

統合新病院建設部会（第5回）会議録

日 時：平成24年6月26日 午後3時開会

出席委員：稲坂委員、川渕部会長委員、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)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 5. 医療機器等整備計画(案)

6. 医療情報システム計画(案)

7. 物品供給管理システム計画(案)

川渕部会長 現在、使用している医療機器等で使える物は新しい病院でも使用する、という説明でありましたが、ご質問、ご意見ありますでしょうか。

毛呂委員 基本方針では、運営機器の保守管理等の管理業務を一元的に行うと書かれており、機能・規模のゾーニング等にある1)の記載を見ますと、MEセンターを設置すると読めるのですが、現在、加賀市民病院ではMEセンターは運営されているのでしょうか。運営しているのであれば、どの程度、医療機器を管理しているのか教えてください。

また、主な取扱機器ということで、ほとんどの医療機器が記載されていますが、ME機器センターという中央管理する部署を立ち上げた場合、全てをME機器センターで対応していこうと考えているのでしょうか。例えば内視鏡のファイバースコープは、内視鏡部門で管理するというので、一般の病院ではME機器センターで管理しません。このような機器が結構あると思いますので、MEセンターでどこまで管理していくのかを教えてください。

事務局 MEセンターの件でございますが、現状といたしまして、加賀市民病院には臨床工学技士が3名、山中温泉医療センターには、資格を持った人はいません。加賀市民病院の現状は、主に透析室に2名、手術室に1名配置されてお

ります。管理している機器でございますが、手術室、透析室の機器については、安全な運用と保守管理ということで管理しております。そのほか、人工透析や、各病棟で使う機器についても保守点検を行っています。新しい病院では、それにプラスして病棟で使う人工呼吸器や輸液ポンプなどの機器を、集中的に管理していく場所として ME センターを設置したいと考えております。具体的な場所につきましては、手術室の近くでは手術の機器、人工呼吸器や輸液ポンプなどについては病棟で、そのようにいろんな部署で使う機器を集中管理したいと考えております。

毛呂委員 手術部の近くに ME センターの設置を考えているということですが、ゾーニングの中に記載されている血液浄化業務のスペースを設けるといことは、透析センターの中にそのスペースを設けると理解していいのですか。それとも、ME センターの中にスペースを設けると理解すればよろしいのですか。

あと、新しい病院では、ここに記載されておられません人工心肺を扱うような手術をする予定ですか。

事務局 まず ME センターですが、基本的には、透析の機器は透析室に置いて管理するというイメージです。ただ、機能・規模の2) 血液浄化業務の腹水濃縮濾過等のスペースを設けるとい記載について、血液浄化業務に関する機器は、手術室の近くで ME センターとして管理していく機会が増えると考えております。

あと、人工心肺を扱うような手術については、今のところ考えていません。

川渕部会長 2つの病院を統合する際、システムが異なることが多いと思いますが、例えば電子カルテの統合は、うまくいくのでしょうか。

事務局 電子カルテ、いわゆる医療情報については悩ましい問題です。新しい病院では、今、使用しているメーカー、あるいは新たなメーカーに当然統一することは可能であると考えています。ただ、データ自体、特に医師の記載した部分については漏れなく移行することは必須条件かと思いますが、それを PDF 等で貼り付け、閲覧は出来るが、検索機能について劣ることも考えられますので、その辺りを検討する必要があります。

川渕部会長 分かりました。他によろしいですか。それでは、次の基本計画（素案）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(素案)について

事務局説明 資料3 基本計画(素案)

川渕部会長 ただいま事務局からご説明いただいた内容について、ご質問、ご意見等ございますか。

毛呂委員 再三話をさせていただいているように基本計画に記載する事項としては、少し細かい部分があり、これをベースに各設計事務所、あるいは施工会社が技術提案をすることは難しいと思います。どのような病院にしたいということをも明確に伝える基本計画を提示し、それをベースにいろいろな提案をってもらう形がいいのですが、現場からの要求もあってか、実施設計という詳細な設計を行う段階での検討事項がかなり含まれています。基本計画は憲法のようなもので、そこに記載されたことは絶対的なこととなりますので、最終的な扱いについては、例えば提案の際に、基本計画は参考であり、場合によっては従わなくても良いということ、検討していただきたいと思います。

事務局 ご指摘のとおり、細かい部分も多少残っています。発注にあたり、10月にプロポーザルで業者の募集をかける段階では、極力その辺りを考慮した内容とさせていただくつもりでございます。ただ、両病院の現場スタッフの要求が、特に部門別計画には残っております。4年後の良い病院を目指すといった時に、今、一生懸命現場スタッフが考えている内容について、削除することは事務局としては難しいところがありますので、それを踏まえて、委員のご指摘を参考にしながら極力スリム化出来ればと思っております。ただ、基本計画ですので、これを原則ということできたいと考えております。

小橋委員 現場の声を大切にすることは分かるのですが、現場はおそらく、今の状況を少しでも良くしようという、発想の仕方が改善なのです。私も他の病院を見てきましたが、新しい建物を造るとなると、全然知らないパターンがたくさん考えられるのです。場所が変わると仕事のやり方やシステムまで変わってくる可能性がありますので、現在、働いている病院からの改善という考え方の場合、新たな良い提案を抑えてしまう可能性があると思います。だから、現場の意見は意見として大事ですが、いろんな事例を知っている業者から提案してもらおうよう、あまり細かい所まで縛らない方が、良いという気がします。

稲坂委員 今のことに関連して、新病院の建設は 2 つの意味合いがあると思います。一つ目は、2 つの病院をどのように統合していき、そこで働く職員をどのように採用していくかということ。

