

広島県病院経営外部評価委員会（26年度第1回）議事録

- 1 日 時 平成26年8月1日（金） 午後5時00分から6時52分まで
- 2 場 所 広島県庁 北館 第1会議室
- 3 出席委員 谷田委員長，河野副委員長，塩谷委員，檜谷委員，平谷委員，和田委員
〈欠席〉なし
- 4 議 題 （1）外部評価委員会の進め方について
（2）経営計画の取組状況
- 6 担当部署 広島県病院事業局県立病院課調整グループ
（082）513-3235（ダイヤルイン）

7 会議の内容

事務部長：定刻になりましたので、ただいまより平成26年度第1回「広島県病院経営外部評価委員会」を開催いたします。平成22年度から2期4年間にわたり、県立病院の取組状況の評価や経営計画の策定についてのご意見を頂きありがとうございました。今回から3期目ということでございますけれども、委員の皆様には引き続き委員をお引き受け頂き誠にありがとうございます。後ほど新しい委員長を選任して頂きますが、それまでの間、私、広島県病院事業局の井口が司会を務めさせていただきますのでどうぞよろしくお願いいたします。それでは、開会に当たりまして、広島県の大濱病院事業管理者からご挨拶を申し上げます。

病院事業管理者：座ったまま失礼させていただきます。委員の皆様には過去2期4年間にわたって広島県病院事業経営計画に基づいた外部評価委員について歴任をして頂きましてどうもありがとうございました。また、本日から第3期目に入ります。新たな病院事業経営計画、あるいは、平成25年度の実績についての評価をしていただくこととなりますのでよろしくお願いいたしたいというふうに思います。先生方のおかげによりまして県立広島病院、安芸津病院ともに地域の皆様に愛され信頼される病院としての良質な医療の提供、あるいは、医療行政への参加、さらには人材育成等にそれなりの成果を上げてきたところでもあります。25年度の評価に関しましてもそれまでの自己評価を既にご覧頂いたと思いますが、それぞれ頑張ってきた成果が表れているというふうに自己評価をしているところで、これはまた皆様の厳しい評価をこれからいただくこととなりますので、よろしくお願いいたしたいと思います。とはいえ我が国の医療体制というのはこれまでにないくらい大きな変化が私たちに襲ってくるようでもあります。病院はそれに適切に対応しなければならないという状況にあります。そのためには県立病院もこれまでとやや発想を変えた形での評価をして頂き、さらに高いレベルでの病院をめざしていく必要があるのではないかと考えております。これからの

3年間の第5次経営計画の期間ですが、これはどちらかというと第6次の経営計画を作るための準備段階だというふうに私たちは考えておりますので、これからの2年間の間にですね、将来の広島病院、将来の安芸津病院がどうあるべきかという基本的な根本的なレベルまで掘り下げていただいた議論をしていただければありがたいと思っております。その際には個人的には新たな項目としては、教育のあり方・人材育成というのを、もう少し大学と一体化したようなものを考えても良いのではないかと、カリキュラムをどうするかという具体的なところまで踏み込んでいく必要があるのではないかと。あるいは研究という面でも、今まではどちらかというと臨床が9割5分ぐらいで、研究というのは空いた時間でそれぞれの人の能力に応じてやっていると。システムティックに病院としての研究的なテーマを持ってやっているわけではないのですが、それも含めて地域に必要な臨床的な研究を中心にもう少しやる必要があるのではないかと。あるいは社会貢献、あるいは患者接遇を、もっと本来公立病院としてやるべき接遇というのがあるのではないかと。さらに言えばですね、国際化に向けて国際教育という立場で私たちは何かするべきじゃないかと。そういうことも含めまして新たな評価項目を作ったり、それぞれの目標設定をして、さすが県立病院だというふうに言ってもらえるような病院にしておかないとこれからの厳しい医療制度の中で病院がその存在の価値を皆さんに知っていただくということができなくなるのではないかと。そういうふうに思っておりますので、今日というわけではありませんが、今後とも広範な議論をお願いしたいと思っております。今回は平成25年度、昨年度の評価ということについて議論をしていただく中で従来よりも私からお願いした厳しい態度で評価していただき、それが本当の意味で私たちのためになる、病院のためになると思っておりますので、よろしくお願いいたしたいと思っております。

事務部長：それでは議事に入る前に配付しております資料の確認をさせていただきます。事務局から説明をお願いします。

事務局：それでは本日の資料の確認をさせていただきます。本日の資料は、資料番号1で配席表、資料番号2としまして会議次第、あと委員の皆様には参考資料としまして資料番号3で第5次病院事業経営計画骨子、資料番号4番で経営計画の本体、資料5番で病院事業決算額の推移の、以上資料番号1番から5番を配付しております。以上、配付もれございませんでしょうか。

事務部長：それでは議事に入らせていただきます。お配りしております資料番号2、会議次第をご用意ください。まず、委員長及び副委員長の選任をお願いしたいと思います。資料の3ページに本委員会の運営要綱をお付けしております。要綱第4条2項の規定により委員長は委員の互選となっております。委員の皆様からご推薦等ございましたらよろしくお願いいたします。

委員：これまでこの委員会をしっかりとまとめて引っ張ってこられた、谷田委員に引き続き着任して頂ければと思います。

(各委員：異議なしの声)

事務部長：ただ今、谷田委員を推薦する意見がございましたが、その他ございませんでしょうか。それでは、今期も引き続き谷田委員に委員長をお願いするということでよろしくをお願いいたします。次に副委員長につきましては委員長から指名していただくことになっています。谷田委員長、副委員長のご指名をお願いいたします。

委員長：引き続き河野委員長をお願いしたいと思います。よろしくお願いいたします。

事務部長：河野委員、副委員長をお引き受けいただけますでしょうか。

委員：はい。

事務部長：それでは、河野委員が副委員長ということでよろしくお願いいたします。谷田委員長、河野副委員長にはお手数ではございますけれども、正面の委員長、副委員長席へのご移動をお願いいたします。正副委員長が決まりましたのでこれからの進行は谷田委員長をお願いいたします。

委員長：ありがとうございます。引き続き委員長をさせていただきます。よろしくお願いいたします。それではこれから会議を始めたいと思います。平成26年度の第1回の外部評価委員会でございます。まずは事務局から今日の次第に従いまして、議題が2つ挙がっております。外部評価委員会の進め方と経営計画の取組状況なんです。まずは外部評価委員会の進め方について事務局より説明をお願いいたします。

事務局：県立病院課調整グループの加川でございます。よろしくお願いいたします。申し訳ございませんが座って進めさせていただきます。それでは議題4の1の外部評価委員会の進め方についてご説明いたします。恐れ入りますが資料の5ページをお開きください。外部評価委員会のスケジュールでございます。外部評価委員会につきましては、本日の第1回を含めまして今年度も計3回の開催を予定しております。第2回の委員会を10月から11月に、第3回の委員会を1月から3月に開催することを予定しております。委員の皆様には各病院の取組状況の評価を行っていただくとともに病院の医療の質の向上、経営の効率化、次期経営計画の策定に向けての議論など、様々な角度からご意見を頂きたいと思っております。続きまして資料の6ページをご覧ください。それぞれの委員会での検討課題でございますが、今回の第1回では昨年度、平成25年度の取り組みにつきまして、本日、委員の皆様にご議論頂き、その結果をお持ち帰り頂きまして、評価をお願いすることとしております。第2回の委員会では各委員に評価して頂いたものを取りまとめ、12月に評価報告書として公表を行う予定としております。また今年度、平成26年度上半期の経営状況を踏まえまして、来年度、平成27年度以降に取り組むべき方向性なども併せてご議論頂きたいと考えております。第3回の委員会では今年度から第5次経営計画に基づいて取り組みを進めておりますがこれらの取り組みの評価方法についてご意見を頂きたいと考えております。併せまして今年度、地域医療ビジョンの策定に向けた動きや、総務省から公立病院改革ガイドライン

