

平成23年度第1回鳥取県立病院運営評議会：会議録

1 開催日時

平成23年8月4日（木）午後1時40分～3時40分

2 開催場所

県庁特別会議室 県議会棟3F

3 出席者

委員：岡本委員、小林委員、池田委員、小山委員、石部委員、井上委員、
中瀬委員、渡辺委員

病院局：柴田管理者、細川課長、西村副主幹、大久保

中央病院：武田院長、嶋田事務局長

厚生病院：前田院長、野間田事務局長、中西事務局総務企画課長

4 会議の概要

(1) 開会

本日の委員出席状況は8名全員の出席であり、本会が成立していることを宣言し開会した。

① 管理者あいさつ

皆さんこんにちは。病院事業管理者の柴田でございます。本日は、大変暑い中、ご参集をいただきましてありがとうございます。平成23年度第1回目の運営評議会ということでございますけれども、早いもので、もう、8月でありまして、年度の前半を終えようとするところでありますけれども、ここに来まして平成22年度、昨年度の県立病院の決算状況の数字が、監査委員のチェックを経て固まってきております。今日、お配りもしておりますけれども、おかげさまで中央病院は9年連続の黒字、それから厚生病院も赤字から黒字に転じておりまして、7年ぶりに黒字化したということでありまして、病院会計全体を見ましても、5年振りに病院会計全体で黒字になったということで、大変喜んでおります。

振り返ってみますと、平成22年度は、診療報酬の改定もございましたし、それから年度中途の6月から7対1の看護体制の移行ということで、そこらあたりが大きく寄与していると思っておりますけれども、何と言っても両病院がこれまで経営改善に努めてきたその結果が、効果として表れてきているのではないかと考えておりますし、それから平成18年度から経営改革の第1期ということで取り組んできたわけですが、その最終年度である平成22年度第1期の最終年度である5年目の22年度に、黒字化を実現できたということで、大変ホッとしているところでございます。ただ、この黒字化の傾向を今後ともずっと維持して行って、安定的な病院経営をしていかなければならないということで、今後さらにプレッシャーが高まっていく、そういう状況ではなからうかと考えております。

今年度、第2期の経営改革が新たな5ヶ年計画としてスタートいたしますけれども、いろいろな課題も抱えております。人材の確保ということももちろんですが、病院機能のさらなる拡充・

強化、あるいは医療圏の中での役割をどう位置付けて機能を伸ばしていくかといったこと、あるいはさらなる経営の効率化を図っていく、それから、東北で大変大きな震災がございましたが、県立病院の震災への備えなどについてもこれから見直しが必要になってくるのではないかなというふうに思っているところでございます。そういったいろいろな課題を持った上ではあります、今後とも、県立病院、一層努力をして、良い医療を地域の皆さまに提供していきたいと思っておりますので、ぜひ、運営評議会の委員の皆さまがたにおかれましても、忌憚のないご意見を、いただきますようお願いを申し上げます。

②前回の宿題事項 資料 6

細川病院局総務課長が説明を行った。

(2) 議事

①県立病院における22年度決算の状況 資料 1～2

はじめに、病院局総務課長が全体の説明を行った。つづいて、中央病院長、厚生病院長が総括説明の後、中央病院事務局長、厚生病院事務局長が詳細説明を行った。説明の後、質疑・応答を行った。

(質疑応答)

(委員)

決算報告がございまして、厚生病院の方、本当に頑張られて地区住民としては非常にありがたいことで喜ばしいことと思いますけども、厚生病院の外来について、中央病院の方は外来の方は多くないようですが、厚生病院は外来もある程度期待されていて、今後のシミュレーションでも外来の方がずっと伸びている。収支状況が改善された要因にもその辺があるのかということと、今後、外来にどの辺まで重点的なものを置かれるのかという考え方を教えてください。

(厚生病院)

外来の患者さんの数はあまり増加を期待しておりません。私は県立中央病院が目指しておられますが、入院中心型医療というものが急性期の医療では大切であると思っています。したがって中部地区の医師会として救急医療の方の外来をもう少しやっていたらいいなと気持ちとしては常に思っております。今のペースで外来をいくのが私は妥当ではないかと考えております。

(委員)

資料1 ページの説明の中で、私の興味のあるところなんです、人材育成のところ、中央病院は救急救命士の就業前の実習で4人受け入れて、薬剤投与の実習が1人ということになっています。厚生病院は2人の受け入れに対して投与実習も2人になっています。中央病院の場合はすでに、その3人はどこかで実習をされているから、ここの人数は1人だけ実習をしたということなのでしょう。4人が4人とも全く同じ研修をするわけではないのですね。(「はい」と言う者あり。) 薬剤投与の実習は実習で、就業前実習は就業前ということで別メニューということですね。たまた

