

平成22年度第2回鳥取県立病院運営評議会:会議録

1 開催日時

平成23年2月3日(木)午後1時40分～3時50分

2 開催場所

県庁特別会議室県議会棟3F

3 出席者

委員:岡本委員、池田委員、石部委員、井上委員、中瀬委員、渡辺委員

病院局:柴田管理者、細川課長、大久保副主幹、西村副主幹

中央病院:武田院長、嶋田事務局長、小谷経営課長

厚生病院:前田院長、野間田事務局長、國米事務局副局長

4 会議の概要

(1)開会

本日の委員出席状況は、6名出席であり本会が成立していることを宣言し、開会した。

①管理者あいさつ

(柴田管理者)

病院事業交付金については、両病院で繰入金の積算方法等必要な見直しについて検討を行い、また、県の財政当局ともやりとりしながら、その中で向こう5年間、平成23年度から27年度までの一般会計から病院会計に繰入れられる交付金の総額の決定をみたところでございます。今月の14日から県議会、2月定例会が始まるわけですが、そちらの方に提案をして正式に決定をしていくという運びになっているところでございます。総額決定方式の交付金は18年度からスタートいたしましたけども、22年度で5年間の第1期目を終わって、第2期目を迎えるということで、先般、12月議会の中で、会派絆の山田議員から運営交付金の意義について質問をいただきました。つまり、その運営交付金が総額算定方式になっていることの意義は、どういふところにあるのかというお尋ねだったわけでありまして、私どもは2つの意義があるのではないかと議場でお答えをいたしました。

1点目は、毎年算定されるものではなくて、向こう5年間の総額が一時に決定されるわけですから、病院といたしましては中期的な展望に立って、その中で病院経営が行っていけるというメリットがあるということ。そして、その総額の中で病院側に当然その権限と責任があるわけですが、病院にその責任が一元化されて、そういう意味でも住民の皆さんにとっては分かりやすい制度ではないかということも申し上げました。

2点目は、その総額算定方式で交付されることによって病院側としては、中期的な具体的な目標を立てて、その目標のもとに経営を行っていくというインセンティブが働くというメリットがあるということ。その具体的な目標は、いろいろ経営上の目標、すなわち増収策、あるいは経費節減策等を具体的な目標を立てていくわけですが、そういった目標が具体的に書かれているのが、実は今日ご議論いただく改革プランの中身になっているわけでありまして、この交付金とその第2期目、23年度以降を迎えるにあたりまして、改革プランの改定もこの運営評議会の委員の皆さまにお諮りをしながら、現在第2期に対応するものを、今、策定しようとしているわけでありまして、今日の主なメインのテーマになるわけですが、ぜひ向こう5年間、また中期的な展望に立ちながら一生懸命、我々県立病院努力してまいりたいと思っておりますので、活発なご意見をいただければと思っております。今日はよろしくお願いたします。

②前回欠席委員あいさつ

昨年8月に開催された第1回運営評議会に欠席された委員に挨拶していただいた。

(2) 議事

①次期病院事業交付金について

病院局が説明の後、質疑・応答を行った。(欠席委員から事前に提出いただいた意見については、中央病院事務局長が説明)

(委員)

前回にもいくつか質問をしたところがありますけど、特に交付金項目となっているいろいろ項目がございます。救急については、救命救急センター、それから救急医療の体制の整備と2つの項目があって、実は、私が前回に質問したことに対する県のお答えを、議事録に詳細なものが載っていますが、もう一度質問したいことが2つございます。1つはリハについて、もう一つは救命センターの収支について教えてください。まず、救命救急センターの部分の、いわゆる収益とそれに対する経費のマイナス分とこれが補填されるわけですが、それとは別に救急医療という項目が設定されていて、そこに交付金が出るわけですが、なぜ2項目あるかがちょっと分かりにくい。前回他の委員からも救命救急センターが本当に赤字ですかというご質問もあったと思いますけども、そのところをもう一度分かりやすく説明してもらえないでしょうか。

(病院局)

救命救急センターと救急医療確保経費について、額的なものをということでございます。まず、救命救急センターの方に関して申し上げますと、中央病院における救命救急センターの運営経費、いわゆる費用の合計でございます。これが約6億5,000万円の運営経費がかかってございます。それに対しまして収益が4億3,000万余りということでございまして、そのあい差で2億2,000万円余りを一般会計からの交付金ということで補填をお願いしようとするものでございます。また、救急医療確保経費につきましては、これは両病院に関係するものでございます。中央病院につきましては、いわゆる二次救ということでございますけども、費用としましては2億3,000万円余りの運営経費がかかってございます。それに対しまして収益ということでみますと1億5,000万余りということで、7,000万円余りについては赤ということで補填をお願いしようとするものでございますし、厚生病院につきましては1億7,600万円余りの運営経費がかかってございます。それに対しまして、医業収益ということで1億6,400万円、差し引きの1,200万円余りが赤ということで補填をいたさうとするものでございます。

