

平成22年度第1回鳥取県立病院運営評議会：会議録

1 開催日時

平成22年11月11日（木）午後1時40分～3時40分

2 開催場所

県庁特別会議室 県議会棟3F

3 出席者

委員：岡本委員、池田委員、小山委員、石部委員、中瀬委員、渡辺委員

病院局：柴田管理者、細川課長、大久保副主幹、西村副主幹

中央病院：武田院長、嶋田事務局長、小谷経営課長

厚生病院：前田院長、野間田事務局長、國米事務局副局長

4 会議の概要

(1) 開会

本日の委員出席状況は、6名出席であり本会が成立していることを宣言し、開会した。

①管理者あいさつ

今年の8月から新しい委員をお願いして初めての運営評議会となります。よろしくお願いいたします。

平成22年から23年にかけて県立病院は、病院事業交付金と病院改革プランが第1期の計画期間を終え、次の計画期間が始まる一つの区切りの年を迎えます。全国900あまりの自治体病院の6～7割が赤字経営と言われていますが、その原因の1つには自治体病院が行う不採算部門の医療に対して一般会計から一定のルールに基づいて行われる繰出しが、自治体の財政状況によって安定的に繰出されていないということが全国的にあり、それが自治体病院が経営に苦しむ1つの理由であると分析されております。そういったことを踏まえ、本県では平成18年度に交付金の年度間の平準化をするため本県独自のシステムですが、5年間の総額を定めて18年度から22年度まで計画的に病院の不採算部分に対して交付金を繰出していく仕組みを策定しました。そういったこともあり、この5年間両県立病院は持続可能な経営を目指していろいろと工夫をしながら頑張ってきたわけでございます。県立病院のミッションで一方ではその時々のできるだけ高度な水準の医療を提供して県民の命を守っていくというミッションがございますが、そういったミッションを一方では実現しつつ、なお且つ一方では持続可能な財務基盤をきちんと築いていくということを努力しながら18年度以降の5年間運営をしてきたところでございます。

平成21年度の決算では県立中央病院は8年連続で黒字になっておりますし、厚生病院は若干赤字であります。赤字幅を年々圧縮してきており、明るい光も見えてきたと感じているところです。今後とも県立病院をとり巻くいろいろな環境の変化、医療圏の中でのその病院の役割や、患者さんのニーズの変化に対応しながら、今後とも持続可能な経営を目指して一方では県立病院のミッションをきちんと果たしながら運営をしていきたいと思っております。

本日はその評議会委員の皆様の忌憚のない意見を是非、お寄せ頂くようお願いを申し上げます。ご挨拶とさせていただきます。どうか宜しくお願い致します。

②各委員あいさつ

今回、新しい委員にご就任頂いたため、各委員から挨拶していただいた。

(2) 議 事

①県立病院改革プランの平成 21 年度実績と計画の修正について **資料 1～2**

中央病院長が総括説明の後、中央病院事務局長が詳細説明を行った。また、厚生病院長が総括説明の後、厚生病院事務局長が詳細説明を行った。説明の後、質疑・応答を行った。

(委員)

中央病院も厚生病院もドクターが増えて医療の質がアップしているという印象を持ちました。救命救急センターの機能充実などいろいろな交付金が投入された後、適正に効果的に運用されているかというのが1つのポイントになってくると思います。

交付金事業は基本的に不採算だから交付金を出すという考え方と思います。例えば救命救急センターなどのようないくつかの項目があって積み上げされるのですか。あるいは病院としてはどのような考え方でやってこられたのか概要説明をお願いしたいと思います。

(中央病院)

救命救急センターの交付金の考え方は、例えば専門医師が3人配置されていて、兼務でいろんな診療科の医師が入りますので、兼務割合等を見ながらその人件費や、その他救命救急センター張りつけの看護師の人件費等を全部積算を積み上げて、それに救命救急センターの収入を出して、その収支差が実質的なセンターの赤字の部分になりますので、その部分を頂いています。

(委員)

実際、救命救急センターは赤字ですか。

(中央病院)

計算上、赤字になります。

(委員)

