

第2回
新常滑市民病院基本構想策定委員会
議事録

平成23年7月7日（木）

第2回新常滑市民病院基本構想策定委員会議事録

- 1 開催日時 平成23年7月7日(木) 午後2時～午後4時08分
- 2 開催場所 常滑市民病院5階大会議室
- 3 出席委員(50音順)

厚生労働省名古屋検疫所中部空港検疫所支所 支所長	安藤 正郎
みんなで創ろう!!新常滑市民病院100人会議代表	伊藤 文一
みんなで創ろう!!新常滑市民病院100人会議代表	磯村 智恵子
愛知県健康福祉部医療福祉計画課 課長	小澤 智明
愛知県半田保健所 所長	澁谷 いづみ
愛知県知多保健所 所長	鈴木 康元
半田市立半田病院 院長	中根 藤七
名古屋大学大学院医学系研究科呼吸器内科学 教授	長谷川 好規
常滑市医師会 会長	肥田 康俊
特別養護老人ホームむらさき野苑 介護福祉士	布施 裕子
- 4 欠席委員(50音順)

名古屋大学大学院医学系研究科循環器内科学 教授	室原 豊明
藤田保健衛生大学大学院医学研究科腎内科学 教授	湯澤 由紀夫
- 5 出席者 常滑市長 片岡 憲彦
- 6 事務局

常滑市参事	山田 朝夫
常滑市民病院 院長	中山 隆
常滑市民病院 副院長	中村 英伸
常滑市民病院 看護部長	久米 淳子
常滑市民病院 事務局長	梅原 啓三
常滑市民病院 管理課長	皿井 敬治
常滑市民病院 業務課長	皿井 栄一
常滑市民病院 新病院建設室長	八谷 俊之
常滑市民病院 新病院建設室	柴垣 道拓
- 7 その他 株式会社システム環境研究所
- 8 傍聴者 15名

第2回新常滑市民病院基本構想策定委員会次第

日時 平成23年7月7日(木) 午後2時00分～

場所 常滑市民病院 5階大会議室

1. 開会

2. 議題

新・常滑市民病院基本構想骨子(案)

(1) 全体構成について

(2) 新病院の基本方針について

(3) 救急医療について

(4) 連携について

(5) 中部国際空港直近病院としての機能について

資料

- ・新・常滑市民病院基本構想骨子(案)・・・(第2回資料1)
- ・愛知県地域医療再生計画(案)抜粋・・・(第2回資料2)
- ・疾病分類別の分析と評価(入院)・・・(第2回資料3)
- ・平成22年度(4月～8月)愛知県内の公立病院比較・・・(第2回資料4)
- ・特定感染症指定医療機関について・・・(第2回資料5)
- ・現常滑市民病院の診療機能・・・(第2回資料6)
- ・常滑市の医療需要(外来)について・・・(資料11-2)

3. その他

次回開催日 平成23年8月4日(木) 14:00～

新病院建設室長 定刻一分前でございます。会場にお見えになる方で、携帯電話をお持ちの方はマナーモードに設定されるか、電源をお切りください。

定刻になりました。ただ今から、第2回新常滑市民病院基本構想策定委員会を開催させていただきます。委員の皆様には、ご多忙中にもかかわらず、第2回目の委員会にご出席を頂きお礼を申し上げます。本日の委員会は、別添の次第に沿って進めさせていただきますので、宜しくお願い致します。ご発言はマイクをお持ち致しますので、お手元に届き次第お願いしたいと思います。

それでは、議事の進行を委員長にお願い致します。

委員長 では、第2回委員会を開催させていただきます。本日は足元の悪い中、ご出席ありがとうございます。まず、前回の委員会の内容を簡単にお話させていただきます。第1回の委員会では、委員会設置の説明に続き、常滑市民病院の現状説明、常滑市の人口動態及び将来患者数予測、それによる医療需要などの説明が事務局よりなされました。それらの資料を元に、知多地域の地域医療計画について愛知県健康福祉部の小澤課長、半田保健所の水野次長、知多保健所の鈴木所長の皆さまからご意見を頂戴致しました。

また、常滑市民病院の外来・入院患者数減少の問題について、名古屋大学の長谷川教授及び室原教授、藤田保健衛生大学の湯澤教授より、常任医師採用の難しさや若手医師を中心とする医師獲得の秘訣などについてご教授頂きました。続いて、患者アンケート、市民アンケートの調査結果を踏まえ、現在この委員会と同時平行で開かれている「新常滑市民病院100人会議」の状況を伊藤委員、磯村委員より熱く語って頂きました。その他、連携の面でいつも大変お世話になっている半田病院の中根院長からは、連携のあり方を中心に貴重なご意見を頂戴し、感染症については空港検疫所の安藤所長から、そして介護施設にのつての市民病院の必要性について布施委員からご説明を頂きました。本日の第2回からいよいよ各論に入ります。どうか熱いご議論をお願い致します。

それでは次第に従い、新・常滑市民病院基本構想骨子（案）の全体構成について事務局から説明をお願い致します。

事務局長 事務局長の梅原でございます。宜しくお願い致します。座って説明をさせていただきますので宜しくお願いします。

資料1の新・常滑市民病院基本構想骨子（案）をご覧頂きたいと思ひます。

全体構成

第1章 常滑市民病院の現状と新病院の必要性

第2章 常滑市の医療需要

第3章 基本構想

1 新病院の基本理念、基本方針

(1) 基本理念

(2) 基本方針

2 主要機能と特徴

(1) 救急医療

(2) 連携

(3) 中部国際空港直近病院としての機能

(4) 高齢者医療

(5) 女性にやさしい病院

(6) 市民が支える病院

(7) 経営の健全化

第4章 基本計画

- 1 全体計画
 - (1) 診療科構成
 - (2) 病床数 等でございます。
- 2 部門別計画
- 3 医療機器整備計画
- 4 医療情報システム整備計画
- 5 物品物流システム整備計画
- 6 建設整備計画
- 7 事業収支計画

このような全体構成を考えております。今回と次回で重要と思われる星印のついた所を議論して頂きたいと思っております。その中で本日は、白抜きの星印の項目について、ご議論をお願いしたいと存じます。以上説明とさせていただきます。

委員 長 ありがとうございます。全体構成について、何かご質問はありますでしょうか。宜しいですか。それでは、新・常滑市民病院基本構想骨子の全体構成については終わります。次に、(2) 新病院の基本方針について、を議題と致します。事務局説明をお願い致します。

事務局 長 それでは2ページの方をご覧頂きたいと思います。議題の(2) 新病院の基本方針について説明をさせていただきます。基本方針につきましては、7項目を掲げております。読み上げさせていただきます。

- (1) 急性期医療を主体としつつ、亜急性期医療、回復期医療等にも取り組む。
- (2) 2次医療の提供を基本とし、部分的、選択的に、さらに高次の医療提供を行う。
- (3) 市民の期待に応えるため、引き続き、救急医療に取り組む。
- (4) 知多半島医療圏全体の中で、診療所、近隣病院及び福祉施設等との連携を図りつつ、当院の役割を果たす。
- (5) 中部国際空港直近病院の責務として、感染症医療に積極的に取り組む。
- (6) 現在、高齢者を中心に医療需要の多い呼吸器疾患及び整形疾患、市民の疾病比率が高い糖尿病及び腎疾患、患者数が多く市民の関心が高いがん、今後増加が予想される心疾患及び脳血管疾患に対応できる医療体制を整備する。
- (7) 新病院が、現在および将来の市民の経済的負担により建設され、支えられることを踏まえ、医療の公共性を確保するとともに、合理的かつ効率的な経営に努め、健全で自立した経営基盤を確立する。

という7項目です。そして、今回、それぞれのところに、6月19日に開催されました第2回100人会議の意見を掲載させて頂きました。その中でいくつかご紹介をさせて頂きたいと思います。はじめに基本コンセプトの特色というところがありますが、一番下の段落を少し読み上げさせていただきます。

「市民病院が必要だという考えは変わりません。しかし様々な規制があり、すべて満足とまでは行かないのが現状のように思います。常滑市民病院の一番の特徴は何か、知多地域で常滑が担う役割は何か、深く掘り下げていけば良いと思います。他の病院と同じ事を同じようにやる必要はないと感じます。」40代の男性の方でございました。

もう1つ、ご紹介をさせていただきます。3ページの下から3つ目のところを読み上げさせていただきます。「赤字でもいいが、市政を圧迫するほどでは困る。ベッドがない、市内の医療機関において、どうしても入院機能が必要なら、救急外来、高齢者に配慮、小児医療、亜急性医療を受け入れる。この4点を重点に他の病院との連携でベッドを減らし、必要最低限の病院を目指して欲しい。」60代の女性の方でございます。あと、いくつかご意見を頂いておりますが、資料を見て頂きたいと存じます。以上で説明を終わります。

委員長 ありがとうございます。この件に関してご質問は宜しいでしょうか。
それではこの基本方針について、1から順にご意見を頂きたいと思います。ただし、この基本方針の3, 4, 5については、次の議題の中で出てまいりますので、この場では簡単に読み上げのみにさせて頂いて、以後の議題で順次、討論していきたいと思いますが宜しいでしょうか。では、最初の1番、急性期医療を主体としつつ、亜急性期医療、回復期医療等にも取り組む。2番、2次医療の提供を基本とし、部分的、選択的に、さらに高次の医療提供を行う。という方針につきましては、資料の6が関連しますが、ここで説明して頂けますか。

