令和８年度　秩父市立病院建設計画策定委員会 第３回委員会　議事録
日時　令和８年 10 月９日（金）13 時 30 分～15 時 45 分
場所　秩父市役所４階　第１・第２委員会室

○　出席者：18 人（委員 13 人、事務局４人、オブザーバー1 人）
　　コンサル事業者：３人
　　欠席者：２人（委員、事務局）
○　傍聴人：４人（一般席２人、報道関係者席２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３「その他」のうち「最有力建設候補地について」は、会議の公開に関する要綱の第２条第１項 第３号に該当するため、非公開とすることに決定。
※議題３「その他」の「最有力建設候補地について」に関係する資料及び議事録も非公開。

議題（１）診療科、診療機能等について
事務局：(資料 1～5 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１は前回の主な意見が記載されている。議論いただきたいのは資料２～5 で、それぞれについて、前回の意見を踏まえ市立病院内で議論した結果が提示されている。今日は修正点や再検討が必要な個所など様々な意見をいただき、次回に向けてブラッシュアップしていくということになる。
委員Ａ：誤植だと思うが、資料２の「ドリップ・アンド・シップの導入の可能性についての検討」の一つ目に、「現病院の体制において導入する可能を含めて」とあるが、「・・可能性を含めて」の間違いでよいか。
事務局：申し訳ない。誤字で「可能性」の間違い。
委員Ａ：よく分からないのが、資料３の補足資料 P2。モデル A、B、C があり、モデルＢの入口型を採用すると書いてあるが、これは書き方の問題だと思うものの、これでは救急は行わないことになる。初診は総合診療科で診察・診断し、専門診療に振り分け、必要に応じて総合診療科が継続管理するとあるが、それでは十分ではないと思う。いわゆるモデルＣのように、高齢者、入院、救急なども含めて全て診るのではないかと思う。
事務局：モデルＢとＣは、分かりにくいところがある。これを決める際、第２層では併記型として「内科（総合診療科)」とし、別々ではなく１つになるという整理をした。ただ、そこには第１層でいうモデルＣの一体化型の要素も一部含まれている。第１層をモデル A、B、C に分けた際、第２層では総合診療科と内科を別にする場合なども想定していたため、分かりにくい整理になっていると思う。ご指摘のとおり、総合診療科は内科に加え、一部

の救急的な対応や小児科的な対応も行うものと理解している。内科と総合診療科が 1 つのチームとなり、併記型で運用する方向性で一度整理していただいたので、第 1 層の意味では一体化する部分もある。一方、診療としては入口型とし、他の専門内科に振り分ける前に、初診を総合診療科で診る形でよいのでは、という整理をしていただいたものである。

委員Ａ：入口型は、どちらかというと大病院型。新たな地域医療構想では、人口 20 万人程度を単位とする考え方が示されていて、そのような地域であれば、これで良いと思うが、秩父はそういう地域ではない。総合診療科は、内科全般を診るということなので、この「振り分け」という言葉に違和感がある。3 ページ目の選択肢 3 の併記型も、「内科（総合診療科）＋消化器内科／循環器内科 等」となっており、縦割りで行うことを強調しているように見える点が気になる。

事務局：指摘いただいた内容は院内にフィードバックし、改めて検討してもらいたいと思う。

委員Ａ：個室について、2 床室をなくすことは良いと思う。個室 40 床程度というのも、落としどころとして悪くないと思う。ただ、1 つ考える必要があるのは、現場から、個室化によって看護師による見守りが難しくなるのではという意見があった部分。現状では確かにそういう面もあると思うが、最近は看護業務の AI・DX 化が進んでおり、多くの病院が今年度予算で見守りに関する DX 機器等を導入している。私が理事をしている病院でも、そうしたものをかなり導入している。見守りの方法は、今後 10 年で大きく変わると思うが、その点について現場からはどのような意見があったか。

事務局：ご指摘のとおり、観察に手間がかかるのではないかという点について、当初は、事務局では、個室が多いと負担が増えるのではないかという前提を持っていた。その点も考慮する必要はあるが、現場の話を伺ったところ、どちらかというと逆で、個室化によるベッドコントロールなどのメリットの方が上回る、という感触を受けた。

委員Ｂ：現場からは、見守りに非常に不安を感じるという意見もあり、管理職の中にもそのような意見はあったが、職員の確保も非常に難しくなってくると思うし、これから ICT を導入するなどによる見守り機能は今後必要になってくると思う。

