

平成 20 年度第 4 回県立病院事業経営評価委員会 概要

日 時 平成 21 年 3 月 25 日 (水) 10:00 ~ 12:00
場 所 自治会館 1 階 研修室
出席者 7 名 欠席 5 名 (菅家委員、相良委員、瀬戸委員、丹羽委員、吉田委員)

1 議事

(1) 改革プラン案の検討について

- ・ 改革プランの概要
- ・ 県立病院の現状と課題
- ・ 県立病院の在り方
- ・ 行動計画
- ・ 収支計画

委員長：本日の資料「福島県県立病院改革プラン（案）」について、まず事務局より説明をしていただき、その後各項目について御意見をいただくという形にしたいと思えます。それでは事務局から説明願います。

(資料に基づき事務局より説明)

委員長：今日は、資料の第 3「県立病院の在り方」と第 5「収支計画」に焦点を絞って御議論いただきたいと思えます。資料の 13 頁以降について御意見を伺いたいと思えます。まず矢吹病院についていかがでしょう。

委員：前に指摘したところですが、今回も行動計画と収支計画のリンクについて疑問があります。どこの部分がどのように数字に反映されるのかよくわからないので、まずそこを確認させていただきたいと思うのです。また、矢吹病院は一般会計繰り入れを実施している病院ですが、結局、税金で賄って収支均衡にする訳ですから、それを納税者にどのように説明しているのか興味があるところです。

委員：改革プランで求めているものは、経営の効率化と再編ネットワーク、それから経営形態がある訳ですが、経営形態に関して何の説明もないのはおかしいと思うのです。おそらく最終的に病院局に残る矢吹、宮下、南会津病院は、全部適用ということだと思えます。ただ、その前に今の全部適用でどんな効果があったのかという議論が必要だと思えます。つまり、全部適用にしたけれども実態は一部適用とほとんど変わりなかったと推測するのです。こういう状態になったことの一歩本質的な問題は、病院経営としての形態がきちんとしていない、つまりガバナンスが発揮されていないからだと思えます。最終的に、どういう経営形態で国に提出するのかを伺いたい。

委員長：矢吹、宮下、南会津病院の経営形態については、最後に議論します。まずは、

各病院の在り方と収支計画を併せて議論して行きたいと思います。事務局より矢吹病院の経営上の見通しについて説明していただきます。

事務局：矢吹病院につきましては、入院患者の地域生活移行への支援ということで23年度までは、1日当たり平均入院患者数は140名程度を考えております。収入に関するものは、心神喪失者医療観察法関係がございまして。全国的な流れの中で本県も検討しており、ドクター及びコメディカルの確保等による支出が伴うものの、24年度から病棟再編とリンクして収入が増えていく形でございまして。ただどうしても病院の特殊性で職員給与費対医業収益比率は100%を超えている状況については、否めないところでございまして。

委員長：矢吹病院の収支計画を見ると一般会計繰入が行われており、経常収支比率が100%となっております。一方、給与費を見ると医業収益に対して130%に達しております。これについてどうでしょうか。

委員：個別の病院について、つぶさに見ている訳ではありませんので、各病院のベッド数について責任を持ったコメントは出来ません。ただ一般論で申し上げれば、経常収支が100%ということで、結果として赤字補填的な繰入をしていることは事実だろうと思います。それは果たして良いのだろうかという問題です。そこはやはりものの考え方としては、どの程度の繰入つまり不採算とならざるを得ない部分があるのかという、そういう物差しを作っていないと経営にならないと思います。併せて申し上げますと例えば4病棟から3病棟に集約化する訳ですが、看護師さんの数が具体的に見えてこない。その一方で、平成25年度の職員給与費を見ると増加している。つまり、議論の核となる部分の説明がないので理解できないのです。ものの考え方としては、そこをきちんと律するべきだろうと思います。これだけでは何とも言えないというのが正直なところでございます。

