

統合新病院建設部会（第２回） 会議録

日 時：平成 24 年 3 月 29 日 午後 2 時 30 分開会

出席委員：稲坂委員、川渕部会長、北村委員、小橋委員、嶋崎委員、長澤副部会長、毛呂委員

欠席委員：北村委員

(50 音順)

<会議の概要>

○委員紹介

○事務局紹介

○議事

議題 1 第 1 回議題の確認及び承認

事務局説明 資料 1 基本理念（素案）について

資料 2 基本コンセプト（案）

川渕部会長 資料 1 と資料 2 のご説明をいただきましたが、ご意見等ございますでしょうか。

長澤委員 統合新病院というのは、正式名称ですか。

事務局 仮称でございます。2 つの病院を統合するということで、名称はまだ決定しておりません。

長澤委員 市民の方々に分かりやすくするために、統合新病院ではあまりぴんとこないの、市民からの募集等の方法で、早く正式名称を決めた方が良いです。

川渕部会長 資料 1 の基本理念については、3 月 25 日に病院統合協議会で練られた案がありますが、補足などありませんか。

長澤委員 基本理念の部分に下線が引いてある理由は何ですか。

事務局 下線は、第 1 回病院統合協議会の際、委員の皆様方から頂いたキーワード

が9つあり、そのキーワードに関するものを、この下線で引いております。

長澤委員 分かりました。

事務局 すべてのキーワードを網羅してありませんが、代表的に網羅しています。
例えば連携と分担、情報などは、地域に根付いた医療ということで、地域連携などを包含したような言葉として表現をしています。

長澤委員 これは、説明用の下線であり、最終的に下線は消すということですか。

事務局 はい、そのとおりです。

川渕部会長 他にありませんか。

毛呂委員 基本理念ではありませんが、参考意見の「健康」というキーワードの中で、「リハビリも含めた身体能力を上げるような体制」と書かれていますが、例えばジムを併設するという話が出たのでしょうか。一般の人が使用出来るジムを併設している病院は実際にありますから。

事務局 議論としては出ていまして、議論の中では、統合新病院としてジムを併設するのではなく、例えば民間活用という話も出ておりました。

川渕部会長 他に補足ありますか。

事務局 それと、健康創造都市と言いますか、健康なまちづくりをしようという意見もあり、今のような一文が加えられております。

川渕部会長 健康創造都市として神奈川県大和市や千葉縣市川市のように加賀市も手を挙げる思いがあるのですね。他に資料2関係の意見等でも結構でございます。長澤委員は前回欠席でしたが、この基本コンセプトについては、如何でしょうか。

長澤委員 ですます調で言っていますし、一般の方にも分かりやすいですが、固有のものであること(Vernacular)は、加賀市の地域性を加味するという事で、赤瓦等を取り入れるということですか。

川渕部会長 前回、市長も同じような質問をして赤瓦のことは言っておられました。

長澤委員 倉敷中央病院は赤瓦が乗っていますので、デザインのやり方によっては出来ないことはないです。ただ、市長が倉敷中央病院の赤瓦を見て、赤瓦と思うかどうか分かりませんが。

川渕部会長 他に意見等なければ、この基本コンセプトのご承認頂いたということで宜しいでしょうか。何も無いようですので、ご承認頂いたということで、次の議題について、事務局からご説明いただきます。

議題 2 基本計画（案）の検討

事務局説明 **資料 3** 統合新病院建設部会 検討スケジュール

資料 4 建設計画（案） 8－1 統合新病院の規模（計画規模・敷地条件）

長澤委員 例えばその近隣商業地域と第一種中高層住居専用地域の境界は、道路から何メートルまでという設定になっていますか。

事務局 設定するときは、この道路の官民境界から 30 メートルを境界として、用途地域の境界が設定されています。

長澤委員 これはずっとそのままですか。

事務局 そうです。現在の用途地域は、病院建設について適合しておりますので、現在、用途地域を見直すことは考えておりません。

長澤委員 例えば容積率については、商業地域が高く、中高層住居専用地域は低いですね。

事務局 そうです。

長澤委員 容積率の低い所では、小さな建物の時は大丈夫ですが、大きな病棟等を建てるならば、その境界は、無い方が良くもあると思いますが。

事務局 そうです。

長澤委員 敷地全体を他の地区指定等にするということはあるのですか。

事務局 現在、病院規模等が、建ぺい率 60%、容積率 200%ではいけないということも定まっておきませんので、先行して用途を見直すということは、考えておりません。

長澤委員 地区指定をするかどうかは先行して検討しておいた方が良いのではないですか。

事務局 現在、用途地域の見直しということは考えておりません。ただ、今後、統合新病院の建設に伴い、周辺のまちづくり等が変わっていく可能性もありますので、そういう意味では見直しもあり得るのかなというふうには思っております。

長澤委員 統合新病院の設計が固まる時までに、基本的には大きな見直しは無いということで、今の用途地域で設計するということですか。

事務局 そうです。

長澤委員 分かりました。

小橋委員 容積率とは、どういうものですか。

事務局 容積率とは、ボリュームでございます。

長澤委員 容積率が 400%であれば、床面積として敷地面積の 4 倍建てられるということです。

小橋委員 一部分だけ高くするということは出来るのですか。

長澤委員 出来ます。ただ、隣地斜線や北側斜線などの高さ制限がありますので、出来ない場合もあります。

事務局 先ほどの補足をさせていただきますが、建ぺい率 60%、容積率 200%、という形でも、敷地面積 52,000 m²の中で、建築面積は 30,000 m²程度取れるということになります。床面積も 100,000 m²程度という形になりますので、先ほど

の 300 床で 70 m²以上ということで、大体 21,000 m²以上ということになりますので、この中では、効果的であると思っております。

長澤委員 かなり余裕があるということですね。

事務局 はい。

小橋委員 1 床当たり 70 m²という数値は全くイメージが湧かないのですけれど、例えば今の加賀市民病院の 1 床当たりと何 m²違うか分かりますか。

事務局 今、手元に資料がないので申し訳ないのですけれど、加賀市民病院の方が現在 72 m²ぐらいだったと思います。

小橋委員 今の加賀市民病院よりも狭いということですか。

長澤委員 たぶんそれはないと思います。

毛呂委員 ある資料を見ると、確かに 72 m²ぐらいになっています。ただ、この前、加賀市民病院を見学させてもらいましたが、それを見る限り、病院本体に関わる面積はそんなに無いと思います。それと山中温泉医療センターも面積をそのままベッドで割り返すと 72 m²ぐらいになりますが、本当に病院に関わる部分の面積を押さえてベッドで割り返すと現状で何 m²あるかということを確認して頂きたいと思います。

長澤委員 今、日本で私が関わっている新病院では 1 床当たり大体 80 m²ぐらいです。建設する病院の機能にもよりますが、70 m²だと今から建てる病院にしては少し狭い。昭和 40 年ぐらいは、1 床当たり 50 から 55 m²程度ですね。それがだんだんと上がっていきまして、今は 70 から 80 m²ぐらいでしょうか。ただ、今回は予算や時間の関係もありますから 1 床当たり 70 m²前後で一応掲げておいて、将来、予算の余裕があり、機能的にも充実する為に増やしてくということとは可能だと思います。

事務局 長澤委員のご指摘の通りでございまして、「1 床当たり約 70 m²以上」と書かせていただいているのは、下限値でございまして、ですから、それをまず下回らないということで、「以上」という言葉を付けさせていただいています。今、各病院に、希望をお伺いしておりますが、そこで積み上げてきた延べ面

積が膨らみますと、予算を超えるということも危惧しております。ということで、「約 70 m²以上」という所を、下限値として設定させて頂いたということでございます。

事務局 先ほど毛呂委員がおっしゃって頂いたように精査中ですが、頂いているデータでは、加賀市民病院が1床当たり 73.7 m²で、山中温泉医療センターが 73.8 m²というところがございます。

毛呂委員 そんなに余裕はないと思います。病院に関係の無い用途の部分が入っていると思います。

長澤委員 看護宿舎や医師公舎等を全部入れているような感じがします。外観写真を少し見ただけですが、1床当たり 70 m²ではないなという感じがしました。ですから、1回精査して頂くと良いと思います。

