

第6回（令和4年度第1回）甲賀市地域医療審議会 議事概要

日時：令和4年6月2日（木） 13時30分～15時30分

場所：甲賀市役所 301会議室

出席：出席者名簿のとおり（委員11名中10名出席）

傍聴：2名

会議次第

【開会】

1. 交代委員・職員の紹介
2. 中間答申

・・・資料1 資料2

【議事】

1. 前回配布資料の補足説明
2. 「公立病院経営強化ガイドライン」「公立病院経営強化プラン」の概要
3. 「公立病院経営強化プラン」と答申に向けた論点
4. 今後の会議の進め方
 - ・ 次回の会議日程
 - ・ 部会の開催について

・・・資料3 資料4 当日資料

・・・資料5 参考資料1

・・・資料6 参考資料2

【閉会】

.....

会議概要

【開会】

○交代委員・職員の紹介

○中間答申（福島会長から正木副市長へ答申書を手渡し）

会長：これまで5回の審議会の議論を通じ、中間答申を作成した。コロナ禍のため、読み上げず受け渡しのみとするが了承いただきたい。よろしく願います。

副市長：この中間答申を受け、市としても速やかに改善策につなげるよう、努めさせていただきたい。ありがとうございます。

事務局：＜資料2について説明＞

【議事】

司会：これより議事に移る。議事の進行は、福島議長、よろしく願います。

議長：本日は1名欠席だが過半数の出席があり、会議は成立と認める。この会議は公開となっている。会議時間は15時30分までだが、速やかな進行につきご協力をお願いする。

1. 前回配布資料の補足説明

議長：議題の1点目、前回配布資料の補足説明について、事務局から説明を。

事務局：＜資料 3， 4 について説明＞

事務局：信楽の部会長からも資料を準備いただいた。引き続き、部会長から説明いただいてもよろしいか。

議長：よろしくをお願いします。

部会長：＜当日資料について説明＞

参考になるか分からないが、信楽中央病院の経営改善にあたり、全国の病院と比較し、どこをどうすべきか、たたき台作成の判断材料として活用いただければと思う。今後は病院経営に造詣の深いコンサルタント等を導入・活用して専門的なデータを提供いただくことも必要ではないかと考える。

議長：詳細な資料を作っていた。今の説明に対して質問や意見は。

<特になし>

議長：病院経営をされている委員がおられても、例えば給与比率など全然状況が違ってくる。これが現実だと思うので、これを参考にして、今後の議論を進めたい。都会の病院は、診療圏を設定し、その中の人口を見て患者数を割り出すが、本当に状況が違うので、家に帰ってから精読いただき、次回の議論にさせていただきたい。

2. 「公立病院経営強化ガイドライン」「公立病院経営強化プラン」の概要

議長：次に議題 2、「公立病院経営強化ガイドライン」「公立病院経営強化プラン」の概要について、事務局から説明を。

事務局：＜資料 5， 参考資料 2 について説明＞

議長：ただ今の説明に対して意見や質問は。

<特になし>

議長：病院の形態によっては関係ない項目もあるが、例えば医師や看護師の働き方改革は待ったなしとなっている。公立病院改革について、コロナによって政府の政策が少し変わってきた。どちらかと言うと私立病院よりも公的病院の方がコロナへの協力体制が取れたということで、これをバツサリといくことができなくなった。コロナは終息しないが、第 2 分類から第 5 分類へ変わるかもしれない。そうなれば一夜にして状況が変わってくる。したがって病院の形態が身近な問題になっている。各施設、各組織で議論されていると思うので、その議論の内容をまた披露いただきたい。

かなりのボリュームで読むのも大変だが、大抵こういう議論になっていくと思う。今すぐでなくても後ほどでも構わない。

3. 「公立病院経営強化プラン」と答申に向けた論点

議長：次に議題 3、「公立病院経営強化ガイドライン」と答申に向けた論点について、事務局から説明を。

事務局：＜資料 6， 参考資料 2 について説明＞

議長：資料は具体的で、参考資料にも現状が分かりやすく書いてある。資料 6 を見ると、待ったなしなので、全項目は無理だが、最初の方から議論を進めていきたい。資料 6（1）について分かりにくい点や疑問点などないか。このままでは、新しい改革プランをクリアするのは大変難しい。委員の方はこの道のプロばかり。色々な意見を出して、一項目ずつ階段を上るように議論を進めたい。

