

■ 令和元年度第1回新潟市病院事業運営審議会

日時 令和元年11月20日(水)午後6時より

会場 新潟市民病院3階 307会議室

(出席委員)

染矢俊幸委員(会長), 西條康夫委員, 土田正則委員, 渡部透委員, 堂前洋一郎委員,
藤田一隆委員, 永井明彦委員, 今野洋史委員, 斎藤有子委員, 磯部紀子委員,
山岸美恵子委員, 小山弓子委員, 宮澤茂委員, 星野久美委員

司 会

定刻になりましたので、これより始めさせていただきます。

本日、進行役を務めます経営企画課の田中と申します。よろしく
お願いいたします。

まず、資料の差し替えについてですが、事前に配付しております、
当審議会の委員名簿について訂正がございましたので、机上に配付
しておりますご確認ください。

続いて、この度3名の委員の交代がございましたので、ご紹介さ
せていただきます。

新潟県看護協会会長、斎藤有子様

斎藤委員

斎藤です。よろしくお願いいたします。

司 会

新潟県看護協会理事、磯部紀子様

磯部委員

磯部です。よろしくお願いいたします。

司 会

新潟日報編集局報道部長、今野洋史様

今野委員

今野です。よろしくお願いいたします。

司 会

どうぞよろしくお願いいたします。

委嘱状については、お手元に配付させていただきましたので、ご

確認ください。

それでは、ただいまより、令和元年度第1回新潟市病院事業運営審議会を始めさせていただきます。

会議の成立についてご報告いたします。本日は、佐々木委員が所用によりご欠席されました。堂前委員におかれましては、少し遅れておりますけれども、現在15名中13名の委員の皆様からご出席いただきまして、委員定数の過半数を超えていることから、当審議会設置条例第5条第2項の規定により、会議は成立しております。

なお、当審議会は、公開で行っております。新潟日報様より、会場内の写真撮影許可を求められていますが、よろしいでしょうか。

また、この会議につきましては、会議録作成のため録音させていただきますので、よろしく願いいたします。

それでは、片柳病院事業管理者よりご挨拶を申し上げます。

片柳病院事業管理者

病院事業管理者の片柳でございます。

本日は、遅い時間帯、お忙しい中、令和元年度の第1回新潟市病院事業運営審議会にお越しいただきましてありがとうございます。

当審議会は、地方公営企業法の規定に基づきまして、病院事業管理者の諮問に応じ、病院事業の運営に関して、必要な事項を審議するために、条例により設置された附属機関でありまして、年に2回程度開催しております。

審議会では、病院運営に関する重点事項を始め、予算・決算、中期計画の実績評価等について、さまざまなご意見をいただいております。

本日は、平成30年度の決算、ならびに新中期計画の、平成30年度の実績評価につきまして説明させていただきます。

さて、平成30年度決算につきましては、議事第1号で詳しくご報告させていただきます。総合入院体制加算1、診療録管理体制加算1は、これまで通り算定可能でございました。昨年度からは、入退院支援加算1を、さらに今年度からは、念願の病棟薬剤業務実施加算1、認知症ケア加算1を算定できるようになりました。一昨年からは医師の働き方改革で、労働時間の管理と医師の長時間労働の縮

減をしまいましたが、36 協定は遵守されているとは申せ、まだまだ、自己申告による超勤 80 時間超えの医師がいますので、医療者、特に医師の働き方改革を継続してまいりたいと思っております。

手術支援ロボットダヴィンチは、消化器外科での胃癌、直腸癌、泌尿器科での前立腺癌に対する前立腺全摘術で順調に稼働しており、昨年 4 月から胃癌・直腸癌などが保険適用となりましたが、ロボット加算が付かずに苦勞しております。

毎年行っています患者満足度調査では今回も高い評価を得ておりますが、職員満足度が少し下がっている項目があり、気になっております。そこで、全職種の所属長と面談し、職員のモチベーションを下げることなく、ワークライフバランスを考えた生活ができるように、職員の意識改革に取り組んでおります。

当院は、今後とも地域の中核病院といたしまして、医療の安全を確保しつつ、高度な医療の提供と、健全経営に努めてまいりますとともに、職員を大切にし、職員が働きたい病院になるよう努力してまいります。本日、委員の皆様から忌憚のないご意見をいただきまして、今後の病院運営に資する所存でありますので、ご審議のほど、何卒よろしく願いいたします。

司 会

続いて、議事に入ります。

議長は、会長に務めていただきますので、染矢会長、よろしく願いいたします。

染矢会長

新潟大学医学部の染矢でございます。皆様のご協力により、スムーズな議事進行に努めたいと思いますので、どうぞよろしくお願いいたします。

始めに、議事第 1 号、平成 30 年度決算について、事務局から説明をお願いします。

高橋経営企画課長

それでは、議事第 1 号、平成 30 年度決算についてご報告いたします。

資料の平成 30 年度決算について、をご覧ください。

始めに、業務指標についてです。こちらの表は、入院、外来、それぞれの患者数や診療単価など、平成 29 年度決算と比較しております。入院につきましては、一般病床として整理しておりますが、診療単価については、精神科病棟、感染症病棟を含む、全体の単価としております。

それでは、入院についてです。平成 30 年度の一般病床の病床利用率は、88.0 パーセントで、昨年 29 年度に比べて 1.7 ポイントの減となりました。延べ患者数は、20 万 9,354 人で、4,122 人の減。1 日平均患者数は、574 人で、11 人の減。新入院患者数は、1 万 6,133 人で、374 人の減。平均在院日数は、前年と同じ 12.01 日でした。入院単価につきましては、7 万 804 円で、594 円の増となりました。

外来です。延べ患者数につきましては、24 万 3,414 人で、8,168 人の減。1 日平均患者数は、998 人で 33 人の減となりました。外来単価につきましては、2 万 328 円で、712 円の増となっております。

次に、損益計算書についてご説明いたします。

最初に、表の下のほうに網掛けをしてございます、収支損益欄をご覧くださいと思いますが、平成 30 年度決算につきましては、9 億 400 万余の赤字決算となっております。

平成 29 年度決算が 1,300 万余の赤字ということで、ほぼ収支トントンでございましたので、平成 29 年度決算との比較により、増減の大きい項目についてご説明いたします。

まず、収益ですが、病院事業収益の計をご覧くださいと思いますが、241 億 7,900 万余であり、平成 29 年度と比べまして、4 億 6,900 万円余り減となりました。内訳といたしまして、入院収益は、単価は増となったものの、患者数が減ったことが影響し、2 億 3,600 万円余りの減となりました。患者数が減となった要因といたしましては、昨年 11 月に医療情報システムの更新を行った際に、混乱を避けるため、患者の受け入れを抑制した影響と、平成 29 年 6 月の緊急対応宣言後の労働時間短縮に向けた取り組みの影響があったことによるものと考えております。

