

令和6年度第1回地方独立行政法人山梨県立病院機構評価委員会 会議録

- 1 日 時 令和6年7月18日（木）午後6時25分～午後8時10分
- 2 開催方法 オンライン開催（山梨県立中央病院2階多目的ホール）
- 3 出席者 委員長 吉原 美幸（元県副知事・福祉保健部長）
委員 木内 博之（山梨大学医学部附属病院 病院長）
熊谷 隆一（公立大学法人山梨県立大学 名誉教授）
佐藤 悦子（公益社団法人山梨県看護協会 会長）
宮澤 敏彦（一般社団法人山梨県医師会 理事）
病院機構 小俣理事長 小嶋理事（県立中央病院長） 宮田理事（県立北病院長）
内藤理事 石倉県立中央病院副院長・看護局長 病院機構職員
事務局 井上福祉保健部長 清水医務課長 宮崎医務課総括課長補佐
医務課職員

司会：開会

（吉原委員長 挨拶）

委員長： それでは、早速議題の方に入りたいと思います。

本日の1つ目の議題は、地方独立行政法人山梨県立病院機構の令和5年度業務実績報告についてでございますが、報告をいただく前にまず事務局の方から評価方法についての説明をお願いいたします。

事務局： それでは、「別添資料1」と「別添資料2」でご説明いたします。

まず、今年度の評価委員会は、令和5年度の業務実績評価に加え、令和2年度から令和5年度までの、第3期中期目標期間、4年間の業務実績について、最終的な評価を行います。

第3期の業務実績につきましては、昨年、見込み評価として、概ね議論されていることから、7月と8月の2回の開催とさせていただきます。メール等を適宜活用するなどし、2回の中で充実した議論ができますよう、工夫して参りますので、ご理解、ご協力の程、よろしくお願いいたします。

「別添資料1」、左側をご覧ください。「評価主体」、中期目標を指示する「知事」が、評価を行うこととされております。

知事が指示する「中期目標」を達成するため、病院機構は計画を作成し、事業を実施しており、計画が着実に実施されているか、令和5年度の業務実績について、今回評価を行うこととなります。

また、知事は、評価にあたり予め評価委員会の意見を聴くこととなっており、病院機構は、

自己評価を明らかにした実績報告書を知事に提出いたします。

次に右側のスケジュール表をご覧ください。本日の第1回では、病院機構から実績報告を行いますので、それについて、委員の皆様、客観的・専門的観点からヒアリングを実施していただきたいと思います。

本日委員の皆様からいただくご意見 及び このあとご説明しますが、後日ご提出いただく採点シートの平均値、並びに 特記事項を参考に、評価書（素案）を作成し、8月19日の第2回評価委員会でお示しいたします。

第2回では、「評価書（素案）」が適正な評価を行っているかについて、客観的・専門的な観点からご審議いただきます。

そして、審議を踏まえて、評価書（原案）を作成した後、評価委員会から知事に対し、適正な評価である旨の意見書を提出していただくこととなります。

次に、後日ご提出いただく「採点シート」についてご説明いたします。

「別添資料2」 評価方法に関する資料の6ページ 別表：評価基準 をご覧ください。中期計画の40項目について、病院機構の自己評価はS・A～Dの5段階ですが、委員の皆様にはこの別表をもとに、5点満点で採点をしていただき、それを、次の7ページ以降の「採点シート」の方へ、小数第一位までご記入願います。

また、特記事項欄に、評価についてのお考えや、評価書に記載を盛り込むべき事項などを記入していただきたいと思います。

特に、病院機構の自己評価と異なる採点の場合には、詳細に記入をお願いいたします。採点シートのエクセル表はメールでお送りしておりますが、7月26日金曜日までにご返信いただきますよう、お願いいたします。

なお、ご案内のとおり、業務実績評価は、個々の病院の機能評価というよりも、知事が指示した中期目標を達成するため、病院機構側が策定した中期計画 及び 年度計画 について、これが着実に実施されているかどうかという視点で、評価を行うものであります。

このため、計画で求められていない新たな視点については、仮に、現時点でその取り組みが不十分であっても、評価の上では原則加味されないものであります。

その上で、新たな視点や、より優れた業務運営のためのご指摘につきましては、評価書の作成に当たり、貴重なご意見として参考にさせていただきたいと考えております。

以上が、令和5年度業務実績評価に関する説明となります。

委員長： ありがとうございます。ただいまの説明についてはよろしいでしょうか。

それでは、機構の資料、令和5年度実績報告書の内容につきまして、病院機構の方から主な項目について説明をお願いいたします。

本部理事： それでは、令和5年度の業務実績報告につきまして、説明いたします。機構資料2 表紙の次のとりまとめ表をご覧ください。

第3期中期目標期間のR5の自己評価について説明いたします。評価項目は全部で40項目ありますが、自己評価については結果的にR4の評価結果と同様となっております。時間の関係もありますので、法人として実施状況が特に優れている「S」と評価した項目、委員の皆様への事前説明にてご質問いただいたご質問いただいた事項を中心に説明させていただきます。

それでは、資料の6ページからお願いいたします。(1)救命救急医療についてでございます。関連しまして7ページ上段の救急車での搬送患者数についてです。

一次救急や二次救急の当番日以外の受入れが3,191人となりましたが、二次救急が増加し、全体として、7,605人と4.7%増となっております。

次に、7ページの下の方、ドクターヘリの出動件数について整理しております。ドクターヘリの出動回数が431件と対前年度比で13.6%減となっておりますが、これは、消防本部からの要請件数が、令和4年度の642件に対して、令和5年度は551件と14.2%減少していることが要因となります。

