

## 第2回さいたま市立病院施設整備検討委員会 議事録

日時	平成 24 年 10 月 25 日(木) 16:40 ~ 18:45
場所	さいたま市立病院 サービス棟2階 会議室
出席者	<p>【委員】 敬称略</p> <p>加藤 泰一(さいたま赤十字病院長)</p> <p>笈 淳夫(工学院大学建築学部教授)</p> <p>伊関 友伸(城西大学経営学部教授)</p> <p>富田 一栄(税理士・医業経営コンサルタント)</p> <p>水谷 元雄(浦和医師会副会長)</p> <p>会田 妙子(緑区自治会連合会代表)</p> <p>栗原 豊子(緑区自治会連合会代表)</p> <p>寒河江 千一(さいたま市建設局建築部長)</p> <p>村山 晃(さいたま市立病院長)</p> <p>窪地 淳(さいたま市立病院副院長)</p> <p>小川 裕美子(さいたま市立病院副院長兼看護部長)</p> <p>[ご欠席]</p> <p>手島 初江(埼玉県看護協会専務理事)</p> <p>【事務局】</p> <p>市立病院経営部:麻生市立病院経営部長、松澤市立病院経営部次長          工藤市立病院経営部参事兼庶務課長、吉原財務課長、中村医事課長          (庶務課)三好総務係長、安部施設管理係長、柴山主査、齋藤主任          (財務課)田中財務係長 (医事課)中野主事</p> <p>保健部:大畑保健部参事兼病院経営企画課長、海老名地域医療課長          (病院経営企画課)須田課長補佐兼企画係長、今井主任、吉田主任          (高等看護学院)清水主幹</p>
会議次第	<p>1 開会</p> <p>2 議事</p> <p style="padding-left: 20px;">(1) 施設整備に関する方向性の整理・検討</p> <p style="padding-left: 40px;">市立病院を取り巻く状況と今後の動向について</p> <p style="padding-left: 40px;">施設整備における医療機能のコンセプトについて</p> <p style="padding-left: 40px;">施設整備の方向性、配置パターン分析</p> <p style="padding-left: 20px;">(2) その他</p> <p>3 閉会</p>
配布資料	<p>資料1 市立病院を取り巻く状況と今後の動向について</p> <p>資料2 市立病院における施設整備のコンセプトについて</p> <p>資料3-1 主要各棟の減価償却及び起債償還状況</p> <p>資料3-2 施設整備における配置パターン分析</p> <p>資料3-3 最近の病院建築のコストの状況</p>

<p>【配布資料の確認】 (事務局)工藤庶務課長</p>	<p>それでは、委員の皆様、大変お待たせをいたしました。開会の前に、何点か確認をさせていただきます。</p> <p>まず、本日委員のお席には、配席図と現況配置図を置かせていただきました。また、本日使用の資料につきましては、先日送付させていただきましたけれど、現在お手元がないようであれば、事務局の方でご用意させていただきます。大丈夫でしょうか。</p>
<p>【傍聴の許可等】 (事務局)工藤庶務課長</p>	<p>それでは、2点目です。本日の傍聴者でございますけれども、本日の傍聴希望者は、記者2名となっております。本委員会につきましては、原則公開でございますが、委員の過半数以上の同意がある場合は、非公開とすることも可能でございます。傍聴を許可してもよろしいでしょうか。よろしいということで、それでは傍聴を認めます。</p> <p>3点目ですけれど、本委員会においては、議事録を作成いたしますので、お手数をおかけしますが、発言の際は机の上のマイクを必ずご使用いただきたいと思います。</p> <p>最後に4点目ですが、本委員会の開催風景につきましても、撮影させていただく場合がございますので、あらかじめご了承をいただきたいと思います。</p> <p>また、本日、手島委員におかれましては、ご都合が悪く欠席とのご連絡がございましたので、ご報告をいたします。</p> <p>それでは、水谷委員長、よろしく願いいたします。</p>
<p>1 開会 水谷委員長</p>	<p>ただ今から第2回さいたま市立病院施設整備検討委員会を開催させていただきます。委員の皆様には、第2回の開催についてご案内申し上げましたところ、ご多用の折にもかかわらず、多くの方々にご出席いただきまして、誠にありがとうございます。第1回会議では、市立病院におけるこれまでの検討経過、それから今後の施設整備の検討の進め方、委員会の検討スケジュール、市立病院の施設の現状についてご意見をいただきました。本日も皆様の御協力を、よろしく願いいたします。</p> <p>それでは、早速でございますが、議事に入らせていただきます。</p> <p>まず議事(1)施設整備に関する方向性の整備・検討 市立病院を取り巻く状況と今後の動向について、事務局から説明をお願いいたします。</p>

<p>2 議事</p> <p>(1) 施設整備に関する方向性の整理・検討</p> <p>市立病院を取り巻く状況と今後の動向について</p> <p>(事務局) 工藤庶務課長</p> <p>(事務局) コンサルタント</p>	<p>本日の資料説明にありましては、コンサルタントより行いますので、よろしくお願いいたします。</p> <p>では、私の方から資料に沿って説明をさせていただきます。</p> <p>資料1「市立病院を取り巻く状況と今後の動向について」、こちらの資料につきましては、昨年度のさいたま市立病院のあり方についての最終報告におけます、現状と課題を再整理したものの中から作成をさせていただきました。</p> <p>構成といたしましては、1. 市立病院を取り巻く状況、2. 市立病院における医療機能面の現状、3. 市立病院における現状の課題、4. 市立病院の決算状況の推移、といった構成になってございます。</p> <p>まず1ページをご覧ください。まず1番。地域での位置づけでございます。市立病院の概要につきましては、診療科目21科目、病床数567床ということでございます。右に病院のその位置をプロットしたものがございしますが、当院につきましては、自治医科大学病院、あるいはさいたま赤十字病院と並びまして、医療圏の中の中核病院となっております。また、左下に、市立病院の入院患者さんの地区別患者数割合を掲載いたしました。こちらは22年度、それから23年度につきましては、今回新しく追加をさせていただいたものでございます。この中で、赤く点線を囲ってございますが、浦和区、それから南区、緑区、この3区の合計で、全体の66.6%を占めております。また、これに見沼区を加えますと、74%となっております。21年度以降徐々にさいたま市内からの患者さんが増加しておりまして、当院の役割が高まってきているということが言えるかと思えます。</p> <p>2ページをご覧ください。地域医療体制の でございます。まず左上に、将来的な人口の推移の推計を記載させていただきました。用いておりますデータは、前回昨年度と同じものを用いております。この中で1点補足させていただきますが、さいたま市におきましては、2035年に市全体の65歳以上の高齢者割合が30%を超える見込みとなって</p>
---	--

おります。これは埼玉県、あるいは全国と対比いたしますと、若干さいたま市の方が、高齢化の進行が遅い、若年層が多いというような傾向がございます。

また、その下と右上でございますが、将来的な患者数の推計という資料を掲載させていただきました。ここで用いましたデータでございますが、前回昨年度は、受療率は全国の数字を使ってございますが、今回埼玉県の受療率の数字を用いて、試算をいたしました。左下が外来患者数、右上が入院患者数でございます。こちらは全体の数字になっておりますが、傷病分類別にも別途作成しております。

その中から将来的な増加率、疾病構造がどう変わっていくのかというのを整理したものが、右下の表になっております。外来で見ますと1番伸びるのが循環器系疾患、第2位が筋骨格系疾患、第3位が新生物等々となっております。入院でご覧いただきますと、一番伸び率が高いのが呼吸器系疾患、その次が循環器系疾患、その次が新生物等々となっております。また、これは伸び率を示すものでございますので、患者数の多さという点で申し上げますと、外来の方では、ここにはございませんが、消化器系疾患が一番患者数としては多い状況でございます。またその次に続くのが、筋骨格系、循環器というような順番になっております。また、入院の方で患者数についてお話し申し上げますと、一番多いのが循環器系疾患。その次が、ここにはございませんが、精神および行動の障害、3番目が新生物というような順番になってございます。

次に3ページをご覧ください。地域医療体制の でございます。まず上段に、「人口 10 万対医療従事者の状況」という表を載せてございます。こちらは、表としては前回と同じものでございます。さいたま市では、県平均よりは充足しておりますが、全国対比率では、マイナス30%とあり、大幅に不足している状況でございます。また、下の表でございますが、こちらは新しく今回掲載させていただいたものでございます。右の折れ線グラフをご覧くださいますと、青い折れ線グラフが市内での医師あるいは看護師の数、赤い折れ線グラフが市立病院におけます医師あるいは看護師の推移となっております。18年度の医療従事者数を1とした場合の推移としておりますが、市立病院におかれましては、市内の医師、それから看護師の推移と比べまして、伸び率が下回っておられるという状況でございます。

その下が次、4ページでございます。地域医療体制の 。ここでは、

地域医療の自給率について整理をさせていただきました。自給率と申しますのは、患者さんが住んでいらっしゃる地域で、どれくらい受診されているかということを示したものでございます。使用したデータでございますが、平成 23 年 6 月のさいたま市での国保データを使用しております。結論で申し上げますと、外来患者の 72.9%が、当院を含む市内病院を受診しており、16.3%が市外県内、10.8%が県外の病院をそれぞれ利用しております。入院患者で申し上げますと、60.2%が当院を含む市内病院を受診しており、27.4%が市外県内、12.4%が県外の病院を利用されております。下の図表をご覧くださいますと、左側が外来、右側が入院になっておりますが、薄い緑で塗ってある部分がですね、さいたま市、あるいはさいたま市立病院。このさいたま市のところで数字が大きければ大きいほど、さいたま医療圏の中での自給率が高くなっているという場合がございます。また、その中で、さいたま市立病院の部分の数字が高ければ高いほど、当院のシェア率が高いという見方になってまいります。逆にこのピンクのところですね、県内その他、あるいは県外その他というところの数字が高い疾患につきましては、医療圏の外に患者さんが出て行っておられるということでございますので、そういった部分での医療供給体制を整備することによって、そういった出て行っておられる患者さんが医療圏内の医療機関を受診することにもつながってくる可能性もあるということで、そういう潜在的な需要が見込まれるものでございます。

疾患別に簡単に補足してまいります。左側の外来でございましたと、さいたま市での自給率が高い数字になっておりますのが、4番の内分泌、それから8番から11番の部分の疾患、あるいは16番の疾患となっております。またその中でさいたま市立病院のシェア率が高いのが、2番の新生物、それから8番の耳および乳様突起、それから、その下のほうの周産期疾患等となっております。また、県内その他、医療圏の外に患者が出ていってしまっている数字が比較的大きいのが、2番の新生物、それから5番の精神および行動の障害、それから6番の神経系の疾患等となっております。

また、右側の入院の方の表をご覧くださいますと、この中でさいたま市での自給率が高いのが、4番内分泌・栄養・代謝疾患ですとか、8番の耳および乳様突起の疾患、それから11番の消化器系疾患、こういったところが比較的高い数字となっております。また、その中でさいたま市立病院においてシェアが高いのが、1番感染症・寄生虫症、そ

