

## 第5回町立芦屋中央病院経営形態検討委員会

### 議事録(要旨)

1. 日時：平成24年9月3日(月) 18時30分～20時30分
2. 場所：芦屋町役場 31会議室
3. 出席者：  
委員(松田・石川・宇治・尾辻・片山・佐潟・貞安・重松・山口)  
事務局(町立芦屋中央病院：櫻井・森田・永渕・杉野・西・三友・浮田・中野)  
オブザーバー(芦屋町：中西・柴田・塩田)  
委員会支援業者(株)日本経営エスティサポート：小林・松浦)
4. 議事概要

下記のとおり町立芦屋中央病院経営形態検討委員会(以下「委員会」)を進行した。

- (1) 開会
- (2) 議事
  - ①現状の人事費構造について
    - ・職種別人事費構造の現状について
    - ・今後考えられるリスクについて
  - ②医療従事者等の確保について
    - ・医師の確保について
    - ・看護職員の確保について
    - ・コメディカルスタッフ等の確保について
  - ③経営形態別の特徴について
  - ④その他

- (1) 開会
  - (2) 議事
- 議案1：現状の人事費構造について
- ・職種別人事費構造の現状について
  - ・今後考えられるリスクについて

#### (副委員長)

委員長から遅れるので始めておいて欲しいとの連絡があったので、始めたいと思う。  
本日の議題は、大きく3つある。1つは「現状の町立芦屋中央病院の人事費の構造について」それから、これに付帯した今後考えられるリスクについて共有したいと思う。2つめに「医療従事者等の確保について」、医師をはじめとする医療従事者の確保について、今後どういうふうにしたら良いか検討する。3つめは、1、2にも関係するが「経営形態別の特徴について」、各々の特徴についての共有を図りたいと思う。

まずは委員長がお越しになるまでは、事務局からの説明をお願いする。

○資料に沿って説明を行った後、議論となった。

以下、当該事項に関する発言

(委員長)

遅くなり申し訳ありません。副委員長ありがとうございました。

では、この件について委員の方から何かご意見等はないか。

(委員)

所定内賃金というのは月給になるのか。

(支援業者)

月給である。

(委員)

ボーナスは月々で割ってこの中に含めているのか。

(支援業者)

ここには含めていない。毎月変動する手当のようなものも除外して、基本的に定額で毎月支払う給与だけで、基準を統一して掲載している。

(委員)

一般的な平均に比べて高かったり低かったりする理由というのは何か、わかっているのか。

(支援業者)

まず医師については、県内の公立病院と平均年齢がほぼ一緒なので、そもそも給与表の差と、細かいところまで全部比較というわけではないが、諸手当の差が考えられる。

看護師については平均年齢が若干違う。県内の公立病院の平均年齢が41歳に対して36歳なので、近隣の中では若干低い。ただ今のままの給与体系で同じような形で年数を経過すれば、この数値まで上がっていくことが予測できる。

(委員)

給与表というのは、公立の場合は何を基準にしているのか？

(支援業者)

一般的なのは、その地方、各自治体の給与テーブル、ひいては国家公務員の給与テーブルを基にして作られているのがほとんどだと思う。

(委員)

条例で決めるものだから、それほど差はないのか。

(支援業者)

でないはずである。

(委員)

看護師は人数が少なくて、生産性が高いと思ったのだが、そうでもないのか。

(支援業者)

本当はそうするべきだとは思うが、ほとんどの自治体病院は給与表どおりに支給されているのが実態である。民間の医療機関であれば、ここには出てこないが、例えば賞与分や、頑張りにより特別な報酬があつたりするかもしれないが、自治体病院ではまだない。

(委員)

この資料の所定内賃金とは民間も含めたところか。

(支援業者)

病院賃金実態資料というところなので、一般的な統計データを使っている。

(委員)

民間の場合、年俸を12で割って毎月支給されるという形態が多いが、所定内賃金ということで比較されているものなのかな。

(支援業者)

所定内といふことで統計データは出ていたので、その場合だと賞与分を差し引いた形でのデ

ータになっている。

(委員)

承知した。

(委員長)

看護師には、准看護師は入っているのか。

(支援業者)

入っていない。

(委員長)

基になるデータには入っているのか。

(支援業者)

ベンチマークデータは分けている。

(委員長)

九州・沖縄の折れ線グラフは正看護師だけのものか。

(支援業者)

統計データはそうである。

(委員長)

この勤続年数は町立芦屋中央病院の勤続年数か、看護師としての経験年数ではないのか。

(支援業者)

基本的には賃金のテーブルというのは年齢によって決まっているというふうになる。

(委員長)

この勤続年数というのは、町立病院でのデータか。

(支援業者)

