

会議の名称	平成23年度第1回加東市民病院経営健全化基本計画評価委員会
開催日時	平成23年10月11日（火） 14時00分から15時45分まで
開催場所	加東市民病院 会議室
<p>議長の氏名（委員長 浅野 良一）</p> <p>出席及び欠席委員の氏名</p> <p>【出席委員】7名</p> <p>浅野良一委員長 西村勝彦委員 西山敬吾委員 岸本耕一委員 白井政義委員 広畑恒子委員 藤井和美委員</p> <p>【欠席委員】</p> <p>なし</p>	
<p>説明のため出席した者の職氏名</p> <p>なし</p>	
<p>出席した事務局職員の氏名及びその職名</p> <p>加東市民病院院長：中尾 守次 看護部長：黒崎 良子 事務局長：山本 貴也 管理課長：阿江 弘通 管理課副課長：森川 久美 管理課主査：河村 雅人 医事副課長：服部 紹吾</p>	
<p>議題、会議結果、会議の経過及び資料名</p> <p>【協議（1）加東市民病院経営健全化基本計画の進捗状況についての要旨】</p> <p>【協議（2）平成22年度取組状況の評価の取りまとめについての要旨】</p> <p>（事務局）※資料説明</p> <p>（委員）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・総収益に対して市からの繰入金はいくらか。 <p>（事務局）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・補助金、出資金、特別利益を含めて547,628千円を繰り入れている。 <p>（委員）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病床利用率が平成23年度76.5%となっているが、稼働病床数は何床になっているか。 <p>（事務局）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現在139床となっている。 <p>（委員）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・23億の収益は全国的に見て、医師一人当たりの医業収益に換算すると良いほうか。 ・客観的な評価として医者は頑張っているのか。 	

・小野市民病院はこの病院の倍以上医者的人数がいるが、倍以上の収益は上がっていない。

(委員長)

・この業界では、どのぐらいが相場か。

(委員)

・1億円以上はいかないと思うが、病院の規模による。

(委員長)

・それでは類似病院と比べないといけない。

(委員)

・変な話だが、医者を働かせないようにした方が収益は上がる。

・医療点数の起点は医者から発生し、その起点を確保しないと点数は上がらない。

・その他の人はそれをアシストして最終的な利益にするが、オーダーを出す医者をいかにフリーハンドにするかが収益を上げるコツで、医者を働かせて、電子カルテを打たせていてはどんどん生産性は下がっていく。それが収益のポイントである。

・頑張れ、頑張れといっても医者がかわいそうというとおかしいが、尻を叩けば叩くほど、医者がオーダー以外のことに時間を費やすと、オーダー量は抑制がかかる。生産性が低下する。積極的に患者を診ようという気持ちがなくなっていく。そこをどう解決されているか興味がある。

(委員)

・医師 17 人で割ると多いと思うが、委員がよく言われるように、医療はチームプレイであり、この病院の特色として外科系の医師が多いので、17 人の構成が必ずしも適切ではないと思う。

・それでもこの数字を挙げているということは、それなりに評価しているのではないかと
思うが、最終入院診療と外来診療の単価を他の病院と比較すると、それほど高くはない。

(委員)

・以前の会議では、17 人でよく頑張っているという評価であった。

・普通の営業と違って患者数が頑張ったからといって増える訳でもない。出来るだけ少数
精鋭でいったほうがおそらく一人当たりの利益は上がると思う。

・患者のパイはほとんど決まっている。新しい患者が他の市から来る訳がない。ある程度
決まったパイの中で医者数を 17 人から 25 人にしたところで一人当たりの収益は下がっ
ていく。

(委員)

・医師一人当たりという評価基準はちょっと正しくない。チームプレイであるから、レン
トゲンの先生にいくら頑張れといっても無理がある。

(委員)