れから3番の血液・造血器疾患および免疫機能障害、それから8番の耳および乳様突起の疾患、10番の呼吸器系疾患、11番の消化器系疾患等となっております。また、医療圏の外に出て行く患者さんが多いのが、5番の精神および行動の障害、6番の神経系の疾患、7番の目および付属器の疾患、あるいは12番の皮膚・皮下組織疾患、14番の腎尿路生殖系疾患等となっております。

次に5ページをご覧ください。2番としまして、市立病院における医療機能面の現状でございます。これはDPC評価分科会の23年度の資料を用いまして、主なものを抜粋して作成しております。各病院ごとにがん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病で、どれぐらいの患者さんの件数があり、どれぐらいの順位に位置しているかというところをお示したものでございます。おおむね自治医大様、それから赤十字病院様、それから当院といった順番になっているものが多いのですが、その他で右側の上にあります脳卒中につきましては、さいたま市立病院が2番目の順位となっております。

6ページでございますが、医療機能面の現状 - 1でございます。ここでは救急医療について、再度整理をしてみました。まず上段でございます円グラフですが、こちらは、傷病程度別に見た場合に、シェアがどうなっているかというところを追加したものでございます。一番左が総計の数字、真ん中が軽症から中等症のもの、それから右側にあるのが重症から死亡の部分の分類でございます。赤く塗っておりますのが市立病院の数字でございますが、真ん中にありますように、軽症から中等症におきましては、市全体の13.2%で、最大の受け入れ比率を持っているという状況でございます。また、下の表でございますが、こちらは受け入れ患者さんのシェア率、それから重症割合というものを縦横にいたしまして、それぞれ診療科ごとにプロットしたものでございます。赤い字で重症割合平均となっております線が約8のところ、縦に赤い線がありますが、こちらは全受け入れ病院での平均の重症割合でございます。また、青い線が縦横に引いてございますが、こちらがさいたま市立病院での重症者割合の平均、あるいはシェア率の平均でございます。ちょうどこのクロスしているところを中心に、上下左右、どの辺に各診療科が位置しているかというところをご覧くださいますと、各診療科の状況がご覧いただけるということでございます。内容をご覧くださいますと、循環器科、それから産婦人科では重傷度、シェア率共に高い状況にあるということと、それから外科ですとか整形外

科におきましては重症度、それからシェア率共に比較的に低い状況にあるというような内容でございます。

7ページをご覧ください。市立病院における医療機能面の現状 - 2でございますが、ここでは周産期医療、小児医療、あるいは災害時医療、在宅ケアについて、簡単に整理をしております。周産期、小児医療につきましては、市内の地域周産期母子医療センターとして機能している点ですとか、あるいは小児医療については、小児救急医療をはじめ、総合病院の特性を生かした新生児小児医療、高度医療が広く対応されているというような整理をしております。

下の8ページをご覧ください。市立病院における医療機能面の現状でございますが、ここでは紹介患者の状況を記載させていただきました。まず、上段が紹介患者の状況でございます。各医師会からの紹介患者数でございますが、年々増加しているような状況でございます。また、下でございますが、開放型病床、さくらそう病棟について整理をさせていただきました。現在 47 床の開放型病床がございまして、登録医からの紹介患者を受け入れる運用を実施されております。対象患者としましては、急性疾患の検査、診断確定、治療方針の決定、慢性疾患の急性増悪期の治療等を対象としてあります。ただ、このさくらそう病棟につきましては、病床利用率が必ずしも高くないという点が課題と言えるかと思えます。

次の9ページをご覧ください。市立病院における現状の課題 でございます。最初に、マンパワーの部分につきまして、簡単にベンチマークで比較をさせていただきました。左側にありますのが、平成 22 年から 24 年の間の常勤職種別の職員数の推移を掲載させていただきました。特に大きく数字として変わっている部分はございません。また右側の図表でございますが、都道府県指定都市立同規模病院平均と、100 床当たり換算で比較をいたしました。こちらは、非常勤職員の常勤換算も含んだものになってございます。すべての職種におきまして、ベンチマーク先の病院の数字と比べて職員数が少なめであるというような状況でございます。

10 ページをご覧ください。市立病院における現状の課題 でございます。これは、医療機能面等について、簡単に整理をしてみました。まず左側の施設関連でございますが、病院全般につきましては、施設全体の老朽化、狭隘化というところがまず1点でございます。また、2つ目が救急、それから放射線、検査、外来等の動線、配置が機能的で

ない部分があるということで、救急が1階にあって、放射線が地下にあるということですか、検査部門が2階にあって、外来患者さんの動線が縦横の上下の動線が生じてくるというような部分がございます。

またその下、療養環境につきましては、まず1点目が、病室の面積が古い基準になっておりまして、医療法上の基準を満たしていない。今現在6床室で運用されていらっしゃる病室もございますので、そういった状況がございます。また、2つ目で病棟の個室率が少なく、ニーズに対応できていないということですが、現在有料個室率が大体10%でございます。個室数が少ないことに加えまして、感染症患者さんですとか、重症患者さんのために個室を使うケースも出ており、また個室の希望者も多いということを伺っております。こういった部分での個室のニーズに応えられていないという状況でございます。3つ目が患者療養環境、患者サービスにおいて改善すべき点が多いところですが、例えば患者療養環境について申し上げますと、現在病棟に病棟食堂がございません。患者さんは自分の、ご自身のベッドで食事を取らざるを得ないというような状況がございます。これは1つの例でございますが、こういった部分での改善すべき点が多いということでございます。

また、その下、外来の診察室や待合スペースが全体的に狭い。また駐車場のスペース、現在310台と伺っておりますが、スペースが不足しておられます。当院の立地からしまして、アクセス面の配慮というところは必須になってまいりますので、そういった部分での課題を書かせていただきました。

下の職場環境でございますが、まず医局の分散配置。現在医局が約20カ所程度に分散しているということをお伺いいたしました。これによりまして、運用の非効率が出ているということと、また現在研修医の方の居室スペースが旧看護師寮、病院とは別の建物に居室スペースがあるということで、実務の戦力になる研修医の方の場所が、別の離れたところに配置されているということがございます。

また、その下、看護師の職場環境に改善が必要ということでございます。まず1点が、仮眠室が病院の建物の中にございけません。従って、寮で仮眠を取っていらっしゃる状況でございます。また、病棟のスタッフステーションの中に、看護師さんの控室がございますので、こういったことで看護師さんの休息の妨げになっているというような状況がございます。



またその下ですが、図書室、自習室等の研修、教育施設の整備、また、会議室、更衣室の不足ということを書きましたが、現在研修、あるいは勉強会のためのスペースが不足しております。院内で研修会を行う場合でも、職員の方が入りきらない場合もございます。こういった部分につきましては、職員の方の質の向上、あるいは優秀な人材をこれから病院として集めていくために必要な施設かなと思います。

右側、医療機能関連でございますが、まず1つ目は急性期医療機能、この中ではまず1点目が狭隘である救急医療の整備拡張。救急外来は後付けで増築されておりますので、トリアージスペースも十分ではないという状況でございます。2つ目が集中治療室、HCU の不足と、現在 ICU につきましては後付けで造られており、4室ございますが、病床の規模から考えて決して十分な数ではございません。その下が手術室、カテーテル治療室の増設、拡充でございますが、現在手術室につきましては今年の1月ですか、1室増築されまして、現在7室で運用されております。ただ、全体的に手術室のスペースが狭いということと、稼働率が高いにもかかわらず数が不足しているという状況があるということを伺いました。急性期病院におきましては、手術は収益の要となってまいりますので、また現在眼科が手術を行っていない、これから眼科も手術を行っていくとなると、さらに手術室が不足してくるということから、手術室の不足ということを書きました。

それからその下、がん医療など特定の医療機能でございますが、まず1つががん拠点病院としての機能強化。その下が、リハビリテーションの改善と書いてございますが、充実でございます。現在スタッフとしては、理学療法士が7名、作業療法士が1名おられますが、言語療法士がおられません。こういった部分での充実強化といった所です。

また、その下が、透析医療、腎センターの充実ということでございます。この地域は、近くに腎臓内科の専門医の方がいらっしゃらない。社会保険病院ぐらいしかいらっしゃらないということでございますので、こういった充実についても書かせていただきました。

その下が、地域医療の連携の強化でございますが、現在当院から、急性期後の受け皿が少ないということで、療養型病院だとか福祉施設等との連携を強化した方がいいということを書かせていただきました。

その次の11ページ、最後ですが、これは市立病院の決算状況の推

	<p>移ということで、19年度から23年度の数字を掲載いたしました。ここでは他会計繰入金対経常収益比率というのが、左側の一番下の段にございますが、例えば平成22年度のところをご覧くださいと、10.9%という数字がございます。こちらにつきましては、比較で申しますと、政令市7病院との比較で政令市7病院が平均12.2%でございますので、そちらに比べると低い数字ではあるということが言えると思います。資料1の説明は以上でございます。</p>
<p>水谷委員長</p>	<p>はい、よろしいでしょうか。ありがとうございました。ただ今説明いただきました内容について委員の皆様からご意見、ご質問がありましたら、お願いします。</p> <p>いろいろ分析していただきまして、問題点等も随分出てきたと思いますし、医師が不足しているとか、スペースの問題、それから仕事の内容としてももうちょっと物足りないものがあるだろうというような趣旨の発言だったように考えますけれど、委員の皆様、いかがでしょうか。</p>
<p>伊関委員</p>	<p>実際の状況について、ぜひ現場の方から状況を教えていただきたいと思いますが、例えば看護等のスペース等が非常に職場環境が悪いというような話がありますので、現状について小川委員さんから、どのぐらいの状況なのかということについて、これは記録に残り市民も後で見るとなりますので、現状についてちょっと現場からの話をお願いいたします。</p>
<p>小川委員</p>	<p>今の質問にお答えします。まず当院は東西各フロアに、それぞれスタッフルームがあるのですが、ナースステーションと呼びますが、その中の機能が医療を遂行する機能とそれからスタッフ自身が休憩をするスペースとが混在しています。それ以外に、注射を作るスペースがあったり、それからトイレがその中にあるんですけど、一番やっぱり気になっているのは、先ほどもありましたけど、夜勤の人たちの仮眠をするスペースがないことです。では、仮眠をどこでするかという、少し離れたカンファレンスルームが空いてる時間に仮眠をするというような状況で、古いスペースですので、その中にたくさんの器具を有しているというのが実情です。スタッフはだんだん増えておりますので、ドクターもだんだん増えておりますので、いろんな職種の人がチーム医療の展開で来ますので、非常に人口密度が高くなっていて、そ</p>

