

平成25年度第3回地方独立行政法人山梨県立病院機構評価委員会 会議録

- 1 日 時 平成25年8月7日(水)午後4時30分～午後6時45分
- 2 場 所 県立大学池田キャンパス 本館大会議室
- 3 出席者 委 員 今井信吾 篠原豊明 藤巻秀子
事 務 局 小島医務課長 依田医務課総括課長補佐ほか

委員長：それでは議事に入ります。

議題の「地方独立行政法人山梨県立病院機構 平成24年度業務実績評価書」のうち、前回保留となりました「心神喪失者等医療観察法」につきまして制度の概要及び北病院の状況について事務局から説明をお願いします。

事務局 - 心神喪失者等医療観察法に基づく医療について資料により制度説明 -

委員長：前回の委員会では、一つは設備の全体のイメージが、入院者が安全でないような・・拡大できないのかという意見とか、患者の視点から見るとまだまだ課題が運営上あるのではないかと、そんな風な意見が出されてきて、いずれにしても実情が、制度上の規制も含めて十分分からないので今日説明を受けたような内容を再度お聞きした上で最終的に決めようという経緯でした。

ただいまの資料及び説明を受けましてご意見等ありましたらお出してください。

委 員：人口割りでみるとちょうどぴったりという感じですね。人口の割合からいくと5床というのは。変な言い方になるけれど、当県は義務を果たしているということですかね。

余所が受け入れてくれるというのは、そういうフレキシブルな制度になっているということですかね。

事務局：そうです。

委 員：逆にいうと、うちの方にも他県から患者がくるということですよ。

山梨県は犯罪が多い県なのか。まあ、義務を果たしているのだから良いのではないのでしょうか。

委員長：まだ全体を見ても、まだ都道府県単位では未設置のところがある。思った以上に大変なことのようです。なかなか実際にこういう既存のあれがありましたから可能だったということでしょうか。いずれにしても全体の中では前をいっている方だと

というような位置づけになるのではないかと思います。

欠席の委員からも、追加の資料を見て、前回B評価だったのですが、これらの実情から見るとA評価で妥当ではないかとの御意見の文書をいただいていますのでご報告しておきます。

そういうことで、全体としては、A評価ということによろしいでしょうか。

それでは、項目別評価のこの項目についてはAとさせていただきます。

A評価となりますとこの部分についての特記事項が前回は無かったので事務局の方で用意されているようであれば、説明をお願いします。

事務局 - 特記事項について説明 -

委員長：口頭なので聞きづらい部分もあったかと思いますが、内容としてはよろしいでしょうか。細かい表現の部分は必要に応じて修正も可能です。ただいまの概要ということで、この部分の特記事項として了解ということにします。

続きまして、特記事項、前回いろいろ御意見をいただいておりますが、最終的なところは、A評価以上の部分について、ただいまの医療観察法の部分を除くと12項目ありますので、それぞれ連動しているところを含めまして事務局の方から説明を受けながら御意見をまとめるというふうにしたいと思います。

まずは、項目別評価の13ページから15ページ、救命救急医療、総合周産期母子医療及びがん医療、この3つの部分について事務局から説明をお願いします。

事務局 - 特記事項について説明 -

委員長：以上3点について御意見はありますでしょうか。

委員：話はちょっと違うかもしれませんが、救急医療の中で在院日数の1週間以内に県病院で診る必要がないという患者が出てきたとき、早めに転院させればこれを診療報酬上は評価されているわけですね。そのへんのところの流れがちょっとぎくしゃくしているのではないかという印象があります。これからの課題だとは思いますが、何を言いたいかといいますと、最初の1日か2日診れば後は大体分かるわけですね。だからそれをいつまでも抱えていないという方針の中で、救急の中での病診連携を次のステップとして検討してもらいたいと思う。

抱えているケース、逆に言うと受け入れてくれないと思っている節もあるんですよ。具体的に私どもに問い合わせがきたときに、うちが空いていれば直ぐに受けるんですが、逆にうちが空いていないとなると、恐らく県病院で5日も6日も見ていなければならないということになってしまうのではないかと思う。

最近では次の日に良く電話がかかってくる。それは良い傾向だと思う。連携をしていただければ良いと思う。今年度はこれで良いと思う。

委員長：また、次への引き継ぎとしてお伝えしておくことにしたいと思います。今年度はそういう面では、今年度の評価というかたちでドクターヘリ初年度ということ、内容的にも十分使命を果たしていると思います。

委員：がん医療の方ではおそらく今リニアックの入れ替えという話がある中で、放射線治療のウエイトがだんだん大きくなってきているので、例えば県病院が1基だけ更新するんだらうけれども、逆に言うと場所が空くわけだから2基持ったって良いわけですよ。リニアック的なものを。そういう意味ではもっと積極的な放射線治療にウエイトを置いたものがあったら良い。

