

生駒市病院事業推進委員会第30回会議会議録

1 日 時 令和6年2月10日(土) 午後2時00分から午後4時00分

2 場 所 生駒メディカルセンター 3階研修室

3 出席者

(1) 委員	奈良県立医科大学 疫学・予防医学講座教授	佐伯圭吾
	奈良県医師会代表 一般社団法人 奈良県医師会副会長	友岡俊夫
	生駒地区医師会代表 生駒地区医師会会長	有山武志
	生駒市医師会代表 一般社団法人 生駒市医師会理事	高田慶応
	市民代表	多原珠里
		松下千博
		中西枝緒里
	生駒市消防長	川端信一郎
	市議会代表 生駒市議会議員	伊木まり子
	指定管理者代表 生駒市立病院院長	遠藤清

(2) 事務局 【生駒市】小紫市長、山本副市長、吉村福祉健康部長、市川福祉健康部次長健康課長兼務、水澤地域医療課長、天野課長補佐、奥野主幹病院事業推進係長兼務、川口係員
【指定管理者】辻川看護部長、岸田事務部長、持田事務長

5 案件

(1) 諮問案件

・公立病院経営強化プラン(案)について

6 会議の公開・非公開の別 公開

7 傍聴者 5名

【事務局(市)】それでは定刻となりましたので、ただいまから「生駒市病院事業推進委員会第30回会議」を開催いたします。委員の皆様におかれましては、お忙しいところご出席いただき誠にありがとうございます。また、友岡委員におかれましては、リモートでの参加となっております。友岡委員、音声は届いておりますでしょうか。届いていましたら、挙手の方お願いいたします。

本日の会議は、全員出席いただいておりますので、「生駒市病院事業の設置等に関する条例施行規則第5条第2項」の規定により会議は成立しております。

また、本日の会議は、「生駒市の附属機関及び懇談会等の取り扱いに関する指針」第12

条の規定により公開しております。なお、議事録作成のため録音させていただいておりますので、ご了承お願い申し上げます。

それでは案件に入らせていただく前に、本日の配付資料について確認をさせていただきます。会議次第、公立病院経営強化プラン（案）、病院経営強化プラン（案）に関するご意見一覧表。なお、一覧表につきましては、誤字脱字等がございましたので、改めて本日お手元の方に配布させていただいております。本日の資料につきましては以上でございますが、全てお揃いでしょうか。

それと併せて、前回の第29回会議の会議録が出来上がりましたので、お手元の方に配付させていただいております。

それでは、これより会議次第2の「諮問案件」に入らせていただきます。「条例施行規則第5条第1項」の規定により、委員長が議長となりますので、ここからの議事進行は佐伯委員長をお願いいたします。

【佐伯委員長】皆さんこんにちは。本日はどうぞよろしくをお願いいたします。

本日は午後4時終了を目途に進めていきたいと思っておりますので、ご協力をお願いいたします。本日の審議は、前回「公立病院経営強化プラン（案）」について委員の皆様からご意見をいただきまして、その内容の修正や県との調整した結果を今回の資料とし、それを完成に近づけていくということになっていきます。ではまず事務局から説明をお願いいたします。

【事務局（市）】お手元の資料の方に沿いまして説明をさせていただきたいと思っております。

本日お配りしております前回会議の内容を入れました30回会議の諮問資料としまして、「公立病院経営強化プラン（案）」と「病院経営強化プラン（案）に関する意見一覧表」を、お手元にお配りさせていただいております。

前回の委員会で委員の皆様からいただきましたご意見と、奈良県から助言に基づき、前回お示ししました「公立病院経営強化プラン（案）」を加筆修正した内容のものとなっております。

なお、本日お配りしております「公立病院経営強化プラン（案）」の変更箇所につきましては赤字で記載させていただいております。

「病院経営強化プラン（案）に関する意見一覧表」については、左から質問者、該当する項目ページ、そしてご指摘いただきました事項、対応状況という形の整理をさせていただいております。説明につきましては、「公立病院経営強化プラン（案）」をもとにさせていただきますので、ご一読の方をお願いいたします。

それでは早速、お手元の「公立病院経営強化プラン（案）」の方をお願いします。まず1ページでございます。1ページ目の「1. 生駒市立病院経営強化プランの策定について」の箇所につきましては、修正箇所がございませんので、現状の通りとさせていただきます。

続きまして、「2. 役割・機能の最適化と連携の強化」でございます。お手元の資料3ページをお願いいたします。

委員より、「脳梗塞や心筋梗塞など、タイムリミットのあるような疾患で、間に合わなかった事例が多いのであれば、どう解決していくかまで書いておくべき」とのご意見に対しまして、脳卒中及び急性心筋梗塞など4疾病への対応については、生駒市立病院で対応できること及び具体的な連携先医療機関を明記するなど対応しております。

また、同じく委員より、「西和医療圏における市立病院の機能分担、奈良県総合医療センターとの連携について盛り込んでどうか」とのご意見に対しましては、西和医療圏における市立病院の果たすべき役割・機能、奈良県総合医療センターをはじめとする他の病院との連携について、【がんに対する取組】など4疾病3事業に対する取組としてわかりやすい表現とし、より具体的な内容となるよう記載を改めております。

また、「4大疾病について連携を図っていくと書いているが、疾病ごとの具体的な地域の医療機関の連携先を盛り込んでどうか」とのご意見に対しましては、疾病ごとに具体的な連携先を明記させていただいております。

また、その他ご質問に対する回答につきましては、意見一覧表にまとめてございますので、ご清覧をお願いいたします。

2の項目につきまして、説明は以上でございます。

【佐伯委員長】今日の会議は、1章ずつ委員の皆さんに見ていただいてご意見をいただいて、2章、3章と順番に進めていきたいと思っておりますけれども、まず1章の方は前回特にご意見がなかった部分で、修正も特にないようですが、皆さんいかがでしょうか。

よろしいでしょうか。友岡委員、大丈夫でしょうか。

それでは、2章に進めさせていただきます。こちらの方は、各項目について、ご意見があった部分だと思いますけれども、赤字で修正していただいている部分について説明がございました。修正の内容についてのご質問でありますとか、修正内容が不十分である点などご指摘いただければと思っておりますがいかがでしょうか。

【伊木委員】4ページのところに、脳卒中に対する取り組みのところで、「リハビリについても実施します」というような内容を追加されているのですが、今策定中の奈良県の保健医療計画の方ではリハビリテーションの1, 2, 3という、リハビリテーション料を算定している病院が掲示されていますけれども、市立病院はどこにもあがってないのです。その辺は外科もあるし小児科もあるのでと見ていたのですが、人員なのでしょうか、設備面なのでしょうか。どうしてあがておられないのかと思って、お聞かせいただければと思います。

