

1 日時

平成29年1月22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 議員協議会室

3 出席者

(1) 委員

杉山敦委員長、平林大喬副委員長、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、廣瀬豊委員、舟久保賢治委員、宮原秀仁委員
※欠席：相澤孝夫委員、本郷一博委員

(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、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 「第4回松本市立病院建設検討委員会 次第」
- イ 「検討項目「規模」に関する追加資料（病床数の考え方）」
- ウ 「市立病院建設候補地の選定等について」
- エ 「病床数200床を境とした機能等の整理」

(2) 事前配付資料

- ア 「第3回 松本市立病院建設検討委員会 会議記録」
- イ 「松本市立病院建設検討委員会 論点整理資料」

5 議事概要

(1) 開会

【事務局】

それでは定刻となりましたので、松本市立病院第4回建設検討委員会を開

催致します。本日は、相澤委員さんと本郷委員さんをご都合により欠席となっておりますのでよろしくお願い致します。はじめに、本日の会議資料の確認をお願い致します。最初に、本日お配り致しました「第4回松本市立病院建設検討委員会 次第」と「検討項目「規模」に関する追加資料（病床数の考え方）」、それから「市立病院建設候補地の選定等について」。次に、事前に皆様にお送りしております「松本市立病院建設検討委員会 論点整理資料」、これがすべてでございますがよろしいでしょうか。それでは、会議事項に入ります。これより先の進行は委員長をお願い致します。

(2) 検討委員会の内容

【委員長】

本日の検討委員会は、これまでの検討項目の論点整理です。前回第3回の病院の機能と規模について、12時過ぎまで議論しましたが、途中になっておりますので、項目が前後しますが、論点整理と合わせて最初に病院の機能と規模についてお願いしたいと思います。

まずは、今まで検討いただいた内容について事務局で作成した論点整理の説明と、前回の委員会で説明を求められた内容の追加資料について説明をしていただきたいと思います。

もう1つ、私の方から200床というものは、法的なものではないのですが、200床以下と以上というところに、昔の総合病院は200床以上ですし、少し縮小した機能を持つ病院は200床未満という考え方が、決定的な違いではないのですが診療報酬上に残っています。その点は理解しておきたいと思っておりますので、資料をお願いしています。もしお許しいただければ、お配りして一緒に説明をさせていただきます。よろしいでしょうか。

それでは、論点整理資料と追加資料について事務局から説明をお願い致します。

【事務局】

説明が前後致しますが、事前にお配り致しました論点整理資料の3ページをお願い致します。前回、3回目の検討委員会における検討内容になります。医療規模と機能について整理してまとめたものが3ページ以降になります。まず、1番の診療体制の整備についてでございますが、資料の見方ですが、1番左に院内の推進委員会の案があります。それから、中ほどの検討委員会意見1というのが、推進委員会の意見に対して同意または追加意見、それから慎重な検討が必要な内容については意見2として整理しておりますので、よろしくお願い致します。

それでは、診療体制の整備の一般診療についてでございます。一般診療に

関しまして、推進委員会の意見に対しましては、委員会意見2のところに、全体を通して診療体制をどの水準まで担うのかが曖昧ではないか、それから、将来の疾病ごとの将来推計がまだ不十分ではないかといった意見をいただいております。

それから、一般診療の中ほどに腎疾患という項目がございますが、これに対しまして意見1では、高齢患者における交通手段の確保を合わせて検討して欲しいという意見、それから意見2の中には、透析患者は今後減少するといわれているが、充実が必要であるのかといったご意見をいただいております。それに対しまして、前回の会議の中で括弧書きの内容でございますが、この充実という意味は透析患者が市立病院に関しては若干増えている傾向にあることと、患者平均年齢が全国平均よりも4歳高く、高齢化が進んでいる中での充実ということで、前回の会議の中では説明を受けております。

次に4ページをご覧ください。感染症に関しまして、意見1としまして、公立病院の役割として重要であり、感染症の専門医の確保を合わせて検討して欲しいという意見をいただいております。

次に周産期医療に関してでございます。意見の2の中に分娩の件数は今後減っていくといわれているが、維持は必要だろうかというご意見をいただいております。それに対しまして、意見1の中では、分娩を扱う産婦人科医が不足している中で、全県的な周産期医療の体制維持のために、同じ水準の維持も必要ではないかという意見も合わせていただいております。

それから、小児医療に関しましては、意見2の中に、小児の入院治療は今後減っていくといわれているが体制強化は必要かというご意見をいただいております。それに対して括弧書きにあります通り、小児の入院治療の中でも感染対策として個室の充実を図っていきたいという説明であります。

続きまして、5ページをお願い致します。2の病院の機能・規模についてです。まず、外来の項目に関しましては、意見1の項目でございます、現在の標榜診療科を維持して欲しいというご意見をいただいております。

入院の具体的なこととしては、意見の2にあります、国の方針により重症度と医療・看護必要度が低い患者の急性期病棟への入院は困難な状況であり、急性期病棟の平均在院日数によって必要病床数が決まるため、その推計をもう少し調べた方が良いのではないかと。それから、回復期病棟についても同じように平均在院日数により病床数が決まるので分析が必要であるという意見を伺っております。

入院の意見1には、まず①の急性期病棟への患者を供給するためには、急性期病棟の維持は必要であるという意見、それから西部地域の医療水準の維

持のために医師の確保と手術件数の増加が必要であるという意見をいただいております。

それから②の回復期病棟の維持に関しましては、地域包括ケア病棟の活用方法の検討が必要。簡易的な手術患者が直接入院するケースがあるので、そういう工夫が必要であるといった意見もございました。

③の緩和ケア病棟の開設につきまして、まず1点目は、精神科医や認定看護師等の専門職の確保と人材育成が大きな課題ではないかという意見。それから、急性期の対応を主とするものと、ある程度長期の対応が必要となる緩和ケアの2種類があるのですが、どのような機能を持たせるか検討する必要があるということ。もう1つは、スタッフの確保とチームの育成が重要であるということ、特に精神科医の確保や人件費等の経営面での課題が大きいのではないかと。新しい市立病院の特色として、緩和ケア病棟を取り入れるのであれば、現在の病院規模の範囲で検討することが必要ではないかというご意見をいただいております。

それから、在宅医療、在宅支援につきましては、意見1としまして、訪問介護ステーションの設置も検討して欲しいという意見をいただいております。

論点整理は以上となりますが、前回の追加資料を病院局の方から説明していただきます。

【事務局】

お配りしております資料の検討項目「規模」に関する追加資料（病床数の考え方）をご覧くださいと思います。論点整理にもありましたが、第3回の検討委員会のご議論の中で、途中となっております病院の規模に関して資料を用意致しましたので説明をさせていただきます。

資料のタイトルの下にもあります通り、資料作成にあたりましては、厚生労働省の患者調査、これは地域別患者数を推計することで医療行政の基礎資料を得ることを目的として、3年に1回、厚生労働省が実施しているものになります。そのデータと国立社会保障・人口問題研究所による日本の地域別将来推計人口等のデータを基にしまして、第2回の検討委員会でもご紹介しておりますが、国立がん研究センターの石川ベンジャミン光一氏が推計し、広く利用されている病院別人口、患者数推計の考えを参考にしながら作成しております。また、長野県が示す地域医療構想（案）を踏まえながら、新松本市立病院の病棟機能と病床数について考え方をまとめております。

