

第3回 松本市立病院建設専門者会議 会議記録

1 日時

令和2年10月8日（木）午後2時から午後3時25分まで

2 開催場所

松本市役所 第二応接室 （傍聴会場：東庁舎2階情報政策課前スペース ライブ中継）

3 出席者

(1) 委員

鳥羽研二座長、川真田樹人委員、宮田和信委員、杉山敦委員、嵯峨宏一委員（リモート参加）久保恵嗣委員、牧弘志委員

(2) 松本市関係

中野政策部長、塚田長野県健康福祉部部付

(3) 事務局

樋口健康福祉部長、田堂医務課長、上條課長補佐、畑中主査

4 議事概要

(1) 意見集約（提言案の検討）

【鳥羽座長】皆様お忙しいところ、お足元の悪いところありがとうございます。早いもので3回目になりましたが、前回までの2回で先生方の忌憚のない建設的な意見が積み上がりまして、まとめに向けての大きな骨格はできたというふうに思っておりますが、具体的な姿で、ある程度より分かるような数値目標ができるようなものは、ある程度示してあげて、理論的な根拠と申しますか、行政があとから色々聞かれたときにそれが妥当であるかということもまで下支えになれば、というようなことを今日の議論目標としてやっていきたいと思っておりますのでよろしくお願いいたします。本日は、5名の委員のご出席と、久保先生と牧先生のお二人がリモートです。聞こえますか久保先生、牧先生。はい、ありがとうございます。それでは、まず第3回の検討課題ということで、高齢者医療、周産期・小児医療の効率化、入院のない外来科目の方向性、眼科や歯科の必要性、地域医療構想を踏まえた病床数ということですが、どういった順番にやっていきたいと思いますか。資料の解説があると重くなると思うので…

【嵯峨委員】鳥羽先生の資料を先に。

【鳥羽座長】では、座長で非常に恐縮なんですけれども、解説させていただきます。

ます。あの、ここでおそらく認知症というものも皆さんがご興味あるでしょうけれども、認知症は認知症疾患医療センターを始め様々な医療が既に整備されているところでありますが、フレイルというものは比較的新しい、高齢者医療のなかで共通の概念なんですけれども、国の施策の中ではフレイル予防、あるいはフレイルという言葉はかなり進んでいますけれども、地域医療のなかではまだかなり温度差がありまして。東京都は、東京都の尾崎医師会長と今年からうちの病院や学会が共同して、フレイルサポート医制度という教育を、システムをやるということに2月からなっていたのですが、コロナ騒ぎで中断しております。そのような意味も含めてちょっと説明したいと思います。まずニーズというもので、もちろん各病気を治すという当たり前のことですが、それ以外に、一般の方ですと病気以外にどのようなことを望んでおるかということで、まあ高齢者の方が増えてきますので、体力が衰えるのが不安だ、がん等の重い病気が不安、認知症が不安、要介護になることが不安、生活習慣病になることが不安、寝たきりになるのが困る、歯の健康、目、骨粗鬆症、などが並んでいます。このようなものはどれも重要な各診療科の目標ですけれども、特段今まで少し見逃されていた、ということはないんですけれども、体力が衰える、要介護を防ぐにはどうしたらいいのかというのが、医療システムの中で順番としてあまり上位ではなかった可能性があるということが、このフレイルの概念です。フレイルというのは、あとから示しますけれども、あるストレスがあったときに、元の生活機能に戻るのにかなり時間がかかるか、あるいは病気に罹ったあとに大分、少し生活の機能が落ちてしまうというようなことがフレイルの定義となっています。それで、国立長寿医療研究センターの横に東浦町というのがあって介護サミットというのがありますが、そこと医療介護データに関して包括協定ですべて連結したデータをいただいていますので、それ等から見ると、元気高齢者が56%、フレイルという今述べたのが9%、要介護が12%です。言われているよりも、80%くらいの人はお元気な高齢者が多いと。その人たちがフレイルになるのをどう予防するか、フレイルから要介護になるのをどう予防するか。これは、当たり前ですが、健康寿命を目指すうえでこのような段階でどのような注意事項を持って医療介護の連携を図るかという意味では重要であろうかと思えます。疾患により加速されるフレイル、ここが大事でありまして、ほとんどの疾患はですねフレイルの加速要因なわけですが、脳血管障害の70%がフレイルで透析に至っては8割、見逃されやすいですが頻尿で三分の一、糖尿病2割と書いてありますが合併症があるとすぐこれが5割6割になってきます。心不全も幅があります。COPDも三分の一ということで、最

近これは呼吸器学会がすごく注目し始めたところです。その他、視力障害は2.5倍、聴覚も4倍と。すなわち、関係ないと思われている感覚器の障害も、フレイルのかなりのリスクになっているということなんですね。それで、この前もちょっとお話したかもしれませんが、今日はちょっと示しません、私の手持のデータでは、ロービジョンという目の悪い人、目の悪い人は4割が膝が痛いんですね。ですから、目の悪い人は整形外科に行けと、とんでもないことを私は言っているのですが、すなわち視力障害の人に高頻度でフレイルがあって転びやすい、実は頻尿の人も同じようなことでありまして、すなわち、一つを以てではなくて、この疾患によって現せられるものは他の虚弱要因がたくさん重なっている状態像だということが特徴なわけですね。要介護の方も、国民生活調査で初めて認知症が脳血管障害を抜きましたが、他に高齢による衰弱、関節疾患、骨折転倒というフレイル関係のものを合わせますとこれが4割5割と。すなわちこの移動に関するもの、あるいは機能低下に陥るといふこの着目が弱いということで、健康医療戦略会議の議長の永井良三先生からも、これらのスライドをくださいということで色々説明しているところですが、フレイルは特に75歳以上、特に85歳以上が増えるとフレイルが増える。フレイルは指数関数的に増えていきまして、これは認知症と同じ増え方です。10歳ごとに倍々ゲームでフレイルになりまして、85歳ですとだいたい三分の一、90、100歳になると半分がフレイルと言われているんですね。先ほど言いました、ストレスによって元に戻りにくいと。資料の右側はランセット(論文)に載ったやつですが、この尿路感染症なんですが、普通の人には尿路感染症くらいだと抗生物質で治ればピンピンですけども、フレイルの人は若干、機能回復に時間が掛かったうえで元に戻るのに少し時間がかかる。昔から、うちのおばあさんが入院したらすっかり弱ってしまつてと、まさにそのような話なんですね。それで、その加齢や慢性疾患の積み重なりによって脆弱でストレスによって生活自立が損なわれやすい状態のことを言いまして、運動機能とか精神面とか認知機能面とか社会面とかですね、最近では、咀嚼嚥下が悪いのはオーラルフレイルティといって歯科の先生が頑張っているところがあります。フレイルの診断基準は、学問の方はどうしても地域の予防健診の方が主体なものですから、このような形になりますけれども、歩行速度が1秒間に1m以下、横断歩道が青のうちに渡り切れないような人、握力は、欧米は30、20何ぼなんですが、アジア人は握力が少ないので26、18というのがアジアンコンセンサス、アジアの基準となっています。握力の低下ですね。それから疲れやすいという自己申告、活力の低下、年間に4、5キロ以上の体重減少、これらのうち3つあればフレイルで一つか2

