

第4回

新常滑市民病院基本構想策定委員会

議事録

平成23年9月15日(木)

### 第3回新常滑市民病院基本構想策定委員会議事録

- 1 開催日時 平成23年9月15日(木)午後2時～午後4時5分
- 2 開催場所 常滑市民病院5階大会議室
- 3 出席委員(50音順)

みんなで創ろう!!新常滑市民病院100人会議代表	伊藤 文一
みんなで創ろう!!新常滑市民病院100人会議代表	磯村 智恵子
愛知県健康福祉部医療福祉計画課 課長	小澤 智明
愛知県半田保健所 所長	澁谷 いづみ
愛知県知多保健所 所長	鈴木 康元
半田市立半田病院 院長	中根 藤七
常滑市医師会 会長	肥田 康俊
特別養護老人ホームむらさき野苑 介護福祉士	布施 裕子
藤田保健衛生大学大学院医学研究科腎内科学 教授	湯澤 由紀夫
- 4 欠席委員

厚生労働省名古屋検疫所中部空港検疫所支所 支所長	安藤 正郎
名古屋大学大学院医学系研究科呼吸器内科学 教授	長谷川好規
名古屋大学大学院医学系研究科循環器内科学 教授	室原 豊明
- 5 出席者

常滑市長	片岡 憲彦
常滑市副市長	古川 泰作
- 6 事務局

常滑市参事	山田 朝夫
常滑市民病院 院長	中山 隆
常滑市民病院 副院長	中村 英伸
常滑市民病院 看護部長	久米 淳子
常滑市民病院 事務局長	梅原 啓三
常滑市民病院 管理課長	皿井 敬治
常滑市民病院 業務課長	皿井 栄一
常滑市民病院 新病院建設室長	八谷 俊之
常滑市民病院 新病院建設室	柴垣 道拓
- 7 その他 株式会社システム環境研究所
- 8 傍聴者 24名

## 第4回新常滑市民病院基本構想策定委員会次第

日時 平成23年9月15日(木)午後2時00分～

場所 常滑市民病院 5階大会議室

### 1. 開会

### 2. 議題

#### 新・常滑市民病院基本構想(案)

##### (1) 全体計画について

- ① 診療科構成について
- ② 病床数について
- ③ 新病院における部門配置及び病棟構成イメージについて

##### (2) 部門計画について

- ① 外来部門について
- ② 入院部門について
- ③ 救急外来部門について
- ④ 中央診療部門について
  - ア. 薬局
  - イ. 臨床検査センター
  - ウ. 放射線センター
  - エ. リハビリテーションセンター
  - オ. 手術センター
  - カ. 血液浄化センター
  - キ. 内視鏡室
  - ク. 臨床工学技士室
  - ケ. 輸血管理室
  - コ. 診療情報管理室
  - サ. 地域連携室
  - シ. 健診室
  - ス. 栄養管理室

### 3. その他

#### 資料

【第4回資料1】・・・新・常滑市民病院基本構想(案)

【参考資料1】・・・常滑市民病院と他の自治体病院との経営指標実績比

【参考資料2】・・・近年新築した公立病院の1日当たり入院・外来患者数と100床当たり医師数の推移

次回開催日 平成23年10月20日(木) 14:00～

開会 午後2時

新病院建設室長 定刻1分前でございます。会場にお見えの方で、携帯電話をお持ちの方はマナーモードに設定されるか、電源をお切り下さい。お願い致します。

新病院建設室長 定刻になりました。ただ今から第4回新常滑市民病院基本構想策定委員会を開催させていただきます。委員の皆様には、ご多忙にもかかわらず、ご出席を頂き誠にありがとうございます。

資料の一部に訂正がございましたので、ご案内させていただきます。机の上にある資料1と次第につきまして、差し替えをお願い致します。宜しくお願い致します。

ご発言はマイクが届き次第お願い致します。では、委員長に進行をお願い致します。

委 員 長 委員並びに会場の皆様、本日もお忙しい中、暑い中ご出席頂きまして、ありがとうございました。去る6月9日より始まった新病院基本構想策定委員会も本日で第4回目を迎えました。第1回では、常滑市民病院の現状と新病院建設の必要性、医療需要の予測等が話し合われ、さらに市民アンケート、100人会議の意見も紹介され、皆さんに改めて新病院建設の必要性を確認していただきました。第2回では、新病院の基本方針が話し合われ、急性期医療を中心としつつ、亜急性期医療、回復期医療にも取り組む、二次医療の提供を基本として、部分的・選択的に三次医療にも取り組む。それから、市民の期待に応える為、引き続き救急医療に取り組む。それから、近隣医療機関との連携を図りつつ、当院の役割を果たす。空港直近の医療機関として感染症医療に積極的に取り組む。高齢者医療や市民の要望の高い疾患に対する医療体制を整備する。そして、健全で自立した経営基盤を確立する等の方針が確認され、さらに第3回の会議では、それから導き出された(1)の救急医療から(7)の経営の健全化までの項目について、熱心な討論がなされました。

そして、本日の第4回と次回でいよいよ具体的な基本構想を検討して参りたいと思います。今回を含めて、この委員会も残すところ2回となりました。本日もどうか熱心なご討議をお願い致します。今回は、新病院のハード面である全体計画と4の部門計画、中央診療部門までご討議頂き、次回残りの(5)供給部門からソフト面の事業収支計画まで終えたいと考えております。なお、レジュメの構成に若干の変更があるそうですので、事務局は全体計画についての説明を始める前に補足をお願い致します。では、事務局、宜しくお願い致します。

参 事 はい。それではご説明させていただきます。今、肥田委員長からご指摘いただいた説明の前に、新しくお配りした資料もありますので、資料の確認をお願いしたいと思います。

第4回資料1、新常滑市民病院基本構想(案)と書かれた目次のついている資料が一つ、本日、差し替えたものでございます。それから、これは事前にお配りしてあるもの

で変更はございませんが、参考資料1として、常滑市民病院と他の自治体病院との経営指標実績比較というものがあります。これは、前回の委員会で中根先生からご指摘がございました、100人会議に提出した資料でございます。後ほど、何かありましたら、ご質問頂き、ご説明させて頂きたいと思っております。それから、参考資料2でございますが、これは今回ご欠席の長谷川先生から、病院の新築効果というものはあるのかということ調べてみるようにというご指摘があり、近年、新築された公立病院で常滑市民病院と病床数が似通っている病院の新築前と新築後の一日あたりの入院・外来の患者数、それから100床あたりの医師数の変化・推移を表にしたものを資料として出させて頂いております。それ以外に、本日お配りした資料で、これは委員の皆様のお机の上にしか置かせて頂いてないものですが、新病院における部門配置及び病棟構成のイメージ図を出させて頂いております。これは、本日の討議のご参考にして頂ければと思ひ、添付させて頂いたものであり、まだ決定した内容ではございませんので、後ほど回収させて頂きたいと思っておりますので宜しくお願いします。それから、それ以外に特定感染症指定医療機関の病床例という見取り図が表裏についている資料を出させて頂いております。これは、後ほどの説明の中で出てまいります。それから、本日ご欠席の長谷川先生と室原先生に事前にご説明をさせて頂き、ご指摘を頂いた事項を事務局でまとめたペーパーが2枚あります。本日の資料は以上でございます。

それでは、第4回資料1に戻り、資料1の目次をご覧頂きたいと思っております。これまでお示ししておりましたものは、第3章の3の全体計画と4の部門計画以下を基本計画という形で位置づけており、かなり細かい内容をここに盛り込もうと考えておりましたが、時間の関係もございまして、また、この委員会の性格も大きな方針を決めるという事になってきているという事もございまして、その基本計画の全体計画以下の部分をダイジェスト版という形で基本構想の中に入れ込ませて頂き、そうした基本構想をこの委員会で策定して頂くという形にしたいと思っておりますので、宜しくお願い申し上げます。

委員 長 第4章というのがなくなったということですか。

参 事 はい。第4章がなくなり、第3章の中に算用数字の3から9ということで組み込ませて頂いたという事でございます。

委員 長 はい。わかりました。では、続いて全体計画の説明をお願い致します。

参 事 はい。それでは、3全体計画についてご説明をさせて頂きます。

資料の目次から1枚めくりまして1ページをご覧下さい。3全体計画の3の3の1は、診療科構成でございます。新しい病院の診療科構成は、現病院の診療科を基本と致しまして、これまで実態はあるものの標榜をしていない診療科を、新たに標榜することを基

本に考えております。また、この表には、併せて現病院の常勤医の数と新病院における想定（希望）の常勤医数を示しています。診療科ごとに上の方から、内科は、現在は常勤医がおりませんが、新病院では1名を確保したい。これは、現在はいわゆる総合内科というものを、内科医が交代で担当していますが、やはり、経験年数などの問題からどうしても十分な対応ができていない。しかしながら、需要はかなりあるということで、内科でチーム医療をするという基本は維持しつつ、どうしても専門の総合内科医を1名確保したいという趣旨で掲げております。

次に、循環器内科につきましては、入院患者の市外への流出が高い診療科でございます。これは以前の委員会での統計資料でもご覧頂き、強化する必要があると考えております。この10月から、現在の4名体制が5名体制になることが予定されており、この体制を維持したいという意味で、今は4が入っておりますが、そういう意味で常勤医の増減はなしという形で表示をさせて頂いております。

その次の呼吸器内科につきましては、これまで常勤医が2名いたところには年間延8千人を超える入院患者がいたこと、また、市立半田病院等との連携を進める上で、常勤医の確保が不可欠であることなどの理由により、何とか大学にお願いして確保していきたいとの趣旨で記載をさせて頂いております。

次の腎臓内科ですが、常勤医1名増としております。これは、年々増加している透析患者に対応するため、現在19床の透析ベッドを25床に増床したいと考えております。これへの対応に併せて、入院医療を充実させたいとの考えからでございます。将来的には、透析が30床位必要になるのではなかろうかと予測をしております。

