

平成25年度第4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25年12月18日(水)午後4時30分～午後6時45分
- 2 場 所 県立中央病院看護研修室
- 3 出席者 委 員 今井信吾 佐藤弥 篠原豊明 波木井昇 藤巻秀子  
事務局 小島医務課長 依田医務課総括課長補佐 ほか  
法人本部 小俣理事長 篠原理事 土屋中央病院長 藤井北病院長 ほか

司会： 開 会

委員長： それでは平成25年度計画の上半期の実施状況について、病院機構側よりご報告をお願いいたします。

病院機構理事： それでは、平成25年度計画の上半期の実施状況について、説明いたします。全ての項目につきましてご説明すべきではありますが、上半期の主要な項目につきまして説明をさせていただきます。

まず、資料1の1ページをご覧ください。政策医療の提供についてであります。中央病院の救命救急医療につきましては、昨年4月からドクターヘリの運航を開始いたしました。専門の医師・看護師と医療機器・医療機材を搭載して救急現場に出動することで、早期な初期治療と医療機関への搬送時間の短縮により、救命率の向上と後遺症の軽減に貢献しており、出動件数は、9月末現在で286件と、前年同期の162件を大幅に上回るペースで推移しています。救命率も91.5%と、効果的な救命救急活動を展開しております。

また、ドクターヘリと並行して展開しておりますドクターカーにおきましても、9月末現在の出動件数は318件、前年度109件でございますので、前年度比の194%と約2倍と大幅に増加しております。

次に2ページ目をご覧ください。がん医療につきましては、本年1月、一層の増加が見込まれる化学療法患者に対応するため、遺伝情報の解析を行うゲノム解析センターを併設いたしました通院加療がんセンターを開設し、延べ約3,900名の患者に対して化学療法を行っております。

また、引き続き、がんセミナーを開催し、県民の皆様への情報提供・普及啓発にも取り組んでおります。

さらに、緩和医療チームが一般病棟を回診しており、前年同期の91名に比べ約2倍の173名のケアを行っております。

次に3ページをご覧ください。北病院についてであります。北病院では精神

科救急、急性期医療などの充実を図るため、一般開放病床数を減らし、1Cが35床あったのを17床、2Aの病床50床を減らし、精神科救急、児童思春期などの病床を増床する病棟等の増改築工事を行い、スーパー救急病棟2Cの48床をプラスし、また児童思春期病棟1Cの10床から20床と規模拡大を図りました。

また、心神喪失者等医療観察法に基づく指定入院機関として、多職種医療チームによる充実した医療を提供し、対象者の社会復帰を促進するとともに、退院後、当院へ指定通院となった対象者に最適な医療を提供しております。

次に4ページをご覧ください。質の高い医療の提供についてであります。医療従事者の確保につきましては、引き続き研修医、専修医の確保に向けた広報・啓発活動などを積極的に展開し、平成26年度研修医定員16名に対する応募者数は32名で、100%のマッチングを確保できました。平成26年度は、自治医科大学の2名を加え、18名でスタートする予定としております。

また、今年度は、医師事務補助者を1名増員し合計8名の体制とし、10月からはさらに5名増員いたしまして、医師の業務負担軽減を図ってまいります。

次に6ページをご覧ください。県民に信頼される医療の提供についてであります。中ほどの、医薬品などに関する情報の的確な提供についてであります。今年度から、通院加療がんセンターで治療を行う患者へ、治療薬の内容や副作用などの説明を新たに開始し、9月末までに104名に対し、106回行っております。

さらに、今年度から、入院患者の持参薬管理業務に着手しております。

また、患者サービスの向上についてであります。昨年度から、1階ロビーに医療相談コーナーを設置しておりますが、9月までの相談状況はがん相談2,447件、医療福祉相談は464件におよんでいます。

また、医療相談コーナーには、各種がんごとに作成いたしました、患者と医師のコミュニケーション冊子を置き、来院患者に対する意識啓発にも努めております。

次に7ページをご覧ください。診療情報の適切な管理についてであります。昨年4月から、中央病院に診療情報管理部門を設置し、入院患者の病名、病歴、処置状況などの情報整理や分析を行い、医療資源の蓄積や有効活用を図るため、本年度は4月に1名、10月に5名の職員を増員し、現在は19名の体制で業務に取り組んでおります。

診療支援のシステムの充実につきましては、北病院の電子カルテや医事会計、薬品管理などを一体化したオーダーリングシステムを本年3月から導入し、

医療情報システムに関する取扱い及び管理に関し必要な事項を審議する「北病院医療情報システム管理委員会」を設置してシステムの適正な運用管理を行っております。

次に8ページをご覧ください。医療に関する調査及び研究についてであります。新薬開発などへの貢献について、中央病院におきましては、治験に積極的に取り組むこととし、9月末で18件が継続中で、昨年9月末からさらに2件増加しております。また、治験実施による平成22年度から9月までの受託料収入は6千1百万円余で病院経営にも貢献しております。

ちょっと飛びますが、13ページをご覧ください。効率的な業務運営の実施についてであります。弾力的な職員配置を実施し、効果的・効率的な医療提供を行うため、8月に増加した心臓カテーテル検査業務などに対応するため、診療放射線技師3名、臨床検査技師2名、臨床工学技士1名を純増するなど、多様化・高度化する医療ニーズ、患者サービスを行うこととしております。

次に14ページをご覧ください。経営基盤を強化する収入の確保、費用の節減についてであります。診療報酬請求の事務の強化につきましては、本年4月から医事課内に診療報酬担当を新設し、新たにリーダーを配置するとともに担当職員を増員して診療報酬請求事務の強化を図っております。

また、未収金対策につきましては、長期化した債権の回収業務を弁護士に委託するとともに、入院患者の診療報酬につきまして退院即日請求の徹底を図り、未収金の発生防止にも努めております。

材料費の抑制につきましては、薬品につきましてスケールメリットを創出するため、品目をグループ化した入札を行い、値引き率の競争性を確保しております。

また、光熱水費の抑制につきましては、引き続き、空調温度の節約に取り組み、平成22年度上期との比較で使用量が電気89.8%、ガスが96.4%となっております。

次に16ページ、17ページになります。ご覧ください。予算、収支計画、資金計画についてであります。9月末の執行済み数値をそのまま記載してございます。従いまして、17ページの、損益計算書に相当する収支計画の数値は減価償却等、見込みでは25億くらいになりますが、下半期に執行する経費を計上しておりませんが、上半期では純利益は30億円余であり、現段階では、年間見込みでは年度計画額約10億円を上回る純利益を確保できると見込んでおります。

