

加賀市医療提供体制調査検討委員会（第6回） 会議録

日 時：平成23年9月14日 午後7時00分開会

出席委員：稲坂副委員長、大村委員、川淵委員、北村顧問、小橋委員、小林委員、嶋崎委員、山岸委員長

女性アドバイザー一部会：赤澤 部会長

救急部会：石田 加賀市民病院 副院長、吉田 山中温泉医療センター 副センター長

欠席委員：太田委員

(50音順)

<会議の概要>

○議事

議題1 各部会からの報告

資料説明

資料1-1 女性アドバイザー一部会報告

赤澤部会長

金沢医科大学で女性総合医療センターに勤めております赤澤と申します。

女性の働き方についていろいろみなさんの意見をいただきました。看護師さん、薬剤師さん、技師さん、ヘルパーさんを中心に病院のスタッフは女性の占める割合はとても多いです。今後、女性医師も確実に増えると言われております。金沢大学では3割ほどですが、金沢医科大学ではもう4～5割程度になっています。女性スタッフにとって働きやすい職場とはどういうものかについて現場のスタッフの視点で意見交換をしました。メンバーとしては総勢10名です、医師4名、看護師4名、技師2名でした。先日2回目を開催しましたが医師は多忙のため参加できませんでした。意見の交換はこれまでの経験談や日ごろ思っていることのほか、こうなったらいいなという理想や統合新病院に望むことなどさまざまな内容でした。幅広い内容なので詳細は資料の方に目を通していただければ思っております。また、意見を分類して整理してありますので項目ごとにご参照いただければ幸いです。

意見の内容としては簡単に申し上げますが資料のとおりです。子育て世代にとっては院内保育・病児保育・病後児保育などの子供を預けられる体制があるといいという意見がたくさんありました。子供が病気するときなど休むことが出来る体制があるとさらに理想的である。夜勤免除や短時間勤務などの多様な勤務形態をそのライフステージによって選ぶことができる制度があるといいという意見も上がりました。

2番目に子育てに対する支援制度は周囲の他の世代のスタッフに支えられております。それで、周囲のスタッフの支えがないとできないシステムにもなっていますので、円滑に働けるように子育て世代に限らず広い世代の意見を聞けるような、納

得がいくような取り組みが必要という意見が上がりました。これは、更年期世代の女性も体力的に弱ってきますので、自分の体力に合わせた働き方を選べるような、そういう就労形態があるといいなという意見が上がりました。介護に関してお休みが取れるといいという意見がありました。

3番目に休みとをとるにも、多様な勤務形態をとるにしても、また、学会や研修会に行くにしても、人員の余裕が必要であり、働きやすい職場には何よりマンパワーが必要であるというのが皆さんの共通の認識でありました。医師からは科に一人の医師では出産・育児に踏み切るの難しいという意見がありましたし、女性医師と女性看護師さんと二人で夜勤などしていると男性患者さんが威圧的な言葉でいろいろな要求が申し付けられることがあり、そういうときにもサポートがあるといいという意見が上がりました。こういったことで、意見の交換の入り口としては特に子育て世代にある女性にとって働きやすい職場というものを中心に話しましたが、そこでいろいろな意見が見えてきたことは、働きやすい職場の取り組みができれば子育て世代を支える世代の職員、男性の医師、男性スタッフにとっても働きやすい理想の職場ができるのではないかという夢を含めた意見も交えられました。報告は以上です。

資料 1-2 病院長連絡会報告

小林委員

今年の2月から8月まで7回開催いたしました。くわしくは資料を読んでいただければと思います。

基本的にはどういう病院にしていくか、どういう施設を作っていくかということ、病床等のことについて話し合いました。

新病院のミッションですけれども、当たり前前の病気を当たり前前に治す標準的治療を提供すること。二次救急医療を完結すること。医療人を教育・養成すること。その3つです。連携を主体としてということですが、参考のところにも両病院から出した提案の理念・基本方針が出ております。加賀市民病院の考え方としては地域住民とともに考える医療を提供するということ。医療は絶えず制度の更新にあわせて変わりますのでそのことを住民とともに考える、どういう医療が最適なのかということを考えていく。経営として考えるとして出してみました。それから、基本方針ですけれども医療の質と連携と医療人の思いやりやさしさ、十分にインフォームドコンセント・説明、自身に対する研鑽・研修というものを方針として出しました。

病床のことについてですが、一般病床を300床前後ということでしたけれども、これは2案あります。現状のスタッフ、現状から将来的の医師の数、看護師の数などを見越して250～270床ぐらいが一番最適ではないかという意見と、やはり300床以上、350床ぐらいの規模が必要だという両方の意見があつてまだまとまっておりません。両方を併記しております。

それから、療養病床は原則持たないということで、これは連携によって療養病床を持つ医療機関と連携をしていくということ。緩和ケア病棟はがん連携病院として10～20床ぐらいが必要であろうと。開放型病床については、医師会との話し合い

が必要となりますが、医師会の方から要望があれば開放型病床を何床か持つことも可能であるというようなことです。併設周辺施設ですけれども、予防から介護などについても施設を併設すべきではないかということで、まず健診センターを充実すべき。市民教育とかいろいろな医療の会議に必要ですので、市民に対する講義室、会議室が必要であろう。医師会との連携については医師会の事務所等を近くに持つことで連携する。医師会との連携については現時点から強化していくということについて両病院ともコンセンサスが取れております。保健センター、地域包括支援センター、社会福祉協議会との連携も必要ということで、施設を持ってくるかどうかは別として強力な連携が必要だと思いました。リハビリ施設についてはトレーニング施設、フィットネス施設、野外リハビリ用スペースのある公園などが必要。病児・病後児保育についても現在2病院で実施していますが、統合しても継続するべきであろうと。資料には書いてありませんが、看護師不足の問題がありますので看護学校との併設は必要ではないかと思いました。

