

第2回小田原市立病院再整備基本構想策定検討委員会の概要

日時 平成30年7月19日(木) 15時00分から17時00分まで
場所 小田原市立病院本館2階 会議室
出席者 市立病院再整備基本構想策定検討委員会 11名
渡邊委員長 齋藤委員 杉田委員 砂田委員 河野委員 八ッ橋委員
秋山委員 市川委員 猪口委員 岩堀委員 小宮委員
市立病院職員 13名
川口病院長 寺崎理事・副院長 加藤病院管理局長
蓑島病院管理局副局長 津田経営管理課長 湯山医事課長
勝又経営管理課副課長 石井経営管理課副課長 小林病院経営係長
小野経営管理課主査 霜田経営管理課主任

会議概要

1 開会

前回、欠席された杉田委員及び岩堀委員からあいさつがあった。

2 議事

(1) 小田原市立病院再整備基本構想(案)について(資料1)

ア 事務局(病院経営係長)から資料1の第1章に基づき説明した後、次のとおり質疑応答が行われた。

委員(岩堀委員)

質問ではないが、私が千葉県の改革プランの検討委員をやっていた時、設備投資を抑える傾向が顕著に見られた。それよりも、医師の方々が頑張れるような環境を作ることが大事だと思っている。全体のトーンとして設備投資を抑え込むよりは、やる気を出すような方向で、基本構想を作った方がいいと思う。

委員長

設備投資をした方がいいということか。

委員(岩堀委員)

設備投資、特に医療機械については、千葉県の県立病院では政策医療を担っているので、総額を抑えるのはよくないという意見が当時の委員から出て、県は見るからに不足な上限を決めるのではなく効果を吟味したうえで購入することとした。

委員長

具体的な内容に関しては、今後話し合っていかななくてはいけないと思う。貴重な意見を受け入れるか検討してほしい。事務局からの説明で不明な点、疑問に思った点はないか。

委員(小宮委員)

13 ページの③2025 年の病床数の必要量では、神奈川県地域医療構想によると県西地区では現状で 618 床が余剰となっている、と書かれている。県西地域は医師数が少ない方となっていると思うが、この余剰の意味はどう捉えたらいいか。

病院管理局長

地域医療構想は、基本的に全国同じ計算式で算出された数字を根拠としている。厚生労働省は同じやり方で計算をすることと都道府県に通知している。それは、その地域での人口の動きと疾患の状況を基に必要な病床数を算出するという事になっている。必要な病床数と言うのは、今後高齢化して疾病の構造も高齢者に多いような疾病が増えてくるだろうと考えられている。また、減ってくる疾病も考慮しながら 2025 年時点の人口構造を考えるとこのくらいの病床数が必要だろうというものを算出している。ただし、計算式は基本的に国が提示したものになるが、計算が出た後で都道府県で地域の状況を多少加味して、各二次保健医療圏ごとに定めるという事になっている。その結果がこの県西地域でいうと 2025 年には 2,681 床が必要だろうということになっている。それに対して、現状この地域にこれだけベッドがあると報告が挙がっているのが、平成 28 年度では 3,299 床であるので、ベッドが毎日稼働しているかどうかはではなくて、3,299 床に対して 2025 年では 2,681 床あればこの地域のその時点での人口構造を踏まえた疾病状況を考えると、その差が 618 床である。

委員（岩堀委員）

逆の言い方をすると稼働率 80%ですと 20%が多いけれども、中身を見ると確か回復期が足りないと出ているのではないか。高度急性期は充足しているけれども、急性期は結構多い、一方回復期は全然足りないはずである。バランスを考えていくことが大事だと思う。

病院管理局長

資料の 14 ページに各医療機能ごとの必要病床数とそもそもの計算上で一日あたり必要になるだろうとの医療需要の人数の表が載せてある。高度急性期、急性期については必要病床数としては、269 床が高度急性期、777 床が急性期ということになっている。その次の下の表に平成 28 年度における病床機能報告として各病院等が報告をした病床数が高度急性期が 466 床、急性期が 1,285 床になっている。委員ご指摘の通り、回復期が 108 床しかなくて必要病床数 863 床が不足をしている状況になっている。

委員（杉田委員）

この問題は、今事務局が説明したとおりで、2025 年度必要病床数というのは、資料の 14 ページに書いてある内容で、現状はその下に書いてある内容になる。国が高度急性期、急性期、回復期、慢性期と区分けをした。区分けをした根拠としては、急性期の場合には、DPC という制度があり、それによりどれくらい医療資源をかけているのかが分かるようになっている。そういうものがある程度根拠に算出している。そうすると、例えば市立病院といえどもその観点から見ると比較的回復

