

令和元年度
総務省地方公営企業等経営アドバイザー派遣事業 講評記録

市立芦別病院

派遣期間：令和元年8月22日（木）、23日（金）

講評日時：令和元年8月23日（金）13:05～13:55

講評場所：市立芦別病院 講義室

経営アドバイザー：

和田 頼 知（和田公認会計士事務所）

植 村 亮（有限責任監査法人トーマツリスクアドバイザー事業本部 ヘルスケア）

総務省担当者：総務省自治財政局準公営企業室 総務事務官 片 桐 耕一郎

北海道総合政策部地域振興局市町村課 財政・公営企業担当課長 八 柳 雅 仁
公営企業グループ主任 井 田 憲 太

北海道保健福祉部地域医療推進局地域医療課 医療政策グループ主幹 櫻 井 賢一郎

北海道空知総合振興局地域創生部地域政策課 市町村係長 鈴 木 三 緒

市町村係主任 岡 崎 俊 規

北海道財務局理財部融資課 課長 鍋 島 慎 佳

上席調査官 田 中 真 二

専門調査員 須 浪 浩 明

市立芦別病院のあり方検討委員会 委員 竹 原 司

委員 西 村 宣 彦

芦別市：市長 荻原 貢、副市長 稲場厚一、総務部長 津幡俊昭、

行財政改革推進課主幹 橋本淳一、財政係長 安居妙子

市立芦別病院：院長 細川寿和

リハビリテーション室技師長 小林 要、

中央放射線室技師長 羽根田正昭、臨床検査室技師長 富田恭義、

地域医療連携室看護課長 桜井和子、薬局長 作田寛人

看護部長 赤間博美、副看護部長 櫻井睦子、

5階西看護課長 山川香澄、外来看護課長 井ノ口友恵、

4階西看護係長 飯島ありさ

事務部長 大淵正志、事務課長 黒田達也、総務係長 土田 潤、

医事係長 平尾道代

経営アドバイザーの講評の概要

和田アドバイザー

- ① 地域連携について（情報の一元化、地域連携室の強化、地域医療連携推進法人の検討）
- ② 「病院祭」の実施に向けた検討
- ③ ボランティアの活用による委託料の削減
- ④ 訪問看護を院内に統合しての24時間訪問看護の実施
- ⑤ 「市民だより」などによる病院からの情報発信
- ⑥ 職員健診などの充実
- ⑦ 委託料削減に向けた検討
- ⑧ 認定看護師の診療報酬への反映
- ⑨ 他の病院への視察

植村アドバイザー

1 現状ですぐできる増収策

- ① 医師事務作業補助体制加算の届出
- ② 救急医療管理加算2の算定⇒急性期看護補助体制加算などの届出
- ③ 病床数を99床に変更することによる特定疾患療養管理料のアップ

2 少しの努力でできる増収策

- ① 感染看護認定看護師の専従による感染防止対策加算の1への類上げ
- ② 在宅療養支援病院を目指す
- ③ 地域包括ケア入院医療管理料の4から1への類上げ
- ④ 地域包括ケア入院医療管理料の病床数の見直し

3 一般的な病院で実施できている増収策（努力目標）

- ① リハビリ適用疾患の積極的な処方
- ② 退院支援加算の算定増に向けた地域医療連携室の強化
- ③ 薬剤管理指導（服薬指導）の再開
- ④ 人工透析の患者数増（火木土の2クール化）
- ⑤ MRIの稼働増

4 まとめ

- ・ 医事部門の強化
- ・ アイディアに対する市長、院長の後押し

総務省 片桐事務官

総務省準公営企業室の片桐と申します。よろしくお願ひいたします。それでは、時間は少し早いですが、これから、アドバイザー派遣事業の講評を始めさせていただきます。

まず、皆様方、2日間にわたりまして、ヒアリング等のご協力をいただきまして、誠にありがとうございました。これからアドバイザーの先生、お二人から様々な助言等をいただきますが、その内容に関しましては、総務省で「ああしろ、こうしろ。」という命令のようなものではなくて、あくまでお二人からの助言ということで、今後の病院の経営改善等に役立てていただければと存じます。それでは、お二人からよろしくお願ひいたします。

和田アドバイザー

私からは、まず全般的なところをお話しし、植村先生からは医事のところを中心に短期的な収益の改善施策をお話するというところで分担しました。

まず、市立病院の置かれている立場や方向性等について、少しお話ししますと、芦別市は人口1万3千人、高齢化率46%、広い面積、厳しい冬というような中にある病院です。現在は非常に大きな赤字を抱えていて、なおかつ、基準外の繰入れが1億ほど入っている状態です。また、この病院はフルスペックの病院ではなく、内科中心で外科がないというような病院になっています。そのために単価も必然的に低く、入院単価は3万円に、外来も1万円にいていない、一般病床53床、療養31床と小規模な病院です。

このような中であって、この病院の片方で財政的な問題、いわゆる赤字をどのようにして解消していきますかという議論と、もう一つ、芦別市民に対して、この病院で完結しない医療について、どのようにネットワーク化を他の病院と組んで、そして、この芦別で何ができるのか、何ができないのかということ、はっきりさせて、その体制づくりをしなくてははいけません。