資料 1-3 救急部会報告

吉田先生

山中温泉医療センターの吉田です。救急部会からの報告をさせていただきます。資料にありますように、今年の4月から合計6回の会議を行いました。まずは現状を把握しようということで、第2回で実際に患者さんを救急搬送している救急隊員の現場の方に来ていただいて2つの病院の受入についての率直な意見を伺いました。第3回ではわれわれが小松市民病院のほうに行きましてそちらで救急を担っている先生に直接お話を伺いました。その先生は昨年の救急を考えるシンポジウムの最後のアビオシティのフロアから質問された小松市民病院の東方先生ですけれども、日ごろから加賀で受け入れられない救急の患者さんが小松のほうへ流れてくるということで小松の先生にもお話を伺いました。現状を把握したうえで、われわれがこれから何をしたらいいかということで、まだ新病院ができるまで4～5年ありますので、それ間の二次救急をどうするか、新病院ができてからどういう二次救急をしていくかということを中心に話し合いをしてきました。一次救急のことはあまり話せていないが医師会の先生方の協力が必要になりますので、10月の部会には医師会から稲坂先生をはじめ2人の先生に来ていただいて、これからの一次救急、それから新病院を建てたときに加賀の一次救急をどうするか、一次救急センターを作ってやるのかどうかなど話し合っていく予定です。二次救急に関しては新病院ができてからは当直2人体制になるのか分かりませんが、当然二次救急は加賀市内で完結するというところを目指しております。それまでの体制ですが、加賀市民病院と山中温泉医療センターで外科系・内科系を分けて重ならないようにしようとかいろいろな試みをやってきましたがあまり機能していなかった。それで、これからは曜日によって2つの病院が責任持って診ようということにして、早速来月10月から、最初は週4日ですが、月・水は加賀市民病院、火・木は山中温泉医療センターがとにかく二次救急はまず1回は診ましようという体制がスタートします。これが1週間全部の日でできるようになるといいと思います。救急部会か

らは以上です。

質疑応答

山岸委員長 3つの部会からご報告いただきましたが、内容についてご質問はございませんか。
嶋崎委員 赤澤先生にお聞きしたいのですが、人員の余裕が必要であるということを言われ

ましたが、人員の余裕を見た場合にお給料が下がることはかまわないという、そういうお話は。

赤澤部会長 それは個人の意識の持って行きかたで、やはり働く時間が短ければ、給料は少なめというような定款をきっちり職員がしていくシステムで区分けしていったらどうですか。今、公立病院や公的な病院は、多様な勤務形態が難しい状況と聞いていますので、なにかそういう案はどうですか、という内容を提案してみました。

山岸委員長 ありがとうございます。他にございませんか。

新病院のこととは直接関係ないとは思いますが、救急輪番制というのは運営の仕方によっては、かえって各病院が疲弊してしまう場合もあると思いますが、その辺はいかがですか。

効率よく運営する。例えば、お役所側からすると、この日はここと決めてしまうと、効率よく聞こえますが、それがかえって集中することにより、病院側からすると、対応に苦慮する機会が多いことがある。例えば富山県の富山市、高岡市もそうですか、内陸部の高岡も、力のある病院は、具体的には富山県立中央病院は力があるので、輪番でもどうということはない。ところがスタッフの少ない富山市民病院はスタッフがやめていった。その中間にある富山日赤病院は火の車で何とか持ちこたえましたが、危ない時期もあったというのは、私自身が経験していますので、各病院に均等に力がある場合は輪番でやっていけばいいわけですが、むしろ何となく各地区割ですか、輪番がない方が病院側にとっては、輪番よりもましということも想定されるのですが、あえて輪番というのは加賀市の場合はふさわしいかどうか、いかがでしょうか。

吉田先生 救急医療をどう考えるかによりますが、私は二次救急というのは、そこで完結する必要は必ずしもないと思っています。先月、富山市で交通事故の患者がたらいまわしになって、高岡まで行って亡くなったということがありました。大学病院も県立病院もいろいろな理由で受け入れられなくて、厚生連高岡まで行ったということです。だれかが受け入れて、輸血なり集中治療をすれば助かったかもしれない。二次救急を引き受ける時に、そこで完結できるかどうかということだけ考えると、これは全部が専門外です。我々の単科で当直しているところはそれを言ったらどこも引き受けるところがない。

今回、輪番制を提案したのは、どちらかと言うと力のある方、ない方という言い方をされましたが、力のない方の山中の方がやりやすい。山中は昨年4月からすべての救急を受け入れましょうということで動いています。100パーセントにはなっていませんが、3割以上断っていたのが、今では1割に減っています。小児科の先生でも脳梗塞を診ます。産婦人科の先生でも心筋梗塞を診ます。ただそれととり

あえず具体的なもの、当然、三次もあると思いますが、救急車がどこへも行かないで、たらいまわしになっているというのは、僕はよくないと思うし、うちではそういう方針である。これまで、救急部会などで加賀市民病院と話をして、今までいろいろやってきたことが機能しなかったので、輪番制をまずはやってみましょう。けれども加賀市民病院の近くで発生した事例は、加賀市民病院へ行けばいいのですが、なにも輪番制のところしか行かないわけではなく、山中に外科の先生がいた時に、大聖寺で交通事故があったら、山中へ来ることもある。ただ、最終的な受け入れ先の担保だけは作りましょうということで、理解していただきたい。

山岸委員長 十分議論されて出された結論だと思いますので、加賀の実態、加賀を想定したわけではなく、高岡ないし富山、そういう所でも大きな病院、小さな病院で輪番があった場合、力の弱いところに集中することで、職員がかえって疲弊してしまうという事例があったものですから、あえて質問しました。

石田先生 吉田先生が言われたことと同じですが、今、行おうとしている輪番、当番制というのは、富山で行われているような、三次まで輪番でまわすというものとは違うので、自分たちができるところを確実にしていこう。決して無理をして三次まで診ようということではないので、まず意識づけから始めていきたいということと理解していただきたい。

山岸委員長 これらの報告を踏まえながら、次の議事を進めてまいりたいと思います。

議題 2 救急搬送状況について

事務局説明 資料 2 救急搬送状況

質疑応答

山岸委員長 ただいまの説明について、ご意見、ご質問はございますか。

嶋崎委員 資料 2-2 の新病院における受入可否という、その設定の意味が分からなかったのですが。

事務局 こちらの表現は新病院になったらという前提なので想定になりますが、実際には一旦、受け入れていただき、その時に先ほど吉田先生のお話にあったとおり、実際に受けるのだけれども、うちでは対応しきれないということで転院搬送するというケースもあるかもしれませんが、一旦受けた場合は受け入れる可否の可という判断をしてもらおうということになっています。

