

第4回 新病院支援委員会 議事まとめ

日 時：平成 24 年 6 月 26 日（火） 19:00～20:15

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：委員の皆様、それから関係者の皆様のご尽力によって、新病院基本構想・基本計画の素案が出来上がってきたので、今日はそれを基に、ご意見を伺っていきたい。

2. 議事

【新病院の機能・特徴】

竹田委員長：災害医療への対応で、災害拠点病院をめざすという議論があったと思うので、それも踏まえたものにしてもらいたい。他になければ、ここはこの内容でお認めいただいたということにします。

【全体計画】

竹田委員長：内科をどうするか、糖尿病内分泌内科、リウマチ膠原病内科、循環器内科、血液腫瘍内科、神経内科、腎臓内科などがあって、内科を残すかどうかについてはいかがか。

東委員：総合診療科を置くという議論もあるが、どれだけのスタッフが確保できるかもまだはっきり分からないので、今までの内科医師がそれぞれの専門領域に携わって、週に何回かは総合内科的に入る形になるのではと思う。

足立理事長：内科はそれぞれの専門領域に分かれてきているが、日本内科学会の内科専門医は全領域ということになっている。そういう意味で、専門領域に特化した人がいる一方、幅広い領域を志向する人がいるので、そういう人の受け皿としては必要ではないかと考えている。

竹田委員長：大学でも総合内科があるものの、結局それぞれの専門の医師の中で幅広くやっている方が兼任しているが、診療科として残すのはいいと思う。あと、総合診療科は必ず加えておいてほしい。

三浦副市長：確認だが、総合診療科と救急科は、別の科として置くということでもいいか。

竹田委員長：総合診療医は必ずしも救急医ではない。一次救急もやるが、自分たちは決して救急だけではないというスタンスを持っている。

三浦副市長：総合診療も含むような救急という表現がふさわしいのか、あるいは別個の診療科として、診療科の数が増えるというイメージかを尋ねたかった。

竹田委員長：これまでの私の経験、感覚から言うと、別個の方がいい。

足立理事長：総合診療科の医師に自分のホームグラウンドがあって、それとは別に救急を助けることができるというのがいいのではないかな。

竹田委員長：そういうイメージです。救急だけということになると、総合診療科の医師はちょっと尻込みする。基本的に、じっくり患者を診たいという意識がある。それから、放射線科は、診断も治療も一緒にするというのでいいか。

黒田課長：これまでの会議の中で、放射線科は、放射線治療科と放射線科という2つにするという議論があったが、そのあたりはどうか。

竹田委員長：実際問題として、放射線診断科と放射線治療科に分けても、そんなに人がいない。治療をやっている医師が、空いているときに診断を手伝ったりすることもあるし、あまり分けてしまうと、かえって効率が悪くなる。なので、一緒にいいのではないかな。今は、大学でも一緒になっている。

東委員：当初は、治療医が常勤でいるのが難しいかもしれないので、週に3日くらい来てもらって、プランを立ててもらおうというような形になるとすると、一緒の方がいいのではないかな。

竹田委員長：あと、外科系の方はよかったか。

平田病院長：形成外科について、現段階ではないが、三重大学はどうなっているか。

竹田委員長：三重大学は、とりあえず診療科として今年度中に作って、将来は講座にするという予定である。なので、ゆくゆくは新病院にも形成外科を作ってほしい。三重県に形成外科がないのが、大きな課題である。

他に、病床数については、前回までご議論いただいて、一般病床400床、療養病床は廃止ということによろしいですね。

【部門別計画】

竹田委員長：部門別計画は、各病院の医師の意見が書いてあるということか。

黒田課長：各部門の職員へのインタビューやアンケートをさせていただいているので、医師だけではなく、いろんな職種から出た意見である。

竹田委員長：すべてこの通りになるとは限らないと思う。

足立理事長：ここは、各部門から意見をもらって、作業部会で取りまとめたものである。

【施設の概要】

水野委員：駐車場について、600台程度と記載されているが、これは職員用の駐車場も含

めた台数か。

久保主幹 : 職員用も含めて、必要になると見込んでいる台数である。

水野委員 : いなべ総合病院で、400 台ちょっとの駐車場を持っているが、外来患者が一日 800 人くらい来られると、400 台では不足している。それで、職員用をどんどん外に広げていって、病院の敷地から外へ出て、道を越してさらに外に出た所に確保している。いなべと桑名の市内では交通事情が異なるので同じようには言えないが、職員用を含めて 600 台というのは少ないように感じるがいかがか。

