

# 民生常任委員会の概要について (報 告)

1. 日 時 平成30年3月2日(金)  
午後 2時50分 開 会  
午後 3時50分 閉 会
2. 場 所 三沢市立三沢病院会議室
3. 出席委員 委員長 瀬崎 雅 弘 副委員長 加 澤 明  
委員 小比類巻 雅彦 委員 遠 藤 泰子  
委員 森 三 郎  
議長 小比類巻 正規 副議長 太 田 博之
4. 事務局職員 事務局長 田 島 一 雄 次 長 田 辺 正 英  
庶務係長 中 村 容 三 主 査 高 橋 涼 平  
主 事 浪 岡 光 平
5. 傍 聴 者 なし
6. 説 明 員 三沢病院事務局長 別 部 容 寛  
同管理課長 市 川 淳 悦  
同同補佐 山 本 新 一  
同同 堀 内 実  
同参事兼医事課長 川 端 悟  
同同補佐 田 高 安 功  
同同 織 笠 浩 二  
同看護局長 下 浅 有 子
7. 案 件 1. 地域包括ケア病棟について  
2. 手術支援ロボット(ダヴィンチ)について
8. 会議の概要 別紙のとおり

瀬崎委員長：どうも御苦労さまです。ちょっと時刻より早いのですけれども、全員そろいましたので、開始したいと思います。

定足数に達しておりますので、会議は成立いたします。

ただいまから、民生常任委員会を開会いたします。

本日の案件は、当委員会の所管に関する事項のうち、三沢病院に関する地域包括ケア病

棟について及び手術支援ロボット（ダヴィンチ）についての2件であります。

また、閉会后、もしくは暫時休憩しながら、ダヴィンチの見学も予定しておりますので、皆様の御協力、よろしく申し上げます。

それでは、早速であります、調査に入らせていただきます。

初めに、地域包括ケア病棟についてであります。

地域包括ケア病棟については、一昨年10月に開設され、間もなく1年半になろうとしております。

そこで、本日は、その概要や運用状況について調査してまいりたいと思います。

執行部の説明をお願いいたします。

事務局長。

**別部三沢病院事務局長**：詳細につきましては担当課長のほうから説明させますけれども、私のほうから、今の国、県の状況を少しお話ししていきたいと思っております。

現在、国では、介護が必要になった高齢者も住みなれた地域、自宅で暮らしていけるように、医療、介護、介護予防、生活支援、住まいなど、五つのサービスを一体的に受けられるような地域包括システムというものを支援体制づくりを今進めているところでございます。これは団塊の世代が75歳を迎える2025年をめぐりにいたしまして、各地域ごとに構築するように推進しているところでございます。

このようなところから、県では地域に即した体制づくりを構築するというので、平成28年3月に、青森県地域医療構想を策定しております。

その医療構想の中で、当院は上十三地区におきまして、がん化学療法の機能の強化、そして回復機能の充実・強化、そして在宅医療の提供という方向性が示されているところでございます。

今回の案件であります、(1)の地域包括ケア病棟につきましては、回復機能の充実・強化、そして(2)の手術支援ロボットにつきましては、がんの化学療法の機能強化をより強化・充実させるために実施しているところでございます。

当院といたしましても、病院の理念でもあります、良質な医療を提供する病院、信頼される病院、やさしい病院を目指して、患者様の状況や利便性を考えまして、今後におきましても最善の医療を提供したいと考えております。

案件1、2につきましては、先ほど言いましたように、担当課長のほうから詳細に説明させていただきますので、よろしく申し上げます。

**瀬崎委員長**：医事課長。

**川端医事課長**：それでは私のほうから、案件の項目に従って説明いたします。

まず、地域包括ケア病棟の概要についてですけれども、これまでも何度か説明はしていると思いますが、改めて、当院の包括ケア病棟自体が、平成28年10月から稼働しています。病床数は51床です。

包括ケア病棟はどのような目的の病棟かと申しますと。急性期、いわゆる病気になって、病気が安定するまでの間の治療が終了して、すぐに自宅や施設に戻るのには不安がある患者さんに対して、60日間を限度として、在宅復帰に向けた医療、介護、リハビリテーションを行うことを目的とした病棟になります。

具体的に、もう少しリハビリをしたいというような患者さんとか、例えば栄養、食事に自信がないと。いわゆる消化器系を切除したりした、そういう自身の体の状況にあわせて環境を少し整えたいという患者さん、あるいは慣れない医療行為、医療器具をつけた方とか、そういう方が、もう少し整えたいというような、そういう介護の練習が必要だという患者さん、そのような方に包括ケア病棟を利用していただくというような形になっております。