資料では、まず1としまして、市立病院の病棟別の稼働状況における直近の12月の実績を示しております。2としまして、市立病院の将来の入院患者数と必要病床数の推計、3としまして、県が地域医療構想（案）で推計す

る松本構想区域の病床必要量、最後の4になります。これらを踏まえ、新松本市立病院における病床数の考え方となっております。

それでは、資料の1をご覧ください。松本市立病院病棟別の現状についてお願い致します。データは先ほどお伝えしました通り、直近の12月の実績となっております。松本市立病院の病棟構成ですが、4病棟となっております。急性期機能を有する病棟が3階と4階西の2病棟、それから回復期機能を有する病棟が4階東と5階の2病棟になります。

まず、3階病棟ですが、入院料が最も手厚い看護配置である7対1入院料を届出しております。58床で運営しております。直近3ヶ月の平均在院日数は12日で病床利用率は79.5%となります。主な対象者としては、内科・外科系の男女を問わず急性期治療を必要とする患者さんと手術後に集中治療を要する患者さんが対象となっております。

次に、4階西病棟ですが、7対1入院料の60床で運営しております。平均在院日数は8日と短くなっております。病床利用率は69.9%になります。産科・小児科系の急性期患者さんも入院する病棟ですので、平均在院日数が短いことが特徴となっております。病棟ごとに診療科を明確にわけはおりませんので、入院患者さんの状況によりまして病室をコントロールしております。前回、第3回の委員会の中でお答えしました小児科のベッド数は13床とお答えしましたが、これも運用上の目安となる数字となります。

次に4階東病棟ですが、こちらは回復期リハビリテーションの入院を届出しております。平均在院日数は35日で、病床利用率は80.9%となっております。脳血管疾患や大腿骨頸部骨折の急性期の治療が終わった方で、集中的なリハビリを行って在宅を目指す患者さんが対象となっております。

5階病棟ですが、こちらは昨年の8月に7対1の急性期病棟から地域包括ケア病棟に機能を移しております。49床で運営しております。病床利用率は74.3%ですが、市内の他の急性期病院との連携によりまして、さらなる利用率の向上に努めているところです。対象となる患者さんにつきましては、急性期治療後、在宅に向けしばらく入院を続けながら在宅に戻る準備をする患者さんや、在宅療養中の患者さんが急変した場合に受け入れる病棟と考えております。在宅療養患者さんを担当されている地域の診療所の先生方の後方支援として、24時間受け入れ体制を整えているところであります。それからもう1つ、重症度や看護必要度、診療報酬の面から短期間の入院で済む手術を受けた患者さんについても、この病棟で受け入れております。

続きまして、2の疾病分類別患者数および必要病床数の将来推計をご覧ください。

ただきたいと思います。ここでは、2015年12月から2016年3月までの4ヵ月間に市立病院を退院した患者さんのデータを基に疾患別に分類しまして、石川ベンジャミン光一氏が分析している病棟別人口患者数推計の年度別の患者数変化率を用いまして、市立病院の将来の患者数と必要病床数を推計した値になります。なお、この12月から3月の患者データを用いた理由は、当院では比較的冬場に患者さんが多いため、ピーク時でも入院対応ができる病床規模を想定する必要があるだろうということで、このデータを使用しております。

詳細は別紙をご覧くださいなのですが、別紙1は高度急性期の将来推計、別紙2が急性期、別紙3が回復期、別紙4が慢性期、別紙5がこれまでの高度急性期、急性期、回復期、慢性期を合算した総計になります。ここでの病床機能の区分ですが、地域医療構想策定ガイドラインの考え方に合わせまして、入院患者の日々の診療報酬における出来高点数のうち、入院基本料相当分と一部のリハビリ点数を除いた点数が3,000点以上を高度急性期、それから3,000点未満600点以上を急性期、600点未満175点以上を回復期、175点未満を慢性期としております。なお、この推計は県の地域医療構想(案)の中でも紹介されております。

それでは別紙1の高度急性期を例にご説明いたします。2015年度の列をご覧ください、そこに先ほどの12月から3月の4ヵ月間の間に退院された3,000点以上の患者さんを疾病分類に分けまして、年間換算した数をあて込んでおります。その数値に変化率を乗じまして、2040年までの患者数と病床数を推計しております。下にありますALLの行がそれぞれの合計になりますが、それをさらに地域医療構想策定ガイドラインの考えによりまして、病床機能ごとの稼働率というものがあまして、その稼働率で割り戻したのが、1番下にある枠内の数字になります。高度急性期の場合は、病床稼働率が75%以上とされておりますので、75で割り戻すと2015年度の病床数は太枠であります18.2床で、患者数がピークを迎えます2030年度には20.4床というように推計されます。

資料の方にお戻りいただきまして、2の表をご覧ください。ただいまご説明した病床機能で推計された患者数、それから病床数を見やすくまとめたものになりまして、2015年度と患者数がピークとなる2030年度を抜き出して表しております。推計では2015年度の全体病床数は188.5床。それから2030年度には211.0床という結果になりました。

ページをめくっていただきまして、次は3番になりますが、長野県地域医療構想(案)によりまして、松本構想区域の病床必要量推計をお願い致します。

これは県が公表するパブリックコメント版によるものでして、前回の第3回検討委員会でもご説明している内容になります。推計では2015年度に比べ、2025年度には高度急性期と急性期機能に余剰が見込まれるという一方、回復期機能の病床は不足が見込まれるといった表になっております。

ここまでの将来推計、地域医療構想（案）を踏まえまして、新松本市立病院の病床数の考えをまとめたものが、最後の4番になります。ここでは、病床機能報告制度に基づきまして、病棟単位で報告した機能と病床数、そして現在の状況と2025年度の病床数の考え方を示しております。ご注意いただきたい点として、表の下の方にあります通り、先ほどまでの病床機能は定量的な診療報酬の点数を用いて区分しておりますが、それに対しまして、数値では表せない性質的な部分を医療機関が自主的に判断して報告した機能になりますので、それぞれの区分を単純には比較できないことをご理解いただいたうえでご覧いただきたいと思っております。左から2列目の2015年度は急性期機能が169床、回復期機能が38床稼働で、人間ドックを含めると211床となっております。その左、2016年の現在ですが、急性期機能を51床減らしまして、118床としております。その下の回復期機能は病棟再編で回復期リハビリ病床を若干減らしましたが、地域包括ケア病床を49床加えまして、回復期としては81床としております。人間ドックを含めると203床になります。それぞれを率にしますと、急性期は30.2%減少、回復期は113.2%増加ということで、全体では3.2%減少しているということになります。これを見ますと、県が推計する松本構想区域の病床機能別必要数の推計割合に近いような結果になっていることがお分かりになると思っております。

これを踏まえまして、2025年度の病床数の考え方を示しているのが、表の1番右の列になります。太枠で囲ってあるところではありますが、まず高度急性期につきましては病棟としては機能を持たずに、大学病院をはじめとしました高次医療機関と引き続き連携をお願いするという考えであります。次に急性期ですが、新たに開設を検討する緩和ケア病床の10～20床を含めまして、全体で120～130床程度で考えるというものであります。次に回復期機能につきましては、現在と同規模の80床程度を2病棟で考えるというものであります。慢性期につきましては、在宅療養を支援していく考えに基づき、病棟機能は持たない考えであります。

