

# 第 4 回

米沢市立病院の在り方に関する検討委員会

## 会 議 録

平成25年3月12日（火曜日）

## 第4回米沢市立病院の在り方に関する検討委員会会議録

1 開催日時 平成25年3月12日(火) 午後6時35分～午後8時00分

2 開催場所 米沢市立病院中央診療棟3階講義室

3 出席委員 7名 欠席委員 2名(網掛け)

国立大学法人山形大学医学部放射線腫瘍学講座教授	根本 建二
公立大学法人福島県立医科大学医学部心臓血管外科学講座教授	横山 斉
公立大学法人山形県立米沢女子短期大学長	遠藤 恵子
社団法人米沢市医師会長	高橋 秀昭
社団法人米沢市医師会理事	小林 正義
置賜保健所長	山田 敬子
山形県健康福祉部地域医療対策課長(兼)医師・看護師確保対策室長	船田 孝夫
米沢市健康福祉部長	菅野 智幸
公募委員	佐藤 勝子

4 事務局 14名

米沢市立病院米沢市病院事業管理者(兼)病院長	芦川 紘一
米沢市立病院副院長	岡田 昌彦
米沢市立病院副院長	北村 正敏
米沢市立病院副院長(兼)看護部長	井上 栄子
米沢市立病院第一診療部長	八幡 芳和
米沢市立病院第二診療部長	松本 幸夫
米沢市立病院診療技術部長	大串 雅俊
米沢市立病院薬剤部長	半澤 優子
米沢市立病院事務局長	加藤 智幸
米沢市立病院総務課長	伊藤 秀一
米沢市立病院医事課長	我妻 祐一
米沢市立病院総務課経営企画室長	高橋 修
米沢市立病院総務課経営企画室主査	高橋 允
米沢市立病院総務課主任	後藤 英生

5 傍聴者 0名

第4回 米沢市立病院の在り方に関する検討委員会

日時 平成25年3月12日(火) 18:40～

場所 米沢市立病院 講義室

議 事 次 第

開 会

議 事

- 1 議事録確認
- 2 配布資料説明
- 3 米沢市立病院の担うべき機能について
  - (1) 救急医療について
  - (2) 基盤医療について
    - ① 一般医療(急性期医療を含む)
    - ② 感染症医療
    - ③ 在宅医療(看取り医療を含む)
  - (3) 政策医療について
    - ① がん医療
    - ② 災害医療
    - ③ 精神医療
  - (4) 人工透析について
  - (5) 周産期医療について
  - (6) 小児救急医療について
  - (7) 地域医療連携の推進について
  - (8) 地域への情報発信について
- 4 人材確保等について
  - (1) 医師確保
  - (2) 看護師確保
  - (3) 教育研修機能
- 5 施設の改善について
- 6 経営の改善について
- 7 その他
  - (1) 次回の委員会開催の日程等について

第3回委員会で検討済

閉 会

<配布資料>

第4回米沢市立病院の在り方に関する検討委員会資料No.4-1

◇◇◇ 議 事 ◇◇◇

開会 午後6時35分

委 員 どうもご苦労様です。第4回の市立病院の在り方に関する検討委員会を開催したいと思います。今日は、予定では新幹線の時刻を加味して40分開始にしたのですが皆さん早くお着きになったので早速始めたいと思います。資料を確認していただきたいですけれども、第4回と書いてあるものが1枚目で、次に資料の4-1というのがあります。今日はこれに沿って議論を進めていくという予定になっています。今まで議論がある程度終わったところは網掛けになっておりまして、その続きを今日は議論します。あと第3回の議事録が書いてあります。これは皆さんに既にメールで送っておりまして一応了解は取れておりますが、もしお気づきの点などがありましたらご意見をいただきたいと思います。最後ですけれども、この間ちょっと出ましたが米沢市立病院の在り方に関する意見書ということで、病院歯科の設置ということが出ておりましたので、これは一般診療の中の一つでありますので、その枠組みで、個別の診療科についてはこの場合必ずしも議論をしていく場ではございませんので、一応こういうことがあったということでお伝えするような次第でございます。特に資料で過不足等ございますでしょうか。ないようであれば新幹線とか色々な時間もあるようですので早速議事に入りたいと思います。予定ではあと2回位でこの在り方の網掛けじゃない部分の議論を終わらせて最後にまとめて1回全部レビューして最後の案をまとめるというような形を予定しております。早速ではありますけれども、まず災害医療についてというところから今日の議題ということになります。これは資料の3-1の3ページ辺りがその内容になっております。今回から議論をはっきりさせるために現状というものを書いて、それから課題、対応・対策という順番でまとめていただいておりますが、さっきちょっと見直していたのですが現状のところに対応が書いてあったり、多少ごちゃごちゃしているところはございますが、基本的にはこういった方向でまとめているところです。事務局の方から説明をお願いします。