当院での勤続年数である。

(委員長)

それを読み間違えると大変なことになる。1年目の中には10年の経験ある人もいれば、看護師になりたての人も入っているわけである。これだけを見ると、1年目のところで町立病院の看護師の給料が高いように見えるが、これは経験年数で見ないと間違えてしまう。

(事務局)

おっしゃるとおりだと思う。勤続年数のところ、0から5年のところで、24万から36万まで幅がある。36万と高い方は、他の病院での経験されて来られた方だと思う。

(委員)

看護師の給与表も免許取得後だから自動的に決まってくるのか。

(事務局)

計算方法があって、経験を加味して、当院での勤め始めの給料が決まるようになっている。

(委員)

初任給は自動的に決まる仕組みのようだが、病院で決めるのか。

(事務局)

どういうところで何年経験されてこられたのかを町役場の人事係で計算して、勤め始めの給料が決まる。

(委員)

このグラフの病院の看護師は勤続年数だが、全国の平均、九州、沖縄平均も勤続年数なのか。

(支援業者)

統計は勤続年数である。統計データは前職で何年あったかというのは反映しづらいので、勤続年数という形になる。つまり、この統計データというのは、その病院に勤めている看護師が

何年目かでピックアップしているので、その看護師が勤続年数は3年目だけれども、実は他の病院で10年働いていたというのは、今の病院ではカウントしていないので、勤続年数という形になっている。

(委員)

全国平均もそういうことか。

(支援業者)

そうである。

(委員)

全国平均というのは、大きな病院も含んでいるのか。

(支援業者)

含んでいる。

(委員)

規模が大きいと若い人が多いから、低くなるということになるのか。

(支援業者)

そういう傾向はあるかもしれない。このデータは規模別ではない。

(委員)

医師は経験年数で看護師は勤続年数なのは、何か事情があるのか。

(支援業者)

事情というわけではないが、統計データがそういうふうに出ていたので、単一比較をしたところである。

(委員)

看護師より医師の方が経験年数が反映されるということなのか。一概にそういうわけでもないのか。

(委員)

経験年数の方がわかりやすい。

(支援業者)

統計データをとることが難しいと考えられる。これは推測だが、当院では3年勤続している人が、看護師の経験は何年なのかをデータでとることが難しいのではないかと思う。例えば転職を繰り返している方、1病院目で10年勤めて、2病院目で3年勤めた方にヒアリングした時に、あなたの勤続は3年ということはわかるが、その方が前職10年あったということが2病院目でわかるかというと、履歴書を見ないとわからない。各病院が管理しているのは、当院での勤続年数になるので、こういうとり方になるというのは1つの仮説としてはある。

(委員)

子育てで辞めてまた復帰するというのもある。

(支援業者)

そうである。本来だったら経験なのだろうが、ブランクがある方が看護師は多いので難しい。医師の方々は、ブランクがある方もいらっしゃるが、基本的には免許取得からずっとという方が多いので、免許取得から何年という経験年数になるかと思う。

(委員)

理解した。

(委員長)

他にいかがか。

(委員)

この検討事項のところで、看護師の給与が世間相場より高くなっているのは、左下のグラフ

を基にした話で、右上の表では近隣の平均よりも給与が2万円ぐらい少なくて、年齢が5年若いということだから、右上の表は給与が高いことは示唆していないのか。

(支援業者)

表で言えばそうである。理由として平均年令も低いので給与は今のところ高くないという形になっている。

(委員)

例えば、このまま5年続けたらいくらになるかがわからないと、高いか低いか判断できない。

(事務局)

同じ平均年齢で比べるとすると全員が残ったとして、平均昇給額×5年分が単純にプラス $\alpha$ をされるという形になると思う。

(委員)

その数字はどうなるのか。

(支援業者)

平均昇給額5年分までは、まだシミュレーションはしていない。

(委員)

勤続年数が増えるにつれて曲線は平坦になっていくのか。

(事務局)

それはなってないと思う。給与表はそのまま上がっていく。年齢を追うごとに上がるようになっている。

(委員)

看護師の給与体系はあまり委員会で議論することではなくて、院内で検討できるものだと思う。病院の将来を考えると医師の給料がメインになってくる。というのは、患者は看護師がいるから病院へ行くのではなく、医師がいるから行くのであって、良い医師がいたら患者は集まるし、いなかつたら減る。公立病院に勤めていた経験から言うと、年次ごとに給料は上がっていくから、どれだけ患者をたくさん診ても、少なく診ても給料は同じである。公立の場合は全くインセンティブが働かないで、一生懸命やればやるほどバカらしくなってきて、患者を集められる医師は辞めてしまうというパターンがほとんどである。だから医師に対して、長くいてほしいとか、病院の収入に反映させようと思ったらインセンティブをつけるのが基本だと思う。

