

平成29年度愛知県立病院経営改善推進委員会 議事要旨

1 日 時

平成30年2月19日（月）午後1時30分から3時30分まで

2 場 所

愛知県自治センター 4階 大会議室

3 出席者（敬称略）

- ・委員 川渕孝一委員、堀田知光委員長、三浦昌子委員、村上貴子委員、吉本理沙委員（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
- ・説明のために出席したもの 病院事業庁長始め22名

4 委員長選任

互選により堀田委員が委員長に選任された。

5 議事の概要

○がんセンター中央病院長、がんセンター研究所副所長、がんセンター愛知病院長、精神センター院長、小児センター長、経営課長が資料1から6について説明。

（堀田委員長）

まず、個別の病院の話に行く前に、病院事業全体について平成29年度計画の進捗はどうであったのか、その次に、個別の病院ごとの話をしていきたい。

資料1の全体の進捗状況について、ご意見はありますか。

（川渕委員）

病院事業全体の平成29年度決算見込のその他の収益について、がんセンター中央病院で国等からの委託研究や受託研究収益が計画を下回ったことにより7.4億円の減収、それに関連してその他の費用のほうもがんセンター中央病院で研究研修費の減などにより6.4億円の減少となっている。結局、補助金が減ったので、それに係る費用も減ったということで、だいたい1億円ぐらいの利益が減ったということか。

何故こんな質問をするかという、先日の1月29日の日経新聞でがんゲノム医療が取り上げられ、その中で名古屋大学が白血病患者を対象とした遺伝子改変細胞療法が大きく取り上げられていたからである。免疫チェックポイント阻害薬のオプジーボ等は非常に費用が掛かる。それに対して、この遺伝子改変細胞療法はすごく安く抑えられる可能性がある。

私は、これは朗報だと思いながら、先般、がんゲノムの拠点病院の発表があり、名古屋大学や、国立がん研究センター中央病院・東病院も入っていた。

そうすると、総論の話から各論の話になってしまうが、これからの愛知県のがん医療について、基幹病院であるがんセンター中央病院として名古屋大学を含めて研究と臨床をどうしていくのか考えていく必要がある。

委託研究等は、むしろ増収ではないのかと思ったが、残念ながらその他収益は減収ということで気になった。その点はいかがか。

(病院事業庁長)

ゲノム医療中核拠点病院について、申請したが駄目であった。拠点病院の要件はかなり厳しくて、臨床研究中核病院レベルの体制が整っていないと認められないということであった。ゲノム医療中核拠点病院は駄目であったが、その下の連携病院の指定を目指し、具体的には名古屋大学、国がん東、慶応などいくつかの施設に連携病院として申請をしている最中である。

ゲノム医療中核拠点病院になるための体制整備として、研究所長が不在であったということが大きく影響していたが、今年度から名古屋大学の高橋教授にがんセンター副総長として来てもらって、体制整備をしてもらっているところである。具体的には、8部だった研究所の体制を12分野にして、ゲノムの解析が自力でできる体制に組織再編することを考えている。組織再編を予定しているため、現在欠員中の部長等の採用も、ちょっと待っているという状況である。

研究所の組織再編をして、体制が整っていけば、今後、徐々に改善していくと思う。

(堀田委員長)

個別の話に入る前に、押さえるべきことは押さえておく必要がある。個別の話に終始して終わりということになったら、県立病院全体の健全な発展はないのではないかと思います。まずは、全体的な枠組みについて話をしたい。

例えば、未収金がかなりの額であり、病院事業全体で1億円程度の未収金があるのですが、これは破産更生債権に移して処理する額ではないですね。

(経営課長)

この1億円は過年度未収金でありまして、引き続き回収していくものです。未収金については、病院の事務職員がいろいろな手続きをして回収の努力はするのですが、外国人の方が本国に帰られたりとか、所在が分からないとか、患者さん本人がお亡くなりになって相続の関係が確認できないといった回収が困難なケースもある。そういったものに対して、弁護士法人に回収委託をお願いして、成功報酬で何割かを弁護士法人に払うという形で進めているものです。

(堀田委員長)

過年度未収金の額について、平成 25 年度は低いですね。この時はなぜ低くて、なぜ最近また上がってきたのか。

(経営課長)

