

第1回 JCHO アドバイザリーボード議事録

●日 時 令和5年2月28日 15時00分～16時15分

●場 所 地域医療機能推進機構本部研修棟3階会議室

●出席者

・アドバイザー

岩田アドバイザー、大八木アドバイザー、永井アドバイザー、西堀アドバイザー、堀アドバイザー

・地域医療機能推進機構本部

山本理事長、屋敷理事、田中理事、楠理事、佐藤理事、徳岡理事長特任補佐、村上北海道東北地区担当理事、吉田関東地区担当理事、住田東海北陸地区担当理事（事務局）中村企画経営部長、堀分析評価課評価係長、角田企画課主査

○山本理事長

本日はお忙しいところ JCHO アドバイザリーボードにお集まりいただきありがとうございます。改めて理事長の山本より一言ご挨拶を申し上げます。既に資料は御覧いただけたと思いますが、JCHO という組織は8年前に社会保険病院、厚生年金病院、そして船員保険病院、社会保険料あるいは年金保険料を基に団体によって運営されてきた病院が一連の年金改革で民営化されるという中で、やはり地域医療を守るためということで、一つの独立行政法人に纏められてきたという経緯がございます。そのような成り立ちの中で、中々法人としての方向性を明確に打ち出すことができずにいると、私自身感じているところでございます。

昨年4月に理事長を拝命しましたが、各地域で医療的、経営的にも苦戦を強いられている病院も少なくなく、建物の老朽化も進んでいる、一方でタイムリーに改修できる資金余力もない。それから、職員が約2万5千人もいる中で中々一体感を持った経営ができていない等、問題点を上げればきりが無いといった状況でございます。私ども、独法という性格上、中々様々なリソースを獲得するのが難しいという状況にもございますし、一方で地域医療という国民の生活に密着した使命を負っているということもございますので、その使命をいかにして果たすべきか、というところで様々な方面で知見をお持ちの皆様の忌憚のないご意見、アドバイスをいただき、運営の参考とさせていただければと思っております。それが、今回アドバイザリーボードを作り、先生方に引き受けていただいたという経緯でございます。

そういうところでまずは1回目ということでございますので、今日は、JCHO という組織がどういうところなのかをお知りおきいただき、後はフリーディスカッションをしていただければと思うところです。どうぞよろしく願いいたします。

まず、始めるに当たり、アドバイザリーボードの委員の方のご紹介させていただきたい

と思います。一言ずつご挨拶をいただければ幸いです。資料1アドバイザーリーボードについてという資料の名簿順にお願いできればと思います。まずは、みずほファイナンシャルグループ名誉顧問の西堀様からご挨拶いただければと思います。

○西堀アドバイザー

西堀でございます。どうぞよろしくお願ひいたします。私はJCHOの前身の病院と関わりがありまして、社会保険浜松病院、今拝見したらもう無いようですが、当時、浜松で支店長をさせていただいており、随分お手伝いさせていただいた、ご一緒させていただいた記憶があります。そういった意味ではなんとなく親しみがあるところですが、精いっぱい頑張っていきたいと思います。

○山本理事長

続きまして、帝人株式会社相談役の大八木様、お願ひいたします。

○大八木アドバイザー

大八木でございます。どうぞよろしくお願ひいたします。私は病院経営に関わったことはございません。私自身は、元々繊維の産業で時代の変転と共に事業を掘り下げ拡張しないといけないということで、ヘルスケアの領域にも出ており、医薬品や在宅医療で私自身も仕事として関わってきました。病院経営はミッション、パーパスが違うと思うので、どれだけお役に立てるか分かりませんが、頑張っていきたいと思います。民間企業はprofitベースなので、判断の根拠は明快なのですが、JCHOのパーパス、ミッションは国民の健康というところがございますので、中々判断基軸は難しいのだらうと思いますけれど、引き受けさせていただきました。どうぞよろしくお願ひいたします。

○山本理事長

続きまして、自治医科大学学長の永井様、お願ひいたします。

○永井アドバイザー

永井でございます。よろしくお願ひいたします。私とJCHO関連病院との関係といたしますと、JCHO うつのみや病院へ自治医科大学から医師の派遣をしております。また、群馬大学におりました時に、前橋の群馬中央病院は地域で非常に重要な病院で、私も時々、医局員の状況を覗きに月に1回は訪問していました。

今、どの病院も経営は難しく、しばらくは高齢者の方が増えるのは良いのですが、10年経つと減ってくるとも言われています。そもそも利益を追及してはいけないということになりますと、JCHOだけではなく日本の医療をどうするかという問題でもあります。弱肉強食で淘汰ということも難しいと思いますので、やはり足元の問題を地道に対応しな

から日本全体のことを考えることが大事だろうと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

○山本理事長

それでは、元NHK解説委員の岩田様、お願いいたします。

○岩田アドバイザー

NHK解説委員をしておりました岩田です。よろしくお願いいたします。この度は、このような素晴らしい機会を頂戴いたしまして感謝しております。専門知識は有しておりますが、記者としての知見を活かしながら少しでもお役に立てるよう努めたいと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