久保主幹 : 東医療センターの現状として、北側に 128 台分、民間の施設を借りて 15 台分の駐車場があるが、午前中の非常に混雑する時間帯には、ゲートの前で 5、6 台が並ぶ状況である。新病院で外来患者数を一日平均 1,000 人程度受け入れていくと見込んでいる中で、現在、回転率などの条件を精査していくと、患者用として 317 台必要であろうと推定している。この 317 台のほか、西医療センター、南医療センターから職員が移ってくるが、中心市街地であるので公共交通機関の利用が可能になるケースもあり、また、患者とその家族になるべく公共交通機関を利用していただく旨の周知もさせていただきながら、必要となる台数の整備を考えているところ。

竹田委員長 : 駐車場は、立体駐車場を作られるのか。

久保主幹 : 当然財源などの条件はあるが、600 台となると、その地域で平面駐車場で確保するのは不可能なので、立体駐車場を今後検討していきたいと考えている。

竹田委員長 : 今後、外来患者が増える可能性もあるので、駐車台数は、できるだけ多くあった方が安心である。

保育所はどこに作られる予定か。院内の敷地か。

久保主幹 : 院内保育所については、今回新棟を建設するのでそのなか、既存の建築物の中で考えていきたい。

竹田委員長 : 大学も新築したが、足らなくなって、古い病棟の 5 階に改修したスペースがあったのでそこを使ったが、問題なく使えているので、既存の建築物の中がいいかもしれない。

西村委員 : 既存店舗を買い受けて、取り壊して新しい建物を建てるということだが、現在はどのような目的で使われている店舗か。取り壊しから建設を始められる時間の見通しも必要なので、例えば土地の汚染についても、既に検証されて、時間的にも大丈夫なのかどうか。

加藤理事 : 店舗というのはスーパーマーケットだが、その敷地を購入する予定である。

西村委員 : たまに、店舗の跡地で土壤汚染ということを知ることがあると建築制限がかかってしまう可能性があり、特に今回は期限が決まっているので、そういうことは十分検証される必要がある。

竹田委員長：今回は基本構想・基本計画なので、大きな項目を必ず満たすような設計にするというところが大事である。個々の細かいこと、例えばどんな装置を入れるかなどは次の問題なので、そういうったところから他にご検討があればお願いしたい。

東委員：医療機器のところで、PET をどうするかという議論があったが、今回の内容には挙がっていないということである。ランニングコストも含め、費用、コストの面や、それだけの利用があるかという問題があると思うが、やはりこれは、コストがネックだったか。

足立理事長：ランニングも含めて、コストが大変であるということからである。なので、将来的に PET を入れる可能性も含めて、設計段階で可能性を探りたいと思う。現時点では、金額的に無理だろうと考えている。

竹田委員長：すべて入れられればいいが、入らないものもあるので、書き方として順位付けして、PET は下の方の順位にしておくとか、そういうことでもいいかもしれない。後は、今度の交渉でどこまで入るかということにできるので、今の段階で除外するのは早いように思う。

三浦副市長：今 PET の話が出たが、今後の流れとして、基本構想・基本計画が出来上がると、次に基本設計・実施設計に入る。その際、PET を入れられる放射線防護、遮蔽のような設備を入れ込んだ設計とする仕様にすべきかどうかということ、ある程度決めておかないといけないように考えるが、そのあたりはどうか。

竹田委員長：遮蔽は必要だが、PET だけだとそれほど大がかりな遮蔽は必要ない。放射線治療装置は、かなり厚い壁が必要になる。とにかく予算の問題があって、がんの診療をやるなら PET は絶対必要だと思うが、それよりも病院機能を充実させることが最重要で、そうすると CT や MRI は病院機能に欠かせない検査なので、それらを外すことはできない。なので、余裕があればということになる。

三浦副市長：そうすると、PET の場合は、後々の施設の改修でも対応可能と考えていいか。

竹田委員長：使用後の放射性廃棄物の取扱いも含め、比較的メンテナンスは容易である。

東委員：医療機器のことが出たのでかなり細かいことになるが、今現在 3 病院で使われている CT とか MR の機器で、新病院に移行できるものがどの程度あるかということを知りたい。

