

平成25年度千葉県立病院運営懇談会 開催結果概要

- 1 日 時 平成25年11月15日（金）午後6時15分から
- 2 場 所 千葉県教育会館 本館3階 303会議室
- 3 出席委員 岩堀委員、亀田委員、河村委員、川村委員、田畑委員、中台委員、松永委員、宮坂委員、宮崎委員、和田委員（五十音順）
- 4 傍聴等 傍聴者1名
- 5 会議次第
 - (1) 開会
 - ア 病院局長あいさつ
 - (2) 議事
 - ア 中期経営計画（第3次）の取組状況について
 - イ その他
 - (3) 閉会
- 6 概要
 - (1) 議事
 - ア 中期経営計画（第3次）の取組状況について
《資料により説明》
 - イ その他

○主な発言内容

（委員）

資料の4ページの延入院患者数・延外来患者数の推移について、24年度は延入院実績が減少していますが、これについては、平均在院日数が減少しているためというお話がありました。

今、県立病院だけではなくて、一般の病院でも、手術して、一人暮らしでまだ歩けないのにだいたい一カ月くらいで家に帰らなければならないというような全体の仕組みが出来ているということが問題になっていると思いますが、県立病院ではその辺はどのように対処していらっしゃるのでしょうか。平均の在院日数の減少ということなので、一般に言われているような状況なののでしょうか。

(事務局)

御指摘のありましたとおり、病院事業全体として在院日数を短くという状況にあるところですが、一方で各病院におきまして、在宅支援をどのように組んでいくかという取組を併せてしています。たとえばがんセンターにおきましては、心と体総合支援センターを置いて在宅支援を行っています。また、佐原病院、精神科医療センターでは訪問看護をしています。また、こども病院では、こども支援センターを置いて、御家族を含めて支えていくような仕組みというものを整えております。また、循環器病センターでもメディカルソーシャルワーカーを配置し、患者さんの支援体制をとっていますし、東金病院ではわかしおネットで在宅で十分な情報とバックアップができるようなシステムを地域の医療機関とあわせて組みまして、患者さんの不安に対して支える仕組みを作っております、県立病院全体として考えているところであります。

(委員)

私は、千葉県の我孫子市に住んでおりまして、一番最初にここに参加した時に、なんで東葛地域には県立病院がないのですかということをした覚えがあります。県立病院では、そういうシステムを作っているのでしょうかけれども、今、我孫子での一番の問題は、在宅医療を支えるお医者さんがほとんどいないということですので、このような質問をしました。我孫子での在宅医療に関しては、またいろいろな方面の先生方とも協議をしながら進めていかなければいけないと思っておりますけれども、県立病院にいらっしゃる皆さん方には、今、お答えがありましたようにきちんと支えをしてあげていただきたいと、よろしく願いいたします。

(委員)

在宅医療に関しては、国が継続して推進しており在宅医療提供体制を整備・強化するための施策を講じています。また、介護保険においても、24時間対応の定期巡回・随時対応型サービスを行っておりますが、医療・介護共に現実的には24時間対応することは非常に困難と言われております。

一方で、話を国内レベルへと広げると、多少問題のある施設もあると聞いていますので、今後何らかの規制を設ける必要があるのかもしれないかもしれません。千葉県に関しては、主に民間の病院・診療所が中心となり在宅医療を行っています。診療報酬の面でも、公的病院も含む比較的規模の大きい病院には加算が少なく設定されていますが、これらの病院の在宅医療参入が安易になるようであれば、今後新たな展開が考えられると思います。

(委員)

平成26年度に延外来患者数や延入院患者数が減るという見通しはどのようなところからきているのでしょうか。なぜ平成26年度から下がるのでしょうか。

(事務局)

26年度につきましては、東金病院が閉院いたしますので、そういった影響で下がるという状況でございます。

(委員)

