

平成30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30年8月9日(木)午後6時30分～午後7時45分
- 2 場 所 地方独立行政法人山梨県立病院機構 山梨県庁防災新館 3階304会議室
- 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 内藤理事(本部事務局長) 病院機構職員
事 務 局 井上医務課長 菊島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、議事に入る前に病院機構から、評価委員より質問がありましたのでその回答についてお願いいたします。

病院機構理事： まず、1つ目でございます。新専門医制度への移行状況です。29年度末で臨床研修が終わった研修医が18人いるのですが、その進路がどうなったかというご質問でございます。18人のうち中央病院が基幹となっているプログラムに5名応募いただいております。内科で4名、救急で1名計5名でございます。あと、山梨大学医学部附属病院の方に6名、県外の東京医科歯科大学病院に2名、順天堂大学病院に2名、東京女子医科大学附属病院、北里大学病院、それから県立北病院に1名、合わせて18名でございます。また、業務実績報告書の記載は新専門医、中央病院が6名となっておりますが、他の病院から入ってきた方が1名ということで6名。中央病院の中からは5名ということでございます。

2つ目でございます。職員提案の実現の状況はどうかということでございます。年間20から40程度の提案をいただき、職員に日々の中で考えていただいております。ある面玉石混淆ではございます。いくつかは実現していかなければならないと考えており、毎年2～3件を表彰しているところで、特に29年度については、3つの提案を表彰してございます。「プロジェクトKAIZEN」というのはどちらかというとすぐにやった方がよいこと。院内掲示物のデザインの統一ということで提案を受けており、病院組織の中でサービス改善委員会というのがあって、そこが月に1回院内の見回りといいますか、どうやったら患者さんにアメニティが良いと思ってもらえるかを中心に見て回ってチェックしており、その中で掲示期限が切れているものとか、分かりにくいようなデザインのものについては撤去したり、改善を実施しています。それから、中央病院は今年度機能評価を受けようとトライしています。その中でも、患者さんへの周知事項の統一を指導されております。特に病棟でとか、外来ではある程度統一的なものを掲示するべきだと

されていて、掲示物の統一化という部分に取り組んでいるところです。

次に設備予約システムの導入というのは小さな話ですが、公用車、会議室を使うのを使用簿につけて、というものをシステム化するということで、今年度中には実現可能とっております。

「坂の上の雲」というのは長期的に考えるべきものということで、プロパー職員を県と交流人事をするべきではないかという提案をいただきました。事務に限らず、また、相手も県だけとも限らず、いろんなところと交流できないかなということを考えております。実現できるよう頑張っていきたいと思っております。

3つ目の職員満足度調査の減点要因について分析して改善に努めているか、でございます。29年度の調査では、長期的な課題となっておりますが、残業や夜勤が多くて厳しいか、それから、ルーチン的な部分でなくもっと創造的な仕事にチャレンジしたい、ということについては職員の方からは前向きに。評価としては低くなっております。職員満足度調査に自由記述がありまして、なかなか業務が増えるのは難しく、新しい分野にチャレンジしたくても、とてもできないという2つの点の記述がありました。病院職員は全職員を平均しても年間5日間くらいしか年休を取れていないのですが、夏休みだけはしっかり取ろうと。看護は年間2日間くらいしか年休を取れていないのですが、そこだけはしっかり取るようにしている。逆にしっかり取ると業務的には厳しい。そういった中で、夏休みの取得期間を、いつから夏休みがあるべきかという部分で6月から10月までに見直しをしております。それから昨今の働き方改革に関連するのですが、救命救急センターに、交代制勤務を今年の5月になんとか導入することができております。交代制勤務だけではなかなか回らないのですが、ある程度時間外を低下させるようにしております。

