

平成28年度第2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 平成28年8月18日(木)午後6時30分～午後8時15分
- 2 場 所 地方独立行政法人山梨県立病院機構県立中央病院 看護研修室
- 3 出席者 委 員 小沼省二 木内博之 手塚司朗 波木井昇 古屋玉枝
法人本部 小俣理事長 寺本県立中央病院長 藤井県立北病院長
内藤理事(病院機構本部事務局長) 病院機構職員
事 務 局 井出福祉保健部次長(医務課長) 下川医務課総括課長補佐
医務課職員(事務局)

司会：開会

(小沼委員長 挨拶)

委員長：それでは議事に入りたいと思います。平成27年度の業務実績評価書について、事務局から各委員の方々に記入していただいた評価シート及び評価について説明をお願いします。

事務局：まず資料の確認をお願いいたします。

事務局で用意させていただいた資料が3部ございます。A3縦版の「評価シート」、A3横版の「平成27年度業務実績評価」、そして厚いA4の「業務実績評価書(案)」、これらが資料でございます。

最初に、各委員の皆さまからいただきました、各項目別の評価結果についてこちらからご説明させていただきます。

まず「評価シート」をご覧ください。

各項目の評価について、左から平成26年度のもの、機構が評価したもの、評価委員会が評価したものについて載せてあります。

全40項目ある評価につきましては、15番「高度医療の関係について」は評価保留となっております。

それ以外は評価委員の方々の評価と病院機構の自己評価はすべて一致しております。

因みにこれまでのところ今回の評価は、

Sが、平成26年度8項目、平成27年度11項目、

Aが、平成26年度18項目、平成27年度15項目、

Bが、平成26年度15項目、平成27年度13項目、

そして、先程の15番の保留が1となっております。

次に、昨年度との違いということで、平成26年度から今回の平成27年度に対して、評価が下がったものはありません。

逆に、評価が上がったものが6項目ございます。

20番、26番、28番、32番、35番、37番、

以上の6項目の評価が上がっております。

続いて、A3横版の「平成27年度業務実績評価」をご覧ください。

こちらは委員の皆さまからいただいたご意見、質問も一部いただいておりますが、そういったものを取りまとめたものでございます。

先程ご説明したA3縦版とこちらのA3横版の結果をまとめたものが、今回お手元にありますA4の「業務実績評価書(案)」となります。こちらについて次にご説明させていただきます。

全体の構成は、

1ページから10ページが全体評価、

11ページ以下が項目別評価

となっております。

全体評価については、3ページに「総評」がございます。4ページから10ページまでが平成27年度の病院機構の実績に対する評価を項目ごとに記載させていただいております。

全体評価の評価は、病院機構の1年間の実績、そして評価委員の方々の評価に基づいて記載しており、項目別評価と若干重複する箇所もございます。

次に、各項目別評価ですが、評価の下に記載のある特記事項、こちらについては各評価委員の方々からいただいたご意見をまとめた評価シートに基づき、記載させていただいております。

本日は第2回の評価委員会となりますので、是非ご決定いただきたい事項がございます。まず、40項目別評価の各決定です。これをまず皆さまにお願いしたいと思っております。

それを受けまして、評価書(案)の3ページ以下の全体評価の確認と併せて、3ページ「総評」の冒頭にある評価の記載、太字となっておりますが、中期計画の実施状況が、概ね順調、順調、優れていた、こちらについても評価の決定をお願いいたします。因みに昨年度は「優れている」となっておりました。

また、3ページ以下の下線を引いてある部分は、3ページ、5ページ、9ページとありますが、15番の高度医療の関係で評価保留となっている項目の記載であり、どのような記載とするか、委員の方々と検討させていただきたいと考えております。

委員長：それでは、項目別評価について、特記事項及び評価についてのご意見・補足・ご質問等があればお願いいたします。

委員：高度医療の県立中央病院の役割について、一次救急、二次救急としっかり受け止めていただいているところですが、三次救急をもし受け入れる時に支障があったのかどうか聞かせていただけますでしょうか。

病院機構理事：医師をどのように配置しているかに関係しますので、こちらでお答えさせていただきます。

当病院は三次救急の受入を行うとともに、二次救急についても日を決めて受入を

行っております。三次救急に対応する医師が2名いるのですが、二次救急の当番の日は、この2名とは別に、二次救急に対応する救急救命の職員を置き、なおかつ内科系の医師4名を別途用意しております。

二次救急の当番日以外の日についても、内科系、外科系の医師で対応しております。場合によっては救急救命センターの医師またはオンコールの医師が対応するというので、体制は十分だと考えております。