外来収益につきましては、患者数が減となったものの、単価の増により、1,300万円余り増加しております。

次に医業外収益が1億8,000万余減となっておりますが、こちらは、一般会計からの繰入金である、負担金交付金の減が主な理由です。一般会計からの繰入金につきましては、前々年度、年度でいいますと平成28年度の救急医療や、リハビリテーションの収支により設定されますが、平成28年度については、その前に比べ収支が改善したことから、繰入額が減少したものでございます。

次に費用についてです。

病院事業費用の計は、250億8,300万円余りであり、4億2,100万円余り増加となりました。内訳といたしまして、医療費用のうちの給与費ですが、3億8,500円余り増となっております。こちらは、給与改定による給与の引き上げや、人員増などが影響しております。

減価償却費は、旧医療情報システムの減価償却が終了したことから、3億8,900万円余りの減となった一方、旧医療情報システムの機器等を処分したことにより、資産減耗費が1億1,200万円余り増加しております。

特別損失につきましては、2億5,600万円余りの増となりましたが、こちらは、労働基準監督署からの是正勧告を受けまして、時間外勤務実態調査を実施し、時間外勤務手当を追加支給したもので、2億2,200万円余り。それと、適時調査の結果に基づく診療報酬返還金、3,400万余りを計上したことが要因となっております。

以上の通り、医療情報システムの更新にかかる患者抑制による収益の減少や、時間外勤務手当の追加支給などの特別損失による費用の増加の特殊要因もございまして、医業収益から医業費用を差し引いた収支損益は、9億454万5,000円の赤字となったものでございます。

なお、表記はございませんが、特別利益及び特別損失を除いた経常収支は、6億5,156万7,000円の赤字となっております。

次に、資本的収支です。

説明の都合上、支出のほうから説明いたします。

支出の計は、43億8,500万余で、前年度に比べまして、16億7,800万余りの増となっております。内訳といたしまして建設改良費が21億400万余り増となっておりますが、こちらは主に医療情報システムの整備に伴うものでございます。

収入につきましては、支出に合わせて変動した結果、35億7,800万余となっております。

以上の結果、資本的収入から資本的支出を差し引いた差引収支は、8億700万余の不足となりましたが、この不足額につきましては、例年通り損益勘定留保資金などで補填をしております。

なお、参考といたしまして、年度末の内部留保資金の状況について記載してございます。平成30年度末時点における、内部留保資金保有額は、資本的収支不足額を補填した残りの110億7,600万余です。そのうち、退職給付引当金などを差し引いた、建設改良等の補填の財源といえる金額が、下段に記載しております、引当金控除後の内部留保資金となりまして、30年度末時点で59億9,000万余を保有しております。前年度に比べ7億3,900万円余りの減となりました。

最後に、経営指標についてです。経常収支比率は、100パーセントを超えますと黒字になりますが、赤字であったため、97.4パーセントとなりました。また、医業収支比率は、昨年度に比べ1.9パーセント悪化しております。こちらは、損益計算書において説明いたしました、給与費などの増加により、医業費用がふくらんだことと、患者の減により、収益が減少したことによる収支の悪化が要因でございます。

当院では、収益の増加を喫緊の課題ととらえ、医師のワークシェアや、地域の医療機関との病診連携、病病連携による患者の確保、診療報酬における加算の獲得など、収益の確保に向けた取り組みを進め、収支改善に努めております。

説明は以上でございます。お願いいたします。

染矢会長

ただいまの報告につきまして、ご質問、ご意見がございましたら
お願いします。

宮澤委員

今ほどの説明に関して、3点、お尋ねしたいのです。その前に、病床利用率と、外来患者数ですが、29年の7月に紹介状を持っていくという形で、緊急対応を取られました。実質的に、その時は、年度の途中でしたが、30年度は通年を通してということでございます。今後を見通したときに、病床利用率、それから外来の延べ患者数というのは、だいたいこれが上限程度で推移していると理解してよろしいでしょうか。

高橋経営企画課長

今、ご指摘ございましたように、平成29年度に、緊急対応宣言をしまして、30年度の7月で1年が経ったわけですが、それ以降も患者数の減少という傾向はございます。通年化されたのですが、まだ、緊急対応宣言後の影響というのが少し残っておりますし、先ほどもご説明いたしましたが、11月の電子カルテの更新で、患者を抑制しております。30年度はその影響があったのかということでございます。

宮澤委員

要するに、病床利用率、外来患者数は、今回決算で出た88パーセント、24万3,000人という数字がだいたい上限ぐらいと、大筋で考えてよろしいのでしょうか。

高橋経営企画課長

今後も含めてということでしょうか。
上限というか、下限というか、というところですけども、31年度の今の様子を見ますと、今のところは、まだ30年度よりも患者数が下がっているという状況があります。30年度決算の数字が上限というか、最低限度かという、今のところは、もう少し患者数が減っている状況があります。

宮澤委員

ありがとうございました。
具体的にお尋ねしたいのですけども。3月26日に30年度の決算見込みということで、前回の会議でお示しいただきましたが、あの子の見込みというのは、いつ時点でまとめた見込みだったの

ようか。

高橋経営企画課長

前回、3月26日の運営審議会の際の見込みについては、1月から2月くらいに見込んだ数字でございます。

宮澤委員

残り、2か月くらいあるという段階の見積もりということでしょうか。はい、分かりました。

前回の見込みと今回の確定値を見てみますと、約1億1,000万くらい損失が圧縮されたということで、それは良かったかなと思うのです。

内訳を見ますと、材料費については、今回確定が、前回の見込みに比べると6億6,000万くらい減っている。それから、経費については、これも3億円くらい減っているということですが、一方で、医業外費用が、7億6,000万くらい、前回の見込みに比べると増えております。

結局、今回の確定でもって、これだけ数字的に違ってくるというのは、何か、特に見通しできなかつたところがあったのでしょうか。特に、数字的に大きい医業外費用ですね。この医業外費用というのは、支払い利息及び企業債取扱諸費、雑損失、長期前払消費税という三つの項目しかないのです。

残り2か月の段階で、この三つの項目、どちらかというところ、雑損失はちょっとよく分かりませんが、他の二つのものについては、これほど大きく変動することは、ないんじゃないかなと思うのです。その辺、教えていただけますか。

染矢会長

はい、お願いします。

高橋経営企画課長

ちょっと、今、確認させてください。データを、前回の資料を持ってきます。

宮澤委員

ああ、そうですか。これ、なんでお尋ねしたかということ、年度末までに、半年とか、かなり期間があればともかく、残り、たかだか

2か月と短いなかだと、ほぼ見通しできていると思うのですよね。それが、わずか1か月の間に出てきたというのは、よほどその時点で読み込みできなかった特別要素でもないと、出てこないと思うのです。

