

松戸市立病院建替計画検討委員会会議記録

1 日 時 平成22年12月2日(木) 15時30分 開会

2 場 所 松戸市中央保健福祉センター地下会議室

3 出席委員

委員長	山浦 晶
副委員長	伊関 友伸
委員	岩堀 幸司
委員	山口 卓秀
委員	窪田 芙美子
委員	谷川 正人
委員	田村 建弘
委員	植村 研一
委員	江原 正明
委員	岩井 直路

4 傍聴者 日刊建設工業新聞、読売新聞、東京新聞、千葉日報、朝日新聞、日刊建設新聞、毎日新聞、建設通信新聞他10名

5 議 題

- 1) 現地建替え案について
- 2) 意見を聴く会について
- 3) その他

6 会議経過及び概要

山浦委員長

それでは時間ですので、第4回松戸市立病院建替計画検討委員会をこれから開始したいと思います。すでに4回を数えてしまったというわけですね。非常

に急ぎ足でやってきたという感じがいたします。お集まりいただきましてありがとうございます。

本日は 2 つの議題を用意してありますけども、皆さんのお手元にあるのは現地建替え案についてが 1、意見を聴く会についてが 2 となっておりますけれども、議題の順番を変えさせていただきたいと思います。最初に意見を聴く会について、その後、時間を十分にとって現地建替え案についてというふうに進めたいと思っております。

資料について確認していただけますか。

病院建設事務局職員

それではお手元の資料のご確認をさせていただきます。まず議事次第が一部と、こちら A3 版のコンサルタントからの資料で建替え案の資料です。それと松戸市医師会からの提出資料が、松戸市の高齢化と医療需要というタイトルのものが一部、それと今日ご欠席の高橋委員からの意見の書類が一部、以上でございます。不足がございましたらお持ちいたしますが、大丈夫でしょうか。よろしいでしょうか。

1) 意見を聴く会について

山浦委員長

それでは資料を確認していただきました。今日の議題の最初に意見を聴く会について、伊関委員の方から報告を受けたいと思います。どうぞ。

伊関副委員長

前回の委員会の終了後、意見を聴く会部会を開催させていただきました。そこで議論があったことについて、ご報告させていただきます。部会では、意見を聴く会の発言者の抽選方法や流れについて協議をしました。お手元の資料、

意見を聴く会概要の方を見ていただきたいと思いますのですけれども、これは前日も説明させていただいた資料です。意見を聴く会は、12月12日日曜日、午後2時から5時半くらいまでの開催を予定しています。会場は市役所の議会棟3階特別委員会室で、対象は市内在住の定員40人という形で行います。発言については1人あたり3分で、意見についての質疑応答は行いません。傍聴者については、当日会場に会場に来ていただければ、傍聴は可能です。発言者の決定及び連絡については、発言することが決定した方には、発言の順番、発言の時間帯を通知して、抽選が行われた場合は落選者には落選した旨を通知する。こういう内容については部会の方で確認をいたしました。その上で、現時点での応募状況が31人。これは締め切っておりますので、31人、男性22人、女性9人で基本的には確定ですが、この後部会で確認をしようと思っておりますのですけれども、期限の後に、これは応募が正午必着だったのですけれども午後1名ファックスで申し入れがありましたので、この方を発言者に入れるかどうかについて、この後に開く部会で決定していきたいと思っております。属性としては、平均年齢66歳で、最年少が38歳、最高齢は80歳という形で応募をいただいております。

意見を聴く会の流れとしては、発言者市民31人の他にですね、医師会の方から医師2名、市立病院の方から医療関係者3名を別途に発言をいただくという形で行う予定です。

あとは、進行としては2時に開会がありまして、私の方からご挨拶させていただきます。その後進行の説明をして、基本的には3部に分かれて、だいたい人数を調整しながら発表をしていただく予定です。最後に挨拶を私の方でさせていただきます予定です。発言は3分ですので、3分を喋ってそれで入れ替えが1分で1人あたり4分程度の時間になると思います。発言者の方は氏名を言っていただいて、意見を発表していただく形になります。事務局は2分30秒で終了予告と、3分の終了をベルで知らせる形できちっと時間は切っていきたいと思っております。質疑応答等を行わないという形になります。

部会では応募人数が多くて抽選に漏れた場合、意見を委員会に提出できるようにするなどの措置を取って欲しいというような意見がありました。これについては31名ないし32名ですので、こういう措置は取らなくても良いと思いま

すが、別途この意見を聴く会をこの 1 回だけで終わらせるのではなく、機会を捉えて市民の意見を聴く形も必要ではないかというご意見がありました。そのことについては報告をさせていただきます。以上のような形で部会の方は行われておりました。

山浦委員長

ありがとうございました。意見を聴く会部会の報告ですけれども、何かご質問ございますか。

山口委員

大方よろしいかと思うんですけども、秩序維持の方法について、ルールをきちっと明確化して皆様にお伝えいたしたいと思います。傍聴者、あるいは発言を控えている人、発言を終了した人、発言者に圧力を加えたり又は明確な賛意を示すとかいうような行動は、決してしないでいただくという、この委員会の傍聴のルールと同じようなものですね。そういうことをきちっと作って、それを明示していただきたいと要望いたします。

伊関副委員長

承りました。

山浦委員長

他によろしいでしょうか。それでは伊関副委員長よろしく願いいたします。意見を聴く会についてはここまでにしまして、早速現地建替え案について議題を進めたいと思います。

2) 現地建替え案について

山浦委員長

それで今日はアイテックの方から 2 回目の説明を受けられると思うのですが、その前に第 3 回、つまり前回の時に非常にいいディスカッションが行われました。それで今日、アイテックの説明を聞く前に、もう一度キーワード程度に思い出しておきたいと思います。

第 3 回、前回の時に、江原先生から非常にわかり易い説明がありました。救命救急センターを維持するためには、非常に多くの診療科が必要なんだと。それで 600 床が必要だということを説明されて、その他さまざまな理由が述べられましたけれども、周産期母子医療センターの役割、それから県内のいずれの救命救急センターを見ましても、600 床クラスの病院ばかりであって、それはリストで示されたと思うのですが、例外が一つだけありまして、船橋医療センター、それ以外は全部 600 床クラスであって、船橋医療センターは小児については比較的に行っているんで、446 床ぐらいで済むだろうというご説明がありました。

それからさらに説明を続けられまして、平均在院日数が現在、市立病院は 13 日だそうですけれども、これはもっと短くなり得る。つまり病床の回転を速くすることができる。そのためには長期滞在者の受け取り先を確保したいということです。ここも後に重要になってくるかと思います。

それから自治体病院だからといって不採算性の部門ばかりやるのでは財政はうまくいかない。採算部門も必要なんだというご説明でした。自治体病院として黒字になるためには大体 500 床以上のベッドが必要であるということもお話にありました。それから将来の発展についても述べられていますが、将来、外来化学療法、外来で行うがんの治療ですね。それから急性期リハビリテーション、アメニティの問題、今日、皆さんで病院を見学しましたが、アメニティについても格段の改善が欲しいなという印象を持たれたのではないかと思います。それから必要な医療機器をもう少し揃えたいというような将来に関する希望がありました。発言者は異なったと思うのですが、現在市立病院にあるのは MRI が 1 台、血管撮影機が 1 台、これがメンテナンスに入りますと、その間 1 週間かかるそうですけど、手術の計画が立たない。経営にも影響すると

いうお話がありました。もう少しスペースが欲しいということですね。

それから将来を考えると、高齢者の増加によって患者さんも増えてくるとい
うお話もあって、いずれも将来は最低 600 床は確保したいというご意見であり
ました。その一方では建て替えをきっかけにして、病床数をある程度減らすよ
うな努力も必要ではないか、回転数を増やすとか医療効率を上げるとか、そう
いった手段でもってベッドを減らすような努力も必要であるというご意見もあ
りました。

それから現在看護師さんは足りないんだけど、将来は大丈夫なのですか
という意見。それから医師数は世界的に日本は少ない。特に千葉県は、OECD
の半分しか医師がいませんけれども、本当に 600 床を満たすだけの医師が来て
くれるのでしょうかというようなご意見。それから限られた財源ですから、や
りくりというのは絶対必要なんですね。経営についても深刻に考えるべきだ
というご意見もありました。それから 600 床という前に、全てを市立病院が引き
受けたらこれはパンクなんだと。ですから地域の連携が是非とも必要ではない
かというご意見もありました。

こういった意見を踏まえまして、今日アイテックからまた説明を受けるわけ
ですけれども、第 3 回の、前回の時には、現在ある病院の機能は、確保したい
というのはほとんど全員のお考えだったと思います。そのために 600 床が絶対
必要なのかということについてはもう少し議論が必要であろうと。それが第 3
回のまとめということであろうかと思いますが、このような第 3 回、前回のデ
ィスカッションを踏まえまして、アイテックの話を聴きました。そしてアイテ
ックに対してはいろんな、具体的な質問が出たんですけれども、それについて
は今日レビューを行いませんで、それらの質疑応答の事項をお持ち帰りになっ
たアイテックの説明に入っていきたいと思います。

それでは第 3 回におけるディスカッションを踏まえまして、今日は新しいア
イテックの説明をいただければと思いますが、その前に、欠席者から文書で出
ているご意見と山口先生からの資料について、事務局の方からお願いします。

病院建設事務局長

高橋委員の方から、松戸市立病院建替計画検討委員会で示された松戸市立病院の検討建替え案に対する意見等についてということで、意見が提示されておりますので、ここで朗読させていただきます。

1. 医療法関係について

- 病院は、規模や特殊性に関わらず、医療法で基準や必要設備が規定されており、建替工事期間中であっても外来診療や入院患者の受入れを継続する以上は、原則としてこれらの基準を全て満たすことが求められます。

