

## 第1回 北海道病院事業推進委員会 改革推進プラン検討部会 議事録

### 1 日時

令和7年6月3日（火）16:00～17:10

### 2 場所

TKP 札幌ビジネスセンター赤れんが前 カンファレンスルーム 5J（Web 開催併用）

### 3 出席者

#### (1) 改革推進プラン検討部会委員

佐古部会長	（一般財団法人北海道医師会副会長）
松原委員	（特定医療法人社団慶愛会札幌花園病院名誉院長）
辻委員	（札幌医科大学総合診療医学講座教授）※Web 参加
堤委員	（北海道済生会小樽病院みどりの里施設長）※Web 参加
平野委員	（北海道大学大学院医学研究院教授）
牧野委員	（旭川医科大学地域共生医育センター長）※Web 参加
岡村委員	（名寄市病院事業事務統括監）

#### (2) 北海道（事務局：道立病院局）

井上 聡巳	病院事業管理者
東 幸彦	道立病院部長
古川 秀明	道立病院局次長※途中から参加
渡辺 厚義	道立病院局次長
河谷 篤	道立病院局総務課長
荻野 洋平	道立病院局経営企画課長
三浦 寛高	道立病院局人材確保対策室長

### 4 議事

#### 〔事務局〕

それでは、予定の時刻となりましたので、ただいまから令和7年度第1回北海道病院事業推進委員会改革推進プラン検討部会を開催いたします。

開催に先立ちまして、委員の皆様の出席状況についてご報告いたします。本日は佐古部会長、松原委員、平野委員、牧野委員、辻委員、堤委員、岡村委員にご出席いただいております、牧野委員、堤委員それから辻委員におかれましては、Webにてご参加いただくこととしてございます。また、子ども総合医療・療育センターの副センター長、看護部長、事務長につきましては病院の会議室より Web で参加となります。

次に、本庁の幹部職員をご紹介します。

（井上管理者から順に紹介）

そして最後になりましたが、本日司会を務めます経営企画課長の荻野と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは本日の委員会の開催にあたりまして、井上病院事業管理者よりご挨拶を申し上げます。

#### 〔事務局〕

先ほどご紹介にあずかりました。この 4 月に北海道道立病院事業管理者として就任しました井上です。皆様よろしくお願いいたします。

開会にあたって、私の方から一言ご挨拶を申し上げます。

皆様におかれましては、大変お忙しい中、本検討部会にご出席いただき、心より感謝申し上げます。

昨今、医療現場を取り巻く環境は変化しており、コロナ禍後の受療動向の変化等による患者数の減少や人件費の上昇、医療人材の不足により、病院の経営環境はますます厳しさを増しています。とりわけ、道立病院においては道内でも民間の医療機関が参入しにくい広域医療や精神医療、小児の高度専門医療など個々の病院特性も相まってより厳しい状況にあります。

道立病院局では新型コロナウイルス感染症の 5 類後や令和 9 年度からの新たな地域医療構想に向けた議論が進められるなど、経営環境が変化していることを踏まえ、中長期の収支計画及び数値目標を策定するため、令和 8 年度開始の新たなプランを策定することとし、昨年 12 月から本部会において各病院の今後の方向性について検討を開始したところです。

本日は、子ども総合医療・療育センターの現状等を踏まえ、各委員の皆様には課題認識や論点提起のほか、忌憚のないご意見、ご助言を賜りますようお願い申し上げます。

#### 〔事務局〕

それでは次に資料の確認をさせていただきます。

（配布資料の確認を実施）

それではここからの進行につきましては佐古部会長にお願いしたいと思います。よろしくお願いします。

#### 〔部会長〕

それでは、次第に沿って議事を進めてまいりたいと思います。

それでは議題の子ども総合医療・療育センターについて事務局から説明をお願いいたします。

#### 〔事務局〕

（資料 1 に基づき説明）

#### 〔部会長〕

ありがとうございました。それではただいまの説明につきまして、質問・意見を伺いたと思います。いかがでしょうか。

〔委員〕

1 点目なのですが、施設基準で NICU の基準が 1 から 2 になったと。

ここについては、スタッフを確保できないから下がったという理解でよろしいでしょうか。

〔事務局〕

NICU はそうですね、ドクターを宿日直ではなく、常時配置しなくてはならなくなった。まずそこを確保しないと取れません。夜勤に入ってしまうと、次の日勤務ができないという状況になりますので、シフトが組めないという状況もあります。