つまり、今のままだと、他の病院で治療が全部終わってから、「はい戻ります。」という状況ですが、「いや、この病院、もっと前の段階で戻していただいたら、もっといろいろなことができるでしょ。」と、そこを今後しっかりアピールをしていく、われわれのできることの線引きを今よりも少し高くして、そうすることによって患者層が増えて、より住民に近い医療ができるのではないかと思っています。

それで、まず、市長と病院長からは、この病院にかける思いを少し伺いました。やはり、今行っている救急や現在の医療体制は維持していきたいという一方で、赤字は解消したいという議論があります。この議論から、皆さん方が何をしなくてはいけないかという、今の機能を残しつつ、何かを付加しないと赤字が減っていかないとか、何か行動を変えなくては赤字の解消はできないのではないかということになります。

昨日、今日とヒアリングをした結果、まだ、過去の業務を引きずっているという思いが非常にあって、「いや、基準外繰入が入った段階で行動を変えなくてはいけないんです。」「今までやらなかったことをやってください。」ただ、できる範囲でという限定は

付きますが、そのような新しい行動に変えてもらうということも皆さん方には必要になってくると思います。

突然患者が増えるわけではありません。ここには、がん患者はほとんどいないと聞いていますが、でも、ここには来ないだけで、芦別には、がんの患者はきつといるはずなので、そんなことも含めて、患者を発掘する努力みたいなことも必要ではないかと思えます。

本来、ここで治療できる患者も他の病院に行っているのではないか、それをなんとか、早く帰してもらったり、食い止めるなりというような努力も、これは、病院だけではなくて、行政にも、非常に頑張っていたかなくてはいけないことです。

多くの急性期病院で患者が来るルートは、紹介患者としてクリニックを通して来ますが、ここはクリニックがほとんどなく、あいにクリニックが入るということは少ないということで、紹介率も低くて、ほとんど病院と患者が直接向き合っています。

そうすると、ますます病院、いわゆる市側から住民に対して発信をしていかないと、患者がここではどんなサービスが提供できるのかがわかりません。それは、例えば、滝川、砂川、赤平にいても、「芦別ではどんな治療ができるんですか?」、「何ができるんですか?」ということになりますので、そのあたりを少しハードルを上げてはつきりさせていこう、というのが大きな思いです。

それで、まず一つは、地域ネットワーク、他の病院との連携で、ちょっと気になったのが、情報の一元化ができていますか?ということ。例えば、地域連携室は、どの患者をどの病院に送り、それが、いつ、どの状態で戻ってきたか。入院患者は地域連携室がやっているみたいですが、直接、外来に戻ってくる患者は、地域連携室の方は把握していない。砂川、滝川から戻って来られて、外来を受診したときには、それが、戻ってきた患者なのか、ずっと滝川に通っている方なのか、それは誰が把握しているんですか?ということ。です。

その情報の一元化というのが、今後の連携の中で重要な位置を占めるのではないかと、そういう意味では、地域連携室が少人数でやられているということもあって、少し厚めにして、地域連携の要、要するに病病連携の要としての位置づけを持つべきではないかと思えます。

したがって、いつ、だれが送って、どんな病態で帰ってきたかとか、そのあと、例えば、リハビリを受けなくてはいけないという人も、本来、ここにリハビリ施設があるのに、リハビリをみんな向こうで受けて、治ってから帰ってくる、というような事態になっているのではないかと、「手術が終わったら戻してください、うちでリハビリしますから。」と、そのような情報などの一元化というのも、一つ大きなテーマになると思っています。

それから、ここには地域包括ケア病床がありますが、他の病院は、このベッドがあることをご存じなんですか?というような議論ですとか、要するに他の病院に対するPRをどうしていくのか、ということと、あとは病院同士のコミュニケーション、地域連携室同士のコミュニケーション、このあたりを、近々、病院長同士の会合があると聞いて

いますので、そのあたりで、より太い情報の共有関係を作っていくことが、われわれの患者を増やす一つの契機になるような気がします。

今は、ちょっとバラバラな感じなので、早急に体制を整備する。これは、どこが作ってもいいんですが、地域連携室という入退院の要の部署があるので、そこを中心にされてはいかがかと思っています。

それから、その病院のコミュニケーションを良くするという時に、それぞれの自治体病院が、それぞれ独自の損益計算書を持ってやっていますから、なかなかそうは言っても、患者をすぐ渡しますといった議論になるかどうかというのは、とてもまだ、ハードルは高いと思いますが、そのような病院間でいろいろ医師同士のコミュニケーションを良くしたり、看護師の交流を増やしたり、材料を高い値段で同じものを各病院間でバラバラに買っていたりということもありますので、今後、4病院の連携なのか、3病院なのか、そこはよくわかりませんが、今、「**地域医療連携推進法人（※1）**」という枠組みがあって、そこは、それぞれの独自性を持ちながら、必要なところだけ連携しやすいかたちにできるような法人で、運用は非常に弾力的にできるというのがありますので、そこで例えば、人の融通、看護師の融通、ドクターの融通も含めて、その「地域医療連携推進法人」というものが、一つ、将来の連携を強化する土台になり得るのかもしれないと思っていますので、少し検討をされてはいかがでしょうか。以上が、まずは連携に関する私どもの印象であります。

