

平成21年度千葉県立病院運営懇談会 結果概要

- 1 日 時 平成21年10月21日(水)午後1時から
- 2 場 所 ホテルポートプラザちば2階「ロイヤル」
- 3 出席委員 岩堀委員、亀田委員、河村委員、川村委員、河野委員、鈴木委員、松永委員、宮坂委員、谷田部委員、和田委員
- 4 傍聴等 傍聴者3名、報道関係者1名
- 5 会議次第
 - (1)開会
 - ア 病院局長あいさつ
 - イ 委員及び病院局幹部職員紹介
 - (2)座長の選出
委員の互選により、河村博江委員が座長に選出された。
 - (3)議事
 - ア 県立病院の現況について
 - イ 課題と取組みについて
 - (4)その他
 - (5)閉会
- 6 概要
 - (1)議事
 - ア 県立病院の現況について
 - (ア)県説明
《資料1により説明》
 - (イ)主な意見及び質疑応答
 - 質疑
医師数の推移の中でレジデントあるいは初期研修医が増えているということだが、常勤に比べての処遇はどうなっているのか、増えている原因は何か、また、特定の病院に集中して配置されているのか。

回答

レジデントは、平成21年9月現在で、24名に働いていただいている。18年度からの病院局独自の仕組みで、当初は7病院全体で2名という状況だったが、現在は24名にまで順調に増えている。

質疑

だんだん増えている原因は何か、特定の病院に配置されているのか、まんべんなく配置されているのか。

回答

処遇の改善については、今年度、レジデントについても給与の改定ということで、参考までに言うと1年目で約780万円、2年目で860万円くらいということで、処遇についても改善している。

レジデントの配属先について、24名の内訳は、9月の段階で、がんセンターに3名、救急医療センターに1名、精神科医療センターに2名、こども病院に8名、循環器病センターに5名、東金病院に5名ということになっている。

質疑

レジデントの定義と初期研修医とどういう扱い、何年目であるとか、レジデントというのは選考があるのかなのか、そのあたりはどうか。

回答

初期研修医とレジデントの違いということだが、初期研修は国のシステムで、大学卒業後2年間、臨床の現場での研修が義務付けられている。

レジデントについては、初期研修終了後、内科系や外科系といった専門科目を修練するために、それぞれの臨床の症例を積んでその道の専門医を目指すということで、期間は何年と決まっていないが、概ね4年から6年程度の期間となっている。

初期研修医はまだ医師の卵ということだが、レジデントは一人前の医師でありながら研修医ということで、千葉県でも面接試験を実施し、積極的にレジデントの受け入れを進めている。

レジデントについては、それぞれの専門科目ということで、内科の専門医プラス消化器内科、心臓血管外科、小児科、麻酔科、放射線科等それぞれの専門科目のコースについて、各病院において、指導医について研修するというシステムになっている。

質疑

救急医療センターのところで、東葛地域の夜間における救急コーディネート事業を始められたと聞き期待をしているが、今どこでやっているのか、始めてどれくらいのコーディネートを行っているのか、実感としてこれを行うのがどのくらい良かったと思っているのか。

回答

この事業は健康福祉部の事業であるが、救急医療センターが委託されて実質的なことを行っているので、答えさせていただく。

東葛と言っても、まだこの事業は完全な段階ではない。昨年度に救急搬送の全例調査を行い、その中で各医療圏において救急で起きている問題が色々であるということが明確になってきた。そういった中で一つには東葛地域は非常に人口が多い、病院も多いがその選定に苦労しているという実態があり、最終的には患者は救急施設に比較的早い時間には入れるが、病院との受入交渉の回数が非常に多い、そこで効率が悪いということが明確になった。