対前年の上半期の比較につきましては、別紙資料を用意いたしましたので、ご覧ください。

まず1の予算でございますが、収入は105億3千7百万円で、前年に対

し18億2千万円の増であります。主な要因といたしましては、医業収益は入院収益・外来収益とも増加し、1億8千3百万円増加しました。また、運営費負担金は昨年、交付決定の遅れにより、上半期に入金しませんでした。本年は9月末に17億2千8百万円が入金となり全体が増加しております。

支出につきましては、90億9千万円で前年に対して4億3千9百万円の増であります。主な要因といたしましては、給与費は研修医5名、専修医6名、看護補助者32名の増員などにより、1億7千万円、北病院の病棟再編4億3千9百万円、中病の機器備品整備など建設改良で3億6千万円の支出増となっております。

次に2の収支計画でございますが、収入の部につきましては、1の予算の収入の合計額から資本勘定、今年度は今のところ0の予定でございますが、除いた105億3千7百万円で前年対して19億5千万円の増となっております。

支出の部につきましては、1の予算支出の合計額から資本勘定を除いた額に固定資産の除却費などの臨時損失を加えた額、75億円7百万円で前年に対しまして1億3千6百万円の増となりました。

純利益は30億円3千万円で前年に対し、18億1千4百万円の増ですが、先ほど申し上げました運営費負担金の上半期の入金があったことが影響していると考えております。

次に3の資金計画でございますが、今年度も短期の借入も行わず、89億5千5百万円を下期への繰り越し資金として有し、資金繰りは順調と認識しております。

以上主要な項目につきまして、上半期の実施状況の説明をさせていただきました。以上です。

委員長：今、主要項目を中心に説明を受けました。間を区切るというのも何ですので、全項目の中で、アットランダムで、それぞれ気がついた部分等につきまして、ご質問・ご意見をお出しいただきたいと思います。よろしく願いいたします。

委員：ドクターヘリの運営が相当収支に貢献しているんじゃないかと思いますが、その辺の数字と実際の診療報酬上の収入増が1億8千3百万と聞いたのですが、それはほぼドクターヘリのところで上がった数字なんですか。

それとも、一般的な、従来的な診療の中で得られたものなんですか。

病院機構理事：確かに、昨年の出勤回数の倍近くになっているということで、救急部門の収支は上がっておりますけれども、それが全てということではございません

が、相当貢献しているというふうに理解しております。

病院機構理事長：ざっくりいうと50%くらい。先生ご指摘のように、間違いなく貢献がありますが、月々の病院会議でのデータを見ていますと、半分です。

ただ、例えば整形も伸びているので、そこで来た患者さんが整形に回っているということもありますので、そういう視点から言いますと、科別では半分ですが、実質的には3分の2くらいが貢献しているのではないかと。

委員：ドクターヘリに限らず、なぜこんなに件数が多いのかと。逆に言うと今までこの人たちはどうなっていたんだろうと気がする。ドクターヘリが出る前の人たちは、この分だけ不幸な目に遭っていたという考えがある。

病院機構理事長：同時に驚きがあるのが、ドクターカーの増加です。これもざっくり申しますと、ドクターカーは国中、ドクターヘリは郡内というイメージがあるんですが、国中のニーズにできていなかったのか、言わば需要を喚起しすぎているのかという問題がございます。

委員：話が飛びますが、運営費負担金収益というのはいわゆる補助金と同意語ですか。

病院機構理事：補助金ではございません。政策医療に関わるところを、国の交付税単価で算定をいたしまして、例えば救急、周産期医療といったところで頂けるといふふうに理解しております、単純な補助金ではないと理解しております。

委員：診療収入が1億8千万円にしては、それははるかに大きい金額ですから、純粋な意味での診療上の収入増という理解は出来ない訳ですね。

病院機構理事：はい。基本的には二次救、三次救の部分に対していつも病院として医師と医療機材の確保をしていくとか、周産期といった特殊な出産につきましては、全て県内の例はうちの方で扱っておりますけど、そういうものを基本的に従来平時から用意しておいてほしいという部分の経費でございますので、診療報酬とは全く別の分類になります。

委員：そうしますと、これを素晴らしい数字と理解した場合に、今度は先々心配になるのはこれが削られていくのではないかという気がするのですが、その辺のお考えは。

病院機構理事長：これは法人の側からコメントすることではなく、県当局の方からコメン

トしていただきたいのですが、ただ県もこの段階で触れることは不可能ではないかと。

病院機構理事：ただ、独立行政法人化する時に、県とお話し合いをした際にこの負担金につきましては、今後とも継続していくということで、念書はとっておりますけれども、そのように話し合いをした段階で法人として独立しましたので、委員が心配するような事は現時点ではないというふうに考えております。

委員：裏を返すと、こんなに良い状況が県病院に与えられて、民間病院は色んな意味できゅうきゅうとしているのに貧乏暮らししているのに、こちらの方は非常にリッチだというイメージになってきて、格差が開くばかりだと、非常に僻んでしまうんですけれども、いかがでしょうか。

病院機構理事長：委員のこともよく理解出来ます。ただ、機構とかあるいは県立中央病院の置かれた立場というものを考えると、切り口を替えて、これも何度もこの会で申したのですが、機構という組織はいくつかありまして、大阪が先行いたしまして、この機構の繰入金比率というのは19%くらいあるのですけれども、このデータも何度かお示ししているのですが、山梨県の中での機構、つまり我々の運営費負担金の率は、いくつかあるうちでは1番か2番目に少ないです。率的には、我々サイドから見るとですね。ただ、先生の視点で、私立病院がこういう話を聞くと、そういう雑感を持たれるのは本当に理解が出来ますので、何とかそこは、むしろ国の医療施策がそういう部分を緩和しながら、今度の医療費改定がどうなるか、ということがあるのではないかと私は理解しています。

委員長：はい。では他にありますか。

委員：よろしいですか。資料を見せていただいて、政策医療が県立病院で出来るということが書いてありますが、資料に7回の看護師の採用試験を行ったというのがあり、看護師の不足がなかなか解決しないということがありますが、政策医療を推進するための看護チームみたいなものはどうなっていますか。

政策医療を担うというのは県立病院の強みだと思っておりますが、その強みを看護の強みに出来ないかと考えると、例えば救急医療などもありますけど、それぞれの分野で、医療の中の看護を研究的に取り組むようなチームが出ているかどうか知りたいのですが。