・医師 17 人という数字は極めて微妙で、外科はおそらくチーム医療が出来ているが、内

科は4つに分かれて1人や2人ではチーム医療なんか考えられない。

- ・内科の医師たちが全部協力しているんなことをやれば良いが、1~2人ではチーム医療が成立してなくて、開業医の集まりになってしまっていると思う。

- ・循環器の医師が5人集まれば心臓カテーテル24時間365日の対応が出来るが、病院の使命は何かというと、「入院医療」、「救急医療」、「高度医療」この3つであるが、内科の医師が1~2人ずつ専門に分かれてしまっているのは、例えば消化器内科の医師が1~2人いてどれくらいチーム医療としての、内視鏡手術が出来るかということちょっと疑問である。外科の5人のほうがよっぽどチーム医療として病院にふさわしいと思う。

(委員長)

- ・今医師の数の話が出ているが、病院サイドとしてはどれぐらいの人数規模でやっていくのが一番加東市民病院でふさわしいのか、適正人数はどのくらいと考えているか。

(事務局)

- ・各科の医師数にはかなりの差がある。
- ・実際外科医が5人いて多いかもしれないが、人間ドックの対応や、午前中の救急患者のトリアージを行っている。この病院の外科医はほとんど50歳以上で、内科的な診察も可能であり、もちろん整形外科的なことも診ている。

- ・専門的なことは最終的に各科で診ることになるが、各科人数にバラつきはあっても、それなりに助けあってやれているのではないかと考えている。

- ・どれぐらいの人数が適正かということ、現状を見ると17人いないと夜間の当直が回せない。現在の急性期医療をやっていく限りは現在の数がボーダーラインではないかと考えている。

- ・現在は、医師数を維持出来ているのでありがたいことだと考えている。

- ・現状では、現在の急性期医療、慢性期医療、あるいは人間ドックをやっている中では、現在の人数は最低必要である。

- ・もちろん今以上の医師の確保が出来れば利益も上がるし、医師ももう少し楽になる。

(委員)

- ・先ほど医業収益について話があったが、医業収益を上げる為の医業費用を分析すると、平成22年度目標値の段階で8,700万円の赤字の状態になっている。

- ・医師が頑張ってくれたことに対する費用構成が歪であるということになる。それが何処に現れるのかということ、12ページを見ると、特に落ちているのが、職員給与費比率と1人当たり入院収益である。外来収益については、黒字病院程度頑張っている。これがこの病院の特色である。診療収入はパイが決まっているので、25億の予算を組んでも実際は20億の収入しか見込めない場合は、今の原価構成であれば、どうしても営業収支の段階で赤字になる。

- ・それぞれ理由はある訳で、その理由を検討すればこの病院のあり方の方向性は分かって

くるのではないか。それは、病院という経営体にとってプラスにする話の切り込み口であるが、それ以外にも病院という特性を考えればどうあるべきか。難しいところではある。

(委員長)

・パイが決まっていて、医業収益が増えないということだが、この4~5年で4億円程度減っている理由は何か。

・急激に人口が減ったとも思えないし、多分競合の病院との比較など他に理由があると思うが。

(事務局)

・言われるように、平成19・20年度の医業収益は高くなっている。これは西脇病院が改修中であり、入院患者について制限をかけていたが、平成21年度にフルオープンしたことによるもので、受け入れが出来ない患者がこちらに来られていたというのが収益が上がった一つの要因であったと考えている。

(委員長)

・実力的に言うと、この20億前後というのが本来であるということか。

(事務局)

・当然今の数値を確保していかなければならないが、今後、平成25年の秋になれば北播磨総合医療センターの開設などもあり、数値的にはもっと悪くなる可能性が高いと考えている。

(委員)

