

平成29年度第3回北海道病院事業推進委員会 議 事 録

1 日 時

平成29年11月22日(水) 18:30~20:00

2 場 所

かでる2・7 10階 1060会議室

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)

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

三瓶 徹 道立病院局次長

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3回北海道病院事業推進委員会を開催いたします。

なお、本日、奥村委員につきましては、都合により、欠席となっておりますので、ご了承ください。

それでは、会議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。本日はお忙しい中、出席いただき、ありがとうございます。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3回目の「北海道病院事業推進委員会」にご出席いただき、感謝申し上げます。

平成30年度の診療報酬改定につきましては、現在、国の中医協、中央社会保険医療協議会において、様々な議論が進められているところでありますが、財務省の財政制度等審議会から、医療費の伸びを抑えるために2%以上のマイナス改定が必要である、との意見が示されるなど、予断を許さない状況が続いておりますことから、引き続き、国の動きなどを的確に把握するとともに、診療報酬改定の影響について、見極めていく必要があるものと考えております。

また、北見病院につきましては、先般開催されました道議会、決算特別委員会におきまして、来年度から指定管理者制度を導入し、北見赤十字病院との連携を更に強化することを表明したところであります。

このような中で、本日の委員会では、平成29年度の上半期の事業実績及び自己点検・評価に関しまして、ご報告させていただきますけれども、前回に引き続き、各道立病院の院長をはじめ、病院幹部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。また、今回は、委員会としての点検・評価結果についても、併せて取りまとめていただくこととしており、その内容につきましては、12月13日に開催予定の第4回定例道議会、保健福祉委員会において報告することといたしておりますので、よろしく申し上げます。

最後になりますけれども、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、お願いを申し上げます。私からのご挨拶といたします。本日はどうぞよろしくお願いいたします。

[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 平成29年度上半期 北海道病院事業改革推進プラン点検・評価書(案)
- 資料2 平成29年度 第2回北海道病院事業推進委員会 委員からの意見等
- 資料3 道立北見病院について

を配布しております。資料の漏れ等はありませんでしょうか。

それでは以降の進行については、小熊委員長にお願いいたします。

[委員長]

それでは、3回目の会議ということで早速始めさせていただきたいと思っております。

議題の(1)、「平成29年度上半期 北海道病院事業改革推進プラン自己点検・評価(案)」について、事務局から説明願います。

[事務局]

(資料1により基づき上半期実績、自己点検・評価について説明。なお、資料2により第2回推進委員会における委員からの意見等について説明する。)

[委員長]

ありがとうございました。

いろいろなお話を聞きましたので、頭が多少混乱しておりますが、各委員におかれましては事前にお目通しいただいたかと思えますけれども、ただいまの説明に対し、何かご意見や質問はありますでしょうか。

結局ですね、新しい体制になって、鈴木先生や田中先生と皆さんが一体となってお努力されている、言いたいことは分かる。ただ、人が確保できない面があって、そこで色々ご苦労されていることは良くわかるのですけれども、それぞれの病院の一番の問題点はベッドの利用率が低いということだと思います。今言いましたように、人がいないということも事実ですが、周辺人口が少ないということもあるんでしょうけれども、例えば、江差にしても羽幌にしても、やっと地域包括ケア病床を始めたというところで、地域医療構想と、江差の場合は地域センター病院ということもありますが、療養をどうするか、ということとはちょっと検討されてもいいのではないかと思います。ベッドが6割ぐらい、あるいは6割以下しか使っていないというのは、普通ベッドを削減するか、新たな医療のあり様を模索するかのどちらかです。そうすると、江差はセンター病院ということもあって、急性期中心ということでしょうけど、おそらくは地域で、地域医療構想の兼ね合いもあると思いますが、センター病院だから療養をやってはいけないという理論はないと思うのです。地域が必要とするのであれば、療養の形態を検討してみる必要があると僕自身は思うのですが、その点、人がいなければなかなかできないのですけれども、そういったことが、今のご説明、あるいは資料では触れられていなかった気がするので、あえて言わせていただいたというところです。