病院機構理事：運営費負担金でございますが、その中の構成は政策医療という話でございますけれど、まず保健衛生行政事務に要する経費、救急医療の確保に関する経費、周産期医療の確保に関する経費、結核病院の運営に関する経費、精神科病院の確保に関する経費、高度特殊医療に関する経費というような項目を積算の根拠として、政策医療という話の中で、看護チームを作っていくという話ではありません。

委員：わかりました。予算はそのように国から出ているかと思いますが、県立病院でなければ出来ない医療がいっぱいあるわけで、そのようなものに看護が担う分野が明確に外に出せれば、県立病院の看護の魅力だと思うので、そういうものが出来ないかこの資料を見ながら感じたのですが、その辺はどうなっていますか。

中央病院院長：政策医療というのは定義づけが難しいもので、例えば、がんを政策医療にするといった場合に一般の方もがんをいっぱい扱うわけですので、がんだけ特化して政策医療になるというのはなかなか難しい。

それに対して看護師さんをどのようにしていくかとそういう問題もありますが、言いたいことがちょっと良く…。

委員：この前頂いた年報を見せていただくと、A I D Sのことを取り組んでいる発表があつて、A I D Sもこの中では政策医療のひとつとなっていますよね。

そうすると、A I D Sの専任の看護師が出来る就非常にもっと出来るということが最後のまとめになっているのですが。

中央病院院長：専任のナースというのは徐々にやっております。例えば、今年から緩和ケアの専従のナースがおります。

委員：他の病院ではなかなか経験できない看護がこの県立病院では出来るというのをきちっと看護分野と医療のチームで出して、ここに来ると看護者としてこういう責務が担えるし、こういう魅力があるというものを出していくことが、若者の心を打つのではないかと思います。

中央院長：ひとつの方向性として、認定看護師が今かなり出ています。あとは特定ナースも。そういう方向性はあります。

委員：認定看護師も見ると県内の病院の中で1番多く在籍しているようですが、そういう方が研究発表を県内の看護の学会などにどんどん出してくるとか、県立病院の看

護の魅力みたいなものが感じられると良いなと感じまして、政策医療と結びついていくと他に出来ない、難病、A I D S、感染症など色々な取り組みが出来るチームがどんどん出来て、感染も引き込んでやっていけるようにしてほしいと思います。

中央病院院長：徐々に進んでおります。感染症も専従のナースがおります。わかりました。

委員：それともうひとつですが、この間北病院を見学させていただきました。北病院があるということは、県立病院の看護にとっては売りなんですか、マイナスなんですか。

病院機構理事長：それは当然、素晴らしいことと思っております。

委員：そうですね。ところが、看護の管理が別になっていると伺いましたが。

病院機構理事長：病院面では一体化していますが。

委員：北病院の看護と、県立中央病院の看護の管理が別々に管理されている。

病院機構理事：人事は一体化しています。例えば総看護師長さんは、委員もご存じのように、県立看護大学の方が多いですから、ある世代になると、向こうの看護部長になる、総看護師長になっています。日常はやはり精神科医療と一般、総合医療センターです。

委員：ただ、例えば若い看護師さんたちがローテーションの中で精神科も経験できるか、中央病院と北病院のローテーションみたいなものが売りになるかなと思うのですが。

病院機構理事：今の委員のお話ですが、看護部につきましては中央病院と北病院、それと県庁の方にあるあけぼの医療福祉センターの3箇所、行政の方にも若干名おりますが、そういう中で人事異動、ローテーションを組んでおります。

現実問題としますと、先ほどからおっしゃっていますように、今回秋から緩和ケアのナースの資格をもった人をチームとして病院では独立させまして、認定看護師も病院機構の方で学習の経費を持ちまして作っております、先生もおっしゃられたように今、中央病院では15名、北病院で4名、それからあけぼので1名おりますけれど、やはり認定の分野は総合病院の認定看護師と精神科の病院の認定分野が違いまして、一般的な排出ケアだとか、がん



化学療法だとかが中央病院とすれば、北病院は司法精神看護だとか、うつ病看護といった特殊な分野ですので、プロになっていく方を中央病院に持ってきて、確かにいいんですが、北病院の現場の方では認定看護師が必要ということで、国の方の指導もそういう所に貼り付けなさいという話が出ているので、プロになってしまうとセクションとしたら来年から中央病院に行きなさいとか、中央病院にいる方が北病院に行きなさいとなると、それはまた大変な話になりますので、そこを加味しながら、病院としましては一番最初に学校から卒業した方は3年から5年は中央病院ですべからず病棟、外来、手術場をやって、適正が合ったところで北病院に行ってもらったり、あけぼのに行ってもらったり、また何年かしたら中央病院に戻ってもらったり、ローテーションを組んでおります。

おっしゃられるように、どんどん売りとしてやっていきたいが、認定看護師の資格を取るのが難しいという話です。

委員：その話はごもっともで、認定を取った人が変なところに行ったらしょうがないことですが、そうではなく、中病にいる15名と北病院にいらっしゃる認定看護師が月1回でも一緒に集まって、認定看護師としてどうしているかという情報交換とか、どんなところでどんな発表をしてきたとか、どんな実践をしているかというような看護の管理が別々にされているので、一緒にひとつのものとして、表に見えてくると、例えば学生さんたちも看護の広がりというものを実感できるのではないかと思います。

今は、せっかく北病院と中央病院があるものが活かされていないような気がします。認定看護師はもちろん専門分野に行っていただくので、その年齢になって経験を積んで認定をとった場合はその分野で活躍をする。でもその活躍しているものが中病でもわかり、中病の活動が北病でもわかるような仕組みになっていると、もっと広がると思います。

病院機構理事：その辺に関しましては、委員の提案として、人事の方も含めまして検討させていただきます。

委員：ぜひ、魅力にしていってほしいなと思います。

病院機構理事長：具体的には、木曜日は師長会でこの会議室に全部入るくらい、多分40名くらいでやっているのですが、3ヶ月に1回くらい、今度は藤井院長とご相談して向こうの師長さんがうちに常任してやるとか、そこからのスタートが合うかもしれません。おっしゃるとおりで、師長会議はそれぞれの

病院でやっていますけれども、その関わりがないです。

委員：そうですね。外から感じる看護の見方として、それをプラスに出来れば。

病院機構理事長：大した時間を取りませんから、その中でまた議論して、おっしゃるような趣旨が、どんなことが具体的に出来るか。

委員：ぜひそうしていただければなと感じました。

委員長：はい。他に。

委員：はい。よろしいでしょうか。4ページに26年度の研修医定員16名に対して、応募者数32名ということで、喜ばしいことだと思いますけれども、応募されている方は、例えば県内の高校出身者のような方で、いずれはこっちに帰ってこようとしている方々なのか、あるいは県とは全く関係なく、県立病院機構に入ると自分の勉強とか、自分の将来のこういうことを勉強したいと思っている人たちが、こちらの病院の特色の中に意気を感じて応募してきているようなものなのか、その辺はどっちが多いですか。

