

統合新病院建設部会（第4回） 会議録

日 時：平成24年5月22日 午後2時45分開会

出席委員：稲坂委員、川渕部会長、小橋委員、嶋崎委員、長澤委員、毛呂委員

欠席委員：北村委員

(50音順)

<会議の概要>

○議事

議題1 基本計画(案)の検討「4. 部門別計画(案)について」

事務局説明 **資料1** 統合新病院建設部会 検討スケジュール

**資料2** 4. 部門別計画(案) 4-1 外来部門

事務局 今回の説明につきまして、ご質問がありましたらお願いいたします。

川渕部会長 2点お聞きします。まず1点目は平均外来患者想定数の650人と記載されていますが、その算定根拠はありますか。「初診の外来患者は紹介患者を優先とする」と記載されていることから、地域医療支援病院を取らないことが考えられますが、外来650人は多いかなと思います。

2点目は、年間2,500件程度の想定手術数に対して、手術室を7室は多いのではないかと。土日は基本的に手術しないということであれば、1日の手術数は大体10例です。10例しか手術しないのに7室も手術室を設けるのは、少し多いと思いますが、手術室の算定根拠を教えてください。

事務局 まず、外来患者数の根拠についてご説明申し上げます。現在、加賀市民病院で約500人、山中温泉医療センターで約200人です。足すと700人になりますが、地域の診療所にかかる方も増えると予想されますので、650人とさせていただきます。

次に手術室については、現在、2つの病院の手術件数が1,500件です。加賀市民病院で大体1,200件、山中温泉医療センターで大体300件です。加賀市全体の手術件数が2,500件であり、そのほとんどを加賀市にするべきということで想定を2,500件としております。手術室は、加賀市民病院には6室あるということも含めて、現場の医師等から要望をまとめた結果、7室設置することになりました。

川瀨部会長 東海大学医学部附属病院のように全診療科の手術が全ての手術室で出来るようにとは言いませんが、1日10例程度だと手術室をあんまりたくさん設けない方がいいと思います。

小橋委員 1つは人員の問題がございます。人員が多ければ繰り返して1つの部屋を使っていけば良いのですが、実際、人員は少ないので、準備する時間がものすごく長くなります。また、医師も少なく午前中から手術が出来るという科はほとんどなく、手術の時間が同じような時間に集中しますので、スペースで賄えるならスペースで賄った方が良いということで7室としております。それだけ、専門のスタッフを揃える方が難しいというところでございます。

川瀨部会長 1日あたり手術室の回転数は1.3回転程度ですね。

稲坂委員 外来患者の想定数ですが、入院患者と救急患者を主体に置いて、外来患者をなるべく診療所に行ってもらおうという観点からしますと、現在の2病院合わせての患者700人、そのうち病院で診ないといけない患者はどれぐらいで、必ずしも新しい病院で診なくてもいい患者はどれぐらいかという想定が必要であると思います。病院の勤務医は、外来患者が多いために非常に負担になっているとも聞いておりますので、想定を低めにしておいた方が良いと思います。それから、外来患者が多いと待ち時間も長くなり、患者さんの不満も増えることも考えると、患者さんを少なくした方が良いと思います。

事務局 外来患者数650人という想定は基本構想の経営シミュレーションの所に出ており、今回、ハード面についても、その人数をそのまま反映させていただいたということです。

毛呂委員 4点程お聞きしますが、まず、部門別計画に入る前に、以前、長澤委員が「造るのであれば、何か日本一になるものを」と話されておりましたが、それがどのように反映されているのかお聞きしたいです。

二つ目は、今、説明していただいたのは基本計画ですが、中身がかなり基本的な所に関連するものと、実施設計レベルの細かいもののが、混在している気がします。また、基本的な部分でどうするかが分からないところがあります。まだ説明はされていませんが、35ページの共用動線の中で、廊下幅を回復期病棟に対応できるよう2.7m確保すると書いてあります。新病院を将来的に急性期病院から回復期病院に転換しようという考え方で整理しているとは思いますが、どういう趣旨でこれを記載したのか疑問に思いました。

3つ目は、これから「近接」「隣接」という言葉が出てきますが、全てに「隣接すること」「近接すること」と書いてあると、非常に計画上難しいので、どこまで考慮しなければならないかを説明していただければありがたいと思います。

4つ目は、この基本計画に書いてあることを全部実現しようとする、計画している面積では納まらないと思いますが、その点についてお聞きしたいです。

事務局 今回の部門別計画は現場スタッフの意見を反映してございます。ですから、建築の専門家から見れば非常に細かいことや分かり切ったことも盛り込んでございます。この部門別計画は現場の意見ですので、そのまま基本計画に載せたいと考えておりますが、前回の3回目までに出た案も含めまして、毛呂委員ご指摘のとおり、細かい部分については与条件という形で、詳細な要求書に移行する作業を進めている最中でございます。

それから、先ほどの廊下の幅員2.7mについても、両病院の体験から出た寸法でございますので、希望という形で2.7mと載せてございます。その寸法が、委員ご指摘のとおり、おかしいのではないかということになれば、修正させていただきたいと考えております。

毛呂委員 寸法のことよりも、将来、回復期に転換するということをおおせる書き方でしたので、どのように整理されているかを教えていただきたい。例えば、急性期であっても、通常は2.5mぐらいですが、「ベッドが離合するのに狭いので、急性期でも2.7mにしてほしい」という話であれば、理解出来るのですが。

事務局 内容は検討中になっていますが、回復期リハビリテーション病棟という項目がありまして、基本構想においても回復期リハビリテーション病棟を300床のうち50床程度を確保することとなっております。回復期リハビリテーション病棟は基準の中で、2.7mの幅員を確保する必要があると思いますが、病院全体をそれに合わせてゆとりのある構造ということで、急性期も含めて全体的に2.7mの廊下を確保していきたいという意図でございます。

毛呂委員 将来、回復期に転換することを考えての話ではないということですね。

事務局 はい、そうです。

毛呂委員        その表現が誤解を招くような表現になっていると思いますがどうでしょうか。

事務局            訂正いたします。

長澤委員        今回の部門別計画は現場の方々の要望ですから、それ自体を批判しても仕方がありません。それから、事業費も決まっていますし、面積も決まっていますので、今後は、具体的に最終案にする段階で、優先順位も含めて議論すればいいと思います。例えば、先ほどの廊下幅を2.7m確保して欲しいという表現ですが、絶対的な数値にしますと、廊下ばかり広く、病室が小さくなっている病院となる場合もあります。ですので、何のために記載するかを考えれば、「ストレッチャーや車いすのすれ違い等に支障がない廊下とする」と記載すればいいのです。数字で規定するよりも機能で規定した方が良いと思います。

それから、手術室については、人員が足りず、準備に時間がかかり、どこか空いている部屋が無いといけないから7室欲しいという現場として理由、このような情報の方が、設計側としては大変重要で、手術室は建設費用も掛かりますので、1室は器材庫等にしておいて、将来的に不足していればそこを手術室に造り替えるということは可能だと思います。

そして、診察室についてですが、構造等を統一にするということは、「ここからここまでは内科で、ここからここまでは外科で」と個別に決めないということです。一つの診療科の予約が多い時に、個別に決めてしまうと、他の診療科が使えなくなりますから、このように状況に応じて使用できるということは基本計画に記載した方が良いと思います。また、最近では、安全・医療過誤を起こさないことが第1条件になっていますが、右勝手と左勝手の病室や診察室があると医師や看護師が間違えて、医療過誤に繋がるケースがあります。だから、病室や診療室は同じパターンにして造るということは、患者の安全の為に建築で考えていく必要があると思います。

川瀬部会長      そうですね。

稲坂委員        2点ほどよろしいですか。1点目は、毛呂先生から日本一を目指すことは、基本計画から出てこないということがありましたが、費用を掛けて日本一を目指すとなると、「なんで贅沢な建物を造ったのか」などいろいろ反対もあると思いますし、費用が掛からない、ソフト面の日本一目指した方が良いと思います。