事務局 検討させていただきます。

事務局説明 **資料 4** 建設計画（案） 8－1 統合新病院の規模（下水処理区域）

長澤委員 下水道は、何でも流せますか。要するに敷地内の浄化槽は要らないということでしょうか。

事務局 化学的な物質等の規定値の関係で、必要な浄化施設は要りますけれども、一般的な排水処理に関しては無くて良いと考えております。

長澤委員 例えば RI 検査や検体検査室からの排水は、院内の処理槽で一定の基準になってから下水道に排水すると、そういうことで宜しいですか。

事務局 下水道に何でも流しても良いのではなくて、当然、排水の中で、規定値を満たしたものを以下を排水することなので、それ以上のものにつきましては、除外施設で処理した後に排水ということになっていると思います。

長澤委員 用水について、井戸の活用は考えていますか。

事務局 今後の病院のあり方の中で、災害とかそういった対応の中では、水道として井戸が有効であるということであれば、活用を検討していきたいと思いま

す。

長澤委員 東北大震災の被災地に行って来たのですが、井戸のある病院は、確かに生きています。井戸を将来作ろうと考えているならば、建物の位置にも関係してきますので、基本計画に盛り込んだ方が良いでしょうと思います。

事務局 はい、有難うございます。

稲坂委員 加賀市というのは、場所によって水が良かったり悪かったり、掘ってみないと分からないと思います。作見地区は、あんまり井戸が無いと思いますが、井戸があるかどうか調べる必要があると思います。

事務局 はい。確かにご指摘の通り、この辺は新興住宅地なので、井戸は少ないと思いますが、作見地区の井戸があるのかどうかということを含めて、また、そういったアドバイス等を皆様から頂きながら、調整したいと思います。

毛呂委員 下水道は、雨水と合流ですか、分流ですか。

事務局 分流です。

川渕部会長 他に宜しいですか。では、次をお願いします。

事務局説明 **資料 4** 建設計画（案） 8－1 統合新病院の規模（景観計画）

長澤委員 景観に関する審査はどこがすることになりますか。

事務局 本市の景観審議会という機関がございます。そこで、お諮りをしまして審議会の意見として賜る、ということでございます。

長澤委員 その審議にどの程度時間が掛かりますか。全体工程が厳しいでしょうし、審議の時間は工程にかなり影響があると考えますが。

事務局 ご指摘の通り、スケジュールが相当詰まっておりますので、詳細を詰める前段階で、まず景観審議会の意見を聞きたいと思っております。

長澤委員 その意見というのは、聞くだけで宜しいのですか。それとも拘束力はある

のですか。

事務局 審議会の意見は、尊重するということになります。

長澤委員 分かりました。

嶋崎委員 先ほどのパワーポイントで見た資料の中で、駅前から 12m道路の計画あるようでしたが、それは新病院に景観等で影響はありますか。

事務局 ないです。

毛呂委員 南側の川沿いに計画されている道路というのは、これからも残るのですか。

事務局 川沿いの道路は都市計画道路になっておりまして、市街地の形成の骨格として同意がなされておりましたが、統合新病院建設計画に合わせて見直していきたいと思っています。

毛呂委員 病院の敷地内ですので、道路を設置した場合、公道とはならず、敷地内道路となるのですか。

事務局 道路の設置については、この後の建物の配置計画のご説明にも絡んできますので、後ほど答えさせて頂いてよろしいですか。

毛呂委員 公道の計画は見直す必要があると考えますが。

事務局 見直す方向であります。

長澤委員 計画地の一番左側の下に 1 軒建っていますが、その方は、ずっと住み続けるのですか。

事務局 計画地に隣接して現在、住宅が 3 軒ほど建っておりますが、住み続けると考えます。

長澤委員 その住宅の存在によって、計画はかなり影響されますか。

事務局 後ほど、ご説明させていただきます。

長澤委員 はい。

川渕部会長 まとめますと、住宅を造成する計画のあった敷地に病院を建設する。それに伴い地区計画による道路計画や都市計画道路を見直すが、用途地域、建ぺい率、容積率についてはそのままいく、という理解で良いのですね。それでは、次は配置計画について、お願いします。

事務局説明 **資料 4** 建設計画（案） 8－2 配置計画

川渕部会長 配置計画のご説明がありました、如何でしょうか。

稲坂委員 作見南交差点から北に行く道というのは、将来、どのような計画ですか。

事務局 この交差点から北へ行く道は、東側の県道に繋がる計画となっております。

稲坂委員 分かりました。

小橋委員 想定している駐車場はフリーですか、ゲートがあるのですか。

事務局 外来の方 600 台ということで相当混雑致します。その交通形態も考慮しながら、今後検討していきたいと考えております。

長澤委員 駐車場で 600 台は、駐車場ゾーンの部分に平面で入るようなスペースですか。それとも立体駐車場などにしないと入らないですか。

事務局 斜体部分②の項目と密接な関係がございまして、別棟の計画を検討するか、実際にその施設が必要なのかどうかということが、非常に重要になってまいります。その建物を建てないという仮定であれば、平面駐車場も十分可能でございまして、その施設の数、規模によっては、立体的なものも検討せざるを得ないということです。今後の各部会、委員会の結果を反映させた上で、平面駐車にするか立体駐車にするかということを検討してまいりたいと思います。

長澤委員 外来用駐車場の 600 台というのは、外来は 1 日に何人を想定していますか。

事務局 650 人です。

- 長澤委員 病院が新しくなると大勢患者さんが来るので、大体の病院は駐車場がパンクして困っています。その時に、職員は近隣の駐車場を借りるなど、色々なこと出来ますが。今の所は平面駐車場か、場合によっては、一部立体駐車場等でやるという方針ですね。
- 事務局 その通りでございます。
- 長澤委員 駐車料金は取るのですか。
- 事務局 料金体系も併せて今後検討してまいりたいと思います。
- 長澤委員 現在は取っていないのですか。
- 事務局 取っていません。
- 小橋委員 メインアプローチになっている所、ちょうど駅前の交通量の多い所になっていますが、そこから全部入るということになると、ある時間帯に非常に混雑しませんか。それは大丈夫なのでしょう。特にゲートフリーで入れるのであればそうでもないかもしれないけれど、ゲートがあって、そこで 1 回 1 回停まらないといけないとなると、道路側も混雑してしまうかなということが懸念されるのですが、どうでしょうか。
- 事務局 今回のメインアプローチのような信号のない所から出入りすると、交通処理は難しいですが、例えば右折の滞留長を考えながら信号処理とする。信号処理も検討していますから、計画にあたっては石川県等と協議しながら、交通処理が円滑に進むようなシステムや交差点計画を併せていきたいと思います。それから、委員ご指摘のゲートを設けた場合については、敷地に少し入った所で設けるなど考えていきたいと思います。
- 長澤委員 配置計画を見たときに一番最初に心配したのが、その交差点両方に入り口をぶつけていることです。入り口はなるべく交差点から外して普通計画します。直接ぶつけているから面白いと思っているのですが。よほど考えたのだらうと思います。ですから、計画地の手前は道路にして、交差点を設け、公安の方と信号について検討し、右折ラインで入ってくる。大変なことになりそうですが、駅の方から回してから直行して進入するなど考えて頂かなくてははいけないと思います。建設計画のプロポーザルになったときには、設計者

の中には、車両を作見南交差点から全部入れて、加賀温泉駅前交差点から全部出すような案を持ってくる人もいます。そうすると、敷地内の滞留導線が長くなり、玄関の前でゆっくり下りても、後ろに入れる。そうしないと道路の方に待ち行列の車両が出てしまう病院は良くあります。ですからそのようなことも考えなくてはいいのですが、もう敷地は決定したので、色々な方法で検討するしかないと思います。

毛呂委員 駐車台数の 600 台と 300 台については、とりあえず通院患者数や職員数を元に算出したということですが、例えば外来患者であれば、回転率の計算があるかと思いますので、その算出根拠を頂けたらと思います。それから、この配置計画が絶対順守という形になるのであれば、あまり、こっちから入りなさい、あっちから入りなさいと決めないほうが良いかと思います。提案をする人に任せる部分もあるのかなと感じています。それと、私がもしこの条件を頂いたら、もう大体配置が決まってしまうのですが、やはり他の色々な配置もあると思います。そういう自由度を持たせることも少し検討して頂いたら良いのかなと感じました。