病院機構理事：今年のマッチングの上で言いますと、26年度採用で32名という話をさせていただきましたが、32名のうち県外の大学からが約3名、その3名も県内から他県で勉強してきた方がほとんどですから、県内に残りたいという希望で、うちの特色を汲んでいただいて、こちらの方に公募されたというのが実態です。

病院機構理事長：過去4年を振り返りますと、実は県外は3/32よりもう少し多く、7割5分が県関連、県関連というのは外に出てこちらに戻るかたもいますけれども、ですから今年の3/32は僕の記憶より少ない数字で、もう少しいたと思うけれども、東大を出た方が来たり、あるいは慶応を出られた先生が来たりとか、そういう方もおられます。

ですから、今どういう方向性がよろしいのでしょうか。将来の定着を考えたら、県に関連した人が来た方がいいのか、あるいはこのブランド性が高まって色んなところから来た方がいいのか、どういう風なご意見でしょうか。

委員：私としては、後者の方ですね。やはり特色のある病院ですから、全国の大学から

若いお医者さんが来ていただいたほうが。

病院機構理事長：そうすると今度は競争が激しくなります。医務課長側からご説明いただいたほうがいいかと思うのですが、今後の地域枠の出る数の見通しがございませう。医務課の持っているデータでは、過去25、6人だったのが、50名と倍増しそうなんですね。そうすると、今申しましたように、競争を激しくした方が。

もちろん、医療の質と県外からの応募者というのはある程度関連すると考えたら、私としたら方向性をとりたいのですが、しかしそうは言っても一生懸命県が一体化して地域支援をやってきましたから、その卒業生の受け皿として我々が用意するという側面も、独立行政（法人にはある）。それで委員に一般的なご意見をとってお聞きしました。

32名で十何人というのは2倍ですから、実は内々に厚生省の方からこの病院の適正な数というのを、厚生省の使う適正の意味は時には増やせとか減らせとか色々ありますが、増やせという意味での適正の数は18から20ぐらいでもいいのではないかと、もう2人か3人どうだという話はございませう。

それとも、県外がもっと増えたらいいんですかね。総数が増える可能性があるということだ。

委員長：医務課長から何かありますか。

医務課長：今、理事長先生がおっしゃったとおりで、山梨大学と連携をしまして、県では医師不足対策ということで従来から取り組んでおります。そういった対策、地域枠とか奨学金をする前に比べまして、理事長さんが申しましたように20人か30人くらいだった県内への新しい医者になる時の、今は初期臨床研修になっておりますが、初期臨床研修医が今後は50から60くらいになるということが見込まれております。

そのような状況が県内の今後の医師の就業状況になっております。

病院機構理事長：今年の数字を見てみますと、確かに県内全て合わせまして56人というのは、過去の4、5年間の平均25から30くらいの間で推移したものに比べますと、倍近いのびなんですね。医務課の試算ではそれは維持されていくだろうと。

ということになりますと、少なくとも初期臨床研修医という研修医レベルはここはかなり潤沢なお医者さんの。

前から申していますが、3から7年くらいの中堅どころの人がどこまで定着していただけるかというのが、我々の今後の問題ではないかなと思っています。

委員：次よろしいですか。教えていただきたいのですが、要するに初期研修が終わって後期研修にどのくらい残るのですか。枠があるのかということもありますが。

病院機構理事長：研修医の気持ちになると、初期研修医の時期というのはやっぱり救急をやったり、色々なメリットがあるのでいるのですけれど、その後の身の振り方を見ていますと、ここの魅力のひとつは、例えば院長もおられますけれども、心臓外科はどちらかというとコミュニケーションは東京ですし、整形もそうです、それから呼吸器内科もそうですよね。

ですから先生もご苦労されたと思うのですが、もし私が山梨大学の卒業生でしたら、そこで初期研修をした後、山梨の中ではあるけれど、将来また自分が専門性を深める時に違うチャンスがある。ひとつの魅力だと思うんですよ。たとえば順天の整形に入れるかもしれない。ですから甲府盆地の中に多様性のあるチョイスを卒後1年2年に置いておくというのは実は県立中央病院の魅力だと思う。でもそれは成り立ちの上で県立中央病院が出来たのが、県の医学部よりは早いので、多くの幹部は他から来られてますよね。

そうすると、そのつながりで関連医局というのは外にある。ただ、傾向としては当然山梨大学の医局に戻す。ですからこれからの展望は初期研修医をした人が、いままで医局との連携を取りながら、医局の出先機関として3年目を選ぶときに我々がリコメンドする、あるいは逆に言うと、例えば自分はここを1、2年やっている内に、自分の将来を決めたときに循環器がいいと。循環器の先輩にじゃあ先生のご出身はどちらですかと言ったら、今の状況は、例えば胸部外科に入りたいと言ったときに、土屋先生でしたら、女子医でトレーニング受けたよと、女子医にレコメンドするよという形で女子医に行っている。

ところが山梨大学にもその先輩が、山梨大学の医局で先輩みたいに自分はなりたいと若い医師が言ったときに、自分は出身は山梨大学医学部で10何年医局にいてここに就職したということであれば、当然山梨大学の医局に吸収されていく。そのスタイルがこれから、実は山梨大学とうちとの関係上非常に重要なところになっていくと私は考えています。

そうすると、先ほど言いました後期研修医は山梨大学でやる、そうすると山梨県に先ほどから言っています中堅層が定着する。そして、医局に戻

った人が6、7年後に医局で鍛えていただいて、この病院の幹部になる。

それは実際私が東京にいる17年間では、東大の医局に関連の、分かりやすい言葉で言うと、純粋無垢で来た研修医達を吸収する組織を東大の消化器内科は持っていたのです。ですから、その消化器内科のトレーニングした子が、部長クラスを見て先生みたいになりたいと、呼吸器内科、消化器内科を選びたいと言ったときに、先生の医局はどこですかと言ったら、東大の消化器内科だよと言うと、彼らは毎年この時期になると、この子は山梨大学の卒業で、関東中央病院で研修したけれども、私と一緒に消化器内科を将来やりたいので、紹介してやると医局に連れてくるのです。その結果、例えば毎年20人入局するという構造ができあがる。

ですから、今、例えば土屋先生のところ、藤井院長のところに入局を希望して、実際に慶応に行きたいと言って慶応に行った人がいるわけです。ですから、山梨大学も魅力あるシニアクラスがここにいれば、当然研修医は先生の医局で先生みたいになりたい。そういう良いサイクルが多分生まれると思います。

