

平成28年度第3回愛知県県立病院経営改善推進委員会 議事要旨

1 日 時

平成29年3月21日（火）午後2時30分から4時30分まで

2 場 所

愛知県自治センター 5階 研修室

3 出席者（敬称略）

- ・委員 川渕孝一委員、齋藤英彦委員長、西邨俊吾委員、三浦昌子委員、
村上貴子委員（五十音順）
- ・オブザーバー 有限責任監査法人トーマツ 和田頼知、山岡輝之
- ・説明のために出席したもの 病院事業庁長始め24名

5 議事の概要

○経営課長が資料1から3について説明。

（齋藤委員長）

今回は時間があるので、いろいろな角度から御意見をいただきたい。

（川渕委員）

がんセンター中央病院の病床利用率は、過去の実績からいくと、恐らく80%ぐらいは確保できる、或いは達成して欲しいという希望的観測もあると思われる。しかし、全国的には稼働率が下がっている病院も多く、全国自治体病院協議会の速報値でも総じて病床利用率が下がっている状況である。外来の患者数も全国的に減っているという状況である。新外来患者数が伸びる病院は当該地域の中でマーケットシェアというか診療圏が広がっていると思うが、がんセンター中央病院の新外来患者数を見ると右肩上がりの目標を設定されている。その実現可能性の根拠を示して欲しい。

また、愛知病院についても病床利用率が上がる計画となっているが、28年度見込では58.5%と落ち込む中で、どうやって盛り返すつもりなのか。どこに活路を見いだすのか。同様に新外来患者数についても増やす計画となっているが、何か新しい試みがあるのかどうかを聞きたい。

次にパブコメの意見にもあった、地域医療連携推進法人についてだが、藤田保健衛生大学病院が岡崎などの20法人を束ねて地域医療連携推進法人となるとの報道もある。パブコメの意見に対して愛知県県立病院はやる予定がないとのことであるが、そんな悠長なこと

で良いのか。検討状況を聞きたい。

(齋藤委員長)

1 つ目として病床利用率と新外来患者数の実現可能性について御質問である。計画を作れば終わりではなく、実現できない数値であれば、絵に描いた餅となる。

(中央病院長)

病床利用率が低下しているのは、7 対 1 看護の重症度、医療・看護必要度の 25%を念頭に置いているということがある。現状では 35%程度であるため、恐らく次の診療報酬改定でも大丈夫であると思うが、どうしても重症度を上げるために平均在院日数を減らすという方向にいき、病床利用率が下がる傾向となってしまう。

次に、新しい患者を呼び込むのが課題となるが、具体的には、開業医にお願いに行ったり、内視鏡検査を受けやすくするような努力をしている。

患者に選んでもらえる病院になるため、来年度予算で認められた個別化医療センターで、当院しかできない医療を実施していきたい。また、特定機能病院を取得し、大学病院に匹敵するような病院にし、患者に選ばれる病院としていきたい。

病床利用率については、医療が入院から外来へとシフトしていることから、大きく上昇することはないと考えている。現在の 500 床が適正かどうかも含め、マスタープランの結果も踏まえて検討していきたい。

(齋藤委員長)

がんセンターについて、もう一つは研究所の所長を補充して、研究所を充実することで優秀な臨床医をがんセンターに集める必要がある。スタープレイヤーがいないと、患者に選んでももらえないと思う。

(愛知病院長)

今年度になってからは特に患者が減少している。

患者増の取組として地域連携を積極的に実施しており、近隣の医師会や、開業医を数多く訪問している。

また、広報活動として、公開講座の開催回数を増やすなど、近隣の住民の方に愛知病院を知ってもらえるよう努力している。

今後直面する課題として、岡崎市に藤田保健衛生大学病院が新設されれば、愛知病院は今のままでは存続できない可能性がある。そのため、岡崎市民病院との連携を考えていきたい。藤田保健衛生大学病院が開設するのが平成 32 年度の予定であり、あまり時間が無いため、早急に検討していきたい。

(齋藤委員長)