2点目は、外来の件であります。先ほども言ったように、病院の先生方の負担を減らすためにも外来患者数を低くする付帯計画は残しておいていただきたいと思います。今、勤務している病院の先生方から「外来が忙しくて加賀市民病院は大変だ」という意見を聞いておりますので、新しい病院になっても、外来は開業医に回すことが必要であると思います。

あと質問ですが、診療科の構成については、基本構想案からは随分離れています。内科及び外科が幾つも細分化されて、1つの独立した科に対して担当の医者を置くと非常に規模が大きくなりますし、基本構想の時に、科を細かく分けなくて欲しいという意見が出ていたと思います。また、救急科について、具体的にどうするかですが、新しく救急科を独立するとしたら、いろいろ考える必要があると思います。

事務局 診療科の構成については、例えば内科で出来る内容をお書き内に入れることで、内科の先生がいろいろな内容を診療できるような形で記載しております。ですから、内科と循環器内科を分けるというのではなく、まとめるという意図から統合協議会で選択したということでございます。あと、救急科については、内容的にはまだ検討の余地がありまして、開院までにまだ検討が必要であります。救急を断らない病院ということで、救急科を標榜していくことが必要ではないかということで、こちらで統合協議会の中での意見を取り入れたものでございます。

川渕部会長 救急のところは大事だと思いますが、資料の8ページだと、「通常は2名、最大3名の医師が同時に診療を行う」と書いてあります。これと関連して、想定外来患者数650人の中に、救急患者は入っていますか。

事務局 入っています。

川渕部会長 外来は一般外来、それから紹介外来と救急外来の概ね3種類ですが、1日何人ぐらいの救急外来患者数を想定されていますか。

事務局 まず、救急・時間外の医師数についてですが、通常は2名の当直、日曜日、祭日は医師会の先生を合せると3名になりますので、最大3名となるということと、オンコールでどうしてもお願いしなくてはならないことがありますので、その際3名になるということです。

それから、時間外の数は、基本的に1日の外来数は、休みの日の患者さん、夜の患者さんも全部入れて、営業日数で割るという形になっています。

川渕部会長 何故、救急外来の患者数を聞くかというのと、新病院が「断らない救急」を謳っているからです。平日の 2 名当直体制でどれぐらい患者さんを取り扱うかを想定する必要があります。

あと、医薬分業については院内処方でもいいと思います。例えば、新潟厚生連三条総合病院は医薬分業を辞めて、院内処方になりました。患者さんに優しい病院ということを見ると、院外処方を原則とするということで本当に良いのでしょうか。

事務局 医薬分業とした理由は、患者さんにとっては「薬は薬」であることと、もう 1 つは、加賀市民病院や最近の病院でも、待ち時間が長いということがあります。これは、病院で診察もすべて終わってもなかなか薬がいただけないということが結構多かったということです。ですから、ある程度待ち時間が短縮できるのであれば、院内でも構わないのかなと思います。先日も両病院の薬剤担当者に「院内処方出来ないか」と聞き、院内処方をするには、どれだけの薬剤師と投資が必要なのか、それでどれぐらいの利益が病院で出せるのかも、検討しております。その検討結果をもって、患者さんのメリットがあるということであれば選択肢の一つであると考えております。

川渕部会長 そうですか。院内処方の可能性もあるということですね。

事務局 はい。

川渕部会長 例えば、国保旭中央病院や亀田総合病院、さらには順天堂医院も基本は院内処方ですね。

事務局 そうです。

川渕部会長 救急外来患者数は、一日何人くらい想定していますか。基本構想を見ると、どれぐらい他市に患者が流れているかは分かりますが、想定患者数は書いてありません。

稲坂委員 今回の救急の件ですが、時間内救急と時間外救急に対して、救急科はどう対応するかが分かりませんが、救急科を標榜することを考えているのですか。時間外に普通の診療体制で診れない患者さんはほとんどいないと思いますが。

事務局 加賀市民病院で医師会の先生に診ていただいている、医師会の休日診療の数

字も含めて、休日の患者総数が 1,270 人でございます。内訳は、休日 64 人。医師会の先生に診ていただいている数字が約 400 人ですので、日直の医師が診る患者さんは 800 人から 900 人ぐらいになります。

川渕部会長 250 で割ると、一日当たりの患者は大体 3、4 人ということですか。

事務局 そうですね。

川渕部会長 ただ、今回のコンセプトは、他市に流れている救急患者さんを新病院で見ようということですから、医師 2 人で大丈夫かどうか結構重要と思いますが、どうでしょうか。

事務局 救急・病診連携部会の中で、2 人当直のうち 1 人が、初期救急をある程度担当するべきであるという話が出ており、初期救急を 1 人の先生が担当し、専門の先生が二次救急を担当するというやり方も 1 つの案ですということでした。

川渕部会長 数字で検証することは結構大事だと思います。

事務局 平成 23 年度の時間外実績のメモをいただきました。加賀市民病院で、1 日平均 7 名、山中医療センターで 1 日平均 5 名でございます。

川渕部会長 そうしますと、病院の立地変更は加味していませんが、1 日 12 名程度の患者が来られて、これを 2 人の医師で対応するということですか。

事務局 はい。2 名体制で数的には十分対応出来るということは、救急部会で林先生が保証しておりますので、大丈夫だと考えております。

川渕部会長 当直医師の診療科目の都合で、受け入れが出来ないということは無くなりますか。

稲坂委員 小児科の数字は入っていませんよね。小児科については、南加賀の人は小松市へ行っていますので。

川渕部会長 小児科の対応は厳しいですか。

事務局 小児科は厳しいと思います。小児科の先生が当直であればいいですが、そうでなければ、小松市の南加賀急病センターに行っていただくことになっております。

川渕部会長 常勤の小児科は何名ですか。

事務局 各病院、現在1名ですから、それを足した2名ということになります。

川渕部会長 小児科はやはり厳しいですね。

事務局 そうです。

稲坂委員 小児科について加賀市は輪番制で日祝日の午前中やっています。それ以外については現状では小松市の南加賀急病センターに行っています。

川渕部会長 小松市に行かざるを得ないということですね。

長澤委員 先程の医薬分業についてですが、今の段階では体制等の問題と患者さんのコミュニティーを考えると院内処方か院外処方どちらも出来るようなことで良いと思いますが、建築設計を具体化する段階になった時には、どちらかに決めないといけません。最近、医薬分業が原則になったようなものですから、外来薬局のデザインが随分変わりました。院内処方は病棟主体ということになり、位置も機能も違いますので、ある程度早い段階に決める方が良いと思います。また、医薬分業の件以外にも、患者さんをベッドごと搬送するのか、ストレッチャーに乗せ替えるのかということは、廊下の幅員だけでなく、エレベーターのサイズや床の仕上げなどいろいろ関係しますので、ある程度早い段階で決める方が良いと思います。

事務局 医薬分業についてですが、薬剤師は病院の経営に関する位置付けが割と低いです。表に出てくる事業費が、例えば加賀市民病院ですと、指導料などの点数を合計しますと、大体年間2,400万ぐらいです。薬剤師は9名いますが、9名に対して2,400万となると「薬剤師は何をしているのか」と、一般の方からはそう思われがちです。そこで、薬剤師として稼いでいるということを見せるため、ひいては経営に参画しているという意識付けの1つの手段として院内処方ということが考えられます。具体的に申し上げますと、2つの病院で、院内の薬で月6,000万程度。これを院外処方の分も全部院内に取り込むとな



ると1億円程度となり、年間12億円程度になります。現在、薬価差益、先発品で15.8%ありますから、税金を抜きますと約1割の年間1億2千万程度の粗利益が出るわけです。これを薬剤師としての売り上げの利益の一端にしたいということで、経営参画への強い意識が若干表れたというふうに思っています。

長澤委員 地域の薬剤師会のような団体との関係については、大丈夫でしょうか。

事務局 薬剤師会については、院外に出していただきたいと思っています。割と加賀市は、面薬局に出ている割合が高いですが、最近のデータを見ますと、門前に流れているケースが多く、例えば加賀市民病院ですと、面薬局が55%程度でしたが、最近は、門前薬局が6割ぐらいになっています。門前薬局は本社が東京や岐阜であり、面薬局は地域の調剤薬局ですから、地元の貢献度から見ると、本当に自治体の病院がどこまでやるべきかという問題もあります。