また、ドクターヘリ、ドクターカーについても導入から何年か経ちますが、消防本部において適切な運用ができるようになってきております。ドクターヘリについて平成27年度は微増ですけれども、ドクターカーについてはだいぶ減ってきております。

緊急入院の場合についても、連携病院への転院がだいぶ進んでおり、病床についても確保出来ているため、三次救急の受入に支障が生じた事例はありません。

委員：高度医療のダヴィンチについて、患者に安全、確実、低侵襲の医療を提供するだけでなく、病院や医師及び診療スタッフへもポジティブな効果をもたらしますが、とても高価です。購入による今後への効果をきちんと継続して数値として出していただきたい。

委員：今回、15番について評価保留とさせていただきました。昨年度ダヴィンチの導入を検討されたということですが、どのような検討がされたのか具体的にお聞きしたい。

また、高度医療についても計画的に導入してきたとのことですが、大切なのは計画に合理性があるのかどうか。総合的に勘案し、十分な検討がされたのか、説明が十分でないのかなと思います。私個人としては、来年度以降から、明確な合理性があるのかという項目を入れてもらいたいと思います。

40項目の中の1項目ではありますが、この項目が経営に与える影響は、40分の1ではなく3分の1くらい、かなり大きな影響を与えます。

ダヴィンチについて考えると、既に梨大に入っております、実績を上げている。そのような中で山梨県内に2台目が必要なのでしょうか。近県でもダヴィンチをたくさん用意して、患者の受入を行っております。新聞にもありましたが、がんの拠点病院が多くなりすぎて、その機能を十分果たしていない。加えて、がん病院間で高度医療機器を導入し、経営を圧迫しているという議論があります。

山梨県ではなく、二次医療圏内にがん拠点がたくさんあるような大きい県の話になりますが、がん医療センター化し、集中的に高度医療を進めていこうという議論が出ている状況の中で、県内で高度医療のあらぬ競争をしているような感覚を受けます。十分議論をされて決断されているのか、そのようなところが見えてこない、なかなか評価できないというのが正直なところでございます。

病院機構理事：当病院で、関連資料（補1ページ～）をつけさせていただきました。

全体として、機械備品の中でも高額なものについて、昨年度導入状況を記載しております。平成27年度は契約額ベースで15億5,000万円ほど導入しております。

その中で、4項目めの情報系のシステム端末をどうカウントするかは微妙なところではありますが、上の4項目については新規のもの、下のリニアック以下のものについては、古い機器の更新であります。15億5,000万円のうちの4億円余が新規ということで導入しております。

購入理由について、特にダヴィンチについて説明させていただきます。

まず、ダヴィンチXiというものを今回導入したわけですが、2015年3月に発売された、一番新しく一番機能的にも優れているもので、低侵襲な手術が可能であり、患者への負担が少ないことから、入院日数の減少、退院されるにあたっての時間が削減されるということで、なにしろ患者へのメリットが大きいものです。

補足する部分として、新たな医師の呼び込みにアピールがあるということ。また、患者が早く退院できるということで、次の患者がどんどん入ってくることができるというところでございます。

全体としてこのダヴィンチを導入することによる収支の話というよりも、病院全体としての医療機能提供の価値を高めることに期待できるというものでございます。

実際のところ、前立腺がんの手術が認められ、腎がんの手術についても保険適用になったということで、今現在は泌尿器科の関係だけでございますけれども、新たな動きといたしまして、婦人科、消化器系のがん、肺がんについても今後は保険適用が認められてくるに当たって、それに向けての取り組みが多くの大学病院等でされておりまして、当病院におきましても子宮がんについて、まさに本日1例目の症例が実施されたところでもあります。

今まで当病院では保険収載されているものを中心に行ってきたところですが、この症例については、まだ先進医療にもなっていないのですけれども、オールジャパンの先進医療の獲得に向けた一翼になっていくと、新しい立場に入れたのかなと考えております。

そうはいいましても、実際のところお金の議論としてどうか、というところについて、補2ページに収支見込みを載せてございます。泌尿器系の手術に関して、導入初年度の件数として例年ベースで約30件、収入としては3,000万円となっております。費用側として、減価償却をどのように考えるかというものが非常に大きいのですけれども、減価償却をこのように考えると5,000万円ほどの赤字。一方で、今現在ダヴィンチを入れている病院、もう既に日本全国で210施設ほどで入っております。そのうち、都道府県立の公立病院で既にダヴィンチが入っているところが20施設あるのですけれども、そのような病院でだいたい年間20例くらいは実施しているという状況がございます。その場合、減価償却も含めまして約4,000万円の赤字です。

