

第3回 新病院支援委員会 議事まとめ

日 時：平成 24 年 6 月 12 日（火） 19:00～20:45

場 所：くわなメディアライヴ 2 階 健康教育室

1. 開会

竹田委員長：今日で3回目ということで、基本構想・基本計画の方向性が見えてきたと思う。今日はその方向づけについて、最終的にとまではいかないが、ある程度はつきりさせたいと考えている。

今回は、特に病院のアメニティ、環境の整備に関して、新病院ではどう整えるかということをご検討いただきたい。

2. 議事

【医療従事者にとって魅力ある環境の整備（働きやすさ・教育環境・勤務環境）】

竹田委員長：まずハード面として、働くものが動きやすい動線ということで、動線は、病院を設計するときに必要なポイントになる。私の大学病院、それから伊勢赤十字病院も、動線に非常に気を使って設計されている。

それから、学生及び研修医のスタッフルームの充実ということで、学生や研修医を引っ張ってくるには、スタッフルームは是非とも必要である。そしてこういうスペースは、医師だけではなく、看護師・看護学生にとっても必要である。

それから院内保育所の整備ということで、これはできれば病児保育に対応可能なものがほしい。

西村委員：新病院について考える上で、現状との比較が必要だと思うが、これらの現状はどうなっているか。

足立理事長：西医療センターについては、40年以上前に建てられ、動線はよくない。東医療センターは幾分よいかもしいれないが、新病院はもっとよくしたい。スタッフルームなどのスペースも、西医療センターは非常に不足していて、東医療センターは少し余裕があるという程度である。院内保育所は、いずれも24時間保育を行っているが、病児保育はできていない状況である。

竹田委員長：動線に関しては、今の病院ではどうしようもないところがあるので、新病院

ではそこを是非考慮してほしい。特に最近、エレベーターを別々にするなど、患者やご家族の動線と病院のスタッフの動線を分けるというのが、一つの流れになっている。

岡田病院長：建設予定地である寿町は、非常に立地条件がいいので、駐車場に困る。医療従事者にとっても魅力ある環境ということで、今もかなり遠い所から毎朝車を止めて通っているのですが、できればハード面として、駐車場の充実を考えていただきたいと思っている。

竹田委員長：駐車場はなかなか大きな問題である。駐車場が狭いと患者が苦勞されるし、あまり混んでいるならほかに行こうかということになりかねない。今の予定だと、駐車台数は何台くらい取れそうなのか。

久保主幹：現況として、東医療センターにある駐車場に 128 台が駐車可能である。新病院については、患者数をどう設定するかということがあるが、3つの病院が1つになって、およそ 1,000 人程度の患者が集まってくると考えられる。そういうところで、現状の外来患者、入院患者、その方々の見舞いに来られる方々等を勘案して推計すると、まだ確定はしていないが、370、80 台から、もう少し患者数を多く取ると 500 台まで、という台数が必要になってくると考えている。

今、370、80 台から 500 台ということ述べたが、やはり職員の駐車場も必要だと考える。今回 3つの病院が1つになり、特に西医療センターから新病院に移る職員には、当然車で通っている者もいるので、周辺の月極駐車場の状況なども調査して、最終的に目標とする台数を算定していきたいと考えている。

竹田委員長：現在のところ、1日の外来患者数は何人と推定しているか。

久保主幹：平成 23 年度の 3 病院を合わせたものが、1,155 人である。しかし、急性期の 400 床の病院という目標があることから、一般の外来はやはり少しずつ減ってくるということも加味して、一応現在は 1,000 人というところで推計しているかと考えている。

竹田委員長：そのあたりは、今後具体的な設計に入ったときに、駐車場をきちんと確保するように配慮しながら検討していってほしい。

ここでは、売店とかコーヒーショップが挙がっていないが、大学病院で看護師を増やす対策を考えた際、現場で働いている看護師にアンケートを取って、何か一番ほしいかということをはほぼ全員の看護師から集めたが、一番多かったのがコンビニとコーヒーショップだった。それでローソンとドトールを入れて、それからは看護師からの苦情がぴたっと出なくなった。特に若い看護師はコーヒーショップがほしいようである。なので、もちろん患者にも喜ばれるが、若い看護師を集めようとする、そういうアメニティも考えて

いく必要がある。あと、職員食堂をどうするか。職員食堂もある程度きちんとしたものを作っておかないと、職員の定着にも影響が出てくる。その辺を今後検討しながら、基本構想・基本計画を作っていかれたらと思う。

次にソフト面だが、まず研修医について、研修医が集まってくるような特徴を持つということで、漠然とした書き方だが、具体的にはどういうことを目指すと考えているか。

藤岡委員長：研修医は何を望んでいるかという、これまで多くの研修医と面接したが、自分たちで何かをさせてもらいたい、傍観者にならないような研修を望んでいる。それにはどうしたらいいかという、当然研修医の待遇とか、先に出たようにスタッフルームを充実させるとかもあるが、指導者が熱意を持っているのがまず一番のこと。それから、傍観者にならないような研修をさせるには、この委員会で水野先生が言われたが、ER型が研修医を集める一つの要因になる。この2つに尽きると思う。

岡田委員長：ちょうど今日、東医療センターで研修医の委員会が開かれたが、定員が7人になって、東医療センター・西医療センター合わせて10人の定員枠になっている。その中で力を入れているのはプログラムの充実であり、海外研修とか国内での研修に力を入れようとしている。それから、後期研修に残ってもらうのが一番の目的であるが、新病院はよい影響になると思っている。あとはERの充実が藤岡先生と同じ意見である。