《事務局から資料4-1及び資料3-2の災害医療の説明》

委 員 現状としては災害の時には一定の機能は果たしているというところが大きなまとめだろうと思います。ドクターヘリなどを使いながら今の機能を維持するというところが主な項目だろうと思いますが、特に問題になりそうなのが拠点病院の指定を取るところまで充実させていくかというところが一番だと思えますし、置賜の二次医療圏での在り方全体というところがもう一つ課題のような気がします。カルテのバックアップは、これは必須なことになってくるのでどうしても盛り込んでいく必要があるかというふうに思いますけれども、何かこれについてご意見ございますでしょうか。

委 員 災害拠点病院の要件というのは分かりますか。市立病院に足りない部分はどの部分ですか。

事務局 分かっている範囲で、建物の要件や人員とか施設とかもそれなりのものがないとダメだということになっています。一般的な要件としては二次医療圏に一つということになっているんです。色々な補助金が前と変わってはいないと思いますが、国と県と当該地域が1 / 3ずつ負担することになると思います。色々な設備を全部入れると5億、6億それだけ掛かります。

委員 二次医療圏はよく分からないのですけれど、そうするとここでやらないとどこがやるんですか。

事務局 県南だと置賜地域で、置賜公立総合病院が指定を受けています。

委員 ドクターヘリですけれど、ヘリポートというのは予定されていました。新病院で。

事務局 その議論はまだ全然していないわけで。ランディングポイントとして河川敷が一番近いところですので河川敷となっています。

委員 河川敷ですね。そこから救急車で運ぶ。現状もですか。

事務局 現状もそうです。

委員 地域には1か所が原則でそれ以上は、というところはいかがでしょうか。

委員 だとすると荘内病院がなぜ指定されているかなんですけれど、その辺確認してこなかったんですが、当時、災害拠点病院の指定はそんなに大昔ではないです。なので、どうしてここが外れたのかは、たぶんハード面なのかと思って私はお聞きしていました。そこを確認しながら、二次医療圏といっても置賜二次医療圏は神奈川県サイズなんです。山形県は神奈川県が3つ半ある位大きいので、人口規模で30万で1個というのが二次医療圏の一つの定義なんですけれど、それと面積を加味しなければいけないと思うので、必ずしも二次医療圏に1個という指定だったか自信がないです。それを確認しながら将来に向けて県と国と色々話しをするべきかと思います。

委員 サイズ感を確認したいんですけれど、置賜の二次医療圏の人口は何万人ですか。

委員 22万人です。神奈川県サイズです。

委員 大きい、広いということですね。

委員 山形市を含む村山も、庄内も全部同じ位のサイズです。神奈川県が3つあって最上がちょっと小さい。

委員 広域で人口はある程度散在しているというイメージでいいですか。

委員 浜通りと中通りと会津という、大体そのサイズです。

事務局 東京で言うと23区位だということです。

委員 需要を考えますと一定の機能を有すべきだし、そういう意味では、指定を取るところを目指して、新築の際にその機能を持たせるようにするというところは、まとめとしてはよろしいのかと思います。

委員 この前もお話ししましたがけれど、がんの拠点病院ですね。あれも地域に一つですけれど庄内は実質的に2つになっているわけで、であれば拠点病院は、やはり目指すべきものだと考えます。

事務局 目指すのはいいですけれども、それなりの経費がかかりますので、それは内部で検討したいと思います。

委員 もし建物の要件がそれを満たしていない、それだけであれば、人は当然いるに越

したことはないわけですが、器械とかそれでできないということよりも、この建物の耐震性がないわけでしょう。結局、だからというわけではないんですか。

事務局 建物だけではなくて、色々な人のこととかが関わってきますので単純ではないんです。ただお金をもらって黙っていたって出来るという話しではないので、十分な検討が必要かと思います。

委員 まあ目指すという書き方であれば、目指してダメなら引くということもあるので、取ると書かないで目指すという位の記載にしておくということでもいいのかという気はいたします。

事務局 少なくとも2/3は他からもらってくるお金ですので。

委員 一応そういうまとめで、また最後にまとめたものを全部皆さんにレビューさせていただきます。とりあえず災害医療については、この辺にしたいと思います。次に精神医療ですけれども、これについても事務局お願いします。

#### 《事務局から資料4-1及び資料3-2の精神医療の説明》

委員 かなり救急も含めて機能しているということですが、なかなか採算性とか多々ありそうだというようなことです。どの位の赤字という感じなのでしょう。具体的な大きさというのがイメージできないんですけれども、この部門だけ切り離すということはなかなか分からないところですよ。

