

健康福祉委員会行政視察報告書

(報告者) 委員長 萩原 麻夫

- 1、日時 平成26年7月28日(月)～平成26年7月29日(火)
- 2、視察先 兵庫県赤穂市、広島県尾道市
- 3、調査事項 兵庫県赤穂市 赤穂市民病院
 - ① 病院経営について
 - ② 地域医療拠点病院として、病診連携及び医師会との連携について
 - ③ 新人看護師や研修医の育成、取り組みについて

広島県尾道市 尾道市民病院

- ① 病院の経営状況について
- ② 地域包括支援システム(尾道方式)について
- ③ 「がん診療統括部」のシステムや取り組みについて

- 4、視察議員 (◎委員長 ○副委員長)
◎ 萩原 麻夫 ○ 大石 保幸 多田 晃 油井 和行
石井 通春 天野 正孝 藪崎 幸裕

(随行) 病院総務課長 杉本 容一 / 議会事務局 小林 玲子

【1日目】

視察先 兵庫県赤穂市 赤穂市民病院(病床396床)

【概要】

昭和22年11月に町立病院として開院し、昭和26年9月赤穂市誕生とともに赤穂市病院として名称変更。平成10年に現在地に移転し、当時の医療の最先端をいく病院として再開院以後診療科目を拡張し発展。兵庫県の二次医療圏である西播磨医療圏域の中核病院として位置づけられている。赤穂市の人口は5万人余りだが、岡山県の東備地域も含めた約20万人の地域住民のための病院として責務がある病院であり、平成8年に災害拠点病院、平成19年に地域がん診療連携拠点病院、平成22年にはへき地医療拠点病院等に指定され、地域になくてはならない病院として発展をめざす。平成17年には、公立豊岡病院、平成18年には県立淡路病院、平成19年には三次市立三次中央病院と姉妹病院の盟約を締結している。

① 病院経営について

平成24年度主な決算状況

- ・ 入院病床数 151,840 床 感染病床数 1,460 床 合計 153,300 床
- ・ 患者数 104,041 人 一日平均患者数 285 人 診療単価 50,963 円
- ・ 外来患者 203,651 人 一日平均患者数 832.2 人 診療単価 12,524 円
- ・ 診療所患者数 5,012 人 診療単価 8,674 円
- ・ 病院医業収益 ① 入院収益 530,281 千円 ② 外来収益 2,550,430 千円
- ・ 経常収益 8,707,037 千円
- ・ 経常費用 9,088,138 千円
- ・ 純利益 △402,844 千円
- ・ 純利益余剰金(累積) △3,771,227 千円
- ・ 資本収支 △538,782 千円
- ・ 現金保有高 2,115,879 千円

② 地域医療拠点病院として、病診連携及び医師会との連携について

◆ **地域医療連携とは**……地域の皆様に、医療ニーズに合った継続性のある医療を提供するため地域の医療機関と密接な連携を図り、地域全体での医療水準の向上と医療サービスをめざす診療システムです。

◆ 患者様のメリット

- ・ 必要な時に必要な医療が受けられる
- ・ 通院の困難さの解消
- ・ かかりつけ医を基地として、適切な地域の医療資源の全てが利用できる
- ・ 専門理領域に偏らない健康管理が受けられる。
- ・ 地域内での継続的な医療を受けることができる。

◆ 医療連携の病院、診療所にとってのメリット

【大病院、急性期病院】

- ・ 急性期医療、専門外来、専門医療に特化
- ・ 紹介率向上、平均在院日数の短縮、病床利用率の向上
- ・ 大型医療機器の紹介と利用率の向上
- ・ 慢性期患者の早期転移、在宅療養への移行

【診療所】

- ・ かかりつけ医機能の強化
- ・ 患者紹介のシステム化と患者数確保
- ・ 地域住民へのPR
- ・ 病院のハード・ソフト・人的資源の活用
- ・ 医療情報、診療技術等の最新情報入手
- ・ 自院の医療内容の確認

◆ 医師会との連携(開放病床) 平成12年12月から

- 1) 開放病床10床を設置・・・医療機関の病床利用登録医が副主治医となり、入院された本院の医師が主治医となって共同して診療を行うことができる病床

登録医療機関／市内39件・市外29件(平成26年7月現在) 利用率53.18%

- 2) 赤穂市医師会オープンカンファレンス 年3回開催
- 3) 共同診療システム(1患者1疾病2人主治医制)
慢性安定期患者は普段はかかりつけ医のもとで診療や経過観察を受け、数か月1度程度の定期的な診察・検査・教育・救急時の対応を病院の専門医が担当

