

## 平成26年度 第2回公立能登総合病院協議会 記録

【日 時】 平成27年3月18日（水） 午後3時から午後4時15分まで

【場 所】 公立能登総合病院 第1会議室

【出席者】 22名（委員11名、当院9名、事務局2名）

（委員） 松木会長、谷内田副会長、山崎委員、鳥居委員、井田委員、和田委員  
川下委員、澤井委員、清水委員、中尾委員、河合委員

（当院） 吉村事業管理者、橋本病院長、池野看護部長、三室経営本部長  
丸岡経営管理部次長、坂本地域医療支援センター副センター長  
寺尾経営企画課長、藪谷管理課長、谷診療支援課長

（事務局）水口補佐、吉田主事

### 【内容】

#### 1 開会のあいさつ

＜吉村病院事業管理者＞

3月のお忙しい中お越しいただきましてありがとうございます。

昨年11月に続き、本年度2回目の病院協議会ということになります。

このところの傾向といたしましては、高齢者の方が増えるにつれまして、入院のきっかけとなった病気が医学的に治っても、ご自宅での元の生活に戻ることができない方が非常に増えてきております。例えば、85歳の老人の方が重症の肺炎にかかり、1週間寝たきりで安静になりますと、その後、歩けなくなったり、そのまま施設に入ってしまったたりすることが頻繁に起こるようになってきました。

退院しても施設に入るということは、医療と介護の連携が非常に重要になってきたと考えております。ちなみに1990年の広辞苑には、介護という言葉が掲載されておられません。わずか25年の間に医療を取り巻く環境がこれだけ大きく変わってきたということでもあります。

こういった意味でも、病院単独で、患者様を満足させることはなかなか難しい時代になってきたと思いますので、住民の皆様におかれましては、色々な角度から病院に対するご意見をいただきたいと思います。よろしくお願いいたします。

本日はどうぞよろしくお願いいたします。

#### 2 議件

＜松木会長＞

皆さんこんにちは。先程ごあいさつにもありましたが、本年度2回目の病院協議会であります。能登病院は市民のための病院でございますので、より親しみのある病院運営となりますよう、本日は忌憚のないご意見をよろしくお願いいたします。

##### （1）平成26年度の経営報告と今後の取り組みについて

＜吉村病院事業管理者＞

- 平成26年度は、会計制度の改正に伴い、前年度賞与引当金繰入額相当分として2億7,000万円の特別損失を計上したために、純利益で2億4,000万円の赤字となりますが、経常収支では3,500万円の黒字になる見込みであります。
- これまでの3カ月間の当院での出来事は、新しい電子カルテの導入、車椅子6台の寄贈（七尾市グラウンドゴルフ協会から）、クリスマスコンサートの実施、ミニ門松の寄贈（御祓中学校から）、テレビの設置（Bブロック待合前）、診察室への番号誘導の実施、日本内科学会北陸地方会の開催（当院が当番）、病院ロゴマークの決定、雑誌等の配置（外来待合）、美術品の展

示（正面玄関等）などがありました。

- 1日平均の入院患者数について、昨年度は熱中症の患者が少なかったこともあり、夏場の入院患者数が少なく、2億円という赤字を計上してしまいましたが、今年度は、救急車を絶対断らないということをモットーにしたこともあり、入院患者数は回復してきております。
- 平均在院日数について、今年度は、毎月16日を切る日数であり、非常に短くなっております。ただし、これは約2週間で無理矢理退院させられるというわけではなく、救急車で来られた2～3日の入院期間の方をたくさん受け入れたことにより、入院日数が平均され、このような数字が出てきております。