(委員長)

大学病院でいうと佐賀大や九大や広島大は黒字になって、その黒字分を医師、看護師、コメディカル等に、業績によってボーナスに反映して配分することも始めている。だからボーナスに差がある。

(委員)

そういうことをしないと、大きく黒字を持っていくことは難しいのではないか。これくらいの規模の病院は目に見えて、この科は患者さんが多い、こちらの科は少ないとわかる。数人しか患者がいなくても給料は同じである。だったらなるべく働かないで給料をもらった方が楽である。だから働くというインセンティブがわからない。

消化器科に医師が多いのは、いろいろ経験が詰めるからである。若い医師を集めて人件費的に効率良くできる消化器科が町立病院の1つの柱になるわけである。しかし、他の科で医師を集めためには、ある程度のインセンティブを与えるような形にしないと、経営的には良くはならないと思う。

(委員長)

職場満足と患者満足の調査をやったことがあるが、患者満足と一番相関があるのは看護師に対する満足度である。看護師や受付の接遇がいいと患者満足が高い傾向にある。

医師の職場満足で言うと、医師としての仕事に集中できる、雑用がないのはかなり職務満足に効いている。うちの大学病院では少し問題なのだが、医師が医師以外のことをやらされている部分があり、看護師も看護業務以外のことやらされている部分がある。そういうのは医師補助や看護補助がサポートする体制にすると、職場満足度が高まりロイヤリティも上がる。単に給与だけではないところがあるので、その工夫もしないといけない。特に町立病院の場合は在院日数が少し長いので、日々入院している患者が一番接触されるのは看護師なので、看護師に対する満足、看護サービスに対する満足が患者満足という観点ですごく重要である。それから、どんなに良いサービス受けたとしても、支払いトラブルがあると大きく満足度が下がるので、特に会計窓口の満足度というのは重要である。実はどちらも大学病院や公立病院は弱いところである。

次の医療従事者の確保についてということとあわせて、検討した方がよろしいと思うので、これについて説明をお願いする。

#### 議案2：医療従事者等の確保について

- ・医師の確保について
- ・看護職員の確保について
- ・コメディカルスタッフ等の確保について

○資料に沿って説明を行った後、議論となった。

以下、当該事項に関する発言

(委員長)

医療従事者の確保については個別に1つずつ見ていった方が良いと思うのだが、医師確保に関わるポイントとは2つある。1つは消化器病センター化で、そちらのスタッフをどうするかということ。2つめは前回も話に出た眼科・耳鼻科等の医師の確保に向けて、いわゆる院内開業みたいなものをどうするかだと思う。この医師確保にかかるポイントについて、説明をお願いする。

(支援業者)

前回議論があったこの消化器病センターの将来を見据えてというところと、眼科または耳鼻科等の常勤医師の確保というところを見据えてというところで記載している。

(委員長)

院内開業みたいなものができるようであれば、医師給与の待遇とは別に確保が可能になってくる。消化器病センターや外科や整形外科等の医師の確保と院内開業とは分けて考えないといけないと思う。これに関して、事務局から何かあるか。

(事務局)

院内開業に関しては現在調査中で、実際に建物の中にどういう形で診療所が置けるのか、すでに院内開業している市立芦屋病院は院内開業スペースが3階にある。どういう構造であれば許されるのか、事例を持って保健福祉環境事務所に伺いに行く予定にしている。建物の入口、医療機関の入口が別であればということだが、3階にあって別の玄関を作るというのは考えられないでの、同じフロアの中に仕切りがあり、独立していれば良いのかとも思うが、それは私たちが勝手に考えているだけなので、現実に当院のこのパートだったらできるのかなど、具体的に担当の方と話をしてみたいと思っている。前回から今回まで時間がなかったので、そこまでいたっていないが、次の委員会までには具体的に実現性がどの程度あるのかということに関して、検討を進めていきたいと思う。加えて、院内開業をする場合に1つの診療科なのか、3

科ぐらい作るのかによっても、随分違うので、いろいろな条件で調査をしていきたいと思う。

その他の科についてだが、基本的には当院に不足している内科系の医師、特に循環器、呼吸器、糖尿病などは、患者の構成を見ても常勤医師が欲しいところではある。これについては現在も今後も努力を続けていくし、当然産業医大への相談等も続けていきたい。