(取り組み強化事項)

- 1) 紹介・逆紹介の推進 平成25年度 患者紹介率54.34% 逆紹介率95.71%
- 2) 救急搬送患者の受け入れ・・・365日24時間適切な医療を提供できる救急体制
- 3) 解放病床、医療機器、図書室等の共同利用の推進
- 4) 地域医療従事者に対する研修会の充実
平成25年度 実施回数31回／合計研修受講者数1,465人

③ 新人看護師や研修医の育成、取り組みについて 看護技術演習室「寺子屋」

- 目的 ・ 新人看護職員に対して、臨床現場への適応を促進する。
・ 新人看護職員のリアリティショックを緩和する。

- 内容 ・ 基礎看護技術の復習、モデルを使用して看護技術(採血・注射・点滴・導尿
浣腸・摘便・経管栄養・口腔ケア)を練習
・ DVD鑑賞;基礎看護技術リーズ、2種5巻のDVD
・ 輸液ポンプ・シリンジポンプの使用の練習
・ 電子カルテ(テスト患者)の入力方法を練習
・ 新人看護職員の仲間づくり、話し合う場所の提供

- 効果 ・ 入職時研修終了後に、基礎看護技術の練習を自主的に練習することが出来るようになった。また新人教育担当者を配置したことで、新人看護職員だけで演習するのではなく、指導を受けながら練習できている。
・ デイルームで、同期や新人教育担当者と悩みや不安を話す機会を持つことができ、同期と支えあっている。
・ 新人看護職員は、臨床現場に徐々に適応し、個々の成長に合わせ、順に三交代勤務を始めている。

【所感と考察】

① 病院経営について

- ・ 岡山と姫路の谷間に位置し経営的には厳しい経営である。特に医師不足、看護師不足が深刻化しているが、内部留保金を取り崩し経営的には成り立っている。人口5万人以下では、市民直市民病院の感があり、市民と病院の関係は密接で、紹介状もいらない。医師も、看護師も命の砦だと思って頑張っていたきたい。西播磨15万近くの医療圏との認識で赤穂病院は頑張っていた。ヘリーポートもほしいと医院長は言っていた。
- ・ 地域医療拠点病院の資格を得るために、志太榛原と西播磨の医療圏の違い。志太榛原には、4つの拠点となるべく総合病院があるが、西播磨では大きな病院は赤穂市民病院と民間の赤穂病院しかないくらい。国が示す医療圏域のやり方が患者によって通用するものなのか、良いものなのか、疑問に思う。
- ・ 定年退職者を再雇用し、参事という肩書で看護師招への担当をさせていた。今年度からもう一名参事を増やされていたが、医療の分野は経験が生きる分野でもあり、どのような立場での再雇用が可能かの検討は必要だが、今後参考にされたい。

② 地域医療拠点病院として、病診連携及び医師会との連携について

- ・ 医療圏域内での医療完結は、拠点病院の確保でも、結局は広範囲な西播磨圏域では、病、病連携に頼らざるを得ず、ネットワークの医療完結は医師確保がまとまらない状況では、どの地域の医療圏域でも「絵に描いたモチ」にならざるを得ないのではないか。圏域内では完結していない。(隣の大都市である姫路市は、圏域内ではないのに頼らざるを得ない)との院長の話があった。
- ・ 開放病床(10床)【患者がいつもかかっている登録医が、副主治医となり、入院した赤穂市民病院の医師が主治医となり共同して診療を実施する】病棟は有益ではないだろうか。診療科によって利用のばらつきはあるが、これは私立病院の偏在によるものではなく、開業医の都合によるものであるとのことなので、藤枝市立病院も診療科によって活用できる道があると思う。
- ・ 紹介状なしの患者に対する対応は、特別診療代の徴収は行っていない。紹介状をお願いする程度にとどめている。人口と病院規模の違いはあるが、基本的に「一つの病院がすべてを見るのが総合病院である」の考え方に立つべきだと思う。
- ・ 地域連携拠点病院として位置づけられる藤枝市立総合病院は今、経営改善に向けた改善計画の中、急性期疾患を対象とした医療だけでなく、最後まで患者が地域で安心して暮らせるよう医師会と連携した活動できる存在に生まれ変わる時期に来ている。

