

第3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8月17日(月) 15時00分から16時30分頃まで

開催会場…公立甲賀病院 診療棟3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

産婦人科が甲賀保健医療圏内でどこか閉鎖をされたのか。

委員

A病院は入院と外来の診療をされていたが、入院を閉鎖されて外来だけとなった。

委員

当院では旧病院の間、産婦人科は半年周期で医師が交替していたため、患者の増加には繋がらなかった。新病院になり、以前当院に在籍した産婦人科医師が、3年間他院にて癌治療を勉強されたのち戻って来られた。本年4月より常勤医師3人体制となり、同時にA病院が入院診療を止められ、それでお産数が急増した。

委員

それでも甲賀保健医療圏での産婦人科の自足率は低い。

委員

婦人科疾患が他の圏域に流れている。

委員

婦人科の自足率は30%程度で、湖南省が数パーセント、甲賀市は30%~40%程度である。

委員

湖西地域の産婦人科のフォローはしているが、それができなくなると患者は1時間以上をかけた大津の病院に受診ということになり社会問題となる。そういう意味で自足率は非常に重要である。

委員

外科の自足率が減少傾向と見られるが。

委員

外科は減ってはいない。在院日数が短くなっている。

委員

整形外科に比べると外科の在院日数は短い。整形外科は回復期リハ棟の日数は入っていないのか。

委員

27年度から在院日数に含めていない。泌尿器科は、当院以外に甲賀保健医療圏内にはないため、自足率は高いだろうと推測していたが意外に低く入院は55.6%である。

事務局

湖南や大津の圏域に流出していると考えられる。

委員

自治体が持っている国保の情報分析はできないのか。

事務局

当院は国保の病院なので国保の情報は依頼すれば提供してもらえる。

委員

実際にどこの病院で受診されたかまで把握できるのか。

事務局

以前、問合せたことがあるが、各病院の了解が必要とのことである。

委員

全体でいうと甲賀保健医療圏の自足率は70%超える程度、湖南市の石部・菩提寺エリアを除き考えた方が良い。その地域を除けば数値的に自足率は80%を超える。

委員

石部・菩提寺エリアは本来見直すべきではないか。

委員

石部・菩提寺エリアは甲賀保健医療圏の北側になり計算上、市を割るのは困難である。市ごとに出ているデータもあり、甲賀圏域だけでしか出ないデータもあるので解釈が難しい。自足率は甲賀市が8割以上、湖南市では2～3割程度しかない。甲賀保健医療圏で70%程度の自足率となる。医療計画の支援データが出ているが診療報酬請求上のデータであり、そのまま受け取っていいのか、データ上難しい。今回の地域医療ビジョンでは圏域ごとのデータであり、市ごとには出ない。甲賀市、湖南市を分けてデータを出すことは難しく、推定の域を出ないということになる。

委員

そこを差し引いて全体として見るしかない。整形外科の自足率について、石部・菩提寺エリアの患者はB病院等に流出していると考えていたが88%は非常に高い数値である。

委員

90%近くは甲賀保健医療圏で受診している。他の診療科と比べると非常に高い。

委員

私もこの数字は疑問である。

委員

専門医制度に対応したドクターの研修制度のあり方について今後どう考えていったらよいか。

委員

安定した医師確保に向け、いかに良い人材を確保するか、新しい専門医制度の中で、大学病院を中心にうまく人材連携する仕組み、より密なものにする仕組みが重要である。今後、新臨床研修制度は見直しされる方向である。72時間の臨床実習を学生時に経験させ、さらに初期研修で新たに2年間、学生の延長のようなことをさせる。医学生の卒業前教育が非常に充実してきた。厚生労働省に卒後の専門医制度をシームレスに繋がったらどうだろうかという流れはあるが、今すぐということではない。現在の臨床研修医制度は残るかもしれないが、期間の圧縮等、別の形になる可能性もある。