【事務局（指定管理者）】あがっているとはどちらにあがっているのかわかっていないのですが、脳血管疾患リハビリテーションにおきましては、脳血管疾患リハビリテーション料2

という基準をとらせていただいております。理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、全て揃った形での基準を取らせていただいておりますので、その部分調べさせていただいて、掲示等ができるのであれば、掲示ができるようにさせていただきたいと思います。

【伊木委員】私の間違いかもしれませんが、2にも入っていなかったなと思って、質問させていただきました。

【佐伯委員長】今のご指摘はこのプランの方に書き加えるべきだということではないのでしょうか。

【伊木委員】そうですね。そこの整合性がどうなっているのかと思い、聞かせていただきました。

【佐伯委員長】他の点についていかがでしょうか。

【伊木委員】6ページに【災害時医療に対する取組】というのが加わりましたけれども、これは今回の能登半島の地震をという意味で書かれたのでしょうか。確か、県の地域医療構想、平成28年には災害はなかったかもしれませんが、どういう意図でここに入ったのかをお聞かせ願いたいと思います。

【事務局（市）】元々、公立病院経営強化プランにおきましては、この災害時医療についての事項を必須とはしておりませんが、市立病院は免振装置を備えていまして、震度6レベルでも建物被害が起きない状況をつくりあげています。その点は生駒市の病院として、特に特徴的であるところを掲載しております。

【伊木委員】別に掲載に反対という意味ではございませんので、ありがとうございます。

【佐伯委員長】他にいかがでしょうか。

【高田委員】前回の会議のときに有山委員から、在宅療養後方支援病院を取ることを目指すのはどうかという提案があったのですが、それについては記載もなく、支援が行えるように取り組んでいきますという文言にとどまっているのは、支援病院を取る予定はないというのか、取るつもりはないということでしょうか。

【遠藤委員】前回もお話したように、実際その資格も取れるところまで来ていますが、経営的にそれを取らないと経営が厳しいという状況でもないと言うとちょっと言い過ぎですけ

ど、それを取らないというのが今のスタンスです。ですので、高田委員が言われるように例えば、それを取らないとその箔としてよくない、申請をして認めてもらってやった方が良いという考え方も確かにあると思うのですが、実質上もう既にそこまでいっているの、目指すとか目指さないということではなくやっていますので、それをどういう表現にしたらいのかわかりませんが、ここに載ってないという意味は、やっていないとか目指さないという意味ではなくて、もう既にやっていると捉えていただければと思います。

【高田委員】あえて申請を出さないというのは、何か申請を出すデメリットがあるのでしょうか。

【遠藤委員】患者の支払いが何千円か増えるということが一番です。この間も少しお話しさせていただいたように、そういう負担がない医療を、僕が目指したいなと思っているところもあるので、そういう考え方が正しいかどうかは今わからないですけれども、今はそういう形でやっております。

【有山委員】在宅療養後方支援病院を取ると金銭的なこともありますけれども、実際の流れとしましては、患者に何かあったときに入院できる病院として市立病院の登録をして、定期的に例えば3ヶ月に1回、かかりつけの私達と病院とで情報共有をして、何かあったときは市立病院に入りますという患者とのお約束ができるわけです。

「今、既にやっています」と言っておられますけど、こういうシステムを使って登録しておくことによって、地域の住民の患者の安心というのはさらに増すと思うのです。そういう意味で開業医の我々も、いざとなったらすぐ情報を持っていつも提供しているので、速やかに市立病院に入院できるというようなシステムを使っていくと、安心感が違うと思うので、そういうシステムを利用される方がいいのではないかと考えております。

【遠藤委員】先ほども言いましたが、今、ほとんど断らない医療を展開していて、介護施設であったり、在宅の医師であったり、そういう方たちと外来を通さずに入院させるというようなシステムとしております。患者もそういうシステムの中で安心感が高まるということであれば、考慮していくべきものかなと考えておりますし、もっと診療所の医師の皆さんと個人的にというか病院的にというか、近い関係になるのは望ましいと思っているので、その連携ができればと考えています。

【佐伯委員長】一つ質問ですけれども、在宅療養後方支援病院になっていてもご本人やその主治医である診療所の医師との話し合いで、この患者には適用するとか、この患者には適用しないとか、そういう個別に選ぶことはできるのでしょうか。

お金の部分が大きくなるのと、その安心感の部分のどちらかを取るかという話だったと

感じたのですが、そういうことはできるのでしょうか。それとも、それを標榜していたら必ず請求しないとイケないのでしょうか。

【事務局（指定管理者）】実際、登録をする患者に対して請求させていただくということになるのですが、登録をしているにもかかわらず請求しないとなるとその区別化が全くわからなくなりますので、やはり登録をすれお支払いいただくという形になります。院長も言いましたが、今、依頼のあった患者に関して、全て受け入れるという体制を捉えていただいておりますので、全ての患者を受け入れる中で費用負担がなるべく上がらないようにということを進めさせていただいております。

【佐伯委員長】患者によっては、この病院で必ず診てもらえるという確証が欲しいから登録をするが、実態はほとんど断らず診ていただけるので、自己負担が少なく登録なしで連携しましょうかと言って、それを希望する患者の場合は、登録しないで請求しないで、従来通りの連携で診ていただくという選択肢は残っているのですよね。

あともう一点は、今のその具体的な病院の指定を受けているとか、そういうようなことを具体的に記載するべきものかどうかということかなと思うのですが、実際その文章上では連携をきちんと図ると書いてあって、そこで実際きちんとそうならいけば良いと思うのですけれども、その部分を在宅療養支援病院を取ってやっていくということまでこちらの文章に明記するべきかどうかということについてはいかがでしょうか。

【伊木委員】有山先生に確認させていただきたいのですが、やはりそういうのを取っておかないと、診療所の医師と市立病院との情報共有などがやりにくいということなのでしょうか。

【有山委員】このシステムでいくと定期的に情報共有する機会がいきますので、そういう意味では迅速に治療に繋がるという安心感があります。でも登録してなくて情報がわからない、例えば、市立病院は「やまと西和ネット」に入っているから確認に行けば診療所のデータもすぐ見ることはできますが、まだまだ「やまと西和ネット」が十分に広がってないので、情報を素早く見るということでは、登録して定期的に患者の細かい情報共有をしておく方が、皆さんにとっても有益かなというふうに思います。

【伊木委員】そうしましたら、患者のメリットとしては、費用負担が少なくなるようにという遠藤委員のお考えと、それから、有山委員の方では定期的な情報共有ということで、在宅療養後方支援病院という決まりとは別に、情報共有の機会を市立病院の方で独自に作られたら大丈夫ということでしょうか。有山委員のお考えを教えてください。