リハビリ医療についてでございます。これも額で申し上げさせていただきたいと思いますが、中央病院におきましては、これは差し引きで申し上げますけども、単年でございますが約5,000万円の赤というような状況になってございますし、一方、厚生病院におきましても、同じく4,900万円余りの運営経費上の赤ということで補填をお願いしようとするものでございます。

(委員)

6ページ、7ページが今の経費の内訳でしょうか。つまり救命救急センターには、病床が20床あり、医師が1名常駐し、看護師が5人夜勤体制、臨床工学技士が4名いると。経費の部分がどういうふうに計算されているか分からない。

(病院局)

経費の積算について、救命救急センターについて申し上げます。先ほど、委員がおっしゃいましたように、いわゆるこれの救命救急センターの運営にかかります人件費でございます。これは、今、医師7名で救命救急センターを運営してございますし、それに伴います看護師、必要看護師 49 名、それからコ・メディカル3名等の給与費をまず弾いてございます。併せまして、救命救急センターの運営に伴います材料費でございます。これを算定いたしてございます。ちなみに給与費で申し上げますと、約4億 5,000 万円かかってございますし、この運営に伴います材料費につきましては、これは収益から材料費の比率を使って出しているのですが、これにつきまして約1億 2,000 万円は材料費としてかかっています。それから、その他職員にかかります福利厚生等々消耗品、光熱水費等で 2,500 万程度かかってございます。併せまして、空床確保経費ということで算定をしてございます。空床確保にかかる経費というのが約 5,200 万円程度でございます。そういったところで算定をいたしました結果が、単年でみますと2億 2,000 万円余りの赤というような状況でございます。

(委員)

今のドクター、ナースに関しては 40 数名はそこで当然カバーすべき人件費ですけども、ドクターはここ専従が何人もいらっしゃるんですか。

(病院局)

1人でございます。あとは各診療科から。

(委員)

1人ということは、人件費は1人分ですよ。夜勤はまた別かと思いますが、私が言いたいのは、検証したというか、どういうふうにして、ここが赤だと、収益がどうしても不採算になるという部分が、我々に見えないわけです。私は病院を管理している立場上、実情の想定はつくけども、これを県民の皆さんに出して救命救急センターはこれだけ赤字ですよと言われても、多分見えない。今、支出の部分聞きました。それで、今度は入院患者さん、救命救急センターで入院して、ICUに入って、それからそのあと病床、HCUなり病床に入って、その収益の分はどこまでどれだけ救命救急センターとして算定しているかと、その部分が見えない。そういうところを、もう少し僕は見えるようにしていただきたい。本当にこれが交付金を投入すべき部分かどうかということまで詳しく検証評価しこれまでのフレームを継続することにしたというふうに書いてありますので。

(病院局)

専従の医師につきましては、救命救急医1人しかおりません。ただ、このセンター運営自体、各診療科から応援ということで、そこにかかるドクターの人数を運営経費ということで私どもは算定させていただいております。いわゆる運営にかかる人的要素すべて入れております。

(委員)

そういう場合、応援の医師の人件費は別途出ているわけですから、人件費がダブルで積算されているという問題がある。それと救急で入院された患者さんが一般病床へ移られた場合の診療報酬の取り扱いは救急の収入として算定されているのか、これも分からない。そのところ教えてほしい。

(中央病院)

収入の面ですけども、一応単価8万1,247円、これは3西救命救急センターの平均単価をそれぞれ拾って

ます。それで、延べ人数が5,300人ということで、3西に入院した期間中の収益は全て交付金でいえばマイナス要素として算定しております。それから、ちょっと先ほどの医師の7名のところで補足しますが、ご承知のとおり委員に対して言うのも変ですけど、365日24時間常駐、最低1人は常駐しておりますし、あと、兼務医師で3西の患者等を診たりするということで通常365日24時間やりますと、だいたい平均5人分ぐらい、5人役ぐらい要ります。それにプラスいろんな診療科の医師が手伝うということで、押し並べて7名の人件費を全てこの救命救急センター、平均単価1,800万になりますけども、それを算定させていただいております。いろいろ算定式はあろうかと思えますけども、病院としてはなるべく交付金いただきたいというような格好で、そういった算定で県の方をお願いしたところでございます。

