

第15回横須賀市立病院運営委員会 議事録

日時 平成23年(2011年)9月30日(金)14時から15時55分
場所 ウェルシティ市民プラザ3階 第1研修室
出席委員 阿部委員長、山形副委員長、内出委員、加納委員、小清水委員、椎谷委員、高橋委員、波多委員、古谷委員、渡邊委員
市民病院 久保管理者、望月事務部長
事務局 鈴木部長、佐藤主査、椿主査、中島主査、能仁担当、新谷担当
傍聴者 無

1 開会

定刻になり、委員全員の出席があり市立病院運営委員会の成立と開会を宣言した。
送付資料の確認をする。

2 健康部長あいさつ

皆さんこんにちは。本日はお忙しい中、ご出席を賜りありがとうございました。
前回は、市立病院運営委員会に横須賀市から二点ばかりの諮問させていただきました項目がございます。一つには病院改革プランの進捗状況、もう一点は市民病院の救急、小児、周産期及び緩和医療の今後の市民病院に期待される取り組み方などを諮問させていただきました。

本日は、市民病院から久保管理者と望月事務部長にご出席をいただいておりますので、諮問事項の2点を中心にいろいろご意見を頂ければと思っておりますのでよろしくお願いいたします。

3 委員紹介

事務局から交代委員の紹介を行った。

4 議事

委員長から、市民病院久保管理者の出席もあり議題の4(市民病院の救急、小児、周産期及び緩和医療の実施状況と今後の取り組みについて)を中心に審議するお願いがある。

(1) 市立病院の平成22年度決算について

(2) 公立病院改革プランの進捗状況について

(事務局説明)

資料1により、市立病院の平成22年度決算の説明に続き、資料2より、公立病院改革プランの進捗状況の説明を行った。

(委員) 資料1の7頁の科目の補助金は、平成22年度は4億7,900万円だが、平成23年には減少すると考えてよいのか。

もう一つは、14 頁の平成 23 年度から退職手当債の償還があるが、上積みされて資本収支は悪くなるのか。

(事務局) 補助金について、資料 1 の 7 頁の損益計算書の他会計補助金の説明をする。平成 21 年度と 22 年度を比較すると 3 億 1,900 万円の増加しているが、主な理由として、退職手当債の償還財源にあてる繰り入れが増えたことと、現在、市民病院で勤務している旧市職員の給与の現給補償をするための財源として一般会計から繰り入れていること。この 2 つが増加の理由である。現給補償は平成 24 年度に終わる予定であるので確実に減る方向である。退職手当債は 8 年間で償還が終了することになっている。14 頁の退職手当債の償還財源は、8 年間のトータルで病院事業会計の負担が 0 になるように一般会計からの繰入を行うことになっているので、キャッシュベースでの現金の資金繰りは問題がないと考えている。

(委員) 資料 1 の 7 頁の損益計算書の方は補助金は 23 年度は多少減ると思うがほぼ横ばいとなる。14 頁は 23 年度はキャッシュベースは別として資金収支としてはマイナスが増えると考えてよいのか。

(事務局) 損益計算上はマイナスが増える。

(委員) 以前にこの委員会で決めた事で、市民病院を指定管理者に移行しようとした大きな目的の 1 つとして、病院は存続し、市からの繰入金を少なくする。今の説明では繰入金は 2 億ほど少なくなったのか。

(事務局) 特殊事情を除くと、2 億 8 千～9 千円ほど減っている。

(委員) 特殊事情は分からないが、大枠で市からの補助金は減っているのか、増えているのか。

(事務局) 平成 22 年度の決算だけをみると増えているが、今後の 8 年間をみると確実に減ると市の計画では考えている。

(委員) この委員会の意義の一つとして、補助金を減らすことだ。8 年間で減るとのことだが、補助金の減った大きな理由として、診療報酬改定があり病院に有利になったのか。病院の努力によるのか。指定管理者制度に移行したものか。

(事務局) 市の分析としては、病院の努力である。平成 22 年度の診療報酬改定によるものもあると考えている。診療報酬改定は急性期病院に手厚い改定になり、市民病院でもおおよその試算では 1 億円弱は診療報酬改で増加があった。実際の経営改善幅は 1 億円以上あり、診療報酬改定の影響と病院の努力のどちらかと言われると病院の努力が大きいと考えている。