つあればフレイル予備軍、プレフレイルと診断されるようになっていきます。その右側は、フレイルとそうでない人、ロバストというのは非常に頑健なことを言いますが、フレイルとロバストフレイルを比べると明らかに7年生存率が違うということで、プレフレイルにいかにか止めておくかというのが予防医療の懸案になるということが言えます。これをもう少しわかりやすく、非常に分かりやすいことを言いますと、握力が低下して起こりやすいことは、牛乳パックが開けにくいとか、青信号が最初からじゃないと渡れない気がするとか、疲れやすく元気が出ないことがあるとか、食が細くなったまたは痩せてきた、心の方は沈み込むことがある、寝つきが悪い夜目覚める、コグニティブフレイルティというのは物忘れが気になったり、しまい忘れが増えたりする。ソーシャルフレイルティは外出することが少なくなったり、友人との交流が減ったりとかする。このようなものが複数あった場合に、フレイルをチェックしていくようにすると入り口として楽だという話です。それで、養成面では国立長寿医療研究センターの佐竹先生というのが、基本チェックリスト、昔はこれは全部の高齢者にやっていたんですが、最近ではそんなにやらなくなったと聞いておりますけれども、特定健診の中の基本チェックリストで、10項目以上該当すると感度・特異度ともに非常に高い確率でフレイルを検知できるという英語論文を書きました。これは英文に定める基本チェックリスト、KCLというものです、国際的にも英文でも用いられてアジアだけでなく欧米でもKCLというものは使われている状態です。従って、新たにスケールを作るというより、行政がすでに行っている基本チェックリストがあれば、そこから危険者を抽出できるという利点があると思います。そしてこのフレイルといったものは、どうして寝たきりになりやすいかと言いますと、その一番のところには、加齢や病気や薬が多いために加齢筋肉減少症といったものを起こし、それによって筋力低下で転ぶ人もいますし、歩く速度が遅くなる人もいますが、基礎代謝が落ちてきてエネルギー消費が落ち、低栄養になり、それが悪循環を起こすのではないかと、このようなことは言われています。フレイル対策予防ですが、その自然経過を現健康長寿医療センター理事長の荒井らが、4年後の自然経過を見ますと、まず元気なロバストの人では四分の一がプレフレイルになっていくと。いきなりフレイルになる人は少ない。プレフレイルの方は一番どっちにも行きやすく、23.4%はロバストの元気な方に。で、20%はフレイル。すなわち5分の一ずつ揺れ動く存在であると。フレイルになっても35%がプレフレイルに戻れる、すなわち4年間の間にこれは一方通行ではない。要介護や進行した認知症のように治療法が無いのではなくて、十分にその予防、医療などによって動かせる存在

であるということが分かります。これは力強いですね。フレイルと認知症のリスクのこの十年の変化を見ます、フレイルのリスクと認知症のリスクというのは大体8割くらい共通しております、厚生労働省の調査によりますと、糖尿病は男女ともに悪化。中年期ですけどね。で、高血圧は男性のみ悪化。肥満も男性のみ悪化。喫煙、それから運動習慣、それから学歴などは男女ともに改善ということで、女性の方は認知症は今後減っていくだろうと私は予測しておりますが、いずれにしてもこのフレイルリスクというものを減らすということは、将来の認知症の予防にもなるということで、このような広い生活習慣病や生活指導といったかかりつけ医の先生などがやっていることが必ずこれに結び付いていくというのが一つの考え方ですね。そこでこれが私の提案なんです、このフレイルといったものは老年科医だけじゃないんですね。すべての疾患の先生が、フレイルに関わっていくと。リスクとして。しかもその入り口は、例えば循環器の先生はBNPが上がっただけの潜在的な心不全のような人から、内科では低栄養とか薬の多い人、泌尿器科では頻尿とか。眼科では少し視力が衰えた人、耳鼻科では匂いの弱くなった人、あるいはもちろん画像があればそのようなものからもいけますが、このような全てのものから、もちろん整形は重要です、歩行の速度、筋力、骨粗鬆症ですね。すべての診療科がフレイルの兆しを実は見ているんですね。そしてその人たちは複数、だいたい5つか6つの兆しを持っているので、この地域の先生方が一つの兆しを見つけた時に、市立病院のフレイル予防センターでこれらをすべてチェックしたうえで、各々得意なかかりつけ医の先生に返していくことによって、その先生方の得意な診療領域を、更に他の患者さんから複数で診ていける。これは病院であれば院内でやることも可能ですけれども、地域のネットワークの中で、地域の病院のような形でかかりつけ医の先生が市立病院を中心として連携した診療科のフレイル診療をやっていたらどうかというのが私の提案であります。これは在宅医療におきましては、柏モデルといって、主治医・副主治医でやりますけれども、なかなか他の地域ではそれは広がらない。それは結局、主治医・副主治医というのは大変なんですね。当直制度になりますから。ネガティブなものなんです。ですが、このフレイル予防センター、フレイルネットワークは、ウィンウィンの関係なんですね。泌尿器科の先生が整形外科に紹介する。眼科の先生が整形外科に紹介する。整形外科の先生は目も悪いんじゃないかと眼科を紹介する。すなわち早期発見・早期予防で、院内だと一つの診療科はいいんですが2つ以上診療すると点数が取れなかったりするんで、複数科受診というのはまた来てねということになるんですが、地域においては各々の先生がどれだけいるかとい

うのは皆さんに見ていただきますけども、地域の中で紹介していく。そうすることによってフレイル予防も、この市民病院を中心とした、高齢者の方々の満足度もはるかに他の地域よりも高い、これはうちもやろうとしていますし、国立長寿医療研究センターでもやろうとしています、日本でおそらく2番目か3番目試みなので、まったく他ではやられていない。私はアメリカ医療と呼んでいますけれども、このような形でやるのが良いのではないかと考えています。それで、健康長寿は未来投資であり、コストは医療福祉以外も算出すると、これは見ておいてください。私はあんまりこういうのは好きじゃない。東京都のフレイルセンターについても、色々と細かい行政用語が書いてありますが、東京都は前からこういうことに熱心で色々取り組んでいますので、行政の人に読み込んでいただいて、採用できるものは市の行政のなかでやっていただく。すなわちこれは先ほど言いましたように、フレイル健診とか地域包括とか、地域の行政のグリップなくして一定の評価ができない仕組みになっています。それは、介護保険の情報と医療保険の情報を連結して分析していかないと、フレイル予防については要介護率ですとかそういうものもないとできませんので、行政の力も必要だということですね。この高齢者医療においては、認知機能の予防も含めた、市立病院を中心としたかかりつけ医のネットワークを構築していくと。その精密検査は市立病院、あるいは場合によっては信州大学や相澤病院のようなところで特殊検査をやることもあるかもしれませんが。そのような構想にしたらどうかというのが、高齢者医療の構想です。ここまで以上ですけれども何かご質問ございますか。特別な設備はいらないんです。歩行とか重心動揺計とかはまあせいぜい100万円くらいの機械で、あとは筋力も簡単ですし、握力計くらいですし、あまりいらないんですね。フレイルのことを地域の先生で勉強していただいて。しかもこれ歯科の方も入ってくれるということですね、歯科の方は非常に今熱心ですね。川真田先生どうですか、フレイルの関係の動きは、信州大学では。