委員長：設備更新の検討をしたときに、とりあえずは1台で良いのだけれど、今後2台にするとか、今お話があったようなことは次の課題として、次の計画のなかで議論をしていくことになります。それでは、ただいまの特記事項3点についてはよろしいでしょうか。

- 各委員了解 -。

委員長：それでは、事務局からの説明の通りといたします。

続きまして、23ページから27ページ、医師の育成・確保、7対1看護体制の導入、診断群分類包括評価の導入について説明をお願いします。

事務局 - 特記事項について説明 -

委員長：事務局からの説明について何かありましたらどうぞ。

委員：研修医の偏りというか、診療科別の研修医の状況はどうか。

結果的にある診療科のときは後期研修が集まって、ある科は全然集まらない。診療科によってばらつきがあるのではないか。ある診療科のところは後期研修医を確保したのだが逆事ほかのところは全然残ってくれなかったと。その診療科に問題があったのではといわれませんか。

定員についてはこれ以上増やせないのかな。研修医の募集定員19名ですが。

事務局：定員に定めがあるのと、中病そのものの受け入れ体制が整わないのと両方ござ

います。

委員：なぜこのようなことをいうのかというと、どんどん新人を入れれば良いと思う。そうすれば予算が出てきて内容が活性化される。だからある診療科だけ学会発表が集まってやらないところは何もやらないことになってしまい、全体の活性化というか先生方のモチベーションの違いがかなりあるのではないかと思う。小俣先生が一人がんばって120とか160とかの学会発表をやって、あとは1つとか2つということでは、うちの病院と同じ。これはやっぱりばらつきということでしょうかね。そのへんのところについて、これは評価とはちょっと違うかもしれませんが。定員については、昔の公務員の定員の考えがあるんですか。

事務局：いいえ。今は、独法は独自に採用できるようになっていますから、定数の規制を県側が掛けるということは全くないです。ただし、初期臨床につきましてはマッチングの制度がありますので、先ず国から与えられた枠の中でしかできない。その中で山梨県の枠をどういった病院にどれだけ貼り付けるかということは、県が中心となって検討しますが、その中で中病はご案内のように初期臨床に手を挙げる方が多いです。恐らく中病に来られない方がいるような状況になっていると思います。逆に梨大は枠が全然大きいので60とか50とかなっていますので、枠一杯にはならないような状況にはあるんですけれども、大学は受け入れ体制が非常に整っていますので指導医とかが潤沢にいますので、中病の場合は基本的に指導医の先生方もみんな診察をしていますので、なかなか研修医の受け入れを増やすことは難しいと聞いております。

委員：私ども医師会の話だと先生方の子弟がこっちに帰ってきたいと、ついてはしばらくは県病院にいたいと思っても皆就職できない。そういう先生がかなりいる。せっかく子弟の先生たちが帰ってきて、ちょっとハイなことをしてみたい、親の跡を継ぐことはまだしたくない。このような医師を受け入れる余地というか診療科というかないんですかね。もったいないじゃないですかね。

事務局：今は独法化したことによって、独自に職員採用等していますので、県のコントロール下でないものですから、どの診療科は今ゆとりがあって、どの診療科はゆとりがないということを具体的には承知していません。ただ、今まだ医師不足で中央病院もそれほど潤沢に全ての診療科において医者がいるというようには聞いておりませんので、科によってということになってしまいますが受け入れる体制というものはあると思います。

委員：子弟の息子が帰りがあっていても、中病なら良いがそうでないなら家に返りたくないと言っていた。

委員長：ある意味では山梨県の中の医師の囲い込みの・・・ そういう中で戻るにしてもたとえば県病院が良いが市立病院はいまいちだというように個人的にはあるかと思いますが、それは全体で、たとえば他のところはマッチングしてほとんど入ってこないですよ。

たとえばそちらにいてもいろいろ指導を中心になってできれば、戻ってくる方の所属が必ずしもこちらでなくてもよい。そういうことは全体、県内の公的医療機関の枠の中でそんなこともこれから先考えることも良いと思います。

委員：受け入れさえあれば何人かは戻ってきますよ。

ナースもおそらくそうだと思うんですけども、まだ一般の病院は大変だけれども、県立中央病院位であればいると思うのですけれど。

いずれにしても、そういう工夫を、後期研修を終わった者の受け入れの考え方を。医師募集をやったことがあるのですか。研修医ではなくて。

事務局：診療科によって行っています。ホームページにもでています。特に神経内科はご承知のように常勤医が一人もいませんので。医師が不足している診療科はホームページでも募集をしています。

委員：7対1看護のことは良いのですが、全体評価の中に、7対1というのはかなり看護度の高い看護環境ものです。ところが「医師の負担軽減の観点からも、医師が行っている業務の一部を看護職員が担いつつ・・・」というふうに表記してあるのですが、これだと全然7対1を導入して医師不足だから医師がやらなければならないことを看護師にやらせようという考え方では、いつまでたっても解消しない。