〔委員〕

当然働き方改革の影響もある中で、今後の方向性で、スーパーNICU を目指すというところなのですけれども、確か昨年の改定で新設された、かなりハードルが高いところかなと理解しておりました。背景には、私どもも、NICU を運営するにあたってスタッフが揃っているのですけれども、要するに低体重児が少なかったりとか、実質的に取得できないという実情があったりとか、他の都府県に起きていて、それで、今回の診療報酬改定の要望にあたりましては、全国自治体病院協議会の要望事項の中に NICU を地方でなくすわけにいかないから基準を下げて欲しいというような要望も付け加えをさせていただいております。なかなか診療報酬改定では通らないと思いますが、継続してそうした要望を出させていただいたところでございます。

前回の改定のところで、このスーパーNICU ができたのですが、私の感想でいけば、多分、大学病院的なところじゃないとできないのではないかなと思っていたところもありました。

もう一つは、施設基準 1 に戻さなければいけないということですよ。そういう意味ではまず、症例数でいって、子どもの数はいらっしゃるかもしれませんが、スタッフを集めるというのが最短の課題になるのかなと思います。

本当にコドモックルさんには貴重な分野の医療をやっていただいていると以前から思っていますし、今後も継続してやっていただければありがたいということで、本当に応援したいなと思っています。

もう一点ですけれども、DPC 係数、9,500 万円ほどの増収に繋がっているということなのですが、今後に向けて、係数アップのための取組というものを何かを検討されている部分はあるかなということと、もう一つ従前からありましたが、診療情報管理士の配置採用と言ったところは、非常に大きなポイントかなと思っています。委託先の方から診療情報管理士を置いていただいているというような状況があるということでございましたが、やはり DPC をもっと高めていくためにはやはり専任の管理士が必要かなと思います。本庁の方の理解をいただくということも非常にハードルが高いのかもしれませんが、病院としてやってく上ではやはり必要な事項だと思いますので、そこのご相談も、継続して取り組まれていった方が将来に繋がるのではないかなと考えています。

〔委員〕

コドモックルはやっぱり非常に重要な病院と理解しておりますし、病院の皆さんの努力に

も日々頭が下がる思いでございます。私自身も明るくない部分もありますので、変なこと言ってもお許しいただきたいのですが、何点かグラフ、計画を見せてもらってよくわからないところがあって教えていただきたいのですが、スライドの 18 枚目の病院の現状というところで、増収減益の状況の中で、その中で連携を増やしていった将来の紹介患者さんを増やしていこうと言われていたと思うのですが、この中で保健所からの紹介が R4 から急に減っているのはコロナ前後でなにかあったということでしょうか。

あと紹介状を増やしてというところであれば、理由があるのであれば。保健所が減って市町村が大幅に増えているので、制度かなと思いつつも、見ていたのですが。

#### 〔病院〕

R3 年と R4 で何か制度が変わったのではないかなと推測しておりますが、この保健所の下各市町村のところの数字を見ますと、逆にちょうど減った分ぐらい 100 ぐらいがどんどん上乗せされているところを勘案しますと、何か制度で、保健所から市町村に移管した制度があるのではないかなと推測するのですが、ちょっとそれ以上のことは調べてみないことにはわからないです。