の提示などが予定されておりますので、それらを踏まえまして次期経営計画に向けてのご意見などを頂ければと考えております。私からの説明は以上でございます。

委員長：ありがとうございます。今の説明に対してご意見等ございますでしょうか。先ほど大濱管理者から言われました、大幅なと言いますか、根本的なと言いますか、広範なと言いますか、そういう評価の見直しというのが第3回にされているという理解をしたのですが、しかしそれを聞いてしまった以上はこの1回2回の中でも気が付いたことは言っていただいても構わないですよ。それはしていただいて、取り入れていただくということで、3回目というのはそれを集中的にやるというそういう理解でよろしいですか。では色々ご意見を頂戴できればと思いますのでよろしくお願ひします。では続きまして議題の2番目ですね。平成25年度の取り組み状況についてご説明をお願いいたします。

事務局：平成25年度の取組状況についてでございます。恐れ入りますが、資料の8ページをご覧ください。平成25年度の取り組み状況の評価方法でございます。一番下の4、評価のスケジュール案でございますが、本日の第1回の委員会におきまして、各病院の自己評価に対するご意見やご質問などをお伺いして、いったんお持ち帰り頂き、8月29日までに委員の皆様方の評価やご意見をご提出頂きたいと思ひます。その後第2回の委員会で取りまとめを行い、12月末には評価報告書を公表したいと考えておりますのでどうぞよろしくお願ひいたします。資料の9ページから11ページには平成24年度の評価結果の抜粋を記載しておりますのでご参考にして頂ければと思ひます。それでは各病院の取組状況と自己評価の説明をさせて頂きたいと思ひます。資料の説明につきましては、時間の都合もござひますので前年度の自己評価から変更した項目に特化してご説明させて頂きたいと思ひます。なお、平成25年度は第4次経営計画の最終年度ということでござひますので、病院ごとに平成25年度の取組状況の前に総評を加えさせて頂いております。それでは資料の説明に入らせて頂きます。まず広島病院についてでございます。14ページをお開きください。第4次経営計画における広島病院の主な取組状況でございます。県立広島病院では第4次経営計画に基づきまして特にがん医療、救急医療、周産期、母子医療を重点分野と定めまして医療機能の強化を図るとともに人材育成、派遣機能の強化、患者サービスの向上などに取り組んで参りました。その結果、経営面では経常収支の黒字化を達成し医療機能の強化と経営の健全化という二つの使命を果たすことができました。平成25年度におきましては平成25年度の主な取組事項に記載しておりますが、引き続き地域の医療機関との分担・連携による効率的な医療提供体制の確立に取り組むとともに、政策医療・高度医療などの医療機能の強化を図りました。続きまして15ページをお開きください。広島病院の評価表でございます。委員の皆様から評価していただくに当たり、病院でまず自己評価を行っております。平成25年度の自己評価で平成24年度から変更しているところでござひますが、「1 医療機能の強化」の1番「救急医療機能の強化」、2番の「周産期

医療提供体制の強化」，「2 医療人材の育成派遣機能の強化」の5番目の「人材確保・育成・派遣」，「3 患者サービスの向上と経営の効率化」の8「材料費備品購入費の削減」，9「経営機能の強化」の5つの項目につきまして前年度から自己評価を◎から今回○に変更しております。続きまして自己評価を変更した具体的な理由でございますが，恐れ入りますが17ページをお開きください。「① 救急医療機能の強化について」でございますが，東5病棟のCCUの運用開始やドクターヘリの運行開始に協力するなど積極的に取り組みを進めて参りましたが，目標としておりました救急車の受け入れ件数が4,646台となり目標の5,500台に届かなかったことなどから評価を◎から○にしております。続きまして18ページをお開きください。「②周産期医療提供体制の強化」でございます。新生児科につきましてはNICUの延べ患者数が858人増加するなど取り組みの成果が表れているものの，産科の分娩件数が減少していることなどから評価を◎から○にしております。続きまして25ページをお開きください。25ページ「⑤人材の確保・育成・派遣」でございます。他病院への医師派遣や医師事務作業補助者の配置による勤務環境の改善などこれまでの取り組みは継続して行っていますものの，新たに取り組んだ項目が少ないことなどから自己評価を◎から○にしております。恐れ入りますが30ページをお開きください。30-1ページですが，「⑧費用合理化対策」でございます。SPDを活用した請求漏れのチェックやジェネリック薬品への切り替え方針を決定するなど費用の合理化対策に取り組みましたが，薬品費診療材料費の入外収益比率が昨年度と比較しまして上昇していることなどから自己評価を◎から○にしております。なおこの部分につきましては費用の合理化の考え方について委員からご指摘を頂き，事前に配付したものから大きく修正変更しておりますのでこの部分につきましても各議員の皆様にご議論頂ければと考えております。恐れ入りますが31ページをお開きください。「⑨経営機能の強化」でございます。経営戦略会議の継続的な開催や新会計制度に向けての準備などを行っているものの新たな取り組みや成果に乏しいことから自己評価を◎から○にしております。広島病院に関する説明は以上でございます。続きまして安芸津病院についてでございます。恐れ入りますが36ページをお開きください。第4次経営計画における安芸津病院の主な取組状況でございます。安芸津病院では高齢化が進む地域の中核的病院として，地域住民の健康づくりなどを地域の医療機関や介護施設と協力して取り組んでおります。経営計画期間中の目標指標につきましては，計画策定時と比較すると各数値は改善傾向にあり，特に資金収支につきましては赤字額を大幅に圧縮しております。平成25年度におきましては25年度の主な取組事項に記載しておりますが，小児医療や二次救急医療体制を維持しつつ，地域との連携を深め，地域医療の確保と経営改善を図りました。続きまして37ページをご覧ください。安芸津病院の評価表でございます。平成25年度の自己評価では「1 医療機能の強化」の1「地域と一体となった医療の提供」を従前の評価○から◎に変更しております。その具体的内容ですが，恐れ入りますが39ペ

ージをお開きください。新たに病院理念、基本方針を病院全体で再構築するとともに、内視鏡検査ステーションの設置などによる医療提供体制の整備や、地域イベント、医療公開講座などを通じた医療情報の発信などに積極的に取り組んだことから自己評価を○から◎に変更しております。私からの説明は以上でございます。

委員長：今、変更点についてご説明頂きました。事前の資料に目をお通し頂いているかと思いますが、まず広島病院の25年度の取組状況についてご質問等、評価も含めてございませんでしょうか。あるいはご意見ですね、ございましたらよろしくお願ひします。私から、実は30ページが変わったのは私が意見を言ったからでございます、前の文章、それから安芸津病院の37ページのとこなんですが、やたらとコンサルという言葉が出てくるものですから。評価委員会はコンサルの評価をするところではなくて、病院の職員の皆様方の頑張りを評価するということになりますので、コンサルを使っているいろいろやられたということだろうと思いますが、最終的には職員の皆様方がそれを利用して色々行動をなさった結果として収支がよくなったのだろうということでありますので、そこら辺を少し修正をお願いいたしました。病院の評価になるようお願いしました。それから内容的にもできるだけ誤解を招かないようにということで相当修正を加えて頂いたという経緯があります。広島病院の30ページに関して、これでもまだ项目的に非常に小さい内容が出てくる、大きい内容と小さい内容とが一緒とにかく投げ込まれてる感がありますので、少し整理が必要かと思いますが、なかなか苦勞されているのは見えるような気はします。まだまだ足りないかなという気はしますが。すいません、まずは修正を、変更の後の経緯をお話しさせていただきました。

委員：変更になった点といえば17ページの「救急医療機能の強化」は自己評価が24年度は◎から○になった理由で、先ほどおっしゃったのが救急車の受入（件数）が目標5,500だったけど4,600でその目標に達成しなかったから◎から○というふうに謙虚に反省されているけども、その目標の5,500の妥当性というのはどんなですか。5,500というのは広島の医療圏の中の県立広島病院のシェアは何%をしたから5,500というふうになったのかというその辺りと、それから救命センターを持たれてますが、単に到着の救急の件数だけではなくてその内容がどんなのか、本当に三次救急にふさわしい患者がどのくらいあって、あるいは社会復帰ができた割合がどうなのか。その救急医療の質というか内容までを踏み込んだ目標を作っていくのも大事なことじゃないかと。それからもう一つは受け入れ拒否ですよ。全国平均が大体18%。我々も高松の病院は30%超えてましたけど、やっと最近になって21、22%まで減りましたが、拒否の割合も一つ目標に入れられていく。その辺りに関してはいかがでしょう。

