

第3回都立病院経営委員会「今後の都立病院の
経営力向上に向けた取組」に関する検討部会

平成29年8月1日（火）

東京都病院経営本部 経営企画部 総務課

次 第

1 日時

平成29年8月1日（水曜日）午後5時から

2 場所

東京都庁第二本庁舎10階 213・214会議室

3 議題

- (1) 前回の検討部会における論点整理について
- (2) 都立病院の経営分析について
- (3) 行政的医療の安定的かつ効率的な提供に向けた経営改善の取組について
- (4) 経営力向上に向けた取組について
- (5) その他

○配布資料

都立病院経営委員会「今後の都立病院の経営力向上に向けた取組」に関する検討部会 名簿
第3回都立病院経営委員会「今後の都立病院の経営力向上に向けた取組」に関する検討部会
病院経営本部及び都立病院出席者名簿

第3回都立病院経営委員会「今後の都立病院の経営力向上に向けた取組」に関する検討部会
座席表

資料1 「今後の都立病院の経営力向上に向けた取組」に関する検討部会 主な論点・意見

資料2 都立病院と他病院との経営指標別実績比較（経年）

資料3 都立病院の経営改善（費用面）について

資料4 都立病院と類似（公的）病院との収支状況比較

資料5 今後の都立病院の担うべき医療の方向性について（検討部会案）

資料6 行政的医療の安定的かつ効率的な提供に向けた経営改善について

午後5時00分 開会

○斎藤計画調整担当課長 それでは、若干お揃いでない委員の方もいらっしゃるんですけども、中村委員につきましては30分程度遅れるとのご連絡を受けてございます。また、病院経営本部側も何名か到着していませんけれども、定刻になりましたので始めさせていただきます。

それでは、これより第3回都立病院経営委員会「今後の都立病院の経営力向上に向けた取組」に関する検討部会を始めさせていただきます。

改めまして、委員並びにアドバイザーの皆様方におかれましては、ご多忙の中また、お暑い中、ご臨席賜りましてまことにありがとうございます。議事に入るまでの間事務局にて進行を務めさせていただきます。どうぞよろしく願いいたします。座って進行させていただきます。

それではまず最初に、本日付で庁内の人事異動がございました。これにより、病院経営本部の出席者に変更がございますので、紹介させていただきます。

経営企画部長、児玉でございます。

続きまして、本日第3回目の部会となりますけれども、今回が初めての出席となる都立病院の出席者を紹介いたします。

大塚病院副院長辻井でございます。

駒込病院副院長神澤でございます。

以上で出席者の紹介を終わらせていただきます。

続きまして、議題に入る前に、お手元の配布資料の確認をお願いいたします。

次第をおめぐりいただきまして、検討部会の名簿、次に病院経営本部及び都立病院の出席者名簿、そして本日の検討部会の座席表を添付してございます。

次に、議事に係る資料でございます。2枚組みの資料1「『今後の都立病院の経営力向上に向けた取組』に関する検討部会 主な論点・意見」、おめぐりいただき、6枚組みの資料2「都立病院と他病院との経営指標別実績比較（経年）」、続きまして資料3「都立病院の経営改善（費用面）について」、資料4「都立病院と類似公的病院との収支状況比較」。次に、ホチキスどめの資料5「今後の都立病院の担うべき医療の方向性について（検討部会案）」。その次、2枚組みになりますA3判の資料6「行政的医療の安定的かつ効率的な提供に向けた経営改善について」でございます。

また、あわせて、席上のほうにA3判のフラットファイルを置かせていただいておりますが、こちらは参考資料といたしまして、これまでの部会の資料等を入れております。適宜ご参照いただければと思います。

資料につきましては以上でございます。落丁等ございましたら、随時事務局までお申しつけください。よろしくお願いいたします。

それでは、これからの議事の進行につきましては、大道部会長にお願いいたしたいと思えます。よろしくお願いいたします。

○大道部会長 それでは改めまして、第3回都立病院経営委員会「今後の都立病院の経営力向上に向けた取組」に関する検討部会を開会させていただきます。本日もよろしくお願いいたします。

まず議事に入る前に、本検討部会の会議及び会議録は要綱第14第1項で原則公開とされております。同第2項で出席部会委員の過半数で議決した場合には公開しないことができるとされております。

特段非公開とする発議がなければ、会議及び議事録とも公開といたしたいと思えますが、公開でよろしゅうございますか。

はい、それでは、本日は公開といたしますので、その旨、ご了承いただきたいと思います。

それでは、本日の議事に入りたいと思えます。

初めに議題1「前回の検討部会における論点整理について」ということです。まず事務局からご説明をお願いいたします。

○斎藤計画調整担当課長 それでは、資料1-1「『今後の都立病院の経営力向上に向けた取組』に関する検討部会 主な論点・意見」をごらんください。

この1-1、1枚目は、第1回の部会での意見等をまとめたものでございますので、前回、第2回目のまとめにつきましては、恐縮ですがおめくりいただき2枚目をごらんください。

前回の部会では、在院日数の短縮であるとか、新規患者の獲得など、都立病院における具体的な状況をお示しさせていただきまして、主に収益面の経営改善についてご議論いただいたところでございます。そこでいただいたご意見について、今回大きく3つの項目に分けて記載しております。

まず1つ目は、【都立病院が担っている役割】についてとじています。

ここでは、都立病院は合併症を有する患者であるとか、高齢の救急患者など、地域の医療機関では対応の難しい患者を受け入れているとご理解をいただいたところでございます。

そうした都立病院が果たすべきこと、期待されていることに応えていくための経営上の取り組みが必要とのご意見をいただいております。

次に2点目【経営上の取組】についてのご意見をまとめさせていただいております。

まず1つ目、病院のミッション、ビジョンを対内外に明確にすることが重要であり、これにより職員の働きやすさや周囲からの理解、役割分担の推進、特定の分野への資源の集中化などにつながるのご意見をいただきました。

このミッション、ビジョンに関しましては、右側、備考に記載してございますが、別途検討が進んでおりました「今後の都立病院の担うべき医療の方向性」に関する検討部会において一定の方向性が打ち出されておりますので、こちらについては後ほど、ご報告させていただきます。

続いて頂いたご意見ですが、入院時からの退院支援であったり、医療従事者以外の取り組みやその体制確保、また、地域や都立病院間での人材交流、それによる医療水準の向上、一層の取り組みの工夫など、さまざまな医療連携や交流の重要性やその取り組みの必要性についてのご意見をいただいております。

また、こうした連携を進める上で、人材交流や不足する人材確保の面で、制度的な制約があるとの認識もいただいたところでございます。

最後に【その他】のところでございますが、高度急性期や小児、精神など、病院の特徴に応じて戦略を考えていくべき。また、最後のところですが、在院日数を短縮してその機能及び経営が維持できるという場合には、例えば病床数を削減する中で、その有する医療資源を非常に得意な分野に投入し、さらなる機能の向上を図るといった対応も検討すべきではないかのご意見をいただいたところでございます。

前回第2回目のご意見などについて、事務局からの説明は以上でございます。

○大道部会長 先だって、ついこの間でございます。委員各位ご記憶と思いますが、追加のご意見または補足的なご発言がある方、いただけますか。

よろしゅうございますか。特段なければ、またきょうの議論もございますので、そのときにも場合によっては反映させていただいても結構でございます。

それでは、事務局でまとめました前回の取りまとめについては、以上のとおりなのですが、ご記憶のように、前回の部会、後段で、正木アドバイザーから済生会熊本病院、あるいは現在おられる横浜市東部病院などの実情を踏まえたご意見、ご発言をいただいたところです。それにつきましては、お手元、A3ファイルの冒頭に前回いただきましたパワーポイントのファイルがございます。それを参照しながら、前回の部会では必ずしも十分な時間がとれませんでしたので、意見交換あるいは場合によってはご質問等、少し不十分だったかなという気がいたしますので、きょうのこの会議の冒頭で少しだけ時間を割いて、正木アドバイザーに対してご意

見またご要望あるいはご質問等があればいただきたいと思います。

時間もたっておりますので、議論の流れが、改めてというのも少々発言しづらいかなというところがありますが。前回の部会では、近藤院長から1点だけということでご発言がございました。あの流れを思い起こしていただいて、ほかの視点で何かご発言があればとも思いますが。

はい、橋本委員どうぞ。

○橋本委員 単純な質問なんですけれども、病院の中で病院の経営を改善していく上の大きな枠組みとして、B S Cというのが比較的有効だと言われていて、正木さんの絵にも書いてございますけれども、都立病院って結構B S Cをやっているように私は記憶しているのですが、都立病院の中にかつてB S Cを推進している方がおられて、それはどうなのかなと。単にB S Cだけ入れてもしょうがないのかなとか思いながら聞いていました。その辺はご経験のある病院からちょっとお聞かせいただければと思いながら正木さんの話を聞いていました。

○大道部会長 今のは正木アドバイザーに対するご質問・ご意見というよりは、B S Cというこの手法を用いたさまざまな問題解決、改善、目標管理、これについて現段階で都立病院、各病院あるいは経営本部のほうでどういう受けとめをしておられるかという、こういうご質問と受けとめます。

経営本部のほうからまずいきますか。

○渡邊財務課長 財務課長の渡邊でございます。

都立病院ではB S Cにつきまして毎年度実施しているところであり、例年4月の頭に各病院から提示していただいて、本部のほうと調整をしながら4月にプレゼンテーションという形で各病院の目標についてこんな形でやっていくという、年度初めにいただきまして、その中で情報共有しながら進めていっているところです。秋口には中間の実績の報告等を受けているところとして、3月のころにはまた年間の実績についても報告を受けていると、こんな状況で進めているところでございます。

○大道部会長 ほかに各病院から、追加のご発言はありますか。

改めてB S Cの基本をあれこれ確認するのもどうかと。

では、正木アドバイザーにご発言いただきます。どうぞお願いします。

○正木アドバイザー 前回、B S Cあたりをいろんな数値を目標として明確な目標をつくってそれに向かって全員が一致した行動をとっていくということが必要だとお話し申し上げましたけれども、基本的にはB S Cでなくても、いろんなもので構いませんけれども、ただ、掲げた目標が、本当のお題目になって、誰も実行しないというか、そういうつくられ方をしているん

じゃないかなと思うのです。皆さんご自身が参加しながら、全員でこういった目標をしっかり守っていこうじゃないかということでやっていけば、ある程度進歩していくんですけども、毎年毎年つくっても、全然変わらないというか、もちろんいろんな意味で数値は平均在院日数にするとか、いろんな単価とかそういったものの変化は出てきますけれども、やっぱり思い切った、今やるべきことをもう少し明確にしながら、一体何をしなければいけないのか、それも全員でと。こういう動きになっていかないと、幾らB S Cをつくろうと何をしようと、同じことの毎年毎年繰り返になってしまうと思うのです。

ですから、本当に行動に移していくとか、それができているかどうかだと思うのです。目標をつくったかつくらないかではなくて、実際にその目標に対して行動したかどうかというのが大事なところじゃないかなという気がします。

○大道部会長 はい、ありがとうございます。

各病院のほうから、B S Cでの取り組みは一応経営本部のほうでは、それは基本的には毎年対応しているということではありますが、その取り組みは現場、現場で実際どう受けとめておられるか、特段にご発言があればいただきます。今、正木アドバイザーがおっしゃったように、形ばかりとは言いませんけれども、なかなかその実を上げるというようなことは、必ずしも成果を上げているとは言えないという事例は正直まああることなのですからけれどもね。院長の立場で何かありますか。

