

第3回さいたま市立病院施設整備検討委員会 議事録

■日時	平成 24 年 12 月 27 日(木) 15:10～16:40
■場所	さいたま市立病院 サービス棟2階 会議室
■出席者	<p>【委員】 ※敬称略 加藤 泰一(さいたま赤十字病院長) 伊関 友伸(城西大学経営学部教授) 富田 一栄(税理士・医業経営コンサルタント) 水谷 元雄(浦和医師会副会長) 手島 初江(埼玉県看護協会専務理事) 栗原 豊子(緑区自治会連合会代表) 村山 晃(さいたま市立病院長) 窪地 淳(さいたま市立病院副院長) 小川 裕美子(さいたま市立病院副院長兼看護部長)</p> <p>[ご欠席] 筧 淳夫(工学院大学建築学部教授) 会田 妙子(緑区自治会連合会代表) 寒河江 千一(さいたま市建設局建築部長)</p> <p>【事務局】 市立病院経営部:麻生市立病院経営部長、松澤市立病院経営部次長 工藤市立病院経営部参事兼庶務課長、吉原財務課長、中村医事課長 (庶務課)三好総務係長、安部施設管理係長、柴山主査、齋藤主任 (財務課)中川課長補佐兼用度係長、田中財務係長 (医事課)貝吹課長補佐兼医事係長、廣瀬主事 保健部:大畑保健部参事兼病院経営企画課長、海老名地域医療課長 (病院経営企画課)須田課長補佐兼企画係長、今井主任、吉田主任 (高等看護学院)清水主幹</p>
■会議次第	<p>1 開会 2 議事 (1)さいたま市立病院施設整備基本構想・基本計画(骨子案)について (2)施設整備に関する方向性の整理・検討 ①整備手法について ②マスタープランによる建物配置パターンについて (3)その他 3 閉会</p>
■配布資料	<p>資料1 さいたま市立病院施設整備基本構想・基本計画(骨子案) 資料2 整備手法の比較検討 資料3 施設整備における建物配置パターン分析 補助資料 さいたま市立病院施設整備基本構想・基本計画(骨子案)補助資料</p>

<p>【配布資料の確認】 (事務局)工藤庶務課長</p>	<p>委員会開催前に4点ほど確認をさせていただきたいと思います。 まず、本日、委員の皆様のお手元に配布させていただきました資料でございますけれども、本日の配席図、それとさいたま市立病院施設整備基本構想・基本計画(骨子案)の補助資料1枚でございます。また、先日送らせていただいた資料ですが、本日お持ちでない方がいらっしゃいましたらお渡しできますが、大丈夫でしょうか。</p>
<p>【傍聴の許可等】 (事務局)工藤庶務課長</p>	<p>それでは、2点目でございます。傍聴者についてですが、本日の傍聴希望者は5名でございます。本委員会につきましては、原則公開となっておりますが、委員の過半数以上の同意がある場合は、非公開とすることも可能となっております。傍聴を許可してもよろしいでしょうか。それでは、傍聴を認めます。 3点目でございます。これまでと同様でございますが、本委員会においては、議事録を作成いたします。お手数をおかけいたしますが、発言の際は机の上のマイクを必ずご使用いただきたいと思います。 最後、4点目ですが、本委員会の開催風景を撮影させていただく場合がございます。あらかじめご承知おきいただければと思います。 また、本日、筧委員、会田委員、寒河江委員からは、ご都合が悪く欠席とのご連絡をいただいております。 それでは委員長よろしく願いいたします。</p>
<p>1 開会 水谷委員長</p>	<p>ただ今から第3回さいたま市立病院施設整備検討委員会を開催させていただきます。委員の皆様には、第3回会議の開催につきまして、ご案内を申し上げましたところ、ご多忙の折にもかかわらず、多くの方々に出席いただきまして、誠にありがとうございます。 第2回会議では、市立病院を取り巻く状況や今後の動向、市立病院の情報を踏まえた、施設整備における医療機能のコンセプト、施設整備の方向性、配置パターンについて、ご意見をいただきました。本日も委員の皆様のご協力をよろしくお願い申し上げます。</p>
<p>2 議事 (1)さいたま市立病院施設整備基本構想・基本計画(骨子案)について 水谷委員長</p>	<p>早速でございますが、議事に入らせていただきます。 まず、議題(1)さいたま市立病院施設整備基本構想・基本計画について、事務局からの説明をお願いいたします。</p>

(事務局)工藤庶務課長	資料の説明はコンサルタントより行いますので宜しくお願いをいたします。
(事務局)コンサルタント	<p>では、資料1につきまして説明をさせていただきます。</p> <p>まず、1ページ目、左側をご覧ください。「1. 施設整備に関する検討の経緯」でございます。これまでの検討の経緯でございますが、まず、平成 23 年3月、さいたま市立病院のあり方検討委員会が設置されました。平成 24 年1月には、あり方検討委員会から最終報告が提出されました。同3月には、さいたま市立病院中期経営計画が策定されました。また、4月にはさいたま市立病院施設整備基本構想・基本計画の検討に着手いたしました。平成 24 年8月には、さいたま市立病院施設整備検討委員会が設置されました。</p> <p>中段以降にございますのが、それぞれの報告、あるいは計画の内容の抜粋になっております。まず、「※1『あり方検討委員会』の最終報告(抜粋)」ですが、この中では、市立病院の役割、あるいは市立病院の目指すべき方向性、またこういった方向性を実現するための方策につきまして、ご意見を頂戴いたしました。また、※2は中期経営計画の抜粋になっております。こういった内容を、今回の基本構想・基本計画の骨子案の中に織り込んだ形になっております。</p> <p>資料の右側をご覧ください。「2. 市立病院の概要」でございます。上段の文章に、さいたま市立病院中期経営計画から抜粋いたしました病院の性質、機能についての概略を記載しております。中段の現況ですが、ここでは、特に施設に関する部分の現況をお示しいたしました。表をご覧くださいなのですが、特定の機能といたしまして、地域周産期母子医療センター、地域がん診療連携拠点病院、災害拠点病院といったような機能がございます。診療科目は 21 科目、病床数は 567 床、敷地面積 54,755.41 平方メートル、建物の延床面積が 38,727 平方メートルとなっております。その下にございますのが、配置図でございます。この図面につきましては、前回の委員会でお示したものに加えまして、青く塗った部分ですが、隣接した市の敷地にある建物について、追記をさせていただいたものでございます。</p> <p>資料の2ページ目をご覧ください。まず左側の部分ですが、「3. 地域医療需要と将来傾向」です。まず、「人口の推移」でございます。本市において、2035 年に市全体での 65 歳以上の高齢者割合が、30%を超える見込みであるという推計になっております。またつい最近ですが、市全体での 65 歳以上の人口割合が、20%を超えたというような報告もございます。</p> <p>中段、「患者数の推移」です。これは将来的な人口は減りますが、患者数、特に高齢の患者数は増える見込みであることを記載してお</p>

ります。また、下段は「疾病の伸び率」です。人口の高齢化で将来、患者の疾病構造が変化してまいります。2005 年に対する 2035 年の推定患者数の伸び率では、上位5位にランクインする疾患が、以下にあるようなものになっております。

資料の右側をご覧ください。この部分につきましては、今回の委員会で新しくお示しするものでございます。「入院患者の将来推計」というタイトルになっておりますが、上段の表の1行目で、さいたま市全体での将来推計入院患者数というものを推計しております。その1行下には、さいたま市立病院での市内の入院患者におけるシェア率というものを記載しております。また、その下には、市立病院の将来入院患者数とシェア率を掛け合わせた形で、市立病院での将来推定入院患者数というものを表記した資料になっております。

また、その下の表ですが、推計必要病床数というタイトルになっております。ここにございますのが、今お示した市立病院推定入院患者数という数字に加えて、平成 23 年 11 月の厚生労働省の「社会保障と税の一体改革に伴う医療介護制度改革」という資料の中での一般病床の減少率というものを加味したものでございます。さらに黄色で塗っておりますのが、中期経営計画における平成 28 年での目標値、病床利用率の目標値を掛けた数字を記載しております。