逆に言うと、言葉は悪いですけど、皆さんがたの日々の、把握の仕方、その辺がどうなのかと、率直な疑問があったものです。

特に1月末時点では、こういう特殊な要素があって、見込めなかったのだということがあれば、ということをお願いしたいのです。

高橋経営企画課長

ちょっと、今、調べますので、お時間いただけますでしょうか。

染矢会長

要するに、1月に医業外費用が5億くらいと書いていたということですね。それが2か月で12億になっている。それはいくらなんでも見込みが外れ過ぎじゃないかというご指摘ですね。

ほかにいかがでしょうか。確認できたら、発言ください。

さっきの患者数のことと言えば、医療情報システムの更新による抑制で、少し落ちたから、それを除けば、緊急対応が通年化したものになるはずですね。そうすると、30年度の決算の患者数よりは、少し増えてもいいはずなのだけど、実際に31年度は減っています。

その要因については、緊急対応の影響がまだ続いているということだったのですが、どういう形で続いていると分析しているのでしょうか。

高橋経営企画課長

いろいろ、今年度の結果をみますと、救急患者数が減っている傾向がみられます。緊急対応宣言のなかで、3次救急にシフトするというをやっておりますので、そういう影響がまだ残っているんじゃないかと。

染矢会長

29年度の7月以降は、緊急対応を宣言したけれども、まだ過渡期であって、31年度により本格化したということですね。

高橋経営企画課長

その影響が残っていると考えています。

染矢会長 残っているというか、それが、今後の基本線になるということでしょうか。

高橋経営企画課長 はい。先ほどの宮澤さんのご質問ですが、資料の作りの関係で申し訳ないのですが、昨年度の資料は、消費税込みの数字で作っています。一方、今回の資料は、消費税抜きの数字で作っています。

そこで何が変わってくるかといいますと、消費税抜きで計算いたしますと、消費税分が雑損失という形で、医業外費用のほうにのります。

今回は、消費税抜きで計算した数字を載せておりますので、前回の消費税込みの数字よりも、雑損失が消費税分増えているという形になってございます。

染矢会長 じゃあ、その分、医業費用の材料費とか経費が減ったということですね。前はそこが消費税込みだったから。

高橋経営企画課長 そうです。

染矢会長 医業費用から医業外費用に消費税分が移ったということですね。宮澤さん、そのような感じでよろしいですか。他にいかがでしょうか

星野委員 費用の特別損失のところなのですが、時間外手当の追加で発生した要因だと思うのですが、これは、給与費ではなく、特別損失に入れた理由を教えてくださいませんか。

高橋経営企画課長 これも、整理の仕方なのですが、その年度の分をその年に支払うと、給与費に入るのですが、年度を超えて払っていますので、特別損失という形で計上されております。

染矢会長 給与が3億8,000万増えて、一昨年までの分が2億5,000万払っ

たということですか。

高橋経営企画課長

はい、その通りです。

宮澤委員

二点目なのですが、診療材料費が増えています。これは、次のところで触れる、と書いてあります。抗癌剤の高価なものをつかったというようなことがあるので、おそらくそれなのかなとは思ったのです。

ただ、素朴な疑問で申し訳ないのですが、使う抗癌剤が高価であっても、それが診療報酬としてきちっとカバーされているのであれば、一方で収入があるわけで、そんなに心配することではないのではないかと思うのです。特に抗癌剤で高価なものを使っているということからすると、従来は、完全出来高払いになっていたものが、今はこちらの病院は、DPCという形でなっています。

それで、現場のほうでは、どうしても患者さんの治療効果を考えて、高価なものを使うけれども、それがDPCの絡みでもって、完全にカバーしきれないということがあったものなのか、あるいは、保険点数が、実勢にマッチしていないということなのか。

さらには、抗癌剤、一旦封を切ってしまうと、残ったものは使い回しできないため破棄せざるを得ないと聞いています。

皆さんがたの努力では、いかんともカバーしきれないという理由があり、高額な抗癌剤を使った結果として、診療材料が増えていますということになっているのか、その辺の原因を教えてくださいなのですが。

高橋経営企画課長

資料のなかの材料費のところだと思うのですが、材料費が8,700万増えているのですが、内訳としては、昨年度と比較すると、薬品が1億4,000万ほど増えております。一方で、診療材料費は、6,000万ほど下がっているという状況になっております。

今、宮澤委員がおっしゃられるように、薬品費が増えていて、それが見合いで、収益として診療報酬でやれるのではないかと、ということだと思うのですが、そのなかで、薬品では、新しい抗癌剤等を

使うと、高価になっていくわけです。一方で診療報酬のほうは、診療報酬改定をみても、本体は上がるけども、薬価のほうは下がっているということもあります。理論的には使った分の診療報酬、入ってくるという部分なのですが、実態的には、その辺で差が出てくる部分もあるかなと思います。

宮澤委員

最後なのですが、今回の30年度の決算の結果、貸借対照表を見ますと、自己資本73億あるものが、今回約9億の通常損失出たということで、累積で26億の欠損が出ています。30年度末の実質的な自己資本が、70億ではなくて、46億くらいしかないという状況になっていますよね。

そうしますと、仮に30年度と同じ水準の純損失が、これから先、出ていった場合に、あと5年すると、債務超過になりますよね。

今後の動向については、いろんな要素があるので断定はできないでしょうけれども、冒頭確認したように、医業収入の動向を左右する病床利用率であるとか、外来数というのは、正直、人口も減少傾向にありますので、そんなに大きく伸びてこないだろうと思います。

そうすると、よほど頑張ってやっついていかないと、あと5年したら債務超過になると申し上げましたが、そんなに的外れな話じゃないと思うのです。そうしましたら、さっきの説明のなかで、いろんな形で頑張っていきますよ、とありました。それは当然なのですが、なお、現実問題をみると、厳しいものがあるのだと思います。

おそらく数年中に、現実の問題として出てくると思うのですが、そういう状況を踏まえて、何か、皆様方のほうで、具体的に議論をされていますでしょうか。

高橋経営企画課長

おっしゃられる通りで、単純計算しますと30年度の赤字が数年続けば、債務超過になったり、内部留保資金が枯渇していくという状況になっていきます。私どもとしても、喫緊の課題としては、どうやって収益を増やしていくかということで、いろいろ議論を行っています。

今年度、31年度に入って、患者の減少もまだ少しあります。

その対策としまして、一つは、ICUの医師の当直について、取り組みを進めております。医師のなかでも超過勤務の多い医師と、そこまでっていない医師というものがあります。医師のワークシェアを図って、超過勤務の多い医師の超勤を減らして、余裕のある医師に当直をやってもうらおうと取り組んでおります。そのことで、超勤の多い医師に余裕が出ますので、そのところで患者数を獲得していこうという工夫です。

