

地方独立行政法人長野県立病院機構評価委員会  
第1回 評価指標ワーキンググループ 議事録

日 時 令和5年8月22日（火）午前10時から正午まで

場 所 長野県庁議会増築棟第2特別会議室

出席者

構成員：鮎澤英之委員、小口壽夫委員、川合博委員、浜田淳委員、宮坂佐和子委員、  
濱野英明木曽病院院長、日向修一県立病院機構本部事務局長、打田憲司オブサーバー  
事務局：百瀬秀樹参事、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）

では、定刻になりましたので、ただいまから第1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いたします。

医療政策課県立病院係長の臼井でございます。よろしくお願いいたします。

初めに、本ワーキンググループについてご説明申し上げます。皆様のお手元にお配りしました資料5-1、県立病院機構評価委員会組織運営要綱を御覧ください。本要綱では、ワーキンググループを地方独立行政法人法の規定に基づき県立病院機構を評価するための指標及び関連する事項について検討するものとして設置いたしました。構成委員につきましては、第1回評価委員会の資料でも案をお伝えいたしました。資料5-2の名簿のとおり、評価委員の指名並びにオブザーバー及び幹事を置くという形にさせていただきたいと思っております。構成委員の皆様には、お忙しい中ご出席いただきまして、誠にありがとうございます。

川合委員がちょっとご連絡ないんですけれども、少し遅れているようでございますが始めさせていただきます。

現在、8名の構成委員中7名の委員の皆様、今回来ていただきまして、川合委員も今日出席予定でございます。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。

本日の会議ですが、おおむね正午の終了を予定しておりますので、よろしくお願いいたします。

次に、本日は初めてのワーキンググループですので、委員の皆様にご自己紹介をいただきたいと思っております。お配りしております構成委員名簿の順に、鮎澤委員から一言ずつ自己紹介をお願いいたします。

（鮎澤委員）

委員を拝命しました、あがたグローバル税理士法人、公認会計士・公認不正検査士の鮎澤英之と申します。初めてのワーキンググループ、主に財務系のことを中心に議論させていただければと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

（小口委員長）

諏訪赤十字病院名誉院長の小口と申します。よろしくお願いいたします。

(浜田委員)

川崎医療福祉大学の浜田と申します。よろしくお願ひいたします。

(宮坂委員)

私は、現在は長野県看護協会に勤務しております。前諏訪赤十字病院の看護部長をしておりました宮坂と申します。どうぞよろしくお願ひいたします。

(濱野院長)

木曾病院の濱野でございます。本日はリモートで失礼いたします。よろしくお願ひします。

(日向事務局長)

地方独立行政法人長野県立病院機構本部事務局の局長をしております日向と申します。どうぞよろしくお願ひいたします。

(打田オブザーバー)

諏訪赤十字病院の事務部の経営企画課で課長を務めております打田と申します。経営企画課に8年務めておまして、その経験を生かして、今回微力ながら関わらせていただきたいと思います。よろしくお願ひいたします。

(臼井県立病院係長)

次に事務局の出席者でございます。

(百瀬参事)

おはようございます。地域医療担当の参事をしております百瀬秀樹と申します。よろしくお願ひいたします。

(久保田医療政策課長)

医療政策課長の久保田敏広と申します。よろしくお願ひいたします。

(臼井県立病院係長)

改めまして、県立病院係長の臼井雅夫でございます。よろしくお願ひします。

それでは、議事に入らせていただきます。

川合委員いらっしゃいましたので、一言自己紹介をお願ひいたします。

(川合委員)

すみません、ちょっと遅くなっちゃいまして。川合でございます。よろしくお願ひします。

(臼井県立病院係長)

ありがとうございました。

それでは、議事に入らせていただきます。

長野県附属機関条例第5条第1項及び、先ほど説明いたしました県立病院機構評価委員会組織運営要綱の規定によりまして、評価委員の互選によることとなっております。いかようにお取り計らいしたらよろしいでしょうか。委員の方、ご発言を。

浜田委員、お願ひいたします。

(浜田委員)

評価委員会の委員長である小口先生にお願いしたらいかがでしょうか。

(臼井県立病院係長)

ただいま、小口委員にとのご発言がございました。いかがでしょうか。

(「異議なし」の声あり)

(臼井県立病院係長)

それでは、皆様にご賛同いただきましたので、本ワーキンググループの座長は小口委員長にお願いすることに決定させていただきます。

小口委員長にはお手数ですが、隣の座長席のほうにご移動をお願いいたします。

それでは、小口座長からご挨拶をよろしくをお願いいたします。

(小口座長)

それでは、一言ご挨拶申し上げます。

令和4年度から議論をしております第4期の評価指標について、今年度第1回目の評価委員会でワーキンググループの設置を決定いたしました。

8名の皆様には、構成委員としてご参加いただき、今回、第1回のワーキンググループを開催する運びとなりました。構成委員の皆様におかれましては、お盆期間中にもかかわらず、事前の作業にご協力いただきまして本当にありがとうございました。本日もどうぞよろしくお願いいたします。

本日は、第4期の評価指標について、定量化にふさわしい指標をワーキンググループの意見として決めたいと思います。先日の事前作業を通じて、構成委員の皆様には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思います。皆様には、各専門のお立場から忌憚のないご意見をいただきたいと思いますので、どうかよろしくご協力をお願いいたします。

(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。先に説明いたしました資料5-1、5-2に加えまして、資料1から資料4-1、4-2、4-3までございます。

追加で、これからちょっとお手元に1枚配らせていただきます。

皆様、資料1から資料4-3まで、5-1、5-2ございましたでしょうか。

では、ここから附属機関条例第6条第1項の規定に従いまして、小口座長に議長として会議の進行をお願いいたします。

(小口座長)

それでは、ここから私が議事を進めさせていただきます。よろしくお願いいたします。

委員の皆様のお手元には、ただ今説明のありました最新の資料が揃っていると思います。ここには皆様未だ目を通されていないものも含まれていますが、取りあえずご覧いただきながら議論を始めたいと思います。初めての試みですので、あまり堅苦しくなく、気軽な気持ちでご意見いただければと思っていますので、ご協力をお願いします。

初めに、議論の方向と進め方について、事務局からお願いします。

(久保田医療政策課長)

改めまして、医療政策課長の久保田でございます。

まず、委員の皆様、それからオブザーバーの打田さんにおかれましては、非常に大変お忙しいお盆期間の中、評価指標のワーキングということで、本当に大変な作業をお願いをすることになりました。まず、その部分につきまして、非常に短期間でこれだけの作業量をしていただいたということで、おわびを申し上げるとともに、ご理解、ご協力をいただきましたことに深く感謝を申し上げます。

それでは、着座にて失礼いたします。

私のほうからは、ワーキンググループで議論する事項について、既に皆様に御覧いただいている資料もあるかと存じますけれども、一旦進め方とともについて説明をさせていただければと思います。

まず、このワーキンググループの目的とゴールということでございます。

資料の1を御覧ください。まず、第1回の評価委員会でもご説明を申し上げましたとおり、このワーキンググループの目的は、評価の基準を明確化しまして、評価結果に基づくPDCAのサイクルをより効果的に回すということでございます。そのため、できるだけ指標ができるものについて指標化を検討していくというそういう視点で皆様には指標のほうの確認をいただいたところでございます。

ゴールのイメージでございます。

次の資料の2を御覧ください。こちらの資料の2なんですけれども、こちら、三重県の評価書のほうを抜粋したものでございます。三重県の評価書ですけれども、こちらが一番上には中期の目標が掲げられておりまして、その下には、中期計画、年度計画、それから実績ですとか、あとはいわゆる自己評価がこれが一望できる形になっております。裏面におきましては、その計画に関連する指標の計画値、それから実績値が記載されてございます。こうした様式への変更をちょっとイメージをしていただければというふうに思っておりまして、こういう形にすることで、これまで非常にたくさんの量を見ていただいた資料、そうしたものをわざわざ照らし合わせるというようなそうした時間が短縮できるのではないかと考えておりまして、これは作り手のほうはもちろん、皆様方のご負担が軽減できるのではないかとこのように考えているところでございます。