【川真田委員】 信州大学自体はどうしても急性期の性格が強いものですから、フレイルの診療を中心にとということにはもちろんなっていないくて、難病の支援は、センターを作ってやっていますけれども、高齢者のフレイルに特化した診療科やセンターはない状況です。

【鳥羽座長】 大学が専門としない領域としては、特色が出せるということですかね。宮田先生いかがでしょうか。

【宮田委員】 うちもフレイルを全面に押し出した診療科はありません。断片的に各科で少しずつやっているということで、総合的に有機的な結びつきでや

っている感じはありません。

【鳥羽座長】ぜひ、市民病院の特色として相澤病院はちょっと引いていただければ。杉山先生いかがですか。

【杉山委員】異論ございません。これを中核に据えていただくということで。先日も、松本西部地域の在宅医療、施設の方も含めて、少しネットワークを市立病院中心にやろうという会がつい2週間前にございまして、そこに私も参加して参りました。非常に熱心な先生方、それから奈川診療所、安曇診療所の先生方も一緒に出まして、在宅医療のことを一緒にやろうと。そこに市立病院の理学療法士も来て、リハビリテーションのことも一緒に考えるというような会を少し育てる、もちろん今までも機能していたんですけれども、改めてやろうというような機運が出ております。

【鳥羽座長】在宅医療は先ほど言いましたように、どうしても主治医・副主治医になるといけないときに診るといふネガティブな、私ちょっと辛いのに副主治医したくないっていう。でもこういうウィンウィンな関係が濃くなっていきますと、じゃああの先生いないときは面倒見ようかという、自然な輪ができればと思っておりますけども。久保先生いかがでしょうか。

【久保委員】今後、超高齢者社会を迎えるにあたりまして、他の施設にはないフレイル予防センターというのなかなかいいのではないかなと思うんですが、一点だけ質問がございます。先ほどのこの丸い図を見ますと、かなり多くの診療科の先生方が関与することになりますけれど、これは常勤医がいなくても、例えば週2回とか3回とかの外来の非常勤のドクターだけでも、このような予防センターというのはい可能ですでしょうか。

【鳥羽座長】それは可能だと思います。私のところではフレイル外来、国立長寿医療研究センターではフレイルサルコペニア外来というのがありますけれども、循環器外来や消化器外来や糖尿病外来ほど数が多くありませんので、十分対応可能だと思います。むしろ、例えばロービジョンでも耳鼻科でも非常勤でも大丈夫ですし、場合によっては市立病院でなくても、相澤病院とかそういうところで協力していただければ、なおいいかなと思います。

【久保委員】どちらにしましても、誰か中心になる先生が一人いてくれればその先生を中心にネットワークが形成できるということではないのでしょうか。

【鳥羽座長】そう思います。ちょっと調べていないのですが、市立病院の中にフレイルサルコペニア学会の会員の先生がいらっしゃるかどうか、それがいなくても日本老年医学会の会員の先生がいらっしゃるかどうか。全然調べていませんが、いなくてもサポート医といってこれから教育しますので、学会は後から入ればいいので、こういう趣旨を、病院長の先生が非常に熱心なの

ですぐにやってくれそうな気がしますけど、他の中堅の先生も共感してくれる先生がいればすごく嬉しいし、いつでもうちの病院でも国立長寿医療研究センターでも、数日の英才教育はすぐしたいと思います。

【久保委員】分かりました。そういうことでしたら特に反対はありませんし、前向きにやってもらえたらと思います。

【鳥羽座長】ありがとうございます。牧先生いかがでしょうか。

【牧委員】前回お休みして申し訳ございません。新しい課題で非常に興味深く聞いておりました。非常に良い試みだと思うのですが、実際にやるときになりますと、行政の力がかなり必要になってくると思います。それからあと、予防センターということで市立病院にこういうセンターを作るのは結構なことなのですが、やはり地域の協力というか、地域の理解というものが非常に、地域のドクターと市民の皆様含めて、そういうところの仕組みづくりっていうのがかなりキーになってくるのではないかと考えております。そういう意味では、市立病院という行政と病院が一緒になってやるという、そういう環境が整っている所で試みるというのは、非常に良いことじゃないかと考えています。

【鳥羽座長】ありがとうございます。私はフレイルサポート医教育について、2月から東京都医師会の尾崎会長とやり始めるはずだったんです。まずは板橋区医師会から板橋区医師会長の賛同を得て2月にやるはずだったんですが、それもちょっとコロナで遅延してます。やはり私たちの地元の医師会からというふうに考えておりますので、ここで始めるにあたっては、ここの地区の松本市医師会の会員の方に、フレイルサポート医の研修みたいなものをする、ある程度の理解が得られるかなと。今日言ったことをより具体的に詳しく話すことになると思いますけども。そういうようなことがもし必要であれば、私なりあるいは別の角度のオーラルフレイルの人なりで講義をして、一緒にやっっていこうというようなことは、何回も出来ませんが、多少はお役に立てるというふうに思っていますけれども。杉山先生、そのへんはよろしいですかね、そのようにして。

【杉山委員】はい。直接このフレイル予防センター的な言葉ではないですけども、ここに登場してくるもののそれぞれの…

【鳥羽座長】ここの周りは全部かかりつけ医の先生なんですよ。その人たち集めて協力していただかないと。

【杉山委員】それぞれ芽はあるように思いますので、それを上手くフレイルセンターというような形で集められるかというのがポイントですね。

【鳥羽座長】そうなんです、そうなんです。

【杉山委員】 基本的の力はそれぞれあると思うんです。

【鳥羽座長】 医師会の力がないとできないんですよ。診療科は全然問わないので、ただそういう趣旨に賛同して、こういうことを勉強して将来のニーズと一緒にやるかということに来ていただけるかどうか。これは投げ掛けておきますので、よろしくお願ひします、ご検討ください。ではよろしいでしょうか、次の話題に移らせていただきます。

周産期・小児科医療の効率化について、具体的な議論ということで、これについて嵯峨副市長何かございますか、数値的なもので。

【嵯峨委員】 基本的には継続というようなご意見をいただいているかと思ひます。将来縮小傾向であっても継続していくべきだというご意見ではございますが、そののところをもう少し、例えばどのくらいまでですとか、あるいは廃止ということも検討には値しないんだろうかということも気になっています。特に産科ですね、出産部分では思い切って廃止するということは選択肢として取るべきではないのか、そのへん少しご意見いただければと思うのですが。

【鳥羽座長】 いわゆる供給体制は十分あるんですか。

【嵯峨委員】 ありますね。

【鳥羽座長】 地理的なものも含めて。

【嵯峨委員】 もちろん民間病院がやめてしまうとかそういうことがあれば、すぐに危機的状況になってしまいますが、今の体制であれば。

【鳥羽座長】 5年先ですので。私ちょっと知らないのですが、松本市の産科の先生で、産科ってものすごく熱心な先生が多いと思うのですが、比較的辞められる先生もいたりして…。産科の先生の年齢はどうなんですか、民間の。杉山先生ご存じですか。