少し難しい話ですが、7対1看護配置（患者7人に対し看護師1人配置）といった充実した看護体制を取るには、平均在院日数を18日未満にしなければいけないというのが国の制度であります。これを超えますと、7対1看護配置は認めませんということになり、10対1や13対1といった充実度が下がった看護配置になってしまいますので、この看護配置を維持するためにも、平均在院日数は、このあたりの数値を維持しなければならないということになります。
- 月別の診療収益ですが、昨年、一昨年と比べてかなり増えております。
- 今年度は、会計制度改正に伴う特別損失を計上したこともあり、赤字の見込みですが、来年度以降は、3,000万円程度の黒字で推移していけると考えており、経営は少し上向きになってきております。
- 今年度の2月1日からハイケアユニット（HCU）の運用を開始しており、今後、増々充実していきたいと考えております。救命救急センター病棟を扉で半分に区切り、そのうちの6つのベッドに看護師を4対1で配置し、充実した看護体制で集中治療をする場所を設けました。難しい言葉で言いますと、集中治療室に準じた部屋ということになり、能登地域では初めての設置となります。
- 在宅につきまして、看取りまでできる訪問看護師や在宅診療医が少ない現状を踏まえ、当院が自分たちで訪問看護ステーションを立ち上げ、看護師が患者の自宅に訪問して看護をしていくという体制を4月1日から実施していく予定であります。

訪問看護のニーズがあるのに対応しきれていないという現状もあるのですが、重篤ながんの末期で看取りをするといったことに対応できる看護師はなかなかおりません。当院のような急性期病院で育った看護師が配置されますと、こういった重症患者を看護することができるのではないかと考えております。このような看護師を配置し、看取りや緊急入院にも対応しながら、当面100人前後の患者を当院の訪問看護ステーションで診させていただけないかと考えております。

施設に入所するのではなく、自宅でできるだけ長く暮らしたいという末期がんの患者やお年寄りをできるだけ応援したいという気持ちで、この訪問ステーションを立ち上げることにしました。
- 来年度以降の対応としまして、国は、7対1の急性期の患者はそんなにいないはずであり、10対1や13対1の慢性期の患者をもっと増やすべきであると考えていますので、平均在院日数を更に短縮し、在院日数が短縮できない急性期病棟を、地域包括ケア病棟などの慢性期病棟へ転換させようとしております。

国は、平成26年度の診療報酬改定で、7対1の急性期病棟を25%削減することを目標にしておりましたが、石川県内では6.9%しか減りませんでした。国は、目標の25%を削減するまで、制限を厳しくしていくと考えておりますので、次回（平成28年度）の診療報酬改定では、更に厳しい基準や制限を設けてくるだろうと考えております。

平成27年12月頃を目途に、次の診療報酬改定の内容が見えてきます。恐らく平均在院日数の制限が、18日から16日以下になるのではないかと考えております。急性期病院であるには、この16日を下回る必要があります。

すので、現在15日程度の平均在院日数をもう少し短くできればと考えております。そのためにも、救急車は絶対に断らないということをモットーに、後方連携（施設への転院や在宅）を充実させ、退院先を確保していきたいと考えております。

以上のことをまとめますと、今後の方向性は、在院日数の短縮（回復できるまで入院できますので、誤解のないようお願いいたします）、退院先の確保（在宅に力を入れたい）、救急車を断らない、患者を引きつける高品質の医療の提供に取り組んでいきたいと考えております。

- ・ 4月から呼吸器内科の専門外来が始まります。これは、金沢大学の専門の先生に来ていただきます。循環器内科医も1名増えます。麻酔科医は、火曜日と金曜日の週2回ですが、非常勤の先生が増えます。

#### <山崎委員>

医療が高度になっていくと入院する患者さんの負担がどれだけ増えるのかということが心配になってきます。

#### <吉村病院事業管理者>

- 患者さんの負担につきましては、上限がきちんと設けられておりますし、1日の入院でだいたい4万円の医療費がかかっておりますが、在院日数が1日短くなるとその分医療費は安くなる計算になります。患者さんは3割負担ですので、実際はさらに安くなると思います。

クリニカルパスといまして、この病気で入院すると、こういう予定で治療をし、どれくらいで退院をするといった方針をきちんと決めて、みんなが標準的な治療を行っております。この先生だったら早く退院できるけど、この先生だったら遅いといったことがないように、この取り組みを充実させ、在院日数を短く、そして負担も少なくといったことを考えております。