人間ドックにつきましては、第2回検討委員会でご議論いただきましたが、センター化を考えていきたいということになります。ただ、委員の皆様からご意見をいただいておりますので、そのご意見を踏まえながら適切な規模で

計画していききたいという考えであります。

以上の考えから、新病院全体の病床規模は新たな機能として緩和ケア病床を含めまして、現在の許可病床数である215床の中で検討したいというものであります。規模に関する資料の説明は以上でございます。

引き続きまして、杉山委員長の方からご指示いただきまして、先ほどお配りさせていただきまして、病床数200床を境とした機能の整理についてお願い致します。病床数200床を境とした違いの大きいところですが、主に外来機能に差が出てくるということで、すでにご承知の委員の方もいらっしゃると思いますが、一般的にいわれていることを簡単にまとめてみましたのでお願い致します。

1の病床規模別の比較ですが、病床数が200床以上か200床未満かで大きく違ってきます。主に外来診療になります。入院料の加算は施設基準の要件で違いがあるのですが、ここで大きく違ってくる外来診療について整理致しました。表は100床未満、それから100～199床、それと200床以上で比較しておりますが、主には199床の列と200床の列でみていただければと思います。

まず、初診料ですが、これに関しましては病床数の違いによる点数の違いはありません。282点であります。ただし、その下にあります、紹介状なしで、初めから200床以上の病院で診療を受ける場合は、初診時に選定療養費が別途かかることとなります。これは、大きな病院は入院している患者さんの治療に専念して、外来で治療が可能な比較的軽い病気は診療所等が受け持つという機能分化を推進するためのものであります。風邪っぽい、少しお腹が痛いといった場合は、まずは近くの診療所等に受診していただいて、そこで重篤な病気であれば紹介状を書いていただいて、大きな病院で受診した方が好ましいという国の考えになります。

次に再診になりますが、ここからが大きな違いになってきます。再診療は199床までの病院が72点、200床以上の病院になりますと、名前が変わって外来診療料というかたちで73点になります。

次に外来管理加算ですが、※2にあります通り、特に体調の変化がなく、検査や治療等を行わない患者さんを診察した場合に、52点が加算されるということになります。これは199床未満の病院では算定することができるのですが、200床以上の病院になると算定できないこととなります。その下の特定疾患管理料も同様で、※3にあります通り、生活習慣病疾患が主な疾患の場合は、月に2回を限度に算定できるというものですが、200床以上の病院は算定することができません。これら再診にかかる点数を合計しま

すと、199床の病院は211点になりますが、200床以上の病院は73点となりまして、138点、金額に直しますと1,380円の差になります。診療報酬の面では200床を境に役割が明確に分かれていることが分かります。

次に2の医療機関の機能分化につきましてですが、国が目指す外来医療の機能分化に触れたものになります。200床未満の病院は一般外来等の主治医機能を担い、200床以上の病院は専門的な部分や紹介外来を担うことを推進していくこととなります。この表ですが、平成26年度の診療報酬改定以降に診療報酬の面から在宅療養支援や主治医機能を評価しているものについて、病床数で分けたものになります。200床未満の病院が担う機能として評価された項目としまして、在宅療養の担い手となる病院として24時間連携できる体制を確保して、往診や訪問看護を24時間可能とする病院を評価しています。また、複数の慢性疾患を持つ患者さんや認知症患者さんに関して、健康管理や服薬の管理、継続的かつ全人的な医療を担う主治医機能を評価しています。ここでいう評価というのは、診療報酬として加えられたということになります。一方、200床以上の病院として新たに評価された項目は、在宅療養中の患者さんの急変時等に入院が必要となった場合、在宅を担当される地域の診療所の医師の求めに応じまして、24時間入院の受け入れ体制を評価されたものになります。こちらは当院も在宅療養後方支援病院として届出をしているので、現在も近隣の診療所12施設、約200人の在宅療養患者さんに登録いただいている状況になります。

【委員長】

ありがとうございました。数字の話が出ましたけども、病床数を検討するうへでご理解いただきたいということで、詳しく説明いただきありがとうございました。今の説明について質問やご意見を頂戴したいと思います。まずは、分からないところがありましたらどうぞお願い致します。

地域医療構想の取りまとめが今年の3月までとなっており、県で取りまとめられるのですが、基になっている数値は、2015年の報告を基にしておりますので、今回市立病院で進められております、回復期リハビリ病棟、地域包括ケア病床の49床、この動きはカウントされないで県のデータが出ていますが、もうすでに考え方を先取りして、病院の状態を進めているということの理解です。

それから、もう1つは今の考え方を総括しますと資料の4にあります現在の許可病床数、実働より少し多いのですが、215床の中で検討したいということが基本的な考え方でございます。それは、個人的に追加してもらった

資料ですが、200床を境に診療報酬の体系が違います。200床未満の病院は在宅医療を直接担う役目を持っています。診療所と一緒に在宅療養支援病院というかたちで活動される。それから200床以上の病院は、病床機能で在宅医療を支えるので在宅医療後方支援病院という考え方となります。200床という基準なので、将来的にはどうなるか分かりませんが、昔からいわれる総合病院的な機能が200床を超えたもので、それから、それ以下の病院は地域の診療所と同様に外来機能を充実させて地域密着型にするというものになります。病床を考えるとときには、頭に入れておいていただければと思います。

【委員】

ちょっと確認なのですが、今ご説明いただいた資料の2ページの4の新松本市立病院病床数の考え方の中で、現在の稼働病床が215床、その215床は感染症病床の6床を含んでいるということによろしいですね。

【委員】

病床機能報告数は211床で、ここは人間ドックのところですか。許可病床数は215床で実際に稼働しているのは211床であり、報告制度では211床と報告しています。

【委員】

はい、分かりました。

【委員長】

他に何かありますか。

【委員】

重要なところなので改めて確認させていただきます。結論として、松本市立病院さんは大病院を選択して専門の若しくは一般ではない紹介外来患者を診る医療機関を目指すということによろしいのでしょうか。

【委員長】

それをこの委員会で決めるというところです。

【委員】

しかし、今のところではそういうところではないのですか。

【委員長】

この説明では、こちらの方に置きたいという点でご説明しました。

【委員】

という前提によろしいですね。

【事務局】

はい、今お話があった点ですが、その通りでありまして、現在の215床

規模という位置づけで考えていきたいということでもあります。

【委員長】

この考え方に対して、もしご意見があったらよろしくお願い致します。

【委員】

はい、ちょっと話が飛んでしまうのかもしれませんが、論点整理のところ
で外来医療のところについてですね、5ページになるのですが、機能の
ところで、現在の標榜診療科を維持して欲しいという内容だけが記載してあり
まして、反対意見というか厳しいといった意見がこの検討会では出なかつたか
たちになっておりますが、私の認識では第1回で、専門科医の確保が難しい
といった意見や選択と集中が必要ではないかといった意見を表明させていた
だき、標榜診療科を削減する方向で検討したらどうですかという意見だった
と思うのですが、その意見はどこにいったしまったのですか。

