

## 第4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11月10日(火)10時00分から12時00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6名、事務局

### 議事内容

#### 委員

公立甲賀病院未来創造委員会は今回を含め、残り2回の会議予定であり、最後に答申書を作成する。事務局の説明のあと、前回の議事のとおり法人化に関連する点において委員から解説をお願いする。

#### 委員

地方独立行政法人化について、公立甲賀病院は2市立の一部事務組合としての病院であり、独自の議会がある。市立の病院とは異なりある程度自由度はある。一般的には、公立病院の経営において採用面で機動性に欠けるという課題がある。近年、国立大学はすべて独法化し、公立大学も殆ど独法化した。これは総務省が推薦していること以外、厳しい医療環境の中、迅速な意思決定、モチベーション向上のためである。独法化すれば、単年度主義に縛られる予算体系が縛られなくなる。ある病院機構は、薬の購入先を1社に絞り、支出を下げた実績がある。公務員という身分から原則外れ、医師も他病院へのアルバイトも可能となる。資料に全国地方独立行政法人病院協議会が2、3年前に行ったアンケートがある。メリットは、職員採用の自由化、意思決定の迅速化、契約方法の多様化等である。デメリットは独自の会計制度の構築等、今までにない業務量増加がデメリットであった。独法後の経営状況については、経常収支比率を比べると増減割合はプラスとなり改善している。経営形態の移行期間については、議会の承認等もあり1年から1年半ぐらいの準備期間が必要である。

#### 委員

給与費比率が減少するという事は、給与が下がるということではないか。

#### 委員

それはない。収益が増えるので給与比率が下がる。

#### 委員

給与比率は、収益が上がるので相対的によくなる。しかしながら職員数は増加する。当院は看護師は5割以上増え、人件費比率がその間は高くなったが、その後収益が向上すると逆現象になった。

#### 委員

能力に応じた、働き具合に応じた人事制度の導入、毎年の昇給を抑制し、能力給へシフトする等、方向性を自らが考えられるのが大きなメリットである。

#### 委員

独法化をして成功した病院と、成功しなかった病院の2つに分けられるとして、その成功しなかった病院の要因とは何か。

委員

独法化については全体的に成功している。地方公営企業法の全部適用の場合、事業管理者と市長とのコミュニケーションがうまくいかないと病院の理解度が進まない。事業管理者にどれだけの権限を与えるか、全部任せるのか、独法化すれば、公務員制度から切り離されるので、市長や知事は直接関与できない。

委員

患者数が増えることがないと経営はよくなると考えているが、資料の中で病床利用率が一番上がっていない数値である。独法化をして患者が増加しなくても経営が良くなる、収支が良くなるのか。

委員

医師、看護師の採用に時間がかからないところで収益にプラスに影響する度合いが、公務員よりある。人件費の抑制、材料費等の契約も見直しができるということで、コストでより効果が出るので収支は改善しやすい状況になる。ただ独法化になったからといって患者数は変わらない。例えば、今まで禁止されていた医師のアルバイトが、理事長の承認があれば可能となり、アルバイトへ行った先の病院等から患者を元の病院へ紹介することもありうるかもしれない。働き方、動き方が、自由になるということでギブアンドテイクがしやすい状況になるということである。

委員

この資料では平均在院日数がかなり短縮化している。病床利用率も55%で増加している。一般的には独法化した方が自由度は高まるということだが、公立甲賀病院は独法化については急がないのか。将来性として取り上げるということではどうか。公立甲賀病院はそれなりに自由度が高い一部事務組合立の病院で、事務局も安定しており、大きく取り上げなくてもいいのではないかと。

委員

患者確保の点では、独法化して自由度を高くした方がよい。

委員

独法化を目指したい気持ちはある。ただ独法化して自立できるのかどうか。

委員

交付金は従来通り入るのが一般的である。市から100%独立するのではなく、いわゆる子会社化のような形である。会計システムの変更や、人事システム等の構築など多少の費用は必要だが、それは投資という形でリターンもある。

委員

人事考課が義務化になるが、人事考課を行うにあたりインセンティブも何もない。人事考課は存在するのかどうか、それには独法化をしないと人事考課にならないのではないかと。

