

平成19年度 第1回 市立芦屋病院運営検討委員会 会議録

日 時	平成19年 6 月 9 日 (土) 16:00~18:30
会 場	北館4階 教育委員会室
出席者	委員長 藤田 毅 委員長代理 後藤 武 委 員 岸野 文一郎 ・ 鈴木 紀元 ・ 谷田 一久 ・ 細井 良幸 本井 治 市 側 山中市長 ・ 岡本副市長 ・ 姫野病院長 ・ 金山副病院長 駕海行政経営担当部長 ・ 小川診療局長 ・ 岩崎看護部長 事務局 里村事務局長 ・ 高山事務局次長
会議の公表	<input type="checkbox"/> 公開 <input checked="" type="checkbox"/> 非公開 <input type="checkbox"/> 部分公開 <非公開とした理由> 会議の公表については、市立芦屋病院運営検討委員会の委員に諮った結果、各委員が個人的に関わってきたことや他病院の状況等の個人情報をもって討議することがあり、すべての情報を公開することは適切でない。 また、発言者名については、重要な案件であり、活発的な意見交換を行う必要があることから非公開としました。
傍聴者数	人

※ 個人情報等にかかる箇所については、非公開としております。

(事務局)

委員の皆さまにおかれましては、大変お忙しいなかご出席いただきありがとうございます。

ただいまから第1回市立芦屋病院運営検討委員会を開催いたします。

なお、議事に入るまで進行役を務めさせていただきます。

【委嘱状交付】

市長より、委嘱状交付

【市長挨拶】

(市長)

市立芦屋病院では、平成16年4月に今後の市立芦屋病院のあり方についての答申をいただき、その内容に沿って経営改善に取り組んできましたが、近年の臨床研修医制度、医療制度改革や診療報酬のマイナス改定の影響により経営状況は大変厳しくなっております。

市立芦屋病院が中核病院としてどうあるべきか、重要な役割を担っていくためにはどのような運営形態が必要かをご検討いただきたくお願いいたします。

【委員紹介】

里村事務局長より委員の紹介

松田 暉委員は公務の為、欠席

【市出席者紹介】

里村事務局長より市出席者の紹介

【委員長及び委員長代理の選任】

(事務局)

委員長の選出については、市立芦屋病院運営検討委員会設置要綱の第5条に、「委員の互選により定める」とありますが、事務局案として、前回のあり方検討委員会の委員長でありました藤田 毅委員にお願いしたいのですがご了承いただけますでしょうか。(全委員了承)

(事務局)

委員長代理につきましては、「委員長の指名により定める」こととなっておりますので、藤田委員長より指名をお願いいたします。

(委員長)

委員長代理を後藤委員にお願いします。

【諮問】

(市長)

諮問

市立芦屋病院の今後の運営のあり方について

諮問理由

病床の大幅な削減や診療報酬の引き下げなどにより医療を取り巻く環境が大変厳しい状況下において、自治体病院の効率化が求められています。

市立芦屋病院においても、様々な経営改善に取り組んできましたが、全国的な常勤医師不足や看護師不足等により改善効果が得られず、平成18年度決算において57億円を超える累積赤字を抱えることとなり、早急な対応を求められています。

これらの状況から、公立病院として市立芦屋病院を維持していく方策についてご意見をお願いします。

答申の時期

平成19年8月末を目途にお願いいたします。

【傍聴者退席】

【議事】

(委員長)

委員会の公開・非公開を決定した後に具体的な審議を行います。

委員各位のご意見をお願いします。

(委員長)

過去の経験では、公開・非公開のメリット・デメリットがそれぞれありました。

公開した場合、意図しない方向で情報が流れ、思うように委員会が進まなかったことがありました。

非公開とした場合であっても、会議録や答申の公開は必要と考えます。

(委員長)

答申の提出後、議会からの質問に委員が答えなければならないのでしょうか。

(市長)

通常は委員が答えることはありません。

委員会からの答申を受けて、市から議会への報告や説明等を行います。

(委員長)

委員会から市長へ答申を提出した際に、委員が記者会見を行うことはないのでしょうか。

(副市長)

委員会として結論を出した際に記者会見を行うことは、一般的にはありえます。

(委員長)

答申結果を議会や委員会に諮る前に行うことは問題にならないのでしょうか。

(副市長)

