

岡山医療センターは国立病院機構の病院のなかでDPC病院Ⅱ群に選ばれた3施設のうちの一つ。包括医療に関しては1998年(平成10年)からDRG/PPSの施行に参加するなど、その歴史も古い。

また、国立病院機構の病院としては珍しく、岡山市立の病院の管理者となり再建に乗り出すなど、多角的な病院運営にも取り組んでいる。



■岡山医療センター ■病床数 609床 ■職員数 1145人  
■DPC/PDPS 平成15年4月

## 岡山医療センター

# 見えてきた本当に必要な病院機能

## 課題は救急部の設立

DPC病院Ⅱ群とⅢ群を分けた大きなポイントが、外保連の手術指数。岡山医療センターの場合は重症の患者さんが多く運び込まれるためクリアしたのではないかと分析している。「難易度の高い患者さんを受け入れるのは大変です。手術の成績が落ちるかもしれません。そして術後のケアにも人手がかかり病院全体がICU化してしまいます。それでも受け入れてきたことが今回の評価につながったのだらうと考えています」と院長の東良平氏は言う。

救急医療は各科から医師が出て行っているが、東氏は「早急に救急部を作りたい」と抱負を述べる。

これまで救急部がなかったのは、この地域に医師を派遣してきた岡山大学医学部に救急医学講座がなかったためだ。「現在、救急部の立ち上げをしてくれ

ような医師を探しています。適任の方が見つからなければ自前で育成していくことも視野に入れています」(東氏)。

臨床研究部長(循環器科医長)の松原広己氏も「大学からの派遣だけに頼っていたら救急に限らず医師は集められません。良い医師は自分たちで探さないといけない」と言う。既に救急病床のある西棟の2階に手術室2室、病床9床の救急のハードは揃えている。「ただ、それだけでは来てもらえないだろう」と言うのは企画課専門職の河本泰宏氏。「建物や設備があってもスタッフがいないと機能しません。指導医クラスの救急医に来ていただくには、救急医を目指す若手医師を集めないといけないでしょう」(河本氏)。これには松原氏も「何もなくて救急医募集をするだけではだめでしょう。『若手でこういう人がいて、設備はこういうものが揃っていて、こういう医療をやりたいから救急部の立ち上げに来てくださ

い』と、環境を整えないと来てくれないでしょう」と同意する。

## 金川病院の管理者となる

岡山医療センターのもう一つの特徴が、国立病院機構の病院でありながら岡山市立金川病院の管理者になっている点だ。建物は岡山市が管理し、運営は医師や看護師の派遣を含めて岡山医療センターが行っている。

こうなったきっかけは政令指定都市化に向けた岡山市と御津郡の合併にあるという。「岡山市に編入されるときに、御津郡のみなさんから医療体制を盤石なものにしてほしいという要望がありました。岡山市はこれを受け入れ、そこに名乗りを上げたのが当院ということになります」(河本氏)。合併により金川病院は、「国立病院機構岡山市立金川病院」と名前を変え、60床の病床

を30床に減床し、一般病床15床、亜急性期病床15床の病院へと生まれ変わった。「将来的には、御津地区の患者さんについて、当院以外からの患者さんを受け入れできる亜急性期中核病院としての使命を果たし、手術後に患者さんが在宅に移行するまでの期間をリハビリを中心としてケアできる病院としての位置づけをしたい」（東氏）というのが病院への期待だ。なお、減床した30床のうち29床は岡山医療センターのベッドとして認められ、2011年（平成23年）11月1日より580床から609床に増床している。

## どこまで治療するかを決める

金川病院の関連施設化、岡山医療センターの増床、さらに入院初期から退院後の転院先の調整をするなどの対策を打っているが、「すぐに満床になってしまう」（松原氏）というのが現場の悩みだ。特に問題になっているのが、積極的な治療を希望しない寝たきり患者の救急搬送だという。「救急搬送されれば私たち医師は治療しなければなりません、ご家族からは『何もしてくれな』と言われるケースが増えていきます。そこで看取りに1床使うのは当院の役割からも合理性がありません」と松原氏は続ける。

そうした医療現場での問題を解決するために設けられたのが「御津医師会在宅医療意見交換会」だ。これは1年に2回、地元の御津医師会と岡山医療センターの医師とが、患者の紹介要件などについて話し合う。

「老人保健施設などから当院へ救急搬送された場合など、どこまで治療するのか悩むこともあります。蘇生してよ

いのか、気管挿管してもよいのか、後からトラブルになったこともありました。現場の医師からはどこまで治療するか事前に言ってもらいたいという要望もあり、医師会にお話ししたところ、意見交換会が実現したのです」（東氏）。

松原氏も「治療が必要ないなら帰ってくださいと言うわけにもいきません。蘇生不要と言われても、気管挿管してしまってからではもう遅いのです」（松原氏）。これには苦い経験があるからだ。「看取り患者さんを受け入れた後に本当に救急治療が必要な患者さんの連絡が救急隊からあったのですが、病床がなく受けることができませんでした。私たちが断った患者さんは他の病院へ搬送される途中でお亡くなりになりました」と松原氏は悔しがる。

地元の医師会の医師たちと岡山医療センターの医師たちが意思統一を図ることで、医療資源を有効に活用しようという試みだ。

## 本当に必要な医療は何か

どこまで治療すればよいかという医療に関する本質的な問題はなかなか議論できない。東氏も、「御津医師会長をはじめとした幹部の熱意によるところが大きい」と話す。しかし、まだ議論は始まったばかりで、「医師会との間で、治療の必要がない人を送るのは止めましょうという合意ができたところ」（松原氏）だと言う。

東氏は、「われわれには患者さんをセレクトする権利はありません。長年寝たきりの患者さんでも救急搬送されれば診る義務がある。但し、終末期にどこまでやりますかというコンセンサスを病院と医師会、そして地域のみな



院長  
東 良平氏



臨床研究部長  
循環器科 医長  
松原 広己氏



企画課 専門職  
河本 泰宏氏

んと形成しておかないといけません。たとえば胃瘻の問題についても地域できちんと話し合う必要があると考えています」と語る。

その上で地域医療に関しても、「岡山県全体で考えないといけない時期に来ている」と警鐘を鳴らす。御津医師会在宅医療意見交換会には行政の担当者も出席し、熱心に話を聞いているという。「われわれが始めた看取りに関する取り組みが県全体に広がり、本当に必要な医療が何かが理解されることを願います」、東氏はそう結んだ。