(委員)

20床の稼働率はどうなんですか。

(中央病院)

ざっと計算しますと72%ぐらいの稼働率かと思えます。

(委員)

そういう設備の投資が適正かと、過剰投資ではないかということも、その稼働率から当然言えるわけですから、過剰な投資をしておいて、赤だ、赤だと言っても、これは投資をむしろ減らすべきであって、そういう検証をすべきではないでしょうか。それと2項目の救急医療の受け入れ強化という7ページ～8ページに渡って書いてあるところですけども、こちらもやはり不採算だということで、ここは前回も聞いたんですけども、当直医師1名とか、当直看護師、師長1名看護師1名、当直医技職等々、それから急性期リハ、なぜOT3名、PT8名、ST2名が救急診療体制の一部とされているのか。中央病院のおっしゃる救急医療体制というのは、何を持って救急医療体制なのかちょっと見えない。それで、手術室も何室分の経費もここに入っているわけですね。何を持って救急医療体制かを教えていただきたい。

(中央病院)

救急医療につきましては、基本的には救急外来での経費を算定しています。改革プランでは救急外来で全部携わる人をその経費云々は抜きにして、こういったスタッフが救急医療の体制整備のためにということで経費の算定とはちょっと別ものとして考えていただけたらと思っております。従いまして、交付金の算定に当たりましては、救急外来における当直の医師であるとか、看護師、それから材料費的なもの、そういったものと、あとは救急外来で発生する収入等差引いたところのマイナス部分だけを交付金の算定経費としております。先ほどおっしゃられました、急性期リハのOTであるとか、PTであるとか、あるいは手術室の7室といったものは交付金の算定の経費には入れておりません。

それから、リハの関係は非常に説明が難しいのですけれど、総務省の繰出基準の中で、リハに対してもマイナスになればみてるというところがあります。委員さんおっしゃられるように、どこでもやっている話じゃないかというところがあります。そここのところの特殊性というところは急性期病院であればある程度リハやっていますので、なぜ交付金に入れるのかって言われると、理屈的には説明しづらいところがございます。

(委員)

②の救急医療の受け入れ体制の強化のア、イ、ウとなっていてね、その中にウが急性期リハビリテーションの充実となっているんですよ、つまり救急の中で交付金やっておられるんですよ。ところが先ほど説明が

なかった一覧表には、リハビリテーション医療というのは別途計上されているんですよ。そのところもちよつと分かりにくい。

(病院局)

いずれにしてもこの改革プランとこの交付金とがきっちり分かれているわけでもございません。例えば、急性期の中にはリハというのも入ってございますけども、交付金の方では、あくまでも救急医療確保というのは、先ほど申し上げましたとおり、救急医療に関するもののみで、リハビリテーションの経費等は一切カウントしてございません。それで、リハビリテーション経費の方に全てかかる経費については計上させてもらっているというような状況です。

(委員)

やはり過去5年間でこういう交付金をこういうふうに執行したというふうなことを含めて、そこをやはりそれを検証しなかったらこういう評議会している意味ないのです。そこをしっかりとやらないと、議会で厳しい追及があったかと思ったらそうでもなかったようであるし。これからまた5年間で、トータル100億が10年で出るようになる。交付金は県費と国から交付税も入っていますね。これがどういうふうに適正に使われているかを見るのが我々仕事と思っています。だから、その部分を見せてもらわないとなかなか分かりにくいなと思います。

(病院局)

数字が分かりにくいということは確におっしゃられるとおりでございますし、実績等につきましては、基本的にはこの交付金の額を基に、言えば改革プランの方にこれを反映させたところで、医療の関係の体制充実を図っていくということでございますので、言えば、交付金とは言ってございますけども、これが全て改革プランの方に吸収されて、これを基として、改革プランの方も、作り上げているといったような状況でございますので、一体のものということでご理解いただけたらというふうに思います。

なお、積算につきましては、言葉ではなかなか難しゅうございますので、資料を改めて整理したものを、各委員さんの方にまたお送りするということにさせていただきたいと思っております。

(委員)

結局、プラスマイナスをした場合には、この数字になっていることは確かなわけでしょう。だから、その理由付けが、きちっとどこになんぼというのがうまく載っていないということが石部先生のおっしゃりたいことですかね。

(委員)

