

第14回香川県立病院経営評価委員会議事録

- 1 日時 平成30年10月2日（火）14：00～16：20
- 2 場所 香川県社会福祉総合センター 7階 第1中会議室
- 3 出席者

【委員】

久米川会長、岡崎委員、佐柳委員、谷田委員、中西委員、真鍋委員、和田委員
（以上7名）

【事務局】

<病院局>

松本病院事業管理者、木村病院局長、遠山課長、近藤副課長、塩田課長補佐、
山本課長補佐、棚田副主幹、来田副主幹、起副主幹、森副主幹、淵田主任、
宮武主任、川田主任主事、小野主任主事、入谷主任主事、三好主事

<中央病院>

太田院長、岡事務局長、国土事務局次長、宮下事務局次長、六車課長、
黒川課長、川元専門副主幹、藤井主任

<丸亀病院>

長楽院長、地下事務局長、下村事務局次長

<白鳥病院>

永瀬事務局長、木原事務局次長、國方主任主事

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	中長期計画なので、計画とずれてくることがある。見直しの概要も一つ一つ尤もである。一点目に「増大する薬品費や診療材料費と見合いの収益」とあるが、増大する薬品費は、費用と対象者をどの程度見込んでいたのか。
事務局	正直、将来的にどうなるかはなかなか分からない面があるが、従来の計画では使用を抑えるという方向性で策定しており、費用も抑えるが収益もさほど伸びないという推計をしていた。そこは実際の傾向と大きく異なっていたので、費用を増やすと同時に見合いの収益も増やした。推計は、過去の伸び率が同様に推移するとして見込んだ。
委員	二点目の「人員不足により遅れている病床の稼働について、稼働のための増員による給与費の増加、及び稼働による収益の増加を反映した。」であるが、具体的にはこの病床はHCUでよいか。
事務局	そうである。
委員	HCUは、開設する前提で計画が変更されているが、開設に向けた人員の確保はできているのか。
事務局	はい。平成29年度の採用で一定の看護職員を確保でき、平成30年4月から看護師の新規採用者が75名確保できたため、準備を進め、9月に運用を開始した。なかなかフル稼働とはいかないが、徐々に増やしていき、今年度下半期は、一定の収益が確保できるのではないかと考えている。
委員	HCUに関して、中央病院の県立病院らしさはICU、HCU、救命救急センターなど、高度な医療や3次医療でないか。人員不足という理由で、最優先の機能の立ち上がりが遅くなるのは、釈然としない。真っ先にそこを開始して、他の一般病棟はその後でいいのではないかと思う。当時、戦略的に、病院経営のなかで優先順位を付けていくという議論がなされたのか。今後、ぜひ県立病院のあり方と直結した経営のプロセスを踏んでいただきたい。
事務局	HCUは、新病院ができるおおよそ4年前、今から10年前に計画された。開院までの経過を辿ると、旧病院ではICUが8床、救命救急センターが26床あり、3次救急を担っていた。当時、ICUの稼働率は100%に近かったが、救命救急センターが常時満床という状況ではなかった。また、一般病床は631床あったが、新病院では、病床を減らしたため、各診療科で同じような診療ができなかったこともあり、HCUは少し経過を見てから開設することとしていた。 現在もHCUを開設しなければ3次救急医療機関として患者を収容しきれない状況になるかというところでは、そこまではないが、今後も重傷患者を増やしていかないといけないということがあり、この度、看護師をようやく確保できたので、HCUを開床することになった。今年度の診療報酬改定では7対1が細分化され、一般病棟にも重傷患者を収容しつつ、HCUを稼働するための病床管理が必要とな

