

資料としましては、以上が前回のご指摘に対応する資料でございます。

(委員長)

本日は、株式会社麻生にご出席していただいておりますので、コンサルティングをされた成果ついて伺いたいと思います。麻生の成果に関する報告の後に、病院の職員に対する意見聴取を行っておりますので、それについて病院長から、意見のまとめと病院長自身の見解をお伺いしたいと思っています。それから、後藤先生に県の対応の話をお願いしております。後藤先生の県立病院に対する色々な示唆について伺いたいと思います。

それでは、麻生が行った経営分析について、その分析と成果についての説明をお願いします。

(麻生)

平成 16 年度から 3 年にわたりコンサルティングさせていただきました。時間の関係もあり説明が不十分な点もあるかと思いますが、概要をもって説明をさせていただきたいと思います。

(委員長)

要点の説明をお願いします。

(麻生)

冒頭に簡単な概要・流れを説明させていただいて、その後 16 年、17 年、18 年にそれぞれどういうことをやってきたのかを説明したいと思います。

業務支援概要につきましては、前回のあり方検討委員会が開かれた後にコンサルティングさせていただくことになりました。その時の答申の項目に入っていましたもので、特に早期における収支の改善に関してのご要望を受けまして、平成 16 年度の期の途中からになります。費用中心の見直しを行いました。また、あり方検討委員会の内容を受けて、私どもとしては、病院としてはある程度の中期的な目標を持って、それをどう実現していくのかが必要だと考えました。これは本来であれば 16 年度に作るべきものであったかもしれませんが、16 年度は費用面の検討がありましたので、17 年度に事務局と一緒に手をつけました。結果をうけて 18 年度になります。計画達成に向けて年次目標も立てながら、各部門レベルでどういうことをやっていけばいいのかを検討し、目標の指標について定期的に手をつけた内容になっています。

次に、年度毎に主にやってきたことですが、16 年度は各種費用、材料費、委託費の見直しを行っています。収入に関しましては、診療単価分析、減点对策、請求漏れ対策、各種シミュレーションの実施、部門別・診療科別損益費用の見直しに関して、データ提示や協議を行ってきました。

その他の支援活動としましては、業務効率化の提言もありましたが、この時に経済特区の話がありまして、病院としても手を挙げられるような状況にありましたので、その事務的な支援も行ってきました。また、満足度の調査、院外処方に向けた業務の見直し等がその他の業務としてあげられます。

次年度では、計画を立ててやっていくということの話が続けさせていただきました。また、答申にもありましたように地域での役割・機能という話もありましたので地域連携活動をどう行うかということや、引き続きコスト削減の話もさせていただきました。加えて、院内開業に関しては既に決定していましたので付随する事務的な作業の支援、MRI の大型機器の更新にあたっての状況把握、診療報酬の改定の影響調査、18 年度に入りまして、17

年度から行ってまいりました中期的な計画を各部門でどういうところに注目して活動を行っていくのかを、各部門の目標値として設定し、定期的にどういう状況なのか、何が課題になるのか、どう課題を追いかけていきたいのかを行いました。また、病院全体の稼働状況の推移、収益性の推移も含めて追いかけていく必要があるのではないかということで行ってまいりました。

また、部門別・科別の損益計算を、できれば月次レベルでお出ししたかったのですが、これは、私どもの不備が重なり年度中に完成することができませんでした。大変遅くなってしまったのですが、今年に入って18年度の損益計算を出させていただきました。

簡単ですが全体の流れを説明させていただきました。

続きまして年度ごとの概要になりますが、平成16年度では、委員会の結果を受けて収支の改善が喫緊な課題であるということで、収入も重要ではありますが、まず費用の見直しということで病院との協議を経て、委託費、診療材料費、薬品費に手をつけております。

結果として、委託費は年間相当額で4,800万円、医薬品費では1,300万円の改善を見ることができました。但し、この改善額は17年度からの反映になります。もう一点、委託費の中で数字が大きく変化したものに給食業務がありますが、これに関しましては全てが委託費での削減効果ではなく、病院の職員様の異動も重なりまして、4,800万円程度の削減金額の中に、職員様の異動によるものが2,000万円程度含まれております。

費用に加えて収入の方では、まず単価です。これは一般的な話かと思いますが、まず現段階の課題の抽出を行いました。それから減点の対策や請求漏れの対策も行いました、減点については状況を見ながら各診療科の対策案等も作成し提出してきた経緯があります。

請求漏れでは、一般的に漏れがあるような指導料の関係などは、病名と関連させての見直しを16年度から17年度にわたって続けてきましたが、院内での病名の統一がない状況であったために、システムの漏れを抽出することができなかつたので不十分な結果となりました。

各種シミュレーションでは、稼働率向上という面も当然ありますが患者満足の向上という視点も含めての検討を行いました。一つは亜急性病床が診療報酬の改定に伴い出てきましたので、この亜急性病床を算定することの検討、あるいは、病棟を1つ休床しまして稼働率を上げる人員配置の見直しなどの検討、また、今回、療養型病床に関しては厳しい内容の改定になっていますが、16年度の段階ではこれほど厳しい内容でなかったため療養型病床の検討も必要ではないかの提言を行いました。

その他の支援活動に関しては、経済特区の関係のいくつかの事務的な支援や、患者さんや職員さんの満足度の調査、院外処方に向けての課題の検討を行いました。

平成17年度では、答申を具体的にどのように実施するのが重要になるので、病院、特に事務局と検討を行ってきました。また、16年度にはできませんでしたが、計画を作成したうえで、計画に沿って活動を実施する提案をさせていただきました。今回はその計画を持ってきていませんが、作成資料の欄に重要取組項目と推進プランということが書いてあります。ある程度の大枠の数字でこういう収支計画になりますに加えて、そのためには誰がどのようなことを行うべきか、目標としてはどの辺りを目指すべきであるかを、色々な指標をもって推進プランというものを提出させていただきました。それに応じて私どもも大切だと思っておりますのは、病院の各部門内で自分達がどのようなことを行っていけばよいのかをご認識いただいた上で活動していただきたいことから、計画を基にして部門目標を設定しました。ここで昨今流行しておりますBSCの考え方の採用もありましたが、BSCの採用には手間がかかるといいますか、皆様の理解を得て院内で統一化していくことに負荷もかかることもありましたので、私どもとしても提案として、収益構造であったり、顧客満足であったり等の視点を4つに分けてその視点の中でいくつか関係する指