その下のグラフですが、こちらの数字を折れ線グラフの形で表記したものになっております。また表の中で、567 床ライン、547 床ラインと記載がございまして、567 床につきましては、病院の全病床数、また 547 床につきましては、結核病床を除いた全病床数という内容になっております。「入院患者は人口及び高齢化により増加していく推計」と書いており、「それに伴い、次期の整備においては、適正病床数の検討を継続的に実施していく」と書いております。

その下の部分、「4. 整備における病床についての考え方」です。1つ目が、第6次医療計画期間中においては、現行の 567 床を基本として考慮いたします。2つ目が、高齢者人口割合が増加する 2025 年から 2035 年においては、現在の医療制度を前提として推計すると病床不足が生じると見込まれます。しかしながら、病床の機能分化や平均在院日数の短縮化の動きなどの不確定要素が多いことから、次期の整備においては、医療政策、診療報酬、人口の推移を鑑みながら、適正病床数の検討を継続的に実施してまいります。現状は第7次医療計画に向けての検討を継続してまいります。

次のページをご覧ください。ページの左側ですが、「5. 市立病院施設整備検討委員会の主な意見」をまとめさせていただきました。さいたま市立病院施設整備検討委員会で第1回の8月2日と第2回の 10 月 25 日にて、委員の方からお示しいただいた意見は、以下のとおりとなっ

ております。まず、医療制度の動向や高齢化がピークとなる 10 年から 20 年先を見据えた検討が必要であるということ、人口規模・将来の高齢化を踏まえた人的充実への投資が必要であるということ、市内唯一の市立病院としての役割や住民からの期待に応えるような資本投下が必要であるということ、救急医療や高度急性期医療の重点整備が必要であるということ、地域連携につながる研修・教育機能の強化が必要であるということ、災害拠点病院としてのソフト・ハード両面における機能整備が必要であるということ、イニシャルコストだけでなくランニングコストも踏まえた中長期的な視点での整備が必要であるということ、などを頂戴しております。

その下にございますのが、「6. 市立病院における現状の課題」でございまして。大きく2つございまして、まず医療機能にかかわる課題ということで、この中では、急性期医療機能ということで、「狭隘である救急外来の整備、拡張」、あるいは「集中治療室の不足」について述べております。また特定の医療機能といたしましては、「地域がん診療連携拠点施設としての機能強化」や「リハビリテーションの改善」、また地域医療の連携強化の中では、「在宅医療に対する連携、支援機能の強化と体制の充実」などを挙げております。その下、施設機能にかかわる課題の中では、病院全般の問題として「施設全体の老朽化と狭隘化」また、「救急、放射線、検査、外来等の動線・配置が機能的でない部分」、また療養環境の部分では、「病室の面積」の問題ですとか「病棟の個室数が少なくニーズに対応できていない」、また職場環境においては、「医局の分散配置」ですとか、「看護師の職場環境に改善が必要」であるというようなことを書いております。

資料の右側になりますが、こういったことを踏まえた「7. 市立病院における施設整備のコンセプト」について、大きく7つの柱を挙げております。柱の1つ目ですが、「市民に望まれる医療機能の充実」ということで救急外来の充実から、その他医療の強化まで挙げてございます。また、2つ目は「地域医療及び地域連携の実施強化」、3つ目が「患者さんの視点からの療養環境の向上」、4つ目が「職員の質向上及びモチベーションを高めるための職場環境の整備」、5つ目が「安定した医療の提供のための人員確保」、その次が「経営を見据えた施設改修方針について」、また、最後に「災害拠点病院としての機能強化」といったことを、柱として挙げてございます。

次のページをご覧ください。ページの左側をご覧くださいなのですが、この項目では、都市計画区の部分が小さくて、また、用途地域が色付きであるために、元の部分が小さいということがございましたので、別紙の形で補助資料として拡大地図を用意いたしました。併せてこちらでもご覧いただければと思います。

では、資料に戻りますが、まずページの上段部でございますが、さいたま市立病院は昭和 28 年の開設以来、現在地にて、地域の基幹病院として、地域の医師会と連携しながら、高度な医療を提供してまいりました。その下に敷地条件がございます。敷地条件としましては、まず地域地区が、都市計画区域内(市街化区域)、用途地域が第一種中高層住居専用地域と第一種住居地域になっております。

その下に、建築にあたってのポイントを記載してございますが、1つ目が、周辺には地域規制がございますので、特に敷地の北側には高層棟の建設ができません。また、南側は民家に隣接するため、工事による振動、騒音及び建築物による圧迫感に配慮が必要です。3点目、近接に民家がございますので、救急の動線及び結核病棟の配置について配慮が必要になります。4つ目、敷地内に高等看護学院の土地がございますので、建築計画によっては、所管換え等の措置が必要になります。また、市立病院は開設以来、現在地にて医療を担ってきており、診療圏も確立されております。地域の医師会との病診連携に力を入れており、関係の維持・強化の観点からも、現在地にあり続けるということが望ましいと言えます。また最後ですが、病院施設全体でのライフラインを担うエネルギーセンターにつきましては、老朽化と安心安全の確保の観点から、全体施設整備計画の第一歩としてすでに事業化されており、平成 24 年から 26 年度の建設工事及びその後 10 年間のESCOサービス(省エネルギーに関する包括サービス)の契約が締結の運びとなっております。また、この資料には記載してございませんが、現在市立病院では、駐車場のスペース不足や道路形状の関係で、平日の午前中には周辺道路での渋滞が生じております。今回の整備にあたっては、こういった周辺整備も含めて、解決すべき課題の1つであるかと思えます。

資料の右側をご覧ください。「9. 事業スケジュール」になっております。ここでは若干スケジュールが変わっておりますが、現実的に練り直したものになっております。設計のスタート時期が平成 26 年度からのスタートに直しております。

その下に中長期計画という資料がございます。こちらも今回、新しくお示しするものでございます。資料の趣旨としましては、マスタープランを考えていく上で、次期整備時期を考慮する必要から作成いたしました。また、ここにある資料は建物の全面建替えではなく、改修を前提としたものでございます。また、建替えの個々のパターンにつきましては、資料3の方で後ほど説明させていただきます。

この表の見方ですが、上段の横軸が時間軸で、西暦・和暦の年が書いてございます。縦軸はまず、中段までが既存建物、4つほど建物がございまして、その下に計画建物で今回計画進行中、あるいはこれか

<p>(事務局)工藤庶務課長</p>	<p>ら計画する建物です。一番下段にございますのが、将来、その次の段階で計画する新新病棟、という表記の仕方になっております。</p> <p>表の中で、赤い枠で囲ってある部分、中央の赤い枠ですが、これが、今回の基本構想・基本計画で検討している整備計画、その右側にございます赤い枠につきましては、その次の大規模整備を迎える時期というふうにご覧いただければと思います。</p> <p>資料の説明は以上です。</p> <p>それでは、引き続きまして、本日ご都合により欠席をされていらっしゃいます筈委員より事前にご意見をお寄せいただいておりますので、初めにお伝えをさせていただきたいと思っております。</p> <p>骨子案の3ページ、3/4ページの左側、「5. 市立病院、施設整備検討委員会の主な意見」として、第1回、第2回の発言ではないけれども、運営方法の再検討という意味で、新しい病院の運営方法の近代化を検討する必要があるのではないかと考える。新しい施設での物品管理方法、入退院手続き、外来受診手続きの流れなどの運用方法の再構築の考慮は、施設整備時が絶好の機会であり、今回の施設整備と並行して検討すべきである。また、運営方法によって建築空間は大きく異なってくるので、平行して検討すべきであるというご意見をいただきました。以上です。</p>
<p>水谷委員長</p>	<p>はい、ありがとうございました。ただ今資料1で、今後の施設整備の方向性を示す施設整備計画の骨子案の説明がございましたけれど、地元の自治会から参加していただいている栗原委員から見て、利用者の立場から、今後施設整備を進めていく市立病院に期待することなど、何かございましたら、お話をいただけたらと思うのですが。</p>
<p>栗原委員</p>	<p>私は医療のことは全く分かりませんが、民生委員として、地域の高齢者、障害者、それからお子さんと接しておりますので、その中から届いた声というのをお知らせということでもよろしいでしょうか。</p> <p>定期検診で予約を取りますけれども、待ち時間が長く、体調の良いときは、診察室の前でじっと待てますけれども、体調のすぐれないときもあります。そんなときは、玄関のロビーの空いている椅子に横になって、呼び出しを気にしながら横になって待っております。先ほどの資料の中にも、超高齢社会に突入した現在、一慮いただければありがたいと思っております。</p> <p>それから、もう一つ、高齢者からの声ですが、最近是在院の日数が短くなっております。まだ入院させていただきたいという思いが残る中、在宅医療、それから転院の話が進められます。担当者からは、退院後</p>