(市民病院) 診療報酬改定は急性期病院の経営に追い風になってはいるが、市民病院の D P C 委員会での試算では 1 億円前後の増収があったが、心臓血管外科、胸部外科など診療報酬の増加が見込める診療科が市民病院にないの

で、他の急性期病院より影響は少ないと考えている。

(委員) 今後が大変だと思いますので、頑張ってもらいたい。ネットで市が赤字として入れている額はどれぐらいか。

(事務局) 市が赤字として入れている額は、今年度は2億500万円入れている中で病院の経営成績は約460万円の赤字となり、合計の約2億900万円の赤字補てんを市から指定管理者にすることになる。

(3) 市民病院の職員数、科別患者数について

(4) 市民病院の救急、小児、周産期及び緩和医療の実施状況と今後の取り組みについて

(事務局説明)

資料3により、市立病院の職員数、科別患者数の説明に続き、資料4、5により、市民病院の救急、小児、周産期及び緩和医療の実施状況と今後の取り組みの説明を行った。周産期及び緩和医療について市民病院に期待したいこと、うわまち病院との役割分担等について、ご意見を頂きたいと考えている。

(委員) その他の一般的な意見でもかまわないのか。

(委員) 平成23年4月より産婦人科医師がいないことになっているが、診療は行われているがなぜか、資料の3の△3印は何か。もう一つは産婦人科医師がいないのに外来勤務表に2名で診療している事になっているがどういうことか。

(事務局) 産婦人科医師の人数は常勤医師を示している。現在、市民病院で外来診療は近隣の産婦人科医師に非常勤でお願いしている。

(委員) これからもゼロ人で行くのか。

(市民病院) 是非、再開したいと考えている。横浜市立大学と産婦人科医師の派遣交渉をしている。県内の他の大学にも申し入れているが、医局入局者が年に1~0人で派遣は難しいので、現在のところは横浜市立大学に要請している。

(委員) 産後ケア入院が0人となっているが、市民病院は2度目の分娩を行っているのでそのような人は、一人目の子供がいるので早く退院したいのではないか。

分娩の入院日数を選べるようにしてはどうか。アメリカでは2日で退院したり、帝王切開でも4日で退院すると聞いている。市民病院でも分娩日数を3日から7日と選べるようになるとインパクトがあるのではないか。日本では出産の入院日数は決まっているのか。

(市民病院) 現在、市民病院では医師による分娩は行っていない。以前は6泊7日のクリティカルパスで行っていた。

産褥入院の目的は、他の施設を利用した人も対象にしている。近隣の産婦人科にお話をして回ったが利用者がゼロであるので、今後、再検討が必要と思う。

- (委員) 産後ケアの宣伝活動はどの範囲まで行ったのか、どの地区までか。
(市民病院) 南共済病院が一番遠い所である。他は三浦市、横須賀市、逗子市である。院長、看護部長、事務部長が、産婦人科の施設に直接にお願いに行った。市の施設にもリーフレット（産褥入院の案内）を置いている。2月から3月に配布をしたので内容の再検討の時期にきていると考えている。
- (委員) リーフレットは表裏（市民病院の産後ケア入院の案内と、院内助産についての案内）があるが、表裏あるものを配布したのか、別々に配布したのか。
- (事務局) リーフレットは、2種類あり裏表あるものと別々のものがあり、資料として、は表裏のものを配付した。市の施設に置く際は単独のものと両面印刷の物の2種類を配付している。
- (委員) 産褥ケア入院について、リーフレットにセールストークが無いので市民病院の関係の人を対象としているとのイメージを与えてしまう。市民病院以外の産院と連携してフォローアップし、産褥ケア入院を行うところを強調して伝えないと、何が一番に重要か、何を売りにしているのか分からなくなる。「市民病院の産後ケア入院は」と書いてあるので市民病院に関係ないと受けられないと誤解してしまう。配布先の産院等の施設や利用者に直接聞いて改善をするべきである。医療職は自分の思いを書くことが多いので、相手の思いを聞くことが重要で、視点を変えることでリーフレットが生きてくる。
- (委員) 産褥ケア入院は健康保険の適応外か。
(市民病院) その通りである。
- (委員) 明記すべきである。
- (委員) 小児救急について聞きたい。NICUは収益率が高いがベッド数3床である。NICUは小児科医師が1人24時間常駐しなければならないまた、看護師は9人必要である。
- (市民病院) 施設基準取得し小児科医師1人が常駐している。
- (委員) 平均入院患者数2人以下で、小児科医5人から1人が常駐し、看護師も2人勤務しているのでは採算合わない。患者2人に小児科医師1人、看護師2人では病院経営が成り立たない、NICUのベッド数を6床にして患者数を増やす努力をするべきである。
- (市民病院) 検討していきたい。一般小児病床は21症で、看護師の体制は7対1であるので、NICUと連携して看護体制と運用している。