資料を見ると、救命救急センターと救急医療の受け入れ強化がありますが、例えば救急医療の受け入れのところに急性期リハでOT、PT、STの増員をするという項目が入っていますが、リハビリの技師は救命救急センタースタッフとしての位置づけの中に予算を組んでいるのですか。一方で、リハビリテーションは不採算だからといって別個の項目に計上していますが、そこは重複していませんか。

(病院局)

二重計上ということはありません。救命救急に要する経費といいますのは年間を通してかかる経費から救急外来等の医業収益を引いたところが赤になっているところに税金を頂戴しようという話ですし、急性期リハにつきましても不採算部門で整理していますので、そこに要する人件費、経費等を積算し、それに伴う医業収益を引いて、その収支差額を頂くような考え方でおります。

(委員)

救命救急の中に計上されていた急性期リハは未実施になっていますが、OT、PT、STを増員するというのも救急医療の一環としての積算根拠に入っていますが、これはどのように説明されますか。

(中央病院)

救命救急を確保するためにはリハスタッフももちろん必要ですが、交付金の積算上はこういったコメディカルの部分は急性期リハのところでは入っていますが、救急医療確保では外しています。資料1で書いています充実の中身では交付金の算定基礎だけではなく関連する項目も含めて幅広く文言をいれております。ただ交付金の積算では、繰り返しになりますが各項目が重複して積算するようなことがないように調整しておりますし、その辺は財政課も厳しいのでかなりチェックが入ります。

(委員)

両病院トータルで年間約20億円の交付金が出ているわけですが、中央病院黒字、厚生病院赤字というのがよくメディアに報道されます。20億円の公費が入った上での黒字、赤字という部分が県民から非常に分かり難いと思います。県民の立場で見ると、医業収入で赤になっているか黒になっているか知りたい。そこにどれだけ県費を入れるのが適切かというような考え方をしたいのです。

そこで、交付金の将来的な方向として今後5年間もこれを維持していくのか、あるいはこれをどんどん削減していくべきであるとか、病院局としてはどのように考えていますか。

(病院局)

交付金につきましては、効率的な経営等をやってもどうしても経営的に黒にならない不採算部門、医業収益でペイできない部分について、県立病院の担う役割、使命等を踏まえた上で、税金の投入の願いをしようというのが基本的な考え方です。これは今後、次期交付金制度についても県立病院が担うべき医療に対して一般会計から繰出金、交付金を頂くという考えは踏襲していきたいと考えております。ただ、やはり経営努力というのは当然やりながら、どうしても足りない部分のみを補填いただくという考え方でいるところです。

(委員)

私も同じように、交付金あつての黒字なのか赤字なのかというのはやはり県民の方に非常に分かりにくいと思います。ただ単に赤字、黒字と言うと一般病院には馴染まない表現になるので、どういうふうに伝わるかなと思っていました。

もう一つは厚生労働省が出している資料もそうなのですが、救命救急センターに入院される方は、もちろん三次救急の方も対象であるわけですから、すぐに退院されるのではなく一般病床の方に移られるということを考えたときに、救命救急センターでは不採算かも知れませんが、一つの病院として考えたときに、本当に不採算という考え方をしているのかというところです。DPCでも係数が付くわけですし不採算と捉えるのでしょうか。その辺がこの資料を見せて頂いて疑問に思ったところですが、いかがでしょうか。

(中央病院)

私たち医療を行っている者の側からしますと、大都市のように救急医療も選択肢がいくらでもあるところは、公的などから補助しなくてもやっていけますが、救急を補助しないでやってくださいということになったら、東部に限らず県内の救急医療はガタガタになってしまうと思います。我々としては医業収支が黒字になる方向でやっていこうとしています。今の診療報酬の中では簡単にそうはなりません。だからといって県立病院は民間病院のように儲かるところで儲けられるときにどんどん儲けていくというような医療は絶対にしないということを思ってやっています。ですから当たり前のことをやって黒字になるように常に努力をしています。それでも黒字にできないから駄目だと言われると、他の病院がでは引き受けてくれるかというところまで引き受けてくれませんので、やはり鳥取県はそういう県であって、東京も鳥取県も一緒というわけにはいきませんので、そのへんは県民の方にも理解して頂きたいと思います。我々は医業収支が黒字になるという方向に近づけていこうということを目指してやっています。