例として、

- ・ 工事期間中に手術室が使用できない期間は、外科系の診療科目の標榜を一旦取り消し、工事完了・検査終了後に改めて標榜することになる。
(産婦人科を標榜する場合の分娩施設も同様の取扱い)
 - ・ 法定設備の一部である消毒施設や厨房は、当該施設を休止する期間を外部委託により対応することは可能である。
- 平成13年3月1日に施行された医療法の改正に伴い、構造設備基準に関する経過措置が適用されている病室の床面積や廊下幅は、建替えによる工事完了後の施設においては認められません。
 - 手術部門や病棟部門等が公道等を隔てて位置する場合は、医療施設全体で一体性を確保する必要があるため、原則として渡り廊下等を設けて接続しなければなりません。そのうえで、患者の利用することのない事務部門については、個別に判断されます。

平成17年7月1日付けの厚生労働省の通知で、渡り廊下等を設けなくても医療機関としての一体性があると認められるための要件が示されていますが、当該要件を満たすか否かは利用する患者の病態や施設の機能等諸要素を総合的に考慮し、個別具体的な判断を行うこととなります。

- 医療法上、工事の施工方法に係る規定はありませんが、工事期間中の入院患者等への環境面（騒音や振動など）や衛生面（院内感染やアスベストなど）の影響について、十分に検討し配慮することが必要と考えます。

2 許可病床の取扱いについて

- 建替計画に伴い、構造設備や許可病床数に変更が生じる場合は、医療法第7条の規定に基づき、変更許可を受ける必要があります。

今回の事案のように複数の病棟の構造設備を変更する場合は、以下の2つの手続き方法が考えられます。

(1) 工程（病棟単位等）ごとに変更許可を受け、使用前検査（使用許可）を受ける方法。

この場合は、工事期間中、工程（申請）ごとに変更前（着工前）及び変更後（工事完了後）の変更内容について許可を受ける必要があります。

ある工程（申請）で病床を減床させる場合は、許可病床数の変更となります。その後の工程において、病床を増床させる必要がある場合は、医療圏の中で病床配分の調整を行うこととなり、病床配分を受けた段階で増床の許可が必要となります。

(2) 建替計画全体を1度の変更許可で受け、工程ごとに使用前検査（使用許可）を受ける方法。

申請段階において、建替工事に伴う変更内容の全て（全工程の最終局面まで）が確定しており、工程を分断する期間が発生しない場合は、1度の変更許可申請として許可を受けることも差し支えありません。

なお、変更許可における変更後の病床数は、工事期間中の稼働状況の如何にかかわらず、工事完了後の病床数（減床の場合に限る）となります。

3. 医療機能及び規模について

- 今後の検討において、検討建替え案は工事期間が長期間にわたること、工事期間中に病床数が減少することから、診療機能の維持や患者・医療従事者・近隣医療機関等への影響について十分な検討が必要と考えます。

以上でございます。

山浦委員長

はい、ありがとうございました。ただいまのは、今日欠席された高橋委員からの文書による意見の提示でございます。これは議事次第に添付されています。それから、このような問題を速やかに朗読しても頭に入らないかもしれませんが、やむをえません。次に山口委員の方からのご意見をお願いします。

山口委員

今回は 2 ページだけでございます。2 ページ目はグラフで、これを見ながら文章を読んでいただければいいのですけれども、まずは、千葉県というのは全国的にも非常に特異的な県であると。変わった県です。全国で 6 番目に現在は若いのですが、なぜ若いかということと出生率が高かったというわけではないんですね。ベッドタウンとして、いわゆる団塊の世代、働き盛りの人が過去に非常に多く流入したために、次のページにあるようにものすごい勢いで人口が増加しました。埼玉県に次いで第 2 位でございます。そういう方たちの、働き盛りの方たちが 30 年経過いたしまして、高齢化がとてつもない速さで進んでいます。

一方、医療資源の方ということを見ますと、千葉県というのはどういう指標をとっても下から 2 番目から 3 番目です。非常に医療資源が乏しい県でございます。それなのになんでやっていけたかといえば、それは今まで病気にならない若い人達が多かったということですね。ところがこのグラフでも判りますように、非常に激烈に増加した人口がとてつもない速さで高齢化いたしますので、医療需要が激増するということですね。

前回も少しグラフを示しました。松戸市だけのグラフでございました。2005 年と比較しますと、一番ピークとなります 2030 年頃の入院需要というのが、千葉市がやはりベッドタウンですが、1.3 倍、松戸市は 1.6 倍であると。千葉県というのは全国でも突出しているんだけど、その突出が松戸市を含むこの東葛地区では全国的にも全く突出して高齢化、医療需要の急増というのがあるということです。そういうことを頭に入れておかなければならない。

第二は、先ほど申し上げたように、千葉県、もちろん東葛地域もそうでございますが、人口当たりでいうと医療資源というのは非常に乏しいものでございます。ということで、新市立病院が何年かして建った時には、すでにもう医療需要がとてつもなく増えてしまっているということでございます。以上です。

山浦委員長

ありがとうございました。

伊関副委員長

後でこのスライドは別途提出しますが、パワーポイントを繋いでもらいたいのですけれども。私自身も新しい松戸市立病院の病床数は、600床か、550床かで悩むんですが、松戸市の将来の高齢者の増というのは、ものすごい数字になります。グラフで見てくださいと思います。私は、データを見ると、将来は、正直600床でも足りなくなる可能性もあると考えています。病院の建築は、将来の拡張の可能性も踏まえていかなければならないと考えます。

(スライド表示の準備中)

山浦委員長

今伊関委員は準備中なのですけれども、山口委員の説明は、医療資源が非常に乏しいというお話だったんです。それでこのペーパーではですね、病院数が少ない、それから診療所の数が少ない、病床数が少ないという文書でございます。さらに加えて、医師数も千葉県は全国でワースト3ですね。看護師がワースト2から3になったんではしたかね。

山口委員

だいたいどんな数字をとっても、下から3番目です。

山浦委員長

非常に少ない医療資源で我々将来やっていかななくてはならない。と同時にですね、高齢者の増加率が非常に激しい。特に松戸市では1.6倍になるというようなお話でした。さらにその点について伊関先生が今高齢者の増加の具合を表現しようとしているわけです。

谷川委員

山浦先生、ちょっと質問なんです、伊関先生と山口先生がおっしゃっていた増加率というのは、ようするに高齢者で慢性期医療という、それに対するべ

ッド数が必要になるということですか。

山口委員

違います。入院数ですから、急性期とは限りません。高齢者というのはですね、若い人は心筋梗塞や脳卒中、こういうものを起こしませんし、例えば整形外科的な疾患も起こさないわけでございます。あとは事故といっても、例えば交通事故というのは結構老人が多いんです。そういうことで、老人の急性期医療ということは非常に多いのです。慢性期医療も含めてでございますけれども、急性期医療が激増するであろうということは考えられます。

伊関副委員長

今日作ったデータは、国立社会保障・人口問題研究所が、前の国勢調査に基づいて作った全国の都道府県と市町村の将来人口推計を見やすくしたグラフです。そもそも都道府県レベルでいくと、首都圏の1都3県はものすごく高齢者が増えます。少ない棒グラフが2010年レベルの75歳以上の高齢者です。増加した棒グラフが2035年レベルの75歳以上の高齢者です。1都3県の2035年の75歳以上の高齢者数が、約599万人、ちょうど千葉県と同じぐらいの人口となります。2010年の75歳以上の高齢者から278万人、ほぼ倍増します。

これは、千葉県の2005年の5歳別の人口グラフです。左が男性、右が女性、0～4歳から始まって5歳ごとの年齢ごとにグラフになっています。年が経つごとに高齢者が増えていきます。2020年には、90歳以上の高齢者は8万人くらいいます。2025年は10万人近くになります。2030年は10万人を超える。2035年は15万人近くになります。

松戸市について見てみると、85歳以上の高齢者について、2015年になると1万人近くになります。2020年になると、1万人を超えます。2025年になると、1万5千人を超え、2030年になると、2万人を超えてきます。2035年には2万5千人を超えてくる。

人口推計上、高齢者が増えてくるのは、確実なので、高齢者の、一定の急性期の医療は必要と考えます。2035年における医療がどのようなものになるか、

正直、私は予想がつかないのですけれども、少なくとも 600 床で足りない可能性もあるので、病院の拡張可能性があることが、新病院については最低限必要と考えます。当面でいくと、600 床は過大かもしれないと思いますが、10 年くらいのスパンで見ていくともう 2020 年には今の高齢者の倍近くになるわけですね。高齢者の増加は考慮していく必要があると考えています。このデータは、後で資料として提出させていただきます。グラフの方が分かりやすいと思いましたが、紹介させていただきました。

山浦委員長

先生、あのピークは何のピークですか。2つのピークが見えますね。

伊関副委員長

これは、第一次ベビーブーム世代、いわゆる団塊の世代の人たちと、その子どもたちの第二次ベビーブーム世代です。この第一次ベビーブーム世代の方々が本格的な高齢者になりますから、この団塊の世代の方々が、年を取ってくるだけで、救急のニーズがものすごく増えてくるだろうと言われていています。団塊の世代の方々の高齢化に対しての十分な対応をしておくということは必要だと思います。

山浦委員長

ありがとうございました。非常に重要なデータ示してくれましたけれども、一方では病院の寿命ということについて、岩堀委員から一言いただければ。どのくらいのスパンで考えなければいけないかということですね。