少し飛びまして、血管外科でございますが、ここに「(1)」という、1名を記載しておりますが、これは外科チームの5名のなかで、血管外科の専門の医師が1名おり、最近新聞で取り上げられたこともあって患者さんが増加しており、新病院では標榜していきたいという趣旨であります。

それから、脳神経外科ですが、1名増としております。これは、現在の1名体制を強化することで、医療の安全性を高めつつ、さらに充実した医療を提供したいという趣旨でございます。

整形外科につきましては、呼吸器内科と同様に、これまで常勤医が3名いたところには、年間延1万人を超える入院患者がいたこと、また、市立半田病院等との連携を進める上で、常勤医の確保が不可欠であること等の理由により、何とか確保していきたいとの趣旨でございます。

婦人科と産科については、現在常勤医が不在の状態でございます。婦人科については、新病院では必ず標榜したいと考えておりますが、産科につきましては、内部でも議論が分かれており、この委員会でも賛否両論があったところでございます。「みんなで創ろう!!新・常滑市民病院100人会議」という市民の方々にお集まり頂いた会議の中では、近年の常滑市の人口動態などを考慮してという事もあって、産科の復活を要望する

声が多く出されており、なかなか悩ましい問題であります。数字を入れていませんので是非、本日再度ご議論頂ければ幸いです。

泌尿器科については、常滑市における疾病割合が高いことと、それから市外への入院患者流出率が高いことから、充実強化を図りたいという趣旨で、1名増としております。

放射線科は、2年前まで常勤医がおりましたが、現在は代務で対応しております。常時かつスピーディーな画像の読影・相談の必要性が高いことから、是非、常勤医を確保したいという趣旨でございます。

リハビリテーション科は、回復期リハビリ病棟を新設したいということから、常勤医が必要であり、必ず確保する必要があります。

麻酔科は、手術の安全性を高める趣旨から、是非とも確保したいという趣旨であります。以上が診療科構成の説明でございます。

それでは、続きまして、2ページ目の3の2の2病床数の関係でございます。総病床数は現病院の許可病床300床を、新病院では260床程度としたいと考えております。ちなみに、現在の実稼働病床は256床であります。病床の種類は、一般病床、亜急性期病床、回復期リハビリテーション病床、HCU、特定感染症病床で構成することとしたいと考えております。それぞれの病床数は、一般病床193床。内訳は、4床室が29室で116床、1床個室が77室、亜急性期病床20床は全て4床室を想定しています。回復期病床40床で、これも全て4床室を想定しています。ただし、両病床とも、今後、需要を詳細に調査し、必要があれば1床個室も検討したいと考えています。

HCUは急性心筋梗塞患者の術後のケア、あるいは全身麻酔による手術患者の術後のケア、その他重症患者対応のケアの質を高めるため、是非とも必要との考え方から5床整備したいと考えています。スタッフステーションの近くに配置し、専従医師が確保できればICUの届出をしたい。万一、専従医師や看護体制が整わないということになれば、一般の重症個室として使用したいと考えています。

連携病床について、現在の市立半田病院からの患者受け入れの実態を見ますと、直接亜急性病床や回復期病床へ収容するのではなく、一旦、一般病床で受け入れ、患者さんの状態を確認してから、そのまま一般病床で治療を継続するか、亜急性や回復期へ移すかの判断をしているようですので、その方法を継続したいと考えております。その趣旨から、連携病床50床の内訳を、一般病床10床、亜急性病床12床、回復期病床28床としているところです。

なお、これからご説明致しますが、先ほど申し上げました当日配布資料として、「4. 部門計画」に記載した各部門と病棟の構成イメージを描いてみました。設計条件の提示などはこれからですので、配置や構成がこの通りになるというわけではございません。例えば、このイメージでは、亜急性病床を各病棟に分けて配置していますが、看護等の面からは、まとめた方が良くかもしれません。この点は今後検討したいと思っておりますので、その程度の熟度のものご理解頂き、ご議論の参考にして頂ければ幸いです。

宜しくお願い致します。

委員長 はい。ありがとうございました。それでは、全体計画の3つのことについて皆さんにご意見、ご討議をお願いしたいと思います。まず、最初の標榜診療科について、この点でご意見お持ちの方お見えになりますでしょうか。

それでは、長谷川先生から頂戴したご意見を読んで頂けますか。長谷川先生から非常に辛らつなご意見を頂いておりますので、是非、参考にして頂いてそれに負けない辛らつなご意見を頂戴できたらと思います。

参事 はい。名大病院において、1時間半ほどご指導を頂きました。大変熱心にご指導を頂きまして感謝しております。お手元のメモをご覧頂きたいのですが、全体計画のことがほとんどでした。「新病院の診療科構成を見ると、現病院の“やき直し（コピー）”という感じで、これまでと大きな変化がみられないように思います。建物が新しくなっても、経営面など本当に成り立っていくのか疑問が残ります」というご指摘を頂きました。新病院では、一応、医師プラス12名という希望というか、想定を出しているのですが、「10人以上の医師を新たに確保するという前提条件のもとに成立するような計画であれば、現実性は非常に乏しいと思います。視点を変えて、現行の医師（25人）でどれくらいの規模・運営ができるのかを考えた方がいいと思います」というご指摘を頂きました。

それから、診療科の構成について、「総合内科が1名となっていますが、どの診療科を受診したらいいのかわからない患者や、疾患が特定されない患者などが全て総合内科に回されて、患者が殺到すると、医師1人では疲弊してしまうことが予想されます。総合内科を行うのであれば、逆に3名程度の医師を確保することが必要であると思います」というご意見でございました。

それから、『内科チーム医療』というコンセプトなら、内科を外科のようにチームとして標榜すべきではないでしょうか。このような標榜の仕方では、内科の各科がバラバラという印象があります」というようなご指摘を頂きました。

それから、「100人会議の意見を読むと、『救急』や『末期のケア』が望まれていたと思います。また、急性期と慢性期とのバッファー、いわゆる『亜急性期』のニーズが今後高まると思います。そのようなニーズに対して、例えば『救急』を行う場合には、どれだけのスタッフが必要で、どういった運営をするのかなど、そういった視点からのデータ分析と具体的な仕組の検討が不足していると思います。場合によっては、近隣病院との連携の中で、輪番制を採用し、夜間救急は週3回としつつスタッフを充実することを考えてみてはどうでしょうか」というご指摘を頂きました。

それから、「新病院においては常滑ならではの独自性、特徴性が求められると思います。これまで通りと何ら変わりのない病院であれば、魅力がなく、たとえ施設が新しくなっ



たとしても、医師をはじめとするスタッフの確保が難しいと思います。逆に、そのような特色のあるコンセプトとモチベーションがあれば、施設が古くても、医師は集まると思います」

それから、「私にも明確な具体的なイメージがなく、難しい課題であることは承知で申し上げているのですが、例えば、従来の病院というスタイルにはこだわらず、行政がやっている保健・予防・介護施設へのつなぎ、在宅医療などの機能を包括的に取り込んだ『地域センター』をつくり、『地域医療担当医』を置くなどというアイデアはどうでしょうか。とにかく、今までにないコンセプトが必要であると思います」続いて、「また、上記のコンセプトづくりには、行政や事務方だけでなく、内科医を中心に医師による『新病院の（内科）医療をどうするか』についての議論が不可欠です。そういった議論を踏まえ、『地域に開かれた、常滑ならでの病院』のコンセプトをつくって欲しいと思います。現時点での基本構想はこの点で不十分だと思います」というご指摘を頂いております。

委員長 はい。ありがとうございます。いかがでしょうか。私は、個人的にこの文章を読んで非常に感激しました。先生は、本当に親身になって考えてくださっていると思いました。以前から、長谷川先生は内科のドクターが少ない中で、救急など色々な事をやるためには、一人ひとりの医師が様々な事を勉強し、呼吸器の医師も消化器が診られる、消化器の医師も神経が診られるというような形で、医師の皆さんがチーム医療を実施していかないと、特に呼吸器のようにお年寄りの方は呼吸器疾患で亡くなる事が多く、非常に負担がかかってしまい、医師が燃え尽きてしまう。みんなでサポートし合うような内科でないと難しいのではないかと、という事を常々言ってみたと記憶しております。

そういうことから、やはり内科チーム医療という事を、小さい病院では協調してやっていくということが非常に面白い。そういう特徴のある独自性をつくったらどうだという事をおっしゃりたいのだと思います。

独自性に関しては、100人会議のアンケートを読ませて頂きましたが、例えば、「身の丈にあった小粒でも魅力のある自慢できる病院」をつくれとか、「日本一コミュニケーションの良い病院」をつくるとか、様々な特徴を持った病院をつくらうという意見が非常に参考になりました。

ですから、長谷川先生がおっしゃられるのは、内科医が大病院のように細かく分業にして、専門の診療しかやらないという形は、大病院ではないので難しいのではないかと。内科チーム医療でやっていくということと、もう一つ、常滑市民病院ならでの独自性を生かしたものを生かしてはどうかという事ではないかと思っております。

先生方、いかがでしょうか。湯澤先生、何かご意見は。

湯澤委員 はい。大体の考え方は長谷川先生と全く同感ですが、名古屋大学の様々な関連の自治

体病院を含めてですが、常滑市民病院と同じぐらいの規模の病院を見ると、やはり内科については、あまり専門に特化すると上手く回らないということが、どこの病院も抱えている問題であります。循環器や消化器などの需要の大きい診療科は、ある程度 独立した科として存在する可能性はありますが、他の診療科はチームとして、他の部門を一部受け持つような、こういった「総合内科」、「内科総合」といいますか、スタッフも含めて、そのようなイメージにしないとなかなか上手く回っていかないと思います。