・参考までですが、三木市民病院と小野は合併前として、過剰医療と言えば語弊があるが、すごく頑張っている。だからその影響もあるのではないか。

・特に小野市民病院は三木に対して平均外来診療点数が低いので焦っている。だから小野市内でも診療収入が上がっているのは、診療所も含めて小野市民病院のみである。

・三木市、小野市は200億の費用をかけた合併を控えて公立病院として、あるまじき利益追求をしている。

・西脇病院も大きい病院にして借財を抱えているので、大変な状況である。

・その中で加東市民病院だけが、新しい動きをする予定がなく、医師も高齢化してくる。4万人の人口では、(年々収益が下がるのは、)仕方がない。自然現象である。

・パイはもしかしたら全体的には、少しずつ少なくなっていると思う。1年1年医療費抑制や色々なことがあるし、老人たちは介護保険でどうにかしようというのが国策上あるので、特に100~200床程度の病院が生存していく為の、この病院が手を出せるところのパイはどんどん少なくなっていると思う。

・急性期でDPCをやっているところだけは、大きくなっているが、介護施設、開業医に一部取られそうなパイはどんどん小さくなっている。これは自然現象で仕方がない。決して誰かの努力が足りないとかいうことではない。

・先ほどの委員の質問にあったが、この病院は人件費を一部物品費に入れて人件費を下げる努力をされているか。

・人件費を（他の病院が）減らしているのは、物品費に計上する、いわゆる外注、人材派遣をすることによって見かけ上下げることによって人件費比率が下がっている。

・物品費に対して 100～200 床程度の病院が中で臨床検査などを人件費使ってやらずに、どんどん外注にしたら利益が出るというとか、そういうステップはないか。公務員ばかりで固めていては、人件費が高い。

（事務局）

・例えば、麻酔科医師は職員ではないので、報償費で支払いをしている。

（委員）

・いや、医者ではなくて一般職員、臨床検査技師そういう人たちの費用を、もしかしたら人材派遣に回すと人件費から物品費になる。

・いけないことだと思うが、そういう努力をやるつもりはあるのか、ないのか。（医事課の）受付の人たちは、公務員か。

（事務局）

・委託職員である。

（委員）

・それが聞きたい。それをどんどん回せば人件費が下がる。

（委員長）

・どういった業務を委託しているか。

（事務局）

・大きなところでは、医事業務と昔は職員で行っていた給食業務、後は、警備、清掃業務などを委託している。

（委員長）

・考えられるところは、当然もう委託している。

（委員）

・院外処方がどんどん徹底して行って、人件費が見かけ上すごく上がるので、みんな（他の病院は）外注する努力をした。

（委員）

・同じ基準で比較した数字が出ていることから言えば、やはり人件費率は、ここは高いと思っている。どう見たって高いと思う。

・今委員が言われたように、ベテランの先生が長く医療業務に携わって 10 年以上の先生がたくさんおられることとかが、数字に表れている。例えば 2 ページの人員でも、19 年から 23 年度までというのは、ずいぶん収益は下がってきているが、人件費を構成する人数は全然下がっていない。当然「診療報酬に比例する訳ではありませんから減らせませ

ん。」という論理はありうるが、ここのところをもう少し減らして、外注で対応する部分もあるのではないか。

- ・やれるところはやっているけれども、この人数そのものは下がってきていない。
- ・今医業収益 19 億のところ平成 19 年は 23 億あった。23 億の医業収益のときに 193 人いて、19 億のときに 197 人いる。

(委員長)

- ・それは、人件費比率は高くなる。

(委員)

- ・そういう意味では、委員が言われる外注化は進んでいるかということについては、やっていない。出来ていない。やっていないのか出来ていないかは物の言い方であるが。
- ・なかなかそういうところは、公立病院としては難しいということだと思う。

(委員長)

