

1 日時

平成28年12月23日（金）10時から12時まで

2 開催場所

松本市役所 東庁舎3階 議員協議会室

3 出席者

(1) 委員

杉山敦委員長、相澤孝夫委員、井上真由巳委員、北野喜良委員、北平富美雄委員、桜井満委員、高木洋行委員、鳥海宏委員、中島幹夫委員、原敬子委員、伴野英男委員、舟久保賢治委員、本郷一博委員、宮原秀仁委員、

欠席者：廣瀬豊委員、平林大喬副委員長

(2) 事務局

ア 健康福祉部

丸山健康福祉部長、平林医務課長、豊原医務担当係長、丸山医務担当係長、輪湖医務課主査

イ 病院局

斉川病院局長、奥原病院局事務長、藤牧病院局事務長補佐、村山病院局事務長補佐、田中病院局事務長補佐、小野病院局事務長補佐、斎藤総務担当係長、上條看護部長、藤牧医療技術部長

4 配付資料

(1) 当日配布資料

ア 次第

(2) 事前配付資料

ア 資料1 「健康寿命延伸都市・松本 説明資料」

イ 資料2 「長野県地域医療構想(案) (パブリックコメント版)」

ウ 資料3 「長野県地域医療構想(案)の概要」

エ 資料4 「第3回市立病院建設検討委員会の検討項目について」

オ 資料5 「緩和ケアについて」

5 議事概要

(1) 開会

【事務局】

ただ今から第3回松本市立病院建設検討委員会を開会致します。

本日は廣瀬委員さんをご都合により欠席と承っておりますので、よろしく

お願い致します。それから、事務局より本日出席している職員の紹介をお願い致します。

【病院局】

本日、市立病院管理職会議のメンバーから事務局側として2人の部長が参加しておりますので紹介させていただきます。1人ずつ自己紹介をお願い致します。

【上條看護部長】

看護部長の上條と申します。よろしくお願い致します。

【藤松医療技術部長】

医療技術部長の藤牧と申します。よろしくお願い致します。

【事務局】

ありがとうございました。

本日の検討委員会ですが、進め方に若干の変更がございます。本日お配りしました会議次第の裏面、検討委員会の開催予定をご覧ください。本日、冒頭に前回の検討内容の集約を予定しておりましたが、本日の検討項目は時間を要する重要な項目でありますので、次回の第4回に今までの検討項目をまとめた論点整理を行う機会を設けることと致しました。なお、改革プランに関する項目につきましては、2月の第5回に検討いただく予定であります。

さらに、市議会の市立病院建設特別委員会について、先日報道されましたが、この検討委員会との関係について説明をというご意見がございました。この検討委員会は来年度策定する基本計画策定に向けて提言をいただく組織として位置づけております。現在はその検討内容を市議会の特別委員会に報告させていただいております。市議会特別委員会では、検討委員会の提言内容を踏まえまして、来年度の基本計画策定の協議をいただくこととなっておりますのでご承知ください。それでは、会議事項に入ります。これより先は委員長をお願い致します。

(2) 検討委員会の内容

【委員長】

本日の検討委員会では病院の医療機能・規模とあって、この委員会で1番大事な内容になりますので、取りまとめは次回に集約をします。今回はご意見をしっかりいただいてディスカッションしていきたいと思っております。完全に公開されたかたちでのディスカッションになりますので、率直にお話をいただければありがたいです。

前回の委員会で次回説明となっております、松本市の健康寿命の定義に

ついて説明をお願い致します。

【事務局】

前回ご質問いただきました、松本市の健康寿命についてご説明致します。お手元にチラシを配布させていただきました。このチラシは、今年の夏に市の広報誌に合わせて全戸配布したものでございます。健康寿命延伸都市を、松本市の将来の都市目標として掲げているわけですが、改めて市民の皆さんにご理解いただくために作成したチラシでございます。

まず、健康寿命とは一生涯のうち、健康で自立して暮らすことのできる期間であり、その後の健康でない期間を加え、平均寿命となっておりますが、健康寿命をできるだけ、その平均寿命に近づけることが、健康寿命の延伸ということになるわけでございます。松本市の健康寿命がどのような計算によって出しているかを、あらためてご報告させていただきます。健康寿命の計算方法は、厚生労働省の研究班が算定方法の指針を示してございます。健康な状態の人と健康でない状態の人との割合から健康な期間の平均を求めているというものです。健康な状態の考え方で健康寿命は変わってくるのですが、全国や県といった大規模なレベルでの健康寿命を算定する場合は、国民生活基礎調査を基に計算いたします。質問内容は、「あなたは健康ですか」といった問いに対して、「健康である」または「健康でない」といった回答を行い、「本人が感じる健康」というものをベースに算定しているものです。

規模が小さくなる市町村レベルでの健康寿命の算定方法は、介護保険制度を使用して、要介護度によって健康でない、健康であるといったことを算定しております。要介護度2以上を健康でない、要介護度1以下を健康というように定めております。

松本市の健康寿命は、平成17年から松本市独自で算定しております。市町村レベルで算定しているところは他にないと思います。健康寿命は男性が平成17年で78.57歳、女性が82.83歳となっております。いろいろなデータが揃うまでに2年ほどかかるので、最新が平成25年になってしまいますが、男性が79.51歳、女性が84.21歳ということで、男性で0.94歳、女性で1.38歳、健康寿命が延びている状況でございます。説明は以上でございます。

【委員長】

ありがとうございました。今の説明にご質問はありますか。

【委員】

グラフを見ると男性のグラフが下がっているというのは良くないのですよね。

【事務局】

その年ごとの介護認定の度合いによって影響されるので、理想的には、右肩上がりが良いのですが、平成17年から平成25年の平均値を取れば、上がっているといった状況でございます。確かに、女性も平成22年から平成23年にかけて、83.71歳から83.39歳と下がっていますが、これは当然、その年、その年の要介護度の認定によって変わってくるといった状況です。

【委員】

今のグラフですが、実際の問題は寿命と健康寿命の差ということですよ。健康寿命の伸びよりの寿命が伸びて、健康でない期間が伸びてしまったら意味がない。ただ、このグラフに寿命をプロットした方が分かりやすいと思います。

【事務局】

おっしゃるとおりでございます。国勢調査が行われた年ごとに正式な平均寿命を算定するのですが、平均寿命との差をなくすことが目的であります。今、松本市が総合計画を策定しているところでございますが、その目標値は平均寿命の伸びを上回る、健康寿命の延伸ということを目標に掲げておりますので、単に平均寿命が伸びていれば良いと思っているわけでは決してございませんのでよろしくお願い致します。

【委員長】

ありがとうございました。この先もずっと見ていかなければなりません。現時点では、松本市の健康寿命は右肩上がりといった認識でよろしいでしょうか。では、本日の検討に入ります。

はじめに、この検討委員会でも話題になっております、地域医療構想における病床の質と数の検討を県が行ってございまして、現在パブリックコメントを求めている状況でございます。案が公開されておりますので、今回の検討項目に大変関係ある内容ですので、事務局から説明をお願い致します。

【事務局】

地域医療構想について概略を説明させていただきます。そもそも、地域医療構想はどういった背景でつくることになったのかといいますと、皆さんご存知のとおり、団塊の世代が全て75歳になる、医療における2025年問題に向かひまして、医療と介護需要が最大化されると予想されていますが、医療の機能に見合った資源の効果的かつ効率的な配置を促して、急性期から回復期、慢性期における患者の状態に見合った病床で、相応しい良質な医療サービスを受けられる体制をつくっていく必要があるということで、都道府

県の医療計画に地域医療構想を定めると規定されまして、長野県の地域医療構想（案）のパブリックコメントが実施されています。

どのような体制で策定されているかを簡単に説明します。長野県では地域医療構想策定委員会というものを組織しておりまして、本日の委員会からも相澤委員さんと本郷委員さんがこの委員会の委員となっております。また、県内における10の2次医療圏ごとに、構想調整会議が組織されておりまして、各保健福祉事務所単位で調整会議が開催されておりまして、あと、調整会議には本日お見えの各病院の院長さんが委員となっております。

昨年10月16日に第1回の委員会がございまして、今年11月4日までに5回の委員会が開かれて案がまとまってきており、その案でパブリックコメントを実施しているといった状況でございます。