病床利用率や新外来患者数という医療活動の数字の話がでているので、それに関して何か質問はあるか。

(三浦委員)

7対1の重症度、医療・看護必要度が25%から30%に上げられると予測されている。今年も、7対1の取得を止めた病院が6,000件ほどあるが、まだ足りていないので、もっと要件は厳しくなっていくと思われる。7対1を守るのが良いのかどうか。10対1に移行しても加算もあることから困らないということもあるので、10対1となるための準備をしている病院も多いと聞いている。

名古屋大学では以前からベッドを空けないという取り組みを行ってきたが、実際のところは、軽症の患者が増えると、材料費が高くなる。それよりも稼働率はそこそこでいいから、どこにターゲットを絞るかというようにシフトしてきており、稼働率は下がってきている。

藤田保健衛生大学病院は勢いがあると感じる。大学では日本でも一番ではないか。藤田保健衛生大学病院はカンパニーのような形態を示しながら、IT化も先進的に進めている。

愛知病院が岡崎市民病院と今後、どうやって手を組みながら何をしていくのか。藤田保健衛生大学病院の開院より前に方向性を示していく必要がある。

(病院事業庁長)

愛知病院については、名古屋大学は5km圏内に3つの病院ができると、3つ巴でつぶれるかもしれないという危機感を持っており、市民病院と愛知病院両方に医師を出すより、まとまった病院に出す方がやりやすいと言っている。愛知県医師会の中にも同じような意見があるやに聞いている。

先日、愛知病院と岡崎市民病院の連携に向けた協議会を立ち上げた。今までも連携していなかったわけではないが、藤田保健衛生大学病院が来るとなると、覚悟して対抗しないといけない。近くに県と市のがん診療連携拠点病院が2つもある状態は、再編・ネットワーク化ということからいくと、一緒になったほうが良いとする意見もある。患者にとって、完結した医療を提供できる、魅力のある病院を目指していかないと、藤田保健衛生大学病院に対抗できない。こういった観点から協議会で議論を深めていきたいと考えている。

(齋藤委員長)

地域医療連携推進法人の件はどうなっているのか。

(経営課長)

地域医療連携推進法人については、事務的には藤田保健衛生大学病院や山形の日本海病院などの状況を勉強しているところである。

地域医療連携推進法人の目的が地域包括ケアというところにあることを考えると、藤田

保健衛生大学や岡山大学のように医療従事者を提供できるところが中心にいないと難しい。愛知県の県立病院の現状としては、高度先進的な専門医療を提供することを担っている。岡崎地区を地域完結型にしていくのであれば、地域包括ケアも視野に入れた動きが必要になってくるかもしれないが、現状のところそこまでの検討はされていないということで、今回の計画では予定がないとしている。

(西邨委員)

今回の計画の策定のプロセスは、パブコメなど慎重に進めているように感じられるため、良い計画になったのではないかな。後は実効性があるかどうかだと思う。

私は H22 からの計画、次の H25 からの計画と見させてもらっている。

公立病院は、命題として、公立病院の役割を果たしていく使命と、事業として経営基盤を安定化させるという使命の 2 つの柱がある。

最初の計画では、収支が改善され、病院部門では黒字となったためキャッシュフローも良く、計画 3 年目の年度末には 43 億円の内部留保資金が積みあがった。

病院は診療報酬の 2 か月の売掛期間があるので、だいたい 2 か月分の運転資金を持たないといけない。そのため 30 億円以上のキャッシュフローがないといけないが、第 2 次の計画期間の後半に資金ショートが発生した。第 2 次の計画では、消費税の増税や一般会計負担金の減少といった環境の変化、機能強化のための先行投資も行った影響もあったが、収支は悪化し経営基盤の安定といった観点からは後退した。