もう1つは、長谷川先生もおっしゃっていますが、地域医療をどのように持っていかかという事です。これについても、1つは回復期の病床を持つということで、リハビリ関連の先生が是非欲しいところだと思います。それに加えて、内科医もかなり必要になります。名古屋大学には、愛知県の補助金で設置した、地域医療にかかる医師を養成する寄附講座があり、大々的に動いています。そういったところの情報も得ながら、内科やリハビリを含めた地域医療の医師の養成が必要であるということを踏まえ、常滑地区の地域医療とこの新病院がどういう風に連携していくかというところは、色々取り上げてもらう必要があるのではないかと思います。

昨日も県の救急医療と周産期医療の連携についての報告会に出席した訳ですが、そこでは、既に知多半島の救急医療については、市立半田病院と常滑市民病院が連携して救急医療を実施するという枠組みが出来ていますから、県の救急医療あるいは周産期医療の方向性も是非この中に入れて考えなければなりません。一番重要な病院として、やはり半田病院とどのように救急医療の分担をするか、あるいは周産期についてはもっと難しいと思いますが、そこの方針を具体的に盛り込んでいく必要があると思います。

委員 長 はい。ありがとうございました。救急についてはまた時間を設定しておりますので、そこでご討論させて頂きたいと思います。中根先生、今のところで何かありますか。

中根 委員 この委員会というのは、新病院建設というのを前提としてお話されていると思いますので、長谷川先生のご意見、確かにかなり厳しいご意見だと思いますが、これに対してどう考えるかというよりも、中山院長をはじめ、病院の先生方や職員の方々がどのように考えられるかというのが、一番大事だと思っております。

それから、後で出てくると思いますが、湯澤先生もおっしゃっている地域医療を含めたイメージですが、今回の参考資料として出していただき、かつ、100人会議で使われていた資料の中で、優良病院の「みつぎ総合病院」があります。

長谷川先生がおっしゃられている保健予防介護施設であり、あるいは亜急性期及び急性期も含めて総合的な医療を提供する医療施設で、実際の経営状況も良く、大臣表彰も受けている病院であり、そのことをイメージされて長谷川先生もおっしゃっているのかなと思います。実は今年、愛知県の公立病院院長会において優良病院視察を行った病院です。中山先生もよくご存知で、非常に良い病院だと思います。

委員長 はい。ありがとうございました。今、病院側がいろいろ考えることがあるというお話でしたが、院長先生、今の問題についてどうでしょうか。

中山院長 はい。とても難しい質問ですが、今もある程度そういった実態はあると思っています。現実に当院は三次医療を提供している訳ではありませんので、一次及び二次医療が中心の医療を提供しています。それから、医局は1つにまとまっていますので、比較的コミュニケーションはとれていると思います。特に、内科はチーム医療を実施しているという感じがあるのではないかと考えていますが、その中で、循環器や消化器は専門的などころがあり、二次医療であっても十分な知識等が必要になってくる、そのバランスが非常に難しいと思います。

また、みつき総合病院に関しては、参考になるところがあるということなのですが、介護などのウェイトがかなり大きいため、比較的手術症例は少ない印象があります。参考になるところ、多少違うところがあるといった印象を受けております。

全体の方向付けとしては、確かに救急も診ながら介護にもかなり力をいれるという病院事例という点で、当院の方向付けとしてはすごく参考になる病院だと思っています。

委員長 はい。ありがとうございました。中村副院長、お待たせ致しました。内科のリーダーという立場として、今、消化器だったら消化器内科、神経だったら神経内科と分かれて専門性を持つのも大事ですが、チーム医療という問題について先生はどのようにお考えでしょうか。

中村副院長 当院の実態としては、専門の診療科を標榜していますが、現時点で働いている内科医というのは、呼吸器内科は常勤医で不在、腎臓内科も1名しかいません。しかし、循環器内科については、来月から4名が5名となり、内科医10人中の5名が循環器内科医、消化器内科医が3名という状態です。

また、実際に入院される患者さんは、専門に特化した患者もいますが、当然一般的な内科医が診なければならないという病気については、かなり前から内科医全員で対応しています。「この病院で働く内科医は一般内科を避けて通れませんよ」とは、はじめから言っており、それが当院の現状です。

実際に呼吸器内科医が辞める時には、ちょっとした肺炎等の呼吸器の疾患はもう診られないという議論が出たのですが、実際に蓋をあけてみると、開業医から肺の悪い患者さんの紹介が多く、COPD（慢性呼吸器疾患）で、HOT（在宅酸素療法）で対応されている人もどんどん紹介されてきます。ちょっと困ったと言いつつも、一応何とかみんなで診ているという状況であります。

また、院内統計では呼吸器疾患の約50%の市民が、当院に来ているという状況です。

循環器内科医として急性心筋梗塞とか急性疾患の手術とかに対応しながらも、一方では、入院患者に関して、一般内科の仕事が5割程度、現時点であります。

今後、我々の領域というのは、心臓カテーテル検査の件数とか手術件数において年間4～500件実施されている病院に比べれば微々たるものかもしれません。ただ、当院においても、急性心筋梗塞の患者さんが年間30例位は来ています。8月も5日間連続で来られ、連続して緊急カテーテルを行いました。近隣にも市立半田病院や知多市民病院がありますが、常滑市内で起こった心筋梗塞の人達は、我々が守っていく責任があると思っています。

今後、我々の病院でも診断技術が進歩し、新しい冠動脈CTも実施していく予定です。そういった点で、まだまだ需要があると思いますが、それらを実施しながらも、当然一般内科はやらざるを得ないという状況が新病院でも続くという認識をしております。現病院においても、一般内科の仕事は、医者がいないのだからみんなで分担していかなければいけないという事は意識づけているようにしております。呼吸器内科医については、もともと2名という状況でありましたが、大学の事情等もあり、当院が優先順位的に医者を回して頂けないという状況は、現時点で仕方がないとは思っております。

しかしながら、新病院ができるまでには、呼吸器内科医の医師が1人常勤医でいるのといないのでは随分違います。その先生に全て肺の仕事を診ていただくのではなく、呼吸器の専門医でなければ対応できない事が起こった時に絶対に頂けないと医療の質が落ちるのではないかという懸念があります。そういった意味で疲弊しないように我々は協力しますので、是非ともそういった先生を当院に欲しいという気持ちは非常に強いです。そういうことをご理解して頂けないでしょうか。

委員 長 はい。ありがとうございます。そうやって頑張っていらっしゃるのは本当に頭が下がります。ただ、専門の問題は、そういうことなのですが、長谷川先生が言われているような「内科チーム医療」のような形に表すという、例えば「総合診療科」や「診療ユニット」だとかはどうですか。

中村 副院長 結局のところ、チームで医療を行っているにもかかわらず、外部に伝わっていないというのが非常に残念なことです。

委員 長 今、ここで見る限り、標榜診療科の中にはそういう科がないのですが、総合診療医を1人入れればいだろうという考えではなく、「総合診療チーム」みたいな形をつくるというのはどうですか。例えば、看板を立てるなどのアイディアはないでしょうか。

中村 副院長 実際にそういう形で専門性に特化し、セパレートでやっているのではなく、チームで一般内科の仕事を実施している病院であるという事を、具体的にどのような表現がいい

か、すぐには出てきませんが、そのような事を発信し、市民に伝わるといいと思います。

委員 長 はい。ありがとうございました。この内科の問題について、何か委員の中でご意見はございませんでしょうか。宜しいでしょうか。

参 事 長谷川先生と直接お話ししましたので、もう少しニュアンスをお伝えさせていただきますと、「1名」ということにすごく反応されまして、1名はダメ、1名を2名にするというところは「うーん、そうだ」とおっしゃる感じです。

呼吸器内科2名というと、「うーん、3名か0名だな」という感じでした。実際はみんなやっていますと言ったら、そうならそれが分かるように、表示なり、打ち出しの必要があり、このように科が別れ、呼吸器内科が1名となった時に、これは呼吸器疾患だからみんなそっちと、そういうことが仮に起こってしまうと、1名の医師が疲弊して倒れてしまう。

委員 長 はい。わかりました。

澁 谷 委 員 特定感染症病床を新たにということですが、感染症内科は標榜しないのでしょうか、あるいは感染症の専門家という形のドクターは置かないのでしょうか。

委員 長 中山先生、お願い致します。

中 山 院 長 この特定感染症の病床の考え方は、自分達も勉強不足のところがありますが、感染症の患者がたくさん来るのではなく、新型のインフルエンザのような、ある特定のものを扱うという形の病床になるため、感染症内科を設けて医師を集めるという形は今のところ考えていません。ただし、ここの運用は勉強中でして、現実、特定感染症の病床が日本でまだ動いた実績がないので解らないところもありますが、現時点では、特殊なものを封じ込めるような病床、病棟という意味合いで考えております。

澁 谷 委 員 そうすると、ここに入るような対象の人かどうかの判断や、ここに入る人がいた時にはどこの先生が診療されるのでしょうか。

中 山 院 長 直接的に担当するのがどこかというのは、イメージ的には呼吸器が主になり、あと関連する部門が対応するというイメージでいますが、現実動いた実績が日本ではない病床ですから、どのような形で誰が携わっていくのかということは、具体的に言えるほどのイメージが沸いていないというのが本当のところでは。

中 根 委 員 あとの特定感染症病床のところでお伺いしようと思っておりましたが、今、澁谷先生からお話が出たので、よろしいですか。2回目の会議の時にも申し上げましたが、感染症病床というのはかなり大変で、自分が経験していないからそういう部分があるのかもしれませんが、日本に3つしかないということと、実際に運用自体が特別チームでやらなければならないという、やはりマンパワーがすごく必要であるということです。

現実には、成田赤十字病院は700床以上、りんくう総合医療センターは400床近く  
の病床がありますが、その病院でさえ、両院とも呼吸器内科医は0名となっています。  
そういった特定感染症病棟を持っている病院ですら、呼吸器内科医がいないという状況  
です。実際、これから見学に行かれるとおっしゃっていましたが、先にしっかり見た  
上で、それからこれをつくるのだという形でない、つくと決めてから見に行くとい  
うのは、本末転倒ではないかと私は思うのです。老婆心だとか余計なおせっかいか  
もしれません。