資料の1のほうに戻りまして、資料の1の部分ですが、各病院に関する記述につきまして、こちらはもうできるだけ簡単にしようと思っております。その上で、具体的に病院ごとにどのように記載をして、見る負担の少ない評価書とするかどうかについて、また、今後こちらについてはそのいわゆる様式等については検討してまいりたいと考えてございます。

1の(2)の③でございます。これにつきましては、定量指標の目標値につきましてですけれども、こちら目標値につきましては、中期目標か中期計画でお示しをするということを考えてございます。まず、今回は定量の指標、この指標をどれにするかということをご議論をいただきまして、その上で、中期目標、これは次期ですけれども、次期の中期目標に示すべき指標については中期目標で県からお示しをし、その他の指標については機構で検討の上、指標を設定していくとそのような形で進めてまいりたいと考えてございます。ですので、今回につきましては、指標の絞り込みの作業ということをちょっとお願いをしたいというところでございます。

それから2番でございます。その絞り込みでございますけれども、これに関しては資料の3の部分を御覧いただければというふうに思っております。当初、ワーキンググループでは、指標案と基準値について議論することとしておりましたけれども、先ほど申し上げたとおり、今回は時間の制約上ちょっと指標案のみということでやらせていただければと思っております。

資料1の、また戻っていただいて、2のゴールの部分でございます。現状といたしましては、業務実績報告書の別冊ですけれども、こちらの部分のところを116の項目でございますけれども、このうち定量の指標がある項目ですけれども、こちらは、今現在では15項目ということになっております。ただ、次の黒で囲ってある二つ目の黒丸の部分でございますけれども、その中でも定量化が期待できる項目を数えてみたところ、さらに56項目、77の指標ございました。これは第3期、今行っている中期計画ではその定量の指標がなく、かつ令和4年度第3回に指標を提示した項目や、業務実績の報告書に現在記載をしている指標でございます。

それでは、皆様方にはこうしたこちらのほうでピックアップをさせていただいた77の指標、こうした

ものについてご確認をいただいたところでございます。それに加えて、既存の15項目の指標について4-1でございますけれども、4-1の指標案をお示しをいたしまして、構成員の皆様、それからオブザーバーの方々に指標として妥当かどうかというご確認をいただいたところでございます。この指標であれば丸、ほかの指標がよければ三角、定量化に適さなければバツというそういうお願いをしたところでございます。

その結果が資料の4-2でございます。資料の4-2では、皆様方がつけた丸、三角、バツについて一覧にしております。今回は、指標のナンバー1から打っておりますけれども、ナンバーを白抜きにしている指標について皆様にご議論をいただきたいと思っております。これは、主に三角がたくさんついて特に議論が必要な部分というところの指標でございます。議論をいただいた指標と、あと過半数の丸がついた指標も64個ございます。こちらについては、第4期の指標の追加候補という形で整理をしていきたいというふうに思っております。あと、バツが過半数を占めた指標1個ございます。こちらについては指標案から削除をすると、そのような形で考えてございます。

ですので、こういう形で定量化はいたしますけれども、もちろん全てを定量化するということではございませんので、定性的な記載というのは、これはもちろん一定程度残るとこういう想定でございます。

それから、資料の4-3でございます。こちらについては、参考までに指標案について各病院の直近3年間の実績値を一覧にしている、こうした資料でございますので、また御覧いただければと思います。

それでは資料の1にお戻りをいただきまして、この中の最後の3番の絞り込んだ指標項目についての代替指標の検討の部分でございます。本日の議論におきましては、指標としてより適切な指標は何かということをご議論をいただければというふうに思っております。その際、各構成員に三角をつけていただいた指標につきましては、任意で代替指標案の記載をお願いしておりました。資料4-2に一覧にしておりますので、こちらについても御覧いただければと思っております。最終的には、各指標の議論の最後に、代替の指標案を多数決等で決めていただければよろしいかと思っております。三角が半数以上の指標というのは全部で9個ございますけれども、三角とバツを足すと半数以上の指標が二十数個ございます。こちらについては、本日は、まず一旦10をやりたいと思っておりますけれども、この後はまた皆様方にご意見を頂戴したいですが、またワーキンググループをもう一度開催するですとかそういうやり方でこちらについても整理をしてみたいとこのように考えておりますので、ご協力をお願いいたします。

説明は以上でございます。皆様方からは、検討の進め方についてご意見をいただければというふうに考えております。よろしくをお願いいたします。

(小口座長)

ただいまの事務局からのご提案に皆様ご質問ございませんか。少し複雑ですので、司会の進め方に戸惑う事もあるかと思いますが、皆様のご支援をいただきながら進めていきたいと思っております。それでは本日は、先ほど久保田課長からご説明ありましたが、委員の皆さんから事前にいただいたご意見のうち、三角の半数以上の指標と新型コロナの指標の10個の指標について、代替指標の検討をしたいと思っております。議論の結果は、既に丸が過半数ついていた64の指標と合わせて、第3回の評価委員会で報告したいと思っております。よろしいですかね。

それでは、まず資料4-2の指標ナンバー1ですね。皆さん、4-2の表をご覧ください。その指標ナンバー1に指標案として、救急患者数、ドクヘリ、ドクターカー等の受入件数と書かれています。皆様からいただいたご意見では○が1、△が6でナンバー1は議論の対象になりますが、ここで話の都合上、ナンバー7の救急車搬入件数を併せて議論をしたいと思っておりますが、事務局のご意見を伺いたい。

(事務局)

一緒にお考えいただいて大丈夫です。

(小口座長)

それでは、ナンバー1と2を一緒に議論したいと思いますのでよろしくお願いたします。  
川合委員から順にお願いします。

(川合委員)

私、これ救急車応需率ですね、救急車の依頼があって、そのうちどれぐらいを断ったかですね。断る理由もいろいろあると思うんですが、やはりどのぐらいを応需したか。これは地域の医療に非常に重要なポイントなんで、応需率を受入件数とともに記載してもらった方がいいのかなと思います。

(小口座長)

浜田委員、お願いします。

(浜田委員)

ちょっと私あんまり経験がないですけども、例えば救急車の受入件数というのは、特に今高齢者救急というのが非常に問題になっていて、医療政策課的には、恐らく高齢者救急をどうやって減らしていくかというそれがむしろ課題になっていると思うんですが、だから一概に受入件数を増やせばいいということではないんだといったようなこととか、あるいは、個々の病院でどう対応するかというのは非常に重要なんですけれども、例えば2次医療圏の中で、どういう救急医療の分担体制を構築するかとか、むしろそういうところを考えないといけないのかなと思いつつ、ちょっと個々の病院の評価というのはまた別の問題ですので、今、川合先生が言われたように応需率を入れるというのは妥当だと思います。

(小口座長)

打田委員、お願いします。

(打田オブザーバー)

お願いします。

ドクターカーに関して取り上げるとするのであれば、例えば、出動件数ということが指標としては考えられると思います。病院が限定されますので、その指標が必要かどうかというところは検討の余地があるかと思います。

応需率については、例えば救急車の搬送数に加えて評価できると考えております。救急車の応需率は、諏訪日赤でも一般的に用いられている指標でありまして、私としましてもこちらの指標は妥当と考えております。

以上です。

(小口座長)

ナンバー7について、日向委員お願いします。

(日向事務局長)

