

第2回 新病院支援委員会 議事まとめ

日 時：平成 24 年 5 月 22 日（火） 19:00～21:00

場 所：くわなメディアライヴ 2 階 健康教育室

1. 開会

2. 開催挨拶

竹田委員長：今回は、熱心な議論にお礼申し上げます。前回の内容を持ち帰ってもらい、作業部会・準備会議で検討されたとのことで、今回はそれについてご議論願いたい。

前回の基本的な合意事項としては、救急医療・二次医療を完結できる新病院であることが最重要事項であり、余力があれば、回復期の問題も考えていくという形で進めたい。

3. 議事

【新病院の役割・機能について】

(がん)

竹田委員長：がんに関しては、二次医療を完結できるというのが基本になる。そして、放射線治療と、それを行うための装置が必要であるということ。緩和医療についてはいかがか。作業部会・準備会議の意見としては、緩和病棟は必要ないが、チーム医療は必要となっているが。

東委員：緩和医療の医師がまったくいないというのは、ニーズにも合わないので、チーム医療は行うべき、必要だと考える。ただ、病棟を作るとのことになると、これは慎重に考えていかなければならない。

竹田委員長：たしかに、病棟まで作るとなると大変なので、特別に病棟まで作ることはない。緩和医療そのものを否定するのではなく、チーム医療が必要であるということ。緩和医療をやる医師が少ないというのがネックだが、そういう医師を将来的には確保するという計画は入れておいた方がいいと思う。

それから、検診部門についてはいかがか。

東委員：本来、いわゆる一般的な検診・ドックというのは、急性期を担うという新病

院の方向性にはそぐわない印象を持つ。しかし、こと、がん検診に関しては考える余地はあるかもしれない。仮に新病院でPETを持つとしたら、PET検診は当地域ではここでしかできないし、また、乳がん検診もマンモグラフィの読影認定医がたくさん見える新病院が参加すべきだと思う。メタボリックシンドローム系などの一般的な検診になってくると、ちょっとそぐわないのではないかと考えている。

平田病院長：今回は、高度急性期を担う400床規模の病院についての基本構想・基本計画がメインだが、検診やドック、回復期リハ、緩和ケアといったその周辺部分について、地域にとって独法が重点的に担っていかなければならないような部分があると思う。なので、急性期の400床の病院には必ずしも必要ではないが、独法として重点的に取り組む項目として整理すべきものがあると認識している。

竹田委員長：私見だが、もしPETを入れるのであれば、普段はがんの診療にしか稼働してないので、ぜひがん検診をした方がいい。それなりのメリットもあるし、この地域ではされてないということもある。大々的な検診センターを作る必要はないが、手持ちの装置を使って画像診断を中心とした検診をやっていくのは、一つの方向性だと思う。

それから、桑名地域の特徴として、乳がん検診について、医者同士もスタッフ同士も桑名地域が一番まとまっている。だから、これは売りにしていかなければならない。

東委員：先ほどから、法人としては必要とか、新病院には不必要というのが出ているが、自分としては、法人が新病院そのものと認識しているので、新病院として将来こういうことをやりたいというのなら何となく分かるが、新病院でやらないで法人には必要ということがあるのか、そのあたりがよく分からない。

足立理事長：独法として、中期目標をもらって、それを基に中期計画や年度計画を立てているが、そこには検診など予防医学的なことも求められている。一方で、急性期を担う新病院の機能に、それらを入れることができるのかというのが発想の原点。その中で、法人としては必要という表現が出てきている。

栗田副理事長：法人として必要という部分は理念であり、新病院の整備の部分には予算が関わってくるし、医師の確保の問題もあるので、それらを分けて議論していったらどうかと思う。

竹田委員長：その通りで、構想として、法人はこうあるべきだと、でも実際の設計の段階で、予算との兼ね合いで実現できないこともあると思うので、それは次の段階の問題。構想の段階で、これはいらないと一概に否定してしまうと、復活するのは難しいし、最初からそれが抜けた計画になる。本当にいらぬものは落とすことができるが、少しでも残しておく価値がある、あるいは費用が