個室には、その部屋で多くのことを完結できるという要素もある。病状説明や面会の際に、患者さんとご家族がゆったりとした時間を過ごすことができる。また、手術等の待機場所として使えたり、処置をそこで済ませられたりもある。病状が変わるたびに大部屋から個室へ移動し、また逆に戻る場合もあるが、そうしたベッド移動を頻繁に行う必要もなくなるのではないか、という意見もある。個室の多い病院からは、病棟内が非常に静かになるという話も聞いている。安全性について、大部屋で複数の患者さんを一緒に見守るという考え方もあるが、一人ひとりの患者さんと関わる中で、投薬や点滴の作業中に他の患者さんから呼びかけられ、作業が中断す

ることで、安全上のリスクが生じることもある。そのため、大部屋が多ければ安全性が高い、あるいは業務効率がよいかというと、必ずしもそうではないと考えている。
大部屋と個室の割合については、建設費との兼ね合いもあるため、どの程度にするかは非常に難しいところ。個室の利用率は、現在、差額室料の関係で、あまり利用されていないように数字上は見えるが、実際に個室を必要とする患者さんはその倍以上いる。2床室を個室として利用している方もおり、個室を必要とする患者さんは現時点で30名弱いる状況。

委員Ｃ：今の議論を聞いていると、2床室はそれほど必要ないのではないかと感じた。個室を40床にするということで、全体の病床数の上限は決まっているが、今後、人口減少に伴い患者さんも減っていくことを踏まえるとベッドの稼働率の予測は、それほど大きな変化はないと考えてよいのか。

事務局：稼働予測については、次回示すのは難しいかもしれないが、今後、収支シミュレーションの中で、予測される外来・入院患者数や収益なども算出することになると思う。その際、人口、医療需要、施設の状況等を勘案するが、基本となるのは全体的な医療需要。現在、国の地域医療構想が改定される予定で、秩父医療圏、県、国における2040年に向けた必要病床数が示されることになっている。具体的な数字はこれから示されると思うが、やや減少する方向なので、全体としては、それほど明るい見通しではないと考えている。実際の数については、今後示していきたいと思う。

委員Ｃ：先ほど看護師の見守りについての話があったが、現在、様々な施設で、転倒・転落等の予防にAIカメラが活用されている。プールの監視にもAIカメラが使われており、溺れそうな人をAIが感知して係員を呼ぶシステムも導入されている。少ない人員でも対応できるようなICTの導入についても、今後、念頭に置いて議論していただければと思う。

委員Ｄ：差額ベッド代を徴収できる有料個室は40床が上限とされているが、感染症隔離、認知症、看取りなど、病院都合で減免対象として入室する無料個室は、何床程度を想定されているのか。今後、個室の需要も高まってくるのではないかと思う。将来的な感染症流行時の対応なども含め、もう少し多く設定した方がよいのではないかと思う。

事務局：無料と有料の内訳については、今後検討することになっている。病院都合や療養上の都合により無料で利用いただく個室を、あらかじめ設定している病院もあるが、その点については継続協議と考えている。個室の需要はやや増える方向ではないかと感じているが、建設費との兼ね合いもあるので、もう少し継続して検討していきたいと考えている。

委員Ｅ：個室について、実際に看取りがどの程度ある病院なのかということと、個室を利用されている患者さんが、それぞれ何日間ほど個室を使うのかということが分かれば教えてほしい。病棟の利用率など、様々な要素があると思うが、例えば、入院期間が12日、14日で、その全期間を個室で過ごす方もいれば、30日のうち10日だけ個室を使う方もいると思う。その状況

から、現時点での需要が見えてくると思うので、分かるようなら教えていただきたいと思う。大部屋については、従来の４人部屋や６人部屋を指していると思う。どのような形にするかにもよるが、ナースセンター内、あるいはそのすぐ近くのワンフロアで見守れるような場所を設けてはどうか。以前のリカバリー室のような、ICU までではなくても１床、２床程度、ナースセンター内に設置するような設定も検討してはどうか。

事務局：看取りという点では、死亡者数のデータはあって、直近では年間で約 230 名程度の死亡者数となっている。亡くなられた方が実際に看取りの状態だったのかどうなのか、また、個室をどの程度の期間利用されたのかというデータは今は手元にない。