標を設定したという中身になっております。

それと運営委員会で幹部の方が、常々病院の稼働状況をできるだけ早く把握されるべきではないかということもあって、稼働状況や収益性等を含めて病院全体の総括と各診療科レベルの稼働状況の資料を提出してきました。

部門別・診療科別の損益計算に関しては、先ほど申し上げましたとおり着手はしていましたが、結果として、この年度は提出できずに終わりました。

それから地域連携の強化では、一般的な話として地域の中でどういう役割を担うのかのこともありますし、17年度に入ってから患者さんが減少してきたことが顕著になってきたこと、また、連携については副病院長を中心として、力を入れていきたいとのことでしたので、準備活動的なことを行っております。今、どういうことを行っているのか、対外的にどういう取組みを行えば良いのか、また、スケジュール的にどういうことを行っているかを検討しております。

それから引き続き継続して費用についてみております。1番目は材料の関係になりますが、診療材料費の中のガーゼなどの衛生材料費の見直しを行っております。また、病棟の看護助手さんを全面的な外部委託ということで仕様書のまとめを行いました。また、MRIの更新については、本体のみならず保守等を含めたランニングコストを含めた業者選定をどう行うかの検討を行っております。効果としては、材料費の部分はわずかでしたが、看護助手さんの全面委託化は、1,000万円程度の効果が出ております。

その他、院内開業に向けての準備が継続して進んでいきました、例えば、手術室を共同で使用した場合の収益配分などをどうするのかといった具体的な課題が出てきていきましたので、その課題を病院と一緒に検討していきました。また、薬剤師の人員配置について院外処方も含めての検討してまいりました。大きく収入に関わる部分の垂急性期についてのシミュレーションを再度行っております。加えて実際に導入した際に、どういう業務運用で行っていくのか、複数の病棟に関わりますし、キーになるスタッフも必要になることからの提案を行ってまいりました。また、病院も重要視されたこともあって、医師、看護師を中心として病院として他の施設を見学されております。

平成18年度は、基本的に計画を立てたり、部門の目標を立てたりしてきた中で、実際にどうであったかということを見ております。病院全体の管理としまして、月々の稼働状況等を含めた経営管理上の状態についてのデータを提供させていただきました。もう一つは徹底した部門目標に対してどういう進捗状況にあるかを、毎月はできませんでしたが、データが揃い次第、提出させていただき話をさせていただいてきました。このようなものを含めて月例会議の運営委員会へ提出させて頂き、説明や考察を加えてまいりました。

残念ながら18年度も患者さんが少ない状況が続いていましたので、抜本的に機能としてどういうところを課題として考えていく必要があるのか、あくまでも診療報酬上ですけれども200床以上と200床未満では、外来の算定状況も異なりますので、そういうところを増収策として考えていってはどうかという点の検討、これは地域の医師会も含めて周辺に与える影響もありますので、病院さんとしても慎重に検討されていたところがあります。

また、看護基準の7対1が出てきておりましたので、これを算定できないのかを看護部長主導で検討されてきましたが、残念ながらこれは実現できておりません。

その他の支援項目として、我々としましては、目標を明確にして管理を行っていくことは重要なことであると認識しておりますので、できれば継続していただきたいこともあり、今年度の目標作成を行っております。

それと、DPCについても無視はできないことで、何回か議論の対象として提出してきました、病院の職員向けの説明会についても実施させていただきました。

地域連携に関しても引き続き話は続けておりました、経営的にも苦しい状況の中で、も

う一度現状を整理して連携室の皆様とも話をさせていただきました。あとは、具体的な活動をどう行っていくかについて、病院長にも参加していただいて、どういうツールを使ってどういうことを行うかということ再度検討させていただいております。残念ながら連携活動というところでは、我々も不十分な点多かったのですが、副病院長を中心にして活動していただいた経緯もありますが、病院全体の動きという流れにはなっていませんでした。

最後になりますが、部門別損益に関しては、一般的なものや特定の診療科を廃止したらどうかと、総括としての数字上になりますが提出させていただいております。

(委員長)

さまざまなアドバイスがあって、実際どういう成果が院内にあったのか、病院長はどうお考えですか。

(姫野病院長)

平成 16 年あたりからの人の流れの資料ですが、真ん中にグラフがあり、その上部が内科スタッフの人の動きです。下部は外科系や小児科，泌尿器科，歯科等の内科以外の動きになります。

平成 16 年 4 月から新しい研修制度がスタートしております。芦屋病院も平成 16 年度から研修医が 2 人から 3 人入っております。それ以前の平成 17 年度まで続いていました研修医師は、全てが内科ですが、立場としては研修医であります。このころはそれなりにコアとして動いていましたが、平成 17 年度以降は、スーパーローテーションになり円滑に回っていない状況でございます。また入院患者数が全科で平成 16 年度までは横並びでしたが、平成 17 年度に急激に落ち込んでいます。この点は他のデータで確認していただいていると思いますが、芦屋病院の入院患者の約 3 分の 2 が内科の入院です。上の折れ線グラフは 3 ヶ月毎にみた内科の入院患者の延べ総数の推移でございますが、平成 17 年度 4 月以降に入院患者・外来患者数が減少しております。最近は少し上昇気味かもしれませんが、内科の変動が非常に大きかったということになります。

そのような中でスタッフの変更ですが、カラーで示しておりますグラフがドクター名、棒グラフから矢印がでておりますが、線の一番太い矢印が科長クラス、その下に中堅クラス、その下に一番下のクラスと区分しております。さらに橙色の矢印で表現しているのがキーパーソンになります。内科で言いますと、一番太い矢印が血液腫瘍内科の部長が平成 16 年 12 月に退職いたしました。それから、はじめに申し上げた旧制度の研修医が、17 年 4 月から 6 月いっぱい退職しております。そういったことが非常に大きい影響であり、それに合わせて入院患者数が急激に落ちております。マンパワーの問題があるかと思えます。