委員

人材供給源としての大学の存在価値は変わるのか。

委員

今よりは高くなる。新臨床研修医制度後の10年間は落ち込んだが、今以上に大学との人事交流をうまく計らないといけない。

委員

大学だけでも困難であり、関連病院としっかりしたカリキュラムを作り、そこに公立甲賀病院をきっちり組み込んでいただきたい。

委員

全体的には厳しくなる。京大といえども関連病院と提携していかないといけない。

委員

専門医の養成の中で果たす役割を明確にし、若い医師の人材を育てたい。先ほど、以前在籍された医師が戻って来られたとおっしゃられたが、そのような感じになれば良いと考える。

委員

大学病院からみて市中病院をどうみているか。専門医制度で若手の人材育成の仕組みとして考えているのか、大学のみでは中堅以上の医師が溢れるので、そういうための施設として捉えているのか。

委員

公立甲賀病院の果たす役割は両方である。どちらかといえば、後者にシフトする可能性がある。自立した優秀な人材が働ける病院になるべきだと考える。あくまで専門医制度の中で、この病院ではこの症例をどのくらい経験ができるか、指導医が揃っている施設で研修をさせる。

委員

滋賀医大の関連病院の中では、公立甲賀病院はどのような位置付けか。

委員

70%強が滋賀医大から赴任しており、中核的な病院である。

委員

ほとんどが滋賀医大出身で、当院に対する力の入れ方を見ると、やはり滋賀医大である。京大に関しては、距離的に遠いということもあり医師確保は難しい。

委員

滋賀医大でも通勤圏が1時間以内、車だと30分以内であれば、抵抗なく勤務できる環境である。単身赴任の場合、昔の医局制度では2年程度で異動があったが、現在そのような制度はなく、次の補充がない限り帰れないという現状である。今の若い人はそういう生活を好まない。

委員

一定水準以上の医療レベルを提供できる人材が滋賀医大では育ってきている。提供できる医療水準は上がってきている。

委員

緊急で治療をしないとけない心筋梗塞や脳卒中などは地域で完結させたい。脳神経外科医や神経内科医など、実力のある医師を供給してもらうためには滋賀医大になる。

委員

癌に関する手術については医療圏を切り離して考えてもよい。患者は他府県や圏域を超えて受診に行くので、拠点病院レベルで何件あったかを議論しても意味がない。それより一般的ながん患者が、通院で抗がん剤治療や放射線治療、緩和ケアを受け入れる等、地域の病院でやらないといけないものがどれだけあるかである。

委員

超急性期の医療、心筋梗塞や脳卒中等を地域で完結できる方向にして頂きたい。また外来化学療法や放射線治療を地域で完結できる方向にしてもらいたい。

委員

救急の原則は30分以上、救急搬送に掛かってはいけない。15分が勝負である。

委員

救急医療体制が最大の公立病院の役目であるが、24時間患者を断らない救急医療が出来るか、当直医や待機医師が患者の命を繋ぎとめる処置ができるか等の議論がないと前に進まない。

委員

行政の立場では公立病院は救急をやってほしいというのは当然である。ところが実際24時間救急の受け入れ体制が整っているか、しかもある程度の経験のある医師や専門医が24時間対応出来るか、多くの医師は違う医療圏に居住している。大津に住んでいて深夜に救急で呼ばれ15分程度で病院へ着くことは不可能であり、当直体制で全てシフトを組むことは完全には無理である。

委員

どういう充足体制でいくのか、将来的に癌も手術の割合が減少し、外来で放射線治療することが増加する。各地域にある程度の設備が必要となる。

委員

公立甲賀病院は地域のがん拠点病院であり、放射線治療も可能である。今後、化学療法と放射線治療も増加し、癌を治すよりも癌と共生していくという時代になる。

委員

公立甲賀病院は回復期リハビリテーション、緩和ケア、在宅医療もやるという方向であるが、どの分野を重点的に滋賀医大に協力を求めるか。

委員

甲賀圏域だけで医大と交渉してもどうにもならない。滋賀県全体で医大と協議をすることになる。

委員

医大は大津と湖南圏域の分岐点にあり、甲賀圏域に高速道路も出来て利便が良くなり、3つの医療圏の三角点になっている。その3つの医療圏で上手く医大と連携しながら仕組みをつくり、地域の役割を軽減しないといけない。

