

1 日時

平成28年11月20日（日）10時から12時まで

2 開催場所

松本市役所 東庁舎3階

3 出席者

(1) 委員

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

※欠席者：原敬子委員、平林大喬委員

(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、藤松病院局事務長補佐、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

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「検討項目整理表」

イ 資料2「基本計画策定に向けた検討項目について」

ウ 資料3「松本市立病院の概要」（追加）

5 議事概要

(1) 開会

【事務局】

これより第2回松本市立病院建設検討委員会を開会します。早速ですが、前回欠席されました委員さんに、自己紹介をお願いしたいと思います。

【委員】

おはようございます。今回は欠席させていただきまして失礼いたしました。8回の委員会というかたちで、聞いておりますので、何とか私としてもお役

に立てればと思っておりますのでよろしくどうぞお願い申し上げます。

【事務局】

ありがとうございました。

それでは早速ですが、会議事項に入ります。これより先の進行は委員長にお願いいたします。

【委員長】

皆様おはようございます。議事を進めさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

本日の検討委員会では、第1回の検討委員会で示されました6つの検討項目のうち、本日は「地域における役割」と「健康事業の充実について」検討をお願いいたします。なお、追加資料として、前回委員の皆様からご要望があった資料など、市立病院から新たに提出されておりますけれども、これは次回の検討項目である病院の規模や医療機能に関する内容でありますので、本日の検討項目の終了後に、次回に向け説明を受けて、次回の資料として使用しますのでよろしくお願いいたします。次回の規模や医療機能というのはかなり厳しいお話を始めなければならないと思います。

本日の「地域における役割」と「健康事業の充実について」は比較的自由に幅広くご意見をいただきたく思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、会議事項の1「地域における役割」について事務局から説明をお願いいたします。

【事務局】

それでは検討項目の説明に入ります前に、恐縮ですが、本日お配りしております資料1「検討事項整理表」、A4で1枚、両面刷りの資料になっておりますが、こちらをご覧いただきたいと思っております。こちらについては、病院建設基本計画の策定を想定いたしまして、市立病院として必要と思われる項目を拾い出して整理をしている段階のものでございます。来年度、この検討委員会の提言を踏まえまして、本格的に基本計画の策定を進めていく過程では、改めて項目を検討することとなりますが、この検討委員会で検討いただく資料につきましては、こちらにお示しいたしました項目を意識しながら整理して参りますので、ご理解をいただきたいと思っております。

本日の検討項目につきましては、この表の右側、検討委員会検討項目の欄の中段にあります、「地域における役割」、またその上の「健康事業の充実について」でございまして、該当する院内の検討項目といたしましては、左側の大項目1「診療体制の整備」の「(2)健診健康管理」から、その下の「(5)感

染対策」の範囲となるものでございます。

それでは事前にお送りしてございます資料で「基本計画策定に向けた検討項目について」をご覧いただきたいと思っております。前回、ご説明を申しあげました、松本市立病院整備の在り方に関する将来構想におきまして、基本計画策定の視点として掲げた項目について、順次ご検討いただくものでございます。

まず、上の枠内でございますが、検討項目「地域における役割」でございます。枠の中でございますように、将来構想では公立病院として、地域連携、在宅医療、災害医療、感染症対策などの役割を積極的に担う体制の整備を検討することといたしまして、大学病院等の高度急性期医療機関との連携や、近隣のクリニックや福祉施設との連携を強化、高齢者の増加に伴う在宅医療の需要増加を考慮した在宅診療部門の充実、災害医療として、大規模災害時でのBCP事業継続計画に基づいた医療機能提供可能な施設を挙げております。なお、公立病院の大きな役割といたしましては、地域に不足している医療の確保がまず挙げられるわけではありますけれども、この分野につきましては次回の検討項目であります、医療機能で取り扱うこととしておりますので、お願いしたいと思っております。

中段からの市立病院の現状について申し上げます。まず、地域連携、在宅医療ですが、上から在宅支援後方病院、これは地域の開業医との連携によりまして、在宅治療患者の急変時の受け入れを行うものであります。本年度、登録開業医数12人、登録患者数は206人となっております。

次に、平成26年度には回復期リハビリテーション病棟を、本年8月には地域包括ケア病棟を開設いたしまして、患者さんの在宅復帰、社会復帰への支援に力を入れているところでございます。

また、27年度の訪問看護、訪問リハビリ、居宅介護支援の実績は、お示しのとおりでございます。

続いて、その下の災害医療についてでございます。災害時黄タグ対応病院でございますが、松本市災害時医療救護活動マニュアルにおいて、トリアージによる色分けで、黄タグを付された中等症の傷病者に対応する病院として指定されております。山形村との災害医療協力協定であります。松本広域圏災害時医療連携指針に基づきまして、大規模災害時におきまして、医師、看護師、事務員等からなるチームを編成し、山形村へ派遣する協力協定を締結しております。その下、東日本大震災への医療チーム派遣であります。県を通じた支援要請に積極的に応えまして、市立病院から6班、延37名の医療チームを編成し、災害医療活動を行った経過がございます。

2 ページをお願いします。次に感染対策についてでございますが、当院は 2 類感染症指定病院に平成 12 年 8 月に指定されております。感染症病床は 6 床でございます。2 類感染症ですが、感染力や罹患した場合の重篤性などに基づく総合的な観点からみた、危険性の高い感染症で、ポリオ、結核、ジフテリア、SARS、鳥インフルエンザ等が該当しております。平成 21 年度ですが、新型インフルエンザ発生時には、外来トリアージ室の開設、感染防護服の装着等、マニュアルに基づき対応した経過がございます。

次にへき地医療支援といたしましては、奈川診療所及び安曇地区診療所に医師等を派遣し、両地域の医療活動の後方支援を行っております。27 年度の実績でございますが、奈川診療所への医師派遣として、定期 12 回、臨時 3 回、看護師 1 名の常時派遣、また安曇地区稲核診療所との医師人事交流を 44 回、その他診療所医師の事情により、急に診療ができなくなった場合等に医師派遣を行い、支援を行っております。

次に、会田病院との連携であります。同じ松本市病院局所管の病院として、看護師、理学療法士の人事異動や、必要に応じて医師派遣による支援を行っております。

続いて、住民健康福祉教育・住民参加型活動であります。住民健康福祉教育の支援として、地域の健康教室などに講師を派遣、また、複数の団体、個人の皆さんに様々なボランティア活動に入っただき、病院運営を支えていただいている状況でございます。

次に、下段の市立病院の考え方でございますが、本年 5 月に立ち上げました病院職員による病院建設推進委員会が出た主な意見を基にお示ししております。まず、「地域における役割」といたしまして、病院の基本方針の一つに掲げていますように、へき地医療支援や感染対策、災害医療、予防医療等政策医療を担う自治体病院として、介護や福祉と連携し、地域の皆さんの健康を守っていくこと。また、周辺地域のまちづくりに貢献できる施設として整備運営していく必要があるということ。これにつきましては、定住促進などのまちづくりに貢献できる地域資源としての役割も意識していきたいという考え方であります。

次にその下の地域連携・在宅医療であります。在宅療養後方支援病院として、在宅医療を担う地域の診療所との連携を強化し、より多くの在宅療養者を支援する。地域連携業務に連動した薬剤師の在宅訪問指導の検討。また、入院患者さんの在宅復帰率を高めるため、浴槽、トイレ、家事動作など、家に見立てたりハビリ環境の検討。

続きまして、3 ページをお願いいたします。災害医療であります。大規

模災害時には、医療救護は当然のことではありますが、災害対策に関わる様々な支援をしていくことが、自治体病院としての責務と考えます。市内の多くの病院が市街地に立地していることを考えますと、西部地域に位置する当院は、災害の種類によっては非常に重要な病院になる可能性もあることから、余裕のある敷地に災害医療に対応できるスペースを有した施設の建設が必要、また免震構造が不可欠、地下水利用、太陽光発電などの自然エネルギー利用に配慮が必要であるということ、地震災害を考え想定される人数の受入れに必要な機能が求められます。ヘリポート、臨時ベッド、点滴、食料などの備蓄の検討が必要です。