二つ目は、新しい病院を造るのですから、それに応じた新しいビジョンの新しい医療を展開しようということ。今日の建設部会も、東京から先生方が来られていますが、加賀市と関係ない人から見て、「こんな病院があると良い」という新しいビジョンの医療を、この新しい病院で展開したいという面もあると思います。だから、現在の 2 つの病院だけで考えたのでは、小橋先生がおっしゃるように、新しい病院、新しい医療の展開にはなかなか結びついていかないだろうと思います。

川渕部会長 他によろしいですか。

嶋崎委員 はい。

川渕部会長 それでは、嶋崎委員お願いします。

嶋崎委員 21 ページ C の病室構成の 1) ですが、この文章を数式で表した場合、1 床室を A、2 床室を B、4 床室を C とすると、 $1 \times A + 2 \times B + 4 \times C$ となります。それぞれの A、B、C についてはゼロ以上ということでしょうか。2 床室、4 床室は 1 以上必要ということでしょうか。

事務局 この記載は、1 床でも 2 床でも 4 床の中で、自由に考えてくださいということでもあります。次に 22 ページの上段に掲げています、個室が 50% 以上という数の縛りが出てきます。そして、「個室以外の多床室については、将来的に個室化が容易にできるよう」という記載があります。要は個室化も良いということであり、自由な個室の提案を受け入れる内容になっております。

嶋崎委員 今、私が話した数学的な表現でいけば、変数をゼロ以上で良いということも明記した方がいいと思います。

事務局 ゼロ以上というよりも、21 ページの 1) の 1 床室以降と 22 ページの上の文言とかなり重複しております。ですから、21 ページの 1) がなくても、個室の 22 ページに関する文面だけでも設計は可能であると考えます。ただ、想いとしては、2 床室、4 床室も組み合わせつつ、個室を 50% 以上取ってくださいということ。最近の事例では、いろんなパターンの個室が提案されている

と伺っています。いろんな設計者の考え方もありますし、それを期待するため、何々以上というより、自由な提案を受け入れるということでご理解いただきたいと思っております。

嶋崎委員 業者に掲示する表現について討議していますので、部屋数をA、B、Cとしたときに、A、B、Cがそれぞれゼロ以上で、個室率 50%以上という制限であれば結局、 $A \geq 2B + 4C$ というような数式で記載した方が分かりやすいと思いますが。

事務局 個室と言われましても、最近では多床室的個室という多床室でも個室の雰囲気を出し出す形態も出ております。今、数式で表すよりも、設計者がどのような形態の個室を表現してくれるかとなると、数値の縛りよりも自由に割り振りして提案して欲しいということで、最低ラインはあまり設けない方がよいという考えでございます。

小橋委員 病室構成の中で2床室、4床室と数字を挙げているのはどういう意味でしょうか。2床室はあまり意味が無いように思いますので、個室と多床室という記載でいいのではないですか。多床室は、多くの人を1ヶ所で診ることが出来るというメリットがありますが、2床室はそのメリットも少なく、プライバシーが保てるわけでもないので、あえて2床室と4床室を両方記載している意味が分かりません。

事務局 現在、素案の段階で2床室という表記になっている理由、経緯につきましては、病室の移動や割り振りに対し、非常に使いやすいという意見が統合協議会の中で出てきましたので、2床室と記載しております。3床室や6床室については、患者さんに挟まれる形も考えられますので、1床室、2床室と4床室で効率的な組み合わせとするという表現になっております。この辺が、非常に悩ましいところでして、どういう提案を引き出すかをご討議願ひまして、より良い表現に変えていきたいと思っております。

毛呂委員 1床室と多床室と言っておりますが、多床室は2床室、4床室のことだけではなく、いろいろなバリエーションがあります。例えば、10床室も多床室ですし、極端な例で言えば50%の1床室と、あとはナイチンゲール病棟のような形も考えられます。そのような提案を含めて受け入れるのであれば、2床室、4床室と書かずに、1床室と多床室の組み合わせと記載する方が、いろいろな提案が出てくると思います。

あと、先程、4床室であっても個室的な空間を造れば、それは個室と捉えま
すという言い方をされましたが、50%の個室の中に、個室型多床室も個室と
してカウントすることは、望ましくないと思いますが、その辺はどのように
考えていますか。

事務局 1床室が50%以上で、その他については、個室に変更が出来るような構造、
あるいは個室の雰囲気を持たせた構造ということで考えております。

長澤委員 個室のことも含めて2点ほどお話しします。一つ目は、この基本計画は、毛
呂先生がおっしゃったように、確かに今の段階では細かいと思います。ただ、
全体の工程を考えますと、基本設計の際に病院の要望等を検討していても遅
いので、細かい部分も含めて検討しておくのは良いと思います。ただし、こ
れから業者の選定する際には、参考として見ておいてくださいという形にし
て、業者が決まった後、設計を進める際の意見交換を通して決めていけば良
いと思います。先ほどの電子カルテについても、どのように統合していくか
など、そのような話しは業者が決まらないと出来ません。この基本計画につ
いては、先ほど憲法とおっしゃっていましたが、それは基本理念や整備の基
本方針だと思います。基本理念は「おもしろい」から始まり、基本方針は「信
頼される最適な医療を提供します」など4つあります。その次に、統合新病
院整備の基本方針があり、地域の中核病院、災害対応、加賀市としての特色
ある医療機関となるよう整備するとありますが、これを伝えれば、業者は一
生懸命考え、規模などは少し他の部分を見ながらも提案してくると思います。

