

第1回公立甲賀病院未来創造委員会 議事録要約

開催日時…平成27年3月23日（月）14時00分から15時55分頃まで

開催会場…公立甲賀病院 診療棟2階 講堂

出席者…公立甲賀病院未来創造委員5名、管理者、事務局

議事内容

管理者

人口の減少、超高齢社会の中、甲賀市・湖南市の両市15万人の地域を中心として、この公立甲賀病院がどういった役割を果たすべきなのか、そのためにどういった経営形態を取り、未来に責任を持った病院として存続していかれるかどうかということを議論、示唆をいただきたい。

事務局

未来創造委員会委員の皆様方に「10年後の公立甲賀病院のあるべき姿」を今年の11月頃までにご提言いただきたい。

管理者

2.5次医療までを公立甲賀病院で引き受け、そのための1次診療施設との連携、地域医療の展開、それを繋いでいく地域包括医療・ケアの構築が重要であり、その中核となる公立甲賀病院のあり方は非常に重要なポイントである。

委員

病院の方針を決定する上で一番大切なことは、この地域で果たすべき役割は何か、高度な医療を目指すか、標準的な医療を目指すか、国保病院の方針という地域包括医療・ケアが1病院に委ねられるものか、地域全体で考えるのか、ということである。どのように周辺病院・施設と連携していくかである。

委員

「10年後の公立甲賀病院のあるべき姿」ということは、2025年地域医療構想の中で公立甲賀病院がどのように動くべきかということか。10年後はどうか、20年後はどうか、30年後はどうか、を含めた10年後と解釈していいのか。

委員

国は2025年に向け医療をどうしていくか医療ビジョンで示そうとしている。ガイド

ラインをもとに高度急性期の病床、急性期の病床、回復期の病床、療養型の病床、この4種類に分け、それぞれ割り振り、有床病院が話し合いの中で病床数を決めていくことになる。

委員

公立甲賀病院が今後、地域包括ケアの方向に進むか、訪問看護、訪問リハビリをより重要視した方向に持っていくのか、あくまでも急性期病院という位置づけで病床を埋めていくのか、という大きな方向性もある。流入・流出対策も含め、入院対策、入院病床率の確保をどうするのか、ということも大きな議論ではないか。

委員

救急搬送についての状況はどうか。

事務局

以前は6割以上の救急搬送を引き受けていたが、現在では5割前後で約1割、受け入れが減少している。公立甲賀病院で引き受けた上で滋賀医大等への搬送が最近増加している。

委員

旧病院と同じ人員で新病院での体制になり病棟数も増え、医師・看護師の人員が不十分である。救急において重症患者が重複した場合、患者のためにも救急を断ることが必要と示した結果、安易に救急患者を断るという風潮が芽生え、応需率の悪化に繋がった。こういった状況に対し、先月「まさにやむを得ない場合においては仕方ない。しかしそうでない場合は、安易に断らず、救急を守るということは、地域住民のためでもあり頑張ってください」という方針を示した結果、最近では増加している。

委員

在宅で生活する人をいかに支えていくか、看護師でも特定医療行為ができるようにと厚労省が研修制度を作り、また今後、国は認定看護師や専門看護師を現在の数より10倍に増やしていく予定である。公立甲賀病院は、特にどの診療科に患者が集中し、どういった患者が滋賀医大やA病院へ流出しているか、という分析はされているか。

委員

新名神高速道路ができ、外からこの甲賀地域に来やすくなる反面、この地域から滋賀医大へ流れるという状況が増えた。公立甲賀病院は心臓血管外科がなく、大動脈破裂などの症例があれば大学に行ってもらわざるを得ない。しかし、通常の心臓血管カテーテル等の処置は殆ど対応できる能力はある。また一部の地域住民は、この病院を一流と思

っていないのではないか。公立甲賀病院で処置できるにもかかわらず、他の病院へ出ていく流れがあるのではないか。まずそれをどうやって払拭していくか課題である。医師が少ない分メディカルスタッフのレベルの向上、補充という形で職員数を増やした。入院収益が上がると同時に人件費も増加した。経営が悪くなると自立した病院経営ができなくなるので、それを免れるためにいったいどうしていけばよいか。