問題になりません。

通常は答申提示を受けて数日中にプレス発表の場が決定されます。その際には、記者側の意向もふまえて調整します。

委員長が出席して説明を行うことが考えられます。

(委員)

パブリックコメントについて規定はあるのでしょうか。

(副市長)

この委員会での結論がどのようになるのかわかりませんが、状況によってパブリックコメントを行うこともあります。

(委員)

会議録を公開することでもありますが、またナイーブな問題に触れることもありますので、非公開のほうが良いのではないのでしょうか。

(委員長)

委員会は、病院側と委員会側がかなりの討議を行います。その際に、個人的に関わってきたことや他施設の状況を話題にすることもあります。その内容は、個人情報でありすべてを公開されても困ります。

(委員)

公開した場合、民営化等の議論を行っていると噂が先行することがあります。

市民が参加して自由意見を交わすものであれば公開すべきだと考えますが、そうでなけ

れば非公開でよいのではないのでしょうか。

(委員長)

委員会を非公開とし、会議録は個人情報を除いて公開とします。
答申時の記者会見を行います。

(委員長)

各委員に改めて自己紹介をお願いいたします。
各委員の経歴をお互いに認識しておくほうが、どのようなバックグラウンドを持ったうえで発言されているのかが理解しやすくなります。
委員間ではある程度面識があるが、病院側がそれを理解しておいたほうが良いと考えます。

(委員長)

平成5年当時、国立病院の院長として勤務していましたが、大阪府と泉佐野市の要請を受け、泉佐野市病院事業管理者に就任し、平成14年度末に退職いたしました。
現在は、医療法人理事長でございます。
国立病院に勤務する前は、国立循環器センターの開設に携り、副院長として高度医療の提供を行いました。
国立病院では病院運営の経験を積み、全国の国立病院の中で収支率をトップにしました。
(個人情報等にかかる箇所につき非公開)
このような経験を活かしながらこの委員会を進めていきたいと考えております。

(委員)

平成6年に泉佐野市立病院の副院長に就任し、その後、院長、病院事業管理者として勤務し、平成18年12月に退任しました。
現在は、民間病院顧問をしております。
その前は住友病院、阪大に勤めていました。
泉佐野市では、新しい自治体立病院のモデルとなるべき病院を目指して取り組んできました。
その経験を通じて様々な人と知り合うことが大きな財産となっています。
これまでの自治体立病院の管理者として取り組んできた経験や知識をできるだけ皆様に返してまいります。

(委員)

元々心臓外科医であり、ロサンゼルスで心臓外科医の研修を受けまして、大学病院、県立病院、市民病院で勤務の後に兵庫県庁に入職しました。
平成9年に保健部長に就任しまして、県立14病院の管理・運営を行ってきました。
平成12年に県の財政構造改革の一環として、県立病院4,000床のサービスや経営の改善を進めました。当時は地方独立行政法人法も制度化されておらず、指定管理者制度も旧来のものしかなかったため、地方公営企業法の全部適用を県として決定しました。
平成14年に、地方公営企業法の全部適用を行ったときに県立病院事業管理者に就任し、1期4年間勤め、去年3月に退職しました。
現在は健康財団理事長および県の参与として活動しております。
委員会での議論の際には、県の意向をある程度反映させた意見を述べることになるので

はないかと思っています。

(委員)

昭和 54 年より芦屋浜で小児科を開業しております。

平成 16 年より芦屋市医師会長に就任し、現在に至っています。

地元医師会の会長として、今回は委員会のメンバーとして呼ばれたと理解しています。

前回の委員会では、病院機能を維持することを前提とした議論が行われ、医師会としても、病診連携として市内の診療所から市立芦屋病院へ患者紹介を積極的に行ってきました。

(委員)

広島国際大学の医療経営学科で准教授として勤務しております。

私は大学を卒業してから民間病院に勤め、平成 4 年に当時の国立医療病院管理研究所で講師をはじめました。

その頃から自治体立病院から相談を受けることが多くなり、兵庫県とは平成 6 年頃より付き合いをしております。現在、兵庫県の経営計画実施運営、神戸市の経営戦略会議に関わっております。

公立病院には浅い議論を行っただけの公立病院不要論というものがあります。

20 世紀型の公立病院の必要性は終わりを告げ、新しい公立病院としての必要性を活かしていくことが必要になると考えています。

特に、自治体立病院だけではなく、日本全体のプライマリーの診療を上手く活用していく必要があると考えています。

(委員)