委員長：いかがですかね。3つ出ました。5,500という目標の妥当性と県内でのシェアですね、どれぐらいを担当されたかっていう。それからトータルの数字ではなくてその内容ですね、重症の患者の受入のアウトカムに関して。そして3つ目が拒否率。

委員：緊急のオペが増えているのですか。

広島病院院長：まず5,500というのが妥当かどうかというところで、かなり高い目標値を設定したのは確かで、このときまで、これを設定するまでは整形外科での救急っていうのがまだ我々のところでもやってたんですが、その時期に広島市の整形外科の救急体制を見直そうということがあったんで、我々の方の整形外科の方の救急が、実はあまり積極的にこのシステムの中、体制の中に入ってなかったんで、それが今回のあまり増えなかった理由の一つに、大きな理由の一つに入ってくるんだらうと思います。それでも5,500っていうのは少し多かったかなというのはあります。正確な数字ははっきりしませんけど、主にやってます広島市民病院が9,000くらい（※正確には6,278台）と思います、救急車が。その後に広島圏域で言えば我々の病院なんで、せめてその半分以上は我々でやらなくちゃいけないというところもあったものですからその数字になりました。またもう一つは以前から大体年間、前年度から比べたら500くらい救急の受け入れが増えてきたということがあったものですから、そういう数字にしました。シェアについて先ほど申したような大体の数がそれぐらいの数なんで一般の救急はそれですけども、整形の救急が少し広島市の中でまだ議論がされてるところがありますので、これを今後どういうのにしていくのかっていうのはこれから求められると思います。それから内容については三次救急のホットラインについてはプラス70件受けているということで三次救急については十分に役割を果たしているだろうと思います。この拒否率が恐らく10%以下、数%だったと思います。一般のホットライン以外のところについては拒否率が25%ぐらいです。ただ拒否率と言ってもこれはちょっと難しいんですが、拒否率と言うよりはトリアージ前の問題で実際には患者さんのどこにかかっているかというところから電話で相談を受けたところまで入ってますから。だから実際にはそこまでの拒否という感じではないんですが、実際に広島圏域の中で4回以上コールがあって受け付けられなかった患者さん、二次救急のところですけど、その患者さんを診てる病院はうちが一番多くてですね、だからあまりそういうふうなところを拒否率が高いという評価にはならないんじゃないかなと思ってはいます。それと救急車はもちろんそうなんですけど、救急車の中の開業医の先生方の要請があった救急車、これは25年度がどれぐらいの数字か分かりませんが最近は何れも全て受け入れて拒否率ゼロという数字が続いていますので、改善もかなりしていると思っています。それくらいだと思います。

委員：拒否率が非常に少ないと言えばいいと思うんですね。マスコミがたらい回しとか言う表現をする世の中にあって、県立広島病院はほとんど断ってませんということをお県民にしっかり知っていただくということが非常に大事なんじゃないかなと。市民病院は9,000件で県立広島病院は5,000で件数としては第2位で劣っているが、その内容に関して、例えば三次救急の患者の数に関してはほぼオープンであるとかそういうアピールの仕方も非常に大事なことなんじゃないかなと思います。

副委員長：補足をさせていただきます。広島では昔から重症外傷だったら県病院，というイメージがあり，非常に信頼されているということは間違いないという評価を受けています。また，広島の場合は2次輪番制というのが内科・外科系と整形外科系となっていて，これらの維持が難しい。先ほど院長が言われたのは，整形の方に2次輪番がなかなかやっていたところが少ないので，2次輪番をちゃんと整備することがまず必要である。そうすれば，他の病院が一から準備ができるという意味であると思います。県病院は2次輪番みたいなものをやられているはずなんです，基本的にはその後の方に力を入れているわけです。それで「こまっTEL」というシステムを広島市が導入しまして，携帯電話で2次輪番病院のどこが受け入れる可能性を有しているかということがスムーズに分かるような仕組みを数年前に作りました。当初目標としては，5，6年前の話ですけども，救急車から3回コールして，輪番制病院が受け入れられないという場合はすべて広島市民病院が受け入れるということを広島市の方が決めました。実際には3回は無理で5回ぐらいになっているらしいのですが。そういう最初の入口を強化していったら，その後ろに市民病院や県病院，大学病院と，そういう仕組みが最近では機能するようになってきました。ということで，役割分担としては市民病院に勝とうということを考えなくても，ちゃんとやっていこうという意識は非常に強い。したがって，県立広島病院としてどうしても受け入れなければいけないという人のための病院になっているんじゃないかと思います。県病院，市民病院クラスになると。その前のところはやっぱりたらい回しとか比較的軽傷とか，ベッドが空いていないとかいうことが現実には完全に解消されているわけではないのかもしれない。それで今は輪番病院が受け入れて，入院が必要な場合，一日だけは受け入れてその輪番制の病院の連携病院を作ったという事情があります。それによって次の日にはそちら側がやりますというような仕組みまで作っている。

委員長：最後の砦にはなっているんですけど。それは市民病院と県立病院がパイプラインを通して受け入れている。ということはここはちょっと（自己評価が）辛過ぎるんじゃないかと。十分に機能を果たしているのではないかと。

委員：とは思いますがね。

副委員長：今後の目標としては地域における役割分担というか，どのくらいを受け入れたらいいのかとか，そういう目標設定を，分析を県か市がしていただいて教えていただいたらありがたいと思います。

委員：とりあえず救急車は受け入れて救命措置はしたけれども，病棟で入院ができずに他の病院に送らざるを得ない。いわゆるセクショナリズムとかいうやつですけども。救命はしたけれども入院するときには自分の病棟ではなくて，他へ紹介するようなもったいないような事例っていうのはどのくらいあるのかなのか。

広島病院院長：他の病院ですよ。それはいいです。受け入れた限りはうちで必ず基本的にはやっています。よほど特殊な治療があるとかいう場合は別ですけど。それはいいと思います。

副委員長：2次輪番の病院というのはもうちょっと小さい病院です。そのときに今は5床空いてるけど明日入院患者さんが5人決まっているのに一人を救急外来に受け入れたら入院してもらう必要がある場合も当然発生します。そうすると、明日には他の病院に出てもらわないといけない。そこの引取手があれば取りあえずその日は入院していただけるので、救急外来への受入が可能であるというようなことが必要なわけです。ところが、この点については保健所を管轄する方と診療報酬の支払基金側のルールが違うんですね。そこで病院側はどうやってよいか分からないということがある。これが全国の病院の2次輪番制がうまく機能しない原因になっています。それでバックアップ病院を広島市では応募したということです。

委員：ドクターヘリについて。このドクターヘリは週3日が県立で他の4日が広島大学病院だという記載があって、全体の運行回数372回のうち50件が県立に来ましたと記載があります。なぜこの3対4の割合で患者を受け入れてないのでしょうかということ、ドクターヘリはいわゆる民間のドクターに依頼して動いてもらっているのか。所有者にリース料を払っていらっしゃるような形なのか。

事務部長：すいません、ドクターヘリ事業は昨年度の5月から県の事業として始まった事業なんですけども、基地病院というのは広島大学病院の方が基地病院、基幹病院になっておりまして、週3日が県立広島病院で他の4日間は広島大学病院というのは、ヘリに搭乗するメンバーが週3日は広島病院のメンバーが搭乗しますよ。ヘリが駐機してるのは元西飛行場の広島ヘリポートの方に駐機しておりますので、そちらの方に待機してて3日間は広島病院の職員が、4日間は大学の職員がということで全体の運営は大学病院がやってるという形になってます。運行回数に比して受入件数が少ないのは必ずしも広島病院のメンバーが乗ってるときに広島病院に連れて帰るということではなくて、そのときの距離的なもの、それから疾病による受け入れやすいところとかいうのを判断しまして受け入れていただいていますので、必ずしもそういう形になっていないという状況になっています。

