

第 2 回
常滑市民病院改革プラン評価委員会
会議記録

平成 22 年 8 月 16 日 (月曜日)

平成 22 年度 第 2 回常滑市民病院改革プラン 評価委員会

1. 開催日時： 平成 22 年 8 月 16 日 (月)
午後 1 時 30 分 ~ 3 時 35 分
2. 開催場所： 常滑市民病院 5 階大会議室
3. 出席委員： 常滑商工会議所会頭 杉 江 省一郎
常滑市医師会会長 肥 田 康 俊
あいち知多農業協同組合代表理事組合長 平 野 重 良
常滑市監査委員 井 上 富 郎
男女共同参画ネットとこなめ会長 片 山 涼 子
常滑青年会議所理事長 竹 内 賀 規
4. 常滑市民病院： 病院長 鈴 木 勝 一
副院長 中 山 隆
看護部長 野 中 時 代
5. 事務局： 常滑市参事 山 田 朝 夫
事務局長 梅 原 啓 三
管理課長 皿 井 敬 治
業務課長 皿 井 栄 一
新病院建設室長 八 谷 俊 之
主事 渡 邊 聡
6. 傍聴者 2 名

1. 開 会

事務局長：

それではお約束の時間になりましたので第2回の常滑市民病院改革プラン評価委員会を始めさせていただきます。

今回は改革プランの説明をさせていただいた後、実際に審議を進めていただき、ありがとうございました。プランの中にはDPCなど普段は聞きなれない言葉もありましたが今回についてもできるだけわかりやすく進めていきたいと思っております。それでは評価委員会に入ります。委員長、よろしくお願いします。

委員長：

それでは、まず院長にあいさつをお願いします。

2. 院長あいさつ

病院長：

データを見ると、どれだけ悪い評価を受けたとしても仕方がないと思っております。ただ、職員一同頑張っております。どういう形で病院経営をやっていったらいいかを考えて、経営改善に努めていきたいと考えていますのでよろしくお願いします。

委員長：

ありがとうございました。それでは只今から始めさせていただきます。

3. 議題

(1)「常滑市民病院改革プラン評価シート」について

収入の確保について

委員長：

前回お話ししましたように前回は1時間半だったのですが、今回は2時間ということで、只今1時半に始めましたので3時半を目処に進めさせていただきます。内容によって早く終わるのであれば早く終わるということで、ご了解をいただけたら幸いです。

今回はお手元の資料の中の評価シートを中心にご意見をいただきまして、会議を進めていきたいと思っております。まずは井上委員より、常滑市民病院の損益の分析について報告がありますので、そこから始めたいと思っております。

井上委員：

資料に2枚綴りのものがあると思っております。平成21年度決算から見た市民病院損益分岐点検討資料です。市民病院事務局の協力を得ながら決算書に現れていない部分も含めて市民病院の経営はどうなっているのか、あとどのくらい患者が来れば損益分岐点を越えて採算が取れるようになるのか。そのあたりのことを、一般会計からの繰入金を交えて検討してみました。ここには資料が2枚あります。

この2枚と前回いただきました常滑市民病院改革プラン評価シート付属資料6を参考に進めていきます。

平成21年度の決算について、経常収益が45億5,293万2,000円に対し、経常費用46億2,952万7,000円ということで7,659万5,000円の赤字です。ここで、まず損益分岐点とはいわゆる採算分岐点です。どれだけの収益があれば採算が取れるのか、この市民病院がいくら収益を上げれば、何人患者が来れば採算がとれたのかということを試算してみました。収入から費用を引いた値が0ならば損益分岐点であり、採算分岐点であります。この手法は、市民病院が払うお金、すなわち費用を固定費と変動費に分けます。変動費というのは例えば薬品費。収入に応じて変わってくる費用です。これに対し、人件費などの収益に関わらず支出する費用を固定費と位置づけました。それが資料2ページ目書いてあります。変動費率が約24.8%ですので、去年の決算を分析すると100万円の収入を得るのにだいたい材料費が25万円必要だということです。

試算するにあたり決算書には各種繰入金が入りに算入されています。次のページを見ていただくと医業収益・医業外収益に3条繰入金が入っています。この繰入金は収益を補填するものなので損益分岐点を分析するときには除外して考えなければいけません。そこで基準内・基準外の3条補填金を全額繰り入れた場合、基準内のみを繰り入れた場合、3条補填を繰り入れなかった場合の3つについて損益分岐点に到達するための入院・外来患者数を試算しました。3条の基準内補填とは公立病院経営のための費用として一般会計から繰り入れるべきもので、3条の基準外補填はそれ以上の赤字を埋め合わせるものです。一方、設備購入・借入返済のための4条補填については決算書に現れていないので収支からは除いています。