それと同時に市川地区、浦安地区の救急の状況が非常に悪いということがあり、一つのケースとして健康福祉部で考えたのが市川市を囲む地域で、市川市の救急を補完するシステムを作りたいということがあり、救急を行っている施設が松戸も含めて東葛で集まり色々話をしたが、救急医療施設がお互いの状況を知らないで活動しているということが非常に大きな問題であり、他が忙しいのか忙しくないのかもわからない状況で、それぞれが無理をしたり無駄なことをしたりという部分があった。情報を共有することで、患者の収容もスムーズにしたいということで始められた事業である。

具体的に言うと、東葛北部はむしろ南部の市川周辺の患者を受け入れる側、外の患者を受けるといった活動をしてきている。東葛の各施設の、今はまだ疾患が5疾患に限られているが、それについて受け入れ状況が、夜どういう状況であるかということのデータを我々が集め、それを消防に配布している。例えば「今日は脳卒中については7病院が夜間も受け入れ可能」という情報を消防に出している。今の段階では、救急隊がほとんどそれで病院を見つけられているようである。それで見つけれないと今度は我々のところに相談の電話が入り、我々のところで受け入れられれば受け入れるし、無理であれば例えば千葉市内の病院にコーディネーションをするというのが仕組みとなっている。

今のところは情報の整理ということだけで、具体的な相談というのはまだ非常に数は少ない状況である。健康福祉部ではこのシステムを北総や夷隅にも今後広

げて考えていくということだが、事情が違うので、同じような形になるかどうかはまだわからない。

意見

普段具合が悪い人は、医者と仲良くしている人もいるが、普段元気な人が何か急に起こったときにどこへ行ったらいいのか、救急隊が来てもうまく連携がとれずに、例えば脳に関係する場合は最初の3時間が勝負だと言われている。友人も我孫子市内に受け入れが出来ずに、県を越えて取手までお願いしたという実態がある。是非たらい回しでなくどこかで情報をまとめていただき、スムーズにいただけるようなことまでできるとありがたいと思う。

質疑

改革プランが出来てちょうど半年になると思うが、プランに沿った感じでは、全体的に見てどうなのか説明していただきたい。

回答

資料の14ページ、これは4月から8月まで5ヶ月間の患者の動向と収益を見ている。費用については年度を通さないと最後に確定しないので、収益の方で見ると、26枚目のスライドの入院のデータの収益の右側を見ていただくと、平成21年は20年と比べて3億600万円ほど増えている。27枚目のスライドの外来のデータを見ていただくと、外来収益は差し引きで3億4千万円ほど増えている。一番下の入院収益プラス外来収益を見ていただくと、6億5千万円ということになっている。

元々の計画は、12ページの22枚目のスライドの収益を見ていただくと、平成20年から21年にかけて363億円から377億6千万円ということで14億6千万円、収益を見込んでいる。その14億6千万円の収益に対して、現在5ヶ月で6億5千万円ということで、12カ月という形にすると14億円ということで、計画通り進んでいる。

ただし内訳が違い、元の収益の計画からいくと、入院患者数と外来患者数の見込みがかなり違っており、例えば13ページの25枚目の延べ入院患者数、平成20年度と21年度では、20年度は33万8千人が21年には35万2千人と、1年間で延べ入院患者数が1万5千人近く増えるということになっているが、現在の状況は14ページの26枚目のスライドのところにあるが、14万800人ということで、計画が14万1500人なので約700人減っている。1カ月につき約1200人増だから、5ヶ月では6千人位は増えていなければならないの

にこれが減っているということ。逆に外来の方は13ページの25枚目のスライドにある平成20年と21年を引くと、約6千人弱の増となっているのに対して、14ページの27枚目のスライドで見いただくと2300人増ということで、一応増えてはいるが計画より少し少ない。増加の要因は基本的には外来は少し増えて、入院・外来とも単価が増えているということである。

質疑

このように繰入金が多いところでは、収入が増えると経費がかなり増えていくが、支出をどのくらい抑えることが出来そうか、その努力の結果は出ているのか。

回答

支出は今のところ、支払いの時期とか、いわゆる県立病院として、知事部局と同じような給与体系など、そのような形でやっていかななくてはいけないので、今回給与改定でボーナス等は減っているが、色々な形で他の手当てがどうなのかということもある。

