

平成 21 年度 第 2 回 評価委員会 議事録

発言者 (項目)	発言内容 (要旨)
司会 石川厚生部長	それではただいまから、地方独立行政法人静岡県立病院機構評価委員会平成 21 年度第 2 回会議を開催いたします。 委員の皆様には、御多忙の中、お集まりくださいまして、誠にありがとうございます。さて、評価委員会の開催に先立ちまして、本年 1 月に静岡県厚生部長に就任いたしました石川部長より、皆様にごあいさつ申し上げます。 厚生部長の石川でございます。この 1 月に就任いたしました。よろしくお願い申し上げます。 本日は、評価委員の皆様方には、お忙しい中、御出席をいただき、また先日は業務実績評価の一環といたしまして、病院機構との意見交換をいただきました。誠にありがとうございます。 静岡県立病院機構の業務の実績につきましては、法に基づきまして年度評価を受けることとなります。本日の評価委員会につきましては、この評価結果を機構の次年度計画により早期に反映させるという趣旨によりまして、暫定評価をいただくという、大変重要な会議でございます。この暫定評価を行うに当たりましては、先日の意見交換を踏まえまして、北大路委員に素案をまとめていただきました。誠にありがとうございます。重ねて御礼を申し上げます。 県から機構へ指示をいたしました中期目標の中では、高度専門特殊医療や、救急・急性期医療の分野において第一級の病院であること、また地域医療を確保するための支援の中心的機能を果たしていくことを強く求めているところでございます。評価委員の皆様の御評価が機構のさらなる業務運営の改善を促し、中期目標の達成に結びつくよう期待しているところでございます。 県としましても、評価委員会の皆様方の御意見を十分に踏まえまして、機構の自主性、自立性を保ちつつ、今後とも必要な助言や支援を行ってまいりたいと考えております。 本日の活発な御意見をお願いいたしまして、あいさつとさせていただきます。よろしくお願いいたします。
司会	ありがとうございました。 それでは、次第に従いまして、議事に移りたいと思います。これ以降の議事進行は平賀委員長をお願いいたします。
平賀委員長	御多忙の中を、先日長時間にわたる意見交換会と今回、第 2 回委員会ということで、委員の皆様にはそれぞれ御多忙な中、誠にありがとうございます。 それでは早速、できる限り効率的に、かつ中身のある委員会にしていきたいと思っておりますのでよろしくお願いいたします。
議題 暫定評価	ただいま石川部長から御説明がありましたように、平成 21 年度の暫定評価を決定することということで、先日の意見交換会を踏まえまして、本日の資料は北大路委員に取りまとめをいただいた暫定評価書の案について御意見をうかがいたいと思います。事務局から早速説明をお願い_します。

発言者 (項目)	発言内容 (要旨)
松浦医療健康局 参事 <u>議題</u> 暫定評価	それでは、お手元の資料の、地方独立行政法人静岡県立病院機構の平成21年度業務実績に関する暫定評価結果（案）をご覧ください。 この中で、冒頭におきまして、今回の暫定評価の対象となります平成21年度の位置づけが、第1期中期計画の第1事業年度であるということを明らかにしてございます。 次に、第1の評価方法の概要として、昨年11月の当評価委員会で決定いたしました評価の目的や基本的な考え方、年度評価の着眼点など、評価方針及び年度評価要領の内容を盛り込んでございます。 次のページ以降が第2、暫定評価結果ということでございまして、内容につきましては、後ほど北大路委員から御説明をお願いしたいと思います。 暫定評価書は以上でございますけれども、当評価委員会で決定した後、速やかに病院機構に通知するとともに公表し、併せて県議会2月定例会の厚生委員会に報告する予定でございます。 なお、暫定評価結果の中で、病院機構の監事による監査結果に触れておりますので、本日の資料の中に当該監査結果を加えてございます。 私からは以上でございます。
平賀委員長	ありがとうございました。 それでは、続いて早速暫定評価結果（案）に入りたいと思います。この内容につきまして、取りまとめていただきました北大路委員から御説明をお願いしたいと思います。
北大路委員	医療そのものについて熟知しているわけではございませんので、あらかじめご了解いただいたうえで、ご審議をお願いします。使用した資料は、機構でまとめられた21年度の業務実績報告、暫定版を参照いたしました。それから、意見交換会の時に、各病院、また機構から発言・説明があった部分は、資料に基づき参照させていただきました。そして、その場で各委員から出されました御質問、コメント、御意見を最大限反映させるように努力いたしました。 また、意見交換の際に事務局から御説明のあった業務監査の結果、これは機構の監事の方が取りまとめられたものを参照させていただきました。 それらの情報を使い、暫定評価結果という文書を取りまとめた次第でございます。 お手元の6ページからなる暫定評価結果の案、最初のページは評価方法の概要ということで、これは主に事務局の方で用意して下さった内容でございます。 めぐりまして、第2の部分から必要に応じ事務局などに確認しながら、基本的には私が作った文案でございます。 総括という部分と、1. 法人本部、2. 三病院という三部構成になっています。また、2については、それぞれの病院の前に、三病院共通というセクションを設けています。 総括ですが、基本的にはその業績報告書等を拝見し、目標をほとんど達成、あるいは達成以上という結果を出している、あるいはそういう見込みというところがほとんどという結果でしたので、これは当然高く評価されるべきというトーンで書かせていただいています。法人化に伴ういろいろな困難や混乱があるということも推測しましたが、む