嶋崎委員 計画している病院の 1 階部分の大きさは、病院建設ゾーンに対してどれくらいの大きさになるのでしょうか。

事務局 これは概念でございまして、何㎡っていうことは、全く決定しておりません。ですから、南側の景色の良いこの位置に、極力住宅側の西側から離れたこの位置に、ということで想定したエリアでございまして、1 階部分が施設として何㎡とか、全くまだ未定でございまして。

嶋崎委員 ピンク色で示されている病院建設ゾーンの半分ぐらいですとか、というその辺も分かりませんか。

毛呂委員 今の加賀市民病院をここに当てはめたら、どのぐらいのボリュームになるかが分かる資料があると、少し参考になるかと思います。

長澤委員 大体半分だとしますと、52,000 ㎡の半分です。26,000 ㎡が 1 階部分だとすると、1 階に全部の機能が入るかもしれない。全部で何㎡でしたか。

事務局 70 ㎡で 300 床とすると 21,000 ㎡です。

長澤委員 平屋で全部の機能が入ってしまいますね。そんなことにはならないと思いますが。

事務局 この 4 分の 1 という形になっていくと思います。ですからこれは、大きさを表しているというものではない。

川渕部会長 問題は 2 つあって、1 つは駐車場の件です。小生は東京の御茶ノ水駅前の大学に勤務していますが、先日、大学の駐車場委員会の委員になりました。東京の御茶ノ水駅前と加賀の駅前では事情が異なりますが、駅前の駐車場については、病院を利用しない一般の方も使う可能性が高いと思います。駐車料金については、患者用はもちろん無料が良いですが、一般の方からは、駐車料金を取る必要があるのかと思います。そして、今までの立地条件とは異なり、駅前に病院を建設する訳ですから、バスや公共トランスポーターの利用が増えるかもしれません。その一方で、少子高齢化等の関係により、やはり自家用車での来院や家族の送迎が多くなるかもしれません。2 つ目はヘリポートの件です。災害拠点病院の指定を受けるということですが、その指定基準は厳しく、3.11 の大震災を受けて、さらに厳しくなる可能性があると思います。指定を受けることは良いと思いますが、ヘリポートの建設は経済的にも重いし、それから物理的にも重い。そのため、設置するにしても、屋上に設置するか、あるいは、亀田総合病院のように更地に設置するかなど考えていかないといけませんが、どうでしょうか。

事務局 ヘリポートでございますが、次に出てまいります断面概念図で、お話しさせていただきます。

川渕部会長 分かりました。

稲坂委員 駐車場に関して、計画地の周囲に加賀温泉駅、それからアビオシティという商業施設がありますが、そことの関連を考慮しておかないといけないと思います。例えば、加賀温泉駅から電車に乗る人で病院の駐車場を使用する人が出てくるかもしれない。もし病院の駐車場が無料であれば、停めていくと思います。

川渕部会長 富山空港もそうです。無料ですので、みんな停めていきます。だから、この場合、駅前駐車場であることと駅前病院建築であることを両方考える必要があるかと思います。

稲坂委員 加賀温泉駅にも駐車場がありますが、狭いです。

川渕部会長 狭いのですか。

稲坂委員 日曜日とかは、一杯で入れないことがありますので、病院の駐車場が利用されると思います。駅に来る人、商業施設に買い物に来る人、全て含めて考えないといけない。そして、日曜日とウィークデーでいろいろ事情が変わってきますので、そこも考える必要があります。先ほど言われたとおり、駐車場を無料にすると、いろいろな問題が出てくると思います。

長澤委員 駐車場について、建築計画と同時に、運用や地域として考える必要があるという意見が出ておりますが、いくつかの例がありまして、来院者にはスタンプを押してもらい、出て行ってもらう。その時は無料とする。もしそのスタンプのない方が1日停めた場合5万円を徴収する。そういう差の付け方は幾つもありますが、その為に入り口でチェックすることは、入り口が渋滞してしまいますから、出口でチェックが出来るような方法とか、ソフト面で色々検討しないといけません。応募者の方からも質問が来ると思いますので、他の例を見たり、計画時の想定をするなど、もう少し詰めた方が良いかと思います。

川渕部会長 駐車場は、必ずしも自前で設計することはないかと思いますが、システムや運用面まで含めて考えておく必要があると思います。病院あつての駐車場ですから、動線が悪いとそもそも救急車が入れない場合もありますので、ゲート等でしっかり管理する必要があります。

長澤委員 東大病院では、駐車場をPFIで実施した時期がありまして、駐車場が無い時期を凌いだこともあります。ただ、ここでPFIをするかどうか分かりませんが。

川渕部会長 一部の委員からも出ておりましたが、ここは自由度を持たせるのでしょうか。

長澤委員 今後、具体的なプランにしていく段階で、こういう考え方もあるけど、もっといいアイデアがあれば出してくださいという形で良いと思います。

川渕部会長 では、先程の交差点の件についても、ここでは決めないということによろ

しいですか。

毛呂委員 ⑧の所ですと、「近隣住民の生活環境に配慮し」という文言が入っているように、こういうところはしっかり押さえて、そこに配慮したアプローチ計画をしてくださいと記載し、どのようなアプローチ計画をするかは任せるという手はあると思います。少し余談ですが、霊柩車はサービスアプローチから出入りすることになっていますが、死亡はしているが退院であり、医師によっては、正面玄関から退院して頂きたいと考えている人もいますので、これは削除していただいたら良いかと思います。

長澤委員 霊柩車はお墓に行くときの車ですので、ここから出るのは患者輸送車です。亡くなった方でも患者輸送車となります。

川渕部会長 それでは、この部分は削除していただいて先に進んでよろしいでしょうか。

毛呂委員 ヘリポートはあとで議論するのですね。

川渕部会長 ヘリポートはあとで出てきます。

小橋委員 メインとサブアプローチがありますが、これだけの敷地でそれ以外には出口は全く作らないということですか。

事務局 周囲には農道等もありますが、こちらの方は狭いということもありまして、例えば避難用等に使用することは考えております。車両の出入りについては今、言われた2ヶ所を考えております。

長澤委員 今のところに関連して、植栽ゾーンの真ん中に通路として出ている部分がありますね。そこは、車両の進入は別にして、空けることは可能ですかね。他の人の敷地を通らないで、西側の横道には出られるのでしょうか。

事務局 この部分には公共用地外の土地もございます。

長澤委員 そうですか。今、道路である敷地は、公共用地ではないのですか。

事務局 今、道路として見えている部分には、個人敷地の部分もあります。

長澤委員 では、使えない可能性があるということですね。

事務局 はい。

長澤委員 救急車両等が入れないことを無くすように、敷地内の計画で考えなくてはならないと思います。車を建物の周りを周回させることにより動かして、どこか通れるようにしないといけない。

小橋委員 まだ確定してないのですが、もし看護師養成所や宿舍も同じ敷地内で建てるとしたら、学生等もほとんど車で来ます。そうすると、それも含めて患者用、職員用の駐車場も全て同じ所から出入りすることになるのですか。別に出入り口を確保した方が良いと感じますが。

川渕部会長 西側の道路については、植栽ゾーンで区切っていますが、そこを道路として空けることは出来ないのですか。

事務局 今、示した道路幅というのは、地区計画上のラインでございまして、中には公共用地の部分と、私有地の部分があります。ですから、全体では仮に 7 mあるとしても、そのうちの公共用地は 2m、残り 5mは私有地部分です。出入り口にするとなると、残りの部分を公共用地として取得する必要があります。

川渕部会長 そういうことですか。

毛呂委員 加賀温泉駅前 2 号線という都市計画の道路で、土手に沿った左側の道は整備された道路になるのですか。例えば職員の車は、この道路に進入出来るような形になりますか。

事務局 その道路を活用する場合、北側道路に右折レーン等がありませんので、病院に入って来る車のために、北側道路が渋滞するかもしれません。その為にイオンさんの前の道路から、角に喫茶店がある交差点から進入させるなど対応が必要かと思います。

