

令和7年度 秩父市立病院建設計画策定委員会 第4回委員会 議事録

日時 令和8年2月19日(木) 13時30分～16時00分

場所 秩父市役所4階 第1・第2委員会室

- 出席者：21人（委員14人、事務局5人、オブザーバー2人）  
コンサル事業者：2人
- 傍聴人：1人（一般席1人）

1 開会

2 議題

【議題の確認及び会議の公開・非公開等について】

各議題の内容について確認し、議題ごとに公開・非公開を協議した結果、議題4「建設候補地の検討状況について」は、会議の公開に関する要綱の第2条第1項第2号に該当するため、非公開とすることに決定。

※議題4に関する議事録も非公開。

議題（1）病床数について

事務局：（資料1について説明）

委員A：これまで院内検討委員会が何回も開かれていることは伺っていたが、本日初めて、その中でどういう話が協議されているかを聞くことができた。本日からかなりのところまで話していただき、ありがたかった。今後も院内検討委員会だけではなく、庁内の委員会などでもどういう意見が出ているのかを策定委員会で話していただくか、または資料を提示していただきたいと思う。

先ほどの説明を聞いて、どうしても136床にしたいということがよく分かった。院内の方で、必ずしも守りに入っている方ばかりではなく、地域医療に対してかなり積極的に、前向きに考えていらっしゃる方もいることが初めて分かった。ただ、今の話を聞くと、やはり市立病院の内部では、市立病院のことしか考えていないなと感じた。市立病院の問題というのは、基本構想の頃からずっと言っているが、地域全体の問題だと思う。市立病院内部のことだけを考えるのではなく、地域全体のこととして考えていくことが必要ではないか。開院が約10年後なので、この策定委員会でも、10年後、せいぜい15年後のことを考えればよいと思う。20年、30年、50年後のことは、もっと先の世代、今の20代、30代の方が考えればよいわけで、とりあえず10年、15年後を目標にこの策定委員会が責任を持って協議していくことが必要だと感じた。ぜひ、地域全体の問題として今後考えていただきたいということを、院内の検討委員会にも伝えていただきたいと思う。

委員長：策定委員会の意見を院内に伝えることは、委員の皆さん異論はないと思うので、そのようにしてほしい。

- 委員B：HCUの設置について、条件が揃わないのかもしれないという意見もあったとのことだが、具体的に何が足りないのか。HCUを4床作ったとして目標の病床利用率が70%程度であれば、常時2人から3人入院している状態になると思うが、現在の秩父市立病院の重症度（HCU対象患者）から見てそれを満たせるのか。
- 事務局：HCUについては、秩父地域に高度急性期がないということがスタートで、看護配置基準が4対1なので、4床作ることを目標として話を進めている。HCUの設置に当たり足りないものについては、施設を整える点では特に問題ないかと思うが、重症度や看護必要度について懸念があるという意見が出ている。委員Cか委員Dから補足をお願いしたい。
- 委員C：委員Bにご指摘いただいたように、実際の患者層からしてHCUが必要な患者が常時2人以上いるかというところ、正直なところ、それを満たすのはなかなか難しいと思う。10年後を見据えたときに他の地域の医療がどうなっているかという問題もあるが、今後の受療動態を考えても、今基準を満たせない、対象患者が少ない状況で10年後に満たせるようになるかは多少疑問に感じている。国の施策として大学病院などの負担を地域の医療機関が補うような方向になれば変わるかもしれないが、今の政策を見ている限りでは、そうにはならないと感じている。
- 委員D：先ほどの指摘のように、HCUの対象となる患者が常に4人いるという状況ではない。現在、重症度、医療看護必要度の基準を満たすのは、カテーテル治療を受けた方、呼吸器を装着されている方、あるいはCPA等の蘇生後の方など、短期間基準を満たすようなかなり重症な方になる。そういう患者が常にいるかというところ、現時点では満たしきれないと思う。大学病院並みにカテーテル治療ができるなど診療機能が充実すれば考えられるが、現時点ではかなり厳しい。さらに診療報酬改定でも要件が厳しくなっているので、将来的には要件を満たすため運用を立て直していかなくてはならないと思う。
- 委員C：おそらくHCUが新たな入院料として設定された当初は、例えばそれほど重症でなくても、管理ということで算定できた時期があったと思うが、先ほど話したように対象患者がだんだん厳密になっており、今後の改定でさらに厳しくなるものと考えている。当初は、入院が収益に繋がるが多かったかもしれないが、厳格化が進む中で、実際は難しくなるのではないかというところが正直なところ。
- 委員E：委員Cが話したHCUの算定要件や対象患者のことは詳しくないので、私のこれまでの考えを話させてもらおう。事務局の説明の中で、内視鏡を行う消化器内科が大切だという話があったが、そこを内視鏡だけにとどまらず、腹部手術を行えば、その後の術後回復で通常はHCUに入れることができる。それ以外の診療についてはおそらく市立病院では手を出されないと思うので、それを検討すべきだと思う。私の考えは、腹部手術と、地域で不足していると考えている脳梗塞のt-PA治療で、これは診療所レベルで