岩堀委員

寿命という意味は、建物の物理的な寿命という意味と、機能的な寿命といういろいろあると思うんですね。建物の物理的な寿命という意味では、基本的には、例えば建物を構成している梁とか柱とかいうコンクリートの寿命に基本的に関係する部分と、それはだいたい 45 年とか 50 年とか、最近 100 年建築とかいっ

ていますので、そういうスパンで寿命という意味では捉えることができる場合もあると思うのですが、一方で病院はいろいろな機能がですね、変化したり、増えていたり、場合によっては最近では減っていきますので、そういう社会的な意味、あるいは、機能的な意味での寿命というのを、考えなくてはならないと思うんですね。

で今日、時間をかけて見させていただきましたが、増築、増築してきますので、やはりいかにせん使いにくくなっていますので、動線も非常に複雑になって、今日見ていただいただけでも私と委員長先生と、まあ迷ったとは言いませんが、皆さんと遅れてしまったりしました。そういう意味では、以前の国立医療・病院管理研究所で調査したのが、10年前のデータでもってちょっと古いんですけど、だいたい30年経つと機能的な寿命がきて、大幅な改修とか改築がされているというふうな結果的な数字があります。簡単ですけど、そんなところですよ。

山浦委員長

ありがとうございました。機能的な面と、あるいは医学の進歩等によってですね、だいたい20年から30年が機能の寿命と考えなければいけない。一方では、伊関委員が示されたようにものすごい高齢化、それから患者さんの増加が見込まれるということで、それも第3回のいろいろな意見が出ましたけれど、それに加えて頭に置いて、アイテックさんの話を聴きたいと思います。どうぞよろしくお願いします。

今日はA・B・Cについて全部説明されるのですか。

コンサルティング業者

いえ、今日は、要約版と、あと地下の駐車場の件のコメントがメインでございますので、約15分もあれば、お話しできると思います。

今日は、前回説明しました建替え案A・B・Cの3つの案ですが、その特徴と課題を中心に要約版をつくってまいりました。それが1枚目でございます。そして2枚目に地下駐車場についての検討案も作成してまいりました。この2枚の

ペーパーを中心に話ししたいと思います。検討委員の皆様には、前回同様、これら 3 案について再度協議して頂きまして、1 案に絞っていただければ、次回の検討委員会では、さらに平面ゾーニング関係のレベルまで、展開させていきたいと考えております。

それでは別冊資料「検討建替案の計画と課題（要約版）」をご覧ください。

前回説明した 3 つの検討案の中で、さらに項目「概算コスト」を加え、更に「特徴」と「課題」という項目を設けました。この 2 つの項目を中心に説明いたします。その前に、建替え計画の前提という項目がございます。前回は 1 番目から 4 番目の項目を挙げさせていただきましたが、今回は 5 番目も入れております。この 5 番目の項目は、工事期間中は現状の床面積をキープすることを、まずは最大の目標であろうと思ひまして、それを念頭に入れているという内容でございます。それと下の※印です。これは、概算コストの変更が今後出てくるかと思ひます。各部門の機能・仕様など未確定要素がまだございます。そのために但し書きを書かさせていただきました。

それでは早速 A 案を説明いたします。内容と建替え順序は、前回説明しましたので割愛させていただきます。工事工期は約 6 年です。前回の資料では 5.5 年で行っていただきました。再度詳細を確認いたしまして半年ほど延ばしました。概算コストは 110 億円程度でございます。病床数は前回と変わっておりません。

A 案の特徴の欄でございます。コストの面は、B 案・C 案と比較しましてコストが抑えられます。工期に関しましては、医師住宅の移転・解体撤去が無い分だけ工期が短縮されるというメリットがあります。構造は、耐震性が低い 1 号館から工事しますので、先に解体ができるということです。

次の A 案の課題です。「コスト」と「工期」の欄は、1 号館を半分ずつ工事しますので、当然コスト・工期共に増えてまいります。「配置」と「動線」の項目は、特に配置計画についてご説明します。パワーポイントをご覧ください。I 期工事の段階の 1 号館(西)の産科病棟を別途確保する必要があるという内容を大きく表示しました。この 2 階部分の産科病棟を移動しない限り、西側の解体が出来ないということですので、仮設建物を設置するか、他の病棟を産科病棟に改修する必要があるということでございます。工事期間中は、新 6 号館と新 1

号館(西)、それと既存 3 号館が物理的に約 60m 離れています。近接すべき ICU・救急部門と既存の 3 号館の手術部門の連携が難しいということです。病院機能としての問題が発生するとすれば、この物理的な距離でございます。表に戻っていただいて、構造の項目についてお話しします。こちらは構造補強が発生するということです。そして、工事の項目を加えました。こちらは 2 号館に既存遡及の問題が発生するということでございます。この既存遡及とは何かと言いますと、建物を増改築する際に、直接接続される既存建物部分も現法規の基準に合わせるということでございます。ですから、A 案では旧耐震基準の 2 号館が接続されますので、様々な改修工事が 2 号館に発生します。例えば、EV の防煙区画や、病室の 114 条の天井裏の壁面立ち上げ、構造補強などが発生致します。建物内部を触る改修工事に発展しますので、大変困難な工事になると予測されます。

それでは次の B 案を説明致します。B 案の内容と建替え手順について、こちらも A 案と同じですが、種地が 2 ヶ所となるため延べ面積が大きくなります。そこで I 期工事では、新 6 号館と新 7 号館が両サイドに建設されます。次の II 期工事と III 期工事は、A 案と同じように増改築されていくという流れでございます。それを踏まえまして、工事の工期は約 6.5 年になります。概算コストは、新 7 号館を建設しますので 120 億円程度と、A 案よりは 10 億ほどアップいたします。病床数は前回と変わっておりません。

B 案の課題と特徴。こちらもパワーポイントを作ってまいりました。2 号館の管理部門を病棟に改修してきますので、A 案よりは多くの病床数が確保できます。I 期工事の段階で 2 号館を改修することで新たにそこに産科病棟が確保できるということです。管理部門が出来て、そこに 2 号館管理部門を移動したことによって産科病棟のスペースが出来るという玉突き論理でございます。ただし、工事中の件で、B 案も先ほどの約 60m 離れるという物理的な距離の話は変わりません。産科病棟の解決はございますが、検討すべき課題はまだ残されているということでございます。

最後に C 案を説明致します。建替えの手順は前回と同じでございますので割愛します。工事工期は約 6 年で、概算コストは 135 億円程度と見ております。

病床数は前回と変わっておりません。

C 案の特徴としまして特に「配置」の項目。床面積が大きく確保できること
によって 610 床も十分確保できるということが挙げられます。病院の核となる
中央診療部門の入る 3 号館に隣接していますので、新 2 号館を先行して建設す
ると、病院機能に問題は生じないということでございます。そして、新 2 号館
が既存 3 号館に隣接して新築される為に、救急、ICU と手術・中央診療の既存
部分との距離が短縮されると言いますか、隣同士になるということございま
す。それでは A3 版の表に戻りまして、「工期」と「構造」の欄をご覧ください。

1 号館の解体工事を一気に行いますので、構造補強の工事も発生いたしません。
1 号館の建替えの工期と、そのコストが軽減されるわけです。それと先ほどお話
しました旧耐震の 2 号館から 1 号館への建替えとなりますので、新 1 号館・新 2
号館共に耐震性能が確保されるということです。そして将来対応のスペースも 4
号館に確保できるというメリットもあります。

C 案の課題として 3 つあげました。特に「配置」でございます。新 6 号館の
地下に RI の測定室と 3 号館の中央診療部門が離れるのではないかと
ございまして。この物理的な距離の対策として、口頭ではありますが 2 号館と 3
号館の間に準備工事として RI 部門を先行して建設するという考え方はござい
ます。これによって 3 号館地下のリニアック関係と隣接されて、より使いやす
い平面計画が目指せると思っております。次の「工期」です。工期に関しまし
ては、C 案は 2 号館の先行建替え案ということで A・B 案とは違っております。
しばらく現 1 号館を継続利用しなければいけないということは物理的なお話で
ございます。

以上、A・B・C3 案についてまとめてまいりました。

それでは、引き続き次のページ「地下駐車場検討資料」をご覧ください。前回
の委員会にて、地下駐車場の容積率 1/5 緩和に関する内容を口頭で説明いたし
ましたが、一部誤解を招いた点がございましたので、ここで改めて説明した方
がよろしいかと思ひまして作りました。

まずは上部の[地下駐車場部分の容積率の緩和]を説明致します。容積率を算定
する際に、地下駐車場部分は延べ面積の 1/5 を限度に延べ面積に算入されない

という建築基準法上の緩和規制がございます。これを今回の敷地面積に当てはめると約 13,500 m²、容積率が 300%ですので、最大で数字上床面積 40,500 m²を建設できることとなります。この最大 40,500 m²を建設して、さらに加えて、容積率の床面積に算入されない、つまり 1/5 緩和の床面積は 10,125 m²という数字となります。ですから 1/5 を越えてしまうと容積率の対象の床面積に入ってしまうという懸念があるというわけでございます。

ですから、この条文を考えまして、この 1/5 容積率緩和を各案に当てはめたのが中央の表でございます。この中段の欄は、現在、西側の車椅子駐車場の約 20 台分を、地下駐車場として補完する案でございます。そうしますと各案共に床面積は約 1,000 m²と換算しまして、約 2.5 億円のコストがアップいたします。

次に一番下段をご覧ください。容積の対象とならない最大の床面積だけを、地下駐車場として利用した場合の検討欄でございます。A 案ですと最大で約 9,100 m²、約 190 台が確保できるだろうと思っております。ただし地下 4 階となりますのでコストは 23 億円ほどアップします。B 案は建設される床面積・地下駐車場共に A 案と同じでございます。そして、C 案は最大で約 9,800 m²、約 200 台となります。地下 3 階ですが、面積が増えますので、コストは 24 億円ほどアップいたします。いずれの案も、地下に駐車場を設けるということは、大幅な見えないところでコストアップがなされるということでございます。これを簡単にまとめてまいりました。