本部の日向です。本部の中でもいろいろ議論をする中で、私どもとすれば、大前提として、具体的に、どういうことをやったのか、どういうことに取り組んだのかという点を評価してほしい、ということがあります。従いまして、目標数値を設定しこれに取り組んで実績が出てきたときに、実績が目標より下回った場合、具体的に何か取組ができるものでないと困ることになります。アクションの取りようがないものを設定されても困るということがあります。例えば、救急車の患者数もそうです。具体的に何かアクションを起こして救急車の患者数を増やすということではできないわけです。ただ、応需率については、いろんな事情もあって対応できないというケースもありますが、これについては目標数値としてあ

り得るのではないか。何かアクションを起こして改善につなげていくというそもそもの指標の持つ意味ということからすると、具体的に増やすとかそういうことの実行ができないものについては、目標とされても困る。実績値としてお示しすることはできますが。このことはここ以外でも全般的に言えるかと思えます。

(小口座長)

宮坂委員、お願いします。

(宮坂委員)

私は、救急患者数と受入患者数は必要と思っていまして、先ほどの裏面の7番の救急車の受入件数というのもここで合わせて考えたほうが分かりやすいと思っています。病院のいろんな機能によって、ドクヘリとかドクターカーとかどこから受け入れるかという方法は様々だと思いますが、それも合わせて救急搬送をどれだけ受け入れるかということを指標にして、受け入れた方たちがどのぐらい入院につながったかの入院数も合わせて指標にしていただければ良いと思っています。

以上です。

(小口座長)

それでは、濱野委員ですね。

(濱野院長)

指標を定めるに当たって、定義を明確にするということができていないと思います。例えば、救急患者数であれば、時間外であっても、皆さんご存じのようにあらかじめ医師から予約を入れて時間外に来るとするのは入れるべきではないとか、いわゆる時間外加算とか休日加算、深夜加算などが算定された受入数を救急患者数というような定義を明確にするべきだと思いますが、そのような定義をしっかりと記載したほうが良いと思います。

それから、救急車の応需率を入れるのは私も賛成ですが、救急車の応需率の定義は通常の間外であっても応需率に加えるのが救急車の応需率だと思いますので、それも定義にしっかり加えていくということが必要なかと思えます。ですから、1番のところでは救急患者数、定義をしっかりと受け入れた救急患者数とそれから応需率、これも定義をしっかりとするということがいいかなと思います。

以上です。

(小口座長)

救急車については、7番の救急車受入は。

(濱野院長)

7番の救急車のところでは、救急車の応需率を入れるといいと思います。ただ、救急車の応需率は、時間外でなくても普通は入れることが多いのではと思いますので、その定義をしっかりとさせていただく必要があると思っています。

(小口座長)

応需率を入れることに賛成ですね。受入患者数についてはどうしますか。

(濱野院長)

どちらでもいいと思います。ただ、救急車の受入れの場合は、時間外のだけに限定するとか、そのへんのところをしっかりと定義をすべきだと思います。

(小口座長)

鮎澤委員は、ここは担当外でいいですかね。あと、私の意見は、ほぼ川合先生の意見に同じですね。最初の指標案に、ドクヘリとかドクターカーがあって、それから措置入院とかですね、そういう個々の病院に対しての成果は別の形で個々に評価すれば良いのかなと思っています。木曽病院はドクターカーやってるの。

(濱野院長)

木曽はまだドクターカーとしては動いていません。

(小口座長)

動いてないよね。だからドクターカーはこどもだけです。ドクヘリについてはこの前でも木曽病院とか阿南で以外に多かった。この両件も別書きで記入してもらいたいかもしれない。定義はちゃんとしましょう。濱野先生の意見を尊重してね。それは事務局でお願いします。個人的には、応需率に関しては、いらぬのではと思っています。これは、第三次救急をやっている救急救命センターでしたらすべきでしょうけど。私は前からちょっと難しいというかしなくて良いのではと思っています。そこらへんのところを、川合先生いかがですか。

(川合委員)

確かに病院の事情、地域の事情も、つまり医療圏の事情もあると思うんですが、救命救急センターがあるところは100%を目指すのが基本だろうと思います。断らない救急を救命救急センターは掲げてると思うんですが。そうでない県立病院の場合は、こども病院はちょっと違うんですが、そこは救命救急センターがあるわけではないので、各病院ごとの目標値、地域の状況を考えて、信州医療センターとしては90%以上は応えようとか、そういう目標値を掲げてもらって、それに対してそのうちどれくらい達成できたかというのを評価するっていうことは可能ではないかと思います。

(小口座長)

それはいいことなだけで、機構のご意見はどうですか。

(日向事務局長)

委員長のおっしゃったとおりで、ドクターの先生方の配置によっても大きな影響を受けます。例えば阿南では内科の先生方を中心とした少人数体制です。従って飯田市立へお願いしますというケースも現状としてあります。ただ、これは機能分化と連携が進んでいるというふうにも言うこともできると思います。各病院でそういった現状を踏まえた上で、年間このぐらいというのを実績も踏まえながら出していくということができると思います。

(濱野院長)

小口先生1点いいですか。応需率の場合に、木曽病院、木曽医療圏では1つしかない病院ですけども、医師の関係とかで、例えば以前は脳外科が常勤としていた際には脳外科の患者さんを受けていましたが、現在では脳外科医が不在ですので脳外科的な処置が必要であるという患者さんについては救急隊の方で判断して最初から伊那中央病院に搬送されるというような例が多くなっています。また、最近では、脳神経内科の医師の療養休暇により、脳神経内科の患者さんも緊急入院がとれなくなって、そういう患者さんについても伊那中央に送るといった例が多くなっています。従って、応需率については、あらかじめ救急隊にこういう患者さんは本院では受け入れる体制になっていないということをあらかじめお伝えしてある場合は受入れ拒否としてカウントしないでもいいかもはっきり定義していただく必要があるように

考えます。普通は応需率の定義は、分母のところは、実際受け入れた数と受入れを拒否した数の合計だと思います。ですから、その拒否したという数をどこまで入れるかというのを明確にさせていただく必要があるかと思えます。

(小口座長)

あんまり特殊性を作っちゃうと評価の仕方が難しくなってしまう。何のために出すのかということになっちゃうんで、なるべく普段使われている形でやったほうがいいと思うんですけどね。応需率の件は、申し訳ないけどひっかかる。でも皆さんのご意見に従います。もう1つ機構のご意見で、救急医療の指標を出すことに消極的のようにとれますが、それはいかがかと思えます。公立病院の一般会計等が負担すべき経費の対象として、不採算・特殊部門に関わる医療の提供として先ず救急医療の提供がある。田舎になればなるほど大事な部門。ですから、目標値達成ではなく、ここまでやっているという実績値を示していく必要がある。その結果に対して評価委員会で色々な観点から評価し、改善などに結び付けていけば良いと思う。だから、それをやっぱりちゃんと出していく。それを抜いたら公立病院の意味がなくなるんじゃないかと思えますけど、浜田委員いかがでしょうか。

(浜田委員)

そうですね、結局応需できなかつた場合もいろんな理由があつて応需できないということで、結局病院ごとの指標をつくるというのはいいと思うんですけども、応需できなかつたからといって点数をものすごく下げるとかというのはちょっとまずいということで、そこはなぜ応需できなかつたのか、あるいは先ほど言われたように、同じ医療圏の中では役割分担がきちんとできているというようなことも踏まえてトータルに評価するといいますか、そこは評価の際に応需できなかつた要因まで含めて議論して評価するといったようなことが、若干そういう定性的なことも必要なのかなというふうには感じました。

(小口座長)

そのために評価委員会があると思うんですね。評価委員会がそういうことを判断しながら計画に生かしていく。

(濱野院長)

