

平成25年度第2回さぬき市病院事業運営審議会会議録要旨（要約）

1 日時 平成25年10月1日（火）10時から12時00分まで

2 場所 さぬき市民病院 2階会議室

3 出席者（委員） 山下美穂子、福澤美香、岡村隆次、占部日出明、吉本嘉夫、田中嘉穂、
和田浩二、中村淑子、冨田哲士、谷幸夫、久保学
（事務局） 徳田道昭病院事業管理者、山下博史経営管理局長、斎藤博美看護部長、
高嶋医療技術部部长、名倉巧総務企画課長、多田隆生患者サービス課長、木
村真人施設管理課長、俣山高志総務企画課副主幹、北野美鈴総務企画係長
（傍聴） 1名

4 議 題 (1) 「さぬき市民病院改革プラン」の点検・評価について

(2) さぬき市民病院の保健・医療・福祉連携について

【配布資料】 さぬき市民病院改革プランの取組状況（平成24年度決算見込み）

さぬき市における保健・医療・福祉の連携について（素案）

5 会議の内容は次のとおりである。

発言者	意見概要
(事務局)	<p>1 開 会</p> <p>ただ今から平成25年度第2回さぬき市病院事業運営審議会を始めさせていただきます。</p> <p>会議に入ります前に、田中会長からご挨拶をお願いします。</p>
(議 長)	<p>2 議長あいさつ</p> <p>(議長挨拶)</p>
(事務局)	<p>ここで定足数についてご報告申し上げます。</p> <p>本日の会議には委員定数15名のうち11名ご出席でございますので定足数を満たしております。</p> <p>当審議会規則第2条2項の規定により、会議が成立することをご報告申し上げます。</p> <p>会議の公開につきましては、本審議会の最初の会議におきまして公開と決定しておりますので取材と傍聴を許しております。ご了承願います。</p> <p>議事に入りますが、議事の進行につきましては、当審議会規則第4条第1項の規定により会長が議長になることになっております。</p> <p>田中会長に進行をお願いしたいと思います。</p>
(議 長)	<p>3 議 事</p> <p>ご指名いただきましたので議事進行を勤めさせていただきます。</p>

	<p>本日の議題でございますが2題ございます。</p> <p>1つはさぬき市民病院改革プランの点検評価について、2つ目はさぬき市民病院の保健・医療・福祉連携についてというテーマでございます。その他の予定はないです。時間は2時間程度を目指して進行させていただければと思います。色々なご意見をいただければ、実りある審議になると思います。</p> <p>お配りしております資料の中でさぬき市民病院改革プランの資料がございますが、平成23、24、25年度の3年間の計画で、24年度がちょうど中間期にあたりますので、3年間を目指して計画を進行させてきたけれども現在中間点としてはここまで来ていますという進行経過を評価したりまとめたりいろいろな点を含んでおります。</p> <p>資料が複雑ですから、事前にお渡ししているかと思いますが、これに基づいて事務局から総括的なご説明をお願いします。</p>
(事務局)	資料により説明
(議長)	<p>ありがとうございました。</p> <p>内容は、平成24年度の損益状態をご説明することが主体となっておりますが、そこには当然損益の数値の増減ということと、なぜそういうことになったのかという本来の医療業務内容の両方の説明が入っております。</p> <p>非常に複雑で1回読んでもなかなか頭に入らない内容かと思っておりますので、あらましを项目的におさらいします。</p> <p>まず全体として、全般の損益状態というのは、経常損益の金額や経常収支比率いずれでも本年度は前年度に続いて赤字の状態が続いているけれども予定よりは悪くなかったということです。</p> <p>もう少し経常収益の面と経常費用の面に分けておさらいをいたしますと、経常収益の方は、やはりここでも前年度よりは3億円強の増収となりましたが、増収の程度は予想までは届かなかったかなという状態であったかと思えます。</p> <p>では、なぜそういう状態であったかというのをいくつか项目的に説明があったかと思えます。</p> <p>一つは患者さんの診療単価が前年度よりもかなり大きく、特に入院患者さんの方で大幅な増益がありました。これはDPC導入の好判断が影響したと思えますし、タイミングの良い導入をしたということ、さぬき市民病院の施設が充実しまして高度な手術が出来る機会が多くなったということが影響しているのではないかというご指摘だったと思えます。</p> <p>もうひとつは、患者数の増減はどうなっているかということなのですが、新病院が出来ましたので正確ではないかもしれませんが、たぶん開院効果はそれなりにあった</p>

のではないかというふうに伺え、予想したほど効果が大きかったかというところでもなかったかなという印象を受けましたが、それに近い状態ではないかと思えます。

患者数の状況については、なぜそういう状態になったかと、もう少し項目を分けて説明があったと思えます。

そのひとつは入院患者のことですが、これは前年度よりも減少しております。しかも予想した状況にも届かなかったという様子が伺えますが、なぜそうなったかというのは、ひとつは在院日数の短縮という実態がありますので、それが影響したのではないかと考えられます。また、初診患者の数が増えたけれど再診の患者数の減少が著しかったのではないかなという指摘もあったのではないかと思えます。

外来患者数については、前年度よりは上向いております。上向いておりますがそれも予想したほどではなかったというところかなと思えます。なぜそういう状態になったかというのは、皮膚科の事情がひとつあって診療日が週2日に減ったという状況があり、それから薬剤の処方期間が長期化して外来患者さんが来る機会が減ったということがあったのではないかというご指摘もありました。もう一つは、患者さんの紹介と逆紹介が患者数の増減に影響があったかと思えます。

患者の地域の診療所からの紹介や患者さんが回復してから逆紹介のやりとりがあるのですが、いずれも前年度実績や今年度の予想を超えて紹介数は進行しており、地域連携との関係が浸透しつつあるようです。そういうことも患者数の増加のほうに影響しているのではないかと思えます。

収益にかかる3つ目の要素である一般病棟の利用率は、前年度よりも向上しておりますが予想した状態ではなかった。

一つの要因としては、DPC制度の導入によって在院日数が短縮されたことが影響しており、それに対しては、亜急性期患者さん、高齢期のリハビリの患者さんに割り当てて対応しているその結果が前年度よりは上回りましたが、予想した程ではなかったようです。

次に、経常費用では、給与費についておさらいしたいと思います。

職員給与比率は、前年度実績や本年度予想のいずれも下回っております。看護師を募集したけれど、十分確保できなかった事情が反映したのではないかと思えます。その他、薬剤関係の経費、減価償却費、医業外費用等についてそれぞれの説明がありましたが省略します。以上が大体の説明の主旨であったかと思えます。

これについてご質問がありましたら、お伺いしたいと思います。

(委員)

DPC制度についてと、看護師23名を募集に対して12名の採用ということになっていますが、これで十分いけるのでしょうか。看護師が無理したら大変なので、約10名の差があるので、少し心配ですがいかがでしょうか。