#### 〔委員〕

もし紹介患者さんを増やすという部分で、保健所との連携のところでできることがもしあるのであればと思って、まずここを一点の報告をいただきました。

2 点目ですが、スライド 22 ですけれども、職員給与費対医業収支比率っていうのが全国類似病院等と比べるとちょっと高く見えますが、その率は、職員の方が多からこうなのか、あるいは単純に患者さんの数がやっぱり減っていった母体になる経済圏が小さくなっているというのか、ハンドリングしている収支率が減っているというのか、ここで結果として相対的にこれが上がってしまっているのか、後者であれば仕方がないと思うのですが、前者であれば、やっぱりあんまり言いたくないですが、ちょっと目立っていたので何故なのかなと思いますね。

#### 〔事務局〕

可能性としては両方あると思います。

#### 〔委員〕

職員の方の数は、すぐには触れないと思うので、そうするとやっぱり患者さんを増やすという努力をこれからしていかないといけないかなと思っております。

#### 〔部会長〕

今 2 人の委員から質問ありました。ちょっと絞らないと、ディスカッションが散漫になるので、まず NICU について議論したいと思います。

方針ではスーパーNICU とかあるいは NICU の病床数を増やすと書いていますけれども、先ほどの説明では、現在 NICU の患者さんの半分以上が、要は対象期間を過ぎている 14 日過ぎた患者さんが占めているという中で、病床を増やして、この NICU の稼働率をちゃんと維持できるのかどうかというのが一点。

それからもう一点は、診療報酬ですね。今 2 ですけども、1 にすると、専任の医師を雇わなければならない。これは何人医師を増やす必要あるのかとか、1 人で毎日当直するわけにはいかないので、多分 3 人ぐらい増やす必要がある。それでも 3 日に 1 回当直ですよ。働き方改革もあるから週に 1 回しか平日はできないし、土日は月に 1 回、今ちょっと緩和されて 2 回ぐらいまでは目をつむっているようですけど、厳密に運用すると何人医師が必要なのか。でその医師の人件費と 1 を取ることによって上がる収益と、ここの試算をされていると思いますが、どうなのでしょう。

質を上げるのは、もちろん賛成です。ちゃんと当直がいる NICUの方が安心ですし、いいのですけども。理想の医療も大事ですけども、やはり、そこそこの収益も確保しなければならない。

ですからこの例えばもう一つ。スーパーNICUをNICUの中に設置すると、これ看護単位を別にしなければならないのか、今の看護単位で一部だけスーパーと言えるのか。そこは答えできるとは思いますが、どうでしょうか。

#### 〔事務局〕

一部だけになります。

#### 〔部会長〕

ということは別の看護単位にすると。年間 49 人のスーパーNICUの対象患者さんのために、看護単位を一つ増やすっていうことは、当然夜勤があります。2・8 で 2 人夜勤。たった 1 人の患者さんのために看護師 2 人当直しなきゃいけないってことです。当然採算取れないと思います。ですからそのあたり、ちゃんと試算をして、そんなに難しい試算じゃないです。稼働率何%で 1 日の診療報酬がいくらで、365 日にいくら収益かと、人件費いくらかって。他にかかる費用とかも一切考えなくていい。看護師の給与費と収益だけで、まずシミュレーションしていただかなければ、このNICUの改善っていうのはちょっと問題があるかなと思います。

#### 〔事務局〕

ご指摘賜りましてありがとうございます。すみません、現時点において詳細な試算がまだできておりませんので、今後のプランの検討をしていく中で今いただいたご意見を踏まえて、詳細な試算をしながら検討してまいりたいと思います。

#### 〔委員〕

この加算の要件、NICUの加算がとれるための要件は、もう 1 人医師が専任で当直してなくてはいけないというところだと思うのですが、その要件はその新生児科の医師でなくても、満たせるはずですよ。例えば、北海道大学病院では研修医がその代わりをやっています。研修医でもその役割を担えるぐらい、例えば当直の先生がトイレに行っている間に目を離さないように診ているというようなニュアンスで捉えているので、そういう意味では、もう少し人の振り分けのところで新生児の先生以外をあてるなどの工夫できる可能性あるかなと思いました。