委員長：県の事業に協力していると。

事務部長：そういう形になっています。

副委員長：広大病院の方に運んだ人数も書いてあれば大体の件数も分かる。ドクターヘリが行ったからといって、必ずしも連れて帰るわけではない。もう亡くなられていたら当然ヘリには乗せない。それと救急車は必ずそこに来ています。ヘリが行かないと行けないような遠くの場合、島とかあるいは島根県の奥の方とかを除いて。それで行った時点でこれは救急車で近くの病院に行った方がよいという場合はヘリコプターには乗ってもらわない、救急の専門の先生が看護師さんと一緒に行かれてですね、向こう

の待機している救急隊員と話してこれはヘリじゃない方がいいという場合は救急車で
行ってもらおうという仕組みにしているようです。県病と大学病院で完全に協力し合っ
ている関係です。

委員長：先ほどの救急の件ですが、救急のこの17ページに各項目がありますけども、もう
少し工夫がいるんじゃないかと。一般の救急の受入とか、重症患者の受入で、そうい
った方への医療提供が、救急センター入院患者数になっている。また、これが実数で
はなく延べ数になっているんですね。で、その方が一般病棟にどう移っていったのか
とか、ストーリー性がある方が分かりやすいんでしょうか。ヘリコプターについては
誤解があるわけですけども。

広島病院院長：少し分かりやすいように、委員長もおっしゃるように作り直さないといけ
ないと思います。今ご意見いただいたので参考にして作り直します。

委員長：同じようなところで18ページの母体搬送、あるいは新生児搬送に関しましてもこ
れはやはり受け入れってという言葉を書いていただくと。出て行く搬送ではなくて全て
受け入れの件数です。

委員：18ページで分娩件数が減ったから◎から○にしたと説明がありました。ちょっと県
立病院の高度医療としては、それは指標にあまり大きな意味を持たさない方がいいの
ではないかと思います。ここの病院の機能として本来NICUで危機のある母体をしっか
り治療するというのが使命で、正常分娩をいっぱいするのがここの病院の使命ではな
いというふうに思ったりします。むしろその分娩件数が減ったとか、あまり、そんな
に重要なことではないと思います。

委員長：マイナス22件ですね。これがどれほどの意味を持つのか。◎を○に減らすまでの
意味を持つのかどうかですね。これはあえて厳しくされたんですか。

広島病院院長：全体にですね、今回の話を全体に、今回新たにスタートということで、◎
からではなくて○から始めようという気持ちが我々の中にもあって、少し原点に戻っ
てスタートしようじゃないかということもあったものですから、自分たちで処理した
ということなんで、今のご指摘非常によく分かりました。確かに病院自体がどういう
方向に行くべきか、どう、何が問題なのかというようなところは今ご指摘のとおりな
んじゃないかなと思います。

委員長：同じように委員からのお話からするとですね、17ページの取組に対する自己評価
の自己評価理由の一番最後のところ。総じて患者数が増加して、ここで収益と無理に
書かれているような気がするんですけどね。救命救急と収益とをあえて絡める必要が
あるのかという気がします。ここは本当に収支関係なく取り組む県立病院の柱ですの
で。ここで次元が低くなってしまうという感じがします。書かれるとすれば別のとこ
ろではないかなと思います。救急・周産期はこれで。

委員：25ページの人材育成のところ、研修医のマッチングが100%となっており、大変
すばらしいと思うのですが、初期研修が終わったら広島県内へは88.6%ということな

んですけど、初期研修が終わって後期研修が終わって広島県へどれだけ定着してくれるか。県立病院としては広島県全体の最適化を考えていく責任がある中で、広島で初期研修が終わって後期研修が終わって、広島県の病院へ定着してもらうような取り組みを、大学と市民病院が連携しながら協力しながらやっていく必要性というのがあると思うんですね。そのシステムというのを広島卒後臨床ネットワークというのだと思うんですけど、個の最適化だけでなく、全体の最適化をするための県立病院の取り組みは今後どうしていくのか、入口のところはしっかりできてると思うんですね。その後の取り組みがこれじゃあちょっと分かりにくいんですが。

広島病院院長：あとで副委員長からまた追加をいただければありがたいですが、これ自体は後期研修は基本的に全て大学の医局に属していますから、初期研修で我々の88%の人が県内に残ってるという人は、今言いましたように大学の医局に属して、それから我々のところに派遣されるわけですが、基本的に大学に残ってるというのは後期研修が終わっても県内に基本的にはいるだろうと思うので。

委員：後期研修が終わったら、前期研修が終わったら基本的に大学の医局へ。

広島病院院長：我々のところは全部そうですね。

委員：県立病院で囲い込むとか市民病院で囲い込むとかそういったことはないんですね。

広島病院院長：それはありません。後期研修は大学から基本的には改めて派遣をされるという形になります。

委員：分かりました。

広島病院院長：そこのところの後の、広島卒後臨床研修ネットワークはというのは今の話とちょっと違う話。

委員：それだけ大学はガバナンスを効かせていると。

副委員長：これは多分診療科によっても多少差はあるんですが、新しい初期研修システムが始まって数年間は、変動、特に大学は変動が大きかった。かなり入ったかなと思ったらその後数年は研修医数が減りますから。3年目までは入局しなくても良いですよという科が多いんです。だけど4年目くらいになると、本人もどこかに入らんとまずいんじゃないかというのが多分わかってくる。それで3年目から入局される人と4年か5年目くらいには入局される人がほぼ100%に近いというのが県病院。ほとんどの病院でそうでしょうけど。ただ市民病院だけは実は、最近傾向は違いますが、岡山大学系の人が多いんですね。6割が岡山大学系で、3割が広島大学系で、1割は他の大学。岡山大学の卒業生と広島大学の卒業生というわけでない。それで市民病院の場合は、市民病院で初期研修して岡山県の病院に変えられる方も多いが、毎年必ずしもそういうわけではない。ただ広島県内にとっても大学の方の人事交流の問題ですから、話とはにかく県内には絶対にいるし。病院に近いとかいうわけではなく。例えばある診療科は愛媛県とか島根県とか福岡県とかそういうところに医師を送る。人事交流のあるところだけですが、そういうこともあり、県内だけでみてもどうなのか。

委員：大学との連携は良好ということですか。この間、医師確保で徳島大学病院の安井病院長と話をしたときに、徳島日赤が囲い込む、大学に入局させない。私が県の管理者をしているとき、県立中央病院は大学と連携ということでやっていたんですけど、大学の病院長が県立中央病院も囲い込みだしたと。大学に全く入局させてもらえない、それが今大きく問題になっていることをおっしゃってたんで広島はどうなのかお伺いしたんですが、良好な関係ということで。表面上は。

副委員長：精神的にも今は良好な関係だと思う。

委員長：今委員がおっしゃったイメージは、沖縄県立中部の研修のように、あそこは研修を終わったドクターたちをずっと追跡していきますね。で、初期研修が終わって後期研修は大学に帰って、どこの診療科に行かれてその後どうなったのか、まず最初に着手したのが県立病院で、その人たちが将来どうなっていくのかについて関心を持ったらどうかというふうに聞こえたんですが、そんなイメージはありますか。

委員：そうですね。広島県立病院の存在というのはやっぱり全体の最適化ですよ。個の最適化を目指しながらも、それを全体の最適化につながる個の最適化でなければいけないということが病院のスタンスで、個の全体の最適化のあらゆる項目が全体の最適化を見据えてやっていくと。特に人資確保の中で初期研修医、臨床研修医の確保には全体の最適化ですよ。それをする上では他の病院とどうコミットメントしていくかという話で。初期研修に関してはちゃんとコミットメントできているということで安心というか立派だなという認識です。