それと、今の一般外来は診ませんよという話と整合性が取れなくなってい
るのですが、どうなのでしょうかとこのところで確認させていただきました。

【委員長】

ありがとうございます。この点に関してお願いします。

【委員】

まず、今の大病院という言葉が使われた意図が少し分からなかったのです
が、大病院の定義はありません。厚生労働省が大病院と使ったり、マスコミ
が大病院と使ったり、いろいろな使い方があって実は定義がありません。2
00床以上を大病院という意味で捉えていると思いますが、200床以上と
500床以上と大学病院では少し意味が違うと思ひまして、ニュアンスとし
ては500床以上が大病院と思ひておりまして、言葉の定義の確認です。そ
れから200床を少し超えるか超えないということで、委員長にご提案いた
だいたのですが、確かに大きな違いがありまして、メッセージとしては、慢
性期の外来患者さんは近くの診療所の先生に是非診ていただきたい。急性期
の重症化した患者さんやCTや内視鏡等の複雑な検査が必要で、さらに大学病
院等の大きな病院に行くまでもない患者さんを担うと、それがうちの病院の
外来機能かなと感じております。そういう意味で200床を超えた病院とい
うところで、大病院というとおこがましく、少し使いづらいところであり
ます。

専門性に関しては、専門に特化して絞る表現をおっしゃいましたが、そう
いう意見があったか記憶していないのですが、絞るというのは削るという意
味でして、私はあのときも説明させていただいたのですが、「やらないことを
ここに明記することは難しいということを書いてありません」とさせていた

だきましたが、例えば、分かりやすいところで、放射線治療は今後うちはやろうと思っていないとか、心臓カテーテル検査ができる施設をつくろうとも思っていないとか、専門性はたくさんあるのですが、やらないことを列挙することは難しいので、このような表現になってしまったということを前回お話しさせていただいた記憶があります。医師が持っている力量の中で、地域の皆さんに役立つ外来診療を引き続きやっていくつもりです。

あと、初診患者さんに対しては、トリアージ的な役割を担う総合診療科を引き続き外来機能の核としてやっていくことに関しては、同じ気持ちでいます。

【委員】

言葉の使い方ですが、選定療養費を算定するかしないかというところで、私の方は大病院と大病院ではないという使い分けをしております。選定療養費において、病床200床を境にした機能の整理というところで補足が書いてあるように、紹介状のない初診について医療負担を患者に求めるということで、受診抑制を図ることがあると思いますので、そういう意味では一般外来を担わせないというような厚生労働省の意図があり、この選定療養費の意味はまさしくそういうことだと思いますので、先ほどいったように、診療科をすべてそろえていって、それでいて一般外来は診ませんよというのは矛盾するのではないのでしょうかという意見を第1回目で述べさせていただいたという意味です。

【委員長】

ありがとうございます。追加があればお願い致します。

【委員】

昨年の診療報酬改定で、500床以上の初診の紹介状がない患者さんは5,000点以上つけるということが明記されていきました。大病院に初診の患者さんが集中しないようにするために、5,000点はかなり大きな点数なのですが、200床から500床までの病院はそれぞれの病院が決めて良いということで、うちの病院は1,080円いただいております。すでにやっております。

【委員】

資料の1ページを見れば分かりやすいのかもしれませんが、重症度医療看護必要度はどのくらいかということをお聞きしたいのですが、急性期病棟の7対1を取っている病棟で、診療報酬改定が平成30年でさらに厳しくなるのを見据えて考えた方が良くとも思いますので、教えていただければと思います。

【事務局】

重症度、医療・看護必要度の状況ですが、最新は12月の結果でお伝えいたしますと7対1病棟で28.4%になります。

【委員】

それは3階、4階合わせてですか。

【事務局】

はい、そうです。

【委員】

おそらくですが、例えば、30%くらいに上がるのではないかということもあるので、そうするとどうするのかということがありまして、10対1に落とすのか、あるいは何か別の方法を考えるとか、あるいは何らかのかたちで7対1をキープするのか。そこが問題だと思います。

【事務局】

次期診療報酬改定では、そのあたりが直されると思います。30%以上というようにことにもなるのかもしれませんが、その辺はなんとも分からないのですが、そうなればまた、それに合わせた病棟編成が必要になるとは思っております。

【委員長】

今、お話しに出ました来年の4月の診療報酬と、介護報酬は同時改定です。診療報酬とは2年おきに改定があり、介護報酬は3年おきに改定があります。それが来年に一緒になります。これからのディスカッションは本格化するわけではありますが、どういうふうになるかはいろいろな議論がありますが、骨格は地域医療構想でやっている病院の病床機能を変換させていく、それから在宅医療を推進して病院の外での医療をきちっとして全体をみるというのがさらに強く出てくる可能性があると思います。介護の方も一緒に出てくるので、かなり誘導を強くされることが予測されると思います。その状態が将来に向かってまた改定が進みますので、それを十分見据えた計画でないといけないと思います。

先程のご指摘ですが、市立病院の病院としての機能は、昔の総合病院のように全部やるというわけではなくて、市内なり松本医療圏の病院との棲み分けで、得意分野である産科をきちっとする。診療科によって得意なところ、消化器内科等も非常に充実してきておりますし、でこぼこは当然あるわけです。放射線治療はしないとか、心臓カテーテルはやらないといった棲み分けを一定の量まで行っています。それを今、この規模で維持する考え方でよろしいかどうかだと思います。むしろやっぱり、経営していくには市立病院が

得意とする担うべき病床の機能が、将来きちっとそろえて充実して、運営されているかどうかということで勝負だと思います。そこが大事だと思います。

そこについて、ご意見はありますか。

【委員】

ありがとうございます。本当にその通りだと思います。ご心配いただいていることも本当にありがたいと思っております。病院の全体としての役割としてはさっき言った通りです。地域の中核病院の担い手として、現時点でやっているうちの病院の役割を結局続けていくことを認識しているのですが、今まで我々がやってきたことは間違いなしと思っているので、200床以上の機能を持った病院として、地域の皆さんの健康を守っていききたいと思っております。

【委員長】

他にご意見や質問はありますか。

【委員】

地理的な状況も考慮する必要があります。西部地域で唯一の総合病院であることを考えると、一通りの疾患は診ることができたうえに、いくつかの得意分野を持っているというスタンスが良いように思っています。

前回議題に挙がって新設する緩和ケア病棟ですが、2006年から2008年にがんと診断された人の5年相対生存率は、男性が59.1%で女性が66.0%です。がんサバイバーの数が増えておまして、これに伴って痛みを和らげて、QOLを高める緩和ケアの果たす役割は、ますます大きくなっていくと思います。日本の緩和ケア病棟は主に末期のがん患者に対して提供される傾向にあります。2002年にWHOが緩和ケアとは、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する疾患早期からの、痛みや身体的問題に関してQOLを改善するためのアプローチという定義を発表して、早期の緩和ケアが現在の世界の潮流になっております。それで、日本でも2007年4月に施行されたがん対策基本法では、がん患者の状況に応じて疼痛等の緩和を目的とする医療は早期に適切に行えるようにすると明記されており、今後緩和ケア病棟の対象を末期に限らず、一般病棟で痛みの緩和が困難な患者全般に対象範囲を拡大する可能性があり、緩和ケア病棟の開設は先見的な非常に良い考えだと思います。日本でも2002年4月に出された施設基準では、末期の悪性腫瘍に対する緩和ケアを行う病棟と記載されていますが、前回資料の新しい施設基準では末期のという部分が消されています。緩和ケア病棟は是非新設していただきたいと思っております。