過去の未収金の部分について、患者さんが亡くなられて遺族の方が相続放棄をされているといったケースなど回収見込みがないため、経理上不納欠損する場合がある。不納欠損した額により未収金額の増減がでてくる。

(堀田委員長)

未収金については、どの病院も苦しんでいる。いろんなケースがあって未収金が発生するが、後から回収するのはとっても難しいので、発生させないことが肝要だと思う。今後の課題として欲しい。

その他、全般的な課題についてコメントすることはありますか。

(吉本委員)

先程、留保資金の説明で、一時借入に頼っているということだが、一時借入すれば利息が発生する。県の組織全体での対応など、一時借入しない方法はないのか。

(経営課長)

病院の収益について、患者さんが窓口で支払う分が 1 割から 3 割で、後は保険から入ってくる。この保険ですが、例えば 3 月の診療分ですと 5 月に入金される。その入金も 22 日や 25 日といったあたりに入ってくる。一方、3 月分の薬品費や消耗品などの経費は、単価契約をしていると 3 月で締めて 4 月中に支払うという形になるので、収益と費用のタイムラグがひと月でてくる。窓口で患者さん本人が支払う現金も、今はクレジット払いが多くてこれもひと月遅れの入金となる。

こういったことから、留保資金として保有する額は 30 億円ぐらいないと不足してしまうが、留保資金の減少により一時借入でつないでいる状況である。給料日に資金が足りなくなるので給料日に一時借入し、22 日、25 日に国保とか社保の保険からの支払いが入ってきて返済するという状況である。

愛知県の中でなんとかできないかということですけど、一般会計負担金は通常では四半期ごとにだいたい 4 分の 1 ずつ分けて繰り入れされるのですが、本県の場合、これを前倒しで繰り入れて、年度当初は一時借入しなくて済むようにしている。今年度は 9 月までに今年度分の一般会計負担金を貰いきって、その後は病院の中でなんとかしなくてははいけないので、銀行から借り入れるというような形をとっている。

(堀田委員長)

今は、実際に借り入れてるのか。

(経営課長)

今年度は、12月末に3億円を借りて一時借入が始り、3月の時点では13億円ぐらい借りて年度末までに返すという形で資金計画を立てている。

(堀田委員長)

全体的な話としてもう1点、材料費などの共同購入はどこまでやっているのか。

(経営課長)

共同購入については、病院の性格ががんセンター、精神センター、小児センターでそれぞれ違い、使う薬にしろ機材にしろ、それぞれの特徴があることから、なかなか共同購入といったスケールメリットがでてこない。

がんセンター中央病院と愛知病院については、特に抗がん剤の部分について、共同で中央病院のほうで価格交渉するという取組は行っている。

(堀田委員長)

確かに抗がん剤など特徴がある薬剤などについては共同購入のメリットは出にくいですが、病院間で共通に使う材料については、メリットが出るのならできるだけ共同購入をやっていただければいいかなと思う。

それでは全体的な話はここまでにして、個別の病院について進めたい。まずは、研究所を含めてがんセンター中央病院について話をしたい。

がんセンター中央病院は唯一黒字化をしており、あまり大きな問題はないのかもしれませんが、愛知県がんセンターは自治体による地方がんセンター中で一番最初に創設されたがん専門施設であり、伝統のある病院、研究所であるものの、ここ最近では研究所の所長や部長の欠員などもあり、実績が一時期ほどの状況ではないように見受けられる。

これから研究所の組織再編で、12分野と少し細分化し、より特化した研究をやっていくということですが、がんセンター中央病院についてご質問やご意見はありますか。

(川淵委員)

先程言いかけたことを再度お聞きしたい。がんセンター中央病院の4.6億円の研究助成が計画を下回ったということだが、何か想定外のことがあったのか。何か取れなかった科研費とか補助金とかあるのか。

(経営課長)

その他収益全体では7.4億円の減収であり、本庁のところでご説明しました損害賠償の

収益と費用は計画では1億75百万円見込んでいるので、7.4億円のうちの1.7億円ぐらいは損害賠償事案がなかったということで計画を下回っている部分である。

がんセンター中央病院の減収については、受託研究で約1億円、科研費などの外部研究費の獲得が予定を下回ったのが3億円ぐらいという状況である。

(がんセンター運用部長)

