

小林市立病院の現状と今後の展望

坪内 齊志

宮崎県 小林市病院事業管理者

はじめに

小林市は宮崎県南西部にあって隣接するえびの市および高原町とともに西諸二次医療圏を構成し、鹿児島県と熊本県との県境に位置している。2017年10月1日現在の同医療圏総人口は7万2,967人、高齢化率は36.8%で全国平均27.3%を大きく上回っている。高次医療対応可能な施設が存在する近隣の都城市、宮崎市および鹿児島市への所要時間は車でおよそ45分、70分および90分で、それぞれの地域への高速道路は既に開通しており、今後さらなるアクセス時間の短縮は望めない。

前述の2市1町は現在もそれぞれ自治体立病院を運営しており、3病院は半世紀以上にわたり鹿児島大学各医局の派遣施設となっている。しかし、折からの医師不足に加え県外であるゆえか、同大学からの派遣医師数は激減し、新臨床研修医制度導入から約15年経過した今日でも未だ回復の兆しはまったく見えない。一方、宮崎大学との連携強化を目指しているものの、宮崎県の医師不足および偏在も顕著で、その成果が得られるまではしばらく時間を要する見込みである。

当院は宮崎県の国保直診医療施設としては最も大きく、許可病床は感染症病床4を含む147で、療養型病床は併設していない。診療科は内科、外科、整形外科および泌尿器科（産婦人科、小児科は非常勤体制）で当医療圏において最多の急性期病床を有し、1988年4月、宮崎県によって整備された第二次救急医療体制の病院群輪番制方式における西諸医療圏の中核病院と位置づけられ、災害拠点病院としてもその役割を担って

いる。しかしながら産婦人科、小児科休止に続き内科もほぼ休止状態となった2010年以降は、現在に至るまで外科、整形外科および泌尿器科の外科系診療科のみで運営を続けている。

筆者は2010年3月、小林市病院事業管理者兼小林市立病院院長を拝命し、地域医療機関との役割分担を明確にするため、西諸医師会ご理解のもと地域医療支援病院として救急医療と入院医療に特化し、外来は1995年4月に導入した訪問看護部門廃止のみならず、可能な限り逆紹介して、残されたスタッフの外来負担軽減に努めてきた。病棟運営においては、2010年1月に3階病棟を休止して2病棟とし、看護体制を10対1から7対1へ変更した。その後、リハビリスタッフの大幅増員を図り、2013年6月回復期リハビリ病棟を開設し、3病棟へ復した。さらに2017年7月、4階病棟を東西に分割4病棟へ再編して地域包括ケア病棟を併設し、本年春にはDPC対象病院となった。

さて、今日まで特殊な形態での運営で急場を凌いできたものの8年が経過し、常勤医の高齢化に伴って現存スタッフ数と3診療科による手術、救急患者受入および、内科疾患患者への対応力が明らかに低下し、近年医業収益も減少してきている。また、年々退院調整に苦慮する症例が増加し、さらに2025年問題に向けて政府が目指す在宅医療へのシフトが現実となれば、入院医療を主務としてきた当院の役割を大きく転換せざるを得ない。

本稿では当院の現状と、その存続のために地域包括ケアシステム構築において当院の果たすべき新たな責務に関する私見を紹介する。

小林市立病院の沿革

1948年1月、当院の前身である小林町国民健康保険組合直営診療施設小林病院が開設された。同年11月小林町に移管され、一般病床21、結核病床18および感染症病床25計64床で運営開始されたと記録されている。1953年4月には現在市民体育館が位置する地に、144床の市立小林病院として移転新築となった。当時、小林市は他に市立小林西病院、西小林診療所および東方診療所を運営していたが、1954年、1956年に相次いで廃止統合された。1972年5月現在の場所へ移転新築され、124床の小林市立市民病院と名称を改めた。その後、結核病棟廃止や病床再分配等を経て、2007年4月に現在の感染症病床4を含む147床となった。