発言者 (項目)	発言内容 (要旨)
(北大路委員)	しろ逆に法人化の利点を随分きちんと活用されていると判断させていただきました。 そこで、総括の 3 段落目には、全国の中でも全国的に非常に難しい経営を強いられている公立病院が多い中で、大変思い切った改革、法人化ということに踏み切ったことについて、結果を出しているというような判断をさせていただいています。 その総括の最後の段落ですが、これはぜひ委員の方々にも御意見をいただきたいところですが、先ほど申し上げました監事監査結果について触れさせていただきました。と申しますのは、かなり細かい部分まで含めて、この監事監査結果が大変的確な指摘をしていると思われました。逆に言いますと、この前の各病院側、機構側からの御説明や、委員からの御質問に及んだような内容も、この監査結果の中に触れられているものが幾つもありました。それをこの私どもが審議する暫定評価の中に重複して入れる必要はない、そのような具体的で詳細な指摘に関しては、この監事監査結果に委ねた方がいいと判断し、ここには全般にわたりの確な指摘が行われているので、ぜひ十分活用してほしいというような表現にさせていただきます。 もちろんこの監査結果は、財務、会計面での御指摘が大変多く、特にコスト分析等をしっかりするという御指摘が大変目立ちますが、そのレベルを含め、非常に総合的、包括的に指摘があり、当委員会としてこれを順守するよう申し上げてはどうかということでございます。これは私からの当委員会に対する御提案の一つですので、ぜひ御意見をいただきたいと思いますと思っております。 その次のセクション、法人本部に関しましては、全体的な問題点を指摘させていただきましたが、基本的には、各地の病院で問題になっているスタッフ不足、人員不足に関して、十分とは言えないまでも相当前進しているという、大変法人化の利点を生かして仕事をされているということについて、述べさせていただきました。 それから、地域医療再生計画の推進に関するコメントが意見交換会の中で委員から出されておりましたが、ぜひ地域の期待に答えられる体制をとるべきという文言で、2 ページ目の最後のところで締めくくっております。この辺でもし御意見があれば、またこの場でいろいろおっしゃっていただければと思っています そのほか、例えば法人化に伴い、部門間の重複がある議論とか、あるいは全体として外来も非常に減っているという状況の中、病院機構だけが一人勝ちしていいという状況ではないという御指摘もありましたので、それも反映した内容をここに入れさせていただきました。 この法人本部の最後の締めくくりのところは、この前の意見交換会で最後の方に御指摘がございました。実はその説明責任や透明性について言っているが、あまり具体的ではないという指摘がありました。それを具体的にどうやって果たしていくのかを研究すべきだというようなことを御指摘がありましたので、これに反映させていただきました。 それから、三病院の部分でございますが、三病院共通のところでも、体制の問題ということで、先ほど触れました人員のこと、そして特に気になりました、看護の二交替制がなかなかスムーズにいかないと、ここの部分はどこまで踏み込んで表現できるか、悩ましいところではございましたけれども、しかしそういうことをぜひ書きたいと思いまし

発言者 (項目)	発言内容 (要旨)
(北大路委員)	て、そこに表現させていただきました。 そこで、一般の市民、県民の方からは、聞きなれない言葉かもしれませんが、ステークホルダーという言葉は敢えて使いました。関係者と言えば済む話で、これは資料の 6 ページの用語の説明に、「病院や病院運営などに利害関係を持つ人や関係者」とありますが、ここでの意味合いは「建設的な利害を持っているという人たち」のことをステークホルダーとしています。つまり否定的な利害を持っている関係者を含めない。それは私ども政策評価をするときには、その人たちのことまで考慮することはないという考え方を表現したくて、これを使いました。 その後、県立総合病院とこころの医療センター、そしてこども病院について書かせていただきました。ここで気をつけたいと思ったのは、人員にしても予算にしても県立総合病院の規模が非常に大きいですから、それに応じ余り多くのスペースをとってバランスを欠くということがないように考慮しました。そういう意味では、県立総合病院の院長という立場からご覧になると、コメントが少ないという御不満があるかもしれませんが、ぜひ御理解をいただきたいと思っております。そういう意味で、県立総合病院に関しましては、大変重要な部分については取り上げさせていただいているつもりでございます。 どの病院についても大変注目すべき業績の部分、特に医療の提供に関しての業績に関しては、最初にしっかりと書かせていただいています。そして、医療以外の部分や問題となっている部分を後段に書かせていただくという順番にさせていただきます。 あとは委員の皆様にご覧いただいて、いろいろ御指摘をいただければと思いますが、できるだけ機構と各病院の経営に対してお手伝いができるような、役に立つ指摘をさせていただくことと、県民と設置者から、一層のご理解を得ながら改善に努めていただきたいというトーンで書かせていただいております。 冒頭に申し上げましたとおり、何分、医療そのものについて知っているわけではございませんので、ぜひこれをたたき台として、委員の方々にいろいろ加除修正をお願いしたいと思っております。よろしくお願いいたします
平賀委員長	ありがとうございます。 なかなか大変な作業を北大路委員にやっていただき、この前の議論について、ほとんど漏れなく盛り込んでいただいたと感じております。本当に御苦労さまでございました。 そこで、今の事務局の概要説明と、北大路委員の説明、中身の組み立て方と言ってよろしいかと思いますが、これにつきまして、機構から補足説明などございましたら、あるいはまた、前回、委員の方々から質問が出た問題もあったと思いますが、これにつきまして回答等がありましたら、お願いしたいと思います。
神原理事長	神原でございます。本日は評価委員会において暫定評価をしていただき、感謝申し上げます。事務的な点に関しましては、杉山副理事長から補足させていただきます。