それでは、概要版の説明をさせていただきます。まず、背景・意義は先程説明させていただきましたとおりでございますが、特に2つ目の丸印は平成25年度の医療機能ごとの病床数を推計し、医療関係者が医療需要に応じて自ら担う病床機能の分化や連携で、医療と介護が一体となった連携体制を構築するという事です。いわゆる機能ということはどういった区分で整理されているかといいますと、現在の病床機能報告制度に基づく区分を、国が定めた地域医療構想における区分と比較しますと、どちらも高度急性期から急性期、回復期、慢性期と分けられておりますが、地域医療構想では慢性期中に在宅医療も含まれております。地域医療構想は診療報酬を基にそれぞれ区分されておりまして、どの病棟がどの区分に当てはまるかと申しますと、例えば、回復期であれば回復期リハビリテーション病棟が当てはまります。慢性期等ですと、療養病床や老健施設等がここに当てはまります。

概要版の第1節ですが、構想の基本的事項、この計画の位置付けは、都道府県が策定する保健医療計画の一部として追記しています。長野県では平成25年度から平成29年度の第6次の計画でございますが、そこに追記するものでございます。

次が長野県の概要でございます。入院患者の総数は2013年と比較して2030年には1割程度増加、その後減少すると推計しています。また、75歳以上の入院患者数は3割程度増加する状況です。長野県の医療体制でございますが、都道府県を越えた流出は少なく、ほぼ県内で医療需要を賄っている状況です。県内構想区域、これは10の医療圏のことでございますが、構想区域間において松本、佐久区域に他の区域から高度急性期患者が流入、一方、上小区域に回復期、慢性期の入院患者が流入している傾向があります。

概要版第3節では、2025年がポイントになるわけですが、医療需要と

病床数の必要量を推計しております。今回の医療構想のポイントは推計値の示す意味が何なのかということでございますが、国が定めた一定の算定式の過程がございます。国の人口推計や2013年度のデータを基に今回の地域医療構想を策定しているわけでございますが、患者の入院需要動向を基にした推計であって、あくまで将来の医療提供体制の構築に向けた参考値でございます。

推計値が県の病床の削減目標をもつものではなく、県が稼働する病床を削減する権限もありません。病床整備や機能転換は、それぞれの関係者が将来の需要の変化を共有して、自主的な取り組みが基本になっているものでございます。

将来の医療需要と病床の必要数の推計でございますが、医療機関所在地ベースと患者住所地ベースで推計されておりますが、現在の医療機関の立地や規模等の医療提供体制は、これまで長年にわたり民間や公共部門の投資が行われて培われてきた成果であり、構想区域間の患者流出入の現状が2025年までの短期間で大きく変動することは見込みにくいことから、現在の医療機関所在地への患者流出入が続くと仮定する医療機関所在地ベースを基本に推計することとしています。

必要量の推計では、長野県全体で2025年度には1万6,839床で、松本医療圏は3,595床が必要量と見込まれているということでございます。

今回、医療圏ごとに異なった様々なご意見が出ており、医療機関所在地ベースで推計値をまとめるということになりましたが、将来に向けた2025年度以降のことも想定され、各構想区域における医療機関、医師の確保、医療提供体制等の充実によって、入院医療が地域で完結する患者住所地ベースによる推計値に近づくことも考えられるため、高度急性期は医療機関所在地ベースで急性期、回復期、慢性期は患者住所地ベースの推計値も合わせて示すということが、県がこだわったところだと聞いております。

2025年度における病床数の必要量の推計値ですが、介護施設等を含む在宅医療の数値を含めて必要量を推計しております。松本医療圏では回復期リハビリ病棟における上小医療圏への流出が見られたことが特徴となっております。2025年の必要病床数の推計値ということで松本医療圏は3,595床であり、先ほど申しあげました在宅医療等を含めての数値でございます。2025年の在宅医療等の必要量の推計は、1日あたり5,016人であり、2013年度に比べ2割ほど増加することが見込まれておまして、そのうちの訪問診療分は2,932人ということになっております。

松本医療圏の現状では、全県を対象とした医療機関が複数ありまして、一

般診療だけではなく、高度先進医療の提供等も担っている区域であるため、患者の流入があること。課題としては、在宅医療体制、高齢者向けの施設整備について、関係者が努力していますが未だ不十分です。これは、全国的な課題であると思います。また、全県のハイリスク分娩の多くは、松本区域に搬送させる中、分娩を扱う医療機関が減少しているということで、周産期医療体制の維持が課題となっております。それから、区域内外に捉われず、医師確保のネットワークの整備を進める必要があります。これらは松本医療圏の課題です。

移譲を踏まえた施策の方向性の一つとしては、医療機能の分化・連携を進めていくこと、さらに市町村や医療関係者等と地域の病床構成情報等を共有するとともに、地域で不足する回復期機能等の病床機能への転換に向けた関係者の自主的な取組を支援する内容となっております。

二つ目には在宅医療等の体制整備ということで、今進められております地域包括ケアシステムの構築、それから、多様な種類の高齢者向けの住まいの整備、療養病床から新たな施設系サービス等への移行、入院患者への退院支援から退院後の日常療養支援、これは介護事業者と連携して急変したときの対応から、終末期の看取りまでの支援をしていくというものです。

三つめは人材の確保・養成ということで、医師・看護師の確保・養成や医療従事者の確保や質の向上を図るというものでございます。

最後に、地域医療構想の推進・見直しについては、先ほど申しあげたとおり、医療機関の自主的な取組を促進するものであって、計画については、各々の状況や国の動向を踏まえて、適宜見直していくものとなっております。

【委員長】

先程の説明で何か補足はありますか。

【委員】

地域医療構想はそのとおりですが、実は国が何を考えているかということ、ご存知のとおり医療費がかなり高い状態でございますが、これを抑えるためにどうするかということです。高度急性期ですと、平均どれくらいお金がかかるかということが分かっているのです。そうすると、1日単価×ベッド数というのがかかる医療費になります。といことは、どういったベッドをどれくらい配置するかによって、そこにかかる入院医療費がほぼ分かるわけです。そこで、国はある程度の計算に基づく数値を出すことによって、その地域にどれほどの入院費がかかるのか推定しようとしています。その推定値よりもかなりかかるとすると、そこの医療はもしかするとやりすぎではないか、少ないとすると、もっとそこの機能を強化するというのに数値を使うのが最

終的な目的にあるものですから、それはあくまでも計算によるある程度を目安の数値であるということになってはいますが、そういった計算がきちんとされているということを我々は頭に入れておかなければなりません。

【委員】

今のお話を聞いてよく分かるところですが、医療法との関係で、現在稼働病床数の報告が求められているのも、そういった観点で今まで休床していたところも報告されていたものを、稼働している病床の報告に移行していくものであると思っているのですが、先ほど概要版におきまして、病床数の必要量における推計値の持つ意味ということで、推計値が県の病床の削減目標といった性格をもつのではなく、県に稼働している病床を削減する権限もないということなのですが、果たしてそうなのか。逆にいったら、今、言ったことと直結してくるのですが、その際には、これから検討する松本市立病院のベッド数についても、そういった観点で見ていく必要があるのか。

また、市の医療行政といったものが見えてはこないのですが、県が言っている長野県地域医療構想、そして各医療圏で行っている調整会議、そこにあげてくるためには、各市町村レベルのいろいろな想定というものが母体にあって、ならば、松本市の医療行政はこれからどのように目指していくのか、それに基づいたもので松本市立病院が実践的な現場としてどう動けるのか、というところがずっと気になっているところでありまして、そういった意味で、これから構想そのものが、第7次保健医療計画においてしっかりと位置づけられて、それが市としてどう動くのかといったことが非常に気になっております。

【委員】

非常に難しい問題ではありますが、地域医療構想はあくまでも各医療圏の中での医療の充実が目標であり、全体でハッピーになるように考えるためのものです。その中で現在は、限りがあるだろうといったことが考えられるのではないかと思います。医療需要を病床数でカウントしておりますが、これの算定式は全国一律ではないですが、各県では条件は決まっていますので、その中で、いろいろやり取りがあったわけですが、各圏域の中では実情を踏まえてこのように出てきております。

ただ、うちの圏域で考えなければならないのは、こういった中で、しかしすべてに縛られず、いかに圏域内の医療を充実させていくかということですが、松本は松本だけというのはありえないので、例えば周りの圏域とのことも当然かかわってきていますし、流入も考慮する必要があります。

長野県全体に係ることですが、各病院の必要医師数の確保は皆さん苦勞さ

れているところで、医師確保の話では、例えば常勤の先生ではなく非常勤の先生の数は常勤換算することを医療法で定められています。その非常勤の医師の非常に多くの部分は、松本圏域から各圏域に出されているといういろいろな事情がございます。圏域のバランスを崩すことなく、しかしながら、より良い方向に向かっていく必要があります。