現実にはそういう特定感染症病床を持って、一類にしても二類にしても、そういう患者  
を引き受けなければならないので、そういった時に本当に対応できるかどうか、内科全  
員で対応すると先生もおっしゃっていましたが、そういう覚悟がちゃんとあるかとい  
うのは大事なことだと思います。

委 員 長 はい。ありがとうございます。コメントありますか。

中 山 院 長 先生がおっしゃったとおりだと思います。ただ、特定感染症の病床について、県の考  
え方は、近隣である常滑に欲しいというご要望が現実にあります。それから、一類、二  
類までというところではなくて、特定感染症という、新型とかそういうもののみとい  
うような考え方のようであり、一類や二類もということではどうもないということ  
で理解しています。

小 澤 委 員 直接の担当課が来ていないので、その辺の詳細については、今はわかりません。調  
べてみます。

中 根 委 員 2回目の委員会であったかと思いますが、小澤課長さんがおっしゃったのは、特定感  
染症病床は国が責任を持ってハードはつくります。ただし、運用は地元自治体及び病  
院がやってくださいとはっきりおっしゃっていましたが、国や県から補助は出るの  
でしょうか。

小 澤 委 員 県の補助はありません。

中 根 委 員 その辺のことは考えておく必要があると私は思います。

委員長 宜しいでしょうか。

参事 名古屋大学の感染症の先生にもご指導を頂いているのですが、特定感染症病床の考え方は、「封じ込め」が基本である。それはすごく大変なことですかとお伺いすると、今の看護師や検査技師がしっかりトレーニングすれば、対応できると伺っています。

鈴木委員 県の健康対策課、感染症担当者から以前に聞いたのですが、そういう時は、厚生労働省に協力をお願いし、専門家を派遣してもらい、県の方からそういう事を国へ依頼するという事は伺っております。それから、先ほど参事が言われた封じ込めをして、専門家を待つ。また、判らない感染症もあるものですから、それらも基本的に封じ込めるといふ事になると思います。専門家を国にお申し、派遣して頂く、そういう時は協力してもらいという事になると思います。

参事 私が県の健康対策課から伺ったことを正しく理解しているとすれば、まず、二類の感染症については二次のところに行きますのでお宅には行きませんということです。特定感染症病床には二類、一類、特定を入れると書いてありますが、運用上は二類の人は二種に、一類の人は一種に行って頂きます。

それでお宅に行くとしたら、一類でも二類でもないものだ伺っています。そういうものは誰も知らないもので判るのであるかと聞いたところ、今の想定ではどこかの国で、恐らくそれが見つかるのは外国であろう、外国で何かわからないが、今まで知らない感染症が流行りだしたという事例があって、その人達はこんな感じの症状になるということが判っている。しかし、それは今までに知られていない感染症だということが判っていて、そこから帰ってこられた方がどうもそういう症状だぞという事が判って、これは何と名前をつけたら良いか判らないが、今までにない感染症だとなった時に運ばれてくる。それをしっかりと封じ込めてくださいと伺っています。

委員長 はい。ありがとうございます。その辺のところは難しい問題であり、議論すると1時間では足りませんので、先生方からご指摘頂いたところを含めてもう一度よく検討して頂くということで宜しいでしょうか。ありがとうございました。

次に産科の問題ですが、100人会議における意見シート中で、「産科をつくれ」と書いてあるものが9つありまして、小児科医としては非常に心強い意見だなと思ったのですが、まず100人会議の皆さんのご意見を聞くと励みになります。磯村さんいかがでしょうか。

磯村委員 この前、若いお母さんにアンケートを実施した結果で、市内に産科が一つもないということから、「是非、産科がほしい」という声はたくさんありました。実際に今の分娩状況を見せて頂くと、「半田市や知多市で」という方が多いです。普通分娩ならいいのですが、リスクを伴った産科ということになると、どこまで常滑市民病院でできるかというのは、私は専門家ではないので分かりませんが、どうなのでしょう。若いお母さん方からは、「やはり常滑で」という声も多いことは確かです。

委員長 院長お願いします。

中山院長 産科については、本当に悩ましいところがいっぱいあります。公立病院の産科として、どうあるべきかという問題と、市民の方が希望されている産科というのがどういう産科であるのか、というところが絡んでくると思います。

もともと当院では、2名や3名の産科医が勤務していた時は、緊急の帝王切開などにも対応でき、安全をそれなりに保障できるような形ができた訳です。しかし、現状から考えた時、今は1名の医師確保ですら難しく、将来的に3名を確保するということは分娩数を考えてもかなり厳しい状態です。

もしも、産科医が1人確保できたとして、いろいろな意味での安全な分娩に対応できるかという、かなり厳しいところがあります。市民の方に伺うと、クリニック的なお産でも良いというようなお話がでてくるのですが、それはそれで公立病院の産科としてどうか。確かに、市民のご要望はいっぱいあるという事で、産科の枠については黒枠で囲って、数字を記入していないという苦しい案になっています。

委員長 はい。分かりました。前に澁谷先生からも、今、院長先生がおっしゃったようにクリニック的なものでいいのか、それともちゃんとNICUを設置しなければいけないかということで状況は違ってくと私は思います。一応、私は医師会のもので、小児科医です。昔みたいに外科、内科、小児科、産科がなければ総合病院ではないというようなことがなくなった途端、こういう形になってきたようなところがあります。小児科医から見ると産科がないと新生児を病院で診ない、そうすると小児科の先生も新生児を診る機会が少なくなる。例えば、小児救急において、呼吸困難で人工挿管をしたりする時、新生児に馴れている先生というのはそういったチュービングなどが非常に上手なので、そういった意味でいいトレーニングにもなるし、新たに、小児科医が来たときには、そういうところまでできないと、なかなか小児科医としての経験ができないという部分があると思います。

今、市民病院におみえになる2人の先生はそういうことを以前に経験しているので対応はできますが、新たに来られる先生がそういうところがない、新生児を全然診ない、小児科しか診ないという形で、果たしてやっていけるだろうか、ということが懸念され



ます。やはり、常滑市5万人の中でお産をする場所がないというのは、非常に寂しいと思います。

100人会議のご意見を見て非常に力になったのですが、それを院長先生にお話したら、つくるのならそれなりのハード・インフラをつくらなければならないので、今のうちから考えておかないといけない。しかし、もしつくったけれど、お医者さんが来なければどうしてくれるんだというようなところもあるので、非常に先生がおっしゃるように悩ましいところだと思います。ただ、ここで、つくらないと言ってしまうと、それでおしまいになってしまいますので、是非その可能性を残して頂きたいというのが、私、委員長としてではなくて、一委員としての思いなのです。いかがでしょうか。どなたか何かサポートして頂ければ。

磯村委員 この前まで産科をやっていたらしゃった個人病院の先生の奥様とも色々な話をして、とりあえず、分娩室のようなスペースだけでも空けておいて頂いて、先生が2人いらっしやれば是非再開して欲しいと思います。スペースすらないと、その後でつくるというのはできないので、そのスペースだけでも是非という気持ちはすごくたくさん出ておりました。

今度、若いお母様方と病院スタッフの方々と座談会というか、話し合いの場を持ちますので、産科の意味や病院の事情などを若いお母様方にも分かってもらいたいと思います。そういった話し合いの場をこれからも持ちたいと思います。

委員長 でも、スペースといっても分娩室だけではなく、準備室や新生児の沐浴室など、色々いるのでかなりのスペースをとってしまいます。そういったところが難しいと思います。

磯村委員 そうですか。わかりました。ありがとうございました。

委員長 中根先生。もし、そのようなクリニック的なものをつくったときに赤ちゃんを診て頂けるでしょうか。

中根委員 現段階で、半田病院は産婦人科医が5人いるのですが、10月から4人になります。産婦人科医は、現在、公的な病院において、知多半島では半田に5人、知多厚生に2人、東海市民に2人しかいません。そういう状況下で、先ほどの委員長の意見に私も賛成です。特定感染症病床をつくるよりも、産科の体制を充実する方が大事ではないでしょうか。私自身は、いつ起きるかわからない特定感染症に対する2床を置くなら、これだけお金をかけて、国が出してくれるかもしれませんが、そういうスペースをとるよりは、委員長のおっしゃったとおり、産科の体制を充実し、頑張って整備するほうが大事ではないかと思います。

委員長 はい。ありがとうございました。私は、個人的には非常に歓迎なのですが、他に何かご意見はございませんでしょうか。この問題については、本日、この場では結論がつかないかと思うので、課題としておいても宜しいでしょうか。

参事 はい。次回までには、内部で検討致しまして、数字を入れてくるように致しますので、もう一度ご意見を頂ければと思います。

委員長 はい。宜しくお願い致します。  
それから、歯科口腔外科について、100人会議の中で、歯科医の方から意見がありました。今は患者が少ないけれど、それは設備が充実していないということもあり、きちっとした設備をつくって頂いて、常勤医を確保するというお話もありましたが、その点に関しては、どうでしょうか。

中山院長 現在の口腔外科に関しては、耳鼻科の部屋を間借り状態で診療して頂いております。新病院では、歯科口腔外科はきちっとした処置室をつくります。ただ、需要その他がありますので、その体制がどんな形になるか、常勤化というところに関しては、現在の数でいくと、常勤というのは考えにくいという状況であります。しかし、歯科口腔外科の診察がきちっとできる体制を外来エリアに必ずつくるといことです。

委員長 インフラをつくるということがわかりました。  
あと、3の3の2の病床数と病床の種類についての何かご意見、ご要望がありますでしょうか。小澤課長さん、ご意見を頂けますでしょうか。病床数と病床の種類についてです。