(議 長)	二つ質問があったと思うのですが、まずD P Cの概略を説明していただけたらと思います。
(事務局)	<p>D P Cを日本語に直すと、疾患別に治療費を包括制にしたものでして、疾患ごとに治療費の天井が決まっています。今までの出来高というのは、使った治療費、入院費を丸々請求させていただくことです。</p> <p>D P Cというのは、疾患ごとに治療費の天井が決まっています。</p> <p>患者さんからすると、同じ肺炎でも、鹿児島県の病院で治療するのと北海道で治療するのでは、今まで治療費が違うということが起こりえます。</p> <p>あるいは、たくさん検査をする所としない所では、また治療費が違ってきます。やはりこの病気では全国的に平均的にこのぐらいの診療費用がかかっていますということをごガイドラインとして、それよりも著しく逸脱して治療費がかかりすぎているところは病院の持ち出しとしなさいと、それよりも著しくマイナスで検査もしない治療もしないという治療をしたとしたら、出来高よりも包括制度点数の方が大きいので差益が出るのです。</p> <p>主旨としてはなるべく節約しなさいということで、年々天井が下げられていくことが予想されます。おそらく2年後の診療報酬の改定では治療費を下げられ、その2年後にはまた下げられ、医療費の抑制政策の手段で、欧米ではそういう診療報酬体系になっています。</p> <p>しかも診療報酬の骨子は、1日あたりの医療材料、注射代、検査代のお金よりも、何日間くらいで退院されるのかまで規定されております。一般の肺炎の患者さんは、普通10日で帰りますよね。それが11日、12日目入院されていますと、それは、病院の持ち出しになるのです。</p> <p>ある意味厳格と言いますか、厳密と言いますか、はたして、これを導入する時には、東京でやるのと、さぬき市でやるのでは事情が違うということですが、結局、肥大化する医療費を抑制しないといけないということで、試験的に導入され、この制度は、中央の審議の中では、病院のロケーションとか患者さんの年齢とか病気の具合によって、診療報酬を変えていくべきではないのかと議論されています。</p> <p>現在は、東京の真ん中で治療するのと、さぬき市で治療するのと肺炎という病名が付きますとだいたい平均的な治療費、治療日数が決まるということになります。</p> <p>そうしますと何が起きるかということ、退院されるのに、日曜日が日和もいいからとか日曜日に迎えに来てくれるから午前中にということが出来なくなり、それが標準的な治療日数を超えていますと、入院していても病院から見ると辛いことになるのです。収入がゼロとはいませんが、本来頂くべき治療費よりディスカウントした収入しか入って来ず、そのあたりの判断は看護部も診療部も非常に悩んでいまして、せっかく入院されて調子よくなって家族に来ていただくときに、帰ってくださいという気</p>

	<p>持ちと、早く帰ってくださいという気持ちと合い半ばのような状態になる時があります。</p> <p>在院日数が、16日から14日に1割強くらい短くなっている背景には、疾患ごとに決められた日数にあわせるように現場では入院日数を決めていることがあります。</p> <p>あとは、入院診療単価という言葉がでましたが、どのくらいの入院費用を頂くかということにつきましては、だいたいこのDPC制度を採用しているのは県内の公的病院が多く、残りは大きな私立病院ですが、よく高松市民病院、坂出市立病院、三豊総合病院あたりと比べるのですが、高松市民病院と坂出市立病院あたりは、入院1人の患者さんについて、42,000円ぐらいの1日診療単価で、当院では40,000円を切るぐらいの単価であり、他の病院より安めというのは、高齢者の手術というよりも肺炎とかの内科的な疾患が多く、外科系の患者さんが増えてきますと当然1日当たりの平均的な単価は増えてくると思います。</p> <p>病院の比較も制度を導入しますので、データも全部公表しますので比較もしやすくなると思います。それがDPCです。</p>
(議長)	<p>補足でお伺いしたいのですが、今の制度はいつから適用されているのか。適用される場合も部分的なのか全面的なのかお聞きしたいです。</p>
(事務局)	<p>制度自体の開始は、私がここへ参ります7年半前くらいなのですが、全国的には、直前から試行的に大学病院を主体に始まりました。</p> <p>だんだん大学病院、県立病院から採用になりまして、さぬき市民病院が採用する時点で、診療部の中でも比較的高齢者の慢性期疾患が多い当院が採用するべきかどうかという議論もありましたが、自治体病院としては、これを採用しないわけには行かないということになりまして、準備病院として平成22年から2年間、試行期間を置き、本格採用となったのが平成24年度4月からでございます。</p> <p>病棟ごとというよりも患者さんごとに、リハビリを主体としている患者さん、慢性期病院というのが使いにくいので、亜急性期という言葉を使っていますが、その病棟にいかれる患者さんは、このDPCの制度対象外となります。</p> <p>約8割の患者さんが、DPC制度の対象内で入院しておられると考えていただければ良いかと思われます。</p>
(議長)	<p>最初のDPCに関連するご質問はよろしいでしょうか。</p>
(委員)	<p>はい。</p>
(議長)	<p>その他、DPCに関連するご質問、確認したいことはございませんか。それでは、</p>

	<p>もう1つのご質問の方で山下局長お願いします。</p> <p>(事務局) 看護師の勤務状況ですが、2ページにお示ししているとおり、23名の募集に対して12名の採用しか出来ていないことについて、充足しているとはいえない状況です。</p> <p>そのことに関しては、看護師にご苦勞をかけているのは事実ですが、結果的に病床稼働率が低いために、診療報酬の高い7:1の看護基準が採用出来ているということになります。</p> <p>病床稼働率が上がってくると、当然この診療報酬に該当しなくなりますので、今後とも看護師の採用については試験の機会を複数回設けていきたいと思えます。</p> <p>現在進行形の採用試験もございませし、採用試験の機会を増やして看護師の確保に努めていきたいと思っております。</p> <p>(事務局) これまで外来とか病棟とか看護師を配置しておりましたが、病棟の方は、平均在院日数が短くなって、これまで15日間で看護して退院して帰っていただいていたのですが、13日、12日と短くなってきており、それだけ濃い看護をしなければならない状況の中、外来の看護師に昼間の診療が終わったら、病棟に上がってもらって、昼間で出来なかったいろいろなケアをして対応しています。</p> <p>7:1になって看護の質が低下しないように努力しているところです。</p> <p>(議長) 看護師さんのことについて他にご質問ございませか。</p> <p>(委員) 近年、看護師が不足していると言われていませが、全体の病院数から考えませと、やはり看護師は不足しているのですか。</p> <p>(事務局) 最近どこの病院でも建設ラッシュで、例えば県中が70人募集するとか、大学病院が新しい病棟にするために、100人募集するとか言っています。</p> <p>しかし看護師を養成する学校は減っています。大学の看護科もあるのですが県外からの人が半数以上で大学を卒業したら地元の方に帰るような環境です。全体的にどこも看護師を集めるのは大変な状況です。</p> <p>各病院の看護部長さんともお会いするのですが、これだけ看護師の学校が減って看護師が不足するのは近年の特徴ですねと常に話しているような状況です。</p> <p>(委員) 1つは老健施設も増えていますので、そちらへかなり取られていると思えます。</p> <p>県立中央病院でも毎年募集していますが、質の高い人を求めていますので、なかなか厳しいと思えます。</p>
--	---

