

○第1回松本市立病院建設基本計画見直し検討委員会 議事録

1 日時

令和7年12月15日（月）午後7時から午後9時20分まで

2 開催場所

松本市役所 第一応接室

3 出席者

(1) 委員

花岡正幸委員長、相澤克之委員、小林正典委員、若月真也委員、伊佐治裕子委員、佐藤吉彦委員

(2) 松本市関係

臥雲義尚市長、北野喜良病院事業管理者

(3) 事務局

渡辺事務部長、西山病院総務課長、太田病院建設課長、吉沢病院総務課課長補佐、波多腰医事企画課課長補佐、北澤医事企画課課長補佐、斉藤病院建設課課長補佐、赤羽病院建設課主査

4 議事内容

<太田病院建設課長>

ただいまから、第1回松本市立病院建設基本計画見直し検討委員会を開催します。本日は委員の皆様、大変お忙しいところご出席をいただきまして誠にありがとうございます。

それでは、病院開設者である松本市長、臥雲義尚より、検討委員会への諮問を含め、ご挨拶を申し上げます。

<臥雲市長>

委員の皆様方には、日頃から松本地域の医療を支えていただくとともに、お忙しい中、当委員会の委員をお引き受けいただいたことに感謝を申し上げます。松本市立病院は令和4年3月に建設事業の基本計画を策定し、基本設計と実施設計を進めてまいりましたが、今年4月に産科における医療事故が起き、それを発端とした分娩機能の廃止によって、松本市立病院建設基本計画を修正する必要が生じております。

こうした折、国は2040年を見据え、医療・介護の総合的な提供体制を対象とした新たな地域医療構想のガイドライン策定を進めています。一方、長野県におきましても、病床機能から病院機能へと視点をシフトさせ、地域の実情に応じた医療提供体制のグランドデザインを策定しています。このような医療を取り巻く環境の急速な変化、そして政策転換に対応して、市立病院の将

来的な役割と機能を適切に位置付けるため、以下の事項について諮問したいと考えております。

ひとつは、国が策定する新たな地域医療構想における方向性と、この我々の基本計画の整合性。もう一点は、長野県が策定したグランドデザインを踏まえた、地域型病院としての役割・機能についてです。答申の時期につきましては、令和8年3月末にお願いしたいと考えております。検討委員会の委員の皆様方にはこの限られた期間の中で、現在と将来を見据えた実りある審議をお願いしたいと存じます。どうかよろしく願いいたします。

#### <太田病院建設課長>

当委員会の開催に当たりまして、委嘱状は略儀ながら、あらかじめ皆様のお手元に配付させていただいております。またお手元の「松本市立病院建設基本計画見直し検討委員会設置要綱」第5条の1の規定に基づき、委員長は、あらかじめ病院事業管理者から信州大学の花岡正幸先生にお願いをしております。ここで、花岡委員長よりご挨拶をお願いいたします。

#### <花岡委員長>

皆さんこんばんは。委員長に指名されました、信州大学医学部附属病院院長の花岡と申します。どうぞよろしく申し上げます。本題に入ります前に、最近の医療情勢についてご説明させていただきたいと思っております。2024年、長野県が第3期信州保健医療総合計画を策定しており、この中で、医療提供体制のグランドデザインが策定されております。このグランドデザインには、病院機能が持つ「地域型病院」と「広域型病院」という2つの役割分担が明記されております。地域型病院というのは、今後ニーズが増加する高齢者疾患に対応しながら広域型病院と連携し、地域に必要とされる機能を確保する病院です。一方、広域型病院は、医師・設備等を集約化しながら高度専門医療に専念し、若手医師が症例を多く経験できる環境を整備する病院ということになっております。長野県のグランドデザインに基づきますと、松本市立病院は、地域型病院に該当するのではないかと思います。

また、2026年以降は国が新たな地域医療構想を進めていくことになっております。これは、2040年を見据えた医療構想で、今後、この国の基本指針を踏まえて都道府県が医療計画を策定するという予定になっております。この新たな医療構想のキーワードは「病床機能から病院機能へ」ということで、これまでの地域医療構想では病床機能に注視していましたが、今後は病院機能を見据えての医療機関の役割分担と機能分化が鍵となっております。

その中で、現在の二次医療圏に代わりまして、仮称ですが、構想区域が設定されるということになっております。構想区域では、高齢者救急の受け皿として地域への復帰を目指す機能、在宅医療を提供し地域の生活を支える機能、そして救急医療等の急性期の医療を広く提供する機能を確保しなければならないということになっております。さらには、治す医療から治し支える医療へのシフトということも今後クローズアップされてまいります。

今後の医療需要については、ご存知のように少子高齢化が進行します。そして医師不足・医師の高齢化も進行します。さらには生産年齢人口が減少して、医師以外の医療従事者の不足が生じ

てまいります。医療資源の適正配置と有効活用が必要となります。

2035年までは入院患者数は増加しますが、その中心は後期高齢者と考えられています。さらに2035年までは救急患者数も増加しますが、その中心はやはり高齢者と考えられています。疾患構造が変化し、入院患者の多くが、誤嚥性肺炎、心不全、あるいは骨折などの高齢者の疾患が占めると予想されています。さらには在宅医療と介護の需要が高まると予想されています。このような県・国の動向、医療需要など医療の動向を踏まえて、当委員会では長野県の医療提供体制のグランドデザインや、国の新たな地域医療構想を踏まえた議論が必要ではないかと考えております。

この会では純粋に医学的な観点から議論を進めてまいりたいと思います。それぞれのご専門の立場から忌憚のないご意見を頂戴し、期間が全4回と限られておりますけれども、委員会として十分な実りある答申を行いたいと考えておりますので、どうぞご協力のほどよろしくお願いいたします。

#### <太田病院建設課長>

続きまして、お手元の委員名簿の名簿順に自己紹介を兼ねて一言ずつお願いします。

#### <相澤委員>

相澤病院の病院長の相澤克之です。松本の医療は、今後10年で恐らく大きく変わってくるだろうと思います。そういった中で松本市立病院だけではなく、当院も含めて今後の松本の医療をどうやって守っていくかを考えていかなければいけないと思っています。今回の会議で皆さんのご意見も聞かせてもらった上で様々な検討をさせてもらえばと思います。よろしくお願いします。

#### <小林委員>

6月から松本市医師会長を務めています小林と申します。市内で内科の診療所を開業しております。私は松本市医師会の会長ということで委員に選ばれていると思いますが、多くの先生方と意見交換させていただいておりますので、そのことを踏まえて発言していきたいと思っております。