二つ目は病室構成ですが、表現に工夫が必要かと思います。2床室、4床室
という言葉を入れると固定的になる可能性があります。1床室と4床室で病
室は構成するべきであるという本が前に出ていましたが、そういう時代では
なくなってきました。最近ではアメリカのICUでガラス張りの個室としてい
るケースもありますので、それも全部含めて、1床室と多床室を原則として、
1床室の割合は、多ければ多いほど望ましいということです。それで、もっ
と重要なのは、各ベッド周りの患者さんの療養環境とベッド周りの医療・看
護作業の効率性、安全性を十分に考慮した病室にしてくださいということです。
多床室でもあとで1床室に出来るような構造とすると記載されているのは、
全て個室が良いが、出来ないのであれば後から個室にしようということ
ですから、基本的には個室が多く欲しいという思想からきていると思います。
基本計画ではこのように記載して、これをベースとして、どのような提案を
していただくかという議論の中で詰めていけば良いかと思います。病室構成
については、集中治療室は分ける必要があるかもしれませんが、個室と分け

て記載しなくても良いと思います。「廊下側の患者の療養環境に配慮した病室とする」という記載は、今の病室の4床室や2床室のベッド配置が頭の中にあって、このような表現になっていますので、患者の療養環境、医療・看護サイドの環境として最適なものを提案してくださいと記載すれば、いろんな提案が出てくると思います。

稲坂委員 個室に関して、全て個室にしてくださいということですが、本人のプライバシー保護や診療、看護するとき個室は非常に便利だと思います。ただ、年寄りの患者さんは1日中1人になると、あまり良くないと思います。同じような病気に罹っている人や仲間と一緒に居る中で療養している方が、精神的に良くなることもあると思います。

長澤委員 あると思います。だから、常に全て個室にということではありません。

稲坂委員 プライバシーを守る時間も必要ですけど、同じ病気の患者さんと一緒に話し合うという場所や時間も必要だと思います。

長澤委員 その必要性については、否定出来ません。だから1床室、多床室と記載していれば、地域性や何人か一緒にいた方がお互いに良い状態であるかなど、基本設計の段階でどういう患者さんを対象とするのかを検討してからでも変え得るかと思っています。今の段階は、こちらの想いが業者へ伝わればいいので、それも参考ですから、ある程度の方針を記載しておき、あとはどういう案を提示してもらえるかです。プロポーザルは提案された案をそのままやらなければならないということは一切ありませんので、病院と業者が協議して、最終的にどの程度の割合でどのような病室の構成になるかを決めていただくということだと思います。

川渕部会長 2点ほどよろしいですか。一つ目は基本計画の2ページにある基本方針についてです。7番目に「加賀市としての特色ある医療機関となるよう整備する」と記載されていますが、病院建設予定地が駅前ということもありますので、ホスピタリティーやおもてなしなどが大事だと思います。患者の図書とか医療情報コーナーを設けると記載されていますが、コンシェルジュを置く病院も増えてきています。新病院でも病院コンシェルジュとか水先案内人のような機能を設けても良いと思いますがいかがでしょうか。例えば、聖隷浜松病院では、雨が降った日は傘を持ってきてくれました。レディー・カガの加賀市としてホスピタリティーを実現してはどうでしょうか。先日、韓国に行っ

て参りましたが、病院の隣に葬儀場がありました。そこまで行かなくても I C U に隣接して家族の方が待機したり出来る場所があると良いと思います。ホスピタリティーやおもてなしなどをコンセプトにして加賀市らしさを入れることを考えると、全室個室もあり得るかと思います。急性期病院として平均在院日数 16 日を目指す病院ですから、病院で亡くなる方も多いと思います。その場合、個室か 4 床室で亡くなりたいかと考えると、個室の方が家族は気兼ねなく行けて、長く居れます。

もう 1 つは、レストランと売店の運営形態についてです。外部委託と 39 ページに書いていますが、確かにレストラン、売店は外部委託の話をしたが、薬剤、検査や栄養の委託形態については議論していません。原則内製化と考えればよろしいですか。というのは、医薬分業とするのか、病院で調剤するのか、どちらがホスピタリティーに沿うかも考える必要があるからです。

事務局 運用面ということで確かに後回しになっている感はありますが、基本計画の記載について補足させていただきますと、栄養は一部外部委託を想定すると記載されています。薬剤と検査につきましては、基本計画でははっきり示されていませんが、自前で行うというイメージで記載しています。

物品供給システムで SPD を導入するという事は、先ほどの物品供給管理システムの中で記載しております。

川渕部会長 はい、分かりました。

稲坂委員 薬剤や検査を外部委託すると、現在の職員をどうするかという問題があります。

川渕部会長 新しい病院でも内製化が前提ということですね。

事務局 薬剤ですが、前回、少し院外、院内という話が出ましたが、加賀市はかかりつけ薬局を持っている人が結構多いです。例えば、普通の大きい病院では門前に流れる処方箋は 7 割、8 割ですが、加賀市民病院は 5 割ぐらいが門前で、5 割がかかりつけ薬局ですので、かかりつけ薬局でお薬をもらっている方が非常に多いということが分かりました。これをかかりつけ薬局から門前薬局へということになれば、厚生労働省の方針や原則にも反しますし、院外へ出す方が待ち時間の短縮等にも繋がりますので、そのような方向で考えたいと思います。

川渕部会長 はい、分かりました。

稲坂委員 医薬分業に関して言いますと、分業率は石川県で加賀市は 1 番進んでいると思います。ですから、最近、開業する先生は、門前薬局を持たないです。

川渕部会長 そうですね。

稲坂委員 自分が知っている薬局から薬をもらうことに、全然不自由に感じていないと思います。調剤している薬局も、非常に多いですから。

川渕部会長 そうですか。

稲坂委員 ですから、医薬分業とすることは、加賀市では割と簡単であると考えています。

川渕部会長 そういう推論もあるのですね。

稲坂委員 はい。

長澤委員 今、話されていることは外来の調剤ですが、入院の調剤・製剤もありますし、特殊な場合もありますから、外来の調剤が院内に全くないというわけにもいかないと思います。

