

第19回香川県立病院経営評価委員会議事録

1 日時 令和4年10月13日（木）14：50～16：50

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、谷田委員、中西委員、真鍋委員、和田委員

以上6名（下線1名はリモート参加）

【事務局】

<病院局>

太田病院事業管理者、岡田病院局長、渡邊課長、福田副課長、丸岡主幹、
中村課長補佐、鎌田課長補佐、長尾副主幹、裏山副主幹

<中央病院>

高口院長、秋山事務局長、植松次長

<丸亀病院>

長楽院長、安藤事務局長

<白鳥病院>

西角院長、和田事務局長

4 議事要旨

事務局	(議題1について、資料「令和3年度県立病院事業会計決算見込みの概要」P1～4を説明)
委員	コロナによる国からの補助金がかかり入っているということだが、具体的に県立病院へはいくらぐらいの補助金が入っているのか。また、補助金は医業収益の中に入っているのか。
事務局	コロナの病床確保料として約31億円入っている。その他のコロナ関係の補助金を合わせて32億円程度の収入となっている。病院別では、病床確保料だと、中央病院が約28億円、白鳥病院が約2億、丸亀病院が5,000万余となっている。補助金は医業外収益に含まれている。
委員	補助金がなければかなりの赤字ということだな。
委員	今のご指摘のところだが、説明の中で、「出来るだけ一般医療を抑制することなく」という言葉が入っていたが、コロナが流行していて病床を転換しなければならず、強制的に医療は抑制されているはずである。しかし、一方で、感染症を防ぎながら、従来どおりの高度医療を展開したということだと思うが、そこをきちんと説明しないといけない。ただ補助金が入って、今は通常どおりの医療は普通にやっていて、コロナがあったから補助金が入ってきて、それで黒字になったという理解をされるのは、非常に不本意ではないかと思う。決算を見ても、コロナ禍で医業収益を伸ばしていることが分かる。制約がすごくあるところでアクティビティを相当高く保てたというところを、もっと事実として説明していただきたいと思う。ただ補助金がありました、一般医療を抑制しないようにしただけでは、うまく伝わらないのではないかと思う。
事務局	コロナ患者は中央病院が中心になって受けているが、重症者が比較的少なかったため、コロナ患者が入っていた病床というのは実はそんなに多くない。ただ、コロナ第7波の8月には、重症患者が多く入ってきて、病棟を一つ閉めるようなことをしたものの、それ以外では、病棟自体を閉めてしまうようなことはしなくて済んだ。その中で、特に8月には軽症者とか手術を遅らせることができるような患者については、入院を抑制して、少し先延ばししてもらい対応した。その間も、急性期の循環器や抗がん剤の治療等については、従来どおり受け入れしている。救急についても、断ることなく受け入れて、それなりの収入も確保できたと思っている。
委員	私は坂出市民病院やさぬき市民病院といった市立病院と関わっているが、コロナが拡大していた当初、感染者を受け入れるかどうかという議論は全くなく、どうやって受け入れるかという議論から始まった。その時、ある程度の人数を超えて診れなくなった場合どうしようかという話をしていた中で、県立中央病院に相談した。すると、県立病院は受け入れると言っていたので、おかげで後ろ盾ができたという話を聞いた。市立病院は、最初は5人ぐらいが限度だろうと言っていたが、患者を受け入れているうちにどんどん職員が学習していき、全体で1