資料の 3 ページから 5 ページは前回と同じでございますので割愛いたします。簡単ではございますが、以上でございます。ありがとうございました。

山浦委員長

ありがとうございました。

最も重要なところは、2 枚目の下の方に書いてある課題のところではないかと思いますが、A 案では産科の病棟がなくなってしまう、それから、救急と ICU が手術場から 60 メートルの距離にあるということですね。遠いということ。あるいは、分断されてしまうと考えていいか。

コンサルティング業者

建て替えの手順から言うと、工事期間中はどうしても物理的な距離が発生してしまいます。これが一番、現地建て替え工事の難しさです。

山浦委員長

そのことにつきましては、先ほど病院の中を見学した時にも話に出ておりました、現実にはここここが分断されるということを目で見てきたわけですね。それが A 案。B 案についても、同じところは悩みは残るわけですね。

コンサルティング業者

そうですね。

山浦委員長

救急、ICU と手術場が分断されるということ。それは、C 案にはないと。

コンサルティング業者

はい。そうです。

山浦委員長

病院の機能としては、この辺が一番重要なところなんですけれども。そういったことで、手術場に関する問題は、C 案がベターであろうと。ベストとは言わないですけれども。A 案、B 案に比べてその点についてベターであろうと言っているかと思えます。それから、C 案について見てますが、工期は 6 年。それから、135 億。つまり、身障者用の駐車場と一般用の駐車場を設けますと、プラス 26.5 億になるわけですね。ですから、160 億くらいのコストになると考えなければいけない。しかし、出来上がった時は 610 床確保できますということです。前回も説明を受けましたし、今回の説明で強調すべきところはその辺かなと思います。委員の中から、アイテックに対して質問があれば、どうぞ。

谷川委員

C案の特徴についてですが、今話のあった1ページ目で、多くの将来対応スペースを確保できるというところについて、先ほど4号館などでとおっしゃいましたけれども、もう少し具体的に教えていただけますか。

コンサルティング業者

手元のペーパーですと5ページ目になります。C案の竣工時、一番下の段ですね。その4号館というところがございます。(スクリーンにてパワーポイントを示す)これが大きくしたところなのですが、前回お出ししたのは、ここが全て将来対応スペースとして、空きスペースになるというお話を致しました。前回のご指摘の中で、管理、特に更衣と当直、こちらの部分に関して、別敷地では物理的距離があって駄目よというご指摘がございましたので、このフロア全てが当直、更衣という話にはなりませんけれども、ここの部分、これからの計画を考えることによって、この4号館が将来の対応スペース、そして、うまい具合にローテーションを組むことによって、その4号館を新しい次期の種地のスペースと考えました。

谷川委員

わかりました。要するに、先ほど私少し話しましたけれども、将来の病床数が増床する時にはという風に思ってよろしいわけですね。他を建て替える時にそこを潰してとか。

コンサルティング業者

そうです。種地として確保しておきたいということがまず一つです。

それと、610床が将来どのような形で変化するか判りません。病院の機能の寿命のお話、特に中央診療部のX線関係とかそういったものの日進月歩の技術に対して対応できるスペースを確保していきたいという意味もございます。今は特段限定はしておりません。

谷川委員

もう一つ続けてよろしいですか。今すぐに疑問を持ったのが、4号館、将来対応スペースのC案です。前回の委員会の時に、A案520床、B案540床、C案610床ということで、最初から500から600床程度のベッド数の規模の病院の提案をアイテックさんはされましたけれども、これらの病床数での提案理由は、例えば減らすことも可能だから幅を持たせたということなのか、あるいは松戸市から今回の依頼を受けた時に何か指示があったのでしょうか。何故伺いたいかというと、前回の委員会で、規模については、松戸市医師会の山口委員から説明があって、医師会の立場としては600床ということはわかったのですが、財源のことも考えると減らすことも当然視野に入れなくてはいけないので、疑問点というか不安な点として、520床で大丈夫なのかな、610床で本当に大丈夫なのかなという思いがあります。それで何故まず520床が最低の病床数として提案されてきたのかを、これは素朴な疑問なのですが、教えて下さい。

コンサルティング業者

この数字は、結果でございます。

A案、B案、C案に関して、現地建て替えという中で、面積をまず確保すること、そしていかに効率よく機能的にできるかといったところから出てきた計画でございます。

そして、どの案も現状は613床でございますので、613床を全ての案で確保するという気持ちで計画してきました。

また、物理的なお話をしているように、種地があってそこで最大級のスペースを確保し、そこで、移転した後、古いものは壊していくという形の手順を踏んでいく。どうしても最終的な形として、まず1号館を造っていきましょう、2号館を造っていきましょうという手順を踏んでしまいますと、こういう結果になってしまうということです。なにも他意はございません。あくまでも、面積から出した素直な案でございます。

谷川委員

その点については、わかりました。あともう一つあるのですが、概算コストについて、私は伊関先生と岩堀先生の本を読ませていただいたのですが、色々な建て方、方式があって、30億くらいで見積りを出してきた建設費を17億くらいで約半分近くまで落とすことが可能であったと、条件等で色々なケースがあると思いますが、この場合、A案で110億、B案で120億、C案で135億と、全部地下駐車場を含んでませんですけども、これらの概算コストはかなりの確度、正確性の高い数字なんではないでしょうか。それとも、高くてこのくらいという数字なのではないでしょうか。

コンサルティング業者

これが一番難しい回答ですね。まず、概算コストとお話しするのは、設計の経験からお話しして、まずはこの程度の規模であろう、この程度の単価であろうという話を入れさせていただいております。建築的な仕様、スペックが確定して細やかに、無駄な部分をそぎ落とすという考え方がまず一つあります。そして、コストをよりシンプルにしていく。あとは、一般競争入札で、詰めて詰めて平米単価がここまで落ちたよという事例はあると思います。今出している金額は、あくまでも設計レベルでの単価と考えていただきたいと思います。

谷川委員

わかりました。

山浦委員長

極めて基本的なことですけども、現地建替えでこれだけのコストが見込まれるということですよ。それで、前回も質問したのですが、更地に610床の病院を建てるコストと、現地建替えを6年間かかって建てるコストと、どちらが安くできるのですか。それはあまり考えることもないと思うんですけども。6年間という年月は非常に長いです。その間いろいろな不自由はあるわけですけども、そちらの方が安くてよければもちろんそれを考えますね。だけど、私

は全くの素人ですけれども、こんな風にやった方が更地につくるのに比べてかかる費用は大きいのではないかと思うんです。その辺を大体でいいんです。常識を私はお尋ねしているので、多分こんな質問したら笑われるのではないかと思いながら質問しているのですけれども、いかがですか。

コンサルティング業者

確かに、何も無い更地に、条件がフリーで造るのが一番ベストだと思います。

山浦委員長

安くできますね。

コンサルティング業者

コストの話で、これもざっくりな話として、情報によりますと、新築で平米当たり 30 万円程度という話は伺ったことはございます。

岩堀委員

解説するわけではないですけれども、いろいろ難しくて、いろいろな数字があるんです。最近、平米いくらだというと、総務省は 30 万と言っています。国立病院機構は、ベッド当たり 2,000 万を越えたら経営が成り立たないということで、実態としては、1,600 万ぐらいから発注しています。1,600 万、1,800 万。ベッド当たりです。だけど、それはいろいろな病院の機能とかレベルにもよるわけです。回復期リハの病院ですと、それこそ 60 万台でもやっているところもいくらでもありますし。今のご質問の趣旨から言いますと、この概算には解体とかそういうことも含まれていますよね。

コンサルティング業者

はい、入っています。

岩堀委員

それを含めるのか含めないのかで、新築でしたら、一般的には新しい敷地に建てれば新築費用だけですので、比較するとしたら、現在の病院の撤去費用を含めるのか含めないのか、そういうこともあります。一般的に工期が長くなるとどうなるのかというご質問だとすると、工期が長くなれば施工者が現場でどういうことに費用がかかるのかということであると、施工者側の監理費は期間が長くなればなるほどかかるわけです。それも、月におそらく1,000万、2,000万の費用だと思いますので、やっぱりその分はどうしてもかかるだろうと。それから、いろいろな余分な費用、渡り廊下などの仮設のものが所々で出てきますので、それはかかるんだろうと思います。

コンサルティング業者

付け加えさせていただいてよろしいですか。

山浦委員長

追加の説明がありますか。

コンサルティング業者

はい。確かに、建て替えは非常に難しいお話だと思います。そういった中で、土地の取得が幾らかかるのかというのは前提にあるわけですね。新しい土地に建てることは、平米当たり30万円くらいで出来ますというお話なんですけど、前の土地の取得費としては、22億円かかりますという話がまずございます。まずそれが一つあるということです。

山浦委員長

ちょっとお待ちください。私がお尋ねしてるのは、この個別のケースではなくて、極めて一般的に考えてどうなのですかということです。素人が考えても、その場に作った方が安く上がるんじゃないかというのは大きな間違いじゃないのではないですかということを確認したかっただけです。もしそういったご意