もう1つは、経営改善努力だと思えます。それがちゃんとされた上でどうしても赤字になるから補填しましょうというふうな考えならば、皆さん納得するかと思えます。やっている医療が無駄だとか言っているわけではなくて、自分の経験から言うと、厳しく見ると、もっともっと改善できるんだらうと。それで、リハビリにしてもこれだけのお金なぜいるかなと思う。と言うのも、私どもの病院とリハビリの数とほぼ同じ数なのです。OT、PTの合計13名ですから。そういうことを考えて、先ほどから見ているとほぼ同じぐらいの数で、私どもは、それで、診療報酬で人件費に完全にペイしているのに、ここはしていないのです。つまり、本当に必要なリハビリがされているかということも当然あるわけです。そういったところの検証から入らないと、そこが、ただ、現実マイナスだから、じゃあ、お金を入れましょうで終わっていたのでは、やはり良くないと思えますので。そこまで含めての検証をぜひ、やっていただけたらと思います。

(委員)

中央病院の場合は3次救急が中心になりますが、やはりマイナスになる部分はあるとは思いますが。委員の所とはちょっと違うので、3次救急ばかりが多いですから。そんなことはないですか。では、それを調べていただくということにいたしましょう。

(病院局)

今日資料5でお配りしてございますけども、欠席の委員さんからのご意見でございます。交付金の関係で、ご意見いただいておりますのでちょっとご紹介させていただいて、中央病院の方からコメントを差し上げたと思います。委員さんからは、中央病院の結核病床について、19年に15床から10床に縮減しているが、一方、結核は増えている病気であるし、患者さんの高齢化も進んでいる。それで、病床確保は必要だとは思いますが、いわゆる鳥取医療センターとの連携等を考えると、果たして今の10床が今後も継続して、確保していく必要があるのかというご意見をいただいております。これにつきまして、中央病院からコメントをさせていただきたいと思っております。

(中央病院)

過去5年の当院での結核病床の1日の平均患者数は、0.3人から2人ぐらいでございます。従って、病床利用率で申し上げますと、14%~3%ぐらいの間で推移しております。それで、当時、過去においては、15床持っていたわけですが、19年に15から10に減らしております。それで、その時の経緯は、実は結核病床というのは保健医療計画の中で、県全体でどれだけの病床数があるかということ、保健医療計画の中で議論されます。そのときに、20年の4月1日から、県全体で66あったものが34でいいんじゃないかというような議論がなされました。そういったことから、中央病院においては15から10に減らしても、県全体のバランスから言って、そんなものかなというようなかたちでございます。

なお、昨今また結核が流行ったり、とかというようなこともございますけども、もし、仮に足らなければ、病棟間の調整であるとか、医療センターとの調整であるとか、そういったことで全体の中で回していくつもりでございます。ただ、ある程度10床程度、県全体で34床というものは県全体の計画の中での位置付けで、中央病院の役割として10床を確保しているというような状況でございます。以上です。

(委員)

結核病床については、交付金の中でもかなり大きい部分に入りますので、私も同じような質問をしようと思ったのですが。結核については、県の医療計画に則っていると思っておりますけど、もっと減らしてもいいかも分かりません。そこも、そういった検証があるんじゃないかということだと思っております。セーフティネットは大きい方がよいと言われれば、大きい方がよいかも分かりませんが、実態に合わせて、これだけお金がない時代なので、というふうな考え方も当然あるかと思っております。

(委員)

結核病床については、例えば、大変強い感染力を持って致死率の高い感染症が発生した場合に、ある程度、感染症の引き受けする病棟としても使えるとか、いろんなことは考えておられるわけでしょうか。

(中央病院)

結核病床は全県的に30ちょっとだけ。他方、全国的に見ましても集団感染とかがあったりする。そういうときに、どこも引き受けなくなってきた中である程度県立病院が受け入れる体制は必要だと思います。結核は

今どんどん減っている状況にはなく根強く残っているわけでありまして。我々としては、現在の 10 床は、他から頼まれたとき、自分のところで問題が起こったときなどの対応を考えると、鳥取県全体で 30 とした場合、適正な数ではないかと思っています。

(委員)

これは、お願いして置いていただいたという経緯もございますので、鳥取でこれぐらいいるだろうということで県立病院もしかるべくということで置いている数字ではございます。ただ、感染症が急に流行ったときには使えないですか、やはり結核だけでしょうか。

(中央病院)

緊急避難的に使うことはできます。

(委員)

多分使えるのではないかと私は思っているんですが。ただ、陰圧とか、その辺のところは難しいでしょうかね。

②第Ⅱ期県立病院改革プランの策定について

中央病院長が総括説明の後、中央病院事務局長が詳細説明を行った。また、厚生病院長が総括説明の後、厚生病院事務局長が詳細説明を行った。説明の後、質疑・応答を行った。

(委員)

