

令和5年度第2回 地方独立行政法人長野県立病院機構評価委員会
評価指標ワーキンググループ 議事録

日 時 令和5年11月21日（火）14時から16時30分まで

場 所 長野県長野合同庁舎 本館 504会議室

出席者

構成員：小口壽夫委員、川合博委員、浜田淳委員、宮坂佐和子委員、濱野英明木曾病院長、
日向修一県立病院機構本部事務局長、打田憲司オブザーバー
事務局：久保田敏広医療政策課長、臼井雅夫県立病院係長

（議 事 録）

1 開 会

（臼井県立病院係長）

それでは、定刻になりましたので、ただいまから第2回地方独立行政法人長野県立病院機構評価委員会評価指標ワーキンググループを開会します。

医療政策課県立病院係長の臼井雅夫でございます。どうぞよろしくお願ひいたします。

構成員の皆様には、お忙しい中、ご出席をいただきまして誠にありがとうございます。

本日、鮎澤委員から会議欠席というご連絡がありましたので、ご報告申し上げます。

それから、川合委員につきましては、今ズーム接続中でございますので、もう少ししたらつながるかと思ひます。

なお、長野県附属機関条例第6条第2項の規定により、委員の過半数が出席しなければ会議を開くことができないとされておりますけれども、現在、7名の委員の皆様にご出席をいただいておりますので、会議成立に必要な定足数に達していることをご報告いたします。

それでは、本日の会議ですけれども、おおむね4時半の終了を予定しておりますので、よろしくお願ひいたします。

それでは、開会に当たりまして、ワーキンググループの座長であります小口委員長からご挨拶いただきたいと思ひます。よろしくお願ひいたします。

2 座長挨拶

（小口座長）

それでは、一言ご挨拶申し上げます。座ってお願ひします。

第4期の評価指標について、今回第2回目のワーキンググループ、これから開催させていただきます。構成委員の皆様におかれましては、ご多用中にもかかわらず、事前の作業にご協力いただき本当にありがとうございました。本日もどうかよろしくお願ひいたします。

本日は、第4期の評価指標について、第1回ワーキンググループや、それから10月の事前の意見聴取を終えて、議論の余地が残った指標について、定量化にふさわしい資料をこれから決めていくということです。事前作業を通じて構成員の皆様から様々なご意見をいただきましたが、これらを踏まえまして、指標についての議論をいただきたいというふうに思っております。議論した結果を評価指標にどう反映

していくかについても議論できればというふうに思っています。

本来でしたら、私はこういう議論は、2年ぐらいかけてじっくり議論をしたり、それからもう少し専門家の人たちとか、実際に病院でやっておられる、そういう人たちの意見をいっぱい聞いてやった方がいいというふうに思っていたんですけど、コロナ禍の影響とか事務局の意向もあって、あっという間につくろうとしてるから、かなり無理はありますけど、そういうことを承知した上で、完成品ではなくて、これからさらに磨き上げていくというような方向で皆様にご意見をいただければというふうに思っております。本日はよろしく願いいたします。

(臼井県立病院係長)

ありがとうございました。

資料の確認をさせていただきます。資料1-1、資料1-2、資料2、資料3-1、資料3-2がございます。皆様、お手元にありますでしょうか。

それでは、議事に入らせていただきます。ここからは、附属機関条例第6条第1項の規定に従いまして、小口委員長に議長として会議の進行をお願いいたします。

3 会議事項

(1) 各指標について

(小口座長)

それでは、よろしくお祈りします。皆様のご協力、よろしくお祈りいたします。

初めに、議論の方法と進め方について、事務局からお示してください。

(事務局)

それでは、本日の進め方についてご説明いたします。

本日、第2回のワーキングにつきましては、前回、第1回のワーキングで議論できなかった部分、残りの10指標ほどがございますので、こちらについて第1回のワーキングと同様に、指標として適切なものが何かということをご議論いただきたいと思います。

今回のワーキングにおきまして議論の対象となり得る指標について、10月ぐらいに各構成員の皆様の意見を事前に照会したところでございます。この照会の結果を受けまして、主に2つの視点で、その2つの考え方に基づく指標というのを今回の議論の対象にしたいと考えております。

1つ目の視点は、丸バツ三角つけていただいた三角が過半数のもの。三角というのは、ほかの指標がよいということでご提示いただいたものです。もう一つの視点は、対象病院ですとか、指標の詳細について検討が必要だと事務局で判断したもの、この2つの視点を議論の対象にしたいと考えております。最終的には、各指標の議論の最後に多数決で指標案を決めていただきたいと思いますと考えております。

前回同様、議論の時間につきましては、1つの指標あたり10分ほどを目安でお願いしたいと考えております。

進め方の説明につきましては、以上でございます。

(小口座長)

ただいまのご説明に関しまして、各委員の方、ご意見、ご質問はないでしょうか。

資料としては1-1をやっていくわけですけど、今まで何回かした意見の中で、事務局がその都度うまくまとめてくれてありがたいです。なかなか分かりにくいかもしれませんが、委員の先生方、しっか

り読み込んでもらえましたか、大丈夫ですよ。

それでは、1番からしていきたいんですが、お話のとおり10個ありまして、資料1-1ですね。その1番、救急患者数、ドクヘリ、ドクターカーなどの受入れ件数についてというところですか。事務局から最終的な説明要らないですか。

(事務局)

じゃあ、簡単にご説明します。

(小口座長)

その方がいいと思います。

(事務局)

事務局案につきましては、この1番、救急患者数、ドクヘリというふうに、最初は表の左の列でそのような指標案にしましたが、委員の皆様からの意見をお聞きして、今黄色い線で第2回指標ワーキングでの意見を確認した上での事務局案ということで、応需率(信州医療センター)、救急患者数、救急車受入れ台数というふうに事務局案をさせていただいております。

こちらの議論の理由としましては、丸が過半数についてはいるんですけども、応需率の対応病院ですね、応需率の対象とする病院について議論をしたいというところでございます。

よろしく願いいたします。

(小口座長)

私の意見をかなり採用していただいたんですけど、応需率の対応病院も全部というふうに、最初は委員の方からご賛同をいただいたんですけど、応需率って本来皆さんご存じのように、第三次救急をやっている、救命救急センターに求められるものなんですね。ですから、二次救急をやっているところは応需率を出しているところは少ない。やらなくてもいいってわけじゃないんですけど。だから、指標として出していくべきかどうか、私は悩みました。本県の県立病院が救急医療を活発にやっているわけではない。院内でBSCとかの指標に使うのは構わないんですけど、指標として全部の病院に求めなくていいんじゃないかなというふうに私はずっと考えてまして、事務局の方もそれに賛同いただいたということになるかと思えます。

ですので、応需率については信州医療センターだけで、こども病院や、こころの医療センター駒ヶ根は特殊な病院ですから、求めなくてもいいんじゃないかと。木曽病院とか阿南病院は、今の救急医療体制で応需率を求めるのは酷かなと。結論的には、黄色でまとめてもらったような案でいったらいかかなということで、今日ご出席の委員の皆さんからご意見をお伺いしたい。

どうでしょうかね。私が見えるところでは、濱野院長からお願いします。

(濱野院長)

濱野でございます。

応需率については、信州医療センターだけというのは今の説明で分かりました。確かに木曽病院は三次医療ではないので、応需率を求められない。ただ、木曽広域連合の消防隊が応需率の数字を持っていると思うんですけども、我々病院側は、実は応需率というのはデータとして持ってないんですね。ですから、確かにここに載せる載せないは別としても、載せることにしておくと、毎年事務方で応需率をしっかりと出すという形になるので、病院としては、ご存じのように木曽郡の中で唯一の病院で、救急車を受ける病院ですので、どのぐらい救急隊からの要請に応えられているかというのは重要な指標ではないかなというふうに思っています。

ですから、必須ではないというのはありがたい配慮だと思いますけども、木曾病院としての考え方としては、応需率を今後はちゃんと追っていった方がいいかなというふうに思っているところです。
以上です。

(小口座長)

ぜひそうしていただいた方がいいと思うんですね。院内のBSCとかそういうところには応需率を指標にいつも出しながら、それを上げようと努めてもらえば良いわけです。この前の先生のご意見だと、診療医師の関係上、かなり制約がありますよね。伊那中央との連携がいくつかあるとか、そういうような条件がたくさん入ってくるので、全体としての評価は出しにくいと思う。