【杉山委員】 ちょっと数字は持って参りませんでした。今各病院のチーフの方は、それなりにかなりの年齢に差し掛かっておられますけども、そこに若い人たちが継いでいる体制があるかどうかは、それぞれの病院の状況で。

【鳥羽座長】 少子化ですけれども、産科の数も減っているのですか。松本市は、どうなんですか。ちょっと私数値持っていませんけど。

【杉山委員】 産科の開業医は、要するにお産をしない婦人科、それから前にもご紹介しました妊娠初期の時期を管理する診療所は、徐々に増えております。

【鳥羽座長】 増えているんですね。

【杉山委員】 少し、増えていますね。しっかりとした年代の方がいますけれども、分娩施設で積極的にやるという方は必ずしも多くはなくて、分娩をする医療機関は、圧倒的にこの10年ほどでだいぶ減りました。

【鳥羽座長】大きなところがあるんですね。信大病院と相澤病院もあって、こども…

【各委員】ハイリスクの。あと、丸の内と、横西さん。

【鳥羽座長】そうすると、まあそこで段々減っているところを分け合っているの、それほど産科で勤務過剰にはなっていないということですか。そうでもない。

【各委員】そうでもない。

【杉山委員】大北医療圏が隣りなんです、大町市の市立病院が10月で一旦休止になります。大北医療圏の半分のお産をする方は、松本医療圏でお産をしていきますので、それがまた更に増える状況なので、今、信州大学の金井教授の検討は、やはり危機感を持って、前にご紹介した出産・子育て安心ネットワークの枠組みを一緒にやっていただきたいと。それで大北医療圏の大町市が同意してくださるかどう、そんな状況です。

【鳥羽座長】分かりました。信州大学のギネの入局者とか人気あるんじゃないですか。

【川真田委員】人気はあり、一定数は入るんですけども、どんどん増えていっているわけじゃないようです。10年くらい前ですか産科の危機の時に、900いくつかの出産数で、国立大学でトップになったんです。それからむしろ今出生数が減ってきて700の後半くらいになって、ちょうどまあ何とか回っています。都市部に需要がありますので、やはり苦しいようです。松本市立病院も体制としては、産科の先生の年齢や人数はどのくらいでしょうか。

【各委員】そこその年代…

【川真田委員】供給元の信州大学産科が余裕がすごくあるわけではないので、ある程度は集約化をいずれしていかなければいけない。ただ、信州大学としては、松本市立病院は拠点として考えていると思います。あと丸の内病院も拠点だと思います。

【嵯峨委員】例えば産科医が2人だったら、年間どれくらいまでの出生が受けられるのでしょうか。

【川真田委員】あの、産科学会は、30分ルールを決めていて、帝王切開は、帝王切開を決めてからベビーが出るまで30分というようなルールです。それを厳密に守ろうとすると、都市部でも無理になります。毎日通常の手術以外に帝王切開に備えると、麻酔科医や新生児科の先生も含めて、全員が当直体制となるんですね。そういう意味では、その産科の先生のお考えによるので、お二人ではできないっていう先生もいらっしゃる。

【嵯峨委員】最低3人ですか。

【川真田委員】 トップの方の年齢だったり、考え方にもよると思うんです。ただ、松本市立病院もそうだと思うのですが、じゃあ本当に緊急の帝王切開がどこまであるか、あるいは前もって早めに予定帝王切開に組んでしまうとかですね、そういう考え方で乗り切ろうと思えば乗り切れますので、一概にこう何人だったら良いとか悪いとかなかなか判断しづらいと私は思います。ただ、お二人では確かに大変で、4人ぐらいいらっしゃらないとなかなか通常の産科診療としては医師数として厳しいのではないかと思います。

【鳥羽座長】 方向性として、中核病院として産科で残すとすると、むしろ将来松本市の他の産科のところが足りなくなって縮小していく中で、生き延びられる可能性があるってことですか。効率化しなくてもニーズが維持されて。

【川真田委員】 ニーズが維持されればですが、この前のデータでは…

【嵯峨委員】 右肩下がりですよ、著しく。出生数もここにきて急速に落ちていきますね。

【川真田委員】 松本も落ちていると思うんですけども、松本以上に出生数が減少するので、患者さんの背景人口から患者さんが集まるかどうか、そちらが大きいのかなと思います。

【宮田委員】 松本市内の産科をやっている病院で、患者さんを奪い合っている状態だと思っていただいていいと思います。たぶん、維持できているのは信州大学さんと、丸の内病院さんくらいで。あとはみんな多かれ少なかれマイナスになって、相澤病院も半分くらいになっちゃいましたし、市立病院も四分の一になっちゃいましたよね。それと、アメニティの問題がどうしても絡んできますので、民間で非常にアメニティの良い、横西産婦人科さんでしたか、そういうところできると正常分娩はそちらにどっと流れますので、今後たぶんピンチが来るのではないかと思います。

【川真田委員】 丸の内病院は社会医療法人で、産科で500件の出産というので維持してますので、そこは維持されると思います。

【鳥羽座長】 なるほど。牧先生、県の産科に関する医療計画で将来展望は何かあるんですか。

【牧委員】 基本的には、出生数が減っていきますので、集約化という流れの中にあるのですが、どうしても医療圏を10設定しているものですから、各医療圏で必ず分娩をしなければいけないということになっております。先ほどお話があったように、大北、木曽もそうなんですけど、医療圏の中で分娩するっていうのが県の計画なので、どうしても出生数が少なくなっても分娩は残すという話がございます。それともう一つ、今、分娩数は減ってくるのですが、新しい取り組み、働き方改革の中で、従来と違って勤務時間というの

がかなり制限されてくるので、一概に分娩数が減っても、それがこれまで通りのような計算でいくかどうかというと、なかなかいかない部分があるので、その点が一つ注意しないといけないということがございます。それと、特に分娩につきましては、県の医療計画もそうなんですが、社会問題化する部分が非常に大きくて、医療以外にも色んな要素を含んでいますので、そういう部分でも配慮しなければいけないと考えています。以上でございます。

【鳥羽座長】久保先生どうでしょうか。医療圏での分娩というのは、むしろ先生のところのほうがリスポンシブルのような気がするのですが。

【久保委員】例えば木曽医療圏を例にすると、木曽病院に産科があるんですけども、そこで産科を辞めてしまいますと、もうこれはかなり大きな社会の問題になりますので、やはり政策的な医療としては、ちょっと数が減ってくる可能性はありますけれども、私個人的には、やっぱり産科は残してもらったほうが良いのかなというふうに思います。

【鳥羽座長】はい。いかがでしょうか。

【嵯峨委員】年間の出生数が100、200というレベルになったときに、それでも維持はしていくべきですか。

【鳥羽座長】今、二つの議論があったんですね。一つは、医療効率からすると丸の内病院の500を維持するために丸の内病院の方をお願いすれば良いと。医療経済的にはそちらだと思います。一方、社会問題というのは、その地域の安全と、地域での少子化対策と言いますか、ここへ行くと安心して子どもを産めるというような、結構そういうところで人口が都会から逆戻って来ているような地域もあるわけですよ。それがなくなると、少子化に対するアンチのメッセージになりはしないかというようなことが、行政としても考えるべき一つの要素だという意見をいただいております。これは、5年先ですから、5年先まで需要を見つつ、嵯峨委員が言われたように、本当にどんどん減って行って、要するにどんどん減っていくということは地域の期待も他に吸い取られているということですよ。産科にとって。それが半減したり、どんどん減っていくようであれば他に任せるのも一つの選択肢です。現状のところ、5年先の需要見通せませんが、そこが良い産科として、丸の内病院のむしろライバルになるということはないでしょうけれども、しっかりとした効率を増やしていくような傾向が見えるかどうか見ながら、最終的に決めるというような玉虫色でどうでしょうか。だめですかね。どうですかね宮田先生。