急性期病院と在宅医療、慢性期になったらどうするか、この問題は実は今後の医療において最大の問題であるという認識は、恐らくここにおられる皆さん共有しているのではないかと思います。その中で確かに一つずつがんの治療、循環器の治療というのは我々もすごく一生懸命やっていますが、我が国が健康長寿世界一となって、がんが全部治っても平均寿命が3年伸びないという統計が出ております。これが意外に大事なことで、急性期をやっているからこそ、健康長寿世界一になったのだと、逆に、急性期に病院で治した後、平均在院日数がどんどん縮んでいく一方、退院したあと独居となる老人がおり、少子高齢化がどんどん進んでいるわけです。県全体のプランとしては、特に首都圏近郊、まさに東葛地区などを中心に、どのような形の医療連携をしていくか、在宅と簡単に言っても本当に在宅で一軒一軒回るとなると大変なことで、効率はある意味悪いものです。施設の変更や病床の変更を含めて、考えていかなければいけない問題だろうなと思っています。はっきりとした移行時期に入っているのではないかと思いますので、今後、県立病院も大学病院も一般病院も含めて、対応されていく先生方がどうやって連携していくか、いろいろとお知恵を絞っていただきたいと思っています。

(委員)

がんセンターの25年度の実績状況ですが、ダヴィンチを入れられたとのことですが、どれだけダヴィンチで効果があったのか。これによる効果と費用について、ダヴィンチを入れたことによって、雇用や収益が改善したということが、結果として見られているのでしょうか。

(事務局)

ダヴィンチを導入しまして、年間160例以上になっています。1台体制としては日本で一番効率よくやっています。採算に関しては、24年4月から保険適用になりましたので、症例数が160例あると十分ペイされます。スタッフに関しては、現員のスタッフの中で対応していますので、そのために人数が増えたりというようなことはないです。

(委員)

特に検証はなされていないのでしょうか。

(事務局)

その辺の検証はこれから行うことになると思います。

(事務局)

高額医療機器の検証につきましては、翌年から実績を、また導入するにあたりましては費用対効果というものを検証させていただいております。患者さんサービスも含めて、どれだけ使ってどれだけペイするかということでもあります。また、1千万円以上の医療機器につきましては、翌年以降、実際どれだけペイしているかどうかというものを、委員会を開いて検証しています。ダヴィンチにつきましては、そもそも保険適用されているのが前立腺がんで、非常に点数も高い病気でございますので、基本的にダヴィンチは3億円の医療機器ですが、十分ペイしている状況です。

(委員)

大学で、やはり何かを取り入れるとき、取り入れたことによってすごく効果があつて、何件も増えたとか、学生への配慮や良好な環境調査に反映するのですが、どこかで、例えば手術件数が増えたと言っても、どうしてそれが増えたのかといった検証をしないと、高い設備を入れた時にあまり説得力がないのではないのでしょうか。24年度の決算を見ましても、それほど大きく変化したようには感じないですね。あと、今回は累積欠損金が出ていませんので、どれほど減少したかお聞きしたいです。

(事務局)

今年度、純利益が12億8千7百万円出ておりまして、それが累積欠損金の方へ充てられまして、現在残っておりますのは、243億7千6百万円程が累積欠損金でございます。一番多い時から比べますと、40億程度減っております。

(委員)

参考までに千葉県内でダヴィンチを保有している医療機関はどこですか。

(事務局)

私の知る限りでは千葉県がんセンターと千葉大学医学部附属病院です。

(委員)

千葉県では医療人材は非常に逼迫していると聞いていますが、医師・看護師の県立病院での確保状況、参考資料をみると医師・看護師等は順調には増えているのですが、御苦労されているところがあれば。

(事務局)

県立病院の医師数ですが、25年度は、後期研修という、初期臨床研修が終わって

専門の資格を取る先生方を含めてですが、334名でございます。平成16年度に制度の改正がありまして、医師不足となっていた頃の281名から比べると全体で53名増加しております。ただ、先ほどより御説明させていただきましたように、専門医療を提供する、がん、救急、精神などについては充足していますが、東金病院、佐原病院の内科・産科等はなかなか確保できていないという状況でございます。看護師さんについては、同様に、平成16年の1,115人から1,249人ということで順調に増えております。

(委員)

夜勤専従の看護師さんがいると先程の説明の中でありましたが、常勤の方ですか。

(事務局)

夜勤専従につきましては、現状の勤務体系の3交代の中で御希望のある方を中心として、今年初めて手挙げをしていただいたということです。看護師さんの健康状態なども含めまして、維持しながら活用していきたいと思っております。常勤の方も非常勤の方も同様の体制をとっております。

(委員)

