

第7回

北播磨総合医療センター 改革プラン評価委員会会議録

令和2年1月

北播磨総合医療センター企業団

**第7回（令和2年1月）
北播磨総合医療センター改革プラン評価委員会会議録**

◇ 第7回北播磨総合医療センター改革プラン評価委員会日程及び会議の概要
令和2年1月29日（水）午後1時30分開会

- 1 開会 病院長あいさつ
- 2 委員紹介、
企業団出席者紹介
- 3 議事 (1) 副委員長の指名について
(2) 平成31年度（令和元年度）の運営状況について
(3) 入院稼働状況の推移について
(4) 貸借対照表の推移について（委員提出依頼資料）
- 4 その他 今後のスケジュール
- 5 閉会

◇ 出席委員

明石 純	堀井 弘幸	西山 敬吾
小田 美紀子	阿南 徹	土井 嘉彦

◇ 説明のため出席した者

病院長	横野 浩一	副院長兼看護部長	西岡 三津代
看護部次長兼		理事	松井 誠
地域医療連携室長	中井 英子		
管理部長	藤井 大	管理部参与兼	平田 和也
		医事管理課長	
情報管理課長	井谷 明彦	施設管理課長	山本 隆之
地域医療連携室副室長	岡本 俊宏	医事管理課長補佐	杉本 和隆

◇ 事務局

経営管理課長	多田 英樹	経営係長	富田 佳子
経営係主事	山本 成代		

◇ 議 事

< 1 開会 >

病院長あいさつ（横野病院長）

< 2 委員紹介、企業団出席者紹介 >

・委員紹介 資料による説明（明石委員長）

・企業団出席者紹介 資料による説明（松井理事）

< 3 議事 >

（1）副委員長の指名について

明石委員長より、堀井委員を副委員長に指名する意見があり、委員の賛同を得た。

（2）平成31年度（令和元年度）運営状況について

（3）入院稼働状況の推移について

資料による説明（多田課長）

・質疑応答

○明石委員長

対前年度比較で、マイナス2億4千万円となった経常損益の内訳を分析しておられますし、しっかり管理されているという印象で、非常に良いことだと思います。こちらをどう改善していくかというところを考えていかないといけませんね。

○阿南委員

数字の整理をさせてください。稼働病床と実稼働病床について詳しく内訳を教えてください。

○多田課長

許可病床数が450床です。うち10床が救急の病床で、こちらはまだ稼働しておりません。また5床が人間ドックの病床でして、こちらは稼働病床数から省きますので、許可病床数から15床を省いたものが稼働病床数となります。また、昨年の実稼働病床数は426床ですが、未稼働であったHCUの4床が昨年10月にオープンしましたので、現在の実稼働病床数は430床となっております。稼働病床数との差である5床は、休床中の緩和ケアの病床数です。

○小田委員

職員数の増減を見ると、医師5名、医療技術職1名、ナース8名の増加ということですが、資料のご説明の中ではナースは20名を新たに採用したというお話ではなかったでしょうか。また、人件費の増加が2億円ちょっとで、そのうち8千万円がナースの人件費分とのことでしたが、ナース以外の1億2千万円

がプラスになった要因は何なのでしょう。

○多田課長

資料の職員数は実職員数を表示しています。産育休の職員を除いた、実際に給与の支払いをしている職員の人数で申し上げますと、正規の看護職が20名増えております。HCU病床オープンのための8名と、休床中の病床のオープンに向けて前倒しで採用した12名がその内訳です。職員給与費の2億円の増加要因については、看護職で8千万円、医師職が7千8百万円、事務職1千8百万円程度の増加です。両市からの派遣職員の給与負担金が経費から1千9百万円程度削減されているので、事務職員分は見合いとなっています。また、医師職については、医師の増加によって入院、外来の収益が上がらないといけないのですが、入院収益が若干足りていないということで、新入院患者数が月当たり16人足りないという分析をしています。看護師については医師とは性質が異なりますので、抽出してご紹介させていただきました。

○小田委員

毎年、医師の超過勤務の時間が全く減っていません。31年度の結果がどうなるか楽しみにしているのですが、超過勤務によって費用が嵩んでいる部分もあるのではないのでしょうか。医師の働き方改革を進めることで収益がよくなるのではないですか。

○阿南委員

医師の働き方改革については、現状何か対策は取っておられますか。

○多田課長

従前どおりの対策になるのですが、長時間労働をされている医師については抽出して産業医の面談を受けていただいています。国の動きも見ながら制度面も含め、積極的に働き方改革を進めなければいけないとは考えています。コスト面の気掛かりは確かにあるのですが、先生方が頑張っている結果ですので、こちらからお願いして超過勤務を減らしてもらうのも気が引けてしまっているのが現状です。

○明石委員長

例えば各課の診療部長が部下の先生方のチェックをすることはできないのでしょうか。

○横野病院長

診療科によって様々です。超過勤務が80時間を超えそうになったら調整をかけるという対策を実施している診療科もあります。超過勤務が100時間を超える月が3ヶ月続けば産業医が面談していますが、いつも同じ方が面談の対象に

