

## 松戸市立病院建替計画検討委員会会議記録

- 1 日 時 平成23年3月9日(水) 14時開会
- 2 場 所 市役所議会棟3階特別委員会室
- 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、東京新聞、読売新聞、朝日新聞、JCN  
コアラ葛飾、NHK、千葉日報、日刊建設通信新聞、日刊建設新聞他50名
- 5 議 題 1) 答申書について  
2) その他
- 6 会議経過及び概要

### 山浦委員長

これから第9回の委員会を開催いたします。この委員会も残すところ今回を含めてあと2回。1回2時間としますと、わずか4時間残されているばかりです。今回も2時間のつもりで始めますけれども、この2時間というのは、ここにいらっしゃる委員全てがシェアすべき時間であって、特定のところに長時間費やすのはいかがなものかと思えます。どうぞご協力いただきたいと思います。

それで今日は第9回目ということで、答申に向けて作業を進めていきたいと考えておりますが、前回8回をちょっと振り返ってみますと、かなり驚くべき

数字がいくつか挙がったのが、第8回でした。その1つはC案で、事業費総額が173億。これは建設費138億であって、そのうち新築部分は32万円/㎡となっているんですが、これも後ほどまた話題になるかと思います。それから減収額が約32億です。最低で32億で、それから62億というような、これも恐るべき数が出されていますが、これについても後ほど話題になるかと思います。そういったものが第8回で出てまいりました。

それからもう1つ申し上げておかなければいけないことは、回を重ねるにしたがって東松戸病院の注目度が段々高まってきました。それで松戸市立病院の機能の一部を東松戸病院に移すというようなことも話題になったんですけども、県からの回答で、ご記憶にあるかと思いますが、6つの条件がある、その6つ目の条件が、「移動前の医療機能が移動後もそっくり発揮される」という条件が6つ目にあります。そういった1から6までの条件が満たされて、ようやく移動が、病床の移動が可能になる可能性があるというような言い方でした。ですから、松戸市立病院、私がいつも言っている第1病院から第2病院にある、例えば内科をそっくり移しちゃうとか、そういったことは不可能であるということに我々は気がついたわけです。そういったことが第8回でした。

それで今回は答申の骨格について委員会にお諮りしたいと思っております。その中でこれから順次説明をしておりますけれども、それでは資料のほうをご覧ください。議題「答申書について」と書いてあります。全体の構築ですけれども、最初表紙から始まって、目次から資料まで1から7になっております。目次、それから検討委員会の設置、審議の経過、現地建替えの課題、移転建替えとの比較。これは私が準備するところで、ところどころ名称が変わってしまっていて、古いのが残っていますね。それから5が結論。6が提言。最後に資料というふうにもってまいりたいと思います。目次について特に。

### 伊関副委員長

この答申書案、通常だと事務局に全部投げて事務局が作ったものをチェックするんですけども、今回は案自体事務局では一切作っていませんし、実は私も仕事がこの時期忙しくて、委員長先生自ら、山浦委員長自ら原案を作られています。その原案についてこれからまた山浦委員長からお話があって、それからまたそれを基に議論をします。基本的には事務局が作ったものをチェックするという話ではないということ、傍聴の方、ご理解いただければと思います。

### 山浦委員長

ありがとうございました。それと知っていれば私も楽ができたかもしれないんですけども。そういうわけで私は本務を忘れて土曜も日曜も捧げて、ああ

でもないこうでもないと考えてきたのは、今日のアイデアです。どうぞこれをたたき台として叩いていただきたいと思います

それから目次は良いとして、「検討委員会の設置」。これはおそらくいずれの答申書においてもルーティーンだと思ふんですけど、どういうわけでこの検討委員会が設置されたかということを書きます。それから市長からいただいた諮問事項について、2つの項目がありました。委嘱期間についてもここに書く。それから「検討委員会」設置要綱というのがありますが、これは我々委員会を縛っている要綱なんですけれども、ここにはいろんなことが書いてあるんですが、重要なところとして、多数決の原則があるということをご申上げておきたいと思ひます。

3番目の「審議の経過」です。これについては冒頭に、皆さんご存知のようにこの委員会は公開を原則にしておりますので、議事録もすべて皆さんのお目に留まるようになっております。それからコンサルタントへの条件というのがありましたけれども、これについてもここで書きたいと思ひますが、これは市からコンサルタント企業に投げられた条件が3つほどあります。それにこの委員会が1つ加えたのが、動線について考慮するという4つ目の項目が加わったと思ひますが。そういったことをここに盛り込むと。それからA、B、C案について検討が行なわれました。その結果C案に絞ってさらに詳細に検討を進めてきた。こういったことをここで書こうと思ひております。その間、委員会として市立病院、松戸市立病院、第1病院に視察を行ないました。それを前後して「意見を聴く会」という会を開いて、市民の方のご意見を伺ったわけですから。こういったことを審議の経過として、つらつらと書いてまいりたいと思ひます。それから第6回での話になりますけれども、第5回までの議論のまとめとして、次の4つについて皆さんに確認を取りました。その1つは、現在の病院機能。つまり、松戸市立病院が提供している医療サービスを今後も維持するんだと。これは第1の鉄則と言っている言葉ではないかと思ひますが、これが第1。それから来るべき人口動態。受療率の変化に耐えるということ。これは爆発する患者数に耐えるという意味でございます。そしてこの1番目と2番目のことは、少なくとも今から30年のスパンを耐えていかなければいけない。10年だけでぼんやりしてはいけないという意味で30年。これは30年か40年かわかりませんが、最短30年のスパンで考えられなければいけない。それから病院の運営については、経営的な自立を目指してくださいということで、第5回までの議論をまとめたところから。これについては、委員の皆さんの賛同を得ていると思ひます。それから、市長からの諮問の1つであります現地建替え案に対する評価です。検証・検討。これを行なうにあたっては、評価項目を決める必要があるだろうということで、私が提案したのは、そこにずらずらと書いてあります、建て