- (委員) 看護師はNICUと一般病床の一緒の運営は出来ないのではないか。看護単位が共通ではいけないのではないか、待合室や休憩室も別にあるものと理解している。
- (市民病院) 看護体制は、NICUと一般病床と別としています。施設基準に関しては、国、県の指示にしたがっている。施設基準の内容については、基準を取得した時の状況で基準が適用しているので、すべての施設が同じ基準でない。
- (委員) NICUの基準はそんなにいい加減なものなのか。看護師の2人体制はどうしているのか看護師数は何人か。待合等の施設はどうしているのか。
- (市民病院) 市民病院では委員の指摘の待合室と言われたナースステーションは別になっていない。看護師は9人である。
- (委員) 看護師9人を配置し、常時2人の看護師を勤務させるのは贅沢ではないのか。
- (市民病院) 市民病院でも一昨日に、NICUの運営について会議を開き大きな課題としてとらえている。指定管理者制度となった大きな要因として、市からの持ち出しを減らし病院の経営改善をはかることでありその体制を出来るだけ早く作りたいと考えている。
- (委員) 市民病院で小児救急を一つの大きな柱とするなら、周産期があるからNICUを目玉にして増床していくことが良いのではないのか。
- (市民病院) NICUの看護体制は重要と考えているので委員の意見も参考にして検討し実行にうつしていきたい。
- (委員) 保険点数のNICU加算については、過去にさかのぼって計算されるのでしっかり整備してほしい。
- (委員) NICUの看護体制だが、計算上出来ないわけではないが、夜勤2人体制で16時間の2交代勤務で、月に60回の夜勤になる。9人で割ればよいのだが、夜勤回数が多くなる。入院患者がいないときは、夜勤看護師を欠にしているので実際は、ひどい夜勤回数になっていないのだろうか、これが中途半端な患者数で入院患者がずっといと看護師の夜勤回数が多くなるので働く者の体にも配慮をしていただきたい。
- (委員) 常時2人体制ではないのか。
- (市民病院) 看護体制の施設基準は時間によるので問題ないと考えている。看護師の夜勤の回数も重圧になるので、検討していきたい。
- (委員) NICU担当医は、救急外来や一般病棟の診察も行ってはいけないので注意してほしい。監査は厳しいので心得てほしい。
- (委員) 緩和医療の治療の結果、患者さんが自宅へ退院、老健に退院、死亡退院などの成果について聞きたい。

緩和ケアは1日に定額で4万円ほどだと思うが、コストがかさむので専門職のケアをした時間等のコスト面の管理をしっかりしてもらいたい。緩和医療がこのままどんどん大きくなると赤字になるおそれがある。ターミナルケアの末期医療と混同している研究会もある。必ずしも重症というのではなく、むしろヨーロッパのように半数が復帰するのが緩和ケアの趣旨であるから、前向きに将来に拡大するためにもデータを取ってほしい。

救急医療が22年より増えているが、地域医療の関係で、近隣の市町村から受け入れているがそのコストはどうなっているのか。統計を地域別、保険別に、中には自由診療もあるが統計を取った方がよい。救急医療はコストがかかるので、救急医療の従事者の人数、時間の記録を取ったほうがよい。救急医療は重要な市民サービスの一つであるので、もし、ここが赤字でも市民サービスとして公立で務めること必要であるならば、そういう体制が必要です。診療報酬は上がっているが、診療も高度医療でコストがかかるので、将来的にもデータが必要になる。

