

令和元年度第6回神奈川県地方独立行政法人
神奈川県立病院機構評価委員会（11月22日）議事録

議題1 次期中期計画（素案）について

（県立病院機構より資料1～3について説明）

○安川委員長

中期計画素案は、12月の県議会で報告することになっており、12月25日に予定しています第7回の評価委員会では、委員会として中期計画案についての最終意見をまとめることとなります。そのあたりをお含みおきいただきながら、ただいまのご説明につきまして、委員の皆様方からご質問、ご意見等を承りたいと思いますが、いかがでしょうか。

○河原副委員長

資料1の3ページ「(2) こども医療センター」で、「国内でも有数の、福祉施設を併設した」とありますが、この福祉施設は病院組織の一部と考えて良いのでしょうか。

○県立病院機構（こども医療センター）

こども医療センターは病院部門と福祉部門が複合した施設なので、病院と重症心身障害児施設、それから肢体不自由児施設を全部含めて同じ組織です。

○河原副委員長

福祉施設を併設しているのが一つの特色だと思いますので、「小児専門総合病院として、医療的ケアの必要な患者」とありますが、福祉的ケアについても記載した方が良いと思います。「医療的ケア」プラス「福祉的なサービスの提供」のように続くと思います。

○県立病院機構（こども医療センター）

検討いたします。

○河原副委員長

資料1の8ページ「(3) 災害時の医療提供」で、「BCPについて、すでに整備済みの足柄上病院を除いて、全所属で整備する」とありますが、これは本部も含まれるという意味でしょうか。

○県立病院機構

本部も含んだ取り組みです。

○河原副委員長

分かりました。

最後ですが、資料1の8ページ「(4) 感染症医療の提供」の新型インフルエンザについては、同資料2ページ「(1) 足柄上病院」に記載がありますが、新興感染症になります。循環器呼吸器病センターでは多剤耐性結核も含めて対応していますので、再興感染症の概念も記載した方が良いと思います。例えば、「新型インフルエンザ等の新たな感染症や、薬

剤耐性結核等の再興感染症に対処する」のように、再興感染症への対応についても、保健所や県も含めた他機関との連携が必要になりますので、いかがでしょうか。

○県立病院機構（循環器呼吸器病センター）

結核に関しては、神奈川県で入院できる病院が4つしかありませんし、そういった意味では病院機構として、県内の結核医療を推進していく役割があると思います。資料1の5ページ「(5) 循環器呼吸器病センター」には記載していますが、資料1の8ページ「(4) 感染症医療の提供」という括りで記載することについても、検討させていただきたいと思います。

○栗飯原委員

KPIについて、資料3の4ページに新入院患者数や病床稼働率が、病院ごとに出ていますが、これに合わせて、例えば、平均在院日数や入院の診療単価を記載することはできるのでしょうか。新入院患者数、病床稼働率、診療単価というのは、病院経営の中ではセットで考えますので、記載した方が良いのではないかと思います。

もう一つは、平成30年度の実績に対して、中期計画の目標値が下がっている項目がいくつか散見されますが、実績があるものを次期計画で下げるとするのは、何か特別な理由があるのでしょうか。

例えば、資料3の1ページ「(1) 足柄上病院」で、救急の受入れなどはやむを得ないと思いますが、手術件数はほとんど横ばい、あるいは、同資料4ページの新入院患者数に関しても、ほとんど横ばいというような目標値であるので、病床稼働率も決して高い目標値にはしていないようですから、こういうところは何か特別な事情があって上げていないのでしょうか。

○県立病院機構（足柄上病院）

手術件数がほとんど横ばいということですが、足柄上病院は、手術室が4部屋しかなく、麻酔科医の人数と手術室数を考えると、現状ではほぼ飽和状態であり、無理やり目標値を上げても、現実的ではないと思います。

資料3の1ページの急性期病棟の在宅復帰率、地域包括ケア病棟における在宅復帰率については、目標値を下げていますが、当院の入院患者は年々高齢化が進み、家に帰るといっても、独居老人や、老老介護の家が非常に多いので、今までのように、家に帰すというのが現実的に非常に難しくなっています。もちろん地域の在宅医療の先生方に上手くバトンタッチをする努力はしていますが、このような状況を鑑みて、急性期病棟の在宅復帰率を少し下げました。