それで、次の運営状況について、お手元に資料を4部御用意いたしました。

2の運営状況についてですけれども、28年10月から稼働していますが、やはり稼働時は、すぐにはうまく稼働していませんので、推移としまして、これは全体です。病棟機能としては、いわゆる10月までは急性期220床全部で見えていたけれども、それから包括ケア病棟が稼働して、全体の病院運営がどうなったかというのをここでお示ししています。10月を境に、昨年度、9月までの間は平均166人の入院患者さんでしたけれども、10月以降、伸びています。ことしに入って、一応安定した状態で、昨年度よりも12名ほど多いような形で推移しています。この病院の来院患者数ですけれども、いわゆる24時に入院している方プラスその日退院した方が病院にいらっしゃるといような感じになっています。ですから、1日の患者数というのは、ベッドを使った人というような形です。

次の2枚目にいきまして、平均在院患者数というのがありますけれども、いわゆる4西を稼働してから、どのぐらい4西のベッドを使われているかということです。当初は33名程度でしたけれども、ことしに入って36名と、少し伸びています。病院としては、40名程度あれば理想的だと考えていますけれども、現状、もう少し活用できるのではないかと考えております。

次のページに在院日数が書いてありますけれども、先ほど60日を限度にと申しましたとおり、復帰に向けてしばらくはいられるのですけれども、やはり皆さん、御家庭の事情もあるでしょうし、この病棟に関しましてはちょっと制限もありまして、必ず自宅とか施設に戻らなければいけません。ここからまた療養するような、ほかの病院に行ったり治療をするような施設には、割合的に7割を超えていけないというふうになっています。ですから、患者さんを少し選ぶような病棟になっております。それで、ここも平均の在院日数が少し伸びていますので、これはもう少しまだ伸ばせるというよりも、患者さんの都合があれば、まだ入院させられるのかなというところもあります。

次のページに、利用率、これは先ほどの在院日数ともリンクしてしまうので、ここを、昨年度、10月以降の半年は64.8%ですけれども、ことしに入って70%で推移していると。先ほど40床使いたいと言いましたけれども、40床になると80%ということので、その辺まで病院としては利活用できればというふうには考えています。

一応4西、4階西が包括ケア病棟となっていて、費用対効果についてですけれども、資料はちょっとおつけしていないのですが、一応昨年度と比較して9,000万円ほど入院収益で上がっていることになってはいますが、向上していますけれども、泌尿器の先生がふえたのもありますので、これが全て包括ケア病棟のせいだとはちょっと言えないところがありますけれども、病院のほうとしては、収益的には活用になっているのではない

かとは思いますが。ただ、目的は収益のためではないのですけれども、収益上、今、有益な病棟となっているというような状況になっています。

次に、この病棟の問題点ですけれども、実は保険診療では急性期の治療が落ちついた患者をそのまま長く入院させておくような状態が持続すると、診療報酬上、入院基本料を下げられるといったペナルティを受けることになります。しかし、地域包括ケア病棟は、そういった急性期病棟から退院するはずの患者さんが、復帰に不安があるということで、そういう患者さんの転棟を受け入れることができます。その上、現在は比較的高めの入院基本料となっているところです。そのため、急性期病棟においてはベッドの回転率に寄与しますし、包括ケア病棟には患者さんが残りますので、病院全体の延べ入院患者数を増加させるといった効果があって、収益的な貢献が大きい病棟にはなっています。

しかし、本来の目的は、先ほど事務局長も説明しましたけれども、地域包括ケア病棟という名のとおり、地域完結型医療、つまり回復機能を持たせて、在宅での看取りを目指す、地域包括ケアシステムを担う病棟になっています。2018年度は2年に一度の診療報酬改定になっているのですけれども、診療報酬改定の歴史から申しますと、政策的に促進したい項目には高い点数をつけて、参入や算定を促します。ですから、今、地域包括ケア病棟に転換する病棟はふえているのですけれども、普及した段階で、適正化というような形で減額評価が行われるというのがこれまでの長い歴史の中で繰り返されてきたことなので、収益的な貢献がいつまで長続きするかは一応懸念しているところではあります。

私のほうからは以上です。

**瀬崎委員長**：ただいまの説明に対しまして、委員の皆様から御意見、御質問等ありましたらお願いいたします。

小比類巻委員。

**小比類巻委員**：今、担当者のほうから説明を受けたのですけれども、わかったようでわからないのが現状かなと思っているのですけれども、これは収益を上げるための施設ではないというのですけれども、最終的には収益に絡むのではないのかなど。その辺、ちょっと説明。

それと、今、平均大体三十三、四人、40人ぐらいがベストだというのだけれども、やっぱり収益のためではないと言いつつも、やっぱり目標があるのですよね、ある程度。その目標に近づけるためにはどういう努力というか、やり方というか、その辺、どのようにしているか、2点。