事務局 この部門だけ完全に切り離すことはできないので、例えば県立鶴岡病院は一応単科ですけど、そこの人件費が医業収益の133%です。これは昨年度、平成23年度の数値で、これは公表されています。要するに人手は掛かるけれども収益は上がらない、そこも県立ですから公務員が働いているわけですけど、そんな感じになっていますので、精神医療というのは全然割に合わないということです。これは総合病院と単科の精神科の病院では全く違い、医療の診療報酬も違いますし、医師1人当たりの患者数も違います。そういうところで合うか合わないというのが決まってくるのだと思います。精神科病棟の90%以上は単科の精神科の病院です。総合病院からの施設もどんどん減少していますし、5年間で10%以上施設が減っていますし、病床でも20%以上減っていると言われていています。かなり大きな大学病院クラスでも精神科病床をどんどん撤退していますので、合わないことは事実なので、どうやって維持していくかが、やはり県としてもどう考えるのか興味があるというか、ある程度の機能は維持していかなければならないと思いながら、かなり辛いなという感じで考えております。

委員 県としては何かございますでしょうか。

委員 採算という視点だけではなくて、精神医療をガラッと今見直しているところなので、入院ではなくて地域に帰そうアウトリーチで診ようというふうになっているので病床を減らしているという流れもあります。ですから両方なのかなという、採算の方でも少し締めながらどんどん地域に帰そうというふうに国が考えている。特に認知症は入院で診たらそこで止まってしまうので、どんどん地域の色々な福祉部門と連携しながらできるだけ入院させない治療をしようとしていますから、ベッドはもっともっと減らしていく、国もそうですし県もそうだと思いますし病

院様の方でもそのようなご検討が望ましいと思います。

委員 地区の先生方はどうでしょうか。

委員 最近の情報ですが、南陽に佐藤病院があります。佐藤病院は特化した精神科で、今、認知症のセンターという立場で動いているようで、今後、センター的な役割と連携ということで、各医師会、各地域と色々連携することによって早く現場に戻そうということで動きはもっと早くなってくるのではないかと思います。ですからこちらの負担も少しは軽くなるかもしれませんが、その辺が上の方にも書いてありますが、身体合併症を持つものというのがなかなか向こうには引き受けてくれないので、それは今後とも米沢市立病院がメインになっているんだらうと、ほぼ100%身体合併症を持った患者はこっちに回してしまいます。

委員 その辺の調整は今進めていますので、100%にならないように、かかりつけ医がある程度診るようにしています。

委員 今70床ですよね精神病床、そこで認知症の患者さんというのは大体何人位いるのでしょうか。認知症だけに言ってしまうと精神病棟というのではなくて、統合失調症とか色々な人がいるわけなので、そういう人をどうやって診ていくのか、認知症も数は増えていくわけですからそれは施設で診る、自分のところで診るのも結構大変ですから、どうにもならなくなったら病院にお願いすることになるのですけれど、結局こういう病院であれば認知症のことは置いておいて、その他の精神疾患で体の方が悪いとかよほど大変だという人に特化してやるべきだとは思っています。

委員 やればやるほど赤字になってしまうのが問題で、その辺をどう考えていくかと思っています。自院として。

事務局 今回、産婦人科で精神疾患を持ってお産した方がどの位いらっしゃるのかと思って調べましたところ、年間10人でした。この間、県の周産期の検討委員会に出させていただいていますが、その中で問題になっているのが、精神疾患を持ったお産の患者さんを県内の先生達が困っていらっしゃって、その辺を、今後県の方でどのようにしたらよいのかという検討にはなっておりました。当院は精神科があるので、そういう患者さんもお産をなさっているような状況ですけれども、現状としては県内でも困っているようなところです。

委員 需要はあるけれどなかなかペイするのは難しい。何か県の方でありますか。財政的な何か色々な話しになってきかねないと思いますが。

委員 私の立場ではお答えできません。ただ、あえて言うんですけども、これ精神科の医療と言いながら精神障がい者になってしまうのです。障がいの県の担当と医療の担当と二手に分かれてしまうので、なかなか話しが進みにくいのかと思っています。

事務局 病院としては必要なことは分かりますが、好きでやっているみたいに考えられて皆引き受けてくれと言われると、それはちょっと違うんだと、これはあえて言いたいわけです。認知症の人は、10%以上入っていることはありません1桁数人位で、一般病棟でどうしようもなくという人が入っていますけれども、経営の考えは合わないの、そこをどのようにやるのかを県の方でも考えてもらいたいと

思います。身体合併症になって特に措置入院が必要な人とか手術が必要な人とか  
が皆こっちに送られてくるわけです。それはここでやっているからということに  
なりますけれど、ただ重宝がられてというのではなくて、色々バックアップして  
ほしいと思います。なっているとは勿論思っていないかもしれませんが。

委員 まあ、ここは県医療を議論しているわけではありませんが。

委員 一応承っておくということ。

委員 落としどころをどの辺にするかということ。必要性はかなり高いだろうと、採  
算は取れていないというのも一つあるので、この辺はいい書き方をしていると思  
いますが、各種の支援を検討しながら今後の在り方を考えて行くという位にして  
おかないと。それしかないという気がいたします現状では。