伊関委員	<p>れぞれの人たちが機能するには、ぶつかりあって機能しているっていうのが実情だと思います。</p> <p>それでは、医療上はいかがでしょうか。窪地先生、何かありますか。</p>
窪地委員	<p>まず医師に関して、先ほどちょっと説明がありましたように、医局が分散しているということで非効率であることはもう現実的に感じているところです。しかも病棟において、医師に対しての控えという待機ができるスペースがない。それからもう1つはカンファレンスを十分に行うとといったところは今工夫されて行われているという状況にある。それから、医師に対してのレベルアップを図る図書室等、そういったところでの勉強スペースというところも十分環境を考えてあげないといけないだろう、というふうには考えています。いずれにしても連携を取るという情報交換の場ということは、十分考えていかないといけないだろうというふうに思ってます。</p>
伊関委員	<p>やっぱり病院って、どんどん機能を向上させていかないといけない。優秀な人材を集めていかなくてはならない。そうすると、やっぱり勉強できるような施設じゃないと、若い人がなかなか勤務してくれない面があって、あちらこちらの病院を見させていただくと、結構小部屋が多いんです。勉強する、いわゆる若いドクター、初期後期の研修医の方々が勉強するような部屋みたいのもあって、そういうところで勉強が充実するからシンキングするみたいなそういう話もあるんで、職員の方の機能充実をするっていうのは、結局、最後は市民に質の高い医療という形で返ってくるんですけど、現状においてはやっぱり職員の機能充実、アメニティの充実、勉強する機能の充実、そういうものも、医療機能に併せて重要なポイントになってくるのかなっていう感じはしています。</p>
水谷委員長	<p>他にいかがでしょうか。はい、富田委員。</p>
富田委員	<p>ちょっと気になったのが、急性期病院の割に手術室が少ないなと思ったことと、あと重要な手術がだいぶ伸びているっていう話。ここがちょっとデータとか、それから実態の方とかがあまり載ってないので、その辺をもうちょっと詳しくお話しいただけますでしょうか。</p>

窪地委員	<p>手術室に関しましては、確かに少ないと。それで基準からいきましても、やはりどの程度の基準かっていうのは、なかなか今の時代どうだっていう数字は出てなくて、1990年代とかそういったものが基準で100床に計算式としていろいろ挙げられたりして、それからものの本によっては60から70床に対しては1室だというふうな基準が大ざっぱには出てるんですけど、そういうことから考えても少ない。それから全麻手術症例、あるいは手術症例に関しましても、ここ過去5年間を見ても、1室を増室する前の状況だと、ある程度もうプラトーに達している。手術件数を増やすという環境がもういっぱいになってる状況であった。それで、今年1月からようやく1室増室することができた。それによって、やはり手術件数は上がってきているというような状況です。それまでは緊急手術も、やはり脳外の手術、緊急を要する手術、そういったものも状況を見ながら、それから心臓の絡む手術に関しましても、救急外来までは来たけれども、手術のタイミングが悪くてできないっていう現状もあったということだと思います。それで近隣の病院とは連携を図って、それでうまくここまで来たというのが現状だろうと思ってます。</p>
水谷委員長	はい、富田委員。
富田委員	<p>先ほどの4ページのところに、さいたま市立病院での医療体制ということで、こちらのシェアが非常に低いということを見てたので、それでお聞きしたのですが、じゃあ、手術が待機するということは、ほかの病院にあるいは送っている、都内の病院に送っているとか、それでここが伸びなかったってということも、結構あるのでしょうか。</p>
窪地委員	<p>基本的にはそこまでの数字はこの病院としては出していませんけれども、予定手術に関しましては少し待機をしていただくという状況は、疾患によっては起こり得ていましたし、起こり得ているものもあります、今現時点でも。ただ、そこまでご迷惑をおかけしないようにということは、日夜努力はしてきたつもりではあるんですけど、もっと患者さんへのサービスを増やすというふうなことが、やはり今の段階ではできない状況にあるというふうに理解いただければというふうに思います。</p>

水谷委員長	はい、よろしいでしょうか。手術室にしてもベッドにしても、満杯になると緊急のものが何も入らなくなるので必ず余裕のあるふうにしておかないと、手術室が一杯だと緊急手術は絶対できませんから、そういう状況ができないとやっぱりまずいかなと思います。今はそういう状況にないという、多分現場からの悲鳴だと思うのですけれども、他に何かございますでしょうか。はい、伊関委員。
伊関委員	あと、一応確認しておきたいのが、救急のスペースが今でもかなり一杯かなって感じなんですけど、要はこれから高齢者の、この2ページにもありますけど、高齢者割合が30%超えるって、これは、要は高齢者の絶対数が増えてきて救急の需要が増えてくるのは確実なんですけど、そういう状況の中で、現状のスペースでどの程度なのか、これから高齢者の増加に十分対応しきれんのかどうかというところを現状についてお話しいただければと思います。
水谷委員長	はい、窪地委員。
窪地委員	確かに狭めです。説明がありましたように。あそこのフロアで、ワンフロア化をして、区切って使われているというのが、今構造上の状況だと思います。それで、中には救急車でCPA、心肺停止をした患者さんも運び込まれて来ている。それで、同じフロアで対処せざるを得ない。今の状況、いろんな病院の環境から考えましても、非常に過酷な環境だろうとは思っています。ただ、それで断るか、というふうなことは、できるだけそれは避けるということを原則にしていますけれど、救急車をすべて受けられているかと言いますと、それはスペースだけの問題でなく、人的な問題も含め、すべてというわけにはいかないのが現状だろうと思っています。
水谷委員長	はい、よろしいでしょうか。それでは、まだ質問もあると思いますけれど、時間もございますので、次の施設整備における医療機能のコンセプトについて、事務局から説明をお願いします。
2 議事 (1)施設整備に関する 方向性の整理・検討 施設整備における医	

療機能のコンセプトについて	
(事務局)工藤庶務課長	資料の説明は、コンサルタントより行いますので、お願いいたします。
(事務局)コンサルタント	<p>資料2につきまして、ご説明申し上げます。こちらの資料の市立病院における施設整備のコンセプトにつきましては、私どもの方で、病院の各診療科の先生方、あるいは各部門の方からヒアリングをさせていただいて、まとめた結果でございます。</p> <p>まず、各整備のコンセプトについて何本か柱がございます。まず1つ目が左側、市民に望まれる医療機能の充実ということでございます。この中でまず挙げておりますのが、1点目が救急外来の充実。先ほど狭隘化また、例えばご意見ご指摘を頂戴しましたが、救急外来の拡張と充実ということが、まず1点目でございます。また、現在ER型救急を行っておられますが、こちらの充実ということと、また、将来的には救命救急センター機能の整備ということを目指していかれるということでございます。それから、画像診断、カテーテル、アンジオ室、内視鏡治療室の近接配置。現在内視鏡が2階にあって、画像診断が地下にあるということで、そういった不具合もございますので、近接配置。また、その下の、救急関連処置の整備ということについては、観察スペース、診察室と処置室、説明室等必要諸室の整備ということに加えまして、現在救急病床というのがございませぬ。現在夜間に患者さんが入院されることも多く、またこれが病棟での看護師さんのご負担になっていらっしゃるということを伺っております。まだ具体的なイメージは伺っておりませんが、これからイメージを具体化していくことが必要かなと思っております。</p> <p>その下、急性期医療機能の強化ということでございますが、ICU、CCU、HCU の増室と中央化。また、先ほど出ましたが、手術室の増室、拡張と機能強化。機能強化の部分につきましては、その下に、ハイブリッド手術室の整備というご意見を頂戴いたしました。これは、放射線機器等を備えた複合型の手術室ということでございます。また、その下ですが、SCU、ストロークケアユニット、これは脳卒中ケアユニットを指しますが、こちらの導入の検討についても、今後整備を目指していきたいということでございます。</p> <p>その下ががん医療の強化でございますが、まず1点目、がん拠点</p>

病院としての放射線療法の機能強化。これは、来年度システム更新がございまして、その中でIMRT機能を備えた物を導入される予定ということがございます。そういった部分で、放射線治療につきましては、1歩機能強化を図れるということでございます。また、その下ですが、外来化学療法の充実と拡張でございますが、現在外来化学療法のベッドが12床ございます。年々件数が増えているという状況でございますが、また、現在はスペースが狭いということで、患者さんの待合ですとか、休憩スペースもない。廊下で化学療法が終わった後の休憩をされているという状況があるということでございますので、こういった部分での充実と拡張ということを書きました。またその下、緩和ケア病棟の整備と地域連携の確立でございます。緩和ケア病棟につきましては、現在県内で県立がんセンターを含めて4カ所ございます。こちらについても、今後整備する方向で検討を進めていくということでございます。

その下、周産期医療の強化でございますが、周産期医療の整備と充実ということと、その下、周産期手術部門と中央手術部門の動線改善と機能分化。これは何かといいますと、現在別棟の周産期センターのところに手術室が1室ございます。ただ、この周産期につきましては、患者さんの約4割が帝王切開をされる患者さんで、そのうちの6割が30分以内に緊急手術をされる必要がある緊急手術のニーズの高い患者さんでいらっしゃいます。こういったところで中央オペとの動線が長いということから、動線改善をするのか、あるいは機能分化をするのかということでございます。

その下が、その他医療の強化というところですが、まず1つ目が、臓器別センター設置による専門性の高度化。臓器別センターというのは、よくいろんな病院さんの計画の中で出てくる言葉でございますが、いろんな形でのセンターがございます。一番分かりやすいのが内科系、外科系の診療科が同じ1つの病棟を構成する、あるいは病棟を隣り合わせにするというような形態がございますが、そういう形でのセンター設置による専門性の高度化ということを行う。これによって、医師だとか看護師さん、あるいは患者さんへのPR効果というものを期待できるということになっております。また、その下がリハビリテーションの充実ということでございますが、ここでは特に心臓血管リハ等と書かせていただきました。心臓血管リハにつきましては、収益性が高く、増収効果が大きいです。また、患者さんの回復が早まるというメリット

もございますので、こういったところを取り組んでいくということ。あるいはリハビリテーション全体につきましては、どのように充実化させていくのか、急性期病院としてリハを行っていくことで、患者さんの早期退院にもつながっていきますので、どういうふうに構成していくのかということの考え方の整理が今後必要かなと思っております。その下が眼科、口腔外科等の診療科の整備充実でございますが、眼科につきましては言うまでもなく常勤医の確保ということでございます。また、眼科の常勤医確保を行って手術を進めてまいりますと、平均在院日数の短縮ということにもつながってまいります。

それから、右側のところですが、地域医療及び地域連携の実施強化というところでございます。この地域医療という言葉でございますが、急性期医療というところと相對している言葉ではございます。ただ現在この地域では、患者さんの受け皿が少なく、患者さんとしては、当院しか行先がない患者さんもいらっしゃいます。そういった中で、当院で患者さんを受け入れて地域医療にも対応していくというような趣旨でございます。

それからこの下が、患者さんの視点からの療養環境の向上。これは、例えば先ほど言いました個室の整備ということですが、2つ目は患者アメニティの向上の中では、例えば食堂だとか売店、あるいは理容美容、ATM等が考えられます。

その下が職員の質向上及びモチベーションを高めるための職場環境の整備ということですが、先ほど出ましたような仮眠室だとか休憩室、そういったような必要諸室の整備ということ。あるいは会議室、講義室等の整備拡張というところが考えられます。

その下が、安定した医療の提供のための人員確保でございますが、これは言うまでもなく、急性期医療に見合う医師、看護師、医療技術者の確保ということと、7対1看護加算の維持及び看護体制の維持のための看護師確保等を書かせていただきました。