#### 〔部会長〕

その辺りも含めて、病院全体で研修医も含めて当直の手当がどのぐらい、人を増やさないで

できるのか、何人必要なのかと。この後ちょっと議論したいと思うのですが、色々なところに病棟が分かれています。看護単位がすごく多くなっている。これ後で議論したいと思います。

次は、辻先生の方から人件費比率が 114%と。他の同規模病院の場合です。これは職員が多いのか、患者が少ないのかと両方の要因だというお答えだったと思うのですが、院長先生は欠席ですけども副センター長の先生、適正な病床数はどのぐらいと考えられているのか、お聞かせ願いたい。

#### 〔病院〕

実はこの医療業務での職員給与費対医業収益比率 110%と増えていて、それに対して病床を適正なのはどれぐらいかというのは今、誰もお答えができなくて申し訳ありません

#### 〔部会長〕

その辺も最終的なプランを作るときに検討していきたいと思います。

それで今、療養と医療部門の話が出ましたが、私は、療養部門は、これは福祉なので、良いと思います。医療部門だけはきちっと一定の採算を取ってもらわないと困ると。でも今回の決算見ても、足を引っ張っているのは医療部門ですよ。20 億の赤字で、療養は 10 億の赤字ですから、やっぱりここの改善が必要だと思うので、適正な病床数はどのぐらいか。稼働率からいった 3~4 割カットでもいいのかなと思います。

それともう一つはですね、30 ページから病棟再編っていう費用削減の縮減のところですが、病棟再編という話が出ていますけれども。医療病棟の方で、母性病棟、NICU、GCU、ICU 病棟と A 病棟 B 病棟で現在看護単位何単位いくつあるのでしょうかね。

#### 〔事務局〕

病棟ごとの看護単位になっています。

#### 〔部会長〕

ということは、それぞれの病棟、2 人夜勤やっているので、1 病棟を維持するのに 22 名ぐらい看護師が必要になります。2・8 で。これをするためには 1 病棟 22 人看護師いると。この中で患者数が何人いるか。1 日平均で。患者より看護師の多いことがいくつかあると思うので、それぞれの病棟ごとに、年間収益と看護師の人件費だけでいいですよ。看護師の人件費の方が少ないことをちゃんと示して欲しい。最初に言いましたけども、良い医療をしたい。理想的な医療をとというのは、医療者みんなそう思っている。そうは言っても、これだけ赤字が増えると持続性っていう問題があります。これは道立病院だからもっているのですよ。自治体病院ならわからないです。ましてや民間ならもたない。ですから、今回の経費縮減、共同購入と書いていますけども、30 億の赤字解消にはそれでは絶対無理ですよ。これは言いにくいけれども、やはり適正な病床数、適正な人員、これを根本的に。そのときに、数を減らすためには何をするか。これは病棟の再編が必ず必要なのですよ。例えば、A 病棟と B 病棟、これが 30 床 30 床なんですけれども、片方内科、片方外科、例えばこれを一緒にしてしまう。60 床 1 病棟にしましても、看護師は 3 人で間に合うのですよ。もちろん重症患者がいるから、2 人夜勤は無理ですよ。3 人夜勤とかなるかもしれないけれども。でも効率性が上がるのですが。A 病棟と B

病棟と一緒にしろとは言っていないですけども、細かな色々な病棟に分かれているところは、ある程度一定の質を担保できる範囲でちょっと再編を検討していただきたいなと思います。

#### 〔委員〕

全く同感です。今の再編の話でいくと、例えば今、有名な広島大学病院は稼働率と収益性が高く日本一なのですけど、何をやったかという、どの病棟でもすべての診療科の患者が入れるようにしたということです。（当該施設は）小児に特化していますし、外科と内科のミクスチャーが現実的と思いました。それから佐古先生がおっしゃった、夜勤が2人なのか3人なのかはやはり重症度に関連しますが、先ほど少し出た HCU で加算が取れるような患者さんが多分 ICU に長くいる状態だと思いますので、HCU をうまく利用することによって、重症児は一般病棟にはあまりないというような状況を実現できるのではないかと考えて発言させていただきました。

