

これまで各委員からいただいたご意見
 (「新公立病院改革プラン」に沿って整理)

1 地域医療構想を踏まえた役割の明確化

① 地域医療構想を踏まえた当該病院の果たすべき役割

<共通>

- 新病院の開院に照準を合わせて、マネジメント体制を強化すべき。
- 機構本部は即刻総合医療センターの中に入り、組織のスリム化・効率化と意思疎通の迅速化を図る。その際、本部で事務処理しているもので委託できるものは委託すべき。総合は機構の中心で、西和とリハは総合と連携すべき。
- 予算の実績を管理して、次に活かすプロセスの視点が無い。そういう体制にしないと皆が経営改善には向いていけない。
- 2025年時点の医療需要動向を分析し、病院の役割を決めることが必要。2025年に向け、どのような医療体制で臨むのか、その際の病院機能のあり方が問われる。

<総合(新総合)医療センター>

【現状】奈良医療圏において、三次救急を担い高度急性期医療を提供する基幹病院
 現在、H30 春頃の開院を目指し、新総合を建設中(430床→540床に増床)

- 2次・3次救急の病院として決して収入単価は高くない。急性期を目指すのであれば資源の集中化が必要。ライバルと比べ物足りない。
- 新総合の増床を急性期で賄うのであれば資源の集中化が必要。かなりの増床なのでそのままの運営でいいのか検討が必要。また赤字ではダメ。
- 新病院は急性期一本でやっていけると思う。後はやり方の問題。
- 新病院の収支を早めに出して、新しい体制づくりに早急に着手すべき。
- 新病院ができて大きくなって赤字が増えるだけとなるのが不安。資金的なところをどう手を打つのか早く検討すべき。
- 病院の移転はミス無くするだけで大変。新病院に向けてはスケジュールを決めて、今からマネジメントしていかないといけない。
- 現状でも総合は許可病床数に対して病床稼働率は70%台であるので、540床は過剰。オープン時の稼働病床数を冷静に判断しなければならない。
- キーマンが責任を持って病院経営を主導・決定する体制を構築する。

1 地域医療構想を踏まえた役割の明確化

<西和医療センター>

【現状】西和医療圏において、二次救急を担う基幹病院であるが、入院・外来とも患者数が減少し、病床利用率も低下。医業収支が大幅に悪化。

- これからは地域包括ケアに舵を切る。地域でどのような役割を求められているかの視点が必要。急性期での生き残りは難しいと思う。
- 地域の開業医とネットワークを作り、患者が入院した場合に連携するという方向でないと、急性期だけで満床にするのは、この地域では無理という印象。
- 地域の需要をまず見て、地域包括や在宅支援等で地域と連携しないと経営は厳しい。急性期だけでは法人全体のバランスが悪くなる。
- 民間病院の良い制度を取り入れ、地域包括ケアや地域連携の強化等をしても病床が埋まらない場合、ダウンサイジングや総合との機能分化も必要。
- 当面、病床稼働率を高める努力を続け収支改善しなければ、次善の策として地域包括ケア病床を考えれば良いのでは。
- 看護専門学校は、県立大学に統合し、4年制大学にすれば、経営も安定するし、職員の士気も上がる。
- DPCデータから各病院の特徴が把握でき、役割が分かるはず。その上で、各診療科の収支、特徴を確認し、住民が真に求める医療提供をできる病院を目指すべき。
- 西和に地域包括病床を導入する場合、タイミングが難しい。

<リハビリセンター>

【現状】奈良県の回復期医療・福祉の拠点。リハビリを中心とした治療を行う回復期病院。

- 奈良県の地域医療構想との関わりで、将来の機構の医療機能を考える上で、リハビリセンターと医大のある中和医療圏の動向も考慮すべき。

1 地域医療構想を踏まえた役割の明確化

② 地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割

<西和医療センター>

【現状】西和医療圏において、二次救急を担う基幹病院であるが、入院・外来とも患者数が減少し、病床利用率も低下。医業収支が大幅に悪化。

- 地域包括ケアにすると職員のモチベーション低下を招く。これをどう解決するか。半年くらい前から職員が少しずつ納得できるようにもっていくこと。
- 地域の開業医とネットワークを作り、患者が入院した場合に連携するという方向でないと、急性期だけで満床にするのは、この地域では無理という印象。(再掲)
- 地域の需要をまず見て、地域包括や在宅支援等で地域と連携しないと経営は厳しい。急性期だけでは法人全体のバランスが悪くなる。(再掲)
- 病院管理者が地域包括ケアは格下だという考えが良くない。地域で何とかしようというのが今の医療の考え方。
- 地域包括ケア病棟は検討する必要があるが、経営面から議論するだけでなく、県全体を見た中で、西和の役割を考え、地域包括ケア病棟が必要かを議論すべき。

