

平成29年度第2回北海道病院事業推進委員会 議 事 録

1 日 時

平成29年9月1日（金）18:30～20:00

2 場 所

毎日札幌会館5階「ラベンダー」

3 出席者

(1) 北海道病院事業推進委員会委員

小熊 豊 委員長（砂川市立病院 病院事業管理者）

池田輝明 委員（医療法人社団健心会桑園病院院長）

奥村利勝 委員（旭川医科大学医学部内科学講座教授）

谷口雅子 委員（公認会計士）

土橋和文 委員（札幌医科大学医学部病院管理学教授）

旗本智之 委員（小樽商科大学大学院商学研究科アントレプレナーシップ専攻教授）

(2) 北海道（事務局：道立病院局）

鈴木信寛 病院事業管理者

田中宏之 道立病院部長

立花理彦 道立病院局次長兼人材確保対策室長

叶野公司 道立病院局次長

佐藤充孝 道立病院局病院経営課長

野崎耕二 “ 経営改革課長

小俣憲治 “ 経営改革推進指導官 ほか

4 議 事

[事務局]

予定の時刻となりましたので、ただいまから平成29年度第2回北海道病院事業推進委員会を開催いたします。

奥村委員につきましては、JRでまもなく到着とのことで若干遅れて参加されますが、会議の方は先に始めさせていただきます。

本日の司会進行をさせていただきます、道立病院局の経営改革課の野崎でございます。本日は宜しくお願い致します。

まず、会議の開催にあたりまして、鈴木北海道病院事業管理者よりご挨拶申し上げます。

[事業管理者]

病院事業管理者の鈴木でございます。委員会の開催に当たり、一言、ご挨拶を申し上げます。

委員の皆様におかれましては、大変お忙しい中、本年度、第2回目の「北海道病院事業推進委員会」にご出席いただき、ありがとうございます。

また、後ほど改めてご紹介させていただきますが、新たに小熊委員と奥村委員にご就任いただきました。再任の委員の皆様方ともども、よろしくお願い申し上げます。

さて、来年度、平成30年度は、診療報酬と介護報酬のダブル改定が予定されているほか、さらには薬価制度改革の一環として、2年に一度の薬価改定が毎年実施となる、初年度でもあります。

このように、私ども道立病院を取り巻く環境は、大変な変革期を迎えることとなりますことから、国の動きなどを的確に把握するとともに、より一層、効率的な病院運営に努めなければならないものと考えております。

このような中で、本日の委員会では、平成28年度事業実績及び自己点検・評価に関し、6月に開催した1回目の委員会において、佐古前委員長による私案をお示しいただいたところであり、これを踏まえた委員会としての点検・評価結果を取りまとめたいただきますが、その内容につきましては、9月11日、月曜日に開催予定の道議会保健福祉委員会に報告することとなっております。

また、本日の委員会では、併せて、平成29年度の第1四半期の経営状況・取組実績についてご報告させていただきますが、各道立病院の院長も出席しておりますので、各委員の皆様には、それぞれの専門的な見地から、各病院の課題の解消や、経営改善に向けた方策などについて、ご意見やご助言をいただければ幸いです。

最後に、限られた時間の中ではございますが、ぜひ忌憚のない、活発なご議論をいただきますよう、お願い申し上げます。私からのご挨拶とさせていただきます。

[事務局]

本委員会は7月に委員の改選を行いましたので、改めまして改選後の委員をご紹介します。

- 医療法人社団 健心会 桑園病院 院長の池田委員です。
- 砂川市立病院 病院事業管理者の小熊委員です。
- 谷口雅子公認会計士事務所 所長の谷口委員です。
- 札幌医科大学医学部 病院管理学教授の土橋委員です。
- 小樽商科大学大学院 商学研究科教授の旗本委員です。

なお、小熊委員と奥村委員につきましては、改選によりまして、新任の委員となります。

また、奥村委員につきましては、道立病院が全適に移行した中、専門医制度への対応等を含め、地域医療を確保する観点におきまして、新たに審議調査すべき事項が生じることから、今回から特別委員として御就任頂いております。

次に、道立病院局の職員を紹介いたします。

- ◆ 道立病院部長の田中です。
- ◆ 道立病院局次長の三瓶です。
- ◆ 道立病院局次長兼人材確保対策室長の立花です。
- ◆ 道立病院局次長の叶野です。
- ◆ 病院経営課長の佐藤です。
- ◆ 経営改革推進指導官の小俣です。
- ◆ 経営改革課長の野崎です。

また、今回は、各道立病院の院長も出席しておりますのでご紹介します。

- ◆ 江差病院の伊藤院長です。
- ◆ 北見病院の井上院長です。
- ◆ 羽幌病院は、道立病院局の立花次長が院長を兼務しておりまして、佐々尾副院長が出席しております。
- ◆ 緑ヶ丘病院は、東端院長が所用のため欠席されましたので、林副院長が出席しております。
- ◆ 向陽ヶ丘病院の藤井院長です。
- ◆ 子ども総合医療・療育センターのセンター長は、鈴木病院事業管理者の事務取扱となっておりますので、大場副センター長が出席しております。