ですから最初から手に負えない、重症の患者に関しては当院では受け入れずに、市外や、三次救急対応の病院へ搬送となりますが、一旦は、まず診ようというのがこちらになります。それぞれの病院でその判断基準を基に、それぞれの傷病名において、軽傷なら可のか、重度なら困難なのか、という判断を症例ごとにご判断をいただいたという次第です。

吉田先生 ちょっとわからない。こちらの方から出ている資料かもしれませんが、私の思い

と違うものが出ているので確認しますが、山中は二次救急になった時には、基本的には受け入れる方針でやっています。それが顔面の損傷であっても引き受けます。ただ、顔面の損傷であって形成外科にすぐ送った方がいいなと思った時には、そこで三次救急に送ります。そういう意味では、今、我々の所でやっている受け入れの可否で言えば、重傷まで全てです。呼吸停止しているのは当然受け入れます。呼吸停止の軽症だけ受ける。呼吸停止に軽症とする基準はわかりませんが、そういうものは受け入れるというのが二次救急です。だからそれは全部引き受ける。ただ、自分の所で対処できないものであれば三次のところへお願いする。三次で困難と言われているのであれば、難しい治療になりますが、二次救急ということであれば、それは全例重傷までということに訂正してください。

事務局 分かりました。ではそのように訂正いたします。

山岸委員長 資料2-2の新病院における受け入れ可否で、加賀、山中というように分けてあるのはなぜですか。

事務局 MDCのこのコードでそれぞれの病院にお持ちして、この救急患者を診られるかというアンケートをとっています。山中は嶋崎先生に見ていただいています。

嶋崎委員 私は、全部診ますと答えましたが、それと違うのが出てきて、これは誰が答えたか順番に聞いたら、大村先生が答えられたということらしいです。

山岸委員長 新病院における受け入れ可というより、現病院ですよ。

大村委員 現病院です。それがいつの間にか新病院になっている。ですから、うちの場合、眼内ウイルスが来たら、眼科がない状態で眼内ウイルスは診られない。それから意識消失も脳外のない所で最初から診られないと、そういう形で書いています。それから顔面損傷というのは当然、顔面骨の骨折だとか色々です。損傷でも体表ではなく軟部組織じゃない骨折を伴っていないもの、変形していないものを想定したのであって、これがいつの間にか新病院になっている。

事務局 次の病床数のところのデータとして、ここの書き方が少しだぶってしまいました。申し訳ございません。

嶋崎委員 下の方の乳幼児突然死症候群、息が止まっているということであれば絶対診ます。受け入れ困難ではなくて、止まっていたらすぐ来いということで、まずは心肺蘇生を開始します。

大村委員 僕が答えた時は、ファーストタッチではなく、最後まで診られるかどうか。受け入れは入院ですから、ファーストタッチではなく答えました。

山岸委員長 多少の解釈の違いがあるということで。

小橋委員 当院でこれをまとめて渡しましたが、主旨がよく分かってなくて、大村先生が言われたように、うちの病院でこの疾患をどこまで治療ができるか、各科の医師に問い合わせをして、ここまでのものができるということであって、救急をすぐ受け入れるかということで、アンケートを取られたとは思っていません。

ですから、ほとんどは専門の科の医師がいるところに関しては、重傷まで診られるという判断でやっています。ただし、専門家がいても、例えば、整形の四肢の断裂であるとか、完全に断裂したようなものはうちでは診られない。それだけの体制

が整っていないということで書いているので、こういった救急患者を受け入れるかどうかというところを問われているとは考えていませんでした。

山岸委員長 新病院というのはおかしい。現病院ですね。それから、どこまで診るかというところで解釈の違いがある。これが現加賀市民病院、現山中病院の救急受け入れ態度ということではないということをもう少しご記入いただきたい。

嶋崎委員 受け入れという用語の定義を明確にしてほしい。受け入れというのは最後まできっちり治すという意味として使うのか、ファーストタッチだけで、まずはどんな状態なのか診るという別の用語を作ったらどうでしょうか。用語の整理をしていただきたい。

事務局 分かりました。では、改めて定義づけをして再度アンケートをとり、再集計をしたいと思います。

議題3 新病院の施設概要について

事務局説明 **資料3** 適正病床数について
資料4 療養病床に関する調べ
資料5 緩和ケア提供状況

質疑応答

山岸委員長 新病院の病床数は大変な問題ですが、何かご意見はございますか。
今の提言をまとめると、一般病床が250程度、回復リハビリテーション病床50程度、後の療養病床はゼロ、緩和ケアもゼロということですね。

大村委員 最初の適正病床数について、週単位の患者の数字について質問します。2ページの消化系疾患で74人と書いてあるのは、およそ50パーセントくらいしか加賀市内で治療を受けていない。この半分しか受けていないという数字ですか。

事務局 そうです。

大村委員 そうすると、まず1ページ目に戻って、消化系疾患、肝臓、胆嚢、膵臓のところを見ると、胆石症が1名です。そうすると10倍の半分というと、加賀市内で胆石の患者が6名しか手術をしていないということですか。

事務局 実際の統計データに関しては、この月ではそういったデータとして見ていただけるかと思います。

大村委員 その後を見ても同じように症例数を非常に過小評価している。そのように見ると、消化器の患者が加賀市で1ヶ月に37、8人しか手術を受けていない。ちょっと解せない数字が並んでいます。胆石症が年間6例というのは、石田先生どうですか。

石田先生 そういうことはないです。

大村委員 絶対はないです。10倍くらいあります。

事務局 こちらは平成20年9月で、今から3年弱前に厚労省でデータをとり、それぞれ

の患者の住所地になるので、例えば、当院でもっと症例をされていた場合に、加賀市外の患者へ運ばれた分は逆にこの中には入っていません。

大村委員 集計結果の所を見ていただきたいのですが、ここに書いてある1つ1つの数字を見ると非常に少ないです。それで結局、そういう部分を積み重ねて、手術あり30日以内の入院患者に対してはこのくらいのベッド数がいいと出ていますが、ちょっと考えられないです。石田先生にも見ていただきたいのです。

