

第3回 JCHO アドバイザリーボード議事録

●日 時 令和6年2月27日 15時05分～17時00分

●場 所 地域医療機能推進機構本部研修棟5階会議室

●出席者

・アドバイザー

大八木アドバイザー、西堀アドバイザー、堀アドバイザー、岩田アドバイザー（16時20分途中退席）、永井アドバイザー（Web出席）、

・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、関根理事長特任補佐

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、西井企画課長、朝井企画係長、角田企画課主査、伊藤企画課主査

○西井課長

定刻を過ぎましたので、只今から第3回 JCHO アドバイザリーボードを開催いたします。地域医療機能推進機構本部企画課長の西井と申します。よろしくお願いいたします。

アドバイザーの皆様におかれましては、お忙しい中お集まりいただきありがとうございます。なお、岩田様においては途中退室される予定です。

本日の議事について説明いたします。まず、資料に関しましては、お手元に配布してございますのでそちらをご覧ください。本日の会議は概ね2時間を予定しております。議事につきましては、理事長の山本、理事の屋敷からご説明させていただきまして、それぞれ説明後に皆様からご意見ご質問をいただきたいと思っております。

それでは、議事に入る前に、第3回 JCHO アドバイザリーボード開催するにあたり、理事長よりご挨拶申し上げます。

○山本理事長

第3回アドバイザーボードにお忙しい中お集まりいただきありがとうございます。過去2回におきましてもいろいろご意見をいただきまして、我々が、中に居ると気付かないことのご指摘を、既にいただいております、少しずつではありますが法人の運営にも参考にさせていただいているところでございます。

今日は、新年度から第3期中期目標期間に入り、そこに向けての中期目標、中期計画を策定しているところでございますので、これらをまずご紹介させていただくとともに、その裏付けとなる財政的なもの、あるいはさらにその先のことですね。第3期といっても5年経てば終わりますので、その先に向けてどういう風な考え方で進めるのかということ

ろのご意見を賜ればと考えております。前回まで1時間という短い時間で終わって
おりましたので、今日2時間予定させていただきました。長丁場になりますがお付き合い
いただければと思います。よろしく願いいたします。

まず資料のご説明をさせていただきます。第3期中期計画の構成というところで、独法
は5年毎の中期目標、中期計画を立てるということが決まっております。この内容につ
いては、既に厚労省とのすり合わせも終わっているところでございます。財務省との協議も
必要なものであります。

2ページ目ではありますが、JCHOは中期目標期間中、次の5年間で重点的に取り組ん
でいく事項ということで、ここにありますように地域の医療提供体制を取り巻く環境が
様々に変化していくということもございます。特に大きな項目としてはこの2ページ
の上にある5つかと思います。そしてこの地域医療の取り巻く変化、環境の変化に対応し
つつ、しっかり地域住民に医療提供するために主な取組が必要ということで、JCHOア
クションプランという5つの項目が書かれてございます。1つ目は、やはり、医療とい
うのは何よりも医療の質、それから安全というのが何より重要であるということで、これを1
番目に書かれております。ただし、これを継続的に行うためには健全な経営の持続とい
うことが重要である。決して過剰に利益を追求するというわけではありませんが、しっ
かりとした投資を行って医療の進歩に対して対応するためにはそれなりの投資も必要
になりますので、健全経営ということになります。それから、特に建物などの更新とい
うところはやはり償還確実性というのをしっかり見ていかないとですね。特に、建
替えなどを1回行くと、30年後まで借金の返済というのが必要となりますので、そ
こまでを見越した中長期的な財務計画が必要ということでございます。また、これ
に合わせて現場のニーズをしっかりとくみ取りながら整備を進めていく、ある
いは業務の効率化も進めるということもでございます。そして、5つ目に私が重要
と考えているのは、法人内外におけるコミュニケーションの活性化です。外向きの
活性化として、JCHOとは何なのか、JCHOのブランディングをどうするのかとい
うこと。それからJCHOの内部の活性化、まだ法人が出来て10年というところで
57病院の中で一体感が必ずしも生まれていないというところで、この内外の
コミュニケーションの充実というところが課題と考えているところで
す。

次は3ページです。良質な医療の提供というところでは、まず医療安全文化の醸成、
医療安全管理体制の充実、そして第三者の目を入れるということが何より重要
でありますので、病院機能評価の受審を促進するというところであります。これは
非常に不十分な状況で、57病院中22病院の受審が済んでいる、または受審予
定という状況でした。これについて、様々な財政的な支援や病院同士の助言支
援体制なども整備して、少なくとも次の中期計画中には全ての病院が病院機
能評価を受審するよう進めているところでございます。それから④になります
けれども、急性期におけるリハビリテーションの実施というところも今、急性
期医療の問題点でありまして、急性期病院に入院すると、高齢患者さんのA

DLが低下する、病気は治すけれど患者さんの日常生活における活動性が低下するということが指摘されておりまして、ここも今まで十分ではないのでしっかりやりたいというところでもあります。次に、予防健康づくりの推進というところ、これはJCHOの特徴として、全ての病院が健診センターを有しているということがございまして、ここは予防医療からの実施という点ではシームレスに治療まで結びつけるというところではかなり健診は充実しており、ここからの収益も上がってはいますが、ただやっぱり民間の健診業者がどんどん増えてきている中で、必ずしも競争に勝っているわけではなく負けている。それからシームレスと口では言いながらも、本当に健診で所見が見つかった方を病院の方で引き受ける体制が取れているかというところ、ここも極めて怪しいというところ、ここは強みを生かすことが必要ではないかと考えております。

おめぐりいただきまして、4ページ、今度は介護事業ですが、これもJCHOの特徴的なところで、現在26病院が介護老人保健施設を併設しています。これは歴史的におよそ20年前に国が老健施設を拡充しようというときに、当時の社会保険病院に優先的に補助金をおろして併設させたというところもございまして、ここで、入所系サービスの充実と、特に病院併設なので医療ニーズの高い方ですね。病気からしっかり回復していないような方の受入れというのにも必要。ここはしっかりやる必要があるというところかと思えます。それから当然、介護施設の場合はお家に帰っていただくというところを視野に入れた介護サービスが必要になりますので、在宅療養支援の推進、そして3番目として、地域包括支援センターによる介護予防事業あるいは自立支援というところの実施が必要になるというところでもあります。さらにACP、人生会議ですね。終活というところとは違いかもしれませんが、バランスとケア、それを踏まえた対応等、利用者の意思を尊重した医療ケアの実施というところ、ご高齢の救急患者が増えていく中では、この実施というのにも求められるというところがございます。

次の5ページ、ここで私自身力を入れるべきところと考えているのが教育のJCHOという部分でございます。全国に57病院あるというこのスケールメリットを生かせる一つの領域ではないかなと思っております。医療安全の活動を促進できる人材育成、特に総合診療医ですね。大学病院とか高度急性期の病院における専門診療化が重要でありますけれども、地域密着型の医療を提供するJCHOの場合には総合診療医が重要であります。ここは大学病院での育成がほとんどできておらず、失敗している状況でありますので、JCHOとしてはこの辺に理解の深い病院からボトムアップ的に人を育てていくような形ができないかと今模索を始めたところでもあります。それから看護師に関して言うと、特定行為研修という研修制度が始まっていて、医者との境界領域がかなりあいまいになりつつある。ここは永井先生がご尽力された領域と伺っておりますけれども、これが医師不足に悩むJCHO病院において特定行為研修を一層推進することで、医療内容の充実が図れるのではないかと考えています。それからメディカルスタッフですが、例えば薬剤師、臨床検査技師。あるいは放射線技師、リハビリテーションセラピスト等いろんな職種がご