【宮田委員】先ほどもお話あったけれども、働き方改革、これはかなり問題になると考えていまして、産直、出産で泊まって夜働くと翌日休みになるわけ

ですよね。そうすると産科は一体何人用意すればいいのか。少なくとも、4人でやったら、週のうち1日泊まったら休み、泊まったら休みって、4人いるわけじゃないですか。それで、大学の方にSOSで産直のパートの先生をお願いしたりっていうと、そちらもまた厳しい状況になってくるので、むしろ一つの考え方としたら、産科はもうたくさん人を集めて、集約してそこでやってくってという考え方が、どうしても一つ。

【鳥羽座長】私も先ほどの、アメーバのように地域のニーズに従って伸縮して、民間も大学も市立も、診療科によって、ニーズによって伸縮できるような医療体制が、今後の医療体制のような気がするんですね。そういう意味では、確かに残すというのは…でもそう言いますとどこの市町村でも我が病院が欲しいということにどうしても行きついてしまう。松本市全体の議論としてはおそらく集約化の方が強いでしょうけど、その地域に行けば残して欲しいと言うに決まっていますよね。どうなんでしょうかね、そのへんは。少子化で、産科のお医者さんも将来必ずしもずっと増えるわけではない。そうすると働き方改革でお医者さんの方も勤務がきつくなっていくので、少なくともお医者さんは集約しないと存続が厳しくなる。子どもが減ってくるので、ある1カ所で、アメニティの良いところ、経験豊かなところで、お医者さんが疲れないところでお産をするのが、生む方にとっても安心である。そういった意味で、一定の集約化は避けられないということですね。そうすると、将来の集約化を見据えて5年間の間に移行も含めて議論をするということをご答申してよろしいですか。川真田先生、まずいですかそれは。よろしいですか。

【川真田委員】それで良いと思います。ただ、病院を作るときに、例えばLDRとか最新の産科用のベッド、病棟を作るとか作らないとかいう、そういう議論がしたいということですよ。そこは確かに、非常に難しいお話だなあというふうには思います。

【嵯峨委員】市立病院の位置付けが他の市町村と異なるのは、やっぱり市の医療を支えるメインの病院ではないということです。あくまで昔の町立病院であって、あくまで合併してこの松本市の病院になったということなので、できれば…

【鳥羽座長】言っていることは分かります。地域的なこともあって、あそこの病院が旧市街の医療の主要な一環をかなり占めるということには、どうしても地理的には難しい。それは信州大学病院もあるし相澤病院もあるしということです。従って限定的なことを考えないといけないということですよね。

【川真田委員】木曾病院が100前後のお産数だと思うんです。木曾病院はある意味、地域的に残さなきゃいけないとも思うのですが、松本市立病院の場合

は、アクセスや移動性から考えると、むしろ住民の方が市内に行って産むという、そっちの方のニーズにどこかで変わってくるかもしれません。それが変わってきて住民の方が納得いただけたら縮小でいいと思うんですけども、今の時点でそうなのかどうなのかという議論になってしまうと、そこはまだ難しいと思います。

【鳥羽座長】今、市立病院の産科の医療圏というのはどのくらいなんですか。聞いていなかったんですけど。広いんですか。少なくとも旧市街からはあまり産みに行かないですよ。

【嵯峨委員】行かないですね、かつてはあったんですけど。

【川真田委員】いちばん最初にいただいた、医療圏としては7万人くらいの、ここの出生数を見ると、松本市内よりもかなり早く出生数が減るというデータがありました。

【鳥羽座長】やはり、重要なのがニーズ。効率化というからにはニーズと、現在の産科の医療圏をもう1回見たうえで、市の、宮田先生からも言ったように働き方改革で産科の方が永続的に良質な産科医療ができるような形をこの地域で維持するというのが本当は最終目標ですよ、このみなさんに集まっていたいただいた。それに向かって移管も含めた検討を行うということによろしいですか。じゃあそのようにさせていただきます。次に小児医療ですが、これはどうでしょうか。どなたか口火を切っていただければ。

【久保委員】産科の医療がなくなると、たぶん小児科の常勤医も治療がなくなりますので、産科医療と小児科医療はこれはもうセットですので、最終的には産科をどうするのかというのは市の施策的な判断だと思います。

【鳥羽座長】分かりました。では、小児科も合理化の方向で検討すると。よろしいですかね。小児科は今どうなんですか。信州大学、相澤病院で、受診数はそれもかなり減っているということですか。

【宮田委員】去年のデータを見ると、微減という感じです。

【川真田委員】信州大学は血液がんを中心に日本中からの患者さんがいますので、それを含めてもやはり小児科は微減していくという予想が出ています。

【鳥羽座長】かかりつけ医の小児科の先生方はどうなんですか。患者数とかは。

【杉山委員】小児科・耳鼻科はコロナの状況では…

【鳥羽座長】コロナとは関係なく全体的なトレンドで。

【杉山委員】その先生の人気によって違うと思いますけども。松本の状況は、松本医療センターに非常に大きな小児科がありまして、信大病院に次ぐ2番目のセンターになっていて、二次救急などは非常に骨格になってやっていたいっているのですが、実は歴史的にはそこにあった産科が撤退する時期が数

十年前にありまして、小児科だけが核として残った歴史があるんですね。その時に、市立病院の産科が充実していらしたんですけれども、小児科はそんなにでもなかった時期があるんですね。それを上手く、先ほどの先生のお話で融合して、二つが並び立つ病院ができるかってことだったんですが、それが上手くやれなかったという、そういう歴史があると。

【鳥羽座長】それは都内大学からお医者さんが来ていた時期ですかね。

【杉山委員】慈恵医大などから。そこが撤退されるときに再編、産科と小児科・新生児科が…

【鳥羽座長】分かりました。非常に大切なことは、生身の先生方が働いているわけですから、その方たちが、もしより良い医療の形に集約されていく場合には、ここにご列席の先生方がぜひ、どこにどのような新しい産科なり小児科なりの中心を、ということまでぜひお考えになって、軟着陸できるようにぜひご協力をお願いいたします。

では次に行きます。入院のない外来科目の方向性、これは具体的にどういう科目でしょうか。非常勤の方が診ているものですよ。具体的に、泌尿器はありますよね。

【宮田委員】耳鼻科、眼科、皮膚科、形成…歯科もそうじゃないですかね。ざっとこれくらいです。

【鳥羽座長】複数の診療科があって、主に専門的な内科、外科というような問題があって、専門診療科のようなものですが、これらをなくさない方がフレイルにとっては良いのですけども、外来としては。いかがでしょうか。入院患者さんのコンサルタントも出来ませんし。非常勤で、入院のコンサルトも受けるという形を残すというのが普通だと思うのですが、どうでしょうか。宮田先生どうでしょうか。