○山本理事長

続いて、堀総合法律事務所代表の堀様、よろしくお願いいたします。

○堀アドバイザー

堀です。よろしくお願いいたします。年金機構、それからその前の社会保険庁、RFO（独立行政法人年金・健康保険福祉施設整理機構、以下「RFO」という。）とハードな仕事をずっと一貫して務めさせていただきました。山本理事長とは千葉大学で色々な形でお手伝いをさせていただきました。そのようなご縁の中で私のような者でも何かお力になればということで、精いっぱい務めさせていただければと思いますのでよろしくお願いいたします。

○山本理事長

よろしくお願いいたします。それでは当機構の出席者をご紹介します。向かって右側から、IT担当の佐藤理事でございます。医療・看護・介護・地域包括ケア担当の田中理事でございます。管理・労務・経営担当の屋敷理事でございます。病院経営・総合診療医担当の楠理事でございます。広報コミュニケーションの徳岡理事長特任補佐でございます。それから、今回のアドバイザリーボードの事務局を務めております、中村企画経営部長です。また本日、WEBでございますが、地区担当理事として3名参加しております。関東地区の埼玉メディカルセンター病院長の吉田でございます。仙台病院病院長の村上でございます。四日市羽津医療センター病院長の住田でございます。以上のメンバーでございますので、どうぞよろしくお願いいたします。また、アドバイザリーボードの議長をどなたかをお願いすべきかというのをちょっと迷いましたが、これだけの人数でもございますし、ざっくばらんなご意見を頂戴したいということでもございますので、拙い司会ではございますが、私が進行をさせていただきたいと思っております。よろしくお願いいたします。

たします。

○山本理事長

それでは資料につきまして、屋敷理事よりご説明させていただきます。

○屋敷理事

私の方より資料1及び資料2の説明をさせていただきます。まず、本アドバイザーボードでございますが、理事長からお話のありましたとおり、理事長に対して法人運営の参考となる助言を得ることを目的として設置しております。お手元の参考資料1、独立行政法人地域医療機能推進機構アドバイザーボードに関する取扱い（以下「取扱い」という。）第2条第3項において、どのような方にアドバイザーをお願いさせていただいているのかという点を記載させていただいております。当機構には理事会等の役員組織、また、独立行政法人ですので独立行政法人評価に関する有識者会議というのもあり毎年報告しご意見いただいているところでございますが、更にこれらの補完という意味での法人運営の参考となる助言を期待するという意味で、本日お集まりいただきましたアドバイザーの皆様方をお願いしているという趣旨でございます。スケジュールは本日第1回で、年2回開催を予定しており、今後の議題については、お手元の資料に記載の4点の議題を中心に開催予定としております。

また、取扱い第5条でございますが、このようなアドバイザーボードをJCHO組織の中に設置したということは、大変重要なことだと思いますし、どのような議論が行われているか、議事録につきましても原則公開することとしており、どのような議論を受けて、法人運営をしていくのかということが対外的にも明らかになっていくのではないかと考えている次第でございます。

○屋敷理事

引き続きJCHOの概要につきまして、資料2を基に説明させていただきます。まず1ページに記載のとおり、JCHOは平成26年4月1日設立、病床数は令和4年4月1日時点で14,278床となっており、入院患者数は1日平均で10,205人、外来患者数は1日平均で24,691人となっております。また、病院以外にも老人保健施設や看護師養成施設等を設置しており総合的な形で医療・介護を提供しております。中心となるのは病院でございますが、病院の規模は200床以下の病院が半数近くを占めており、一方で500床を超える病院も5病院ございます。その間に一定程度病院があり、いわゆる医療独法と呼ばれますが、JCHOとして運営しているところでございます。

続きまして、2ページですが、地域医療機能推進機構法（以下「JCHO法」という。）がどのような特徴を持っているのかご説明いたします。独立行政法人通則法に基づいて、基本的な法人制度の枠組みが定められているところではございますが、個別法でカスタマ

イズされているのが、JCHO 法ということでございます。特徴的なところを挙げておりますが、まず施設の新設が認められていないという点がございます。これは、前身の RFO が社会保険施設等の売却を目的に設立したという歴史の中で、JCHO 法においても承継されているというもので、施設の譲渡について、JCHO 法でも明記されております。また、剰余金がある場合は年金特別会計に納付する義務もでございます。剰余金の納付については、独立行政法人共通の制度ですが、本来は一般会計に納付するところ、元々の出資が社会保険料等の特別会計からということで納付先が年金特別会計となっております。また、国からの運営費交付金はございません。独立行政法人は行政組織をアウトソーシングするという考えがございしますが、元々が病院経営を主体とする法人でございしますので、独立行政法人に通常あるような運営費交付金はございません。そして地域医療協議会の開催。また、公衆衛生上の重大な危害が生ずる恐れのある場合には、厚生労働大臣から、災害や感染症対応等の必要な措置を命ぜられるという公的な位置づけを帯び、また実際に新型コロナウイルスの際にはそのような役割を果たして参りました。

3 ページについては、独立行政法人の仕組みでございしますが、5 年を 1 期として、中期目標の設定及び中期計画の策定、年度計画の策定を行っております。現在は第 2 期中期目標期間の 4 年目、平成 26 年度からいいますと 9 年目という状況です。

4 ページ及び 5 ページについては JCHO の発足経緯になりますが、元々旧社会保険庁が保有し全社連等に運営を委託していた施設が、年金記録問題等で社会保険庁改革がされた際に年金特別会計から RFO に出資され、経営等については引き続き全社連等に委託しておりましたが、平成 26 年 4 月 1 日以降は RFO から改組した JCHO が直営で運営をおこなっております。