ざいますが、その研修体制が必ずしも十分でなく、抜けているところがあることが分かりましたので、ここは57病院、へき地の病院であろうと大都会の病院であろうと同じような教育が受けられる。その教育を目的とした人事異動などをしっかり行って、しっかりとした人材育成ができる。つまり、JCHOに就職すると一人前にしてもらえるよね、というような評価が各職種から得られるような形を作っていきたいと考えています。今そこに一例としてJCHO薬剤師レジデント制度と書きましたが、病院薬剤師の確保が社会問題化しつつあります。薬学部定員が大幅に増えておりますが、増えた人材はほとんどマツキヨみたいなチェーン薬局に流れていく、病院に就職して来ないという実態があります。今、いろいろ厚労省でも制度設計して薬剤師を増やすような診療報酬上の手当などもしていますが、如何せんお金で負けてしまうところがあります。初任給が10万円くらい違うとか、私立の薬学部だと6年間で1,200万円くらい学費がかかるのですが、その奨学金をチェーン薬局が出しているということもありますのでなかなか勝てませんが、教育体制の充実ということでレジデント制度みたいなのを来年度以降発足できないか。ここに入っただけであればJCHOで働く働かないだけではなく、様々な臨床現場で働ける薬剤師を育てる方向性が作れないかというふうに今、模索を始めたところでございます。

次、6ページでござりますが、効率的な業務運営体制の推進というところですが、各病院、地域における事情は異なりますので、適切な治療、資源投入のあり方の検討、あるいは各地域で必要な医療の提供に向けたマネジメント体制、特に地域医療連携推進法人制度というのがござりますので、いきなり病院の統廃合というところに行かない、ハードルが高い場合には、一旦、地域医療連携推進法人制度などを使って人事、患者あるいは病床などの再配分を有機的に行えればと考えているところであります。それから、この中では医療DXに率先して取り組むというところですが、むしろこのデジタル技術を使って、特に人手不足の深刻なJCHO病院においてはもうちょっとしっかり業務の効率化に向けられるような形にしていきたいと考えているところでございます。そして、業務運営の見直しや効率化による収支の改善というところですが、ここは収益性の向上については今経営強化本部というのを立ち上げておりますし、あるいは経営戦略顧問という外部の方の力も借りながら各病院の支援をしています。それから適正な人員配置・給与水準というところですが、JCHOはこの10年間アウトソーシングを推進してきた部分がございます。直接雇用を減らしてアウトソーシングができる場所はしましょとやってきましたが、例えば給食サービスがそれでどうかというと、委託にすることで患者さんからの評価が落ちてきたりとかしていますので、ここは単なる金だけのことでなくてしっかりそうしたサービスが提供できるようにしたいと思っております。あと医事業務ですが、実際に診療した行為をお金に変える部分。ここが医事業務であります。診療報酬の算定に結びつくところ、ここがかなりの病院でアウトソーシングされてしまっています。これは一般企業の皆さんからもご指摘いただくのですが、経営を支える一番大事なところを人に任せ

るのかと言われておりますし、診療報酬の仕組みがかなり複雑なので、ここはしっかり内部で人材を育成したいと考えています。ただ一方で事務系の職員のローテーションというものがある中で、ここをどうやって専門性を確保できるか。これは情報システム系の人材も同じなのですが、医療機関を束ねる法人としてはこの辺、専門性の高い職員の育成が必要だろうと考えています。それから、材料費や調達等の合理化につきましては、ここは今、既に国立大学病院との合同で材料の共同調達も始めましたし、それから今度、薬剤費に関しても、談合されないような形で法人としての共同調達を考えています。それから、積極的な投資ということも今まで、どちらかというところと経営に関していうと57病院の後ろの方において、こぼれそうなところを一生懸命支えてきた、あるいは後ろから頑張りなさいと言ってきましたけれども、むしろ、法人全体とすれば法人を引っ張っていけるようなところに対する積極的な投資ということも必要であるというふうな発想の転換をしていきたいと思っています。そこは後ほど、まだぼんやりとした考えでありますので、話をさせていただければと思います。

それから最後のページになりますけれども、これは経営の改善ということで法人としては当然ですし、国からも求められておりますが、運営費交付金が入らない独法としては、経常収支率100%以上を目指すということで、前年度の経常収支率を上回りつつ、5年間で100%以上を目指すということが目標とされています。それから、経営等に課題がある病院に対する本部の支援、これを継続的にやっていきたいと思っています。また、人事に関しては、先ほど申し上げている人材の確保、教育ということが重要でありますし、職員が安心できる職場環境づくりということも重要と考えておまして、この辺は都会と地方で、あるいは病院の規模などによって独自のローカルルールなどもいろいろあつたりしますので、本部主導でいろいろ考えていきたいと思っております。あと、内部統制や情報セキュリティ対策強化というところ、ここも先ほどの医療DXの拡充を進めつつ情報セキュリティ、ここは破けますと大損害が生じますので、しっかりとしていきたいと考えているところでございます。

ここまでが第3期中期計画。資金計画の話はこの後屋敷敷理事から説明申し上げます。どうぞご意見ご質問いただければと思います。

○西堀アドバイザー

JCHOは57病院となっていて、従来は病院毎に対応することとされていますが、今回の中期計画を拝見しますと、いろんな意味で例えば教育のこともそうですし、それから経営本部をつくるということもそうですし、従来の路線を修正し、本部主導の色彩を強めようとしているとお見受けします。そこでまずお聞きしたいのは、人の手当とかも含めてどういう形でおやりになるのか。また、システムのところなどを含めて強化するとなると、人と金をどういう形で吸い上げるということになるのか、それをやらないとできない。そのところの体制まで準備をお進めになっているという理解でよろしいでしょうか。

○山本理事長

本部主導で行うにあたって体制整備は十分かというご指摘でしょうか。

○西堀アドバイザー

今までの路線を少し修正していきたい段階ではあると思いますけれども、人と金という問題は避けられない。それが担保されているのだろうかということが、今、お話を聞きましてイメージがあるのか最初にお聞きしたかったところです。

○山本理事長

お金のことに関しては後で屋敷理事から説明いたします。人のことで申し上げますと、本部の特に役員の体制に関しては、次年度以降かなり変えるつもりでおります。詳細を今の段階で申し上げるわけにはいきませんが、従来は非常勤理事を入れると10名のところ8名が医者です。非常勤理事で現場の病院長を含めて8名が医者だったのですが、これを大幅に変えて、看護系も従来は事務方の部長クラスが看護系のトップだったのですが、看護系の方を理事に入れる。または、薬剤師系の方を入れる、あるいは医療政策に精通している民間の方にもお入りいただくというような形を考え、その方向で準備を進めておりました。本部において外の意見を取り入れつつ、いろいろなディスカッションができるのではないかと考えています。

あと、地区の体制としまして、今までは57病院を5ブロックに分けて運営しており、北海道東北、関東、東海北陸、近畿四国、九州と分けていましたが、どうしてもそれだと手薄になってしまう。薄い人材配置となってしまっていて、一人で何でもこなさなければいけない。どうしても業務に集中できないということもありますので、ここを3ブロック、東日本、西日本、九州というような大括りに変えて、事務系あるいは看護系の職員を手厚く配置する。あるいは、情報システム系であったり経営支援系も入れたりして、各病院に対して支援できる体制と本部からの意思伝達、協力関係が上手くいくような形となるよう進めているところです。

今のところ、人としてはそういうところです。本部の事務系に関しては現状まだ考えは及びませんが、まず役員の体制を変えることで、先ほど申し上げたような、大きな視点で物を動かせるような体制に変えていこうという考えを進めているところです。

○西堀アドバイザー

上層部を変えて、その後スタッフを変えるということですね。

○山本理事長

これを変える大きなデザインがまだ何も無い状況、本当に今項目だけ申し上げたようなものなので、それぞれの項目に関するデザインがまだしっかり出来上がっていない状

況ですから、そのデザインが作れるような体制を4月以降にしようとしています。

○西堀アドバイザー

JCHOの文化を少しずつ変えていくということになるのではないかという風に思います。57 病院個別の病院を見ながらということベースにしながらも中央集権を強めていく、そうでないと、いろんな意味でレベルが上がっていかないわけで、チャレンジだと思います。そういうふうには舵を切られたと思いますけれども、文化というのはありますから、大変な取組だなという感想であります。

○山本理事長

基本は現場の邪魔をしちゃいけないとは考えております。ただ、今までこんなことやりたい、あんなことやりたい、こんなことして伸ばしたいというところに対して、本部として支援ができていたかという、勝手にやってくださいで終わっていた。そこは、しっかり支援を本部でできるような形を取っていただければと思います。