委員 実際に病床を減らせとか、そういうことは言えないわけですね。

委員 必要性を考えるならば3番目の対策・対応という結論しかないわけです。

委員 70床が多すぎるとは書けない。

委員 その辺が落としどころかという気がします。ということでよろしいでしょうか。  
市民目線ではどうでしょうか。

委員 どういう実情なのかここに勤めていた関係でそちらの事情も分かりますので、何  
とも言い難いです。

委員 一応この対策・対応のような書き方でいきたいと思います。よろしいですか。次  
に透析です。これも事務局からお願いします。

#### 《事務局から資料4-1及び資料3-2の人工透析の説明》

委員 まとめますと、確実に需要は増えてくるだろうと、地域としての透析機能は少し  
低下するかもしれないので増床も考えて行かなければならない。糖尿病をマネジ  
メントする機能というのは、この地域は入っているのですか。バックになっている  
部分。

事務局 現状の追加事項の4番目です。予防・啓蒙活動という意味では、透析導入予防加  
算ということで動き出しておりますし、患者さんは医者の話よりも看護師やコ  
メディカルの話の方が聞くので、4年後になりますけれど県立米沢栄養大学で  
管理栄養士ができるので、実働では5年後になります管理栄養士が毎年40名  
ずつ卒業しますので、5年後にはスタッフ面でもしっかりしたものになります。  
当院では、糖尿病地域連携パスと糖尿病の透析導入予防についての試みを学会で  
発表しております。東北6県でも当院だけになります。ただ実際にはなかなか上  
手くいかないですけれども、いい方向には向かいつつあるのが現状になります。

委員 ということで経営も考慮して増床をすると、リスク分散でバックアップ機能、バ  
ックアップとは具体的に何かあるのでしょうか。この辺をどうするというような。  
書くのは簡単なのですけれど、じゃあどうするのだとなったときに、何か地域で  
お考えになっていることとかございますでしょうか。

事務局 実際はないと思います。

委員 地域を越えてだとある。

事務局 ですから結構山形に送ったりした症例もあるみたいですね。高島病院で始めて一時



少しはさばけましたが、もう直ぐにいっぱいになってしまいます。

委員 開業医の先生が閉院されるとあっという間に足りなくなってしまうですね。

事務局 もう今月でやめていますので。

委員 透析は置賜総合病院でも病床を増やすという話しをお聞きしています。今後数年の間はまだ患者は増えるだろうという予測はありますが、逆にしばらくするところになってくるのも結構この地域だと早い可能性がありますし、何よりもやはり予防・啓発というところを、保健所の方でも糖尿病がこの地域の課題だということもあって、先生方にご相談しながらネットワークでそちらを支える仕組みを、専門医が少ないので、そういう仕組みを作ろうとしているところです。もう一つ、バックアップとは私も同じように引っかかったのですが、災害時であれば透析医学会の方で今回の震災のとき対応されたように、そのとき全国ネットで支援できるはずですので、何を想定しているかによって変わってくるのかと思って聞いていました。

事務局 透析医療は、血液透析と腹膜透析ということで、世界でも腹膜透析をこれほどやっているのは日本だけです。そういう面で透析の台数がなくても自宅で腹膜透析ができるパターンに当院の腹膜透析外来も数をやっていますので、そういう面でこれから先も、腹膜透析もあまり長くはもたないです。当面透析の差しさわりがなくても腹膜で回せるようなシステムに変わってきつつあるのが現状です。

委員 機能としては維持すると、需給を考えながら増床・減床も臨機応変に対応していく。あと予防がキーなのでその辺の機能としては強化する方向でといったまとめになるのかと思いますがいかがでしょうか。

事務局 実際は専門医が非常に少なくて苦慮しています。大学にも本当にいないです。

委員 よろしいでしょうか。次に周産期医療について事務局からお願いします。

#### 《事務局から資料4-1及び資料3-2の周産期医療の説明》

委員 これは地元の方の意見をいただければ。

委員 市内で開業されていらっしゃる先生がここ数年間で増えましたので、どうしても市立病院の産婦人科の病棟とか環境を考えると、開業医の先生達の方が食事とか環境がいいので、そちらがいっぱいになっていると聞いております。そちらを選んでいる方が多いと。

委員 ただハイリスクとかになるとこの機能は求められているのですよね。

委員 これは米沢だけというよりも広範に考えるならば、置賜22万人のうちの西の方の周産期が非常に問題になっています。色々な連携の中で村山地区と連携という形を取らないと置賜では対応できないと、特にハイリスクとかNICUとかが問題になっています。ですから現状プラス連携しか現状ではないと思います。

委員 ここで少し足りないところ補足させていただきたいのですが、資料編の14ページで、実は診療所でお産できる所が、置賜は4じゃなくて今は3になっています。1軒減りました。昨年高齢だった先生がお産の取扱いをやめていますので、これは若干古いです。併せて、今、村山管内と連携という言葉が出たと思いますが、14ページの周産期医療の1というところで3次周産期医療ですけれども、山大