第1期計画の改革プランから第2期の改革プランについて目標をこと細かく説明していただきまして本当に、これが実現するというのを期待したいんですけど、県立病院に対する思いというのは、住民、地域の医療機関、我々医師会、それから開設者、それぞれで思いが違っているという感じがします。それで、不採算部門に対して、特に交付金というものが積算されて、その根拠についていろいろ説明を受けました。委員さんみみたいな分析をこと細かくはできないんですけども、それを分析する必要性はあろうかとは思いますが。地区の、自分の立場、地区の医師会からの立場、医療機関からの立場からいうと、これは中部だけかもしれませんが、不採算部門に対する期待感というのは非常にあるのではないかと。特に救急医療、産科医療、特に小児医療に関しては、中部では厚生病院だけが入院患者を受け入れているということもあって、そこに重点的に置いていただく、そして、特に救急体制にしても、小児医療にしても、経営面だけを見て、委員さんが言われるように、もうちょっと分析すれば、交付金も少なくすむのではないかとことも考えられるかもしれませんが、そうではなくて、全体的に不採算部門というものを、どう充実させるか、そういう点で、交付金をいただくというのがいいのかなという感じもしました。

それから、細かなことになるかもしれませんが、救急搬入の目標の数字が出ていました。中部のことだけ言ったらいけませんかもしれませんが、搬入件数が厚生病院に集中しているというのが問題になりながら、同じような目標となっている。この辺のことがちょっと矛盾をしているかなと思う。中部の医療体制、救急体制、救急搬入体制というものも僕としても考えなくてはいけないと思っているんですけども、これを見ると考える必要はないのかなと。そういうことをプランの説明を聞きながら感じました。

(厚生病院)

救急医療の患者さんのことなのですが、私は、複雑な治療、例えば、新鮮骨折だとか、問題ないかたはいいんですが、いろいろ心臓も悪い、あるいは、循環状態が悪いという場合は、中部ではやむを得ないと私は思っています。だから、来られた患者さんを断ることを止めてくれ、絶対受けろということは、常に徹底していますし、それが、やっぱり地域に貢献することだろうと私は思っているのです。傷だけでなく、循環動態からいろいろ、あるいはバックボーンにある疾患を診ないといけませんから、そうしないと、治療ということにできない。

(委員)

それを言っているのではなくて、搬入件数が今までと同じような数字ですが、今集中し過ぎているから、何とかしてくれないかというような意見はあるのです。どうしても患者さんは、厚生病院、厚生病院って言うのです。それは先生が言われるように期待感があって。ただ、一方で中部の輪番制というものが機能していないということが最近話題になりまして、それで厚生病院集中を何とかしようかなと言っている中で、同じような数字を期待しているということがちょっと。

(厚生病院)

それでは、救急車が来たときに、これはうちには来なくていいですよと、外に回せという意味ですか。

(委員)

いえ、輪番制が機能していないという話。厚生病院の中からそういう意見があるのです。外に回せと言うのではないのです。

(委員)

委員がおっしゃりたいのは、2次救急は一般のところでも十分できているよということが、それで、だから、民生活を少し困らたらどうかというご意見だと思います。ですから、2.5 次救急ぐらいを表明して、やっていただいた方が、より患者さんのためになるのかなということをおっしゃっているのではないかと思います。

(厚生病院)

その意味は良く分かりました。今、中部医師会にはインフルエンザ対策で平日の夜間救急を最近、やっていただいて大変感謝していますが今後もずっとお願いします。

(委員)

県立中央病院の方を見ていると、非常に診療活動アクティビティが上がってきて、単価もいずれは6万円も夢ではないような数字が計画の中に載っておりますけど、在院日数も12日というのが目標になっているので、県立中央病院に関してはそういう方向性というのは、これから当然、通っていかれるのだと思います。そのためにはやはり、先ほど院長もおっしゃったように地域との連携で、後方の受け入れ病院が東部は、まだ、必ずしも十分ではないというようなご意見もあったようなので、そういったところも進めていかれたらいいかなと思いました。

(中央病院)

まったくその通りだと思っております。ですから、必然的に役割分担をしていって、委員もおっしゃったし、私もそう思っていますけども、そのためにはやはり皆がそれぞれの役割分担で、患者さんも治ったら、この病院で目的に達したら次の病院に行くとか、それから最終的には家に帰るとか、それから家に帰られて