精神科の2病院についてですが、緑ヶ丘病院はスーパー救急をやっているのですよね。病棟が2つあって、1つはスーパー救急、もう1つは急性期の医師配置加算というのは取れないのですか。これだけ早期に退院していると。スーパー救急は1つですよ。もう一つでどんどん退院させて、医師が9人とか8人とかいらっしゃるなら、急性期医師配置加算というのを取れるのではないかと思います。

[委員]

全病棟ですか。

[委員長]

各病棟で。

[委員]

ちょっとよく分かりません。

[委員長]

緑ヶ丘も向陽ヶ丘も思うのですけれど、うちの病院では精神科病棟が2つあって、1

つは急性期医師配置加算というのを取っています。もちろん、患者さんの在院日数とかいろんな条件はあるのですが、それを取ると年間で何千万円も違うんですよ。ですから、うちよりそれぞれの病院はドクターの数が多いはずなので、しかもベッドの回転率がいいということであれば、工夫すれば精神科の急性期医師配置加算というのを取れると思いますが、両病院の院長先生どうでしょうか。無茶なことを言っているでしょうか。

[事務局]

緑ヶ丘病院の東端でございます。

細かい数字は分かりませんが、スーパー救急の後方病棟として、もう一つ病棟を使っているのです、そうすると、どうしてももう一つの閉鎖病棟は在院日数が長くなってしまっているので、そういう患者さんの基準で取るのが難しいです。

[委員長]

病棟は2つなんですよ。

[事務局]

今、3つありますけれども、もう一つは児童と更に利用率が下がっていますが成人と抱き合わせた病棟になっていて、スーパー救急のほかにもう一つ急性期治療病棟を配置するというのは難しいと思っています。

[委員長]

向陽ヶ丘さんはどうでしょうか。

[事務局]

当院は、平均在院日数の関係で取るのが不可能だと思います。在院日数が結構長いので難しいです。

[委員長]

1つの病棟に早めに帰れそうな人を集めてというのは難しいですかね。

[事務局]

構造上難しいです。

[委員長]

結構、急性期医師配置加算って高いですよ。これは勝手に思っただけですけど。

[事務局]

療養病床関係で、私から今の状況、考え方を若干お話させていただきたいと思いますが、江差につきましても羽幌につきましても、それぞれ地域センター病院という役割をこれまで担ってきて、療養には手をつけない、慢性期は手をつけないというのが1つ不

文律で存在してきたように思います。実際、江差についても羽幌についても、道立が所在する市町村に慢性期療養型の病院がありますが、それぞれの圏域で地域医療構想の検討が行われている中で、一部療養も道立で担っていったいいのではないかと、という話になった場合には、十分検討の俎上に上がってくる。

その際には、地元市町村の意見、大学医局の意向も十分に踏まえていかないとはいけませんし、これからの人口構成を考えると、在宅の方に手をつけていくことが求められていく方向でもあると思いますので、これも十分に踏まえていかななくてはならない。どちらの病院も4階病棟が丸々空いている状態でもありますので、そういったところの活用を医療として使っていくのか、福祉的に使っていくのか、そのあたりのことも含めて検討しなくてはならないと思います。

[委員長]

ありがとうございました。

総務省は使わないベッドは減らせと命令出していますよね。ですから、その活用をどうするか、地域はもちろん、状況にもよりますが、私個人としては、従来の経営もあるのは分かりますが、住民が、療養が足りないというのであれば、それは検討する価値があると思います。医大の医師は、療養というのをなかなかやらないと思うので、総合診療医ですよ。羽幌が上手く行って、総合診療医の目途が立つようになれば、そういうことも検討していいのかなと。もちろん、地域医療構想の影響もあるでしょうけど、そういった考えもご検討いただければいいかなということで、取らせていただきました。

[委員]

緑ヶ丘病院の補足ですが、私の受け止めというか期待するところもあって、スーパー救急にかなり集中している感じで、ドクターの配置も厳しく、そういう意味でよくやっているなど。指定医を5人配置しなくてはならないという厳しい条件の中で、それを達成している。