	<p>当然さぬき市民病院も来年度の数值目標は24年度よりアップしていますのでそれに対する看護サービスの提供には看護師の確保が必要ですので、重要課題としてぜひよろしくをお願いします。</p> <p>また、保健医療大学からの募集定員は、増えていないのですか。</p>
(事務局)	<p>増えていません。少子化で学生自体が減ってきているのが現況です。</p>
(議長)	<p>他にご質問はございませんか。ご質問の他にご発言はございませんか。</p>
(事務局)	<p>病床稼働率について、総務企画課からも会長の方からもご指摘がございました。</p> <p>先ほどの高松市民病院、坂出市立病院、三豊総合病院が平成24年度どのくらいの稼働率で動いているのかというデータがございます。</p> <p>ちなみにさぬき市民病院は、平成24年度につきましては、175床で病床稼働率が74.9%です。高松市民病院は、精神科の病棟もあるのですが、一般病床数としては341床で稼働率は63.1%、坂出市立病院は一般病床216床で稼働率は66.2%、三豊総合病院は一般病床478床で稼働率は89.5%、ちなみに白鳥病院は一般病床150床で稼働率は67.2%です。</p> <p>市町村立系の病院の中では、三豊総合病院が群を抜いております。90%近い稼働率となりますと、大変忙しい病院になります。</p> <p>午前に帰られたら午後すぐに入院していただいたり、入院待ちの方が大勢おられたり80%を切るくらいになりますと、ほぼその日に入院していただけるような感じでございます。私どもの75%というのは、重症の方が混んでいる状況でなければ、普通に入院していただける状態で、なおかつ経営でも、最低でも70%は欲しいと経営者は言います。</p> <p>先ほど、坂出市立病院が66.2%とか高松市民病院が63.1%というのは、病院長としては、大変苦しいという話になっていまして、でもあちらもDPC制度なのです。</p> <p>結局は疾患ごと包括になっており、どんどん患者さんが帰られるということで、この制度が採用されたがために稼働率は下がってしまう。</p> <p>しかし、在院期間が短ければ患者さんの支払い部分は減るわけですから、それは喜んであげるべきなのだろうと思いますが、経営側から見ますと複雑なDPC制度であるといえると思います。</p>
(委員)	<p>例えば、この病棟は診療科ごとに割り当てをしていて、内科の患者が来て内科が一杯だったと一時的に他の病棟で一時的に入院していただくというのはできるのですか。</p>

<p>(事務局)</p>	<p>ベッドコントローラーという職種がおりまして、そこが主に内科系の患者さんで、入院がだいたい3分の2は内科系の患者さんですが、内科系の患者さんでも産科小児科の病棟にちょっと女性は行っていただいたり、場合によっては外科の病棟に入っていたり、そこはもう患者さんの重症度、性別等々に応じて臨機応変に対応させていただいております。</p>
<p>(委員)</p>	<p>それをやらないと、なかなか利用率は上がらないでしょう。</p>
<p>(事務局)</p>	<p>実は75%という数字の中には、ベッドコントローラーの役目が大きくて、高松市民病院からもベッドコントローラーをどのようにやっているのか見学に来たということです。各病院とも工夫をしているというのが現状です。</p>
<p>(議長)</p>	<p>当院の場合、ベッドコントロールは、何か調整のシステム的な何かあるのでしょうか。</p>
<p>(事務局)</p>	<p>開始して3年目くらいですが、それまで病床の空き具合が分からなかったのですが、現状は毎朝、病棟師長が出し合って表を作るようにしています。</p> <p>その表は、各部署で全員が見られる形で情報を共有しており、例えば当院のような地区には、介護が必要なお年寄りの場合には、要介護の大部屋が何個、個室が何個というようにして、一覧表が出るようになっています。</p> <p>それから夜間救急も非常に患者さんの状態に応じてどの部屋ならいけそうだと。中にはお断りする事例がありまして、議会でも時々お叱りを受けるのですが、例えば、介護が必要な方がその日には受け入れられない時もあります。</p> <p>そういった場合には、他院に行っていたり、場合によって、待っていただいたりということもありますので、ご質問に対する答えを上回っていることがあります。お願いとしてそういうこともあり得るということをご理解いただきたいと思います。</p>
<p>(議長)</p>	<p>ありがとうございました。他にございますか。</p>
<p>(委員)</p>	<p>改革プランにつきましては、年に一回点検評価といいですか、今日は総括していただいておりますが、ここで色々言いたいけれど言えない人もいますと思いますが、私なりに考えているのは、ここの病院の患者であるし、病院の治療だけでなく、相対的なこともご意見を賜りたい。</p> <p>色々と会に出席していますと、個々に好き勝手なことを言うので、それを徳田院長が一番嫌うのです。看護師さんは、介護者が出来ないことでも一生懸命しているので、</p>

(事務局)	<p>出来が悪いと言うだけでなく、褒めるということも必要だと。</p> <p>審議会となりますと、どちらかという質問・意見となりますが、良いことも悪いことも言いながら改革、改善をしていきたいという気持ちでいます。</p> <p>そこで徳田院長は、管理者として、今回の24年度の改革プランの見込み決算、これを踏まえて管理者としての総括をしていただけますか。</p> <p>前半の励ましとも、お叱りとも、私は普段から職員には、是々非々で対応しましょうということ、管理職であっても一般職員であっても良いものは良い、悪いものは悪いというふうに対応しましょうとっておりますので、庇護、弁護一方ではございません。</p> <p>ただ、中には、厳しい要望をいただくことがありますので、それはちょっと公的病院として、お答えしかねるという事例には、残念ですけれどもそこまでは出来ませんとお返事させていただくこともございます。</p> <p>総括なのですが、田中会長の方からも先ほど色々な要素をあげて総括していただきましたので、具体的なことよりも管理者として想定外だった部分について触れさせていただきますと、DPCの制度を導入して、入院稼働率が下がるといいますか、要するに私はよく経営会議でも、うどん屋さんのようなものでして、お客様がすぐに立ち去ってしまうといつも空いている様に見えますが、それが少し長めに居ていただいて色々食事をしていただいたり、話をさせていただいたりしたら混んでいるように見えるわけです。</p> <p>DPC制度というのは、本当に用事が済んだらすぐ帰る制度でございまして、非常に空いている様に見えてしまう。</p> <p>どの程度減るのかなと思いましたが、やはり平均在院日数がつい先月当たりの診療運営会議でデータを出しましたが、本当に12. 何日とかで、平均的にいいますと2週間経たないくらいでお帰りになるので、これは想定外の短縮でございました。14日くらいかなと考えていたのですが、12日という数字が出てきますと、むしろ職員には、そんなに急いで帰れというのではなくて、特に、高齢の方等で、お宅の受入れに準備が必要な方もいらっしゃるし、場合によっては、お宅の改修でありますとか、あとケアプランを作り直さなければいけないということもあります。</p> <p>小児科も含めまして、若い方は、本当に早く2～3日で帰られています。若い方は、早く帰られて社会なり学校なりに復帰された方がよいのでしようから特に言いません。</p> <p>高齢者の方については、少しセットアップをして、例えば1日くらい外泊をして、お宅の改修の程度を見ながら、日常生活を見ながら準備が出来たらお帰りいただいたらどうかというような調整を病棟師長の判断の中でやってほしいという依頼をしました。効果がでてくるのは1～2年後でしようからなんとも言えないのですが、高齢</p>
-------	--