次に、感染対策ではありますが、新興感染症に限らず災害時でも地域の方のニーズに応えられる診療体制を維持できる設備を目指します。それから、感染予防として、各径路別予防策に適した病室デザインとする。特に、第2類感染症指定医療機関として、空気感染対策に適した陰圧室には換気設備だけでなく、快適性も考慮したデザインにしていきたいというような意見であります。

へき地医療支援でございます。へき地医療を担う安曇、奈川地区の市営診療所が5施設あります。安曇の島々、大野川、沢渡、稲核、それから奈川の奈川診療所でございますが、この5施設の持続可能な医療の提供を支援していきたいというものであります。

会田病院との連携でございます。会田病院につきましては、平成30年度に無床診療所とする方針でございます。地域の医療提供体制を将来に渡って確保していくため、一層の連携強化が必要です。

最後に住民健康福祉教育・住民参加型活動であります。開かれた病院事業を継続発展させていく。地域に出向き健康教育、公開講座など人的支援を行っていく。病院は多くのボランティアの方に支えられていることから、ボランティア活動専用のスペースを確保するなどハード整備も必要です。患者さん自らが支え合い、寄り添い合う患者会や患者サロンの存在も大切でありまして、人的支援の他、専用スペースの提供も必要です。

以上のような意見が出ていますところでございます。検討項目、「地域における役割」は以上となります。

【委員長】

ありがとうございます。ただいま説明を受けました内容について、質問やご意見を伺いたいと思います。その前に、検討項目整理表を提示いただきました。これに沿って取りまとめが進むというわけですが、この整理表自体についていかがでございますか。診療体制の整備、病院の機能・規模、人材の

確保、この3つに分けられておりまして、ここに中項目があり、この中項目が今検討しているもので、小項目がその下にあり、詳細項目がある。その右側に、検討委員会の3つの検討項目別に分けると、このようになるというかたちでございます。

【委員】

今、国の方針としても、病院の機能分化と連携に加えて、地域包括ケアをどうしていくのかということが、大事なこととして挙げられております。地域包括ケアということになりますと、地域の開業医の先生との連携は勿論のこと、介護施設や介護を提供する事業所との連携・協働をどうしていくのかということ、あるいは介護の重度化防止、あるいはご高齢者の方の発症の予防、例えば口腔ケアであるとか、あるいはロコモティブシンドロームについてどうするのか、あるいは虚弱というものに対してどう対応していくのかというのは非常に大事なことになってきますので、それが今日の項目ではどこに該当して、どう考えておられるのかが、少し不明確なので、そこを是非入れて欲しいと思いますし、地域のまちづくりを進めていくうえでは欠かせない機能だと思っておりますので、是非お願いしたいと思っております。

【委員長】

ありがとうございます。今の地域包括ケアを支える機能という表現でしょうか。

【委員】

そうです。

【委員長】

そうすると、1の中項目の3、地域支援・在宅支援というところに重なる部分に入っているとは思いますが、1項目設けるかたちにしましょうか。介護、福祉の支えということですね。他に意見は、ありますか。

【委員】

ご指摘ありがとうございます。地域包括ケアという言葉は非常に幅広く感じているのですが、地域医療構想でも在宅医療という言葉の中に、介護施設とか老健とか、そのようなものが含まれていると認識しているのですが、(ウ)の在宅医療・在宅支援というものは、自宅で診ている患者さんは勿論なんですけど、ご指摘いただきました介護施設というものも含んでいるという認識はあるのですが、明記した方がよろしければ、また別項目で載せるところであります。

それから、先生ご指摘の介護予防は非常に大事な部分を、担っていくものと思っておりますので、これは確かに、ア～オの中に入っていない気がしますので、

新たに項目として入れていくのも分かりやすくなるかと思えます。

【委員長】

介護予防の問題と介護施設などの支援に入るように調整させていただきま
す。では、その方向で整理表を手直しするということにします。

【委員】

ありがとうございます。

【委員長】

それでは、今説明がありました、資料の1～3ページまでの内容について、
いろいろな項目が出て参りますけれども、順番に発言していただきたいと思
います。ご質問がございましたら、よろしくお願いいたします。

項目1つずついきましょうか。地域連携、地域における役割の項目につい
てですが、政策医療という言葉が明記しているのですが、自治体病院として、
政策医療の部分は重要であるという表現をしてあります。項目の内容1つ1
つ参ります。地域医療・在宅支援について何かご発言ありますか。

【委員】

これは現状ということですが、各論の各項目が非常に重要なことを書かれ
ているわけでありまして。市立病院の前回いただいた資料の中で、基本方針と
いう中で、これはそれ相応に係る部分ですけど、松本全体や山形村、安曇野
市など全部を含めまして、松本西部の拠点病院だとした上で、色々と書かれ
ていますが、それを踏まえたうえでのポイントということなんですか。最初
から、すごくそういったかたちで入ってしまっているのですが、例えば、西
部の広域ということであるならば、現状の中では、救急搬送される方がいる
とかそういった話が出てくるので、それを地域連携というような形の中で一
括して入れてしまうのか。

最初の検討項目の中に入るのですかね。公立病院として役割を果たしてい
くといったこと、松本市立病院が現在担っている。また、置かれている立場
というのは、広域の制度と地勢的な意味合いがあるといったことが前回の資料
の中でも、示されております。そういった地勢的な置かれている市立病院の
位置付けは、話されたうえでの検討という理解でよろしいという事でしょう
か。

【委員長】

その理解でよろしいと思えます。

地域連携・在宅医療の項目でディスカッションがございましたらお願いい
たします。

【委員】

まずは、確認させていただきたいのですが、回復期リハビリテーション病棟が32床でやっておられるということと、地域包括ケア病棟が49床でやっておられるということで、よろしいのかということと、その患者さんはどこからいらしているのか、松本市立病院の急性期から移っておられるのか、よそから来られて連携しておられるのかどうか、そしてその病床の利用率はどうなっているのかをお尋ねしたいということ。それから訪問看護の件数が書いてあるのですが、訪問件数は行った回数だと思いますので、ご利用者がどれくらいおられるのかということと、訪問看護の提供体制について、夜も含めて24時間体制で対応しておられるのかどうか、そして、その範囲というのはどれくらいでやっておられるのかということです。これから市立病院の機能を考えていくうえで非常に重要だと思いますので、その辺を教えてくださいいただければと思いますので、よろしくをお願いします。

【委員長】

ありがとうございます。お答えいただくのと、それから、先生、今日いただいた資料の中の一部にですね、お答えになられる資料がご提示されています。お願いいたします。

【事務局】

ただいまご質問がありました件ですけれども、まず回復期リハビリ病棟、それから、地域包括ケア病棟の現状についてということとありますが、回復期リハビリ病棟につきましては、平成26年4月から稼働しております。地域包括ケア病棟につきましては、今年度の8月から本格的に稼働というところで、先ほど言いましたように49床で稼働しております。

回復期リハビリ病棟につきましては、最新の稼働状況ですと、32床で、利用率として89%ほどでございます。

地域包括ケア病棟につきましては、この8月から稼働ということで、なかなか稼働率が上がっていないところがありますが、最新の10月では、69.5%となっております。

患者さんの内容ですけれども、回復期リハビリ病棟につきましては、地域の医療機関との連携を進める中で、急性期を脱した患者さんのリハビリという中でのご紹介をいただいているわけですけれども、なかなか増えてこない状況もあり、連携強化に取り組んでおり、院内からの転棟というところも良くあります。整形外科系の患者さんになります。

それから、地域包括ケア病棟につきましても、こちらの方はほとんど多くが、院内の急性期の病棟から来ているというような患者さんが多い状態です。

続きまして訪問看護の状況でございます。エリア的に申し上げますと、西の方ですと奈川地区、南の方ですと松本の今井、それから、北になりますと、三郷の方へ訪問させていただいております、こちらの件数として4,398件と27年度の実績ではお示しさせていただきましたが、今、需要にマッチした人数体制でなんとかやっているという状況です。今、訪問に行っている看護師の数は常勤換算で6.8となっております。