も末梢投与で行っているところもあるので、開始すべきだと思っている。それを実施して、その後は念のために HCU で管理する。秩父地域は人口が少ないと思う。病状自体からの重症というのは、今後コロナのような流行がなければあまりないと思うので、今後は外科手術を増やしていただきたい。それができれば一時的に HCU に入れるということも有効ではないかと思っている。

委員 B : 私は以前、さいたま市民医療センターという 340 床、救急車を年間 6,000 台ほど受け入れる病院にいた際 HCU を作ったが、やはり 2 床を埋めるのが精一杯だった。カテーテル治療も年間 200 例ほど行っていたが、現在の治療は症状が安定するため HCU は必要ない状況。そうなると内科系の患者で算定要件を満たせず、病床を回すのが大変だというのがあった。おっしゃるように外科系で大きな手術を行えばいいかもしれないが、内科系がかなり厳しいというのが現状だと思う。私は市立病院に HCU を作るのには反対でないし、土地柄もあって望ましいと思うが、予算立てなどの際、HCU は利益が出るものではなくマイナスのものだと認識した上で作らなければならないと思う。命を守るために作るということ。

委員 E : 委員 B の考えだと、4 床は多いから、2 床や 1 床なら可能ということか。

委員 B : 看護単位の問題でおそらく 4 床以下は効率的ではないことから、実際どうするのかは分からないが、看護基準が 4 対 1 であれば 4 床にするしかないと思う。病床が埋まっていないときは、看護師が別の業務を行うなどの運用で上手くやっていくしかないのかなと思っている。

委員 E : 先ほど事務局の話にもあったように、将来的には分からないが、今現在、秩父医療圏の地域医療構想における課題として「秩父には高度急性期機能がない」ということで、高度急性期に対応できる病床が必要だということになっている。ただし、委員 B がおっしゃったように、大病院での運用経験として 2 床でも厳しいということなら、HCU 4 床というのは相当厳しいのではないかと危惧している。

委員 A : HCU について、基本計画の前から話が出ていた。一つは市民へのアピールの問題があるように思う。市民からは、とにかく秩父には高度急性期がないということで「秩父に救命救急センターを作ってほしい」といった意見もよく出ている。我々はそこまでは無理な話だと分かっているが、市民にはなかなか理解してもらえない部分でもある。だからこそ、今回市立病院が新しくなるにあたって、HCU を置くということは非常に意味があるのではないかと思っている。単なる病院機能というだけでなく、市民の目線に立って「市立病院がここまでやろうとしているんだ」というアピールになる。あとは、看護部長に運用をうまく振り分けていただくということで、委員 B のおっしゃるとおりに進めるのがいいのではないかと思う。

委員 E : 先ほどの話の延長。秩父病院では、腹部外科手術を比較的に多く行っていることは、病院の立ち入り検査をした際に拝見している。市立病院でも、もう少し多く腹部外科手術を行って HCU を使える可能性を検討いただくこ

とが望ましいと考える。内視鏡を行う消化器内科は大切だということなら、診断や内視鏡治療だけで終わらず、開腹手術でないとできないこともいまだに多いはずなので、そのあたりを考えていただければと思う。