委員長：矢吹病院の話が出ましたけど、これは全体に共通する話です。この計画を作るに当たっての繰入、病棟再編等、またそれが経営上どのように関係しているかについて事務局より説明していただきます。

事務局：一般会計繰入の考え方でございまして、国の基準に基づく繰り入れ以外に県独自の基準で一般会計からの繰り入れをいただいております。なお、現在の繰入基準については、県民に理解していただけるよう具体的に見直していきたいと思っております。次に、通常の経費等については、各部門において毎年度、数十万円から数百万円程度の経費削減を図っているところでございまして。それから、人件費については、最大限の抑制を図り積算を行っているところでございまして。

委員：具体的な数字、細かいところまでは要らないのですが、何がどうなっているのか因果関係がわからないのです。それから、ガバナンスの問題がとても大きいと思うのです。そこに経営がどのように関わってくるのか、どう経営を行っていくのかが載っていないと思うのです。3月23日付けの日本経済新聞で長隆（おさたかし）さんが書いていました。『現場感覚とずれた地方自治体のリーダーや担当部署の意思決定、それと医療現場にそぐわない地方公務員に準じた給与体系が、当事者のモチベーションに影響して現場発の改革を阻害している。つまりガバナンス上の問題が大きいのである』こうい

うところを議論しなければいけないと思っていますのです。

委員：改革プランを国に提出し、3年先あるいは5年先に仮に計画通りにいかないで状況が悪くなった場合、その時は誰がどのような責任をとるのですか。この計画を作った病院局が責任をとるのですか。それとも、この委員会に諮っているから我々も責任があるということですか。もし責任があるというのであれば、そこはガバナンスの在り方として少し違うと思うのですが。

委員長：自治体病院の改革プランに関する責任は、改革プランを出した自治体の長にあります。最終的には開設者である首長が責任を持つ訳です。

委員：もちろん、計画を国に提出するのは首長さんですから、このケースはもちろん県が責任を持つということだと思えます。しかし、本当にそういう覚悟で積算なり数字なりの議論されたのかを伺いたいのです。今の話しを聞いていると、どうしてこの数字になるかについて、このようなものを盛り込んで積算しております以上の説明が何もありません。それで良いのだろうかというのが率直な意見です。

(矢吹病院の収支計画について事務局より説明)

委員長：次は会津総合病院であります。こちらは喜多方病院との統合が決定しまして平成24年度から県立医大の附属病院として発足することになっています。その具体的な内容はこれから詰めていくということですが、これについてはどうでしょうか。

委員：矢吹病院の収支計画を見ますと、細かい上積みがありこの5年間の変化が右肩上がりになっています。そして一般会計繰入金が入って経常収支比率が100%となっています。政策医療は矢吹病院の大きな仕事なので、精神医療の部門には年間何億円の持ち出しがありますが、これを無くす訳にはいかないという事情を明確に説明できれば県民も理解してくれると思うのです。

委員長：会津総合病院については、このとおりでよろしいですか。

委員：会津総合病院の未来は、今の状況から見るとなかなか厳しい。統合されても医師確保の問題、医療の質の維持の問題、地域医療との連携、地域が必要とする医療のすみ分け等なかなか難しいと思うのです。期待度100%ですが、現実半分以下だと思います。

委員長：次は宮下病院、南会津病院でございます。宮下病院は55床から32床、それから南会津病院は150床から100床とそれぞれ病床数の削減を予定しております。そして最後は、大野病院ですが、統合そのものについて地元との調整がまだついていないのです。そうしますと6病院の経営状況あるいは経営形態も変わってくると思うのですが、この件について何か御意見ございますか。

委員：私は、現在、本院と分院の統合という大野病院と同じような問題が生じている環境の中で働いている一員として、歴史がある病院が1つになることに対する地域住民の意識が非常に影響していると思うのです。住民の病院への愛着から統合への割り切れない感情が出ているというのが私の率直な意見です。ただ、統合の方向性については、地域医療が集約されて充実するのであればよろしいと思っています。