【有山委員】イメージが湧かないです。

【遠藤委員】多分その大きなところですが、まだ市立病院が医師会に正式に入っていないので、なかなか情報共有のところが難しいというのが根本にあると思います。なので、このシステムを使うということも大事ですが、やはり私達ももっと努力をして、医師会の医師ともっと関連を持つためには医師会に入会して情報共有をしていくというのも、在宅療養後方支援病院を使うということもありますけれど、一つの大きな手段じゃないかと思っております。

【有山委員】今言っている情報共有というのは、患者の個人個人の病状などの情報共有のことを言っているのですが、医師会に入っている、入っていないはそこには関係ないと思いますけれども、患者の日ごらの状態であったり投薬している薬の内容であったり、情報共有を定期的にするということで、リアルタイムでというわけではないですけども、伊木委員がおっしゃるようにそれを日頃からやっておいたらと言っても、いろんな患者がいるので、全ての患者にそういう情報共有することはなかなかできないので、私としてはイメージが合わないのですが、こういうシステムがあるのであれば登録をして、その方に関して情報共有するシステムを使っていけばいいのかなと思っているわけです。

【遠藤委員】最初に言ったように、私の考えは一つですけど、やはり有山委員が言われたようなそういうメリットがあるとか、あとは病院として登録することによってそれを知っている患者は「私も入りたい」という、いろんなメリットがあると思うので、そこに関しては目指していないわけじゃなくて、もう実際に十分そのいろんなシステム、院内のシステムとしてはできておりますので、あとはそれを申請するという形だけかなと思っておりますし、またそれは考慮していこうと思います。

【佐伯委員長】希望する患者あるいは希望する診療所の医師がおられて、このシステムに乗って、最小限このこれぐらいの頻度でこういう情報共有をするというルールでやることで希望する患者は適用するし、従来通り具合が悪くなったからお願いしますという紹介状で、通常通り在宅から入院という場合も両方ありという状態を作るという意味で、在宅療養後方支援病院のことは前向きに検討されるということによろしいですか。

【遠藤委員】申請の問題だけだと思います。

【高田委員】国が推進している保険診療所のシステムではあるわけで、遠藤委員が院長という今の体制であれば、そのまま行くかもしれませんが、今後、今の経営陣執行部が変わることがあったときに手を引くということが万が一あった場合に困るわけです。申請を出す

ということで申請登録している場合には、ある程度そのやるということを表向きに看板として出すという、法的に出すという標榜になるわけですから、それはある程度一定の補償になるのかと思います。病院としての将来計画として将来にわたってそういうことをやっていくという担保になるのかなという意味では、やはり目に見える形にすることは大きなことかなと思います。やはり国が認めていることですから、公的な病院としての責任とか標榜するという意味合いは、表向きの看板としてははすごく大きいと私は考えますのでまたご検討いただければと思います。

【事務局（市）】色々ご議論ありがとうございました。今、高田委員がおっしゃったことに関しましては、まず生駒市としても在宅医療をしっかり進めていくということと、各診療所の医師と市立病院の連携は、やっていかないといけないことだと思いますので、それは市立病院の体制がどうあろうが当然のことです。市立病院にも強く求めていくというところはご理解いただきたいということと、もう一つこの在宅療養後方支援病院につきましては、市も各診療所の医師や福祉介護の関係の事業所も入っている医療介護連携ネットワークの中でも在宅医療の部会というのが立ち上がり、これをしっかり進めていこうと議論をし、進めています。事例もたくさん増えていく中で、こういう病院を標榜することで、より連携が進むということになれば、前向きに検討していくのも当然考えていくことだと思っております。

一方で、先ほどの患者の経済的な負担のことも一定あることですが、それを上回ってこれを標榜するメリットが出てくるのであれば、前向きに検討していきたいと思っております。

また、先ほど遠藤委員の、医師会に入る、入らないという話も、これも全く無関係でもないと思っていて、その診療所の医師が、市立病院とこの在宅医療に関して、その医師会に入っていない市立病院に繋いでいくのがいいのかどうかで、多少なりとも影響はあると思っております。医師会にかけのお話と、この在宅医療のあり方と完全にリンクしませんが、そこも含めいろいろなご議論をさせていただきたいと思っております。

市立病院もこういう体制をとっているお話がありましたが、市としても在宅医療を前に進めていくと、そのために市立病院と医師会、そして患者との連携を前向きに考えていくお約束をさせていただきますので、先ほど申し上げたように在宅療養後方支援病院を取るメリットの方が上回る状況になっていけば、今もうそういう状況になっているのかも含めて、院長、医師会の医師とも議論して考えていきますので、ご理解いただければと思います。

【佐伯委員長】議論を総合しますと、今回のこのプランの文章の中に、その具体的にその後方支援病院のことを記載するのではなく、でも、それを受けて、積極的に議論していただくということになろうかと思いますが、皆さん、それでよろしいでしょうか。

【高田委員】8ページの「医療機能や医療の質、連携の強化等に係る数値目標」のところで、

この紹介率が35.0%、逆紹介率が20.0%というのは、地域の中の病院としての水準としてはいかがなものかというのは正直少し感じます。実際に市立病院として公的な病院としては、地域医療支援病院が承認されてしかるべきポジションにあるのかなということをやはり目指すべきかと思うと、やはり紹介率は65%以上とか、逆紹介率が40%以上というのが基準になるわけですから、あるいは紹介率50%だったら逆紹介率が70%、やはり地域医療支援病院を目指す、そのための目標としてこの紹介率、逆紹介率もそれに合わせた目標を立てるってというのは、少なくともプランとしては考えていただきたいし、考えるべきことかなと思うのですがいかがでしょうか。

【遠藤委員】まずプランとして考えるというのは高田委員がおっしゃられるように最も大切で、ただ現状、例えば今年度、昨年度と、有熱外来や紹介の患者でない患者の数がどうしても多い病院ですので、紹介率を上げるという部分になるとそういった患者に対する考え方を変えないといけないのかもしれないのですが、本当に一般の方を診るということを本質にして、救急も断りませんし、そういう感じでやっていると、紹介の数がどんどん上がるようには考えられないので、目指していくことは目指していきませんが、そこにはやはり診療所の医師の皆さんとの連携を私達も努力していかないといけないかと思っておりますので、掲げるのは全然難しくないと思うのですが、あまりにかけ離れた目標を立てるのもどうかというところは、多分これを見て思います。ただ、実情はもっと上がってくるとは思いますので、そのときに見直していくという形でどうでしょうか。