個人的なことですが、私は平成3年から4年にかけて研修している段階で、当時の波田総合病院のお世話になっていまして、当時の奈川村の診療所も1週間に1回行っておりましたし、歴代の院長先生方にご指導いただいた関係もあります。また信州大学の大学院時代は大野川診療所に通って診療していた時期もありますので、そういった経験も含めて意見を述べさせていただければと思っております。よろしくお願いいたします。

#### <若月委員>

長野県健康福祉部で地域医療を担当しております若月真也と申します。医療を担当するようになりまして2年目になります。現在、医療・介護等の分野については、経営状況のみならず資源

の関係についても厳しい状況になっていることを感じています。そうした中、決定打となるような解があるというわけではないのですが、より良い解決方法に向けてそれぞれの立場で議論いただき、良い方向になればいいと思っております。よろしくお願いいたします。

<伊佐治委員>

松本市副市長の伊佐治裕子と申します。医療関係者の皆さんが多い中で、私はどちらかと言うと行政職として、皆さんの議論を答申にまとめて政策に反映させていくサポート役を務めることになります。お忙しい中先生方にはご協力いただきまして感謝しております。よろしくお願いいたします。

<佐藤委員>

松本市立病院院長の佐藤でございます。本日は当委員会に、お忙しい中お集まりいただきまして本当にありがとうございます。今回の見直しに当たって、恐らく皆さんからは、現在の医療情勢に即した病院のあり方について、率直かつ厳しいご意見もいただくかと思いますが、私としましては、院内の立場から、現場の意見を出来るだけ反映出来るような立場として発言させていただきたいと思っておりますのでよろしくお願いいたします。

<太田病院建設課長>

それではここで臥雲市長、北野病院事業管理者は退席いたします。

なお、この会議は、委員間の忌憚のない意見交換を目的に非公開で行います。

当委員会設置要綱第5条3の規定では、委員長に事故があるとき、委員長があらかじめ指名する委員がその職務を代理することとなっておりますので、花岡委員長から委員長代理の指名をお願いいたします。

<花岡委員長>

委員長代理には、相澤克之委員を指名したいと思います。委員の皆様よろしいでしょうか。

<全員>

(異議なし)

<花岡委員長>

それでは相澤委員よろしくお願いいたします。

<相澤委員>

よろしくお願いいたします。

<太田病院建設課長>

それではこれより議事に入ります。当委員会設置要綱第6条の規定により、委員長が会議の議長を務めることとなりますので、花岡委員長にこの先の進行をお願いいたします。

<花岡委員長>

改めましてよろしく申し上げます。先ほど申し上げましたが、ここでは純粋に医学的な観点から議論を進めていきたいと思っておりますのでよろしく申し上げます。

それでは、松本市立病院建設事業の経過および市立病院の現状について、事務局からご説明をお願いします。

<渡辺事務部長>

それではまず資料1をご覧ください。松本市立病院建設事業の経過です。新病院の建設事業は平成24年から検討が始まっています。平成28年4月には将来構想が策定されたわけですが、平成30年3月には旧バージョンの建設基本計画が策定されています。その際に病院の建設予定地が宮地エンジニアリング松本工場跡地に決まりましたが、その後紆余曲折がありまして、工場跡地への建設が撤回されました。

平成30年8月には、松本市立病院が5年連続赤字に陥ったことから、建設よりもまず経営の再建を優先するべきだということで、前市長によって建設事業の一時凍結が決定されました。建設計画が中に浮いていたわけですが、令和元年度の経営状況が改善し6年ぶりに経営が黒字となったことから、令和2年6月には現市長が建設事業の再開を表明しました。

令和2年8月に松本市立病院建設専門者会議が立ち上がり、計4回会議が開催されました。同年12月にこの専門者会議から提出された提言書をもとに、令和3年9月には建設基本計画見直しの骨子、さらに令和4年3月には現在の建設基本計画が策定され、同年8月からは基本設計業務が開始されました。

ところが、令和5年に入り産科診療機能の見直しを行っています。これは、かつて年間数百件の分娩を取り扱っていた当院において、急激に分娩の件数が減ってきたため、新病院において産科診療機能を継続すべきかどうか病院サイドが一度立ち止まって検討を行ったということです。検討した結果、令和5年5月にはやはり分娩機能を継続すべきだという結論になり、一旦休止をしていた基本設計業務を再開しています。基本設計業務は令和5年11月に完了し、翌年9月からは実施設計業務を始めています。

このような中、令和7年4月に産科の分娩事故が起きました。同年7月にこの事故について公表し、8月から分娩を休止、10月には分娩機能については廃止をすることを決定したため、建設基本計画についても見直しを行う必要が生じています。以上が資料1となります。

続きまして資料2をご覧ください。松本医療圏における松本市立病院の役割を示したもので、圏内の医療機関をマップにプロットしてあります。中央西線・高速道路に沿って人口集中地域に主な医療機関が分布しているのに対して、松本市立病院は、波田地区を拠点として松本の西部地区の医療を支えているということがお分かりになると思います。

続いて日本の地域別将来推計人口、これは国立社会保障・人口問題研究所のデータをもとに作成したもので、松本医療圏における人口の推移と将来見込みとなります。右肩下がりで人口が減って、生産年齢人口も少子高齢化を背景に将来に向かって減っていきます。そして、高齢者人口が2040年、45年、50年とかけて増加します。ただ、相対的に高齢者の人口は増えていきますが、絶対数は2040年辺りがピークではないかと言われています。松本医療圏も同様です。

次のページは患者推計です。入院の需要については、今後も高齢者の人口が増えるのに比例して右肩上がりが増えていくと見込まれていますが、外来は2025年頃をピークに次第に減っていくと予想されています。ただ全体数は減りますが、高齢者の外来の受診数については今後も増加をしていくと推測されます。

次ページは救急搬送の将来推計です。こちらも右肩上がりに増えていますが、今後は高齢者の占める割合だけでなく、絶対数としても高齢者の搬送が増えていく予測のため、新たな地域医療構想の中では、こういった高齢者の救急に対してどう対応するかが議論になると思われます。

こちらは令和4年度の松本医療圏における搬送数のうち、松本市立病院の占める割合で、大体8.4%ということですが、およそ7~8%は、医療圏の中で松本市立病院が担当して受け入れていることが分かるかと思います。