もその家で亡くなりたいたいという人、昨日もそういう話ができましたけど、それはまた、診療所の先生たちと我々とは繋がってやっていく、そういうことで患者さんがスムーズに自分の治療にあったところへ移動していかれるような医療体制をつくるためには、皆で話合って体制をつくっていかないといけないと認識しております。

(委員)

それともう一つ、今のご説明の中で、私が非常に注目したのは、医業収支比率について 100%を目標にするとおっしゃいました。27年度で98%の予定になっているのですが、あと2%、ということは、交付金ゼロでもやっていけるのです。今、両方で 17、8 億ですね。だから年間 17 億か 18 億で、中央病院には幾らか、10 億ぐらいですか、つまり、それがなくても収支とんとんになるぐらいにやっていくのを目標にしておられるわけですから、そういう意味では、それは経営努力で非常に良いことだと思います。かなり厳しいとは思いますが、ただ、病院は収益が上がるところと、それから上がらない部分当然あって、そこを一つずつピックアップすればマイナスだけでも、逆にプラスのところもしっかりあるわけで、トータルとして、それがとんとんになれば、必要な医療機器も購入できてとんとんになれば、それがもう理想だと私は思うのです。

そうしたら、これは民間でいいわけですよ、なにも県費を入れることない、民間でいいわけですよ、そういうふうになれば。そういうことで、こういうデータを出されて、これを例えば、我々は分かりますけど、やはりこれ、改革プランの資料4の1ページの一番下に書いてあるところで、経営面のところ書いてございますが、総収入という一言になって、それで、経常収支 100%となっている。ここは、医業収入が幾らで、交付金が幾らということを書かれたらどうですか。この前のこの評議会でもわかりにくいというご意見がありました。つまり黒字だ、黒字だと言っているのが分からないというわけですよ。これを新聞に出しても分かりません。県立中央病院は黒字なんだ、そういうイメージを県民は持つので、ぜひ、こういうところにはきちんと出しておかれるべきだと思います。それでもって言わないと、これはあくまでも交付金がゼロになるのが基本になっていると言われたらそれは素晴らしいことで、良いかと思っております。

(中央病院)

私は個人的には、ゼロになれないと思うのです。と言うのは、公的病院が儲けのいい医療だけを取って、負担のあるところは取らないでいったら、では、誰がそれを診るかということになるわけですから、ある程度の交付金というのは、私は最初から県立病院というのは非常に良い病院であって、住民のかたにとっても良い病院であって、そういう病院である県立病院が残らないといけないと私は思っているのです。誰もやらないところ、皆が儲かるところへだけ保険点数を見て移っていけば、それは黒字になる可能性もあるけども、そういう病院ではもともとないわけだから、私は職員にも、うちはどんどん金儲けして黒字をたくさん作ろうという病院ではないのだから、良い医療をとにかくやってくださいと言っている。

(委員)

赤字であれば入れるべきで、黒字になればいらぬということ。

(中央病院)

不採算な部門を引き受けたら、黒字になるのはなかなか難しいと思います。でも、目標は、そういう方向に皆がそういう気持ちでやらないといけないということです。

(委員)

ちなみに、今日のメディアファクスに出ていたのでは、年間今年、昨年に比べてほしい大病院で7%ぐら

い収入が増えていますよね。7.8%だったか、大学病院が8.何パーセント増えていましたね。それでいくと厚生病院は10%近く増えていますね。中央病院は少し少ない。だから、これだけ多くなるとしようがないのかもしれないんですけど、ちなみに大学は黒字を出しているのです。だから、大学付属病院の黒字で鳥取大学は運営されているという傾向がございます。ですから、どうしても給料がだんだん皆さん、僕いつもそのこと言って申し訳ないと思うのですが、これからずっと県立でやっていくということになると、黒字にするのは非常に至難の技ではないかと思えますし、先生がたも前々からおっしゃいますように、3つ4つの病院が、分を發揮していないので、同じようなものを今度また建てようとしているとか、いろいろな問題がありますよね。その辺を強く武田院長の指導力でいろいろなさっておられますけど、是非うまく進めていってみんなで作っていきけるような、先ほどから委員はマイナスでもいいんだよとおっしゃるけど、私はマイナスではなく、とんとんでやっていけるように努力すべきではないかと思っています。給料が県の職員さんと同じでとんとんにするのはなかなか難しいのではないかといつも思うのですが、いかがでしょうか。

(病院局)