○大八木アドバイザー

今の西堀さんのお話とちょっと被るのですけれども、2つありまして、中期計画というのを1期、2期、3期とかやっているときに、それぞれの期間で何をこの5年間でメインのメニューとして何をやりたいか、今日のお話を伺ってもずっと継続しているお話じゃないかな。それはそれで当然のことですよね、オペレーションですから。地域医療の安心を提供するようなそういうことなのですからけれども、ただそれ以外に、この5年間で積極的に将来のためにやっていくことを浮き彫りにするというのが中期計画の1つの役目ではないかなと。そういう意味で見ると、西堀さんが言われた従来のガバナンスの体制を段々とシフトしていくという風に読めると私もそう思いましたが、もっと意図的に第3期はこういう体制にしたいというのを提案するような中期計画もあると思います。理事長が仰られたスケールメリットを出すという話ですけれども、民間企業でも、結構苦労されて統合していく。そのとき課題になるのは、例えばヨーロッパとアメリカとアジアを買収しましたというときに全部文化も違うし、それぞれ頑張ってほしい。その活動はきちんとやりながら、なお且つグローバルな本部に何を吸収していくのか、あるいはグローバルな本部は何を統括して出すのか、というところが、常に課題になる。

したがって、これはJCHOだけの課題じゃなくて、ごく一般的な組織の課題としてあるのですが、そういう時に私自身が大事だと思うのは、何をギブされるのかということ。この10年間でおそらく信頼関係を作られてこられたと思うのですよね。これから各ブロック、いわゆるローカルのオペレーションをきちんとやっていくために、グローバルな本部としては何をギブしていくかというのを明確に発信することは今度の中期期間では必要だし、その先はあとで屋敷理事からもお話があるんだと思いますけど、取り上げるべき

ものを意図していきやいけないし、そういう意味で普通、私ども考えるときには先ほど人、モノ、金とか情報のお話ありましたが、やっぱりベースになる人材だとか、それから当然お金ですよね。それから情報システム含めて全部乗せていきやいけない。あるいは決算は瞬時に終わらせないといけないというのがありますから、情報のネットワークだとか、そんなことが少なくとも広報宣伝なんか全部そうでしょうけど、本部があるが故にこれはやっぱり良い組織になったな、得したなと思わせてギブするもので、やはりこの中期の目標としてアジェンダとして明確にお持ちになったほうがよろしいと思います。全部書かれていることだと思いますけど、そここのところが1つよりこの3期の目標を明確にしていく。あるいはもっとラディカルに進めるというようなことがあるのでしたらどんなことだろうかというわけで、2期目の反省というのは何がやれて、何ができなかったのかというのを、これは現場を刺激する意味できちんとまとめられた上で、3期はこういうステップになるということが中期の役目ではないかな。現場に至らないところは、いわゆる業績だけではなくて、先ほど言ったような、ある一定の軌軸の中で個別論というよりも全体論として何ができなかったかというのは、やはりきちんと見返す必要があると思います。

○山本理事長

法人の方向性として足りなかったところということとか。

○大八木アドバイザー

意図的に2期目はこういう段階のはずでこれは上手くいったけど、ここはミスっていた、ミスっていたわけではない。そういうところはきちんと認識した上で、3期目はそれを放棄するのか、あるいはこれを徹底して追及するのか、これは変更していきますとする感じなのか。そうした透明度を上げるというか、重点をクリアに出していくのが、こういうことが中期計画で一番大事なのではないかなと思っております。

○山本理事長

ありがとうございます。1つ目のご指摘は、中期計画の中で目玉は何なのか。体制変化に向けた目玉は何かというご指摘かと思いますが、一応この中に盛り込んでいるのですが、目立たなくなった部分もあるかと思いますが。どうしても役所に出しているものはいろいろ薄まってしまっているものもあるかと思いますが、ここは仰るとおりエッジをもうちょっと効かせていきたいと思っています。2期目の反省はいろいろ盛り込んではいるところですが、やっぱり上手くいかなかった、もうちょっとやるべきだったのではないかと思うところは、例えば良質な医療の提供みたいなところが、実は今まで中期計画の冒頭に入っていないようです。そこは私ここに来て非常に違和感を覚えたところだったので、ただ外からご覧になると当たり前だと、良質な医療の提供を第一に掲げずして何があるか

と指摘があるとおりでと思います。あるいは教育の部分も、実は先ほど申し上げたような教育、研修体制について、職種ごと、それから階層というか、就業後の年齢ごとにマトリクスを作ってみたら、実は抜けがあることが分かりまして、ここも足りないよねというところがあった。先程申し上げた通り、例えば病院機能評価も受けようという文化すらなかったのが今までの状況なので、これも大きな反省です。まず、大きなところは先程から申し上げている先頭集団、あるいは方針を引っ張るところにどうやって投資をしていくかという観点、ここの3つが抜けていたところだし、そこは中期計画第3期以降しっかりと投資をできる風にやり直しています。

○岩田アドバイザー

さきほど西堀さんと大八木さんから、人の事やガバナンスシステムのご指摘がありました。関連した内容になりますが、こちらの中期計画の資料なのですが、網羅的でありエッジがきいておらず、インパクトに欠けると思います。超高齢化社会に突入する中、介護や高齢者の医療に関する予算を増やし、異なる分野の予算を削るという大胆な提案を浮き彫りにすべきかと思いました。私自身、母親の介護でここ2ヶ月間、非常に苦勞しまして、第三者の手を借りることができず、二人で孤立してしまっておりました。母の容体が急変したため、救急車で病院に運ばれまして、入院することができました。プロフェッショナルの方々に支えられて、母の容体も安定し、私もなんとか生活を再起動させることができました。医師、看護師、そして介護士といったプロフェッショナルの方々の重要性を肌身に感じた次第です。(以下カット) 2040年には高齢者がピークに達しますので、全国民にとって介護職員の増員は喫緊の課題です。(以下カット) また薬剤師さんがドラッグストアに流出していることについても、構図を替えなければなりません。病院勤務の薬剤師の給料をアップし、ブランディングすることも検討しなければならないでしょう。(以下カット) 医療や介護事業は国の柱ですので、コストカットとかアウトソーシングについても努力は求められますが、必要なものは必要だと主張し、予算獲得を行うための体制づくりと、財務省に対して堂々と主張していくことも必要だと考えています。

○山本理事長

介護系の話をすると、今回の介護報酬において引下げになっていますが、それに利幅が減ってきている状況で、これは私の個人的な感想でもありますけど、JCHOみたいな公的医療機関がこの領域をするのはかなり困難な状況です。民間のように比較的給料を自由にコントロールできる場所では何とかやっつけていけるけど、JCHOみたいに給料がある程度固定化してちゃんと上がっていくところだとちょっと無理ではないか。実は老健施設の撤退というのは今すでに2施設決まっています。できた当初は民間がまだやってないので、JCHOの病院でやってくれと補助金が出ましたが、現状民間がたくさん参入してきていますので、そうすると必ずしも地域のニーズが高くないということが

出てきています。ちょっと難しいところもあるかなと思いますが、この4ページに実は地域から求められる新たな介護サービスの検討というのは、まさに先程指摘のあった、もうちょっと長く入院できないか、介護医療院という仕組みが実はあるんですが、JCHOができた後にその制度ができて、JCHO法の改正がされてなくて、JCHOはまだ介護医療院ができるような法制度になってないので、ここは介護医療院がJCHOもできるようにしたいなということで、この介護サービスの検討という一文を入れているところです。ただ、もともと議員立法でJCHO法ができていて、改正を厚労省もできていなかった。そういう分野も必要だとなっているところです。

○堀アドバイザー

先程の理事長の言葉を聞いていると、何かやりたいことをさせてあげたいという心を少し持っていると思いますけれど、57拠点の自治権を認めすぎている。もう少し中央集権的な体制にしないといけない。そのための仕掛けとしては、どんな仕掛けをこの5年間で動かさなければいけないか、その仕掛けを達成できなかった場合についてはサンクションをどうするのか、そういった厳しめの仕掛けが必要だと思います。中央管理をして「達成できなかった場合は、こういうサンクションがあるよ。」と、57病院全てに対し個別に言う。それぐらいやらないと結局、財政投融资資金を入れても経営支援になって、その年回らないとなると、今度は退職金のために取った財源に手を出す。そのようなことになってくる可能性がある。やっぱり、中央集権的に「一生懸命経営考えるから、毎日頑張って進めていこう。」と、このような何か良い話が作れないかなと思いました。