地域包括ケア病棟の在宅復帰率は、施設基準では70%以上だったと思いますが、あまり目標値を高くすると在宅復帰が少し難しそうな患者の受け入れを制限しかねず、本来の地域包括ケアの意味が薄らいでしまうので、在宅復帰への努力はしますが、数値目標としてはあまり高くせず、幅広く患者を受け入れる意味で、あえて少し低い数値にしています。

○県立病院機構（こども医療センター）

資料3の2ページ、こども医療センターの逆紹介率ですが、診療情報提供料の算定基準を

変更し、それを基に目標値を設定していますので、平成30年度の実績値と乖離が生じています。この辺は、もう1回確認させていただきたいと思っています。

○県立病院機構（精神医療センター）

精神医療センターでは、概ねどの目標値も微増になっていると思いますが、資料3の2ページ、治験受託件数に関しては、精神科薬の治験そのものの件数が非常に少ないことと、過去5年間の実績を勘案すると、数値を増やすのは難しいということもあり、2件と設定しています。

資料3の3ページ、入院患者満足度、外来患者満足度に関しては、本来100%を目指すのが筋ではありますが、精神医療センターは、患者が同意をしない強制的な非同意入院の措置入院、医療保護入院という入院形態がある関係で、患者満足度という観点からは、100%を目指すというのはなかなか難しいという事情があります。

同ページ、手指消毒剤使用割合に関して、他病院と比べて非常に低くなっています。身体疾患感染症のリスクが生命に関わる他病院と比べて低く、消毒に関する職員の意識が少し低いということがありますが、特にインフルエンザを含めた感染症の予防ということに関しては他病院と同じ対応なので、今後、手指消毒剤の使用について、目標値以上に達成ができるような努力を、看護スタッフ中心に進めていきたいと考えていますが、当面の目標としては、まだ低い値になっています。

○県立病院機構（がんセンター）

手術のことについて、ご質問がありましたので、お話しします。がんセンターは、令和元年度、手術室での手術を約3,600件行う見込みです。目標値の令和6年度は3,900件となっており、たった300件しか増えないのか、というご指摘があると思いますが、正直、将来の手術室での手術件数の予測がつかないというところがあります。

理由は三つあります。1つは、ご存知のように「体にやさしい手術」という低侵襲手術がどんどん広がっています。これはどうしても時間がかかる手術です。

2つ目は、2人に1人が、がんになる時代ですので、通常のがんの手術は、今は、どこの病院でも実施するようになっていきます。がん専門病院に来院する患者は、他の病院では手術が実施できない、少し困難という高難度の手術が増えているので、これもまた手術時間がかかります。今、私どもの病院で一番の問題でもありますが、麻酔科医が3人しかいない環境で、年間3,600件の手術を実施するとすると、長時間の手術が増える予測の中、なかなか目標値を増やせないのではないか、という思いがあります。

3つ目は、これが一番予測不可能のところですが、今の放射線治療や薬物療法は、本当に進歩していて、切らないでも治るような症例が多くあります。

一例を挙げますと、肝臓がん治療で、手術はできるけれども手術は嫌という患者、手術を受ける体力がない患者、そのような方は、重粒子線治療を受けるのですが、これが、非常に良い治療成績です。もう少しデータを積み重ねる必要はありますが、手術に匹敵するような治療成績を出しつつあります。このような実績を、中医協がどのように判断するかは分かり

ませんが、仮に保険診療になりますと、患者は重粒子線治療に移るだろうと思います。そうしますと現在は、かなりの件数を実施している肝臓がんの手術も当然減少していくと思います。

