

第2回基幹病院連携強化会議（有識者の講演 及び意見交換）における主な発言要旨

平成27年10月5日
広島県健康福祉局

1 公立病院改革の取組について ～長谷川淳二氏（総務省自治財政局準公営企業室長）

○ 公立病院改革の基本的な考え方

- ・ 究極の目的は、安定した経営の下で、へき地医療・不採算医療や高度・先進医療等を提供する重要な役割を継続的に担っていくこと。
- ・ 今後の公立病院改革は、地域医療構想と整合的に行われる必要がある。

○ 新公立病院改革ガイドライン（主な項目）

- ・ 地域医療構想を踏まえた役割の明確化…将来の機能別の医療需要・必要病床数と整合性のとれた公立病院の具体的な将来像（2025年）を明確化
- ・ 経営の効率化…黒字化を目指して経常収支比率及び医業収支比率については、必ず数値目標を設定
- ・ 再編・ネットワーク化…公立病院や国立病院、公的病院、民間病院が併存し、相互の機能の重複、競合がある場合には、地域医療構想等も活用しつつ、他の医療機関との統合・再編や事業譲渡等にも踏み込んだ改革案についても検討の対象とすべき
- ・ 経営形態の見直し…民間的経営手法導入の観点から、地方独立行政法人化など

2 これからの地域医療連携について ～町田二郎氏（済生会熊本病院副院長）

- アライアンス連携会議では、転院の時期が適切であったか、患者の転帰が医学的に容認できるものだったか検証している。転院先の病院と診療方針を共有し、転院後の経過についてお互いに責任を持つことが大事。
- 連携先に対する診療技術支援や済生会熊本病院での共同診療（回診への参加）、看護師の新人研修などを通じて深い信頼関係を構築している。設置母体は違っても連携先は運命共同体。顔の見えるコミュニケーションツールをどんどんつくっている。
- 済生会熊本病院の自宅等復帰率…2014年4月 77.8%→2015年8月 87.0%
転院先上位11病院中、8病院で地域包括ケア病棟を持つ
11病院全病床数のうち41.4%が自宅等復帰率にカウントできる病床
- 済生会熊本病院の病床機能別分類（医療資源投入量）
…3000点以上：19%，600点以上～3000点未満：38%，43%は回復期・慢性期
慢性期相当の患者をいかに早期退院・転院させるかが課題

3 症例集積と医療の質の向上について ～宮田裕章氏（慶應義塾大学医学部教授）

- 医師の労働負荷が高い病院は治療成績が悪い。しかし、いたずらに医師を増やしても、十分な経験を積むことができれば、治療成績の向上にはつながらない。
- 冠動脈バイパス手術(CABG)では、年間症例数40例以上から治療成績(死亡率)は安定してくる。難易度が低い手術についても年間数例の病院では治療成績が悪い。
- 東京都では資源が多いからといって治療成績がよいとは限らない。過疎化率の高い都道府県の方がむしろ病院間連携が進んで治療成績がよい場合がある。
- 中核施設群(基幹病院)の連携による地域ネットワークを構築し、周辺施設との連携の中で地域全体の医療の質に責任を持つことが大事。(搬送体制の確立、高難度症例の分担、診断治療のサポート…)
- リアルタイムの診療データを病院間で共有することで、EBM(根拠に基づく医療)の知見を臨床現場に反映できる可能性が出てくる。

4 有識者と会議メンバーの意見交換 ～ファシリテーター：平井敦子氏（中国新聞社論説委員）

- 2025年を見据えて医療需要が増えていく中、若手医師の減少は深刻な課題。4基幹病院が医局の違いを超えて競争から協調へ、病院完結型医療から地域完結型医療へ転換していくことが重要。（笠松健康福祉局長）
- 高齢者の日常生活をケアするため、かかりつけ医の普及啓発と地域コミュニティの構築が重要。（臺丸保健部長）
- どうしたら地域完結型体制にできるか、ではなく、地域完結型医療にする、ということの大前提にすべき。（門田先生）
- 症例の集積が治療成績の向上につながるのは普通の考え。高度な医療を提供するリソースを投入するためには、症例がなければ経営も成り立たない。（町田先生）
- 広島市立4病院の独法化の効果としては、柔軟な職員採用、人事交流の活性化、役割分担の明確化、一つの総合病院のような垂直連携、電子カルテの統一に加えて、「自分達の病院を自分達で」という気運が生まれてきた。（影本先生）

- そこに集まって何をするのか(よい仕事をする事)が見えていれば, 出身大学は関係ない。強みを持てば人材は集まる。派閥色を払しょくするためには, 心を開いて講座を変えていくしかない。(門田先生)
- (基幹病院は患者を)単に早く押し出したらよいというのではなく, 送り出した後の病院で回復期の病状への責任をもってほしい。(檜谷先生)
- 4基幹病院の得意な分野が見えにくい。医師の個人的なつながりによって患者を紹介しているのが現状。(松村先生)
- 広島市の救急医療体制はうまくいってない。4回以上交渉率は10%を超えている。高度急性期を担う4基幹病院の責任は重い。(松村先生)
- 4基幹病院の距離は近い。循環バスを運行すれば, 患者紹介もしやすくなる。(松村先生)
- 広島市民病院では, 救急医療コントロールをきっかけに垂直連携が進んでおり, 地域完結型になっている。基幹病院は, ある程度機能分担ができており, 地域的な患者の流れも分担が進んでいる。(荒木先生)

- 広島市民病院の強みは、救急、がん、総合周産期。引き続きこれらを強化していくとともに、専門医制度の改正をきっかけにして、さらに市民病院に医師が集まるような体制を作っていきたい。(荒木先生)
- 各病院はそれぞれ、垂直連携、水平連携、機能分担に努めているが、広島全体としてまとまったやり方ができていない。(石田先生)
- 患者は大病院に行きたがるが、開業医にも経験豊富な医師は多い。かかりつけ医や基幹病院が何が得意か情報発信する必要がある。(石田先生)
- 総合病院をどうやって得意分野に分けていくかが課題。疾患を中心に顔の見える関係をつくってお互いに「見える化」していく流れが必要。(木矢先生)
- これまで垂直連携は個人のコネクションに頼っていたが、組織として、病院としてバックアップしていくことが必要。(平川先生)
- 情報交換の場をもっと増やして、各病院の本音を聞きながら、連携強化を少しずつ進めるしかないのではないか。(平川先生)

- 大前提を10年後, 20年後に置いて考える限り, 何らかの改革をしなければ, 医療費の問題を含めて, (医療体制は) 耐えられなくなる。危機意識を共有することが重要。(門田先生)
- 10年後, 20年後, 医療の進歩により医療に多くのおカネがかかるようになる。医療費抑制の圧力の中で, 患者の満足度の高い医療を提供できるか, 危機意識を持って乗り越えていかなければならない。(浅原先生)