期に近い患者も結構入院している。もちろん、高度急性期の患者も入院しているし、急性期の患者も入院している。ただそういうものを一つの医療施設でどういう風に分配するのかが問題になっている。ワーキンググループが立ち上がってこの地域の各病院が集まって各々の病院でどう考えるのかの話し合いが始まったばかりだ。県立足柄上病院は、全部を急性期で患者を診ているわけではない。県立病院は回復期の患者もいるし、慢性期の患者もいる。その中で足柄上病院の中で急性期の病棟とそうでない病棟を分けている。そういう風にしないと、なかなか慢性期になったからといって慢性期が入れるかというところはいかない。そういう意味で県立足柄上病院を含めて我々の私的病院もそういう立場から高度急性期、急性期、回復期、慢性期を一つの病院で分配していくということが非常に必要なことである。そういう意味で、この会議でもそういうことも加味して市立病院もいろいろ予定されていると思う。それで、こういう話題が、今出ていて、2025年までには、こういう方向で行きなさいと、国はいうのだが、なかなか、難しい問題が沢山ある。県西地域の病院の人が集まってワーキンググループが動き出したところである。

委員（岩堀委員）

回復期が少ないことに対して移っていこうと気運というか考えはあるのか。バランスを取るといふこととかを考えているか。

委員（杉田委員）

それをこの地域で、考えていくことが難しい問題がある。ただ当然回復期を増やしていかななくてははいけないし、各病院が考えていかななくてははいけないことで、今まではこの病院は慢性期の医療をするということとやっていくと急性期を受ける病院がこの地域になくなってしまふ。各病院の中で、そういう区分けをどういう風にしていくのかが大きなワーキンググループの仕事になろうかと思う。そういう意味で、県立足柄上病院は、かなり先手を取って進んでいる。小田原市立病院にも、そういうことを加味した将来計画を策定していく必要があると思っている。

委員長

ワーキンググループは、県保健福祉事務所が主体となって今やっている。補足としては、委員が言ったようにこの数の中に含まれているのは、回復期を持っているのだけれども、報告をしていない、そういう報告の内容ではないということで、バラつきがあるということと、それに対してもっと現実に近づけていくためにこの県西地域をどうするのかをワーキンググループと言うところで、話し合いの中で調整をしていこうというのが、この地域の取組として行われている。2025年までにあと6年間あるのだが、3年後を目途に病床数の調整をするような動きが始まっている。

必要なのは、今の状況がどうかということ、将来的に建替えるということになると6年後とかではなくて10年後、20年後までのところの患者構成はどうなるのかということを見極めていかななくてははいけないことだと思う。

9ページの今後の高齢者人口の変化について、高齢者だけが対象となるわけでは

ない。普通の働く人口、小児の人口があるが、その割合が減っている事だと思うが、高齢者人口に関しては、先ほどの説明だと増加するという事務局は説明したが、県西地域は、あまり増加しない。数的にはあんまり変わらない。減りもしないし増えもしない。割合が多くなるということで、働く世代や子供の人口が減って行ってしまふ、そういう読み方だと思うので、気がついたので言うておく。

イ 事務局（病院経営係長）から資料 1 の第 2 章に基づき説明した後、次のとおり質疑応答が行われた。

委員（岩堀委員）

数字からいうと市立病院は、確か 1 ベッド当たりの面積が 56 m²ぐらいであるが、これは今の時代では考えられない狭さだ。他の市立病院でも 80 m²から最近少し少なくなっているが、80 m²前後だ。一時は 85 m²とか 90 m²近くの広さだった。広ければいいというものではないが、経営的な観点から言えば、コンパクトで使いやすい病院、使いやすいとは動線もうまくいっていることにつながるので大事なことだが、でもあまりにも面積が少ない。この面積でよくやっていると思う。

病院長

委員ご発言のとおり、1 ベッド当たり約 56 m²は今の時代かなり狭くなっている。今の病院のスタイルだとロッカーとかお手洗いもう一つ部屋とは別にとれていて、病室は 4 床が最大で、1 ベッドあたり 90 m²近い広さ形だ。市立病院の今の 6 人床だと、ベッドの下に行李を入れて服を着替えたり、自分のものを入れておくとかだが、床頭台を入れると、緊急で超音波を取りたいときには、ベッドの周りを大きくどかさないと超音波の機器が入らなくて検査ができない。これは何とかしなくてはいけないと強く思っている。

委員（猪口委員）

前回も発言したが、今の市立病院は圧倒的に狭くて話にならない。機能的にも陳腐化していて特に急性期医療の機能に問題がある。早く今の医療にあった形に建替えると合理的で無駄が少なくなる。

