

令和 8 年度 秩父市立病院建設計画策定委員会 第 2 回委員会 議事録

日時 令和 8 年 7 月 30 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：19 人（委員 13 人、事務局 5 人、オブザーバー 1 人）
コンサル事業者：3 人
欠席者：1 人（委員）
- 傍聴人：3 人（一般席 2 人、報道関係者席 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、全ての議題を公開することに決定。（全ての議題が会議の公開に関する要綱の第 2 条に該当しないことを確認。）

議題（1）診療科、診療機能等について

事務局：（資料 1、2 について説明（事務局及びコンサル事業者から説明））

委員長：資料 2 の太枠の中が基本計画素案の内容になる。前回の 5 月 28 日の策定委員会が出された意見と、6 月 17 日の院内検討委員会が出された意見を基に、この太枠の中を修正したという内容。本日は、この太枠の方向性で今後進めてよいかということを確認していただきたいという趣旨になっている。順不同で気がついたところからで構わないので、意見や質問等をお願いしたい。

委員 A：資料 1 について確認。救急車を一旦受け入れて CT なり検査をした結果、治療が難しく転院搬送するケースもあると思うが、その部分のカウントはどうなっているのか。脳疾患は秩父医療圏外への搬送が多いというのは、埼玉県急性期脳卒中治療ネットワーク（SSN）があるおかげだと思うが、心疾患や消化器疾患についても、その病院で治療まで完結できずに搬送しているケースもあると思うが、そういう転院についてはダブルカウントされているのか教えてほしい。

事務局：これは消防のデータを基にしている、確認しないとだが基本的には転院搬送は別カウントされていると思う。消防のホームページで細かい資料を提供されているが、そこには転院搬送が別立てでリストになっているので、ご指摘の部分のデータもあるかと思う。

委員 A：そうすると、秩父医療圏内の治療能力としてはもう少し下がっているかもしれないと思う。

委員 B：資料 1 のデータを見て、市立病院の規模の病院で脳と心臓が比較的弱いというのは、全国どこでもそういう傾向だと思う。気になるのは、秩父地域の救急搬送の実態について、P3 右側下の脳疾患の地域外搬送のうち、SSN

件数の推移があるが、SSN というのと脳卒中の疑いというのは一致しないと思う。脳卒中疑いの中に SSN があるわけで、ある一定の条件を満たしたものが SSN 適用になるため、このような載せ方をすると、オーバートリージをしていることになり、本来、秩父市立病院で対応できるようなものも地域外に運ばれているという、あまりよろしくない状態になるので、これはしっかりと分けるべきだし、これでは実態が見えてこないと思う。

事務局：資料の作り方の部分もあると思うが、消防からいただいた元のデータは、この青い部分は、SSN が適用された件数という数字でもらっていて、脳卒中の疑いというよりは、SSN で直接救急隊員の判断で搬送された件数が、この青い数字になっている。

委員 B：事務局で書き方を変えたということになるのか。

事務局：資料の表現が至らなかった部分がある。SSN ということで元のデータには書かれていたと思うので、こちらの確認不足。

委員 B：専門家から見たら色々な考え方をするので、やめたほうがいいと思う。改變したのであれば、改變した理由を書くべきだった。

委員 C：SSN について、22 年が 100 件ぐらいで、23 年が 92 件、24 年が 109 件ということだと思う。SSN を活用することは良いことだと思っている。搬送先について、循環器・呼吸器病センターが秩父市役所から 38km で約 56 分、深谷赤十字病院が 39km で約 62 分、国際医療センターが 36km で約 63 分、関東脳神経外科病院が 44km で約 73 分、本庄脳神経外科・脊椎外科が 36 キロで約 58 分、1 時間前後、遠いところでは 1 時間 15 分くらい、そのくらいの時間で行ける。24 年くらいこの地域で脳神経外科をやっているの
で SSN を確認したが、対象の患者さんを市立病院だけで全て診るのは、なかなか大変なのではないかと思う。市立病院内で t-PA を行って搬送する（ドリップ・アンド・シップを行う）とした時に、院内でどのくらいの時間で t-PA まで出来るかがどうか重要。t-PA を行う方向で検討するのはいいと思うが、行うことによりかえって大変な人がいるかもしれない。実際に救急隊が救急の連絡を受けて、救急車が向かって患者さんを乗せてそれぞれの病院まで運ばれている時間で見ると、救急隊が連絡を受けてから、循環器・呼吸器病センターは約 64 分、国際医療センターは約 80 分、関東脳神経外科病院は約 79 分、1 時間 10～30 分くらいの間にそれぞれの病院まで行けているので、SSN の対象になる人の場合は、そのまま搬送された方が私はいいかだと思っている。t-PA を行ってから搬送お願いするのはなかなかハードルが高い。MRI を撮りディフュージョンだけでも時間がかかるし、症状を見て MRI を撮らずに CT だけ撮って、出血ではなければ、その段階で救急隊に搬送をお願いしているので、SSN を使えるということは非常にいいこと。

