

第12回香川県立病院経営評価委員会議事録

- 1 日時 平成28年9月27日（火）15:00～17:08
- 2 場所 香川県庁本館12階大会議室
- 3 出席者

【委員】

久米川会長、岡崎委員、佐柳委員、谷田委員、中野委員、真鍋委員
（以上6名）

【事務局】

<病院局>

松本病院事業管理者、和田病院局長、山本課長、池田副課長、大山課長補佐、
北内課長補佐、香川副主幹、来田副主幹、樋口副主幹、森副主幹、栗栖主任、
淵田主任、宮武主任、三野主任主事、入谷主任主事、國方主任主事

<中央病院>

太田院長、岡内事務局長、和泉事務局次長、野保事務局次長、宮下課長、
神内課長、稲田主任

<丸亀病院>

長楽院長、井上事務局長、下村事務局次長

<白鳥病院>

河内事務局長、福井事務局次長

4 議事録

事務局	(議題1について、資料1に基づき説明)
委員	資金収支は大丈夫なのか。
事務局	後ほど触れるが、累積の資金収支としては現在のところ大丈夫という状況である。
事務局	(議題2について、資料2、3に基づき説明)
委員	長期前受金戻入の額が大きいが、これはどういうことか。
事務局	長期前受金戻入は、26年度の公営企業会計の改正に伴ってできた収益科目である。これは、新会計制度において、償却資産にかかる補助金などの収入を負債計上したうえで、減価償却費見合いで、その年々に長期前受金戻入という形で収入化していく手続きになったものである。収益としては大きな額だが、実際の現金収入という訳ではない。
委員	これは、毎年こういう形で計上されるのか。
事務局	はい。
委員	経営会議は、どういうメンバー構成でどういう位置付けのものか。内部の会議であると思うが、どのレベルの話をしているか。
事務局	昨年度は10回開催したが、原則、毎月1回開催し、管理者、病院局長はじめ、私ども県立病院課のほか、各病院からは院長、事務局長、次長が出席し、主な項目としては、前月分の医業収支報告と情報交換をしている。また、その場において、県立病院間で情報共有しておくべき情報や依頼事項及び課題についても話し合っている。
委員	経営状況はそれぞれ努力されていると感じるが、どこも患者数が減る傾向にある。中央病院について、全体としては旧病院東駐車場の売却損云々の話がなければ、収支のバランスはとれていると思う。26年度は新中央病院ができて初年度の経過的なところがあつたと思う。27年度は入院患者数が少し伸び悩んでいると思うが、見通しをどのように考えているか。
事務局	今言われたように、今後、急性期医療を必要とする若い人や高齢者を含め、基本的には人口が減少するため、患者数が大幅に増えることは、まずないと思っている。もし患者数を増やすとすれば、ほかの病院と患者の取り合いということになるが、県立病院として周囲の病院と調和を図るなか、患者数は今後も少しずつ減っていくと考えている。病院の経営としては、関連病院や近隣病院と協力しながら医療機能分化を進めることにより、急性期病院として患者数は増えないにしても、入院単価を上げ、経営状況を改善するのが今後の方向性ではないかと考えている。
委員	3点聞きたい。資料4の実施状況について27年度の欄に「×」がいくつも見受けられる。診療部運営委員会の機能強化であるとか、例えば、11頁のNICU(新生児集中治療室)の設置準備が「×」となっているが、これまでも検討していて今回は「×」であるのは、どういうことか。