あとは、私ども、診療科が36科あるのですが、入院を持つ診療科で、月新規患者を一人ずつ多く取って行って、病床利用率を90パーセントまで上げていこうという対策を講じております。その結果については、もうしばらく様子を見ないと分からないのですが、そのような対策も、今現在行っている状況です。

染矢会長

そうやって売り上げを増やしましょうという目標値を立てて、入院患者を一人増やしましょうというのは分かります。しかし、さっき宮澤委員も言われたように、実際、人口減、患者数減の状況の中においては、例えば新潟市民も含めて、医療圏の年齢構造、そこに伴う疾患の患者さんの割合を計算できるわけです。

患者さんの数が今後、5年、10年でどういうふうに変わっていくのか。10年後にはどういう体制を目指すのかという、そういう議論はあるのか、という質問かと、私は理解しました。その点はいかがですか。

長期的にいうと、そういうくらい大きい変化が、どこの医療圏でも起きてくると思うのです。

片柳病院事業管理者

一応、10年後までみています。10年後までですと、癌の患者さんであるとか、心疾患の患者さんの数は、おそらく減らないであろうと考えております。

染矢会長

高齢者が増えるということですね。

片柳病院事業管理者

10 年後までは、今の医療を継続していけばいいだろうと考えております。その後は、高齢者も減るし、ほかの年齢層の人口も減りますので、そのときには、ダウンサイジングを考えなければならないことになるかもしれません。

今後の 10 年間は、前向きに行きましょうということでやっていきたいと思っております。

染矢会長

ありがとうございます。

大谷副院長

市民病院の 30 分診療圏で分析をしますと、今後 15 年間は、循環器系の疾患が 1.35 倍、脳梗塞が 1.41 倍。神経系の疾患は 1.22 倍と、循環器、脳卒中疾患がかなり伸びます。それらの疾患を中心に重点的に取り組みたいと思っています。

その一方で、軽症である肺炎とかあるいは心不全も増えますので、そのような患者さんを二次救急病院のほうで担っていただかないと、本来入院させなくてはならない重症患者が入れません。そういった将来予測を立ててやっております。

染矢会長

ありがとうございました。きちっと見通しを立てているということですが。ほかにありますか。

山岸委員

すみません、先ほどの薬品の関係で、宮澤委員が言っていた、診療したら、それで請求されるのだから、それなりに診療報酬に関連されていくのではないかということについて質問です。

私も、その辺、いつまでも抗癌剤が原因で、薬品が高いと言っていていいのかなという思いで聞いていました。外来の単価も、28 年から 29 年にかけては、相当増えています。一方、29 年と 30 年を比較すると、712 円でしたか。それほど大きい幅で上がってはいません。

前회가、抗癌剤等が伸びたから、薬品費が増えているというのと、同じ論理が、30 年も続くのかなという思いで聞いていました。

価格交渉がとても厳しい状況になっていますので、そこでの薬価

差益というのは期待できないというのは、重々承知しているのですが、そういうふうには材料が増えたから、この辺はもう赤なのだと説明されていましたが、実際には、ご説明の通りと理解するしかないのでしょうか。

染矢会長

いかがでしょうか

田中経営企画課課長
補佐

具体的な医薬品の増加理由としては、キイトルーダが5,700万程度。ダラザレックスが4,100万程度。こちら、いずれも抗癌剤だと思うのですが、こちらが費用増の第一、第二要因となっています。

それに加え、あとは、ソリリスという薬が5,800万程度。この三つが1億4,000万増の主な内容になっています。

これについて、外来でやれば、その分収益は確かに上がるのですが、一方、外来の患者さんが減少傾向にあるということから、実際、外来収益そのものをみると、それほど増加につながっていないというのが現状ではあると思います。

一応、外来なので、当然、出来高払いで請求はしております。山岸委員がおっしゃったように、価格交渉においては、これらの薬の購入が大きいので、薬価の差益という点では、だいぶ、利益、利ざやは圧縮されているという状況です。

染矢会長

よろしいですか。

山岸委員

一人当たり712円の単価増ということですか。それが患者数から考えれば、高額薬に関連されるということなのだと思います。

ご説明を受け止めたいと思います。

染矢会長

ほかにいかがでしょうか。

よろしいでしょうか。なければ、議事1号の報告は、これで終了にして、議事2号に移りたいと思いますが、いいですか。

それでは、議事第2号、新・中期計画の平成30年度実績評価について、事務局から説明をお願いします。

田中経営企画課課長
補佐

それでは、議事第2号、新・中期計画の平成30年度実績評価について説明いたします。

資料2枚、A4とA3のものがございますが、始めにA4の資料をご覧くださいませでしょうか。

まず1、新・中期計画についてです。

この計画は、総務省が示す新公立病院改革ガイドラインが策定を義務付けた新公立病院改革プランに位置付ける計画になります。平成29年度から令和3年度までの5年間の計画期間としているものです。

評価を行う指標につきましては、その計画の5つの基本方針に基づき示しました病院の方向性や将来像、それらを踏まえた病院がめざすところを実現するための取り組みについて、進捗状況を確認するための目安として数値目標を設定している。各年度の実績に基づいて評価しています。

数値化の難しい取り組みについては、主に取り組んだこととして、文章で説明しているということです。

なお、評価結果につきましては、当審議会でご承認いただいたのち、また、修正がある場合はそれを反映したのちに、当院のホームページで公表している、というものです。

2番、平成30年度実績について説明します。

評価は5段階で行います。指標を120パーセント以上達成した場合にS、120パーセント未満100パーセント以上の達成がA。80パーセントから99パーセントの達成でBとしています。評価Bまで、つまり、8割以上達成した指標については、概ね計画通りと整理しています。

表の集計欄をご覧ください。平成30年度は、53の指標のうち、Sが12、Aが15、合わせて27の指標が目標をクリアしました。B評価である20を加えた47の指標、全体の9割が、概ね計画通りであるということです。全体的には良い結果であったのではないかと考えています。

なお、各基本方針の評価をみますと、重症・専門・救急を中心に、

質の高い医療をめざします，は，評価B以上の割合が 87 パーセントでした。

患者さんに信頼される，ぬくもりのある医療をめざします，は，93 パーセントがB以上の評価でした。

地域医療機関や福祉施設と連携し，人々の健康支援をめざします，は，B以上が 89 パーセント。人間性豊かな医療人の育成をめざします，が 80 パーセント以上がB評価であったということです。健全な経営の推進は，全部がB評価以上でした。

続きますのは，3 番目，平成 30 年度主な評価の概要につきましては，A 3 の資料により説明いたしますので，A 3 の資料をご覧ください。両面印刷なので分かりづらいと思ひまして，ページの真ん中中央下部にページをふってあります。始めに 2 分の 1 と書いてあるページをご覧ください。

