

## 埼玉県立病院の在り方検討委員会 第3回会議 抄録

開催日時	平成30年8月28日(火) 15時00分～17時00分		
開催場所	埼玉会館 7階 7A会議室		
出席者	委員長	金井 忠男	埼玉県医師会会長
(敬称略)	副委員長	原澤 茂	埼玉県済生会川口総合病院総長 埼玉県公的病院協議会会長
	委員	小俣 政男	地方独立行政法人山梨県立病院機構理事長
	委員	熊木 孝子	埼玉県看護協会会長
	委員	小池 創一	自治医科大学地域医療学センター 地域医療政策部門教授
	委員	清水 至	特定国立研究開発法人理化学研究所監事 公認会計士
	委員	田中 滋	公立大学法人埼玉県立大学理事長
	委員	室久保貞一	埼玉経済同友会専務理事兼事務局長

### 会議次第

#### 1 開 会

#### 2 前回会議の内容確認について(資料2-1)

#### 3 議 事

##### (1) 県立病院の課題の整理について

- ・県立病院の課題の整理(案)(資料3-1)
- ・県立病院の役割(第1回会議配布資料5抜粋)(資料3-2)

##### [追加配布資料]

- ・がんセンターの合併症を持った潜在的な患者数
- ・(一社)National Clinical Database(NCD)に登録された消化器外科手術と術前合併症(2016年症例)
- ・平成26年度患者調査(厚生労働省)(抜粋)
- ・がんセンターにおける入院実患者数の伸び率が高い診療科
- ・【がんセンター】H28DPC実績に基づく、疾患別のマーケットシェアの抽出
- ・県北・比企地域の救急医療における循環器・呼吸器病センターの役割について

##### (2) その他(今後の予定について)

第4回 平成30年9月7日(金) 18時00分から を予定

#### 4 閉 会

(委員の主な発言要旨等)

○ 議事の進め方について

(金井委員長)

今回、県立病院の課題について「主な論点」ごとに整理した表を用意したが、はじめに県立病院の役割など論点1、論点2を十分に議論した上で、論点3に入るべきである。第3回はまず論点1と論点2\*を中心に議論したい。

※ 論点1 高齢化が進む中で県立病院の在り方として今後も専門病院のまま  
よいのか

論点2 多額の一般会計繰入金を入れても果たすべき県立病院の役割とは何か

(原澤副委員長)

第2回会議で、県立病院の4病院長から課題等について懇切丁寧に説明を受け、委員はがんセンターと循環器・呼吸器病センターの問題が大きいと理解されたと思うが、論点1、論点2は、本日資料で出されたがんセンターと循環器・呼吸器病センターに絞った形で議論されるという理解でよいのか。

(病院事業管理者)

論点1については循環器・呼吸器病センターとがんセンターについてご議論いただくものと理解している。

論点2については繰入金という観点から、小児医療センターと精神医療センターも議論に含まれると理解している。

○ がんセンターの合併症を持った潜在的な患者数について

(金井委員長)

がんセンターでの合併症を持った患者さんへの対応のため体制整備をしたいとのことだが、医師の確保が最重要である。医師確保についての考え方はどうか。

(病院事業管理者)

医師確保について色々と相談はしているが、働き盛りの循環器科医など、がん専門病院でのサポートという形でなかなか来ていただけないのが現状である。

そのため、近隣の医療機関ともっと緊密な連携をとることなどを含め、今後1～2年かけて基盤の整備をしていきたい。

(小池委員)

がんセンターの合併症をもった潜在的な患者数の試算は、がんセンターの今後の病床規模にも関わってくる。2025年の患者数の試算でも平均在院日数を2016年と同じ日数で計算しているが、今後、平均在院日数は短くなるのではないのか。

**(病院事業管理者)**

DPC採用病院であり、内視鏡や低侵襲手術などの導入で、現実には平均在院日数は少しずつ短くなっているが、2025年にどの程度短くなるのかははっきりした数値は持ち合わせていない。今後、そのあたりをしっかりと評価していく。