かからないものであれば、拾い上げておいた方がいいと思う。

西村委員：確認だが、現在 3 つの病院があるが、新病院ができるとすべてそちらに移行すると考えていいか。そうであれば、先ほどの話だと独法イコール新病院になって、新たな機能を全部入れていく形なので、限られた予算の中で、今できること、5 年後 10 年後にできることに整理していくときに、まったく新しいものを作るのか、今あるものに追加するという考えもあるのか。

加藤理事：現在の東医療センターのうち、耐震基準を満たしている棟はそのまま活用して、新たに建設する施設とあわせて利用する構想である。

平田病院長：残す棟は病棟としてではなく、ゼロベースで検討していると理解しているが。

加藤理事：利用方法については、今後の協議で詰めていくことである。

竹田委員長：それについても、この委員会で検討して決めていくことになると思う。

その他、内視鏡装置とかその辺は、消化器病センターとして充実させるということによろしいですね。病理医の確保とか血液腫瘍内科の設置は、医師の確保が絡むことなので、これからの協議事項になる。がん統計管理の実施についても、どういう形でがん診療を行っていくかということに関連する問題である。

あと、前回に話が出たが、がん診療連携拠点病院とがん連携推進病院のどちらを目指すかだが、拠点病院の方は数が増えすぎて、国に認定基準を見直す意向があり、今後増やすのは難しいということを県の担当者から聞いている。代わりに推進病院の方は、施設基準を満たせば指定できるとのことなので、こちらを目指すのが現実的である。

がんに関しては、二次医療を完結させるのが基本なので、放射線治療装置と、PET を入れられたら入れるということ。それから、外来化学療法の規模をどれだけにするかは今後の大きな問題だが、婦人科の化学療法については、外来より入院の方が点数が高くなっていて、今後も傾向が変わる可能性がある。その辺は注意しておかなければいけない。あまり外来化学療法だけやっていると、マイナスになる可能性がある。

とにかく、二次医療の完結ということが一番大事なので、放射線治療を入れて、手術は特に内視鏡の充実と化学療法を考えておく必要がある。それと、呼吸器外科もやはり大事になってくる。がんに関しては、二次医療の完結を最大の目標にした基本構想にするということしていきたい。

(脳卒中)

竹田委員長：SCU を確保するというのは問題ないと思う。亜急性期と回復期をどうするかということについてはいかがか。

東委員：回復期リハについては、この地域ではヨナハ総合病院でかなりやってもらっ

ていて、最近はクリニカルパスを使って、急性期から回復期リハまでは比較的スムーズにいつているようである。その先の回復期リハから在宅へは必ずしもうまくいつていないというところがあるようだが。新病院で急性期をどの程度やいつていくかにもよるが、そのがんばりによいつて、桑名の地域として回復期リハが育つてくれるのではないかという期待をいつている。

足立理事長：亜急性病床については、後方病院というよりも自宅に帰るのを対象とした点数になつていつているが、急性期の病床の一部を亜急性に変えることもできるので、それほど議論は必要でないかなという気はする。回復期リハについては別なので、議論をお願いしたい。

水野委員：これまで出てきていつている 400 床という数字は、回復期リハや亜急性病床を含めて考いつているのか、あるいは 400 床に加えてこういつて病床を考いつているのか、どちらでしょう。

加藤理事：一般病床 400 床という構想なので、その一部を亜急性病床にするのであれば、そこから差し引かれる。

足立理事長：トータルで 400 床規模、その前後ということ、その中にすべて収めると理解していつている。回復期についても、作るのであれば、そこから引き算されることになる。

水野委員：地域の有床診療所や病院との機能分担などを視野に入れながら話が進んでいつているのか、それとも新病院をどうするかといつてところだけで進んでいつているのか。

東委員：今のところ、有床診療所や中小の病院とのそういつて話し合いはないと思うが、現実的には、回復期リハを行つていつている病院が 1 つだけなので、主にそことの連携が行われている。