委員：公立病院に必要なものは、採算性もあるのですがそれ以外にもあると思います。南会津病院や宮下病院のように他の病院が無いへき地に存在する場合、急性期医療やへき地医療、救急医療等で無くてはならない病院であり、ある程度の公的資金を投入しても存続させるべきだと考えております。

委員長：大野病院の件はどうですか。

委員：その土地に従来からある病院ですと住民は存続して欲しいという気持ちになると思うのです。この問題は、話し合いを重ねることによっていずれは解決するのではないかなと思っております。

委員長：これは全国的にも起こっている問題です。近くに2つの病院があって、それぞれに医師の不足で経営上も問題がある。そして、医師を確保して効率的な医療を提供できるかを考えて統合という形を選ぶ訳です。ところが現場に行くとなかなかできない。これを解決するためには、最終的には話し合いということだと思うのですがどうでしょうか。

委員：医師の問題もあると思いますが、提供可能な医療機能だけ残して病院として存続するのであれば、ある程度地域住民は納得すると思うのです。

委員長：次に県立病院全体の経営の面のことを議論いただきたいのですが。まず、平成21～25年度までの病院全体の収支計画がありますが、会津総合病院と喜多方病院の統合や大野病院の扱いについてどうなっているのか、事務局より説明いただきます。

事務局：それでは38頁でございます。大野病院については、まだ病院の在り方等が整理できていないということで規模から除いており、5つの病院の収支計画になってございます。また、会津総合病院と喜多方病院につきましては、平成24年度末に統合ということで平成25年度は規模から除かれているところでございます。

委員長：この点について御意見を頂きたいと思っております。

委員：ベッド数のことに関して意見があります。ベッド数というのは、今までの患者さんの推移を積み重ねて求めるべきだと思いますが、患者数というのは、医師の劇的な増減等がない限りあまり変化がないと思うのです。一般病床数が多い程、患者数が少なければ低い利用率になるということで、国としても一般病床がある程度減少することを想定した改革プランではないかと思っています。

委員長：おそらく国としては、病床数についてももう少し有効かつ効率的に使った方がよいという考えがあると思うのです。

委員：経営の良い病院では病床利用率が90数%に達している中、この利用率を目標として良いのだろうかと思ったものですから。

委員：この改革プランについて、県民に理解し納得してもらえるかを考えました。例えば、各病院の病床数を縮小したときの人件費について、本当に適正な人員配置になるのかどうかはこの数字では読み取れない。また、退職不補充における次世代教育や矢吹病院の地域生活移行への支援における地域での受け皿についても不安を感じたところです。

委員長：この計画がより県民に納得してもらうためにはどうしたらいいのか、何を追加し、あるいは何を強調して県民に訴えることが必要なのでしょうか。

委員：収支計画の中身がよくわからないので、それに対するお答えは難しいと思います。

委員長：ここで人件費について事務局から御説明願います。

事務局：人件費につきましては、各病院における患者数のこれまでの推移、現状、今後の予測等も踏まえベッド数の適正化を図った上で積算をしているところでございます。

5年で50名程度、金額ベースで5億円程度の人件費の削減を考えております。

委員：平成24年に矢吹病院そして平成21年に宮下病院と南会津病院が病床数を削減する訳ですが、この収支の計画を見ますと職員給与費は変わっていないのです。この理由を教えてください。

