

第8回 公立豊岡病院組合改革プラン評価委員会議事概要

I. 日 時：平成28年11月29日（火）14:00～16:10

II. 場 所：公立豊岡病院 第1会議室

III. 出席者

【委員】

豊岡病院組合経営顧問	谷田 一久
豊岡市医師会長	田中 洋
朝来市医師会長	足立 秀
税理士	立花 正敬
豊岡市区長連合会長	中嶋洋二郎
朝来市連合区長会長	浅田 郁雄
豊岡市女性連絡協議会長	竹岡多美子
豊岡市健康福祉部長	福井 周治
朝来市健康福祉部次長	西村 仁美（代理出席）

【公立豊岡病院組合】

管理者	井上 鉄也
理事	尾崎 千秋
総務部長	南 秀明
総務部次長	浅田 英稔
会計管理者	松井久美子
総務企画課長	真那子一儀
人事課長	高嶋 純子
調整課長	内海 盛敏
豊岡病院管理部長	岩上 定幸
日高医療センター事務長	小崎 正人
出石医療センター事務長	尾崎 紳一
朝来医療センター事務長	岩野 茂
総務企画課係長	宮村 藍
総務企画課主任	植村 素直

IV. 会議次第

1. 開会（真那子）

○配布資料の確認

2. あいさつ

(井上管理者)

○公立豊岡病院組合管理者の井上でございます。

第8回公立豊岡病院組合改革プラン評価委員会の開会にあたり、一言ごあいさつを申しあげます。改革プラン評価委員会を開催するにあたりまして、委員の皆様におかれましては大変お忙しい中ご出席をいただき、厚くお礼申し上げます。

豊岡病院組合では、昨年12月に日高医療センターにおいて建物の一部に耐震性が低いことが判明し、その対応について検討しております。その検討過程において、日高地区住民から12,655人(日高住民16,940人の75%)もの方から入院機能の存続要望が出されました。議論は色々ありますが、改めて住民の医療・公立病院に対する期待の大きさを再認識しているところです。

さて、本日の評価委員会では、平成27年度の取り組み状況について、評価を行っていただくこととなります。27年度の決算は、経常収支で△776百万円となり、前年度より31百万円の悪化、対計画で233百万円の未達成となりました。なお、梁瀬医療センターと和田山医療センターは、本年5月に朝来医療センターとして統合しております。

これから担当より、27年度の取組み、決算状況、また計画に対する自己評価をご説明いたしますが、委員の皆様からも評価を頂くことにしておりますので、何卒よろしくお願い申し上げます。

また、平成27年3月に総務省より示されました「新公立病院改革ガイドライン」により、県が策定しました地域医療構想を踏まえた「新改革プラン」を今年度中に策定すべく、現在作業を進めております。新プランの策定にあつては、現プランと同様に、皆様からご評価をお願いしたいと考えておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

本日は、委員の皆様、現状の改革プランの進捗状況について率直なご意見を頂戴し、今後の取組み及び新改革プランに反映したいと考えておりますので、どうぞ忌憚のないご意見をお聞かせください。

以上、簡単でございますが、開会にあたってのご挨拶とさせていただきます。

(進行係)

○各委員、出席者を紹介

3. 協議事項

(1) 平成27年度の取組状況に対する評価について(事務局説明)

○資料1「公立豊岡病院組合改革プラン(概要版)」

○資料2「平成27年度 決算の状況(収益的収支)」

27年度計画と27年度決算を比較し、比率が100%以上の達成は○、95%~100%は△、95%未満は×として病院組合の自己評価を行った。

○資料3「平成27年度 構成市からの分賦金の状況」

○資料4「医師・看護師数の推移」

○資料5「貸借対照表(前年度比較)」

○資料6「キャッシュフロー計算書」

○資料7「目標達成のための具体的な取り組みの進捗状況」

27年度取組計画に対する27年度取組実施状況について、計画を上回って進んでいるもの又は計画どおり進んでいるものは○（達成）、取組が不十分、または一部遅滞したものは△（一部達成）、取組が未達成、または計画より著しく遅れているものは×（未達成）として、病院組合の自己評価を行った。