ただ、今後手術が増えていくことで計算しますと、140~150件くらい行ったら全体としては収支が均衡するという想定であります。

今現在、肺がんはじめ婦人科、消化器系の保険件数からいくとそれについては対応可能だと思います。

往年の泌尿器系だけで収支を計算すると確かに厳しいところはあるのですが、今

後の広がり、なによりも患者の負担が少なく、よりよい医療を提供できるということ、なおかつ新しい機種ができたということで、導入したという経緯でございます。

委員：単純に計算すると収支は見込めないわけですが、今お話になられたような良い効果があるので、設置の意義は大いにあると思います。その良い効果を定量的に具体的にデータとして蓄積して、公開していけばよいと思います。

中央病院長：ダヴィンチが入り、前立腺がんに対しての保険適用の件もありましたので、実際にはですね、前立腺がんは男性のがんの中で一番になり、増加しております。

昨日勉強会がありまして、信州大学では約100例の前立腺がんの事例があるそうです。それがこの5年で急激に増えまして、8割近くがダヴィンチで手術しております。どういうことかと言いますと、ダヴィンチは新しいように思われておりますが、これからの医療を考えると、患者にとってプラスになるのではと思います。

収支についても前立腺がんが増えていくことを考えると、少なくとも高い買い物ではないのではないのかなと思います。

ダヴィンチは既に新しい医療ではなく普通の医療に変わりつつあります。

委員：それをデータや数値で出していきたいということです。県内にダヴィンチが2台ある中で、本院での前立腺がんを含んだニーズはどの程度あるのか、5年後にはどのような見込みになるか、事前にシミュレーションして検討した結果やその経緯がみえてこない点が気になります。

中央病院長：前立腺がんは非常に増えております。先進的に行っているところはすべてダヴィンチで行っております。採算性についてはこれからですが、十分にメリットがあると思います。

委員：低侵襲、安全性、確実性がダヴィンチの利点ですが、その他メリットについて具体的にお願いします。

中央病院長：まず出血が少ないことが非常に大きいこと。そして入院期間が短くなることが挙げられます。今そういうものに対応していかなければならない、やらなければならぬと思います。

委員：たしかにそうですが、計画の中にそのようなメリットや必要性が十分盛り込まれていたのかが見えてこなかったと思います。

委員：コスト等も含め、ペーパーとしてきちんと議論されたのですか。

病院機構理事長：このご質問は前回も出たため、同様のご回答をされたかと思うのですが、ダヴィンチは昨日今日で導入された機種ではなく、日本では200台、アメリカでは

2000台以上使われているものであります。一方、今話題になっている重粒子は外国でわずか7台の導入です。重粒子というとなかなか高価なものを外国で7台、日本では5台導入しています。一方で、ダヴィンチはアメリカで2300台、日本では200台、10分の1でありまして、医療ニーズに応える現場がその数を増やしてきたのです。ただ、委員が言われましたように、小さな県で2台いるのか、という議論ですけれども、これはもう具体例になります。5年前からダヴィンチは既に導入されておりまして、東京医大では当時年間500例やっておりました。山梨からは1時間半電車に乗れば新宿に入れますので、例えば山梨大学で導入する際にそのような議論はあったのかとか、既にダヴィンチは200台導入されている中で、経営効率等を議論してから導入したのかというところはあります。ですから、山梨大学の経験で、何例やったら減価償却を含めてどうかというところをぜひ参考にしていきたいと思っています。

その時に非常に重要なことはですね、東京医大の例ですが、インターネット等を見て患者が行くそうです。そうしますと、ハイスループットのところはものすごい数をやりますのでペイするのですが、そうでないところはそこその症例数だそうです。ですから、山梨県で2台入れる必要があるかという議論に関しては、私は5年前だったらNOでした。例えばPETや重粒子なんかもございますし、山梨の患者は東京医大でやっておりましたので、当時は反対でした。

ところが、前立腺がんだけではなく腎がんの保険適用が通ったということで、お手元の書類を見ていただければ、医療ニーズがどこにあるかということが明確にわかんと思います。できるだけ患者には侵襲性が少ないこと、メスで切りますと何センチも大きな傷ができてしまいますし、メスで切るよりも侵襲性が少ない腹腔鏡下でも、例えば腫瘍径1.5センチの場合、全部腎臓を取ってしまいます。しかし、ダヴィンチは腎臓を取らず、腫瘍部位をくり抜いている訳です。がんの腫瘍圏1.5センチと切除マージンを3センチ取るだけです。もし80歳の患者に腎がんができて、腹腔鏡で手術を行うと腎臓が片方なくなってしまうわけですね。しかもダヴィンチで行った場合は出血量が限りなくゼロで手術時間もプラスマイナス2時間ですから、純粋に医学的なことだけを考えるなどおっしゃいますけれども、山梨県でこのような医療が提供できない、ということがあるが故に東京に行ってしまうわけです。単純に子供が機械を欲しいから手にするんだという次元では全くないです。