それから、特に増収対策については、植村先生が非常にエキスパートで、このあと講評がありますが、私からは、そのほかのところを少しお話しします。

まず、これは、効果はあるものの、皆さん方はされていないと聞いていますが、多くの病院、特に自治体病院では「病院祭」というものを行っています。これは、小学生を呼んだり、中学生を呼んだりして、ここで看護師の体験をしてもらうとか、そうすることによって、病院と住民の直接対話ができるもので、結構、どの地域でも、うまくやれば盛況になりますが、そうすることによって病院を皆さんに良く知ってもらうことができます。

そんなにお金のかかることではないと思いますし、子どもたちの描いた絵を飾ってもいいですし、そういうような「病院祭」というのも、各地でやられていますので、一度、研究されてはどうかと思います。

それから、もう一つ、多くの自治体病院でボランティアが活躍されていますが、ここはほとんどいないということで、土地柄という話も聞いていて、「病院祭」も含めて、ボランティアの方にもっと、この病院の作業をやってもらってはどうかと思います。

今はそういう人がいないので、全部、委託に頼んでいます。これが結構、高いんです。このような仕事を、病院を助けたいという住民の人たちにやっていただくことによって、経費が非常に下がります。ボランティアは、ここはあまり来ないという話しですが、

継続的な努力をしていただければ、いいのではないかと思います。特に「病院祭」はお薦めです。看護師さんはちょっと負担になるかも知れませんが。

今、世の中は病院から在宅へ、という議論の中で、こちらは訪問診療をやっていますが、訪問看護はやっていない。訪問リハビリもほとんどやっていない。訪問看護は市でやっているとは聞いていますが、今、訪問看護は24時間のサービスがないと、なかなか収入も上がっていかず、診療単価も上がっていきません。

要するに入院しているのと同じような体制を在宅で組んでくださいというような一項があるので、訪問看護は、この広い面積の芦別では非常に大変で非効率ではありますが、診療報酬や住民サービスの点で検討されてはいかかかと思えます。ただ、市と病院でバラバラに行うのではなく、やはり統合をして行うべきだと思っています。

ほとんどの場合は、病院が訪問看護ステーションを持っているというのが一般的ですが、そこは話し合いをしていただき、また、24時間の訪問看護というのは、今後のことを考えると、ますます重要になると思えますし、訪問リハビリも片方でニーズはあるはずだと思いますので、そのあたりを少し見ていただき、検討していただければと思っています。

それから、「ここの病院はこんな病院ですよ。」とか、市民への健康教室だとか、糖尿病を防ぐためにとか、病院から市民に対して発信ができるはずですが、それをする道具がありません。ここへ来ればわかるかもしれませんが。そこで、「市民だより」といったものを2、3か月に1回出している市が多くあります。その中で、病院の枠を常にもらって、そこで病院のアピールをダイレクトにやっていくといったものです。

地域連携室が同じようなものをクリニックに印刷して配っているところが多いですが、ここはクリニックが少ないので、「市民だより」を直接、住民に配るようなかたちで、「こんな病気だったら、来てください。」とか、「冬場はこんなことが多いから来てくださいね。」というのが、あるのではないかなと思ったので、これは市長、副市長にもちょっと検討していただきたいのですが、「市民だより」の中で、病院の枠を常に確保することをしていただけたらいいのではないかと思います。

これは、患者を増やすことにダイレクトに繋がるかどうか分かりませんが、住民健診もやはり非常に大きなポジションであって、多分、出来るのはここしかないと思っていますので、この健診を充実させていく必要があるのではないかと思います。

その中で、今、市の職員は結構ここで受けていますが、それを、市の職員の家族、それから議会の人たち、その家族といったように、とりあえず健診を集めるという努力も一つ大きな機能として、市民病院として、やってもいいのかなと思いました。

それから、人件費は公務員の病院ですから触れないというのはありますが、やはり経費の中で大きな比率を占めているのは委託費です。この委託費の中には、「その委託、や

めればいいのではないか。」というような委託もあります。「こんなものは皆さん方が暇な時に運べばいいんじゃないか。」と、それをわざわざ委託費をかけて払っているとか、物を運搬する「SPD(※2)」も「こんなにたくさんのお金をかけるのなら、直営にしたらどうですか。」といったものもありますので、極力、委託を減らして、特定の職員だけじゃなくて、余っている時間の人たちが全員で、例えば寝具を運ぶとか、物を運ぶとか、清掃も自分たちで暇なときにやるとか、経費の削減という意味では、この委託費が一番、大きな金額ですので、これを目標をもって下げていく。今は全体で2億円か3億円かかっていると思いますので、1割下げたら2、3千万円浮きますから、1割も下がらなくても、5%でもいいので、なんとか下げられる努力を病院全体でやっていただきたいと思っています。