32床を抱え、病床利用率95%くらいを維持して、ほとんど満床でやっている。これは努力と言うか、政策としてやっていますので、ここはいいのですが、2つの病棟が105床、数字だけで合わせていくと30人ちょっと、3割ぐらいしか入っていない状況。これは非常に厳しく、長期入院の患者を退院させるという国の方針に従ってということではありますけれども、その促進はいいのですが、同時に入院の促進もしていかないと回転しません。100床のベッドで3割ぐらいしか入っていない。これをどうしていくかということで、向陽ヶ丘病院は2病棟編成にして105床くらいにしていますので、そのあたりを今後、そういう点も視野に入れて考えていかななくてはならない。

これだけ努力して、医療の質としては、他の病院もそうですけど、色々なことをやって、具体的にやっていますよね。医療の質は向上しているけど、緑ヶ丘病院としては、収益を上げていかないと乖離が大きすぎて、今後これをどうしていくかというのが大きな課題じゃないかと思います。

緑ヶ丘病院のセールスポイントとしては、従来から児童科がある。全道的にも非常に

期待されている。これはどうしてもドクターが定着しない、児童精神医も少ない。今、大学でも養成しているところで期待している。そのところが機能していけば、また病棟も違っていくと思います。

[委員長]

精神医療は素人ですけど、例えば、病棟のあり様を検討したり、小児を入れるところと垣根を作って慢性期として、もう一つを急性期にして医師配置加算をとったらどうだろうかと思った。そういったことを検討する価値はあると思います。ただ、今の体制、施設のあり様では難しいということですね。施設を替えてしまったらどうでしょうか。

[事務局]

ご指摘ありがとうございます。

今、検討しているところで、私の判断としては、患者数を増やしていくという方向にはなかなか向かないだろうということで、上半期を見てきた評価としても、適正規模とするのが妥当であろうと判断していて、これから院内で検討を重ねた上でないと結論は出ないですが、2病棟体制にしていくと。将来はまた別のことも考えていますが、当面は2病棟に集約して効率的に運営したいと考えています。

[委員長]

素人が余計なことをばかり言って申し訳ないです。気を悪くしないでください。

いろんな施設基準を取るためには、直したり、縮めたりというのが必要になるでしょうし、そういうことをご検討いただけたらと思いました。

コドモックルですけど、前の会議でも言ったと思いますが、医療ケアを必要としている障がい者も沢山いて、障がい者の病棟は取れないでしょうかね。一箇所に集めて。

[事業管理者]

医療病棟の方にですかね。医療病棟は、ほとんどそういう方が入る。12床ですか。30床のうちの12床全部そういう方が入所されていて、それ以上に入所するとほかの患者さんも手間がかかって、患者さんにかかる手がなくなってしまうということで、そうすると看護体制を考えないといけないという部分があります。

[委員長]

障がい者ケアなんかは、大人にはあって、そこは1人いくらと、普通の病棟より値段がちょっと高くて。その分手間暇かかるけど。子どもにそういうのがあるのかちょっと分かりませんが。

[事業管理者]

2階は療育というところで、障がい者というよりは療育的な、そういう福祉的な病棟でして、なかなかそういうことをするような病棟にはならない。

[委員長]

医療ケアを必要とする人ですよね。それがコドモックルからなかなか転院していかなくて、ベッドを埋めていると悩みを聞いたところですが。

[事業管理者]

比較的在宅には移行していますが、在宅していて調子が悪くなると、どうしても入院してくるというその繰り返しなので、なかなかベッドが空かない。

そういう病棟が必要だと重々考えていますが、医療病棟というより重身病棟というようなものを作らないと担当しがたい。

[委員長]

そういうのは、大人だと目離しができない医療ケアの必要な人を1つの病棟に集めて、高い単価で、もちろん人の配置も大変ですが、やっているようなので、コドモックルでそういう方が多いならできないかなと。

[事業管理者]

考えてはいたんですが、考慮させていただきます。

[委員長]