先程、話がありました、病床の機能というものが非常に大きな意味を持っているのですが、今の病床機能報告と推計された必要量が必ずしも一致しているわけではない中で、今おっしゃったところの、医療計画の中で病床の区分というものが意味をもつと思います。現在稼働している病床を放棄させる権限はないということでありましたが、そのところを増やすことは可能かといったときには、長野県の医療審議会での議決が必要であると予想されます。現状では、各機能の病床数というものは、ある程度の推計値が示されておりますので、過剰なところを移していくと、事実上構想が確定すればできなくなることが予想されます。そういった中で市立病院が構想を立てていくわけですが、圏域内の病院は8割が民間病院ですので、各病院に経営方針等があるので、その整合性を取りながら、その中で行政の動きを見ながら市立病院の役割を議論していく必要があると思います。

【委員】

この概要についてもお話があったとおりでございますが、今のディスカッションでは本質的な話が出ていまして、私も策定委員の1人として関わっておりまして、その際には発言をしていた内容はある程度反映されておりますが、ある程度の推計に基づいた数値ということで1番危惧していることは、この数値が一人歩きするということです。先ほどお話がありましたとおり、あくまでも推計値で県が病床数を削減するといったことはないということで、多くの議員が意見を述べられました。

松本医療圏域では大学病院もそうですし、こども病院もそうですが、全域を対象とした医療を提供しております。ただ、この構想においては、2次医療圏が基本的な単位となっており、そこは松本圏域の中で納まる話ではないということです。ある程度の数は参考値ということで示されており、その数値からあまりにも逸脱する事はできないと思いますが、それを踏まえながらも松本圏域の中で適正な医療が提供されていたこと踏まえて、どうしていくかということあまり数にこだわらないで良いかたちの医療は何かということを中心に、病床数を減らさないかたちで進める方が良いのではないかと考えています。

【委員】

一般の方がいらっしゃるのので付け加えさせていただきますが、あくまでも数値はベッド数で表しておりますが、もともとは入院している患者さんが毎日どれくらいいらっしゃるのかということ算定致しまして、それをベッド稼働率というもので割り返して算出している数値です。あくまでも患者さん1人1人がどれくらいいるかという数なのです。

ところが、病院の運営というものは病棟ごとの運営です。例えば、A病棟は40床、B病棟40床という運営をするわけです。例えば、A病棟に高度急性期の患者さんが全員入っていることは普通あり得ないことです。高度急性期の患者さんがいれば、急性期の患者さんがいる。場合によっては慢性期の患者さんも何人か入っているというのが病棟構成となっております。だから、実際の数値と病棟ごとにどういう機能を持っているかということは一貫しないはずで、そこにはギャップが当然出てきます。患者さん1人1人に注目して数値を出してきたのと、病棟をいかに運営していくかということは、数値が一致しないということをお考えながらその病院の病棟をどう運営していくかということをお考えなければいけません。これから松本市立病院をどうしていくかということはおそらく、病棟をどうしていくのかという考え方になってくると思いますが、そういった場合あくまでもこの数値にとらわれていると、大変難しいことになっていくということがありますので、是非そのことを切り分けて考えていって欲しいと思います。少し理解が難しい話で申し訳ないのですが、是非そういったことを頭に入れながら、病棟機能をどうしていくのかといったことを考えて欲しいと思います。絶対に数は一致しないのです。一致しないということは厚生労働省も認めており、社会保障審議会の医療部会でも数値が合わないことを前提に議論をしているということをご理解いただきたいと思います。

【委員長】

なかなか理解が難しい内容だと思いますが、非常に大切なお話をいただきました。私の理解ですが、先ほどの医療機関所在地ベースでAという数値が出ていました。上小、木曾、大北、北信区域におけるがん医療充実の取組と北信地域における医療療養病床の整備、この2つの骨格を当てはめると、松本医療圏の推計値は高度急性期で-5、急性期で-15、回復期で-10、合計30床減りますということが推計値で算定されています。一応、松本、長野に関しましては、病床数の推計値は増えるということではなく、減る方向であるということが県のパブリックコメント版に出した内容でございます。

もう1つ、在宅医療に関して、急性期の入院よりも在宅医療の方がコスト

的にも低いということですが、在宅医療を担うためには他職種との連携が必要であり、ご自宅で医療的なお世話をするということは、これをどの期間住まいで快適に過ごしていただくかということにもございますが、そんなに安上がりではないと思います。むしろ終末期で亡くなられるときを、病院に全てお任せするのではなく、医師免許を持っているものが総力戦でお世話する形にしていけないと2025年度以降やっていけないということで、問題提起があるということです。

それからもう1つは、公立病院としての機能がどうあるべきかということです。民間病院はそれぞれ経営改善の努力をしております。その中で、機能と規模をどうするか毎年必死に考えながらやっているわけで、その流れの中で公立病院としての位置づけをどうするかということを確認していきたいと思っております。

地域医療構想について何か他にご意見はありますか。では次に進めます。

次に会議事項の2でございます。では第3回検討項目の資料に沿って、診療体制の整理について事務局から説明をお願い致します。

【事務局】

本日の資料の説明に入る前に、前回の第2回検討委員会でご指摘いただきました意見について、まず補足説明させていただきます。

1点目ですが、健診の施設を現在の2倍にしたいという考え方に対しまして、実際の稼働率が伴っていないのではないかとございます。これにつきましてはご指摘のとおり平成27年度の人間ドック稼働率で申しあげますと、年間で日帰りが64%、1泊が81.9%となっておりますが、市立病院は地域柄農家の方の利用が多いということで、農閑期に予約が集中するという状況でございます。実際、今の時期は大変需要が多く、日帰りは2月中旬まで、1泊はもうほぼ年度末まで予約が入っており、時折応じられないというような状況もございまして、他の健診も含めた待合スペース等を想定した場合、2倍程度という大変感覚的な表現となってしまいましたが、地域の皆さんの需要に応えられる適正な規模を検討していきたいと考えております。

それからもう1点、手術室の稼働率についてですが、前回お示しした数値につきましては、病院の稼働率と手術の件数を用いて単純に算出した結果でございますが、手術件数を営業日数で割って算出したものであり、年間の営業時間に対する実際の患者さんの入室から退室までの時間の累計を用いて算出した結果、30%前後で推移している状況でございます。前回の補足に

つきましては以上でございます。

それでは第3回検討委員会の検討項目について資料をご覧ください。今回の検討項目は上段の枠内にありますように、医療機能と規模の2項目でございます。この資料の中段からは前回お示しをしました検討項目整理表、これは病院内で整理をしました項目立てに沿いまして、表の左側に現状と右側に市立病院の考え方をまとめております。

1の診療体制の整備、(1)の一般診療から市立病院の考え方を中心に申しあげます。まずは総合診療ですが、外来診療の入り口として診療体制を充実させたいというものです。その下の(イ)のがん等の悪性腫瘍疾患でございますが、診断に必要な検査体制の充実と高次医療機関との連携ということで具体的には診断については、内視鏡診断や画像診断等の標準以上の整備をしていきたいということ。それから手術療法、薬剤療法に関しましては、可能な範囲で担っていきたいということ。専門性の高い分野や放射線治療に関しましてはがん診療連携拠点病院等の高次医療機関との連携を強化していくというものです。また緩和ケアに対応できる体制を整備していきたいと思っております。

(ウ)の生活習慣病・機能性疾患についてはさらに細分化しておりまして、高血圧・循環器疾患については、初期診断および慢性疾患に対応できる体制整備。

次に呼吸器疾患でございますが、専門医の確保による的確な診断と治療体制の整備。

次に糖尿病・脂質異常でございますが、発症予防や重症化抑止の取組。

次に腎疾患についてですが、重症化予防と透析の充実という中で、透析ベッドは充実を図りたいと考えております。

それから脳神経疾患でございますが、回復期、慢性期に対応できる環境整備、急性発症の脳血管疾患には十分な対応ができないので近隣の専門病院との連携により地域で治療が受けられる体制を整備したい。

それから、運動機能疾患であります。的確な診断と治療体制の整備としてでございます。右側の3ページ排尿障害それから肝疾患につきましても的確な診断と治療体制の整備を図る考えでございます。

その下の(エ)の感染症でございます。各種感染症に対応可能な病院整備としまして、具体的には当院の診療において感染症は重要な分野であり、各種感染症を想定し、それらに対応できる外来機能・入院機能が必要。地域の基幹病院として一般感染症から新型感染症まで幅広く対応する必要がある。また、小児感染症に対応するための病棟整備が必要であるとしております。

次に周産期医療でございます。左側の現状に記載してありますとおり、西

部地域唯一の分娩医療機関として周産期医療を支えてきた歴史があります。件数については500～600件で推移しております。右側の考え方ですが、安定した医療提供体制の継続と致しまして、松本医療圏の出産を担う病院の1つとして継続して医療を提供できる体制が必要。一部門と捉えず病院全体で支えていきたいというものです。それから外来から出産まで一貫して安全・安心を最優先にアメニティにも配慮した環境整備が必要。ハイリスク妊娠、ハイリスク新生児に関しては信州大学附属病院や県立こども病院との連携を強化しつつ新生児医療については院内整備も行いたいということであります。