	<p>り、HCUの開床が遅れたということもある。</p> <p>今後、HCUを開けた以上は、それに見合うだけの機能を発揮すべく、重症の救急患者の入室や、術後の難しい患者、長期の呼吸管理が必要な患者を積極的に収容していきたい。</p>
委員	<p>増大する薬品費や診療材料費とあるが、診療材料はある程度、在庫が必要かと思うが、注射薬は使う日が決まってから注文するなど、なるべく在庫を抱えない対策はしているか。</p>
事務局	<p>今、指摘があった薬品の在庫管理について、できる限り効率的に行いたいと考えており、取組みを行っているところである。</p>
委員	<p>高額な薬剤といえば、ほとんどが抗がん剤だと思うが、計画的に使う薬であり、必ず在庫を持っておかなければならないようなものではない。計画的に何月何日にとというのが分かるはずなので、それから注文していけばよいと思う。</p>
事務局	<p>委員の指摘のとおり、当然、使う患者が決まって、治療計画を立てて購入している。手術の際に使う特殊な抗がん剤があるが、患者が決まって、これを必ず使うという段階になって持って来てもらうよう、できるだけギリギリを目指してやっている。</p>
委員	<p>薬に関して、最近、厚労省や中医協の方と話す機会があったが、やたらと費用対効果のことを言っている。費用対効果とは何かというと、高額な薬品を使って治療をするところまでは従来どおりであるが、それが効いたのか効いていないのか、そこまで見ていこうということである。</p> <p>このような流れのなかで、県立中央病院として薬品を評価するような仕組みがあるか。これからでもいいが、仕組みを作ろうとしているか。ある薬品を導入するエビデンスは世の中に溢れているが、導入後、すなわち臨床後に、治験レベルとはまた異なって、より患者の個別性にも配慮したような薬の効果についての評価を今後されていくのかどうか、伺いたい。</p>
事務局	<p>おそらく、いくつかの段階があり、診療科レベルの話と、病院としてデータを求めるかどうかという話と、国レベルの話があると思う。国レベルにおいて、効果はあるが費用対効果から見るといくらかで計算するかという議論は必要だとは思う。</p> <p>そのうえで、今、病院全体として効果についての取りまとめはまだ出来ていないが、当然、使用している診療科の医師は、患者ごとに治療成績の評価を行っている。それを病院としてデータをまとめるかどうかについては、実は難しいと考えている。</p> <p>もう一つは国全体として、ある薬のある疾患の治療に使った結果の効果について、イギリスなどでは国民と一緒に議論しているが、日本はやろうとしてちょっと頓挫しそうな状況に見える。命に値段を付けて評価をするというのは、今後必要かとは思いますが、日本では少し難しいのかなと個人的には考えている。</p>
委員	<p>議論になったのは、医学の世界での効果と、患者の実感として効く</p>

	<p>かどうかという社会学的な評価の仕方と、今、どちらに重心が移ろうとしているかである。巨額の医療費を考えたとき、患者の立場に立ったとき、効いているか効いていないかについて、これまで何もしてこなかったのが実態で、従来のビッグデータよりもさらに精緻なデータを集めて評価ができないかということは今考えているようである。これは病院経営に関わる話であるので、ぜひ検討いただければと思う。</p>
事務局	<p>今後、病院として高額な薬品や材料を使った治療が、どのように伸びるかは非常に大事なことである。</p> <p>例えば、ダヴィンチ手術の診療材料費やオペジーボに代表されるような薬品費の伸びは、概ね年々一定の割合で伸びている。そのようなことを勘案して、先ほど回答したとおり計画の材料費を見積っている。</p> <p>手術数は、病院のキャパシティー上の制限があるので、今は少し伸びているが、ある一定のところでは留まるのではないのかと思う。</p> <p>しかし、薬品費の伸びについては想像がつかないところがある。土曜の日経新聞に掲載されていたが、1回の治療で5千万円もする薬剤が出てきて、全ての患者に使うとなると、とても保険制度が持たないと思う。オペジーボの値段は下がってきているが、まだ高額であるし、この薬品に関しては、もう10年近く生存している肺がん患者がいるので、一定の効果がある以上は使われるのではないのかと思う。</p>
委員	<p>国全体でまとめるのは別として、せっかく使うのであれば、基礎になるのは臨床データであり、数が少なくとも大きな病院で集めれば見えてきたりするのではないか。本来、この問題は、社会全体で考えるべきテーマであり、香川県民の命と医療費とのバランスするような問題であると思う。中央病院は公立病院を代表する医療機関でもあり、データに関しても先んじて出していただけるよう努力していただきたいと思う。</p>
委員	<p>そういう問題もあって、がん拠点病院のシステムが作り直されている。</p>
事務局	<p>(議題2について、資料2に基づき説明)</p>
委員	<p>材料費が増えたからと言うが、材料費は収益で吸収しているのではないか。使用効率が100%以上であれば特に問題ないわけで、いかに高額な薬品を使おうとも保険請求ができていけば、取り立てて問題にするようなことではないのではないか。</p> <p>むしろ、経費の部分で収益化に結びついていないものが存在しているのではないか。それが、政策的に必要なものかどうか説明することの方が、大事ではないか。</p> <p>白鳥病院で電子カルテの話があったが、これはひょっとするとオーバースペックのものが入っているのではないか。収益化できるものと収益化できないものと、そのうち政策的に必要なものかどうかの切り分けが分かりにくいのではないか。</p>
事務局	<p>そのとおりで、診療材料の収益も増えている。</p> <p>損失は、昨年度に比べ、4億5千万円ほど増加したが、土地の売却</p>