今日現に行われていることは何かといいますと、腎がんが保険適用に至るまでは先進医療というステップがあるんですね。これは委員もよくご存じだと思いますけれども、治験と同じでして、既に腎がんに関しては、神戸大学の教授に来て頂いて、彼がプロモーターになって、日本で前立腺がんに次いで4月から腎がんの保険診療が適用になりました。前立腺がんのみで議論していたものが、腎がんに広がった。更にいえば、アメリカの2000台はほとんどが子宮体がん、子宮頸がんの手術です。日本でその中心となっているのが倉敷の医療センターの先生で、今日、先進医療を目指して、つまり先進医療に認可されたので、100例やりますと、次は保険診療になります。ですから先生方が議論しているのは山

梨県の人口と前立腺がんの数の話をしているのですが、その点に関しましては委員ご指摘のとおり、私も反対でした。しかし今、適用が広がった、すなわち患者の数が増えるかもしれない、さらには、子宮頸がん、さらには胃がん、大腸がん。

ここは県のがん拠点病院です。我々がやらなくて誰がやるのかという思いがあります。ですから、そういう意味で、ステップがいくつかあって、最初は先生方おっしゃるとおりで、何も小さな県でやることはないだろうと、東京に逃れていた。逃げていたとはどういうことかということ、山梨県ではそういう医療ができないから、東京に行かれたと、そういうことになります。ですからステップが単純ではなくて、二つも三つものステップがございます。

委員：よりよい医療を提供するにあたっての医療ニーズはよくわかりますが、量的なニーズを含めて、議論をされたのかというところが大事。そこを問題にしております。平成27年度にダヴィンチの導入に関してそのような点も含め議論をされたのかということ聞いております。

病院機構理事長：もちろん議論しております。機械が入っただけでは手術できませんので、信州大学の教授にご相談して、現役の准教授を4月1日から招き、9月には3人体制を4人体制にする等、当然前準備を行っております。

委員：医療的なニーズではなく、導入するにあたって、数としてニーズがあるのか、また、5年間でペイができるのか、総合的に議論してやらねばならないという結論に至ったのかを聞いております。

委員：理事長がおっしゃることももっともですし、ダヴィンチの持っている威力はすごいものがあります。また発展性もあります。それは皆認識しております。

ただ、平成27年度に導入を検討していた時点では、まだ腎がんが適用されるかどうか不明らかではなかったと思います。その段階では前立腺がんのみが保険適用でした。今後いつから、前立腺以外の癌が適応になるか不透明な段階で、どのような数字に基づいて計画を立てて検討されたのかということ委員はおっしゃっているのだと思います。どのような計画を立てられたのか教えていただきたい。

病院機構理事長：議論は十分されましたし、見通しについては、腎がんがまもなく保険適用されるという情報もあったので判断をしました。もっと申しますと、繰り返しになりますが、アメリカで2300台入っている先進医療は、日本では100例行います。100例を行う施設は3～5施設で行うのですが、うちの施設がその3～5施設になるためには、あと10例行う必要があります。逆に言いますと、今までの山梨県の医療は、他で行ったものを、例えば治験ひとつにしても、厚生労働省が3年後に認可したものを我々が後追いでやっているわけです。しかし、このダヴィンチで今日行われたことは、これから先進医療として、次に保険適用が認可されるかもしれない可能性を秘めた第一弾がスタートしているわけです。ですから委員はもちろんご理解いただいていると思いますが、従来

型の山梨県の後追いタイプの医療ではないということです。

病院機構理事：腎がんの先進医療としては進んでおりまして、いつかは保険適用になるだろうと考慮する一方で、当院が婦人科や肺がん等で、どの程度の既存の手術があるかといいますと、婦人科と肺だけでも毎年300例ほどあります。

そのようなことからしても、いつかは保険適用になるだろうということも考慮しております。また、減価償却について少し説明不足だったのですが、確かに法定上の減価償却は5年になっておりますが、実際何年使用できるかといいますと、メーカーでも10年程度は十分に使用できると言っている状況もありますし、当院で導入した機械についても10年以上使っているものがあるとのことで、減価償却については確かにこの金額ではありますけれども、長い目で見ると、減価償却がかからない期間を考慮すると、平均すると半分程度になるのかなという認識はございました。