- ・経営を良くするには、当然入りを増やすか、出を減らすかしかないから、今委員が言われたように、入りが減っているのに、出が減っていないとなると当然経営が悪化する。
- ・今の話から言うと、やはり収入を増やす手立てがないと縮小均衡になるし、縮小均衡で一番やってはいけないのは人切りである。
- ・そういった意味で我々の雇用を守り、市民の為に病院がある為には、やはり収入の増である。これに費用を用いるしかないのではないか。
- ・小さくなって人を切れば良いというものではない。
- ・先ほど院長先生は、この規模はある程度病院として、市民病院の機能を果たす為には必要だと言われているから、やはり人を減らすというよりも、やっているとは思いますが、収入を増やすアイデアを出すことが重要ではないか。

(委員)

- ・大学医局との定期的な折衝とあるが、これは何処の大学か。

(事務局)

- ・鳥取大学である。

(委員)

- ・(医師派遣の) 可能性はあるか。

(事務局)

- ・鳥取大学の方も、皆さんご存知のように都会の大学以外はそうだと思うが、特に山陰の島根、鳥取の大学は自分の所の県の医師を確保するのが精一杯と言っている訳で、従来の様に県外まで派遣できないとはっきり言ってきている。
- ・以前であれば各医局にこっそりお願いしながらやってきたが、今は派遣に関する窓口を一本化している。例えば、当院でも医師が産休を取得しているが、(外来が) 無くなってしまうと大変なので、大学の方の好意で若い先生が交代で鳥取から来て頂いている。

・(鳥取から) 近くなったといっても車で2~3時間かかるし、これから冬の時期になるとやはりリスクも伴う。

・兵庫医大や神戸大学にも、少しお願いもしているが兵庫県は兵庫県でという形がこれからは望ましいのではないかと思う。

・鳥取大学も今度北播磨総合医療センターが出来ると、こちらの地域の情報も十分入っているし、(加東市民病院を) 神戸大学が助けてくれるなら助けてもらえばいいじゃないですかという姿勢である。

・こちらも助けて頂ける場所があれば、助けてもらってやっていった方が利口ではないかと考えている。

(委員長)

・委員の質問の意図はどういうことか。

(委員)

・どこの大学も、医師を出張させる能力はない。

・この頃の若い先生は、出張しろといっても命令を聞かない。医局は潰れてしまっているというか、一人の教授が人事を動かせるのが5人ぐらいである。

・昔なら一人の教授が人事上200人ぐらいの人を動かしていた。今は5人とか10人しか動かさないのに、その大学に期待するというのは、どう期待するのかと思っている。

・派遣能力は大学には無い。だから、北播磨総合医療センターの方も100人医師を寄せると言っているが、あれは昔の虚像で15年ほど前なら大学に頼みに行くとひょっとしたら送ってくれるかもしれないが、今言っても全く効果は無い。

・ここの病院なら、大学は鳥取や島根に行ったが神戸出身とか、阪神間出身の人をポイントで調査して引っ張った方が、よほど効率が良い。

・大学の医局、一本化したところに声をかけたら余計くない。あいつが行ってしまうなら、あいつはクビだと言われてしまう。

・鳥取に行った人は、みんな(兵庫県に) 帰って来ている。そんな人を鳥取の中で見つけてきて、一本釣りしたほうが、大学の医局なんか通さないほうがよっぽど良い。この地域を愛する医者が来てくれそうである。そういう手は使えないか。

(事務局)

・委員の言われるとおりで、その辺りは、大学の出身年度毎の名簿を調査している。

(委員)

・そうそう。何処の高校を卒業したかとか。

(事務局)

・それと、近隣の公立高校の卒業名簿で何処の医学部に進学したかを調査している。

(委員)

・それと、開業医の息子、娘たち。そのほうがよっぽど人材はいる。

・その方が、この加東市を愛してくれる、地元を愛してくれる、定着する医者が来てくれ
そうである。

(事務局)

・実際に院長とも4件ほど目星をつけて勧誘したが、今のところは成功していないのが現
状である。

(委員長)

・県の教育委員会もこの度医学部医学会に県立高校から進学してもらわないといけないと
長田とか、姫路西高校とか、なんとか地元の医師になってもらおうと、かなり力を入れて
いる。