委員Ｂ：個室の利用期間は人それぞれ。差額をいただいている方については、どの程度の期間利用していたか分かるが、減免対象となっている患者さんも多くいる。資料にもあったと思うが、差額をいただいている方は、1 日当たり概ね９名。一方、本日も 30 名弱、25 名程度の方が個室を必要としている。市立病院の２床室は、療養環境上、２人で利用できるような形ではないため、職員の感覚としては、個室として利用しているという方が近い。個室を必要とする方が 25 名程度の場合は、半数程度の十数名は減免で利用しているのではないかと推測できる。

委員Ｅ：有料で利用している方以外にも、多くの方が無料で利用しており、２床室を実質的に１床として使わざるを得ない状態なのは分かった。２床室を１床分として使っているわけだから、充足率や病床稼働率は上がりにくいと思う。そのため、初めから個室として整備し、個室数を増やした上で、適切に利用する方が良いと思う。有料・無料の区分を的確に判断すれば、経営面では有料利用が望ましいとしても、有料・無料を問わず病床の充足率を上げることができると思う。例えば 100 床あったとしても、そのうち 30 床分、40 床分の２床室を、初めから２床としては考えず、実質的に１床として運用している状況だと思うので、適切に利用するためには、初めから１床の個室として整備してよいと思う。40 床という数は妥当だと思うし、個室数を増やしておけば様々な用途に活用できると思う。
リカバリー室のような環境や外来の経過観察室のような形にするなど、患者さんを見守りやすい場所を設ければ t-PA 療法についても投与後に経過を診ることができるようになると思うので、検討いただきたいと思う。

事務局：新病院が完成するまでには、まだ時間があるので、現状にとらわれず、将来のニーズがどのように変化していくかについて情報収集していきたいと思う。有料・無料の区分についても、どのような基準であれば患者さんに納得して利用していただけるか、また、スタッフが説明する際に無用な負担が生じないようにするにはどうすればよいかなど、様々な点を考える必要があるので、検討していきたいと思う。

委員Ａ：透析については、患者数は減っていく一方、周辺の病院が撤退すれば、その分、市立病院の患者数が増える可能性があり、先を見通しにくいという

議論がなされていると思う。透析は、月・水・金、火・木・土の午前、午後に分けて行い、夜間は行っていないため、1床当たり4名程度に対応できる計算になると思うが、現状、そのように計算した場合、市立病院では何%程度埋まっているのか。どの程度の余裕しかない状況なのか。

事務局：本日の透析に関する資料は1枚のみだが、院内で協議する際には、もう少し詳細な資料を基に検討している。ご指摘のとおり、現状は、月・水・金、火・木・土の週3回の透析が基本。市立病院では、月・水・金は2クールの午前・午後実施し、火・木・土は1クールで運用している状況。どの程度使用されているかについては、院内協議の際に整理した。今は手元に資料がないので、大まかな説明になってしまうが、協議の結果としては、現段階で全く余裕がないわけではないが、周辺の医療機関が撤退した場合には、かなり厳しくなるという数字が出ていた。

委員Ｆ：透析については、現在14床で運用しており、月・水・金は、午前・午後で利用人数に偏りはあるが22、23人程度で利用している。火・木・土は、12人程度の患者さんが1クールで透析を受けている状況だと思う。

委員Ａ：土曜日の午後に透析を実施しない理由は何か。

委員Ｂ：火・木・土の患者さんは、基本的に5時間などの長時間透析になるため、土曜日の午後は実施せず、1クールとしている。

委員Ｅ：資料の秩父医療圏の透析患者数の将来推計について、2025年の数値は実数に基づくものなのか。それとも、人口10万人当たりの患者数など、統計的な数値から算出した推計なのか。

事務局：この将来推計は、資料下部の※に記載しているとおり、秩父医療圏の人口に全国の有病率を掛けて算出した推計患者数。
先ほど、委員Ａから質問いただいた際には資料を見つけられず、数字を示せなかったが、市立病院の令和7年度の透析回数は、年間延べ3,977回。便宜的に、患者1人当たり週3回として計算すると、患者数は約26人となる。実際には患者さんの出入りがあるが、資料上はそのような数字となっている。

委員Ｅ：市立病院で透析を受けている患者さんは年間約26人ということになる。設備台数で見ると、秩父医療圏内に111台あり市立病院は20台弱なので、およそ5分の1。市立病院が圏内全体の5分の1を担い、その患者数が26人だとすると、圏内の患者数は130人から140人程度という計算になる。他の病院がどの程度透析を行っているのか把握できるか分からないが実数を調べてみることや、圏内から圏外へ透析に通っている患者さんの数も含めて、秩父圏域で必要とされる透析医療の数を把握することが必要だと思う。先ほど地域医療構想の話もあったが、病院数だけでなく、各病院に求められる役割もあると思うので、より広い視点で検討していただきたいと思う。コンソールの台数を増やすべきとは言わないが、配管など、将来増設できるようにしておくことは、ある程度必要だと思う。実数を確認してみると、想定と異なる部分が見えてくるかもしれないので、他の医