委員長

現場からは、よく耳にする言葉だと思うが、建替えを前倒しにしたいという気持ちがある。

委員（小宮委員）

面積についてだが、どれくらいの広さが必要だと考えているのか。

病院長

なるべく、1 床あたり 80 m²後半あたりを考えている。この数字は延べ床面積を病床数で割ったものである。今の市立病院の 1 床あたり面積約 56 m²に対して 90 m²

近くに持っていきたいと考えている。現地での建替えの場合にはどうしても、制限があるので、そこまで広さが確保できるかどうかは分からない。

委員（岩堀委員）

面積については分析が必要である。総面積をベッドで割ると昔は起債の関係で今出ているような 55 m²ぐらいでいいという時代もあった。面積でいえばだいたい病棟の 50 床クラスで 1,300~1,500 m²ぐらいである。全体の延べ床面積に対して病棟の面積は約 40%である。残り約 60%は、外来、中央診療、管理部門、サービス部門、設備と分け合っている関係である。急性期の病院だと中央診療の面積が多くなる。その増減によって、病院の機能というか役割によって中身が変わってくる。全体の平均を見ると 1 床あたり 80 m²ぐらいが目安としてあると思う。

委員長

第 1 回目の会議での話だと今の市立病院の病床数をそのまま維持して新しく建てると把握したのだが、そうだとすると今の市立病院の 1.5 倍から 1.6 倍の大きさの規模の病院にしなくてはいけなくなる。それは可能かどうかという問題があって、この地域で市立病院がどういう役割を担っているかということ、産科だとかこの市立病院でなければこの地域でできないという診療科は当然あるというのはわかっているが、どこをどういう風に編成していくのかという考え方を整理しないと必要な広さは出てこないと思う。

病院長

委員長のいうとおりで、この市立病院は高度急性期、急性期を担っている。今言っている 1 ベッド当たりの面積は、ベッドの周りの面積が広くなるということではなく、高度急性期、特に救命救急センターを持っているような病院は現状でも準備室を診察室のように使っている状況である。救急を受け入れるときに一気に救急患者が来たりするので、対応しなくてはいけない。それから手術室にロボット手術室を入れないとできない手術がたくさん出てきている。そういうところも非常に広いスペースを取る。できれば、1 ベッドあたり 90 m²ぐらいを計算に入れないとイケないと考えている。地域医療構想の必要病床数と既存病床数を比較すると高度急性期がオーバーしているという話が出たが、当院の平均在院日数 9.2 日から 9.3 日である。非常に早く回している現状である。そういう意味でも病床数が足りているという指摘は当たらないと考えている。

委員長

このデータに入っていないが、万が一の場合の災害拠点病院の機能が果たせるかどうか、救急のためのヘリポートが必要なのかどうか別個に問題があると思う。他の委員からご意見があれば発言してほしい。

委員（小宮委員）

駐車場スペース、バスのロータリーなどを含めて考えて行かなくてはいけない。患者の交通の便の事もあり、出来れば、バスも病院入口の前に停車すればと思う。駐車場のスペースが広く必要となるので、例えば県の県西地域県政総合センターは、

地下が駐車場になっている。市立病院も地下をほとんど駐車スペースにしたり、2、3階建ての立体駐車場にしたりすれば、経費は掛かるが土地の有効利用につながるのではないかと。私も前回ヘリポートが必要だという意見を述べたが、病棟の上には太陽光発電のスペースも必要だと思うので、駐車場の上にヘリポートを作るのはどうかと自分なりに考えてみた。

病院長

実際、委員がご発言した通り、現在はバスに乗ってこられた患者が、バスが市立病院に乗り入れてないので直接正面玄関に入られない。これは患者にとって非常に不便な現状である。救急車から患者を降ろす時に雨に濡れてしまうような構造になっている。そういう動線はしっかり直していかなくてはいけない。ヘリポートは間違いなく設置しなくてはいけない。地下に関してはコスト面の事もあるので色々検討をしているのだが、立体駐車場は少し上に向かっていくのが経済的だと思っている。

病院管理局長

第2章の市立病院の現状で状況をあげているところである。委員ご発言の部分については、19ページに主にヘリポートの関係でいうと④ア)の災害時の対応に関するところで、災害拠点病院であるが病院敷地にドクターヘリの発着場が整備されていない。あるいは、駐車場、バス停については④ウ)のところ、バス停が離れているとか、車が集中して駐車場に止めるのに待ち時間が発生している日があるというところで、課題として現状のところを捉えている。こうしたものを基にして次の病院ではどうしていくのかを構想の中で後半部分に挙げることを考えている。

委員長

設計する段階で設計者と一緒に意見交換できるかと思う。この中では、データの処理の仕方、市立病院が独自にどういう診療をこれから先考えて行くか、この県西地域でどういう役割分担を加味していくかと言うところで必要病床数あたりが変わってくるのではないかと考えている。高度急性期・急性期をメインにもう少し充実していきたい、という考えであることは分かった。