#### <山崎委員>

- 健康保険というものがあるので、安い負担で終わっているのですが、健康保険がかからない診療というものはあるのでしょうか。

#### <吉村病院事業管理者>

- 当院では、保険外診療を原則行っておりませんので、特殊な抗がん剤のようなものをすることはできません。

#### <和田委員>

- 1クール200万円というようなものはしていないということでしょうか。

#### <吉村病院事業管理者>

- そうです。重粒子放射線治療などもできません。

#### <澤井委員>

入院から退院までの期間について、内科と外科ではどのくらいの違いがありますか。

#### <橋本病院長>

- 内科と外科で区別できるものではないと思います。内科でも重症な疾患もありますし、軽い疾患もあります。ただし、全体で平均在院日数が18日から16日まで下がってきていることや、都会では12日となっている現状を踏まえ、在院日数を下げていくことで医療の質が評価される時代になってきていると言えます。

平均在院日数が長くなれば長くなるほど、実は税金も使われているということも、住民の方々に理解していただき、できるだけ住み慣れた自分の家、地域で生活できるような医療システムを作っていかなければならないというのが、2025年問題を踏まえた、住民及び医療者の役割、使命ではないかと思っております。

#### <澤井委員>

- 日本と外国とでは、平均在院日数はどれくらい違うのですか。外国の方が短いような気がするのですが。

#### <吉村病院事業管理者>

- 外国の方が短いです。例えば、ニューヨークでは、盲腸の入院期間は1日です。しかし、治療費は140万円になります。日本では平均すると入院期間は5日から

7日になります。

この病気の入院期間は平均何日という数字を国は出しており、日本全国で標準的な治療ができるようにするために、この数字よりも入院期間が長くなると、診療点数を下げていくシステムとなっております。

<澤井委員>

→ 私の知り合いの話なんですが、盲腸を切った後、2階まで歩いて行きなさいということがあったそうです。そういったことは可能なのでしょうか。可能であるとすれば、3日程で退院できると思うのですが。

<橋本病院長>

→ 抜糸をせずに退院ということは可能です。都会の入院期間は3日、当院では1週間という疾患は確かにあります。私達の考えでは、抜糸をするまで入院してもらい、入院期間中は病院の中を自由に動いてもらっておりますが、私達も住民の方々も少し意識を変えて、少し早めに退院していく方向にならざるを得ないのかなと考えております。

<橋本病院長>

→ 2つの事を言わせてください。日本の救急車について、パリもニューヨークも1回3万円程度の費用がかかりますが、日本はすべて税金で賄われております。特殊な能力を持った優秀な救急隊員が3～4人乗っていて、約1時間一生懸命対応してくれて無料というのは、日本だけです。これはおかしいことであるということを経験した住民の方々に理解していただきたいと思っております。

次に病院についてです。若い看護師が7対1で一生懸命お世話をしております。東京のビジネスホテルでは、何のお世話もなく1泊するだけで、6,000円から7,000円の費用がかかります。病院はある意味無料であります。こんな不思議なことを延々とやっていると、おそらく日本は破たんするでしょうというのが国の考えだと思えます。

実際にそうであると思えます。このまま行くわけにはいかないと考えております。その時に、私達が努力する部分、住民の方々が努力する部分があると思えます。2年に1度の診療報酬改定で、病院への締め付けがどんどん厳しくなっていくなかで、医療の質を守りながら、なんとかこのことに対応していかなければならないというのが、先程の管理者の話であります。

<中尾委員>

認知症の末期の方で肺炎を患って往診した場合、酸素吸入が必要でない時は、できるだけ自宅で往診にて治療しております。しかし、肺炎を患っていない認知症の末期の方で、老衰から食事ができなくなり、家族が入院を希望された場合、恵寿総合病院に地域包括ケア病棟ができたことで、紹介しやすくなりました。

能登病院は平均在院日数を短縮していくということですので、紹介しづらくなるのですが、その辺りはどうお考えでしょうか。

<橋本病院長>

→ 地域包括ケア病棟は、今年から始まったものでありますので、3年ほどかけて、その役割や使命が明確になってくると思えます。もう一つは、何をもって安らかな終末期、安らかな老衰と考えるかということでもあります。今の時代、死亡の時の病名に、老衰という病名はなく、肺炎や敗血症などになります。それをみんな病気としてしまうと、みんな入院しなくてはいけなくなってしまいます。昔の安らかな終末期を作ろうと思えば作れるわけありますので、どのようにして住民の方々と意思を統一していくかということが問題となってきます。