者、ライフステージに応じた医療が提供されるべきであろうという意味でも、より福祉的な要素を持った入院生活を演出していくべきではないかと考えています。

それからお身体が十分でない方もおられまして、入院されると体力が落ちてしまう方がいらっしゃいます。

リハビリを主体とした病棟をリハビリ病棟といわずに亜急性期病棟、急性期と慢性期の間を亜急性期というふうに言うのですが、新病院では亜急性期病棟を今回増やしました。18床造ったのですが、あまり稼働率が高くない、どうしてかということ、早くお帰りになって、なかなかリハビリをしていただく方があまりいない時期もあります。そのことにつきましても診療部、看護部に私の方から指示を出しまして、急ぎすぎるよりも、十分リハビリもしていただいて、ご本人の体力も回復するように、今以上に取り組んだらという話もしております。

そういうわけで、これから亜急性期の使い方を上手に考えなければいけない。あとは在院日数と稼働率以外は単価というところですが、今4万円弱だとお話しましたが、これは想定以上に増えました。

特に外科系の手術が徐々に増えてきております。紹介患者数、新しく来ていただける患者さんも増えております。二次機能病院というのですが、開業医と違う役割というのがそういう（県立中央病院や日赤のような重症の高度な医療と違いまして）通常の盲腸の手術でありますとか閉塞手術でありますとか前立腺の手術でありますとか女性であれば子宮筋腫の手術とか、そういったところはこういう病院で十分出来るわけでありまして、それがだんだんと件数が増えてきているという意味で、全身麻酔の比率も前に比べると増えてきました。

全身麻酔が必要な手術が増えてきたこと。自身を考えますと、やっとな地域における中枢的な二次病院的な役割が整備されてきたのかなど。これは、予定通り徐々に増えつつある。今後課題がございまして、高齢者が多い地域でございまして、心臓血管カテーテルの検査件数を増やすとか、脳血管の破裂していない動脈瘤の塞栓の予防でありますとか、あるいは整形外科の手術のスタッフのことも含めまして、やはり件数を増やすような施策を取っていかなくてはならない。

課題はいくつかございますけれども、一応来年度、再来年度に向けて、多少希望の持てる部分もあります。後はドクターの数です。なんとか減り止っている状態で28人、これをなんとか増やしていきたいという意味で、大学の方に盛んに声をかけているのと自治医大の卒業生、毎年2人ずつ県単位で香川県は2人ずつ自治医大に出しております。

それが終わって帰ってくると、やはり20年近い制度になりますから40人を超えているわけですが、10年くらいあけている自治医大の卒業生の地方に留まっている率が低いです。中央病院や高松市内で開業されている方は多いですが、まさにこういう病院にこそ自治医大の卒業生に来ていただきたい。そういった意味で自治医

	<p>大卒業生への働きかけもしておりますが、残念ながら結実しておりません。とにかく医者を増やすことと応急体制も含めて充実していくことが必要です。そのことが地域での信頼につながるというふうに考えております。以上です。</p>
(議長)	<p>ありがとうございました。いかがでしょうか。もうお一方いらっしゃいましたらお受けいたします。</p>
(委員)	<p>DPC制度を利用しているために入院から施設へ入る方も増えているのでしょうか。</p>
(事務局)	<p>DPCという制度と患者さんの退院先というのは直接に関係するものではありません。早くお帰りいただくという意味では在宅の準備が十分出来ずにたとえば、自宅から入院されている方と、施設から入院している方の2通りございます。大半は自宅からになるのですが、入院されている間に体力が低下して自宅に帰れないという状態になりますと、ケアマネージャーが立ちます。</p> <p>ケアマネージャーがケアプランを考える中で、施設に帰られた方がご家族の負担が軽減されるのではないのかというのがあります。ただ、なるべく当院としては、自宅から入院された方は自宅へという方針で行っておりますが、状態が独居に近いお年寄りが入院されますと、自宅に帰るのは難しいので、施設の入所をお勧めしている事例もあります。</p> <p>基本的には、施設から来られた方は施設へ、自宅から来られた方は自宅へとし、DPC制度とは関係なく対応させていただいています。</p>
(議長)	<p>その他にご意見いかがでしょうか。</p>
(委員)	<p>病院で医療事故等に対する賠償責任保険等には加入しているのでしょうか、また、年間どのくらい発生しているのでしょうか。</p>
(事務局)	<p>私が来てから重大な事故はありませんが、障害をもって生まれたお子さんに対する補償である「産科医療保障制度」がありまして、現在1件事務を進めておりますが、その他については、重大な事故は起こっていません。</p>
(委員)	<p>保険は入っているのですか。</p>
(事務局)	<p>もちろん入っています。</p>

(委 員)	その保険でだいたいのことはできるのですか。
(事務局)	はい、小さい事故については、院内の医療安全管理委員会で検証して再発防止という対策をしております。
(議 長)	<p>ありがとうございました。</p> <p>それでは、次の議題「さぬき市における保健・医療・福祉の連携について～地域包括ケアシステムの構築を求めて」の文書があるかと思います。</p> <p>そこで趣旨等を説明されておりますのでお解りいただけるかと思いますが、まず冒頭に少し説明していただけますか。</p>
(事務局)	資料により説明
(議 長)	<p>ありがとうございました。</p> <p>説明いただいた文書の表紙に素案という形で作成されておりますが、これはどこからどこに提出する文書でしょうか。</p> <p>運営審議会の結果をどこに提出するものなのでしょうか。</p>
(事務局)	<p>当運営審議会の本来の役割は、市長からの諮問に対して答申するというのが使命です。このテーマであります「保健・医療・福祉の連携について」ということにつきましては、この素案をたたき台に提案を得たうえで市長に対して答申書又は提言書という形で提出したいと考えております。</p>
(議 長)	<p>分かりました。</p> <p>スタイルはそういう形で最終的にはまとめたらいとのご意向のようですが、项目的にはかなり成立されておまして、問題は一つ一つの中身であり、どのようにまとめてどう整理してどこに重点を置くのかと言うことが審議内容といえますか、ここでご意見をいただいて、それをどうまとめるかという事と関連することになるかと思えます。</p> <p>それにしても、保健・医療・福祉の包括ケアですから、これは、病院だけの日常業務を超えたそれぞれの3つの組織の主体を超えた総括的な視点からの提言ということになりますので、病院だけでは荷が重すぎる問題でもあるわけですが、病院の経営業務を新しく軌道に載せていくだけでも大変なことですが、このような大きな問題を抱えて大丈夫かなという心配があると思います。</p> <p>ですから、これは「一気に提案し、作り上げる」そういう短期な問題ではないと思いますので、大きな構想からスタートさせて、徐々に煉り合せながら実現の目途をつ</p>