**瀬崎委員長**：医事課長。

**川端医事課長**：先ほど収益のためではないと言ったのは、この病棟自体の目的は、先ほど言ったように、いわゆる急性期の病棟だけだと、これから人口減とか高齢化の中で、この地区にベッドが多過ぎると。いわゆる急性期病棟というのは、先ほど言ったように、病気になってから安定するまでの病院として220床、この病院では持っているのですけれども、そのベッドは、この間の地域医療計画の中で、多過ぎますよと県から指摘された、この地域の中で。削減しなければいけないのですけれども、そういうベッドを回復する病棟に転換してくださいという流れの中で、この病棟が生まれています。ですから、今、比較的高い点数があって、うちもこの病棟にすることで、どちらも状況的に、収益も上がる

し、県の意向にも沿うということで、この病棟を選択しています。

先ほど言った目標については、当然、うちも予算上の目標がありますので、その中で8割くらいの入院、ベッドの利用率があれば、何とか予算上、確保できるということで、そこを目指しています。

そのための方策として何をやっているかということですが、一応ベッドをコントロールするために、専任の看護師とか、副看護局長をリーダーとした専任のチームをつくって、患者さんの状態を毎週会議をしますし、毎日患者さんの状態をチェックして、安定してきたら、どうですかというような形で患者さんのほうに働きかけております。

以上です。

**瀬崎委員長：**小比類巻委員。

**小比類巻委員：**なかなか難しい。220床というのは私たちも前から知っているのだけれども、それがこういう形にしないと、この地域の中ではやっていけませんから、こちらに移行してくださいということだと思っただけだけれども、それはそれとして、いろいろなやり方、経営の仕方があって、それをやらざるを得ないということが本音だと思っただけです。その40床にすれば、売り上げというのはどのぐらいまで伸びるのですか。

**瀬崎委員長：**医事課長。

**川端医事課長：**どのぐらいまで伸びるかということですが、1日の入院診療の平均が、うちの病院で4万2,000円くらいなのです。ですから、あと4人伸びるとすると、その分、上乘せになるかなという形ですが、何日入院するかとか、そういうのもありますので、一概にはちょっと言えないところもあるのですが、先ほど申しているのは、この地域包括ケア病棟は、いわゆるお金をもうけるためにやっていることではないということをおっしゃったのです。収益を上げるために運用しているのではなくて、それには今貢献している状況なので、病棟としては選択しますけれども、あくまで患者さんの状況を患者さんにお尋ねして、もう少し入院しますかというような形で運用しているということなので、右から左に動かしているわけではないということをおっしゃったのです。

以上です。

**瀬崎委員長：**小比類巻委員。

**小比類巻委員：**そうすると、入院した人のどのぐらいの人たちがこの包括の病棟に移るのですか。100人入院したと。10人が包括のほうに移って、何か月か、食事療法とか何か、さっき言っていましたよね。その辺、ある程度入院患者があつたら、包括のほうに相談しながらやるのでしょうか、多分、入院している人と。その辺というのはきちっと把握しているのですか。

**瀬崎委員長：**医事課長。

**川端医事課長：**大体4階西のほうに移るのは、延べではちょっとあれなのですが、入院患者数自体は大体37人から40人くらいで推移しているということで、あとは状況に応じて、何日入院されているかちょっとあれなので、新入院患者数ですよ。ちょっと今調べて、後でお知らせします。

**瀬崎委員長：**小比類巻委員。

**小比類巻委員**：わからないのだけれども、市立病院に入院した方が移行して入るということではなくて、よそからも来る、その辺。

**瀬崎委員長**：医事課長。

**川端医事課長**：今のところ、よそからでも直接入院することはできます。一応先ほど言ったように、ここに直接在宅の方が入院することも目指しています。今のところは、うちの病院内でもう少しという方がほとんど、直接入院することは今のところはないのですけれども、先ほど申したように、国の目指している完結型というのになると、外の在宅の患者さんとかを直接受け入れてほしいというような病棟にはなっています。先ほど診療報酬の話をしましたけれども、今は院内からの患者さんばかりですけれども、制限がなくて、そのうち、例えば診療報酬の改定のたびにいろいろな条件がつきます。外から何割入らなければだめだよとか、そういう政策的な縛りがかかるかもしれないのが、これから先、ちょっとまだ読めないのですけれども、いろいろ条件が厳しくなる可能性はあると思います。

以上です。

**瀬崎委員長**：小比類巻委員。

**小比類巻委員**：ちょっと俺も整理しないとごちゃごちゃになってしまって、これは要するに国の指導のもとでこうやっているというのだけれども、ある程度私たちにすれば、やっぱり増収というか、利益につながらないと、そこが一番の、私、要点だと思うのですよ。ただ国の指導だからこうやらなければならない、そうやらなければならないという、それもわかるのだけれども、やっぱりある程度収益、9,000万円も上がっているというのだから、これをしっかりやればもっともっと上がると私は考えるのだけれども、その辺、そういう考えで包括のあれをやっているということによろしいのですか。その辺。