川渕部会長 その点については、メリット、デメリットありますので今後、話し合っ決めていただきたいと思っています。

毛呂委員 すいません、細かい話ですがよろしいですか。

川渕部会長 はい。

毛呂委員 まず、診療科構成のところでは麻酔科が入っていますが、外来としてはどこまでするのか、教えていただきたいです。

それから、空気感染に関するところが結構記載されておりますが、それが透析のところでは記載されておりますが、空気感染というと、一番は結核です。結核は呼吸器科で対応する形なのか、あるいは結核と分かたら他院へ搬送するのか、その辺が分かりません。

あと、各科外来に処置室と記載されていますが、これは基本的には中央処置室があって、中央処置室で対応できない部分について、それなりの単位で処置室を持つという理解でよろしいですか。今の記載からすると、まず全診療科に処置室があって、さらに中央処置室があるというふうに理解したものです。

採尿と採血については、採血を中央処置室で行うとなっておりますが、ある程度の規模になると、採血は採血室と分けて機能分担するということになりますが、あくまでも中央採血処置室を一緒にすると理解していいですか。一

方で採尿は、採尿に便利なところに持っていくと読み取れるのですが、そうすると、患者さんは採血と採尿は別々のところに行かなくてはならないことにもなります。その点についてどう考えているのかお聞きしたいです。

最後に、健康な小児と待合室を分けてくださいと記載されていますが、健康という意味では産科も基本的に病人ではありませんので、その辺はどのように考えるのかを確認したいのでよろしくをお願いします。

事務局            まず、麻酔科のイメージですが、外来ではペインクリニックを行うと考えており、それは週に1回程度ではなく、週3、4回は実施するというイメージであります。

毛呂委員            それは何人程度を想定していますか。

事務局            一度に1人、最高でも2人程度のイメージです。

毛呂委員            処置台としては2台程度あればいいということですね。

事務局            2台程度のイメージです。外来検討班の話し合いの中では、2台から最高3台必要であると言われておりました。

次に結核に関してですが、この辺では小松市民病院が専門の病院になりますので、そちらに依頼することになりますが、結核検査等の受け入れは、呼吸器が併設する内科で対応することになります。その点については、感染に配慮した待合と診察室等を設置するというのを記載しております。

処置室についてですが、基本的には点滴等については中央処置室の中に点滴室等があり、そこで行うイメージですが、各科においても例えば皮膚科の処置や外科の処置、あるいは様子観察という形での処置室を各科の外来に併設して置いてほしいという要望がございます。

それと、採血・採尿については、採血と採尿は近いところに配置するというイメージでして、中央型で採血・採尿を行って、そこから検体を扱う検体検査室へのアクセスを良くしてくださいというイメージでございます。

産婦人科についても、健康な方がおいでということから、感染の恐れがあるところとはなるべく離して設置してほしいという要望がございますので、記載漏れ等があれば補足いたします。

長澤委員            採血の問題も、実際の平面の間取りを考えると、検体検査室が同じ階に置けるかどうか、それから採尿室はどこに置けるかということで決まって

きますが、今の段階で決めなくてはいけないことは、採血は看護師がするのか、それとも検査技師がするのかです。中央処置室でほとんどその看護師がするのであれば話が違ってきて、これを今回、変えるのか変えないのか、とても運営上重要な問題です。

事務局 採血は、基本的に検査技師にやっていただくと考えております。

小橋委員 すみません、1つよろしいですか。

川渕部会長 はい、どうぞ。

小橋委員 診察室についてですが、どこに行っても、今もそうですが、小さい部屋でベッドがあって、事務機があって、モニターが載っているというスタイルです。電子カルテが導入されてから顔を見てくれないという話がありますので、何か考えてほしいです。引き出しがある事務機は必要無くて、むしろ邪魔になりますし、もう少し患者さんと対面できるようなテーブルを設置することが大事なことだと思います。部屋の形や面積が決まってしまうと、家具等もある程度決まってしまうので、何か良いアイデアや前例について、検討していただきたいです。

川渕部会長 要望ですね。

小橋委員 はい。それで、部屋の形状等も決まってくると思いますので。

長澤委員 アメリカでは、既に患者さんと医師と一緒に電子カルテを診るという診察室になっています。日本の場合、がん告知などいろいろ問題もありますので、どこまでできるか分かりませんが、どういうレイアウトになるかは、これからの設計によりますが、そのようにしていただければ良いと思います。

川渕部会長 そうですね。

稲坂委員 医師が2人で診るということですか。

長澤委員 いえ、医師2人ではなくて、医師と患者さんが一緒に診るのです。

毛呂委員 診察室の話が出ましたので、地方の特殊性ということがあれば教えて下さ

い。例えば、小児科の患者さんには付き添いが来ます。他の科でも、おじいちゃん、おばあちゃんだと家族が付き添いで来て、一緒に診察室へ入って、いろいろ先生に相談することがあると思います。その場合、診察室の何かしつらいが変わってくるという気もしますし、場合によっては何か必要な文言を記載したほうが良いと思います。

それと、救急のところ、「初期救急医療センター機能を有し」と基本方針に書かれていますが、これを受けた設計の人は、どういう機能が非常に悩むので、「何々のこういった初期機能を」と記載した方が良いと思いました。

事務局 救急センター、救急部門に関しては、今、救急・病診連携部会で検討しておりますが、方向性としましては独立した初期救急センターではなく、あくまで病院に併設した救急部門でございますが、しっかり病院の外来と入り口を分け、エリアも初期救急、二次救急で分けて、なおかつそれぞれの担当といたしますか部門が、協力できるようなイメージでおります。今後、部会で結論が出ましたら、この計画に反映いたします。

毛呂委員 時間外の機能を別棟で計画するような計画が当初ありましたが、それと関係している話でしょうか。もし、それと別であれば、どう連携するかをお聞きしたいです。

事務局 単独の救急センターについては、現時点では考えておりません。あくまで病院の救急室が進化した形として救急部門というイメージでございます。

毛呂委員 当初、別棟で敷地内に時間外受付や休日受付の機能を持っている施設を設置する話がありましたよね。

事務局 委員ご指摘のとおり、当初は初期救急センターというのは別棟で計画案もございました。ただ、部会のほうで検討を進めるに当たりまして、内部に取り込むということになったということでございます。

毛呂委員 そういう整理になったということですか。

事務局 はい。

毛呂委員 分かりました。

川渕部会長 部門別計画については両病院でまとめた意見が掲載されておりますので、建設部会としては建設的な意見ということかと思えます。手術室と患者数の関係性がポイントかと思えますので、診療部門はポイントを整理してご説明いただくとありがたいです。

事務局説明 **資料2** 4. 部門別計画(案) 4-2 診療部門

川渕部会長 今の説明について何かご意見等ございますか。

長澤委員 手術については、供給部門の中央材料と一緒に説明していただくと良い気がしますが、いかがでしょうか。それから、分娩についても異常分娩みたいなことがありますので、分娩・周産期も一緒に説明していただいてよろしいですか。

川渕部会長 では、続けてお願いします。

長澤委員 薬剤についても先程から出ていますので、薬剤の説明もお願いします。

事務局説明 **資料2** 4. 部門別計画(案) 4-5 供給部門

**資料2** 4. 部門別計画(案) 4-3 病棟部門(分娩)

川渕部会長 広義の診療部門について何かございますか。

長澤委員 まず、手術のところで、現在、手術室の入り口で靴を履き替えるか、履き替えないかという問題がありまして、徐々に履き替えないことが多くなってきています。その場合、患者入り口と職員入り口を完全に分けるという必要性が無くなってくる可能性もあります。ただ、同じ入り口から入って着替えをしないといけなくなるので結構大変です。それから、手術室と放射線に絡んでMRIとCTと手術室を一体にしたハイブリッド手術室も一般的になり始めています。かなり費用が掛かりますので、最初から導入することは難しいかもしれませんが、7室設けるよりもそれを導入出来る計画にしてはいかがでしょうか。