一方、建築後約30年経った施設の老朽化に対し2002年10月、改築基本構想が策定された。2009年4月地方公営企業法全部適用病院となり、病院名を小林市立病院と改め、基本構想策定から7年を経た同年9月、旧病院南側に完成した免震構造地上5階建延床面積約1万1,600m²の新病院へ移転した(写真)。

当院の現状

2003年4月産婦人科、2006年4月小児科が相次いで休止となり、さらに新病院への移転直後の2010年1月末には内科医1名となった。いく度も鹿児島大学および宮崎大学等へ医師派遣の願いに上がったものの早急な解決の糸口は見えず、その後、常勤医数は10~12名で推移している。事業管理者の使命は病院の存在意義の明確化と運営の継続であり、少ないスタッフで対応可能な救急医療と入院医療への特化を推進してきた。

1. 少ない診療科と常勤医数および医師の高齢化

2018年4月現在、当院の常勤医師は内科1、外科4、整形外科2、泌尿器科2および麻酔科1の総数10名、大学からのローテーション医師は整形外科1名のみで他の9名はすべて異動の予定はない。2010年、2015年にそれぞれ入職した麻酔科ならびに外科医師を含め4名は当地域出身者で、平均年齢は54.0歳である。なお、



写真 新病院外観

本年は宮崎大学からの初期研修医および後期研修医が6名、のべ10か月研修予定である。

2. 外来の現状

2017年度の1日平均外来患者数は115.1人で、ピーク時の1996年度420.2人に対しその27.4%と大幅に減少した。紹介は地域医療連携室を通じての事前予約を原則としていて、2017年度の紹介率は63.4%である。紹介状のない患者および救急患者については、2011年春導入した総合診療科・救急科ですべて対応し、必要に応じて院内もしくは院外の専門外来へ紹介している。

非常勤医師による専門外来は、2010年心臓血管外科、2011年小児科および循環器内科、2013年呼吸器外科、2015年神経内科、2017年産婦人科、さらに本年糖尿病・内分泌内科をそれぞれ開始し、院外からの紹介も同じく予約外来として受け入れている。救急車受入台数は、2010年以前は年間500~600件で、内科休止となった直後の2010~2011年は約400件と落ち込んだものの、2012年以降は700~800件程度で推移している。

外科系診療科では入院患者に対する業務の比重が非常に高いことは当然であり、少ないスタッフでマネジメントするためには外来業務の軽減が必須となる。2000年当院へ外科医として赴任直後、外来予約制をいち早く導入し、また、紹介患者は治療終了後紹介元へ逆紹介して、定期検査および緊急時のみの対応とし、非紹介患者へはかかりつけ医を持つよう指導し、可能な限り紹介してきた。幸い前述のように2010年には麻酔科常勤となり、他診療科も予約制を順次導入してそれぞれの手術日は外来を休診し、午前中からの手術が可能となった。

一方、2011年6月地域医療支援病院の承認を受けたものの、紹介患者のみの診療では地域の医療ニーズに相応せず、従来同様非紹介患者の受け入れも継続してきた。当初、総合診療科・救急科は外科で対応していたが、2012年春からは診療科毎の外来負担の格差低減を目的として、各科当番制へ変更した。

2003年当院での診療が休止となった産婦人科は、2017年7月医療圏内の分娩施設が皆無となり、その対応に苦慮する事態となった。幸い、宮崎大学産婦人科教室のご尽力により、2017年5月より週2回非常勤体制が始まり、本年7月からは週5回となり現在分娩受け入れ再開に向けて準備中である。一方、2011年より非常勤体制となった小児科は、同大学および鹿児島大学のご協力で、週1回の専門外来と月3～4回の休日診療を担当していただいている。