	<p>や過去の診療報酬に関する特別損益の影響が3億5千万円ほどあり、これを除くと約1億円の損失になる。この部分については、診療材料というよりは経費の増で考えるべきでないかと分析している。</p>
委員	<p>あまりに材料費や薬品費のことを前面に出すと、医業が委縮してしまう気がするが、県立中央病院の医療機能からすると、相当高額なものを大量に使うのが前提の医療だと思うので、それが収益と結びついているのであれば、医療費はかかるとしても、経営的にはかえって良いのではないかと。</p> <p>そこは考え方の問題で、収益と費用を切り分けてしまい、収益を増やして費用を減らそうとすると、本来収益に直結しているような費用までも削ってしまい、ブレーキがかかってしまう懸念がある。</p>
委員	<p>収入が100増えれば、材料費はいくら増えるか。</p> <p>こちらの材料費比率は3割なので、1億円の収益があれば、材料費は3千万円の増加までは変動費であると言える。しかし、今回は5億の収益増に対して、材料費が3億4千万円であり、6割～7割増えている。なぜ材料費比率を超えて材料費が増えているのか。</p> <p>おそらくオプジーボのような高額な薬と外来収益について、もう少し細かな分析をしないと分からないのではないかと。そこをもっと分析していく必要がある。</p> <p>また、経費については、修繕費以外は固定費であり、収益が増えても減っても必要となる費用である。しかし、委託費が増えたというので、なぜ増えるのか気になった。</p> <p>増える理由はあるのか、どの委託費がどれだけ増えたのか、業者の言いなりになっているのではないのかなど、もっと確認する必要がある。</p>
事務局	<p>まず、材料費については、詳細な分析は出来ていないが、例えば、中央病院では心臓弁でTAVIの手術件数が増えている。この手術は、高額な材料である心臓弁を使っており、材料費が相当かかる。従来の開腹手術に比べ、手術の手技料は相当低いが、その分材料費は増える。よって、診療報酬に占める材料費の割合は、この手術であれば従来60%程度であったものが、心臓弁では90%を占めるようになっており、さらに材料費は1件400万円以上するので、非常に利益率が低い。患者にとっては低侵襲であり体への負担が少ないが、最新の手術をすることによって、逆に儲けが少なくなる例がある。</p> <p>これについては、材料価格の交渉もしているが、報酬額に近いところまでしか交渉がなかなか進まず、消費税も8%あるので、儲けはほとんど残らない状況となっている。この手の手術件数は増えていることもあり、材料費の高騰につながっており、収益の伸びが材料費に比べ、あまり伸びていないということに繋がっている。もう少し調べてみる必要があると思うが、こういうものが例として挙げられると思う。</p> <p>次に、委託料の増加については、指摘のとおりである。委託料のなかでも人件費的割合が多い経費について、これまで抑制してきたが、昨今の人手不足で値上がりしたということである。交渉はしているが、</p>