(委員)

・それを確保しないと無理である。

(委員長)

- ・大学ルートは以前に比べると（医師派遣は）非常に難しくなったということ。
- ・もちろん努力はされている。

(事務局)

・将来的には変わってくると思うが、しかし現時点で近い将来のところは、かなり以前
よりもなお厳しくなっているのが現状である。

(委員)

・大学の医局には、派遣する能力が無くなって来ている。

(委員長)

・昔と比べて病院の医師の確保のシステムが変わってきているということか。

(事務局)

・全然違って来ている。

(委員)

・問題を提起したいと思うが、資料2に関係して関心のあるところは、急性期と亜急性期
の病床の配分の検討の問題が出ているが、139床のうち12床が亜急性期で、あとは急性
期なので、平均在院日数の目標が20日で、今は19日となっている。ところが高齢者を受
け入れると、それより長い人がいる。ここのが出来ると良いのではないかと思う。

・年配の医師が多いという意見もあったが、それはイコール熟練の医師が多いということ
で、総合診療科みたいなものの考え方で、外科系総合診療科、内科系総合診療科というよ
うな受け方をしていけば良いのではないか。そういう医師が地域の病院、開業医の先生と
連携ということもあるし、そういうやり方をすれば、今言われていた個人の開業医が並ん
でいるだけという状態を解消できると思う。

・やはり専門化して個人の開業医が並んでいる状態で医療を続けると、全体として（収益
が）上がらないと思う。

・だから亜急性期の病床数をもう少し増やすのが加東市の実態に合っている気がするのと、総合診療科的なものを設けたらどうかと思う。

(委員長)

- ・委員の言われるように、病院の特色を作っていないといけない。
- ・特色を作るときのヒントは、患者さんのニーズと、競合病院とのノンバッティングである。
- ・そう考えると、やはり同じところで勝負するのではなくて、らしく勝負するのが良い。

(委員)

- ・亜急性期は1日当たりの点数がものすごく違う。病床利用率が70%だから、入院期間を短くしようとかいう、国の方針に従っていないほうが良いのではないか。
- ・入院の日数を長くして、病床稼働率を100%ぐらいまでに上げたらどうか。

(委員)

- ・亜急性期病床の稼働率はいくらか。

(事務局)

- ・現在80%ぐらいである。1病棟の4床分がちょっと低くなっている。
- ・亜急性期病床数を増やすのは、現在の139床で最大16床まで取れる。1病棟は内科系の患者が多いので、その分を3・5病棟の外科・整形外科のところに移す方向で、最大16床まで増やせばどうかと考えている。
- ・ただ、病棟全体を亜急性期病棟にしようとするれば、廊下幅の基準とか施設の要件がかなりある。

(委員)

- ・その代わり看護師が少なくてすむとか。看護基準はどうなるか。

(事務局)

- ・現在10対1が15対1になる。

(委員)

- ・そうすると、丸めの報酬（現在当院が採用している出来高制ではなく、1つの疾病に対して報酬が決まる方式。）になる。

(委員)

- ・療養型になってしまうということか。それはちょっと…。

(委員)

- ・（亜急性期病棟には）在院日数が延びて、ある程度その他の急性期の病棟の在院日数を短縮出来るというメリットはある。

(委員)

- ・そちら（急性期病棟）から移せば良い訳か。

(委員)

- ・うまく中で動かせれば良いが、なかなか対象患者が少なくて移せないということが以前はあった。
- ・そういったところは医療連携室が調整を行っていたが、なかなかうまくいかずにどうしても空床となる。加えて急性期の一般病床も稼働しないとなると、すごくベッドの無駄が出来てしまうことが多い。
- ・例えば一般病床に入院したいが、亜急性期病床には対象患者でないので入れられないとか、ベッドの配分のバランスが非常に難しい。

(委員)