【宮田委員】先ほどの先生のフレイル予防というお話からいけば、当然たくさん感覚器の科が残っているのが良いと思いますし、褥瘡とかちょっとした外傷だと皮膚科ないし形成のニーズがあって、今お話があった科が残っていた方が良いと思うんですが、問題は頻度だと思うんですよ。例えば、形成か皮膚科か分からないですけども、皮膚に関するトラブル。老人が多いと褥瘡も含めてかなりの頻度でありますので、そういった科は週例えば2回なら2回。だけれども、眼科とか耳鼻科とか、入院のコンサルタントという意味合いで果たして毎週来ている必要があるのか、そのあたりを検討しながら、科としては残すけれども頻度を変えていくというような考え方が良いのではないかと思います。

【鳥羽座長】あの辺だと、例えば眼科ですと松本市は非常に有名な眼科手術の

病院もあるし、大学病院も相澤病院もあるので、市立病院の眼科にかかるということは、現状手術目的の人はあんまり多くないということですかね。どうですかね、そのへんは宮田先生が一番ご存じですか。

【宮田委員】ほとんどないと思います。白内障の手術は多分市内の眼科で。

【鳥羽座長】ゲートキーパーの眼科ということになりますかね、ロービジョンとか、あるいは院内コンサルト。それだと週一回くらいでも充分。

【宮田委員】糖尿病科があると、どうしても眼科が欲しくなりますので。

【鳥羽座長】そういう週1回の外勤というものは、信州大学の方でもそれを出すのは問題ないということですかね。どうでしょうか先生。

【杉山委員】歯科の方、歯科医師会とこの市立病院のことについてだいぶ話をしたことがあるのですが。

【鳥羽座長】そういえば歯科の方が入っていませんね、ここに。

【杉山委員】今回入ってないのですが、歯科は一定の機能を持つ歯科は、麻酔をする周術期の管理とかを含めて、やっぱり歯科医は一定の頻度でいてもらう必要がある。

【鳥羽座長】口腔外科的なことはされるんですか、あそこの市立病院は。

【杉山委員】手術的な口腔外科は、ガンとかを扱うとか、そういうことはないです。

【鳥羽座長】インプラントは？

【各委員】していないと思う。

【鳥羽座長】そうすると、手術的なものって何ですか。

【宮田委員】お年寄りによくある、手術する時によくグラグラする歯とかあるじゃないですか。それと、入院患者さんの入れ歯が合わなくなったとか、詰め物が取れたとか、たぶんそういう形のものが中心となってくるのだと思います。

【鳥羽座長】実に重要で、肺炎も抗生物質が発達しても1割しか誤嚥性は死亡率が減らなかったんですが、オーラルケアで7割も死亡率減っていますので、歯科あるいは口腔ケアはこれから高齢者の肺炎予防でキーワードですよ。非常に重要だと思います。そういう形で、歯科はいてもらった方がいいということでもよろしいですか。あとは眼科・耳鼻科の先生は非常勤。泌尿器科も非常勤でしたっけ。常勤がいらっしゃるんですね。透析は泌尿器の先生ですか、やってらっしゃるのは。内科ですか。腎臓内科ですか。透析の扱いが出ていませんけど、透析はあの辺のセンターなんですかね。結構何台も、30台くらいあったような気がしましたけど。一定の数ですよ。

【宮田委員】それは残しておいていただけたら。

【杉山委員】透析はこの松本市は、ちょうど…

【鳥羽座長】この前議論になりましたね。糖尿病の方も増えているし、通う方も、まさに8割フレイルですので、遠くまで透析に通えないんですよ。そういう意味で残すと。ここはこのくらいでよろしいですか。

そうしますと、次に、地域医療構想を踏まえた病床数。忌憚のないご意見をいただきたいと思いますが、病床数について。これを積み上げ方式で行くのか。看護単位のことを言いますと、地域包括と回復期リハビリが13対1で、7対1はもうやめて10対1でいこうというような議論がこの前出ていました。そうしますと、どのくらいの病床数になってくるんでしょうか。宮田先生何かちょっと、一番お詳しいので教えていただければ。

【宮田委員】僕に教えられるかちょっと分からないんですが、地域包括の病棟も回復期リハビリの病棟も多分この二次医療圏でちょうど飽和したくらいの数だと思うんですよ。ですので、現状その2つの病床は、あまり増やす方向でないほうがいいのではないかと。今いくつでしたっけ。地域包括が…40だったかな。ざっくり40床くらい。それで回りハが少なかった、30。でもまあこっちの方も40床くらいを目途に。それで、急性期の方は見通しがよく分からないんですけども、今後の人口の問題と、対象とする患者さんが減ってくるということを考えると、今のトータル199床は、僕は個人的には多いと思っていまして。将来少しあの…、当初は苦勞するかもしれませんが、そこは急性期の平均在院日数のところで頑張っ、少し短縮化・効率化してもらって。あと、感染症病棟の6床はちょっと別扱いで上乗せする形で。そうすると、100、40、40…どのくらい行きますかね。まあ80…、40、40×4病棟プラス6ってくらいだと166床ですか。ひとつの目安でざっくりですが、166床くらいでいければという、看護体制もそういうふうになるような気がします。

【鳥羽座長】はい。病床数ですが、牧先生、病床計画のことで何かこの地区の病床数としてどうでしょうか。166床というのが今出ましたけど。

【牧委員】今、基準病床数と既存病床数からすれば病床過剰地域で、地域医療構想の上でいけば、あともう300床くらいは松本地域で減らすと、構想上ではそういう計画になってございます。それで、今地域医療構想ということで県の方でやっているわけですけども、やはり今回のコロナですとか、去年の台風19号災害の、不測の事態の時にかなり患者さんを地域の病院にとっただいたという経過もございます。これは、普段の平常時では空いている病床はあるんですが、そういう時にかなり病床を使っちゃってという、そういうこともあるので。それで実際には確かに、今宮田先生が言われたよう

に、医療費で積み上げてくとそういう数字になると思うんですが、やっぱり急激に減らすことについては、少し慎重に考えたほうがいいんじゃないかと思います。それから、病床についてはどうしてもやはり地域の考え方というのがあるので、まあ病院の考え方もそうなのですが、地域の中での議論というの踏まえてキャッチボールしながらやっていかないと、なかなかまとまらないんじゃないかかと考えています。

【鳥羽座長】ええと、どうなんでしょうか。私のところは550床をもう既に490床に減らして、今コロナ禍で460床で運用しているんですが、東京のように特にコロナの影響が強いところは、受療行動がそれほど戻らないんじゃないかという予測で、550床を戻すということはなくもう490。5年先を見据えたベッド削減を果たしていますけど、この地区ではどうなんですか。相澤病院と信州大学とはどちらが先に減らすかを見合っているような状態ですか。どうなんですか。

【宮田委員】相澤病院は何床とは言いませんが、おそらく急性期は少し減らして、回復期系の病床にという方向になるのだと思います。

【川真田委員】信州大学も今ちょうど病棟の改修がこれから5年くらいかけて今後ながら改修するんですけども、今717床なんですけど、何床とは言いませんけれど、かなり皆さんびっくりするくらい減ることになると思います。ただ最終的な判断は2年半後くらいにするということにさせていただいています。