また、ドクターヘリの現場から医療機関の搬送時間ですが、令和4年度の平均26分より、2分短縮され、平均24分であり、迅速な搬送が行われました。

続きまして、8ページ下の(2)総合周産期母子医療についてです。まずは母体の中病受入れについては、令和4年度の126件中91件、令和5年度は98件中84件と、中病引き受け割合が増えております。

次に9ページをお願いいたします。胎児の超音波スクリーニング検査を昨年は1,952件実施しており、6.6%の増となっております。

なお、当院での分娩予定の患者だけでなく、地域で分娩予定の患者についてもカバーしており、異常が見つかった場合は必要に応じて当院での分娩となる対応をとっております。また、下段にありますように令和5年度の分娩取扱件数は、761件となりました。

続きまして、10ページをお願いいたします。(3)がん医療についてでございます。

まず、令和5年度、年間の新規入院のがん患者数は横ばいの状況で、昨年度は4.5%の増となっております。

また、近年がん治療の新薬として注目されております、免疫チェック阻害剤の使用量は、3,965件と大幅に増加しております。

下段の方にロボット手術件数を整理しております。令和5年度は、これまで使用していたダビンチXiに加え、ヒューゴ・ラスシステムを導入した結果、主に婦人科、消化器での手術が増えております。特に婦人科におけるロボット手術件数は、メーカーから全国に比較しても大きな数字と聞いております。

11ページをお願いいたします。上から2つ目のポツに記載していますが、中央病院は、令和5年3月に、がん遺伝子パネル検査の医学的解釈及び治療方針について、独自に決定できる「がんゲノム医療拠点病院」に指定されたことから、患者に最適な医薬品について検討するパネル会議を、月1回ごと、計13回開催し、148症例について検討しております。

なお、ゲノムの解析の件数については全部で1,081件と大幅に減少しましたが、大量のゲ

ノム解析を要する研究が少なかったことから減少しました。

12 ページをお願いいたします。(4) 循環器医療についてです。

年度計画では、「令和5年11月からの稼働に向けて、手術室の改修及びカテーテル室の増築等を行う」ため、アンギオ1台を導入する予定でしたが、特に救急患者のニーズが高いことから、アンギオ2台の導入に計画変更したことにより、院内工事に時間を要したこと、また、外的な要因として、ケーブル等の資材の納入に日数を要したことから、稼働時期が遅れました。

飛びまして、14 ページをお願いいたします。(7) 感染症医療についてでございます。

結核病床入院患者数についてですが、令和5年度の14人は全て結核患者であり、令和4年度は、49人のうち12人が結核患者、37人が新型コロナウイルスでの入院患者でした。

なお、令和5年度もCOVID-19（新型コロナ）に対しては、病院一丸となって取り組んだところです。治療の関係としましては、確保病床を最大時は60床を確保して、全部で438人の入院患者を受け入れて専門的な治療を提供したところです。

また、検査の関係については15ページになりますけれども、3万8,000件余の検査を実施してございます。

更に、県などへの協力についてですが、新型コロナ感染症の関係の総合対策本部へ医師を継続して派遣いたしました。

続きまして16ページ中段から、北病院の関係となります。(8) 精神科救急・精神科医療についてでございます。

スーパー救急の2病棟では、多職種での症例検討、退院支援を進めております。

3つめのポツ、精神科救急についての受入れですが、人数はR5は73人と対前年度比で25.5%減少しておりますが、県全体の件数も減少しており、割合としましては、34.8%を北病院で受け入れているところでございます。

次の17ページをお願いいたします。(9) 児童思春期精神科医療についてでございます。

表にありますように、新規の入院患者数は減少していますが、児童思春期専門医による指導により、平均在日数は専門科医の指導、疾患傾向の相違もあり、対前年度比23.2日減の49.3日となりました。

また、患者と家族への支援プログラムの参加者については、通院患者家族の参加が25人と多くの方に支援をしていただいております。なお、児童思春期精神科専門管理の患者については、延べ1,940人と前年より1割ほど落ちている状況になります。

17 ページ下段でございますが、(10) 心神喪失者等医療観察法に基づく医療についてです。県内唯一の指定医療機関として、多職種により、手厚い医療の提供を行い、退院・社会復帰を進めております。

なお、北病院における指定入院病床5床の稼働状況でございますが、稼働率100%となっており、特に5年の夏からは、厚生局からの要請を受けて、特例的に6人目について、保護

室を使って受入れをしております。

また、通院の方についても、多職種の治療チームによりまして、継続してデイケア、訪問看護等を実施しており、昨年は3人が退院しております。

中でも、医療観察法の連絡会議において、北病院は退院期間が短いということで評価しているところでございます。

20ページをお願いいたします。(14) 認知症患者への医療についてでございます。

北病院の認知症の患者数はR5 864人であり、県全体の認知症高齢者数は、約28,000人とのことから、北病が閉める割合は、約3%となります。

なお、北病院では認知症治療薬であるレカネマブについては、導入実績はなく、県内では、山梨大学附属病院、笛吹中央病院などで使用されていると聞いております。

21ページをお願いいたします。(15) 医療の標準化と最適な医療の提供についてです。中央病院の機能評価係数DPCにおける機能評価係数Ⅱにおける係数合計は、1.5658となっております。中央病院の場合、この係数0.01が大体3,500万円ぐらいの影響となります。