もう一つ、北見ですけど、今、凄く少ない人数で頑張られているのは分かりますけど、心不全のリハビリとか心不全の末期の疼痛管理とか呼吸管理とか、そういうのが注目されているんですよね。だから、例えばリハの人を北見に重点的に配置して、心不全リハを積極的にするとか、薬剤師さんを多めに配置して心不全末期を管理する、というのがこれから点数が付くと思います。心不全末期は今、中医協で議論されているので、リハはもちろん昔からですが、そういったことを少し検討される価値はあるかなと見ていました。

[事業管理者]

井上院長からリハビリの配置を希望されておりまして、まだそれに対応できていない状況です。来年に向けて考慮させていただきたいと思います。

[委員長]

要は、今言ったように、病床利用率をどうやって効率的に、しかも本来の目的にあった形で動かしていくかをご検討いただけたらと。もしそれができないなら、総務省はベッドを持つなど必ず言うてきますので、ご検討いただければいいかなと思いました。

[委員]

同じ話になってしまうかもしれませんが、今回、地域包括ケア病床、江差と羽幌で導入されて、特に、江差の利用率が極端に悪いように思います。基本的に地域包括ケア病床では、一般から移して3ヶ月以内で出す方が難しいと思っているぐらいですけど、な

ぜこういうかたち、導入当初だと思えますけれども、理由はあるのでしょうか。

〔事務局〕

道立江差病院の院長の伊藤でございます。8月から導入でという部分がありますが、地域包括ケア病床はリハビリの単位数が必要だったり、看護の重症度が必要であったり、在宅の復帰率が必要だったり、いくつかの要件があって、実は一番問題になっているのが看護の重症度をきちんとクリアできるかというのがネックになっていまして、患者数が多くなると分母が大きくなって、看護必要度が落ちてしまい、クリアできなくなってしまう、そこを調整しながら徐々に増やしてきているというのが今の状態。実際に10月になりましたら、今まで30%~40%だったのが、10月は60%ぐらいの利用率となってきまして、だんだん上がってきているのがひとつあります。

それと、この件に関して内科の医師との連携が上手くいくようになり、内科の患者さんもうまく入れるように考えています。そうしますと、看護必要度のところは結構クリアできそうな目途が立つので、そういう意味では、今後もう少し上がっていく可能性がある、今はそういう途上にあります。

〔委員長〕

今、先生がおっしゃったとおりで条件があります。うちの病院でも大変なのは重症度、看護必要度。それが確か10%。その10%というのが枠の中でみると結構大変なんですよね。おそらく江差の場合は、ポストアキュート^{*1}じゃなくて、地域密着型というか、地域包括ケア病棟でいうそのタイプで進めていかななくてはいけない。要はサブアキュート^{*2}の患者で地元の人を入れる、急性期からの患者も一部入る、その両方のミックスの形が地域包括ケア病床に入るのだと思いますけど、伊藤先生の言われたように、これはだんだんと上がってくると思います。最初はやる方も戸惑っていますし、患者さんも慣れていませんし。そのうち上がってくるじゃないかなと思います。

もちろん、月によって波があります。うちなんかも、地域包括ケア病棟で運営を毎週1回、看護師長を集めていまして、どの患者を入院させるか会議で決めています。それを決めないと重症度の10%をクリアできなくなってしまう。あとは、リハの人の2単位以上という、結構厳しいと言えれば厳しい。それをやると基本的な入院患者さんがだんだん増えてきますので、例えばそれが60日までですけど、うちは28日でみんな帰るんです。先生のところが包括ケアが終わった後に先ほど療養という話をしたのは、そこからまた療養に移せる可能性を作る必要があるかなと思ったのです。ご理解いただけましたでしょうか。利用率が悪いというのは。

あとよろしいでしょうか。

^{*1} ポストアキュート 急性期経過後に引き続き入院医療を要する状態

^{*2} サブアキュート 重装備な急性期入院医療までは必要としないが、在宅や介護施設等において症状の急性増悪した状態

委員会点検・評価ということに対しまして、委員長私案というのを出さなくてはいけ

ないのですけれども、事務局の方で整理していただいていますので、だいたいはですね、ここの色々な努力をされているところが委員会点検・評価というところを書いていますが、事務局で整理したものをご説明して、先生方からご意見をいただきたいと思っております。