続いて松本市立病院の診療圏のデータになります。安曇・奈川・波田・梓川・新村・和田・神林・今井、そして安曇野市の三郷、山形村、朝日村、このような地域を診療圏と想定しています。この地域の高齢化率は、2040年で38.1%、2045年で39.9%と、松本医療圏全体と比べても、高齢化の進行は早いのではないかと想定しています。

入院と外来の患者推計ですが、入院については2040年頃までは徐々に増加しその後横ばい、また外来については、既に2025年にピークを迎え緩やかに減少していくと想定しています。当院が受け入れた患者数は、令和6年度の実績では、延べ入院患者数が65,119人で、延べ外来患者は82,102人。令和4年の98,000人は突出していますが、これは発熱患者を多く受け入れたためです。

年齢階層別に見ますと、入院では75歳以上の高齢者が6割以上を占めています。65歳以上を加えますと、約4分の3は高齢者の患者です。外来では65歳以上の高齢者が約6割を占めている状況です。

受診患者の地域別の分布を見ますと、約4分の3は、先ほどの市立病院の診療圏からお越しになっていて、中でも波田地区は28%、梓川地区で14.7%とかなりの部分を占めています。

また外来では83%が診療圏からの患者で、波田地区と梓川地区で半分以上を占めているという状況です。

次に疾病別の受診状況です。新生物いわゆるがんが約2割、循環器系が約8%、呼吸器系が13.3%、消化器系が12.3%、損傷いわゆる外傷等が13.7%という分布になっています。

医療機関としての役割を、第3期信州保健医療計画の機能別医療機関のリストから作成しました。松本市立病院の役割としては、がんの外来化学療法とリハビリ、脳卒中の回復期、心筋梗塞等の循環器系の回復期、糖尿病の専門的治療、このほかに6事業ということで救急・災害・新興感染症・へき地・周産期・小児医療、こうした分野の中で救急医療の二次輪番病院を担っています。急性期後の医療として、回復期リハ病棟と地域包括ケア病棟を有しておりますので、急性期を脱した救急患者を回復期系の病棟で受け入れている状況です。

政策的な医療の分野になりますが、第二種感染症指定医療機関に指定されていますので、感染症の方々を受け入れる役割を担っています。また、へき地医療拠点病院にも指定されており、奈川診療所や塩尻市の榎川診療所へ医師の派遣等を行っています。周産期医療では、令和6年10月の時点では分娩を行っていましたが、今後は変更することになります。そして在宅ですが、在宅療養支援病院の指定を受けており、地域のかかりつけ医と連携しながら在宅療養の支援を行っています。以上が資料2になります。

次に過去3ヶ年の経営状況の推移です。令和6年度は5,360万円の黒字を計上し、令和元年度から続けて6年連続黒字ということになりましたが、コロナ禍の間は、国からの病床確保料等がありましたのでその恩恵もありました。令和6年度はコロナの補助金がほぼなくなり、医業収益の方で病院の経営を支えなくてはという状況の中で入院患者数を確保した結果、このような決算を打つことができました。

訪問看護件数については、令和5年度と比べて増加し4,600人となっています。令和4年度は5,000件を超えていますので、令和5～6年度は件数が減ったように感じられますが、コロナ禍の間は入院の際に家族の面会ができなかったという事情もあって、訪問看護の需要が一時的に増えておりました。コロナ禍が終わり訪問看護の需要が一段落して4,300件に減りましたが、現在は積極的に訪問看護に対応している状況です。

科別患者数、診療科別の過去3年の入院患者及び外来患者の推移、市立病院の経営強化プランにおける過去3年の実績数値は資料3にお示しのとおりです。手術件数では、全体の件数と、全身麻酔の件数、そしてその診療科別の内訳があります。また病院の概要として、各病棟別の病床数と標榜している診療科、診察室の数、手術室の数についても資料にお示ししています。

資料4では、令和7年4月1日現在在籍する職員数をお示ししています。常勤職員が267名で医師が27名です。また会計年度任用職員は、フルタイムに換算した人数を一番右側に記載しています。なおこの中には病院の建設に携わっています3名の職員も含まれています。

#### <花岡委員長>

続けて、新たな地域医療構想及び長野県の医療提供体制のグランドデザインについて、若月委員よりご説明お願いいたします。

#### <若月委員>

先ほど花岡委員長からお話がありましたが、松本市立病院の今後の機能や基本計画を検討するにあたり、現在国が検討している新たな地域医療構想の状況や、昨年3月に策定しました県の医療提供体制のグランドデザインの内容を踏まえてご議論いただければと思いますので、その概要について説明させていただきます。

最初に資料5です。左側が新たな地域医療構想の概要、右側が県の定めたグランドデザインとなっています。まず目指すべき方向性についてですが、両方とも同じような内容となっています。グランドデザインは、高度専門医療から在宅医療まで、誰もが切れ目なく医療提供を受けることができる体制を構築していくとされています。国の新しい地域医療構想でも、表現は異なりますが、全ての患者が医療や介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、日常生活にまた戻ることができる体制を目指すとされています。取組の方向性ですが、グランドデザインの方は、入院医療について、病床機能だけではなく病院機能に焦点を当てるといふことによりしております。地域包括ケアの要となる地域型病院と、高度専門医療を中心に担って地域型病院を支援する、例えば医師派遣とか遠隔診療によって支援する広域型病院、それぞれの病院に類型化して役割分担と連携を進めていくということが書いてあります。在宅医療については、診療所と地域密着型の地域型病院がしっかり連携する体制、外来医療については住民の身近にある診療所等の医療機関、いわゆるかかりつけ医療機能を担う診療所と、紹介受診重点医療機関など紹介患者を中心に診る医療機関で役割分担をしていくということが書かれています。

それに対して、新しい地域医療構想ですが、こちらにも病床機能に加えて医療機関機能に着目する同じような観点で書かれています。さらに、治す医療を担う医療機関と治し支える医療を担う医療機関の役割分担について書いてありますが、治す医療を担う医療機関というのが、県のグランドデザインで言うところの広域型病院であり、治し支える医療の方が、グランドデザインで言うところの地域型病院と考えているところです。医療機関機能として、国では4つの地域機能と教育育成機能の5つの機能が定められています。