この負担軽減の観点からではなくて、「看護職員が行うことで、適宜適切な医療の提供を行うという観点から」だったら、そういうことができるかも、医師の診療上の補助のなかで、そういう部分を計算して看護職員を置けばいいわけですよ。医師の負担軽減の観点からというのは、非常にちょっと、7対1を導入しながらそういうことをいうのはちょっとと思ひまして。

委員長：すみません。全体評価の方はもう一度やります。

委員：特記事項の表記はこのままで良いと思います。

委員長：ただいまの3項目につきましては事務局からの説明の内容の通りということですので承らせて頂きたいと思います。

続きまして、31ページから57ページまでのところで、患者サービスの向上、医療に関する調査及び研究、簡素で効率的な運営体制の構築及び経営参画意識を高める組織文化の醸成の4項目について事務局から説明をお願いします。

事務局 - 特記事項について説明 -

委員長：ただいまの4項目の内容について御意見がありましたらお願いします。

委員：知っての通り、今度の改革の中で外来はストップだと400床以上の病院では紹介状のない患者はシャットアウトという形になりますね。

県病院は再来患者は早い話、とってはならない。とらない、診ないというくらいの勢いでないと。なぜかという、90日処方をして3ヶ月後に患者が来ている。それがいっぱいある。私たちが外来患者を診ていて、お薬手帳、県病院90日処方。90日で来るとこれは再診なんですよ。再診ならば知っての通り5千円か6千円もならない。けど新患だったら1万円とかになるんですよ。だから、30日処方であって90日処方は無しですよ。紹介状のない患者はシャットアウト。そのくらいの改革をしないと待ち時間なんていくら経ったって終わらない。患者さんはいるんだよね。ようするにつながってほしい。ぶら下がってたくて県病院に通院しているんであって、県病院でならん患者さんが実際に来ているわけでは全然ない。恐らく半分はそうだと思う。

ペースメーカーをチェックするため3ヶ月毎に来ている。そしてこれは皆再診なんですよ。だからおかしい。

委員：県病院といわゆる連携する病院がないのでは・・・

委員：そのところで必ず行き先が無いという話になって。県病院は民間の医療機関を逆にいうと評価していないんですよ。

委員：その仕組みをキチッとしないといけない。

委員：でも結構、県病院の先生が開業をしたりしているんです。だからこの話ももちろんスムーズでないとは言えるけれど、県病院が外来の再患者を診て何人来た何人来たと喜んでダメなんです。この数字は間違っているのは、外来患者数とでていること。私にいわせると新患数ででていない。新患数ででていないのはおか

しい。私どもは今15%は新患です。

1日200名くらい来ているんですけどそのうち30人くらいは新患なんです。だから新患が何人来るかが肝心であって全体の数が何人来たじゃあない。その新患が紹介状を持って来るのだから。だからこれからの財政諮問会議の話ではないですが、紹介状がないのは400床以上であったらシャットアウトですよ。

委員：仮に紹介状が無くても私は・・・

委員：実際、新患で紹介状無しの患者さんの場合は差額を取っているのか。

事務局：取っています。

委員：たぶん相当ハンディを付けると思う。わざわざああいう形で国が決められているのだから。

そういうことも含めたニュアンスの中で待ち時間の短縮だとかを解決していくというのは良いことだと思う。

委員：待ち時間の短縮の問題には機械になにか問題があると聞いていたが。

事務局：それはおそらく入れ替えたことによって、前のシステムがうまく動かなかったことがありまして、非常に待ち時間が長いといったことがあった。今度のシステムはシステムそのものはある程度うまく動いていると聞いています。

委員長：表示も少し見えるように表示の工夫をしていただくと良いと思います。

そういうところを今年度改善していけば、診療時間そのものを短くするというのは別な意味でなかなか難しい。

今の部分はこれからの医療の在りようがさらに変わっていきますのでその中で常に課題のようなところは解決していくと言うことで、医療の提供としてはよろしいでしょうか。

委員：簡素ってなんですか。具体的には何を意味するんですか。

委員長：これはもともとですね、中期計画をつくる時に従来病院そのものが公立病院であるために経営感覚というものが、基本的には上から下まで決められたことはやると新しいことをやるとか無駄なことを省くとかそういうことが前例踏襲型で変わっていないので、独法化するという事は言うなれば限りなく民間に近づけてやると