まず6ページですけれども、「経営改善に向けた評価」ということでございます。

- 収益の確保について、各病院に診療報酬請求の適正化対策を行う委員会等を設置したことは評価いたします。今後とも、診療報酬請求の適正化と新たな施設基準・加算取得に努めていただきたい。
- 本年度から全病院に地域連携室を設置されまして、患者確保の取組を進めていらっしゃるんですが、残念ながら患者数の増加には必ずしも結びついていないために、更に連携強化に努めていただきたい。
- 経営基盤の強化につきましては、医師、医療従事者の不足は経営に大きく影響することから、欠員の解消に向けた取組を進めていただいて、色々な人材の採用などについても検討していただきたい。
- 総合診療医の研修プログラムを策定したことは高く評価いたしますが、今後、そういうことを進めていただいて、総合診療医の活用ということを羽幌、江差を中心に強く進めていただきたい。
- 職員の経営改革意識というのは、色々なことを取り組まれていることは重々分かりましたし、今後もお進めいただきたい。ただ、うちの病院でもそうですけど、トップだけが分かって職員一人一人が理解しないと駄目なんです。職員一人一人の意識を高めていただきたい。
- 今、色々なことを言いましたけれども、更に色々な情報あるいは内容を検討していただいて、課題を掘り起こし、対策を立てていただきたい。

以上の6点を委員長私案という形で出したいと思いますが、委員の先生方、ご意見はありますでしょうか。

あと、私が言った余計なことを検討していただきたい。

次に7ページから18ページ「病院別評価」でございますが、「江差病院」につきましては、

- 内科医と外科医が確保できないということで、地域の状況を見ながら総合診療医を確保していただいて、今後の地域の医療をどうするかということを検討していただきたい。
- 医師が確保できていないという辛い状況にあるわけですが、色々引き続き、今行われていることも含めてご努力をいただきたい。
- 地域包括ケア病床について、今後も引き続きお進めいただきたい。地域連携室を活用していただきたい。

伊藤先生、地域連携室は周辺の医療機関とか行政とかだけの連携を図っていますか。

ここで入退院支援センターの機能とかを持たせていないのですか。

もちろんですね、主治医との連携もしながら、そういう機能、主導権をどちらが取るかというのなかなか難しい問題ですけれども、ある程度はそういう機能も反映させている状況です。

入退院支援センターが結構しっかりすると、入退院に伴う雑事もそこでクリアされ、病棟看護師もドクターも非常に助かるし、退院のときに退院時の加算とかとれるし、そういったこともお考えいただけたらいいかと。これは江差病院だけの話じゃないですが。

[事務局]

分かりました。

[委員長]

- 地域医療構想調整会議ですね、自院の方向性、あるいは地域の医療のあり方というのを更に検討いただき、お進めいただきたい。

それから「羽幌病院」ですけれども、

- 総合診療医の専門研修プログラムを策定されて、実際に動き出したことは高く評価したい。できましたら、それを大いに活用いただいて江差を含めて貢献いただきたい。
- 地域包括ケア病床についても江差と同じでございますので、引き続き進めていただきたい。
- 地域連携室も同様に頑張ってくださいと思います。

それから「緑ヶ丘病院」でございますが、

- スーパー救急病棟をお持ちになって非常に活躍されていることは重々分かっていきますけれども、先ほど池田先生もおっしゃいましたように、それ以外のものをどうしていくかということをお考えいただいて、周辺の医療機関ともお話を進めたりして、行政とも進めていただいたりして、お考えいただければと思います。

「向陽ヶ丘病院」につきましても、

- 認知症疾患医療センターとして十分、ご活躍いただいているということも分かりますけれども、認知症に関する色んな加算も沢山ありますので、そういったことも引き続き検討いただければと思います。

「北見病院」につきましては、

非常に頑張られていらっしゃるとう理解しますが、先ほどちょっと私が言いましたように心不全ということが結構これから注目されると思いますので、そういった意味でもお考えいただければと思います。