6 ページは JCHO57 病院の全国での分布図でご覧の通り設置されていない県もございます。

7 ページは JCHO の組織・ガバナンス体制について記載しているものであり、黄色く枠囲みをした部分が JCHO の内部組織となります。本日お集まりいただいたアドバイザーボードも法人の長、理事長に対する助言を得る役割として位置づけさせていただいております。また、法人の意思決定は役員会等によりさせていただいており、日常業務については、各担当理事の分掌に基づき、各担当部が所掌しております。このような内部の運営とともに、当然ですが、所管大臣との任命関係や中期目標等の指示 JCHO 法第 21 条に基づく緊急時の指示についてもございしますし、会計監査人、会計検査院、あるいは内閣サイバーセキュリティセンター等からもチェックを受けており、外部からのガバナンスも行われているといった状況でございします。

続きまして、法人の運営状況についてご説明いたします。9 ページの JCHO の政策体系図でございしますが、医療政策全般における現状と課題、そして行政による対応の方向性を踏まえまして、第 2 期中期目標期間における法人が果たすべき役割として、予防・医療・介護をシームレスに提供すること、あるいは全国的なネットワークのメリットを生かし

た財政的に自立した運営のもとに地域において必要とされる医療・介護を提供していくことが求められているところでございます。

次に 10 ページでございますが、経営の核となります 57 病院の状況を病床数の規模と入院診療単価で示した図になります。概ね正比例の関係にございますが、500 床を越えて入院診療単価が 8 万円を超えるような病院がある一方で、多くの病院が 300 床以下で入院単価も 6 万円未満となっており、この大多数の JCHO 病院を今後どのようにしていくのかというのが課題となっていると考えております。

続いて 11 ページにおいて 300 床以下の 36 病院の病床利用率の推移を記載しております。平成 30 年度からの推移を見ていただきますと、破線で示している 36 病院の実働病床利用率は 75.5%から 66.3%まで下降傾向にあります。一般的に 80%から 85%程度の利用率だと良好な状態といえますので、中々厳しい状況となっております。そのような状況の下で、収支はどのような推移を辿ってきたか、12 ページをご覧くださいますと、独法発足以後の平成 26 年度からの財政状況となります。経常収益は 3,600 億円から 3,700 億円程度、経常収支は 40 億円程度の規模で発足以降推移しておりますので、経常収支率は 101%前後で推移しております。しかしながら、コロナ発生以後、令和 2 年度からは大きく様相が変わりまして、経常収支が大きく増加したが、補助金等収益は経常収支を上回るというような大きな変化が起きており、経常収支が大きく増加した関係で、利益剰余金については令和 3 年度末で 675 億円、それまで 30 億円、40 億円だったのが、令和 2 年度より急激に伸びを示しております。また、黒字と赤字の病院数についてみますと、令和 2 年度に 50 病院を超えましたが、() 書きで記載しておりますとおり、補助金等収益を除いた場合には多くの病院で赤字になっている状況です。

13 ページですが、年末に報道がありました積立金の前倒し返納の件、防衛力強化資金のために税外収入の一つとして、国立病院機構と当機構の積立金の不要見込み額 0.1 兆円程度を国庫に返納し財源とする予算措置が決定いたしました。内訳は NHO が 422 億円、当機構が 324 億円となっております。さきほどの経常収支で積みあがった黒字の中から来年度 324 億円を国庫に前倒しで返納するものであります。

次に前述の経常収支が 40 億円程度で推移してきた点についてですが、14 ページに記載のとおり医業収支は 20 億円程度から 10 億円程度に縮小しており、令和 2 年度以降は赤字に転落している状況です。

続きまして 15 ページですが、JCHO のもう一つの収支の柱である介護業務収支の状況です。こちらについてもコンスタントに黒字を出していたところ、令和 3 年度より赤字の状態が続いております。16 ページは入院、外来診療収益及び保健予防活動収益の推移となります。入院診療収益は令和 2 年度に大きく減少し、3 年度以降に回復したものの、コロナ診療による収益増というのが要因かと思っておりますので、コロナ終息後の収益は決して楽観できるものではないという状況でございます。また、17 ページに新入院患者数の推移を記載しておりますが、令和 2 年度に減少した以降回復していない状況でございます。一

方入院診療単価については、医療密度の高い患者割合が増えたためと思いますが、増加傾向にあります。手術件数についても、令和2年度と比べたら回復してはいますが、令和元年度には及ばないといった状況になります。18 ページの外来についてですが、患者は戻っていない、単価については高額医薬品の使用増で増加しているといった状況になります。健診についても戻っていないという状況になります。経常収支の黒字額が補助金等収益を下回っていますが、コロナが終息し、補助金が縮小していく中で、どのように通常医療に戻れるのかというのが焦点になりますし、将来の投資という点では、19 ページに記載しておりますが、病院の建替えというのが大きなウェイトを占めてきます。JCH057 病院の建築年次分布を記載しておりますが、昭和30年代に建築した建物を使用している病院が4病院あり、39年の耐用年数を超えて工事未着手の病院が15病院ございます。これらの病院の病床数は併せて4,000床程度ございますが、建替えに当たっては1床あたり4,000万円程度の整備費用が掛かりますので、合計で1,600億円弱の費用が掛かる計算になります。経常収支が1%強というのが、コロナ前の状況でしたので、建替えにどのように望んでいくのかというのが今後の課題であると考えています。