○小児総合医療センター院長 都立小児の本田です。B S Cは各病院で、病院経営本部が決めている指標以外に自由につくっている分があるんですけども、当院ではS W O T分析をして、全診療科あるいは全部門からS W O T分析の材料を出していただいて、それを分析して、実際にそれを生かして全診療科にバランススコアカードでヒアリングしているという形をしています。多分ほかの院長もされていると思うんですけども。例えば医療連携の問題とか医療の質、院内感染、手洗いの問題とか、病院の中できちっと見ることによって改善していくという形はとれていると思います。

○大道部会長 小児医療センターの実情というか、取り組みはそうだと。他病院もおおむね同じであろうというようなこと、付言をいただきました。このところB S Cはある程度普及はしているわけで、基本的な視点としてご案内の財務の視点、顧客の視点、それから内部プロセス（業務プロセス）の視点、それから関係者の学習と成長の視点に基づいて戦略マップをつくって、より具体的な目標達成のための、当該期間中になすべきことなどをあれこれ戦略マップなどで明確化するということです。我が国の医療におけるB S Cの実情というのは、関係学会

も一応10年以上の実績があって、東京都は行政の枠組み、特に経営本部でB S Cを全体的な枠組みで実施をし、かつそれを東京都経営委員会への反映ということも長年やってきたことは事実なんです。形骸化とは言いませんけれども、一定程度定着すると、これはマンネリという言葉はいいかどうかわかりませんが、当初のB S Cの持っているある種のポテンシャルあるいはモチベーションを引き上げることの効果というのは持続できないようなこともままあるという事例もありますので、このあたりはひとつ現状としての共通認識をしてよろしいのかなと思います。

橋本委員、どうですか。大体よろしいですか。

○橋本委員 我々委員には「都立病院だより」というのが送られてきて、それを見るといろんな病院がTQMの活動をやっていたり、だから、外見から見ると何もやってないわけではなさそうなんだけれども、それが実際の経営の改善にどう結びついているのかというのが、ちょっと見えないなという、そういう印象があったものですから、B S Cと絡めて聞きました。

○大道部会長 ありがとうございます。この点は前回正木アドバイザーから対応すべき、あるいは取り組まれるべき課題としてB S Cという手法についての切り口で一定程度注意喚起をいただいたということでございますので、引き続いて、これまでの取り組みを踏まえて、今後さらにいい方向へぜひ導いていっていただきたいと思います。

ほかに、前回、正木アドバイザーのプレゼンテーションに対して別の切り口で何かご発言があればいただきます。

山本委員、どうぞ。

○山本委員 前回、いろいろ非常に有益なお話をいただいてありがたかったと思います。

その中で、制度的な制約であるとか、病院の特性に応じてという、先ほどのまとめの資料があるんですけども、やはり都立病院さんとしてのいわゆる制度的な制約、あと病院の特徴ということ踏まえて、済生会さんだからできるんだけれども、やはり制度的な制約でなかなかそこは取り入れられないとか、やはり経営形態であるとか、前提条件の違いによってまねできるところ、まねできないところをしっかりと整理をしていかないといけないというふうにも感じました。

ただ、やはり制度的な制約があるからといって、全てまねができないということではなくて、共通的に取り組める改善事項も非常に多く含まれていたかなというふうに思っております。

そういう意味で、今日の後の議論でも、いろいろ数字を用いて分析していただくので、その中でいろいろ議論が深まるのかとも思うんですけども、正木先生であるとか、あとどの方か

聞かれて、この後、制度的な制約と取り組めること、取り組めないことのギャップみたいなことをどのように今の時点でご判断されているか、ご分析されているかというところを、ぜひご意見をいただきたいなと思っております。

○大道部会長　むしろ経営本部への問いかけというふうに、今、受けとめました。

制度的な制約という、特にこの前出たのは、人材確保等についての制度的な制約というところが鮮明に、現場の院長のお立場からもご発言がありました。正木アドバイザーがお示しになった済生会という病院の経営主体と、都立病院という、一部適用の地方公営企業法に基づく経営主体ですよ。これの相互の制約というか差などについてはどうかというご質問です。基本的な問題なので、あれこれ比較すると切りがないところがありますが、まずは一言、二言、経営本部で何かありますか。

○斎藤計画調整担当課長　今、山本委員ご指摘のとおり、我々、経営力向上、経営改善を考えていく上で、多種多様な事項がございますし、成功事例等も参考にしながら、今の状態ですることと、なかなかできないこと、まず今回のこの議論も通じて明確させていただいてやるべきこと、制度的制約があって、そこも踏まえながら考えていくべきことというところをある程度分けながらやっていければと思っております。

○大道部会長　どうぞ、本部長お願いします。

○内藤病院経営本部長　本部長の内藤でございます。

私がお話するのがいいのかどうかあれなんです、一個人としての思いなんです、私、1年前にこの本部長を拝命しました。その直前は東京都の人事部長をしておりまして、東京都の組織の定数なり組織機構と人事制度等々を所管するところにおりました。そのときに感じていた都立病院のイメージと、実際に来てみて感じたのが、正直、人事も組織もそうです、予算編成なんかもそうなんです、行政の通常の人事ルール、予算編成ルール、組織定数の編成ルール、例えばこの夏ぐらいに各事業局が案を固めてそれぞれの財務当局、人事当局に資料を出して要求出して年度末の予算議会です承される、あのサイクルに病院の人事で予算を合わせるのはちょっとなかなか難しいのかなというのが正直な実感で持っています。多分それってほぼ周回おくれになっていってしまうのかな。機動的に動けないという部分があるのかなというのをすごく感じています。

それと、東京都の場合、公営企業も含めて、基本的に例えば公営企業には交通局、水道局、下水道局とあるんですが、基本的に大きな意味での知事の総合調整の中で、ほぼ知事部局と同じような動きをしているので、なかなか公営企業法を適用していることの本当の意味での自由

度みたいなのは少し減じているのかなというのが、素朴な率直な感想でございます。

ただ、現場、現場で、そんな中でも非常に、先ほど出たB S Cもそうですけれども、相当工夫していただいている中で、医療の質とかいろんな連携とか地域とのかかわりは相当進められていると思うんですが、なかなかそれがイコール経営のほうにはね返って来ないというのは、制度的な縛りといいますか不具合さもあるのかなというふうに感じているのが正直なところでございます。

○大道部会長 経営本部長のご発言、極めて重くかつ基本的なところだと思いますし、本部会さらには経営委員会の当面の課題といってもいいのかなという、まさに基本課題だと思います。山本委員が的確にご指摘ですが。

はい、正木アドバイザー。簡潔にお願いします。

○正木アドバイザー 私、日本病院会の通信教育の講師をしております、その中で、各県の看護協会のサードの事業の経理なんかも話をしているんですけれども、その中で済生会、日赤、それから公立病院機構、都立病院それからあともう一つ、この5つの団体の12期にわたっての採算をずっと発表するわけです。そのときに、やっぱり済生会も日赤も公立病院機構も、ある程度いろんな進展をして伸びていっているんです。ところが都立の病院の8病院の合計をすると400億の赤字がずっと続いていて、私は説明に窮するんです。ずっとこんなふうに都立病院は赤字になっていますどうして改善しないんでしょうかねというのをコメントとして、その場で看護師さんとか日本病院会なんかの通信教育の中で話をするんです。

ですから、ある意味ではいろんなことをやっていったときに財務的に改善していかないと本来の意味がないと思うんですよね。財務が目的ではありませんけれども、ただ、先生方ご努力されているということはもちろんしっかりそうされていると思うんですけれども、ただ、財務にあらわれてこないということが、いうならば、努力はしているけれども頑張っているけれども、財務は全然400億ぐらい毎年毎年赤字を出しておりますというのも、やっぱりここは少し気をつけて、これから先いろんな意味で考えないと。というのは、診療報酬は済生会も国立病院機構も都立病院機構もみんな一緒にやっているんです。そうすると、今度のD P Cの中でもいろんなものがなくなったり出てきたりとかいろんなことをしますし、そういった対策なんかもやっぱりみんなで考えていかないと、早目に打っておかないともうどうしようもなくなってしまいますよね。だから暫定調整係数も今度なくなりますので、そういった意味では重症度もなくなって、重症度が高い病院は非常に冷や冷やししながら、一体どんなふうに置きかえになるかとか、そういうやっぱり本当にただただ傍観とは言いませんけれども、本当に必死に見てい

かないと、経営をしっかりと立て直さないと、これから先はまたえらいことになっていくんじゃないかなという気がしまして、そんなことで、前回、少し経営改善の話はいたしました。

以上です。

○大道部会長 ありがとうございます。

この赤字という言葉の使い方がね、恐らく経営本部もそうだし、都立病院としてもひっかかる場所であるんですけども、この議論をし始めるとまさに基本問題になってしまいますので、ただ、そういう外部からの見方があるということは改めて確認したいと思います。これは40年来、50年来の話なんですけれども、一般会計からの繰り入れ、繰り出し、その上で法に基づいてしっかりと会計的にも処理をして今日があるわけで、その部分のところを外から見ると赤字だと。都立病院は400億の赤字だと、こういうふうに見られざるを得ないような側面もお今の段階であるということの認識は共有したいと思います。

きょうはちょっと時間の制約があって、本題に入りたいと思いますので、以上のところで一応、前回の取りまとめ並びに正木アドバイザーにいただいたさまざまなご意見についての議論を終了させていただきます。

それでは、次の議題2ですけれども、都立病院の経営分析ということでございます。

まず、事務局からご説明をお願いします。

○斎藤計画調整担当課長 それでは、まず資料2「都立病院と他病院との経営指標別実績比較（経年）」と書かれた資料をごらんください。今回は都立病院と他病院との費用面の経営指標を経年で比較した資料でございます。出典等は後ほどごらんいただければと思います。早速、中身のほうのコメントに移りたいと思います。

1枚おめくりたいいただきまして、資料2-1「医業収支比率の推移」をごらんください。

過去10年のほどの医業収支比率の推移を示してございます。後ほどの資料も同様でございますが、赤い線が都立病院全病院、青い線が都立病院のうちの総合病院のみ、オレンジの線が自治体病院、緑の線がその他公的な病院をあらわしてございます。

医業収支比率につきましては、都立病院は21年度以降、移転病院のフルオープン等ですとか、診療報酬改定のプラス改定の影響もあり増加傾向にございましたが、近年は横ばいとなっております。他の運営主体についても近年はなかなか伸びておらず、全体的に厳しい状況になっているものと感じられます。

次に、資料2-2、人件費比率の推移をごらんください。

こちらは上段折れ線グラフで医業収益に対する人件費の比率、下段棒グラフで人件費の額の

推移を示してございます。21年度以降、こちらもおおむね人件費の額は増加してございますが、収益増によりまして比率としては低下してきておりまして、近年は横ばいという状況になってございます。

他の運営主体についても同様に近年横ばいの状況というふうに見てとれます。

1枚おめくりいただきまして、資料2-3材料費比率の推移でございます。こちらも上段に医業収益に対する材料費の比率、下段に材料費の額を示してございます。材料費の額は増加している一方で、収益増によりまして24年度までは比率は低下してきてございます。ただ、近年は高額な抗がん剤などの影響もございまして、比率も増加傾向となつてございます。こうした増加傾向は他の運営主体にも見られるような傾向となつてございます。

次に、資料2-4委託費比率の推移でございます。

グラフの見方はこれまでと同様でございます。下段の委託費の額ですが、21年度の多摩総合等の開設等で増加して以降、おおむね横ばいとなつてございます。比率としては近年横ばいというふうになつてございます。

続きまして、資料2-5でございしますが、こちらは民間の医療法人と都立病院、総合病院との比較を示してございますが、前回同様、医療法人のサンプル数が少ないということもございしますので、別記の形で資料としてご提示させていただいておりますので、後ほどご参照いただければと思います。