川渕部会長 今の案では 2 つしか出入りする所が無いということですね。

事務局 実際、信号処理の中で、このアビオシティ前とか、駅の乗降者の地域の利

用者は非常に多い中でも、2 つで処理しきれないということは考えにくいと思います。

川渕部会長 十分、分かっています。むしろ、動線として乖離しないように構内道路をどのようにするかが論点ですね。他にご意見がなければ 10 分間休憩し、後半の議題に入りたいと思います。それでは 10 分間休憩、よろしくお願いします。

(休 憩)

川渕部会長 それでは後半の議題に入ります。8－3 から事務局、説明をお願いします。

事務局説明 **資料 4** 建設計画（案） 8－3 建物の構成

川渕部会長 はい。8－3 についてご説明いただきましたが、ヘリポートを含めて、議論したいと思います。何かご質問、ご意見、確認等々ございますか。

毛呂委員 ヘリポートありきで、もう議論が進められていますが、本当に設置するのでしょうか。なぜなら、ヘリポートを設置すると、それだけで 2～3 億円が必要となりますし、この近隣で高度な三次救急を実施している病院がありましたので、そことの連携はどうなっているかを確認する必要があるからです。それと、ヘリポートにもいくつか種類がありまして、ドクターヘリを飛ばすとなると、なかなか許可が下りません。近隣の理解も必要ですので、どの程度のヘリポートを考えてるのかを確認した方が良いと思います。

事務局 ヘリポートについては、飛行場外離着陸場で想定しております。ヘリに関しては、離着陸場で想定し、災害時、昨年の 3.11 を考慮しまして、自衛隊機、近隣で言いますと、小松基地にございますヘリコプター約 10 t クラスのヘリが着陸出来ることを想定しております。石川県が持っているヘリも、10 t クラスのヘリを想定していれば着陸出来ますので、大型の救難ヘリを想定するということです。次に、三次救急との連携でございますが、あくまでも本病院の計画としましては、災害拠点病院を目指すという上で、ヘリポートは必要かと思っております。

毛呂委員 確かにヘリポートは必要かもしれませんが、年間に、どれだけ使うかというところ恐らく 1～2 回あるかだと思います。そのためだけに、多くのお金が必要となるヘリポートの設置は、市民の理解が得られるかという問題もあると思

います。この計画地の近くに消防本部がありますが、そこからの距離というのは、1km 程度であることも考え合わせると、その場所を使うというのも方法かもしれません。必ずヘリポートが必要ということであれば、当然、費用もかさみますし、それ以外の柔軟な方法を検討する必要があると思います。それと、災害拠点病院については、川渕部会長もおっしゃっていましたが、これから施設基準も含めて、相当条件が厳しくなってきます。2.5 次の救急医療を実施している小松市民病院でもヘリポートはないです。小松基地を使えばいいかもしれません。新病院がヘリポートを屋上もしくは駐車場に絶対必要であることについて、果たして市民の意見に耐えられるか考える必要があると思います。

川渕部会長 そうですね。

毛呂委員 少しお聞きしたいのですが、ここからヘリコプターを使って、他の病院に送ることも、可能性としてあるのでしょうか。

事務局 まず、ほとんどないと思います。それよりも、ここであれば福井大学病院が近いですから、救急車で搬送することが考えられます。

毛呂委員 では、ヘリコプターで行く距離ではなく、救急車で十分な距離であるということですね。

事務局 そうです。

毛呂委員 そうしますと、ヘリポートは、今度の新病院で患者さんを受け入れるためのヘリポートということですね。

事務局 ここ加賀市は、山も川もあり、福井県の方には、かなり山の面積が多いです。救急の患者さんがヘリで搬送された場合、石川県立中央病院に搬送されることは、何回かありましたが、加賀市民病院や山中温泉医療センターにヘリが下りて、そこから他の医療機関にということはこれまでに一度もありませんでした。

毛呂委員 あと、例えば屋上に設置する方法もあるのですが、この間の東北大震災時に、屋上にヘリポートのある病院が停電になってエレベーターが使えなかったこと。また、駐車場にヘリポートがある病院は、ヘリから降りて外来へ行

くのにもそのまま搬送が出来る為、非常に助かったこと。ということから、どこに設けるかもいろいろ検討が必要だと思いますけど、その場所の 1 つの候補として、隣の畑等の用地がありますので、そこを確保しておいて、将来、整備することも検討しても良いかと思います。

事務局 将来的に災害拠点病院の指定を受けるということであれば、近くの敷地を求めてヘリポートを整備することは、非常に面白い考え方であると思っております。

長澤委員 都心の都立病院なんかは、他に敷地がありませんから、屋上に置かざるを得ない状況ですが、この計画地であれば、他にも土地がありますので、建物の上に設けなくても良いと思います。上に設けると、お金が大変必要となりますし、設備もしっかり整備する必要があります。敷地内の設置については、通常、駐車場としておくと、いざという時に駐車場にある車は排除しなくては行けない。ですから、設置位置はなかなか難しいと思います。他の新築病院でヘリポートを設置しているところもありますが、先ほどの消防本部や他の空き地がありますので、そのような所に、いざという時に着陸出来るような契約や約束をしておいて、そこから救急車で運ぶというのが、お金も検討の期間も少ない時は、良いかと思います。

川渕部会長 はい、他にありますか。

嶋崎委員 中層部に病棟部門を配置するとなっておりますが、具体的な看護単位とか、何人当たりの看護単位にするなど事務局案みたいなものはありますか。

事務局 昨日、グループ長班長会議をさせていただきましたが、加賀市民病院と山中温泉医療センターの職員で 1 看護当たり何床が良いかなどを、検討している段階でございます。そこでの意見が建設部会に上がってきますので、今の段階で何床かは、決めないということでございます。2 週間後に、大体それがまとまってきますので、その後の建設部会で、何病棟で、1 つの看護単位何床で、というような具体的な案が出てきます。

嶋崎委員 そうしますと、積み上げ方式であれば、病床数が 300 プラスアルファということが、場合によってはあるということに理解してよろしいでしょうか。

事務局 はい。数字上の内訳は色々ありますが、300 床を越える可能性はあります。

嶋崎委員 看護単位のことが出ましたので教えて頂きたいのですが、リハビリ病棟が50床。この50床も流動的でしょうか。

事務局 リハビリテーション病床を50床にした理由は、加賀市内において、患者さんがどのぐらいいるかをデータとして出して、それで50床ぐらいが適切ではないかということを出しています。ですから、ちょうど50なのか、例えば48でいいのか、52なのかということについても、若干、動く可能性はあると思います。ですから、絶対50にしなければならないということではないと思います。ただ、やはり基本でございますので、50を前後に動かして頂きたいと思います。50を60にして30床を2つの看護単位を作るのではなく、50を基本として頂きたいと思います。

嶋崎委員 現在、山中温泉医療センターで40床です。50床の看護単位は、かなりボリュームが大きくなり、看護動線が長くなりますので、少しその辺の計画が心配です。それと、300床のうち、回復リハは50床ですけど、急性期リハも300の中で取り扱うのでしょうか。その場合どういう連携になるのかも聞きたいです。

事務局 今のところは、一般病床、俗に急性期病床と回復期のリハビリテーション病床の2点しか考えておりません。だから、急性期リハビリテーション病床は、考えてないです。亜急性期とは違うのでしょうか。

嶋崎委員 実際、回復リハに行く前に、早めにリハに移った方が良い患者さんも入院される可能性があります。

事務局 回復リハビリ病棟に行く患者さんは、一応、対象疾病が決まっております。例えば頸部骨折の患者さんは、やはり急性期の病床から自動的に回復リハビリ病棟に移ると思いますので、中間の急性期リハビリ病棟は、現在のところは考えておりません。

小橋委員 全然話違うのですが、エントランスを吹き抜けにする、低層階を吹き抜けにということですが、吹き抜けがあると非常に寒いです。高齢者にはかなり厳しいかと思います。それを解消する方法は考えていますでしょうか。