委員

独法化や法人の在り方については、独法化を急いでするという方向でどうか。

委員

補助金というのは、存在するということである。大学病院も法人化をしているが、運営費交付金が年間1%、10年間で10%減らされている。なんとかやってきている。運営費交付金そのまま存在するのであれば、独法化してもいろんなことができると思う。地方自治体が独自に判断するので自治体によっては、かなり厳しいというところはあるかもしれないが、その辺の考え方がどうかということ

もあると考える。

#### 委員

独法化については、提言書に書くことにする。その他、重要な議題について1つは医師の人材確保、専門医の研修、初期臨床研修の強化、加えて今後新しい専門医制度も始まり、専門医研修ならびに医師確保、滋賀医大との連携が非常に重要な議題であった。また今後の高齢化問題において在宅施設以外の利用、入院以外の利用も重要視される。地域の在宅医療が回復期、療養型とどう連携するか、その辺りが重要な課題である。さらに、5疾病5事業とくにがん、急性心筋梗塞、脳卒中、救急医療あたりのどういう機能を強化していくか、その辺りが重要点だった。報告書にまとめるにあたり、どのような意見を盛り込むかということ議論させていただきたい。まず、医師を中心に人材確保、専門医研修、大学病院との連携の重要なところをご指摘頂きたい。

#### 委員

初期研修医がフルマッチングしている病院がいい病院と考えられる。研修医がしっかり研修できる環境が非常に重要である。公立甲賀病院の医師の年齢構成を見ていると悪くはない。比較的若い医師がどれだけ集められるかということは、病院の活性度、特に救急医療を行う急性期の病院は、若い医師がいないと回らないので医師確保は重要である。また新専門医制度、特に内科系医師は比較的全体の診療科を診ないといけない。公立甲賀病院で総合医の育成も含め、ある程度育成されるのかどうか。地域での内科医の育成を大学と組んでもよいと考える。地域の中でどこまでの医療を公立甲賀病院がやらないといけないか、そのために医療スタッフが何名必要なのか、難しい問題がある。24時間365日、循環器系疾患や脳卒中の対応をしないとといけないとなると、それ相応のマンパワーの確保が必要である。その辺りが一つの課題である。

#### 委員

人材確保ということでは、滋賀医大との連携が肝要である。今後はおそらく、京大も京都府立医大も人手不足で滋賀県内から医局を引き上げるところも多くなるだろう。専門医研修プログラムについては、滋賀医大からプログラムの連携の話があるのではないかと。しっかり専門医のプログラムに組込んで頂き、滋賀医大と強固に連携するというのが一番である。厚労省もある程度は認識しているようだが、(急性期の心筋梗塞、脳卒中の整備を圏域で)、がんは整備されてきているが、がんばかり先行し、脳卒中・心筋梗塞が、おざなりになってきている傾向がある。公立甲賀病院は、心筋梗塞について3人の医師で対応されているが、充実した体制をとるには滋賀医大との連携にかかっている。脳外科は年齢的に経験を積んでおられる先生が多く、もう少し機動性のある形にできればいい。

#### 委員

国は10年間で10万人の特定行為ができる看護師を養成する方針である。滋賀医大は来年6月から、呼吸管理、気道確保、カニューレや人工呼吸の管理等、特定行為ができる看護師の養成を開始する。またeラーニングの実践コースで、各病院と委託契約すれば、公立甲賀病院でも各領域の特定行為ができる看護師が10年後には増える。

#### 委員

介護職の喫煙吸引でもなかなか進まず人数が増えていない。看護あるいは介護職の教育にも力いれ地域のためにやっていただきたい。

#### 委員

項目も 21 項目ある。全て網羅することは無理なので、それぞれの施設が得意分野の教育をどうするか、今後立ち上がっていく状況になる。厚労省は地域の訪問看護の充実・充足していく方向である。看護師がナンバーリング制度になり、県・地域の中にどういう潜在看護師がいるのか一覧でわかる制度になった。潜在看護師が復帰するため、教育機関や各病院が、どういう教育をしていくか、看護協会で中味が検討され充実していく状況になる。

#### 委員

認定看護師や専門看護師の話が挙がったが、公立甲賀病院には何人いるのか。育成にはどのように力を入れているのか。

#### 委員

認定看護師は 9 人である。医師、看護師だけでなくそれ以外の職員にも資格取得の援助をすることにした。資格の更新費用も病院負担とした。認定看護師取得に係る費用は病院負担とし、認定看護師免許を取得した者は手当を支給している。

