令和８年度第１回西脇市立西脇病院経営評価委員会　会議録

日　時　令和８年８月24日（月）
午後２時～３時30分
場　所　西脇病院　２階　講堂

１　開会

吉野経営管理課長：

委員の皆様には、大変お忙しいところ、御出席をいただきまして誠にありがとうございます。ただ今から令和８年度第１回西脇病院経営評価委員会を開会させていただきます。

お手元に資料を配布しておりますので御確認をお願いいたします。本日の資料として事前に送付しました資料のほか、委員会次第、委員及び院内出席者の名簿、職員満足度アンケート実施状況、経営強化プラン評価票をお配りさせていただいております。

本日は６名の委員の出席となっております。富永委員から欠席の連絡をいただいております。

また、傍聴につきましては、３名でございます。

２　委員の委嘱

吉野経営管理課長：

最初に「委員の委嘱」をさせていただきます。西脇市病院事業の設置等に関する条例第４条第２項、別表の規定によりまして、委員の任期を２年と定めております。皆様方には、事前に御依頼をさせていただきましたところ、快くお引き受けいただきましたこと、心よりお礼申し上げます。

ここで、西脇市病院事業管理者より、名簿順に委嘱状を交付させていただきます。

（委嘱状交付）

西　　愼一　様
松尾　貴巳　様
河原　　淳　様
鈴木　美和　様
藤田　伸輔　様
遠藤　康夫　様

本日欠席の富永委員には、後日、委嘱状をお渡しさせていただきます。

３　市長あいさつ

吉野経営管理課長：

委員会開催にあたりまして、片山西脇市長から御挨拶を申し上げます。

市長、よろしくお願いいたします。

片山市長：（あいさつ）

4　病院事業管理者あいさつ

吉野経営管理課長：

続きまして、岩井病院事業管理者から御挨拶を申し上げます。

岩井先生、よろしくお願いいたします。

岩井病院事業管理者：（あいさつ）

5　委員紹介（自己紹介）

吉野経営管理課長：

会議次第の５　委員紹介（自己紹介）となっております。

委員の皆様におかれましては、前回から引き続き就任いただいている方、今回、初めて就任いただいた方がおられます。

誠に恐縮ですが、簡単でかまいませんので、一言ずつ、自己紹介をお願いしたいと思います。

西委員から時計回りで、お願いいたします。

（自己紹介）

吉野経営管理課長：

ありがとうございました。

本日出席しております職員につきましては、会議次第の裏面に記載しております名簿で御確認いただきますようお願いいたします。

6　委員長の選出

吉野経営管理課長：

続きまして、会議次第の６　委員長の選出になります。

経営評価委員会規程第３条第１項で、「委員会に委員長を置き、委員の互選によりこれを定める。」とさせていただいております。

立候補又は推薦いただける方はございませんでしょうか。

（立候補又は推薦なし）

ないようですので、事務局の方から指名させていただきたいと思います。

それでは、西委員にお願いしたいと思います。皆様、いかがで

しょうか。

（異議なし）

ありがとうございます。

西委員に委員長をお願いいたします。よろしくお願いします。

西委員、委員長席の方へお願いいたします。

吉野経営管理課長：

続きまして、委員長代理者につきましては、規程の第３条第３項により、委員長から御指名いただくこととなっております。

西委員長から委員長代理者の御指名をお願いします。

西委員長：

委員長代理者は、松尾委員にお願いします。

吉野経営管理課長：

ただ今、西委員長から御指名がございましたので、松尾委員に委員長代理者をお願いしたいと思います。

よろしくお願いいたします。

７　議　事

吉野経営管理課長：

会議次第の７　「令和８年度西脇病院経営強化プランの推進状況について」から、進行は、西委員長にお願いしたいと思います。

西委員長、よろしくお願いします。

西委員長：

それでは、資料７の令和７年度、西脇市立西脇病院経営強化プランの推進状況について、事務局から説明をお願いいたします。

上田事務局長：（資料１を説明）

西委員長：

ありがとうございました。委員の先生方から御意見、御質問等がありましたら、お願いしたいと思います。

松尾委員：

昨年12月末の状況と、大きく状況は変わっていないと思いまし

た。大学の附属病院もそうですが、自治体病院も厳しい経営状況になっているところが多くて、神戸市民病院機構もかなり厳しい状況です。先程の一般会計繰出金の説明の中で、補助金がプラス２億５千万円あり、Ａ評価とされていますが、補助金なしで経営できることが理想的で、補助を受けてＡ評価というのは経営的には違和感があるのですが、それでなんとか単年度の収支は、プラスになっていると思いました。

やはり損益ベースで黒字にするということが、当面の課題になると思います。

今年、診療報酬改定があり、１床あたり３千円ぐらい診療報酬が上がっていれば、収支ベースで３億円から４億円ぐらいのプラスになると思いますが、後で御回答をお願いいたします。