なっています。緊急オペが多い診療科は調整が難しいです。北播磨圏域では、オペが必要な急性期の患者さんは、西脇市以外の方はほとんど当院に来られますし、そういった患者さんがどんどん増えてきています。医師が少ない中でやっている部分も確かにありますが、この人でないとこのオペはできないというものもありますので、若手の医師を少々増やしたとしても、同じドクターが時間外勤務で対応することには変わりはないですし、今の医療体制を維持していく中で、すぐに改善することはできないと思います。中堅や若手の医師にとっては、今までやってきた医療体制をそのまま続けていく方がモチベーションを維持しやすいということもあります。そういった事情の中でも衛生委員会で院内啓蒙を行って超過勤務時間の短縮に努めておりますが、明確に改善することはまだ難しいと思います。

○西山副委員長

専攻医以上の先生方の収益への寄与度を分析してみても良いのではないですか。中堅の先生方の仕事を抑制してしまうと、病院全体の収益と一緒に信頼度まで下がってしまうでしょうし、しっかり分析して不採算な部分を改善していく必要があると思います。

○横野病院長

研修医は超過勤務と自己研鑽の区別を臨床研修センター長が厳しくチェックしておりますので、残っていたということで超過勤務はつけないように徹底しています。若い先生や年配の先生の収益率が悪いということは無いかと思いません。

○明石委員長

残業していても届けを出さない人もいると聞いたことがありますが、残業の基準についてはどのように管理されていますか。診療科の特性なども考慮して柔軟に対応する必要があると思いますが、これは研究業務、これは診療業務といった線引きをするための何らかのルールが必要だと思います。

○多田課長

上級の先生には、統一のルールを周知しています。基本的には、どういう業務をしているかということ科部長に承認していただく流れになっています。単に医局に居たというだけでは超過勤務を出さないようにきっちり管理されている診療科もありますが、診療科によって対応が違ってきます。事務サイドとして、病院全体の考え方の整理をして周知していきたいと思っています。

○阿南委員

超過勤務が多いのは医師ですか。

○松井理事

80時間、100時間を超えてくるのは、大多数が医師です。脳神経外科や心臓血管外科は呼び出しが多いですし、術後のフォローなど付随業務があるためすぐには帰宅できませんので、残業がどうしても多くなってしまいます。

○堀井副委員長

医師の勤務時間を調整していくと、他の医師を雇う必要が出て、また別の人件費が発生します。医師の超過勤務対策をしても、医師の人件費総額は変わらないのではないのでしょうか。適正な労働の対価を支払うということを考えれば、医師の人件費はやむを得ないと思います。

○小田委員

それで病気になってしまう方が現実にはいらっしゃるから問題なのではないですか。負担が偏らないためのコントロールは必要だと思います。

○堀井副委員長

今のような状況でないと成り立たない医療体制は問題だと思います。しかし医師たちは、それらの負担は職務上やむを得ないところと覚悟して従事していると思います。

○西山副委員長

医師は、その人でないとできないことを持っている人ばかりです。この手術はこの医師、この症例はこの医師といった専門があるので、スペシャリストだから仕方がないと割り切って診療しています。その努力があるから、弟子と言いますか、研修医が集まってくるのです。医者という職業は、一に体力、二に気力、三、四がなくて五に学力です。気力が体力を超えたらだめになってしまいます。このごろは勤務時間が安定しない診療科を希望する若い医師が減ってしまって、体力がそれほど必要のない、診療時間が長くない科に人気が集まっています。働き方改革が大きく取りざたされてきた結果だと思います。だからと言って、産婦人科、脳神経外科、心臓血管外科など時間が安定しない診療科の志望者が減ってしまえば、地域医療は成り立たなくなります。やはり、医師に関しては一般の労働者のような管理は難しいと思います。時間外の多い診療科の医師は、覚悟してその科を志望し、従事してくれているということです。そういう医師が減ってしまっている現状は悲しいことです。

○明石委員長

医師も労働者であると厚生労働省が位置付けていますが、雇用されているからと言って、医師を一般の労働者と同じ枠組みの中で管理するのは難しいということでしょう。

○土井委員

私は医師ではないので、素人目線でお伺いしたいのですが、心折れてしまってお辞めになられるような若い先生もいらっしゃるのではないですか。

○松井理事

医師はそのようなケースは起きたことはありません。どちらかというところ、看護師に起こることが多いように思います。慢性期の病院から転勤されてきた方や、新卒採用の看護師は、急性期医療についていけなくて辞めてしまうケースがあります。