20 ページから22 ページにかけては、投資をどのように行っているのかを記載したものととなります。法人全体で言いますと、財政投融资や金融機関から借り入れているといった状況ではございません。そういう意味では、長期に渡って債務を負っているという状況ではありませんが、いずれ建替え等の状況が生じますと、課題として出てくることとなります。現状では病院の収益を預託、あるいは減価償却費の積立金ということで本部が管理をして、建替えが必要な病院に対して、法人内部で融通する形で投資を進めております。

続いて23 ページをご覧いただきたいのですが、地域の医療介護提供体制におけるJCHOの立ち位置を図に纏めさせていただいております。医療のフェーズと患者数から見て、JCHOがどのような立ち位置にいるのかを示させていただいております。JCHOが主に担っているのは、急性期や回復期に当たる部分になります。その他、老人保健施設や訪問看護ステーションを運営しております。

最後に24 ページでございますが、こういった中で当機構としては、JCHOが取り組む5つの柱を掲げております。第一に『良質な医療の提供』、医療の質・安全委員会の立ち上げや、良質な教育を受けられるための体制の整備を進めております。第二に『健全経営の支援』、これは持続的に経営を続けるためには病院の建替え等の資金を準備しなければいけないということでございます。第三に『法人としての長期的な財務計画の策定』、急激な剰余金の増加やそれに対応した国庫への前倒し返納で大きな資金の動きがありますが、償還確実性の高い財務計画の策定に取り組んで参ります。その他、『現場目線での情報システムの整備』、『コミュニケーション戦略の刷新』を進め、良質な医療の提供を第一に取り組んで参りたいと考えております。なお、参考資料の3ですが、これまでのコロナ対応や経営改善に向けた対応を記載しておりますのでご覧いただければと思います。

○山本理事長

ありがとうございます。資料については一度お目通しいただいたかと思いますが、改めてポイントだけ説明させていただきました。どこからでも結構でございますのでご質問あるいはご意見をいただければと思いますがいかがでしょうか。

○永井アドバイザー

経営全体としてはどういう認識でしょうか。医業収支の落ち込みで、今の状況が問題なのか、今後が問題なのか。我々も昨日も大学病院内での会議で今後どうするつもりなのか話をしておりましたが、その辺りをどう捉えていますでしょうか。多分、どこもがじり貧の状況になっていて、何か改革が必要なのですが、どこから手をつけるか。まずは仮説を立てて、データを分析しながら進めていくのだと思うのですが、そういう検討の場や議論はどうなっていますでしょうか。

○山本理事長

現状の分析について申し上げますと、資料2、12ページの法人全体の経常収支でコロナまでは大体40億円程度の黒字で推移していますが、ただ本業の医業で見ますと、10億ちょっとあるかないかというところで、決して安心はできない状況です。またこの医業収益には健診収益も含まれております。健診は真水で収益を出すことが出来ますので、病院だけ切り出すと収支が100%を下回ってしまいます。なので、経常収支で1%程度の黒字を出してきたけれども、本業は既に赤字に転落していたと私自身は認識しております。その原因としては病床利用率の数値が70%台ということで80%を超えているということが無いということだと思います。病床利用率は病床稼働率から5ポイントマイナスで見ただけであればと思いますが、多くの病院がそもそも採算ラインを既に割っているという状況にあります。ただ、これまでは健診や介護事業を含めて収益が出ていて、本業の危機的な状況がマスクされていた、というのが現状ではないかと思っております。それに対してこれまではダウンサイジング、病床を整理するというも行われてきておりますが、元々の規模が200床程度とかなり小さいところですので、これ以上小さくすると病院として成り立たないよね、という状況にまで来ているのではないかと思っております。各病院が少しずつ身を削っていくのは限界ではないかと思っております。

今後は病院の統廃合、これはJCHO内だけでなく、JCHO外ともあると思いますが、地域の公立病院等との統廃合は避けて通れないものと認識しておりますし、病院長にはそれぞれの地域で十分に議論を進めるように、と話をしているところでございます。本部でこの病院とこの病院とを統合するのでよろしく申し上げます、という訳に中々いかないので、やはり、それぞれの現場、各地域での十分な話し合いがまず前提としてあると思っております。今大丈夫だから、高齢者人口があと10年は大丈夫だからという認識ではなく、今そこに危機がある、という認識で考えて欲しいと申し上げているところでございます。

○永井アドバイザー

私もコロナ前と後では随分雰囲気が変わったと思っております。例えばコロナ前は健康長寿で、皆さん身体に気をつけて、健診を受けて、きめ細かい個別化医療と言っていたのですが、ある意味では医療の需要を喚起するという側面もあったと思うのですが、コロナで受診控えになりました。しかしコロナが収まっても、状況は続いているような気がいたします。また IT も発達したので、この機会に先読みして、病院の在り方、受診の在り方、特に IT の活用と地域の連携役割分担を、いよいよ本格的に進めないといけないのではないかと。多分、ダウンサイジングしても苦しくなると思うので、ここは知恵を絞らないといけないと思う。キーワードは IT と連携と思います。