診療報酬改定による収入増があれば、あとは病床稼働率が５ポイントぐらい上がれば、２億７千万円ぐらいのプラスになる可能性がありますし、説明いただいたような改善策で１億ぐらいプラスになると、損益ベースで黒字に近づくと思います。

他方、マイナスの要因としては、脳卒中等の件数が減っているので、これをどう見るかです。診療科としては単価が高いと思いますので、影響が大きいと思います。これをどう見られているのかということと、力を入れられているリハビリを強化していくことで、どの程度、収益等に貢献できるかです。かなり期待できるということであれば、さらに投資することも考えられると思いましたので、見通しについて、教えていただければと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

宇野医事課長：

診療報酬改定の単価への影響等ということですが、おっしゃいますように、今回のＤＰＣ係数が上昇したり、あと、診療報酬の点数が全般的に増点されています。新たに新規の施設基準の取得などもありまして、年間ベースで、昨年の患者数ベースで考えた場合、おっしゃるように３億円強の増収が見込めるのかなとシミュレーションとしては見ています。実際、診療報酬改定後、６月、７月と実績が上がってきているのですが、６月、７月ともに単価が５千円を超えるアップになっていまして、これは当初の診療報酬改定による点数アップに加えて、さらに単価が少し上がっている状況があります。少し、在院日数のほうが短くなっている傾向がありまして、ただ、６月については、昨年の６月と比べて単価アップと患者数の増加があり、大きく６月は入院収益が増加しています。７月については、診療報酬の単価等は上がっているのですが、昨年の７月に比べると患者数がかなり大きく減少しました

ので、単価は上がっていますけども、結果、７月については減収という結果になっております。今後、患者数の状況が大きく影響してくるのかなと見ています。

片山病院長：

脳卒中件数について、御説明させていただきます。脳卒中のパスの運用件数も含めて、脳卒中患者数は少し減少傾向にあります。

脳卒中は救急疾患ですが、ここ１～２年は、この北播磨圏域全体として救急疾患がやや減少傾向にあるわけですが、それを考ええましても、脳卒中の件数は減少しております。以前に御説明したこともあるかもしれませんが、これまでは24時間 365日、脳外科医は当直しておりました。働き方改革の関係で、宅直体制という、夜間に常に病院にいるという状況がない日が出てきました。

脳外科以外でも初期対応をして、脳外科に引き継ぐという体制にはしているのですが、なかなかそういう状況だと救急搬送がしづらいという救急隊の要因があるのかもしれません。そのあたりの院内の体制でカバーできるところは、していかないといけないし、努力する余地はあると考えております。そういうことから考えると、従来の数に戻るというのは、現実的には少し難しいかなという気はしております。

岩井病院事業管理者：

単価の問題と稼働率のお話が出まして、そこが一番メインでありますが、今回の診療報酬改定で急性期病院を非常に細かく仕分けをされています。当院は、ずっと急性期２をやっており、それでも多少の単価はあるのですが、やはり、これから先、残っていこうと思ったら、急性期Ｂを取らないと急性期病院としてやっていけないではないかと考えまして、急性期Ｂを取っていきたいと考えています。そのためには、重症度、医療・看護必要度が一定の数値以上、出なければいけないと。これは、分母が在院している患者数で、分子がそのうち重症と判断された患者数になります。必要度が低くなった患者さんの中には、今までだったら、なかなか退院しにくい方もおられたのですが、そういう方が多くなると、必要度が全然取れなくなります。そうすると、急性期Ｂも取れなく、単価が上がらないというところがあり、どの辺が一番当院にとって、収益的にも、また病院の機能としても望ましいかというところを、ここ２～３か月、手探りの状態で見てきました。やはり、去年、その前よりも在院日数を短くして、それは患者さんたちも、ある程度早く帰りたいというところもあるんですが、そうやって単価を上げていくというところに、落ち着くのではないか

と考えています。そうすると、空きベッドがある程度、出てきます。慢性的に出てくる危険もあり、その辺をどういうふうにするか、ベッド数そのものを減らせるのか、やはり、人口が徐々に減ってきているということ、それから非常に大きな重症の疾患に関しては、やはり北播磨総合医療センターとか、神戸のほうに救急も向かうということもあるわけで、診療報酬の点数も多少、内科系にとっても利するところはあるようにはなりましたが、まだまだ、大病院や、いろんな先進的な治療のできるほうに点数が大きく、当院のような、救急車はたくさん来るけれども、お年寄りのリピーターの方が多いという場合には、あまり診療報酬的なメリットというか、以前と比べて良くなったという印象は持っていません。そういう方が一旦入院されると、なかなか長引いていくというようなこともあり、慢性期を主体としている他の病院との連携も、やはりもっと密にしていかないといけないと考えていますし、今はともかく適正のベッド数というところを、収益と合わせて考えていっているところです。

藤田委員：

ここへ来るまでは、今日は黙っておこうかと思っていたのですが、机上配布していただいたアンケートの結果を見るにつけ、やはり言うしかないかなと思い、発言させていただこうと思います。アンケートのほうが 3.2ということで、全職種の中で一番看護局が低い状態なので、病院がいい方向に行くとは到底思えません。これは間違ってるぞ、というふうに思います。