(委員)

私の個人的な意見かもしれませんが、18年度に交付金になったときに大変なことだと思っていました。というのは、交付金になって県立病院がこれから独立採算に向かって次第にだんだんと経営努力にだけ走っていくようになるのではないかという危惧を持っていました。交付金は不採算部分に対して投入するというので積算根拠になっているということですが、それよりも県立病院が何をすべきなのか、どういうミッションや使命があるのかというところで交付金というものを主体的に決める方向にならないかと思います。経営努力ばかりでは、特に中部の場合は、厚生病院におかれる立場は非常に難しいところがありますので、黒字黒字ということあまり表面に出して頂きたくないというのが中部医師会としては考えたいです。そういう点で県立病院の使命というものはどういうものかということで交付金を決めて頂きたいと思います。

(委員)

交付金の話は難しい話ですが、県立病院は今例えば岐阜のように独立行政法人に移管していくところもありますね。そうなったときに何か引っ張っているものがあるとすると、私は給料が非常に高いと思います。公務員は給料がいいわけですから給料の高騰をある程度抑えていかないと赤字にならざるを得ないと思います。言い過ぎかも知れませんが、独立行政法人にもっていけば少しはよくなるかと私は考えています。是非、将来的に選択肢の一つとして入れておいていただいたら交付金云々もあまり言わないで済むようになるのではと思いますが、ただ逆に交付金がたくさんいるようになるかも知れませんが何とも言えません。

(病院局)

まず交付金制度自体は地方公営企業法に定めがありまして、自治体病院がその一定の分野で一定の医療サービスを提供したときに、こういったルールで積算したものを自治体は病院会計に繰り入れなさいという法律の定めがあって、それから基準も同時に政令等に定めがありまして、その法令の定めに基づいて繰り入れられている制度であるということが一つあります。そのことが良いのか悪いのかという議論は立法論的に当然あるだろうと思います。それと今後の県立病院のあり方、その姿を考えたときに確かに他県の状況を見ますと県立県営というやり方ではなく例えば独立行政法人化や指定管理者制度という手法がとられることがあります。その目的は必ずしも経営の効率化ということではなく、例えばその医療圏の中で医療人材が不足しているためにその医療圏の中で病院

を統るとか、経営体を統一して医療水準を一定に保とうというものです。そうした観点から見ますと鳥取県の場合は東部医療圏、中部医療圏でそれぞれ色合いが違うということもあります。その中で県立病院のミッションをきちんと果たしていくことは将来的に当然考えていかなければならない話ですが、その際に県立県営という経営形態がベストであるかどうかということも含めて、課題としてきちんと考えていかなければならない話だと思います。

(委員)

方向性が非常によく分かりました。

(委員)

診療の質、経営の質の向上は大きな目標になっていたのですが、関連する話として人件費の問題をお聞きします。中央病院の医師は77名で厚生病院は40数名ですね。私の山陰労災病院を例にあげて恐縮ですが、当院は医師が研修医も入れて全部で77名います。ベッド数は383床と中央病院より少ないので当院の方が1ベットあたりの医師の率は高いですね。看護師はまだ10対1ですが277名おります。それと比較すると決して県立病院が医師や看護師が多いということはありません。ただ人件費率を見ると60%近い。そうすると医師や看護師以外の人件費率がかなり高いのではないかと思います。委員がおっしゃられたように単価の問題もあると思いますが、そういう意味では現業職のアウトソーシングも今後の一つの方向として検討されてもいいのではないかと思います。

それからもう一点は、両病院とも7対1の看護師を確保されて非常に私から見ると羨ましいのですが、7対1にする意味は急性期医療というのは非常に看護力が必要だから増やすというのが基本的な考えです。そのために診療報酬が付いています。看護師の忙しさの目安として入院診療単価があります。中央病院は約5万円前後、厚生病院は約4万円ですが、7対1の目安としてほしい4万7千円あたりが7対1の分岐点と言われているので、厚生病院に関してはまだそのレベルではないのにならぬ思い切って早く看護師を増やされたという印象があります。これで何億円かのプラスになるという試算が載っていますが、増員した看護師の給料を払ったらこれだけのプラスにはならないでしょう。人件費というのは大きなポイントなので、そういうところも含めて経営の質を高めて欲しいと思います。