それと、本日お配りしている、後程ご説明申しあげますけれども、松本市立病院の概要、追加資料の12ページになります。こちらの21番に訪問看護の状況を示してありまして、訪問患者の延べ人数をみますと、平成27年は939人、訪問延べ件数でいきますと4,398。1日平均でいきますと18.1というような状況となります。

【委員長】

ありがとうございます。私も地域包括ケア病床については、関心がありまして、回復期リハビリテーション病棟には専任の医師がいるようですが、包括ケア病棟はどのような体制で診療しているのでしょうか。

【事務局】

回復期リハビリ病棟は、専任の医師1名体制でやっております。地域包括ケア病棟につきましては、主治医制をとっていますので、それぞれの患者さんの主治医の先生が病棟の方に赴いて対応させて頂いております。

【委員長】

話が後先になりましたが、地域包括ケア病棟についてすこし解説をお願いいたします。

【事務局】

地域包括ケア病棟の役割でございますけれども、急性期医療を脱した患者さんが在宅にお帰りになるまでの、いろいろな不安と、家の体制がととのうまでのしばらくの間、急性期の病棟から地域包括ケア病棟に移っていただきまして、必要な方にはリハビリも提供しながら、在宅にスムーズにお帰りいただけるように、訓練などの支援をさせていただく病棟になります。最大で60日間はそちらの病棟で入院いただける病棟となりますので、その期間にリハビリをしながら、スムーズに在宅の方に移行していただけるように、看護師、医師、それからケースワーカーなどのいろいろなスタッフが、リハビリスタッフも含めて、支援をさせていただく病棟になります。

【委員長】

ありがとうございます。それからあとは、病棟は機能によりましてけれども、在宅にいらっしゃる方がひどい肺炎になり、救急車で運ばれるということは

今までもあるのですが、かかりつけ医が診て、発熱がある、あまり重症でないけれども、脱水がある時に入院が必要というときに受け入れるような機能を持ち、あとは、緩和ケア病棟の機能もどのくらい持たせてといったことも当然含んであります。表には出していませんが、そういった機能も含んでいるということでご理解いただけましたでしょうか。

【委員】

先ほどの訪問患者の延数はどうやって出したのか少し分からないのですが、普通は、実際に利用をされている方が、20人なのか、30人なのかということで、延べというのはどうやって出すのか、普通一般にはこれはないので、教えていただきたいとは思いますが、延数というと、12ページの訪問看護のところの訪問患者の延数（人）と書いてあるのですが、これで見ると939人も訪問しているのかなと思うのですが、どうしても計算が合わないのですが、どうやって足しているのかなと思ひまして。

【委員長】

訪問の延数はここに来た数を全部足した値ですよ。1年間で。その上側が、訪問看護を頼んだ人の延じゃなくて実数ですか。ちょっと今確認していただけますか。

【事務局】

はい、確認させていただきます。

【委員長】

もし会議中に分かったら発言してください。よろしくお願いいたします。

【事務局】

それと、ご質問にもう1点ありました体制についてですが、24時間体制ということで、ご連絡があれば、訪問看護師の方が訪問させていただいている状況です。

【委員長】

ありがとうございます。24時間コールができるのはいいですよ。病院に出勤していて待機なのか、もしくは、自宅待機で依頼があればどちらですか。

【事務局】

自宅待機です。

【委員】

追加説明になるのですが、回復期リハビリ病棟についてですけれども、まだまだ院内の急性期から回復期へ移動する患者さんは多いのですが、まだ努力して、信州大学の急性期の患者さんがうちのリハビリ病棟に来たり、近隣の病院の一之瀬脳神経外科病院が急性期の患者さんを診ておりますので、そ

の急性期の脳神経の後の回復期をうちの病院で担うという連携が最近強くなってきておりまして、一之瀬のご紹介が増えてきております。あと、相澤病院さんからもあります。それから、訪問看護の役割なのですが、うちの病院の患者さんの在宅の支援も勿論あるのですが、近隣のクリニック、開業医の先生方が在宅をやっている患者さんをうちの訪問看護ステーションがお手伝いさせていただいているケースもたくさんございます。

【委員長】

ありがとうございます。どうぞ。

【委員】

まずは地域連携に関してですが、未だに病院に患者が集中してしまう傾向があります。そのために病院の負担が増えて、本来の病院の機能が果たせなくなることもあります。これを解決するためには、地域医連携というものが大切になります。つまり、地域全体で地域医療を支えると考えるわけです。病院だけではなく、近隣のクリニックや介護福祉施設等が連携し、それぞれの特徴を活かして、地域全体が1つの医療システムとして医療サービスを提供する必要があります。ただ、それぞれの施設がバラバラでは効率良く機能しませんから、それには、そのシステムの中心となる核となるものが必要になります。それを松本市立病院に担っていただきたいと思います。もちろん医師会もバックアップさせていただきたいと思いますが、ただ、この西部地域は松本市医師会と塩筑医師会と安曇野市医師会の3つの医師会が関係している地域ですので、統一した施策を提供するのが難しいということもあり、是非、松本市立病院にイニシアチブをとっていただきたいと思います。もちろん、我々近隣の開業医も積極的に協力したいと思っておりますし、医師会としてもできる限りバックアップしたいと思っております。

次に、在宅医療についてですが、住まい、医療、介護、生活支援を一体的に提供できる地域包括ケアシステムによって、住み慣れた地域で最後まで自分らしい暮らしを過ごすことができます。我々地域の開業医は、定期的な訪問診療を行って、在宅医療を提供していますが、病状が悪化した場合、あるいは検査が必要になった場合は、病院に依頼する必要があります。それをしっかりサポートしていただけるように病院にお願いしたいと思っております。

また、今おこなっている在宅医療支援の取り組みは、非常に助かっており、このシステムのおかげで安心して在宅医療ができます。

【委員長】

ありがとうございます。今の発言について他に何かありますか。

【委員】

先ほどから地域の在宅医療のお話がありましたが、先ほどの事務局の報告にもありましたが、訪問看護師6.8人という内容でございます。訪問看護のデータの共有はどのようになっているのでしょうか。これは、いわゆる病院と訪問看護師とのデータの共有、病院全体でのデータの共有はどのようになっているのでしょうか。

【事務局】

当院の訪問看護ステーションの患者さんですが、先ほど高木院長からお話がありましたように、市立病院の患者さんもいらっしゃるれば、地域の開業医の先生方が主治医になられている患者さんもいて、そういったところにも訪問させていただいております。当然、当院の患者さんの患者データにつきましては、同じ病院なので訪問看護ステーションでも同じシステムを使用しているものですから、電子カルテの中で患者さんの情報共有をしております。また、開業医の患者さんにつきましては、それぞれの先生方と情報共有させていただいております。

【委員】

もう1点よろしいでしょうか。先ほどから、いわゆる元気で在宅医療を受けたいという方については、なるべく在宅でというお話が出るわけでございます。こういったことについてですね、市立病院の置かれている立場として、先ほど辺地の訪問看護など、いろいろ出てきて参りましたけれども、看護師さんが6.8人ということは、人数的には少ないかもしれませんが、ある程度、地域地域に密着できるようなコミュニティーナース、そういった状況が作れば良いのではないかと思います。やはり、地域の方が健康な状態の中から、すでにコミュニティーナースの方々と連携を取りながら進めていくといったことがあっても良いのではないのでしょうか。また、訪問看護のデータの共有ですけれども、今はスマホのアプリなどで同様にできるわけでありますので、病院との共有は十分進めてもらいたいです。やはり、訪問看護の場合は、住民との触れ合いが1番重要になって来ると思うので、この辺から地域連携ということでやっていただけたらと思います。