内科系の医師がある程度確保できれば、当院の経営は安定する。今でも黒字ではあるが、より安定的に収益が得られると、感覚としては持っている。そういう内科系の医師を確保する場合に、今までも残念なことが何度もあって、大学病院からの紹介で当院と他の病院と最終的に2つで迷われた時に、当院の給料を聞かれた瞬間に医師のテンションが落ちるのがよくわかるわけである。これは資料をみていただいてもわかるように、明らかに低い。近隣の公立病院と比較しているのでこの程度の差で済んでいるが、北九州の市立病院と比べると歴然と当院は分が悪い。医師からすれば、北九州市の真ん中にある病院で給料が高いところと、芦屋町で給料が低ければどちらを選ぶかとなれば、やはり北九州の方を選ぶのではないかと思う。そういう意味で、魅力がないのは間違いない。これは現実にここ数年間であった事例である。お金で釣るわけではないが、給料の改正は大きな問題である。それともう1つ見ていただきたいのは、経験年数により給与が上がっていく傾斜が、当院は低い、なだらかである。他の病院の給与と詳細に突き詰めたわけではないが、当院は若い医師は割高で、中堅クラスがあまり良くない。中堅クラスが一番働いてもらえる人たちなのに割安感がある。思い込みかもしれないが、医師の確保がしづらい点の1つではないかと思う。給与表自体に問題があるのだと思うが、実情に合っていないので、考え方直すべき事項であると認識している。

看護師に関するても言わせていただくと、若干高いが、これを高いからといって下げていくだけでは職員の士気を下げるだけであり得ではない。問題なのは、主任や師長や総師長になっても役職手当が低すぎて、ほとんど差がない。当院の看護職員は非常に真面目なので、変わらなくても一生懸命やってくれる。しかし、ごく一部には、責任だけを負って給料が少ししか変わらないのなら、私はなりたくないという方が出てきつつある。これが非常に問題だと思っていて、看護部全体の士気を下げていくことになる。だから、看護師は給与表の傾斜をもっと緩やかにして、主任や師長になった方に対しては給料が上がるような形にしたい。ただ、役付きの看護師は11人程度なので、それだけでは、枠が足りない。今は、認定看護師や、糖尿病指導士等のほかにも看護協会での経営に関わるグレード、研修を受けて、看護協会が認めているファースト、セカンド、サードと言う資格みたいなものがある。こういう資格を取った方にも、同じように少し給料が上がるような形をとると、努力した方が報われる。現在のような、努力をしてもしなくても変わらない給与表であるというのはたいへん問題がある。だから、努力した方に対してはペイバックしていく仕組みを作りたい。そのような仕組みを作っていくことで看護師の士気も上がるであろうし、組織も非常に健全化される。先ほど委員長が言われた「患者にやさしい患者満足度の高い看護師」が増えてくると信じている。

(委員長)

私は町立病院で、人間ドックのような検査を受けているが、非常に看護師が優しいので満足している。

(事務局)

ありがとうございます。

(委員長)

今、人件費率はどのくらいか。

(事務局)

非常勤職員も入れて54%前後である。

(委員長)

将来的に建て替えとなつた場合は、人件費率的にはどのくらいまでが許容できるのか、確認しているか。

(事務局)

人件費率は今の程度で大きな問題はないと思っているが、現在は看護師の平均年令が低いので、このままの給与体系で行くと、人件費率は自動的に上がる。収益が現状のままであれば60%に近づいていくし、突破する可能性も充分あるので避けないといけない。ただ、人件費の総額を規制するのではなくて、収益を上げていくことで解決をしていきたいとは考えている。

(委員長)

私もそれで良いと思うが、町立病院の生産性の限られた指標は他の公立病院と比べて、あるいは一般の病院と比べて今どうなのかという一覧表を作っていないのか。

(事務局)

当院は基本的には職員奮闘型である。職員1人あたりの収益を計算していくと医師1人あたりはあまり高くないが、医師を除く職員であれば他の自治体病院の水準より高いデータであったと記憶している。ただ、患者の診療をするわけではない放射線科と麻酔科の医師を含んでの数字なので、この2人分を除けば、それほど医師も悪いわけではないと思う。

(委員長)

そうすると、生産性を今以上に上げられない状況下でやっていくとなると、患者数を増やすしかない。

(事務局)

仮にという話になるが、移転予定地であれば、若松地区の患者増が予測できる。移転建替えとなれば、収益は上がるという見込みは持っている。

(委員長)

医師確保に関わるポイントは、医師に関してはいかに給料を上げるかということか。

(委員)

こういうことが問題になるということは、病院の経営陣が給料をどうするかということにタッチできないということで、それが根本の問題ではないのか。町で自動的に決まっているから、病院でできない。そこに最大のネックがあるのではないか。

(事務局)