山田参事 資料6について、ご説明をさせていただきます。カラー刷りのものですが、これは現病院が提供しております診療機能について、縦軸に主に疾患別、横軸に1次機能・2次機能・3次機能と分けて整理をさせて頂いたものがございます。2次の部分につきましては、基本的な診療機能とやや高度な診療機能に分類しています。
診療機能の各項目につきましては、現在、常滑市民病院が依頼をしております医療コンサルが、他県の病院の機能分析に用いたものをベースにしておりますので、若干の疑義もあるかと思いますが、そういったものだとご理解頂きたいと思います。
また、この色分けについてですが、青色で塗ってありますものが、医療スタッフと医療機器設備があって、当院で現在積極的に対応しているもの。緑色になっておりますところが、機器・設備はあるが常勤の医師がおらず、代務の医師で対応しているものがございます。また、白塗りの部分は現在提供ができていないものがございます。2次機能のうちのaと書いてあります、基本的な機能という部分につきましては、新病院でも引き続き必ず提供することが必要だと考えておりますが、ページをめくって頂きますと、呼吸器内科系あるいは整形外科系、産婦人科系、精神科系、口腔外科系の疾患については、2次のaの部分に青色で塗られていない部分があるという現状がございます。逆に代謝性疾患、内分泌疾患、神経内科、循環器内科、血管外科、消化器内科、消化器外科、腎臓疾患、血液疾患、皮膚科、耳鼻科、眼科などにつきましては、高度の2次またはそれ以上の医療を提供させて頂いているというのが現状です。以上です。

委員長 ありがとうございます。この資料を見て、今すぐ理解するのはなかなか大変です。また、帰られましたら、一度見て頂きたいと思います。いっぱい書いてあるので難しいかもしれませんが、現状はこのような形になっているということです。これを今後どうして行くかというのは、一つ大きな課題になると思いますが、現時点で2次の中でも実施できている機能と実施できていない機能がある。このことに関して中山院長、何かコメントはありますでしょうか。

中山院長 院長の中山です。この表に現れている通りだと思うのですが、市民病院の性格として、2次を中心とした急性期が基本であると思います。ただ、その中で、やはりどうしても医師(常勤医)が確保できているか、できていないかというところが一番の問題になり、常勤医が確保できているところでは2次の機能を、さらに少々おこがましいのですが3次の機能に近いものを実施していこうというモチベーションで現在も対応しています。新病院において、常勤の医師が確保できれば、そのような形でかなり高度なものを対応できるのではないかと考えております。

委員長 ありがとうございます。1番の急性期医療を主体としつつ、亜急性期医療や回復期医療等に取り組んでいくことは前回にも話題に出ました。それから、この2次医療のことについて何かご意見がありましたら、半田病院の中根先生、ご意見を頂戴できるでしょうか。

中根委員 母数がどれくらいあるかということに問題があると思います。それに知多半島中部の医療の半分を常滑市民病院が、今、担っているわけですが、先ほど院長が言われましたように、人が確保できないためにそれが十分になされていないということがあります。確かに理想的にはそうなんです、確実に担保するだけの人が問題ですね。それが、やはり一番重要ではないかと思

います。ですから、知多半島だけの問題ではなくて、圏外、圏内の問題もありますし、もっと身近に言えば、私どもとしては、大学の先生方がどうこの知多半島の医療を捉えていらっしゃるかという、それが一番大きな問題であると思います。

委員長 ありがとうございます。まさに本質をズバリ言われてしまいました。簡単に言えば、医者がいなければ、やれないのではないかという問題がたくさんあると思います。ここで100人会議の伊藤さん、磯村さんにご意見を伺いたいと思います。
私自身は小児科が専門で、100人会議の意見を読ませて頂きましたら、この中に小児科・産婦人科というのがあまり十分に機能していない、又、小児科・産婦人科のことについて要望のようなものも書いてありましたので、ご意見を伺いたいのですが、そのことも少し挟んで頂ければと思います。まず、伊藤委員にお願い致します。

伊藤委員 失礼します。第1回の100人会議があったわけですが、やはりこの会議に出席して下さる方はそれぞれの思いがあって、熱く語られたと思います。前回の第2回の時も、もちろんそれぞれの思いはあるわけですが、行政及び医療関係の方からいろんなお話を聞くうちに、いつの間にか100人会議のメンバーも、聞く立場に少しずつ変わってきたように思います。と言いますのは、自分たちの思いだけでは新しい病院も上手くいかないだろう、やはり医療関係・行政の両者の力をもっと合わせて、その上で自分たちに何ができるのか、何を市民に確実に伝えていけばいいのか、ということがかなり理解できてきたのではないのかと思います。
その中で、今、委員長がおっしゃった産婦人科から小児科等の問題を、今後、それではどうしたらできるのかという形に変わってくるのではないかと思います。いずれにしても、まだ3回～4回続くわけですので、言いつ放しの形ではなく、この100人会議のメンバーは必ず良い意見を出してくれると思います。その点を皆さんと一緒に進めていきたいと思っておりますので宜しくお願い致します。

磯村委員 失礼します。小児科についてですが、昼間は肥田先生を始め医師がいらっしゃるの安心という方がみえましたが、やはり夜間にお子さんの容体が変わったときに、救急でこの市民病院に来たとき、先生がみえるととても安心なので、是非、小児科はここで頑張りたいという意見が100人会議で出ました。あと、医師不足でお医者様が見えないために、整形や呼吸器がここで診てもらえないということは、少々暗い話になりましたが、その時、ある方が市民の力で医師を呼ぶこともできるのだ、というようなことをおっしゃっていました。何か具体的にその辺がわかれば、私たちもこれから力になれると良いと思います。

委員長 ありがとうございます。さまざまな意見を頂戴しましたが、委員の中で何か追加することがございましたら、宜しいでしょうか。

山田参事 本日、湯澤先生と室原先生がご欠席ということで、事前に事務局がお伺い致しまして、ご意見を頂戴してまいりました。まず、お手元に資料があると思いますが、今の基本方針の(1)、(2)の辺りにつきまして、湯澤先生からは急性期医療を主体としつつ亜急性期医療回復医療等にも取り組むという部分に関して、次のようなご意見を頂きました。「急性期と回復期等のバランスが重要です。急性期の比率が少ないと研修医の確保という点では難しくなります。」というご意見を頂いております。それから(2)の2次医療の提供を基本とし、部分的、選択的にさらに高次の医療提供を行う、という部分につきましては、室原先生から「循環器系の疾患に対してカテーテルの専用オペ室を整備する必要があるだろう、室数は年間のオペ数が400から500件程度であれば、1室で十分機能するであろう」というご意見を頂きました。それと今話題に出ました、産婦人科の事について、両先生からも産婦人科はどうするんだ、どうなのかというご意見を頂きました。それに関して湯澤先生のご意見は、「産科の医師の確保はかなりハードルが高い。また、採算面を考えても新生児集中治療室の施設がないとなかなか難し

い。産科はスタッフも多く必要であり、充実した体制が不可欠なので、産科は難しいかな」というようなご意見でございました。また、「婦人科については必要であり、同時に子宮がん等の化学療法をやれば経営面でもプラスになる」というご意見も頂いております。それから、室原先生は、「産科について現状を聞くと民間病院での分娩の対応でなんとかなるように思うけれども、市内に産科がある方が望ましいのではないかと、それで当面は医師の確保ができなくても、確保できた時点でいつでも診療ができるような体制や設備を整備しておいた方が良いのではないかと」という意見を頂きました。

委員長 ありがとうございます。本日は、室原教授と湯澤教授のコメントを頂いておりますので、順次、事務局から意見を挟んで頂きたいと思っております。

続いて、(3)と(4)と(5)を読ませて頂きます。

(3) 市民の期待に応えるため、引き続き救急医療に取り組む。

(4) 知多半島医療圏全体の中で、診療所、近隣病院及び福祉施設等との連携を図りつつ、当院の役割を果たす。

(5) 中部国際空港直近病院の責務として、感染症医療に積極的に取り組む。

というこの3つの議題については、改めてご討論をお願いしたいと思います。

次に(6)に進みたいと思っております。現在、高齢者を中心に医療需要の多い呼吸器疾患及び整形疾患、市民の疾病比率が高い糖尿病及び腎疾患、患者数が多く市民の関心が高いがん、今後増加が予想される心疾患及び脳血管疾患に対応できる医療体制を整備するという基本方針ですが、これについてご討議をお願い致します。これについて資料3がありますが、説明をお願いします。

山田参事 それでは資料3をご覧頂きたいと思っております。前回の会議のときにお配りしました人口推計、それから医療需要の将来予測、国保・高齢者のレセプトデータの分析の内容をもとに、疾病分類ごとに件数、推計増加率、常滑市に多い患者さんの割合、それから高齢者に多い疾患の割合、患者の市外の医療機関への流出率の5項目でざっと分析をしてみた一覧表です。項目ごとに◎と○がついていますが、これは、例えば件数であればその多さ、割合であればその割合の大きさを表しております。以上です。

委員長 それでは、その表を見ながらご討議頂ければと思います。呼吸器疾患、整形疾患、糖尿病、心疾患、がん等がやはり非常に大切なため、医療体制を整備するというところでありますが、この中で特にがんについて、最近、関心が高く、がん治療についても色々と話題になっています。それから、100人会議の中でも、放射線治療がなぜないのかという意見も拝見致しました。それらを踏まえ、色々難しい事は言えないかもしれませんが、中山院長先生にがん治療対するコンセプトのようなものを少しお聞きできるといいと思います。少々難しいでしょうか。

中山院長 とても難しいです。一般論として、がんの診断・治療は日々進歩しています。それに対して、医師、看護スタッフも含めて、一生懸命、毎日勉強しながらついていっているというのが現状です。私自身の経験を考えても、大学を卒業した時を考えると内容は全く変わってきています。放射線治療も、例えば抗がん剤治療などは私どもが医師になりたてのころに比べると、効果も明らかに進歩しています。それに対して、日々努力し、しっかり追っていき、最新・最善のものを提供するという事になると思います。放射線治療に関しては、病院の規模や件数等を考えるとかなりハードルが高いのではないかと、私共としては考えています。診断、治療ということ、手術的なもの、抗がん剤治療的なもの、スタッフを充実させて、それぞれの内容を確実に実施していくというところではないかと考えています。少々一般的な話になってしまいました。

委員長 ありがとうございます。長谷川先生、お待たせいたしました。色々な疾患の中でいつも恐

縮ですが、呼吸器疾患に対しては、非常に皆様の要望が強いと思われるのですが。

長谷川 委員 呼吸器疾患である肺がんは男性のガン死因の1位、女性は2位であり、まだまだ日本では増えてまいります。それで、治るガンの治療は専門病院で治療する。ただ、ある時期から、共存するという状態になっていきますが、その時点では必ずしも専門病院が必要ではなくて、緩和医療を含めて地域で対応する。結果的に自分のご自宅の近いところというスタンスがやはり必要なんじゃないかと思います。それらを考えますと、特に先端のガン治療は、病病連携の上でそれぞれのがんセンターで治療して頂き、その後の治療を引き受けるというのが、おそらく市民の皆様にとって一番有意義なのではないかと考えます。従いまして、全てのガン治療の機能を、新しい病院に整備することは現実的ではないし、コスト的にも人的にも難しいと感じています。