(市民病院) 初めの2つの質問にお答えする。委員の言われるように、緩和医療は必ずしも終末期、末期医療ではないので、帰る先については可能であれば、自宅または施設を考える。自宅へ帰れることで差別化をはかりたい。市民病院の緩和ケアチームは、緩和医療を終末期医療と考えていない。コストも4万円前後の収益であり、現在2床であるため病院にさほどの負担にはなっていない。将来に増床していく計画もあり検討していく。救急医療の統計についての質問はデータを解析して次回に示したい。

(委員) 緩和ケアの2床のベッドは固定されたものか、患者と一緒に移動するものか。

(市民病院) 固定された個室である。

(委員) 一般の患者と緩和医療の患者さんを区別しているのか。

(市民病院) 一番の難しいところであるが、がんを扱う診療科で入院する患者を初めから緩和ケア病室に入室させるのは難しいので、緩和ケアチームが、主治医や病棟から依頼をうけてラウンドしながら患者の状態を診る。緩和ケアを受けるかどうか、病棟でのカンファレンス通じて判断して緩和ケアを行う。今後は緩和ケアを希望される患者が増えてくれば増床も考えていきたい。区別することは難しい。

(委員) 緩和ケアをがん患者だけに区別しなくてもよいのでは、難病の患者についても病院で緩和医療を行っている。病院のベッドがあればそこが緩和ケア病棟ではないのか。たとえばお腹の痛い人は痛みを取ってほしい、痛みを取ることが重要な緩和ケアであり、がん患者の末期だけを緩和ケ

アを行うというマスコミの間違った認識がある。至るところに、緩和ケアがあり、これから老人が増えてくるのでますます重要になってくる。2床では少ないのではないか。緩和ケア病床は診療加算の申請をするのか。

(事務局) 現在の市民病院の緩和ケア病床の診療加算は無く、一般病床として運用している。市民病院が緩和医療を進める姿勢を示すとして横須賀市直営の平成21年9月に開設した。診療報酬上の取扱いとしては、一般の差額ベッド代が必要な特別室として運用している。今後の課題として、緩和ケアそのものを病院に浸透させていくことが必要と考えている。

(委員) 緩和医療はこれから重要になると思う。痛みだけでなく、呼吸困難、腹痛、下痢、便秘など年よりのありがちな病気はすべて緩和医療の対応になると思うので、広く対象にしてほしい。

家に帰れるかとの質問があったが、私の経験から、痛みが無くなると患者は家に帰りたがる。帰れる患者は帰して、悪くなればすぐに対応するという体制を取ることが必要である。緩和ケアを充実させるためには、往診する制度が必要である。市民病院の医師の往診が必要で、困った時に往診することで、ファミリーと地域の開業医の協力のネットワークを作り緩和ケアのグループが出来ることで緩和医療が成り立つと考える。病院の中の教育の段階といわれたが、是非、病院の中だけでなく、医師会、家族に広くやる方向で行ってほしい。

(市民病院) 現在、在宅医療チームは看護師2人でラウンドしている。近隣の在宅療養支援診療所とも情報交換をしてがん治療に関しては非常に気を遣うようにしている。市民病院医師のための入院基本指針に緩和ケアの項目を非常に大きく扱い、指摘のようにがんの患者だけでなく呼吸苦、精神的な不安に関しても各診療科に色々な所で啓発している。

(委員) 緩和ケアを行うにあたり24時間電話サービスを行ってほしい。家に戻った患者、外来の患者が具合が悪くなったとき電話で指示を仰ぎ、赤い薬、青い薬、液体の薬などの服用の指示を受けるだけでも患者の気持ちは随分ちがう。緩和ケアを本気で行うのなら、このようなことを行ってほしい、市民病院に、ただ緩和ケア病室を置くだけではどうしようもない。

(市民病院) 在宅医療の看護師が2名いるが24時間対応している。まだ人数が少ないが在宅医療チームを増やしていきたい。現在は患者数も多くない。

(委員) 病院に小型車を与えて往診を行えばよい。

(委員) 緩和ケアと衣笠病院にあるようなホスピスとは違うのか。

(委員) ホスピスはイギリスでは建物のことを言い、アメリカでは往診を含めたシステムのことを言うので、緩和ケアと同じと考えてよい。日本では建

物の事をさし、入院治療を行う。がん患者を治療しているので、吐血や下血など何が起こっても対応が出来る病院が併設している事が望ましい。市民病院にはまだ余裕があるので、そのような対応が出来るので、よいのではないか。