胃瘻の問題につきましても、ヨーロッパやアメリカでは、患者本人の同意がないと虐待になってしまいます。日本は、家族の意思でできるわけでありまして、明らかに反対を向いた事が成り立っています。このことについて、日本の住民は、違和感がないわけではないのに議論をしておりませんでした。そろそろ議論をしなくてはならない時期が来ていると思えます。

日本の限られた医療資源のなかで、地域包括ケア病棟や急性期病棟の適正規模がどのくらいなのか、今は、そのバランスを再調整している段階であるといえます。人口比、高齢化率、在宅での開業医の役割があぶり出されており、病院と地域の開

業医、住民の方々などたくさんの方々が知恵をしぼって、モデルを作っていかなければならなくなっており、その土俵に上げさせられたというのが現状であります。

<吉村病院事業管理者>

→ 認知症のお話がありましたが、逆に当院の4対1看護をしているHCUでありましたら、24時間つきっきりで横に看護師がおります。認知症で暴れたり、動いたりする方でも、HCUであればきちんと診ることができます。地域包括ケア病棟の13対1の看護配置で認知症の患者を診るのは、かえって大変ではないかと思いません。

<中尾委員>

→ 暴れたりする方とかではなく、老衰の方は家でできるだけ看取るようにしておりますが、本当に老衰で食べれない方を紹介してもよろしいでしょうか。

<吉村病院事業管理者>

→ 全く問題ありませんので、紹介いただければと思います。

<和田委員>

地域包括ケア病棟等に移行しないということは、あくまで急性期病院としてのスタンスを守っていくということでしょうか。

<吉村病院事業管理者>

→ そうです。

<和田委員>

→ 在院日数が60日までとか、看護配置を13対1にするということは、地域包括ケア病棟へ移行するということですので、一般論として、急性期の患者さんより、そちらの方の患者さんを重視していくということなのではないでしょうか。

<吉村病院事業管理者>

→ 実態としましては、在院日数を短くしていくと、空きベッドができてきます。今まで30日だった入院期間が29日になると、空きベッドが1日できてしまい、病棟が埋められないと収益が上がりにくいですので、経営的には困ってきます。そういった場合、長く入院できる病棟を作りまして、そこに患者を移動させますと、長い期間入院することができ、空きベッドがなくなりますので、収益を確保することができます。

先程の話の中で、転換した病院の多くは、平均在院日数の基準が厳しくなり、これに耐え切れなくなり、空きベッドを作るくらいであれば、地域包括ケア病棟を作った方が良いといった所が結構あるのではないかと思います。

当院は、今日も300人を超える方が入院しており、空きベッドがほとんどない状況であります。しかし、平均在院日数は15日台をキープできておりますので、まだ地域包括ケア病棟を作る段階ではないと考えております。

<和田委員>

→ 患者（市民）の方からすると、急性期病棟と地域包括ケア病棟の両方の機能がある病院にしていきたいという思いがあるのですが。

<吉村病院事業管理者>

→ 誤解の無いように申し上げますが、当院は、急性期の病院で地域包括ケア病棟はありませんが、病気が治るまで、ある程度きちんと診ていきますので、2カ月でも3カ月でも入院していただいて構いません。平均して在院日数が15日になれば良いわけですので、まだ地域包括ケア病棟を作る必要がないということでありませぬ。

<和田委員>

先程の院長先生の話は、非常に納得できる話でありまして、外国のER（緊急救命室）のTV番組を見ていますと、アメリカでは患者が死んでいく方を望み、診察拒否をすると、そのまま亡くなってしまいます。なんとしても助けなければならない、本人が死を望んでも助けなければならないという風になっているのは、日本だけなんですよね。

<橋本病院長>

→ 人の命は月より重いという感覚について、私達の小さい頃、戦後生まれですが、

あまりなかったように思います。バブルの頃から、それが当たり前のようになってきたと感じております。わずか30年程度で、今の日本のいびつな医療のメンタリティーができたように思います。日本の歴史のほんの一部分の考え方だけで、今の医療者が縛られているとも思います。他の国では、より現実的で、お金とやれる事、それと得られることをわきまえており、身のほどをわきまえた地域医療を展開しているという気がします。こういう話には、いろいろな考え方がありますので、これから5年、10年かけて平均化されていく話だと思えます。