2 経営の効率化

① 経費削減にかかるもの

<材料費>

【現状】SPD業者の選定は法人本部が実施し、総合と西和が共通の業者に委託。高額材料については、病院自身が価格交渉を実施。

- 目標設定を行い、さらに購入単価を低減すべき。
- 最近、材料費が高騰。3病院統一で交渉できるノウハウのあるプロに任せるべき。
- 医師が処方する薬剤や材料を統一し、費用抑制に繋げる。コスト意識を植え付ける。収支を診療科別管理でなく病棟別管理に移行し、院内で競争意識も持たせる。
- 公募したSPDに、購入業者や価格の決定権限とノルマを与えて、材料購入コストを3年間で2割削減させる。

<薬品費>

【現状】法人本部の一括管理で、価格交渉は元薬剤部長が担当。
総合の平成27年度値引率は13.76%。
ジェネリック切替率は約80%。

- 価格交渉は薬剤師ではなく、事務がすべき。
- 競争入札対象を、単品毎の価格から、卸会社単位の加重平均値引率に変更し、かつ、卸会社数を絞ることにより、値引率を拡大させる。
- 100%ジェネリック化

<委託費>

【現状】施設管理の正規職員を総合6名、西和4名配置。

- リハビリ患者の搬送業務、薬剤師の付帯業務(薬剤の在庫管理、搬送等)は、リハビリ技師資格、薬剤師資格が無くともできるため、委託化すべき。
- 機構本部は即刻総合医療センターの中に入るべき、その際、本部で事務処理しているもので委託できるものは委託すべき。(再掲)
- 事務職で対応できない業務のアウトソーシング

2 経営の効率化

<職員給与費>

【現状】職員給与費対医療収益比率:総合56.2%、西和55.7%(H27年度)
超過勤務手当が年間1千万円以上の医師が存在。

- 一番の問題は給与費。51億円の累積赤字のうち退職手当引当金10億円はこの自治体も同じ状況。残り40億円について、給与費をどう縮減していくか。
- 経費削減は医療材料費もあるが、給与体系を考える方が現実的。
- 法人化で自由度が増す。新しい給与体系も作ることができる。
- 独法化2、3年経てば給与の差をつける。モチベーションを上げるための給与システム・評価制度にすべき。公務員を引きずったままではいけない。
- 年間1千万円以上の報酬を得ている医師は、一般の労働者ではなく裁量のきく職種である。より高い報酬を与えるのであれば、超勤ではなく成果と評価に基づくべき。
- 県の給与規程から国立病院機構の給与規程に変更して、年功序列賃金を抑制する。
- システム化による超勤管理の簡素化、超勤手当の適正化を図る。
- 超勤管理は健康問題。電通のように問題が起きれば、使用者の重大な責任になることを自覚すべき。
- 医師の超過勤務も、分析や比較検証することで、効率性が数字で見えてくる。
- 超勤手当の対象に個人的な研究や勉強が含まれないのは当然のこと。超勤手当の支給対象となった診療業務は電子カルテで確認できるのではないか。
- 医師の超勤は、当然ながら医療行為だけが対象で、実績は担当看護師に確認すれば分かる。月100時間を超える場合は健康診断を命じ、手術も止めている。
- 旭川医大では人件費が原因で経営悪化し、2年連続赤字で短期借入も膨らんだため学長が教職員に頭を下げ、人件費を抑制し、今や単年度で黒字化している。

<減価償却費>

【現状】減価償却費対医業収益比率:総合5.2%、西和6.5%

- 大型医療機器の購入は、価格交渉に長けた者を外部からでも起用すべき。
- 医療用機器は、実際に使う医師の考えを反映する必要があり、機器選定委員会の検討内容や価格決定の透明化が必要で、そのような組織文化にしないと行けない。
- 医療用機器は、国立大病院間では情報連携してコストダウンを図っている。例えば、機構では県立医大と情報交換を行っているのか。

2 経営の効率化

② 収入確保にかかるもの

【現状】病床稼働率:総合78.2%、西和74.8%
入院単価:総合67,441円、西和66,545円
外来単価:総合13,351円、西和10,023円
平均在院日数:総合11.8日、西和11.7日