費用の方については色々な努力をしているが、平成21年度に限っては、13ページの24枚目のスライドの387億3100万円という費用がある。これは予算の枠のような形でとっているので、これ以上にはいかないのではないかと考えている。平成22年度は384億円ということで、かなり抑えている改革プランになっている。平成21年度はこの計画内で収まるのではないかと考えているが、22年度の方が心配している。

意見

私も委員と同じ感想を持っていて、費用の方が分からないと月次評価が半分分からない。独立行政法人は、当然月次決算は毎回やっていて、そうでないと原因なりがよく分からない。どこが悪いのかも分かりにくいということがあるので、そこは少し検討した方がいいのではないかと。

もう一つは、医業収益の動向はどうなっているか。どうしても繰り入れがあったりすると現実が見えにくくなる部分がある。例えば5ページで見ると9枚目のスライドの収支の状況だが、純利益にすぐ目がいってしまうが、医業収支を見ると平成17年度からだんだん損失が拡大していて、それとほとんどパラレルに一般会計繰入金が増えているということだから、月次なり評価をする際には医業収支が一体どういう動向になっているかということも是非見いただくと、繰入は自動的についてくる部分もあるだろうが、経営改善という以上は必要なのではないかと思う。

回答

先ほどの費用について、きちんとした数字を示してやるべきという提案だと思う。毎月の運営管理会議では各病院の収支の状況を数値化はしていないが、「大体費用的にはこのくらいかかっている」と、多めにかかっていたりする時には「少し多めに出ている」というような話をしており、この計画と比べてそれほど齟齬はないのではないかくらいの感触は得てやっている。指摘のように数字を出せる範囲において出していかないと、なかなか月次の状況が分からないと思うので、工夫していきたい。

医業収支の状況については、繰り入れが平成16年に、公営企業法の全適を受けた際に繰入基準というのを一応決め、それに基づいてやってきているので、どちらかというところ最近では人件費がすごく増えていて、平成19年から20年では人件費が7億くらい増えている。そのうち人件費のある一定部分が、医療法の基準よりもかなり高度機能病院で医師を抱えているので、そのあたりは不採算だろうということで繰り入れる基準となっている。そういった意味では一般会計からの繰入金が増えるという形になっており、それで純利益が逆に少し見かけよりも良くなるという傾向がある。医業収支で見えていって、このあたりをしっかりと押さえたいべきだろうと思う。

意見

改革プランは経常収支を黒字にしろと言っているわけだから、繰入込みでどうなのかというのが最終的なゴールだと承知はしている。

質疑

光熱費とかエネルギーなどは、結構工夫によっては減らすことができると思うが、取り組まれていることがあれば教えていただきたい。

回答

光熱水費は、平成20年度決算で7億4600万円くらいかかっている。それをいかに減らしていくのかということは考えているが、施設の老朽化などの絡みもある。水道だと地元自治体の関係もあるが、例えばこども病院とがんセンターは井戸を掘って全体の水道代を安くするとか、そういう努力はしている。

質疑

施設を新しくすると大体面積は増える傾向にあるから、そういう面でも新しく

工夫していただきたい。

もう一つ、千葉県の場合、特長的な病院、センターとして揃っている。それは非常に高度専門化するということもあるが、一方で色々な患者の高齢化など、専門疾患になればなるほど合併症が色々出てくると思う。人や建物が分かれていることは仕方ないと思うが、その中で特にIT化などをうまく活かして、違った連携できる余地があるのか、そういうヒントや答があれば聞かせていただきたい。

回答

回答になるかわからないが、初めに施設整備に関しては、省エネ構造の施設設備投資をして、長い目で見たらそれが経費の節減になるということも、これからがんセンター、救急医療センター、精神科医療センターを建て替えていく中では考えていかななくてはいけないだろう。また、委員にはその観点から専門家としての意見を伺いたいと思っている。