平成21年度決算において、繰入金を8億円補填すると不足額は9,989万円なので採算ベースに乗るためには1日あたり入院患者4名、通院患者15名が不足しています。常滑市民病院では収入の割合が入院6、通院3、その他1くらいになっておりますので、3条の基準内繰入のみを繰り入れるものとして計算すると8億円の収入が不足し、入院患者37名通院患者133名が必要になります。最後に3条補填8億円がすべて繰入されない場合、12億円の資金が不足し、入院患者52名通院患者189名が不足します。なので、決算の数値と合わせて入院215名、通院787名の合わせて約1,000名の患者が来れば繰入金なしでも採算が取れます。

委員長：

今ご説明いただいた中で、何か内容のわからないところはありますか。

井上委員：

今、だいたい入院の診療単価が39,842円で、入院患者が一人増えるごとに年間で1,450万円、外来診療単価が一人あたり8,348円なので開院日数242日とすると通院患者が1日に一人増えるごとに202万円くらい収入が増える見込みになっています。

委員長：

只今、採算の見込みについて説明をいただきましたが、現実的に採算が取れるようになるには何人の患者がいればよいのか、という話をいただきました。これは後ほど議論するというので、評価シートの中に入れていきたいと思います。皆さんのお手元にある評価シートについて事務局から説明をしていただいて、項目ごとに順次ご説明いただくという方向で進めていきたいと思います。収入の確保というところから進めていきたいと思いますが、よろしいですか。

管理課長：

それでは今日は改革プランの評価シートについて説明をさせていただきます、ご意見を賜りたいと思います。まず収入の確保について、さきほど井上委員から損益分岐の評価結果を報告していただきましたが、平成21年度決算では入院が167人、通院が613人いれば収支が安定していたはずだということがありました。入院患者の確保について、プラン作成前はだいたい195人で推移していた訳ですが、平成21年度の実績は163人ととどまりました。それから外来患者数におきましても710～730人を見込んだのですが、実際には598人ということで、ともに計画を下回ったというのが現状でございます。このため繰入金を増やしたのですが、損益分岐の点まで達しなかったというのが現状でございます。原因については、呼吸器内科の医師がいなくなったことや整形外科の医師が減少したことなどが挙げられると思いますが、これらが入院・外来患者数の減少に繋がったと考えられます。入院患者数の推移についても折れ線グラフで示させていただきます。なかなか上昇する傾向にはいたっていないということが言えると思います。

これに対して、各種加算の取得について7：1入院基本料が取れるようになったことなどから診療単価のアップには成功しました。7：1入院基本料を取得し始めたのは9月からなので、半年間で9,000万円の収入増。これにより収入の減少を少しでもカバーしたかと思います。

このような状況を踏まえ、委員の皆さんにもご意見・ご質問をいただきたいと思えます。

委員長：

収入確保についての今の資料の説明につきまして、質疑をしていきたいと思えます。

副委員長：

呼吸器内科・整形外科の医師がいた場合には、病院の診療内容は充実していたのですか。それとも、ほかにもまだ構造的な要因があるのでしょうか。

管理課長：

呼吸器の先生はかなり精力的に外来も診てくれていましたし、入院患者についても10～20人ほどを受け持ってくれていました。整形外科についても30人ほどの入院患者がいたので、平成21年度に163人の決算が出ていることを考えると2つの診療科が受診できていたならば200人ほどの入院患者を見込めたと思います。先ほど井上委員が説明してくださったように、200人の入院患者がいれば特に赤字補填を行わなくても、通常の繰入金だけで十分に経営は成り立ちます。

副委員長：

そうすると、整形外科の先生がみえたときは繰入金がなくても経営ができていたのですか。

管理課長：

損益分岐点の分析をそのときはまだやっていなかったのですが、今回分析してみたところ、繰入金に頼らなくても経営ができていたという結果が出たということです。ただ、当時は今よりも診療単価が高くなかったので赤字の状況は変わらなかったのですが、今の診療単価で200人の入院患者を持つことができれば、現在のような赤字の状態にはならなかったと思います。

平野委員：

収支はそれほど変わっていないのではないのでしょうか。

管理課長：

病院の収支について、実際はほとんど変わっていないか少しずつ改善していると思います。ただ、恒常的に続いてきた不良債務を解消できるだけのプランを作ることが改革プランを作るときの条件だったので、一般会計から追加の繰入金を繰り入れて埋め合わせをする必要が出てしまったということです。ただ、実態は繰入金の部分を除けば少しずつ改善しているというところだと思います。