だけではなくて、山形県は3次周産期医療も含めてネットワークを作っています。県立中央病院に総合周産期医療センターがありますし、山大と村山管内ですと山形済生病院という、その3つの病院が3次で連携してNICUがいっぱいになって受入れを断らないように、そういう仕組みを作っています。昨年、置賜は周産期が課題なので、地域医療再生計画のお金を使って、こちらの病院様もつながっていますけれど、妊婦さんが了解していれば、こちらから3次を送るときにデータが先にパッと行くようなITでつながる仕組みです。それはもう出来上がっています。ですからNICUをあえて作らない方向というのは、そういう仕組みがあるからです。

委員 連携強化ということですね。一言で言うと。

委員 確かに人的な面、施設の面からいってもNICUは相当ハードルが高いと思います。いよいよとなればドクターヘリの方も11月からやっていますからそれを使うことができるし、ICUの機能強化で34週でなくて32週になれば、何とかもう少しこちらでもやれるようになるのではないかと、この書き方でいいのではないかと思います。

事務局 いずれにしてもこの間も話しが出ましたけれど、救急がしっかりしていて、ちゃんとお産ができて、次に小児医療がありますけれど、その辺をしっかりとこの地域の人には住めなくなると思います。ここはちゃんとした機能は維持すべきだと、最低限今のレベルは保って、後は連携で何とかしのいでいくというふうに思っています。

委員 現状プラス強化というようなところでまとめて行きたいと思います。次に小児救急医療について事務局の方からよろしくをお願いします。

#### 《事務局から資料4-1及び資料3-2の小児救急医療の説明》

委員 小児科の医師が少しでも増えれば大分違うということですね。機能としては現状のものでかなり機能しているということですのでそれを維持していくということですが、やはり継続性というものを担保するためには人の確保も、人の確保は後の方で話しが、4番の大きなところで人材確保というのがありますので、ここで包括的に議論しなければいけないと思いますけれど、まずここでは持つべき機能ということで。これは小児科学会で作っている案なのでしょうか。それと地域小児医療センター機能を持たせていくということと夜間のコンビニ受診です。これを対策としては考えているということだと思います。

委員 コンビニ受診への対応ですが、どのような対応が考えられるのでしょうか。

委員 これは色々な指導とかしかないでしょう。我々も軽症が来たときは高いお金をもらったりしていますけれど。

委員 大きく分けて対応する設備と地域住民への啓蒙です。住民への啓蒙というのは電話、救急の#8000番が、それから、米沢で夜間診療、休日も小児科と内科と別々に専門に小児科の先生に来てもらって頑張っています。その時に電話でくることが結構多い、件数はそんなに多くなくとも電話対応で夜相談に乗ってあげることも必要です。それであれば病院でなくて休日診療所でいいですよとか、明日

まで様子を看れるよというようなことで。今、休日診療所も多いのが、先週も来たよねとか、今日も日曜に来たよねとか受けるのが常習化している人がいるのです当たり前のごとく。そういう意味では啓蒙と体制の両方を平衡していかなければいけないです現状では。

委員 今、電話相談の話しがあったのですが、ダイヤル#8000番は今年度までは1回線しかなかったのですが、来年度から2回線にできるように県の方でやっと予算の方を付けてきている話があります。夜間のご相談が重なってしまって上手く受取れていないという実態があったので対応を進めているようです。

委員 お話中というというのが結構多いと少し話題になっています、小児の救急の電話相談で。

委員 概ね内容としては、ここに書かれている2つの内容を基盤に、人をどうするかというのは具体的に最後の方で色々また、話して解決するかどうかは別として議論しなければならないと思います。

委員 現状のところで置賜管内で入院できる病院は2つしかないのです。これで書かれてしまうと東南置賜だけになるので、もっとこの地域にとって大事だと書いていただいた方がいいと思います。

委員 事務局よろしいですか。

委員 次に地域医療連携について、事務局の方からお願いします。

#### 《事務局から資料4-1及び資料3-2の地域医療連携の推進の説明》

委員 何かまとまったような、まとまらないような話しで、はっきりしないのですけれど、とりあえずITは色々連携を模索しているというところですか。これは主に病病ですか病診まで踏み込んでいるのでしょうか。色々なICTとかOKI-netとか色々ありますが。

委員 病診です。

委員 病診で主にやっています。

委員 病診も病病もです。

委員 両方やっています。かなりこれはもうITの情報レベルでは達成されているということで、どんどんやってくださいという話しですかね。そうするとITのネットワークの出てくるところのデータの場所というのは分散なのですね。各病院で持っていて、合同のサーバーみたいなものはないのですか。

委員 市立病院のふるさと元気事業のデータというのは最終的にはどこに入ってくるのですか。

事務局 ふるさと事業のものは米沢市立病院にサーバーが置いてあって、そこから画像中心なのですが、紹介された患者さんのデータを各診療所で見られる。しかもPSPの読影端末で全部見られますので、私が読影している感覚と同じ感覚で診療所で見られます。もちろんコメント、報告書も全部、私がクリックするとそのまま診療所で見られます。OKI-netの方は、どちらかというところ県の方の事業で置賜総合病院の方が中心になって作られた病診連携システムですが、これは電子カルテのサマリーとか検査とかが簡易的に見られるようなシステムです。