この機能評価係数Ⅱの全国順位ですが、R5は中央病院が53番目となっております、トップについては北海道の帯広厚生病院ですが、当機構の近くで言いますと、聖隷浜松病院が74番、佐久医療センターが103番。それから一番意識しております、静岡県立総合病院が64番という状況にあります。

22ページでございますけれども、クリニカルパスの適用状況です。令和2年からクリニカルパスに専従職員2名を配置して、特に専用ソフトを使って、他の病院のパスを参考にできます。新たなパスの導入やパスの見直しを進めた結果、パス適用率は66.1%となり、平均在院日数の短縮に繋がりました。

また、退院支援についても、入院説明時から取組んでおり、平均在院日数の短縮につながっております。

24ページをお願いいたします。(16) 質の高い看護の提供についてでございます。

1つ目のポツ、看護職員の採用状況ですが、救急医療の拡大、外来手術室の運用やロボット手術、心臓血管外科の稼働に対応するために、令和6年度に103人を採用しました。

2つ目のポツ、夜間における看護サービスの向上、看護職員の業務負担軽減のため、夜間看護配置を令和2年から12対1としております。また、看護学生を中心に夜間の看護補助者の採用を進めまして、夜間100対1看護補助体制加算を維持しております。

25ページをお願いいたします。下から2つ目のポツ、令和4年度から中央病院において看護師の特定行為研修を始めており、5年度は3名が修了し18名が在籍しております。修了者は、手順書に準じた一定の診療行為を行うことができることから、令和5年度は、人工呼吸器の設定調整や感染兆候患者に対して臨時的薬剤投与など214件の特定行為を実施しました。

28ページをお願いいたします。(18) 医療安全・感染症対策の推進についてでございます。新型コロナの影響もある中ですが、全職員には年2回、医療安全の研修会に参加できるように、e-learningによる研修を実施しております。一番下の図となりますが、中央病院の参加

率 99.7%、北病院の参加率は 100%となっております。

次に、29 ページの上段でございます。中央病院で特に誤投薬や、それから転倒転落、ドレーンチューブのインシデントそれから治療措置等インシデントをゼロにしていこうという取り組みを進めております。なお、昨年度は転倒転落の件数が増えたことから、レベル 3 以上のインシデントの件数は、8.4%増の 103 件となりました。

なお、中央病院、北病院におけるインシデント総件数については、30 ページの中段に記載しておりますが、全体としては減少となっております。

インフルエンザ予防接種の病院職員への接種割合ですが、令和 5 年度は 95.0%、令和 4 年度は、97.9%とほぼすべての職員に接種できております。

続いて、32 ページをお願いいたします。(21) 医薬品の安心安全な提供についてです。薬剤部の努力によりまして、服薬指導、持参薬鑑別等の件数が増加しております。この服薬指導が進むことで、患者にも薬の情報が共有され、患者が必要性を認識した上で、服薬していただき、退院後もしっかりと、服薬していただけるということで、全体としての医療効果が高まってくるものと考えております。

また、持参薬の鑑別が進むことで、入院に至った症例だけでなく患者自身が抱えている健康状況の把握、退院先の調整、逆紹介の必要性等が確認できている状況となります。

次に 33 ページをお願いいたします。上から 6 つ目のポツとなりますが、クロザピン、精神疾患の薬でございますが、北病院においてクロザピンの導入を積極的に取り組んでおりまして令和 5 年 7 月から、相談外来を開設し 7 件の相談実績となりました。

33 ページの中段からですけれども (22) 患者サービスの向上についてでございます。中央病院、令和 3 年の 5 月から外来会計を直営にしております、外来の待ち時間は、平均 7.7 分となっております。

なお、予約時間から実際の診察時間までの待ち時間は、令和 5 年度は、予約患者で 20 分、予約外患者で 27 分、令和 4 年度は、予約患者で 20 分、予約外患者で 35 分でした。

35 ページの上から 6 つ目のポツとなります。マイナンバー資格確認件数は記載のとおりですが、外来患者に対する率としましては、令和 5 年度の中央病院では 3.5%、北病院では 1.1%、令和 4 年度の中央病院では 0.6%、北病院では 0.1%でした。伸びてはおりますが、まだまだ少ない状況でございます。

続きまして 36 ページをお願いいたします。(24) 医療に関する調査及び研究についてでございます。

中央病院では治験が新規 11 件、継続 19 件。臨床研究が、新規 81 件、継続 82 件。北病院では、臨床研究で新規 15 件、継続 17 件でした。

また、看護の質の向上を目指しまして、県立病院大学と 20 題の共同研究に取り組ましました。

続きまして 38 ページをお願いいたします。(25) 医療従事者の研修の充実についてでございます。

まず研修医については令和 6 年度の 4 月から 27 人の新規の研修医を採用し、特に産婦人

科・小児科重点プログラムに4人を採用しております。

研修医については非常に多くの方の応募をいただき、一般病院の中で多くの研修医を確保できている状況でございます。

それから新専門医の方、その下の表で整理してございますけれども、中央病院・北病院は、基幹施設のプログラムで28名、それから山梨大学などが基幹施設のプログラムで30名、合わせて58名の方が在籍している状況です。

次のページをお願いいたします。看護の関係です。中段から認定看護師等の状況ですが、令和6年4月1日時点で、全部で専門看護師が5人、認定看護師が43人、特定行為看護師18人が在籍しております。

続きまして、42ページをお願いいたします。(26)職場環境の整備についてでございます。一番上のポツに記載しておりますが、令和5年度は医師の負担軽減を図るため、医師事務補助者を11人採用しております。