(濱野院長)

小口先生、ちょっと声が、ところどころ途切れたりとか。

(小口座長)

分かった。入ってなかった。

前回の先生のご意見で、診療科の関係で多くのものがかなり伊那中央と連携していて、そういうものを除くとか制約が、いろいろありましたよね。だから、それは院内でやってもらえればいいんで、全体の形としては、とりあえずは信州医療センターでいいかなというのが私の意見です。

浜田先生のご意見をお願いします。

(浜田委員)

ちょっと音声、事務局並びに小口先生のお声がよく聞こえませんが、濱野先生の声はよく聞こえたんですが、ちょっとよく分からないです。申し訳ありません。応需率を信州医療センターに限るべきだというのは、どうしてなのでしょう。すみません、ちょっと確認です。

(小口座長)

例えば木曾病院とか阿南病院というのは、救急の数に対して、応需率を指標とするには、かなり無理があるんじゃないかなと思うんですね。ですけど、信州医療センターの場合は市街地にありますし、それからほかのところの病院との比較とか必要なんじゃないかなという中で、最初の意見は、応需率は全部の病院という委員のご意見が多かったんですけど、今回は木曾、阿南は除き、また、こどもところの医療センター駒ヶ根は特殊ですので必要がない。しかし、信州医療センターには指標として求めているもいいんじゃないかということが、最終的な意見です。

(浜田委員)

承知しました。特に異議ありません。

(小口座長)

宮坂委員、お願いします。

(宮坂委員)

宮坂です。

私も今の説明を聞きまして、応需率はその病院の機能に応じて、必要であれば指標を使うということで良いと思います。応需率だけではなく、救急患者数と救急車の受入れ台数の推移を追っていくという今回の案でよいと思います。

以上です。

(小口座長)

ありがとうございます。
川合先生、準備できました。まだかな。
じゃあ、打田委員、お願いします。

(打田オブザーバー)

私としましては、ご提案のとおりでよろしいかと思えます。

(小口座長)

川合委員、聞こえますかね。

(川合委員)

私の声、聞こえますか。川合です。

(小口座長)

はい、聞こえますよ。

(川合委員)

すみません、不慣れなもんだから時間がかかっちゃって。
今、1番をやっていて、応需率に関してですね。

(小口座長)

そうですね。最初の先生のご意見は、全部の病院に応需率を求めた方がいいんじゃないかというのがご意見だったと思うんですね。

(川合委員)

そうですね。それぞれの地域の中で大切な役割を果たしている病院が県立病院ですので、機能のレベルと申しますか、水準はいろいろありますけども、やっぱり依頼を受けてどのぐらい受けているのかというのは、職員間でも共有していた方がいいかなというふうには私は考えますので、一応各病院でも出していいんじゃないかなというふうには思うんですね。

(小口座長)

分かりました。先生のご意見は、全病院に求めた方がいい。

(川合委員)

全病院で出してもらっていいんじゃないかなという気はしているんです。それは、それぞれの病院の体制で応じ切れない部分があるのはもちろん分かるんですが、現実はどうなんだというのは見ていく必要があるんじゃないかなと。あまりにも低過ぎると申しますか、ほとんど受けられないような状況であれば、それは体制から考えていく必要もあるんじゃないかなというふうには思いますし、地域での役割を果たすためにですね。だから、現状を把握する意味でも応需率がどうなのかというのは、見ていく必要があるんじゃないかなというふうには思うんです。

(小口座長)

そのご意見よく分かります。

事務局、どこかの県とか、要するに第三次救急じゃないところ、何か数字を調べたのはありますか。

(事務局)

すみません、ちょっと時間がなくてまだ調べ切れておりません。

(小口座長)

僕の知っている限りで調べたんだけど、多くの病院はあまり外には出してないですね。病院の中での資料に使うというのはしているみたいですけどね、第三次救急病院以外ですよ。そういう意味で、信州医療センター以外には、ちょっと時期尚早じゃないかなというのが私の意見です。

それでは、いいですかね。もう議論は前回もしましたので、採決。

(川合委員)

そんなにこだわるわけではないのですが、信州医療センターだけというならば、それはそれでもいいと思うんですが、ほかの指標、受入れ台数とかそういうのは出るわけだろうと思うんですが。

(小口座長)

先生が言われたように、従来と同様に他の数値は求めます。おそらく多くの病院の人たちは、応需率というのは知らないと思う。今回こういう話題に上がったわけで、遠からず、県立病院全体が出すようなふうにしていただければ、すばらしいことかなと思います。それでは、採決しなくてももういいですか。ちゃんとするか。

元の事務局案に賛成の方は挙手をお願いします。

(賛成者 挙手)

(小口座長)

5対1ですかね。ということで、事務局案を採用したいと思います。よろしいでしょうか。ありがとうございました。

(濱野院長)

小口先生、すみません。応需率についてはいいんですけども、前回も私申し上げましたけど、救急患者数とか救急車の受入れ台数というのは、救急患者数というのは、時間外の加算をとった時間帯のものだけということでもいいんですか。その辺の定義もしっかり加えといていただかないと、多分各病院でまちまちになっちゃう。救急車の受入れ台数については、日中の救急車の受入れ台数を入れるのかどうかですね、定義として決めていただければいいかと思います。

(小口座長)

そうですね。今までの数値は、時間外ですずっと出てきているんですよ。そこは時間外というのは省いたんですよ。事務局、そこら辺の理由。一般には分けてないんですよ。

(事務局)

たしかワーキングのときにお示しいただいた、この黄色い線の隣にありますQ Iプロジェクトの定義において、それに従ってこのようにしたということです。

(小口座長)

だから、分けてませんので、濱野先生よろしいですか。

(濱野院長)

分けてないのは、救急車の受入れ台数を分けていないという意味でしょうか。じゃあ、救急患者数といった場合は、通常であれば時間外加算をとるものを救急患者数と言っていると思うんですが、それはそれでよろしいですか。

(小口座長)

一般的には、患者数も分けてないですよ。

(濱野院長)

そうすると、時間内に来た救急患者というのはどういう患者を定義にするんでしょうか。その辺が院内の数字でも曖昧になっているんですけど、通常は救急患者数といった場合は、時間外加算をとるものを救急患者数と言っているのではないかと。定義をしっかりとつけていただいた方がいいかと思います。

(小口座長)

そうだね。

打田委員。

(打田オブザーバー)

諏訪赤十字病院の定義で申し上げますと、時間外はもちろん救急患者数としてカウントしておりますが、時間内の患者におきましても、いわゆるウォークインという形で当日受診する患者についても一部、救急患者としてカウントしております。

各病院の解釈が異なってはいけないと思いますので、時間外のみ切り分ける、もしくは当日の緊急受診も救急患者として含めるかどうか、定義の整理は必要だろうと思います。

(小口座長)

何か事務局、ご意見あります。

(事務局)

Q Iプロジェクトの定義に従いまして、来院した患者数ということで、時間外も含め入っているということにしております。

(小口座長)

このところは預からせていただいて、その定義を事務局の方で。

(事務局)

そうですね。今お話しいただいたように、きちんと決めておいた方がいいというのは確かだと思いますので、事務局でしっかり時間内、時間外の部分なのか、そのところは1回整理をさせていただいて、後日お示しをさせていただきます。ありがとうございます。

(小口座長)

濱野先生、それでよろしいですね。

(濱野院長)

はい、大丈夫です。

(小口座長)

じゃあ、そういうことで次に移らせてもらいます。

2番目の11について、簡単に説明をよろしくお願いします。

(事務局)

11番につきましては、黄色い線にありますように、新生児マススクリーニング検査等の高度検査機器を活用した遺伝子検査件数、NICU稼働率、PICU稼働率というふうにしております。

これらにつきましては、対象とするのはこども病院のみというふうと考えております。

(小口座長)

そういう意見ですが、各委員からのご意見をお願いします。

濱野委員からお願いします。

(濱野院長)

特に意見はございませんので、よろしいかと思えます。

(小口座長)

浜田先生、お願いします。

(浜田委員)