どうぞよろしくお願いいたします。

その他、各道立病院の看護部門の副院長や事務長も出席しておりますので、御報告させていただきます。

[事務局]

次に、資料を確認させていただきます。

お手元には、

- 資料 1 北海道病院事業推進委員会委員名簿
- 資料 2 北海道病院事業条例【抜粋】
- 資料 3 平成 28 年度 新・北海道病院事業改革プラン点検・評価書（案）
- 資料 4 平成 29 年度 第 1 回北海道病院事業推進委員会 委員からの意見等

ただ今、奥村委員がご到着なさいましたので改めてご紹介させていただきます。

- 旭川医科大学医学部 内科学講座教授の奥村委員です。

お手元の資料の確認をさせていただきます。

- 資料 5 平成 29 年度道立病院局の取組方針
- 資料 6 平成 29 年度第 1 四半期 道立病院経営状況・取組実績を配布しております。ご確認ください。

続きまして、「委員長選任」について、資料 2 をご覧ください。

今回、任期満了に伴い委員改選を行いましたので、所定の手続きにより、委員長の選任を行います。

本委員会の委員長は、条例第7条第7項により、「委員長は、委員が互選する。」こととなっておりますので、委員の皆様からの御推薦等がありましたら、御発言をお願いします。

[委員]

大先輩でございます砂川市立病院の病院事業管理者の小熊先生にお願いしたいと思っております。先生は自治体病院の経験が長く且つ医師会の重鎮でもあり、この分野のオピニオンリーダーと承知しております。新任ということで大変かと思いますが、是非お願いしたいと思っております。

[事務局]

ありがとうございます。

小熊委員を委員長にご推薦をいただきましたが、ご異論等ございますでしょうか。小熊委員よろしいでしょうか。

[委員]

はい。

[事務局]

それでは、小熊委員に委員長就任をお願いしたいと思います。
小熊委員、委員長席にご移動願います。
ここからの進行については、小熊委員長をお願いいたします。

[委員長]

ただ今、土橋先生より過分なご案内をいただきまして恐れ入ります。
砂川市立病院の小熊です。

実はこの会の委員長を兼務しておられました佐古先生は私の同期で自治体病院の仲間です。私にとってはこの会は初めてであり、佐古先生のように慣れておらず勝手に狂うことがあるかもしれませんが、どうぞ宜しくお願い申し上げます。

この3月までは、病院事業改革推進プランというワーキンググループがございまして、その座長を佐古先生の後任でやっておりました。いろいろと池田先生からはご意見を頂戴しました。

今回は、道立病院の経営状況とか業績について、点検・評価を行う本委員会の委員長を拝命致しました。重ねまして宜しくお願い申し上げます。

委員の皆様には、大変お忙しい中お集まりいただきましたが、ご忌憚のないご意見をいただいております。鈴木事業管理者が先ほどおっしゃっていた通り、非常に厳しい状況にあるのは間違いないと思っておりますので、少しでもいい方向に向かえればと思います。どうぞ宜しくお願いいたします。

早速ではございますが、次第に沿って議題を検討したいと思います。

本日の議題は2つあり、1番目は平成28年度の点検・評価、2番目は平成29年度第1四半期の状況についてであります。

事務方から(1)平成28年度 新・北海道病院事業改革プラン点検・評価について説明をお願いいたします。

[事務局]

(資料3により概要説明。なお、資料4は項目を選定し説明する。)

[委員長]

どうもありがとうございました。

奥村先生と私が今回初めてということで、何か極めて総論的な話に聞こえましたが、他の先生方は第1回目を終えていらっしゃるから中身をご存知ですよ。

奥村先生、ご質問とかございますか？

[委員]

初めてなので何をどういう風に考えればいいのかよくわからないのですが、積極的に物申して良いという前提でお話しさせていただければ、「道立病院の収益」という文言がよく出てくるのですが、それを目指すべきなのかどうかということ、本来そういうものではないのではないかと私は理解していましたので、収益ということを前提に考えるのならもっと違った見方があるのではないかと。世の中のニーズで公的病院が担う役割を道立病院がやるというスタンスであれば、収益は大切だが、確保するというような文言には繋がらないのではないかとというイメージを持ちました。今までの議論がどういうものであったかを承知していないので、言いたいことを言わせていただきました。

[委員長]