まず先に，資料の見方を説明しますと，表の最上部，欄外に基本理念，患者とともにある全人的医療と示しています。表の左端に，基本方針を並べている。重症・専門・救急を中心に質の高い医療をめざします，から下のほうに続いている形になっています。

基本方針の横に，病院の方向性や将来像を踏まえて，病院がめざすところ，これら，中期計画に記している内容を整理しまして，それぞれに指標を設定しているというものです。

計画の各年度の評価にあたっては，53 の数値指標以外にも，先ほど申しました通り，各部署で指標達成に向けた取り組み，などを報告するために，主要項目として 11 に分けて，平成 30 年度主に取り組んだことについて，文章で説明しています。

では，各指標の実績につきまして，時間の関係ありますので，評価がC以下となった指標を中心に説明していきたいと思ひます。

表の右に，網掛けでしめした，実績及び評価というところ，平成 30 年度をご覧ください。まずは指標 3，ドクターカーの出動回数になります。年間 1,700 回の出動目標に対して，1,094 回の実績でした。割合にしますと達成割合は 64 パーセントとなるため，評価はCとなります。要因と考えているのは，救急救命士の処置が高度化して，経験が積み上げられたことなどがあるのではないかと考えて

います。

続きまして指標 6，総合周産期特定集中治療室管理料（母胎・胎児）加算の患者数，です。総合周産期母子医療センターでは，平成 29 年 11 月から平成 30 年 6 月までの間，医師の人員態勢の変更を受けて加算を算定していない期間がありましたが，この計画の指標については，ひと月あたりの患者数を目標にしていまして，ひと月 180 人という目標に対して，算定をしていた期間のひと月あたりが 105 人であったという見方になります。そうしますと，達成割合は 58 パーセントになりまして，評価は C になります。もともと，この指標というのが，6 床の MFICU の病床に対する加算になっていまして，ひと月 180 人というと，ほぼフル稼働になってしまうので，指標の設定が高すぎるのではないかという意見も院内でありましたので，指標の見直しを含めた検討が必要ではないかということで，今，考えています。

続きまして，指標 26 です。下のほうになります。一番したですね。手術患者における肺血栓塞栓症の発生件数です。こちらは，年間 0 件の目標に対して，年間 4 件発生したということで，実はこれ，達成したかしないかで，A か D かに分かれてしまう評価になっています。今回は，評価 D だったということです。要因としまして，高齢患者の増加が影響したのではないかと考えています。今後も対策チームを中心に，リスク評価に基づく適切な予防対策を継続して実施していきます。なお，今申しました通り，この指標は 0 以外，全て D になってしまうので，その評価方法に課題があるのではないかとということで，再考が必要だろうと考えています。

裏面です。2 分の 2 ページになります。ご覧ください。

真ん中ぐらいに指標 34，退院支援患者数になります。年 260 人の患者数の目標に対して，165 人の実績でした。達成割合は 63 パーセントであり，評価は C となります。この要因としましては，先ほど事業管理者があいさつでも触れましたが，30 年 4 月から，入退院支援加算 1 の算定を開始したことが影響しているのではないかと考えています。その隣の，主に取り組んだこと，最下段に記載していますように，今は入退院支援に関する加算の算定状況をご覧いただ

くと、実はそんなに算定数としては大きな変化がないということで、例えば 28 年度ですと、当時は退院支援加算 2 と 3 だったので、1,117 件、29 年度ですと、1,130 件。平成 30 年度は、入退院支援加算 1, 3 となつてから、1,101 件ということで、算定件数そのものには大きな変化がなかったので、地域の連携や患者さんの支援という点では、しっかりと対応してきたのではないかとと言えます。

現在のそういった当院における加算算定状況を考えますと、指標そのものも現状に合わせて項目にする必要があるのではないかと考えています。

続きまして指標 40、基幹施設としての受け入れ人数に対する新専門医の受け入れ率、です。各科、専攻医受け入れのプログラムは、平成 30 年度から始まりました。初年度は 22 名の募集を行い、7 名を受け入れています。指標としましては、目標の 80 パーセントに対して 31.8 パーセントの実績ということで D 評価になります。

続きましては、指標 48、職員満足度、この病院で働いていることに満足、です。職員満足度は、全職員を対象に、さまざまな項目について 5 段階の選択式で調査しており、各設問の回答数に対する 4 や満足、及び 5 満足の割合を満足度としています。指標は、この病院で働いていることに満足しているかという質問に対して、満足度で示していただくというもので、55 パーセントの目標に対して、平成 30 年度は 35 パーセントであるということで C 評価になりました。

なお、5 段階なので、当然 1, 2, 3 という回答もあるのですが、回答の傾向としては、5 段階のうち 3 の回答が多くて、3, 4, 5 の回答割合では、78 パーセントになっていたということです。前回の運営審議会でも、選択肢を 5 段階から 4 段階にすることや、集計方法の変更も含めた指標のあり方について、検討の必要があるというご指摘は受けました。ただ、職員満足度という調査が、職員の考え方とか感じ方を把握することで、労働環境の改善点などを探るといふ、院内における管理ツールとしても、今、活用しておりまして、経年変化を把握するうえでも、選択肢を簡単に変えるというのは、

まだ至っていないのですが、もう少し議論して、調査内容そのものを、毎年見直しながら、もっと良い調査となるように努力しているところです。

最後に基本方針、健全な経営の推進に関する指標について説明いたします。内容は議事第1号の決算で説明した通りになります。

このうち指標49、経常収支比率ですね、達成割合Bというのですが、100パーセントに満たないということは、赤字を意味していますので、収益の確保などにより収支を改善して、計画を実現できるように努めていきます。

以上で、議事第2号の説明を終わります。

染矢会長

ただいまの説明について、ご質問、ご意見をお願いします。

西條委員

指標の1と2についてご質問させてください。

重症患者のシフトということ、2番の救急車搬送の応需率は低下をしています。その中に、取り組んだことということで、他院で対応が可能と考えられる例に関しては、他院への紹介を促したとあります。その結果として救急車の応需率は低下しているとありますが、どのように、他院への紹介を促したのでしょうか。そこについて教えていただければと思います。

小田副院長

これは、救急隊からコールが来た際に、こちらで患者さんが多数いた場合、そこでは1回お断りして、ほかに回ってくださいます。そこで、すでに1回断ったこととなります。2回目に来た時に、それを受けることがあるわけです。それで、応需率は50パーセントに下がるということなのです。

この病院の性質上、話を聞いて、他院でもできそうだとということで、こちらが忙しいときには、そのような形を取らざるを得ません。その結果、応需率が下がっていくということと理解しております。

染矢会長

そうすると、緊急対応をやったときに、当然応需率は下がると思うのですが、指標を、29年度85で、30年度も85にしたままなの

が 12 に拡大されましたよね。新潟市民病院については、前立腺、それから胃と直腸という形で、実績があります。子宮体癌と、それから子宮全摘出はやっていません。これは、やれる資格を持った先生がいらっしやらないということなののでしょうか。