- ・これはたくさん法律を作って、お金で差をつけて、インセンティブをつけて、国が病院を混乱させる作戦に乗ってしまっている。
- ・制度を細分化すればするほど、病院は生き物だから、やはり扱い難くなる。
- ・昔みたいに混在していれば、ものすごくテクニックを使い易いが、今は分裂されて法律がたくさん重なっているから、身動きが出来ないように設計されている。
- ・そこにはまっている。それを打破する方法を考えないといけない。

(委員長)

- ・評価表については、予め委員に意見を伺っているが、これに付け加えるものがあつたら、意見をお願いしたい。

(委員)

- ・療養環境を改善する為に6床室を4床室に改修して、現在167床から139床になっているが、平均入院患者数も激減している。
- ・病床数が減ると、稼働率が比例して減るような気がする。ひとつは意識の問題というか、200床あれば、170床ぐらいで稼働していくし、モチベーションでもないが、ベッドがガラガラしていると、やはり、人間の意識として焦りがある。4床室になって3人入院して、1つ空いているぐらいでは、さほど焦りが無い。
- ・これだけ給与費率が上がっているということは、収益を上げるしか方策がないが、入院患者を増やすという方向で行かないとなかなか収益に結びつかないと思う。
- ・病床数を減らすと、同じ様に稼働率も減って比例しているという気がしてならない。
- ・今までも200床から167床に減ったときも同じように稼働率が減っている。
- ・パイの数は決まっているということもあろうかと思うが、意識も重要ではないか。

(委員長)

- ・病床数を減らすということは、患者サービス向上の為ではないのか。

(委員)

- ・サービス向上の為に、6床室というのは今時あまり無いので4床室にすることは良いが、やはり、4床室がフル回転する為には、うまくベッドが稼働出来て、患者数が増えないと

ベッドも有効利用出来ない。

(委員)

・法律的にはどうか。看護師の数が法律（看護基準）によって10対1とか7対1とか厳しくなったから、病床数を減らさないといけなくなったのか。

(事務局)

・病床数の減少については、部屋の広さからまず療養環境を良くしようということから検討を進めた。

・それとタイミングが悪かったのが、平成20年度から収益が大きく下がってきた要因としては、循環器内科の医師が退職したこと、眼科の医師が退職したことがある。

・眼科の医師は白内障の手術などを行っていたので、現在手術の件数も下がっているが、短期の入院がかなりあった。

・循環器内科の医師についても、常に入院患者を平均10名程度持っていた影響がかなり出て患者数が減少したが、当時は圏域内でも6人部屋を採用している病院は無かったので、患者の療養環境の改善が必要と判断して稼働病床の減少という結果になった。

(委員)

・だから別に人件費、例えば看護師の人数を少なくしようとか、法律が厳しくなったから病床を減らした訳ではない。

・普通は病床数を減らせば何処かで調整する。例えば、200床の病床が100床になると看護師が半分になるのではないか。

(事務局)

・看護師の数は、病床数を減らしたからといって看護師は減らない。

・10対1の看護基準の制約の中で、夜勤時間は月72時間以内と決められているが、現在は正職員で夜勤が出来るのが69名程しかいない。

・パートや、昼間の勤務しか出来ない職員もいるので、全体の職員数は変わっていないが、そのあたりの配分自体が変わっている。

(委員)

・資料は実人数が上がっているが、これは常勤換算で作成すべきである。

(委員長)

・この資料については、事務局で先ほどの外部に委託している分と合わせて、常勤換算で分かり易くまとめて頂きたい。

(委員)

・正職員の数は、変わっていないが。

(委員)

・日勤しかやらない人も正職員にいるという訳か。

(事務局)

・そうです。

(委員長)

・ただ、平成 19 年度の正職員 82 人が現在 80 人とほとんど変わっていない。
・臨時職員の数も横並びで、当然人件費は上がっていくから、売上が下がって人件費が上がれば、比率が高まるのは当たり前の話である。