見であれば、それまでで結構です。

これから皆さんのご意見を伺いますけれども、これからのディスカッションの方向として、いつまでもこの A 案、B 案、C 案について論じているわけにはいきません。その次に来ますのは、例えば、ある案について少し進めようとした時には、大体 6 年の間の収入についても我々は考えなくてはいけないんですね。それは非常に大きな問題です。減収になるというだけではなく、患者さんに対するサービスは低くなる。それから、私が心配していますのは、6 年間工事があれば、7 年目から元通りになれるかということ、そういった悩みもあるわけです。6 年間ずーっと押さえつけていたものが、7 年目にぽんと元に戻ってくれるとは思えない。段々段々戻るでしょうけれども。そういったことも考えますと、そろそろ委員の皆様にはこの 3 つの案の中から 1 つを絞る方向でディスカッションしていただきたい。それから、絞った場合に、こういったことをコンサルの方にお願ひしたいかということ、今私は減収について述べましたけれども、そういった具体的な要求についてお話していただければと思います。

田村委員

ちょっとすみません。その前に 1 点だけ確認させていただきたいことがあるんですけれども。今ここにあります工期ですが、地下駐車場を含まないということになっていきますけれども、逆に地下駐車場を含んだ場合、今の 6 年とか 6.5 年とかというのは、変わらないのか、どれくらい増えるのかというのは、どうでしょうか。例えば、それが深く掘削して 1 年増えます、2 年長くなりますということなのか、全体の工期の中で吸収できますということなのかお聞かせいただきたいと思います。

コンサルティング業者

各案、建設される面積は違いますが、概ね、本当に大概算ですが、1 年程度はプラスされます。まだ検討を進めてみないと判りませんが、その程度です。

伊関副委員長

C 案で、収益とかいろいろなことがあって 550 床にダウンすると、最終的に 1 号館の病床数を減らすことによってコストダウンを図れないかという発想もあると思うので、例えば、50 床減らすとどれくらいのコストが下がるのか。そんなには下がらないのか、結構下がるのか。そこを教えてください。

コンサルティング業者

具体的な数字は申し上げられません。これからこの案が採択された後、シミュレーションする予定であります。入院の診療単価に対して、どれだけ影響してくるのかどうか、何の科をどれだけ残していくのかを、外来もそうですし、入院もそうだというのがありますので、その辺は明日以降にシミュレーションする予定です。

それと、高橋委員さんからご指摘あった内容ですね、これもごもっともでございます。こういった部分も含めて、施設基準の取り方を含めて、シミュレーションしていく必要があると認識しております。

谷川委員

今、山浦委員長のおっしゃった提案で、A 案、B 案、C 案のどれかに絞ってということだったんですけれども、私は前回最初に参加させていただいた時から申し上げているのですが、経営とか建築コストとかもそれには入ってくるんですけれども、今日も見学をして、1 号館を絶対に建て替えなくてはならないなと痛感したんですけれども、先ほど ICU の部屋の横からローマ数字の II の現 1 号館の西側を壊さなくてはならないという解体の順番としてありますけれども、そういうことをやっていると、かなりコストがかかると思うんですね。前回の委員会から松戸市の財政というものもいろいろ見てみました。先ほど伊関先生が示された高齢化の速度もかなりびっくりしたんですが、松戸市の財政というのは本当にすごい状態だなというのがよくわかりまして、こういうことを言うと、山口先生からは一蹴されてしまうと思うんですけれども、例えば、最初に新 6 号館をタクシープールに建てて、極端な案ですけれども、II、III はも

うやらない。450 床だけにしておいて、それで、高齢化に見合うよう、その間に松戸市の財政ももっともっと力をつけていって、それから徐々に状況に合わせていく。その時に市民の理解も必要ですけれども、説明もしっかりしなければいけませんけれども、最初 450 床でやってみるといふ試案も示して頂きと思います。なんで 450 床という数字かと言いますと、システム環境研究所の提案がよくできてるなど私は見て思いましたので。別に 450 という数字にこだわられませんけれども、470 でも 420 でも 430 でもいいんですが、今の身の丈にあった松戸市の財政で毎年 20 億から 30 億近くの赤字を一般会計から補填しないようなところでやりくりできる規模のものを作っておく。それはベッドがいくつになるのかわからないですけれども、例えばタクシープールに建てる新 6 号館だけにしておく。そうすると 3 号館とはかなり距離がありますけれども、この現 1 号館を解体して、アイテックさんの前回の資料ですと北側には 3 階ぐらいまで建てられるんでよね。そこへただの廊下ではなくて、将来いろいろ代用できる設備を廊下とつながるといふ形で建設して、それでかなりぐっとコストを抑えるというような 1 つの案も私は欲しいです、検討案として。3 月までに答申を出さなくてははいけませんけれども、このままだとやはり 100 億を越えていくのではないかなという危惧がすごくありまして。ですから、最初はとりあえず今の松戸市の身の丈に合う 400 床台のベッド数、500 床を少し欠けるとか、それくらいの規模の病院にしておいて、それで徐々に 20 年後 30 年後に対応していくという考え方の案というのを求めたいのですが、いかがでしょうか。

山浦委員長

谷川委員は、経済状態はよくなるという風に期待しているわけですか。

谷川委員

いえ、なるべくかからないようにしておいて、やりくりしておいてということですね。

山浦委員長

それで、10年後20年後に工事を繰り返してというアイデアですか。

谷川委員

いや、繰り返すという性格のものではないんですけれども。

山浦委員長

高齢化はもう進みつつありますし、来年は今年よりも多くなる、10年後はもっと多くなる、20年後はもっと多くなるというのは、見え見えなんですけれども、どんな時に工事をするということですか。

谷川委員

例えば、今の1号館の所はかなり広いですよ。距離も空いちゃってるんですけれども。そこが種地になる。例えばですけれども。私は素人なので建築についてはわかりませんが。そういう知恵も絞り出していてもいいんじゃないかと思うんですが。要するに、私が一番気にしているのは現在の松戸市の財源なんです。これで、例えば、600床なり520床なり540床なりの建物をつくっても毎年20億、30億近くの赤字補填をしていたら、多分、いずれ指定管理者制度とか、嫌なことですけれども、民間に移譲するという話も現実問題として出てきてしまうのではないかと思うのですが。東葛北部の医療圏で、他に3次救急がないところで、唯一松戸市立病院だけがやっているんで、やっぱり維持はして欲しいなということを強く思うんです。それには財源だと思えますので。

山浦委員長

ありがとうございます。財源の問題と、それから、病院が出来てからの収支の問題ですね。どのように活動して黒字化していくかということは、私は別に考えたいと思います。それで、病院の中の運営のあり方については、今回行っているような厳しいディスカッションが私は絶対に必要だと思います。箱だけ

を建てても運営次第では赤字化することもある。それは運営に関する問題と考
えていいのではないのでしょうか。それから、現在は箱物を作ることを話をして
おります。さらに、その 6 年間におそらくマイナスになると思うのですが、そ
れはどのくらい許し得る範囲なのかどうかということをお話をしているわけなん
ですね。谷川委員がおっしゃる通り、病院の実績というのは、本当に深刻に考
えていただかないといけないと思いますよ。市民のためにも。責任があると思
いますね。

窪田委員

お話を伺っていて、例えばC案にして、160 億くらいになりますよね。それ
にしたいと言った時に、それでできるのかなと思ったんです。谷川委員と同じ
ように、財政的に大丈夫かなと思いました。それと、病院の経営というか、動
きは、もっと小さな病院の人にも話を聞いてみたりしたのですけれども、入院
患者さんとか外来の患者さんをどんな風に受けていくかによって病院の経営は
だいぶ変わってくるという話を聞いたので、もし 160 億なら 160 億のものを作
った時に、それに見合うだけの活動というか、答えられるだけの病院になって
いただければできるのかなというのと、それから、地域の医師会の先生方と、
それはその後のことになりますけれども、例えば 1 次は開業の先生で必ず、紹
介状がなければ松戸市立病院は受けませんみたいな、これもきっと市民のすご
い反発を買うだろうと思いますけれども、そういう風にして、そこから松戸市
立病院に来てまた次の大きな病院に、松戸で 1 週間見たらもう次の病院です
みたいな形で、地域の中でその役割をもっともっと分担できれば、そして開業
していらっしゃる先生たちに、申し訳ないのですが、もっともっといっぱい患
者さんを診ていただけるようになると、市立病院の病床がそんなになくてもも
しかしたらできるのかなとは思いますが。ただ、病床を少なくすることは、機
能を低くすることにはならないので。病床が例えば 450 になったとしても、CT
は 2 台必要だとか、欲しいとかということは変わらないんですよ。600 床で
も 2 台必要だし、MRI も 2 台必要だったら、もしかしたらちょっと頑張って、
そしてそこで働く人たちが、これだけのものをやってくれたし、これだけのも

のに答えられるように私たちもやっていこうと思えるような病院なり箱物にしていった方が私はもしかしたらいいのかなとも思います。本当に素人なので何もわからないのですけれど。私なんかは市立病院に来ることはまずなくて、近くの開業医の先生にみんな診てもらって、どうにもならない、これはもう市立病院に言ってくださいねと言われてたら市立病院に行こうという感覚でいるので、近くの開業医の先生に診ていただいて、家庭医のようにいろいろなことを相談しながら、最終的に、困った時に市立病院で診てもらえるような体制になってもいいのかなと思っています。

伊関副委員長

おそらく考慮すべきは、450床でもそれは考え方としてあると思うのですが、やはり現場の先生方の意見を聞いた上でないと難しいと思います。Ⅰだけで、Ⅱ、Ⅲはなしで、がらんどろということ、機能性があまりにも悪い。このような病院では、逆にお医者さんたちがやる気をなくしていなくなってしまって、それが却って収益を悪化させるという面もあります。あくまで、投資と収益のバランスを取ることが必要で、そこをどう考えてどこまで投資をして、あとは先生方が一生懸命働こうという気持ちになるのか、やはりバランスを考えないといけないと思います。Ⅰだけで、Ⅱ、Ⅲなしは、流石に現場の先生方は納得されないのではないかなと思います。非常に難しいんですけども、どこまでコストを削減できるのかということももう少し考えないといけません。医療機能はある程度満たさなければ、経営上いい医師が集まらず、収益は絶対にダウンします。そこをどう知恵を絞らなくてはいけないと思います。