委員（岩堀委員）

資料1の24ページの収支状況の中で、医療外収益と言うのは、繰り入れた負担金のことを意味しているのか。

病院管理局副局長

資料1の24ページの直近5年間の収支が載っている。平成25年度の医療外収益11億2600万円、平成29年度で15億8900万円となっているが、ほぼ市からの一般会計繰入金である。平成28年度、平成29年度については、15億8000万円余のうち14億5000万円が一般会計からの繰り入れた負担金となっている。その他は雑入等となっている。

委員（岩堀委員）

県や国の話を聞いていると、失礼な言い方になるが、なんとなくつぎ込んでいる

という感じに受け取ってしまう人がいると思う。政策医療的な部分ではどうしても赤字になるようなところを市が負担しているということであれば、納得できると思う。そのあたりが私の印象ではあいまいになっているように感じる。きちんと説明してもらいたいと思う。特に他の例を挙げて申しわけないが、千葉県の場合、県立病院はほとんど政策医療の部分しかやっていない。非常に大きな赤字、かつて100億円以上をつぎ込んでいた。しっかり説明してもらえると分かりやすいと思っている。参考までに聞いておいてもらえればと思う。

病院管理局副局長

一般会計負担金は赤字の補填ではないのかという見られ方をすることがある。委員ご指摘のとおり、総務省から一般会計が負担すべき基準を定めていて、各病院はこの基準に基づいて必要額を算出した後、市財政当局に要求し額が調整されているところである。政策医療の部分、不採算医療の部分を現状では公立病院が担わざるを得ない状況の中で、税で負担するという性質で一般会計負担金が繰り入れられるので、この部分は、我々も懇切丁寧に対外的にも対内的にも説明をしていく必要があるかと認識している。

委員（齋藤委員）

17 ページの中ほどに外来化学療法室のことが書いてあるので、薬に関わる立場から一言意見を述べたい。現状、市立病院の薬剤師は、病院の端で調剤して、反対側にある外来化学療法室まで60mダッシュを2本ぐらいして、薬を届けている。この現状を改善するために、外来化学療法室に常駐の薬剤師を置くか、外来化学療法室自体を薬局部の近いところに作ることを検討してはいかがか。具体的に議論するときに、どちらの方が効率的なのか考えていきたい。

委員長

将来的には、各論に関して議論する場所と言うのは、予定はされているのか。その辺りは、提案と言うことで記録してもらえればいいと思う。

市立病院の収支に関しては、三次救急を導入してから、赤字がかなり減って、前回の説明だと、昨年度の決算は、一般会計負担金14億5000万円を含めてのことだが、黒字になったとのことである。経営改善自体はなされている状況ではある。市立病院は総合病院なので、常設する科に関しては、これ以下に減ることは無いと思っている。それ以外にもしかすると、現在の26科とは別に歯科が必要かもしれない等の要望があるかもしれないが、どういう診療体制で、どのくらいのベッド数を見込んでこれからやっていくのかたぶん市立病院の内部で議論する問題だと思う。

それから勤務医の問題だが、統計を見ているとどうしても勤務医が足りないのが、そのマンパワーによって患者数が減ってしまうのが、あるのではないかと思う。例えば神経内科の医師が常勤から外れていなくなってしまうために、外来数が減ってしまうといった問題も十分にあると思う。大切なのは、新しい病院を造ったから医師を呼びやすくなった等あるかもしれないが、それで医師を呼べたからといって、一時的なものだと自分は考えている。内容的にどういう診療をしていくかの議論を

期待したいと思う。

委員（砂田委員）

医師の数は働き方改革の中でいろいろ言われていることから出てくると思う。手術の前にどうしなくてはいけないとか、当直明けのときにはこうしなくてはいけないとかを考えると、やらざるを得ない状況が見えている中で、どうやって医師を確保していくかは、どこの病院もそうだと思うが、特に基幹病院として休診がないように小児、周産期等の絶対に欠かせない診療科は、特に医師を確保してもらわないと市民が困ることになると思う。もちろん念頭にはあると思うが、意見として発言させてもらった。

委員長

もちろん、そういうことを市立病院は考えているとは思っている。

委員（小宮委員）

平成 25 年度の自治体病院医療収支ランキングのデータをインターネットから入手し手元にあるが、752 病院中、小田原市立病院は 560 番目である。神奈川県内で黒字の公立病院があるかどうか確認したところ、医業収支のみだとすべて赤字であった。物価とか人件費の問題があるかもしれないが公立病院で 20 病院が医業収支だけで黒字になっているところがある。いろいろな制約があって収支を上げられない面があるのかもしれないが、公立病院でも黒字になっている病院があるので、そこを小田原市立病院とを比較して分析されていると思うが、市民としては、赤字の病院では困る。良い医療をしてほしいが赤字だと税金が減っている中で負担が大きいということになるので、兼ね合いが難しいが病院経営について、どのように考えているのか。