委員C：秩父病院が腹部外科手術等を積極的に行っているのは承知しているが、現在は外科も腹腔鏡下手術による低侵襲な手術が主流となっており、昔のように侵襲性の高い大きな手術は減少している。大学病院などではダビンチ（手術支援ロボット）などを使うことによってかなり侵襲を低くできるようになっている。外科手術で開腹手術であればHCUに入るかもしれないが、HCUやICUに入る患者自体が以前に比べると減少していると思う。

委員長：他に意見などないか、よろしいか。それでは、事務局から説明のあった資料5ページの右側のところ、新病院の病床数の方向性は136床でいかがという点についてお諮りする。現在の運用病床136床を基準として基本計画の策定に向けて今後の協議を進めたいという内容。委員会の中でも意見が出ているが、診療報酬の改定や新たな地域医療構想の内容、あるいは秩父医療圏の医療機関の状況変化によっては、適切な病床機能になるよう再度検討する場合も当然ある。将来的に柔軟な対応が求められる場合を想定し、多目的に使用できるスペースや増築用地、災害時に対応できる設備を確保するなどの拡張性についても検討していくことを踏まえ、病床数についてはこの方向でよろしいか。

委員A：議題3の質問で申し訳ないが、資料3-1の事業全体スケジュール案に関連して、総務省に調書を提出する段階で病床数を示す必要はあるか。

事務局：総務省には、新病院がどれくらいの規模でどのような機能を持っているか、基本設計に入る前の年度に詳細な調書を出すことになっている。結論から言うと、136床という規模の記載は必要になる。

委員A：一度総務省に提出した後に136床という数字を変更する機会はあるのか。もしくはいつでも変更できるのか

事務局：詳細はこれから埼玉県等と調整を進める予定だが、絶対に変更できないということはないと思う。基本的にはある程度精度を高めたものを出すようにと事前の確認で言われているが、これまでの事例からも、変更の余地はあるものと考えている。

委員A：資料1の5ページの枠囲みの最後に「拡張性を持たせることを検討」とあるが、これは例えば災害時やパンデミックが起こった際などの対応も含めて考えるということか。

事務局：ここに書いてある災害時というのは、その時点で病床数をどうこうするというよりは、市立病院は災害時連携病院となっているので、多くの緊急患者を受け入れるスペースの用意、備蓄、簡易ベッドの確保といった可能性を想定した趣旨。病床数については、調書を出した後も地域の医療状況に変化があることを想定し、ギリギリまで変更の可能性がゼロではないという意味で「136床を基準とする」という表現にさせていただいた。

委員A：柔軟に対応することを明記した上での136床であれば、非常に好ましいと

感じる。前回の会議で意味深なことを申し上げたが、今日は正式な資料を持ってきた。この資料は医師会の内部資料なので、本件に係る私の発言は非公開にさせていただきたいと思う。

委員長：外部に公表されると問題がある資料なのか。

委員A：あまり外に出したくない資料。議事録には載せてほしくないが、傍聴の方はこのままで構わない。

事務局：事務局としては、委員会の総意であれば、議事録についてはその部分だけを削除するといった対応は可能。例えば、候補地の話が出た場合などと同様の対応を予定している。

委員長：委員Aから話があったとおり、資料の配付は行わず口頭での説明とし、その口頭説明については、この場限り、非公開という形でよろしいか。

（異議なしの声あり）

それでは、委員の皆様の総意でそのように決定したいと思う。

委員A：（資料について説明）

委員長：他に何かご意見等あるか。

委員F：新しい建物を造る際は、だいたい100年ほど使うことを見越して建てると思う。本庁舎も、技術の向上により50年以上長く使う予定で造った。15年先だけを見越して建てるのでいいのか、実際にはもっと先まで使わなくてはならないので、人口推計をしっかりと見据えた上で病床数を考えていかないと、箱だけあってもスタッフや患者がいらないということもあり得る。もう少し長い目で見えていただいた方がいいのではないか。生産年齢人口が2050年には約半分になる予測もあり、スタッフの確保もかなり難しくなる可能性があるので、箱だけ大きければいいというものではない。大きい施設を維持するにはコストがかかる。私は、市立病院への公費投入は市民を守るために必要だと思っており、予算を通して自負がある。箱だけ大きければいいわけではないことと、公費投入は市民のために必要であるということを伝えさせてもらおう。