	最低賃金の上昇も含めて上がっているということであり、ベッドメイキングや清掃業務など、人件費的部分が多いものの影響が大きく、平成28年度に比べ、委託料が増加した。
委員	<p>人件費については、前回も述べたと思うが、とにかく中小企業においても人手不足は深刻である。小売業では、郊外型と都市型に分けた場合に、郊外型は特に人が集まらない。しかも、最低賃金は上がってきている状況である。今年は当社でも、様々なメディアに社員募集を載せ、沖縄から採用した。それほど深刻である。沖縄は直行便が飛んでいるので来てくれて、入社いただいた。</p> <p>前回も述べたが、香川県には県立保健医療大学があるので、その連携が大事ではないかと思うが、もう一つ欲を言うと、すごく不便なところに県立保健医療大学があるように感じる。もう出来てしまったものに文句を付けてはいけませんが、夜歩くのが怖いようなところにあり、中央病院の跡地のようなところに学校がもし出来たら、もっともっと学生など勉強したい方が集まると思う。</p> <p>足りない、足りないと言うことも大事であるが、学校を作って、人を育て、香川県の優秀な方を育てていくということに目を向けていくことも大事なのではないか。これは病院局ではなく、知事部局に言うべきことかもしれないが、医療は専門職からなるので、どうか学生を育ててあげてください。</p>
委員	良い意見である。病院跡地の利用はまだ決まっていないのか。
事務局	決まっていない。
委員	ベッドメイキングは看護の基本だと思う。看護部長はこの場にいなくてもいいかもしれないが、委託したのは、委託業者の方が上手だという評価の結果なのか。委託業者の方が、上手に効率的にベッドメイキングしてくれるということなのか。
事務局	先ほど説明不足だったが、洗濯とベッドメイキング業務ということで、洗濯と合わせて委託に出している。
委員	洗濯は洗濯業者の方が、プロであり、出した方が良く思う。掃除もおそらく清掃業者の方がいろんな清掃技術を持っていると思う。一部だけつまみあげることになるが、ベッドメイキングはどうなのか。委託の見直しの際、そのあたりも考えて、委託を選択されたのか。
委員	<p>外部業者への委託が本当に得なのか、自分たちでできないのか、根本に戻って考えないと、人手不足で経費が上がっていくばかりになる。掃除であれば、裏動線も全部毎日する必要があるのか、表動線は毎日、裏動線は2日に一回、3日に一回で良いのではないかと、面積あたりの単価をどう低くしていくかなどを考えないといけない。他の委員の話ではないが、なぜ看護師がベッドメイクしないのか。</p> <p>例えば、エアラインではこれまで委託していたフライトアテンダントを全部自前に替えた。サウスウエスト航空、ピーチもそうだったと記憶している。さらに乗客の満足度を上げるために早く到着し、早く出発するなど、外部でなく自分たちでどこまで出来るのか再度細部ま</p>

	<p>で見直すことが、大事なような気がする。</p> <p>また、看護師の人手不足について、7対1をどう確保していくかという議論が各地であると思う。ある大学病院に聞くと、7対1の維持対策として、手術室に看護師は配置せず、すべて病棟に上げたと言う。手術室はどうしているか尋ねると、すべてMEが対応しているとのことである。それはそれで一つの考え方かもしれないし、医師の文句は出るかもしれないが、外来は看護助手にし、病棟に看護師を配置するという方法もある。いずれにせよ、単に人手不足だから外部からもっと看護師を入れようという議論とまた違う方法で、他の事例なども研究して、効率的に運営したらいいのではないか。</p>
事務局	<p>十分な回答になるか分からないが、まず、費用対効果については、常に念頭において取り組んでいる。清掃の委託費が上がったことについては、当院の事情がある。一点は先に説明があった人件費の上昇であるが、もう一点は、平成28年度に感染症病棟が出来て、清掃の範囲が広がったという事情もあり、一定費用が膨らんだことを補足しておきたい。</p> <p>また、ベッドメイキングについては、当院は急性期病院であり、入院から退院までの時間が非常に短く、午前中に退院した後、午後からすぐに患者が入ることがよくある。そのような場合、本来、委員の指摘のように看護師でベッドメイキングを行う方法もあるが、急性期の7対1のなかで、患者に相当付きっきりということもあり、午前と午後でのベッドメイキングが非効率になるので、委託している事情もある。</p>
委員	<p>事情はよく分かるが、7対1の機能を発揮するためということであるが、6対1にして委託料を減らしたらどうかという議論をされたのか。要するに診療報酬にとられすぎて、診療報酬をとにかく最大化するというような看護師配置にすることで、かえってロスが増えているのではないか。6対1にしてベッドメイキングを含めて看護の基本的な業務をする方が良い場合もあるかもしれない。そういう議論がなされたかということであり、ぜひ検討いただきたい。</p>
事務局	<p>逆に伺いたいのが、ベッドメイキングは看護師の行うべき仕事かどうかである。今の働き方改革のなかで、負担軽減が盛んに言われているが、こういった業務の軽減がまず対象になるのではと思うが、一般的にベッドメイキングは看護師の仕事ということになるのか。</p>
委員	<p>家族が昨年入院していた時、看護師がベッドメイキングをしてくれた。掃除は掃除専門の方が来ていたが、ベッドメイキングは看護師がしてくれた方が安心である。実際の経験から、看護師がベッドを直すだけでも来てくれたら、短時間でも安心するものだ。</p>
事務局	<p>その意見も当然あるだろうし、おそらく看護助手がしていたと思われる。私がいろいろ聞くなかでは、急性期病院ではベッドメイキングは正規の看護師でない方がされていることが多いと思う。</p>
委員	<p>看護業務をかなり医療サイドに偏らせているというのは、ここ15年から20年の話のように思う。私は看護師ではないが、私が聞いている</p>