次に、中央病院の後発品、いわゆるジェネリック医薬品の使用状況についてです。院内処方、いわゆる入院患者さんと、あと外来患者さんで1割程度院内処方しております。数量ベースとしては92.4%という数字になっております。この数字そのものは非常に高くなっているものと思っております。併せまして、院外処方について。処方箋を患者さんにお持ち帰りいただく院外処方における後発医薬品についての使用割合は48.8%ということで、これについては院内に比べると大分低くなっております。あとこの48.4%というのは、全数量が40万件余のうち、27件に対しては「後発医薬品不可」ということで指定をしております。ほとんどのものについて、ジェネリックがあるものについては、「後発医薬品可」として患者さんに処方箋をお持ち帰りいただいているという状況でございます。実際の現場、薬局さんでどうなっているかということにつきましても、それ以上の資料は無いのですが、順次この部分についても変えられるところは変えていきたいとは考えておりますが、数字については50%を割っているという状況でございます。

次に、小児がん拠点病院の指定時期の関係でございます。日本中で拠点病院というも

のが今、十数箇所指定されております。厚生労働省としては拠点病院にぶら下がるべき病院を連携病院として指定していこうという指示を出しております。実際に山梨県内の小児がんの患者というものはなんとも把握しにくいのですが、中央病院だけで見ますと、がん登録の状況で、昨年度1年間で3件が小児のがんという認定になっています。脳腫瘍と血液疾患、白血病の方がいらっしゃいます。ということで、数字としても少ない状況です。この小児がん拠点病院の指定という部分については、全国の状況も見ながら、また県のご指導もいただきながらということになると思いますけれども、実際のがん医療についてという面で言いますと、山梨大学医学部附属病院さんの方と連携しながら患者さんにより良い医療を提供していくという体制を作っていくものと考えております。

それから、診療部の看護体制の見直し等が具体的に何かということですが、一般病棟については夜勤がありまして、それを原則的に日中勤ということで昼間の勤務を長くし、夜勤を夕方から朝まででなく、夜の8時9時から朝までというような仕組みを既に作っているのですけれども、手術室、いわゆるオペ室については遅出の職員を置き、実際に手術で看護の職員に出てもらわなければならないときはオンコール体制をとっているのですが、時間外手術が恒常化しておりますので、なおかつ、夜中もやっているような状況ですので、そこについて2交代制勤務に、全ての職員について昼間と同じ体制というわけではないのですけれども、ある程度の人数は夜・朝までの勤務をしてもらおうということで準備をしております。今、6月から看護の採用試験をしている中で、他病院にいらしてすぐこちらに来て良いという方を早期に採用する、また、産育休で休まれている方が戻るという予定もあり、なんとか来年の1月から交代制勤務ができるように検討を進めているところでございます。

薬剤紛失事案の関係でございます。それから併せて輸血医療事故について2点説明させていただきます。薬剤紛失について、昨年評価委員会場で提出した資料が付いておりますけれども、これについては見ていただいておりますので飛ばさせていただきます、平成29年12月11日付け理事長から知事あての「立入検査結果に伴う改善について」という資料で説明をさせていただきます。薬剤紛失事案を受けまして、県の方で立入検査をしていただき、指摘をいただいて、それに対して改善をしましたということの報告をさせていただいた文書でございます。

重要指摘事項。指摘の中でも重い方でございますが、「向精神薬の保管について、保管設備に鍵をかけていない時間帯に盗難の防止に必要な注意をしていない場合があったことから、直ちに対策を講ずること。」ということでございます。1つ目としましては、向精神薬第1種、第2種、第3種と重い方からありますが、今回第3種ということでございますけれども、全て施錠できる保管場所の方へ移してございます。特に監視が困難となる通常業務終了後には、調剤室業務責任者が施錠するという管理方法としております。また、休日等の日直・宿直等に関するマニュアルを作りまして、調剤時だけ開錠して調剤後は速やかに施錠するというのを職員に徹底しております。