<p>水谷委員長</p>	<p>の情報提供も地域との関係機関の連携も詳細にご指導はいただけますが、地域の現実というのは、単身老人、それから高齢者のみ世帯が増加中です。老老介護、認認介護という状況があって、共倒れにならないといけないという思いで、声かけ、訪問をしております。</p> <p>ただ、プライベートのことになりますが、市立病院のご指導をいただき、不安でしたけれども在宅医療を1カ月やりました。人生最後のかかわり、大変なときもありましたけれども、結論は、病院も家族もすばらしい思い出を残すことができたということで、介護者がいれば在宅は推奨ということに、そういう本当に地域とのかかわりの中での声をお知らせいたします。以上でございます。</p> <p>はい、栗原委員ありがとうございました。</p> <p>確かに今は家族が核家族化されているので、老老介護、確かに多いと思います。お話に出ました在宅の看取り、これは非常に良いことだと思うのですが、そういう状況にならないような家庭、いわゆる病気の人を面倒見るだけの体制、介護の体制が整わない家庭においては、ではどうしたらいいのかということが出てくるとは思いますが、それは、今は急性期の病院と慢性の疾患を診る病院というふうにだんだん役割分担がされてきています。国もそういう方向で考えておりますし、われわれ開業医が在宅で診るようにしなさいというのも国の方針になってきております。しかし、そのあたりは、どちらがいいか、どちらが悪いかという問題も、できる、できないの場合もありますので、今後それは、ここの病院だけではなく日本全体で考えていかなければいけないだろうと思います。</p> <p>ほかの委員の先生方、何か意見ございましたら。</p>
<p>伊関委員</p>	<p>今は機能分担といって、急性期の高度な医療をするところは医師がたくさんいて、最新の医療機械もあって、それで最新の医療を提供すると。これがお金がかかっていますので、どうしても、できるだけ病床の回転をよくするという過程で、早め早めに退院していただいて、次の転院の場所をちゃんと作らなければならない。</p> <p>この療養のベッドをどうするのかというのは次の課題で、都内だとそこが今一番苦労し始めていて。おそらく、さいたま市の医療政策としてこちらの急性期病院のあとの後方の病院をいかに応援していくかということも、これは全体の政策になってくると思います。そこは市役所の方でも医療政策の担当がありますので、そこはちゃんと支援をしていくと。医療計画も作られると思うのですが、そういうところでの充実を図っていると、後方の病院の充実があるというのがとても重要です。</p> <p>あと大事なものは、この病院の中の、いわゆる紹介をしていく人とかつ</p>

	<p>なく人たち、そちらの人たちを充実させて、社会福祉の人材を雇用したりして、退院された方の気持ちに立って、ちゃんと受け答えをして紹介をする。そのマンパワーをやっぱり充実させないと。「もうベッド空いていませんから出てください」と言うと、不安なままで出しますので。そのきめ細やかな退院の調整は絶対必要だと思います。そのマンパワーをやっぱり充実させることが、急性期に特化すれば特化していくだけ重要になってきます。それは、やはり病院としての常勤職員の雇用の問題ですとか、非常勤での雇用の問題、人をどうやって雇っていくかという、そちらの方の課題になるとと思います。</p>
水谷委員長	<p>先ほど、事務局の方から報告いただきました筧委員の、運用のことも含めて考えなさいというようなご意見はもっともだと思いますが、そのことも含めまして、この最初の議題につきまして、ご意見はございますでしょうか。</p>
手島委員	<p>先ほどの筧先生と一緒にですが、特に看護に関しては、細々した物品がたくさんあります。そういうものの物流を、診療材料だけでなく、管理をどんなふうにしていくのか、ベッドからME機器から、それからいろいろな看護用品についても、どんなふうにしていくかということで、いろいろなことが変わってくるのかと思います。機材室はできるだけ広く取っていただけたらいいなとは思いますが、でも、それを全部看護の手でとか、看護助手がどこまでできるかということもあるのですが、そういうことも含めて、この建物を考えていけたらいいのではと思います。</p>
水谷委員長	<p>はい、伊関委員。</p>
伊関委員	<p>筧先生のお考えに賛成ですけど、やっぱり単なる提案をコンサルから受けるだけじゃなくて、病院職員の方が色々あちらこちらから見て、今回の物流システムがどうあるべきかということもよく勉強をして、自分たちの医療に一番合う形のシステムを入れるように、ちょうど一番の勉強の時期だと思うので、ここの職員の方にちょっと期待したいとおっております。</p>
水谷委員長	<p>その辺は、病院サイドとしては、今後の検討課題だと思うのですが、よろしくお願ひしたいと思います。</p> <p>他にございますでしょうか。はい、どうぞ、富田委員。</p>
富田委員	<p>病院は通常、特に経営をきちんと考えられている病院というのは、ある程度、10年、10数年おきに、その時の医療情勢とか、それから規定</p>

	<p>とかそういったものを見直すことで建築しているところが多いようです。こちらは多分、久しぶりの建築と思うので、建築の建物だけでなく、この機会にどんなものが求められているか、そういうことで見直す必要があると思います。</p> <p>筧先生のおっしゃったことはすごくもつともで、運営方法といっても、例えば今、機材の話が出ましたけれども、機材だけでなく、今は感染とか安全とか、そういったものにもものすごく配慮する反面、この建物の計画だけではなかなか分からないですけども、清潔・非清潔のラインとか、そういったものを見直しますと、若干、もう少しゆとりがいるのかなという気がします。</p> <p>それから、物品の運用等も、昔ながらに自分たちだけでやっていた時代から、やはり、機能分担というのは医療者と非医療者が分担してやっていく仕組みですね、そういったものが、今ちょっと市立病院はどのぐらいにやっているか分かりませんが、あまりにいろいろな外の人が、入り込めるゆとりがどうも無さそうな、ナースステーションとか見ていると、そう思います。運用方法を変えるとすると、やはり、そこに若干のゆとりを考えられていく方がいいかと思います。</p> <p>それから、次の建築の機会が2回ぐらいあるとすると、やはりその間にもう1回見直しの機会も、おそらく、例えばこの建物が建てられた後も10年、20年、また出てくる。ですから、次々に医療の質の向上を求められている時期なので、今一度に決めてしまうというよりも、将来的には急性期病院は特にもっとゆとりが必要であり、そういうことを考えられた上で、運用を検討されたいと思います。</p> <p>どんどん世の中、どこを見ても外注化というか、専門分化というのは出ています。病院の中の建物の機能を見みると、ホテル面もありますし、裏方はもう、例えて言うと変ですけども、工場のようなところもあります。非常に不潔な動線もありますし、物品の購入のラインとか、それからそれに対する車の出入りとか廃棄物とか、そういった後ろの方まであるので、相当に気を付けてというか、ゆとりを持った運用方法をやっぱりしっかりできた上での建築かなと改めて思います。</p> <p>はい、伊関委員、どうぞ。</p> <p>先ほどの説明で追加があるのですが、渋滞対策はやっぱり重要だと思います。特に高齢化がさらに進めば、車で来られる方も当然いらっしゃいますので。今の収容台数がそもそも何台で、何台ぐらいの待ちがピークの時にあるのでしょうか。</p> <p>今、市立病院の駐車場の台数としては、310台ございます。午前中</p>
水谷委員長	
伊関委員	
(事務局)麻生経営部長	