いくなかで病院としてそのような意識を持ってやるというようなことで取り入れた言葉で、ただ中身はそれぞれの項目の中でそういう意識でやっていくという基本的な事柄です。

それでは、特に内容について伺いませんので、事務局の説明の内容の通りとさせていただきます。

最後になりますが、61ページから69ページ予算収支計画等及び移行前の退職給付引当金に関する事項について事務局から説明をお願いします。

事務局 - 特記事項について説明 -

委員：退職給付引当金は知らないですが、県の規定に準じているということでしょうか。

事務局：退職金の給付そのものは県の規定に準じています。

委員：要するに独法化するときに全部ご破算にしてチャラにしたというわけではないですね。

本来は、県を一度退職させて、新規採用とするのでは。

事務局：今回は、独法化するときに公務員型であり、そのまま職員は引き続き身分を引き継ぐと言うことになっていますので、退職をするという手続きはとっていません。

委員：そこがおかしい。それは一変全員退職、そして新規採用でないと。それをやったのが笛吹中央病院。峡東病院を引き継ぐときに全員退職なんですよ。そして新規に採用した。だから、笛吹中央病院は退職金についての話しは一切付いてこなかった。だから本来ここは全部チャラにして全員一変退職しないとおかしい。

事務局：県立病院そのものは設置者が知事であることは変わっていませんので。他県も国立の病院法人になったところも同じようなかたちで身分を引き継いでいるところですのでご理解を。

委員長：もともと一般独法で検討委員会は答申をしまして、かなり堅い決意で取り組んだけれど結局、職員の身分が県から離れることに対する不安が非常に大きくて、一部県議も含めてそれに同調するものがいて、秋の県議会で2/3以上の同意をとるといことがなかなか難しいという状況の中で、特定独法となりました。

委員：それでいいんですが、都合の良いときは公務員で都合の悪いときは独法でと二枚

舌になってしまう。

委員長：そこは、かなり実際の運営の中で限りなく一般型に近い、これは理事長も言っておられるし、この委員会の中の論議においても、業績が良いから報酬の引き上げにおいても別にすべきであるというような論議が仮に出ても、これはやはり準じて制度を維持しているわけですからそれはそれでということはずっとしていかなければならない。

委員：よくわかりませんが、普通だと理事会があってその下に評議会があってというのが一般的なスタイルですが、県病院にも理事会はありますか。

事務局：理事会はあります。評議員会は無いです。

委員：理事、評議員が一緒というのは結構ある。理事会というのは別にあるのですか。

事務局：理事会の構成メンバーは、理事長、中病と北病の院長、事務局長の4名となっています。

委員：普通の理事会とはちょっとニュアンスが違う。普通理事会というと10人とかいる。

委員：61ページの予算、収支について、例えば年間どれだけの活動をして、どれくらい残そうとかかといった何か積み上げたものとかはないのですか。

事務局：それは、年度計画を毎年度つくっておりますので、例えば平成24年度計画、平成25年度計画で毎年度目指すわけではないですが、結果としてこれくらい利益は残るという計画は毎年度作成しています。

委員：先ほど言った人員の確保なんかは、何年くらいで増やそうとか決めていますか。

事務局：医師の方はまだ十分把握していませんが、中央病院とか北病院で医師の募集は常時出ています。看護師の方は病院機構で4月の新規採用以外に3回の採用試験を行ってまして、それぞれ募集をしていますが、今のところ退職した看護師分を確保することで精一杯というところであり、それ以上の看護師を確保できていないところです。

委員：話は変わるが、看護協会は50人とかの退職者は把握されているんですか。
バンクに登録されているとか。

委員：今までは退職時に登録するという仕組みはなかった。今、退職時にナースセンターに届け出るということを努力義務化するという制度をつくった。そうすれば今は本人の意志で希望者だけが登録しますが、今度は退職者はきちっとナースセンターに登録しますから。

委員：50人のうち半分くらいは復職しても良い。

委員：先ほど、医師の退職理由を確認するというのがありましたけれど、看護職が本当は退職理由をキチッと把握して、再就業につなげるということが。この中に無いので。

委員：中病の看護師は全員復職できると思います。

委員：看護協会ではそれを把握しておられるのですね。

委員：本人が申し出てくれれば。

委員：今日現在はですね。これからは・・・。

委員：これからは、制度が運用されれば、全員が退職時に登録します。

委員長：それでは特記事項としては、この内容でよろしいでしょうか。

- 各委員 了解 -

委員長：9項目全て特に記載内容について御意見による訂正はございませんので、事務局からの説明の内容をもって了承させていただきます。

それでは、項目別評価は以上を持って一応終了いたしますので、引き続きまして全体評価に移りたいと思います。全体評価としてお手元にお配りしています(案)は、前回の委員会の論議、それから前回までの項目別評価の中での全体に触れるような御意見もそれぞれ出されておりまして、それらを反映した形で修正をしております。改めて事務局から順次説明を受けながら御意見をいただきたいと思います。事務局から説明をお願いします。

事務局 - 全体評価について説明 -

委員長：まず、3ページから5ページまでの部分について、今修正部分について説明がありました。その部分も含めましてその他御意見があれば最終的なものに反映させます。

委員：4ページのところで「今後は、医師が離職した原因の・・・魅力ある病院」という言葉が出てきますが、まさに看護職員にもいえて、魅力ある病院であればもっと集まってくれる。ですが、この段に入れるにはちょっと無理があるのでこのままでいいのですが、その下に行くと、「7対1看護体制の導入においては・・・」「急性期の入院医療においても・・・重要性が増しており」これはいいですね。補助者もいれて。