次が、指摘事項を何点かいただいております。指摘事項「(1) 向精神薬の所在不明等について、定期的な確認体制等を整えること。」、発覚したのは去年の7月なのですが、長らくの間に渡って盗られていたのではないかと。それが分からなかったということに対する指摘でございます。それに対する改善として、4点でございますけれども、数量の管理について月ごとに購入量、処方量、それから在庫量を確認して薬剤部長に報告すること。それから、薬の発注について、不自然な発注を確認するという事で、向精神薬の月ごとの購入数量、それから処方数量の一覧を作って不整合な発注が行われていないかということを確認しております。それから、実際に大きな箱で買って来て、調剤棚に入れて個々の調剤をしていきますけれども、調剤棚へ補充するときに残量がいくつになったら追加をするというルールを決めてございます。とられた向精神薬ゾルピデムは200錠を下回ったら500錠追加するという事でございます。それから棚卸しにつきまして、在庫の適正な管理という観点から、棚卸しの必要性やどういうことを確認するんだということについて、研修を実施しております。

次の(2)はややハード的なことですが、薬剤部の出入り口についての施錠が不完全だということでございます。それ以前も施錠についてははしていたが、マニュアルを作りまして、特に守衛室脇というのはメインの出入り口ですけれども、そこについては平日19時、休日は原則中に入れないようにすること。それから、前までは暗証番号で開いていたが、キー式のものに変えてそのキーでしか外部から開かないように見直しております。

次の(3)は、薬剤部に院内の看護、ドクター、薬の業者さん、いろんな方が出入りするということに対しての対応でございます。1つ目は監視カメラを用意して出入りの記録として残せるようにする。それから入室制限の関係で休日、清掃は業者が入っていたのですけれども職員がするようとか、あとは看護が来たときにはインターホンで呼び出すようとか、そんなような話でございます。3番は薬剤業者に関してはインターホンを通して対応し中に入らないようにということ。4番についても同じような観点で、5番についても、入口が開いても分からないということについて、聞こえるような体制。それから、防犯についての講習会を実施しております。

(4)ですが、重要指摘事項及び(1)～(3)の指摘事項について、医薬品のマニュアルに反映させるということ、職員への周知徹底をさせるということをしてございます。薬剤の関係については以上になります。

続きまして輸血医療事故の関係でございますが、「異型輸血医療事故について」ということで昨年お出しさせていただいております。その次の資料としまして、「輸血医療事故再発防止への取り組み」でございますが、この資料の改善の関係を中心にご説明させていただきます。まず、事故の原因については触れさせていただきたいのですが、外部の方を含めて事故の報告書を作っていたいたのですが、その中で事故の原因というものは、直接的には輸血をされる直前に確認されなかったということによって引き起こされ

た。ただ、輸血製剤の管理ですとか、運用システム、それから医療者間のコミュニケーションの不足、それからローカルルールがあったとか、マンパワー不足というような問題が複合的に関与したことが事故の要因とされております。その個々の問題点について、1ページの下から入っておりますけれども、3ページの方で再発防止策をまとめさせていただいております。再発防止の1つ目、緊急輸血の手順の見直しということで、輸血時には、血液製剤を投与する医師の責任で、ダブルチェックをするように。それからそのダブルチェックは医師2名によるか、医師と看護師によるものとする。医療者が決まらない場合に備えて、応援要請の基準を設けております。3番目としまして、レベル1、このレベル1というのは高速に輸血ができる器械ですけれども、これを使うときは輸血担当医師というものをリーダー医師が指名し、その医師が輸血担当と識別できるような上着を着て、輸血全体を管理する。それから、輸血の担当の医師は専任とすること。緊急輸血時にはリーダー医師の責任で、輸血に関するデータをホワイトボードに書いていく。それからトラウマコールという、いわゆる全員集合みたいな、救急側の用語ですけれども、どういう状況でこの招集を掛けるか。それから召集されたドクターが、各々の時間で来るわけなので、そうした医師たちが患者状況を確認できるように最終的にはリーダー医師がホワイトボードに書くことによって明確にしていくということでございます。

(1)が直接的なもの、(2)はマニュアルの部分なのですが、1つ目には、使わなくなった血液製剤というものを今までは夜間とか休日は救急の部門で持っていたのですが、返品が来ると、返品するというのを徹底しております。それから、マニュアルの方にダブルチェックをするということを明確にしたこと。ダブルチェックのタイミング、電子カルテによる確認方法等をマニュアルに追加してございます。