山岸委員長 今までの議題でも同じく、例えば、具体的な数字として、これが違うというのをご提示できますか。

大村委員 胃の悪性腫瘍が7例だと、年間80くらいになりますが、その半分というと、加賀市内で40しか受けていないのかなと思いますが、そんなことはないです。とにかく、消化器はずいぶん少ない。その他の診療科は私には分かりませんが、同じように過少な数字が出ているのではないかと思います。

吉田先生 緩和ケア病棟のことでお聞きします。緩和ケア病棟、主に外科病棟になると思いますが、山中の方では10人前後患者が出ている。たぶん、加賀市民だと10人から15人くらい。そうすると20床くらいが適切かなと思っていますが、今、提出された資料を見ていると、小松にあるから、南加賀の中で必要な数字がどれくらいか、能登はどうかという話をしましたが、小松の緩和ケア病棟を加賀市の方がどのくらい利用しているかを調べましたか。それを調べないと。まず、加賀市の人が小松市の緩和ケア病棟を利用していることはほとんどないと思います。

先だって、医師会のフォーラムで地域医療再生基金をどのように使うかということで、4病院が機能分化するという話がありましたが、珠洲で循環器をする、輪島で消化器をするということを病院の都合で言われても、珠洲の人が消化器を診てもらいに輪島に行くかということとそんなことは成り立たない。ですから、南加賀にどれだけあるからいいという話ではなく、そこまで調べているのなら、小松の緩和ケア病床の加賀市の人利用現状というのをを出していただかないと、あまりこの数字を出されてもどうかと思います。

山岸委員長 他にないですか。

小橋委員 緩和ケア病棟の定義をどう考えるかではないでしょうか。吉田先生が、今、言われたのはターミナルケアを指している。治療を最終的にはターミナルケアをしてくれる病院で診て最期を看取る。そういう緩和ケア病棟というのは、もう少し早い段階で治療から離れて、積極的にそういう所へ行きたいという方のための病棟だと僕は理解しています。そうすると、そういう所へ行きたいという方は極めて少ないと思います。最終的に自分の家の近くで家族がすぐに来られる所で最期を過ごしたいという部分で、ターミナルケアと少し意味合いが違うのではないか。その辺は、ある程度考えられると思います。

吉田先生 積極的な治療を諦めて、緑の中のホスピスで暮らすというターミナルケアというものもあります。今、現状でどういうことをしているかということ、主に外科系の病棟、内科の先生もいますが、手術する患者、化学療法する患者の中に交じってターミナルの患者もいる。僕も1つのブロックとして作るというのはなかなか難しいという

のはわかりますが、考え方として専門の看護師もいますし、そういうチームが関わる病棟というのはあってもいいのではないかと。そこは患者の意思がどこまで反映されるか分かりませんが、治る治療ができるところとターミナル的などころに分けて、そういう患者を診るというセクションがあってもいいのではないかと。確かに、看護単位で経営が成り立つとか、いろいろな問題はあるので、緩和ケア病棟を作った時に危惧されるのはわかりますが、そういうものがある病棟の中に 20 床なり 30 床なりという考え方を持った方が看護しやすいのではないかと思います。

山岸委員長 緩和ケアをやるとすると、それなりの人員配置等が必要になってくるわけですね。ランニングコストがかかってくるというようなこともニーズ等の間で勘案されて、今回の結論ではないかと思います。

小橋委員 今回の先生のご意見ですが、積極的にそういう所へ行きたいという方を除けば、いわゆるターミナルケアを現在、我々のところでやっている患者を一つにまとめてそういうところでケアをしようというのは、医療サイドとしてはいいかもしれませんが、患者としてどうなのだろうかという思いがあります。そういうところにやられたら、そういうところに押し込められたというように、かえって気分的に落ち込んでしまうようなことにならないか、そういう心配があるので、果たしてそこへ患者が行きたがるかということです。最初から積極的に治療をやめて最期を全うしたいと思っている人はいいと思いますが、そうではない、最終的にそうってしまったという心の思いがない人が、そういうところに集められたら、ちょっと悲惨な状況ではないかという気はします。

吉田先生 緩和ケアに対する病院の考え方があると思いますが、我々のところは早くから緩和ケアというものに対して、看護師を養成するなりチームを作るなり対応はしていますが、専門のスタッフがすることによって、より濃度の濃いターミナルケアができる。ただ単に、患者の思いがどうかということだけ言われると、確かにそういう患者もいるかもしれないが、ひとつのスキルとして緩和ケアというものは独立したものとして考えてやっていかないといけないという時代だと思います。

山岸委員長 緩和ケアのことは意見として伝えますが、果たしてニーズはどれくらいあるか、あるいはランニングコストの問題があるということで、今回はまずは救急を重視するというので、先生のご意見は参考にさせていただくということでもよろしいですか。

石田先生 実際、緩和ケアが何床、どのように運用したら、どういう採算性があるのかということをお教えいただきたい。

事務局 10 ベッド配置をして、稼働率が 8 割、9 割なら損益的にプラスかマイナスかということですか。実際に病棟別損益をやっている病院でいうと、だいたい 1 つの基準が 8 割から 8 割 5 分くらいです。そこからプラスかマイナスか転じるということになります。

石田先生 10 床でやるのと 20 床でやるのと違うと思いますが。

事務局 実際には計算によるとと思いますが、20 床であれば 20 床のコスト、ハードであったり、人の部分もあつたりするので、逆に今の病床稼働の部分の直接配置の分と言

うと、10床であろうと、20床であろうと変わりません。

石田先生　でも、10床で行う場合と20床で行う場合で人員配置や問題はまた変わってくるのですか。

事務局　例えば、夜勤の看護体制の問題など、その端数の部分はそれぞれあると思うので、実際の計算をしないと細かくは出ませんが、もちろん病床規模の大きい方が、先ほど話のあったとおり、配置的にゆとりのある運用ができるので、それがかなうのであれば大きい方に越したことはないかもしれませんが、20床を超える配置をされる方が逆にレアです。