	<p>病棟を丸々コロナ病床にしたり、発熱外来等にも積極的に取り組んだ。結局、二次医療の段階で相当数受けることができたと思っている。それは、最初に県立中央病院が「最後は全部診る」ということを言っていたおかげで、二次医療機関は頑張れるという構造ができたと思う。よって、重症者が少ないというのは、県全体の仕組みとして、重症者が出ないようになっていったのではないかと思う。大都市圏において医療崩壊を起こしている中でも、香川県においては、そういう何となく、もしくは意識的に構築された仕組みがうまく機能したとすれば、仮に県立中央病院の重症者が少なかったとしても、影響力という面において、私は県立病院の役割はものすごく果たしているのではないかと考えている。この30億円という数字と比較して、ベネフィットバイコスト、いわゆるB/C（ビーバイシー）という公共政策を評価するときの考え方によれば、決して非効率な投資にはなっていないのではないかと感じる場所である。政策経費は補填するのが当たり前という中で、私は、この2年間、3年間で、公立病院の本業として、政策的な活動をされていると思っている。そう考える方がフェアだと思うので、是非、特に事務方からその辺りがしっかりと説明されることを期待している。</p>
委員	<p>今、お褒めの言葉があった。しかし、県全体の医療については、特に重症者の全部を県立病院が診ていたということではなく、例えば、今回は大学病院、透析が必要な人は違う病院、乳幼児であれば四国こどもとおとなの医療センターとか、そういうシステムが県の中でうまく機能していたということだと思う。また、高齢者施設でコロナ患者が発生した場合、医師を派遣して、なるべく病院に入院させないようなシステムを作った結果、対応できたということだと私は理解している。</p> <p>コロナ前の医業収益はどれぐらいだったのか。</p>
事務局	<p>令和元年度の医業収益は226億円余りである。令和3年度については、令和元年度の医業収益を上回っている状態である。</p>
委員	<p>それは、おそらくコロナの収入が含まれているからということになるだろう。</p>
事務局	<p>医業収益については本業部分の収益である。</p>
委員	<p>コロナ関連の診療の収入が結構上乘せになっているはずである。</p>
委員	<p>今回、決算書を見せていただいたが、中央病院はこのコロナ禍において入院収益を大きく伸ばしているというのは非常に誇るべきことではないかと思っている。また、丸亀病院や白鳥病院は、いわゆるなかなか利益が出にくい中規模の病院であるにも関わらず、ほぼ収支均衡で収まっているというのは、努力の結果だと思っている。1ページを見た限り、ここをこうしたらどうですかみたいな議論が出るようなところのない立派な決算になっていると感じた。</p>
委員	<p>各委員が言っているように、コロナ禍で医業収益を上げ、2期連続黒字ということは素晴らしいことだと思う。その中で、一つ気になる</p>

	<p>のが材料費である。当然、医業収益が上がることにより、また、手術が増加したことに伴い高額材料の使用量が増加しているというのは分かるが、材料費の医業収益比率について全体的なバランスの中でも若干上がっているように見える。計画では、費用の適正化というのが取組みの項目の一つの柱に入っていたので、そのあたりの取組みについて、どのように分析され、今後どのように仕切り直しというか、今思うようには行っていないところがあるかと思うが、それが外的要因によるものなのか、単価が上がっているだけなのか、使用量が過度に多いのかなど、その原因の分析について、お聞かせ願いたい。</p>
事務局	<p>材料費については、御指摘のとおり昨年度と比べて、診療材料費が18%、薬品費については11%の増になっている。中央病院において診療材料費や薬品費が増加している理由は、カテーテルアブレーション等の手術の増加に伴い増加しており、カテーテルや人工の心臓弁などの高額な診療材料の使用量が増加しているということが挙げられる。通院治療センターにおいても、高額な抗がん剤を使用する患者が増えたことにより増えているものと考えている。こうした高度医療で使用する使用材料とか薬品については、国内での需要が少ないので、大部分を海外からの高額な輸入品に依存せざるを得ないという状況もあり、結果として原価率を下げるのが難しいという状況になっている。これらを踏まえ、中央病院では、平成29年から、診療材料の全国共同購入組織に参加しており、交渉により診療材料費の削減に取り組んでいる。令和3年度については約1億円程度の削減効果があった。一方、薬品については、交渉で、県立3病院で同一単価で契約できるものを順次増やしていく等、費用の削減に取り組んでおり、引き続き取り組んで参りたいと思っている。</p>
委員	<p>確かにカテーテルアブレーションが増えればそれだけ材料費が増えると思う。それに関しては一応保険点数でカバーされているということにはなる。しかし、例えば、その最中で、このカテーテルが駄目だから次のカテーテルを、とかがよくある。落としてしまったとか。そういうところでマイナスになることはないと思うが。最近、薬も本当に抗がん剤とか、生物学的製剤など非常に高いものが多い。これは全国的な問題だと思うが、共同購入等を引き続きうまく使っていただきたいと思う。</p>
事務局	<p>(議題2について、資料「第4次県立病院中期経営目標と中期実施計画の取組状況」P5～33を説明)</p>
委員	<p>5ページの「4 安定的な病院経営の確立」の「経営力の強化」の中に、管理会計の強化が謳われているが、例えば、7ページの経常収支の計画と実績の差についてもものすごい額の差がある。しかもそれは2年連続である。管理会計は強化してないのではないかと思う。さらに言うと、例えば材料費についても、10ページの方法費対医業収益比率について「材料費の増加幅が医業収益の増加幅を上回った」と当たり前のことを書いている。ただ計算式を言葉にしているだけで管理会計が</p>