3. 入院医療の現状

147床当時の1日平均入院患者数は100～110人で推移していたが、2010年病床休止後は80人程度まで落ち込んだ。当初は内科診療再開を目的に、休止病床の再稼働を目指していたがまったく見通しが立たず、長期にわたる大幅な休床は病院収支のさらなる悪化につながる事態が懸念された。幸い看護体制を10対1から7対1へ変更した影響と職員の努力で単年度欠損金は横ばいであったが、同年以降は看護師確保にも難渋した。

その打開策として、2012年秋よりリハビリスタッフ増員を計画し、2013年6月に回復期リハビリ病棟をまず15床で開設、同年10月には30床まで増床した結果、感染症病床4を含む急性期病床95床と合わせて運用病床125床へ復した。計画開始時のリハビリスタッフは理学療法士2名のみであったが現在、理学療法士13名、作業療法士6名および言語聴覚士2名の総勢21名体制である。同病棟導入によって2013年以降の1日平均入院患者数は90人程度まで増加した。

入院患者の日常生活動作（ADL）の改善には、疾患を問わずリハビリ介入が不可欠であることは言うまでもなく、同スタッフ増員によるその充実と回復期リハビリ病棟導入は、急性期病棟の平均在院日数および在宅復帰率それぞれの確保に寄与していると実感している。さらに2013年より管理栄養士を増員し、翌年には

4名となったスタッフを各病棟にそれぞれ配置した。

管理栄養士は、栄養サポートチーム活動の中心となり患者の栄養に関する情報を管理し、医師、看護師およびリハビリスタッフ等との協働によるチーム医療実践が、高齢化が進む入院患者に対する適切な栄養管理によって、計画的なリハビリ継続に寄与している。

さて、2016年診療報酬改定で、看護体制7対1病棟の重症度、医療・看護必要度が見直され、在宅復帰率が75%から80%以上に引き上げられた。外科系診療科のみの当院にとって前者は有利な改定であったが、後者は80～85%で推移し、その確保に難渋する事態となった。

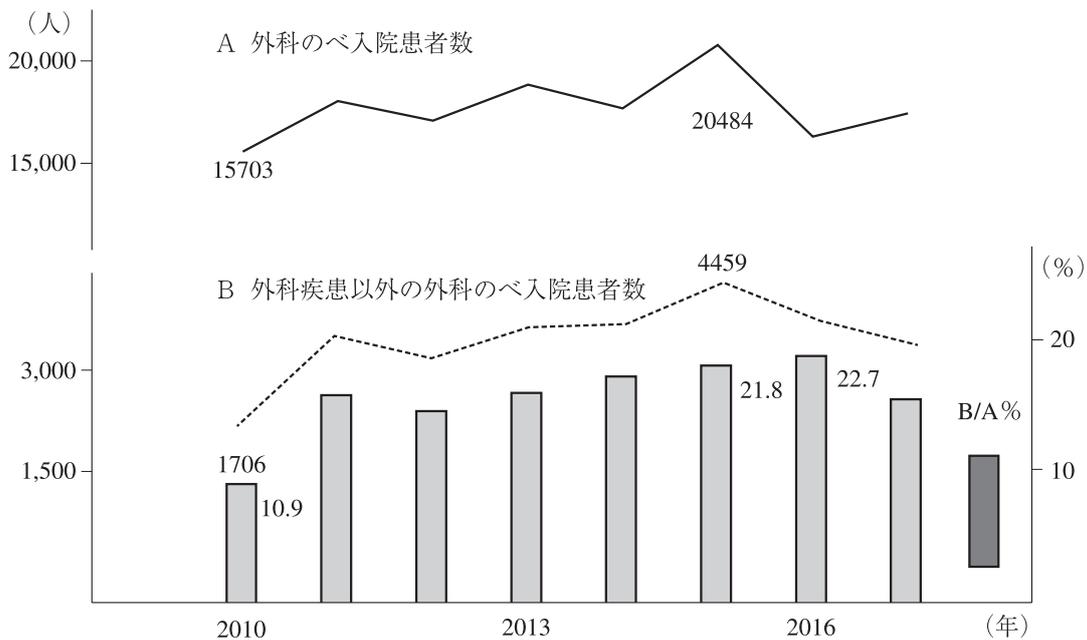
当院の2006～2017年の年間総手術症例数平均は542.8例で、対象患者の平均年齢は年々上昇し、2006年の65.0歳に対し2017年は72.3歳まで上昇した。同患者の高齢化に加え、当地域でも多い独居老人や老々介護状態等社会的要因も関与し、自宅退院への調整がスムーズに進まないケースが徐々に増加してきた。さらに、近年は老人福祉施設、介護老人保健施設およびその他の介護施設からの紹介入院が増加傾向で、入院時と比較してADL改善が得られなかった患者は同じく退院調整に苦慮することも少なくない。