病院管理副局長

委員ご指摘のとおり、24 ページの表は市立病院の直近 5 か年の収支状況ではあるが、医業収支の欄の黒三角は赤字を示しており、平成 25 年度は 6 億 4000 万円、平成 29 年度は、7 億 7300 万円ということで、平成 27 年度からは、わずかではあるが、医業収支は改善してきているが、引き続き赤字という状況である。確かに全国の自治体病院の中で医業収支が黒字を出している病院はある。特に東海地方に多い。そういった病院に市立病院の職員も実際に視察に行ってどの点を力を入れて医業収支が黒字になるのか、どういう運営の仕方をしているのか調査している。また、定期的に東海地方の病院の研究会があり、参画をしてノウハウを会得しようとしている。目指すは医業収支の黒字であるが、現実的には、難しいのかもしれないが、そこに向けた経営努力はしていかななくてはならないと考えている。

委員長

市立病院の特色を出す資料として 22 ページに載せてあるこの地域での診療の分担割合というのが参考になると思う。市立病院の割合が多いければ多いほど、競合するところが少ないので残さないといけない。これが医業収支に直接結びつくかどうかとは少し違うとは思っているが、割合が少なくても非常に大切なポイントがあれば、

その部分で存在価値が高くなる。参考にさせていただきたいと思う。

委員（砂田委員）

感染症のことだが、基本的な考え方のところには、感染対策に関する機能の整備のところ、病室の確保や色々な動線の確保が書いてあるが、今の診療科には感染症科はなく、感染症科等の病室もないと思うが、基幹病院としてこれから新型インフルエンザ等いろんな感染症が発生する可能性があると思うのだが、どういうことを考えているのか教えてほしい。

病院長

感染症対策には、色々な抗生物質が出てきている。当院の感染対策チームがこの地域の病院と関連して、さらに県内の病院とも関連してお互いに検証し合う取組をしている。現状では、感染症を食い止めているのではないかと考えている。時々保健福祉事務所に報告するケースも稀にあるが、注意してやっている。予防的なものや感染症が出た時に圧力を引き込むような部屋が今は1床しかなくて個室を閉鎖しているのが現状で、こういった対策のとれた病床を増やさないといけないと思っている。

委員（杉田委員）

感染症の話だが、この地域では県立足柄上病院が感染症の基幹病院となっている。この地域の人口を踏まえるとこの地域では、私は病院が1つあればカバーできていると思っている。県立足柄上病院との連携が取れていれば、各病院が何でも医療機能を持つ時代ではないという認識が新しい病院を造るのに必要なことだと思う。感染症について、現状で県立足柄上病院がやっている内容をみんながサポートする方が正しいと思っている。また、22ページの県西地域二次保健医療圏のDPC病院における症例獲得状況についてだが、私の病院が非常に少ない数値となっているが、これは基本的に病床数の違いもかなり影響していると思う。小田原市立病院は417床、足柄上病院は290床、私の病院は150床なので、市立病院の3分の1の規模になる。そういう意味でこのままがその病院の内容でないと理解していただきたい。

委員（ハッ橋委員）

感染症の基幹病院は、県立足柄上病院だが、新型インフルエンザなどの発生の場合は、小田原市立病院にも協力をお願いしている。第3章で話そうと思っていたが、この部分は引き続きお願いしたいと思っている。33ページの症例獲得状況を見ても分かるように市立病院は女性とか新生児、小児、分娩等も担っている、赤字というのは困るがこのような機能を担ってもらっている。

ウ 事務局（病院管理局副局長）から資料1の第3章に基づき説明した後、次のとおり質疑応答が行われた。

委員長

今までの説明や議論から新しい病院の構想としての考え方をしたらいいのかということだが、事務局からの説明を踏まえて、委員から意見等をいただきたい。

委員（ハッ橋委員）

26 ページ③地域医療連携の強化についてだが、病病連携、病診連携と書いてあるが、医療と介護の連携、医療と福祉の連携と言う部分が書かれていない。今後、地域の基幹病院として入退院時にも地域包括ケア、訪問看護などとのやり取りやケアの管理、急変時の対応などの連携も重要である。当然地域連携も必要だが、医療との連携のみではなくて介護、福祉の部分も記載してほしい。

また、病気を未然に防ぐというテーマで、未病、健康経営と言った言葉で説明していくような動きが顕著となっている。病気になると病院に行くだけでなく、小田原市の中でも高齢福祉部門、健康づくり部門が頑張ってもらっていると思うが、病院自体も患者の病気なる以前の、病気の未然防止という趣旨を 26 ページの地域医療連携の強化の研修の機会のあたりに載せてもらえればと思う。市立病院にはこの地域での多岐にわたる基幹的な役割を担ってもらうとともに住民の健康教育の役割も果たしてもらえるとありがたいと感じた。