(委員) 市民病院の設備が老朽化していると思う。建物や医療器械、ベッドもそうだと思う。生産性は、効率が上がる物には投資をしなければ上がらない。東京都庁が電力を東京ガスからも買うと発表し、アメリカの東海岸の病院でもガス会社から電力を半額料金で買っている。市民病院も災害対策も含めて、外来だけでもコージェネレーションの小型エンジンにするか、プロパンガス、天然ガスにするなど電力資源の多様化をはからなければ災害時に大変な事になる。計画停電でも、各病院は大変な損害被害を受けているところが多いので、その対策について、長期計画に入れてはどうか。災害に対する投資は市民サービスの一環として質の高い医療を継続的に提供することになる。

それから水だが、市民病院は海に近いが水資源が少ない。神戸の災害の例をみても、学校のプールとか池とかの水資源が少ない。神戸の中央病院では屋上にあった800トンのタンクが落ちて病院がすべて水浸しになり発電機も止まった。市民病院でも同じような事態にならないような検討してもらいたい。神戸の長田区の鉄筋の病院でも建物全体が損壊した。まさかと、思うようなことも起きているので、市民病院も時間がたっているので長期的な視点で設備投資計画に入れてほしい。

(委員) 市立病院の電気は東京電力から買っているのか。

(市民病院) そうである。

(委員) 東京電力以外の自家発電から電気を買うと3割安く電気を買えるというが、1億円以上を電気量に支払っているのなら利用できるのではないか。法律的にも問題なく、スイッチの切り替えでできる。

(委員) 発電施設のリースなど総合的なサービスを行っている会社もある。市がお金を出さなくてもやってくれる会社もある。

(事務局) 東京電力以外から電力を買えるのは承知している。

(委員) 10年ほど前から行われている。市でも導入してはどうか。

(事務局) 運営経費は病院で負担しているが、市も管理する立場であるので病院と一緒に検討したい。

(委員) 緩和ケアは痛みをとる治療で積極的な治療はしないケアと考えているが、痛みをとり家に帰るといのは、家でも治療を行うということか。

(委員) 医療は最善をめざし適切な治療をおこなう。適切な治療を行うのに、痛みを伴えば痛みの治療を行う。痛みの治療だけの医療は緩和医療と言わ

ない。痛みの治療に一番いいのは元の病気の治療するであり、これを考えないのは緩和医療といえない。

(委員) 現在のホスピスに入院している人は、病気の治療をしているのか。

(委員) 病気の治療はされていない。多くの患者が、がんの適切な治療がないという状態になり、痛み、吐き気だけが残りホスピスに入る。その中にも、治療可能な患者もいる。抗がん剤も良くなり、その見定めが難しい。しかし、大きい病院にホスピスが併設されていれば両方受けることが出来る。良い自然環境の中に立地している、ホスピスを希望される人は、治療をしなくても良いと考える本人の哲学でしょう。

(委員) 今回の緩和ケアは痛みをとるだけの医療ではないのか。

(委員) そういう医療ではない。太古の時代から、お腹を痛がる子供のお腹に母親が手をあてる。何かをしてあげるといところから、ホスピスが始まったといえる。

(委員) 市民病院が目指す緩和ケアとは、両方の医療を見ていくという方向性のものか。

(市民病院) そうである。WHOの定義に合致し、病気が、がん或いは難病と診断された当初から本人、家族のQOLを保持するために痛みだけでなく、精神的ケア、スピリチュアル問題のなぜ自分だけがとか、なんでこの時期になど色々あるので、痛みの治療だけでなく向精神薬を使ったり、話を聞いたりし、多方面から治療を行うのが緩和ケアであり努力をしている。