資料2は以上でございます。

続きまして、資料の3「都立病院の経営改善（費用面）について」をごらんください。

まず、1として、費用面での経営改善に向けたこれまでの取り組みを記載してございます。第1回の部会でも触れさせていただきましたが、都立病院改革の開始以降、経営改善の取り組みを一貫して実施してきております。その取り組み例、近年の状況を大きく経費そのものの圧縮という形と費用対効果の向上という2つの観点に分けて記載してございます。

まず経費の圧縮につきましては、医薬品の共同購入もしくはベンチマーク等による材料費の精緻な積算、後発医薬品への切りかえなどを進めてございます。

下段の費用対効果の向上といたしましては、医師事務作業補助の導入であるとか、病棟薬剤の導入、未収金回収業務の委託化など、職員の専門性発揮に向けた生産性の向上につながる取り組みを進めてまいりました。

こうした取り組みも受けまして、少し同種、同規模の他の医療機関の収支状況と比較したものが次の資料4になりますので、そちらをごらんいただければと思います。

まず資料の左側、「比較対象とする病院について」というところをごらんください。今回、都立は墨東病院とそれと施設規模及び医療機能が同等かつ経営状態が良好な病院として、首都圏にある独立行政法人であるA病院を選ばせていただいて比較させていただきます。

比較対象の病院の概要としましては、記載のとおり運営形態は独立行政法人でございます。一般病床以外に精神科病床も有している病院でございます。また、三次救急や地域がん診療拠点病院などの機能も持ち合わせているところでございます。なお、看護体制は7対1ということになってございます。

比較の前提といたしましては、病床数など墨東病院と同程度になるように調整した上で若干の決算値の補正、組みかえを行ってございます。会計基準も異なることから組みかえも行ってございます。また、他会計繰入金や運営費交付金及び特別損失を除く自己収支で比較しております。また、27年度決算数値を使っております。また、職員数については、常勤と非常勤を常勤加算した合計人数につきましては、ほぼ同数となっている状況でございます。

では、資料右側、「収支状況」をごらんください。一番上、墨東病院の自己収支比率は81.5%でございます。A病院は収益費用補正後で100.8%ということになってございます。その下の棒グラフ、まず収益についてでございますが、入院・外来収益は墨東病院が入院153億、外来56億で合わせて209億円、A病院が入院151億、外来59億で合わせて210億円となりますので、ほぼ同等の収益となっております。

その下、その他につきましては、墨東病院が13億に対しましてA病院が19億と6億円の差が生じていますけれども、これは主に有料個室の料金設定の違いであるとか、その稼働の状況から生じているものでございます。

次に、下段の棒グラフ、費用をごらんください。

費用は合計で45億円の差が生じてございます。内訳としては人件費で墨東病院が130億円に対しましてA病院では104億円と26億円の乖離が生じてございます。

なお、この人件費には常勤職員のほか、非常勤職員の人件費、退職給付費、法定福利費も入っております。

次に、材料費については入院外来収益と同様にほぼ同額となっております。

その下、経費等でございますが、墨東病院が65億円に対しましてA病院では44億円となっております。こうした差の内容や制度上の違いなど、一番右側に記載してございます。そちらをごらんください。費用につきましては、人件費ですけれども、平均年齢、平均勤続年数に墨東病院とA病院の間には大きな違いがございます。ここに記載は

してございませんが、職員数が一番多い看護師については、墨東病院が平均年齢39.9歳、平均の勤続年数15.4年に対しまして、A病院では平均年齢29.9歳、平均勤続年数6.1年と、平均年齢で10歳ほど、平均勤続年数で9.3年ほどの差がついてございます。

また、病院全体でも、墨東病院がA病院を平均年齢で5歳、勤続年数で9.6年上回っておりまして、人件費の差の主な要因となっております。

勤続年数につきましては、これまで定着に向けた都における取り組みの成果の一端でもあるとも考えてございますが、都の施策としても働き方改革を進めていく方針でございまして、今後こうした取り組みはますます重要になってくるのではないかと考えるとともに、専門性をより一層活用して生産性を向上させる取り組みを進めていく必要があるかと思っております。

また、都立病院では給与勧告制度が適用となるなど、給与制度の違いなども影響があるものと考えてございます。

次に、経費の中で申し上げますと、委託料で5億円の差が生じてございます。この要因の一つとしては、業務委託において契約方法の違いなどから生じていることが考えられます。都立病院というのは基本的には単年度契約で競争入札となっているのに対しまして、A病院では多くが複数年契約であること、または入札に当たって価格交渉落札方式という、入札で価格交渉を行う業者を選定して、選定後にさらに価格交渉を行った上で最も有利な金額を提示した業者と契約するという形ですけれども、そういう方式をとっているということでございます。

また、委託の範囲にも違いがございまして、例えば電話交換や病棟作業などの業務は墨東病院では委託でございすけれども、A病院では非常勤職員が実施しているなど、業務委託で約3億円程度の差が生じてございます。

業務委託については、その業務内容によって職員が行うことで、診療報酬上の加算がとれる場合があるなど、診療報酬に応じた費用負担の方法を検討していくことも必要かと考えてございます。

さらに、委託料の中では、医療機器等の保守において約2億円程度の差となっております。ちょっと詳細まではこちらでも把握できておりませんが、複数年契約と単年度契約の違いなどの影響があるものと考えてございます。

次に賃借料ですけれども、こちらでは6億円の差が生じていますが、これは電カル等の調達方法の違いでございまして、都立では賃借としておりますけれども、A病院では購入で調達していることから、恐らくA病院のほうでは減価償却費が発生しているという形でございすので、費用全体で見れば大きな差はないのかなと考えてございます。

その下、光熱水費でございますが、2億円の差が生じてございます。これはA病院では電気、ガスに競争入札、複数年契約を導入していることなどが影響しているものと思います。

そのほか、記載してございませんが、減価償却費でも建物の建設年度の違い等もございまして一概には言えないんですけれども、墨東とA病院では6億円の差が生じてございます。

建物で大体8億円程度、墨東のほうが高く、機械とか備品の関係では逆にA病院のほうが2億円高くなっているという状況でございます。

一番下、下段には、それぞれの費用についての対医業収益比率をお示しさせていただいております。

資料4の比較の説明は以上でございますけれども、こうした現状を踏まえまして、資料3にお戻りいただきまして、一番下の青い枠の中、費用面における経営改善について課題認識を記載させていただいております。先ほどの比較にもあったとおり、とりわけ費用面においては人事給与や契約事務など都における制度のもとでの業務を執行しております。こうした中においても、経費の圧縮につきましては、今後も規模のメリットの追求であるとか多様なベンチマークなどを活用するとともに、目標を明確にしながらコスト意識を持って削減努力を続けていくことが重要であると認識しております。

また、費用対効果の向上の面では、診療報酬改定に迅速に適応しまして、各医療従事者がその専門性を存分に発揮できるような環境を整えるとともに、収益の確保のみならず費用の面でも診療報酬制度のもとでの経営分析力取り組みの向上が必要と考えてございます。

これにより費用のかけ方を診療報酬の確保とを結びつけていく必要もあろうかと思っております。

最後のその他のところですが、こうした経費の圧縮であるとか費用対効果の向上を図るためには、経費とか契約事務に係る情報の活用、維持などのノウハウの蓄積、人材の確保育成が重要であると認識しているところでございます。

事務局からの説明は以上です。

○大道部会長 ただいま事務局のほうから経営指標の経年的な推移並びに類似病院、A病院を取り上げたわけですが、それとの収支状況などの比較検討の説明がございました。きょうの議論の材料というふうなことで受けとめていただいていると思いますが、どうぞこれについてご質問、ご意見があればいただきます。

山本委員、どうぞ。

○山本委員 少し基本的な指標の見方の質問です。資料2-2の人件費の比率と資料2-4の

委託費の比率の図表をあわせて見たときに、通常委託費が高い比率になれば人件費が下がる、人件費が高ければ委託費がある程度低くなるという、こういう関係性があると思うんですが、この表を見ると、両方とも高い水準になっているということで、何らかややはり原因があるとは思いますが、事務局のほうで分析をされた中で何らかこのあたりお気づきのところがあれば教えていただきたいなと思っております。

先ほど、調達の部分、A病院と比較して委託の契約の仕方が違う等々もお話が出ておりましたけれども、これらも踏まえて少し解説を追加していただけるとありがたいなと思っております。

○大道部会長 人件費と委託費との関係について、指摘の点、簡略にご説明ください。

○斎藤計画調整担当課長 人件費と委託費の関係ですけれども、率直に申し上げますと、比率で示している都合上、収益の差というのがやはり一番大きく結果的に出てきてしまっているのかなというふうに思っております。

トレードオフの関係というのも一部の事業については直営でやるのか委託でやるのかというところの差は出てきているのかと思いますけれども、一番大きな比率上の違いとしましては、収益が大きく影響しているのかなというふうに認識しているところでございます。

○大道部会長 山本委員、よろしいですか。

○山本委員 基本的に収益が低いので両方少し高く出してしまうという、そういう比率分析の考慮点ということではございませんか。

○斎藤計画調整担当課長 はい。

○大道部会長 よろしいですか。山本委員、ほかの部分はよろしいですか。ご意見として、さっきのコメントはいただいております。よろしければそれで進めさせていただきます。

ほかのご意見、ご発言はありますか。

これは基本的な問題ですが、A病院との差については、相互の比較検討で一応説明がついたと受けとめられる提示ではあったんですけども。例えば先ほどの人件費を見ていただくと、都立病院、これは墨東病院と固有名詞が出ていますが、墨東病院とA病院、例えば職員、特に看護師を中心とした職員の平均年齢と言うべきか年齢構造、それから勤続年数等々の差によって人件費に大幅な差が出ているという説明ですが、このあたりご意見はありませんか。

山本委員、どうぞ、簡潔にお願いいたします。

○山本委員 人件費のところはやはり大きな差になっておりますので、そこでお話、質問をさせていただくんですけども、年齢構成の差がというところはやむを得ないところかと思うん

ですけれども、ただ、やはりそれだけ長く勤続されている、それだけノウハウをためていらっしゃる、非常に有能な職員の方がいらっしゃるというのは、組織にとっては宝かと思しますので、その方々がしっかりとパフォーマンスできない何らかの制約があるのではないのかなというふうにも読み取れるかとも思います。

ですので、何が働き方の阻害要因になっているのか、その改革をするに当たって、先ほど正木先生のほうからもスピード感を持つての改革みたいなところもテーマを挙げておられましたけれども、そこができていない理由をやはりもう少し深掘りしていく必要があるのではないかなというふうに、この数字を見て私のほうは感じました。

○大道部会長 末永アドバイザー、よろしいですか。

○末永アドバイザー この問題については余りコメントしたくないんですが、やはり墨東病院の平均勤務期間がかなり長いというのは、かなり居心地がいいんでしょうね。で、その居心地がいいということが悪いかというところでもないとは思いますが、ただし、この人件費を下げるためには売り上げを上げるしかないということになってきますよね。そうしたときに、ベテランの看護師さんがたくさんいるという、それを何かプラスの面に持っていけないかということを考えなきゃしょうがないなというふうなことを実は感じております。

ここで減らすことはできませんね。実は、僕、比較しても余り意味がないなと。意味がないというのは打つ手がないなということも思ったんですが、でも、その強みを生かすような、何か看護における特色を出して、それをやっぱり患者さんが来てくれるようなそういう方向に向けていく努力は必要だろうなというふうに思います。