参考資料の看護師数の推移の中で、産育休等数とありますが、この方々はこの期間が過ぎるとほとんどが復帰されているのですか。また、佐原病院では薬剤師を全病棟に配置するという方針とのことですが、これは佐原病院としての方針なのか、それとも病院局として将来的にそのように病棟に薬剤師を置くということなののでしょうか。看護師の定着率を高めるためにもそのように考えていただきたい。

(事務局)

県立病院におきましては、ほとんどの看護師さんが産休の後に育休を取れる状況になっています。そして、ほとんどの方に復帰していただいている状況でございます。また薬剤師の配置につきましては、県立病院として、薬剤師部門を配置していきたいという考えがございます。ただ、やはりどうしても効率面や点数面などがありますので、それらを加味しながら、病院ごとに看護師さんとその他の職種の人との役割分担をできるような形を作りたいというのが病院局としての方針です。

(委員)

医師の確保についてのデータを見ていますと、大変順調に伸びている感じがしますが、一部に困っている診療科があったり、それから、循環器病センターでは、今、高齢の患者さんが多く、多疾病を持っている患者さんが多いということで、このような大きな拠点病院でも、いろいろな科を育てなければならない難しさがあります。また、それで効率が良くなる悪くなるというのも、やってみなければ分からないということ

で苦勞されていると思います。千葉大では去年、千葉県の200床以上の病院の常勤医師の派遣の状況を調べさせていただいて、いわゆる大学の附属の分院、千葉県にも千葉大以外にあるいくつかの私立大学の分院があります。そういうところは除いて地域の中間病院と考えるもいいような病院の常勤医師の配置がどういうふうになされているのかというのを調べさせていただきました。全部ではないですが、ほぼ大きな病院の75%くらいが、過去から含めて現在までで、千葉大学から派遣していたということで、十分とは言えませんが、秋田とか山形とかの東北の非常に苦勞されている地域に比べれば、千葉県も大変ではありますが、頑張っている状況が浮かび上がってきました。ひとつコメントを言わせていただくと、収益が先ほども伸びてきたということで、それはそれで素晴らしいことですが、結果論として増えているだけで、収益の為にやっているのではないということは承知しているんですけども、その中で先程の質問の中で出た、入院と外来の比率で、外来患者数が増えて入院患者数が減っているというのは、世界の先進国どこでも同じことなんです。一つの原因としては、さきほど委員の方が質問されたことが懸念されたことがあるかとも思うんですが、ひとつには非常に低侵襲の治療が行われるようになったので、欧米などでも入院患者数を減らして外来で手術をしているところもあります。ですから、その観点の要因というのでも、このデータに影響しているのかなと思います。それは悪いことではないです。ただ、もちろん、在宅医療の問題というのは日本の人口背景からいうと、どのような問題があるか、それは別といいますか、当然考えないといけません。ただ、見落としてはいけないのは、そういう意味で外来患者数が増えているということでありまして。けれども、診療報酬での収益の伸びが、外来患者数増により2.3%起因しているというのは果たしてどうなのかなと思います。入院のこういう県立病院のような地域の大きな拠点病院の診療報酬のケアというのは大変良くなりました。入院患者数が減っても、そちらで伸びているのも十分あるのかなと、その解析は少し気をつけなければいけないと思いました。

(委員)

がんセンターで外来患者さんが増えているのは、化学療法などが関係しているのですか。

(事務局)

はい、そのとおりです。外来患者の化学療法は、以前は入院で行われていたものが、外来で行われるようになって、外来化学療法が右肩上がりになっています。その影響は大きいです。

(委員)