**瀬崎委員長**：事務局長。

**別部三沢病院事務局長**：今、県のほうで、先ほど説明した地域医療構想というのがありまして、上十三地域では、病床数が多いということで、急性期、先ほど言ったうちは220床あるうちの51床を地域包括ケア病棟にしたのですけれども、急性期が上十三地区で639多いというのが示されております。これは先ほど言った2025年までに地域全体でこの数を考えなさいよということが示されております。そういった中で、逆に回復期は350人足りないということで、そういうことをひっくるめて、地域全体で、三沢市だけではなくて上十三全体で考えていく上で、急性期から地域包括ケア病棟をつくっていったということも一つの理由でございます。

先ほどから言っていますように、確かに理由はいろいろあるのですけれども、結果的には収益は上がります。というのは、一般急性期病棟で入院していて、先ほど言った21日を超えて入院すると診療報酬が下がってしまう。そういう方がまだもう少しいたいとなって、地域包括ケア病棟のほうに転棟すれば、ある程度の、今3万円という定額、その方が急性期で2万円だとしても、地域包括に移ると3万円もらえるとかという、そういう定額でもらえるというのがありますので、結果的に、先ほどから言っていますように、収益がふえるということになります。その収益をふやすために、先ほどから、36人入院しているのですけれども、一応予算の関係上で、40人をクリアしていけば、収入的には回って

いくというところで、40人というのが%でいうと80%。これは地域包括ケアだけではなくて、一般病棟のほうも80%の稼働率で推移していくと、病院経営のほうもそれなりに楽になっていくと。だから、ここをクリアするために何をしていかなければならないのかというのはあるのですけれども、要は入院患者のほうをふやすというのも一つなのですけれども、なかなかこちらからは営業で入院してくださいとか、そういうのもできませんので、上十三とか県の会議とかで聞く話によりますと、絶対数が減っていると、入院患者数の。その中でどうやって収益を上げるかという一つに、この地域包括ケア病棟があるということになっています。

**瀬崎委員長：**小比類巻委員。

**小比類巻委員：**最後。上十三の、県のほうで示したというのは、うちらも新聞等で聞いたから、勝手にやって、うちの市長はかなり怒って、県のほうに言ったというのは聞いているのだけれども、それで減らさなければだめだという、そういう新聞、地元にも何も説明なくやったのでしょうか。それはある程度聞いていたのだけれども、最後に1点、この51床というのは、それより収益が上がると思ったら、ではもっとふやしてもいいのではないかと思いがあるとは思いますが、その辺、ふやすことはできるのですか。

**瀬崎委員長：**医事課長。

**川端医事課長：**この病棟の、先ほど国の診療報酬の関係をお話ししましたがけれども、病棟単位でしか認められていないのです。いわゆるうちは5病棟持っているのですけれども、もう一つという、また40とか50単位でその病棟を指定しなければいけないのですけれども、そうすると、先ほど言った急性期は急性期で高額なのです。ちゃんと急性期の治療をすると、さっきの包括ケア病棟よりも診療報酬は高い。だから、その割合を考えると、いたずらにもう一つの病棟を包括ケア病棟というわけには、ちょっと考えていないということです。ただ、それこそ基準が、これは先ほど言った厚労省の診療報酬改定によって、ベッド単位でもいいよというような形に変わったり、そういう縛りが変われば、またいろいろ考え方が変わってくると思いますけれども、現状では1病棟、これが最適かなということ動いております。

以上です。

**小比類巻委員：**わかりました。

**瀬崎委員長：**ほか、ございますか。

遠藤委員。

**遠藤委員：**先ほど包括ケア病棟について、人選というか、選ぶということをお話しされていましてけれども、その選ぶ基準というか、どういう条件があって、どんな基準のもと、また、誰が選んでというか、選択するのかという、そこら辺のところ、もう少し詳しくお願いいたします。

**瀬崎委員長：**医事課長。

**川端医事課長：**一応人選というか、患者さんのデータは毎日、さっきの病棟のチームがありまして、そこで大体候補になりそうな患者さんは、治療が一応安定してきた患者さんはピックアップします。決めるのはやっぱり先生なので、先生に、これから先、治療があるかどうか、そういう状況をお聞きして、先生と相談して、病棟を移りますかというような

話になります。一応誰が決めているのかというと、チームでピックアップして、医師に相談して決まるという形になります。

以上であります。

**瀬崎委員長**：遠藤委員。

**遠藤委員**：そうすると、先ほど在宅か施設か、そういう方でなければそちらのほうに移らないというお話もされたのですけれども、それはどの時点で施設か在宅かというところを決めていますか。

**瀬崎委員長**：医事課長。

**川端医事課長**：施設か在宅かと決めるのは、やっぱり患者さんの御家族と、退院が近くなったときにあらかじめ聞いているのです。いわゆるこの病棟、先ほど言ったように、もう少しケアしたいという患者さん、この後、治療に向かうというのはだめなのです、病棟の意味としては。だから、施設のあきがなかったり、入るところがないと、なかなか動かせないところもあるのですけれども、一応退院が近くなった時点で、患者さんに御自宅に戻るのか、ご家族から施設に行かれるのかは確認しているところです。退院後にどこに戻るかというのは、あらかじめ聞いて、病棟に入れるときにもチェックしているようなところです。