○大道部会長 上田院長、どうぞ。

○墨東病院院長 今回は墨東病院を使っただけだったので、私としては非常に光栄です。実は、そのA病院を実名で教えていただいて、分析をちょっとさせてもらいました。収益的な面も含めて分析させていただいたんですが、同じ平成27年はうちの病院はまだⅡ群ではなくてⅢ群であって、今もそのA病院はⅢ群のままなんですけれども、同じⅢ群のときに、機能評価係数のⅡがその病院は0.0486だったんです。そのときうちの病院の機能評価係数Ⅱが0.0695だったんです。病院機能評価係数のⅡというのは、ある意味で病院のアクティビティをあらわしている数字で、それがその段階では墨東病院のほうがすごく高かったんです。ただ、今回調べたので、加算については今年度で比べたんですけれども、その病院は今、急性期看護補助体制加算の2をとっています。墨東病院はとっていません。それから看護職員夜間配置加算もその病院はとっていて、うちの病院はとっていないんですね。それから病棟薬剤業務実施加算1をそ

の病院はとっているけれども、うちの病院はとっていないと。いろいろあるんですけれども、いろんなところでうちの病院ってそういう看護とか医者を助けるべきところが十分に人がついていない中で、私は先ほど話されたようにキャリアのある看護師をうまいぐあいに使っていくということは重要だと思います。看護が、ある意味では看護補助がない中で頑張っている状況で、それは忙しくないからみんないるのか、あるいは東京都の職員であるところのステータスで残っているのか、そこは私はわかりません。私は暇だからいるとは考えてはいないんですけれども、その中で頑張ってくれている状況で、なかなかそういう補助がどんどん労働集約型産業になっている医療で、都立病院は今や墨東病院もⅡ群になっているわけですが、いまだに看護補助もつかないところ、あるいは薬剤常駐もできていないという、その辺がやはりいろいろ効いて、看護をうまいぐあいに使われていないところになっているんじゃないかと思うんです。

○大道部会長 全ての問題についてあれこれ議論するというのは、この部会の狙いでは必ずしもありませんが、人件費比率ということをもってしても、A病院は同規模、同機能と一応見られるところとの比較でこの人件費の差がどうなのかという基本的な問いかけになっています。当事者の上田院長も今のようなご発言をいただいているので、これが全てではないとは言いながら、かなり基本部分の問題であるという受けとめをさせていただきたいと思います。

今、人件費の問題が出ました。ほかに何か指摘があればいただきます。

末永アドバイザー、どうぞ。

○末永アドバイザー 先ほど少し言われましたけれども、加算については、多分頑張っている病院、あるいは民間の病院だとあらゆる加算をとるように努力する、そういう努力が、例えば人の加減でできないとかそういうことであれば、何とか補助の問題も含めて、そういうところについてはもう少し積極的に取り組んでいただけるといいんじゃないかなとは思っています。

○大道部会長 はい、簡潔にお願いします。

○墨東病院院長 実は、墨東病院の医事課長が今回変わりました。新しい医事課長が来たんですけれども、今まで医療畑を全然やっていない人間が来てという形になっていて、来年の診療報酬改定にどうやって、言い方悪いですが泳ぐかというときに、やっぱり医事課長が中心になって考えるというのは、非常に優秀な職員なんですけれども、今は無理なんですね。その中で院長を筆頭に考えて下も動かすというのがなかなか難しいところがあって、かつ医事課長の人件費は高いところがありますから。そういうところ……。

○大道部会長 古くて新しい状況を改めてお聞かせいただいたようなところがありますが、末

永先生がおっしゃったことは、やはり上位基準をしっかりとって、とるべきところをとるとい
う、基本的なところをやり切れていない。要になる人材のほうが十分に動きがとれないという
ようなところは問題だと受けとめさせていただきます。あと、委託の問題もやはり都立病院が
抱えている問題かなとは思いますが、次の資料の説明をいただいた上で、関連させてご議論
をいただきたいと思います。

議題の3に行政的医療の安定的かつ効率的な提供に向けた経営改善についてという表題で
資料がございます。これについてよろしくをお願いします。

○斎藤計画調整担当課長 議題の3でございますけれども、これまで収益面や費用面につきま
して現状の分析、課題の洗い出しなどを行ってまいりました。経営改善やあり方を考えていく
上では、まずミッション、ビジョンが大事であり、何を果たしていきたいのが前提となる旨、
当部会でもご指摘いただいているところでございます。

今回、次期中期計画の策定に当たりましては、もう一つの医療機能に関する検討部会のほう
で、今後の都立病院が担うべき医療の方向性の検討、行政的医療の見直しなどを行ってござい
ます。

本部会の第1回目でも検討状況の報告をさせていただきましたが、先日、その医療機能を検
討する部会において最終的な取りまとめの議論を行ったところでございます。そこで、今回、
その取りまとめの内容をご報告させていただきます、それらを踏まえた上で、今後の検討を
進めてまいりたいと考えてございます。

それでは、担当の小野寺経営戦略担当課長のほうから、さきの医療機能部会での取りまとめ
の内容をご報告させていただきます。

では、小野寺課長、お願いいたします。

○小野寺経営戦略担当課長 経営戦略担当課長、小野寺でございます。

内容につきましては、資料の5をごらんください。

医療機能の検討部会のほうでまとめさせていただいた検討部会の案になってございます。検
討部会につきましては、今後の都立病院が担うべき医療の方向性ということで、その方向性に
ついてご議論をいただいたところでございます。

時間もございますので、その方向性をまとめさせていただきましたのが、第4章の12ペー
ジになりますので、12ページをごらんください。

第1回のこちらの経営力部会のほうで中間報告をさせていただきましたけれども、その中の
3つの視点で検討してまいりまして、その中での方向性として12ページ記載の3つの方向性

を検討部会としてまとめさせていただいてございます。1つが、行政的医療の安定的かつ効率的な提供、方向性のⅡとしまして、病院の特性ですとか専門性を生かした高水準な医療の提供。方向性のⅢといたしまして、地域医療の充実への貢献という3つの方向性をまとめていただいております。

報告書の中では、この方向性につきまして、全体的な方向感とあわせましてこの方向性を実現していくに向けての課題ですとか取り組みの方向性といったところまでご議論いただいております。

簡単にご説明させていただきますと方向性のⅠ、行政的医療の安定的かつ効率的な提供につきましては、都立病院が全ての都民のための病院として、引き続き行政的医療を提供していくことを基本的役割とすべきとしてまとめてございます。

この行政的医療を提供していくに当たりまして、安定的な提供といたしましては、安定的といながらも医療環境の変化に伴って行政的医療として対象とすべき医療課題も変化していかなければいけないということを前提としつつも、民間医療機関との連携のもと、都の医療政策の推進に必要な分野との整合性を図っていくことが望ましいということ。あと、行政的医療につきましては、このホチキスどめの一番最後のA3の資料がございますけれども、行政的医療と一言で申し上げておりますが、そこには区分として3つございまして、1つは法令等に基づき対応が求められる医療、2つ目が社会的要請から特に対策を講じなければならない医療と、3つ目が新たな医療課題に対して先導的に取り組む必要がある医療という、こういう3区分で提供してございます。

今回の検討部会のまとめの中では、資料12ページのほうにお戻りいただきますと、先ほどの1の法令のところにつきましては、12ページの丸の2つ目でございますけれども、災害、感染症など、これは都のセーフティネットとして引き続き役割を果たしていくべきとしてございます。

また、行政的医療の項目の2番目のところの採算の確保が難しい医療ですとか、一般医療機関では対応の困難な医療といったところにつきましては、今後、引き続き都立病院に求められていくものではあるけれども、民間医療機関の医療提供体制の変化に対応し、随時必要な見直しを行っていくことが必要とまとめていただいております。

ここは、実際に都立病院の役割として果たしている一方で、民間の医療機関でも相当のシェアを持っている部分が出てきているというところから、このような意見を頂戴しているところでございます。

丸の4つ目ですけれども、行政的医療の項目の3番目でございますが、ここは新たな医療課題に対してといったところにつきましては、一般医療機関の提供体制が確立するまでの間、先導的な役割を果たしていくことが都立病院にも求められるという形でご意見を頂戴してまいります。

こうした行政的医療を提供していくに当たりましては、それを支える人材を継続的に確保、育成していくことが重要ということでまとめてございます。

また、行政的医療の効率的な提供ということに当たりましては、小児医療ですとか精神科医療、こうした専門性の高い医療といったところは、医療従事者が限られておりますので、都立病院で一定の集約化をして充実させた医療資源というものがあるのであれば、ここは一つの医療機関ではなくて、他の病院でも活用するなどによって効率的に都全体の医療水準の向上を図るべきとしてございます。

また丸の3つ目でございますけれども、東京の医療の特性としまして、都心部におきましては大学病院ですとか高度な医療を提供する医療機関が密集してございますので、地域の医療体制の充足状況を踏まえながら、適切な規模を検討していくことが必要というようなことをまとめてございます。

方向性の2つ目、特性や専門性を生かした高水準な医療の提供でございますけれども、こちらにつきましては、医療の高度化のメリットを生かすこと、あと、高齢化による患者の症状の複雑化にも対応していくということで、都立病院の総合診療基盤を総動員して、専門性を生かした医療を提供していくべきというまとめになってございます。

この方向性のⅡにつきましては、括弧書きのように、高度先駆的な技術の開発・導入ですとか、高次元の医療の拡充、臨床研究の推進という3つのカテゴリでまとめてございます。

1つ目の高度・先駆的な技術の開発・導入におきましては、丸の2つ目でございますけれども、特に専門病院におきましては、その専門性を発揮して高度・先駆的な技術を開発・導入していくのとあわせて成果を都民に還元していくことが重要とまとめてございます。

また括弧の2つ目、高次元の医療の拡充におきましては、こちらも丸の2つ目でございますけれども、複数の疾患、一つ一つに的確に対応できるよう、診療基盤の共有を図り、他の病院とのネットワークで対応するなどの効率的な仕組みづくりを検討すべきということで意見をまとめさせていただいてございます。

さらに括弧の2つ目の丸の4つ目ですけれども、患者への適切な情報提供ですとか相談支援、こうしたものも重要な専門性の発揮という観点から、多職種専門性が一体となって支援する

ことが重要といったものもいただいております。

括弧の3つ目、臨床研究の推進につきましては、都立病院が有する症例ですとか希少疾患です、治療実績というのを有効活用する、こういった実績を、これ、大きな財産であるという観点の中から、有効活用してこれを広く都民に還元していくことも重要であるということ。

1ページをおめくりいただきまして14ページになりますけれども、特に専門性が高い希少疾患ですとか難治性疾患の専門領域においては、先導していく役割も期待されているという点。そうはいいながら、都立病院の本来の役割はという観点から丸の3つ目でございますが、都民に質の高い医療を提供することが第一ということで臨床を提供するということが第一の役割でございますので、臨床研究の実施に当たっては必要性の十分な精査、臨床と研究のバランスの考慮が必要とされてございます。

丸の4つ目、臨床研究の推進に当たりましては、倫理面、データの正確性の確保という観点から、これは各病院でそれぞれ機能を持つのではなく、都立病院全体で効率的に推進していく仕組みが必要という形での意見をまとめてございます。

方向性のⅢ、地域医療の充実への貢献でございます。

都立病院におきましても、今後の地域包括ケアシステムの構築に向けた支援など、地域の実情に応じた地域医療の充実に貢献すべきとしてございます。

特に、括弧の1つ目（地域医療の切れ目ない医療連携）につきましては、丸の1つ目から2つ目にかけて、今後、東京都の中で地域医療構想調整会議の中で地域医療の民間医療機関との役割分担、民間医療機関を含めた医療提供体制が検討されていくという形になってございますので、こうしたところとの連携の推進が必要という一方で、同様に、都立病院とともに公的病院としての役割を担っている公社病院、ここの一層の連携、ネットワーク化が必要とされてございます。

また、丸の4つ目でございますけれども、実効性のある切れ目のない医療連携を築いていくために、都立病院の医療人材、こちら貴重な財産という観点からも、地域での活用が可能となるような取り組みを推進していくべきというふうにもまとめてございます。