西村委員：現状として、病棟リハビリは行われていないのか。

足立理事長：行われている。

西村委員：では、その機能をそのまま継続して入れましょつという考いつ方で、追加の意見が出てきたということですね。東委員が、回復期リハは外で行われていると言われたので。

東委員：リハビリでも、急性期のリハ、早期のリハについては、その必要性から、これまでも病院で行われてきていつている。その後、回復期のリハについては、別の病院で行われている。

三浦副市長：リハビリという行為の話をしていつるときと、リハビリのファシリティ（施設・設備）の話をしていつるときが混在していつているが、現在でも急性期のベッドサイドリハビリは行われているし、新病院でも引き続き同じことを行うということが記載していつていなかったなので、今回追加されてきたのだと思う。

西村委員：前回の法人側の意見では、そのファシリティを作らないというように読み取れたので、きちんとファシリティを作つてくださつという意見が中から出て

きて、それを今確認したということで理解しました。

竹田委員長：大学の診療報酬に詳しい人に聞いてきたが、回復期リハの加算を取ろうと思っても、かなり削られているので、大学に作ろうと思っても絶対に通らないくらい、ものすごく難しい。取ろうとするなら、例えば法人を分ける、違う法人にして、急性期は現在の法人、回復期リハはまた別の法人でやって、回復期リハをやる病院はそれに専念して、スタッフを多くして数をたくさんやれば、やっと利益が出てくるかもしれない。あまり数が少ないと、赤字になってしまうとのことだったので、そういう懸念がある。急性期リハまでは問題ないし、亜急性病床も特別に病床を準備することもないと思うが、回復期リハに関しては、もう少し慎重に検討して、もしやるとしても、別の法人にするなどを考えてやった方がいいのではないかな。

東委員：回復期リハについては、病床もそうだが、スタッフをそろえるのが大変だと思う。しっかりやっ払いこうとすると、委員長が言われた特化が必要になるし、回復期リハの病床を持つのは、なかなかハードルが高いのではないかなと思う。

竹田委員長：脳卒中に関しては、これまでよくやってみえるし、スタッフも揃っているということで、急性期治療におけるなるべく最新の設備を整備する必要があるということだと思います。リハに関しては、急性期リハはできるし、必須であり、それ以外については、今出た意見を踏まえて検討課題とする。

東委員：最初に聞いておけばよかったが、一号館の敷地を取得することになったということについて、この取得費は、市から独法に貸し付けるとのことだが、今まで言われている106億に入っているのかどうか。

加藤理事：106億の中には、施設整備費として用地取得の費用も入っている。貸付については、地域医療再生基金の一部も活用して充当することを考えている（全額貸付ということではない）。

東委員：そうすると、施設整備費は68億だったと思うが、そこから一号館の用地取得費を引いた額が、（建物などの）施設整備費ということですね。

（急性心筋梗塞）

竹田委員長：循環器センターと追加された心臓血管外科が必要という、これらについては、その通りでいいかなと思う。CCUをどこに置くかという問題は、次の検討課題だと思うが、ICUなどと集約した方が何かと便利だし、そうしているところが多い。診療報酬上も、CCUを病棟別に置くと、あまり取れなかったはず。それで、大学ではCCUはICUと集約している。あと、人工心肺の整備と急性期リハ・心臓血管リハの対応が挙げられているが。

藤岡病院長：心臓血管リハについてのハードルはあまり高くないので、現在のスタッフを

講習すれば、2年後には十分クリアできると思う。また、術後ではなくて、単なる心筋梗塞のリハでも適用になるので、これは是非行いたい。

竹田委員長：一部必要になる備品があるので、そこだけちゃんとできればいいと思う。県の地域医療再生計画の心筋梗塞の部門で、一つのプロジェクトとして、心臓リハを普及させようというのがあって、県内のPCIを行っている施設に半分補助するからと呼びかけたが、全然手を挙げてこなかった。何故なのか不思議だが。しかし、点数を取っていった方がいいのは間違いない。

新病院の機能として、がんの診療を行う消化器病センター、脳卒中と循環器センター、この3つを急性期において整備するということでもいいと思う。

(糖尿病)