中央病院院長：その一番良い例が循環器内科です。ここで1年、2年初期研修をやって循環器に興味があるというのは、うちに2年くらい残って基本的なことを学んで大学に行く。大学からある程度中堅スタッフ。一緒に循環器をうまくやっていけます。山梨大学との関係を。

病院機構理事長：血液も麻酔も同じです。全部そうです。ここで良いシステムが出来ていて、そこにリンクしているのがそれぞれの医局であればそこに自然と入ってきます。

ですから、それらの人が将来どこに行っているかという額面の、数字の問題ではなくて、やっぱりこの子達に良いトレーニングをさせるためには良い先輩を置いていると、良い先輩はどこでトレーニングされた、と言ったらそれはその所に行きますよね。

だからといって県内に75%残っていて、外は25に限るとか、数字が先行するのではなくて、やはり、トレーニングの中身から積み上げられていった結果がこういう状況である、ということではないかなと思います。

委員：僕が言いたいのは、単純で、結局外に当然行くのは、別にそれは妨げるものでもないし、魅力あるのはいいんですが、出たら戻ってこないんだろうというところが一番懸念するところであって、今要求されているのは結局、ここもそうですし、大学もそうですし、一番要請されているのは県内の他の病院になんとか医者を増やせ

ということなんですね。すぐには無理かもしれないけど、僕らが散々言われているのはなんとか外に出す人間を大学から出せと言われている。それを一遍に全部こちらが受けてしまって、やっと戻ってきて育てようと思っても、なかなかそういう余裕が出来ない状況が続いていた訳です。

そのところで、こちらにかなりの人数が、うちの卒業生が来ているわけで、その上で、初期臨床研修はもちろん一生懸命やられていて良いと思うんですけども、その後で県内じゃないんだけど、出て行ってもいいんだけど、なんとか県内に戻って来れる、県中に戻って来てもいいんだけど、県中から逆に県内の病院に行けるようなルートというのは作っておかないと、県立中央病院としては僕はどんなのかなという気はするんですけど。

もちろんこの病院が素晴らしいのは分かるんですけど、今回のものを見てもあまり文句をつける部分もないので、お金についてもそうですし、すごく今回はあまり言うことがないのですが。

ただ、こちらだけが言われているような気がしてしょうがなかったので、その部分に関しては、数字を聞いたってというのはどのくらい実際残ってられるのかっていうのがあったから聞いただけであって、決してここの選択肢が、全国の良い先生の所に行くとか、学べる所に行くっていうのを決して妨げるものではないと僕は思っているのですけれども。

病院機構理事長：それが理想だと思います。結局視点は、若い医師が良いトレーニングを受ける、また、大学という立場で見た場合と、ここで、4年半経ちましたけれども、私はそんな難しい話は何もなくて、一本みんな筋が通って若者達は非常に頼もしい限りですけど、自分の医者としてのキャリアを積むためにどうするかというのを日々真剣に考えながら真面目に取り組んでいて、それをサポート出来る体制を作れたらいいなと思っています。

委員：その部分を心配している訳ではなくて、出来ればそういう部分ももう少し積極的に考えて関与していただきたいなという気持ちだけです。

病院機構理事長：どういう意味で積極的だと。

委員：要するにこの県立中央病院で研修が終わって、その後ここの病院に残っていてもいいし、外に勉強しに行ってもいいんですけども、最終的に山梨県内の医師を充足するための方策に関して、もう少し関与していただいてもいいのかなと。

病院機構理事長：私がここに来た際に、県立中央病院をトレーニングセンター的にしてく

れないかという構想があって、第1期中期計画の中にもそういう言葉が入っているかと思うのですが、ただ、大学の医局には色々なところから依頼が来るので応えなければならないと教育としての頭の痛い問題ということとを前面に語られていますけれども、先生もご存じのように、ここは教育機関ではございませんし、ざっくり言いますと、ここで行われている入院・外来の医業収入の額は多分大学より多いかと思いますが、しかしここにいる医者数は160ですけど、大学に在籍している医師の数は300なんですね。

ですから、先生が先ほど言われました、私立病院から見ると云々という話になると、今度我々の立場を変えて言いますと、患者さんを診ての医業収入というアクティビティから見ると、160人の医師で1.3倍くらいの医業収入を挙げていて、300人の医師が大学にいたら、それは町なんかは大学に行って、お医者さんを是非回してくださいと言うことは当然だし、私もその立場に17年おりましたから、それは無碍なるかなとそれこそ思います。

ですから、先生方のご苦勞は、そうではないと、大学の役割は教育・研究があるからと、その大義にたっているのですが、例えば東大病院なんかは900人いますからね。今水揚げ大体450億くらいになっています。ですから、そういう先生方のご苦勞は逆に私はよく知っています。

ただ、そういうことは言われて古いので、それを具体的に、1歩2歩3歩踏み出すために、今申したようなことを実態として動かしていけば、良い医療を山梨の遍く85万の県民に与えることができるのではないかと、ということを申しております。

ですから、他県の事例も勉強出来ました。この間静岡県立総合病院に行ってきたのですが、ご存じのように静岡県は非常に広いのですが、静岡県に例えば浜松医大が出来たのですが、いわゆる医師供給源、この言葉が正しいのかわかりませんが、としてあまり静岡県の、沼津の方とか機能してないのですね。そうしますと静岡県の総合病院、医療センターが、先生のおっしゃったような県立中央病院にもちょっと担っていただきたいといった機能をやっています。

ですから、今度地域枠が出来て、山梨大学の教授を中心とした卒後研修問題センターの中で、うちもそういう方向性を少し踏み出そうかな、ということはもちろん考えています。

委員：よろしいですか。私ども民間病院では、県病院とあるいは大学と同等のレベルの医療を求めていかないと、自分の病院にも医者が来てくれないです。そのひとつの

方法として、難しい要件の時には、今日現在は関連の大学から教授を呼んで、高いレベルの手術をさせてもらっている。

それと同じようなことの中で、県病院のそれなりのドクターが私どもを指導したり、来ていただいてハイレベルの手術をしていただくという風な形がとれば、我々民間病院、県病院よりある意味で低いところにいる者にとってもハイな治療が出来る。それが巡り巡って、比較的若い先生方も来て下さるといふ循環が生まれるかもしれない。

前に看護大学のナースが自分に相応しいレベルの高い病院が山梨県にはないと言って、東京に行ってしまったという例があるのですが、似たような話は当然医者の方の世界にもあって、先生のようなお話になってくるんじゃないかと思うのです。

