

○第3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8年2月17日（火）午後7時から午後9時10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) 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

(3) 市長部局出席者

加来行政管理課主事

4 議事内容

<太田病院建設課長>

ただいまから、第3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。

<花岡委員長>

前回の第2回でかなり議論が煮詰まりました。

今日は具体的な核心の話になろうかと思えます。ある程度方向性を出していきたいと思しますので、よろしくお願いします。

<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します。

<花岡委員長>

まず、3の協議事項に早速入りたいと思いますが、「松本市立病院建設基本計画における病院の役割、診療機能等」について、事務局から説明をお願いします。

<渡辺事務部長>

第2回の会議におきまして、資料1で現行の基本計画における役割や機能をまとめ、それに対する委員の皆様のご意見を修正点としてまとめています。それに基づき答申の方向性をまとめていく

と、このような建付けになると考えています。本日はこの修正点について確認してもらいながら、答申の方向性について具体的にご意見いただければと思います。

資料1の一番右側、修正点等の一番上段からですが、新病院の整備方針の中で、地域における役割というのを定義してきました。この中で修正すべき点ということで、「高齢患者の増加が見込まれるので、全人的医療を提供する」という表現が適切ではない、「基幹病院」という表現は違和感があるので、「地域型病院」というものに改めたらどうか、というものになります。

そして、1の地域型病院として担う急性期医療といったカテゴリでは、各領域における診療機能の概要について、その下に白丸で5点ほどにまとめました。

1つ目が悪性腫瘍、がんです。高度医療機関と連携し、主として術後の経過観察や薬物療法導入後の継続治療を担うべきではないかということです。

それから2つ目、手術に関し、救急病院として患者を受け入れるということもあるので、必要最低ラインを考慮してほしいという意見。それから、高齢者が増え手術が減っていくだろうということで、この関係をシミュレーションして検討した方がよいという意見。そして、現状で手術室が3室ありますが、手術室の現状の稼働率を見ると2室で十分ではないか、という意見がありました。

3つ目の丸印、生活習慣病・機能性疾患です。高齢者救急、それから地域急性期機能、総合診療で、これは診ていくものであるという意見。あと、現行の計画ではたくさんの疾患名が列挙されていますが、これだけ多くの疾患に対して十分な診療体制を整備出来るのかという疑問がありました。細かい病名をいちいち列挙する必要は無いのではないかという意見です。また、地域型病院として、こういう疾患を外来診療として担うべきではないかという意見がありました。

4つ目の丸印ですが、救急医療に関して、医師会としては救急をこのまま続けて欲しいという意見。それから、高齢者を中心とした、という表現があってもいいという意見。また、西部地域では、若い方も市立病院の救急を利用するので、高齢者救急に限定すべきではないという意見もありました。

そして、5つ目の丸印、災害医療ですが、「災害対応病院としての機能を確保する」という表現は、災害対応病院という名称が特にありませんし、また誤解を生みますので、「地域における災害医療を担う」といった表現が適切ではないかという意見がありました。

その下は、地域型病院として担う回復期医療、先ほどの1番の地域型の急性期医療と回復期医療を合わせたような形で意見をまとめましたので、主として在宅医療、あるいは地域連携の部分での意見となります。

診療機能としては、予防医療の分野において、「けんしん」は漢字で健やかという字の「健診」が適切であるということ、それから、人間ドックに力を入れていくのであれば、人間ドックの推進を前面に出してもいいという意見がありました。

また、市と連携してフレイル予防センターを行っていくのですが、この名称は他の施設でも使用されているということで、名前を変える必要があるのではないかという意見です。

そして、一番下の段ですが、公立病院として担う政策医療ということに関するものになります。診療機能として4つ丸を振ってありますが、1つ目がへき地医療です。へき地については、塩尻市の檜川診療所にも支援をしているので、「市民」という表現より「住民」の方がよいという意見です。

それから、2つ目の周産期医療については、今回の見直しの肝になるところですが、周産期医療については大幅な変更が必要であり、分娩を廃止して健診協力医療機関とし、今後は外来診療と婦

人科検診を行っていくということ。そして、将来的に産婦人科を残すかどうか、続けるのであれば新病院において設備投資が必要になるので、その点をしっかり検討する必要があるという意見がありました。また、さらに産婦人科医の人数が減るとすれば、手術を行っていくのは厳しいという意見もありました。

白丸3つ目の小児医療についてですが、小児科については松本市の中心部からも患者が来るということで、地域のニーズもあると考えられるということ、そして一般的な小児救急の対応は現状で十分ではないかという意見がありました。

最後に、感染症医療ですが、コロナ診療での功績は非常に大きいと評価していただき、感染症医療についてはこのまま市立病院で継続してほしいといった意見がありました。

以上、前回出された意見をコンパクトにまとめたので、それを参考にしながら、本日の議論をお願いします。

#### <花岡委員長>

前回の意見をまとめた説明でした。

まず、今説明のあった修正点について、意見が適切に反映されているかという点と、さらに追加修正があるかという点について、委員から意見をお願いします。この資料1についてはどうですか。

#### <相澤委員>

2点あります。

1点目は、「高齢患者増加が見込まれるので、全人的医療を提供する」という表現が適切でないというのは、委員以外の方が見たときに、何が適切でないかということが分からないと思います。もう少し分かるような説明をした方がいいと思います。「高齢患者の増加が見込まれる」というのが適切でないという話だったと思います。そこをもう少し踏み込んで書いた方がいいと思いました。

もう1点は、手術のところで、現在の稼働率を見ると2室で十分ではないかという表現も誤解を生みそうです。「2室でいい」という許可を出しているような表現になってしまうのですが、3室は必要ないという意味であって、2室なのか、もっと減らした方がいいのかは検討が必要だと思いますので、この表現は正しくないと思います。

#### <花岡委員長>

ご指摘のとおりだと思います。将来的には高齢患者も減っていくという点と、あと手術室の数は今日の中心的な議題の一つになると思いますが、この表現だと意図が反映されていないので、修正ということをお願いします。

#### <小林委員>

最初の部分について、高齢患者が一旦増加してもまた減少していくということを発言しました。アの部分をもし変えるとしたら、「複数疾患を抱える高齢患者に対する全人的全人生医療の提供を行えるよう体制を整備する」ぐらいがいいと思います。要するに、「増加が見込まれるので」という