委員E：委員Aから策定委員会では15年先までを検討するという意見があった。建物の耐用年数は30年から50年、妥当なところで50年から60年ではないか。100年というのは長いと感じた。住民が住み続ける限り、人口が減っても医療機関はインフラとして絶対に必要。民間の医療機関は利益が出なければなくなってしまう可能性があるが、公立の医療機関は最後の砦として地域住民を支えていく必要がある。今後、医療の進歩で病床ニーズが変わるかもしれないが、急性期の平均在院日数の短縮はこれ以上困難であり、急激な変化は少ないと考えている。秩父地域を7病院で支えているが、今後、民間病院が減少して市立病院が担うことになった場合、インフラとしてこの地域を支えていく必要があることはご理解いただきたい。

委員A：委員Fがおっしゃったこともわかるが、建物のことだけを考えれば、100年後のことを考えてもいいのかもしれない。ただ、もし100年後に秩父の人口が1万人や2万人になっていて、病床は50床以下で十分だというこ

とになり、それを今から見据えて50床の病院を造るということになってしまわないか。今回の資料1-1を見ても分かりますとおり、市立病院の開院予定時の2035年前後には、今とほとんど変わらない推計患者数がある。そうすると、十数年後には今の市立病院と同じくらいの規模が絶対に必要なので、100年後を考えて小さくした場合、絶対に足りなくなる。現段階では10年、せいぜい15年後のことを考えて、我々の世代や子どもたちが利用することを検討するのが妥当ではないかと感じている。

委員F：私は今回示された136床が妥当だという趣旨で話をしている。病床スペースを作るという話はあったが、それ以上に病床数を増やしての病院建設は、いずれ働く人も市民も減る中でコストの問題が生じる。我々は予算を審議する立場から、未来につけを回せばいいという判断はできない。税金を使う審議をする市議会として、今回提案された136床という報告はいいと思うが、それ以上に規模を大きくして建設することには疑問があるという趣旨の発言であって、10年後くらいに人口が変わらないのであれば、136床でいいと思う。

委員G：いつも医師会の先生方に学校医などの事業をやっていただいております。本当に感謝している。そのおかげで、勤務医は安心して病棟業務ができています。先ほどの委員Aの話で、将来的に診療所が減っていく可能性がよく分かった。診療所という受け皿が減った場合、私たちも市立病院も受け皿としてますます頑張っていかなければならないと思っている。病床数に関しては、現在の136床でも稼働率が67.6%なので、稼働率が相当数増えても対応できる状況だと思う。私たちの病院も去年一年は70%台だった。感覚的には、その辺の規模が妥当というか、まだ余裕がある状況だと思う。市立病院内の検討委員会でも同様の意見が出ているので、136床が妥当ではないかと考えている。

委員B：私は病院建築に多少詳しいので情報を共有しておきたいのだが、委員Fがおっしゃるように、今のコンクリートの寿命は伸びていて、100年持つようなマンションやオフィスもできてきているが、病院はそうではない。急性期の病院は水回りが非常に複雑で、その寿命は短く、30年くらいでどうしようもない状況が起こってくる。今の公立病院の多くは、建物を頑丈に作りすぎてお金をかけているが、水道管のメンテナンスがうまくいかず30、40年経って困っている。新進の民間病院は、30年も経てば医療制度が大きく変わるため、あえてライフサイクルを下げている。市立病院も使い勝手が悪いという話があった。時代とともにレギュレーションも変わり、先が読めるのは30年程度なので、30年くらいで建て替えるという思いで、あまりコストをかけず、デザインを凝らずに強度を安定させたシンプルな四角い建物にすべき。配管をシンプルにするなど、設計段階から力を入れてやっていただきたいと思う。