この指標をいろいろ説明していただきました。その視点で見ますと、片山市長がおられる前でこんなことを言ってはいけないのですが、市民病院としてどうしたいということかが全然わからないです。ここに書かれていることが個人病院の経営指標であって、来年どうしようという話だったら、こういうこともあるんでしょうというふうに思いますけど、この市民に対して何をしたいのかという指標が全くわからないです。

急性期医療をやるのが市民のためなのか、内科診療をやるのが市民のためなのか、なんなのかをもう一度考えていただきたいと思います。先程、市長のほうからもありました地域医療構想が新しくなりまして、病院の類型を決めろということになっております。病院がどういう病院にしたいのかを決めていただきたい。急性期医療を行う病院は大きく二つに分かれます。例えば、加古川中央市民病院とか、あるいは神戸中央市民病院とか、急性期をガンガンやっていく病院、若い人を対象にした病院というやり方もありますが、今回新しく出たのは、高齢者を診る救急病院という

形です。そこでは看取りと、それから侵襲的治療のバランスをどう考えるのかをはっきりしていきなさいということが病院の課題として挙がっておりますので、この治療は何をするのが大切なのかということを考えてほしいと思います。

高度急性期に行くのであれば、丹波から患者さんを取ってこないと絶対に間に合わない時代になっているのに、どうするのですか、というふうに思います。丹波から患者さんを集めることが市民病院として正しい方向だと思うのだったら、加古川中央市民病院と同じ方向に行けばいいと思いますし、そうでないとしたら、それなりのスペック、あるいはやり方というものがあるのではないかと思います。

一方、内科診療は相談ができる体制とか、いい試みをされていますが、それは今後どのように広げていくつもりなんですか、ということが、この中に見えてこないです。外来患者数を一体どうしようとするのか、全体に対して何パーセントアップというようなやり方で計算していただくのだったら、市民病院としては違うと思います。全人口の年齢階級人口を見て、通える人がこれぐらい、開業医にお願いする人はこれぐらい、だから自分たちはこれだけの範囲の人を年に何回診る、例えば、河原先生のところで毎月診てもらっているけど、三か月に一回は診るというベースで患者数を決めていただいたら、より正確な市民病院らしい見通しができるのではないかと思っております。

あまり細かいことを言っても仕方がないのですが、ぜひ市民病院とは何なのかということを明確に打ち出した上で、経営判断していただきたいと思います。

岩井病院事業管理者：

今も私、言いかけたところでしたが、やはり、高齢化率が高い。それに合わせて、今までも高齢者の救急が当院の軸になってきたのですが、今まで以上に高齢者救急を取っていくと。それは、どちらかというと内科がメインになりますが、やはり整形外科、脳神経外科が高齢者に合併する疾患として多いですので、その辺も含めて、当院が、ある種、トリアージ的なこともしなければいけないと思うし、また当院で最後まで看取れる方は看取っていくと。今でも入院患者さんの半分ぐらいが内科系です。ただ、先程も言いましたように、それに対する診療報酬は、高度急性期に比べると、あまり当ててくれてないのです。そこのところをどうやっていくか、単価も上げなければいけませんが、やはりお年寄りの救急はリピーターもおられるし、取っていかないといけないということが、当院の使命だと思います。そのために、いかに経営をや

りくりするか、そこのところが重要だと思っています。
もちろん外科系も、きちんとやってくれていますが、人数的には、高齢者の救急、それは心不全とか肺炎とかが今後もますます多くなっていくと思います。

西委員長：
やはり、この西脇市の将来を考えますと、人口は違いなく減少する中で、患者確保は大変難しいとは思います。外来患者さん、入院患者さん増やすというところには、大変大きなハードルがあると思います。確かに、患者さんや市民の方のニーズというのは必要だと思います。例えば、今、やっている施設も多いですが、市民フォーラムを開いて、病院のあり方について、市民の方の御意見を聴くとか、アンケートを取るとか、そういう中で将来象を、西脇病院の姿を描いていくということも必要かなと思います。
他の市でもやって、市民病院に期待することは何かというと、まず、やはり救急が多いようです。それから、今、子どもさんが安心して診てくれるところが少なくなってきて、小児科、産婦人科、そういうところを地域で診ていただきたいという要望も多いですし、あるいは、亡くなる方が多くなってきている社会ですので、安心して、その看取りをどこでやっていただけるのか、市民病院でもやっていただけるのか、そういう要望があると思いますので、そのような市民の方の要望を吸い取るような政策があったらと感じております。
他に御質問はございますか。
続きまして、資料２、資料３及び資料４、令和８年度の主な取り組み、西脇市立西脇病院の経営基本計画について、事務局から御説明をお願いしたいと思います。