ま厚生病院は2名が両方とも同じスケジュールだったということですね。

それからもう1つは、給食の関係ですけれど、米の共同購入というところで、病院局が一括して入札・契約というのは、病院食のお米のことですか。

(病院局)

両病院で年間に使います米を上期下期に分けて病院局が一括して契約を行っているというものでございます。

(委員)

かなり効果はありますか。

(病院局)

あると思います。両病院とも使う量もかなりの量になりますので。そのことを考えますと、やはりいかにいいお米を安く仕入れるかということに尽きると思います。

(委員)

入院したときの給食のお米ですね。最近入院したのですが、その時の給食を思い出しました。

それから先程の説明の中にあつたかどうか分かりませんが、資料1の4ページで救命救急センターの患者取扱状況と、それから費用との関係ですけど、22年度の救命救急センターの患者の扱い数が、小児科がグンと増えていますよね。それから外科は減っている。それから脳神経外科も減っている。トータルとしては若干減っていますね。それから、(2)の救急患者取扱状況について、22年度に小児科が大きく減っているのは何か理由があるのでしょうか。

(中央病院)

小児科の救急患者は、医師会夜間診療所の小児科が充実したということと、我々の方も医師会夜間診療所を手伝うというかたちで、一次・二次救急の方を重点的に医師会にお願いできるようになったためです。

(委員)

そういう関係になっているのですね、なるほど。

その辺は当然、収支の方にも数字に表れていますか。

(委員)

ものすごく忙しすぎたものですから、東部の医師会の診療所の方で、小児科は特にそうですね、一次救急、二次救急まではやっているのでしょうかね。

(委員)

2ページの中央病院さんの入院診療単価が今回大きく上がりましたね。先程説明では診療報酬

改定と7対1だろうと、おっしゃっていたのですが、約12%近く上がっていますが、診療報酬の影響調査では、全国平均はこれほど上がってないですね。それで、何か診療の中身が濃くなったとか、新たな診療を開始されたとか、そういったことはありませんでしょうか。

(中央病院)

7,500、7,600 円上がっております。この内、7対1で2千数百円ぐらい。6月からですから、単純な単価増というわけにはいきません。それから、手術関係がやはり4～5割上がっていると私どもは分析しております。ですから、特に22年度に新しく診療報酬ががっばり稼げるような新たな取組みをしたというのではなしに、自然体で平均在院日数を減らしながら、なるべく医療を濃密化したということだろうと思います。

(委員)

それから、4ページの救命救急センター患者取扱数、この数は入院患者の延べ人数ですね。

(中央病院)

はい。

(委員)

そうすると、実数的に言うと、どのくらいですかね。これを計算してみたら390人くらい。

(中央病院)

12.5日ですから、4,900人ぐらいを12.5で割りますと、そうですね、300何十人ですね。

(委員)

390人という、1日平均1人強が救命救急センターに入院していることになります。多分、鳥取県の東部の救急患者はもっと多いと思うのですが、実際に中央病院の救命救急センターが担っている重症度が高い3次救急がこうなのか、あるいは軽症を含めたものなのか。390人の患者さんの中身について、また地域の中でどういう役割、あるいは他の患者さんはどういうふうに行っているかとか、そういったところをご説明ください。

(中央病院)

はい。基本的には東部での救命救急センターは中央病院だけでございます。特に中央病院の特色としては、心臓系が強いということはお案内のとおりです。頭については、いろいろ他の病院でもやっておられますので、そのときの医師の状況とかによって割り振られることがあろうかとは思いますが、市立、日赤、生協と急性期が全部で4病院ある中で、その辺は特に救急搬送される所については、心臓は中央病院が多いのでしょうか、その辺は割り振られているのかなと思っております。あとは、院内の手術後の重症化とかっていうようなところも、若干中には入っているところもございます。

(委員)

院内重症は救命救急センター I C Uに入れてはいけませんよね。それはそれとして、先程、院長がさらに救命救急センター I C Uを 10 床増やす計画を説明されました。その辺のところとのバランスと言いますか、展望についてご説明ください。

(中央病院)

救急センターを整備して ER に 14 床作るということと、H C U、I C U が 16 床ということで、合わせて 30 床。結局 10 床増やすということ。我々の方としては、1 階の救命救急センターにベッドを置くことにより外部からの受け入れを充実させていこうということ。

(中央病院)