竹田委員長：外来を中心に行って、重症の合併症を来たした糖尿病患者は受け入れるのは、新病院の使命というのは、これでいいと思う。

東委員：糖尿病に関しては、地域との連携が基本だと思うので、クリニカルパスなどしっかり充実させていって、センター化というよりも、専門医とのネットワークが大切である。なので、専門医は是非充実してほしい。

竹田委員長：大学の内科は、なかなか人数が増えてこないが、糖尿病・内分泌内科だけは増えている。だから、あと2、3年したら、派遣についてもまったく不可能ではないのではないか。

(救急医療)

竹田委員長：今回はER型を提案させてもらった。現場の先生方は、ERって本当にできるのという気持ちもあると思うので、来月早々にも、大学の救急の今井教授と、総合診療部の竹村教授に来てもらって、講演会か何かをやってもらおうかと考えている。3病院の各先生に集まってもらって、今後の救急医療について、もちろんER型だが、じかに話し合ってもらう機会を作って、それで判断してもらえたらと考えているが、いかがか。

足立理事長：是非お願いしたいので、日程についてはいつがいいか。

竹田委員長：両教授に確認して、できるだけ早い時期ということで連絡させてもらう。

東委員：ER構想については、桑名のすべての医療機関の医師が待ちに待っていることだと思うが、そのER次第で、医師会が運営している応急診療所の体制が変わってくるし、総合診療医がある程度小児科も診るということであれば、小児の救急にとっても展望が少し開けてくる。一方で、応急診療所が今の状態ではとても立ちいかないので、これをどうするかは、早急にER構想とっしょに考えないといけないと思っている。

竹田委員長：総合診療部の教授に聞くと、総合診療医の中にもERをやりたいという医師と、

やりたくないという医師がいて、後者の方が多いと聞いているが、実際にそういう ER ができたら集まってくる。今ちょっと総合診療部の教授は逃げ腰だが、引っ張っているところ。

救急医療については、一度早いうちに専門の 2 人の教授に来てもらって、話し合ってから、具体性も含めて基本構想に盛り込んでいくことになると思うので、早急に連絡させてもらおう。

東委員 : それには是非医師会の有志も参加させてもらいたい。

加藤理事 : 市からも参加させてほしいので、市にも連絡をいただきたい。

(災害医療)

竹田委員長 : 免震か耐震かということでは、これからは普通は免震ということになると思う。ヘリポートについては、街中では難しいのではないかと。海の近くの大学でも、近隣から騒音について苦情があったりする。病院の上にヘリポートを設置するのは、費用もかかる。

岡田病院長 : 免震か耐震かといえば免震であると言われたが、この間の準備会議では、免震にするとかなり建築費に食い込むという話があって、十分な考慮を要すると言われたのと、地理的な条件で浸水する可能性がある中、災害拠点病院が難しいという話が頭に残っていて、そのあたりの解説をお願いしたい。

竹田委員長 : 災害拠点病院の指定についてはいかがか。調べてもらうとして。

三浦副市長 : 災害拠点病院の指定が難しいという議論があった覚えはないが、水野委員から、浸水した場合、孤立した場合にどうするかということについての準備が必要ではないかというご指摘をいただいたように記憶している。免震については、費用の話があったように思うが、安くするわけにもいかないのでは、解決策と言われるとなかなか難しい。

竹田委員長 : 免震の方が揺れが少ないので、その点がいいというのがある。もちろん予算的な問題はあるので、それは考慮しながら、免震を第一に考えて、どうしても予算がないというときは、耐震で仕方ない。最初から削ってしまっただけでも子もないので。

水野委員 : ヘリポートの話に戻ると、いなべ総合病院もヘリポートを持ってない地域環境があり、病院外に降りてもらってということになる。そうすると、やはり敷地外では、結局現実的には利用の面で難しいので、作るなら屋上か敷地内に設置するべきである。ただ、災害用のヘリポートの問題と医療用のヘリポートの問題は、別に考えた方がいいような気がするし、三重県の中でも現在三重大学と伊勢赤十字病院で、ドクターヘリを運用しているという話がどんどん盛り上がってきているので、そういうことの活用を考えると、本当はあった方がいいのではないかと感じる。