上田事務局長：（資料２、資料３及び資料４を説明）

西委員長：
ありがとうございました。資料２から資料３、資料４の御説明をいただきました。委員の先生方から御質問、御意見があれば、よろしくお願いします。

遠藤臨時委員：
先程の御説明いただきました資料３の後ろから２ページのシミュレーションのところが一番気になって見ていました。先程、藤田委員も言われたこととも重なってくるのですが、今、報告ありましたとおり、シミュレーションで実績ももちろん赤字になって

います。令和10年度までが赤字のシミュレーション、計画自体が赤字ですよという計画の中で、令和９年度には資金不足に陥りますよという、これマックス収入が上がり、患者さんが増えるという計画の中で、資金不足を生じるというのが元々の計画になっています。そうなると、どうやって維持するのかとていうところが、一般会計のほうにも御負担をいただく必要が出てくるかもしれない。そうなると、それこそ西脇病院をどういう方向に持っていくのか、例えば、ダウンサイジングする必要があるのか、今の診療科を維持していくのかということも検討していかなければいけないし、方向性を決めて進んでいく必要があるのではないかと思います。

この患者数も増えますよ、増やしますよ、なんですが、資料の中には、すでに推計の外来患者数というのはピークを超えているという資料を出していただいております。入院患者数は令和７年度をピークにということなので、もうすでに令和８年度はピークを過ぎています。外来患者さんもピーク過ぎていますということがシミュレーションされているんですが、その中でも患者数が増えていきますよという絵が描いてあります。どうやって増えていくのか、先程、藤田委員が言われていたように、丹波のほうから患者さんを受け入れることを検討していく。この地域における患者数というのは、やはり人口が減っていくので増やすことを考えると、広い地域で患者を受け入れる体制を執ったり、受け入れができるんだよということをアピールしていかないといけないと思うんです。その上で、この計画ができたとして、令和９年度には資金不足に陥りますと。ほんとにそれで、この計画どおりに進んでいっていいのか。ここに関わっている皆さんが、この状況を共有しているのか。それをちゃんと問題視して考えているのかということがすごく気になります。藤田委員が言われていたとおり、方向性がわからない。数字に表れているのではないかなと感じます。本当にこの数字でいいのかというところと、この先も見据えて、どういう方向に行くということをもっと真剣に見つめていく必要があるのではないかと、この資料を見て思いました。

岩井病院事業管理者：

まず、外来に関してですが、市の施策の一部からもありまして、先程言いました定期的な健診の事業を、多可町、西脇市全体から、当院が受けると。他の病院もあるのですが、率的には当院が受ける率が多くなってくると。単純にその分は、外来患者数はある程度増えるだろうと。その中で、健診でやはりいろいろ見つかるわけです。そういう方々を引き続き、外来で診るなり、入院に持っ

ていけないかということが、この春から起こった話で、その辺のところは少し期待も持って見ているところです。

それから、あとは、昨年度から泌尿器科の常勤医が来てくれて、毎日、外来ができるようになりまして、その分の外来数の増加も、多少期待できるのではないかと。そうすると、そこから出てくる疾患に関するところも入院等に見込めないかと考えています。

ただ、確かに９年、10年に入院患者数が増えるかどうかは、本当に厳しい状況です。先程言いましたように、今回の診療報酬の改定を見直し、よく吟味して、そうすると、多少そちらの数が減っても単価を上げることでカバーできないかというところを、今、見ていっているところです。急性期Ｂを取れば、更に単価は期待できるので、数よりもベッド数を少し絞ってでも、そういうふうにすると。そうすると、先程、藤田委員が言われた看護師の満足度アンケートの低さ、これもやはり、労働のきつさというか、忙しさ、休みが取れないとか、そういうようなところからも反映されていると思いますので、それが離職にもつながっていき、苦しいという面があるわけです。そうすると、そうやってベッドを絞るなり、詰所も減らすなりして、看護師を多く集めて、１つの詰所の人数を増やして、もっと休みが取りやすくするとか、それから回復リハのほうのベッドを増やすことで、そちらからの収益を上げていけないか。地域包括ケア病棟のベッドも十分に使えるようにしていきたいということが、最終的には収益として考えてるわけです。数がここまで上がらなくても、なんとか取れないか、ということを、今、見ていっています。７月は前年度よりも稼働率的には７～８パーセント低かったのですが、新規入院患者数はほとんど同じでした。そうすると、数百万円少し減収になりましたが、あまり大きな稼働率の低さほどの差が出なかったというところもあり、それを考えると、この入院患者数は多いほうがもちろんいいのですが、必要度のこともあり、もっと、入院患者数に関しては、下向きの修正をしなければいけないのではないかなと考えています。

河原委員：

医師会の立場から申し上げたいのですが、特定健診ですね、西脇市多可町の町ぐるみ健診を受けられているのですが、開業医の立場としてすれば、ほとんど今まで健診、特定健診で医院に来られていたのに多可町に全部行ってしまう、日赤に行ってしまうという例があるかと思います。そういうことで不満等を思っている開業医がいらっしゃるのかもしれません。私としては西脇病院でやるなり、紹介は全部していきます。今までは病院と医師会、行