○土井委員

何かミスをしたことが原因で辞めてしまうようなことはありますか。

○西山副委員長

医師は長い期間研修をして、ある意味慣れているのかもしれませんが、ある程度のことは覚悟して従事しているでしょうし、そういったケースはあまり聞きません。

○土井委員

これは危ないなという医師には院長先生が声をかけたりされるのですか。

○横野病院長

そのような事例は幸い起こっていません。それぞれに自己防衛が働いているのだと思います。例えば、時間外勤務が150時間でも平気な人もいれば、80時間未満でも、もっと短い時間であっても堪える人もいます。医師は、自分たちで管理できているのではないのでしょうか。私のほうで気をつけていければ良いのかもしれませんが、医師の数も多いですので、各診療科の科部長がしっかり管理しています。

○堀井副委員長

医師の皆さんは毎年ストレスチェックを受けておられるので、ストレスが高かった場合には、本人が希望すれば産業医の面談を依頼できます。超過勤務時間が基準を超えた場合の産業医の面談は強制ですが、ストレス面は自分で管理できる仕組みがあります。

○土井委員

残業代の未払いや計算違いなどは起こっていませんか。弁護士の先生方が、過払い請求が一巡したことから未払残業代の請求に着手しているそうです。基本給が上がった時などに、単価計算が正確に成されているか確認していますか。

○多田課長

給与計算についてはシステム化されておりますので、残業などの勤務時間の

管理と給与計算のシステムが連携しています。専用のシステムを使って計算していますが、自動計算の部分は毎月数式をチェックしていますので、そういう誤りは起きないように仕組みが出来ていると認識しています。ただ、人為的な部分もありますので、チェックできるような仕組みを作っています。

○明石委員長

病院の給与体系は複雑だと思いますし、どこに漏れがあるのかわかりませんので、気をつけていただけたらと思います。

入院について、新入院患者数は増えていますが、重症度、医療・看護必要度を十分クリアしていれば、無理に平均在院日数を短くしなくてもよいのではないかと思います。重症度、医療・看護必要度はどれくらいでしょうか。

○多田課長

重症度、医療・看護必要度は、11月までの累計で32.7%です。同規模の他院の平均在院日数を見ると、当院が一日長いので、適正なところに落ち着かせたいと考えています。

○明石委員長

診療実績としては、いい方向でしょうか。

○多田課長

新患は増えていきますので、先生方には頑張ってもらっています。

○明石委員長

委託費をコストダウンする方に重点を置いてはどうでしょうか。放っておけば上がってしまいますし、現場が頑張らないといけないのは確かですが、現場にばかり負担を強いるのではなく、人員削減や嘱託職員、パート職員の活用など、経営努力が必要だと思いますが、いかがでしょうか。

○松井理事

コストの件で一番悩ましいのは最低賃金の値上げです。国を挙げた人件費の底上げの動きがある中で、医療の評価がなかなか上がらず、診療報酬が上がりにませんので、人件費の上昇を収益で回収できていません。委託していると人件費に会社のマージンや消費税の増税分も直接乗ってきますので、直営にすることも検討しなければいけないと考えていますが、そのために人員の募集をかけても応募が来ず、人員が確保できない状況です。

○明石委員長

いろいろな側面でコストダウンを考えていただく必要はあると思います。救急が増えているのは広域から患者さんが搬送されてきているためだと思いますが、診療圏域はどうなっていますか。急性期の患者さんを診る責任がある病

院ですので仕方のない部分もあろうかと思いますが、診療圏がどういう風に推移しているのか分析する必要があると思います。

○松井理事

三木市、小野市の患者さんが6割を少し切るくらいです。北播磨圏域の患者さんが9割、残りの1割は北播磨圏外から来られています。最初は構成市の患者さんが6割を超えていましたが、広域から患者さんが来られることで、構成市からの患者さんの割合が減ってきています。

○西山副委員長

兵庫県を9個の地域に分けたうちの一つが北播磨で、地域医療構想も北播磨として考えていますが、政治的判断や住民の希望が相まって、機能分化が十分にできないままにスタートせざるを得なかった状況です。本来は高度先進医療をやりたかったけれども、前身が市民病院ということもあり、完全にはできなかったわけです。急性期前方機能、急性期後方機能をしっかり確保できれば効率が良くなって機能分化ができ、収益も上がると思います。救急診療を行っていることで両市から繰入金が入りますよね。救急に構成市以外から3割も4割も患者さんが来ているわけですから、構成市以外にも請求したいところです。行政に言っても出してくれないでしょうけど、その収入がいくらあれば機能分化をもっと進めていけるように思います。

○堀井副委員長

病床利用率は下がっていますが、救急を受けるには、ある程度の幅がないと困りますので、在院日数を短くすることも必要です。病床利用率は良い成績だと思います。逆紹介率が高いのに外来の患者さんが多いというのは、必要があるから診ているのだと思いますし、病院の機能としては良いことだと思います。病床利用率が下がっているのは連休が多かったことも影響していると思われるので、今年の特長として受け入れなければいけないかもしれません。

(4) 貸借対照表の推移について(委員提出依頼資料)

資料による説明(多田課長)

<4 今後のスケジュール>

○多田課長

今回は、31年度決算をもとにした評価をしていただくということで、7月頃を開催させていただく予定ですので、よろしく願いいたします。

<5 閉会>

委員長あいさつ(明石委員長)