藤岡病院長：西医療センターの CT は 16 列なので、性能的に難しい。MR も、来年には修理をしてもらえなくなるという状況である。アンギオ装置も相当古いので、使えなくはないが、いずれも移行は難しい。

平田病院長：南医療センターは、CT を買い替えてから 3 年経つ。なので、3 年後は償却期間が過ぎている。これも使えないことはないが、CT、MR、アンギオは、や

はり 5、6 年が寿命で、その間にがんがんで、がんがんで償却して、そして新しい器械を入れていくということで、よりいい器械で急性期医療をやっていきいたいというのが、急性期医療を担う医師の気持ちである。

岡田病院長：東医療センターも同じような状況で、64 列マルチスライス CT があるが、フル活動して、いわゆる償却は終わっている。それから 1.5 テスラの MRI があるが、これもずいぶん古くなっている。ただ、メリットとしては、隣接地に新棟を建設して、そこに新しい機器を入れるが、既存の残る棟に今の CT、MR、アンギオもあって、場所的にはいい所に置いてあるので、設計の方が考えることではあるが、うまく利用できたらと思う。

東委員：そうすると、新病院としては、あまりふさわしい機器ではないということですね。最近、大学病院などには、3 テスラの MRI があるようだが、そこまではいかないとしても、全部新しくしないといけなくて、それプラスアルファとして、使えないこともない既存の機器があるということですね。

藤岡病院長：相当性能の落ちた機器で診療するのは、やはりモチベーションが下がる。今の機器を使って学会に出す、研究会に出すというのは、相当抵抗がある。

竹田委員長：特に CT は、新しい装置だとものすごくたくさん症例が取れるので、是非新しくしてほしい。ただ、放射線機器に関しては、高い買い物になって損をするのは避けたいので、うまくやってほしい。あと、リースもあまり増えすぎると月々の支払いが大変だが、リースという方法もある。

藤岡病院長：がん診療をするのに PET もない、RI もないという今の状況だが、将来も含めてどちらかの可能性を是非残しておくことが、新しい研修医や急性期、がんを担ってもらえる医師のモチベーションになると思う。放射線治療機器は入るが、CT と MR だと、診断や経過観察の面では不足だと思う。採算が合わなければ、他のところでがんばるしかない。やはりがん診療ということになれば、必須だと思うし、若手の医師にアンケートを取ると、外科だけでなく脳神経外科、整形外科の各医師から、PET と RI のどちらかはという非常に強い要望がある。

竹田委員長：私としては、RI より PET の方がいいと思う。RI では脳血流シンチくらいは残るかもしれないが、あとはどんどんほかに置き換わっている。なので、がんの診療をやるのであれば、PET の方がいいと思うし、放射線治療で位置決めするときも、どこまでがんがあるというのは、PET で見ないと分からない。

東委員：新しい病院の目玉というか、何が一般受けするかというと、ER もあるが、PET はこの地域にはないので、PET は目玉になるが、フル稼働できるかどうかという問題だと思う。先ほどから出ている順位付けをどうするかということについては、普段の診療でも、名古屋の PET 検診に行ったとか、PET のドック

を受けた話をされる方がいて、そういう人たちをどの程度取り込めるかということになるので、今後どの程度需要が見込めるかシミュレーションしてみてもいいのではないかと思う。

竹田委員長：それと、がんの治療をするとしても、どういうがんが多いのか、つまり患者構成を考えておいた方がいい。消化器のがんだと、PET はあまり必要ないかもしれない。転移があれば役に立つかもしれないが。なので、どういうがんを扱うかも検討して考えられたらと思う。

足立理事長：独法の準備会議でも、シミュレーションも含めて検討したが、現実的には機器の予算が13億円ということなので、3病院の院長が言われたように、基本的な高度医療機器に相当するCT、MR、アンギオ装置あたりの更新時期に来ているので、まずこれらを優先する必要がある。支援委員会のサジェスチョンをいただいたように、順位を付けるかどうかについては、検討させてもらいたい。