政、非常にうまくやっていますが、中には少し不満を抱いている先生がいないかどうかということが不安です。

先程の資料１になりますが、西脇病院とは紹介率や逆紹介率が、非常に高いですけれども、信用して紹介をさせていただいています。それが今、現状で90％以上の紹介、逆紹介が出ておりますし、入退院支援加算も取れているということですが、１点、医師、開業医が拡大カンファレンスに参加すれば、より点数も上がります。Zoomでもいいようですので、積極的に各主治医、開業医の主治医にきつく御依頼をされたほうがいいかなと思います。

藤田委員：

先程、岩井先生のほうから健診の話、人間ドックの話が出ましたが、一般的に背景人口50万人近くいないと人間ドックの結果で診療につながる症例がないと言われていますので、一体どこの人たちに対してドックをやって、診療につなげようとされているのかわかりません。それ以下になってくると、とりあえずドックはドックの収益、医療は医療の収益と分解しないと、総合利益という形にはできないはずなので、どう考えておられるのかなというふうに思います。

それから５月末に、加東健康福祉事務所でトップセミナーという催しを開催させていただきました。その時に「業務の棚卸し」という言葉が出たかと思います。これがおわかりにならない方々が多かったような印象を受けておりますが、端的に言えば、ＤＰＣのコードごとに一体何人の患者さんがいて、その方々の入院診療費が何点に総額でなったのかというのを計算していただいて、それぞれにかかったコストを引いていったときのＤＰＣコードごとの収支を見ていくというやり方で、これの計算をやっていただかないと、どういう患者さんを増やしたら経営が良くなるのかわかりません。何の患者さんがこの病院で足りないのかということがわからないと思いますので、ぜひ、やっていただきたいと思います。その上で、今度患者さんは総合で何人になるんだよというふうに積み上げる方式でやらないと、ただ単に前年のから10％アップとかとやっていると、破綻するのが目に見えていると思いますので、着実な収入を取っていただきたいと思います。

診療報酬の半分ぐらいの収益は、要するに原価がかからない紹介関係、入院管理加算関係、退院支援関係というところで、半分ぐらいは利益が出るはずなので、入院患者数が多ければ多いほど、それから在院日数が短ければ短いほど、病院の収益は好転するはずです。それを高額診療に追い求めると、経費ばかりかかる方向に行ってしまうということが特徴です。特に、余分にお金を取れ

る抗がん剤はまだマシですが、ＤＰＣの中に包括されるような薬剤が多ければ多いほど、赤字になる仕組みになっておりますので、ぜひ、診療をＤＰＣコードで分解した後の収益で計算していただきたいというふうに思います。

岩井病院事業管理者：

人間ドックの関係ですが、当院もドックをやっていますが、ドックに関しては絶対数的には少ないです。先程、お話ししたのは町ぐるみ健診で、それを受けておられない方もたくさんおられるし、それをより病院としてやっていきましょうということを声かけをして、そうすると大きな病気は捕まらなくても、やはり高血圧とか糖尿病とか高脂血症とか、そういうものは健診で結構引っかかってくると思います。そういう方をもちろん病院に取り込むんではなくて、一旦、病院で診たら開業医の先生のほうにお回しするというようなことが、これは市民に対する病院としての１つの務めでもあると思うし、そこで、もちろん悪性のものとか見つかれば、それは病院で診ますが、その率はそれほど期待していなく、もっと慢性疾患を拾っていけたらというふうに、健診に関しては考えているところです。

来住副院長：

健診に絡んだお話の追加ですが、当院で紹介状がなかったら選定療養費 7,000円が必要になるので、基本的に軽い患者さんは、まず初診では来ない状況に完全になっています。その中で健康診断から来ると 7,000円が不要なので、そういう意味では入口として全然違うパターンが作れます。

健診で異常が出たら、そのまま外来の予約も取らせてもらうと、7,000円が不要なので、そういう意味では多少増えるかなという意味です。確かに健診、人間ドックだけで手術とかプラスに持っていく分の人数は到底まかなえないのですが、
7,000円がある限り、何もせずに初診が普通に増えるということは、この病院はあり得ないと思われるので、その中の１つの別ルートとしては通る道ができるかなと思っています。

ただ、これはあまり積極的にすると、今度は医師会の先生方との棲み分けが非常に難しくなりまして、当院をかかりつけにしていただくような人を増やすようなルートになってしまいます。ルートを作ると外来数は増えますが、それは病院の立場として、市民病院の役目としてはどうなんだという話になってくると、少し微妙にはなります。短期的には、そういう健診のルートから来られると無駄なことはなく、即、精密検査に移れるということと、

長期的には、岩井病院事業管理者がお話しされたように、まだ健診を受けていない人たちとか、そういう層がたくさんいらっしゃいますので、そこを行政と働きかけて増やしていくことはできないかとは思っています。