委員：参考資料 2 に「町内で唯一の救急指定病院として、年間 200 件前後の救急車を受けています」

とあるが、一日あたりでは平均1件未満になる。信楽は広大な地域なので、もし信楽中央病院が救急をとれない病院なら、救急車を呼ぶと、甲賀病院または甲南病院まで、どれくらい時間がかかるのか。

事務局：救急車が自動車のスピードと同じと考えたと、信楽中央病院から甲賀病院まで40分程度、甲南病院までも35分程度かかると思う。これは信楽中央病院からの距離なので、多羅尾や宮尻からは、さらに30分程度かかり、救急車だけで走ると1時間以上を要する可能性がある。ただし、今はドクターヘリがあるので、そのあたりの兼ね合いは滋賀県でも考えていただいている。

議長：疾病によっては大変厳しいということか。

委員：そうですね。ただ、実際に信楽中央病院で処置ができるかどうか。総合診療で非常に広く、個人の診療能力の高い先生がおられるが、外科系や吐血、心筋梗塞などは難しい。いったん信楽中央病院に来たけれど、また、それなりの救急指定病院に運ぶなどの症例が一定あると想像され、そこをどうするのか。

もし信楽中央病院を救急対応のない状態にできれば、少しは医師の負担も減ることになるだろうと思うが、患者や地域住民の方が…。遠い方はドクターヘリや、1時間かかっても大丈夫な病態なら良いが、実際に診られるのかということ所で難しい気がする。

事務局：救急搬送の断り事例を見ると、意外と信楽中央病院の断りが多い。要請があっても受けられない症例が一定あるので、病院間で症例を検討いただき、信楽で一定の救急医療を維持しないといけないのか、代替りの対応ができるのかを専門的に見ていただければと思う。

委員：今、時間的な問題が出たが、信楽だとむしろ、滋賀医大や場合によっては草津の淡海医療センターと連携するなどの方法も考えてはどうか。

事務局：まさに今おっしゃっていただいた、他の病院との機能分担や連携ができるかどうかを、プランの中に落とし込んでいかなければならない。審議会や部会で議論を重ねていただきたい。

議長：そういう観点なら、日ごろから患者情報を共有化していくことを考えても良いのではないか。デジタルでつないで、地域の開業医と情報を共有化しているケースもあり、重症化する患者の情報を共有できれば。

委員：いったん信楽中央病院に来られた患者は、各病院の特性を掌握した中で振り分けている。ただ、その患者の家がどこにあるのか。朝宮や多羅尾だと信楽中央病院が一番近い。信楽中央病院から高速までが10分。そこから高速に乗って滋賀医大までが約22～23分。時間的には甲賀病院、甲南病院と滋賀医大が同じぐらいだが、その患者の症状によってそれぞれ振り分けをしている。また雲井地区は、信楽町の中で一番水口寄りの集落で、このあたりの患者は信楽中央病院よりも、できるなら国立紫香楽病院に運んでもらった方がずっと早く処置できるが、残念ながら救急告示をしておられない。一般病院とは言いながら、ある部分に特化した病院なので、国立紫香楽病院がうまく救急対応していただければ、また違う方法もあるだろうと思う。

委員：国立紫香楽病院の件が出たが、それこそ機能分化の中で、国立病院の療養所として「救急は受けない」となっており、尊重するべきだと思う。地域医療構想の中に国立病院も入っているはずだが、立ち位置が違うので、それを甲賀市として要求するのは無理だと思う。

開業医は当然、手に負えないときは救急搬送してもらおう。信楽中央病院の医師もやはり、一次救急に徹して、紹介先を確保しておく。そういう地域の機能分化をもっと明確にすべき。救急は不採算部門になるに決まっている。他のところでしっかり受け入れてもらえるはず。

レスパイト入院など、役割を果たすところは別にある。それが不採算部門であっても、やはり地域として必要、甲賀全体としても必要なもので、全体から考えて、そういったところにシフト

することをプランに書いて方向性をして出してもらえたらと思う。

委員：今おっしゃったことの追加になるが、湖南甲賀ブロックで、休日夜間の小児救急は済生会病院が担うことになっており、基本的に甲賀病院に救急車は来ない。それで大きなトラブルもなく動いている。