委員長：

今意見がありましたように、整形外科や呼吸器内科が受診できていたら診療単価が高くなることで収支のバランスは良くなったんですか。

管理課長：

実際にその損益分岐が起こったことは今まで、ないものですからはっきりとは言えませんが、当時は230人ほどの入院患者がいても収支のバランスが取れなかったということです。しかし、今ならば230人レベルの入院患者を見込まなくても、200人ほどで十分なものですから、今のところは200人前後が損益分岐点になっていると思います。後に触れますが経費削減については材料費の削

減などにも取り組んでいるものですから、このあたりのおかげで入院患者数が少なくて経営が成り立つようになっているのだと思います。

井上委員：

もう少し分析が必要ですね。もう少し詳しく分析しておけば今後にも生かせると思うので。

病院長：

整形外科と呼吸器内科がもし開いていけば赤字にはならないというか、基準内の補填と、基準外をもらうにしても少しの額で済むのではないかと思います。ここ1年2年の間に経営改善に向けてかなり努力をしたのは事実です。経営改善推進委員会や材料費削減委員会を作ってかなり真剣に取り組んでいます。

ただ、医者が来たからといって突然患者数が増えるということはないでしょう。それでも例えば呼吸器内科の医者がいないことによって今は肺がんの患者を診ることができません。それだけでも収入はかなり違ってしまいます。整形外科についても入院患者数はかなり多い診療科だったので、今呼吸器内科と整形外科がいればかなりいいところまでいけると思います。今年からは脳外科医が来てくれたので、意識がない救急患者を診ることができるようにもなっています。

具体的な数字を挙げられずに申し訳ありませんが、経営改善にプラスの材料が増えてきているということは言わせてください。

委員長：

経費の削減については後の項目にありますのでそちらで取り上げたいと思います。他に何かありませんか。

片山委員：

市の広報誌に市民病院の先生の人となりがかかるような記事が載るようになりました。病院にどんな先生がいるのかについてはなかなか知らない人が多いのでそれはいいことだなと思います。患者に来てもらうために、広報活動は大変重要なことなのではないかなと思います。井上委員に出してもらった数字はそんなに無理がある数値ではないと思うので、あとちょっとの努力で変わってくるのかなという予感します。

委員長：

ありがとうございました。患者さんに来ていただくためには広報活動も重要だというご意見をいただきました。経費の削減などについてはまた後でご意見をいただくということで、進めさせていただきます。次のDPCの導入というところに入っていきたいと思いますがよろしいでしょうか。

DPCの導入について

委員長：

では事務局、よろしくお願いします。

業務課長：

D P C の導入については前回も少し話をさせていただきました。D P C はしっかりと準備をしていないと導入できないものですから、平成 2 0 年度から準備を進めています。2 年に一度診療報酬改定が行われていて、D P C についても少し制度が変わりました。平成 2 2 年 4 月から D P C を導入するには平成 2 1 年 1 0 月が申請期限だったのですが、平成 2 1 年 1 0 月までの試算ではまだはっきりしないところがあったのであと 2 年導入を遅らせました。D P C を導入するとたしかに診療単価は上がるのですが、平均在院日数が下がるので総収入は減ってしまう病院も多いということがわかりましたので、平均在院日数と収入のバランスを見極めるために導入を見送っています。

委員長：

前回、D P C の欠点についてのことが話題に上がっていました。去年から 2 年に 1 度しか導入を認めないということですが、D P C の導入が次にできるのはいつからですか。

業務課長：

今回は最短でも平成 2 4 年の 3 月からです。現在はこのときの導入に向けて準備を進めています。

委員長：

肥田先生などは専門家なので詳しいかとも思うのですが、我々はこのあたりのことについてわからないところも多いものですから軽々にものを言えないところがあります。これから考えていく中で、導入しなければならぬということになればまたいろいろ考えていくということだと思います。

副委員長：

導入することを前提に準備を進めているということですね。

業務課長：

準備を進めていないと導入をさせてもらえませんので。

井上委員：

これは計画値と実績値が出ていますよね。この数値について少し説明していただけませんか。

業務課長：

この資料には誤りがありますね。D P C の導入準備について、計画値のところに 1 , 2 4 9 万 2 0 0 0 円、実績値のところに 2 0 4 0 万円となっていますが、この欄の数値は収入ではなくて導入準備にかかったコストを記入しています。改革プランを立てた段階では導入準備の費用を 1 , 2 4 9 万 2 0 0 0 円と見込んでいましたが、実際には 2 , 0 4 0 万円かかってしまったということで記載してい