次に(ウ)小児医療につきましては、複数の常勤医が対応できている小児医療は、周産期医療とともに当院の特色となっております。県立こども病院、夜間急病センターが設置され、小児科開業医も多く、この地域は小児科医療が充実しているといえる現状でございますが、その中での考え方は当院の役割として、急性期患者に対応できる体制の強化としております。

次に、(エ)の高齢者医療についてでございます。地域包括ケアシステムを支える施設・体制の整備としまして、地域包括ケアシステムにおける地域連携病院として、施設および体制の充実強化を図る。住み慣れた地域で適切な医療が受けられるように他職種、他分野が連携する体制を整備したいということでございます。

次に(オ)、終末期医療でございます。様々な人生の終末期の要望に答えられる環境や体制を整備したいということです。

次に(カ)の救急医療でございますが、現状と致しましては、松本医療圏における当院の役割は2次救急医療であり、日中はもちろんのこと休日夜間の2次救急医療を輪番で担っている状況でございます。考え方ですが、地域に根ざした救急医療体制の整備ということで1次および2次救急患者に幅広く対応できる地域に根ざした救急体制。輪番ではない日の時間外の外来診療に対応可能な各部門の体制を整備したい。高次医療機関との連携はさらに充実強化していくとしております。1の診療体制の整備に関しましては以上でございます。

【委員長】

この医療機能については、院内の40名の委員で構成される推進委員会の内容であるとの認識でよろしいでしょうか。

【事務局】

はいそのとおりでありまして、院内の建設推進委員会から出たご意見を最終的には管理職会議で集約し、その結果をまた推進委員会で提示し承認を得

ているという状況でございます。

【委員】

運動機能疾患と肝疾患のところの言葉の意味を教えてくださいなのですが、的確な診断と治療体制の整備と出ていますが、的確な診断と治療体制の整備というのはその分野だけなのでしょうか。それとどういったことをここでいっているのかという言葉の意味が単純に分かりません。

【事務局】

ただいまの運動機能疾患等の部分についての的確な診断と治療体制の整備とありますが、当然これは他の疾患にも全般的に言えることとありますが、市立病院の役割として、まずは的確に診断をすることが大事であり、それから市立病院で可能な治療を行うということが第1の役割としておりまして、運動機能障害等につきましてもそういった表現をしているということとあります。

【委員長】

改善すべきところを感じているからこのような表現となっているということとよろしいでしょうか。

【事務局】

専門医が不足しているという認識を持っているという状況もございます。

【委員】

全体の言葉の表現の補足ですが、うちの病院としてやりたいことをこのようなりスト表にしております。医療の分野では、実はここには書いていない分野もございます。また、それをしないという表現をしているので誤解を招く、つまり例えば分かりやすいところでいくと、明らかに一致しないものであげているものは、がんの放射線治療をうちでは今できません。そして将来もやらないことを明記しました。それから心臓カテーテル検査はうちでは今できません。だから新病院を建設することを契機に新カテ室をつくるということも今は考えていないのですが、明らかかなところは書いてありますが、書き切れない内容の中で、補えない分野がたくさんありまして、ここにリストしている機能というものは実際うちの病院で担っていきたいという内容であります。担っていくものはどういうことかということ、的確な診断と治療体制の整備という表現になっているということとを考えていただければと思います。なので、泌尿器科の分野や整形外科の分野、肝疾患についてですが、それらの疾病に関しては的確な診断と治療とし、治療というのはうちでできるものは治療し、賄えない治療に関しては高次の医療機関に的確に紹介するという意味で認識していただきたい。

【委員】

医療に関しましては医師ではないので分からない部分もありますが、的確な診断と治療を行える体制の整備というものはどこまでも施設を整備する、どこまでも医師を確保するという意味になってしまうのではないかと私はいいたいので、この表現があまりにも抽象的すぎるということをいいたいのです。松本市立病院様ができる的確な診断と治療体制とおっしゃっていますが、これを今からどういった体制にするのかという議論をしているのに、与えられた中でやりますというのか、自分たちの中でこの程度の水準までは整備して欲しいよねというものを持っていらっしゃるのかが全く分からないということをお願いしたい。もっと具体的に見えるかたちでお示ししていただかないと的確な診断と治療ができる体制とは、こういうもの描いていますよというものに祖語が生じてはいけないので、そこを明確にさせていただきたい。

【委員】

ご指摘のとおりだと思います。ただ、医療の分野はあまりにも幅広く、これを表現するとなったら運動器の部分だけでも相当な量となります。例えば、がん治療とか高血圧の部分が決定的な表現になっているのであれば、その程度の表現に直すことは可能かと思えます。例えば画像診断をして手術すべき症例では手術し、保存的な治療は保存的に診るといった表現はできます。それとも細かく骨折を診るとか、悪性腫瘍の診断をやるとかそういう表現が必要というわけでしょうか。やはり、医療の分野は広いので、例えば、うちの病院が担っていく大まかな分野として、この分野はやっていきたいということで中途半端なことはやりたくないです。例えば、白血病とか悪性リンパ腫のような高次の的確な診断は多分できないとか、そんなできないことはリストしていないので誤解を招いてしまうかと思えます。

【委員】

将来どうしていくのかということを考えるためには、やはり予測が必要だと思います。それによって病院の規模をどの程度整備していくのかということが決まっていきます。例えばここでいいますと、周産期医療は分娩件数が500から600件で推移していて、おそらく今の病院の考えは500～600件がずっと続いていくのだろうという予測があって、ではどういった施設をどのくらい整えていくのかという考えが出ているわけです。

しかし、先ほどの質問のように、的確な診断として治療体制の整備といいますと、そこにどれくらいの、どういった患者さんを、どう診ていくのかというものがないと、やはり予測がつけられないし、どんな機能にしていのか、どんなものを揃えていけば良いのか分からないので、ここが極めてファ

ジーであると、この後が全ていい加減と言ってしまったら良くないですが、曖昧なものになってしまうということを心配されているのだと思います。

例えば、運動器疾患でいえば、骨折の患者さんが増加するとすれば、今よりどれくらい増えるのかということを想定して、そこにものをつくっていくのか、それから骨折といってもいろんな部分の骨折がありますので、このところは自分たちが中心で診ていくが、ここはよその病院にお願いするといった区分が必要だと思います。ここでいくと、脊椎の治療ができる体制を整備したいということですが、では脊椎の患者さんがどれほど増えるのかによって外来も専門医の確保も手術の体制も全部決まってくるので、そういったところが書かれてないと、今後細かく考えていくうえで難しくなるといった質問だろうと私は思っております。

【委員長】

脊椎治療の部分に関しましては、高性能のMRIが入っていて、手術的などころまでやれる医師を揃えるというふうに私は捉えております。

それから肝疾患は新しい肝疾患の患者に対する施設またはB型C型肝炎に関する治療が的確にできる専門医を確保して、的確な診断と治療体制整備を行うという具体的にはそういった意味であると捉えています。

それで現時点では、これらの機能を向上させないといけないということで、あえて的確な診断と治療体制の整備という表現になっていると思います。その他いかがでしょうか。

【委員】

質問させていただきます。腎疾患のところについてです。おそらく透析になる患者は今後減少していくと予想されておりますが、その中でより充実を図りたいということは増やしていこうということだと思いますが、そこでお尋ねしたいのですが、現在透析を行っている患者さんのADLと、透析を行っている患者さんの年齢の割合はどうなっていて、将来的に患者数はどうなっていくと予測しているのか伺いたいです。

また、先程の周産期医療のところでも分娩件数が500～600件で推移しているのですが、おそらく、この書き方は今後もこの数値で推移していくということですが、一般的には分娩は減っていくだろうと推測されております。そういった中で、これがずっと続いていくと想定されているのかどうかということ。

それから小児医療のところでも急性期患者に対応できる体制をより強化していくとおっしゃっていますが、今、小児の入院の需要もどんどん減っていくといわれております。おそらく色々な病院で患者が空床ができて困っている

と思うのですが、そこでお尋ねしたいのですが、現在の小児医療に関しましては、どれくらいのベッドを配置していて、その稼働率がどのくらいなのかということをお尋ねして、そしてそれを今後増やしていくつもりなのかどうなのかということについてもお伺いしたいです。