<川下委員>

救急車を断らないというお話がありましたが、これから海外の旅行者の方も増えてくると思えます。外国の方が受診された時は、保険が効かないという話もありますが、どのような対応をされるのでしょうか。

<谷診療支援課長>

→ 外国の方で具合が悪くなり、入院したということは実際にあります。入院費につきましては、保険が使えないということで自費で計算しております。外国の方には、一旦自費で支払をしていただき、帰国後それぞれの国の制度で対応していただいております。

<和田委員>

外国人の方が救急車を使ってもタダなんですよね。

<橋本病院長>

→ 通常の医療を通常のように行っております。

<和田委員>

日本人で税金を払っていない人でもタダなんですよね。

<橋本病院長>

→ 断ることはありません。

(2) 第4次経営改革のシナリオ（公立病院改革プラン）について

<三室経営本部長>

- ・ 経営改革の歩みについて、第1次経営改革のシナリオ（平成18年度～平成20年度）につきましては、病院独自の取り組みとして作成しました。平成17年度が、約14億円の単年度赤字でありましたが、平成20年度には、約4,000万円の単年度赤字まで圧縮することができました。しかし、目標であった単年度収支黒字は達成できませんでした。
- ・ 第2次経営改革のシナリオ（平成21年度～平成23年度）につきまして、総務省から「経営の効率化、再編・ネットワーク化、経営形態の見直し」という3つの視点に立った「公立病院改革ガイドライン」が示され、このガイドラインに沿って、改革プランとして策定しました。平成21年度には、10年ぶりに約3,000万円の単年度収支黒字を計上しました。その後も、順調に黒字を計上し、平成23年度には、約2億3,000万円の単年度収支黒字を計上しました。
- ・ 第3次経営改革のシナリオ（平成24年度～平成26年度）につきまして、これまでも説明しておりますが、平成25年度は、入院患者数の減少、職員給与費の増加ということで、約2億円の単年度赤字となりました。シナリオ最終年度であります今年度につきましては、新地方公営企業会計が適用され、制度移行に伴う費用負担の増加で単年度赤字となりますが、実質の経常収支では黒字を予定しております。この、第3次経営改革のシナリオに基づき、第4次経営改革のシナリオを策定しました。
- ・ 第4次経営改革のシナリオにつきましては、平成27年度から平成29年度までの3年間のプランであります。このプランは、何としても単年度収支黒字を計上するためのプランでもありますし、持続可能な健全経営を確立するためのプランでもあります。また、この改革プランにつきましては、総務省が今年度末に、新たな公立病院改革ガイドラインを発表しますので、このガイドラインに沿った形にな

るよう、平成27年度中に見直しを図る予定であります。さらには、県が地域医療構想を策定する予定でありますので、この地域医療構想にも合うように、見直しを図る予定であります。このようなことから、今回策定した第4次経営改革のシナリオは、暫定版ということになります。

- ・ 第3次経営改革のシナリオからの変更点について、まず、5疾病ということであり、平成25年度から、今までの4疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）に精神医療を加えた5疾病5事業ごとに医療提供体制の構築が進められることになったため、今回、精神医療の項目を追加し、精神医療の充実を図ることにしました。

精神医療は、入院医療中心から地域生活中心へと軸足が移動しており、当院でも、平成25年度にデイケア棟を建設し、外来を重視した診療を行っております。

- ・ へき地医療につきましては、平成26年度から既に、能登島診療所と鉦打診療所を運営しておりますので、今回、改革プランに明記しました。
- ・ 在宅医療につきましては、当院は、自前の施設を持っておりませんので、施設等への転院が難しく、退院できない患者が増加していることから、退院先として在宅医療を選択してもらえるように、訪問看護ステーションを設置し、在宅医療の充実を図ることにしました。