このあと、植村先生からいろいろ、またご指摘があるのではないかと思います、こちらに「認定看護師(※3)」が何人かいます。感染とがんと脳卒中。ところがせっかく取られた認定看護師がうまく使われていません。要するに診療報酬が取れる仕事をしていないということが、少し気になったので、そういう認定を、せっかく、お金をかけて取っていただいたのを、病院として、しっかり使って、それが診療報酬に跳ね返るような仕組みというものを検討されてはどうかと思います。

具体的なものとしては、例えば、がんの患者が砂川や滝川で手術されて戻ってきて、化学療法はここでできるんじゃないのか?と。認定薬剤師や認定看護師がいれば、外科の先生がいなくても、なんとかできるのではないかと思いますし、感染対策室をしっかりと作ることによって、施設基準が取れるといったことがありますので、やはり今までと同じようにするのではなくて、皆さん方、多少の努力は必要になるとは思いますが、そのあたりで、相当、収益的にもよくなる可能性がありますので、ぜひ、今言ったところを検討いただきたいと思っています。

私からは、以上です。植村先生から施設基準等についてお願いします。

植村アドバイザー

植村です。よろしく申し上げます。私からは増収対策ということで、具体的にどういふことをすればお金なるのかということをお話を3つにわけてお話しします。

一つ目は現状で、すぐにできてしまうこと。つまり、あまり、というかほとんど努力せずにできてしまう増収対策というのをお話しします。

二つ目は少しの努力が必要だということを説明します。先ほど、和田先生が言われたような感染対策室の充実であるとか、ある程度、そういった努力はしていただきたいというようなものです。

三つ目は、一般的な病院並、100床規模の病院でも、これぐらいはやっているんだよという、平均的なレベルまで努力していただきたいという項目があります。これは努力目標ということになりますので、皆さん方の仕事が結構、忙しくなってしまうかもし

れませんが、それでも、やはり他の病院の職員はこれぐらいやっています、というところまで、ぜひ、目標として、出していただきたいところがあります。

まず、現状ですぐできることです。

この病院には、「**医師事務作業補助者（※4）**」という方が1名います。この方がいることで、施設基準でその体制を評価する点数が付きますが、この届出ができていませんでした。できていない理由としては、研修計画が立てられていないことですが、この研修計画というのは、一般的にA4、1枚程度のものです。

ですから、これは9月1日からでも届出が可能です。この「医師事務作業補助体制加算」を届けることで、年間190万円の増収となります。これに関しては、今言った、研修計画を立てて、32時間の研修をするだけで終了になります。

その次に、この病院は、救急告示病院ですので、「救急医療管理加算」を取ることができます。この「救急医療管理加算」は1と2と二つの区別がありますが、医事係の方とお話していて、また、この3か月間の診療データを見させていただいて、「救急医療管理加算」の2が算定されていませんでした。

この2に関しては、どういう状態であったかということの詳細に先生に伺わなければいけないということで、どうも、その先生の負担を配慮して、なかなか算定にいついかなかったということを少しお話として聞いています。実際はどうかはわかりませんが、現実として、「救急医療管理加算」が1か月間に数十件取られている中、この2は0件でした。

この「救急医療管理加算2」は、1日当たり2,000円付くので、それなりの金額になると思いますが、問題はこの「救急医療管理加算2」が非常に重要なファクターだということです。この「救急医療管理加算」を算定している患者さんが年間200人以上いると「急性期看護補助体制加算」や「夜間看護補助加算」、「夜間看護配置加算」という3つの施設基準の届出が可能になります。それだけの人員配置を、この病院では、すでに行っています。つまり、今、不足しているのは、この病院の救急としての実績、救急入院患者数の年間200人というのが達成できていなかったということです。

今、何人ぐらいかと事務方に聞くと、180人から190人とのことなので、あとちょっとのところですか。今、言ったように、「救急医療管理加算」の2の方は算定されていなかった、ということは、ほぼ、というよりも確実に年間200人は達成していると思います。この「救急医療管理加算」の算定患者数が200人を超えると、今言った3つの施設基準で年間2,000万円増収になります。これらは、今の患者数をもとにした試算なので、患者数が減れば、2,000万円よりも下がりますし、今より患者数が増えれば、更に上がることになります。

次に、今、この病院は病床数を変更して、100床の病院になっています。診療報酬

上の話で、実は外来における指導料に、「特定疾患療養管理料」という適時調査で指導されたというのがありますが、実は100床以上と100床未満とでは点数が異なり、1回当たり600円違います。

仮に、今の許可病床100床を99床にすると、今もらっている補助金が1床当たり100万円ほどですので、1床分の補助金が100万円ほど減らされます。一方で、今言った「特定疾患療養管理料」が、現状の算定実績から言うと、1回あたり600円増えることで、年間800万円の増収になります。100万円ほどの補助金が減ったとしても、トータルでは年間700万円増収になります。