前年度実績比ですと、その他医業収益につきまして受託研究収益が3千万円ほど減収する見込である。その他医業収益については合わせて5千万円ぐらい減収する見込である。

医業外収益では外部研究が下がっている。AMEDの革新的がん医療実用化研究という大きなものが1千万円ぐらい減少したり、研究所の職員がやめて補充がされていないということから一時的に外部研究が減っている。平成29年度見込みの前年度比で2,100万円ほど低くなっている。

(川淵委員)

確認だが、この資料の中の、その他収益は国等からの委託研究や受託研究収益が計画を下回ったことにより4.6億円の減収と書いてあるが、多くは研究費が思ったより入ってこなかったということよりも、別の要因によるその他収益の減ということか。

(がんセンター運用部長)

計画との差について、例えば外部研究については、計画の段階で過去からの実績を踏まえて整理をしており、計画では5億円ほど考えていたのですが、実際には2億円ほどしか入らなかったということです。

(川淵委員)

今後は、先ほど庁長からお話があったとおり、高橋先生も来られて組織再編も行っていくので、改善していくという理解でよいか。

(堀田委員長)

研究費は取れたり取れなかったりと未確定部分が大きいので、だいたいの実績ベースで計算するという事でしょうか。研究費の獲得については、有能な研究者の養成や、或いは外部から引っ張ってくるということも大事かもしれません。

(三浦委員)

クリニカルパスについて進みそうで進まないような状況があるのですが、これから在宅、地域連携ということ意識する必要がある。

地域連携クリニカルパスの連携医療機関数が29施設から72施設にまで増やしたということで、このパスをより良くして連携がうまくいった秘訣と、地域包括ケアなり在宅医療の

ところに変化をもたらしたというアウトカムは何かあるか。

(がんセンター中央病院長)

地域連携クリニカルパスについて、胃がんとか肺がんとか、本当はパスでやりたいところなのですが、それぞれの病院におけるフォローの方法や日進月歩のガイドラインのため、統一がなかなかできない。乳がんについてうまくいっているのは、がんセンター中央病院の場合、岩田先生という有名な乳腺科の先生がいて、名古屋市内に連携している乳腺科の先生もたくさんいることから、数も増えているという状況である。

例えば、地方の大きな病院ですと診療所と病院の連携は非常に強いので、患者さんを紹介してもらってまた戻すというシステムが非常にやりやすい。当院の場合、乳がん以外の癌では遠方から来る患者さんも多くいて、なかなか診療所に戻しにくい。また、患者さんの希望で当院でフォローして欲しいということもあり、なかなかうまくいかない。

地域連携クリニカルパスは、名古屋市内の大きな病院ではなかなかうまくいっていないという現状がある。

(堀田委員長)

次に、愛知病院について何かご意見はありますでしょうか。

(川淵委員)

がんセンター愛知病院の岡崎市への移管時期について、平成31年4月を目途に、今年度内に合意を目指すということだが、統合までの期間が大変短いと感じる。だいたい県と市の合併は政治的に難しいところがあり、結構悩ましいのは、例えば、給料体系をどうするという事務的課題、さらに病院だと電子カルテといったシステム系を統一するのが大変だと聞く。

今年度内の合意を目指すということなので、あと1か月ちょっとである。何か今ネックになっていることや、課題はあるのか。あるいは問題は全くなく進んでいるのか教えて欲しい。

(病院事業次長)

藤田保健衛生大学病院が平成32年4月に岡崎市に開院となっているので、それよりも前に岡崎市の北部の方の体制を作り上げたいということで、移管するのであれば平成31年4月の移管ということで考えている。

ご指摘の通り、県と市の病院が一緒になるわけですので、様々な点が違うことから、課題はたくさんある。今年度内に少なくとも移管するかどうかについては合意を図り、移管が決まったら、本当に課題がたくさんあるので、一所懸命進めてまいりたいと思っている。

(愛知病院長)

電子カルテ等のシステムに関しまして、当院も岡崎市民病院も富士通のシステムを入れ

ており、平成 32 年 1 月に岡崎市はシステムを新しくする予定で、その時に 2 つの病院のシステムを一つにすることが考えられている。医療系のシステムについては、それほど大きな問題はないと考えている。

(堀田委員長)

合意がされないと具体的には進まないのだろうけど、病院機能はどこ部分を統合して、どの部分を残すのか。病床は今の 276 床をどうするのかは今後の話となっていくのか。

(病院事業庁長)