括弧の2つ目（円滑な転退院・在宅移行）につきましては、丸の3つ目をごらんいただければと思いますけれども、こうした円滑な転退院・在宅移行の実現に向けた関係機関との連携モデルを提示して普及させていく、こういうことも、これから地域医療がつくられていく中では都立病院が先導的な取り組みを実施していくということを期待という形でまとめてございます。

1ページおめくりいただきまして15ページをごらんいただければと思います。

括弧の3つ目としまして、地域の医療機関の支援の充実というところでございます。

これは、丸の1つ目といたしまして、都立病院は医療の充実に向けて専門性の高い人材、また地域ネットワーク等の資源を最大限生かして各地域の実情に応じて地域の医療機関を支援するための取り組みを実施するということが重要であるということ。

また、丸の2つ目としまして、地域医療のレベルアップに貢献していくというところから、都立病院の人材を地域の医療機関等に派遣していくこと、また、地域の医療機関から人材を受け入れるなど、都立病院の資源を積極的に活用していくことが期待されるとしてございます。

また、丸の5つ目、最後のところになりますけれども、都立病院は公的な役割を担う施設としまして、人材施設など有効活用した取り組みを行って都の発展に貢献していくことも望まれるというようなご意見も頂戴してまとめさせていただいてございます。

前回の部会におきまして、この議論を踏まえて、1枚おめくりいただきましたところに、医療機能の検討部会の委員からのご発言をまとめさせていただいてございます。13ページの先ほどご説明させていただいた規模の検討といったところにつきましては、他の医療機関がやっていたら都立はやらなくてもいいというわけではないということですか、あと、丸の最後ですね、一番下の丸になりますけれども、公立病院の場合は新公立病院改革ガイドラインがございまして、公的病院等につきましても厚労省から改革プランの作成が今後求められる予定だというご意見をいただいております。

こうした背景を踏まえていくと、都立病院も他の公的病院の動きを見ながら役割等を考える必要性が今後出てくるだろうというようなご意見を頂戴しているところでございます。

まとめと7月26日開催の第6回の部会の意見については以上となります。

○斎藤計画調整担当課長 今後の医療機能の方向性について、こうしたご意見を部会のほうで受けてございます。行政的医療につきましては、今回、再点検を行った上で、その安定的かつ効率的な提供を行っていくということで、基本的な方向性を示されてございます。経営の観点からしますと、都立病院の運営に当たりましては、その担うべき行政的医療の提供に対して、一般会計からの繰入金を受け入れてございます。

そこで今回、本部会において、行政的医療の安定的かつ効率的な提供に向けた経営改善の検討項目の一つとして、繰入金に関する資料をご用意いたしました。それが資料6になります。

こちらにつきましては、渡邊財務課長のほうからご説明いたします。

○渡邊財務課長 それでは、資料6-1のほうをごらんください。

一般会計繰入金関連の資料についてご説明させていただきます。

まず資料の左側、一般会計による経営負担の根拠法令という囲みのところをご覧ください。

地方公営企業におきましては、経済性の発揮と公共福祉の増進を経営の基本原則としておりまして、独立採算制が原則とされているわけなんです。本来の企業活動における受益者負担の原則になじまない経費につきましては、独立採算の枠から外して企業の設置者である地方公共団体が主として一般会計から負担するものとして、地方公営企業法に経費の負担の原則として定められているところでございます。

その条文がそこに書いてあるとおりでして、1号経費では企業の経営に伴う収入をもって充てることが適当でない経費、それから2号経費としまして、性質上能率的な経営をもつてもなおその経営に伴う収入をもって充てることが困難と認められる経費と、大きくいってこの2つが定められております。

その下で、地方公営企業法の施行令ということで、ある程度具体的な項目が示されておりまして、さらに総務省からの繰り出し通知ということで、これは毎年度出されておりますが、こういった記載のようないろんな項目が示されているところでございます。

これらの一般会計等による負担を規定する法令等に基づいて公立病院では一般会計から繰り入れを実施しているところでございます。

次に、資料の右側のほうですけれども、「2 都立病院における行政的医療と繰入の状況」のほうをごらんください。

都立病院においては記載のとおり、上段のほうですけれども、行政的医療を主として提供していくことが求められておりますので、当然、安定した経営基盤の確立が不可欠となります。そのため、不採算となる行政的医療に係る経費については、一定の基準を定めて繰り入れを行っているところでございます。

また、この繰り入れについては、繰り入れ対象項目、それから算定方法につきましても随時見直しを図ってきたところでございます。

その下の表のほうでは、行政的医療としていろいろ医療課題と繰り入れ対象となっている項目について病院別に掲載してございます。表の中で網かけとなっているところにつきましては、各病院で対応可能な行政的医療としておりまして、丸印のついている箇所が繰入金の対象となっております。

また、丸印のない箇所につきましては、繰り入れ対象とはしていないところになります。そのほかの欄外にちょっと記載しておりますけれども、繰り入れ事項につきましては、医療課題に対応するもののほか、建設改良に要する経費、それから高度医療機器減価償却費、それから

院内保育室運営経費、研究研修費などについても一定の基準を設けて繰り入れを行っているものでございます。

また、下段、囲みの下になりますが、一般会計繰入金につきましては、随時見直しを行っているということでございまして、他の自治体の繰り入れ状況、それから都立病院の収支状況などを勘案した上で必要に応じて繰り入れ事項の見直しを行ってきたところでございます。

続きまして、資料6-2のほうをごらんください。

「3 一般会計からの繰入の状況（平成28年度決算の主な内訳）」でございます。

中央の円グラフのほうをごらんください。

平成28年度における都立病院全体の繰入金総額は399億7,800万円となっております。

金額として、一番大きいのは、精神病院の運営経費でございまして、約103億円となっております。繰入金総額の26%になります。

行政的医療の精神科救急医療や精神科特殊医療などを含む松沢病院の運営に係る繰入金のほか、都立病院が主として担っています夜間・休日救急の身体合併症医療や小児総合病院におけます小児精神医療に係る繰入金などを計上しているものでございます。

次に、救急医療では、三次救急や東京ERを含む二次救急、それから休日・全夜間救急を実施している病院に対する繰入金として約64億円を計上してございます。

次に、周産期・小児医療では、総合周産期母子医療センターに指定されています病院の繰入金のほか、小児医療のほうでは心臓病、腎臓病など小児特殊医療を含む小児総合医療センターの運営に係る繰入金などを計上しておりまして、約62億円となっております。

その次、ちょっと枠が小さいですけれども、感染症・結核医療につきましては、それぞれ法令により指定された病床を有する病院の繰入金として約6億円を計上してございます。

がん医療につきましては、がん診療連携拠点病院に指定されております病院の繰入金として約66億円を計上しているところでございます。

それから、難病、膠原病医療につきましては、神経系難病の専門病院であります神経病院の運営に係る繰入金のほか、リウマチ・膠原病系難病に対応するための病床を有する病院の繰入金として約48億円を計上してございます。

また、その他として50億円ほど起算してございますが、この中にはそのほかの行政的医療といたしまして造血幹細胞移植、それから障害者歯科医療などの繰入金が含まれているほか、行政的医療に直接かかるもの以外として、先ほどお話ししましたけれども、建設改良に係る経費、これは施設の建設に伴う借金の企業債の利息等に係る経費になります。それから高度医療

機械減価償却費などを計上してございます。

以上が繰入金の主な内訳となっておりますが、資料下段の「4 今後の方向性」に書いてありますが、これまでは先ほどもちょっとお話ししましたけれども、以下の3つの視点で繰り入れの見直しを実施してきたところでございます。

1つは、行政的医療の範囲を、そのときどきの医療環境などを踏まえまして、適宜見直しを実施してまいりまして、繰入金の対象事項も見直してきたところでございます。

また、行政的医療のうち、繰り入れ対象にする病院や疾患につきましても、重点的に取り組んでいる病院を対象とするように、対象病院を減らしてきて見直しを図ってきたところでございます。

それから繰入金の算定方法につきましても、適宜必要に応じて見直しを図ってきております。

今後ですけれども、これまでの見直しの考え方を引き続き継続するとともに、収益費用の両面から引き続き経営改善の取り組みを進めてまいりまして、繰入金の圧縮に努めていくことが必要だと認識してございます。

繰入金の見直しに当たりましては、何よりも都民の負託に応えていくことが重要でありまして、ただ金額を圧縮していくのではなく、あくまで質の高い行政的医療の提供を前提とした上で今後も見直し等を進めてまいりたいと考えているところでございます。

簡単ではございますが、一般会計繰入金関連の説明は以上となります。

○斎藤計画調整担当課長 医療機能の検討部会の案と、都における行政的医療や繰り入れの状況などに関する事務局からの説明は以上でございます。

○大道部会長 資料の立て続けのご説明で、余り時間もないというところが本当のところなんです。経営委員会のもう一つの部会である医療機能部会では、今後の都立病院の基本的役割機能の議論並びに後段の行政的医療の基本的な枠組み、法令根拠、そのほかの説明をいただきました。

時間の関係もあります、基本のご質問、ご意見をいただきたいと思っております。

はい、野口委員、どうぞ。

○野口委員 すみません、ちょっとだけ質問させていただきたいんですが、この方向性のⅠ、Ⅱ、Ⅲというのを見ておりますと、例えば方向性のⅠは採算確保が非常に難しい医療ということとはわかります。方向性のⅡというのは、これ、専門的な高水準だということで、これはむしろもうけるほうの医療だということも何となくわかって、方向性のⅢというのはむしろ地域医療なので、これも採算というか、非常に地域貢献という形はわかるんですが、つまり何が言い

たいかという、この方向性を全ての都立病院に求めるという考え方でこれを取りまとめられたのか、それとも、都立病院のさまざまな特性を生かしつつ、例えばこの病院は方向性Ⅰに特化し、この病院は方向性Ⅱに特化し、この病院は方向性Ⅲに特化するということで、要するに都立病院の中での機能分化みたいなことを考えておられるのか、その辺のところをちょっと伺いたいなと思って質問させていただきます。

といいますのは、これ、絶対この中に、いわゆる矛盾したというか、我々が考えるトレードオフというか、例えば行政的な医療の安定的と効率的というのは、非常にトレードオフがありますし、高水準な医療というものと採算が合わないというところも非常にトレードオフがありますし、いろいろ相反する目的を同じ方向性としてまとめている気がするんですね。ですので、その辺、どういってお考えなのかなというのをちょっとお聞かせいただければというふうに思います。

○大道部会長 はい、簡潔にお願いします。

○小野寺経営戦略担当課長 各都立病院の詳細な検討につきましては、これから我々事務局のほうで実施していくこととなりますけれども、大きな方向性としましては、方向性Ⅰはこの病院、方向性Ⅱはこの病院というよりは、各病院の特性に応じて、方向性のⅠからⅢをどのように取り組んでいくのかという観点からまとめていきたいなというふうに現時点で考えているところでございます。

○大道部会長 議論の余地はありますが、とりあえず、きょうの段階ではそういうことにさせていただきます。

ほかの視点からどうぞ。

正木アドバイザー、よろしく。

○正木アドバイザー 行政的医療って私は初めて聞きましたけれども、こういう言葉があったんですね。今、お話を聞いていますと、400億円は正当な金額だというお話が私にはひがみで聞こえたんですけれども、これを400億円を正当化していくと、本当に都立病院、これから先、一体何をしなきゃいけないのかというときに、全く見えてこなくなるんじゃないかと思うんです。いや、これでいいんですよという話だったら、別に私たちも委員会として参加する必要もありませんし、これをどうにかしたいからということでお集まりになったんじゃないかと思うんです。今、実際400億円ですと、これから先、いろんな意味で診療報酬改定からいろんなものが上がってきたときに、病院の改善をしていないとすれば、400億円が500億円なり、500億円が600億円なりと、これはもう本当にすぐそういった金額に上がっていくと思う。それが都