委員A：私もできれば136床で合意したいと思っている。先ほど医師会の15年後の話をしたのは、136床に合意する上の条件として「拡張性」が必要だと

いうことを理解していただきたかったから。5年、10年、20年後に変わる可能性があるので、その時に改めて検討して拡張や内容の変更ができる余地を残しておくという条件付きであれば、136床に非常に納得できる。

委員C：委員Bの意見は、今の市立病院を見ているとまさにおっしゃるとおりだと感じる。本館を建ててからまだそれほど経っていないが、まさに水回りの補修に毎年お金がかかっているのが現状。建物は大丈夫でも水回りが持たない、という話は非常に重要なことだと思う。

委員長：様々な立場から意見をいただいた。委員会としてどうするかという話になるが、資料5ページの枠囲みの内容、すなわち「136床を基準として基本計画等の策定に向けて今後の協議を進める」という方向でよいか。136床を基準とするが、増加も減少もあり得るというイメージだと思う。様々な意見がある中で、この資料の方向性について委員会として是とするということではいかか。

委員A：先ほど話したとおり、たまたま「拡張性」という言葉が出ていたのでそれを使ったが、委員長がおっしゃった言葉に合わせて「増加も減少もあり得る」という表現に変えたらいいのではないかと思う。変更できるようにと考えるならば、次の世代が楽になるのではないかと感じている。

委員E：地域の病床が減少するのは閉院する時だけなので、変えられるという意味で「拡張する」と書けば全てに対応できると思う。私は構造の話をしているわけで、大きくできるようにしておかないとだめだが、減らすのは可能だということ。ですから「拡張性」と書けばよいと思う。

事務局：事務局として今受け止めていたのは、これから設計や建築に進むまでの数年間の段階で、場合によっては病床数が増減することがあり得るという余地を残すといった趣旨と受け止めていた。

委員F：この資料の四角い枠の中で「柔軟性」や「拡張性」が書いてある場所は「スペースの問題」であり病床数のことではないので、文書を全体的にそのようにするのであれば書き直すことになると思う。

委員長：上段にある「診療報酬改定等によって適正な病床になるよう再度検討する場合もある」というのは、場合によって病床機能や病床数についても検討するという意味でよいか。

事務局：そのとおり。「136床を基準とし、基本計画の策定に向けて今後の協議を進めていきたい」としている。この「基準」という言葉に上下する余地を含んでおり、診療報酬改定や他の医療機関の状況変化を含め、再検討する余地を残すという趣旨。拡張性については、委員Fがおっしゃるように基本的にはスペース中心の話だが、病床数についても変更できるような意味を持たせることも皆様に合意いただけると捉えている。

委員E：私は単に言葉の問題で、拡張は後からは普通できないので「拡張」と書いておけば今の規模から減らすことはいくらでも可能だということをお話したかっただけ。

委員長：この箇所の文言について少し修正するということだが、もし一任いただけ

るなら、委員長、副委員長、事務局で調整させていただくということによろしいか。

委員F：委員Aが言うとおりに、病床についての増減を考える余地があるということを書くのであれば「これを基準として協議を進めたい」というよりも、今後増減する可能性があるという意味の文言に変えていただければと思う。

委員A：確かにこういう文書では「基準」という言葉をそのように使っていると思うが、市民からすると非常にわかりにくい言葉。具体的にもう少しはっきりした文言で入れた方が、市民にも分かりやすいのではないか。私としては本当は136床から減ってほしくないが、今日の皆さんの話を伺うと、少し含みを持たせておくのもいいのではないかと感じている。

事務局：この資料の右側の記載内容は、基本計画にそのまま書くという意味ではなく、決定していく途中段階で一旦整理させていただきたいという趣旨。最終的な決定までにはまだ時間をかけて作るので、本日は一旦「136床」という基礎の数字を決める、という内容になる。増減の余地があることを記載することについては次回の資料で全体を整理するが、現時点ではここをベースに今後の協議を進めていきたいという表現に尽きると考えている。

委員長：それでは、136床を基準とし、基本計画案の策定に向けて今後の協議を進めていきたい、という表現でよろしいか。先ほどの文言の修正の話については、委員長、副委員長に一任いただいて事務局と調整し、後ほど皆様に報告した上で、最終的な方向性を決めたいと思うが、よろしいか。