はい、そういうことですか、分かりました。

今後、見通しはどうですか。資格ある先生を招聘するなり、可能性はありますでしょうか。

片柳病院事業管理者

婦人科の技術認定医は 1 人しかいません。1 人だとダヴィンチ手術は実施できません。消化器外科では、複数名います。

なかなか、そういう医師を招聘するというのは、産婦人科の医師自体が少ないため、難しい面もあります。

宮澤委員

分かりました。

それはそれとして。すでに実施されているものについては、着実に件数が増えているという印象を受けました。ダヴィンチをやる資格を持っている先生を確保することも難しいということもあると思います。

今後は、患者にとって良い手術方法ですから、病院としても、積極的に拡大していこうというご意向は、お持ちでしょうか。

片柳病院事業管理者

患者さんとしては、腹腔鏡もダヴィンチも、ほとんど侵襲は変わりません。

保険収載になった関係で、消化器癌には、ロボット加算が付きません。患者さんの自己負担は同等なのですが、病院としては、やるたびごとに赤字が増える状態なのです。なかなか、積極的に拡大していくというわけにはいかないところです。

宮澤委員

1 回ごとに 40 万前後の経費がかかるということですし、それからメンテナンス費用も、購入費のだいたい 1 割くらい、毎年かかるという形のようなのです。

方法としては良いのだけれども、病院としての負担が大きいとい

うのはありました。そういう事情があるのですね。分かりました。

次なのですが、同じ手術の関係で、14のリニアックの関係で、今回、前年度に比べると、件数でいくと2,300ぐらい、率でいくと28パーセントくらい減っていますが、特別の理由がありましたでしょうか。評価としてはBになっています。

片柳病院事業管理者

医師が1名になったことが影響しています。治療医を増やしていただけないので、負担が増え、件数が少し減っています。

宮澤委員

分かりました。

染矢会長

ほかにはいかがでしょうか。

土田委員

新潟大学胸部外科の土田です。26番の手術期の肺血栓塞栓症について伺います。事務局の方がおっしゃったように、0という設定が厳しいのかと思います。

麻酔科学会の統計ですと、だいたい1万件あたり3.6人の発生が標準です。ですので、7,000件ですと、2人ぐらいの指標でいいのかなと思うのです。

質問は、肺血栓塞栓症を起こした中で、重症の患者さんの件数や、致命率といった状況はいかがでしょうか。4人のうち、どの程度の重症だったのか教えてください。

五十嵐副院長

4名の内訳は、1名は多発外傷の救急科で入院して、四肢の手術後、整形外科が関係したものです。もう1件は、心臓血管外科での術後の症例になります。あとの2件が整形外科で、股関節と膝の症例で、なおかつ高齢というケースでした。

この4名の方は、回復しています。

土田委員

分かりました。

もう1点は、コメントというか、お礼なのですが、いわゆる1番の医学生の臨床医実習、定員人数というところは、100名の実績で、

100名ということで、年々増えています。

以前、小田先生にお伺いしたときに、負担にならないでしょうかということでお聞きしたら、モチベーションになって、大丈夫ですと伺ったのですが、その通りで大丈夫でしょうか。

小田副院長

その通りです。

染矢会長

ありがとうございます。
ほかにいかがでしょうか。

斎藤委員

指標の47番で、認定資格等の取得支援ということで、こちらは、29年度15人、30年度は21人ということで増えています。

こういった資格取得支援の内容につきまして、どのようなことをやっていたらっしゃるか、内容を教えていただければと思います。

高橋事務局次長

この21人の方なのですが、これについては、資格認定料、受験料、認定を受けるうえで必須となるセミナーへの参加料、こちらの支給をした人数を計上しています。

斎藤委員

はい、分かりました。ありがとうございます。

宮澤委員

26の肺血栓塞栓症の発生件数と、もう一つが、指標34の退院支援患者数ですが、二つとも、この指標が、残しておく意味があるのかなと疑問があり、お尋ねしたいのです。

最初の総括のコメントにありましたが、0の目標に対して4件発生したという、評価が出ていますが、これについては、高齢患者だということが、発生に影響したのだということです。

予防対策をやっていたのだけれども、患者側が高齢になっているので、もともと危険なことがあるという印象を受けました。

もともと、この指標の意味は、本来なら0であるのが当たり前という感じでの認識がベースにあって、0を維持しようということだと思のですが、この表現からすると、年齢が高くなればなる

ほど、どうしても医療側で万全の手配をしても避けられないという要素があるのだとすれば、1件でも発生すれば、最悪のD評価をつけましょうというのは、いかがなものかという感じがします。

それから、もう一つの退院支援患者数についても、取り組んだことの中で記載がありますが、何もしない中で支援患者数が減ったのではなくて、指標以上の取り組みをした結果としてこのような状況になったのだという印象を受けました。

そうであれば、この指標を残すなら残すとして、マイナス印象を受けるような指標であれば、これは、もう少し検討の余地があるのではないかなと思います。

それとは別に、職員満足度。指標 48 ですが。全体の率では 35 パーセントということでしたが、実際に中を見てみると、医師の方は 62 パーセント。過半数は超えているわけですね。何も内訳がないなかで、36 パーセントという数字だけを見ると、私も含めて一般の人が、新潟市民病院の職員満足度は、3分の2が満足していないということになり、何事だという印象を受けるのです。

そうではなくて、結果として全体の評価を下げているのは、病棟の看護職が、26 パーセント。それから、病棟外の看護職が 31 パーセントということなのです。

満足度を一番下げている原因というのは、個々に見ていくと、看護職のところであって、それ以外の職種では、医療技術員、事務・秘書が 40 パーセント後半という形になっています。

実際、なかを見ていくと、満足度を上げるためには、結果からすれば、看護職のところを重点的に取り組む必要がある、という印象を受けました。

おしなべて出してしまっていて、35 パーセントというのは、そういう意味で、誤解されるような印象を受けたのです。何か、調査手法は別として、以前からこのような傾向が、続いていると思うのです。

職員満足度を上げていくためには、もう少しターゲットを絞って対策をしていったほうが良いのではないかと思うのですが、いかがでしょうか。

片柳病院事業管理者 実際には、満足していない人は、ずっと少ないのです。満足も不満もない人がたくさんいます。不満を感じている人はもっと少ないのです。4と5を足したのが35%であって、不満を持っている人というのは、残った65%ではないのです。

高橋経営企画課長 その辺りのところで、3の扱いをどうするかという意見が、前回の運営審議会に出ておりました。

前回、そういうご指摘をいただきましたので、検討したところでもあります。しかし、前回、ご意見をいただいたのが、30年度末の2月の時点でした。その時点で30年度のアンケートの指標を変えることに、抵抗があったものですから、今回このようにさせていただきました。