この指導料も現に今実施しているので、なんら手を加えることなく、許可病床を99床にするだけで、700万円の増収になるということです。

今お話ししたのが、現状ですぐできること。これでトータル3,000万円ぐらいの増収になるのではないかと考えています。

次に、少し努力をしてもらいたいことをお話しします。

一つ目は、「感染防止対策加算1」の施設基準の類上げについてです。現在、その「感染防止対策加算1」で必要な認定看護師がこの病院にいます。ただ、やはり、その方は、非常に能力のある方ということで、病棟課長をされています。この認定看護師が、専従、つまり、感染防止対策にかかりきりにならないと1への類上げはできません。

ここはぜひ、患者の医療の質への貢献、また、実際にここの病院で感染症等のアウトブレイクが発生したら非常に大きな問題になりますので、その意味では、この認定看護師をぜひ感染防止対策に専従として配置し、また、育成という意味も含めて新たな方を病棟課長にさせていただくのが望ましいのではないかと考えています。この「感染防止対策加算1」へ類上げすると、その他の加算も合わせて年間300万円の増収になります。

次に「**在宅療養支援病院（※5）**」の届出です。在宅の重要性は、和田先生からもお話がありましたが、今、訪問診療をしているので、ぜひ、「在宅療養支援病院」を目指してほしいと思います。

これに関する課題は24時間の往診体制、24時間の訪問看護体制で、非常にハードルが高いように見えますが、現在、訪問診療をしている7名の患者に対しての24時間の往診、24時間の訪問看護体制で、これはあくまで、要請があった場合ということであって、基本的にはほとんど要請がない、あるいは相当重篤であれば、往診に行く訪問看護ではなくて、救急車で呼んで、こちらの救急病院に入院していただければいい話なので、往診であったり、訪問看護が求められるような状態というのは、非常にレンジが狭く、ほとんど発生しないと思います。

ですから、ここは気構えが重要かと思っています。現在、オンコール体制を医師、看護師とも、敷いていると聞いていて、在宅で待機して、何かあった場合、病院にかけつける

ということを医師、看護師とも365日対応されているということですので、その役割の一つに、もし何かあったら、その7名の患者さんに対して往診に行く、それから、オンコールの看護師さんも7名に対して、必要性があれば訪問看護に行く、そういう体制、気構えを作っていただければ、それだけで、「在宅療養支援病院」の届出はできると思っています。

これによって、初診料が年間170万円上がります。また、今、訪問診療に行かされている指導料、管理料が1,000点、10,000円上がりますので、月7人ということで年間84万円、合計250万円程度の増収が見込めるのではないかと思います。

それから、すでにこちらの病院でも検討されている地域包括ケア病棟の入院料の基準の類上げです。現在、最も低い4という基準ですが、これを1に上げられる余地がこの病院にはあります。1に上げると地域包括ケア病棟の単価が1日当たり7,000円上がります。そのためには、訪問看護の実績はクリアしていて、また、今、病床数を減らしているところなので、病室面積もクリアしますが、問題は在宅復帰率です。

今、在宅復帰率、在宅に患者さんが帰れる割合は基準となる7割を下回っています。リハビリを行うなり、なるべく在宅への退院支援を促すなりして、在宅復帰率を70%まで上げていく。これによって、今の基準の4から1に上げることで年間1,800万円の増収になります。

次に、この地域包括ケア病棟の運用についてです。今からお話しすることは、この病院で行っている医療行為、診療内容に関しては、リハビリも投薬も処置も、そのまま行うという前提で聞いていただければと思います。

この病院、入院の単価が非常に低くなっています。全体を通して、10対1の基準である一般病棟と13対1の地域包括ケア病棟の病室と単価がほとんど変わりません。非常に驚くべきことは、地域包括ケアが回復期、一般病棟の10対1が急性期と考えて、入院経過後11日目以降は、実は回復期の方が単価が高くなっていて、入院して30日を超えている患者になると、更に回復期の方が単価が高くなってきます。

一般病棟の入院基本料というのが1万4千円程度で、それに対して、地域包括ケア病棟の入院基本料が2万円ぐらいからになっていますので、医療行為が何ら行われていないと、急性期よりも回復期の方が点数が高くなっていくというのが、今の診療報酬の体系になっています。

これは、理論的な話ですが、こちらの病院に入院してから11日目以降、皆さんが地域包括ケア病床に移った場合に、いくらぐらい増収になるのかということ、年間で5千万円以上になります。これは、施設基準を4から1に上げるということは、全く考慮していません。それぐらい地域包括ケア病床の単価の方が高くなっています。

仮に入院経過後11日目以降、すべての患者を地域包括ケア病床に移ってもらうとなると、やはり10床では足りません。これはあくまで概算なので、ぜひ、病院の中で詳細を検討してほしいと思いますが、私の印象では、一般病棟の53床のうち、30床ぐ

らいは地域包括ケア病床でもいいのかと思っています。

このように11日目以降、地域包括ケア病床に移ってもらうとして、地域包括ケア病床だと、薬は全部丸めなので、お金にならないから出さないようにしようとか、リハビリも丸めだからやらないようにしようということは一切なしに、今までどおり一般病棟での治療行為を続けたとしても、5,000万円の利益が出ますので、そのような運用を考えてほしいと思います。

