

平成 30 年度第 1 回滋賀県立病院経営協議会（概要）

日 時 平成 30 年 10 月 11 日（木）15：00～16：30

場 所 総合病院西館 5 階リハビリテーションセンター研修室

出席者

【経営協議会委員】

- 越智 眞一 委員（滋賀県医師会会長）
- 片岡 慶正 委員（滋賀県病院協会会長）
- 菊井 津多子 委員（滋賀県がん患者団体連絡協議会会長）
- 田中 正志 委員（公認会計士）
- 富永 芳徳 委員（公立甲賀病院名誉院長）
- 柘 勝次 委員（元滋賀県監査委員）
- 廣原 恵子 委員（滋賀県看護協会会長）
- 吉岡 正昭 委員（大阪府済生会吹田医療福祉センター高寿園園長）

【病院事業庁】

- 宮川庁長、井上理事、八里次長、藤井技監
- （総合病院）一山総長、川上副院長、財間副院長、川那辺副院長、池口副院長、
山中院長補佐、村田局次長
- （小児保健医療センター）二見病院長、加藤次長、東部長
- （精神医療センター）大井病院長、江村次長、白崎部長
- （経営管理課）磯谷課長、中井参事

○庁長あいさつ

○委員自己紹介

○事務局自己紹介

○資料確認

○会長あいさつ

今、日本は高齢化率が 28.1%で世界一という逆三角形構造である。また、人口は年間 40 万人、2050 年からは 90 万人減少し、2060 年には 9 千万人になると言われている。政府でも外国人の受入れ、介護施設等での受入れ等の検討を進められている。

医療に関しては、医療職の働き方改革、病院経営も含め、最近では病院、医療施設へのかかり方をどうすれば効率的な医療体制を構築できるか、住み慣れた地域でいかにその人らしく一生過ごしていけるかということを検討されている。これについては、地域包括ケアシステム、病診連携、病病連携、在宅療養推進等によって、病院では地域医療構想によって自院の役割を明確にし、病院事業を遂行していくということになっている。

県立病院においては、平成 28 年に総合病院の新病棟、25 年には精神医療センターの保護観察病棟を建てられ、病院機能を著しく推進されている。第四次中期計画は 29 年度から実施されており、30 年度についても一部資料がある。病院事業庁、3 病院から初年度の事業に関して説明していただき、委員の皆様からご意見をいただくことでさらに病院機能を高めたいと思うので、よろしくお願ひしたい。

○議事

説明 第四次県立病院中期計画の実施状況に係る評価について

(井上理事、加藤次長、江村次長および磯谷課長から説明)

質疑

(委員) どの病院も厳しい状況ですが、全国の自治体病院でも、勝ち組は病床稼働率も 95%。95%なかった病院は回れないというのが今の趨勢だと思う。

一番注目すべきところは、地域包括ケア病棟をつくられたところが稼働率 50%。そうすると、70 数%から 80%にすると、ほぼ 7 : 1 看護でやっておられるのが、実際には 6 : 1 看護になる、そういう見方もある。看護師の数は多いということになる。

そうすると、地域包括ケア病棟は実際にどういう患者さんをターゲットにされているか、先ほどの説明では、自院の患者さんのポストアキュートの受け皿がという話が出ていたが、本来のところから言うと本末転倒かという考え方もある。

さらに一歩進めるならば、本院の 76%の内訳の中で DPC のⅢ及びⅢ越えが何%いるのか、常にそのモニタリングとウォッチングの中で地域包括ケア病棟の本題があって、いかにサブアキュートを入れてくるかということを考えると、3 万円の単価で 13 : 1 をやって、なおかつそれが 50%であれば、ほんとに地域包括ケア病棟が必要かというところを検証されないと。ここが守山の市民病院であればいいが、県立病院の総本山がこの地域のニーズにできていると言えるのか。辛口の表現をするが、やはり病棟が今まで、建築されて広げられたのが、急に患者が増えるとは思わない。地域包括ケア病棟の今後の在り方というのをもう一度よく検討されないと。国は 400 床以上の病院は地域包括ケア病棟はいらぬという動きがあるので、どこかでご決断をしていただく必要があるのかなというのが第 1 点。