機能的なコンセンサスを得ながらにはなるが、一般論として、機能分担という意味では、信楽中央病院が急性期をやり続けられないといけないということは、あまり考えなくてもいいと思う。もう一つは、医師の働き方改革もあり、(救急を待ちながら)当直を続けるのは、効率の面でも人件費の面でも不利な部分は出てくるので、そこは確かに機能分担して、しっかり議論して決めていく方向で良いと思う。

議長：働き方改革で気になるのは、大学側でも勤務時間を積算する中で、大学の立場だけを考えて「もう医者を送れませんよ」という話になっては困る。あらかじめ相当お願いしておかないといけない。

委員：救急体制、救急病院としての機能のある程度見直すことで、例えば入院患者の人数を減らすことになる。そうすると病床数も減り、当然スタッフも減らすことができる。ある程度、経営面でも変わってくるのではないかな。

事務局：もう少し詳しく分析しないといけないが、入院患者は救急、外来、転院の3ルートあり、救急ルートは少ないと思う。

もう一つは、救急に対して国から交付税がもらえる。救急をやめてしまうと、何千万円かの収入がなくなってしまうので、交付税の兼ね合いも含めてトータルで検討しないといけない。

医師は救急だけではなく他の業務を行いながら救急もみているが、救急を持っていることによって極めて不採算になるのであれば、見直しを考えないといけないし、そもそも救急をするための医師が確保できなければ、やめざるを得ない可能性がある。それはもう少し精緻に計算しなければいけない。

議長：市は、入ってきた交付税を全額、病院に渡しているのか。

事務局：現状はそうになっている。交付税分にプラスアルファで市費を乗せている。従前より、プランの中で「市としてどこまで出すのか併せて検討せよ」ということになっている。もう一度財政担当とも相談し、どこまで出すのかというルールも明確にしていく必要があると考えている。

委員：救急に関して、昼間だけしか救急をしないなら交付税は出ないのか。

事務局：救急をやっていると出る。小児救急も夜だけや部分的でも出る。

委員：例えば、夜間の救急は無理だが昼間だけ救急車を受け入れるというような形態はあるということか。救急のある程度無理しなくて良いのであれば、その分、慢性期的な機能に特化することも考えて良いのではないかなという含みも持たせて発言した。

委員：信楽地域の開業医は、他の甲賀地域と比べて少ないのか。

事務局：内科系の開業医は、信楽中央病院を除くと1軒だけ。他に眼科医が1軒。

委員：ということは、信楽中央病院にかかりつけ医機能を持たせることは、今後も必要になるのか。

事務局：開業医が増えないのであれば、その必要がある。信楽の人口は11,000人程度で、そこに対して医師の数が、信楽中央病院で5人。民間の医師が1人。内科系を診られている医師が合計6人おられる。

委員：それだけ聞くと、すごく少ない印象だが、結局、信楽の方は他地域の医療機関に行っておられて、現行それで成り立っている。必要な部分はなんとかなっている。だから、病院機能として何を残していけば良いのか。「無いと困る」ということは間違いはないが、甲賀市全体から考えてどうしたら良いか、方向付けて考えてもらったと思う。

委員：地域医療構想の関係で1点。資料には「甲賀圏域で病床数は削減する必要がない」と書いてあり、数字上はその通り…だったのだが、病床数の変化が最近あった。2025年の推定病床数が正しいかは分からないが、その数字に比べて現状で若干、下回る見通し。あくまでも見た目上の数値であり、直ちに医療がどうこうなるとは限らないが、地域医療構想は「(病床が)過剰だから、必要なところまで減らしましょう」というのが一つの目的となっており、甲賀圏域はむしろ病床が足りなくなるかもしれない現状になっている。

もう一つ、へき地医療の役割は、信楽中央病院に担ってもらっていて、他のところがやっているわけではない。へき地で無くなるのであれば、考えなくても良いが、直ちに無くなるわけではないと思うので、その代替案が無いのではないかと思う。

事務局：お伺いしたいのだが、病床が足りなくなるということは、どこか返されたところがあって足りなくなるのか、それとも、患者の数が想定よりも増えそうとか、それはどちらの要因なのか。