【鳥羽座長】学校なので、そのへんはある程度、文部科学省から文句を言わないでできるんですか。

【川真田委員】もう文部科学省は、かなり文句は言わないですね。理由を言えば納得していただけたらと思います。ただ地域のこともありますので、どのくらい減らすかというのはまだ決めていません。

【鳥羽座長】入院できなくなるわけがないので、稼働率が上がるだけですよね、ベッドを減らしても。

【川真田委員】在院日数等で計算すると、減らすことはできるんですけども、4床部屋を3床部屋にするとか。松本市立病院だと、医療需要は多分4、5パーセント減るとか、在院日数はこの5年で1日減っていますので、そういう意味ではほぼ10パーセントこの5年で減らしてもいいわけということで考えると、やはり基本のベッド数を150床前後で、そこに感染症の6床を足していくと、無難に考えれば180床とかなのかなと思うんですけども、宮田先生の言うように166床からスタートするというのも一つの考え方だと思います。

【嵯峨委員】私は行政なので、経営というところに頭が行ってしまうのですが、この地域包括40床、回復期リハビリに40床、急性期が80床ですか。これの経営バランスというか、収支的にはこれで採算が取れていくような病院になるのでしょうか。

【鳥羽座長】それは人件費次第ですよ。ええ。まずはですね、550床を466床にしていると、80パーセントくらいだった稼働率が95パーセント以上、病棟によっては102パーセントくらい、午前退院午後入院で。明らかに効率が上がります。看護師や薬剤師の新規採用も抑制できますので。ベッドを減らすことによって、そういう職員の効率的な採用を含めていけば、いけると思います。まずはベッドを決めて、必要な医療スタッフの数を決めれば、5年間の間に軟着陸は可能だと思います。そうすると、今人件費率が、補助金なしだと75パーセントくらいになっているんですかね。補助金入れたら5割というのが最終目標ですが、少なくとも補助金入れて6割弱くらいにしていけないと、それは成り立たないので。人件費次第だと思います。回復期だから、あるいは地域包括だから成り立たないってことはないです。だってそういう病院が全部私立で経営が成り立っている。ギリギリで頑張っておられるわけですよ、先生皆さん。だから、医療法で、この種類だから倒産するっていう病院はないと思いますよ。杉山先生どうです。

【杉山委員】はい、おっしゃる通りで、正確に全部分析できてはいないですけども、おっしゃる通りだと思います。

【鳥羽座長】そうですね。この松本地区で、一つ聞くのを忘れたんですが、中小病院、全日病の会員の病院ってたくさんあるんですか。全日病、中小病院の集まり。

【各委員】全日病は…、あまりないですね。

【鳥羽座長】ないんですね。じゃあこの辺はあんまり小さな病院がたくさんあってというわけではなくて、大きい病院の方がむしろという。じゃああまり医療領域としてそこは大きなパイではないということよろしいですか。嵯峨委員よろしいですか。そうすると今のところの結論で、宮田委員の方から40床の4の160床プラス6床というのを一応基本として、あともちろん地域のニーズや、まだもう少し詰めていくというようなことが出ましたけれど。久保先生それでいいですか。

【久保委員】一点だけ。感染症に対応できるように、どういうふうにベッドを用意するか分かりませんが、現在の6床プラスできれば20床くらいは、感染症用に使えるようなベッドを作っておいてもらった方がいいのかなというふうに思います。

【鳥羽座長】先ほどちょっと話したんですが、やはり感染症指定病院ですと、少なくとも陰圧室に転換できるようなもの、陰圧室を常時造ると非常に高いので、本当の陰圧室はHCUに一つだけで良いと思うんですね。でも陰圧室に対応できるような、窓があれば陰圧室にできますから、それが6床と、あとはそこのところだけ独立したユニットに、いざという時だけ転換できるような仕組みの感染症転換の病床といったものを、6床を含めて34床、それも多すぎるかもしれませんが、そういうものを用意しておくということで、久保先生よろしいですか。

【久保委員】はい。6床プラス20床くらいで良いかと思えますけれども。26床ですね。

【鳥羽座長】ええ。それを、どこの既存の病床を転換するかですね。うちも感染症は2フロアを閉じて、一つを感染症の専門にしていますけれども、いざという時はもう転換するしかないんですよ。他の急性期は全部他の病棟で、混合の診療科にしてもらって。

他には、これでだいたいよろしいですか。何か追加の意見ございますか。今日、最初に言いましたように、私はこの市立病院で新しい良いものを残したいと思っているんですね。それは高齢者医療もそうですけども、できればこの有識者の先生が集まっていただいて、地域での医療ニーズを定期的に話し合っ、官民、医師会の先生も、松本市民のニーズに柔軟に対応できるような、アメーバのような、地域全体で大きな巨大なホスピタルのような意識で、医師会の先生も大きな病院も市立病院も、ニーズに対応していくような集まりであって欲しいと思っています。そういう意味で、松本市立病院を中心に、まずかかりつけ医の先生と高齢者医療でネットワークができていけば、また旧市街の方でもそういう動きが、相澤病院や信州大学を中心にできてくるかもしれませんので、その試金石として、新しい地域医療、在宅医療のあり方も含めて、モデルになるようなものをぜひ残したいと思っていますが、そのために色々ご議論いただいたと、よろしいですかね、そのようなことで。何か他に。もう提言ですから、お一人ずつ意見を最後に伺っていきたいと思いますが。久保先生どうでしょうか。

【久保委員】提言書に意見を言えばいいでしょうか。1ページの一番下、まあこれで良いんですけども、松本市の西部地域の他に安曇野市の一部とかそういうところを取り込んだ医療は、当然松本市立病院の大きな役目だと思えますけれど、その上の松本医療圏全体の市民病院としての役割というのが、ちょっとこれが何を言いたいのかよく分からないのですが、これはどなたかが発言したのでしょうか。

【鳥羽座長】これは感染症じゃないですか。要するに医療圏が行政区域と違って来ているから、この人たちの医療の一部というか、医療ニーズに応える必要があるという形でよろしいですか。

【久保委員】一つ上の黒ポツです、地域事情を生かしながらも…

【鳥羽座長】ああここですね。分かりました。

【久保委員】感染症のことを言うんでしたら感染症のところに入れた方がいいのかなと。

【鳥羽座長】これは感染症と特化していいですか。松本医療圏全体の市民病院としての働きは、感染症以外にありますか。

【宮田委員】あそのところは、救急の領域として塩尻市が隣にありますが、そちらから小児科が来ているんですよ。

【鳥羽座長】この下はそうですね。下から2行目です。地域事情を生かしながらも松本医療圏全体の市民病院としての役割を果たしていくべき、これは感染症に特化したことでいいですかね。感染症に特化することにしました。

【久保委員】分かりました結構です。

【鳥羽座長】牧先生いかがでしょうか。提言について何か。

【牧委員】やはり公立病院というところで、今感染症の話が出たんですが、採算ということも大事なんです、政策医療という部分も負っている部分があるので、その部分についてもやはり考えていくことが必要ではないかと考えています。公立病院として、政策医療についても考えるべきじゃないかと思えます。