○山本理事長

サンクションの部分について、今までの経営支援の中でも議論にはなるのですが、具体的に何ができるかということかと。

○堀アドバイザー

中央集権であればできますよね。切り分けた何人かはさよならしていただくこととなりますが、そこはちゃんと資金を積んでありますよね。それを丁寧に説明した方が良いでしょう。できますよね、理論的には。

○大八木アドバイザー

今のお話で、報酬というのは本部で関与していないのですか。

○山本理事長

ボーナスに関しては、年間の収支と連動はさせています。国立病院機構は完全に全病院一律ですけども、JCHOに関しては収支に合わせて上は5.5カ月、下は3.0カ月と、

大幅な差は付けてあります。

○大八木アドバイザー

基本の報酬と業績連動しているところとしたら、どのくらいの割合があるのですか。

○屋敷理事

ボーナス部分が標準 4.4 ぐらいで、業績によってフローティングするということです。

○大八木アドバイザー

それでは業績連動部分が 2 割、基本の固定部分が 8 割くらいですか。いわゆる大企業のトップの基本で言うと 35% くらいです。65% が業績で、これはちょっと大企業の優秀な方ですけど、ごく一般でもどうでしょうか。普通でいうとやっぱり 5 : 5 ぐらいですよ。したがって業績達成しないと大幅に引かれてしまうので皆さん頑張りますよね。やる計画があったらそれを認めてインセンティブとしてきちんとやる。さらに最近ですと、そこに株式報酬とかどんどん積んできているので、今経営陣の報酬は毎年上がっているのですよ。それは株主さんから言うと、それで業績達成してくれる人はありがたい、ということですけど、ちょっと固定が多いとあまり気にされないですよ。その部分はあるのですが、それを客観的な報酬委員会みたいな恰好で第三者入って、非常に透明性を高めてやっていくと、堀先生が仰っていることがちょっと脅威になってくる。そういう感覚があるかもしれませんね。

○西堀アドバイザー

JCHO の報酬制度というのは、JCHO の中で変えられるのですか。

○屋敷理事

変えられます。まず、JCHO 発足前は病院毎に給与表が存在する世界でした。それが JCHO になってから、病院毎の給与表が統一されました。それで統一した給与表というのは、基本は公務員型の給与表となっています。ですから、人事院勧告とかそういうものに結構準拠してやってきましたが、公務員型と一つ違うのは、業績給の部分が 4.4、3.0 から 5.5 までフローティングする形にしているところだけちょっと違うが、基本はそういう形。ただ独法ということなので、給与水準を定めるにあたってはいろいろなことを考えなければいけない。一つは国のもの。あと、民間の支給状況とかありますが、変えることはできます。どこまでドラスティックに変えられるかは、税金をいただいている公的な主体とはいえ一定の限界はあるかもしれません。

○永井アドバイザー

先程の中期計画、あまりエッジが効いていないというのはやむを得ないとして、私として一つ気が付いたのはポスト地域医療構想です。これがどうなるのか、今の地域医療構想もまだよく見えませんが、すでに紹介、逆紹介というかかりつけ医の問題が出ています。ここをJCHOとしてどうされていくのか。実際JCHO病院の多くは地域医療支援病院や紹介受診重点医療機関に入っていると思います、これは紹介を受ける側です。そうすると今までの多くの外来患者さんをかかりつけ医に戻さないといけないということになります。相当ダイナミックに地域の中で紹介、逆紹介をやっていかないといけないはずで、これを早めにプランニングするというのも難しいのですが、まずは地域の関係する医療機関と協議をしていかないといけないと思います。状況は結構大きく変化しているように思います。大学病院も非常に経営が悪くなっています。また大学病院にかかりつけ医でかかっている方もかなり大きな変化が起こるだろうと思いますので、そのあたりの検討をよろしくお願ひしたいと思います。以上です。

○山本理事長

ありがとうございます。紹介、逆紹介の部分に関しては結構病院による温度差が実はあって、地域医療支援病院をとっているようなところは逆紹介率が80%、90%、100%というところもあるが、一方、外来で患者抱えていると仕事した気になっている医者がある病院は30%台という病院もあって、この辺がなかなかまだ意識改革が十分に進んでいない状況ですね。病院の外来がクリニックモール化しているところもあったので、ここはただ、基本一定程度の規模を持っている病院であれば、地域医療支援病院あるいは紹介重点医療機関となるべく、意識改革を進めるように各病院長にお願いをしているところですし、それから次の中期目標、中期計画の中でも、逆紹介率を中期目標期間中に70%以上にするという目標を掲げているところがございます。

○永井アドバイザー

ありがとうございます。了解です。

○山本理事長

先程の給与の業績連動のところは、実はボーナスに差があるということに対する不満もあり、「人事異動した時に業績の良いところとから悪いところに行くと、ボーナスが大幅に落ちる。これはおかしいだろう、国立病院機構はどこに行っても一緒なのに。」みたいな指摘もある。逆に、「ちゃんとインセンティブが効いていないじゃないか。」という指摘も頑張っている人たちからはある。これが平等意識と相容れないところで難しいところ。

○西堀アドバイザー

業績の良いところから悪いところに行くと処遇が落ちるとするのは、なかなか納得しにくいことですね。その後に出てくる資料にありますけど、その地域からすると、こういう役割の病院が必要だということもあります。そうするとその役割を全部果たすと、場合によっては赤字になるということもあります。結果的に業績が悪くなっても、そもそもその一つの個別の病院について、この数字が役割を果たすためには仕方がないんだということであれば、それをベースに評価をするというような仕組みにしておかないといけない。そうしないと、今仰ったような問題というのが出てきます。だから、これを拝見して最初に思いましたのは、全体として良いことが書いてある、本来あるべきことが書いてある、これと57病院それぞれの施策では、この部分は大事、この部分は切り捨てるというのがあり、結果として、数字にこういう風に現れてくるというところまで、この計画が個別57病院ごとに作られているのだろうか。数字も含めて。それがあれば、今言われたような問題も解消されるのではないかなと思います。一番お聞きしたかったのはそこでした。このバージョンが57病院あるかが大事じゃないかなと。

○山本理事長

やりますとしか言えないです。仰る通りで業績連動と言いながら、田舎で全然稼ぐことのできない病院がある、だけど撤退もできないよねっていう。ずっと上がりようがないという病院がいくつかあって、そこは今年度政策的に少し上乘せしました。このままでは可哀想という判断。確かに仰る通りで、収支だけじゃなくて果たすべき役割を果たしているかどうかということかと。

○堀アドバイザー

資料にも書いてある通り、赤字病院でも残さなければならぬって書いてあります。今まさに西堀先生が仰ったところで、赤字幅を稼いでいる病院がもっと稼ぐための投資で、財投を借りる。中間層の赤字の病院をどうするかっていうのが中央集権的な仕様ですという感じでした。

○山本理事長

ちょっとのんびりしている病院ですよ。

○大八木アドバイザー

今の観点で言いますと、そうやって病院を格付けできるのであれば、企業でも一緒でして、もう赤字でどうしようもない事業ってあるわけで、それを業績で判定なんかはしてなくて、基本的には評価の項目、いわゆる評価体系が違うテーブルをABCならABCで用意してあって、例えば赤字病院でもこれは解消してやるということになった場合には、業績連動のポジションは20%でやります。あとの80%はこういう共通項目でやる。これ

の比重の問題にして、こっちは80%にみるけど、ここは40%にするというのを予め作っておかないと、業績なので公平公正性が問われ、透明性が保てない。そうしないと横から突かれるので、予めこういうものですよということを議論していただいて、全病院長の前でご説明をしておく案件だろうと思います。それさえやれば、いわゆる政策的な下限点ができるようになるのですが、後ろで鉛筆舐めるのは良くない。最初から公正な基準をきちんと用意しておくことが大事で、そうじゃないと本部の信頼性が損なわれてしまうと思います。そういうことを企業では議論しています。それから人を異動する時に3年間は元のところの評価基準で勘案するとか、4～6年かけて現地に移していくとか、モチベーションを崩さない工夫があります。