#### 〔部会長〕

先ほど言いましたように、人件費にやはりメスを入れない限り一定程度の、費用の縮減はできないと思うのですね。もちろん削るだけでは駄目なので収益も増やすという努力ももちろん大事なのですけども。

対象人口はどんどん減るのです。連携をしてもやはり患者増というのは、限界があると思うのですね。ですからやはり費用の縮減に努めていただかなきゃならない。例えば収益を 10% 上げて、費用 10% 削減したら、医業収支比率いくらになるかっていうと、64%。これは 20%、20% にするとですね、71% まであがる。80% 超えるためにはですね、30% 近く増やして 30% 近く減らさないと、80% いかないのですけども。とりあえず、70% ぐらいは目標に。段階的にまず 60 を超えて、次は 65、70% ですね。そういうようなプランを、ぜひ現実的なプランを作ってくださいね。

#### 〔委員〕

やはりそのコロナ禍以降、精神科も含めて、そのこともやはりその患者さんが戻らないというのが現実で。てっきり戻ると思っていたのは全く戻らない状況が続いていて、小児医療はわかりませんが、精神科に関してもやっぱりダウンサイジングというようなことはもう避けられない状況になってきているので。それが全て。これをどうかはまた別として、やはり、その適正な資源の縮小ということも精神科でもそれは考えている状況ですので、それも一つの方法かなと思いました。

#### 〔部会長〕

あとは委託費はね、令和元年から 2 億ぐらい増えています。今人件費が上がっているの、委託費が上がっていると。ある病院は、落札できなかったところもあります。もう、そんな安い金額じゃ受けられませんよという。この委託費はですね、消費税もかかってしまうのですよ。ですから実際には、大分前から実は内製化をちょっとずつ始めていたのですけれども。やはり人手が不足するので、どうしても委託会社に丸投げしたら何とか人をかき集めてくれるので、頼まざるを得ないのですけれども。ここはしょうがないのかなと。あとは少しサービ

スを落として人を減らすとかですね、その辺しかないのかなと思っていますけれど。これはどこも頭の痛いところかと思うのですけど。

〔委員〕

蛇足みたいな話で申し訳ございませんが、大変問題になった病床数適正化支援事業の方には手はあげているのかいないのかっていうのはちょっと聞いておこうと。

〔事務局〕

対象外です。

〔部会長〕

どういう理由で。

〔事務局〕

小児は子どもを増やすっていう趣旨から対象外です。

〔部会長〕

今回、補正予算で、産科と小児科、数減っているんで赤字になっている病院に手当をしよう。でも何とかセンターになっている医療機関はつかないのですよね。中核的に小児医療をやっている所にはつかない。今回のあれはもう民間救済ですから。次の6月の第2次内示で、自治体病院協議会とか道とか医師会とかと一緒にですね、自治体病院とかもちゃんと入れてくれるように、大学病院も含めまして、お願いしていますけれどもどうなるか。

でも基金は使えますよね。地域医療介護総合確保基金の200万ぐらいの、あれは使えますよね。

〔事務局〕

はい。

〔委員〕

NICUの議論は大変興味深く聞かせていただきました。おそらく、小児の専攻医のプログラムを持っているのは札幌圏と旭川圏だけだと思うのですけれど。必然的にこの両圏に若い先生方と指導医が集まる体系になっていると思いますので、スーパーNICUもこの両圏でしか展開できないのではないかと思います。そうなってくると経済的な問題を分けて考えると医療圏を大きくするというか、後は半分ぐらいの患者さんは札幌から来られていると思うのですが、スーパーNICUの患者が49人っていうのは、やはり今のままでは増えないと思いますので、多くはこのようなことにレベルというか連携をうまく整えていく手法があれば、ご協力いただいてもいいのかなというのがありますか。