もう一つは糖尿病で橙色矢印が出ておりますが、糖尿病の内科医長です、医長は非常にアクティブに糖尿病患者を診療していましたが、大学の人事異動で他院に異動いたしました。このあと代理の医師が来ましたが数ヶ月で異動いたしました。さらに同時期に副病院長の病気療養期間と重なりました。このことにより糖尿病関係が非常に弱体化しました。さらに、交代人事ということで、日替わり、週替わり人事でつないでございましたので、このあたりで患者離れが一層進んだということがあります。

丁度その時期に、内科系以外の下の図を見ていただきますと、泌尿器科，耳鼻科の医師が退職し、空席になっておりました。それから眼科も平成 17 年の 1 月から常勤医師が不在でありまして、去年末までパートタイマーで毎日外来は行っておりましたが常勤は不在の状態でした。芦屋病院は内科だけを受診される患者さんより、全体の診療科を受診され

る併科受診の患者さんのほうが多い状況にありまして、これは内科にとってもおおいに影響がありました。

今年の4月からは眼科の常勤医師がきておりますし、院内開業が去年から開始されております。そういったことで多少持ち直しているのですが、このような人の流れ、人の動きによって、入院患者は非常に動くわけでありまして。ただ、平成16年までが決して良かったといったわけではありませんが、それまでのレベルに比べると、一気に下降していきました。この大きな原因は、結果的に医師の不足であるということに改めて申し上げておきたいと思っております。しかも若い医師が1年足らずで交代しているということもあり、やはり患者離れを起こしています。あくまで病院というのは医師が一番のポイントであると申し上げておきます。

最近、病院の意見募集も行っており、纏めをここに掲載してありますが、いろいろな意見がでております。もっともな意見が多いのですが。何度も出されている事項が多く、目新しいものはありません。要するに、「建物関係を変更すべき」といったことはよく指摘されますし、交通、地の利といった意見もあります。意見募集を出していただいたのは20数名。個別に意見を伺ったりもしています。意見を出していただくモチベーションそのものが貴重だと思っています。ただ、「失われた評価」により職員のアクティビティが低下したといったことは否めません。個々の意見はご覧いただいていると思っております。私の意見としては、病院はやはり「マンパワー」であり、医療はどこまでも人が大事である。これは医師だけでなく、コメディカルも含めまして全体で運営するものであります。意見の中にでておりますが、各部門別コネクションといいますかコミュニケーションが非常に悪いと聞いております。この辺が問題であると思っています。しかし、これだけで今の状況が解決するというわけではありません。

これからの問題ですが、私自身としては、6年前に病院開設50周年記念会を行っておりますが、設立当初からの30年から50年といった建物が多くありますし、これをなんとかする必要があると思っております。耐震診断の話もありますので、このあたりをどうするのかという問題を解決する必要があると思っております。

（委員長）

意見聴取の件は後にしていただいて、麻生の説明に関する質問はありませんか。

（委員）

麻生の16年度からの取り組みの内容はわかりました。つまり、問題点とか課題に対してどのような項目について、具体的にどうしたらいいのかということまでの説明でした。このあと、病院がこれらに対してどうしたのか、その経過の中で、さらに改善されたのかどうか、今の説明ではわかりません。提言までの役割がもしれませんが、これらのことをきちんと16年から取り組めば、それなりに改善されたこと、成果になったことがあるのではないかと思います。そのことを病院がどのようにとらえ、どのように進めてきたのかをお聞かせください。

（委員長）

先ほどの院長先生のお話は、医者、特にキーパーソンと言われた医者がいなくなったことと、新しい臨床研修医制度の影響が大きいといった内容であったのですが。どういう風に麻生の経営改善計画に取り組んだのか。どのような成果をあげたのか。今の説明ではありませんでした。この点はどうですか。

(姫野病院長)

麻生のいろいろな提言・支援といったことは有効であったと思います。ソフトの面で人をどう動かすかですね。

(委員長)

それは、よくわかります。しかし、意見聴取などを読んでもみますと、幹部と職員の意味疎通が欠けているということが書かれています。麻生が出した経営的な分析とかサジェスションはどのように職員に伝わって、それを幹部がどのように実行されたのが、もう一つわかりません。

経営的な分析については職員に説明をされたのですか。麻生が職員に説明する機会があったのですか。報告書を出して職員に「こうですよ」、「こういうプランでいきます」、「その成果はこう見てきました」といった説明をする機会があったのですか。

(麻生)

年次的な報告は行わせていただきました。ただ、期の途中で頻繁に行えないといったことがありました。もう一点は、先ほどの計画・目標については、私どもとして各職員とのヒアリングの中で説明した経緯はあります。どれほど認識されたかは別として。その中でいろんな問題・課題、みなさんが抱えている考えなどを伺いながら目標設定を行いました。

(委員)

目標値は、麻生がつくられたのですか。

(姫野病院長)

各科、各部門でヒアリングを行っています。ただ、目標設定、計画についてなかなかできていません。収入増について、目標設定などの計画があって、指標について3年前まではよかったが、医師が頻繁に変わる状況でどこまでできるのか。例えば、「何を」、「幾ら」といった目標があっても、現状で実施するのはなかなか難しい問題があります。

(委員)

医師というのは病院の中で中心である。彼らの行動によって大きく収益が変わるものです。目標設定をするとき、私の経験からすると、経営者と各診療科の責任医師とで、どういう医療をするかということを中心に話して、その結果として、診療単価・患者数とかをあげるのであれば、どういったサポートを周辺がするかといったことの話がされて目標が設定される。目標が設定された以上は目標に対して、目標を設定した人には何らかの責任を負ってもらう。負ってもらうといっても説明責任です。説明責任でなぜ患者数が減っているのか、なぜ診療単価が落ちているのかといったことに対して、説明しうる限り説明をしていただく。それも多くの職員の前で説明をしていただく。それに対して周りがどのようにサポートするのか、組織を活性化したり、組織の力を強めたりするために使うのですが、お話を聞いてみますと、なんとなく事務的に予算づくりのために目標設定がされて、医師それぞれにヒアリングがなされてそれなりに数字として現れる。それが目標になって、ただ事務的に流れているかのような印象を受ける。私は、医師達はレスポンスの早い職種だと思います。それなりに自分達の考えが認められて評価されて行動する職種だと思います。あまりにも反応の悪い数字の流れになっていることを考えると、せっかく目標設定という手法が使われたにもかかわらず、うまく機能しなかったという印象があります。形式的になりすぎたのではないかと思います。