ただ今、奥村先生から公立病院ですから地域に医療として必要なものが第一であって、大事でないとは言わないけれど収益はその次である、というご意見がございました。それにつきましては、私の理解している限りでは、はっきり言いまして道立病院の経営があまりに悪すぎる。上品な言い方が出来ず、すみません。少しでも改善していかないと医療を提供すらできなくなる。そういった面で医療の中身を良くして、質を高めて、その地域に必要とされる医療をどう提供するかということで、この委員会があったり、先ほど申しました改革案を出す会議をやったりということのようです。私が言うより、田中部長が言った方が良いのかもしれないですけど、コドモックルと北見を除いて、他の道立病院はどちらかというところへき地にあるんですよ。向陽ヶ丘と緑が丘は精神科ですし、それ以外は人口の減っているへき地であって、医師と看護師、医療従事者の確保に苦労している。そういったことを少しでも良くするために、鈴木先生が今回、事業管理者になられて、柔軟な医療体制、職員採用に取り組んでいただこうということになったんですよ。その中で経営も良くしなければ、道立病院が果たすべき医療が提供できなくなってしまうということのようです。

鈴木先生、何かこの点ありますか。

[事業管理者]

どうもありがとうございます。

確かに我々の使命としては、その地域住民が必要とする質の高い医療を安定的に提供するということであって、お金を儲けるということではございません。確かにそうです。ただ、安定的に医療を提供していくためには、経営のこともある程度我々意識して改革していくべきだろうと考え、委員の皆様から色々ご意見をいただきたいという趣旨でございますので、どうぞ宜しくお願いいたします。

[委員長]

ありがとうございました。そのようなことのようにです。道はちょっとやそつでは潰れないのですが、かなりの赤字ということです。それと、職員のモチベーションをどう保って、医師を始めとする医療スタッフをどうやって確保するかが最大の問題だということを理解しておりますが、土橋先生何かございますか。

[委員]

ありがとうございます。相矛盾するところは確かにあろうかと思いますが、小熊委員長から発言がありましたとおり、道立病院を巡る問題は、個々の病院においてその役割と、つまりミッションと、どの程度の財政的なネガティブなところまでが許されるかということは当然違ってくると思います。それを一括して、全体でどうかという論議をしているところが、この会自体のミッションとしてかなり負担となることを小熊委員長が言われているのではないかと思います。

ただ、儲けるということではなくて、損をしているところが明らかにあるので、その点を指摘していきましょうかと。そうすると、少し新しいこともできるようになると。そうすると、好展開になるのではないかと。

個人的な見解で申し上げますと、精神科については地域で無くてはならない医療ということになりますので、ある程度赤字は許容して宜しいのだろうと思います。

一方で、そうではない地域の病院として門構えと中身が合っていないというところが少しあろうかと思えます。おそらく、経営されている皆様もその辺は自覚されてやっているのですが、地方ではなかなか言いにくいところを代弁して申し上げるというような意味があろうかと思えます。

また、コドモックルについては、全道から患者さん、あるいは人を集めて教育的立場でやっていくというミッションが一つございますので、ここもある程度赤字は許容せざるを得ないと思えます。

それにしても門構え、ベッド数に比べて空きが著しいとかですね、運用の立場からいってももう少し効率的な運用ができるのではないかという視点もあろうかと思えます。

結論的には個々の病院において、いくつか同じではない課題があるところがなかなか難しいところではあろうかと思えます。

この度、鈴木先生にご就任いただきまして、全体を見回してということになりますけ

れども、適所に色々なことを発揮していく上でのご提言をこちらの方でできればと思っております。宜しくお願いいたします。

[委員長]

ありがとうございました。

旗本先生、何かご意見ございますか。

[委員]

私は、ビジネススクールで教えていて、専攻が管理会計という会計を経営に生かす立場の専門ですので、医療が利益若しくは損失が、どの程度までなのかという議論が大変難しいということはわかっています。ただ、第1四半期等のデータを見たらお分かりでしょうけれども、今の変動費、医薬材料費率からすると、赤字を出さないためには売上高を倍にしなければいけないんですね。この固定費水準から言えば、売上高、収益がその倍はないと赤字になるという構造になっている。赤字が許されるとしても、売上高のあるべき姿からして、いったい何割減までなら許容できるのかという議論は、相当真剣にやらなければならないと思います。データにあるとおり、すべて病院別に収益、費用、それから医薬材料費率が出ていますので、そこで目指すべき売上高がいくらなのかということ客観的に見るようにできています。利益を求める体質では全くないのですが、それでは道民の税金から毎年現金をいくら入れることが許されるべきなのか、という非常に難しい判断が必要かと思っておりますので、その点は意識しながら見ていきたいと私も考えています。

[委員長]

ありがとうございました。

谷口先生、どうですか。

[委員]