【委員長】

ありがとうございます。

【委員】

先ほどの訪問看護の情報共有に関してですが、私の医院でも何例か市立病院の訪問看護をお願いしています。毎月訪問看護の看護師さんが行った看護とか患者さんの状態を報告してもらい、それを見て翌月の指示を出すといった方法

で情報を共有しながら訪問看護を進めています。

【委員長】

在宅医療を担うと1つのチームができますので、その組み合わせの中での情報は非常にスムーズでありたい。ただそれが、どんどん横に広がってしまうのではなくて、病院の電子カルテが必要になって、必要な場合にスッと繋ぐといったことを模索はしていると思います。

コミュニティーナースのお話は、地域の中にどれくらい看護職が入って、健康管理に役立つかといったことで、2番目の健康管理のお話になると思います。やはり、訪問看護師はきちっとした在宅医療の診療提供のために必要です。

【委員】

市立病院の考え方といったところの、地域医療・在宅連携というところでもよろしいでしょうか。ここに書かれている2つ目のところで、薬剤師による在宅訪問指導は本当に素晴らしいことで、是非やって欲しいと、私は大賛成でどんどん進めて欲しいのですが、実はそれに加えて、今は、在宅のお年寄りの方の栄養問題が非常に大事になっております。そして、ご高齢になっているとなかなか思うように食べられないので、低栄養になっていって、それが原因で転倒したり、それから肺炎を起こすということになります。病院は専門家の方がたくさんいらっしゃいます。例えば、管理栄養士の方がいらっしゃれば、その方の時間をちょっと割いて在宅に出てもらおうと大変地域として素晴らしいことができると思いますし、そういった病院の専門の方を是非在宅に行ってもらおうという仕組みを作って、是非地域を充実させていってほしいと思います。この薬剤師の在宅訪問指導の検討は素晴らしいことで、是非私はどんどん進めていってほしいと思います。

【委員長】

ありがとうございます。この件につきましては、今、県の薬剤師会が、この11月、12月にパイロット試験的にお試し訪問の提案をして、各郡市医師会が協力してやっております。薬剤師が在宅にいて、薬剤の残量を数えたり、薬剤指導をするというような、在宅の訪問で薬剤の管理に対して、一定のコストが診療報酬上付しているわけですが、なかなか理解が進まない。要するに、薬剤師が来て指導してくれることに、価値をなかなか理解してもらえず、なかなか進まないで、1度はタダでお試しをしてくださいということです。もしそれで価値を認めてくだされば、診療報酬を算定するようにして、継続していただければありがたいということで県薬剤師会がすすめているところです。今、11月、12月でそれをやっているの、医師会が協力している現状があります。ただ必要なことだと現場は皆思っているわけです。訪問看護師が行って、

お体のお世話ではなく、30分薬を数えて、薬を飲んでいますかというだけで時間が過ぎでしまうので、もちろん訪問看護師の役目ではあるのですが、それだけで終わってしまい、お体のお世話ができない現状があり、やっぱり薬剤師も在宅に来てほしいということです。

【委員】

今の話で出ている点が、地域における訪問看護の必要性とか、薬剤師における居宅療養管理指導料の話だと認識していますが、在宅に行つて薬剤師さんが健康相談とか指導を行つていくお話なんですけど、そのことの重要性については、もう論じるまでもなく、必ず地域に必要であることは分かるのですが、それを果たして松本市立病院さんが行うべきかどうかをこの会議で論じるべきなのかなと。論点がずれてしまっていると思うのですが、こういった医療、サービスが必要と話していると、地域はそれが必要ですという話になってきます。西部地区に松本市立病院以外の病院がないということになると、それはすべて、究極的に、話の集約はすべて松本市立病院にやっていただくといったことになってしまいますが、本当にそうなんですかねと、地域の先生方に頑張っていただけないのですかね。地域の調剤薬局さんは頑張っていただけないのですかね。地域の訪問看護ステーションは頑張っていただけないのですかねといったところも見ながら検討しなければいけないと思います。

【委員長】

ありがとうございます。このことについて、何かご意見はありますか。非常に重要なことと思います。

【委員】

私も聞いていて悩んでいる所ではありますが、松本市全体として必要な部分と、今回、市立病院として対応する部分、その地域や在宅といった範囲は、市全体で考えて良いのか、ある一定の地域のことを指して検討した方が良いのか、少し分かりづらかったです。できれば、必要な在宅医療に関しては松本市全体として整えていく内容として、市立病院ではどこまで担うのか、具体的な検討ができれば良いと思います。

【委員長】

ありがとうございます。

【委員】

在宅に関しましては、ここにありますとおり在宅支援という言葉を使わせていただいております。クリニックの先生は、真剣に現在進行形で在宅に取り組んでいらっしゃいますし、勉強会も重ねていらっしゃっていますし、患者さんも増えております。病院の役割はあくまでも支援かなと思っています。もちろ

ん患者さんの都合の中で、市立病院が担わなければならない場面もあるかと思いますが、役割として明記するのであれば、支援かなと思います。やはり、急性期、在宅の患者さんの立て直しとか、時にはレスパイト的な社会的な入院も含めたものもあるかもしれませんが、在宅の患者さんだけでなく、家族の皆さんの健康も含めての支援ですよね。実際の現場で在宅を支えていただくのは地域の先生方ですよね。そういった先生方の勉強会とか、バックアップができればやっていきたいという、広い意味での支援がここに書いてあるとおりでございます。

薬剤師などの専門家が現場に入ってくれば良いのですが、だぶん、薬剤師が在宅に行けるかといったら無理だと思います。やはり、調剤薬局の薬剤師の皆さんで、検討が始まっているところでもありますので、是非その役割分担は調剤薬局の皆さんかなと思いますが、ただ、病院としての専門職がたくさんいる中で、現場に行くことはなかなか難しいと思いますが、調剤薬局の薬剤師の勉強会とか、いろいろな後方支援を視野に入れていきたいといったことでもあります。

【委員長】

役割の分担については、当然診療所の医師が在宅医療のことを進める機能を持っているのですが、調剤薬局との連携を持っていることが前提にならなければいけないと思いますので、それは勿論やっているわけです。それと病院の支援が対にならないと、単独で在宅医療をやるということは絶対にないと思いますので、言葉で言いますと時々病院、時々施設、ほぼ在宅という言葉がありますが、そういった機能があって、本当に病院が必要なときは入院し、在宅に戻したときにも、病院は理解して、病院は薬剤師を出すというより、理解していただかないと、まさに支援していただく考えを常にもっていただかないといけないかなと。重要であります。どんどん付け加えていくと巨大な病院ができてしまうので、根底は意識してもらわないと。

【委員】

もう1つ重要なことは、在宅で支援していくことは非常にお金がかかることだということです。私も公立病院で在宅の計画や企画をしたときに、やはり、お金がかかるのですよね。病院で治療するよりも、多くの費用がかかることも、逆にいえば、公立病院はそういったところの交付税を受けながら、運営している部分もありますので、ある一定の地域でかまわないので必要性や重要性を訴えたり、そういった部分もかかわっていただきたい部分であります。ですから、完全にこっちが担ってしまうというより、本当に必要な部分にまずかかわっていただいて、その先に多くの住民や他の病院が必要性を認めて広がっていく、

そのような流れも作っていただくことの役割も公立病院にはあるのかなと思います。

【委員】

市民の立場から言いますと、かかりつけの開業医さん、かかりつけの薬剤師さんに訪問していただけることが1番ありがたく、安心できる環境なんだと思います。ただ、その先に、バックに大きな病院さんが控えていることが、なお一層の安心に繋がるんですね。ですので、皆さんがおっしゃるように、チームとして見ていく中で大きな病院が入っていただければありがたいです。

ただ、実際に、現場に足を運んでいただくのは開業医の方々、あと街の薬剤師さんで良いと思う。何かあって、対応できないときは、病院さんに手を出していただける環境が良いと思うのです。ここにある指導の検討がありますように、そういったかたちでよろしいかと思います。開業医さん、開業薬剤師さんと連携を取って、何かあったときに対応できるように指導する、情報の共有をするといったことが、市立病院の立ち場はそれでいいのだと思います。