としては許されるのであるということであるんだったら、議論も何もする必要はないし、これが行政的医療で当然必要だということで、肯定的であるんだったら、私は何も議論ないと思うんですけども、ただ、これが本当に行政的医療でかつ正しくて400億円投入しなきゃいけないのかというのを、やはりもっと分析して、本当に何が必要で何が必要でないのか。大体病床があり余っているというところの問題は何も解決しなくて、そういう意味ではいろんなものをお金さえ投入すればそれは全部行政的医療だという話だったら、何の解決も多分ないんじゃないかなと思うんですけども。ちょっと私のひがみみたいな感じの言葉ですけども。

○大道部会長 行政的医療というような言葉は必ずしも東京都だけが使っているわけではないと思います。地方公営企業法の施行から50年以上たっているんですけども、その当初からの議論がやはり地域住民からの要望で、とりわけ行政対応の医療について予算措置がなされた。そして、さまざまな論議の末、今日があると言ってもよろしいんですが、ただ、先ほども申し上げたように、こういう基本のお受けとめをされざるを得ないような状況が長きにわたってあるわけです。しかし、この時代的な局面の大転換の中で改めて今後のありかたが問われていると、こういうふうにお受けとめさせていただきます。

正木アドバイザーに引き続いて、しっかりとこういうご発言をいただければと思います。

ほかに何か特段にありませんか。あとお一方。後段があるので。山本委員、簡潔にお願いします。

○山本委員 この400億の額の妥当性を考えるのは非常に難しい問題だというふうに思っております。考えるに当たって、ほかの自治体と比べてどうなのかとか、あと時系列でどうなのかというところの参考情報もぜひいただければと思うんですけども、いかがでしょうか。

○大道部会長 きょう一部は出てきていますけれども、特段に改めて要望があったということで、他の自治体の繰り入れ、繰り出しの状況との比較といったところの基本資料、次回にでも改めてご提出をいただきたいと、こういうご要望として承りました。

きょうは実は、末永アドバイザーからプレゼンをいただく予定です。よろしければそのようなことで、足りないところはまた次回、工夫して議論をさせていただきたいと思っております。

いずれにしてもきょう、この議題の3でお示しいただいた資料並びにこれからの都立病院の基本的な役割・機能については、この部会、あとまだ続きますし、また上部の委員会である経営委員会でも基本課題で論議をされますので、そのときにしっかりと取りまとめさせていただきたいと思います。

それでは、議題の4に当たります経営力向上に向けた取り組みについてということで、本件

については末永アドバイザーから自治体病院の役割、あるいは経営状況などに関しまして、まずお話を頂戴いたしまして、その後、意見交換をさせていただきたいと思います。

では、よろしくどうぞお願いいたします。

○末永アドバイザー それでは、スライドのような形で話をしたいと思いますが、まず、私、余り自分のところの話をするのは好きじゃありませんけれども、簡単にご説明したいと思います。

私どもの病院は、実は1980年代の前半では、愛知県の中で最もアクティビティの乏しい自治体病院の一つでした。その当時は187床ぐらいの病院で、私の先代の余語先生という非常に経営力の富んだ先生が院長になって、その当時、350から400床ぐらいの規模の病院をつくる予定があったんだそうですけれども、それが議会で認められたものの、全てやめさせまして500床規模の病院でないと、小牧という市で最終的な病院としての役割を果たせないんじゃないかということで、物すごく頑張られたんです。

右肩上がりの時代ということを書いてございますけれども、まず、診療圏を拡大しないといけない。もう少し、今の状況を言いますと、私ども15万何千の人口なんですけれども、入院患者の47%しか小牧市内ではありません。それ以外のところから来ていると、そのような病院なんです。外来については50%近くが市内で、あとはやっぱり市外という、そういう状況になっていますが、診療圏の拡大を目指す、要するにそのためには救急は断るなどというようなことで、絶対断らせない、断ったりすると院長が呼び出すような、そういう状況でした。

それとともに、高次医療ということ、昭和62年にESWLを愛知県では一番最初に入れたということ、それから平成3年にはガンマナイフを日本で一番最初に臨床応用として入れました。そうしますと、いろいろ新聞に載ったりするんです。そうすると、今までは本当に負け組の病院だった職員が、世間に注目されているという、そういう実感を持つようになる。そんな中で忙しくなるんだけど、働きがいたとかやりがいを感じるようになったということがございます。

私は平成11年に院長になりました。その前の先代は17年間院長をやりました。私も実は17年間院長をやりましたけれども、平成11年に院長になっています。が、トップダウンでやるワンマンな院長とはタイプが違うものですから、同じようなやり方はできない。だったらどうするか、それとですね、どうも優しそうな院長だから、今度は少し緩めてくれるんじゃないかということで期待されている部分もありました。しかしそういうわけにはいかないものですから、では、納得して働いてもらうためには、やっぱり職員を味方につけないといけないという

ことで、まず各部署の意見を聞くということをいたしました。

その当時、私がまだ外科部長・副院長だったころに、私の先輩の企業立病院の院長から、自治体病院でそんなに稼いでもらったら困ると、我々の立場がないというようなことをよく言われたりしました。けれども、院内には全くそういうデータは出ていなかったんです。人から聞くだけで。これではいずれどうなるかわからないしということで、病院の経営状況については部長会のレベルには発信するようにはいたしました。問題意識だとか危機感を持たせる。あるいは縦割りの発想を変えさせるということをやりましたけれども、とにかくまず現場を回り——その当時は弱小な病院だと思ってください。現場を回り現状を把握して現実的に改善して変わり得ることを実感させるということをやってきました。そのためには、若手の意見をなるべく酌み、こういうようなことは私の自慢話じゃなく、皆さんもやられていることだろうと思います。

当初、皆さんに言ったのはみんなで考えましょうと。トップダウンに慣れ過ぎているんじゃないか、受け身じゃなくて、自分たちのしたいことを発信しようとか、黙っているじゃなくて発言しよう。職種間、部署の壁に穴をあけて風通しをよくしよう、できる仕事を限定して考えないようにしようというようなことをいろいろ言ってまいりました。

それで、実は、私への前の院長からの申し送りは一つだけ。「おい、末永君。公務員というのは」——皆さんのことを言っているわけでは決してありませんので、「公務員というのは休まず、さぼらず、働かずなんだよ。だから、もう全て自分で決めろ」というようなことを私に言われました。

私、その当時は市長と話をしたこともないし、でも、本庁とのパイプとなる事務局長との信頼関係を築かなくちゃいけないというようなことを考えました。ただし、いろいろ言っても前例主義が極めて、——東京都はそんなことはないと思うんですけども、とにかくこうしたいと言うと、そんなこと今までよそでもやったことないだめだと言うんですね。ですから、できない理由を探さず、できるようにするためにはどうすればということを考えようとずっと言い続けました。というのは、二、三年で所属が変わってしまうから。そのうちに重要なポストにいる人たちは、ローテーションを見直してくれということで、今、長期にいる人たちがかなり来てくれますし、それから、今の市長は当時の次の次の市長になっていますけれども、どうも病院勤務をしてきた人たちは本庁に戻っても役に立つからということで、ちょっと見どころのある人は病院に出そうというようになってきてくれまして、割に人材が地方都市ですから乏しいとは言うもののいい人が来るようになったということがあります。

それから、医事課職員の病院採用、もう病院採用ということも一部やっております。それから、今回委託の話が出ましたけれども、やはり物すごく急激に発展した中で、どうしても定数があるものですから、委託業務が非常に多くなりました。もちろん給食もそうですし、医療事務もそうですし、それで、私が思いましたのは、でも病院職員が委託職員のやっていることをわかってコントロールしないとどうなるかわからないということがあって、コアとなる職員には、もう必ずコントロールできるだけの力をつけさせようと、そういうふうなことをやりました。それから、データ等は全く、それはいろいろあっても役に立つようなデータを出してくれませんので、ある部分、これはコンサルタントにお願いするようなことをしましたけれども、ただ、お願いするというんじゃなくて、パートナーとしてコンサルタントとともに成長しようと、そういうふうな形でやってまいりました。

それと民間病院からも学ぶことは学びましょうということになります。

これをちょっと見ていただきまして、これ、例えば1991年に救命救急センターというのができていますが、このとき504床ですけれども、医者としては64しかいないんですね。それで全て断るなって、もうこの辺の時代はもう本当に野戦病院のようなそういうふうな感じで過ごしてまいりました。

一応、臨床研修指定病院は1996年になっておりまして、平成8年（1996年）に544床という大まかな形ができてまいりました。私は平成11年（1999年）に院長に就任しましたけれども、でも、全くトップダウンできたあとに院長になって、とにかく医療機能評価機構の認定を受けることによって、問題点をいろいろ抽出しようと、そういうことをやりました。

人がやっぱり増えません。このときに、まだ、院長就任のとき、544床で121人でしたけれども、ふやすためには、専攻医をふやさなきゃしょうがないなということで、専攻医でいろいろふやしてきたりしました。

2005年には地域がん診療拠点病院になり、今は連携拠点といっておりますが、いろいろ医療機能評価の更新等をやりまして、それで、実は全適になったのは2012年、ここまではなかなか全適に踏み切れませんでした。人は一応こういうふうになんてなりましたけれども、今はどこでもそうかもしれないけれども、名古屋大学もいろいろ医局が抱え込むようになって、この時点よりも人は少なくはなっておりますが、こういうふうな形になっております。

実は、2012年に緩和ケアを14床つくっておりますが、赤字は覚悟してまして、これ、専門医が2人います。全く赤字なんですけれども、これをつくったのはなぜかという、急性期病院ってばたばたしたところで亡くなっていく、これを何とかしたいと、そういう思いがあり

ました。それともう一つは、うちにも研修医や専攻医が来ますけれども、どうしてもその人たちは急性期の疾患を一生懸命診たいけれども、その亡くなっていくというところまでの想像力がだんだん乏しくなる。急性期だけではなくこういう人たちがいるよ、そして攻めの医療がなくなっても何かできることはないか考えてよという教育的配慮という意味もあって、患者さん及び家族及び若手の医師のために、この緩和ケアをつくりました。

そして、医療機関群は、最初からⅡ郡で、15年によりやく地域医療支援病院になっております。

そういうことで、人数はこういうふうにふえましたけれども、専攻医、研修医でかなり賄っているところがございます。

さて、自治体病院の役割について、これ、自治体病院の協議会のほうでいろいろ言われていることで、これも皆さんご存じことですから簡単に言います。施設数は病院全体の11%で病床数は14%を占めると。過疎、離島に所在するところは3分の1あって、公立病院の立地条件としては10万人以下のところが7割ぐらいあるというふうな、そういうことになっております。

5疾病、5事業の中で、田舎のほうであると在宅医療もやっているところもありますし、これからはこういうこともある部分やっただく必要があるかということと、それから予防等にもいろいろ関与していくということが、これから求められていくというふうに思っております。

DPCで見た地域医療計画への貢献度ということでいいますと、やっぱりがん連携拠点とか、あるいは脳卒中連携、急性心筋梗塞というようなところはほかのところよりも多くやっているということと、災害医療という僻地医療、周産期医療というところも、ほかの団体よりもよくやっているということが言えると思います。

これはもう見ていただくだけでいいですけども、脳卒中、心筋梗塞、精神疾患等にこういうふうにかかわり合いを持っているし、救急医療、災害医療、僻地医療、周産期、小児にもこういうふうにかかわり合いを持っているということが示されております。

さて、これからちょっと経営の状況についてお話ししたいと思います。

経常収支の黒字の割合です。平成16年35%、平成18年というのは、これ、小泉改革の3.16%マイナスで大幅に悪化しており、私どもも、実はずっと黒字でしたけれども、18年、19年は赤字でした。20年になってちょっとよくなって、自民党の政権のときに、そして民主党の政権になってこの黒字病院が54%にふえています。でも、24年、26年と診療報酬が少し