【質問・意見等】

（資料1「公立豊岡病院組合改革プラン（概要版）」、資料2「平成27年度決算の状況（収益的収支）」について）

委員：朝来医療センターは基本計画どおり運営されているのか。

事務局：収益は計画をやや下回ったが、費用が収益以上に削減できており統合の効果が出ている。一定、計画通り進んでいるものと考えている。

委員：朝来医療センターの医師数は。

事務局：計画時点では内科、外科、整形外科の合計で9名としていたが、実際は兼任を含み8名体制でスタートしている。

委員：資料1(P3)「5 再編・ネットワーク化」に“ドクターヘリ・ドクターカーに代表される救急事業の充実・拡大”との記載がある。救急事業を充実すれば収益が上がるということだと思うのだが、豊岡病院では救急医が19名とかなり増えており、（ドクターヘリ運航開始前の）倍近い医師がいる。教育的な面もあるのだろうが、人員増に対して収益が上がっているのか調べる必要がある。また、資料2(P2)今後の取り組みとして“職員数の増減による、収益への影響分析”とある。開業医も同様だが、職員の年齢により給料額が大きく異なることを考えないと、人数による分析だけでは曖昧になる。また、資料2(P3)“医師当直体制の充実による給与費の増(豊岡病院)”+3,600万円とあるが、どのように当直体制を変更されたのか。

委員：再編ネットワーク化とは必ずしも収益確保を目的としたものではない。公立病院改革ガイドラインで示されているのは、経営の合理化を図るということ念頭に、(1)各病院のあり方と存在意義をはっきりさせること、(2)地域全体での合理的な医療提供のあり方を考えることという趣旨である。人件費の減についてはもう少し詳細な分析が必要というご意見、これは委員会の要望として事務局に考えていただきたい。

事務局：救急体制は、診療枠が1つ増えると約1,500万円程度の費用増になる。豊岡病院では、救急医の充実に伴い、特に夜間の受け入れ態勢を手厚くしたため、給与費等が増加した。

委員：現在も救急医を募集しているのか。豊岡病院で勤務希望の医師は全員採用しているのか。

事務局：募集はしている。ただ希望者をすべて採用するのではなく、病院長が面談した上で（採用を決める）。病院長と救命救急センター長の間で、医師数24名程度を上限として設定していただいている。

委員：ということは、まだ救急医を増すのも可能ということか。

事務局：来年度は4名採用予定だが、同数が退職予定のため、総数としては変わらない。

委員：（資料4によれば）救急医は現在19人とあるので、あと5人増えてもいいということか。

事務局：資料4の人数は正規職員のみであり、嘱託医師も含めた救急医の総数は今年4月で24名。現在はそこから2名減って22人となっている。上限に達するまで、応募してきた医師をすべて採用するというわけではない。

- 委員：豊岡病院の規模で医師総数の4分の1が救急医というのは、一般的にどう考えるべきか。
- 事務局：以前の救急体制は内科系医師と外科系医師の当直対応だったが、現在は救急外来、ICU、CCUはすべて救急医が対応するという体制を取っている。そのために一定数、必要な人員を確保、配置しなければならないということがある。また、救急医が時間外救急の対応をすることで、他の診療科医師が当直する必要がないため、負担が軽減されるという効果もある。
- 事務局：県立病院の例だと、3次救急を担い、かつドクターヘリを運行している病院では最低16人の救急医が必要だと聞いていた。3次救急を担いつつ、但馬地域の1次、2次救急患者のほぼ全員を受入れ、同時に24時間救急も実施するとすると、これくらい医師がいないと回らないのでは。
- 委員：救急科の収益面についても記載を。
- 委員：広報誌「ほすびたる」に掲載されている数字と配布資料の数値が異なっている。たとえば資料2の病床利用率は74.9%だが、「ほすびたる」では78.3%となっている。これは算定の基礎となる病床数が異なっているのか。他の項目でも異なる数値があるが、どちらを正確な数字としてとらえればよいか。評価委員は「ほすびたる」も配布資料も見ることができるが、やはり統一した数字を出す必要があるのではないか。
- 委員：外部に公表する数値と改革プランで評価する数値を合わせていただきたい。