〔部会長〕

貴重な医療資源なのでもし活用できるのであればというドクタージェットとか使えば。釧



路とか結構使っていますけども。ですからその辺を少し使えますよってというようなアピールをして、全道的に集めるというのも一つの策と感じました。

〔委員〕

倉敷中央病院に行ったときに、あそこは小児科の NICU がすごく強かった。まさにスーパー NICU みたいところで、岡山大学にスーパードクターがおられて小児の左心の低形成の救命率は 40% ぐらいのすごい人がいたのですけども、岡山大での術後、全部倉敷の方の NICU に岡山大から救急車で送って、全部そこで管理してみたいなことをして、収益性をお互いが担保していたことがあったので、何か連携をうまくやっていくというのは、ジェットってようなアイディアも素晴らしいと思います。

〔部会長〕

小児科は札幌医大ですかね。同じ道立ですし、その連携を強化して、大学の NICU ももちろん持っているので棲み分けって言うかですね、その辺も含めて、ぜひ検討してください。

〔委員〕

札幌医大にありました堤でございます。小児科を 40 年やってみまして、本当に道立病院というのは北海道の小児医療の最後の砦でございます。そして現在は 24 時間どんな患者さんも引き受けるという体制をコドモックルがとってくれておりまして、非常に助かっております。ただ、少子化というのはこれも避けられないことで、たくさんご意見いただきました病床数とか病棟再編というか、これは避けて通れないことだと思いますけれども、本当に北海道の小児の最後の砦だということは、皆さんにご理解いただきたいと思います。幸いですね、小児科医の数はここ数年若干増えてきております。その中で、NICU つまり新生児を見たいという医者数は決して減ってない、むしろ少しずつ増えてきていると思います。特に若手です。ですからその若手の、小児科医の希望、夢が叶えるような、考えられるようなコドモックル、小児病院であり続けてほしいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

〔部会長〕

先生のこの貴重なご意見を私達も尊重して、できるだけ高い機能を持ちながら経営改善することを目指したいと思います。。類似病院、千葉とか出ていましたよね、多分そこも NICU とか持っているはずで。その中で、人件費率があのぐらいの数字で収まっているのでその辺経営とか、参考にしていただいて、次の最終プランを作っていただければと思います。

〔委員〕

今までの議論は全くその通りだと思います。特に収支のことについては。まとめの方向性の最後のところに医育大学との連携等とあって、専攻医の積極的な受け入れプログラムの充実など専門医育成に取り組む。今の堤先生のお話にも関連すると思うのですが。どんなプログラムを実際どのように作るかというのはすごく今の若い人たちは、具体的に何ができるのだということを気にすると思うので、もし場合によっては各医科大学とそのプログラムの構成に

ついて議論しながらですね、うまく住み分けをするような方向性に持ってくとか、そういう工夫もあったらいいのかなと思ってまとめを伺っていました。

〔委員〕

ちょっと理解できてないですけども、この先の専攻医の人数の話がありましたけれど、専攻医は専攻プログラムに入っていなければいけませんので、どこかのプログラムに属していて、そこから研修に来るわけですけども、どのくらいのプログラムと連携しているのでしょうか。臨床研修も、やはり臨床研修プログラムの連携施設に入ってなくてはいけないと思いますけども、そのあたりの実情をお聞かせいただきたいです。

〔病院〕

専攻医の資料の詳細が手元にないので難しいです。すみません。

〔部会長〕

はい、わかりました。次回までにデータを示してください。

私厳しいことを言いましたけども、これを参考にして、少しマイルドでもいいですが、確実に収支が改善するプランをぜひ作っていただきたいと思います。どんどん悪くなっているのをまず止めて、それから少しずつ改善して。ぜひお願いしたいと思います。

議題はこれで終了いたします。ではその他、事務局からお願いいたします。

〔事務局〕

それでは最後に事務連絡になりますが、次回の検討部会につきましては 7 月に開催を予定しておりますので、引き続きどうぞよろしくお願い申し上げます。

〔部会長〕

それでは、以上をもちまして本日の部会はこれで終了いたします。どうもありがとうございました。