「医師の負担軽減の観点からも」ではなくて、「看護職員が行うことで適時適切な医療の提供が行えるという観点から、医師が行っている業務の一部を看護職員や、それから薬剤師などももっと病棟にキチッと配置して、」というように、薬剤師ができる業務は薬剤師が、全部医者でなくてですね、そういうふうに書いてほしいなと思います。

上は医師のことなので、魅力ある病院は看護師にとっても魅力ある病院、下段の医師の負担軽減の観点からは、看護師、薬剤師も同じことで入れて頂きたいと思いました。

事務局：病院機構と話をしているなかで看護師の方の入れ替わりが激しい、離職率が高いということなので、医師と同じように看護師の離職した原因を同じような文言を入れさせて頂くことが一点と、検討させて頂きお示しさせていただきます。

そして医療の提供の部分ですが、医師と看護師との関係のなかで、医師の負担軽減についてはそのとおりでして、看護師の方と看護師の業務に関することですので、この文言は削除させて頂きまして、看護師が適時適切な医療の提供するなかでということで、看護職員の方々の業務負担軽減ということで看護補助者また病棟薬剤師の配置によりというように修正させて頂きます。

委員長：そのような意味合いで修正をすることにします。

他にはございますか。

私の方から5ページの真ん中のところで、新聞一般紙とあり、解説する記事を記載したとありますが、各週毎に記事を掲載しているということなので、例えば記事を通年に亘って掲載したというように、年度ですとやっていますので、そういう記

載の方が分かりやすいかなということと、その下に、患者の待ち時間は依然として改善されておらずとあって、このままですと、待ち時間が短くならないと永久に問題が解決しないというふうになってしまうのかなと。もちろんそれが多少でも改善すればいいのですが、もう一つは診療の中身との連動ですから、個別の患者の立場に立つときっちり診てもらいたい、多少長くなることがある。そうすると前回も機構の方からもあったんですが、待っているとそろそろくるはずなのに、なかなか30分経ってもこないというようなことで、機構側も例えば待ち時間の案内の工夫というような表現があったと思うのですが、そういうところがはっきりすれば、むしろそういうふうになるよう言って頂いた方が次の課題ということでもいいのではということで2点申し上げておきます

委員：新聞紙には有料でやっているのか。

事務局：有料ではありません。

委員：だから、医師会からクレームがつく。そんな話はない。山日ボイコットだと言っている。そういう新聞の取り上げ方は不公平。

委員長：医師会から山日さんへ掲載したいと言えば。

委員：当然、言っていますよ。

委員長：こちらもこういうことだから掲載したいと。

委員：掲載は向こうが決めることだけでもそういう扱いは不公平だと言っている。県病院だけがやっていることではないのに。

委員長：5ページ中段までは、御意見をいただいた内容という形での修正あるいは加筆を事務局にお願いしたいと思います。

つづきまして5ページ中段から8ページ中段まで事務局説明をお願いします。

事務局説明 - 全体評価について説明 -

委員長：ただいまの5ページ中段から8ページ中段までで御意見ありましたらお願いします。

委員：これは小俣先生の趣味ではないのか。研究とかは。つまり、よその科がついていない。消化器の先生方の突出したいろんな意味合いの中で、頑張りには評価できる。しかし逆にそのほかの診療科が全然追いつけない。だからいろんな意味でバランスの良いかたちでの調査研究なりを行ってほしい。先生だけ頑張っているということは、逆に先生がある意味でリタイアしたら全然いなくなってしまう。その辺のところの文言をどう表現したら分からないが検討をお願いしたい。

委員：「業務運営の改善及び効率化」というところでは、医者がなかなか定着しないということ、看護職がなかなか定着しないということでは病院は発展できないということですね。そういうことではすごく上手にまとめてあって、たとえば「引き続き病院会議及び院内連絡会議を有効に活用し・・・取り組みが行われるとともに」とありますが、具体的に何だということが全然分からない。下から5段目の「誇りや達成感をもって働くことのできる・・・理事長との意見交換」このような昔のようなやり方では今の若者たちはついて来られない。一人ひとりの職員に光が当たる。一人ひとりが認められるような新しい経営とか業務運営の手法を研究するような部署をこの病院の中にもつたらどうか。大学生が4年間この病院に実習に来て、私は50人くらいがこの病院に就業すべきだと思います。本来は、1年生から4年間ここに来て勉強するわけですから。かえってこの実習病院を返上した方が学生が集まってくるのではと、この頃思うようになっていました。ここでは看護職に光が当たっていないのを見てしまうから。だとしたらそういうことを中から全然見えない・・・。