県立病院の施設整備に関して、一つには、いろいろ着実に計画されているというのは分かるのですが、去年も同じようなことを申し上げたのですが、佐原病院なのです

が、災害拠点病院ですので、構造的にはなんとか耐えたとしても設備のほうが、私が行ったのが二年前だと思うんですが、非常に老朽化していて、おそらく今、耐震で問題になっているのは、むしろ構造体よりも設備とか間仕切りが駄目になります。そうすると病院としての機能としては果たせませんので、いろいろ検討されているということは書かれているんですが、もう少し具体的に何かないのかということで、それで極端に言うとユーザーから病院が機能しなくなっても、拠点病院として役目を果たせるような覚悟を用意しておかなければいけないのではないかと考えています。もう一つは、整備する中で、工事発注では、特別なものは必要ないと思うのです、ただ御承知のように、震災復興とかオリンピックも決まりましたので、結果的にはこの二年で20%ぐらい変わっていると言われていています。要するに月に1%ずつ。それが今後どうなるのかは分かりませんが、落ち着いて見ていただくと、年間の施工関係の発注は50兆強くらいあります。7~8年で、外部状況というと震災復興とオリンピックで40兆とか50兆の間なんです。ですから計算で行くと1割上がれば収まるという風に言えなくもないですが、ただ、どんどんアップするので、施工者さんも先行きどうなるか分からないというので、特別なことは必要ないのですが、ぜひ可能であれば、途中でコストのチェックをするようなやり方をお勧めしています。基本設計、実施設計は通常どおり進めていただいて構わないですが、全部終わってから、ではいくらでやりますかという、御承知のように不調になったりします。いま手続きが大変複雑であり、後で変更するのはなかなか難しいので、可能である限り内々で予算がオーバーかどうかというのをチェックして、オーバーするのであれば、まだ途中段階で調整できる、あるいはコントロールできる段階で無駄を減らす、別に無理に値切ることはないのも無駄を無くすような方法をとっていただくべきではないかと考えています。そんなことでいろいろ工夫していただけたらと思います。

(事務局)

佐原病院につきましては、今、計画していますのは、一番上の階に手術室がございましたので、その重たい部分が上にあるということで、現状、手術室を外に出すというような形で計画させていただいております。手術棟を建てるということでございます。それによって、御指摘のありました構造自体は変わらないのですが、重たいものを外に出してという形で当面对応させていただければと考えております。また、佐原病院の耐震状況をチェックしまして、それを見ながら、専門家の方々と協議させていただきたいと考えております。次に、今後の施設整備のコストなどはどうするかという御質問ですが、契約について、施工管理の中で施工管理業務をお願いしながらチェックをしていきます。また、県立病院につきましては、そういう問題があれば、変更契約という制度がございますので、ただ、それは単に業者さんの言い値で変更契約するのではなくて、そういうものをきちんと管理委託ですとか、技術職員を配置しながら、発注した後でございますけれども、適切にコスト管理をしながら、建設に望みたいと考えております。

(委員)

手術棟のお話に関しては、手術棟に限らず診療部門、中央診療といわれているものは、ぜひそういうお考えでやられるといいと思います。いろいろ調べると、当たり前のことなのですが、1、2階というのはほとんど揺れないというのが分かっています。机などは、数センチ動くだけだというのが分かっています。低いところというのは、ひとつの知見だと思います。それから、二番目におっしゃった事については、要するに設計変更していろいろ増えていくということだと思います。そうすると、どんどん増えてしまって、その辺はやはりうまくコントロールしていただく必要があるのではないかと思います。というのは、公的な病院であっても、やはり企業的な面がありますから、やはり収支に負担にならないように、別に無理して安く請けていただくというのではなく、やはり基本的には無駄をなくして、効率よく発注していただければよいと思います。ちょっと事例を申し上げますと、つい最近私がお手伝いしたものでは、施工業者さんの見積りでは120億位であがってきまして、それはまだいろいろコントロール、修正がきく段階だったので、いろいろやって90億にくらいに下げられたのです。ですから、なるべく早い時期にチェックして、その後をコントロールしていく方法は有り得ると思います。なかなか難しい面もありますが、ぜひそういうことを工夫していただけたらよいのではないかと考えています。

(委員)

今、県議会では、平成24年度の決算審査が進行中でございまして、病院局もちょうど終わったばかりであると思いますが、普段、病院局以外の行政に対しましては大変厳しい発言となる委員さんが、今回、病院局については、その御労苦に対して、大変称賛の発言が多かったということで、これまでの御労苦に心から敬意を表したいと思います。質問なのですが、19ページの「経営基盤の確立収入の確保・費用の削減」というところで4項目の25年度の取組状況が記載されておりますが、それぞれ25年度としてのそれぞれの項目の目標値があるんじゃないかならうかと思えます。たとえば削減率といいたいまいしょうか、収入の確保であればどのくらいの増加率であるとか、そういう数値目標的なものがおありで、お示しいただけるのであれば、お願いいたします。

(事務局)

全体の目標でございまして、中期経営計画におきまして、25年度の計画値につきましては、収益が448億円、費用につきましては441億円ということで、7億円の黒字ということで当初見積っておりますが、今回、3年連続10億を超える黒字を出させていただいております。