事務局	NICUの設置準備については、新中央病院の整備計画として場所は確保しているが、小児科医と産科医の人材確保ができていない。現在、準備をしているが、できれば来年度くらいにはオープンしたいところではある。
委員	過去年度が「○」であるのは積極的に準備していたからか。
事務局	平成24年、25年度の頃は、まだ新中央病院の整備中であり、なんとか医師が確保できてオープンできると考え、準備状況に「○」としていたが、蓋を開けてみれば医師が集まらず、その状況がはっきりしてきたので「×」とした。
委員	今回の資料は年度推移の欄があり、分かり易かったので、来年度もお願いしたい。
委員	2点目。丸亀病院のインシデント報告件数は、27年度の見込みで、かなり減っており、年度推移から見ても計画指標から見ても減少している。インシデントの量は、質の問題や、看護師からの報告だけではなく医師の報告も重要になってくると思うので、多ければいいというものではないと思う。しかし、今後の中期実施計画の指標に、インシデント報告件数があり、今後も重要視していく意向だと思う。その意味で、丸亀病院で今回減った理由と、実施計画では右肩上がりで報告数を増やすことになっているが、どのように考えて数値を設定したのか、2点、説明いただきたい。
事務局	以前は紙で書いていたところ、電子カルテの導入に合わせて、インシデント報告もシステムを導入したことで、新しいやり方に慣れるのに時間がかかったことも原因と思われ、今後、操作マニュアルの改訂などを行う予定である。インシデントの報告件数については、ずっと右肩上がりではなく、妥当とされる件数があり、この件数に近づけるよう報告数を増やしていく計画である。
委員	最後に、患者満足度調査について、これも中期指標で主要な指標となっているが、調査は3病院すべてで実施されているのか。中央病院には記載があるが、その他2病院でも実施されているのか。
事務局	3病院すべてで実施している。共通の調査項目で実施している。
委員	残り2病院の結果は、どうだったか。
事務局	県立病院全体の満足度が85%である。先ほど報告した中で低調だった、例えば食事については、味付けなどでやむを得ないところもあるが、一般病院である中央病院や白鳥病院では満足度が低く、丸亀病院では高いといったような、病院による特徴はみられる。
委員	85%は県立病院全体の結果数値であった。私の読み間違いにつき、失礼した。確か、昨年、アンケートの回答項目にやや満足を入れたので、60%台から急に上がったということがあった。重要な経営指標になると思うので、この中期が始まったこのタイミングで、継続して使えて、3病院の特徴がつかめ、アンケートとして有用なものとなるよう検討した方が良く思う。
事務局	検討したい。

委員	資料全体に、なんとなく言葉の揺らぎがある気がする。資料4の実施状況ではBSC（バランススコアカード）に取り組んでいるとあるが、取り組んでいるのであれば、資料のとりまとめに使うとよい。たくさん取り組みをしているので、これはこれでいいが、経営のストーリーの骨格を示すのに、BSCは非常に有効な方法である。また、経営技法としてベンチマークという言葉が出ており、材料費をベンチマークするとあるが、これはどこの病院をベンチマークしているのか。
事務局	一番大規模な中央病院において、ベンチマークを活用した検討をしており、一番取り組みが進んでいる。その中央病院のSPD（物流管理）委託業者が全国規模であり、そこが持っているベンチマークと比較している。
委員	何が言いたいかという、経営技法としてベンチマークを用いる場合、相手方を特定するのが通常である。つまり、どこの病院を丸ごと真似するかである。病院によって、運搬する経緯も違えば、数量も違えば、あるいは買入時期も違えば、購入条件も違う。ベンチマーク技法は、あらゆる条件を真似することから始まるため、どこの病院をベンチマークするかが非常に重要なポイントである。全国平均と比べてというのはベンチマークではなくて、ただの比較である。経営技法としてのベンチマークは、定義に揺らぎがある言葉であるが、実はもっと立ち入った深いものであり、ベンチマークをしているという表現が全体をぼかしてしまっている気がする。県内の公立病院でも、いろんな比較をしている。例えば、肺炎患者に対する治療と材料の関係、在院日数との関係、リハビリへの介入はどうか、先週は心不全について丸ごと比較した。これが非常に実効性のある方法として進めているが、そこを連携してもよいのではないか。この報告を見ると、とにかくいろいろやっている、これは凄いなと思うが、全体の表現の仕方やまとめ方をもう少し工夫した方がよい。
事務局	BSCについては、残念ながらというべきか、全体の取り組みではなく、現在のところは看護部での取り組みである。BSCを最初に紹介いただいた際は、経営などに関してもBSCに取り組もうと始めたが、なかなか浸透せず、現在のところ、看護部だけが進んだ取り組みをしている。経営に生かせず、私自身も残念に思っている。 また、ベンチマークについては、今、紹介いただいたような指摘があるが、それらの病院と比較した場合、われわれが持っているような全国的な平均との比較と結果は、どのように異なってくるのか、教えていただきたい。
委員	各病院で異なる。同じ病気であるにもかかわらず、診療情報管理士がある程度の精度で分類しているにもかかわらず在院日数は大きく異なる。あるいは、DPC（診断群分類）の同じ十数術であっても、疾病分類の比率については、病院によっても異なるし、患者の年齢層がほぼ同じであっても異なる。では、この違いはいったい何かということになる。全国平均では単純に日数などの比較はできるが、それ以外