委員：よくわかりました。私が言いたいのは、これだけの高額な医療機器を導入するにあたり、経営に与える影響が大きいので、内部でしっかり議論をして、医療的ニーズだけでなく多角的に、アライアンスも含め総合的にしっかり検討してほしいということです。

かつては中央病院で医療機器を購入する場合、医務課でまず検討し、その後財政課で厳しいチェックを受けて、さらに議会のチェックを受けるという二重、三重のチェックがありました。それが意味経営の自由度を阻害しているということで、独法を目指そうという一つの要因になった訳です。今はチェックするところが何も無いわけで、要するに機構が買うものはいいものだという性善説に立っている。そこにしっかりとした理由がなければ、しっかり説明責任を果たさないといけないのではないかと。それだけ皆さんの責任が重くなっております。自分たちでしっかりとした計画を立てないと、信頼性がなくなってしまうのではないかと。計画を立てるにあたってしっかりとした議論をしていただきたいと、そういう主旨でございます。

病院機構理事長：評価委員会を踏まえて、そのような意見は十分勘案しますけれども、ダヴィンチの持っているポテンシャルは大変なものがあると思いますし、当然経営上の議論をした結果導入したわけでありまして。

委員：高額な設備投資ですので、使用期間中の減価償却を含めて細かな収支計算というものをしているらっしゃいますか。

病院機構理事長：当然やっております。例えば冠動脈の手術が1回どのくらいの金額でやれるかといいますと、85万円です。ところが今度のダヴィンチの手術費は92万円で、だからといって導入したわけではありませんが、今まで最も高い手術がさらに高い金額で行うことができます。

私はこの病院に来て、経営効率うんぬんを考えたことは実はあまりありません。患者をただ早くきれいに治しなさいと、ただその一点だけを考えてきました。経

営効率について考え始めると、なにが始まるかと言いますと、どこの課の水揚げがどうである、看護部の給料はどのくらいだと、きわめて悪循環に陥ってしまっている病院がたくさんあります。ひとつひとつの事象を取り上げてペイするかどうかという議論していたら、そもそもこの病院を490億円かけ建てたという、その減価償却を含めた計算をどうやったのかということにもなりますし、一つ一つの収支計算をするつもりはございません。

委員：その計算をしてもらいたい。ダヴィンチが仮に9年間のうちどのくらいで収支に見合うのですか。

病院機構理事長：ランニングコストでいえば十分にペイします。現在胃がんと大腸がんも先進医療で行っておりますので、それらが保険適用になれば更に収支が増える見込みです。

委員：たとえマイナスになっても、数値には表れないステイタスがあるので、理事長がこのくらいであれば導入する価値があるとご判断することはよいのですが、その議論の中身が見える形で示してもらいたい。

病院機構理事長：PET、リニアック、重粒子等を常に検討し、機が熟したということでダヴィンチを導入しました。医療、医学の進歩は非常に早いものがありますから、機械備品を買う予算の中で、タイミング等、ベストなものは何か考えながら導入しております。その上で、減価償却、人件費、ランニングコスト、薬価等、一つ一つ計算せよと言われれば収支は出せません。しかし、ランニングコストにおいては、一人あたり90万で、40人入れれば3600万円、そういうことをやり始めると、現実的にはあまり意味のない数字となってしまいます。

委員：判断資料としてそれを作るべきであると思います。

病院機構理事長：前立腺がんに限っていえば、私は反対でしたけれども、腎がんが保険適用された、また東京医大の500例受け持っていた先生がおやめになったという情報もありますし、アメリカではダヴィンチの手術は子宮体がんが主流になっていることもあります。また、先進医療を行う施設に当病院が加わる可能性があります。ペイするかというのは、当たり前のことですが、買ったものの値段と使われた頻度によって決まるわけです。見通しがなければできません。見通しというのは医学の進歩に比例します。医学の進歩を考慮しないで、ペイするかどうか検討せよというのは、現実的ではございません。

委員：良い要素ばかりを盛り込んで収支を見込んでいるようなイメージがあります。今の与えられた条件の中で、収支計画、医療ニーズ等、トータルを十分に議論して、それでもやろうと、そのような議論がされたのか、そこが重要です。

病院機構理事長：医療の部分の需要がどれだけ伸びるかという見通しを考えずして議論はできませんし、一方、一期計画の純利益43億というのがトータルの範囲です。ですから、機械と、それを何人くらい使ったかという計算のみで判断するというのは、適当ではないと思います。

