

第16回地方独立行政法人神戸市民病院機構評価委員会

1. 日 時 平成24年8月1日水曜日 16:00～18:00
2. 場 所 神戸国際会館 9階 大会場

開会 午後4時00分

○事務局

それでは、始めたいと思います。

本日は、委員の皆様方におかれましては、大変お忙しいところをお集まりいただきまして、ありがとうございます。

まず、会議の成立についてでございますが、本日の出席者は7名でございます、委員総数8名の過半数に達しておりますので、委員会は成立していることを御報告いたします。

次に、本日の議題でございますが、議題（1）が委員長の選任でございます。当委員会の委員の任期が2年と定められておりまして、皆様、委員の方におかれましては、7月23日より引き続き2年間、委員に御就任いただきますようお願いしておるところでございますが、改めて委員長、それから職務代理者を御選任いただくというものでございます。

それから、議題の2つ目、23年度事業における業務実績に関する評価（大項目・小項目）についてということでございます。前回、7月11日の委員会におきまして、23年度事業に対する評価につきまして委員の皆様方からいただきました御意見、御質問を、配付いたしました小項目評価案、それから大項目評価案につきまして、事務局から御報告させていただきまして、委員の先生方に御議論いただきたいと考えております。

それでは、審議に入ります前にお手元の会議資料の確認をさせていただきたいと思っております。資料でございますが、最初に議事次第、それから資料1、横長になっ

ております資料 2-1、資料 2-2、それからクリップでとめております資料 2-3。次に参考資料になります。評価委員会条例の参考資料 1、評価基本方針の参考資料 2-1、年度評価実績要領の参考資料 2-2、中期目標期間実施要領の参考資料 2-3。それから、前回の主な発言ということで、参考資料 3 というものに、一番最後に、本日欠席されておられます委員からの御意見と、全部で 11 種類の書類ということになっております。漏れ等はありませんでしょうか。

それでは、ただいまより第 16 回地方独立行政法人神戸市民病院機構評価委員会を始めさせていただきます。

審議事項(1)の委員長の選任についてでございますが、当委員会の委員の任期は 2 年と定められております。引き続き 2 年間委員に御就任いただいているところでございますが、改めて委員長、それから職務代理者を選任いただくものです。委員長の選任は参考資料 1 にお配りさせていただいておりますが、地方独立行政法人神戸市民病院機構評価委員会条例第 5 条第 1 項の規定に基づきまして、委員の互選によることになっておるところですが、僭越ではございますが、この件については事務局より提案させていただきたいと思っておりますが、よろしいでしょうか。

特に御異議がないようでございますので、委員長には伊多波先生に引き続きお願いしたいと存じますが、いかがでしょうか。

(「異議なし」という声あり)

○事務局

ありがとうございます。それでは、委員長には同志社大学経済学部教授、伊多波先生をお願いします。

次に、第 5 条第 3 項の委員長の職務代理につきまして、規定により委員長から御指名をいただきたいと思います。存じます。

○委員長

引き続き、武田委員をお願いしたいと思います。いかがでしょうか。

ありがとうございます。

○事務局

それでは、委員長の職務代理者として、大阪大学名誉教授の武田先生にお願いしたいと存じます。

以降の議事進行につきましては、委員長、よろしくお願いいたします。

○委員長

それでは、議題に従いまして、2番目の23年度事業における業務実績に関する評価（大項目・小項目）についてという議事に入りたいと思います。

23年度事業に係る業務の実績に関する評価について、前回の委員会で出されました意見に対する法人からの追加資料、それから評価委員会としての小項目評価案、それから大項目評価案について、法人及び事務局より一括で御説明をお願いいたします。

（資料1） 神戸市民病院機構説明

（資料2-1、2-2、2-3） 事務局説明

（欠席委員意見） 事務局読み上げ

○委員長

ありがとうございます。今、説明していただいたのは、前年度の下半期の経営状況でございました。これは前回、委員のほうから要請があったものでございます。それから、資料2-1と2-2という形で、小項目と大項目に関して説明がございました。

これからしばらくの間、この資料1と、2の小項目、大項目に関して議論していただくわけですが、特に前回議論がございました医療安全対策の徹底というのが、資料2-1の3ページの（2）の医療安全対策の徹底と。それから、次のページ

にございますクリニカルパスの充実と活用、（４）の臨床評価指標等に関して、幾つかの議論が前回ございましたので、この辺を中心にしていただきたいと思います。

それから、自己評価が４になっているものがございます。これは７ページの安定した経営基盤の確立、それから次の８ページの、PFI手法による中央市民病院の再整備というところが４になっているところでございます。

こういったところをできれば中心に議論していただいて、そのほかにもあれば言っていただきたいと思います。特に、今言った点は第一優先に考えていただきたいのですが、１ページの市民病院としての役割の発揮というところ、それから専門性の高い医療の充実というところがございますが、これはやはり病院の１つの特徴でございますので、この点に関しましても、評価委員の意見をできればいただきたいと思います。

そういうことで、とりあえずは先ほど申し上げました前回議論のあった点と、それから法人の自己評価４の点のあたりを中心に議論していただければと思います。それでは、どなた方からでも結構でございますので、お願いします。

○委員

最初の救急医療のところ、これは前回出たのかもわかりませんが、今、資料１を参照しながら申し上げますと、病床利用率が９６．８％と非常に高いですね。この高い病床利用率があるのに、空床があるのかという心配です。そういう意味で救急医療の断る率、救急医療を断ったというケース、またその主な理由、例えば空床がなかったということで断った率が高いのかどうか。そういうことに関して、ちょっとお聞きしたいと思います。

○委員長

病院のほうから、お願いします。

○神戸市民病院機構

数字のちょっと細かいところは事務方のほうからお願いするとして、シーズンがありまして、今は二次救急ストップというのが2～3%ですかね。数カ月前は30%とか、もうちょっと上にいったことがございます。それで、基本的には、うちの病院は三次救急は絶対断らないというスタンスになっております。二次救急については手術室がいっぱいであったとか、ベッドがいっぱいではかをまず探していただけないかと。そういうようなことがございますが、調べた結果、基本的にむちやに断ったというケースはどうもなかったようです。

基本的には、シーズンがあると申し上げましたのは、今は民間病院も当方の病院も、それなりにベッドがあいています。ですから、二次救急ストップも2～3%という程度でおさまっていますので、患者さんを受け入れるのは可能であると。しかし、冬場になってきた場合に、果たしてどこまでになるかという、非常に心配です。

そうすると、どうしても後方病院の確保と連携ということなしにはやっていけないということで、今は実際には民間病院の先生方と集まって、どういう感じでやったら受け入れてもらえるかとかですね。後方病院の、ほかの公立病院があるのですが、そことの連携とか、そういうことをやらせていただいています。患者の質が、高齢化が増しており、合併症が増しておるということで、なかなか他の病院でとっていただけないということも、私は来させていただきまして4年ぐらいになりますが、かなり質が変わってきておると、そういうふうに思っています。

○委員

ありがとうございました。救急の問題は、今の御報告のように、断る理由が明示されていること、その断ったものを職員にフィードバックすること、それから救急の内容、今、高齢化が進んでいる、重症化が進んでいるとか。それから、救急を頼まれた時間帯、そういうものが明確になっている、それをきちっと議事録で残しておくということが必要かなと思いました。