私が考えていたことは、最終的に収入と費用の差額が負担ということだと思っていました。今までの議論の中では、費用の削減がこれ以上できないなら、収入を上げて差額の赤字分をカバーせざるを得ないということだと考えていました。道が病院事業にかけられる予算が無尽蔵にあるわけではなく、当然考えられる予算の中でそれぞれの病院に対して一般財源からお金をいただくわけですから、いただくというか、不採算部門を担っているから、道からお金をいただいて収支を合わせる。一般の病院は基本的にそんな補助金はないわけですから、それで収支をプラスにしているわけですから。

道立病院は、基本的に最初から不採算部門については赤字が前提でお金をいただくわけですから、いただいたお金の中でやるということは当然だろうと思います。いただいているお金を減らすとかですね、ある程度努力をすべきだし、その努力の方向性として費用の削減という方向性もあるかもしれないけれども、全体として診療報酬をある程度確保するというのも一つの方向性としては必要なのではないかと私は思っています。

[委員長]

ありがとうございました。
池田先生、精神の方がいかがですか。

[委員]

へき地を含め、全道で道立病院は幅広い医療を展開していると思います。それぞれ特性も伝統もあって、地域の期待、全道的な期待も担いながらやってきたけれど、時代も医療環境も変わってきて非常に厳しい状況になっている。しかしながら、経営体としては健全化、採算性とのバランス、ある程度、現在は度を超してきているということで、皆さん共通の危機感を持っていることと思います。いろんな経費の削減は徹底的にされてきていることと思います。それぞれの病院ごとに採算ベースをあげようと努力しているが、それがまだ目に見える形で現れてきていない。医療環境そのものの影響もありますが、まだまだ粘り強く具体的に色々な提案をし、努力をしながらやっていかなければならないのかな、というのが全体的な感想です。

[委員長]

ありがとうございました。

各委員のご意見を拝聴したところですが、支出を抑えて収入を増やすと。その中で、必要な不採算部門といえども医療を、経費を、収益をある程度担保した形で地域の医療をして欲しいということにまとめられると思いますが、皆様ご存知のとおり、収益を上げるためには、前の佐古委員長が私案で書いてあるように、医療スタッフが必要ですよね。医師がいない、看護師がいない、その他の医療スタッフがいないところでは、今の診療報酬では収益が上がらない仕組みになってますので、それをどうやって確保しながら支出を減らしながら、地域住民に受診していただけるかということがまさに骨になるところで、個々にお集まりの諸先生や各病院の院長先生や事務長さんがよくご存知のところ、そこをさらに進めて行っていただきたいというご意見だと思います。

鈴木先生が事業管理者になられてから、僕の耳に入ってきたところでは、羽幌病院に総合診療の拠点化を目指すという話を聞いております。これなど、事業管理者になられて、皆さん方と一緒にあって新たな方向性が打ち出されたと思っておりまして、そういった意味で総合診療医の養成拠点となって、道立病院、あるいは道内の病院に総合診療医が派遣されるような形になればいい方向に動くのではないかと、私としては非常に喜んでおります。

総論的なご意見を賜りましたので、そのことを踏まえながら更にお進めいただければと思います。宜しく願い申し上げます。

あと、ご意見ございませんか。

後ほど資料を見返して、個々の病院に対するご意見があれば、事務局に委員の先生からご連絡いただく形で宜しいでしょうか。

[事務局]

ご意見があれば承りたいと思います。

ただ、先ほど鈴木管理者が挨拶の中で触れておりましたとおり、9月11日の道議会の方に報告予定ですので、意見があればこの場で承れましたらありがたいと思います。

[委員長]

9月11日の議会に間に合わなくても、色々考えているうちにこういう意見が出ましたとか。

[事務局]

それは、もちろん承らせていただきます。

[委員長]

そういうことでございますので、どうぞ宜しくお願い申し上げます。

それでは、議題2の「平成29年度 第1四半期道立病院経営状況・取組実績について」ご報告をお願いいたします。

[事務局]

(資料5を簡潔に説明し、資料6を中心に説明する)

[委員長]

ありがとうございました。

各病院の実績を踏まえてご説明をいただきましたが、何かご意見、お考えとかございますか。

[委員]

各病院の取組というのがあって、それぞれ独自の指標を出されていますが、その中で後発品が何%と出ているところがあるんですけど、うちの病院でも後発品90%以上にしようとしています。これは各病院にお任せしているのか、道が一括して100%に近づけようと努力されているのか、そのあたりが道の力の見せ所じゃないかと思いました。

あとは、後発品にも関わると思うのですが、すべての病院で薬剤の一括購入等をして、切り詰められるところをどこまで切り詰めているのかというところが、各病院任せなのかどうなのかが少し気になりました。

[委員長]

ただ今の奥村先生のご質問に、どなたかお答えいただけますでしょうか。

[事務局]

経営改革課長の野崎でございます。後発医薬品の使用割合の目標値についてでございますが、資料4の1ページ目下から2つ目の項目になります。第1回目の委員会におきましても土橋先生からご意見をいただいたと思うのですが、病院ごとに設定する目標値