基本的には、地域医療構想で急性期が余っていて回復期が足りないという状況があるので、回復期の機能を愛知病院の方に足して、急性期の機能を岡崎市民病院の方に統合することが考えられる。病床数は、移管するとなった場合、両方をプラスした数よりも減らす方向になるのではないかと。

たまたま、ほとんどの医師に関しては、両方とも名古屋大学の医局からきている状況があるので、その点に関していえば、わりと問題なく足した数より少ない人数で、より機能的にできるのではないかと。

がん医療も、高齢の患者が多くなり合併症の患者さんばかりになってくるとがんセンター単体ではなかなか対応が難しいというところもある。

(堀田委員長)

愛知病院がやっている結核医療はどうなるのか。

(病院事業庁長)

結核医療については、移管するとなった場合、市民病院に新しく結核病床を作ること考えている。今後は、結核の医療も総合的なことができないとダメだから、市民病院の中に作って欲しいという名古屋大学の教授から要望もある。

(堀田委員長)

愛知病院の特徴的なものとして緩和ケアに力を入れてきたが、これは病棟が主体か、チームか。

(病院事業庁長)

両方ある。比較的最近作った、緩和ケアセンターという新しい施設もある。

(堀田委員長)

地域医療に貢献できるような病院となって欲しい。

(病院事業庁長)

愛知病院が移管すれば、機能を再編し、2つの病院で医療が完結できるようになる。

(堀田委員長)

愛知病院はなくなるわけではなく施設はまだ使うということで、役割分担をしていくということか。

(病院事業庁長)

そういう方向で考えている。

(村上委員)

愛知病院の移管に関しての費用負担について確認したい。愛知病院を岡崎市へ移管することとなった場合、経営自体は市民病院のほうに移って、施設の維持といった経費について一部県で負担することが必要かもしれないといった説明があった。

経営が市民病院に移るということなら、愛知病院に関する施設の経費については支出に見合うだけの収入がないケースが想定されると思われるが、その場合、経営改善中の3病院に負担をさせないようにすることが必要ではないか。以前、一宮の病院の機能移転があったときは閉鎖されてから一部費用を負担されてたように記憶していた。

純粋な経営以外で発生するような移管に伴う費用については、負担金の繰入などで他の病院に影響させないように手当が必要ではないか。

(病院事業次長)

移管の条件については協議中でありどうなるかはわかりませんが、結核といった不採算部門を岡崎市民病院に移管するのであれば、県から岡崎市に対して費用負担をしなくてはいけないと思っている。その場合は、一般会計のほうから負担をしてもらうという考え方をもって協議を進めている。

(堀田委員長)

次に、精神医療センターについてご意見はありますか。

(村上委員)

精神医療センターについては大規模な設備投資が終わって、これから投資に見合う効果が上がっているかどうかを検証することが必要となる。

今年度の決算を見ると、前年をやや下回る赤字であるということであるが、この中期計画の最終年度には黒字を目指すという計画になっている。

黒字化するために収益の増加はもちろん大切であるが、費用の削減についても引き続き努力していかなくてはいけない。新しい施設ができたということは、それに伴って償却費以

外にも施設維持のための固定的な費用が発生してくると思うが、これについても効率的な支出をしていくということが、とても大切であると思う。

今年度施設維持のための費用の契約について、具体的にどのような計画をされて、どのような成果が上がったのか。

(精神センター事務長)

まず、建物の維持管理に関する費用について、光熱水費がある。今すべての建物が出来上がったところで、実体的な検証は終わっていないが、当然、施設が新しくなるので古い施設よりは省エネとなっている。例えば、照明をLEDに変えたり、冷暖房を重油からガスに変えたりとかで、少し光熱水費を減らせるような取組をしている。平成29年度で重油も含めて1億2千万円ぐらいかかる見込みであるが、平成30年度は1割ぐらいは削減できるのではと見込んでいる。

他に施設を維持する費用として、例えば警備とか、清掃、施設の保守・点検・営繕といった委託業務がある。この委託の費用が管理費だけで年間1億2~3千万円かかっている。これについては、現在仕様をしっかりと検証したうえで、適正な価格で、競争入札により業者を決定するという形で、できる限り安価にできるように努力をしている。

ただし、病院という性格上、安かろう悪かろうではよろしくないのも、質の担保が必要となってくる。委託料を下げると、業務がおろそかになる恐れもあり、そのあたりをしっかりと仕様書で相手方に示して、いかに適正な業者を選ぶのかということが課題である。