委員：限られた資源の中でどうしていくかという話をしていただきたい。

病院機構理事：第二期の中期計画を作る際にダヴィンチの件も考慮しているのですが、減価償却についても見込める範囲で見込んでいます。一方で、ものすごい患者が増えて収益が上がる計算をしているかと言いますとそうではなく、現実的な数字で収入を見込んでいます。ダヴィンチが稼ぐような第二期の中期計画を作ってはおりません。また、ダヴィンチを使って今後どのように右肩あがり収益を上げていくかを見通すということは、どのような状況であっても難しい。特にダヴィンチについてはそういう性格を持つものだと思っています。ただ一方で、より先進的な、患者の負担の少ない医療をする上で、需要を生じる部分を踏まえて判断させていただいたということですが。

委員：総合的にしっかりと判断していただきたいと思います。

委員：救急医療について、ドクターカーの運用についてですが、患者を運ぶことが出来ないということで、例えば血栓溶解をするような場合に、そのまま救急車で運んだ方が早いのではないかと思いましたが、意見とさせていただきました。ドクターカーの運用をもう少し考えた方がいいのではないかという印象です。

委員：前回、広報の強化ということを申し上げましたけれども、前回の評価委員会が終わってから、2回山日新聞等でこちらの記事を拝見しました。がん患者への就業サポート、それからダヴィンチについて、ぜひ今後も良いタイミングで県民の皆さまに広報いただくと、頑張っていることが伝わるので、ぜひ今後も続けていただきたいと思います。

委員：総合周産期母子医療のところ、退院後の支援が十分にできるということですが、訪問看護なのか、相談支援なのか、具体的にどんなふうな体制が整ったのか教えていただきたいと思ひ質問させていただきました。

また、3番ですが、ゲノム解析検査数が非常に増加しております。どのような理由でこんなに増えているのか、教えていただきたいなと思います。

中央病院長：私から周産期のご質問に対して説明させていただきます。平成25年からNICUの入院児退院支援コーディネーターを1人配置させていただき、退院後の訪問看護や、相談支援に関して行っております。実際に199件、前年度と比べまして34.5%増えました。実際に地域との、退院後の訪問看護含めまして、どのような体制で行っているかについてお答えさせていただきます。

まず退院前は地域合同退院前カンファレンスを行い、そのスタッフは、当院の医師、看護師、児の両親、必要に応じて市町村の保健師、訪問看護師、児童相談所の職員、こういう方々に集まっていただき、まず退院する前に患者の状況を共有するカンファレンスを開催しております。それを平成27年度にはNICUの退院患者25%に対して行いました。

カンファレンスをすることによって、児の病状や家族の様子等市町村の保健師へ伝えることができ、退院前に円滑な支援体制を作ることができます。

また、カンファレンスを行わなかった場合も院内の職員による事前カンファレンスを行いまして、コーディネーターが市町村の健診に同行することを行っています。

もう一つは退院後のフォローアップ外来をやっております。フォローアップ外来とは、新生児科の医師が患者のフォローアップを外来でやりますが、NICUを退院されて、その後発育の状況とかその後の状態を、少なくとも1年半、一番長い人で15年間診ます。そういう形で私たちのフォローが行われています。

その他、合併症を持っている患者に対する訪問看護や、さらに、コーディネーターは児が退院をしてからも引き続き児及び家族と関わりを持ち、例えば万が一入院の必要がある患者には当病院へ入院してもらおうというような、細かい対応をさせていただいております。

委員：ありがとうございました。山梨県看護協会の訪問看護ステーションがありますので、必要に応じて活用していただきたいなと思います。

病院機構理事：私からはゲノム解析の件数が増えているということについて説明させていただきます。

平成26年までは乳がんとか卵巣がんの患者の遺伝子を検査しておりましたが、平成27年度から新しい卵巣がんの薬、オラパリブですとか、オブジーボ等が出てきまして、その薬を効果的に使うためにはどうしても遺伝子情報を調べないといけないということで、患者の治療指針として遺伝子の解析を対象とする患者が増えたということでもあります。決してPRしたから増えた、という訳ではありません。

病院機構理事長：昨今、新聞にありますとおり、オブジーボという薬は年間一人あたり3500万円の費用がかかります。実は当院では既に20人ピックアップしています。ということは、年間200人使用しますので、何十億というお金がかかります。その患者がなぜこの薬を使われるかという、遺伝子の異常がある患者で、層別化をしようというスタディが全国で始まっておりますが、当院が先駆けて、使う必要のある患者、使わない患者、今そこが問題になっておりますので、肺がんの患者の検査、前回の評価委員会で言いましたが、C型肝炎の治療薬は私だけで20億円使っております。純利益で1億円。と同様に、オブジーボは一人3500万円。桁が違う訳です。それをいかに層別化して、効かない方には残念ながら効かない、効く方にはやりましょうと。