が80%以下となっている病院があり、それは少し低いのではないかとのご指摘を受けておりました。後発医薬品使用割合の目標値については、厚生労働省のロードマップに基づいて設定しております。29年度の目標値72.5%に対し、6月時点では78.2%で目標値は上回っておりますが、プランの目標79.3%の早期達成、前倒しについて、今後も推進して参りたいと考えてございます。旭川医大のような90%に達するのがいつになるかはわかりませんが、後発医薬品の使用促進については、道立病院局全体としても積極的に取り組んで参りたいと考えているところでございます。

[委員長]

奥村先生は使用率もそうだけれども、個々の病院で薬を買っているのか、あるいは6病院全体で価格交渉しているのかと聞いておられるわけです。

[事務局]

申し訳ございません。2つ目の質問につきましては、道立病院共通で買っているものについては、道立病院局が一括契約で購入しています。病院の性格がバラバラでございまして、各病院で購入した方がいいものについては、病院ごとに購入しているものもあるということで、現在は混在している状況でございます。

[委員長]

一括購入しているものは使用薬剤全体の何%くらいなのか、後日教えてください。

道立病院はおそらく、自治体病院の中でも別格な病院ですから、一番高く卸から買っているはずですよ。はっきりいうと。民間で買う値段とものすごい差があるはずですよ。その検討をされているのかということに、奥村先生の意見は繋がると思います。

皆さん笑うけれど、本当に同じ自治体病院でもA病院とB病院では購入値段が違いますから。特に、道立病院に一番高く売ろうと思って画策しているはずなので、そのことを費用節減といえば考えられた方がいいかなと思います。奥村先生のお考えのとおりだと思います。

[委員]

小熊委員長がおっしゃったとおりであります。後発医薬品そのものの使用割合のことについて、目標値というのは各医療機関でばらつきがあって、実績と比べて目標がありますよね。医療分野によってかなりその専門的な後発医薬品に対しては、評価が定まっておらず、ばらつきがあると思います。特に、精神科の薬は微妙なところがあって、なかなか一定した評価、品目によっては非常に高性能になっておりますけれども、慎重に後発品に移行しているところがあって、今回、向陽ヶ丘病院にしても、緑ヶ丘病院も70%台の水準ですが、徐々に目標値を超えてきているということで、全体には浸透してきているかなと思いますが、少し違いがあるというのはご理解願いたい。

[委員長]

池田先生がおっしゃるとおり、精神科というのはなかなか難しいので簡単に後発品に

切り替えられない場合もあります。あと、他にございませんか。籾本先生どうぞ。

[委員]

質問が二つあります。

一点は、後発医薬品の使用割合について。割合とは何に対して何をとっているのか。金額ベースと捉えていいのかという点が一点目。

それから、医薬材料費対医業収益比率。各病院これが出ていますが、左側の取組実績のところは収益等の状況の収益と費用の数字のどこどこをやるとパーセンテージが出てくるのか。何度やっても合わないんですよね。何がどう間違っているのかということをお教えいただきたいと思います。

[委員長]

事務局からご説明お願いいたします。

[事務局]

後発薬の使用割合については、国の基準が変わりまして、従前は品目数ベースでしたが、現状は数量ベースに見直しになったと承知しております。数量分の数量です。

[委員]

補足します。従前は品目数でしたが、現在のところは、ジェネリックがある薬剤の中での数です。

例えば、ある病院がある薬剤を大量に入れていて、そこをジェネリックにすれば一挙に指数が高まるということであります。ただこれも、非常に難しくてDPC病院と呼ばれている病院ですと、80%を超えると加算が付くのですが、そうでない民間病院を含めるとそうではないと。つまり、ジェネリックにすること自体は総額の医療費を削るという視点では国民に寄与しますけれど、個々の病院となりますと必ずしも高いことがいいことではないということになります。この内訳のトリックは納入価の利ざや分が病院によって違うということがあります。例えば、ジェネリックがないものの方が利ざやが高いという医薬品がいっぱいございます。そういうものはあえてたくさん入りますが、利ざやを大事にすれば、病院としてはそこをジェネリックにしないという操作をすることもあります。ですから、100%には自ずとまらない。

もう一つのジェネリックファミリーですが、バイオシミラーという薬剤群がございしますが、先ほど池田先生の方からありましたけれども、先発薬とかなり違うということが知られておりますので、ごく一部は診療科といたしまして何の抵抗もなく変えることを了解いたしますけれども、それ以外につきましてはかなり個々の事情がございまして、経営サイドから、こうしなさいということとはなかなか言いにくいということがございます。

[事務局]