	<p>のは、看護の基本のなかにはベッドメイキング、ガウンテクニックや、空気の流れや光の調整など、患者の前で看護師が動くことによって、患者の療養環境がより良くなっていくということが基本であると思う。結局、他の委員も言っているが、それぞれの職種が持っている原点に立ち戻ってみることで委託関連が少し整理できるのではないかと思う。この十数年間、経営優先で相当複雑な損得勘定が絡み合って、かなり複雑になってしまっていると思うので、お薦めする。</p>
事務局	<p>委託業務については、見直ししないといけないということで、委託業務ごとに、委託の前と直接雇用の場合とをある程度比較して進めている。しかし、委託料のなかでも人件費が多いものについては、人件費の部分が上がったことで、直接雇用の場合より逆に費用がかかる形になっている部分もあるが、それを県職員として採用するとすると、人手不足でなかなか人が集まらないという状況もある。費用と効果を見ながら、委託の方がいいか、直接雇用した方がいいか、採用した場合に人が集まるかという観点も含めて、継続的に検討していきたい。</p>
委員	<p>民間病院では委託する場合は必ずライバル会社に声をかけて、競合させる。そのようなことはしているか。</p>
事務局	<p>行っている。</p>
委員	<p>安かったのか。</p>
事務局	<p>今契約しているところが安いということで契約した。</p>
委員	<p>先ほどの話にあったが、掃除の区分を変えてみるとか、区分を変えてもう一度計画を出させるとか、民間ではしているので、今までどおりでいくらか、ではなくて、いくつか計画を出させるなど、いろいろなことをやらないと経費は下がらない。</p> <p>また、先ほど話に出たが、白鳥病院のカルテについて、白鳥病院は建替えたときに電子カルテシステムを入れたと思う。現在、確か、中央病院と同じく某社のシステムだと記憶しているが、そうか。</p>
事務局	<p>中央病院と同じシステムを某社で入れている。</p>
委員	<p>今回、電子カルテを更新するというのはどういう意味があるか。</p>
事務局	<p>更新時期だったというのもあり、職員からの要望もあって更新したと聞いている。</p>
委員	<p>某社は放っておくとすぐに更新、更新と言うので、本当に必要なかどうか、中央病院と同じ電子カルテシステムを使っているのであれば、共通性を考えて1年遅らせるようにするなど工夫すべきであり、要望があったから変えるというのでは少しまずい気がする。そういうことではないと考えてよいか。</p>
事務局	<p>システムのことは詳しくはないが、中央病院と白鳥病院のシステムは病院の規模や診療科などが異なるので、ベースは某社であるが、それぞれ中央病院用、白鳥病院用にカスタマイズしている。</p>
委員	<p>中央病院に行った際に、白鳥病院も同じものを入れており、かなり高額な費用がかかっていたということがあったので、気をつけるようにということである。</p>