(委員) 精神科医はいるのか。

(市民病院) 精神科医師は2人いる。

(委員) 心強いが緩和ケアもしてくれるのか。

(市民病院) 緩和ケアチームにも積極的に参加してくれる。

(委員) うわまち病院は看護師が不足している。看護師を募集するのには、緩和ケアを行っている事は良いことだ。緩和ケアは医師より看護師の世界であるので、緩和ケアを表に出せば看護師が集まる。

(委員) 緩和ケアを市民レベルで理解するために、病院から市民、患者に緩和ケアがどういうものか情報を提供し、市民が十分に理解できるよう市民の立場で考えてほしい。

(委員) 緩和ケアに関して、地域住民に病院の中に来てもらい緩和ケアを説明するだけでなく、健康活動、健康教室などを地域に出ていって行い、緩和医療のなかに緩和ケアという考え方があり、これは病気を治すことも行いつつケアもしていくことを中心とした医療であると説明することが必要である。緩和ケアの適応患者や受けたいと希望される患者には素晴らしいことで、市民病院で行っている。市民病院の緩和ケアを地域に出か

けて宣伝したことはあるのか。また、そのほかに宣伝する考えや市の色々な物を使う計画はあるのか。

(市民病院) 外への宣伝としては、市民病院公開講座を昨年の10月から行っている
ので、その中で3か月以内に緩和医療に関する公開講座を開きたいと考
えている。現在は市の施設を利用して宣伝はしていないが考えていく。
在宅療養支援診療所の医師にも緩和医療に造詣の深い方もいるので、地
域の医師と話し合いながら次の手を考えていきたい。今は、公開講座を
開くことを行う。

(委 員) 医師会の医師と一緒にやることは重要で、緩和ケアで困っている地域の
医師もいるはずで、その患者は進んで引き受けるが、自宅に帰ればまた
願う。このようなキャッチボールを行う関係が良い。横須賀市医師
会では緩和医療を行っているグループはあるのか。

(委 員) 横須賀市医師会では緩和医療研究会があり一昨日も会合があり、各病院
でかなり真剣に取り組んでいる。在宅療養支援診療所では、80人ほど
診ているがこれから病院と連携を深めていきたい。

(委 員) 在宅医療で困っている地域の医師もいるので、病院が積極的に助けると
良い。

(委 員) 在宅医療にナースが2人いるが、前に在宅酸素を行っている患者を回っ
ていると聞いたが、今現在、ナースはいろんな病気の方の所に行ってい
るのか。そのナースは医療保険かそれとも介護保険かどちらで動いてい
るのか。

(市民病院) 第一点目ですが、患者はすべてががんの患者です。在宅酸素の方は緩和医
療の対象であるが以前より多くない。訪問看護の対象患者は医療保険で
動いている。介護保険の対象者は他施設を紹介している。

(委 員) 市民病院で、これから看護師が介護保険に対応していけないか。

(市民病院) 介護は地域のナーステーションが担うものとする。
理想としては行いたい、市民病院が横須賀市直営から指定管理者制度
に移行し、課題である周産期、小児、緩和ケア、救急医療がまだ十分に
対応しているとは言えないので、まずはこれらの政策的医療の充実を進
めるのが第一の責務と考えている。ご意見を頂いたことは今後前向きに
検討していきたいと考えている。

(委 員) 市民病院は税金を使っている、他の施設では出来ないもの、市の税
金を多少なりとも投入しなければ出来ないような医療を行うのが市民病
院の役割である。他の施設で行うようなことは他に任せて、他の人が手
を出さない所に手を出して役割を果たすことをお願いしたい。
それを緩和、小児、救急医療に考えると、民間の色々な所と分担という

より、医師会、地域のステーションとの協力関係のネットワーク作りを行ってほしい。その意味で、民間施設と役割分担をしてほしい。

(委員) 病院の入院患者を全部よく見ると、その診療内容が医療でなく介護であることがあり、このことが病院経営を圧迫している。点滴だけをしている患者を医療と言えるのか問題だ。一度、機会があれば患者を医療と介護に分けることを行うことも必要だ。その際には、医師が判断すべきで、看護師が分けると看護の必要な患者は医療に入ってしまう傾向になる。実際は医師と看護師が別々に判断を行とよい。