- ・ 救急医療の充実とともに、病院勤務医も開業医もよすがとなる医療拠点として、これからの地域の医療・健康を守る進化が必要ではないだろうか。「開放病床」を10床設置しており、病院の医師が主治医となり、患者さんが日ごろ診てもらっているかかりつけ医が副主治医となって協働して診察を行うことのできる病床として活用されていた。医師会との連携が一つのカタチになっているものだが、是非反映を検討されたい。
- ・ 今後の「地域包括ケアシステム」を推進していくにあたり「家庭医」の要望が高まってくると予測されている。そのための育成には時間もかかるが、この病院では「日本プライマリ・ケア連合学会」認定の指導医がおり、その医師のもとで学びたいと研修医が入ってくるという効果が発生していた。育成には3年間かけるとのことだが、研究を求めたい点である。

③ 新人看護師や研修医の育成、取り組みについて

- ・ 看護師教育についても、離職した若い看護師の職場復帰も可能にする「寺子屋」的な組織も欠かすことができないのではないかと痛感しました。
- ・ 院内の所々に「院是」の『恕（じよ）おもいやりの精神』の文字が掲示しており、職員・看護師が患者に対して看護の根本的考えを常に意識させているのは良い事だと感じた。
新人、潜在的看護師等のサポートは藤枝市もしっかりとしたシステムがあり、今後も優秀な看護師の育成・認定看護師が期待できる。
- ・ ユニセフとWHO（世界保健機構）から、「赤ちゃんにやさしい病院」という認定を受けていた。どの様なことをクリアすると認定されるのかの説明はなかったが、出産後に、ボタンを押すと赤ちゃんの産声が流れるアルバムをプレゼントしていた。本市の病院でも産婦人科が再開してきた中で、認定に向けて研究をされたらどうかと思う。

赤穂市民病院 視察 (7月28日)

赤穂市民病院の

小野成樹 院長↓



向かって右より→

- ・ 医療課長
- ・ 財務課長
- ・ 看護課長
- ・ 副院長兼事務局長



【2日目】

視察先 広島県尾道市立市民病院(病床330床)

【概要】 昭和5年に前身となる市立診療所が開設され、昭和32年に尾道市立市民病院となり、昭和58年4月に現地へ新築移転、その後も診療科、病床の増設を行い、設備・スタッフの充実と医療サービスの向上に努めている。尾三地区の地域医療を支える中核病院として、二次救急を中心として救急医療体制を強化し継続的に救急医療を提供している。

また地域包括支援システム(尾道方式)に象徴される地域医療連携の構築を推進し地域医療支援病院の認定を得ている。総合的かつ高度ながん治療体制の充実にも力を注ぎ、平成22年6月放射線治療の機器、設備を最新鋭のものに更新し、平成23年4月には外来化学療法室(12床)、緩和ケア支援病床(10床)、抗がん剤調整室、患者相談室を備えた集学的がん治療センターを開設、それらのがんに対する取り組みが評価され、平成22年11月には「広島県指定がん診療連携拠点病院」に指定された。また高齢化率の高い地域性にも対応すべく、「血管診療センター」を開設、心疾患、脳血管疾患などの疾患につき診療科横断的なチームを編成し、それぞれが協働して、予防、診断、治療、治療評価、再発予防を一元管理してゆく体制も整備している。

① 病院の経営状況について

- ・ 人口 14万4694人 高齢化率32.6%(平成26年2月) 高齢独居率 13.3%
- ・ 「地域医療支援病院」の承認を受けている。中核病院
- ・ 病床数 330床(ICU8床)24科
- ・ 県指定がん拠点病院 ・ 集学的がん治療センター
- ・ 血管診療センター
- ・ 平均在院日数 15日 ・ 逆紹介率 58.4% ・ 医師数44名 ・ 看護体制 7対1看護
- ・ DPC包括評価制制度
- ・ 臨床研修指定病院 日本医療機能評価病院

【地域医療支援病院の役割】

- ・ 紹介患者に対する医療の提供(かかりつけ医等への逆紹介も含む)
- ・ 医療機器の共同利用の実施
- ・ 救急医療の提供
- ・ 地域医療従事者に対する研修の実施