事務局	わかった。
事務局	(議題3について、資料3、4、5に基づき説明)
委員	<p>まず、昨年、さぬき市民病院の助産師不足の件で、県立病院が起点となって看護協会が動いて県下の病院から助産師が派遣され、県の東部での出産制限を回避できたということがあります、ぜひ県立病院の実績として、どこかに挙げていただきたいと思う。また、今後も、そういうケースが出てくるのではないかと思う。派遣していただいたことを契機にして、さぬき市民病院の看護師のなかでも、ぜひ県立中央病院での研修を受けたいとの声があると聞いている。人材育成においては、どちらかという学生をどう育成するかということになるが、地域の市民病院の、既に実務経験を持っている看護師が、広域の医療という視点を学ぶ場として、県立病院での研修は、県全域の医療水準の向上に資するのではないかと思う。まずは礼を言いたい。</p> <p>収益が上がらなかつた原因は患者数が目標を下回ったからと言うが、なぜ患者数は下回ったのか。計画値が高すぎたのか。これは問題であり、ダメである。また、患者を拒否した、これもダメである。他の病院の、地域の医療水準があがって患者に選択肢が増えたが故に患者が来なくなった。これは地域にとってはいいことかもしれない。それから、地域にとって患者そのものが減ったならば、大いに喜ぶべきことだと思う。そのあたりの原因分析は必要である。</p> <p>また、気になったのは、ICU満床で救急患者を拒否したことである。県下の市立の2次救急病院の院長と救急について話をした際に、「やはり3次救急は2次救急からの紹介を100%受けてもらいたい。100%受けてもらうことで、2次救急は安心して救急車を受入れることができ、3次救急である救命救急センターの負担を軽くできるのではないか」と言っていた。要するに3次救急の振る舞いによって、2次救急も変わってくるという話であり、ぜひ指標のなかに救急車の受入れ数よりも2次救急医療機関からの受入率100%を目指す指標を作られてはどうか。そうすると、蒸し返しになるが、HCUは早期に整備して、どんどん患者を受け入れてHCUに流し、さらに一般病棟へというダイナミックな経営に変わっていけるのではないか。そうすると結果として収益がついてきて、伸びていくものと思われる。これが収益確保策の大きな柱になると思う。診療報酬の加算をどれだけ取るのかといっても、額が知れている。全体2百億のなかの何百万、何千万の話である。収益の基本は、機能を活かして、重症化した患者をどれだけ救うかである。</p> <p>一方、費用についてであるが、私が以前から全自病協の会長に反対し続けている共同購入とベンチマークについて、特に共同購入については論理的にはほとんど意味がないと思う。価格交渉は公立病院の振る舞い方としては決していい振る舞いではない。それより、冒頭述べた、効果があるか無いか、本当に必要かどうかという評価で、数量をどれだけコントロールするかだと思う。共同購入の効果が7千万円だ</p>

	<p>ったということであるが、50 数億円の中の 7 千万円の規模にすぎず、使うか使わないかという話になれば、10 使うか 8 使うかで 2 割減ることになる。</p> <p>こういう発想の転換が必要ではないか。構造的に変えていかないと地域医療構想という大きな圧力がかかってくるし、病床削減命令を出す知事の直下にある病院であり、どのような行動を要求されるかということを考えれば、これも構造的、根本的に見直す必要があるのではないかと思う。</p>
委員	非常に示唆に富んだ意見である。
委員	<p>院内保育所の充実は非常にいいと思う。ただし、中途半端に終わらないように民間のやり方をしっかり学んで、本当に医師、特に女性医師が働きやすい病院にしてほしい。</p> <p>また、入院中の食事の満足度が 60%とあるが、この中期計画を達成するためには、当然、業者変更すると考えてよいか。不味い料理を出し続けることはないか。確認である。</p> <p>次に、丸亀病院は紹介率が低い。ほとんどの患者はクリニックから来るのか、病院からの紹介されることはないのか。なぜこれほど低いのか。</p> <p>それから、白鳥病院は訪問看護が平成 29 年度は 296 件と、1 年 200 日とすれば、ほぼ 1 日 1 回 1 患者しか行っていないことになるので、これでペイするはずがないし、本当に白鳥病院は訪問看護の仕組みを持っている必要があるのか、民間の訪問看護ステーションと白鳥病院の訪問診療を合わせれば、損益的には改善するのではないか。</p>
事務局	<p>まず、院内保育については、現在、定員 30 人受入を行っているところである。夜間は週 1 日の対応であるが、なかなか保育士の確保に苦慮している状況である。ただ、少しでも良くなるよう求める声があるので、十分に答えていけるよう、内部で十分に詰めていきたい。</p> <p>次に、給食については、病院食は昔からなかなか美味しくないものかもしれない。給食の場合は、少しでも委託料を少なくするために、平成 29 年度から 31 年度まで 3 年間の長期契約を結んでいるため、平成 31 年度までは今の業者との契約になる。また、患者からの声を日頃から院内で幅広く受けており、意見や苦情もある場合は関係するところに回して、出来るだけきちんと対応するように努めている。当然、給食の話もあれば直ちに栄養部の方に回して対応しているので、意見の吸い上げや、今後の対応については、内部で議論していきたい。</p>
事務局	<p>病院食は不味いという話であるが、これは 100%になることはないと思う。最近が高齢者も含めて、非常に濃い味に慣れている。病院の食事は治療の一環であり、カロリー含めて計算して出している。また、ある程度限定した予算のなかでやっているの、6～7割を超えるものを求めるのは個人的には無理だと思う。</p>
委員	<p>入院の満足度は何で構成されるかということ、食事と看護師だと思う。医師の治療は満足度の外にあって、人に紹介したい、また機会があっ</p>