	<p>けていく大きな取組として発案してはどうかと言うご提案であろうかと思ひます。</p> <p>私たちが全部設計図も書いてというところまでいけるとは思ひ難いのですが、検討してご提案していく意義はあろうかと思ひますが、皆さんいかがでしょうか。</p> <p>中身は現状の体制から始まって、そこに含まれる課題として、こういうような事項があるのではないか、ということ項目に分けて整理をされていますので、話は非常に解かりやすいと思ひますが、まずは、全般的なご意見及び確認事項はございますか。</p>
(委 員)	<p>在宅の事も書いておりますが、在宅医療提供体制について、医師の確保とかの提言が今回無いのですが、何かありましたら。</p>
(事務局)	<p>在宅医療提供体制の拡充の中には、人的なパワーが必要になってきて、特にここに書いてあるのは医療職が足らなくて充当するのは当然のことと、さらに保健福祉サポーターと書いてありますが、民間の中から体制づくりに協力して頂ける方を募っていく必要があるだろうとの認識です。</p> <p>さぬき市でも、色々な民間の方からボランティア的に医療制度を助けていただいている方が大勢おられると思うのですが、綾川町のモデルも含め、全国さまざまな所で小さなタウンベースで保健福祉に係るようなサポーターを設置してありますが、そのサポーターの方が地域包括支援センターと一緒に動いている。</p> <p>地域包括の中にも、そういうサポーターがおられると聞きましたが、その方の役割を拡充することも必要かと考えます。</p> <p>病院側からしますと、今ご指摘いただいたようにドクター、看護師の補充というのは在宅に関しては当然必要なことと考えております。文書の中であった方が市長に対する提言として、よりスタンスが良いというのであれば記載したいと思ひます。</p>
(議 長)	<p>今の点に関して何かございますか。</p>
(委 員)	<p>もう一つは、へき地と書いていますが、定義の中に山間地等となっているのですが、普通一般的に調べますと離島を指します。はっきりとした定義はありませんが、近代的な生活をしている所に出るまでの間に非常に時間が掛かるのがへき地です。</p> <p>それと、一番にあがるのが山間地ではなくて、あくまでも離島を指すのですが、こちらの医療機関の方で決められたへき地という概念があると思ひるので、それについて反対しているわけではないのですが、ここから多和診療所までは、最近交通事情が良くなって15分から20分で行ける所を、へき地と言うように、あそこでも薬剤師の確保が非常に難しい、私ら大川薬剤師会は別組織ですので簡単なスポンサーにしかなっていない現状もあり私らもへき地と言う形で動いておりますが、現状は、へき地ではない感じはしていますが、概念がはっきりしていないので、病院側がへき地と言え</p>

<p>(事務局)</p>	<p>ばへき地だと思います。</p> <p>それからこういう風に、集中管理する方が経済的には良いと、在宅でもへき地とか在宅を勧めるのは非常に経済性が悪い中で、これを推し進めていくということが、当然患者の希望とか国の政策だとかそういう部分があると思います。</p> <p>それでやらざるを得ない状況みたいな形になっているとは思いますが、その辺りの経済性とへき地、在宅を勧めることが、必ずしも経済的には良くないのではと私は考えています。陶病院の方は、黒字になっているようですが、もし今後、これを推し進める上においてコメントがございましたらお願いします。</p> <p>おそらく、へき地という言葉は辞書から無くなっていくのだろうと思いますが、多和は医療過疎区なんですね。</p> <p>開業医もおられない、仕方がないので公的な医療機関がそこにあるということで、住民がもしこれ以上減りますと、医療ニーズが限られた人のために、はたしてそこに診療所があるべきかどうかという議論にすらなってくる。まさに学校と事情が似てくるだろうと思います。</p> <p>もちろん学校と同じで集約型で学区を広げて、そこに来ていただければ効率のよい診療が出来るだろうと。ただ、高齢者が相手でございますと学童との違いと言うのは、移動距離が非常に短くなっていく、家から出るのも大変だという状況になってきますのでそうしますとやむを得ず在宅はしていかななくてはいけないものと私は考えております。</p> <p>採算性につきましては、ご指摘のように、今も多和の方に2件在宅の方おられますが、往復するだけで1件に1時間くらいかかり大変です。そんな診療費をいただくわけではございません。訪問診療の限られた金額の中でとなってきますので、効率は悪く赤字でございます。ですから開業医さんはおりません。ただ、公的病院というのは、もし公的な薬局があれば同じ考え方をされるのかもしれませんが、そういうのは政策的というふうに割り切って、これはある意味で通常の医療の中で上がってきた利益の一部をそこへまわすのであると、他のところを黒字にしてそこへまわすのであるという発想を持ちます。</p> <p>では、他のところが赤字だったらどうなるのかというのは大変苦しい話であり、他のところが赤字でもやるのです。</p> <p>公的病院とすれば、それはもう職員に言いますのは、胸を張って言える赤字なら住民の方は理解していただけると、スポンサーは住民の方ですので胸を張って言える赤字ならやらなくてはいけないと言っています。住民の方のニーズがある以上、多和の山奥でもご本人がそこに住みたいとおっしゃったら、在宅をしなくてはいけないと思います。</p> <p>ただ、もし審議会の方から提言されるとおり効率の悪さというところは確かにあり</p>
--------------	--

	<p>ます。実際にそこへ1人のドクターと1人のナースを取られるのは通常の診療に影響あり、経済性よりも診療行為をするひずみがでできます。</p> <p>そうすると、例えば、この病院近辺の空家率が20%くらいあると聞いていますけれども、例えば在宅療養が必要な方のために市が安く賃貸する制度などを実施していただくと、病院から一つの大きなアパートでなくてもその辺りに点在するご家庭に行って1回5件とか10件とか診察させていただいたら非常に効率が良くなるのは事実です。</p> <p>この問題は、住み替えという個人の資産にも関わってくる話ですので大変ですけれども、医療を受給される方については、病院近隣に低賃金で高齢者専用の賃貸のようなかたちで来ていただく、というのを一つのアイデアとして持っていただいてもよいのかなと思います。</p> <p>そういう時に、中学校の跡地などは、私から見ましても魅力的なところではあるのです。災害の時にも役に立ちますし、ひょっとしたら一部そういう宿舎のようなものがございましたら、使えるものもあるのではないかと考えます。</p> <p>そういうところも視野に入れた提言に置き換えていただくと、今ご指摘いただいた点も含めて生きてくるのではないかと思います。</p> <p>以上です。</p>
(委員)	<p>へき地医療につきましては、公的資金で補填、助成をいただいて、だから赤字については、市からいただいたもので足を引っ張らない程度であれば、福祉のサービスという考えは赤字でも必要だと思います。</p> <p>費用対効果の観点からは、ものすごい赤字になりますけれども、それをいうと福祉という目的から外れるので。これを認識いただき課題として協議していただければと思います。</p>
(事務局)	<p>多和診療所につきましては、当院の会計とは別会計で中村課長のところが事務を担当しておりますけれども、交付税という形で国費が入っておりますので、採算は合っているということですよ。市費単独の持ち出しはないのですよね。</p>
(委員)	<p>交付税を充当すれば、市の持ち出しはありません。</p>
(事務局)	<p>交付税を充当すればやっつけているということで、多和診療所自体は収支が良いということです。今のところ病院の会計とは切り離しております。</p>
(事務局)	<p>在宅は赤字ですけれども、これはご奉仕として行っています。</p>