委員：見た目の病床数が、推計病床数より下回ってしまったということ。実際には、A病院の介護療養病床部分が介護医療院に転換された。その50床がそのまま、見た目は減ってしまう。ただし患者がそのまま介護医療院に行かれるのであれば、実質、困られるかどうかはまた別の話になる。またB医療センターの休床分も廃止されたので、見た目の数字上は下回っている状況になっているということ。

事務局：へき地については、委員がおっしゃった通り。へき地をするために、県から医師を派遣してもらっているという要素が多分にあり、へき地医療をやめると医師が来なくなる可能性が極めて高い。また、へき地の条件が、今のまま解消になることはないので、これは担っていく必要があるのではないかと思うが、皆様の意見を伺いたい。

委員：役割機能というところで意見を言わせてもらおうと、今現状で総合診療の医師がおられる。このように規模が小さい場合、総合診療能力のある医師を、すべて揃えておられるということは非常に良いと思う。総合診療、そしてへき地医療。こういったところは、信楽中央病院の機能として、今後も残していくべきではないかと思う。

議長：貴重な意見である。事務局どうか。

事務局：いろいろ意見をいただく中で、甲賀病院との連携が一つのポイントになってくると非常に感じる。これまで信楽中央病院は、旧信楽の真ん中にあり、信楽の住民のための病院ということで維持してきた。院長のコメントにもあるように、「信楽の住民のために何としても病床を確保していかなければならない」という思いでやっていた。ただ、その病床確保というのが、逆に経営の重荷になっていて、しんどい部分でもあるというジレンマを抱えておられる。今後を見据えたときに、信楽の人口がどんどん減っていく、在宅等々、信楽中央病院で診ていかなければならないであろう患者が増えるのは目に見えている。その中で信楽中央病院がどうやって患者を増やしていけば良いのか、維持していくためにどうすれば良いのかということ。

病床については、委員から提案いただいているように、回復期機能あるいは慢性期に近い機能を持たせながら…となると、やはり信楽町だけでなく、甲賀市全域、あるいは甲賀圏域全域から患者を確保しなければ、信楽だけで病床を埋めることが難しいという現状も、院長が述べておられる通りである。そういった方策について、アドバイスいただきたい。それでもやはり、頑張っても病床が埋まらないのであれば、病床を減らすことが効果的かどうかについて、院長と以前に意見交換をした際、「40床を30床にしても、あまり医師の負担は変わらない」とのことだったので、病床の適切な規模については、収支見通し、実際に患者が入るかどうか、スタ

ツブ確保を含め、精緻に検討しなければならない。

あとは、病院連携について、「地域連携室を作りました。連携をやります。」というところまでは、一応形としてはできているが、実際に患者のやり取りにつながらない現状がある。何故できないのか、しっかり原因を分析し連携方法を考えないと、いつまでも同じことが続く。

このような状況も踏まえ、今おっしゃっていただいたような役割を残すために、どうしていくかという議論をさせていただければと思う。いろんなアイデアを教えてください。

議長：確かに、今おっしゃったように国などは圏域で考えている。信楽中央病院は地域ということで考えてきたので考え方が合わない。そこをどう調整を図るか、難しい作業だと思う。経営や政策の観点など色々あるが、地域の患者ということを前提に置けば、住民目線では今よりも悪化させることはできないと思うので、2つの目で見えていかないといけない。患者の実態に合わせて、レスパイトなども含めて。

委員：コロナ病床について、制度の先行きは詳しく分からないが、こういう新興感染症に対して、新たなものが出た場合、最初は甲賀病院のようなところで診てもらう必要があると思う。今回もそうだったが、途中で全貌が見えてきて、信楽中央病院が名乗りを上げて活躍されたと思う。本来ならば国立紫香楽病院が感染症の病院であるはずだが、名乗りを上げないので、地域としては、やはり信楽中央病院に今後も活躍していただくということで、その補助金が続くのであれば、ぜひ続けていただきたい。この分野については今回のこともあって、大変活躍してくれたと思う。

もう一つ、開業医はレスパイト入院を病院にお願いするので快く取っていただきたい。お年寄りの誤嚥性肺炎など、これからニーズが必ず発生するものは、地域全体の後方病床として、信楽中央病院は引き受けてくれるということを開業医に周知できれば、紹介することもできるだろうと思う。