事務局 はい。計画地はロケーションが非常に良いです。イメージとして受け取って頂きたいのですが、例えばエントランスから南に広がる景観を望めるよう

吹き抜け部分があるという。吹き抜けがあれば、空調費用は相当掛かるのは想定しております。今後、病院が運営していく上でのランニングコストと併せて、患者さんが寒いということも、それは十分検討しなければいけないと思います。病院というのは24時間稼働しておりますので、ランニングコストを下げる設備機器的な要素については今後検討していきますが、例えば一旦出した熱を再利用する、排熱利用ということも考えられますし、深夜電力を利用し、日中はその電力を利用して放熱するということも考えられると思います。ですから、何を優先するかは、今後、現場の方の意見も聞きながら、委員の方にもご意見賜っていきたいと考えております。

小橋委員 空気を暖めないと、特に朝方、患者さんが来た時に寒いです。今の加賀市民病院もそうですけど、空間が狭くなれば、早く暖めることが出来ます。確かにエントランスが広くて見栄えはいいかもしれませんが、実用性を考えると、かなり問題があると思います。だから、それを両立させることとなれば、何か方策がないといけません。吹き抜けの空間をどのくらいにするかということもあるでしょうが。もう1つは、その玄関から入って二重ドアになっていますが、二重ドアの間隔が非常に短い為に、冬になると、外のドアが開いて、中のドアが開いた時にもまだ外のドアが開いていることで、寒い風がどんどん入ってきます。そういうところは何か考えていただけたと思いますが、それにしても大きな空間を造ることは、何か寒さ対策を考えておかないと、見かけだけになってしまいます。何かいい案ないですか。

長澤委員 吹き抜けを造るメリットは、どの辺に何があるかがすぐに分かること、空間の広がりを感じられるということです。吹き抜けが流行した時期がありましたが、その時は経済的に豊かな時期であったものですから、極め細やかな寒さに対する対策は何もしていなかった。対策としては、床暖房を設置することです。床からの直射熱ですから空気が冷たくても暖かいわけです。あと、ここは夏、暑いですか。

事務局 暑いです。

長澤委員 冷房の場合には冷やされた空気が下にきますから、大丈夫です。その空調費用等については、省エネや色々な方法で対応しなければならない。最近は、吹き抜けを造ったからどうしようもないという話しは無いと思います。あと、計画を見ると、建設部会でどこまで、なんのために議論するのかという基本的な質問をしたいのですが、日本医療建築協会の会員は400名程いますけど、

そこに所属する人は、今回の基本計画に記載されていることは全部、頭に入っています。それでも、同じ病院でも違うことがありますね。例えば院内保育所を設置するなど、普通はやらないこの病院特有のことを、基本計画に示せば良いと思います。あとは、快適な施設を造るということなどを示せば、設計者は形にしてきます。例えば集中治療室と手術室を近接させるということは、当たり前ですので書けば恥ずかしいぐらいです。ですから、建設部会では何をやるのかを、吟味した方が良いと感じています。

川渕部会長 そうですね。

長澤委員 先ほどおっしゃったように、看護単位をどうするか、スタッフがどのくらいいるか、1階あたり何看護単位当たりがいいのか、何人がいいのか、といった基本的なことを決めた方が良いです。そして、然るべきところに競わせて設計してもらえば、設計者がいろんなアイデアを出してきて、なるほど我々が考えなかったけれど、この場合にはうまくいくね、ということもありますし、あまり決まった形で造れとすると、設計者はやりようがないと感じると思います。あまり細かいことは言わなくても、出てきた物を慎重に、然るべきところで審査する方が良いと思いますが、ただ、なんとなく導入の時期として、いろんな問題があることを、委員に分かっていただくというのは良いかなと思います。そういう意味では、ヘリポートの話はいい題材だったですね。

稲坂委員 今、基本的なことをおっしゃっていただいたと思いますけど、この委員の中で、加賀市で生まれて、加賀市で死んでいくのは、僕1人です。恐らく私の孫も、ここで育っていくと思います。少子高齢化が進む中で、私の子供や孫の世代に負担が大きくならないよう、加賀市にとって建設費が安く、ランニングコストも少ない病院ということが1つの大きなテーマであると思いますし、ぜひ、よろしくお願いします。

事務局 建設の費用というのは、既に議会でも決まっておりますので、それを越えることは基本的に無いと考えていただいてもよろしいかと思います。当初検討していたもの以外に、例えば看護師養成所や救急センター、ヘリポートについても考えておりませんでしたので、こういったものがどうしても最終的に必要となれば、臨時特例交付金から、使わしていただくことになろうかと思っています。

長澤委員 今のご発言に関連して考えると、立派な病院という表現よりも、良い病院の方がいいと思います。良い病院というのは、必ずしもお金をかけた病院ではなく、適切な金額で、機能的で、みんながこの病院に来て良かったなと感じる病院であると思います。医師や看護師の職場環境もしっかりしないと患者さんに満足な医療を提供出来ないでしょうし、気の張るような場所でなくて、ほっとできる所を設置するなど適切なバランスのとれた病院が、良い病院じゃないかなと私は思っています。

川渕部会長 はい、他にありますか。

毛呂委員 低層部の救急部門と、8－2の斜め文字になっておりました初期救急医療センターとは、救急医療センターと全く別物で別建てとなるという認識でよろしいですか。

事務局 今週の月曜日に救急部会を開催し、その時に、初期救急センターをどうするかという話をさせていただきました。当然、両方の病院の救急担当の先生と、今ここにいらっしゃいます稲坂先生、それから、松下先生、福井大学の診療部の林教授にも参加いただき、初期救急センターをどうするかなどを、今後2～3回の間に決めていきたいと思います。ただ、初期救急センターは、前回の会議で病院の救急部門に併設といいますか、診察するところを2つ作る形が良いのではないかというご意見もありました。そうすると、別棟で新たな初期救急センターを建設することは、今は少し考えにくい感じではあります。

川渕部会長 はい。

嶋崎委員 初期救急の運営は医師会にお願いするのですか。

事務局 日曜・休日の昼時間帯について、今は休日の午前中診療していただいておりますが、少し拡大をしてもみてはというご意見がありました。ただ、平日の夜とかは、少し難しいかなということでありました。それから、運営については、基本的にはやはり病院がやらないといけないと思っております。ですから、医師会の先生においでいただければ、その先生に日当をお支払いして診察をしていただくという、今のスタイルをそのまま踏襲するのが一番いいのかなと思っております。

嶋崎委員 加賀市として、場所的にはやはり病院にある方がベストでしょうか。

事務局 今度の新しい病院は、加賀市の地図的に言いますと、ちょうど真ん中になりますので、そういった意味ではアクセスも含めて、一番、最適地だと考えております。

稲坂委員 1つよろしいですか。

川渕部会長 はい。

稲坂委員 初期救急センターの一番の問題はマンパワーです。加賀市医師会員数が 80 人ちょっと、診療所が 40 くらいです。現在そのうちの 19 人が参加して交代で日曜と祝日の午前中、内科の時間外診療をしています。これを大幅に増やすことは出来ません。福井や金沢から応援してもらおうとしても、恐らくマンパワーの問題で小松のように毎日、夜間にやってくということは不可能だと思います。そういうことで、はっきり初期救急センターとして打ち出すこと難しいのではないかと思います。もし建てるとしても別建ては出来ないだろうと思います。

川渕部会長 はい。他によろしいですか。

毛呂委員 確か堺市で、病院に隣接して整備する計画だと伺っています。堺市は市として大きさが全然違いますが、別棟も可能ということだと思います。

事務局 先ほど稲坂先生から話が出たのは、隣の小松市が、南加賀急病センターということで、小松市と加賀市と能美市とがお金を出し合って、医師会主体で内科と小児科を、平日は夕方 7 時頃から 10 時頃まで、土曜、日曜は朝から夜までというふうにやっています。これは小松市民病院の横に、少し離れるような感じで建てて、そこでやっているという状態です。これは加賀市からも小児科の先生たちが応援に行かれているという状況で、運営としては順調にやっておられます。ただ、今回、それを加賀市単独でやるとなると、今、言われたようにマンパワーの面で難しい。内科の先生に大変失礼でございますが、平均年齢も上がってきておりますし、その先生に、何日間来てねとなると、少し難しいという話が先日の救急部会でも出ておりました。それから、先生は実際、小松の方に輪番で行っているわけですから、それを呼び戻して加賀市でやってということも少し難しいのかなということを考え合わせます