(姫野病院長)

今までの手法についてはその通りだと思います。どこの病院でもそうですが、あまり目標設定だけで医師を引き付けることはできないと思います。

例えば、救急医療自身が危ない、ピンチになっています。例えば、300、400床以上の大病院であれば別のこともあると思いますが。200床前後の特に医師が30人を切っている。各科の医師が2、3人ということもあります。ここ数年は目標が理想的に運用できる状況ではなく、むしろ病院の医療体制を維持するのが最優先課題としました。

(委員長)

意見募集の講評をみますと、経営の中心人物がいないと言われていています。それと、麻生の目標管理の実績がフィードバックされていません。麻生が一生懸命やったけれど、その実績がどこまで実現されているのかが気になります。だから、単なる議会对策、市民対策で「病院はこのような事をしていきますよ」といったことで終わってしまっているのではないのでしょうか。

(委員)

具体的に、麻生からのデータで各部門とヒアリングを行いましたときに、病院の幹部は一緒に立ち会ったのですか。

(麻生)

この場合は個別でした。

(委員長)

今の議論は麻生との間でやったのか。そこに病院長とか副病院長、診療局長などが立ち会って、例えば「あなたの診療科はこのような分析ですよ」と、それに対して「どのように考えて、どうしていこうと考えていますか」といったことをされましたか。

(麻生)

大半はなかったと思います。

(委員長)

なかったのですか。

(麻生)

うる覚えで大変申し訳ありませんが、初期の段階では出ていただいたとは思いますが。

(委員)

当病院がこれからどうするのかということも含めて、目標設定について病院幹部の方が各部門のヒアリングをするのであって、麻生は同席するのであれば分析したデータで説明してサポートする立場ではないのですか。麻生が病院各部の目標設定についてヒアリングするのはどうかと思います。

(委員長)

おかしいですね。

(委員)

麻生の立場はコンサルタントとして説明役だと思います。この病院をどうするのか、舵取りしていくうえでの問題は何か、課題は何かなどの方向づけするのはあくまで病院が主体的にするという関係だと思います。前回のシステム環境研究所さんの提言も非常に良い。それを病院がどうするのかが見えなかったと思います。

麻生に質問ですが、麻生が16年からコンサルティングされている項目はすでに結論がでて、解決・改善されたのですか。17年度についても改善されたのですか。

(麻生)

費用に関しましては、ご指摘のとおりです。

(委員)

16年度、17年度、18年度の提言について、すべて終わり成果がでたということでしょうか。

(麻生)

費用に関しましては、おっしゃるとおりです。

(委員)

はっきりしたいのですが。

(麻生)

収入面に関しては、成果の出ていないものが多いと思います。

(委員)

その原因は何だと思えますか。

(麻生)

私どもの不手際もあったかと思いますが、病院として基本的な方針であったり、先ほどお話しがあった、目標であったり、計画であったりというところは、幹部から声を出してリードしていただきたかったところはあります。

(委員長)

麻生が説明をするときに、病院長を始めとして病院の幹部が主体に行ったのですか。

(委員)

事務局の機能がよく見えないのです。おそらく事務局には十分説明されたのではないですか。

(麻生)

常々説明させていただいておりました。

(委員)

県立病院は10数病院あります。病院局がしっかり纏めています。医師に言われたことの

全ての答えを出させるのは限界があります。そのためには事務局がしっかりしています。

院長が、当然事務のトップや市の幹部と納得したことを一緒になってやるという仕組みが見えないのです。幾らそう言っても麻生が病院に行って説明されたのです。事務局がやってないとかではなく、県の場合では病院局が強すぎて、院長以下が萎縮しているぐらいなのです。

（委員長）

これだけの経営分析を行って、努力目標を立てたのですから、病院長が中心となって、やはり病院をどうするのかは医者ですから、人数が減ったのなら、減ったなりに自分の科をどうするかをやらなければ経営分析を行った意味がないのです。私どもも十分経験を積んだから言うのです。

（委員）

これを見ますと、実現に向けてのステップが非常に遅いです。ヒアリングをする際に病院の幹部が同席して主体性を持って行ったのか、ヒアリングするには幹部が同席することで、病院をどうするのかのメッセージを伝える非常に良い場なのです。それこそ喧嘩ごしになってやる。そうすることで色々な提案を具体化する行動も非常に早くなる。私はこういった印象を持ちました。

（委員）

実現に向けたステップが遅いというのは私も同感ですが、同時に実現されなかったことへの精査についても気になりました。先ほどコンサルタントの麻生が、病床数を200床未満にするシミュレーションの実施提案を行ったところが、地元医師会との関係もあり、病院が慎重な態度をとられたということが18年度の説明であったと思いますが。それはどれ位の精査を行った結果なのか。

麻生に回答をもらうのか、病院当局に回答をもらうのかが悩ましいのですが、どれ位の精査を行ったうえで、200床未満は芦屋病院にとって「適当でない」といった消極的な態度をとられたのかどうか、そういった意味で病院の経営者側の判断の基となるデータの精度の高さと検討の姿勢を計りかねています。

（麻生）

私どもは、医師会との関係が全ての原因ではないと思いますが、実際に病院で検討・吟味された経緯は聞いておりません。結果しか伺っていません。本当に経済的な効果も重要な要素ですが、病院からデータを抽出して、現実として、今いる患者さんへの対応をした場合を想定して検討しましたが、院内の材料が不足したことは実際にありました。従って他病院の事例も踏まえて分析を行ったため、十分な数字が出せなかったことも原因の一つだと思います。結果として、病床数 200 床未満の件について、具体的にどういうご判断がなされ、その一番の理由が何かというのは私どもでは伺っておりません。