【委員長】

ありがとうございました。よろしいでしょうか。それでは次の項目もすべてにリンクしますので、病床につきましては今のような考え方で取りまとめというかたちにしたいと思います。

次に移ります。論点の2に参りますが、地域における役割、健康事業の充実の2項目に合わせて論点整理ということでよろしくお願い致します。

【事務局】

それでは、論点整理資料の1ページをご覧ください。まず、先ほど第1回検討委員会の意見が反映されていないというご意見がありましたが、この論点整理表は、本格的な議論に入った第2回と第3回の意見のみを集約しているため、第1回は総論的なお話だということで反映させていませんでした。本日のご意見も踏まえ追加させていただきたいと思います。

それでは、1ページの地域における役割をお願い致します。まず、1項目目の地域における役割の全体としては、病院から西の山間地は、一晩に1万人程度収容できる観光地であり、地域の産業を支える医療施設としても充実して欲しいという意見を意見1として整理させていただいております。

次の地域連携と在宅医療に関しまして、在宅療養後方支援病院として、地域の診療所との連携強化を図るという案に対して、意見1としては、地域全体が1つの医療システムとして機能するように、中心となって体制構築を推進して欲しいというご要望が出ております。それから、②の病院薬剤師の在宅訪問指導の検討ということが病院建設推進委員会の方から案で出されておりますが、それに対して意見1としては、管理栄養士による訪問指導も合わせて検討して欲しいということ、それから意見2としては、病院の専門職員が地域において貢献することは重要だが、病院の役割が肥大化し、負担が大きくなりすぎるというご意見がありました。最終的に会議の中では、病院は在宅医療を担う機関を支援する役割とするということで集約されております。

それから、災害医療に関してですが、大規模災害時の拠点病院としての施設整備をという意見に対しまして、意見1としては、東部地域に病院が集中しており、東部の被害が大きいケースを想定し、地域全体を視野に入れた拠点整備が必要という意見。逆に意見2としては、災害時において、圏域でどのような役割を担うのか明確にして整備を行うべきというようなご意見をいただいております。それから、②の免震構造、その他の整備につきましては、意見1としまして、圏域の免震構造の病院は、信大病院の中央診療棟のみであるので、活断層から離れている立地であれば免震構造として急性期を担う事も検討が必要ではないかという意見。それから意見2としては、免震構造

等はコストもかかるので、それを合わせて必要性を検討する必要があるといった意見をいただいております。それから③のヘリポートや救護者受け入れのための必要物品の整備につきましては、意見1として、西部に山間地を控えており、災害時を考えヘリポートは重要。危機管理として市で考えて欲しいというご意見をいただいております。

次に感染症対策と致しまして、指定医療機関として長い実績があるので、松本空港を控え、検疫後の対応として今後も引き続き必要というご意見をいただいております。

へき地医療に関しましては、人口が減少している山間地ですが、持続可能な支援をお願いしたいという意見が出ています。

飛びまして、健康教育・住民参加型活動につきましては、意見1に地域の予防事業として今後も継続して欲しいというご要望が出ております。

2番、健康事業の充実というところになりますが、②の地域の需要に応えられる体制の整備に対して、意見1としては、民間病院との競合を避けなければならないが、地域住民の利便性も考慮した整備が必要という意見が出ましたが、意見2としては健診や人間ドックについて今後のニーズの動向を見極め、慎重な検討が必要ではないか。特に保険者による1泊ドックの縮小についても検討されている現状も考慮する必要があるとのお話をいただいております。さらに②に関しましては、経営面を考え、需要について詳細な分析が必要ではないかという意見も出まして、最終的な案と致しましては、西部の農村地域の実情を踏まえ農閑期の需要における体制整備をするという意味合いで整備するとの集約となっております。それから③の市の保健予防政策や大学等との連携につきましては、意見1として「健康寿命延命都市・松本」の政策に沿った、他の病院にない特色を持った健診・人間ドック体制の検討が必要という意見をいただいております。

【委員長】

ありがとうございます。先ほどからもう議論ははじまっているのですが、この項目についてご意見をお願い致します。

【委員】

私の勉強不足で恐縮ですが、例えば地域連携の在宅医療のところでありましても、最終的には在宅医療を担う機関を支援するという役割となっておりますが、この支援という言葉、あるいは2ページの説明のように、へき地医療のところでも持続可能な医療提供支援というところですが、具体的に支援というのはどのように病院側として考えているのでしょうか。

【委員長】

要点だけ申し上げますと、まず、在宅医療の支援については、地域包括ケア病床、49床が病院で治療された方を一時そこで、在宅に移すためのリハビリ等を加えたうえで病院から出す。今度は、在宅医療を担っている医療機関で入院機能が必要となった場合、今までのルートとしては救急車で入るルートしか基本的にはなかったのですが、そこまでではなく、例えば、肺炎かどうか分からず、X線写真が取れないので、ちょっと疑いがあるが、それから経口摂取が困難で輸液が必要だと、それで在宅が難しいという方を受け入れて、適切な医療を提供して、また在宅に帰るといった、在宅医療側のニーズに応じてやり取りするというのが地域包括ケア病棟の基本だと思います。手術された方を一旦そこへ移してリハビリをして帰っていただくという活用方法がメインとなっておりますが、本来であれば在宅医療とのやり取りが支援のかたちの1つです。追加ですいませんが、私としての意見です。

【委員】

ありがとうございます。先程、ご説明いただいた通りです。当院が積極的に訪問診療や在宅に出ていくことはあまり積極的に考えていません。それは地域の診療所の先生方をお願いしたいですし、その地域の皆さんが入院を必要とする場合は、是非うちへという支援の仕方です。

あと、ディスカッションの中で、訪問看護ステーションの話が出たと思います。うちの病院も訪問看護ステーションが併設してあるのですが、うちの病院として訪問看護ステーションに入っている患者さんのケースも多いのですが、地域の先生方の往診等の在宅診療の手助けにうちの訪問看護ステーションを利用させていただいているということが現在もありますので、引き続きやっていくということが、確かディスカッションの中であったと思います。

あと、へき地医療に関しても、へき地の診療所に赴く担当の先生がいらっしゃいますが、うちの病院が奈川、安曇に5つの診療所を抱えておりますので、その診療所を担ってくださっている先生方とともに、間接的にへき地医療を支援していくということです。

【委員】

へき地の関係の支援というのが分からないのですが、支援というのは医師を派遣するのですか、それとも病院全体として院内でチームを組んで巡回診療に取り組むのか、そこまで踏み込んだ支援なのか。これからの医師確保を考えると大変難しいとは思いますが、松本市立病院だけではなくて、例えば、信大病院さんに1つチームをつくっていただくとか、まつもと医療センターに1つチームをつくっていただいて、そういったチーム編成を組みながらへ

き地医療という巡回診療に取り組むのか、そこまで踏み込んで支援といったものを考えるのか。その辺のところをお話できればと思ったのです。

【委員】

現状のへき地医療はですね、支援していこうという気持ちでいます。具体的にいうと先ほど出ました、5つの診療所を2人の先生が担ってくださっているのですが、松本市への合併で、同じ松本市の診療所になっているものですから、非常にやり取りがやりやすくなっておりまして、医師との連携は、具体的にいえば、診療所に週1回または月1回、うちの病院の医師が行っておりまして、その間診療所の先生に来ていただいて、新しい薬や新しい治療に関して接する機会が減ってしまいますので、その間、診療所の先生方がうちの病院に来て、新しいものに触れていただき、また地域の皆さんが入院していますので、病棟に顔を出していただいたりと、そういった時間にあてていただいております。あとは、先生方も生身の体ですので、怪我したり、病気になるれたり、冠婚葬祭等で診療所を空ける場合の代診をやっています。