補足ありがとうございます。

二つ目のご質問でございますが、医薬材料費対医業収益比率の計算式でございますけれども、一例として、「平成29年度 第1四半期道立病院経営状況・取組実績」の3ページにある江差病院を挙げさせていただきますが、第1四半期目標値B欄、下の欄の医薬材料費、98,199千円／医業収益、第1四半期目標値B欄、444,148千円。これが医業収益に占める医薬材料費ということでございます。

[委員長]

旗本先生、よろしゅうございますか。

[委員]

そうするとですね、3ページにある医薬材料費のすぐ下にある医薬材料費比率があって、これと4ページの数値が一致しません。ですから、4ページの数値はどのような計算をしているのかがわからないということです。

[事務局]

今のご質問は22.7%の数字が出てこないということでしょうか。

[委員]

第1四半期 医薬材料費比率目標、3ページでは22.7%となっているのですが、4ページでは22.1%となっている。それは第1四半期の実績の推計値のところでも3ページでは21.3%となっていて、4ページでは20.5%となっています。なので、4ページの数値はいったいどこから出てきたのか。これは経営指標ですので、厳格に定義されて使っているはずですので、どうなっているのかお聞きしたい。

[事務局]

ご説明をさせていただきます。

まず、3ページの医薬材料費比率につきましては、医薬材料費を分子としまして、入院収益と外来収益を足したもので割った率でございます。4ページの数値目標・実績の医薬材料費対医業収益比率につきましては、医薬材料費を分子としまして、医業収益で割ったものがございます。ですので、若干その他の医業収益分が率としてずれているものがございます。

[委員]

その他って、中身がよくわからないですけど、数字としては納得しました。経営指標としての意味合いとして、医薬材料費は変動費ですから、変動比率という見方もすることはできるのですが、逆に言うと、この値を1から引いたものが貢献利益率になりますので、各医療機関が医療行為によって、自らの経営資源を投下してそれがどれほど収益に変わったかという付加価値なんですよ。この付加価値の率が高ければ高いほど高度なサービスを提供しているという意味合いになってくるので、数字の厳密な定義について確認させていただきました。

[委員長]

ありがとうございました。他にご意見は。谷口委員どうぞ。

[委員]

先の質問で薬価の納入単価の話があって、驚いたんですけども、自治体病院の間で薬剤単価の情報共有はしないのですか。

[委員長]

細かくはしません。

[委員]

それはなぜですか。自治体病院は税金で負担しているわけですから、なるべく単価が安ければいいわけですよ。お互いに情報共有すれば、道立病院が高いということが比較すれば簡単にわかるわけですよ。それをなぜやらないのですか。

[委員]

お答えになるかどうかわかりませんが、妥結率という概念があるんですが、今はそういうことをやってはいけないのですが、年度にいくらいくら買ったので、後でまとめて値引きしてね、という慣習があったんですよ。そうすると一年終わってみるとはっきりわかるんですけど、個別ではわからないということになります。個々の薬剤をどれくらい値引きしたかはよくわからない。全体として、その病院は薬剤費に対して何%引きましたというのは出てくるのですが、本当のところ、個別のところはどうなんですかということとはなかなか出てこない。それが一つと、今は妥結率三ヶ月おきにやらないとならない規定になりましたから、もっと細かく出ます。ベンチマークとして持っていないかと言われれば、ほとんどの病院が実は持っています。ですから、お互いに大体のところは知っています。大体です。先ほど言った理由で正確ではありません。

[委員]

正確でなくてもですね、先生のお話だと極端に違うというお話ですよ。それであればその情報を表にして、リストアップしてその表を見て、どうするか考えればいい。少なくとも次のステップに進むと思うんですけども。それはわからないという情報を集約する必要はないという議論にはならないのではないかと、思うんですけども。

[委員長]

自治体病院は沢山ありますけれども、土橋先生のおっしゃるとおり、全体でというのはダメなので、一個一個値段を交渉して買うことにしています。例えば、A病院は循環器が非常に強い病院です。C病院は消化器が強い病院です。その使う薬の種類によって、循環器の薬をA病院は安く買えます。沢山使って高価な薬も入るので安く買えます。ところが、B病院は循環器のそういうのを使わないのでA病院に比べると安くまけてもらえません、というような違いがあるわけです。製薬会社や卸に対してA病院と同じだけ

まけてください、と言ったとしても応じないんですよ。使う量とか金額によって購入価格が変わりますので。

[委員]

それはわかります。それは経済性でわかりますが、今の状況だと、道立病院が単価を高く購入していることの理由が分析できない。例えば、他のところで購入量がこれだから高い、ということであればそれを示していただければそうだろうなと思うんですけど、それが無いし、概念的に説明されても本当に数量が違うから単価が安い、という理由がちゃんと説明できるものなのかどうか、何もわからない気がします。

[委員]