（委員長）

麻生が提出した資料はあくまでも病院が実行しなければならないのであって、麻生に責任はないと思います。麻生は分析した結果を報告しただけです。それに基づいてどのように対応するのかは病院内部の問題だと思います。

（委員）

市役所と病院の関係の問題もあるのではないのでしょうか。

(委員長)

その点は次回に議論したいと思います。

(委員)

今回の麻生からの報告はサマリーですので、これだけでは判断できないと思います。何を提案して、どういうことが行われて、病院からどういうレスポンスがあったのか、その内容を知りたいと思います。そのレポートを見せていただきたいと思います。コンサルティングを行って、病院がついてくることができなかつたのか、それとも他の要素で実現しなかつたのか、結果を纏めたものがあれば見せていただきたい。病院長がはっきり答えられなかつたことから、コンサル提案と病院執行部にギャップがあり、提案が宙に浮いた状態で、実際にはほとんど検討されなかつたと想像します。せっかく提案・実施したけど、その後をしっかりと実行しなければ、ベンチマークで目標を具体的にしても意味がないのではないのでしょうか。

(委員長)

その報告書は病院側に提出されているのでしょうか。

(麻生)

年次の報告書として提出させていただいております。

(委員長)

病院としては、その報告をもって検討しなければならないですね。今日の委員会は、麻生からどのような提案があり、その効果を問うている委員会であります。

(委員)

病院としてどう取り組むかという姿勢の問題が如実に出ていると思います。今の議論を噛み合わせようと思いますと、具体的に次に何を行ったかという具体的な報告書が提示されれば分かりやすいと思います。しかも、200床未満の提案も唐突な印象を持ちます。このことを検討することは大変なことだと考えます。なぜこのことを検討しなければならなかつたのでしょうか。それは単に分析した結果の報告ではないのでしょうか。病院が一生懸命に行える内容だったのかは疑わしいように思います。コンサルタントと病院がどれだけ合意を得て取り組んだかが見えてこないことが問題でしょう。

(委員長)

その点は非常に気になることです。病院長もしくは事務局長、どうだったのですか。分析を行っていただいて、費用を支払われていると思いますが、その費用に対する成果はどのように反映されているのでしょうか。

(里村事務局長)

16年度については、原価計算および損益分岐点分析の結果からコンサルを導入しましたので、固定費の削減を第一に行いました。16年度については、提案を受けた内容を実行した結果、経費節減について一定の効果が得られたように思います。そのことは結果を前の会議資料として提示させていただいております。特に固定費の中で、今になって問題にな

っている項目ですが、人件費の削減というのがあります。委託料やリース料の見直しについては、安かろう、悪かろう、にならないように取り組んできましたから、委託料についても一定の成果があったと考えております。

17年度については、我々にとっても反省点になるのですが、いわゆる中期計画を立てようということになりまして、収支計画も含めた5ヵ年計画を立てたのですが、人材の問題や施設の問題、いわゆるハードとソフトの両面について将来ビジョンを設けた中で計画を立てました。しかしながら、病院の建替えをどのように捉えるのかが大きな課題としてありました。市との協議の結果では、計画の中で含めることができなかった。そのため、市として認められない中期計画になりました。つまり病院の内部で留まってしまったということでございます。施設の問題が絡んだ中での結果でありました。

18年度については、収益性を高めることに積極的に取り組んでまいりました。目標を設定し、取り組みました。麻生が中心となって、現場に入り、目標設定を行ってきました。結果的に目標設定をなぜ行うのか、事務局と各科部長に説明会を開催しましたが、説得力不足もあり、理解が得られなかったように思います。結果的に医師がやらされている感覚が根強く、病院長の意思表示として、また施策として行うものとして、トップダウン方式で行ったものですから、その後のフォローを行ったにもかかわらず、やらされている感覚を払拭することはできず、ご指摘を受けている通りの事務的な流れに留まってしまったように思います。各職員に説明されたかどうかについては、各科連絡会の中で、常に報告を行っているのですが、職員個々まで徹底することは難しい結果でした。各科連絡会では、科部長等が出席するだけでしたので、下部の職員まで連絡が至ってなかったのではと思います。我々は、麻生から提供を受けたノウハウについて、19年度に引き続いて行いたいと考えております。19年度でも目標設定を行う予定ですが、現時点では実施できておりません。

また、200床未満については、亜急性期病床や7対1看護の問題など、診療報酬体系を受けた医療提供体制のあり方等がどうあるのかを中心に議論を行い、職員にも説明を行いました。我々は、平成17年度に院内の横断組織である経営戦略委員会で、提案を受けた内容や各職員の意見交換の場としたのですが、説明の場と他部門の批判に終わった感は拭えないように思います。要は病院内部の職員のベクトルを統一することは、我々の力不足でできなかったように思います。実際にそのような中で、厳しい状況を打破していかなければならないのですが、事務局としては思うような進め方ができなかったと反省しております。

（委員長）

病院のリーダーは医師ですから、医師の意識が非常に気になります。この病院を何とかしないといけないと考えるのは医師であって、医師から事務に相談があるべきだと思います。私は事務が先頭に立つことはありえないと思います。

（委員）

非常に難しい問題ですが、病院を改革する際に一番抵抗するのは医師ですが、客観的な資料を提示できれば最大の協力者にもなりえると思います。そのため、納得させられなかったということは、必要な資料を抽出できなかった点に問題があるのではないのでしょうか。また、200床未満については、病院を入院重視か外来重視かの方向性を検討する際に生じた議論ではないかと解釈しています。

（委員長）

それは7対1看護で生じたことではないのでしょうか。

(里村事務局長)