	<p>て入院するならここだという、患者が考える2大要素であると思う。食事が不味いと人に紹介しづらいし、看護師の態度が悪いと二度と来たくないと思う。この2要素はエアラインと共通している。特殊な食事だから不味くていいわけではないし、給食委託費は食事代なので、あまり削らない方がいいとは思っている。清掃などの委託費は削ってもいいと思うが、食事の質を落とすと満足度に直結する。60、70%は平均かもしれないが、80%にあげられるように努力していただきたい。</p>
事務局	<p>委員指摘のとおり、丸亀病院の紹介率は数字の上で、あまりよろしくはない。つい最近議論になったのだが、実は理由がある。資料に3病院の診療科目とか病床数があるが、丸亀病院には内科と歯科が常設されている。内科、歯科の患者数も紹介率の分母に入るが、内科、歯科において、紹介状を持って来る方はほとんどいない。自治体病院の精神科病院についての資料において、丸亀病院の紹介率は確かに低いですが、内科と歯科を除くと全国平均に届かないものの、平均に近い数字にはなる。全国平均より少し低い程度にはなっているとはいえ、指摘のとおり、非常に大事な数値であり、地元への貢献や病院としての使命があるので、さらに高い紹介率を目指して頑張っていきたい。</p>
事務局	<p>白鳥病院の訪問看護の減少については、シビアな指摘である。東かがわ市は県内でも高齢化が非常に進んでいる地区であり、地域包括ケア病床にずっといられるわけではないので、退院された場合には訪問看護や介護など、いろいろなサービスを合わせて、地域で支えていくことが大事になる。地域包括ケア開設にあたり、看護師などが中心となって、手作りで立ち上げたところもあり、院内のカンファレンスや退院後の状況をしっかり見て調整している。地域連携のMSWが急に辞めてしまうなどの細かい事情もあるなかで、看護師が地域包括の方に手を取られてしまったという、個別的な事情で数字が落ちてしまったということである。病院としては、訪問看護におけるケアが必要な高齢患者が多く、在宅に帰る際には、当然必要であるので、引き続き、増やせるよう努力したい。</p>
委員	<p>病院局の新卒看護師の離職率と、研修医が若干減ったことが気になる。これからの若い方は、こういう病院のステータスを敏感に感じ取っていると思うので、特に平成29年だけが特別だったということであればいいが、注意していただきたい。</p> <p>また、大規模災害への備えについては、病院経営が非常に厳しく、先が見えないなかで、一所懸命にやっていくしかないと思う。収益に繋がる話ではないが、大規模災害は間違いなく、やってくると思うので必要である。DMATチームを増やしているとのことで、公的な病院として、まったくそのとおりだと思うが、この地域の事情は分からないが、市民病院が新しくなり、日赤も新しくしているようであり、そういうところとの総合力みたいなものを、まとめてやっていくということが多分必要になってくると思う。その辺をこれからも、ぜひしっかりやっていっていただきたい。</p>