#### 委員

感染制御の認定看護師が 3 人、1 人が専任として勤務し、地域との関係業務もしている。他は心不全や人工透析の認定看護師など、業務改善などにチームを立ち上げて取り組んでいる。今後、認知症看護を取ってくれると院内の認知症の関わりも強化されると考えている。

#### 委員

資格援助制度を PR する。特定看護師のコースを大学で作られるが、次のフェーズは公立甲賀病院でも作れるのか。

#### 委員

実践を施設でやるということで、カリキュラムは教育機関と関連しているところでないといけない。

#### 委員

次に 5 疾病 5 事業はどういう領域にどう力を入れるかである。公立甲賀病院は、急性心筋梗塞の対応は心カテチームに 3 名の医師がいる。24 時間 365 日対応するとなれば 10 人は必要と考えるが。

#### 委員

この領域は、技術が普及しており患者確保が競争みたいになっている。ただ 24 時間 365 日対応するとなればかなりストレスとなる。輪番制や負担軽減策を講じる必要があるのではないかと。

#### 委員

心筋梗塞に限らず病院間の連携が大事である。課題毎に分けて会議をすればいいと考えている。心筋梗塞と脳卒中は圏域ごとで出来たら完結したい。例えば、滋賀医大と県が契約して各圏域に専門医を何人かずつという拠点を作るというのはどうか。県全体でやらないと出来ないのではないかと。

#### 委員

大学病院の役割は医療圏を超えた連携である。4 つの医療圏、主に東近江と大津と湖南、甲賀は高速網で 30、40 分以内に移動が可能である。心筋梗塞等、急性疾患に対して対応ができない場合、大学でバックアップができる体制づくり、脳卒中でも t-PA を使うのではなく、血管内治療と併せてするのは大学へ搬送する。連携を強化し、医療圏を超えた連携と、医療圏のなかで完結できるもの、医療圏内で完結するのが無理なら迅速な大学との連携をとる体制が重要である。

委員

5 疾病 5 事業＋在宅医療のうち、在宅医療について、今後公立甲賀病院では回復期病床も準備すると聞いている。今は大病院に看護師が集まり過ぎだが、病床再編の結果、看護職が余るとしたら在宅医療に向えるような研修をお願いしたい。今後急性期はどんどん在院日数が減少し、早期に在宅に戻る人も多くなり、在宅の受入れ態勢が不十分であるのに帰らないといけない状況も出てくる。その辺の退院支援を地域の在宅資源と連携して頂きたい。地域連携室の人員も限られるので病棟看護師の意識や在宅のイメージも重要である。訪問診療・訪問看護の研修を積極的に取り入れ、病院全体としてやって頂きたい。

委員

公立甲賀病院が、どの事業に注力するか、急性期を中心とした脳卒中や循環器という一刻を争うものと、多少時間に余裕のあるがんと、総合医や在宅の領域、この3つをどう配分するかという議論が重要ではないか。甲賀保健医療圏で今後の地域需要がどうなるか、高齢者が増えると循環器疾患が増加し、がんはそれほど増加しない。

委員

今後、がんの10年間は1.2倍、高齢化の進んだ地域では脳卒中、骨折と循環器が1.6倍である。がんに関しては専門性も高く、患者が一番治してくれる病院を選択する。公立甲賀病院がしっかりやらないといけないのが、放射線と緩和ケアと化学療法とあと在宅支援だと考える。

委員

心筋梗塞と脳卒中に力を入れたいが、医師の供給源が滋賀医大に限定されており、医大に人員がいなくなると壁にあたる。我々としては滋賀医大に多くの人材が集まる大学になってもらいたい。滋賀医大出身者がトップや中堅にいて、その下がローテーションという形になると、人が変わっても支えられますが、人が少ないと支えられない。

委員

24時間365日対応するとなるとマンパワーがいる。症例も多い。滋賀医大は心臓血管外科の場合、集約すればいいので24時間対応しているが、県外からもヘリで来られて精一杯である。ある程度は輪番制でカバーするのが現実的である。大学もそんなに人員はいないので厳しいというのが現状である。