植村委員

谷川さんのご意見にちょっとコメントをさせていただきますが、要するに、例えば財政が苦しいから今のところは450床を建てといて、財政が良くなったら150床を足せばいいと言うご意見です。ただ病院は地域ごとに病床数が決まっており、病院間で争奪戦になっております。ですから今松戸市立病院は県か

ら許可を得て 600 床を使っておりますけれども、例えばある時期、450 床にした途端に残り 150 床を県に返さなければなりません。厚生労働省や県に 150 床返したものは戻ってきません。どうしてかという、150 床返した瞬間に他の病院が持って行ってしまいます。したがって、財政が豊かになってあと 150 床を増築したいと申請しても、許可が出ません。ですから必ず将来を見越して、600 床が必要なら 600 床を今建てておかないといけないということになります。自由に縮小したり増やしたりできない法律になっているものですから。それから経営の問題で、私、去年 1 年間、総長をやっている計算をしたのですけれども、うちの現在の病院を赤字を少なくしていくためには、575 床をフル回転しないとだめなのです。公立病院ですから、職員のリストラが出来ませんし、黒字の目途である 50%を遥かに超える人件費もありますから。それからあと、いろんな方のご意見で病床数を経営上縮小し在院日数を短くしたらどうかということについて。これは国際的な問題でもありまして、アメリカとイギリスをご覧になると解るのですが、医療費削減を徹底した国が、アメリカとイギリスです。その結果どうなったかという、私はオックスフォード大学にいましたけれども、極端なことをします。例えばハーバード大学も半分に病床を減らしたのです。財源の問題で。何が起こったか。例えば胃潰瘍になりました。手術になります。そうすると普通は入院して、体調を整えて翌日手術になります。ところがオックスフォード大学とかハーバードはそういうわけには行きません。胃を切るとなったら、その日に入院はしないで、いきなり自宅から手術場に入ってきます。手術をしている間に、家族が入院手続きをします。それから手術場から出てきても病室には行けません。回復室に行きます。そして翌日退院です。それくらいやらないと病床を半分に出来なかったというのが事実です。私はオックスフォード大学にいましたから分かるのですが、私は脳神経外科にいましたから、脳腫瘍の患者さんが入ってきました。入ったその日に、もうすべての検査が夜中を徹してやり、翌日手術します。3 日目に退院です。だから抜糸なんかを病院でしたことがない。こういうことが行なわれているんです。一部の国で。確かに医療費削減です。しかしやっていることは、非常に非人道的です。それに市民が耐えるのかと。私は、これを日本にこれを持ってきたら大問

題になると思います。ですから、在院日数を減らせ減らせと言うのですが、それはオックスフォード大学が3日に減らしたということで、抜糸すら出来なくて家に帰ってからやるわけですし、点滴も自宅でやるわけです。そういう医療を松戸市民が本当に望むのでしょうか。これはもう大混乱になりますよ。そういう意味で我々は、松戸市民が安心して普通の治療が行なわれるのであれば、やっぱりこの先生方のご質問のように、医療のニーズが高くなってくる以上は、先を見越して600床。せっかく持っている600床を一切削るべきではない。削ったら二度と戻ってきませんので。これは法律の問題ですから。その辺もご理解していただきたいということをお願いします。

山口委員

先ほど山浦先生は、案を絞ろうと、こうおっしゃられたところからしばらくディスカッションがあったんですが、このプランのA案B案の一番最大の難点として、遡及による改修は大変難しい。A案B案。これは高橋委員のレポートの2番目にあることと同じことと思うんですが、つまり難しい、だめだということです。あとは、もう一つ医療的なことで、今、植村先生がおっしゃった損益分岐点が575床である。そういうこともおっしゃいました。またもう一つ医療的なことを言いますと、ICUとオペ室、手術室が60メートルも離れてしまうということは、外科医にとってありえない話です。その3点から言って、A案B案をこれ以上審議しても無駄ではなかろうかと思います。

田村委員

もう1点確認ですが、C案のところでも、3号館の既存の遡及改修ということがコメントで書いてあるのですが、それに関しては2号館の遡及改修よりも程度としては、非常にやりやすいという認識を持ってよろしいのでしょうか。

コンサルティング業者

はい。そう考えていただいて結構です。1号館、2号館は旧耐震の構造ですので、構造自体を触らなくてはいけないというお話があります。3号館以降は新耐

震の形をとっていますので、エレベーター関係の防煙区画とか、部分的な遡及で対応していけると考えております。

山浦委員長

よろしいですか、田村委員。それでは谷川さんのご意見に対して、いくつか意見が出てきまして、これは医療側の意見ですが、ご理解いただけたということではよろしいですか。

谷川委員

帰ってもう一度考えます。

コンサルティング業者

僭越ながら、先程のお話しよく判ります。ただ、新 6 号館を造ることによって当分の間、1 号館を温存していこうと考えていきますと、1 号館自体が旧耐震の構造ですので、これこそ、2 号館以上に 1 号館の遡及がかかります。ですから、もし遡及をしましようという話になりましたら、先程言った防煙の話、114 条区画の話、そういった技術的な面を外側からではなくて内部から改修しなくてはいけないということ。それこそ 2 号館と同じような状況になります。技術的には、やれと言われれば出来なくはないでしょうけど、まず、医療行為としては成り立たないお話だと思います。

山浦委員長

遡及というのはどういうものですか。

田村委員

新しいところに 6 号館を建てちゃうと、1 号館はそれにならって耐震だとかをしなければいけないということですか。

コンサルティング業者

そうです。

田村委員

そうすると、このリスクというか課題のところに、その部分が抜けちゃっているということですか。

コンサルティング業者

いいえ。まず建て替えを前提として考えておりますので、あくまでも旧耐震から新耐震の考え方に移行するというのが大前提です。ですから、そういう意味で、一番古い部分を建て替えていくというのが素直な考え方でございます。

田村委員

すみません、私の認識がよくないのか確認をしたいのですが、C 案の場合には、まず新 6 号館を建設すると。そのときに旧 1 号館というやつは、そのまま使用しようとするのと遡及相応の改修が必要になるんですか、ということなんですけども。

コンサルティング業者

まず、行政協議で、今回の建て替え計画を進める際に最終形はどこまでという協議がされます。その行政協議において最低限ここまでは押えてくださいという行政指導が出ます。

田村委員

わかりました。完成形として、何号館は建て替えます、建て替えません、遡及措置で対応しますということになりますということですね。

コンサルティング業者

そうですね。

伊関副委員長

確認なんですけれども、1号館は全部壊すからそのまま前の形でいいよと。2号館は、B案はそのまま形が残るから中を改修してね。C案は、全部改築するからいいよと。3号館はそのまま残るから、ちゃんと改修してねという考え方でいいわけですよ。

コンサルティング業者

そうですね。

山浦委員長

他にはいかがでしょうか。

伊関副委員長

600床という数字がどうしても気になります。看護師を本当に雇用出来るのかということです。あとで、新病院が完全オープンしたときに病床ががらがらという可能性はないのか、そのときに委員は何を議論していたんだと責任を問われるので。600床でどれくらいの時期に、どれくらいの規模で埋まるのかの見込みがないと賛同しづらい気持ちがあります。病床の権利を確保する必要は確かに良く分かるのです。50床をあえて放棄しても、実際に手堅く建築するという考え方もあるのですけども。どれくらい看護師が集まって、空いている状況がどれくらい続くのかというのが、見込みはどれくらいの考え方でいらっしゃるのか、病院の考えを伺いたいと思うのですけれども。

山浦委員長

お尋ねになっているのは、6年後完成をした時のお話をされているのですか。

伊関副委員長

はい。

江原委員

現在、附属看護学校を併設していますが、附属看護学校から毎年、最近は卒業生の約半数が病院に就職していますが、奨学金を市と病院から出すようにしています。今年入学した学生（40名）に関しましては39名が奨学金を受けており、ほとんどの人が市立病院に来てくれると期待しております。また、7対1を今の状況で採用できれば、労働条件を軽くすることによって、多くの看護師が集まる可能性があります。新病院というきれいな病院を建てるということ自体が、看護師さんを多く集められるような魅力的な病院になると思います。それから看護師の労働条件とか、いろいろなことが変わります。現状で看護師さんをどれくらい集められるかというのは、なかなか計算がつかないのですが、新病院計画でどのような青写真が出来るかということによって、だいぶ異なってくると思います。具体的に何名ぐらい集められるかいうことはちょっと計算できませんが、今後も最大限、努力します。

伊関副委員長

なかなか言いづらいとは思いますが、本当に600床の病院を造るなら覚悟を決めて病院のほうも医師や看護師の働きやすさを含めて経営の質を上げていかなければ、後に禍根を残す可能性があると思います。それは600床でやる場合には、病院の皆さん、幹部の皆さん本気を入れてやっていただかないと困りますという話を言わざるを得ないと思います。

山浦委員長

伊関先生の話はまったくで、450だったら看護師さんが不足でもいいのかという話しは全然ありえないわけですよ。それは箱物を造るのとは別に、病院の職員が全力を尽くしてやっていただくという。市民の前でそういう条件で、160億使っていただくわけですから、そのところははっきり肝に銘じていただかなくちゃいけないというのが、皆さんの意見だと思います。市民の声だと思います。