委員長：奈良県の県立医大は、県立医大の卒業生が奈良県にどれだけ留まっているかっていうのを、一つの重要な指標としてますね。大阪府に研修に行っても帰ってくる人がどれくらいかと、経営指標の中に入れてもらっている。もちろん県立病院も研修先にはなったんですけども、そこは大学と県立病院との間でいかに県内に留めておくかっていうことを全体として考えている仕組み。

病院院長：それは恐らく広島県の地域医療支援センターがやっていかないといけない。ちょうどそういうことについて取り組み始めているところだと思いますので。まだ完全にはできてませんが。そういうところでフォローしていかないといけないんじゃないかなと。

委員：今度の医療法の改正の中で、医師確保・医師派遣に関しては地域医療支援センターを医療法上で明確に位置づけて、しっかりと責任を担わせて医師確保をしていこうという中でありながら、日本全体でじゃあ地域医療支援センターが機能しているかというところほとんど機能してませんよね。機能していないからこそ、まさにその都道府県の地域医療支援センターの役割が重要視されて、各都道府県にしっかりと機能するような仕掛けをしていかなというふうに思います。あと一つ人材育成のところ、看護師とコメディカルの確保・育成で、県立病院は看護師、専門（認定）看護師はしっかりと計画を立てて、毎年4人前後の認定を受けているにも関わらず、薬剤師に関しては

受講なしというふうな、放射線治療の専門の臨床放射線技師が受講していないっていうのはどうなのかなっていう。

広島病院副院長兼事務局長：ご指摘のとおりでございます。薬剤師の方も専門的な知識を身につけていただくという計画は色々考えておるんですけども、実はちょっと配置がそろっていないようなところもございまして、それらを考えまして、また次の段階にいきたいなと思っています。

委員長：高松市民病院は。

委員：受講はしています。取れてはないですけど。

副委員長：薬剤師に関してはですね、全国的に薬学科という、これは6年にしたわけですね。それが今度薬学科と研究者養成の薬科学科というのができてですね、大学院の方は修士と後期に分かれて、この数年間の混乱なんです。学生自体どうしてよいか分からないというようなことがここ4、5年の話。もうちょっとすれば多分落ち着いてくるんだろうと思います。

委員長：混乱しながらでも前に進んでおいて。

副委員長：だから何かの資格を取ろうとやってるから、このところに行けるというところまでいっていない。例えばがん専門の薬剤師っていうのも受けられるような状況がない。大学院に入ってっていうのは薬科学科がありますから先生がないがしろにしていることはそうですね。

委員長：もうすぐ混乱は落ち着くんですね。

副委員長：それは多分そうですね。

委員：がん連携拠点病院ですよ。都道府県ですかね、地域ですかね、地域のがん連携拠点病院であるかぎりはやっぱりドクター、看護師、薬剤師、放射線技師もしっかりとした資格をもってやるべきだと思います。

副委員長：広島大学のがんプロフェッショナル養成プランの推進委員長をしてるんですけど、要するに無理な話をどんどん言うてるわけです。だから学生が入れない。例えば島根県とかは本当にもっと切羽詰まってるので、かなりの奨学金を出してくれる。ところがまだ広島県はそこまで切羽詰まっていない。県がという話ではなくて広島大学なんですけども。例えばがん専門看護師になろうと思ったら2年間ほとんど休職状態なんです。しかもかなりの経験がないと取れないから。と言っても昼間に働けないわけではないんです、同じキャンパスくらいだったら。そのところを制度的に改善してもらった方がいいんじゃないかと。薬剤師についてはがん専門薬剤師を受けよう人は全くない状況です。

委員長：そんなことを言う委員会ではないのですが、副委員長ひとつよろしくお願ひします。

副委員長：それともう一つこれはすごく重要なことなのですが、放射線治療専門の技師のそういう講座を作った。放射線物理士の准教授に来てもらっています。多分国の仕組

みと今文科省がやろうとしている構造上の本来の仕組みにちょっとギャップがあるんじゃないですか。そっちを改善していただくことも必要じゃないかと。そうしないと技師さんがいなくなる。

委員長：病院とすればそういう専門の人に関しては支援の仕組みは既にもうお持ちなんですか。

広島病院院長：全部が全部病院から費用を出しながら行っているわけではないんですが、看護師の方はそういう形で行かせてるんですけど、他のところではそこまで完全に出来上がってないです。ただ、今も話に出ましたように、定数が足りていないような職場の中からそういう研修に行くというのはなかなか今難しくてですね、それが薬剤師であったり、あるいは放射線の技師であったりがちょっと足りていないところがあったりするものですから。放射線の方は足りてるんですけどなかなか忙しくやっていますのでちょっと難しいと。それでも少し人数が増えて落ち着けばまた出せるんじゃないかなと。

委員長：仕組みは。

広島病院院長：仕組みは我々の中でもそれをやっていかなくちやいけないと考えていますから。できると思います。

委員長：資格を取りたいという方々もいらっしゃる。ただ状況的に今業務の状況でなかなかタイトになっていて出せないというような事情もあると、そういうことでしょうか。

広島病院院長：今はそうです。

委員長：人材教育・育成、派遣機能強化あたりでどうでしょうか。

委員：勤務環境の改善に関連して取組項目のところの一番最後に職員満足度の向上に取り組むということで、この辺りについて具体的にどのように改善したかどうかという動向について、今日教えて頂けることがあれば伺いたいということが1点と、同じ項目の平成25年の主な取組の4番目に女性医師女性職員の勤務条件改善ということで保育所の運営開始や病児保育の開始、あとママ友会があるとかがあるんですが、これによってリスクが減ったとか具体的にこういう成果があったという、こういう具体的なことがもしあればそういった状況について教えて頂けたらという点をお願いします。

広島病院副院長兼事務局長：保育所の方はですね、みらい保育所の運営開始をいたしましたんですけども、職員の皆さんから病児保育を是非やってほしいということで、こういった取り組みもやっとならできるようになったということで。ただ人数はそう多くはないんですけども利用を今促進をしているところです。それからママ友会というのは育児休業等で職場を離れている人たちに色々と情報提供を行っているという状況です。

広島病院院長：最初の方のご質問の勤務環境の改善、これはなかなかかなり幅広い話なんです。例えば時間外がかなり増えているところにどういうふうにしていくのかとかいうのが。そこはもう例えば医師の補助者、看護師の補助者を増やししながら専門のところでやっただけっていただくようなことの取り組みをしてみたり、あるいはここには書いてい

ませんが、それ以外の他のハードの部分で例えば電子カルテを増やしたりして、よりみんなが使えるようにとかですね、それぞれの部署のヒアリングをしますんで、そこであがってきたことについてできるだけ対応等はしていますので。それぞれ業務量が増えていて、時間外があんまり減っていないっていうのがちょっと問題あるかもしれませんが、努力はしてるつもりです。もっともっとやらなくちゃいけないことは、業務をもっと改善効率化っていうのが本来その前にあることだと思うんで、それも提案をして頂いたり、あるいはそういう委員会で少し検討したりしてるんで、またそこらについても、これからずっと取り組んでいかななくちゃいけないことだと思います。

委員：ありがとうございます。最初のところの色んな取り組みをされていることについては、これで例えば看護師さんの離職率がちょっと減ったとかそういう具体的な何かの成果につながっているとか、そこまではなくても参加している人の評判がどうなのかとか、この取り組みによってそれに対しての反響みたいところを少し教えていただけたら。

広島病院院長：今の離職率について業務が大変だから離職が増えているのか、あるいは自分に合わないからだとか悩みがあってそれを解決できないからというようなこともあるんで。例えば看護師について言ったら、その部署でメンター、メンティとかそういうふうな形、ちょっと名前が違うかもしれませんがそういうふうな形でちゃんとフォローをしようということやって、ここにその資料がありますけど、常勤看護師の離職率全国平均が24年が11%、県病院が6.3%、新卒が全国が7.9%、県病院が4.9%ということなんで、十分な成果は上げてるんじゃないかなと。ただそれが勤務環境の中の色んなものが重なってそうなっているんだろうと思います。他のことについては今はすぐにお答えできませんけど、あればまた出していきたいと思っています。