藤田委員：

今、来住先生から御説明いただいたとおりだと思いますが、それこそが河原先生が懸念されていることそのものだということになると思います。私が思う市民病院は、町に出かけて行って健診の大切さを言っていただいたり、そこで少し血圧を測ったり、健康セミナーをやったりということで、健診を受ける方を掘り起こしていただいて、健診自体は河原先生のお仲間の方々にやっていただいて、御紹介いただくのがいいのではないかと思います。

先生は、糖尿病を頑張っておられますが、この地域で先生のこと１回も見ない糖尿病患者さんは１人もいませんという体制を作っていただくことが本当は大事なことで、そのためには医師会でどのようにして健診の間口を広げていただいて、効率的に病気の人を紹介していただくか、高血圧治療に入るときに１度ここでほかの臓器も診てもらおうねと、医師会が言ってくれれば、それは非常に高収益な外来が生まれると思います。本当に病気かどうかわからない、原則、健康な人の健診をやって、そのうちの10人に１人捕まえて、その中でさらに高額医療が必要な人を見つけていくのは、非常に非効率なやり方ですので、ぜひ、医師会を活用する方向に健診を持っていっていただいたらいいのではないかと思います。

河原先生、すごく奥ゆかしく言われていましたが、公務員の私がこんなことを言うのは何なんだと思いますが、やはり経営効率というものを考えると、西脇病院は、できるだけ医師会で健診をやっていただき、西脇病院へ御紹介いただいて、市民全体の教育レベルを上げるというふうにしていただくほうがいいと思います

鈴木委員：

私は在宅の立場から質問させていただくと、病床稼働率は低下していますが、今日のお話の中で、ＤＰＣの関係で平均在院日数を適正に考えられたりとか、早期退院に進めていかれることが、経営の面からも重要なのかなとも思います。早期退院を目指す上では、やはり患者さまの退院後、その不安定な状態の中での退院となると、退院後の受け皿となる私たち訪問看護であったり、介護のサービスとの連携が退院するにあたっての患者さまの安心と、あと、その後の療養が安定した状況につながっていくのかなとも

思います。そういう連携が、今後、病床の改善にもつなげていけて、また体調が悪い時には病院に早期に受診して入院というサイクルを作っていけたらと思います。普段から西脇病院さんと介護保険の事業所の関係は、顔の見える関係もできていますので、連携が取りやすい雰囲気がありますが、その中でももっと私たちが、地域の病院の中で何かお役に立てるような、強化が取れたらと思いますので、何かあったら発信していただけたらと思います。

それから２点目は、時間外労働についてですが、先生方の時間外労働の負担の軽減には努められていると思うのですが、今日の満足度アンケートの中からで、看護師の労働条件や職場環境への満足度のところを見ますと、看護師や他の従事者の方の時間外労働といったところでは、どうなんでしょうかというところと、あと、医療の質という部分では、去年は認定看護師等は出てきていなかったように思います。他の病院であったり、訪問看護ステーションの中からも特定行為の研修を受ける看護職員が出てきています。スキルの向上や医療の質の向上に貢献するような看護職員が出てきていますが、西脇病院の中では、こういう労働条件の中で負担に感じて、参加される予定とかがないのかどうかというあたりをお聞きしたいです。

堀患者総合支援センター長：

地域での連携ということでは、西脇病院は、そういったところは以前より力を入れている分野ではございます。地域連携の取り組みとして、患者総合支援センターの職員が毎年地域の事業所を訪問させていただいております。その中で、退院に向けた病棟からの情報提供において、見えてきたような問題点としては、患者家族の希望や今後の方向性が把握できないといった御意見であったり、提供される情報が家庭での生活のイメージができていない、退院に向けた情報共有が遅く、サービス情勢が難渋する等の御意見はいただいております。そういったものに関しては、こちらとしても非常に問題とは感じております。大体は、情報提供自体が、その方の病気に関するものがどうしてもメインになっていて、在宅で日々暮らす上での情報を、医師からの情報提供という形では、なかなかそこまで触れているものが少ないということが現状なのではないかと思います。実際、退院の際には、看護、日々の体のケアをしている看護師が入院状況であったり、お体が今、どこまで動けていますといったリハビリからの情報であったりとかも、すべての連携をさせていただいているのですが、連携を始める時には医者からの情報提供のみが基本になっていますので、そういったところで、この人は在宅でどのような生活になるのかなとい