竹田委員長：あとは地域性の問題があつて、大きな病院へ行くのに、ドクターヘリで行った方が早いか、救急車で走った方が早いかということで、桑名地域は都市部から近いので、救急車だけでもかなり救命できる可能性がある。

西村委員：逆のパターンで、浸水して孤立した場合に、患者を運び出すということは必要ないか。

竹田委員長：そのときは、屋上があれば、最終的にはヘリが降りずに上に引っ張り上げるということがあり得る。ただ、津波が来ても、3階か4階に上がって、そこで停電とかがなくて4、5日過ごせれば、わざわざ逃げなくても、患者は大丈夫なので。

水野委員：話は変わるが、資料にある無菌病床に関しては、どういう結論になっているか。というのは、特別な感染症や白血病をやるということがなくても、感染対策病床は2床から3床あった方がいいと思う。結核や不明の感染症や輸入感染症があつたりしたときに、ほかで受けてもらえればいいが、受けてもらえなかったときに、自分のところで隔離するしかない。そういうときの病床があつた方が、やはり便利だと思う。いなべ総合病院でそういう病床がなくて、大変困ったことが起きたことがあるので。

竹田委員長：あるに越したことはない、あるべきだと思うが、大学でも設計のときにどうするかで議論があつて、結局作らなかったので、なかなか難しいところである。もう少し今後の検討課題にしておきたい。

三浦副市長：水野委員にお尋ねしたいが、そういう病床の要件としては、エアレーションを分けることと、個別のフィルターがついている部屋にすること、それから陰圧にすることという3つを備えているくらいか。

水野委員：そんな大きなことではなく、隔離ができる部屋という意味です。院外から感染者を受け入れるという部屋ではなく、院内で発生した、あるいは発見されてしまった感染者をすぐに送り出せない場合に、使えるような部屋を持っていた方が便利だという意味である。

三浦副市長：その場合に必要な設備はどういったものか。

水野委員：排気が完全に孤立化されていることと、陰圧陽圧の問題で解決できると思う。いわゆる無菌というのとは違う。

(周産期医療)

竹田委員長：資料には、産婦人科の医師の意見は入っているのか。

足立理事長：作業部会・準備会議のメンバーには入っていないが、事前にヒアリングなどで意見を集約している。あと、三重大大学の池田教授のご意見も反映させている。

竹田委員長：前回も話したが、池田教授は、桑名に関しては意見を持っているので、必要

であれば彼も連れてきて、話をさせてもらう機会を作る。周産期については、専門性が強いが、ここに現場の医師と池田教授の意見が反映されているのであれば、充実させていくという方針のもとで、具体的なことに関しては、今後もう少し詰めさせてもらう。

(小児医療)

東委員 : これがとにかく喫緊の問題で、なかなか解決策も見つからないのだが、いつも我々がお願いしているのは、産休、育休の医師が復帰されて、法人として2人の体制になったら、一次のことはすべてやめていただいて、二次の入院に少しでも専念してもらいたいということである。そして、大学の医局に、もう一人くらい何とか派遣してもらって、3人くらいの体制にならないかということである。

足立理事長 : 7月に集約するという方向であるのと、新病院ではERがどれだけ充実できるかによって、小児科の患者も診れるかに関わってくる。

竹田委員長 : 以前、大学の駒田教授と話をしたところでは、新病院ができたなら、やはり桑名は重要な地区だと考えているので、何とか医師を派遣したいと言っている。ただ、それをどういう形で派遣するか、どういう診療をやるのかといった具体的な話は聞いていないので、一度それを聞いてみようかと思っている。それまでは、ほかの大学からでも何でもいいから、しのいでもらったらありがたいという意見だった。もう一度確認して、こういう病院にしてほしいとかがあれば、そのあたりも聞いてこようかと思う。

東委員 : このところずっと言われ続けていたのは、一次の仕事はしなくてもいいような、二次の病院にしなさいということだった。それをもうやりかけていますというのが、教授に対する返答にもなるのではないかと思う。