委員：今の件に関して私が属してる組織も同じようなことがありまして、大きな、非常に忙しく、それで離職率が高いということで、今年非常に大きなプロジェクトを立ち上げて外部の人も入れて大々的なアンケートと分析をやって、そうすると辞職率が半分ぐらい下がった。その中で働きがいや、やりがいを感じているかどうか何が課題かっていうのを真剣に捉えてやったということでもあります。いわゆる自分たちだけの分析という議論もありますし、外部の力を入れながらしっかりやればそれなりに成果が出てくるんじゃないかと思いました。それからもう一つ次のページ、26ページで、患者サービスの向上で◎がついていたので、これは私は常に○にしておかなきゃいかんと思います。これで終わりっていうのはない世界なので、これらに◎をつけちゃだめです。自分ところの自己満足で終わらずに、患者ニーズを年一回調査しただけの結果でオッケーと言っているわけですよ。しかも入院患者なんて、どの時点でアンケートを取るかによってもものすごく回答が変わってくると思います。ここは努力中という形がいいのではないかと思います。

広島病院院長：了解しました。ありがとうございます。

委員長：看護師の離職率につきましては、公立病院というのは総じて低いんじゃないかと。私は関わってるところも割に低いんじゃないかと思っていますので。

委員：低いですね。

委員長：かつて大阪で、委員も関わっていただきましたけども、看護師確保のコンサルティングプログラム作りというものを、厚労省の委託事業でやったんですけど、そういったところの対象になるのはほとんど民間病院でして、民間病院で常に看護師急募、高給優遇、経験不問という3つ書いてあるようなところが非常に離職率が高い。それから大学も結構離職率が高いんですかね。そういったところがあるの平均ですから、これは人事政策上どれぐらいが一番良いところなのかとかいうのはある程度、低ければ良いという話でもないですし、高いのが良いとは思いませんけど、微妙ですよ、評価するのが。

委員：民間病院の場合も離職率が非常に高いところは間もなく潰れていきますと。それからあえて離職率を高くしている民間病院もありまして、高い給料で迎えているけども後で上げていかないと。で、逆に給料が上がりそうになれば辞めてもらうっていうところもある。それをしっかり理解しておく必要がある。もう一点やりがいがあるって、その職場がチームワークが取れてうまく回っていれば、忙しいのがむしろやりがいになる。なので辞めたくない、あるいは私がいなくてみんな困るから絶対辞めないよというような心境になる。今高い、低い方がいいという話がありましたが、忙しいから辞めるということではない。

委員長：モチベーションというのをどう高めて、といったようなそういう仕掛けと言いますかそういう仕組みが将来的に必要なのかもしれませんが。

広島病院院長：実際に今の話、モチベーションというのは非常に重要だと思います。それはもうヒアリングしながら、どんどん意見を聞きながら、一緒に話していかなきゃいけないことだと理解はしてるつもりでいるんですけど、それをそれぞれの職場でやっていくところから始める、大きな方向性を決めた上で取り組むという、それで今少しずつ取り組んでいる。

委員：安芸津病院にあってよろしいですか。39ページの地域と一体化になった医療の提供中で、自己評価は◎に変わっているんですけど、理念が、私関心したのが、「力を尽くします」という表現。そんな力を尽くしますという理念は全国の自治体病院で言葉があるかどうかを見たとき、ないと思うんですね。しかも健康という言葉は出てくるのか分かりませんが「暮らしを支えます」とあるんですけど、これは本当に感心しました。「暮らしを支えるために力を尽くします」という一つの手段として、一番下の在宅医療の支援の推進というのが手段としてあると思うんですけど、それを見た場合に、結局地域包括ケアシステムの中にどう介入をしていくかということだと思うんですけど、その訪問看護の件数は順調に伸びていってるんですけど、それに比べて訪問診療あるいは訪問リハビリの件数がちょっと訪問看護と同じように伸びてないか

なということ、安芸津病院の地域の中で訪問看護ステーションなんかはあるのかどうか、もしある場合には民間の訪問看護ステーションや訪問診療との兼ね合いはどういうふうにされてるか、その辺りをちょっと教えて頂ければと思います。

安芸津病院副院長兼事務長：訪問診療・訪問リハについてですけども、訪問看護の方は専任者を3年前につけてから順調に件数を伸ばしてきたと思っていますけども、やはり専任と対策がとれていないという中で、院内でのリハビリ等の枠の中から時間を割いてというのが正直まだ十分に発揮しきれてないっていう課題はあると思っています。それを少し充実したいということでPTの増員を25年度に行いましたけども、その部分が増加幅としても、正直少し思ったよりは出てなかった。ただ、院内リハビリの方がかなり伸びてきているというのが正直背景でございます。それと訪問看護ステーションについては、元々すぐ隣接した竹原市にある病院さん系列でやられてたステーションの出張所みたいな形を出してらっしゃったところがあったんですけども、色々人材のことがあったんだと思うんですけども、引き上げた形になりましたので現在は患者さんによっては出てきてはいらっしゃいますけど、基本的に地域でメインでやっているのは一つしかないという状況になっております。そういう意味では専任者プラス外来の方からの看護師が一緒になってやる体制を、25年度から3名養成いたしまして、実際には専任プラス兼任3名の5名でやったことによって件数も増加しているという状況になっております。

委員：よくやられてるなと思うんですけど、やはり地域包括ケアシステムというのは国の方では病院で治す医療から地域で治す、地域で支え治す医療へというようになりましたね。そういう中で、他の医療機関の看護ステーションがないのであれば本腰を入れてやっていくべきだというふうに思うんですけど、その辺りの覚悟というかそれは方針としてしっかりあるわけですよ、暮らしを支えて。

安芸津病院副院長兼事務長：行動理念につきましては、昨年半年くらいかなり院内で繰り返し繰り返し議論をしていく中で、色々こういう病院にしたいとか、この地域はこういう地域にしたいというものを各職員から出し、部署でも議論し、繰り返す中で、今おっしゃったように健康だけではないと、うちの病院とかこの地域で言うとその背景にある暮らしも含めた取り組みをしようと。それと力を尽くしますと表現については、力を尽くすことだけはいろんな厳しい環境であってもやろうと思えばできるということでこういった理念という形でさせていただきました。訪問看護につきましては、今おっしゃったように安芸津にないということも一つやらなくてはいけない、あと一つは離島である、すぐ沖にある大崎上島が訪問看護ステーションは一つはあるんですが、この間色々意見交換を行いましたけども、人材が決定的に足りないというようなことに対してどういう一緒になって取り組みができるかということ、まだ正直芽が出ていませんけども、そういった話し合いをしながら、例えばこれは中でまだ議論をしている段階ですけども、ピーク時にサポートに入るようなことはできないかと。かな

り増減があるらしいですので、そういったこと、安芸津だけじゃなくて大崎上島という離島についてはぜひ関わりを持っていきたい。ただ、まだ正直芽が出ていないという段階ではあると思います。課題意識は持っています。

委員：地域包括ケアのきちんとした支援をする中で在宅療養支援病院の施設基準は必須だと思んですけど安芸津は取られてるんですか。

安芸津病院副院長兼事務長：残念ながらまだ取っておりません。

委員：それは取られる予定でしょうか。

安芸津病院副院長兼事務長：もちろん方向としてはそうなんですけど、正直今24時間のところがこなさきれていないというのが正直なところで、そこはやらないといけない課題だとは思っています。

委員：ぜひその辺りは目標に掲げるとか、計画の中へ入れていくとかされた方が、地域包括ケアを考えている県立病院としては、暮らしを支えるのであれば、その辺もしっかりやっていたきたいなど。

安芸津病院副院長兼事務長：ありがとうございます。

委員長：訪問看護の機能とすれば、あの地域ではどれぐらいの位置づけになるんですか、一番ですか、訪問件数は。それから地域をどういったところにどこまで広げるかっていうのもありますけど、その中でのニーズはどれぐらい今後出てくると予想されているものなんでしょうか。