委員

甲賀保健医療圏は、精神科病棟を除くと 1,100 床である。恐らく 2025 年に甲賀保健医療圏ではベッド数は余る。ただ危惧されるのが、外の医療圏への流出、流入する患者をどう評価するか。現状で考えると本当にベッド数がどれくらい必要か疑問に思う。例えば内視鏡で手術をすると 7~10 日で退院する。心筋梗塞などもうまく治療をしたら、在院日数は短くなる。そういう意味で在院日数が短くなる傾向をどのように評価すべきか、本当の急性期のベッド数はどれくらい必要なのかという見方が必要である。急性期病院は在院日数を 15 日は切らないといけない。

管理者

甲賀保健医療圏の中で 1 次診療を担う公立病院は、B 病院、C 病院、D センターと湖南市に 4 つの診療所があり、湖南市側の 1 次診療の多くが開業医で支えられている。その点も含め、公立甲賀病院が地域包括医療・ケアをどうやって 1 次医療と繋いでいくかが課題である。また、三重県側や東近江市側からの流入、湖南市西側の住民は A 病院や E センターへ流出しがちであるということも押さえながら地域医療に繋げる必要がある。

委員

流入を確保しようとする「公立甲賀病院はこれで有名です」というようなものを作れるかどうか。例えば「がんなら公立甲賀病院だ」というような話ができるかどうか。それから、地域包括ケア病棟を作るか、それともどこかと連携するか、といった話になるのではないか。急性期病院でいくなら外来の依存度をどこまで下げていくのかということ、現在外来収入は全体の 3 分の 1 程度だが、この先 10 年を考えた時に、外来は診療所の医師でやっていただくなどして、特殊外来や外来手術の機能を検討することも課題ではないか。

委員

公立甲賀病院の医師の平均給与は、近辺の自治体病院と比べると低いという数字が出ている。特別な支出をして医師を集めることは、公立病院なので難しい。

委員

公立病院の医師は公務員の給与体系に当てはまり、それがモチベーションの上がらない一因であるのではないか。多くの病院で独立行政法人化の議論があり、その大きな要因は、多くの医者就職先が、独法化されている病院や民間病院であるからだ。公務員の給与体系から離れ、独自で「こういうことをすればこういう給料・手当が付与できる」という給与体系が構築できる。公立病院も医師を集めるためにインセンティブを与えないと医師に来てもらえない等の理由で独法化を進めている病院もある。

委員

公立病院の意義は、へき地医療をすれば十分に公立病院の意義がある。都会の公立病院の意義は救急である。公立甲賀病院は大都会でもへき地でもないところで、どういったことをするのか。病院で特色をつけるということは、公立病院であろうが民間であろうが、患者ニーズにどう応えるかということである。例えば、がんと診断され、どこの病院で治してもらおうかと考えた時「公立甲賀病院は肺がん治療がすごい、子宮がん治療がすごい」となると、広範囲から患者が来る。患者のためにも、そういう特色をもつことは公立病院も十分やっていくべきである。

委員

標準的な治療は、ほぼ公立甲賀病院で完結され、標準的医療プラス α をどこに置かになる。この病院の方向性として、標準化された医療をきちっとする病院でいいのではないか。

委員

高い標準的医療を提供している総合病院が、今後悪くなるかどうかと言えば、必ずしもそうでもない。救急医療をやろう、在院日数を下げよう、となればさらに看護師等スタッフが必要であり、供給体制を確保できるかどうか重要である。

委員

これからの救急医療は、救急専門医を連れてくるなり養成しないと難しい時代である。今後救急に対してどのような体制で行くべきか。

委員

救急専門医や救急指導医は人数が少ない。滋賀医大は、あと2年程度すれば唯一の救急指導医が養成できる機関となる。供給が急激に良くなることはないが徐々には増加する。救急の応需率が50~60%ということだが、実際に救急で来られて何%ぐらいが入院や手術になっているか。