資料の3ページにはグランドデザイン策定の趣旨が書かれています。グランドデザインを策定した2024年当時、県では医療提供体制の窮状や危機感を持っており、将来あるべき医療提供体制の姿を関係者間で共有していく必要があるという認識がありました。また、病床数に着目した議論だけではなく、病院機能に着目して役割分担の議論を進めていく必要があるということで、第8次長野県保健医療計画の中に、医療計画を通底する理念としてグランドデザインを定めたとあります。

次に4ページをお願いします。そこに4つの課題が書いてあります。1つは誤嚥性肺炎や骨折等の医療ニーズが増加し、がん等の高度専門的な治療や手術のニーズはだんだん減少するという医療ニーズの変化。もう1つが、地域偏在や診療科の偏在により、きめ細かい医師配置を行うことが徐々に難しくなっていくという医師確保の問題。それから医師の時間外労働規制によって、休日や夜間救急機能を縮小せざるを得ないという働き方改革の問題。また新型コロナのように今後も新興感染症への備えをしていかななくてはならないという課題。これらに対応していかないと、病院経営が圧迫されて厳しくなるとか、医師のキャリア形成のための症例が確保できなくなって医療の質低下につながっていくのではないかなど、懸念をしているところです。

5ページになりますが、グランドデザインの大枠の方向性として2本の柱を立ててあります。1つは病院機関の更なる役割分担と連携の推進。2つ目として、県・市町村・医療関係者・県民の4つの主体がそれぞれ果たすべき役割を踏まえて、それぞれが自分ごととして役割を達成していかないとこの医療提供体制が維持できないということが書かれています。

6ページには広域型病院と地域型病院の機能が、7ページにはグランドデザインで考えている医療提供体制のイメージが示されています。広域型病院は、医師や設備等を集約して高度専門医療に専念する病院として、一定範囲の圏域に1つないし2つを置くという形で、地域型病院に対して診療支援として医師派遣や遠隔診療等の支援を行います。地域型病院は、地域の診療所や介護施設、訪問看護事業所等の施設と連携し、地域包括ケアの要となって外来医療や在宅医療を整えていく、こうした形で地域の医療提供体制を構築したいというのがグランドデザインの考え方です。

次に10ページ、国の新たな地域医療構想の概要についてです。左側の現行の地域医療構想では、病床の機能分化を進めることによって医療機能を役割分担していくという考え方がメインとなっています。高度急性期から慢性期までの4つの病床機能における必要病床数を計算したうえで、これを縮小していこうと考えたものですが、医療機能の整理までは進まなかったところがあります。右側の新たな地域医療構想については、入院医療だけではなく、外来医療や在宅医療、介護等と連携して医療全体の課題解決を図る構想となっています。新しい地域医療構想もグランドデザインと同じように、病床の機能分化連携に加え、地域ごとの医療機関機能や広域的な観点の医療機関機能について考えていく構想になっています。スケジュールですが、現在、国の方では、令和7年度中にこの新しい地域医療構想の策定ガイドラインを作成して示すことになっています。これが示され、各都道府県は令和8年度に新しい地域医療構想を定めることになる予定ですが、それに基づいて令和9年度から各地域の医療圏がそれを具体化する取組を考えていくこととなります。新しい地域医療構想でも医療機関機能というものが考えられることになっていて、急性期拠点機能というのが、手術だとか救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約して医療提供を行う病院ということで、これが県のグランドデザインにおける広域型病院に当たると考えています。それから高齢者救急・地域急性期機能というのが、県のグランドデザインで言うところの平日の二次救急とか休日夜間救急等をやっていただく地域救急型の地域型病院と考えていま

す。その次、在宅医療等連携機能、こちらにつきましては、地域包括ケアの要となる医療機能を担う地域密着型の地域型病院、これがグランドデザインで言うところの機能だと思います。それから最後の専門等機能についてですが、これがリハビリテーションなど一部の診療に特化した機能ということで、グランドデザインでは地域専門型地域型病院と呼んでいます。あとグランドデザインにはないのですが、現在、国の構想には広域的な観点の医療機関機能として、医育及び広域診療機能、これは主に大学病院のことを指しているようです。長野県で言うと信州大学附属病院が当たるだろうと思われま

す。説明させていただきましたとおり、県のグランドデザインと現在国が検討している新たな地域医療構想は、共に病院機能に着目して、限られた医療資源を集約・分化して、その上で連携するという形で地域医療全体の体制を構築しようと考えているものだと思います。このことを踏まえて、県としては、松本市立病院がこの地域にあってどういう立ち位置でどういう機能を備えるべきか、2040年に向けた新しい地域医療構想を見据えてご検討いただければありがたいと考えています。

<花岡委員長>

報告事項をすべてまとめて説明していただきました。ここから質疑ということになりますが、不明な点はしっかり解決していかないと先に繋がらないと思いますので、どなたからでもフリートークでご質問をお願いします。

<相澤委員>

地域医療構想調整会議がまた開催されていく中で、市立病院の立ち位置もそこに合わせて考えていく形を取らざるを得ないと思いますが、その結果を待つべきなのか、待たずにここで話していいのか、それについてはどうお考えでしょうか。

<若月委員>

新しい地域医療構想については、先ほどお話ししたとおりのスケジュール感で進んでいますので、出来上がるのは早くても令和8年度末になってしまいます。それを待っていては病院計画のスケジュールと合わないと思いますので、並行して想定をしながら検討することになるのではないかと思います。先ほど委員長もお話しされたように、松本市立病院は少なくとも広域型病院ではないと思われま

<花岡委員長>

おっしゃるとおりですね。長野県で第3期の信州保健医療総合計画が策定されまして、第8次医療計画でかなり議論を深めまして医療提供体制のグランドデザインを策定していますので、この長野県のグランドデザインをベースにして議論を進めるのは全く間違いではないと思いますので、ぜひそういった観点からお願いできればと思います。

<相澤委員>

グランドデザインにおける地域型病院だとすると、今回の松本市立病院の計画は令和2年に立てられ、時代的な背景もあって乖離がしてきているので、もしかしたら大きく変わる可能性があると思うのですが、それを3回から4回の会議で十分な議論できるか少し心配しているところです。

<花岡委員長>

そこは心配ですが、委員の皆さんのコンセンサスが得られればいいのではないかと思います。最終的に市長に答申するのが目的で、その後、行政が判断しますので、この場でコンセンサスが得られた内容であれば問題ないと思います。

<佐藤委員>

病床の数ですが、前回の地域医療構想に則って病床の配置を見直していこうということで、来年度から病床数を少し改変し、急性期を減らして回復期・包括期を増やすという流れで考えています。今回、地域医療構想が変わるということですが、基本的な病床の配置につきましては、恐らく今回の変更は大きく逸脱することがないと考えていますので、現場としては、今の病床の改変を進めていきたいと考えています。ご意見ありましたらお願いします。