○西堀アドバイザー

ちょっとお聞きしたいのが、日本の医療費は全体として増えていますよね、増えている中で医業収支が悪化をしている、コロナのことがあったのでこういう収支になっているのであって、ウィズコロナの時代になった時にどういう形になるのかは良く見ていかないといけないと思っておりますが、医業収益だけ見るとほとんど増えてない。収益的にきつくなっているというのは、固定費を初めとして経費が増えていると理解しておけばよろしいのでしょうか。

○山本理事長

収入そのものは少しずつですが増えておりますが、病院の配置を見ていただくと分かるように人口が急速に減少している地域に病院が立地しています。また、先ほど申し上げた地域医療構想で病院の再編が進まないといけないのに現状ほとんど進んでおらず、この2～3年はコロナだからそれどころじゃないということで、余計に地域の病院の再編が進んでいない状況です。なので、地方に行くと医者がいない、看護師がいない、そして患者もいないという状況の中で全体のボリュームが減っているというのはあると思います。

○西堀アドバイザー

そうしますと、今のお話しをお聞きすると、別に大都市圏で人はそんなに減っていない、むしろ増えているところもある。そうすると、57 病院の中で収益の2分化が大都市圏と地方で起きているのではないかと思います。

○山本理事長

それはそう簡単ではなくて、大都市圏は競争環境が激しくて、我々の病院はほとんどが競り負けているのではないかと思っております。むしろ地方でオンリーワンの病院の方

が、例えば医者一人当たりの収益で稼いでいます。他に医療資源がないので。人口が多い地域は移動がし易いので、患者さんも大きく動く、そうすると競争に負けてしまうという状況だと思います。

○西堀アドバイザー

そうしますと、大都市の問題と地方の問題は別だと思います。大都市は理事長が言われたように如何に競争力を付けていくか、ソフト面は医者の方がしっかりやっているから大丈夫だとして、むしろ設備投資をしっかりするかハードの問題が大きいのではないかと思います。そこをしっかりとすれば良いのではないかと思います。一方、地方の問題としてはどんどん人が減っているという状況でその中で県立病院や市立病院等と再編統合するかということを考えていけば良いと思います。なので、具体的に57病院がどういう風に色分けされるかは別として別個に考えていくのだと思います。

○山本理事長

ありがとうございます。確かに何処とは言いませんが、大都市の病院でJCHOになってからどんどんブランド力が落ちていると言う病院長もいますので。

○西堀アドバイザー

実はなんでこんな事を言ったのかといいますと、私の知人が東京のある病院に入院したのですが、その時に10年前に入院した際と比べるとちょっと古くなっていると言っていたのです。

○山本理事長

それはJCHOの病院でしょうか。

○西堀アドバイザー

はい。そういう事を聞くとどうしてもなんとか黒字にしないといけないということでいろいろな機械を新しくしていかないと意味がないということで色んな意味で制約を受けているのではないかなと思います。

○山本理事長

黒字を出すために何をしてきたかという、設備投資を抑えてきました。

○西堀アドバイザー

過去の事は言ってもしょうがないから、今後どうするかということで、やはり地方でどうするか、大都市でどうするかということに分けて考えないといけないのではないかと

いうのを私自身が感じたことです。

○山本理事長

ありがとうございます。

○大八木アドバイザー

私はちょっと別の角度から申し上げたいのですが、環境変化という意味では団塊の世代の方が毎年のように270万人、生まれた人がこれから来ますから、医療需要は増加すると考えており、特に介護の領域まで含めると相当な量の需要が出てくると思っております。そういう中で、それぞれの医療の経済性を見ている時に、それを予想して、技術革新や投資の意思決定はJCHO内でどこが判断しているのか。国民的な観点で重要なのは地域の医療ですから、地域の医療でディシジョン・メイキングしながら主体として担っているのは、病院長の方あるいは事務局の方が考えているのかもしれませんが。そういう時に連結経営をしている本部の戦略的な意味づけが何処にあるのか正直分かりません。先ほどの資料を見ますと、資金的には本部で資金をキャッシュアップリングして、その中から貸し出している。そういう意味では短期も長期も本部が押さえている。ただ、設備投資や長期的な建替え等、競争力を付ける意思決定は何処が決めているのだろうか。現場から離れてはいけませんから、恐らく地域医療計画と各病院との間でどうするかと動くのだと思うのですが、その時の判断の主体は地域（病院）の方にある、それに対して連結経営の本部側はどういう風に関わっていくのか、おそらく全体を纏めて大きな動かし方をする、戦略的な部分の判断が本部にあるとすると、民間企業でよくあるのが、よりprofitを上げる方にポートフォリオを変えていくという言い方をします。前向きにポートフォリオを変えていくという言い方と、赤字が出ているものは基本的には無くす方向で検討する、足したり引いたり掛けたり割ったり、そういう意味では統廃合ということになりますけど、ただ、統廃合が進まないというのは、どういうディシジョン・メイキングの中で進んでいないのだろうか。なので、本部の戦略的な位置づけ、各病院の意思決定における位置づけをお話したいと思っています。