続きまして、44ページをお願いいたします。医師に対しての主な負担軽減の実例としまして、上から3つ目のポツ、DCドクターズクラークの代行入力数について、対前年度比2.0%増の40万件強となっているところです。

なお、外来配置のDCにおいては、医師から紹介状の有無や検査項目などのチェックが書かれた指示書を受け取り、電子カルテに入力処理を行っております。

続きまして、50ページをお願いいたします。(31)災害時における医療救護についてでございます。

上から4つ目のポツ、昨年10月には、中央病院を活動拠点としまして、中部ブロック各県のDMATによる訓練を実施いたしました。

次のポツ、今年の1月1日に発生しました能登半島沖地震への災害派遣としまして、中央病院DMAT隊は、翌1月2日から2月12日までの33日間に7班延べ182人、北病DPAT隊についても1月5日から1月17日までの13日間に3班で延べ46人を派遣しました。

続きまして、53ページをお願いいたします。(33)経営基盤を安定化するための収入の確保、費用の節減についてでございます。

令和5年度に発生した未収金が2.4億円、令和4年が1.7億円であったため、7000万円ほど増えている状況です。

この中で、公費申請案件約4000万円強につきましては、6月中に回収されており、また、交通事故に伴う約2,000万円の未収金については、年内には、支払いが完了する見込みとなっております。

なお、不能欠損については、だいたい1000万円から2000万円ほどですが、原則として5年経過をもって処理をすることとしており令和5年度の不能欠損額については、1800万円となっております。

続きまして、58ページをお願いいたします。(36)予算、収支計画の関係についてでございます。

59 ページが収支の状況となります。収入の中で、医業収益の方が 268 億 800 万円ということで、前年度に比べて 2 億ほど増えております。主な増減内容としては、中央病院の外来収益が約 3 億増、入院収益が約 1 億増となりましたが、北病院における入院患者の減による減収が 1 億円余という状況でございます。

純利益については 17 億 5,900 万円となっております。令和 5 年度においても、新型コロナウイルスの感染対策をしっかり講じた上で、救命、周産期、がん、それから精神科の救急など精神科医療、高度医療をしっかり提供できた結果と考えております。

最後に、63 ページをお願いいたします。(39)積極的な情報公開についてでございます。病院機構、中央病院、北病院それぞれホームページについて、適時、診療内容、公開講座、評価委員の評価、理事会議事録等、積極的に情報公開しております。

中央病院で公式の YouTube チャンネルについては、令和 5 年度に新たに 6 本の動画を載せておまして R5 年度末で 5 万件的視聴となっております。

また、64 ページに記載しておりますが、中央病院、北病院の医師等が、治療方法等をわかりやすく解説する、「やまなし医療最前線」を山梨日日新聞紙面に毎月 2 回掲載することで、県民の方が必要とする医療情報の提供に取り組んでございます。

説明は以上となりますが、この業務実績報告は小俣理事長のもと 職員が一丸となって、県の基幹病院としての使命・役割を十分に認識する中で、全力で取り組んだ成果であります。評価のほど、よろしくをお願いいたします。

委員長： ご説明ありがとうございました。ただいまの報告につきまして、ご質問・ご意見をいただきたいと思いますが、発言の際は挙手をお願いいたしたいと思います。それではいかがでしょうか。

委員長： ○○委員お願いいたします。

○○委員： いくつか質問があるのですが、まず 21 ページ (15) 医療の標準化と最適な医療の提供というところについてですが、事前説明に来てもらったときに、令和 5 年までは特定病院群であったものが令和 6 年は標準病院群ということになったため順位が下がったということ聞き、理由は血液内科の医師が不足しているということでしたが、補充の目処は立っているのでしょうか。

委員長： ただいまの質問について病院機構の方から回答をお願いしたいと思います。

本部理事： 血液内科の医師について、自己都合等で退職が令和 4 年度あり、令和 5 年度から医師数が少し減っております。

あちこちに公募やお願いをしているところでございますが、そういう努力を続けていると

いう現状でございます。

〇〇委員： 24 ページの質の高い看護の提供というところですが、時間外勤務が徐々に増えてきています。これはどういうことでしょうか。

委員長： 病院機構の方で答えをお願いいたします。

本部理事： 時間外について、今までどちらかという朝のいわゆる勤務時間前の情報収集とか患者に当たる前の準備作業について、それまではサービスということで時間外の申請をするのを控えていたところがありましたが、個別ルールを看護部で作成し、実際に来て準備しているものは時間外にしましょうということで、数字的には増えておりますが、実時間が増えたというよりは出し方を変えた、結果的に時間外としての対象になるところが増えたというところであります。

委員長： 〇〇委員よろしいでしょうか。

〇〇委員： はい。

あとですね、30 ページのインシデントレポートの中央病院のところですが、うち生命危険に関わるものが今までゼロだったものが3件入っているのですが、その内訳はどういう症例があったのでしょうか。

委員長： 病院機構お願いいたします。

本部理事： すみません、ちょっとお時間をいただいてよろしいでしょうか。

委員長： それでは確認していただいて、会議の中で後ほど回答をお願いしたいと思います。

〇〇委員、他にございますか。

〇〇委員： 35 ページ、患者サービスの向上について、マイナンバーカード資格確認件数が中央病院で3.5%ですが、これはどこを見てもほしい5%以下です。これはどこまで本気でやるのか、それから、本気でやるのであれば何か対策を考えなければいけないのですが、その対策はどうするのか、その辺の方策を知りたいです。