私の心配は、今も病床利用率が余りにも高いのに、これだけ高ければ断らざるを得ないのではないかという心配がございますので、その辺を、これは平均在院日数が以前よりも1日短縮になっていると、そういうことでかなり努力をされているのかなというふうに思っております。

後方医療機関との連携は、あれば一番いいのですけれども、そういう問題も救急医療には大変関与しているのではないかと思います。ありがとうございました。

○委員長

はい、どうぞ。委員。

○委員

救急の問題が出ましたので、それに関連しまして、当時は、平均在院日数は減らせるから、それで何とかできるというような理由。またほかに別の理由があったかもわかりませんが、結局はダウンサイジングして移転したということがございます。これは、本当に今になって問題になっているかと思います。今後は、今の現状では、言われるように、ほかの後方連携ということで頑張っていたきたいと思います。現状では、本当に救急病床を50床に拡張して、よくやられていると評価いたします。

それともう一つ、西市民病院さんにおきましては、10月から日曜日の24時間救急を開始されておりますし、それにつきましては、かなり地元の医療機関のほうからも評価されておると聞いておりますし、双方をあわせまして、救急に関しては3ないし、ちょっと甘いですが4にしてもいいかなという印象は持っております。

それから、この前、市民病院としての役割の発揮というのが、余り意見も出ておりませんでしたし、私も余り所要時間がなかったので言えなかったのですが、小児、それから周産期医療に関しましても、やはり特に西市民病院は小児科の医師を増員したとか、あるいは小児科救急輪番の回数を増やしたりとか、そういうこ

とでかなり頑張っておられるということ、それからあと、中央市民病院の成育医療センターも設置しておられるということと、近々、総合周産期母子医療センターに関して申請が上がってくるということで、非常にこの分野におきましてもかなり進んでいると思います。ただ、懸念するのは、うわさされている県立こども病院、ほとんど同じ機能を持ったものが隣同士に来てどうなるのか、あるいは双方のドクターのモチベーションがどうなるのか。その辺は心配するところでございます。

こども病院のドクターは逆に、全科そろっているし、中央市民病院がすぐ横にあるから、非常に安心感があると言われておりますが、今でも須磨とポートアイランドでも十分な連携ができておりますので、必ずしも隣にある必要はないかと思えます。これは別の問題といたしまして、こども病院が来た後の小児科、それからこども病院との役割分担、その辺がちょっと心配されるところではございますけれども、全体といたしまして、この小児・周産期医療に関しましても、双方のこの1年間の充実ぶりから見て、これも4にしてもいいのではないかと個人的には考えております。

あと災害に関しては、3月に東北の大震災がございましたが、4月以降はそれほどかわっていなかったと思いますので、3のままでいいかと思えます。

もう少し言わせていただきますと、専門性の高い医療の充実の4疾病の対応ですね。これは、中央に関しては、今後いろんな各疾患におきましても、地域連携パスがどんどん動いてまいります。それに関しましても、この中央市民病院、あるいは西市民病院はその中核となってきますので、これに関しては、今後、連絡協議会等々を重ねていただきまして、いいものに仕上げていただきたいと思えます。これも順調にスタートして、既に脳卒中などは実績がございますけれども、今後はP C I、心筋梗塞の地域連携パスのほうにも期待しております。

あと、2ページの地域医療機関との連携協力の推進ということで、これに関しま

しても、両病院とも、とくに中央市民病院のほうは地域医療支援病院になってからは、頻繁に連携登録医のほうには、メールでいろんな情報を送っていただいておりますし、また連携登録医の集いもやっていただいております。これはずっと続けていただけたらと思っております。

やはり先ほどの診療情報、資料1の中でも、遠くになった割には、本当に外来の患者さんもふえているということ、ちょっと駅からおりて、前より歩かないといけないからしんどいわという現場の声も聞いておりますけれども、やはりそれに数に数がふえているということで、これは非常に連携もうまくいっているあらわれではないかと思えます。

あと、西市民病院におきましては、主な地元3区との連携が非常にうまくいっているようでございまして、逆紹介率もふえているということで、連携推進に関してもこれは順調にいっているように思っております。

また、(2)のオープンカンファレンス、これも非常に御努力されて、非常に頻回に行ってもらっております。これは、なかなか日程が合わずに参加できない先生方も多いのですが、できるだけ連携する、あるいは勉強する機会を与えていただいて、引き続き充実してやっていっていただきたいと考えております。

それから、先ほどの前回の続きですが、医療安全対策の徹底ということで、私は前回、最後のほうにちょっと2.5ということを言いましたけれども、先ほど欠席委員の意見では、事故があったからといって評価を下げるのはどうかという考えもありますし、今回、ちょうど新病院への移転の直後というタイミングがございまして、クリニカルパスとか、あるいは退院報告のサマリーに関しては移転の影響があって、そういう事情を勘案するということができますけれども、やはりこの医療事故そのものに関しては、移転後のことであるからというような理由はつけられないと思えます。やはり、起こってはいけない比較的重大な事案でございしますので、ほかの委員は3でいいと、事後の対応がきっちりやられているから

いいという御意見のようですが、私はとりあえず、あえてこのあたりは2にしたいと考えております。

○委員長

ほかにございませんか。委員、どうぞ。

○委員

この1のところは空白だったので、何かを考えるようにという、宿題があったような気がするのですが。それで、ずっと見ていたのですけれども、一生懸命、救急医療に関してはやった。それから小児のところを設置して、充実した。それで自己評価が終わっているから見えにくい。だからその後、やる中で問題が、何かが生じているか、発展につながっているかというような文言があるとわかりやすいのかなと思いながら読んでおりました。点検評価だろうと思うのですけれども、点検はよくするのですが、評価がやりにくいというあたりもありますので、すみません、それを思いました。

それともう一つ、その中の(4)災害その他緊急時における医療なのですが、東日本というあたりの話題で来ていたと思うのですが、やはり次、予想はしておかなければいけないということで、訓練があるのですが、次の予想で、訓練だけでいいのかなとか、ちょっと心配になってくるのです。SOSの出し方もそうですし、受け入れというあたりももちろんそうだと思うのですが、もう少しここが、思っただけではいけないのかもしれないのですが、次の災害が起こるだろうという前提のもとで、もう少し広げていってもいいのではないかと思いました。評価は変わりません。

○委員長

ありがとうございました。では、委員、お願いします。

○委員

それでは、前回、私のほうから半期のデータを出していただきをお願いをした関

係上、若干コメントをしておきます。

新病院になってからの実力も、やはり見ておいたほうがいいたろうというのがお願いをした趣旨でございました。結論から申し上げますと、評価は変える必要がないと思います。それについて若干コメントをさせていただきます。

前回お示しいただいた資料だと、中央市民病院の23年度の入院単価というのは8万1,647円だったよと、年度としては8万1,000円だったということですが、下期のデータを拝見すると、8万6,387円となっていて、新病院になってからのほうが単価が上がっているということでございます。

それから、外来の単価も同じように、通期で見ると1万4,700円ですけども、下期だけで見ると1万5,000円ですので、後半のほうが上がっているということで、新病院になってから上がっていると評価ができます。それから、在院日数についてほとんど変化がないですが、若干短くなっているということで、これも数字としてはよくなっているというふうに評価ができるのだと思います。