事務局：水口で開業されている医師が、患者をレスパイトで送る際に、信楽という立地でも良いのか。

委員：そこしか空いていなければ。ニーズにもよると思うが、家族や本人が了解されれば、ということになる。

事務局：今まで多分、信楽地域以外の開業医に、信楽中央病院から営業をかけたことがないのではないか。信楽から見ても「遠いから来てもらえないだろう」という思いがある。また参考にさせていただけたらと思う。

それから、コロナに関しては、今後新たに医療計画に載ることになるようだが…。

委員：内容は分からないが、次の新しい医療計画に新興感染症の項目が新しく追加されることは決まっている。甲賀圏域だと今では甲賀病院に感染症病床をお願いしているが、このような大規模になると全然足りないのでは、普段は使わないがすぐに転換できるような医療体制を作っておくという話になるかもしれない。そういった意味では信楽中央病院が候補になってくるかもしれない。あくまでも仮想の話でどうなるかは分からないが、議論が始まるのは間違いない。

議長：新型コロナの分類が2類からインフルエンザ並みの5類に変更になるのではないかと、補助金が下りなくなるのではないかと、ということが警戒されている。海外では、日本の5類相当へ引き下げていく流れが先行している。

委員：新型コロナを実際に診ている方の多くは、「早く5類にしてほしい」と思っている。医療面だけを見たら、だいたい皆そう思っているが、他の色々な事情もあるので、弊害もあり、なかなか変わらない。議長がおっしゃるように、いずれ時間の問題だとは思いますが、水面下の動きはあるとしても、公に「変わりそう」という話は聞いていない。

委員：当院ですべてコロナ患者を診ていて、途中から信楽中央病院がコロナ病床を持ってくれたのは非常にありがたかった。感染症病床はもともと4床あったが、それを26床に増やすのさえ、相当な時間と改革が必要だった。普段の病床を急にコロナ病床に変えるというのは現実的には非常に難しい。

この議論の中で意識してきたことは、信楽中央病院は信楽町の中央にあるが、もう病院としての全てをまかなう必要はない。人口減もあり、特に急性期などは無理する必要はない。ただ、甲賀市の中で信楽中央病院だけが、機能的に「こういう人は、信楽中央病院に診てもらおう」というような、入院機能で特化するようなことが明確になれば、入院患者は集まる。日ごろの外来診療に関しては、総合診療の医師ばかりなので特に問題ない。そういう方向が一番うまくいくようなイメージを持っている。

質問だが、現時点で当直もされているということだが、信楽中央病院の医師の働き方改革に関して時間外労働は把握されているか。

事務局：時間外と年間の勤務時間は把握している。(時間外労働の制限基準となる)960時間には至っていない。

委員：960時間までいっていない？ああ、そうですか。

委員：今の説明を補足させていただく。何十年も前からの話を申し上げる。当初は自治医大卒の医師は3人で、他の医師は大学から来てもらっていた。その頃から、だんだん患者が増え、平日の夜に医師が病院を出られるのは9時。休日は当直以外の医師も朝9時過ぎには病院に来ておられた。いったん昼に帰宅されるが、それからまた夕方まで病院におられた。ほとんどの日がそういう状況だった。私の家の隣に医師官舎があり、休みの日に行かれる、帰ってこられるという姿を私はずっと見てきた。ただ最近は、若い医師の場合、働き方改革がある中で、割と早い時間帯に戻ってこられる。休日についてもだいたい家におられ、家庭サービスをされるとか、そのような働き方になってきたのではないかと見ている。

議長：その間は、アルバイトで埋めてもらって交代されているという意味か。

委員：どういう形で休日を回しているのかは分からない。当直医は全員がアルバイトではなく、非常勤の方も当直におられる。

資料にもアルバイトとの表現があるが、非常勤医だろうと常勤医だろうと地域の住民の命を守っている。それを軽々しくアルバイトという表現を使って良いのか。どのようにお考えか。

委員：アルバイトではなく派遣になる。

事務局：資料を修正させていただく。

委員：院長のコメントに「昨年度から夜間診療を計画していましたが、新型コロナウイルス感染症で頓挫しています」とある。先ほどの救急体制の話を含め、信楽だけでなく、例えば土山の鮎河地区などでも、救急で甲賀病院まで1時間くらい、甲南病院までも1時間くらいかかると思う。甲賀町の奥の方からも甲南病院まで30~40分かかる。