石田先生　ということは10床で作って8割の稼働率があれば、そこで赤字を出さないということですか。

事務局　採算的にはそういう病院を何病院か見えています。

北村顧問　東大病院の例を申します。東大病院はご存じのように急性期の病院です。作った時に緩和床15床くらい作りましたが、ほとんど埋まらなかった。どういうことかというと急性期で癌診療を行いますから、各科に消化器の癌は消化器の方の患者で、血液の癌は血液の方で診るので、急に緩和床に移ってください、病气と闘いましょうねと言っていたのが、急に緩和床に移ってくださいということには普通ならない。現在、緩和床という固有床はなく、すべての病床が緩和ケア、あるいはターミナルケアの対象であるということで、加算が打てるようになりますが、緩和床というのは独自に作っていない。

加賀市民病院で考えた時に、例えば、都会で病院がたくさんある中で癌診療を特化してやって、癌の患者が他の病院に比べて非常に多い。癌と言われたらこの病院に行く。言ってみれば癌センターのような機能を持つのであれば、緩和床があってもしっかり埋まると思いますが、一般的急性病院の中で、一般的発生頻度で癌の患者がいて、ターミナルケアは癌だけではないが、ほとんど癌が多いので、その中で緩和床が固有床を作って埋まって経営的に成り立つとは普通考えにくいのではないかと。小橋先生がおっしゃるように、全ての病棟の中で、ターミナルケア、緩和ケアは行われて、固有床はないという状況で東大のような形でいいのではないかと思います。

大村委員　病床数の方に戻りますが、先ほど、このようにして計算したもの全部で、一般病床数が288、72、合わせて360。大体、私たちが考えているくらいの数字ですが、この下に矢印があるのは、その他の医療機関でも新病院と同じようなアクティビティで急性期の医療をした時に、その分だけ少なくともいいということですね。将来的には考えられないと思いますが。

もう一つ、1ページ目です。私が見ただけでも甲状腺が月に1例。年に6例しかしていないわけです。泌尿器科でいきますと、腎臓病が入っていない。それから大腿骨頸部骨折も入っていない。かなりこれは漏れがある表だと思います。実際、もっと必要な症例として、大腿骨頸部骨折は相当います。将来増えますから、これはだいたい問題があると思います。

山岸委員長　数値の問題は僕もわからなかったのですが、大村先生、数値として何かご定義い

ただければ、今の話はわかりやすいと思います。

大村委員 具体的な数字ですか。

山岸委員長 大村先生が話された少ないと思うのではなく、実際に何百か。

大村委員 実際には、二次救急を完結するということだと 350 でぎりぎり。回復期 50、一般病床 300。できれば、ぎりぎりの 380 で回復期 50 あって、年間 2,750 の手術。それがちょうど今、うちと加賀市民病院の手術の前なのです。それで他の市に行くのが 50 パーセントで流出を止められる。なおかつ、救急も全うできる。研修医も確保できる。そして、それだけの病院になれば、早くに借金を返せる。全部適うと思います。これを見ていて、ダウンサイジングする理由は何かという、この非常に抜けの多い表からそこに持っていかれる。そして、新病院以外も新病院と同じようなアクティビティで診療をやるという前提に例えると、全く診ることができない。私たちはこのような小さな病院で二次救急を全うしようと言っても、これは、と言いたくなります。

事務局 データに関しては、厚労省から取り寄せたデータなので精査をしますが、先ほどの回答の補足ですが、以前、手術ありの症例が半分くらい市外に流出しているという話がありました。大村先生はそれを受けてお話いただいていると思いますが、あれは手術ありの全体であって、消化器が半分というわけではありません。施設所在地別と以前提示した資料があるので確認をしてみますが、消化器は逆に受け入れ割合が高くて他の症例が少なく、平均すると半分ということかもしれません。

大村委員 平均しても相当由々しい数字です。能美市も 9 割、小松も 9 割が地元で受けているのに、ここの自治体だけが 5 割外に出る。これは由々しき事態だと思わなければならない。そう思ってください。

川渕委員 私の理解だと、DPC の粗い番号、6 桁コードで当初分析したかと思います。これは両病院が厚生省にデータを出している 7 月から 12 月の 6 ヶ月データですよ。しかし本日提供されたデータはなぜだかわからないが、1 ヶ月分だけです。日本経営の方で両病院にフィードバックされたように聞いていますが、そのようになっているのですか。

私がいつも DPC のデータを扱っていて思うのは、必ずしも全部のデータが DPC になっていないことです。DPC から脱落すると出来高になったりする。

事務局 DPC コードと書いていますが、実際には DPC のデータではなく患者調査を用いています。これを用いた理由としては、DPC はあくまでも DPC の手上げないし、準備病院でないと難しい。もしくはデータがないので、加賀市内においては、先ほども言いましたが、久藤病院と石川病院は手上げをしていない。そのデータがない中で適正病床数を出すというのが難しいので、患者調査のデータを用いたということです。

川渕委員 そうするとこれは患者調査の限界ですよ。国保のデータしかないわけだから、その補足率を考えないと先生方の不信不安は払拭できないのでは。

事務局 ですから、これはいわゆる単月データで、例えば、平成 20 年 9 月に退院された患者がどれくらいいるのかですので、この月に数の大小、増減があったということ

も否認しません。その辺を先ほど言いました稼働率の変動などもあるので、15パーセントほど上増しする計算をしたり、ある程度、もう少し多く見るような計算はした上で、適正病床数として200から250という表現をしています。9月単月で見て大小ということではない分は、どうしても精緻なデータでない分、そこで補完するような試算にしています。

ただ、先ほど大村先生が話されたとおり、頸部骨折などもない。この中に全部サンプルに入るのかというところもあるので、実際のところは患者所在地等、今回は患者住所地でやっていますが、施設所在地のデータもあるので、その症例がどのくらいそれぞれの加賀市内における医療機関で賄えたのかというデータを精査して、改めてご報告いたします。