- 総合は、現状でも努力すれば良いと思うが、病床のフル稼働を検討すべき。
- 西和は病床利用率が低いことで、全体の収益が下がっている。
- 病床稼働率は、稼働病床数ではなく許可病床数で算出しないと、任意でいくらでも良い数字にできる。
- 病床稼働率を90%に上げるために、
 - ・総合はすべての病床を稼働させて430床体制にする。
 - ・毎日リアルタイムに、日々の入院患者数、病床稼働率、入退院数を現場に周知徹底する仕組みを構築する。
 - ・全診療部長、病棟師長に、毎週、日々の全体・診療科・病棟別の病床稼働率データを提供して自覚を促す仕組みを構築する。
 - ・委託会社へ地域連携の外回り専従要員を委託し、配置する。
- リハビリは増やせば増やすほど収益が増える。リハビリ技師を増やし、365日リハビリを実施すべき。
- 入院レセプト業務については、コストアップすることなく院内化して、入院収入を5%アップさせる。
- レセプト業務は、委託でなくプロパー職員が行った方が確実な請求が行える。委託会社社員をプロパー職員に移行し、戦力化することも考えるべき。

2 経営の効率化

③ 経営の安定性にかかるもの

<医師数>

【現状】常勤医師数:総合116名、西和58名

病床数に対する常勤医師数比率:総合26.9%、西和19.3%

- 全国の同規模黒字病院を参考に、各職種・部署別に適正定数を設定して、職員数を抑制する。

<現金保有残高>

【現状】平成26年度末時点:現金保有残高約4億円、短期借入金11億円

平成27年度末時点:現金保有残高約16億円、短期借入金約35億円

- 短期借入残額が増加し続けているが、再編ネットワーク化には中長期の収支見通しをしっかりと立てることが不可欠。
- 短期借入は、返せるあてがないものは借りないことが常識。どうしても資金不足に対応できない場合は、設置者である県と十分協議すべき。

<純資産の額>

【現状】平成27年度末時点:純資産額 約▲35億円

- 機構の資本を手厚くして債務超過を解消するため、現在、無償貸与している土地を、県から機構に現物出資してはどうか。

<その他>

- 退職給付引当金の積立不足額を県が一括して負担してはどうか。
- 県からの運営費交付金については、応分の負担をすべきではないか。機構の経営再建には、病院側の収支改善に加えて、県による機構のバランスシート改善が必要。
- 県からの施設整備に対する交付金は、むしろ国立大病院と比べ恵まれている。
- 県から支援する場合、当然、機構自身の費用削減が前提。県民からの負託にこだわるのは、決して医療提供だけでなく健全経営も含むことを肝に銘じるべき。
- 病院経営に精通した人材を外部に求めていくべき。

3 再編・ネットワーク化

① 再編・ネットワーク化に係る計画の明記

【現状】総合は、奈良医療圏において、三次救急を担い高度急性期医療を提供する基幹病院。現在、H30春頃の開院目指し新総合を建設中(430床→540床に増床)。一方、西和は、西和医療圏において、二次救急を担う基幹病院であるが、入院・外来とも患者数が減少し、病床利用率も低下。医業収支が大幅に悪化。産科は、平成27年4月から再開したが、分娩数は休止前(H20)の約半数。

<総合と西和の連携の方法>

- 医大との連携も、部分的ではなく、経営という切り口で連携を進めるのが良い。
- 機構、医大、県がばらばらではなく、3者でタッグを組んで取り組むべき。
- 西和で回復期を充実させるため、西和の循環器を新総合に移し、7:1看護を10:1看護とし、逆に臨床心理士、栄養士や作業療法士などを増員することも考えられる。
- 地域包括ケア病床を有効に活用するには、地域医療連携室の充実が不可欠。
- 機構各病院は選択と集中ができていない印象。特に総合と西和はもっと連携すべき。中途半端はダメ。もっとメリハリの効いた経営を行わないと、都市部では競争に負けてしまう。総合と西和が食い合う形になる。
- 総合と西和が連携して、全体として病床数を増やさないことが必要ではないか。
- 総合と西和の診療機能の特徴付けが必要。急性期は総合、亜急性期は西和で存在意義を示すべきでは。西和で100床程度、地域包括ケア病床を導入しても良いのではないか。総合と西和で同じ診療科を持つ必要は無い。
- さらに、西和とリハビリの棲み分けも考えないといけない。将来的には西和とリハビリが統一することも考えられるのではないか。

<西和の診療科の見直し・再編、分娩の取扱>

- 民間病院の良い制度を取り入れ、地域包括ケアや地域連携の強化等をしても病床が埋まらない場合、ダウンサイジングや総合との機能分化も必要。(再掲)
- 西和の産科は、新病院に統合する。資源は集中して、ネットワーク化するのが良い。
- 産科の再開について、リスクのある妊婦を受け入れる周産期は、公的病院にとって重要な分野。しかし、通常分娩を本当に公的病院で行う必要があったのか疑問。
- 産科は予想していた分娩数が無い、ということは住民が必要としていないということ。眼科も地域のクリニックがあるのではないか。
- 産科について、通常、医師一人当たり年間100件以上の分娩に関わらないと赤字になる。また、現状の分娩件数では助産師は活用できていないものと思われる。
- 2025年に向け再編するのであれば、急性期から回復期への転換は避けられない。