小澤委員 病床数については、現行の300床から260床ということで、約40床の減、以前は約50床の減であったと思いますが、私どもとしてはこれに関しては、問題はないと思います。連携支援病床についても、このような形で配置されていますが、これについても、この形で進めて行かれる事について、問題はないと思います。

委員長 はい。ありがとうございました。他にご意見は宜しいでしょうか。

伊藤委員 先日の日曜日を持ちまして、100人会議5回を終了しました。その中で、メンバーが今後どのように100人会議をやっていくかという案もでしたが、現在のところは、行政に預けている状況です。

今後、新病院について12人の新しい医師をお迎えできれば、良いことだと思います。

しかし、本来なら院長先生をはじめ医療のことが中心であるべき先生方にも、経営状況、特に先週の100人会議の最終回においては、相当、院長先生の苦悩な顔が見えたくらい、責められていたようです。

今後、我々がこの問題に関して、湯澤先生お聞きしたいのですが、行政、医療の関係から先生をお迎えできない、そうなった時に、我々市民は、今後、老若男女問わず赤ちゃんから全てが常滑市に生まれ、常滑市に育ち、今後ずっと常滑市にいるわけです。

例えば、院長先生はいずれお歳になれば定年になるのですが、我々は市民としては医師を迎え入れることができないことは、切実な問題です。市民として、じゃあ、名古屋大学などに対してどのようにアプローチをかけていけば先生をお迎えできるのかというアドバイスを頂きたいのです。

湯澤委員 大変、頭の痛いところですが、そのとおりです。基本的に医師は十分に補充ができる状況ではないという現状であります。こういった総合病院で勤務する場合には専門特化していく方向にあるわけですから、なかなか医師の確保は難しい状況です。

愛知県なら愛知県の中の特定の地域で、自治体病院をどのように位置づけていくかという、そこから話が始まりますが、今ある既存の自治体病院一つで全てを賄うというイメージは捨てる必要があると思います。

今、全国的に一番画期的な動きとしては、東海3県では、松尾教授を中心に自治体病院の2つが合併し、1つのある程度規模の大きな病院に生まれ変わるという事例として、静岡で1つと、この地区の東海と知多でそういった動きがあります。日本の中で一番先を走っているかなり実験的と言いますか、それが成功したらものすごく先例になりますが、そうすると2つの病院の勤務医師が1つのところに集まるわけですから、医療圏も増えますし、その中で医師が再編成され、より質の高い医療が提供できる。今後の方向としては、今ある自治体病院全てが全ての医療を担うのは無理ですので、ある程度は合併、合併できない場所については、医療の機能分担をやらざるを得ない。知多と東海については合併するということですから、是非成功させて欲しいですし、今の常滑については独自で病院をつくるというのであれば、地理的に半田病院とどういう形で機能分化をするのか。

当然、産科の医師はどこも欲しい訳ですが、教授は頭を悩ませていて、どこにでも配置できる訳ではないので、この地区での産科医療をどういう風に考えるか。そこから考えていかないと、自分のところで全部やりたいというのはわかるのですが、やはり現実問題難しいので、ある程度の地区でどういう形で機能分担し、大事な自治体病院を上手く生かしていくのか。できれば、将来的にはそういう病院合併ができれば医師を派遣する側としても、非常に魅力的な病院ということになります。そのような計画を大学も考えておりますので、そういう方向にいった欲しいと思います。

今回の常滑としては、今は無理なのですが、機能的にも病院群で上手くネットワーク

を作っていく。これは愛知県が指導して救急医療とか周産期医療についてはそういった動きがあるのですが、他の一般医療についても、分担して知多医療圏としていくということしか今はないと思っております。

委員長 はい。ありがとうございました。時間が足りなくなって参りましたので、次の部門計画に移ります。

部門計画は時間の関係もありますので、①外来部門②入院部門③救急部門の3つをまとめて説明して頂きます。

梅原事務長 はい。それでは部門計画について説明をさせていただきます。最初に第3章4部門計画 3の4の1 外来部門を説明させていただきます。3ページをご覧ください。

項目としては基本方針、主な構成、特記事項からなっております。時間の都合もありますので、主なものをご紹介します。

(1) 基本方針の中では、当院においては、現在、待ち時間に対する苦情が多く、また100人会議のメンバーからも改善の要望もあったことなどから、④に記載しておりますが、「待ち時間の短縮に努めるとともに、患者が精神的苦痛をできるだけ感じずに待ち時間を過ごせるよう工夫する」としております。

続きまして、主な構成は、A：正面玄関ホール～G：トイレ（一般用、多目的、スタッフ用）からなっております。特記事項のところそれぞれ説明を加えております。

A：正面玄関ホールは、正面玄関ホール及び待合においては、災害時における病床設置等の対応を考慮し、医療ガスや電源アウトレットなどを適切に配置致します。

B：受付は、①患者が同伴した子供用のプレイルームを設置する。こちらは、待ち時間対策の一環として、小児科外来におけるプレイコーナーとは別に整備したいと考えております。また、ボランティアの確保ができるようであれば、一時的にお子さんを預かるサービスも想定しています。

C：待合からは、③小児科外来においては、待合にプレイコーナーを設置するとともに、明るく楽しい雰囲気づくりを行う。また、感染症患児とその他の患児の動線を可能な限り分離する。

④婦人科外来の配置においては、他の診療科患者と動線を分け、特に患者のプライバシーの保護に配慮した他の診療科待合とは別に仕切られた患者待合の整備を行う。

次に、D：診察室、処置室、相談室の中では、④の女性患者が気軽に相談できるように女性患者向けの無料相談窓口を設け、看護師等が対応する。

E：中央処置室は、中央処置室（15床程度）においては、一般的な外来処置（点滴、注射及び採血等）を集約して行うとともに、内視鏡検査等の回復室も兼ねる。

F：外来化学療法室は、外来化学療法室（5床）においては、通院患者の化学療法を行う。というものでございます。以上で外来に関する記載でございます。

続けて、入院部門の説明をさせていただきます。5ページをご覧ください。

(1) 基本方針については、前回、前々回で検討して頂きました「主要な機能及び特徴」と重複する部分が多いため、省略させていただきます。

(2) 病床の種類・病床数及び看護単位に移ります。

①HCU病床は5床とし、常時4：1の看護配置とする。HCUについては、看護体制が整わない場合は重症個室として運用し、逆に専従医の確保など、一定の条件が整えば、ICUとしての転用も考えております。

②一般病床は193床程度、亜急性病床は20床とし、常時7：1の看護配置とする。

③回復期病床は40床とし、常時15：1の看護配置とする。

④特定感染症病床は2床とする。

続いて、(3) 主な構成については(4)の特記事項と合わせて、ご紹介をさせていただきます。

(4) 特記事項 をご覧ください。

A：病室は、①各病棟に1床重症個室を配置し、常時監視を要し適切な看護及び介助を必要とする患者を収容する。医療機器を設置できるよう、十分なスペースを確保する。

②亜急性期病床は4床室単位とし、基本的に各病棟に配置する。

③回復期リハビリテーション病床は4床室単位とし、病棟を構成する。ベッドサイドリハビリテーションに対応可能なように、ベッド周りにゆとりのあるスペースを確保する。

④小児科病棟に、小児誘拐などの防犯のためのビデオ録画監視設備を設置する。

B：患者用浴室とC：診察室兼処置室、多目的室は省略致します。

続いて、E：スタッフステーション、スタッフ休憩室でございます。

①スタッフステーションは、チーム医療の拠点となるため、病棟が見渡せ患者からも声がかかりやすい構造にする。

③注射薬無菌調整用クリーンコーナーでミキシングが出来るスペースを確保する。ただし、抗がん剤のミキシングについては、薬局にて行う。

④スタッフステーションには、看護師仮眠室を設置する。

次に、I：特定感染症病床については、先程、議論を頂いておりますが、名大病院の中央感染制御部 八木哲也 准教授にご指導頂き、ハード面、ソフト面について様々なアドバイスを頂きました。また、本日お配りしました「特定感染症指定医療機関病事例」の平面図と裏面に第2種特定感染症指定医療機関である知多厚生病院を先日視察させて頂きましたので、参考に配置図を添付させて頂きました。ハード面では、ここに記載のように設備などを想定し、ソフト面については、7ページにありますが、対応する医師やスタッフ（看護師や検査技師等）については、標準予防策以外にも専門のトレーニングを行うとしております。

以上で入院部門の説明とさせていただきます。引き続き宜しいでしょうか。

委員 長 救急まで説明をお願いします。

梅原 事務長 それでは、3の4の3、救急外来部門を説明させていただきます。8ページをご覧ください。

(1) 基本方針については、前回、前々回で検討して頂きました「主要な機能及び特徴」と重複致しますので、⑤のみご紹介させていただきます。

⑤中部国際空港及びその周辺において航空機事故が発生した場合には、中部国際空港緊急計画に基づき、トリアージ活動及び救護所における医療救護活動に当たるとともに、後方医療機関として医療活動に当たる。

続いて、(2) 主な構成 に移りますが、Aの診察室 {4室：うち感染症・小児対応診察室(1室)}、Bの処置室(3室)、点滴室(4ベッド)、待合室、感染症待合室などでございます。

次に、(3) 特記事項に移ります。

A：感染症・小児対応診察室は感染症に対応診察室それぞれ陰圧とする。

C：待合室、感染症待合室では、感染症患者については、一般患者と接触しない動線と感染症対応待合を整備する。

I：風除室・搬送患者引き渡しスペースには、患者引き渡しに際しては、雨風に影響を受けない構造とする。

以上で救急外来の説明とさせていただきます。宜しくお願い致します

委員 長 はい。ありがとうございました。では、この3つの項目について順番にご意見をお伺いしたいと思います。

1 外来部門についてですが、基本方針が5つ書いてあります。それから、主な構成、玄関ホールからトイレまで書いてございます。それから、特記事項としては正面玄関ホールに医療ガスや電源アウトレットをとるということです。概略ですので、レイアウトやそういうのはありません。この項目につきまして何かご意見、お気づきの事がありましたら、お願い致します。