委員長： それでは、病院機構のお考えをお願いしたいと思います

本部理事： マイナンバーの確認数が非常に少ない状況でございます。

確かに今マイナンバーでの確認のすぐ隣で行っている保険証確認の方が便利でそこへ行っている部分が多いと思われるのですが、国レベルでマイナンバーにしていくということで、何人かを配置してそういった確認を進めるしかないかなというふうに考えております。

自治体病院協議会等でも話題になっており各病院が困っている状況ではありますが、そういう方向でやるしかないと考えているところであります。

〇〇委員： マイナンバーカードに保険証の紐付けというのは既存の端末でできることのようなので、積極的にアクションをかけて数を増やしていくこともご検討ください。

本部理事： はい、分かりました。

委員長： 今お話に出ましたが病院協議会などでも色々検討されているようですので、是非具体的なご検討の方をお願いしたいと思います。

他の委員の先生方はいかがですか。

〇〇委員： よろしく申し上げます。

資料を見せていただいて、本当に大変な努力をしながら本当に多方面で取り組んでらっしゃるなどと思って見させていただきました。

私も〇〇委員がおっしゃったように看護師の時間外が増えている点について少し気になりましたが、それはカウントの仕方が前と違っていたということでそういう状況だったのかなと思いました。

何点かあるんですが、19 ページのところに北病院の訪問看護ステーションを平成 31 年の 4 月に開設されて、訪問実績が大分伸びてらっしゃると思っておりました。そこでちょっと教えていただきたいんですけども、年間 3,317 件ということで、結構増えてきてはいる様子ですけども、北病院の訪問看護ステーションで、訪問看護に行く必要があるというケースというのは、どのように選定されていて、どのように行ってらっしゃるのでしょうか。北病院では訪問看護ステーションで対応し切れない部分というのは地域との連携がかなりあると思いますがその辺の情報を教えていただければありがたいと思います。

県立北病院長： 訪問件数が伸びてきておまして、ただ最近、地域の精神科の訪問看護をやってくださっているステーションが急増している状態です。以前は見つからなかったのが割とあちこちで受け入れ先が見つかったので、今北病院でやっているケースは、入院した後訪問看護が必要だという新たな導入のケースと引き続き継続が必要だというケース、そういうケースに対して特に精神的な高い技術が必要だと考えられるようなケース、あるいは以前から慣れた関係ができていて変わると病状が悪化するケースを中心にやっていまして、他のところ

でもできるような方については、地域にお願いしてます。

北病院は大勢の方を見ているので月に1回、入院当初は週に1回または2週間に1回というような低頻度の訪問が多いですが、地域の訪問看護ステーションは週に2回というペースで永続的にやってくださる、その代わりキャパを超えてしまうとまた新たな患者は引き受けてくれないことがしばしばあるんですが、そういう機能の違いを見ながら、うまい具合に振り分けをしてどちらかを選ぶというやり方で進めてございます。

〇〇委員： ありがとうございます。今県内に精神看護に特化した訪問看護ステーション、実際に精神を表名するステーションって33カ所ほどございます。今先生がおっしゃったような北病院から直接そこで持っているステーションの看護師が関わる方が効果があるケースと連携で各地域のステーションに任せられた方がいいケースとで振り分けをしてらっしゃるようでしたので、そういう状況の中で、再入院はどうなっているのか、成果としてどうかなのですが、その辺は出していらっしゃるでしょうか。

県立北病院院長： 正確に集計はしておらず、再入院ということ自体はむしろ病状が悪化する前の段階といったケースもありますので、再入院自体が悪いというものでもない場合もあるのですが、またちょっと調べてみます。

〇〇委員： ありがとうございます。予防的に先に入院をして重症にならないうちという考え方もあるので、その辺りの成果は何かうまく連携を取って出せているのかなというところで、何かデータがあったらありがたいなと思いました。ありがとうございました。
もう一点よろしいでしょうか。

委員長： はい。お願いいたします。

〇〇委員： 31ページ(19)のところの医療倫理の確立について、令和6年1月に臨床倫理のコンサルテーションチームを作られたとありますが、具体的にはどんな内容で取り組まれているのか、何か稼働した状況があるのかというところを知りたいと思いますが、いかがでしょうか。

委員長： 病院機構の方でいかがでしょうか。

本部理事： いわゆる臨床の場で直接は主治医の先生方で治療方針その他について検討が必要という部分について、この臨床倫理のコンサルテーションチームは倫理委員会で医療安全の先生が中心になって色々な意見を聞いて、場合によっては倫理委員会まで意思決定をあげるというための組織です。これは機能評価の観点から必要ということで今年の1月に設置したところで、今職員の研修等を進めております。事例として出てきた、あるいは、判断云々という

ころまでは聞いていない状況です。

委員長： ありがとうございます。

〇〇委員： ありがとうございました。

医療安全の視点からの臨床倫理コンサルテーションチームということでACPとか意思決定というところに関わっていくところでの様々な検討をするチームというニュアンスではないということでしょうか。

本部理事： はい。治療の内容での議論であって、DNARの議論とはそこは別に相談体制を準備しておりますので。

〇〇委員： 実際に実働はされていないということでしょうか

本部理事： そのように私のところでは認識しているところでございます。

〇〇委員： 分かりました。ありがとうございました。

県立中央病院長： 病棟において、治療方針等はご本人の希望と違ったりあるいは医療従事者側から治療法を提示しても患者と意見が違ったりする場合があります。そういうときに直接出向いて、そこで関係する方々、それから患者を含めて相談するなど、メインは治療方針などを調整するために立ち上げたものです。