○山本理事長

安い給料やボーナスが下がるとみんなふてくされてしまって、何とかならないかと現場に行くと言われるのですが、確かに仰る通り単に収支だけでというのはやり直さないといけないと思います。ありがとうございます。

それでは、次にいかせていただきます。第3期中期目標期間財政フレームです。

○屋敷理事

8ページ、これが足元の状況認識で、令和5年に入ってから経常収支。これは収支だけを見ているが、経常収支の状況の推移を57拠点で行っています。補助金を除くということで、見かけ上の経常収支は厳しめに見えますが、黒字病院分が16で赤字病院分が41。通常の補助金を除けばということよりはコロナが無かった時代に直して考えると56億円の赤字が出ている。トータルでそういう状況です。これを見ると、着実に積み上げているところと、ずっと右肩下がり状態が止まらないようなところと二極化が出来上がりつつあるが、多くは真ん中に団子になっている状況。ですから、上のところはそれぞれどう伸ばすか、真ん中はどういう風に集患して上に持っていくかということ。あと、急激に急落しているところは緊急的に個別拠点对策として手を打っていく。という大体3つくらいに57拠点分かれている状況です。補助金を除けば56億円の赤字ということですが、補助金を入れれば1月月次状況ですと18億円の黒字。

次のページの5点については第2期の後半に策定し、医療組織として永続するための普遍的な策として並んでいる。これを第3期以降、環境変化に対応し事業を推進して、日々の医療を提供していくということになりますが、第4期以降に向けて第3期でやるべきことはこれからから十分議論しないといけない。これからの組織の大きな方向性を考えた時にそれを実現できるような医療提供実績というのは地域からの信頼だと思いますので、実績と組織体力を整える、こういう考えのもとに財政フレームを考えていったということであります。

10 ページ目をご覧くださいますが、一般的な基本計画策定の考え方もあって、コロナ

バブルから復帰しています。地域医療構想の適合も本格的に求められることになるだろうということで、経営強化集中期間が令和5年、6年で設定しておりますが、その後の病院のある程度の体力、実力が見えた段階で改めて57病院がどのようなネットワークを組むことが良いのかという検討をしなければいけない。先程の格付けという言葉がありましたが、そういうものをもって組み合わせていくんだらうということです。第3期は経営強化や投資による医療充実と体力形成期でありまして、第4期が正念場になるとみている。法人運営の進化、これは先程中央集権的などという言葉がありましたが、基本患者に一番近い拠点というのがJCHO組織の一番の基盤になるということ。また、医師等の医療関係者がプロフェッショナルのもとに医療提供していますので、拠点ごとの自立性というのが一番大切だと考えています。一方で、法人としての体を成さないような最小限の標準化がされていない、あるいは人事や資金等のシステムが整っていないということではいけませんので、そういう面での最低限の整備は進める必要があると思っています。その点からの法人全体の運営の効率化でありますとかそういうことができるだろうと思います。保護的運営から拠点自律運営へ転換と書いてありますが、中央集権とは逆行するようには見えていないかと思いますが、この10年間給与表の違う法人を一つの法人にしていくという意味で、法的な法人運営であるということもやむを得なかったのかなという風に思いますが、一方で、患者に一番近い拠点という観点から言えば、自律運営の転換というところが第3期目の立ち位置になるかと考えています。その経営強化集中期間設定の収益スキーム、収益だけが上がれば良いというわけではないと思いますが、基本的な法人運営、あるいは拠点運営の場合、PLがどうだろう、BSがどうだろうとありますから、そういうものはしっかりできるようにしていくということである。そこまでできて何とか法人全体として第3期までのスタートラインに立てているのではないかという状況の認識です。あとは、透明な財政責任でありまして、JCHO発足後初の長期借入が開始する可能性があるということです。今は自己資本比率8割ぐらいで借入金はありません。全部内部資金で賄っています。ただそれは逆に言うと、必要な投資が行われていなかったのではないかということです。内部にキャッシュが結構あるが、それが有効活用されていない。今回、コロナの関係でキャッシュが積み上がったという意味合いもあるのですが、それを有効活用するというのは大切なのかなと思います。資料に記載している保護的運営から拠点自律運営への転換、定員・投資の弾力化措置について、今まで若干抑えられていたところを、今度は割と自由な形にします。ただその結果責任は生じますので、かなり財政的に一見緩んだ形の運営になる可能性があります。そのため経営財政的に発散しないようにある程度の幅の範囲に収まるようなことを考えておりまして、例えば退職給付引当金だけは最低限キャッシュで下回らないようにするということと、また、投資を積極的に進めるといながら、自分の体力以上の長期債務を抱え込まないように、長期債務比率は医療法人のデータ等を参考にしながら、約25%の範囲。その上限下限の範囲内で財政運営がされるような形で一つの目安として運営をしていく。これは中期計画でそこまで

はっきり書いていないですが、BS、PLと長期借入金の額を計画に記載しています。そういう意味で隠れたエッジの付いた計画にしている。計画関係の進捗管理ですが、「収益」スキル（PLで収益が上がる）というところに加え、支出の管理もする。さらに、投資も長期的な視点に立った有効な見通しが各拠点で出来るようなスキル向上へのステージに結びたい。あと、「弾力化措置」、「拠点自律運営への転換」の逆は「検証」と「責任」になりますのでそれはしっかりと進めていく。現在借入はJCHO法人の中で内部金融していますが、外部金融の財政認識は当然ですが、償還計画については厳格に償還可能性の審査を進めていく。これは第3期までに出来上がると思う。あと若干中期的な観点からは、今は法人全体で財政責任単位を1つとしていますが、これをブロック移行で3ブロック制にします。そうなりますと、医療提供する法人ですので、患者に一番近いところ（現場近く）で投資（医療器機からBSに現れない人財まで）判断をする。実際の財政責任単位をもっと近くにできないかということは第3期にトライしたいと思っています。

そういう計画の元に、実際の数字として11ページですが、これは5年間の合算PLのような形であるのですが、第2期計画時点で5年間の合算PLの経常収益は、1兆8,800億円という法人でした。ですから1年間大体3,600億円くらいの規模の計画でしたが、コロナが起きたので、経常収益が2兆円まで増えたということです。経常収支差は第2期で109億円ということですから、1兆8,800億円の法人で経常収支差が109億円だから、計画の時点で1%以下ということ。それが第2期の見込みで経常収支差が1,125億円ということで相当の収支差が積みあがって、これが医療現場でコロナに立ち向かった結果、財政的に言えばこうなったということです。第3期計画の経常収益は1年間で約4,000億円。5年間で2兆円の計画にしています。一方、経常収支差は5年間トータルで41億円、当期総利益で言えばマイナス54億円という訳で極めて低空飛行の計画にしています。それだけ厳しい状況になるだろうという中で、資金の状況を見ながらどういう医療提供の充実のための投資を行っていくのかという方針になりますが、資金の状況を見ますと、第2期では医療機器、IT、施設設備整備の合計が2,009億円の計画であったところ、現在の見込では1,200億円。施設整備では土地が見つからず使わなかった。医療機器整備は600億円みて400億円だったので、大体30%減くらい。IT整備はほぼ計画に近い数字が出ています。また、資金残高は、計画では第2期終わった時には長期借入した上で、450億円の資金残高がある計画でした。第2期では蓋を開けてみると長期借入はゼロです。一方で、コロナの補助金の状況がありますので、前倒しの国庫納付324億円を行った後で、710億円のキャッシュが残る予定です。国庫納付が無ければ1,000億円を超えたキャッシュが残ったということです。このような第2期の終わりから第3期はどのように投資をしていくのかということですが、医療機器整備は500億円弱、IT整備は間違いなく増えていくと思います。施設整備も第2期で投資しなかった分が乗っかってきますので、1,600億円の投資規模を予定しているということになります。積み上がったキャッシュを使いながらもそれでも足りないので、長期借入は1,000億円を超える借入をする