(委員)

・常勤換算すると数字は減っているのではないかと思うが。

(委員長)

・常勤換算すると数字は減っているのか。重要なところであるので、調べて頂きたい。

(事務局)

・解りました。今看護部長にもあったように、例えば正規の職員でも小さな子供がいる場合は夜勤が出来ないので、外来に回すなどの配置をしていることもある。

(委員)

・どうしても看護基準に夜勤時間の制限がかかるので、職員の中には夜勤の出来ない人数が含まれていると思う。

・また、産休、育児休暇の期間が長くなったので、その間夜勤が出来ないというような数字がどうしても隠れているので、人数が多いという訳ではないと思う。

(委員)

・数字はこれで良いが、トータルのマンパワーは低下している可能性があるという事か。

(委員長)

・そのあたりが解らないので、先ほどの資料が外部に説明するときであれば良いと思うので、事務局で作成をお願いしたい。

【協議（3）平成 23 年度取組状況についての要旨】

(事務局) ※資料説明

(委員)

・療養環境に空調設備の更新とあるが、今までは、節電の為に夜間に空調を止めたりしていたが、今後は、患者中心で常時稼働するのか、どのような予定か。

(委員長)

・サービスなのか、効率化なのか。方針等があれば。

(事務局)

・現在は、朝 6 時から翌朝 4 時まで 22 時間空調を稼働している。

・設備が老朽化しており、機械を 2 時間休めるという措置を取っている。以前は節電対策として稼働時間を調整していたが、患者さんからの意見もあり、現在の 22 時間稼働とし

ている。

- ・空調が効き難い病室については、個別に空調設備を設置するなどの対応を行い、快適な入院生活の提供に努めている。

(委員)

- ・救急患者数が年々増えてきている。加東市民で年間約 1,200 人搬送して 30%程度収容となっている。救急患者については収容して、収入源の確保の観点からも体制を取って頂きたい。

- ・特に高齢者の方は近くの病院に出来るだけ搬送してほしいという要望がある。そのような要望も含めた上で見直しをお願いしたい。

(事務局)

- ・救急患者については、マンパワーが必要なので、なかなか難しいところがあるが、出来るだけ現在の 17 名の体制で、市民の病院ということで医師も配慮してやっている。

- ・中にはどうしても受け入れられない患者さんもあると思うが、今後も努力してやっていきたいと思う。

(委員)

- ・努力してやっていきたいということだが、地域住民の方から救急で診てくれないという苦情をよく聞く。収益を上げる為にも改善をお願いしたい。

- ・医師の対応に対しての苦情もよく聞く。医師の態度が患者にとっては苦痛になる為、他の病院に行ってしまう。看護がいくら良くても、医師の対応が悪ければ、患者の受診する意欲が無くなってしまう。

(事務局)

- ・どの病院にとっても救急医療はとても大切であるが、マンパワーの不足でとても困っている部分である。

- ・病院の医師の対応もそうであるが、市民の救急に対する理解というものも是非必要である。市民フォーラムなどを行って、救急業務に携わる医師の勤務状況や安易な救急車の利用などについて、市民に理解を求めることを含めて、今後も努力していきたい。

(委員)

- ・患者側からすると「たらい回し」だという悪評があり、医師側からすると今度は「コンビニ受診」という意識がある。

- ・コンビニ受診の中に本当の重要な救急が入っているが、医師が疲弊してしまっている。

- ・もうひとつの理由は、訴訟が怖い。自分の力量よりもすごいものが来てしまって、受けたら次の病院で亡くなられた場合でも、受けた医師が悪かったということで裁判になる。だから、これは自分が受けず、直接探して行ってもらった方が良いという判断もある。

- ・病院の力量、自分の力量や専門性を考えると、断るとたらい回しと怒られるが、受けて裁判で有罪になるよりましだという考え方の若い医師もいる。だから「悩ましき救急医