(中央病院)

資料中の医師数の77名には研修医の数は入っていません。

(厚生病院)

7対1は経営上のメリットばかりではなく、大きいのは医療安全です。正確さ、安全さ、医療の質の向上は7対1がなければ達成できないと思います。それから働くナースの生活、職場環境の改善という大きな問題がこれによって改善されると思います。私はこれが大きいと思います。そのために早くこの体制にしたかったということです。

(病院局)

今の改革プランの実績等について、委員から御意見をいただいておりますので両病院からコメントをさせていただきたいと思います。御意見の内容は、目標を上回った要因として何か予想外にいいことがあったのか、その要素をお伺いしたいということで御意見を頂いております。

(中央病院)

上半期が終わった時点で下半期を見込むときに収益については実績で出しますが、最終的に費用との関係で赤になってはいけないので収益は控えめに見込む手法をとっています。それから費用についても例えば退職が急に増えたら1千万単位でお金がいるということも若干見込んでありますので、そういった要素で必然的に決算にすると上の方に上がってくる、黒が多くなるということがあります。

(厚生病院)

厚生病院も基本的な考え方は同じです。あと厚生病院の方は医師が6名増員されたことと、7階病棟を再開したということで医業収益をもたらしたと思っています。

②次期病院事業交付金について **資料3**

病院局総務課長が説明を行った。説明の後、質疑・応答を行った。

(委員)

交付金というのは病院局としてこれだけの枠を計上するという事なんですね。それを2つの病院がこういう事業を充実したいというものを出して、それを病院局が振り分けるという形ですか。

(病院局)

積み上げ方はそれぞれの病院がそれぞれの項目について積み上げを致しまして、それを病院局として一つにするという形です。

(委員)

病院として一括して交付金をもらうということですか。

(病院局)

総額としてはそうです。ただ中央病院でいくら、厚生病院でいくらということではしています。

(委員)

委員は多分もっとグローバルな意味で交付金が使えないかというお考えだと思います。しかし、現行の制度では項目の積算方式がルールだから、これでいかれると思います。

私が疑問に思っていたところが資料の別紙4で少し見直しされています。例えば救命救急センター運営費に20分の16を乗せていて、新しいほうでは20分の16を消しているから1ですよ。実はおかしいと思っていたのは、高度特殊医療、集中治療管理経費で20分の4というのが載っていて、これを合わせて救命センターなのかなと思います。なんか細工して交付金を増やしているような雰囲気を持って見ていたんです。そういうところの見直しをされたのかなと思いました。

もう一点は厚生病院には救命救急センター運営費が過去3年くらい計上されているんですが、救命救急センターがないのになぜ運営費を交付しているのかなと思います。あとこの左の表にチェックがないのはなぜでしょうか。

(病院局)

前回の交付金を考えたときには厚生病院に救命救急センターを設置するということを考えており

ましたが、体制等の整備が難しいことから結果として救命救急センターの開設には至っておりません。その分は二次救急を中心に救急医療を充実をはかり救急医療確保経費として交付金をいただいています。この考え方は見直し後も同じで、救急医療体制の確保について交付金をいただきたいと考えています。

(委員)

これまでの交付金には過去3年間くらい救命救急センター運営費が計上されていましたが、それはどういう名目ですか。

(病院局)

その分はI C Uの運営費として使わせていただいています。

(委員)

資料3の別紙4の表の「救命救急センター運営費」の厚生病院の欄にチェックがないのはなぜでしょうか。

(中央病院)

この交付金の設定当初は、厚生病院に計画期間の途中で救命救急センターを設置する計画でした。従って救命救急センターが出来れば救命救急センター運営費で算定し、それ以前はI C U運営費で算定していました。従って19年度か20年度まではI C U運営費で算定し、20年度か21年度からは救命救急センター運営費で算定しています。結果的に救命救急センターができませんでしたので、積算しますと多分I C Uでもらう金額と救命救急センターでもらう金額は大きな差は結果的にはなかったと思います。

(委員)

それはそうですが、この表の項目のチェックのつけ方がおかしいと思います。こういうものが交付金に積算されたという資料ですから、きちんとしておかないと交付金そのものの中身についても大丈夫かなと思ってしまいます。