小橋委員 平成20年の9月のデータを抽出したというのは、何か理由があるのですか。

事務局 直近のデータです。患者調査は3年に1回行います。一番直近が平成20年9月になります。最初の時はデータの取り寄せが間に合わなかったもので、その前の17年のデータで実施していましたが、今回より直近でかつ、それぞれの症例が細かく分かる形で、市単位まで特別に取り寄せをしています。通常公開されているのは二次医療圏単位までが限界です。

小橋委員 先ほど病院の推移を見ると、9月が最も少なかったのです。

事務局 これは患者住所地なので、9月に少ないと言ってしまえばそうですが、病院としての受け入れ等の可否は影響ありません。

大村委員 救命時の一般病床数、患者の推移ということで、21年は218名等々出してありますが、これは何回も半分半分と言っていますが、必ずしも消化器ではないということですが、相当数が加賀市外に流出している。その上でこの病床数ですね。それを加賀市で維持するならこの病床数でいいのですが、普通の自治体病院、地元で医療完結するような医療体制をとると言えば、これをもって適正病床というのはおかしい。

北村顧問 この方法だと、ちょっと違う観点ですが、戦略性がよく見えない。ここにいる患者を診ようと言うからこれだけの病床がいるというのはわかりますが、地方自治体の病院で成功しているのを見ると一つの戦略を持っていて救急で名を上げている病院等があります。例えば八戸市民病院。そうすると救急の病床をそれなりに押さえておかないと。そこで名を上げれば、八戸市以外、陸奥市からも来るようになり病院が活性化される。綾部市民病院は出産で名を上げています。そうすると舞鶴からも来ますし、大津からも来ています。そこは、出産は病床数にたぶん入っていません。それをどうするのか。分娩は加賀市の人は全て加賀市民病院ですべてやるという戦略もあります。小児は非常に患者が少ないせいかもしれませんが、小児をしっかり診るといって売れば、もう少し増やさないといけない。必要最低限な病床数はわかりましたが、病院が戦略を持って勝ち残っていくためには、例えば、胃癌の手術が非常によくできるという病院をやれば、手術を経験した医者が集まる。また、患者も小松から来たり、場合によっては、金津から来たりして病院がもっと大きくなるので、戦略面からも病床数を考えて、どちらが良いかわかりませんが、

戦略だと言って作って、それでこけることもある。計算を何種類かのものを持って、もう一度考え直してはどうですか。

山岸委員長 次の議題にもあると思いますが、大まかな病床数は見ていただいたところが適正か、あるいはどうなのか。内容で戦略を持ってやるということになるかと思います。参考までに5年後の加賀市の人口は多少変動すると思いますが、それは勘案する必要は。

事務局 変動というのは、高齢化や今の人口だと減少していますが、その分ということでしょうか。その分は反映させています。

山岸委員長 特にこれ以上ご意見がなければ、適正な病床数についていろいろな意見がありましたが、何床にするか難しいところではありますので、今日出たご意見を参考にし基本構想に移っていただければと思います。ただ、療養病床に関しては作らないでいいだろうということですし、緩和ケア病床についても、各診療科における緩和ケア的な要素を持った運営でいいのではないかということなので、将来的にそういうことが出てきたら、また、その時に検討していただくという方向がいいのではないかと思います。

議題4 新病院の診療体制について

事務局説明 **資料6** 新病院の診療体制

質疑応答

山岸委員長 ただいまの説明について、ご質問やご意見はございませんか。

特に外来の部分については、医師会の協力が欠かせないと思います。新病院では土曜に外来診療はやらないというような案ですが。

稲坂副委員長 僕は勤務医をしていた経験がありますが、勤務医として外来業務に手を取られて忙しくなり、それで入院患者を診られないと痛感していました。だから、外来数をなるべく少なくする方向に持っていかないと。救急の方、そして、開業医に対してフィードバックするという体制をしっかりとらないといけない。外来枠を午後まですることは必要ないだろうというよりできないと思います。入院患者を診ていると特に思います。

山岸委員長 この場合、特にかかりつけ医の先生、開業医の先生方の協力が欠かせないので、あえてお伺いした次第ですが、その他は。

稲坂副委員長 開業医で診られる領域はどんどん開業医で診る体制も必要だろうと思います。現在は、開業医で診られる手がかからない人も病院でずいぶん診て、勤務医の先生は苦勞していると僕は思います。

川渕委員 私は加賀や山中の実情は知りませんが、土曜日やっている病院は貴重な病院かなと思ったのですが、地元の開業医はみんな土曜日の診療をやっていますか。

稲坂副委員長 加賀市は特別なので、土曜日はほとんどの所がやっています。

川渕委員 土曜の午後もですか。

稲坂副委員長 土曜の午後もです。

川渕委員 患者サービスという観点から山中が土曜日の診療を止めてもそれほど不都合はありませんか。

稲坂副委員長 そう思います。土曜日の午後をやっている診療所が8割くらい。その代りウィークデーとか木曜とか休んでいる。休んでいない先生もいらっしやいます。現在はですよ。将来は知りません。

山岸委員長 診療体制、新病院の診療科がイメージ的に僕らは人材の要請があれば、若い先生にお願いする立場として、あまり細分化、細かくなるとかえって、私はここしか診ないというような意識があって、そういう意識があっては困るのです。

例えば、循環器の内科のドクターでも糖尿病を診るとか、糖尿病のドクターでも救命救急をやるとか、ある程度守備範囲を広くしないと難しい局面も出てくる。もちろん各科に専門家はいる。そういうスーパーな病院であることが適正かもしれません。そういう観点からすると、実態が伴わないと、かえってマイナスに働くこともあろうかと思えます。その辺は、見栄えのことや経営のこともあるでしょうし、何よりも診療内容の充実ということもありますが、分析された結果がこのように細かく標榜する方がいいというお考えですか。

事務局 科目については、病院長連絡会の時にそれぞれの管理者、センター長、病院長と副院長にどういう診療科目がということでお伺いしました。その中で、こういう科目もあつたらいいということで、両方の病院から出た意見です。これは日本経営が考えた診療科目ではなく、病院長連絡会で決めた、この科目が欲しいという形での案です。