それから、各専門施設が個別に設置されているので、例えば、がんセンターの中では合併症がある患者の場合にやりづらいのではないかと、という指摘を受けている。

特にがんセンターの場合は、出来た頃と比べて30数年経っているので、がん年齢の患者がどんどん高齢化してきており、循環器系の合併症を持つ方や代謝系の合併症を持つ方が非常に多くなってきた。ところが、がんセンターだとがんの治療に特化するという観点から、循環器あるいは代謝系の専門家は基本的に配置していないという状況があり、例えばがんセンターをこれから改築していく場合に、そういったことをどうしていくかというのはこれから検討していかなければならない課題だと思う。

救急医療センターと精神科医療センターは、いわゆる精神救急という分野で自殺等関連する患者もいるので、そういった意味では一つの連携になると思っている。特にがんと循環器などといった関係の連携は、これから施設をつくる際には考えていかななくてはいけないと思っている。

意見

いくつかの県で中央病院に小児を併設するというのは結構行われている。大病院の医療機械を有効に使っていただくということだと思う。

意見

これだけ多額な一般会計からの繰り入れをしないといくら頑張っても病院が成り立たないというところは、診療報酬がねじ曲がっているというのが一番決定的

な問題点で、これを直さない限り抜本的な解決はないだろうと思う。我々も含めて、今病院の置かれている診療報酬体系というのはひどいもので、30%近い繰り入れをしないと成り立たないということは、現実的な制度としてはほとんど破たんしているということは明白であり、民主党政権に少し頑張ってもうらしかないとの感想である。

各論では、先ほど皆さんから話があったように、平成16年度に東京医科歯科大学が法人化されたときから4年間、昨年3月まで、国立大学法人の医療担当理事として、国立大学法人の病院経営を見ることになった。最初は数字を見ても一般の財務諸表と違うのでわかりにくく、国家予算のようなものを出されて困った。先ほどの医業費用の話ではないが、月次損益が出てこない。どれが収入でどれが支出でどれが繰入なのかがよく分からない。費用も、どれが診療に使われた材料で、どれが教育用の材料でというのがよく分からない。物件費という括りになっている。これでは改善のしようがないということで、まず一般の企業会計に見合ったような作り替えをした。それで最初に思ったことは、物件費の中に隠れている無駄と言うか、民間と比べると非常に高い買い物をしているということが分かり、直ちに当時の管理課長に命じて半年かけて全品目の見直しをしてくれと、すべての業者と1対1ですべて交渉し直して、その結果を全部持って来てくれという指示を出し、半年間の間に全品目、数千品目あったのではないかと思うが、全業者全品目の見直しをした。それだけでかなりの削減が出来た。

現場については、国家公務員の定員削減を続けて、削減削減と言ってやってきた結果、ものすごくアンバランスであった。若い医師は医師がやる必要の無い仕事ばかりやらされていた。だから若い医師は面白くもおかしくもない。看護師は、当時は7対1というのもなかったから、東京医科歯科大学800床の病院で正規の看護師が400人しかいないという全く機能できない状況だった。とにかく人員を増やそうということで、毎年60人ないし100人ずつ採用し、7対1だというときに7対1をとった。そんなことで収入も4年間で40%伸びたということがある。

そのような経験からみて少なくとも病院局の方たちをお願いしたいのは、先ず費用を削るのは基本的に皆さんの仕事である。病院の先生方は一生懸命、仕事をしないという職員は基本的にいないはずだから、まず現場でなくてできるところは、汗をかいてきちんとやらなければ、一生懸命仕事をして出来るだけ形になるような仕組みづくりは皆さんの仕事だと思う。これは徹底的にやられたらいいと思う。それから一つひとつの委託契約等についても、細かく見直すようにと言っても、従前からこれでやっているというのが結構多い。一旦ゼロに白紙にしない限り全く効果が出ないということ、例えばコピー機一つの契約の方法を変えた