委員 長 がんだけではなくて、消化器系だとか、感染症とか、そういう問題に関しても、専門病院で対応する分野と2次病院でやる分野というものを分けて、医師の配置を考えることが必要なのではないでしょうか。

長谷川 委員 その他の疾患についても、人類の大半、日本ですと25%の方が肺炎で亡くなります。肺炎の治療でも特殊な肺炎治療と一般的な肺炎治療があり、特に高齢者に起こってくる肺炎の治療を、呼吸器内科医が一人で診ると、いわゆる4分の1の死亡者を呼吸器内科医が診ることになります。なかなか厳しいと思います。従いまして、肺炎そのものについては、やはり病院全体として内科医の先生方が総合的に診ていくというシステムを構築しないと、専門医がなかなか定着しないという現実があります。恐らく呼吸器内科医の専門医が役立てるとすると、非常に難渋する肺炎の疾患に対するアドバイスを、という形になると思います。それから、慢性疾患であるCOPD、たばこの病気、その他喘息というような病気もございます。これは、慢性的に非常に長い時間をかけて診ていく疾患ですので、これらは呼吸器内科医が、外来が主体になりますが、そういった形式で診ていくことは可能だと思います。ですから疾患によって専門病院が必要とされる。それから、通常のコモンディージーズと呼ばれるものをどういう風に病院機能の中で配置していくかというものを考え、非常に稀な呼吸器疾患、難しい呼吸器疾患など、様々でございますが、それらは専門病院に送って頂ければ詳しい検査等ができると思います。それは病病連携の対応になります。

委員 長 ありがとうございます。今、病病連携の話が出ましたが、中根先生、今のご意見に何かコメントはありますでしょうか。

中根 委員 基本方針として、がんあるいは糖尿病、血管疾患、心疾患、いわゆる国が進めています4疾病5事業という基本的な計画がありますが、それを全て網羅するというような書き方をしておりますが、やはりある程度絞っていかないと、ゼネラルというか一般論としてはもちろん必要だと考えますが、その中でどこまでこれができるのでしょうか。

例えば、5事業の中で一番問題になる救急のことですが、前回質問致しましたが、実際に救急搬送される患者さんの何%が入院を必要とするかということをお聞きしたところ、13%というお答えだったと思います。そうするとやはり、かなり軽症の方が多い。そうすると勤務医も疲弊してしまいます。松阪市の事例ですが、松阪市には中規模から大規模までの病院が三つありますが、そこでほとんどの患者さんが救急でみえるものですから、勤務医が疲弊してしまい、救急の対応ができず、結局、開業医さんが最初の一次救急を引き受け、そこから紹介状のある患者だけを二次の病院へ送る。そういうシステムが作られました。全てを網羅するというのは理想的ですが、できることとできないことをしっかり仕分けすることが必要だと思います。それから、一口に「がん」と言っても、現在は特定の腫瘍について、いろいろな分野のドクター、ナース、薬剤師等が関わり、チームで対応しています。それは、いわゆる治さなければな

らないがんに関してですが。一方では、緩和ケアもしくはベストサポートケアについて対応しなさいというものもありますので、どちらにバランスをおくかということが必要かと思ひます。

委員 長 ありがとうございます。(6)の項目について、他にご意見のある方は、宜しいでしょうか。

山田 参事 前回の中根先生からのご質問に対する私のお答えの仕方が不十分であったと思うのですが、救急搬送される方の場合、1,800件のうち650件ぐらいが入院となります。その割合は、搬送者に限ると3割を少々超えるという形になります。

また、この項目につきまして、室原先生からは「呼吸器の常勤医はぜひとも確保された方が良い」とのコメントを頂いておまして、確保できない場合、先ほど長谷川先生のお話にもございましたが、当院の現状においては、循環器系のドクターを中心に総合的に診ていくこととなりますので「あまりにそれが多いと循環器のドクターも疲弊してしまうという」意見をおっしゃられておりました。

委員 長 前回の当委員会において、長谷川先生がハード面も大事だけれど、ソフト面で呼吸器のドクターを人数的に十分に配置し、疲弊しないような形の人數でやっていくべきだというようなことをお話されましたが、そうであれば、病院の數からしても難しいところもあるのではないかなという気がするのですが。

長谷川 委員 そうですね、前回お話ししましたように市内の病院では、医師はこれまで24時間いつでも何かあれば病院に駆けつけ、患者様のところで働くという教育を受けてきたわけですが、時代が変わってきています。やはり、オンオフがきちっとできないと長く医師を続けられない、特に外科、内科のメジャーな診療科での勤務が続かなくなってきました。すなわち、時間外にまったく呼び出されることもなく、自分の時間できちんと人生を送れるという、要するに完全にオフの時間がないとやはり続かないですね。それで、市内の大きな病院では、例えば18時を過ぎるとグループで必ず当番を決めて、その人が全て対応する。それ以外の人たちはみんなオフにする。家族とちゃんと生活できるというような体制もできつつあります。専門医が専門分化し診療できるところは良いですが、それでは地域の病院でそのような対応が可能かということ、現在の医師は一つ一つの専門分野の勉強をしてきており、昔は内科といえたいい全部を診ていたのです。専門分化して、そのまま地方の中等度の病院にそれをあてはめるとどうということになるかということ、領域によってすごく時間の温度差が違うわけです。17時で帰る人、24時間働かなければならない人、非常に温度差が出てきます。昔の内科医は、総合的にきちっといろんな病気、肺炎も診れば心筋梗塞も診る。僕らは研修のときに、時間が空いたときには、心筋梗塞、脳梗塞、肺炎等々の色々な疾患を診たわけですけども、段々それが専門分化しており、専門分化したことで、地方の中高度の病院が成り立っていくのかということが非常に大きな課題ではないかと思ひます。やはり病院の中で内科医として、相対的にどのように内科を診ていくかということを中心にきちんと討議し、その内科医のトレーニングも含め、ただただ専門分野だけを診れば良いという事ではなく、地域の病院として内科としてどうあるべきかという事を本当に考えていかなければいけないですし、一方で患者さんがそういう専門性ばかりを追求すると、医療は成り立たなくなりますので、ある程度内科として、教育ができて、総合的な内科医としてきちっと診ていけるというような体制を、また、市民の皆様方もちゃんと認識していくという体制を作っておかないと、なかなか内科の存続が難しいのではないかと思ひます。先ほど言いましたように、大きな病院では細分化を行い、そこで医師がちゃんと生活できるような環境を整えれば、医師は皆そこに集まる状況になってきますので、地域の病院でその辺りをどういう風に構築するかということが非常に重要な課題かであると思ひます。これは、内科の問題でもあるわけですけども。

中村 副院長 私は副院長の中村と申します。平成10年からこの病院で循環器内科医として赴任しております。

す。当時は呼吸器内科医がしっかり3人位おりました、これまで常滑の地区というのは、なぜこんなに肺の悪い人が多いのかと思ったぐらい、入院患者さんも、呼吸器の患者さんが多かったです。それで、職員も足りない、ラジエーションもできない病院で、がんも含めて診断を行い、化学療法まではきちんと実施している。ラジエーションが有効と思われる患者さんは絶えず他院へ紹介している。市民の方々が、がんもそうなんですが、陶器の町という土地柄、塵肺を含めた患者さんが多く、他の都市とは少々違うような、肺疾患が多いという印象がありました。その点において、同じ尺度で見て頂かない方が良いのではないかとこのことを一点申し上げまして、要するに呼吸器内科医の必要性が非常に高いということをも、長谷川先生にご理解して欲しいのです。

長谷川先生が、呼吸器内科医が疲弊されるとおっしゃっていましたが、全ての肺炎等の肺の病気を呼吸器の先生に全て診させるというような悪い体質が一つの原因だと思ったんです。

現在、呼吸器内科医が非常勤体制になり2年以上経ちますが、我々内科医も最初は「肺なんか診れるか」と実際に思っていたのですが、現実として市民の人で慢性及び初期の呼吸器疾患の方がいて、止むを得ず当院へ来られるんです。断るということも非常に辛くて、それで代務の先生(中京病院から配備され)に診てもらい、非常に僕はそれがありがたいと思っているのですが、結局入院して一番困るのは、急変した場合、例えば大咯血をしたとか、そういうときにやはり気管支鏡ができる医師がいないということ自体が非常に我々としてはくやしい思いをし、ひょっとしたら救命できるケースがあるのではないかとこのことがあります。それで我々としては、やはり呼吸器内科医にお一人で診て頂くというのは本当に心苦しく、できれば複数の医師が必要となるわけですが、診療を実施していくことが病院としては一番ありがたいです。ただ、我々にできることは呼吸器内科医の負担を極力減らし、仕事を限定して対応して頂き、人間らしい生活を送れるよう協力し、そうまでしてでも呼吸器内科の先生が欲しいと思っています。そしてもう一つは新病院で連携するにあたり、やはり50床の半田との連携支援病床ですが、内科が今後連携を行っていく上で、恐らく肺がんのターミナル等をどんと送られるケースが増えてくると思います。それは、やはり呼吸器内科医の先生方のお力がなかったら、常勤医として覚悟がなければスムーズに機能しないのではないかと懸念しておりまして、例えば循環器の若い医者になるべくそういう仕事も実施するよう言うつもりですが、やはりそういう困った時にすぐに電話できる人がいるだけでも、大分仕事の状況が違ふと思っております。是非呼吸器の患者さんが多い町だという事を、今までできたことができなく非常に、悔しい、歯がゆい思いもしていますので、循環器内科医であれば心カテばかり実施していればいいのですが、副院長としての立場としてご理解してほしいと思っております。