先程 4,896 名を 365 で割ると 13.4 ぐらいになります。委員さん、おっしゃられたように、当然院内で、いわゆる I C U 加算と救命救急加算がございますが、ここの中では、ごっちゃに入っております。実際の救命救急の方の加算で取っているのは、それより少ない数です。

それで、若干院長のお話を補足いたしますと、今、救命救急センターと言いながらも院内の人も受け入れている。3 階の西病棟に 20 床ございます。一方、一番問題なのは、いわゆる救急外来で運び込まれた場合は、1 階の救急外来で処置をして、それから、重症度に合わせて 3 階西の、いわゆる救命救急センターに上げたりとか、病棟に上げたりとか、という格好でやっていますけれども、どうも運用がうまくいっていないということで、まず、1 階の救急外来の近くに 14 床、救急車で運び込まれたような患者さんを専用に 14 床のベッドを整備しましょう。これは本当に救急外来、救命救急の本来の目的で、3 階の今の 20 床の所は、院内 I C U、H C U みたいな格好で、いわゆる 1 階と 3 階とで役割分担をしていきたいと思いますということで、そういうことになると、トータルで今まで救命救急、あるいは院内も含めて 20 床だったものを合わせると 30 ベッドで重症者等を外から入ってくるもの、中のもの、合わせて 10 床増やした 30 床の体制で重篤な患者さんに備えようというような構想でございます。

(委員)

おっしゃることは分かりますけど、救命救急センターの中の一般病床、救命救急センターの中の I C U というのは、きちっと規定されていますね。それから、それと別に、病院の I C U というのがありますよね。武田院長、現状は、病院の I C U は救命救急センターの I C U を一緒に運用しておられるってことですか。

(中央病院)

今年度、1 階に ER の 14 床を新しく作ってやりますので、今度はきちんと分けて行います。

(委員)

分かりました。本当は院内の患者さんを重症だったからといって、救命救急センターの I C U

には入院させたら診療報酬は取れないです。

(中央病院)

それは大丈夫です。

(委員)

大丈夫ですね。はい。そこをもっと機能を良くして2つ分けようというお考えというふうに、分かりました。

もう1点いいですか。8ページの病院の事業の全体のお金の流れの話で、ちょっとよく理解してないもので教えてほしいのですが、例えば、今年度のように剰余金が出るとしますと、経理的には剰余金はどういう扱いになるのですか、病院が保有するのですか。

(中央病院)

病院で現金として持っています。

(委員)

病院が持つわけだ。認定を受けて、病院が持つということですね。

(中央病院)

基本的には独立採算ですから。

(委員)

県立病院は累積の欠損が130億ありますね。これは、将来的に0にしていくと、返していくというような、そういうスキームはないのですか。これはずっと赤でいく。これを減らしていくという方向はないのですか。

(病院局)

現状から言いますと、非常に多額の累積欠損金を出していますけども、いわゆる減価償却費等の支出を伴わない費用が多額で、これを上回る状況にあります。本来は経営が健全化されてきて、黒字が続いていけば、緩やかにではございますけども解消に向かっていくであろうと思います。ただ、一度にこれをどんと落とすというようなことについては、ちょっと現実的に不可能かなと思っています。

(委員)

今、ルールはないのですね。

(病院局)

今はございません。

(委員)

もう、赤は赤でずっといいと。

(病院局)

決して良いという認識はないのですが、資金的に増えても、支出を伴わない費用がこの赤の中に入っていますので。ちょっと言葉は変ですけど困っていないというのが実態でございます。

(委員)

私の方の病院のように独立行政法人の場合は、国から離されたときに百数十億円の負債を持って独法になったわけですけど、それは返すのですよ、ずっと。返していかなければならないと法的に規制されているので、非常に厳しいところがあるのですが、県はいいなとこれ見て思いました。そこら辺の仕組みが分からなかったものですからお訊ねしました。剰余金が出れば病院が内部保有して投資に使えるというふうに理解してよろしいのですね。わかりました。

(委員)

6ページの紹介率に厚生病院のが出ていないが、どうなっているのでしょうか。

(厚生病院)

紹介率は、今、中央病院と比べると15%ぐらい低い値になっています。細かい数字は出てきませんが、45%ぐらいの状況だと思っています。これはもっと高めようと医局会でいつも議題にしておるところです。逆紹介もそういう状況です。

(委員)

その辺は、医師会としても紹介率を上げたり、逆紹介率を上げたりしながら、外来にそれほど期待していただかないような運営というか、そういったものが良いんじゃないかなと思いたしたので。

(厚生病院)