〇〇委員： 分かりました。ということは、患者の意思決定を支えていく、ACPとの意思決定の繰り返しを検討していくチームということによろしいですね。

県立中央病院長： はい、そうです。

〇〇委員： 分かりました。ありがとうございました。非常に重要なチームの動きになると思っております。ありがとうございました。

県立中央病院副院長： すみませんよろしいですか。先ほどのインシデントレポートの3件のところについて、説明させていただいてもよろしいでしょうか。

委員長： はい。お願いいたします。

県立中央病院副院長： まず1件は、患者が食事を食べて誤嚥をしまして、窒息してしまったため生命に非常に危機があったというのが一つと、もう一つはワーファリンという血液をサラサラにする薬を飲んでいる方が頭部を打ちまして、その後意識障害を起こしたということが1点と、もう一つは、デバイスとしまして、ルート確保の中でかなりの出血があって、それによって命の危険になったという、この3件がインシデントレポートの中の3件ということになります。

委員長： ご説明ありがとうございました。〇〇委員、よろしいですか。

〇〇委員： はい。

委員長： ありがとうございます。それではご意見ご質問等をお伺いしたいと思いますが、〇〇委員、何かございますか。

〇〇委員： 大変よくやられていると思いました。

2、3お聞かせ願いたいのですが、がん治療のところで、ダヴィンチとヒューゴシステムを導入して、かなり手術件数が伸びております。この手術においては、診療報酬がつかないものもありますが、その場合、基本的には、かかった費用は病院からの持ち出しになります。経営的には辛いところだと思うのですが、医師のモチベーションや診療の専門性を考えると、非常に大きなメリットがあるので、今後も当然推進されるべきと思います。この点についてどのように考えられているのか伺いたいです。

理事長： コメントありがとうございます。症例ごと1対1の計算はしておりません。

間接的な効果を考えますと、先生がおっしゃられましたように、例えば婦人科の症例数は日本有数であり、以前医学界新聞にも掲載がありましたが、それを求めて研修医の方が結構集まったりします。

質の高さを求める患者と若い医師たちが集まってくるという、間接的な面で大きな効果があると思いますので、ますます推進していきたいと思っております。

ダヴィンチ Xi を入れた当時は、先に導入されておりました山梨大学を参考に決定しましたが、現在の症例数を1台で回している病院はほとんどございません。そのため、2台目を入れなくてはならない時期に入ったと考えております。

〇〇委員： 経営を重視する病院は制限を設けたりしているところもあるようですが、やはり先生のおっしゃるとおりだと思います。素晴らしい手術を行うのは外科医の基本でもありますので、この手術に制限を設けないことは重要なことだと思います。それから、もう一つお伺いします。夜勤対応の看護師を集中的に雇われているというところですが、夜勤専門の看護師さんだけ

を集中的に雇用するシステムを作っているということでしょうか。

県立中央病院副院長： 学生さんのアルバイトを5時から9時まで今現在が37名おります。各部署に3名から4名配置させていただきまして、患者のそばにいらしていただく環境整備を行ったりする中で、当院に就職したいな、看護っていいなと感じてもらえるという効果がありまして、患者にとっても、これから働く学生さんにとっても非常にいい効果があると考えて積極的に採用させていただいております。

〇〇委員： ありがとうございます。学生さんを準夜帯に配置しているということですね、素晴らしい取り組みだと思います。夜勤だけを行う看護師さんもいるのですか。

県立中央病院副院長： 夜勤専従の看護師を基本的にはあまり置いていませんが、ときどき、やはり夜勤の時間数の関係もありまして、月に1・2部署くらいは、夜勤専従の看護師を各部署1名置いております。基本はあまり置かないようにしています。

〇〇委員： 県立中央病院の看護師さんは辞めないということで定評があって、やはり取り組みが素晴らしいなと思いました。

県立中央病院副院長： ありがとうございます。

〇〇委員： もう一つ、薬剤師さんの病棟配置ですが、薬剤師による服薬説明がかなり増えておりますが、全病棟配置になっているのでしょうか。

本部理事： 薬剤師の病棟配置加算を取るべく、薬剤師を増やしていきまして、全病棟配置になっております。

〇〇委員： 加算も取れているということですか。

本部理事： はい。

〇〇委員： 手術室もですか。

本部理事： 手術室は取っていないと思います。

〇〇委員： 非常に服薬指導も伸びていますので、素晴らしい取り組みだと思います。以上ですありがとうございました。

委員長： ありがとうございます。

〇〇委員、いかがでしょうか。

〇〇委員： 事前の説明で理解しきれなかったところについて、いくつかお聞きしたいと思います。まず7ページのドクターヘリとドクターカーのところ、出動件数について、令和5年度がドクターヘリ13.6%減、ドクターカーは11.0%減となっています。ドクターヘリの方は天候状況等の影響もあり、消防からの出動要請が減ったと伺っています。それ以外に何か特別な理由があって出動件数が令和5年度に減ったというわけではないでしょうか。

本部理事： 当方の理由でというより、いわゆる実態の患者の需要、消防本部からの依頼が減っているところが理由と考えております。

〇〇委員： 分かりました。ありがとうございます。

次に11ページにがんパネル会議の状況についての表があります。令和5年度が13回と回数的にはかなり減っていますが症例数は148件と、174.1%増えております。これはコロナ禍でオンラインでの会議回数が多かったのが実際に対面で行うようになったために1回当たりの症例の検討数が増えたという理解でよろしいでしょうか。

理事長： がんパネル会議の拠点病院に正式に認可された場合は月に1回行いますが、R2～R4は勉強会の数を足しております、実は正式なパネル会議というのは月1ですので13回が正しい数字です。R4の50回、R3の48回は院内の勉強会が含まれております。