西村委員：その検討の中で、先ほどリースという話もあったので、回転率のいいものはフローで回収できるので、初期投資のものとフローのもので考え方を考える、区別するということが重要である。PET に関しては、キャッシュフローが入ってこないのであれば、初期投資で入れておいた方が、あとで負担にならない。一方、CT、MR、アンギオが回転率が上がるのであれば、初期投資には入れないで、リースの形でこの中から省くという手も考えられる。入れるのは入れるが、装置のラインナップに優先順位を付けて、初期投資で対応するのか、リースで対応するのかをその中で組み合わせて、その後の運転の採算性を考えると、より多くの中に入れてくれるような気がするので、そういう考えも持つといいのかなと思った。

三浦副市長：以前、水野委員にお聞きしたが、空調機械設備のところで、「感染症対策として整備する無菌病床については単独排気構造とし、陰陽圧制御などの医療安全環境を確保します。」という記述がある。院内の患者の感染症対策としては、陰陽圧制御までは必要ないということだったような気がしたので、それについて確認したい。

水野委員：院内で発生した感染症が、院内で蔓延しない方法を考えておかないといけないということで、そういう患者が発生したときに、他の医療機関に送ればいいが、送れない場合は院内で隔離するということになる。そこで、隔離をするときの条件が、感染対策としていくつか決められていると思う。その中の一つとして、結核などの感染対策の部屋は、排気ダクトまでひっくるめた隔離の方法を取った方がいいのではないかとすることを申し上げた。費用がどれくらいかかるかということあまり分からないので、院内感染対策としてどこまで条件を求めるのかということ、一度専門家に聞かれて、設計に

盛り込めばいいのではないかと思う。

三浦副市長：排気システムを別にするというところは、単独排気構造という記述で書き切っていると思うが、今の書き方だと陰陽圧制御が例示されているので、マストということでよかったのかということがあった。今のお話だと、むしろもう少し研究してみてという余地があると理解してよければ、そういう記述にした方がいいのではという気がします。」

水野委員：冷暖房もひっくるめた空調を考えられる中で、どこを陰圧にして、どこを陽圧にするかということは、当然考えられるはずである。例えば、手術室の中は、廊下より手術室の中の方が陽圧にしておかなければいけないので、そういった空調で圧をかけることはできると思う。病棟でもそういう方法を取られると思うが、病棟は逆で、病室の空気が廊下に出ると感染が広がるので、圧のかけ方も逆にしなければいけない。そのあたりは、コストの問題と構造上の問題があるので、専門家に相談されて決めてもらえればいいと思う。

藤岡病院長：この無菌病床という表現は必要ないですね。

水野委員：そうですね。

東委員：感染症の話が出たので、新病院の方針として聞いておきたいが、医師会が応急診療所を運営しているが、それをどのように位置付けていくかという問題がある。この計画では、ER型の救急体制を取るということで、場合によっては総合診療医が入ることもあるかもしれないが、そこで小児もある程度診ていただけるとしても、365日24時間という訳にはとてもいかないだろうと思う。そういう場合に、我々が今、土曜の夜間と日・祝日に運営している応急診療所が、今後も桑名市としてはやはり必要なかどうか、老朽化して手狭なこともあって、今後どうやっていくかということが関心事であり、重大な問題として挙がっている。それは市としてはどうなのか。

三浦副市長：委員の言われることはおそらくソフトのことで、3年後の新病院というハードの前提を現在議論しているところなので、少し時間軸を分けて、新病院の開院が近づいた時点、どういう体制になるかということが見え始めた頃に決めていくような話かと思う。現段階では、決める前提となる情報について、おそらく独法の中でもこういう体制というコミットメントは難しいだろうし、そうなると議論としては決めきれないのではというのが正直なところ。

東委員：救急について、この病院だけでおそらく24時間365日行うのは無理だと思うが、竹田先生はどのように想定されているか。

竹田委員長：やはり、今すぐは無理だと思うし、3年後もすぐには無理かもしれない。しかし、いつまでもそう言っていてはできない訳で、そこからいかにがんばってやってくれる人に来てもらって、広げてもらうか、それしか解決の道はないと思う。そういうことに期待して新しい展開を求めないと、先が開けてこな

いような気がする。

足立理事長：たしかに、すぐに医師をそろえるのは難しいので、基本的には二次医療を診てもらおうようなつもりで、各医師に一次から全部診てとなると、おそらく勤務医が疲弊してしまうので、やはり診療所との連携関係をこれからもお願いしたいというふうに思っている。