病院管理局長

委員ご指摘のとおり、医療と介護、福祉部門との連携について記載が欠けていると思うので、追加や表現の変更などをしていきたい。また、建替えの時には、今、介護福祉の事業者を含めた退院後のカンファレンス等が求められているので、そのスペースを考えていかななくてはいけない。広さが不足している中で、新病院には必要になると認識している。

一方、病気の未然防止については、この部分が市立病院の役割であることを考えると、地域の住民の方々に予防啓発を含めて、市立病院が中心になってやるということになると、何でも市立病院が担うことになり、軽い病気でも予防として市立病院に来院し、そのまま市立病院で受診したいということになってしまうのではと懸念をするところである。その部分は、地域の医療機関との連携の中で、かかりつけ医などから普段の生活の面での指導をいただき、当然入院が必要となった時には、市立病院で診て、急性期が過ぎた患者やあるいは予防の面では地域の医療機関に、担っていただく部分だと考える。

市立病院は、あくまで高度急性期、急性期という部分でこの地域の医療を担っていく考えである。予防の部分については、地域の医療機関と一緒に研究したり、研修をしたりするスペースを新しい病院では考えていく必要があるということを経営者から地域医療連携のための機能の整備と言う中に触れさせていただいていただきたいと思います。

委員長

今、介護との連携とか未病の対策などの話が出たが、医師会が当然やるべきものと認識している。医師会の開業医のみならず、私立病院がそういうところをもっと

重点的にやって、何でも市立病院にお願いするという事ではないようにしていくつもりである。その辺りの話し合いを行っていきたいと考えている。市立病院に必要な機能として在宅医療の部分では在宅とのつなぎである。市立病院で診ていただいた患者さんをいかに私立病院に戻すか、クリニックに戻すか、後に在宅に戻すかと言った流れを担う部門として、今は地域医療連携室が充実してきているけれども今後さらにニーズがもっと高くなると思う。その辺は医師会と市立病院が連携していければと思っている。

委員（猪口委員）

28 ページの地域医療連携のための機能の整備の書きぶりを厚くしたほうがいいと思う。直接的な在宅支援をするというのではなく、市立病院は急性期医療を担い、在宅を支援する地域包括ケアを担っている医療機関に関する支援をすることを明確にした方が良く思う。地域センター機能が重要だと思うので新病院を造るときに検討された方が良く思う。

もう一つ患者さんの利便性という部分があり書かれていないと思った。診療を受けやすい病院、わかりやすい病院と言うのは大事だと思うのでどこかに入れたほうがいいと思う。先ほど駐車場のことも意見が出ていたがそこに入れたらどうか。後は患者が相談しやすい機能は入れたほうがいいと思う。総合相談機能が充実していないと患者さんが受診しにくくなるので、市立病院であるので分かりやすくした方が良く思う。

委員長

非常にそれは重要だと思う。私自身地域の医療機関の医師として患者さんを市立病院に紹介する場合、どの科に紹介すれば良いか迷うことがたくさんある。最近改善されてきているが、どの病気をメインにするか迷うこともある。わかりやすい診療体制として、関連のある診療科をまとめてセンター化ができないかと思う。例えば、周産期医療のセンターというのをこの市立病院の1つの顔にする。そして女性疾患については、婦人科、乳腺その辺を含めた女性疾患のセンターを1つ作り、もちろん中では、各科に分かれても構わないので、センターに患者が来院すれば、各科の先生たちが症状に応じ集学的な治療をするというシステムはいかがか。そうなると他の科の医師が充足していなくても他の科の医師で疾患を診療できる医師がいれば補充ができてしまう。センター化すればインパクトがあり、非常になじみやすいし、患者さんの為にもなるし、我々からしてもお願いしやすくなる。市立病院は、小さな病院でもないし大学病院のように大きな病院でもないので、中間的な病院なのでそういうやり方もあって良いのではないかと思う。これは参考までなのだが、突然やると言ってもできないので、これは私のアイデアだができれば入れておいてほしい

委員（秋山委員）

周産期とか別だが、総合診療科のような科で症状に応じて診療するという事は出来ないのか。

委員長

総合診療科はこの地域では足柄上病院がいち早く作って利用価値が高いが、今私が言ったのは総合診療科よりも密なところである。例えば、脳疾患センターや心臓血管外科センター等もっと専門性の高いところをセンター化するイメージである。総合診療科と言うのはどちらかと言うと何でも診るので、少しニュアンスが違う。