【事務局】

ただいまのお話に追加させていただきますが、市営の診療所については、病院とは別に市長部局で運営しています。今年度の行政改革の中で市営の診療所については、病院局との話もしましたが、新病院になる際に運営を一体化しようという方針を出している段階ですので、そこで運営方法を検討したうえで、その先の他の病院との連携を検討することになると思います。

【委員長】

これは会田病院の診療所化も含めて、市の病院としての診療所のセンター的な役割を内部に持つてもらうことが市立病院の役割だと思います。もう一方で、市が運営している診療所をどうするかという将来構想は重要で、担っていただかないと困るわけですので、松本市立病院がすべて運営を担うというようにはならない。やはり、腰を据えた診療所の医師がいないと、本当の密着した医療は難しいだろうと思います。医師会の立場からは在宅医療を担う診療所の医師をしっかり保つ必要があると思います。専門特化して在宅医療ばかりやるのではなく、日常のかかりつけ医の機能をもったうえで、その延長線上にある在宅医療を松本医師会はスローガンにしているので、診療所医師の養成を新しく、若い人が在宅医療に関与していく、それから高齢な方が続けられる体制づくりが必要です。やはり、24時間、365日全てを医師が1人で続けるのは難しいので、休むときのバックアップの体制をつくっているつもりでいます。そういったものはやはり病院として支援していただきたい。どうしても、病院機能が必要な状況になったら速やかに受け入れて、

医療体制を確保するというかたちの医療機関の分担、棲み分けだと思います。いかがでしょうか。他にご意見は。

【委員】

2 ページの健康事業の充実のところ、③のところ、病院の特色をいかに出すかが重要であると考えます。健康寿命延伸都市にあるように、ここでは健診・人間ドック体制の検討と書いてあるのですが、これはたぶん私が発言した内容だと思うのですが、さらに予防医学的なところも病院としてできると思います。例えばメディカルフィットネスとか、そういったところを組み込めないかと思います。つまり、高齢化社会で元気な高齢者を増やして、労働力として活用するようなことを病院として貢献できると、松本市の方針と合致して、重要な役割となると考えられるので、その点で何か政策的な考えがあれば、お聞かせいただきたい。

【委員】

素晴らしいご意見をいただきました。私としては具体的な政策については、現時点では答えられないところだとは思いますが、私個人としては、同じ意見です。アクティブシルバーという言葉があると思います。今、疾病を治すことだけではなく、健康維持、疾病予防、介護予防という言葉が非常にこの健康寿命を目指す松本市の中でも話題になっていますが、病院の建て替えを契機に組み合わせていき、地域包括ケアシステムそのものにも寄与できるように意識して、うちの病院の役割の1つになっていけたら良いです。存在そのものが健康寿命の延伸に寄与できれば良いと思います。住めば健康になるまちなどをキャッチフレーズに夢みたいに考えているのですが、具体的に何かあればお願い致します。

【事務局】

具体的なものはこれからですが、市議会の9月定例会で、健康事業ということで、健康寿命延伸都市にふさわしいような健康事業を病院の中でも考えてもらえないかという意見や、ヘルスラボがこれから法人化されますがその中で協力していけるか、それから世界健康首都会議の中でも、住むだけで健康になるまちが提唱され、その中で市立病院がどのような役割を担っていけばいいのか、まさにこれから検討しなければならないことだと思います。この委員会の中でもそのような意見がありましたら、お寄せいただきたいです。施策はまだまだこれからですので、新しい病院機能を考える中で何か健康寿命延伸都市にふさわしいような事業ができればと考えております。

【委員長】

ありがとうございます。今の健康福祉部が進めている健康寿命延伸のブレ

イン的な立場でいただくのが市立病院の役割だと思います。以前の意見で、市立病院は健診事業をやめてくれということですが、考え方としては市立病院の経営のためにドックや健診をたくさんやって、収入が得られれば経営が安定になる。1つ考え方ですが、健診やドックで異常を発見し治療していく、これも病院機能として本来だと思います。一定の規模のものはないと、機能分担と言っても役割が果たせないなので、やはり健診は民間病院、診療所でやらせていただいてという考え方は私からすると一理あると思います。ですから、健診センターをすごく充実させて、大健康センターをつくって大々的に市街からも呼びましょうという発想ではない方がよろしいかと思います。

【事務局】

先ほどの提案に関しまして、健康福祉部サイドからということで地域包括ケアシステムの構築をしていく中で、私どもも元気な高齢者の皆さんが高齢者を支えていただくという仕組みが重要だと思っております。健康づくり推進員の皆様による地域での活動ですとか、体力づくりサポーターという地域で積極的に体力づくりにかかわってもらっている委員の皆様がいらっしまして、皆様が地域での介護予防の教室ですとか、そういったものの担い手になっていただくということは重要ということでそういった施策を進めています。

また、介護保健制度の中でも新しい相互事業がはじまりまして、地域住民の支え合いということで、そういった事業を制度化していかなければならないと考えております。そういった中で、専門職の皆さんとの関わりといたしますか、一定のところで専門職の皆さんにご支援、ご協力いただくことが必要になりますので、市立病院との連携という点でそういったことも考えていきます。

【委員長】

ありがとうございます。いかがでございましょうか。

【委員】

長野県で健康保健組合は21あるのですが、その21組合の数字で本人の人間ドックの受診率が95.6%、被扶養者の受診率が61.1%ということで、本人の受診率はこの辺がピークだと思っております。被扶養者の受診率が伸び悩んでいるのですが、病院も被扶養者の受診率を上げていただきたいと思っております。

また、人間ドックで最近では、長野県全体はわかりませんが、うちの会社では約1,000人が人間ドックを受けているのですが、1泊2日の人間ドックはここ数年で10人にもいかないものですから、1泊2日の人間ドックは今

後の需要は見込めないと思っております。

【委員長】

ありがとうございます。非常に重要な、以前にも話が出ましたが、1泊ドックは実施が少なくなっているという指摘で、実際にそうなるということでした。短時間で効率よく健康のチェックをして、それを指導の方に回す。それから受診勧奨をしっかりとやって、それが実際に達成できてくるかという方法をもっと厳しくやる必要があります。やったけど受診してない人がたくさんいます。これは何のためにお金を出しているか分からないので、指摘を受けておいて、それに対して対策を取らないのであれば、健診やドックをやる意味がなく、厚生労働省に報告する受診率だけのことになります。受診勧奨から先はやはり病院の機能は重要になってくると思います。きちっとした診療所も必要ですし、病院として受診勧奨以上の対応をすることが必要だと思います。

【副委員長】

今、人間ドックの話が出ましたが、市民の立場で申しあげたいと思いますが、市の方でもいろいろ健診を受けなさいという配慮をいただいているのですが、健診の受診率は非常に低いです。受診率が低いというのは市民も悪いのです。制度化して行政の方でしっかりやりなさいといっているのにもかかわらず、受診率が非常に悪い。とにかく、受診率が低い。低いことは、一般市民は関心がないということです。ですから、一般ドックというのはなかなか考えないのです。団体に属している人間は制度となっているので、一般ドックをやりますが、我々一般市民のうちに入っているものは、そういう健診を受けようと思わないのです。市の行政が悪いわけではなく、我々も悪いのです。私も町会連合会の立場でありますから、これは町会連合会でもこういった話はしていますが、一般の方は理解し得ないのだと思います。そういったことを踏まえて我々町会連合会の立場でも助言していきたいということ、この席をお借りして皆様方に知らせていきたいと思っておりますのでよろしくお願い致します。

