

## 第4回評価委員会(平成20年12月10日開催)でいただいた主な意見

## 1 全体的な意見等

重点項目により分かりやすくなった。ただ、不採算医療・行政的医療を行っていくことや人材育成など黒字経営につながらないように思う。

中期目標があって事業計画、その前提となる中期計画がある。中期計画への書込み度合いがわからない。新病院になるという大きな変化のある中でその前後で市の対応のことも含めて見直しが必要になることもあるのでは。

ストラクチャーとは、現在あるものが法人化して、誰が何をやるのか組織、資源を明確にすること。そのストラクチャーが、今後の医療、神戸市の大きな変化のプロセスの中で耐えうるものなのか、マネジメントできるものなのかということが大事。これから、法人化、新病院移転、PFI、ペーパーレス電子カルテを伴う情報システム化という変化に加え、DPCも導入される。こうした広義の構造変化を伴うものは、不確定要素・変動要素として書いておくべきである。また、新病院移転時には、収入も落ちるし、移転費用もかかる。5年間のシミュレーションの中でそれを示しておかないといけない。法人として過渡期にあることを示して、困難も予想されることを書いておかないといけない。

## 2 「第2」に関する意見

成育医療センターなど色々なセンターの名前が出てくるが、どういう機能のものができあがっていくのかわかりにくい。

センターについてはそれぞれレベルの違うものではないか。建物があってそこで何らかの医療がなされるという連想を受ける。区別のわかるかたちで表記を工夫してはどうか。

センターについては、3～5年前にどこの病院でもつけていいこととなった。主に高度医療を実施しているところの意味。センター化は今の病院の趨勢。機能の特化という意味でセンターという名前をつけている。

センター化は中央市民病院の宿命。高度医療専門センターは場合によってはサテライト化できるのではという意味合いから始まったが、外に出しうる可能性のあったセンターが結果的には内在せざるを得なくなったと理解している。高度化した病棟というものと、市民医療との兼ね合いをどのように考えているのか。分かるように記載したほうがいいのでは。

新型インフルエンザの問題、新興感染症の問題で現段階では具体的なものが出ないのはわかるが、時期が時期だけにこういう計画が設定されたということで一工夫いるのでは。

麻酔医が関与した手術件数は重要。これが病院の実力を明確に示す指標になる。また、検査・手術・放射線治療数の順にする(外来化学療法患者数もできれば。)とともに、内視鏡や超音波など一般的な中央化された機能検査はきちんと件数を出すほうがよい。麻酔医が関与した手術件数は、高度先進からすると全身麻酔の件数の方がよりの確に

表されるのでは。内視鏡検査や超音波検査は一般的な検査になっているので、高度・先進医療の指標としてはどうか。

インフォームド・コンセントとは、患者との契約のようなものであり、情報提供ではない。インフォームド・コンセントがここに位置づけられるかは議論が必要。

インフォームド・コンセントは患者との契約といえるかどうか。情報提供ということのほうが重要ではないか。

診療契約という言葉がある。そういう意味では契約であるが、情報提供して納得したうえでの診療ということでもある。調整が必要では。

インフォームド・コンセントは、患者側からすると契約という意識はほとんど無い。インフォームド・コンセントの過程の中で情報提供が行われる。そういう点から今の位置づけでいいのでは。

地域医療支援病院の承認要件を入れてはどうか。

従来の医療連携をどのように担保していくのか問題。先端医療の中での将来のメディカルクラスターの核としての中央市民病院の有様と、計画にある医療連携の有様が結びつかない。2つのものをうまく整合させるためにどうすべきかということは難しい問題であると思う。これはこれ、あれはあれというかたちでの計画設定が本当にいいのかも一考していただければという感想を持った。

医療事故の公表基準は、機能評価機構に報告するという事で、厚労省が示した公表基準があったと思う。

(その他の指標はある程度判断がついたが、)クリニカルパスの適用率について、他の同規模の病院と比べてどうなのか判断できない。

クリニカルパスの目標値はパス学会の文献等を探してみてもどうか。

臨床評価指標は、「クリニカル・インディケーター」ではなく、「クオリティ・インディケーター」という言葉が使われるようになってきている。

現在、診療の質そのもののインディケーターになっていない。そこで新たにクオリティインディケーターという考え方が出ているのではないか。

### 3 「第3」に関する意見

満足度については、今問題になっているのはモンスターペイシエントに対する対策。記載はあるがこの程度の記載でスタートしてしまっているのか気になるところ。

人材確保、医師不足の問題だけでなくスタッフの確保の問題がある。そのためにいかに評価評定を行うのか。どのような形で計画に反映させようとしているのか見えてこないという感想を持っている。大阪の先行事例では、副院長が集まって人事評価の委員会を開いているという方向性もあるがどのような方向性を考えているのか。

来年4月から研修指導医の資格が義務化され、「適切な講習を受けた7年目以上」となる。また、研修指導医の上にプログラム責任者を置くことになっている。

看護学生の受入数が意外と少ない。延べ数で示すほうがいいのでは。

### 4 「第4」に関する意見

収支の問題で、他会計繰入金果たして独法化後も同じように市から出してもらえる

のか。目標値、不採算部門も含め不良債務を5年間でなくすということが大前提にあると思う。

提案として平均在院日数や診療科別在院日数は細かすぎるとは思うが、目標値とすることで、より効率的な病院運営に寄与するのでは。

計画期間中の構造変化として、独法化して早い意思決定や経営効率がよくなるということがある。組織論、組織運営が大事になる。具体的には役員会のもとに、委員会を設置しているところが増えている。小さな企業でも最低限、経営企画本部的なものや管理的なものと営業部門的なものの3つは必ずある。独法になる時に組織・委員会等の組み立て、マネジメントの仕組み、意思決定・政策決定と管理するマネジメントの仕組みの方向性を出す必要があるのではないかと思う。

迅速な対応からいうと、PDCAは皆言っているが、PDCAのサイクルはもう少し早く回さないといけない。民間企業は四半期ごと。中身・質を含めて本当の意味でPDCAのサイクルを早くしまわして四半期ごとにチェックできる仕組みも必要ではないか。