	<p>の比較であるところの、患者を取り巻く常勤医師の関わりやリハビリの介入、そういうものは全国平均では残念ながら見るツールはない。これは医療と経営をミックスする話であるが、少なくとも地域医療の2次医療機関として存在している公立病院、地域の医療水準を維持しよう、あるいは向上していこうという同じレベルの想いのある公立病院として、お互いに比較するものである。決して、医学水準で比較しようとか、医療水準より高いレベルで議論を進めているわけではない。地域の水準として、香川県のレベルとして、考えようという取組みである。</p>
事務局	<p>つまり、確かに地域は少し違うけれど、条件としては同じだろうという前提なのか。</p>
委員	<p>前提は明らかに違う。例えば、高松市民病院は都市部、さぬき市民病院は白鳥病院と似た環境、坂出市立病院は中讃のコンパクトな急性期病院である。これらは異なるが、患者の病気は同じだろうと想定する。そして、どう治療するかについて、ある程度、標準化を求めていくのが現代の医療の流れだろう、ということで比較をしあっている。</p>
事務局	<p>今後の地域医療計画、あるいは地域包括ケアシステムができあがる段階で、在宅の受入れがどうなるかで、おそらく在院日数などは変わってくると思われるが、それらを含めての検討ということになるのか。</p>
委員	<p>今後のテーマとしては、政策事業に対して政策経費がどれだけかかり、それに対しての成果は何かを明らかにしていくこと、それぞれの病院で税金が投入されているので、税金投入に対して経費は対応しているのか、もらいすぎではないのかという話もあれば、足りないかもしれない、ということ、はっきりさせようという動きもある。ぜひ参考にさせていただきたい。</p>
委員	<p>中央病院は再びDPCⅡ群病院に戻ったのか。また、27年度 of 取組みに認定看護師があったが、看護師については特定看護師の制度が昨年から動いている。特定看護師については、いろいろ受け止め方があると思うが、どのように取り組んでいるのか。超高齢化社会になってきて、医療の現場において、すべて医師が絡むのは難しくなってくる。</p>
事務局	<p>詳細については把握していないが、看護部において検討を始めていると聞いている。</p>
委員	<p>特定看護師については、研修を特定行為の全体ではなくそれぞれ個別に行うため先の長い話ではある。県内の取り組み状況は分からないが、県立病院が何らかの考え方を持つ必要があると考える。</p>
事務局	<p>おそらく、まずは在宅医療で必要になってくるのではないかと考えている。</p>
委員	<p>在宅医療で特定看護師が一人で出ていく、という想定もあるが、もう一つは大病院での役割もあると考えている。</p>
事務局	<p>医師の負担軽減などの面での必要性はあるため、具体的にはどのような方向性になるかは分からないが、今後、お話いただいたように検討はしていきたい。</p>

委員	特定看護師についてはなかなか大きな問題を含んでおり、医師会としても非常に難しい問題である。誰が責任をとるのか、責任をとらないとおっしゃる先生方もいて、それは違うだろうという話もある。
事務局	(議題3について、資料5、6に基づき説明)
委員	平成32年度に経常収支が黒字になっているが、最終年度に急に改善しているが、改善の要因は何か。
事務局	ご指摘があった収益的収支の最終年度での改善の理由については、1点目として、新中央病院の整備に伴う器械の減価償却が終わり、31年度から減価償却費が減少する見込みである。また、2点目として、退職給付費については、32年度あたりから減少する職員構成であるため、そのような見込みである。一方、収入については、5年間では難しい部分はあるが、目標として、未稼働病床の稼働や診療単価の増などによる収益の増加を32年度に見込んでいる。
委員	よくわかった。ただし、中央病院の収支計画5頁の病床稼働率について、平成28年度は90%、その後90%を維持する数値になっている。入院単価は、診療報酬の改定があるために先が読めず、5年間、計画どおりにいかない部分があると思う。状況次第では、途中で計画を変える必要がでてくると思うが、現行の計画では順調に伸びる計画になっている。入院単価が高い急性期の病院として、病床稼働率はこれくらいが当然だろうと言われている90%であるが、これがなかなか難しい。28年度は既に半年終わっているが、病床稼働率の状況はどうか。
事務局	正直なところ、少々難しいと思っている。予想以上に平均在院日数が短縮しており、結果、病床稼働率が低い値になっているのが実情である。5年間90%を目標にしているものの、稼働率をあげるためにわざわざ在院日数を伸ばす事を考えていないため、見直しが必要かもしれないと考えている。
委員	数字上は、とりあえず計画をたてて実行していく必要があると思うが、私の意見としては、入院単価をある程度高くして、病床稼働率を維持しようと思えば、もう少し救急に取り組んでいく必要があるのではないかと。計画の救急車搬入患者数は28年度3,500人が32年度3,700人になっているが、地域において重症で単価が高い患者がいた場合、そのような患者の中で中央病院に任せたいのは、おそらく救急ではないかと思う。そのあたりをもう少しある程度実績として取り込んでいければ、病床稼働率の目標も達成できていくのではないかと。 また、白鳥病院から地域包括ケア病棟の取り組みについて説明があったが、私もそういう方向でしっかり取り組めば、入院患者数が増え、良いのではないかと思う。先ほどの説明では医師不足ですべて処理しているように聞こえたが、医師が足りないと言え、だいたい言い訳になってしまう。ニーズがあるところに医師が集まるし、当然、収支もできあがってくるので、ニーズを作り上げる必要がある。白鳥病院の使命は、地域の中での他の医療機関と連携しながら、直接的にまたは様々な事業体と一緒に訪問看護などを行い、地域のニーズに対応し