藤岡委員長：後期研修に残すというのが一番重要であるが、後期研修医はそれぞれの専門医を目指すので、例えば3か月とか、ある一定期間国内留学させる、海外留学させるといった後期研修プログラムが必要になってくる。そういうところを支援できるような、各科におけるしっかりした後期研修プログラム、これはまさにソフト面なので、それらの十分な検討が必要だと考える。

竹田委員長：後期研修に関しては、東海地区の7大学がそれぞれの大学、あるいは大学間でも連携して、地域の病院とも連携して、支援プログラムを組んでいるので、そういうところに入ってもらえば、名古屋地域であればがんセンターに行くといったローテーションもできるようになっている。そういうのをどんどん利用してもらったらいいと思う。

東委員：自分を振り返っても、自分たちを指導してくれる先生が重要だと思う。また、当然医療機器も充実し、そこで少なくとも日本のスタンダード以上の医療が行われていて、将来自分たちが専門医になるときにしっかり役に立つ研修であることも必要である。そのためには症例数が必要になってくるので、結局新病院が目指そうとしている姿、急性期における基幹病院の姿になることが基本ではないかと思う。なので、病院の指導体制、スタッフの充実が最も重要で、それプラス、先ほどから出ているアメニティの充実とかそういうこと

が大事になるのではないかと。

足立理事長：学会専門医の認定施設にならないと見向きもされなくなるので、そういう意味では、指導医、スタッフにしっかりした人を集める必要がある。

竹田委員長：その認定施設として認められるためには、いろんな条件があるので、それをクリアすることも見据えて、設備の面でも計画を立てなければならない。例えば、今放射線科の専門医を取ろうと思うと、診断の専門医であってもPET-CTがないと、その病院は認定施設と認められない。放射線科の診断なので、本当はPETはやらないが、そういうふうになってくるので、そのあたりも考えて計画を作っていく必要がある。

それから、国際医療センターの研究所の所長によると、国際医療センターは研修医の人气がすごくあって、いつも倍率が30倍くらいあるが、とにかく驚くほど指導医が熱心で、そこがやはり研修医を集める大きな要因になっているとのことである。そういうこともあるので、指導医は非常に大事で、そのためには日常の診療のレベルアップ、がんばってやっているということがあれば、研修医あるいは後期研修医も集まってくることになる。

続いて、医療従事者について、これは先ほどの話と重複するかもしれないが、具体的に何か追加があればお願いしたい。

東委員：先ほど研修医に国内留学といった話があって、それはもったもな事だが、自分の経験から言うと、指導する立場にある人も、どんどんいろんなところを見ていかないといけないのではないかと。学会に行くのは大事で、その点では、ここは朝出ると昼には東京につけるという非常にいい地域性だが、学会は建前ばかりで本音が出ない。なので、やはり指導する立場の人がいい所を見てくるというような、そういうシステムを今度の病院はやっていかないと、レベルが上がっていかないと。多少無理をしてでも、そういうシステムをつくったらどうかと、どんどんいい所を見てくるということが必要ではないかと思う。

平田病院長：研修医だけではなく指導医の先生も、何年か経過したら国内研修をするといった、いわゆるサバティカルシステムを取り入れられないかというのは、独立行政法人になったときに医師の待遇として考えたことがある。サバティカルをするには、それだけの人的余裕が必要で、一人医長や一人診療科では難しいので、結局制度としてはできなかったが、短期のサバティカルのような形でできればいいと考えている。自分自身も是非ほしいと思ったことはあるし、いろんな知恵を集めて、新しい病院でいい制度ができるように考えていきたい。

竹田委員長：いろんなシステムを作って、若い医師のために準備しておくことは、やはり若い医師にとってはうれしいことなので、そういうものがあれば集まってく

と思う。

藤岡委員長：西医療センターの先生方にヒアリングをしたが、何が一番大事かと聞くと、若い先生方は症例数を稼ぎたい、第一線で働いている先生方は、自分の専門性の中で仕事をしたいということだった。急性期において、症例数はまず第一なので、これが大きなポイントになってくると思う。当然これは、東先生が言われたように、研修医にも当てはまる。自分の専門性を生かして症例数を稼げるような施設、ソフトを目指したいと思っている。

竹田委員長：ですので、この前の話から、脳卒中センター、消化器センター、循環器センターを作るのであれば、少なくともそこだけでも症例がたくさんあって、専門医資格を取れるに値して、施設認定ももらえるというような病院になるべきではないかと思う。

東委員：これは長期のことでなく、さしあたってこれから 5、6 年間の問題だが、3 つの病院が 1 つになるということで、今まで少しは違う土壌で育ってきている先生が一緒になるので、大事なことは、一緒になる先生方が今までの垣根を越えて、自分の専門的なものをしっかりと主張しながらも、融和を図ってやっていただきたい。特に内科、外科については。

竹田委員長：忙しければ自然にそうになっていくとは思いますが。

足立理事長：先ほどの話だが、例えば医師のがんセンターへの研修などは、業務に支障がなければ、制度上は可能にしている。また、認定看護師の取得のために半年間研修に行ったりとか、そういうことも始めている。

それから、内科、外科ということ言われたが、3 病院の融和ということで、チーム医療ということになるが、3 病院の院長がいますので、各院長の指導の下で力を合わせてというつもりでいる。