岩堀委員

どれか選べということになると、一つになってくるんでしょうが、私ちょっと気になるのは、中間的に 420 床とか減少しますよね。その辺をどう乗り切るかということと、これは今後の議論になると思うのですが、必要なことは政策的な意味では、いろんな税金を使わなければいけないでしょうし、なるべく自立していただくためにはどうするのかということも。後の議論になると思いますが、非常に気になります。ちょっとそれだけ申し上げておきたいと思います。

山浦委員長

ただ今の意見ですけれども、箱物を造るかどうかという話しをここでやっておりますけれども、それに見合った努力をするんだぞという、病院の中の活動状況がどうなんですか。市民に応えて、期待を裏切らないよというような活動をされていると思うんですけれども。それをやってらっしゃるんだったら、お話しをいただければ。

江原委員

新しい病院の構想としまして、平成 21 年 4 月の新病院整備基本計画にありますように、例えば周産期センターでは、NICU を拡張した新生児科と産科を統合したり、あるいは小児の PICU を整備したりします。それと救急部門では ICU のほかに HCU を新設して、かなり収益性を上げなくてはならないと考えておりました。しかし、今回の案には、そういう構想はありませんが、これらを加えて収益性を上げないといけません。

それから地域医療支援病院の獲得を目指してございまして、東葛北部の医療機関全体で患者さんを診るということで、我々の中核病院としては、なるべく診療単価の高い患者さんを集めるようにして、やはり収益性を上げなくてはならないと思います。そのためには、比較的高度な医療を提供できる体制を持つということで、それなりの人材を集めなければいけません。そうしますと 3 次救急診療などを含めて全体的な診療科の人数配分をしますと、医師数は現在 105 名ですが、今後 130 から 140 くらい揃えて、病床数も 600 ぐらいいないと収益性

が上がりません。採算部門のベッド数を、ある程度数を揃えないと結局黒字の病院になりません。

全国自治体病院協議会から発表されていますように、500 床を超えないと黒字病院はありません。ですから、ベッド数を増やすと赤字が更に増すという危険性がありますけれど、逆に黒字病院にするという観点からすると、病床数は上げないといけません。少ないベッド数では赤字になるということが全国的に示されております。

また、いかにして経営形態を含めた改革をして、収益の上がる診療科を揃えて、病院全体の収益を上げていく努力をしなければならないと考えています。

山浦委員長

ありがとうございました。先生のおっしゃるとおり、すべて最もだと思うのですが、病院の職員が一丸となってそちらに向かっていただかないと、それを示していただかないと、市民の皆さん、160 億、今出してくれと言ったって、納得を出来ないとは申し上げているので、先生一人が頑張るのではなくて、職員が一丸となって頑張りたいというふうに私は思っております。そのためには、やっぱりそれなりの委員会でも何でもいいんですけれども、市民の方を含めての、含めるのはいい考えではないかと思うのですが、ぜひ積極的にやるという条件での 160 億になるんじゃないでしょうか。

植村委員

今、江原院長が言ったことに多少追加させていただきますが、まずお医者さんの場合は、全国的に医者が減っておりますが、お医者さんというのは、勤務病院を自由に選択が出来るものですから、条件が良くなると集まってくるし、条件が悪くなるとさっといなくなる。うちの病院がひとつ医者を集めるのに非常に苦勞をしたことがあるのです。ひとつは医療機器の購入を抑えすぎた。したがって器械が無いために患者さんの検査が出来ない。そのために入院待ちが増えたり、今うちは一日に 200 人入院待ちがいる。なぜ入らないのか。私は別の病院にいましたけれども、横浜の病院だと、MRI がうちの半分の大きさの

300 床で 3 台ありますから。予約待ちって考えたことがないのです。オーダーしたその日か翌日にはできます。松戸市立病院は 1 ヶ月先になりますから。これでは患者さんはよそに行きます。お医者さんはやる気が無くなる。すぐに入院出来ない。ですから投資しないものには、絶対に儲からない。ですから私が今、病院事業管理者になってやっていることは、まず医療機器をきちっと買ってあげる。そして医療機器というのは、買えば必ず収入が増えていく。これを買う予算を絞ったのでは、病院は潰れます。医者がいなくなります。現に、何人かの医者は器械が無いために去っていきました。これはやってはいけないことなのです。それを今準備しております。きちっと器機を揃えとお医者さんは好きなことが出来る。そうすると集まってきます。お医者さん一人平均 1 億円稼ぎますから、10 人採用したら 10 億円収益が増えます。これは医療経済の原則です。器械の購入予算を削ると 10 人医師がいなくなり、収益が 10 億円もマイナスになる。ですから松戸市が考え直さなくちゃいけないことは、そういう経営に関して、きちっと投資すべきところを投資する。スタッフも、今私リハビリを増やしておりますが、一人のリハビリスタッフを雇うと、年間 1 千万円収入があがります。自分の給料の倍、稼いでくれます。今までそれを市が抑えてきました。私がそれを増やしましょうと提言しております。お医者さんにとって魅力ある病院にするには、ひとつはそういう器械をちゃんと買って、好きな医療が出来るようにしてあげること。もうひとつ、若い医者を集めるには、研修が良くないといけません。あの病院に行ったら勉強になるといったら、わーっと集まって来ます。私は教育センターを作って、教育をきちんと改革をする。そうすると医者は増えていきます。看護の場合には、7 対 1 がもちろんあるのですが、その他に 2 交代制という新しい看護システムがある。これも入れると看護師さんが増えます。私が看護局長とも話しをしているのですが、何らかの形で、どこかで苦労しますけれども、7 対 1 に一旦しますと、わーっと増えてきます。それから 2 交代にすると増えてくる。そういう看護師さんが何を求めるか先を読んで、改革をする。ただ待っていたのでは、良くなりません。それから江原院長が協力をしていただいて、看護学校に奨学金を出しました。今まで看護師はみんな逃げてよそに行っていたのです。看護学校を卒業してもうち

に 1 割も来なかった。それがほとんど全員うちに来るようです。なぜかという
と、奨学金を出したのです。出すものは出さないといけない。我々はそういう
意味で、全国を回ることになります。いろんな看護学校を。私が管理者になっ
てからやっていることは、医者をいかに増やし、看護師を増やし、来た人が好
きなことが出来て、楽しんで集まって来る。そういうことを今考えております。
そういう意味できちっとしたものを作らないと、逆にお医者さんがいなくなり
ます。ダウンサイズしたら、私はあつという間に辞表を出していくと思います。
そういうものも考えながらやっていただかないといけないと思います。私の計
算だと、570 床くらいにしたら必ず黒字になります。その代わり投資をしなく
てはいけない。ビルは造ってあげないと医師も看護師もいなくなります。です
から私は 600 床をちゃんと造って下さいと言っているわけです。その代わり、
こっちは経営の努力をしますよと。そういうことを言っているわけです。

山浦委員長

江原先生と植村先生のお話は、経営努力は絶対やりますというふうに取りた
いと思います。そのための病院建設であるというふうに捉えますが、話題を一
歩進めたいと思うのですけれども、コンサルの方に今後どのような事をしてい
ただくか。これについてディスカッションしていただきたいと思うんです。例
えば工期中 6 年間に、その時期によってベッド数も違うし、診療科も違います
よね。外科のベッドが減る工期、それから内科のベッドが減る工期、いろいろ
あると思うのですけれども、そういったものを見通していただいて、これはも
ちろん概算でいいんですが、だいたいどれくらいの減収を耐えなければいけな
いのかということですね。それを見たら、病院のほうの方はそれをどれくらい
で回復できるのだろうかということまで決意を述べていただければ、市民の方
は満足するんじゃないかと思うのですが。

それで話を戻しますが、コンサルにお願いするような項目について、ディス
カッションいただければと思います。今申し上げましたのは、工期中の減収に
ついて試算していただけますかというようなことを申し上げました。他にも皆
さんご意見あると思うのですが、そちらの方に話を進めていただけますか。

伊関副委員長

例えば 135 億円の建設費について、もう少しコストダウンするのはこういう発想があるというのを提案してもらいたいと思います。標準はこういうものというのはよくわかるのですけれども、いろんなやり方があります。いわゆる役所の建設の基準となる歩掛り表を使わないとか、あとプロポーザルで一括で提案してもらおうとか、他の例も含めて、一部では建設費が 70 億程度という金額も出てますけど、そういう金額で可能ならば、どういうやり方があるのか。コストダウンが精一杯可能なことについて、これまでの役所のやり方だとかルールを場合によっては外しても、違法はダメですけども、もう少し既存の考え方を外して、提案をしていただくことはできないでしょうか。

私は岐阜県下呂市の金山病院で、100 床の病院ですけども、30 億円の見積もりが出てたのを設計と施工についてそれぞれ公開のプロポーザルをやって、17 億まで下げました。

松戸市立病院の現地建て替えについて、細かすぎない程度に提案をしていただけないでしょうか。無理なことを言ってもらっては困るし、かといって他のところからこんなやり方があるのではないかとと言われても困ってしまう話なので。こういう方法であれば、このくらいコストダウンできるみたいなことを提案してもらえればありがたいと思います。

山浦委員長

岩堀委員いかがでしょうか。そのコンサルに対する注文ですね。

岩堀委員

今伊関先生がおっしゃったことに関して言うと、相場みたいなものは確かにあるかもしれないけれど、建物のコストというかプライスといいますかね、設計の工夫が一つあると思うんですね。それから今伊関先生がおっしゃった発注方法の工夫があると思う。それから施工といいますかね、最近ですと設計されたものに対するいろいろな提案も含めて入札するやり方もありますし、それと施工の工夫、それぞれでいろいろな工夫があると思うんですね。それはおっし