【委員長】

ありがとうございます。他によろしいでしょうか。一度、先に進みたいと思います。災害医療については、災害医療に対応できるスペースの問題と、免震構造の問題と、備蓄機能、これは院内の建設推進委員会から出ている意見で、それから1ページの災害医療のところの黄タグ対応病院ですが、これは、トリアージについて、医療の必要な最重症の方を赤として、それを対応するのが信大病院、それから相澤病院が対応、それから黄色というのは2番手だけれども、医療が必要というところの振り分け、それから軽症の方をお世話する緑のですね。そう分けて、そのうちの黄色を対応する病院というわけです。

それから山形村など、5村でございますね。その5村に対して病院は一応ペアを組んでいて、何か起こったときには、支援チームが一応意識して、契約をしておいて、優先的にそこを担う。要するに担当分けをしているのがペア病院です。そういった体制も組んでいると。この件に対していかがでしょうか。ヘリポートが必要といったこともあります。災害だけではありませんが、救急もですね。

【委員】

私は安曇に住んでいます。平らなところでの地震災害で、医療救護所が何ヵ所かあれば、どこへでも行けると思うのですが、安曇、奈川はですね、けが人が出るような地震が起きれば、おそらく道路が寸断されてしまうと思います。ですから、病院側がヘリポートを出すのは良い考えですが、病院側がヘリポートをつくるわけにもいかないのではないのでしょうか。

2、3日前に危機管理課の職員が来て、奈川の防災の話をしたのですが、安曇、奈川は松本市の人口の1%しかいない。安曇、奈川を合わせても、2,300か2,400か。それで、防災課の職員の説明では松本市全体の話をして、1%の人間のことは気にかけてくれない。はっきり1%も明記してくれと頼んだのですが、はっきり言って安曇はスキー客が激減して、民宿が食べられなくなって、若者は皆ね、波田地区に出てくる人が多いんですよ。それで、人口が減ってしまって、ということなんです、1%でも住んでいる人は生きているわけですから、何かあれば助けていただきたい。これは市全体で考えていただかないと、ヘリポートなんて病院で準備するものではないかもしれないですが、そういったことも頭にいれていただいて、よろしくお願ひしたいという、お願ひでございます。

【委員】

前回も申しあげたのですが、公的病院として松本市立病院が西部地域にあることが重要だという認識で、3ページにも書いてありますが、多くの病院が東の方に集中していることを考えると、災害のときには非常に重要な役目を果たす、そういった病院になると思うので、ヘリポートも検討が必要だと思うのですが、西部地域だけではなく、松本全体を視野に入れた拠点となることも視野に入れて、検討が必要なんだと思います。

【委員】

免震構造について、それは免震構造の方が良いのですが、熊本の地震も免震のあった病院があったから救われたといったことは事実ですけど、免震にすると結構コストがかかるので、そういった点も現実的には問題となると思います。耐震構造は少なくとも必要ですが、免震構造については松本広域を考えて検討する必要があると思います。

地下水の利用こともありましたが、地下水は豊富にあるとは思いますが、いろいろな問題もありますし。

それからエネルギーの利用もかなりコストの問題が絡んでくるので、そこら辺は不可欠とは決めつけずに検討した方が良いでしょう。

【委員長】

ちなみに松本医療センターは免震、耐震というのは。

【委員】

免震まで資金がなかったのが耐震です。

【委員】

1つ考えなければならないのは、コストと効果を考えなければならなくて、災害は必ず起こるのですが、どういう程度の患者さんがどのくらい発生して、

今こういった患者さんを今すぐ連れて行かなければならないのか、あるいは少し時間を置いて連れて行ったら良いのかを考えたときに、本郷委員の意見とは少し違うかなと思っています。松本平全体で災害をどうしていくのか、災害拠点病院は信州大学が担っていただくわけで、そこに重症な患者さんをそこに搬送する、圏域外へ運ぶ場合は松本空港に行って外に運ぶといったことがあるわけで、そうなったときに、松本市立病院がどこまで災害医療に対応した機能を持つ必要があるのか、それはコストと効果ということを考えてときに、どこまですべきなのかを免震構造を含めて慎重に考える必要があると思います。この松本市立病院が災害に対して、どのような役割をもって、どのような患者さんに対応するのは非常に重要なことだと思います。

【委員長】

ありがとうございます。大変重要なことで、この委員会で引き続きコストと効果を考えていく必要があります。やれば良いだけではないと。

一応次に進みます。感染対策なのですが、2類の感染症指定病院としての重要な役割を担っていて、隔離病棟、陰圧室などが提案されているというところですか。これについて何かありますか。

【委員】

松本市立病院の場合は、2類感染症指定病院だということで、これは県内の圏域で1つずつ指定されているということで、第1類は須坂の県立病院となっている。それぞれ実際にその実務能力を確保することは重要なことだと思います。空港の国際化を市の目標としていると伺っていますので、国際化というのは当然検疫業務があるわけで、検疫は厚生労働省が所管するところではございますが、そこで感染症が発生した場合は、感染症指定病院に搬送するなり、治療するなり、それに対する対応ということになります。一応6床指定というかたちになっておりますが、実際に機能することができる体制の確保といったものが特に行政的には必要であると思います。

【委員長】

この件に関して何かありますか。

【委員】

中信地区で第2類指定病院ということで、非常に重要だと思うのですが、行政としては松本市立病院に今後も感染症を担って欲しいということでしょうか。

【委員】

それが将来的にはどうなっているかということですが、現時点では指定を受けている、又体制整備を積み重ねているのが松本市立病院であるとい

うことです。

【委員】

現在6床であります、隔離室とかですね、そういった設備などを整えることになる、それなりの建物や患者搬送ルートを考えて、設計をしなければならぬので非常に重要だと思います。

【委員】

仰るとおりで、感染患者さんのルートの確保やそういった施設を出来る限り考える必要があると私も思います。

【委員】

指定を受けて、かれこれ何年か忘れるくらい以前から担わせていただいております、6床というのは具体的に3床の大部屋を2つ持っています、普段は、病棟として使わせていただいております、2類の感染症が発生したときに対応しています。ただし、後付けで作ったものですので、まさに平成21年に新型インフルエンザが発生したときには、第1号の患者さんがうちに入院したのですが、そのときには、その患者さんを外来から病棟にあげるにはどうすれば良いかと、非常に大変でした。すべての部屋のドアを閉めて、外来から病棟に入院させたのを覚えています。建設を機に、そういったことがスムーズにいく建設が非常に大切だと思います。陰圧などのものは後付けで作ってあります。機能するようになっているのですが、新築を機に検討できれば嬉しく思います。

【委員長】

ありがとうございました。感染症対策について、よろしいでしょうか。続きまして、へき地医療の支援とそれから会田病院、一緒ですが、安曇、奈川地区の市営の5つの診療所ですね。会田病院が、松本市の方針で在宅医療を目指した診療所化が行われる予定となっております。6つ、同じ病院局の中で、指導的立場に市立病院があるわけですから、そのような考え方で支援をするという、実際に安曇、奈川の診療所に医師を派遣したいと思っている。この件についていかがでしょうか。

【委員】

すみません。へき地に住んでいますので。今、安曇、奈川地区の診療所は5施設運営されており、本当にありがたい話だと思います。ただ、人口が減ったといったところで、診療所に行く人も減っており、本当に採算が取れているのかといったことがあります、たぶん取れていないんだと思います。

歯科、例えば、島々診療所ですね、歯医者さんにはあまり人が来ない。ですから、そこはPR不足か、混んでいるところは何時間も待ちますが、島々は待ち時間ゼロといったこともあり、空いていて非常に便利だと思っております。

内科でも投薬はどこのお医者さんでも出せるものは出せるわけですから、市立病院や相澤病院で診てもらって投薬は診療所でもらえば、車代もかかりませんし、非常に便利だと私は思います。そう感じない人が結構多くて、利用する人が少ない状況です。高橋先生とって、1年中休みを取らずに非常に素晴らしい先生だなおもっていきまして、信頼しています。