地域包括ケア病棟の今現在の動きをサブアキュートとポストアキュート半々な

のかどの程度なのかきちんと分析しないとターゲットが入ってこない。周りに地域包括ケア病棟が広がっており、どこから取ってくるのかという話になる。そのところの分析の中で、その場しのぎの地域包括ケア病棟は、同じ苦しみを持っている自治体病院としては、簡単に作ってほしくないというのが考え。

もう一つ、県立総合病院の内部プロセスの中で、小児と精神の時間外勤務の非常に素晴らしいデータを出していただいているのがあるがありがたいなど。逆に言うと、9時間や10時間の時間外勤務は短いから職員満足度が高いのか、逆に暇だから楽で嬉しいと考えているのかそういう見方もある。そうすると、総合病院の時間外勤務の職種別の数字をいつもお願いしているが、働き方改革が国で言われている中でもっとドクターの数を増やして、もっとナースの数を増やして、タスクシフトに対応しろというニーズに応じていくというのであれば、時間外勤務削減が全てになると思うので、総合病院の方の職種別時間外勤務の推移というのは、病棟稼働率が下がっていく中で上がっているのか下がっているのかどうなのかというところの分析を教えていただきたい。

(委員) 今、辛口の質問で、地域包括ケア病棟を作られたのは現体制でなく前の体制ではあるが、確かに50数%というのは少ない。地域包括ケア病棟というのは在宅から急性期化した患者さんを受け入れるとか、あるいは他病院からの云々の受入れとか、自院のポストアキュートの受入れと3つの方法があると言われているが、ここはおそらく自院でのポストアキュートの患者さんがほとんどということなので、在院日数が13.3日と地域包括ケア病棟があるから去年より伸びているということがあると思うが、今後どうしていくのかというのがご質問の要旨で、場合によっては返上をせよという話になるのかどうかかわからないが、どのように管理をしていくか。もう一つは医師、看護師の適正配置、労働と収入のバランスをどうとっていくか、無限に医療職を増やして赤字にするのが正しいやり方だとも思えない。その辺のご質問だと思うので、よろしくお願ひしたい。

(事務局) まず時間外の数字の方を先に。総合病院の28年度と比較すると、28年度は医師が月平均31時間、看護師が14時間、事務が33時間、それ以外の医療技術者21時間、全体19時間。それに対して29年度、医師32時間、看護師13時間、事務25時間、医療技術者10時間、全体17時間。全体の患者数は増えているが時間外は増えていない。

(事務局) 地域包括ケアの医療の在り方であるが、正直なところ考え方がまとまっていない。委員が言われるように、県立病院としてそういうものが必要かどうかということだと思うが、現在ポストアキュートの患者さんが入っているのは事実なので、地域全体、県全体を踏まえて、もう少しお時間頂いてあり方を検討させていただきたい、今お答えできるだけの能力が備わっていないので。

(委員) 私の真意は、国の高度急性期、急性期、回復期といっているのがそもそも間違

っていると思う。それが、私が言いたかったこと。2013年のデータを使って、この地域で高度が足りないとか、回復期が足りないとか言っているが、実はこの病院もDPCⅢ越えが30%以上いるはず。その人の単価が下がるから早く返せと言うが、実は地域包括ケア病棟よりも高いはず。絶対そうだと思う。そうすると、この病院は高度急性期も急性期も回復期の患者さんもケアしているということデータを出すと、国がこれは困りますと言われるからみんな転換しようと思っているが、逆に言うと、患者さんの目線から見たら面倒見のいい病院。患者さんは高度であろうと急性期であろうと回復期であろうとどうでもよくて、自分にとって都合の良い病院を信頼している訳で、私は面倒見の良い病院をつくるなら、そういう病院になってほしいという考え方なので、今後地域医療の在り方の奈良県の方式とか大阪方式とかもよく考えてもらいたいというのが真意。