(事務局)

ジェネリックの状況につきましては、平成23年度の実績では、数量シェア21.34%

が24年度の下半期におきましては24.2%ということで約3%弱上昇しております。また、医薬品の共同購入につきましては、これは薬価差における値引率でございますが、25年度の上半期は、24年度の下半期と比較して、一般薬でいいますと、0.8%程度高い値引き率となっております。

(事務局)

目標値につきましては、後発医薬品としては、使用目標という形で今御説明申し上げましたが、他の医薬品、診療材料等の共同購入については、具体的な目標値というよりも、前年度よりも低くなるよう交渉して行くというような方針でやらせていただいております。また、DPCにつきましては、DPCというのは、いろいろなデータを出していくともらえる率が少しずつ上がっていきます。例えばがん登録、がんの患者さんがいたら何件登録で、どういうデータを出さなければならないといったことをきっちり把握しながら、どういったものがもらえる率に影響するのかというものを検証しながら、少しずつその率を上げていっております。

(委員)

委託業務に関する一括契約で、エレベーターや消防設備保守点検で、こういうものはメーカーが違っていると、最近ほどのメーカーでも一括して扱いますという保守点検サービスの業者が増えていますが、それが、実際部品が必要になると大変高額なものを要求される、したがって、メーカー系列の保守点検サービス業者と契約すると簡易な部品は、契約の中に入って、追加で請求されないということがあるので、なかなか保守点検を契約するのは難しさがあると思うのですが、全件一括契約というのはなかなかテクニカルな点で難しいと思うのですが、ぜひ工夫して、これでまた削減効果を上げていただけるようお願いしたいと思います。

(委員)

26ページの救急医療センターのところに、全県に対する救急医療の安定供給への支援ということが計画の中に上げてありまして、取組状況として、東葛地域に加え、山武・長生夷隅における救急コーディネート事業を実施されたということと、ドクターヘリを活用されているということが書いてありました。例えば、千葉県内でドクターヘリが何機あるのか、そして、コーディネート事業というのは、できるだけ近い所の病院に運ぶというようなことをされているのか、その辺をお聞かせいただければありがたいです。ドクターヘリで大体どのくらいの時間がかかるものなのかも伺いたいです。

(事務局)

救急医療コーディネート事業ですが、山武長生夷隅地域におきましては、救急患者を受け入れる病院を募りまして、それぞれの病院で、対象疾患としましては、循環器

系疾患と脳卒中等の中樞神経系疾患、重症及び多発性外傷の3つの疾患でございますけれども、それぞれの疾患に対する対応状況というものを毎日、それぞれのコーディネート参加病院で救急隊に情報を流します。救急隊はそれぞれの病院の情報を見ながら、患者さんを搬送しますが、取り決めがございまして、2回、3回以上の対応ができない場合には、千葉県救急医療センターに電話が掛かってくるという対応をとっています。基本的にコーディネートと言いましても、一番大切なことは情報を共有するというので、救急隊の方が、それぞれの病院がどういう状況であるかというのを把握できるというのが非常に大切で、それによって患者さんを搬送しています。どうしても対応できない場合には救急医療センターに電話がかかってくるというような対応をとっています。ドクターヘリは、日本医科大学の千葉北総病院と君津中央病院で運用しております。ドクターヘリの場合は、ドクターが同乗して飛びますので、ヘリが現場に着いた時点というのが病院に搬送したということで、統計上の対応をしています。具体的な時間というのは今持ち合わせていませんが、実際に飛んでいる時間というのは短いですが、そこからまた救急車で搬送したりするわけですが、ヘリには、ドクターが同乗しているため、ヘリが現場に到着した時点が搬送時間ということで考えております。

(事務局)

ドクターヘリの関係ですが、今、県内には2機ございまして、日本医科大学の千葉北総病院と木更津市の君津中央病院にあります。そこから半径50kmの円を描いて、その50km圏内を15分で少なくとも行くということでございます。だいたいそれで県内は全てカバーしています。ですから、15分以内には患者にタッチができるというような形で運用されております。

(委員)

脳疾患の場合など、私の友人が東京の新宿に住んでいながら、救急車が受け入れてくれる病院を探して4時間半以上経ってしまったという経験があるものですから、千葉県はどうなっているのかなと心配しておりました。ありがとうございました。

(以上)