ます。まだD P Cを導入して収益を上げていませんので、正しくは計画値が 1 , 2 4 9 万 2 0 0 0 円、実績値が 2 , 0 4 0 万円です。

井上委員：

D P CはアメリカのD R C P P Sと違ってその日一日のコストですよね。

業務課長：

D P CはD R C P P Sを参考に作った制度で、包括部分と出来高部分があります。手術とリハビリは出来高制、それ以外の部分は1日あたり何点という計算をします。入院1日目の点数が一番高く、日を追うごとに下がっていきます。D P Cではこの日数が16日を過ぎてしまうと、出来高制で点数がつきます。出来高制になれば今までとまったく同じになってしまうので、当院の患者様には高齢者が多いため何が起こるかかわからないことも考えて導入するかどうか検討しています。

井上委員：

でもD P Cを導入した病院は入院患者数が減っていて、特に常滑市民病院の場合は大きく下がってしまうことが考えられます。

病院長：

今すぐにD P Cを導入してしまうと病床稼働率がすごく下がってしまうことが考えられます。患者様の中には一人暮らしの高齢者も多いので私は今回D P Cを導入しなくてよかったと思っています。

井上委員：

D P Cを導入してしまうと在院日数を少なくするために完治していない患者を追い出すようなことになってしまうような気がして、すごく不安に思っています。

病院長：

そうすることによって職員の数も減らせるし、経営状態のいい病院にはなるのですが、それでは市民のための病院という性格がほとんどなくなってしまうのではないかと思います。私個人の意見としましては、それでは市民病院としての役割を全うできないと考えています。

竹内委員：

皆さんの意見を聞いていて、D P Cを導入して収入が増える可能性はあるのかもしれないけれど、リスクことも考えるとそれほど期待できるものではないのかなということと、数字を合わせることにしか使えないのかなという印象があります。市民病院であるということを考えると数字だけにとられるのも良くないことだと思います。

委員長：

竹内委員の言うことはその通りだと思います。数字合わせのためにどうするど

ということではなくて、喜んで来ていただける患者をいかに多くし、いい医療をやっていくかということが理想だと思います。時間の関係もございますので亜急性期病床の稼働率について進めていきたいと思えます。

亜急性期病床の稼働率について

管理課長：

現在当院では合計15床の亜急性期病床があります。これにつきましては資料の通り稼働率93%ということでもかなり利用していただいております。このことについては看護部長より説明をさせていただきます。

看護部長：

亜急性期病床について前もって一つお話しします。本来退院される患者様であっても亜急性期病床に入ると90日間療養していても良いということなのですが、この90日は平均在院日数の計算の中に含まれません。ただ、亜急性期病床から退院した患者様の6割は他の病院ではなく、在宅もしくはその他の施設に入所させなければならないという縛りがあります。

それでも常滑市民病院にとっては患者様を少しでも長く診ることができる良い病床なので平成21年4月に病床数を増やし、15床にしました全病床数の1割まで設けることができるのもう少し設置することができます。現在も病棟師長が中心になって高い稼働率を維持しています。一般病床の患者様を一度亜急性期病床に移動させた後、もし重症化して一般病床に戻してしまうと二度と亜急性期病床に入れることができなくなりますが、患者様のことや経営のことを考えながら利用しています。21年度は2,100万円ほどの増収がありました。

片山委員：

それこそ市民が求めているものだと思うのでDPCの導入よりも、市民のニーズに応えながら収益を上げていけたらよいと思うのですが。入院患者が平均163人ということなので、病床を空けておくよりもそういう形で活用しながら収益を上げていけるといいと思えます。

看護師さんは今何名いらしているのですか。

看護部長：

現在は7:1入院基本料を取得しているので、病棟全体で平均7人の患者様に対して1名の看護師がついていると思ってください。亜急性病床も含めて120名ほどを配置しています。

井上委員：

今稼働病床数は256床だということなので合計25床、あと10床作ることができるということですか。

業務課長：

そうです。ただ、亜急性期病床にはベッド 1 床に対して病室の床面積に制限があります。当院の施設は古いものですからこの基準よりも部屋が狭く、4 人部屋を 3 人で使うなどの工夫をしながら運用しています。ただし、病院全体の病床数は一定なので病床数を減らした病室があるとそのぶん他の病室で病床を増やさなければなりません。そのため急に病床数を増やすというわけにはいきませんが、理論上はあと 10 床増やすことができるので、3 部屋開設することができます。

井上委員：

看護部長さんのお話などを聞いていると収入の増加とはいかないまでも、収入の減少は抑えられているという印象を受けます。地域医療のことなども考えるとそういう努力は評価できるなと思います。

看護部長：

亜急性期病床に入る患者様の中に、寝たきりのため喀痰の吸引が必要な方などもいらっしゃいます。しかし築 50 年の古い病棟なので必要な設備が整っておらず、亜急性期病床の病室をどこに作るかで非常に苦勞をしています。病床の設置に必要な設備が整っていない病室も多いので、亜急性期病床の病室を増やすことが難しいのは事実です。