長谷川 委員 大変重く受け止めております。私、先ほど申し上げましたのは、現状ももちろん理解できますが、次にできた病院が10年、20年と長いスパンで健全な形で存続していくためには何が必要なのか。本当はその医師の確保も、大学というものの機能は、本当はその医師をただ単に派遣するところではない、そういうところにも依存せずにきちっと病院が存続するという形が望ましいと思うのですが、現実的にはまだ人数の多い大学から派遣せざるを得ないといった体制を取っていますが、それとは別に長いスパンで見られた時に、どういうふうにするかという内科医を育て、機能を維持できるかという事を考えて頂けないかと思っております。ただ単に呼吸器内科医が配置されただけでは済まないんですね。次にはそういう人達がきちんと来てくれるか、育ていくのか、そしてそこで働く職員の人たちがQOLを高くして働けるのかというスタンスで、ご意見を差し上げたつもりで、これは実はここだけの問題ではなくて、日本全体の地域医療について内科が抱える問題があるということで、ご理解頂きたいと思っております。各論は各論で色々検討する必要がありますが、そういうご理解を頂き、次の病院をつくるときにどういう風に日本全体の地域医療が抱える問題に対して回答を与えながら病院機能を構築するかという事を考えて頂くべきかと思いいご意見を差し上げました。

委員 長 ありがとうございます。ちょっと時間が長くなってしまいましたが、中村先生、ありがとうございます。

ございます。熱く語って頂きありがとうございました。少し陳情が入っておりました。ちょっと時間が足りなくなってしまうので、最後の基本方針の(7)ですが、新病院が現在および将来の市民の経済的負担により建設され、支えられることを踏まえ、医療の公共性を確保するような方針ですが、これに関して市長さん何かお話し頂けますか。

市長 はい。公立病院ですけども、やはり採算面というのは税金を投入するわけでありますので、先ほどの100人会議の中の意見でも赤字でもいいが、という意見もありました。しかし、赤字よりも黒字に越したことはありません。そういうところで産婦人科の問題もそうですけども、はたして、公立病院で産科をやるべきか、あるいは民間に任せるものであれば、民間に任せる方がいいのかということも、やはり経営ということ考えるとそのようなことも視野に入れながら対応していく必要があるのではないかなと思います。ただ、あくまでも公立病院でありますので、公立病院としての使命はやはり果たす、果たさなければならないように思っています。そういった面を踏まえ、何を選択すればいいのかというのが、私の中で難しい問題として秘めているのが現状だと思っております。

委員長 ありがとうございます。市民の税金で成り立っているのですから、公共性も大事だけれども、やはり経営的にも成り立つ様な形を、というようなお話ですが。伊藤委員どうでしょうか。

伊藤委員 ちょっとずれるかもしれませんが、過日、中日新聞において、医師不足地、拒否25%という記事があったわけですが、長谷川先生、この中で医師不足地域での勤務について条件が合えば従事したいと答えた方が25.5%あるわけです。この条件が合えばというのはどの様な事を示しているのでしょうか。

長谷川委員 そうですか、僕はそのデータを知らないのですが、条件が合えばということですね。今の若い人たちは、あまり給料のことは言わないんですね。豊かな世界で育ってきた人達なので、それよりもやはり自分の生活ができるかということではないでしょうか。おそらくそういうところへ行っても24時間働くとか、そういうことではなくて、ちゃんと休みが取れて、環境が整っていれば行けるということだと僕は認識しています。

伊藤委員 と言いますと、逆に3次医療、最先端の医療がいわゆる地域病院ではできないから拒否しているわけではないわけですか。

長谷川委員 ええ、今の若い人達の中にやはり総合医療とか、緩和ケアとか、患者さんに近いとこで働きたいという人達はたくさんいますので、その事自体は問題がないのですが、やはり疲弊してしまうんですね。本当に一人頑張る人はみんなそこに集中してくるので、それで疲弊してきてしまう。そして、立ち去っていくという人が多いです。だから、恐らくその時間的な問題、生活の問題ではないでしょうか。後は、次に若い人達が大事にするのは、家庭のお子さんの教育の問題がありますので、そういう事がある程度満たされるのであれば、皆さん行かれると思いますけども。多分、そういうことだろうと思います。

伊藤委員 ありがとうございます。それと100人会議の方は、次回、病院内のスタディツアーというのを計画しておりますので、1時間前に病院の施設等を見学させていただきます。これは入院されている方にご迷惑をかけるというわけではなく、100人会議のメンバーが、現在の常滑市民病院において、どのような施設があるかということ見学するものです。先ほど放射線だとか、そういう事をおっしゃっていましたが、現状として常滑市民で受けられる検査も含めまして、意外と市民というのは知らない部分が多いと思いますので、是非この機会に勉強したいと思っています。

委員 長 ありがとうございます。ちょっと時間が足りなくなりそうですので、次に進ませて頂きます。続いて、(3)の救急医療について、を議題とします。事務局お願い致します。

事務局 長 それでは、議題の(3)救急医療についてご説明をさせていただきます。資料1の4ページをご覧頂きたいと思います。救急医療として5項目を掲げております。読み上げさせていただきます。

- (1)「24時間365日 断らない救急」を基本とする。
- (2) 知多半島医療圏における救急医療体制の中での当院の役割を明確化し、当院に不足する機能については、半田市立半田病院等の3次救急医療機関との連携により対応する。
- (3) 医師の負担軽減の観点から、常勤医師の増員を図るとともに、引き続き臨床研修医の確保を図る。
- (4) 救急医療における診療所との支援・協力関係の構築を検討する。
- (5) 地域における救急医療の実態について市民に広く情報提供するとともに、市民の受診モラル向上を図る。

というものです。それで、先ほどと同じように100人会議からも意見を頂いておりますので、いくつかご紹介をしたいと思います。5ページをご覧頂きたいと思います。救急医療に関する意見ということで、上から6つ目の意見を少し読み上げて行きたいと思います。「高度医療に対応できることも重要ですが、普段から身近になる救急について、充実させていくことが必要ではと思いました。そのために設備よりもスタッフ確保は、まず先決で、市民病院単位で考えるのではなく、知多半島病院として大きな枠でスタッフを確保してはと思います。」30代男性の方です。それから、下から3つめのところですけども、「市民にとって、救急対応できる病院は心強い。まずは救急で診察を受けて、対応可能な病気なら、ここの病院でできないならできる病院へ転院していけば良い。常滑市民にとって、市民病院は市民のものであるから安心できる身近な存在であってほしい。」50代女性の方です。それからその下。「救急医療は絶対必要というのは誰でも思うこと。その救急医療について常滑市民病院ではどのように対応しているのか、医師、看護師の宿日直表と直接の話で状況がよく分かりました。さらにグループ討議の中で医師の話を聞き、待機の医師が到着するまでにスタッフがどれだけフォローしているのか、患者の命を救うためにという事を知りました。救急を断らないことのしんどさを市民の一人として共有し、何かの形で協力できたらと思いました。」ということで、その他たくさん意見を頂いておりますので、また、ご覧頂きたいと思います。以上で説明を終わります。

委員 長 ありがとうございます。24時間365日断らない救急ってすごいキャッチフレーズですね。磯村委員、何か100人会議を踏まえてご意見があるでしょうか。

磯村委員 今のような意見から、救急は本当に絶対必要で、もしそこからまた回されたとしても、やはりその場で助かることはあります。早ければ助かることがありますので、是非それは確保してほしいと思います。

伊藤委員 すみません。今、委員長がおっしゃった24時間365日断らない救急という事を、100人会議のメンバーが聞きました折には、非常に安心感というものを感じていると思います。やはりどこに回されるか分からないという意識ではなく、常滑の市民病院は全部受けて、とりあえず受けて下さるということは、非常に安心感が持てる言葉だと思います。

委員 長 ありがとうございます。このすごい言葉ですが、院長先生、この言葉通り理解して宜しいでしょうか。

中山院長 基本、今もこのつもりで実施しています。ただし、先ほど長谷川先生からもお話しがありましたが、救急になるとやはり長時間の勤務はスタッフが疲弊する原因の一つでもあります。実際

に当直が診ている夜間に、平均して10人以上、多いときは20人を超えることも珍しくない中で、また次の日も診療している状況です。だから、スタッフとしては少人数で頑張り、重症の患者さんを診たら、また別の診療を行っている。別の患者さんを診たら、むしろ夜中でも目が覚めるんですね。ただ問題は、やはり昨今問題になっているコンビニ受診のような、時間外に救急で診る必要のないような診療を行わなければならないとなると、かえってモチベーションが下がってしまうようなところがあり、そういう意味で市民の皆さんの理解を頂けたらありがたいという点と、やはり中根先生もおっしゃっていましたが、現実に関院で全てのことを完結することは、規模からいっても3次全てを診れる訳ではないため、難しいだろうと考えます。ただ、関院として診れる範囲のことは診る、その中で半田との連携は絶対避けては通れない。同時にもう一つは、もし可能であれば、例えば医師会の先生とも上手く連携して、全体で医療を支えていくようなシステムができたらと、今、僕は考えています。救急というのは、市民病院にとって一番大事な仕事の1つですので、スローガンとしてはこのつもりでやっていますが、現実には色々難しい問題が確かにあるということだと思います。

委員長 わかりました。連携の問題については、後で連携のところで再度ご討議をお願い致します。
(2)、知多半島医療圏における救急医療体制の中での関院の役割を明確化し、関院に不足する機能については、半田市立半田病院等の3次救急医療機関との連携により対応する、という項目でございますが、今の連携の話も含めて、中根先生、少しご意見頂ければと思います。