次期計画では、初年度から全体で黒字化する計画となっている。私は、この数字は可能であると考えている。というのも、平成 28 年度の一般会計負担金がルールの見直し等により額が増えている。来年度もこの水準が維持されているおり、公的な医療機能に対する一般会計負担は、ほぼ満たされている状態だと思う。また、企業債の償還に対する一般会計からの負担や、一時借入金に対する補償等サポートがあり、来年度からは先行投資した施設が稼働してくる。こういった条件が揃ってきている中、計画が達成できなければ駄目だと思う。

まずは全体での黒字化を達成しないと、次のステップである経営形態の検討も困難視される。是非、平成 29 年度は計画を実現して、最終年度の各病院ごとの黒字化を目指していつて欲しい。

(齋藤委員長)

病床利用率や新外来患者数について、精神センターや小児センターはどうか。

(精神センター院長)

資料では病床利用率が低く見えるが、計算の分母になっている病床数を実態に合わせて 250 床で計算すると、今月は患者が 195 人程度なので 75%を超えていることになる。

来年度は、児童青年期を古い施設を利用して先行してオープンする予定としているので、

病床利用率が80%くらいというのは実現不可能ではないと考えている。

外来患者も順調に増えており、単価も先月の実績でいうと予算を少し上回る状況であるので、絵空事の計画ではないと考えている。

(小児センター長)

病床利用率が低いが、PICUが16床、NICUが12床、産科病棟が10床として計算されている。実際には看護師が不足しており、PICUが8床、NICUが6床を満床として運用している。また、NICUの6床が満床であるため、産科病棟でも患者を受け入れられず、このため、病床利用率が低くなっている。また、移管を予定している心療科も1病棟使っている。一方で、従来からの一般の病床の病床利用率は上昇している。平均在院日数は5.8日ほどで、従来からの診療科が早く退院させているため、平成28年度見込の病床利用率が下がっているという状況となっている。

平成29年度は看護師の補充、PICUの医師の増員、NICUの看護師の増員を予定しており、4月にいきなりとはいかないが、徐々に改善していくと考えている。

心療科移転後の平成31年度に全てのハードの面やソフトの面の機能が完結していくと考えている。平成29年度は数値に疑問などところがあるかもしれないというのは事実である。

新外来患者数について平成32年度目標を下方修正したというのは、新外来患者は増えているが、その理由として救急患者が増えている。小児センターは3次救急病院なので、1次救急の患者を絞るようにして、新外来患者数は少し減らしている。

(川渕委員)

小児がんについては対応されないのか。今次対がん戦略の中で難治性がんや希少ながんについて、県立病院が担うという考えはないのか。

名古屋大学附属病院における小児がんの実態はどうなっているのか。

(三浦委員)

名古屋大学が、小児がんの拠点病院指定を取得したということもあり、かなり積極的に動いているが、実際には患者が多くてパンクしそうな状況である。小児は、成人とは違って親も含めたケアが必要となる。また、小児専用のベッドだけでは足りなくなるなどいろんな問題がある。

ただ、小児がんの拠点病院指定を取得し、大学として積極的に取り組む方針となっているので、協力してやっていきたいと考えている。

(川渕委員)

がんセンター中央病院や愛知病院では名古屋大学附属病院から派遣された先生が多いが、小児センターは公募で医師を募集する取組みも採用していると以前聞いた。そうした中、小児センターは、名古屋大学附属病院とどう密接に連携していくのか。

(齋藤委員長)

名古屋大学が小児がんを一生懸命やるということは分かったが、需給は十分足りているのか。

(病院事業庁長)

小児がんは血液疾患が一番多い。小児腫瘍全体で名古屋大学だけでは足りないので、名古屋医療センターや第一第二日赤と協力して対応しており、大丈夫ではないかと思う。

小児センターでは、名古屋市内の大学病院などと連携して、救急患者が発生したときにどこが受入可能かという救急の連携システムを作って、小児センター自ら救急車を出して患者を搬送するという事を考えている。それが機能していけば、小児救急の部分で他の施設との連携は可能になってくる。

(村上委員)

経営基盤の確立という観点から2点ほど質問する。

がんセンター中央の経営基盤の確立の取組項目に、部門ごと目標に対するインセンティブを設定するとの記載があるが、部門ごとの目標となると部門別収支計算が前提となると思う。現状どんな準備をしているのか。