以上が、少し努力をしてほしいことということで、これが7,000万円程度になっています。

最後に、一般的な病院並の実績をお願いしたいことです。ここで、ぜひ、お願いしたいことは、「じゃあ、職員は働いていないんだね。」ということだけは、絶対に考えてほしくありません。また、それを言うのも禁句だと、ぜひ、市長、副市長には考えてほしいと思います。

病院には病院なりの価値観がありますし、行政には行政なりの財政的な価値観というものがあります。それぞれの価値観をぶつけてしまうと、取返しのつかないような関係になってしまいます。実際、われわれそのようになっている自治体と自治体病院の関係性も、全国のいくつかで知っていますので、そのようなことだけはないように前置きをさせていただきたいと思います。

まず、リハビリテーションです。今4名がこの病院では配置されていて、うち1名は、リハビリテーションの点数が取れない地域包括ケア病床の管理をしています。

一般的に理学療法士、作業療法士、言語聴覚士は1月当たり70万円から80万円程度の診療報酬相当の医療行為を行っているというのが実情ですが、この病院では、その1名の方を除いた3名で月90万円程度の診療報酬しかありません。

理由としては、これまではきちんと、今の70万、80万という増収はできていましたが、この病院では、整形外科がなくなって、対象患者がいなくなったのが一番大きなポイントだと思っています。

そのためには、非常勤の先生方、整形の先生方にも協力いただき、あるいは内科の先生にも協力いただいて、リハの適応となる疾患に関しては、積極的にリハ処方をしていただく。あるいは周りの診療所の先生にも、特に、市長から最初にお話があったように、ここは1万3千人のうちの46%が高齢者という非常に高齢化率の高いところなので、当然ながら、関節であったり、運動機能に障害がある高齢者が多いと思います。そういった方々をぜひ、こちらの病院に、PRも含め、呼びこんでもらい、理学療法士、言語聴覚士が積極的にリハビリできるように、広報活動なりをしていただければと思います。

これは、努力としてですが、やはり、あと月100万円ぐらいはリハビリテーションをできるようになればいいのではないかと、そうすれば年間1,200万円ということにもなりますし、一つの病院のかたちにもなるかとも思っています。

次に「退院支援加算」です。この退院支援というのは、主に高齢者に対して行うものですが、こちらにも3名の地域連携室があります。色々と雑多な業務もあると聞いていますが、月6件程度しか退院支援の算定ができていない状況でした。

はっきり言って、すべての患者に在宅に向かって帰ってもらうよう、また、在宅復帰率の一つのポイントにもなるように、すべての退院患者に退院支援ができるような体制をとってもらえればと思っています。

もしかすると、1人の患者に相当時間をかけているのかもしれませんが、その場合には、業務効率化、業務の見直しを考えて、すべての患者、市民の方々に、なるべく広く退院支援の効果が行きわたるように行ってほしいと思います。

仮に全員に行えば、それだけでも、ここはちょっと点数が低いですが、年間100万円ぐらいの増収にはなるかと思うので、ぜひ、ここも一つの目標として考えてほしいと思っています。

次は薬剤師、薬局のところですが、今、薬剤管理指導がほとんど行われていない、あるいは行っても施設基準の届出をしていないので、お金になっていない状況です。

薬剤管理指導は服薬指導とも言われますが、だいたい1回当たりに費やされる時間は30分程度かと思います。現在、この病院には薬剤師が3名いますが、外来は院外処方なので、ほとんど外来で薬剤師の手を煩わすことは少ないと思いますし、入院患者も今60名、70名ということで減ってきています。

ここも努力目標としてほしいのですが、30分程度であれば、薬剤師が3人出勤している日は、1人ぐらいは薬剤指導、服薬指導をしていただければと思います。1回30分で、点数が3、250円ですが、1日、出勤ごとに、1人ずつ1件ごとやれば、年間で2、300万円ぐらいにはなることから、これも微々たるものと言わずに、やはり患者にも医療の質の向上にもなるので、目標として取っていただければと思っています。

ちょっと時間がおおしてきていますが、次に透析です。この患者数が減ってきている芦別病院の中で、唯一なのか、あるいは、非常にレアなのかかもしれませんが、患者数が増えているのは透析患者です。まだまだ透析になる患者がいます。今、こちらは21床、透析のベッドがありますが、やはりそこだけではもう賄いきれなくなっていて、芦別から他の自治体まで透析を受けに行っているというような実情だそうです。

この透析に関してですが、一般的に午前、午後で分けることができます。だいたい1回の透析が4時間から5時間と言われているので、午前中に1回、午後に1回の2クール行うのが一般的になっています。

今、芦別病院では、3日間はその午前、午後で2クール行える一方で、まだ、残りの3日間は、午前1回だけしかできていない状況です。

実際に地域に患者がいて、その患者がこの病院ではなくて、他の病院に行ってしまう、ということであれば、やはり患者の利便性も考えて、残りの3日間も午前、午後、きちんと開けるようにする。また、透析室に聞くと、他の自治体病院から移って来