(3)はハードの話で、血液製剤用の冷凍庫を用意したこと。あと、電子カルテといっても台数が足りなかったということで、それを用意してございます。

(4)で緊急輸血が安全に出来る仕組みとしまして、輸血の専門知識を持った職員、これはドクターだけでなく検査部の職員を含めてですが、輸血の実施状況を定期的に確認をするということ。それから輸血事故等々のマニュアルの周知と研修会を年2回実施するようにすること、実際に輸血をします救命救急センターで輸血の訓練をするようにということで、年に4回ということで、8月8日しか書いていないのですが、そのあと、11月1日、1月17日、それから3月に実施してございます。あとお手元に輸血事故に関する報告書を配布させていただいております。これについては、説明を省略させていただきたいと思っております。以上でございます。

委員長： ありがとうございます。前回の質問で回答が保留になっていた分について今、機構の方から説明がございましたが、これについて何か再質問はございますでしょうか。

委員： 新専門医で、県外に出られた方というのは、どういう理由で県外に出られたのか。というのはそこを押さえておくと、来年以降、引き留めに役立つ面もあるのかなと思ひまして。こうすれば、もしかすると何人かは残ってもらえる可能性があるのかなと。その辺のところをまた是非よろしくお願ひします。

病院機構理事： 即答難しいところでして、そういう点を確認しながら、より多くの方にうちの病院又は県内の病院、ほぼ山梨大学医学部附属病院になると思うのですけれども、そちらに残っていただけるようにということを是非していきたいと思ひます。

委員： 是非お願ひします。

委員長： 他に何かございますか。

よろしければ、評価書の方に移りたいと思ひますが、それでは事務局の方から説明をお願ひできますか。

医務課： (資料「地方独立行政法人法の一部改正を踏まえた評価方法のあり方について」説明)

次に、縦1枚の「評価一覧表」をご覧ください。各項目の評価について、左から前回平成28年度の評価結果、今回の病院機構の自己評価、県の評価(素案)について記載しております。全40項目ある中で、「(20)医薬品の安心、安全な提供」については、病院機構の自己評価「B」に対し県の評価(素案)は「C」で、評価が異なっております。そのほか、「(25)県内医療水準の向上」については、自己評価「A」に対し(素案)は「B」、 「(39)積極的な情報公開」については、自己評価「A」に対し(素案)は「B」、 「(40)山梨県地方独立行政法人の業務運営並びに財務及び会計に関する規則第5条で定める事項」については、自己評価「S」に対し(素案)は「A」で、評価が異なっております。それ以外は、病院機構の自己評価と県の評価(素案)は一致しております。また、平成28年度の評価結果と比べて、評価が異なっているのは、次のとおりです。「(20)医薬品の安心、安全な提供」が「B」から「C」に下がり、「(31)効率的な業務運営の実現」が、「B」から「A」に上がっております。合計では、S評価13項目、A評価17項目、B評価9項目、C評価1項目となっております。

次に、委員の皆様からお送りいただいた各項目別の採点結果についてご説明いたします。横版の「採点シート」の方をご覧ください。委員の皆様の採点、ご意見等を集計しております。採点の平均値が、評価基準のどのランクに相当するかを、括弧書きで記載しております。県では、頂戴したご意見等を踏まえ、県の評価(素案)をその隣に付けております。採点の平均値によるランクと、県の評価(素案)が異なる箇所には、吹き出しに県の考え方を加えさせていただきました。該当する箇所については、課長よりご説明いたします。