当院の看護師が、より医療必要度の高い患者を中心に訪問看護を行い、退院を促進させるということも含んでおります。

- ・ 職員給与費対医業収支比率につきましては、労働者派遣法の改正で、3年以上の派遣継続が禁止となりました。そのため、平成27年度から、今まで派遣職員であった医療秘書について、臨時職員として雇用することになりましたので、職員給与比率が少し上がっております。
- ・ 地域における医療連携につきましては、平成25年度に導入した地域医療連携システムを活用し、インターネットを通じて各医療機関と患者の診療情報を共有し、連携を深めることを既に行っておりますので、そのことを明記してあります。
- ・ 急性期医療の充実につきましては、先ほどの管理者の話にありましたように、高度急性期医療への取り組みとして、ハイケアユニットの設置を明記してあります。
- ・ 事業規模・形態の見直しにつきましては、一般病床では、平均在院日数の短縮により、病床利用率が減少することが考えられますので、今後、継続的に病床利用率が80%を下回るような場合には、病床機能の転換あるいは病床数の削減についての検討を行うことにしました。  
また、精神病床についても、継続的に病床利用率が50%を下回るような場合は、同様の検討を行うことにしております。  
具体的に申しますと、先ほどお話にありました、地域包括ケア病棟や緩和ケア病棟等の導入や、病床のダウンサイズについて検討することにしております。
- ・ 人件費の適正化につきましては、平成27年度の職員数を減らすとともに、平成27年度以降は、医師以外の増加はないものと考え、職員数を設定しております。
- ・ 在庫管理の効率化につきましては、今まで取り組んできた、薬品や診療材料のSPD方式による管理を平成27年度からは、消耗品にも拡充することになりました。このことによって、過剰在庫をなくしたり、事務の効率化及び経費の削減を図っていくということになります。
- ・ 患者サービスの向上につきましては、現在、病院の北側法面の造成工事がほぼ完成しておりますので、その場所を職員駐車場として整備し、病院進入路南の職員駐車場を患者用として使用することにしました。これにより、病院の前面部分の駐車場を患者用駐車場として使用することができるようになりましたので、今まで駐車場がないということで、ご迷惑をお掛けしておりましたが、この4月からは、約100台程度の駐車場が、患者用として確保できるようになります。

- ・ 経営形態の見直しにつきましては、安定した経営が困難となることが予測される場合には、新たな経営形態のあり方について検討を行うことにしております。

<澤井委員>

恵寿総合病院の診療所が鳥屋にあり、恵寿総合病院と連携を密にしているので、入院しやすいと聞いています。例えば、中尾医院を能登病院の指定病院のようにしていただいて、能登病院に入院しやすくすることで、普通の人が行きやすいというような形態にすることはできないのでしょうか。

私の知り合いに糖尿病を悪くされた方がおりました、一人は、2日に1回透析をしなければならなくなるまで放っておいた方、もう一人は、壊疽になるまで放っておいた方がおります。もう少し早く糖尿病がわかる方法とかはないものなのでしょうか。そういう方法等があれば、皆さんに紹介してあげたいので教えていただければと思います。

<和田委員>

→ そのようになる前に健康診断を受けることが大事だと思います。

<坂本地域医療支援センター副センター長>

→ 恵寿総合病院と鳥屋診療所は、同じ電子カルテシステムを使って、診療情報を共有しております。当院はそのような方法で診療情報を共有するという事は行っておりませんが、いしかわ診療情報共有ネットワークというものを利用しておりました、患者様の承諾を得たうえで、内服薬と検体検査および画像の診療情報の共有を行っております。

今後の取り組みとしましては、医師がカルテに記載した内容も閲覧できるようにしたいと考えております。

<澤井委員>

→ どの医院に行けば、スムーズに能登病院を紹介してもらえるかということがあれば教えていただきたいです。

<坂本地域医療支援センター副センター長>

→ 紹介をしていただいた時に、診療情報を共有するということを、患者様に承諾していただくことで、診療情報の共有ができると考えております。

<和田委員>

→ そういうことを言っているのではないんですよね。能登病院と開業医との間で連携を取っているシステムはないのですかという質問なんですよね。

<橋本病院長>

→ もう既にそういうシステムはあります。開放型病床といたしまして、地域の先生方は優先的に能登病院の病床を使って入院治療をすることが可能となっております。能登病院の病床のうち30床は、地域に開放された病床であり、能登病院の病床ではないということになっております。