うものが文章から少し読み取りにくいといったことが、現場では起きているのではないかなと思います。

先程から問題になっています在院日数をどうしても少し短縮するということを念頭に置かなくてはいけないので、そういったイメージができないがゆえに、これはどういうことなんですか、どうしましょうか、というようなカンファレンスの回数が増えたり、患者さんの在宅のためのサービスは、どのようなものが必要なのかというような手配に手間がかかるというところが１つ問題になっているとは思います。今後の取り組みの１つとして考えているのが、医療パスの適用を広げて、入院した当初から大体の入院期間の目安が、地域のステーションの方たちでも、あるいはご家族でもイメージできるようであれば、少し早めに在宅調整というものに着手できるのではないかとは思っております。今後の生活についての情報を共有して、相互理解を得ながら支援するという総合的なことが課題になっていくと思っております。これまで以上に入院早期からケアマネージャーさんであったり、訪問看護師さんとかのカンファレンスを行わせていただいて、病状だけでなく、そういった生活のところにまで踏み込んだ情報提供が、あらかじめの入院期間、見込みを踏まえた適切な時期に行うようにしていきたいとは思うのですが、病院内での看護師であったり、医師であったり、事務職であったり、いわゆる多職種連携も、よりスムーズにやっていけるように作っていきたいと思っております。

また、医療機関と介護保険施設との連携については、令和６年度の診療報酬、介護報酬改定により、平時からの連携が強化されて、施設入所者の方の急変時の受け入れや治療後の速やかな施設復帰というものが指針上、求められています。当院において、調整開始から概ね１週間ほどの期間で施設に戻られていますので、これが１週間ではなく数日で戻れられるのであれば、それもまた方策の１つだと思いますので、こういったところに関しては、各事業者様とか訪問の中でもお願いしていきたいと思っております

来住副院長：

補足です。内科、老年内科、高齢者総合サポートチーム長として返事させていただきます。高齢者の診療をやっている者としては、急性期病院のほとんどが、病気しか診ていません。高齢者そのものをあまりにも診てないということで、数年前からその議論をしております。先程、ありましたように高齢者救急、高齢者医療を積極的にしていくには、病気だけでは全く対応できません。老年医学ではＩＣＯＰＥという概念がありますが、その人が今、

どこが良くできていて、どこができていないか、目が見えにくいのか、歩きにくいのか、お風呂に入りにくいのか、そういった概念が、急性期病院に入ると全く抜け落ちて、出ていく時もその話がないので、河原先生がおっしゃったように、退院カンファレンスは急性期病院で病気しか診ない医者にとっては何も興味がない世界になってしまっており、ここを今、変えていこうと高齢者サポートチームで努力しております。その中で、病院の中だけでは、これを変えても結局、病院の中だけで終わってしまいます。

今後、私、冬のセミナーで講演させていただく機会を得たので、今、構想を練っているのですが、今お話しした、高齢者がどういったところが具合は悪くて、どこができて、どこができないかということを地域全体で健常者から施設に入るエンドオブライフまでということを、私の知っている高齢者の長寿医療研究センターの上司が作り出したので、老年医学のＩＣＯＰＥを地域全体に広げていきます。地域医療構想で、患者さんは施設内で移動するのに、病院は病院ごとに立場を決めなさいと言ってきているわけですから、必然的に患者さんは今後どんどん施設内を移動することになるので、そのたびに高齢者をまた一から評価していくのは非常に効率が悪くなります。そこを強く連携することで、例えば、処方の内容はどんどん移り変わりますが、お薬手帳で連携でされているように、この人は何ができて、何ができてない、こういうところは具合悪いということがわかるような連携システムができると、非常に紹介もしやすくなるでしょうし、こちらからもシームレスな連携を運べるようになります。そういうことをすることが高齢者医療の救急の本来の病院の役目だと思っておりまして、本年度、来年度あたりで、これを進めていこうと思っております。そして、そういうことがうまく回ると、選んでもらえる病院にはなるかなと考えております。

福本看護局長：

ナースの時間外労働のことですが、昨年度より院内の看護局の検討会を時間内に開催していただけるようになっております。データ的にはナースの時間外労働は、委員会等々だけではないですが、業務もタスクシェア、タスクシフトで他の業種にしていただきまして、時間的には時間外労働の業務は減り、業務改善になっていると考えております。

あと、職員満足度に関してですが、時間外労働のところもありますし、そのほか、教育のところも含めて、いろんな要因があるとは思います。それから、認定看護師の特定行為のことですが、今、アンケートを取ったり、所属長に希望はないのかというヒア

リングをしても、なかなか志すナースたちが少ないのが現状です。そこにはいろんな負担があると考えていますが、今後、私のほうから、この病院の特徴をみんなに伝えて、希望を募りながらやっていかないといけないと思っております。

村井病院総務課長：

少し補足で説明させていただきます。看護局の時間外労働につきましては、令和７年度と令和６年度の比較で言いますと、約３割の時間外勤務が減っている状況です。病院といたしましては、先程も申し上げたように、各種委員会や研修会を原則17時までにするということが大きく、看護師につきましては、日勤と夜勤者の制服の色を変えることで勤務時間帯を明確化することにより、時間外も減っているという状況だと考えております。

藤田委員：

今、堀先生、それから来住先生に御説明いただいたことは、非常に心強く思います。堀先生が言われていたパスについて、その出来上がり像というか、治療後にどんな形になるかということを福祉施設と共有していただくと、受け入れがスムーズになると思いますので、ぜひ、この病院で治療したら何日後にはどんな状態で帰るのか、その時には医療はどれぐらい手がかかるのか、ＡＤＬはどれぐらい低下するのかということをお伝えいただくと、割と早いと思います。そうでなかったら、実際に離床するところを見ないと受け入れませんとか、言われてしまうかと思いますので、ぜひ、パスの中に退院像を組み込んで福祉施設と共有していただければと思います。