- 日赤との協議、これもお進めいただければと思います。

「コドモックル」につきましては、

- 色々難しい問題はあるだろうと思いますが、小児の障がい者の医療センターという意味合いもございますので、あらゆるニーズに応じた機能が発揮できるように検討いただければと思います。

以上、雑ぱくですけれども、このような私案にさせていただきたいと思いますが、委員の先生方何かありますでしょうか。

[委員]

緑ヶ丘病院ですが、経営効率化という観点からなのですが、もちろん長期入院患者の退院促進という方針もあるとは思いますが、他方、目標数値ってあるわけですよね、年間の収益、そこをクリアするという意識、そこら辺の共有をしていかないと毎年、毎年、前年割れってことの繰り返しになる。どっちがどっちか分からない、どっちが優先するか分かりませんが、やはり、国の施策もそうですけど、ここら辺の数値目標を達成するという意味をある程度認識いただく必要があると思いますけど。

[委員長]

何か道立病院局で、先生のご意見にありますでしょうか。

結局、数値が、前回もその話になりましたよね、数値目標が対前年にどうだとかというのがあるかどうかという話になりましたけど。

[事務局]

委員のおっしゃるとおりの部分がありまして、プランとはかなり乖離してきているという状況でございます。精神分野については、現在、道の方で医療計画を策定しておりまして、今年度中にできるということです。精神分野につきましては、圏域で来年度いっぱいをかけて地域推進方針というのを固めるということになっておりまして、そのやり方がですね、どの分野についてやっていくのかということ、自ら手上げ方式で色々な機能を形作るということになっておりまして、今それに合わせて、先ほど東端院長もおっしゃったのですが、こういった機能があるということを実に検討しているところで、ちょっと言葉が悪いかもしれませんが、グレーゾーンとか、福祉との連携部分が大きくありまして、その棲み分け部分をきちんとして、機能を発揮していくということをやっているところです。

[委員長]

旗本先生、ご意見ありますか。今と関係なくていいのですが。

[委員]

江差病院の消化器の常勤医が1名減になったという自己点検をいただきましたけど、病床利用率がここまで下がるのかなというのはちょっと現場を見ないとよく分からな

いというのが実態としてあります。その減というのは、今後どういう見通しになっているのかということをお聞かせいただきたいと思います。上半期は終わりましたから上半期でいいですが、下半期に向けてどういう状況になっているかによっては、年度目標の達成状態も全然変わってきますので、その2点について説明いただけますか。

[事務局]

まず、消化器科で2名が1名になり、こんなに減るのかという点ですが、もちろん消化器科だけではないと思いますが、現実、常勤医1人では入院患者をそんなに持てなくなります。今までの2名ですと、週末の交代、夜間の交代を含めてある程度の患者さんを入院させることができましたが、1名の常勤医ですとその穴を埋める体制が取れず、1人で見切れる患者さんの数というのが劇的に減ってしまったというのが現実でございます。

その1名体制が従来の2名以上にいつ戻るかということですが、少なくとも、今派遣していただいている大学の教室からは年度内の回復は無理、また、来年度も難しいと言われておりますが、再来年度には復活できる可能性がある、というお返事をいただいているところであります。そういう意味では、この間を少しでも埋めるべく、いわゆる総合診療医みたいな方を招聘するというので、連携して患者さんを診られるような体制を作るというのが急務と考えています。

[事務局]

現場の院長からご説明申し上げましたけれども、病院局としても大学の方に積極的に働きかけています。ご存じのとおり、江差病院は100%札幌医大から派遣されていますので、専門医の確保自体もある程度限界を感じているのが正直なところでございます。そうした中で、総合診療医を自前で確保し、病院の診療体制を二層構造にできないかということで、部長を筆頭に、総合診療医がいるところに働きかけてきましたが、残念ながら、今のところ総合診療医を確保できる状況にはなっていないところです。

[委員長]

