

地域情報（県別）

【岐阜】市民や医療機関の信頼を取り戻し、持続可能な病院を目指すには-今井裕一・多治見市民病院院長に聞く◆Vol.2

2022年6月10日（金）配信 m3.com地域版

多治見市民病院（多治見市）はようやく経営が軌道に乗り始め、地域での信頼を取り戻している。近くにある県立多治見病院（同市）との連携や、東濃医療圏で他の病院と共存していくために目指す病院像などについて、多治見市民病院院長である今井裕一氏に聞いた。（2022年5月12日オンラインインタビュー、計2回連載の2回目）

▼第1回はこちら



多治見市民病院院長 今井裕一氏

——多治見市民病院から車で5分の所に県立多治見病院があります。県立多治見病院との連携は。

岐阜県保健部が間に入って会議を行うこともありますが、私は県立多治見病院の近藤泰三院長と必ず月1回は会って話をしています。当院は多治見市民を主体に医療を提供すればよいのですが、県立多治見病院は東濃医療圏全体の30万人の医療を担う基幹病院です。当院から県立多治見病院へ毎日3～5人、年間で約1000人の患者を紹介していますし、それと同数が当院に逆紹介されています。これぐらい密接な関係です。

今、県立多治見病院は新中央診療棟の工事をしており、1年間、救急ヘリが発着できません。そのため、当院の屋上ヘリポートを使用しています。県立多治見病院に患者搬送が必要な場合でも、一旦当院に着陸します。また、当院には、県立多治見病院にない診療科もあります。例えば、リウマチ・膠原病の患者は当院に紹介になり入院しています。当院ができることと県立多治見病院ができることを、いろいろ調整しながら医療を提供しています。市民にとっては、選択肢が増えるので非常に良いことなのではないかと思います。

——多治見市における多治見市民病院の位置づけは。

多治見市の人口は約11万人です。その内、高齢者が約3万3000人います。当院がその高齢者をきちんと診ます。当院は1次救急、2次救急、高齢者医療が中心です。例えば、挿管までは必要ないけど、呼吸不全がある場合、あるいは救急の心臓カテーテル患者、不整脈患者も診ています。また、血液透析も行っています。日勤帯は対応可能ですが、夜間帯は多くても3人の医師しかいないのでギリギリです。状況によっては、県立多治見病院にお願いすることになります。両病院の救急部門には、ホットラインもあります。

私が院長に就任した2017年度の救急搬送件数は1200件ぐらいでしたが、2021年度は2000件を超えました。5年で救急件数が800件増えた分、県立多治見病院の1次救急、2次救急、高齢者医療の負担は減っているはずで、お互いにメリットがあるのではないかと思います。

——救急件数が増えた要因は。

着任時は、私を含めて内科医8人、外科医5人、小児科医2人、その他の診療科7人のわずか22人でした。日勤帯は、外来業務中に内科系医師が当番を決めて救急車対応をしており、せいぜい1日3件程度でした。しかも、夜間帯は1人当直で、専門外の患者は診療できないため、救急搬送を断ることが多く、また、夜間帯に病棟で患者が急変すると、そちらを優先することになり、救急対応は不可能でした。

着任してすぐに、ある外科医から救急対応に当たりたいと申し出があり、救急部を立ち上げました。その結果、年200件ずつ救急対応が増加しました。2019年度末で1600件になりましたので、「2020作戦」と銘打って、夜間救急の体制を強化しました。具体的には、夜間帯の午後5時から8時までは、当直医1人、研修医1人、サポート医1人の3人体制にしました。当直医が内科系の場合は、当直免除されている外科系医師がサポート医に、外科系医師が当直の場合は内科系医師がサポート医になります。これで対応できる疾患が大幅に増加しました。

市内のクリニックで夕方の診療中に精査や入院治療が必要な患者さんを紹介してくれることも徐々に増えてきています。日中も、救急部と応援医師体制を補強したことによって、2021年12月末で救急件数が2000件を超えたので、地域医療体制確保加算が取れるようになりました。