予定としているところで、先程の長期債務比率 25%からいきますと、4,000 億円の PL で 1,000 億円の長期借入を急に抱える形になりますし、キャッシュの残高でいきますと、退職給付引当金が 722 億円程その段階で必要になる計算ですので、何とか譲渡性預金までかき集めて 700 億円程度のキャッシュを準備して、一応帳尻の合う計画になっていますが、積み上がったキャッシュを一気に借入をしながら投資をし切っていくという意味で医療の充実に相当の資源を振り向ける投資計画を作成しています。一応上限下限の範囲で。ただ、実際投資ですから、上振れ、下振れもあるかと思えます。施設整備は土地が順調に取得できてこれくらいの規模の建て替えということになりますので、本当は若干下振れをする可能性もありますし、あとは実際の毎年の PL で 5 年間終わった後にプラスに何とか浮上しないといけませんので、それまで状況見ながら投資をしていくという考え方になると思います。以上です。

○西堀アドバイザー

これはマクロの計画ですよ。ですから、それぞれの病院ごとの役割がある、この役割と投資自体の平仄が取れているのか、この辺を検証する必要がある。それから、投資をしたことについて当然リターンがあるわけですから、他の投資もしなかったというものから比べると良い結果が集まるということです。さっき言った 57 病院ごとの役割、投資結果、そういうものができているのかというのが非常に大事だと思っている。投資というのは屋敷理事が言われたような義務の一つだと思いますが、そういうことが本部とそれぞれの病院でコミュニケーションが円滑にできているのだろうか。お互いに数字の計画、定性的な計画の平仄が取れていれば全体的なコミュニケーションがというか、ガバナンスというものは上手くいく。それは理想像でありますけれども、今どこまでの準備ができているのでしょうか。

○屋敷理事

第 3 期計画の 5 年間、合計 PL について申し上げましたが、毎事業年度、各拠点の方で PL ベースの計画を作成しています。その集計値を元に、令和 10 年度に向けてどれくらいの医療の環境、患者がどれくらいか考えていく。これを法人全体として考えて計画を作っています。ですから、7 年度、8 年度、9 年度というのは、また拠点ごとの患者の出入り状況とか実際の投資の進捗状況を見ながら、翌年度の計画を作成していくことになっています。それから投資につきましては、毎年、今後 10 年間の投資予定と金額を各拠点で作成していて、もうちょっと精度を上げる必要があると思っています。これが更新時期だからこの医療機器を入れる、IT 機器の更新をするということではありますが、それが単に数字が入っているだけというところがありますので、その精度をもうちょっと上げて、医療機関ごとに必要な医療機器なのか、そういうことを見極めるコミュニケーション

と各拠点に合わせる計画策定の精度を上げていく必要があると思う。ここが一番大事だと感じていて、投資の精度を決めてくれるのかなと思います。

○大八木アドバイザー

すごく大事なポイントだと思う。IT投資は失敗例が世の中にたくさんあります。それで一つは投資の粒度というか、塊の大きさがこれだと分からない。細かい機器の積み上げを塊にするとうような大きな金額になっている。責任の負債はいわゆる財団が取って、財団が主体となって個別の投資資金を賄っていて、管理会計的にはそれぞれの主体が負債として負う形の管理でやられているのでしょうか。

○山本理事長

法人内としてはそうになっています。

○屋敷理事

拠点ごとにPLとBSが存在しています。

○大八木アドバイザー

それで意識してできるわけですね、それでしたら良いと思いますが。あとは投資管理規定みたいな形でレビューをどういう風にしていくのか。それが実際に分からなくなってしまふ、投資をした後に収益はどう変わっているというところをどう見ているのか。民間が設備投資で工場を作るとかいうときは、明確にこれ投資回収どうなっているのかが見えるのですが、こういう機器みたいになってきちゃうと、例えば患者増になりますとか、あるいは先生方の働いている時間の労働時間の短縮に結びついているとか、何か指標が要りますよね。したがって、それを明らかにする何かを作ってもらわないといけない。それに基づいて一定のフォームで報告をしているとかいうことがないと大体投資した結果、ほら、ざっくりと儲けが出ましたみたいな。これが一番まずいやり方だと思う。かといって、粒度が細かいとフォローができない。したがってどう固めていくのが課題になると思います。

○山本理事長

更新の場合は今までも実績があるので分かりますけど、新規投資の場合っていうのは仰る通りで、この辺が結構どんぶり勘定で出てきます。このくらい患者が増えると言うが、どこから増えるのでしょうかみたいな話があります。そこは今、かなり精緻に確認していますけれど、ただ仰る通りで検証が十分かという、全然十分ではありません。

○大八木アドバイザー

機械はお金なので、機械が汗をかかないといけない。そういうことになると、おそらく稼働率とか、別にお金、患者がどうやって増えたって難しいでしょうから、稼働率がどうなっているのかそういうもので代替して確認できる指標を出してもらおう。

○山本理事長

一応診療報酬の裏付けは基本的にあるので、この機械買ってどれくらい収入があったというのは比較的出しやすいです。基本的に紐づいていますので。関根先生、このボリューム感では投資計画みたいなもの、あまり無いですよ。

○関根理事長特任補佐

ちゃんと報告しているものというのはいくつかあるかと。

○山本理事長

病院ごとにこういう機械を買わなきゃいけないけど、こういう投資計画でいきましようという計画までは無い。こういう機械を買わなきゃいけないっていうのはあるにしても。

○大八木アドバイザー

それぞれの主体で、減価償却費がどれだけ費用に乗っかっているのか分かっているわけですよ。

○屋敷理事

それも込みで各計画を作っています。

○大八木アドバイザー

先程見せていただいた病院の収益推移表でずっと低くなっている病院がいくつかある、あれにどうやって歯止めをかけるつもりですか。これはもう自滅していくしかないのか。

○屋敷理事

自立運営の病院に経営支援という風に言いますが、事実上の介入、経営に対する介入です。例えば、病床数を減らす、稼働率を上げるために地域連携であるとか、ウォッチの頻度を上げてテコ入れして介入しています。

○大八木アドバイザー

分母を整理するということですか。

○山本理事長

それもやります。一つはそれを前提にして収益がこれ以上上がらないのであれば、固定費を下げるために病床数を減らす必要がありますよね。大概のところは抵抗するのでこの3ヶ月間でこれだけの目標を達成したらどうですかという提案をやっています。ただそうすると、とりあえず当座はみんな努力してベッドを埋めるので、見かけ上は収支が改善するのですが、それぞれの病院、それ以外の根本的な問題、文化的なもの、あるいは成分的なもの、メンタリティなものなどで問題があるので、そこを解決しないと本当に短期的に数ヶ月少し良くなった程度で終わっていることは事実ですね。

○西堀アドバイザー

これを見ていると、東京蒲田、東京城東、星ヶ丘って全部大都市圏ですよ。要は固定費が多すぎるということに尽きるのではないですか。

○山本理事長

蒲田と城東についてはコロナの専用病院、専用病棟化したため、かなりコロナの時に無理を聞いてもらった病院でもある。この2病院についてはその後遺症から抜け切れていない。星ヶ丘はどうしてこんなに右肩下がりが広がったのか、いろいろ探っていますが、固定費が大きいのと思う。ちょっと蒲田、城東については色々気の毒な部分があると思う。

○西堀アドバイザー

それこそ大都市圏ですから患者はいるはず。その中でJCHOとしてどういう戦略を取るのが正しいのか。これだけ病院がいっぱいありますから。

○山本理事長

激戦区である新宿で院長をしている関根院長としてはどう考えていますか。

○関根理事長特任補佐

患者は確かにたくさんいて、皆さん言われているのですが、コロナの影響で一番患者が減ったのは東京都です。8.8%減っていますから、8.8%というと1割近く減ってしまったら、病院のPLはこれくらいの規模ですからこういうことになる。ですが、そんなことをいつまでも言っていられないので、なかなか固定費を下げるというのは難しいのですが、それぞれの特性を活かしてちょっと収益が増えるということもあるものの、収益を上げるのは大変です。だから考えないといけないと思っている。激戦区なのでなかなか直球勝負だけでは難しいですが。

