

## 第2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5月18日(木) 14時00分から15時45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会 5名、事務局

### 議事内容

#### 委員

公立甲賀病院は、前回の会議の時点では10対1看護であったが、5月より7対1看護を申請し、現在その体制で今運営している。また今年中に地域医療支援病院の申請を行う。

#### 委員

病院側からの問題提起を共有する。

1. 病診連携、病々連携の展望。今後の機能分担と連携の強化、全体の政策の方向性、甲賀保健医療圏の中で公立甲賀病院がどう発展していくか。
2. 医師の待遇、医師確保のあり方。
3. 看護師確保、専門性の向上。
4. 救急医療のあり方について。

まず、現時点で委員の方が気になっていることや「この辺りを重要視すれば良い」という事を提言してほしい。

#### 委員

公立甲賀病院が急性期を担うということなら、さらに在院日数を下げていかないといけない。新入院患者をどれだけ取り込めるか。救急や診療所からどれだけ患者を紹介してもらえるかが鍵となる。入口の病診連携をどうしていくか、出口の退院後の病々連携、在宅、訪問看護をどれだけ強化できるかである。

#### 委員

一番に病診連携、病々連携、医療人の確保が重要である。2次医療圏の急性期病院として、どこまでの医療に対応するのか明確にしないといけない。日本はこれから低成長の時代になる。高齢人口の増加は、病気は増えるが経済は成長しない。医療に対する抑制が強くなり個々の病院はより厳しい状況になる。どこまで地域の医療ニーズに答えられるかが問題であり、「この科の医者はそこまでしなくていい」という考え方でいかないと、全部の科に医者を揃えると大学みたいになる。来院患者を全部診ないといけなくなり、無駄な投資もしないといけない。公立甲賀病院は2次医療圏に不可欠な機能を持つ

た病院であるのでそれをどの規模が一番適正かという議論、そして問題提起1、2へと進めてはどうか。

委員

地域連携をどうしていくかを考えていくことが重要である。ここは高齢者が多い、また地の利も悪く交通の便が悪いので、高齢者治療を重要視することも大事である。

現在、平均在院日数は13日で今後10日を切ることを目指すということだが、診療科によっても差がある。在院日数が短い診療科をそれ以上短くすることは難しいが、長い診療科をいかに回転していくか、在院日数を狭めるための努力をどのようにしているか。また甲賀保健医療圏の各地域は、開業医の診療科にばらつきがある。いかに地域ごとの連携を強化し、入院ではない形でフォローしていくか。訪問看護ステーションにおいて地の利の悪い地域をどのように連携するか。

委員

訪問看護ステーションの事業所数や人数は、近隣の医療圏と比較してどうか。

委員

甲賀地域は増加傾向である。訪問看護ステーションの常勤看護師数は、全国平均が23人、滋賀県は29人で全国平均より多い。

委員

まだまだ訪問看護の実績やパワーが弱い。それをどうやって伸ばしていくかが重要なところだ。急性期病院と一部の療養型病院は、特定医療行為へのニーズがあるが、まだまだ訪問看護のところで在宅に届くレベルの人材が育っていない。

委員

最近独自で経営、開設するような経営力を持つ看護師が出てきているが、ニーズは満たされていない。中堅の力をつけた看護職員が、年齢や夜勤が難しいという理由で、非常勤等の待遇で訪問看護ステーションに流れている傾向にある。

委員

訪問看護ステーションはもう少し大きな規模で作っていかないといけない。常勤職員だけで経営の黒字化はほぼ無理である。民間では常勤対非常勤の比率を1対5又は2対5とし、殆どパートで賄い利益を出している。

委員

甲賀地域は高齢化が進んだ地域だが、在宅看取りに関してどういう状況であるか。

委員

家で死にたいという人が多いながらも、実際には病院で亡くなる方が多い。

病院に入れておくと「しっかり親の面倒を見ている」と言われ、療養型や施設に入居させると「親の面倒を見ていないではないか」と言われる、そういう文化がある。

以前の公立甲賀病院は、入院患者数が多かったが、実際には高齢者の入院患者の在院日数が長い医療だった。

委員

病院で亡くなるか、在宅で亡くなるかということは、公立甲賀病院が療養型の病棟がどれぐらい必要なのかを考えたときにヒントになる。

委員

訪問看護ステーションは地域を分担するなり、大きな組織にするなり、そういう方向性で進めないといけない。特に24時間体制の訪問看護となれば相互の連携が重要である。どうすれば点在するステーションを集約できるか、どういう旗振りが必要なのか。