以上です。

**瀬崎委員長**：遠藤委員。

**遠藤委員**：もうちょっと。例えば今でいう病院の療養はそちらのほうにいる期間は行けないということでしたよね。例えば療養型のある病院、もっと長くできる病院とかもあるかと思うのですけれども、そちらに移るまでの期間が、もしまだそっちがあかないとかといった場合は、急性期の病院のほうでちょっと長くするという形になりますか、それとも一たん包括ケア病棟に移っての流れになるのでしょうか。ケース・バイ・ケースだと思いますけれども。

**瀬崎委員長**：医事課長。

**川端医事課長**：療養が続くのであれば、実際は急性期病棟から、本来は退院していただかなければいけないのです。そういう急性期病棟というのは、いわゆる治療が安定すれば出してもら病棟ですので、それをずっと引っ張って入院しておいてもらうというのは、本来はないのです。ですから、先ほども言ったように、地域包括ケア病棟自体は60日という限度があって、さらに治療する施設に行く方の割合が決められているので、先ほど言ったように、あきがあればもちろん入院させておくことはできるのですけれども、本来は在宅復帰に向けた病棟であるという形で、まさにケース・バイ・ケースで、置けるかどうかというのは、その病棟のあきの状況によると思います。

**瀬崎委員長**：ほか。

森委員。

**森委員**：ちなみに、どういう患者さんが多いの。例えば何か症例で。

**瀬崎委員長**：看護局長。

**下浅看護局長**：うちでどんな患者さんが多いかといいますと、主に整形の患者さん、例えば骨折をしたとか、何かけがをして、急性期の方が、手術が終わったとか、何か処置、検

査が必要な人が、終わったけれども、まだ引き続きリハビリが必要な患者さんとかが長期で入ることもありますし、内科の患者さんは、先ほども言いましたけれども、例えば消化器とか、ほかのいろいろな手術をした後に、手術、検査は終了しましたけれども、引き続き経過を見る必要があるような内科の患者さんとか、がんの治療をしていて、抗がん剤治療は終わったけれども、もう少し病状観察していきましょう、または在宅にちょっといろいろな準備が必要ですよというような人が主に入ってきていると思います、今まで。

以上です。

**瀬崎委員長**：森委員。

**森委員**：60日以内、60日くらいまで大丈夫だという話がありましたけれども、今まで1年半で60日くらいいた患者さんはいましたか。

**瀬崎委員長**：医事課長。

**川端医事課長**：いらっしゃいます。やっぱり状況がちょっとあれで、60日を超えた方も何人かいらっしゃるのですけれども、60日を超えると、またそこで査定を受けるような形になりますけれども、何人かいらっしゃいます。

**瀬崎委員長**：よろしいですか。

ほか、ございませんか。

医事課長。

**川端医事課長**：先ほどの何人くらい入院しているかという御質問ですけれども、1カ月に大体平均60名くらいが新規で、あとはその方が何日残るかは状況によって違いますけれども、包括ケア病棟に新規で入院される方は、平均60人から70人の間ということです。

**森委員**：では、それは入院患者の何割くらい。

**瀬崎委員長**：医事課長。

**川端医事課長**：大体入院患者が、1カ月で300人で、3,600ですから、10で割ると……。

**森委員**：20%までいかないか。

**川端医事課長**：16%くらいですかね、新規で入院される患者というのは。延べで何日もではなくて。

**小比類巻委員**：その辺、多いと思っているの、少ないと思っているの。

**瀬崎委員長**：手を挙げてください。**小比類巻委員**。

**小比類巻委員**：その人数というのは、60人なら60人といったのだけど、病院のほうでは多いと感じているのか、まだまだもう少しふやしたいなと感じているのか、その辺。

**瀬崎委員長**：事務局長。

**別部三沢病院事務局長**：先ほどから説明しているように、今36人なので、40人ぐらいにしたい、あと4人ぐらいはふやしたいなということです。そうすれば……。

**森委員**：80%にいくと。

**瀬崎委員長**：ほか、ございませんか。

ちょっと私から1点だけですが、入院される患者というのは、救急車で運ばれる方と、一般外来とあると思うのですけれども、結果的に包括ケアに行かれる方というの

は、一般病棟から、一般の診療で入った方が多いのですか、それとも緊急で、そこはケース・バイ・ケースということになると思いますけれども。

医事課長。

**川端医事課長**：ちょっと救急からの導入のところは、ちょっとまた調べてなくてですね、今、手持ちの資料がございませんので、後ほどでよければ。

**瀬崎委員長**：各委員のほうからいろいろな意見がありましたけれども、今後とも、特に包括ケア病棟というのは、地域にとって大変必要なものでありますし、なおかつ診療報酬云々という、いろいろなことで改定されることがありますけれども、それらを踏まえて、やはりケース・バイ・ケースというか、やっぱり患者さんの身になった包括ケア病棟というところで運営を心掛けていただきたいと思います。