	<p>の診療ということで、やはり、朝9時ぐらいから午前中 11 時か 12 時ぐらいまで並んだり、それから前の通りまで伸びてしまう状況が確かにございます。どうしてもこちらにバスが入っている関係で、バスも自家用車が並んでしまうとバス停まで入れないようになっておりますので、バスがちょっと遅れたりとか、また右折帯もないような状況というのもありますし、いろいろなことが絡んで渋滞が起きている状況です。</p>
伊関委員	<p>もう一つだけ、この都市計画図でも出ていますように、今の東浦和駅から馬場の停留所までで今は止まっていますが、あそこが抜けた場合は最終的には、市立病院に起点のバスになるみたいな計画はまだないわけですね。</p>
(事務局)麻生経営部長	<p>国際興業バスですけれども、うちの方へ入っていただくような要望はしておりますが、まだ決定ではございません。</p>
伊関委員	<p>あそこだと歩くのにやはり大変な部分もあるので、できれば道路が抜ければ入れるようにした方がいいとも思いますけども。結局は、その分バスの出入りが多くなるので、東浦和からのバスの流入も踏まえて、十分なバスの発着ができるスペースを確保することと、十分な駐車場を確保することというのは、ポイントに入れておいた方がいいと感じています。そこは、結構重要なポイントになるのかなと思います。</p>
(事務局)麻生経営部長	<p>今現在渋滞している原因として考えられるのは、確かに駐車場の台数が少ないというのは、1つあると思います。それから、この北宿通りから右折して入ってくるわけですが、その右折帯がないというのも、こちらが渋滞してしまう要因の1つかなと考えております。</p>
水谷委員長	<p>少しアプローチがないんですね、ほかのルートがないので。でも東浦和からの道は、すぐそこまで来ているといえば来ているので、その先をどういうふうにするのか分からないですけど、その辺をやはり都市計画の中で、考えているのかもしれないですけど、この建築に併せて、その辺も一緒に検討していただけたらいいのかなと思います。</p> <p>それから北宿通りも市立病院の前のところで、右折帯を作るのであれば道を広げなきゃいけないので、そうすると広げられるのは博物館のところの崖を崩すしかないと思いますが。だから、そういうようなことも含めて、それは病院で持てと言われると大変かなと思いますけれど、病院の計画の中に併せて、市の方で考えていただけると交通については良くなるかと思います。他に何かございますか。よろしいでしょうか。</p>

<p>2 議事</p> <p>(2)施設整備に関する方向性の整理・検討</p> <p>①整備手法について</p> <p>水谷委員長</p> <p>(事務局)工藤庶務課長</p> <p>(事務局)コンサルタント</p>	<p>それでは、(2)の施設整備に関する方向性の整理・検討、①整備方法について、事務局からの説明をお願いいたします。</p> <p>資料2の整備手法についてでございますが、資料には3つの手法を挙げさせていただいております。今回の基本構想・基本計画の作成において、3つの手法から1つに絞るということではなく、各手法に対しまして委員の皆様のご意見を頂戴しながら、定性的な分析を加えて、今後、計画に乗せるところまでを対応範囲として考えております。</p> <p>つきましては、本委員会におきましても、各手法に対して委員の皆様よりご意見を賜ればというふうに思います。また、そのご意見をいただいた中で、手法の決定につきましては今後、その方向性を元に、関係各部署と調整しながら、市の中で決めていくこととなろうかと思っております。</p> <p>それでは、資料の説明はコンサルタントより行います。</p> <p>では、資料2について説明をさせていただきます。まず最初に、資料の訂正をさせていただきます。表の中で、中段の項目のDB方式の中で、建設期間という項目が中段からちょっと下でございます。ここでDBについて、「若干長くなる可能性」というふうに表記してございますが、ここを「若干短くなる可能性」というふうに訂正をさせていただきます。またこの表の中で、記載しておりますメリット・デメリットにつきましては、より顕著に表れている部分につきまして、各項目に表記しております。では、資料の説明をさせていただきます。</p> <p>ここでは、従来方式の分離発注とDB(設計施工一括)方式、ここでは基本設計の別発注を前提としておりますが、また3つ目にPFI方式、この3つについての比較をしてございます。</p> <p>まず、基本的な考え方ですが、従来方式では、設計・施工・施設維持管理の各業務をいずれも従来の方式により整備運営するもので、各業務は市の直営もしくは個別単独で単年度で分離発注するものです。</p> <p>DBにつきましては、基本設計は従来通り市が分離発注いたしますが、施設整備費用を適正化するため、実施設計と施工を包括発注し、VE提案を元にした設計・施工業務の連携を図るものです。また施設維持管理に関しましては、市の直営、もしくは個別委託で発注となります。</p> <p>またPFI方式でございますが、これはPFI法に基づき、本事業に係る設計・施工・維持管理等を1事業者へ長期包括発注するものです。</p>
--	---

発注方式は従来方式のような、市側が具体的仕様を示して事業者を募集する「仕様発注」ではなく、市側は要求水準を示して、具体的仕様は事業者へ委ねる「性能発注」を原則としてございます。

その下ですが、建物の所有につきましては従来方式、DBとも建設期間中、供用後とも市の所有となります。PFI方式におきましては、建設期間中は民間事業者、供用後は市または民間事業者の所有となります。

その下、事業範囲ですが、従来方式の場合には資金調達には市の起債、基本設計から施設維持管理の部分までは市が分離発注するものです。DBのところをご覧くださいと、事業範囲ですが、ここでは資金調達、基本設計は市が起債あるいは分離発注を行いまして、実施設計と施工を包括発注、また工事管理と施設維持管理につきましては、市が分離発注をするものでございます。右側のPFI方式におきましては、事業範囲、資金調達は民間資金または起債となりますが、その下の基本設計業務から施設維持管理の部分まで、これを包括的に発注するものになります。

その下が発注方式ですが、従来方式では仕様発注であるのに比べて、DB及びPFIでは性能発注となります。契約の形態ですが、従来方式では分割契約であるのに比べまして、DB方式では設計施工一括契約、PFI方式では包括的な一括契約となります。

契約期間ですが、従来方式では単年度契約でございますが、DB方式では年度契約または工事完了までの複数年の契約となります。これに対しまして、PFI方式におきましては長期間での契約となります。

実施主体ですが、従来方式では各業務は別主体になりますが、DB方式では設計施工が同一主体になります。PFI方式におきましては、すべての業務が同一主体となります。

それから建設期間でございますが、従来方式に比べまして、DB方式では若干短くなる可能性ということと、PFI方式では1年程度長くなるということが想定されます。

主なメリットとデメリットですが、まず従来方式につきましては、従来から実施されてきた方式であり、企画立案から事業者選定までの事務手続きに関する不安要素が少ないということ、また設計・施工以外の各業務が単年度発注であることから、将来の環境変化へも業務ごとにその都度対応することが可能であること、またPFI方式と比べて、事業者選定に要する期間が比較的短くて済むということが挙げられます。主なデメリットといたしましては、業務ごとの個別単年度発注であるため、業務間の連携が容易でないということ、また提供サービスの質の向上とその評価が難しいことなどに課題を残しております。また、整備事業の開始にあたり、従来から自治体病院が抱えている「高コスト傾向」という

ことがデメリットとして挙げられます。

中段のDB方式でございますが、まず主なメリットといたしまして、基本設計を分離発注で行うことにより、例えば性能発注によるPFI方式と比べて院内の要望を設計仕様へ十分反映させることができます。また、分離発注で基本設計を行った後、実施設計と施工を一括受注する事業者からVE提案等を受けることで、建設コスト適正化を期待することが可能となります。主なデメリットといたしましては、PFIと比べ、施設完成・運営開始後の設備維持管理や、運営を考慮した施設計画に関して課題を残す可能性がございます。また、施設維持管理や運営に関する評価と質の向上を図る仕組みづくりに課題が残ります。

PFI方式ですが、主なメリットといたしましては、1事業者へ長期包括発注することで、施設関連業務から開院後の運営関連業務まで、横断的かつ合理的なマネジメントを期待することができます。また、民間事業者のノウハウを活用することにより、業務の質の向上とコスト効率化を図ることが可能となります。デメリットといたしましては、将来の環境変化への対応に関しまして、長期契約からくるリスク負担は比較的大きくなることに加えまして、性能発注・要求水準に関する市・事業者間の解釈不一致により現場が混乱する可能性もございます。また、PFI法に則った事業者選定に期間を要することから、開院時期は従来方式と比べて約1年程度遅くなることが想定されます。

次のページをご覧ください。公立病院におけるDB及びPFIの主な事例を記載させていただいております。まず左側のDBですが、この設計施工一括発注というものの自体が近年始まったばかりでございまして、事例としてはまだ少ない状況でございます。8つほど事例を記載させていただきましたが、大きく分けると、基本設計の段階からDBで一括発注するパターンと、基本設計は分離して実施設計以後一括発注する、この2つの型に大きく分けられます。