いろいろな理由はありますが、何とか頑張れば 3,900 件ぐらいは手術が実施できるのではないかといった目標値です。

今、がんをめぐる医療環境が本当に激変してしまっていて、今後、何が起こるか分からない、予測不可能な状況の中での目標値設定になります。

○県立病院機構（循環器呼吸器病センター）

今回、中期計画の目標値を設定するにあたり、ピンポイントの平成 30 年度実績値を参考にすると、どうしてもかなりの変動があります。

例えば、平成 30 年度にかなり目いっぱい頑張って実績を出したものについては、今年度の状況を鑑みたくえで、過去の実績を均し目標値を設定しました。それでも現場から挙がってきた目標値は、もう少し頑張ろう、ということで増やしたものもあります。

資料 3 の 4 ページ、病床稼働率については、平成 30 年度実績と比べて目標値が減っていますが、これは現在、結核病床は 40 床で運用しており、基本的に結核患者数は減少傾向にありますので、一般病床分と合わせても、目標値を上げていくということが少し難しい背景もあり、ピンポイントの平成 30 年度と比べ、令和 6 年度の目標値がすべてを上回るということは難しいという認識で設定しています。

○栗飯原委員

今のご説明は理解しましたが、先ほど冒頭でも言いましたように、平均在院日数や診療単価というのは、この K P I には記載できないのでしょうか。セットで評価した方が良いのではないかと思います。基本、新入院患者が増えてくれば、当然に診療単価は上がるはずですし、平均在院日数が短くなれば入院単価も上がりますが、病床稼働率は下がってしまいます。そこをどうやって稼働率を上げていくか、ということが大事なので、セットで目標値にした方が良いと思います。

○安川委員長

それを、資料 3 の 4 ページ「3 収益の確保及び費用の節減」に加えて欲しいということによろしいですね。

○栗飯原委員

新入院患者数と病床稼働率があるので、そこに並べて記載すると分かりやすいと思います。

○県立病院機構

平均在院日数や、入院単価は、第二期中期計画では、各年度計画で目標値として掲げていましたので、現時点では、各年度計画で設定する考えでいます。

○栗飯原委員

単年度計画で設定するということですね。

○安川委員長

栗飯原委員のご質問と質疑応答に関して、私も補足的に一つだけご質問したいことがあります。資料3の3ページ「(4) 感染症医療の提供」で、目標として手指消毒剤使用割合というのがあり、各病院とも ml (ミリリットル) で表示されています。よく分からないので教えて欲しいのですが、目標値とされている使用割合というのは、この量を使用することで、例えば、必要な職員、あるいは必要なスタッフ、ほぼ全員が消毒を行うことができるという意味で、この数字を挙げているという理解でよいでしょうか。それとも、何か別の要因でこの数字が挙げてきているのか、この数字の根拠を教えてください。

○県立病院機構

手指消毒剤使用割合ですが、分母は延べ入院患者数、分子は手指消毒剤の実際の払出量で、患者1人当たりどの程度使用したかを目標値として掲げています。WHOの推奨では、1人当たり 20ml (ミリリットル) という数値は出ていますが、各病院によって実情が違いますので、基本的には現状に即した目標値というものを今回掲げています。患者一人当たり1日の量ですが、単位の記載を少し考慮した方が良いと思いますので、確認します。

○安川委員長

分かりました。全員が推奨量を周知していれば、この数字に意味がありますが、私のように知らない人間も読むかもしれませんので、その辺は何か補足説明なり注記があった方が良くと思いますので、よろしくお願いします。

○花井委員

資料1の11ページに「1 人事に関する計画」の記載があります。これは、いつもきちんと実施されていると私も認識して読んでいますが、今日伺っていて、少し気になったのが、来年から神奈川県は人口減少に入ると言われていて、特に若者の医療人材の不足がこれから一番心配されているところです。

目標値に、看護師の離職率が設定されていますが、しっかり把握して抑えていこうという、これは平均よりもかなり低いので、病院機構は頑張っているように思います。

他の医療人材、例えばリハビリの方、検査技師とか、様々な医療者がいますが、その医療者たちも含めて記載されているので、きちんとやっつけていかれると思いますが、目標値の「職務満足度に関する指標」が調整中になっています。どのように考えているのか、ここにまだ記載がないので、このいろいろな職種、すべてのことを含んで検討していると思いますが、その辺を教えてください。