○西堀アドバイザー

資料のような形でも良いのですが、これは収支率で作っているのですか。そうすると、別の傾向も出てくるはずですよ。特に地方の病院が悪いとか。

○山本理事長

今回は実情を感じるために、計画ベースをグラフにしてみたものです。永井先生いかがでしょうか、今の財政フレーム関連で。

○永井アドバイザー

経営問題は私の足元でも大問題になっています。この財政比率や管理のあり方については、JCHOの体制は出来ているということによろしいでしょうか。極めて基本的なことですけど、入りを増やして出を抑えるとか、投資の評価とか、建物を新設したらそれがきちんと使われているか。病院経営は大勢の作業によるものですが、誰かがちょっと偏った考えを持っていたりすると、暴走してしまいます。その辺、JCHO全体としての管理、リスクマネジメント、経営上のリスクマネジメントと言ってよいと思いますが、そういうことは大丈夫でしょうか。場合によっては担当者次第のところが出てしまう。属人性が出てしまって、当たり前が出来ていない。これだけ病院があると、おそらくそうした意識は揃っていないと思いますが、そういうことを永続的に教育したり管理したり仕組みを作っておかないといけないと思いますが、いかがでしょうか。

○屋敷理事

財政技術的な観点から言いますと、これから外部借入始まりますが、今のところ内部資金で運用ができています。内部資金の管理につきましては、本部で一元管理しており、資金が動くときには本部が関与することになりますので、勝手に、無秩序に投資が行われるということにはなっていません。ただ、これから黒字病院で資金が潤沢にあるところは自己責任に基づきまして前向きな投資を可能にするような体制に変更いたします。弾力化をしますので、その点については注意が必要になる可能性があると考えています。基本的には資金一元管理しておりますので、無理な投資が進まないような体制にはなっていると考えています。

○永井アドバイザー

これからの時代、医療の縮小を考えて身の丈に応じた投資、身の丈に応じた経営を相当意識しておかないといけないと思います。現場の医師は夢を追うところがあります。また再開発の時に少し大きめに作りたがる。そのあたりの管理をしっかりしておかないと、結構危ないところもある。そのあたりをしっかりとお願いしたい。

○山本理事長

仰る通りだと思います。新しいものを欲しがるので、ここはしっかりしていけないといけないと思います。ただ一方で、少し方向性を変えようとしているのは、従来、投資に関して、赤字病院はほぼ投資枠無しということで投資できない、緊急的な機器の更新は出来るけれども、赤字でそのまま何もしないと本当にどんどんダメになってしまうので、赤字を解消する方策があるならそこは積極的に打って出ても良いのではないかと、むしろ提案をしてほしい、というような形に今変えようとしています。今までのやり方だと、規律が厳しすぎたと私自身感じておりますので、もちろん各病院長の経営スキル、経営マインドの向上もそれとともに必要とは思いますが、両方のバランスを取っていく必要があるのかなとは考えております。

○永井アドバイザー

あと、施設の投資だけではなくて、機器とか高額医療ですね。1億円ぐらいの新しい高度医療がどんどんできていくと、1回1億円の治療薬もあります。もちろん薬価差益はあるが、ものすごく薄い。そうした医薬品を買う元手をちゃんと用意しておかないといけない。通常の技術料で収益を上げられる医療を行っていないと、新しい高額医療はできない。ところが、現場は保険償還されるからよいだろうと、どんどん走っていく。気が付いたときには、ものすごい医薬材料費になって収入が減っているということもある。非常に今ダイナミックに動いていますから、今の時代にあった経営手法が必要です。特に新規の高額薬品をどのくらいまで使えばいいのか、使っていいのか、これは結構悩ましい問題。現場は赤字になるとは思っていないのですが、そればかりしていたら当然首が回らなくなる。ぜひそのあたりの経営スキルをしっかり浸透していただければと思います。

○山本理事長

はい、ありがとうございます。現場はこれくらい利益が出るからとそればかり言う。実際は先生が仰る通り、それ以外の経費が非常に掛かっているところはみんな見ない。新しい手術技術なんかも同じですけども、実際の利益率ってそんなに高くないのに、これだけ差が出ますという数字を上げていきますが、そこは薬剤でもしっかり考えていきたいと思っています。

○永井アドバイザー

原価計算をしっかりやるということ。その意識の徹底が大事だと思いますのでよろしく願いいたします。

○堀アドバイザー

JCHOは国から資金がもらえない、これをどうするか。57拠点にそれぞれのファイ

ルがあって、財務分析がきちんとできる数字が出るわけですから、地域特性や地域動向、あるいは他病院の動向、それが1個のファイルに入っていて、このファイルに基づいて病院に特有な改善策を作っていくと、それが57拠点に積み上がっていくわけです。

その時に、例えば改善策を見ていると、「お前のところいろんなもの欲しがっているけどこれ無理だよ、だから却下。」こういうことを言える体質を作っていただきたい。そのためには中央集権的なところが必要。「いつも交渉で負ける、交渉に勝たないと無理、あんたがやったって無理、状況を見なさいよ。」そこまで言って赤字になったら自己責任で責任を取らず。そのくらいの提案はしないと改善できない。ちょっと過激な発言になって申し訳ないのですが、折角なので言わせていただきました。そのように私は思います、以上です。

○屋敷理事

中央集権的にというのがどういうものかはありませんが、それに近いものを持っており、経営強化集中期間で経営強化本部ということで、57拠点全部で同じエネルギーを掛けて分析していくわけではないというのが実情ですが、大体、半年毎くらいで実態の悪い病院出てきますので、そこをピックアップして、分析をして持ち上げるという形ではしています。それと、責任の取り方という意味から言うと、通常の組織で言いますと、拠点長を自由自在に人事異動が掛けられるというところがありますが、JCHOは出来ないという性格で、これは他の医療関係グループもそうかもしれませんが、サンクションの書き方が必要であれば、その書き方というのは考えないといけないかと。

○堀アドバイザー

それは工夫できますよね。これはサンクションが働いているのかなと思います。

○山本理事長

先生仰った大事なところは、各病院でちゃんと同じフォーマットで分析をさせるところですよ。そこはやりきれてない。年度目標ぐらいいは出来ているけど、ちゃんと情報、情勢分析から含めてこうやりますというところですよ。

○堀アドバイザー

普通にたかだか57拠点ですよ。僕らそんな感覚ですよ。

○山本理事長

それがあって自分たち、今の足元の周辺環境を含めた分析をちゃんとして、それに基づいて計画を出して来いということかと。

○堀アドバイザー

資料のようなグラフはもう作れている、曲線の棒グラフみたいなもの。あれが作れているなら基本的な情報が出てきているじゃないですか。

○山本理事長

やっぱり情報分析という点では非常にみんな甘い。気付いたら手遅れな状態になってしまう。何とかなる、コロナだったからしょうがないみたいなのが現状ですけども、今のご指摘の通りで、各施設で統一したフォーマットでやらせる必要があるなと思いました。

○西堀アドバイザー

そういう意味では、本部体制というのは大事です。さっき屋敷理事が仰いましたけど、看護系だとか機能別に横串を刺す方々が必要だという一方で、3つの本部と仰いましたが、今のように地域でおやりになるのか、あるいは大都市圏だとか地方だとかということで、地方に行けば果たすべき役割が限定的になるでしょうから。そういう形になって徹底的に各病院のトップとディスカッションをして、果たすべき役割を明確にした上で、投資をどうするか、そういう投資をやって損益をどうするか等、コミュニケーションをする本部にしていくと、もう少し経営全体のレベルが上がっていくのではないかと思います。