精神センター及び小児センターのいずれも、平成29年度から収支が大きく改善する計画となっているが、計画どおりに進んでいるかどうか金額ベースでの経営分析が重要となる。経営分析に関する取組は、どの部署で、どう具体的に対応する予定か。

(がんセンター運用部長)

目標達成度評価制度の中で各診療部長ごとの事務評価シートを作っている。具体的には、特定機能病院の取得への関与・貢献度、医療安全対策に関してIA報告の件数や委員会での貢献度、医療改善については新外来患者数、手術件数などを指標として人事評価をしているが、その評価を元に、インセンティブとして、学会の出席旅費や、スキルアップ費用、論文の翻訳投稿料などを補助している。

御質問のあった部門別収支の現状について、院長の診療部長へのヒアリング時に、診療科別の収入を使用しているが、診療科別の支出は材料費などの按分がうまくできないため、現状では経年変化の参考資料として使用している。

新たに、来年度、オペ室の効率的な運用を図るため、診療材料の解析業務の委託を計画している。各手術ごとに診療材料の使用状況を整理することで、収支差の分析に役立つと考えている。

(齋藤委員長)

2点目の質問について、精神センターと小児センターの経営分析に関する取組みはどうか。

(精神センター院長)

当院は全部精神科であるので、病棟機能別に、救急病棟、急性期病棟、医療観察法病棟、一般病棟、来年度からは児童青年期病棟、それぞれの病棟の目標を設定し、全員で検証するといったことは既に実施しているが、部門ごとの収支分析は今後の検討課題であり、それに対するインセンティブも現状ではまだ考えていない。

一般病棟は難治患者を受けているため、構造的に赤字であり、一般会計負担金が充当されるようになったが、それも一つの部門別の考え方の成果だと考えている。

(小児センター長)

小児センターでは、組織的な取組みとしては経営戦略会議が一番上部組織にあり、その中で各診療科の収入や、それに必要な医療器械はコスト的にどうなのかといった検討を行っている。また、委託業務の適正化や、診療材料の適正化についてもワーキンググループで検証している。一番の問題は、それを統合して分析する部門がない。医事専門の経営的な分析ができる司令塔が必要だと感じている。

(三浦委員)

小児救急については、予定入院とは違ったトラブルが発生する。これからは、医療安全の面での取組みが必要になってくると思う。

トラブルについて、どの部署が整理しているのか。それに伴う安全が担保される仕組みをどう考えているのか。さらに、退院についてであるが、入ったときから退院を予定とは違った意味での調整が必要であり、地域支援の充実というところも踏まえてどのように考えているのか。

(小児センター長)

救急をやるのにあたって、入院の管理だけではうまく回らないと承知している。昨年から小児救命救急センターを開設したが、昨年度は在宅支援室を作って、看護師を専属でおいて対応してきた。

ただ、1年間やってきて、看護師だけでは動かないという事実が分かってきた。今年度から、入院患者と外来の在宅を分けて、入院から退院、他の在宅支援病院へのコネクションも含めて入院重症小児支援委員会で対応し、外来に移行した段階で在宅小児支援委員会で対応している。

今後も救急対応が増えてくるので、この体制により交通整理していこうかと思っているが、小児の在宅は非常に受け入れるところが少なく、それを踏まえて対応していかないと小児救急は破綻してしまう。御指摘のと通りの、問題意識は常に持っている。

(西邨委員)

一つ提言をしたいが、やはり事業であるので、民間企業の経営管理手法を参考にして欲しい。民間企業では、通常経営計画と予算を連動させ、年次予算主体に全社で取組んでいる。内部の予算管理にあたっては、病院別だけでなく、部門別に分けて損益計算書という観点から予算を実現していく。売上予算、費用予算、損益予算を部門別に振り分けて、キャッシュフローを中心にして、部門別に実際の収入と支出に分けてコントロールしていく。あとは、本庁がまとめて進捗状況を毎月確認するようにして欲しい。