協議の最後に事務局より説明

事務局：ご指摘のあった病床利用率の数字の相違についてご報告させていただく。配布資料記載の74.9%は、県から許可を受けている許可病床数を分母とした場合の数字で、「ほすびたる」掲載の78.3%は稼働病床数を分母としているため、異なった数値が出ている。今後病床利用率をお示しする際にはどの資料であっても何を分母にして算出したかを明確にしておくということで改めさせていただきたい。

- 委員：資料2によると“診療単価は上がったが延患者数が減少、原因としては医師体制の変動や平均在院日数の短縮”とあるが、平均在院日数の短縮というのは国の方針があるのか。新規患者が増えるということは、当然延患者も増えると思われるのだが。
- 事務局：急性期、慢性期といった医療機能区分により在院日数は決まっている。加えて、豊岡病院のような7対1入院基準を取得している病院では、より重傷な患者を診るべきという方針があるため、重症患者が一定数を占めないで診療報酬基準を満たすことができない。そのあたりを意識して（平均在院日数を調整し）病院運営を行っているということである。
- 委員：平成27年度に収支に大きく影響を与えた事業等について整理すると、まず今回の委員会での評価対象である梁瀬、和田山の両医療センターは朝来医療センターの開院に伴い、現在は廃院している。新病院移転にあたっては、開院までフル稼働してすみやかに移転するわけではなく、移転までの間に患者が減る上、移転後はゼロからスタートするのに近く（収支に影響を与える）大きな出来事といえる。また、日高医療センターで医師体制の変更が収益に大きく影響を与えたことなどが、重要な出来事ではないか。
- 事務局：朝来医療センター開院に向け、梁瀬医療センターの入院患者は3月時点で和田山医療センターに移る、あるいは（入院を）待っていただく等、入院患者を絞る対応を取ったため、

入院患者数の減につながっている。また、日高医療センターでは医療事故による医師体制の変動があり、患者が減少した。

委員：そういった大きな影響を与える出来事とこの資料の数字は、だいたい想定の内か。

事務局：豊岡病院では27年の6月から7対1入院基本料を取得しており、それに伴い収入が増加した。入院収益が大きく伸びたが、診療単価向上による収入増と、施設基準取得のための看護師増による費用増、両方の要素が含まれている。収入は約3億、費用は約1億の増。

事務局：資料2(P1)中ごろ「③病院別の増減」、これは経常収支比率の各病院別の表で補足したものである。まず豊岡病院は対前年度からの増減はないものの、計画よりも若干悪化した。これは延患者が減ったことが要因となっている。計画より大きく悪化したのは日高医療センターで、前年よりも悪化。先ほど申し上げた通り医療事故があり、患者対応に追われたために収益が減ったことが計画未達成の一番大きな理由だと思われる。出石医療センターは前年を上回ったが、計画は未達成。梁瀬と和田山については計画をかなり下回った。計画を強気に見込みすぎていること、新病院統合に向けて3月ごろから患者調整を実施したこと等が要因であると考えている。

委員：資料2の減価償却について、定率法か定額法か。

事務局：定額法。

委員：減価償却費が26年度より4,600万増えているが、周産期関係によるものか。周産期関係（等新規の投資）がないとすると前年対比3,100万円マイナスになるはずだが、逆に4,600万円のプラスになっている。定率法ならば徐々に減価償却が減っていくが定額法なら一定なので、次年度との差はなぜなのかと思ってお尋ねした。

委員：私は和田山の区長をしており、朝来医療センターに関する住民の声をよく耳にする。朝来医療センターには梁瀬医療センターと和田山医療センターの入院患者がそのまま入っただけで新規患者は増えていない、それはMRIがないからではないかという意見を聞くのだが、実際のところはどうか。

事務局長：現在、入院患者数は105人程度、占床率はだいたい70%を維持している状況であり、MRIがないから入院患者を確保できないということではなく、(MRI検査が)必要な方は朝来医療センターより八鹿病院へ搬送し、診療に支障がないように努めているつもりである。

委員：梁瀬医療センターと和田山医療センターの入院患者が合計105人いたのが、朝来医療センターにそのまま105人入院したということではないのか。

事務局：もともと移転時には50名でスタートしたのだが、医師数も梁瀬で2名、和田山で7名の合計9名であったのが、統合後は兼務の内科医師を含めて8名体制となっており、そういう中で梁瀬と和田山の合計数字くらいを確保できている状況なので、医師にはがんばっていただいていると思っている。