県立病院が将来も県立病院であり続けるべきかどうか、その経営形態をどうするかという問題は1つあると思います。それは、もっと言えば、県立病院は単独で医療圏の中で病院経営をやっているわけではなくて、例えば東部でいきますと、有力な病院がいくつかあって、そのなかで機能分担をきちんと図って、医療資源の配分を住民の構造に見合った最適な配分にしていく、そのことの中で出てくる議論だろうと思っています。ですから、県立が1人こうあるべきだということでは、なかなか解決しない問題で、それは皆さんがたとよくお話し合いをするなかでやっていかなければいけないと思います。それから、給与水準が高いのではないかという話ですけど、病院のスタッフはほとんど医療職、医療関係職でありまして、県庁の中に、それに対応する職種というのは、実はないわけでありまして、県庁の職種はほとんど事務屋ですとか、あるいはその他の技術屋はおりますけども、土木ですとか、農林ですとか、そういう職場ですから、病院職員は県職員ではあっても、病院の中にいるその職種に対応する県の職員というのは、本当はいないわけでありまして、それで、その医療水準をどうするかというのは、それは1つのテーマとしてあるのはあるのだろうと思います。

それで、そういう議論が出てくるのは、委員にもご指摘いただきましたが、県立病院が一方で税金を投入されながら全体として回っているんじゃないかという見方があるなかで、給与水準はそれでいいのかということがリンクして出てきているというふうに思うのですけれど、冒頭に細川課長が説明しましたけども、実は今、県立病院の年間の経営体としての決算額というのは、160億を超えるぐらいの決算額が両病院であるわけですね。そのなかで一般会計からいただいている交付金の対象となっている病院の医療サービスの範囲は、約23億円ぐらい、160億、170億近いものの中で交付金の対象事業というのは、14%ぐらいなのです。ですから、病院経営が先ほど来、赤字になるのか黒字になるのかということが、今回の改革プランでも問題になるわけですけども、この交付金が少々多くても少なくても、例えば1億、2億上がっても病院経営全体が黒字になったり赤字になったり、実はしないのです。と言うのは、ほとんどの部分が交付金の対象外の医療で占められているからであります。80%以上、9割近くは一般の医療を提供するなかで、病院経営が行われているという現実があるわけですね。

ですから、今、この評議会、運営評議会のなかでは運営交付金を中心にご議論いただいていますので、あくまでそこがメインの議論になっていますけども、病院全体の経営のなかで占めるウエートは、実はそれほど大きくなくて、その一部分について交付金でカバーしていただいているという現実もございます。いろいろ申し上げましたけど、そういういろんな要素があって、今日いただいたいろんな問題提起は、これからも大いに参考にさせていただきながら、第2期の計画には活かしていきたいと思っています。

(委員)

決して、交付金の話だけをしたわけではございませんで、トータルの総収入が上がってくれば、当然そういうものが少なくて済むようになってくるのではないかなと考えるわけでございまして、収入は多くなればいいし、支出は少ない方がいいというのは、これは誰も考えるのですから、その辺のところを将来的に、それはすぐに行くわけではございませんが、東部の病院統合とか、いろいろなことを考えるうえでは、そのくらいまで踏み込んで県の方が考えていただかないと、なかなかできないのではないかと思います。

ですから、かたや県の職員、かたや違うところの職員ということでは、なかなか一緒にできないのではないかなと思いますので、県立という名前はあってもどうでもいいのですが、独立行政法人みたいなやつができるのであれば、そのときに初めて、他の病院の吸収であるとか、いろんなことも言いやすいし、どこの病院をどうしようということも言いやすいのではないかなと私は思っています。その他にございませんか。

(委員)

改革プランを拝見させていただきまして、非常に成果が出てきているなと思います。今も経営の合理化のお話がやっぱり中心になっていますが、なかなか県立病院は合理化だけの追求というわけにはいかないということは承知しております。ですけど、これだけ成果が上がってきているということは、やはり皆さんが努力されているということだと思います。現場の人材育成だけでなく、皆さん公務員という立場もおありですから、なかなか経営とか、管理とかいうことに馴染まないと思いますが、経営陣、管理者の方の仕組みづくり、やはり体制、体質をつくる仕組みをつくるということで、今後も安定した経営を、これからもずっと確立できるように努力していただけたらと思います。

(委員)