	た病院機能を整備していくことであり、それにより接着剤のような役割を果たしていけるのではないかと思う。地域包括ケア病棟はその後ろ盾みたいなものであり、医師が不足していても、例えば特定看護師を活用するなど、やり方はあると考える。
委員	2025年にむけて地域医療構想の目標値を国が出している。県立病院は、一番しわ寄せがくる施設だと思うが、中央病院としては将来的に、その病床機能をどのように考えているのか。
事務局	正直なところ、地域包括ケア病床も欲しいところが、周りが許してくれないかなと思っている。基本的には、高度急性期と急性期であり、高度急性期の割合を今の10%足らずから、20%程度まで増やしたいと考えている。あとは近隣病院との連携を深めることが、中央病院の生き方であると思っている。
委員	わかった。中央病院で地域包括ケアは、おそらく取れないだろう。
委員	計画の2頁を見ると、累積欠損金はどこまで積みあがるのかと心配になる。また、単年度では資金がまわっているのか。既に積みあがっている累積欠損金についても、その内訳がいったい何かを把握しているのか。おそらく政策事業をするために様々な設備投資をしてきた結果、あるいは厚めに人材を集めた結果が累積欠損金になっているという説明が大部分になると思う。保険診療から県立病院らしい医療を除いた部分で収支を合わせた結果が、累積欠損金の原因になっている訳ではないとは思う。ある程度前もって示しておかないと、指摘されてからでは言い訳にしか聞こえないので、早い段階で政策事業部分の切り分けや累積欠損金の内訳について準備されておいた方が良い。一回話題に取り上げられると、どうしても感情的な議論になりかねないので、できるだけ早く取り組まれたらと思う。
事務局	各病院はそれぞれ一般会計繰入金、税金の投入を受けて運営しており、どの一般会計繰入金でどれだけの金額が使われてどれだけの成果があったかについて評価できるようにと、昨年度も先生からご指摘いただいた。しばらくいろいろ考えて、どのように切り込んでいったらよいか、なかなか分からず、そのままになってしまった。先生、いろいろな意味でご指導いただければと思う。 また、累積欠損金については、例えば今は中央病院に吸収しているがん検診センターや旧津田病院の累積欠損金についても、そのままになっており、早急に処理方法を考えていきたい。
事務局	今、説明があったとおりであり、まさにおっしゃるとおりである。これからそういう部分をよく分析し、実際の議論を進めていかなければならない。いろいろアドバイスをいただきたいので、よろしく願いしたい。
委員	中央病院の入院単価については、6万円、7万円台というのはある意味、安すぎると思う。高度急性期医療のカテゴリー1日あたり3千点以上というのを、ある公立病院で分析した際、3千点以上の平均点数が1万7千点であった。これは何を意味しているかと言うと、国が