病院長：

容態が急変したとき、必要な医療ができないという問題もあります。亜急性期病床の点数は決まっているので、胃カメラなどの処置が必要になったとしても診療報酬が払えないことから処置ができないことがありました。医療の性質から見ても、リハビリや整形外科の患者様は亜急性期病床で診ることができますが、容態が急変しやすい内科系の患者様には入院していただきにくいという問題もあります。こういった問題がある中でも、常滑市のことを考えると亜急性期病床のようなものが必要なのは確かです。

委員長：

ありがとうございました。ご努力いただいていることはよくわかりました。時間のこともありますので、未収金対策のことに進めさせていただきます。

未収金の対策について

管理課長：

未収金と言っても病院の収入にはいろいろありまして、その中で患者様が支払う自己負担部分の未納のことを未収金と呼んでいます。従来は窓口で対応していたのですが、それだけでは十分な成果が得られないので事務と看護部で協力して対策を取っています。平成 22 年 4 月からはクレジットカードの利用もできるようにし、支払い方法の多様化によっても対応しています。看護部においては病棟で個々に対応するとともに、受付の段階から早期に納付させるということを進め

ているところです。また、今までは行っていなかったのですが、昨年8月から管理課と業務課で連携して滞納者の家に出向いて滞納整理も始めました。大きな金額ではありませんが、外来の未納部分を中心に未収金はかなり減ってきており、一定の効果が上がっています。ただ、未収金は1回訪問して全額を納めてもらえるというようなものではないものですから、引き続き対策を進めていきます。

クレジットカードの利用について、当初はそれほど利用されることを見込んでいなかったのですが、予想以上に利用していただいているので業績が上がるわけではありませんがサービスの一環として導入してよかったと思います。

井上委員：

滞納者の入院・通院の比率はわかっていますか。

管理課長：

金額で申しますと、入院患者の自己負担分で4,700万円、外来患者は580万円になっています。

井上委員：

やっぱり入院が多いですね。入院をするときに入院費用の保証人を立てるといような対策は取っていますか。

管理課長：

未収金の催告についてはあまりはっきりとした様式を整えているわけではなくて電話やメモ書きなどで対応していたので、正式な催告書というものは使用していませんでした。これまでも未納が発生した段階で催告をし、1度で納められないならば分納誓約をさせるなどをしていましたが、昨年統一した様式を作成し、催告書と分納誓約の誓約書に本人同意の上で連帯保証人を記載することにいたしました。2回目、3回目の催告に応じない場合、連帯保証人に請求するというようにしています。

委員長：

未収金の金額が合計で4,700万円というのは驚きました。この集計はいつごろからですか。

管理課長：

保険請求の関係上、1月遅れ2月遅れで入ってくるものも含まれているので実際の未納額は3,000万円から4,000万円だと思います。古いものでは平成4年のものからございますが、本人と接触できないことなどから納付されないものも多くなっています。

委員長：

払う人の状況もいろいろあるので一概には言えませんが、私は市長名で文書を送るべきだと思います。生活保護受給者であるだとか、それぞれ事情はあると思いますが、最後は裁判に訴えてでも回収する意気込みでいらないとくならないと

思います。前任者が担当していた頃のものもあるかもしれませんが、未収金が出てしまっても仕方がないという考えでやっても未収金をなくすことはできないですよ。

管理課長：

まだ強制執行の段階までは行っていませんが、現在行っていることは、まず内容証明郵便を出して、未納者の様子を見て支払い督促などを行い、裁判所の力を借りてやっていくつもりです。ただ、21年度の段階ではまだそこまでのことは行っていませんでした。現在は準備できているので、場合によっては次の段階に入る必要があると思います。事実、滞納の方が外来では普通に医療を受けられるということもあるので、そういったところで必ず対応できるようにします。

片山委員：

退院時に代金の計算がまだできていなくて、その後何度か通院をしてもやっぱり計算ができていないということがあったと会員から聞いて来ました。入院も通院も沢山の患者さんが来て大変というわけではないので、少なくとも次回の通院のときには代金の計算ができていないようにしていただかないと患者さんに失礼だと思います。事務の方にも努力をしてもらいたいです。

委員長：

今言われたことが事実ならば問題外ですね。

業務課長：

それはいつごろのことでしょうか。12, 3年前に一度市民病院の事務職を全部委託に任せたことがあるので、その頃のことかもしれません。

片山委員：

それほど前ではないと思います。

業務課長：

退院日が土日の場合には計算ができないケースがあります。ただ、現在ではお金を取るというのが前提になっているので、死亡退院の場合など本当に特殊な場合を除いて退院時にわかっている部分だけでもお支払いをしていただくということになっています。