この対策として、2014年診療報酬改定で新設され外科および泌尿器科術後患者も広く入棟可能な、地域包括ケア病棟の早期導入を計画した。当初、2015年春を目的に回復期リハビリ病棟を同病棟に変更する予定であったが、整形外科術後患者受け入れのため、両病棟を併設することとなり導入が大きく遅れた。2016年8月一般病棟内に地域包括ケア病床10床導入し、前述の4病棟制対応可能な夜勤看護師確保を待って、2017年7月同病棟運営を開始した。稼働病床総数は135となり、2015年以降徐々に減少した1日平均入院患者数も2017年10月以降は再び90人以上を確保している。

4. 収益の推移

2013年以降一時的に増加した1日平均入院患者数により、2015年度は7年ぶりの黒字決算となったが、同年度をピークに同数が徐々に減少して収支が悪化し、2016年度は再び赤字決算に陥り、2017年度はさらに収益減となった。地域包括ケア病棟導入の遅れが大きな原因で、同病床導入後は徐々に収益が増加し、2017年

図 外科のべ入院患者数の推移



10月以降は前年を上回って推移している。さらに、DPC導入については高齢な対象患者を考慮して長年見送ってきたものの、データ提出加算体制整備後準備病院として登録し、本年春当医療圏では初めて、宮崎県では17番目の同対象病院となった。

当医療圏の問題点

1. 急性期医療の問題点と今後の見通し

地域医療情報システムによれば、2025年当医療圏の予想人口は6万7,147人、高齢者人口は2万7,671人、高齢化率は41.2%で全国平均30.3%を引き続き大きく上回り、人口は約9,700人減少するものの、高齢者は約7,400人増加すると推定されている。前述のように高次医療対応可能な都市へは車で高速道路を利用しても45分以上要し、高齢者が多くかつ移動手段の選択肢が少ない当医療圏における急性期医療の需要は、今後しばらく変化はないと考えられる。

「住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続ける」ためには、ある程度地域で完結可能な医療体制を整えることが必要である。

筆者が着任した2000年の外科手術件数は年間106件であったが、その後徐々に増加し、2010年以降その平均は225.3件となった。一方、2010年内科診療体制の縮小

後、常勤医数が最も多い外科で可能な範囲の内科疾患に対応してきた。図の上段に示す同年以後の外科のべ入院患者数は1万5,703～2万484人、2015年がピークで、同下段の肺炎等外科疾患以外の同科のべ入院患者数は、2010年の1,706人に対し2015年には4,459人、2.6倍と急増し、その比率は21.8%を占めた(図下段棒グラフ)。

同科は地元出身の救急専門医や宮崎大学救急部からの後期研修医を含め、5～6人体制で救急患者へも対応してきたが、2016年春に前者が自院へ、2017年春には後者が大学へとそれぞれ退職し、筆者を含めた外科医4名のみとなった。明らかに外来や内科救急疾患への対応力が低下し、2016年を境に外科疾患以外の外科入院患者は減少傾向へ転じた。2017年は地域包括ケア病棟導入の影響もあり、外科のべ入院患者数は増加したものの、外科疾患以外の同科入院患者はさらに減少したが、現状では同科再増員の見込みはない。