来住先生はずいぶんいい老年医学の試みをされているようですので、ぜひ、それを病院のホームページ等でも宣伝していただいて、この病院の特色というものをもっとアピールしていただいたら医師確保も少し楽になるのではないかと期待しておりますので、よろしくお願いします。

西委員長：

そろそろまとめの話をしたいと思います。いろいろとご意見を、先生方からいただきまして、ありがとうございました。最後に私のほうから感想や意見を言わせていただきたいと思います。正直言って、経営コンサルタントの方のシミュレーションは、無茶だと感じております。患者さんをこんなに増やすことは、西脇市でできるのかと思います。

とはいえ、患者さんを増やさないと病院収益が上がりませんの

で、その一つの手段として、御意見があったように、健診の患者さんを増やすということが、一つは重要であります。

どこかの保健師さんとお話したところ、健診率がアップした背景に買い物券を付けたりとかしているそうです。その辺は商店街の支援や市の支援が必要になりますが、 1,000円ぐらいの買い物券だったそうです。そういう施策も一つかなと思います。

あと、患者さんがどこからいらっしゃっているかというのは、資料３の14ページに、半分が西脇市で、あと20パーセント弱が加東市、多可町で、その他、丹波市、小野市、三木市、あとは少ないです。多いところの患者さんが、どういうニーズでいらっしゃっているのか、その辺の分析によって、呼び込める患者さんを解析していくことも必要かなと思っております。

あと、今、AIが流行っていますが、クラウドとかChatGPTとか、ネット上に公開されている、例えば、西脇市の財政とか、あるいは西脇病院の収支とかを読み込んでくれますので、どういう対策が考えられますかというと、少なくとも経営コンサルよりもいい回答が書いてあると思います。細かいことは言えませんが、現実的だと思うことが書いてあります。もう参考にされているかもしれませんが、昨今のAIはすごいですので、一つAIの御意見も聞いてみてくださいというのが、私の最後の感想と意見でございます。

時間になりましたので、すごく活発な討論をしていただきまして、ありがとうございました。

吉野経営管理課長：

ありがとうございました。

最後に、本日欠席の富永委員から御意見を寄せていただいておりますので報告いたします。

「看護師不足について、以前より質問していましたが、看護師の離職も留まり、奨学生も戻り、よかったと思います。働きたい病院になるように引き続き頑張っていただきたいと応援しています。病院フェスタがなくなり、院内コンサートの復活で、地域との交流が戻ったこともうれしく思います。院内コンサートに地域の方にも参加していただき、開かれた病院づくりが、さらに進むことを期待しています。」

以上です。

８　閉会

吉野経営管理課長：

本日の第１回委員会におきまして、委員の皆様には貴重な御意見、御指導をいただき、ありがとうございました。

事務局からお願いがございます。

お手元に、令和７年度の取組について、委員の皆さんに評価していただきたいと思います。その評価票として、「経営強化プラン評価票」をお配りしております。持ち帰りいただき、御記入のうえ、ＦＡＸや電子メール又は郵送により、事務局に返信していただきたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

本日の御指導を踏まえながら、経営の健全化、安定した経営の実現に向け、今後も努力していきたいと考えております。

以上、委員におかれましては、今後とも御指導、御助言のほど、よろしくお願い申し上げまして、令和８年度第１回経営評価委員会を閉会とさせていただきます。

次回の委員会は、令和９年２月に開催を予定しております。

本日は、誠にありがとうございました。

◎　出席委員（６名）

委員長	西　　愼一	服部病院　腎臓内科部長兼透析センター長
委員	松尾　貴巳	神戸大学　理事・副学長，経営学研究科教授
委員	河原　　淳	西脇市多可郡医師会長
委員	鈴木　美和	西脇市社会福祉協議会 訪問看護ステーション管理者
委員	藤田　伸輔	加東健康福祉事務所長（加東保健所長）
臨時委員	遠藤　康夫	遠藤会計事務所長

◎　出席職員（20名）

片山　象三	市長
岩井　正秀	病院事業管理者
片山　重則	病院長
伊藤　卓資	副院長
来住　　稔	副院長
堀　　順子	患者総合支援センター長
福本　和人	看護局長
岸本　光正	薬剤部長
藤原　健一	放射線部長
鵜鷹　正敏	リハビリテーション部長
土井　容子	看護局次長
臼井　尚子	看護局次長
上月由紀子	看護局次長
上田　哲也	事務局長
吉見　　巧	参事
村井　昌徳	病院総務課長
村上千登世	病院総務課課長補佐
宇野　憲一	医事課長
吉野千恵子	経営管理課長
笹倉　優作	経営管理課課長補佐

◎　傍聴者（３名）