個々の薬剤の目標値、この薬剤をモニタリングすればわかるよ、ということであれば、全国平均等の数字は非常に正確なんです。例えば、新規の抗がん剤はほとんど値引きしません。そういう薬剤をいっぱい使っている病院の総額は値引率が悪いということになりますし、そんなものは一切使いませんとなると、非常にダンピングして買っているという数値が出てきます。薬品数はべらぼうに多いので個々の小さな薬品について全部のベンチマークを比べられるかといえば、それはなかなか難しい。ただ、そういう組合が今はあります。そういうところに入っていると全国でこの薬品はいくらで購入しています、という情報を取ることはできますが、それは公表しない、できないことであります。外に向かってそれを発信するということは契約違反になりますので。

[委員長]

あとは、交渉に対してどれぐらい熱意を持ってやるかです。たとえば厚労省は、何月何日までに売買契約を結びなさいということをしているわけです。だけど、それを守ると高い値段で買わされちゃうわけです。ですから、それを延ばして延ばして延々と安くなるまで待つ、というやり方もあります。特に民間の場合は、うちで損した分は公的病院で儲けてくれという言い方をしますので、残念ながら道立病院は国の購入期限をまず真っ先に守らなければならない。交渉も粘り強くなって、高い値段で買わされている。僕はそう思っています。

[事務局]

耳の痛いご指摘ばかりです。ベンチマークは、今まで情報として取れていなかったんですけども、少しでも価格交渉能力を上げるため、ベンチマークでデータを取ることの導入を検討しているところでございます。やられっぱなしにならないように、変わっていきたいと思います。

[委員長]

薬の話はもうやめましょう。

せいぜい20%台ちょっとですから、支出に対して22~23%ですから、たかが知れてるんですよね。やっぱり支出の大半は人件費でしょう。人件費は先ほどから聞いて

いると結構頑張っ、目標額の9割を切るようなところまできている。言い換えると、人件費が下がるということは、人がいなくなっているということですね。今のシステムでは人がいなくなれば収入が増えるはずがない。そこに一つの問題があるのかなと思います。

それから、目標値の設定というのはどういうふうに設定しているのか、よくわからない。この目標値に対して何%の収益です、何%の支出が減りました、というのはどうやって目標値を決めたのか、すみません、僕にとっては第1回目だからでもあるんですけどそれがよくわからない。正しい目標値なのかどうかという問題があると思います。

道立北見病院は素晴らしい成績を上げられています、先ほども言っているように、応援医師を増やしたとか、色んなことでこういう素晴らしい成績が出ていると思うんですが、確か3月にやったときには、道立病院の先生方は燃え尽き症候群になるんじゃないかと心配した覚えがあるんですけど。少ない人数で非常に大変な業務をこなしていて、さきほど、循環器でしたか、応援医が4人だけ増えたという、非常にいいことをされているのだなと思いました。こういう方向性を道立病院といえども目指して行って職員のモチベーションを上げ、就労環境を良くして、収益アップをまず目指すということじゃないかと思います。簡単に言えば。「言うは易し、行うは難し」であることはよくわかっています。支出が減ったからって喜んではいけません。支出がある程度増えても、収入がそれ以上に増えるのが一番の理想だと思います。いかがでしょう、こういう考えは危険でしょうか。

[委員]

小熊先生のおっしゃるとおりだと思います。別の見方で、結局その目標値はどっから出てきたのかということが極めて大事だと言うことと、病院独自の取組目標というのは道立病院局が管理するというよりは、個別の病院で目標を立てさせて、それがどうなったのかを見ているイメージだと思うのですが、たとえば、江差病院の独自の目標に健康診断・人間ドックの推進とありますが、通常こういうものは民間病院が黙っていてもやるので、これを江差病院の目標とすべきなのか。個別のことはいちいち言いたくはないのですが、このあたりが目標を作ったというよりも、実績を上げられるから目標にしたという後付け的なイメージを持ちましたので、病院独自の目標というのが何を目指しているのかを知りたいところです。

[委員長]

ありがとうございました。

目標とは今までの経緯があって目標を定めてきたんだろうけれども、奥村先生も僕も言いましたけれども、目標が本当に正しいのかどうかの見直しも必要だと思います。いかがですか、谷口先生。目標の設定とは簡単ではないですね。

[委員]

実はその件については考えていて、去年の実績に対して、今期の目標を毎回高く設定していて、収入も費用も高い目標で、結局実績は2億とか3億とか落ちて、収支差は一

緒という形に収まっているのがずっと続いています。収入もそうですが、費用、人件費の方も実態に合った、実際の入院患者数とか収入に合った人員体制を前提として、実際に足りない人員を考えているのか、ということに疑問に思っているところです。

実際のベッド数に対して70%しか目標にしていないということは、100%のベッド数での診療体制、看護体制はそもそもいらぬのではないか。70%、ちょっと多くても80%ぐらいしか一年間で実績としてできないのなら、そこを目標にして診療体制をつくって、それに対する人件費を目標にして数値をつくらないと、上と下とのバランスがちゃんと取れているのかというのは正直疑問です。積算した中身がわからないので何ともお話しできないところです。