藤岡病院長：先ほど東先生が、特に内科、外科と言われたが、3 病院の医師は三重大出身ばかりではないし、それではシステム上どうするかということになる。そうすると、臓器別、例えばセンターとかそういう中で、内科も外科も集まって、医師がごっちゃになってというふうなシステムで、うまくいくようにするのが一つの方法ではないかと思う。今までのように、大学の第一内科、第二内科、第一外科、第二外科の出店ではよくないと思っている。

東委員：現実には大学の影響はあるし、そもそも大学が臓器別になろうとして、なかなかないところがあって、いまだにはっきりしない。その状況で、ここは融和してやっていくというのは現実には難しいかもしれないが、ここは竹田委員長のお力と、あと 3 病院の院長先生にかかってくるので、よろしく願いしたい。

竹田委員長：やはり、臓器別にするというのは、一つの解決方法になると思う。大学で言うと、今は完全に臓器別になって、消化器は内科と外科が一緒である。実際

は、内科は第一、第二、第三と消化器があつて、三重県全体ではばらばらなところもあるが、大学の中ではそういった垣根はないという話をしていた。ただ、大学の外の病院でやるときに、旧一内、二内、三内というのがあつてややこしいので、そこを整理しようかという話はしている。外科の方は、大学では一外、二外というのがきれいになくなって、消化管と肝胆膵に分かれているし、お互いに協力し合っている。なので、従来のような医局による仕切りのない病院にしようと思うと、やはりセンター化が一つの方向ではないかと思う。

西村委員：医療従事者についてなので、医師も看護師も重要だが、それ以外の職種に対する研修制度であるとか、そういうこともきちんとするということが含まれているのか。おそらく3病院が集まると、再構築の形でしわ寄せが来る部門があつて、例えば検査部であつた場合に、その方々に対してモチベーションを上げるような研修制度のようなことも、重要なのではないかと思う。検査技師にも認定制度があつたり、病棟業務に携わることをチャレンジしている検査部が出てきているようなので、そういう意味でも、何か新しいチーム医療のあり方を取り入れられたらいいのではないか。

竹田委員長：次の項目である制度などとも関連するので、それも含めて、その他のところも含めて総合的にご意見をいただきたい。

特に、人事評価制度、給与制度の整備及び評価者研修の充実（面接を重視したフィードバック体制の整備）は、今までやってこられたことをさらに充実させるということか。

足立理事長：西医療センターの人事評価制度は、今年度から医師も対象になった。西医療センターでやっていることがすべて正しいかということはもちろんあるが、将来的にはそれを紹介しながら、うまく取り入れていきたい。

竹田委員長：これについて、市から何かありますか。

三浦副市長：この話自体は、新病院であろうとなかろうと、3病院が統合した時点で発生する問題で、委員長にも入っていただいている評価委員会で、これまでも人件費率などの形で指摘を受けているので、3年後と言わず、しっかり取り組まれると期待している。

竹田委員長：このままさらに検討していただいて、いい評価制度を確立してもらいたいと思う。このあたりのことは、もう少し文章化して基本構想・基本計画に書き込むことになると思う。

足立理事長：少し戻るが、研修プログラムは、医師・看護師はもちろんあるが、薬剤師や理学療法士などの職種も研修を受けているので、そういうものを含めて全体的に考えていきたい。

竹田委員長：ほかによろしかったですか。それでは、これまでご意見いただきましたが、

ひとまずそれらを踏まえた基本構想・基本計画案をまとめてもらい、次回に提示してもらうようにお願いします。

【病院施設・医療機器・附属施設について】

竹田委員長：まず、病床数についてだが、急性期の一般病床 400 床程度というのは、前回までにご検討いただいたが、これはよろしいですか。急性期ということと、二次医療が完結できるということも入れておかないといけない。

東委員：1 回目と前回に、療養病床あるいは回復期リハの問題が出たと思う。現在、療養病床に入院している患者が 40 人くらいいるということで、その患者をどうしていくかというのは、我々医師会としても責任のある問題である。我々としても、3 年後新しい病院ができたときに、すぐその方々を受け入れることはできないので、我々の希望としては、これはこういうことができるか分からないが、毎年少しずつ中長期入院している人を移していく、そういう数値目標について、医師会との間で取決めができていって、我々もそれに沿うように医師会全体を整備していくようなプロジェクトを作っていってはどうかと考えている。これは、これから理事会とかいろんなところに諮っていかないといけないが、国の方で考えられているこれからの地域包括ケアということからいっても、急性期の新病院に療養病床があるよりも、移していった方がいいのではないかと。ただ、現実として難しい問題があるので、それは考えていかないといけないが、我々医師会としては、新病院がしっかりした急性期の病院になるべく努力する必要があるし、義務があると考えているので、そのプロジェクトのようなものを立ち上げながら、お互いにやっていきたいし、そういう心構えはあると思っている。

それから、もし療養病床が幾分か残るとなったときは、これから急性期の新病院に求められるのは、療養病床よりはむしろ回復期リハの病床だったり、ハードルは高いが緩和ケアのような、地域でなかなかできない専門性の高いものが求められる姿だと思う。なので、療養病床としてスタートした病床が、将来緩和ケア病床として成り立っていくようなことができないかと考えている。

足立理事長：東先生が言われたように、療養病棟については、3 年後に新しい病院に移行するに当たり、急性期の一般病床 400 床前後に統一したいということで、意思統一していきたいと思う。緩和ケアについては、急性期病床の中で緩和ケアもできるような病室は、ある程度必要かなと思っているが、病棟としては今のところ考えていない。