難しいのは、3、4ヶ月投与してから効き始める方がいること。今までの抗が

ん剤の効いたというのはですね、命の長さをせいぜい3ヶ月から3年延ばすわけですが、今回のオブシーボは死なないんです。いわゆる進行がんで後6ヶ月といわれた患者で、例えば悪性黒色腫の場合は、脳転移してしまったら後数ヶ月です。その患者の二割が従来の抗がん剤で治らない方が治る訳ですね。死なないんです。ですからそういう薬剤は、どんどん使われていきますので、その分別をすることで症例が増えていくと。

それから、ARG1とはご存じ乳がんと卵巣がんですが、保険が通っていないため、現在1検体30万円します。それを無料で、400人近く当院でやったと。そこに肺がんが入ってきたと。その結果日本で最初にオラパリブという卵巣がんの薬が入ってきました。ですから、先程言っていましたように、今ここで行われている医療、遺伝子の件も含めまして、客観的にみて、かなりグローバルにみてもレベルが高いことをやっているなど私はみえています。宣伝が足りないのではないかと、それはそうですが、いずれは患者もわかっていた部分だと思います。ですから、ホームページにはきちんと出していかなければなりませんし、学会にも出して発表すれば医学誌にも載りますし、そういう現状であるということでございます。

委員：ありがとうございました。

委員：19番の患者満足度調査についてです。患者満足度のレベルが極めて高いということですが、それについてご説明をお願いします。

病院機構理事：今回患者満足度調査について、内容を補足資料の補4ページ以降に添付させていただきます。始めの3ページが中央病院関係、補7ページからが北病院関係となっております。

中央病院について、特に補4ページが、患者満足度調査の中の入院の部分です。5点満点の中で、だいたい項目が4点以上、特に一番右側が平成27年度となっておりますけれども、いずれも少しずつ良くなっており、絶対値としても4点を越えているという状況になります。食事については少し評価が低いところです。外来についても、だいたい4点台ということです。補6ページでは、機械について、施設について調査したものですけれども、待ち時間について、特に会計の部分で、やや評価が低いため、改善が必要かと思えます。

北病院事務局長：補7ページにありますけれども、外来患者への接遇に関する満足度につきまして、表分けしているブルーの右側が平成27年度の調査結果でありまして、看護師の態度を除きまして、総じて前年度の満足度を下回っておりますけれども、全ての職種において、3点評価、2.6点以上の点数となっております。一定の評価が得られているのかなと考えております。調査結果の個別のコメントをここには書いておりませんが、例えば、人によっては態度が悪いだとか、公務員であってもマニュアルどおりやるだけではだめだと思ふ、というような不満のコメント

もありました。

今後は、接遇についての継続的な研修や教育を行いまして、サービスの向上に努めて参りたいと思っております。

補8ページですけれども、入院患者の満足度でございます。こちらも総じて前年度を下回っているものの、4点評価で3.5点以上の評価が得られております。こちらも一定の評価が得られているものだと考えています。

補9ページについて、入院看病に関する入院患者の満足度ということで、病室の清潔感だとか、洗面所やトイレの清潔感、病棟内の清潔感が、こちらは前年度より上昇しております。ただ、病室の広さや静けさとか、入浴の回数・時間、起床・消灯時間の満足度は低下しています。患者の安全確保とか生活リズムの改善を図るため、一定の制約をしておりますけれども、それが満足度に影響しているのではないかなと考えております。

今後患者の立場に立った接遇の徹底を図りまして、さらに満足度が高まるように努めて参りたいというところでございます。

委員：良くわかりました。ありがとうございます。長年調査をやられているので変えられないのかもしれませんが、評価法を病院間で統一した方がいいのではないのでしょうか。3点満点だったり5点満点だったり、比較が出来ないので、どこかで統一したほうがいいと思います。

病院機構理事長：この調査のおもしろいところはですね、外来と入院の評価が違います。右肩上がりになるのは入院でして、外来はあまり上がらない。

私が思うのは、入院すると、医師、看護師ともに素晴らしいと感謝していただいているように思うのですが、一方外来の接遇をどうやって右肩上がりにできるか。以前に職員数がちょっと足りないのではないかと指摘があったかと思うのですが、それなりに職員数を増やして頑張ってきたところです。今後外来の接遇をやっていききたいと思います。

委員長：ご意見等は以上でよろしいでしょうか。

項目別評価については、私の責任で15番が保留になっておりますが、特記事項として、総合的に議論して検討していただきたいと記載していただいたので、評価としてはSでよいと思います。よろしいでしょうか。後は特に直すところはございません。