その下が経営を見据えた施設改修方針でございます。まず1点目は、患者ニーズに即した病床配置計画ということを書きました。これはどういうことかと申しますと、現在病床枠というものが診療科ごとでございます。例えば病棟ごとに病床利用率にだいぶばらつきがあるのが現状でございます。また、診療科によっては当該病棟、所定の病棟に患者さんを収容しきれずに各病棟に分散しているようなケースもあると。一番多い例では、8カ所ぐらいに患者さんが分散しているというこ



	<p>とで、医師にとっても負担になっているということでございます。また、急性期から在宅に移る際の前の中間の病床が、病院としては不足しているというところがございますので、そういったところと絡めまして、その下にさくらそう病棟の運用方法の効率化というのを書きましたが、先ほど申しあげました現在開放型病床として47床運営しているさくらそう病棟をもうちょっと有効に活用できないかというところがございます。現在は医師会の紹介状を要しまして、入院には手続きが必要、そういった医師会ルートの手続きが必要でございますが、急性期後の受け皿が不足しているということであるとか、あるいは一般病床からあふれ出た患者さんの受け皿、個室だとか感染症対象対応なども含みますが、こういったところの受け皿が必要ということでこういったさくらそう病棟の運用方法の効率化というところも視野に入れたものとして書かせていただきました。あとその下が、災害拠点病院としての機能強化ですが、災害時の利用を見据えた施設整備等々必要な機能強化について整理をさせていただきました。以上でございます。</p>
水谷委員長	<p>はい、ありがとうございました。ただ今説明いただきましたけれど、これにつきまして、委員の皆様からご質問はございますでしょうか。いろいろ書いてありまして、これ全部実現したらすごくいいだろうと思うんですけど、逆に言いますと、この辺のところは欠点であるということになるので、どうやってどのくらいカバーができるかということが、今後の施設整備の問題点かなという気がいたしますけれど、委員の先生方がでしょうか。はい、筧委員。</p>
筧委員	<p>これは先ほどの冒頭の話ですと、現場の方々にご意見を伺って、そこから出てきた要望というか、それを整理しているわけですよ。手順としては、すごい中途半端なことをお伺いするかもしれませんが、これはどうやって絞り込むのでしょうか。もちろんこれを全部かなえられるかどうかという問題はあるわけで、今後のプロジェクトの進め方として、これをどうやって絞り込んでいくというプロジェクトの進め方ですかね。それはどうお考えなんですか。それはどなたに聞いた方がいいのか。</p>
水谷委員長	<p>その辺の答えは、実際に勤務してる医師とか看護師さんたちにとっては、全部考えられる想定だと思いますけれど、それはかなわないか</p>

<p>(事務局)麻生経営部長</p>	<p>もしれないので、事務局あるいはコンサルタントの方で、何かお返事できますか。それをこれからこの会議で絞り込んでいくのかもしれませんが、今答えがありましたら。</p> <p>経営部長でございます。確かに医師、それから看護師等いろんな方々からいろんなご意見、ご要望等、確かに頂いております。これは先ほども委員長さんもおっしゃっていただいておりますが、すべてできるものではないと、事務局としても思っておりますので、やはり院長、それから副院長等、各部長さん方も含めて、この中で費用対効果ですね、その辺も含めて、できるものでないものというのを判断させていただいて、施設整備計画に進めて行ければと考えております。</p>
<p>水谷委員長</p>	<p>この次の話題になるかと思うのですけれど、どのような建物を造るとか、どのような組織をつくるかっていう完成図まで考えると、こういうものが充実できればいいなということになるのかなとは思いますが、この先一度に全部、全取替えするのか、部分的に直していったいいものに近づけるかというやり方によっても変わるとは思うのですけれど、ですからその辺は、これからこの会議の中、あるいは病院の実際現場の皆様の方の考え方を集約していただく必要があるかなと思います。何か他にご意見、ちょっとまとまらなくてすみません。加藤先生。</p>
<p>加藤委員</p>	<p>さいたま市立病院が、今後どういう役割を果たしていくかっていうことを考えるのが、私は非常に大事だと思っているんです。資料を挙げていただいて、さいたま市の高齢者が増える、当然患者さんが増える。ただ、さいたま市内の医療従事者が増えているとはいっても、まだまだ少ない。一方で、市内の規模の大きな病院っていうのはそんなに多くないわけで、数が限られています。そうすると、さいたま市立病院には、求められている役割というのは、診療密度の高い急性期病院ということだと思うんです。だからまずその役割を果たすということを頭に置いて、それで考えていかないと、もちろん費用がかかるというのは分かるのですけれど、思い描いていた、コンセプトの中に出てくるもの、私はもっともだと、実は思っています。だから、この中でどんどん削っていくとていうのは、これはどうなのかなと思っています。なるべくたくさんの機能を、これはもう当たり前の機能になってきていると思っていますので、やはりさいたま市立病院には、それだけの機能を果た</p>

水谷委員長	<p>せるような条件を整えるべきだろうと考えています。あと、具体的なことに関しては、その場でお話したいと思いますけど。</p> <p>はい、実にそのとおりだと私も思いますけれど、要はそれが簡単にできれば、加藤先生も今度病院を建て直しますから、やっぱりいろいろご苦労があると思うのですけれど、予算の問題とか、いろんな問題が出てくるので、どこで折り合いをつけるかになると思うのですけれど、できるだけこれに近づいたものと考えていければ一番いいかなということだと思います。</p>
伊関委員	<p>医師がやっぱり集まってくる、看護師が集まってくる、収益が上がるっていう面はありますので、そこはやっぱりちゃんと意識をしておく。要は役所の論議だと建物がもう別になって、人数がもう定数で決まった医師しか勤務しないとか増えないとかいう話になりますけど、ある程度建物の機能を充実させることによって医師が集まってくる、看護師が集まってくると基本的に患者さんはものすごくこれから潜在的にもいると。そうすると収益が上がる可能性はあると。だから、その将来の、これは逆に言えば患者さんを受けなければならないという課題もありますけどそれを踏まえて、医師、看護師が集まるような施設や医療機能の充実を図るような建物を考慮すべきだという部分はあると思います。</p>
水谷委員長	<p>はい、加藤先生。</p>
加藤委員	<p>職員の話が出たので、私からもお話ししたいんですけど、今の職員数、さいたま市内の医療職員数の増加に比べて、市立病院の増加は低いです。ただ、看護師さんでいえば、7対1の入院基本料、それから急性期の看護補助体制加算、そういうものを取っている。医師もいいか悪いかは、多少問題がないわけではないけれど、専門性が進んでいますのでそれぞれの専門性を持ったドクターが来てくれれば当然その医療機能は上がると思います。</p> <p>それから薬剤師さんについても病棟業務をすることによって収入が増える。ただその代わり、病棟ごとに専任の薬剤師さんを置かなければならない。それからリハビリの話も出ていますけれど、充実した内容をするためには、それぞれの分野のリハ、PT、OT、ST、それぞれの人</p>

水谷委員長	<p>数がある程度が決められています。ただ、そういうことで増やしていくことによって、収入が上がる仕組みになってきているので、当院は 605 床ですけれども、今職員数は千人を超えています。それでも赤字にはなっていないです。やっぱり職員を増やしてきたと同時に、収入も増えていっています。だから、私はさいたま市立病院も、職員も当然増やすべきだと思います。この機能を持っている病院であれば、確実に収入は上がると思います。</p>
富田委員	<p>はい、他にございますでしょうか。はい、富田委員。</p> <p>先ほどの資料1のところから伺った病院の様子を聞きますと、職員さんはずいぶん我慢していらっしゃるというのが、すごくはっきり出ています。そして、研修医は別棟から通ってくる。その中で、よく事故が起こらないでやってくるというのも考えられます。いろんなことが、感染とか出てくるし。そうすると今、日赤の先生がおっしゃったように、きちんと急性期病院として、今ももちろんですけど、今後建替えるとする、20年や30年はそれで機能を使いますから、やはりその30年後のことを考えたときに、さっき伊関さんが言ってましたけど、高齢者、今は周産期が比較的ウェイトが高いような感じですけど、これからもっと高齢者が増えてくると、心臓とか脳とか、今までなかった機能が出てきますし、そういった ST とかが出てくると、将来どのぐらいのものになるのかなというのが、ちょっとまだこの文章だけではよく分かりにくいのですけれど、おそらく相当高度なものを選択していかなければなりませんし、今のようにちょっとあいまいな病棟というのを置く余裕があるのかなということもあって、どの部分を選択してするか、どの部分をしょうがないけど切り捨てていくという選択が、今ひとつなんかまだできてないという感じがします。どの部分が一番優先順位なのかというと、埼玉県の医療事情は、全国一ワーストだというふうに聞いてますけども、その中でも人口百二、三十万いるような市内に大きな病院が3つ4つということは、その3つ4つをうんと高度化しないといけないし、その中には、それ以外のものを持ち込んではいけないし、医療連携というところには、もうちょっと後方病院の教育をしていかなければならないと思います。連携が盛んな病院に行きますと、そこには、もちろんさっきの研修室の話も出ますけど、そちらで、いかに後方の病院さんに、急性期以外の機能をわたしていくか、という形で医師を派遣したり教育した</p>

水谷委員長	<p>りということもあると、はっきりしている部分ははっきり書いた方がいいのではないかという気もしますし、将来像でこのぐらい要ると。そうすると、ちょっとさいたま市の方の定数条例がどのくらい厳しいかは分からないのですけれど、相当厳しいものだという気もちょっとしますので、病院さんの方で、どのぐらいの人を置いて、どのぐらいの医療サービスをするのか、この次には出てくるんじゃないかと思うんですけど、もうちょっと具体的に出していかれると、イメージができるかなと思います。</p>
筧委員	<p>他にどうでしょうか。はい、筧委員。</p> <p>私も、この資料1を拝見して、資料2をすぐ拝見すると、この資料1の中で、病院を取り巻く状況と今後の動向ということ进行分析していらして、この病院が一体そのどこにその重点を置いていく、どこがこの地域の中の医療環境の中で何が問題なのか、それでどこを担っていくのかっていうようなことが書かれているのかな、それが今度例えば、そういう外的要因の話と、この中に、つまり例えば建物が古いか、職場環境が良くないとか、そういう内部環境の話と、なんかごっちゃになっているんです。その次にその資料2で出てくるのがいきなり職員から出てきた要望なんです。そもそもこの資料1の中で分析としてこの病院が担うべき医療というのはこの資料の6ページ以降に書いてある、「市立病院における医療機能面の現状」というところから、救急医療と周産期小児医療と災害医療と在宅ケアの4つを掲げているのですが、これがこの病院のこれからメインとして整備していく医療機能なんでしょうか。多分それだけじゃないと思うんです。一体それはなんなのかというあたりがあって、そこから次に施設整備はどうしていくのかということが、そこで初めてウェイトが出てくると思うんです。そのあたりのバランスが分からないので、要望は出てくるわ、なんか調べたりリストを見せられて、さあ、これからどうやって整備をしていくのだろうかというのが見えないのが1つ気になる部分。</p> <p>それから私ちょっと先ほど中途半端な質問をしたのは、ぜひともそれは現場から意見を聞いたりなんかするとまとまらないので、それを病院のトップの方が、院長先生をトップにして、強いリーダーシップで進めていただきたいなと思っているのですけれど、前段のところのことについて、もし例えばほかの資料があったりなんかするのであれば、</p>