(委員)

災害医療、DMATの説明がありましたが、災害医療はまさに交付金がついてもいいのではと思います。DMATの管理費、運営などは別途予算計上されているんですか。

(病院局)

DMAT等災害医療につきましては別途、補助金制度がありますので、県立病院だけではありませんが、補助金でカバーされています。

(委員)

DMATは日赤にもありますね。

(病院局)

欠席の委員から今の交付金についてご意見をいただいておりますので、両病院からコメントをさ

せていただきたいと思ひます。

ご意見の概要は後発医薬品の使用率についてのお尋ねでございます。次の5年間でもう少しジェネリックの導入等について頑張ってみてはいかがでしょうか、というようなご意見を頂戴していますので、それについて両病院からコメントさせて頂きたいと思ひます。

(中央病院)

引き続き進めていきたいと思ひています。いちばんのネックはドクターがなかなか使いたがらないということがあって、なかなか進まないということがあります。中央病院では薬剤部が国立がんセンターや鳥大や県内の病院でどういふ薬が使われているかを情報収集し、それをドクターに情報提供して「あそこでもこういったのを使っていますからどうですか」といふように提案する取組みで進めています。今後もちろん医師の意識改革ではありますが、現状はこのようない取組みを続けて伸ばしていきたいと思ひております。

(厚生病院)

厚生病院も引き続き後発医薬品の使用を取組んでいきたいと思ひています。厚生病院も薬事委員会で薬剤部から後発医薬品を採用したいといふ提案を出してもらい、ドクターにもそれを積極的に使ってもらいように取組んでいきたいと思ひています。

(厚生病院)

具体的なジェネリック医薬品の細かいことは私はコメントできませんが、適宜増やせ増やせとしつこいように言っています。特にがんの化学療法の薬剤がいろいろあるので、整理してもっと後発の方に変えてくれんかと言っています。特に直接な抗がん剤はなかなかジェネリックにするわけにはいきませんが、ステロイドや制吐剤に関しては積極的に使うように口を酸っぱくして嫌がられながらやっています。

(中央病院)

病院としてはジェネリックを増やす方針でいますので、出来るだけ医師本人たちが納得して替えるように努力しております。一気に替えるといふことはなかなか難しいと思ひますが、理解してもらい努力をしていきたいと思ひます。

(委員)

資料3の2ページ目に採用率が中央病院13.4%とありますが、これは金額ではなく品目ベースで13.4%ですか。金額ベースではこんなに上がってこないと思ひます。まだまだ県立病院だけではなくこの病院も開業医もそうですが、これから医療費がだんだん高くなるのでその辺を指導していかないといけないと思ひていますので、これは県立病院に限らず医師会としても取組んでいかないといけない問題だと思ひております。

(中央病院)

資料3の数字は金額ベースです。品目ベースでは11.7%です。金額の高いものから後発品にするような指導をやっていますので、品目ベースでは11.7%ですが、金額では13.4%になっています。

(厚生病院)

厚生病院は品目ベースの採用率です。金額ベースですと18.0%です。

(委員)

金額ベースの方がいいわけですね。我々医師会では、品目は結構これくらいあるけど金額でいくとまだ数%、5%ぐらいのところですよ。だから努力の必要があるということを盛んに言われていますので、これは尊敬に値すると思います。

(委員)

厚労省では金額ベースで20%を進めています。当院でも経営的な面からは進めたいと思っていますが、院長さんの悩みは私も同じです。

(委員)

よくなさっているなという思いはしていますが、20%はなかなか難しいですが努力目標にして頂けたらと思います。

(病院局)

後発医薬品の採用率の数字が統一できておりませんで大変申し訳ございませんでした。

③次期県立病院改革プランの策定について **資料4～6**

病院局総務課長が説明を行った。説明の後、質疑・応答を行った。

(委員)

中部は公立病院が厚生病院一つだけで他は特化された民間病院なので、それぞれの棲み分けをどうするかということがいつも話題になっています。厚生病院は確かに中部の医療圏の中で特殊な立場にあると思いますが、周辺の病院が特化されているからといってしなくてもいいわけではなく、厚生病院にはより高度な医療を僕は期待したいです。だから先ほど前田院長が言われたような、厚生病院でやれる、厚生病院でやらなければならないものは十分充実させるという意味で、それを中心に交付金をいろいろ考えて頂きたいと思います。