病床数が2割以上減ったと。にもかかわらず、こういう比較的いい業績になっていて、入院患者数を見ると、12%ぐらいしか半期で見ると落ちていないと。だから、病床数は結構下がったのに、あまり入院患者数は下がっていません。実際の入院の収益を見ても、ちょうど入院の収益を見ると、今日拝見している数字を見ると100億円を超えておまして、これは前期とほとんど差がないということとあります。病床数が減ったのに、ほとんど入院収益が変わっていないというのは、1つは在院日数が少し減っているということと、単価が非常に上がっているということで、病床数が減ったけれども、結果的には入院収益は変わらなかったということだと思います。

入院前の検査が外来に入っているという、一部は入っているかもしれませんが、そういうことを考慮しても、かなり、病床数は減ったけれども、逆にふえているというようないい状態になっています。

それから、下期の10月－3月の経常損益が9億2,200万円で、これはプラスになっていまして、前回の委員会的时候にも、診療報酬単価が上がっているじゃないかという御指摘があったと思いますけれども、仮に21年度から22年度の入院単価が6万6,000円から7万3,000円に上がっていて、約7,000円ぐらい上がっております。これが、ちょうどすべての金額が仮に単価のアップだと仮定をしても、この金額が大体七、八億円ぐらいでありますので、そう考えると、仮に報酬の単価の改正がなかったとしても、経常損益は恐らくプラスであつたらうということからしても、これはプラスとして積極的に評価をしてもいいのかなと思ひました。

これが、評価を変えなくてもいいだらうという理由であります。ただ、若干懸念するところがありますので、コメントをさせていただきます。コメントについては、評価には関係ありません。

営業損益を見ると、9億9,800万円のプラスですけれども、これがやはり医業収益だけで見ると、3億8,200万円の赤字であります。この3億8,200万円の赤字を、仮に収支がとんとんの状況にするということになると、これは9億円ぐらいの医業収益の追加が必要だつたということになります。

その前期を見ると、実は3,000万円の黒字になっています。22年度というのは、実は医業収益自体は少なかったわけですがけれども、医業収支を見ると、3,000万円の黒字になっています。つまり、医業収益が9億6,300万円少ないのですけれども、にもかかわらず前期が黒字になっていて、今期が3億8,200万円の赤字になつたというのは、これは固定費がふえているからであります。

先ほどの御説明もありましたけれども、1つは、総額で見ると12億円ぐらい固定費がふえておりまして、一番大きなものが、先ほど御説明があつた減価償却費の8億7,500万円、これがふえているということと、人件費と経費の合計額が4億円ふえているということとあります。ですから、固定費がふえたという

ことで、ベッド数当たりの固定費で見ると、実は1.5倍になっています。22年度のベッド当たりの固定費は1,000万円ぐらいなのですが、23年度の新病院になってからは、1.5倍の1,500万円ぐらいに固定費がふえていますので、この固定費を考慮すると、この3億8,200万円という赤字になったということでもあります。

短期的には、これはもちろん財務状況としては悪くはないわけですが、中長期的に見ると、固定費が上がってしまっているということは、やはり一定、考慮しなければいけなくて、経常損益ベースではプラスに出るような黒字体質の病院かもしれないけれども、やはり医業収益だけで見ると、赤字を続けるような経営体質になるのかなということを懸念しております。

ですから、何をもちえて安定的な経営というふうにするかというのは、恐らく来年の中期の計画の評価というところで、再度、議論をしなければいけないのかなというふうに思いますけれども、変動費を見ても、材料費比率が31.7%で若干下がっているわけで、つまり重装備になっているのですね。重装備になっているけれども、材料費比率を見ると変わっていないということは、やはり医業収益が上がった分、材料費が上がっているわけで、重装備の分だけ付加価値がふえて、材料費比率が減っているかということ、必ずしもそうではない状況にあるということ、これを考えると、今の在院日数であるとか、病床稼働率がほぼ限界かなというふうなことを考えると、やはり中長期的に見て、この医業収支で見ると、赤字体質でいくのか、そうではなくて、それなりに付加価値の高い医療をして、この医業収益ベースでも22年度のような水準になるのかというのは、今年度が終わってから、再度、来年度の中期的な評価の際に議論をすればいいのかなというふうに思っています。

もしそういった収益性が続くということであれば、では重装備になった市民病院の価値というものを、財務的な評価だけではなくて、高付加価値の高度な、質

の高い医療を提供しているんだよということを市民に評価をいただくということがより重要になってくると思いました。

あと2点だけ、よろしいですか。

○委員長

どうぞ。

○委員

以上が財務的なお話でございまして、それに少し関連するのでございますが、評価は4のままで問題ないというふうに思っています。ただ、第3の安定した経営基盤の確立というところでありますけれども、1つつけ加えていただきたいと思えば、西市民病院の業績がよくなっているということでもあります。これは、法人化前は比較的業績が悪かったと記憶しているのですが、法人化以降、特にこの2年間というのは、西市民病院の業績が安定しております、この西市民病院の業績が安定していることが、全体の財務諸表の損益計算書上の利益に反映しているということからすると、この財務のところの4の評価ということの内訳として、西市民病院の業績が安定をしているということもつけ加えていいのではないかと、いうことでございます。

それから、もう一つは、先ほど御意見があったものと同じ意見ということでありまして、最初の、西市民病院としての役割の発揮というところの小児・周産期医療のところの、これも西市民病院なんです、西市民病院の計画に対する実績を拝見しますと、かなり計画を上回った実績を出されておりますので、これについてはやはり積極的に評価をして、この(2)の小児周産期医療のところについては、西市民病院の貢献も高いということで、現状は3でございますが、4に、プラス評価にしてもいいかなと思いました。

以上でございます。

○委員長

ほかにごさいませんでしょうか。委員、お願いします。

○委員

まず、評価委員として、この評価という意味の部分を先に申し上げると、医療事故の話が、前回もいろいろ議論があり、今回は欠席委員からのコメントも聞けて、やっとなんと落ちたんですけれども、私の意見は、この評価のとおりでいいと。

ただ、世論的には、2.5という話もありましたけれども、いろいろあるのかなど。そうなれば、民間企業の工場などですと、予防保全という言葉が非常に強調されるんです。ここでもインシデントレポートと書いてございます。そのレベルで、「ヒヤリ」とか、「ハッとする」とか、「ヒヤリ・ハット」というのがよく工業現場などでのインシデントレポート的なものとして重視されておるということを御参考までに申し上げて、再発防止、あるいは日ごろの経験から来る、早目、早目の予防策というものの立案というのをよほど強調しておかないと、事故があったのに3点かという世論的な評価というのは必ず出てくるであろうと思いますので、それをきちっとしておいていただくと。かくかくしかじかでこういう評価をするんだ。これが評価委員会の、この点のことについての評価の方針だということをはっきり決めておいて、皆で合意した上で、3点ということでもいいんだらうと思います。

それから、私が一応経済人という意味では、今、経営基盤の話がありました。4で、私もこの点数でいいと思います。いろいろ委員がおっしゃったことにもすべて、ごまをするわけではなくて、100%賛成でございます。特に、今回の評価としては、もうほかの項目も含め、自己評価の点数を私としては変えていただく必要はないというのが、評価委員としてのこの場での意見であります。

あと感想的なことを二、三言わせていただきますと、経営の面ではまさに委員がおっしゃったとおりなんです。委員も同じ気持ちだと思います。次の中期計画はぜひ、特に中央市民病院については、これがもう本番の中期計画だということで、