もう1点いいですか。少なくともうちの木曾病院は応需率というので数値として出していないと思います。機構の他の病院でも、機構のデータを出すときにも応需率という数値は今までは出ていないと思います。先ほど定義ということをお願いしましたが、まずは応需率を各病院の指標にするかの問題の前に、機構の各病院が応需率をしっかり出していく必要があると思えます。ただ定義がはっきりしてないので、定義をはっきりした上で算出して、その上でまた指標にするかどうかを考えていけばいいと思います。まずは各病院で、実際本当は出しているはずの応需率が出ていないというのが現状かと私は認識しています。

(小口座長)

そうですね。多分病院によっては、病院のトップがそこを認識してない部分あると思えます。県立病院はわかりませんが、二次救急の病院で現場の人たちの判断で断っていることか少なくないように思います。でも消防署だけはつかんでいる。

(事務局)

今お話いただいたように、今の応需率の考え方ですとか、またはどういった形でしっかり定義するかとか、もちろんそういったことも含めまして事務局のほうで預らせていただければと思います。ありがとうございます。

(小口座長)

そうですね。ここは事務局預かりということでお願いします。この場ではそういう形でまとめたいと思いますけどよろしいでしょうか。時間的にいいでしょうか。

(事務局)

一応、1指標当たり平均10分ぐらいでご議論いただければ、ありがたいです。

(小口座長)

それでは、手術件数のところに入りたいと思います。  
川合委員からお願いします。

(川合委員)

手術件数、手術にもいろんなレベル、疾患があると思うので、やはり全身麻酔で手術を行うというのはそれなりの手術ということが推察できるので、全体の手術件数と同時に全麻で行った手術件数、これを出してもらおうということで、やっぱりその病院の診療内容がより分かるということで、このように書かせていただきました。

(小口座長)

浜田委員。

(浜田委員)

川合先生のご意見に異論ありません。  
以上です。

(小口座長)

打田委員。

(打田オブザーバー)

私も川合委員のご意見と同様に、全身麻酔の手術件数を加えるというご意見に賛成でございます。  
以上です。

(小口座長)

日向委員。

(日向事務局長)

2点あります。先ほどお話も出ていますが、手術をどういう範囲にするのかということ。それからまた繰り返しになってしまいますけども、これについても病院で何かアクションを起こして手術件数を増やすとかそういったことはなかなか難しい。特にドクターの配置の関係がありますので。実績値として出すことはこれまでどおりできますが、目標にできるのかどうかということについては少しどうなのかなと思います。

(事務局)

すみません、事務局ですけれども、今、日向委員がおっしゃられた件は、どちらかという多分目標のところ、目標値を決めるときに議論になるところかなと思ひまして、指標として今回確認ということ

について、先ほどの件のところと同じなんですけれども、しっかり件数を把握するという意味において今回指標化する、定量化するという形でご議論をいただければなと思ってまして、実際にそこにどのぐらいの数値が適正かだとか、または当然モニタリングみたいな形にして、目標値を置かないという考え方も当然ございますので、今回はできるだけ定性化されていたものを定量化する、またはしっかり数値として評価のところに戻すというそのところを御覧いただければいいかなというふうに思っています。

(小口座長)

日向委員、よろしいですか。

(日向事務局長)

分かりました。この場では目標にするかしないかの候補について検討するのであって、これを実際に目標にするのか、あるいは実績値みたいな形の記載にするのかというのはこれからの話ということですね。

(事務局)

そうですね。まずはしっかり数値として、しっかり出すと、そこを今回ご議論いただいて、そこに目標値で多分定めるときに、今お話いただいたのは例えば救急としてプラスをするのが果たしていいのか、マイナスのほうがいいのかとかの部分かと思っておりますので、そこは本当にどういう数値を出すかというところはその後の議論という形かなとは思っています。

(小口座長)

私的には、やっぱり目標を決めてそこに向かってみんなで頑張って経営を改善していくというそういうのが絶対必要ですよ。一般病院がみんなやっていることです。そう言うことに、機構は消極的なように聞こえますが、県民が納得してくれますかね。

濱野委員、どうでしょう。

(濱野院長)

これも、私は定義をしっかり決めなきゃだと思えます。手術件数は手術室の手術に限定しているのか、例えば内視鏡室でやる内視鏡手術とか、血管造影室でやる手術がある場合は加えるのか、あるいは外来手術は入れるかなど、明確に定められていないと思えます。しっかりと定義をしたほうがいいと思えます。

全身麻酔の手術件数については、ほかの皆さんと同じで私も賛成です。

もう一つ、ちょっとそこでは救急の手術件数と書いてありましたが、もう一個の別の指標として、緊急時間外の手術件数は、国立大学病院でも評価指標として入っていますので、加えてもいいのかなと思えます。この場合は、時間外であっても事前に予定されているものは入れないというのが国立大学病院では定義されていたかと思えます。緊急時間外の手術件数というのもう一つ指標としてあってもいいのではと思えます。

以上です。

(小口座長)

定義に対しては、先生の言うようにきちんとというわけにはいかないんだけど、全般的に通用しているような形での定義は必要ですね。

救急のことに關して入れてもいいんだけど。

(川合委員)

そうですね、救急患者の中で手術に関しての患者数というふうに、結局患者数の内訳の一つとして記載してもらい、目標を書くのはなかなか難しいかもしれないので、救急患者数の中のうち手術をした患者数を記載してもらいとちょっと内容が分かるかなという気がいたします。

(小口座長)

データを作るときには入れたほうがいいのかなと思いますけど、評価委員会でそこまで細かく評価する必要はないように思いますが。事務局いかがでしょうか？

(事務局)

今ちょっとご指摘をいただいたとおり、指標自体はできるだけシンプルなほうがいいというふうに考えていまして、今回指標化していくこと自体もいわゆる病院の負担であるとか、当然委員の確認する負担ですとか、そういったこともしっかり考慮されていくことですので、できるだけちょっと再分割しない方向でご議論いただけるとありがたいなというふうに思います。

(小口座長)

今の話はある意味で、特殊なケースで、大いに評価されるべき事項でしたら、S評価のような形、各病院が書き足してもいいと思いますね。

(事務局)

そうですね、先ほども言っていたように全て数値だけで評価するというのではなくて、定性的なことというのもしっかり残していくのが今回の考え方だと思っていますので、そうした特筆すべき事項だとか数字に表れない部分ということをちょっとしっかり付け加えていただくと、そのような形で考えてございます。

(小口座長)

私自身も手術件数とその中に全麻件数を出していけばいいのかなと。そういう形でまとめさせていただきます。

(事務局)

次は2ページの10番をお願いいたします。

(小口座長)

新型コロナウイルス感染症に関する指標、多分これは問題ないんでしょうけど、どういう指標にするかな。

(事務局)

これが、10番については一番右側のところに白抜きの字で書いてあるんですけども、今後、これがどういうぐらい出てくるかわからないというところでは、単に実績が出たときに実績値として記載するに読めるというほうが妥当ではないかと。

(小口座長)

今回の場合ですとそうですね。項目を整理するのは事務局。

(事務局)

一旦これを事務局案として先にお示しした上で大変恐縮なんですが、よくよく考えれば、ほかの委員からもご指摘がたしかあったかと思うんですけども、今後これが確実に出てくるかどうかというのが分からない中では、出たときに実績値として記載するというのが現実的なのかなと。

(小口座長)

浜田委員どうでしょう。

(浜田委員)

そうですね、皆さん言われるように、確かにコロナというのは典型的に病院のほうは受け身になりますので、どういう状況になるか分からないということなので、なかなか目標値みたいなものが設定しにくくて、確かに実績値として出していただいて、それを定性的に評価するというようなということではないのかなというふうに感じました。

(小口座長)

打田委員どうですか。コロナを前提として感染症の指標として。

(打田オブサーバー)