水野委員 : 全体にわたることだが、新しい病院の形として、自分が市民だったら何を求めるかを考えると、まず一つは、基本的には困ったときに助けてほしいというのが大前提で、困ったときというのがどういうときに起こるかという、早く診てもらわないと命にかかわるといのが一番困ったことである。ゴールデンタイムがあるような疾患に対しては、やはり何とか面倒をみていける病院になるといいと思う。それが脳出血、脳梗塞であり、心筋梗塞であり、そしてまた複雑外傷のようなものであり、その次に出てくるのが小児の救急医療とお産ということになってくると思う。それらが何とかこの桑名地区でうまく回っていけるような、その核となるような病院になっていただきたいし、それが多分市民の望みではないかと思う。なので、そのあたりのことが最優先で考えられる病院になるといいのではないかという気がする。

竹田委員長 : 何とかそれに近付けたいと思う。小児医療については、7月から状況が変わる

ので、そこでどのように変化するか、その動向を見て、これから 3 年間の対策を取っていく必要があるし、それとは別に、新病院ができたときに、どういう小児科の診療体制を取るかといったことも、同時に考えていかなければならないというふうに思う。それから、総合診療部とか救急がどこまで小児科をカバーするかということにもかかってくると思う。

【新病院の診療科（案）】

竹田委員長：これに関しては、もう少し今後の検討課題でいいかと思う。

足立理事長：歯科口腔外科については、前回の議論を踏まえて、がん患者の口腔ケアが必要ということで、そういう方向性を考えている。

竹田委員長：あと、今回は触れられていないが、職員のアメニティに関して、医師・看護師を集めるためにもアメニティが非常に重要であり、その具体的な案というものはあるか。例えば、医師・看護師の宿舎や保育所についてだが。

藤岡病院長：次回の作業部会で検討されることになっている。

竹田委員長：現状はどうか。

岡田病院長：あることはあるが、充実しているとはいえない。

東委員：要望になるが、看護師を集めるということに関して、桑名医師会も看護学校を持っているが、教育施設として病院に学生の受け入れをお願いしていたが、いろんな事情はあると思うが、受け入れてもらえないことが起こっている。医師会の看護学校も桑員地区の看護師の充実には寄与してきたのではないかと自負しているので、是非これからも、教育病院として看護師の受入れをお願いしたい。それがひいては新病院の看護部門の充実につながると思うので、よろしくお願したい。

竹田委員長：看護師について言うと、厚労省の担当者からは、7対1看護を見直すということを知っている。今回の診療報酬改定でも、看護必要度を15%か15点以上としている。本当に重要な患者がいないのに、看護師の数だけ揃えて、7対1を取っているところがいっぱいあるので、厳しくしていくとのことだった。なので、それも踏まえて看護師の増員計画を立てていかなければいけないと思う。それと、病院全体の病床を7対1にするのではなく、病床ごとに7対1、10対1などを適用するようなことも検討しているということを知ったので、そのあたりへの対応も必要になってくると思う。看護師の絶対数は足りないので増やす必要があるが、うまくやらないと、人件費はかかってなかなか収入は上がらないということになりかねない。そのあたりも考えて計画を立てておく必要があると考える。

では、本日の議論をまとめさせてもらう。それをもって、次回からはその先に進んでもらいたい。まず基本的なところだが、救急医療が完結できるということと、二次医療が完結できるという 2 つは、大きな基本である。それから個々の疾病ごとにまとめると、がんに関しては、二次医療が完結できるということで、放射線治療が必要である。それから、消化器内科・外科が協力して、消化器病センターが中心となってがんの診療を行うということ。それから、内視鏡を含む手術と化学療法を充実させていく。検診に関しては、がん検診については続けていってもいいのではないかな。できたら PET を入れるということ。それから病理とかは今後の検討課題で、消化器病センターの中で統計処理をやっていけたらいいと思う。緩和医療については、緩和病棟を作らずに、チームを作って、ソフトの面で整備するということである。