事務局

ウォークイン患者のうち 10 人に 1 人の割合で入院されている。救急車で来られた患者は 6 割ぐらいが入院となっている。

委員

年間 300 名程度の入院ができる患者が他院へ行っているというデータがあり、これはかなり大きいと考える。

委員

滋賀県では毎年 1 万人程度が亡くなっている。うち病院でお亡くなりになるのは 8,000 人、2,000 人は自宅等でお亡くなりになっている現状が、20 年後、お亡くなりになる数は、今の 1.5 倍の 1 万 5,000 人程度になる。ただ病院でお亡くなりになる方の数を増やすことはできない。20 年後 7,000 人は在宅等でお亡くなりにならざるを得ない状況になる。病院として、在宅看取りも含めたうえで退院調整、地域連携のシステムを今からきっちりしていくこと、入院だけでなく退院後もきちっとしておくことが大事である。甲賀保健医療圏内では内科医が 47 人開業されている。その中で、診療所と自宅が近い開業医は 25 人、その他 22 人は、遠方の大津や草津、京都に居住している。今後、在宅看取りをどうするのか、在宅医を育てること、地域連携のシステムの構築も大事である。3 年に 1 回実施する厚生労働省の医療施設静態調査の中で「在宅の訪問診療を何件しましたか」という質問がある。統計上「この先生はたくさん看取りをされている」という把握ができ、それを参考に地域を 1 つ 1 つ作る予定である。今後その中核は、公立甲賀病院でそれを支えるのが G 病院という形を作っていきたい。

委員

開業医の半分は、遠方に居住している状況で、特定医療行為の問題はあるが、やはり看護師の力を借りないといけない。例えば大規模診療所を作ることは無理なのか。

委員

東近江 H 診療所の医師は、在宅医療に熱心で、100 人以上看取りをされている。そういう輪を広げていくような診療所グループができないか。

委員

1 つは地域包括ケアの中で公立甲賀病院がどのようにかかわっていくか、ネットワーク作りでいくか、自前である程度システムを作るのかといった問題。1 つは経営の独立行政法人化という話で経営をどうするのかといった問題。特に 10 年後、消費税が 15~20% になり設備投資もできにくくなる。

委員

訪問看護ステーションの場合、ほとんどが小規模でいつ倒れるかわからない。1人看護師がいなくなれば機能停止になる。在宅医療をやる上で今後、県や市が補助金などを出し、大規模化を促進するよう訪問看護ステーションの組織化が重要ではないか。

委員

訪問看護ステーションを今後も継続させようとする、非常勤職員で賄わないと利益が出ない。広大な地域なら往復で膨大な時間が掛かる。いかに効率良くできるか。パートや特定時間だけ働ける方の採用をどれだけうまくできるか。公立病院では、確保が無理ということなら民間を応援する立場になるか、独立行政法人化をする形で自由に採用条件を決められる体制に持って行くことも一つである。

委員

患者の周りにどれだけの訪問看護ステーションがあり、どのようなサービスが受けられるか、全てホームページで見られるので、そういう情報を退院患者と医師が共有し、患者が在宅へ帰っても安心が得られるのが一つこの病院ができるやり方ではないか。地域医療連携室が在宅へ帰れるかどうか、退院後を含めたお世話係をしっかりとすることで在院日数も下がる。

管理者

甲賀保健医療圏の中核病院としての役割を果たすことは、これから地域医療ビジョンを作っていく中でも変わらない。ただ機能別病床や救急のあり方、訪問看護や在宅医療との関わり方、それと合わせて量だけでなく質についても押さえておく必要があるということ、更には標準的医療をしながら特色のある病院を作っていかなければならぬことを含めて、単独ではなく縦横の連携が必要であること、大学病院、3次施設との連携、さらには1次診療施設や訪問看護との連携、こういったことをどのようにしていくか、さらには医師、看護師を確保していく中で独立行政法人化という形で、やる気の出る、自由なやり方をしていくというようなことも一つ視野にあるのではないかなどのご意見をいただいた。今後、公立甲賀病院が地域の中核病院をしっかりと担っていくため、お力添えを賜りますようお願いしたい。

以上