ですから、県病院の一人勝ち的なニュアンスは当面はいいでしょうけれども、やはり県内の全体の中堅どころの病院のレベルも上げていって下さらないと、受け皿的な意味も含めて、全体がアップする、あるいは医者が県内に残るといふことには繋がらないのではないかと思います。

相変わらず低レベルの医療をやっていたのでは、来いと言ったって来るわけないですから、その辺のところの援助はしていただければと思います。

話が飛びますけれども、地域医療支援病院のことを念頭に置かれているかどうか、ということが一点と、それから救急で入られた患者さんの一週間以内の転院は高い点数があるわけですが、これだけの救急が入った場合にそのどこか受け皿があるのでしょうか。この調子で入ってきたら満杯でどうしようもないのではないですかね。

中央病院院長：まず、地域医療支援病院なのですけれども、数年前から目指しているのですけれども、なかなか紹介率が(満たせない)。先月は60%だったのですが、取ろうと思えば、紹介患者のみ外来で診るようになれば取れるんですね。

ただ、私は総合受付に立っていますと、紹介状を持ってなくて、腰が痛い・足が痛いという人たちが来るわけですよ。目がちょっと見えなくなったとか。それを、紹介状を持っていないから紹介状もってきて、もう一回来て下さいというのはなかなか言えないんですね。

ですから、そういう意味で地域医療支援病院というのは、ちょっとまだうちは取れない。でもある程度見えてはきました。

委員：それに逆紹介率は考慮されているのですか。

中央病院院長：逆紹介率40%はクリアしています。



委員：最近、私どもの病院で思うようになったのは、結構県中に昨日入られて、今日お前のところで受け取ってくれないかということを受ける回数が増えたような気がするんですね。

それは、救急で受けたけれども、必ずしも県病院で診るレベルのものではない者がいたからだと思うのですが、ある意味でそれは良い傾向じゃないかと思っています。

中央病院院長：そうですね。退院に関しては、連携センターに担当の者がおりまして、入院をした時から対応しております。

委員：良い循環が生まれると思うので、まだ出始めですから良いパターンにはなっていないと思うのですが、出来るだけそういう方向性があるといいんじゃないかと思っています。

中央病院院長：在院日数も非常に下がりました。ここ数年で5日位。今は大体12。なにがしで実際病院にしては在院日数が非常に短くなっています。その方向性については重々承知しております。

委員：今、紹介率の話が出たのですが、紹介する医療機関というのは、どのくらい連携が取れているのですか。

中央病院院長：逆紹介は、今連携を非常に強化しています。450位だと思います。

まず機構の医師が地域の医師会長のところに行って、各先生方をお願いに行きます。その後は連携部の職員が二人一組で当院のパンフレットなんかを持って行って各医院を訪問しています。それが450件位になっているかと思えます。

そのパンフレットを作成して、帰りに歩いていただければいいと思いますけど、玄関のところに置いてあって、患者さんが自由に持って行くという風になっています。

ですから、医療連携というのは一生懸命、今進めています。

委員長：他にありますか。

委員：はい。では何点か。小さい所なので簡単に答えていただければいいのですが、1ページの救命救急医療のところ、後遺症の軽減に貢献しているとあるのですが、これは何を根拠に言っているのですか。ここでそこまで診れるのですか、というの

がちょっと。言葉の綾なんですけど、救命率は確かに数字に表れている。それから後遺症の軽減に関してもここで言えるのかと言っているだけで、そのの所までどうやってこれを言い切ったのか、そこに関して教えていただきたい。

感覚的にはよく分かるのですが、こう言うからには何か意味がないと、この言葉はちょっとこの病院だからこそ使いにくいかなと思ったのですが。

実際にどうやってお調べになったのか、というだけなんですけれども。

中央病院院長：これは当院に、ドクヘリで運ばれてきた方の救命率・・・

委員：救命率は分かるのですが、むしろ後遺症の軽減と言っているので、何でこれが言えるのかなと。

これはすごく微妙で、僕らが取ろうと思っても、なかなか難しい問題だと思うのですが、言ってるからには何か根拠があって言っているんだろうなと思って、お聞きしたんですけれどもいかがでしょうか。

病院機構理事：明確な根拠はないのですが、救命率の向上という範囲の中で推し量って、という部分があって、ドクターヘリの導入当初からそういう表現をしておりましたので、先生の指摘のように・・・

委員：言い切るには、救命率だけ出してこの部分出さないと、ちょっと言いすぎかなという気がしたので、気になっただけです。

あともう一点ですが、6ページのところで、医薬品との関係とあるのですが、どこも今求められていると思うのですが、病棟薬剤師に関してはどのように考えておられるのでしょうか。配置に関しては。

病院機構理事：病棟薬剤師につきましては、今直営の病院だった時から独立行政法人になりました。当時から薬剤師に関しましては3年間で人員的には約倍になっております。

今後も進める中で、病棟薬剤師の完全配置につきましてはなるべく早急に、と思っておりますが、ここ2年前までは4年制から6年制になったということで、薬剤師さんの卒業数がほとんどゼロに近い状況になってしまいましたので、ちょっと足踏みしましたけれど、来年度の採用につきましても今まで以上に採用しているということにして、ただ一遍に、急激にどっと採用しましても、薬剤師としてなかなか動きませんので適正な数、4、5名を毎年採用して行って、近い将来、早い時期に病棟薬剤師を設置したいと考えています。

部分的にはやっておりますが、全病院の内部的には、今のところはそこまでは充足していません。

委員：本当に言うことがないので・・・。

運営費負担金については毎年この時期に入ってくるのですか。

それともまた後半に入ってくるのですか。

病院機構理事：これは約2分の1でございますから、あと3月の末にもう半分入ってくるというのが現実でございます。

委員：これについては最初の感覚なので、最初の所の申し合わせでこれが決まっているので、たまたま医業収益が上がったのでこれがすごく大きく見えるのだけど、結果論なんですよ。

だから僕自身は、この金額で始めに県とのやりとりですから、別に問題ないのかなと思います。

委員長：独法になる前も実額ベースでほぼ同じくらいの交付金が出ておまして、それで収支は残念ながら、かつてずっと単年度の赤字が続いていた。

それが今の様な医業収益が増えることによって、効果がちょっと見えた。今後どのように交付の基準が変わるか、という。ここが変われば配布額が変わる。ここが国を含めて全体的な、ということになるのですが。