委員

脳卒中の地域での対応状況はどうか。

委員

脳梗塞は神経内科で受けている。脳外科は平日の時間外は待機を行い、休日は待機をしていない。搬送を受けられないケースも増加している。

委員

公立甲賀病院で診られない脳卒中の患者はどのようにするのか。

委員

大学からは搬送して下さいと言われていたが、救急隊はC病院に搬送する。

委員

集約型連携は難しいが、一方で急性心筋梗塞、脳梗塞の指標など2次医療圏ごとに出てくる。NDBを用いると、t-PA受けた割合等で地域差が見えてくる。医師数が限られていても一箇所に集中して

いる地域は好成績である。同じような医師数でも3箇所4箇所に患者が散らばる場所は成績がよくない。その数字をどうシェアするか。公表しただけでは上手くいかない。病院と行政とで共有するという話はある。

委員

他の国では患者が情報をネット上で見られる。近々、2次医療圏レベルのデータが発表される。

委員

今後増えていく骨折の対応は整形外科が充実している。小児救急や産婦人科はどうか。

委員

小児救急も3名で24時間365日対応しているが人員は増えない。もし医大に人材がおられるならお願いして対応しないと解決できないと考えている。

委員

小児救急の問題は大きく、滋賀県は医療圏を4つに集約されている。救急は、かなり人員を集めないといけない。栗東市の休日診療所の患者数は大変多い。

委員

一次救急の体制をどうするか。栗東市の休日診療所は滋賀医大の全面協力はあがるが、人口割にすると受診者が多すぎて問題となっている。他の医療圏では小児救急を内科医が診ているところある。

委員

子育てしながら夜間に診察してもらえるところを探すのは本当に大変である。この地域で出産し子育てしているなら、この地域の小児救急は充実するべきである。

委員

婦人科疾患については、もう少し力を入れていきたいと考えている。

委員

今後、お産は減少する。若者が減少していくなかで、ある程度惹きつけるものがないといけない。甲賀保健医療圏では公立甲賀病院が一手に担っておられる。

委員

夜間は医師会の医師が、共同でその時間を診るという形で対応されているところがある。医師会との関係は良好か。

委員

小児救急で開業医に診察して頂くことがあるが回数は少ない。大半は当院の小児科医師が診療している。内科救急においても開業医に日曜の午前の4時間、一次診療の患者を診て頂いている。年間20~30回であるが、現実的に当院医師の負担軽減にはなっていない。

委員

最後に在宅や回復期療養関係で医療連携が重要であるが、とくに重要な点は如何か。

委員

甲賀保健医療圏は訪問看護事業所や人員は、県内の他を比べても少なくない。しかし、大規模な施設が少ないので24時間訪問看護を組める体制にはない。訪問看護ステーションを大規模化し、体制を充実してもらいたい。この地域の需要は多い。訪問リハビリについても同様である。公立甲賀病院がバックアップ病院として、後方病院として診療所の先生が困ったときにスムーズに受け入れられるよう

な連携システムをつくって頂きたい。C病院やA病院と共に地域のバックアップ病院としてシステムを作っていこうと計画している。

委員

市・町単位でシステムを作ろうと計画しているのか。

委員

当医療圏は広いので、旧町単位ぐらいで考える。C病院は旧信楽町、A病院も旧甲賀町・甲南町の範囲を、ただ公立甲賀病院は難しい。旧水口町だけというわけにはいかない。

委員

訪問看護ステーションの経営面について、アメリカでは経営を看護師が行っている。経営と看護の両立は難しい。在宅看護の専門看護師に専門の経営能力を教え、増やしていくというシステム、中堅看護師が訪問看護を行い、視野を広くし入退院の連携がとれるようなシステムづくりが必要である。

委員

その他に全体を通じて重要な点、漏れている点など意見を頂きたい。

委員

公立甲賀病院は回復期病棟を独自で持つ方向であるが、今後、急性期の基準が厳しくなるので地域の回復期を持っておられるところと連携してもらいたい。

委員

病院内でも地域包括ケア病棟と回復期リハビリ病棟の性格は違うと考えている。地域包括ケア病棟に移行するということをしっかり説明していかないといけないと考えている。

委員

8割、急性期からの患者を受けて、2割は在宅からというのが実態のようである。

委員

次回に向けては報告案を準備し、議論していきたいと考える。

事務局

議事録とともに提案書の素案を作り、事前にお目通しいただき確認頂きたいと考える。

委員

長い時間ありがとうございました。