救急体制に関しては、補助金のことも含め、常勤医がおられる夕方の5時か6時くらいまでにして、夜間診療を頑張っていたら、水口や甲南などの工業団地へ通勤されている方々が地元に戻ってこられたときに、診療を受けられる状態にすることで、1万人の信楽町民の方が地元の病院で診てもらえる体制を作る。かかりつけ医として今後も病院を利用してもらえるように持っていくほうが、より重要ではないか。

今は、かかりつけ医という考え方が広まっているので、いかに地元の病院で地元の方を診ていく、長く診ていくというシステム作りを、方針の中に加えていくことが経営の維持につながると思う。

事務局：おっしゃっていることも大変よく分かる。ただ夜間の救急は、入院病棟があるので夜勤の医師が毎日一人は常駐しており、その医師が救急対応もしている。また「かかりつけ医的な救急」があり、そういう方たちを普段診ている医師からは「当院は夜間やっていないから違う病院に…と言うのは心苦しい」という意見も聞いている。

委員：開業医同様、信楽中央病院でも夜7時ぐらいまで開けて、信楽地域の働き盛りの方が、帰りに受診できるようにする…これは地域住民への啓蒙と言うか「この病院を支えるために、かかりつけ医として信楽中央病院を選んでください、病院を助けてください」という広報でも出さないと、そういう感覚はわからないと思う。小児科の医師を地域で助けるような動きが、どこかの地域であったと思うが、それと同じような広報の仕方もあって良いのではないかと思う。

委員：それは医療法に反しないのか。医療機関が出せる広報は、「医師が何人、診療科何々、時間はいつ」そこまでしか現状できないのではないか。「ここを選んでください」という表現はできないと思うが。

委員：ちょっと分からないが…「かかりつけ医機能を充実」といった内容で、信楽の住民に対して市が広報することは可能ではないかと思う。その代わり夜診を行わないといけませんが。

事務局：今、委員のおっしゃった医療法の部分は、かなり気になるところではあるが、広報等で「こういう診療科目をやっています」ということは可能。夜診は、今はコロナの関係で予防接種もあり実施できていないが、当然検討しており、市の広報紙等も使って、どんどん広報していく。

委員：夜診を考えると、極端な話かもしれないが、午前診をやめて午後1時から夕方の9時ぐらいまでシフトしてしまう。そうすれば、会社帰りに地元の人が寄って行きやすいのではないか。朝9時から他と同じようにやる必要があるのか、その辺も検討していただけたらと思う。

議長：気になるのは、入院の病床利用率が高くない。これで、患者が100%になってもいける看護体制は組んであるのか。

事務局：現状の看護師等の数では、満床の40床では対応ができない。看護師配置基準は13対1だが、現状では無理。24人しかいない。

議長：看護師やスタッフの数自体もバランスがよくないということか。

事務局：随時、看護師は求人募集しているが、応募がない状況が続いており、退職者分の会計年度任用職員を補充できない。

議長：スタッフ募集にも問題があるとの事。スタッフが揃っていればレスパイトもできるが、スタッフが足りなかったら無理かもしれない。ということは、病床稼働率だけの問題では済まないということ。

委員：リハビリ機能は何人ぐらいリハビリできるような現状か。

事務局：詳細までは分からないが、リハビリの理学療法士は現在2人いる。何人まで患者対応できるかは把握していない。

委員：入院患者のリハビリもされているか。

事務局：している。

委員：私はリハビリに通っているので事務局より詳しい。ほとんどが入院患者の対応をしているが、最近では外来患者も利用される。ただしリハビリ室は2階の病棟にあり、コロナ禍で病棟は面会禁止になっている。2階に上がられると看護対応が困るので、あまり一気にリハビリの外来患者を増やすわけにはいかない現状。

事務局：隣接する旧保健センターの1階をリハビリ室にしたが、その直後からコロナ患者が増えてきたので、今はそこを発熱外来にしている。そういう状況があり、なかなか受け入れができないが、今は改修を考えている。