意見はありません。

(小口座長)

宮坂委員。

(宮坂委員)

私もこの案でよいです。

(小口座長)

川合先生。

(川合委員)

MFICUの稼働率を加えた方がいいというご意見があるのですが、私もこれは入れた方がいいかなと。こども病院に限る項目ですので、NICU、PICU、MFICUはこども病院のみですので、この稼働率を加えて評価したらどうかなというふうに思うんですが。

(小口座長)

そうすると、打田委員の書いてあるのと同じことですかね。

(川合委員)

ええ、そうです。

(小口座長)

MFICUを入れる。

(川合委員)

産科の管理になるんですが、MFICUも入れたらどうかなと思うんですが。

(小口座長)

もともとこども病院に限りますので、入れることに関してはよろしいですか。

(川合委員)

総合周産期母子医療センターとしての機能のあるこども病院ですので、NICU、PICUは基本的に小児科が担当、管理するんですが、MFICUは産科が管理するので、こちらも評価の対象にした方がいいんじゃないかなというふうには思います。

(小口座長)

多分全員異存ないと思いますけど、事務局もよろしいですかね。

(事務局)

はい。

(小口座長)

じゃあ、ここにMFICUですね、加えるということで、賛成していただいたということで、3番目の20番、説明をお願いします。

(事務局)

20番は、DMAT、DPAT派遣件数でございます。これを議論の対象とする理由としましては、丸が過半数ついておりますけれども、対象病院を明確化するというので、派遣に関する指標とするについてご意見があったためでございます。

事務局案としまして、DMAT、DPAT派遣件数ということで、これについて特に目標値みたいなものは設けずに、実績の推移を見ていくということを考えております。

理由としましては、その件数の多い少ないというよりも、災害の発生の有無とか数によって変わってきますので、なかなか評価が難しいのかなということで、推移を見るということですね。それから隊員数について見るということですね。隊員数につきましては、駒ヶ根と木曾病院でございます。

(小口座長)

事務局案はそうですけど、いかがでしょう。

濱野委員、お願いします。

(濱野院長)

濱野でございます。

特に異論ございません。

(小口座長)

川合先生のお考え、川合先生、分かる？

(川合委員)

はい、分かります。私は、災害が発生するかしないかは予測できない部分があるんですが、各災害拠点病院になっている病院もあるわけですので、一応それに対する備えはどうかというのが評価になるんじゃないかという観点から、DMAT、DPATの隊員数の目標値に対する充足率といいますか、例えば木曽病院としては何人の隊員が必要だというのが大体あると思うんですが、それに対して、退職等もあって増減はあると思うので、隊員の充足率というのは、常に準備ができていくかどうかというのを評価する上では必要じゃないかなというふうに思います。

派遣実績はその年によりますので、実績といいますか、件数の推移を見ていくのは、それはそれとして必要ですが、隊員の充足率というのを、各病院の準備状況を評価する上ではいいんじゃないかなと、必要ではないかなというふうに思います。

(小口座長)

あと、このところは濱野委員しか分からないと思うんだよね。打田委員は日赤の救護班で分かるけど、日赤はちょっと特殊だから、濱野委員、どうですかね。例えば1つの派遣の人数は決まってるでしょう。各職種、医師とか看護師1人とか、事務何とかがってなってるんでしょ。

(濱野院長)

決まっていたと思います。ただ、全体の数だけで、つまりDMATの派遣要請が来たときに、例えば最初に2人が行って、帰ってきてもう一個別の隊が行くみたいな形になると思うんですけども、所属する構成員の医師、看護師とか内訳がある程度決まっていたと思いますけども、その辺を単に合計の人数だけでいいのかどうかというのが、すぐに私も答えられないんですけども、確かに先ほどのご意見にあるような充足率という考え方は非常に重要なと思いますけれども、実際どういう形で出せるのかというのは、ちょっと今すぐにはお答えできません。

(川合委員)

DMAT隊は、4人、医師、看護師、それから薬剤師とか検査技師、それから事務、この4人が1チームとなって出ていくことが多いと思うんですが、隊員になるにはそれなりの研修、訓練を受けて、隊員証といいますか、そういう資格を持つ必要があると思うんですね。だから、そういう資格を持った人でチームを組みますので、そういう資格者が各病院何人か必要だろうと思うんですね。3チーム分が必要だとか、病院によっては4チーム備えておく必要があるとか、1チームだけでいいとかあると思うので、その病院の置かれた状況に応じて隊員数というのを常に確保しておく必要があるのではないかなというふうに思うので、そういう意味では、隊員のメンバーの頭数が必要かなと思うので、その充足率ですね、病院が目指すDMAT隊、DPAT隊の隊員数に対する充足率というのを、常に100%にしておくのが一番大事だろうと思うんですが、準備の状況が大切じゃないかなと思うんですね。

(小口座長)

ありがとうございます。機構で分かる範囲で。

(日向事務局長)

DMAT、DPATの派遣に関する事務局案について、木曽病院の濱野先生は賛成というふうなことの中で、

事務局でバツつけているんですけど、これ議論になったのは、やはりご存じのとおり、改めて言うまでもないんですが、10圏域の災害拠点病院が、各圏域の基幹病院が災害拠点病院と指定されている中で、木曽病院というのは本当に小さな病院です。医師派遣についても大学とか、あるいは県の修学資金貸与者とか、そういった方たち、若手は特に頼っているような状況の中で、先ほど川合先生からおっしゃっていた、研修に参加するというのも本当にスムーズにいかないというふうな状況もあるというふうにはお聞きしております。ですから、そういった意味で、同じ災害拠点病院としての役割というのは当然果たしていかなくちゃいけないんですが、現状については本当に大変だということを改めて述べさせていただきます。

以上です。

(濱野院長)

追加ですけれども、先ほど川合先生おっしゃられたように、4人が最低必要だというのは分かるんですけども、例えば木曽病院のDMATで隊員の目標数が今あるのかどうか、私はすぐ分からないんですね。少なくとも4人確保しといて、派遣要請が来たら行ってもらうしかないと思うんですけども、さらに次の部隊、つまり8人確保しておく必要があるのか、あるいはもっと言えば3隊である12人を確保する必要があるのか、現状で木曽病院に課せられた目標がどの程度なのかというのが分からないので、例えば最低限の4人とすれば充足率は100%だと思いますけれども、目標値が高くなると充足率はぐっと落ちることになりますので、その辺がどうなのかなというのがすぐお答えできないところです。

(小口座長)

多分事務局は、機構の本部が言った意見と同じだと思うんですね。特に木曽の場合は、ふだん足りない状態ではないかな。実際に起きたらいろいろなところから、申し訳ないけど、寄せ集めるのが実情じゃないかなと思うんだよね。だから、ふだんからというのはなかなか難しいんじゃないかな。

(川合委員)

よろしいですかね。常にスタンバイできるチームの数で、義務みたいなのはなくて、各病院の任意でやるんじゃないかなとは思ってはいるんですが、例えば私がいた病院は2チームだったんだけど、やっぱり2チームでは足りないから3チームつくりたいというような要望があって、それぞれ研修に行ってもらって、編成はしていたという経緯があります。例えば木曽病院であれば、1チームは常に編成は組めるというような形をとっておく、災害拠点病院としての縛りはあるのかなとは思いますが。行政的にチーム数を割り当てられるという印象は、私、在任中はなかった。あくまでも病院の自主的な判断でチーム数をつくっておくということだったように思います。

(小口座長)

これ、課長のご意見はどうでしょう。

(事務局)

今のお話ですけれども、DMATに対して言いますと、医師が1名、看護師が3名、それから業務調整員ということで事務が1名の計5名で体制を組みます。今川合先生がおっしゃったように、これが固定化されているわけではなくて、そのときの災害に応じて、各病院が出せるチームを出す形になっています。ですので、当然そのチームがたくさんあるところというのは、研修を受けた方々がたくさんいるので、災害が起こったときにはチームが組みやすい、派遣もしやすいという体制が整えられている。ただ、実際にはなかなか都合がつかずに、チームが1隊も編成できないことも当然あるでしょうし、編成が2隊