知りたい情報としては、市立病院に搬送された人の中で、その他の病院に転院搬送する人がどのくらいか分かるとよいと思うし、そのようなものがあると非常に分かりやすくて、次の話にも繋がりやすいと思う。先ほど

3 ページの脳疾患の方で、重症、中等症、軽症とあるが、どの段階で判断したものなのか。患者が病院に行って診断がついた段階でそのような状態なのか、あるいは救急隊が搬送する前の段階での判断なのか、それによっては軽症とわかっていて搬送するのかなども出てくると思うので、その辺の記載の仕方や判断の仕方を見てみると、また違ったものが見えるのかなと。それと、ここに書いてある CT・MRI が早く撮れる施設環境、動線、配置というのは、本当に必要なことだと思う。

事務局：ドリップ・アンド・シップに関しては、5 月 28 日の前回の策定委員会より前にも院内でも意見交換をして、その際には様々な意見が出ていた。前回の資料にも書いたが、81 歳以上の方には慎重投与すべきとか、そういうガイドラインもあり、リスクも考えなければいけないという話も出ていた。院内でも慎重な考えも含めて色々な意見は出ていたが、総論としては、ドリップ・アンド・シップを検討していこうという方向性になったので、前回提案させていただいた。前回の意見を踏まえて、6 月の院内検討委員会ではこの方向性のまま進めていこうとなっているところ。実際のところ、講習を受講された医師がいる時でないと受けられないとか、様々な条件設定や救急隊との調整なども必要になってくると思うので、検討していこうという状況。

委員 C：ドリップ・アンド・シップの体制を作るのはいいが、それにとらわれすぎて自分たちの首を絞めたりしないように。秩父の人は、救急車を呼ぶ人も ACT-FAST（脳卒中の疑いがあればすぐに救急車を呼ぶ）で連絡していただければいいが、時間がかかる人もおり、24 時間以上経ってから診察し脳梗塞だったという人が沢山いる。実際に各病院に運ばれた患者で t-PA の対象どのくらいいるか、100 人救急車で運ばれて t-PA の対象になる人がどのくらいか、そのようなことも分かるといいかもしれない。余分なリスクを背負わなくて済むかもしれないので可能であれば確認してほしい。

事務局：委員 C が秩父に ACT-FAST を浸透させるため、ご尽力いただいていることは多くの方が知っているし、昨年春の医師会の講演会でもそのような議題があったりした。ドリップ・アンド・シップについて、まだやると決まったわけではなく検討しようというところ。リスクや、t-PA がどれくらい適用になるのかという議論は策定委員会でも出ていたので、そういうことも検討の中で精査していければと思う。

委員 B：委員 C の話は概ねそのとおりだと思う。私が言いたいのは、SSN の適用と脳卒中は少し別のものだから、一緒にしてほしいということ。あくまで t-PA を市立病院でどんどんやるわけではないということ。私がさいたま市内の病院で働いていた時も、運ばれてきた患者のうち、t-PA の適用になるのは数%で、おそらくこの地域もそのくらいだと思う。委員 C が話していたように、脳卒中なのに次の日に来るとするのは日常茶飯事で、脳卒中疑いの患者を全部地域外に運ぶと、そのようなことになってしまうので、その辺はもう少し丁寧に書いた方がいいのではないかと思います。私は循