また右側でございますのが公立病院におけるPFIの主な事例でございますが、この中で、1番と2番の高知とそれから近江八幡市、これにつきましては、それぞれ平成22年、21年に契約解除をされたケースでございます。この中ではPFIの事例を記載いたしましたが、PFIが出始めた頃の最初の事例、この中で言いますと、1番、2番、3番の辺りになりますが、こういった部分での事例につきましては、前例がない中で病院事業にPFI手法を導入した世代になります。そのため、PFI導入の定義がその段階、事業スキーム等につきましては三者三様というふうになっております。

また、そういった初期の事例を踏まえその次に生かしておりますのが、この中で申しますと、5番の東京都立多摩総合医療センター・小児総合医療センターと6番の東京都立がん・感染症医療センター、この辺

	<p>りの事例になります。こういった部分では、最初の事例で顕在化した課題に対応できるように、事業範囲や要求水準を見直したものでございます。ただ、課題は残るものの、事業範囲等を見直してその改善成果を新たな事業スキームとして取り組んでいるものでございます。</p> <p>また、その後の最近の事例といたしましては、例えば8番の筑波大学、10番の愛媛県立中央病院、こういった事例がございますが、こういった事例におきましては東京都のスキームをベースとしながらも、残された課題に対する解決策と独自の工夫を追加して、新たな事業スキームを構築しているような事例でございます。</p> <p>資料の説明は以上です。</p>
<p>水谷委員長</p>	<p>はい、ありがとうございました。まず、分からないことがいっぱい、それも説明してもらいたいのですけど、まずVE提案というのはどういう提案でしょうか、教えてください。</p>
<p>(事務局)コンサルタント</p>	<p>VE提案と申しますのは、ベースとなる設計があるものに対して、このところがこうするとよりコストを下げ実現できるだとか、そういったような設計に対するよりコストを下げた形の提案をVE提案と申しております。</p>
<p>水谷委員長</p>	<p>それからPFI方式ですね。PFI法というものを教えてください。</p>
<p>(事務局)コンサルタント</p>	<p>PFIはプライベート・ファイナンス・イニシアティブという言葉の頭文字になっておりまして、従来、公共が独自でやっていた事業に対して民間の力等を活用しながら実現していくといった、そういったような事業の方式になってございます。</p>
<p>水谷委員長</p>	<p>言葉では分かるのですが。全く民間に委託してしまうということですか。そのものを知らないのです、ちょっとよく分かりません。業界では常識というものかもしれないですけど、ちょっと業界外だと分からないのですが。</p>
<p>(事務局)コンサルタント</p>	<p>では、PFI法について、できるだけ分かりやすくお話し申し上げます。今、民間の力を借りてというお話し申し上げましたが、経営そのもの、それから診療行為、これは民間に任せることはできなくて、従来どおり病院が、公が自分でやっていく部分になります。それ以外、例えば、新しく病院を作るときの病院の設計だとか建築工事、こういったものを、公が自ら発注して整えるのではなくて、民間の事業者、SPC という事業者を作ってもらうことになるのですが、そういった民間に委ねて、そこを主</p>

	<p>体にやっていただくというような違いがございます。これによって、多分、一番期待ができますのが、建築段階の部分で、公が発注しているものに比べて、民間が発注することによって、よりコストを抑えた形での施設整備が可能であるという、そういった特徴があるものでございます。</p>
<p>水谷委員長</p>	<p>そうしますと、今、ここで検討しているような話を委託する業者のところに、いろいろ注文を出して行って、要はこんなものを作ってほしいということをお願いして行って、その先については依頼を受けたところが、設計、施工等を全部請け負ってそれで作っていくと。当然設計の段階で、こちらからの依頼についての検討は常に行っていくのだろうと思うのですが、例えば先ほどから出ているいろいろなものの運用の問題とか、そういうような問題を含めてそこに依頼すると。そうするとDBとどう違うのでしょうか。</p>
<p>(事務局)コンサルタント</p>	<p>はい、DBはあくまで施設の整備に限定した内容になっております。ですからPFIの中では、今申し上げました施設の整備、設計、建築工事、こういった部分の発注を民間に任せてやってもらうということに加えて、運営管理ですね、運営管理といっても診療行為だとか経営行為は委託できませんので、医療関連サービスとっている部分、例えば掃除だとか医療事務の委託業務だとか、先ほど出ました物品管理の委託なども、それに当てはまってくると思います。こういった医療の周辺サービス部分を1事業者にとまとめて請け負ってもらうというのがPFI方式です。</p>
<p>水谷委員長</p>	<p>すると、実際に診療行為が始まってからも、そことのつながりがずっとあって、要するに医療と関係のないところはそこにすべてお任せをするというような、大雑把にそんな考えということでしょうか。</p>
<p>(事務局)コンサルタント</p>	<p>そのとおりでございます。</p>
<p>水谷委員長</p>	<p>ありがとうございます。それと、2枚目の方のPFIの事例の中に、BTO方式とRO方式と2つあるのですが、これは何が違うのですか。</p>
<p>(事務局)コンサルタント</p>	<p>この中でBTO・BOT・ROという、3つの方式がございますが、BTOと申しますのが、ビルディング・トランスファー・オペレーションの略した言葉でございます。建物を建てる場所のビルディング、それからトランスファーというのはどのタイミングでその建物を市の方にお返しするかという、それを指してございます。ですから、ビルディング・トランスフ</p>

	<p>アー・オペレーションというのが、建物ができた段階で市のほうにお返しして、そのオペレーションが続くというものでございます。BOTというのが、建物が出来上がって、それを数十年、事業期間中にその事業者運営・維持管理してもらって、事業期間終了後に市の方に戻してもらうような形です。あと、RO方式については、施設の改修のみのケースというふうにお考えいただければいいと思います。</p>
水谷委員長	<p>そうすると、ROと書いてあるのは改修が主だと。はい、なんとなく分かったような気がします。</p>
伊関委員	<p>住民の方々が資料をあとで読む時に分からないと思うので、解説はやはり必要だと思います。私は「まちの病院がなくなる」という本を5年前に出したときに、こういったPFIを分析していますので、高知も行きまし、近江八幡も行きまし、八尾も行ったのですが、ヒアリングもちゃんとしています。このデザインビルドもいろいろなやり方があるし、従来方式の分離発注でも、私が関わった下呂市立金山病院だと二段階発注という方法で建築をしています。基本設計が終わったところで建設の業者選定をして、設計業者と一緒に実施・詳細設計を行うという方法です。</p> <p>いわゆるVE提案、コストの削減提案を含めて建設業者が設計に関わる方法で、私は一番スマートだと思っています。整備の手法は、数多くありますが、ただ、委員がこれを決めるといっても難しいなと感じています。</p> <p>少なくともPFIは業務委託も含めて、設計と施工を1つの主体に全部お任せするんです。PFIのやり方だと業者の負担が1億円ぐらいかかります。それを決めると、1社だけしか出てこないみたいな話もあったり、3社出れば、3社の内1社は1億円で効果が出ますけど、他の2社は負担した1億円ずつ損するのです。だから、業者さんにとっても結構つらい方式です。最近だと、1社か2社とか、神戸の場合は1社しか出なかったし、最初の方は結構出たんですけど、業者が下手すると出てこない可能性さえ最近だとあるのかなと思っています。</p> <p>実際、全部、設計も含めて一式を詰め切った状態で施工者を決めますので、その後の例えば間仕切りの変更とかレイアウトの変更とか、融通がきかなくて、最初の提案とは全然違うことをもう1回、1から病院を作り直したみたいな話も聞きますので、結構無駄が多い方式だという認識は持っています。</p> <p>お金がいっぱいあり、より良いものを作るならば、PFIも効果的だと思うのですが、お金のない中で、ギリギリでやろうというときには、難しい方式と思っています。従来方式とデザインビルト方式の間の中で、一番</p>