(議 長)	ご意見をいただきたいところなのですが、どうでしょうか。細かい部分について、部分的なところのご指摘でも、最終的には全体を整理する必要はあると思いますが。
(委 員)	<p>私は、企業の労務関係の立場としてセミナーによく行くのですが、少し前までストレスというテーマで結構あったのが、最近はメンタルヘルスというのに変わって、もっと最近では自殺というテーマまでよく聞かされるのです。</p> <p>実際に働いている者に関して、そういったメンタルヘルスとか精神面でのいわゆる疾患ではなかろうかと思う割合というのかなり予備軍も含めれば周りにも居るのではないかなと思います。</p> <p>今度のサービスの表を見ますと、確かに精神障害者とか自殺とかこういう方を対象にしたサービスを提供されるのではなかろうかと、ある意味期待をしているのですが、もちろん厚労省の出先機関とか県の福祉センターなどで無料でサービスも受けてもおりますが、なぜか改善しないというのが現状なのです。</p> <p>なぜかなと考えますと、やはりカウンセリングでも、最後まで面倒見ていただけないというか、やはり制約がありまして、十分に解決しないで終わっているのではないかなと思います。かといって病院へかかっている者もございますけれども医療機関では医療は、投薬医療等はしていただけるのですが、精神的な部分での緩和はされていないようにも思います。</p> <p>そういった意味で、私個人の気持ちなのですが、非常にこの分野での医療というのを地元で出来ないかなと期待をしております、ゆくゆくは、もしかすれば、その者が生活困窮者になるかも分かりませんし、市の関係機関とのタイアップでそういった問題に取り組んでいただける様なサービスが出来ればいいなと思ひまして、一つお訪ねするといえますかご提案と言いますか。</p>
(議 長)	今のことに関連して、例えばもう少し具体的に、こういうサービスがあったらいいなというのがあれば、ここは決める場所ではありませんので、ご要望でも出していただけると、それがヒントになって、話の広がりができるかもしれないという意味でお聞きしています。
(委 員)	<p>まず、そういう方は、発作的に起こるのではないかなと思うのです。診療日や相談日を決めて相談されても、その時に、たまたま調子が良ければ、あまり解決にならないのではないかと、勝手な思い込みかも知れませんけれども、出来ればいつでも受付が可能であれば助かると思います。</p> <p>それと原因は、本人が気付かないところにあるかなとは思いますが、その気付きだけではなくて、その気付きにどうやって解決できるかというアドバイスもしていただければ、企業としては出来る部分はやりますけれどもプライベートな部分まではな</p>

	<p>かなか対応しきれないというのもありますので、そういう助言をしていただけるような方がもしおいでたら助かると思います。</p>
(議 長)	<p>専門的な対応策を相談できる場所があったらよいということでしょうか。</p>
(委 員)	<p>家の息子なのですが、今現在進行形で関心のあることが出てきたのでヒントというか現状を聞いていただきたいのですが、息子が中学3年生なのですが、不登校気味になって自宅で寝ている状態なのです。</p>
	<p>今、高松北中学校に通っているのですが、6月に転落事故がありまして、息子は、その亡くなった方の先輩にあたるのです。すごく仲良くしていたようで、かなりそれがショックで、今までの授業とか部活とか一所懸命していたので、生活リズムが崩れていたのもあるのですが、そこから自律神経が乱れていったのか、だんだん眠れなくなっていったカウンセリングも受けて心療内科に行った方がよいですねとリストをいただいて、心療内科にも行ったのですが、息子と私が思っている状況と、心療内科の先生が思っている状況が違うというか、ここまで鬱じゃないのにと思いながら、こう鬱剤を出されて、結局合わなかったので飲むのをやめておくということで、飲まなかったのですけれども、夜も眠れなくて導入剤を飲んでも睡眠できなくて苦しんでいる状態なのです。</p>
	<p>結局、病院が合わなくて、ではどこに行こうかと考えた時に、学校のカウンセリングも不適應だと感じたのですが、亡くなって1週間、2週間で6人くらい来て頂いていたカウンセリングの方が打ち切られて、今までの状態のスクールカウンセラー1人とカウンセラー1人が週に1回か2回来ている元の状態に戻されています。</p>
	<p>私も1回話を伺ったのですが、聞いて下さるだけで解消にはならず、どうしようかと悩み母子愛育会で、たまたま保健師と話をする機会があつて相談したら、この先生は、児童カウンセリングを一生懸命研究しているからと案内してもらい行ったのですが、寝られないのが解消できないので睡眠剤をどうしていくか考えているのですが、年頃というのもありつつ、解消されない状態でどんどん悪化していくのを横目で見ている状態です。それで一体全体どこへ行けばいいのだろうと、ずっと家の中で悩み続けていました。</p>
	<p>相談機関もたくさんあり、カウンセラーもいると教えて頂くのですが、どこが適当か分からない。こういうペースでない方もいらっしゃると思うのですが、例えば、自分が病気になって、何科か分からない場合もあり、総合的にこういう状態はどこへ行けばいいのかを案内してくれる機関があつて、合わなければそこへ戻って、次に、ここはどうかと相談しながらいけるような機関があれば助かると思います。</p>
	<p>さぬき市内も、県にも、色々な相談機関がたくさん書いてありますが、色々な項目がありすぎて、いったいどこに相談するのがベストなのか悩んでしまうことが実際あ</p>

<p>(議 長)</p>	<p>ります。この提言の4番に書いてあるのが理想だと思い見ていたのですが、もう少し総合的に色々な市民の方が、気軽に入れる状態を作ってもらえたら良いと思いました。</p> <p>難しい問題を抱えた時に、色々な視点から相談をさせてもらえる所があれば、どんなに肩の荷が下りるかというご要望として承りたいと思います。</p> <p>他に何かございませんか。</p>
<p>(委 員)</p>	<p>先ほどおっしゃられた相談機関等についてご説明させていただきます。</p> <p>さぬき市国保健康課の中村です。</p> <p>企業のメンタルヘルス関係というのは、市の保健から目が届いていない所が十分あって、今その役割として、東讃保健福祉事務所や香川県の精神福祉センターが中心になると思うのですが、平成24年度に東讃保健事務所管内の企業の皆さんにアンケートを実施したり企業の社長や専門的に当たっている役割の方に面談して、色々な意見を頂いた結果が出て、まだ集計が出来ていないと県から聞いております。</p> <p>企業のほうにも、メンタルでどこにどういうふうに相談するのかといった、企業の中でも専門的な方を作るように勧めていくための一つの方向性として何か提案できないかを今、県で策定中だと伺っておりますので、久保委員さんも参考にして頂ければと思います。</p> <p>それと、相談機関をたくさん書いているとおりで、ただ相談事項がひとりずつ違います。いま言われたとおりでと思いますが、東讃関係の方で、もう少し具体的な保存版のチラシを県の方で作成中ですのでそれに対してご意見をいただけたらと思います。</p>
<p>(事務局)</p>	<p>病院がどこまで出来るかという医療側からの視点ですが、病院というのは、すでに病気になった人を治療するところが主体になります。未病というのですか、まず病気というのではないけれど病気になりそうな疾患として発祥している状態、あるいは自殺とか、事件性を持っている状態であるという方に対して、病院というのはなかなか窓口を持っておりません。</p> <p>唯一、臨床心理士というのが、精神科医の手前で面談することによって患者さんが医師としての処方を受けるべきなのか、カウンセリングで時間を作っていくのかという対応しているところです。</p> <p>自殺予防ダイヤルでありますとか、いろいろ自治体によっては作っているところがありますし、ここに書いているワンストップサービスの中には、場合によっては、時間とか限られるかもしれませんが、実は保健師とか臨床心理士でありますとかケアマネージャーとか、病院にいるソーシャルワーカーといった人が一堂に会して、ある事</p>