平田病院長：法人の理事や上層部の中でも意見の食い違いがあったり、いろんな意見が出るし、東先生の意見も分かるところで、今ある病院の延長線上の病院ではな

く、この地域にあるべき理想の病院像から、3年後の病院はどういうふうにするべきかということを考えていかないといけない。今足りないものがこれだからとか、今までこうやってきてうまくいっているからやっていきましょうというような、3病院がそれぞれのやり方で、これでもうまくやってきたからいいじゃないという話が出てくると思う。でも、そうではなく、せっかく今度3病院が一緒になってやるとしたら、理想的な病院はこういう病院だよねというところから始めて、ではそれに近づくには、新病院はこういう病院にしておくのが3年後はいいよねという話でやってきている。療養病床、それから回復期リハとかというのは、この400床の高度急性期を担う病院には確かに必要のない部分だということは認識している。それは間違いない。ただ、前にも少し言ったが、高度急性期を担う病院にとって必要な部分だが、予算的にちょっと難しいという部分があるし、高度急性期には必要ではないけれど地域にとって必要で、十分採算が取れる部分があって、そのあたりのプラスアルファをどのように取り込んで独法としてやっていくかというところで、意見が色々出ている。東先生の言われる、最初は長期入院の人が急性期の病床にいて、少しずつ減らしていくというのは、新病院の姿からは少し違うのかなと思う。やはり、今までそこに入院していたら、患者はずっとそこにいられるものだと思って、何年か先にはダメだよとか言っても、なかなか難しいと思う。だから、きりのいいところで、この病院のファンクションはこういうもので、こういう使命とか役割でこの病院はあるというのを、地域の人たちにも患者にもスタッフにも意思統一してやっていった方が、早くいい病院ができると考える。その辺のやり方とか順番とか、方法論の問題で、最終的な頂上は、東先生も自分もほかの人も同じだと思うが、頂上への登り方がちょっと違うのかなという気がする。

東委員 : 私も、3年後には完全に急性期の新しい病院になってもらうためには、そのときに今いる療養病棟の人に、はい出ていってくださいというのは無理だし、我々医師会側としても、その時点ですべてを受け入れるのは無理である。なので、これから毎年、今年は10人減らしましょう、その分どこかで受け入れていましょう、来年は何人受け入れていましょうと、そういうふうにしてやっていかないと、27年度4月に、急に40人、50人をぱっと受け入れる病院の用意、病床を空けてどうぞ来てくださいという体制を取るのには、医師会としても無理である。その間病床を空けておくのは、経営的にも無理なので、我々としては、もし今の患者を受け入れるとしたら、そういう数値目標を作って、27年度に向けて段階的に受け入れたい。そのようなやり方でしか、我々としてはやっていけないのではないかと考えている。

足立理事長 : 東先生が言われるとおおり、段階的にやらせてもらえればと思う。平均在院日

数が 400 何日なので、そのあたりも考えながら、いずれにしても新規入院を止めていくという作業から入っていく必要があるかと思う。これから検討させてもらうので、協力をよろしくお願ひしたい。

竹田委員長：確認となるが、急性期の一般病床 400 床程度というのは、新しく作る建物が一般病床 400 程度ということでもいいですか。平田先生が言われた療養型を残すとすれば、既存の建物を使うということですね。

平田病院長：竹田先生が前回、回復期リハをもしやるとしたら別法人と言われたが、別の医療機関ということですよ、もし療養をやれるとしたら、独立行政法人内の別の医療機関でやるような形を考える。それから、実際に療養病床の患者を減らしていくとなると、今の東医療センターの運営状態から考えると赤字になると思うが、それは市もほかも認めて、出してくれると考えていいんですよ。

竹田委員長：療養型が赤字になっても、急性期の方で稼げば黒字になるので。そちらで頑張ってくださいということ。新病院は急性期がどんどん来るので、その分体制を整えていく必要があると思う。それと、3年のうちに病院の性格を変えていかないといけない。

先ほど話の出た、別の医療機関で回復期リハとか療養型病床を持つというのは、意見としてまったくなしにするのではなく、ひとまず残しておいて、とにかく急性期の一般病床 400 床を確保して、ここにほかの病床は混ぜないということによろしいですね。そして、もし予算的に余裕があれば、平田先生のような考えも、これから考慮していくということ。よろしいですか。

では、続いて、SCU、CCU、ICU、HCU、NICU の集中治療室の関係ですが、SCU から HCU については、病床数はそれほど多くは必要ないと思うが、これはこういうものを作るということによろしいですね。それから NICU をどうするかについては、3床というのは決まってはいるが、暫定的にそれくらいだろうということですね。

足立理事長：スタッフの数、特に医師の数のことがあるので、できれば ICU の中に SCU や CCU を含めた形の集中治療室的なものを考えている。分けると当直医がそれぞれに必要ということも聞いている。

竹田委員長：それは、やはりその形の方がいいと思う。救急体制を取るのも楽だし、診療報酬上のメリットも大分違う。ほかの大学も見てきたが、大抵今はどこの救命救急センターでも、CCU、SCU は、ICU に入っている。そうすると、救急の先生方も楽になる。なので、集中治療センターを作るということはいいいわいで、そこに脳卒中や冠疾患のケアユニットも入れるということによろしいですね。そういう方針で行きます。