と、やはり別棟で初期救急センターをやるのは、運営上で、それからお金の問題も含めて、かなり無理があると思います。ですから、先日の救急部会では初期救急センターは別棟でつくるということは、少しトーンは下がっております。

川渕部会長 はい。

毛呂委員 利用者側からすると、新病院に行けば1次から2.5次までは受けてくれるので、初期救急医療センターに行く必要は無く、病院の救急に行けばいいというイメージですね。

事務局 はい。先ほど言いました初期救急というのは、基本的に、日曜日にしか医師会の先生方もおいでいただけないのです。平日は新病院の先生しかいらっしゃらないことになります。ですから、この今回の基本理念にありますように、救急搬送はお断りしないというのがキャッチフレーズでございますので、基本的にウォークインで来られた患者さんも全部診るということです。取りあえず診させていただきますということが、基本でございますので、休みの日に医師会の先生に来ていただき、看護師さんがトリアージをして、医師会の先生に診てもらう。その中で、この患者さんは病院で診てもらおうという割り振りをするしかないと思います。ただ、平日についても患者が来られたら診る。あとはコンビニ受診等を控えていただくために、市として、病院も含めてですが、市民にどれだけ啓蒙活動を行い、コンビニ受診を控えて頂くようなことをすることで、勤務医の先生の疲労、疲弊を防ぐということしかできないと思います。

稲坂委員 いいですか？

川渕部会長 はい、どうぞ。

稲坂委員 少し付け加えますと、加賀市から他のところへ救急車で搬送する患者の数は、この2、3年随分減っています。私が感じている市民の人が一番不満に思っていることは、1次救急というか、軽い症状の時に、夜中に診てもらいたいときに、加賀市で診れなくて、小松に行ってくれとか、手が一杯だから診れないと言われることです。それをなんとか解消しなくてはならない。新しい病院では、少なくとも2人が当直することになるので、良くなると期待していますし、それに対して、医師会がどれぐらい援助をできるか。今は日曜

の午前中ですけど、もう少し広げることは、出来るんじゃないかと思えます。

川渕部会長 はい、どうぞ。

長澤委員 今の議論を聞いて初めて、一番最初の資料1 基本理念の意味が分かってきました。市民中心の医療として救急搬送を断らない体制とする、それから地域に根付いた医療とする。先に決めたから良かったですね。これをやらざるを得ないですね。

嶋崎委員 はい。

川渕部会長 はい、どうぞ。

嶋崎委員 市民中心の医療ということで、市民のニーズということで、私も救急外来で最近感じていることは、会社はもうリストラされていて、かつかつの人数でやっていて、おじいちゃんやおばあちゃんが夕方デイサービスとかから帰ってきて、で、「ここが悪いです。病院連れて行って診てもらってください」というようなことを言われて、午後7～8時くらいに、どうしても明日は休めないので連れてきたいというような、そういう方がぼちぼちいらっしゃいます。はっきり言えばコンビニ受診ですけど、その辺の受け皿は、新病院では持つ予定にありますか、それはやっぱり困るという考えですか。

長澤委員 それは数字を見ないと。

嶋崎委員 コンビニ受診のコーナーのようなものに病院の医者は、付き合う意思はあんまりないです。だから、救急医療で来て、本当に死にそうな場合は診るけれど、コンビニ受診関係のお相手は、少し勘弁してという想いは強いと思います。

事務局 基本的に救急指定病院でございますので、本来の初期救急という言い方はおかしいですね。軽傷の患者さんは、診療時間内に来ていただくことが原則でございます。ですから、コンビニ受診をあからさまに許してしまうことは、やはり嶋崎先生の言われるように、勤務している先生には、非常に辛いことだと思います。そのところは市当局も含め、しっかりと市民に言わなければいけないと思います。以前、嶋崎先生から少しご提案もありましたが、

コンビニ受診される方には、少しプラスして特定診療費を取ったらどうかというお話もあります。それも1つの選択肢だと思います。

川渕部会長　　今、示していただいた基本計画は、全く面白くない。それは売りがないからです。普通の病院を建てるだけで、このような内容は設計者に言えば、もう分かっていることです。だから、これだけは止めてほしいとか、これは是非入れてくれとか、そういうことがコンセプトから出てこないといけません。今日の議論は箱物から入ってきていますので、非常に寂しいと思いました。例えば、外来部門とありますが、亀田総合病院とかは外来部門を分離しています。何を言いたいかというと、これからこのような議論を進めていくには、ユニークな構想が必要だということです。先ほど稲坂委員がおっしゃっていましたように40人の開業医は、たぶん自分のクリニックを持っていると思います。ただ、これからは、グループ診療みたいなものがあるといいのかなと。つまり、先生方のお子さんたちが東京から帰って来ようと思うときは、本当に親のクリニックを継承するのかなど。私はよく言っていますが、院内開業という形で、病院の中で開業するのもありかと思います。そういうことを、大胆に加賀市でやってみてはどうかと。ただ、それはチャレンジな提案で誰もやっていませんし、救急医療の問題もあります。つまり、一般外来と救急外来どう分けるかという話です。先ほど嶋崎委員がおっしゃったように、昼間診てよと、あるいは診るべきだと、しかし、いろいろご事情があって、夜診てくれよ、というのは、コンビニ受診と言うかどうかです。今回の診療報酬点数表で、まさに病院の外来、診療所の外来のあり方を問うてきていると思います。加賀市モデルで、一般の外来は診療所、紹介外来は病院というふうになっていますが、そういうふうな国の制度設計に加賀市モデルは合うかどうか、結構悩ましいテーマだと思います。

先ほどから聞いていても、救急医療は、日曜日については診療所の先生が助けてくれるとか。年齢差があるし、過去の慣習も異なり、そんなことを今までやってこなかったところもあります。そのような状況で出来るのか出来ないのかが、分からないと図面は描けないです。救急については1次救急、2次救急、3次救急と区分して日本はやっています。でも、アメリカはER型の救急です。岩手医科大学のERも然りで、ものすごく救急救命率が高い。これに対して、石川県はどうか。県立中央病院が、どこまでやっていただけるのか。その他に、2次救急として、小松市民病院がずいぶんやっていますが、医師が必ずしも充足していない中で、加賀の人はもう勘弁してくれとならないか。そこで、今回、病院を統合するわけです。しかし、その一方で、ほんとに災害拠点病院を取るのかどうか。災害拠点病院の指定については、最低要

件の資料を出していただきたいと思います。そこをきちんと確認しながら、ドクターヘリのお話を詰める必要がある。結局、ここの患者を運んでもらうヘリなのか、ここを拠点にして、患者を連れてくるヘリなのか、それからヘリポートの場所を本当にここに建てる必要があるかなども、議論する必要があります。

3つ目の論点はリハビリです。回復リハを50床設けると言われていますが、回復リハは、診療報酬上の話です。医療法上どこにも回復リハは出てきませんので、あくまでも一般病床です。ところが、診療報酬上、4月1日から回復リハと、亜急性期病床を統合しようということになりました。となると、どんなリハをやるのかを考える必要があります。今回、少し規制緩和して、2ヶ月間だけは、介護保険に移っても医療保険で払うということになっていますが。山中温泉医療センターについては、リハビリはしっかりやっているのかと思います。そのリハを新病院に持ってくるのであれば、結構スペース的に必要かと思いましたが、いかがでしょうか。個人的には加賀市は温泉地ですから、温泉地でリハをして治すというリハをやってほしいなと思います。フィットネスクラブと提携するという手もあります。商業施設とのコラボもあれば、これは売りだと思います。これから高齢社会ですので、出てくるのは脳卒中の後遺症と、心臓リハです。また、がんリハはありえないけれど、ホスピスをつくるかどうか。

4つ目は院内保育については具体的に書いてありますが、病児保育やるのかどうか。

事務局 それはやります。

川渕部会長 やるのですか。であれば、それは書かないと。女医さんや看護師に優しい病院を造るということも職員を集める上で売りに繋がるかと思います。どうですか皆さん。

長澤委員 そろそろ時間も来ていますが、今、おっしゃったみたいに、だけど、そう簡単に詰められることではないけれど、せっかくこれだけの体制を整えているのだから、それなりの病院を造らないといけません。市長さんが、日本一の病院を造りたいと言っているのだから、日本一にしないといけないです。でも、普通の病院の計画では、絶対日本一にならない。この加賀の新病院は、何が日本一かということを考えるべきです。日本一が何でも1個あれば日本一ですから。だから、先ほど言われたみたいに、例えばイギリスに行くと、外来に看護師が入り口のところに座っていて、患者さんの子どもを、看護師