やったように事例と併せてこれくらいと。

最近、言葉は悪いですけどめっちゃくちゃな状況になってまして、出たところ勝負で非常に厳しいコストで請けているところもありますが、ただ一方であんまり安いコストで請けると赤字を挽回する方に働きますので、先ほど伊関先生がおっしゃった事例でも下限は決めなかったですけど、だいたい国交省は常に評価しているんですね。設計の内容とか施工の出来栄とかを評価していて、だいたい想定したいいわゆる役所単価から 80%~85%以下で受注すると非常に成績が悪いとか。それはその状況によって判断していただければ良いのですが、そういうことも含めて検討していただかなければいけないと。それとちょっと長くなりましたが、私はどうしてもですね、出来上がった後の収支というのもある程度検討していただければと思うんですね。特に私は建物の発注にこだわりますけども、減価償却的な見方を入れると、私の委員になっているものでは 20%ぐらい占めている病院もあるんですね、公立病院で。そうするとやはり医療スタッフの方が、具体的なキャッシュフローとは関係ないとはいえ、非常に気持ちの上でも負担になるというふうに思います。節約した分を先ほど、植村委員もおっしゃったようにですね、医療器械とか特に診断器械とか、きちんと診断できる器械を買っていただく方に回していただければ、経営的にもよろしいのではないかと思います。

伊関副委員長

これは議事録にきちんと残しておきたいんですけど、あまりにも安い金額でできるという話もあるんですけど、これは例えば下請けの現場のコストを切りすぎるとですね、今度は労務災害が起きたり、やっぱり手抜き工事も起きたりするんで、安すぎるのもダメだという話もあります。これは記録するために言っておきたいのですけれども、でも、その反動で役所は、誰から言われても文句が出ないように、規則に従ってやるので、民間からするとものすごく高すぎる金額での発注になります。そのあたりの塩梅を考えて、国立病院並みかな、いわゆる松戸市の基準ではなくて国立病院機構さんあたりが建設する基準ぐら

いでやったらどのくらいの建設費でできるのか。かつ、もう少し工事が支障が起きないレベルで、コストダウンの見込みがあるかないか、そのようなところをご提案いただければ、一番リアルな数字が出てくるのかなと思います。

山浦委員長

岩井先生どうぞ。お待たせいたしました。

岩井委員

東松戸病院長の岩井と申します。東松戸病院、急性期から慢性期の患者さんを診ているんですけれども、そういう立場としてお話しします。一つは建設中のベッド数の縮小がありますけども、その時をどう乗り切るかということの一つとしては、先ほど江原院長から地域医療支援病院を目指すということで、そういう意味で外来数をかなり絞ることは出来るかと思うのです。あとベッドに関しては、植村管理者になってから強化してるんですが、両院の運営協議会というのを始めて、急性期である松戸市立病院と、急性期、慢性期である東松戸病院の連携強化をして、少しでも長期になりそうな患者さんは東松戸に移すということで。そういう意味で松戸市立病院のベッド縮小を少しでも乗り切るための力になれるんじゃないかと。それが東松戸病院をうまく利用するというのをそこまで考えていただきたいというのが一つ。

あと東松戸病院はかなりスペースがありまして、外来ブースなんかも使っていないときはかなりあります。そういうものも、運営の仕方にもよるんでしょうけども、市民の方に少しご迷惑をかけるかもしれませんが、そういうものを利用するというのもできるかと思います。土地としてはふんだんに約 4 万㎡ありますので、駐車場もかなり広いスペースがありますので、一時的にですね、まあ選手村のような形でですね、少し仮のあるいは、後々東松戸病院が利用できるようなものを建設費の一部で造ったとしても、それほどコストはかからないんじゃないかと思っておりますので、そういう選手村のようなものを造ってうまく利用してベッドの縮小を乗り切るということもできるんじゃないかというふう考えてます。

あと 7 対 1 の看護とか、ベッドを縮小した時、医者も少しある意味相対的には増えるような形になりますので、回転率を上げるということで乗り切るということもできるかというふうに考えています。

あと私これは以前から考えているんですが、これは建設と関係なくて、やはり市民の方々、会社員の方々たくさんいらっしゃいますので、土曜日をですね、うまく利用するというので、土曜日も MRI の検査をやったり、外来をやることによって外来の縮小というのをカバーできるんじゃないかというふうに思っています。

あと時間帯も、開業の先生は 7 時 8 時までやっている場合もあるので、そういうのも含めてやればどうにか乗り切れるんじゃないかなと。

山浦委員長

先生、今のはリクワイアメントしていることでしょうか。

岩井委員

ええ、ですから東松戸病院をうまく利用してくれという、そういうことまで考えれば、東松戸をうまく利用したり、そういう運営の工夫をすることによって乗り切れる方法もあるんじゃないかというそういうアイデアも含めて検討していただきたいと思います。

山浦委員長

そうですね。いずれも松戸市立病院ではあるわけですから、協力は必須のものではないかと考えます。先生、何かありますか。

山口委員

手短にですね。案を見ましても、1 床あたり 2,200 万円なわけです。100 床増えて 22 億円なわけです。平米単価を安くするなどしての建設コストの削減はとても大事なことですけども、100 床けちることによってですね、節約できるのはわずか 22 億円なわけです。ところが先ほど植村先生がおっしゃったように、

医者が 10 人増えれば 10 億円儲けが増えてたった 2 年で回収できるわけです。医者が増えないような、減るような病院になったら、それこそたった 22 億円をけちったがために、その後何十年と毎年毎年 10 億円、20 億円損が出るということ。これを是非ともご理解いただきたいと思います。

山浦委員長

ありがとうございました。

窪田委員

ちょっと教えていただきたいのですが、ほんとに素人でわからないのですが、医療機器はこの中には入っていないんですよね？計算の中に。

江原委員

入ってないです。

窪田委員

だからこの 160 億の他に、医療機器が何億かかかるということになるわけですよ、病院を建設する時には。そして MRI を例えば 2 機で計算してらっしゃるのか、3 機で計算してらっしゃるのか、その辺のことというのは、この中ではちょっとわからないのですが。その、これから必要とされるいろんな医療機器について、望ましい病院としてこのくらいの台数の機器をそれぞれ入れたいし、新しく何十億とする日本にいくつもないような機器があったりするのですが、そういうものについてはどうなのかとか、病院としてこの病院にこれだけの機能を持たせておきたいがために、ここと、ここと、ここにはそれだけの場所的な確保が必要だし、して下さいというのはどこでどんなふうをお願いして、出していただくんでしょう。

山浦委員長

今お願いしていいと思いますよ。このくらいの規模の市立病院においては、

こういった機器は標準であるということまででいいと思うんですね。そういうことですよ。田村さんどうぞ。

田村委員

市民として利用する立場からすると、やっぱり 6 年、7 年という工期がですね、非常に長く感じますし、例えば工事期間中に例えば外来に行くといった場合にも、例えば患者さんの安全の対策ですとか、例えば騒音の問題ですとか、そういうところが出てくる。非常に私としてはそこが一番関心のあるところなので、一応そういうところは十分ご検討の上、案の方のご提示をお願いしたいと思います。

何しろ工期に関しては、半年でも 1 ヶ月でも短くなるような建て方ですとか、そういうものを是非お願いしたいと思っております。

山浦委員長

谷川さんどうぞ。手短にお願いします。

谷川委員

皆さん、私が言いたかったこと代弁されましたので、ほとんどないのですが、やはり収支計画を、新しい機器も含めた建物だけでなく設備ですね、MRI だとか高価な医療機器も含めた検討の試算というものを、是非なるべく精密に出していただきたいということを切望します。以上です。

山浦委員長

ありがとうございました。大体このテーマにつきましては、皆さんのご意見は伺いました。それですべて A、B、C 案について、今のリクワイアメントを 21 日に答えてくれということではありませんで、これからひとつに絞らなくちゃいけないのですが、いかがでしょうか。将来を考えると、600 床はどうしても必要だという意見がほとんどなのですが、C 案について今のリクワイアメント、皆さんの要求項目をお答えいただくということによろしいですか。

伊関副委員長

病床数もともかく、医療機能を考えると B 案はちょっと難しいかなと。これをやると、現場のドクターのモチベーションが下るのかなと思います。やっぱり現実的には C 案かなと思います。この 2 号館を建て直して、一体でやっていかないと、きちんとした医療は出来ないのかなという感じはしています。

山浦委員長

ありがとうございました。それでは C 案について、今協議されました項目についてお調べいただきたいと思いますが、よろしいでしょうか。

谷川委員

完全にイエスではないのですが、収支のことが出ていないので、その点が一番不安なので、消極的に、はい。変な言い方ですけども。

山浦委員長

1 つに絞らなくちゃならないことはご理解いただけると思うんですね。それでは、C 案について沢山のリクワイアメントが出ましたけれども、よろしく願いします。

以上で議題は消化したのですが。

伊関副委員長

先ほど何回も病院の姿勢について確認をしたのですが、病院事業管理者が、植村先生に代わって何ヶ月経ちましたか。

植村委員

4 ヶ月です。

伊関副委員長

4 ヶ月でやっていることと、今年度中にどういうことをやるか、ペーパーにし

て次回報告をしてもらって、市立病院の経営に変化が出てきていることを、ご報告いただければありがたいと思います。さっきご発言はあったのですが、現在、どんな病院の変革をしているか、今後、どういう事をやって行きたいのかについて、文書で出していただければと思います。

3) その他

山浦委員長

事務局の方から何かありますか。次回の確認はよろしいですか。

病院建設事務局長

今回は、12月21日、2時から市民サロンのほうで予定しております。よろしくお願いいたします。

山浦委員長

ご案内をお願いします。どうもありがとうございました。

委員会散会報告

17時41分