考え方ですけれども、例えば40%で、もうこんなに離れているという目標値よりは、少しでも達成可能なぐらいのところをと思うのですが、それはどうでしょう。

【高田委員】すぐにでも、という話ではなく、将来的にこの令和9年度までに達成する目標ではなくても、先々、地域医療支援病院を目指すつもりがあるかどうか。そのための準備としてのこの5年間を考えるのか、もうそこは考えないのかというところは、ある程度方針としては決めていただきたいところですが、紹介率は確かにいろんな要因で上がらないことはあり得るのですが、逆紹介率はやはり明らかに低いと思うのです。要は20%のまま推移するという事は、来た患者をそのまま抱え込んでいると捉えかねない値ですので、紹介率は低くても逆紹介率はそれなりに高いということが目指せない地域の中での病院としての機能ということで全部抱え込んだままずっと持っている、結局、外来が回らなくなってきた、本来の病院としての機能ができなくなっていく。それを地域の診療所でうまく連携をとっていくということでは、目標としてこの20%で留める、実現可能な数字であるのかもしれないけど、もう少し前向きな、目標ですから方向性のある程度わかりやすい形を出していただいた方が、プランとして、要は景気強化にも繋がるのだと思うのですがいかがでしょうか。

【遠藤委員】確かに、9年度まで変わらない目標になっていますね。逆紹介に関しては、例えば私が診たコロナの患者は全部逆紹介の紹介状を書いています。

当院で抱えるということではなく、患者を逆紹介しようという動きはしています。それをこの数字で表すと例えば5%ずつ増やすとか10%増やすとか、ここは、少し修正できるのかもしれないですが、それも地域の医師とのいろんな交流を持たないと、やはり顔の見える関係をもっと築いていかなければいけないかなと思っていて、何とかそういう場を多く持ちたいということで個人的に訪問させていただいていますけれども、全部を回るのはなかなか難しく、どうしても紹介される医師は限定されてくる感じで、それは市立病院に対する信頼感かもしれませんが、やはり個人的に知らないところには多分送らないのだろうなというのがありますので、もっと交流できる場ができたかなということもありますし、それができないとこういう計画にも数字として現れるのかなと思います。

【事務局（指定管理者）】平成6年度からの数字は上向きな数字を記載していきたいと思えますので、修正させていただきます。

【事務局（市）】今、遠藤委員からもありましたが、私も高田委員と同じことを昨日職員と話していました。色々な要素があるのはよくご存知かと思いますが、市立病院の中での色々な手続や、体制もさらに強化していかなくてはと思いますし、先ほど遠藤委員から在宅の話にも繋がるかもしれませんが、市立病院と連携する診療所、病院の数が少しずつ増えていますが、あまり大きく増えていない。特に市内の診療所。そういう意味では医師会の話も繋がってくるのかもしれませんが、市立病院の方でもコロナ禍で停滞していた各診療所等の訪問や意見交換などを、きちんと加速させ、しっかりと各診療所の先生方とお話をさせていただき、医師会のお力もいただければと思っております。紹介率が上がってくれば逆紹介にして戻していくこともしっかりと市立病院の方でやっていきたいので、この数字を市としても、紹介率も逆紹介率ももっと上げていきたいと思っています。今の時点で実際に逆紹介している患者の数が、市内の病院の中で少ないわけではなく、圧倒的に一番多いのですが、高田委員がおっしゃった地域医療支援病院を目標としてやっていく意味では物足りない数字だということも事実です。医師会の皆さんへのいろいろ市立病院のご指導ご支援いただきたいと同時に市立病院も努力をしていくことで、意気込みがわかる数字にはきちんとしていきたいので、ご支援もよろしく願いできればと思っております。

【佐伯委員長】地域医療支援病院の要件には、逆紹介と紹介率以外にも、検査機器の共有とか、あるいは地域の医療従事者の教育のこともありますので、交流の機会が増えていったら良いのではないかなと思います。これは感想ですけども、よろしく願いいたします。

それではこの表中の目標の数値を変更していただくということでよろしいでしょうか。

では、次に進めていきたいと思えます。この2章について他にありませんか。ないよう

すので、3章に進みます。3章は「医師・看護師等の確保と働き方改革」になります。それでは、修正点の概要について事務局からお願いします。

【事務局（市）】続きまして3章「医師・看護師等の確保と働き方改革」のご説明をさせていただきます。10ページをご覧ください。

委員より、「若手の研修医が来て、戦力になるかという、指導しないといけないので、病院の負担が増える方が危惧される。若手医師の確保が期待されるという表現は良いが、危惧されることもあるのではないか」とのご意見がございました。

また、奈良県医師・看護師確保対策室からも、「もう少し具体的に医師確保の取組について記載できないか」また「研修プログラムの充実、指導士の確保等で若手医師のスキルアップを図るための環境整備に関する取組を記載すべきではないか」との助言がありました。これらを踏まえ、該当箇所を赤字で記載させていただいております。

次に、奈良県医師・看護師確保対策室より、「国における医師偏在対策や奈良県医師確保計画を踏まえ、もう少し具体的に取組の概要を記載できないか」との助言につきまして、指定管理者グループでは、医師・看護師を含む全職員の休日数や賃金の見直しなど、具体的にやっている政策を、赤字のとおり記載させていただいております。

続きまして「(2) 医師の働き方改革への対応」の箇所でございます。奈良県医師・看護師確保対策室より、「オンラインツールの導入」について、医師の働き方改革にも繋がっていることから、「医師の働き方改革への対応」においても記載しておく方が良いのでは」との助言がございましたので、改めて追記しております。

また、医師の働き方改革への対応につきましては、「タスクシフト・タスクシェアだけでなく、適切な労務管理の推進、ICTの活用等により医師の時間外労働の縮減を図るよう記載されていることから、その他の取組についても記載するよう」とも助言がありましたので、(1)で追記した内容を前提とし、新たに赤字部分を追記しました。

これを踏まえまして、15ページ以降にございますが、デジタル化への対応につきましても、デジタル化の推進が働き方改革に繋がっている旨追記いたしました。

次に11ページ、「医師の労働時間の状況」でございます。委員より、「働き方改革における市立病院の今後の水準について追記してはどうか」とのご意見及び奈良県医師・看護師確保対策室より、「960時間超の時間外・休日労働時間をどのように解消するかを踏まえて記載すべき」との助言に対しまして、宿直・日直勤務に係る申請が受理されたことにより、これまで全て時間外勤務としてカウントされていた時間が、宿直時の対応時間のみカウントされることとなり、市立病院における時間外・休日労働時間が年960時間を超えることはなくなる見込みとなりましたので、赤字のとおり修正させていただいております。

3の項目につきまして、説明は以上でございます。

【佐伯委員長】それでは3章について、ご意見をいただければと思います。

【高田委員】労働時間の状況に関してお伺いしたいのですけれども、労働時間の把握状況しか記載されていませんが、労働時間というのはどのように今把握されているのでしょうか。

【遠藤委員】労働時間の把握というのは、通常の勤務時間とそれ以外は全部時間外っていうこと、そして病院には当直がいますので、それを今まで全部時間外として計算していましたが、それを全部ではありませんが、宿直・日直という形に変更できましたので、そこは時間外にはならず、患者を診た場合に時間外が発生しますので、計算できるようにしています。