病院長：

今そのようなことはないと思いますが、もう一度確認をさせます。

委員長：

それでは次に、経費の削減についての話に進めさせていただきます。

経費の削減について

管理課長：

経費について、材料費・人件費・その他の経費と大きく分けて3つに分類する

ことができます。まず資料の、材料費の削減について。材料費は経費全体の中で20%以上の割合があるものですから、経費の中でかなり大きな割合を占めています。主に薬品と診療材料が占めているわけですが、診療材料についてなんとか削減できないかということで、いろいろ準備をしていたのが21年度ということでございます。納入企業と価格交渉をして診療材料を購入するわけですが、今までは平均価格を事務局がつかみかねていました。そこで、民間企業の知識を借りて全国的な平均価格と当院が実際に購入している価格とを比較するために、その資料を作成したのが平成21年度です。現在、この資料をもとに価格交渉に入っております。

平成21年度は材料費削減の効果がはっきりと出なかったというのが現実ですが、今年度からの削減の準備をしていたということです。材料費の削減目標額は1000万円弱で、その6割か7割ほどが削減効果として見込めています。

それから人件費についてですが、国の基準をもとに削減をしてきたというのが現在の状況です。平成21年度は4%支払っており、今まで段階的に削減してきた地域手当ですが、今年度はゼロになりました。平成18年度からの経営健全化計画に基づいて特殊勤務手当でも計画的に削減しています。また、管理職手当についても平成20年度から自主的に削減しています。その他、病院独自に行っているのは退職者の不補充というものです。労務職を中心に医師を除く職種で退職者をパートや再任用という形で経費削減を行っております。それから、病床数の削減による看護師数の削減について、病床数の減少に伴って必要な看護師の数が少なくなれば人件費削減に繋がるということを当時は計画しておりました。ただ、これに関しては先ほど看護部長が申しあげましたように7:1入院基本料を取るために必要な看護師数を確保するべく、看護師数の削減は行っておりません。最後に、基本給その他については国の基準に合わせています。

3つめ、その他の経費については必要最小限のものを削減に取り組んでいるところです。以上が経費削減の取組となります。

委員長：

只今、経費の削減についての説明をいただきました。

管理課長：

見立てが甘いかもしれませんが、経費の削減についてはもうかなりの部分を削ってしまったのでこれから削っていけるとなると材料費が一番大きなところを占めるのかなと思いますので、これからは材料費の削減に取り組んでいきたいと思います。

平野委員：

材料費も必要なものはお金をかけなければならないのですが、単価が高いものや大きく値引きが見込めるものなどもあると思います。ただ、聞くところによる

と医師が特定の機器を希望する場合などもあるようなので難しいところです。

副委員長：

ここで言っている材料費というのは主に薬や消耗品の代金ですね。最近テレビなどで話題になっているジェネリック医薬品は、ここで言うところのどのようなものですか。病院が医薬分業になってからしばらく経ちますが、現在では常滑市民病院の薬品費は5億円から7億円といったところです。この中から更に削減していくにあたって、ジェネリック医薬品を採用した場合にはどのような効果があるのでしょうか。

病院長：

D P C を導入していた場合には保険点数が一定なので単価が安いジェネリック医薬品を採用した方が収益が上がるのですが、当院はまだD P C を導入していないので入院については収益に繋がるという訳ではありません。

平野委員：

単価が高いほど利益率も高くなりますからね。

副委員長：

患者からすると3割負担の数字が小さくなるから単価が安い方がよいのですが。

病院長：

しかし、安いものが品質を保証しているという訳ではないですよ。有効成分が同じでも他の部分が違えば効き目に違いが出てくることはよくあることなので。D P C を導入したらジェネリック医薬品の方が収益が上がるのですが、出来高制では経営改善に繋がるとは言えません。ただ、患者様にとって安くなるのは事実です。

副委員長：

最近健康保険組合や国民保険もジェネリック医薬品の採用を奨励しています。いつかはジェネリック医薬品を採用していないと不利益になるかもしれません。ただ、最近院内処方も増えていますからね。

井上委員：

年間6億、7億と薬品を購入しているわけですが、市が病院以外の事業で民間に入札させる場合、競争入札などをやっていますね。病院の場合はどういう手続きで薬品を購入していますか。

病院長：

ちょっと前までは複数の企業に見積を取らせてその中で一番安いところを選ぶ。なおかつ交渉をして、言い値よりも安くさせるというところでした。しかし、最近企業ごとに年間総額で何%値引きをするかという交渉を行っています。最近企業との材料費交渉を仲介してくれる会社も出てきているので、そういう会社と協力して材料費の削減につなげたいと思います。