一言言うとDPCⅢ越えの患者さんもおられるので、その患者さんを大事にするのか、地域包括ケア病棟に入れて、政治的、行政的にきれいなことを受け入れてもらえるのか考えていただきたい。この病院は県のトップの病院であるいは大義のある病院なので、トップの病院がきちんと自身を示していただきたい。これ以上は言わない、よろしく願いたい。

(委員) 色々検討していただいて、地域包括ケア病棟を申請・許可されてすぐに返上する、これはいささか問題があらうかと思うので。今、50%というのは、地域包括ケア病棟の利用率を高めたら急性期病棟の利用率が下がってしまうという状況なのか。本来、どんどん退院となり、回復期リハビリへ移して、急性期病棟が80%、85%以上あれば、もちろん95%以上あればいいが、もしそれが県全体で埋まらないということであれば、ベッドの縮小ということを考えていかなければならないと思うので、その辺を検討して頂けたらと思う。

(委員) 色々苦労しておられると思う。とりあえず購入単価について。開業する時に価格を聞いていると、国公立の病院に入る機械は我々と大きく異なると聞く。そのあたり気を付けて交渉を進めていかれると、ずいぶん違うのではと思う。業者側は国公立に対して非常に甘く見ているというか、言い値で買ってくれるというような現実があるように思うので、そのあたりをもっと詰められてもいいのではないか。

それから、資料4、6ページの小児保健医療センターフォローアップシートの平均在院日数が数値目標は12日、前年度実績は11.3日、実績は10.3日と短縮しているが、短縮することが「下回った」という評価になるのか。これは収益のことを考えたらということなのか。在院日数の考え方がよくわからない。

(事務局) 在院日数は短くなればいいが、小児保健医療センターの場合、整形外科の患者が減ったことによって、11.3日から10.3日となっているため、そこをきっちり評価すべきである。小児科であれば短縮すればよいが、小児整形全体では、例え

ば 40 日を越えているのに全体比率が小さくなって 10.3 日になったという説明をした上での評価であれば。ここではただ数字だけを上げているので、整形の分野と小児の分野を一体とした上でこういった部分を分かりやすく説明したいと思う。

(委員) 今回の決算は予算よりも非常に大きな赤字になっている。減価償却の方法は定額法だったか。ということであれば新病棟をつくられた償却も減っていくということではないと思うので、29 年度決算は病棟を移された特殊要因は全くない普通の状態の決算、特別損失は別として。この年度でこれだけの赤字ということは、このまま継続というのは非常に大きな問題になるということだと思う。それは大きく建てすぎたということかもしれないし、そこは大きく見直して検討いただかないと厳しい状態だなと、お分かりのことだとは思いますが。

(事務局) 決算の分析として一番大きかったのは、本来運用すべき入院患者数、大体 440 ぐらいでバランスかなと中期計画で定めており、それを段階的に達成するという目標に対して、昨年の場合 423 という目標に対して 416、まだ患者数が達していない。もう一つは、昨年度、主要な診療科長が交代して、泌尿器科、婦人科、手術の多い、影響の大きい主要な科であるが、科長の交代に伴い手術数が大きく減ったということが大きな影響を与えたと考えている。今後についても 440 を一定の目標にしないと、病院としては難しいと考えている。

(事務局) あと一点、今の減価償却については、今のこの建物を建てる時期がどうであったのかということもある。設備関係の減価償却、今の旧新棟の設備関係の減価償却が、この 30 年で終わる。その関係で減価償却全体が 4 億減る。定額であり、15 年償却の部分が減るので、31 年、32 年で黒字収益を掲げている。先ほどの収益の増と明確に 4 億減るという減価償却の減が見込めるので、ここは計画と変わらない数字であり、何とかこの規模をしっかりと運営さえできれば、これを機に質問があった部分に関しても、きちっと経営改善に努めていければ。