事務局 委員ご指摘のとおり、予想としては、大体、処方数の 90%前後を院外に出して、残りの 10%程度を院内で処方すると思います。院内で処方する理由は、1つは夜間で、夜お越しいただいた患者さんは院外の薬局でもらうことが出来ませんので、院内で渡す必要があります。精神的な疾患の医薬品や抗がん剤など院外でもらうことが難しい医薬品については、自前で出すことも考えられますので、院外処方率は多分 90%ぐらいと考えております。

長澤委員 今後、設計を進める際、外来薬局の規模や位置、それから夜間・救急の薬剤の出し方などに関係しますので、院内処方をどの程度するか、そして、どのようにするかを決める必要があると思います。

川渕部会長 他にありますか。

嶋崎委員 21 ページのイ.機能・規模の a.病床構成ですが、総病床数 300 床、一般病床数 250 床、そうすると回復期リハビリテーションは 50 床ですが、こういう形で記載するのですか。第 2 回建設部会の際に、現場の要望で、積み上げ方式の中でいろいろ変わることもございますという説明を受けています。回復期リハビリテーション病棟は未定の状況ですが、今後の基本設計をする際に、この数字を確定したものとして出すのか、それとも、変動する要素があるということを出すのですか。

事務局 回復期リハビリテーション病棟につきましては、特別委員会のような形をとって、そこで検討していただいておりますが、まだ検討結果が出ておりません。ですので、資料 25 ページの回復期リハビリテーション病棟については検討中という形です。その検討の中では、30 から 60 床ぐらいまでの範囲を広げるか、そして、経営的に成り立つかどうか、患者さんのニーズがあるかもどうかも含めて検討を進めておると聞いております。最終的に、例えば 50 床や 40 幾つと決めなくても、基本計画の時点では大丈夫であると思っております。

嶋崎委員 一般病床が 250 床となった場合ですが、12 ヶ月のうち 1 ヶ月半ほど、加賀市の患者を 30 人から 40 人を受け入れられないような状況になると思います。今年の 2 月上旬から 3 月下旬ぐらいまでにかけて、加賀市民病院と山中温泉医療センターでベッドが詰まった状況になり、その時、最大で 280 人から 290 人ぐらい急性期で入院する患者がいました。効率的に運営するという一方で、病床利用率 90%と言われていますが、これは事務方から出てきている数字だと思います。病床数の関係であふれた場合、実際、現場で医者が紹介先を探するなど、いろいろしなければならぬことが増えますが、そこは事務方で責任を持って全部やるということであれば、300 床が良いと思います。その確約が医療従事者としては欲しいところです。

事務局 今年 2 月のデータを見ますと、今、嶋崎先生が言われたデータは、退院患者数を入れた数字でございます。ですから、実質、正確な病床数の利用は、毎日の夜 12 時現在の利用数でカウントいたします。ですから、先生が言われた 280 人という数字は、その月の延べ入院患者数にプラス退院患者数を足しておりますので、実質、2 月の正確な数字は、3 月の答弁でも言いましたが 250 人も無かったと思います。これから、入院平均在院日数が下がっていきますので、300 人に近い一般病床患者数がいるということは、2 月が最大であり、それ以外は少ないと感じております。

嶋崎委員 2月の6日か7日から3月11日まで、山中温泉医療センターは全部で182人程度であり、療養病棟及び回復期リハビリテーションがそれぞれ38人とすると76人、急性期病棟で105から106人が入院しており、加賀市民病院が226床のうち回復期リハビリテーションが42床です。226から42を引いて、先程の山中医療センターの分を足すと、絶対に足りないと思います。だから、その辺の数字は確認していただいて、お願いしたいのは、病床数が少ないなら少ないでもいいですが、医療関係者に、患者が入らない施設を造って、現場で診た医者に紹介先を探せということは無いようにしてほしいということです。入らない施設を造ったのは事務方の設計ミスとして、事務方で責任を持って紹介先を探してほしいという気がします。

長澤委員 病床数の話は、はっきりした方がよいと思いますが、いずれにしても今日の段階では、回復期リハビリテーションの案がありませんので、決定的なことは言えません。この病床構成を見ると、微妙な表現がありまして、例えば、集中治療室は10床以内と書いてあり、重症者室は18床程度、開放病床も5床程度と書かれています。その中で、総病床数300床、一般病床数は250床とはっきり書かれています。これを、例えば250床程度とすれば、あと回復期リハビリテーションの状況によって変わってはきますが、設計を進め形が出来てくる中で、検討していくと上手くいくことがあります。ですから、数字は少し設計によってベッド数を前後出来るようなことが内部で許されるならば、そのようにした方がよいと思います。総病床数については許可病床数となりますから、あんまり変えられませんが、中身は少し動かせるような形で進めていく方がよいと思います。

稲坂委員 病床に関して、5床程度を開放病床として開業医と共用することになっていますが、医師会とまだ何も相談していませんので、実際に加賀市で出来るかどうか検討が必要だと思います。5室程度、共用することが出来るなどと記載すればよいと思います。

それともう一つ、23ページのトイレについてですが、自分が入院した経験では、トイレは朝が混んでいます。3箇所程度と書いてありますが、これで足りるのでしょうか。3箇所で便器3つだったら、絶対足りないと思います。小便器は足りると思いますが、大便器は朝になると混雑しますので、皆さんの考え方はどうでしょうか。

毛呂委員 3箇所程度の意味合いが分かりません。3箇所が3ブースなのか、それとも、3箇所ぐらい分散配置して、それぞれに何ブースぐらい持つかは今後検討する

ということなのか。後者であれば、先生の心配されているようなことはなく、設計段階で詰めれば良いという気がします。

事務局 委員がおっしゃられるように、1病棟の中に3箇所程度に分散配置して、その中に幾つブースを設けるかは提案によるという意味合いでございます。

小橋委員 少なくとも30%は有償の個室になるかと思いますが、そこはトイレ付きということになると思います。そうすると、あと70%の患者さんのトイレですが、患者さん自身で排尿、排便が自立している方はそのうち何%であるか。おそらく、トータルの半分ぐらいだと思いますので、その辺を考える必要があります。トイレは各病棟に3箇所程度ですよ。

