

1市1町地域医療センター医療専門委員会（第5回）議事要旨

1. 日時：平成21年6月2日（火）15：00～17：00
2. 場所：東金市役所 3階 第1委員会室
3. 出席者：9名
 - ・平澤委員長 ・田畑副委員長 ・横須賀委員 ・織田委員 ・野村委員 ・本橋委員
 - ・平井委員 ・中村委員 ・藤本委員
- 欠席者：1名
 - ・宮崎委員

協議事項

①今後のスケジュールについて

現時点で想定しているスケジュールについて説明。

<以下議論の内容>

- ・医療センター全般の内容についての質疑応答などができるシンポジウムの開催は考えているのか。
- ・議会等へ中間報告するなかで、必要があれば、委員会等での議論の進捗状況や情報提供の範囲等を整理した上で開催を考えていきたい。現時点では予定していない。
- ・住民代表としての位置付けがあると考えられる市町議会で行うことは想定していたが、直接住民の意見を聞くかどうかに関しては市町長の意向もあるかと思う。今後検討してみたい。
- ・独法化スケジュール及び事業計画策定後の実施計画等はどのようなスケジュールを考えているのか。また要望として議会に諮る時期を目標立てて行わないとスケジュールが1年、2年遅れてしまうことがある。きちんと押さえておいてほしい。
- ・地方独法による経営形態などは正式決定したものではなく、また新設独法など全貌が見えてこないものもあるが整理していきたい。
- ・スケジュールについてフローチャートにて次回示したい。

②医療機能等の検討について

1. 医療センターの救命救急機能について

1) 地域医療機関との連携の方向性（救命救急機能）

医療センターの救命救急機能について議論を行った。本委員会では、医療センターの救命救急機能として、①医師会による休日・夜間診療で入院が必要となった場合の後方ベッドとしての機能を果たすこと及び二次救急患者については当該地域における他施設との機能分担を考慮しつつ、入院を必要とする患者を受け入れること、②三次救急患者に対応することの2点を原則とすることで合意した。

①については、現在の休日・夜間来院患者の実態（車による来院が多い）や1人医師体制による診療機能の限界を考慮し、地元医師会の休日・夜間診療担当医師に

も医療センター内の救急外来の一角で診療していただき、バックアップ体制が整っている中で安心して休日・夜間診療に従事していただくことで合意した。

また、限られた医療資源の集約化という観点から、二次輪番は原則として医療センターが担うといった方針が必要との意見もあったが、当該地域における他施設の診療機能も考慮し、今回は、他施設で対応できない症例について救急センターが対応することで合意した。

<以下議論の内容>

- ・公立病院の医師が疲弊する一番の要因は時間外を含めた救急患者の受け入れにある。このため、地域の医療資源を考慮して、救急患者の対応についての方向性を整理しておかねばならない。
- ・休日、夜間診療については、医師会から協力していただくことにより、医療センターの負担は軽減され则认为る。
- ・東金市と九十九里町には二次救急医療を担う医療機関がないことから、当該医療センターが入院を必要とする救急患者に全て対応するものとしてはどうか。
- ・基本的には全て対応するものとするが、当該地域における他施設との機能分担や連携も考慮するものとしたい。
- ・現在の休日・夜間診療では、1人の医師が内科系と外科系に対応している。現状からして医師会としては、内科系と外科系でそれぞれ1名体制とすることは困難な状況にある。
- ・基本的には救急センター内の救急外来の一角にて休日・夜間診療を実施していただくことを想定している。そうすればバックアップが必要な患者について医療センターの当直医が対応することができる。
自分の専門以外の患者が来院した場合に孤立無援で対応するよりも、何かあれば同じ施設内の専門医がバックアップしてくれる環境であったほうが医師としても安心できる。
- ・現在は、東金の街中で夜間救急を実施している。医療センター内で夜間救急となると、ロケーション的に徒歩にて来院する患者にとっては不便になる可能性があると思う。一方、救命救急センターの中にあればバックアップ体制がとれやすいので、メリット、デメリットも含めて議論していったほうがよい。
- ・現時点でデータをとったところ、徒歩にて来院する患者は少なく、ほとんどの患者が車で来院している。このため、街中にあることによる便利さと1人医師体制の下で専門外の診療をしなければならぬリスクを比較すると、可能であればバックアップ体制のある環境下で夜間救急を実施させていただきたいと考える。
- ・コメディカルも含めて当直体制はあっても、実際には二次輪番で専門外であるために対応できなく、後方病院へ送っているケースが圧倒的に多い。このため地域で手挙げ方式で二次輪番の対応施設を探してもかなり厳しい状況ではないか。限られた医療資源を集約するのであれば、医療センターに集約し、二次救急と三次救急の一部を医療センターで対応するといった方針が必要ではないか。
- ・二次救急の対応については、地域的な役割分担や連携を考慮するものとし、休日・

夜間診療については、医師会からの協力を得ながら対応するものとした。また、他の市町村からの受け入れについては、検討協議会や経営検討会議においても周辺市町村からの負担をいただくということも協議されているので、すべて受け入れられるという方針でいきたい。