(委員) 横須賀共済病院は産科の医師は何人いるのか。

(市民病院) 現在、8人である。

(委員) 市民病院で周産期医療を行わなくても良いのではないか。

横須賀共済病院のNICUは何床か。

(市民病院) 9床と聞いている。

(委員) NICUは1カ月間に大きな収益があるが、NICUに入る子の場合、多くは長期入院なので、増収はなかなかうまくいかない。

(委員) 資料1の15、27頁の市民病院とうわまち病院の診療報酬単価を見ると市民病院の入院は急ピッチで回復して地域支援病院や中核病院のAクラスのランクになってきているが、これは入院期間の短縮によるものか。

(市民病院) 在院日数が短縮したことと、消化器内科の患者が増えたことによる、外科の手術が増えたことや、循環器内科の心カテ治療のPCIが増えたことなどである。原因は2つで、在院日数の短縮と処置の増加である。

(委員) 市民病院では、消化器病センターが出来て、外科と消化器内科が一緒にやっていると聞くが、すごいことである。

(市民病院) 昨年8月より立ちあ上げ、今年から外科8人、消化器内科5人で計13人でカンファレンスを含めて紹介するシステムが良好になっている。肝がんの患者が入院するとすぐに消化器内科が血管造影を行う。いろんな意味の連携が行われつつある。

(委員) 外科の仕事が少なくなり、大きな手術が減り内視鏡手術が増えていて、外科が内科的診療を行うようになってきている。しかし、内科と外科の診療はそれほど違うわけでないので、内科と外科が協力して消化器をセンターと言う形で行うのは、素晴らしいことだ。

(委員) 救急患者が減っていると言うが、救急外来の医師は当直で行っているのか。

(市民病院) その通りである。救急部、総合内科が無いので、輪番担当科の内科系、外科系の医師が順番で当直を行っている。

(委員) 救急車の方には、救急の輪番科は知らせてあるのか。

- (市民病院) 知らせてある。内科全般を受け付けているので、重症の呼吸不全や神経系の重症者の場合は断ることもある。そのような重症患者は、救急車も初めから連れてこない傾向である。
- (委員) 眼科、精神科、泌尿器科、皮膚科の医師も当直をしているのか。その時救急患者が来たならどう対応しているのか。
- (市民病院) 内科系医師が必ずいるので、フォローしている。断る症例は少なくなっている。内科系の医師がどうしても対応できないときは、外科や耳鼻いんこう科の医師を呼ぶオンコール体制を併用することで、救急を断る症例が少なくなった。
- (委員) オンコールの場合は、患者を診てから呼ぶのか、電話の段階で呼ぶのか。
- (市民病院) 診てからである。
- (委員) 眼科の医師が脳溢血を診るのか。
- (市民病院) 眼科の医師は外科系として当直しているので脳溢血を診ることはない、内科系医師が診ることになる。
- (委員) やはり総合臨床部という所が必要なのか。
- (市民病院) その通りである。
- (委員) 救急車は、病院に何科の医師が当番でいるかチェックしているはずである。
- (委員) 救急隊には、輪番病院の夜間診療科名は届いているので、病院が何科かわかっている。
- (委員) 市立病院としては、救急患者に来てほしいのか。
- (市民病院) そのとおりである。断りを減らすためにオンコールを併用して、要請があれば登院するとしている。電話で胸痛があれば循環器内科に連絡したり、意識障害があれば脳神経外科に連絡をする事もある。
- (委員) 救急隊は病院の医師の名簿を持っていて、医師により救急患者の搬送を決めているのではないか。それを逃さないためには、病院はどうか考える必要がある。うわまち病院はそれに適用して、いつ来ても大丈夫で、救急はウエルカムとの体制を取っている。決して断りませんという体制である。
- (市民病院) 市民病院でも、以前のイメージを払しょくするために電話のオンコール対応を行い、断らない救急を行おうとしています。
- (委員) 救急患者が来てからの電話の呼び出しでは遅いのではないか。
- (市民病院) 救急車から電話連絡があった時点で、胸痛なら循環器内科に神経系なら脳神経外科にとそれぞれの専門医を呼んでいる。
- (委員) 割り振りする当直医の能力に救急がかかっている。医師の層が薄いので、循環器内科の日、脳神経外科の日と曜日を決めて、その日は絶対に大丈夫