基本方針の①はポリシーですね。二次医療を担う中核病院としてやっていくということですね。あと基本方針の②から⑤は患者対応に対する工夫ということだと思います。この点については、なにか宜しいでしょうか。

④の待ち時間の短縮に「苦痛を感じずに待ち時間を過ごせるよう工夫する」とありますが、何を工夫するのか、具体的な案はありますか。

参 事 現在は、あと何分待たなければならないかわからない状態ですから、それをきちっと表示するという、また、診察室の前で待たなくても、別の場所で、例えばちょっと

お茶を飲んでいて、そこにその表示板があるなどそういう工夫をしたいと思います。

それから、お子さんを連れて来院される方については、一緒に遊べるような所とか、それが可能かどうかわかりませんが、呼び出しの機械を持ってもらうというシステムもあるようでございますので、どれくらいの経費がかかるかわからないですが、そういうことも検討したいと思います。

委員長 ポケベルみたいなものですね。はい。わかりました。  
次のページをめくって頂いて、受付で子供用のプレイルームというのがいきなり出てきたのですが、受付の近くにプレイルームをつくるということですか。

参事 はい。そういうことでございます。100人会議で出た要望の中で、そういったものがあつたので、つくってみようかと思つているのですが、いかがでしょうか。

伊藤委員 100人会議でも確かに出て参りました。ただ、これは外来に来られるお子さんだけではなくて、現在 看護師さんの所にもお子さんがみえますので、そのあたりも含めて、受け入れが可能な委託管理的な保育所があれば、という事も同様に案として出てまいりました。

委員長 それは、小児科の外来でのプレイルームとだぶってしまうということですか。

参事 まず、小児科は小児科でプレイルームがあるのですが、これは別のものという位置づけで、子供さんが病気ではないけれども、お母さんが病気で、どうしても子供を連れてこないといけない。連れてきて待合で子供さんと一緒に待つのが非常につらいのでという意味のプレイルームです。

それから、今、伊藤さんがおっしゃつた託児というか保育については、これとは別にきちつとした院内保育というものをやりたいと思つております。

委員長 はい。わかりました。

それから、③「患者のプライバシー保護の観点から、診察室の遮音に十分配慮する」というのは、いわゆる中待ちをやめるとかドアにするとかということなのでしょう。

参事 現在、中待ち合いと診察室の仕切りはカーテンで、診察室内での会話が外に聞こえてしまうという苦情が多数ございます。新病院では、各診察室はきちつと壁で仕切つた上で、中待ち合いは設けずにそれぞれのブロックにおいて診察室の前で待つて頂いて、その診察室の前にあと何人すると自分だという形で表示ができるようにというイメージでございます。

委員長 はい。ありがとうございました。みなさん、何かご意見はございませんでしょうか。宜しいでしょうか。

湯澤委員 子供さんの遊ぶスペースというのは、健康な子とはいってもやはり常に感染症はついて回りますので、一階部分を見ると外来の化学療法室があるなど、かなり免疫が落ちた方がこのあたりには集中しているということですから、場所を作られるのであれば、人の行き来を考慮し、作られた方が良いのではないかと思います。

委員長 はい。ありがとうございました。

参事 今、湯澤先生がおっしゃったのは子供さんが、例えばインフルエンザにかかっているというようなケースでしょうか。

湯澤委員 それは、多分小児科でしょうから、そうではなくて、そういった子がたくさん集まった場合にはその横にあまり外来化学療法室はないほうがいいと思います。

委員長 子供は感染のベクターですから、今出ていなくても、あくる日に熱が出てくることはいくらかでも考えられると思いますので、そのあたりに配慮が必要であるということですね。ありがとうございました。

では、申し訳ないですが、先に進ませて頂きます。入院部門の（１）基本方針は、

①安心して入院でき、病気による不安や苦痛を入院生活で軽快できるような医療環境を目指す。

②癒しと安らぎに配慮し、快適な療養環境を整備するというようなことが書いてございますが、この中で何かお気づきの点がありましたら、お願い致します。

1つ聞いて良いですか。「医療環境」と「療養環境」とはどう違うのですか。特に意識していることはないのですか。

参事 特に意識なく書いてしまったものですから、精査をしまして、統一すべきものであれば統一させていただきます。

委員長 一応、文章として残りますので宜しくお願いします。

それから、言葉のことで、6ページの真ん中あたりにある汚物処理室兼廃棄物集積室。これはベッドパンウォッシャーですね。ベッドパンウォッシャーと書いてありますので、ウォッシャーですよ。



- 参 事 はい。訂正致します。
- 委 員 長 いかがでしょうか。ざっと見て頂いて、これはおかしいとか、こういうのを付け加えたらどうかというような意見がありましたらお願い致します。
- それから、小児病棟にビデオ録画監視設備と書いてありますが、これはお部屋までやるわけではないですよね。廊下とかそういう所ですね。
- 参 事 はい。部屋ではなくて、病棟の入り口などそういう場所になると思います。
- 委 員 長 こういう事例があったのですか。
- 参 事 近隣ではないのですが、他の地域ではあるようなことを聞いています。
- 委 員 長 はい。わかりました。いかがでしょうか。宜しいでしょうか。
- では、次にいって宜しいですか。8ページ。
- 3の4の3、救急外来部門。基本方針を読み上げさせていただきます。
- ①地域の中核病院として、市民の期待に応えるため、引き続き、2次救急医療に取り組み、24時間365日、救急医療需要に対応する。
- ②知多半島医療圏における救急医療体制の中での当院の役割を明確化し、当院に不足する機能については、半田市立半田病院等の3次救急医療機関との連携により対応する。
- ③救急医療における診療所との支援・協力関係を構築し、地域で一体となって救急医療に取り組む。
- ④地域における救急医療の実態について市民に広く情報提供するとともに、市民の受診モラル向上を図る。
- ⑤中部国際空港及びその周辺において航空機事故が発生した場合には、中部国際空港緊急計画に基づき、トリアージ活動及び救護所における医療救護活動に当たるとともに、後方医療機関として医療活動に当たる。
- という点がかかれております。主な構成として、AからIまで書かれております。この救急外来部門について、何かご意見・追加事項などありましたら、お願い致します。
- この点については、中根先生いかがでしょう。
- 中 根 委 員 今までも委員会において申し上げましたとおり、二次救急がしっかりやられているということですので、それに私たち半田市立半田病院がサポートできる2・5次や3次をしっかりやっていきたいと思っております。

委員長 ありがとうございます。私もずっとこれを読ませてもらって、やはり連携というのは非常に大事であると思いました。今、半田病院さんと常滑市民病院さんとで協議会を開催し、連携など様々なことについて、協議・相談をしていると思いますが、もっと綿密にやって頂いて、お願いできるところは是非お願いし、できない部分はきちっと患者さんが不自由しないように補填していくというようなことをきめ細かくやっていくことが非常に大事ではないかと思います。そういう事に関して、院長先生、何かコメントがありましたら、お願いします。

中山院長 おっしゃるとおりです。新病院になっても、連携というのは大事なキーワードというか、連携がなければやっていけないということです。中根先生には本当にお願いし、色々ご協力頂いています。現時点では、整形外科の常勤医がいないため、半田病院のご協力があつて急性期を半田で行い、後のリハビリをこちらで受けるという形で、常滑の患者さんに関してはかなり上手く回ってきていると思います。

他のことも含めて、これから連携と分担というのが当然重要な課題になってきますので、一層そういうところを進めていきたいと思っています。

委員長 ありがとうございます。①の二次救急医療に取り組みと書いてあり、一次救急とは書いてありませんが、この問題については、診療所や我々医師会のドクターなどとまた協議をして協力関係を密にし、市民の皆様の要望に応えられるようにしたいと思っています。又、その辺のところをお願い致します。

中山院長 はい。おっしゃるとおりで、③に関しては一次医療に関して診療所の先生たちの協力をお願いしたいというところで、いわゆる「連携」です。

④に関しては、勿論、救急も頑張ってやっていくのですが、コンビニ受診がすごく増えてしまうと、スタッフが疲弊してしまうということがあり、是非そのあたりを市民の皆様理解して頂きたい。

しかし、それは病院に来て頂いた患者さんという形ではなく、市全体としての市民の皆様がやっていかないとご理解を頂けないため、④の文章を入れさせていただきました。

委員長 医師会で、以前に救急、休日診療のお手伝いをしたことがあったのですが、100人会議の皆さんの意見の中にもそういったことをもっとやったらどうか、という耳の痛い話ではありますが、その通りだと思っています。

また、院長先生とも相談しながら医師会としても協力できることがありましたら、積極的に提案していこうと思っております。非常に有り難い意見を頂きまして、ありがとうございました。

いかがでしょうか。救急外来部門について何か他に、宜しいでしょうか。それでは時

間もありませんので、次の中央診療部門の薬局から内視鏡室あたりできりましょうか。  
お願い致します。

梅原 事務長 それでは、中央診療部門を説明させていただきます。9ページをご覧いただきたいと思  
います。最初に薬局のところでございます。

(1) 基本方針からいくつか読み上げます。

①「顔の見える薬剤師」として患者から信頼される薬局を目指す。

④外来処方、現在実施している院外処方方式を継続する。

続いて、(2) 主な構成ですが、一つ訂正をお願いしたいと思います。

G：注射セット室・薬局事務室（薬品管理室）・当直室（部署内）とありますが、各部  
門における当直室機能は集約していくと考えておりますので、その中の「当直室（部署  
内）」は削除して頂きたいと思えます。宜しくお願いします。

主な構成は、A調剤室やB製剤室などご覧のような構成で進めて参りたいと考えてお  
ります。

続きまして、(3) 特記事項に移ります。

H：災害時における院内消費分薬品庫は、災害時における院内消費分薬品は、3日間  
以上備蓄するスペースを確保する。東日本大震災以降、様々な議論があると思えますの  
で、ご意見がありましたら、宜しくお願いします。