可能なので2隊出せるという判断で、それは災害の規模だとか、場所だとか、そうしたところに応じて各病院が判断していただけたところですよ。

今日向さんがおっしゃったように、非常に木曽病院は厳しい状況というのがありまして、チーム数自体はあるんですが、ただチーム数が多くても、それを出せる状態になっているかは、また別の話かなということでございます。

今回事務局の中では、派遣の件数は強制しないということで、隊員数は目標を設定してもいいのではないかとということで、案を出させていただきましたが、今の皆さんのお話を総合させていただくと、これは特に数字を出さなくても、モニタリング的に隊員数は把握して、それは増えていくのが望ましい姿ではありますけれども、必ずしも目標を設定しなくてもいいかなという印象を受けています。

(小口座長)

私もこの隊員数というのを勘違いしていて、2つの病院は当然チームを持っているわけですけど、隊員数も充足するべく努める。むしろ隊員数を求めるのは、この前の議論でちょっと問題になったんですけど、2病院以外の病院も、ある程度そうした努力をすべきではないかと申し上げた。最近は温暖化の影響で水害などの災害が増えている。そういう中で特に県立病院はそういうのが必要じゃないかという意見を述べたところ、課長からも今、第8次の県の保健医療計画の委員会か何かで議題に上がってるとかおっしゃっていたよね。そっちの問題かと思っていた。その問題は別にして、今の木曽病院に隊員数の充足を求めるのはなかなか難しい。

ここで出す意見じゃないんだけど、木曽病院には、木曽医療圏で唯一の病院という事で、あまりにも多くを求められ過ぎていますよね。災害拠点病院のほかに、救急告医療機関、地域がん診療病院、認知症疾患医療センター、第2種感染症指定医療機関、それにへき地医療拠点病院などの役割を担っている。これらをすべてやり抜くことはとても無理で、それは考え直さなきゃいけないんじゃないかというのは僕前から思っていて、あり方委員会のようなところで考えた方がいいと思っているんですけどね。

そういうことはともかく、そうすると、どういうふうにまとめましょうか。

(事務局)

事務局案としては、今のご議論をまとめさせていただくと、派遣に関しては、そうした災害が起こらないとできないので、目標は設定しない。同様に隊員数においても、指標はあるんですけども、目標値は設定せずに、その数値は追った上でお示しをさせていただくという形がいいかなと。特に目標は設定しないという形でどうかと思います。

(小口座長)

打田さんどうですか。いいですね。

濱野先生のご意見はどうですか。

(濱野院長)

すみません、非常に聞き取りにくいんですけども、今の事務局側の最終的な案が、多分ほかの方も聞き取れてないんじゃないかと思えますけども。

(事務局)

すみません、聞こえますかね。今の目標の考え方ですが、DMAT、DPAT、これについては、隊員数については、モニタリングの指標としては見たいという形なんですけど、その充足率ですとか、あとは隊員数というようなものを、特に目標値みたいなものは定めずに、隊員数そのものとしてのモニタリングはさせていただくという形で整理をさせていただきたいと考えております。

(濱野院長)

隊員数と派遣件数ということで、特に目標は定めないということで。

(事務局)

はい。そのような形でいかがかと考えております。

(濱野院長)

承知しました。私は異論ございません。

(小口座長)

浜田先生のご意見をお願いします。

(浜田委員)

特に目標は定めないということなんですね。今の事務局の案で異論ございません。

(小口座長)

じゃあ、宮坂委員もよろしいですかね。

(宮坂委員)

宮坂です。

1つの指標として、災害時に派遣できる人材を育成するということは大事なことだと思いますので、目標の設定が難しいということであれば、実績の推移、実際の隊員数とか派遣数の推移を追っていくということによりかと思えます。

(小口座長)

じゃあ、ただいまの意見を参考にして、事務局が後でまとめます。いいですね。

川合委員、ちょっと違うかもしれないけど。

(川合委員)

いえ、今のようものでいいと思います。隊員数の推移を示していただくということでいいかなと思います。ただ、隊員数の中にも、やっぱり医師の数、看護師の数、それからロジですね、コメディカル、事務、その有資格者の数がある程度そろっている必要があるかなとは思いますが、4人としてもそれぞれチームができるように、職種ごとの隊員数も出していただくと。トータルの隊員数ではなくて職種ごとの隊員数ですね。

(小口座長)

はい。じゃあ、それを参考にしていただいて、あとは事務局と私にらせていただくということによりかでしょうか。

(川合委員)

はい。

(小口座長)

じゃあ、そういう形でまとめさせていただきます。
次、65。

(事務局)

65番は、医師事務作業補助者体制加算の取得状況について、これは今黄色いところの線では、医師事務作業補助者1名当たりの病床数というふうにさせていただいております。議論の理由としましては、三角が半数であるということでございます。

医師事務作業補助者1名当たりの病床数とした理由としましては、診療報酬にも基準があるということで、そことも比較ができるということで、この指標と考えております。

(小口座長)

これに対して、濱野委員、お願いします。

(濱野院長)

異論ございません。

(小口座長)

浜田委員、お願いします。

(浜田委員)

意見ありません。

(小口座長)

宮坂委員。

(宮坂委員)

私も今の説明のとおり、診療報酬上の配置基準要件にありますので、この計算で求めていけばいいと思います。

(小口座長)

川合委員、お願いします。

(川合委員)

ちょっと聞き取りづらかったけど、皆さんの意見を聞いて、要するに診療報酬上の上限まで確保する、診療報酬上の人数が決めているので、診療報酬がつきましたら各病院での上限までは確保するという、そういうことを目標に設定したらいいんじゃないかなというふうに思います。

(小口座長)

打田委員。

(打田オブザーバー)

指標としては、この内容でよろしいかと思います。目標値を今回設けないということですが、当院においても医師事務作業補助者の確保は課題としておりまして、施設基準の設定以上の配置も今後必要かというところもありますので、今後の議論でいいかと思います。

(小口座長)

日向委員。

(日向事務局長)

次の66番もそうなんですけれども、加算の取得状況ということで、本部の中では少し、この指標としては細かいかなというような意見もあったんですが、事務局案で結構です。

(小口座長)

じゃあ、私も賛成で、全員賛成ということでよろしいでしょうか。

それでは、66番、看護補助者体制加算。

(事務局)

66番につきましては、看護補助者に関するところで、看護補助者体制加算の取得状況としまして、ここを議論する理由としましては、三角が半数であったということです。

今黄色い線の事務局案では、看護補助者1名当たりの入院者数というふうにしておりまして、こちら先ほどの65と同じ診療報酬の基準にあるということで、この指標を考えました。

(小口座長)

今のご意見に賛成しかねる方いらっしゃいますか。よろしいですかね、全員異論はないということでよろしいですね。

(宮坂委員)

宮坂です。

基本的にはこの考え方でいいと思う、私が書かせていただきましたが、看護師の業務のタスクシフトをしていくのは看護補助者になるので、全体と、それから夜間の配置ということも今課題として各看護部も取り組んでいると思います、全体の配置と、それから夜間にどれだけ配置できているかということも指標として入れたら良いと思ひまして、意見を書かせていただきました。

以上です。

(小口座長)

看護師の代表は宮坂委員が1人だから、責任が重いんだけど、ここでちゃんと入れた方がいいのか、もうちょっと経ってから入れるとか、どうしましょうか。多分事務局も従うんじゃない。看護師代表に従うそうですので、今、どうしましょう、入れますか。宮坂さん、聞こえてる？

(宮坂委員)

はい。でも、なかなか難しい病院もあると思いますから、今後の課題、それぞれの病院の取組ということでもいいです。

(小口座長)

これに対して日向さんはどうですかね。

(日向事務局長)

先ほどの加算と同じように、事務局案でいいかと。

(小口座長)

夜間は時期尚早。

じゃあ、今回は入れずに決めさせてもらいます。よろしいでしょうかね。ありがとうございました。

それでは、67番、ちょっと鮎澤委員が後半、もしかしたら来てくれるらしいので、できればいるときにやりたいので、一番後に回させてもらいます。

それで次、行っていい。進捗状況はどう。

(事務局)

はい、順調です。

(小口座長)

それでは、71番でいいですかね。ここの説明をお願いします。

(事務局)