次に中央材料の外注については、滅菌を外注するのですか、それともディスプレイの材料を外注するということでしょうか。

- 事務局 中央材料業務の外注については、人の派遣ということで考えております。
- 長澤委員 人の派遣ですか、分かりました。給食については、管理栄養士を配置し、調理師は外注するということですか。
- 事務局 そうです。栄養士については、院内の栄養指導を行うというイメージです。
- 川渕部会長 他に質問等ございますか。
- 毛呂委員 はい。まず、手術のゾーニング等の 1)、2)から、いわゆる従前の一般ホール型は計画しないようにと読み取れますが、そういう理解でよろしいですか。なぜなら、「清潔、準清潔、汚染の3区分清潔度ゾーニングを行うこと」と記載されていますので、手術ホールが中央にあって、周りに手術室が配置されている平面プランは除外されると思います。
- 次に、日帰り・外来手術の話が出ていますが、どの程度の日帰り手術を想定したらいいかについて、運営のことも含めて教えていただければと思います。
- それから、ゾーニングの8)「手術後のリカバリー室は、集中治療室とし」と記載されていますが、集中治療室には、術後のリカバリーの話が出てきていませんので、集中治療室の運営と併せてどのように考えるのかも、教えていただきたいです。
- あと、少し戻りますが「BCRは、空気清浄度100を1室、1,000を1室」と記載されていますが、7室のうち2室もBCRが必要である理由、さらに100というかなり清浄度の高い手術室を設ける理由もお聞きしたいです。この清浄度100、1000はNASA基準を想定しているのだと思いますが、NASA基準は廃止になっていますので、IESの基準とするかHEASという日本医療福祉設備協会から出ている空調設計指針がありますので参考にさせていただければと思います。
- 放射線についてですが、今回の資料を見ますと放射線というより画像診断部という位置付けがなされるのかなという気がします。なぜなら、エコーの記載もありますので、その辺はどういうふうを考えているのか。また、アンギオとCTを隣接させるということですが、アンギオについては使い方や対応によっては設置位置が、レントゲン部門よりも手術部門が良いという要望もあり、あるいは循環器の病棟がかなり充実してくれば、そこへ設置して欲しいという要望もありますので、あえてここでCT室と隣接させる意味を教えてくださいたいと思います。

それと、最終的にフィルムレスという話が出ていますが、これはフィルムレスとして、画像診断に関しては診断医があらかじめ診断をして、それで所見と併せて圧縮画像を電子カルテに貼り付けるようなことを想定しているのか、あるいは特殊な科によっては、ドクターが直接診断するというイメージでしょうか。それによって、高精細モニターをどこまで導入するのかという問題も出てきます。診察室まで高精細モニターを設置するとすると、診察室のしつらいも変わってきます。また、今、フィルムレスとしている病院であっても、マンモグラフィに関してはデータ量が非常に多い為、完全にフィルムレスに出来ていませんので、その辺はどのようなふうにお考えなのかお聞きしたいです。

事務局

まず、手術室の中央ホール型を実質的にしないということですが、清潔度の区分をしっかりした提案を行っていただきたいという意図でございます。

次に日帰り手術のイメージですが、最近、白内障の手術等を日帰りでご希望される方が多いので、例えば加賀市民病院の場合ですと、週 2 日、日 2 回程度の日帰り白内障の手術を実施していますので、それが全て日帰りになる可能性があるというイメージでございます。

それから、バイオクリーンルームの空気清浄度につきましては、現状の表記で記載しておりますが、ご意見を踏まえて修正等を加えていきたいと考えております。

長澤委員

ヘパフィルターについては、運営費が掛かりますので、本当にそこまでの清浄度が必要な手術がどの程度あるかということも含めて、考える必要があります。また、普通のフィルターは、最近は安くて高性能があるとも聞いておりますので、あまり否定しなくても良いと思います。

事務局

ありがとうございます。決め打ちにならないような記載も検討したいと思います。先ほどの放射線についてであります。CT、アンギオを手術エリアに設置することをグループの中でも話しておりましたが、放射線技師から管理面で、放射線エリアに設置する方が良いということで、今回、放射性エリアに血管造影撮影 2 台と指定して、基本計画に記載しました。

嶋崎委員

肝臓の腫瘍を同定して治療する場合、血管造影撮影で肝動脈を直に映し出して、そこから造影剤を入れて CTA・CTAP と言いまして、A は動脈、P は門脈であります。CT を撮りながら、動脈層、門脈層を映し出す手法がございます。肝臓の腫瘍を治療する際にどうしても必要なことですので、現在、

加賀市民病院では、血管造影室から患者さんをストレッチャーに乗せて CT に移して、造影剤を流して CT を撮って、また血管造影室のベッドに戻すという形ですので、隣接していないと都合が悪いです。

毛呂委員 300 床規模で適切かどうか分かりませんが、アンギオ室の中に CT を組み込んで、CT アンギオのような形にしているケースがありますので、そのような検討もしても良いかと思います。どちらかという、患者側からすると、CT とアンギオは違う場所にあって、効率良く CT の検査が受けられる方が良いかと思います。また、アンギオは特殊な検査で、清潔度を要求されますので、アンギオを部門として、ゾーニングするほうが、計画しやすいという気がします。

長澤委員 患者さんをアンギオの途中で動かさないといけないのですか。カテーテルが入ったまま動かすということであれば、危険性が出てくると思いますので。先ほどお話しましたハイブリッド手術室では、MRI と CT を動かすときのテーブル自体は安全になっていますので、この辺りの機器開発も含めて、考えた方が良いかと思います。

嶋崎委員 アンギオ室に CT を置く形が良いということでしょうか

長澤委員 予算上の関係もありますが、安全にやるならその辺も考えた方が良いということですね。

事務局 アンギオと CT が一体型になった機器もあると聞いております。ただ、確かに先生がおっしゃるように、CT は CT として使えるのか、CT が 3 台必要なのかという議論もございますので、現場の運用等を確認した上で検討したいと思います。

稲坂委員 肝臓の CT という話が出ておりましたが、今、加賀市に肝臓の専門医はいないのではないのでしょうか。

嶋崎委員 慢性肝炎を管理する肝臓の専門医の方はおいでますが、放射線科の専門医の方は放射線治療をされています。

稲坂委員 診断、治療をする肝臓専門の内科の先生はいるのですか。



嶋崎委員 第二内科から先生が来てもらっています。

川渕部会長 医療機器は安くなったとはいえ、それでもかなりコストが掛かかります。医師によって使う機器が異なり、ある医師がいなくなった場合、使われなくなる機器があるということをよく聞きます。モダリティは非常に大事なところですが、医師や技師の数と使用頻度も含めて、数的に合致しているか検討する必要があるかと思います。

もう1つは、検査の基本方針の2)「費用対効果を適宜調査・分析し、委託化が望ましい」と記載されておりますが、今は、全部内製化でしょうか。そして、今後はどこを外注化しようとしているのか教えていただきたいです。

事務局 検査部門は、両病院すべて、先生の言われる内製化でございまして、いわゆるFMS方式やブランチラボという機械や人を外注する形になっておりません。検査部門で記載されている外注化は、特殊な検査をするために機械等が新たに必要になる場合を想定して、その場合に外部委託するということとございます。

川渕部会長 特殊な検査だけを検討しているということですか。

事務局 はい、そうです。

川渕部会長 CT、MRI等の読影医は今、常勤でいらっしゃるのですか。

事務局 今、加賀市民病院については常勤で放射線科医がおります。ただ、2人、3人と増員できるかという点、大学の状況では、派遣は難しいと聞いております。山中医療センターについては、今、大学と遠隔で読影をお願いしているという状況です。加賀市民病院でも、一部遠隔ができる環境は整っております。

先程の毛呂先生の質問に対して、まだ答えてないところがありますので、よろしいでしょうか。

川渕部会長 はい。

事務局 放射線の完全フィルムレス化についてですが、電子カルテシステムと画像システムを導入いたしまして、圧縮しない等の生画像を各診察室、院内に配信するというイメージでおります。高精細モニターについては、マンモグラ