委員

実際、小規模では生き残れない。協会等が主となり事業所同士連携し、例えば、月・水・金曜日はこの事業所が夜勤するなどという旗振り役が必要である。田舎の訪問看護は、移動に時間が掛かり不効率である。やはり集約か大規模化ということを市や県が後押しする仕組みが必要ではないか。

委員

広大な地域を全部カバーする必要はなく、例えば甲南エリアならA病院にできるところはやってもらい、「土山町や水口町はB病院がカバーできるエリアです」と、そういう関係でいいのではないか。

委員

信楽町の慢性期のC病院とはどのような連携をしているのか。

委員

C病院は甲賀市立の病院である。公立甲賀病院の後方病院ではない。

委員

40床の病院なので救急は難しい。例えばこれを全部地域包括ケア病棟にするという形

で、後方病院としてお互い良い関係はできないのか。

委員

独法化するかどうか。または公立甲賀病院が甲賀市立の病院になれば、C病院とは公立同士となり、そことどう連携していくか。

委員

公立甲賀病院で地域包括ケア病棟等を作るかどうか、もし作らないのなら後方病院として地域で役割分担するのがよい。

委員

医療の問題は政治や選挙も絡むのでなかなか難しい。

委員

地域医療ビジョンの中で一般病床と療養病床の比がこれでいいのかという議論がある。「本来は一般病床よりも療養病床が多くない」というのが厚労省の目指す病床配分であり、そう考えると当医療圏は800対300で、多すぎるのではないか。

委員

一般病床という中には、高度急性期と急性期と回復期が入っているが、その3つで800床というのがどれぐらい多いのか。療養病床が300床というのは少ないのかもしれないが、人口減少を考えると、ここに転換していくベッドがそうあるとは逆に考えにくい。だから一般病床の中の機能分担が必要ではないか。例えばD病院の一般病床99床は少し多い。「専門病院として救急もやって一般的になんでもやって」という時代は過ぎていく。何に特化した急性期なのかということになれば50床程度あれば十分ではと考える。A病院の100床というのも、回復期を入れて100床という感じではないか。

委員

公立甲賀病院は急性期、高度急性期と既にある回復期があり、そのバランスで甲賀保健医療圏での急性期のベッドが多いかどうかという議論は必要である。

委員

公立甲賀病院は、特定の医師を給与面で優遇できないので、標準的なドクターを集めて標準的な医療をするしか今のところはないと考えている。

委員

大学病院の給与は安い、手当を付与している。手当をつけてもらうために働くという

意識がある。大学病院でのモチベーションは、地域の中核病院の医師のモチベーションとは違う。

委員

公立甲賀病院の病院事業収支は表向き黒字だが、通常の医業収支は赤字という状態であり、職員の給与を上げるのは難しい。

委員

赤字だからこそ給与を上げモチベーションを上げ黒字にしていくとする方がいいのではないか。黒字になれば給料を上げましょうということだとモチベーションは上がらない。

委員

医師のモチベーションはお金ではない。いかに自分が組織の中で評価されているか、事務の立ち位置が重要だが、医師を尊敬しているという言葉遣い、態度があると、すごく頑張ろうかという気がする。

委員

民間はその意識が強く、医師をものすごく大事にする。

委員

大学病院になぜ医師がなぜ集まるか、症例が多い等の理由である。この病院ではどういふことがモチベーションに繋がるのかというと、救急医療や時間外の手術等を評価しないといけないのではないか。