もともとの考え方は診療報酬上の200床未満のメリットを考慮した結果です。芦屋病院がどのような医療を提供するかと考えた際に、現実に入院患者数が150人前後で、外来患者数が350人前後で推移しており、実態は200床未満であるため、7対1看護のことも含めて、病院のどれくらいの規模が良いのか、どちらかと言うと経済性を重視した議論の結果です。しかしながら経済性だけではなく、芦屋病院が提供する医療体制のあり方を見誤ってはいけないという意見もありまして、芦屋病院における病床数は230床程度の規模で十分に対応できるであろうということになりました。その議論の中で療養病床をどのように持つのかの議論もありましたが、結果的には急性期病床だけで運用しようという判断になりました。

(委員)

中期計画とは、経済特区の申請と絡んだことでしょうか。

(里村事務局長)

経済特区とはまったく別です。経済特区については、前回のあり方検討委員会から院内開業の提案を受けました。院内開業を行うにあたって、いわゆる施設乗り入れの問題がありまして、互いの独立性をフリーにできないかという発想、また、別の提言で医薬分業の全面実施がありましたが、芦屋市の土地を賃貸借で調剤薬局に提供することができないかということがありました。もう1点は公的病院、特に市立病院では差額ベッドが30%までという制限がありますが、地域住民の傾向を考慮して民間病院並の50%にできないかということ考えました。それらが特区としての申請内容でありました。

(委員長)

院内開業については、前回のあり方検討委員会で提言しましたが、当時は芦屋市がすぐにも赤字再建団体になり、一般会計からの繰入金で難しいため経営分析、損益分岐点分析を行った結果の提言でした。院内開業を行うことによって、芦屋病院全体として、診療科は減っていないことをご理解頂きたいと思います。また、病院が薬価差益で儲けるのはおかしいのではないかの視点で提言を行ったのです。その手続きにあたっては、後藤委員にはお世話になり、事務局は苦労したと思います。病院内部の職員の一部に損益分岐点の考え方を間違えて理解しているように思います。開業医は、損益分岐点を下回ると潰れることとなります。この前、病院職員にも損益分岐点の説明は行いました。

(委員)

麻生からの提案は受けただけでも病院の改善が難しい、というムードがあったのではないのでしょうか。200床未満にすることは、現状での改善をギブアップしたような意見だったのでしょうか。

(姫野病院長)

平成17年度の春に非常にピンチな時期がありました。その際は病院の運用が落ち込みまして、特に救急の面では大きな問題となりました。医師、特に内科が減ったことによるものです。そのときに発生したアイデアでした。外来の件は検討して頂いたのですが、医師の中では、特に反対がなかったように思います。ただし、療養病棟については反対でし

た。これ以上の検討を進めると、病院の医師の確保が危ないと判断しました。

(委員)

芦屋市は病床過剰地域ですか。

(委員)

過剰地域です。

(委員)

病床数を200床未満とするかどうかということは非常に重要な問題で、過剰地域で一旦病床を減らせば、今後芦屋病院が発展していき、市民からの信頼が大きくなり、機能を拡充しようとしたとしても病床数を増やすことはできないこととなります。芦屋病院の病床数を決めるにあたって、芦屋病院の将来像をどうしたいのかを明確にした上で、当面どうするのかを本来考えるべきだと思います。病床数を単に経営的な理由だけで削減を検討することはどうかと思います。ただ、病床数を200床にすることを検討すること自体は否定しません。

前回のシステム環境研究所からの報告でも、療養病床や運営主体のことについても含まれています。それを病院幹部も中間管理職員も一般職員も同じレベルで聞くと、普通の職員はどのように感じるのでしょうか。今回の麻生の件についても、基本的に幹部が提言を理解し、提案内容や改善点や問題点を認識した上で職員に説明して意見を聞く、もしくは決定事項を周知させるような基本的なスタンスがないと、提言を幹部と一般職員が同じレベルで聞くのはいかがなものかと思います。つまり、幹部で意思統一した上で、コンサルタントの意見をどうするのか、または何をコンサルティングしてもらうのか、また職員に対してどのようにするのかというような、基本的な事項を幹部の中で認識しておかなければならないと思います。例えば目標設定管理を行うということを一生涯やっているのは分かりますが、その主旨を事務局が説明しなければ機能しないということもどうかと思われる。幹部の意思統一あるいは運営方針を整理したうえで職員に伝えるということをしなればならないと思います。第1回の委員から説明があったように基本的に病院内部には経営の専門家がないのですから、だからこそどのように組織を動かし、運用するのは幹部で常に検討しておくべきだと思います。

(委員)

経営のことを議論するのであれば、どこまで儲けるのかという議論が発生します。市民病院ですから、市民に理屈で説明できる体制を整えておかなければなりません。常に存在意義の原則に相反していないかを確認しなければなりません。そのため、経営についても同様で、ただ単に黒字にすれば良いといったものではないでしょう。赤字であっても必要であれば市から繰入金となされるべきだと思います。また、経営改善に向けて努力すればそれだけのメリットが医師にあるよう、余剰資金が出れば機械を購入したり、建替え早めを行ったりなどの受益の部分の明確化が必要だと思います。そのために、まずは病院のあり方もしくは役割について先に決めて、病院全体のベクトルを揃える必要があると思います。医師の立場から見て、目標達成に向けてたきつけられるだけでは、黒字になっても民間病院と変わらないというような指摘を議会等から受けてしまいます。そのあたりを噛み合わせた運営方針が必要だと思います。

(委員長)

次回からはそれが中心となります。最初に申し上げましたとおり、まず民営化ありきで話をして欲しくないということです。民営化であれば、病院の経営改善について議論する必要はなく、民間に任せれば良いのです。ここで経営改善について議論していきたいというのは、民営化して欲しくないという思いがあります。

(委員)

ここでの民営化は病院を売り飛ばす話でしょう。しかし、こうやって欲しいという方針があり、民間へ指定管理者等で依頼すれば、問題は無いのではないのでしょうか。

(委員長)

それが非常に問題となっています。総務省は売り飛ばしを進めています。民間委譲、民間売却など。今問題となっているのは、その公設民営化が上手くいかないことです。

(委員)