一方、西諸広域行政事務組合消防本部の報告によれば、2016年度管内医療機関を介せずに直接管外に搬送された救急搬送件数は302件で、総件数3,181件に対する比率は9.5%であった。302件から一般外傷、交通事故等および病状の不明な事例174件を除いた128件中、循環器系および呼吸器系疾患は66件、51.6%にのぼり、2010年以降、複数の内科医が常勤し入院加療対応可能な施設が当医療圏に皆無となった影響が示唆される。

表 2015年（平成27年）死亡数

	総数	箇所別			
		医療機関	施設等	自宅	その他
全国	1,230,444	76.6% (988,079)	8.6% (110,807)	12.7% (163,973)	(27,585)
宮崎県	13,494	79.1% (10,668)	10.4% (1,415)	8.5% (1,146)	(265)
西諸医療圏	1,178	83.6% (985)	7.1% (84)	7.6% (89)	(20)

総数および（ ）は実数

しかし、前述のように社会的な理由により専門外診療科で入院加療せざるを得ない症例が他の医療機関でも少なからず存在することは事実であり、今後も引き続き救急医療体制を堅持するため、当院を含め当医療圏の内科系常勤医の確保が急務であることは言うまでもない。

2. 管内医療機関と介護施設の連携とその問題点

宮崎県医療業務課が2016年に発表した宮崎県の医療業務事情によれば、2014年10月1日現在、当地域の医療機関従事医師数は130名、人口万対数は17.0で依然全国平均24.5（同年12月末現在）を大きく下回っているが、病院数および診療所数はそれぞれ16施設、59施設、既存病床数は1,086床で、基準病床を179床超過している。一方、老人福祉施設、介護老人保健施設、老人ホームおよびグループホーム等は72施設、収容可能人員は2,075人で、高齢者人口に対する整備率は7.73%と全国平均5.64%を上回っており、訪問看護ステーションも8施設運営されている。医療機関従事医師数は少ないものの、医療施設数および介護施設数は比較的多い地域である。

平成27年人口動態統計では、戦後間もない1951年の死亡場所は自宅が82.5%とされている。当時医療施設での死亡例は11.7%に過ぎなかったが、前者はその後徐々に減少して2005年には12.2%と最低になり、逆に後者は82.4%に達している。しかし、2015年には1990年までは皆無であった施設での死亡例が8.6%にのぼり、前者（12.7%）に加えると21.3%まで再上昇し、逆に後者はゆっくりと下降し76.6%となった。

一方、宮崎県衛生統計年報によれば、近年の宮崎

県と西諸地域では全国平均と比較して自宅での死亡数比率は7.6～10.2%と低く、逆に医療施設での比率は79.1～86.3%と高い。表に示す2015年データの比較では、自宅での死亡割合は宮崎県および西諸地域ではそれぞれ8.5%および7.6%で全国値よりかなり低い。施設での死亡割合はそれぞれ10.4%および7.1%で、宮崎県では全国より高く、当地域の割合も2013年までは3%程度で推移していたものの、その後急速に上昇してきている。

一方、医療機関での死亡割合はそれぞれ79.1%および83.6%で全国値と比較して依然高く、当県での介護施設等の整備は順調であるものの、在宅医療の体制整備が未だ万全ではないことが示唆され、当地域は県内でも後れを取っていると思われる。また、当地域のスタッフ不足は医師のみではなく看護師および介護スタッフでも深刻で、早急なより効率のよい連携システム構築が望まれ、在宅医療に対する当院の役割を検討すべき時期であることは間違いない。

地域包括ケアシステムにおける 当院の役割と今後の展望

1. 地域包括ケアシステムの構築

2015年介護保険法が改正され、同年5月地域包括ケアシステム構築のため、当地域2市1町合同の西諸地域在宅医療介護連携推進協議会が設置された。以降、行政と西諸医師会が協働して同協議会を運営し、サービス提供構築部会、情報共有システム構築部会およびスキルアップ広報部会3専門部会を立ち上げ、それぞれ協議を続けてきた。本年3月「にしもろ入退院調整ルールブック」の策定が完了し、同4月西