ベンチマークする指標も含めて、ぜひよく見直していただきたいし、それから項目をずらっと並べてウェイトづけで若干の強弱があるとはいえ、やっぱり今度の中期計画では、これとこれとこれが主要施策であるというふうな、もうちょっとメリハリをきかす計画にさせていただいたほうがいいんじゃないかなと思います。

この次の中期では、新しく移転もして、やっと基礎的な経営環境もよくわかってきた、特に中央市民病院については、これが本当の最初の本番の中期計画であるというようなことで、よくトレースされた上で取り上げてほしいし、施策のメリハリを、あれもこれもじゃなくて、もっときかせていただきたい。あえて言うなら、必須科目と選択科目と自由科目みたいに分けるぐらいの気持ちでメリハリをきかせた計画にしてほしい。

それに当たっては、国立病院でありますとか、他の公立系のいわば独法の病院でありますとか、大学病院でありますとか、厚生労働省か何かの資料の数値だけを見るのではなくて、ぜひ意見交換を近隣の自治体関係でもいいですからされて、何ぼ減った、何ぼふえたというその増減率とか増減数もさることながら、絶対値をどう評価するのか、どこを目標に、絶対値でどういう数値を目標にするのかということ、ぜひ、いろんな基準があるのは承知してはいますが、自分たちはどうするんだということを自主的によく検討いただく必要があるのではないかと。

そうでないと、基本的に赤字になっていくおそれというのはやっぱり感じます。どうしても感じます。また、その医療の質とか医療行為というのは経済活動ではないんだということであろうから、余りそれを言い過ぎると何やと言われますので言いづらいんですけど、やっぱり用心しておかないといけないかなと、経営資料として厳しさというものを求めておこなきゃいけないのかなと思いました。

それで、2-1の1ページ目の一番下に、これは私の意見だろうと思うんですけど、経費が増加していく中で高額な医療機器については減価償却や機器のメンテ

ナンスなど導入の効果（コストパフォーマンス）を考えていくことが必要と、このとおり言ったかもしれませんが、必ずしも金額、銭に換算できることだけではなくて、利用のされ方、頻度とかいうことも含めて、コストパフォーマンスというのをぜひ考えていただきたいと。

それは、立派な検査機器や立派な医療機器があるほうがいいに決まってるし、それを使って助かる方もたくさんいらっしゃる、あるいは正しい判断ができるということで、評価ができるのは常にできるでしょうけど、高額な医療機器等はその投資の金もさることながら、その後のメンテナンスとか技師の方とかいうことで、ランニングで結構コストがかかるものが多いだろうと思うんですね。そこらをよく考えられて、真のコストパフォーマンスということでパフォーマンスをよく評価されて、次の中期計画での設備投資計画で機器等の設備投資をどう考えるのかという方針を、次の中期計画期間中はどういう投資をやるのかという方針を考える根拠にさせていただきたいと、こんなふうに思いました。

あとは、最初の災害その他の緊急時における医療云々のところに書いてあることで、これはもう意見でも何でもなくて、教えてほしいんですけど、「多数傷病者受入訓練」と書いてあるんですけど、よく言われるトリアージという考え方について、この病院機構さんはどういうふうに考えていて、でも実際にやるとなったら、だれが一体どういうことでどうするのかというのがものすごく混乱すると思いますので、そのトリアージの関係を教えていただきたいということです。

それから、ベッド数云々というのは、これは予見で、仕方ないんですね。救急用のベッドはふやしたと聞いておりますし、全体は減ったと。これも世論的には何でこんなに減らしたんやと、これは評価委員としてどうこう言おうたって、そんなものは外生変数というか、予見みたいなもんですから、設備能力自体は余り言えないんで、あえていうなら、先ほどの後方との連携とかいう話にならざるを得ないかなと思っております。

それから、もう一つ質問なんですけど、この総合診療の総合診療科というのは、前回お話を聞いたけど、もう一つどういうことかなというのが、ふっと落ちないんです。チーム医療みたいな話と総合診療というのが、わかったような、わからないような気分になっていましてね。実態としてどういうふうに機能してというのを、専門家でない私にもわかるように御説明できるならしていただきたいという気持ちがございます。以上です。

○委員長

いろいろいただきました。最後のところで、市民病院としての役割の発揮の（４）の点ですが、特にトリアージとの関連ということと、それから、もう１点は総合医療、総合診療に関して、もう少し御説明いただきたいということでございます。この２点に関してお願いいたします。

○神戸市民病院機構

それでは、トリアージのほうから。基本的には、今回の経験で、非常に大災害のときにわかったことは、神戸のときはDMATチームを立ち上げて、死ななくてもいいような患者さんを、できるだけ医療を早期に立ち上げて助けると。それで、神戸のときは挫滅があったんですね、建物が倒れて。そうすると、腎不全で死ぬわけですが、大概は。それは、透析したら助かるわけです。今度は東北に行ったら、全く違って、患者さんがいないわけです。DMATが3,000人ぐらい行ったんですね、花巻に。ですから、そここのところを見きわめる大将が要ると思います。我々の病院は、救急救命センター長にそれを預けています。その方が都道府県のトップと話をし連携していただく以外に、今のところやりようがないと思います。

それから、総合診療につきましては、これは以前から1つの命題ではなかったかというふうに思いますけれども、我々のような急性期病院で専門性に特化してまいりますと、例えば整形の患者さんがいますよね。整形の骨折が治ったら、ほか

を診る暇がなくて、もう患者さんは急性期から出ていってもらうんですよ。そうするとどういうことになるかという、ほかの病院に行ったところでがんが見つかる、1つはですね。患者さんが高齢化すると、幾つも病気を持っています。例えば糖尿病、目、それから心臓。そうしたら、それを順列を立てて、総合的に患者さんをどこからやってさしあげるか、その判断をする人が要るわけですね。ですから、そういう観点から総合診療科というのは非常に必要であると。

ですから、我々の病院の中で、例えば外科系の先生というのは外科の手術はしますけれども、そのときに患者さんが糖尿病を持っていたらどうするのかとか、いろいろあるわけですよ。その患者さんの家族の背景も含めてそれをきちんと診ると、そういう専門家が要するというふうに、私は大学のときからそういうのをやっていますから。

それで、もし救急病棟に患者さんが入られますよね。そうすると、ある疾病だけは診てくれるんですけど、全体的に診てくれないと、患者さんが最終的には治ったことにならないわけですね。そこら辺も総合診療科が張りつくということでやらせていただいていると、それが1つ。

それから、なかなか専門家ではわからない病気があるわけですね。例えば不明熱とか膠原病とか、そういうのがあるわけですね。それは総合診療科で判断していただいて、その人の病気がどこに本質があるのかということをやっていただくと。よろしいですか。

○神戸市民病院機構

ちょっと西市民のほうからの立場で少し。トリアージに関しては、医療の領域だけじゃなくて、緊急対応において瞬時のうちにプライオリティを決めるということとは不可欠の要素でありまして、やはり余裕のある場合はともかくも、緊急対応においては優先順位を決めていくということがやはり必要だと思っておりますし、だれがするのかということに関しましても、中央市民病院なら救急部が担うんで