水谷委員長	<p>ぜひともそれは教えていただきたいと思います。</p> <p>はい、今現在出ているのは、だから、すべて洗い出しているわけですね。それがちょっと整理がついていないのではないかとこの委員さんのご意見ですけど、いかがでしょうか。</p>
窪地委員	<p>確かに、そう取られるかもしれませんが、加藤先生が今お話をされていますようにこの面に関しましては必要なことであるということがまず前提であると思うんです。我々が担っていかないといけないものが基本的には網羅されている。</p> <p>もう1つは今後の医療政策です。国も言っていますように、2025年に対してどうするか。それから2030年、2040年、その際の受け皿がなくなってくるといったところに対しての自治体病院としての役割、そのところはどういうふうを考えないといけないのかということも、従って我々も、この病院としては急性期病院を目指さないといけないということは確かだと思うんです。</p> <p>それともう1つは、言われている地域との連携。これは自治体病院としての役割があるのだと思うんです。そうしますと、そのところでどういうふうな自治体病院の形をつくっていかないといけないのかというのが、この中からというよりも、これはやっぱり整備をしていかないといけない要点が出ていて、今までも我々は持っていなかったわけではないんですけど、充実をさせていかないといけない。そのためにはスペースの問題もある。いろんな問題を抱えてはいると思うんですけど、それをどういうふうにしたらいいか。その中に患者さんの療養環境、そのところもベッドのスペースの問題がある。それから我々職員と患者さんとのクロスをしてしまうという。そういう状況にあると今の環境ではない。そのところをやっぱり入れていかないといけない。これはどうしても必要なものじゃないのかというふうには、我々は今の段階では考えているわけです。その中でどういう条件の下でどういうふうに絞っていかないといけないのかは我々が今要望を出さない限り、考えていただく材料が十分に満たしたと言えるのかどうかということもあって、こういう形で今のところは出ています。ただ、最初にお話しましたように、必要なことであるという前提でいろいろ出ささせていただいていますので、そのところをかたちづくりのところはどう生かしていけるのか、ということを含めてアドバイスいただければとは思いますが、</p>

<p>算委員</p>	<p>私が言っていることを誤解されると困るのでもう一度申し上げると、この、例えば病院側のスタッフから出ているこの施設整備のコンセプトにある項目が全部で例えば50個あるから30まで絞り込みましょうと私は話をしているのではなくて、実際整備をしていく上においては、こちらにはウェイトを置くけれども、こちらはやはり少しある程度バランスをとらなきゃいけないとがありますよねという話は、多分出てくるんです。それは今回、丸々新しい建物を一から造るのではなくて、場合によっては既存を活かしながらその既存の建物とのつながりで造らなければいけないということだって十分あり得るわけですね。あとからも出てくる資料にそういうようなことだって考えているわけです。そうなったときに、この部門とこの部門を近づけてくれというのを絶対条件にされると、それは施設整備ができなくなってしまうわけです。ですから、そういうようなことも含めて、一体この病院を今度整備するときには、一体何をキーポイントとしなければいけないのかというあたりのことが、こういう細かいコンセプト以前に、この病院が一体次なる病院として何を目指していくことがメインなのかということがどこかにあるのですかということをお聞きしようと思ったんです。</p>
<p>村山委員</p>	<p>実は、去年のあり方検討委員会も含めまして、このように第三者の方を含めて委員会をやるというのは、この病院に私は30年勤務していますけど、初めてです。ですから、今まではこういうふうにしてという目標を持ってやってきたのではないんです。私は実績主義と言っていますけども、例えば救急だって確かに救急をやるぞということは、25年前に医者を集まりで決議をして救急に反対した人は辞めていったと。そういうことぐらいで、これからはやはり市立病院だからやらざるを得ないねということで救急をやり始めたら、いつの間にか、さいたま市で一番救急車を引き受けている病院になってしまったという実績ができたということです。そうすると、うちは救急をやらなはいけないねと。以前ダイエーの中内さんが、「ダイエーをつぶせるものならつぶしてみろ」とおっしゃって、「日銀もひっくり返るぞ」と言っていましたけれど、うちも、ここまで救急車をいっぱい受けるようになりますと、例えば来年からスタッフがいないから、ちょっと救急をやれませんかとは言えないわけです。ですから、今までは単純に実績主義できたのです。それで、うちの病院としては、どういう実績、つまり何が得意であって何が強いのか</p>

と言いますと、先ほどからお話が出ていますように、小児、産科といった周産期は強いです。これも、ある程度、誘導も少しあったのかもかもしれませんが、当院の方針としてそこをやるという強い決意をもってやってきたわけではなくて、実績としてこういうふうな形になってきている。多少政治的な誘導もありました。それから、次に強いのは、大人の急性期疾患で日赤さんほどではありませんけれど、循環器疾患とか消化器疾患の2つは大人の急性期としては外すことができない非常に頻度の高い疾患群ですから、これも一生懸命やってきたせいで、実際に市内の病院のランキングの中で2位とか3位と書いてあります。循環器疾患、消化器疾患に次いで少し頻度は落ちますが、脳神経疾患、脳卒中系、それから呼吸器疾患。この4疾患がすごく多いんです。従って、ニーズが高いので、そこに医者を少しずつ増やして、そして患者さんも増えてきた。そして、実績もできた、強くなったということです。

例えばうちは膠原病をやるのと、膠原病をとにかく埼玉県一のメッカにしようとか、日本一の膠原病のメッカにしようという、そういう目標があって膠原病をやるのと、そういった考えというものは一切なくて、実績実情に合わせてやってきて、こういう状態になって、そういった部分が非常に強いという現状があるわけです。従って、今うちの病院が一生懸命やっている、強いというのは、まとめますと大人の急性期疾患、それから周産期、それから小児の急性期、救急もそうですね。それからがんです。がんは急性期の病気ではありませんけれど、がんを外した総合病院っていうのはあり得ないと思うんです。ですから、がんも非常に力を入れていて、国のがんの拠点病院になっております。それからもう一つ特徴的なことは、外来は医師会の先生方と役割分担ということで、ここはちょっと市内から離れている関係もありますので、外来には力を入れないで、入院を中心にやると。従って医師会の先生方との病診連携。これはさくらそう病棟という病診連携病棟もありますように、医師会の先生方、特に浦和医師会の先生方と非常に密接に連携を取ってやっている。以上の点が、うちの病院の非常に強いところであり、今まで実績があるところです。従って、今後もこういったことを中心に展開していきたいと思っています。そして、患者さんは先ほどありましたように、さいたま市内の東半分、東北線より東半分の地域から、ほとんどの患者さんが来ていますので、従来どおり患者さんはこの地域からいらっしゃるというのは間違いのないと思いますし、それから



<p>水谷委員長</p>	<p>この地域はまだ住宅用の土地がまだありますので、今後とも高齢者の方々が引退してこの地域に住んでこられるということも、資料データとして把握しておりますので、今申し上げた大人の急性期疾患を中心に、あるいはがんも含めてやっていくという基本的な方針は大きく変わりません。ただ、その反面、うちが非常に弱い部分もありまして、精神科領域なんですけど、医師も現在1人しかおりません。それから入院用のベッドもありません。従ってここは弱いものですから、弱いところを新しく盛り立てていくというのは、常識的にはなかなかきつい部分があります。そこがこの病院としては苦手とする分野です。ですから、先ほど筧先生がおっしゃいましたように、これをどうやってまとめていくのかとおっしゃっていましたが、私も実はまったくそのように思っておりまして、これをどうやってまとめるんだと。一体どういうプロの方を仲間に入れたらまとめられるのかという風に考えていたところなんです。従って、もしいいアドバイスがありましたら、その辺をご助言いただければと思います。</p> <p>はい、よろしいでしょうか。まあ、病院の問題ですから、助言も大事ですけど、病院自体である程度深い検討は多分していただけるものと期待しております。それで今、だいぶあり方委員会に近いような話になってしまったんですけど、これは施設整備ですので施設整備について、この先に進めさせていただきたいと思います。それでは、次のですけど、施設整備の方向性、配置計画について、事務局から説明をお願いいたします。</p>
<p>2 議事 (1)施設整備に関する方向性の整理・検討 施設整備の方向性、配置パターン分析 (事務局)工藤庶務課長</p> <p>(事務局)コンサルタント</p>	<p>それでは、説明の前に、追加の資料がございますので、ただ今配布をさせていただきたいと思います。</p> <p>それでは、委員の皆様には配布されたようでございますので、引き続きましてコンサルタントより説明をさせていただきます。</p> <p>それでは、資料の3 - 1をご覧ください。主要各棟の減価償却及び起債償還状況、平成 26 年度末時点という資料を示させていただきます。</p>

	<p>した。こちらにつきましては、各建屋ごとの継続使用、これから建替え計画を具体化していくにあたりまして、継続使用の有無について検討をしていく際の基礎資料となっております。青く塗っている棟が4つほどございますが、それぞれについて減価償却、それから起債償還の状況を記載してございます。これは例えば減価償却につきましては、建物の取り壊しのときに除却が発生するということと、起債償還につきましては、同様に建替え取り壊しをするときに、繰り上げ返済、一括返済が発生するというような見方でございます。</p> <p>上から順番に申しあげますと、まずさくらそう・ひまわり病棟ですが、昭和58年に建設をしております。減価償却につきましては、償却がまだ済んでいないのが2億5,900万。起債償還については、特に起債の対象になっておりませんのでございません。</p> <p>その下が西病棟。これは昭和63年建設でございます。減価償却の未償却の部分につきましては、13億600万。また、起債償還につきましては、未償還が3億1,900万となっております。その右側東病棟管理棟でございますが、昭和47年に建設。また昭和63年に耐震補強をしております。こちらにつきましては、減価償却の未償却分が1億7,000万。また起債償還につきましては、起債をしておりますので、対象外でございます。その右にありますのが周産期母子医療センターですが、平成13年に建設をしております。未償却部分が6億100万で、起債償還の未償還部分が8億3,700万というような状況になってございます。資料の説明は以上です。</p>
(事務局)工藤庶務課長	<p>それでは次の資料3-2の説明に入りますが、3-2の資料でございますが、皆様にお配りしておりますのはA3の小さな資料となっております。正面のほうに、少し拡大しました資料を出させていただきました。そちらがちょっと見えにくいかなとは思いますが、両方を見比べていただきながら、説明の方を聞いていただきたいと思います。また、追加の資料でお配りした内容ですが、西棟東棟1階2階の平面図を配らせていただいております。ただ今資料を前のほうに貼らせていただきます。</p>
(事務局)工藤庶務課長	<p>正面に貼らせていただきましたのは、お手元の資料3-2の図面の部分のみでございます。ちょっと見づらいかと思いますが、説明者、そちらの方を見ながらお進めしますので、お手元の資料と併せて</p>