画像を見るにはちょっとつらいですけれども、一応情報は全部見られます。病病連携にもなっていて私も置賜の方から紹介された患者のものが見られる。ここには書いていませんが、これ以外にも予約システムです。外来予約システムが24時間できるということもあって、多分置賜は県内で一番昔からネットワークが盛んで、日本的に見てもかなり進んでいるところだと思います。

委員 これはトップレベルでやっているということなので、このままやればいいのかと思います。色々な事業がごちゃごちゃに入っているのが気になっていて、これは統合は取れているのでしょうか。それぞれ、バラバラですか。

事務局 バラバラです。

委員 その辺は少し課題としてどこかに。

委員 将来的にはOKINETが中心になって行くであろうと思っています。

委員 ただあれは画像が見られないので、全然ダメ

委員 市立病院の方がずっと見られます。サクサクと上がってきます。

委員 あとパスの問題が何か所か出ていますけれど、これはどうなのでしょう。地域の先生方と病院でパス連携は上手く動いているのでしょうか。或いはもう少し何とかしなければいけない状態なのでしょう。

委員 数字的にはそんなに多くはないかもしれませんが、ずっと動いてはいるわけです。

事務局 この他に脳卒中と大腿骨の地域連携パスが動いていて、大腿骨が米沢地区だけだったのですけれども、置賜総合病院と今度一緒にすることになり置賜地区も大腿骨は連携するようところで進んでいます。

委員 パスもネットワークも従前のおり推進していただくということで、あまり大きな問題も発生していないと思いますし、そういった方向で書き込んでいくという形で。

委員 これは院内で地域医療連携を推進する部門があるのですか。患者さんが転院するときに色々な手続きをやっていただくような。

事務局 地域医療連携室というところが担当しております。

委員 大変よく機能している。

事務局 それなりに。

委員 よく機能していると思います。

委員 よくだと思います。

委員 そういう方向でまとめていただければと思います。次に地域への情報発信です。これも事務局からお願いします。

《事務局から資料4-1及び資料3-2の地域への情報発信の説明》

委員 市民目線で、こういうのをもっと推してほしいとか、病院のこと分かりますか。

委員 分かります。情報は大体入っています。広報なんかも毎回見させていただいています。市民向けの公開講座とか色々なところにポスターが貼ってあったりしますので。

委員 大学も似たような悩みを抱えているところなのですけれど、ホームページという

のはアクセスしないと見てもらえない。無理やりにでも見てもらいたい人達にも情報を発信しなければいけないので、その方法として広報紙というのを工夫して、例えばコンビニにでも置いてもらうとか、或いは例えば市政だよりと一緒に配付してもらうとか、色々工夫が必要かと思えますその辺り、細かいことになりますけれども。

委員 そういう意味で広報よねざわというのは全世帯に配布されているわけですから、それを上手く利用して、ただなかなか入り込めないんです沢山ありすぎて。

委員 なかなか大変ですが、これも今やっている方向で色々なメディアを駆使して、電子媒体、紙媒体で広報していくという機能を、これも大きく変えるところではないと思えますので、従前のおり広報紙、市民対象セミナー等の情報発信の強化、こういった書き方で妥当かなと思えます。ここまでで何かございますでしょうか。機能の話は大体この辺までで、最後にもう1回議論はできますけれども終わりになります。機能、今までまとめて2回に亘って話してきましたが、たたき台が出来てから内容について、たたきを基にして検討してきましたが、これだけは足りないとか言い忘れていたとかがあれば一度お聞きしてもよろしいかと思えます。何かございますでしょうか。

委員 災害医療の件で、資料の3-2の10ページに災害医療（新規資料）イメージ図と書いてありますが、これは米沢市立病院で独自に作ったのですか。大規模災害発生時における医療救護体制（イメージ図）と書いてありますが、まったく別に作ったのですか。

事務局 これは県の保健医療計画の資料の抜粋でございます。

委員 今、災害医療救護に関する県の統一した図がありますが。

委員 これは前回の医療計画です。今、見直しているものを載せているのではなくて前回のものを載せているので。

委員 古いのだと思えます。

委員 あれはまだオープンになっていないです。

委員 だから載せられない。

委員 公表が4月でしょう。

委員 議会が終ってからになると思えます。

委員 保健医療計画についてはまだ決まっていないことは事実ですけど。

委員 図の方ももう少し整理されています。

委員 もう1点気になったのは、災害拠点病院になるならないの問題とは別個に、DMATという発想はこの市立病院であるのかないのか。

事務局 災害拠点病院そのものが阪神淡路大震災の後でできたわけです。そこでDMATも一緒に動いているわけです。ですから独自にとってもなかなか体制とか何かを考えると、それは災害拠点病院と併せて検討するでいいのではないかと思えます。今作りますとか目指しますとかいう話しではないと思えます。