た透析患者には、他の病院よりも芦別病院の透析の方がいいとはっきりおっしゃっている方もいるそうです。

その意味では、利便性だけではなくて、患者にしても、他の病院ではあれしろこれしろと非常にうるさい、非常にうるさいだけではなくて、患者が委縮して、どうも「ごめんなさい。」しか言えないような状態になっている。こちらの病院では全然、そんなことがないということで、感謝されているというエピソードも伺ったので、ぜひ、患者を呼び込んで、今言った透析室の全日2クールを実施していただければと思います。

透析患者1人当たり、月30万円から40万円の診療報酬になります。仮に6人の透析患者がこちらの病院に新たに来ることになれば、それだけで、年間2000万円の収益ということになります。なかなか透析室は、人数的に厳しくなってしまうかもしれませんが、それでも透析室の方、「まだまだ診る必要がある患者がいる。必要があれば、今の人数か、あるいはもうちょっと、1人、2人ぐらい増やしてでも、それぐらいはぜひ受け入れたい。」といったお話しをしていたので、ぜひ、ここも最終的には受け入れるような病院の体制を整えていただければと思っています。

最後は、放射線技師のところですが、放射線技師がどうのこうのではなく、MRIの機器の話をさせていただきます。MRI、非常に高額です。今は価格が安くなっていますが、それでも1億円ぐらいはかかるかと思っています。

ところが、このMRIの稼働が非常に少なく、入院外来合わせて、月30件、1日当たり1件ぐらいしか行われていないことになります。今、外来患者が1日200人から300人ぐらい来ていると思いますが、その200人から300人の中で1人ぐらいしかMRIを使っていないことになります。

これは非常にもったいない話ですので、ぜひ、MRIに関しては積極的に、これは先生方にもお願いしたいことですが、「自分の疾患はこれだけだから。」と言わずに、積極的に「胆のうにもしかして腫瘍があるかも。」あるいは、「もしかして骨に異常があるのかな。」というようなかたちで、MRIを撮るオーダーをぜひ増やしていただければと思っています。

できればあと月70件、ひと月100件ぐらい増やしてほしいと思いますが、1回撮るごとに2万円程度の診療報酬になるので、月70件増えれば、年間で1,700万円ぐらいの増収になります。これもぜひ、努力目標として考えていただければと思います。

これらが一般病院並の実績をお願いしたいことで、全部達成できれば5,000万円ぐらいにはなりますが、こういったことを努力目標として、ぜひ、病院の中でモニタリングしながら、目標として掲げながら行っていただければと思っています。

増収対策に関するまとめですが、われわれ、1日か2日程度でしか、皆さんとお話しすることができませんでした。更に言うと、今お話ししたことの大半は、既に病院の皆さん方ご存知でした。ただ、これができないとか、あれができないというようなお話し

もありましたが、皆さん、いろいろなアイデアを持っていました。

その意味では、こうしたことを考える場所、それから時間、また、今、医事係の方が1人しかいないということで大変だと思っています。こういうような増収対策を考えるには、非常に要となる医事ですから、医事のところに重点的な人的余裕を持たせていくということ。また、こうしたアイデア、各部署で持っていたので、こうした対策、アイデアをぜひ、病院長や市長が後押ししていく、「年間100万円ならしょうがないよ。」とか「200万円ならしょうがないよ。」と言わずに、「じゃあ、それをやっ払いこう。」と、きちんとアイデアを拾い上げて、計画に載せていく。そのような後押しをぜひお願いできればと思っています。以上が増収対策となります。

和田アドバイザー

最後に一言申し上げたいのですが、日本にはこの芦別よりももっとひどい、もっと過疎で、もっと山奥でという病院はたくさんあります。もう日本中そんなところだらけみたいな感じです。

そういう病院が、どのように住民と関わっているのかとか、住民へのPRをどうしているのかとか、そのあたりをぜひ、見に行っていただきたい。そうすることによって、自分たちの立ち位置が良くわかったり、うちもあそこを真似しようとか、より幅広い選択肢が出てくるのではないかと思います。

私ども、いろいろな病院を回って、そこでやられていることを今日、皆さん方にお示しはしていますが、ぜひ、皆さん方の目で、いろんな病院、そんなにたくさんは回る必要はありませんが、1か所か2か所、回られて、いいところを吸い上げていただけたというのが、一番いいのかなと思っています。以上です。どうもありがとうございました。

植村アドバイザー

ありがとうございました。

総務省 片桐事務官

和田先生、植村先生、どうもありがとうございました。最後に、今のお話しを受けまして、市長からお考えをお聞かせいただければと思います。

芦別市 荻原市長

両先生から大変貴重なアドバイス、ご提言をいただいたなと思っています。まさにこの増収、そして費用対策も含めて、基本的に私ども考えておりますのは、いかにして、この市立病院をしっかりと守っていくのか、地域医療を守っていくのかというのがベースにあるわけですが、その中において、様々な処方せんという形で、ご示唆いただいたと思っています。