単なる予算執行ではなく、プラン・ドゥ・シーの管理が必要である。予算化して、それを管理して、予算差異が出たときにどうするか考える。それをやっていかないと、各病院黒字化という目標は達成できない。売り上げと支出をバラバラで見てもいけない。一体として見て行かないといけない。細かな項目までやらなくてもよいので、大きな項目での分析を実施して欲しい。

(経営課主幹)

以前は、予算と決算で大きな乖離があったが、ここ2、3年、予算は現実に近づけて設定して、必要な職員を配置しており、しっかりと予算を達成していくことが必要であるという考え方が少しずつ定着してきたと感じている。

そのようなことから、平成29年度の予算は必ず実現しなければいけないと感じている。ただ、この予算の数値が部門別に各診療科の数字を積み上げたものかという点、残念ながらそこまでは精査されていない。病院ごとの予算が現実的な数値に近づいてきているので、委員ご発言のとおり、次は各診療科ごとに積み上げた数値を予算として、さらには決算も各診療科に振り分けて分析していかないと、本当の企業経営にはなっていないと思う。これからの課題として改善に努めていきたいと思っている。

(管理課長)

昨年度も、委員からは同様のご指摘をいただいたと記憶している。

予算に対応して現状はどうなっているのかという議論は、決算が公表される年度の半ばにしているのは、決算と予算に対する検証が翌年度予算に反映できない状況があった。

このため、病院事業庁長、各病院長が出席している毎月の病院事業管理会議で、以前は患者数、単価及び収益といった収入源だけの指標で達成しているかどうかを見ていたが、本年度から給与費、薬品費などの材料費、経費についての執行状況を追加し、収入及び支出の累計が予定している年間予算の収支計画どおりとなっているのか、達成できていない場合は今後盛り返せるのかどうかを各病院長に意識してもらうこととした。決算の時期だけでなく、毎月の収支状況が分かるように改善してきているので、少しずついい方向に向かっていくのではと考えている。

(西邨委員)

非常に良い取組だと思う。簡略化した分析でも構わないので、是非続けて実行して欲しい。

(齋藤委員長)

小児センターの取組に DPC 対象病院への参加と書いてあるが、いつから実施するのか。

(小児院長)

平成 30 年 4 月からの予定。

(川渕委員)

小児センターで DPC への参加を検討しているとのことだが、小児センターの入院単価が相当上がる計画となっている。DPC をやっている病院は 1,600 ぐらいになるが、いわゆる DPC 特需は、もうないと思う。これから DPC を始める病院は調整係数がなくなることにより、果たして得なのかどうか。

小児センターの入院単価の計画数値は DPC 参加を踏まえたものなのか。救急医療を中心にやっている小児センターでは、出来高のままでもそんなに悪くないのではないか。あえて今から DPC に参加する優位はあるのかどうか。

また、がん研究所の取組項目は、達成できていないものが散見されるが、どういった理由か。

(小児センター長)

DPC 参加については慎重に検討しないといけないと考えている。簡単な試算によると DPC 参加により 5 % ぐらい収益が増加するのではということであったので、取組項目としてはいつている。全国のこども病院で、だいたい半分ぐらいは DPC である。

当センターの場合、PICU の管理料は 1 日 15 万円という非常に高い単価となっており、NICU が取れるかどうかの問題ではあるが、NICU がとれれば 1 日 10 万円がとれる。現状での DPC 参加の効果の積算でなく、PICU、NICU が取れたときの積算で DPC をやったほうがいいのかどうか判断する必要があるが、非常に難しい問題である。先ほどもお話ししたように、経営面での司令塔が欲しい。DPC 参加について先ほど平成 30 年 4 月を予定していると言ったが、まだ決定しているわけではない。

来年度の計画で小児センターの収入が上がっているのは PICU と NICU の管理料の影響によるものが大きな要因である。あとは、看護師が成長してきて夜勤ができる看護師が増えてこれば PICU の収益が増えてくる。ハード面はできたが、ソフト面での充実が必要となっている。NICU の管理料が取得できると、年間で 3 億円程度の増収となる。計画ではこれも盛り込んでいる。