もう少し経営とか業務運営の改善効率化とか具体的に、古いしきたりに縛られなくて、そういうことをちょっと取り組んで欲しいなと思いました。昨日も日勤者が午後10時頃帰宅ということを知りまして、まだそういうことをやっているんですね。

それでは絶対ダメです。日勤者は午後5時半に終わったら6時半には家に帰らなければダメなんですね。今は。

委員：古参がいるからです。電子カルテが使いこなせない。時間がとられる。新人は使いこなせるので効率がよい。新陳代謝が必要。先程来出ているフラット、民間病院並みに上手に使っていかないとそういう点ではナースの危機管理のうえでも雑用が多くなってダメなんです。

委員長：それぞれそういう御意見がだんだん出ると思うんです。というのは、もともとスタートして3年ですから。3年経っているような取り組みがある程度最初意図したところは、先ほどの病院会議ではないですが、今まで何もやっていないものは最初は

新鮮だったはずですが、よそのところが何をやっているのかお互いあまり最初は知らないはずですから、そこで発表してうちはこんな取り組みです。それはたぶん非常に新鮮で、また出た方が自分のチームのところへ戻って、またオブザーバーでまた出るというように進んできたと思うんですね。ただ進んでくればその次というのが無いと、たぶん3年経ったことによって新しく企画したことは定着してくる。たとえばはこの秋に4年目の上期の中間の報告を我々はやっていくわけですが、たぶんそのときは、もし引き続き同じような形の意見が出てくるとちょっと違うのではないかと。今年も先ほどの特記事項のところを書きましたようなそういう視点で各委員からもお話がでていきますから。ですから、これは一応3年目の総括ということでちょっと期待する部分と昨年度の年度計画に対する達成ということで割り切って評価をいただきながら、もう一つは4年目は違いますよということをオフィシャルでなくても事務局を通じて委員からの意見というのはお伝えをしてもらえるようにして頂ければと思います。

この秋の時にそのへんのところを、看護師の皆さんのモラルといいましょうか、やりたいということが一番大事ではないかと思うし、そういうことを含めてやるべきだと思います。

委員：学生が研究発表をしたいから私のところに来て、これだけの症例を集めさせてもらっていいとか、けっこう来る。去年も2つくらい来た。大学院生が卒論みたいな形でやっていると思う。だから看護大学の生徒はそのようにやっているとなると、現場のナース、県病院のナースだってある程度学会発表やデータ収集に頑張っても良いと思う。

委員：そういうことはかなりやっていると思います。一人ひとり素晴らしいです。

委員：逆に言うとそれを評価しないと。ただやりっ放しで自分の心意気だけではなく、極端な言い方をすれば本人の報酬くらい払ってやっても良いと思う。僕は学会発表したら5万円出しますとかそのくらいのことはやったって良いと思う。そういう形で、別にお金の話ではないが何らかの形で評価するなり、院長表彰とかあるいは理事長表彰とかあったら良いと思う。表彰規定は恐らくあると思うが。優秀論文賞とかナース、もちろんだクターも含めて。ただそれは紙1枚ではダメだな。

委員：優秀な看護師は多い。

委員長：8ページ中段までのところは、次への期待というところは別にして、表現としてはよろしいでしょうか。それではいまのところまではよろしいとして、最後のところ

ろになりますけれど、8ページの中段から9ページにかけて事務局から説明をお願いします。

事務局説明 - 全体評価について説明 -

委員：これは、保健医療機関の停止です。民間病院だったら確実に停止。絶対にそうなります。だから私どもも医師会の話では1日でも良いから保険医の停止にさせると。そうしなければ改善できない。事前の策としてはこれは電子カルテが悪い。電子カルテを先生方が使いこなせない。逆に言うと電子カルテの不備。前から出ているクラークの働きがあればこれらは全部チェックできているはず。だからクラークの有効活用というか、こういう権限をもたしたらいいと思う。私どもも先生方に特にサインというのは難しい。クラークから先生方にサインがないよとか書いてくださいとかどんどん言わなければいけない。

恐らく病棟クラークはいるでしょう。診断書を書くというのは、クラークの一部の仕事だけでも、こういう電子カルテの不備を指摘するのもクラークの仕事。薬剤のことについては、理不尽な医者がいて、自己流でもって、悪く言えば確信犯ですよ。承知して薬とか出す。逆に言うと薬の効能効果の方にも問題があるのだけど。

恐らく今までクラークが少ないというかいなかった可能性がありますね。民間病院では最初から病棟クラーク、病棟事務とっていますけどこれが私どもの病院、規模は小さいですが4,5人病棟についています。