それから救急体制だが、ER 型として経過観察用の病床を整備する、そして

具体的な病床数は検討中ということ。これは、日程調整が遅れてしまったが、今月の28日の木曜日に、夜7時からこの場所で、三重大大学の救命救急センターの今井先生と、総合診療部の竹村先生と私の3人で、お二人から30分ずつくらい救命救急室の話と総合診療の話を見せてもらう。そのあと、桑名ではどういうふうにしたらいいかというのをディスカッションしてもらうように、準備しておいてと話をしている。2人には、まずER型の救急を作るということを前提に考えてほしいと伝えている。先生方のほか、主治医の先生方にも入ってもらって結構ですし、今日来られている議員の方々にも入ってもらって結構ですので、いろいろご意見をいただきたいと思う。とりあえず、今のところER型の救急とするということでもよろしいですか。あと、NICUに関しては、池田先生に一度来ていただいて、どうしたらいいかというのを別の機会に話し合ってもらえたらと思う。それで、具体的にNICUが何床くらい必要かというのもある程度ヒントになると思うので、それはまた7月くらいにでも池田先生とお邪魔したい。ほかによろしいですか。

足立理事長：資料にあるが、経過観察用の病床は、どうしても必要と思っている。例えば集中治療室の一角に何ベッドか用意する形で、各診療科のベッドに入れてしまうと、体制が難しくなると聞いている。

竹田委員長：一晩様子を見ようかという、一日入院というのがあって、そういう人たちのベッドも確保する必要がある。それから、すべてをICU、HCUとするには看護師を集めるのが大変だし、一般病床がいくつかあった方が軽症の人を預かるとかはしやすい。一番困るのは、夜中に病棟に上げるのが非常に大変である。看護師も少ないし、医師ももちろん少ないので、夜中の救急入院は、集中治療室で一晩様子を見て朝になったら病棟に上げるというのが、医療スタッフの負担を軽減する意味でも大事だと思う。具体的な病床数についても、今井先生、竹村先生から色々なサジェスションがあると思うので、その際に意見交換ができればと思う。

続いて、病棟（看護単位）について、資料では8～10病棟とあるが、これはセンターは1病棟になるわけか。1病棟50床、ICUなどを除いて40床程度というのは。

足立理事長：ICUなどの必要なベッド数が固まってくると、50床が8病棟で400床になってしまうので、その分差し引いて45床程度とかという理解をしている。

竹田委員長：そうすると、1病棟当たり大体40～45床くらいということで。例えば、消化器病センターは、消化器内科と外科が一緒の病棟になるのか。

藤岡病院長：そういう形が一番便利でいいと思う。

竹田委員長：大学はそうになっているが、不満はなく、前よりやりやすくなったと聞いているし、患者も動かなくていい。看護単位は、大学は50床である。前は30床

とか 40 床だったが、今の方が動きも取りやすいとのことである。今は何床くらいか。

藤岡病院長：西医療センターは、各病棟によってまちまちである。35 と 40 と、50 もある。

岡田委員長：東医療センターも 60 床というのが 1 つあるが、それ以外はまちまちである。

竹田委員長：病棟について、看護単位は 40～45 床ということによろしいか。

それから有料個室とあるが、多床室は 4 床室として、個室を 400 床のうちの何%くらいにする予定か。

足立理事長：基準病床の 30%を一応の上限と考えている。

竹田委員長：大学も 30%で、特別室は別にして、12,600 円と 10,500 円の個室料金を取っている。大体は個室に入ってもらえるが、時々高くて入れないという人がいて、今日もヒアリングしていたら、月に 2、3 人とのことだった。そういうときは、4 床室が空くまで待ってもらって、それまでは観察室に入ってもらったりしている。特に、入院が長期間になるとなかなか個室に入りにくい。最近は大体どこでも 1 万円くらい取るので、それが 30 日とか 60 日になると、かなりの額になる。長期入院の人は、個室で別にお金がかかりますという、ちょっと困った顔をされる。ただ、やはり個室の方が人気はあるので、上限の 30%作っておくのがいいかなと思う。

西村委員：個室の数の話以外に、クオリティとか広さについてはどうか。今は 3 病院でいろんな個室や 4 床部屋があると思うが、例えば上・中・下というのがあったら、こういった急性期の病院の場合にどれくらいのクオリティがないといけないのか。患者の QOL を考えたときに、ものすごく安っぽい部屋なのか、中くらいの部屋なのか、やはり高級感がある方がいいのか、ということについては、今の段階で何か考えを持っているのか。

平田病院長：個室のグレードに関しては、まだ準備会議でも検討していない。ただ、個室率はなるべく上げたいという話をしている。どの程度、例えばシャワールームとトイレだけ付けるのか、ほかにどういう付帯設備を付けるのかということに関しては、実際に建てる場所の面積との兼ね合いといった、そちらの制約条件の方が大きく、どの程度のもので作れるかということについては、まだこの場で提示することは難しい。

竹田委員長：続きまして、手術室は 8 室程度で、これで大体いけるということですね。この外来の処置室というのは、外来手術ができるということか。

藤岡病院長：比較的簡単な、手術室まで来なくてもいいような手術ができる部屋ということで、現場の医師に聞くと、无影灯がついた、そういう簡単な処置室が必要ということ。

東委員：そうすると、外科の外来の近くということになりますよね。

藤岡委員長：それは設計上どう置けるか次第だと思う。

竹田委員長：それから、透析については、どれくらいの数にするかは別にして、続けるということでもよろしいですね。

それから化学療法室も整備すると、これもよろしいですね。これも、ベッド数は今後の検討になります。

それから、一般撮影室など画像診断の関係については、病院の機能としてどうしても必要なので、必要最小限の画像診断装置は整備するというので、ここも数は今後の検討課題でいいと思う。

PET に関しては検討中だが、核医学の装置を入れるなら PET の方がいいということである。また、がんの診療をやるなら PET というのが最近の流れであり、早期がんを除いてすべてのがんが保険適用になったということも、PET-CT の普及に拍車を掛けている。