国立病院関係に勤めていた後半の約 10 年間は経営指導を中心に行ってきました。

近畿管内で経営指導、監査等を行い、その後、厚生（労働）省で 3 年間全国の国立病院を対象とした経営改善に取り組んできました。

国公立病院は税金立だと非難されることがありますが、国立病院に限ると平成 4 年を底に、少しずつではありますが経営状況は改善され、右肩上がりになっています。再編成の結果、約 250 病院が、約 150 病院になり、現在は独立行政法人化されています。

2 病院の民間病院も経験してきましたが、国立病院の経営手法も民間病院の経営手法も基本的には共通項が多いと理解しています。

私が経営指導を始めた頃は、国立病院の経営状況があまりにも悪く改善命令が出される厳しい状況にありましたが、全病院的な改善に向けた取り組みにより成果がでています。

今年の 4 月からは医療経営管理研究センターで活動しています。

(委員)

芦屋市内の労働組合の団体連合会の議長を務めています。

芦屋市の職員でもあり芦屋市職員労働組合の委員長でもあります。

抵抗勢力ではないかと心配されるかもしれないし、実際にそのような意見を述べることもあると考えています。

これまで行われてきた経営努力に加えて、前回のあり方検討委員会でドラスティックな改革が行われましたが、まだ結果が出ていない状況をふまえて、必ずしも既得権を守るためではなく、市民のための医療の存続に何ができるのか真剣に議論していきたいと思っています。

将来にわたって市民の医療の質を確保するという視点で意見を述べたいと考えています。

(委員長)

委員会の討議がぶれないように、委員長として一つの方針を出させていただきます。

市立芦屋病院を今後どのように維持していくのかを検討する際に、経営不振の状況から議論を進めていくと民営化という方向性がでてきますが、委員会としては、芦屋市が市立病院を維持することを前提として、どのように維持していくのか、維持できないのは何故なのか、維持するためにはどうすべきなのかを、芦屋市の公営事業としての病院運営のあり方について議論して頂きたいと思います。

(委員)

異論はないですが、病院の立地条件により大きく変わると思います。

今の場所を前提にするのか、別の場所にするのか、そのあたりを絞って議論した方が良いのではないのでしょうか。

(委員長)

行政の医療関連の法案が成立している状況であります。公的病院が地域の医療計画の中核になるべきであると考えており、市立芦屋病院もそうあって欲しいと考えています。

最近、地方自治体を地方自治体と呼ばずに地方政府と呼び、財政権から立法権まで付与することになってきています。そういう意味合いにおいては、芦屋市の公営企業のなかで、病院は、芦屋市民の命と健康という財産を守る重要な福祉事業だと考えます。

そのために今後も芦屋病院は公的病院として残って欲しいと考えています。

結果的に管理形態等はどのようになるかについては、様々な議論を進めた後に決定することになりますが、後藤委員の意見にあった病院の立地等についても今後検討してまいります。

(委員長)

今回、事前に3名の方に話をお願いしています。

本井委員に医療政策の変遷と将来について

岸野委員に自治体病院の現況と問題点について

行革の鷲海部長に芦屋市の公営企業の状況、行革担当としての市立芦屋病院への考え方について、話して頂きます。

また、今日は総論として議論をまとめ、次回は芦屋病院の経営分析を行います。

(委員)

医療環境が変化するなかで、病院経営がどのような状況にあるのかを述べさせていただきます。

厚生労働省は増加する医療費をどのようにして抑えていくかを主眼において政策を行っています。

医療費は、約30年前に10兆円を超えてから、年間1兆円のペースで増加し、厚生労働省では2025年には56兆円を超えると試算されております。これを医療制度改革によって48兆円に抑えることとしています。