フィの画像や CR の胸の画像等が非常に高度な細かい画像を要求されるところかと思いますが、それについては、設置する診察室は多少絞らせていただいて、通常の診察室におきましては、最近、モニターの費用も落ちてきておりますので、モニターで見ていただくことを想定しております。

毛呂委員 エコーが入っている件については、何か放射線部門というか画像診断部門という形で整理すれば良いかと思えます。

事務局 放射線の方に記載されているエコーは、乳房撮影のエコーであると思いますが、マンモグラフィ装置エリアの中に、マンモグラフィ装置と乳房用のエコーとマンモトーム室を設置しまして、乳がんの検診に必要な機器が全部揃うというイメージで記載しております。

毛呂委員 放射線の機能・規模の 10) で、「腹部超音波室は」という記載もありますが。

事務局 先生、それは事前送付の資料でございますか。

毛呂委員 事前資料と変わっているのですか。

事務局 申し訳ありません。現在、放射線科の先生は、エコー業務も行っていますが、新しい病院では人材不足もございますので、放射線科の先生は MRI、CT の読影に専念されるということで、エコーはすべて検査技師等で行うものと考えておりますので、事前送付させていただいた資料には放射線室に腹部超音波室と書いておりますが、それは削除ということでお願いします。

毛呂委員 はい。分かりました。

川渕部会長 それでは、前半の会議を終了しまして、10 分休憩後、後半の会議を開始いたします。

( 休憩 )

川渕部会長 それでは、後半を開始いたしますので、ご説明の程、よろしく申し上げます。

事務局説明 資料 2 4. 部門別計画(案) 4-3 病棟部門

川渕部会長　　今の説明について、ご意見等ございますでしょうか。

毛呂委員　　前半にご質問出来なかったところがありますので、前に戻って質問してよろしいでしょうか。

川渕部会長　　はい。

毛呂委員　　まず、透析のところ、ゾーニング等の 2) に下足コーナーという記載があるのですが、透析は履き替えをするという考え方でしょうか。手術室では一足制という話がありますので。

あと、病棟部門の分娩についてですが、分娩室と LDR を設けることとなっていますが、分娩件数から考えると、LDR が 2 室だけでも十分ではないかと思えます。わざわざ分娩室を設ける理由と、設けた場合には少し部屋数が多いという気がしますので、その辺りも教えてください。

事務局　　透析につきましては、透析の患者さん、長時間透析を行うことから、スリッパ等に履き替えて更衣から透析へ移動される方も非常に多くおりますので、下足コーナーの設置を考えております。それは、現在も同じような形でして、完全に履き替えではありませんが、履き替える方は履き替えて透析の方に向かっていただくというイメージであります。

毛呂委員　　本人の希望によりということでしょうか。

事務局　　はい、そうです。分娩室と LDR につきましては、こちら現場からの要望ではありますが、分娩室という形、LDR という形、また、どちらでも取れるという形で分娩室と LDR の両方の提示になっております。

毛呂委員　　LDR は、基本的には L (陣痛)・D (分娩)・R (回復) で、それを 1 室で行いますので、妊婦の方が動くのではなく、スタッフが動くという考え方であって、世間一般でいう、しつらいをそれらしい形にする LDR とは、別だと思えます。ですから、スタッフが動くという前提であれば、当然、高度な治療を行う LDR を設ければ、その LDR 室だけでも良いという気はしますが。

嶋崎委員　　LDR の導入に関しては、国立山中病院から山中温泉医療センターに変わる際に話題になったのですが、部屋に臭いが残るといった話がありました。スタッフが動くという考え方よりも、そのことで LDR を導入しない方が良いとい

う産婦人科ドクターからの意見ありましたので、分娩室、陣痛室、全部分けて造っています。

川渕部会長　　そういう意見が今回の計画にも反映されているということですか。

嶋崎委員　　それは分かりませんが、LDR のスタッフが動くという理念はいいのですが、実際は部屋の臭いの関係上、あまり良くないということです。

長澤委員　　私もそのような話は聞いたことがあって、LDR の患者さん自身が、分娩後に他の部屋に移して欲しいという要求があることは聞きました。ですから、実際、換気が問題なのか分かりませんが、その辺を考えないといけないということだと思います。

川渕部会長　　他にございますか。

毛呂委員　　病棟の病床構成の 2)のハイケアユニットについて、特定集中治療室加算を取ろうとすると基準が非常に厳しい為、ハイケアユニット加算までとして考えるということですが、ただ、その機能を見させていただくと、機能を満足するにはそれなりのしつらいもスタッフも必要です。なぜ特定集中治療室管理料を取らないのかなと思いますし、ハイケアユニット程度でかなり高度な治療が可能であるかについては、疑問に思うところがあります。逆に、重症者室を次のステップとして、ハイケアユニットみたいなものとして考えられるかとも思います。また、一般病棟ではないですが、小児の NICU や GCU をどのように考えているのかを教えてくださいたいです。

事務局　　ICU とハイケアユニット、HCU の施設基準で1つ大きな違いは、専従の医師を置くか置かないかという点があると思います。そういう点で、基準をクリアした ICU、専従の医師を置いた ICU は石川県内でも数えるほどの大病院しかありませんので、4対1の看護、医師を専任で配置することで、ハイケアユニットを現場として選択してきたという経緯がございます。当初は、40 から 45 の病床の一部分に 10 床程度の ICU 的なエリアを設けたらどうかという話もありましたが、現場の強い意向で、10 床以内の単独で動く準集中治療室と言っていいと思いますが、基準で言えばハイケアユニットを設置しないと、集中治療に対しては対応出来ないということで、こちらの選択肢となりました。

毛呂委員 建築設備的には、ハイケアユニットと ICU は全然違いますので、ハードだけでも将来、ICU の基準が取れるよう配慮するという整理でも良い気がします。

事務局 そうでしたら、ICU も取得できるというイメージを追記する方向で考えたいと思います。

小橋委員 その必要がありますか。ICU を整備出来るほどスタッフが揃えられるとは思えません。また、それだけの疾患もあるとは思えません。その為に、多くの費用を使うのであれば、もっと有効な使い方があると思います。毛呂先生が言われるのはよく分かりますが、見込みがないところに費用を使う必要はないと思います。

川渕部会長 実現可能ではないということですか。

小橋委員 はい。

長澤委員 ハイケアユニット入院医療管理料というのは、集中治療室のレベルと違いますよね。その管理料だけは取得したいということですよ。

事務局 はい。

長澤委員 300 床のうち一般病床が 250 床数ということですが、今のハイケアユニットや重症者室を入れた場合の構成はどのように考えればよろしいですか。

川渕部会長 私もそこを聞こうと思っていたのですが、病棟は何病棟で構成するのでしょうか。また、看護婦さんの勤務体制も教えて下さい。

事務局 まず、300 床のうち約 50 床程度を回復期リハビリテーション病棟とします。それと、残りの 250 床が一般病棟でございまして、一般病床の 250 床を約 40 床から 45 床で割り、もう 1 つ 10 床以内の集中治療室病棟で 1 単位取るということで、例えば、40 床を 6 単位で 240 床。それに 10 床の集中治療室病棟で 250 床というイメージでございまして。

長澤委員 それで、40 床の中に 3 床程度の重症者室があるということですね。

事務局 はい、そうです。

川渕部会長 勤務体制について、「3交代との混合で2交代制」と記載されていますが、これはどのようなイメージですか。

事務局 これは実際に今、山中温泉医療センターで3交代の中に希望によって、2交代制を織り交ぜる勤務体制を組んでいるということです。細かい運用面については確認しておりませんが、実際に運用すると非常に勤務に融通性が出て好評であるということで、今回の仕様の中にも入れ込んだということです。ハードとしては、病棟の中に2交代があるので、仮眠出来る部屋を確保することが必要になります。

川渕部会長 なぜ、そのようなことを聞くのかというと、回復期リハビリテーション病棟が、ペンディングになって分かったのですが、山中温泉医療センターは療養病床が40床ありますので、今のような運用が出来ると思います。これが平均在院日数16日以内の急性期病院で病床利用率9割となると相当、忙しい病院になります。2交替制でやるのは、病院の看護師等から同意を得たということですか。