【事務局】

私どもも以前より悩んでいるところは、国保の特定健診の受診率はなかなか向上しないということで、国保の加入者の市民の皆様は25%なのですが、特定健診の受診勧奨をしているわけでございますが、昨年の受診率が45%くらいで、目標は6割を目指しているのですが、やはり1番の課題は、働く世代の40代から50代の受診率が上がらないということで課題となっております。私どもの勧奨のやり方も見直す必要があるのですが、そのことも踏

まえて市立病院の専門の先生方とご協議の中で検討していきたいと思っております。

【委員長】

健診の受診については、提供側の質もそうですが、健診内容の質自体が市民に対して、絶対にやりなさいと言い切れるものを提供するのなかなか難しいというところもあります。健診ですので、全く症状のない方を拾い上げて、がん検診についてはがんを見つける。例えば、バリウムを50歳以上の全員にやりなさいというのを50歳以上にしましょうというようになってきていますが、バリウムでの検査そのものが良いのかどうか。精度からすれば、今の松本市ではピロリ菌の感染の治療を、せっかく採血するので、その採血のときに調べて、ピロリ菌がいて、粘膜が萎縮しているから危険度が高いので内視鏡をやりたい。ピロリ菌感染がなくて粘膜の萎縮がなければ3年か5年に1回内視鏡をやっていただくという試みをしているわけですが、なかなか国の指針が変化しない。理由は研究として、その健診を受けた方がんの死亡率が下がったということが証明されないと採用しない。胸のX線写真を毎年撮る方が良いのか、3年に1回CTを撮る方が良いのかということもあります。そういったところは提供側もしっかりしていけないといけない。そのためにも、専門医による支援は重要です。市民のために役立つ健診でなければなりません。

【委員】

話を戻してしましますが、地域における役割といったときに、例えば、地域医療や在宅医療といったときに、松本市全体の地域医療を考えるのは非常に難しいと考えますが、松本市西部地区として、あるいは連携をとっている医療機関における在宅支援の部分。それから全体として、公立病院として担わなければならない部分というのは分けていただいた方が良くと思います。松本市全体をみななければならない意識もあるとは思いますが、それぞれ各地区に医療機関があるので、その部分で担えている部分を支援する必要はないといったらよくないのですが、やはり診療圏といいますか、診療所との関係が深いところの在宅支援を整理していただきたいと思います。そのうえで、松本市全体で支援が必要な部分や足りない部分を公立病院として担わなければいけないと思うので、その部分を1つの視野に入れながら整理いただきたいと思います。

【委員長】

ありがとうございます。非常に重要なお話だと思います。

【委員】

私は安曇なのですが、先ほどおっしゃられた国保の特定健診の受診率のワースト1は安曇です。安曇が1番低くて、保健師さんにもたびたび言われてまして、町会長会議でもこの話題は何回もやるのですが、どうやってやれば、受診率が上がるのか分からなくて、町会長さんが認識しても実際に言ってくる人は別の人ですので、何か方法があったら教えていただきたいです。

人間ドックについてですが、どうしてもお年寄りは農閑期に多いという話がありましたが、安曇から相澤病院に行くのは結構大変ですよ。自分の車でも結構行きにくいものもあるので、我々住民にしてみれば、近いところで人間ドックをやってもらった方が良いでしょう。

【委員長】

今のような話で、新病院の領域は松本市内だけではなくて、例えば安曇野市の南の方や山形村や朝日村、塩尻市の方が、保険証を持って受診をしてきて、そこに医療費を払ってくれる。そういう1つの産業というのも変ですが、病院として急性期についてはそのくらいの規模として持っていなければならないと思います。この病気だったら、市立病院の方が近いし治療も同じレベルだというような部分を持っている必要があると思います。それがないと、病院は成り立たないと思います。そのため、やはりスタッフと領域を絞らなければならない。総花的にもものすごく大きいことをすべてやることはできないので絞っていただいて、やっぱり今後をみながら、市の西の方に行こうと市民も考えるし、松本市外の方も行こうと考えるような病院を目指して、ものすごく大変だと思いますが、高木院長も覚悟を述べていましたので、やはりそれを常に続ける、それがないと新しい箱だけを建てることになり意味がないということです。

【副委員長】

新しいものをつくるのが市民にとって非常に関心が高いです。今まで皆さんが検討されている内容を網羅する必要があるのですが、市民からすると新しい病院ができると新病院に注目しますよね。この地域の方にとっては、新しい病院ができるということです。今、委員長さんがまとめてくれた考え方では是非市民の声を網羅したかたちで対応していければ、市民は新しい市立病院に必ず注目がいきます。そういうことを考慮してやっていただければ、ますます市立病院として知名度が上がるだろうと思っております。

【委員長】

本日の取りまとめ、病床の機能と数の問題、そして予防的な健康管理の話が出ました。一応集約されたのは、現在の許可病床215床を超えることは

しない。極端に大きくすることはしない。急性期の機能を保ったうえで、回復期、慢性期の機能をしっかり持つということです。健診機能とドック機能はある程度はあるけれど、おおがかりな拡大はしない。今までの検討の骨格はそのようになります。継続的に審議したいと思います。

それでは、一応時間がきていますので、次に行きたいと思います。病院の建設候補地について事務局から説明をお願い致します。

【事務局】

それでは資料の市立病院建設候補地の選定等についてをご覧いただきたいと思います。建設候補地につきましては、市として正式に発表する前に、一部新聞報道された経過がございまして、委員の皆様にも大変ご心配をおかけしましたことは大変申し訳ありませんでした。先日、市議会の市立病院建設特別委員会で協議しまして、了承されましたのでその概要等についてご報告致します。

1の経過ですが、昨年5月に病院内に立ち上げました新病院建設推進委員会において新しい病院の姿を検討する中で、候補地についても検討し、8月以降に市役所内の組織、市立病院建設庁内調整会議で検討、集約してまいりました。そして、先月の20日に市議会市立病院建設特別委員会において建設候補地の選定等について協議、了承を得たところでございます。

2の建設候補地の選定については、(1)の基本方針としまして、前年度策定しました「松本市立病院整備のあり方に関する将来構想」において、波田地区を中心とする西部地域を想定し選定を進めるとしてございます。

この方針を踏まえまして、(2)の考え方として、ア～オまで5点挙げておりますが、こちらにつきましては、裏面の資料1をご覧いただきたいと思っております。左側に考え方、右側に観点として整理しております。まず、1つ目、市立病院を利用する患者の医療（通院）環境を維持できる場所であること。右側の観点としましては、通院患者の主な地域、松本市内では西部地域、市外では周辺の山形村、朝日村、安曇野市、塩尻市となっております。公共交通機関の利便性ということで、現病院が上高地線沿線にあり、駅に近いということでもありますので、駅から徒歩10分以内、距離にしまして500m以内、さらに(3)の主要道路沿いということで、国道158号がございまして、さらに南北の主要道路にも配慮が必要であるという点がございます。