環器の専門だが、例えば心筋梗塞を搬送する場合、PCI ができない病院に一旦行くというのはリスクであり、PCI ができる病院に直接行く、ましてや1時間で行けるのであればそこに行くべきというのは、世界的な常識だと思う。今から数十年前は、そのような常識はなかったので、まずは近隣で診断していたわけだが、それが発症から PCI を行うまでの時間を延ばす原因になっていることは明らかだった。秩父はいわゆる医療へき地ではないと思う。1時間程度でPCIができるところに行けるというのは、住民の方々も本当は結構幸せなところに住んでいることになる。そのようなことを住民へお知らせしていく、医師会とか医療従事者の専門家がどんどん知らせていき無用な不安を与えないことはすごく大事だと思う。例えば都内でも、救急車が到着した後、受け入れ先を探しているうちにすぐ30分経ってしまう。むしろ秩父の方が行く病院が限られているので、救急車が現場から動くのは早いと思う。そのようなことも住民にお知らせしていくことはすごく大事。そのため、市立病院にどのような機能がいるのか、行政の人は住民の意見を聞いて、高度医療の方向に行きがちだが、そうではなくて、医療圏の設定のあり方などを考えて、数十年前と今とでは常識や搬送時間もどんどん変わっているし、もう少し全体的なネットワークの中にある市立病院というあり方を住民に知らせていき、それで納得していただいた上で市立病院を作っていくということが、すごく大事だと思う。

委員C：重症、中等症、軽症というのはあまり意味がないことだと思う。軽症で歩いてきている人の中に、くも膜下出血の人は普通にいますし、大変な状態だと思うこともいっぱいあるので、そんなに難しく分けなくても大丈夫だと思う。運ばれてきた人が診断された上で、軽症として院内で診たのか、中等症としてどこかにお願いしたのか、すぐにそのまま転院になったのかというデータがある方が分かりやすいと思う。

委員D：資料2の1ページ目の基本計画素案、この中の2番目の項目に、各部門における医師や看護師の安定的な確保に取り組むと書いてある。今までも継続して行っていることだが難しい状況で、看護専門学校も閉校になる予定の中、安定的な確保は本当に必要なことなので、ぜひそのことを明確に示していただきたいと思う。

事務局：人材確保のことは地域全体の方向性であり、今までも努力してきて、これからも努力するし、計画を立ててその目標の実現に向けて頑張っていくところになる。基本計画では、人材確保について具体的にあまり書かないことにはなるが、市だけでなく秩父地域全体として、様々な方法を取り組んでいくことになると思う。

委員D：そのようにお願いしたい。色々な人に案があると思うのでそのような案をうまく活用して、地域全体でカバーするような形ができるのではと思う。

委員E：看護師確保について発言いただきありがたい。私たちも、市立病院だけでなく、地域全体で看護師を確保することが大切だと考えている。看護師会でも、各病院の定期的な定例会で、どのように地域全体で取り組ん

でいくべきかということで、合同の説明会などを開催し、秩父の地域医療の魅力も伝えながら、行政と協力し今後取り組んでいこうと考えている。各医療機関でどのように機能分化していくかも必要だと思うし、看護師を効率よく地域全体で配置ができるということも、今後の取り組みとして必要と考えている。

委員F：医師や看護師の確保については、市立病院だけでなく、地域全体で考えていくということで、定住自立圏事業である「ちちぶ医療協議会」などでも色々と検討している。

委員長：各委員から色々意見をいただき、資料1については少し精査した方がいいのではということや、分けて書いた方がいいのではということも含めて、可能であれば作業してもらおうということになるかと思う。

資料2については、いただいた意見の方向性で大丈夫であれば、事務局に修正案を任せることにしたいと思う。確認した方がよいことがあれば、今確認したいと思うので意見をお願いしたい。

委員C：ドリップ・アンド・シップについて、検討していることを書くことはいいと思うが、実際に動き始めた時にあまりとらわれすぎると、患者やスタッフも動きにくくなる可能性もあるので、多くを書きすぎない方がいいかなと思う。本当に大切なのは、t-PAを行うことに慣れること、高齢者を転院搬送せずにそのまま院内で診ることができるようにすることなので、そのような状態ができれば1番いいと思うし、その前段階として、考えているのであれば、意義があると思う。進めていただいていいと思うが、あまり詳しく書いて、高い目標になってしまうと、期待ばかり高くなるので、苦しくならないように気をつけた方がいいと思う。

委員長：方向性や書き方、データなども含めて事務局とコンサルとの相談、また、市立病院内でも検討していただき、委員からいただいた意見を踏まえた上で修正案について考えていただければと思う。他の意見はいかがか。