	<p>お金がかからないで、効率的な方法は何かという検討を行うべきです。</p> <p>デザインビルトもいろんなやり方があるから、これが正統、完全なものはないんです。設計・施工で一括で全部まとめる場合があって、これはなぜかという、建築というのは設計者がいて、施工者である工事会社の2つの主体が存在します。2つの主体がお互いにけん制し合うわけです。でも、同じ会社でやるとその分効率的であるんですけど、逆にけん制がないので、施主の意向と離れるとか、場合によっては手抜き工事も起きるかもしれない。そこが分離して、設計と施工の業者がお互いにけん制し合って、質の高い建物が建てられるという考えです。従来の役所型の分離発注だと割高になりがちみたいな話もあります。答えはまだなくて、各自治体でも暗中模索している状況です。そのところで、ここの委員で決めるというのは相当難しいなという感じは、正直しています。</p>
水谷委員長	<p>はい、なんとなく分かったような気がしますけれど、最終的には、少なくとも私には、これをどうしたらいいかと聞かれたときに、答えが全く見つけられないような課題だと思うのですが、その辺は最終的にはこの会議で決めるというよりは、市と病院で決めていただくことになるんでしょうかね。皆さん、どうでしょうか。</p>
富田委員	<p>実は今回、PFIというのが出てきて、私は正直びっくりしたのですが、さいたま市と病院で、どういう考えでこれが出てきたのかなと、私も正直びっくりしました。</p> <p>この資料2のPFI方式と書いてあり、さっきコンサルタントのおっしゃったようなBTOなのかBOTなのかROなのか、何も書いてないのでこれは類推するしかないのですが、気になったのが、資金調達のところ、民間資金または起債と書いてあります。これが先ほどご説明のあった、高知とか近江八幡とか初期のやり始めたところ、ここのところは、ファイナンスまで組んでまるっきり全部受けてしまったというPFIなので、長期間のリスクと書いてありますけど、こういうリスク負担があったからか、ものすごく高い値段になって、とてもやっていけないということで解除になったという経緯が、一般的な言い方になっています。</p> <p>そのあとを受けて、私も東京都を見に行きましたけども、東京都の場合は、ファイナンスは業者には一切お任せせずに東京都が持ったらしいです。東京都は、非常に潤沢な資金を投入してやっていますので、全部そちらで仕様を決めてやってもらったようです。ただし、2トントラック一杯分ぐらいの契約書を作ったと言われていました。ですから、ものすごく手間がかかるということは確かです。それで東京都の公立病院を作って業者さんにお任せしましたが、病院にとっても何しろすごく手間</p>

のかかるのと、業者さんにとっても手間がかかる。資金調達は、都のものなので、ものすごい金額にはなっていないかどうか分かりませんが、そこがちょっと違うということで、どちらにするかは市のお考えだろうと思います。

それと、下の方で実施主体が全業務が同一主体と書いてあります。これもPFIによって違うのですが、初期の高知とか近江八幡の頃はそれこそ、医師と看護師がする医療行為以外のもので、事務から何から全部引くためをお願いするという格好にしまったので、これもやっぱり、ものすごく大変だということ。それから、病院側も意思決定があまりできないというところがあって、その後、どんどん増えてきていますけれども、東京都のもっと後の方でしょうか、最近は施設整備が中心のところが多いです。要するに、建物とか改修とか、維持管理とかお掃除とか、そういう建物の管理のみやっただけ、それこそ病院の方々はそちらのプロではないので、施設の維持管理、よく施設を民間業者に運営管理をお願いしますよね、指定管理みたいな、それに近い格好で施設の管理だけ委託するというのが少しずつ増えてきていると思います。そうすると、そんなに高くないのと縛られないのというので、PFIもちょっと時間の経過と共に、割合御しやすい方法に変わってきているというのが、この期間です。

さいたま市がどの方式を取り入れるのかが分からないのでなんとも言えないのですが、これだけ見ると初期の高知みたいにしたいのかなという気もするし、なんとも書いてないので、その辺はもうちょっと議論が要るのではないかなという気もしますし、病院がどうしているかというものが分からないので、皆さんあまり分からないうちにこれが出て来ちゃったのかなという気がしますので、ここでは控えますけれども、今までと違う議論になりそうなので、もうちょっといろいろ調べられた方がいいのかなという気がします。

水谷委員長

はい、伊関委員。

伊関委員

我々が決められる内容じゃないです、おそらく。私は研究テーマなのでしゃべれますけど、私以外の方で、私と違う意見も当然視点としてはないといけないから、私の意見だけ通してもおかしいし、かつ、委員の方は逆に言えば、これを白紙委任で出すというのも難しいと思うので。

とにかく、できるだけコストを安く効率的な手法を検討してくださいと、そのレベルでしかやはり委員会としては出せないのかなと思います。

その点で言うと、資料に提案されている方式の数は少ないです。だから、事務局としてはやはり色々調べた方がいいし、分離発注と設計施工一括の間にも色んなパターンはあるので、そこは調べられた方が

<p>水谷委員長</p> <p>(事務局)工藤庶務課長</p>	<p>いいと思います。単なる従来型の分離発注だけだと、確かに高コストになりやすいので、そこは知恵が使われた方がいいのかなと思います。</p> <p>はい、事務局の方で何かございませんか。</p> <p>先ほど富田委員からも、PFIがなんでここに、というようなお話もございました。事前に、本日欠席のさいたま市の建設局建築部長の寒河江さんのご意見もございますので、また算先生のお伝えしたいこともございますので、ここでご報告させていただきます。</p> <p>初めに、寒河江委員のご意見でございます。</p> <p>整備手法については、さいたま市としては、基本的には分離発注が原則であるが、整備の規模や内容により、検討していく必要があると考えている。また、PFIについては、病院に馴染むかどうかという問題があるが、市の基準として、10億円以上の建設はPFIの検討を経ることが決められております。ということで、採用するしないにかかわらず、内部においての手順を踏む必要があるということをご意見いただきました。</p> <p>また、算先生からでございますが、DB方式の最も重大なデメリットは、基本設計と実施設計で設計者が異なるため、相互のコミュニケーションが図れないことに起因した設計の意図が伝わりにくいことではないか。機能の集合体である病院施設においては、基本設計と実施設計の連続性が損なわれないことが重要である。DB方式ならば、基本設計を含めたDB方式とし、さらに設計セカンドオピニオンを加えた方式も検討に値すると考えている、というご意見もいただいております。ご報告いたします。</p>
<p>水谷委員長</p> <p>(事務局)麻生経営部長</p>	<p>はい、よろしいでしょうか。いろいろな考え方があるようなので、もうちょっと議論して、その場で結論は多分出ないと思いますけれど、それ以外のものももしありましたら、また、こういうものもありますよというような報告なり、お知らせをいただけたらと思います。</p> <p>やはり市、病院としては、これだけの大きい工事ですので、病院で直接工事発注して監督するというのはできませんので、市の建設局の方へ依頼するような形になりますが、ここで頂きました色々なご意見を踏まえまして、建設局と調整をしながら、どういう方法でやるのかというのは、決定される形になると思います。</p>
<p>水谷委員長</p>	<p>はい、この資料2につきまして、ほかにご意見、ご質問はございますでしょうか。ないようですので、次の議題に移ります。</p>

<p>2 議事</p> <p>(2)施設整備に関する方向性の整理・検討</p> <p>②マスタープランによる建物配置パターンについて</p> <p>水谷委員長</p> <p>(事務局)工藤庶務課長</p> <p>(事務局)コンサルタント</p>	<p>それでは続きまして、②マスタープランによる建物配置パターンについて、事務局から説明をお願いします。</p> <p>先に資料3のマスタープランによる建物配置パターンにつきまして、資料には、前回同様に3つの代表的な配置パターンを挙げさせていただいております。こちらにつきましても、本委員会の意見を元に、市として基本構想・基本計画の前提となるパターンを絞り込むことになるかと思います。</p> <p>各パターンについて、委員の皆様のご意見を頂戴いただければというふうに考えております。では、資料の説明につきましてはコンサルタントより行います。</p> <p>それでは初めに、資料の構成から説明をさせていただきます。</p> <p>上段は前回の委員会で説明させていただいた、今回の整備における配置パターンです。A案以外は前回の資料と同じものです。A案の変更箇所は、後ほど説明させていただきます。</p> <p>下段は、今回の整備後、将来想定される大規模整備時期に当たる、平成 50 年度頃の配置パターンです。全面建替えを行わない案である、A案及びB案の平成 50 年度頃の整備イメージの一例を示したものです。下段右側は、今回整備後の各建物の耐用年数と次期整備時期を示したのですが、こちらも後ほど説明をさせていただきます。</p> <p>それでは、今回の整備の上段から説明をさせていただきます。</p> <p>前回のおさらいになりますが、A案は他部署である高等看護学院を移転しないで整備する案です。前は、工事期間中に病床数を減少するという計画でした。前回の委員会でもご意見をいただきましたが、病床数が減少したことによる減収を考慮して、仮設病棟を建て、病床数を減少させない計画に変更し、減収を回避する計画としております。最初に仮設建物用地を作り、給食及び管理部門を含む仮設A棟を建設し、同時に東病棟南側に、病棟、会議室を含む仮設B棟を建設し、西病棟のワンフロア分を移転させます。それ以降の工程については前回と同様ですので割愛させていただきます。</p> <p>A案の特徴は、一言で申しますと、建設地が現管理棟、東病棟という現在とほぼ同じ位置への建設となるため、完成後の動線、各建物の距</p>
--	---