東委員：やはり、一次は医師会側が一番責任を持っていると思うので、今の状態は我々としても心苦しいところがある。いろんな方法、例えば医師会側が、今度の新病院の救急をお手伝いするというような体制とか、とにかく今の形がこのままいっても無理で、そういうことも踏まえて議論していかなければならない大きな問題だと思うので、独法側でもそのことを念頭に置いておいてほしい。

竹田委員長：そのあたりは柔軟にいかないといけないので、オープンシステムもいいと思う。

水野委員：話が戻るが、藤岡先生の「感染症対策として整備する無菌病床」ではないです、すねという指摘を受けて、その必要はありませんと言ってしまったが、全体計画の診療科のところ、血液腫瘍内科として、血液疾患に対する診断治療と書いてあるので、ひょっとしたら白血病の治療も視野に入っているのであれば、無菌病床は必要ということになってくる。そのあたりも詰めて考える必要があるので、軽率なことを言いました。

先ほど、竹田委員長が言われた総合内科の件だが、最初から総合内科の名称を付けておいた方がいいと思う。というのは、これから総合内科の専門医がどんどん増えてくる時代になってくると思う。総合内科が何をやるかというのは、あまりよく伝わっていないが、例えば国立病院機構の東京医療センターでは、紹介状のない初診の患者は、全部総合内科で診る。救急とはまた違って、お互いに乗り入れをしたりすることはあるが、そういう形でやっている。そして、それに研修医がびたっと付いている。なので、今度の病院でも総合内科という名前をとりあえず付けておいて、専門医がいればイニシアチブを発揮すればいいが、それまではその領域を担って、例えば今言ったような、紹介状のない初診は、そこをとにかく通って、振り分けをして、診てもらおう。そこに研修医が張り付いて教育していく。そういう形にするのも、研修医を集める一つの方法にはなると思う。

竹田委員長：水野委員が言われるとおりで、内科を分けるよりは、内科が全体になって、総合内科、あるいは循環器内科とかジャンルで分ける、そういう考え方がいいと思う。

三浦副市長：紹介外初診の受け皿としては、総合内科と総合診療科は少し類似する部分があるように思うが、そのあたり、同じようなものに対して言い方が違うのか、

あるいは性質が違って、両方書いておくのがいいのか。

竹田委員長：医師が違って、母体も違うので、設置するのであれば 2 つになる。おそらく総合内科というのは、部署は作っても人はいないかもしれない。

足立理事長：竹田先生と同じ考えで、内科を診るのが総合内科で、総合診療科は小児科や産婦人科も含めて対応するイメージなので、ちょっと違う。

三浦副市長：そうすると、この診療科の構成は、医師サイドから見たもので、患者サイドからの見方とは異なることになるか。

足立理事長：患者への提示の仕方は、診療の実態に即したのものになるが、総合診療科はそういう外来を置くことになると思う。

平田病院長：先ほどの応急診療所の話と同じで、ソフト面のことなので、総合診療科の医師がどれくらい来られるとか、総合内科の研修医をリードする医師がいるかということも踏まえて、一番最後の段階である程度決まってくるので、今の段階での議論は難しいのではないか。

竹田委員長：なので、挙げておくのはいいと思う。

ほかによろしいですか。それでは、4 回にわたってご議論いただきありがとうございますありがとうございました。議論の中で出てきた意見を踏まえて、基本構想・基本計画をまとめるということで、ご理解をいただきたいと思う。今後の予定について、市からお願いします。

加藤理事：委員の皆様には、4 回にわたり貴重なご意見をいただき、ありがとうございますありがとうございました。支援委員会につきましては、本日をもって終了となります。いろんなご意見をいただいているので、今後文言の整理等も含め、独法とも詰めて、最終的な策定をしていきますので、よろしくをお願いします。

竹田委員長：修正が終わったら、委員の皆様にもご確認いただくということなので、よろしくをお願いしたい。それでは、支援委員会を終了します。どうもありがとうございました。

加藤理事：委員の皆様には、4 回にわたり大変貴重なご意見をいただき、ありがとうございますありがとうございました。これをもちまして、桑名市新病院支援委員会を終了します。ありがとうございます。