療機関がどの程度実施しているのか、どのように運用しているかなども含め、可能なら調べた方が良いと思う。

事務局：透析に限らず、様々な要件を把握するため、レセプトを分析しようという話も出ていた。国民健康保険や後期高齢者医療制度など、複数の保険者が保有するデータについて調整を行ったが、先方の事情もあり当方だけでは情報の活用が難しい状況だったので、断念した経緯がある。

コンサル：透析患者数そのものを正確に把握することは難しいが、公開データとしてNDBデータがある。全国のレセプトを集計し、地域別に示したもので、秩父医療圏の数値を算出することは可能。今回の数値も、秩父の数値を基に、全国の有病率や、日本透析医学会の「わが国の慢性透析療法の現況」などの統計データを用いて有病率を算出し、その経年変化も加味して推計している。ただし、医療機関ごとの患者数までは把握できないため、一定程度、推計値となっている。市立病院の透析患者数は、単純計算では先ほどの20数人となるが、実際には様々な患者さんが利用されるため、実患者数はもう少し多く、50人から60人程度と認識している。現在、透析について、もう少し詳細にデータを分析するため、市立病院とやり取りを進めているが、データがまだ十分に揃ってなく、確認作業が完了していない状況。

委員Ｇ：今まで様々な病院で、事故等によって透析設備が使用できなくなるといった事例があったが、そのような場合には、地域の病院同士で臨機応変に連携し、対応してきたと思う。秩父地域でも、関連する病院との連携を密にしてもらうのがよいのではないかと思う。

委員Ｅ：透析というと、慢性期の安定した患者さんが週3回受ける透析をイメージしがちだが、実際には術前・術後で透析が必要となる方もいると思う。そのため、ある程度の余裕は必要だろうし、様々な透析の方法があることを考えると、先ほどの単純計算とは実態が異なってくると思う。先日、市立病院で漏水に関する事案があり、他の病院へ入院患者をお願いしたことがあったと思うが、そのような事態もあるので、この地域で市立病院が担うべき役割を考えながら、検討していただければと思う。

委員長：非公式な情報もあるのかもしれないので、実数の把握はなかなか難しいと思うが、できる限りデータを集めていただきたいと思う。
委員Ｅ、ドリップ・アンド・シップについては、資料の内容でいかがか。

委員Ｅ：市立病院は、埼玉医科大学等との連携推進法人ハピネス会で、画像のやり取りを行うため、迅速に確認する取り組みを進めることになると思う。まずは早く画像を撮影し、確認できる状態にすることが重要だと思う。ドリップ・アンド・シップは、できるのであれば実施した方がよいと思うが、そのために様々な検討をして対応が遅くなるより、実施するために何が必要かを考えるべき。今の段階から検討していくのであれば、問題としては、現在の救急車の到着位置からCT・MRIまで患者さんを移動させ、撮影や判断した後に戻って治療するという動線になるため時間的にロスが多い

こと。例えば、救急車を南側、CT・MRI の近くに直接つけて、到着した患者さんをすぐに撮影できる状態にしてはどうか。新病院については、画像検査部門と救急処置を行う場所をできるだけ近接させ、画像を確認・共有できる場所も設けていただければと思う。その時々で可能なことを行うしかないので、目標として掲げて進めることはよいと思う。ただ、実際に始める際には、どの方法が最も早いかを検討していただきたい。現在の動線では、救急車から担架やストレッチャーで MRI まで移動し、戻ってきて画像をどこかで確認するため時間がかかる。SSN なら、その間に芦ヶ久保や、または飯能くらいまで行ける可能性もあるかもしれない。5 年、10 年後でなく今年度・来年度から迅速に動ける方法を考えていただければと思う。そのような考えが伝わりつつあるのであれば、非常によいと思う。

事務局：資料 2 のとおり、まずは「現病院の体制において導入する可能性も含めて検討していきます」という修正案になっている。ご指摘のとおり、現病院の大きな課題として、救急外来や処置を行うエリアと MRI・CT がかなり離れており、人の多い場所を通る必要があるなど、動線上の厳しさがあると思う。現病院の体制で導入の可能性を検討する上では、これが大きなハードルの 1 つになると思う。現段階では何とも言えないが、こうした点も含め、現病院での導入の可能性を検討していくことになると考えている。