それからもうひとつ中部で考えるのは、厚生病院に非常に一次救急が集中しています。医師会としても棲み分けを厚生病院と一緒に今後考えていく必要がありますが、医師会としては課題だと思っています。

(委員)

厚生病院は一次救急もやはりだいぶまだ多いですか。

(厚生病院)

もう少し小児の医療にしても夜間を受入れて頂ければと思います。休日や年末年始など今後も混乱が予測されます。外来がいっぱいになって、小児科で待っている人は喧嘩になるし、そこで感染を受けたとか熱のある子が隣の熱のある子に咳をしたとか、そういう問題がずっとあります。去年は新型インフルエンザが蔓延したために、中部医師会がガラッと方針を変えてかなりお受け頂きま

した。私どもは大変助かりましたので、常時あの体制をやって頂ければいいなと思いながら、そこまではお願いはできていないのが実情です。

(委員)

確か11月から1月の20日ごろまで、平日夜間の受け入れをしました。確かにそれで厚生病院の患者がちょっと少なくなったと思います。今後これをどういうふうにするかですが、僕が一時考えたのは医師会の休日診療所を厚生病院に付属的な一次救急の平日・夜間のように、厚生病院の先生を助けるようなかたちで医師会の会員が入っていくことができないかなというようなことも模索しましたが、なかなか会員のマンパワーや意識もあり非常に難しいところがありました。今後、そういうところを踏まえて考えていく必要があるのではないかと考えております。

(委員)

東部は武田院長がいらっしゃってから非常に一次救急、二次救急、三次救急がしっかりしてきました。ですから、厚生病院が中心になって、中部医師会長と一緒に一次救急についてご相談なさってはどうか。地域医療再生基金がありますので、中部の医師会の診療所は暗くて遠いので、もう少し明るい所でそういったものをつくって頂けるような方向性を見つけてはどうか。厚生病院と一緒にやるというのもまたおかしくなるから、そのへんを考えるような方策も、病院局のほうからも進めて頂けるといいと思います。お金のことがございますのでお助け頂いてちょっと考えてみていいのではないかと思います。

(中央病院)

限られた医療資源で、お互いに疲弊しないようにやっていくには、やはり一次救急は医師会の先生方にやって頂くということでご協力頂くといいと思います。

東部の場合、県や市にも入ってもらって何回も皆で話し合いをしました。そういう中で医師会の先生方がこれはやらないといけないということで、一次救急をやっているといういいシステムになりましたので、是非中部でも話し合いをしていって解決されるのが一番いいと思います。是非、頑張ってもらいたいと思います。

(委員)

厚生病院は7対1看護体制ということで30名も看護師さんを増やされたということですが、すべての30名の看護師さんがすごいエキスパートやベテランではないと思います。人数が揃えばいいという問題ではないと思います。また、いろんな資格を取られた看護師さんがその専門性が発揮できていない配置、所属があるのではないかと、せっかく資格を取ってもそれが活かされていないところがあるのではないかと聞いていますので、もう少し研修や30名の方がリタイアされないような職場をつくって頂ければいいと考えました。

(厚生病院)

大変いいご指摘頂きまして、そのとおりです。30名はこれは来年の4月にそれが予定されているというものです。これをうまく配置して、7対1体制の維持にも本当に強い力を発揮したいと考えています。また、もちろん離職率をいかに下げていくかというのも重要な問題ですから、本当に言われるとおりだと思います。それからせっかく資格を取ったナースがその部門に活かされない、

配置に問題があるというのも今までも指摘のあった重要な問題です。しかし今年の秋から、例えば緩和医療の資格をとったナースは、それ専用に配属して、病院全体の緩和ケアを要する患者さんはそのナースの手元にまず来て、担当の医師とともに担当しています。この体制を他の方でもやりたいと思っておりますが、まだ専門看護師の数が少なく、そこまで本気で悩みきるほどまでの数でないので、ご指摘の点は今後もうまく活かしていく、そういう配置をするのは当然のことです。ありがとうございました。