○県立病院機構

いろいろな職種がありますが、どの職種ももちろん力を入れて採用等々を実施し、職務満足度を上げていきますが、指標は、やはり母数が大きく、公式にいろいろな数値が出ていて、比較が可能な看護職で実施したいと思っています。もちろん全職種が、働きやすい職場を目指していかなければいけないと思っています。

○花井委員

分かりました。母数が大きい看護職が一番評価しやすいということですね。ありがとうございます。

○河原副委員長

資料3の1ページ「(1) 足柄上病院」と、「(2) こども医療センター」に救急のことが記載されています。例えば、足柄上病院の救急車による救急受入件数がありますが、ウォークインを含めた全体の救急件数としてはどうでしょうか。ウォークインが良いか悪いかは別にして、せっきやく地域の中核病院として位置付けられ、救急医療担当をしているのですから、救急車の件数だけが救急件数のように独り歩きしそうなので、もっと多く救急を実施しているということが分かるように全救急受入件数として示した方が良いと思います。

こども医療センターは、あまりウォークインがないと思うので、これで良いと思います。

もう1点、資料1（別紙）に「5 料金に関する事項」がありますが、セカンドオピニオンの料金はどこに入るのですか。

○県立病院機構

資料1（別紙）の3ページ「(2) その他の料金」の表、一番下の欄「以上に掲げるもののほか、その他経費を要するサービス等」の「実費額等を勘案し、理事長が定める額」になります。

○河原副委員長

ケースや患者によって変動することもあるのですか。それとも、一律2万円とか3万円とか決まった額ですか。

○県立病院機構

一律です。詳細の資料が手元にありませんので、後程お答えしたいと思います。

○安川委員長

先ほど花井委員からもご指摘がありました。資料1の5ページ「(人材の育成)」というところで、前回の評価委員会で意見しました事務職員のスキルについて、明示していただいたのは大変ありがたいと思って感謝をしていますが、せっきやく、そのスキルについて明示化をされたのに、目標値には、専攻医の採用者数、看護師の充足率を掲げていて、事務系職員は、どのような人たちを、どの程度配置したいのかについては、何も目標値がありません。この点についてはどうなのでしょう。

例えば、こういう表記の仕方が正しいかどうかは別として、あくまで例としてですが、大学院修了の財務がよく分かる事務系職員を何名配置するとか、あるいは資格という点で言えば、診療情報管理士を含めICT等に長けた事務系職員を何名、一般の事務職員と別途に配置する、というような目標の立て方というのはお考えがないのでしょうか。折角、このように掲げているので、事務系職員に関する目標値があると、より良いのかなという気がしますが、いかがでしょうか。

○県立病院機構

今のご指摘につきまして、どのような人材を確保するか、とりわけ事務系についてお答え

いたします。

現在の採用は、新卒者と経験者、この二つの対象について行っています。

新卒者については、委員長からお話がありましたが、病院機構として、その人材をどう育てていくのか、すなわち、スペシャリストを目指すのか、あるいはゼネラリストを目指すのかは、今の人材育成アクションプログラムの中でしっかり明記をしていきたいと思っています。

その分野だけの職員を採用するというのは、逆に言いますと、その分野でずっとその人を育成、活用していくということになり、病院機構全体で140人ぐらいの少ない事務職員数の中で果たして良いかどうか。人材を育成する立場から考えると、あまりにも職務範囲が狭すぎないか、むしろ、新卒者を採用する中で、幅広く育てていきながら、その中でスペシャリストを目指していくという、人材育成の方法もあるのではないかと思います。病院機構としては、後者の考えです。

ただ、経験者採用については、ご指摘のように、例えば診療報酬事務などは、かなり専門的な分野ですので、どうしても専門性が必要な場合は、経験を持った方を採用し、即戦力として考えています。

基本的には、できるだけ新卒者をベースとして、育成していく過程の中で、専門家の育成、あるいはゼネラリストの育成をしていくように進めていきたいと思っています。

○安川委員長

分かりました、ありがとうございます。そのような心づもりで、この人材育成アクションプログラムを作っていくということですね。

○栗飯原委員

資料1の11ページ「2 施設整備・修繕に係る計画の検討」ですが、今後、この5年間の間、特に大型の医療機器とか、大型のいわゆる設備投資をするようなものが、別表か何かで記載されるのでしょうか。