地方公営企業の一部適用では、人件費等の決定権は病院にはないので、町で決めている。町長も議会も上げて良いいじゃないかというムードはあるが、現実にいつからという話にはなかなかならない。それともう1つの問題点は、もし給与表を改正した場合でも、現職の職員にはそれが即座に適用されない。過渡的な措置をとることになると思う。現状のままで地方公営企業法の一部適用、あるいは全部適用の場合には公務員であることが続くので、身分保障は当然考えられる。すると、給料を改正して、効果が出るまでの間に時間がかかるということである。たぶん、10年以上かかるのではないかと思う。

(委員)

半独立というか独立行政法人など、そういう方向で何かないのか。

(委員長)

それは次の議題になると思う。

医師確保に関して言うと、例えば消化器病センターというのが確立して、いろいろな技術が習得できることになれば、その技術習得を目的として、給料は関係なく医師が集められると思うので、割と簡単だと思う。問題は、それ以外の内科や外科や整形外科などの、スキル習得とは別にやらなければいけない業務、いわゆる高齢化に対応する病院を作るための医師をどのよ

うに確保していくかである。かつての大学の医局との関係のように同程度で回せるのであれば、それほど給料の上積みを考えなくて良いわけだが、常勤医師を確保して、その方に退職まで勤めていただくのであれば、その分積み上げも考えなければいけないわけである。そうなってくると、10年20年単位で医師をキープしていくことに関しての長期的な戦略が重要になる。そのへんはどのように考えているのか。

(事務局)

給与体系のことでもう1つだけ申し上げると、公務員の給与体系というのは、長く勤めて最後に退職金をいただいて年金という形が一般的である。医師の場合、長く勤めている医師はほとんどいない。私も当院には9年しか勤めていないし、どの病院でもそういう状況である。医師の給料だけピックアップして出すと高いが、退職金というのはほとんどないようなものである。

退職金に関して、ある方が面白い話をされていたが、単に給料を上げるのではなくて、上積みした分を退職金に積み立てて、退職金を保障するような給料体系にするということであった。例えば10年勤めれば、かなりの額の退職金を出してあげられるようにする。所得税の額もセーブできて得になるという。実際その話を聞いた時、私自身も大変に魅力的だと思った。10年勤めたら、これだけの退職金を保障する。というやり方もあるということを聞いて、目からウロコが落ちるような感じがした。こういうものを医師は求めていると思う。今の給与体系でいくと医師の退職金というのは低い。10年勤めて1,000万保障しますよということなら10年勤めてくれると思う。こういうことを提案できれば、先ほど申し上げたどちらの病院に勤めるかと比べられた時に、負けたところは取り返せる可能性はある。そういう面白い方法があるというのは、医師の確保において非常に魅力的な提案ができるということであるが、地方公務員の給与法にそういうことは盛り込めないので、今の状態ではできない。

(委員長)

それは次の経営形態の議論になる。

(事務局)

そういうことに関わるかもしれない。

(委員長)

それも1つの待遇改善だと思うが、あとはインセンティブをつけて、これも経営形態に係わることである。

医師事務作業加算は今、何対何か。30対1ぐらいか、加算は取られてないのか。

(事務局)

加算はとっていない。当院の場合、医師の事務作業量はクラークに回すほど多くない。

(委員長)

40対1とか50対1も取っていないのか。

(事務局)

そもそもっていない。クラークの加算はいずれにしてもとっていない。正確に覚えてないが、何か基準を満たしていないので取っていなかったと思う。

(委員長)

そのへんは将来的に消化器病センターになれば、当然医師の事務補助が必要になってくる。事務補助には、もうひとつ意味があって、パートでもかまわないので、地方で女性の職場を確保するために作ったというのがある。

次の看護師確保に関わるポイントだが、これに関しては給料の金額が高い安いよりも、むしろ生産性との兼ね合いで見るべきだと思う。当然看護師の確保は大事だが、やはりこれからは質の向上というのがもっと大事になってくるので、そこをどうするかである。

(事務局)

看護師の給与は民間と比べると高いようだが、やはり教育体制というところが一番重要だと、看護師は言っている。当院の看護科は正職員が 60 数名で推移しているが、かなり意欲的で、研修にも行っている。看護管理者の認定看護師、ファースト・セカンドは、師長・主任はもうほとんど行っている状況である。認定看護師は今からの方向性でとっていかないといけないが、糖尿病療法士や呼吸療法士、透析や内視鏡の分野は、意欲的に自分から取っている人が多い。それから地域の病院で在宅に向けてということで、居宅介護事業所が併設しているので、入院から退院、その後の在宅との関わりの中で、ケアマネージャーの知識はかなり必要になってくるが、ケアマネージャーの資格も 10 人以上とっている。かなりの人が研修にも行っている。やはり教育の充実というところが看護師確保と定着に関わってくるのではないかと思う。