のを省いて繋ぐような形だと思います。

<花岡委員長>

増加すると言い切るのは非常に危険だと思いますので、なくしていいと思います。高齢患者に全人的医療を提供する、その流れでいいと思います。

<小林委員>

手術の2番目、「高齢者が増え手術が減るのでシミュレーションした方がよい」というところに関し、意味が通じづらいので、「高齢者が増え」は外した上で、手術が減る、という表現かと思いません。

救急医療のところ、「医師会としてはこのまま続けて欲しい」の部分は、医師会としてはということではなく、二次の輪番をやってもらっているの、その流れの救急は続けてほしい、というような意味合いです。

もう一つは、感染症医療のところ、「感染症はこのまま市立病院で継続してもらいたい」という点についてですが、県としても望んでいるという説明を付け加えられれば、その方が誤解がないと思います。

<若月委員>

理由というか、根拠になるようなフレーズを少し入れるという感じでしょうか。

<小林委員>

少し付け加えた方がいいと思います。何で維持して欲しいかという理由について、県もその機能を期待しているというような文言を加えたいです。

<花岡委員長>

理由付けが必要ということですね。

<伊佐治委員>

前回、採算を度外視して対応せざるを得ない部分があるので、公的な病院でないと役割を担えないという意見がありましたが、それが理由になるのではないのでしょうか。

<小林委員>

そうですね、政策医療的なことです。

<若月委員>

そのような理由を含めて案を事務局の方に示させていただきます。

<小林委員>

包括期医療というような表現が入れば、役割としてはもう少し明確化される気がします。どうしても現状では回復期医療とかの話になるんですが、次を見据えれば包括期医療という言葉はどこかに入れたい気がします。

<若月委員>

災害医療のところで追加と修正を検討して欲しいと思います。ウの災害医療の中に災害医療従事者の育成という表現がありますが、一般的に災害医療従事者という言葉を使えば、DMAT (Disaster Medical Assistance Team 災害派遣医療チーム) やDPAT (Disaster Psychiatric Assistance Team 災害派遣精神医療チーム) などの専門職の人材を指すことが多いです。市立病院の場合は、災害拠点病院という指定ではないので、誤解を招くと思います。例えば、「病院内における災害対応人材の育成等」のような表現を検討してもらえるとありがたいです。

それから、前回の議論において、「災害対応病院としての機能を確保する」という表現を、「地域における災害医療を担う」という表現にしたかどうかという意見が出ています。県の担当課によると、基本的に「災害医療」という言葉が、他の病院を支援するとか、その地域の災害医療をリードするようなイメージがあるため、ここの表現をもう少し変更したかどうかという話がありました。ここでは、災害時でも被災地の傷病者に対応していく病院という意味なので、例えば「災害時でも医療機能を継続する体制を確保する」というような表現でどうかという意見をもらっています。

<佐藤委員>

災害拠点病院と混同されないような表現にということですね。

<花岡委員長>

災害医療を担うというのは大きなことですから、その地域の災害医療を全て引き受けるようなイメージになってしまいます。傷病者の対応を行うとか、そういう表現でいいかもしれません。

<若月委員>

あともう一つ、救急医療のところで、現状は「一次、二次救急患者に対応する」となっていますが、県の認識では、市立病院は松本広域圏の救急医療機関の二次当番を中心に対応していて、当番

制でやっていると思います。一次当番の場合は、基本的に市内の診療所の方々が、夜間診療と休日昼間の診療をやると思うのですが、そこを両方やると考えての記述なのか、基本は輪番をやるのだけれども、地域の診療所と連携しながら、必要に応じて一次も一緒に連携してやっていくということなのか、どちらでしょうか。

<佐藤委員>

一次というのは正確には診療所が行うものだと思います。

<小林委員>

初期救急ということで、あくまで個人的な発想ですが、初期救急の平日夜間のように休日昼間もセンター化しないと成り立たなくなるのではないかと思い、今情報収集をしていて研究段階です。今後については、例えば二次の輪番をやっていない病院に初期救急をお願いするとか、あるいは二次をやっているところでも少し担っていただけないかとかを検討しています。ですので、二次だけでいいというよりは、そういう初期のところをある程度可能性として入れていただいた方がありがたいです。

<若月委員>

これは地域の実情によると思いますので、今のように救急医療機関の一次当番も二次当番もやるという書き方もありますし、役割分担が地域主導でできているのであれば、まず救急医療機関の輪番体制の機能をしっかり維持すると書いて、そのうえで地域の診療所と連携・支援していくという書き方もあると思います。どちらがいいかの意見を聞きたいと思っておりましたが、今の委員の意見だと、両方やってもらう方が良さそうです。

<花岡委員長>

一次、二次と書かなくても、松本広域圏の救急医療機関の輪番体制を担うという表現でどうでしょうか。一次、二次と言うと限定されてしまいますので。

<小林委員>

そういう形でもいいかもしれません。輪番体制と言えば、誰も三次とは思わないです。

<花岡委員長>

これから変わる要素がいっぱいあるので、それを見越して松本広域圏の救急医療機関の輪番体制を担うとかの表現がいいと思います。

他にお気づきの点はありますか。

<小林委員>

予防医療の項目の「フレイル予防センターという名称は他施設で使用されているため変更が必要」なのですが、前回の議論は、「松本市」フレイル予防センターなど、何か付け加えるという話だったと思います。登録商標ではないので、本質がこれで表現されるならフレイル予防センターでもいいかもしれないし、他施設で使用されているため変更が必要というところまで書く必要があるかどうか。

<佐藤委員>

名称そのものを書いているわけではないです。センター機能を備えているという記載ではありませんでしたか。

<花岡委員長>

クの予防医療に「フレイル予防センターを設置する。」と書いてあり、これが固有名詞ですので、この名称でいいかということです。機能を備えたものを設置するなどの表現の方がいいと思います。