いろいろご意見ありますので、今年の令和元年度のアンケートの指標・評価の考え方については、工夫をしてみたいと思っております。

染矢会長 1, 2を合わせた不満度は、いくつくらいですか。

田中経営企画課課長 補佐 3以上が78パーセントでしたので、22パーセントになります。

染矢会長 22パーセントが1, 2ということですね。

令和元年度もまだ5段階でやるかというか、4段階にするかは決まっていないのですか。

高橋経営企画課長 今、5段階で、調査を行っているのですが、その集計の仕方について、これからどうしていくか検討します。

染矢会長 どちらかという、先ほど出た不満度の方が、意味があると思います。3の普通の人を除いて、満足度を出しているわけですので、誤解を招きやすい数字になっている感じがします。

ほかにいかがでしょうか。

山岸委員

すいません、今の関係なのですが、満足か不満足かということではなく、職員がどの程度ストレスを感じているか、といったことはどのように取り組まれていますか。ストレスチェックもあると思います。その辺りで、働き方改革も含めて、どのように調べていくか、具体的な検討や、出ている意見について教えてください。

片柳病院事業管理者

毎年、ストレスチェックを行っており、3年目となりました。

山岸委員

そういった取り組みは行っているのですね。そこから得られた結果への対応も当然されているということですね。

片柳病院事業管理者

部署によっていろいろ違います。看護部だと夜勤の体制についてストレスが高くなっています。夜勤を少なくしてほしいとか、保育所を作ってもらいたい、という意見が出ています。

山岸委員

そういった実態に即した形で対応されていたほうが、働き方改革ではないですけども、職員の働く状況の中の実態に合っていくのかと思います。

満足か不満足かという部分は、主観的な部分もあるかもしれませんが。ありがとうございました。

染矢会長

今のも、結局何段階でやるかというところに行き着くわけで、10段階でやれば、もっと定量的になります。また、10段階で、とても満足から、とても不満足までやるということも同じですよ。

5段階も、そんなに意味がないわけではないと思うんですけど、3の扱いが、もう少し改善されたほうがいいのではないかという気がします。

ほかにはいかがでしょうか。

堂前委員

少し実績評価から離れるのですが、医療秘書のクランクは、54人います。この人たちについて、どこの組織に属しているのか、教え

ていただきたいのですが。つまり、事務に属しているとか、ということですか。

大谷副院長

所属は、診療部に所属しています。

堂前委員

診療部で、診療部のトップでまとめている人というのは、どのような方ですか。

大谷副院長

診療部長です。

堂前委員

診療部長がまとめているのですね。

大谷副院長

診療部長と副部長がいて、毎朝朝礼をして、必要な単位数の講義をして、研究会の発表もしているということです。

堂前委員

一つの組織として、働いているということで、例えば、クレークだと、一人の先生につくことがあります。

他の先生に替わったりすると、非常に大変だったり、休むときに代替えがきかなくなったりすることがあります。

そういうことには、きちんと対応とされているのですね。

小田副院長

チームで担当していますので、誰が欠けても、違う人が代行できるということです。

堂前委員

そうすると、クレークの中で、リーダーはいるのですか。

小田副院長

います。2人います。

堂前委員

分かりました。ありがとうございました。

染矢会長

ほかにかがででしょうか。

渡部委員

新・中期計画は5年間ですので、あまり変えられないのだろうと思うのですが、公立病院の、いわゆる改革プランは、地域医療構想の中で、非常に重要視されています。

また、市民病院については、全県的な役割とか、あるいは新潟県において非常に重要な役割を担っています。

プランの中で、一番気にかかるのは、重症専門救急の問題なのです。非常に努力されていて、大変な努力だと思いますが、その点において、評価自身が、BとかCとなっているのです。これは、おそらく、努力をしても、そのような低い評価になっているということだろうと思うのです。いわゆる病病連携といった、役割分担を進めたことによってそうなる部分があります。

ですから、地域医療構想の調整会議に、この実績評価を出されるときには、これは、良い方向として評価を受けるような、指標に取り組まれたほうが良いのではないかと思います。

これは5年間ですので、簡単に変わると、いろいろ差し障りが出るのだろうと思いますが、これらの実績評価は、いわゆるプラス評価だろうと思って、私は見えています。

こういうことには、地域構想に関する会議の中では、よく趣旨説明していただければ、会議も上手くいくのではないと思いますので、よろしく願いいたします。

染矢会長

ありがとうございました。ほかにいかがでしょうか。

今野委員

先ほどの48の項目で、私の頭では、3が多いから、こうだという仕組みが全く分からなかったのですが、申し訳ないのですが。その先、5段階の評価以外に、何に不満だからとか、何に満足だという細かい設問はありますか。

片柳病院事業管理者

それは、個人の調査票の自由記述欄に、全て書いてあります。それらは皆、関係者が認識しております。

今野委員	自由記述欄に書く以外に、日常的に職員の方の不満をすくい上げる仕組みというのは、何かございますか。
片柳病院事業管理者	各部署の長と私が、毎年ヒアリングをしまして、全体的な不満をすくい上げるようにしております。個々の問題に関しては、自由記述欄を確認し、対応を考えています。
今野委員	たいがい、皆さん、書いてこられますか。
片柳病院事業管理者	ほとんど書いてあります。
今野委員	気になるのは、一番冒頭だったと思うのですが、時間外勤務ですね。80時間超の方がまだいらっしゃいます。 確か説明があったかと思うのですが、そういう労働時間に関する不満というのはどうでしょう。多いでしょうか、少ないでしょうか。
片柳病院事業管理者	あまりありません。どちらかというと、もっと働きたいという人もいるということと、あとは業務量の偏りですね、人によって仕事量が多い、少ないということで、不満がある方が、いろいろな職種で見受けられます。
染矢会長	ほかにいかがでしょうか。よろしいですか。 ほかにないようであれば、今いただいた意見を参考にしていくということですが、議事第2号はご承認いただくということでよろしいでしょうか。 はい、ありがとうございました。 それでは、承認いただいたということで、議事2号を終了します。 以上で、本日用意した議事は全て終了となりますが、せっかくの機会ですので、何かご意見、ご質問がございましたらどうぞ。
宮澤委員	細かいこと、何点か確認したいのですが。

31年度、今年度の当初予算で、病床利用率が89.5パーセント。外来が24万9,000人。収支損益のところ、損失が4億5,000万という形で、当初予算を組んだかと思うのですが。9月までの上半期レベルでもいいですし、あるいはそれ以外の長さで、皆さんのほうで、把握していればそれで結構です。