一人当たり平均医療費は約24万円ですが、65歳以上の高齢者から極めて高くなり、その他の年齢層と比較して3~4倍高くなっています。

今後も少子高齢化は進みますが、国は医療関連法規の改正と診療報酬改定を進めています。

まず、医療関連法規をみますと、医療法の改正、医師法の改正、介護保険法の制定・改正等、個人情報保護法の制定等が行われています。

個人情報保護法については医療に限ったものではありませんが、医療のあり方に大きく影響を及ぼしています。

この法改正とは別に、診療報酬制度の改定も病院関係者にとっては非常に重要であります。

診療報酬は 2000 年まではプラス改定でありましたが、2002 年以降はマイナス改定が続いています。

また、診療報酬改定は医療費を抑えるだけでなく医療の質の部分についても方向を示しています。

近年では、医療安全、褥瘡防止、入院診療計画、感染防止などが重要視されていますが、こうした当然のことを診療報酬の中で評価しています。

入院診療計画については加算や減算以外の基本的な事項として必須のものとなってきています。

最近では褥瘡防止も含め、ニコチン依存症、肺血栓塞栓症についてなど、治療ではなく予防の領域まで診療報酬制度の中に位置付けられています。

また、今回の改正では*NST という内容も盛り込まれました。

政治面では、小泉前首相の時に出された骨太の方針においても医療が削減対象項目の一番に挙げられています。

そうした中で、病院数は 1990 年に 10,000 施設を超えたのをピークに、以降は毎年数十の病院が減少しております。現在では 9,000 施設となっています。

病床数は 2002 年をピークに減少を続けています。そして、医療制度改革のなかで、療養病床 38 万床のうち 23 万床を削減することが示されており、現在、その議論が進められています。

一方で、医療機関の倒産も年間 30~40 施設を超えており、さらに倒産には至らないまでも赤字病院が多くあるといえます。

倒産の原因としては、患者数の減少、放漫経営、設備投資、経営計画の失敗等があります。

WHO によると日本の保健システムは世界一であるとされています。しかしながら、日本、ドイツ、フランス、イギリス、アメリカと比較しますと、日本の病床数は群を抜いて多いが、病床当たりの医師数、看護師数は非常に低くなっています。

一方、人口 1,000 人当たりの医師数につきましては、イギリスと同等だが、他の国（ドイツ、フランス、アメリカ）より少ない。

つまり、日本の医療の欠点は、病床数に対する医療従事者数、特に医師数があまりにも少ないこと、さらに、平均在院日数が他の国と比較して圧倒的に長いことであります。

また、CT（コンピュータ断層撮影装置）や MRI（磁気共鳴診断装置）などの機器が多いことも日本の医療の特徴であります。

一方で、日本の 1 人当たり医療費は先進国の中では 5 番目ではありますが、GDP 比でみると 17 番目となります。

このことから医療にもっと費用をかけても良いのではないかという意見も出ています。

このような状況の中で、どういう病院運営をしていくかということを考えなければなりません。医療に求められているのは、患者中心の医療、地域からの信頼、職員の満足が挙げられます。

これらは多くの病院の理念としてみられるものでありますが、実際には患者中心ではなく職員中心となっている病院も散見されます。我々は、患者中心の医療とはどのような医

療の提供をするのかを考えなければなりません。

地域からの信頼という点では、病院自体が公共性、社会性、倫理性を求められるものであるため、地域の信頼なくしては病院として生き残ることができません。

職員の満足の意味は、近年、医療訴訟は増加し、医療人にはますますリスクマネジメントが求められている状況にあります。また、医療人は研修・研鑽を生涯求められています。誠実であろうとするほど職員は疲弊する状況にあるといえます。

そうしたなかで、病院で働く職員が満足を持てる病院にしなければならないと考えています。

そのためには、まず、経営的にしっかりした組織基盤があることが重要であり、医療環境への適切な対応、芦屋病院の存在する地域の中での役割の明確化と責任を果たすことが求められています。

経営論としては、何をするのか、そして何をしないのかを明確化することが必要であり、そのうえで、病院職員の意識の向上をいかにして行うかが重要であります。

病院職員は数合わせではなく、極めて優秀な人材の育成と確保が必要であります。

※NST(栄養サポートチーム)

栄養管理は、個々の症例・病態に応じて適切に実施されなければならない。医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、臨床検査技師などの多職種がチームを作って、個々に適切な栄養管理を行う。

(委員長)

日本の医療制度は世界に誇るべき制度であります。

今まで海外で色々医療協力の仕事をして来ましたが、日本のようにフリーアクセスであり、個人の医療費負担の少ない国はありません。

しかし、現在の国の医療政策を見ますと、医療費の削減や利益誘導が見えます。その典型が看護師配置誘導策だと考えます。

DPCについても、現状ではDPCにすることで利益がでると言われていますが、単に利益誘導に過ぎない。将来的にはDPCの利益幅を減らすことは眼に見えています。

病院経営は、どこを見て何をするかということが非常に難しい。

また、事業というものは動かなければ潰れてしまうため、常に何か対策を行っていく必要があります。

病院改革は時代を見ながら病院の機能を変えていかなければなりません。

(委員長)