<小林委員>

フレイルという言葉は市立病院のキーワードの一つです。

フレイルに対応するとなると、実際はアイフレイルから、きこえフレイル、オーラルフレイル等ありとあらゆるものが入ってきます。外来のその診療科を、頻度はともかくとして、残す意味付けにもなります。専門家にすぐ相談できるような形を取るという意味であればになりますが。フレイルという言葉をお大切に、どう表現するかですが、変更が必要かどうかは難しいところです。

<花岡委員長>

まだフレイル予防センターという看板は掲げてないでしょうか。

<佐藤委員>

まだ名称は使っていません。今後、名前をつけていくことになりますが、正式には決まっています。

<花岡委員長>

他にありますか。追加でもよいです。

<相澤委員>

一つ確認ですが、この委員会で新病院の整備方針まで結論を出す形でしょうか。この方針に対して委員が意見を出すだけなのか、新しい病院の整備方針まで委員が設定していいのでしょうか。

<花岡委員長>

新しい方針でいいと思います。作りにいくという形です。

<渡辺事務部長>

答申を受けて、新しい建設基本計画を作るということですので、答申としてはその整備方針案、診療機能の案のような形でいただき、骨太の方針のように、それを基に建設基本計画を策定するイメージです。

<花岡委員長>

この中で我々が理想とする病院はこうです、という案を出せばいいと思います。

事業費等はまた別の問題ですので、そこはまた議論すると思いますが、あくまでも答申ですから、私たちはこういうふうに考えます、でいいかと思います。

資料1はこれでよろしいですか。

それでは、核心の議論に移りたいと思いますが、前回までの協議において、機能はある程度絞られてきたので、病院の構造・規模について話し合わなければならないと思います。具体的な話になるとは思います、病床数、手術室の数、外来の診療室数等も含めての議論になるとは思います。

まず若月委員から、新たな地域医療構想、あるいは県の医療提供体制のグランドデザインを踏まえた松本医療圏の現状、あと病床数の考え方について、全体像をお願いします。

<若月委員>

新しい医療構想と現状の地域医療構想の関係というところですが、新しい地域医療構想は国の検討会を見ていると、2040年を視野にしており、近々国が策定ガイドラインを示すと言われていきます。それに基づいて各県が令和8年度に地域医療全体の方向性とか必要病床数を推計するのですが、その推計方法がガイドラインに示されると聞いています。それを医療圏ごとに検討することになるとは思います。したがって、令和8年度は過渡期というか、まだ新しい医療構想がないので、現行の地域医療構想が令和8年度も継続するという考え方が示されています。

新構想は、令和8年度中に各都道府県が作って9年度から随時施行ということですが、今現在ガイドラインも示されていないため、新しい医療構想に基づいて必要病床数を計算するということができない状況です。一方で、現行の医療構想の課題として、病床数に議論が集中し過ぎてしまい、各地域の医療機能に重点を置いて議論することができなかったという課題を国の方でも挙げていま

す。

必要病床数の計算がまだ新しい医療構想ではできないですが、それがなくても機能に基づいて考えればいいと思います。そういう意味では、今の現行構想で考えると、松本医療圏は急性期の既存病床数が必要病床数よりも約500ほど上回っている状況です。データが若干古いところもありますが、逆に回復期の方は400ぐらい足りない状況です。ですので、急性期は多すぎて、回復期、今度の包括期が足りない。それから慢性期も30ぐらい足りないというデータが出ていますので、その辺を考慮に入れて、検討するしかないと思います。

あとは、現在の病床稼働率を見て規模がどうなのかということです。推計でいくと、2040年までは入院患者が一般的に増えていく。特に高齢者が多い地域は増えていくという推計があるので、そこまではある程度入院患者をカウントできます。ただ外来の方はもう既にピークを迎えていて、これから減っていく一方なので、そこも考慮していただきたいと思います。2040年を過ぎたときに、病院が何年に建設されるかによりますが、建てられると大体35年から40年使うことになると思いますので、2040年をピークに規模を考えたときに、その後減っていくということをどう捉えるかも大事かと思っています。例えば2人室として作った病室を、個室に転換できるようなフレキシブルな運用方法を考えなければいけないかと思っています。

#### <小林委員>

前回の地域医療構想調整会議のときに意見があった、入院・外来における患者数の将来推計。県全体のものを基にするという話だったのですが、それを基にすると入院患者数自体も2035年には減少と、もっと前倒しのイメージです。

#### <若月委員>

可能性はあります。前回の、現行の地域医療構想の国が推計した数字も20%ぐらいずれている部分があります。推計とかシミュレーションは当てにならない部分が多く、傾向やトレンドはある程度分かるのですが、何%かを当てにいくというのは結構難しいです。

#### <小林委員>

市立病院の分娩廃止のときに、出産数のデータなどを見て、こんなにスピードが速いのかと愕然としました。そのスピードから行くと、どこにピークが来るのか、2040年は相当話題にはなっているのですが、あまりそれに引っ張られない方がいいと思います。

#### <相澤委員>

やはり入院患者さんが全国的にも減っていて、おそらく今後急激に増えることはないと思います。そうすると、今までの推計を鵜呑みにして、入院患者がおそらく増えるから今のままでいいだろうというのは、考えない方がいいのではないかと思います。松本市でここ数年の入院患者のトレンドのデータがあれば参考にしたいと思います。印象ではだんだん減ってきていると感じています。

<花岡委員長>

松本市はそういうデータがありますか。

<太田病院建設課長>

調べて委員の皆様にお配りします。

<花岡委員長>

答申を踏まえて計画を立て、設計して竣工して、完成するのは大体いつ頃になりますか。

<渡辺事務部長>

難しい質問です。松本市は国から交付税の措置を受けるため、総務省と協議して進めてきたのですが、今回建設基本計画が変わるとなると、今まで行ってきた協議が白紙に戻ります。そうすると、また一から協議を始めますので、少なくとも何年かかかります。2～3年とかはかかると思います。長野赤十字病院は現在実施設計中で、完成が早くても2030年ですから4年後です。敷地が広く、規模が600床近くあるので、かなり建設にも時間がかかり、2027年着工で早くても2030年に完成です。

当院の場合は割とコンパクトで、病床もダウンサイズするとすれば、そこまでは複雑じゃないと思います。ただ、色々な手続きの時間がかかりますので、数年は建設が延びる形になります。