しょうけども、我々には救急部がありませんので、救急も部長を中心とした医師がやっていかざるを得ないなというふうに思っています。

それと、総合内科のことに关しましては、病院によって若干ニュアンスは違いますが、今まで専門医を養成してきた、国策といいますか、があったわけがありますけども、優しくないんです、基本的に専門医というのは。優しくないというのは極端な言い方ではありますが、専門に特化していますので、専門外のことに関してはやや淡泊な、それではもうやっていけないわけですね。

西市民病院におきましては救急部がありませんので、救急部のかわりとしての位置づけ、それから初診内科の機能、それから各科横断的なコーディネーターの役割も果たしていると。恐らく今後、総合内科の位置づけというのは、どんどん重要になっていくだろうというふうに思っておりまして、私は質の高い総合診療部なり総合内科というのは、病院の良心じゃないかなというふうに考えておりまして、今後ますます充実させていきたいというふうに思います。

○委員

済みません、一言。

○委員長

どうぞ。

○委員

それは専門の科に、例えば私が20年後、もうよぼよぼになっているような病を持った状態で、救急で入りますと、病院のほうで御判断されて総合診療科で診てもらえと、こういう話になるということですか。

○神戸市民病院機構

どこで入るかによりますね。入院されるのが救急で入る場合も、必ず関与します。そのように張りつけました、完全に。それから、予定入院で例えば外科で入ってこられる患者さんもいらっしゃる。それは横断的に診ないと、例えば胆のうだ

けがダメなのか、ほかは大丈夫なのか、幾つも持っておると。それは、プライオリティでどこから治療するかというところで、患者さん自身が一番治りやすくなるような、あるいは住みやすくなるような、そういうことを判断してくれる、それが総合内科だと。

○委員

はい、よくわかりました。

○委員

関連でいいですか。今の委員の関連ですけども、先日ですけども、医学教育学会というところがあって、総合診療と専門診療と、そういうシンポジウムがございました。その中で、これからの日本の医療で最も必要なのは総合診療だろうということで、大変語弊がある話なんですけど、笑い話にもならない話ですけども、あるがんセンターが、がんで入院した患者さんがほかのいろいろの病気を持っておられる場合に、ほかの病院に行ってくださいということで、総合的に医療を診られる人ががんセンターにはいないと。

臓器的に診た場合、胃がんだったら胃がんとか、肺がんだったら肺がんとか、そういうのは診られても、ほかの病気を持っている場合には、がんセンターには診られる医師がいないということで、一昨年から総合診療をがんセンターにも置こうではないかと、そういう話が持ち上がっております。専門の医師のことを臓器別医師、臓器を診る、大変これはもう専門医から怒られる言葉ですけども、臓器を診て人間を診ない。だから、もっと人間を診る、病気全体を診る、そういう人が必要ではないかと。そういう意味で総合医と、または総合診療と、そういうものが出てきたと、そういうふうに理解しています。

それから、トリアージというのは、私も救急医療をやっていたんでわかるんですけども、何か大事件が起こった、大事故が起こった、そういう場合に、この人は救急で送らないといけないというときにトリアージをする必要があるということ

で。そういうときにトリアージというのを、せざるを得ない。例えばどこかで大きな事故があったと。例えば、例のサリン事件とか、ああいうときにばっと、聖路加病院に100人か200人ぐらい来たんですが、そういう場合にトリアージをする必要があるだろうと。しかし、実際にはトリアージしたのは何人かしかいなかったんですけども、そういうときに使うと。

私からもう一つだけ申し上げますと、この資料の中の6ページの外部評価、4ですね。この中で、卒後臨床研修評価をぜひ受審されるようにと個別的には申し上げましたが、この席では申し上げませんでした。これも先日の医学教育学会で、卒後臨床研修評価を受けたことによって、研修医が増加したとか、研修医の研修のモチベーションが非常に高まったとか、それからそのほかの、病院全体の職員のモチベーションも高まって、非常に意欲的に病院自体が活性化したと、若い人が来るために。そういうことで、ぜひお考えいただきたいということを申し上げます。

○神戸市民病院機構

その点に関しましては、来年度の後半に受審するようというふうに指示をいたしております。ただ、研修管理委員会の機能とか研修医の評価に関して、平成22年までは非常に不十分であったんですね。平成23年度以降、かなりしっかりしてまいったものですから、平成25年度に向けて経年的に評価をされた場合に、少し難しいんじゃないかという意見がございます。ただ私は、それはそれでも構わないと。厳しい評価をいただいて、そのときに合格にならなくてもそれはいいというふうに申しております、受ける方向で今、話を進めております。

○委員

はい、ありがとうございました。

○委員長

ほかにございませんか。では、委員、お願いします。

○委員

前回休みましたので、前回の議論を踏まえているかどうか心配なのですが、私自身の意見としては、個々の評価を大きく変える必要は全くないとは思っておりますが、気のついたことについて3点ほど、やや辛口の評価をさせていただきたいと思えます。

まず、医療安全対策の徹底ということで、3ページの5の(2)ですけれども、私自身は、実は医療の質・安全ということの大学院大学の研究科長をしておりまして、このことについては1つの意見を持っています。というのは、医療事故、特に患者さんに影響がある3b以上の大きなことが起こるというのは、それはある一定の頻度で起こるとは言われていますが、根底にある考え方は、もしこの医療の質という尺度で分布を書いたときに、その分布の外れ値が医療事故であるという考え方を持っています。

ということは何かというと、医療事故の背景には医療の品質、質の管理というのが根底にあるんですよということなんです。だから、このこと自身が不幸であったかどうかということよりも、むしろふだんから医療の質というものをどう高めているかということで、その結果、事故が起こったということであれば、それは仕方がないというんですが、しかし私は、それは起こらないことになりましてということが理論的なことなんです。

だから、そういうことから言うと、この医療安全対策の徹底ということは今後考えていくと、その背景にある医療の品質、質をどう管理しているかというテーマに、これは変えるべき問題であるというふうに思います。ですから、そのことについて、結果は事故だった、しかしそのプロセスにおいて早く発見し、患者さんに対しては緊急的な処置もなされ、現在はもう歩行するまでに回復されているということは、結果論として、私はそれはよくリカバーされたと思います。だから、そういうことから言うと、先ほど委員は2という評価を言われましたが、私もそ

れはそのことを言いたいんですが、むしろその考え方よりも品質管理をやるんだという考え方にこれは変えていただくという期待を込めて3にしたいと思っています。

その考え方から言いますと、2番目のポイントは6の(1)なんです。やはりクリニカルパスの充実と活用というのは、御存じのように標準化された医療をエビデンスに基づいて行うというのが基本的なクリニカルパスの考え方ですから、そういうことから言うと、はっきりと言うと、全病院の中で53%しか、まだそれが適用できていないというのは、53%しか標準化できていないんですかということをおっしゃるを得ないわけですね。先ほどの品質管理の考え方から言っても。いや、もちろん電子パスの問題だ、そして我々のところは合併症も多いし応急のものがあるとはいうものの、やはりその中の努力をやると、やはり53%というのはいかにも低いということをおっしゃるを得ないわけです。

というのは、パスというのは、つくる・使うということ以外に、自分たちがやっている診療行為を評価するということなんですよね。だからその外れ値、バリエーションというのがありますが、そのバリエーションがきちっと評価されないと、全体としてパスを幾ら充実しても意味がないということになりますので、私としては、ここで3は3でいいんですけども、じゃあ評価する、バリエーションというのをどのようにお使いですかということについて、後で御発言を、特に看護部から、もしくは病院長からお聞き合わせいただきたいと思います。そして、そのバリエーションをどのようにPDCAとしてフィードバックしているのかということについてもお聞かせいただきたい。もしそれがなければ、幾らパスをやってもそのことはただ使っていますよということだけであって、本当に診療現場の品質管理、質の管理ということには使えていないということになるわけです。