ご指摘の通りで、両方をもっと高めるということが次の課題に挙げております。

(委員)

そのためには、医師会の方としても病診連携をしっかりとやりながら、お互いに協力しながらやる部分を考えていかないといけないのではと思います。

(厚生病院)

その通りだと思います。

(委員)

いろいろよろしく申し上げます。

(委員)

資料の2の方です。入院で在院日数を短縮していくということがあったのですが、中央病院さんの方は14から12というふうに、数字が減少していくのですが、厚生病院さんは13.7だったのを14でずっと変わらないような見通しとなっています。その辺の理由を教えてくださいと思います。

(厚生病院)

これは、いつも思っているのですが、無制限に短いからいい医療だとは、私自身としては決して思わないのです。例えば、自分が手術を受けることになって、10日で帰れよと言われると、ちょっと待ってくれという気持ちになります。主治医も知らない、初めて会った人に明日手術ですよと言われて、これでは心が和まない。医療のそういう責任のある立場にはいるのですが、決して大急ぎしないのはそういうこともあってです。それでも、この数字は除々に下げていこうかなという気持ちはないわけではありません。10年後、20年後には昨日の、一昨日の会でしたか、あったときには、10日に下げようとか、こうなっています。だけど、これが日本人の気風に合うのか、本当の重症の場合に10日で帰れと言われるのはどうかという気持ちが私には消えないのです。

(委員)

今、先生の言われたような気持ちをうまく組み込みながら、上手にしていこうというのがあっての増員で、連携室も増加されたのかなというふうに思ったのですが。

(厚生病院)

本当におっしゃるとおりです。ですから、さっき申しませんでした、ソーシャルワーカーも増やしましたし、それから臨床心理士も県立病院は、中央病院の方は前からおられましたが、私のところは初めて、今年4月から増員しました。今言われたようなことは、そういうかたの協力もあってやっていきたいと思っています。

(中央病院)

中央病院の在院日数を短縮していくのは、決して、どんどん退院してくださいよということではなく、やはり医療の役割分担ということを考えてのことなのです。結局、重症の急性疾患の患者さんたちが来られても、入院が必要なのに入院できないような事態が起こりうる。特にこの1年間は耐震補強していたためにベッド数が減ったということもあってですが、このことにはいつも頭を痛めています。ですから、医療機関の役割分担をして、例えば早くリハビリが必要な方を、我々のところで急性期のリハビリをやって、本格的なリハビリは専門の病院にお願いして効率的な治療で在宅にもっていくということです。追い出すとかなんとかではなくて、急性期の患者さんを受け止めないといけないわけです。それは中央病院がやらないといけないわけで、そのため

に医療連携を強化して、患者さんが困るような状態ではなく、次の専門病院に移行していただけるような医療をやっていかないといけないことからこういう数字が出ているわけです。

(委員)

はい、よく分かりました。もちろん中央病院と厚生病院とそれぞれ大きさも違うし、それから取り巻く病院群の環境も違いますので、それぞれ違う方向に行くのが当然だと思いますし、厚生病院さんもできれば地域医療支援病院に向けてやはりもう少し努力してほしいなということと言えます。

(厚生病院)

そのとおりです。

(委員)

厚生病院も在院日数を減らす方向に持っていかれるのも必要でしょうけども、そのためには地域医療連携室の整備と急性期リハビリをしっかりとやられるとともに、周辺病院とも連携しながら、特に急性期のあとのリハビリ、回復期、そういったものを周りと連携してやっていくようにする必要があるのではないかと常々思っているのですが。

② 県立病院と同規模自治体病院との比較 資料3

病院局総務課長が説明を行った。説明の後、質疑・応答を行った。

(質疑応答)

(委員)

22年度の数字は、何月くらいに出るのですか。

(病院局)

22年度は年が明けて、3月とか4月とかそういった時期になると思います。

(委員)

厚生病院の数値が期待できますね。

③ 県立病院のトピックス 資料4、5

中央病院事務局長、厚生病院事務局長が説明を行った。説明の後、質疑・応答を行った。

(質疑応答)

(委員)

少し総論的なお話になるかも分かりませんが、中央病院さんは今後の計画を見えていますと先程ちょっと話題になりました、在院日数が非常に少なくなっていて、診療単価も6万円を超

えるというような計画になっています。在院日数短縮で診療単価が上がるのではなくて、やはり医療の質が上がるということが非常に重要ではないかと思えます。そういう意味で、既にやっていらっしゃるかと思うのですが、いわゆるクリニカルインディケーターというのがございすね。つまり病院のいろんな診療の質を表す指標をこう数字で分かるようなもの、そういったものもこれから設定されて、質の向上が客観的に見えるような、そういう試みをされるといいのかなと思いました。