だけで1億の予算を削ることが出来た。そういうものはたくさんある。これは皆さんの責任なので是非、もし必要であればその時にやった資料を色々差し上げて構わないので、こういうことをやったらいいのではないかと思う。まず費用の方をしっかり見直すのがスタートだと思う。

それから医師や医療者にとっては、とにかく本業に専念できる環境をいかに作るかということが最も大事だと思う。元々診療報酬制度はおかしいので100%クリアになるということはないにしても、改善はかなりされると思う。そのための必要な事務の方を入れるなどというのは、どんどんやったらいいと思う。その10倍も医師やその現場の人たちは働くから、ケチったらいいことはない。思いきりそれは付けた方がいいと思っているし、うちの病院などでもそういうやり方をしている。医師が多いかということ、1100床に対しては決して多くないと思う。うちはちなみに970床だが400名いるので、そんなに割合として多いとは思わない。

循環器病センターについて一般のドクターですごく困っているという話を聞いているが、一般診療は本当にやらなくてはいけないのか。循環器病センターという名前になった時点で、近くには帝京市原病院などもあるので、説得をして特化してもいいのではないかという気はする。今の日本の医師、医療従事者の数と病院の数は決して合わない。基本的には3分の1の数にしなければ、計算上は成り立たない。アメリカが3億人の人口で5千病院、日本が1億2千万人で約9千の病院がある。別にアメリカがどうこうではなく、他のどこと比べてもそういうことは確かなので、先ほど精神科医療センターと救急医療センターが一緒になると、こういうことを繰り返してやっていかないと、医師ももたないし医療者は皆倒れていってしまうだろうと思う。だからその方向に持っていく、あるいは本当に専門性をキープするのであれば、ある一定のサイズであれば専門病院しか生き残れないと思う。その時に一般の診療も中途半端でやれといってもやる人はいない。だからそんなものやめた方がいいのではないかと素直に思う。

民間病院で、小さな病院で非常に頑張っている病院もいくつか、例えば東京の甲状腺専門の伊藤病院とかそういう病院もあるから、小さいから駄目だと言っているわけではなく、それならそれなりのやり方をしないと何でも同じようなことをしてもこれは不可能だと思う。

色々申し上げたが、また何か機会があったら個別に国立大学などの改善をやってきた経験を少しでも活かさせていただけたらと思う。

意見

医師が足りないといって、先ほど後期研修医、レジデントの話聞いたが、要

は指導医の方たちがかなり多くいるわけで、若い先生たちがここで勉強しようという窓口をはっきりさせてあげることが一番早い解決で、他からもらうよりも何よりも、そこにどうやってアクセスするかということ、また何年いたらどういう力が付くのかというのをきちんとそれぞれの病院でクリアにして、それを病院局がまとめるなどしたら良いと思う。聞かれたらその場ですべてのプログラムが答えられるくらいでないと、行く医師の方は分からないと思う。そこは是非各病院と病院局の方が工夫をして、出来るだけ若い先生方が飛び込みやすい環境を作るということが非常に大事なことだと思う。

意見

そうすると窓口はドクターの方がいいのか。

意見

作るのはドクターでなくては無理。千葉県の病院局として、あるいは各病院としてホームページに載せる、若いドクターたちがアクセスしやすいのは、最近ホームページのようなので、ホームページに分かりやすくプログラムの説明やアクセスの方法を載せるのが効果的だと思う。

(2) その他

《事務局から連絡》

運営懇談会は、毎年1回開催することとしており、来年度以降については決算数値がとりまとまった9月頃に改めて調整して開催したいと考えている。

また、それまでの間であっても、委員の意見を伺う必要がある場合は、改めて声をかけることもあるかと思うので、ご協力をお願いしたい。

以上