委員A：それで良いが、前回の12月の委員会から気になっていたことがある。病院の外来機能や統合・再編の議論がはっきりしない段階で、きっちり136床を決めてしまうのはどうなのかという思いはあるが、これを決めないと先に進めないということなので承知した。

委員長：皆様から様々な立場で話していただき、議論を深めることができ感謝する。先ほどの文言の修正については、委員長、副委員長に一任いただき、事務局と調整させていただくことに決定する。

事務局：1点だけ補足する。建物の耐用年数について、法定耐用年数という考え方では、鉄筋コンクリート造等は39年とされており、それをベースに水回り等を含めて検討していく必要があるということをご共有させていただく。

## 議題（2）新病院の担うべき役割と機能について

事務局：（資料2-1、2-2について説明（事務局及びコンサル事業者から説明））

委員B：先ほど委員Eからも話があったが、埼玉県には脳卒中の「埼玉ストロークネットワーク（SSN）」という素晴らしいシステムがある。一方で、秩父地域は土地柄、急性期の1分1秒を争う脳卒中への対応には若干弱いところがある。そういう中で「ドリップ・アンド・シップ」というt-PA療法を行いながら搬送する方法があり、現在は画像転送などの遠隔診療も可能なので、救急医がそれらを駆使しながら搬送させるシステムを考えてもよいのではと思うが、いかがか。

- 事務局：出来るかどうか、今すぐ答えるのは難しいが、市立病院内の医師も含めて議論していただこうと思う。
- 委員A：私は埼玉医大国際医療センターの運営委員もしているが、あちらの救急や脳外科でも秩父地域を一つのターゲットとして、今おっしゃったような対応を視野に入れて動いている。今後、大学病院側との調整も含めて、そういう話が入ってくるのではないかと考えている。
- 委員E：委員Bの話は大賛成。市立病院に限らず、診断ができる医師がいてMRIがある施設であれば、診療所レベルでも可能な治療だと思っている。話が変わるが、5疾病6事業とは別に「人工透析」についての記載がある。民間病院とは違い、公立病院なので、患者の送迎も含めて患者を確保することにより利益の追求も視野に入れていないと思うが確認したい。
- 事務局：利益追及で患者を確保するという趣旨ではない。地域で人工透析を提供できる医療機関が厳しくなっているという状況を踏まえ、公立病院としての役割を記載している。経営面も考慮しないとなので、それも含めて考えていきたい。
- 委員E：法律に触れないことなら、公立病院でも「なりふり構わず」利益を追求し患者の確保等を行っても構わないと思う。記載の意味を確認しただけ。
- 委員C：SSNについて、都内では実際に点滴を落としながら（t-PA療法）搬送されているのか。
- 委員B：都内には脳卒中の専門病院が多いので、然るべきところにほとんど搬送されると思われるが、さいたま市では行っていた。「ドリップ・アンド・シップ」は講習会を受講すれば使用することはできるので、私が勤めていた病院でも、脳血管治療ができる医師がいない時は「ドリップ・アンド・シップ」で画像診断と共にt-PA療法を行いながら自治医大などへ送ることをやっていた。
- 委員C：今はおそらく二次救急や三次救急の医療機関へ直接送ることが多くなり、市立病院が関わらなくなっている面があるので、非常に参考になった。透析は地域内で医療機関が少ないので、現在の体制を維持していこうという考えであり、経営的にもしっかりやっていきたいという思いもある。
- 委員E：市立病院の透析は、現在受け入れている患者は自力で来られていて、送迎までは行っていない状況だと思っている。
- 委員D：透析については、外来だけでなく入院患者、例えば内科や整形外科疾患で緊急入院された方の基礎疾患としての透析も行っている。入院中も透析を受けられる体制は市立病院に必要だと考えている。
- 委員A：秩父地域のSSNは、地域の病院に立ち寄らずに大学病院等へ直行するのが基本になっている。埼玉医大や循環器・呼吸器病センターと連絡を取り、救急救命士の判断で一刻も早く専門病院へ連れて行くという流れができており、これにより秩父地域の脳血管疾患の回復がとても早くなっている。
- 委員B：秩父地域から直接専門病院へ直接搬送されていることについては、秩父地域に対応できる能力がないからそうなったと考えている。SSNを立ち上げ