実は、最近、精神センターの患者が無断離院をしたという事案があり、それに関連して地域からは警備員をとという要望があった。今は最低限の警備員しか置いていなくて、緊急に離院した患者を探しに行くというだけの人数を置いていない現状があるが、それでは地域にとっては不安があるということもあることから、少し経費としてはかかるけど、やはり警備員を増やさなくてはいけないかと考えている。

このように業務の質と費用のバランスを考えながら、収支を見ながら、適正な価格で契約をしていくという努力をしていきたいと考えている。

中期計画において、32年度黒字化ということで当センターは目標をたてているが、当センターの性格上、ほとんどが政策医療であるということもあり、7つの病棟のうち5つが一般会計負担金の対象となっている。その繰入の計算は一定の患者数見合いで、赤字補てんということになっている。赤字補てんということは、設定した患者数がいないと、全部病院の持ち出しということになる。その設定の患者数というのは、予算であり、計画であるので、黒字化するためには、まずは最低限でも予算・計画の患者数を確保して、それでやっと一般会計負担金を含めてプラスマイナスゼロとなる。そこからスタートすると思っている。

先程、院長から説明したが、昨年7月には予算をはるかに上回る患者数を確保できた。残念ながら、その後は、新病棟への引っ越しもあり、現在の患者数が減っている状況ではあるが、来年度はなんとしても計画の患者数を確保して早期の黒字化を目指していきたい。

(精神センター院長)

建物を新しくすると、施設だけでなく外構も整備して、新しい木を植えたり、芝生を植えたり、結構、維持管理のお金がかかる。このため、経費節減として医者と看護師の幹部クラスで当番を決めて、水やりをしたり草取りをしたりと、少しでも経費を削減しようとする取組をやっている。

(堀田委員長)

長年、城山病院という名称で親しまれてきた病院ですが、精神医療センターと名称変更してからの浸透度はどうか。

(精神センター院長)

平成 28 年の 2 月に病院名を変更して約 2 年たったところで、ほぼ浸透してきたという実感はあるが、古い病院名への愛着もあり、いろんな医療関係者があえて城山と言っている風潮はまだある。

タクシーに乗っても、2 年前は精神医療センターへと言っても通じなかったが、最近ではすぐに分かってもらえる。

(堀田委員長)

新しい病院になったので、そういう意味では新患が増える状況にあると思う。

(川淵委員)

平成 29 年度決算見込が計画から 2 千万円ぐらい下回った理由はいろいろあると思うが、今回の新しい中期計画の目標では各病院が黒字化を目指している。精神センターは平成 32 年度に黒字化を目指すということで、入院患者数も増えるとは思いますが、そうは言っても国は入院から外来という方策である。昨年度も同様の質問をしたが、中期計画の入院患者数の計画数値を達成できるか再度確認したい。

(精神センター院長)

全国的に、精神科の入院患者数は地域支援を進めるという点で、従来の入院の中心であった精神疾患、統合失調症とか減っているが、全体としてそう減っていないのは、認知症患者が増えてきたからである。認知症患者が一旦精神科病院に入って、少しそこで入院して、認知症に伴う精神行動の症状が落ち着くと、自宅に戻ったり施設に行ったりする。そういった入院が相当増えている。

新しい病院では、精神科救急入院料算定病棟、いわゆるスーパー救急の病棟を作ったのですが、他院ではスーパー救急病棟の患者のほとんどが認知症患者という精神科病院もある。当院も、そのような認知症患者もたまには入院するが、そんなに積極的にとっていない。

また、増えているのが発達障害の患者であるが、これも微妙な問題をはらんでいる。当院

で精神発達障害をやっているということがかなり知れ渡ってきた。本来は成人の発達障害を対象としていると宣伝しているが、とにかく発達障害で病状の悪い人を全部当院に送ってくるという風潮がでてきている。それをそのまま受けていると、患者数は増えるけど、救急、急性期の入院病棟の機能が低下して、下手をすると長期入院になる。その辺を、うまく交通整理しながら入院患者数を増やしていくという課題がある。

一時的にとはいえ、今年の夏ごろに最高で1日当たりの入院患者数が230人を超えて、その月は月平均でも220人を超えたということがあった。そのときは医者は皆疲弊して、このままでは辞めてしまうのではということがあったのですが、今は少し落ち着いている状況である。