中根委員 先ほど、山田参事さんから訂正があった点についてお話をします。搬送という言葉を使いましたが、救急で受診されたウォークインも含めた患者さんという意味で、半田病院では入院される患者さんは最近やっと20%を超えたという状況です。それでもやはり8割の方が軽症の患者さんというのが一番の問題だと思います。ただ、最近、救急患者さん全体の数が若干減りつつあり、特に深夜帯、午前0時から明け方の5時か6時の間の患者さんの数が減っているというのは、やはり市民の意識が少しずつ高まってきていると思っております。
連携と言いますが、半田病院で全く対応できないこともあります。例えば、一昨年の夏から心臓外科医が不在になっており、大体1年に25～6例、名古屋方面の心臓外科の救急処置ができるところへ搬送しなければならない患者さんが実際にいます。3次といっても全部対応できているわけではありません。できないことも当然あり、また、ある科で手術、カテーテル等の処置を実施していた場合は調整できないことも十分ありますので、24時間365日いつでも引き受けられるわけではありません。それは病院対病院の連携で、例えば名古屋第一、第二日赤であるとか、あるいは中京か名大等々をお願いしてカバーして頂いています。先ほど100人会議の中にもありましたけれども、救急医療に関する意見で、開業医等とも連携し、夜間休日の診療体制を作ることはできないかとありますが、半田では、現在、輪番制で開業医さんが平日の夜2時間、ご自分の診療が終わった後で診療をやって頂いていること、それと知多郡の小児科医のご協力で週2回ですが、午後8時から午後11時まで半田病院で小児科の患者さんを診て頂いている。それだけでも、かなり病院当直医の負担というのは軽減されているのです。今後は定点化で毎日一定の夜の時間、誰かが診療して頂けるということになりますと、病院の負担もかなり楽になると思います。これは、やはり常滑も同じことだと思います。常滑の市内の開業医さん、内科、小児科を標榜してみえる開業医さんは、調べたところ15あります。もしご協力が得られれば病院の先生方の負担も減り、特に先ほどおっしゃったように救急患者の13～14%しか入院されないという状況であれば、そういう方々の力がかなり重要になってくるのではないかと思います。

委員長 ありがとうございます。今の点については、(4)の救急医療における病診連携のところで、少し私のほうからコメントさせていただきます。(3) 医師の負担軽減の観点から、常勤医師の増員を図るとともに、引き続き臨床研修医の確保を図る、という項目でございますが、これには湯澤先生からコメントがありましたね。ご紹介してください。

山 田 参 事 湯澤先生はこの点に深く関心がおありで、非常にたくさんのお話し頂いたのですが、「研修医の確保というのは非常に重要である。研修医が研修先の病院を選ぶ理由は研修医の待遇面など様々ですが、最近の若い医師、医学生の傾向で、ご自分が掴まれているのは概ね以下のとおり」ということで、「一つは教育プログラムがしっかりしていること、様々な患者が診れて自分の腕、技術が磨ける病院であること、給与水準がある程度のものであること。それなりに忙しく、でも過度に多忙ではなく充実感が得られる病院であること。特に眼科や皮膚科などを志望する医師は、他の診療科で必要以上にハードな仕事になるのは敬遠する傾向にある。それからいわゆるブランド病院志向というものもある。」とおっしゃっておられました。

「新病院ができて、施設・設備が新しくなるというのはかなり強みであり、ポイントです」ともおっしゃっていました。また、「ホームページは研修医に限らず、多くの人が見ています、効果的な媒体であり、充実を図ったほうが良い」というアドバイスを頂きました。

委 員 長 ありがとうございます。この問題について何かコメントを頂ける先生、委員の方はおられますか、宜しいでしょうか。また、ありましたら後ほどお願いします。

(4) 救急医療における診療所との支援・協力関係の構築を検討する、ということで、私も一応、開業医で、小児科と一部内科を標榜しております。中根先生に言われて今ドキッといたしました。実は知多半島小児科医会には私も参加しております。その時にも、お前も伝えてくれないかと言われたのですが、なかなか時間的に問題があり、自院診療が20時前に終わってから半田病院まで行くのは大変なので、ご辞退させて頂いたんですが、知多半島小児科医会のメンバーが中根先生のところでお世話になり、夕方に診療してみえるみたいです。研修医の先生からも色々質問が出たりして、けっこう頑張ってみえるということで非常にうらやましく思っています。常滑では小児科専門医を持っている先生が3人で、現在はもっと多いかもしれませんが、誤解のないように、少なくとも小児科医会に入っているメンバーでローテーションは難しいということです。2年前の時は、休日の午前診療のお手伝いを医師会の有志で対応させて頂きました。どれだけお役に立てたかわかりませんが、とにかくそういう形で少しでも僕たちもお手伝いしますという姿勢を見せて、病院の先生方に頑張ってもらおうという意味で、参加させて頂きました。ですから、今後もそういうことを積極的に、こちらでも医師会の中でアピールさせて頂きますので、今後、協力をさせて頂きたいと考えております。それから、やはり僕たちも、例えば昨日でも20時位まで診察しています。ですから、準夜くらいの患者さんについては、少しお手伝いできているのでしょし、土曜日でも診察を13時～14時位まで行っていますので、そういう面では、少しはお役に立っているのではないかという気はしております。ですから、更にということになると、抵抗がある先生もいらっしゃるかもしれませんが、説得していきますので、どうか今後とも協力関係を一層強固なものにしていきたいと思っております。答えになっているかどうかわかりませんが、今後とも宜しくお願い致します。

では、次の(5) 地域における救急医療の実態について市民に広く情報提供するとともに、市民の受診モラル向上を図る、ということですが、先ほどコンビニ受診ということがありましたが、このことに関して何か100人会議では積極的なご意見がありますでしょうか。

伊 藤 委 員 これは、各部分で出てきていると思います。コンビニ受診とは言いますが、じゃあ、どこを限度として判断をするかという、受ける側から見ると判断が非常にしづらい部分があるでしょう。そんなに大したことでもなくとも年をとってこられれば、胸も圧迫するでしょうし、その辺が医者判断で大丈夫ですよということであれば当然すぐに落ち着くとは思いますが、その辺の基準を市民全員が把握するというのは、ちょっと難しいのかなという感覚はあります。

委 員 長 そこは、所長さん、#8000番の件はそちらで対応していないですか。僕が協力していないので大きなことは言えませんが、小児科については#8000番を電話して、小児救急について小児科のドクターが一応電話相談をしていると思います。また、それを調べて、参考にして

頂けるとありがたいと思います。渋谷先生、お願いします。

澁谷委員 今の#8000番というのも子供の相談ですし、それから私ども半田保健所の管内では半田病院さんにご協力を頂いて、子供の救急医療の関わり方を半田病院の看護師さんに地域に向いて頂いて、乳幼児健診の場面ですとかそういうところでお話をしたり、あるいはテキストを作ったりというような形で勉強会を地域の中で展開をさせて頂いております。この視点はとても大事だと思うのです。それで、病院というと高度な専門的な治療というところにすぐ頭がいきそうですが、私は先ほどの基本方針のところでもそうだと思うのですが、予防という視点がとても大事じゃないか。特にこれから高齢者の方の、心臓の病気、脳卒中だとかあるいは糖尿病だとかそういうような病気というのは今、罹っている方はともかく、これから予防していく、将来にわたってこの病院がうまく市民の中で機能していくためには、基本的な指針、基本的な考え方の中に予防だとか今、ここにあるような受診行動だとかそういう保健的なものが盛り込まれていくことがひとつは大事じゃないかと思っています。

委員長 ありがとうございます。その点について、事務局、新病院の中で、何か例えば、あいち小児（センター）にあるような保健指導をする施設とかそのようなアイデアとかはありますか。その点については宿題とさせて頂きますか。

山田参事 今回、100人会議をやってみまして、病院や医師の側からは、あまりコンビニ受診をしないでくださいと言うことも患者さんとか市民の側に言いにくいと思ったものですから、行政の立場からみたいな感じで言ってみたら、「そんな実態なんですか！」と皆さんが気づかれ、救急が大変、体制が大変なんだという事も気づいて頂けたので、良いきっかけになったと思います。今後、今、渋谷先生がおっしゃったような予防とか、広報活動とかそういうことも病院の活動、仕事の一部として考えていかなければいけないかなと考えております。それと、室原先生がこのことを大分気になさっていらっしゃるしまして、先ほどの24時間365日というキャッチフレーズにつきましては、室原先生は「これを出すのは気を付けないと注意が必要である」ということをおっしゃっておられまして、「これがコンビニ受診を助長するようなことにならないように予防策のようなものも同時に必要だ」ということを強調していらっしゃいました。それから、その点に関連して、今、私が申し上げたことを室原先生もおっしゃっておりまして、「病院や医師が呼びかけるよりも、行政主体で市民の協力を求めるのが良いのではないのでしょうか」ということと、それから「コンビニ受診対策の具体的な方法として、例えば夜間の初診料を割り増しするであるとか、あるいは救急車を有料化するであるとか、夜間における薬の処方量を1日ないし2日程度のものにするとかいうことを行っているところもあって、その点も検討してみると良いのではないのでしょうか」というアドバイスを頂きました。

委員長 まあ、そういうペナルティのようなちょっと水をさすような意見はどうかと思います。100人会議メンバーの委員の方々も非常に頑張っているのです、是非、期待したいと思います。それから、半田は渋谷先生も小児科の先生だと思いますし、前の林医師会長も小児科で、バリバリと半田の中で小児医療についてやってみえて本当に常滑でやっている私としては、非常に恥ずかしかったんですが、それでもいろんな制度を作ったりして頑張ってみえたので、またお手本にさせて頂きたいと思っています。

中山院長 また、救急のことですが、今おっしゃられた一般の方に本当に救急に行かなくていいのかと判断するのは無理です。ですから、診療側として来るなどか、来ないなら来ないでいいと思っているのではなくて、どうして一般的に通常の診療時間で対応できるはずの患者さんが救急に来るのかといったことがあって、そのようなイメージをしていると思ってください。だから、皆さんが、例えばお腹が痛くてこれは軽症だから行かなくてもいいんだと、そんなこ

とを私達は言っているのではなく、もちろんそんな時はどんどん来てくださっていいという事です。また、澁谷委員さんがおっしゃたことはすごく大事な事で、私たちの方から、やはり働きかけをしないといけないのだという、その通りであり、すごく参考になりました。是非、検討したいと思います。ありがとうございます。

委員長 ありがとうございます。

副委員長 私の場合、前に赴任していた保健所ですが、そこは中核市だったのですが、小児救急に関するチラシとか、結構厚いパンフレットのようなものを作りました。それから大きな病院も独自にそういったマニュアルを作りました。親御さんが見られるようなそういうチラシを結構配りましたので、そういったものを作られることはいいと思います。