委員：計画では9名（の医師数）だったので、医師が1名増えると150人の患者を確保できるということか。

事務局：150人というのは非常に難しい。130人も厳しいと思われる。

委員：内科医がいなくて一番の致命的な問題だと思う。内科医2名では標準的な入院医療、二次医療を提供できない。医療を提供できる医師がいなければ、入院患者が増える見込みはないので、入院患者数を増やすためには、医師の増員以外ないのではないのか。いい備品を入れてもそれを管理できる医師がいなければ役に立たない。機器ではなく医師。医師をき

ちんと配置していただかないと、標準的な朝来市の医療は提供できないのではないかと思います。

委員：先ほだのご質問の意図は朝来医療センターに新規の患者は来ているのかということ。外来にしろ、入院にしろ、梁瀬と和田山の患者が移動しただけではなく、新病院になったことで新たに利用する人が増えているのかということなのだが。

事務局：朝来医療センターの開設に伴い地域医療連携室を充実させ、FAX予約等も受け付けている。予約患者数も非常に増えており、新規患者数も計画より確保できているのではないかと思います。

事務局：手術件数が増えており、また救急患者も非常に増加している。梁瀬・和田山医療センターより医師数は少ないが、21時まで救急患者を受け入れており、旧病院より受け入れ件数が増えてきている、そこが新病院になり一番変わったところかと。

事務局：もともと梁瀬医療センターは救急患者の受け入れができない病院ということになっており、和田山医療センターでは整形外科は24時間対応、内科系は20時まで可能な限り受けるという方針であったが、新病院では整形は今までどおり24時間対応、内科系も原則として21時まで毎日対応するとしている。和田山では20時まで対応といっても、常勤内科医の当直時のみとなっており、実は当直は神戸大学にも豊岡病院にも応援をいただいているので、圧倒的に内科対応ができる日というのが限られていたのだが、新病院になってからは基本的に毎日21時まで可能な限り受けけるようにしており、救急の受け入れについてはある程度拡大できたのではないかと思います。

委員：医師会としても、新病院では少ない医師数なりにできるだけ受け入れようとして頑張っていらっしゃると思う。病診連携も、今まで以上に朝来医療センターと地域医療機関の関係を深めるように努力していただいている。

(資料3「平成27年度 構成市からの分賦金の状況」、資料4「医師・看護師数の推移」について)

委員：これから但馬は高齢化が進み、10年後には高齢化率が37%程度になる見込みである。老人専門の診療科が各大学にはあるが、そういった老人専門の医師を採用する計画はあるか。

事務局：医師確保は厳しい状況であるので、老人を専門に診る特定の医師の確保まではまだ(具体的に考えていない)。

事務局：但馬は特に内科系の医師の層が弱い、人数が少ないと感じている。豊岡病院組合でも内科系医師は県の養成医に依存している状況であり、独自の採用活動に努力したいと思う。総合診療医がきちんとした資格になったので、それを目指す人たちをどう確保していくかというような中で対応していかざるを得ない状況かと思う。

委員：外科系は外科や整形外科など医師を多数確保しておられるが、内科医師の配置をぜひお願いしたい。

(資料5「貸借対照表(前年度比較)」、資料6「平成27年度 キャッシュフロー計算書」について)

委員：未収金のうち医業未収金の額は？ 資料6の資産合計と負債+資本の数値が一致しないので確認を。企業債の数値が二重に計上されているのではないか。

事務局：27年度末医業未収金の金額は27億9,600万円。数字の不一致については、流動負債の企業債が二重計上になっていた。修正し差替させていただく。

委員：現金預金の期末残高に未収金を加え、未払金あるいは未払費用を除くと、27年度末の残高は19億9,000万円程度になる。26年度も同様に計算すると19億9,000万円、25年度は18億8,600万円程度になる。ということは未収金と未払金を差し引きすると、キャッシュフローは実質18億から19億くらい残るといふこと。未収金は主に保険関係なので、3カ月程度でほぼ確実に入金されて、貸倒れることはないだろう。