私の提案で手指消毒剤の使用料と書かれています。これは標準予防策というところでの提案になっておりますので、この分類の位置づけからすると、別に考えた方が良いと思っています。なお、資料にある手指消毒剤の使用料の料という字が金額面での評価と捉えられているかと思いますが、当院においては、実際に使った量を標準予防策の評価に活用しています。

(小口座長)

日向委員。

(日向事務局長)

二つあります。先ほど浜田委員のおっしゃられたように実績値という形がよりふさわしいなということ。

それから、打田委員がおっしゃった手指消毒量については、医療の安全面の確保というところの指標なのかなと思います。

(小口座長)

宮坂委員、どうぞ。

(宮坂委員)

私は、コロナウイルス感染症に関する指標を、当面の間、現在の受入数などどのような指標にするかということがかなり曖昧な状況であったので△にしました。今もまだコロナ感染の入院患者さんを受け入れていると各病院での話を私も聞いてはいますので、検査の数は数え切れないと思うし、当面の間どれだけ入院の患者さんを受け入れているかということが先ほど言った目標や実績になると思いますので、推移を見ていっても良いと思っています。

(小口座長)

そうですね。私もその実績値っていうのでよろしいかなと思いますけれども。何かありますか。これでいきましょうかね。

(事務局)

ありがとうございます。

(鮎澤委員)

ここの目的としては、こういった特殊なことがあったときに県立病院としてしっかりと対応していくということを求めているということなんでしょうか。

(事務局)

ここの評価の考え方なんですけれども、医療の中身といいますかそうした部分で考えられるいわゆる病院の役割だとかそうしたところに対して、今回感染症の観点からどのような指標が考えられるかということでコロナということを入れさせていただいたんですけれども、もしかして、今私も委員の皆様のご意見をお伺いして、確かにどういったものが出てくるか分からないだとか、どうしたものに対して目標をどう立てるのかということが非常に難しいのかなと。確かにものによっては当然役割がそれぞれ違うかとかということも当然考えられますし、そこらへんがやっぱり疾病の状況だとか医療の提供体制に応じてという形で、確かに県から願う部分とかも当然あるのかなと思いますので、そうした部分だと本当にぼんやりした部分になってしまうので、コロナの状況も分かっていない中ですので、非常に数値化とかも難しいのかなと思います。

(小口座長)

コロナに限ってですよ。

(事務局)

今回はコロナということでピックアップしています。

(小口座長)

実績値だけにするのか、先ほどの消毒剤は入れるかどうかなんですけど。どうする。

(打田オブサーバー)

話の流れからすると、ここはあくまでもコロナというところの評価項目であって、別の議論の中で、もし手指消毒剤の評価が必要というご意見がありましたらそれを採用いただくのがいいと思います。

(小口座長)

そういうことでいいですかね。最後に書いてある事務局案ということでいいですかね。  
じゃあ、次はいかがですか。

(事務局)

33番になります。5ページですね。

(小口座長)

33番、市町村等と連携した研修会等への参加件数。  
川合委員、お願いします。

(川合委員)

各病院、公開講座とか何らかの住民向けの講習、勉強会のような啓発活動を行っていると思うんですが、そういった取組状況、住民の健康増進に向けたサービスの提供ということで、公開講座、あるいは

地域に出かけての住民の啓発活動、そういった実施回数というのも病院の活動として評価の基準になるんじゃないかなということで記載させていただきました。

(小口座長)

浜田委員、どうですか。

(浜田委員)

市町村、自治体などと連携した研修会を開催する、出前講座とかそういうものは非常にこれから大事になる取組かと思います。

あと、これもやっぱりさっきの目標値にするってなかなか難しいと思うんですね。というか、病院ごとの状況を踏まえて目標値を設定するということは可能かなとは思いますが。基本的にこういう指標を設定するのは悪いとは思いません。

(小口座長)

どういったところまで求めるかですけど、ある意味公立病院の役割なんですよ。かなり積極的にやっついていなくちゃ。どれだけ出していいかですけど、どう考えますかね。公開講座でいいのか。日向委員、どうでしょう。

(日向事務局長)

既に委員さんからご意見がありましたが、この対象をどこまでの範囲にするのかということと、具体的に人数を把握することは非常に難しいと思っています。

(小口座長)

今までだと結構各病院毎にかなり活発にやっついていて、それを出してるんですね。出した方が効果良いような気がする。

(川合委員)

病院の専門診療内容なんかを住民にアピールをして患者さんに来てもらっているんですね。患者数を増やす、そういう一つのツールとしてもこういう啓発活動というのは重要だと思うんですね。だからそういった経営改善活動の一端としても、回数で定量的にしているのがいいのか、あるいはこれだけやりましたということで評価の一つの資料として残すということをするのかがいいのかなとは思いますが、そういうことでいろんな方法でやっぱり患者から選ばれる病院になっていくそういう努力は病院もしていただく必要があるかなと思うので、その努力の程度を見るツールの一つとしてどうかなと思います。

(小口座長)

濱野院長、どうでしょう。

(濱野院長)

市町村等と連携したという文言は必要ないのかなと私は思っています。とにかくその病院が中心になって市民を対象にした公開講座や公開セミナーを開催した数ということでいいと思います。その場合も主催のみなのか共催とか協賛なども入れるかどうかの定義はしっかりしていただければいいと思います。参加件数というと参加人数のことじゃないですよ。研修会などに参加した人数ではなくて、そういった会等をいくつ開催したのかと私は捉えたんですけども、そういう指標がいいと思います。ですから、事務局案の実施回数というのも、これはどこまでを実施回数に入れるのかというのをはっきり定義してい

ただいたほうがいいかなと思います。

以上です。

(小口座長)

人数を回数にする・・・。

(事務局)

そうですね、今ちょっとお話いただいたようにセミナーだとかいわゆる公開講座、そうしたものから研修会から確かにいろんな形態があるのかなと思ってまして、事務局としては、できるだけちょっとお話をお伺いした上で限定列挙をするような形で、例えば、これ、これ、これという形で、そこらへんはちょっと病院の取組の内容もお聞かせいただければ範囲をしっかりと決めていこうかなと思っておりまして、あとは参加の件数というのは、今ご指摘をいただいたとおり開催件数みたいな形で整備してもいいかなというふうに思っています。

(濱野院長)

国立大学病院の指標として、2020年から公開講座等セミナー主催数というのが入ってまして、それは、例えば信大病院のホームページにはしっかり定義が書かれていて、単に学習目的や啓発目的に限るとか、あるいは単に交流目的のものは含まないとか、そのへんの定義もしっかり書かれていますので、それに倣ってしっかり定義をつくれればいいかなと思います。

以上です。

(小口座長)

それ参考にしてもらえば。

(事務局)

参考にさせていただきます。ありがとうございます。

(小口座長)

しかも病院ごとに規模だとかが違うから難しいんだけどね、県立病院の場合はね。だからそこらへんを考えながら作ってもらえますか。

(事務局)

はい、分かりました。

(小口座長)

前に進ませてもらいます。今度41、これに関しては認定看護師人数、川合先生は達成率を加えるとしています。一番苦労されている機構から。

(日向事務局長)

各病院の取組として、認定看護師を増やしていこうという取組はしています。ただ、実績の数値で出すことはできますが、目標ということになると困ることになります。年度計画を作るのが毎年1月から2月ぐらいです。人事異動が4月になりますので、それによって病院ごとの人数が変わってしまいます。実績として少しずつ増やしてますというようなことでお示しすることはできるかと思いますが、繰り返しになりますが、目標というような形の設定はなかなか難しいなと思います。

(小口座長)

打田委員から専門看護師を加えたいと、これは。

(日向事務局長)

専門看護師は具体的にはどういうものですか。

(小口座長)

宮坂委員。

(宮坂委員)