事務局 国の計画でDMATは1,000隊ちょっと出来ましたので、災害拠点病院の方からDMATが派遣できるような体制というものを国の方で考えて行っていて、一応、1,000隊できて1年か2年経つので、それからは新しいDMATの要

請が来ないのが実情で、こちらからいくらやりたいと言っても、ある程度出来てしまったのでそれ以上こちらからはしないという状態です。

委員 せっくなので拠点病院の紹介をしてください。

委員 今、調べてみたのですけれどハード的な面が大きいです。耐震構造とか備蓄とか、管理使用できるある程度広い面積があるとか、そういった要件だけですが、どういう財政支援があるとかそういうことまでは分からないですけれど、おそらく大災害があったときにここが拠点になりますので、そういう方向性でいいと思います。

委員 担うべき医療で種々の検討をされていましたが、例えば機能充実を図るといふ文言なのですけれど、院内の体制をこういうふうに変えた方がいいとか、マネジメントとか。具体的に言うと例えば色々な診療科があった場合その連携を取るようなセンター化とか、多職種でチーム医療を推進するとかを議論する場所というのはあるのですか、この検討会で。

事務局 そのことは実は話した方がいいかと思いましたが。一般医療のところでも、例えば極端な話し今やっている診療科で外来だけお手伝いいただいている科が何科かあるわけです。それをフルバージョンでやった方がいいのかどうか、取捨選択みたいなのが必要かどうか、それから県南ですと心臓大血管ということになると、外科まで一緒になって手術まで行くというのは一つの特徴だと思いますので、センター化するとか、そういう検討したらどうかということを入言に入れていただいた方が検討しやすいのではと思っていました。

委員 例えば心臓血管外科は今外科と病棟が一緒で、循環器内科とは別ですよ。これはやり方としてはちょっとアップデートではないので、その循環器内科外科一緒に循環器センターの方が色々な面で便利で、そことICU、手術室、カテ室が連動しているというのは、非常に働きやすいし患者さんにとっても非常によいし働いている職員にとっても非常によい。その辺の色々な検討とか、多職種でチーム医療を行って行くということは、ドクターにとってもかなりの負担軽減につながります。後で医師確保とか看護師確保とかの話が出てきますけれど、それでかなり負担も楽になりますし、色々な目で見ていることが患者さんの利益につながりますので、その辺の何かリコメンデーションを入れるような場所がどこかにあればと思います。

事務局 ここには書いていないのですけれど、色々なチーム医療をかなりやっていますので、そういうのを是非発展していくようにとか、機能面で十分に発揮するために色々再編、名前は別にしても、再編などを検討してはどうかという文言を入れてもらえればやり易いとは思っていました。

委員 特には、細々とした個々のチームに関しては議論する時間がないのですが、大きなところで今言ったセンター、そこは組織図をこの会で1回見て、その組織図自体をどうまとめて行けばいいのか、委員がおっしゃったのは区切りのやり方をもう少し機能的にしたらどうかという話しですので、次回までに資料として病院の組織図とか診療科の体系図みたいなもの、そういったものがあれば見せていただいて、何がしかのコメントが入れられれば入れるように、特に最後に全体の

討議がありますので盛り込んでいければと思っています。他は何かありますでしょうか。

委員 機能そのものというよりは、これもやるべきだあれもやるべきだと非常に幅広く様々な機能を挙げていて、やれば素晴らしいですけども、後ろの方で人件費の削減とかいうことが出ているわけです。そうするとそれが本当に可能なのかと、ある意味矛盾する内容にならないかというところを懸念していました。じゃあどうすればよいかという代案があるわけではありませんが、その辺が少し心配だという気がいたしました。

委員 大変重要なご意見です。なかなか矛盾した中で医療というのがやられていて、皆さん辛いところではありますけれども。まあ提言ですから、言いたいことを書いて書くのが半分仕事みたいなものですので、よろしいと思います。

事務局 それは十分参考させていただいて、やれる範囲で頑張りますと、結局はそうなるのかと思っています。自分のポケットマネーで出せるような範囲であればいいのですけれどそうではないわけです。

委員 前回も議論になったかもしれませんが、こうやってずうっと担うべき機能を見ても、感染症医療がどうしても基盤医療に入っているのが違和感があるんじゃないです。感染症法に基づいてやっている医療なので、政策医療じゃないのかと思います。最後の見直しのときに議論させていただきたいと思います。

委員 そうですね。政策的医療に、まあ、どちらに入れるかという話なので、ありがとうございます。他にございますでしょうか。あと10分位議論の時間があるのですが、あと2回位である程度まとめなければいけないということなので、強硬に人材確保に突っ込んでいきたいと思います。医師確保、看護師確保、教育研修機能ということで、事務局から説明をお願いします。

#### 《事務局から資料4-1及び資料3-2の医師確保の説明》

委員 あと5分10分しかなくてこの大きなテーマを全部議論していただくのは無理だと思いますので、フリーな格好で何かご意見とか今日はいただいて次に本論に入れればいいのかと思いますが。