ちょうど時間が3時半になります。

管理課長。

**市川管理課長**：今ちょっとオペ室に確認したのですが、泌尿器科の手術が終わって、今、整形が入ったみたいなのです。ですので、多少おくれても大丈夫みたいですので、一応終わってからという形をとりたいと思います。

**瀬崎委員長**：了解しました。

では、次に、手術支援ロボット（ダヴィンチ）についてであります。

御承知のように、手術支援ロボット（ダヴィンチ）につきましては、第3回定例会で予算を承認し、現在は稼働に向けての準備をしていると思っておりますが、本日はダヴィンチの稼働に向けた状況等について説明をお願いいたします。

管理課長。

**市川管理課長**：それでは、(2)手術支援ロボット（ダヴィンチ）について御説明いたします。

お手元にある2-1と2-2が関係資料となります。

手術支援ロボットの導入の経緯としましては、高齢化に伴い、日本におけるがんによる死亡率がふえ続けており、現在では日本人の2人に1人ががんと診断され、3人に1人ががんで死亡すると言われております。

三沢市立病院は、上十三地域保健医療圏における地域がん診療連携拠点病院として、2003年には外来化学療法室を、2015年3月には県南地域初となるPET-CT画像診断センターを設立し、当地域のがんの早期発見と治療に貢献してまいりました。

がんの治療は、手術、化学療法、放射線治療が三つの柱とされておりますが、柱の一つであります手術方法をより充実させるために、今回、手術支援ロボットの最新型機でありますダヴィンチXiを導入することとなりました。

それでは、Aの手術支援ロボットの概要について説明します。通常はダヴィンチと呼ばれております。

手術支援ロボットの簡単な概要ですが、写真の資料をごらんになってください。

写真にあります①がペイシェントカートというロボット本体になります。操縦席からの遠隔操作で、4本のロボットアームにその動きが伝わり、手術が行われる仕組みとなっております。

②のビジョンカートは、モニターに手術中の立体画像が映し出されることで、執刀医以外の麻酔科医、看護師、術者の助手といった手術スタッフと同じ画像を共有しながら手術が行われます。

③はサージョンコンソールという操縦席となります。執刀医が操縦席に座り、3D画像を見ながら、手元のコントローラーを操縦することで、ロボット本体に動きが伝わり、遠隔操作で手術が施行されます。

この後、見学の際、実物を見学できます。

以上が手術支援ロボットの簡単な概要となります。

その特徴についてですが、患者さんの体に直径1センチほどの小さな穴を4カ所程度あけ、そこから鉗子を差し込んで行われる内視鏡下の手術を支援するロボットとなります。

その特徴は、開腹や開胸で行う手術と比べて、一つ、術中の出血量が少ないこと、術中に輸血が行われる例はほとんどないと聞いております。2として、患者さんへの体の負担が少ないこと。3として、傷口が小さいこと。4番として、術後の疼痛が少ないこと。最後に、術後の社会復帰が早いことが大きな特徴となります。

また、ロボットの鉗子は人間の手より広い可動域を持っております。医師の手ぶれを補正する機能が搭載されており、執刀医は高倍率で術野を見ながらできることから、一般的な内視鏡下手術に比べてより精緻な手術が可能となります。

手術内容等については、現在、保険適用となっている術式は、前立腺がんと腎臓がんの二つが適用となっております。

次に、この手術支援ロボットの準備状況についてですが、使用者の育成状況については、昨年4月から、当院常勤の泌尿器科医師が2名体制となっております。赴任した医師は、もともとダヴィンチの操作ができる医師となっております。

今回導入の最新機種、Xiの操作については、テクニカルトレーニングというのを受講することで操作は可能となります。

現在の育成状況については、機器等の状況を含め、昨年12月2日に機器の納品、設置が完了しております。12月19日にはダヴィンチの先進地視察ということで、先生を含むスタッフ7名で弘前大学附属病院の実際の手術症例を見学に行っております。12月3日から1月15日にかけては、納品後、機器の調整、機器取り扱い説明が行われ、現在は常勤医師のトレーニングが行われており、その他、スタッフによるメンテナンス、運用トレーニングを経て、4月からの稼働を目標にしております。