事務局 はい、そうです。

小橋委員 そうすると、結構な数になるという気はします。

川渕部会長 それは、実際、設計してみないと分からないと思います。

長澤委員 トイレについても随分決定的なことを書いてあります。この段階では、個室の数も未定で、どんな病室になるかも分かりません。「病室外に配置する」と記載されていますが、これは多床室の場合に病室内に設けると、今までトイレの調査研究をしましたが、誰かが汚して出てくると、その人に非難が集まることや真夜中にトイレに一人が行くと、他の人が目を覚ましてしまうということがあります。トイレはベッドに近いことが大変重要でありますので、病室の外であっても内であってもいいです。おそらく、病室内の場合だと今のような問題が生じるので、廊下に出てから、どこにあるかは分かりませんが、そばにトイレがあることが望ましいということを示しているのだと思います。ですから、多床室でもベッドの周りの入院環境、それから、亡くなる場として院内環境を充実しなさいと記載したと同じような意味で、トイレは排泄する場所ですから、入院患者さんのベッドからなるべく近くに、使いやすい形で、騒音などいろんなことを考えた上で設置しなさいということに記載すれば良いと思います。個室は、他に迷惑する人はいませんから、病室内に設けても構わないと思いますが、多床室に対しては、集中型と言ってしまうと病棟のプランが固定してしまいますので、表現を考えていただいても良いと思います。

川渕部会長 再度確認したいのですが、手術室は、やはり 6 室必要ですか。

長澤委員 7 室から 6 室に変更されていますよね。

川渕部会長 2500 件という年間想定手術数から考えると、6 室は相当多いと思うのですが、大丈夫でしょうか。バイオ・クリーン・ルームも 2 室造るとありますが、本当に 2 室も必要ですか。

小橋委員 先のことは読みにくいですが、私自身は、近い将来そんなに必要無くなっていくという気がします。というのは、手術が徐々に高度化していくことと、もう 1 つ、一番懸念されるのは、加賀市の人口が減ってきて、高齢化がさらに進み、若者は少なくなってくる。そういう状況の中で、今でも時々あるのですが、若い人が例えば金沢とか福井とかに居て、例えば「手術をしましょう」という話になると、家族は自分の住んでいるところの近くで手術を受けさせるということがありまして、今後も増えていく可能性があると思います。それから、手術自体が非常に高度化してきて、手術する病院はかなり集中化してくる可能性があるので、全体的に見ると、手術件数は減っていくだろうと思っています。ただ、現状、加賀市民病院ですが、整形外科などは手術件数が今は多いので、「バイオ・クリーン・ルームが必要だ」と言われれば、それは必要無いと言えないのかと思います。

川渕部会長 そうですか。

小橋委員 それから、手術室数は、この前も少しお話ししましたが、手術室を効率良く使おうとすると、スタッフが非常にたくさん必要となります。

川渕部会長 そうですね。

小橋委員 大学病院のように、午前中から手術を出来るようにして、1 つの手術室で出来る件数を増やせば良いのですが、スタッフはそれだけたくさん必要です。スタッフを確保することは、非常に難しい状況を考えると、多少部屋を多めに造っておくのは仕方が無いと思います。ただ、6 室が適正かと言われると、必ずしも適正であるとは言えません。

長澤委員 建物のイニシャルコストとランニングコストを考えると、手術室数より、バイオ・クリーン・ルームを 2 室設ける方が気になります。これは、今後、

高齢の患者さんで股関節の手術が多くなるとかいろんなことがあると思いますが、フィルターについては HEPA フィルターを使いますので、費用が掛かりますし、換気回数を保つための電気代などランニングコストも掛かります。この病院の規模であれば、バイオ・クリーン1室でも大丈夫だと思いますが、特別な理由があるのかをお聞きしたいです。

川渕部会長　　これからの病院を考えるといかがでしょうか。基本構想時にも検討しましたが、明らかに人口減の方が高齢化より大きいということで病床数は、300床程度になったかと思います。おそらく、外科系よりも内科系の病院になっていくと思います。金沢大学の状況は分かりませんが、全国的な外科の入局者は減っており、ピークの3割ぐらいになっていますので、手術の適用に関しては相当厳しくなると思います。そうすると、放射線療法とか化学療法のシェアも増えてくるという気がします。新しい病院では地域包括ケアも提供されるということですので、内科系で平均在院日数16日を目指す病院になるとバイオ・クリーン・ルームは2室も必要ないのでは。お金も掛かるし、年間2,500の手術症例ですし、バイオ・クリーン・ルームが本当に2室必要かを最終確認したいです。

毛呂委員　　基本計画について、いろいろ議論して、もう最終段階に入ってきていますが、その扱いについては、先程から、これに抛らず提案してもらおうという話が出ています。ただ、実際に設計していく時に、基本計画に記載されていることは実現しなければならないとなった場合、想定している面積内では、ここに書かれている機能全ては、絶対に入らないと思います。入らないとなった時に、何をそぎ落としていくかについて、また同じような議論をするのでしょうか。それをどこで、誰が主導権を取っていくのでしょうか。例えば、手術室を減らさなければならない場合や、各部門に様々な部屋が必要だと書いてありますが、それらを整理する作業は、どこで、どのようにされるのかが見えないです。そのときに、例えばインハウスですという話が出ましたが、昔の国立病院では、ほとんどインハウスでしたので、要望は膨らむばかりで、「あれもします」「これもします」と面積的に大きくなっていきました。これを外注のような形にすると、例えば検査を外注した場合、スペースはかなりコンパクトに収まると思います。一方、インハウスの検査科の人たちと打ち合わせをしていくとどんどん広がっていきます。削ろうとしても、「これは絶対必要だ」と言われ、なかなか削れません。今後、そのような調整が必要だと思いますが、そういうことをどこでされるのかを教えてください。