——多治見市民病はどのような医療を提供するのですか。

当院は高齢者医療から逃げません。当院の医師を含めた全職員にそのことを徹底しています。しかし、高齢者医療だけしか行わないと、勤務する医師が当院に魅力を感じなくなります。今まで、それぞれの医師が蓄えた経験、専門医としての経験を生かせる領域も残しておかないといけません。そのため専門領域と高齢者医療とを混在させながらやっています。

内科の医師は十数人いますが、全員の共通認識として、高齢者の誤嚥性肺炎と尿路感染症はどの内科の医師でも診るといことです。高齢の患者が来て、熱が出ていて、これは尿路感染だと診断したら消化器内科の先生も診ますし、循環器内科医も診ます。もちろん糖尿病の先生も診ます。その上で、血糖値が高くてインスリンを投与する場合は糖尿病の先生が主に担当し、胃潰瘍やがんがあったら消化器の先生が主治医になります。このように内科がみんな一緒にやっています。そのために、水曜日の夕方に、内科全体の総合カンファランスを行い、研修医や専攻医も必ず参加します。

——このような診療の分担はどのように構築したのですか。

当院は一度、破綻した病院です。その時、医師は全体で12人しかいませんでした。私が院長に就任した時も、私を入れて22人でした。医師が少ないので、負担が少数の医師に偏らないようにしました。最初は、「また誤嚥性肺炎の高齢者だ」とか不満や愚痴も出ましたが、最終的にその方が合理的でストレスが少ないことが理解でき合意が得られました。

高齢者医療は、いろいろな合併症や疾病が関係していますから、みんなで診ます。だけど、それぞれの医師にはここは譲れないという専門領域があります。当院では、その比率がうまくいっているのも、非常に働きやすいのではないかと思います。それに教える若い医師がいるので指導もできます。また、これまで経験したことがない症例を目にしたたり、教わったり、指導医レベルでも他分野の知識が大幅に増えて、毎日ワクワクします。そういう意味では、医師の勤務環境としては良いのではないかと思います。



内科の診療体制

——今後、多治見市民病院は地域の連携をどのように進めていくのですか。

2010年に社会医療法人厚生会が指定管理者になる以前から、市民も開業医の先生方も、はっきり言って当院を全く信用していなかったのです。医師数わずか12人の病院に自分や家族の命を託すことはできないし、自分の患者さんを頼めないです。それが、最近ようやく依頼・信頼できる病院に変わってきているのではないかと思います。まだ、24時間フルには対応できませんが、日中だったら依頼があれば十分対応できます。そういう意味で、ようやくクリニックの先生も、こちらを向いてくれるようになったのではないかと思います。つい最近の話です。

この地域には、老健施設が20カ所ほどあります。今、当院は5～6カ所の老健施設と契約して、連携を進めています。その施設に当院の特定看護師を週1回派遣しています。医療相談を行い、入院が必要な方がいると、特定看護師の判断で病院に連絡し、すぐに入院の手配をします。日中に入院が必要になりそうな方を見つけて、日中に入院していただくことで、夜間の緊急入院が減少し、当院の負担も施設の負担も大幅に減少します。このような連携ができれば、施設の方も当院を信頼して、相談できるようになると思います。

——職員の意識改革や業務内容を見直すことで、病院経営が軌道に乗り始めています。

企業体に不測の事態が生じても対応可能となるには、数カ月分の蓄積が必要とされています。持続可能な病院も、同様に数カ月から半年分の蓄積は必要になります。たとえ災害などで半年間閉鎖になっても、再起する必要があります。

経営状態は徐々に改善してきていますので、あと数年で持続可能な病院にしたいと思います。3段飛びで言うと、ようやく助走が終わって、これから[ホップ](#)、ステップ、ジャンプという感じです。少なくとも、5～6年で目標を達成できればよいと思います。

——持続可能な病院にするため、どのような方針を考えていますか。

当院はまだ紙カルテです。オーダーリングと検査結果や画像情報はシステムで見られるのですが、ベースは紙カルテです。当院の規模で電子カルテを導入すると、初期投資はコンピューターやいろいろな機材やソフトウェアなど10億円ぐらいになります。それが5年たつと、更新のためさらに10億円が必要になります。その間に毎年メンテナンスにだいたい2億円払わないといけません。その2億円や10億円はどこから出るとかいうと、自分たちが努力して確保した純利益から取られていきます。これは一種の蟻地獄です。