○県立病院機構

医療機器整備については、現在、予算査定の中で議論を進めているところで、計画的に整備を進めていきたいと考えています。

○栗飯原委員

では、当然、予算査定の過程に、各病院における大型機器の耐用年数や更新時期のものは、5年間計画の中に落とし込んでいかないといけないので、いわゆる設備投資計画のようなもので、整理されるという理解でよろしいですか。

○県立病院機構

この中期計画の中で、はっきりと明示はしませんが、5年間の中で、どういう機器について、どのような順番で整備していくのか、そういったことについても、今、議論をしているところです。

施設整備については、非常に頭を悩ませているところで、昭和37年に建設したものから、

新しいところだと、平成 25 年、26 年に建設と様々ありますので、施設や設備をどう管理していくか、台帳のようなものをまずしっかり作成していきたいと思います。その中で、ご指摘のように、改修だけではなく、建て替えが必要であれば、調査をした上で、どの様にしていくかの判断をしていきたいと考えています。

中期計画の 5 ヶ年の中では明確に位置付けていませんが、まずは今の施設の状況をきちんと調べた上で、実態を踏まえ、長期の視点も含めて施設整備の計画を考えていきたいと思っています。時間的なことと言えば、第四期中期計画にどういう形で整備するのかというベーシックな計画を、次の第三期中期計画期間の 5 年間で作っていきたいと考えており、そのための調査等を実施する予定です。

○安川委員長

それでは、本日、ご欠席をされた挽委員からコメントを別途いただいております、それをご紹介がてら、また新たな意見交換になればと思います。あえて要約せずに、いただいている文面をそのまま読ませていただきます。

「気になっている点が 1 つあります。これは第三期に限ったことではなく、参考資料 3 ページの表などにもすべて当てはまることです。表のタイトルが[目標値]となっており、実際に治験受託件数の実績値と目標値が病院別に掲載されています。この場合、何らかの目的のために治験受託件数という K P I が設定され、目標管理（目標の設定及び目標と実績の差異分析を通じての管理）が企図されていることが読み取れます。何らかの目的のために設定された K P I は適切であったのかは、例えば実績値が目標値を数期にわたって、上回り続けているとき、何らかの目的が達成されたか否かに依存します。もしも達成されるどころかむしろマイナスとなったことがわかったとき、考えられることは次の 2 つです。① K P I の設定に問題があった、② K P I は適切であったが目標値の設定に際してスラックが入り込んでいた、楽な目標を設定していた。このように考えると、第三期中期計画においても、手術件数や救急受け入れ率等は K P I であって、中期計画編成プロセスで求められる意思決定は、①特定の目的を達成するために適切な K P I の設定と②その K P I の目標値の設定の 2 つになります。[目標値]というタイトルが非常に気になりました。県に提出するものについては成果指標の K P I とその目標値でよいと思いますが、成果指標の K P I を達成するという目的のためには、プロセス指標の K P I の設定が非常に重要です。各病院内においては現場を巻き込んでこのような議論がなされることを希望いたします。」

簡単に要約をしますと、挽委員が「K P I が設定されている」というときの「K P I」というのは、本日、お示しいただきました中期計画において掲げています黒ポチ（「・」）です。この黒ポチ 1 個 1 個が、K P I に当たるのではないかということです。

その K P I の目標値というのが、ここに挙げられている「目標値」であるという分け方を挽委員はされているようです。

従って、まずは黒ポチで、それぞれの病院が掲げた取り組みが適切かどうかということの検討と、その適切であるということが担保された上で、K P I の目標値を適切に設定する、

こういうステップが必要だということをおっしゃっているのだと思います。

すでにこの黒ポチそのものの議論については、前回の評価委員会で行っていますので、今更それについて、また蒸し返す必要はないと思いますが、後段の「K P Iの目標値」ということについて言いますと、私も若干、挽委員と似たような印象を持っています。