そして、その考え方でいくと、あと職員満足の問題をやはりここで言うっておかなければいけないと思うんです。先ほどからありますように、病床の稼働率は極め

て高いし、在院日数が短いということは、それだけ濃厚な医療を提供しているということになるわけですね。そしてそのチームは、やはりそれを一生懸命やるわけですけども、外来もやり、入院もやり、そして他のサービスもやるということになると、医療職は疲弊していないかということが気になります。それは、間接的には次の事故ということに結びつかないかということをもものすごく憂うわけでありまして、今のことがすばらし過ぎて、そういうことが若干不安になるというのが正直なところでありまして、そのための医療クラーク、診療補助加算をとっておられると思いますが、本当に機能していますかということです。

例えば、退院サマリーが2週間以内に100%にならないというのは、先生方のサボタージュじゃないと思うんです。それは忙し過ぎて書けないんだということの悲鳴ではないかというふうに私は思います。そうすると、それを支援するための方策がなければ、これはやはり医療スタッフはもう限界だと言っている可能性があるわけですし、そういうことをちゃんと反映しているんですかということでありまして、そういうことからいうと、スタッフをサポートしているようなこと、これは女性医師や育児の問題だけではありません。通常の問題においてどのように、その医療クラークを含む人たちが医療スタッフをケアしているかということがやや心配になります。

そして最後に、そのことと関係しているんですが、7ページの第3の2の(3)です。バランススコアカードを用いた経営というふうに書かれていますが、多くのことは、その経営手法が前面に出てきているだけなんですね。だから、そういうことはバランススコアカードのバランスを欠いているわけです、正直に申し上げます。だから、それがもしできているんなら、それを見せてくださいと。そして、そのバランス化されたものが本当であるかということを検証しなければ、バランススコアカードによった経営をこのことだけで、はい、そうですかというわけにはいかないと思うんですね。

確かに、考え方は持っておられると思いますよ。だけど、本当にそういうふうな、キー・パフォーマンス・インディケーターと言われるようなものを、バランス化されたものとしてちゃんと用意ができていますかと、そこがやはり問われなければ、このことは言葉だけの問題だということです。だから、根底に流れる品質を管理するということと、それをきちっと指標化してモニターするということと、そしてそれを本当に実現するというメカニズム、このことをやはり問うておかないと、その次はものすごく、今はいいですよ、だけど、やや危惧があるというのが私の意見です。以上です。

○委員長

基本的には、質の管理に関する一連の懸念あるいは提案だったような印象を受けますが、まず、そのクリニカルパスの50%で、この際に、外れ値というかバリエーションがあるわけで、これをどういうふうに評価しているんだということで、委員のほうからは看護部というふうなことを言われたんですが、これはどちらのほうに適当なんでしょうか。

○神戸市民病院機構

私が基本的な話を申し上げますか。基本的に、前回の評価のときにもバリエーションの問題が出ました。それで、どこまできちんとやっているんだということで、我々のところは電子化ができてからやろうかと、そのデータを見ながらやろうかというような感じでお答えしたかもしれないんですけどね。実際には、私もそれは非常に危機感を持ちまして、電子化のできる前からやれということで、うちの消化器の部長がそれに当たっておりまして、それで一々全部、看護部と一緒にやっています。ですから、それがどこまで詳しくやっているかはちょっと、看護部のほうから聞いていただいたほうがいいのかというふうに思います。

それから、医療安全については先生のおっしゃるとおりだと思います。それで、実際のところを言うと、ヒヤリ・ハット等々は私のところに毎日来ます。そうじ

やないとやっとなれんと。それで、もう在院日数の問題と稼働率の問題、一番すごいときは98.5%までいきましたが、いつ事故が起こってもおかしくないということなので、そういうことはやってもらっているんですが、スタッフを変えました、医療安全のスタッフを。それで、実際に実働できるスタッフをかなりの人数、やりました。それから、各病棟にリンクナースがいるんですけども、そこの連携をきちんとして、私の回診のときは全部そこを報告するような仕組みを今つくって、その効果がどれぐらいかと言われると、まだでございすけども、そういう仕組みを立ち上げさせていただいたということが、私から申し上げて、全体的に私は何をやっているかというところが、そういうことであります。

それからICT、感染についてはやはり専任スタッフがいるので、10月から来ていただくという方向で今進めていますので、やはりスタッフの充実が非常に重要だろうという方向でいっております。

○神戸市民病院機構

西のほうからちょっと。クリニカルパスに関しましては我々も、中央市民より西のほうがおくれていると思っております。去年の実績が、適用率が42%、ことしの四半期が46%になっておりますけども、眼科、産婦人科、泌尿器科は大体80%以上なんですけど、それ以外の科との落差が非常に大きいと。現在はやっぱりクリニカルパスをつくるということに、その段階でして、そのバリエーションを評価してどうしていくかということまでには至っていないというのが現状でございす。やはり、それは認めざるを得ないなというふうに思います。そこまで手が回らないというのか、現実がついてこないというのか、いろんな要素があると思っておりますけど、今は、西に関してはそのような問題です。

医療安全に関しましては、率直に申しまして、非常に質の高い医療安全対策なりをやっているという自負はございす。しかし、それでどうなのかという思いがやっぱり払拭できない。あれだけ質の高いエネルギーを費やしてやっても、

予期する事故は起こるし、予期できないものも起こると。この落差をどう埋めていくかということに関して、実は当惑しておるとというのが今の正直なところでございます。ですから、その辺をまた御指導していただければ大変ありがたいなど、率直な意見として申し上げておきたいと思います。

○委員長

それでは、バリエンスを実際ちゃんとやっているのかどうかということなんですけど。

○神戸市民病院機構

それにつきましては、中央のほうは病院事務局から報告させていただきます。先ほど先生のほうから出た質問でございますけれども、確かに西市民病院とよく似ているんですけども、中央のほうも新しい電子カルテパス、クリニカルパスを作成するというところに力を注いできたということはございます。ただ、電子カルテパスについては、バリエンスも分岐として分かれたようなパスになっておりますので、バリエンスで外れていったというのはすべてわかるようになっております。

それで、現状としましては、作成している、運用している先生方、それから該当する看護師さん、そういう関係者の中でそのバリエンスに関しての議論はやっておりますが、この毎月のクリニカルパス委員会という、正式な委員会の中での議論としてはこれまでできていなかったのが現状でございます。今年度、それをきっちりと検討していくという状況で検討を計画しております。以上です。

○委員

検討という言葉が2回も使われて、僕は本当に信じられないんですよ。やはり先ほど言ったように、標準から離れたバリエンスというのがあるとすれば、それは患者さんの要因なのか、診療側の要因なのか、その他のほかの要因か、それをよく分析して、患者さん要因は仕方がないですよ。だけど、それ以外のものであれ

ば、それを改善しないと、先ほど言ったような事故につながるようなことが、いつまでたっても直らないんです。だから、それは検討するのではなくて、やると言わなきゃいけないですよ。