放射線治療に関しても、これは是非導入したいということで、どんな装置にするかは今後検討していくということである。あまり高度なことができなくてもいいが、少なくとも外科手術の補助治療として、術前、術後照射とか、そういうことができることが必要である。

リハビリについては、急性期リハを中心に充実させるということ。

人間ドック・健診は、前回の意見通りだが、センターを作って大々的にやることはないが、そのときの機器と人員でできる範囲で実施する、日帰りドックを中心に行うということでもよろしいですね。

それから、医療情報システムについては、現在検討してもらっているということである。東医療センターだけ電子カルテになっていて、ほかはまだないなので、それを 3 年後に新システムに移行できるように、どういう形で統合していくか、準備していく必要がある。

平田病院長：放射線科のご専門である竹田先生に意見をお伺いしたいが、レントゲンのテレビの部屋が、将来的にどの程度必要になっていくかというのは、いろんな意見があるところで、ここでは 3 室整備するという記述になっているが、今後 5 年先とか先を見越して、この X 線テレビの部屋はどのような形になるのか、もし先生の専門的な意見がいただければありがたい。

竹田委員長：平田先生もご存じだと思うが、いわゆる胃透視とか大腸の注腸透視は、ほとんどなくなってしまった。大学でも透視を使うのは、ERCP（内視鏡的逆行性胆管膵管造影）のときの透視とか、あとは外科系のドレナージのときとか、そういうときくらいである。実は、大学病院では、もう放射線の方には透視はいらない、内視鏡室を作れということで、内視鏡室を作った。古い透視室はまだ残っているので、それを使えるようにはなっているが。なので、おそらく 3 台はいらないと思う。症例によってだが、1 台あれば十分ではないか。お金と場所がふんだんにあればいいが、そういうことはないと思うので。そ

れよりも、CT の件数がかかなり増えると予想できて、CT は数をこなすのが大変なので、CT を入れるとか、そちらの方に力を入れた方がいいように思う。

それから院内託児所については、新病院もしくは隣接地で設置するという
ことで、現在はどういう状況か。院内にあるのか。

藤岡病院長：西医療センターは、同一敷地内にある。

竹田委員長：それは、病院附属の託児所か。

藤岡病院長：そうである。対象は職員である。

竹田委員長：保育師は病院職員か。

藤岡委員長：委託である。

竹田委員長：保育師を職員にするか、委託にするかということは、検討課題になりうる。
今は何人預けられているか。

郡事務長：定員は 20 人で、15 人程度の利用がある。

竹田委員長：これからは利用がどんどん増えてくると思う。大学は、初め定員 65 人で作ったが、足らなくなって、今は 80 人ほどになっている。特に女医が増えてくるので、大学でも、女医の子供を預かるのがものすごく増えてきている。そうしないと、なかなか女医が働けないという環境である。

それから食堂、これは絶対必要だが、職員用の食堂と患者用の食堂をどうするか。

東委員：職員用の食堂は、是非作ってもらいたい。当直や夜の呼び出しで泊まり込むことは多くなるので、そのとき、翌日の朝にある程度ちゃんと食べないと、その日一日仕事ができないことになる。自分の経験でも、しょっちゅう患者用の食事を取っていた。なので、そこは充実させた方が、医療ミスのない診療ができるのではないかと思う。

竹田委員長：それと、おいしくないと誰も食べに来なくなるので、大学も業者が変わったことがあるが、まして今回の立地であれば、朝早くてもすぐ近くに食べに行ける所があるので、やはりどういう業者に入ってもらうかは非常に大事である。

あと、最初の方でも言ったが、コーヒーショップとコンビニを入れてほしいというのが、若い看護師の切なる願いなので、是非かなえてあげていただきたい。多分、ここならコーヒーショップもコンビニも喜んで入ってくると思う。コンビニがあれば、当直の先生方も助かる。三重大大学のコンビニは夜 10 時か 11 時までで、東大は外側が 24 時間、内側が 10 時だったかというように、仕切りをしてある。外側に回れば、外側からも入れるのだが。コンビニ 1 つ入るだけで、職員の意識はだいぶ変わると思う。