離など、ほぼ同じとなるため、機能のつながりという点では、一番問題が少ないと思われる案です。反面、建設が運営中の施設の中心で行われるため、工事中の診療及び病棟部門への影響に懸念があること、また、一気に建設をできないため、工期がB案に比べて、約1年ほど長くなるという課題があります。

続いてB案ですが、この案は他部署の建物である高等看護学院を移転し、新病棟を建設する案です。

B案の特徴は、西病棟の西側に効率性に優れるワンフロア2看護単位の病棟を一気に建設することが可能ということで、工事中的影響はA案よりも少なく、工期も約1年短縮できます。しかしながら、周産期センターと新病棟の距離が、3案の中で、一番長くなってしまおうという課題があります。

C案は、全面建替案です。

C案の特徴は現在の診療に影響を与えず、運営を行いながら一気に新しい建物を建設するという案です。動線や機能においては一番理想的な形で建設ができ、また、全ての部門・機能を、免震構造として建設することも可能です。しかしながら、イニシャルコストが、3案中、最も大きくなるのが課題となっております。

次に、将来整備の配置について検討した下段の説明をさせていただきます。左側のA案ですが、今回の整備を平成28年度から31年度と想定し、次期整備が必要となる平成50年度頃の姿を、仮に一例として示したものです。今回整備後約20年、西病棟、サービス棟、周産期センターが耐用年数に達するため、新新病棟を西病棟の北側に建設し、各機能を移転します。西病棟などの既存棟がない用地に新新病棟を建設することを前提としているため、建設用地は西病棟の北側に限定されております。また、この敷地は周辺への日陰規制の影響で、高さが5階程度までと限定されるため、建物形状がどうしても長くなってしまおうという課題があります。またその後、高等看護学院は、新病棟の東側に移設し、移転します。西病棟、サービス棟、看護学校が空いた空地には駐車場を整備し、その次の段階で建替え用地とします。

続いて、下段中央のB案の説明に移ります。今回整備後、約20年、東西病棟、サービス棟、周産期センターが耐用年数に達するため、新新病棟を、新病棟の西側に建設し、各機能を移転します。こちらは、新病棟と、新新病棟の連携が取りやすい配置となっております。東西病棟、管理棟が空いた空き地には、駐車場を整備し、その次の建替え用地とします。

下段の右側は、将来整備の時期を想定するため、各棟の耐用年数から設定した中長期計画を策定したものです。A、B案は、新病棟、新新病棟の位置の違いが主たるものですので、耐用年数に差がありませ

	<p>んが、A案の場合は東病棟及び管理棟を今回整備で解体しますが、サービス棟が残り、B案はサービス棟が今回整備で解体し、東病棟が残ります。いずれにしましても、20年後には新新病棟を整備し、耐用年数に達した建物の機能を移転する必要があります。C案は、今回整備で西病棟の西側に一気に建設するため、次回整備は平成50年度以降となります。</p> <p>いずれの中長期計画につきましても、今回の計画の中で前提としての設定であり、あくまでも一例として示したものですので、計画案によって、また、施工計画によって大きく変更となる可能性があります。以上で説明を終わりにします。</p>
水谷委員長	<p>はい、ありがとうございました。ただ今説明いただきました内容につきましても、筧委員あるいは寒河江委員から、何かご意見を聞いていましたら、お願いいたします。</p>
(事務局)工藤庶務課長	<p>はい、では初めに、筧委員のご意見をお伝えいたします。</p> <p>将来整備について、A案の将来棟の形状や、B案の新エネルギーセンターからの距離など、どちらも最適と言えない点がある。西病棟を避けて建築するという前提の元に将来配置を計画しているが、もう少し収まりが良くなるような配置案が、詳細検討の中でできると考える。将来については変動要素も多く、検討の余地もあるため、確定的に示しすぎない方が望ましい。また、新棟には救急など、今回整備のメインとなる機能を配して、メリハリを持たせた方がいい。古くなった東病棟をそのまま新しくするだけのような改修は避けるべき。新しい棟も病棟以外の機能が入るので、表現も新棟としたらどうかというご意見をいただいております。</p> <p>次に、寒河江委員のご意見です。A案は長い動線の建物であり、病棟としたときに運用上で問題が生じる懸念がある。また、最も機能的に整備できるであろうと思われる案はC案となるであろうが、投資のタイミングなどを様々な要因を考慮した上で、総合的に判断されるべきものだろうと考えるというご意見でございます。</p>
水谷委員長	<p>はい、ありがとうございました。それでは、委員の皆様から、ご意見を伺いたいと思いますけれど、いかがでしょう。はい、伊関委員。</p>
伊関委員	<p>C案の新病棟から新エネルギーセンターへ離れるというのが、これが一番の課題だと思うのですが、エネルギーのロスがどのくらい出るか、大体想定しているでしょうか。</p>

(事務局)工藤庶務課長	はい、現在、そこまで細かいところまで出していないのは現状ですが、距離的には多少のロスはあるということは承知しておりますが、数字についてはまだそこまで数字を出しておりません。
水谷委員長	その多少のロスというのは、問題になる程度なのでしょうか。それとも、ほとんど気にしなくていいでしょうか。
(事務局)安部施設管理係長	今回、新エネルギーセンターを作る中で、共同溝で大きく作る予定であります。現状として今、サービス棟がありますので、そこまでと距離がほとんど変わらない状態です。この図面でいきますと、ちょっと離れているようには感じますけれども、現状としては、そんなに距離は変わりません。ですから、エネルギーロス的には、ほとんどないというふうに感じております。
伊関委員	今もこのぐらいの図面なりに離れているという解釈ですね。
(事務局)安部施設管理係長	はい、そういうことになります。
伊関委員	議事録には残るでしょうけど、今あったABC案のメリットとデメリットを、表に次回出して、分かりやすくしておいてください。結局、最後はこれについて、議会とかさいたま市民の皆さんが、そのメリット・デメリットを勘案しておそらく判断されると思うので、その基準が絵だけだとできないし、議事録を全部読むとポイントをつかめませんので、資料だけ読むと分かるように次回用意したものを頂きたいのですが、メリット・デメリット、さっき言ったのをメモしきれないようなレベルなので、そこは用意していただきたいと思います。
水谷委員長	はい、他にございませんでしょうか。富田委員。
富田委員	収支計画とかがないのでその辺は省きますが、A、B案とC案との違いは、一気に整備計画を進めるのか、2段階で進めるのかという論点だと思います。この前段の方の、先ほどの病院の設備計画とか構想とか、今後のという資料1のところを見ると、高齢化がピークとなるのが10年先か20年先だというようなことが、3/4というところにも書いてあります。それと、2/4というところでは、地域の医療需要と将来傾向ということが出ていて、2035年に65歳以上の高齢者が30%超える見込みということが載っています。2035年ですから、団塊の世代が後期高齢者を迎える、もうちょっと、だいぶ過ぎてと思うんですけども。このA