委員長 ありがとうございます。救急医療についてはこれぐらいにさせていただきます、次の議題である連携についてお願い致します。

事務局長 それでは議題4で連携について説明をさせていただきます。資料1の6ページをご覧ください。連携については、4項目掲げており、読ませて頂きます。

(1) 病診連携

- ①市内の1次医療機関の信頼に応える2次医療機関としての機能を万全のものとする。
- ②市内の1次医療機関とのコミュニケーションの充実を図る。
- ③紹介率及び逆紹介率の向上を図る。

(2) 病病連携

- ①半田市立半田病院等の3次医療機関とのコミュニケーションの充実を図り、当院の役割を明確化し、認識の共有を図る。
- ②連携病床50床を整備し、常滑市民を中心に、半田市立半田病院からの亜急性期及び回復期等の患者を受け入れる。
- ③②を推進する前提として、需要が多いにもかかわらず常勤医不在の診療科（特に呼吸器内科、整形外科）について、連携関係の中で常勤医を確保するしくみの構築を目指す。

(3) 福祉施設等との連携

- ①当院での加療終了後の患者の福祉施設等への紹介及び福祉施設等からの急変患者の救急受け入れ等の連携を、引き続き推進する。
- ②①の急変患者の中でも、割合が多くかつ緊急性を要する呼吸器疾患の患者の受け皿として、呼吸器内科常勤医の確保を目指す。
- ③新病院建設予定地である「医療・福祉ゾーン」内において、民間活力による福祉施設の整備及び当院との連携を検討する。

(4) 地域連携室の強化

- ①(1)から(3)を推進するために、当院の地域連携室の機能強化を図る。

というものです。7ページの方に100人会議からの意見を掲載しております。その項目、病診連携、病病連携のご意見を頂いております。中ほどのところを読み上げさせていただきます。

「市民の税金を投入する病院なのだから、医師会との連携で、1次医療は民間に任せ、2次医療に専念、しかも時間外に力を入れてほしい。例えば、日中なら小児科の専門診療所が市内にある。しかし、医師は市外に住んでいるので、夜間は診てもらえない。つまり、民間の隙間を埋めてほしい。」60代女性。それから、介護福祉施設との連携の項目のところでございます。

「新市民病院の建設においては、社会的入院の解消を目指して頂きたいと思います。そのためには、地域生活移行をどうするかに尽きます。地域との連携は、対医療だけではなく、福祉との連携は不可欠です。特に介護保険との連携は不可欠でしょう。具体的には、老人保健施設、老人福祉施設、各種介護事業者との連携です。また、それを遂行させるためには、病院内に医療ソーシャルワーカーあるいは保健師等のスタッフも必要となるでしょう。医師以外の

医療従事者のスキルアップを求める。」40代男性です。それから、高齢者に関することで、「急性期が過ぎ、慢性期や回復期リハビリになると、診療報酬が下がって儲からない。これははっきりわかりません。ということですが、今の医療制度の問題もあるでしょうが、どうしたら高齢者が利用しやすい、そして経営もうまくいく病院になるのでしょうか。市民として何ができるのか。」50代女性。「常滑市民病院ならではの亜急性期、その後の受け皿まで親切な対応をしてもらえる病院。」60代女性。最後に電子化によるカルテの共有のところで、1つ読み上げさせていただきます。一番下のところですが「電子カルテ導入により開業医との共有ができれば、患者の負担軽減につながると思う。」50代男性。以上でございます。

委員長 ありがとうございます。また、一つずつご討議をお願い致します。(1) 病診連携、市内の1次医療機関の信頼に応える2次医療機関としての機能を万全のものとする。市内の1次医療機関とのコミュニケーションの充実を図る。紹介率及び逆紹介率の向上を図る点でございますが、私も医師会としても賛成でございます。何かご協力させて頂きたいと思えます。逆紹介率のことも宜しくお願い致します。この点のところ何かありますか。

山田参事 ご参考ですが、資料の4に愛知県の統一病院会の合同委員長会議の資料を添付させて頂いております。それで、平成22年度の4月から8月の各病院の紹介率と逆紹介率、その他の比較の表を作ってみました。これを見ますと常滑市民病院の紹介率は比較すると中程度から下という感じで、逆紹介率のところは、実はこの時点ではデータを取っておりませんでした。今年度に入りましてデータを取ったところ、大体25%という数字になっております。以上です。

委員長 ありがとうございます。この病診連携について、何かご意見のある委員の方はおみえになりますでしょうか。

長谷川委員 前から病院によっては開業医さんのために、病院の中に更衣室を作り、そしてご自分ご紹介された患者さんを診るというようなことをやっています。でも、なかなかうまくいかないですね。それで、もう少しお医者さんという貴重な資源が地域一体でそういう事を、その力を病院としてお借りできるといいと思います。そういう代務システムのような形でオフィスを準備して、アメリカだと大学の前に自分で開業されていても、大学でオフィスを持って両方で診療するようなこともできるのですが、本当に開業医の皆さん方も、その病院と一体となって診療できるような仕組みはないものかなと、さっきから考えているのですが、それこそ病院のスタッフと一体になれるようなシステム、患者さんも開業の先生のオフィスでも診てもらえるし、どちらでもその先生にかかれるというような形というのは作れないのかなと思うんです。なかなか、今の日本の医療システムでは難しいでしょうね。そこらあたりができる地域全体でその開業医の先生方と一緒に病院が診療できる体制を構築できるのではないかな。それで病院で少し診て、ここからだったら自分はお家で診てあげようというような形もできるのではないかなと思うんです。そうすると患者さんに押し付けのない一連の流れの中で診るという、何かそういう新しいシステム、日本にはあまりないので是非構築すると新しいモデルになるかなと思いつながりながら聞いておりました。

委員長 中根先生、いかがでしょうか。

中根委員 この資料4の半田病院の紹介率逆紹介率ですが、この当時はこの程度だったんですが、この3~4ヶ月は平均を見ますと紹介率46%で、逆紹介率は42%ぐらいまで上がってきております。というのは、今年目標として、紹介の患者さんを増やしてほしいということ、そのためには逆紹介をしっかりとやるという目標を掲げまして、その結果として地域医療支援病院という指定が頂ければ一番良いと思っています。そのためには、開放病床という形で、開業医さんと連携をしっかりとやらなければならない、一応5床を用意しています。もちろん急性期の診療対

応は当方で行いますと、開業医さんを回ってお話しをしているところです。長谷川先生のおっしゃっているアテンディングフィジシャンのような形で病院の中にオフィスを持つといった形の連携が一番良いと思うんですが、それでいろんな機材を目的に応じてどんどん使っていくということが一番理想的だと思います。なかなか日本では難しいと思います。

長谷川 委員 そこで、検査が病院内でできれば病院の収入にもなり、開業医の皆さん方も、自分で機材、機械を買わなくていいんですね。それで、患者さんの診療も高いクオリティがあり、病院で診ても収益が開業医さんに必ず還元されるというシステムを作れば、本当に地域一体になって診れるかなと思うんです。新しいものは謳えないかもしれませんが、是非、考えて頂くということで。

委 員 長 ありがとうございます。ちょっと時間がなくなってきました。では、病病連携の説明をして頂きます。病病連携についても資料の2を事務局からご紹介頂けますか。

山 田 参 事 時間もありませんので、この資料の2は、前回話題に上りました半田病院さんとの連携支援病床について、地域医療再生計画の該当部分を抜粋させて頂いたものでございます。2ページ目の4の対策の(2)救急医療体制の構築の上から3つめの○のところアンダーラインをしたところを読ませて頂きます。「一方、半田市立半田病院の救急患者の受入にも限界があり、新規の急性期患者を受け入れるため、急性期治療を過ぎた患者を受け入れる病床を確保していく必要があることから、同一医療圏内にある常滑市民病院との医療連携を進め、常滑市民病院に連携支援病床(50床)を整備し、半田市立半田病院で、急性期治療を終えたものの、引き続き医学的なケアが必要な地元患者を受け入れる体制を構築する。これにより、緊急性の高い疾患については高度救命救急医療機関で確実に受け入れるとともに、急性期を過ぎた患者は地元の医療機関で受け入れることで、住民の安心・安全の確保につながる。」この50床については、こういう位置づけをされております。

委 員 長 ありがとうございます。有識者会議のサマリーを読んでも頂きましたが、そのことについて小澤課長さん、この間も少しお話し頂きましたが何か追加することはありますでしょうか。

小 澤 委 員 知多半島医療圏における救急医療体制の確保という観点から、この常滑市民病院における連携支援病床というものを再生計画に盛り込んでおります。また、将来的に東海市民病院と知多市民病院の統合によって新しい病院が出来ます。その病院においても緊急性の高い疾患に対応が可能な体制を目指すところに書いてありますが、そこでの連携も含めて連携支援病床をぜひ有効に活用して頂いて、この地域の救急医療体制の確保につなげて頂ければと考えております。

委 員 長 ありがとうございます。知多東海の新しい病院の問題もありますし、鈴木副委員長さん何かありませんでしょうか。

副 委 員 長 明日、東海市民病院と知多市民病院の医療連携についての話し合いがもたれますが、新病院建設の場所は決まったんですが、大震災等がありまして色々な意見があります。それで、まだ内容として500床という総病床数は決まっており、救急の病床を10床ぐらい回復リハビリテーションの病床を作るということは決まっていますが、まだスタッフ等が見えてこない状況です。それから前回、第1回のとときに研修医を確保するというので、常滑市民病院と半田病院が研修医を確保するに当たり、それなりに魅力のある研修医が来たい病院を作るという研修体制等の構築も非常に重要なことだと思っております。東海、知多にどういう病院ができるのか、ちょっとまだ内容が見えてこないということがあります。

委 員 長 半田保健所の澁谷先生、ご意見ありませんでしょうか。

澁谷委員 今週ですが、半田市さんと常滑市さんと連携の会議を私どももさせていただきました。そこでこういったこと、それからその下に少し書かれていますが、ドクターカーの整備の事、連携というのは一つの方策で、いろんな角度の連携の仕方があると思っております。
このような事を計画の中では考えられておりますが、ただ私どもは順番に考えますと、ある程度、次に地域から必要とされるところまでを最初にデザインし、患者さんを診て頂くようなシステム、例えばクリティカルパスのようなものとかですね、そういうものも平行して考えて頂くことがやはり必要ではないかなと思っております、そういった意見が今回私どもの会議でも出ました。