病院機構理事：ちょっとよろしいですか。自治体病院で直の経営をしていた時は、地方公営企業法という中で、次に掲げる地方公営企業の経費で、政令の定めるものについては、地方公共団体、山梨県の一般会計から支出する、負担をするという風になっておまして、今度は地方独立行政法人法でも全く同じ条文がありまして、今度は運営費負担金ということで、地方公営企業型の地方独立行政法人の事業の経費のうち、次の掲げるものは設立団体が負担するというところで、法律で規定されているということで、今委員がおっしゃったように、これは独立する時に県の方と協議をした結果、今の様な状況になっているというのが現実でございます。

委員長：はい。他にございましたらお願いします。

委員：よろしいですか。単純なことだと思うのですが、この別紙の上半期の財務の結果

がある数字なんです、下の収支計画の表の支出の部で、減価償却がゼロになっていますが、過去を見ると多分毎年26億円くらいの年間の減価償却が計上されているようですけど、上半期だから減価償却は挙げていないことでもいいですか。

病院機構理事：はい。説明の時に申し上げましたが、基本的に毎年25億位の減価償却になります。でも上期でございますから、精算をする段階におりませんので、年度末、3月の末には減価償却を入れるということで、そこは25億位の数字が入るということをお予定しております。

委員：はい。わかりました。

委員長：他に意見はありますか。

委員：よろしいですか。話が飛びますけれども、今峡南それから富士の方でカルテの共有化と言いますか、そういう方向性で動いている部分があると思いますが、そういうものに対して、県病院のスタンス、立ち位置はどうなっていますか。

と言うのは、ある地域によってはICカード診察券というのを作って、ICカードの中のデータをみなさんと共有する。どこへ持って行ってもいい。そのような動きもあったり、県医師会としては情報センター的な考え方の中で、1件、全員1カルテというような構想がある。

そういう中で県病院の立ち位置は何かお考えでしょうか。

病院機構理事：よろしいですか。当病院におきましては、この12月の末から新たなシステムの電子カルテを導入する予定であります。この年末年始の間に。

それで全て入れ替えますが、その情報の管理という中で、病院内で完結しているということで、他病院との接続は今のところ考えておりません。

委員：あっちこっち飛ぶというのはもちろんセキュリティの点で問題があるのだけれど、診察券の中に情報を入れておいて、それを患者自身が管理して持って歩くという考え方なんですね。その診察券には自分の病名と薬と自分の検査データくらいは入っていて、それを自分のものとして持って歩くと。そうすると、県病院に来たときにそれを開いて、その人のカルテにその人のことだけを入力していくということであって、全体のカルテという話では当然ないんですね。

そういうことであればアクセスは全然繋がっていないから、ただデータとしてはその人のデータが患者さんのカルテの中に取り入れられるということなんですね。

ですから、ICカードリーダーを持っていればそんなことが出来ると思うのです

けれども、そういう動きがあるだけでも、そういうことについて何か対応されるプランはありますか。

病院機構理事：今、当病院では情報管理委員会というものがございまして、そこでは、今委員が言われたようなことにつきましては多分議題に挙がっている、詳しいことは分かりませんが、挙がっていると思いますけれど、今現時点ではそういう方向に足を踏み出すということは確認しておりません。

病院機構理事長：県民へのサービス、我々が提供するの医療ですけど、遜色ないといえますか、他府県でやっていて山梨県民がそれを享受できない、ということであれば、全方向的にやりたいと思っています。

それともっと踏み込んで申すのなら、他府県のモデルになるような例をやりたいと思っています。

そういう意味で、評価委員の先生方から色々アドバイスを頂ければ、単に委員会で検討しているか云々かんぬんよりも、実質面で動くかどうかというところを検討して実務に反映いたします。

委員：もうちょっとでICカードの、ポケットカルテという形でもう動いているんですね。それはひとつの参考になるのではないかと思います。

病院機構理事長：例えば、これも委員にお聞きしたいのですが、80歳のおばあちゃんが外来に来て、雨が降っていて、薬を院外薬局でもらうと。院外薬局へ行くと、一応問診をされて、またそこで待たされて、またバスの時間が30分後だと。そうすると院外薬局がものの距離、2、30mですが、彼女にとってはやはり大変な苦痛ですよ。

だから、絞切り型に院外処方にして国のお達しがあつて盛んにやってきましたけれども、そういう現場での患者さんの立場を考えると、例えば78歳以上は院内処方にしていいのではないかと、色々面白いアイデア、実現性のあることを試みることが出来ると思うのです。

今申しましたように、ユニークなアイデア、それから他ではやっていなくてもこの為になるものでしたら、やっていきたいと思っています。

ですから先生のおっしゃったとおりでして、個人情報の問題も自分で持つて歩くのならば改善出来ると思いますし。

それと、これは委員にこちらからのご質問なのですが、知事も言われたのですが、若手医師の問題はもちろん各病院で、例えば東京でやっても医師不足はあるんですよ。専門性が高まれば高まるほど際限がないんで

すね。絶対数で規定的な。例えば消化器内科で潰瘍性大腸炎の専門医がいたらすごい病院が良くなったと患者さんが言うんだけどもクローンの専門医も欲しいとかね。極端に言いますと。そうすると医師不足というのは際限がない。

ただ、ざっくり言いますと、若手医師の数が、県の努力もあって、山梨大学と協力されて、地域卒の人が大分出てくるので、どこまでいってもきりがないけれども、相対的に比べると、5年から8年前に比べると。

で、委員に言いたいのですけれども、山梨県の100床当たりの看護師数というのは、うちのデータで集めると、10年位前は全国で26位くらいだったのですけれども、ところが今40位に落ち込んでいるのです。100床当たりですから、病床数が分母となりまして、看護師さんの数を割るのですが、山梨県は国の施策に関わらず、病床数の削減は全国より低いです。ですから分母が大きいです。

ところが、看護師さんの育成に関しては、26位の看護師さんが今40位に落ちてきているのです。ここをどういう風にお考えですか。

委員：私はやはり県立大学で100名、編入を入れれば110養成しているのですね。それがここに・・・。

病院機構理事長：その問題だけではないんです。

委員：じゃなくてですね。以前県立高看だった時は、ほとんど県立病院にみんな入ったんですね。当時は。それで・・・

病院機構理事長：ですから先ほどから申していますが、若者達は、キャリアデベロップメントとか、例えばここの県立看護大学に入るための、いわゆる大学入試のなんとか値とかございますでしょ。高いのですよ彼らは。そうするとキャリア的なもの、自分の将来なんですよ。