○神戸市民病院機構

いいですか。クリニカルパスは、うちのところはちょっと極限状態で、診療科によってはそれに当てはまらないのがいっぱいあります。ですから、ヒアリングをしているときに、完全なパスじゃなくても、短期的なパスは幾つかはやらせています。ですけども、先生がおっしゃるように全体的な流れ、標準医療でやるというのは基準にしないと何をやっているかわからないというのは、おっしゃるとおりだと思います。

○委員長

検討すると確かに2回言われましたので、やるということだというふうに思います。

それから、最後のところも結構重要なところであったのですが、B S Cの中に質の考慮をしているのかどうかということなんですが、これはいかがですか。

○神戸市民病院機構

今のB S Cの話につきましては、B S Cの考え方を活用して年度計画をつくっていくというような流れに年度計画、中期計画の中ではなっております。年度計画自身がいわゆる4つの視点でつくったということで、それを四半期ごとに見ていく、チェックしていくことによって、バランスよくできているかどうかを確認していこうという考え方のもとにつくったものでございます。

○委員長

まあ、マネジメントがやっぱり中心なので。

○委員

そうですね。おっしゃることはわかるんですけど、それはどこでも同じことを

おっしゃるんですよ。しかし、B S Cという1つの決められたフォーマットの中でそれをどう評価し、そしてP D C Aとか、それをどう回すかという方策がないと、バランスカードとして使っているとは言えないというのが私の意見なんですよ。

だから、きちっとそれに関するキー・パフォーマンス・インディケーターを、4つなら4つの視点で出してくださいよ。そして、それを本当にどう改善しているかということを見せてくださいと。そうでないと、このことは、精神はいいけれども、実際はやっていないということをあらわしていますよというのが私の視点です。

○委員長

B S Cに関して、質のそれをどこまで入れるかというのは多分、アカデミックな世界でも1つの検討課題だというふうに思いますので、可能であれば1つのモデルをつくるような形で、委員にこたえられるような形でちょっと工夫を重ねていただければというふうに思います。

ほかにございませんか。はい、委員。

○委員

関連するのかもしれませんが。ということで、やはり2番の職員のやりがいの持てる病院ということにつながるんですが、この評価で、一生懸命やっていただいてここまでということで、資格に関してとか、それからあと、基本的な認定看護師の数をふやしてとか、それから保育所つくってとか、そういう、形というんですか、それはとてもよくやっていただいているので、プラスにつながっているだろうなと思うんですけど、先ほどの話で、それを活用できる人とか、それを本当に利用できる人たちというのは、ごくわずかな人たちだろうと。

大多数が、何百人の看護師さんたちが、結果的には満足度がどうなっているん

だろうと、やっぱりとても気になりますので、自己評価のところのポイントのところ、基本的にはシステムだけではなくて、やっぱり質になるんでしょうかね。というところで、それこそお言葉がありましたように、疲弊にならないで頑張っておられるというところを、ぜひぜひ結果として見てみたいというのが意見です。今後に向けてということ。

○委員長

職員の満足度調査は、ちょっと忘れちゃったけれども、これからやるんですけど、やったんですけど。どちらでしたっけ。

○神戸市民病院機構

実際のアンケートという形ではやっておりませんが、中央では職員のモチベーションを上げるのにどういった策があるかというのを検討しておりまして、そういった中で、やりがいのある職場づくりを考えていきたいというふうに考えております。

○委員長

では、ぜひお願いいたします。

ほかにございませんか。委員、どうぞ。

○委員

4 ページですね、4 ページの7 ということで、臨床研究及び治験の推進ということで、自己評価といたしましては、治験実施件数がふえているということで、これは医学・医療の発展のためにいいことだと思いますけど、それがふえてきているということではございますけども、それだけではなくて、やっぱりどうしても患者さんに関して、インフォームド・コンセントをもちろん当然やった上でのことだと思いますけども、数がふえてきたということで、その辺がおろそかにならないようにということ。

それとともに当然、倫理委員会等での議論等をきっちり、引き続きやっていた

だきたいということで、やっぱり市民の健康を守るという立場で、治験、臨床研究に参加してそれが逆に市民の健康に害を及ぼしたということにならないようにお願いしたいと思いますし、当然、個人情報あるいは倫理問題に関しても、きちんとその辺は守るべきところは守っていただきたいということと、それに関連するんですけども、8ページの第4の2にも関連してきます。

医療産業都市構想への寄与ということで、今は「構想」がとれて医療産業都市推進という形になっておりますけども、本当に中央市民病院も医療産業都市のど真ん中に移転してきているわけですけども、すぐ隣の先端医療センターとの連携ということで、ドクターの交流もございますし、機器の共同利用あるいは会議をやっているということがございますけども、やはり患者さんにおきましては、中央市民病院を受診した人が、当然のことですけど、いつの間にか先端医療センターのほうへ行って、患者さんのほうからそこへ行くつもりはなかったんだというような苦情を聞く場合もございます。また、紹介元の医療機関もいつの間にか先端医療センターに入っていたのを知らなかったという話も聞きますので、また患者さんあるいは紹介元の了解をとって説明を十分にさせていただくということを徹底していただきたいということと、これもやはり場合によっては高度医療、先進医療等にかかわってくる場合も当然出てきますので、先ほどと同じように個人情報、医療倫理を踏まえた、しっかりしたインフォームド・コンセントを引き続きよろしくお願いたしたいと思います。

○委員長

はい、ありがとうございました。委員、どうぞ。

○委員

先ほどバランストスコアカードについてのお話がありましたので、私も一応、専門家の端くれですのでコメントしておきます。神戸市民病院は、もともとバランストスコアカードを、独法化する前につくられていたと記憶しておりまして、そ

のときには戦略マップというものもちゃんとつくって、つまりキャプラン・ノートのバランススコアカードの概念に比較的近いものをつくられていました。

それが、独法化された後の計画にはそういうマップのようなものはつくられずに、どちらかというところだと院長と部局長、診療科長とのコミュニケーションツールのようなもので、実態としては目標管理に近いようなものに、多分なっているんだろうなというふうに思います。別に、それは僕は批判するつもりはないですけども、一応この計画の中にはバランススコアカードを用いた経営って書いてあるんで、これは解釈の問題ですけども、学術的にはこれはバランスカードを使っているかというのと使っていないでしょうというのが、多分アカデミックな観点でのコメントとしては、多分そういうことになるかと思っています。

ですからこういうことをここへ書いておく、次の計画にも書き続けるのか、やはり少し理念に従ったものを、以前の市民病院のやっていたようなものに戻すかというのは、次期の計画をつくられるときにぜひ検討いただきたいと思っています。

もし、バランススコアカードの考え方を少し、ちゃんと重視するというのであれば、考え方の中に成果指標というものとパフォーマンス指標、つまり活動をちゃんとしたかどうかということと、結果的な結果指標ですね、を分けるという考え方がBSCの中にはあって、そういう意味では、今のつくりというのは結果指標とパフォーマンスドライバといいますけど、パフォーマンス活動指標との区別が必ずしもきれいにできているわけではない。

ですから、例えば医療安全の問題でも、結果指標として事故が起きたか起きなかったかということが結果指標として挙げられていて、それが目標をゼロというふうにしていたということであれば、今回の恐らく評価では結果は1というふうに評価せざるを得ないですよというふうなことになるんですが、いかんせん今回のこの計画では、そこはどちらかというところだと、活動指標に近いようなことがこの計画の目標に挙げられていたんで、そういう意味では我々のほうでその解釈を、