今後は、児童青年期の病棟も新しくなり、発達障害の患者も交通整理しながら入院患者を増やしていくということであるが、計画の入院患者数は決して達成できない数値ではないと考えている。

(堀田委員長)

精神科病院は患者数をどんどん増やして儲けろという性質をもった病院ではないのですが、経営の改善に向けては収益や費用の見直しを進めていく必要があると思う。

医療観察法病棟の経営状態は順調なのか。

(精神センター院長)

物理的な医療観察法病棟の病床数は18、そのうち定床が15で、予備床が2、17床まで入れていいという設定でオープンして、今予備床も含めて17人入っており満床となっている。

全国的にベッド数が少ない状況の中で患者を受け入れてきたということで、患者数という点では順調であり、ベッドは埋められて収益にはなるが、患者の中には岐阜や静岡など遠方の患者も入院してきて、社会復帰期に外泊の練習をするときは、スタッフが2名とか3名とか付き添い、ホテルを借りて泊まるということもあり、そういった費用負担も結構かかるという問題もある。

(堀田委員長)

次に、小児保健医療総合センターについて、ご意見はありますか。

(三浦委員)

PICUについて、本来収益の要のところではある。私も看護部長の時には、収益の大きな病床を埋めるため看護師等を工面しながらやっていた。PICU等の稼働が低いということであるが、これは医師や看護師がいないから稼働できていないのか、患者さんがいても受け入れができていないのか。PICUが16床あるということであるが、これをフルに動かせるようになるのはいつになるのか。

(小児センター長)

当院のPICUがどういう状況になっているかについて、ご説明させていただく。PICUの対象患者というのは重症の小児患者だけではなく、心臓外科の術後の患者が60%ぐらいという比率となっている。麻酔科医が平成27年度は5名だったが、翌年に8名となって、来年からは10名となるということで、心臓外科の手術件数も多くなっている。

心臓外科の手術件数については、平成27年度が166件、平成28年度が192件、今年度は約250件の見込みということで、毎年増えている。そのため、当然のことながら心臓外科手術の後には全例PICUに入院するので、それだけでもPICUのニーズが高まってきている。

それから、他院からの搬送患者についてであるが、当センターは小児特定集中管理料が算定できる施設となっている。これは、1日15,752点、1床当たり約15万円の入院料となる。この入院料の施設基準として、他院からの搬送が年間50件以上、24時間以内に人工呼吸器を付けるのが30件以上となる。私の知る限りでは、全国の小児病院で5施設ぐらいしか認定されていない。この施設基準をとるためには2対1看護が必要であるので、今は運用病床を10床でやっているが、夜間にはある程度管理できる看護師が5名必要ということになる。

PICUの入院患者数であるが、平成28年度実績が1日平均5.8人で、平成29年度の4月から1月までの1日平均は6.6人ということで、約1人増加している。これは、恐らく9月に稼働病床を8床から10床に増床した影響と考えている。

ただ、10床満床で6.6人というのは余裕があるように見えるが、心臓手術というのは予期しない手術もかなり多くて、また、他院からの救急患者搬送も予想できないので、月に数日は10床の満床となっている。1床はすぐ入れるようにと9床満床でやっているのですが、それでも院内発生で10床になっていたりする。このため、8床稼働の1月から9月ですと他院からの搬送依頼についてPICUが満床で入院不応受が10件あり、10床に増床した9月から現在まででも不応受が8件ある。

当センター不応受の患者さんはどこかに受け入れてもらはなくてはいけないので、当センターの医師と看護師が同乗する専用救急車で三角搬送を行っている。本来、重症患者ですのでスムーズに入院させるべきなのですが、時間的なロスが発生しているということです。それを防ぐためにも、県内4大学と第二日赤と連携して、どこに受け入れるか迅速に決定するための重症患者搬送連携システムを構築しているところである。

ご質問のありましたPICUが稼働できていない一番のネックは看護師のスキルの問題である。平成29年の4月に病床を増やすということで看護師は増えましたが、70名が新規採用者で63名が新卒であった。PUCUの昨年4月の状況ですと、配置看護師が48名でそのうち新規採用者が17名、クリニカルラダー1という1人では出来ない、指導が必要な2年目の看護師を含めると18名ということで、PICU全体の約40%がラダー1の状況である。中堅看護師は業務とともに新人の教育に一所懸命やってもらっていて、なんとか昨年の9月に8床から10床に、夜間看護師さんが4名から5名になったという状況である。管理者としては早期に12床にしたいのですが、ひとり立ちした看護師さんの夜勤が6名に増えるということで、すぐには困難な状況である。今年の夏過ぎぐらいには12床にしたいと考えている。