事務局：県立病院におきましては許可病床数に対しまして、運用病床と呼んでいる実際の稼働病床数がございます。今回、「公立病院改革ガイドライン」において許可病床数を基にして利用率70%が最低ラインという内容が示されたことから、改めまして各病院の患者数の推移、今後の患者数の動向を予測して必要病床数を算定したところでございます。喜多方病院につきましては、現在、許可病床を含めまして3病棟ございますが、実際に運用しているのは2つの病棟で今回2病棟から1病棟にすることで50床とし、この分については人員が削減されているところでございます。また、南会津病院、宮下病院につきましては、現在の運用病床数が今回措置しようとしている病床数と同数ということで、人員配置には直接影響がない形になっております。基本的には患者数の動向に応じて病床数を減らし、その病床数あるいは外来患者数に応じた職員配置を実施する考え方で人員の適正配置を図っているところであります。

委員：宮下病院は7対1の看護体制になっています。医師5人、看護師が21人で1日当たりの入院患者数が20人程度です。1対1看護です。宮下病院を実効病床数にしたときに将来看護師を何人にするのですか。

事務局：今、宮下病院は2・8体制、深夜2、準夜2、夜間勤務が8日以内という体制をとってございます。従いまして結果として配置看護師数と患者数の関係を見ると診療報酬上、一番有利な7対1看護をとっているという状況でございます。

委員：それは分かっています。今のこのような状況について適切だと思っているのかを聞きたいのです。

事務局：宮下病院の在り方につきましては、豪雪、高齢化が進んでいるへき地という地域の特殊性、また、会津医療圏の中心地まで1時間程度かかる地理的な条件を考えたこと、それから入院患者数については、一時的には30名に届くような状況もありますが、平均的には20数名という状況にあること、これらの状況を考え合わせまして県立病院として実施していきたいという案を作らせていただいたところです。また、ただ今御指摘がありました人員の配置数については、適正な配置を含めて検討させていただいたつもりでございます。

委員長：確かに32床になると病床利用率は70%超えるのですが、病院の職員を減らせるかということ、外来患者、在宅医療等の関係で減らせないのです。

委員：私が言いたいのは、ぎりぎりの判断をしなければいけないということなのです。例えば有床診療所にして、なおかつ訪問看護ステーションを作り在宅医療をやるとか。本当に地域にとって必要な医療機能に相応しい形態を考えるべきだということを申し上げ

げたいのです。

委員長：最後の点ですが、まず、一般会計繰入金について、これは赤字補填ではなく適切な繰り入れをして欲しいということです。それからもうひとつ、福島県の減価償却費は、自治体病院の中でも高い方なのですが、せめてこれを民間病院程度に出来ないかと思うのです。これについてはどうでしょうか。

委員：民間病院は、減価償却費を計上しないと設備投資等が必要になったときにやっていけない訳です。公立病院の場合は、起債を借りることができ事情が違うのかもしれませんが、ガイドライン上は減価償却費も費用に入れることになっているのです。実際問題として福島県に限らずデラックスなものを造った関係で収益を圧迫しているところは現実にあり、自治体の責任ということで基準外繰入をしているところはあると思います。つまり、高い減価償却費については、地方独立行政法人化をして整理するか、もしくは基準外繰入をするしか方法はないような気がします。高い減価償却費を大前提とした繰入基準を作って、ここまではやるけれどももし赤字になれば責任をとるぐらいの覚悟をしないと、県民の理解は得られないと思います。

委員長：この県立病院には不良債務がありますが、この計画の中で触れないでよろしいですか。

委員：経営形態については、現在の全部適用のままとしても、それは改革プラン上コメントしなければいけない訳です。全部適用というのは、ガイドライン上は比較的やりやすい方法かもしれませんが、民間経営的にはいろいろと限界があるとガイドライン上は書かれております。それでも全部適用のままでいくのであればそれはひとつの判断ですが、それを改革プラン上どうするかという話しはあると思います。次に、必須の数値目標以外の目標をそれぞれの病院の実情に応じて立てることになっていますが、その部分はどういう目標を立てるか伺いたいところです。それから不良債務については現実問題として財政当局と調整されているはずですから、これについては必ずしも触れなくても良いと思います。