ずつまた、特に26年のときに悪くなっていますので、さらに28年ではこれ35%ぐらいしか黒字病院はないのではないかと思っております。

じゃ、改定率との関係はどうかということを見たのがこの図になります。青い字が診療報酬の改定率のネットでマイナス3.16と下がりましたがけれども、その後、全体的に上がってきて、これって、よく見ていただくと、本当に診療報酬の改定率とよく相関しているなということがわかりだと思えます。

それともう一つは、いろいろ公立病院改革プランが出たりして努力したという部分はありましようけれども、やはり一番大きかったのは診療報酬の影響ではなかったかというふうに思っております。

さて、経営形態についても今回、この委員会での議論の対象となっておりますのでちょっと触れます。

平成15年には、実は1,000病院、自治体病院がありました。その中で一部適用が860で全部適用は140。今はどうかといいますと、27年度ですけれども、885に少なくなっています。これが少なくなっているのは、一つは公設民営、それから2つが1つになるというふうな合併。それから診療所化という、そういうものもありますけれども、885と少なくなっております。

これ見ていただきますと、例えば、一部適用はもちろん減ってはきていますけれども、全適用あるいは独法というのは、これはちょっと今、ほとんどプラトーになってきているなというふうな、そういうことを示した図であります。

さて、経営形態別の経営状況について、これを見ていただきますと、一番上が、これが独法です。赤い色が全適用で青が一適用になっています。21年を見ていただきますと、先ほど言いましたように、20年から診療報酬はよくなったというところがあります。20年からよくなって、その当時の独法に移行したところはやっぱり人のことで7：1でも早く取るなど、いろんなことに早く対応できて多分元気なところ、正木さんのところと同じように、ここは物すごくよくなっていますので、経常収支がよくなっています。で、22年もよくなっています。ただし24年から悪くなってきますとこういうふうには今は地方独法でも経常収支比率が100%ぐらいになってきております。それに比べまして、全適用のほうもここはよくなっていますが、やっぱり下がってきて、一適用のほうはこういうふうで、ただしやはり経営のありようとしては独法、全適用、一適用というふうな、そういうふうな形にはなっているというところがあります。

さて、次に、これは全国、私も病院事業管理者で、私は講師では行ったことはあっても、実はここには参加していませんけれども、全国病院事業管理者協議会というのがありまして、そ

この会長の吉田先生は青森県の病院事業管理者です。この先生が研修会でまとめられたのをちよっとお借りして拝見して出しております。一部適用と全適はどう違うかという、事業の執行権、代表権が一部適用が首長ではあるけれども、全適では一部を除いて事業管理者だということ。それから、予算については原案は一部適用は首長が出すんだけど、事業管理者が全摘のほうでは出す。予算の調整、議会提出というの、これは首長が両方とも出すことになっておりますけれども、人事については一部適応は首長、そして全部適用では事業管理者、一部首長という、そういう形になっているということです。

病院事業管理者の職務としては、どんなことがあるかという、これは地方公営企業法の第9条に書かれているんだそうですけれども、分課の設置とか職員の任免、給与、勤務時間等の条件について決めることができる。それから懲戒ということもできる。それから予算は先ほど言いましたように原案説明書の作成、これは長に送付する。で、決算の調製というようなこともやったりしますけれども、あと、資産の取得・管理・処分ということもできる。一時借り入れとか労働協約の締結あるいは企業管理規定制定ということもできるということに、一応第9条の公営企業法には出ていると言われています。

さて、一方で、独法の話もありますが、最初は公務員型というのをとられるところがありますが、今は公務員型ではメリットが出なくて非公務員型という形に言われております。全部適用のメリットとしては、経営責任は一適よりも明快であると。ただし、非公務員型の独法に比べると公益性があるということも誇ってもいいし、それがひとつ問題になることもあるということがあります。

独法の場合には、経営責任が明確になるんですけれども、人の採用、給与、定数については裁量権が大きくて、迅速な意思決定ができるということと、黒字になったりしたときには、還元できるというようなことがあったりします。

全適のほうは、でも経営悪化時は、実は繰入金には弾力性があって、一応全適の場合でも一応何がしかの配慮はしていただける可能性はあるということです。

それから、公務員のブランド力というのはこれは地方に行けばいくほど顕著で、特に都道府県立の職員というのは、そのブランド力があるというようなことが言われています。

では、デメリットは何かと言いますと、もう全適では採用、給与、定数についてはこれはやっぱり制約があります。それから、予算は単年度予算という制約があるということ。独法のほうのデメリットは何かというと、非公務員のリスクということがありますし、経営赤字のときには繰り入れで助けてもらうというようなことはないということで、それなりの厳しいことが

待ち受けているということになります。

また、全適には戻れないということもあつたりするというのが、一応、全適と独法のメリット・デメリットということでは挙げられているということを一応お話ししておきます。

さて、実は、この東京都も4つの病院がPFIということで、私は実は、PFIだとなかなか経営を努力しても改善するのは難しいなということを感じているいるものですから、ちょっといろいろ調べたことも、感じていることについてもお話ししたいと思います。

今、実は、病院PFIを15病院がやっております、この中で、高知県の高知医療センター、それから近江八幡の市立総合医療センター、これは契約期限を破棄しまして、違約金を払って、もうPFIをやっております。

ここの中で、東京都には多摩とか駒込とか松沢ですか、3病院ですか、多摩小児が、そうですね、4病院ですね。一応契約期限が長いのは実は神戸市立中央市民病院がかなり長期ということになっております。契約期間、神戸市立中央市民病院が30年、神奈川が24年、愛媛が20年というふうになっております。私、これ偏見かもしれませんが、この長期にわたるということは、30年間の利益は確保されているという中での契約になるというのが、これが非常に辛いところだなというふうには実は思っています。

東京都の駒込病院につきましては、このところ20年からこれはいろいろ改修とかにかかっているという話は伺っておりますが、一応、全体の流れということで、これを出しているだけです、これは全然気にしていただくなくてもいいと思いますが、PFIをやって、実は今度のときにPFI15病院のそれが出たらまたお見せしたいと思えますけれども、駒込についてはこれは無視しておいてください。消したものを本当はご用意したかったのですけれども。実は、ここで、先ほど言いましたように、高知医療センターというのがブルーになっているわけですね。ここの赤が近江八幡総合医療センター、ここがちょうど診療報酬も上がったということもありますけれども、終わってから急峻に医業収益比率がよくなっているということがあるんです、やめてから。これ一つのヒントではないかなということを実は思っております、もう一つ、八尾の市立病院というところが、またこういうふう急峻に上がっているというところがあるわけです。八尾の市立病院はこれはPFIを今でも続けておりますが、八尾の市立病院というのは、実は建物については含まれていなくて、運営についてPFIにお願いしているというようなことがあります。けども、もう一つ八尾のほうで見ておかなかちゃいけないのは、前が悪過ぎるというところがあります。医業収支比率が75%ぐらいですので、かなり悪かったのが運営についてPFIにお願いしたらなかなかうまくやってくれてよくなっている

というそういうことなのかもしれませんが、いいところというのは余り聞かないんです、P F Iをやって。それについて、経常収支比率については、これは省いておきます。

実は、いろんなことを考えておられる人がいて、神奈川大学の佐野先生という方が契約解除事例から見た病院P F I事業の課題と、こういうような検討をしておられます。それを見てもと、近江八幡市と高知県高知市病院組合におけるP F I事業における契約解除を招いたときの問題点として、事業計画の不備があったというんです。病院事業全体の事業計画がおろそかな場合に、過大投資等を未然に抑制できない。2番目としては、P F Iに対する正しい理解の不足、過大な期待のもとに事業が進められている。3番目として、官民間の連携不足、special purpose company、S P Cの能力不足と実施体制の不備、担当者の専門能力の不足、行政サイドのマネジメント不足、4番目として、制度設計の不備、行政によるガバナンス確保の不足、官民の不適切な役割分担など、P F Iを有効に機能させるための制度設計が十分に構築されていない場合には、事業の失敗にと、こういうふうなまとめ方をしてみえます。

それで、実は、先ほど言いましたような、八尾、これは建築費がかかっていないということで、かなり金額としては少ないわけですが、八尾が何でうまくいくかということについては、P F I事業検証事務報告書というのがちょうど出ていまして、私、ちょっと見てみたら、P F I事業の効果と課題というところでこの効果のところこんなことが書いてあります。職員とS P Cの間に醸成された信頼関係はまさにパートナーシップ。私、さっき委託のときにパートナーとして扱うというようなことを言ったと思いますけれども、やはりいろいろと話をするとというふうなパートナーシップが必要だろうというふうに思います。

一番重要なのは、この的確なモニタリング、要求水準が未達成の場合には減額等の厳しい措置をするということだそうです。健全経営達成の貢献にはインセンティブを付与しているというふうな、そういうことが書き込まれております。

それから、3番目、長期契約によるS P Cや協力企業の人材育成ができており、包括契約によるS P C間業務、病院S P C間業務の連携、調整がスムーズだということで、どうも八尾市立病院の職員そのものも育っているというふうな、そういうような話も聞いております。

S P Cによるセルフモニタリング、それから統括マネジメント機能が運営のあらゆる場面で発揮されているということで、やっぱりかなり厳しくセルフモニタリングを敷いているというふうなこともあります。

調達コストは直接購入するより企業のかかわりが多いにもかかわらず妥当な価格で購入している。ということは、これ、八尾も購入でメリットがあれば自分のところにもかかってくるわ

けで、PFIであっても病院にとってプラスになるような交渉ができているというようなことであらうというふうに思います。

それから、医療機能の情報発信とか患者サービスというところにもSPCが取り組んでくれているということだとか、変動要素が大きい病院の運営実態に応じた支払いの仕組みが機能している、こういうようなことをやっている、PFIといってもうまくやれているというところもあるということなんです。

実はこれ、6月9日に出された「経済財政運営と改革の基本方針2017」です。ここの中に第三者の経済財政一体改革の進捗・推進というところの、改革の取り組みの中の社会資本整備等という中で、いろいろあるんですけども、5番目にPPP・PFIの推進というのがあるんですね。ということは、今の内閣ではPPP・PFIを推進するということがここに書き込まれていますので、私としても全否定するわけではない。けども、やるのであればやはりそれをうまく運営していかないといけないんじゃないかと思うわけです。

このPPP・PFIの推進というところでは、コンセッション事業等を初め、多様なPPP・PFIの活用を重点的に推進する。また、PPP・PFIを活用した文教施設等の集約化、複合化に向けて優良事例の展開等を推進するというようなことで、ここ文教施設等というところで、最初、医療が入っていたかどうかわかりませんが、こういう書き方をしているわけですから、国の一つの民意を利用するというの方向性ではあるから、全否定するわけではありませんけれども、でも、ほとんどの病院、PFIをやっているところが苦勞をしているところを見ますと、PFIについては厳しい見直しをしないと先生方の努力、いろいろな努力をしても報われないんじゃないかというようなことを感じます。先生方も聞かれているかもしれませんが、かつて諸橋先生という有名な先生がいて、この先生は自治体病院協議会の会長と日本病院会の会長をやっていて旭中央病院の院長をやっておられた先生です。その先生はいつも「入るをはかりて出ざるを制す」と言われていたといいます。その出る部分というのは、例えばいろいろありますけれども、きょうもいろいろ話題になっていますが、例えば薬を買ったり、あるいは診療材料を買ったり、あるいは医療機器を買ったりという出ていくほうですね。そこのところでの安く買ったりするというのは、経営努力だと思っています。私どももかなり厳しくやっております。