当センターの教育システムが駄目でこうなっているのかということであるが、日本小児総合医療施設協議会というのがあり、その看護部門でも PICU の教育というのは問題になっており、やはり 1 人前の看護師になるのは 3 年以上必要となっている。長野こども病院の教育プログラムも 3 年終了時にひとり立ちという計画でプログラムが作られている。今年度入った PICU の新人看護師は、今の段階で 1 年を経たおらず、ひとり立ちするには少し余裕を頂かないと予定通り増床とならないと考えている。

PICU の点数はかなり高いので、今年度は 1 日平均入院患者数が 1 名増えただけであるが、1 月当たり 1,500 万円、1 年あたりでは 1 億 8 千万円の増収ということになる。PICU のニーズはもっとありますので、なるべく早期に 12 床にしたいと思っている。

当然リスクが高い患者を扱っているので、医療安全の問題と、最近新聞にもよくでている病院従事者の働き方改革もあるので、バランスを取りながら進めるしかないと思っている。

(三浦委員)

PICU に新人看護師を 17 人配置したという話があったが、怖くて集中治療室の稼働を増やせないということは分かった。病棟から経験がある看護師を少しでも流すということも必要であろうかと思うのですが、新人 17 人を PICU に配置せざるを得なかった事情はあるのだろうかと思います。この状況では大変であったのだろうと痛切に感じました。

(川淵委員)

ひとつお聞きしたいのは、どの辺が本当のデータなのか。今年度は計画に比べて経常収支が 9.4 億円も下回る見込みという状況で、なんとなく黒字目標というのはきついと感じる。個別病院ごとに黒字化をうたっているのですが、本当のところはどうかお聞きたい。

(小児センター長)

データに関して、当センターの今の一番の課題と申しますか、心療科いわゆる児童精神科ですが、小児センター発足以来、ひとつの目玉でやってきた。1 つの病棟で 30 ぐらいのベッドをもっており、4、5 年前は常時 30 人ぐらい入院していたが、愛知県の地域医療再生計画により、平成 30 年の 4 月に外来機能も含めてコロニーに行く。

心の病のある患者は計画的に治療を行わないといけないので、例えば 20 人入院させておいて、いきなり転院させることはできない。このため、計画的に 3 年ぐらい前から患者を減らしてきている。一時期 30 人ぐらいいたが、今年度は、1 日当たり 10 人ぐらい、この 1、2 月では一桁になっている。そこに入院患者数の増やせなかったという原因がひとつある。

移管後の心療科病棟は、PICU の後方病床、脳神経外科と神経科、要するに合併症をもつような患者に対して集中的にやる病棟に改修しようと思っている。ただ、工事をするのにも入札等の手続きもあるため、11 月とか 12 月ぐらいにならないと完成しない。それまでの間は、半分ぐらい何かで利用しようかと思っているが、そこがしっかり整備されて、患者さんが入るようになるというのが平成 31 年の 4 月ということになり、その時点で全ての体制が

整う。基本的には平成 31 年 4 月からの 1 年間で勝負であると考えている。

平成 32 年度までには、なんとか中期計画を達成しようと思っているが、来年度は計画にあるように黒字になるというのは、計画を出しておいて何を言っているのかと言われるかもしれませんが、正直なところは難しいと思っている。

平成 31 年 4 月に全てが整備されて、看護師のスキルも上がって、その時にできなければ、それは完全に小児センターの責任と考えている。

(堀田委員長)

小児センターの決算見込は計画に比べて大きく乖離しているが、急性期病院に移行していく途中であり、PICU や NICU がフルオープンするには医療安全の観点からスタッフのスキルというのがとても重要である。経営的には大きな負担になるものの、少し長い目でみるということも必要ではないか。

そろそろ予定している時刻となりました。

病院事業庁では、それぞれの委員からいただきましたご意見等を十分に踏まえていただき、県立病院中期計画(2017)の目標達成に向け、しっかりと取り組んでいただくようお願いいたします。

以上