(委員)

せっかくMSWの方もお見えですので、ソーシャルワーカーのお仕事で困っていることとか、両病院はございませんか。

(委員)

各病院の項目の地域連携、医療との連携の強化という項目にMSWの配置の増員というのが挙がっていて大変喜ばしいことだと思っで見させて頂きました。元々ソーシャルワーカーというのは1人職場が多い時代がすごく続いていましたが、少なくとも100床に1名くらいは配置していただきたいと思っています。看護師さんと違って7対1看護のように診療報酬が付くというものではないですが、今はすごく医療の機能分化が進んでいて在院日数がすごく短縮化されているので、ご家族からするとまだ治りきっていないのに退院の話を出されたということで、トラブルになるということもすごくあると思いますので、上手にソーシャルワーカーを使って頂いて地域のケアマネージャーさんとも連携を図っていくような体制がとれたらいいと思います。また医療の機能分化という部分では市民の方や県民の方は救急病院はこういうところ、慢性期はこういうことをするところというのがよく分からないので、とにかく病気になったら大きい病院で診て欲しいという一心というのがありますので、私たち病院で働いている職員としては医療の分化、こういう役割をこういう機関がもっているというアピールをお互いにしていかないといけないかというのを感じております。

(厚生病院)

私が質問してもよろしいでしょうか。急性期病院における長期の入院患者数というのは、いろんな意味で病院の本質のビジョンから外れるところがあります。例えば100日を超えて入院しているなど。ほとんど急性の治療というのは全くなくて、ただただ受け入れ先がないから入院しているというようなこともあります。これは病院の非常に大きな意味では経営の収益上も問題はあります。しかし患者さんに出て行けということは絶対にあり得ません。こういう場合、主治医からそういう相談をされたら、あなたのご経験からこういう方法がいいですよとか、これを解決する対応はこうだというキーポイントがあればアドバイス頂きたいと思えます。

(委員)

ウェルフェア北園渡辺病院は慢性期や維持期、回復期をもっている病院になるんですが、やはり慢性期や維持期が上手に回転しないと急性期からの患者さんを受けられないので在院日数の短縮化にはつながらない、慢性期や維持期も在宅という部分と連携をとっていかないとベッドが回転していかず、悪循環になるという問題もありますので、治療の目処がたった方はすみやかに主治医、看護師、ソーシャルワーカー、在宅部門、いろんなところがタッグを組んでご家族や患者さんに十分に説明をして、症状にあった療養の場をすすめていく努力をチームで行っていく必要性を感じます。

(委員)

厚生病院の連携はすばらしいです。よく私が担当される方でも、例えば救急で入院されても1ヶ月後には安定するだろうからというのを入られた1週間後くらいにはソーシャルワーカーさんが言って来られます。1ヶ月後を目途にして、じゃあ在宅にするのか、慢性期の病院に行くのかというのを入った1週間後から探していったりという対応をしていきますので、ソーシャルワーカーさんのすごい腕でその辺をもっとどんどん進めていかれて、やはりドクターが診療方針でこの辺で大丈夫だよというのをご家族に説明されたりして全員で進めていくというのが一番だと思います。

(委員)

やはりチーム医療というのが大事だということね。だから救急から病病連携があって、病診連携があって、それから施設との連携があって、在宅があって、いろんな連携がないといけませんね。それがなかなか1つの病院ではできたとしても二次医療圏全体ではどこもできてないですよ。武田先生、どうでしょうか。

(中央病院)

今、当院ではソーシャルワーカーも増えて非常にアクティブにやってもらっています。早くから患者さんと話し合いをして、できるだけその方に適当なところへ転院して頂くというようにしていますので、長期入院がかなり減ってきております。これは当院だけの問題ではなく、周辺の医療機関に受け入れて頂いているからで、比較的うまくいっています。また、コメディカルの方たちのつながりがあって、集まって勉強会したりしておられます。鳥取県は高齢県ですから、連携がもっと盛んになって地域として本当に適当なところへ変わっていき、最終的には地域でみてあげるというそういう1つの流れができていかないと、お家に帰られてもそれだけでは済まないの、是非、そういうシステムを連携をとってやって欲しいと思っています。