<p>委員</p>	<p>一点目は、先ほど話があった新卒看護師の離職率である。平成 29 年度の取組みで専門試験を廃止し、間口を広げたような形になっていると思うが、職員満足度調査も実施されているので、実際に辞めた方の辞めた理由や、在職者の意向などを十分に汲み上げていただきたい。</p> <p>また、平成 30 年度の取組みの院内保育所の充実であるが、働く母親の立場から言うと、院内保育所が充実している場合に繋ぎとめることができる期間は、保育園にいる間だと思う。実際は、保育園を卒業した後、その後小 1 の壁などあり、結局、子どもを育てている間、ずっと続く問題であり、院内保育所があるから良いという訳ではない。保育所を卒園した後に辞める看護師もいると思うので、これを作って安心というわけではなく、その後の女性のワークライフバランスを考えるような仕組みを作っていただきたい。ドイツなどでは、2～3人が1人前として機能する仕組みがあると聞いたことがある。抜本的に、柔軟な働き方を認めないことには流出が止まらないと思う。杓子定規に院内保育所の充実というのほどこも考えていることだと思うが、子育てしながらの看護師の仕事は厳しいと思うので、実際に中におられる方の意見に耳を傾けてもう少し、長期的な眼で見た取組みをしていただきたい。</p> <p>二点目は、他病院とのベンチマークである。これは中央病院で、ベンチマークをしていこうと考えられているのだと思うが、他病院との数値だけの比較だけではなく、実際の工夫の仕方や取り組みの情報をなるべく入手していただきたい。独法になった国立病院機構であれば、全国に組織が張り巡らされていて、工夫の状況、失敗したときの状況、数値の証拠などをすべて情報共有する仕組みが構築されている。県立は横並びが3病院しかなく、しかもそれぞれで個性が異なるので、横並びで並べて同じようにすることができないと思う。そこで、中央病院は中央病院に似た病院のネットワーク、丸亀病院は精神の横のネットワーク、白鳥病院は地域の中核となるような病院との情報共有、横のネットワークを県立という枠を取っ払って、なるべく数値だけではなく、もっと多岐に渡って、今後もっとどうやったらよくなるかということをしていけば、経営が良くなるし、そのような情報共有をやっていたらと思う。</p>
<p>事務局</p>	<p>新卒看護師の離職率については、平成 29 年度が 25%であり、非常に高くなっているが、なかには結婚退職の方もおられたが、多かったのは、中央病院が急性期医療をしており、研修はじっくりしているが、最終的に夜勤に入れずに退職になった方である。今年度は、昨年度の採用のときからよく見て、採用したので、今のところは、昨年度ほどにはならないと考えており、引き続き数値を見ていきたい。</p>
<p>委員</p>	<p>公立病院の義務は、やはり民間病院ができないところをきちんと担うところであり、そういうところに関しては、いくら費用がかかっても誰も文句は言わないわけであるが、民間病院と同じことをしているならば、別に辞めて構わないのではないかと思う。特に増収、増収ということにあまり力をいれないで、削るところは削っていくような縮</p>

	小を考えてもいいのではないかと思う。例えば、全ての病棟を7対1にしなくてはいけないということでもないので、病棟に関しては別に10対1でいい、という考え方もあると思う。特に中央病院は救急に重点を置いてほしいと思うし、丸亀病院は身体合併の患者の受入れを、白鳥病院は、地域の中での基幹病院としての役割を働かせていただければいいと思う。
事務局	(議題4について、当日配布追加資料に基づき説明)
委員	これだけでは資本金がいくら残るか分からないので、具体的な数値、相殺する資本金と資本剰余金がいくらなのか、実際に貸借対照表に残る資本金がいくらあるのか数値を教えてください。
事務局	資本金は現在217億円あり、この処理の結果、差し引き約30億円が資本金として残る。実際に貸借対照表に残る資本については、今現在は1億6千万円程度である。
委員	退職給付の債務は一括計上しているか。
事務局	15年分割で毎年4億ずつ積み立てている。
委員	相殺後の30億と退職給付債務はどちらが大きいか。
事務局	これから積み立てる退職給付引当金の方が大きい。
委員	<p>実質、債務超過ということか。債務超過が良い悪いという議論ではなくて、今病院全体でそういう状態であることを、皆が認識することがとても大事である。累積欠損金と資本金を消すことが単なる会計上の水膨れになった資本金を少なくするという議論ではないということ認識する必要がある。これは、過去の歴史を消し去るということである。これを民間で実施する時には「再生ですね」という議論になる。</p> <p>要するに、今までどおりのことをやっていると、また累積欠損金が増えるが、累積欠損金を切るということは、もう二度と赤字は出さない覚悟で、この病院経営をやっていく、ということである。これは、疑似再生の会計処理であり、過去は一旦ゼロにする意図をもって、ここでこれをやる、今後の病院経営は本当に黒字を出していくのだという覚悟を持たないと、単に欠損金と資本金を消すという、そんな安易なやり方で、過去の累積をなくせるのではないということ、皆がしっかり頭に入れておいていただきたい。そして今、実質、債務超過状態にあるので、退職給付債務の状況はよく分からないが、それも含めて、しっかりやっていただきたい。</p>
事務局	今、われわれが考えているのは、会計基準が従来から適応されていれば、累積欠損金とならなかった部分を中心に相殺しようという意図でこの金額を算出しているということもあるので、念のため補足する。
会長	そういう覚悟でということなので、よろしくお願ひしたい。それでは、以上で本日の議事を終了する。