結局ですね、先生のご質問は院長先生もお答えいただきましたが、1人と2人ではすごく違います。それが1つ。医師の獲得ということに関しては、地域枠、道から奨学金を出している連中が200床以下の病院に行くのはあと2~3年かかります。それが1つ。来年4月から新専門医制度が始まりますが、そこでプログラム群に入って地域医療ということで学ばなくてはいけない人たちがいる。そういう連中が実際に行ってくれると少しは息がつけますけど、それが上手くいくには2年くらいかかるということなんです。

専門医制度も始まってみないと、後期研修体制がとれるかまだちょっとわからないので。11月15日で切ったら、約8,000人だそうですね。プログラムに応募したのが。日本全国で。その中で、内科医が2,500人程度で、オーバーした人が75人、一つのプログラムに募集人員より増えたのが日本全国で75人。ですから、いいところではないかと思うのですが。これから二次募集も始まりますけど、2~3年後には少しは良い方向に行くのでは、と私は思っていますけど。その辺をどう乗り切るかですよ。

あと、よろしいでしょうか。

その次ですね、ページ19、20の「全体評価」でございますが、いろいろご努力をされておりまして、それがよく分かります。

だけでも、先ほどから出ていますが、目標というのが正しいかどうかもありますが、いい加減に目標を設定してしまうより、抜本的に変えていいじゃないかという気もしないでもないですけど。従来どおり、従来どおりというのはなしで見直してもいいかなと。鈴木先生、そういうふうにおやりいただいてもいいじゃないですか。わかりませんが、道の立場もおありでしょうけれども。

引き続きですね、今言いましたように医療従事者の確保を通じて、必要な体制を確保していただいて、進めていただきたいと思います。

少なくともですね、数値目標に達していない、今後も達しない、達成する見込みがないというのは、これはもう削減してしまってもいいし、大きく組織を変えてしまってもいいじゃないかという思いはありますので、そういった面でもご活用いただきたいと思います。

〔委員〕

全体的なことで、北見はいずれも好成績、著しい収益もアップしているけれども、例えば、医業収支比率を見ても北見病院でさえ61.6%であり、いかに不採算か。仕組み、診療報酬改定というか全体の医療の仕組みってこうなっているのかと。こんなにやっても医業収支比率は低くて、ほかの5つの病院をみても50%前後、収入と費用のバランスが大きく崩れている。どのくらいまで地域に必要な医療として、不採算医療として、道民としてはどのくらいのレベルまで容認されるのか。どの病院でも質の高い医療を提供していると思いますが、どの程度まで道民は納得するのですかね。

〔事務局〕

市町村立病院を含めて自治体立病院の数字では、道立は本当に下位の方。医業収支比率がこのままでいいとは私たちも決して思っていませんし、これで道民の皆さんに認めて貰えるとも決して思っていません。ただ、今、道立病院は非常に厳しいところで医療を担っているという現実もあり、こうした道立病院の姿をきちんと他に周知していくことが必要であり、医業収支比率は低いけれども、頑張っていると言われるように頑張らなくてはならないと思います。

〔委員長〕

確かに先生のおっしゃるように、北見でもこうですよ。

〔委員〕

日々感じてることを最後に言わせていただきます。

たぶん、自分がそこで働いたらどうなるかということですけども、いろんな数値が出ていますけれども、ちょっと短期的には実現されない、悪さが目立ってしまう。特に

占有率、患者さんの入る率が、例えば5割6割を100%にしろといわれてもたぶんできないです。これが実際、患者さんがいなくて埋まらないのか、医療従事者がいなくて埋まらないのか、その点が混在していて何が何だか分からない。従って、頑張れと言われてもどこを頑張って良いかわからないというのが現場の医療従事者じゃないかと。

先ほど先生がおっしゃったように、それで達成率という言葉を使っていますが、これはもう少し現実的にした方がいいじゃないかという気がします。札幌市立病院は、収益はだいたい300億ですが、それをほとんど自前で稼ぎますが、年間で1億円くらい稼げなくなるともうパニックで、日々、患者入れろ、入れろと毎日毎日発生します。それくらい日々やらないと入らないです。目標達成できないです。今の医療の現実。もうちょっと手の届く目標を日々見せていただくと、医療従事者の頑張りどころを発揮できるのかなという気がします。