【委員長】

3点ご質問がありました。透析のことと周産期・お産のことと小児医療のことです。お話を伺いたと思います。

【事務局】

今、質問がありました透析患者についてですが、透析医会の予想によると患者数が少しずつ減るといわれておりますが、上昇しているところは確かであります。国民385人に1人が透析患者といわれる中、2016年、当院は84人の透析患者に利用していただいております。この数値は年々上がってきておまして、2010年は78名、2013年は77名、今年度は84名となっております、当院における患者数は少しずつ上昇しているところであります。

ベッド数ですけれども、現在37床設置しておりますけれども、より充実を図りたいというのは患者の高齢化というものが挙げられると思います。全国平均の患者さんの年齢ですが67.8歳、当院は71.8歳ということで4歳程度年齢の差があり、それに伴いまして、やはり入室時間や治療時間等の様々な時間がかかります。当院は2クールと申しまして午前の部、午後の部でやっておりますが、やはり時間内で終わらないというものが現状です。そういった高齢者でADLのしっかりしていない方にも、十分な治療ができるようにゆったりとした治療を行っていくためにも、ベッド数がもう少し必要だと考えております。

【委員長】

引き続き質問に応じていただきたいと思います。

【委員】

周産期については私から補足させていただきます。周産期は地域全体の問題だと考えておまして、長野県全体での産婦人科医が減少しているのに伴い、周産期を担う医療機関が減少しております。この松本2次医療圏でお産を扱える病院は7、8年前までは2桁近い施設数があったのですが、今では主に5病院に減っている現状であります。しかし、ほかの医療圏に比べて松本医療圏は周産期の体制はまだ複数のお産を担う病院があるという意味では恵まれているようです。飯田医療圏であれば飯田市立病院、伊那であれば伊那中央病院というように、各2次医療圏に各1医療機関しかない状況になっ

てきております。ある意味で松本医療圏がどうなるのかということ考えたときに、丸の内病院と相澤病院、松本市立病院、穂高病院、そして信州大学でお産を担っているわけですけれども、あと私立のクリニックもありますが、その後は信州大学の産婦人科の教授をはじめ、非常にグローバルで大きな視野で考えていかなければならないのですが、単純にその5つの医療機関が存続していけば良いと考えておりますが、今後出産は減っていきますので、この5つの医療機関がどのようなかたちで役割分担しながら存続していくのか、そこら辺が非常に希望と現実と将来の見えないところであり複雑な気持ちです。お返事になっているのか分かりませんが、500～600件を担っているということが、うちの病院の最大の特徴だと考えておりますので、これはこのような表現にせざるを得ないと思います。300とか200とかに減っていく状況がどういうものか考えたときに、うちの病院で周産期を担う存在意義というものがみえてこないところなので、できればうちの病院がこの地域の周産期を担っていくために、これからも末永く存続していくという状態を目標としているという表現です。

【委員】

今の周産期の話に補足させていただきます。県全体ということで、ご理解いただければと思いますが、今のお話がありましたが、産婦人科医の不足といった状況を踏まえて、長野県全体を賄っていかなければならない状況の中で、周産期の医療体制というものが、各段階での体制ができています。全県的にですが、高度周産期医療というものが公立病院を中心として、10カ所ほど定められておりますが、これは平成12年から始まっているわけですが、その中で、岡谷市民病院は既に分娩を廃止し、市立大町病院も一時休止となり、その上の段階にある地域周産期母子医療センターが全県域で9病院設置してありますが、最近ようやく復活しましたが、信州上田医療センターが一時休止になり、昨年一時佐久医療センターで里帰り分娩ができないこともありました。この松本地域の信州大学附属病院、県立こども病院が最終の中核病院というかたちになります。やはりこういった医療体制をつくっていかなければ、普通に生まれるときには何の問題もないのですが、何かあったときには非常に緊急を要し、母子を救うことができません。平成26年には地域の医療機関から地域周産期母子医療センターに400件を超える件数の患者搬送を行っておりました。さらに総合周産期の機能をもつ県立こども病院と信州大学附属病院には全県から約280件入ってきている。そういった状況で長野県の周産期医療が担保されている中で、平成26年、松本広域で、これは松本、塩尻、安曇野等全部含めて、3,501のこれは助産院を除いての

分娩で、平成27年は230増えて、3,731でございます。この圏域としてはやはり、お産が増えている状況であると思います。その中で重要なのは、例えば信州大学であれば、平成26年の821から平成27年は931ということで110も増えている。これは我々が把握しているお産の病床数でいえばギリギリの状況であり、そういった数値的にも危機的な状況にある中で、500を超えるお産を担っている市立病院が、周産期機能をなくすようなことであれば、周りの医療機関でどこまで耐えられるかということになります。ここの圏域の中でお産体制が倒れるとなると、全県的に波及する非常に影響は大きい状況になるので、そういった捉え方は是非必要です。そういったところで、市立病院がいままで担っていただいた、3,700の中での500は非常に大きなことなので、そこはやはり理解していかなければならない状況だと思います。

【委員長】

信州大学病院で、今の周産期の話に補足があればお願い致します。

【委員】

先程のご発言のとおりで、昨年度において信大病院は900件を超える対応をしています。これ以上の対応がなかなか難しいというところで、いくつかの対応の中で、助産師にさらに活躍していただくということで、院内助産と言いまして、正常分娩については助産師が積極的にかかわるというかたちで産科医の負担を減らすということをしています。近隣の施設との人事交流として、半年ずつ助産師を出向させて、それぞれの機能を学び、自分の病院で対応するというかたちで、産科医の確保に向けた活動をするとともに、産科医の負担軽減を助産師とシェアする方向で進んでいます。これ以上大学病院で分娩を扱うのは、ほぼ限界に近いということで、紹介した助産師の活躍の場を広げるといった活動をしています。

【委員長】

ありがとうございます。将来の予測というものは非常に難しいというところもありますが、市立病院としては現状の体制を保つ姿勢が必要であろうという話ですね。

【委員】

まったくもってそのとおりだと思います。非常に市立病院の産科医療の役割はこの地域で必須だと思っております。

【事務局】

ただいまご質問の中で、小児の入院の関係で、ベッド数や稼働率はどれくらいかというご質問でしたが、当院の小児科は小児と女性との混合の病棟の

中にありまして、届出としては60床の病棟となるわけですが、そのうちの13床が小児というかたちで病床を持っております。稼働率のほうですが、直近の数値では72%の稼働率となります。先程の資料の中で、小児医療の充実をということで病院の考えをお示ししているのですが、小児・女性病棟の個室がわずかしかなないので、やはり小児の入院となりますと、感染が増えて参りまして、どうしても個室での入院が必要になってきております。そういった意味も込めまして、今よりも個室を充実させまして、小児を入れられる病棟を考えていかなければならないということです。そういった意味での充実・強化ということでお示ししているわけです。

【委員長】

ありがとうございます。先ほどの周産期のところに新生児医療ということが書いてありまして、やはりお産と新生児と小児科は込みで病院に存在するのが望ましいです。これはそのとおりなのですが、例えば、松本医療センターは非常に小児科が充実したかたちですが、お産が現時点ではやっていない状況なので、市立病院の中に産科、小児科がコンビで設置してある体制というものが、必要な体制ではあると思います。片方が抜けていると診療の内容が偏るので充実しない部分があると思います。

よろしいでしょうか。4ページに、高齢者医療のものと終末期医療のことがありまして、そこに緩和ケア病棟の提案が書いてありますので、終末期医療についてディスカッションしたいと思います。緩和ケアについての資料をみていただきまして、緩和ケアとは何かという説明をいただいて、ディスカッションしたいと思います。それではお願い致します。

【事務局】

本日お配りした緩和ケアについてという資料をご覧ください。両面の1枚ものがございます。緩和ケアという言葉が資料にも出てまいりますが、一般的な事柄として整理させていただいております。

1の緩和ケアとはというところで、病気に伴う心と体の痛みを和らげることとされておりまして、その下にはWHOが定義しておりますが、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処を行うことによって、苦しみを予防し和らげることで、クオリティー・オブ・ライフ（生活の質）を改善するアプローチという定義がされております。

中段2の緩和ケアの実施であります。緩和ケアは、入院・外来・在宅といった場を問わず、いずれの状況でも受けることができるとされております。

(1)は緩和ケアチームであります。緩和ケアに関する研修を修了した専従の医師等によるチームで、主になん治療と併行し入院・外来において緩和ケアを行う。全国のがん診療連携拠点病院で設置されているとありますが、その下に、がん診療連携拠点病院として、長野県内には11病院と記載してございますが、この中には地域がん診療病院と定められている病院も含まれておりますのでご承知おきください。当松本医療圏では信州大学医学部附病院と相澤病院がございまして。