	<p>機能していない。それは各病院にも飛び火していると思う。評価した時の「計画差の要因、取組み等」というところを読んでいくと、管理会計の強化といったところが全然見えず説明になってない。ただ計画より低いから評価をしたとか、計画に満たなかった理由を述べなければいけないところで、計画に満たなかったからという事実だけ述べても理解が得られないのではないかと思う。</p>
事務局	<p>ご指摘のとおり、経常収支について計画値に比べてかなり乖離をしている。具体的には書いていないが、令和3年度だと、計画の数値は当初予算をベースにしている。収益のところではコロナ関係の補助金の部分が実質的に30億ぐらい入っているが、当初、国の動向等が読めなかったところもあり、一番低い水準の病床確保料の金額を使って1年ではなく、半年分だけ計上していたというところがあった。この影響と、先ほど説明した中央病院において医業収益がかなり計画より伸びているというところの影響があり、経常収支での差がかなり出たと考えている。</p>
委員	<p>会計士の方が2人いらっしゃる前で言うことでもないが、今の説明を聞くと、セグメント会計の観点では、診療報酬を柱とした医療事業と補助金に対応する政策事業が県立病院の事業であると言えるが、政策医療も県立病院の本業だと思う。本来、診療報酬を取りに行くのが本業かもしれないが、政策医療はもう一つの車輪だと思う。政策医療というまさに県立病院の存在意義に関わる事業がそこに存在している。コロナはまさにそれを発揮する状況だった。その収益というのは、一つは補助金という形にはなっているが、政策経費を国や県がしっかりと払うということで、それに対して機能を充実させていくということを県立病院はしてきたのだと思う。実際に診る患者の中で重症になった不幸な患者というのは少なかつたかもしれないが、受け入れる能力をしっかりと維持するために、職員の方の研修を行い、防護具も薬も揃えたのだと思う。専用のベッドやスペースもある程度確保したはずである。そういう事業がイメージできるように会計の表現をしていくことが管理会計だと思う。従来の制度会計の要領にただ従って、数字を並べただけでは、2年間やってきたことが見えない。それが管理会計の強化という形で見えるようにしていくことが管理会計の強化だと思う。それができてなければ、黒字となったのは単に補助金が入ったからだとなる。それは確かにそうなのだが、職員の皆さんが一生懸命努力したからではないのかと思う。黒字となったのはコロナの受入能力を維持するというにより政策経費として入ってきたものであり、それ以外の残された力で職員の皆さんが一生懸命、例えば循環器系の疾患であるとか、がんの手術であるとかに対応したからでないのか。材料費についても、高額の材料を使うような診療をしたということは、それを必要とする患者が直接来ているのではなく、地域から紹介されて来ているはずである。そうであれば、地域に一般医療の高度な医療を展開するための仕組みをコロナ禍で作り上げてきたということではないか。あるいは結果としてできたのではないか。その結果</p>