委員G：基本計画はいずれ公開になって、誰でも読めるような形になるのか。

事務局：この資料も、1週間後くらいには公開されるし、基本計画も出来上がった時には公開することになる。今回この太枠の中を素案ということで示しているが、実際のところ、最終的には計画ができて、構造ができて、目次ができて、その中のパーツとしてこの文言が入るという形になる。そのため、分かりにくい部分もあったり、今回のドリップ・アンド・シップについて部門の中の記載で整理した方がいいのではないかと、これから修正は行う。

委員G：内容的に、多くの人が見る計画なので、難しい漢字にはルビを振るとか、難しい言葉には説明を書くとか、そのようなことをしないと、誰も読まないものになってしまう。私たちだけ分かればいいわけではないと思うので、わかりやすい文書でなるべく簡潔に書くということをメインにしていきたいと思う。

事務局：指摘のとおりだと思う。その辺は気を付けて対応したいと思う。

委員長：議題（１）の資料２については、いただいた意見を踏まえ、事務局で修正案を検討していただきたいと思います。

議題（２）部門ヒアリングについて

事務局：（資料３、４について説明（事務局及びコンサル事業者から説明））

委員長：資料３のところで、前回の策定委員会の中で、全体が見えた上で、アンケートやヒアリングをしないと難しいのではないかという意見をいただいた。事務局としては、それを重々承知しているが、なかなかスケジュールが厳しいということで、今日協議していただいた資料２の内容を共有した上で、ヒアリングを実施したと、そのような内容になる。今後のヒアリングも含めて、何か意見があればお願いしたい。

委員Ｂ：以前、まとまりがつかなくなるのではと言ったとおりになった。もう少しリーダーシップを発揮した上でやらないといけないと思う。資料２の２ページでは診療科はこうすると記載している内容と、今回のヒアリングの部門が一致していない。資料２では、現行の９診療科、内科（総合診療科）、循環器内科・・・と書いてあるのに、ヒアリングは、内科と総合診療科を別々にして行っている。これはどのような意味なのか、これでは意味が分からない。資料４の５ページに医局（内科、循環器内科、消化器内科）とあって、７ページには医局（総合診療科）と書いてある。これは総合診療科をダブルカウントしていると思うので、少しどうにかした方がいいと思う。この規模の病院で内科と総合診療科を分けている病院は皆無に近いと思うので、分けているやり方は非常に良くないと思う。

透析を１８から２５床に増やしたいという意見が出ているが、このようなことはエビデンスがあるのかということを見ないといけないと思う。日本の透析の新規患者は既にピークを越している。ご存知のように、透析の患者が日本で一番多いのは糖尿病や動脈硬化に伴うものであり、昔は子供や若い人などもいたが、今はお年寄りの糖尿病が多い状況。高齢者の方となると余命が比較的に短いので新規の患者が減ってきていて、透析患者の数は一般的にすごく減ってくるはず。加えて、高齢化が起こっている地域は、その速度が速いと言われていて、調べてみると秩父地域は１５年くらいで２０％減る想定。そのようなことを踏まえた上での増床なのかについてお聞きしたい。

事務局：総合診療科については、少し悩ましいところ。院内標榜、院外標榜の部分にも少し重なってしまうので申し訳ないが、内科（総合診療科）は今は標榜していないので括弧表示にしているのが現状。総合診療科については、部として立ち上がって、体制も揃ってきているというところもあり、ヒアリング対象として分けた方がよいというような話が出ていた。内科、消化器内科、循環器内科の関係は、部長が３科を兼務している状況。全国の基本計画や新病院の事例等を見ていると、やはり要望がたくさん出てきて、それを全て取り入れた結果、建設費が高くなり手詰まりするというのは

重々承知していて、コンサルともそのことは共有している。もう1回ヒアリングを行う予定なので、それまでの間に全体の調整、エビデンスももちろん必要だと思うが、その辺りのところをコンサルと相談し落としどころを探るようなことはしたいと思っている。オーバースペックな要望が出ているということは事実なので、そこはできる限りのことはしていきたいと思っているし、何より建てることを実現するというのが最優先。予算的にも余裕があるわけではないので、そのことは理解いただいているはずだが、再度、院内でもそのあたりは共有していく。