従いまして、この規模から言えばその10倍ですから50人とかクラークがいなくともおかしい。そのクラークを活用することによってチェック機能が働いたり薬剤師も看護師もそうだけど。何度も言うようだけど返還だけですむかという問題、事態です。県病院だから返還だけですむかもしれないが。これは来年、再来年と2年は続く。一回のみではすまない。既にご承知の通り過去にも指導されている。管理のチェック機能なり危機意識がちょっとおかしい。電子カルテも私どもも困っているが、先生が電子カルテを必ずログアウトしない。忘れてしまう。企業では先生がコンピュータを離れたら自動的にログアウトするシステムがあるらしいが。うちもそれを研究しているが、先生もナースもそうですよね。入れっぱなしで現場へ行ってしまうと次のナースがそのまま書いてしまう。そうするとAさんではない。実際は。これは難しい問題。私どもが一番困っているのは急患室。急患室では先生は患者と一緒に移動してしまう。電子カルテはそのまま名前が残っている。その状態で次に急患室に行ったB先生が書いている。難しい問題。電子カルテの中でも、先生が席を離れたらログアウトできるようなシステムとかあるいは毎回ログインする簡単な方法、また何度も言うようにクラークで解決できる場所があれば、なんとか当事者だけでなく何かできないとこれはまた指導される。薬の使い方については、

薬剤師の権限をもって高めないといろいろな先生がいて自分の主義主張の思いこみの使い方を。やはり大改革をしなければダメ。今までのやり方では。

委員長：それでは今読み上げて説明がありました、表現ですね。この部分についてはどうですか。

委員：もうすこし危機意識を持った形で記載があっても良いと思う。

委員長：これは私の意見ですが、一つはこの内容は委員のおっしゃるとおり大変重たい問題であると思っています。したがって元々の書きぶりというのはそれほどの重さということ意識しないような書き方であったかなと思うので、全体的に重く受け止めなければいけない、一つはそういうことはしっかり書かなければいけない。

もう一つはそうは言いながらまだ実際には口頭である程度説明があっただけでマスコミにはこんな項目とかいてありますけれど、実際にそれぞれの項目がどのくらいの量感と重さで指摘されるのかわかりにくい。思ったよりも重くなる、いや、たまたまあった事例を示しているだけかもしれないので、私は今の時点ではあまり個別の問題を大きく踏み込んで指摘をすると、評価委員会が指摘したということは別の意味で重く受け止められるということになるので、その部分は指摘の仕方は現在我々が判断できる範囲内でした方が良いのではないかと。問題は正式な文書通知を受けてこの最後にありますように報告を受けた後、ただいま意見が出たことも含めて評価委員会としてはしっかり論議するし、向き合って意見交換をして頂くことではないかと。そういうふうなところから、これは私のこの文書に対する感じを言いますと、また以降になります、カルテの記載というのは本当に基本的な問題ですからここは量の問題ではなくて、これはまさにきちんと示して良いと思うので「カルテの記載に不適切な事例が認められること」、それから「勤務体制の管理が不十分であったこと」、その次のところはちょっとカットして、次の行の後半の「等の指摘を受けている。」として、具体的な部分は、その次のところは医薬品とか施設とはどんな内容かについては実際には今判断がしかねる部分があるので、具体的なところはその二つでどうかなと。したがってその次のカルテの部分は当然ここにあるような形の表現で具体的にどんどん改善を進めるべきと。

そして、次のページの二行目から四行目ですが、「また、不適切な・・・」は先ほどカットした部分の再度ですので、看護師の配置も含めて書いてありますが、ここは現時点では必ずしもこちらでも明確に分りかねるのでここはカットしてはいいかと。それで、その次に、「仮に特定共同指導による指摘事項が多岐にわたった場合には」という以後のところですけど、ここはこのまま次の行までいくんですけど、「指摘された事項の改善のためにさらなる医師、看護師等の確保、新たな・・・」

とありますが、ここは「具体的な病院の確保等が必要となることも予想されるので」というようにして、二行ほど飛んで、「特定共同指導の結果が通知され次第、・・・」に繋げてはいかがか。そして、そこはそのままいって、「影響を分析し」とありますが、これは「影響を精査の上」と、これは機構の方が自ら結果を受けた中での精査をした上で、評価委員会に対して報告を求めるといような記載でどうかなと私は感じています。評価報告書は当然ホームページに全部掲載されますし、単なるマスコミがある意味ではおもしろおかしくということも含めて、興味の視点で書く分にはどうでもいいのですが、評価委員会の指摘事項というのは、こちらの方も本当に慎重にならないといけない一方で、ただアバウトではありますけれど相当重い指摘を受けるであろうということは、十分想定されるなかで、可能なところの指摘をしたほうがというのが私が読んだ印象ですが。

委員：全体はそれで良いと思うんですね。一番最後のところの中で、評価委員会に対して詳しい報告を求めるとする等を文言を入れて頂ければ。

委員長：それは今も最後のところは精査の上、「評価委員会に対し報告を求めらるもの」となっています。

委員：これで良いと思います。やっぱりどうせ来ることが分かっているのだから、先手を打たなければダメ。また指摘される。やっぱり対策委員会などを立ち上げてやらないと。来ることは分かっているのだから。あの市立甲府病院だってそうでしょう。