【鳥羽座長】具体的な政策医療って。

【牧委員】一番はやっぱり感染症だと思います。それから先ほど出た周産期や小児っていうのもやはり政策医療の一部ですので、在宅を始めフレイルもそうなんです、そういうものを上手く絡めたような形にしたほうが良いと思います。

【鳥羽座長】ありがとうございます。在宅については比較的まとまっていて、訪介診療の開業医の先生、高齢化しているのでそのネットワークでそれを助けたり、コンサルトしていく。へき地についても具体的に自分たちでここの医療を担うという政策のことは書かれていますので、良いのではないかとと思うんですが、政策医療に関して杉山先生、この提言について何かご意見ありますか。

【杉山委員】今、牧委員がおっしゃったのと同じ内容ですが、地元にいる者として、病院の機能にかなりのもの盛り込んでいただきました。やっぱりそこに少し余裕がないと、今回のコロナのことの対策をして、全く病床の回転率

を95、100パーセント近くでやらないと経営が成り立たないような状況で、ある医療機関ですと、本当にコロナの対策、始めのところからもう行き詰ってしまった状況があったと思いますので、やはりそこに公立病院としての余裕と言うんですかね、古き良きという言葉なのかもしれませんが、少しそういうようなものを政策医療として持っていていただかないと、やはり市立病院としての役割が果たしていただけないと思います。

【鳥羽座長】私も似たような立場で、95パーセントにしても、十分政策医療もコロナ対応も。病棟閉鎖して今ホテル派遣を3つと、今度お台場のペットを連れた人の宿泊の方にも看護師さんを出してくれて局長に言われて、何とかやっていますので。ですから、もちろん、おっしゃることは分かるんですけど、宮田先生からあるいは私から見ると、少し甘いというか、民間と同じように効率化を図りながら政策医療をやる時代じゃないかなと、私は思うんですが。それができれば良いんですよ、それで。でもその分、先ほど言いましたように、松本市でなくて、長野県は他に比べて給料が高いわけですよ、圧倒的に。高い給料をお医者さんは貰っていて、余裕を持って政策医療をやれというのは、それはちょっと聞こえないのではないですかね。遥かに高い給料を貰って、それで余裕持って政策医療をやれとか言われても、それは税金のムダ遣いではないかと思うのですが。宮田先生どうですか、政策医療に関して。

【宮田委員】166床を初めからその規模でバシッと作れということを行っているわけではなくて、様子を見ながら166床くらいを目途に、色んなことを調整していただいているという。

【鳥羽座長】軟着陸しなきゃいけないですよ。5年間でね。

【宮田委員】続けて喋らせてもらって良いですか。

【鳥羽座長】はいどうぞ。

【宮田委員】どうしても人件費の問題は、僕は経営的には絶対避けて通れないと思うんですよ。それで副市長にお伺いしたいんですが、現行の形で、給料を病院の中で話し合っていて、病院存続の危機にあるというところでしっかり考えていただいて、現行の給料表のところからちょっと給料を減らすというようなことは、公務員法とかいろいろ難しいとは思いますが、そういうことは可能なんですか。

【嵯峨委員】理論的には可能です。公営企業でありますので、市役所と同じ給料表ではなくて良い、あるいは決められた国が示している医療職の給料表でなくても良いわけです。それは管理者がお決めになれば良いんですが、ただ、現実にはそれをやると、組合を含めて、大変な事態です。この形態のままそ

れをやるというのは、現実的ではないと思っています。一旦どこかでリセットしないと。

【宮田委員】そうするとやはり独立行政法人っていう考え方になるんですかね。

【鳥羽座長】独立行政法人にして、医者を年俸制にして、業績給にして、基本給プラス業績給部分は評価という形で、それで民間独法で週に半日だけ緊急日を設けるなどして、その分給料を減らしますよという形で国立長寿医療研究センターとか、おおかたのものは全部。それで、9割とか8割に給料減らしましたけれど。そういう形でないとドラスティックには無理だと思います。

【宮田委員】新病院を建てるにしても、それまでに何かこう経営を何とか立ち直らせる必要があると。やはり人件費が鍵だと思うんだけど、やはりそこらへんは難しいですね。

【鳥羽座長】独立行政法人化は先行しないと無理ですね。

【宮田委員】先行しないとダメなんですね。

【嵯峨委員】給料表以外にやるとするともう人を減らしていただくしかないんですね。ベッドを減らし、ドクターと看護師を減らしてという形を取るしかない、今のままだったら。

【宮田委員】やはり独立行政法人が先なんですね。

【鳥羽座長】かなり厳しい道のりが待っていると思いますが、それにプラスして、将来良いものにしていくっていうビジョンがないと、どんどん辞めていってしまいます。お医者さんも看護師さんも。ここは病院長や理事者が、どのような形でもっと良いものにするために、将来に向かって、ちょっと給料減るけど協力してくれるかってところを出せるかですね。そこに懸かっていると思います。出せるはずですけども、ちゃんと。でも、良い病院長がいるので私は期待していますけどね。川真田先生どうでしょうか、提言については。

【川真田委員】私はこれで大丈夫です。杉山先生がおっしゃったみたいに、確かに自治体病院ですので余裕を持って政策医療をというものがあっていいと思うんですけども、少し経営は改善してきているとは思いますが、やはり将来夢を持たせようと思うと、むしろ厳しいというか、そこからスタートした方が、職員も未来に向かって進みやすいんじゃないかなというふうに私は少し思います。信州大学の立場を言うと、政策医療も含めて、松本市は相澤病院さんも信大病院もありますので、確かに人口20数万人の地方都市で、こんなに医療が充実している街は少ないと思うんですね。そういう病院と連携して、市立病院の医療で足りないものを補完するような形で連携させていただくというのも一つの手ではないかなと思います。そして一方で、新たな方

向性を持った市立病院が、新しい未来に向かって進んでいくというのも一つの方向ではないかなと思います。

【嵯峨委員】機能と役割分担という…。

【鳥羽座長】これを機会に、相澤病院、信州大学病院、他の大きな病院と、何が足りないところがあるか、しっかりとこの地域全体のニーズとして掴んで、そこは優先的に伸ばすようにすると、まずはですね。その中で合理化できるものはしていくということが、5年間求められるんでしょうね。言うのは簡単ですがかなり厳しいですけれども、そのためには先ほど言った、ここの中でやられていないことを一つの突破口としてやるしかないかもしれません。そんなに簡単なことではないと思います。相当努力がいるというか、私のような乱暴な者がいないとなかなか。とは言っても私もあと10年間くらいは帰って来るわけにはいきませんから、皆様よろしくお願いします。杉山先生、よろしいですか、提言はこれで。嵯峨副市長も委員として。そしたらもうこれで大体まとめて市長に投げていきますが、文言とか、細かいこととか、もう1回皆さんに見ていただいて、11月の時には提言の文章を一字一句もう1回見ていただきながら校正して、提案するというところでよろしいでしょうか。本当にこんな短期間でまとまると思いませんでしたけれども、わずか3回でここまで来れて皆様のおかげです。どうもありがとうございました。

5 傍聴

傍聴者 14人

6 次回開催日時

令和2年11月13日（金）午後2時30分から午後4時30分

場所は松本市役所 第一応接室 リモート会議を予定