委員長：最後に経営形態について御意見を伺いたいと思います。現在、全部適用の自治体病院が270程度あるのですが、与えられた権限と責任を果たしている管理者はわずか39%なのです。ここが大きな問題なのです。現在、6つの病院がありますが、新しい病院が出来て、統合の問題が解決すると最後は3つの病院になりますが、これらの経営形態はどうあるべきなのか御意見を伺いたいのです。全部適用で良いのか、あるいは地方独立行政法人や公設民営という形もあります。

委員：公設民営でやっても、目的を達成しない病院がほとんどだという情報もあります。今までの経営形態しか考えられません。

委員：すみませんが非常に難しい問題で回答が出来ません。

委員：管理者の持っている権限を發揮できる環境を確立する改革を検討していただきたいと思っております。

委員長：権利と権限を果たすことの出来ない管理者に聞きますと、首長、開設者がそれらを離さないと言うのです。これは全部適用の大きな問題なのですが、どのようにお考えになりますか。

委員：ひとつには税の投入の問題があると思います。経営が良ければ要らないのですが、ある程度の税の投入が必要となる場合は、一部権限等を残すことがあるのではないかと思います。

委員長：最終的に残る3病院について、経営形態は全部適用でよろしいですか。

委員：よろしいと思います。

委員：全部適用でよろしいと思います。他の方法が特に浮かばない、例えば地方独立行政法人としても違う問題が出てくるのかなと思います。それから、先程来、ガバナンスの話が出ておりますが、この計画の目的は赤字をなくすことではなくどこまで許されるか、そして誰が責任をとるのか、そこが県民に伝わっているのかということです。問われているのは地方自治体の首長のリーダーシップとスピードなのです。また、現場のリーダーは、この計画の数値目標についてどのように関わってきたのか、そこも大変重要なことなのです。

委員：結局、病院経営を動かしていくためには、人事と予算の影響が大きいのです。ところが、一般会計繰入金のかは財政課、人あるいは給与は人事部局、地域医療での病院のポジションは医療政策部局との調整が必要になり、病院の建設単価は各営繕部門が権利を行使する。結局、病院局ではない知事部局が実質主導権を握っているのです。それで、高くなった減価償却費の責任が病院長にあるのでは堪りませんし、経営なんて出来る訳がありません。ガバナンスが欠落していて、プランを作ってもペーパープランになりやすいということです。経営形態については、とりあえず全部適用で仕方がないと思いますが、誰が責任を持つかをはっきりして欲しいというのが私の強いお願いです。

委員長：現在、大野病院の在り方について調整中でありますので、全体としての計画がまだ出来ておりません。委員会として明確な答申案を出したいと思っておりますので、もう一度委員会を開きたいと考えておりますがどうでしょうか。

委員：ひとつのやり方として、大野病院に関する部分は調整中という形で国に提出するという方法もあると思います。

委員長：事務局に伺いますが、もう一度委員会を開く考えはあるのでしょうか。

事務局：私どもとしては、今後の対応を決めた上で委員長に調整していただければありがたいと思っております。

委員長：それでは調整をした上で、もう一度委員会を開催するという判断になった場合は、そのようにしたいと思っておりますが事務局としてはよろしいですか。

事務局：改革プランが出来るまで引き続き委員をお願いできれば大変ありがたいと思っております。大野病院に関しては、出来るだけ早く方向性が出るように進めてまいりたいと思っております。

委員長：他に御意見ございますか。

委員：この改革プランによって県民の負担、県の負担がトータルとしてどうなるかという問題があると思います。負担が増えるのか減るのかという話しですが、その時に律するところは律するという覚悟がないと非難が出てしまう。そういう問題も含めてトータルバランスを考える必要があると思うのです。

委員：私がお願いしたいのは、現場の意見を踏まえた経営計画を立てて欲しいと言うこ

とです。数字と綺麗な文章だけではコメントしにくいのです。

委員長：これで第4回県立病院事業経営評価委員会を終わりたいと思います。ありがとうございました。