	<p>として材料費が上がったはずである。単に、高額な材料費が増えたからではなく、高額な材料を必要とする人が増えたとか、その紹介が増えたとか、そういうことをちゃんと分かるようにしていただかないと、本当に誤解を招く。結局、補助金だけで黒字になるような県立病院であればいいのではないかという議論が出て来るかもしれない。医業収益の伸びからすると、補助金だけで黒字になっているのではないと思う。医業収益の増加分が黒字になっているようにも見える。どちらか一方とは言えないものだと思うが、経常収支でプラスになっているということは、県立病院としては、診療報酬でやる保険診療の事業もやり、政策医療もやり、結果として、かかった費用がうまく収益と結びついて、県立病院としての役割も果たしたというような、そういうストーリーだと思う。そのように読まないといけないのではないかということである。</p>
事務局	<p>達成状況の中で、計画差の要因、取組み等の箇所について、今後、ご指摘いただいたことが反映できるような記載をしていきたいと思う。</p>
委員	<p>今年3月に出たガイドラインによると、基幹病院としての役割が、より明確になったと思っている。香川県においては県立病院が基幹病院になるのではないかと思っている。その中で、やはり県立病院内の連携ではなく、県立病院と他の市民病院との連携とか、医師派遣とか、その辺りについて、今後、積極的に役割分担等に入っていただきたい。今回の報告においてその辺りがあまり見えていないので、そう思った。また、医師の働き方改革が令和6年度からスタートするにあたり、今体制の整備をしているだろうが、県立病院の医師の状況や宿日直の許可等について具体的な現状を少しお話いただけるとありがたい。</p>
事務局	<p>医師の派遣に関しては、中央病院からは、脳外科とか神経内科とか専門医のいない病院に行き、専門の患者を診て、連携をとっているというのが現状である。感染症等に関しては、以前、我々の病院にいた先生方が大学に戻ったが、その先生方と連携して、そのコロナも含めて地域の施設等にも伺い、連携、指導等を行っている。働き方改革に関しては、昨年度から、ワーキングを立ち上げて、今取り組んでいるところである。昨年度、医師全員の時間外の状況を把握した。今、中央病院で常勤医師が140名程度いるが、その中で、10数名が、960時間を超えているということ、特定の診療科に多いということが分かっている。そのあたりの負担軽減をするために、当直や翌日の診療等を少し削減する方向で対応しており、かなり減ってきている。今のところは、10月にはA水準でいく方向で考えている。救急、整形外科、脳外科や心臓血管外科等、救急に関わる診療科がどうしても960時間を超える傾向にあるため、その辺りは今後対策が必要だと思っている。宿日直に関しては、以前から必要なところは届出をしており、今のところはそのまま続けていく予定である。何とか、今年の10月頃に届出を行い、来年度、最終的に報告する予定である。</p>

委員	医師の派遣は、大きな役割の一つだと考えていただき、積極的に派遣した方がいいのではないかと思います。それからA水準を狙われるということだが、いずれは、全ての病院がA水準になるが、年1860時間より高度な研修も数多く実施する病院であるとか、地域医療に非常に貢献する病院という形で、1860時間とした方が何かと制限が少なく、そちらも視野に入れた方がいいのではないかと思います。
事務局	検討したいと思う。
委員	それに関連して、このコロナ禍でしばらく言ってなかったが、最近、厚労省が地域医療構想をしっかりとやると言っている。それで特色がある医療を出せと言われていたが、それに関してはどうか。中央病院として特色ある医療を目指すというのは、特になのか。
事務局	言ってしまえば、これまでも特色のあることはしており、今更変わる必要はないと思っている。やるとすればさっき言われたように、医師派遣である。今までは県立病院間の医師派遣が主であったが、個人的には、公的・公立病院に関しては、積極的に手を広げたいと考えている。それをしないと地域の医療が回らないのかなという気がしている。県立病院の患者増にも繋がるが、医師派遣については今後拡大していければと考えている。
委員	例えば、小豆島中央病院とか、それだけではなく周辺の公的病院にもというような考え方でやっていただきたいと思う。 科別の収益を見るということはしているか。
事務局	している。それを踏まえ人の配置等を考えている。また、先ほど話したように、救急に関するカバーについても、時間外がどうしても多くなるので、そのあたりの医師の配分等も検討しているところである。
委員	救急は絶対必要なところである。そこに関しては、別に収支がマイナスでもいいと思うが、例えば、今後この部分はいらないのではないかと、やめても他の病院で診てくれるのではないかと、というような考えはないのか。
事務局	その辺りも少し考えながら、人の配分は見る必要があると思う。
委員	県立病院は、おそらくそういうところをきちんとやりなさいということだと思う。
委員	先ほど〇〇委員から発言があったが、私も全く同じような感想を持っている。収支計画・中期指標の達成状況などの要因とか、取組み等というところがあるが、結局ここで十分な分析であったり今後どうするかということの検討が十分されていないように思っている。計画を立てて達成していく、毎年これを確認していくということは、俗に言うPDCAサイクルを回しているかどうかである。計画して、その計画を達成できるように実行してみて、それをチェックして、できなかったことはどうしてできなかったのか、ということをしっかり分析をした上で、もう一度アクションを起こすということである。これを行うことによって、どんどんプラスのスパイラルに入っていくのが一番いい形であるが、正直に申し上げて、今そのチェックとアクションのと