委員のプレゼンテーションについて質問はありませんか。

(委員)

公立病院の経営改善に携わってきて思うことですが、公立病院、特に市立病院については、これまで患者中心という考え方で進めてきましたが、実は市民中心であります。

そのため市立病院の役割は予防医療や地域医療ネットワークの活用等の広範囲にわたっています。

最近では構造改革に関連してお金と効率性の話ばかりであります。全体的に狭くて浅い議論ばかりであります。

そこにきて、現在地方の医療は崩壊し始めています。公立病院が地域に密着し、行政機関が後押しをして、国の後を追っかけるのではなく地域医療の担い手としての市立病院が

求められているのではないのでしょうか。

(委員)

基本は、聖域を認めないというスタンスが間違いの始まりであると思います。

医療は危機管理の最たるものであり、非常に重要なものであります。

不満を持っているのは国民ではなく経済界ではないのでしょうか、全ての人間の営みに市場原理を適用するのは大きな疑問があります。

(委員長)

アメリカの医療は大変優れている一方で、影の部分も大きく、格差が大きい。

アメリカの悪い部分をまねているように思います。

(委員)

病院という事業は非常に無駄が多く、行政サイドが数字に表れない必要な無駄と不必要な無駄があることを理解し、識別して頂きたいと思います。

(委員)

自治体病院というのは一体何なのかを常に考えています。

地方公営企業年鑑を見て、自治体病院がどのような現状にあり、自らが管理者として勤めているところがどのような状況にあるのか、常々考えていることについて話をさせていただきます。

赤字、黒字病院の視点で、平均在院日数と入院単価の関連性をみますと特に有意性はみられません。また、入院単価と病床数、100床あたりの医師数と収益、医師の給与と医業収益も同様であります。事務職員の給与と医業収益をみますと、赤字病院の事務職員給与費が高い傾向にあります。

市立芦屋病院も赤字病院であり、事務職員給与費も平均と比較して高い状況にあります。

自治体病院の問題は何であるか考えてみますと、まず、単年度決算での経営であり、首長が変わるとこれが大きく変わってしまいます。

そして、自治体病院の職員は公務員であるため、努力しても給与に反映されません。

自治体立病院の医師給与が民間病院と比較して低いことも明らかであり、医師確保において問題となっています。

自治体病院の経営の処方箋については、民間への経営委託や民営化、地方独立行政法人化、地方公営企業法の全部適用等の運営形態の見直しが挙げられます。

(個人情報等にかかる箇所につき非公開)

自治体立病院では、努力しても給与に反映させることができません。その影響もあって、これらの医師退職の事態が発生しています。このような有能なタレントをどうやって自治体病院が確保できるかが課題であります。

また、医療費の未払いについて、全国自治体病院の平均で約3,300万円発生している状況にありますが、これについて、多くの自治体病院の事務側があまり真剣に取り組んでいません。

特に訴訟を起こしてまで回収に取り組む自治体は皆無であります。

これらをふまえて、自治体立病院に必要なこととして、一番に、原点に立ち返る必要があると考えます。

それは、地域医療を確保し、地域の医療レベルを上げることが自治体病院のこれからの柱となっていくのではないのでしょうか。

また、地域の範囲として、これからは市の単位を超えたもっと広い範囲での医療を考えていくべきではないでしょうか。

そして、地域が本当に必要とするときに地域の病院や開業医等の医療機関への手助けができる病院として、病院が地域住民の希望の星となるべきであります。

また、事務職が専門職でないことも問題の一つであります。

(委員長)

自治体病院の経営管理や市議会対応を行ってきた経験からみましても、自治体立病院は対応が遅いです。

(委員)

医療システムの集約化は、芦屋市内だけではなく、芦屋、西宮、尼崎の南阪神圏域の中で役割を議論していかなければなりません。

兵庫県は人口に対する大学医学部の定員数が少なく、人口当たりでは全国 42 位に位置しており、医師の養成が充足できていない状況にあります。

芦屋病院は阪大との関連が強いが、大阪は養成数が多いため、この繋がりを大事にすべきではないかと思っています。

病床あたりの医師数が少ないのは、病院と診療所の格差が大きいことが原因であろうと考えています。

(委員)