事務局 形としましては、部門別計画につきましては、統合協議会のグループ、班から積み上げてきましたので、そこに確認する作業が必要であると思います。今、毛呂委員がおっしゃるように、そこでまとまるかどうかは非常に悩ましい問題ではあります。

川渕部会長 例えば 51 ページの建設計画にある 8 つのコンセプトですが、この中でも優先順位があるかと思えます。今後、部門別計画の中で、スペースの制約の関係上、どこを削るという局面が出てくるかと思えますが、その時に、何に重きを置くのか快適さに重きを置くのが恐らくポイントになると思います。時には、何床程度、何室程度という記述も必要ですが、〇〇室などにして、少し自由度を持たせるということもあるかと思えます。数値ばかり記載すると、最終的につじつまが合わなくなる可能性もありますので、一定の検証が無い部分は少し弾力性を持たせ、記述してはいかがでしょうか。その一方で、どうしてもここは譲れない数値、例えば、総病床数 300 床は随分議論しましたので、そういうことは記載してはいかがでしょうか。先ほど嶋崎委員がおっしゃられたことですが、瞬間風速で満杯になった病院は結構あります。

嶋崎委員 1 年のうちの 1 ヶ月半ぐらいが厳しいです。

川渕部会長 厳しいですか。

嶋崎委員 はい。

川渕部会長 平均在院日数 16 日ですから、ざっと計算すると延べ 6,000 人ぐらいの患者さんが入院する病院になるわけです。季節変動はありますが、9 割ぐらいの利用率を目指していくということになっています。ただ、満床を超える期間が 1 ヶ月半もあるということであれば、少し考え直す必要があるのかとも思いつつも、まだ回復期リハビリテーションが出てきていませんので、そこは慎重に考える必要があります。基本構想時は 50 床でしたが、それを例えば 70 床ぐらいにするとか、開放病床で 5 床出てくるのであれば、バッファーとして使っていくという方法もあると思います。

嶋崎委員 基本構想の時は、300 床を基本にということで「基本」という単語が付いていましたが、最近はその「基本」が消えて、300 床だけとなっています。回復期リハビリテーション病棟の検討の中で、ベッド数の議論が出ているということで、あえてここで病床数について話をさせていただいたわけですが、

その基本にというところをどのタイミングで決めるかです。満床を超える期間が1ヶ月半ありますが、どちらかというアメニティーよりも安全保障の部分で全員収容出来るほうが、医療従事者としてはありがたいということです。

川渕部会長　その点は事実確認をしないといけないと思います。現場の運用レベルで少し均すことができるのか、全く足りない状況となるのか、それから、将来の加賀市の人口推計を踏まえ、現状と将来に向けて考える必要があると思います。ただ、いずれにしても、病床数に関して錯綜していますので、そこは見える化する必要があるかと思います。回復期リハビリテーション病棟が決まっていますので、出来ればその部分を含めて再考、再検討していただくということでしょうか。ここを決めないと、どれぐらいの規模の病院になるか分かりませんし、建築単価から全部関係してきますので。本当に瞬間風速で5床ぐらい越える話かどうか確認下さい。

事務局　両方の病院から入院患者さんのデータをいただいています。確かに、今年の2月は非常に多くいらっしゃいました。ただ、先ほど申し上げましたとおり、退院患者数を含めた延べ入院患者数でいきますと280人ぐらいになります。退院患者数を抜きますと、3月の議会の答弁では250人を割っておりましたので、250床で十分だということで答弁をさせていただいております。入院患者数というのは、退院患者数を入れてカウントをするものと、実際にベッドの稼働率はどれだけかという計算するときには、その日の夜12時現在の入院患者数でカウントするというので、いろんな稼働数の計算がありますので、その違いだと思います。

川渕部会長　それはありますよね

事務局　実質、1つのベッドにどう使われたかという、例えば朝退院されて昼から入院すると、これで2人になるわけです。しかし、ベッドは1個しかありませんから、そういう形で計算をしていきますと、データでは250床を割っているということでもあります。

嶋崎委員　加賀市民病院で脳外科に入院している患者さんで、ベッドが無いので山中医療センターで受け入れたり、加賀市民病院の内科で、肺炎の患者さんを満床であったため、急変するかもしれないが、怖いながらも外来で点滴してつなぐということが冬場にありました。実際に医療を提供する現場で患者さん

に向かい合う者とする、安全保障の部分でゆとりが少し欲しいということで、総病床数 300 床を基本と決まっていますが、それを、また議論できるかと思っていました。今、そういうことを事務方はどうも考えてないということですので、ここで苦言を呈させていただきます。

事務局 確かに加賀市民病院で 2 月、満床だから申し訳ないけども他の病院に行ってもらったということは聞いております。ただ、加賀市民病院の弱点だったのは、多床室で男の部屋に 1 つ空いていても、女性の患者さんを入れることが出来ないということで、他の病院へ行ったというケースはよく聞いております。満杯で全て埋まって、どこにも行くところが無いという形で他の病院へ行ったというケースは、聞いてはいないです。それともう 1 つ、事務方としてやはり考えることは、300 床であれば、300 床に必要な看護師の数を用意いたします。これが例えば 350 床になれば、350 床に必要な看護師を集める必要があります。その辺りも含めて、確かに瞬間風速では満床を超える可能性は高いと思いますが、その瞬間風速のために 1 年間の看護師を用意することは、事務方の考え方としては非常に辛いものがあると思います。