	<p>ころが大変弱いのではないかと思う。このような資料を作ることが目的になるのではなく、今、補助金で余裕があるからこそ、補助金がなくなった時のことを考えて、長期的に病院がどういう方向で修正や改善を行い、どういう方向に持っていくのかということ、今だからこそしっかり考えておくべきなのかなと思う。各指標も、本当に必要な指標とそこまで重視されていない指標、それこそ、先ほどの材料費のように、戦略的にある程度高いという方向でいくというのであれば、私としてはありだと思ふ。全て同時に同じように経営資源を注力してやるものでもないと思ふし、病院として、今どれが必要で、もしここに載っていない何かが必要なのであればそれも含めて、次年度にはどういうところに注力してプラスのスパイラルに持っていくのかというところも含めて現状を分析し、そこから改善するという、そのチェックやアクションのところを強化していただきたいと思ふ。</p>
委員	<p>中央病院において医師充足率がA評価だったというのは、良かったのではないかと思っている。補助金のサポートのみによって黒字になったというわけではないが、とにかく黒字になったというのは、私も経営者の一人として、本当にほっとする部分であるのは理解できるので、それも良かったと思ふ。また、今日の会の趣旨と少し違うのかもしれないが、4ページの計画表に、中央病院が平成27年度～28年度に第一種感染症病棟を整備しているというのが出てくるが、私は大事な気がする。今後、インバウンドが戻ってくるし、クルージングも盛んになると思ふ。確か、浜田前知事が高松港で大きなクルーザーを受け入れていくと言っていたと思ふ。あそこに大型船がついて上陸することを考えたときに、立地的に近い中央病院がシャットアウトできる体制をとってもらえればいいと思ふ。今回のコロナにおいても、国民は怖いことが起こったということは認識しているので、地域で一体感を持った取り組みをしていただけたらありがたいと思ふ。</p>
委員	<p>第一種感染症病棟整備時、香川県は全国から見ても非常に遅れていた。こういった病棟がないということで国が県内に作ってくれないかとの話があり、結果的に県立病院に作っていただいたという経緯がある。そこに関しては、今になってみれば良かったと思ふ。</p>
委員	<p>私の友達は家族がコロナになったと聞いた。かかったら大変だったようである。コロナ対応をしている県立中央病院の方々には本当に頭が下がる思いである。新しくコロナも変異してきていて、また正月あたりには出るのではないかとされているが、こういう時は県立病院が一番重要ではないかなと思っている。大変だと思ふが、よろしくお願ひしたい。また、私は観音寺に住んでいるが、観音寺の人たちは、三豊総合病院もあまり行かず、丸亀の方の病院に行くことが多いようである。手術するとなれば、高松には行くが、県立病院に行くというのはあまり聞かない。ある病院の先生は、手術の結果とか、こういうことをしようとしたとか、インターネットで配信しているようである。どの病院のどの医者がいいのか、皆さんそういう話をするし、インターネットで調べて、その評価で行く病院を選ぶ人がいる。皆さんインター</p>