委員

救急や各診療科の専門的な症例において医大を利用し、役割分担を担っていけば、有効にベッドを活用出来る。教育または診療の重要な機能を分担すれば、負担は減少する。全てそこでやることは救命センターでも出来ない。

委員

公立甲賀病院として、こういうところはしっかり抑えるという重点的なものをもってするのか、超急性期から回復期まで一つの病院で全て揃えるのか、あるいは回復期を地域のどこの病院と連携するのか。訪問診療を充実させ、医師会と連携し在宅診療までしっかりするという方向なのか、自前とするのか、そのところの判断である。

委員

二次医療をしっかりやる救急病院であるのは間違いない。「うちの役割はここまで」として機能を分担するという議論によっては、大学や診療所との付き合いも変わってくるのではないかと。

委員

甲賀医療圏で後方ベッドはどれ位あるのか。慢性期の病床は東近江に集中している。湖南、大津医療圏では回復期リハビリテーション、療養型病床は少ない。

委員

病院全体として回復期病棟は8割以上が在宅復帰している。

委員

滋賀医大は96%である。ほとんど在宅である。

事務局

最近、甲賀市に特養と老健施設が出来たが、在宅に戻る割合が9割以上でも、やむをえず在宅で受け入れているというのが現状である。

委員

そういう理由で回復期を増やせと言われている。診療報酬は減少し、今後在院日数を減らさないといけない。そのため回復期を充実させろという話になる。公立甲賀病院は自前で回復期リハビリテーション病棟は持っているが、地域包括ケア病床は持っていない。

委員

急性期病棟は在院日数を減らす方向になり、ベッドは余る。普通の病院だと病床数は2/3になるのではないかと。それをどのように活用するか。

委員

7対1を有効に生かすシミュレーションをして、それ以外のところは回復期機能を持たせた方が良いのではないかと。療養型はあまりいらないと考える。

委員

人口が減少し高齢者が増加する基本路線で、在院日数が短くなり加速度的にベッドは余る。急性期の中でも今後これだけの診療科をやるのか、高齢者中心では内科、整形外科、眼科あたりの需要が高くなる。

委員

中核病院と他には在宅医療しかないという環境では、内科と整形外科があれば病院は経営できる。そこをキーステーションにして、どこで循環器、脳卒中等をするのか、特定診療科は別として、例えば産科、脳卒中、心筋梗塞をどのレベルまでやるのか、あるいは輪番とするのか。

委員

何割の医師が、地元に住んでいるのか。

事務局

ほとんどが滋賀医大周辺に居住し、地元には20人程度が居住している。

委員

三重県の阿山地域は輪番救急制で、名張の病院まで1時間程度かけ救急に行かないといけない。公立甲賀病院に受診した方が早い。伊賀上野地区には三重大学の医局の病院が3病院あり、名張は圏域が違う。伊賀市にはC病院とD病院の2病院あるが、C病院は、三重大学が内科を引き揚げ、病院の稼働率は5割を切っている状態、D病院は稼働率が高く受け入れられない状態である。

委員

消防署は基本的に三重県の病院へ搬送する。D病院は、土日の救急は断っている。三重県の医療構想で伊賀上野地区は、滋賀県に協力依頼が来ているようである。

事務局

入院・外来患者の7%程度が日野で、三重県の割合も数%近くあるのではと考えている。

委員

眼科の自足率5割はかなり低い。通常、老人が多い地域だと自足率はもっと高い。患者の多くが外来で完結するので、確保できる患者層ではないか。

委員

眼科の手術は勤務時間内に終了し、なおかつ利益率が高い、診療報酬も高く、病院に貢献しているのに評価されない。

委員

大学の医師は院外の病院等にて兼業が可能だが、公立病院の勤務医はそれができないため、モチベーションを上げさせるには限界がある。

委員

眼科医の数は何人いるのか。

委員

常勤3名で、うち自立している医師が1名である。自立している医師が何人かで変わる。2名が自立していれば手術件数は急激に増える。眼科手術は一つ一つ手術器械が必要であり、白内障1つに手術器械1つ必要である。硝子体の手術器械の整備と同時に医師が赴任し、硝子体手術を開始したが医長が異動になり今後どうなるか。