**(原澤副委員長)**

埼玉県では現状、回復期病床が足りないが、地域包括ケアシステムが回れば、急性期病院に長く入院するより、例え合併症があっても後方病院で診療を受ける流れになる可能性が十分にある。がんセンターでも基本的に急性期の治療を提供後、後方病院などに任せれば平均在院日数は短くなっていく。

**(田中委員)**

合併症を持つ患者さんの比率は高まるとはいえ、比率は10数%である。それ以外に在宅医療などが2025年に向けて発達してくる国の政策の方向を考えると平均在院日数が短縮化する方向であると覚悟すべきである。

また、最近、高齢者に急性期医療を提供した時のADLと認知機能の低下が話題になっており、長期間入院すると一挙にADLが低下する恐れが強いので、入院日数が長いこと自体が悪になり得る。その点でも入院日数が短縮化される方向である。

**(病院事業管理者)**

がんセンターの在り方を考えると、できるだけ合併症を起こさせず、在院日数を短くするよう循環器などの合併症対策に力を入れていく必要がある。

また、手術前に既に認知機能障害を持つ患者のがん治療に問題も出てくる。がんセンターでは神経内科的領域の専門医は揃っていないので、今後考えなければならない。

**(小俣委員)**

専門病院であるがんセンターが主要な5大がんを扱うことは患者高齢化及び“全身病”的側面により難しく、むしろ、総合病院で診療すべきかもしれない。

一方で、循環器・呼吸器病センターなどとの人的交流により活性化することは可能かもしれない。

**(病院事業管理者)**

現時点で、総合病院化することは難しいと考えている。

**(原澤副委員長)**

合併症を持つ患者さんはデータから見ても、多くて2割弱。例えば慢性的に透析を行っている患者さんががんになった場合、専門病院が受入れることは難しい。国立がん研究センターでも同様である。すべての合併症に対応するためには総合病院もできる体制が必要だが、数多くの医師を確保しなければならず難しい。

県立病院としては専門性をしっかりと活かすために、必要な合併症の診療できる体制を整えたいという方向であることを確認したいが、いかがか。

**(病院事業管理者)**

例えば、がんセンターはその専門性をしっかりと担保するために、その周辺の合併症対応をどこまで整えるのかという話である。

がん治療に必要なサポート体制は整備したいが、それ以上裾野を広げる予定はない。

**○ 県北・比企地域の救急医療における循環器・呼吸器病センターの役割について**

**(小俣委員)**

脳血管の血栓回収が必要な患者さんに関する、県内での治療施設の状況はどうか。

**(病院事業管理者)**

県北部などの地域では、血管内の血栓融解術ができる医療施設は少ない。循環器・呼吸器病センターでも地域の医師会から、脳血管障害に対する何らかの対策について非常に強いリクエストがあったことから、少し体制を整備したいと思っている。

**(原澤副委員長)**

循環器は心臓だけでなく、脳血管も含めた形で対応できるような整備が専門病院として求められると思う。そうした意味での専門病院化とそれに見合う医療の提供をぜひお願いしたい。

**○ 不採算医療の拡大に対する考え方**

**(清水委員)**

現実に今おこなわれている診療の中で、アクションプランで示されているものとの乖離が大きすぎて先が読めない。

患者目線に立ち、機能を追加して診療を提供することも必要だが、一方で財政が成り立たない状況では医療はできない。合併症や脳血管障害への対応機能を追加した場合、収支や一般会計の負担がどうなるのか、見通しを示してもらいたい。

**(病院事業管理者)**

がんセンターでは均てん化が進む領域を勘案しても、2025年ぐらいには40人程度患者さんが増加し、入院収益も増加すると推測している。一方、人的パワーは現状のままで可能だとすれば、繰入れを入れてほぼ赤字を相殺できると予測している。

循環器・呼吸器病センターでは、設備の充実や医師確保等が必要だが、年間250名～270名程度の重症の脳血管障害患者さんをほぼ全て受入れると仮定すると、繰入れのない分野での赤字がほぼ相殺できるという見込みである。但し、両センターとも医師確保が必要なので、医師の確保に努めているところである。