<澤井委員>

→ 病院はしきいが高くて、かなり都合が悪くなってから初めて診察に訪れて、手遅れみたいな感じになってしまうということがないように思います。

<橋本病院長>

→ そういったことは、かかりつけ医の先生にしっかりと管理してもらえないと思います。

<中尾委員>

→ 鳥屋診療所について言いますと、恵寿総合病院と連携を密にしているという患者さんもおられますし、週に3日しか診察していないという患者さんもおられます。その辺りは、患者さんの選択ではないかと思えます。

糖尿病につきましては、糖尿病重症化対策協議会というものを七尾地区で作りまして、一般の方にはあまり知られていないかもしれませんが、できるだけ糖尿病の方を治療に向かわせ、重症化を防ぐ取り組みを行っております。

<和田委員>

→ 私は、各種女性連絡協議会という団体から出てきているのですが、私どもの会では、医療費の大半が透析に関するものでして、透析の患者さんが増えると医療費が

増えるということで、透析にならない健康な体を作るための健康推進等の活動を行っております。

先ほど、電子カルテのお話がありましたが、私の知り合いは金沢の大学病院で抗がん剤治療を行っており、11月の病院協議会で抗がん剤治療は身近な七尾の病院でという話がありましたので、大学病院でそのこととお話しさせていただきました。そうしましたら、診療データが膨大で移動できないと言われ、大学病院まで抗がん剤治療に来てほしいと言われたそうです。データが大きいと、電子カルテはパンク状態になるものなんですか。

<吉村病院事業管理者>

→ 診療データを紐づけするだけで、移動する訳ではありませんので、そういうことはないと思います。インターネットのリンクがかかるような感じで、大学病院のカルテを見に行けるようになるといったイメージになります。エクセル等に出力し、持ち歩くということになると、データが大きくなってしまいますので、大学病院の先生は無理と言っているのではないかと思います。

<川下委員>

人件費の適正化ということをおっしゃいましたが、職員の年齢構成はどんな感じですか。

<丸岡経営管理部次長>

→ 年齢構成に関しまして、今、詳しいデータを持っておりませんので、後日、何らかの形でお答えさせていただきたいと思います。

<井田委員>

4疾病から5疾病になり、精神医療に取り組んでいるというお話がありました。私は今、中学校の校長をしているのですが、数週間前に金沢の中学校で飛び降り自殺がありました。15歳から40歳までの年齢の死亡原因のうち一番多いのが自殺だったと思います。高齢の方に比べて、死亡される人数は確かに少なく、うつ病や自殺といったことはあまり表に出てくることはありませんが、100床の精神病棟を持っているのは、能登地区で能登病院のみでありますので、今後も、能登地区の中心となって精神医療をお願いしたいと思っております。

また、年配の方につきましても、認知症の方が昔よりも増えているなど感じておりますので、そういった意味でも、能登地区の精神医療につきまして、今後も率先してお願いしたいと思っております。

能登病院としての方針をしっかりと立てているとは思いますが、これは方針でありまして、一人ひとりの患者さんのことを特に気を付けて欲しいと思います。先程、管理者が、病気がある程度治るまで、何日でも入院していて構わないということをおっしゃいましたが、本当にそのことが全ての患者さんに行き渡るように気を付けて欲しいと思います。

例えば、15日の平均在院日数というものが、現在、能登病院では達成されておりますが、これが危ぶまれた段階で、本当にそういうことを言われるのかということでもあります。医師や看護師の対応が、患者さんに対し、もうそろそろ退院しなければいけないよというような圧力に変わっていないかどうかということも、きちんと見て行って欲しいなと思います。11月の協議会の時に、退院する患者さんの心配ごとについてのアンケートを実施して欲しいということをおっしゃったのですが、個々の患者さんの意見もしっかりとくみ取っていただけるような病院になって欲しいと思います。