た時から関与しているが、当初は手上げをしてもらい、各医療機関がどの程度まで対応するか確認していた。私達の場合、最初はt-PA だけに対応していたが、その後、脳卒中の専門医を入れて、血管治療にも対応し基幹病院になった経緯がある。最初に手上げをしなかった結果、直接搬送になったと思われる。

委員A：それは知らなかった。秩父地域ではかなりの方が救われ、麻痺が最小限になっているというのは確かで、この事業によって、秩父地域の脳梗塞や脳出血の方の回復が早くなったことは確かだと思う。

委員B：そのことは承知しているが、それでもまだ遅いのではないかとというのが私の意見。心筋梗塞、脳卒中は30分で随分と結果が変わるので、さらに診断や処置までの時間を早める。ドリップ・アンド・シップは、世界的には一般的になっており、秩父だからこそ進めるべきだと考える。それがへき地医療の日本の発展の一つ。市立病院建設とは関係ないが、ぜひ考えていただきたいと思う。

委員A：検討したいと思う。透析については、地域内の透析ベッドの数を常に確認しながら治療しているのが秩父地域の状況。本当にギリギリのベッド数で対応している。市立病院でこのように取り組んでももらえるのは、非常にありがたいと思っている。送迎については賛否両論ある。委員Eが「なりふり構わず」と言ったのは少し意外だった。

委員E：患者を確保するために送迎をしてほしいと頼んでいる意味ではない。「なりふり構わず」利益を追求する場合の一例として挙げただけ。もし送迎を実施するとしても、民間病院と同様に普通の車で行うしかないと思う。

委員G：担うべき役割についての意見。市立病院には、救急を24時間365日きちんと診られる病院になっていただければ一番いいと思っている。現在は二次救急の輪番を皆野病院と協力してやってもらい、市民のためになっているが、市立病院のみでも毎日受け入れられる体制になるのが、本来市民に求められていることではないか。実現には医師や看護師の確保が課題。自治医大の先生が秩父地域に派遣される場合、市立病院と小鹿野中央病院に派遣されるので、その枠を活用するためにも、小鹿野中央病院との統合を前向きに検討し、実現していただきたい。また、人口減少に歯止めをかけ流入を促すには、医療、特に小児や産科の安心が肝心。市立病院として地域のインフラを確保することを目指していただきたいと思う。

### 議題（3）スケジュールについて

事務局：（資料3-1、3-2について説明）

委員E：建設費が非常に上がっているニュースをよく聞く。基金の活用や地方債を予定していると思うが、見積もりは当初から大幅に変わっているのか。

事務局：建設費の高騰については、全国的に、また医療業界の他に様々な業種においても厳しい状況であると承知している。本日の議論で136床という数字が決まったので、これから根拠のある数字を精査していく。交付税措置の

ある地方債など、最も有利な制度を活用する方向で検討していく。

委員H：市民としての意見。医師不足が解消されるなら、先ほどの委員Gが提案した小鹿野中央病院との統合も前向きに検討していただきたい。人口が減少しても市民一人ひとりが大切な命なので、市立病院が中心となり、民間医療機関や医師会の皆様と協力して守ってもらいたいと切に願う。

事務局：秩父地域の中核病院として機能を保つことが大前提なので、今の話を市立病院内でも共有し気概を持って取り組んでいく。

委員C：委員Hの話を市立病院の職員にも伝える。

#### 議題（４）建設候補地の検討状況について

- ※会議の公開に関する要綱の第２条第１項第２号に該当するため非公開と決定  
→ 議事録も非公開

#### 議題（５）その他

- ※意見等は特になし

#### 【事務連絡】

事務局：（次回の委員会の開催についての連絡）

- ※次回の委員会は令和８年５月２８日に開催する予定

### ３ 閉会