委員B：計画を作るには誘導していくことも必要。資料もない、外のことも知らない、そのような状況で考えさせては駄目。もう少し共有した上で今から何をするべきなのか説明しないと、一時間あればできることなので。あと、入院部門のところの136床で、個室率30%が目途とあるが現在何パーセントなのかを教えていただきました。調べたところによると、未来の病院、10～15年後くらいの急性期病院は、もっと個室率が高くなる予想。市立病院の今後のスタンスは、包括期機能が中心になってきて、高齢者救急の拠点とか、地域医療の包括ケア病床みたいなところがメインになると思うが、そのようなことであっても、個室率40%～60%という数字が、いま新しく建築している病院ではそうになっている。今必要なのかという感じではなく、新病院は7,8年も先にできるだろうしメインで活躍するのは15年後であるので、その未来に合わせているのか、どう考えているか。

事務局：個室率については、全室個室の病院もあるのは承知していて、ベッドコントロール等、そのようなところで、個室率が上がっている潮流があるのも理解はしている。有料個室の上限が自治体立病院だと3割までとなっている関係もある。そうは言っても有料と無料で差をつければよいというような議論ももちろんあると思うが現状では3割という意見が出ている状況。

委員E：現在の個室率は、20%を切っていると思う。

委員B：現状が20%くらいなので30%くらいかなという、肌感覚で少し考えているように思う。別に全室個室がいいとは言わないが、無料個室にすればいいので、有料とスペックの差をしっかりとつけるということをされるのがいいかなと思う。これは多分誤記だと思うので訂正してほしいが、臨床検査科の配置方針のところに生理機能検査室と超音波検査室の近接配置と書いてあるが、これは間違いでよいのか。あと薬剤科のところ、これは少し由々しき事態だと思っている、ワンフロア配置がいいと書いてあるが、現在2か所に分かれている理由は何か。それに応じて、今の薬剤科の体制がどうなっているのか、そして未来にどうしたいのかを聞きたい。

事務局：臨床検査科については、生理機能検査室のうち超音波検査室だけ離れているという現状で、それを改善したいという意見。薬剤科については、相当狭いところにある状況で、本来はワンフロアにしたいが構造的な問題で面積的に無理なので2か所に分かれている状況。そのように把握している。

委員B：薬剤師の仕事は大きく変わってきていて、薬を詰める仕事から対人業務に

変わってきている状況。それが今進んでいないなど、見ていて思っていたが、それができない理由がここにあると分かった。新しい病院ではワンフロアにすることは絶対に必要で、病棟配置をしっかりとしてほしいと思う。

委員C：部門ヒアリングで色々な科の意見聴取を行ってもらっているが、できればそれぞれの科で、今後10年後、20年後に、医師何人くらいの規模でやっていきたいのか、入院病床は何床くらい持ちたいのか、ということを確認してみると分かりやすいのではないかなと思う。例えば、医師一人で病床はいらないとか、医師を増やして6人にするから病床45床ほしいなど、そういう科もあるかもしれない。各科でそういうような記載があると分かりやすいと思う。

コンサル：特にドクターの配置人数やベッドの配分もあるので、大きな病院ならそのような形で決めるのも一つの手段として間違いないと思う。市立病院の中ではなかなか診療科が明確になってない部分もあると思うので、そのあたりの明確化と、この診療科は医師が何人規模でどれぐらいの入院患者を持つのかということを考えることが必要かなと思う。

委員C：市立病院の現状は何となく分かるが、計画なので目標も入れるようにしたほうがいいと思う。

事務局：本館4階、南館4・3階という病床になっていて、何科がどこってというのが、大体はあると思うが、明確ではない部分もあるので、その辺をどこまで整理できるか、計画段階でどこまで書けるかについて、病院の内部とも相談して進めたいと思う。

委員H：計画段階ということで詳しく分からないこともあると思うが、例えば、人員について、新しい診療科や予防医療を充実させる計画があるように見えるが、現在も人員が不足としている中で、医師や看護師の確保をどのように進める予定か。例えば、医師は大学病院から派遣してもらうことがあるが、看護師は地元の方ではないと難しいと思う。それと、検討されていると思うが、高齢化が進んでいる中で、新病院では高齢者医療や在宅医療との連携を考えて進めていくとあるが、これを具体的に分かりやすく進めてもらえると、介護する人からすると助かると思う。