以上で薬局の説明とさせていただきます。続いて、10ページの2 臨床検査センターに移  
ります。

(1) 基本方針から一つ

②臨床検査の専門性を生かし、NST（栄養サポート）やICT（感染制御）、糖尿病  
（療養指導）教室などにチーム医療の一員として積極的に取り組む。

続いて、(2) 主な構成に移ります。現状の機能をベースとし、ご覧のような構成で考  
えております。

続いて、(3) 特記事項に移ります。

A：検体検査室は、検体検査室と救急室の検体搬送は人手搬送を基本とするが、上下  
階に分かれる場合は機械式搬送方法について考慮する。

以上で臨床検査センターの説明とさせていただきます。

続きまして、11ページの3 放射線センターを説明させていただきます。

基本方針の中で、

③女性患者疾患に対する検査は、女性技師が対応する等の配慮を行いたいと考えてい  
ます。

続いて、(2) 主な構成に移ります。

現状の機能をベースとし、ご覧のような構成で考えております。

詳細は省略させていただきます。

続いて、(3) 特記事項に移ります。

P：予備室。

①CT、MRI、アンギオ室の予備室（として合計1室）を確保する。これは、CTやMRIの入れ替えなどをスムーズにするためのスペースです。

②各種撮影室は医療機器の拡張及び入れ替えに配慮した位置に配置する。  
と、いうものでございます。

続きまして、12ページの4 リハビリテーションセンターをご覧ください。

(1) 基本方針から一つ、連携支援病床に関連して、

④回復期リハビリテーション病棟の新設に伴い、各種リハビリスタッフを増員し、体制を強化する。

続いて、(2) 主な構成に移ります。

現状機能をベースとし、ご覧のような構成で考えております。

詳細は省略させていただきます。

続きまして、(3) 特記事項に移ります。

C：理学療法室は、理学療法機能訓練スペースは、屋外歩行訓練に配慮し、中庭等に近接した配置とする。というものでございます。

次に、13ページの5 手術センターの説明に移ります。

(1) 基本方針から一つ、前回、澁谷先生にもご指摘を頂きましたが、

①安全で質の高い手術ができるように医療機器等を整備し、良質な手術環境を整える。

続いて、(2) 主な構成を説明します。

A：受付、患者入退室ホール

B：手術室（6室程度）、クリーンサプライ（手術前室）、準備ホール

C：スタッフステーション・休憩室

D：スタッフルームなどで構成されます。

続きまして、(3) 特記事項に移ります。

B：手術室（6室程度）、クリーンサプライ（手術前室）、準備ホールにつきましては、

①緊急手術、感染症患者の手術、各診療科の手術等に対応できる手術室を設置する。

②規模は、中（8m×8m以上：5室）・小（6m×4.5m以上：1室）を基本とし、次の内訳とする。

ア. からカ. については、省略させていただきます。

③空気洗浄度は、BCR（バイオクリーンルーム）をクラス100、その他をクラス10,000とする。

F：家族待合室、術後説明室、患者更衣室手術中の家族待合室、プライバシーに配慮した説明室などを設置する、という事が手術センターの説明でございます。

続いて、14ページの6 血液浄化センターに移ります。

(1) 基本方針 からいくつか読み上げます。

⑤大規模災害被災時においても透析機能を維持する体制を構築する。

⑥開院当初は25床でスタートし、患者増に伴い同時透析30床規模を目指す。

続いて、(2) 主な構成に移ります。

現状の機能をベースとし、ご覧のような構成で考えております。詳細は省略させていただきます。

続いて、(3) 特記事項に移ります。

A：外来透析ゾーン・入院透析室ゾーンは、大規模災害被災時に備えて、常時2週間以上の透析機能が維持できるように備蓄する。

以上で血液浄化センターの説明とさせていただきます。

それでは、最後のところ、15ページの(7) 内視鏡室の説明に移ります。

(1) 基本方針から一つ。

③病診連携による患者の受入体制を強化する。

続いて、(2) 主な構成に移ります。

現状機能をベースとし、ご覧のような構成で考えております。詳細は省略させていただきます。

続いて、(3) 特記事項に移ります。

A：内視鏡室

①セデーション実施患者は監視が必要なため、中央処置室でリカバリーを行う。

以上が内視鏡室の説明をさせていただき、とりあえずここまでとさせていただきます。

委員長 ここまで、ちょっと止めたいと思うのですが、これに関連して室原教授のコメントがありましたので、ご説明をお願いしたいと思います。

参事 お手元のメモをご覧ください。室原先生からはまず入院部門につきましては、「循環器系の疾患に伴う術後のケアとし、HCUが整備されるのは非常に安心です」というご指摘を頂いております。

それから、リハビリテーションセンターにつきましては、「心臓リハビリテーションの需要が着実に増えています。スペースに余裕があるようならば、トレットミルやエルゴメーターなどのリハビリ機器を備え、心臓リハビリテーションにも対応できるセンターにすると良いと思います」ということです。

手術センターにつきましては、「ペースメーカーの埋め込み手術についてクリーンルーム（無菌室）で処置、手術ができるかどうか確認が必要です」ということです。これはこのように対応するように新病院ではしたいと考えております。

内視鏡室については、「現在呼吸器の医師常勤医が不在ということですが、飛沫感染防止の観点から医師によっては気管支ファイバー専用の検査室を求めることがあるため事前に呼吸器の医師にヒアリング、確認をした方が良いと思います。現在、名大病院では

専用の検査室がないため、対応に苦慮しています」というご指摘を頂きまして、これについては件数との関係で専用の部屋を設けるかどうか、設けないでやる方向で考えられないかと今のところ考えております。

健診室につきましては、「スペース的に余裕があるようであれば、患者向けの情報コーナー（健康情報などのビデオ鑑賞や図書閲覧など）を設置されると良いと思います」という事で、この方向で考えて行きたいと思います。

その他「薬局の近くには大量の材料が収納できるスペースが必要です」、「医局には症例検討会などで使うカンファレンスルーム共用の設置が必要です」ということで、これもこの方向で対応したいと考えております。

委員長 はい。ありがとうございました。では、①の薬局から内視鏡室の項目までで、何か皆さんお気づきの点、ご意見がありましたらお願い致します。中根先生お願いします。

中根委員 10ページの(2)の中のCの最後に「P3室」と書いてある目的を教えてください。また、次のページの放射線センターの主な構成の中で「アンギオ室」というのが書いてないのですが、これは放射線スペースの第一、第三の中に含まれるのでしょうか。

リハビリセンターの④の中で、リハビリスタッフは、現在、PT（理学療法士）、OT（作業療法士）、ST（言語聴覚士）あわせて6名だと思うのですが、何人ぐらいをイメージしてみえるのでしょうか。

14ページの血液浄化センターの⑤で、大規模災害被災時においても透析機能を維持する体制を構築するとありますが、やはり病院で一番大事なのは水です。今回の東日本大震災後、7月末に当院（半田市立半田病院）の事務局長と看護局長が東北の主な被災地病院を回りました。電気は割と早く回復するのですが、水が一番困るという事で、水の手当てをしっかりとされたほうが良いのではないかと思います。

委員長 はい。ありがとうございました。今までの点について何か事務局からコメントはありますか。

参事 まず、10ページの「P3室」というのは細菌等の検査室という位置づけでございます。また、恐らく事前に郵送させて頂いた分に「アンギオ室」が入ってなかったのですが、後から見て抜け落ちておまして「アンギオ室」を加えております。

リハビリスタッフは、今何名という明確なところを詰めているところで、かなり大幅に増員しないとイケなくなると考えておりますので、開院までの間に順次確保を図って行きたいと考えております。水の問題は、中根先生のご指摘のとおりでございます、新しい病院では、井戸をひとつ掘っておきたいと考えております。以上です。

委員長 はい。ありがとうございました。

中根委員 半田病院では、数年前に井戸を掘ったのですが、東北地方の今回の大震災において、同じシステムで掘った井戸が40ヶ所くらいあったそうですが、実際に使えなくなったものは1ヶ所か2ヶ所であり、かなり信用が置けると思います。

中山院長 井戸については、当院のスタッフが半田病院さんに伺っていろいろ教えていただいて、業者等も伺っております。

委員長 はい。どうぞ。

澁谷委員 臨床検査センターのところと放射線センターのところ、両方そうだと思うのですが、機器の共同利用といいですか、地元の医師会の先生方と、例えば、検査のお願いとか、そのような場合の共同利用のことを少し基本方針の中に入れて頂き、地域から利用しやすいということも配慮されてはどうかと思います。

それから、血液浄化センターの透析のベットについて、25床でスタートし、患者の増加に伴って30床と書いてありますが、患者は増加しない方がいいのであって、透析をする人が増えるというのは医療費が当然かかることですし、例えば、糖尿病から透析に行くということを考えますと、まずは予防しなければなりません。患者が増えることを前提に病床を増やすという書き方はあまりよくないと思います。この間の手術の件数と同じ形に思いますので、少し書き方を配慮され、必要なら30床でも良いと思います。患者を増加させないようにするのが、本来の市の健康政策であり、その辺のご配慮のお願いをしたいと思います。

それから、内視鏡のところ専用部屋を設けるという室原先生のご意見がありましたが、P3の検査ができる部屋を作ったり、特定感染症病床を作るというような病院であるのであれば、やはり、感染症対策をどこの部門においてもきちんとやるというポリシーが必要ではないかと思います。ですから、「ここは部屋がなくても良い」ということではないと思いますので、この辺はよく先生方と相談をされたほうがよいのではないかと思います。