これまで利益がなかったので、電子カルテの導入はできませんでした。今後、保険診療で電子カルテ加算が付くとか、電子カルテのデータフォーマットが統一されるとか、データ移行時に別費用がかかることに法的規制がかかるとか、そのような国全体として統一したスキームになった時点で初めて、私は電子カルテを導入します。それまでは、じっと待ちます。現時点では、純利益をドブに捨てるようなものです。

もう一つ、2010年に指定管理を受けてから、当院の看護配置はずっと10対1です。当初患者も少なかったし、看護師も少なかったので致し方なかった点もあります。しかし、これを7対1にすると、保険点数での加算はありますが、最終的には人件費が年間約1億5000万円増えます。現在、7対1が多すぎるために厚労省は、10対1の重症度加算を行っていますが、当院では、10対1で看護職員数を大幅に増加することなく、7対1に近い加算を取ることができています。「電子カルテ」と「7対1」を有している病院をブランド病院とした全国的な風潮を打破しないと赤字の垂れ流しになります。当院は、「電子カルテ」と「7対1」の費用が発生しないので、約3億5000万円、他の病院より支出が少ないのです。純利益を減らす行為をしないことが経営の鉄則と考えています。

——今後、どのような病院を目指そうと考えていますか。

まず[高齢者](#)医療から逃げないことと、その中でも専門性をきちんと持っている病院を目指します。病院として5～6割は高齢者を診るのですが、残り4～5割はそれぞれの専門領域の診療をします。その専門の領域が周辺の他病院になければ、それが当院の目玉になります。そのような目玉になる診療科がいくつかあれば、他の病院と連携して共存していけます。

今、土岐市立総合病院（土岐市）は医師数が十数人で、10年前の当院と同じ状態になっています。そこでは脳外科が頑張っていて、当院から[脳卒中](#)などの急性期患者は、土岐市立総合病院に相談し、患者を送ります。容体が落ち着いてリハビリが必要になれば、当院に戻ってきます。このように、それぞれの病院がそれぞれの特徴を持ちながら、連携し共存する形を作っていくといけません（『[【岐阜】病院統合、新病院開設に向けて院長が一番頭を悩ますこと-塚本英人・土岐市立総合病院院長に聞く](#)』を参照）。

地域医療構想の理想型は、基幹型病院（3次病院、高度先進病院）の単なる下請けとして2次病院が存在するのではなく、それぞれの2次病院の特色を生かして、それぞれが連携しながら共存することであると考えています。

——今井先生から、読者へメッセージをお願いします。

今、医療は変革期を迎えています。2020年からは[新型コロナウイルス感染症（COVID-19）](#)もあり、みんなが知恵を出し合って進んでいかないといけないと思います。若い人も、経験のある人も建設的な意見を出し合えばよいのです。ただ、一番の根底には、若い人を育てていくという共通の認識が必要だと思います。自分の利益、自分たちの利益だけを考えては駄目です。人のため、社会のため、次世代を育てていくマインドがあれば、世の中は良くなっていくと信じています。

◆今井 裕一（いまい・ひろかず）氏

1977年秋田大学医学部医学科卒業、同年、国家公務員共済虎の門病院研修医。1979年秋田大学医学部第三内科、1985年米国テキサス州立大学ヒューストン校留学。2002年秋田大学医学部第三内科助教授。2003年愛知医科大学内科学講座腎臓・膠原病内科教授、2009年同大学腎臓・リウマチ膠原病内科教授を経て、2017年社会医療法人厚生会多治見市民病院院長に就任（現職）。日本内科学会認定総合内科専門医、指導医。アメリカ内科学会上級メンバー。日本腎臓学会認定腎臓専門医、指導医、日本リウマチ学会認定リウマチ専門医、指導医。

【取材・文＝紅 義朗（写真は病院提供）】

記事検索

ニュース・医療維新を検索