	示す高度急性期医療の基準に大した意味はないということであると思う。入院当初に短期集中的に難しい病気を治療するという県立中央病院の大きな方針からすれば、この計画の金額は、かなり抑えた金額ではないかという気がする。だからこそ、病床稼働率90%なのかもしれないが、そのあたり実態をどう表現するかを、計画本文の中に沿ってつくった方が理解しやすいと思う。
事務局	現実には、急性期患者の単価は、計画より遥かに高いと考えている。現在の入院患者には、回復期から慢性期に近い患者が混在しているのも事実であり、病床機能の観点から、転院を促すことを含め、そのあたりをどう整理するかにより、結果的に単価が上がることになると考えている。慎重に考えたい。
事務局	現在のところ、単価は7万円を超えて段々と上がっているので、計画の修正については、年度単位になると思うが、実施できるよう期待をしているところである。
委員	一般人として医療を受ける側からすると7万、8万は高すぎると思う。10万超えたりすると、自己負担が大変であり、そのあたりの兼ね合いは難しいかなとは思っている。
事務局	(議題4について、資料6に基づき説明)
委員	2点。経営目標の中にも文言としてある医薬品などの価格交渉について、公営企業として公平性と透明性が求められるところであるので、公平性と透明性の確保にも留意していただきたい。 また、看護師の採用について、私が看護学校で教鞭をとっている関係で、4年生から、最近の就職の説明会は給料と休みのことばかりで面白くないと聞く。自分たちがもっと聞きたいのは、病院の理念の話とかであるという。理念は飛ばして給料や休みの話をする病院が、公立病院で結構あるらしい。そういうのはもう結構であり、理念から現実をどう想像していくかについて聞きたいとのことである。看護学生の方がずっと上を行っているというか、そのようなことがあるので、県立病院はそのようなことは既にないと思うが、参考になればと思う。
委員	若い看護師が出産すると実家のお母さんたちがものすごくお手伝いしてくれたりするが、やはり院内保育所の充実や子どもを持って働きやすい環境について、考えてあげてほしい。夜勤などがあって大変で、本当は長く勤めたい優秀な看護師がクリニックなどに移ると聞く。看護師の職場として、充実した職場をつくってあげてほしい。
事務局	われわれのところの看護部もそれを強く望んでおり、今、うちにも保育所があり、週1回だけ夜間保育をしているが、夜間保育の充実と病児保育への対応ができると安心して働けることから、病院局に強くお願いをしているところである。
委員	安心安全が一番だと思う。中央病院の実施状況の98番について、研修はとても素晴らしいと思うが、欠席者に対しては資料の回覧を行ったという、この部分が非常に気になる。本気でというのも失礼だが、こういうところもしっかりやっていただきたい。

事務局	<p>外部から講師を招いての1回講演のようなものについては、ビデオや資料の回覧で終わってしまうが、TeamSTEPPS（医療従事者のためのエビデンスに基づく定式化されたチームワーク研修プログラム）のようにグループワークが実際にあるものは、開催時期を変えて毎年開催し、すべての職員が実際に参加できるように配慮している。</p>
委員	<p>看護師の職場環境について、私も同じ働く女性としてお願いしたい。</p> <p>また、現在、有効求人倍率が高いことはご存じと思うが、香川は特に高く、一般的な民間企業では、今、新規採用を頑張るよりも、離職者を減らす方向にシフトしていると聞く。その方がコストもかからないと言われている。当初の説明で56名新規採用の39名退職、その39名の退職の理由は分からないが、退職をできるだけ食い止めることが必要である。人口が減ってきているなか、雇用対策として離職者を減らすことにもぜひ力を入れていただきたい。目標にもワークライフバランスがあり、とても良いことだと思うので、よろしくお願いしたい。</p> <p>それから、売却予定の遊休資産はまだ残っているのか。確か、旧津田病院であったと記憶しているが。</p>
事務局	<p>確かに、旧中央病院関連の売却は終えたが、旧津田病院の跡地と医師公舎、丸亀病院の老朽化した医師公舎が残っている。それらを処分していくことが、われわれの今後の課題の一つであるものの、昨今の不動産需要のなかで、現在のところすぐに売却云々というのは難しい状況であるため、鑑定評価の取り直しなど、できる準備は進めているところである。</p>
委員	<p>今後の医療状況を考えると、収入を右肩あがりに増やすことは難しいと思う。費用をどのように下げていくかを考えていく必要があるので、そういうところも考えていただきたい。</p> <p>また、ここ数年、赤字が続いているが、赤字であっても各病院の存在意義がある分野にしっかり取り組めていれば、それほど文句は出ないと思う。民間病院と同じことをしては存在意義がなくなる。中央病院であれば、立地条件からして、小豆島など離島の救急に取り組んでいただきたい。夜間はヘリコプターが飛べないならば、船で病院に横着けできるのだから、離島の救急に取り組んでいただきたい。丸亀病院は精神科の救急にどうしても取り組んでいただきたい。白鳥病院は、東讃地区での地域拠点病院としての役目をしっかり果たしていただきたい。そのような重要なポイントは逃さないようにしてほしい。</p>
会長	<p>他にないようであれば、以上で本日の議事を終了する。</p>