委員長：

資料について、材料費の削減計画値が774万6,000円ですね。うち薬品費削減額が1,296万7,000円というのはどういうことですか。

管理課長：

書き方が見づらくて申し訳ないのですが、材料費の削減について。薬品は1,296万7,000円削減できたのですが、診療材料は削減がうまくいかず、前年よりも多く支出することになってしまったので薬品と診療材料を合わせて差引合計が774万6000円になってしまったということです。

委員長：

それともう一つ。退職者のパート化について、これにはパート職員の人件費は含めているのですか。

管理課長：

パートの人件費は支出になるので、削減額との差引をした結果、資料の数値になりました。

副委員長：

数値化するとこういう書き方しかできないかもしれませんが、人件費をジェネラルに考えるのではなくもっとメリハリを付けても良いと思います。我々医者立場から考えると、人件費の削減という流れからは逆行するかもしれませんが、不足している医者については手当をつけるなどしてもよいと思います。全職員一律で人件費削減ということになると医者はますます来なくなると思います。そういうところは対策を取っているのでしょうか。

管理課長：

医師については地域手当などを支給しています。これに対し、看護師や事務には地域手当を付けていないということで医師に対してのインセンティブはある程度認めています。

片山委員：

評価シートの評価は行わなくてもよいのでしょうか。

管理課長：

このシートについては次回報告書の形で委員の皆様にご提示をさせていただきまして、それを以って最終回にさせていただきたいと思います。評価シート一番右側の列にA B C Dを書かせていただきました。評価の報告書をまとめるにあたりましてここに丸をつけていただいて、回収させていただきたいと思います。それをもとに報告書を作成させていただきたいと思っておりますのでご協力お願いします。

委員長：

時間の関係もありますので、次の再編ネットワーク化に進めさせていただきま

す。

再編ネットワーク化について

管理課長：

再編ネットワーク化について、これは愛知県の有識者会議の提言で地域医療を守るためには病院の再編・ネットワーク化が重要であるということが提案されたのを受けてまとめたもので、当院は半田病院との連携を想定して記載しています。それで、平成21年度におきましては救急患者の受け入れ、亜急性期患者の受け入れなどを実績として行いました。知多の市民病院とは看護師の派遣、助産師の受け入れを行いました。これはその都度病院間の打ち合わせの中で決まったものを実行しています。今年に入り、半田市とは市長同士の協定書を結ぶという形で具体的に連携していく形もできてきています。

委員長：

再編ネットワーク化については何かご意見ございませんか。

片山委員：

大変いい形になってきたと思います。

委員長：

それでは次の経営形態の見直しに進んでいきたいと思います。

経営形態の見直しについて

管理課長：

現在、常滑市民病院は地方公営企業法にのっとって運営しているわけですが、地方公営企業法の財務規定だけを適用している一部適用という形を取っています。財務規定以外の部分については市長の決定が必要なこともあり、地方公営企業法の全部適用を受けるという方法もあります。これは特定の管理者に人事も含め財務規定以外も一任し、病院経営を任せるという方法です。愛知県においてもこういう経営形態を取っている病院も出てきています。または地方独立行政法人法に基づく独立行政法人という形にするという方法も考えられています。改革プランの中ではこのラインまで検討を行っています。

実際には、これ以外に指定管理者制度や民間譲渡などの方法もあります。

現在、当面は地方公営企業法の一部適用団体として、全部適用団体への移行または独立行政法人化を想定しています。平成21年度はそのための資料を収集していたというところです。

委員長：

ありがとうございました。これについて何かご意見ございませんか。

片山委員：

皆さんが積極的に手を出せないという部分もあると思いますが、トップに力の

強い人物がいて、その人が全体を把握していろいろ指示を出せるような体制で経営を行っていくのが一番いいと思うのですが。民間に譲渡するというのは私もいいとは思いませんが、適正な経営形態についてはじっくり考えていただきたいと思います。

井上委員：

市民の皆さんがもっと高い意識を持って、病院が抱えている負債のことなどをもっと知っていくべきだと思います。

片山委員：

本当に必要な病院ならば市民が盛り上げていかなければならないと思います。職員が及び腰で遠慮していたり、市の職員は慣れたところで代わっていくというのではなかなか改革はできないので、誰かを強力なトップに据えてその人の指示で動いていくような形にしていくべきだと思います。

井上委員：

やっぱりね、年間10億円も繰入金が必要な状態はどう見ても異常です。地域医療ということを考えるとなかなか大変ではありますが、平成15、16年くらいの患者数がいれば何とかやっていけますが、毎年10億円前後も繰り入れを続けているようではいくら市民税を投入しても足りません。