専門看護師は、認定看護師よりさらに学術的な研究も含めて大学院の修士課程を修了して、同じ看護協会での認定の試験を受けて認定されるので、看護師のスペシャリストとすれば専門看護師と認定看護師は並列して、現場の中では育成を必要としている資格になります。

(小口座長)

並列して書いてもいいということですか。

(宮坂委員)

そうですね。大体は今ではスペシャリストの育成というと専門、認定というのは並列して表現はしています。ただ私も、そんなに年間量産できる資格ではなくて、先ほど言ったように専門だと最低でも2年間は修士課程に行くということになります。それから、認定も今は教育課程が1年間かかるんですよ。そうすると、各施設で計画的な育成はしていく必要性をすごく感じているんですが、これが指標として何人いればいいかというのを施設の特性にもよります。専門性を発揮する上では必要な資格ではありますが、それを経営の指標にしてという点ではかなり難しいと思っていますので、人材育成の中で計画的にしていくという考え方で私はいいかなというふうに思います。

(川合委員)

私、こういうのは例えば4年計画、または5年の中期計画の中で何人ぐらい養成したいという目標があって、その当年度はそのうちの何人、そして実際は100%のうち何%。そういう形で計画、年次ごとの計画を評価していく、見せていく、そんなことも必要じゃないかなと。やっぱり病院としてこういったことはかなり意欲を持って取り組まないと実現できないんで、その年ごとの達成率というのは評価の対象にしてもいいのかなということでこのように書かせていただきました。

(小口座長)

濱野委員。

(濱野院長)

専門看護師もやっぱり私も入れたほうがいいと思いますし、ただ、さらに特定看護師とか、あるいはNP（ナース・プラクティショナー）と言われる診療看護師も入れてもいいと思います。私が書かせていただいた、「看護師100人当たりの専門・認定看護師数」というのは、信大でQuality Indicator（医療の質指標）メディエーターを担当していたときに、御存じのように聖路加国際病院、日本では一番先駆けですが、聖路加がこの指標を先に作っていて、信大病院でもそれにならって、「看護師100人当たりの専門・認定看護師数」を出すようにしました。実際に、信大病院の数値はむしろ聖路加よりも高かったということがわかり、看護部ではモチベーションアップに繋がったという経験をしています。ですから、人数という絶対値だと病院規模の大小によって当然差が出てきますが、100人当たり何人いるという

のを指標にしていくとどの病院も互いに比較でき、数年後の目標としては時期尚早かもしれませんが、長期的な目標として捉えていけば非常にいい指標ではないかというふうに思っております。

以上です。

(小口座長)

それも参考にしてもらって事務局でつくるときに入れてもらう。目標数値をつくっていく、そこを目指すというのはやっぱり必要なんで、あった方がいいと思いますが、後は事務局でお願いできますか。やはり、認定看護師などの養成はお金もかかるし、日赤のような民間病院は及び腰の傾向がある。県立病院が率先してやっていただいて、県内病院の見本になってもらうとありがたいです。

(浜田委員)

小口先生の言われることに賛成です。やっぱりタスク・シェア、タスク・シフトの時代なのでそういう面もありますし、それから今回のコロナでも感染症専門の看護師さんが非常に活躍されて、看護師としても非常に士気も上がったような気がしますので、この問題については目標値、何らかの形で設定することには賛成です。

(小口座長)

特に医師が足りないところでは、特定看護師や認定看護師などは重要な役割をもつようになると思う。ぜひ先取りをしていくことを勧めます。

それでは、後は事務局でお願いいたします。

(事務局)

そうですね、病院ごととなるとなかなか難しい部分もあるのかなという感じもしまして、機構全体でこのぐらいという形のものがちょっとできるような形でちょっとご相談させていただければというふうに思います。

(日向事務局長)

先ほど川合先生からもお話がありましたが、例えば5年間でこれぐらい養成していきたいという目標を立てて、その進捗を見るというのは一つのやり方かなと思います。

(小口座長)

一応それでいきますかね。じゃあよろしくお願ひします。

じゃあ、次お願ひします。

(事務局)

48番。まだ5個ほどあります。

(小口座長)

じゃあ48番で医療安全の開催数のところですが、これに関して、三角がほとんどですけど、その多くは、感染症研修会の件数を加えるべきという案かと思いますが。打田委員どうですか。

(打田オブザーバー)

開催数になりますと、やはり定義がしっかりしない中では各病院の捉え方、開催の方法によって分かれてくるかと思ひます。ですので、定義としては医療法に基づく研修会を年2回として、その受講率を評価した方がより重要と思ひます。

(日向事務局長)

既に出ている意見と同じですが、どこまで含めていくのかという定義をしっかりと決めておくべきだと思います。

(小口座長)

濱野先生の意見は。

(濱野院長)

なかなか何を指標にするのかが難しいのかなと私も思います。ただ、医療法に基づく研修会に限定して受講率というと、受講率といった場合に、定義は5回開いて2回出たから受講率40%ということになるような気がします。しかし最低2回受講は義務化されていますから、受講率を指標にする必要はないと思います。じゃあ、何を指標にするかは悩むところで、開催数というふうにさせていただきました。しかし、どうも悩ましいところです。

(小口座長)

受講率というのが求められている？

(打田オブサーバー)

基本的に100%というのが求められると思います。

(小口委員)

2回と受講率は医療法に基づいて決められているわけですね。

(打田オブサーバー)

決められていると思います。

(川合委員)

指定病院は全員参加なんですね。だから、1回の講習会ではとても集まらないもんですから、いろいろな各病院で工夫していると思うんですけど、私、伊那中央病院では、年2回全員参加が義務なんですけど、それも時間外にやるんですね。これはもう仕方がないという気がします。義務ですから。それに参加できなかった人はビデオを撮っておいて見せて、全員がとにかく受講してということでここはクリアしていることにしております。そういうような努力が見ればと思いますね。

(小口座長)

県立病院の場合もそれに従うということですよ。どうですか。

(日向事務局長)

研修に限らず人を集めた集合形式で全員参加というのは現実にはほとんど不可能です。参加できない人はナース・スキルというシステムを使い、後から視聴してもらうということを合わせてやっています。

(小口座長)

事務局がまとめてくれますか。

(事務局)

そうですね、小口座長おっしゃった小口委員長と打田課長さんと川合さんのご意見をまとめて一番右側の事務局案というふうにさせていただいたということですね。

(小口座長)

濱野院長どうでしたかね。最後のところに事務局案としてまとめてあるじゃない。

(濱野院長)

ですから、例えば医療安全研修会の受講率というのは、2回受けなきゃいけない、全員が2回受けたら100%ということでもいいですが、もし医療安全の研修会をもう一回多くやった場合に、3回やった場合に、ほとんどが2回しか受けてないと受講率ずっと下がります。つまり、2回以上やった場合には受講率自体が当然下がってしまうことを考えると、受講率を指標にするのは適当とはいえないと思います。むしろ、医療安全以外に、感染対策、医療倫理、セキュリティ、薬に関する研修など、いろいろな講習や研修会をeラーニングとかナーシング・スキルも含めて年何回実施しているかという方がむしろシンプルかなと私は思います。

(川合委員)

そうですね、これ病院の姿勢を示すものですよ、医療安全に対する姿勢、感染対策に対する姿勢。ですので、これに対してはやっぱりそれぞれ義務としてやらなくちゃいけないそういう指定病院というのがあると思うんですが、それ以外の病院もやっぱり全員でやらなくてはいけないだろうと思いますので、開催回数ですね、メインでやった開催回数と職員がどのくらい受講したのかというのは、やっぱり私は病院の倫理観と言いますかね、そういうのを見る上で大事な指標じゃないかなというふうに思います。

大体がそういう回数やって、これぐらいの人がやりました、それぞれ見ましたということですよ。各職員年に1回はそれぞれどっちかでも、出てもらおうというそういうことが病院として目指す必要があるのかなと。