委員長：当然、既に文書が来る前でも3月から半年間はそろそろ経つわけですから、必要なところはやっぱり、返還をすべきところもチェックをしていると思うが。われわれの方では今までずっと病院からお話があるような部分の報告を受けながら評価をしていく。このようなことでよろしいでしょうか。

それでは、冒頭のところで委員が御意見をだされた。それから最後のところで私の方から総論について申し上げたところを、事務局で精査いただいて、その趣旨に沿ったかたちでとりまとめをしていただく。時間的な問題もありますので、基本的な部分は十分理解していますので、最終的な文言については、事務局で最終案を作った上、委員長のほうでそこは確認をさせていただくことで一任をいただいでよろしいでしょうか。それでよろしければ、出来上がったものは、でき次第各委員の方に改めてお配りをさせていただくという手順とさせていただきたいと思います。

委員長：それでは全体を通してもう一度何か言い残したことがありましたら。

委員：この表の中で新規患者数が抜けている。

事務局：今回、病院概要の中から一部を抜き出して作成しています。あとで説明させていただきます。

委員：新規患者数と紹介患者数。そのへんがやはり病院のレベルを反映していると思う。

委員長：それでは以上をもちまして、平成24年度の業務実績評価書についての本日の論議は終了させていただきます。

事務局の方から今話があったことについて何かありましたらどうぞ。

事務局：今日始めて各指標の推移をつくらせていただきました。県立病院時代からの2年分と独立行政法人移行後3年分です。病院機構では毎年度病院概要という冊子を作っておりまして、その中から数字を拾って作成しました。

指標は事務局の判断で選びましたが、今委員から言われたように新規患者数とか紹介患者数とかさらに付け加えるべきデータがあるのご指摘いただけましたら、必要なものは追加させていただきます。また、11月に平成25年度上期実績報告について、病院機構の理事長出席の上、報告頂くこととなっておりますので、本日いただいた御意見を事前に病院機構側に伝えさせていただきますけれど、その場で病院機構にご発言いただければと思います。

また、3ヶ月ほど先になりますけれど、平成25年度業務計画書がありますので、その計画書と平成25年度の病院概要（中央病院、北病院）の冊子を委員の皆様には郵送させていただきますので、11月の評価委員会の際にはまた、資料等ご活用をお願いしたいと思います。

委員：新医療についてのデータについて、たぶん研修医は気にしていると思う。内視鏡手術件数とか顕微鏡手術件数とか、放射線もそうだけど、新医療について魅力あるものがないと結局東京へ行ってしまう。そういう視点でデータを揃えたら、逆にホームページに載せてこういう新医療をやっているということをアピールできる。新しい医療の取り組みがないと研修医は皆東京へ行ってしまう。脳腫瘍の手術が山梨県全体で70前後、東京女子医大だけで900やっている。比較にならない。そういう数字的なことも含めて考えてもらいたい。春日居さんがサイバーナイフを始めて約180名くらい1年間でやった。ただ目標は250例。だから赤字です。だけでもそれだけ単科病院で頑張っている中で、サイバーナイフは頭頸部しか許可されていない。全身は2年経たないと許可されない。いろんな治療の中で放射線治療を普及させていくという考え方で進めている。同じことは県病院でも言える。県病院

はもっと症例数が多いわけですから。そのときに新しい放射線治療というやりかたで、今度新しい機械が入ればそれをやるんだと思いますが。隣の相沢病院と比較するとそれは追いつかないということになるかもしれないが。放射線が全てではないし、きめの細かな、あるいは近場でもってということも大切。看護の方でも、電子カルテを持ち歩いてベッドサイドで入力する。

事務局：県病院はやってないと思います。

委員：電子カルテをもって歩くんですよ。私どもでも4台を動かして、ベッドサイドで入力しています。ナースから言わせればもっと欲しい。早い話が、県病院でもICUではやっていたと思うが、全病棟ではなかった。戻ってきて書いてというのは。しかし、難しい問題がある。セキュリティーの問題がある。持ち歩くとセキュリティーがダメになって、悪意をもった人がいるとダメ。ナースレベルから言えば、そういう電子カルテがあることは魅力ではないかと思う。

欠席している委員に申し訳ないが、この評価委員会は、全員揃わないと、委員会としての体がなかなかとれないのでは。

委員長：それは事務局に私から良く伝えておきました。

5人ですから本当に小数精鋭の委員会なんです。よく10人とか二桁の委員会があります。そういうところは、一人、二人休まれても支障はないですが。次の時は予定も前もって余裕を持つようにして、そして決まったら各委員の皆さんも最優先で何があってもこれははずせない。あとからきたものはずらすと。そういう風にししないと、委員会の使命がはたせない。この委員会を本当に意義のあるものにしていきたいと思います。

これをもちまして本日の議題を終了します。