委員長： よろしいでしょうか。

今のところでいいますと、症例数が増えているというのは拠点病院になったからということでしょうか。

理事長： 詳しく申しますと、従前は東大病院でパネル会議をやらないと遺伝子の異常が見つかって治療に結びつかなかったのですが、昨年从我々のところで正式なパネル会議が開催できるようになり、かつ治療方針の決定ができるようになりましたので、正式なパネル会議の回数をR5年は書いて、それ以前はいわばプライベートの勉強会の回数を入れてしまったと。

従来の報告書ではそちらでやっていたものですから、R5についても加えてしまったということでもあります。会議のための検体数については記載が正しく、従前は12から54件、R5からは自分のところで全てできるということで急激に増えていったところでもあります。以上です。

委員長： ありがとうございます。〇〇委員、他にご質問等いかがでしょうか。

〇〇委員： 29 ページの上から 2 つめの表「レベル 3 以上のインシデント・アクシデント件数」について、令和 5 年度は令和 4 年度に比べて転倒・転落が 11 件から 21 件に増えております。たまたまこの年は転倒転落が増えた、令和元年度や令和 2 年度も 20 件程度あるので、例年に比べればそんなに増えたわけではないという理解でよろしいでしょうか。

県立中央病院副院長： 身体拘束の最小化に向けてここ数年取り組んでおります。全く動かさないのではなく患者を動かして QOL・ADL を維持していきたいというところで、非常にご高齢で重症の方もおりますので、そういった方に対して特定看護師のチームを作りまして重症化予防チームでラウンドをしてできるだけ患者を危険なく動かすというところで今取り組んでいるところです。多少はインシデントが多くなると予測していますが、骨折のようなことにはならないような ADL の拡大を目指しているところです。

委員長： 〇〇委員よろしいですか

〇〇委員： はい。

あともう少し質問があります。56 ページの (34) 事務部門の専門性の向上についてです。事務職員の採用状況についての表があります。本文には 4 名のプロパーを採用したとありますが、表には括弧書きでプロパー化が 1 名とあります。これに関して説明いただきたいと思っております。

本部理事： プロパー化というのが行政用語だったかもしれません。病院機構ができましたとき、それまでは県職員で運営しておりましたが、病院機構として専門的な事務職員を採用して育成していくべきだということで、県から来ている職員を一人ずつ減らし、病院機構独自の採用職員を増やしていくことをプロパー化と称しております。その形で毎年一人ずつプロパー化ということになっております。実際に R6 年 4 月は職員を 4 人採用しました。

〇〇委員： 分かりました、ありがとうございます。

最後に決算に関する質問です。決算資料 2 財務諸表等の 5 ページの II に「投資活動に係るキャッシュフロー」の欄があります。その中に有価証券の取得による支出の記載がありますが、具体的にはどのような有価証券を取得したのでしょうか。

本部理事： 病院ですぐに使う必要がないものについて、銀行預金と有価証券で運用しております。ただ、最近銀行の金利が安い一方で長期金利の方が伸びておりまして、実際に運用しているのは地方債になります。詳細については財務諸表の 16 ページをご覧くださいなのですが、

有価証券の現在高の内訳が載っております。流動資産を大分持っており、1年以内に償還を迎える部分が、流動資産に計上しているものです。

まだまだ満期まで時間があるものが固定資産として載せているものです。はじめは山梨県債のみを購入しておりましたが、他県の債権についても運用している状況です。

〇〇委員： 分かりました。もう一つ、決算関連の質問です。決算資料2の9ページ真ん中に損益計算書に関する項目があります。そこに「国又は地方公共団体からの受託による収益の科目別内訳」が記載されています。損益計算書には直接この数字は出てこないようです。これについて説明いただきたいと思います。

本部理事： 国または地方公共団体というのは、国からはなく、出資元である県から委託を受けている業務です。約8,000万円のうち多くは救急医療についての県・市町村からの委託料です。具体的には北病院での精神科救急の対応について3,800万円ほど、それから先天性異常の検査で700万円ほど、病院群の輪番・地域の2次救急の当番について市町村から受けております600万円ほどをいただいております。

また、北病院で子供の心の診療ということで児童思春期の関係でも受けております。あとは難病・身体障害の関係などもあり、全部で8,000万円ほどいただいているところでございます。

その下に合わせて実習料収入というのがあります。これは実習生に対する収益ということでございます。雑収益というのはDMATの活動や他病院への医師派遣に関してであります。医療からは外れるということで雑収益ということで整理させていただいております。

〇〇委員： ということは損益計算書の中の営業収益の中にこれが含まれていて、特にこれを頭出ししてあると考えてよろしいでしょうか。

本部理事： はい。

〇〇委員： ありがとうございます。

委員長： よろしいでしょうか。委員の皆様ありがとうございます。

それでは、この議題につきましてはここまでとさせていただきたいと思います。

委員の皆様には、先ほどの病院機構からの説明及び質疑応答を参考に、項目ごとに採点をしていただきまして、後日、先ほどの事務局の説明ですと7月26日になりますが、採点シートのご提出をお願いしたいと思います。

それではもう一つの議題へ入りたいと思います。

地方独立行政法人山梨県立病院機構 第3期中期目標期間 業務実績報告についてでござ

います。まず、事務局から評価方法について、説明をお願いいたします。

事務局： それでは、「別添資料1」と「別添資料2」でご説明いたします。

別添資料1左側の「区分」のところをご覧ください。中期目標期間評価についてであります。こちらは、中期目標に記載されている17項目について、S・A～Dの5段階で評価することとなっております。