諸地域在宅医療介護連携センターの運営が開始されたが、現状では同センターの機能は限定的で専門スタッフ確保等課題も多い状態である。

2. 当院の総合診療科・救急科の常勤化と外来部門の再整備

今後高齢化がさらに進み、医療と介護のよりきめ細かい連携が必要で、急性期より回復期における医療資源の需要がより大きくなることは避けられず、急性期医療を堅持するためにも、今後当院の在宅医療への新たな参画が不可欠であると考えられる。

現在、総合診療科・救急科は宮崎大学救命救急センターからの非常勤医が中心となって週3.5日間対応している。また週4.5回の当直および、土曜日日直を複数の非常勤医が担当しているが、将来、現存診療科医局員は予約外来のみの対応として病棟業務に専念可能な、外来と病棟業務の分業体制を目標としている。前述のように今後も、高齢者人口の推移や交通事情により当院に対する救急医療のニーズは大きく、外来部門におけるその対応力は維持しなければならないことは当然である。

しかしながら、いわゆる2025年問題への対処には、遅れが否めない当地域の在宅医療体制整備に対して当院としてその一役を担うために訪問看護再開が必須と考えている。急性期医療と在宅医療双方のニーズに応えるべく、外来主務の常勤医と内科系疾患を担当する内科系常勤医の複数確保が、当院存続にとっての生命線となるであろう。

外来主務の常勤医は、複数の医師でしっかりとした当番制を構築すれば、一部入院医療を担ってもオンオフの切り替えがはっきりとした勤務が可能である。2015年春、職員の良いライフワークバランス確保の一助となるべく、院内保育所を完備した。

3. 総合診療専門医および救急専門医の育成

同じく2015年より宮崎大学では、地域医療・総合診療医学講座が中心となって総合診療専門医育成を開始し、本年春には新専門医制度がスタートした。外科系診療科のみの当院における外来部門再整備の核となる外来主務の常勤医としては、同専門医が最も

適任であり、県内の地域医療に携わる多くの医療機関と同様に同講座および同教授吉村学先生へ寄せるその期待は非常に大きい。

一部では、内科専門医や救急専門医とのすみわけに異論がみられるが、前者とは外科系疾患への対応力、後者とは在宅医療における役割においてその存在意義が発揮されると考えている。当院が同専門医育成カリキュラムにおける外科系診療科研修の一役を担えれば幸いである。

また、今春からスタートした新専門医制度における宮崎大学救命救急センターを基幹病院とした同専門医育成カリキュラムにおいて、同センター長落合秀信教授のご厚意により、当院はその関連病院として加えていただいている。救急専門医を取得した外科スタッフが中心となって、1次から2.5次救急疾患を対象として指導にあたり、その育成に貢献できればと願っている。

将来、2つの専門医の協働により当院外来診療の拡充が現実となることを期待している。前述のように本年は宮崎大学からの初期研修医および後期研修医（救急専門医）が6名のべ10か月研修予定であり、引き続き同大学との連携強化に努めたい。

おわりに

病院存続の危機に対し、医師会、地域住民および行政の協力のもと、特殊な形態で運営し破綻回避してきたものの、新たな対応を今迫られている。回復期リハビリ病棟および地域包括ケア病棟を導入し、さらに今春DPC対象病院となったが、収支改善を含めた新たな施策は現存スタッフのみでは困難で、現状では今後急性期医療への対応力低下は免れない。しかしながら、その役割は堅持しなければならないことは言を待たず、内科系診療科の整備なくしてはもはや限界に近い。一方では、地域医療構想の沿った在宅医療へのシフトに対して外来部門の再構築も急務で、入院加療から在宅までシームレスな対応が可能となる体制を合わせて確立しなければ、当地域の中核病院として生き残る道はない。存続に向け、地域包括ケアシステム構築への新たな参画を図りたい。