委員長 ありがとうございます。中根先生、追加することはありますでしょうか。

中根委員 連携を主とする病床50床と書いてありますが、これはけっして半田病院だけではなく、先ほど話しました知多東海新病院もありますし、それから大学病院とか、がんセンターから、治療をある程度終えられた患者さんを地元半田市へ、またそれ以外の地域の患者さんもお受けすることがあります。そういう意味では、必ずしも半田と常滑だけという意味ではなく、もう少し広く考えた方がいいのではないかなと思っております。

委員長 ありがとうございます。連携という問題は本当に奥が深いといえますか、先ほどその地域に出ていくとか、そういう包括的に患者さんを診るといことでいくと、将来的には例えばネットフォーユーだとか、あじさいネットの利用者で実施しているような地域連携ネットワークのような形で、ネットを使って行うというようなことも当然出てくるかもしれません。また、作っていく段階の中で、いろんなアイデアが出てくるかもしれませんが、今日のところはこのくらいにさせて頂いて。(3) 福祉施設との連携、当院での加療終了後の患者の福祉施設等への紹介及び福祉施設等からの急変患者の救急受け入れ等の連携を、引き続き推進する。①の急変患者の中でも、割合が多くかつ緊急性を要する呼吸器疾患の患者の受け皿として、呼吸器内科常勤医の確保を目指す。それから、新病院建設予定地である医療・福祉ゾーン内において、民間活力による福祉施設の整備及び当院との連携を検討する。という方針が出ておりますが、これに関して布施さんにコメント頂きたいと思えます。

布施委員 100人会議の方の意見で気になった点があったのですが、新市民病院の建設においては、社会的入院の解消を目指して頂きたいと思えますと書いてあるんですが、これはどういったケースが多いのかというのが少し気になりました。具体的には介護保険との連携が不可欠と書いて、いくつかの老人保健施設、老人福祉施設、色々書いてあるのですが、むらさき野苑でも受け入れたくても法律の限界等で無理な患者さんはちょっと無理ですと、むらさき野苑から入院させて頂いてもその後お受けできないケースがあるものですから、どういったケースがその社会的入院という事で市民病院さんにいらっしゃるのかなということが少し気になりました。
また、連携ということでは、うちは認知症の利用者さんの割合が非常に高くなってきていますので、そのような方を市民病院さんに入院させて頂いているのですが、何か認知症の患者さんが言ったことで、お困りになってらっしゃるようなことはないのかなというのが常々気になっています。私は、現在現場を離れて教育のことをしていることとの関係も多いもので、直接救急車と一緒に乗って市民病院に来るといことはあまりないんですが、かなり前に一度印象に残ったことで、患者さんと来たときに精神科の薬を結構飲んでらっしゃる方を夜中において、引き受けて頂いたことがあるんですが、やはりこういう患者さんはちょっと困るようなことをおっしゃられたことがあったので、やはり精神科の薬を飲んでたりとか、認知症の症状が非常に強かったら入院については病院の方はお困りなのかなと感じたことがあったもので、その辺が少し気になりました。
あと、連携とはちょっと関係がないかもしれないのですが、認知症の方はこれからずっと一定

割合で地域の中で発生してくると思います。そういった方をどのように地域全体で診ていくのかということがとても大事になってくると考えています。うちの在宅のケアマネージャーとも話をしているのですが、今、認知症じゃないかとか、少しうつ状態になっているんじゃないかなという、内科とかの病気や他の病気もあるんですが、そういった方を精神科とか心療内科に診てもらおうと思うと、常滑市内においては個人の医院で心療内科と書いてあるところにお連れしなくてはならず、結構抵抗感を示される方が多いのと、市民病院の内科で診てもらった後にそっちの個人医院の心療内科に行くのはとても大変だという話がでてたりとか、初めてそういう認知症とか何かの症状を診て頂きたい時に、市民病院の中にそのような診療をしてくださる先生がいらっしゃれば、ついでに流れて診てもらえるので、そのような診療科が市民病院の中にあるといいなど、ここ数年ずっと在宅の利用者さんを看ている方やケアマネからお話を頂いているので、確かに老人だけじゃなくて、お年寄りを看てらっしゃるご家族の方も結構精神的に参ってこられている時に、気軽に相談に行けるものが市民病院であるといいなということなどを常々私も感じていることです。ここには書いてないですけども、あるといいなという事で、高齢者の介護側の意見として提案させて頂きたいと思います。

委員長 ありがとうございます。その点について、院長いかがでしょうか。

中山院長 認知症と心療内科的なことはちょっと話が変わってしまうかと思うのですが、心療内科的なことになるとやはり当院ではその担当者がいないので対応はすごく難しくなると思います。ただ、認知症の方が、例えばお腹が痛くなったりとか、熱が出たりとか、急変されてみえるということはございまして、ケースにより普通の方よりやはり色々な問題があり、確かに普通の方と同じようにできないというところはあります。でも、認知症の方だから診断治療ができないとか、そういうことはないようにしているつもりではあります。ただ、心療内科的なことに関しては、現在当院では対応はできないのと、将来どうするかということが、ご議論して頂くところだと思います。

委員長 その辺のところは、当事者間で色々調整をして頂けると思います。宜しいですか。

長谷川委員 先ほどご指摘のあった認知症の問題は非常に重要な課題ですね。オーストラリアとかを視察されるといいと思うんですけども、僕は行ったことはないのですが、そういうことを一生懸命やっている先生が、北欧とかオーストラリアでは国がガイドラインを作っており、どこまで治療するのか、どのように尊厳死に対応していくのかガイドラインができており、誤嚥性肺炎がないと言われるのです。だから胃ろうもないのです。ですから、いかに認知症の早い時期で、どのように自分は最後を終えるのかということも家族と本人とで、全部予め決めておく。今、問題は高齢、認知症で、全然動けなくて痴呆のある人が何かのきっかけで肺炎を起こしてすぐ呼吸不全で入院して、それをまた医者が治して戻すとまた入院する。そういう事を繰り返すんですね。それで本当に日本の我々の限りある資源が使われていいのか。それから、そういうことが本当に患者さんにとって為になるのかということが非常に大きな課題なのです。それで、すでに北欧とかオーストラリアでは、常にそういう事を国のレベルでガイドラインを決めているのです。実際に視察に行った私の友人などは、本当に胃ろうはない、胃ろうなんか見ない。単なる誤嚥性肺炎は聞くが、あるかと言うとないと言うんです。そういう状況を既に欧米は作りだして来ているんですね。特に、高齢の強いところでは、是非、ただ単に今の医療を続けるのではなくて、非常に重要な課題で、これからどんどん高齢社会になっていき、そういう方達が増え、そういう人達がやがては肺炎をおこして病院へくるわけですね。それをそのまま繰り返すことでもいいのか、というのは非常に大きな課題で、それこそ市民の皆さんも一緒に考えていけないといけない課題だと思うのです。是非、行政のほうもその辺を十分考え、ガイドラインを作る段階に入ってきているのではないかと思いますので、是非研究をして頂くと市民病院負担はずいぶん軽くなっていくと思います。

委員長 ありがとうございます。具体的に様々な問題は出てくると思いますが、そこ辺りは、また、詰めていく中で話し合ってくださいと思います。

(4) 地域連携室の強化、(1) から (3) を推進するために、当院の地域連携室の機能強化を図るとありますが、それについて何かご意見のある方は。この地域医療連携室の機能強化とは、どのようなことなのでしょう。何か具体的にありますか。

中村 副院長 中村です。私は副院長と、実は4月から地域医療連携室の室長を兼務しており、これからご指摘のことを検討してまいります。今まで特に医師も含めて、開業医さんのところにお邪魔して当院でできることをきちんと宣伝し、当院でこんなこともできたのかという話が結構たくさん出ました。そういう事をきちんと情報提供し、当院でできること、できないことを明確にして、紹介を増やし、逆紹介も増やしていく、という事が基本スタンスとして考えています。

委員長 わかりました。ありがとうございます。他に何かご意見はございますでしょうか。では、最後の議題、中部国際空港直近病院としての機能について、説明宜しくをお願いします。

事務局 長 議題の(5) 中部国際空港直近病院としての機能について説明させていただきます。資料1の8ページをご覧くださいと思います。3項目を掲げております。

(1) 空港災害への対応

中部国際空港及びその周辺において航空機事故が発生した場合には、中部国際空港緊急計画に基づき、トリアージ活動及び救護所における医療救護活動に当たるとともに、後方医療機関として医療活動に当たる。

(2) 感染症対策

① 中部国際空港直近病院の責務にかんがみ、市民の合意を得て、特定感染症病床を整備し、専門医療スタッフの確保を図る。

② 1類、2類の感染症についても、入院治療の受け入れを行う。

③ 国、県、大学病院等の高度医療機関の支援をとりつけ、感染症対策医療を当院の全国レベルでの特色にしていく。

(3) 医療ツーリズム

このことについては議題がありませんが、皆さんに是非ご意見を頂きたいと思っております。それから100人会議の意見をご紹介します。

災害のところですが、一番下のところですが、「市民が安心して暮らしていくためには、災害時に対応できる病院が必要。」50代女性の方。

感染症に対してのご意見がありました。「特定感染症病院としての機能には期待する。(市民が誇れると思う。)」40代女性。「感染症の病棟を機能させるべきと考えているようだが、経費の点で賛成できない。なるべく不採算部署は作らないのが、身の丈に合った病院と考える。空港が隣接していても、能力がある病院にまかせた方がいい。」60代女性。というものでした。

以上、説明とさせていただきます。

委員長 ありがとうございます。直近病院としての機能という事で、(1) 空港災害への対応ということですが、航空機事故が発生しないとも限りませんので、そのことの対応ということについて何か追加すること、又ご意見のある方はお見えになりますでしょうか。宜しいでしょうか。(2) 感染症対策に関連する資料5について、説明をお願いします。

山田 参事 この資料5は、愛知県健康対策課のほうから頂いたものでございます。特定感染症指定医療機関についてということで、特定感染症指定医療機関とは、新感染症の所見があるもの、または一類感染症、二類感染症、もしくは新型インフルエンザ等の感染症の患者の入院を担当させ