1年終わって、半期終わってこれだけですというのを言われても、「頑張ったよな」という、もうちょっと頑張れる数値を。

[委員長]

私もそのように思います。

また、道の方で色々ご検討いただければと思いますので、よろしくお願いします。

もし、今ご意見をいただいて、事務局の方で手直しをしたいということがありましたら、私と事務局で相談させていただくということでもよろしくお願いします。

それでは、議題（2）「道立北見病院の指定管理者制度の導入について」、事務局から説明をお願いします。

[事務局]

（資料3を説明。）

[委員長]

ありがとうございました。

ただ今のご説明に委員の先生から何かご質問ございますでしょうか。旗本先生よろしいでしょうか。

[委員]

資料3の1ページ目にあったこの課題の三つが解決される手段というふうに捉えてよろしいでしょうか。それとも、このうちここに関しては、この新しい制度に移行したとしても、課題としては残るといったものがあるのでしょうか。

[事務局]

基本的に、ここが一番地域医療の確保でメインでございまして、先ほど申し上げましたその同一事業者でないと法の壁は破れないということですが、ここがクリアになるという認識でございます。

[委員長]

応援体制を取りたくても法の壁があって難しいということだと思います。それと、日赤と一体化することによって、今後の医師の供給もかなり良くなっていくんじゃないかと思います。私の勝手な意見ですが、問題は医師以外の人の給与とか待遇がどうなるか、そこはクリアにしないと揉めますよね。やはり日赤と道立だとそういった点が違うので、そこをどうするのかクリアされれば、もう皆さん納得されるだろうと思います。そうですね。

[事務局]

委員長のおっしゃるとおりでございまして、現在コメディカルの部分、ドクターの部分含めてですが、その給与体系、両方見比べてですね、不利益を被らないような形で調整を始めているところでございます。

[委員長]

ほかにご意見なければ、是非この方向性でご検討いただきたいというまとめにしたいと思いますが、よろしゅうございますか。それではありがとうございます。

その他、何かございますでしょうか。

[事務局]

ただいまご説明いたしました北見病院の指定管理者制度の導入に関しまして、先日、11月9日に行われた道議会決算特別委員会におきまして、改革推進プランの収支計画の前提条件が変わることとなるため、その見直しが必要になるのではないかという議論がございました。特に資料の方はご用意しておりませんが、国の公立病院改革ガイドラインでは、収支計画の見直しについて、診療報酬の改定などの経営環境の変化により、収支に大きな影響を及ぼす状況の変化が見込まれる場合には、必要な見直しを行うことが適当であるというふうにされてございます。北見病院の指定管理者制度導入による収支への影響につきましては、現在、事務的な整理を行っているところでございまして、その結果を踏まえ、収支計画の見直しが必要か否か、また、必要な場合の見直しの考え方などについて、委員の先生方のご意見を伺いながら、作業を進めてまいりたいというふうに考えております。大変限られた時間での作業になりますことから、委員の先生方のご意見につきましては、委員長にお諮りした上で、書面による対応となる場合もございまして、あらかじめご承知おきをいただきたいと思います。

[委員長]

ありがとうございます。

そういうことですので、もし色々な事務手続で先生方にお集まりいただけない時は、今課長が言われたようにさせていただきたいと思いますが、よろしゅうございますか。それではこれで終わりたいと思いますが、最後に何か事務局の方から、ほかに追加することはありますでしょうか。

[事務局]

次回の開催予定についてご案内させていただきます。年度末3月の開催を予定しております。小熊委員長とも事前に相談させていただき、現在のところ、3月22日(木)を4回目の開催予定日とさせていただきたいと思っております。また近くなりましたら、各委員の先生方には改めて確認をさせていただきたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。事務局からは以上です。

[委員長]

ありがとうございました。

それでは、今日の第3回のこの委員会をこれで終わりにさせていただきたいと思えます。色々先生方には、私の方から耳障りなことをたくさん申し上げたような気がします。どうぞお許してください。どうもありがとうございました。