で保育士の資格を持った人がずっと見てあげている。要するに、外来で健康な男の子、女の子預かるところです。このようなことを例えばやったとしますと日本一です。他がやっていませんから。そういうサービスでも何でも、小さな部屋を造ることは費用的にはなんでもないです。それは他ではやってないという、そういう何か目玉になる物を 3 つぐらい出来れば、良いほうじゃないかと思いますので、ぜひお願いしたい。この間、足利赤十字病院をやりましたが、全部個室です。それで稼働率は 100%以上です。その中に、感染症の病床が 20 床で、全部空けとかなければならない。それでも 120 床ある。最初、全部個室にしましょうって言ったときに、「ここ足利ですので、そんなことはしなくてもいいじゃないですか」と言われましたけど、個室にしたら大喜びでした。患者家族も喜んで入ってくるし、差額もそれなりに取れます。だから、ここで全個室やったらどうですか。これも北陸では、日本海に近いところでは初めてでしょうから。それから雪はここ降らないですか。

事務局 降ります。

長澤委員 降ります。雪を何かに利用するとか考えていますか。

川渕部会長 それは先日、市長も言っておられました。

長澤委員 そうですね。

毛呂委員 既に長澤委員と部会長がお話した通りだと思いますけれど、実務経験した者として、ちょっと話をさせていただくのですが、国立病院の設計をする際には、病院がどういう診療を提供しているかを教えてもらい、それに対してどういう建物を造ったら良いかを考えるのですが、病院の方々は箱から入ってしまうのです。それよりも、診療機能、ソフトの部分を詰めていって、それを提示していただければ、デザイナーの皆さんは、色々発想して形にしてくれます。ハードについて、こうしなさいと言うと、設計する側は言われた形にすれば良いのだと理解して、それで終わってしまうのです。

川渕部会長 ごく普通の病院が出来ますよ。

毛呂委員 外来部門をどうする、救急部門をどうするか、診療機能から詰めることは、他の委員会で詰めていると思いますけど、たぶん、ここはそういうことを議論する場ではなくて、それを受けて、どうしようかと検討する場であると思

いますが、別々にやるのは、ちょっともったいないかもしれないけど、合同でやるという形も非常にいいのではないかという気はしています。

稲坂委員 人口 7 万人の加賀市で、医療に関係する人や介護も含めてみんなが力を併せないと良い医療は出来ないと思います。そして、この病院がその中心になってほしいと思っています。ですから、行政の保健や福祉とかをみんな集めて、うまく協力出来るようなシステムの中心がこの病院であると。もしそういうことになれば、特色になるのではないかと思います。

毛呂委員 おっしゃっていることとちょっと違うかもしれませんが、開放型病院というものがありますが、その言葉も全然出てきていません。その辺についても、いろいろ議論はされていると思いますが。

事務局 介護療養型の件でしょうか。

毛呂委員 いや、開放型。

事務局 開放型ですか。要するに、医師会の先生方が病院に来られて患者を診るというものです。これについても考えています。で、どのくらい病床数が必要かですけど、今後も部門別計画の中に入ってきます。

毛呂委員 失礼しました。この中にそういう議論、項目が出てこなかったの。

川渕部会長 実は、もう全く医師会の先生が来ないところもあります。そうした病院は開放型病床が全然使われてない。また、開放型病床の登録医に報酬をどう分配するかも、もめやすい議題です。そういうことも設計に少し入ってないといけない。加賀市にそもそも開放型病床が必要なかどうか、やるとすれば、どういう開放型をやるのか、1つの大きなテーマだと思います。

稲坂委員 開放型病床ですけど、一般的にあんまりうまくいってないようです。例えば若い先生が検査を一緒するようなのはどうでしょうか。

川渕部会長 例えば九州では、開放型病床はうまくいっています。なぜかという、市民病院の役割を医師会が負っているからです。これに対して、関東の方は全然駄目です。掲げたコンセプトから、現実がもうずいぶん外れているからです。であれば、開放病床はつくっても全く意味を成さないと感じています。

さっきの救急の話でもそうですが、誰がどう担うかを詰めなければ、造るだけ無駄というか、そこは使われない空間になります。

嶋崎委員 その辺のところで、今ちょっと視点を変えますと、開放病床のように新たにやりたいことと、既に実績を上げていて、ある程度、成果が出ているものを継続していくという、視点も欲しいと思います。山中からは、病児病後保育は、ぜひ継続して頑張りたいということが出ていますし、あと診療関係で、循環器内科の近澤先生という方が、一般の西洋医学で駄目になっている方々を自費診療で点滴療法というのをされていて、遠くは横浜辺りから患者さん来ているということもあります。そういう、既に実績の出ているものは折り込んで、その火を消さないというか、そういうようなことを加えていただければと思います。

長澤委員 ちょっといいですか。先ほど、がんの化学療法みたいなものについて、ここは議論する場でないとのことでしたが、今のようなことが、空間的には大変近い。ですから、そういう空間がいるということをもってもらうといいかと思います。

川渕部会長 山中でやっていたユニークな医療を入れるのも良いと思います。ポイントは、何か売りを入れないと、普通の病院になってしまいます。駅前のもっと広い敷地で病院を造れるのに、もったいないと思います。

長澤委員 ちょっと話が違うのですが、これ病院の話というより、長野県の茅野市で、駅と市民センターを一体にして、すごい人気になっているところがあります。ここもよく見たら、温泉駅前のショッピングセンターの左側の方は、まだ空いているのですか。病院の方はそれなりに出来ますので、駅前開発やりませんか。そうすると、駅から一体になって、いつの間にか病院に来てるというような、そういう発想はどうでしょうか。交差点の問題も無くなって、空中の歩道でそのまま病院の方に行けるようにするとか、そのぐらいの地域振興駅前大病院ということをやっているところはないです。それこそ日本一です。みんなこの駅に来ます。

川渕部会長 結局、地域包括ケアのモデルかなと思います。いずれにしても、市のプランニングとの整合性が必要です。そうすると、地域包括ケアか急性期病院でいくのか、さらには商業施設とか、地域の介護施設とどう連携するかが、次のテーマです。

毛呂委員 私もぜひ期待したい。それで職員の中に都市計画課の方も参画されているというふうに理解をしていましたので。

川渕部会長 繰り返しますが、普通の救急病院を造るということじゃもったいない。これからの高齢社会に対してチャレンジしていきますというような、コンセプトか何かないですか。

事務局 今、長澤委員、川渕部会長がおっしゃられたことは、私も当初から言っておりました。でも、やはり新幹線というのは、14～5年後にしか来ないですし、先を見据えた都市計画が、必ず必要になってきます。この病院が来ることによって、加賀市の中心部は必ず変わります。街の流れも必ず変わります。ということであれば、先生方ご指摘の通りだと思います。

川渕部会長 そうですか。想いは同じだったということですね。

長澤委員 はい。

川渕部会長 はい、どうぞ。

長澤委員 いつもそういう構想を皆さんが持っていて、取りあえずやろうとすると、人がだんだん集まってくる。市民の方の総意も必要ですので、病院プラスの将来駅前発展の核になる病院計画みたいなことを、いつも言うておくと良いのではないのでしょうか。そういうことを言われているとだんだん浸透してきますので。

稲坂委員 いいですか？

川渕部会長 はい、どうぞ。

稲坂委員 それでさっきも言いましたが、新病院の中で、加賀市の行政の医療福祉のサービスもみんな一緒に受けられる。場所として加賀市の中心ですから、皆さんが来やすいと思います。そこでは、いろいろ協力出来ますので、医師会の事務所も入れてほしい。