今、申し上げた3つの項目については、だいたいこの数字で納まりそうでしょうか。見通しを教えてください。

高橋経営企画課長

病床利用率でいきますと、10月の時点で30年度が87.9で、令和元年度が86.2ですので、10月の時点では、30年度に比べると1.7ポイント下がっているということです。

宮澤委員

ということは、89.5パーセントで立てた見通しを割り込んでいる、ということですか。

高橋経営企画課長

今は割り込んでいます。

宮澤委員

現状ではそういうことですね。それから、外来数はどうですか。

高橋経営企画課長

外来数の、1日の平均あたりの患者数で申し上げますと、平成30年度が994人で、今年度が997人ですから、3人ほど増えているという状況です。

宮澤委員

わずかに割るような感じですね。

高橋経営企画課長

予算よりはですね。

ただ、病床利用率等についても、冬場にかけて伸びていくという傾向もありますので、昨年度との比較、今、申し上げましたが、当初予算の89.5との比較におけば、今後は病床利用率が伸びていくという可能性はあります。

宮澤委員

二つ目なのですが、中期経営計画を30年度に見直されていまし

た。見直しの理由として、29年度の最終動向などを勘案して見直したということです。それまでの、見直し前の中期経営計画ですと、病床利用率が89.5パーセントで推移すると見込み、外来患者については、だいたい25万人程度という形だったかと思うのです。

30年度に見直した、現行の中期経営計画ですと、病床利用率が3ポイント高い92.5パーセントで推移するという形になっていますし、延べ患者が、さらに多い約27万弱となっています。

現行、例えば、直近でいえば、30年度決算と比べても、ちょっと実現困難というか、言葉は悪いけど、現実離れした形での経営計画になっているような気がするのです。

しかも、見直しの根拠が、29年度の実績を勘案してということで、あわただしく見直しをしたような感じを受けるのですが、本当に、これで大丈夫なのですか。

高橋経営企画課長

中期経営計画については、平成29年度のとくに、病床利用率を92.5と立てまして、それ以降についても92.5で計画していたのですが、29年度の結果を受けまして、30年度以降は、92.5の病床利用率を、89.5に下げたということなのです。

宮澤委員

逆に、そうすると、今は89.5ですか。

高橋経営企画課長

そうです。

宮澤委員

分かりました。私、ホームページから切り取ったのですが。私の理解が逆でした。そうすると、前が92.5で、今回が89.5ですね。患者数は25万という形ということですね。失礼しました。

染矢会長

ただ、現実には、86.7、86.8にいくかどうかということです。ほかにいかがでしょうか。よろしいですか。

永井委員

新潟市医師会の永井です。私は、開業医をやっていますので、最近の感想を述べますと、29年7月の緊急対応加算以降、我々の開業

医に、かなりの患者さんが逆紹介されています。

中には、在宅医療もやっていますので、大変な患者さんも紹介されてきます。しかし、これは、本来なら正しい姿じゃないかと思うのです。

皆さんの議論を聞いていると、独立採算とはいえ、市税が繰り出されている状況がある中で、量的な目標は達成しなければいけないとは思っています。ただ、その前の 29 年度の決算時が、多分ピークだったのではないかと思うのです。

病病連携, 病診連携, が進みますと、患者さんの流れというのは、元には戻らないのじゃないかと思えます。しかし、それは正しい在り方なのだと思います。

実際に市民病院で高度救急医療の恩恵にあずかる必要のある患者さんが、市民病院を受診できること。一方、高度救急医療の必要性がないような人たち、市民病院なら安心だということで、お金を払ってでもかかりたいという人たちが、受診しないような流れを、大事にすべきじゃないかと思えます。

あまりにも、量的な収入を、強調しますと、少しゆがんだ形になると思えます。私はむしろ、今の市民病院の状況が、良い姿だと思います。

ということで、応需率が下がるのは当然です。ただ、研修医の先生が、いろんな患者を診たいということについては、少し不満があるということは聞いています。

しかし、質的に、非常に高度な患者さんを診るということ、そして、何人かで一緒に診ることで、グループ医療の経験もできるわけです。そういう形で、議論を進めていったほうが、実りがあるのではないかという感想をいつも持っていますし、頑張っておられるなど、いつも感心しています。

ありがとうございました。

先ほど渡部会長からもご発言がありましたけれど。確かに、これから人口減とか、機能分化とか、あるいは働き方改革というのは、当然あるわけですから、これまで通りの量的な、いわゆる水揚げと

染矢会長

というのは、まず難しいと思うのです。

それをやろうとすれば、どこかで無理がくるわけです。その辺りをきちっと踏まえた議論というのは必要だと思いますし、貴重な意見をいただきまして、ありがとうございました。

宮澤委員

医師の超過勤務の上限のからみですが、2024年度以降に適用される上限時間が決まっています。あと5年といっても、いずれにせよ、時期がくるわけです。

お尋ねしたいのは、現時点で、この上限を超過している医師の方がおられるのかということと、それから、2024年にこの上限をクリアする、もし今現在でクリアしていれば問題ないのですが、仮にクリアしていない医師の方がおられるとした場合に、それをクリアするために具体的に検討されているものがございましたら教えていただきたいと思います。

片柳病院事業管理者

1割のドクターが年960時間を超えます。36協定は100時間です。超える人はいません。2024年の、月100時間は良いのですが、年間の960時間となりますと、1割のドクターが超えることとなります。そのドクターは、MFICUをやっている産婦人科系医師であったり、NICU、ICUや、循環器系のドクターです。そういう人には、できれば夜勤を削って、普通の当直にするといった取り組みが必要かと思えます。夜勤は、1回やると15時間の超勤になります。

あとは、どうしても、産科、NICUのドクターというのは、NICU加算とか、MFICU加算を算定するために、24時間の配置が必要になります。そういった診療科のドクターが増えない限りは、B水準の上限、年間1,860時間というところになってしまうのです。

そうしますと、今度は、連続勤務時間が28時間以内、インターバルが9時間、18時間をクリアするのが、もっと大変になります。できれば、2024年には960時間に集約したいと思って、努力しているところです。しかし、なかなか人が増えない中で、難しい現

状であります。NICU・MFICU加算を落とすとなると、数億円の減収になりますが、将来的には、現在の体制を変えるしかないかと思っています。

宮澤委員

仮に、無理なくクリアする医師の確保ができればいいのですが、簡単にいかないと思うのです。最悪の場合、その制約をクリアするために、患者さんを制限するとか、そういうことになりかねないのでしょうか。

片柳病院事業管理者

当院は三次救急を担っていますので、重症患者制限はしません。加算を取るのをやめ、収入が減りますが、患者さんには対応する体制でいきたいと思っています。

染矢会長

ありがとうございました。

それではこれで終わりたいと思います。

進行を事務局にお返しします。

司会

以上で、本日の審議は全て終了いたしました。

長時間にわたりご審議いただきまして、大変ありがとうございます。