(委員) 当初の計画では、31 年度から黒字。それが今の状態ではいつになるか。

(事務局) そこが今ギリギリ 31 年度予算を組んでいるところで、減価償却としては間違いなく 31 年度には 4 億減るので、今回の赤字の部分からは基本的な部分としては落ちていく、あとの部分は収益でカバーする。

(委員) 資料 2 のところで、総合病院で看護師の 2 交代制のことが出てくる。これと時間外等の費用対効果の関係はどのようになっているか。2 交代制にしたことによって、時間外が減ったかどうか

(事務局) 時間外については、3 交代だと引継ぎがそれぞれに 1 日に 3 つ入るが、2 交代だと 2 つになり、それは全然違う。時間外の削減に寄与する。

(委員) もう一つ、小児のところで事務の委託化のことがある。同じスタンスの話になるが、事務委託の費用対効果はどうか。委員が言われたように、楽をしたいからよいという方向でなければ。公益性と経済性が非常に難しい病院であり、赤字

が即云々というような指摘はしたくないが。

BSC を始めて何年になるか。

(事務局) 平成 18 年からであり、今年で 13 年になる。

(委員) ずっと携わってきて、感想を申し上げる。10 年経ってきて、ちょっと無礼な表現であるが、制度疲労を感じる。要するに算術的に百分比で目標に対し実績に対し合わせて C です、D ですと、我々その役割で集まっているが、具体的に果たしてこの BSC の効果に結びついているかどうか。ここにきて毎回同じことを申し上げているが、一番強く思う。したがって第四次が始まって 1 年目の結果であり、ここで目標設計の時になぜ言わなかったということになるが。努力をしても C になる、あまり努力しなかったけれども A になる。算術的だけだったらそう出てくる。ここに対して突っ込みを入れていくのが 1 つ。もう 1 つは、3 病院集まって、いろいろ会議を開かれると思うが、この会議で目標設計の調整というのはどういう風に。目標設定が全てだろう、計画未達は。あまり無理をしないのでできる計画さえ立てておけばいいので。そこが最大のキーワードになる。この方法を 100% 図ろうとすると、目標設定に 9 割以上の取り組みをしないことには、制度疲労とはそういうことを言っている。ここをもう少し、何故経営管理課が入ってきたら経営管理課だけの時間外に A の成果があげられた、総合病院で時間外のデータを持っておられたので先ほど聞いたら、データはあるのだなと思ったが、目標設定には出てこない。そういうことで果たして BSC の本当の制度か。時間がないのでこのぐらいで。

(委員) 先ほどの時間外の吸い上げていただいているのを見たが、気になることは、時間外で成果が挙げられていても、人件費は昨年より上がっているし、目標よりも上がっている。人数増やして時間外がこうなったのか、それはどのような効果があったのかと思う。経営管理課の目標があるが、会計管理の中では、経営管理課というのは全部按分しているのか。

(事務局) この按分率は、まず病院の職員数の割合と事業規模等から按分して出している。

経営管理課に関しては、今言われている県全体の行政的な役割も果たしている。基本的に病院に関しては医療行為があり、繰出金はそれ以外の不採算医療を担っているが、特に経営管理課の場合は行政的な分野があるので、経営管理課の費用の全体の 2 分の 1 は県からの繰出金。議会であるとか行政業務が半分あるので、あと 2 分の 1 に対して病院から負担金をもらっている。その病院からの負担金について、先ほど申し上げたように、病院の規模に応じた負担金をもらっている。

(委員) 患者の視点としては、まず県立成人病センターから県立総合病院に変わったということで患者の間では、私たちはがん患者であるが、成人病センターの方が、がん患者さんが行く病院だなというイメージがあったが、総合病院になってしまうと、総合なので、がん患者さんはどうなるという話はよく聞く。バス停はいま