平成 21 年度 第 2 回 評価委員会 議事録

発言者 (項目)	発言内容 (要旨)
杉山副理事長	杉山でございます。 お手元に平成 21 年度業務実績報告書暫定版を新たにお配りしていますが、基本的に前回と異なっていますのは、例えば 2 ページの全職員数のところですが、ここに医師のところ、※で有期職員医師 94 人を含むということで、実質的に医師につきましては、いわゆる正規職員とこの有期職員を含めた形で医療を提供していますので、それはよりよく実態がわかるような表現、数字に改めております。 次に、6 ページ、7 ページですが、例えば業務量及び業務実績や収支実績につきまして、前回平成 21 年 10 月末までの実績から、最新のデータとして、平成 21 年 12 月末までの実績による見込みに時点修正してございます。12 月までの実績による見込みによりますと、かなりの程度、収支は 10 月末時点よりも改善しているという傾向にございます。 8 ページの病院別決算資料と 9 ページの決算状況の推移は新たに追加したものです。 10 ページに移りますが、先ほど有期職員医師について新しく数字を改めたと申しましたが、ここの中段の②に有期職員（医師）とありますが、この箇所を追加してあります。 そのほか、報告書の最後にあります用語解説ですが、例えば A C T、下の方に M S W、次ページに移りまして P S W、医療秘書、緩和ケアなどについての説明をつけ加えてございます。 それと、前回、質問いただきました事務職員数につきましては、平成 20 年度が 107 人で、21 年の 4 月に 100 人、トータルとして 7 人の減という形になります。また、病院本部の経営戦略室は情報スタッフ 7 人も配置されており職員数はトータル 14 人となります。 以上でございます。
平賀委員長	ただいまの御説明に、何か御質問はございませんでしょうか。 医師の有期職員という言葉が私を含め、ほかの病院関係者ではあまり聞き慣れないですね。10 ページの表によれば、有期職員というのは初期研修医その他医師とあります。初期研修医というのは確かに 2 年間の期限のある研修医です。ただ、その他医師というのはどういう方を有期職員と呼んでおられるのか、御説明をお願いします。
神原理事長	アメリカで言えばレジデントということで、初期研修 2 年、これは本当の研修でございますけれども、その後、フルタイムの常勤スタッフになるまでの研修をまだやっておられる方々で、科によって違いますけれども、初期研修を終わった後、3 年から 6 年間の医師を申します。
平賀委員長	普通、後期研修医と言いますと 3 年を指しますよね。前期が 2 年、後期が 3 年。先生のところはその 6 年というのを有期医師と言っておられる訳ですね。
神原理事長	これは、県の病院だったときからの定員の縛りもありますが、今はレジデントと院内では呼んでおります。その期間が科によって違い、3 年から 6 年の間になっております。
平賀委員長	そうしますと、この方たちはまとめて本部所属ということでしょうか。
神原理事長	各科に配属されております。

発言者 (項目)	発言内容 (要旨)
平賀委員長	身分としては正職員でしょうか、そうでないでしょうか。大学病院では、後期研修医を研修センターの所属としているところもあります。実態として各科に配属されていても、病院長預かりなどになっていると思います。ところが、今の御説明ですと、専門が決まって、外科なら外科、内科なら内科に所属していて、なおかつこの有期職員ということが、少し理解しにくかったものですから。
杉山副理事長	通常、正規職員というと、基本的には定年までお勤めいただくということを想定しています。ここの有期職員というのは、あくまでも例えば専門医の資格をとるために、3年とか6年とかいっしょの先生、要するにある程度任期が決まっている、任期を決めてお勤めいただく先生方を有期職員という形にしています。ただ、処遇上は、例えば正規職員と同じように勤務時間も同じでございますし、あとは福利厚生那点でいえば、例えば共済組合の加入にする、あるいは退職金も通算するという形で、正規職員並の処遇を確保しています。ただ、給与体系そのものは正規職員とは違った体系にしています。
平賀委員長	大体わかりましたが、そうしますと任期で一種採用契約をしているので、その任期がくると今度、その人に新たな行き先について考えないといけないケースが出てくるわけですね。その中から多分、定員の余力があれば、県総の正職員ですかね、定年までいられるような処遇になるとか、それがないとほかへ行かないといけないと、そういう感じでしょうか。わかりました。 他に、機構に対して、また前回の御質問などで、お答えいただくようなことがございますか。
篠原委員	先ほど北大路委員からも少しお話がありましたが、2 ページの最後のところで、機構は今後とも地域医療の確保のために云々という部分で、前回もお話しさせていただきましたが、地域医療再生計画への関わりについて、ここでは「今後、県及び地域の期待に応えられる体制をとるべき」という文言しか書かれていません。例えばここに、医師の確保とか、前回もお話しましたが、医師の配置あるいは医師の派遣というような文言を入れていただければありがたいと私は感じております。いかがでしょうか。
平賀委員長	いかがでしょうか。機構の方からお答えをお願いします。
神原理事長	今、篠原委員が地域医療再生計画の計画責任を担っていただいているということで、できる限りの努力をしていくと考えております。ただ、機構から申し上げますと、実際に、医師確保あるいは派遣というようなことも念頭には置いて、意味としては含んでいると思っております。もちろん委員の皆様でそう決定されれば結構でございます。
篠原委員	このことについて、県医師会の事務局とも話してきましたが、「医師確保対策等、今後県及び地域の期待に応えられる」、医師の派遣まで触れなくても、いわゆる大きく括って、医師確保対策という言葉を使って、「医師確保対策等」という文言をこの「今後」の前に入れていただくと、この辺についても今後積極的にやっていただけるということが見えるのではないかと、考えていますけれども、いかがでしょう。