嶋崎委員 2交替制は、山中温泉医療センターでは実際にやっています。

川渕部会長 実際、大丈夫ですか。

嶋崎委員 日勤深夜とかになると、一旦、家に戻って少し寝てまた出勤してということになるのですが、結局、その休息が十分に取れないので、それであれば深夜中、連続でした方が良いということでした。

川渕部会長 そうですか。

嶋崎委員 2交替制が良いという看護師がいて、その希望を聞く形で導入したので、看護師さんも辞めないです。離職を減らす意味でいろんな勤務形態の希望に応えるという形の中で行われていますので、不評はないです。

川渕部会長 山中医療センターについては分かるのですが、問題は新しい病院で、出来るかどうかで、平均在院日数が16日以内で90%の稼働率という病院はかなり忙しい。

事務局 今日、欠席しております北村先生にも、こちらの資料についてのお話をしたのですが、東大病院でも 2 交替制を急性期でもやっているというお話をいただきました。部会長がおっしゃるように、本当に大丈夫かなと感じましたが、実際、結構やっているとお聞きはしております。

長澤委員 建築については、特に問題は無いと思います。実際に 2 交替制等でやってみて駄目であれば、3 交代制にする。部屋 1 つ程度余裕が出てくるということですから、患者さんの状況を確認してから判断してもいいかと思います。だから、両案併記でも良い気がします。

川渕部会長 分かりました。

小橋委員 よろしいですか。2 交替制か 3 交替制については、看護師の年齢にも因ると思います。若い人が増えてくれば出来るかもしれませんが、現在の病院のナースの年齢を考慮しなくてはいけないと思います。各病棟に 3 床ずつ重症者室、さらにハイケアユニットを設けるということですが、重複しているような感じがしますので、むしろハイケアユニットを少し増床して、重症者は皆そこで診る。そうすれば、一般病棟は少し仕事も緩くなりますので、2 交替制でも十分やれると思います。その代わりに、ハイケアユニットは十分な人員、場合によっては 3 交替制とするような形が現実的かと思います。加算が取れるから各病棟に 3 床ずつ置くという現実離れしたところから入っていない方が良く、実際の運用をどうしたらいいか、効率良くできる運用はどういいことかを考えた方が良くと思います。

長澤委員 ハイケアユニットと重症者室にも手術後の患者の利用について記載されており、重症者室は、術後の経過観察が必要な患者の場所が分散しているという考え方だと思いますが、この辺を明確にしておかないと混乱すると思います。それともう 1 点、個室であっても 4 床室であっても、認知症の患者などの為に、看護師の目の付くところにベッドを置く必要があると思いますが、そのスペースも確保する必要があると思います。

毛呂委員 集中治療室運用の「集中治療室の対象患者は以下とする」という記載を見ると、かなり重症の患者さんが対象であり、特定集中治療管理料の対象であると思います。これに対応するとなると、普通 ICU の設備を持った、面積もそれなりに確保したハードを設計することになります。

それと、先ほどの 2 交替制の話で、スタッフステーションの 3)に「仮眠室

は 2 室」と記載されていますが、これは 2 交替制を想定しての仮眠室だと思いますが、2 室と限定しているということは、各看護単位毎でも無いということでしょうか。

事務局            まず、24 ページの集中治療室対象患者の状態については、i)から x)までに挙げている状態は ICU の対象患者ですが、冒頭の「以下に掲げる状態に準ずる状態」という記載によって HCU 基準で、保険点数上の記載の内容です。ICU に入れる場合は個々の状態に応じて、看護師さんが評価というかスコアを付けますが、そのスコアが毎日基準に達している状態が ICU であり、ハイケアユニットは必ずしも基準に達していなくても良くて、毎日必ずこの状態でなくても、ハイケアユニットの点数を算定して良いということです。

次に、仮眠室については、各病棟で仮眠が行えるように、各病棟に 2 室の仮眠室を設けるという意味で記載してあります。

毛呂委員            各病棟、2 室ですか。

事務局            各病棟に設けて欲しいという現場の希望です。男の看護師もいますので、男女別ということだと思います。

川渕部会長        他によろしいですか。

毛呂委員            もう一つよろしいですか。病棟の浴室はどのように考えていますか。最近、浴室を造らない計画が多いですので、シャワー程度にするのか、その辺りを教えていただきたいです。この資料を読む限り、しっかりとした浴室を造るという要望であると思いますが。

事務局            集中して浴室を設ける方法もあるかと思いますが、記載してあるとおり、病棟ごとに浴室を設け、それはシャワーのみではなく、個人用ですが浴槽も設けるイメージで記載をしております。

毛呂委員            何十年前にある国立病院で、「浴室に入れる患者さんは、退院してもらいます」という話がありましたが、さらに入院期間が短くなってくると、そういうこともあるかと思いますが。また、浴室は感染管理上なかなか難しいということもありますので、最近はシャワーのみが主流になっている気がします。

小橋委員            毛呂先生の言われるとおりだと思います。資料に記載してある浴室の内容



は、基本方針に沿わないです。良い治療環境を整えるということは病院として必要なことですが、生活のしやすさを提供するところではないと思います。ですから、必ずしも浴槽は必要無いと思います。どうしても長期入院になる人もいますので、ゼロというわけにはいかないかもしれませんが、各病棟に入浴施設を造るということは基本方針からかなり逸脱しているように思いますが、いかがでしょうか。

川渕部会長　これは、病院の希望ではないのですか。

事務局　各病院に属する医師、看護師で構成される班及びグループから集めた内容の記載でございます。

川渕部会長　そうですか。

小橋委員　既成概念も入っていると思います。

川渕部会長　本当に浴槽が必要かどうか議論が必要ですかね。

小橋委員　そうですね。

川渕部会長　平均在院日数 16 日の急性期病院ということですが。

長澤委員　車いすでも入れて、シャワーで洗える水場が、病棟に 1 つぐらいあれば良いと思います。

川渕部会長　この点について、どうですか。

長澤委員　基本的な話ですが、病棟については、自由に提案をしてもらう形になると思うので、資料のとおりにはならないと思います。でも、これは現場の要望ですので、最終的にはいろいろ調整する必要があると思います。

それから、小橋先生、足利赤十字病院を見られたということですが、いかがでしたか。

小橋委員　先週、足利赤十字病院、全室個室という病室を視察してまいりました。まず、足利市というのはかなり田舎でして、人口 15 万ぐらいでしたが、周囲も緑が多いところでした。人口も 18 万人ぐらいから 15 万人に減少していると

ということで、都会というわけではありません。規模は大きい病院でしたが、周囲の環境からすると、それ程加賀市と変わらないという印象でした。全室個室については、そんなに贅沢な個室ではありませんでした。有償病室は 4 割ありましたが、公立病院が 3 割でしたか。

事務局 3 割です。

小橋委員 基本的にほとんど満床になっていますが、入院する際に、予定入院の場合は、まず有償の部屋を勧めているということでした。どうしても経済的に困っている方などには、最初から無償の部屋を用意するということでした。非常にコンパクトな部屋で、ユニットとしてはそんなに大きくないですが、全室トイレ、シャワー付きでした。あと、皆さん個室にずっとおられることが考えられますので、談話室などのコミュニティスペースが充実しているのかと思いましたが、あまり無かったです。食堂も無く、個室で皆さん食べているということでした。やはり急性期の病院ですので、そういう状況になれば早く帰っていただくという考え方です。きちんと病気を早く治して早く帰っていただくというコンセプトがはっきりしていて非常に明快でした。ですから、先ほどの浴室の問題などもそうですが、今の基本計画はコンセプトに対して中途半端であると思います。良い病院とはどんな病院だろうということで、例えば加賀市民病院は、入浴介助を看護師さんが汗だくになってしていて、看護と介護が混在してきている。その辺の区分けも看護師もよく分からず、これまでの経験の中で行ってきている。患者さんのために「良い看護」と「良い介護」は分けて考える必要がありますが、そういう意味で大変参考になったと思います。出来るだけ個室が多い方が使いやすいと思いました。今回は個室率 30%以上になっていますが、どうしても個室で対応する必要がある方もいますので、30%ですと有償で使えるベッドはその半分以下ぐらいだと思います。今は、プライバシーについて言われる方が多く、個室に入りたいという要望も結構多いですので、少なくとも 30%有償で金額がそれ程高くなければ、ある程度利用率は高くなると思います。というのは、10 年ぐらい前までは、回診に行っても部屋が明るく、処置などをするときだけカーテンを引いていたのですが、今はほとんどの病室でずっとカーテンを閉めています。それだけ、1 人の空間が欲しいということだと思います。