<p>(事務局)コンサルタント</p>	<p>ご覧いただければと思います。</p> <p>それでは説明させていただきます。今こちらに3案あるのですが、これまで建替え計画に関しましては、想定し得るパターンを数案以上検討させていただきまして、メリットデメリットを比較検証しまして、3つほどのパターン群に絞られてきまして、そのうちの3案を選択して、比較検討しています。今回作成しました案に関しましては、先ほど説明がありました資料2に関しましての新しい機能の検討は含んでおりません。今後固まり次第、それを盛り込んで図面化していく予定です。現在西病棟東病棟は、先ほどもありましたが、医療法の基準面積を満たしておりませんので、病室として望ましい環境を整備するためにも、改修計画を見込んで作成しております。</p> <p>それぞれの案の説明の前に、凡例を説明させていただきます。こちらの赤い印は新築の建物です。水色は改修です。ピンク色なんですけど、これは既存のまま、そのままスタートという意味です。この紫色なんですけど、これはもう事業計画が決定しておりまして、この整備計画が始まる時には、このような形でもう建っているというふうに理解していただければと思います。黄色に関しましては、仮設で整備するものです。これは仮設で新棟から改修棟に入った段階で最後に取り壊して機能を移設して取り壊します。あと外構を整備して、こちらは更地になるようなイメージで描いております。ちょっと見えづらいと思うんですが、点線のこういう建物、点線の部分は、解体建物です。それから、こちらの青い所は、駐車場のスペースです。そして、前回にもご指摘ありました将来マスタープランに関してなんですけど、こちらの赤い線で書いてある所が、マスタープランの将来次期に建てられる所というふうに見ていただければと思います。</p> <p>それでは、A案の説明をさせていただきます。A案は、他部署であります高等看護学校があるんですが、それを移転しないということで整備しようという案です。最初に仮設の用地をつくりまして、そちらに、こちらにあります給食ですとか管理部門をまず移します。その後、こちらにICUとかがありまして、そちらをこちらに移設します。そのときにこちらで病床が53床を減少します。そちらにICUを移して、こちらが空になったところで、A棟を造らしていただきます。A棟といいますか、こちらのAの部分です。この最終形はこういう大きなものなんですけど、こちらのまずAの部分を作ります。そこに1フロアに1看護単位で病棟として</p>
---------------------	--

は 215 床が整備できまして、外来・給食・管理部門を含んで、7階建ての建物を新設します。そのあと、こちらにありました東病棟をこちらに移設しまして、こちらが空いた所にBの建物を造ります。こちらができた時点でこの西病棟の改修を始めるわけですが、病床数をどうしても維持していかななくてはいけませんので、階ごとの改修となっていくために、工期がかかることで、また工事をしていないエリアの病棟の患者さんもいらっしゃいますので、その騒音や振動の大きな影響があるのが課題と言えます。

また、西病棟なんですけど、今建設後 25 年を経過しておりまして、電気や機械設備の更新の時期となりますので、今後使い続けるために、設備改修も同時に行う必要があります。今までの間のステップ4からステップ8というところなんですけど、ここの段階で病床数が 36 床減少してしまいます。病床減を伴わない改修をするために、別途仮設の病棟をどこかに立てる必要があります。もしそのようなことが必要になる場合は、3.5 億円程度の費用が生じてまいります。こちらの案で、最終的にはこちらのさくらそう病棟と仮設棟を取り壊しまして、外構を整備して完成となります。工期は、新築建物のみで 38 カ月かかりまして、先ほどの玉突き改修ですとか、西病棟の改修を含めると、こちらの3案の中で一番最も工期が長くかかります。A案の、将来建替え用地なんですけど、一応こちらの北側となります。こちらは日影規制がありまして、その影響で、最高でも5階建てぐらいしか建たない所になっておりまして、こちらの接続部分がこのぐらいしか取れなくなってしまう課題がございます。もちろんその A 案の課題なんですけど、こちらの将来用地のこともありますが、どうしてもこちらに給食ができたりして、それを移動したりとかいう、工事中の動線の確保ですとか、あと、どうしてもこのAとBを一緒に造るんで、ここであとでつなぎを造るといったような困難な工事がありまして、ここが一番大きな課題と言えます。

続きまして、B案の説明をさせていただきます。こちらは、こちらにありました他部署の建物であります高等看護学院を移転する案です。まず高等学院とサービス棟の別館の機能を含むものを、こちらに仮設で造ります。こちらが更地になりますので、こちらに6階建ての建物を建設します。この案の最大のメリットなんですけど、効率性に優れていると言われております1フロアで2看護を整備することが、一度にできまして、こちらに 344 床の病棟を整備することができます。344 床できますので、今こちら西病棟に 248 床の病棟があるのですが、それを一気に

移設しまして、この西病棟を空にして設備改修ですとか、今の病棟の機能改修が、病院運営に影響が割と少なくできるということが言えます。一度に改修できますので、改修工期も短縮できることが、メリットです。西病棟を改修が終わりましたら、今度東病棟の病床を西に移転させまして、そのあと東病棟を改修します。

東病棟の現状なんですが、実際に現行の法規に合わせますと、28床程度しか入らないものですから、1フロアで1看護単位を形成することができなくなっています。しかしながら、こちらにあります周産期棟との連携ですとかそういうことを考えますと、別の機能に移設、移転しながら使い続けるという案を考えました。こちらは、工期に関しましては、新築建物のみで27カ月かかります。西病棟の改修も含めて、A案よりは短くできると言えます。

将来のマスタープランの位置なんですが、こちらにあります駐車場のスペース、それからこちらの先ほどの所も使いますので、自由度が広がるのと、新病棟との接続エリアが大きくとれるという点がB案の良いところと言えます。

続きまして、最後のC案を説明させていただきます。こちらは全面建替え案なんですが、駐車場の所に新棟を整備しなくてはいけないものですから、まずこちらに3階建ての二層式の立体駐車場を、300台分を整備します。先ほどの途中までの工程はB案と同じですので割愛させていただきます。ここに空き地ができたところで、新棟を567床8階建てで整備します。この案の最大のメリットは、病院の機能がすべて免震構造の新設建物の中に整備できるという点が、一番大きな点です。将来のマスタープランに関しましても、こちらに大きく隣接する場所がつくれますので、用地が確保できるということでもメリットがあります。しかしながら、先ほど説明にもありましたとおり、減価償却が済んでない建物の問題と、イニシャルコストが3案中一番高いということが大きな課題です。工期は、新築建物部分のみで35カ月なんですが、その後の改修はほとんどありませんのでほぼB案と同等の工期で整備することが可能です。以上で、3-2の資料の説明を終わらせていただきます。

引き続きまして、資料3-3の方の説明はこちらの図面ではないですが、お手元の資料の方で見ていただきまして、前回の検討委員会でローコストの建築の一覧のご要望がございましたので、最近の病院建築の全体的なコストの状況を把握するために、日本医療福祉建築

	<p>協会発行の情報シート集の中から、2005年から2011年の同規模病院のデータを基に、平米単価を現時点で換算して作成しております。こちらは全体的な傾向を見ていただくために作りまして、資料の右側の中央部にあるんですけど、国公立病院等の平均値がどのくらいか、その辺りを見ていただきたいのですが、国公立病院の平均が1平米あたり約35万円、日赤や済生会などの公的病院さんが、1平米あたり30万円、民間病院が1平米あたり24万円というような傾向が出ております。現在東日本大震災のあと労務費が値上がりしたりですとか、最近の病院建設物件の入札不調等を考えますと、予算を考える段階からコストを低く設定することはリスクが高いと考えております。病院さんとしましては、基本設計、実施設計、建設の段階でコストを下げる研究をして努力をしていきたいと考えていらっしゃいます。以上で説明を終わらせていただきます。</p>
<p>水谷委員長</p>	<p>はい、ありがとうございました。ただ今のご説明に質問等ございましたら。はい、伊関委員。</p>
<p>伊関委員</p>	<p>1つは、理解に苦しむんですけど、減価償却が残っているというのは、そんなに問題なんですか。私はそういう議論を見たことがあんまりないんですけど。要は減価償却費というのはあくまでも、建物を建ててそれで何年かに分割して費用化してくわけですよ。でもそれは、あくまでも現金として内部留保するだけであって、現金の支出等を伴う話じゃないですから。残っていてもその除却費は確かに出て病院会計的には問題はあるのかもしれないけど、でもそれは、今度の新しい地方公営企業法で会計基準が変わってきますので、例えば減資とかそういう会計上の手続きで全く問題なく解消できるんで。重要なのは起債償還の未償還額がある場合に、西病棟の3億1,900万円、建物を壊す場合は、返還義務が生じるかもしれない。こっちはものすごく重要なんです。あと、周産期母子センター部分の8億円が、例えば用途変更をすることで、返還の必要があるのかどうか。ここのポイントはものすごく行政側として重視すべきですけど、その減価償却の金額がいくら残ってますというのは、私については、この金額は全く意味がないものと、まあ、あんまりそこまで言うてはいけないんですけど、意味はかなり低いのかな。要するに、ポイントは未償還額の返還がどの程度生じるのか。そこはちょっと意識された方がいいと思う。どうなんですか、事務</p>

(事務局)麻生経営部長	<p>局さんの考えとしては、もしも西病棟を壊すようなプランの場合、その3億円の返還はやっぱり必要なんだと思うんですけど、どういうふうなご見解を持っておられるか。周産期母子センターの機能変更の場合は、どういうふうな形になるか。そこだけはちょっとご回答いただければと思うんですけど。</p>
水谷委員長	<p>はい、事務局です。減価償却の未済額、こちらにつきましてはやはり企業会計で単年度単年度、費用化していくという形で、その年度の赤字の方へすぐつながっていくということだと思います。それから起債のほうの未償還、こちらにつきましてはやはり用途等変更等ということで、多分全額返済という形になると思います。これは起債ですから、返済するときに、保証金という形で、多分最終まで毎年返済する額と同じ額ぐらいは、一度に出るような形になるのかと思います。以上でございます。</p>
伊関委員	<p>はい、伊関委員。</p> <p>見解が違うということだと思うんですけど、要は、減価償却費がこれを確かに償却損になって、病院の会計が単年度で赤字になっても、これは赤字と称するけど、何も支出は伴わないし、医療には全く関係のない話だと私は思っています。未償還額の3億円をが返還しなければならないのは、これは病院会計の現金が減る話になりますので、それはなんらかの形での医療等にも影響が出るし、病院の財政上にも問題が出てくるので、そこはちゃんと分けて考えることが重要なのかなと。これは住民の目線から見ると、なんか減価償却だ何億円も出さなきゃならないのみたいな誤解を生じる部分が。これは議員さんだって、職員さんだって、この企業会計の減価償却って分かりづらいですから、そこは注意しておくことが必要なのかなということで、あえて議論させていただきました。実際8億の周産期病棟の返還が生じるとすれば、やっぱりちょっと大きいというのが正直なところです。それを覚悟してという話はちょっと決断しなければならない部分かもしれません。</p>
水谷委員長	<p>はい、他にございますか。</p>
富田委員	<p>今回初めて具体的な3つのプランが出てきたので、ちょっとお聞きし</p>