発言者 (項目)	発言内容 (要旨)
平賀委員長	北大路委員にもお聞きしなくてはいいですね。
北大路委員	私も篠原委員のおっしゃったようなことを元々書き込むことを考えていましたので、「医師確保対策等」という表現ぐらいはあってもいいと思っております。
平賀委員長	いかがでしょうか。あるいはほかの委員の方の御意見でも結構です。
杉山副理事長	医師確保対策に関しまして、私ども病院機構に県から課せられた、中期目標に関しても、極めて重点的に記載されてございますので、我々としては中期目標に、あるいは中期計画に則る限り、「医師確保対策等」と入れていただいても結構でございます。
平賀委員長	よろしいでしょうか。 私の意見といたしましても、一番初めの県立病院の今後のあり方の検討の中でも、医師確保あるいはマグネットホスピタルという言葉もありましたように、なるべく医師をプールして、非常に困っている地域医療に対してサポートしようという考えは最初からあり、それは保持した上でのこの評価委員会の見方がある訳で、役割は変わってないと思うのです。 ですから、地域医療再生計画は医療対策協議会でもとり上げられており、篠原委員は取りまとめ役で大変苦勞されているお立場として、その核となる場所も必要というお考えもあろうかと思えます。これは全病院が全県的にやらないといけない再生計画だと思えます。 また医師確保対策は県立病院として初めからその使命を持っておりますから、その文言を挿入することは目標に抵触しないと思えます。北大路委員の元々の御意見でもありますし、これは篠原委員の御提案どおり、ぜひ入れていただき「医師確保対策等、今後県及び地域」と、よりしっかりとうたっていただくということでよろしいかと思えます。特に御異存はないと思えますし、北大路委員も賛同されて、機構の方も御理解いただいているので、これは文言として入れ込んでいただきたいと思います。 よろしいですか。細沼委員や鍋倉委員はいかがでしょう。どうぞ。
細沼委員	よろしいでしょうか。県立 3 病院の所在地が静岡市にある関係上、患者さんも静岡市とその周辺が中心であると当然思います。しかしながら県の運営費負担金については、県民等しくそれを担っているという観点から、この病院機構は、東部とか西部の県民に対して、どのように直接、間接的に医療に関するサービスを提供してもらえるのか。 どうしても、静岡市だけのような感じがしまして、県及び地域の期待に応えられる体制をとるべきということですのでけれども、この地域というのはどういうイメージであるのか、教えていただきたいと思います。
平賀委員長	いかがでしょうか。今の文言を入れるというのと、そんなに矛盾はしない御質問だと思います。むしろ中身の、この文書の中身をより確認したいという御質問だと思いますが、いかがでしょうか。

発言者 (項目)	発言内容 (要旨)
吉田 こども病 院長	当院の患者さんの分布では、中部や西部は受診できる医療機関が多い状況の中、中部が約半分、東部は38%から36%ぐらいですから、中部と東部についてはほぼカバーできていると思います。それに対して西部は6%から7%、それ以外は県外です。これで責任を果たしているのかということになります。御評価いただきました小児科救急という点では、全県下を対象に三次救急、各病院のバックアップという意味で、いわゆる困った時にはいつでも、24時間365日、ドクターヘリという手があります。そういう意味では小児救急に関しては一応責任を果たしているつもりでおります。入院患者につきましては、先ほど申しましたように東部は38%ぐらいの患者さんが入院されています。
平田 こころの 医療センター 院長	こころの医療センターも、通院患者に関しては、通院可能なところ、中部地区に大部分が集中しておりますけれども、入院患者は結構県内広く散らばっております。 医療観察法病棟は、これはもう全県対象ですから、東から西まで全部受け入れる体制になっております。その前段にある鑑定入院というのがありますが、これも全県の8割を当院が受けているという実情もあります。 それから、東部から西部まで広く各病院、民間の病院が、特に西部地区にはたくさんありますが、そういう病院で処遇に困ったような、治療困難な患者さんを頼まれれば積極的に受け入れるという形で、全県単位で医療を展開していると考えております。
細沼委員	今ご説明のとおり、割とこども病院とかこころの医療センターは結構全県的に広く対処されているということが県民にもわかっている感じがしますが、県立総合病院については、同様な病院もありますし、それについてはいかがでしょうか。
平賀委員長	県立総合病院では、いかがでしょうか。
神原理事長	県立総合病院には、がん、循環器、救急という3本柱がございまして、救急に関しては、どうしても地域優先になります。ドクターヘリの受入れ数は東部、西部、それぞれ500件ずつぐらいで、我々のところが年間20件ぐらいですから、非常に少ない。東部、西部が受入られない時には我々が引き受けるというような格好です。 それから、循環器はどうしても時間との勝負で、1時間、2時間以内に直近のところになるべく搬送するという状況です。しかし、それが許されない場合には、東部は富士、西も掛川ぐらいまでの範囲で我々も応援することとなります。 がんに関しましては、中部のがんの半分ぐらいは我々が担当しているところです。 見方はいろいろございますけれども、まだ医師確保が不十分ですので、委員長がおっしゃられるように、できるだけ医師を確保して応援しようとしています。現在、東部の伊東市から西の森町まで8病院に医師を派遣いたしておりますが、いまだ力不足でございます。
平賀委員長	よろしいでしょうか。 今、御説明のように、疾病によるとか、大人、子どもの違い、精神病など少しずつ違いがそれぞれありますね。確かに救急とか循環器は非常に時間を急ぐものですから、こ