微に入り細に入り、特に植村先生におきましては、点数のあり方、取り方という視点について、専門的なご見解の中で、直ちにやるべきこと、先々において努力すべきこと、

その辺、すみ分けを含めて、具体的な例示なり、あるいは具体的な内容についてもご指摘をいただいたわけでございます。

そしてまた、叱咤激励もいただいて、なんとか、私なり院長が率先をして、アイデアなり対策について、職員等の声の吸い上げをしっかりと受け止めながら、ぜひ、前向きというお話もいただきましたので、そういう方向で私どもも努力してまいりたいと思っている次第でございます。

加えてまた、和田先生からは、PR性が不足であるということについて、広くご指摘もいただいたわけでございます。この芦別において、しっかりと医療を確保することについて、その周知がまだまだ十分届いていないような、アピール性、アナウンス性というのもっと重要視をすべきではないのかというご指摘もあったところでもございます。

ぜひ、その辺のところにつきましては、毎月、例えば広報などで、粹取りをしながら発信をする努力も必要と捉えておまして、これまでも進めてはおりますけれども、なお一層、そういったことについての内容の周知と言いましょるか、引き続き努力をしていきたいと思っております。

何よりも、おっしゃっていただいておりますように、市民の皆さん、地域の住民の皆さんがしっかりと、この市立芦別病院に親しみをもって、関わりをもつていただく、そのことのアプローチとしても、やはりメッセージする側からも、例えば、この市立病院内において、様々なコミュニケーションを図るような、そういう機会や場を設けるようなパフォーマンスも必要ではないかというお話し、事例もいただきました。

さまざまな角度を踏まえまして、総体的に私ども、単体ではなかなかこれはフルスペックでの対応はできませんから、お話しのように、他の公立病院なり、病診連携、更には病病連携、北海道さん等々も含めて、しっかりとお力添えを賜りながら、できるところはする、できないところはどう補足し合うのかという、こういったところにも、更に力を注いでいかなければいけないと思った次第でございまして、感謝を申し上げる次第であります。

総務省 片桐事務官

院長からも一言お願いします。

市立芦別病院 細川院長

本当にいろいろと貴重なご意見をいただきましてありがとうございます。個々に検討して、できることを率先してやっていきたいと思っております。

総務省 片桐事務官

どうもありがとうございました。それでは、以上をもちまして、アドバイザー派遣事業の全日程を終了とさせていただきます。あらためまして、2日間ご協力賜りましてどうもありがとうございました。

【用語解説】

※1 地域医療連携推進法人

医療機関の機能の分担及び業務の連携を推進するための方針を定めて、その方針に沿って、参加する法人の医療機関の機能の分担及び業務を推進することを目的とする一般社団法人であって都道府県知事から認定を受けたもの。

令和元年6月12日現在、全国で13法人が認定されている。(山形県、福島県、栃木県、千葉県、神奈川県、愛知県、滋賀県、兵庫県、島根県、広島県、鹿児島県に各1法人、大阪府に2法人)

※2 SPD (Supply[供給] Processing[加工] and Distribution[分配]の略)

定義としては、病院が使用・消費する物品（医療材料を主として、医薬品、試薬、滅菌・再生品、手術器械・鋼製小物、ME機器、文具・日用雑貨、印刷物など）の選定、調達・購入方法の設定、発注から在庫・払出・使用・消費・補充に至る一連の物品の流れ（物流）、取引の流れ（商流）および情報の流れ（情流）を物品管理情報コンピューター・システムを使い管理し、トレーサビリティなど医療の安全性を確保するとともに、コスト削減、原価管理など病院経営改善・効率化に資するための「物品・物流管理システム」のこと。

単純に「医療材料などの物品を発注から消費までを管理すること、あるいは管理する部署」とも。

※3 認定看護師

日本看護協会の認定看護師認定審査に合格し、ある特定の看護分野において、熟練した看護技術と知識を有することを認められた者をいい、水準の高い看護実践を通して看護師に対する指導・相談活動を行う者。

現行の認定看護分野は次の21分野（網掛けが当院に在籍する分野）

- ①救急看護、②皮膚・排泄ケア、③集中ケア、④緩和ケア、⑤がん化学療法看護、⑥がん性疼痛看護、⑦訪問看護、⑧感染管理、⑨糖尿病看護、⑩不妊症看護、⑪新生児集中ケア、⑫透析看護、⑬手術看護、⑭乳がん看護、⑮摂食・嚥下障害看護、⑯小児救急看護、⑰認知症看護、⑱脳卒中リハビリテーション看護、⑲がん放射線療法看護、⑳慢性呼吸器疾患看護、㉑慢性心不全看護

※4 医師事務作業補助者

医師が行う業務のうち、事務的な業務をアシストする職種。これまで医師が行っていた診断書などの文書や処方せん作成、電子カルテの代行入力など、医師の指示もとで、医師に代わって事務作業を行う。

※5 在宅療養支援病院

患者が住み慣れた地域で安心して療養生活を送れるよう、患家の求めに応じ24時間往診が可能な体制を確保し、または訪問看護ステーションとの連携により24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保することで、緊急時に在宅で療養している患者が直ちに入院できるなど、必要に応じた医療・看護を提供できる病院。