もし分かったら各診療所の受診数が分かれば教えていただけませんか。

【事務局】

診療所につきましては、医務課が所管しておりますので、お答えさせていただきます。細かな数字に関しましては、資料をお持ちいたしますが、1つ分析はしてございまして、やはり、話にもありまして、地域の人口が減れば、その地域の患者さんも減っておりますが、合併当初、平成18年頃のエリアの人口に対する受診者の比率と現在はまったく変わっておりませんでしたので、やはり一定の、特に内科に関しましては、比重があるのだなと感じております。歯科に関しましては、今の現状は確かに島々の患者は減少気味ではありますが、今後も対応していきたいと思っております。数値はもう少々お待ちいただきたいと思っております。

【委員】

これは、えらく患者数が減り続けると閉鎖という可能性もあり得るのでしょうか。

【事務局】

人口減少の割には、受診者数は減っていないということなので、医療の需要というものはあると考えておりますので、今のところは考えておりません。

【委員長】

今、奈川は虎走先生で、安曇は高橋先生、会田病院は望月院長と3人とも終末期など、地域医療、在宅医療を担った先生方が、貢献して成り立っている。ただ、その人材が、将来的に確保できるかということは、非常に努力はするところではありますが、必ずしも医療需要が、政策医療的にももちろん目指すのですが、限界を超えてしまうと、まったく経営が成立しない受診者数になれば考えなければならない必要もあると。常に、ずっと前から医師会ももちろん市役所も在り方を考えています。

いかがでございましょうか。これは、サポートというものです。実際に医師が診察に行かれる数ほどのくらいですか。

【委員】

27年度の数値に出ていたとおりののですが、28年度は高橋先生とのやり取りで、曜日の都合もありまして、稲核の診療所を支援させていただいており

ましたが、今年度は休止しております。奈川診療所は私自身が長年行かせていただきました。

【事務局】

先程の診療所の患者数について、ご報告いたします。まず、奈川診療所の平成27年の実績は、1日にしますと、平均20名の受診者がございます。歯科に関しましては、だいたい5～6人程度です。大野川は半日単位のものでありますから、1日平均11人の受診があります。沢渡は平均7名ほどでございます。小さいところは、特に遠くのところに関しましてはそれなりの需要があると感じております。

【委員長】

ご報告ありがとうございました。続きまして、住民福祉健康教育、住民参加型活動、これにつきまして、何かありますか。

【委員】

私は健康づくり推進をやっている関係で、松本市立病院の先生には、私たちの連合会の健康教室を始め、各地区の健康講座、健康教室などたくさんの支援をしていただいております。市の事業だということで、無料で講習をしていただいているのです。この場を借りて御礼を申しあげたい。ありがとうございます。ですから、今後も引き続きこの部分は担っていただきたいと思います。

【委員長】

他にご意見はありますか。はい、では、素晴らしいご意見も出ましたので、継続的にこの項目も重要だと思います。時間が迫って参りましたので、一応次に移りたいと思います。

今度は、健康事業の充実ということで、これにつきまして説明をお願いします。要点は健診・予防というところにあると思います。よろしく願いいたします。

【事務局】

それでは、先ほどの資料の最後のページ、4ページをご覧ください。検討項目、健康事業の充実についてでございます。上段の枠内ですが、将来構想では地域住民の健康の維持の観点から、予防医療領域に積極的に関与していく必要があります。新病院では、健診センターの設置と健診機能の強化を図り、本市が掲げる健康寿命延伸都市松本の創造の一端を担い、産学官連携による事業展開も行っているところでございます。

中段に市立病院の現状をお示ししてございますが、人間ドックそれから各種健診を扱う健康管理課ですけれども、病院の3階の一角に設けられた、非常に小規模な部署でありまして、健康センターのような独立した施設にはなってお

りません。

その下の健康管理課の取り扱い件数に関しまして、3年間の状況をお示ししております。人間ドックが年間約1,200件前後、その他健診等を合わせた件数、1番右側になりますが、年間約5,300件程度で推移しています。

その下になりますが、人間ドックについて、少し記載をしてあります。施設の都合もありまして、1日の受け入れ可能人数は10人となっております。日帰りドック、1泊ドックの他、4月からアクティブドックという新しいメニューを取り入れております。人間ドックと公共の宿梓水苑で松本大学の先生監修の運動療法、からだアセスメントをしておりますが、そちらをセットにしたコースでございます。

1番下、市立病院の考え方でございますが、病院の重要な役割を担う部門ですが、施設、人員ともに不足し需要に応えられない状況があるということで、今後も高い需要が見込まれることから、現在の倍程度の受け入れ態勢を整えたいということ、それから専門の健診センターの設置と健診部門の充実を図り、受診の必要な方への支援を充実させたい。

地元の大学等の連携により地域のリサーチ、健康増進、健診への拡大を模索、検討していきたい。

それから、常勤医による安定的な体制、市の保健師と病院の専門職との交流などにより、行政とも連携を強化していきたい。

このような意見が出ております。以上になります。

【委員長】

ありがとうございます。病院の事業として検診については、非常に重要であります。先ほどの資料で市立病院がどこまですべきかというところがございます。院内の提案では現在の2倍程度を目指した施設にすると。独立した健診センターにするわけではないにしても、一定のきちんとした部署を院内に設置するということです。ご意見はどうですか。

【北平委員】

皆に聞くとところによると、胃カメラが嫌だと言うのです。私も経験して胃カメラがきつかったのですが、松本市立病院さんは、鼻から入れる方が結構人気があって、市立病院を受けている人は継続して人間ドックを受けているので、是非継続しいていただきたいと思います。

【委員長】

ありがとうございます。経鼻内視鏡の話をいただきました。他に何かありますか。

【委員】

松本市は健康寿命延伸都市を宣言しています。日本人の平均寿命は男性で平均80歳、女性で86歳ですが、健康寿命の方は男性で70歳、女性で74歳です。平均寿命との差は男性で10年、女性で12年あります。健康寿命を縮める原因となる脳卒中、骨折、関節疾患、認知症といった病気の治療は勿論のこと、そういった病気にならない予防医学をしっかりやっていただいて、寝たきりになる患者さんを減らしていただけたらと思います。

【委員長】

ありがとうございます。その他、健診、健康管理項目について何かありますか。

【委員】

人間ドックの数字の確認をしたいのですが、最大10人受け入れて、ドックの計を見れば良いのか分からないのですが、27年で1,245人ということは、稼働率はどのくらいなのでしょう。

【事務局】

ドックの稼働率ですけれども、追加資料にあります12ページをご覧くださいのですが、18番ですが、こちらの稼働率、1泊の4床ですが、平成27年のところで稼働率が81.9%になります。それから、日帰りは6床になりますが、64%の稼働率です。

【委員】

それで、現在受け入れ可能な設備を2倍にするという経緯、ロジックは何なのでしょう。

【委員長】

今、ドック中に休まれる場所はどのようになっているのですか。

【事務局】

1泊ドックの対応ですが、4床用意してまして、日帰りドックの方の対応ですが、待機いただく部屋が6人用です。

【委員】

どこでもそうだと思うのですが、日帰りドックの人気がありまして、泊りのドックは少し減っている感じはありますね。最近、このアクティブドックというのは、梓水苑さんとエア・ウォーターさんと新しい人間ドックのスタイルを模索しはじめているところなんです。そこもまだまだこれから改善の余地がありますが、うちの病院に泊まって人間ドックを受ける患者さんに関しましては、空きがあるところ。日帰りドックは人気がありまして、この60いくつという数値がどこから出たのか感覚的には分からないのですが、今、日帰り

ドックを受けたいといった患者さんが来たときには、だいたい半年待ちという状況です。この60いくつという数値はあとで確認をしますが、人気があることは確かです。

【委員】

私の質問の趣旨は、今は予約も半年待ちなので、2倍にしたいという話であれば、それはスムーズに通っていく話なのですが、数値を見る限りでは、伴っていないですよということなんです。そこを確認したいということです。