- 各委員 了承 -

委員長：それでは引き続き、全体評価についてご意見・ご質問をお願いします。

委員：9ページになりますが、予算、収支計画及び資金計画の3行目、控除対象外消費税対策の強化とありますけど、普通の県民の人がこれを見るとこの言葉の理解が難しいのでは。

病院機構理事：いわゆる控除対象外消費税について、収益的収支、診療材料、薬品、その他につ

いて、保険診療は非課税になっておりますので、そこについての消費税はすべて当該年度の雑損として当該年度で処理しております。

一方で、資本的支出、機械備品や建物の改修等に係る消費税につきましては、控除対象外消費税として、貸借対照表の中に積みまして、機械備品や建物の改修等、いわゆる使用年数が長いものには当該年度を含めた一律10年間で均等に費用計上しているという状況でございます。ここについて、何か減らす方法があるかということになりますと、現実には、物を買わなければこの消費税は増えないのですが、それ以外の対策はないというのが現実です。ですから、対策の強化と言われましても、病院側として受け止めがたいという現状であります。

委員：今まで委託していたけれども、病院内でできるものがあるか。一番大きいのは機械設備なので、それを節約する方法はないか。そこを含めて先程の議論となります。

病院機構理事：控除対象外消費税というより、全体の費用の縮減、それから委託と直営の適正な選択、そういう点があると思いますけれども、消費税の部分だけ出されてしまうと違和感があるのかなと思います。

材料費、それから直営と委託の適正な見直し、そういうものによって消費税は減っていくのではないかなと思っております。

病院機構理事長：消費税は機構の中で80億が課税対象、2%上がると、それだけで1億6000万です。薬品費等は仕方ないですが、委託に関して、接遇の問題でも出ました委託の関係は、現在内製化をしております。その上でよく言われますのは、我々の専門性のなさです。簡単に言いますと、保険の請求の仕方を知っている人間が一人か二人しかいないと。それを今内製化しまして、保険請求は職員がやるようにしています。

消費税の件は、委託のやり方と、人を少し増やすことによって対応していければと。

委員のご指摘の言葉の部分は、もう少しわかりやすく直していきたいと思いません。

委員長：意を汲んでいただいて、お任せするということがいかがでしょうか。

委員長：それでは、ただいまの意見を受けまして、全体評価は「優れている」でよろしいでしょうか。

- 各委員 了承 -

委員長：では、議事については以上で終了します。

事務局：事務局から、今後の評価書のとりまとめについて説明させていただきます。

本日の評価委員会でいただいたご意見を評価書に反映させ、事前に日程を確認させていただいた上で、事務局職員が8月の最終週に各委員の方々にご説明にお伺いさせていただきます。

評価書の内容にご了承いただける場合には、職員が持参した様式に評価委員会としてご了承いただいた旨の署名又はご捺印をお願いします。

評価委員会の方々の了承が得られましたら、病院機構に評価結果（案）に対する意見の申し立ての機会を付与します。

病院機構から評価委員会への意見の申し出が終了した後、評価書の内容を確定いたします。病院機構からの意見の申し立ての内容につきましては、評価委員の方々に別途お知らせさせていただきます。よろしくお願いいたします。

委員長：機構から何か意見等ありますか。

病院機構理事長：どうもありがとうございました。委員の先生方には、前回それから今回と、二回にわたりましてご審議いただき感謝しております。

本日経営の話をだいぶいただいたのですが、やはり患者のための良い医療をするために、強靱な経営体制をつくるという前提でありますので、そこをぜひご理解いただきたいと思います。もちろん経営が良くなければ良い医療は提供できませんけれども、私自身は良い医療をやってほしいと、早く患者を治してほしいと、そういう気持ちでやっておりますので、数字を具体的に出せと言われると、こちらは一生懸命出しますけれども、あくまでも良い医療を、どこにも負けない医療をやっていきたいと思っておりますので、今後もよろしくご指導いただければと思います。本日はありがとうございました。

委員長：以上をもちまして、本日の審議を終了いたします。

司会：本日は長時間にわたり委員の皆様、病院機構の皆さまありがとうございました。

今回の評価書につきましては、事務局で再度修正の上、各委員の皆さまにご説明に伺わせていただくとともに、病院機構にも意見の申し出の有無について照会させていただきます。

第3回評価委員会は、病院機構の上半期までの実績を確認するため、平成28年12月に開催したいと思います。日程等については、改めて確認のご連絡をさせていただきます。

以上をもちまして、平成28年度第2回評価委員会を終了いたします。