委員長 はい。ありがとうございました。事務局は何かありますか。

参事 3点のご指摘はごもっともでございますので、検討させて頂き、次回に修正をさせて頂きます。

委員長 はい。ありがとうございました。他に宜しいでしょうか。

湯澤委員 血液浄化センターの話題が出ましたので、お願いというわけではないのですが、30床フルに稼動すると、おそらく常勤医は疲弊してしまいます。自治体病院ですので、本来は院内で発生した救急の血液浄化というのはどうしても必要ですが、それに定期的に行う血液浄化ではなく、慢性の腸疾患の顆粒球類除去とか他の腎不全にかぎらない血液浄化などもその中に入れて頂いて、維持透析でここを固めるというイメージではなく、もう少し自治体病院としての血液浄化の機能を詰めて頂いたほうが良いと思います。

あと、自治体としてはこの地区に維持透析のクリニックの誘致といいますか、この近隣にはあまりないものですから、このまま開くと維持透析患者さんでいっぱいになってしまうので、そのあたりの整備等も考えていきたいと思います。

委員長 はい。ありがとうございます。宜しいでしょうか。

時間が足りなくなって参りましたので、あと残りの項目について説明をお願い致します。

梅原事務長 はい。では、残った部分のご説明を致します。16ページのところをご覧下さい。

8 臨床工学技士室の基本方針の中の1つ。

①医療機器の管理を中央化し、迅速性、安全性、効率性の向上を図る等の3つを掲げております。

(2) 主な構成、(3) 特記事項は記載のとおりでございます。

それから、9 輸血管理室。基本方針のところで

①安全で適正な輸血療法を実施できるよう、輸血に関する検査および輸血製剤（血漿分画製剤を含む）の管理をする。

構成、特記事項は記載のとおりでございます。

17ページ、10 診療情報管理室。基本方針を読ませて頂きます。

①診療情報を系統的に標準化し、病院全体で活用できるよう整備する。

②診療情報の収集・分析を行い、要望に応じた情報提供を行う。

主な構成等は記載のとおりでございます。

11 地域医療連携室 (1) 基本方針として、

①病病連携・病診連携・福祉施設等との連携窓口として機能する。

②連携支援病床の整備に伴い、近隣病院からの紹介患者をスムーズに受け入れる体制を強化する。

③医療ソーシャルワーカー・看護師等の配置を充実し、医療相談も含めた対応を行う。

主な構成等は記載のとおりでございます。

特記事項としては

A：受付。正面入口に近接した位置へ配置する、という風でございます。



18ページをご覧ください。12 健診室の基本方針でございますが、

①市民の健康に関する意識の向上や予防医療の重要性に鑑み、健診事業の充実を図る。

②生活習慣病予防対策の動向、健康診断受診者の要望を考慮した疾病予防と疾患の早期発見を可能とするサービスを提供する、というものでございます。

主な構成はAからIまでで、特記事項として、受付ラウンジ、一般検査室等を記載しております。その中で、

②生理検査、胸部X線、胃部X線、内視鏡検査、マンモグラフィー、子宮がん診察（婦人科）などの検査は、臨床検査センターや放射線センター、内視鏡室で実施する。ただし、一般患者とは隔絶した動線とするため、専用のエレベーターを設け、専用エレベーターのホールから各検査室へ入れるように整備する、というものでございます。

19ページをご覧ください。13 栄養管理室の基本方針としては、

②調理方式はクックサーブ方式を基本とする。

院内で調理し提供するというものでございます。

構成や特記事項については記載のとおりでございます。以上で終わります。

委員長 はい。ありがとうございました。8 臨床工学技士室から最後の栄養管理室までにつきまして、何かお気づきの点ございますか。布施さん、今日のところではなかなか出番がなくて申し訳ないのですが、地域医療連携室の福祉施設室の連携とかりハビリテーションセンターなどの項目について、何かご意見がありましたら、お願いします。

布施委員 地域連携室のことではないのですが、健診室のところで予防医療の重要性、健診事業の充実など予防の取り組み、早期発見を可能とするサービスの提供というところが書いてありますが、その辺はどんな感じでやられるつもりなのか教えていただきたいと思います。

また、地域連携室がわかりやすい場所、受付のところに来るとするのはとても良いと思います。

委員長 いかがでしょうか。院長先生。どちらでも結構です。

中山院長 予防という事に関しては、健診室だけではなく、病診連携なども含めて色々なところで考えていくことになると思っています。ですから、市民の皆様への様々な形による啓蒙など、そういうこともしっかりやっていく中で、進めていくことになると思います。

参事 実は、長谷川先生からも同様のご指摘を頂いて、今まで病院だけのことを考えてきたのですが、それだけでは不十分だということを改めて認識致しました。

市役所の保健福祉部門や保健センターなどと病院とが、実際にこれまでは一緒に考え

て、一緒にやっていくという体制ができていなかったというのが現実です。

実は、この金曜日に恥ずかしながら、第一回のこれから新しい病院に向けてどうしていこうかという話し合いをするところです。極端に言うと、病院が保健センターを内部に取り込んでしまうということも面白いかなと思っております。新しい病院のスペースと建設費の制限はあるのですが、今までそこが非常に欠けていて、例えば、糖尿病の患者さんが多いとか、そういう事につながってきていると思いますので、そこ点を次回の基本構想策定委員会までに間に合うかどうかわからないのですが、できる限り具体的なイメージを作っていきたいと思っております。

布 施 委 員 ありがとうございます。もう1つ、その話し合いの中で、高齢者で介護保険に來られる前の自立特定の方ですが、要介護にならないように予防していくようなところも、上手くひっかかってこないのと、上手くサービスができていないこともありまして、どんどん状態が悪くなり、結局のところ、デイサービスの予定の方が入所施設に來ることになっている事例も多くあります。

あの人は、入所施設へは非該当者だったはずが、いつの間にか來ているということもあるかと思っておりますので、できたら新しい市民病院さんでは保健センターの機能を取り込むか、一緒になってやって頂くと、來られる患者さんの数が非常に減り、市民全体も健康でいいと思います。宜しくお願いします。

委 員 長 はい。ありがとうございました。長谷川先生がおっしゃるような「地域センター」とか「地域医療担当医」というようなコンセプトですね。その連携のところについては、また話し合っ頂いて何かご意見を頂戴できればと思います。ありがとうございました。

他に、ご意見はございませんでしょうか。はい。どうぞ。

澁 谷 委 員 医療用ガスは、どこのセクションの責任で預かり、どこに保管するのか、教えていただけますか。

中 山 院 長 全ての医療用ガス、酸素圧縮空気、吸引も含めてですか。

澁 谷 委 員 麻酔薬、酸素などです。どういう形で保管管理をされるのか。これまで、保管する部屋などは出てきていないような気がするのですが、それは薬局になるのでしょうか。

中 山 院 長 すみません。それは、現状では事務と薬局で管理しているはずですが、そのところは検討されていませんでした。

委 員 長 中央中材というのは、中央センターの中に入っているのですか。いわゆる、SPD（物

流管理) のような部門はどうですか。

中山院長 材料の供給という形になるものですから、まったく別になります。

参事 次回の検討項目でございます。

委員長 また、その時までには渋谷先生の内容の確認をお願い致します。

鈴木委員 19ページの栄養管理のところですが、医療用の食品の備蓄は別かもしれませんが、震災時には、3日位の備蓄が無くなった後、栄養士さんが院内で調理をして、食事を提供することが重要になります。その辺も宜しくお願いします。

委員長 はい。ありがとうございました。1つだけ私からお聞きしたいというか、気がついたことをお話させて頂きたいと思います。

中央診療部門の中で、総じて眺めて見ますと患者さんに信頼される質の高い技術というかスキルというものを勉強したいというもの、患者さんに対するアメニティの向上や医療安全を確保するというものは皆さん書かれているのですが、前の経営の問題のところであったように、1人1人が経営者としての意識を持つところからいくと、先ほど渋谷先生がおっしゃったような器具の共用、例えば医師会の先生方にかかっている患者さんの生体検査をすとか、検査センターでそういう事を請け負うとか、薬局だったら後発薬品をどういう風に考慮するかなど、いわゆる経営に対するポリシーがこの中に掲げられていないような気がしたのです。この一つ一つの文章というのは、この担当の方が書かれたのですか、それとも皆さんがおまとめになったのでしょうか。

参事 基本は各担当が書きまして、実はここの共通する部分というのは抜いてあります。別の所を書くかと思っていたものですから、今、先生がご指摘のような事は、例えば、各部門でしっかり研修してスキルアップをしていくとか、そういう事は入っていたのですが、共通の部分ということで、今回抜いてございます。次回にそれはご覧頂きたいと思います。

委員長 スキルアップの問題と医療安全の問題はちゃんと書いてあると思います。例えば、薬局の場合でも患者さんから信頼される薬局とか、信頼される検査センターを目指すとか知識を要するような技士の養成に努めるということは書いてあります。

それから、医療安全のことも書いてあるのですが、例えば検査センターなら外注みたいなことも扱うとか、薬局だったら後発医薬品を導入して費用を削減するとか、そういうものはこの中にはあえて入れてなかったのか、よその構想を読みますと皆さん入れて

あるんですよ。ここでは入れてないので、意識的に揚げてないのかどうかという事でございます。

参 事 意識的に揚げていないというよりは、もしかしたら、今回の資料を作るときになるべく分量を減らそうと思ったものですから、少し省きすぎたかもしれませんので、今のご指摘の点につきましては次回までに修正したいと思います。

委 員 長 はい。他に何か、100人会議の伊藤さん。何かありますでしょうか。言い足りなかったこととかありましたらどうぞ。いいですか、他に宜しいでしょうか。

今日は司会の不手際で時間が少し超過してしまいました。本当に申し訳ありませんでした。これで今日の項目を全て終了することができました。

あと1回、来月ありますので、皆さん、宜しくお願いします。今日は皆さん、本当にお忙しい中、ありがとうございました。

新病院建設室長 ありがとうございました。では、次回は10月20日木曜日午後2時から、場所は本日と同じ常滑市民病院の5階大会議室とさせていただきます。イメージ図だけ回収させていただきます。ありがとうございました。

閉会 午後4時05分