例に対して相談する。

年齢によって構成メンバーは変わるでしょうけれども、そういうことも今まで以上にやりやすくなるのかなというのを含めて書いてあります。

今は、おそらく長尾に行って当院に来て本庁に行つてというふうに、患者さんの移動距離もありまして、患者さんによっては受け取り方も違ってきますので、同じ話をぐるぐる回って聞かされたということもありまして、実は高齢者の皆さんも同じなのです。1人の患者さん、あるいは、まだ病気になる前の状態の方に対して、カウンセリングを行う機会を、今後は作るべきではないかという提言ととっていただいて結構です。

具体的な事例につきましては、やはり病院が対応するのは、臨床心理士であろうと思います。精神科の医師は、やはり処方の方に行つてしまいますので、臨床心理士は面談時間の形で、「時間」×「いくら」ということでいただきますが、それでも話を一番きいてくれるのは、臨床心理士であろうと思います。

病院として提供できることは、そのようなことかなと思います。久保委員のおっしゃてる発作的なことに対しても、実は当院は以前精神病棟があり、通院で精神科についている患者さんもいまして、夜間の電話の1割2割は精神科の患者さんから、「もう今から死ぬから」ということもございまして、ナースのほうが、30分、1時間掛けて話を聞いているということもございまして、人事活用、民間活用といえますか、OBのナースは以外にそういう場所も役に立つかもしれません。

今まで、そういう職種を公募しておりませんので、場合によっては市と協力して精神保健衛生の形の中でしていくべきなのかもしれません。そのところを含めた具体的な提案になればいいなと思います。以上です。

(議長)

素人の立場から言いますと、精神科医師と臨床心理士の役割がどう違うのかが、まずそこから分からなくて、いったい誰にどういうふうに相談を持っていったらいいのか、我々のような素人はそこから試行錯誤といえますか、思案するというか心配がはまってそういうことも含めて窓口で相談に乗っていただければと思います。

他にご意見はございませんか。

ご意見は今日で終わりというのではなくて、いろいろなご意見をいただけたら、あるいは団体介護、福祉、また得意とするそれぞれの組織がありますので、組織内容としては、こういうことを検討しています。とかこういうことを気が付いているよと言うご意見、もちろん個人からのご意見も大歓迎ですが、本当にニーズはどこにあるのか突き止められたらいいと思います。

もちろん病院が何でもできるというのではなくて、介護、福祉は何でも出来るわけではないので、それでも少しでもサービスを受ける側と提供する側とが噛み合った形で、提供できればいいと思います。

	<p>意見は、またお願いすると思うのですが、その時は、お忙しいところご支援よろしくをお願いします。</p> <p>もう少し時間がありますので、どなたか、お一人でもお二人でもご意見ありましたらお願いします。</p>
(委 員)	<p>へき地医療とか地域の関係で、県の東讚保健福祉事務所が津田にあるのですが、それとの連携は少ないのですか。</p>
(事務局)	<p>東讚地区の保健福祉事務所は、へき地・在宅というのは、広域というよりも両市、個別のものなのです。当市と東かがわ市は、様々な点に異なることがございまして、病院の形にしましても、東かがわ市は私立の病院が主体で、医療・福祉・介護が一体化したゾーンとして、やっております。</p> <p>医療に対するニーズがケアハウスの状態から入院されて老健、介護施設、場合によって精神認知症の方の住宅まで一体としてサービスしているのです。</p> <p>さぬき市は、そこまでトータルケアが出来ているゾーンはありませんので、病院であったり福祉であったり介護施設が別々にサービスを提供しています。そのことに関しまして、東讚保健福祉事務所から一括した協力なり支援・指示はございません。</p> <p>私どもの方で、何かのシーンにおいて、保健的な支援をお願いしたいと相談すると乗ってきてくれるかもしれませんが、在宅という形では、特に財政的に援助はしにくいと考えております。</p>
(委 員)	<p>活用できるのであれば。</p>
(事務局)	<p>在宅に関して県は冷たいです。</p> <p>おそらく地域の事情があるので医師会と相談してやってくださいと言われるのです。医師会は、残念ながら在宅というのは手間が掛かりますので、さぬき市の開業医で在宅にいらっしゃる方は、ずっと付いていた患者さんが来院出来なくなったから往診に行っているという格好で、せいぜい2～3件とかで、わたしどものような看護を含めて80～90件と行っているところはないです。</p>
(委 員)	<p>そういう意味でも、提言の中に連携強化を織り込んで行けばいいのではないかと思います。</p>
(事務局)	<p>市長の方からも、さらに県に要望を出していただくと言う意味で。</p>
(委 員)	<p>市長への答申ですが、市長だけでは何も出来ません。予算をつけるのは議会ですか</p>