<渡辺事務部長>

ただいまの佐藤院長の発言を補足させてください。資料3の5ページに現病院と新病院の比較があります。現病院199床ですが、4階西が59床、4階東が33床となっています。今回、地域医療構想調整会議において、2025年に向けた対応方針を各病院が作られていると思いますが、その方針は2～3年前に出されています。その際、当院では徐々に回復期の病床を増やし急性期を減らしていくということをお伝えしていて、この3月から、4階西の急性期の病床の中に地域包括ケア病床という回復期系の病床を8床作ります。そして4月からは、4階東の回復期リハ病床33床を5床増やして38床にします。計13床分回復期を増やしてその分急性期を減らし、病床の機能を変えていくことを想定しています。佐藤院長の方からお話ししたのは、地域

医療構想の中で松本医療圏では回復期病床がまだまだ足りないということが出ていたので、市立病院ではその地域医療構想に沿って回復期系の受け皿を拡大し、地域の在宅等と連携しながら高齢者の軽症急性期などを受けてきたいということです、補足させていただきます。

<花岡委員長>

ご説明ありがとうございます。この場では先ほどのご説明に対するご質問という形になります。現在と新病院の病床に関しては2回目以降の議論になってくるかと思しますので、ちょっとこの場では省略させていただきたいと思います。

<小林委員>

確認ですが、資料2の6ページ、疾病別受診状況では新生物が19%と結構多いのですが、いわゆる終末期のような最終段階なのか、悪性新生物なのか、何か特色があるのですか。どういう方が主なのか気になったのですが。

<相澤委員>

DPC (Diagnosis (診断) Procedure (診療行為) Combination (組み合わせ) の略で、傷病名、手術・特定の処置の有無、副傷病の有無などの一連の治療行為を組み合わせた、診断群分類のこと) 病名であって、多分Kコード (厚生労働省が認定している医科診療報酬点数表で定めている手術のコードのこと) が付いている方なのか。化学療法をやられている方なのかというのが先生のご質問ですね。

<渡辺事務部長>

資料3の5ページに科別の手術件数があります。当院において手術の多い診療科は、外科と整形外科です。外科は消化器系と乳腺外科の乳がんがほとんどになります。消化器内科、消化器外科が連携して、主としてその消化器系のがんと乳腺外科の乳がん等をやっています。乳がんや外科の消化器系も化学療法をやっているところがございます。今手元に化学療法の件数は持ち合わせていないのですが、主ながんの治療としてはそういう形です。

<小林委員>

では、がんの手術を結構されているという現状ですか。

<佐藤委員>

消化器系については大腸がん、あとは乳がん、それから泌尿器科の前立腺がん、その辺りが多いです。

<相澤委員>

グランドデザインの地域型のあり方や病院の立ち位置を検討していくとすると、先ほど説明があったとおり、やはりどこかで手術とか悪性腫瘍の手術は集約化していかないといけないと思います。外科医を集めるリクルートも難しくなってきますし、やはり件数が少ないと技術的な修練が難しくなります。今後、市立病院がどれぐらいの件数をやっていくかにもよると思うのですが、今回の地域医療構想やグランドデザインでも、地域型の病院では、場合によっては止めていくことも選択肢として挙がってくるので今後どうするのかは考えなくてはいけないと思っています。確か令和2年の専門者会議の資料でも、悪性腫瘍の手術加療については撤退していく方向の記載があったかと思います。新病院で悪性腫瘍の手術を行わないなら、外科の手術室は3室も必要ないと思います。

<花岡委員長>

おっしゃるとおりかと思います。外科医もですが、麻酔科医についても、麻酔科医がいないと全身麻酔の手術が出来ません。やはり一定の症例数が無いとスキルが維持できない問題もありますので、この辺りはかなり議論が必要じゃないかと思いますが、これは次回以降ということで。

<小林委員>

確認ですが、政策医療には在宅も含まれていますか。

<渡辺事務部長>

私たちが政策医療と呼んでいる分野では、救急、感染症、へき地、周産期、小児といったところを取り上げていまして、在宅医療は定義が幅広いので、往診をしたり訪問看護をやったりレスパイトを受けたりというところで、幅広く対応していまして、そちらについては在宅と連携した回復期といった括りで、どちらかという広い意味での政策的な医療と捉えています。

<小林委員>

へき地医療は、奈川などの訪問診療を現時点でもされているんですか。

<渡辺事務部長>

へき地については、奈川診療所や櫛川診療所に医師を派遣して、現地で診療を行っています。

<伊佐治委員>

資料2の9ページの在宅医療、在宅療養支援病院のところに○が付いているのはどういう定義ですか。

<渡辺事務部長>

地域のかかりつけ医が往診したり、高齢の軽症患者さんを受け入れたりしていただいていますので、当院ではそういうかかりつけ医をバックアップしながら在宅医療を支えているということです。これは施設基準と言いまして、病院の医療制度上の基準として指定されていることを記載しています。

<伊佐治委員>

かかりつけ医の先生が病院の方に繋いでくるということですか。バックアップというのは具体的には。

<若月委員>

一般的に、政策医療にしっかりとした定義は無いのですが、行政が政策医療と言ったときは、資料2の8～9ページに、5疾病6事業っていう表現があります。6事業の方は、救急医療から小児医療まであって、いわゆる不採算部門と言われていて、通常の診療報酬だけでは赤字になってしまうので、総務省の省令によって特別交付税が出ることになっています。5疾病の方は診療報酬の中に組み込まれている疾患で、一部のがん等は採算が取れなくなってきているということで財源措置があるのですが、基本的に5疾病の方は診療報酬体系の中で採算を取るという考え方です。

<伊佐治委員>

さきほどの疾病別の手術件数の詳細や、ただいまの在宅療養支援の具体的な内容を次回示していただきたいと思います。

<花岡委員長>

手術の内訳ですね。全身麻酔の手術。

<相澤委員>

周産期医療についても、これでお産を止めたときにどうなるのかが少し心配です。恐らく外来だけでやっていく形になると思うのですが、子育て安心ネットワークの中で、健診協力医療機関としてこういったことをされていくのか、具体的な予定はあるのか教えてください。