○山本理事長

そこと繋がりますが、最後のところ、ちょっと時間ないですが、その先を考えていかないといけないというのが「JCHO未来ビジョン（仮称）」ということになります。真ん中の青い三角形が今までやってきたことで、各病院の努力と、それを本部が後ろから投資というかこぼれそうなところを支えてきたのが、この10年間本部の仕事であった。先頭を走って利益出している病院に対しては遠くから見守っている。それが結果として例で書いてある、これまでは57病院の単純合計での達成目標である社会的、財政的数値目標というのは、例えば救急車の応需率とか在宅復帰率。財政的数値目標というのは簡単に言えば収支率。それからそれぞれの地域で生き残れるかどうか、それぞれの病院で頑張りなさいねみたいなことを言ってきました。ただやはり、これだけではもう法人としての発展性、あるいは各病院の発展性も限界だろうということで上向きのシナジー効果としてこの病院群構想ということで、JCHOグループの知を結集してビジネス成長を図るということです。あと、下向きの組織ケイパビリティの強化ということで Cross-Hospital Team 構想と書いていますが、病院間の連携を強化することで、持続可能な組織ケイパビリティを再構築するということ。

最後のページですが、具体的にどういうことがここでできるのかということ、病院群構想としては先頭を走っている人たちに、ただ頑張っただけじゃなく、ピカピカ病院群ということでフラッグシップ病院らしい凄みの創出。ここはいくつかの拠点の中の基

幹を作る。そして、収支改善のベストプラクティスの開発という点では、先程の折れ線グラフで分かるように、収支が良いところとそうでないところと二極化していますので、ここはベストプラクティスを開発、それからこういうピカピカ病院であれば、医療DXもどんどん進めやすいので、この辺も集中的な投資をしていくということ。それから、地域の安心拡大アライアンスということでは、このような病院群でJCHO57病院、15,000床というのが実際の形ではありますけれども、これを例えば15,000床を1,000床の15病院という考え方もあるのではないかと、もちろんバーチャルですけれども、1,000床の15病院という考え方をすると、例えば医療安全なんかも、今600床規模の病院と百数十床規模の病院で同じような医療安全体制を組むのはおよそ不可能であります。こういうプラクティス病院の構想でその辺が埋めていけるのではないかと思います。医療関係ベンチャー、あるいはその下のビジネス拡大、治験の集約化とか、臨床研究などの推進ですね。これを大きい病院が小さい病院を引っ張っていくという形もあり得るかなと思います。あと、病院間の連携という点では右側のCross-Hospital Team構想では、病院間の業務標準化、それから経営ノウハウのナレッジマネジメント、業務ルールの簡素化など、あと組織・人員配置・役割分担の適正化、ここがJCHOとしてかなり問題の大きいところ。あと、人的資本、新しい病院の文化創造。これも病院によって非常に権威勾配が強くなってパワハラを起こしているとかあります。それから人事評価。ここもかなり職員の中での不満が強いところ。魅力ある労働条件、厚生福利、この辺は組織が大きいので割と上手くいっていますけれども、研修体制、人事異動とかですね。規模の割にはまだ十分に目が行き届いてない部分があるかなと思います。それからJCHO学会という別法人を持っていますので、この辺をもう少し教育あるいは研修というところに生かす必要性というを感じているところです。それからDXに関しては、もう業務のデジタル化は当然として、もっとその医療の効率化、省力化というところに、もっとこのデジタル技術を本当の意味でのDXをJCHOから進めていきたいと考えているところ。今までと何が違うかというところ、病院群構想ですね。フラッグシップをピカピカにすることで、JCHOという名前が出た時に全国でいくつかの病院が頭に浮かぶような形というようにして、その病院が他の規模の小さい病院の支援をするというような形を、今まであまり取り組めていなかったけれど、第3期にはこれをどんどん進めていきたいと考えています。

○大八木アドバイザー

先程見せていただいた12ページのシナジー効果。これがやはりJCHOが独立行政法人となっているメリットだと思いますので、要するに、グローバルヘッドオフィスの役割をこの中でどう付けていくかというところで、堀先生が仰るようにサンクションまで含めてもっと厳しくというお話がありますが、体制から言うと、ソフトパワーで指導権を取っていくという感じですかね、運営からすると。ただ、抜けていないかどうか実態は分

からないですが、一つはいろんな意味で横串で監視をするというポジショニングをどういう形で行うのか。それは管理という意味ではなくて、例えば通常の民間企業なんかの場合には、いわゆる内部統制班、内部統制部が必ずありますよね。監査部とか、あるいはその上に監査役みたいなのがいて、中には内部通報のシステムがあって、クリーンシステムで相当な件数上がってきます。そういうのは全体グループでどんな風にされているのか。

もう一つは、リスクをどんな風に分析されてそれぞれが運営されているのかなど。リスクというのも要するに、いわゆる地震があったらとそういうリスクもあるかもしれませんが、もっと経営的に見てリスク項目と頻度と可能性というか、そういうことをきちんとそれぞれの主体のトップが管理して、それをきちんと事前に報告して将来の危機に備えるとそこまでした上で、ソフトパワーで抑えていくということではないかなど。中央集権で強力にやっている事業もちろんあるし、いろいろそれが良いに決まっているのですかね。特にこの第3期はちょっと足りないと思いますが、転換期であるということは財務的にもそうなので、これを明確に発信してここからは違いますよというのは、本部で1,000億円ぐらいのお金を借りてくるわけですよ。この認識から見ても、転換期だというのは打ち出し、ここはすごく気を遣う必要があるわけですので、その上で、今こそ新しい制度とかやってくれ、ということをお願いするチャンスがあるということですね。ここは本当に是非お願いしたいと思います。

○屋敷理事

今の監視のポジショニングについてお話しすると、独法制度上の大臣任命の監事が2人。それと内部統制としての内部監査部がありますが、若干体制が弱い所であります。

○大八木アドバイザー

何人くらいでしょうか。

○屋敷理事

7人です。

○大八木アドバイザー

その体制では無理ですよ。まとめて作業されているのですね。

○屋敷理事

業務監査、会計監査と57病院のフォローアップで精一杯の状況でして、業務改善のみの吸取用紙みたいになっていて、それを企画に渡すということをしていけないのですが、その機能がちょっとまだ弱いというのは自覚しております。リスクマップについては、医療安全から投資の失敗、セキュリティとかですね。リスクマップは存在していま

すが、毎年改定をしていくという動きにはなっていないわけで、発生頻度が大変というのがありますが、頻繁に見直しをしている状況にはなっていない。そういう意味で内部統制、環境的には一応ありますが、少し弱い状況にある、そういう状況下になっているという考えであります。

○大八木アドバイザー

やっぱり年間1回ぐらいの見直しが必要ですよ。それと、もっとポートフォリオチャートで位置付け、いろんな角度からポートフォリオを作れるわけですから、そのチャートの中で明確に、自ら自分はこの格付けに入るところを見せられるじゃないですか。数字だけだと赤字ですとかそういう風になるので、こちらの概要のところいろんな目標値の評価項目がありましたけど、これに従って見ると、チャートの時にはこういう位置付けにと、見るだけで57病院パッと分かると思います。そういう区分がいるのではないかと、それが転換期で違うということ意識していただく、難しいでしょうけど。

○山本理事長

本当に込めた想いは転換するということ、10年はとりあえずこの組織バラけずに来たけど、これからは本当に社会の役に立つ病院群であるためにはどうするかっていうところが求められているのかなと思うので、やっぱり転換期であることは間違いないと思います。

永井先生いかがでしょうか。

○永井アドバイザー

これから地域連携が非常に重要になりますから、相当密接な協議で、いつも顔を合わせつつ、患者の紹介、逆紹介を進める。それと役割分担ですね。一朝一夕にはいかないと思いますけど、顔合わせをしっかりと行って頑張ってくださいと思います。皆手探りだと思います。でも、地道に勧めているところは上手くいっていますので、是非そうした病院群になって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。本部側の役員あるいはWebで参加の非常勤理事から皆さんにこれだけは伺っておきたいことはありますでしょうか。よろしいでしょうか。ありがとうございます。ちょうど時間になりましたので、今回も特に建設的なご意見多数いただいて勉強になりました。少しでも皆様のご意見を基に、少しでも良くなれるように努力して参りたいと思いますので、どうぞ引き続きご指導をよろしく願いいたします。ありがとうございました。

○西井課長

次回アドバイザーボードにつきましては、夏頃を予定しています。その頃、日程調整のご連絡をさせていただきますのでよろしくお願いいたします。

以上