○山本理事長

まず57病院が置かれている環境というのは、基本的に全て異なるというのが大前提にあると思っております。ですので、例えば建替えを含めた中長期的な設備投資の立案については、まずは現場の病院長がどういう風に考えるのか、周囲との競争においてこういう設備を投資したい、あと大学の医局との関係が57病院それぞれありますので、その大学の方針、この病院はこういう方面を注力して欲しいというようなやり取りが大学ともある中で、やはり最初の立案は現場から出てくると考えております。老朽化したから建替えをしたい、内視鏡をもっと増やしたいから改装したい等、そしてその計画について、本部も

一緒になって議論をします。例えばダヴィンチはどの病院も欲しいと言いますが、ダヴィンチを3億円で買ったとして、減価償却費を返せるのか、極端な話ですが、翌年度からの経常収支が果たして成り立つのか、元々大幅な黒字病院なら良いかもしれないが、黒字ぎりぎりないし赤字の病院の場合はどうなのか、現場といろいろな議論をしながら進めているのが実情です。なので、本部としてこうあるべきもの、私が理事長になってからまずは良質な医療を提供しましょうというのは申し上げておりますが、非常に抽象的な言葉ですので、投資に結び付くかはまず現場で判断していただかないといけないと思っております。私自身も既に56病院、今週で57病院を回り終えますが、行った先では自分の感覚でこうしたらどうかと助言はしますが、まずは現場ベースで考えてもらうというのが基本になります。

○大八木アドバイザー

そうすると、統廃合に関する意思決定は現場側がリーダーシップを持っているということでしょうか。

○山本理事長

旧社会保険病院と旧船員保険病院があるエリアで建替えを機に統合してはどうかという話は本部主導で1箇所ありましたが、他の自治体病院との統合といった話はやはり現場ベースで、ここはもう3病院いらないから2病院にしようとか、地域でまず話が進まない、ややこしくなるかなと思います。

○岩田アドバイザー

質問なのですが、JCHOさんの医師、看護師の person 費と民間の医師、看護師の person 費にはどのくらい違うのでしょうか。

○屋敷理事

医療法人の一般の病院とJCHOの病院と比べると、医療法人だとコロナ前の平成30年で person 費率が56.7%というデータがあります。また、 person 費の他に、給食等を委託する場合の委託費用も含めてみると、62.1%というデータがあります。これをJCHOに当てはめてみますと、平成30年度で person 費率が51.9%、委託比率が7.4%で合計59.3%という結果になり、若干JCHOの方が低いというような状況になります。

○岩田アドバイザー

ありがとうございます。やはりどの組織でも「人材」が非常に重要です。 person 費はモチベーションにも関わってきます。今回、私が懸念しているのは、防衛力整備計画に関する財源確保の議論をきっかけに、お金の視点だけでJCHOさんが注目されてしまうと、コ

ロナで補助金が破格に集まったということで、剰余金がこんなにあるではないか、との視点だけがクローズアップされることです。組織が疲弊している中で、人件費のカットだけに議論がフォーカスされる可能性があるのではないのでしょうか。人件費のカットだけでなく、病院のユーザーにとってのサービスの向上ですとか、競争力をつけていくための議論もあわせて進めるべきかと思います。ただ、設備投資には費用が掛かりますから、例えば外来の待ち時間の短縮や予約の取り易さ、それから入院した時の満足度の向上、あるいは退院後の次の病院や介護施設の紹介、といったお金のかからない部分でのサービスの向上を全面に打ち出していく必要があるのではないのでしょうか。簡単なことのように見えますが、サービス向上の具体策は、今後の検討課題だと思います。

○山本理事長

人件費を削れと言われたいのためにも、ということでしょうか。

○岩田アドバイザー

サービスの向上のためにこんな取組をしているんですと、外来の待ち時間の短縮等、目に見えるサービスの向上をするなどの具体策を打ち出していくべきかと思います。

○堀アドバイザー

意見と質問の両方があるのですが、JCHOは外部から資金は持ってくる事が出来ない、自己努力、自己運営で、そして内部ファイナンス、相互扶助、そういう中でコストアップ要因は明確に読めると思います。最近の働き方改革、薬剤費の高騰、電力を初めとしたエネルギー費用の高騰。それから先ほどより議論している良質な医療の提供、良質な医療の提供にはハードとソフトの両面で必要でしょうから、これも明確なコストアップ要因だと思います。こういう中でJCHOという立ち位置を時間的に、いつまで保つことが出来るのか、民間の発想で言うといつまで立ち行けるのということを明確に見てから何をしたら良いかを考えざるを得ない。直観的に思うのがいずれ整理統廃合は避けられないということ、一個一個の病院の意見を聞いていたら、整理統合という英断ある世界には立ち入れないと思います。その一線を踏み出す力をどのように考えるかが必要なのではないのでしょうか。

○山本理事長

ありがとうございます。参考資料3これまでの取組の3ページに記載していますが、これまで経営改善推進本部というのを設け、経常収支が赤字の経営不振病院を対象に指導に入っておりました。それを今年度から経営強化本部として、赤字病院に限らず、全ての病院の経営に支援を入るということでございます。4ページに何をしているかを記載していますが、私の感覚では、今年度いろいろな病院の経営を見ておきますと、まだ足元の

経営努力として出来ることは様々あると考えております。4ーJの下の枠囲みに記載していますが、病院の経営でやるべき事をやれていないといったケースが多数ありますので、令和5年度・6年度を「経営強化集中期間」として設定してみんなで徹底的にやろうよということで、徹底的にやった状態でこの先立ち行けるのか、いや無理だと、10年先の展望が抱けないよということであれば、統廃合、再編に向けた動きを加速させるのかなと思っております。ただまだ、本当の崖っぷちではないなど、この2年間で出来ることをやり切りたいと、考えているところです。