	<p>ネットで調べる時代なので、病院の特徴などを色々宣伝するという事は大事ではないかと思っている。</p>
委員	<p>地域医療構想のことであるが、私含め医療経済学者の中でこの3年間を振り返っていた。例えば、大阪が人口当たりコロナ関連死者数が非常に多いということなどである。大阪は極端に多い。香川県を振り返ってみると、全国平均ぐらいである。この違いは一体何かという話になった。大体コロナが流行すると大阪が震源地みたいになり、兵庫県を回って岡山から来るか、それから橋を渡って香川に来るか、ちょっと時間差がありながらも増えていく。一体何が違うのだろうか。医学的な問題では多分ないだろうということで結論じみた仮説が出てきた。それは、例えば、大阪は、公立病院の独立行政法人化が非常に進んでいる。医療機能がものすごく細分化されて、専門化されている。確かに、ある意味、この地域医療構想的な考え方では、地域医療機関・機能の体系化が一番進んでいる地域だというふうに思える。香川県は、実はこの点では遅れており進んでいない。進んでいないからこそ、何が起きたかという、受診しやすさが起きたのではないかと。香川県は医療機関にかかりやすい地域である。病院が、当院の得意はここです、うちは循環器専門です、うちは消化器専門です、何とか専門ですみたいになっていくと、非常に病院にかかりづらい。一部の人にとってはかかりやすいかもしれないが、全体として見ると非常にかかりづらくアクセシビリティが悪い状況になっているのではないかと。結果として、救急車が行っても、受け入れる病院がなかったりする。香川県の場合は、何となくどこかにかかれるというような状況があり、それが多分差になっているのではないかと。これは仮説ではあるが、何が言いたいかというと、この3年間を振り返ってみた上で、地域医療構想を考えた方がいいということである。せっかくこの3年間を経験したのだから、単に医療機関・機能の体系化や高度急性期・急性期などについてコロナ前の考え方をそのまま蒸し返すのではなく、この3年間をしっかりと振り返り、地域医療構想を作った方がより現実的でないかと思う。遅れているからこそ良いこともあるはずである。選択と集中ということで盛り上がってきたが、選択と集中をしないからこそ、県民の皆さんは受診しやすかったのかもしれない。そういうことを是非、振り返っていただきたいと思う。</p>
委員	<p>それに関してはまた検証が必要だと思う。コロナの場合、死亡数だけで話すのは非常に難しいと思う。コロナの死亡数が決して死因とイコールではない。あくまで統計上の死因であって、本当の死因がコロナであったということでは必ずしもない。コロナが本当の死因であった数で検証しなければならない。死因を調べた時に最後コロナにかかっていたという人も死亡数に入れている。例えば、香川県においても、他の死因で亡くなり、最後は葬儀社が調べるが、それでコロナだったら、コロナの死亡数に入っている。非常にコロナの死亡数が多いと言われているが、本当はそこまで多くないと思われる。</p>

委員	<p>よく法医学の教授たちからも同じように言われる。仮に、感染症二類であったコロナがPCR検査で見つかったとすると、保健所の管理下に入るか医療機関の管理下に入るか、そういう状況になる。その場合、交通事故とか自殺とかそういったことが防げたのではないかということも考えられる。社会的にどのように感染者に介入していくか、これはもう社会の仕組みの話だと思うが、何らかの形でコロナ感染と死というのは繋がっていたのではないかというような考え方もできる。少なくとも感染者数は正確な数字ではない。亡くなったということに関しては、そこには必ずドクターが関わっている。死亡確認や感染しているかどうかの判断もドクターがしている。一番確実な数字が、その死亡者数だということ。また人口数というものも確実な数字であり、それらの数値を用いて検証した仮説であるということである。</p>
委員	<p>伝えたいのは、死亡数と死因を単純に比べてはいけないということである。</p> <p>最後にお願ひがある。医療人材における人材育成のことであるが、今若いドクターがどうしても専門医を取ろうとする傾向にある。実際、これから日本で専門医がどれだけ必要なのかということを見ると、総合診療医をどれだけ育てられるかというのは、今後大事なことだと思う。専門医育成も良いが、どのようにして総合診療医を育てるかというところにも重点を置くことを、県立病院は目指していただければと思う。今の香川県においても総合診療医を目指す方が非常に少なくなっているからである。</p>
会長	<p>議題の中に、「3 その他」というのがあるが、何か議題はあるか。特にないようなので、本日の議事を閉じたいと思う。委員の皆さんの協力に感謝申し上げます。</p>