続いて脳卒中については、とにかく急性期の治療をさらに充実させたいということで、SCU を充実させるということ。それから、急性期リハについては、対応できるであろう。回復期リハについては、検討の余地がある。

急性心筋梗塞に関しても、急性期に対応するため、循環器センターを設置して、CCU を置くということ。そして、これはおそらく ICU に置いた方がいいと思う。それから、心臓リハもできることが望ましい。

糖尿病に関しては、外来中心で、もちろん重症の合併症の患者には対応する。

救急医療に関しては、とにかく ER 型が一番望ましいが、専門家の意見として、両教授に来ていただいて、話を聞いてディスカッションしていただく。

災害医療に関しては、一応免震を基本にして検討していく。どうしても予算の問題が厳しかったら耐震にしなければならないが、できるだけ免震でやっていただきたい。それから感染症の隔離病床を作る必要があるのではないかなということ。屋上のヘリポートは難しいかもしれない。

周産期医療に関しては、NICU を 3 床程度作るということと、これも一度池田教授に来てもらった方がいいと思う。

小児医療は、先ほど話したとおり、当面は 2 人体制でやって、新病院ではどういうふうにするかというのは、駒田教授に聞いてみて、必要に応じて来てもらうということも考える。

大体そういったところだが、よろしいですか。

三浦副市長：一点教えてほしいが、災害用のヘリと医療用のヘリだと、重さが全然違って、ヘリポートの躯体に求められる水準も違うと思うが、医療用のヘリポートは中途半端で、あまり意味がないものか。それとも、医療用のヘリポートでもあった方が、大きく違いが出てくるものなのか。

竹田委員長：大学のヘリポートは、災害用のヘリも止まれるようになっている。ドクター

ヘリは止まれて、災害用のヘリは止まれないということがあるのかどうか。

三浦副市長：ヘリの重さが全然違うし、災害時に物資も降ろそうということになると、今回の街中でそういうことができるか、またそれだけの強度を持った躯体を今回の場所で作ることが技術的に可能なのかが分からない。医療用のヘリだと軽いから整備が可能かとも考えたりするので。

竹田委員長：ただ、医療用のヘリの一番の欠点は、風が吹いたら飛べないことである。本当にちょっとの風で飛べない。災害用のヘリだと、ある程度の風が吹いていても飛べるのだが。特に大学は海に近いので、冬は風が強くて、飛べないことが多い。なので、ドクターヘリだけのヘリポートだと、災害時にあまり役に立たないかもしれない。

三浦副市長：桑名も風が強いように思えるので、そのあたりも含めて検討したいと思う。

加藤理事：先ほど職員の環境整備が重要という話をしてもらったが、そのあたりの独法の意見を資料 2 にまとめてある。それとあわせて、資料 3 の新病院基本構想・基本計画目次（案）を見ていただきたい。

竹田委員長：資料 2 はおもにソフト面のことがまとめられているが、具体的に例えば、看護師宿舎をどうするとか、そのあたりのことは決まっているのか。

藤岡病院長：宿舎や食堂など、そのあたりのことは、次回検討されると報告を受けている。

竹田委員長：現在、保育所はあるのか。

藤岡病院長：ある。

竹田委員長：病児保育は。

藤岡病院長：それはしていない。

竹田委員長：24 時間やっているか。

藤岡病院長：西医療センターはやっている。

岡田病院長：東医療センターもやっている。

竹田委員長：そのあたり、アメニティは非常に大事なところなので、次回に討論する必要がある。

平田病院長：基本構想・基本計画目次（案）のアウトラインは、これ以外に新たに出てくれば、付け加えることは可能か。

加藤理事：現在はこのように想定して置いているが、重要な事項が発生した場合などは、検討していくことになると思う。

竹田委員長：付け加えるということは可能だと思う。あと、入院患者などの患者推計といったところは、西村委員に資料の提供などをお願いしたい。ほかによろしいですか。

加藤理事：長時間にわたり、ありがとうございました。次回の予定ですが、6 月 12 日火曜日の午後 7 時から、この場所で予定しています。それでは、これにて第 2 回新病院支援委員会を終了します。ありがとうございました。