2) 救命救急センターの位置づけ、病床数、ICU 病床数と機能

本委員会では、当医療センターについて狭義の救命救急センターという位置づけとし、救命救急センターの病床数は 20 床とすることで合意した。20 床のうち、10 床は ICU 病床（病院全体の general ICU としても使用し、CCU や SCU としての機能も有する）とし、残りの 10 床はオーバーナイトベッド的な運用とすることで合意した。救命救急センター病床の 20 床は 314 床の内訳であるため、これまでのように病床数を 300 床+14 床と表現するのではなく、誤解のないように 314 床（内、救命救急センター病床 20 床）と表現を変えることで合意した。

また、救命救急機能の設定内容は事業収支の問題にも影響するため、医師数や医療機器の問題も含め、経営検討会議と情報共有することを再確認した。

<以下議論の内容>

- ・救命救急センターの ICU は適当数となっているが、日本救急学会で 5 床以上と決まっているので、10 床あれば十分だと思う。また、医師の研修という面と院内の対応からみても十分だと思う。
- ・20 床については異論はないが、前提としてトータルの病床数は変えないで、内数としての変更という理解でよいか。そのうえで医師数や医療機能、準備段階も含めて医療機能が経営にどのような影響を与えるか経営検討会議に投げかけて経営の面でも議論していく必要がある。
- ・これまでも経営検討会議で検討して、医療専門委員会と経営検討会議のコンセンサスを得て検討協議会に提案しているなので、その通りだと思う。

2. 医療センターの医療機能の設定

1) 4 疾病 4 事業以外の一般的医療機能の確定

医療センターの診療科別医師数について、医師を集めることに関しては千葉大学からの全面的協力をとりつけているので、医師が集まるかどうかという議論はしないことを前提として、議論を行った。今回提示された診療科別医師数は、現在想定されている急性期医療、救命救急医療を中心とした医療センター機能を十分に発揮するために必要な診療科別医師数であり、診療科別医師数については、スタンダードがないため、同規模施設を参考としながら、考えられる範囲での必要数として報告された。

現時点ではコアスタッフとしての常勤医師数の想定と位置づけ、医師を派遣する大学側の事情を鑑みて、一部を後期研修医とすることも想定することで合意した。

後期研修医の受け入れや病院全体としての当直体制の問題については、今後の継

続検討課題とすることとした。

<以下議論の内容>

- ・今回は常勤医師として提示されているが、実際には後期研修医が救急医療の現場でかなりの部分を担っている。このため、組織設計として、後期研修医を含めた医師体制についてどのように想定されているのか。
- ・少なくとも外科や整形外科といった5人体制の診療科については、派遣していただけの医局との関係で、内訳として何人かは後期研修医となることも想定する。すでに開院している病院であれば詳細な想定が可能であるが、現時点で後期研修医がどのくらい集まってくれるのかについては不確定な要素が大きい。
- ・当初の計画では、若手の後期研修医を全国から集めると明確に謳っていたことがある。指導医クラスの医師と若手の後期研修医の二層構造でなければ現場はまわらないのではないか。これは給与体系の設計にも影響する問題ではないか。
- ・後期研修医を大学病院との関係を見捨て医療センター単独で確保することは現実的に困難である。このため、開院時点で本院独自の後期研修医の確保を想定することは困難である。
- ・ここで提示された診療科別医師数は医療センターを機能させるために必要な医師数であるため、まずは診療科別の医師数をフィックスさせ、その後に後期研修医の問題を議論するべきではないか。
- ・後期研修医になると普通の医師としてカウントしている。また、委員が指摘したように将来的には給与体系の問題もあるため、最終的には今回提示された常勤医師数に後期研修医を含めるかたちで良いと考える。
- ・人数が何人という議論はむずかしい。循環器の場合、24時間可能な体制を組むとどのようなローテーションになるか。例えば内科系だけで議論すると何人体制で当直を組むのかがポイントである。脳卒中と神経内科と循環器のローテーションをどのような形で組むのか。残った診療科で組めるのかどうか疑問がある。
- ・冠動脈疾患で言えば、循環器内科医以外にも心臓血管外科医や救急医もいるわけで、そうした他診療科医師によるバックアップにより弾力的に対応できるのではないか。
- ・大学病院でも重症患者のファーストタッチは救急科医師が対応している。必要があれば専門医をオンコールで呼び出すこととなっているため、常時その専門医が院内にいななければならないわけではない。後々の問題であるが、それらのスタッフでどのような診療体制を組んでいくかという点を検討する必要がある。
- ・そうした点から考えても、各診療科とも救急マインドのある医師を招聘するものとしたい。
- ・麻酔科医は3人で良いのか。
- ・大学病院では集中治療室は救急部・集中治療部医師が対応していることもあり、麻酔科医の役割として、医療センターでは術中管理を主とするのであれば、3人で対応できると想定している。
- ・1人の医師で当たられる診療科は大丈夫なのか。