事務局：ご指摘のとおり、未収金は2か月後くらいに入金される。

委員：27年度末の現金預金の残高については、朝来医療センターの建設工事等代金の支払前の銀行残高ということ。最後に書いてある44億9,200万円がその代金で、4～8月にかけて支払ったということなので、その後は3,000万くらいしか残らない。現金とは別に、未収金が2か月分あり、それは後から確実に入ってくるが。

(資料7「目標達成のための具体的な取り組みの進捗状況」について)

委員：医師確保について、先ほど救急医が増えているとの話があったが、他の診療科はどうなっているのか。また医師の年齢構成はどうなっているのか。開業医の先生方からは、(組合の医師は)若い方が多いようだが、もう少し年齢層が幅広い方がよいのではという話を聞く。周産期センターを作るとき市長が(医師確保について)おっしゃっておられたが、現在は産婦人科医が6名おられるようだが足りているのか。ドクターヘリの活躍で若い優秀な医師が集まるということも聞いており、また看護師も年齢的な問題はどうか。豊岡市社会福祉協議会では20代の正規職員がいないという話を聞いたことがあるが、病院でも職員の年齢構成に偏りがあるということはないのか。病床利用率が目標未達成の病院があったが、これも医師や看護師の人数がリンクしているのではないのか。

事務局：医師の平均年齢は組合全体で40歳くらい。多くの医師は大学医局に所属し順に関連病院を回るので、異動が頻繁な病院は若い印象があると思われる。豊岡病院も医師が若いという印象があるかもしれないが、京大、神大関連病院として研修の一環で新陳代謝が行われているということだ。県立病院でも医師の平均年齢は40歳くらいである。ただ、各医療センターに関しては一部県養成医の派遣はあるものの、大学医局による医師の異動が十分ではなく、医師の高齢化が問題になっている。

委員：指導医がいないと若手医師も来ない。若手医師が多いということは、指導医がしっかりしているということ。

事務局：周産期医療センターは医師6名体制だが、当初の目標としてはある程度人数を増やしていき、八鹿病院など他病院に応援に行く想定していた。現在の医師数では、豊岡病院での分娩には対応できているが、他施設への応援が可能になるころまでは達していない。産婦人科医師の総数が減っている中で増員は難しい状況であるが、周産期センターには京都大学産婦人科のバックアップを得ており、継続して増員をお願いしているところである。また、新生児科については担当医師1名であるため、現在は小児科医と協力して対応しており、派遣元の神戸大学へ増員をお願いしているが、厳しい状況。

委員：低体重児はどのくらい診ているのか。

事務局：1000g未満を低体重児としており、新生児科医師と小児科医師で協力して対応しているが、未熟児網膜症への対応が難しい。眼科医師がいないため、どうしてもこども病院などに搬送せざるをえない状況である。未熟児網膜症というのは、一般的な眼科医師ではなく、専

門の知識と技術を有する医師でないと対応が難しい。日高医療センターの眼科から応援を受けているが、低体重児の場合日高の医師も診ることができないことがある。専門の眼科医師を確保すればよいのだが、常勤医の確保は厳しく応援医師でも10分ほどの診察・治療のために神戸から毎週来ていただくということは現実味がない。そういう子は年に数例とごく稀だが。機械で写真を撮り、専門医に見てもらって異常があるか判断する方法もあるようなので、新生児科医師からはそのような予算要望も出てきている。

委員：耳鼻咽喉科が27年度からなくなっているが、医師確保は非常に難しいのか。

事務局：以前は京都大学からの派遣で耳鼻科の常勤医が来ていた。現在も京大には医師派遣の要請を続けているのだが、手術をするためには3名程度をチームで配置していただく必要があり、大学医局ではそれだけの人数を送れないということで、現在は常勤医不在の状況である。ただ外来診療については、半日ではあるが月曜から金曜まで応援体制で対応している。

委員：県の地域医療構想が策定され、医療機関の機能分化が進んでいくと思う。先ほどの説明でも組合内病院の医療機能分担を見直すというお話があったが、具体的にどのような形で協議をされているのか。

事務局：地域医療構想の理念を踏まえた、新たな改革プランを現在策定中である。院長等と検討の上、来年3月までに策定予定としている。策定にあたっては改革プラン策定評価委員会でみなさまに協議いただいた上で、正式に決定したいと思っている。