(中央病院)

それは今やっております。

(委員)

それから、もう1点は、やはりこれも先程話題になりました鳥取県東部の医療のインフラでございます。特に大きな急性期病院も数病院あるというような、こういう環境の中で、中央病院が取られる役割分担の方向性といったものが今後どうなっていくか、まだ我々にはちょっと見えない。それで、無駄な競争をしてもよくないと思えますし、必要な役割分担をされて、鳥取県東部という地域の中で、そこに有効な県費を投入して、設備、人材を県立病院に集めると。その方向性というものがやはりこれから非常に必要ではないかと思いましたのでご見解をお聞かせ願います。

(中央病院)

これは、東部の3病院と県と、それから大学の5者、もしくは、例えば1対1で詰めた方が良い場合は、2病院と大学、県というかたちで、できるだけ5年先10年先を見越した東部医療の在り方、特に推定される県の人口であるとか、年齢構成など、いろいろな要素を加味した在り方を話し合っていますし、それから、お互いに役割分担で無駄を省こうというようなことを話しているのですが、それぞれの病院による自分のところはこうしたいというのものもあるわけで、必ずしもうまくいくかどうか分かりませんが、その辺は、大学なり行政なりの希望される方向性と併せてうまくやっていないと医療費の無駄遣いになる可能性があるだろうということです。効率性、そして、県民の方たちが困らないような医療機関の配置についても話し合ってきております。それがお互いに譲り合ってやれるかどうかというところは、まだ問題があるところだろうと思えますが。

(委員)

この質問に関しまして、中央病院と日赤病院の役割分担というのを院長さんから聞いてないですか。中央病院と日赤病院の役割分担とかいろいろ話し合っているという話がありましたけど。

(委員)

話し合っているというふうには聞いておまして、それぞれ、中央病院さんはやはり、救急、周産期あたりのところの強化ということと、それから鳥取赤十字病院の方は、主に、消化器の方

を強化しようというあたり、消化器センターのことですとか、頭頸部のあたりのところ、集中耳鼻科医ですとか、口腔外科の医師、それから脳外科を含めまして、そのあたりですね、それと、整形領域においてもリウマチの強化のところと、もう1つは…。

(中央病院)

ドック。

(委員)

そうです。検診のあたりの強化というところで、話し合いに参加させていただきまして、そこから辺の役割分担をして進めていこうというような構想を聞いております。それに併せて、当院もいろいろ構想を立てているところです。

(委員)

院長から一方的だったらいけないので、ちょっとお話しいただきました。確かに今そういうふうに、東部の医療圏は進んでいると思いますので。それでよろしいでしょうか。

(委員)

今いろいろお伺いして、厚生病院さんの方はハードもいろいろ充実が進んでいるのですが、ソフト面を含めて、今、整備の過程、整備中という印象です。これも先程、中部医師会長との意見の交換があったようですけども、やはり厚生病院さんが地域でどういう役割をしっかりと担っていくんだという合意形成と言いますか、なかなか明確なものを作るのは難しいかも分かりませんが、ただ、意見交換はされた方がいいと思います。西部の話をしみますと、西部は意外と開業医さんと各病院が連絡協議会というのを持っていて、大学病院と山陰労災病院、医療センター、博愛病院、この4つの病院が毎年1回医師会員さんに案内を出して、結構大きな連絡協議をやるのです。そういう会が毎年ずっと継続的に続いている。そういう中で病院は病院のアピールをし、医師会員の方のいろんな意見を聞き、ということで、徐々に開業医さんと病院との仕事の役割分担、連携を含めた雰囲気づくりができてきているように思っています。というようなことも含めて、中部でぜひそういう地域での合意形成がなされる場をつくるといいのではないかなという印象を受けました。

(厚生病院)

今言われたことは、胸にささるところもあるのです。なぜかという、東部と西部と異なって中部地区は8つの大きな民間病院があります。それぞれ100前後、あるいは200に達するような病院もあるのです。ですから、それぞれの存続、あるいはそれぞれの民間施設との共存ということに非常に感じています。県立病院だけ充実されてもらったら困るんだと、常に相伴ってお互いを尊重して、というところがちょっと違うところがある。競合・競争という面はあるけれども、その中で、例えば今回特に思ったのは、岡大の医療センターがまもなく縮小・廃止ということが新聞でこれだけ言われています。私どもはこれに対してどういう具合に、この大きな医療資源を