【高田委員】その時間はどのように把握することになるのでしょうか。本人の申請ですか。

【事務局（指定管理者）】出退勤は電子カルテのシステムの中でやっております。宿直中に呼び出された場合については、医師からの宿直日誌の中で、どういう患者に何時から何時までこういう行為をしたという届け出を出していただいております。後程、秘書の方でも確認をしております。

【高田委員】実際に時間外の把握はなかなか難しいところはどここの企業もあるのですが、やはりいろいろ問題にはなってきています。コロナ対応受入病院なんかもそうですけれども、どこまでが勤務なのか、その見極めが非常に難しいというところもありますから、電子カルテで動いてなかったとしても仕事であったりする場合もあるわけです。勤務をしているはずなのにその時間を勝手にカットされるとか、きちんと把握するということと、それがきちんと把握されているのか。例えば、病院の中には、看護師でも、師長がここからは時間外じゃないよと暗に言うことがあるようなことを聞いています。きちんと労務管理ができていのかどうかを病院以外の第三者が定期的にチェックするようなシステムというのは、あった方がよいのではないかと思います。その方が、働く者にとっても安心して働けるので、新しく入ってくる人も安心して来てくれるのではないかということが一つ。それから、もし何らかのことでトラブルがあったり、疑問があったりした時に、事務や院長に言うのは非常にハードルが高いわけです。そうでなくて、第三者に労働問題やお金のこと、それからハラスメントのこと、そういうことをきちんと受付ける窓口を作ってそれを公表するということも考えていただいたら、労働環境の改善に繋がるかなと思うのですが、いかがでしょうか。

【遠藤委員】時間外に関してのチェックですが、実際、市立病院では、医師に関してだけですが、30人弱しかいないので、その中で960時間を超える人はほんの数人です。その人たちには個別に話をさせていただいております。これは時間外として、これは時間外でなくて自己研鑽ですという話を、個別にやっております。ただ、高田委員が言われるように医師が増えていく中では、普遍的な法則が必要でしょうし、働き方改革がまだスタートしていませんので、いろんな病院のやり方を参考にしながら決めていこうというのが今のスタンス

です。あと、外部の者がそのハラスメントをチェックしていくという形に関しては、外部とは言えませんが、ハラスメント委員会というものがあって委員長もおります。グループの本部にも本格的なハラスメントの対策室がありまして、逆にそこから院長に対してのその指導や聞き取りが来ることもあると聞いています。色々なハラスメントに対して段階的にチェックできるようになっていると思います。

【高田委員】第三者のチェックというのはあってもよいのかなと思います。労務局が入ってくると大変なので、そうじゃなくて社労士なのか市役所できちんとそこできているのかどうかをチェックするなり、お話を聞く第三者のチェックというのはあってもいいのかなと思うのと、徳洲会には言えないこともあるかもしれないので、市役所内かそこ以外で、徳洲会と離れてきちんと話を聞きますよというところ、特に労働時間に関しては、やはり保障しておいてあげるというのはあってもよいかなと思うのです。そういうところはそんなないと思うだけに先進的な取組でこんなことをやっていますということは、今後将来に向けてのアピールかなと思うのですがいかがでしょうか。

【事務局（市）】市立病院の中だけで完結しない、相談しにくいものをグループ病院に相談できる、それを市立病院でどれだけきちんと1人1人のスタッフに周知するかというところも課題だと思いますけれど、第一歩の取組としては、プラスと思います。その先に市の方というようなことは、また考えたいと思いますけれども、おそらく制度の方もバタバタで今動いていて、ましてやその運用になると国全体がいろんな動きがあるところだと思いますので、高田委員がおっしゃることも検討しますし、あと国の動きもまだ、運用も含めたら、いろんな指示とか見解・解釈が出てくると思いますので、その辺りも見ながら、また当然、他の公立病院や公立病院で指定管理にお願いしているところとも話をして、より良い形でのこの労働環境の確保・働き方改革を進める道というのは考えていきたいと思っておりますので、ここは広く考えていろいろ検討の時間をいただきたいと思います。

【事務局（市）】補足説明になりますが、この度宿直・日直申請の許可を取っていただいて、その許可を取ること自体が、労働基準法に基づく労働基準監督署への申請という形になりますので、そこで決められた実地調査までして、ヒアリングを受けて取得いただいておりますので、それがしっかり守られてないということは、当然、職員の方から、労働基準監督署への通報や相談になるのが一般的な流れだと思います。それがいわゆる高田委員がおっしゃっていただいております、法に守られた第三者の相談先だという認識があります。

【高田委員】労働基準監督署に言いに行くのは結構勇気がいるのです。全面的に対決するつもりでないとなかなかそこへは行かないし、行ってしまったら、もうそれこそすごい騒ぎになってきますし、場合によっては、誰が言ったのかという犯人探しじゃないですけど、そう

いうふうになりかねない風土というのが日本には少しありますよね。公益通報制度なんかでも、それをして逆に退職に追い込まれた人なんていう話をお聞きますから。だから、そういうのに繋がる前に、安心して相談できる労働時間、賃金、環境を含めてできる場所があると、働きやすくなるのではないかなという思いです。ただ最終的にはそこになるのだとは思いますが、明らかにおかしかったら行きますけれど、制度的にどうなのかというモヤモヤや納得いかないことを第三者に相談して、制度的にはこうなるのですと説明を受けることができれば、納得して安心して働けるというところはあるのでしょうか、ずっとモヤモヤを抱えながら働くと、そういう積み重ねが退職に繋がりがねないわけです。退職者を減らすというのはとても大事なことだと思うので、どんどん中途退職者が増えることは経営的にはかなりダメージがありますから、ご検討いただければと思います。

【佐伯委員長】3章は皆さんよろしいでしょうか。それでは4章「経営形態の見直し」について、事務局からご説明をお願いいたします。

【事務局（市）】4章でございますが、既に指定管理者制度を導入済みでありまして、国の方で求められております経営形態の見直しに関しては行わないと赤字部分の文言を改めて明記しております。

【佐伯委員長】こちらの点でご意見ございませんでしょうか。

それでは続きまして、5章「新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組」について、事務局からご説明をお願いします。

【事務局（市）】次続きまして、13ページになります。5章「新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組」でございます。

こちらにつきまして、奈良県地域医療連携課より「今後の感染症対応について、発熱外来についても方向性を書かれてはいかがか」との助言がございました。これを受けまして、現状と同様にパーティションでの隔離を継続していく予定としておりますことから、「院内待合ではパーティションを使って他の患者から隔離していますが、通常診療として実施しています。」と追記させていただいております。