委員 ちょっと教えていただきたいのですが、資料21ページの山形大学の研修システムの図がありますけれども、地域医療システム講座（寄附講座）これは具体的に何をどういうことをされているのですか。このイメージだと県内の病院を上手に循環させて専門医を取らせる、そういったものですか。

委員 これはリフレッシュじゃないですか。おそらく定年でもう退職なさるような先生を地域の病院と大学で教育して、再度、診療所で勤められるような仕組みで地域に戻すというようなもので、結構全国から応募があって動いているような仕組みで、多分それのことではないかと思いますが。

委員 こういうことで上手に米沢市立病院にも後期研修医というか専門医研修が回ってくるのかと思って見ていたのですけれど、そうではない。

事務局 違います。

委員 例えば大学との連携の在り方で、大学に寄附講座を作るというやり方を採ってい

る例もあります。米沢市が寄附講座を作るという形で、そういう格好をしながらこちらと連携するという、こちらに常勤というわけにはいかないかもしれませんが、週何日かという形でそれはもうやり取りなのですけれどもそういうやり方。東北大もそうなのですけれども、連携大学院というやり方で、ここで研修していてもここに大学が認定した指導教官がいればここで一緒に学位が取れる。大学に戻らなくても臨床志向の人はそこにいれば学位が取れる。ただし教授が必要なので、芦川先生くらい業績のある方であれば大丈夫だとは思いますが、そういうような仕組みとかです。あと今若い人で地域医療ということなので、総合診療医という専門医制度の議論が盛んになっていますけれども、家庭医とか総合診療医とか総合内科医とか結構今注目度が高いので、そういう部門でスターを1本釣りで引っ張ってくるというのが今結構奏功してしまっていて、若い人20～30人で一緒に来たりとかいうこともあるので、そういう色々な地域地域で工夫をされてケーススタディをされて、ここで使えるものがあれば検討していくというのがいいのかと思いました。

委員 非常にいいアイデアを沢山出していただきました。これは紋切型のお願いしませんが、毎回足りなくてと言われて大体それが永遠と繰り返されているのが現状だと思いますので、何かやはり新しい仕組みを入れていかなければいけないというのが皆さんの感じているところで、ここに盛り込んだから直ぐ動くというわけではないでしょうけれども、今委員が言ったようなことも非常に重要なことだと思います。

委員 関連して、先日岡田副院長と大串先生と研修の担当の先生方と、保健所で新しいこういうプログラムができないかというお話しをさせていただきました。まさに専門医志向で医者を集めようと思ったらおそらく絶対負けると思います。家庭医であったり地域連携だったりうちはITが強みなので、そういうところで売りにして違った形の研修が出来ますよという、それを置賜全体で育てるというのをキーワードにして進めようとしています。そこがちょうど会議が18日なので今のご意見をいただきなら進めたいと思います。

委員 実は福島県立医大は、地域・家庭医療部に北海道から葛西教授という方に来ていただいてもう5・6年になると思いますが、家庭医療のパイオニアなのです。仕組みは大学の中にいないということです。総合診療部も大学の中に作るとみんな失敗しちゃいます。結局は、地域の診療所又は小さな病院にそれぞれ研修医を置いて指導医は巡回していくということなので、福島県内に4か所か5か所広域で結構研修医が散らばっています。非常に助かっています。それを彼が教室を立ち上げてまだ4・5年ですけれども、教室に20・30人いますから非常に助かっています。それで、全国から来ます。県内ではなくて全国、外から来てくれるというのは非常に助かることで、そういうポイントでかなり福島県が助かっていることがありますので、先ほど委員がおっしゃったように、その地域全体でそういう総合診療医とか家庭医を育てていくというプログラムを立ち上げてスター指導医を引っ張ってくればかなり緩和されると思います。

委員 分かりました。



委員 次、本格的に議論したいと思いますが、アイディアの一端は今日少し出てきたと思います。これは皆苦勞して、ここでの議論で上手くいったら誰も苦勞はないのですが、一応やれることで独創的なものがあつたら踏み込んでいければと思っております。

委員 家庭医もそうですけれども専門医志向に応えるというのは非常に大切なことですから、それで人を集めても結局開業医が集まったのと一緒では困るわけで、ですからその辺のことも並列にして、今が最低限だと思いますので、臨床研修とか専門医の臨床研修病院になるのは、それを今より50%UPするとか、それぐらいの考えで行かないとなかなか難しいのではないかと思います。病院としては。

委員 ありがとうございます。次回、人の確保の話と病院の運営形態の話まで踏み込んで話しをしなければならぬと思いますけれども、次に持越しになりましたが、是非次回でほぼ固めたいと思っておりますので、どうぞご協力をお願いしたいと思います。可能であれば30・40分早く始められるといいのですが。可能であれば次回の時間を考えたいと思っておりました。時間になりましたのでこれで第4回の在り方検討委員会を終わります。どうもありがとうございました。

《第5回は予定通り4月9日（火）時間は未定》

閉会 午後8時00分