診療科というよりドクターでしょうか。この診療科の標榜というより、この診療科の先生が欲しいという表現なのでしょうか。

小橋委員 専門の先生ですね。全体をみるのだけれども、専門とするところの医師がいたらいいということです。ただ、血液内科はいららないのではないかと。

大村委員 少なくとも入院はいららないです。

小橋委員 血液内科はうちではほとんどできないし、数も少ない。

北村顧問 山岸委員長も実は金沢大学の研修センター長、私は東大病院の研修センター長です。現在、医師不足の原因は1人の医師のカバーするところが非常に狭い。委員長が話したように、自分は糖尿病だから糖尿病しか診ない。そうした場合に300床前後の中核の地方病院で、これだけの内科医がいる、6人、7人の内科医がいる。そして外来は何人か。内科の外来はわかりませんが、せいぜい500人くらいですよね。500人もいないと思います。それで6人、7人も内科医を集めようとするために、日本中に医者がなくなったと思っています。

山岸先生もおそらく嶋崎先生も同じだと思うのですが、1人の内科医が一次というか、スタンダードな治療をやっていけるようになれば、こんなに医者はいららない。もちろん、血液内科のバリバリの専門の人を先生が話されたようにこの病院に置いて、年に1人か2人の白血病のために、勝手をとっているのはまさに無駄です。循環器内科といってもほとんどが血圧等で、それを循環器内科の医師に押し付けるの

は仕事も大変だし、多くの人は循環器内科の血圧と糖尿病を持っていたり、それに脳卒中の後遺症があったりすると3つの科を回っていたりしますから、ここは、標榜はしても少なくとも実際の診療は内科で1本、あるいは内科プラス循環器、消化器くらいが一番適切ではないかと思います。いかかでしょうか。

大村委員 現場の人間としては、例えば、急性心筋梗塞が来た時にPTCAをすらすらと入れる。その人が今度はENBDをすいすい入れるというようには思いませんが、実際は、循環器のプロはやはりいて欲しい。それから消化器のプロはいて欲しい。そういったコアになる人がいた上で、内科全体の緩やかにユニオンしているというのがいい形ではないかと思います。

外科と内科の間でも、消化器外科と消化器内科の境が最近なくなっている。ですから、消化器科ということで外科と内科の垣根を取り払って常にこれはどちらがやるか、内科がチャレンジだがやってみたいという、外科がバックアップしているからという形でいくということで横のつながりも大事だと思う。

ここに書いているのは、やはりこういうことができるスペシャリスト、コアの人が1人くらいは、例えば、呼吸器内科はいるとは思っています。腎臓にしてもそうです。急性糸球体腎炎が来た時にやはりいると思います。

嶋崎委員 血液内科についての説明ですが、福井大学第一内科の血液をやっていて、芦原病院にチームで出されている、そこの方が2週に1回ですが山中温泉医療センターに非常勤で外来に来ていただいています。内科の括りの中で血液専門の方をそこへという形で、すでに、サービスとして提供しています。そういった意味で載せたということで、常勤で抱えるという意味ではない。非常勤でサービスとしてこういうのもある1コマ提供しますという意味です。

山岸委員長 ありがとうございます。その他、ご意見はありませんか。

石田先生 質問ですが、今のお話のように血液内科の先生は週1コマ、神経内科の先生は週1コマというように、アルバイトの形で診察をする体制と、常勤の先生で診ていくのと、これはどういう形がいいのでしょうか。1コマだけ受け持ってもらって先生が、例えば、その疾患で入院した時にその先生がいなくなって、あとをどうしようかという時に困ったりすることがあるので、その辺を考えていきたいと思っています。

山岸委員長 今は、血液の入院患者はどうなっているのですか。

嶋崎委員 血液で入院が必要な方は、芦原病院から福井大学第一内科へ連れて行ってもらう形で、急性期の治療等はそちらに行ってもらっています。後は、患者の利便性ということで、慢性期の落ち着いた時点で血液の先生に診てもらっています。急性増悪等があればまた連れて帰りますが、それ以外の眼科や皮膚科などいろいろな需要がある所で山中温泉医療センターを利用させていただく。患者の利便性を考慮しないとけない。

大村委員 結局、どのような診療科の先生に勤めていただいて、どういう診療体制をするかというのはソフトの問題です。先生が話されたように、これは全体の教育の面を考えても、何を考えても、スペシャリストはいてくれた方がいいわけです。北村先生

が話されたようにスペシャリストで狭くなっているのは、今の研修の良くない傾向だとしても、教育するためにはスペシャリストはいるわけで、毎日診療があっても患者はいいわけです。ですから、これは流動的なものであって、将来的に新病院に勤めてもいい、あるいは、働いてもいいということになれば広めていけばいいのです。先生もよくわかりだと思いますが、250程度の小さな病院だとなかなかそこに常勤で来てくれない。大きい所でそれなりに症例の多い所なら来てくれる。血液内科単独で、血液疾患単独で持っているということではなくて、たいていいろんなものを持っているわけですから、地元で治療できれば一番いい。そういった品揃えをしっかりとる為にも、病院というのはきっちりしたものでないといけないと思います。

北村顧問 私は血液内科です。外勤等に行っていますが、自分で診療するよりもカンファレンスにスーパーバイザーとして参加する。あるいは、これで入院している人がいるのだが、血液の専門の目から見てどうですか、というのにお答えする方がいい。血液の疾患を集めたから、外来を半日やって他のドクターと会話もなく帰れというのはかえって無駄です。大村先生が話されたように、医師の教育には他のドクターと話をすることが一番いい。外来をちょっとやってでも、むしろ、カンファレンスで血液カンファを用意してもらい、他に主な疾患があつて血液の症状が安定している人のコンサルトをするのがいいと思います。

余談ですが、家内は神経内科でこれも売れない方で、神経内科も行くとなんか神経の疾患も並べたというよりも、入院しているのを受け持ちの先生と一緒に診て、コンサルトしていく方が効率もいいし、その後もFAX、メール等でコンサルト、あの人がこうなったのだけれどもどうしましょう、といったことがありますからやりやすい。