(がんセンター研究所副所長)

現行計画の取組項目のうち、達成できていないものが5つほどあるが、1つの理由としては、この計画期間において所長が不在だったことが挙げられる。

また、4年前までは職員が37～38人いたが、現在8部ある中で2部部長が不在で、この4月には部長が3人不在となる。所長1、部長8の主たるメンバーのうち4人が不在という状況となっており、人数的にも23人となっている。定数の42名からすると6割ぐらいしか職員がいない状況である。このため、研究所全体のアクティビティが発揮できなかった。今後は、中央病院との協力・連携、またバイオバンクといった事業を始める中で、より良い組織を作っていく。

がん研究所は、研究環境としては非常にポテンシャルが高いと思っている。ただ、設備や器械の整備が遅れているため、スタープレイヤーが引っ張ってこれられない。待遇についても十分ではなく、来年度以降の取組みとして、新たな研究者をリクルートする方策はいくつか考えている。

(齋藤委員長)

国もそうであるが、病院は65歳定年だが、研究所は60歳定年なのが残念だ。60歳定年だと優秀な人材も集まらない。研究所も65歳定年になると良い。

(病院事業庁長)

来年度から研究所長として名古屋大学の教授に来てもらえることになっているが、最初クロスアポイントメントという形で来て貰えることとなっている。そのために、部長が定年になったところや出て行ったところも、組織としてもう一度見直しをして検討してもらうため、欠員が多くなっている状況となっているが、今後、改善していく予定となっている。

定年については、何度も県庁の担当にお願いしているのだが、なかなか実現できない。大学ではMD(医学博士)とPhD(学術博士号)の待遇は同じであるが、がんセンター研究所のPhDの待遇が低いのはリクルートの問題となっているので、改善しないといけないと考えている。

(齋藤委員長)

研究所以外で、他の病院の欠員は問題ないのか。

(管理課長)

看護師は小児センターで30人以上の欠員となっているが、その欠員は主に増員分である。採用にあたっては、増員分をある程度見込んで行っているが、今回、小児センターについては救急や周産期部門で大幅な増員をしたため足りない状況となった。

看護師については、平成24、25年度ごろはがんセンター中央病院も愛知病院も足りない

といった状況で 7 対 1 が守れるかといった状況もあったが、院内保育所やマンションを借上げて公舎化する取組みなども実施し、来年度は年度当初は過員となるので、年度途中で多少辞める人が出ても定員は下らない見込みとなっている。

技術職は毎年 6 月頃に採用試験を行い、新卒者も含め相当数の受験者もいるので、増員をしても 1 年間は欠員となってしまうが心配はしていない。

医師の採用については、各病院の院長が個別に活動していて、これも定数増に対して 1 年遅れになってしまうが、なんとか充足できるのでは思っている。

予算計画では定数増による機能強化や収益増を予定しているが、1 年遅れでスタッフが揃うということになると、若干収益増や機能強化ができないということが起こってしまう。そのため、支出を抑えるなどで収支を工夫していく必要があるが、人件費と委託については、どうしても先行投資となる場合もある。近年、改築などで大幅に増員するなどの投資の時期が続いたが、これで一段落するので、定期的な欠員補充はできる状況と考えている。

(齋藤委員長)

小児センターは名古屋から離れた場所にある割に、レジデントの数が多いと感じる。
精神センターではレジデントはいないが、医師はどこでトレーニングをしているのか。

(精神センター院長)

レジデントではなく定数の中で医師を採用し、トレーニングしている。

(齋藤委員長)

そろそろ時間である。本日、委員の皆様から頂いた御意見による計画本文の修正については、大きな変更もないことから、事務局に一任するという事でよいか。

病院事業庁では、それぞれの委員から頂いた御意見等を十分に踏まえて、次期計画「県立病院中期計画（2017）」により、取り組んでいただくようお願いする。

以上