る医療機関として、厚生労働大臣が指定した病院を言うということになっております。それで新感染症から一類感染症、二類感染症、新型インフルエンザ等感染症とはどういうものかというのが、囲みの中に書いてありまして、その医療機関の指定の手順というのは、厚生労働省が病院の開設者の同意を得て、当該病院の所在地を所管する都道府県知事と協議した上、厚生労働大臣が指定するという手続きという事です。現在、特定感染症指定医療機関として、国内で指定されている病院が、成田赤十字病院、国立国際医療研究センター病院、市立泉佐野病院の3箇所あるということです。特定感染症指定医療機関の指定の基準というのについては手引きというものがあるそうですが、これの中では一種の感染症指定医療機関と二種の感染症指定医療機関についての基準を示しているが、特定感染症の医療機関については明記がないと書いています。ただ、2ページ目の一つ目の○の中に、医療施設は患者の人権生活の質に配慮するとともに感染経路に着目して、接触感染、飛沫感染、及び必要に応じて、空気感染に対応した建設的、設備的要件を満たさなければならない。未知の感染症など、強い感染力と高い致死率の感染症に対しては、それらに加え必要な検査治療が可能なように検体処理等も含めてユニット化して対応することが望ましいとされています。その下に参考というところで、現在、愛知県で第一種の指定機関に指定されているのが、名古屋第二赤十字病院で、感染症の病床数が2床。第二種の指定機関につきましてはそこに書いてある各病院でございます、知多半島では厚生連の知多厚生病院に6床あるというのが現状でございます。

委員長 ありがとうございます。いずれにしても資料5の丸枠で囲ってある新感染症、一類感染症、二類感染症、新型インフルエンザ等感染症、とありますが、これらは全部診るといのが特定感染症指定機関。それから、一類感染症以下を診るのが一種これは第二赤十字病院です。それから二類感染症以下を診るのが、二種感染症指定指定医療機関で、この辺では知多厚生病院ということですね。常滑はこの特定感染症指定医療機関を目指すという事で宜しいでしょうか。このことに関して、小澤課長さんコメントをお願いします。

小澤委員 私どもとしては、国際空港周辺に特定感染症指定医療機関を整備することについて、国に対して国際空港開港以来ずっと要望しております。こういう形で常滑市民病院さんが新しい病院で病床を整備して頂けるという方針ですから、県としても歓迎したいと思えます。

委員長 ありがとうございます。検疫所長の安藤先生、このことに関してご意見をお願い致します。

安藤委員 資料の訂正をお願いしたいのですが、資料5に書いてあります国内の指定医療機関の市立泉佐野病院ですが、4月から独立行政医療法人となり、地方独立行政法人りんくう総合医療センターという名前が変わっておりますので訂正をお願いします。

新病院は、もちろん特定指定感染症を扱える病院としてつくって頂きたい、非常に我々としても期待をしているのですが、それ以外にもやはり通常の感染症ですよ。例えば、日本にはない感染症で、狂犬病という病気があります。そういったものでもやはり、外国で哺乳類の動物に咬まれてきた場合に引き続き治療しなければいけないような、そういった方々がきちんと、そういう予防接種等ができて対応して頂ける。もしくはお腹をこわし、今回も欧米でO-104でかなりの方が下痢をしているというような場合、症状が出ている方がいらっしゃるに、実際中部空港に帰ってこられる方で、情報をあまり知らないために、もやしを食べて下痢してきたというような方が常滑在住の方でいらっしゃるんですね。そうするとやはり、そういう感染症、日頃から日本にもあるような感染症でも、きちんと対応して頂けるような設備もしくは対応を取って頂いているような制度を作って頂ければ非常にありがたいと思えます。

あと、例えば日本国内ではない病気で、熱性マラリアという病気ですと発症してから24時間以内に死亡してしまうんですね。ですからそういったお薬をストックしていて、常に常滑市民さんに行けばそこでまず、とりあえず薬を飲んで、死亡するリスクをかなり減らせるような仕組みを作ると、中部空港としても非常にありがたいと思えます。もちろんこういう特

定感染症指定医療機関としての機能を果たすような仕組みとか形、施設をつくって頂くということもそうですけれども、そうでない実際は細かい運用の部分でもなんとかして頂ければ非常にありがたいと思っております。

委員長 ありがとうございます。特定感染症病床ということになりますと、長谷川先生、宜しくお願いします。

長谷川委員 やはり感染症の専門医が我が国には少ないのですが、そういう方たちが名古屋大学でも少しずつ育ちつつあります。国全体で見ますと中部国際空港も重要でございまして、やはり非常に重要な拠点になると思っておりますので、おそらく人材は全国から集めたり、病院を特徴づける上では非常に重要なポイントになるだろうと思っております。それを学ぶために全国から人も集まると思います。やはり要の人をさがさなければいけないかとは思いますが。

委員長 ありがとうございます。室原先生からのコメントは何かありますか。

山田参事 湯澤先生の方から感染症対策について、感染症の専門医は、今長谷川先生もおっしゃったように全国的にも少ないということで、「藤田保健衛生大学も含めて大学病院レベルでも感染症の専門医を探しているが、現状はなかなか見つからなくて厳しいけれども、もしも常滑市民病院で感染症の専門医が確保できれば、かなりの目玉になるだろう」というようなご意見を頂きました。それと、室原先生は感染症対策について、「患者の動線をよく考えたほうが良いということ、SARSなどの感染症患者が大量に発生した場合にどんな対応、処置をするか事前に対応策を検討しておく必要がある」というご意見を頂いております。

委員長 ありがとうございます。非常に大きなセールスポイントになるだろうというご意見を湯澤先生と長谷川先生から頂いたと思っております。また宜しくお願い致します。感染症対策については以上です。

中根委員 確かに、今、長谷川先生が大学から感染症の専門医の方を病院に送って頂くということは非常に素晴らしいことだと思います。私は第二種の病院、知多厚生病院の感染症病棟しかみたことないんですが、2種ですらかなり厳しい対策をとって、完全に他の病棟とは別で、もし何かあったときには、全く違う運用体制も組まなければいけない。1種あるいは特定となるともっとすごい縛りや労力、もちろんその病院だけで全て完結しろということではないと思いますが、全国から応援は来ると思うのですが、かなりの覚悟が必要ではないかと、老婆心ながら思います。泉佐野は救命センターもある素晴らしい病院ですし、成田日赤は赤十字の中でも大きな病院ですし、国際医療センターは国のフラッグホスピタルみたいな病院ですので、そういうところに引けをとらないような設備や人員の配置が必要だと思います。

委員長 ありがとうございます。

長谷川委員 ご指摘の通りだと思うんですね。だから施設をつくるというのはかなり研究して頂いて、どのくらいのものを作らなければならないのか、機能として動線を全部分けなければならないので、エレベーター等含めてどのくらいの機能を落とし込めるか、やはり研究される必要があるかと思えます。

委員長 ありがとうございます。その辺のところについて、宜しくお願い致します。医療ツーリズムについてはどうなんでしょうか。湯澤教授が前にこの規模の病院ではひとつのセールスポイントになるということを書いて下さったのですが、何か具体的にご意見はございますか。

山 田 参 事 湯澤先生にお伺いをしてまいりましたが、「前回の会議では可能性もあるという風に発言をしたけれども、実際には施設のにもかなりハードルが高いし、スタッフもそれなりに例えば専門の通訳ができる体制を整えなければいけないので、本業に支障をきたすような可能性もあり、最終的に余裕があれば検討するというようなスタンスで良いのではないか」というご意見があり、室原先生も同じようなご意見でございました。

委 員 長 わかりました。それでは今後の課題ということで宜しいでしょうか。これで議題は全て終わりました。私の不手際でもっとたくさんの先生方にご意見を伺いたかったのですが、最後に100人会議の代表の方、何か追加することがありましたら、どうぞ。

伊 藤 委 員 今の感染症対策にもかかってきますが、実はこの100人会議とはあまり関係ないんですが、昨日、空港の対策委員会があり、その中で航空機自体が例えば福島原発の問題で成田に降りるのを拒否して中部空港に降りてくるという可能性もあるわけです。そういう事を考えますと、やはり必ず感染症対策というものが必要になってきます。特にそういう部分で必要になってくるのではないかと思う反面、やはり100人会議の中では、感染症という言葉に対して拒否をするという人も確実に出てくると思います。ただ、これは自分がその立場になった場合はどこかで受け入れてくれないと困るという反面、他人がなった場合には、近寄らないでという部分もこれはもう当然、全てがそうだと思いますけれども、そういうことがあると思います。

委 員 長 わかりました。どうぞ。

副 委 員 長 中部空港の場合、かなりの市民の方が従業員として空港で働いており、検疫の手前で見つかりたいのですが、出てきてしまいその中で感染する。内地の中からの感染者が出るという場合もあります。そうするとこれは感染症法で保健所の管轄になるのですが、そういう場合にこの常滑市にそういう施設があって、これは国が建設費は全部出し、スタッフと運用は市が対応しますが、そういう意味でこのような施設、対応できるものがあるということは、市としても非常に心強いということが言えると思います。

委 員 長 やはり必要だということですので、何とか100人会議で説明して頂きたいですね。

伊 藤 委 員 はい。

委 員 長 宜しくお願ひ致します。

本日は、不手際でちょっと時間を過ぎてしまいました。誠に申し訳ありませんでした。これで本日の議題は全て終了しました。また、今回の議題に関しても補足するようなことがございましたら、事務局の方にご連絡頂ければ、次回、追加させて頂きますので、どうか宜しくお願ひ致します。本日は本当に、皆さんお忙しい中ありがとうございました。これで終了させて頂きます。

新病院建設室長 ありがとうございます。では、次回は8月4日木曜日の午後2時から、同じ場所で開催とさせて頂きます。またご連絡をさせて頂きます。本日の委員会は市及び病院のホームページに掲載されますので、宜しくお願ひ致します。本日の議事録につきましては、後日送付させて頂きますので、宜しくお願ひ致します。お疲れ様でございました。

閉会 午後4時08分