行政サイドからになると、数字だけが勝手に動いてしまいます。きちんとしたストーリーがある数字をいかに事務局が麻生と一緒に協力していたかどうかではないのでしょうか。芦屋病院はどういう医療を行っていききたいことから遡って数字のやり取りを行えば上手くいったのではないかという感じを受けています。

(委員長)

私は黒字にしろとは言っていません。この病院の機能をどうするかということです。病院の機能改革をどうするか、それに対して市はどうしてくれるのかということです。病床は減らしてしまったら元には戻せないのです、病床を一時閉鎖するなどに対応するしかありません。

(委員)

今までの議論で抜けているのは、前にお願ひしていた医師の部分です。結局、病院長や皆さんが苦勞されているのは、頑張ってもどんどん医師がいなくなってしまう、結果として医師がいなかったために何もできないと言われてるように思います。それは理解できますが、(個人情報等にかかる箇所につき非公開)そういうなかで、病院長が一人で色々なところを回って頭を下げて「医師はいませんか」ではなく、病院全体として医師集めにどのような努力をしているのか、全国公募をすとか、そのような努力が見えないと、従来のやり方だけでは医師は集まりません。もちろん病院の魅力がないと集まらないという意見は分かりますが、その部分の分析、例えば研修医が減ったから入院患者が減ったのであれば、それがマンパワー不足によるものなのか、単純に臨床研修医制度が始まったから医師が少なくなったというのではなく、そういった分析をして欲しいと思っています。言い訳にこの資料を使ってしまっただけでは、次に進めない。難しいとは思いますが、ご苦勞もされているとは思いますが。

(姫野病院長)

(個人情報等にかかる箇所につき非公開)

(委員)

個別の事はもう聞かなくても分かりますので、大筋として病院の医師の確保について方針があれば聞かせていただきたい。

(姫野病院長)

最近では民間の医師紹介機関もありますが、病院との希望年収額の差が 300 万円以上ありますので限界があります。

(委員長)

医師と看護師の確保については、院長をはじめ、職員があらゆるコネクションを活用していかなければなりません。個人の大学の出身教室等の人脈を通じて医師、看護師を確保していかなければいけない。特に医師については、医師の募集が盛んに雑誌や新聞に載っているが、それは病院が危ないという評価につながるとある病院長から聞きました。ここでは、人員を確保するには個人の人脈で行っているようです。それから特定の大学との契約等色々なやり方があるとは思いますが。

(姫野病院長)

最近では病院ホームページに医師の募集が出ていますから、そういうことはあまり気にする必要はないと思います。

(委員長)

そういうことをある公立病院の病院長が言っていたということです。

(委員)

大体、待遇面で全然合わないでしょう。

(委員長)

やはり芦屋病院のブランドを生かして欲しいのです。国立病院の独立行政法人化の際に懇談会の委員をさせていただきましたが、そのときに国立病院というブランドをどうしたら良いかという質問したときに、国立病院という名前を残しますという回答でした。こういうブランドは必要なのです。他に意見がございますか。後藤委員のお話は時間的に次回になりそうですが。

(委員)

例えば、市立西宮病院の同じような会議には、阪大から副院長等 2 名が出席されています。つまり、ここは医師派遣を重要な課題を考えているのかということになるわけです。私は兵庫医大代表として在籍してはおりませんが、そういったアンテナを立てなければいけないということです。

(姫野病院長)

先週も阪大の教授と神戸・阪神地区関連病院の懇談会に出席しており、コネクションはあると思います。

(委員)

阪大は、基幹病院だけに医師派遣を行うようにしていく流れもあるので、そのことを極めてやらないといけない。言うは易しではあるとは思いますが、ブランドが落ちているから医師が来ないのか、堂々巡りの悪循環みたいなものがあるのではないかとと思いますが、いかに医師を集められるかによって病院が変わっていくのが現実だと思います。

(委員長)

日本の医療はすごく問題になっています。新潮文庫から医療の限界という本がでていますが、それを読むと、日本の医療は止まっているそうです。

(委員)

大学に医師派遣を頼みにいく際に、単純に人がいないという話なのか、芦屋病院への注文があるのか、それを病院長が把握して、どう対応するのかではないでしょうか。

(委員長)

医師集め、看護師集めにおいては、この病院がどのような将来構想をもって進めていくかが大事です。そのことを次回から徹底的に行いたいと思っています。単純に人が欲しいでは集まりません。病院はこういう方針で進んでいきたいという目標設定を行って、旗印を揚げなければいけません。例えば、今度改築の問題が起これば、これは最大のチャンスであると言えます。そのときに芦屋病院をどうして行くのかきちんと討議して実現しないといけません。

(委員)

南阪神は一つの圏域です。尼崎市、西宮市、芦屋市、県立病院も3つあるのですが、県では、西宮をどうするのか、尼崎をどうするのか、塚口をどうするのかと各病院の機能を決めてきました。芦屋病院は、県立病院や、関西労災、兵庫医大が周りにあります。そういうなかで、芦屋病院としての機能を決めていかなければいけません。

(委員)

芦屋病院だけではなく、周辺のいわゆる二次医療圏の地域全体で医療システムをどうしていくか、大きな枠組みのなかで芦屋病院がどういう機能を担うということ。兵庫県全体での医療計画、そして大学とどうやって関係をつけていくかということではないでしょうか。

(委員)

やはり、厚生労働省の計算式は正しいように思われます。病床数がオーバーしている地域ではどこも経営が厳しくなっています。だから役割を考えて、病床数を減らすのであれば減らして、きっちりとした考え方を持ったうえで行うべきではないでしょうか。

(委員長)

そろそろ時間がきましたが、1つ言いたいのは、この委員会は決定機関でも執行機関でもありません。いずれ答申を出すことにはなりますが、この答申をどうするかは、市当局や病院自身の問題です。そこを良く考えて、自分の力でどうするかということをやっていたかなければいけません。

(委員)

説明は来週になりましたが、県のほうでは、行政として在り方を検討した上で、病院事業として改革をどうしていくか、という形で進めておりました。

(委員)

委員長が心配しているのは、意思決定の機構としては色々と問題があり、そこを改善していく必要があるというメッセージをもって答申を出していくということですね。今日の話ではその要因が如実にでてきています。