毛呂委員 先ほどの満床となったときに、本当に病床稼働率が 100%を超えている満床なのか、90 何%で満床なのかということです。個室が多くなれば回しやすくなるということで、場合によっては 100%を超えてでも病棟が運営できると思います。

基本計画に 2 床室の要望が出ているのは、これは現場からの要望で 2 床室が出てきたのかと思いますが、かつては、個室が少ないときに病室が回しやすいうことでよく 2 床室が設けられていました。

川渕部会長 運用上ですね。

毛呂委員 はい、運用上です。それで、2 床室の要望が出てきたのかと思います。あるいは、モニター機器を設置すると個室では狭いために、そういう患者さんが入院したときは 2 床室を 1 床室として使って、モニターが設置でき、非常に使い勝手がいいという思いがあったのかもしれません。ただ、個室の十分な広さ、ベッド周りのスペースを取って個室率を上げれば、おそらく 2 床室は必要無くなってくるでしょうし、入院を断るということも、個室が多ければそういうことも無くなってくると思います。

川渕部会長 解消されるということですが、そこはいいですか。

嶋崎委員 どのタイミングでどういう決断をしていくか、経営の効率化を前面に決めたということであれば、安全保障はある程度、1ヶ月半は捨てたことになりますので、その時の医療従事者、現場の最前線に居る者に、紹介先を探し回る大変な作業を持って来ないよう事務方で全部すると言っていたら、それでいいです。

事務局 あくまで、経営を重視すると言ってはいません。実際に患者がいるかどうかという問題を3月議会で申し上げているのであり、実際に計算してみると、確かに1日か2日はあったかも分かりませんが、2月全体で見ると、加賀市民病院で100%を超えた日は1日もないです。男女の関係も若干あって、少し他の所に流れたのかもしれませんが、本当に100%を超えた形で、患者さんが入れなかったと言われるならば、それは少し違うということを上げたのです。

川渕部会長 今、そういうデータはありませんか。

事務局 あります。

川渕部会長 あります。まず事実認識として、一体全体2月がどのような状況であったか、それが今年の2月だけの話なのか、中長期的にはどうなのかを議論するには、データが必要かと思えます。

もう1つ、嶋崎先生もおっしゃっていますが、安全保障が一番大事ですので、そこはきちんとする必要があります。ただ、例えば感染症の人が出れば、下手するとその病棟を1人か2人の為に、全部シャットダウンするというようなイレギュラーなケースがありますが、そのために300何床とするのは、無意味だと思います。その点については、基本構想時に相当議論したかと思っていますが、あとは回復期リハビリテーションが地域の医療ニーズに合っているかどうかです。当初は50床と計算していましたが、もしデータがあるのであれば、今日ご披露いただくか、あるいは次回に回復期リハビリテーションの病床数を含めてご報告いただかないと、この議論は水掛け論になるかと思えます。

事務局 次回にデータをお示しできるようにしておきます。

川渕部会長 そうですね。

小橋委員 加賀市民病院は確かに今年の 2 月辺りは非常に多かったのですが、ここ 3、4 年を見ても、これだけ長い期間ベッド不足が問題になったことは初めてです。

川渕部会長 そうですよ。

小橋委員 1 週間ぐらいピークで、満床ギリギリということは時々ありましたが、今回は非常に長かったです。その対策として近隣の病院と、1 日に何回か空床状況を連絡し合ってお願ひするようなシステムを作りましたが、それが機能することがありませんので、滅多にそういうことは無いのだろうと思います。もう 1 つは、安全保障と言いますが、孤島にある病院ではありませんので、近くに他の病院もありますので、協力をしていくことで安全保障という考え方をしていけば良いと思います。

嶋崎委員 今年の 2 月が特殊だったのかもしれませんが、辰口芳珠記念病院から小松市民病院から、やわたメディカルセンターなど、加賀から北の方は全部満床という状況の中で、山中温泉医療センターもほぼ満床に近い状況になったということで、基本構想の 11 ページにも載っていますが、入院患者さんの数に関しては、一時的に増えていく傾向にはなります。だから、今の両病院を足して 425 床を 300 床で動かすということですので、その辺のところで経営効率を前面にいくと、厳しいのが 5 年か 6 年ぐらい、ずっと続くかなという気がしますが、その厳しい状況が続いても、事務局として強く選択したいということであれば、そうしていただいても別に構わないです。それが現場の医者にしわ寄せが来ないようにして欲しい、それだけのことです。

川渕部会長 今年の 2 月に全国的に肺炎やインフルエンザが大流行したなど無かったと思いますから、そうすると、構造的な問題なのか、あるいは南加賀地域の加賀医療圏の中で何か起こっていたのか。あと、空室状況を病院間でシェアする取り組みは、横浜市でもやっていますが、そういう方式を南加賀で、取り入れる可能性や必要性があるのかどうか、その辺についても、次回で結構ですので、回復期リハビリテーションの病床数も含めて、議論していただければ良いと思いますが、いかがでしょうか。他にありますか。

長澤委員 予測というのは難しいわけですが、基本的に今まで携わってきた例を見ますと、病院が新しくなると一時的でも患者数は増えます。だから、それをいくら予測しても無駄で、そのような状況で考えるしかないというところがあります。だから、300 床なら 300 床として決めて、取りあえずやってみて、