だに成人病センターのままになっている。ここで患者サロンを月に 2 回させていただいているが、その中で神奈川からここの病院で手術ができるからと患者さんが参加された。その時に総合病院と聞いて来たが、成人病センターだったので変わったのかと言われた。その辺をしっかりとアナウンスをしないと、「成人病センターはどこいったの」と。がん患者にとってここはがんの県の拠点病院。そのカラーが薄れてしまっているのではないかと。そこを、これからがん患者さんは多くなるし、県の開業医の先生から拠点病院として紹介されるのだから、ここはしっかりしたがん治療の病院というイメージを出していかないと、それはとってもこれから大きいのではないかと。入院のところもまとめて平均入院日数というのがあったが、疾患ごとに違うと思うのできっちり丁寧に出さないと何が本当の数字かわからないと感じた。

また、事務用品のことで、入札等があるのかと思うが、トイレに入るとトイレトペーパーの切れ味が悪いのか、トイレトペーパーの細かい屑がある。患者サロンで県内の病院に行っているが、患者さんにとってトイレはきれいなもの。その辺を、入札はしないといけないのかもしれないが、委員が言われたように、もっと安く質のいいものを入れる、患者さんにとってもっと心地よい病院でないと。やっぱりあそこの病院は良かったよと。

(委員) 日々努力されている状況を話してくださっていて、診療報酬改定、薬価改定があったので、その苦労があるのだろうと思うが、何点か資料を読ませていただいて、先ほどから問題になっているのは、地域包括ケア病棟の今後のあり方について、この稼働率の状況からぜひ検討をということ。もう 1 つは、先ほども出たが、BSC を平成 18 年からやられて、それぞれの病院で看護部は看護部の目標管理の中でやられているだろうが、ほか、診療部、薬剤部、他部門がどの程度、数値に対して意識が向上しているのかというところで、ぜひ全職員がそれぞれの部門から BSC に取り組んで、改善に取り組んでいくということが必要ではないかと思う。そういった部分で経営改善に BSC を入れてかなり成果があがったという病院も聞いている。そして、もう 1 つは、看護の立場であるので、看護の方の中期計画の状況を見ると、それぞれの BSC も人数確保という部分では出てくるが、3 病院として看護師だけを見ると 670 人、全職員の 60~65%を占めている。そうしたところから、どうやって人数を確保するのか。一番気になったのが、精神医療センターの人件費率が 90%越えている。これは今後どのようにされていくのか、人件費率が 90%を超えるというのは、看護の立場で 60~65%を抱えている。そういったところから、どうなのかなと疑問を持った。もう 1 つは看護の立場であるが、日本看護協会は専門看護師、認定看護師だけではなく、認定看護管理者としてしっかりと、先ほどから申しあげている 60~65%の人たちをどのように運用、活用していくか。そして、カリキュラムの中に経営参画と書いてあるのが、かなり入

ってきている。看護部長さんや副部長さんもかなり努力されていると思うが、そういった部分で看護の立場から何か経営参画というところでの、経営改善に繋がれるといいなと思う。3病院の中には認定看護管理者の資格を持っていると公開されている方が1名おられる。ぜひ今後もそういう部分の養成もお願いしたいなと思う。

(委員) こういう病院なので全県1区だと思うが、今はいいが、患者さんの住居地の比率を。あとお願いしたいのは病院見学会。各地域の病院は、各地域の医師会に病院見学会のお誘いをしておられるが、総合病院は全県、全会員に対して見学の案内をしていただきたい。その労は、医師会の方でとらせていただくので。そういう動きをしていただければ、もっと患者さんが増えるのではないかと思うので、よろしくお願いしたい。

(委員) それでは評価をしなければならぬが、資料の表紙に出ているが、設定が出ているので、この設定に基づいての評価にすれば、病院の評価が我々の評価と一致すると思うが、資料6の評価に対するご異議がなければこのままいきたい。よろしいか。

(同意)

(委員) それではこのままとさせていただきます。