71番、最初はストレスチェック及びメンタルヘルス巡回相談の実績というふうにしました。今回議論の理由としましては、三角が過半数であるということです。

皆さんのご意見を受けまして事務局案としては、黄色い線のメンタルヘルス相談回数等の実績ということで、最初の言葉の中にあつた巡回というのを削除しました。別に巡回という手法に捉われずに、相談の回数ということでございます。

(小口座長)

これに関して、ご意見をお願いします。ちょっとここはなかなか難しいところかと思うんですね。濱野委員からお願いします。

(濱野院長)

濱野です。

この相談の実績というのは、数が多い方がいいというふうに考えているんですか。非常に難しいと思うんですけども、相談が必要な方が実際に相談を受けた割合であれば分かるんですけども、メンタルヘルスの相談が多いというのを目指すわけではないですよ。ですから、その辺どういうふうにこの指標を考えていけばいいかというのが。

(小口座長)

そうだね。医療安全のインシデントレポートの提出数の多いことが良いのか、少なくなったことが良いのかと、同じだよ。そこら辺のところは、事務局をお願いします。

(事務局)

すみません、確かにご指摘のとおりで、受けた回数は少ない方がよいと思うんですが、実施する側としては、実施する回数は多い方がいいという形なので、確かに判断が難しいところですね。

(濱野院長)

これは相談回数、件数ではなくて回数、どういうふうに言えばいいんですかね、年に何回相談の日を設けているかという実績でしょうか。それとも、実際に相談した件数が何件であるという実績でしょうか。

(事務局)

イメージとしては前者で、相談回数を設けた回数というイメージですね。受けた回数というよりも、相談のような機会を設けた回数というイメージです。

(小口座長)

機構の事務局で、これよく議論したでしょ。どうですか。必要性はあると認めるんだけど、どういう形で。

(日向事務局長)

結局、要するに何名の方が相談に来たかというより、体制として整えているかどうかというのを見るべきものだと思うんですね。そうしたときに、これはメンタルヘルスの関係、ストレスチェックの後に産業医に相談に行くケースもありますし、それ以外に相談の機会を設けたりというのものもある。ちょっとこの辺のところ、定義をどこまでの範囲にさせていただくのかなというのが、実はもう一つ、ここには書いてないんですけども、あります。

(濱野院長)

例えば機構本部でご用意いただくメンタルヘルスの回数、それ以外のところでメンタルヘルスを受けている職員ももしかしたらあるかもしれないと思うんですが、そういうのはどこかで把握はできているんでしょうか。

(日向事務局長)

そういった個別に地域のクリニックの先生に相談するとか、そういったようなケースについて、特に報告しろとかそういったものはありませんので、それについては本部では把握のしようがないですね。

(小口座長)

なかなか全部を網羅するというのは難しいよね。出したくないから、自分が隠れてクリニックに行くというのも結構あるんですね。だから、なかなか難しいので、これはどういうふうに拾い出すか。

(事務局)

確かに今ご指摘をいただいたように、件数だけで測れるものではないということ、それから、委員のほかの先生からおっしゃられているように、ストレスチェックの高ストレスの方の割合がどうかというような視点で見ていくということもあると思います。

今回事務局としては、体制がしっかり確保できているのかどうか、相談体制ができているのかどうかという観点での指標ということで、これを示させていただいたんですけども、必ずしもこの数がある効果を測れるものではないというご指摘もそのとおりかというように思っていますが、まずは、特にこれも目標等を定めるものではございませんので、どの程度相談の体制、または実績が図れているかということで、これをお示しさせていただいたということでございます。

(小口座長)

そうだとすると、もうちょっと表現をどうしますかね。

(日向事務局長)

そもそもの前提として、ストレスチェックをやります。その中で自覚症状、高ストレスというような

方たちの結果が個々に出てきますよね。そうしたときに、高ストレスの方が相談したいって言ったら必ず相談を設けなきゃいけないようになっていきますので、それを求めるということ自体がないんですよね。

ですから、1つのものとすれば、宮坂委員のところに記載のとおり、ストレスチェック、ストレス検査をした中で、高ストレスの方がどのぐらいいるのかというのは、数字としては出てくるかなとは思いますが、その方が全部相談したいって手を挙げるかということ、またちょっと別の問題でもあるんです。

(濱野院長)

意見よろしいですか。1つは、高ストレス者の割合を1つ指標にするのと、もう一つは、高ストレス者の中でメンタルヘルスを希望した職員で実際に受けられた割合というふうにすれば、すっきりするんじゃないかと思うんですが。もちろん機構以外のところで受けた方については分からないかもしれませんが、要するに指標ですから、高いのがいいのか、低いのがいいのかははっきりしとかなないとけないわけで、単に件数だけだとすると、指標としては、何を指すわけではないとしても、ちょっとおかしな数字かなと思うんですけど。

(小口座長)

浜田委員、ご意見をお願いしたいんですが。

(浜田委員)

ウェブ参加の委員の方々の意見はよく聞こえるんですが、肝心の現場のやりとりがよく分からなくて、すみません。濱野先生がおっしゃるように、ストレスチェックにおける高ストレス者の割合というのと、それから、その人たちが本当に相談したかどうかの回数とか、それは事実関係なので有意義だと思います。とりあえずいいと思います。

(小口座長)

川合委員、いかがですか。

(川合委員)

これはなかなか評価の基準は難しいかなと思うんですね。医療安全の、医療事故のインシデントの報告と同じで、やっぱり数の推移を見る、メンタルヘルスの相談の対応件数の推移とか、あるいはその成果として、ストレスチェックで高ストレス者の推移を見て、それでこの変化を評価するとか、そういった方向でいいのかなというふうには感じています。

(小口座長)

打田委員どうですか。

(打田オブザーバー)

先ほどお話があった医療安全のレポート報告件数と同じように捉えると、メンタルヘルスの相談窓口がしっかり機能していて、相談を受けたい人が繋がっているという意味合いで、相談件数を目標設定せず把握するという考えもあろうかと思いますが。高ストレスチェックの割合についてはよいかと思います。

(小口座長)

皆様のご意見をまとめると、高ストレスの割合もいいし、それから高ストレスの人がどれだけ受診、分かる範囲でしたかという数字も出すというところは、多分反対のご意見ないと思うんですよね。だか

ら、これを中心にして事務局で、同じものかプラスアルファでもいいんですけど、まとめてもらって、それでいいんじゃないかと私は思うんですけど、よろしいですかね。

日向委員、いいですかね。

(日向事務局長)

はい。

(小口座長)

そういう形でまとめさせてもらいますけど、浜田先生、聞こえましたか。大丈夫ですか。

(浜田委員)

ありがとうございます。事務局のおかげでよく聞こえるようになりました。

(小口座長)

川合先生もいいですかね。

(川合委員)

はい。

(小口座長)

そういうことで、よろしくお願いします。

次、お願いします。

(事務局)

続いて、84番です。当初の指標案としましては、DPC入院期間Ⅱ以内率、副傷病名選択率等としておりました。今回これを議論の対象とする理由としましては、既に議論した指標ではあるんですけども、85番の指標の議論と併せまして、詳しい取扱いを確認するという目的でございます。

今、黄色い線の事務局案としましては、DPC対象病院のみですけども、2つ指標を考えております。1つがDPC入院期間Ⅱ以内退院率、もう一つがDPC医療機関別係数ですね。基礎係数、機能評価係数Ⅰ、機能評価係数Ⅱという案でございます。

(小口座長)

こここのところに関して、濱野委員、お願いします。

(濱野院長)

濱野です。

事務局案で異論ございません。

(小口座長)

浜田委員、お願いします。

(浜田委員)

1点質問なんですけど、DPCの入院期間Ⅱ以内退院率について、目標値を設けるというふうにされているんですけど、具体的には目標値はどのように設定されるのでしょうかというのを事務局にお聞きしたい

です。

(小口座長)

答えられる。打田委員に答えてもらっていいですか。

(打田オブザーバー)

Ⅱ以内退院率の計算の仕方ですが、ひと月で考えますと、その月に退院した患者数が分母になり、その患者のうち入院期間Ⅱ以内に退院した患者数が分子になります。当院においては目標設定を72%としております。

(浜田委員)

ありがとうございます。大体そのぐらいのパーセンテージというのが、標準的に正しい医療というか、経験的に判断しましたということですね。理解しました。ありがとうございます。