<佐藤委員>

分娩が廃止になりましたので、分娩以外の産科領域として、妊娠して分娩に至るまでの期間のフォローアップを当院の役割分担という形で対応したいと考えていますし、分娩後も当院が対応できるところはやっていこうと考えています。

<花岡委員長>

産科病床は何床ですか。

<太田病院建設課長>

新病院では5床です。

<花岡委員長>

分娩室は。

<太田病院建設課長>

1つです。

<花岡委員長>

新病院では5床確保しているがこれが要らなくなる。

<佐藤委員>

一般の病床に切り替えていくかどうかですね。

<渡辺事務部長>

現在も混合病床で、産科の方が入る個室はこの辺りと決めてあるのですが、分娩件数が減ってきていまして、一般の患者さんがそこを個室として利用していますので、ガラガラというわけではないです。

<小林委員>

病床については次回以降だとして、病床削減ありきではないけれども、病床維持ありきでもないということによろしいですね。単純に考えれば、産科の病床が5床ありました、それが中止になれば、180引く5がスタート地点になるというのが自然な考え方です。時代の流れに則した、サステイナブルというか持続可能な病院にしていくというところで、やはり病床のところは議論すべき内容と思っています。

<花岡委員長>

臥雲市長からの諮問には、基本計画の整合性とあります。グランドデザインを踏まえて、基本計画の整合性がどう取れているのか、整合性が取れない場合はどういう病院がいいのか、その病院機能を考えていくと、やはり病床数がどうなっていくのが理想なのか、ある程度踏み込まなくてはいけないと思います。

<小林委員>

もう一つ質問です。資料3の3ページ、入院のところで意外と泌尿器科や脳神経外科の数が多いと思ったのですが、泌尿器科の常勤の医師は1人ですか。

<佐藤委員>

1人です。

<小林委員>

脳神経外科は。

<佐藤委員>

非常勤の1人です。

<小林委員>

この入院数はどういう内容ですか。

<佐藤委員>

脳神経外科については、長期にわたって病院でケアをしないといけない患者さんをベースとしていますので、恐らくそれで数としては多くなっていると思います。

<小林委員>

脳外科医確保の今後の見通しは。

<佐藤委員>

脳神経外科の今後については検討しております。将来的には脳神経外科、もしくは脳神経内科の医師を探してくる形で対応することになると思います。

<小林委員>

泌尿器科や脳神経外科のように、いわゆる医師が一人一科になっている科についてはどう考えるのかというのは一つのテーマかとは思いますが。

<花岡委員長>

今の質問に関連してですが、信大・自治医大からローテート（派遣）で来ている先生は何名くらいですか。

<佐藤委員>

ローテートは今あまり多くないですね。内科は2名、外科は4名弱ですが、基本的にはローテートにはなっていないです。整形外科は3人ですが、希望で来られている方はローテートではありませんので。産婦人科は信大から派遣されている方が1名いますので、全部で3～4名です。

<花岡委員長>

常勤27名のうちの3名程度ですね。逆に言うと今常勤の方がお辞めになったときに、後任の目処が立たなくなる可能性もある。

<佐藤委員>

そうですね。いつもそういうリスクはありますのでそれを踏まえて対応が必要です。依頼をして後任を遣わしていただければ一番いいのですが、難しい場合は病院として探していきたい。

<花岡委員長>

県の方から自治医大の関係で見えている方はいらっしゃるのですか。

<佐藤委員>

今現在、派遣はないです。

<花岡委員長>

常勤ですか。

<佐藤委員>

常勤です。2年ほど前には派遣医師もいたのですが。

<相澤委員>

看護師の方は今人数が足りているのですか。また、今10対1病棟が一般的ですが、急性期は全部10対1ですか。

<佐藤委員>

2つ病棟があって2つとも10対1です。

<佐藤委員>

まだ定員に達していないのですが、適宜面接試験をやって、中途採用の方も入っていただいて、何とか維持するよう努力しているところです。

<小林委員>

人件費比率はどうなっていますか。

<渡辺事務部長>

医業収益に対する人件費比率は、令和6年度は65.7%です。

<太田病院建設課長>

資料3の4ページに対医業収益給与費比率ということで記載してあります。

<相澤委員>

血管造影室は、今実際に稼働されているのですか。

<佐藤委員>

血管造影に関しては、当院では心臓カテーテルをしておりませんので、具体的には透析患者さんの血管を拾えるPTA（経皮的血管形成術）に使用しているのが実際のところですので、数としてはあまりありません。

<相澤委員>

新病院でも血管造影室が必要と考えていますか。

<佐藤委員>

血管造影室はないですね。透析室の中でそう機能がある機器を入れるという話だったかと思っています。

<相澤委員>

血管造影室は作らないということですか。

<佐藤委員>

現状では行う医師がいないので。

<相澤委員>

わかりました。

<小林委員>

さっきの手術室の話もそうですが、がんを手術するかしないかで適正な手術室の数が変わって

くるのか、次の委員会までに、外科系の先生にそこら辺のところをご意見伺っていただければと思います。

<佐藤委員>

当院は消化器外科の医師がたまたま4人います。規模としては揃っているのですが、当院としても悪性腫瘍に対してもやるという熱意はあるように思います。10年、20年後を考えると少し話が変わってくるかもしれませんが、現状では悪性腫瘍の治療をしっかりとやっているところではあります。実際開けてみると悪性だったとかそういうこともあるので。外科の立場とすると良性と悪性分けるのはそんなに容易ではないので。

<花岡委員長>

やはりマンパワー、あと症例数ですね。一定の症例数が無いとスキルが落ちてしまうので、なかなか安全な手術はできないです。医療安全の観点から問題が生じてくる可能性があります。学会の認定施設はどれくらい取得しているのですか。

<佐藤委員>

具体的数字は今言えないのですが、病院の入り口の掲示板に貼ってあります。ある程度の年齢の医師が多いので、皆さん専門医として、教育するための資格を持っている先生が多いと思っています。

<花岡委員長>

一応ある程度学会の認定施設になっていて、専門医がとれる病院ということですね。

<佐藤委員>

そうですね。そういう風に考えていただいていると思います。

<相澤委員>

専門医を大学から送ったときに、手術件数とか症例件数がどれくらいありますか。

<小林委員>

資料2の5ページの入院・外来の地域性ですが、近隣の市町村から補助とかはもらっているのですか。

<太田病院建設課長>

特にもらっていません。相当以前、波田総合病院の時代に近隣の自治体から運営補助を頂いていたことはあったようです。

<花岡委員長>

コロナ禍のときは市立病院が奮闘していただいて、松本市民はかなり恩恵受けました。今、平時になって、西部方面以外の市民がどの程度市立病院を受診されるかは気がかりなところです。ぜひ病院としての魅力を出していただきたいと思います。