川渕部会長 はい。

長澤委員 医師会館というのはどこにあるのですか。

稲坂委員 ここの近くです。

長澤委員 駅前に造っていただいたらどうですか。

事務局 委員のご指摘の通り、今回は建物の構成というものを、本来であるならば、部門別構成等を受けてすべきですが、最後の方を先行してやったということで、今、同時並行で部門別として、現場の方から、意見を吸い上げている最中でございます。そこで、私どもが言えないことを言っていただきまして、本来であるならば、こうして欲しいという内容を含めて、建物の構成を考えるべきであろうと思います。ご指摘のとおり、細かい点というのは、優れた設計者であるなら、敷地で見切り、現場で察知するということは間違いございません。ただ、資料としてご提示させていただいたのは、今の段階でのレベルでございます。先ほどの件で言いますと、ものすごい大きい話になりますので、それは事務局として持ち帰りまして、再度検討させていただきたいと考えております。

川渕部会長 ここは結構大事なところでありまして、コンセプトに照らし合わせて1個1個理由付けていく必要があります。例えば先ほどの駐車場の台数ですが、どういう根拠で300台とか600台としているのか。その根拠をつくる時に、患者の家族や病院職員のうち何人が駐車場を利用するのか積算する必要があります。さらに、ここに看護学校を作るとなると学生も使うのではないかな。そうした計算が無いと、空理空論の議論になるのかと思います。ですから、次回以降、そういう資料を出していただきたいと思います。他に何か、ご意見ありますか。

嶋崎委員 災害拠点病院を目指すということですが、震度いくつのレベルが来たときに、1週間くらい診療機能を維持するのに、どのぐらいのコストが余分にかかるのでしょうかということを、前回の時に、概略でいいので教えてくださいということをお願いしてありましたが。

川渕部会長 宿題ですね。

事務局 その点に関しましては、今、厚労省で災害拠点病院の詳細というのがさらに厳しくなるということで、情報収集に走っております。通常ですと3日間

の給水能力、入院患者、スタッフも含めて 3 日間 72 時間は持ちこたえられる水、飲料水の量、さらには自家発電もその量をまかなうことが、一応、現在の目安でございます。ただ、昨年の 3.11 を考慮しますと、3 日ではやはり足りないのではないかという議論もございます。ましてや、私どもの病院に関しては、透析患者もいますので、大量の水が必要だということも想定した上で、今後の計画に反映していきたいということで、答えとさせていただきたいです。

嶋崎委員 はい。災害拠点病院の指定を受ける、受けないか、の意思決定者は誰になるのですか。

事務局 最終的には推進委員会で決めるということですが、その前段階では北村先生が部会長をされている統合協議会、全体会、そういうところで大体決めていくと思います。

川渕部会長 去年 8 月の日本病院管理学会で石巻赤十字病院の副委員長の発表がありまして、聞いていましたけど、震災の前と後で、患者構成が全然変わったそうです。しかし、その石巻日赤病院も災害拠点病院が取れていなかったそうです。それで、今、災害拠点病院を取ろうとした時に、石巻市民病院も建て替えられるので、どうしようかということでした。そういう資料も、長澤先生が委員になったのですから集めたらいいと思います。厚生労働省が持っているかという、申し訳ないけど、おそらく何も無いと思います。災害拠点病院がどれぐらいコスト高になるかは、むしろ石巻赤十字病院に関してはどうでしょうか。そうすれば、井戸水、ヘリポート、エレベーター等の電気代も、どれぐらいコスト増になるのかが分かり、一定の意思決定が出来るかと思います。

長澤委員 昨日、以前保健医療科学院の部長であった先生がまとめた厚生科学研究に関するレポートがあがってまして、それは、日本建築業界やコンサルタント業界、日本病院会も全部あげてまとめた研究です。それを差し上げますが、それを読むと、今回の 3.11 とそれ以後のことが全部分かります。それから、石巻については設計した事務所の人が 3 週間ぐらい泊まり込んで、現状、その時の問題点等を挙げた報告書が出ているのです。災害拠点病院にするつもりでしたら、国土交通省と経済産業省が作ったハンドブックというのがあって、今から建築する病院に配るためのハンドブックです。要するに、免震をしても駄目ですよということです。免震であっても、建物の中で動くというこ

とで、特に長周期震動の場合は、手術台から患者が落ちたみたいです。兵庫県の方で、実物大の耐震と免震を両方している4階建ての病院を造って、中にCT入れたりして、検討し、全部分かったのです。それが今、3年間の点検が終わって公表されています。それで、今すぐでもやらなければならないことということで、病院の中身の方の話ですが、パンフ出来ていますので、それはまたデータを流すように致しますが、災害拠点病院をやるのであれば、1時間ぐらい話してもらえると、ほとんど分かりますので、そういう研究会をやったらいかがでしょうか。それから、ぜひ、先ほど申しあげた足利赤十字病院を、見に行ってください。大変広い、競馬場の半分を使ったところですので、駐車場の一番奥のほうの患者さんは、雨降って困る時には、ゴルフカートで外来の入り口まで連れていっています。そうするとみんな喜んで、みんな奥に止めたがる。そのようなソフトの面も一緒に併せてやると、ここは良い病院だなということになるのです。

川渕部会長　　私は個人的に聖隷浜松病院によく行くのですが、足利日赤とか、聖隷浜松とか、先進的な病院を見られたらいいと思います。それでは今回の宿題ですが、転倒率は分かりましたか。

小橋委員　　先生が言われていました転倒率は千分率で表示するので、期間中の患者延べ人数分の、期間中に発生した転倒・転落の件数というということで、当院の平成23年度は2.49‰です。

川渕部会長　　2.49‰ですか。

小橋委員　　平成19年は3.19‰です。

川渕部会長　　そうですか。

小橋委員　　やっぱりアクシデントがありまして、看護部の方でかなり改善をしようとしたということです。特に多いのは、入院当日の転倒が多いのです。患者さんがまだ慣れていないということです。それと、まだ、患者さんがどういう人かスタッフも把握していないので、入院されてすぐにアセスメントして、危険度を決めて、それを看護記録の名前のすぐ横に表示することで情報を共有化するというです。危険度が高い人には見回りをしたり、声かけをしたりとかで、かなり当日の分についてはなんとか対応しています。やっぱりあと多いのは、ベッドサイドでの転落で、テーブルとか固定されてない物に手を

付けて転倒してしまうという例が多いということなので、その辺は建築のときによく考えていただいたらいいかなと思いました。

川渕部会長 嶋崎さんどうぞ。

嶋崎委員 はい。山中温泉医療センターは、平成 23 年度の 4 月から今年 2 月末までの集計ですけど、入院延べ患者数が 1,496 で、そのうち転倒転落、アクシデントにあった人は 54 いますので、3.6%です。ご高齢の方が多いです。

小橋委員 先生、それたぶん、やり方が違いますか。1,000 何人というあれでしょ。

嶋崎委員 延べ人数。

小橋委員 延べ人数ですか。1 年間ではそれ少なすぎるでしょ。1 日 1 人で数えるみたいですから。

嶋崎委員 そうですか。延べ入院患者さんで 11 ヶ月です。2 月末までなので、3 月はまだ入ってないですけど、1,496 人入院していて、アクシデントがあった人が 54 人。

小橋委員 それは、この計算式とは違います。計算式が決まっています。だから、例えば今日、何人入院していたということを積み重ねて、1 年間のトータルが出ます。ですから、たぶん、それ 1,400 というのは実際の患者さんの数ですね。その中で 10 日入院している人も 30 日の人もいるから、そこだけの数字では、数字が出ないので、要するに 1 年間に何人ということです。

嶋崎委員 そうです。だから、その辺のところを課にお願いしたのですが、先生が言われた計算式と違うと思ったので、我々が行った計算式を説明させていただいた、ということでございます。

小橋委員 この計算式は決まっているそうです。

嶋崎委員 またちょっと再確認してみます。

川渕部会長 聖路加国際病院の院長の御著書に、その定義が出ています。小橋先生がおっしゃったように、その定義は国際的に決まっているようです。さっき長澤

委員が全部個室はどうかとおっしゃいましたが、全室個室の聖路加で何故転倒率が多いのかと調べたら、病室に手すりが無かったということです。やっぱり患者は高齢者が多いので、特に入院初日は多いということでした。時間となりましたので、事務局の方で次回の説明をいただきます。はい、お願いします。

事務局連絡

- ・ 次回建設部会は4月25日の予定。
- ・ 会議録は完成次第送付するので、確認をお願いしたい。

以上