その状況はどうか、どのくらい深刻になるのか、そして、それは運用面等で対応するしかないと思います。

また、先ほど毛呂委員がおっしゃった想定を越える部分を削るなどの作業に関しましては、各部門から出していただいた事項を削ることについて、各部門の代表が集まって論議しても絶対、自分の陣地が欲しいということになりますので、駄目です。ですから、医療の特区の人と、財務や管理をする人、看護の方は入れるかどうかですが、あとは建築について一番判断が出来る人で構成する 10 人以下の委員会です。いろいろな問題を討議して、そこで決定するしかないと思います。その委員会の中で、「今、ここは削るが、将来造る」とか、機能的には共用できる施設の場合には、「この施設は各部門で共有しましょう」とか、そういう話し合いでまとめていくしかないと思います。今後、どうなるか分かりませんが、そういう事態は必ず起こります。

川渕部会長 医療連携システムとありますが、これは先ほど小橋先生がおっしゃったシステムで、作ったけど動いてないというシステムですか。

小橋委員 動いてないというか、動かす必要がないという状況にあります。

川渕部会長 どうしても医師が足りないということで救急車がたらい回しになってきますと、こういうシステムの必要性が出てくると思います。ただ、先生のところの病院が救急を多く受けられたので、満床になったというようなこともあるかと思いますが、いかがでしょうか。

小橋委員 今年の 2 月、加賀市民病院が混雑したのは、整形外科で、転倒による骨折で入院された方が非常に多かったからです。整形の場合、少し入院期間も長くなりますので、ベッドをかなり占有した大きな原因だと思います。

川渕部会長 そうですか。その要因を調べていただいて、それは中長期的にも出てくることなのか確認してもらえればと思います。また、それは回復期リハビリテーション病棟と絡んでくるテーマですし、高齢化社会では骨折は非常に大きな疾患ですから、例えば手術やリハビリのニーズはあるかと思っています。

それでは、次の説明を事務局からお願いします。

事務局説明 **資料3** 基本計画(素案) 続き(7. 建設計画)

川渕部会長 それでは、ご意見、ご質問等はございますか。

毛呂委員 56、57 ページで、断面概念図の下の方に、「上図は、上下階の云々」と書いてありますが、56 ページの建物の構成で、(1)低層部、(2)中層部で、病棟部門は中層部から始めるような基本計画になっていますが、これは病棟部門を他の診療部門と切り離して独立して計画する案を排除するものでしょうか。あるいは、それは別に排除しないということでしょうか。

事務局 予算の範囲内で、より良い提案でしたらお受けいたします。ただ、棟を分けることは費用的な面で少し難しいのではないかと考えております。ただ、6,056 百万の範囲内で提案していただけるのであれば、良いかと思えます。

長澤委員 同じようなことを考えていたのですが、57 ページには、概念的なもので提案を拘束するものでないと記載してあるのでいいですが、56 ページのように低層部と中層部を別に分けなくてもいいですし、建物の構成ということ自体、必要ないのではないのでしょうか。いろんな部門があることは分かっていますし、今までの病院では普通は考えないようなことだけを特に記載すれば良いと思います。例えば、災害時のトリアージスペースを設けるというのは、普通考えますが、「十分な広さのエントランスホールや通路を確保する」ということは分かりません。また、時間外や何かの専用の入り口を設置することと記載されていますが、これはいろんな組み合わせがあると思います。例えば、外来の入り口が 24 時間開いていて、そこで救急対応する例もありますし、逆にその方が、皆さん分かりやすい場合もあります。この建物の構成というのは、少なくとも低層部、中層部と分けなくて、「構成上はこのように考えてますよ」と示すだけでもいいです。特に、地下は計画しないということは、言わなければなりません。大変重要なことだけにして、その他のことはいろいろ提案していただければ良いと思います。

事務局 断面概念図に関しては、表現方法を考えたいと思います。

川渕部会長 イメージ図ぐらいですね。

事務局 イメージ図ということで、訂正したものを次回ご提出いたします。

長澤委員 これは前にも議論しましたが、62 ページの発注方式の設計・施工一括方式という言葉の下に「共同設計・施工：設計事務所と建設会社が一体となり設計・施工まで行うこと」と書いてはありますが、これは、初めてやるような方式ですので、もうちょっと明確に、注釈を付けた方が良いと思います。例えば、設計業務を設計事務所が行い、その設計事務所が建設の設計監理を行

います。それから、建設会社は最初から一体で提案するときにはどんな役割を果たすのかを書いておかないと、建設会社が一括で受ける設計・施工かと思ってしまうかもしれませんので、次回もうちょっと明確に出した方がいいと思います。これは、プロポーザルの募集要項で、告示する時にはっきり出せばいいのかもしれませんが、議論はここでしておかないと、突然発表したみたいな格好になるかなと思いましたので。

事務局 先生がおっしゃるのは前々回の建設部会に出ました、設計品質の担保ということに限られると思います。ですから、設計事務所の役割と施工会社の役割を明確にしろということですので、今のご意見を事務局としても検討し、委員皆様からアドバイスを受けるという形で参考にさせていただきたいと思います。

川渕部会長 大体出尽くしたかと思いますが、他にございますか。

毛呂委員 川渕部会長からホスピタリティーの話もありましたが、患者中心の病院にしようということで、今までの議論の中で、ユーザー側の意見はどういう形で反映されているのでしょうか。ユーザー側の意見からこういうことを考えましたとか、あるいは今後こういうことを考えますよということがあれば、教えてください。

事務局 統合協議会におきまして、患者さんの代表をお呼びして意見をお伺いしております。さらに、事務局としましても常に門戸を開いております。さらに、来月の最終回、第6回建設部会をもちまして、基本計画の原案をご承認いただけましたら、その後、約2週間、市民の方にご意見をいただく期間を設けております。

川渕部会長 他によろしいですか。それでは、事務局は、本日の委員の意見を踏まえて基本計画をしっかりと作成いただきたいと思いますし、今日の宿題も含めて回復期リハビリテーション病棟のところを数値化してお示しいただければ良いと思います。

事務局連絡

- ・ 次回協議会は7月17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