○西堀アドバイザー

さっきから議論になっているとおり JCHO さんという組織は、本部は1つですけれども、いろんな採算管理や運営管理は個別病院の意思決定がベース、だからそういう意思決定をそれなりに維持したまま、例えば、いろんな部品の仕入れは本部で一括してコストダウンを図る、例えばそういうようなことをやってコストダウンを図るのがまず第一歩だと思います。

○山本理事長

そこが正にこれから始めるところで、私が国立大学病院長会議の会長の時に、平成28年度から国立大学病院3万病床で医療材料の共同調達を始めております。そして今年度から JCHO も参加することにしております。なので、そこでかなり価格を下げることも出来るのかなと思っております。また余談ですが、共同調達には地方独法化した都立病院機構も参加することとなっており、全国で4万2千病床というかなりの規模で共同調達が出来るのではないかと思います。

一方で医薬品については、かつて共同調達を JCHO 全体で実施しておりましたが、談合されてしましまして、今は各病院が個別で入札をしているのですが、ここも国立大学病院と共同歩調で、談合されないような共同調達の構築というのを一緒にやろうということで、今、方向性を模索し、色々と検討を進めているところでございます。

○西堀アドバイザー

もう1つお聞きしたいのが、そういう意味で、いろんな経営改革を進めるにあたってはですね、まだその準備段階というか、1歩1歩やろうよ、というのがお話のベースになっていると思います。そういう意味で言うと、先ほども大都市の問題と地方の問題は別なんじゃないかなということは申し上げましたが、やはり地方へ行きますと、その地域の中で、中心になる中核病院がどういう役割を果たすのか、その中で例えば個人病院も含めてどういう風な結び付きをするのかっていうのが、出来ている地域と十分に出来ていない地域があります。昔、浜松に居た際に、聖隷浜松病院という病院があって、その病院のリーダーシップの下で、色々な病院の役割がかなり明確になっていったということを聞いて

ています。やはり将来、その地域、地方の中で人が減っていく中で、統廃合の議論のベースになると思います。そういうことが、JCHO さんの中にも地方の病院が多くありますからね、行政も巻き込んでどこまで議論できるかというのを、もう出来ている所もあるかと思いますが、進めていかないといけないと思います。

○山本理事長

今、地域医療連携推進法人という仕組みができて、医療法人同士がかなり緩い連携を組むことが出来ます。人のやり取り、お金のやり取り、ベッドのやり取り等、連携内容は法人によって様々です。やはり統廃合はハレーションが強いので、地域医療連携推進法人ということで、1つの地域グループを作ってやってくのはどうかっていうことで、現に始まったところもございますし、現在進行形で、例えば地域の大きな病院と組んだりということも、少しずつ今進めている状況でございます。ただ、中々57 病院全てが必要を理解するというのは、時間はかかるかなと思っております。

○大八木アドバイザー

今の議論に関連して、2点あるのですが、1つは JCHO の 57 病院というスケール。要するに、単純に数が 57 あって、それを足し算するという発想ではなくて、総合的にスケールをどう取っていくのか、というところのシステム的な作り方っていうのか、大きな問題なのだと思います。例えば、私どもが海外に進出する場合、欧米アジアそれぞれを全部またがって、どうスケールメリットを出して、コストカットの話もあるのですが、マーケットを作るという話もあって、その上で、俯瞰していろんな設備配置等をやっていくわけで、今の DX がこれだけ発達した時代というのは、相当な事が出来ると思いますので、スケールの観点から見た時に何が出来るかっていう発想は常にお持ちになった方が良いと思います。

もう1つですが、先ほど堀先生からもお話が出ましたが、各地域が意思決定のオーナーシップを持っているという、そういう大きな枠組みでの組織作りになる時に、説得性、あるいは、アカウンタビリティがいろんなところに必要になろうかと思うのです。基本的には JCHO 全体もそうですけど、メインの病院群というのは、やはり長期のトレンドがどういう風になってるか認識を出していただいた上でバックキャストイングして、今はこういう所で考えてますよと、その認識を皆さんで共有化していく、そのことによって、やはり、早め早めに統廃合の意思決定をできるような形にしていかないと、こういう医療体制は動かないだろうと思います。発想的に言うと、やっぱり長期的な視点を共有化する考え方、この観点がすごく大事だと思います。

○山本理事長

ありがとうございます。将来のあるべき姿のビジョンを持って、そこから、足許の取組

を考えるとということですね。

○大八木アドバイザー

特に、地域では、所謂コンパクトシティ構想なんかも出てきて、実際、先進的な地域もありますので、そういう実態がわからないと、意思判断、意思決定は出来ないと思います。そういう意味で、特に長期で視るとというのが大事だと思います。