	<p>たかったんですけども、真ん中のB案っていうのが、工期も短くて、あと残っている物は使いましょうということと、それと将来の次の建替えのところの駐車場のところが結構広いので次に使うとしても西棟を壊したときのものは十分なかなという感じはしますが、この東の部分の古い築40年の管理棟を残すというのはなんでこういうメリットがあるのかなというのが、ちょっと細かいところですが。</p> <p>それと、一番右の新築案です。これは全く新築するとなると、その間、病院さんはどこでどういうふうに診療するんでしょう。ちょっとその2点をお聞きしたいと思ったんですけど。</p>
水谷委員長	<p>これは西病棟、東病棟はまだ生きていますから、ということですよ。ですから、これまでどおりの、従来どおりの診療ができるということですか。</p>
富田委員	<p>いえ、建替えはC案ですね。診療の方をお聞きしたのはC案であって、B案の方でお聞きしたのは、築40年の管理棟が残っているので、これをこの時期になぜ残すのかなというのがB案に対する質問です。</p>
水谷委員長	<p>それについて、ご説明頂けますか。</p>
(事務局)コンサルタント	<p>管理棟を残しましたというのは、一応これは耐震補強もしておりますので少しでも使えるものを残して新築工事分を少しでも減らそうという意図がありました。それと、先ほどのもう1つのご質問なんですけど、こちらの新棟を立てる場合は西病棟の隣ですので、更地に今なってる所ですので、新棟を建てるときは、西病棟も東病棟も運営できますので、運営をしながら新棟が建てられるのが可能です。</p>
水谷委員長	<p>はい、ありがとうございました。</p>
伊関委員	<p>ここで要は、看護学院はなくなるという話でいいわけですよね？ だから、そのときの看護学校の授業をどこでやるかという問題は生じてくると。これは場合によってはどこか別の所で勉強する形になるのか分からないですけど、機能的にこのC案で失われる部分というのは、高等看護学院の授業とこちらのサービス棟もなくなっちゃうのかな？</p>



(事務局)コンサルタント	<p>サービス棟と看護学院ですが、看護学院は先に新築してしまうので、ちょっと字が小さくて見づらいんですが、北側の周産期センターの上に看護学校と書いてあると思うのですが、そちらにまず新設しまして、先ほどのサービス棟とかは、右下の黄色いところに仮設で移動させていただきまして、機能が停止するものはございません。</p>
水谷委員長	<p>はい、どうぞ。</p>
(事務局)麻生経営部長	<p>B案で東棟も残すという理由のひとつに、こちらは周産期がございますので、まだ周産期医療センターを残していこうということで、やはりこちらとのつながりを必要とするため、東棟を残しておこうという案でございます。</p>
水谷委員長	<p>はい、どうぞ。</p>
伊関委員	<p>一般論として、B案で 250mの給食患者スタッフの新病棟から周産期医療センターまでの長い動線というのがありますけど、これは、いわゆる医療的にどの程度の影響が出てくるのでしょうか。かなり長い方ですか、それとも我慢できる長さなのか。この辺は難しいところだと思うのですが、今よりもさらに伸びる形になるのかな、そのあたりの問題がどの程度のものなのか。あと、駐車台数は現在が何台ですか。310 台ですか。410 台で、要はその患者さんの利用のニーズに対応できるのかというのが、600 台だとかなり余裕あるなと正直思うんですけど、410 台でちょっと増えても、今でもかなり厳しいところで、もう少し別な所で駐車場を確保するやり方もあるのかもしれないんですけど、駐車台数って、これからもさらに高齢化が進んでくると、車を使う人が増えてくると思うので、その駐車台数のメリットというのは、かなり大きいかなと感じてはいるんですけど。</p>
水谷委員長	<p>はい、加藤委員。</p>
加藤委員	<p>聞きたいだけなんですけど、今の病院の医療機能面積というのは、どれくらいなのでしょう。</p>
水谷委員長	<p>はい、どなたかお答えいただけますか。</p>

(事務局)コンサルタント	1床あたり55平米です。
加藤委員	トータルでいうと、A案、B案、C案というのは45,000とか47,000とかでそのくらいありますか。
(事務局)コンサルタント	現状は、31,528平米です。ABC案に関しましてはそれぞれこちらの、ちょっと字が小さいのですが、この上部に記載しております。それぞれ申し上げますと、A案が約45,000平米。B案が47,000平米。C案が47,000平米です。
加藤委員	ありがとうございました。
水谷委員長	はい、筧委員さん。
筧委員	今、先ほどこのABC案についてご説明いただいたんですけど、もちろんこの建替え計画ということを考えることも必要なんですけど、この出来上がった建物をですね、それから5年、10年、15年、20年と使い続けるわけなんで、最終的に出来上がった建物の形がどうなのかということは、すごく大切だと思うんです。先ほど、伊関委員からもお話がありましたけれど、例えばA案ですね。それがあって、出来上がった形という意味で、先ほどちょっと事務局の方をお願いをして、追加の資料を出していただいたんですけど、これは1階と2階の既存の建物の図面を出していただいたんですけど、私がこれで何が見たいかっていうと、エレベーターの位置だけを確認したいんです。例えば西棟ですね。ちょっと分かりづらいので、前に出ていいですか。西棟は、ここにエレベーターコアがあるんです。ここに縦動線がつまりあるわけなんです。それからもう1つ、エレベーター1台だけなんですけど、この真ん中に1台ある。ちょうどエクспанションジョイントに2つに割れるんですけど。つまり、その縦動線の位置と、それから新しくできあがる建物とのつながりというのが、病院というのは、非常に多くの人移動するわけですし、物を運ばなきゃいけない。だから余計な部門を突っ切るような動線が発生するようなつながり方というのは望ましくないわけなんです。それで、A案に関して言うと、A案はその西病棟の下の方の、エレベーターが4台あるコアの所。この所に新病棟が近いんです。ですから、非常に動

	<p>線をさばきやすいんです、多分。ですから、新病棟も西病棟に近いあたりに、今実はそうなってるんです、東病棟のエレベーターというのは、非常につながりがいいようにできてるんです。ですから、そういうレイアウトがしやすい。一方で、それをB案で向こう側へ持って行ってしまうと、駐車場側へ持って行ってしまうと、コアから外れるわけです。ですからそれはどういうことかということ、西病棟の中を突っ切る動線が発生することになるんです。患者を運ぶにしろ、スタッフが移動するにしろ。周産期医療センターに関しては、先ほどの現場のスタッフからもとにかく手術室と近くしてくれという切実な要望があったわけですが、あれはもう明らかに新病棟の手術室をつくるか、西病棟に手術室なのかはよく分かりませんが、いずれにしろ今の現状維持か、もしくは現状より悪くなるわけです。周産期医療センターは、完全に独立して、東病棟の使い道は面積から考えて、おそらく連絡通路的な意味ぐらいしかないんじゃないかと思うんです。事務機能とかなど。そうなってくると、C案というのは、完全に1つの土地で造るわけですから、多分、理想的な病院が造れるのかもしれませんが、建築的に見たときにすごい気になるのは、エネルギーセンターがすごく遠いなということですね。こんな遠い所にエネルギーセンターを造るかっていう。これはすごく相当口スをする可能性があるっていうところがあって、だからといってA案が一番いいと私はA案を推すわけではないんですが、もちろんいろんな問題があることは分かりますし、だけど考え方として、出来上がった形はどうなのかということをかかなり大切にするとすることは必要だということですよ。</p>
水谷委員長	<p>はい、それぞれのご意見があると思いますけれど、今日、どれにするとか決めるわけじゃないですよ。今日、皆様のご意見を伺ってということですね。</p>
伊関委員	<p>よろしいですか？</p>
水谷委員長	<p>はい、伊関委員。</p>
伊関委員	<p>基本的にはこの委員会で決めるというんじゃなくて、この議論として専門家としていろいろ話はさせていただきますけど、決めるのはやっぱり病院現場と市長さんとか市役所本体で決める形になるんですよ。</p>

<p>(事務局)麻生経営部長</p>	<p>ね。ただ専門家としていろんな意見は述べさせていただくということで、それだけ一度きちっと発言しときたいと思ったんです。一応確認したいのですが。</p> <p>委員の皆様のご助言を基に市で決定することとなります。</p>
<p>水谷委員長</p>	<p>それぞれのご意見があると思うのですが、筧委員さんはB案はエレベーターとか動線で問題あるんじゃないかというご意見、今ありましたよね。あと、他の委員さんは、どうでしょうか。これで決定じゃなくて、それぞれのこういう意見がありましたよ、これはこういう意味でいいんですよというようなご意見で結構だと思うんですけど。</p>
<p>富田委員</p>	<p>私は、ABC案はそれぞれもうちょっときちっと決め込んでいかないと分からないと思います。たださっきお聞きしたときと、今の機能面積が31,000ちょっとで、できあがるのが45,000から47,000ということで、さっきの盛り沢山の機能強化を考えると、足りるのかなというのが正直な気持ちです。病床の数を減らさずに、病床を6床部屋から4床部屋にするということだけで、ほぼ1/3ぐらいに増えますし、手術室を増やして、研修室も増やして、ちょっとこれだけ増やすと倍ぐらいいるんじゃないかなというのがあるので、その辺をもうちょっと詰めないとなんとも言えないかなという気がします。やはり非常にこの市立病院は収益とかそういったものを、きちり安全で考えてるんですけど、機能を強化していくと、そして今のDPCの動向とかそういったことを考えると、どこも病床数は減らす傾向にあります。別に減らせと言っている訳ではないんですけど、減らしながらも機能を上げることで、例えば1割2割の減ということを考えながらも機能を上げていくというのが急性期医療の今の方向ですし、まあDRGになればもっとかもしれませんけど、そう考えると、まず今の病床ありきという考え方がいいのかどうか。機能を上げていって、もちろん単価も上がるだろうし、機能も上がった結果、数で見なきゃならないのかというところは、試算のうちの絶対値ではないのでないかなという気がちょっとしました。まず、さっき見たいような機能強化を全部足していったら、ほんとは何平米になるだろうなというのが一番聞きたかったところなので、意見としてはこれを押さえ込むのではなくて、入れていった結果、そして次のその改修ですね。あと次の20年後ぐらいの改修の時に筧先生のおっしゃったよう</p>

寒河江委員

に、次には全体どうなるのかとか、それを連続で考えていって決められた方がいいのかと。雲をつかむ話ですけど、そう思います。

先ほど、コンサルさんの方から3パターンについて、いろいろと説明あったんですけど、これは参考に聞いておいてほしいんですけど、いずれのパターンにしても、いろいろ共通することがあります。今後、この配置に従って、基本設計、実施設計に進んでいくわけですよ。その中で、この時点で言うのもどうかというところもあるんですけど、結局今後整理していきたい話も多々あるんですけど、ただ手戻りしたくないという観点から申しますと、例えばそのAパターンですと、建物を建てるには、建築基準法だとか、都市計画法だとか、消防法だとか、いろんな法律があるわけですよ。それをクリアして初めて工事ができるという流れです。例えば民間の建物であれば確認申請、市の建物であれば計画通知、そういうものを提出して、初めて工事に入るという流れになっています。例えばそういう観点で見ると、Aパターンは、同じ敷地の中に高等看護学院がたまたまこれは同一棟で合うパターンなんですね。その高等看護学院をひとつ取っても、Cパターンだと、別棟で建っているんですね。そうしたときに、その上に託児所もあります。そうすると敷地設定の中で可分か不可分かというような議論も出てくるのです。先ほどコンサルの人も言っていましたけど、そういう整理はもう既にできていると思いますが、例えばA案であれば、見沼用水の向こうは調整区域だと思うし、ただそこは白地形態がかかっていますから日影規制等があります。そのために、ある程度の建物しかできないという話になっているのだろうし、そういうことを考えたときに、敷地もその用途上、可分か不可分かという話をしたときに、Cパターンだと仮に敷地が同一の敷地にできないから敷地を分けてくださいよ、みたいな話になると、そうすると一敷地の中で法律をかける話になれば、ここは中高層住居地域なのかな。その中で、今度は日影規制がどうだ、何がどうだという話が出てきますので、そういうところをしっかりと整理をしていかないと、このパターンでこれが一番いいねという話が進んだときに、いざそういう手続きの中で日影規制がクリアできなかったりとか、例えば西病棟は居ながらにしてやるというような話がありましたけど、そうすると建築基準法だったら 90 条の3に工事中における安全上の措置に関する計画の届け出というのがあります。ですから居ながらにして工事をやるとなれば、当然消防法だ基準法だという中