(委員長)

小倉第一病院には行かれたことはあるか。

(事務局)

小倉第一病院は、つい最近技師の 2 名が伺った。看護師も技師も近隣の施設見学には行ってもらって、良い部分は取り入れて、効率化も含めて勉強している。

(委員長)

小倉第一病院は看護師の院内教育のシステムが優れている。ほとんどがマニュアル化され、デジタル化されていて、インターネットで自己学習のときには iPad ができるようにしている。実はうちの大学病院も看護師の院内研修システムを作ろうということで見学に行かせていただいている。

(事務局)

目標管理も 10 年ほど前から取り入れていて、新人から中堅とラダー制で行っている。県の看護協会の中の管理者研修や地域の連携、当然産業医大の看護部とも連携をとって、新人の研修は参加させていただいている。師長、主任だけではなく、リーダー格も含めた看護職員はかなり意欲的で自発的に研修に行く人が多い。

(委員長)

その基盤があるのであれば、それを伸ばしていくべきだ。ただ 1 つ気になるのが、病院のニーズとあわない研修を受けていることがある。例えば、小倉第一病院がすごいところは、透析病院なので、透析に特化していろいろな研修を組んでいる。透析の針のことや管理の仕方、糖尿病患者の療養指導などである。町立中央病院が消化器病センターを目指していく場合には、そのところに焦点を当てた看護研修を取り入れていかなければいけない。例えばそれはストマかもしれないし、いろいろなものがあると思う。

(事務局)

ストマの認定看護師は欲しいと思っている。当院は周辺の介護施設を含めて褥瘡の方が多いので、ストマの皮膚管理ができる認定看護師はストマもできるし褥瘡もできるので、方向性としては当院のニーズに非常によくあっているからである。総看護師長にも認定をとりましょうと提案はしている。こういう認定をとる場合、長期間に渡って講習に行かなくてはいけないし、講習料・受験料もかかるので、病院が何らかのサポートをすることは今後考えていかなくてはいけない。実際に研修費用を出すというだけではなくて、有給休暇を与える、出張として認めるなどの方法があると思う。病院として職員の研修に対してバックアップする姿勢を示すということは非常に重要なと思っている。

(委員長)

名古屋大学は、収益のかなりの部分を看護師とドクターの確保に活用している。看護師に関しては、病院が学費を出して名古屋大学の社会人大学院に行かせて、未来の専門看護師になる

というコースを作っている。看護師にとっては魅力的なことだと思う。そういうことを考えていただけたら良いのではないか。

(事務局)

費用を病院で負担するのはそれほど難しくはないが、資格を取った方が転職されることも考えられるわけである。それが一番のネックである。

(委員長)

それも病院の魅力を高めて行く必要がある。あわせてコメディカルスタッフの確保に関わるポイントだが、特にどの部門のスタッフを確保しなければいけないと考えているのか。

(事務局)

一番確保しづらいのは薬剤師である。当院のグレードを上げるために病棟での薬剤師の勤務というのは必要だが、今はそこまで手が回らない。これは前回院外調剤薬局での議論とほぼ同じであるが、若い薬剤師は病棟で患者とコミュニケーションがとれる、診療にチームとして参加するということに対して魅力を感じているので、病棟薬剤師を実現しなくてはいけないと思う。

(委員長)

町で奨学金制度はないのか。

(事務局)

薬剤師の奨学金制度はない。以前は看護師にはあったが、それも今は無い。

(委員長)

臨床検査技師は確保できているのか。

(事務局)

必要な人数を確保している。

(委員長)

私の良く知る病院では臨床検査技師が血液系の検査よりも、エコーをやっている。臨床的なことを、患者さんとフェース to フェースで行っている。

(事務局)

昔の検査技師は試薬を使って血液の検査や尿の検査で、正確に生化学のデータを出すことが求められていた。今は機械がかなりのことをやってくれるので、技術の差が出るところが少なくなっている。今求められているのが、お腹の超音波や、心臓の超音波などの生身の患者に検査をすることである。加えて当院では心臓のリハビリも行っているので、それに関する循環動態のチェックも検査技師が担当している。今後は生体検査にシフトするよう指導しているし、現実にそういう方向に向かっている。

(委員長)

管理栄養士は 1 人しかいないのか。

(事務局)

正職員が 2 人いる。

(委員長)

病棟でも活動しているのか。

(事務局)

病棟で栄養指導も行っているし、NST もしている。2 年後に定年で 1 人お辞めになるが、その後任も考えている。今後も 2 人体制でやる予定である。

(委員長)

薬剤師も検査技師も、OT、PT、ST、管理栄養士にしても、病棟での臨床的なことに関する卒後研修の場のニーズがすごく高くなっている。若いコメディカルスタッフがそういうこ