<花岡委員長>

早くても2030年頃でしょうか。

<渡辺事務部長>

何とも言えないです。国や関係機関との協議、それから市議会の承認がないと建設が前に進まないということもあり、何とも断言できません。

<相澤委員>

通常は計画から完成まで2年以上かかるとは聞いていますが、基本構想から練り直すとなると、綿密な打ち合わせが必要です。

<太田病院建設課長>

先ほどの松本市の入院患者数の状況についてですが、第1回目の検討委員会の際に、資料2として配付したものがありません。松本医療圏の状況、人口推計ということで、国立社会保障・人口問題研究所のデータを基に作成したものです。次のページは、令和6年度第2回松本医療圏地域医療構想調整会議の資料を基に作成したのですが、それぞれ入院・外来の将来の推計値。また、4ページに市立病院の状況として、それを基に当院の診療圏、松本市の中でも波田、梓川、安曇、奈川、新村等、また三郷地区等を入れたもので、人口推計、単純推計を出しています。その下部が市立病院の実績ということで、入院・外来の患者推移です。入院は令和4～6年にかけて増えていて、数字の羅列だけなので増加の原因は分かりませんが、データはこのようなになっています。先ほどお話があった松本市全体の入院の件数など、統計データでとれるものは後日確認します。

<花岡委員長>

病院の規模で最も関心があるのは病床数かと思います。新しい松本市立病院の病床数についてはどうでしょうか。基本計画では180床で、その前の答申（専門者会議）では166床ということになっていました。6床は感染症ですから、一般病床が160床ということですね。その前の答申（専門者会議）ではそうになっています。病床数はいかがでしょうか。

<小林委員>

感染症病床については、平時に一般として使ってもよいのでしょうか。

<若月委員>

特別な事情がある場合は了解を取ってからとなりますが、原則は使えません。県の方も支援をしているため、政策医療として別に考えてください。

<相澤委員>

基本計画は174床、前の答申だと160床で考えないといけないということですね。

<佐藤委員>

専門者会議では各病棟40×4で160床、そんな計算だったと思います。実際には急性期を少し減らして、回復期・包括期を増やしていくことになるので、どれだけ包括期をしっかりとって、急性期をどのぐらいの数にするか、そんな議論になるかと思います。

<小林委員>

一般的な感覚だと、分娩廃止になったらその分は必要ないと考えます。その部分が5から10なのかは検討が必要です。

<相澤委員>

単純比較すると、先ほどの分娩も婦人科の手術も、あと悪性腫瘍の手術も他に回すと考えると、今までの174床では整合性が見つからないという話になると思います。

<小林委員>

手術は無視できないです。手術室をいくつに減らすかというのがありますが、おそらくその分、必要病床数が減るということになると思います。

<花岡委員長>

全身麻酔の手術をどの程度行うかは極めて重要な問題だと思います。今の非常勤の麻酔科の先生が辞めれば麻酔科医ゼロという状況にもなりかねないのですが、その点はどのように認識していますでしょうか。

<佐藤委員>

麻酔科の常勤を1人確保したいと以前から考えていますが、難しい状況です。

実際には麻酔科の常勤がない病院でも手術をしているのですが、当院は常勤にこだわるのではなく、非常勤という形で必要な手術をやるのが現実的ではないかという意見もいただいています。なかなか常勤1人で対応する医師が見つかる可能性は高くないので、今後はそういう非常勤をお願いする形での対応になると予測しています。

<花岡委員長>

非常勤となると、手術件数を確保するのがなかなか難しいのではないのでしょうか。

<佐藤委員>

予定手術は曜日を決めて行っているののでできるのですが、緊急手術は今と同じようにはできない可能性があります。現在、全身麻酔の手術件数が350件程度ですので、これから体制が変わっていくと、その数が維持できるかどうかは、何とも言えません。

<小林委員>

色々な先生方に意見を聞くと、どうしても結構なダウンサイジングの数字が出てきます。それが全てというわけではないのですが、少なくとも現状の数字をあげる人が誰一人いないのは確かです。

<花岡委員長>

ダウンサイジングは避けて通れないです。ただ、どの程度が適正でしょうか。

<伊佐治委員>

建設基本計画28ページに病床数の具体的な記載があります。

急性期病棟は「産科・婦人科・小児科含む」46床とありますので、この区分けの数字を基にして、ここは少なくともいくつ減るとか、具体的な数字をあげなくとも、急性期と回復期・包括ケアのバランスから、減る分を回復期等にシフトした方がいいというような、そういう意見でもいいかと思えます。

できれば具体的な数字を出した方が望ましいと思いますが、根拠ということで、感覚的なことでは意見しにくい部分もありますので、そのような方向性でもいいかと思えます。

<渡辺事務部長>

現在は基本計画の病床数から見直しを行っています。感染症病床6床を除いて、急性期が79床、包括期が95床という方向性で設計を進めています。

<太田病院建設課長>

前回の資料2に病棟構成について新旧比較の記載があります。

<佐藤委員>

去年の稼働率は第1回目の資料3にありますが、令和6年度は感染症病床を除いて92.4%で、昨年少し黒字が出たときの稼働数（一日平均入院患者数）が178人です。実際には今、そのくらいの運用をしていると考えてもらえればと思います。

<相澤委員>

質問ですが、在院日数が令和4年、5年、6年で、徐々に延びている理由はありますか。

<佐藤委員>

令和4年の頃はコロナ患者がかなり多かったということがあり、コロナの影響が少なくなったのは令和6年からだと思います。令和6年に関しては、ちょうど年末年始にコロナが流行したことがあり、そのときに患者さんを返せなくなる状況になりました。その影響があったのではないかと感じています。40日超えはすごく沢山いるわけではないですが、その方をどうするかは課題で、病院としても出来るだけ早く退院できるような対応に努めています。

<渡辺事務部長>

誤解があるといけないので補足します。

今ご指摘があったのは当院の回復期リハ病棟ですが、昨年度の平均在院日数は17日で、在院日数が40日を超える患者は珍しいです。回転はすごく早いです。回復期リハ病棟については脳血管疾患と運動器疾患とで異なりますが、脳血管の方は長くなりますし、回復期リハの基準だと50日、60日となるのは当たり前です。当院はまだ運動器の方が多く、在院日数は短い方かと思います。