西村委員：レストランとかコンビニを誘致してくるときに、賃貸のようなことは可能なのか。

- 郡事務長 : 地方独立行政法人の認可基準の中に、病院事業しかできないということがあるので、賃貸借契約ではできない。ただし、市と同じように目的外使用として許可を出して、使用料を払って利用してもらうということは可能になっている。
- 西村委員 : 建物予算が限られていて、いろんなアメニティを入れようと思ったときに、全部この中の予算でやるのか、建物の枠だけ作っておいて、中は入ってくる人たちに全部作らせるというやり方もあると思う。何が言いたいかというと、いろんなものが議論に出てきたが、数字がついてないので、積み上げて本当に成り立つか。逆に、超えたときに何を削るかが、本当はここにリスクとして優先順位がつかなければいけないはず。でも、そういうやり方ではなくて、今の予算ではない何かほかのお金を出せるという所が唯一あるとしたら、託児所であるとか食堂であるとかそういったものが、外部開放によって入ってくる人たちにお金を出させるということもあるのかなと思った。そういう工夫の余地みたいなものを残しておくのは、こういったときにはいいのかなと思ったので、意見として出させてもらった。
- 三浦副市長 : おそらく個々にどうこうというよりは、全体としてそういう工夫が可能な余地があるものにあっては、そのような対応をしていくといった姿勢で表記するようなイメージかなと考えている。おっしゃったように全部内部化してやるかと言われると、おそらくコーヒーショップなどは、まさに職員がやる必要はないものだと思うので、そのあたりはベストミックスを巡らせながらという方向性になるのではと思っている
- 竹田委員長 : 次に、宿舎についてだが、新病院の外に必要な数を確保するというので、これも現在はどのくらいあるか。
- 郡事務長 : 西医療センターについては、現在、看護師宿舎はあるが利用されていない。医師宿舎については、1つだけ利用されている。ただし、法人でマンション等を借り上げ、使用してもらうという制度で、医師の住居を確保している状況である。
- 竹田委員長 : 今回は宿舎を作るのか、従来通り借り上げるのか。作るとなればお金がかかるので、ここは検討課題である。大抵この辺は、最後にお金がなくなってできなくなるが。
- それから駐車場の問題は、先ほどご討議いただいて、やはり駐車場は非常に大事な要素なので、是非詳細な検討をしていただきたい。
- 職員の休憩室等は、基本設計段階で検討するとあって、これは具体的にどんなイメージがあるか。
- 久保主幹 : 職員の休憩室につきましては、ある程度の広さを持って職員が集まれるイメージのものを、ヒアリング等で聞いている。それと、例えば救急の場所とか

ナースステーションの中に、外から見られないような形で、ほんの小さいスペースでいいからちょっとした休憩室をという要望を聞いている。先ほど少しお話があったように、建設予定地の施設建築物がどのくらいの面積を取れるのか、その中で病棟や、病棟の中の病室、4床室・個室をどのように配置するのか、それらを検討した中で、職員の意見も聞きながら、基本設計の中で配置を検討していきたいと考えている。

竹田委員長：各病棟、それからいろんな診療部門の休憩室に作るということで、これも非常に大事なことだが、大抵これも設計をやっているうちにどんどん小さくなっていく。あと、カンファレンス室が必要なので、それも取っていくと、本当に狭くなってしまふ。特に看護師のためのスペースは狭くなっていきがちなので、その辺を十分配慮してもらえたら、本当に喜ぶと思うが、なかなか難しいです。

それから、ヘリポートについては必要ないということで、これはよろしいですね。桑名は立地がいいので、ヘリポートはいらないと思う。

西村委員：駐車場の話があって、数は分かったが、三重大は大学病院ですごく渋滞して、桑名は都市部なので、施設の中の駐車場の配置などに、なるべく渋滞を起こさないような配慮も必要かなと思う。

三浦副市長：ありがとうございます。桑名市の場合、地域審議会と言って、多度町、長島町と合併をして、10年間は各地域で合併時の事項をモニターする審議会がある。今年地域審議会の中で病院の統合の話をした際も、寿町あたりの一号線の渋滞については、しっかりした対策を取るよう言われているので、市としてもしっかりやっていかなければならないと思っている。

岡田委員長：療養病床だけはっきりさせておかないといけないが、我々は42床をいかにして埋めるかということ毎月毎月検討して、少なからず黒字に貢献してきていることは間違いない。それを27年度をもって0にするという方針がここで決まってしまうと、患者をどうさばくかということは別にして、そこで働いている看護師のモチベーションももちろんだし、差し当たり、持って帰ってどういう方針かということをはっきりさせておかないといけない。私の感じとしては、27年4月をもってというのではなく、将来は減らしていこうという方針で、これから療養の新患は取らない、今年は何人減らしてというようなことでは、東医療センターの運営は非常に重大なことになるので、平田先生もさっき言われたが、収入面のこともあるし、持って帰ってからの説明の仕方をちょっと考えてほしい。

竹田委員長：私が思うには、どこかで線を引いておかないと、将来は減らしていきますと言っていると、ずるずるいくし、まだ3年の猶予がある。志摩病院が指定管理になったときも、ものすごく中でもめたが、3年くらい経って、4月からオ

ーブンして、今は職員は比較的安定して、ほとんど看護師も辞めず、医師もほとんど残っている。いきなり変えるのは無理だが、やはり 3 年くらいの猶予期間があれば、何とかできると思う。将来的に、この 400 床の病院は、少なくとも急性期にするんだということだったら、どこかで区切りをつけて、それまでに準備をしていくべき。看護師もゆっくり話していけば、絶対分かってくれると思う。また、再就職の場所とか、あるいは先ほど平田先生が言われた、別の医療機関を作って、そこで働いてもらうこともできるかもしれない。少なくともどこかで線を引かないと、ずるずるいったらいつまでたっても病院は変わらない。

岡田病院長：言われるとおりで、そのように考えているが、差し当たり 3 年間で 0 にするという計画も、そういうつもりでやらないとなかなか難しい。新患は取らない、縮小していくということを公言して、3 年間どうやって経営していくかということを考えなければいけない。

竹田委員長：そこは医師会と話し合ってもらって、患者を無理なく転院してもらえるような方策を取っていかないといけないと思う。

西村委員：東医療センターは建物が一部残るが、新しく建てる建物は 400 床で、そこは急性期の二次医療が完結できる病院で確定として、それ以外のスペースとして、まったくお金をかけないようにして、近接した所で物理的に療養ができる病床が確保できて、それを 3 年間で新しい法人内の別の医療機関として並行してやっていくというような、折衷案のようなものは考えられるのではないかと思うが。