<小林委員>

へき地も含めて西部地域の医療を守る役割は共通している認識なんだと思います。名称について、かつて波田総合病院だったのが、松本市に合併してから松本市立病院に変更となったわけですが、地域医療構想との整合性ということ言えば、個人的には松本市立波田病院でいいのではないかと思います。

<伊佐治委員>

公の施設で、例えば学校での通学区域のように利用できる施設を限定しているものもありますが、市立病院の場合は、西部方面に住んでいる方と限定しているわけではないので、行政が税金を使って建てた病院という規模の大きなインフラに、地域の名前をつけてということはなかなか難しい気がします。

<小林委員>

波田でなくても西部病院でもいいです。市立病院のままだと、方向性としても新しい地域医療構想との兼ね合いでどうなのかという懸念はあるかと。そこはなかなか難しい問題ですが。

<花岡委員長>

行政としての立場も分かりますし、小林先生のご意見、私もご意見頂戴していますので、そのとおりだと思いますが、この委員会でそこまで踏み込むかどうかは別の問題ですので、最終的に議論したいと思います。よろしいですか。

次に移りたいと思いますが、次第の6、協議事項になりますけれども、こちらについて事務局よりご説明をお願いします。

<渡辺事務部長>

資料6をご覧ください。見直し検討に当たっての議論の進め方です。まずスケジュールでございます。諮問でも3月末いっぱいまで答申ということで想定されていますので、毎月1回ずつ合計4回の会議を予定してございます。日程はご覧のとおりです。その中で、本日皆さんからいただいたご意見をもとに、今後議論していくべき論点を整理させていただきたいと思います。そして第2回目、第3回目でその論点に基づく協議を行いまして、4回目最後の会議において取りまとめということで、答申案についてご協議をお願いしたいと考えています。

<花岡委員長>

合計4回と言うことでタイトなスケジュールですが、よろしいですか。それでは次に諮問内容を検討するに当たっての論点整理を行いたいと思いますが、事務局で論点のたたき台を作成していただきましたのでご説明をお願いします。

<渡辺事務部長>

論点案として4つ挙げてあります。

ひとつは、2040年を見据えて、高齢者救急あるいは在宅医療等の医療介護需要の増大等を踏まえると、松本市立病院としては地域の中でどのような役割・機能を担うべきか、そういった役割・機能のあり方についてご議論いただくというのが1点目です。

2点目として、新たな地域医療構想における連携・再編・集約化、こういったものをイメージした医療機関機能を踏まえた市立病院のあり方。

3点目として、長野県の医療提供体制のグランドデザインにおける地域型病院及び広域型病院の入院医療体制を踏まえた市立病院のあり方。

そして最後4点目ですが、公立病院としての政策医療、救急、感染症、へき地、周産期、小児、こういった政策医療を行う公立病院としての今後のあり方というところが論点になるかと思っています。

ただこうした論点は、いわゆる横串と言いますか、横の考え方。これに対し縦串を入れまして、それぞれの各論といったところに踏み込んだ議論も必要になると思います。横串をいわゆるファンクションとすると建串がストラクチャーという形になると思います。例えば1台の自動車を想定しますと、ファンクションとしては、この自動車はどういったユーザー向けのものか。ファミリー層なのか独身なのか高齢者なのか、はたまたこれは国内向けなのか輸出向けなのか。そういったファンクションが自動車にあると思います。一方でストラクチャーを考えたときに、この自動車は排気量が何CCなのか、あるいはターボが付いているのか、あるいは5人乗りなのか6人乗りなのか。

したがって、先ほどの4つの横串のファンクションの視点と、ストラクチャー、これはすでに先ほどの委員の皆さんのご質問の中にキーワードがいくつか出ていると思いますので、そうしたこのストラクチャー的なところを織り交ぜながら、論点の方を整理して議論を進めていただくのがよろしいのではないかと考えています。

<花岡委員長>

ありがとうございます。ただいまのファンクションとストラクチャーということで、委員の皆さんいかがですか。実質的には具体的な議論は第2、3回の計2回しかないと思います。ある程度方向性が見えてきたのではないかと思います。市立病院が地域の中で担うべき役割・機能のあり方、これが重要なポイントで、その役割・機能がファンクションですね。役割・機能が見えてくればストラクチャーも見えてきそうな気がします。その機能に合った病院はどういう病院か、

どこまでやるのか何をするのか。その辺りも見えてくるような気もしますが、まず次回の論点を整理したいと思いますがいかがですか。

<小林委員>

病床数がどうなのかとか、手術室の数がどうなのかとか、職員の数とか科の数とか、それが縦串というイメージでよろしいですか。

<花岡委員長>

まずは役割・機能をご議論いただく。ベースになるのは、県のグランドデザインとか、新たな地域医療構想ですよね。大体似ています、同じような建付けです。その中で地域型病院としてどういう役割・機能を持っていくか。そこがまず重要ですよ。

<伊佐治委員>

役割・機能を考える上で、先ほどご意見が出たのは、例えば今、新病院の想定しているその診療科が、新しい地域医療構想に照らし合わせたときに相応しいかどうかというあり方、それから病床数、手術室のあり方、外科の視点を加えてオペ室がどうあるべきか、それから血管造影等の諸室のあり方、派遣職員のあり方など、これまでの議論ではそういう具体的な部分が出てきたと思うのですが、そういった縦串でこの4つの横串と照らし合わせて2回に分けて議論いただくということはいかがでしょう。

<花岡委員長>

具体的な議論になりますが、その方が分かりやすいのは事実ですね。

<小林委員>

新聞報道でも微修正か規模再検討かと見出しに出ている。それは、やはり病床数をどうするのかという話になるかと思うんですが。個人的には令和2年の専門者会議がスタート地点ではないかと思います。その後方針を出して色々修正が加わって基本計画が出ているわけですが、基本計画ありきということであれば微修正ということになってしまうと思うのですが。

<相澤委員>

本当にきちんと検討するのであれば、しっかりと地域医療構想に即した見直しをしていかないとだめだと思います。多分この先5年ぐらいだったらいいのかもしれないですが、今後20年、30年後に乖離が大きく出てくる可能性があるのではないかと思います。そうすると本格的な見直しをした方がいいのではないかと思います。