また、急性期病棟に関しては、自宅復帰の方や地域包括ケア病棟の方に移って在宅復帰の準備をする関係もありますので、在院日数は令和5年まで10日を切るくらいでした。次第に高齢の困難な方が増えてきて、地域包括ケア病棟で退院ができない、回復期リハビリ病棟も病室が空かない等で、家に帰れない高齢の方が仕方なく急性期にいるケースも出てきて10日に達してしまっていますが、基本的には急性期はかなり回転が早いです。

<若月委員>

稼働率が増加しているのは、単純に入院患者が増えていると理解してよいでしょうか。

<渡辺事務部長>

現在、地域連携として、地域の先生方と連携を取りつつ入院をお願いするという活動に力を入れていますので、入院患者が増えています。また、6年度については若干、回復期の病棟で滞在日数が増えていることも影響していると思います。

<花岡委員長>

急性期も在院日数は延びていて、軒並み在院日数は延びていますね。

<佐藤委員>

高齢者が多くてなかなか退院できず、施設がいっぱいになっている状況もありました。

<小林委員>

具体的な数字も大切ですが、10年後、20年後にどうなるかという予測が大事です。予測が立てづらいけど、そこをどう考えるかという話で、持続可能な西部地域医療を担う病院というのがどういうものかということだと思います。

<相澤委員>

第1回の資料3の2ページ目、産科・婦人科の患者数を合計すると1,700人ぐらい入院されていますが、どのぐらいベッドを占有していたか分かりますか。単純に考えて、この方たちがほとんどいなくなると、その分はベッドを減らすことを検討してよいと思います。

<太田病院建設課長>

新病院の産科病床は5床で予定をしているので、そこを減らすということ、また、新生児用ベッドを2床予定しておりますので、そちらも不要になることを考えると、合計7床減らすことは皆さん納得がいくかと考えます。

<相澤委員>

180床の中に新生児用のベッドが2床入っている認識でいいですか。

<太田病院建設課長>

そうです。

<佐藤委員>

産科・婦人科合わせて1,800人程度なので、365日で割ると1日あたりはどれくらいでしょうか。

<渡辺事務部長>

1日当たり4.9人です。

<佐藤委員>

4.9プラス新生児2床で。

<相澤委員>

7床程度は産科・婦人科で使われていたということですね。

<小林委員>

そこに手術が減るということも含める必要があります。

個人的には、専門者会議で最初に出た166床という数字が起点になると考えています。だから、180床より166床が起点になって、そこから7床減らすとか、手術は減ってどのぐらいに減る

かという話になると思います。

<花岡委員長>

脳外科は非常勤の先生が1人です。いつまで続けられるか分からないですね。

<佐藤委員>

現状ではそうです。あと数年は続けていただけたらと思いますが。

<花岡委員長>

そうすると、この脳外科の2,300人がなくなる可能性もあります。

<小林委員>

高齢者医療の観点からだと、脳神経内科のドクターを入れたりとかも考えられます。

<佐藤委員>

脳血管疾患の患者さんはいるので、できれば内科でも外科でも医師が1人欲しいと思っています。

<渡辺事務部長>

脳神経については、回復期リハ病棟で脳血管疾患リハの対応があり、当院で手術するというよりは、他の施設からの紹介でリハビリを受けるという形で患者さんがかなり来院します。ですので、外科医ではなく、脳神経内科医とか、頭を診る先生がリハビリ、主としては外来リハビリ対応でいてもらう必要があると思います。回復期リハ病棟を維持するという意味では、患者数は若干減るかもしれませんが、機能は必要です。

<花岡委員長>

必要ですが、医師が来てくれるかですね。大学も今、派遣する余裕がないと思います。せいぜいパートという話になると思います。

小林委員は166床が前提にあって、そこからさらにダウンサイズということですね。

<小林委員>

要するに、分娩廃止、手術件数減少ということだと思います。別に166床を起点にしなくても、

180床を起点としても、分娩廃止、手術件数減少でダウンサイズだろうと思います。

<花岡委員長>

具体的にシミュレートするのは難しいですね。感覚的な話になってしまいます。

<相澤委員>

何か根拠があるわけではないのですが、少なくとも今後いろいろと減っていく中で、提示された180床は減らすべきではないかと思います。どこまで減らすかの予測は難しいと思いますが、少なくとも専門者会議で提示された、感染症病床を含めた166床ぐらいまではダウンサイジングを考えてもいいと思います。5年、10年後を考えてということです。回復期とか慢性期の病棟を多めに配置する方がいいかと思ひますし、できるかどうか分かりませんが、地域包括医療病棟へ急性期を転換するというのも、一つの検討材料としてあっていいと思います。

<花岡委員長>

そういう提言をしてもいいと思います。まだこの圏域では500床ぐらい急性期が多いということですし、印象としても急性期はまだ多いです。包括期等への転換は必要だと思います。

<小林委員>

ピンポイントで予測するのは不可能なので、何を拠り所にするかという、県のデータ等を元に考えざるをえないと思います。仮に市立病院をダウンサイジングして患者が溢れたとき、受け皿として他の同じ圏域の病院で受け止められる余力があれば、それでもよいのかなと思います。患者に不便をかけることはあるかもしれませんが、長期的に見れば、地域包括ケアという観点から、地域全体で患者を診る考え方はありなのかなと思います。

<花岡委員長>

ご指摘のとおりで、連携は重要だと思います。

<佐藤委員>

当院の入院患者の流れですが、大体7割以上の患者が緊急入院で、総合診療科を受診して、まず急性期病棟に入院し、そこから退院に向けて回復期リハ病棟や地域包括ケア病棟に行く形になります。そういう流れを考えると、あまり急性期の病床が少なすぎると、逆に回復期に移る患者さんも減ってしまい、今のバランスが崩れてしまうおそれがあります。つまり、極端に包括期に偏ることになると、当院の機能を保てなくなる可能性がありますので、そういうバランスは保ちたいと思っています。