また、推進委員より「新興感染症対応として、「第一種協定指定医療機関」の協定について、奈良県の方に確認しておくよう」ご意見がございました。奈良県に確認をいたしましたところ、「令和6年度中に全ての公立病院と締結事務を行う予定であり、この件については、本プランへの記載は求めている」との回答を得ましたことから、赤字の通り、文言の修正という形で終わらせていただいております。

【佐伯委員長】こちらの章について、ご質問あるいはご意見をお願いいたします。

【高田委員】経営強化と直接関係ないかもしれませんが、新興感染症の感染拡大になった場合に、県との調整に基づき体制確保を目指しますというように書いてあるのですが、市の中の拠点病院であるということを考えると、もう一步踏み込んで、例えば、行政と積極的に情報交換を行って感染対策に臨むという。要は、受身で自分のところだけで病床確保して、「来られた患者を診ますよ」という以上に、もっとその行政、特に保健所や県と情報交換を行って、スムーズな医療体制の確立を目指していくということも、直接経営とは関係ないのですが、感染症の爆発のときに、そういう方針というのをはっきり打ち出しており、当然されると思うのですが、混乱期のときに保健所との意見の意思疎通がうまくいかなかった事例もあるというような話も聞きましたので、そういうところは今後の課題としてきちんと受けるだけじゃなくて、積極的に行政ともっと意見交換をし、情報提供していくということを明記していただくことも必要なかと少し思いました。

【遠藤委員】当院は公立病院ということで、県の新興感染症、今は新型コロナウイルス感染症ですけれども、県から指示が出るという繋がりになっています。それをここに書くかどうかではないかなと思うのですが、具体的に言うと今コロナのフェーズが2になって、重症まではいかないけども、中等症2という方が入院する5床の確保を県が決めているのです。それは県の政策の中で決まっているので、それをここに書くというのはどうでしょう。

【事務局（市）】遠藤委員がおっしゃっていただいたところは、最後の3行「奈良県等との調整に基づき」というところに含まれていると認識しております。

【遠藤委員】高田委員が言われるように保健所とか市とか、地域に対しての役割だったり、何か考え方だったり、市から出してもらおうということができるといえるのか、する方がいいのかどうか、私個人では判断できないのですが、県でもう決まっているかもしれないので、自分でこの地域の中の市立病院として動いていいのかどうかというのは県の担当に聞いてみるともしかしたらわかるかもしれないのですが。

【高田委員】コロナのことじゃなしに、次のアウトブレイクに対して行政とも積極的に情報交換をしていって対応していくという。言われたことをそのままするだけではとどまらない姿勢というのを示してもいいのかなと思います。経営に直接関係ないことですので、あえて書く必要もないのかもしれないです。

【事務局（市）】高田委員がおっしゃる通りですが、記載するののかもありますが、病床とかコロナだけでなく、今後の感染症に当然備えておかないといけない意味で書いています。県との関係がまずは一時的にあると思いますが、結局後ろにあるような検査体制等は医師会の先生にも大変お世話になり、市立病院でもやっていただき、市の方でも必

要な調整はしてきました。足りない部分もあったので、今後の新興感染症のときにどう反省を生かせるかは中でも検討しております。高田委員がおっしゃった内容は市の方でもそういう認識で対応することをご理解をいただければと思います。

【佐伯委員長】次にどんな感染力があって、どのぐらい死亡率の高いがくるかわからない、そういう目で見たらこの後ろの3行はそういうように読めます。調整というのは、そういう感染症の性質について情報交換して、ゾーニングというのはどのように感染拡大を防ぐかという手立てが、感染力やウイルスの性質によって変わってきますし、それに応じた検査を作ってどこがどれぐらいやるかという話なんだろうと、考えたらそういうふうにも読めるのかなと思います。

それでは6章「施設・設備の最適化」について、事務局から説明をお願いします。

【事務局（市）】続きまして15ページ、6章「施設・設備の最適化」の項目でございます。

(1) 施設・設備の適正管理と整備費の抑制につきまして、委員会より市の財政負担についてのご質問がございましたことから、より詳細に理解していただけるということで、赤字のとおり表現を改めさせていただいております。(2) デジタル化への対応でございます。委員より「緊急時の読影などオンラインを活用することにより、例えば放射線科医師の働き方改革なども、より進んでいくのではないかとのご意見がございました。

オンラインツールの導入にあたっては、セキュリティが確保されるならば、利便性が向上する取組であることを踏まえ、デジタル化への対応につきまして、全体的な表記を改めました。

また、デジタル化の推進が働き方改革に繋がることにつきましても追記しております。

委員より「電子処方箋に係るシステムについて記載すればどうか」とのご提案をいただきました。これを受けまして奈良県に確認したところ、国のデジタル化推進の通知が近々発出される模様とのことでしたので、現時点では、「国等による医療部門におけるデジタル化の更なる推進の政策を受け、セキュリティ面に留意しつつ対応していきます。」としています。

【佐伯委員長】この章についてご説明したら、よろしいでしょうか。

それでは続きまして、16ページ、7章「経営の効率化等」についてご説明をお願いします。

【事務局（市）】「経営の効率化等」でございます。奈良県市町村振興課より、目標達成の取組について、プラン期間中の各年度の収支計画を記載するよう助言がありました。これを受けまして、18ページ及び19ページに計画期間中の収支計画を新たに病院事業会計分及び指定管理者分をそれぞれ記載させていただいております。また、この記載を受けまして、

16、17ページの数値目標の数値を見直したところでございます。

なお、経営指標に係る数値目標等につきまして、毎年度指定管理者である医療法人の精査を受けた後に、生駒市市立病院管理運営協議会で示されるものでありますことから、あくまでも令和6年度以降の数値につきましては目標値という形で掲載の方をさせていただいているところでございます。

続きまして20ページ「経常収支比率に係る目標とその目標達成のための具体的取組」の項目でございます。

こちらにつきまして、奈良県市町村振興課より「その他収益改善や費用削減の取組があれば記載してはどうか。」との助言に対しまして、収支を悪化させる内容について、①及び③の項目の対応方針を新たに追記しております。

また、奈良県市町村振興課より、「受診控えの対応方針」につきまして、プラン期間中の患者数がどう推移し、収入等にどう影響して経常収支が改善していくのかが明確になっていないことから、具体的な取組を記載するよう助言があったところでございます。これを受けまして、先ほどご説明させていただきました「収支計画」につきまして、病院事業会計分及び指定管理者分はそれぞれ記載するとともに、経営指標数値見込の前提である患者数につきましても、文言的に補足するため、21ページの赤字のとおり追記したところでございます。

【佐伯委員長】こちら、7章についてのご質問あるいはご意見をいただければと思います。いかがでしょうか。

それでは最後、8章「経営強化プランの点検・評価・公表」でございます。

【事務局（市）】こちらにつきましては、委員の皆様及び奈良県の方から得にご意見もございませんでしたことから、前回案の通りという形で今回も記載の方をさせていただいております。