竹田委員長：それは平田先生の意見でもあり、その考え方は残したが、新しい建物には入れない、400 床の部分は急性期の病院に特化するということ为先ほど確認した。

岡田委員長：療養は 42 床あって、400 床には含めないとして療養病床がなくなったら、1 フロアのスペースが空いてしまうが。

竹田委員長：先ほどから出ているのは、そこを別の医療機関として維持していくかという考え方である。

平田病院長：その可能性を残して、東先生も言われるように、例えば 3 年経ったら、地域で 42 床の患者をすべて引き受けるという医療機関が出て来てくれるのであれば。

岡田委員長：だから、27 年 4 月をもって 0 にするという方針があるので。

平田病院長：0 にするという方針ではないのでは。

足立理事長：山本総合病院を独立行政法人化するに当たり、厚生労働省へは、400 床の急性期病院を作るということで申請していると市から説明をもらっているので、そういう意味では、3 年後に後方病院が整備され、現在の患者が転院できるようになれば、段階的に減らしていったら、急性期病院の 400 床でいくというス

タンスでいかざるを得ないと思っている。400床規模の急性期病院という支援委員会のご意見もいただいているので、その方向で考えていきたいと理事長として思っている。

竹田委員長：今の42床は、急性期病院には含めないが、別の医療機関を作ってその部分を継続してやっていける可能性はあるということ。

東委員：療養を廃止して5、6年後の大変さは分からないでもないが、20年、30年先のことを考えた新病院を作るということになる。その病院の中に、平均在院日数が400日というような長期の患者がいるというのは、やはりどう考えてもそうぐわないというか、おかしいと思う。だらだらとってしまうので、どこかで線を引くのは必要だと思う。最初に副市長が考えてほしいと挙げられた要点で、長期を見通したことというのがあったので、それを考えると、この病院には療養型の病棟はふさわしくないのではないかと。

平田病院長：おそらくそれはみなさん一致していると思う。要は、その後の出口戦略というか、後方の医療機能として必要な慢性期病床を、地域できちんと確保できるかどうか。例えばレスピレーターがついてるとか、COPDと糖尿病を合併しているような患者で、医療ニーズにおいて介護と医療の比率が半々くらいの長期入院の人を地域できちんと診られるだけのサポートが、本当に東先生が言われるようにきちんとしてもらえるのであれば、急性期としてやりたいというのは、そういう病院をやろうとしている人間の総意だと思う。ただ、出口戦略がきちんとしていないまま手術しても、平均在院日数が1週間とか10日とかで区切られるとしたら、行く所がないということになる。そこで詰まったら、どうしても患者を回せなくなってしまふ。そうすると、今度は急性期の400床自体が危なくなる。東医療センターの患者層は70歳代で、50代や60代はほとんどいない。そういう患者が手術して、1週間で退院させて、その後を診れる所を確保してもらえますかというのが、今一番の我々の悩みである。

東委員：実際にやってみる先生方の悩みはよく分かる。だけど、国は政策として療養病床をどんどん減らしてきたが、今年の診療報酬の改定で分かるように、一時冷遇されて死に絶えていたような有床診療所に光を当て始めている。それは、平田先生が言うようなそういった患者がいて、これからも高齢者は増えてくるので、どこでみるのかというときに、有床診療所とか中小の病院に光が当てられた。それともう一つは在宅医療。県医師会としても、今度在宅にものすごく力を入れようとしている。その在宅と並行して、苦肉の策的に、いわゆるサ高住、サービス付き高齢者向け住宅も増えてきて、24時間サービス、ケアをつけてやっていこうという形で、ビジョンとしてはそういうふうにも動こうとしている。なので、最初から療養病棟を持つと考えていくと、や

はりその流れからは少し後ろを向いているような気がしてならない。外から
見ている者は、勝手な理想のようなことを言っているが、実際にやっている
先生方の気持ちはよく分かる。よく分かるが、その辺をどのようにやってい
くか、平田先生が考えてみえるような別の施設でやって、それがうまくいく
のか正直よく分からないが、いずれにしても、400床は急性期ということはみ
んな一致しているはず。

竹田委員長：とにかく、急性期の400床というのは、みなさんの合意が得られているもの
と思う。あとはいかがか。

西村委員：細かい点だが、外観で、周囲の美観と調和させなければいけないというよう
な配慮は必要か。

久保主幹：桑名市は、景観法に基づく景観行政団体として、景観計画を策定していて、
ある一定規模以上の建築物については、市への届出をしなければならない。
それと、東医療センターについては、隣接したところに現況の病棟その他施
設建築物があるので、それらと調和するような形での施設建築物は、これか
ら基本設計をやっていく中で、設計業者が上手に考えていただけるものと思
えている。

竹田委員長：ほかになれば、かなりご検討いただいたので、病院の基本構想・基本計画
に関しては、議論を十分尽くしていただいたということにさせてもらってよ
ろしいか。では今までの議論を基に、基本構想・基本計画の案をまとめてい
ただき、次回の会議でその内容について検討させていただく。あまり細かい
ところまでは必要ないと思うが、それを作っていただきたいということによ
ろしいか。次回はいつですか。

加藤理事：次回につきましては、来週の火曜日、6月19日の午後7時から、この会場で
予定していますので、どうぞよろしく申し上げます。

竹田委員長：それでは、次回は19日の火曜日ということで、それまでにまとめていただく
ようお願いしたい。あと、28日のERの勉強会には是非参加していただいて、
新病院の基本構想・基本計画の重要な部分を占めるので、ご意見を交わせれ
ばと思う。それでは、今日はこれでよろしいでしょうか。どうもありがとう
ございました。

加藤理事：長時間にわたり、ありがとうございました。これをもちまして、第3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。