<花岡委員長>

緊急入院が多いということですね。

<佐藤委員>

7割以上です。なかなか予定入院が少ない病院ですので、やはり高齢者の救急を支えているという役割があるのだと思います。

<花岡委員長>

悪性腫瘍の手術を他院で行うということであれば、予定入院はもっと減ると思います。地域密着病院として、緊急対応をしっかりと残さなければいけないのは間違いありませんが、それ以外の消化器外科や整形などの高度な手術を必要とする方は他院に紹介するというのが原則になってくると思います。

<小林委員>

患者の流れで言うと、予定入院より緊急入院が多く、そこから回復期に流れていくというのを地域の連携でどう動かせるか。そこは経営努力の話になるかもしれませんが、地域の中の連携をより重視してやっていくことによって、急性期の病棟を減らしたところがうまく機能できるような方策を何か考えるとか。極端に減らしたときに何が起こるかは分からないですが、うまく回せば機能するかも知れない。そういう可能性もあるので、非常に難しいところだと思います。

<花岡委員長>

地域全体で考えるなら回せないはずはないと思います。急性期は500床多いですし。

<小林委員>

患者の不便とか距離的な問題とかとはまた次の話になりますが、地域を一つの大きな病院と見立てるのであれば、公立病院としてはそういうやり方もあるのかなと思います。

<若月委員>

何床というのは言いにくいですが、分娩の廃止、婦人科の手術や悪性腫瘍の手術がなくなる等を考慮すると、スタート地点を174床からにするか160床にするかは議論があると思いますが、どこかのスタート地点から先ほどの7床分ぐらいは、規模的には減らしてもいいと思います。

それから機能のところは、やはり松本医療圏を全体で見たときに、急性期が多いという部分もあ

りますが、緊急対応、高齢者救急として必要な急性期のベッドはある程度必要だと思います。どのぐらいの割合がいいかを考える必要はあると思いますが、一定程度回復期、地域包括ケアの方にシフトする方向性はいいと思います。もし急性期が足りなくなる場合は、市としても例えば近隣の急性期病院と連携協定を結んで、住民を安心させるように考えていければいいと思います。

<花岡委員長>

一定のダウンサイズが必要ということは一致したと思いますが、具体的な病床数となるとなかなか数字を出すのが難しいと思います。根拠を出すのが難しいので。具体的な数字が難しいとすれば、スリム化が必要だということを答申に書くということだと思います。

<若月委員>

極端な数字を掲げる意見もある中で、現在の稼働率を見ると、そこまで減らしてしまうのは心配だと思います。そのバランスというか、病床稼働率も考慮した方がいいと思います。

<花岡委員長>

基本計画と比べて、産科・婦人科がなくなる分は不要になると思います。将来を見据えたときに、入院患者が減ってくるのは間違いないので、現状の規模を維持するのが難しく、将来を見越して病床数の削減が必要だということで皆さん一致しているように思います。急性期の一部は回復期とか地域包括ケアの方に少し回すべきだという意見も一致でよいと思います。それで全身麻酔の手術が難しくなるという状況を考えると、病床数もそうですが手術室も3室は必要ないと思います。手術室に関してはどうでしょうか。

<小林委員>

各病院の方で外科の先生の意見は聴いていますか。松本市立病院の手術室として、どのぐらいが適正か。

<花岡委員長>

適正というのは難しいですが、手術が継続できるかということと、あと手術室の稼働率が低かったと思います。

<小林委員>

ルーム1は令和6年度で31.5%、ルーム2が54.6%、ルーム3が9.3%です。

<花岡委員長>

現状の手術件数を維持するのも難しいと思うので、さらにこの稼働率だと、1室ないしは2室というところかと思います。

<相澤委員>

おそらく骨折の手術はしばらく残るのではないかと思います。全身麻酔を出来るかどうかというのは課題だと思いますが。高齢者の転倒が多くなるため、今後も骨折の手術はある程度必要になると思います。ただ、それ以外の婦人科や泌尿器科の前立腺がん等の手術をどこかに集約していく中で、それ以外の手術は減っていく可能性が高い。そうすると、1室か、多くても2室が妥当かと思っています。

<小林委員>

少なくとも1室減らすというのは、稼働率を見るとそうだろうという感じはします。

<若月委員>

感染症を担うときに、1室でも大丈夫でしょうか。部屋の調整で2室あった方がいいということはありませんか。感染症で対応するときに、手術室のうち1つを適用するとか、そういうことは考えなくてもよいでしょうか。

<相澤委員>

整形の人工骨頭の手術などは、清潔レベルが上の段階の手術室が必要になります。

<花岡委員長>

1室あれば、そんなに困ることはないと思います。

<若月委員>

1室だけだと緊急対応時に困るかなと思いました。

<花岡委員長>

緊急が重なったときはそのとおりです。

<佐藤委員>

帝王切開を行っていたので、緊急の場合に手術室がない事態を避けなければいけないという経緯がありました。

<相澤委員>

手術のメインは整形外科となる可能性が高いのではないかと思います。

<佐藤委員>

胆石やアッペ（虫垂の急性炎症）、ヘルニア（腹壁／鼠経ヘルニア）とかの手術は行われています。当院は消化器外科の医師が4人いるので、これからまだ10年20年は消化器外科を続けていけると思います。外科と整形外科のどちらも、ある程度手術件数が確保できると考えています。あと、泌尿器科は主に前立腺肥大など、そういう手術も継続できます。

<相澤委員>

第2回の資料5によると、2024年までのデータを見る限り、虫垂炎を緊急でやっている病院にしては、数が非常に少ないです。であるならば、それを前提には考えづらいと思います。一番件数が多いのはヘルニアの手術だと思うのですが、ヘルニアの手術は基本的に予定手術になると思います。泌尿器の手術自体も2024年のデータでは7件です。外科的な手技というのは、やはり集約化して定期的にやっついていかないと、レベルがどんどん落ちていくと言われていています。そう考えると、件数だけ見ると、本当に外科も緊急手術を行うか検討が必要な件数ではないかと思います。

<花岡委員長>

確かに、ヘルニアなどの予定手術とかはいいと思いますが、緊急に手を出すのは救急病院としては心配なようにも思います。

<医事企画課 北澤課長補佐>

今の第2回の資料5について、こちらの件数は全身麻酔下で行われた手術のみの件数です。泌尿器科に関して、経尿道的前立腺切除術（TURP）は脊椎麻酔の方でやるので、ここに載せていない形になります。