委員：その際には、組合内病院が機能分化していく中で、豊岡病院のみならず各医療センターが経営的・人材確保的側面でどのような見通しであるか、また見通しを実現するための対策などをお示しいただきたい。必要な医療人材を確保していただければ大変ありがたい。

事務局：プラン作成にあたっては収支計画も示すこととしているが、医師数をどうするのかという前提で大きく数字が変わってくる。努力目標になると思うが、将来の医師数も明示しながら、計画を策定していきたいと思う。

委員：組合内病院の医師をもう少し活発に外に出し、但馬全域に派遣していただくことで、そこから患者を集めることもできると思う。内に閉じこもっているだけではなくもう少し外に積極的に出ていく医療を展開していただきたいという気持ちである。

委員：これは委員会の委員からの意見として、医師に伝わるように、今後の医師のマネジメントにつながるようにしていただきたいと思う。

委員：P6「Ⅲ 医療機能向上対策」で27年度の紹介率と逆紹介率が向上しているが、原因は。

事務局：循環器科、消化器科といった診療科で、初診については開業医からの紹介患者に限定し、患者制限を実施したため紹介率が上がった。逆紹介率については、開業医からの紹介患者については基本的には治療が終わったら開業医にお返ししているのだから、紹介率の向上に伴って上がってきたのではないかと。消化器と循環器と呼吸器、この3つの診療科は患者制限をさせていただいている。

委員：地域医療支援病院の取得要件としては、紹介率はすでに要件を満たしており、逆紹介率があと12%上がれば施設基準を取得できる。

委員：公立八鹿病院はこの基準を満たしており、但馬で唯一地域医療支援病院を取得している。病院で必要な治療を行い、治療が終わった患者はできるだけ地域に戻していただきたい。ただ、この基準を満たして施設基準を取得しても、維持するのは厳しいようだ。紹介率を維持するのは開業医から次々紹介すればよいのだが、逆紹介率は病院の先生方のご意向に

よるものなので。病院側の受け入れ態勢を整備していただければ、開業医は紹介するようになる。あと、病院の専門科を積極的にアピールすること、この治療ができるという病院からの呼びかけというか、それが一番必要なことではないかと思う。

委員：「△（達成度が不十分）」評価の項目について、テレビや雑誌など、宣伝・PRに関する項目が多いような気がするのだが。今後、そういう分野に力を入れていくのか。

事務局：県の支援を受けて設置したTV会議システムは、都市部の病院との研修・症例検討会等、主に医師の教育研修に使用している。多額の投資を行ったシステムであり、もっと活用していかないといけない。また委員ご指摘の通り、当組合では外部に対するPRの意識が薄いと思う。

委員：私自身、イオンで広告を出しているが、一時、紙媒体の広告を廃止しテレビ（インターネット）広告だけにするという提案をしたことがある。しかし、どうしても紙媒体の広告が必要であるという数値が出てきたために、紙媒体の広告、インターネット広告、店の玄関口で配布する売り出しのチラシと、様々に工夫した。病院でも多様な方法での宣伝・PRを取り入れ、外部から見た際に活力があるようにしないと、病院自体が死んでしまう。

事務局：医療には広告規制があるが、ご指摘のとおり（病院の情報を）周知していかないと、なんのために事業を行っているのか分からないので、努力が必要であると思う。

委員：P12「遊休不動産の売却」の評価について、2物件の売却を計画し、1物件も売却できなかったのに△というのはどういう評価基準なのか。

委員：委員会評価としては、この項目については「×」評価とするか。

委員：公募したけれど申し込みがないというのは、PRのやり方が悪いということか。

委員：外部に対する発信の方法を少し考えていただいて。先ほど医師会長から言われたとおり、お互いのコミュニケーションをもう一步進めるということをお願いしたい。ご意見をいろいろいただき、本来はひとつひとつ委員会としての評価を付けていくべきかと思われるが、これまでどおり委員長にご一任いただき後でご確認いただくという方法で進めさせていただきたいと思うがよろしいか。

委員：異議なし。

4. その他 事務局より「新改革プラン策定評価委員会」の開催（29年3月予定）について連絡。

5. 閉会 16時10分