発言者 (項目)	発言内容 (要旨)
(平賀委員長)	れは東部も東部なりに努力をしてやっております。ただ、細沼委員の御指摘のとおり、東部ではかなり手薄なところがあります。特に幾つかの病院で、例えば産婦人科医不足など非常に困っている診療科があるのは、私どももよく承知しています。そういうところは、本当は県総など、産婦人科のある県立病院がサポートしたいのですが、目下のところは自分のところで余力がないという状況だと思います。ただ、神原理事長が御説明されたように、そういう姿勢は持っていると思います。それから、_診療科によっては、既に応援いただいております、また医師不足について御相談しますと、_前向きに、断るというよりはぜひ出してあげたいという姿勢でもって臨んでいることは間違いありません。 ですから、もっと医師を確保し、医師を他へ派遣できるぐらいの力をつけていただき、それから東部へも出していただくと、そういう段階になるだろうと思うのです。そういう方針は持っているのではないかと思います。多数の医師を抱え込んでいて出さないという、大いに指摘しないといけませんですけれども。今のところは恩恵を受けている医療機関も随分あるのです。そういうところではないかと思います。 鍋倉委員は何か御意見は、どうですか。
鍋倉委員	地域医療再生計画のところは、今のことを入れていただければいいと思います。 私も、細沼委員と同様に「静岡市を中心とする地域」と「公立の病院として」のところについては、「県民に対し３病院がより充実した医療を提供できるよう改善しました、さらに広くサービスを行き渡らせていきます」ということが入った方が、さらによいと思っておりました。
平賀委員長	ただいまの御指摘はいかがでしょうか。
北大路委員	「静岡を中心とする地域」という文言から、そういうイメージが想起されるところですが、ここでの趣旨は強力なサービス体制を持っているこの３病院、特に県立総合病院が、患者さんが減っている中で、中部の圏域のほかの病院の患者さんまで集めてしまうという方向に進んでいくべきではないという意味合いでございます。むしろ、鍋倉委員の御心配を表現した部分、県全体としての役割を果たしていくことになるべく力を入れるべきだということで書かせていただいております。 それから、特に３病院のうち、総合病院の方はどうしても中部を中心とした医療になっているということですが、私も今、御指摘になった最後の３行は重要だと思っています。納税者の説明責任、透明性の確保という、まさにこのことを御指摘されたと思います。県のお金が相当使われているのに、何で東部と西部ではないのだという点については、どの県民も思うことではないかと思います。そのときに、説明をどうするかというのは、かなり難しい問題になります。基本的には、公立病院の使命として不採算でもやらなくてはならない、いわゆる政策医療という分野ですが、その政策医療に関しては全県的な役割として果たしていくことを説明する必要があると思います。これは完全に説明し切れる問題ではありませんが、政策医療として県費によって賄われている部分というのは、ほとんどが全県的なニーズに応えるために行っているものであることをきちん

発言者 (項目)	発言内容 (要旨)
(北大路委員)	と説明できれば理解をえられるものと思います。逆に言いますと、静岡を中心とする医療行為は、概ね採算が取れる部分であり、普通の民間病院と同じく、等しく基幹病院としての責任を果たしているということを言えればわかりやすいはずです。 ただ実際には、診療科ごとの採算性やコスト計算するというのは、言うは易しいが非常に難しいです。ただ難しいとはいえ、やはり段々とそういうことに関する評価情報を出していけないと、今のような御指摘に対して応えられないというので、最後のこの 3 行はそういう意味合いで書いてあります。
平賀委員長	いかがでしょうか。北大路委員から、御意見等についての御説明もありましたが、機構の方では何かこれに御発言ありますか。
神原理事長	神原でございます。いつも政策医療にどれだけ使っているかと言われたり、暗に指摘されたりしているわけですが、我々としてまだ十分なコスト計算ができていない点は、申し訳ないと思っております。準備は整えつつありますが、どこまでできるか、非常に難しいもので、十分な答えになるかまだわかりません。すなわち、原価計算を病院で始めておりますが、費用を科別に分類する時に、それでは検査部や事務部門を、どのように割り振るかというのは非常に難しいことです。患者数で割り振る、あるいは収入ベースで割り振るなど、割り振り方として適切な方法を模索しているところでございます。でき上がりましたら御提示いたしますので、御意見をいただければと思います。
平賀委員長	鍋倉委員、今のような答えで、御了解いただければと思います。 ただいまの 1 法人本部の地域医療再生計画のところでは「医師確保対策等、今後県及び地域の期待に応えられる」と入れさせていただいて、反対がなかったと思います。 それから、「静岡市を中心とする地域」と「公立病院としての役割」のところですね。これはこの御意見を踏まえて、少し修正がございますので、北大路委員とも相談し、最終的には御一任いただきたいと思います。よろしいでしょうか。(各委員賛意) ということで、よろしいですね。では、そういうことにさせていただきます。 それでは、今の御質問は、法人本部のところの最後の文章に篠原委員の御提案を盛り込むことになりましたが、その他にございますか。 途中でもお気づきの点がありましたら、御意見をいただきたいと思います。 では、三病院共通の部分ですが、この評価案につきまして何かございますでしょうか。ステークホルダーは、先ほど北大路委員から詳細な御説明がありましたので、十分理解できたと思います。
鍋倉委員	法人本部か三病院共通か、記載箇所をどこにするべきか不明ですが、私が気になっているのは、医師とか、医療の質向上のために欠かせないスタッフの確保のために、就労環境の改善ということ、各病院が大分工夫されていることをまず評価して、その上でもう少し柔軟に対応できるような仕組みも考えてほしいということを入れていただくとありがたいと思っております。