利用料金等につきましては、現在、保険適用となっている前立腺がんについて、月2件、年間約22件を目標とした場合、収入に係る経費等を除いて、年間約3,000万円の増収が見込まれます。それ以上に、昨年4月より泌尿器科医師が1名ふえたことで、泌尿器科の外来、入院収益を前年4月から1月までの10カ月累計と比較をしてみても、外来で約3,300万円、入院で約6,500万円、合計で9,800万円増収していることが、大きな効果をもたらしていると考えられます。

ウの今後の症例適用の拡大についてですが、ことし4月より新たに胃がん、直腸がん、子宮がん、肺がん、膀胱がんが保険適用となることが確定しております。

また、ダヴィンチ手術を学びたいと考える医師も多くいることから、最新機種でござい

ますダヴィンチXiの導入は、若手医師の招聘にも大きな効果を発揮するものと期待しております。

以上です。

**瀬崎委員長**：ただいまの説明に対して、委員の皆様から御意見、御質問等ありましたらお願いいたします。

小比類巻委員。

**小比類巻委員**：県内にこのダヴィンチというのはおよそ何台ぐらいあるの。

**瀬崎委員長**：管理課長。

**市川管理課長**：弘前大学附属病院に二つ、県病院に一つあります。機種については、最新機種ではなく、一つランクが下というか、古い、Siという機械になります。当院は最新のXiというのが入りました。

**瀬崎委員長**：小比類巻委員。

**小比類巻委員**：収益も上がるということで、すごくいいなと思っているのだけれども、今後、適用拡大になるのですけれども、適用拡大になったとき、市立病院の医者でできるのですか。

**瀬崎委員長**：管理課長。

**市川管理課長**：現在、当院における症例件数から、これは前立腺がん、まだ診療報酬が確定していませんので、施設基準がどうなるかわからないのですが、前立腺がんの半年で10例をこなすというふうな同じ施設基準になりますと、現在、症例件数から胃がん、直腸がんについては、ある程度件数をこなしております。12月以降、保険適用が正式に確定した場合、医師のトレーニング等はもちろんのこと、当院で十分協議しながら、治療に貢献していきたいと考えております。

医師のトレーニングについてなのですが、支援ロボットの手術の操作は、ロボットを製造しているメーカーが厚生労働省並びに日本内視鏡外科学会のガイドラインに基づいて提供する一定のトレーニングを受けなければなりません。そのトレーニングを受けて、認定証の発行を受けた医師のみがロボットの操作が可能ということになっております。そのトレーニング期間については、約3カ月ほどというふうになっておりますが、新しい症例が保険適用となったことで、全国から勉強したいという先生がかなり相当数いることから、トレーニングと症例見学と認定取得までは、メーカーからのお話ですと、半年ぐらいかかるのではないかというふうに聞いております。

以上です。

**瀬崎委員長**：小比類巻委員。

**小比類巻委員**：いいことづくめのような気がするのですがけれども、努力して収益につなげていけば、このダヴィンチをうちの病院に入れてくれて、いろいろな形でそういう状況をきちっとつくっていくのが一番大切なのかなと。今後、それに向けて頑張ってもらえれば、三沢市立病院も増益、そしていろいろな面で改善させられて、普通の経営ができるのかなと思って期待しておりますので、ぜひこれは成功させてもらうことを強くお願いしたいと思う。要望ですから、頑張ってください。

**瀬崎委員長**：ほか、ございませんか。

森委員。

森委員：前立腺がんというのは、三沢の市立病院は年間どのくらいあるの、これまでに。例えば28年度。

市川管理課長：28年度、今年度の部分ですか。

森委員：いや、去年で。今年度でもいいし。

瀬崎委員長：管理課長。

市川管理課長：今、今年度でございますと、5月から2月末までなのですが、9件で、実は3月も予定が入っております、3件ほど、手術件数がありますので、今年度は一応12件。

森委員：大体同じくらいですか。

瀬崎委員長：事務局長。

別部三沢病院事務局長：今までいた医師というのが、手術がなかなかできないもので、今、新しく来た、去年4月から来ている泌尿器科の先生がダヴィンチを動かすということで、大学から派遣されていまして、やっているのですけれども、4月から稼働するために、前立腺の手術を半年で10例以上やらなければならないとかという、そういう施設基準とかがありますので、それに向けて、大学の教授とかが来てその手術をしておりますので、こういう件数になっておりますけれども、半年で10件。今、それをクリアして、30年の4月からは、先ほど説明いたしましたように、年間で25件を目指して、今、努力しているところでございます。

瀬崎委員長：森委員。

森委員：年間25件、月に2件平均だよ。月2件で年間3,000万円の増というのは、今までの前立腺がんの、どこを基準に年間3,000万円、ダヴィンチを使って。

瀬崎委員長：医事課長。

川端医事課長：先ほど説明したのは、先生がふえて、外来と入院でそのくらいふえたということで、前立腺がんだけに着目してふえたということではないのです。結局、医師がふえたことによって、外来も入院患者も診ますから、医師がふえて、入院患者、外来にその先生が貢献して、そのくらいふえた。いわゆる前立腺がんだけに着目してふえたということではないので。