<花岡委員長>

分かりました。前立腺肥大についてですね。悪性腫瘍は今全部ダビンチ（医療支援ロボット）でやりますので。

<若月委員>

手術室について、3室は必要ないというのは言ってもいいと思います。2室がいいか1室がいいかは難しいですが。

<花岡委員長>

手術件数を見ると、このまま本当に手術を続けられるのかと言う危惧はあります。そうすると、整形、骨折の手術が中心になると思います。診察室の数は難しいですね。

<太田病院建設課長>

現在29室です。第2回の資料2が、現病院と新病院の外来診察室の数について記載しています。現病院29室に対して新病院は31室です。新病院については2室増えています。感染の診察室を新たに設けるといことで、2室増えているという状況です。

<相澤委員>

産婦人科の診察室をどうするか検討が必要です。また、フリーアドレスにしたので、もう少し診察室を減らせるのではないかと個人的には思いますが、厳しいでしょうか。

<太田病院建設課長>

なかなか難しいです。今の外来の診療体制ですが、午前中に診察が集中している関係もあって、内科、外科、整形外科については11室無いと同時に診察する形が取れません。午前と午後に分けるという形で運用方法を検討してみましたが、併科受診している患者が多く、これを午前と午後に分けると患者サービスの低下に繋がるので、運用の変更も難しいというのがあります。

<相澤委員>

診察室が増えており、フリーアドレスにした効果があまりありません。外来枠の見直しをしていないと無駄な配置になってしまうと思います。フリーアドレスにしたのであれば、うまく使うことも一緒に考えないと、フリーアドレスにした意味がないと思います。

<花岡委員長>

産科・婦人科、小児科は3室必要でしょうか。あと眼科、歯科もここで継続する。ここはパートですね。泌尿器科は2室必要でしょうか。

<佐藤委員>

処置室的なものが必要なため、機能的に2室必要だという話です。

<太田病院建設課長>

泌尿器科は今現在も、診察室と隣に処置室があります。必要ということで要望を受けています。

<相澤委員>

小児科をフリーアドレスから外したのは何か理由がありますか。

<太田病院建設課長>

基本設計の段階から他とは別配置にしていました。子どもは感染の懸念があり、隔離する形です。

<花岡委員長>

小児科は常勤3名で3室必要でしょうか。毎日3人で対応しているのですか。

<太田病院建設課長>

第2回の資料7の裏面に、診療医師一覧という形で現外来の体制が載っています。ご指摘のとおりで、3室に対して実際出ている人は午前中2人というような形になります。午後は1か月健診とか乳児健診、予防接種などで診察室を利用するということもあって、3室という要望があったため、それを落としてあります。

<花岡委員長>

これこそフリーアドレスにして午後空いたところを使えばいいと思います。勤務表を見る限り2室でいいのではないかと思います。勤務表に3人並ぶところはないですし、あとはワクチンでしょうか。

<相澤委員>

予防接種とか1か月健診の曜日が決まっているのであれば、2室で十分出来るのではないかと思います。

<花岡委員長>

調整は出来ますね。非常勤の方が小児科外来に来ていることはないでしょうか。

<佐藤委員>

非常勤医師は主に発達障害を診ています。発達障害の患者へ対応するのは、患者1人あたり30分以上かけていて、少し別枠の扱いです。

<花岡委員長>

3人同時に外来に出ることはないでしょうか。

<佐藤委員>

表を見る限りはそうです。機能的にその3つを使わなければならないことが起きているかは分かりません。

<花岡委員長>

緊急で来たとか、そういうときでしょうか。

<佐藤委員>

感染症の患者さんがいたとき、同じ部屋でなく別の部屋で診察するなどの対応をする可能性もあります。やっぱり小児科の特殊性もあると思います。

<花岡委員長>

感染症診察室を作るのであれば、そこで対応すればいいのではないのでしょうか。

<佐藤委員>

感染症は総合診療科のところに設置するのですが、そのレイアウトを有効に使えば出来ないことはないかもしれないです。ただ、設計自体を少し見直す必要があります。小児科だけは2階のフロアで計画しています。

<花岡委員長>

感染症の診察室があるならば、感染症の患者はそこで対応すべきだと思います。それから、産婦人科も最大で2ですね。

<佐藤委員>

最大で2です。

市町村検診とかが入ることもありますけど、多分3人同時ということはあまりないです。

<花岡委員長>

だから3は必要ないということですね。内診室は妊婦健診で必要かと思いますが、2室必要でしょうか。

<佐藤委員>

2室必要だと思います。

<花岡委員長>

なかなか難しい議論で、各委員から意見をいただき、方向性のある程度確認できたと思います。ただ、具体的な数字は難しいと思いますが、いかがですか。

<小林委員>

確か、その根拠を求められたときに、こうですと説明するという話になったと思います。

<花岡委員長>

この需要予測とか人口減少とかのデータしか知りようがないのではないのでしょうか。

<小林委員>

個人的には、病床数については160とか166という数字が頭から離れないです。そこから減らすと150とか160とかその辺です。ただ、基本計画の180を起点にする方がいるのであれば、それはご意見いただければと思います。

あとイメージ的に、手術室も減らします、病室も多少は減らしますとなった場合、次に設計するときに、1階分ぐらい減るのでしょうか。外来のスペース的な問題は、どういうふうに動くのかと思います。ダウンサイジングという話になれば、今から1階分ぐらい減るイメージです。

<花岡委員長>

1病棟分でしょうか。

<小林委員>

5階建てをそのままにしてダウンサイジングしたら、残りのスペースをどうするのかと思います。

<花岡委員長>

それだとあまり意味がないように思います。同じものを建てたら減らす意味が無いです。

<小林委員>

5階が4階になるとか、そういう目に見えたダウンサイジングというのは一つの案です。逆算してそれがどういうふうになるのかという話になるのかと思います。

<花岡委員長>

確かにそういう見方もあります。提言として、1階分減らしましょうとか。

<小林委員>

外来の関係も全部把握できないですけど、確かにフリーアドレスで診察室の減り方が少ないなと思います。現実とすり合わせて減らしましょうという工夫でなんとかできないかと思います。