【委員】

日帰り人間ドックと健診というのがオーバーラップしてしまっていて、企業の健診というところで、その6床を企業の健診の方に使っていただいているということではないのでしょうか。それはないですか。

人間ドックの企業健診の方は部屋を当てていないので、日帰りドックの方には部屋があるのです。それが6床ということです。企業の健診でいらした方は、各健診部門を移動していただいて、間の休憩に利用するスペースがないということです。企業健診の方の休憩スペースを充実させ、アメニティを充実させるためにも2倍ということです。概ねの雰囲気なのでもう少し拡充したいと思います。

【委員】

病院経営について、1番問題になるのは人件費ですね。施設を整えてスタッフを確保するとすると、それに見合っただけの収益が出るかどうかという、そういったことが重要で、高齢化社会で、人間ドックあるいは健診のニーズがどのように変わるかということも考えていく必要があると思います。松本地域はその辺が充実してきているので、必ずしも、医療を拡大するのではなく縮減、特に人件費、スタッフの確保といったところは慎重に検討した方が良いと思います。

【委員長】

ドックや健診における病院のアメニティがどのようにあるべきかと、市立病院でどうしたら良いかといったご意見をいただきたいです。

【委員】

私、人間ドック学会の副理事長をしております、注意していただきたいのは、現在、私どもはけんぽ連と交渉しております、けんぽ連は、宿泊ドックをやめたいと、1泊ドックと日帰りドックの違いがはっきりしないというのが彼らの理由なんです、はっきり言うと、あまりお金をかけたくないというのが理由だと思うんですが、やめるという方向で進んでいます。ですから、日帰りドックがメインとなりつつあります。ほとんどのところは1日ドックの場合

は、広い部屋に椅子があって、そこで座って待っていて、あちこちに案内をして、健診のメニューをこなすといったことが一般的なやり方であります。ですから、それをどう設計するかということだと思います。

一方で、私は日本医療法人協会もやっているものですから、そこでは公立病院にはやって欲しくないと、医療法人病院の経営を危うくするのではないかという意見がかなり出ていまして、公立病院や公的病院がドックや健診をあまり一生懸命やって欲しくないとというのが、医療法人協会の一般的な意見です。要するに、北野先生がおっしゃっていたように、役割分担をしていかないと、同じ病院が同じことをしては共倒れになるという危機感が、医療法人協会は非常に強く持っておりまして、その点でどこまでやっていくのかが問われると思います。あくまでも、人間ドックは任意の健診といわれておりまして、健康保険組合や企業の考え方によるのですが、ここに書いてある健診というのは、おそらく国が決めた健診の範囲だろうとは思いますが、今1番行われているのが、特定健診で、特定健診をどうしていくのかといった問題があります。ただ、特定健診は医師会の先生と相談しないと取り合いになってしまって、役割分担をどこでやるのかといった話になってしまうので、その辺は周りの医療法人のことを考えると、良く考えていただけたら、役割分担という意味ではうまく行くのかなと思います。もし、松本市立病院さんが2倍やると思ったら、少しは反対意見も出てくるのではないかなと思います。

【委員】

先程、健康寿命延伸都市の話が出たと思いますが、松本市は健康寿命延伸都市ということで、全国でも進んでおり、この間もラジオに出ておりましたが、ここにも少し、スポーツ医学等が記載されていますが、そういったところは1つの特徴で、すでに先行しているわけでありますので、そこをうまく取り入れるようなことを検討して、市立病院なので、そこは売りになると、可能性があると思います。

【委員長】

病院局、事務局から健診の考え方はありますか。

【事務局】

健診それから人間ドックに関しましては、健康寿命延伸都市の一端を担うということを念頭に置いております。市長は、病院と行政の病行連携という言い方をしており、市立病院として健康施策について、病院がどのように関わっていくかということを考えていかなければなりません。そういった部分が健康事業の充実ということです。

【委員長】

ありがとうございます。全ての議論に重要なことなのですが、どんどん伸ばそうという議論は、比較的簡単というか、充実感をもって考えられますが、8掛けにして、それできちっと保つ、それは本当に知恵が必要で、このディスカッション全体でどんどんいけいけということだけでなく、やっぱり横向き、あるいは縮小しつつもきちっと存在させる、ずっと言われていることはそういったことも含まれているとは思いますが、そういった視点をきちっと持って、ディスカッションしたいと思います。

健診に関しては2倍という言葉が引っかかって、ご発言がいくつかありました。

【委員】

すみません。お答えできる方がいれば、お答えいただきたいのですが、市の方針として、健康寿命延伸都市ということで長年やっておりますが、数値的に効果がどのくらいあったかということが出ていましたら教えていただけたらと思うのですが。

【事務局】

数値に関しては後ほど資料を持ってまいります。平成17年から松本市はデータを取り始めていまして、男女ともに健康寿命は延びています。男性で1歳くらいですけれども、ただお気をつけていただきたいことは、健康寿命と一言で申しても、国レベル、県レベルでの健康寿命と市町村が算定する健康寿命では、元のデータが違います。国と県は国民健康栄養調査で、いわゆる主観的に自分が健康であるかどうかのアンケートに対しての結果でして、市町村は、介護保険のデータがありますので、要介護いくつ以上を健康でないと規定を出していますので、国と県で発表している数値とは違うということは、ご理解をお願いしたいと思います。

【委員】

次回、提示していただければと思います。

【委員長】

その他この件に関して何かありますか。一応、本日の2項目はここで閉じたいと思います。また、この件は議事録にまとめますので、今日非常に重要な指摘があったと思いますので、それを次の審議でも頭に入れてということにしたいと思います。

それでは、3番目でございますが、市立病院の概要の追加資料について、説明を伺って、そして次回の検討につなげたいと思います。

【事務局】

松本市立病院の概要（追加資料）をご覧くださいと思います。本日は6種類の資料をご用意させていただいておりますけれども、このうちの、1ページの手術件数の推移、それから3ページの主要診断群別の症例数および平均在院日数につきましては、前回第1回の検討委員会の中で、委員の皆様からご要望があった資料でございます。

それでは、1ページの方をご覧ください。手術麻酔件数の推移になりますが、松本市立病院の手術室で行った手術の状況です。表1は診療科別に平成24年度から27年度までの4年間の手術件数推移についてお示ししています。1番右の列ですけれども、27年度と26年度の比較になりまして、全体で15.1%の減少となっております。下の折れ線グラフを見ていただきますと、24年度以降、整形外科、産科、婦人科、泌尿器科が減少していることがお分かりいただけるかと思えます。グラフ右側の解説にもございますが、医師数の減による影響が大きな理由かと思われまします。このうち、整形外科につきましては、本年度中、泌尿器科は来年度には医師の増員が見込まれておりまして、手術件数の回復に期待しているところであります。その下の表2になりますが、全身麻酔の推移になります。こちらも手術の減少に合わせまして、24年度以降減っている状況にあります。

2ページをお開き下さい。先ほどの手術内容を術式別にお示しした資料になります。24年度、25年度の件数と、26年度、27年度の件数を比較致しまして、10件以上増えている術式を青、10件以上減っている減少している術式を赤で示しています。これを見ますと内視鏡を用いて、粘膜層にあるポリープなどを切除する症例が増えている一方で、帝王切開、婦人科系、泌尿器科系の手術が減少しています。これらは疾病構造の変化による分娩、周産期といった患者さんの減少に合わせまして、先ほどの説明のとおり、医師数の減少によるものと考えております。

次に、3ページをお願いいたします。この資料ですけれども、DPC制度に参加する全国の病院から、厚生労働省に報告された入院患者さんごとの診断名や治療方法、入院日数などの情報をもとに厚生労働省がデータとして公表しておりますけれども、この公開されたデータを基に国立がん研究センター、社会と健康研究センター、臨床経済研究所室長の石川ベンジャミン光一氏が様々な角度から分析した内容をホームページで公開しております。その中から主要な診断群分類別の症例数と平均在院日数について、松本市立病院に関係する部分だけを抜き出しまして、見やすく一覧に表したものでございます。医療関係以外の委員の皆様の中には、耳慣れないDPCという言葉ですけれども、日本語でいうと、診断処置組み合わせの略になります。診断群の分類に応じて、入院医療