医務課長： 採点シートの1枚目、2枚目、3枚目につきましては、委員の皆様方の採点の平均値、また病院の自己評価との、県の素案の評価の相違がありませんので省略させていただきます。4枚目をお願いいたします。「(20)医薬品の安心、安全な提供」のところでございます。ここに県の考え方を吹き出しに記させていただきます。薬剤紛失事案、輸血医療事故は、ともに委員の採点の平均値ではBランク相当であります。厳しい意見も寄せられているところでございます。薬剤紛失のところは(20)でございます、「(17)医療安全対策の推進」に輸血医療事故に関するコメントなども入っておりますので、輸血の方は(17)、医薬品の方は(20)とご理解いただきたいと思います。どちらもBランク相当ではあります。2つ目のポツです。こうした中で、輸血医療事故は、医療事故調査・支援センターへの報告義務がない事例でございます。これは具体的にどういふことかと申し上げますと、亡くなった原因とか予期せぬ死亡かどうかで報告すべきかどうかが決まるといふことでございまして、今回のケースは圧倒的な出血が死亡の原因と考えられております。そういう意味で報告義務がない事例であり、病院としては、医療安全の確保や県民からの信頼確保のために、いわば積極的に公表し、再発防止の徹底を図った事例であるとも一面では評価できると考えております。一方で、薬剤紛失事案は、再発防止対策は非常に綿密なものが取られているといふことで評価できるのですけれども、長期に渡り管理体制不備が続いていた上、事件性もあるものであります。しかも直接的な原因といふのは現時点では究明されていない点もございまして、こうした点を踏まえまして、より厳しい評価が求められていると考えております。また、3点目でございますが、先ほどご説明させていただきましたように、法改正による評価主体の変更といふものは、評価の厳格さを求めるという考え方、もう1点はPDCAサイクルの実効性をねらいとしている改正でございます。今後の再発防止の徹底を期待するといふ意味合いから、薬剤紛失についてはCランクとしたいと考えております。また、昨年度評価で、一昨年度より2ランク下げ、既にB評価としているものでございますが、B評価は「計画に対して順調」と定義されるものでございまして、事案の発生年度は平成29年度であることも踏まえまして、Cランクが適当ではないかと考えたところでございます。

次に5ページをお願いいたします。「(25)県内医療水準の向上」につきましては、病院の自己評価はA評価、それから委員の採点もAでございましたが、県はB評価としております。その考え方でございますが、がんの医療従事者を対象とした研修会といふのは参加者が減少しております。また、その他の色んな研修会の取り組みも、内容自体は28年度から変わっておらず、29年度に新たな取り組みがない以上、ランクを上げるといふのはいささかどうかと考えましてB評価としたものでございます。

次に6ページをお願いいたします。「(31)効率的な業務運営の実現」でございます。これは昨年度、ここに記載がなく分かりにくくて申し訳ありませんが、昨年度B評価で

ございました。これが病院の自己評価ではA評価に上げ、委員の採点もA評価になっております。これに対しては県の方でも、具体的な実績があるということでA評価にしております。具体的には、医師事務作業補助体制加算を取得して、年間約6千万円の収入増に繋がっているという説明があったことや、保守料を含めたトータル費用での入札を実施して、大動脈バルーンポンプの保守委託料を6千7百万円削減した等々の数字を持った実証的な業務運営の効率性の評価ができていているということで、ここは県の評価もAにしているものでございます。

続きまして、7ページをお願いいたします。「(39)積極的な情報公開」でございます。これも前年度はB評価であったものを、病院の自己評価はAにしております、委員の採点もA評価になっているものでございますが、県はB評価としてございます。その考え方でございますが、ホームページシステムの更新に着手したということで、A評価としているのですけれども、前回の委員さんの意見もあったとおり、着手はしたがその効果はまだ発現していないだろうと。その他の内容も28年度から変わっておらず、29年度の新たな取り組みは見当たらないということでランクを上げるには至らないのではないかとということでBにしております。

また、最後(40)でございます。前年度の評価はAであったものでございます。それを病院機構の方ではS評価としておりますが、委員の採点はA評価でございました。これは県の評価もA評価ということで、変わっておりません。この考え方といたしましては、人事に関する計画で、必要な人員の確保が進んだことは評価するのですが、分野によっては職員の年齢構成に偏りが見られているという指摘がある。また、施設及び設備に関する計画について、前回の委員会の中でも発言がありましたが、18億の予定額に対して9億程度の進捗であったというような意見も踏まえまして、ここについてはA評価が適切と考えております。以上でございます。