発言者 (項目)	発言内容 (要旨)
平賀委員長	これについて、いかがでしょうか。
北大路委員	確かに意見交換ではあまり議論にはならなかった点ですが、就労環境、環境整備という項目で御報告がございましたので、取り上げることはいいと思います。私も記入について少し考えた部分でもございます。 今、鍋倉委員の御発言のとおり、随分一生懸命なさっていると思っていましたが、「評価する」ことで今の状況が素晴らしい水準と誤解されても問題かと考えました。しかしながら「いろいろ取組みをなされているが、さらに取り組んでいただきたい」ということは必要かもしれません。御指摘のとおり、もしよろしければ一文を適当な場所、三病院共通のところに入れさせていただいたらどうかと思っております。よろしければお任せいただければ文章化させていただきます。
平賀委員長	そういうことでよろしいでしょうか。鍋倉委員の非常に重要な御指摘がありましたので、それを入れさせていただくということにいたします。 ほかに何かこの三病院共通のところで御意見ございますでしょうか。
細沼委員	三病院共通の「看護師の二交替制の導入が進まないという問題がある」の箇所ですが、「二交替制は医療の提供水準の向上に役立ち、あと看護職員の多様な勤務形態、選択の要望に応えることができる」とありますが、二交替制に対する三交替制と比べて二交替制の方がよい理由などは書かなくてよろしいのでしょうか。
平賀委員長	これはいかがでしょうか。意見交換の時に二交替制の試行について話題が出て、ほかの病院関係の現状として、特定機能病院、大学病院はほとんど我々の知っている限り、二交替にされており、また我々の身近な病院でも徐々に浸透しつつありますが、二交替についての御意見を聞く限りは、非常にいいという意見が多い。ただ、どうしても勤務時間が長くなりますから、それをデメリットとすることもあります。利点は非常にたくさんあるという報告はされております。そこまでの総論的な意見だったと思いますが、ここに書いていただいたことについていかがでしょうか。 細沼委員からまた、もう少しこの二交替制を試行するのであれば、その利点やなぜ必要かということを少し詳しく記載した方がいいのではという御質問だと思うんですが。どうぞ。
神原理事長	今の御指摘ですが、現在三交替になっておりますが、三交替の利点も多くあります。原則 8 時間で替わるわけですが、そうすると夜中に帰ることになったり、引継ぎが 1 日に 3 度もあり時間がかかってしまう場合など、結局、帰宅して 8 時間後にまた出てくるなど非常に大変です。特に遠方ですと、本当に非効率ですので、むしろ二交替の方がいい。ただしお子さんの教育とか養育とかなどの問題のある方はできません。全部三交替というわけではなくて、雇用形態を多様化しようという試みです。二交替の方がいい、生活パターンが合う方、特に若い方などで、まだお子さんがいないような方が多いと思いますが、二交替を希望されます。だから、そういうこともやってみましょうというこ

発言者 (項目)	発言内容 (要旨)
(神原理事長) 平賀委員長	とです。 多くの自治体、静岡も関東に入りますが、自治体病院の関東ブロックでは、大体半分くらいの病院が既に導入しておりまして、導入している病院の評価は非常に高い。全員ということではなく、希望者で行い、それぞれの病院で半数ぐらいの病棟あるいはスタッフが二交替になっていると聞いております。 これは、前回またの機会に、少し資料を用意していただけるという話でしたので、また検討と言いますか、各委員の方が十分理解するということは必要だろうと思います。 我々が聞いている限りでは、三交替にはいい面もありますが、こま切れで、そのシフトを組むというのは大変なんですね。日勤と準夜帯と深夜帯と、相当時間差があり、それをうまく組んでいくというのは、どこでも看護部では苦勞していると思いますが、二交替制を導入されたところの病院の意見を聞きますと、患者さん側からの評判がいい、それは通しで長時間対応することですね。三交替という、3人ばらばらの看護師が対応する、担当するということが出てきます。ところが、二交替で切れ目なく診ていただけるというのは、患者さんのことを熟知する時間_が長くなって、非常に評判がいい面はあると聞いております。 それから_シフトの組み方でも、二交替の方がむしろ単純な時間帯や時間差になってきますから、これはかえって若い方に評判がよかったりします。それから老健や特養など介護施設は大体二交替ですね。二交替への流れがあることは間違いのないと思います。もう少し研究していただいて、余り無理して導入するということではなく、研究しながら少しずつ取り入れていくというやり方がいいと思っています。 これはそういうことで、今回はごく一部の議論でしたけれども、ここへ入れていただいたというのは、やはり先を見て、よりよい病院の発展を考えて、この文言を入れていただいたと思いますが、そういうところでよろしいでしょうか。 ほかに三病院共通ということで、何かございますでしょうか。 特になければ、今度は個々の病院の評価のまとめというところに入りたいと思います。まず、県立総合病院ですけれども、これはいかがでしょうか。
篠原委員	4 ページの上から 4 行目、「県内では診察後に同意の上、特別料金を徴するなどの試みや、県外では資格のある看護師がトリアージによって云々」と書いてありますが、その最後のところに「これらの動向を踏まえ、救急医療の有効性云々」と書かれています。 これは診療後に同意の上、特別料金を徴収する場合に、医師が軽症として認めた場合は、加算部分については実費でいただくという制度を志太榛原で公立 4 病院が始めた話があって、他県でも例があるようですが、これがいかにかという話題になっています。 それから、看護師によるトリアージも、結局軽い人は診ませんという話ですね。だからトリアージをやるにあたり、その基準というのがあるのかという話で、これも慎重に対応が必要という話になっています。診療報酬改定の際にも中医協等と検討されていますが、まだまだ時期尚早というか、詳細な検討が必要であるという結論を出しています。これについて病院機構、特に県立総合病院で検討するということを書かれてしまうと、