安芸津病院副院長兼総看護師長：大体の常時抱えている患者さんっていうのが30人から35人程度で、月間160から180件数くらいを訪問させていただいているんですけども、県立安芸津病院のある安芸津町プラス安浦、一部竹原の方への訪問看護の要請っていうのはあると思います。訪問看護ステーションが竹原しかないっていうことで、竹原の方の人でこちらの安芸津病院の方の看護を要請して来られるケアマネの方もおられるので、それには応えたいと思っています。24時間の対応ができていないところに関しては本当に課題意識を持っていますけれども、できるだけ病棟と日中の対応っていうのを充実させていくことで、少しでも在宅での生活を支えていければいいなというふうには思っていますけど、ステーションがないことで、県立安芸津病院のしている訪問看護の役割っていうのは大きいかなというふうには考えています。

委員長：将来的に地域からすると安芸津、安浦、竹原と海沿いとそれから島の方ですね。で、今は現状は竹原のステーションが一つしかない。

安芸津病院副院長兼総看護師長：竹原市に3つです。

委員長：開業医の先生の方でも、訪問看護ステーションなり介護系のサービスについては、充実されていきますか。

委員：都会の特に診療所の先生にとっても、在宅に対応せざるをえないわけだけでも、昔だったら診療所の先生のところの看護師さんが訪問看護をしたりとか、回ったりとかものすごい数が限られてますから、在宅をかなりバックアップしていこうと、訪問

診療が少しでも増えれば、訪問看護ステーションなり、あるいはどこかのまとまった訪問看護ができるところとか、見守り主体、これは当然、情報は常に欲しいし、それから診療所をお互いにバックアップといったふうに。それから大崎上島の方は、新たに訪問看護ステーションを作りたいというので新たな財政支援制度の中で要望が出ています。そちらの方には一つ看護系が今。

委員長：日医の会長も地域のためにというのが柱の一つですから、ということで医師会全体が地域包括ケアに相対前向きに関わってこられるとふうに理解しています。

委員：それから委員もご存知と思いますが、24時間看護も非常に大切なんですけど、都会ではある程度、10人以上の訪問看護ステーションで看護師を抱えていればかなりやりやすいけども、地域・地方での24時間体制は本当にかなり辛い、しんどいなっていうのはあります。だからこれは患者さんや患者さんの家族の方の理解がありながら、本当に絶対にいるというときの24時間対応で、通常の場合には電話連絡とかそういった形で対応すれば良いんじゃないかなと。ただ、電話での24時間対応でオッケーというのはちょっと言われてますので。

委員：以前はその在宅療養支援病院、あるいは強化型の在宅療養支援病院は非常に基準がきつかったんですけど、看護師さんの名前を出さなくても、病院にかけたら担当の看護師さんの誰かにつながるような体制にしてればいいですよというような施設基準に変わりましたよね、この4月から。そういう意味では24時間の厳しさが多少緩みましたので。開業医さんだとなかなか難しいかも分かりませんが安芸津病院としては、当直もおられますし、看護師さんもかなりの人数おられるから誰かに当番を決めてやればきっと取れる。経営的にもプラスになってくると思いますので、ぜひその辺り安芸津病院が取られたらいいなあというふうに。

委員長：まさにそういうモデルを作っていくのが安芸津病院の存在だというふうに理解していますし、そうだとすると、今開業医の先生方がやりたいという意向をお持ちであればそれをサポートしていくような仕組みを作っていくというふうな将来県立病院としてあるべき姿なのかもしれないですね。

副委員長：広島県はいわゆる無医地区というのが日本で2番目に多いんです。北海道に次いで。それで本州側はもういいですね、車があればなんとか。それとあと島がある。大崎上島というかなり大きな島があるんですけど、東京物語の撮影が行われたところなんですけど、橋が通ってない。他の近くの島は全部呉の方から橋が通ってる。まさに今言われたような安芸津とか竹原とか安浦とか大崎上島はまだ人口が過疎化の中でもある程度おられて、安芸津病院の在宅医療に対する取り組みなどが、今後団塊の世代が増えていきますから、多分広島県のモデルとして、委員長が言われたモデルとして地域を支えていく病院として可能性があるんじゃないかということで、ぜひ県がやっぱりサポートしなければならぬと思います。やっぱりさっきも言ったような24時間対応でも対象患者さんというか、在宅の方の数が限られてるからいつ来るか分から

ないという状態で、ずっと待ちですよね。待ちというのはなかなか大変なんです。いつ来るかどうか分からないという患者さんを待つというのは。救急病院で救急医療が必要だという患者さんをずっと診ていると夜中でもあんまり疲れない。けれどニーズがないようなところでずっと待っているとすごく疲れるということもありますから。そこはノウハウなんですけど、ノウハウを示していただければありがたいなと。

委員：薬剤管理指導，栄養管理指導の件数がありますが，一人のスタッフあたりでどれぐらいの件数ができてるのかと，そういった方が分かりやすいかなと。もう一点は，それは広島病院も同じですけど，今度の病床機能の報告制度の中で，これから先の将来をどうしていくか，特に安芸津の方はこれからどうするのか，今のままの病棟でいくのか，今の状態のまま行くのか，ケアミックスと違う話になってきますが，包括ケア病床，病棟という話が出てきておりますので，どう対応していくのかっていうのはこれはかなり今真剣に協議されていると思いますけれども，本当に真剣勝負なのか，一体どういうふうにやっていくか，ぜひ今お考えのところが少しあればちょっと教えて頂ければと。今はまだそこまでは。

広島病院院長：広島病院は高度急性期ということで，とりあえずDPCⅡ群のところに入り込もうということ，そのためには地域との連携っていうのを非常に大切にしながらやいけないし，今さっきの救急医療を含めて高度なこと，救急医療等々，本来ある我々の能力を使って最大限取り組むということなんで，方向的にはそういう方向で我々はやっています。

安芸津病院副院長兼事務長：方向といたしましては一般急性期を主としつつ，在宅医療であるとか，あと新しく地域包括ケア病床ができましたので，7月から届け出ておりましたけども，それとの組み合わせで在宅急変時にはすぐに来て，必要なときには対応して良くなったら帰っていただけるような部分を担っていくようなことも合わせてやっていくというふうには考えています。

委員：包括ケア病床は今何床くらい。

安芸津病院副院長兼事務長：15床でスタートいたしました。

委員：桑原院長がおっしゃたように，都市型大型病院は高度急性期，一般急性期，回復期，慢性期，その4病床の中でどう医療機能を担っていくか，分かりやすいとか苦労も何もないとか，今までどおりやればいっていい。問題は安芸津病院や徳島の海部やうちの塩江なんかで田舎の病院で病床規模が少なく，今急性期もやりながら慢性期もやっている中小病院とか，小さい田舎の病院がどうしようかというので困っている。困ってて，色々病院も考えるけれどもどうしたら良いのか分からないのが正直なところだと思います。きっと安芸津も。であれば私は自治体病院協議会として，そういう田舎の中小病院の方向性はこういうふうな選択肢があるからこういうふうにしなさいというふうな指示とか指導とかガイドライン的なものが私はやっぱり出して

然るべきだと思うんですけど、それがなかなかできてない段階で、きっと安芸津もどろしよるんですかね。私もどうしようどうしようです。

委員：一部を地域包括ケア病床にしようとする、かなり県によったり、あるいは厚生局の担当官によってもかなり違って来る。考え方が。おっしゃる通りガイドラインとか全く統一されてないから、様子を見ながらの対応という形にならざるを得ないかなと思います。

委員：在宅復帰率の問題で70%から75%が、じゃあ海部病院でクリアできるかというところクリアできない、施設がないんですもん。きっと安芸津にもお話を聞いたら75%の在宅復帰率をカバーしようってできませんよね。

安芸津病院副院長兼事務長：在宅復帰率はもともとクリアできてる状態でありまして。

委員：そういうできてる病院ならいいですけど、過疎地とかはへき地は周辺の老健もありますし、特養もありますし、家庭だけの復帰率ではクリアできない。その辺りをどうしていくのか、というのはシステムの問題だと思いますけど。