どういう収束を希望して、あるいはどういう収束をするんだと、そして我々はこれを傍観するだけなのか、関与するのか、動くのか…。ですから、一昨日の会合で私は、岡本会長にも池田医師会長にも聞いたのは、そういうところです。

それから、県の姿勢も、もう一つ私は分からないのですが、これがはっきりしないと、気が付いたときにはもう何もなくなっておったと、民間に皆持っていかれていただとか、いや、それが県立はそれでいいんだというのか、そこがちょっと分からないんですね。私は池田中部医師会長には先ほど委員さんから出された点、つまり地域の開業のドクターとの会も大いにしますが、こういう大きな民間の病院との、一番理想的な共存のあり方というのは何だろうかということ、本当はやりたいですね。

(委員)

非常に難しい課題ですけども、確かに言われたように、大きなそれぞれ特化している民間の病院と総合的な病院があるわけですし、その中で厚生病院の立場も医師会としてどういうふうに理解したらいいのかというか、地域の中で構築するというのは非常に難しいのではないかと思います。と言いますのは、各病院が施設完結型でやるところと、そうではなくて、地域完結で考えようとするところにお互いの共通の認識をどうもってくるかというのが医師会として難しいのではないのでしょうか。そのときに、西部でやられているような病院連絡協議会というようなものを病院部会とか、医師会の活動の事業の、委員会の中には地域医療対策委員会とかいうのがあるんですけど、その中に持ってきてやっていく方法もあるのではと思います。この前若い人と話したのは、地域診療所、開業医の先生と病院が連携する1つの飲み会でもいいではないか、顔の見える連携をつくって、1つ1つの病院とやっていくところから始めたらどうかと、その上でまた病院同士と医師会との連携というようなものも構築していった方がいいのかと。一番難しいのは先程も言いました地域完結型と施設完結型のそれぞれの私的病院があるということに、また難しいのは医師会立病院があるということ、非常にその上に今言われた三朝医療センターの問題が突如として挙がってきた、本当に頭が痛いところです。それで、はい、どうぞ引き上げてくださいますと、地域としては、地区住民としてはまだ言えない部分がございますので、これをどういうふうなかたちで提案していくのか、またいろいろと地域の病院の先生がたとも話す機会を持っていきたいと。急に医師会の方に話がきましたので、医師会に外部委員の中に入れてくれと言って、その魂胆は何だろうと。それで、私は、この前の岡山であった会議に急に呼び出されているんなこと…。ある程度ちょっと話が複雑になりますけど、その辺で医師会も各病院の先生がたといろんな意見を聞く機会を持つ必要があると、近々、病院長とも会いますし、それから新聞にも出ていましたワーキンググループが17日に地元で、地元の観光協会も入れたかたちであるようですので、その流れによってはそういう機会を持ちたいと思っております。

(委員)

やはり基本はそこの地域の住民の健康をどうそこで守るかということなので、各々、母体がどうとかいうのはもちろん大事だけれども、原点をそこに置かないと、必ずすぐ利害とかいうようなことが入ってきて上手くいかないと思いますので、当然お考えとは思いますが、上手くやっ

ていただくようお願いいたします。

(委員)

両病院とも 22 年度は素晴らしい経営成績で大変なご苦勞をされたものとお察しいたしますが、1 つお伺いしたい点がありまして、中央病院の方で未収金ということが課題で挙げておられましたが、弁護士報酬との費用対効果、回収率がございましたけど、費用対効果はどうでしょうか。あと不納欠損がされているのかどうか。あと、今ちょうど黒字に轉換されたところですので、引当金を積まれるというような処理はされているのでしょうか。

(中央病院)

資料の 4 の最後のページに若干、未収金の関係、特に弁護士法人の委託について出しています。弁護士に委託するものは、本当に焦げつきそうなものを対象としております。成功報酬は 30% ですから、それを高いと見るか、どう見るかということがございますけども、病院ではほぼ回収が困難なものですから、それなりに効果が出ているのかなというのは自己分析的なものでしております。

それから、不納欠損につきましては、何年か前の最高裁の判決で、いわゆる自治体病院のものも民法上の債権という話になりまして、時効の援用がいるということがございます。時効の援用で本人さんから申し出てもらえばいいのかもしれませんが、こちらから援用してくれと頼むというのも債権者としてはちょっと難しいところがあって、できていません。県の場合、不納欠損する場合は条例できちり明記するということが必要でございますので、そこについては単一の病院ではなく、県全体で病院局の方も含めて不納欠損のあり方について検討を進めつつあるという状況です。それから、引当金についてはしておりません。