委員

去年度の眼科の手術件数は何件か。

事務局

月50件、年間600件程度である。

委員

問題は症例の多さで、それがインセンティブになる。大きな病院を好まれる基本のスタンスである。経営的な数字でインパクトを与えるのは、手術をどれだけするかによってDPCの範囲外で収益が出るので、手術室の管理、稼働率がどうなっているかということをよく質問する。ほとんどの病院の手術室の稼働率は5割程度である。

委員

手術室の数は何部屋か。

委員

7室である。フルスペースが5室、1室が眼科専用、マイナー手術専用が1室である。

委員

眼科の手術を入れて全体の手術件数は年間2900件程度である。

委員

稼働率からすると5割から6割程度である。

委員

医大も稼働率7割はなかなかいかない。東京などの都市圏の私立病院は7割のところがある。

委員

今後の進め方について、課題の1つの専門医制度と大学をどうリンクさせるか、連携の在り方、急性心筋梗塞、脳卒中をどこまでするのか、癌についてもどのように対応していくか。5疾病5事業に対応する課題、事業ごと疾病ごとに考える必要がある。また在宅、回復期のあり方を今後どの程度までスポットを広げるのか。これは地域連携にも関わる。もう一つはインセンティブ、報酬の考え方、法人化するかどうかの課題。目前の地域医療構想や次の地域医療計画の中でPR、スタンスを示す必要がある。あと2回の会議で病院の方向性、重要なアウトラインを出さないといけない。

委員

医師確保について将来を見据えた提案をいただきたいというのが1つ、病院の経営形態についても一応の結論をいただきたい。

委員

経営形態の法人化については、医師確保に絡んでくるのではないか。公立病院はアルバイトが出来ない等の議論と法人化の議論は密接である。

委員

E病院は民営化したら一気に外来・入院機能など見違えるようになった。地域に足りない医療を作り、病院の特色を生かし、消化器等の強い部門をバックアップし、給与形態を変え、医師の待遇改善等、モチベーションの上がる仕組みを作った。

委員

公立甲賀病院は、心筋梗塞、脳梗塞等、地域の中心的な機能を担っている。

委員

心筋梗塞については、心カテチーム3名で連日待機をしており負担が大きい。医大からの派遣も困難な状態である。脳卒中については、脳神経外科は医師3名だが強制待機でなく任意待機であり、必ず救急に対応出来るとは限らない。

委員

5大疾患について、医療圏を超えた搬送時間という仕組みで作らないと各医療圏内だけで求めることは無意味である。小児科は完全に医療圏を超えており、4つの医療圏しかない。

委員

例えば、週2回だけ固定して、この日は公立甲賀病院が当直しますという方が良いのかもしれない。

委員

そうでないと厳しい。今度、滋賀医大は脳卒中を受けられるセンターを構想している。神経内科、脳外科との関係をうまくやれば出来ると思う。脳卒中等は医療圏を超え、大きな範囲で考えないといけない。

委員

心筋梗塞、脳卒中等は、時間的に地元で診ないといけない役割もあると考える。

委員

経営形態、法人化に関して、公立甲賀病院は湖南市と甲賀市の2市の組合立病院であるが、将来的には市民病院などになる可能性もある。独法化の検討も必要と考える。

委員

独立行政法人化するにしてもどこかの市がメインでスポンサーをしないとけない。一部事務組合の独法化は、各自治体で承認をとらないといけない。

以上