委員長： ただ今の説明について何かご質問がございますか。

委員： 「(17)医療安全対策の推進」ですが、今の説明では、輸血ミスの話は医療事故調査制度に乗らないからという説明でしたが、たまたま死亡と輸血ミスに因果関係が無かったにしても、もし患者さんが重篤ではなくて、間違った輸血をしたときにはどうなんだということを考えると、やはり重大な事案だと思います。一度厳しい判定を下しておくべきだろうなということ。あと、評価を同じ年度に事故・事件が起こった、それに再発防止策に取り組んだからといって、それが帳消しされて何にもなかったとすると、これはおかしい。事故を起こしたことは重く評価すべきだろうと、再発防止策は当然やるべき話であって特段評価すべき問題でもないだろうと思って、その2点から私は、BではなくCであろうなと思っております。

医務課： 引き続き資料の説明をさせていただきます。「業務実績評価書（素案）」の冊子について、ご説明いたします。全体の構成は1ページから7ページまでが全体評価、8ページ以降が項目別評価となっております。また、項目別評価の後ろに参考資料として、「貸借対照表及び損益計算書」、それから「用語の解説」を付けております。まず、12ページをお開きください。項目別評価において、設立団体の長（知事）の評価の下の特記事項は、頂戴したご意見等をもとに、記載させていただきました。次に、全体評価ですが、3ページから7ページまでは評価を項目ごとにまとめたもので、項目別評価の特記事項の抜粋となっております。また、2ページは「総評」であります。総評は、病院機構の1年間の実績及びそれに対する委員の皆様のご意見等を踏まえて記載しており、3ページ以降と重複する記載もあります。

本日は皆様に、この業務実績評価書（素案）の中で、40項目あります、項目別評価の知事の評価及びその特記事項について、客観的・専門的な視点から適正な評価を行えているか、ご審議をいただくとともに、2ページ以降の全体評価についても同様にご審議をしていただきたいと思いますと考えておりますので、よろしくお願いいたします。以上です。

医務課長： 先ほど 委員から、結果として患者の重大な事件に繋がらなかったというのはあくまで結果論だというお話と、それから対策を取られたことを評価しても起きたこと自体とはそれは帳消しにならないというのは確かにおっしゃるとおりでございます。採点の平均というところも鑑みてBという評価にしたのですが、もし委員の皆様方がそういうお考えであれば、是非参考にはしたいと思っております。

委員： そこは何かで特記すべき事項かなとは思うのですけれど。評価そのものはBでも良いと思うのですが、私も迷ったところですが、何か特記をしていただければ、評価は個人的には変えなくても良いと思います。評価書の方では何ページになりますか。

医務課長： 総評の部分でございますが、2ページの下から2段落目でございます。

委員： 分かりました。いずれにしてもそういう考え方で、この評価をすべきだということだけ、ご理解をいただければ。

医務課長： はい。

委員長： いいですね。他に何かございますか。

委員： 総評、2ページです。項目別の評価にありますように、情報公開をもう少しというのが、評価委員会の意見だと思います。そのことの反映として2ページの下から2行目に、

「県民の信頼を得るため」、「より積極的な情報公開」となっているのですが、事件とか事案があったときには信頼回復が大事ですから、「信頼を得るため」という書き方で良いと思いますが、もっとここで期待されている情報公開というのは、県からお金も入ってきていることですから、県民に病院機構の活動をまず理解してもらって、それでサポーターになってもらうということがあると思います。そういうことを含めると、「県民の信頼」の次に「と理解」とか「・理解」とかが入ると良いかなと思います。あと、「タイムリー」という言葉を入れていただきたい。後の7ページの方には詳しく「タイムリー」という言葉が入っているのですけれども、既に情報発信はある程度やってらっしゃるので、それをもう少しタイムリーにお願いしたい。例えば、イベント&トピックみたいなものが設けられてですね。そこを積極的に県民に見てもらおうような形のこともやってもらいたいので、タイムリーという言葉を入れていただければなと、そんな感じがしております。