外からいらっしゃる先生は、大村先生が話されたように教育的目的ということで、しっかりカンファレンスには必ず出る。外来を何人やっていくら儲かったから利益が出るというものではない。

山岸委員長 必ずしも常勤の専門家は必要でないということですね。コンサルテーションでというような形がかまわないというご意見だったと思います。

議題5 新病院の経営形態について

事務局説明 **資料7** 経営形態の一覧

質疑応答

山岸委員長 ただいまの説明について、ご質問、ご意見はございませんか。
資料7の地方公営企業法の一部適用というのが今の加賀市民病院ですか。

事務局 そうです。

山岸委員長 山中温泉医療センターは、これでいくとどれですか。

事務局 指定管理者制度になります。

- 山岸委員長 指定管理者、右から3つ目ですね。ご意見はございませんか。
- 川渕委員 今、指定管理者制度の病院と一部適用の病院が合併すると、折衷案で全部適用とする方法もあるのかなと思います。例えば、土曜に診察をやっているのは指定管理者制度の特徴、長所かと思います。これは市長に聞かないと分からないが、指定管理者制度というのは、トップが良ければうまくいくと思います。山中の方は、国立病院から指定管理者になりました。そういう面では、堅い組織から指定管理者になっているいろいろな柔軟なことができるのに、全部適用というのはもったいない感じもします。私も幾つかしか全部適用の例は見えていませんが、ここに出ている川崎市の川崎病院は故武先生のコストカットで有名ですがあまりいい例ではないと思います。
- 山岸委員長 川崎市立病院にしても規模は違いますが、加賀市と立地条件が似たような公共事業体での全部適用例はどこにありますか。
- 事務局 石川県では、能登総合病院と松任にある公立松任石川中央病院、ここが全部適用で、今の2つの病院共に経常黒字です。そういった意味では、全部適用の病院としては石川県のこの2つの病院。特に、松任中央病院は、川渕先生も何回も行かれています。成功病院の1つだと思います。
- 川渕委員 ああいうイメージですね。松任は企業局ですね。確かにこの病院は自治体病院なのかというくらい、機動力、元気があります。ああいうふうになって欲しいものです。石川県にあってもいいモデルがありますよね。頑張ってもらいたいと思います。
- 山岸委員長 ちなみに、全部適用になった場合、最終的には市民の皆さんに医療サービスを提供するのが第一ですから、そのマイナスというか、それによって市民サービスの低下というのはいないですか。
- 事務局 一部適用と全部適用の何が違うかということだと思いますが、一部適用だと財務のみ病院の方に権限がある。全部適用になると、人事、予算等も含めて、松任中央病院の場合は企業長という名前ですが、事業管理者、社長にすべて権限が移譲する。その代り経営責任も問われるということになります。
- 一部適用だと、議会の関与も強いところもあり、そういった意味で、全部適用をすることによって、職員のモチベーションというものががんばったらこうなるのかということを経営管理者が訴えることによって、職員はひょっとしてプラスに私は動いていただけるかなと思います。
- 山岸委員長 ありがとうございます。ただいまの議論を踏まえて基本構想原案の作成をお願いします。

議題6 その他

- 事務局説明 **資料8** 医療提供体制ご意見箱へのご意見
参考資料1 川渕委員からの要望事項
参考資料2 他の自治体病院との比較（プロット図）

参考資料3 市民意見交換会の結果について

質疑応答

山岸委員長 市民からの意見の中に合理的な説明をもって、この統合に関して反対であるという意見はありましたか。

事務局 一部の方からご理解いただけない、または、誤解の生じるような意見もありました。しかし、しっかりと説明をして、今後についても丁寧に説明することによって、ご理解をいただけるのではないかと考えています。

山岸委員長 少数意見であっても合理的な説明を求められる場合は、きっちり回答する必要があると思いますが、よろしくをお願いします。

稲坂副委員長 反対する意見の中に、今まで二つ病院があったため、医療資源の効率、特に医師の効率が悪いということを理解されていない人がたくさんいらっしゃると思う。加賀市は二つ病院があり、そのため無駄があつて救急もできないと僕は思っている。そこをアピールしないといけないと思う。

山岸委員長 最後にご意見等ございませんか。
ないようなので、寺前市長からお願いします。

寺前市長 お疲れのところ、お時間をいただき大変有難うございました。今日は加賀市議会の市議会議員の皆様にご意見を聞いていただいているので、最後は議会で私がどういう風に答弁しているかということになります。

今、おかれた状況を申し上げますと、医療機関の統合ということについては、専門家のご意見をいただいたということはいかに、これを市民に理解してもらうかということで意見交換会を6回開きましたが、アンケート調査等を見ると理解が前よりは進んだと思います。福村（医療提供体制検討室長）の説明が大変わかりやすかったという評価をいただいています。しかし、私自身も市長になるまでこういう問題を理解していなかったもので、当然、他の仕事をやっておられる市民の方が全部いきなり理解はされないと思うので、市議会議員の方のご協力も得て、それぞれの地域の市民に納得いただくように努力をしていきたい。

その次に、市民に申しているのは、お金がかかりますと。この点についての不安があるのも事実です。これについては、石川県の当局に参り、知事と話をして大変なご支援をいただくことになっています。野田内閣という形で内閣が変わったので、今日は、補助金を取ってきましたという報告の予定でいたのですが、まだ少し遅れているようです。それから用地の問題。これは、理屈で通るものということではないところもあります。これは、議員がよくご存じだと思います。

三つ目は、今日もご議論いただいた体制の問題というか医師の確保。これは、今日お集まりの各先生方のご協力を得て、最初の二つがある程度明確になれば、今度はその点について集中的にご議論いただき、また、ご示唆をいただいて市長がやるべきことは全てやりたいと思っています。あと数回、こういう会議が必要な状況になってきたので、お忙しいところ恐縮ではありますが、ご協力の程、よろしく願いしたいと申し上げて、ご挨拶とさせていただきます。

山岸委員長　最後に、事務局から事務連絡をお願い致します。

事務連絡

- ・次回の予定
- ・会議録は完成次第送付するので確認をお願いしたい。

○閉会

午後 9 時 0 0 分閉会