(小口座長)

ほかに、川合委員、いかがですかね。

(川合委員)

これでいいかなと思います。経営にかなり直結するっていうのと、あとは平均在院日数と新規入院患者数というのがあると思うんですが、DPC、係数関係でいけば、これでいいのかなというふうには思いません。

(小口座長)

これ、別に出るよね。出てくるよね、新規入院患者数とか、平均来院日数というのは別の形で。それは出てきますけどね。

宮坂委員もいいですかね。

(宮坂委員)

皆さんと同じ意見です。

(小口座長)

機構本部はどうですか。よろしいですか。

(日向事務局長)

はい。

(小口座長)

じゃあ、この線でよろしいということで進めさせてもらいます。

85番。

(事務局)

85番は、先ほどの84番の中に機能評価係数Ⅰがありまして、そこに反映されますので、これは削除という事務局案でございます。

(小口座長)

これ、異存ないですよ、皆さん削除で。では、それでいきます。
じゃあ、94番。

(事務局)

94番は、最初は不良債務比率を未収金費率というふうにしておりました。黄色い線の事務局案としましては、未収金の推移ということで、実績の推移のみを確認するという事務局案にしております。

未収金の評価については、必要だというご意見がメンバーの皆様から複数いただいていたところがございます。実績の推移のみとするというのは、イメージとしては、それが減少していく、前よりも減少したというようなものを目指すというイメージでございます。

(小口座長)

前回の議論では、金額が少ないから要らないんじゃないかという意見が結構多かったと思うんですね。ただ私は、交付金というか、県の税金が入っている中で、こういうものが失われていくというものはしっかりと数値として公表もして出して行って、できるだけ少なくなるように努力をしていくというのは県立病院としては必要だし、よく県議会の質問されているのが新聞記事でもよく見えてきていますので、出していくべきだというように考えて、今こういうふうに変えてもらったんじゃないかと思うんですけど、濱野委員、どうですか、ご意見。

(濱野院長)

実績の推移、賛成です。これは金額ですか件数ですか。

(小口座長)

金額。

(濱野院長)

金額。木曽病院は多分、機構の病院の中でも未収金が非常に多くてですね、小口先生が言われたように、金額をしっかりと見える化していくのが大切だと思います。

(小口座長)

木曽病院は僕のと時からそうだけど、旅行に来て、途中で事故を起こしたり、具合が悪くなって入った関西方面の人が払わない、だから多くなるんですね。ここでこういうこと言っていていいか分からないけど、それから信州医療センターは、エイズの患者さんを結構扱っていて、大体かかる人は東南アジアの人などが多くて払えない人がいっぱいいた。私が須坂病院の時に、須坂行けば県立でお金取らないから行けて言われてきた来た人が少なくなかった。あそこも多かったんですね。だから、そういうのがなぜ多いのかとか、事情を知ってもらうためにも出してもらうのも良いと思う。じゃあ、これも提案どおりということで。

先ほどの飛ばしたところ、鮎澤委員がおられないんですけど、67番のところをお願いします。

(事務局)

67番は、時間当たりの労働生産性と最初させていただいたものでございます。議論をする理由としましては、三角が半数であったということです。

今黄色い線の事務局案としましては、この指標自体の位置づけを、現在は小項目の2-2というところなんですけれども、小項目2-1、業務運営体制の強化に移してしまうということを考えています。

その上で、労働生産性なのか、あるいは職員1人当たり医業収益かで評価した方がいいのではと考えております。

2-1に移す理由としましては、2-2というところが今現状、働き方改革への対応というふうになっておりまして、その指標として労働生産性というのなかなかなじみにくいのかなと。であれば、小項目2-1の生産性ですとか、効率性といった意味合いが含まれる項目の指標とした方がよいのではないかと考えたことが理由でございます。

(小口座長)

この件に関して、各委員からのご意見をお願いします。

濱野委員からお願いします。

(濱野院長)

意見に賛成です。ただ、質問としては、労働生産性か職員1人当たりの医業収益と書いてありますけれども、事務局としてはどちらを進めていくというお考えでしょうか。

(事務局)

労働生産性はいくつか数式があると思うんですけども、例えば年間平均従事者数分の付加価値だったりすると思うんですが、私どもが見た範囲では、どの病院でも他県でもあまり一般的ではないのかなとお見受けしました。その意味では、現状、厚労省の病院経営管理指標に載っている職員1人当たり医業収益の方がやりやすいのかなというふうに考えております。

(小口座長)

そしたら意見としては、医業収益でいくというふうに決めますね。

(濱野院長)

はい、了解です。

(小口座長)

いいですか。

じゃあ、浜田委員、お願いします。

(浜田委員)

2-1に移すということについては分かりました。これはタスクシフティングの状況を定量化するという趣旨でやっているのでしょうか、これは確認ですが。

(事務局)

タスクシフティングの状況につきましては、先ほど議論させていただいた65番、66番で指標としてはカバーしているということで、生産性といいますか、効率性みたいな指標については、2-1で、先ほどの1人当たり医業収益という指標を設定してはどうかと考えております。

(浜田委員)

分かりました。

(小口座長)

よろしいですか。そもそもの原案が、一番左の指標案というのが出たから、途中からタスクシフトと
いうのが入ってきちゃってこんがらがっているんですけど、もともとはタスクシフトとはあまり関係な
い。

宮坂委員、この事務局の案に対していかがですか。

(宮坂委員)

説明で、職員1人当たりの医業収益で評価するという事は理解できました。それで看護職の場合に
は、看護職の労働状況について、患者さん1人当たりの看護職の労働時間を評価もしている、そのとき
に看護職の働き方は全員がフルではなくて、例えば育児短時間制度を使っていたり、あとはパートで働
いている方も多いので、ぜひ1人当たりというのを常勤換算した人数で計算していただけたらと思いま
す。

以上です。

(小口座長)

これは検討を要するね。今まで考えてないもんね。

ちょっと考えさせてもらって、預けさせてもらえないですか。場合によってはその意見が今回は外れ
るかもしれないですけど、一応了承してもらえらると思いますけど、日向委員、今の議論を含めてどうで
すか。

(日向事務局長)

事務局案の項目を移すというのと、その上で、職員1人当たり医業収益で見たいということには賛成
です。まさに宮坂委員さんおっしゃるとおりで、看護職員については、その職員1人というのをどうい
うふうに捉えるかによって、実は大きく違うかなというふうに思います。

ただ、委員長おっしゃるとおり、宮坂委員ご存じのとおり、病院の現場ではものすごくたくさんのパ
ターンの勤務体系で働いている方がいらっしゃいまして、それを常勤換算に直すだけでも一苦労とい
いますか、たくさんのパターンの計算式をつくって直していかなきゃいけないというところで、病院現場
で出すのか少し大変かなというのは感想として持っています。

(小口座長)

ありがとうございました。そういう意見も鑑みて考えていただきます。

打田委員、お願いします。

(打田オブザーバー)

指標を移す件と、1人当たりの医業収益については賛成です。職員1人当たりというところは、先ほ
どからの話のとおり、常勤換算にするなどの配慮は必要と感じております。

(小口座長)

いいですかね、事務局案を骨子として少し修正するかどうか検討していただいて、結論は私の意見も
入れて、事務局案で任せてもらおうと。

日向委員。

(日向事務局長)

今の関係で、宮坂委員はご存じかと思うんですけど、例えば今阿南病院なんかでは、申出をいただい

た方の勤務時間に合わせてお願いいたしますみたいな形のケースもあると聞いておりますので、本当にいろいろな勤務時間、勤務体系は、ものすごくたくさんあるというのが実情です。

(小口座長)

ありがとうございます。

どうぞ。

(川合委員)