(小口座長)

医療安全と感染症に関する両方ともということですね。

(川合委員)

そうですね。

(小口座長)

だからそういう意味でちゃんとやったほうがいい。全員が受けることが求められている。事務局でまとめてもらった形でやったらどうかなと思うんですけど。

(川合委員)

ビデオを使ったほうがいいと思うんですけどね。

(小口座長)

それは諏訪もやってるね。eラーニングかな、私は週2日しか病院に行っていないけど観ろといわれました。医師の参加者が少ないので、観てくれるとありがたいと言われて。

(川合委員)

僕も観ましたけど。30分とかです。

(小口座長)

回数を含めやり方は、各病院が工夫されて良いのではないかな。事務局案を基本に行きましょう。

それからインシデントのところの0レベルについても加えることはいいですね。これは確かにこれから大事と聞いています。機構からも出てますしね。

資料4-2の42番は事務局案でいくことにします。お願いします。

(事務局)

その次は、72番ですね。お願いします。10ページです。

(小口座長)

これちょっと事務局、説明してもらえますか。

(事務局)

次の11ページの73番に資金収支というのがあって、72番の経常黒字かどうかというのを、この代わりに73番の資金収支としてはどうかという事務局案になったわけなんですけれども、それに対して各構成員の皆さんで、これはちょっとというご意見が、という状況でございます。

(小口座長)

これに対して川合委員お願いします。

(川合委員)

私もこれどういう意味なのか分からなかったんです。経常黒字を消してあったし、質問の意味が分からなかったけれども、ただ非常に大事なことかなと。経営を黒字を目指すということは非常に大事なことで、これをもっとより具体的に細分化してこの項目は出していったほうがいいんじゃないかなということで、一例として、今全部県立病院は、機構の病院はDPCになっていますよね、こころの医療センター駒ヶ根以外。阿南病院もDPCに。まだなっていないですか。DPCに参加したという話を。まだ参加をしてないんですか。そうか。例えば、DPC病院であればこの機能評価係数Ⅰ、あるいはⅡというのは、全病院患者の診療報酬に関わってくるわけですから、これを上げるというのは非常に経営努力になりますし、要するにこの指標を上げるというのはもう医療の質を上げるということです。こういったのを事例として、いくつかの項目を出して具体的に評価していくのがこれからやっぱり県立病院機構として重要じゃないかなというふうに考えて、一例としてこれを出したんですね。ということで、ちょっと意味が分からなかったのも、ごめんなさい。ただ非常に、先ほど言ったように重要で、これを適切に置いたところを評価していかないとなかなか経営改善が常に出てこないようにも思うんで、ちょっとその一例として出したということです。

(小口座長)

DPCを全てやってるんだっけ。

(川合委員)

信州医療センターとか木曽病院はDPCです。

(小口座長)

全て(の病棟)じゃないよね。

(小口座長)

濱野先生のところは、D P C。

(濱野院長)

はい。D P Cです。

(小口座長)

全部そう？

(濱野院長)

ただ、全ての病棟がD P Cではないです。

(川合委員)

急性期病棟ですね。

(事務局)

すみません、先ほどのご説明ちょっと足りないところがありまして、10ページの一番右側のところに書かせていただいた、100%よりもさらに進んで、例えば105%とかですね、そういうのではどうでしょうかといった趣旨でございます。

(川合委員)

それは高いほうがいいですね。

(小口座長)

浜田先生、どうですか。

(浜田委員)

事務局の気持ちは分かるのですが、しかしながらやっぱり経常収支が黒字かどうかというのは非常に重要な指標なので、確かに別に黒字だから全てよいという話ではないと思うんですけども、経常黒字かどうかはやはり一つの指標としては非常に重要な指標であるというふうに考えます。

(小口座長)

総務省が経常黒字の維持と決めてるんだから、それはそれとして指標で良いと思う。それ以上を求めるとすれば、別ところで多分できるんじゃないかな。例えば、今回の事務局の評価は、経常黒字100%超えたのでAなんだけど、その下の項目の評価から全体はBになっている。それは経常収支黒字だけでは駄目ですよと言う意味があると思うんだけどね。鮎澤委員。

(鮎澤委員)

72と73番リンクしているのをどうするか。当然、72で見れば経常黒字ではないと資金もプラスになっていかないというところですので、やはり経常収支黒字というのは重要な指標として入れておくべきかなと思います。特にやっぱり単年度で赤字になるというのはよろしくないということがありますので、事業を継続していく上ではですね。ですので、やはり後半がいいですね、公立病院ですので大幅に黒字を出さなきゃいけないということはないと思うんですけども、経常収支の黒字というのは一つの指標として入れるべきだということと、あと資金のところは、これは経常黒字であるってこと、例えば

借入金の返済が多くあるとマイナスになってしまうというそういう年も当然ありますので、そこは中期のところ、じゃあこの5年間はどのような収支見込みか、ただそれとの現状で把握していく。だから、赤字になったから必ずしも悪いということではないという判断はしていくのが必要かなと思いますし、ただ、そうは言っても資金のほうですね、5年間で資金の残高マイナスに、これストックの話ですね、マイナスになってしまったと、そういう計画ではちょっと当然まずいということがありますんで、ちょっとそのへんも踏まえてご検討をいただければと思います。

(小口座長)

全体の意見としては、機構（の意見）もそうですけど、経常収支100%は残します。前に進ませてもらって、74ですかね、このところは、そんなに異存ないと思いますね。事務局がまとめたのは、新規入院と入院患者の延べ数の両建てでいいんだよね。患者数。

(事務局)

新規入院と新規外来を加えたものです。

(小口座長)

そうですね。多分私も川合委員もそうだし、これはこれでいきましょうか。病床利用率のところですね。大方の病院は稼働率がいいという病院が多いんですけど、川合委員、どうですか。

(川合委員)

利用率を上げるために長く入院していると経営上はよろしくないですね、特にDPC病院では。だから、そういう点で、稼働率というのは稼働している病床に対する利用率ということですね。ですから、それはそれで大事なんですが、それと同時に急性期病床では平均在院日数というのも一つの指標になるんじゃないかなというふうに思うんですね。要するに、医療のレベルを上げて早く治して早く退院させないと病院の経営はよくなる。長々と入院を続けるようではちょっと経営は悪化してしまいます。DPC病院ではですね。ですから、そういうことで急性期病床においては平均在院日数というのをやっぱり加えてみるのが必要じゃないかなというふうにちょっと思いました。

(小口座長)

80番に平均在院日数と書いてあるね。

(川合委員)

そうそう、一緒に組合せですね。いいですよ。

(浜田委員)

特に付け加えることはありません。確かに病床稼働率は新規退院者を加えるのですね。そちらのほうが一般的には妥当かと思います。

(小口座長)

機構もそうですね。

(日向事務局長)

現場の状況をお聞きしたところ、機構では稼働率といった場合には分母が運用病床で、分子には退院者を加えるということです。利用率は許可病床が分母で、24時の入院者数が分子であると。

(小口座長)

病床利用率は24時時点の在院患者数のみを分子とするのに対し、病床稼働率は24時の在院患者数に当日の退院患者数をプラスしている。国立系や自治体病院などは利用率で表示することが多く、日赤など公的病院や民間病院は稼働率を採用していて、両者の間には10%まではいかないが7～8%くらいかな差がある。総務省の強化プランでしたか、病床利用率の70%を3年連続で割ると、病床数を病床減らせとなっているなる。あれがあるから、私は評価委員会では利用率でいのかなと思ってたんだけど、どうですかね。

ほかの病院の最初に来たリストを見ると、やっぱり稼働率やっているところのほうが多いんです。

(日向事務局長)

こども病院のお話があったかと思うんですが、許可病床は簡単に変えるのが難しいので、それぞれの立ち位置を見ながら運用病床を少しずつ減らしていくような方向のように思います。現場の実態にあわせて考えると、稼働率かなと思います。