それと、精神科の病院のMSWでいらっしゃるからちょっとお願いしておきたいと思いますが、今、自殺で救急外来に来る方が結構ありますが、そういう方が助かれた時にまた自殺されるんじゃないかとか、慣れない者にとっては非常に心配なんです。それで渡辺先生にも以前お願いしておりますが、自殺で入られたけれども大丈夫になった方は何か自殺に至った背景があるわけですので、我々よりもっと専門的な立場で早くから関わって頂くといいので、そういう患者さんを是非とっていただきたいのと、それに限らず専門・専門のつながりを密にして、本当に患者さんにとって最もいい道が選べるようにももっともってやっていかないといけないと思っています。

(委員)

それでは二次医療圏でどういうふう考えていくか、池田委員どうですか。

(委員)

中部地区は地域リハビリテーションセンター事業で、三朝温泉病院のPTが中心になって中部地区のケアマネ協の人たちがひとつの入院時シートというのを作り、これを共通に中部地区で利用しようかという取組みをやっていきます。厚生病院の地域連携の人、ケアマネ、PT、OTなどが全部入って1つの入院時シートというのを動かしていこうかというのがだんだん動きつつあって、今度は退院時どうするかということが1つの話題になって今動かしていきつつあります。それがだんだ

んいけば入院時退院、在宅、どの施設なのかということまで、全体的にそのシートの中で表せるようになることを構築していこうかというふうになりつつあります。

(委員)

日赤で特徴のあることがございましたら委員から一言お願いします。ソーシャルワーカーを置いて、看護部長さんの立場でどう思っておられますか。

(委員)

先ほど委員が言われましたが、ケースワーカーさんは今まで長い間1人で活動されるところが多かったんですが、入っていらっしゃる方が若い方が多くなって、対象者の方が非常に複雑な問題を抱えていらっしゃるということで1人ではなかなか抱えきれない問題があります。それから医療職ではないので、中間役割で非常に大変な役割を持たれるということで、いかにケースワーカーの方を生き生きと仕事して頂けるかというところは看護部門でも協力しなければいけないと思っています。必ず地域医療連携室には看護師がいて、つながりができるようにというふうに思っておりますので、またいろいろご指導頂けたらと思います。

(委員)

地域連携の話は労災病院でも同じで、メディカルソーシャルワーカー二人と専任のナースを一人充てています。以前はナースは在宅等を担当していましたが在宅は今、労災病院では原則行っていませんので連携を担当させています。やはりソーシャルワーカーだけではなかなかできない部分もあるし、看護師が入るとうまく回るようです。日赤でもそういう風にしておられるようです。もう1つは地域医療支援病院ということで、労災病院独自の取組みですが、連携部会、救急部会などの部会を作って、福祉、療養関係の病院の方にもメンバーになって頂いて、ネットワークを築く取組みをしています。西部では幸いに回復期リハのベッドが非常に多ございます。むしろ患者さんの取り合いという雰囲気がありますので、回復期リハに関しては比較的よく回っています。ただ療養や在宅になるとやはりいろんな問題があるようです。

(委員)

ありがとうございました。大変熱心にご討議頂きましたが、時間も過ぎて参りましたのでここで事務局の方で本日のまとめをして頂くとともに、次回、開催までに整理することなど、スケジュールも一緒にお話できますか。

(病院局)

いろいろと頂戴致しましたご意見を十分踏まえた上で県民の皆様に対して分かりやすく説明して、ご理解頂くような内容をこれから作っていきたく思っております。課題等ですが、それを踏まえたところで次回、具体的な中身をお示しするというごことをご理解頂けたらと思います。スケジュールですが、今回のご意見等を踏まえまして来年の1月ごろに第2回目の運営評議会を予定させて頂きたいと思っております。その際に交付金の額も含めて、医療の中身も含めて次期プランの詳細をご説明申し上げたいと思っております。従いまして日程調整等させて頂いてご案内させて頂きたいと思っておりますので、宜しくお願いを致します。

(委員)

はい、ありがとうございました。以上をもちまして、平成22年度第1回の県立病院運営評議会を閉会したいと思います。ご協力、どうもありがとうございました。