私、職員1人当たり、例えば医師1人当たりの医業収入というのを見たときに、病院の規模によって変わってくるんですよ。例えば100床ぐらいの病院で医師が10人ぐらい働いている場合には、医師1人当たりの医業収入というのが、例えば1億5,000万とか2億ぐらいいっちゃうことがあるんですよ。でも実際、決して経営はよくない。けども、400床規模で100人以上の医師を抱えている病院なんかだと、医師1人当たり1億1,000万とか2,000万ぐらいになるので、2,000万ぐらいまでいくと経営はいいと。この差、違いというのが出てくるんですね。その違いの大きさは、やっぱり病院のスケールメリットというのがあると思うんですね。病院が大きいと、いろいろな経費だとか、そういうところで1人当たり節約できるということで、経営上のメリットがある。要するに、1人ではなかなか生活が大変だけど、2人になると楽になるというような部分、スケールメリットというのがあると思うんですね。だから、一概に数字だけでは評価できない部分が、やっぱり見ていく上で注意が必要かなと思って、その病院としては大体どのぐらいの収益をあげてもらえばよいのかそういったものと比較して評価していく必要があるのではないかと思います。僕自身も、医療の世界で生産性という言葉は馴染みづらいように感じて、困って丸にしたんですけども、そういう経緯があります。ちょっと意見として、やっぱり病院の規模によって、職員1人当たりの医業収益は変わるんじゃないかなというふうに思います。

(小口座長)

大事なことですよね。規模が小さくなれば医師の比重はすごく多くなるので、医師一人当たり1億5,000万にもなりますけど、多分評価の際の考え方としては、同じ規模の病院と比較していくわけですね、それも大事。それから、年単位ピックアップということで、先生の言われたことはごもっともですし、その対策というのは考えていると思いますので、同じような病院規模で比較する、それから年単位で見っていくという事で、よろしいですかね。

それでは、1番目の各指標についての議論が終わったんだけど、ここで休みにしていいですか。事務局、お願いします。

(事務局)

それでは、本日議論していただく指標を一通り議論していただきましたので、これから10分後、3時35分まで10分間の休憩とさせていただきます。

(休憩)

(事務局)

それでは、議事を再開します。

(2) 議論のまとめについて

(小口委員長)

続いて、議題の2つ目ですね、議論の結果のまとめについてですが、事務局から説明をお願いいたします。

(事務局)

それでは、資料1-2、資料2、それから資料3-1、3-2、これらについてご説明を申し上げます。

まず、資料1-2でございます。今後の進め方についてでございます。

ワーキンググループ、前回の第1回目、それから今回の第2回目をまとめまして、資料1-2につきましては、ワーキンググループ1回目の結果をまとめた資料でございます。こちらに本日の2回目のワーキングの結果も併せた形で後ほど確認をさせていただきます。この内容については、第2回のワーキングも反映した上での資料は、構成員でない評価委員会の方にもご確認をいただく予定としております。その後、来年、年が開けてからになりますけれども、第3回の評価委員会でこのワーキングの議論の結果というのを報告するという流れになります。

第3回目の評価委員会の中では、中長期の県立病院のあり方についても議題とさせていただき予定でございます。それを受けまして、それも反映した形で、第3回の評価委員会では、第4期の中期目標の骨子について議論をさせていただき予定でございます。

以上が資料1-2関連、それから第3回の評価委員会についてでございます。

続いて、資料2をご覧くださいたく存じます。資料2につきましては、中期目標で県から指示する指標についての案でございます。

こちらについては、真ん中辺の列に重要指標、中期目標で指示する指標案というふうに書いてございまして、今回このワーキング、第1回目、第2回目のワーキングで議論したような指標について、中期計画のみならず、重要なものについては中期目標で示していくということを検討しております。

今走っている第3期の中期目標においては、経常収支比率100%というもののみが中期目標には載っておりますけれども、これに加えて、例えば第2の4(2)医療等サービス一層の向上という項目で、医療に関連する指標としてクリニカルパス適用率ですとか、それから第3の1、業務運営体制の強化の中で、職員給与費対医業収益比率ですとか、それから第4の1のところ資金収支に関する事、こういったことを中期目標で指示していくことを検討しております、これはまだあくまで案でございます。県の中でこれを検討しまして、どういった形で、ほかの指標も盛り込むという可能性もございます。

それから、今こちらに載せております4つ、事務局の案としては重要指標ということで載せておりますけれども、ほかにも重要な指標で県から指示した方がよいと考えられる指標、提案がありましたら、ご意見をいただければと思います。

以上が資料の2についてでございます。

続いて3点目、資料3-1と3-2でございます。評価書の様式についてでございます。

3-1と3-2をご覧くださいますと、第1回の評価委員会でもご説明をしたかと思うんですけれども、中期目標、中期計画、それから年度計画とその実績、業務実績、これらを一望できるような形にして、現在の実績報告書とか別冊と比べて記述する量も減らしたいという意図のもと、こういった資料3-1、3-2といったものを令和5年の評価以降の評価書の案として考えているところでございます。

それに加えて、3-1が評価書の案なんですけれども、3-2というA4縦の表、3-1に載せてある評価指標を再掲という形で、評価指標だけをまとめた表を後ろにつけると、それが3-2でございます。

こちらにつきましては、3-2は、今、宮城県立こども病院の資料の例をサンプルとしてつけております。この様式、評価書案につきましては、令和6年度中に実施する2つの評価、1つは令和5年度評価、年度の単年度の評価、もう一つが第3期中期計画の見込み評価、通して第3期の評価をする見込み

評価、この2つの評価をする視点から行いたいというふうに現在考えているところでございます。この様式につきましても、ご意見があればいただければと思います。

以上、事務局の説明でございました。

(小口座長)

ありがとうございました。

ワーキンググループの進行が速くて内容の理解が追い付いていけないですが、各委員の皆さんは大丈夫ですか。まず今の説明に関しまして、分けますかね、資料1-2のところでは何かご質問とかありますか。これについては、今日の結果を踏まえて、前回と一緒に1つにして、第3回に出てくるということですね。特にありませんよね。何かあります。

何か事務局で、特にお聞きしたいことがありますかね。強調したいこともないですね、これに関してはね。

次に移らせてもらいます。資料2に関してですね。これについてのご質問、ご意見、何かありますか。

日向さん、何かないですか。

(日向事務局長)

これにつきましては、これまでの評価委員会の中で委員の皆様方からいろいろご意見いただいている、今まで数値目標的なものとしては経常収支100%以上ということで、要するに経常赤字にならないようにという目標だけが示されていまして。それに対して、そうならない計画を立てて、それに見合うものとして55.1億円の運営費負担金を県からいただいて、病院を運営していくというのが第3期でした。

その下の資金収支の項目というのは、実は第2期までは同じ目標の中に示されていたんですね。資金収支の均衡を目指すという。これが第3期のときにとれた経過につきましては、私の聞いているところでは、資金収支の均衡は難しいのでとったというふうに聞いてまして、県がとられたというふうに聞いています。それがまた今回、いろいろと委員会の評価の中で資金収支の問題がクローズアップされている中で、これを均衡にというのがまた復活するというようなイメージかと思うんですけども、これがこの後、第3回のところでも今年度の経営状況のお話もする中で、コロナが終わった後すごく厳しいです。これが一時的なもので、また何年かしたらコロナ前まで戻ってくるということがあったらいいんですが、これはそのままずっと続いちゃうんじゃないかというような推計なんかもやってみたりしまして、この辺のところを均衡にするためには、経常収支の収益の方については、県から運営費負担金を増やしていただかなきゃいけないだろうなということもありますし、費用についても抜本的な対応をしていかないと、これは簡単に均衡し、かつ資金収支も均衡し、経常も黒字でというのは、非常に難しいなというところまで今追い込まれているという。すごい大変な状況に今なっているというのが実情であります。

(小口座長)

ありがとうございました。

今のようなご意見をどういうふうに反映させるかというのは、次回以降になると思うんですけど、そのほかに何か委員の方からご意見ございませんか。

濱野委員、いかがでしょうか。

(濱野院長)

ここまでのところはないです。資料3-2については後でお伺いしようかと思っていました。

(小口座長)

宮坂委員、いかがですか。

(宮坂委員)

特にはないです。大丈夫です。

(小口座長)

浜田委員、お願いします。

(浜田委員)

事務局にご質問ですけれども、いくつかの項目で目標値は設定しないで実績だけ書くということがありましたけれども、大半の項目については目標値とか目標件数とかを決めて、それで評価するということになるのでしょうか。

(事務局)