委員長：今回の意見で加味できる部分を含め、どのようにブラッシュアップできるか、市立病院と事務局で検討していただければと思う。

議題（２）基本計画の章立て、構成の案について

事務局：(資料 6 について説明))

委員長：資料 6 の個々の内容について議論するということではなく、今後、基本計画を作っていく中で、このような章立てや構成を考えており、この形で進めてはどうかというイメージを提示したということになる。本日は、この資料について、全体的なことや今の段階で素案に掲載して欲しいこと等の意見を出していただければと思う。

委員Ｃ：以前の会議で、救急外来における救急隊の待機場所について何度か発言させていただいた。現段階のたたき台にはその内容が載っていないが、待機場所は必要だと思うので、検討課題に入れていただければと思う。

事務局：部門ヒアリング等でも、そのような話題は出ている。今後、消防本部に確認することなども考えたい。

委員Ｃ：各部門の皆さんは、遠慮してあまり意見を言わない場合もあるので、必要なものは必要だと、しっかり主張していただいた方が良いと思う。

委員Ｄ：章立てについてはこれで良いと思うが、消化器外科の記載内容について気になった点がある。8 ページの外科の項目には、鼠径ヘルニア、虫垂炎、腸閉塞、胆嚢が書かれてあって、胃がんや大腸がんに関しては書かれていないので行わないのかと思う。一方、13 ページの「(エ) 外科」には、悪性疾患、大腸、乳腺と書かれている。これから院内で検討するのかもしれ

ないが、がん診療を行っていくのかどうか、明確にした方が良いと思う。

事務局：ご指摘のとおりで、同じような項目が前半と後半にあり、その内容が一致していないケースがある。今回は、たたき台の段階で、院内にも十分に提示できていない状態である。数字や記載内容も含め、完成形に近づける際には整合を図った上で示したい。

委員Ｅ：様々な部門があるが、例えば入院患者さんや退院される患者さんの動線を考える際には、どこに何を配置するかをよく検討し、必要な機能を必要な場所に配置していただければと思う。会計が必要であったり、入院時に必要な事務手続きや説明を行ったり、退院までを見据えて対応したりすることを考えると、地域医療連携室の配置が重要になる。以前見学に行った循環器・呼吸器病センターでは、入退院の説明を行う場所が会計窓口のすぐ後ろに設けられていた。こうした配置によって、看護師の病棟業務を減らせる可能性もあると思うので、様々な病院から成功事例などを聞いていただければと思う。地域医療連携室のような機能が管理部門の中に入っていると、患者さんやご家族が利用しにくいかもしれないし、入院時に直接説明や相談ができる機能の必要性は今後かなり高まってくると思うので、検討していただければと思う。

事務局：現在の病院でも動線に苦労しているところがあり、その重要性は十分に認識している。実際には設計段階で詳細を詰め、図面に反映していくことになるが、設計につなげるための与条件や要求水準は、あらかじめ言葉で整理する必要があると考えており、準備を進めている。ただ、言葉だけで検討を重ねても、お互いがイメージしているものが一致しないことがあるので、院内ではすでに、各機能の配置などを検討するためのたたき台の図面を作成し、それを基に進めている。その図面は仮の図面で、今の段階で外部に示すと独り歩きする可能性があるので、院内のみの検討資料になると思う。今後、配置する階数や、近接配置する部門などについて、きちんと言語化していくことになる。ご指摘のとおり、地域医療連携室は非常に重要な位置づけになり、近年の病院では、病院の入口付近に配置される例が多いと思われる。たたき台の段階ではあるが、本日の資料では 32 ページ右上に「医事・患者サポートセンター」という部門を記載しており、現在の地域医療連携室を患者サポートセンターのような形にして、総合受付の近くに設置する方向で検討を進めている。

委員長：基本計画（案）の構成等については、今回で終わりということではなく、継続して協議していくので、今後も意見をいただければと思う。

議題（３）その他

※第 2 回部門ヒアリング等の実施状況

※策定委員会 令和 8 年度スケジュールについて

事務局：（資料 7、8 について説明）

※意見等は特になし。

議題（３）その他

※最有力建設候補地について

※会議の公開に関する要綱の第 2 条第 1 項第 3 号に該当するため非公開と決定

→　議事録・関係資料も非公開

【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 12 月 18 日(金)に開催する予定

３　閉会