(小口座長)

打田委員の考え方どうですかね、稼働率でやってると思うけど。

(打田オブザーバー)

ただ、当院の稼働率の定義としましては、休止病床がないため運用病床というような考えを持っていないのですが、休止している場合には、その病床を含めないという考えはあると思います。

(小口座長)

それは県立、機構で統一すればいいんだよね。病院ごとでなくて。

ここはどうですかね。大きな問題じゃないんで。私は両方の併記で良いと思いますが、事務局いかがですか。

(事務局)

確かに、今のお話をお伺いするとやっぱり実態を見るのであれば稼働率のほうが適切のようなふうにもちょっと聞いたんですけども、ただ一般的に、先ほど小口先生もおっしゃったように、公立病院等を見てる場合、どうしても利用率ということになるので、これちょっと事務局のほうで預からせていただいて、どちらが適切かということも含めて、すみません、またお答えさせていただければと思います。

(小口座長)

3年連続っていうのはまだ生きてるんだよね。この前、質問したら生きてるって言ったよね。だから、病床利用率って重要だし、危ない病院は職員もしっかり意識させて病院をつくり上げていく、いいと思うんだよね。

申し訳ないけど、4年度は、ほとんど70%切ってるところ多いもんね。

お話聞いていると併記で良いのではと思いますが、そこを酌みながら事務局で検討してください。

(事務局)

はい。

(小口座長)

じゃあ、次は。

(事務局)

次は84番をお願いします。12ページですね。

(小口座長)

D P Cの問題ですね。

三角が浜田委員。

(浜田委員)

三角つけたのですけれども、ちょっと先生方のご意見を伺いたいなというふうに思いました。例えば入院期間Ⅱ以内に退院させたほうが単価が高くなっていくかと思うんですが、しかし一般的にそういうふうに全ての病院が言えるのかどうか、本来入院期間が長いほうが患者さんにとっていいという場合はそういうことなので、そのへんをどういうふうに考えたらよろしいのかというようなこととか、それと副傷病名の選択率ですか、このへんの指標についてはちょっと先生方どういうふうにお考えになっているかという、それもちょっと伺いたいなというふうに思います。

(小口座長)

そこらへんちょっと打田委員をお願いします。

(打田オブザーバー)

まず、指標案として出ております副傷病の選択率、緊急入院に占める緊急医療入院割合というのは、当院が活用しているものです。これは機能評価係数Ⅱの向上のための指標として活用しています。ただ、そこまで指標を細かくする必要はないと考えておまして、先ほど川合委員のお話にもありましたようにD P C病院において係数の向上ということは収益に関係するところがございますので、D P C入院期間Ⅱ以内退院率という指標を入れることも必要かと思っておりますし、さらに係数を数字として見ていくというのは大事と思っております。

私の意見の中で全ての係数を指標に上げておりますが、特に機能評価係数Ⅰ並びに機能評価係数Ⅱについて指標にしたかどうかという提案でございます。

以上です。

(小口座長)

濱野委員、どうでしょう。

(濱野院長)

これD P C病院に限るっていう見解でいいとすると、私は機能評価係数Ⅱだけでいいと思います。基礎係数はほとんど変わりませんし、機能評価係数Ⅰは病院の規模によって大きく違いますので、やっぱり一番病院が頑張っているかどうか医療の質を上げようとしてるかどうかというのは、機能評価係数Ⅱに集約されていると思いますので、それだけでいいのではと思います。

(小口座長)

日向委員、お願いします。D P Cやっている病院だけね。

(日向事務局長)

最後のところの緊急入院に占める救急医療入院を削るという意見です。

(小口座長)

それが意見ってことですかね。他の方のご意見はいいですかね。川合先生は。

(川合委員)

D P Cに係数を加える、いいと思いますが、その前に医療の質を上げないとD P C係数も上がってきませんので、医療の質、病院のレベルを上げるという努力もやっぱりする必要がありますので、機能評価係数を上げるというのは病院として大事かなというふうに思っています。

(鮎澤委員)

医療の質とかの話ですと、大項目3でいいのかどうかということ少し思います。

(小口座長)

そうだね。

(事務局)

項目3-2が現状の3期中期目標、計画の立てつけでいきますと、経営基盤の強化というところになっておりまして、なのでその意味で収益性を上げる、そのための指標としてのこの指標かなと、そういう位置づけです。

(小口座長)

これによって単価とかそういうことに影響してくるんですね。打田さん、そういうことですね。だから収入を上げるために今病院、特に急性期病院、そういうところをあまり聞かないよね。やっているところもありまして、それを県立病院の、全部の病院じゃないけどD P Cの病院でどこまでやるかというのが多分いいと思います。

出すこと自体はそんなに難しくないのかな。

(川合委員)

公表されてますからね、これは。毎年3月に公表されますからどこの病院の係数も病院名を伏せて割合出てきます。

(小口座長)

そうだとすると、数値は全て公表されているわけですね。

(川合委員)

各病院でそれを上げる努力をすることで。

(小口座長)

全部出すということでいいんじゃないですかね。最終的に事務局案が。いいですかね。私が決めたんじゃない。濱野先生、一応全部出すということにしますよ、機能係数を。

(濱野院長)

はい、分かりました。

(小口座長)

じゃあそういうことで。

(事務局)

これで今回議論いただく10項目はご議論いただきました。ご参考までに、同じ12ページの88番というところで、午後の第2回評価委員会にも関連するところなんですけれども、主に給与費に関する指標といたしまして、職員数と給与費の状況、労働分配率または修正給与費等負荷比率といったことをあげさせていただいて、これにつきましては先のアンケートで過半数賛成ということで採用とさせていただきます。

1点このところで、小口座長がここを空白にさせていただいて、ここについては何かご意見等ありましたでしょうか。

(小口座長)

逃げたわけではないんですけど、ちょっとここまでも含めなくてもいいかなという考えもあって、だから皆さんの意見を聞きながら埋めようと思って。皆さんの賛成が多いんだったらそれでいいですよ。

(事務局)

分かりました。一旦こうしたご議論の結果は、第3回のところでまた一回整理して、再度お出しする形にしたいと思っておりますので、まだこれで全部決定というわけではございませんのでご承知おきいただければと思います。

(小口座長)

私のところはこれでいいですかね。まあ本当に拙い司会でもって私自身も不満足なんですけど、すみません。これで今日の一応予定したところは終わりましたので、事務局に返します。

(事務局)

ありがとうございました。

冒頭でご説明したように、三角とバツが半数以上、あと20個ほどございまして、あと今日ご議論いただいた中で事務局で少しまだ検討が必要なところもありますので、ワーキンググループもう一度開催させていただきたいと存じます。事前の意見聴取ですとか、日程調整等、また事務局からご連絡差し上げますので、ご協力をよろしく願いいたします。

評価委員の皆様におかれましては、この後昼食となります。昼食をはさみまして、1時15分からこちらの同じ会場で第2回評価委員会となります。昼食会場別の会場で、この同じ建物の中なんですけど、別の会場になりますので、後ほど御案内をいたします。よろしく願いいたします。

(小口座長)

ちょっといい。さっき配ってもらったんですけど、これ総務省が出しているやつですね。一般会計どいうところに出しているかというので、長野県山間部とかへき地とか1番目ですね、それから2番目の不採算部門で先ほど問題になった救急医療ですね、周産期医療ってなかなか難しいですけど、例えば木曽病院の産科医療とかそういうものに対して、当然例として書いてありますね。こういう背景があって、実際公立病院というのは運営しているので、さっきの評価項目の参考にしてもらったらいいと思います。令和3年に出てる。すみません。

(事務局)

ありがとうございました。

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。本日は誠にありがとうございました。