そういうところをPFIに任せ切ってしまうと、そこでの部分、本来的には病院に来てもいい部分をそちらのほうに持っていかれるという部分についてはやっぱり見直す必要があるんじゃないかなど。要するに、いろんな問題点を出されましたけれども、正直言わせてPFIで

もしこのまま行くとすると、売り上げを上げる以外、経営効率を上げるという方法は全く見当たらないんです。SPCのほうに大分取られてしまったりという部分があるんじゃないか。偏見があるかもしれませんが、また私ももう少し私も調べてみますけれども、そういうところも含めていろいろお考えになられたらいかがかなというようなことを思いまして、きょう、発言させていただきました。

どうもありがとうございます。

○大道部会長 ありがとうございます。幾つかの基本的な論点、視点に基づいてのご提言いただきました。時間が余りありませんが、どうぞ今のご発言についてご意見、ご質問、しばらくの間いただきます。特に部会委員の皆さん方からご質問・ご意見をいただきましょう。

○山本委員 今、お話になった中で感じたのが、やはり的確なモニタリング、これが非常に重要だというのが一番、まさにそのとおりだなと感じました。やはりしっかりと目標を設定、適切な目標を管理して、できればそれが達成できればモチベーションをして、できなければしっかりペナルティという、そういう緊張感のある経営というのが、これ、当然PFIだけではなくて、通常の経営にも通ずるところではないかなというふうに思いました。

ですので、今回の経営員会での検討においても、ここをしっかりと肝に銘じて、私としても検討していきたいなというふうに感じました。

○大道部会長 ありがとうございます。

ほかの委員のお立場でどうでしょうか。

きょうのお話の後段、先生は大分熱を入れてPFIについての注意喚起をされました。15事例ある中で、東京都が実は4つ関わっておられるんで、そのあたりと経営の視点でのしっかりとした対応をと、改めて受けとめさせていただきました。

経営委員会も長きにわたっての経営全般の論議をしていますが、PFIと関連したことを直接、特にきょうの視点で、本当にSPCの経営上の貢献はあるのかとかあるいはバリュー・フォー・マネーを踏まえて設計して実施してきたが、本当にそれがきっちりと実現しているのか。あるいは、毎年、契約の細部について見直しておられるはずだけれども、その見直しの考え方とか実施状況等についてはどうなっているのか。経営本部はもちろん把握しておられるのでしょうけれども、経営委員会としては、必ずしも十分に検討してこなかったのではないかという反省を、委員会の責任者として改めて認識をしているところでございます。

きょうは実際に、SPCの皆さん方と日常的に業務しておられる立場の院長先生方がおられますが、近藤先生、何かひとことおっしゃっていただけますか。

○多摩総合医療センター院長 新病院を建てるときに、建物込みでうちはPFIをやっています。彼らは営利企業なので利益を出さなきゃいけないくて、三、四年の間、利益出なくてやっと今利益が出ているわけです。うちの病院の赤字は基本的にちょっとわからないんです。救急医療をやって、周産期医療をやって、がん拠点をやっていますけれども、そこで決算ベースでどのくらい来ているかはわからない。全体として繰入金がこれくらいってわかっていますけれども、そういう意味で普通の自治体病院がやっているのと、病床稼働率90%ぐらいで職員数もべらぼうに多いわけでもないし、機能評価係数Ⅱも非常に高いし、2015年には日経ビジネスで関東圏1位ですよ、全国で5位の経営形態を持っているといいながら、実際の数字は少し悪いので、その辺をちょっと本部にそのことだけ申し上げて、僕のほうとしても把握は余りしないようにしています。

PFIのほうについても同じで、年間に一定のお金を経営支援に費やしているという契約になっているんですけども、実際に経営支援は乏しい。出してくるデータが、こちらがEVEで分析すれば大体わかるようなことを言ってくると。診療科に対して基本的に細かくアプローチをして、その診療科に確かめて話を持ってくるわけじゃないので、結局、私のほうが全部後でヒアリングし直すというような形になっているので、はっきり言うともっとちゃんとやってよと言うんですけども、ペナルティーが余りないんです。先ほど言っているセルフモニタリングをしてモニタリング委員会を必ず1カ月ごとやる。それから本部への提出は半年ごとに本部がきっちりヒアリングをしていますけれども、基本的に余りペナルティーが厳しくはないですね。ペナルティー条項ついてはありますけれども。よっぽどのことがない限り減額がないと。その辺のところ見直してほしいなどはずっと思っていますけれども、本部がずっと考えていらっしゃることで、物すごく真剣に本部はPFIのことを考えていると思うので、今後を期待しているというところがございます。

○大道部会長 この問題、事前にしっかりと基礎データを積み上げないと議論になりませんが、問題提起としては大事なことだと受け止めました。先ほど触れたことは繰り返しません。経営本部でご担当もおられるでしょうし、今、現場からのご指摘の点もありますので、残された部会の中で十分議論できるかどうかわかりませんが、必要であればしっかりと対応させていただきます。また、上部の経営委員会のほうでも、PFI関連での現状、問題点の把握等々についても議論させていただきたいと思います。

はい、どうぞ。

○谷田サービス推進部長 末永先生、いろいろご指摘ありがとうございました。我々もこのP

F I 事業というのは、都の中でもほかの部局の事業もありますけれども、その中でいろいろ試行錯誤を重ねながらやってきたというところはあると思います。

また、ご指摘でいろいろ先行事例で解除になった病院等ありますけれども、我々もそういうところを参考にしながら、また、このP F I 事業というのは長期の契約というのが一つの大きな特徴になってまして、そこを長期契約の強みを発揮させつつ、その先行事例、さっきもご指摘ありましたけれども、20年、30年、そういったところがどうなのかという話もありまして、我々、基本的に運営15年という形の枠組みを設定したという先行事例の取り組み部分を十分に参考にさせていただいているということがございます。

今、近藤院長のほうからは、いろんなまだ経営支援の部分が不十分じゃないかというお話もあったんですけども、我々もP F I 事業者、S P Cとはパートナーという位置づけの中で、これをどうやって発揮させるのかというのが非常に重要な課題だと思っています。その中で、例えば統括マネジメント業務ということで、S P Cと協力企業との間をどう取り持つのかというようところが非常に大事な事業なんで、そこを明確に打ち出し、かつそれを機能させるために先ほど話が合ったセルフモニタリング、それから病院のほうでまたそれをモニタリングしというような仕組みをして改善をさせる、促すような仕組みというのをそういう形でとりたいという形で試行錯誤を続けてきているという実態がございます。

また、先ほど近藤院長からありましたけれども、我々本部も入って、経営状況の認識を課題共有をしていくといったようなことも進めております。いろんな課題もあるというのは事実だと思うんです。そこら辺のところ、今、契約期間の半ばでもありますし、我々何とか、経営支援のところの部分もいろんな意味でS P Cも成長しているところもありますし、我々も勉強しているところもありますので、ここを何とか事業効果をさらに発揮できるようにやっていきたいというところが正直なところでございます。

○大道部会長 はい、末永先生よろしく。

○末永アドバイザー 先ほど、例えば委託する場合に、それをコントロールできるだけの力を職員も身につけていないとというふうにお話をしました。これ、P F Iでも全く任せ切りではもちろんないと思いますが、例えばP F Iを解除して、じゃ、今度交渉なんかできるようになるのか、できる人がいるのかどうかというようなことにもなりかねませんので、やはり、全ての部門をきちんと監督といいましょうか、やっていることが理解できるような職員を育てておくということも必要ではないかなと思っています。

○大道部会長 時間がせまっておりますので、簡潔にお願いします。

○多摩総合医療センター院長 コメディカルの技師長さんとかは非常によくわかっていて、むしろPFIの統括が十分とは言えなかったものですから、うちのコメディカルも協力して委託企業に指導するような形になっておりました。

○大道部会長 きょう、末永先生、中段で経営形態の現状とそれらの相互比較、よくある愚論の対象となるパターンなんですけれども、改めてお示しいただきました。きょうは経営形態の議論に入り込める時間はないんですが、せっかくのこういう流れですので、お一方だけ、経営形態について何か、この部会としてご発言はありませんか。

山本委員、どうぞ。簡潔に願います。

○山本委員 第1回目の議論もありましたとおり、経営形態があつてそれが第一ではございませんので、何をすべきかということで経営形態ということで、大分ボトルネックになっているところも大分見えてきたのではないかなというふうに思いますので、次回以降、今まで出てきた論点をもとに経営形態についても議論が進んでいけばというふうに感じております。

○大道部会長 この前の議題のところ、正木アドバイザーからもある意味では非常に一般にご指摘をいただきましたが、一般会計からの繰り入れ、その根拠となっている考え方として、東京都では行政医療ということで対応してきましたけれども、これらはいわば現下の医療環境、あるいは次年度の診療・介護同時改定が進む中で都民の健康確保、医療・介護サービスの提供という広範な領域で課題が山積しています。こういう中で、都立病院は何ができるか、それぞれの論点は、一応しっかり出てきているわけなので、この部会の役割はそういう中で改めて事業体としての都立病院、これをどういうふうに経営力を向上させるかということです。残された部会、回数は余りありませんけれども、ぜひいい方向で集約できるように努めていきたいと思えます。

末永アドバイザーには、きょうはどうもありがとうございました。お時間ございましたら、ぜひまた部会にご出席いただいてご助言をいただければありがたいと思えます。きょうのところは一旦集約をさせていただきました。

それでは、まだ議題その他がございますので、事務局、その他をよろしく願います。

○斎藤計画調整担当課長 時間がちょっと超過してしまして申しわけございません。

最後の確認でございます。本部会での検討状況の中間報告についてでございます。

本日でこの部会3回目となりますけれども、今後、9月上旬を目途に本部会の親会に当たります第1回の経営委員会を予定してございます。この委員会において、本部会の現在の検討状況の報告を行うことを想定してございます。つきましては、本日の資料1などをもとに、あと

きょういただいたご議論の内容も追加して資料をまとめて委員会の現状報告というふうにした
いと考えてございます。

事務局のほうで資料作成後、各委員の方にメールで送付させていただきます。お目通しいた
だきまして、ご意見等を得て、修正を加えた上で委員会の資料の最終的な確認は部会長とご相
談させていただければと考えてございます。

事務局からは以上でございます。

○大道部会長 今、話しがございましたように、近く行われる経営委員会に本部会の検討状況
の中間的な報告をするということですが、それにつきましては、これまでのご議論をしっかり
と受けとめた形で取りまとめを一応部会長としての私と経営本部としっかりと取りまとめをさ
せていただきたいと、こういう段取りをとりたいと思います。

そういうことで、一応お預かりをさせていただければありがたいと思っておりますが、よろ
しゅうございますね。

はい、恐れ入ります。それでは、そのようにさせていただきます。

以上で、本日の議事、全て終わったこととなります。

事務局から事務連絡をお願いいたします。

○斎藤計画調整担当課長 3点ほどございます。1点目として、本日の議事録ですが、おおむ
ね2週間後に委員の皆様にもメールでお送りし、ご確認をお願いいたします。

2点目、次回の日程につきましては、おおむね9月中旬から下旬を予定してございます。机
上に日程調整表を置かせていただいておりますので、本日、ご記入いただいても構いませんし、
後ほどメールでも改めて調整依頼のご連絡をさせていただきます。よろしくをお願いいたします。

最後、3点目でございますけれども、本日の資料につきましては、お荷物になるようでした
ら、後ほど事務局で郵送いたしますので、そのまま机の上に置いていただければと思います。

以上でございます。

○大道部会長 大変タイトな時間の割りつけでしたが、第3回の都立病院経営委員会の「今後
の都立病院の経営力向上に向けた取り組みに関する課題の検討部会」、本日は閉会させていた
だきます。

長時間にわたるご議論、ありがとうございました。以上で終わりでございます。

午後7時04分 閉会