コストがかかるといった難しい問題かもしれないが、新病院では、地域内の他の医療機関と安全性を確保した上で電子カルテの診療情報を共有できる仕組みを作してほしい。地域医療を進めていくと、患者は複数の医療機関を受診する機会が増えてしまうと思う。特に高齢者や車を持ってない人はそれが負担になってしまうので、新病院の整理と合わせて、交通手段や交通支援についても検討してほしい。

事務局：人材確保については、計画段階では何人を確保するというところまでは記載しない形になると思う。医師、看護師、理学療法士など今なかなか難しい状況なので、そのようなことを計画の中で少し触れるが、実際には、市立病院や地域全体で取り組んでいくということになると思う。具体的にどのようにしていくのかまでは、計画段階では書けない部分もあるが、様々

な方法を使って行っていくことにはなると思う。高齢者救急・地域急性期機能は、今度新しく国が作る地域医療構想で一つの考え方として出てくるが、高齢者救急が少し分かりにくいという意見もあったので、もう少し分かりやすく書き足すような形に考えたいと思う。あと、診療情報の共有については、マイナンバーカードで多少共有されたり、DXが進んできたりする部分もあると思う。

委員 I：高齢者の救急に関しては、今、同時に力を入れているところがあり、そのような中で在宅医療センター等を立ち上げていこうという話もある。総合診療科もやっているが、そのようなところに今後、力を入れていく予定。あとはそれに伴って開業医からの高齢者の方の紹介を受けた時に、スムーズに入院ができるような体制づくりをしていこうと思う。あと、電子カルテの共有化については、現在導入している電子カルテが違うので、例えば市立病院ではこれを使うから、今後は他の医療機関も合わせてほしい、というわけにはいかないので、難しい状況。マイナンバーカードは貰える情報が決まっていて、保険や薬について変更があった場合に、最新データが反映されていないタイムラグがあったりするので難しい部分がある。電子カルテの共有は、医師会や他の医療機関病院などとの話し合いが必要になると思うが、共有できればいいなと思う。

委員 J：先ほど、市立病院の薬剤科の話があったが、外来や入院のことなど様々な事情があって2か所に分かれていると思う。この委員会の最初の頃に、薬剤科も含めて、様々な人達がそれぞれ意見を持っているので、色々聞いておいた方がよいという話をしたと思う。今回の資料のとおり、やはり色々な意見が出ているが、これは現状の問題点や改善点でもあると思う。基本的には病院の事情で書いているという印象があるが、例えば検査を行うなどにしても、患者が受診しやすい環境が重要。患者アンケートを行うのは難しいかもしれないが、理想的な病院を考えると患者目線が一番大切な部分だと思う。今の段階で感じている様々な問題点が出ている意見もあると思うので、そのあたりを第2回のヒアリングも含めて、まとめてもらい、また素案を作成してもらおうとよいと思うので、そのようにお願いしたい。

事務局：指摘のとおりだと思う。動線や設計の古さについては、建て替えの計画が始まった頃から意見が出ているので、患者やスタッフの動線等はしっかり改善できるようにしていきたいと思う。

委員 B：医師が何人くらい確保できて、何床くらいの病床を診るのか等の話がある。まず全体像として136床、この数字はひとまず決定しているので、136を割り振った時に、例えば、回復期が何床で、急性期が何床等はある程度決定できると思う。そこから二次医療の場合は交通事故や外傷系は減るので、そう考えると、内科、外科、小児がそれぞれこれくらいというのは大体分かるはずで、それに応じた医師の配置にしないと、経営が成り立つわけがないと思う。経営は、医者一人がいくら稼ぐかは計算できるので、民間病院ではありえない計画の立て方だと思う。病床数が決まっているの

であれば、それに応じて機能が決定して、医者的人数が決まる。それは現場に聞くことではなく、経営陣が考えて決めていく話になると思う。それと、内科と総合診療を分けてしまったら、ダブルカウントしてしまい、何をどのように見ているのか分からなくなり、全体像が見えてこない。循環器内科も常勤がいらないと思うが、常勤医師がいないと入院患者を診ることはないと思う。そのため、内科の中に総合診療科や消化器内科とかがあるので、内科として医者何人くらいいて、何人くらいの患者を診るというのは簡単に計算できると思うから、それは行ったほうがよいと思う。