医師を増やせば医療費がかかるという話がありますが、医師数と医療費には必ずしも相関はありません。

国として医師数はもっと早く増やすべきではないかと思っています。

(委員)

現在、大学の医療経済学者と「選択と集中」というテーマで研究しています。

それは、供給サイドの効率性から見たものではあります。集中政策はきわめて不経済になるのではないかと考えています。集中することで不均衡を生む。ある程度の人口になると分散型の政策の方が良いのではないかと考えています。

約 10 年前までは、フリーアクセスの医療が上手く機能していました。現在、集中化と専門化が進められていますが、これらは非常にコスト高であり、国が考えているほどきれいな集中化はできないのではないかと考えています。

地域の医療機関をどうネットワーク化していくのか、あるいはグループ化していくのか、そんなモデルを作成しなければならないと考えています。

(委員長)

※りんくう地域で病診連携に取り組んだ際には、高度医療専門病院として地域で医療を完結させる仕組みで取り組みました。その結果、非常に成功した経験があります。

※りんくう：りんくう医療センターのこと。(市立泉佐野病院、市立感染症センター、府立泉州救命救急センターの3施設より成る。)

(委員)

りんくう地域の事例は、連携の中心となる病院が非常に高度な医療を行ったため、地域

診療所とのバランスが上手くとれ、結果的に地域全体がボトムアップされたと考えられません。

(個人情報等にかかる箇所につき非公開)

(委員長)

自治体からの束縛によって、実現が困難な部分が多いと思います。

(委員)

マネジメントの話になりますが、公の束縛を解き、どこまで自由度を許容できるかがこの委員会の大きなテーマとなるのではないのでしょうか。

公のルールだけで行えば、単純なコスト削減は実現できません。

(委員長)

りんくう総合医療センター開設当時に、市長に病院が2つ欲しいと言ったことがあります。

1つは高度急性期医療が行える病院、2つ目は慢性期の療養型病院であります。結局1つ目はりんくう総合医療センターの開設、2つ目は地域の医師会と連携して行うこととなりました。

(個人情報等にかかる箇所につき非公開)

(委員長)

自治体に病院が無いと、なぜ病院が無いのかといった議論がおこります。

現在、市立芦屋病院が問題になっていますのは、市立芦屋病院があるからです。もし、芦屋市に病院が無ければ、芦屋市になぜ病院がないのかという議論になるでしょう。

(委員)

その場合に、市立芦屋病院があらゆる診療科を有するような体制では失敗すると思います。

そのため、医療機能の集約化が必要であります。

一方で、地域の医療機関のレベルを上げるための行動をしなければなりません。

経験則ではありますが、地域の開業医は病院を頼る傾向にあります。実際に、地域の医療機関で医師が不足した際に病院医師を派遣しようとしたことがあります。この際に兼業禁止の問題が生じました。

地域の住民の健康を守るという美辞麗句がありますが、規制緩和を行っていかなければ、実現は困難でしょう。

(委員)

規制緩和については、運営形態で言えば、非公務員型の独立行政法人化等が考えられます。

地方公務員法を変えることはできないので、そういった議論となるのではないのでしょうか。

(委員長)

芦屋市の内部で規制緩和が行えれば良いのです。

(委員長)

前回の委員会では、芦屋市が赤字再建団体となる危機があり、運営ができなくなるという危機感が前提としてありました。

その際に経営分析を行い、各診療科の損益分岐点を算出し、現行の繰入金で損益分岐点に達していない診療科の状況、繰入金が削減された場合どうなるかの状況から検討を行い、芦屋病院の規模で全ての診療科を持つ必要がないことから、市立芦屋病院として必ずしも持つ必要の無い診療科を院内開業としました。

その時に経営的な事項をさまざまな角度から検討しましたが、次回からはこれらの院内開業方式での運営状況について、検証を行っていきます。

(市長)

地方公営企業年鑑のランキングでは、芦屋病院がそれほど悪くないように見えますが。

(委員)

医業損益と経常損益の間に不思議な部分があり、その部分は数字として現れない部分ではありますが、資本的収入を見て頂くと、芦屋市は病院へ多くの繰り入れを行っていることが分かります。これが経常損益に大きく影響しています。

(副市長)