次に2の市西部地域の基幹病院としての位置づけに適した場所であることということで、市立病院の想定医療圏は先ほどの通りですが、この地域の基幹病院としての役割を担っていること。また、救急搬送受け入れ病院であるということ。これは搬送時間であるとか、進入路。それから圏域の中では1

番遠くの地域になります奈川地区、安曇地区との位置関係という観点でございます。

さらに、3番であります、市街地および周辺地域の病院との位置関係(立地特性)を保てる場所であること。市街地の病院との距離、到達時間。それから、他の病院との位置関係を変える必要がないということ。

4番目、災害区域等の指定がない場所であること。土砂災害特別警戒区域外、それから浸水想定区域外であるということでございます。

最後に5番目として、敷地面積が概ね30,000㎡を確保できる場所であること。これは災害対応を想定した規模であること。それから、将来における同一敷地内での病院建替えが可能な規模であるという点でございます。

報告事項に戻っていただきまして、(3)建設候補地であります、このような考え方を基本として、候補地5地点を抽出し、更に詳細に比較検討を行った結果、宮地エンジニアリング(株)工場跡地を建設候補地として選定したものでございます。

次にめくっていただき、資料2をご覧ください。こちらは上高地線沿線で抽出した5地点の候補地でございます。図の左の赤く記した部分が現病院の位置でございます。候補地については、黄色でお示ししております、①が波田中央運動公園、②が波田保健福祉センター周辺農地、③が宮地エンジニアリング(株)工場跡地、④と⑤が新村駅、新村交差点周辺農地でございます。上高地線沿線の駅を中心に内側の円が半径500m、外側の円が半径1kmの範囲を示しております、この中では②の波田保健福祉センター周辺地以外は半径500m以内の範囲になってございます。

資料3をご覧ください。新病院建設候補地比較検討表でございます。今申し上げました候補地5地点を候補地選定の考え方に基きまして、比較検討を行いました。この表の欄外の右下になりますが、評価は○、△、×で示しております、○は検討要件を満たすもの、△は検討要件を満たさないが問題点解決により可能性があるもの、×は要件を満たさないものとして整理しました。比較検討表の4行目に立地適性という行がございます。これは松本市の都市計画上、どのような位置づけになっているかということを見ております。候補地名は番号で申し上げますが、①と③の地点については市街化区域でございます、②、④、⑤は市街化調整区域となっております。市街化調整区域の3地点は評価を×としています。その他、新病院建設地検討要件であります、5項目整理しました。上から公共交通機関の利便性、最寄り駅から距離でございますが、要件として500m以内と設定しましたが、こちらでは②が700mということで△と致しました。その下、主要道路沿線

という要件であります。こちら②については国道から700m離れているので△でございます。その下ですが、西部地域唯一の病院ということで市街地病院との距離で評価致しましたが、右側④と⑤につきましては、今の病院から5kmほど東に寄りまして、市内の他の病院との距離が2kmと近づいていくことになりますので、×の評価でございます。次の土地の安全性につきましては、①が土砂災害特別警戒区域に接しているため×と致しました。

そのあとの資料、別紙4に松本市のハザードマップがございますが、中央やや右寄りに四角く囲った部分が、波田駅それから、現在の松本市立病院の周辺でございます。真ん中あたりに松本市立病院の表示がございますが、その道路を挟んで右側が波田中央運動公園になります。薄くて非常に見にくいわけですが、図でいくと南側の斜面が帯状に色が付いておりますけれども、これが急傾斜による土砂災害特別警戒区域に指定されております。薄茶色の表示の部分でございます。

また資料3に戻っていただきまして、検討要件最後の面積であります。面積想定を30,000㎡以上確保したいということで、ここでは①と⑤が要件を満たさず、×という評価でございます。その下には検討要件以外の留意点や問題点を整理しております。③は、工場跡地ですので土壌調査の実施が必要になるということや、工場地域なので用途変更手続きが必要ですが、すべての要件を満たしているため総合評価は○に致しました。①につきましては、問題点を3つ掲げています。土砂災害特別警戒区域の解除も必要ではありませんが、面積が確保できれば可能性ありとして総合評価を△と致しました。②、④、⑤につきましては、松本市の都市計画上、市街化調整区域であるため、公共施設の立地には適さないということで、総合評価は×としたものでございます。

用地対応の進め方ではありますが、これにつきましては、平成29年度策定予定の病院建設基本計画で必要な敷地面積等を明らかにしてまいります。

【委員長】

ありがとうございました。宮地エンジニアリング(株)工場跡地を選考された市議会の特別委員会で20日に協議され了承されたということでございました。冒頭にもお話がありましたが、議会に通る前に報道がなされて決まったみたいなかたちで報道されたのは、私からもそれはよくなかったですねと申しあげました。具体的な名前は結構語られていましたので、秘密が漏れたわけではないのですが、やはり手順としては、議会に通って議論がされて、正式に決まったという時点で報道されて欲しかったと思います。そのことは強く申しあげました。特別な意見がなければこの件は置いておいて、この委

員会としては選定に関して責任はないので、我々が審議してきた中で選定についてご意見があれば、お願いしたいと思います。

【委員】

1つ質問ですが、土壌調査でもし基準を満たさない場合はどうなるのでしょうか。

【事務局】

土壌調査ですが、やはり工場跡地ということで、豊洲の問題もあることから調査が必要であると考えています。これから相手先と交渉がはじまるものですから、考え方としては土地を取得する際には、土壌汚染のない、瑕疵のない状態で土地を取得していきたいと考えておりますので、これからの交渉の中で、相手先に土壌調査をしていただいて、土壌汚染の特別対策法がありますので、そちらの基準ですとか、あとは先ほどの特別委員会の中でも指摘がありました、どういうものがなかったらクリアになる基準を明確にしたうえで、相手と交渉して貰いたいということもあります。市としては、土壌が汚染された状態で土地の取得はしない。汚染されていない状態で取得をするという考えでありますので、仮に土壌汚染があった場合には、土地の入れ替えをして、さらに汚染がない状態を確認したうえで取得するような考えであります。

【委員長】

非常に重要なことだと思います。鉄鋼製造所後なのでいろいろ可能性があると思います。他に何かありますか。なければ、今の報告を頂戴したということで次にいきたいと思います。

今回は2月19日となっております、あとで正式にご報告がありますが、研修教育、情報提供体制等、今日も少し出ましたが、そういう内容と新公立病院改革プランに伴って、この計画はどうかということディスカッションします。

それから、提言書もまとめていく時期になっているので、そのこともディスカッションして、まとめる作業は事務局にお任せして、何度か見ていただきながら取りまとめをしたいと思います。よろしくお願い致します。それでは議事を事務局にお返し致します。

【事務局】

ありがとうございました。本日の内容は論点整理の中に追加しまして、委員長のお話の通り、この検討委員会の最後の2回は提言書の実際の内容に入っていくわけですが、その中で今日の話の踏まえた内容を再度ご確認ください。機会がございますのでよろしくお願い致します。

次回ですが、先ほど委員長からお話がありました通り、2月19日の日曜日、この同じ会場で午前10時から開始致します。内容は先ほど話した通りでございます。

それでは、本日の検討委員会をこれで終了とさせていただきます。

6 傍聴

(1) 傍聴者

18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2月19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