委員長：

井上委員から出ましたように毎年10億円も繰り入れていかないと成り立たないというのであれば、普通の会社だったらやっていけません。そういう意味からすると経営形態については本当に改革するのであればどういう経営形態がありえるかということで考えていくべきだと思います。本当にこの病院をどうして行くかというのは、どういう方法ならやっていけるのか、赤字を出さないでやっていけるのかということを考えていったほうがよいのかなと思います。もし新病院を建てるのであれば、この方法しかないというものを考えていくのがよいのかなと私は思います。

副委員長：

新病院建設が予定されておるわけですが、今の病院の状態を見たら建設計画を前倒ししてでも早く作るべきだと思います。ただ、公立病院を持たない行政もありえるわけで、病院を建てたら、本当に行政が経営をしてもいいのか議論が必要なんだろうが、常滑市は作るということで決めているので、本当に必要な病院だと決めたからにはいち早く建設するべきだと思います。

委員長：

もしくは、どういうふうに経営をしていったら赤字を出さないで済むのかを考えなければ成らないと思いますね。

井上委員：

たしかに新病院を建てる施設は良くなりますが、作ったけれども医師や患者の確保や難しいというのでは困ってしまいます。地域医療のためには医師が必要だけれども、それ以上に病院の負債がのしかかってくるこの状態で病院を建てるということにはもう少し慎重でもよいのかなと少し思います。または、必要な診療科の医師は破格の給料で引っ張ってくるなど画期的な打開策が必要だと思います。

委員長：

実際にどういう病院を作っていくかということになるとまた専門家の意見を聞くことになっていくと思いますが、知多半島に一つしかない病院というか、どういう病院にしていったら成り立つのかということをとことん突き詰めて考えた病院にしてほしいと思います。

病院長：

地域にできた流れを完全に断ち切って病院が成り立つかという、そういう訳でもないと思います。その流れを断ち切ってまったく新しいものを作ったとして、それで経営が成り立つかというそれは難しいのではないかと思うのです。医療の歴史みたいなものがあって、その上にいい病院ができるということは少し頭に入れておいてください。

委員長：

それが難しいところですね。そういうところは素人にはわからないところがあるのでいろんな立場の意見を踏まえる中でどういうのがいいのか考えていかなければならないと思います。

それでは、病床数の見直しと一般会計の繰り出し金について。

病床数の見直しについて 一般会計繰出金について

管理課長：

病床につきましては、改革プランにおいて病床稼働率が70%を下回っている病院については適正な病床数まで下げようの方針を出しており、当院の場合は250床ということで提言がありました。これを受けまして、現在5病棟256床で運営しています。平成21年度では病床数を決定するところまでは至らず年度をまたいでしまったというところがあります。

それから一般会計の繰出金について、繰入金を除いた会計では少しずつ改善しているのですが、改革プランを作る前に11億円の資金不足があったものから、かなりハードルの高い改革プランを作らざるを得なかったという経緯があって、実績との乖離が大きな計画になってしまいました。そのために追加で一般会計から2億円の繰入金をしてもらって帳尻合わせをしたというところがあります。これについて、改革プラン上では病院が資金不足になった場合には一般会計が補

填をするという趣旨の文言があったのでそれに基づいて項目として挙げさせていただきました。

委員長：

今のことについて何かご意見がある方はいらっしゃいますか。

ないようでしたら第2回の評価委員会をこれで終わらせていただきます。

4. その他について

委員長：

次回、場所は今回と同じ市民病院で8月30日の1時半から3時半ということですが、今度はどういう形で進行していくのか少し説明していただけますか。

事務局長：

今日は第2回ということで評価シートをやっていただきました。評価シート右の段のA B C Dの欄について、先ほど管理課長から申し上げたとおり大変煩雑な作業になると思います。なかなか難しいかと思いますが今から予備のものも配布させていただきますので、今週末に直接お伺いして回収をさせていただいて第3回につきましてはそれをもとに評価委員からの報告書という形で原案を取りまとめさせていただきます。第3回はその報告書をもとに議論していただき、最終的には評価委員会として取りまとめていただいたという形にしていきたいと思えます。

本当に無理な願いをして申し訳ありませんが、そういった形でこの評価委員会を終了できるようにご協力お願いしたいと思います。

副委員長：

改革プラン評価シートは平成21年度の計画と実績について、どう評価するかということですか。

事務局長：

そういうことです。平成21年度の部分の計画と実績について評価をいただきたいと思えます。

片山委員：

意見を文章としては書いても書かなくてもいいのですか。

事務局長：

書いていただくとありがたいです。

委員長：

どうも、長時間にわたりありがとうございました。これで終了させていただきます。