結果的に事故が起きたんだからアクションもだめだったのかというと、いや、やっぱりアクションはきちっとやっていたんだというようなことで、若干議論というか評価がちょっと混乱したり、議論が分かれたということが原因だと思いますので、これについても次回の計画を立てる上では、例えば成果指標のような言いわけのできない指標というものを、こういう医療安全についても置いていくのかということも含めて、ぜひ御検討をいただきたいと思います。以上です。

○委員長

はい、ありがとうございます。

十分、各委員から議論をいただきましたけども、どうしてもこれは言いたいということがあればお受けいたしますが、よろしいでしょうか。では、委員、どうぞ。

○委員

今の評価の問題ですけども、お二人の委員もおっしゃるように、目標を定めてという、目標値を定めて、だから今、ここの事務等がやっている、数値目標を立ててその数値目標に達しなかったからだめだというようなことなんですけども、私なんかやっている病院評価とか、そういうのはほとんどがパフォーマンス評価なんですよね。パフォーマンスの評価で、だからあいまいだとよく言われる、病院機能評価は余り役に立たないよと言われるのはそこなんです。

病院評価というのは、そこが非常に難しく、財政的な問題は数値を立てることができても、一般的な医療行為というか、医療全体を見るのには数値目標というのはなかなか立てにくい。何をもち、例えば委員のおっしゃる質の評価。質の評価は何の数値を挙げるんだというようなことがよく問題になる。医療機能評価機構で十何年、私もやってもなかなか質の評価の数値目標というのは立てられないということで、つついパフォーマンス評価だけになってしまう。そこが非常に不満だという人が大変多いんです。

そこをどういうふうにすればいいかというのが、ここの委員会に求められているんじゃないかなと、こう思うんで、今日のお二人の委員の意見は大変、私は役に立ったと思うんですけども、数値目標をどうしても立てないといけない、財政的な部分、だから数値目標を立てたら非常に厳しい評価になってしまうと。じゃあ、その厳しい評価というのと質の評価というのがパラレルで動くのかとなると、これは動かないのが医療の難しさだと思うんですけども、財政的にいいからその病院がいいんだ、財政的に悪いからその病院は悪いんだというふうにならないのが大変難しくて、私どもも2003年来の病院を評価しても、よく患者さんから当初、あんな病院をどうして評価したんですかというような、答えに窮することが多いんですね。ほとんど病院機能評価はパフォーマンス評価ですから、数値目標で評価していない。数値目標で評価している評論家的な人からは、あんな病院が本当にあんなに赤字をだらだら流して病院機能評価は通っているということはどういうことなんだというような質問も受けます。

そういうことで、ぜひこれはここの委員の先生方から教わらないといけない問題であるし、この評価委員会としてもその問題を解決していかなければいけないのかなというふうに、私はこの全体の意見として。これは課題として、はい。

○委員長

どうもありがとうございました。大体意見をいただいたと思いますが、2つ懸案事項が残っております。1つはまず、医療事故の、3ページですね、この評価を、事務局案は3になっておりますが、これをどうするかと。前は2.5ではどうかという意見もあると。今日は委員のほうから、これは2が適当ではないかという御意見がございました。それ以外の委員の方は、今の議論もございましたけれども、3でいいのではないかと、そういう意見が多数を占めておりました。多数を占めているからいいというわけではございませんで、一応まとめ方としては、委員の提案された2に対するフォローはなかったということになります。それで、

3がいいという主な論点は適切にまとめていただきましたけども、一応病院側のほうから意見を聞いてみると、質を担保するような一連の行動が見られたということではなかったかなというふうに思います。

そういう意味で質は担保されているのではないかというので、3でいいのではないかというふうな形だというふうに思いますが、そういうふうなのが一応流れでございますので、委員会としては3という形にしたいと思いますが、いかがでしょうか。はい、どうぞ。

○委員

結構だと思いますけど、やはり移転直後ということの背景がやっぱり問題かと思われれます。もしそれが移転していなかったらこういう事故が起こっていなかった可能性もありますので。移転によって、ほかのところでいろいろばたばたしているところに起こってしまったのかなという想像もありますので、そのあたりについてはどうか、評価委員からの意見ということで、そのあたりは少し言及していただければと思います。私は2でしたけど、委員会としては3で結構でございます。

○委員長

わかりました。ということで、留保条件もつけていただくということで、3ということで、委員会としては了承したということでございます。

それからもう一つ、本日新たに出ました提案は、1ページの小児・周産期医療ですが、これはお二人の委員から、非常に充実しているので、4が適當ではないかという、これはもう二人の御意見があって、別の言い方をするとほかの委員からは、いや4ではだめだという意見はございませんでした。そういう意味では、流れとしては4にすべきではないかなということになりますけれども、委員の方々、いかがでしょうか。はい、どうぞ。

○委員

先生、医師数というんですか、の現状は大丈夫なんですか。

○神戸市民病院機構

実際のところは、小児科の人数が減っています。それで、ぎりぎりのところでありまして、御指摘のとおりで、実際には当直ですね。NICUと小児当直と二人いるんですね。その当直は外部機関から今、御援助いただいております、HAT神戸、神戸大学の本院と、それから西市民病院、西神戸医療センターから、それから京都大学と、そういう格好でやっています。

それで、実際には全国公募するという考え方もあるんですけども、先ほど委員の御指摘の点に私が答えたらよかったかもしれませんが、県立こども病院と我々の病院というのは明らかにすみ分けしてやれるというところでありまして、急性期総合小児内科という格好で、ジェネラルに我々の病院はやらせていただいております。それで、専門性に特化しているのが県立こども病院でありますから、それでやるという格好になっているんですけど、そのような観点からも神戸大学、HAT神戸から援助いただいているということでもありますし。

それで、我々の病院としては急性期小児総合内科、それからNICUを中心にやりたいと思っております、全部ヒアリングしました。それから、そういう人を今、雇っています。そういう、やっぱりモチベーションの非常に高い人がいますので、県立こども病院ができたときにはそういう人の仲間で行ってこうというふうにしておりますので、それで両方、相互効果ということですが、ちょっと時間がかかるかもしれませんが、そういう人たちを集めて、それでやっていこうということで、ちょっとしばらく、申しわけございません。

○委員長

委員会としては、4が適当ではないのかなという意見でしたけども、この委員会自体は病院側と協議しながらということでございますので、そのような形で進めても特に問題ないということによろしいでしょうか。

はい、わかりました。それでは小児・周産期医療に関しては、3を4にするという
ことで、委員会として承認したということにさせていただきます。

以上で、本日の議題は終わりました。その他に関しまして、何か事務局のほうで
ございますか。特にございませんか。

○事務局

そうしましたら、本日いただきました御意見をもとにしまして、次回ですけども、
来週の8月8日、14時から市役所のほうで開催させていただきたいと思いま
すので、そのときにまた案を示させていただき、御審議をお願いしたいと思いま
すので、よろしく願いいたします。

○委員長

それでは、次回は今日の意見を取りまとめていただいて、それをもとに報告書に
関して、また御議論いただくということになります。

それでは、長い時間ありがとうございました。熱心な御討議、まことにありがとうござい
ました。これで第16回地方独立行政法人神戸市民病院機構評価委員会を閉じさ
せていただきます。どうもありがとうございました。

閉会 午後5時53分