- ・ 1人の医師の診療科は入院患者が多い診療科ではないと思っている。この医療センターのメリットの一つとして大学病院に近いので、複数で診療しなければいけないような症例があった場合や不在の場合は大学からの応援を受けやすいので対応できるものと考えている。

2) 施設建設に影響の大きい医療機能、機器の整備の方針

医療センターにおいて想定される大型医療機器の整備方針について議論を行った。本委員会では、① 集中治療において必要となる画像診断用医療機器（CT・MRI・アンギオ・エコー）を十分に配備すること、② がん治療において用いられる放射線治療装置は導入しないこと、③ 透析センターは想定しないことについて合意した。

また、医療情報システムについては、将来的な日本版 EHR（Electronic Health Record）や地域における医療連携の情報基盤整備を念頭に、医療センターのみならず、地域全体での情報化の底上げという方向性で検討することを確認した。

医療機器の必要台数については、医療経済的側面も考慮しながら、今後の継続検討課題とすることとした。

<以下議論の内容>

- ・ 医療機器整備については全体予算枠から考えるのか、医療機能という視点から考えるのか。
- ・ 医療機器整備に関するシーリングについての経営検討会議の見解はどうなっているか。
- ・ 限度額についての現実的な議論はなされていない。求められる医療機能によりどのような医療機器整備が必要かということを経験した上で、収支的な観点も考慮した上で判断することを想定している。
- ・ 医療情報システムの整備にあっては、大学病院等とのコミュニケーション手段となるようなものであるべきではないか。
- ・ 医療センター開院時には EHR 日本版が具体化すると考えられ、また、電子化された医療連携による疾病管理の流れも想定できる。医療情報システムの整備に当たっては、IT化に対する助成金や行政の動向も視野に入れながら、院内だけでなく地域全体での情報基盤整備という視点で検討する必要がある。
- ・ 放射線機器等の必要台数については、収支的な観点で判断すべきところがある。
- ・ 他施設事例を参考とすれば、医療センターの規模にはこれくらいの医療機器は必要と考えるが、今後の検討課題とする。

3. 準備段階における中核的医療者の確保、開院前の医療者の確保とその研修・訓練

開院前の医療者確保について議論を行った。本委員会では、① 開院後の円滑な運営を実現するために、準備段階から中核的な医療者を確保すること、② 中核的な医療者については、医療センターの設計・運営を検討するにあたり、設計段階から協力していただくことについて合意した。

また、今後の継続検討課題として、医師のみならず、看護師やコメディカルについても準備段階から確保に努めることや女性が長く就労できる環境整備（宿舎や託児施設の整備）が挙げられた。

開院前の医療者の確保については財政的な面での裏づけが必要であり、経営検討会議での検討が必要であることを確認した。

<以下議論の内容>

- ・準備段階からの必要人員について県立病院の職員として先に雇用して移籍させることは可能なのか。
- ・県立病院の職員給与水準では人件費が高くなってしまいうことがネックとなる。
- ・人員確保については、準備段階から経営母体が雇って東金病院に派遣すれば東金病院もいいのではないかと問題。問題は給与、財政がどうなっているかにかかっている。
- ・注意すべきところとしては看護師の確保という点にある。医師についても重要であるが、看護師についてはかなりの人数を確保しなければならないため、確保方法が非常に重要である。
- ・看護師のみならず、薬剤師や療法士等のコメディカルについても準備段階から確保する必要がある。
- ・女医や看護師が長く働き続けることができる子育て支援の環境整備も必要で、行政による協力が必要と考える。
- ・今後検討が想定される項目に附属施設の宿舎、託児所等の取扱いがある。病院は女性が長く働く職場であることから、医師、看護師に女性が安心して長く就労できる環境を整備するものとした。ぜひ、敷地の中に託児所を作りたいと考えている。

③. その他

1) 全体工程

決定事項と未決定事項が把握できるように全体工程が見えるフローチャートを次回提示する。

2) 住民への情報提供

住民への情報提供については、現時点では未決定事項が多いこともあるため、委員会等での議論の進捗状況や情報提供の範囲等を整理した上で実施するものとする。

<以下議論の内容>

- ・本日議論した3項目と今後検討する3項目については重要だが、全体像が見えてこない。最終的には事業計画を策定するとなっているので、中間報告、最終報告の全体像を示して何が決まっているのか、いないのかの全体像を把握しながら個々の各論を議論していく必要がある。

- ・最終的なゴールに到達するために、今、どの位置にいるのか明確にわかるようなフローチャートを次回には提示したい。
- ・住民への周知ということに関して、行政で予定があれば時期を示してもらいたい。予定がなければ、市民の中に来ていただいてという声があるので次回に予定について伺いたい。
- ・市民の皆さんとお話するのはやぶさかではないが、現時点で決まっていなくて多いので、質問が出たときに答えられないことがまだまだたくさんある。どこまで決まった時点で実施するのかということは検討させていただきたい。

(17:00分閉会)