<p>水谷委員長</p> <p>(事務局)麻生経営部長</p> <p>伊関委員</p> <p>水谷委員長</p>	<p>案、B案の下の方の将来整備というのが平成 50 年頃からということですね。すると 2038 年ごろから始まるということなんですが、今 2012 年ですから、あと 26 年後、今回整備で出来上がるのが平成 30 年頃ということになりますと、この 2035 年以降だったら、2040 年ぐらいですか、この頃までに、最終整備があとここ何年、30 年ぐらいの間でしょうか、この前半の整備計画で、やっていけるのかなというところが一番気になるところですよ。</p> <p>お金の話と、建物の動線ということもありますけれども、それ以外に、あと 25、6 年、30 年近い間、この前半の投資の、この整備だけで、この超高齢化社会に対して直すところ、いっぱいあるということが書いてあったのですが、そんなところがもてるのでしょうか。</p> <p>これが一番病院に考えていただきたいところで、A案B案共に上の部分というのは、まだ未完成部分ですね。まだ病棟が半分しか新しくなっていないし、それから機能も今ひとつというところで、かなり堅実に考えられた案でしょうけれども、これでやっていけるのかというのを、病院の方でどの程度検討されたのか、お聞きしたいと思います。</p> <p>はい、いかがでしょうか。途中でベッドが足らなくなったというのも困るんですよ。そうすると、また途中で増床するか、あるいは第2回目の工事を前倒ししなければいけないのか、というようなことが出てくる可能性もあるのかなというふうなことを含めて、いかがですか。</p> <p>確かに今後、高齢化社会ということで患者が増えてくるということでございますが、とりあえず今回につきましては、病床数は今の 567 床ということで市立病院としては考えております。当然今後も動向を見ながらその辺の検討は当然していくわけですが、それと共に、病床にあとで変えられるような相互的な柔軟な建て方、それから、いずれもし病床が何十床か必要になることが想定されれば、そういう増築といいますか、そういうのも可能なような設計も含めて、今後検討はしていきたいと考えております。</p> <p>増床もそうですけど、拡張余地だと、MRIとかCTの部分だとか、色々な医療機器の拡張の余地も残さなければならないので、その部分も一応検討に入れておいて頂きたいと思います。ある程度最新の医療機器部分の拡張余地は最低限、構想には入れておいた方がいいかとは思っています。</p> <p>はい、他にございますか。加藤先生のご意見、ございましたら。</p>
--	--

加藤委員	この図を見ていますと、これ、例えばC案の新病棟 42,525 平米。延床面積と考えていいでしょうか。
(事務局)コンサルタント	はい、そのとおりです。
加藤委員	<p>今、機械のことだとかも言われましたけれども、将来いろんな機械が入る可能性、そういうことを考えたときに、567 床でこの延床面積だと、かなり厳しいのではないかという気はいたします。</p> <p>だから、全体的にどういう機能を市立病院が果たしていくかということ、やはりもう少し具体的に1つ1つ落としていって、それで、これは決まりなのかどうかよく分からないのですが、そのために必要な面積というのはどれくらいなのかというの、また考える必要はあるのではないかという気はいたします。</p>
水谷委員長	はい、手島委員。
手島委員	<p>面積や設計図とかはよく分からないですけど、動線、特に患者さんの移動とかということ考えたときに、しっかり検討された方がいいかなと思います。</p> <p>結局、今までの病院は継ぎ足し継ぎ足しみたいになって、段差ができたというようにあると思うので、そういうところも検討していただけたらと思います。</p>
水谷委員長	<p>先ほど最初のときに話が出た運用の問題などですね。その辺も考えると、全部一気にやってしまうのが、一番本当は良いものができるし、問題が少なく済むような気がするんですけど。やっぱり延床面積は、もう少し検討する必要があるのかもしれないですね。いろいろな機械が大型化してくると入らなくなってくるし、それから、検査の件数が増えてくると1つでは足りなくなってきたら、新しい機械が入ってきたとき、今後どういうのができるか分かりませんが、そういうものも一応入れることを考えると、ちょっと少ないような気がすることもあります。その辺、いかがでしょうか。</p> <p>病院の先生方の方では今、動線の問題とかありますか。あるいは、小川さん辺りからも、この間も動線の話があったと言っていましたけれど、いかがですか。</p>
小川委員	はい、ただ今の手島先生のおっしゃられるとおりだと思います。やはり看護業務をする中では、患者さんの搬送だとか、それからモノを搬入するルートだとか、いろんな意味で動線がとても重要だということと、そ

れから倉庫です。物品がたくさんあります倉庫はどう配置するかとか、色々あるのですが、いずれにしても、A案もB案も一番心配するのは、周産期母子医療センターが相当主たる機能のところから離れてしまうので、特にB案は周産期母子医療センターと検査部門、それから手術部門が管理棟を挟んで相当離れてしまうと、我々としても赤ちゃんたちにも問題が出てくるんじゃないのかなというふうには考えております。それとC案だと、逆に今まであった感染病棟、結核病棟、諸々全部が大まかに集約されているふうに見えるのですが、果たしてそれは、先ほど富田先生からもありましたように、どの機能までをここに入れるのかというのがまだ具体的に煮詰められていないようなので、どの機能もメリット・デメリットを考えながら、もう少し検討していく必要があるというふうには感じております。

水谷委員長

他にご意見、ございますでしょうか。はい、富田委員。

富田委員

病院の経営という軸から見ると、A案とかB案とかというのは確かに健全な策ではあるんです。一旦、10 数年たって見直してという形なのと、やはり病院側の経営からして、一度に改修するということにはかなりの経営上の負担がかかるという意味では、A案とB案とか一旦というのは一般的には健全な形だとは思いますが、さいたま市立病院を見ますと、どうも 10 数年おきに見直したという経緯があまりなくて、しばらく置いておいたというか、しばらく置いておくと、機能がどんどん劣化していくという大変なのですが、そうするとどこかでグッとやらなきゃならないところがやはり出てくる。それからもし今後、これが終わった後に考えるとすると、やはり 10 数年置きに見直せるような形をどこか作っておかなくてはいけないと思います。昭和の終りぐらいにやっていますから、20 年ぐらいおそらく大きな投資をしてこなかったということに、今回のツケが来ていて、ある程度まとまったことをしないと、今後 30 年後までの機能が持たないだろうという意味で、A案B案の方が不安に感じます。

それと、その機能もそうですし、80代90代の高齢者がいるとなると、看護師、医師だけでは済まなくて、介護とかいろんな機能が入ってくるとみると、非常に機能が落ちていくというか、そういう意味で、これから、急性期病院がどんどん厳しくなる中で、本当にやっていけるのかというところが心配です。

あと、財政的なこと、さいたま市のお考えがあるのであまり色々と言えませんが、余裕があるならば、今回思い切っておやりになるということで、生き残りといいますか、体力強化というか、そういう見方も必要だろうと思います。

<p>水谷委員長</p> <p>伊関委員</p> <p>水谷委員長</p>	<p>はい、他にご意見はございませんでしょうか。よろしいでしょうか。大体、意見は出尽くしたような気がします。</p> <p>これは箱の形が書いてあるだけなので、それ以上のことがここからは読み取れないと思いますし、それから、先ほどの小川委員から話がありましたように、感染症病棟とか結核病棟は今後残るわけですから、それも本体と一緒にいいのかどうなのかという、いろんな方法があるとは思いますが、市民の感情としてはどうかということも含めて、お考えいただいた方が私はいいかと思います。</p> <p>感染症棟は最新の病院の状況を見て、その流れに、やはりちゃんとしておいた方がいいと思います。大体、建物の中にきちっと陰圧装置を作って、分離した形で運営しているのが多いので、逆に別棟を建てる方があまり見ないかなという感じはしています。</p> <p>今も、一応、感染症病棟はそういうような扱いになっていると思いますので、それでいいのかなとは思いますが。あとは、でも、その辺の市民感情もあるかもしれないし、いろんな皆様のご意見もあると思いますけれど、他にございますでしょうか。</p>
<p>2 議事 (3)その他 水谷委員長</p> <p>(事務局)工藤庶務課長</p>	<p>そうしましたら、議案が大体終わりましたけれど、その他、事務局から何かございますでしょうか。</p> <p>それでは、次回の日程でございますけれども、第4回の会議となります。今現在は、3月頃を予定しております、これが終了しましたら、各委員の皆様方に、私の方から、ご相談させていただきたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。</p>
<p>3 閉会 水谷委員長</p>	<p>はい、ありがとうございました。それでは、本日の議事は以上を持ってすべて終了いたしました。委員の皆様、ご協力ありがとうございました。本日はこれで終了させていただきます。次回また、よろしくお願いいたします。今日はどうもありがとうございました。</p>