夫だとした方が良いのではないか。

(市民病院) CCU待機で、循環器内科の医師が毎日いるので循環器疾患のP C Iなどの対応はできる。

(委員) CCU対応医師は、救急の診療は出来ないのではないか。

(市民病院) CCUの輪番の待機として院内に居るので、救急患者を診ることは出来る。I C U当直とは別である。

(委員) CCU, I C U, N I C Uなどの規定はもう少し厳しいものでなかったか。

(市民病院) CCU待機は、本当の意味のCCUとは違い横須賀市の輪番の中にある呼び名であり、その医師が必ず院内に常駐するようにしている。

(委員) CCU待機とは、フリーの医師でCCU勤務はしていない、何かあればCCUとして馳せ参じるということか。

(市民病院) そうである。院内に居てコールに答える。

(委員) CCU診療報酬は非常に高いが、医師、看護師の勤務や人数も関東医務局が調べにくる。法に則りと規則を守り運営してほしい。

(委員) 他の病院では、CCUの基準に満たなくても、院内の呼び名でCCUと呼んでいる場合もある。過去の呼び名が残っている場合もありその言葉が独り歩きして、他に誤解を与えることもあるので、適切な言い方にしてほしい。

以前は市民病院の救急で断られたと聞くことが多かったが、いまは、聞くことが少なくなった。断られないと市民が確信するまでは、まだ、宣伝や活動をするべきである。今まで、住民の中に勝手に思い込んでいる事が、はびこっていると払しょくするにはすごく時間のかかることなので、意識的にどういう風にやると宣伝が出来るとか、責任を持てるということを感じてもらえるかを職員に考えてほしい。職員からも救急の対応にほっとしていると聞いているので、本当のことと思う。

(市民病院) ありがとうございます。十分に検討していきたい。

(委員) 市民病院はCCUの加算を取っているのか。

(市民病院) I C U, N I C Uの加算は取っているが、CCUの加算は取っていない。横須賀の救急の輪番制にCCU待機とありそれに対応している。実際のCCU加算は取っていない。

(委員) 加算を取ることが病院経営に良いので頑張してほしい。

(市民病院) ご指摘ありがとうございます。言葉の点について、市民病院独自でCCUと呼んだり、緩和ケアについても病室はあるが、緩和ケア病室としての加算を取っているわけではない。誤解を招かないように、市民の皆様にも分かりやすいようなアピールの仕方を考えていきたい。

(委員) 緩和ケアについては、市民病院は場所がらも良いと思う。宣伝が大事で医師会の緩和医療研究会や訪問看護のチームと一緒にやるのが重要だと思う。

(委員) 救急医療の受け入れが、以前に比べて非常に良くなった。救急車の搬送先を見ますと、横須賀共済病院、うわまち病院、市民病院の比は、4：4：1と救急隊の段階で選んでいるように見えるので、市民病院ではこれを是正するよう努力してほしい。消化器センターと循環器は非常によくなっているのでそれを生かしてほしい。緩和医療や訪問看護をふやして、救急車がすぐに行けるようにしてほしい。

(市民病院) ありがとうございます。出来るだけ努力してまいります。

(委員) 市民病院は、何曜日の循環器の急患は大丈夫だと有名になれば良い。浜松の医療センターのように、循環器内科が充実していて、浜松で循環器の病気なれば安心と言われるように、横須賀の市民病院がなれば良い。

(5) その他

(事務局) 次回の日程について、委員の任期は平成25年1月24日までとなっている。それまでに諮問事項の市民病院の救急、小児、周産期及び緩和医療について市民病院が担う医療について答申をまとめてほしい。次回委員会は今年度中に開催したいのでおって連絡をする。必要な資料請求等がありましたら事務局まで連絡をお願いします。

(委員) 市立病院運営委員会は市立病院全般を審議するのではないか。うわまち病院について審議しないというのはどういうことか。

(事務局) うわまち病院についても、ご意見を頂きたいと考えている。しかし、まずは委員会への諮問事項である市民病院の4つの政策医療を中心に検討していただき、それから、うわまち病院についてご意見を頂くとしたい。

5 閉会

以上で本日の議事が終了したので、委員長は15時55分に会議の閉会を宣言した。