【佐伯委員長】こちらについてはいかがでしょうか。

市民公募として参加いただいている委員の皆さん、感想なども含めて、1から8章通じてのご意見でも結構ですので、一言ずつお願いします。

【中西委員】少し戻らせてもらってよいでしょうか。8ページの(3)の機能分化・連携強化というところで、市立病院は急性期の病院ということで位置づけられていますので、例えば急性期を脱した方はリハビリメインであったり、療養型の病院に転院される方もいらっしゃると思うので、急性期の近畿大学奈良病院や奈良県総合医療センターとの連携というのはすごく書かれてあるのですが、入口のところだけでなく機能分化という部分では、その後転院されるそれ以外の病院との連携という部分もあったらいいのかなと感

じました。

あともう一点、働き方のところで、こちらはこの入口の部分はずごく積極的に書かれているのですが、やはり定着するということところが一番大事なので、市立病院は緊急入院も多かったりしてハードだということ聞いております。スタッフは「残業を減らせと言われても、減らしたいけど業務量がありすぎて減らせない」というのが実情だと思います。業務量をどのように減らしていけるのか、常勤で働いている人たちがどのぐらい大切に働きやすい職場としてされているのか、忙しさもそうですけど、スキルアップができるような職場であるということや、あとは業務量が多いのは入院が多いからということであれば、例えば入院支援センターがあるとずいぶん違うと思いますので、そういった定着できるような職場であるということのアピールがあればすごくいいのかなと思います。看護師のネットワークもたくさんありますので、口コミでいろいろ情報が入ってきます。そういった現場であるということが広がっていけば、定着率もかなりよくなるのかなと思います。

【佐伯委員長】1点目は8ページの急性期を過ぎた慢性期の患者に対しての連携についてももう少しと具体的に書いたらどうかということによろしいでしょうか。

【遠藤委員】書き方の問題ではないかと思いますが、当然どこの病院でも地域連携がありまして、当院では、よほど問題がなければ患者一人一人に地域連携の担当職員がつきまして、その人がどういうふうで退院していくのか、どこへ行くのかを入院時にまず策定をして、その人が治っていく過程で「ご自宅に帰れるのか帰れないのか」、そういうのも全部、都度のカンファレンスがあって最終的に退院、支援という形になるのです。そういう形をどう書くかですね。「よく行く病院があります」だけでは少し弱いですし、そういう中で取り組んでいるという形の文言があった方が良いでしょうね。

【中西委員】急性期を脱してリハビリの病院に転院されるといったところで、地域の病院と急性期以外の部分でも連携していますというところがあればよいかと思います。

【遠藤委員】急性期病院に求められる在日数というのもあって、そういうのも含めると、やはり機能分化的には治療が終わった方がご自宅に帰れるか、帰れない場合は、そのリハビリまたは施設に入ることになるので、その辺がうまく表現できればよいですが、確かに書いた方が非常に良いかもしれません。

【事務局（市）】今のご指摘のとおり、8ページの（3）の赤字のあたりに今の表現を追記できればと思います。

【佐伯委員長】連携先については2段落目にあります。1段落目が急性期に重きを置いた記

載になっておりますので、もう少し慢性期のことを追加して、それも他施設と連携してやるというようなことでよろしいですか。

【中西委員】退院したら家に帰るとというのが一般的で、他の病院に転院するというのも選択肢としてあるので、機能分化をしているよというのがそれを入れることでわかりやすくなるのかなと思いました。

【佐伯委員長】慢性期のリハビリを中心に行うような医療機関についての記述が加わっていた方がよいのではないかとということですかね。検討いただければと思います。

【伊木委員】今のお話を聞いていて、少しここで確認させていただきたいのですが、西和医療圏の調整会議で、「断らない病院」と「面倒見のいい病院」、最初は確か「断らない病院」でずっと言ってこられていましたが、第1回会議のときに「面倒見のいい病院」の方もやりますとおっしゃっていて、それは調整会議の中でそれでよいとなっているのでしょうか。調整会議のホームページを見ても、議事録もわからなかったもので、県としての市立病院の立ち位置を教えてください。

【遠藤委員】どちらにという結論は出ていなかったと思います。また会議がありますので、そういう話が出てくると思います。当院は救急を中心に断らない病院というのをもうやっているのですが、いろんな施設やご高齢の方の疾患もしっかり見ていこうということで、市と話をしたり施設にも直接行ったりとやっているのですが、どちらかに絞るとするのが難しく、例えば大都市の市立病院であれば、もう救急しかやらなかったり救急もやらなかったり、本当に急性期のいろんな手術しかしないということでやれるのかもしれませんが、生駒市立病院はそれでは経営的にやれない、経営的にやれないだけではなくて、生駒市のためにならないと考えると二つに大きく分けることは難しいですし、どちらかになったときの具体的なイメージが湧かないのですが、今度の会議でもう少しはっきりするのではないかと思います。

【事務局（市）】奈良県地域医療構想の病床機能分化という考え方があります。これは全国的に急性期を減らして行って回復期を増やしていくというような議論があります。

奈良県の中では、奈良県の整理としては伊木委員のご指摘がありました、断らない病院と面倒見の良い病院という大きな二つの整理をしております、一つは救急医療や高度医療に責任を持って対応する断らないという考え方。もう一つは、地域包括ケアシステムを支える面倒見のいい病院という考え方。今、遠藤委員がおっしゃっていただいた通りでして、この二つはあくまでも奈良県が今設定している病院機能の大きな概念を示すもので、それぞれの病院が必ずどちらかを選んでくださっているわけではありませんが、基本的には

市立病院は元々急性期でやっけていまして、今後も急性期であり、その中で、今後高齢化を見据えていくと断らない病院に加えて、面倒見のいい病院という概念を踏まえた形で対応していきたいという意向を示しているという状況です。

【佐伯委員長】もう一つの中西委員からのご指摘はスタッフのことでしたね。10ページ、こちらはそういうスタッフの負担を減少させるためにどんな取り組みがあるかという質問も含めてだったのでしょうか。

【中西委員】文章としては書かれているかと思います。感想を言わせていただきました。

【事務局(指定管理者)】ご意見どうもありがとうございます。看護部長の辻川と申します。先ほど言っていたいただいた看護師の働く環境のご説明をさせていただこうかなと思いますが、その前に生駒市内の病院の看護部長会というのがあり、生駒市で働いている看護師が、本当に病院の垣根を超えて勉強会等もできるような仕組みとか情報交換とかできるように、そういった定期的な会合もしており、どこの病院で働いている看護師も同じような悩みを抱えているのではないだろうかというところの情報共有もさせていただいております。市立病院は新設病院ですので、当初は地域の方、あとは紹介の業者の力も借りて入っていただいた看護師が約6割の状況でしたが、近年、徐々に地域の看護師が増えてきて、離職率もどんどん数字的には下がってきているかと思っており、毎年新人看護師の離職が多いのですが、ここ2年は1年未満の離職というのはいらっしゃらなくて、それ以前でも離職は1人、2人というような人数になっているかと思います。