療」、「悩ましき時間外診療」というものが現状としてある。

・先ほど院長が言われたように、もう一度市民と一緒にフォーラムを開いて、単なる時間外診療なのか、本当の救急なのか、医師たちはどう思っているのか、そういったことをやはりもう一度話し合おうと、円滑に救急医療というものが回ると思う。

・救急車は呼ばれるといかないと仕方がない。酔っ払って救急車を呼ぶ人もいる。行くと置いてこれない。そういうコンビニ受診ばかり受けていると、医師の心が、気持ちが疲弊してしまう。

・医師の言い訳になるが、本当に自分が、患者さんにとって必要なときは張り切るが、そうでないのがたくさん来て、そのあとに本物が来るから、だから医師の態度も段々へばってくる。

(委員長)

・フォーラムという話が出たが、病院単独でというよりも、やはり市の行政部局と連携して、コンパクトな市ですからそういったことも出来るはずだから、是非市にも投げ掛けて頂きたい。

(委員)

・医師会もやらないといけないと思う。

(委員)

・医師の確保について、どんな診療科でもということではなく、これから高齢化が進む中で循環器系の医師が1名というのは、とても大変なことで、明らかに収益が落ちている原因にもなっているので、循環器系の医師あるいは、骨折などが今後増える可能性が高いことも踏まえて整形外科医師を出来れば確保して頂きたい。

・先ほど総合診療的医師という話が出ていたが、高望みだがそういった医師についても考慮して頂きたい。

(委員)

・循環器系の医師というのは、心臓カテーテルが出来ないとだめ。そして心臓カテーテルを24時間365日受けないと、いつ心筋梗塞が起こるか解らない。

・そうするとチームは5名~6名の医師が最低必要で、その医師を支える病院の総医師数は40~50人必要となる。だから17名の医師の中で、1~3人雇ったところで循環器専門医療は出来ない。血圧を測って薬を出しているようでは、開業医と同じレベルである。最低5~7人の医師がいないと循環器とは言えない。

(委員)

・以前は、外科系の循環器の医師も協力されていたと思うが、循環器内科は2名体制で、心臓カテーテルもどんどん積極的に行っていた。心筋梗塞の患者もかなり入院されていた。だから2名でかなりハードな仕事をされていたと思う。

(委員)

・今の医療は進歩して、専門的に分かれて、この北播磨全体で、心筋梗塞なら何処の病院というように棲み分けしないと、17名の医療機関で循環器の医師を呼んできても、開業医と変わらない。無理だと思う。

・医学は進歩しているし、専門化は進んでいるし、裁判になったときは循環器1~2人の医師で何をやってたんだという話になる。

(事務局)

・補足をしておくとして、循環器の退職した医師は、病院の収益に大きく影響を与えるほどの努力をしてくれていた。

・心臓カテーテルについても24時間対応するなど、めったにいないパワーのある、医師から見ても献身的な医師であった。

・誰でも同じレベルで考えるのは難しい。委員の言われたように一般的にいうと、確かに循環器をやろうと思えば、かなりの人数を確保しなくてはいけないので難しい。

(委員長)

・他に何か意見はありますか。

(委員)

・今話題になっている停電対策について、電気需給状況が高まると、いきなり停電する可能性が出てくる。

・電力会社が計画停電を行う場合は、病院は除外されるので問題がないと思うが、震災・防災対策としての、自家発電設備的なものは備えているのか。

(事務局)

・委員の言われるとおり、電力会社からは計画停電については、夏前に病院は対象外であるとの見解を頂いている。冬についても今後調整を行う。

・病院として医療が行える必要最小限の電気を賄えるように自家発電設備は既に設置してある。

(委員長)

・それに加えて、訓練など、いざという時の備えをして頂きたい。

【その他】

・平成23年度が収支計画の最終年度となるため、次回委員会において事務局案を提示し、協議を行う。

・次回委員会は2月末頃開催予定。