発言者 (項目)	発言内容 (要旨)
(篠原委員) 平賀委員長 神原理事長	導入することになると見られますが、その辺についてはいかがでしょうか。 いかがでしょうか。まだ確定はされていないということです_ね。 県総の場合は、本当に軽症で何も治療を受けないという患者さんは 5 % 位です。ですから、他の方は何らかの治療を受けているということで、5 % ぐらいの人は本当に来る必要なかったということではあります。 一般には、定義は篠原委員がおっしゃられるように、余り明確にはなっておりませんが、救急車の搬送後の患者さんで、少なくとも入院を必要としない患者さんということであれば、約半数が該当となります。それによる救急センターの機能低下を防ぐために何らかの方策を立てるということで、検討はされましたけれども、今回の中医協の協議では一応延期になっております。 看護師によるトリアージを行うところは少数でして、多くは医師が診察して、これは余り治療の必要はないと判断し、後で説明して料金をもらってもよろしいかという形で徴収していると聞いております。志太榛原も同様と思います。 救急の効率的な運用ということの中の一つとして、そういうことは今後常に検討していく必要はあると思っております。 ただ、静岡市内では比較的軽症の方で減少傾向が見られます。東京では軽症の方がむしろ増えるということですが、市内に関してはむしろ少し減少ぎみという状況であります。
細沼委員	前回の意見交換会の時に、救急搬送患者の中で軽症の人の割合をお尋ねした関係で申し上げたいのですが、この救急患者さんについて、二つ問題がありまして、一つは本来、重症で、とにかく医療が必要なのに受入先がなくてたらい回しにされて、結局亡くなってしまったという問題が一つ。その対極で、本来、不要不急の人が救急車をやたら利用してよくないという、二つの問題があると思います。 この救急搬送患者の受け入れについて、100% 近い受入率、これは基本的にそういうたらい回しはしないで、全部きちんと受け入れをしているという意味だと思うのですね。それはやはりここに書いてありますように高く評価されるべきことであると思います。 この「ただ」以下のところは、もしかしたら、今回、ここに入れられない方がいいのかもしれないと、今、思っています。全国レベルでも聞くこの問題については、いろいろな議論があって難しいので、結論は出てないわけですし、やはりまずはできるだけ患者さんを受け入れるということが肝要だと思いますので、篠原委員がおっしゃったように、ここまで書くと、こうすべきとも読めますので、少し慎重にした方がいいと思いました。
篠原委員	最初のところに救急搬送患者の受け入れについてとありますが、別に救急搬送患者だけでなく、夜間に病院を訪れた患者さんに対しても、今行われていることと思います。いわゆるコンビニ受診で、夜間、軽い患者さんが救急医療機関に行った結果、非常に混雑を極めて、本来診るべき患者さんが診られない、本来の診療に支障があるということに伴う特別徴収やトリアージという試みだと思いますが、救急車を使ってくる患者さんと

発言者 (項目)	発言内容 (要旨)
(篠原委員)	なりますと、救急隊の問題等も絡んできます。確かに今、救急が安直に利用されていることには、ポスターなどで県民に対してアピールしていただければいいと思いますが、志太榛原で始めたのは、何でも来てしまうと困るので、お金とろうというところが発端です。ですから、これについてはまだ同意を得るとか、何か判断をして、この人は本来は救急の患者です、この人は本当は救急でないということを明確にトリアージすることは看護師であっても医師であってもなかなか難しいと思います。ですから、国でもなかなか踏み切れない、検討しても答えが出てこないという状況ですから、私としてはやはりこのところは避けた方が無難という気がします。
平賀委員長	ほか、御意見ございますか。 先ほど神原院長の立場で全くの軽症者、医療がほとんど必要でない軽症者が 5 % 程度というお話ですが、これで県立総合病院が実際困るという状況があるかということですね。100% 受入は素晴らしい実績だと思いますが、その中の 5 % というこの軽症も、実際には来てしまうということですが。これについての実情はいかがなものでしょう。
神原理事長	現実には、対応できないということは全然ございません。ただ、軽い患者さんが来ると、現場の医師の、あるいはスタッフのモチベーションが下がる、そういうところが大きいかもしれません。そういう方に限って、いろいろクレームとか言われる方が多いものですから、非常に精神的な苦痛になるだろうと思います。医師は過重労働に慣れており、それが普通だと思っているぐらいですが、医療のことをやるのは不満ではなくても、そういうクレームに対する意味では問題だろうとは思いますが。診療自体が困るということは現状ではないだろうと思います。
平賀委員長	ですから、先ほどからの篠原委員、細沼委員の御指摘のような、特別料金の徴収や看護師によるトリアージについては、先日の新聞にありましたが、特定看護師にこの業務を担わせていこうという検討会ができたばかりで、まだ検討中の話題、方策だと思います。そういう検討中の事項を載せていることに少し問題があるのではないかと思います。ただ、やはり不要不急の軽症者にもフリーに門戸開放してしまいますと、押し寄せてくる可能性もあるので、正しい救急のやり方というのはいくらも必要があると思います。 そうしますと、細かいところは外して、「他の多くの医療機関と同様に、軽症患者の受け入れについては何らかの検討が必要であり、救急医療の有効性を高める方策…」とし、この方策をあくまで探っていく、保持していくというような書き方にして、途中の、今、試験的に行われている、ごく一部で行われているこの二つのやり方は外していただいて、本来の基本だけを守り、有効性のある救急医療をやっていくという形にした方がよろしいのではないのでしょうか。どうでしょうか。
篠原委員	問題は一次救急、二次救急、三次救急という体制の中で、一次と二次の境目が不明確で、救急車で来る人が必ずしも二次ではないことです。本来、病院では二次救急として入院が必要な患者さん、一次は救急救命センター等が対応するという原則を徹底するこ