<小林委員>

一度立ち止まって、病院が永続的に存続できるようにするためにはどうすればいいかということを考えてというのが一番大きなテーマになると思います。令和2年の専門者会議の記録は全部読ませていただきましたが、やはり2040年を見据えた持続可能性となると、そこはやはり微修正なのか規模再検討なのか、避けては通れない問題なのかと思います。

<伊佐治委員>

微修正に留まらない範囲の見直しをすると、もう一度総務省に計画を出し直してということになりますので、数年単位で延びるということになります。そうしますと、日頃から病院を利用されている方々への影響や、建築費の高騰や金利の上昇といったリスクがあることは重々承知しているのですが、市長からは、委員の皆さんには微修正ということにこだわらず検討していただきたい、そのことが最終的には市民の理解を得ることになるだろうと言われていています。ですので、県のランドデザインなどに照らし合わせ、今後の方向性についてご協議いただければと思います。

<花岡委員長>

令和2年の時も2040年を見据えて議論しているんですね。コンパクトにまとめて持続可能な病院にしましょうということを議論していますので、医学的に見ると全く間違っていないと思っています。

<小林委員>

委員会としては、ディスカッションして、純粹に答申はあくまで答申として出す、それをどう考えるかというのは行政のご判断になりますので、この委員会ではこう考えるというところはやはり出していくべきかと思います。松本市の2040年を見据えて考えていく、病院の持続可能な方向性を我々はこう考えるというのを議論して出していくというのが大筋だと思っています。

<伊佐治委員>

この基本計画も、専門者会議の議論があってそれを前提に立てられたと考えていますので、例えば病床数とか具体的な数字のところは少しずれがあると思うのですが、基本的に流れは一緒のところにあると考えています。

<花岡委員長>

いずれにしても、県・国の方針に沿って、松本市立病院のあり方を考えるという基本姿勢は変わらないと思いますので、その中でどのような役割・機能を持たせるかということですね。そこをまず議論しないといけないと思いますが、少し具体的な話も踏み込んでいかないと議論が進まないような気がします。ここをまず議論すべきだとのお考えはありますか。

<若月委員>

論点を4つ示していただいておりますが、回数も少ないので、あまり論点が多すぎるとまとめるのも大変ですし、お話を聞いていると機能・規模のところがポイントかと思います。機能を議論するためには、今の基本計画がどういう考え方で診療科や病床の数値を決めたのかがあると思いますので、それが、2040年くらいまでの姿と乖離があるのであれば、そこは意見として修正していかなくてはいけないと思います。できれば、基本計画の考え方について、一度説明を聞いてはいかがでしょうか。

<花岡委員長>

今の基本計画に対して意見を述べたり修正を述べたりすると、それこそ膨大な時間と労力が必要になってしまう気がします。私の考えとしては、基本計画は基本計画で、あくまでもこの諮問にあるように、グランドデザインとか地域医療構想を見据えて、市立病院がどういった機能・役割を果たすのか、その辺りがまとめればいいのかという気がするのですがいかがですか。

<相澤委員>

おっしゃるとおりで、まずどういう役割でどういう方向性にしていくかをまずしっかりとグランドデザインに照らし合わせた上で、立ち位置を決めていかないといけない。立ち位置がある程度決まれば、病床がどれくらい必要かとか、手術室とか診療科とか、そこに照らし合わせて決まってくると思います。まずどういった方向性、どういった立ち位置で今後2040年まで考えていくのか決めないといけないのではないかと思います。

<花岡委員長>

やはりこの委員会として市立病院はこうあるべきだというコンセプトを決めて、それが決まってくると自ずと機能も決まってくるから。

<小林委員>

まず総論、次に各論ということですね。

<花岡委員長>

その辺りで少し議論を進めていきたいと思います。

<若月委員>

概念的なところということでしょうか。その際には、このようなデータがあるからこういう機能にするべきだという根拠を示していけるとよいと思います。

<花岡委員長>

基本計画は非常に細かくて、どこでどういう議論がされて基本計画ができたのか知りたいところではあるのですが、時間に限りがありますので、こういう病院になってほしいという我々の考え方をまずはっきりさせるべきじゃないかと思います。そうすると、地域密着の医療を推進していくために、やはり在宅とか介護とかがキーワードになる気がします。次回その辺のところも議論させていただきたいと思います。

もし資料が追加が必要であれば、直接事務局に言ってもらえばいいですね。

<太田病院建設課長>

こちらの方にお電話かメールをいただければ対応させていただきます。

<小林委員>

資料3の3ページで、パートの先生がやっている外来は。

<佐藤委員>

眼科、耳鼻科、歯科口腔外科です。

<小林委員>

実際その部分での収支決算的なところはどうなっているか出ますか。

<太田病院建設課長>

人件費は出ますが、細かい収益は難しいかもしれないです。データを見えます。

<小林委員>

全体の受診者数が少ないところに需要としてどうなのかは気にはなります。

<太田病院建設課長>

費用対効果ですか。

<小林委員>

実際どのくらいの需要があるのかなど。

<渡辺事務部長>

眼科とかは、近隣に開業医さんがいらっやらない状況はあります。

<小林委員>

そういうことであれば、仮に赤字でもやる意味があるという話になりますし。

<相澤委員>

ひとつ資料としていただきたいのが、先ほど病床機能を変更したというところがあったと思うのですが、今の正確な病床機能を教えてください。稼働率などは病床機能の変更で全く変わってしまうので、どういうタイミングで変わったのか、ここ3年ぐらいの推移を教えてください。もうひとつ、手術室の稼働状況・稼働率を教えてください。

<花岡委員長>

だいぶ時間を超過しましたが、本日の議論を終了させていただきたいと思います。委員の皆様には大変活発な意見をいただきありがとうございました。答申をまとめるのは難しいと思いますが、松本地域の医療を牽引している皆さんが集まっているわけですから、医学的な見地から答申を出せば問題ないと思います。

<太田病院建設課長>

各委員の皆さん、長時間にわたり、慎重なご審議ありがとうございました。今回、皆様お忙しい中、非常に短期間で議論を進めていただくこととなります。場合によっては、メール等で集約の内容について随時確認をお願いするようなことも出てくると思いますが、ご理解ご協力をお願いいたします。それでは以上をもちまして、第1回松本市立病院建設基本計画見直し検討委員会を閉会いたします。委員の皆様お疲れ様でした。ありがとうございました