ここで挙げられている黒ポチの計画というのは、行政評価の世界でいうところの施策目標になります。こういう目標でやっていくぞ、ということです。

目標には当然、単なる努力目標というものと、明確な施策目標というのがあります。ここで私たちが議論しようとしているのは、単なる努力目標ではなく、施策目標であるべきだという思いで、挽委員は臨んでいると思います。

そうなりますと、当然その施策目標を設定する場合には、まず施策の目標を立てる根拠となる現状というものが示されて、その現状と施策目標がどれくらい乖離しているのかということの認識の上に、目標が立てられると思います。成果を指標的に表すものとして、目標値というものが挙がってきます。これが挽委員のおっしゃった後者の「狭い意味でのK P Iの目標値」になります。

この目標値は、K P Iではありますが、同時にベンチマークでもあるわけです。ベンチマークであるということは、何らかを参考にするための根拠が必要で、例えば、過去5年間なり、10年間なりのデータを取っていき、その平均とする、ということもありえましょうし、また、他施設の平均あるいは国の平均などを使って、このベンチマークとしての目標値を策定する場合があります。

その辺が、次期中期計画では必ずしも明確ではないと思います。これは法令上、議会に提出するものと承知していますので、これはこれで形式的要件を満たしていると思いますが、実際に、この中期計画を実施し、日々の医療あるいは、年間の皆様方のパフォーマンスに反映させていくためには、挽委員がご指摘になった目標としてのK P Iと、それを指標化した目標値であるベンチマークとしてのK P I、その二つを少なくとも現場のレベルでは、きちんと把握をして進めていただく必要があるのではないかと、ということを挽委員はご指摘いただいたと思っています。

それは私も同じ考えなので、次期中期計画には挙がっていないのですが、先ほどご説明いただいた経営改善アクションプランで、ぜひ、施設目標、施策目標という戦略的な計画をきちんと明示化していただき、またベンチマークについても、何を根拠として目標値を設定するのか、ということについて共通の認識を持った上で、この計画を進めていただけるとありがたいなと思います。

それは病院機構で行われる作業だと思いますので、その作業を期待したい、というのが挽委員の趣旨だと思いますし、私も期待するところです。それについて、理事長はすでに自覚されていると思いますので、あえて、これ以上申しませんが、お願いしたいと思います。

○県立病院機構

経営改善のアクションプランは、まさにご指摘のとおりで、第二期期間中の状況を鑑みれ

ば、経営基盤そのものについて重要なご指摘を沢山いただいておりますので、それを踏まえ、次の計画策定時には、具体的に実現できるベンチマークや、病院機構内での共通認識の上で、目標を共有する形でのK P Iとして認識して取り組んでいきたいと思ひます。

これは極めて重要で、同時に、目標を実現するために具体的にどうしたら良いか、という道筋も明示する必要がありますが、これは病院機構のノウハウでもありますので、この中期計画の中に入れ込むのは必ずしも適当でないこともあります。その道筋については、経営改善のアクションプランの中に入れていきたいと思ひています。

また、先ほどご質問のあったセカンドオピニオンの料金についてご説明させていただきます。セカンドオピニオン料金につきましては、理事長が『神奈川県立病院機構の料金に関する規程』で定めていまして、具体的には足柄上病院、こども医療センター、がんセンター、循環器呼吸器病センターの4病院と、精神医療センターに分けて規定しています。

まず4病院につきましては、基本料金として30分まで2万円、30分を超えた場合には、以降30分毎に1万円を加えるという料金になっています。精神医療センターにつきましては、基本料金12,880円です。それら他に、病理診断の実費ですとか、画像検査データに基づく診断の実費、そういったものが料金として必要となります。

○安川委員長

追加等がなければ、意見は出尽くしたという感じがしますので、ここで質疑を終了したいと思ひます。それでは、本日委員の皆様からいただいた意見等を踏まえていただき、次回、中期計画案について、評価委員会として委員の皆様からの意見をまとめていきたいと思ひます。次回も引き続き、よろしくお願ひいたします。

【以上】