とができる病院へ就職しているらしい。最近は給料というよりも、自分のスキルアップができる病院へ流れていく傾向がある。研修制度を作っていくことによって看護師同様コメディカルスタッフの確保はできると思う。そうすると具体的なカリキュラムの提示が必要になってくる。

(事務局)

例えばNSTにはたくさんの部署から参加している。管理栄養士、薬剤師、検査技師、消化器科の医師、副院長もメンバーである。その意味ではNSTに関しては非常に充実している。その他のチーム医療に関しても病院の規模的に何もかもという訳にはいかないが、当院でできることに関しては取り組んで、部署間の連携は非常に良好だと自負している。

(委員長)

では医療従事者の確保についてまとめると、医師に関しては給与系の待遇をどうするかが課題で、看護師とコメディカルに関しては研修体制を中心に議論していくということがポイントになる。そういうまとめでよろしいか。

(委員一同)

異議なし。

(委員長)

では一番今日議論をしないといけない経営形態の別の特徴について、説明をお願いする。

(事務局)

経営形態の決定というのは次回にしたいと思うので、本日は各経営形態について簡単に説明をしたいと思う。委員の方々には資料をご覧いただき、ご理解を得たうえで、次回十分な検討をお願いしたいと思う。

(委員長)

これは事例も紹介できるか。少し踏み込んで資料の説明をしていただいてよろしいか。

### 議案3：経営形態別の特徴について

○資料に沿って説明を行った後、議論となった。

以下、当該事項に関する発言

(委員長)

この中で例えば給料をある程度自由に決めることができるのは、どの経営形態か。

(支援業者)

一応、給与体系賃金表が決定することができるのは、全部適用と地方独立行政法人である。

(委員長)

例えばインセンティブ型の給与体系にしたり、10年勤務したらボーナスをつけることはこの中でできるのか。

(支援業者)

地方独立行政法人の中で体系を考えていくことができる。

(委員長)

では、例えば病院として看護師やコメディカルスタッフに研修を受けさせる費用を、ある程度の裁量性を持って行うことはどの経営形態でもできるのか

(支援業者)

そういう要素も給与から捻出するかどうかというところの規定の定めによるので、一部適用は難しいと思う。全部適用、地方独立行政法人の中で規定次第ではあるが可能性が高い。

付け加えると、全部適用は強力な経営力がなければできないところがあって、結果的には定

数が条例で規定されていたり、公務員という立場のままなので、給料制度を全面改定すると、本庁との違いをどうするのかという問題がどうしても現れる。全部適用だから給与を変えましょうとはなかなかいかず、難しいといったところである。

(委員長)

ちなみに、全部適用と公務員型独立行政法人と非公務員型独立行政法人に絞った時に、最近はどの経営形態への移行が流行りなのか。

(事務局)

事例としては、非公務員型の独立行政法人化である。

(委員長)

それが多いのか。

(事務局)

多いというか、非公務員型の独立行政法人であれば、給与自体の変更が可能である。一部適用のままだと、ほとんど変更できないので、給与の見直しというよりは別枠で設定することになる。

(委員長)

よく公立病院で話を聞くが、公立病院の経営者の方たちが一番悩むのは定数の問題である。定数が柔軟にできないために、例えば医師を雇えば経営が良くなる見込みがあつても、定数制限があって雇えないことがある。そういうことで経営的に厳しくなっていると聞くのだが、そういうことはあるのか。

(支援業者)

多いと思う。

(事務局)

非常に強力な経営能力を持っている全部適用の病院で、独立行政法人化を目指していた病院があるが、どうしてかとお聞きしたら、定数のことを言われた。そこが一番やりにくいそうである。芦屋町でもそうだが、公務員は職員の削減を求められている。当院では今のところ問題は出でていないが、削減対象になる可能性は充分にある。そうなれば、病院が飛躍しようとする時に足かせになる。

(委員長)

立地の問題もかなりリスクで、20年前に青葉台がどういう地域だったか思い出していただきたいのだが、子供が多い地域で小学校のクラスの数も格別に多かった。しかし20年経った今では1学年2クラスしかない小学校になってしまった。

一戸建て中心の団地は20年ぐらいで人口構造が大きく変わってしまうので、そういう人口構造の変化に、ある程度対応できるような準備をしておかないと、経営的に厳しくなると考えている。この地域は一戸建てばかりで、人の入れ替わりがない地域であるから、そのリスクを考えておかないといけない。それに対応できる経営形態を考えなければいけない。

一番問題になるのは地方独立行政法人で非公務員型になった時に、今までよりも給料が低くなってしまうというような問題が出てくることであるが、実際にはどうなのか。逆に経営が良くなれば、意外と給料もそれなりの金額が出ているのではないのか。