それから、もう 1 つ大事なことは、近年、個人情報保護と言われながら、大部屋であれば、話したことが病室の皆に聞こえるわけです。しかも、病気について話しているわけです。ナースセンターに近い別の部屋でお話することもあります。日々の回診の時の話しは、丸々周囲に聞こえます。看護師

もお話をするときにはすごく気を使い、小さい声で話したいと思うのですが、耳の遠い人もいるので、大きい声で話さないといけない。先程、お話が出たように、大声を出す方や認知症の方も非常に増えていますので、4床では難しい場合が多くなってきています。そういう人は、今も同様ですが個室に入っていただくこととなります。4床室で「療養環境に配慮」と記載されていますが、中途半端だと思います。見かけ上はいいかもしれませんが、本当に区切られているわけではないので、多床室としてのデメリットを全部解消できるものではないと思います。

あと、先程、認知症の方のお話をしましたが、足利赤十字病院のナースセンターはかなり広いのですが、多い時にはベッドを10個ぐらいそこに並べて認知症の方を診ており、非常によく考えてあると思いました。今の計画は折衷案のような中途半端なところがありますので、もう1回見直しをした方が良いでしょう。以上です。

長澤委員 採算的に考えると、個室として男女別や症状別は無い方が良いでしょう。朝、退院した方がいれば、退院した日のうちにその部屋に新入院患者を入れますから、100%以上の占床率です。結核病床などで、空室にする必要が10床か20床あっても、占床率が100%を超えているのです。赤十字病院では足利赤十字病院が最初ですが、市立病院で「全個室を原則とする」と記載すれば、かなり評判になるでしょう。その気になれば出来ると思います。その代わりに、廊下の幅員2.7mのように数字を具体的に決める計画にせず、機能的にクリアするよという計画として、それが基本方針と合っているかを判断していく必要があります。

川渕部会長 そうですね。

小橋委員 足利赤十字病院では550床程度で、規模は大きいですが、有償個室は3段階に分かれていまして、一番高い個室が9,000円程度、2番目が6,000円程度、あとは2,600円程度です。病院はほとんど満床ですので、年間に個室の収入だけで2億円ほどあるということでした。10年間で20億ありますので、「多少建設費が高くなっても大丈夫です」と話されておりました。今回、新しい病院がどの程度の料金設定をするか、どの程度なら入ってもらえるかですが、3,000~4,000円程度なら、短期の入院であれば、納得して個室を選ぶ人も結構いるのではないかと思います、どうでしょうか。

事務局 病棟グループにおいても、個室の論議しており、また、先日の統合協議会

の中でも、小橋先生と一緒に行かれた医師、看護部長、事務長からも状況についてのご報告は頂きました。そういう状況を踏まえた上で、もちろん、費用の問題が最終的にどうなるかという面がありますが、「個室数は30%以上とし、できるだけ多くの個室を確保する」と表現した経緯がございます。これについては、今後のプロポーザルの事業者の提案を見て結論を出していきたいと考えております。

小橋委員 毛呂先生にお聞きしますが、今の表現で発注者の意図を業者はどこまで感じるものでしょうか。30%以上と指示すると、普通の病院設計をすればいいと思ってしまうませんか。

毛呂委員 小橋先生がおっしゃるように、個室率30%はもう普通の病院です。既に東京大学医学部附属病院など50%という実例がありますので、個室率50%という「個室が多いのかな」と感じて心して提案しようと思いますが、30%では普通の病棟を計画していれば大体クリア出来ます。

併せて質問ですが、患者さんはかなり高齢の方が多くなっていると思うのですが、例えば排せつ介助はどのように考えていますか。高齢の方ですとおむつの患者さんがいまして、大便の処置を病室内で行うと、その臭いは、一緒の部屋にいる患者さんにとっては耐えがたいものです。もし4床室にするのであれば、その臭気対策も検討する必要があると思いますが、そういう意味では、個室が多いほうが、対応がしやすいのかなという気がします。

長澤委員 あと個室のもう1つのメリットは、家族がお見舞いに来やすくなるということがあると思います。多床室ですと、デイルームに行って話しますが、足利赤十字病院のデイルームに行く人はほとんどいなくて、個室の中で話しています。

毛呂委員 一方で、現場の抵抗が強いという気はします。聖路加国際病院は全個室ですが、看護部長にお話を伺ったときに、「全個室にすると、かなり看護婦さんの能力が要求されます」という話をされていまして、その辺はしっかり考えないといけないと思います。それから、かなりの患者さんが高齢化してきて、個室対応できない患者さんも出てきているということでした。それは、先ほどの足利赤十字病院のように、ナースステーションの近くに広いスペースを設けてちゃんと観察するということで、対応等が可能であると思いますが、なぜ個室が駄目であるかを再確認して、全個室化に対して前向きに検討されるのも良いと思います。

川渕部会長　　そんなに豪華な個室を造らずとも、個室を原則とするか、1床当たり8㎡でゆったりした4人部屋をベースにするかが議論になると思いますが、いかがでしょうか。ただ、全個室化とした場合、病室面積の8㎡や廊下幅員は2.7mなどの記載と整合性がとれているか確認する必要があります。

毛呂委員　　例えば「個室率50%以上」と修正したときに、提案の中に、全個室の提案があった場合、市として受け入れるかどうか整理しておく必要があると思います。

事務局　　そうしましたら、個室率の件については、冒頭にも述べましたように、各病院の職員で構成された班、グループ、それから統合協議会でまとめた案がありますので、そちらに今の議論を伝えた上で、もう一度どのような記載にするか考えたいと思いますが、それでよろしいでしょうか。

川渕部会長　　では、次の説明をお願いします。

事務局説明 資料2 4. 部門別計画(案) 4-4 管理部門  
4. 部門別計画(案) 4-6 共用動線  
4. 部門別計画(案) 4-7 管理部門

川渕部会長　　今の部分で何かご意見等ございますか。

長澤委員　　院内感染の防止については、大変問題となっていますので、医療安全対策の中に、項目として、院内感染の防止はしっかりと記載した方が良いと思います。

川渕部会長　　院内感染の防止という項目を明文化したらどうかということですが、いかがですか。

毛呂医院　　あと、医療事故についても記載した方が良いと思います。

川渕部会長　　医療安全対策という項目を設けてはどうかということで、それを最後のところに集約したら良いと思います。

長澤委員　　院内の感染防止は、建物的にもやらないといけません、医療の組織とし

て、例えば感染対策委員長というポストを設けて、看護師と一緒に定期的にチェックするなどしないと、有効にはなりませんから、そういう意味でも記載した方が良いと思います。

川渕部会長 他はよろしいですか。

毛呂委員 手すりについてですが、「すべてに手すりを設置する」とここで規定しますと、絶対全てに付ける必要が出てきますが、全て付けられるのでしょうか。なぜなら、小倉記念病院は、外来にはあえて付けてないところがあります。それと付けづらいところもありますし、手すりと違う方法があるのかなというところもあります。

管理部門についてですが、旧態依然とした内容でして、特に、院長室の横に応接室を設けドアを通じて院長室と通じている構造とすることなど、これを見ると何十年も前の国立病院の院長室、応接室をイメージしてしまいます。千葉県がんセンターでは、幹部会議がしやすい平面プランの提案がされていたり、榊原記念病院では、医局も含めて全部オープンで1つの部門にしています。そこまででなくても、看護部門と事務部門を一緒にして非常に意思疎通がうまくいくようになった事例もありますので、これからの病院運営についても、「事務部門」は単に「事務部門」と考えるのではなく、運営上効率的なあり方を検討した方が良いでしょう。それと、各部門に必ずと言っていいほど、「カンファレンス」という話が出ていますが、どこまでカンファレンスを個別に対応する必要があるのか、中央化して少ない数を効率良く使うのか、その辺の検討が必要になると思います。