（委員）

前回の委員会の時に、以前開催されたあり方検討委員会の結果という話があり、委員長からは時間的なこともあるので、現時点での問題を検討すべきとの話があったかと思いますが、コンサルタントの方の提言、前回のあり方検討委員会の答申、それらについて病院や市がどの程度認識して、どのように改善しようとしたかということは大事であると思います。といいますのは、前回のあり方検討委員会の答申の中に非常に重要なことが入っております。全部適用のことについても入っています。職員からの声を聞いても、一部の意見かもしれませんが、あり方検討委員会の答申をそのままやったという声があります。病院としてどのように答申を認識して、方向性を決めて、だからこうするというのを職員にきちんと説明しておけば、同じ事を実行するにしても職員はその意義を感じるだろうし、そういう方法が必要ではないでしょうか。前回のあり方検討委員会の答申の詳しい説明は別として、どのように実行して、その反省点はなにか、だから今回の委員会の答申はこのようにやるということを病院と市は明確に認識して取り組んでいただく必要があるのではないのでしょうか。

（委員）

少し違う意見ですが、大学でもコンサルテーション論を行っており、実際にコンサルタント会社をやっている者として、麻生には悪いのですが、出し惜しみしているのではないかという印象を受けます。コンサルタント料が安いのでしょうか。もう少し考えて、もっと実効性が上がるようなコンサルテーションを考えられても良いのではないのでしょうかというのが資料を見ての率直な意見です。出し惜しみというか本気度といいますか、もちろん受ける病院側にも意識は必要でしょうし信頼関係もしっかり取ってもらわないといけません。コンサルタントというものは単に分析屋でも調整役でもありません。業務を委託しているかのようなコンサルタントの使い方では、せっかく経験やノウハウを持ったコンサルタントが入っても実効性はないでしょう。その点はじっくりと考えていただきたいと思っています。

（委員）

最初の委員会でも出たかと思いますが、病院運営をきちんとするには、人事の問題も含めて、やはり病院の中にじっくり経営を考える部署と人材が必要ということをあえて申し上げたい。さらに言うと、そういうことに本気で取り組んでいけば、麻生が提言していることの内容については病院の中から出てきてもおかしくはないと思います。外部からでないこういった意見が出ないというのも経営的には問題ではないのでしょうか。もちろん麻生の報告を否定しているわけではありませんが。

（委員）

病院には経営企画室はあるのですか。

（里村事務局長）

病院の中にはありません。

(委員長)

病院の中に経営の中心人物がないということが書かれています。

(委員)

県立では管理部門は 40 人ほどの経営課で行っています。それに企画課をつくっています。大体見てみますと、経営課長は事務課長、管理課長は人事課長、それくらい病院の方に傾注する体制をとっています。それが病院のほうに入ってしまうと、どうしても医師とのやりとりが発生してしまいます。病院のなかでは、政策的なものが反映しているかどうかのチェックが行いにくいので、それは本庁で行っています。病院一つであっても、そのような形も考えられるのではないのでしょうか。

(委員長)

今日は後藤委員のお話を聞く時間がありませんでしたが、次回からは病院機能をどう改善していくかということと、経営形態について、双方向を行き来しながらやっていきたいと思えます。

(委員)

先週に著書が出来たので、ご参考までに今日お配り致します。数字があるほうが分かりやすいかと思えますので、次回お持ちいただいたらと思えます。全部適用でどのようなことを経験してきたか、実際に 4 年間でどのように経営改善を行ってきたか書いています。

(委員)

目標を掲げてもらっても受け皿が、無いことが一番問題ではないのでしょうか。キードクターが辞めていったというのが痛手かと思えます。他の病院より大きいのではないのでしょうか。最近、兵庫医大の副院長で経営担当のようなものができたと聞いています。そういうのも一つのやり方ではないのでしょうか。

(委員)

病院長のサポートとして、今は経営が大変なので、1 人特別に任命しています。どれだけプロかというのは別ですが。

(委員)

その辺のアイデアを利用できないかと思っております。

(委員長)

ある本で見たのですが、約 1,000 件の病院のアンケート調査の結果、約 73% の病院が赤字経営であったというデータがあります。今、黒字経営を行うにはよほどのことが必要であると思えます。

(委員)

本当にそうです。努力しているところでも赤字になっています。診療報酬制度が悪いと思っています。

(委員)

先の見えないところに大学も医師は送りません。そういうことだと思っております。

(委員長)

芦屋病院は将来構想が大事だと思っています。将来構想で人を集めること。だから、今度病院を建てるのであれば、どういう機能を持たせて、その機能のもとでどういう設計を行うかということをしていかないといけません。

(委員)

ただ、それには今までおられたキーのドクターがいないから非常に難しいのではないのでしょうか。

(委員長)

それは建ててから集めるものでしょう。

(委員)

診療科をセンター化するなどによって、一本釣りで医師を集めるということなどをしないと、従来の診療科のあり方では無理でしょう。

(委員長)

副市長さん、何かありますか。

(副市長)

先ほど委員長が仰いましたが、982ある公立病院の内、3分の2の626病院が赤字です。これは17年度決算の数字です。18年度決算では赤字病院が増えています。

(委員)

繰入後の数値でしょう。

(委員長)

あの分析は隠れたところを見る必要があります。

(委員)

徳島県立の4病院が黒字になったのですが、繰入金が非常に多く入っています。

(副市長)

人の問題についての議論は出ておりましたが、芦屋病院はそういう体質になっているのではないかと思います。

(委員長)

その体質を変えていかないといけません。次の計画ではそれを変えていく病院としなければいけません。芦屋というブランドをいかに生かすかということです。そうすると、芦屋市にふさわしい機能を持った病院としていかなければいけません。

(委員)

独法化の非公務員型にするなら人はゼロベースで考えていかなければいけません。そこに問題があるならばゼロベースで考えるという選択肢もあります。決めた通りのことを行

える人を置いていく。そうしないと体質改善は出来ません。

(委員長)

次回からは経営形態について、熱い議論をお願いしたいと思います。では、終わらせていただきます。