[委員]

意見が重なりますが、人材確保の問題で医師確保が収益に繋がっていくのだということ、医療の向上の実現を図るためにも人材確保が一番大切であるということ。今回、人材確保の部局ができて、その後現在までの間にどのような成果が上がってきているかということが知りたいということと、それと連動して、人材確保していけば自ずと患者さんも増えてきて、病床利用率とかにも関係してくると思うのですが、そういうことで目標ということ言えば、実績を前期に照らしながらとか、そうやって目標数値って上げられてきますよね。ところが北見は別として、全体として実績はだんだん下がってきているので、僕から見ると目標値っていうのは、だんだん下がってきて、前と前々を併せた実現可能な目標が出てきて、しかしそれが、評価の段階になるとそれが達成されていない。また下がっていくというような繰り返しになってきている。ただそれは、やはり前期、あるいはその前に照らして、高い目標を持つということは大事なことで、スタッフ、特にドクターの意識が低いので、経営に自分たちが関わっているのだという意識付けを強めてもらうためにも必要なことなのではないか。個々の小さな目標がありますけれど、こういうものの積み重ねだし、この目標を達成したとなると小さな満足感が得られて、また頑張ろうというところが出てくるので、個々の目標というものも上げていく、その実績評価していくということも大事なことではないかと思います。

[委員長]

ありがとうございました。

目標と達成度について先生方からご意見いただきましたが、詳しい数値はわかりませんが、目標の設定の仕方というの、見方を変えてみる必要がある気がします。

ただ、今の医療は在院日数が短くなっておりまして、診療報酬も収益が上がりにくくなっておりまして、収益を上げるのはなかなか難しいのですが、池田先生も言われたように、スタッフがいなくて収益は上がらないというのは事実ですので、スタッフを増やして、診療の量、質を上げることがいい方向に向かうんじゃないかと思います。決して口で言うように簡単ではないことは百も承知でございますけれども、是非、鈴木事業管理者を中心に頑張ってくださいと思うところであります。

そろそろ時間が迫ってきましたが、他に委員の皆様でこれだけは、という意見はありませんか。どうぞ。

[委員]

冒頭、どちらかの先生が、各病院が都市部じゃないところであって、したがって患者さんがその地域から来てもらわざるをえない。毎年、その地域で人口減が起きていますので、人口減のデータと照らし合わせないと、収益が前年度からどの程度落ちているかという比較ができない。マーケットが小さくなっている以上、しかも値上げができない以上、売上高が減るに決まっていますので、人口減というところをしっかりと捉えて欲しい。少なくとも、第1四半期ごとにどうなっているかというところを各病院のデータが見えるようにしていただきたい、というところが一点。

もう一点は、医師の不足・充当という問題があるのですが、「目標売上高に対する何%分が医師不足です」という客観的な指標が必要。通常の小売店であれば、医師の数といのは営業時間数ですよね。営業時間数が減って客単価が変わっていなければ売上高は落ちるわけですから、営業時間数に相当するものをしっかり言ってくれないと、医師が不足しています、だから売上高が落ちましたでは納得がいかない、というか客観性がないので、指標の開発を高いレベルで考えていただきたいということを要望します。

[委員長]

ありがとうございます。ただ、籾本先生の要望は非常に難しいと思います。

たとえば、医者一人いて、全科共通均等に収益が上がるものではなく、診療科による特性もありますし、医師の技能による違いもありますし、その地域の患者さんが持っている病気の内容によって、どの医師に行くかによっても変わります。医療的には先生のご質問にお答えできるデータをつくるのは難しいかと個人的には思いました。

[委員]

それは十分わかった上で、やはりそこは見える化をしないと議論は成立しない、ということですね。

[委員長]

そういうご意見でありますので、できる範囲でおやりいただければと思います。

最後にひとつ、それぞれの病院でドクターやナースの増やすべき目標人数は決めているのでしょうか。

[事務局]

定数は病院ごとに決まっています。

[委員長]

その定数は正しいのでしょうか。目標とする医療の量と質によって定数は変わるので、その定数を出す根拠を算出した上で運営しているのか、という疑問があります。その定数が決まれば確保に向けた動きがより進むのではないかと思います。数値という意味で言えば、籾本先生が仰っていた、客観的数値というのも必要だと思いました。

時間ですが、何かございますか。

なければ、議題1、2につきまして、色々なご意見がございましたが、そういったことも参考にお考えいただければと思います。

事務局からはいかがですか。

[事務局]

事務局からはございません。

[委員長]

それでは、以上をもちまして、第2回目の委員会を終了させていただきます。
各病院の院長先生や事務長さんのご健闘をお祈りしております。