(委員)

資料 4 の 4 ページですけれども、先程、医療安全の推進というところで、ご説明はなかったのですが、インシデント、アクシデントの分析をお聞かせ願いたいと思います。

医療安全のために 7 対 1 看護体制を取得されて、3 人夜勤体制にされて実態は増えているというような数字になっています。21 年度、22 年度をみましたら。

(中央病院)

もともと中央病院はヒヤリハットも含めてどんどん出してくれということで進めています。というのが、ある程度ヒヤリハットでも実際の事故につながったものでも、それを勉強材料としてという、何処の病院でも一緒かと思いますが、それで、逆に 21 年度から 400 件近く増えていますけども、これは医療安全の担当がどんどん出してくれ、小さなものでも報告してくれということが出てきたものがございます。実際 23 年度にはこれを 2,000 件にしようかということに発破をかけていますので、単純にこれが増えたから事故が多いのかということとそうでもないと思います。肝心のレベル 3 以上というのは、年によりばらつきがありますけども、3 人夜勤になったから減ったということもございませんし、傾向的には、これがどう影響したかというのはちょっと分析で

きていません。

(委員)

ヒヤリハットを増やしていこうというようなことですね。はい、ありがとうございました。

(中央病院)

これは、初期には看護師の報告がほとんどだったわけですが、だんだんと医師とか他のコメディカルの方達からの報告も多くなってきていますので、そういう意味で、非常に信頼性が高くなり、報告の範囲が広がってきています。それをきちんと分析していったら予防に効果があるであろうということです。ですから、今後の分析に、そしてまたその対応に期待していただいて良い方向に進んでいると思っています。

(委員)

昨年の夏に両病院の見学をさせていただいて、私が持ちました一番の印象が中央病院のNICUのスペースが非常に狭いということ。東部・中部の重篤で深刻な症状を持って生まれた新生児の最後の砦というような所もありますので、そのスペースが拡張されるというのは非常にありがたい事だと思いますし、安全確保にも繋がると思います。

何度も話題が出ています在院日数の短縮化についても、各地域で急性期や慢性期の医療機関や施設、在宅サービスを含めたいろいろな機関が連携し、地域完結を目標に取り組んでいます。いろいろな取り組みを行い、在院日数は減ってくる、けれど、本当に患者さんやご家族の納得の上でこの数字になっているかと言ったら、現実的には、やはり難しい問題や課題があるのが現状です。最初にかかる医療機関で病院の機能分化の説明であるとか、症状説明をしっかりといただくことで、その後の支援もスムーズにいくこともあると思います。それぞれの機関でさらなる取り組みや連携を行っていく努力が必要であると改めて感じました。

(厚生病院)

おっしゃるとおりです。私も短縮をするためには周辺の受入れ先との関係がうまくいってないと頼んでから結果がでるまでがあつという間に時間が過ぎてしまう。今60日以上を長期と定めて、長期に入院されている方のリストを作っているいろんな方面から調べているのですが、今30名くらい、約10%です。これを見るとこれはいろんなことに気が付くことがあつて、特に医師との関係だとか、医療に満足していない患者さんはなかなか退院してくれません。逆に短期の場合、それも同じようなことが出て来るとは思います。ちょっと今結論は避けますけども、この入院期間の問題は本当に難しい問題だと思っています。結論がなくすみません。

(委員)

鳥取県が災害対応の再検討をする中で津波の遡上を再調査するという話もありました。中央病院は非常に千代川に近いですし、その辺の連携等何かございましたらちょっと。

(中央病院)

あそこは、医療・福祉・保健のゾーンになっていまして、そういう関係機関がたくさんある。そういう中で毎月1回その施設長会をやっていて、そこでもよく問題になりますのが、津波もですけど、洪水で決壊したらあそこは土地が低いからどの機関にも関係するところです。その際に中央病院の建物が果たす役割、それから問題点もまとめてその会でもお話ししました。だから、今後中央病院を建て替える際には、津波のこともよく調べてもらわないといけないですけども、洪水が一番先に関係するかなと思っています。その場合、今の建物であれば7階ですので上へ上がってもらえばあそこまでは問題にならないけれども、人がたくさん来たらなかなか大変だなという話しはしております。もし建替えをする場合は、江津地区の全機関で考える指針を出してもらって、考えていかないといけません。現状では、今の建物をできるだけうまく使ってやれるようにしないといけないという話しはしていますが、具体的にはまだ話し合っておりません。

(中央病院)