	<p>で、届けを出して、日当たりは大丈夫かとかなど、そういう計画があって、初めてできるという話もありますしね。ただ、一方では今度は仮使用しながら申請を出しながら使える。ただ単にその計算値で使えるというわけではないですから、そういう届け出をしっかりと使わなきゃならないということもあります。それと実際、これで工事をやると、ほんとにできるのかということも、今から考えておかないと、まずいのかなと思うんですね。結局、工事の動線がどこから入ってくるのか。例えばAパターンだと、見沼の向こうから入ってくる話になるのか、それともBやCだとこちらの左方の出口の方ですね、でもそこからは救急車も入るわ、利用者の車も入るわ、歩行者も来るという話に、ほんとにそれがそういう動線をしっかりと分けて仮設計画を立てて工事ができるのかということまでやっぱり踏み込んで今から考えておかないと。例えば、実際これをどんどん積み上げていったときに、その手続きも取れない、工事も実際どうなのというところが出てきたときに、またフィードバックしてどうこうというのが、心配なところがあるので、コンサルさんがついていきますから、その辺は私が言うまでもなく大丈夫だと思うんですけど、そういうところをしっかりと各行政の窓口で整理をして、今後進めていった方がよりいいのかなというようなことを感じました。一番大きな敷地の可分か不可分かという話が一番重要なのかなというところがありますので、その辺をしっかりと今後考えていただきたいと思います。</p>
水谷委員長	<p>基本的なもっともなご意見だと思うのですが、その辺については、検討はちゃんとできていますでしょうか。</p>
(事務局)コンサルタント	<p>敷地の不可分可分に関しましては、現状でも高等看護学院さんの敷地は別敷地になっておりまして、新しい計画でも一応そのような形で考えております。今おっしゃっていただいたいろいろな細かい工事動線のことですとか、その辺も、ちょっとこの図面ですとスケールがまだ相当アバウトな基本構想の段階ですので、もう少し進んだ段階で、工事動線はどこから入るかなど、もっと拡大した図面で検討していかなくてはいけないなと思っております。</p>
水谷委員長	<p>はい、伊関委員。</p>

伊関委員	<p>あと、検討する際に頭に入れておいてほしいのが、別にどの案に立っているわけじゃないんですけど、A案の場合は、病床数が減少しますので、この分は減収の可能性はやっぱりある。要は、6床室を詰めればなんとかなる部分もあるんですけど、でも、今やっぱり狭いから6床室を4床ぐらいで運営して、ある程度やっていますので、これが2年ぐらいにわたって、50床減りますので、その影響というのはやはり大きいかもしれません。それは療養環境上もそうですし、収益上も億単位で違って来るかもしれません。それはちょっと見ておく必要があると。そこは、試算を、A案の場合はしっかり考慮しておくことがこれは必要だと思います。</p>
水谷委員長	<p>はい、その他にございますでしょうか。</p>
村山委員	<p>はい、ちょっといいですか？</p>
水谷委員長	<p>はい。</p>
村山委員	<p>図面を見ながら、議論するチャンスがないので、私たちもあんまり見えていないので質問ですけど、コンセプトの中に手術室を増やすというのがありまして、今メインの手術室は西病棟の3階部門にあります。そうしますと、A案とB案ですと、手術室を新病棟を増やすわけですが、西病棟の3階の現在の手術室と直結したような形で、新病棟が造られないと、手術室の増設というのはちょっと実行不可能かなと思うのですが、微妙に新棟と西病棟の間をすき間が空いていますよね。これはピタッとくっつけて造ることも可能なのでしょうか。</p>
(事務局)コンサルタント	<p>こちらがくっついていないというのは、西病棟が耐震構造で、今新築建物は免震構造で考えていまして、どうしても揺れの違いが建物で出てきてしまう関係で免震構造と耐震構造をくっつける場合は、全面ピタッとくっつけるのがなかなか難しくなっています。両方とも耐震構造とかでしたら可能になってくるのですが。</p>
村山委員	<p>そうすると、手術室としては、看護単位とかの関係もありますので、新病棟に手術室を造るとすると、それはどこか渡り廊下である程度少し動線が発生するという形で理解すればよろしいのでしょうか。</p>

(事務局)コンサルタント	はい。
村山委員	それからもう1つ強い要望で、先ほど出ましたけど、周産期センターを手術室に可能な限り近づけてくださいということなんですが、A案とB案では、それは実現しないということですね？
(事務局)コンサルタント	周産期センターと手術室という点では確かに、A案とB案ですと、ちょっと遠くなってしまいます。
村山委員	それは実現しなくて、C案で初めて、新病棟の中に周産期センターも組み込まれるということでしょうか。
(事務局)コンサルタント	はい。
村山委員	はい、ありがとうございます。
水谷委員長	はい、どうぞ。
筧委員	今の結論は、ちょっと早すぎませんか？ 今スタディされているプランではそうかもしれないけれど、例えば新病棟の中に手術部を全部持ってくるという考え方だってあるわけです。そうすると、今の結論が全然違って来るわけです。新しい、つまり既存の建物の西病棟にある手術部は別な用途に転用して、どうせ改修工事をやるわけだから、別な用途にして、手術部を全部新病棟に持って行くという考え方だってあるわけです。つまり、それはこれからの計画の話なので、実は先ほど、例えばベッドが減るんじゃないかという話もまだまだ詰める余地はあると思うんです。絶対条件ではないと思うんです。だから、この段階で話すべきことは、やっぱり全体の大きな位置関係とか、その中のどの部門をどこに持ってくるかということではある程度はわかるわけですが、ある程度は必要なんですけど、今のような細かい話になってくるとまだまだいくらでも逃げ道はあると思うんです。だから、今のようにできないんですって言われると、いや、そんなことはないぞって。
村山委員	私は建築は素人ですが、その場合は、手術室は普通の病室と違っ



<p>算委員</p>	<p>てはるかにお金がかかりますので、今の西病棟の3階部門の手術室のエリアをそっくり新病棟に造り替えるというと、これは素人的にも相当金がかかるなということは想像に難くないんです。ですから、そういうちょっともう金の勘定も頭に入った上での発言なんです。</p> <p>もちろんそうだと思うんですが、逆に、例えば手術部が3階にあるときに、4階で工事をするっていったら、ものすごく嫌ですよ。改修工事やるわけですから。手術部の真上で。</p>
<p>村山委員</p>	<p>ただですね、このうすいブルーの西の上半分は、地下1階地上3階までなんです。4階が無いんです。</p>
<p>算委員</p>	<p>いや、まあそういうことも含めてなんです。つまり、改修工事をやれば、振動は出てくるし騒音も出てくる。その中で、手術部を動かさなくてはいけないということになりますよね。例えば、この期間は手術中だから工事を止めてくれという話がよく出てくるわけです。そうすると、それだけで工期が伸びるんです。それでコストがかかたりもするのです。だから、もちろん手術場を造るというのは金がかかるのは分かりますけど、やっぱりトータルで考えた方が、僕はいいと思うのです。だから、必ずしもこの段階で手術部は既存どおり残すという判断はしないほうがいいと思うのです。まだまだ新棟の方へ持って行く余地も、計画としては十分あり得るといぐらいの幅を持って、今後検討を進めたほうが、より良いものができると思うのですけど。</p>
<p>水谷委員長</p>	<p>他にご意見ございますか。はい、どうぞ。</p>
<p>小川委員</p>	<p>また、非常に細かいことと言われるかもしれませんが、私が今気になっているのは、この図面の中で、外来に訪れる患者さんの動線がどうなっていくのかなというのが気になるのですが、A案は現在のとおりなんです。現在も非常に皆様方が外来に来るのに非常に難儀をされている状況ですけど、全体としてこれは外来にかかる患者さんの動線を考えたときに、どのくらいの変化がそれぞれにあるのかというのがお分かりになりますでしょうか。動き方として、すぐに入れるとか、やっぱり回り込まないと入れないとか、障害がどれくらい発生するとかありますか？</p>

<p>(事務局)コンサルタント</p>	<p>具体的にまだ外来の中の改修後の平面プランを書いているという段階ではないんですが。</p>
<p>小川委員</p>	<p>すみません、ちょっと質問の仕方が悪かったと思いますが、例えばA案だと現在の状況で、非常に患者さんが外来に入るまでに相当時間がかかりますよね。そうすると、B案とかC案に関しましては、わかりかしらなりと外来部門に入り込めるような状況なんでしょうか。単純にそれだけ教えていただいても結構なんですけど。</p>
<p>(事務局)コンサルタント</p>	<p>駐車場からの距離ですとか、入り口からの距離っていう点ではやはりB案とC案の方がA案よりは近くアクセスできるっていうことはあります。位置的な今大きなものでとらえた考えではそうです。</p>
<p>小川委員</p>	<p>変な話、立体駐車場になってもC案のようになっても、スムーズに入り込めるということですね。</p>
<p>(事務局)コンサルタント</p>	<p>まだちょっと外構計画も、細かいことを書いている訳ではないのですが、立体駐車場になる場合でも先にロータリーを造って、先に患者さんを降ろしてそれで立体駐車場に行くような動線を書いて配置計画を今後していくような形になっていくと思います。</p>
<p>小川委員</p>	<p>すみません、ありがとうございました。</p>
<p>水谷委員長</p>	<p>はい、よろしいでしょうか。はい、それでは一応議題はすべて終わりましたけれど、事務局の方から追加、その他ございますでしょうか。</p>
<p>2 議事 (2)その他 (事務局)工藤庶務課長</p>	<p>はい、次回の日程でございますが、12月頃、第3回目の会議を予定しております。後ほど、これが終わりましたからそれぞれの委員さんにある程度の予定を聞かせていただきますので、どうぞよろしくお願いをいたします。以上でございます。</p>

<p>3 閉会 水谷委員長</p>	<p>はい、ありがとうございました。本日の議事はこれもちましてすべて終了致しました。委員の皆様、長い時間誠にありがとうございました。また次回ございますので、よろしくお願ひしたいと思ひます。今日はどうもありがとうございました。</p>
-----------------------	--