(2)の緩和ケア外来であります。通院中の患者に対して院内の緩和ケアチームが行う外来であります。

(3)の緩和ケア病棟であります。がんの進行等に伴う体や精神的なつらさがあり、抗がん剤治療やホルモン療法、放射線治療等が困難である方や、これらの治療を希望しない方の苦痛緩和を行うとともに、外来や在宅への円滑な移行を支援する病棟。

最後に(4)の在宅緩和ケアですが、専門的知識をもった訪問診療医や訪問看護師等が協力し、病院と同じケアが自宅でも継続できるようサポートするというものであります。

裏面の3番、緩和ケアの特徴としまして、緩和ケアに精通した医師、看護師が痛みや呼吸困難等さまざまな苦痛の緩和に対応、患者家族の心の問題に時間をかけて対応、家族が患者さんと穏やかに過ごせるように、ソファベッドやキッチン、家族控え室等を設置、対象となる疾患は、悪性腫瘍または後天性免疫不全症候群、患者さん7人に対して看護師1人が担当することとなります。

4に緩和ケア病棟の状況として、(1)で、全国の緩和ケア病棟の設置機関は360病院とされております。

(2)の長野県内の設置状況は、現在4病院が設置しております。長野市の愛和病院、小布施町の新生病院、岡谷市の岡谷市立病院、茅野市の諏訪中央病院の4病院となります。

最後の5、参考と致しまして、緩和ケア病棟入院料の主な施設基準ということで表に整理してあります。以上です。

【委員長】

ありがとうございます。緩和ケアというのは、緩和ケア病棟ということで独立させたかたちで行うということです。各病棟、もちろん終末期の方が多いわけですから、どの病床も急性期の手術を行い、抗がん剤の治療をしながら緩和ケアのことを全員が理解してお世話をします。1病棟でお世話をし、それを支える緩和ケアのチームを院内に設置して対応する。

両方の考え方があります。どちらがよろしいかを考えることと、市立病院にこういったセクションを独立したかたちであるということ十分に考えなければなりません。院内からのご提案もありますので。

あとは、松本医療圏にないということですが、必ずしもこういった名前が付いた病棟がないから緩和ケアができないということは絶対にありません。

緩和ケア病棟をもっているということは、例えばキリスト教のような宗教的な考え方をベースに乗っ取って支えているケースもたくさんあります。これについて何かご意見はございますか。

【委員】

是非やっていただきたいと思いますが、実際に緩和ケアとはなんぞやといったご説明していただいたのですが、市立病院としてどこまでお考えなのか。例えば、精神科の医師を配置するとか、あるいは認定看護師を何人配置するのか、または、その研修をどういうふうに行うのかとか、こういったことを考えたときに、実際、患者さんの心やがん疼痛を和らげるためにチームがあると思うのですが、そういったチームをしっかりとつくっていくのか、それがどれくらいの年数でできていくものなのか、あるいはすでにあるのか、ということ踏まえた上で、緩和ケアということで、今委員長がおっしゃいましたがん疼痛ということでお聞きしているのですが、そういった意味では、精神科のリエゾンも含めたところで心の緩和ケアをしていくわけです。

もう一方では、ここでもありましたが、患者さん本人よりも家族そのものがどのようなかたちで患者本人に接するかというと、国立がん研究センター東病院では、がん患者と家族の相談室を設けて、実際に患者さんよりも家族をサポートする環境づくりをしなければならないということも実験的に行なっており、市立病院がどのようなところでお考えになっているのか、やっていきたいという具体的なところを教えてくださいたいです。

【委員】

ご質問ありがとうございます。確かに、緩和ケア病棟は長い歴史の中で松本平になく、現在もありません。なぜかと考えたときに、委員のご発言のとおり、色々な課題があるからだと思います。今、事務局が説明しました緩和ケア病棟の施設基準をみていただければ分かると思いますが、患者1人につき8㎡以上というのは非常に贅沢な施設が必要です。ここには明記していませんが、病棟全体のスペースとして、1人30㎡という、とてつもない条件があります。現在、普通の病棟で緩和ケアを診させていただいておられますが、また委員長は在宅でも看取っていらしており、非常にさまざまな終末期の患者さんの要望があると感じておられて、なぜ、松本にはホスピスが

ないのかと患者さんが言葉にされております。

それから、松本平の緩和のホスピスを求めている、岡谷市民病院の患者動向を以前聞いたことがあるのですが、半分近くが松本から来ているという話を大分前に知りまして、いろんな想いがあって、私もがん患者を診ている臨床医としまして、以前からできれば新病院建設を契機にホスピスというかたちにしたという、おぼろげな夢がありました。それに同意するように、うちの職員も勉強を重ねてきておりまして、先ほど、具体的な話で認定看護師の話が出ましたが、おかげさまで認定看護師、がんにはいろいろな認定看護師がございまして、化学療法専門の認定看護師もいますが、がん疼痛の認定看護師とか、複数の認定看護師が今いまして、認定看護師になるための補助を積極的に出しておりますので、これからホスピスを本格的にやろうとした場合、まだ数年の余裕がありますので、認定看護師を増やしていきたいと思っております。現在、認定看護師は複数います。

それから、チームに関しては勉強会を重ねています。あと、まだ確実なことではないのですが、去年、信州大学に緩和ケアの専門医が着任致しまして、長野県全体の緩和ケア医療をリードしてくださっているのですが、去年から間宮先生にご指導いただき、研修会を開いていただいている中で、是非ホスピスをつくりたいと話しております。

これは公で決まっているわけでないのですが、松本地域にホスピスが欲しいといった内外からの意見もいただいております。また、松本市議会や松本市の市民の方々からもホスピスをつくって欲しいといった意見をいただいております。

先ほどのご指摘のとおりで、やりたいからやるというものではなくて、ハードルが高いものであると認識しておりますが、意識としては非常に強い部分がありますので、整理していきたいと思っております。繰り返しになりますが、緩和ケア病棟は施設基準が非常に厳しいこともありまして、やる気になって、新病院建設のタイミングでなければできないと思っております。

【委員長】

ありがとうございます。その話はまた後程したいと思います。一応、救急のことを確認して先に進めたいと思っております。現状は2次救急を担っていますが、それ以外でも1次、2次救急患者を継続的に行う体制ということによろしいでしょうか。時間の都合もありますのでその点だけ確認を致しまして、2番目の病院の機能・規模について進めたいと思っております。事務局から説明をお願いします。

【事務局】

それでは資料の4ページ、下段の2、病院の機能・規模より(1)の規模からお願いしたいと思います。アの外来につきましては、現在の診療科はお示しのとおりですが、市立病院の考え方としては、前述の1の診療体制の整備に基づく外来機能を整えたいと考えております。

右側5ページ、イの入院ですが、病棟ごとに整理しています。(ア)の急性期病棟ですが、届出病床数は118床となっておりますが、最近の病棟再編に伴い、平成27年度に42床、平成28年度に55床の急性期病床を減らしてきた経過がございます。右側の考え方ですが、規模の維持若しくは縮小を検討したいとしております。地域医療構想を踏まえながら、同規模の維持若しくは縮小を検討したいということがございます。

次に(イ)の回復期病棟でございますが、現在、回復期リハビリ病棟と地域包括ケア病棟を開設しております。考え方としては、機能継続と規模の維持ということで、役割の異なる2つの機能を継続したい、規模は現在と同程度の2病棟で検討したいとしています。

次に(ウ)の緩和ケア病棟でございます。先ほどお話にもありましたが、松本平にない緩和ケア病棟を開設したいという考え方を持っているということでもあります。規模としては、他地域の緩和ケア病棟の現状を参考に検討していきたいということでもあります。

次に(エ)の在宅医療・在宅支援であります。病院が狭く、現在は波田支所内の1室を間借りしている訪問看護ステーションについては病院内整備をして充実させたい。居宅介護支援事業所については、現在と同様な役割を果たしていきたいということがございます。

次に6ページ、(2)の規模でございます。現状にありますように、こちらの病床数は許可病床数であります。215床となっております。右側の病院の考え方としては、現在の規模を基本として検討していきたいということがございます。今後は地域医療構想や市立病院建設検討委員会の提言を踏まえながら、平成29年度中に策定する基本計画で具体的な検討を行って参りたいというものでございます。

最後に(3)の各部門の整備ですが、こちらは設計時や運営時に具体的検討を行うものでございますので、基本計画策定後に改めて検討を進めたいと考えております。

【委員長】

ありがとうございます。院内から出ている考え方ということで、ポイントは、既に回復期リハビリ病棟の32床や地域包括ケア病棟の49床を整備さ

れているというところです。現状の急性期病床118床は現状か、若干の縮小を考えているというかたちです。そこに、緩和ケア病棟を新規に提示している状況でございます。院内からの考えですが、緩和ケア病棟の病床は、10～20床でしょうか。数値を正確に出してしまうと、1人歩きしてしまうので、おおよそで考えるのであれば10～20床ということになるのでしょうか。私としてはそのくらいだと認識しているのですが、5床とかではないですよ。7対1の看護体制がひつようですから。そのような考え方でよろしいでしょうか。もし検討している数値があるのであればお示しいただきたいです。