事務局：現在、病床構成としては、前回までに方向性を示させていただいたが、急性期が 38 床とそれに加えて、HCU に準ずる病室で、実際は+4 で 42 床が急性期①、44 床が急性期②で、急性期②は、将来的に回復期、もしくは包括期への移行も視野に入れており、残りの 50 床が地域包括ケア病棟ということで整理している。それを基に、指摘いただいたことを、コンサルや市立病院と一旦整理しようと思う。

委員 B：今から 20 年くらい前の病院は、何階何病棟で、何階は循環器、何階は消化器と決まっているのが当たり前だったが、今は大学病院でもバラバラになっている。そのため、循環器病床と言っているところは循環器が多いけれども 7 割くらいで 3 割は色々な科が入っている、それが当たり前で、地域の二次病院はよりそのような傾向になるはず。外科の患者を診る術後管理の病棟とは少し別なので、それは必要だが、病棟をかなり細かく分ける時代ではないので、そのあたりもお願いしたいと思う。

事務局：本館 4 階が一番急性期率が高いくらいはあるが、今も混合病棟というか、そのような傾向になっているようなので、そのあたりのことは、頭に入れていきたいと思う。

委員 I：現在の病棟は、大体そのような感じになっている。

委員 C：救急を 365 日 24 時間やるとした時に、院内で診るとしたら、医師や看護師等の体制がどのくらい必要になるのか、医師が月に何日当直するとしたら何人の医師が必要になるか、という計算ができると思う。一人の医師が診れる病床の数などあるが、市立病院だから、そのような経営的なことは考えずに、しっかりやってくれるのかなという感じで見ていた。赤字や黒字を考えずに病床が 136 床に決まった状態であれば、その病床数で頑張っていたくとして、医師や看護師の数が少なくならないように、これは現状の市立病院においても同様で、市立病院には医師や看護師が大勢いる、というくらいの状態まで、市は一生懸命お金を出して確保していかないと、10 年後くらいに新病院が完成した時に人が足りなくなる可能性があると思う。そうならないように考えながら動いていただければと思う。

事務局：指摘のとおりだと思うので、それも頭に入れておきたいと思う。

委員長：各委員から様々な意見があった。コンサルともよく相談していただき、部門ヒアリングのやり方を工夫すること、また、どのようなものが出来上がるのかを常に頭に置いておくこと、そのあたりも少し意識して検討して貰

うのがよいかと思う。

議題（３）その他

事務局：（資料 5、6 について説明）

委員 C：医師会の休日診療所について、現在は医師会内で行っている。市立病院が新しくできた時に、休日の救急外来、小児救急、一次救急も行ってもらえるのか、あるいは難しいのかによっても変わるが、色々なこと利便的なことを考えると、まだ検討の段階だが、休日診療所を新しい市立病院の近くにしたい方がいいのではという考え方もある。そのようなことを考え始めたのはコロナ禍の時。外のテントで簡単なことは色々できるような状況になってきているので、そのくらいの簡易的な施設でもできるのかなという感じがある。その場合は、それほどお金をかけずに出来るように考えていて、いい場所があれば、新病院の近くにさせていただいたら、休日の患者の動きが良くなるなどの利点を考えている。また、大規模災害が起きた時には、市立病院に入る患者のトリアージを行う場所としても活用できるかもしれないなどとも考えている。市立病院の色々な計画ができてきて場所や業務体系などをどうするか、そのようなことが決まってきたら、医師会に知らせてほしいと思う。より良く、より効率的なことを考えていきたいと思うので、よろしく願いしたい。

事務局：調剤薬局についても同様に、敷地外ではあるけども近隣にというような話を聞いている。それらの件はどのようなになるか、民間対民間の話になるかもしれないが、このことは念頭に置いて進めたいと思う。

委員 B：先ほど、休日診療所の話があったが、大宮医師会は JCHO さいたま北部医療センターの中で、休日夜間診療を行っていて、浦和医師会は保健センターと一緒に施設で行っていたと思う。せっかく保健センターと一緒にするのなら、運用は別でも休日夜間も一緒に場所にして、そこに行けば健康や救急のことが受けられるみたいな感じが、市民としては分かりやすいと思う。

事務局：医師会の意向もあると思うので、今後調整していきたいと思う。

【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 10 月 9 日（金）に開催する予定

3 閉会