委員（砂田委員）

職員からの意見も反映するというところで、保育園の充実と言うところが非常に大事だと思う。働く職員を確保するためにも保育園は絶対に必要だと思う。今の段階で具体的にどういうふうに関今よりも充実させることを考えているのか教えてほしい。

病院管理局長

現状でまだ確定してはいない。これから計画を立て設計をしていく中でどういう風にしていくかというところである。それから院内保育所を建物の中に取り込めるかどうかと言うところもある。おそらく利用者からすると敷地の中にあってほしいと思うのは当然と思う。夜間に預けられる日数が限られている。夜勤の日をそこに合わせるような形で利用してもらっている状況である。その回数を増やしていく、あるいは毎日できればいいが、経費的などころも含めて考える必要があるが、預けやすい環境を整備することによって病院として人員の確保につなげていきたい。

委員（齋藤委員）

2点質問がある。29ページから30ページにかけて5疾病の対応で4番の糖尿病医療のところだけ重症な糖尿病患者に対して多職種からなるチーム医療の実施を推進します、と特に強調しているのは、他の精神医療やがんに関しても診療報酬上の多職種のチームがあたっていると思うが、特に強調しているのは何故かが一点と、19ページの災害時の対応に関することだが、発電機等が地下にあるため水害の危険性があるということで、6年後の建替えまでに水害が発生しそうな可能性もあるので現在の対策としてはどうしているのかを聞きたい。

病院経営係長

糖尿病医療のところにも多職種からなるチーム医療の実施を出しているが、こちらは代表的なものとしてあげていて、他のところでチーム医療をやっていないと言うわけではない。他の部分の記述に関して整合を図りたいと思う。

病院管理局長

実際のところ、地下に発電機があり、直にスロープで降りていけるような構造になっている。そこが浸水して、水が溜まってしまおうといけないので、スロープの1番上でバリケードをはめ込んで1m位の高さの水が入らないような体制になっている。そこまでになると病院の1階入口等から水が流れ込むと言う事はどうしても防ぎようがないのが現状である。現状の中で病院全体を1m位の地上のところを囲い込むかという、実際上は難しいし、そういう状況になると診療の受け入れ等も難しいので、早期の建替えを考えていく必要がある。すぐに浸水が来るかという場

所になってくると、昨今では想定外と言われるような集中豪雨というより長く続くような豪雨があるかもしれないので、安心はできないが、すぐ横が川だが、この場所は最悪の場合 1m程度 24 時間の間で引いていくという予測になっている。

委員長

おそらく東日本大震災の時に話し合いがされていることだと思うが、1mが安全かどうかは分からないが、今の状況でさらなる対策にお金をかけられるかというところだと思う。その予定はないと受け取ったのだが、それでよいか。

病院管理局長

地下の通路のかさ上げは当然だが、すぐに水が地下に入ったからと言って発電機のところまで水が入り込むかというところ、そこは段差をつけてある。要は周りが全部浸水してしまえば、地下が埋まってしまうことになりかねない。それを止めるのは、現状では技術的に困難な状況である。

委員長

この病院の地下に非常用の貯水槽があるということを知ったことがあるがそれは深さとしてはどのくらいか。

病院長

南側の駐車場に深さ 2m位に 100 t タンクがある。そこからポンプで病棟の上まで引き上げられるかというところ、そういうものではない。そこにタンクがあるという事は水を確保できるということなので安心がある。

発電機だが、そこが埋まった時のために小型発電機をたくさん備蓄している。エンジンをかけて回す発電機だが、それで対応することとなる。

委員長

この地域では、地産地消の電力ということで、報徳エネルギーや株式会社のところが電力のパワーアップを図りながら、いろんな公共機関と提携しつつあると思う。今現在と言う所ではないが建替えるときにいわれる電力源に関しては一般的なものではなくて将来的なことも加味してもらえればと思う。

委員（河野委員）

新設される診療機能の中に歯科口腔外科を入れてもらった事は感謝する。この話は以前からあったがここまでこぎつけていただいたところで大変良かったと思っている。

まず周術期の口腔ケアの重要性に関しては我々も病院の関係者の方々も多少なりとも感じている点があると思う。保健福祉事務所の肝いりで、まず小田原循環器病院で口腔ケアの研修、病棟での実習をやってもらった。看護師達の意欲が相当高かったと思うのだが、おそらく口腔ケアに関してはトップレベルでいけるのではないかとこの程度まで頑張ってもらっている。その後の効果については存じないが、今度山近記念病院でやってもらっているということなので、そういうものが表に出てくると効果はますますしっかりしてくると思っている。口腔ケアで専門の歯科医師が常駐してもらえるのは、大変うれしいと思っている。