残業時間に関しましても、毎日残業時間の管理はしていますが、大体月当たり平均10時間から12時間ぐらいの残業時間になっているかなと思います。瞬間的に、その日がすごく忙しいというようなことはあるかもしれませんが、一般のスタッフの残業時間というよりは、管理職に負担がかかっているその方たちの残業時間が増えている傾向があるかなと思います。

また当院ではスーパーローテーションの仕組みを取り入れておりまして、看護師のスキルアップも含めて、看護の部署も8部署ありますが、全てローテーションで回るといような教育体制もとっております。これは新人も含め、自身で行きたいところがあれば、選んでいただけるというようにやっけていただきながら自分が働きやすい部署に続けて就労できるような仕組み、そして徳洲会の病院が全国にありますので、スキルアップできるような転勤のシステムも使って、他のところに行った看護師もいるかなと思います。また、1人1人の教育費もいただいておりますので、それを使って学びたい研修に行くとか、また資格を取るなどの場合も、病院からの支援も受けられる環境にはなっておるかなと思います。

日々の業務に関しては、先ほど入退院センターのことを言っておられました、ただセンターまではいかないですが、やはり病棟の看護師の一番忙しい業務は、入院の患者が入って

きたときかと思うのです。外来看護師が入院する患者の情報収集を行って病棟に繋ぐこともやり始めております。最近では、夜間の患者の看護というところが非常に悩ましいところで、認知症の患者がたくさんいらっしゃいますので、看護師の数を増やしたり、あとは看護補助者の夜間の業務も増員をしたりと、できるだけ看護師の負担が減るような取り組みが、現在もそうですけどもこれからも続けていきたいと考えております。

【松下委員】お話の中で、地域の診療所の医師と病院の医師が連携して、万が一の時にすぐ入院できる体制が取れるものにお金がかかる、かからないという話がありましたが、もし自分の両親などがそういう時に、かかりつけの医師から、「ここの病院へ行ったらいいよという手続きをしておいたら安心だ。」と言われたら、私だったらやるかなと思いました。お金がかかっても入院先の医師と情報共有をしておいてくれたら、入院してからもすぐに治療してもらえらるだろうし、お金がかかってもやりたい人も多いだろうなと思ったので、考えてもらえたらなと思いました。

【佐伯委員長】在宅療養後方支援病院のことですね。

【松下委員】あと災害のときの話で、震度6でも倒れない建物があるというのは、能登半島の地震を見た後だと安心できるなと思ったので良かったです。

【多原委員】6ページのその地域包括ケアシステムのところで、住み慣れた地域で最後までというのがあると思うのですが、昨年、友人のお母様が倒れられて、タクシーを使って市立病院に行かれました。治療が遅れてしまって、後遺症が残ってしまい、現在介護を受けておられます。例えばですけど、突然また急変した場合というのは、救急車を呼んだら市立病院が受け入れてくれるのか、それとも、とりあえずかかりつけ医のところで1度診てもらって、また紹介されて、市立病院が受け入れてくれるのかが気になったのです。

【川端委員】救急の出動に対する病院の選定ですが、「e-MATCH」というのがありまして、まずその方の症状を入力し、症状に合った近くの病院がコンピュータ上で出てきますので、その病院に搬送するというシステムで救急は運用しています。もちろんかかりつけの特殊な病状をお持ちの方で、遠方でもその病院でしか対応できないということであれば、そちらの病院に行くときもありますが、その症状の対応ができる直近の病院を選ぶというのが基本であります。市立病院は、当直病院が断られた場合に、市立病院に電話したら大体42%受け取っていただいております。そういったところで市立病院さんの方で受け取ってもらえるというところですよ。

【佐伯委員長】ご質問いただいたのは、入院して家に帰ってきたが、次に急変したときにど

ここで診てもらえるのか。その答えはおそらく、その症状が前と同じ症状だったら市立病院となるのですが、違う症状だった場合には適切な病院を症状から選んで搬送するから別の病院になることもありますということですね。

【川端委員】全体の搬送の話をしてしまいました。

【佐伯委員長】在宅療養後方支援病院は、その方が退院して在宅で主治医に診ていただいて、もし急変した場合の受け入れを事前に病院側と情報共有しておいて、こういう状況になったらお願いすると。その場合は、必ずその病院に診て頂く形になります。

【遠藤委員】例えばこの間、眼球損傷がありましたが、市立病院は眼科がないので専門のところということではありますが、ほとんどの科に関して受けられるものは受けさせていただけますが、今のシステムを使って一番近くに行くのはやはり大事だと思います。

【佐伯委員長】それでは、8章全てに関する審議が終わりました。ありがとうございました。

本日、委員の皆様から、皆様ご意見及び奈良県からの助言を受けて修正された「「公立病院経営強化プラン(案)」」について審議を進めてまいりましたが委員の皆様のご意見から、8ページの第一段落の慢性期の患者についての記載、それと同じページの数値目標の紹介率・逆紹介率についての見込み、あるいは計画についての数値の修正、この2点について、修正するということになりました。

その他の事項については、了承いただいておりますことから、この修正の条件を付して、答申をするということによろしいでしょうか。

委員の皆様からご了承をいただきましたので本案を答申とさせていただきます。

それでは委員の皆様はお手元の、これは修正後でない案は消せないの、修正した上で、答申するということとさせていただきますと思います。

【事務局(市)】先ほど委員長からお話をいただいた2点の修正の方向性はいただいておりますので、そこの細かい内容につきまして委員長の方に預らせていただくかどうかだけ委員長から諮っていただけますでしょうか。

【佐伯委員長】それでは、委員長の私の方で修正を預らせてもらうということによろしいでしょうか。

【全委員】 (了承)

【佐伯委員長】修正の条件を付して答申いただきます。

<答申書を小紫市長に手渡す>

【小紫市長】 ご審議ありがとうございます。

【佐伯委員長】 それでは会議次第3の「その他」でございますが、委員の皆様から何かございますでしょうか。ご意見がないようですので事務局からお願いいたします。

【事務局（市）】 本日はありがとうございました。先ほど条件付きでご答申いただきました「公立病院経営強化プラン」につきましては、3月議会で報告し、奈良県へ提出する予定でございます。次回会議は、開催通知のとおり3月23日土曜日14時から、市役所の4階401会議室でよろしくお願いいたします。

【佐伯委員長】 これをもちまして生駒市病院事業推進委員会第30回会議を終了いたします。本日はありがとうございました。