委員長：順番として、先に訪問からいくと自宅での療養ができる環境を整備している中での包括ケア病床ですよ。ですから順番が急性期を首肯すると言いながらも、実は在宅にかなり力を入れ始めた、その結果が上手く循環していくと。

委員：そうですね、上手いこと政策とマッチングしています。

委員長：これは病院の入院医療に固執して、急性期だと言っている病院は結構しんどいでしょうね。それがモデルになっていくんじゃないでしょうか。包括ケア病床をより拡大しようと思えば、さらに訪問を充実していくということがセットになっていくでしょうね。これは地域包括ケア全体の仕組みだろうと。

委員：逆に安芸津はチャンスかなと。

委員長：そうですね。そうなるかと全然違いますね。変に一般急性期に固執しない方が良いのかもしれないですね。

副委員長：内科医も僕はそう思っています。ようするに内科医はものすごく優秀な内科医、よく働く内科医が実はそういう経験が少ない。大学病院とか大学とか優秀だからみんなが行きたがっているところばかり行っている。そういう地域包括ケアに対する経験が少ないのでなかなか話しようがない。そこが県病院に期待するところ。県病院から一時期でも安芸津に行って。広島から通ってでもいいですから。

委員：そうすれば安芸津の時代になると。

副委員長：安芸津を経験することで。

安芸津病院院長：地域の病院で急性期で治療して治ったと思って帰してもですね、在宅っていう家の方の環境が悪いとまたすぐ悪くなって入院してくるっていう、そういう繰り返しの患者さんがやっぱりおられるので、そういうのは訪問看護とかでケアするとそういう回数、並立という、まさにそういう地域ケアの方向で広げていくところなんですけど、もともと急性期から帰された患者さんが対象なので今のところ数がどんど

ん増えるっていうわけではないんですけど、訪問看護ステーションとかそういう形で、入院された人でない方も、開業医さんが見ている方とかそういう色んな対象が広がれば良いんじゃないかと。地域のために。

副委員長：僕が言いたかったことは、例えば私どものところでも、そういう病院がありますよね、広島県内にも。そういうところへ何人か送っているわけです。医局人事も含めて。そういう人が行ってもそこでやられないんです。急性期のところだけやってくれというように病院側が考える。だから行っても結局田舎の急性期病院に行っただけで2年、3年経ってしまって包括ケアに関する知識がつかないんですよ。そういう病院側の考えも非常に重要と思います。今後リーダーになるような医者にそういう地域包括ケアが今こういうふうに行われてますよということを見せてあげたいなど、あるいは担当させてあげないとどこへ行っても意味がない。と僕は思います。

委員長：それは非常にありがたいことですけど、地域包括ケアそれから訪問診療というのがプログラムにあって大学の中でそこで研修をするというような仕組みが。

副委員長：少なくとも地域包括ケアシステム自体がまずできあがってないので、そうなってるのかも分かりませんが。今の時点でもそういうのが、少しでもあればいいなと考えています。

委員長：それはバランスをとということ。

副委員長：全体的の知識量として。

委員長：そういったものが48ページの連携強化の中に盛り込まれてくるといいということですね。

委員：医師の教育、人材の育成という観点からすれば、広島県の病院局は高度急性期の県立広島病院を持ちながら、地域包括ケアの安芸津をも持つ、それがしっかりとコミットメントして一つの事業体として考えていけば、まさに時代をリードする医療を展開できる。それを今度の3年間の中にしっかりと位置づけてやっていけば、これは県民からの信頼、評価はさらに上がっていくんじゃないかというふうに思います。安芸津の場合では地域包括ケア病棟は急性期からの受入のポストアキュートいうですね、在宅からの受入のズームアキュートの医療ですよ、それから慢性期から在宅復帰の三本柱と言われてますよね。その辺り、一般急性期もそうなんだけど、その辺りをポストアキュート、ズームアキュート、在宅復帰を視野に入れながら、地域包括ケアの中にしっかりと位置づけてやっていくというのがやっぱりこれからの安芸津の方向性だというふうに思いますね。

副委員長：もう一つ、それは実は東京も大阪も広島市も実は直面してるんですけど、みんな経験がない。医者側は。かなり重層的に経験できるのが安芸津であったり何とか病院であったりするわけです。経験して広島市に帰ってもらえばいいんですが、広島市の中では、ものすごく言い方おかしいかも分からないですけど、エリートクラスの先生方は急性期ばかりやってるから全然知らないですよ。どういうふうに社会が

進んでるかとか。これが問題なんじゃないかと思っています。広島市が本当はニーズが一番高い。広島県の中でも。人数的にも。

委員：そういう意味では大学はしっかり安芸津をサポートする責任がまたより一層強くなりますよね。

委員長：ぜひ大学と県立病院、地域医療というもののストーリー性を書いていただけたと思いますので、ぜひそれらもご検討いただきたいと思います。業績評価に対するものと併せて将来に向かって相当意見を相当頂戴いたしました。

委員：将来に関する次期の計画の中で検討して頂ければなと思うのが、先ほど副委員長がおっしゃったように広島は無医村のところが多いと。

委員長：無医地区。無医村ではなくて。

委員：無医地区が多い。安芸津も地理に縛られてる状態、訪問看護にしてもですね。それを打破するにはいわゆる遠隔治療っていうのがないと、県としても県民に平等な公平な医療ができないと思いました。それを打破するのは遠隔治療をいかに世界の標準を持って来て、それで診療報酬とか医師法の関係とかいっぱいあるんじゃないかと思うんですけども、これを日本は導入していかないと山間部の人たちは必ず医療格差に悩まされるので、そのモデル事業として遠隔治療がどこまで日本でできるかとか実験をぜひやって頂きたいなと思っていました。

委員長：ちなみに香川県は県の方で特区でやってますよね。

委員：県立でやってますけど実体は利用してませんね。全国的に評価されてますけど実際はほとんど機能していない。フェイストゥフェイスなんですよ。医療は。

副委員長：広島県の場合は電子カルテのシステムがあります。ちょっと説明してください。

広島病院院長：電子カルテで広島県をつなごうという形でしてるんですが、今のテレメディスンまではいかないかもしれませんが、レントゲンの読影であるとか、病理であるとか少しずつ広島の中で拾ってきています。委員が言われたことも一理あって、患者さんの自分たちが困ってる人ってやっぱり近くのところ相談をするのが恐らく患者さんの動線を考えても、そうなるのかなと。なかなか進まないのかなと、今のところはですね。これから今の電子カルテが増えるようになれば、もうちょっとそれは広がってくれるんじゃないかなと思います。今のお話はうちと安芸津とをどう結ぶかというところが一つ考える必要があるんじゃないかと思うんで、これは今のところは人が動いてるだけですから、考えていかなくちゃいけないかなと思います。

委員長：医療特区で香川県がオーブンナースっていう、ナースが携帯端末を持って無医地区へ来るんですが、決定的な問題として電波が届いてないというのがあって、できないらしいんですよ。結局ハード的な問題もまだあるので電波の届くところまで行かないといけないと。そういうこともあるんで、まだまだ解決しないといけない問題はたくさんあるのではと思います。ほぼ時間となりまして、よろしいでしょうか。色々なご意見を頂戴いたしました。今日の意見を踏まえてこれからも強化をしていただきました。

いと思います。会議につきましては以上で終了したいと思います。これから先は事務局にお返ししますので、今後の日程等を含めてお願いいたします。

事務局：平成25年度の取組状況の評価につきましては、後日事務局の方から評価や意見を記入していただく様式を各委員様宛にメールで送らせていただきます。また、そのメールのときに第2回の委員会開催のためのスケジュール調整についても併せて送付させていただきますので、これも併せて8月29日までにご提出いただければと思いますのでよろしくお願いいたします。以上でございます。

委員長：それでは本日の外部評価委員会を終了させていただきます。お疲れさまでした。