開業医との前方連携の強化……病診連携・病病連携の強化促進のため顔が見える連携を図っている。

② 地域包括支援システム(尾道方式)について

地域医療連携／患者が安心・安楽に地域で療養、また在宅で療養生活ができる為に
〈退院支援における地域医療連携〉

急性期病院から医療機関、施設、在宅にわたる切れ目のない適切な医療・看護・福祉サービスを提供されるようにすること。

(尾道方式) 退院前ケアカンファレンス

☆ 地域連携と他職種協働ケアカンファレンス

- ・医療職 (病院・診療所・訪問看護ステーション・調剤薬局など)
- ・介護職 (ケアマネ・老人保健施設・介護サービス事業所・特養など)
- ・社会福祉資源 (社会福祉士・民生委員・医療福祉機器業者)

☆ 退院前カンファレンスの目的

- ・患者・家族が安心して在宅へ退院できるようにする。
- ・急性期病院から「切れ目のない」医療・看護福祉介護サービスを提供する。

☆ ケアカンファレンスの在り方

- ・退院前ケアカンファレンスは多種職共同カンファレンスである。
- ・院内での治療・ケアを総括し、【患者】から【日常生活者】へ移行していくための情報共有と治療・ケアの連続性の保証の場である。
- ・患者側から見れば【依存】から【自立】への移行である。
《自立の本来の意味は支えあって生きること》

☆ 開放病床

- ・地域医療連携の一環として入院ベッドの無い、かかりつけ医が当院のベッドを利用することを開放病床という。それにより、かかりつけ医の当院で主治医とともに患者を診察、加療することが出来る。
- ・退院後に、かかりつけ医は入院経過を熟知した状況で診察できる。

☆ 在宅支援で大切なこと(生活者としての支援)

- ・医療者が「在宅は困難」というレッテルを貼ってしまいがちである。
- ・医療者の考えではなく「患者・家族がどうしたいか」
- ・退院は「治療からの離脱」ではない。
- ・「主な介護者」「支える家族」に介護力はあるか。
- ・患者家族はどんな生活になるのかイメージすることができない。
- ・患者家族は「家に帰りたい／つれて帰りたい」「帰れない」と気持ちは揺れ動く。

☆終末期患者の在宅支援

- ・ 退院調整に無駄な時間を変えない＝在宅で過ごせる貴重な時間を奪わない。
- ・ 病院でサービス調整をすべて完結する必要はないか(かかりつけ医でカンファレンスすることもある)
- ・ 担当ケアマネジャーと連絡する。

③「がん診療統括部」のシステムや取り組みについて

・ がん診療統括部

内科や外科等の診療部、検査部、放射線治療などを担当する医療技術部など、各部、各科を横断的に取りまとめ統括し、がん診療機能を強化するために・2010(平成22)年6月1日より新たに構築されたシステムです。各部門が毎月1回行われるがん診療運営会議に出席することにより、各部門間の連携は強まり、また問題の共有化が可能となります。

・ 集約的がん治療センター

2011年(平成23年)4月より新たに発足し化学療法、放射線治療、終末期医療を受けている患者さんを同じ病棟で診療するシステムです。

また、院内がん登録、地域がん登録にも力を入れており、がん登録委員会にて常に更新を図っている。

・ 情報の公開

5大がんを中心とした診療実績、がん関連の講演会、市民公開講座なども予定し、ホームページに情報公開している。又がん患者相談支援センター機能を備えており、がん患者さんの種々の問題につき、気軽に相談に応じ、地域連携室、セカンドオピニオン外来とも連携できている。

【所感と考察】

① 病院の経営状況について

- ・ 15万人医療圏の中、市立病院より少し大きいJA尾道病院と少し小さい三次市立病院があり、病、病連携がないと、医師不足の中、今後さらに大変になっていくと思う。
- ・ 国による医療制度改悪で、入院が必要な患者を在宅や介護に移行させるシステムが今後さらに拡大する方向で、どのように患者の立場に立った取り組みが行われるかが課題である。
- ・ 病院ロビーに院内の「認定看護師」の顔写真とコメントを掲載したボードが貼りだされていた。本市も多くの様々な認定看護師が活躍している。不特定多数の方にみられることになるので、掲載方法の検討は必要だが、何らかの形で反映できるよう研究を求めたい。