委員：入院期間が長くなる方もいるので、信楽だけでなく例えば水口とか、信楽以外の方も受け入れて、リハビリができる機能があるかなということでお聞きした。

議長：看護助手は採用されているか。

事務局：看護助手は4人いる。

議長：その方たちは、患者に対して看護師に相当する仕事をされているか。

事務局：いや、看護師のフォローはしているが、基本的に患者には接していない。

議長：私が見たことのある大阪市の病院は、夜勤はほとんど看護助手がやっておられた。看護師と変わらないくらいベテランの看護助手がおられた。もちろん医療法に関わることはできないが、看護助手を訓練して色々やらせている。例えば地域の人が手伝っている病院も見たことがある。少し工夫があってもいいかもしれない。

委員：資料3-1、類似施設との比較を出してもらっているが、電子カルテかどうか分かるか。先ほど議長からの「カルテの共有」という話は、電子カルテが必須になるので。

事務局：この資料のデータからは分からないが、一つ一つ当たっていけば、ここにある21施設なら調べられると思う。

委員：非常に少ない病床で、実際に病院として電子カルテを導入されているのかどうかということがよく分からないので。

事務局：可能な限り次回までに調べる。

議長：長野県のある地域で、電子カルテを共有し、病院が多少離れていても一人の患者をいろんな病院が診ているケースを見学したことがある。すごく参考になった。長野のような厳しい地域でも分担しながらやっているのだから、研究してもいいかもしれない。

委員：色んな意見を頂戴する中で、まずは信楽中央病院の立ち位置について。特に信楽地域の病院という中で、平成16年の合併時には人口が13,500人あったが、それが10,700人まで落ち込んでいる。これは若い層が出ていって減っている。そして高齢者が残っている。病院に行くと、ほとんどは65歳以上の方で、さらに65歳を超えた子とその親を連れて来ている。あるいは高齢の一人暮らしの方はバスで来る。多羅尾、朝宮からバスで30分かかり、そのバスも1日に4～5回しかない。若い方は甲南病院、甲賀病院に行く。それらの方々をきちっと地域で守るために、信楽中央病院をどのように持っていったらいいのかは、もちろん経営の部分も含めて、トータルでこの審議会の中できちんと議論いただきたいと思う。よろしくお願いします。

議長：ありがとうございます。他に何か質問はあるか。

<質疑なし>

4. 今後の会議の進め方

議長：最後に議題4、今後の会議の進め方について、次回の日程を調整させていただきたい。

9月1日か8日の13:30-15:30で調整してよろしいか。

<異議なし>

議長：では、事務局で調整して連絡を。

事務局：本日欠席の委員にも確認し連絡させていただく。【調整の結果、9月8日に決定】

議長：今後、信楽部会と連携しながら進めていきたいと思うが、直近で信楽部会を開催する予定はあるか。

部会長：国のガイドラインやプラン作成について、部会員で情報共有したいと思うし、本日の審議内容も報告し、部会員の意見を頂戴する必要があると思う。事務局とも相談するが、まずは部会の前に現場の責任者である病院長にも考えを頂戴し、そこでまとめた内容を部会へ持ってい

く。その部会で出てきた意見をまとめて、次の審議会に報告を申し上げる。8月か7月をめどに部会を開催させていただく。いずれにしても、院長がどのようにお考えになるか、あるいは幹部職員の方、看護職も含めてどんな考え方をされるのかを十分に把握した上で、臨んでいきたいと考えている。

それから、参考資料2として院長私見に関する資料が配られたが、誤解を与えることのないよう、十分な事前調整の中で提出をいただきたい。

議長：部会が近々開かれる予定とのことで、今日の議論以外にも部会で協議いただきたいことがあれば最後に伺いたい。また事務局を通じてメール等で送っていただければと思う。

もし他に無ければ、細かいところはメール等で事務局や部会とやり取りしていただくということで、本日の議事を終了する。進行を事務局へお返しする。

司会：議長ありがとうございました。最後に田中理事からご挨拶。

理事：本日を含め6回の審議会にて、水口医療介護センターの役割、経営のあり方などについて意見を頂戴し議論を重ねていただき、本日の中間答申となった。市の果たすべき役割の明確化、水口医療介護センターの進む方向性について整理いただいたものと考えており、委員の皆様改めて感謝を申し上げる。

今後この答申について、議会や地元区長会へ説明し、広報紙を通じて市民へ周知するとともに、各方面からの意見をもとに市の方針を検討していく。進捗状況は審議会に報告させていただく。次から信楽中央病院の議論が本格化する。委員の皆様には、これまでと同様、活発な意見をお願い申し上げます。本日はどうもありがとうございました。