それに続き周術期ということで市立病院でやる場合には、入院患者が主なターゲットになると思うが実際問題として入院が決まった、または手術が決まった、例えば、緊急の手術があるとそうはいかない場合もあると思うが、保健医療があるがそれが機能してこないというところが実情である。我々も歯科医師会としての責務として入院前に口腔ケアの環境を整えた上で入院してもらおう。入院している間は、病院の中で口腔ケアの管理をしてもらい、術後退院してからは、その後のケアを地域のクリニックで連携をさせてもらうことを思っているので、26 ページにある地域医療連携の強化と言うところがあるが、病病連携、病診連携がしっかり書いてあるけれども、医科歯科連携の充実についてはメイキングしてもらおうと我々としてもこの今後の活動に動きやすいと言うことがあるのでよろしくお願ひしたいと思う。

口腔外科に関しては、口腔内の環境の改善が気になると思うが県西地区の歯科医院としてはほとんどの場合、口腔外科は、東海大学病院にお願ひしている。9 割がたがそうではないかと思う。口腔外科の手術としては東海大学病院にお任せすることになるかと思う。

委員長

一般の地域包括ケアは、多職種連携は必須の条件になっているけれども、一般の診療に関しても口腔ケアは大きなポイントだと思うので、この内容はぜひアピールしてほしいと思う。他の委員からもご意見を頂きたいと思う。

委員（市川委員）

市民が安心して診ていただける病院というのが、委員長が話されたセンター化は魅力ある制度なのでぜひ進めていただきたいと思っている。

委員（秋山委員）

資料の 28 ページに使いやすい病院のところに書いてあるが、私たち患者の立場からすると病院にかかるというのは体も気持ちもいっぱいいっぱい来ている事が多くて、検査などで時間がかかると疲れたりするので、ほっとする場所が欲しいと思っている。市立病院は食事をする場合もかなり気を遣わなくていけない。カフェやコンビニエンスストア、レストランのこういうものを考えてもらえるのはありがたいと思う。もし出来ることなら、小さな子供を連れて病院に来なくてはいけない患者もいると思う。レストランやカフェがダメな場合は、例えばコンビニエンスストアの隣辺りにオープンスペースとしてテーブルと椅子だけを置いて自由に使う場所があったらいいと思う。

委員長

貴重な女性目線の意見だと思う。他のものもそうだと子供を持った世帯を小田原に増やさないと将来がないと思っている。その一環としても今の意見を検討してもらえるといいと思う。

委員（杉田委員）

この構想を読むと理想の病院が出来ると大変期待している。基本的なことを伺うが、市立病院の経営形態が変わるという話が今まで何回も出ているが、新病院建設

の時に変わったときには、建設の費用というのは、どうやって捻出するのか。私の病院は順番に整備をしたが、銀行からお金を借りながらなので苦労している。これだけの病院だと相当の金額になり、経営形態が変わることで建替え費用の調達に影響はあるのか。

病院管理局長

現在、建替えの時点で経営基盤を変えるかについては、決定をしていない。小田原市立病院経営改革プランの中では、将来的には柔軟な経営をするためには、地方独立行政法人化を考えるべきとしている。建替えとの関係で、建替え前にどうなるのか、と言うことも含めて地方独立行政法人にしたうえで、建替えに臨むということは示していない。そこも含めて検討する。おそらく、建替えの費用面でいうと、地方独立行政法人化しても小田原市が設置する病院として公立病院の範疇であることに代わりがない。

建設費については、地方債を発行することになる。地方独立行政法人になると建替え費用を地方債として小田原市が借りたものを法人が小田原市から借りる。仕組みとしては、小田原市立病院が小田原市の組織として直接借りるか、小田原市が借りたものを別の法人に貸し付ける形で建てるかの違いになってくる。その辺については、どちらにしても地方債、借金になるのでその返済をどうしていくか、出来る範囲でどう建てていくかというところが、具体化していくときには、考えなければいけない部分になってくる。理想を追求して様々な医療機能なども入れているが、経済性を考えた建物にする必要（行倒）がある。実際の建設工事などで出来る限り抑えていくようなことを考えていかないといけない。

委員長

建物としても作り込み過ぎない方が柔軟性があるって将来性はあると思う。コストも抑えられる。今の地方独立行政法人に関しては、今進んでいる県立病院との関連とか私立の病院との連携とか含めるとこれからの話し合いの中で、議論されると思っている。それとは別にこの委員会は、市立病院がこの場所で総合病院としてどういうふうにしていくのがこの地域としていいのか、話し合う場だと思っている。

話はまだまだあると思うが、第2回目の会議をこれで終わる。

(3) その他

事務局から、本日の審議会で発言できなかったことなどを意見書で提出していただくことと、本日の会議概要の内容確認を依頼した。

また、第3回委員会は8月20日(月)18時00分から開催することを伝えた。