委員

最近気になっているテーマがプライマリーバランスである。具体的には救急車利用者からお金を取り、75歳以上から取るということになる。加えて消費税増税となると、外来患者の激減、救急患者も少なくなる。大学病院は、特定療養費をさらに徴収する予定である。そういう時代が来ると考えた時、診療所からの紹介をどれだけ確保できるかが鍵になる。地域の全ての診療所にアンケートを出し「紹介先を選ぶ時の基準はなんですか」「当院からの逆紹介に満足していますか」「救急は全部取っていますか」等の意見を聞いた。その中で問題となった事案が、病院は5時で終わるが診療所は6時まで診療しており、5時から6時の間に検査を依頼しても病院が閉まっている。特に金曜日は次の週の月曜日まで病院が休みなので、地域連携室の人だけでもシフトできないか等の意見があり、診療所の声をしっかり聞くことで相当紹介率が変わるのではないか。

委員

広報も非常に大事で、どんな専門性を持った先生がいて、診療所の先生とどれだけコミュニケーションをとるかが重要である。

委員

何ができて何ができないかというのを見える状態にしておかないといけない。

委員

今後の議論において、公立甲賀病院の機能をどこまでやるのか、この辺りがもう少し見えてくると。その中でやはり在院日数を短くせざるを得ない。一方で新入院患者を更に増やすための連携、周りとの関連も含めこの機能をどうしていくか。地域医療構想の中で病院の役割等を再編することになっているが、都道府県レベルでどこまで妥当なことをいうかあまりあてにせず、こちらから作り、周りの病院に呼びかけて地域のマネジメント、中核的な部分をより果たしていけるのではないかと、次回に向けその辺りをプラスアルファ整備し次回重点的に議論ができればと考える。

委員

三重県の人や東近江の人が甲賀保健医療圏へ流入し、湖南市の患者が天津保健医療圏に流出している。そういう医療ニーズを踏まえた上で、公立甲賀病院が提供できる急性期医療の量はどれぐらいなのかということ、先に地域医療ビジョンで10年後までに動かせと言っているが、次の医療計画策定は平成30年で、29年に次の5ヶ年分を作るので、それに合わせた形で、次の医療計画のところに地域医療構想の考え方を入れ込まないといけない。そうすると東近江や甲賀保健医療圏ではこういう救急医療をする等の方向性を示すと考える。だから地域医療ビジョンという協議は意外に早く、平成29年ぐらいまでにはある程度概略が終わっているのではないかと。先駆けて甲賀保健医療圏のビジョンを考えていくというのもありかもしれない。

委員

5疾病5事業、循環器系や脳卒中の救急はこの辺りでも最後まで診ないといけない。がん診療もがんの種類によって、滋賀医大に合わせた方がよい領域もあれば、ここでやらないといけない領域もあり。がんは混在しているが、その整理のもとに、この辺りまでちゃんとやるということを打ち出し、県の構想の中でも拠点病院的な扱いをちゃんと受けられるように、大きな疾病分類ごとであるが、アピールできるようにすれば今後、医師も集めやすく、大学からの連携もやりやすい。一方、臨床研修において研修医を集める時、公立甲賀病院としてのセールスポイント、もっとPRできるような体制作りは様々なところに効果がある。新しい専門医機構が動き出すが、専門医におけるキャリアパスをより見えるようにして、若い医師に来てもらいやすい形をつくるのが大事である。

#### 委員

それが問題提起2であるが、新しい専門医制度、それがちょうど10年後のあるべき姿を考えた時に、その中で動いているのは若い医師、今30代、40代の人たちである。やはり専門医の動向には注目しているところで、前期だけでなく後期専門医とも連携し、上手く仕組みを構築したい。新臨床研修医制度も10年後ぐらいにはなくなっている可能性がある。厚労省もすぐには変えられないが5年、10年掛けてやらないといけない。医学教育、卒前の教育を徹底し、大学のC B Tの試験と国家試験の比率を変えて、国家試験のハードルをもっと低くすることができればシームレスな卒前卒後の教育ができる。

#### 委員

次回会議に重要なテーマがあれば提案してほしい。内容としては病院機能のことをより具体的に議論する。それに関連してどうやって患者を増やし連携していくか。第2の課題は、医師等の専門性教育体制を議論できればと考える。

以上