本日委員の皆様からいただくご意見及びこのあとご説明しますが、後日ご提出いただく特記事項並びに第3期中期目標期間中の各年度の評価結果を踏まえ、県の評価書（素案）を作成いたします。

第2回の流れについては、年度評価と同様であります。

次に、後日ご提出いただく「コメントシート」について、ご説明いたします。

「別添資料2」15ページの第3期評価一覧表をご覧いただきたいのですが、令和2年度から令和4年度の評価結果と、令和5年度の自己評価が一覧となっております。

年度評価の方では、採点もお願いしておりますが、中期目標の期間評価は、これまでの各年度の積み重ねがございます。

各年度の評価状況を目安にいただきながら、次の16ページ以降の「コメントシート」の方へ、病院機構の自己評価に対して、このように評価した方が良いというようなコメントや、その他、評価書に記載を盛り込むべき事項などを、ご記入いただきたいと思います。

特に評価の判断が分かれそうなところについて、詳細に記入をお願いいたします。

中期目標期間評価の「コメントシート」もメールにてお送りしますので、年度評価の「採点シート」と同様に、7月26日（金）までにご返信いただきますよう、お願いいたします。

そのほか、評価にあたりまして確認点等ございましたら、医務課までご連絡ください。

以上が、第3期中期目標期間業務実績評価についての説明となります。

委員長： ありがとうございます。

それでは、機構の資料第3期中期目標期間業務実績報告書の内容について、これにつきましては昨年度の評価委員会の中で業務実績の見込みについてですね、評価をいただいているところでございますが、最終的な実績ということで病院機構の方から主要な項目について、それから見込みから大きく動きのあった事項について説明をお願いいたします。

本部理事： それでは、機構資料3、第3期中期目標期間に係る業務実績報告書、業務実績評価のとりまとめについて説明させていただきます。

表の作りとしまして、R2からR4までの3年間の各年度において評価していただいた評価結果、その右にR5年度、先ほどまで資料の2でご審議いただいた部分の自己評価を転記しております。また、昨年度評価いただきました中期計画の見込み評価を記載してございます。

中期計画の自己評価としましては、昨年度までにいただいた評価結果を踏まえ、更に令和

5年度の自己評価を加味して評価したところでございます。

評価項目は17項目ございますが、結果的に昨年度評価いただきました見込み評価と同一の評価を中期計画の自己評価としております。

S評価が9項目、A評価が6項目、B評価が2項目であります。S評価としましたものは、本ページの(1)政策医療の提供、(2)質の高い医療の提供、次のページの2医療に関連する調査及び研究、3医療に関する技術者の育成、確保及び定着の中の(1)医療従事者の研修の充実、3医療に関する技術者の育成、確保及び定着の中の(2)職場環境の整備、4医療に関する地域への支援(1)地域医療機関との協力体制の強化、5災害時における医療救護、次のページ、2経営基盤を安定化するための収入の確保、費用の節減、5予算、収支計画、資金計画、短期借入金の限度額の9項目であります。

また、前期第2期中期目標期間の評価に対し、自己評価を引き上げた項目は、2ページ目の(1)医療従事者の研修の充実、(2)職場環境の整備、5災害時における医療救護の3項目をAからSに引き上げております。

これにつきましては、昨年度までいただいた、各年度の評価が全てSであり、中期計画の見込み評価もSであり、機構としての自己評価もSとさせていただいております。3ページ目の最後 その他 業務運営に関する事項について、BからAに引上げております。昨年の見込み評価でもAの評価をいただいております、多くの部分でAとSになっているということでBからAに引き上げております。

以上でございます。評価のほど、よろしくお願いいたします。

委員長： ありがとうございます。

ただいまの報告につきまして、ご質問ご意見をいただきたいと思っております。

先ほどもお話ししましたが、中期目標期間の業務実績につきましては、昨年度の見込みの段階で評価をいただいております。見込みから特に変わったところはないという理解でよろしいかと思っております。何かご意見ご質問はございますか。

〇〇委員： 前の5年度の業務実績の方もそうでしたが、その他の業務運営に関する事項というところで、法令社会規範の遵守。これがずっとBなのです。

5年度のところも読ませていただきましたが、画期的な対策が見られない。BをAにする対策を伺いたいです。

本部理事： 法令社会規範の遵守、これは職員の意識、それから考え方の問題であるとも思いますが、画期的な部分が、というところは長期の課題にさせていただければと思います。

実際には病院の機能評価を取りまして、色々な部分での他病院の例とか病院運営の患者対応とかそういう部分での職員の意識付けや心構えはできていると思っておりますが、法令となると機能評価取ったからこれもというわけにはいかないと思われました。

委員長： Bの評価でも評価基準で行けば中期計画の実施状況が順調であるというものではありません。

法令の遵守というところは、守って当然のところなので、それが優れていると自己評価するのも難しいのかなとも思いますが、それを含めて機構の方でもですね、取り組みをお願いできればと思います。

他の先生方いかがでしょうか。

よろしいでしょうか。

それでは、この議題についてもこれで終了とさせていただきたいと思います。第3期の実績評価につきましても、コメントシートの提出を後日お願いしたいと思います。

本日の議題はここまでとなりますが、その他議題以外に何かご意見がございましたら伺います。

よろしいでしょうか。

以上をもちまして、本日の審議の方を終了とさせていただきたいと思います。長時間にわたります、委員の皆様方、病院機構の皆様方にはご協力いただきましてありがとうございました。

(審議終了)

司会：閉会