**(小俣委員)**

都道府県単位で独法化している法人の経常収支、繰入金比率、給与費率等々のデータがあると議論がしやすい。

また、一般会計の中に占める繰出金の割合等があると、歳出、繰入金の両面から、どこまでが合理的か議論ができる。

**(病院事業管理者)**

次回の委員会にお出しし、委員の皆様から意見をいただきたい。

**(室久保委員)**

県立病院は繰入金投入により使命・役割が果たされているが、ガバナンスの強化により、更にコスト削減できる部分があるのではないか。4病院で集約できる業務はないか、人的・物的資源で共有・共同化が図れるものはないか、管理部門全体で、もう一步踏み込んだローコストオペレーションを議論いただきたい。

**(病院局長)**

現在、医薬品、診療材料の共同購入など経営管理課が先頭に立ち、4病院全体でのコスト削減の取組を強力に進めている。特に、診療材料では全国規模の共同購入組織に加わり、更にスケールメリットを活かして安く調達をする取組を今年度から始めた。

その他にも例えば医療安全や医療の質を高めるための取り組みを、今年度から4病院揃って進めている。

**(室久保委員)**

病院改革を進める上では、内部からの目だけではなく、外からの目で検証してもらい、アドバイスしてもらうことも必要。例えば自動車部品メーカーと衣料スーパーが異業種交流を図り、外からの目を使って、在庫・物流コストの管理、あるいは人材の育成などの社内改革に、大きな成果を上げている例もある。

また、改革をやるからには職員全員の皆さんに積極的に参加してもらい、組織を挙げて意識改革、行動改革を推進することが重要である。

**(病院事業管理者)**

既にコンサルティングは複数の方々から、様々なご指導を受けている。ただ、現状、PDCAサイクルのチェックがなかなか進まない。しっかり検証し、次のプランに移すサイクルがきちっと回らないと、やはり物事は進まない。

現在、4病院長含めた幹部が毎月集まる改革推進委員会でこういった形の検証をして次に繋げるのか知恵を絞っているところである。

**(田中委員)**

病院の場合、メーカーの生産部門の専門家がコンサルタントとして入ると、経営効率の改善に大きく効果を得る例が散見される。日本の病院に欠けている視点でもあるので、参考にすべきである。

○ 論点3※に向けて

※ 論点3 県立病院の役割を果たしていく上で最適な経営形態は何か

(小俣委員)

結局は“人”であり、その人材でどういう組織を作るのかだと思ふ。医師、研修医、看護師の数と専門性などについて教えてほしい。

(事務局)

次回、提出させていただく。

(田中委員)

経営を支えるスタッフも重要である。データマネジメントの専門家や、診療情報管理士など、現状どの程度いるのか教えてほしい。

また、事務局長など病院の幹部クラスの専門性についても教えてほしい。

(病院事業管理者)

事務局長は2年交代で病院経営に特化したスキル持つ専門家ではない。

企画部門の充実強化を図ろうと発案したが定数が増えず、自由な人材雇用ができる形にならないと充実強化は厳しい。

現状、様々な情報が入って来るが、そうした情報に対応し、きちっと企画立案し育てていくことが現在ではできておらず、大変悔しい思いをしている。

(小池委員)

仮に経営形態が変わる場合に、企画経営などマネジメント部門をどうするのか。

今の病院局や経営管理課の役割、経営形態が変わる場合の各々の役割、独立した病院ができた時に、マネジメント教育やスタッフ教育をどう行うのかという点を、他県の状況を含めて教えてもらえると次回の議論がしやすい。

(病院事業管理者)

本委員会で経営形態を変更すべきという方向になった場合、来年、再来年にかけて、独法時の組織、中期目標、中期計画などについてどうあるべきか具体的に議論していくので、少し先の話だと考えている。

ただ、独法化した都道府県などの資料を既に集め日常研究しているので、可能な限り、お示しさせていただく。