【事務局】

はい、今委員長からありましたように、病棟として運営を想定した場合、10～20床の範囲で考えている段階であります。

【委員長】

ありがとうございます。全体の説明に対しまして、許可病床は215床あるのですが、いろいろな状況で厚生局へ届出しているのが209床ということです。ご意見ございましたらお願い致します。

【委員】

病院の経営に対するものとかは、素人でよく分かりませんので、地域の代表としてお願いしたいと思います。前回は申しあげましたが、安曇と奈川は山の中にあるのですが、両方合わせても人口が大体2,300～2,400人で、松本市の人口の1%しかいません。人口減少と高齢化が激しい地域です。特に、学校の生徒数を参考にいいますが、安曇小・中学校を合わせて47人、それから大野川小・中学校を合わせて30人です。それから奈川は正確な数値は分からないのですが50人くらいだと思います。規模的にいえば3つ一緒になればと思いますが、なっても市街の学校に比べれば規模が小さいです。私は非公式にお話してみたのですが、学校がなくなれば地域がなくなると人口減少がますます進んでしまって、それこそ限界集落になってしまうということで、学校の統合は非常に消極的ですし、特に大野川町会は、定住促進に向けて住民主体でいろいろ取り組んでいます。その中で、学校と医療機関は非常に不可欠だといわれております。

市立病院は西部の山岳部をカバーするという非常に重要な問題があります。当該地は、上高地、乗鞍、白骨、それから奈川地区、これらは観光地が多いのです。年間200万に近い観光客が訪れます。住民は2,300人しかいませんが、旅館、ホテル、民宿等の合計の収容人員は1晩に1万人くらいです。1晩にすべていっぱいになることはないのですが、そういったことを考える

と、たかだか1%ではなくて観光客も含めた人数で考える必要があると思います。是非、1番近い病院として、場所は近いところにつくっていただいて、機能を維持していただきたいと思います。集団登山や修学旅行生も結構来ているのです。今、緊急の場合は市立病院にお願いしていると思います。地域住民の医療の確保のみならず、観光業の多い当該地区においては、市立病院が近くにあるということが、地域の産業を支える重要な要素だと思っておりますので、是非とも良い方向に持っていってもらえればと思います。よろしくお願い致します。

【委員】

外来の標榜診療科に関しましては、ほぼ全科を網羅しており良いと思います。全科に常勤医がいるのが無理だと思います。幸いにも近くに信大があり、協定を結んでいるので、非常勤医を信大から派遣していただくということで良いと思います。

次に、前回配ってもらった松本市立病院の概要の追加資料ですが、その1ページをみると、手術件数が平成24年から平成27年にかけて各科軒並みに低下しております。総数で見ましても平成24年の1,308件から平成27年の908件と7割以下に低下しております。原因は医師数の減少ということでしたが、前回、この春に医師が増える予定と伺いましたので、また元の手術数に戻ることを期待しております。

ところで、良い病院というのはどんな病院だと思いますか。それは広くて、高い病院です。何が広くて何が高いのかというと、それは敷地面積が広くて、建物の高さが高いということではありません。カバーする医療範囲が広くて、医療のレベルが高いということです。医療レベルが低下すると近隣の診療所は紹介するのを躊躇するようになります。ぜひ手術件数を増やして、医療レベルが落ちないようにしてください。

また、急性期病棟が同規模若しくは若干の縮小を検討したいとありますが、いつまでも急性期病棟に患者さんを置いておくわけにはいかないから、回復期リハビリ病棟が必要なわけですし、いきなり退院して在宅医療というわけにはいかないから、地域包括ケア病棟が必要なわけです。ではこの回復期病棟への供給はどこから行うのかというと、前回、信大とか一之瀬とか相澤等に紹介してもらっているとおっしゃっていましたが、確かにこれはありがたいことではありますが、いずれどの病院も回復期病棟を持つようになるでしょうから、結局、供給は自前で行わなければなりません。つまり、救急医療や手術等を積極的に行って、急性期病棟を充実させていかなければなりません。そういう意味では、急性期病棟の縮小というよりも現状維持、もしくは

病床数を増やすくらいの勢いで充実させていく必要があります。

【委員長】

ありがとうございます。他に意見はありますか。

【委員】

総合診療の体制をより充実させたいとありますが、総合診療の充実、いわゆるトリアージについてですが、この辺についてもかなり医師の力量によって総合診療の判断が変わってくることもあろうかと思えます。

昨今、自治医科大学で開発された AI というロボット、通称ホワイトジャックがあります。このロボットの初期診断で診療の支援が狙えるというのは、一定の医療水準を保つのが狙いであるということです。このロボットには多種多様な分野から 8,000 万件におよぶ診療情報が入っていて、症状や病名、投薬等の記録が入っています。そういった意味では幅広い総合診断が可能であるという利点があろうかと思えます。こういったロボットの診療データを参考にすることで、経験が浅い医師しかいない過疎地でもうっかりミスを防いで、一定の質を確保することができると思えます。是非とも AI ロボットの導入も検討していただきたいと思えます。

それから、もう 1 点、前回の人間ドックのお話もありましたが、病院側としては現状の 2 倍に増やすことを目標にするということでございます。確かに現状では予約から半年待ちといったことがあり、地域からのニーズが大変多いということを考えれば、この市立病院が置かれている地域情勢を考えれば、2 倍に増やすということはまっとうな話だと思っております。委員からのお話では、できることなら公立病院や公的病院ではドックや健診をあまりやって欲しくないというご意見がございました。いわゆる民業圧迫ということですが、健診希望者の利便を損なうことになるのではないかと考えております。あくまでも利用者を優先に考え、市立病院にはドックや健診の体制を充実していった欲しいと思っております。

【委員】

医療に詳しくないので、市民目線でお話をさせていただきます。松本市立病院は松本の西部を担っている病院で、とても大切な役割を果たしている病院ということは重々承知していて、特に、周産期と小児は私たち市民としては本当に信頼をしている病院です。その機能を現状維持していただけるということはとても嬉しいことで、そこは大事に考えていった欲しいと思えます。

緩和ケア病棟を考えていただいているといったお話がありましたが、そこも本当に嬉しいことだと思っております。新生病院さんを視察させていただいたことがあるのですが、緩和ケア病棟のあの雰囲気の中で終末期を迎える

ということは本当に幸せなことだなと思いました。そういうものが松本地域にないということがとても残念だなと思って、なんとか緩和ケア病棟をつくれる方法はないかとお話したこともあります。その中で市立病院さんが建て替えを検討するにあたり、緩和ケア病棟を考えてくれることはとても嬉しいです。普通の病棟の中にある緩和ケアのベッドと緩和ケア病棟のベッドでは全然違う意味があるし、違う感情を持てる場所であると思います。そういったものを考えていただきたいと思っております。

あともう1点、市民の目線としては、地域の病院がもう少し協力できないのかなといったところがあります。先ほど、全部自分の病院の中で急性期からずっと診られるのが良いのではないかとおっしゃっていましたが、私は各病院の個性を活かした診療をした方が良いのではないかと思います。各病院の特徴がある中で、市民の目線ではこの病気であればこの病院に行きたいとか、この症状であればあの病院に行きたいといった意見をよく聞きます。病院の個性を伸ばしていくことも必要だと思いますし、今回市立病院がこれから建設されるということは、既存の病院の中で現状を変えていくことは難しいという中で、新しく建てられる病院は松本医療圏の不足の部分を補っていくという検討もありなのではないかと思っております。

【委員】

これはようするに、病棟の数をどうするのか、病床の数をどうするのかといった話をしなければ、はじまらないと思います。例えば、急性期病棟の中の4階60床、産科と小児科で先ほど小児科は13床だとお話を伺いました。そうすると単純計算ですよ、例えば産科の人が1年間に600人入院して5日間でお帰りになると、だいたい1日8人の方が入ってくることになります。そうすると8人の方のベッドがぎりぎりだと苦しいので、これを先ほどの話であれば、0.75であるとか、0.7あるいは0.8で割ってベッド数を計算するのです。そうすると、おおよそ10~11床が産科に必要なという計算になります。そうすると、13+11は24床なので、そうするとあとはどうなっていくのかなと。ベッド数はそういう場合に計算して、病棟をどう構築していくのか考えて病院全体の骨格をつくっていくのです。例えば、残りの病棟、3階58床は1つの病棟なのか、2つに分かれているのかわかりませんが、ここに急性期の患者を入るとすれば、どういった患者さんが入ってきて、平均在院日数をどれくらいで回していくのかといった計算をしないとベッド数は出てこないのです。それはあくまでも、こういう患者さんがこれくらい来るから、こういうようにしなければいけないという考えを一方で持っていなければならぬのが1つあります。