2004年(平成16年)の決算数字は数十年ぶりに黒字となった年でございます。その翌年から減少し、今は7億から8億の赤字が続いているという状況でございます。

(委員)

病院が繰り入れに頼るような脆弱な環境は医療の継続性に関わるため、そのような状況を作ってはいけないと考えます。

そのためには、病院職員がきちんとした意識をもつ必要があります。

(委員)

坂出市民病院では繰入金がゼロであります。ゼロという状態は市民病院としてよいのかどうかという議論が院内でおこっています。

(個人情報等にかかる箇所につき非公開)

(委員)

(個人情報等にかかる箇所につき非公開)

(委員)

(個人情報等にかかる箇所につき非公開)

(委員長)

坂出市民病院の診療単価は32,000円程度だが、なぜ黒字になるのでしょうか。

(委員)

(個人情報等にかかる箇所につき非公開)

黒字収支の要因としては、職員の人件費が挙げられます。現状の職員は平均年齢が低く、それが人件費削減につながっています。

(個人情報等にかかる箇所につき非公開)

人件費の医業収益比では50%を少し超えたくらいであります。医業収益に対する人件費の割合については、施設の状況によって、程よい数値があると考えています。

高機能の医療を行い、高い診療材料を使用している医療機関では人件費率は低く、ほどほどの医療を行っている病院では人件費率が50%前後で収支が均衡します。

病院は人が価値を作る業態であります。

(委員長)

病院の経営を考えるとアウトソーシングする業務が増える傾向にありますが、収入部分の医事や支出部分の物品管理を委託していますが、委託業者を監督できていません。

(委員)

医事の委託業務については、常々委託職員は病院のためではなく委託会社のために働いており、病院医事課がしっかりと監督しなければなりません。

(委員)

医事会計業務を行っているスタッフの時給は700円程度であります。自治体の最低賃金並みの金額であります。

また入札で選定するという仕組みが弊害となっており、安かろう・悪かろうという事態が発生しています。

(委員)

診療報酬事務を調査するコンサルがあり、兵庫県では現在診療報酬請求が適正であるか調査を行っています。

(委員長)

この問題の最大の欠陥は事務の専門家がないことであります。

事務部長なども異動することが問題点であります。

医療の専門知識を持った担当者の存在が必要であります。

(委員)

県立病院に来る人は、昇進スピードが遅くなる傾向があり、病院職員の人事上の対応が必要になってきます。

そのため、引き止めるのもためらってしまうし、そのようなことが原因となり意欲が落ちています。

(委員長)

病院の専門的な知識は本庁に帰ると役に立たなくなります。

私がかって要求したのは、助役にするなら病院の事務局長を経験した後に助役にすることです。

(副市長)

地方公共団体の場合は、人事の硬直化が起きます。

病院に入ってしまうと病院から抜けることができなくなります。

芦屋病院の場合は、市に1病院しかないために、職員が病院での勤務を続けることで、

市の人事が硬直してしまいます。

また、公務員の場合は不適切な人材であるからといって辞めさせるということもできません。

(委員長)

国立病院では事務官は、大きな病院や小さな病院などさまざまな病院を経験し、また全ての部門を経験します。

(個人情報等にかかる箇所につき非公開)

国立病院独法化の懇談会の委員も経験していましたので、独法化に向けて厚労省から職員を派遣してもらった経験がありますが、外部から入ってくるとしっくりいかないことが多いようです。

(委員長)

それでは、芦屋市の行政改革の概要をお願いします。

(駕海行政経営担当部長)

過去の取り組み状況ですが、現在の市の赤字の原因は、平成7年の大震災に端を発しています。震災の復旧・復興に約2,200億円の費用がかかっています。国や県からの補助金もありましたが、市債という形での借金を抱え込むという状況になりました。

財政が豊かな頃の市債の額は年間で200億円程度でありましたが、震災後の市債の最高は平成14年度の一般会計ベースで1,100億円になりました。

年間90億円から100億円を返済する必要があり、芦屋市の一般会計の予算が400億円程度であるので25%程度が返済のための金額でございます。

平成15年に山中市長が就任された時の、10年間の収支の不足は約300億円になり、なにも対策を行わなければ、平成20年度には夕張のような赤字再建団体となるおそれがあるということで、市長就任後、約4ヶ月の間にトップダウンで行政改革の計画を立案しました。