(支援業者)

非公務員型の独立行政法人にした場合というのは、経営の原則として、利益が上がれば給料は払えるというところに、シンプルに連動しやすくなるところが大きい。だから、収入が上がり、利益が上がれば給与に回せるという流れがスムーズにできることを考えると、まず職員の方々のモチベーションであったり、意識というものが利益を上げることに向きやすくなるというメリットがあると思う。

(委員長)

でも、すれば稼げるという話になった時に、今度は院内がギスギスしないのか。

(支援業者)

稼げるというよりは貢献度という言い方をさせてもらうが、もちろん全員で収入は上げていくとは思うが、貢献度は全員が一緒というわけではない。となった場合に、給料が一緒というと、これは不公平であるというようなところから徐々に徐々に納得性、合理性の高いような処遇管理といったものが、結果的に人が定着し採用ができるような形に近づいていくというのは全体的な中で感じるところである。

(事務局)

当院でも非常に頑張っている職員はたくさんいるわけだが、その方に病院が報いる方法が今は何もない。要するに勤務評定を上げるだけである。勤務評定を上げても給料が上がるかといったら、そうでもなく、特別に昇給できる制度が芦屋町にもあるが、認められるのは稀である。地方独立行政法人化すれば、先ほど利益の再配分という話もあったが、利益から投資の分を除いても余裕があるから、職員に分けるということもできるわけである。現在はいくら利益が出てもそれはできない。そういうことができればプラスだと思う。現実に地方独立行政法人化してうまくいっている大牟田市立病院の話を、近くにいる知り合いから聞いたが、地方独立行政法人化してから職員が全然違うと言っていた。経営の内容まで詳しく知らないが、そういうムードを醸し出すということは非常に大きな効果があるのだろうと思う。普通は地方公営企業法の一部適用から全部適用をまず経験してから地方独立行政法人化に行くが、最近は一部適用から地方独立行政法人に移行するところもある。一番近いところで言うと、鞍手町立病院が来年、一部適用から非公務員型の地方独立行政法人へ移行する。来年から施行で表明されたのは一昨年であったと思うが、たいへん驚いた。非常に先進的な町だと思っている。

(委員長)

何か意見はないか。

(委員)

噂だけかもしれないが、一時民間譲渡という話が耳に入ってきたのだが、そういうことを検討されたことがあるのか。

(事務局)

全くない。ただ個人的な意見からすると、大きな病院が当院を買い取ってくれたら医師の確保は楽だろうと思うが、現実には検討したことは一度もない。

(委員長)

譲渡された市立病院もある。この辺であれば飯塚市の穎田病院である。

(事務局)

同じ飯塚市の飯塚市立病院は指定管理者である。

(委員長)

経営形態をどうするかに関しては、院内の職員の方のコンセンサスをどう取るかという作業が一番大事なのではないかと思う。

(事務局)

病院の管理職と職員との間で、まだそういう話し合いは一度もしていない。場合によっては、職員が公務員でなくなるという選択肢もあるわけである。その場合に、職員の人生設計と関わってくるので、給与体系などがある程度提示できない限りは話しようがないと思う。ただ、職員1人1人に尋ねたわけではないので、どう考えているかは正確には把握していないが、独立行政法人化や指定管理者に対して強いアレルギーがあるとは思わない。いずれにしても人生設計と関わるところがあるので、ある程度の生活設計が見えるような形にならない限りはご相談

できないと思う。

(委員長)

経営形態については継続審議ということにしたい。次回はどういう方向で行くのか、今日の資料を読んでいただいてディスカッションできればと思う。

#### 議案4：その他について

(委員長)

それでは、その他の事項について何かあるか。

(委員一同)

意見なし

(委員長)

次回はこの経営形態が主体になるのか。

(事務局)

経営形態について充分にご意見をいただけたらありがたい。それに関連して医療従事者の確保やその他若干積み残しがあるので、委員会としての考えをまとめていただきたい。

(委員長)

次回の委員会で院内開業をしている市立芦屋病院の事例について情報があるとありがたいので、お願ひする。

やはり経営形態や人事のことは給料関係に直接絡んでくるので、職員の方々が騙された感がないよう、色々と細かい説明をしないといけない。関係者が納得できる形で丁寧な検討をお願いしたいと思う。

では、その他の事項についてないようなので、本日は終わりたいと思う。

#### (3) 閉会

次回は経営形態や医療従事者の確保などに加え、院内開業の市立芦屋病院の資料も揃え議論することとし、第6回の委員会を10月2日(火)に決め、閉会した。

署名人 石川智雄

署名人 井山久美