- ・ 限られた部門であったが、看護師が外来診療の一部を担当していた。看護部の中に「外来Ⅰ」と「外来Ⅱ」があり「看護外来」としてその役割を担っていた。医師が充足していれば必要ないかもしれないが、このような手法も参考にされたい。

② 地域包括支援システム(尾道方式)について

- ・ 尾道方式という地域包括システムは、当然のことを当然とやっていることであるが、病院の医師が直接、在宅の患者さんと常に連絡を取っていることではなく、藤枝市立病院でもやっている開業医さんとの連絡を密にして、地域包括センターには専任看護師を常駐させ、ケアプランに沿って常に巡回させることではないかと思う。
- ・ 在宅患者さんには、常に地域の主治医さんがいて、この人たちと病院の医師も協力して24時間体制がこうちくされることが理想だが、制度としては、医療から福祉に移行がスムーズに行くことが必要。
- ・ 人口規模は藤枝市とほぼ同程度、医療費は県平均より高い傾向。尾道方式と呼ばれる在宅支援、地域医療連携は、もともと経営的な事を目的として行ったものではない。後になって国からの点数が就いて来ての考えである。患者がいかに地域で療養、在宅で療養してもらった時に安心して満足できるかが大切である。
- ・ 家族の理解がない、生活保護者など、経済的な問題や認知症のある場合など、退院支援患者を選択する際に、そうした問題を克服するのは大きな課題であるとのことだった。また、当然、終末期や病状が進行する患者の場合は対象外にしているようであったが、こうした入院を必要とする患者の追い出しにまで、つながる可能性が今後法改悪で行われることになるが、それが全国的な課題であろう。
- ・ 地域包括支援システムで重要なことは、地域医療支援病院(急性期病院)と地域の病院・開業医との信頼関係がしっかりとしていなければならない。
尾道市医師会は、毎月顔合わせをして、普段から情報交換・信頼の構築をしているとのこと。
医療施設の環境と、病院間の信頼関係を常に保ち、紹介されたら受け入れて、良くなったら戻って、また悪くなれば受け入れる。医師間の共通の理解と医療情報を大切にしておくことが何より患者のためだと感じた。
- ・ 「尾道方式」という名称で、全国的にも有名な「医療連携を」先駆的に進めている病院だが、「地域医療連携室」というリーダーシップをとる中心組織があり、その部署が様々な手配を行っていた。今までの積み重ねがあつてここまでのカタチになって来ており、藤枝市の特定健診の受診率の高さが一朝一夕に出来たものではないことと共通している。この病院の方式以外にも地域連携のやり方はあると思うが、大いに参考にすべき点だと思う。
- ・ 「在宅支援看護師」なるものが存在し患者が退院した後の家庭訪問や、退院患者全員は電話連絡など、きめ細かいケアをしている体制は研究されたい。

- ・ 「退院前ケアカンファレンス」という多職種協働の体制が整っており、そこには医療職 介護職、社会福祉関係者が協働してカンファレンスを開催、退院して「患者」から 「日常生活者」に戻った時に「依存」から「自立」にどう移行させていくかの協議を事前に行っていた。これは大変な事であるが、この研究も是非お願いしたい。
- ・ 開業医の協力なくしてこの方式は出来ない。また他業種である福祉関係との協 力も必要になる。医師会と行政と福祉関係のすり合わせを行なわないと進むべ き道が見えてこないのではないか。

③ 「がん診療統括部」のシステムや取り組みについて

- ・ 地域拠点病院として患者中心の医療を考えた場合、入院してから退院するまで の医療計画だけでなく、退院後の患者の生活を考えた、医療と福祉の連携の促 進の必要性を痛感しました。特に、がん患者に対しては、積極的治療である手 術や放射線・化学療法だけでなく、緩和ケアなど終末期の心安らかな治療生活 を送れるようなシステムも重要です。ともすれば、急性期医療に限定しがちな 公立病院こそが、本来は、地域の医療と福祉を強固に繋げる拠点であることを 忘れてはならないと考えます。

尾道市立市民病院 視察 (7月29日)



松谷庶務課長
(病院管理部
病院経営企画
課長も兼務)



栗村副看護部長 (地域医療連携室)



←病院入口近くに掲示の専門看護師の紹介