その300億円の不足をどうするかというのが問題でありましたが、幸いにも市にプールしていた貯金から130億円を返済し、残りの170億円を行革で対応することとしました。

平成17年度までの3カ年の行政改革の効果額は48億円の計画でありましたが70億円の実績となり、計画額を22億円上回りました。これは土地の売却が大きく寄与し30億円が土地の売却であります。入札を行ったところ予想以上の落札があり高い価格で売却することができましたこと、前倒しで売却可能な土地を売却したことによるものでございます。

2番目の理由としまして、職員の給与カットで約12億円の効果となりました。また、福祉関係のカットや補助金などを含めてトータルで70億円になりました。

しかし、従来の芦屋市の市民税の平均税率が6.9%でありましたが、税源移譲による税率が6%となったことから、全国的にも珍しいケースであります。住民税の収入が下がることになり、この影響で年14~15億円の減収となりました。

今の税制状況では平成27年度までは単年度で赤字が予測されるという状況にあります。また、現在はほとんどの投資的事業をストップしている状態であり、新たな投資的事業はできない状況であります。

第1回芦屋市行政改革推進懇話会資料にあるように、5月15日から学識経験者や民間人などがメンバーとなって意見を述べていただいています。その中で、市は基本視点として、

(1) 新しい時代への対応、(2) 財政健全化の2項目を考えています。4年前は財政を再建することに主眼を置き、財政健全化一本の計画でありましたが、今回はあるべき芦屋の姿

というのも勘案しながらの行革の計画を現在検討しています。

これから行政改革を進めるにあたり、資料の3ページの行政改革の基本方針（案）をもって行革に取り組んでまいります。

芦屋病院についても、4年前の計画時から大きな課題となっており、年間繰入金が9億円のうち基準外の繰入金4億円を削減する計画としています。その後の取り組みで一旦収支状況は改善したが、医師不足による患者減などの大きな課題を抱えている状態になっています。現在のままでは、4億円（修正して3億円）の繰入れを止めることが困難な状況になっています。

（副市長）

繰入金は基準内が5億円、基準外が4億円でありました。

病院は一旦4億円の繰り入れを解消しましたが、患者数が減少したためにそれ以上の収益のマイナスとなっています。

（委員長）

これから芦屋病院の機能をどうしていくかの議論になるが、収益を上げると市が繰り入れを減少させる。これでは何のためにやっているかがわからない

（副市長）

前回の委員会でも同様の指摘がありましたが、基準内の繰り入れの5億は行います。

現在は、それ以上に赤字を出している状況にあります。

（委員長）

一般的に懸命に経営努力を行い、収支の状況を改善すると繰入金を減らすというのが他の自治体のやり方であり、これではモチベーションが上がらなくなります。

（委員）

それは全部適用になってもそんな状況になるのでしょうか。

（委員長）

全部適用にすることにより権限の委譲があれば全部適用のメリットはありますが、現在は、全部適用でも権限の移譲が十分に行われていないようです。

（委員）

県の場合も全部適用になりまして、150億円の繰り入れが90億円に減少しましたが、診療報酬の改定なども影響します。

私がやっていた頃は40億円の黒字が出ていましたが診療報酬のマイナスもあり、消えてしまいました。

（委員長）

どこの医療機関も努力は行っている中で、もう限界になっているのではないのでしょうか。

（委員長）

芦屋では看護師や病院職員の採用は市が行うのですか、病院が行うのですか。

(里村事務局長)

看護師，医師，コメディカルの採用については病院で行っています。

形態は市の選考委員会で市長決済を取り市の職員となりますが，実務的には病院で行っています。

(委員長)

病院によっては職員採用の権限をまったく持っていない自治体立病院もあります。

(委員)

専門職ごとの定員は市が決定するのでしょうか。

(里村事務局長)

基本的には市の組織内に要員の担当部門があり，協議を行うこととなります。

(副市長)

実質上は病院がほとんどを決めています。

(委員長)

年齢制限はあるのでしょうか。

(里村事務局長)

採用にあたっては，看護師は現在年齢を引き上げて40歳までとしています。

(委員長)

今回は，芦屋病院の経営状況の分析を徹底的に行います。

資料が手元にあるかと思うので，読んでおいて頂きたいと思います。

次回からの日程は資料のとおりであります。

(委員長)

次回の委員会は6月30日(土)の午後2時から，この会議室で行います。

これをもって第1回の委員会を終了します。