今、想定していますのは千代川が氾濫したとき、中央病院ではだいたいマックス2mの水が来るだろうと言われております。ご案内かどうか分かりませんが、中央病院の電源は全部地下にございますので全部潰れてしまうということで、何年前前に一応、外来棟の電源を確保しようということで外来棟の電源だけが作れるような非常発電装置、それと受水槽も2mより上に上げた所に、外来棟の分だけございますけど、そういったところの対応まではできています。ただ、今度津波想定で10mみたいな話になるとそういった話もパーになるというのが現状です。

(委員)

ありがとうございます。中部も中部の消防署の辺まで津波が遡上するのではないかというような話があります。

(委員)

ついでにですが、災害が発生した場合、中央病院は救急病院あるいは県の基幹病院であります。被災された方々がアクセス出来なくなるとか、いろんなことがあるのではないかと心配しています。ですから、将来的に病院をあそこに置くのか、それは病院局さんに聞けるわけではないでしょうけども、知事さんはどう言っておられるかと言ったら、あまりよくないかもしれませんねと言っておりましたけども。

(委員)

もう少し経過を見て考えないといけない。あそこは砂地でありますし、建て替える場合に本当にあそこでいいのかどうかというのがあります。それともう1つ、将来的な東部の医療をどうするかという問題があって、おそらく10年以内に建替えることになるのだと思いますが、どこに建てるかというのはこの2つの観点から総合的に考えないといけないだろうと思っています。

(委員)

もちろん、病院そのものはしっかりしているから大丈夫だと思いますけども、そこへアクセスできなかったらどうしようもないなという心配をするわけです。ですから、皆集まってこい、ここがちゃんとできるよと言っても…。

(中央病院)

でも、今の建物の場合、それしかない。

(委員)

それしかないですね。だから、今のままでやるとすれば、砂丘の方から来ているバイパスがございましてね。あれは結構使えるかもしれません。あの高い道路を何とかするといったことも少し考えていただきたいと思います。病院として皆来てくださいと言っても来られなくなってしまう可能性があります。その辺、緊急時にどうするかということを、今の病院でもできる範囲でちゃんとアクセスできるということが大事だと思います。

(委員)

立場上、すぐ薬に目がいってすみません。中央病院さんのところには後発医薬品の取組みのことが書かれておりますけど、厚生病院さんの方はどうでしょうか。

(厚生病院)

もちろん取り組んでいます。パーセンテージとしては20%くらいだったかと思います。でも、これで決して満足しているわけではなくて、もっとやれ、もっとやれということをいつも言っているところです。

(委員)

そのパーセンテージは、いわゆる品目ベースでしょうか、購入ベースでしょうか。

(厚生病院)

購入額ベースで18.0%、それから品目ベースで12.6%です。

(委員)

もっとお聞きしたいこともございましょうが、この辺で時間がまいりましたので、それでは本日の議事の整理を事務局の方でお願いいたします。

(病院局)

非常にたくさんのご意見等をいただきましてありがとうございます。

中央病院の救命救急センターの問題でございまして、あと、やはり多かったのが地域医療連携の関係、紹介率、逆紹介率を含めて、在院日数の在り方等について、それぞれの県立病院の地域における役割と言いますか、そういったものが今後とも重要になっていく、また、やはり役割

分担等についてもこれからも意見交換等を積極的にやりながら進めていく必要があるといったこと、これは非常に大きな問題でございますし、すぐには解決につながるようなものでもございませんけども、これは確実に進めていく必要があるというふうに思っております。

また、経営面の方では、未収金の問題、これは非常に大きな問題でございます。それで、私どもも今後、不納欠損の扱いの話も出ましたけども、他の病院等で実際にやっていらっしゃる場所もございますので、資料等も取り寄せながら勉強してまいりたいというふうに思っております。

また、最後の方では災害対策ということで、冒頭、管理者の方からも今後の大きな課題だということがありましたけども、やはり単独の病院だけでは何ともできない部分もあるかもしれませんけども、そういった情報等はキャッチしながら、対応は確実にしてまいりたいというふうに思っております。大事なことが漏れていたらすみませんが、一応そういったことでまとめさせていただきたいと思っております。

(委員)

最後に次回のスケジュール等についてお願いします。

(病院局)

第2回の運営評議会ですが、年が明けての24年1月ごろに開催させていただきたいと思っております。次回につきましては、第Ⅱ期の改革プランがスタートしてございますので、上半期の実績、検証等を中心にご議論いただけたらと思っております。以上でございます。

(委員)

以上をもちまして、平成23年度第1回県立病院運営評議会を閉会したいと思います。ご協力ありがとうございました。