また、今、国は急性期のベッドを減らそうとしています。ですから、診療報酬でも急性期のベッドから患者さんを外に出そうとしています。皆さんご存知ではない方が多いと思いますが、患者さんの重症度と医療看護必要度を患者さんごとに毎日出さなければならないという決まりが厚労省からいわれていて、我々はそれを出すわけです。重症度と医療看護必要度がないとその人は急性期病床にいる必要はないと判断されてしまうことがあります。現在、急性期病棟は非常に大変な状況です。そうすると、急性期病棟の平均在院日数を何日くらいになるかを考えなければならなくなります。

ですから、そういったところで、病床数をどれくらいにするか、ベッドの組み合わせをどうするか考えなければならないと思うので、これだけでは、どうしていくのかがみえないのです。先ほどの4階の60床に関しましては、ざっと計算するとそんなようなことになります。

もう1つは、回復期病棟は地域に密着した病院では非常に大切なものです。ただ、地域包括ケア病棟を10対1でやっているということは、おそらく今地域包括ケア病棟を10対1でやっている病院は、そこに手術した患者を直接入れている病院が非常に多い傾向にあります。簡単な手術ですね、局所麻酔で済む手術はもう急性期病棟には入れないのです。どうしてかといいますと、重症度と医療看護必要度がほとんどないものですから、診療報酬で点数が取れなくなるということがありますので、どうしてもそういった簡単な手術を終えた患者さんを地域包括ケア病棟に入れていくのかどうかといった、地域包括ケア病棟の在り方もしっかり考えていかなければいけないと思います。市立病院では地域包括ケア病棟をどう使っていくのかによって、設計がものすごく変わってきてしまうので、そこらへんを是非ご検討いただきたいと思います。

回復期リハビリ病棟に関しましては、市立病院で診ている患者さんや外から紹介されて来る患者さんも含めて、ベッドをどう設計していくのかもすごく大事で、平均在院日数をどれくらいにして回していくのかによって、必要病床数も変わってくるので、こういったことを検討する必要もあります。

緩和ケア病棟は私も必要だと思うのですが、先ほど高木院長からホスピスという言葉が出ましたが、おそらく長期に入る人も含めたホスピスに近い緩和ケア病棟を想定しているのだと思います。緩和ケア病棟には2つありまして、急性期緩和ケア病棟といいまして、できるだけ患者さんをご家庭に返し、困ったらまた受け入れて、短期間でまた返すというサイクルをある人は急性期緩和ケア病棟といっていますが、そういった病棟を目指していくのか、ホスピス型の緩和ケア病棟を目指していくのかで設計が全く異なっ

きます。私はどういう方向が良いとか悪いとかはいえないのですが、その方向を決めていただくとベッド数やいろいろなものがおのずと計算されて来ると思っています。これは私の個人的な希望ですが、ホスピスが松本にあったら良いなと思っています。

【委員長】

ありがとうございます。今すぐお答えできることはありますか。やはり病床の積み上げですね。いろいろな機能からの計算についてはどうでしょうか。

【事務局】

今ご意見がいただいた中で、4階の60床の説明をさせていただきますが、資料の方には括弧書きで産科・小児科含むと書いたものですから、誤解を招いてしまったのですが、こちらの病棟は急性期病棟でして、産科や小児科をはじめ、内科等の疾患を含む患者さんもいらっしゃいますし、特に女性の方をメインに入れる病棟でございます。場合によっては外科や整形の患者さんもこちらの方に入るような病棟ですので、決して産科や小児科といった病棟ではございません。病床利用率は70%を超えている病棟でございます。

【委員長】

ありがとうございました。次回の取りまとめの際に、現状の急性期病棟の数値的な内訳を出して、急性期病床がこれくらいですといった説明が必要です。数値的な計算をしてみてください。これが課題ですね。ちょっと時間が過ぎていますが大事な内容なのでもう少し行います。

【委員】

私の方は松本地域に足りないものは何かということで、先ほど行政的な捉え方の話がありましたが、2つ意見をいわせていただきたいことがあるのですが、1つは感染症のことについて、6床あってこの地域の例えば、新型インフルエンザや感染力の高い感染症については、市立病院に入院するということになっているので、その点は十分に考えて、それを継続するのであればそれなりの機能を持たせる必要があります。重要になるのは感染症専門医が知識だけではなく、対策を行うことになるので、その点を考えて、それなりの設計も必要になるので、良く考えていただきたいと思います。

もう1つは、この前、免震構造と耐震構造の話をしたのですが、松本地域には、信大病院の新しい中央診療棟のみ免震構造のようですが、もしも、この地域で地震等の災害が起こったときに、どうするかといった場合にですね、松本市街地から少し離れている比較的安全な場所に病院をつくることができれば、免震構造にして災害に備えることができます。この医療圏の中で生き残れる病院になることを踏まえて、それなりの機能を検討する。その機能を

考えるときには、今回提示していただいたところで、急性期はやっぱり担えるようなかたちにしておいていただければと思います。

それから、緩和ケアの話は非常に賛成なのですが、やはりチームをちゃんとつくるのが重要で、我々もそういったことをずっと考えてきたのですが、なかなか進まないのは、やはり医師、例えば精神科の医師を含めてそういったチームをちゃんとつくれるかどうかということがポイントになります。そうすると、病院の規模からして、医師をどれくらい揃えるかということで、やはり、現状の問題で人件費が非常に問題になるので、より大きな病院ということで考えるのではなく、地域との協力の中で、ある部分は他に任せて、ある特色を出したかたちで考えていくようなことが重要じゃないかと思うので、発言させていただきました。

【委員】

私の立場からですが、気になったのは在宅医療のところで訪問介護ステーションです。是非ここに設置していただくと連携が取れて良いということですね。

透析のことですが、すごく具体的にいうと、今年の4月、ある透析の通院介護を受けた事業所が閉鎖してしまったのです。そうすると、私たちケアマネジャーは交通手段がなくなってしまって、すごく困ったことがありました。これからもそこに力を入れていくとしたら、やっぱり週2～3回の透析の交通手段を是非盛り込んでいただけたらと切に思っております。

【委員長】

様々な意見が出ており、ちょっとディスカッションまでは出来ないのですが、ご発言内容はよろしいでしょうか。質問の中で調べるところはやっていただいて、次回は第3回までの取りまとめをして、ディスカッションしたいと思います。

これでディスカッションを終了したいのですが、市議会の特別委員会に我々の取りまとめを報告するようなかたちになりますが、是非、ディスカッションをやっている中で、直接、特別委員会の議員の方々に聞いていただきたいと思います。やはり、委員会の委員の皆様のご発言を直接聞いていただきたいと思います。要するに事務局がまとめた議事録や取りまとめだけでは、勉強していただくには足りないと思います。是非出席いただいてディスカッションを聞いていただきたいと思います。他の協議会の議員にも是非お願いしたいと思っております。その他に何かございますか。

【委員】

新聞記事で知ったのですが、議会の方に候補地を提示させるという記事を

読んだ記憶が最近ありますが、そちらが先でこちらが後というかたちになるのでしょうか。

【事務局】

私の方からお答え致します。場所については、当初の計画から平成28年度内で選定作業を進めております。年明けに、まず議会の方で選定結果に基づく協議をいただいて、そこで承認をいただきます。承認を得た後に、この委員会に報告させていただくこととなります。

【委員長】

場所については、当初、この委員会をはじめるときの提案で、西部地区のしかるべきところにということで、ここから先の話については委員会では直接選定することはないということですね。

【事務局】

場所については、市が責任をもって選定するということになり、検討委員会では馴染まないだろうということで、検討項目からは外させていただきました。

【委員長】

ご理解はよろしいでしょうか。それでは議事を終了させていただきたいと思えます。事務局お願いします。

(3) 閉会

【事務局】

長時間に渡り、ご協議いただきましてありがとうございます。次回の予定でございますが、次第にありますとおり、1月22日の日曜日、同じくこの会場で、午前10時からということで、これまでの検討項目の論点を整理していただきまして、その中で不足分はまたご検討いただければと考えております。

6 傍聴

(1) 傍聴者

22人

(2) 傍聴の状況

傍聴要領に反する行為は、見受けられなかった。

7 次回開催日時（予定）

平成29年1月22日（日）午前10時から

場所は、松本市役所 東庁舎3階 議員協議会室