ワーキングで議論させていただいた指標につきましては、多くの項目については、目標値を、あるいは基準値みたいなものを決めていくことになろうかと思えます。それについては、大部分は中期計画の中でつくっていく中で、基準値なり、あるいは実績値より増減するとか、そういったことが議論されていくと考えております。

今、この資料2につきましては、計画の上流側といいますか、中期目標から定めていった方がいい指標について4つ上げておまして、こちらについても資料2の一番右側の列にありますように、基準値というのはあった方がいいのではないかと考えているところでございます。

(浜田委員)

目標値については、中期計画をつくる中で議論していくという理解でよろしいんですかね。

(事務局)

はい、そのとおりです。

(浜田委員)

ありがとうございます。

(小口座長)

川合委員、お願いします。

(川合委員)

数値目標のあるものは表示していただけると分かりやすいかなと思うんですが、それと同時に短いショートコメントですね、達成できなかった理由とか、それから、数値目標を提示できない項目に関しては、一、二行のコメント等があると私としては分かりやすいかなというふうに思います。基本はこういう形でいいかなと思います。

(事務局)

ありがとうございます。今ご意見いただいたのは、資料3-1とか3-2についてのご意見をいただいたという理解でよろしかったでしょうか。

(川合委員)

そうですね。

(事務局)

ありがとうございます。そうですね。定性的な記述とかについても全く排除するものではなくて、必要な記述についてはしていくということでございます。

(川合委員)

あともう一点は、各病院と機構との関係がはっきりつかめていないんですが、それぞれ各病院は、該当する項目に関しては病院独自の自己評価をして、それをもって機構との評価のすり合わせといいますか、検討、これをされているんですかね。それはぜひしてほしいと思うんですが。病院と機構との評価ですね。評価のすり合わせはぜひしていただきたいなと思うんです。

(日向事務局長)

それについてお答えいたします。貴重な意見ありがとうございます。今までは、各病院が年度計画を立て、実施をし、それに対して自己評価をするということ尊重するというようなことから、それに対して評価が高い低いということについて、機構本部とは特に調整とかはせずに、病院の状況の自己評価、あるいは機構本部と研修センターの評価をそのままやってきておりました。

ただ、これまでの議論の中でもありましたように、評価のすごいたくさんある項目の中で、ウエート付けというようなものもありはしないかと。全部が同じバランスで評価の得点を単純に平均していいのかというような議論もある中で、その辺のところは本部と各病院で議論していきたいというふうに思っております。

(川合委員)

意思疎通を深めるということにもなりますし、やっぱり理解し合うということ、問題もまた明らかになることもあると思うので、やっぱりそういう作業は大事ななと思うんですね。

(小口座長)

ありがとうございます。

何か打田委員から参考になるようなものはありますか。こういうふうにしたらどうかとか。

(打田オブザーバー)

特に意見はありません。

(宮坂委員)

すみません、1点いいですか。

(小口座長)

どうぞ。

(宮坂委員)

宮坂です。

こちらの成果指標については、ワーキングでも議論しましたので、濱野先生もよく定義ということ

おっしゃっていましたが、定義と、あと算定式について、数字で表すものはどのように計算するかという算定式を入れておくと、皆さんが、そごなく計算ができて良いと思います。

以上です。

(小口座長)

そうですね。必要ですよ。

あと、医学の特定用語みたいなので、普通に医療従事者は使ってるんだけど、そのほかの職種の方は分かりにくい。できれば県民にも分かってもらいたい。それはぜひお願いします。

ほかに何かありますか。

(濱野院長)

濱野です。いいですか。

先ほどの宮坂先生のご発言にもつながるんですが、前回もちょっとお話をしたんですが、今日取り上げるところではなかったんですが、2番の手術件数というのは、前回もちょっとお問い合わせをしたときに、どこまで入れるか、例えば内視鏡手術を入れるかとか、その辺ははっきりしていただいた方がいいかと思います。全身麻酔の手術件数についてはあまり迷うところはないと思うんですけども、それ以外の手術件数、例えば診療報酬上のKコードものを全部入れるとかいうような形で、何かすっきりした形の方がいいかなというふうに思いました。これも定義をしっかりといただければと思います。

(事務局)

承知しました。ありがとうございます。そこも定義をしっかりと、数式等で示した上で明らかにしたいと思います。

(小口座長)

あとは、川合委員が強調されている本部と各病院の連携の強化ですかね。互いの意見交換を活発にするという事は大事だと思いますので、そこらを上手に生かしてもらおうと良いかと思います。

それから、今回の事業に当たっては、日本病院会のQIプロジェクトの指標、総務省から出ている公立病院強化プランを参考にしながら評価指標作成事業を進めてきました。更には、独法化した他県の県立病院の評価書も参考にしました。そのようなわけで、今回の新たな評価書はちょっと格式の高いものになって、今後各病院のレベルアップに繋がるのではと思っています。これには、本ワーキンググループの委員の皆さんのご努力と事務局スタッフの大変なご尽力によるものと深くお礼申し上げます。

ぜひ、県立の5病院の今後の取組みが他の公立病院のモデルになる事を期待したいですね。

それでは、資料3のところでは何かご意見ありますか。

(濱野院長)

濱野です。よろしいですか。

資料3-2のような形で、別表としてこういう形を出されるということだったんですけども、これは数値目標をこういう一覧にするというわけでしょうけれども、これは実際に出す場合というのは、各病院別の目標というふうになるんですか。そうすると相当なボリュームのような気がするんですけども、その辺を事務局にお尋ねしたいと思います。

(事務局)

イメージ的には、病院ごとにある指標については、病院ごとに示すというイメージです。

(濱野院長)

そうすると、各項目で、今これは1つの病院の目標だけがずっと並んでますけれども、実際に機構で行う場合というのは、1つの項目について5つの病院のそれぞれの目標値がここにずっと並んでいくという形になりますよね。

(事務局)

はい、そのようなイメージです。

(濱野院長)

分かりました。

(小口座長)

ほかにどなたか。

川合先生。

(川合委員)

いえ、特にありません。

(小口座長)

宮坂委員、どうですか。

(宮坂委員)

特にございません。

(小口座長)

浜田委員、お願いします。

(浜田委員)

これも質問になりますが、資料2というのがあって、中期目標と今回議論した指標の関係についてというふうになっていますが、これは要するに中期目標で定性的な記述が第1から第5まであって、その中で今回議論した指標の中で特に重要な指標、この4項目を示すという趣旨なのでしょうか。あるいはこれは例示であって、もっといろいろな重要な指標はあるというふうになるのでしょうか。

(事務局)

今お示ししている4つは、事務局でまずはこの4つが重要かなと思ったものですが、これで全てではございません。第3回の中でもご意見いただいて、ここに追加するといったこともあると思いますし、これから県の中でも検討して、いくつか追加するものはあるかと思っています。

(浜田委員)

分かりました。

(小口座長)

日向委員、何か。

(日向事務局長)

先ほどの繰り返しになりますけれども、この目標のとおり計画を立ててやっていくということになると、非常に大きな変化、変革に近いものを作っていかないと大変なのかなというぐらいに、今そういう状況にあります。

(小口座長)

今の日向委員のご意見は、この後少し議論を要するかもしれませんね。
打田委員から何かありますか。

(打田オブザーバー)

目標設定されたものを一覧にするというのは見やすくてよいかと思います。病院ごと目標設定されたものが一表になりますと大分ボリュームが多くて少し気になりますが、1回作成いただいてからの議論で良いと思います。

(小口座長)

ありがとうございました。

いずれにしても、本日説明のあった資料2、資料3-1の令和5年度以降の評価書案、それから資料3-2の年度計画に関する数値目標につきましては、委員の皆さまには次回までに少しお考えいただいて、第3回の評価委員会にぜひ建設的なご意見をいただければいいかなと思いますので、お願いします。

ほかに何か委員からありますか。

なければ終わっていいですか。

ないようですので、本日は貴重なご意見をありがとうございました。

以上をもちまして本日の議事は全て終了しましたので、進行を事務局にお返しいたします。

(事務局)

ありがとうございました。

指標等につきましては、今回ご議論いただいたご意見を踏まえまして、第3回評価委員会で改めてお諮りしますので、よろしくお願いたします。

それでは、以上をもちまして、本日の評価指標ワーキンググループを終了いたします。

本日はありがとうございました。