○山本理事長

ありがとうございます。

○永井アドバイザー

足元でやるべきこと沢山あると思います。例えば、医療材料比率は何パーセントですか。

○山本理事長

病院によってまちまちだと思いますが、平均して30%弱だと思います。

○永井アドバイザー

高額医薬品ばかり使うと、経費がかかるので、身の丈にあった治療をしないといけないですね。先ほどの待ち時間の件にしても、JCHOではデータは出ますでしょうか。各病院で、患者さんが来院してから診察するまでの時間です。予約システムを変えて、纏めて1時間に何人ではなく、全部のコマに、一人ずつ予約を入れる。予約時間に応じて、患者さんに来てもらうことです。私は、それを1つの重要な指標として、各科の評価に使っていました。細かいことの数値化ですね、それを徹底しないといけないと思います。マネジメントの細かいことを各病院長に指導しないといけないと思います。

それと、稼働率が70%台ですが、10%ぐらいいはベッドカットしても十分やっていけると思います。空いている病床がたくさんあって、そこに人が配置されているから、経営が悪くなるわけで、もうちょっと医療のやり方を変える。そうすると、70%の稼働率なら、少なくとも10%のベッドは要らないように思います。そのスタッフを、ニーズのあるところにコンバートする、これを各病院で出来るかどうか、病院長の指導力が非常に重要だと思います。

それと長期的には、これだけ積立金があるわけですね。これを持っていかれないように、目的積立金にして、戦略を次々に立てることは出来ないのでしょうか。建物でも人でもITでも、戦略を立てるとよいのですが、その辺りは如何でしょうか。

○屋敷理事

今回、国庫への前倒し返納について、第1期中期目標期間から第2期中期目標期間に移

行する際には約 40 億円の積立金があり、それは当然ながら、今後の設備投資に使う分として必要だということで、ほぼ議論なく第 2 期中期目標期間に繰り越すことができました。ですので、将来、IT や施設に対する投資もごございますので、これに積立金を当てるという前提です、第 3 期に向けては持ち越すつもりでございます。それが今回、一部につきまして前倒し返納が起きてしまったということなので、当然ながら、利益剰余金は次の中期目標期間に持ち越すというのは、基本的な考えです。

○永井アドバイザー

それを明文化しておかないといけないと思います。

○山本理事長

要するにコロナに関する補助金でしょうということで、コロナの補助金で受けた病床確保料とほぼ金額は一緒なのです。そして、その分を使わなかったのだから国庫に返納するように、という理屈になったというところがございます。

○永井アドバイザー

それは、本来の医療がコロナの影響で落ちたことに対する補填であって、それはどう使うかは機構の自由だと思います。しかし計画を常に立てていないといけないと思います。

○山本理事長

基本お代わりはないと、要するに、令和 5 年度の第 2 期中期計画期間が終わるところでまた持っていられないようには、お願いしますねとは言っているけど、決してその国はわかりましたとは言ってくれない。厚生労働大臣と財務大臣の間では、最大限配慮するという話にはなっているようですが。

○永井アドバイザー

やはり将来構想だと思います。人材育成どうするか、例えば、専門医の教育、看護師では特定行為に対する報酬があれば、スタッフは集まって来ると思います。JCHO の病院で論文が書けるということであれば若い人には魅力的です。

○山本理事長

ありがとうございます。不手際で少し延長しておりますけれど、もし、まだご意見ございましたら、お伺いしたいと思います。

○岩田アドバイザー

先ほど話のありました、「最大限配慮する」という言葉だけに頼ってはいけないと思

ます。財政当局が今後どのような判断をしようとも、サービス向上や競争力をつけていく努力が求められることは変わらないと思います。

○堀アドバイザー

あと、タイムラグが1番気になります。それとコストアップの加速度。タイムラグときちっと整合性がとれば良いですが、コストアップの方が早いでしょうから。

○山本理事長

実際、さっきご指摘のあった光熱費に関して、昨年1年間はその前の年に比べると、法人全体で約30億円増加しております。電気代とガス代で、一病院当たり単純計算で約5,100万円増となります。とてもじゃないけど、経営努力で吸収できる金額ではございません。要するに、今まで40億円しか黒字なかったのに、ほとんど吹っ飛んでしまう。なので、経営努力だけではとてもカバーできる金額ではないというのは間違いないと思います。

○山本理事長

本部側から、これだけは伺っておきたいということがあればお願いします。

○楠理事

先ほどから話題に出ているお金の使い方ですが、JCHO全体としてみたら、これだけ積み上がっていますが、ただそれは本部が全部自由に使えるお金というわけではなくて、それぞれの病院に積みあがっている。また、赤字の病院もあるということで、本部の意思でこの目的で使うということが中々難しい。お金を持っている病院が、使われたら嫌だと異議を唱える可能性がありますので。その点、難しさがあると感じております。

○山本理事長

実際に補助金は、各病院に配られたもので、決して本部で纏めて受け取っている訳ではございません。ですから、先ほどの324億円を前倒しで国庫に返納せよと言われたのも、各病院から持ってこないといけない。それぞれの病院から何億出してねと言って、本部に戻してもらって、国庫に返すという形を取らないといけない。各病院からすると目の前に積み上がったお金を持っていかれるということで、現場もがっかりしている、ということはあると思います。

○山本理事長

初回からご意見を頂戴して本当にありがとうございます。初回で、私共もいろいろと不慣れなところもございましたが、どうぞこれに懲りず、次回以降も様々なご意見を頂戴し

たいと思いますので、引き続きよろしく願いいたします。それではこれをもって、第1回 JCHO アドバイザリーボードを閉めさせていただきます。本日は、どうもありがとうございました。

以上