委員：だけど、ここに、さっき私が言った政策医療に伴う看護がきらきら光ってやれるような仕組みを作っていただきたい。そうすれば学生はどんどん入ってきますよ。

病院機構理事長：最大限の努力をここの看護もやっていますよ。彼女らのクオリティが高まって、やっぱり全国展開したいんですよ。

それよりも何よりも、看護師の養成数の、簡単に言うと看護学校の卒業生の数が少ないのですよ。データ出しますよ。

委員：先生、その通りですね、山梨県の看護師の数は、実際に働いている人ですね、高知県の半分ですよ。高知県の半分しかいない。高知県は今の山梨県の2倍の看護師が県内の中で働いている。

ということは逆に言うと養成力が、例の准看の問題に引っかかってくるんですけども、そこでガタッと落ちた時のフォローが悪かったのですよ。准看を減らしたはいいけれどそれに見合うだけのフォローをしなかった。名目上はやったのですが、実態としてフォローが悪かった。

だから今県内で看護学校を作ろうというところが2つあります。是非それを県も支援していただいて。早い話が学院大学と健康科学で作るという話をしていますから、これをある意味で支援して下されば。

それから、学院大学のブランドを使えば、いくらでも生徒さんは集まるんですね。ただ、その理解がなかなか得られない。

病院機構理事長：それは私もたまたま委員が、ある所でそういうことをおっしゃっているのを文字で読みましたので。

本来ここで、これがこれからの2期中期計画で入るのでこれから議論があると思うのですが、ただ県とか、それから知事も4年程前から言っています。相対的な医師不足よりも、看護師不足の問題の方が大きいと言われておられる。医師不足が解決されたとは決して思っていない。先ほど申した通り、専門性を高めたら際限がない。

ただ委員は時々数字を具体的に見て、委員と僕はその点について全く同意見でして、そもそも論として定員がないのですよ。

委員：それで私たちは4年位前から、出来ることならば大学で養成をしてほしいということですと働きかけたのが健康科学大学なのですね。

病院機構理事長：あのですね、全国に比べて准看、正看の育成数の、山梨県の対全国比のデータもちゃんと持っています。

委員：それは私たちも持っています。だけど今准看を養成しても採用する所がありません。ですから・・・

病院機構理事長：この辺はゆっくり委員と、この前の会議でも言ったのですが、時間がないので、と言うことで委員がおいでにならなかったのですが、今度は私が参りますので。

委員：養成数の確保は28年に開学する予定が着々と進んでいると確認しているので、それは定員が80名・・・

委員：あれはだめだよ。

委員：いやいや、・・・。私たちも県の方から情報をいただいているので、きちっとやっていただけだと思いますので。

そういう意味ではきちっとした、大学で看護を養成するというのを進めたい。

そしてここは学生がもう少し入れるように努力していきたい。

病院機構理事長：私が、山梨県の医療を提供する場合に、医者がいないとやっぱりどうにもならない。にっちもさっちもいかない。でも看護師さんがいないと・・・逆に申しますと、こういうことを申しているのは、看護がどれだけ大事かということなんです。

それは、多分委員も全く同感で、私なんか言葉で言う以上に実体験として持ってらっしゃるので、委員のほうから是非とも県に。我々の方から県なり何なりに、多分それには文科省の認可とか色々あるのでしょうか。ですからその辺で・・・。

それとこういうことも調べたんです。うちの医師が看護学校の講義に行かなければならない。どこに行っているかという、甲府看護に行ったり、帝京看護に行ったりしてうちの先生方みんな授業やっているのです。県立看護大学にももちろん行っています。

そういうことを援助して、看護師さんの定員を増やしていただくような準備をやりましょうよ。なんでこだわるんですか。

委員：こだわっていません。私たちは県に働きかけて、今回の80名を増やすというのがやっと実現する・・・

病院機構理事長：例えばこの前ですね、山形県立中央病院を見たらですね、高速道路に近いものですから見えたのですけれど、すごい立派な建物があるんですよ。これは何だと聞いたら、それは病院じゃなくて看護師校ですよ。病院より立派ですよ。

委員：そうですね。だから来年も全国では4校看護大学が出来ますし、看護学校も6校がまた増えていきますよね。だからそういう意味では本当に教育が大学で出来れば。



病院機構理事長：もしそういうのでしたら、お医者さんの育成と同様に、山梨県の看護の育成数もこうなるという数字を出していただければ私もすごく安心いたしますし、それでしたら敢えて知事とか、あるいは福祉保健部長とか医務課長に、従来から言っていることを繰り返す必要はございませんので。

委員：はい、そうですね。次回までに。それは本当に取り組んで参ります。それは職能団体としてずっと取り組んできましたので、やっとここまで来たということです。

病院機構理事長：ではそれを教えていただければ。

委員長：はい。他にございますか。よろしいですか。

先ほど委員の方からも、お話ありました通り、全体的にはそれぞれ業務の中身が非常に順調に、昨年度の積み残しの部分も手が付いていると、色々な取り組みが進められつつあると思います。下期の両病院の方のそれぞれの取り組みが一段と進むように期待をしたいと思います。

それから、今日の論議の中では、ただいまの看護師の確保のことも含めて、次の中期計画も含めて、あるいはさらに早急に県も中心になって取り組んでいただくような課題が段々出てくると思うんですね。ですから、そういう部分が次の計画の中で、今日論議されていない所も含めて、色々テーマが出てくるかと思しますので、各委員の皆さんはこれから次年度に向けて、それぞれの専門領域の中で課題を整理いただきながら、むしろただ出すというのではなくて、どうやって実現をしていくか、というのを委員会としても問題提起が出来れば非常によろしいかと思しますので、是非そのようなつもりでまたお取り組み、ご準備をいただければと思います。

その他に委員の皆さんの方からご意見等ございますでしょうか。これに限らず。よろしいですか。

委員：よろしいですか。県病院も色んな意味で先端、というか先進医療に取り組んでいただきたいなと思うんですね。我々の民間病院も教育、というかそれをまねが出来るように、あるいは利用出来るように頑張っていただければありがたい。

具体的には先ほども言いましたが、教授を呼んでオペをするという話もあるんですけども、教授を呼ぶ以上は我々も何か用意しなくては来てくれませんから、そういうものも用意した形の中で、新しい機器を買いながらオペをしていただくとか、そういう話もあったりして、それと同じようにハイなことをやって下されば、ある意味で県病院の先生に来ていただいてオペしていただく、あるいは指導していただくというパターンも生まれるんじゃないかと思う。

そういうことの中で、常にナンバーワンを目指して、オンリーワンじゃなくナンバーワンを目指して欲しいですね。お願いします。

委員長：はい。それでは以上をもちまして、本日の第4回目評価委員会を終わらせていただきます。