病棟のことを聞かれたら、やはり私の中ではそういう150から160とかになります。

<花岡委員長>

160を起点にして、そこから産科・婦人科が減ると、150ぐらいが適正だということですね。150程度で、手術室が最大2部屋というところでしょうか。

<相澤委員>

どこを基準にするか難しいところですが、最初の計画が180床と考えると、産婦人科病床の7床、プラス今後の人口減少を考えて、160前後ぐらいが妥当なところかと思っています。

あとは手術室に関して、1室かせいぜい2室。本当に2室必要になるかどうか、かなり微妙なところです。整形の手術件数を考え、うまく調整して外科での予定オペだけを考えるのであれば、1室でも何とか回せると思います。

診察室をフリーアドレスにするのであれば、ドクターの働き方の調整などで、もっと診察室が減らせるのではないかなと思いますし、先ほど話が出た小児科とか産婦人科の診察室というのも1室くらい減らせるのではないかと思います。

<花岡委員長>

あくまでもこの新しい計画は、今の病院の規模、要するに職員数・医師数を今の規模で維持した上で、この規模でいこうということだと思います。医師が増える要因は無く、減りはするので、現状維持はかなり厳しいと思います。看護師もすごく不足していて、これから看護師も減ることを考えると、やっぱり今の計画はないだろうと思います。では適正な数をどうするかというところで、最終答申にいかにか盛り込むかだと思いますが、他の委員はどうでしょうか。

#### <伊佐治委員>

これまでの議論の中で、例えば医師の確保が難しくなってきたので松本圏域で集約を図るときに、麻酔医が将来的に常勤では確保出来ないということになってくると、全身麻酔での予定の手術はやるけれど、それ以外のところは難しいのではないかというお話がありました。先ほど話題になった資料の中で、例えばここは将来的に難しくなるのではないかというところも照らし合わせて、標榜科をどうしていくかということについて、ご意見をいただきたいと思います。第2回の資料2に標榜科の記載があり、新病院では27科から26科に減らすようになっているのですが、ここ先ほどの診察室のところは関連しているのかなと考えたのですが。

#### <花岡委員長>

診療科も、常勤の確保がなかなか難しい状況になっていますので、継続するにしてもパートかと思います。ただ、パートの派遣も難しくなっていますので、どこまで維持できるかは不透明です。標榜科がこれだけいるかという議論にもなりますが、住民として欲しいというものもあると思います。ただ、近隣に開業医があるところもありますし、開業医で対応すればそれで十分とも思います。

#### <小林委員>

糖尿病内科と内分泌内科とかですね。

#### <佐藤委員>

これは、もともと標榜科になっていたのをそのまま変えずに置いてあるのですが、実際のところは内科の中に含まれます。だから、数は多いのですが、これだけのスタッフがいるというわけではないです。

#### <小林委員>

標榜科がいろいろと議論の俎上に上がる場合がありますが、実際問題としては、骨格である内科、小児科、外科や整形外科というところがメインで、そこに多少くっついてくかどうかという話だと思います。

<佐藤委員>

泌尿器科は常勤がいて、脳神経外科は常勤に近い非常勤ですね。そこまでがメインで関わってくることになります。

<小林委員>

この中で結局、産科、婦人科、脳神経外科、泌尿器科については今後どうなるかという話になりますね。あと呼吸器内科は誰かいますか。

<佐藤委員>

パートの先生です。

<小林委員>

それも標榜しなきゃいけないというか。例えば消化器内科はないですね。消化器外科はありますが。外科の方も大体そういう専門の先生がいて、標榜科を受けていくイメージがあります。乳腺外科とか肛門外科、消化器外科とか。肛門外科と消化器外科を分ける理由があるのでしょうか。そう考えると、標榜科に関してはちょっと多いと思います。

<花岡委員長>

減らすのに影響はありますか。

<渡辺事務部長>

過去に標榜科を設定したとき、うちの病院ではこういう診療もしているということを訴えて、患者に病院を選んでもらうため、例えば内科の他に循環器内科、呼吸器内科があるということを標榜しています。診療メニューとして外に対して宣伝できるというのがこの標榜科の意味なので、ここにいるだけの医師をそれぞれ確保しているというのとは必ずしもイコールではないです。先ほどの診察室の数などのストラクチャーとは切り離して考えていいと思います。

<相澤委員>

科の先生が非常勤でも来てれば標榜してもいいのではないかと思います。来てない標榜科は取り下げるべきではないかと思います。

<花岡委員長>

標榜科としては、内科、小児科、外科、整形外科、総合診療科を中心に据えるとか、そういった感じで書けばいいでしょうか。内科、小児科、外科、整形外科、総合診療科を主体に据えた診療を行うというような答申の書き方でいいと思います。

<小林委員>

診察室を絞れるかどうかというところはでしょうか。

<花岡委員長>

先ほどの話だと、小児科、婦人科は絞れるということでした。

<小林委員>

勤務している方がどう考えるかは、確認したほうがいいと思います。

<花岡委員長>

フリーアドレスにすれば、運用で配置換えが出来るはずなのですが。

<伊佐治委員>

答申のご意見と言うところを出していただければと思います。確かに現在の先生方から意見が出ることもあると思います。答申は答申で割り切って、ご意見をいただければと思います。

<花岡委員長>

やはり病院の規模からして、診察室はこの程度が妥当という話でいいと思います。そうすると、全体の数だけでもいいと思います。診察室数31は元の数か減らすかが妥当なところだと思いますが、25程度が適切という書き方でもいいと思います。それは全体としてで、感染症診察室を除いてです。小児でも感染症診察室で診察してもらうような構造にした方がいいと思いますし、当然動線も考えていくのだと思います。

<佐藤委員>

コロナのときは動線を別に分けていました。新病院では新しく感染症のところを作って、有効に使います。

<花岡委員長>

そこがいわゆる発熱外来ということですね。感染症指定病院ですので、それは必要です。2室は必要ですね。

貴重なご意見をありがとうございました。次回は答申案の内容について議論してもらい、最終的な答申書を作成したいと考えています。よろしくお願いいたします。