発言者 (項目)	発言内容 (要旨)
(篠原委員)	とが必要です。平賀委員長のお話のとおりだと思います。
平賀委員長	篠原委員の指摘されたことと、私が提案した内容というのは、同じということでしょうか。どうでしょうか。北大路委員の御意見は。
北大路委員	賛成です。本日もそうですが意見交換でも長い時間議論された内容でもありますし、もう一つは、受入率が 100% 近いと評価書に書けば、これは素晴らしいとなりますが、それでいつまでも 100% キープしろということとは少し違うと思います。だから具体的な問題のありそうな二つのやり方については、割愛するという委員長御指摘の修正がいいと私も思います。
平賀委員長	機構はよろしいですか。今のやり方を特に変えた方がいいということではなく、よりそれを詰めていく、不要不急の軽症患者さんはなるべく一次に行っていただくという本来のやり方、これを主張しておくということになろうかと思います。 では、そういうことにさせていただきます。 それでは、ほかに。どうぞ。
篠原委員	それでは、もう 1 点、こども病院の総合周産期母子医療センターの関連ですが、東京で、救急車がたらい回しにされお母さんが亡くなった事件ありましたが、こども病院では対応できない母体疾患について、県立総合病院が協力医療施設としての連携体制をさらに構築すべきと考えておりますし、そのことについての文言はどこかに入れていただきたいと思っております。
平賀委員長	どうぞ。吉田院長。
吉田 こども病院 院長	こども病院といたしましては、妊婦さん自身に内科系の疾患があった場合にはその状態を判定し、内科医が必要という場合には、総合病院の方へお願いするというルートを現在つくっております。その後、1 年間で 5 人から 10 人がお世話になったと思います。 したがって、最初の頃は少しでも妊婦さんに異常がある場合には県総にお願いしていましたが、段々程度が分かかってきて、こども病院でも決まったタイプの基礎疾患に関しては対応ができることが分かりましたので、それは対応させていただきます。
平賀委員長	現実にはそういう対応をとられて、システムをつくられて、円滑に対応しようということにされているということですね。確かに暫定評価書(案)を見ますと、県立総合病院も、それからこども病院も、周産期のことがほとんど触れられていない。
平田 こころの 医療センター 院長	各病院間の連携というテーマで、これは私の希望ですけれども、三病院共通のところに入れていただいて、ついぞと言っては何ですが、精神疾患とそれから身体疾患、両方が重症な患者の治療についても連携をとるべきだということで、三病院間の連携という文脈の中で入れていただいた方がすっきりすると思います。
平賀委員長	なかなか社会的に重要なところですから、その方がよろしいですね。三病院共通の冒頭のところという取り扱いということにさせていただきます。

発言者 (項目)	発言内容 (要旨)
(平賀委員長) 平田 こころの 医 療 セ ン タ ー 院 長	ほかに、県立総合病院について何かございますか。 では、次のこころの医療センターに進ませていただきます。 今の共通のところへは、精神科救急の問題として精神身体合併症も入るということになります。ほかに何かございますか。 少し細かい文言の修正をお願いしたいところがありますので、よろしくお願いします。 まず、5 ページの居住プログラムのところで「医療以外の分野における収入が見込めない不採算のサービスという課題があり」とありますが、これはアクトチームによる24 時間訪問サービスは医療行為として診療報酬が認められておりますので、「不採算のサービスを含む」と、「を含む」という 3 文字を入れていただければ適正だと思います。 それからもう一つ「先端医療であるm-ECT」とありますが、この先端医療はむしろクロザピンの方にかかります。m-ECTの方は全国で電気けいれん療法を実施している病院の半数ぐらいで行われていますので、もはや先端とは言えなくなっています。ですから、ここの部分は先端医療であるというのを削っていただいて、その代わり先端医療という文言は、「クロザピンを使つての統合失調症の治療」などの後に、「政策医療や先端医療に属する分野での積極的なサービス強化が進められている」というように、ここのところで全体を含めて言っていただきたいと思います。 それからもう一つ、「教育機関として」とありますが、「教育・研修病院」としていただくのが正確かと思われます。教育機関というのは大学病院ということになりますので「教育・研修病院」に改めていただければと思います。 今、気がついたことを述べさせていただきました。
平賀委員長	よろしいでしょうか。文言の訂正について、修正はよろしいですね。 ほか何かこのところでございますか。御質問なり気がついた点など。 特になければ、次の県立こども病院に目を通していただきたいと思います。 ご意見等いかがですか。 (特になし) 特に今のところないようでございますので、それでは一応、各論はこれまでにいたしまして、最初に戻りますけれども、総括のところでは何か、この各論を踏まえて総括ということになるのですが、総括ももう既に最初に議論が出たものですから、幾つか追加、修正が予定されておりますけれども、ほかにございますか。 総括と全体を通してでも結構です。 それから、初めに北大路委員の御指摘になった業務監査結果ですね。これが非常に詳細に書かれていますので、オーバーラップしているところは評価の方から抜いて、むしろそのエビデンスと言いますか、重視する御指摘もあって、かなり有用な監査結果ということを書べられましたけれども、「これを十分に活用されることを期待したい」という御指摘がありました。その辺についての御意見はいかがでしょうか。 そして総括のところでは、北大路委員の御説明にありましたように、結果としてかなり高い評価と言っていると思うのです。北大路委員は評価に関しては御経験があつて、他の機関もご覧になっておりますけれども、この静岡県立病院機構は上々のスター

発言者 (項目)	発言内容（要旨）
(平賀委員長) 司会	トを切っている、この委員会としては良い評価を差し上げるということになります。よろしいですか。 （賛 意） これについては皆様から同意を得られたということですね。 機構がスタートしましてまだ1年になってないわけですが、もう着々と努力が認められるというところでございますので、素晴らしいスタートを切られており、大いに期待したいと思います。 それでは、よろしいでしょうか。一応本日予定された議論を基にしてこの案について、修正すべきところは修正して、最終案をつくり上げていきたいと思います。 細かい表現につきましては、また北大路委員と事務局で調整していただいて、最終的には委員長一任ということにさせていただければ、それで今回の作業を終えたいと考えております。 それでは、進行を事務局にお返しします。 それでは、平賀委員長初め委員の皆様、本日は長時間にわたって審議をいただきまして、本当にありがとうございました。 以上をもちまして終了いたします。本日はまことにありがとうございました。