瀬崎委員長：森委員。

森委員：だって利用料、前立腺がん、年間25件やった場合は3,000万円増と書いてあるでしょう。前立腺がん固定しているわけでしょう。

瀬崎委員長：医事課長。

川端医事課長：1件当たりの今の手術料が170万円くらいというふうになっています。通常の腹腔鏡が120万円ほどだと聞いていますので、170万円で25件やるとそのくらいという……。

瀬崎委員長：森委員。

森委員：どうも3,000万円増の根拠がいまいまいちぱっとしないというか、ただ、先ほど聞いたら、前立腺がんこれまでに年間十二、三例くらいみたいですので、25件にふえるということは、それと、やっぱり先生方は一生懸命養成していただいて、肺がんのほう

も。何かで見たのだけれども、腎臓がん、これはマイナスになるのだって、余りもうからない、ダヴィンチを使ってやっても。一生懸命、せつかくの機械ですので、3,000万円増なんていえば、ダヴィンチ、10年たてば3億円で、ダヴィンチそのものも、もう買いかえなくてはいけないという時期になると思いますので、ぜひ頑張ってください。

**瀬崎委員長**：ほか、ございませんか。よろしいですか。

今あったのですけれども、利用料金ということで、手術料そのものというのは保険適用で1件170万円かかるのですか、個人負担ということで。

**川端医事課長**：いえ、全部……。

**瀬崎委員長**：ちなみに手術料は幾らぐらいの設定をされているのですか。

医事課長。

**川端医事課長**：手術料という個別ではないのですけれども、入院すると170万円ぐらいかかるということで、それで保険適用ですから、皆さんの保険料率で、1割の方もいれば3割の方もいらっしゃるというような形になります。

実は来年また診療報酬改定ですので、4月ですので、またどうなるかは予断を許しませんけれども、今のところは、今の基準ではそのくらい、となっているということで聞いております。

**瀬崎委員長**：そういうことを手術代として患者さんに示すわけですよ、1回、このダヴィンチを使ったら幾らという話で。それは幾らぐらいの設定を考えておられるのですか。

医事課長。

**川端医事課長**：ちょっとその場だけで端的には申し上げられないのですけれども、例えば手術に使う薬剤とか、その前段もありますので、手術の点数自体は……。

**瀬崎委員長**：ざっくりで。

医事課長。

**川端医事課長**：手技だけだと98万2,000円、100万円くらい、手術手技料だけだとそのくらいです。いわゆるもろもろの、手術のためにほかにも薬剤とか使いますので、手技料だけでいくとそれくらいだということで御承知願いたいと思います。

**森委員**：ちなみに、一番高いがんは何。

**瀬崎委員長**：医事課長。

**川端医事課長**：ちょっと難しいです。ケースですから、手技料は手技料で決まっていますが、いわゆる手術に長くかかる方もいますし、一概に幾らというのはちょっと申すことが今できないのですけれども。

**瀬崎委員長**：最後に、私から一つ質問。ダヴィンチを使った手術と使わない手術で、患者さんの入院期間とかどのぐらい変わるのですか。

管理課長。

**市川管理課長**：おなかを開いた場合、開腹ですと、手術時間につきましては3時間から5時間、入院期間は約2週間から4週間。ダヴィンチですと、手術時間が2時間から4時間くらい、余り時間的には短縮はあれなのですが、入院期間は1週間から10日ぐらいで退院できるということです。

**瀬崎委員長**：ほかにないということですが、4月1日から運用開始されるということですので、準備万端だと思いますけれども、やはり新しい機械ですので、くれぐれも取り扱いとか運用に当たっては慎重なことで進めてください。

以上で、本日の調査項目は全て終了いたしました。

なお、この所管事務調査につきましては、第1回定例会において委員会報告をすることになりますが、その内容につきましては正副委員長に一任していただきたいと思いますが、よろしいでしょうか。

（「異議なし」と呼ぶ者あり）

**瀬崎委員長**：ありがとうございました。

それでは、そのようにさせていただきます。

また、本日の会議はこのメンバーでの最後の会議になろうと思います。

2年間にわたり御協力いただきましたことに感謝申し上げて、民生常任委員会を閉会いたします。

それでは、ただいまから見学に行きたいと思います。よろしくお願いします。

**事務局**：これから見学に入るのですが、ダヴィンチの設置場所がオペ室ということで、清潔区域ですので、手術室に入る際、ガウンとかマスク等、着用が必要ですので、入り口で係員が待機しておりますので、指示に従ってお願いします。ガウンとマスクと帽子と、現場で。

午後 3時50分 閉会

以 上

委 員 長 瀬 崎 雅 弘