費を包括的に算定する方法となりまして、DPC 制度に参加する医療機関は、これらのデータを厚生労働省に報告することとされています。この制度により医療の標準化が進んで、その向上にも期待されるようなものであります。資料をご覧くださいにあたり注意点がございます。厚生労働省の公開データには労災や自賠責、正常分娩といった健康保険が適用されないケースは、ここには含まれていません。また、資料の4行目になりますが、注1と注2にありますように、年間10に満たない症例も公開されていません。また、入院中に急性期以外の病棟に移動したケースも含まれていないということなので、実際の患者数よりも少なく表示される場合があるという点を踏まえてご覧いただけたらと思います。

1番左の列に診断群分類の列があり、その右隣が厚生労働省に単一症例として松本市立病院が報告した全データとなります。さらに右隣が厚生労働省公開データを基に石川ベンジャミン光一氏が公開している松本2次医療圏における、松本市立病院の症例数になります。

めくっていただいて、4ページの72番、胃の良性腫瘍までが松本市立病院が報告する年間10症例以上になります。そして、その下の73番の上部尿路疾患から10症例未満となりますが、症例数が少ないですが、幅広い疾患に対応していることがお分かりいただけるかと思います。ということで、8ページまでが本資料になります。

続きまして、9ページをお願いいたします。こちらは疾病の分類別に患者数を推計したものになります。こちらの資料も厚生労働省公開データを基に、石川ベンジャミン光一氏が推計しています、松本市立病院30分圏域の疾病別患者推計となります。2010年度を1とした場合に患者数の変化を2040年度まで表しているものになります。グラフを見ていただきますとお分かりいただけるとおり、灰色の点線の妊娠、分娩および産じょく、それから黄色の点線の周産期に発生した病態、それから青色点線の先天奇形といった、産科ですとか小児科系の疾患が大きく減っているというように推計されております。一方で、他の疾患はおおむね2030年度頃までは増え続けまして、その後横ばいまたは微減といった推計値になっております。

この推計値に2015年度に松本市立病院の退院した患者さんのDPCデータを当て込んだものが、10ページの表になります。めくっていただいて10ページをお願いいたします。01～21の疾病群分類がございますが、疾病分類ごとに見ていただきますと、2010年度の患者延数、病床数にそれぞれの各年度の変化率を乗じた値を推計値として括弧で表示しています。1番下のALLの行が合計になります。ここで言いますと2010年度の延べ患者数は53、

102人、病床数は145.5とありますけれども、2030年度は延べ患者数62,958人、病床数172.5に増えるという表示になります。なお、先ほど申し上げましたが、患者数には自賠責保険、労災、自然分娩といった健康保険でない患者数は含まれておりませんので、申し添えたいと思います。

次に11ページ、事業の状況をお願いいたします。松本市立病院の平成24年度以降の主な事業項目につきまして数値でお示ししております。右側2列は平成27年度と平成24年度を比較したものですけれども、こちらは資料をご覧いただければと思います。

なお、12ページ21番の訪問看護ですけれども、先ほどの地域の役割の中でご質問がありました、訪問看護の実患者数はどれくらいでしょうかというご質問ですが、月平均しまして80人くらいだということになります。この21の訪問患者延数ですが、この数値は単純に月に1人の方が契約されていたら掛ける12をしたというかたちで、12カ月をとおして何人の方が契約されたかといった話になります。いずれにしましても80人くらいが契約しているという状況でございます。

最後13ページをお願いいたします。地域の医療機関との連携状況について、平成27年度の実績をお示ししております。表1は診療科別に地域の開業医の開業医等からご紹介いただいた患者さんの数になりまして、折れ線グラフを見ていただけたら分かるとおりののですが、内科それから総合診療科が多く、次いで整形外科、婦人科というようなかたちで続いております。2番は松本市立病院を中心とし距離別の患者紹介状況となります。当然といえば当然になるのですが、近い10km圏内の紹介が全体の約7割で、ご紹介いただく医療機関の数も同様の割合となっております。3番ですが、在宅療養中の患者さんの受け入れ体制について、現在登録いただいている患者さんと、開業医の先生の数をお示ししております。ときどき入院、ほぼ在宅という国が推進する中で、地域で在宅療養される患者さんとそれを担当される先生方の支援に松本市立病院としても力を入れているというような状況です。最後4番ですけれども、こちらの方は入院前後から早めにかかわることで、退院後住み慣れた地域で安心して暮らしていただけるように支援をする体制ということで、地域の開業医さんと連携しているわけですが、その協定を結んでいる施設数をお示しさせていただきました。

以上でご用意させていただきました資料になりますけれども、次回、第3回の検討項目であります規模、医療機能についての参考としていただきますよう、本日ご提示させていただきました。説明の方は以上になります。

【委員長】

ありがとうございます。ディスカッションは次回がメインになりますが、資料についての説明、ご質問、追加で求めたいことがありましたらお願いいたします。

【委員】

手術件数推移で麻酔科の手術って何なのでしょう。普通手術の件数で麻酔が出てくることは、ほとんどないものですから、どんな手術をされているのか教えてくれたら嬉しいです。

【事務局】

こちらのデータですけれども、手術室のシステムから出すデータをそのまま出させていただいてまして、この麻酔科なんですけど、神経ブロック、手術といいますが、麻酔科で麻酔をやったということで見ただけならと思います。

【委員】

前回、別の委員が質問したと思うのですが、手術室は何室あって、稼働率はどれくらいと質問されたんで、できればデータがあれば議論しやすいのかなと思いますので、出していただけるとありがたいです。

【事務局】

資料の12ページの15番になります。こちらの方に手術室の稼働状況をお示ししておりますけれども、手術室の方が今、4室ありまして、それで営業日で件数を割って、こちらの方にお出ししております。

【委員】

12ページの手術室の稼働率を見て、106.8%ってどういうことなのかなと思って、一般的には考えられないデータなものですから、それもあって質問させていただきました。要するに、4室がフルに稼働していれば、たぶん100%だと思うのですが、そうするといつその部屋は動いているのかという気がしたので、出し方が少し分かりにくいような気がするのですが、たぶん先程の委員の質問は、手術室がどのように使われているのかといったところだと思うのですが、よろしく願いいたします。

【委員長】

2つやると2でカウントしてしまうから、100をこえると。

【委員】

そういうことですね。

【委員長】

手術室の運営の状況が分かる資料、皆さんが理解できる資料を追加させていただきます。

【事務局】

今回はもう少し分かりやすい状況を。

【委員長】

外科系の手術の状況というのは病院の機能として最も重要ですので、やはり分かりやすくお願いいたします。よろしいでしょうか。他にご質問はありますか。ちょうど12時になったので、次回の議題、病院の規模と機能について、具体的にベッド数の話をしないと、委員会の役目が果たせないなので、いよいよその話をさせていただきます。

今日のディスカッションは、非常に重要なディスカッションで、それに対して、たくさんご意見があったと思うので、それを踏まえて、クリスマスに大事な議論をお願いしたいと思います。

何か他にご意見ご質問はありますか。よろしければ、本日予定した議論はこれで終わりたいと思います。事務局にお返しいたします。

(3) 閉会

【事務局】

長時間に渡りありがとうございました。次第にもありますように、次回の予定ですが12月23日、祭日の金曜日となっております。午前10時から同じ会場で予定しております。よろしくをお願いいたします。

本日の「地域における役割」、それから「健康事業の充実について」につきましては、次回12月23日の冒頭で、一定の集約をさせていただきたいと思っておりますので、よろしくをお願いいたします。それでは本日の検討委員会はこれで終了させていただきます。

6 傍聴

(1) 傍聴者

8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28年12月23日（金）午前10時から

場所は、松本市役所 東庁舎3階