先ほどから地域の中でのそれぞれの医療機関の役割をもう少し明確にしていくことによって効率が上がっていくというような話が何度も出てきていました。現状と課題のところにも地域連携であがっています慢性期、回復期の受け入れ体制が不十分で、医療が十分に回らないっていうあたりは、私も耳が痛いと思って聞いていたのですが、在院日数が、今13.5日で5年かけて12.0に減らしていかれる、この1.5日を短縮するのがいかに大変かというあたりを私も実感しておりますし、その中でMSWを増員していただけるというのは非常にありがたいことだと思います。急性期からの患者さんを慢性期・維持期で早期に転院受けし、経過がよければ地域の開業医さん、在宅サービス、施設の方と手を結んで地域の中で完結して患者さんを受け入れ療養していただく流れが必要です。しかし、急性期から慢性期に転院して来られるときに、なぜ退院が必要なのか、急性期の治療が終了して次はこういう段階であるというような説明が十分ではなく患者さんやご家族が納得されていないままの転院が一部みられることもあります。各医療機関の役割を地域の方々に理解していただく努力を病院が行っていく必要性を感じます。

(委員)

中部地域では複数の医療機関の地域医療連携室等が協力して「退院時調整シート」を作成している。これを活用していただきたいと思います。

(委員)

厚生病院もできればやはり外来というのは、先生の所も大病院ですから胸を張って、入院に特化しなくてもいいですが、もう少しそっちの方向で一生懸命やっていただいて、外来は少し控えていただきたいと思うのが、他の病院もありますので、それぞれの民間ぐらいの小さい病院は結構困っているということを、実は医師会として一言申し上げておきたいなと思います。

(厚生病院)

よくわかりました。

(委員)

その他ございませんでしょうか。

(病院局)

欠席の委員から頂いております資料5につきまして、医療安全のことについて、医療メディエーター養成のことの必要性なり、そういうことのご意見を頂いております。両病院から簡単にコメントさせていただきたいと思っております。

(中央病院)

中央病院では今現在二人が基礎研修を受けています。職員を守るためにも、あるいは患者さんのためにも、非常に重要な職だと思っておりますので、近くまた院内研修などをして、皆にそういった精神なりを進めていきたいと思っております。

(厚生病院)

厚生病院ですけれども、今一人有資格者がおります。今中央病院の方でだいたいありましたとおり、非常に重要な職であると思っておりますので、今後も、例えば医療安全対策を担当している室長であるとか、あるいは看護師長であるとか、そういった職の者を研修に参加させていきたいと考えております。以上です。

(委員)

メディエーターにつきましては、我々医師会の方は少し考え方を改めておまして、メディエーターそのものが病院の方で育成された方だということで、どちらの立場に立つのかということがございますので、一方的にメディエーターを配置しているからよろしい、というわけには、ちょっといかないのではないかとこの考え方を私は持っておりますし、最近の医師会の考え方はだいたいそういうことであります。

ですから、もちろんそういう方が中立的な立場で働いて下さればよろしいですけど、かえって火に油を注ぐことにならないようにと、私は思います。

今日は女性方がいいがですか。お仕事上、メディエーターはあった方がいいですか。あった方がやりやすいでしょうか、どうでしょうかということです。

委員はどう考えておられますか。

(委員)

私個人的にはよくまだ理解していないのですが、私どもの労災病院グループの中で言いますと、メディエーターの教育体制をやっているところがあります。ちょっと勉強していかないといけないと思っております。

(委員)

その他でこれだけのご質問しておきたいことがございましたら、どうでしょうか。

全体的に良くなってきているのは確かですし、交付金というのはゼロに近づいていくべきではないかという石部先生のご意見も拝聴いたしました。無駄遣いではなくて、やはり他のところがやらないことをやらなけ

ればならないというのがございますので、私もしょうがないと思いますけど、ただ、これだけ病院がたくさん
の収入が入るようになったという現実を、もう少し踏まえてから考えて欲しいと思います。来年になってまた
8%が上がるかどうかは別として、現実には8%近いものが収入が上がってくると、そういうものは当然ゼロ
に近づいていくのではないかと、私自身は考えております。

以上でございます。お返し致します。

(病院局)

そうしますと次回のスケジュールなり、事項について整理させていただきます。

まずスケジュールですが、次回23年度になります第1回目を今年の8月頃に開催する予定としたいと思
います。一応今のところ議題としましては、22年度の決算が出そろい予定ですので、その辺のご説明をさせ
ていただきたいと思っております。

なお、今日頂きました宿題等でございます。委員から頂きました、交付金の算定方法がわかるものにつ
きましては、いかがいたしましょうか。次回ご説明いたしましょうか。

(委員)

22年度の決算が出ますでしょう。

(病院局)

次回の宿題でお返しさせていただくということで、整理させていただきたいと思います。

では、私の方からは以上です。

(委員)

みなさんご苦労様でした。また8月によろしく願いいたします。