医務課長： 承知いたしました。

委員長： 他に何かございますか。全体評価も含めてご意見があれば。

委員： 「(17)医療安全対策の推進」というところで、私も 委員の考えどおりこのままの評価でよろしいと思います。それで特記事項を付ける。ただ、私も特記事項に書きましたけれども、こういうことがあった場合に、評価委員会というのは何の役目をしているんだろうというのが分からなかった。ですから、今日説明いただきました。これで分かるから良いのですが、もっと早くこれを評価委員会に提出していただきたかった。それだけです。

委員： 今度は意見を言う立場になったので、益々分かりにくくなってきたのですが、可能な限り情報は入れていただいた方が、当該年度の意見にも反映しやすいのだろうと思います。会を開くことはなくともペーパーで送っていただくとか、何かよろしく願います。

医務課長： はい。承知いたしました。

委員長： それ以外に何かございますか。 委員何かありますか。

委員： 特にございません。

委員長： 委員何かありますか。

委員： 輸血と薬剤の件ですが、委員の意見に全く賛成です。ただ、この問題は、「医薬品の安心、安全な提供」のところにそぐわないようにも思います。しかし、ここにしか入れるところがないようですから、変更は必要ないと思います。医薬品の安心、安全な提供というのは、医療事故とかではなくて、患者さんに適切に的確な薬を出していますか、副作用を出さないようにしていますかとか、そういうモニタリングをしていますかとか、そういうことですね本来は。

医務課長： 1回目の委員会の中で、この薬剤紛失は「(38)法令・社会規範の遵守」のところ
で話題になったのですが、あえて県の事務局ではこちらにしました。というのは、法令・
社会規範の遵守、確かにずっと来るのですが、職員が盗ったとかという話にはなってい
なくて、そこが分からないものですから、職員の法令・社会規範の遵守が守られていな
かったのかどうかで評価するのともどうかと思ひまして、先生がおっしゃるように提供で
もないのだけれども、医薬品という言葉に引っ張られてここへ位置付けているというこ
ろでございます。

委員長： 他に何かございますか。

委員： 評価書とは直接関係ないですが、前回の時も言いましたが、何々をしましたというイ
ンพุットが多いですが、ある意味お金は使ったけれども何にも結果が出てなかったとい
う話にもなりかねませんので、アウトプットでももう少し評価できるものはピックアップ
してこの評価書を見直した方が良いのかなという感じが、何年か経ってきて、していま
す。特に診療報酬が安くアウトプットを重視するようになっていきますので、診療報酬で
アウトプットで評価しているようなものについては、こちらの方でもアウトプットで評
価するような形。例えばジェネリックなんかも数字を出してとか。今度、機能評価も取
られるということで、そういうことも参考に評価書を見直すようなことをしていただ
ければ良いと思います。そんなに大幅に変わるものではないと思いますが、もう少しアウ
トプットが見えるものがあると評価し易い。そうすると、先ほど情報公開の話で、着
手したというより、着手し、それで運用し始めて色々なものがこうなったという方が
評価すべき事項だろうと。アウトプットを意識した評価も加味してほしいなと思ひます。

委員長： それ以外に何かございますか。

全体評価についてもよろしいでしょうか。2回目ということで皆さん意見も出尽くし
たのではないかと。では、項目別、全体評価を含めて終えたということでもよろしいで
しょうか。

それでは、今日の意見を踏まえまして、原案を作ってくださいたい。これは郵送され

て来て、またそれに対して意見ということになりますか。

医務課長： 本日の意見を踏まえまして、また評価書を調整いたしまして、お示しさせていただきます。まずは委員長に確認をいただきまして調整をした中で、それぞれの委員さんにはお示ししたいと思います。

委員長： はい。分かりました。そういうことで、委員長の方に一任いただくということよろしいでしょうか。

(異議なし)

委員長： それでは以上で議事は終わります。

(審議終了)

(その他連絡事項等)

(病院機構 内藤理事挨拶)

司会：閉会