長澤委員 小倉リハビリテーション病院のカウンターの後ろ側は、ガラス張りになっていて、そこに事務の方がいるのですが、カウンターの窓口が忙しくなった場合、ガラス張りですからよく見えますので、その状況を見て後ろから事務の方が窓口に応援に出てきて対応しています。中には重要な書類もありますから、それは守らなくてはなりませんが、1つ見えるという要素によって、他の業務の状況が見えたり、自分たちも見られてるという意識も出てきます。そういうことで、何か新しいタイプの管理部門、要するに、事務スタッフ同士のコミュニケーションを助長するような管理部門を目指したいとか、そのように記載すれば、設計側が考えてくると思います。

川渕部会長 大部屋方式のような形ですか。

長澤委員        そうですね。

川渕部会長      他にご意見等ございますか。

毛呂委員        管理部門の地域連携のところ、入退院センターのような機能を設置するお考えでしょうか。先程の足利赤十字病院には、入退院センターがありまして、東海大学医学部付属病院が最初に行ったパーシェント・フロー・マネジメントという考え方に基づいて運営されていると思います。そのパーシェント・フロー・マネジメントを導入することによって、病棟稼働率が100%を超える病棟運営が出来ていると聞いておりますので、その辺をどのようにお考えでしょうか。

事務局         ページで言いますと、例えば5ページのi. 相談・指導・苦情の5)の中に、「入院支援室を設置し、入院予定の患者に説明を行う」と記載してあります。入院の事前説明、当日説明に関しては、入院支援室で行うという意図がございます。さらに、その上の2)「相談および指導室は中央受付付近に集約配置する」ということで、これに関係する地域連携、相談、入院支援については、集約して行うという意図がございます。そして、30ページの地域連携のところでも記載しておりますが、地域医療連携室で、医療・福祉の相談、紹介窓口、入院・退院の支援の機能、さらには行政機能であります地域包括支援センター機能、保健センター機能も併設したセンターを構築するという意図でございます。

毛呂委員        そうしますと、かなり看護師の方が関わってくると理解してよろしいですね。

事務局         はい。看護師が1人ではなく何人もここに関わるイメージでおります。

川渕部会長      一つお聞きしたいのですが、開放病床の5床程度とありますが、これは必要ですか。

稲坂委員        他の病院を見ているとあまり必要性が無いような感じはします。これは開業医が行って診るということですよ。

川渕部会長      開業医が診るということだと思います。

稲坂委員        年をとった開業医はあまり少ないと思いますけど。

川渕部会長　これから開業する先生もいらっしゃると思いますが、先程の保健・医療・福祉の連携と併せて、例えば、患者さんの画像診断の依頼もするのでしょうか。また、新しい病院へ来て開業医の先生が手術をすることもあるのでしょうか。

稲坂委員　画像診断の依頼もあり得ると思います。

川渕部会長　そうですか。

稲坂委員　例えば加賀市民病院を辞めて開業医になった先生に、診療や検査をしてもらうということは、マンパワーの問題もありますから必要だと思います。

川渕部会長　そうですよね。医師 55 人ということで、医局にいろんな先生方が来られると思いながら聞いておりましたが、電子カルテについて眼科と耳鼻科は、紙カルテも併存していくということですね。

小橋委員　特殊な検査などがありまして、それを電子カルテに載せられない、あるいは載せるには莫大なコストが掛かるということです。

川渕部会長　医師会や開業医の先生方の検査委託などは個々の先生が受けるのですか。それとも、地域医療連携室が一括してやるのですか。

事務局　地域の開業医の先生方の検査委託等も地域医療連携室が一括して、例えば機器の共同利用という面に関しても、その窓口で受けるという形で考えております。

稲坂委員　呼吸器科については先生がいませんので、現在は開業医をしている呼吸器の先生が病院へ行って診察しています。

川渕部会長　行っているのですね。

稲坂委員　そういうことも必要だと思います。

川渕部会長　そうですか。

稲坂委員　それから、循環器で人手が足りない、若い先生が来て手伝うということもあります。



川渕部会長 そのとき、例えば病院は電子カルテで自分の診療所と勝手が異なるということで、すごく大変だと聞きましたが、先生はそんなに不自由はないですか。

稲坂委員 日常の診療で電子カルテは使いませんので、分かりませんが。

川渕部会長 現在の加賀市民病院では土日は紙カルテで処理を行い、後から、誰かが入力するという方式ですか。

稲坂委員 若い先生がしています。

川渕部会長 そんな形を、今後も継続していくということですか。

稲坂委員 はい、そうです。

川渕部会長 分かりました。他にございますか。

毛呂委員 健診センターについて、人間ドック・健診数の想定で、それぞれ1日当たり6人、1日当たり40人受けるということですが、この頻度が分からないのですが。充実させるという一方で、病院診療を受ける患者さんとの動線を分離すると言っているながら、画像診断や内視鏡などかなりの部分を共有するとなっています。ある程度の規模の健診センターであれば、例えば一般撮影については健診センターに置いても良いのではないかという気がしました。あと、1泊2日の人間ドックをするということですが、その場合、どこに宿泊するのか教えていただきたい。

それから、自由診療への対応が少し書いてあるのですが、例えば14ページの検査の中でも、自由診療業務とありますが、どういうことかイメージが湧かないと思いますので、その辺を教えてください。

事務局 人間ドックについては、原則1泊2日としますが、その宿泊は外部の一般のホテル等を利用していただくというイメージでおります。病床は出来るだけ、患者さんに利用していただくイメージでおります。

毛呂委員 ホテルを利用した1泊2日みたいな形ですね。

事務局 はい、そうです。あと、検査のページに書いてあります自由診療業務については、先生の希望で、保険が通らない検査機能もあるということで記載し

ておりまして、構造的に影響するという意図ではありません。

毛呂委員 健診センターでも「多目的スペースを設け、自由診療の」という記載がありますが、その辺はどのように考えておりますか。

事務局 現在、山中温泉医療センターで点滴療法という治療を行っておりますが、ここで一つ公立病院として保険医療を中心で行うべきではないかという話があります。ただ、点滴療法が、患者さんに好評を得ているということで、運用方法についてはまだしっかりと決めていない部分がありますが、健診センターの中でスペースを確保しようということで、記載しております。

毛呂委員 健診機能ではなく、診療機能ということですね。

事務局 はい。健診機能とは別として捉えていただければ結構です。

小橋委員 「部屋」や「室」など記載されていますが、定義のようなものはありますか。先程の話しの中で出ていました「地域医療連携相談室」の「連携室」や管理部門の医局の「医局業務補助者の執務室を設置する」がありますが、「室」というとドアが付いて独立したものを言うのですか。

川渕部会長 物理的な「室」を言うのか、それとも組織機能的な「室」を言うのかということですね。

毛呂委員 言われたように、組織としての「室」という意味で書いてあるところもあれば、ハードとしての「室」という意味で書いてあるところもありますので、混乱すると思いますね。最終的には医療に関して専門ではない人にも理解しやすい表現にさせていただくとありがたいと思います。

それから、栄養について、既にもう中央配膳ありきになっていますが、もう少し患者さんにとっておいしい食事とは何かを考え、その為にはどういうシステムにしたらいいのかを検討していただけると良いと思います。クックチルのシステムを導入するということが記載されていますが、患者さんにとっておいしい給食をどのように提供しようかという、そこから検討すると良い気がします。

長澤委員 今までは中央配膳ありきという前提ですが、東京大学医学部付属病院は厨房の栄養科の職員が、患者さんに直に渡したい、どんな顔をして食べている

かを見たいということで、病棟配膳にしています。今回はどのようにするかは別問題ですが、発想としては大変良いと思います。

川渕部会長　それでは、次回までに、今の意見を踏まえて、物理的な「室」と組織的な「室」を明確にさせていただくということをお願いします。

事務局連絡

- ・ 次回協議会は6月26日15時の予定。
- ・ 会議録は完成次第送付する。確認をお願いしたい。

以上