<吉村病院事業管理者>

→ 自殺を含めたうつ病につきましては、気分障害といったものになりますが、そういった症状に対して、当院は、専門の相談室を増設するとともに、相談員も増員し、対応に当たっております。能登北部の精神科医は、七尾にしかおりませんので、能登北部の4つの病院には、当院の医師が出向き、現地の保健所と連携しながら生徒さんの指導も行っておりますので、引き続きこういった精神医療につきましては、充実していきたいと考えております。

また、患者さん一人ひとりまで病院の方針が行き渡っているかということにつき

まして、圧力になっていないかということではありますが、圧力とは少し違ひまして、もう退院が可能で、施設に行くのを待っているという患者さんが15人から20人位います。そういう方たちにつきましては、なんとか退院させなければならないということで、検討会を1例1例で行っております。治っていないのに退院してくださいということは、一切言っておりません。

圧力という意味はさておき、他にどういったことがあるのかといいますと、家族の方がどうしてもまだ当院に置いて欲しい、家に帰ってきて支えられないといったような場合があります。このような場合には、ソーシャルワーカーが家族や主治医を交えて、どうしたら良いかということ、話し合うこととなります。このことが圧力と取られなくもないわけでありまして。

医学的には治っていて、体の動きも家庭で問題ないのですが、家族がどうしても心配で、家庭で見られないというような場合には、在宅医療を強化しながら、突然自宅に返すのではなく、慣れ親しんだ看護師が自宅まで訪問し、在宅でも同じような看護をしていくことで、入院日数を短くできないかという試みは行っております。

<池野看護部長>

→ 入院時に主治医や看護師等を交えて、退院を見据えた入院診療計画書というものを作成しております。例えば、誤嚥性肺炎の場合、入院する前は歩いていたけれど、入院することによって、歩けなくなることを見据え、そうならないようにリハビリを行ったりしています。

また、退院後に問題となりそうな場合は、入院時にスクリーニングを行い、ソーシャルワーカーと家族が相談し、退院指導計画書というものを作成しており、療養の場を在宅にするか、施設にするかということを決めております。

<松木会長>

→ そうということですので、圧力はかけていないということによろしいでしょうか。

<和田委員>

孤独死の問題について、先日、どこをもって孤独死とするかという勉強会をしました。七尾市の場合、一人暮らしの方で、1カ月に500円の負担をすれば、トイレにセンサーを付けて、万が一の場合に通報がいくシステムがあるそうです。

もし、一人暮らしの方で、退院なさる時に不安があるようでしたら、このシステムを紹介するなど、行政と連携をとってやっていただきたいと思います。

### (3) 新たな病院づくりへの挑戦～新聞報道等に見る公立能登総合病院～

<寺尾経営企画課長>

- ・ 新聞報道等に見る公立能登総合病院につきましては、平成26年度の当院に関する新聞報道等の記事をまとめたものとなっておりますので、後ほど、各自でご覧になっていただければと思います。

### (4) 質疑応答・意見交換

<松木会長>

意見等がないようですので、これで協議会の方を終わらせていただきます。

皆さん、ご協力をいただきましてありがとうございました。大変貴重なご意見もたくさんありました。より良い市民の病院となるように、私達が能登病院を宣伝することも大切なことだと思っておりますので、今後ともよろしくお願いいたします。

## 3 その他

### (1) 委員の改選及び次回の開催予定について

<三室経営本部長>

今回の病院協議会をもちまして、委員の皆様が任期が一旦終了となります。委員の皆様におかれましては、当協議会におきまして多数のご意見をいただき本当にありがとうございました。委員の改選につきましては、来年度に入ってから、改めて各種団体様宛に推薦書を送らせていただきたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

#### 4 閉会のあいさつ

＜橋本病院長＞

皆様、本日は大変貴重なご意見、ご提案をいただきましてありがとうございます。

今、医療と介護は、住民や行政が協力してやらなければならない時代に入ってきました。行政の方からは、地域医療ビジョンというものが示されます。また、地域包括ケアシステムというものを地域全体で考えていかなければなりません。今日の協議会をおしまして、これらのキーワードやポイントが皆様と共有できているということを感じました。

当院も地域を支える病院として、能登半島を支える病院として、精一杯役割を全うしたいと考えております。

本日は、本当にありがとうございました。

(午後 4 時 15 分閉会)