<p>(委 員)</p>	<p>ら、市議会にも何かアクションを起こせないのか。いくら市長が何か言っても議会がOKを出さないと、どうにもならないから。提言は市長にしますけど、何らかの方法で市議会の方に伝わるような手段はないでしょうか。</p> <p>富田委員の提言ですが、当然、提言は我々の意見として出してまいります、その時の資料を出して、そこから議会の事務局とも相談して、市議会、条例変更となります。</p> <p>実際に現実となると、市の大きな事業となりますので簡単にはいかないと思いますが、市長⇒議会⇒市民の順序で話が進んでいくこととなります。</p> <p>会長に私からお話しするのですが、今後の会のまとめ方、進め方、この課題、検証とかやればやるほど、難しく、大きく、重くなって行って田舎言葉で「そぞろでない」という状況になります。</p> <p>そういうことを考えると、ある程度会の進め方、あり方を一応決めておかないと、毎回毎回提案するわけにはいかないし、一任するわけにもいきませんので、ある程度、事務局が集約していただき、また、我々も別にお伺いして協議はしますが、来年3月までに提案することとなりますので、そのところ事務局サイドで大変と思いますが、お願いします。</p>
<p>(事務局)</p>	<p>事務局の方から申し上げたいと思いますが、今議論いただいております保健・医療・福祉連携の答申案につきましては、本日伺いました意見とともに今会長がおっしゃいました意見を出す用紙を皆様にお配りしておりますので、それをお持ち帰りいただいてそれぞれの団体のご意見でも結構ですし、代表の方のご意見でも結構ですので事務局の方にお寄せください。</p> <p>そして、12月の中旬から下旬に予定している次の会議で、お寄せいただいた意見を基にこの素案に修正をかけまして次の12月には案という形でお出しします。そして、できれば12月の会議において案が取れるような状態にできればと思います。</p> <p>仮に、もっと議論を深めるべきだというお話になったら、また、その次の会議まで持ち越したいと考えております。それから改革プランにつきましては、今回の検証についてご承認いただいたと思いますので、ホームページの方で公開をしたいと思えます。</p> <p>改革プランが25年度までですので、次期の改革プランを作らなければならず、その改革プランについては3月、今年度は最終になるとは思いますけれど、3月に会議を開いていただいて次期の改革プランをご審議いただきたいと思いますと考えております。</p> <p>皆様方の任期につきましては、26年の12月までありますので、26年度におきましては、また違ったテーマで協議をいただきたいと思いますと考えております。</p> <p>保健・医療・福祉の連携についてのご意見につきましては、できましたら11月末</p>

	<p>までに郵便でもFAXでも直接お持ちいただいても結構ですので事務局の方にお寄せいただきたいと思います。</p> <p>先ほど申し上げましたとおり、次回は12月の会議では案としてご承認をいただけるような状態で提出したいと考えております。</p>
(委員)	<p>今日のこの資料は、この委員会で素案を取ることが認めていただけたのですか。</p>
(事務局)	<p>これは、本日、お示しした段階ですので、先ほどもいろいろな意見をいただきましたが、その意見と先ほど申し上げました今後お配りしております用紙でお寄せいただく意見を踏まえて、さらに中身を精査して次の段階ではもっと決定がいただけるような案としてお出しできるように考えております。</p>
(委員)	<p>それが12月ですか。</p>
(事務局)	<p>12月の下旬と考えております。</p>
(委員)	<p>時間が足りないような気がしてなりません。事務局で素案ができており、それを基に円滑に進められればよろしいのですが、様々な話が出てくると、なかなか大変かなと私の所感です。</p>
(事務局)	<p>私からお願いさせていただいてよろしいですか。</p> <p>保健・医療・福祉というのは、私が提案したがために大変混乱をきたしているような気がいたしますので。</p> <p>ただ私が言いたかったのは、これは本当にグランドデザイン、さぬき市の保健・医療・福祉に対する大きなデザインでして、本来これは市長側がここへ持って来られて、これを議論してほしいと言っていたくべきものだと思います。</p> <p>4年近くお付き合いしておりまして、非常によく気の付く市長さんですが、私に、保健・医療・福祉に関するグランドデザインを示されたことはございません。</p> <p>恐らく市長としては、言うとは、市長としては、まるで火に油を注ぐことになってはならないと感じているのかもしれませんが、やはり、田中会長に私もお願いしましたが、病院の経営状態を議論していただくのは必要不可欠で当然なのですが、そればかりではどうもいろいろな立場の方に集まっていたいておりますので、将来こんな町にしたいという意見をいただくべきものではないかと思っております。</p> <p>皆さんが提案する、そこへ病院と国保・健康課が一緒になって、例えばこういう町づくりはどうかと提案すると、これが採用されるかどうかは私も全然分からないわけですが、私も局長も看護部長も色々な視察に行きました。やはりその町長が</p>

	<p>しっかりしたデザインを持っておられます。小さいなら小さいなりに、大きいなら大きいなりに。</p> <p>ぜひ大山市長には、デザイン・ビジョンを制定していただいて、それに従って各セクションが動くという形をとらせていただいた方が、様々なところが口々に、あれが欲しい、これが欲しいという形になるのはいかがなものかと思えます。</p> <p>先ほど書類の取りまとめとしては、年度内というのは、私も結構だと思うのですが、継続的に例えば、保健の部分はもっとこういうことをすべきであるとか、福祉の部分では病院が関わってこういうことをすべきであるとか、そういうのは、次年度なり次の役員の方をお願いして、審議会で、皆様方からご提案いただいた内容を、市長に提言し続けると、皆さんが、それぞれの組織に帰った時に、皆さんが提言した内容が、市長まで上がっているのです、次のアクションを起こしやすいと思えます。</p> <p>ですから、是非今後も書類の取りまとめとしては、年度ごとになりますけれども、次年度の継続協議のような形で一部この部分についてもっと話をしましょうという形でやってもいいのではと私は思っております。そのことにつきましては、次回の時に今後どうするかというのをお話いただければと思います。よろしく申し上げます。</p> <p>(議 長) 今後の、運び方に移っていきそうなのですが、今お話がありました様に、すぐ来年に何かを作るとかそういう話ではなくて、大きなプランや構想といいますか、骨組みみたいなもの、しかも一回でそれが終わるというのではなく、何度も見直しをしながら少しずつ実のあるものに近づけていきながら、その都度お話をして具体化していくのが、自然な運びかなと私も思います。</p> <p>それはそれとして、あまり幼稚なものをまとめても、これもまた後に影響しますので、やはりグランドデザイン、その全部は包めてなかったかもしれないけれども、かなり中心になるような要望は出たなというのが出来たら一番いいかなと思うのですが、そういう意味で先ほどの副会長からのご提案、ご意見の文章で事務局のサポートを是非お願いします。</p> <p>病院の当面の予定としては、11月の下旬ぐらいまでにグランドデザイン、第1回のプラン作りらしいものがまとまったらいいなというご要望ですので、我々も出来るだけそれに協力をするようにしていきたいと思いますが、意見をいただくときの文章ですけれども1ページにこだわる必要はないのですね。</p> <p>(事務局) もちろんございません。その様式に入りきらなければ任意の形式でも結構です。</p> <p>(議 長) むしろその方がありがたいです。11月末までに意見を出してほしいというお話がありました、それでよろしいですか。</p>
--	---

(事務局)	<p>大変期間が短くて申し訳ありませんが、11月の末までを目途にお寄せいただきたいと思います。</p>
(議長)	<p>ひとまずこの場ではそういうふうにしておいて、それでもし、ご意見が、これではまとまらないとか、あまりにも意見が少ないというような事態になりましたら、その都度、対応策を病院と私共とで相談しながらどうするか手を考えたいと思います。</p> <p>今後の運び方について何かご意見ございますか。それでは、このような予定で是非色々なご支援をお願いしたいと思います。</p> <p>そうしましたら、大きな方向としては、それで参りたいと思います。</p> <p>ご意見いただいたものはその扱い方を含めて、また皆さんに結果はお返りする方向で考えていきたいと思っています。</p> <p>次回は、12月の中～下旬を目途に、皆さんにご意見をお示しできたらと考えています。</p> <p>これで運営審議会を終了したいと思います。ありがとうございました。</p> <p>4 閉 会 12時00分</p>