替えのためのコストの問題。それから、工期の長さの問題。それから、その間にどれだけ減収するのか。経営改革に及ぼす影響はどうか。現在病院は経営改革を一生懸命やっていますけれども、それに対する影響はどうかということ。それから病院設計。皆さんのアクセスの問題。将来拡張する余裕はあるかどうかということ。機能向上など。こういったことを私提案して、これも皆さんの賛同を得たところでもあります。その後、回を重ねて病院規模についてもずいぶん討議されました。今申しあげました1から4までの条件のうち、第1の最も重要である病院機能を維持するという点では、およそ600床規模を要するというのが大方のご意見であったというふうに私考えております。それから委員会の回が進むにつれて、東松戸病院がクローズアップされてきました。東松戸病院の視察も行ないました。東松戸病院の活性化が、松戸市立病院の、私の言う第1病院の働きを助けるのではないかという考え方が、段々持ち上がってきたわけですね。

それで4番目に、「現地建替えの課題 移転建て替えとの比較」というタイトルを挙げてみましたが、これはただ今申しあげましたように、これまでの議論が段々煮詰まるにしたがって、現地建替えには、様々な問題、それもかなり厳しい問題がいくつもあるということが指摘されてまいりました。それで、現地建替えだけで考えていたのでは、なかなか解決されないということで、先ほど言いました東松戸病院の活性化ということも、東松戸病院に大いに働いていただいて、松戸市立病院を助けようというような考えも出てきたわけですが、1つとして、先ほど県からの回答について触れましたけれども、移動する前の医療機能がそっくり移動後も働いていることという第6番目の厳しい条件がありまして、それが認められたうえで移動が可能となる可能性があるというような回答でした。それからもう1つは、急性期病院として松戸市立病院が機能を発揮していくためには、それを分割することは医療を行なう上で不可能であるということも話されております。こういったことから、現地建替えだけ、プラス東松戸病院の活用だけでは、どうしても解決できない問題がたくさん生じてきました。そこで、これは市長の第2番目の諮問になるんですが、それではどうしたらいいのかということで、移転建て替えとの、移転した上での建て替えについても考えなければいけないということに突き当たります。今日のおそらく一番重要なテーマとなりますが、そこではないかと思いますが、それについて今日のご議論をしていただくというふうに考えております。

それから、答申案の、答申の5番目としては、ここで結論を出さなければいけない。つまり、現地建替えは云々と。

それから提言として、私はそこに2行だけ書いてあるんですけども、もうここに至ってはなるべく早く病院建替えについて市としても結論を出していた

だきたい。すでに10年の歴史がありますし、これからまっすぐ行っても、建て替えの期間が7年ということでありますと、さらに10年というような年月を考えなければいけない。それは松戸市民の健康維持のためにいいものかどうかということになるんです。なるべく早く実行すべきというような文言を、この委員会として提言として含めるべきではないかなと、私はたたき台として持ってまいりました。それから、東松戸病院の活性化についての、繰り返し申し上げていますが、これから松戸市の医療を考える上でこれは非常に重要な問題である。東松戸病院の活性化について考えるのは、本委員会の本来の任務ではありませんけれども、それについても提言として残しておきたいというふうに、私はたたき台を持ってまいりました。

ここまでが今日の答申の骨格です。骨格に対して私が用意した説明です。ここまでで何かご意見ございませんでしょうか。

#### 谷川委員

病院規模のところ、600床という話だったんですけども、私が再三言ってきた、松戸市立病院に来る患者さんがここ数年少なくなっているということと、周辺に医療機関ができているということの資料を前回出しましたけれども、現在の規模よりも縮小する案については答申には盛り込んでいただけないのでしょうか。要するに600床のみの案で答申を出されるのでしょうか。

#### 山浦委員長

私はそのつもりでおります。現在の医療を将来も続けていく、できることならばそれを発展させるとすれば、例えば500床でそれができるかという根拠はどこにもないわけです。ですからこの委員会の意見として、それ以外の数字は考えておりません。およそ600床規模と私申し上げたんですけど、それが610か590か、それはわかりません。それに市がいくらのお金を使えるかが被ってきますよね。それはここで論議すべきことではないと私は思っていますけれども、委員会として現在の医療を維持していくためには600床規模の病院が必要であるという言い方をしております。

#### 山口委員

追加でよろしいでしょうか。谷川委員さんは、5回の一番最後のところで突然そうおっしゃられたんですけども、いまだにもっと小さい規模の病院にした方が、その時の理由が財政を考えれば小さい病院のほうがいいということなんですけど。いまだに小さい病院の方が財政的に有利だという理由をお示しになっていないんですね。もう1つは、機能をもっと小さい病院で、今委員長がお

っしゃったように、果たす方法、これについてまったく何もおっしゃっていません。ですから、それをおっしゃってからじゃないと、もうこれ以上そういう主張はおかしいんじゃないかと思います。つまり、唐突に出ているんですね。何か根拠とか積み上げがあって 400 床という話ではなくて、急に 400 床という話が出る。400、500 床と。

### 山浦委員長

ちょっとお待ちください。病床数については、散々論議してきました。それで私は、答申に向けていくつも評価項目があります。それについて皆さんのご意見を伺いたいと思うんですが、おそらく病床の大きさについては、これまでの繰り返しになるんじゃないかと思います。よろしいですか、それで。コストについてお話をさせてください。

### 伊関副委員長

答申をどう書くかの問題だと思うんですが、少数意見というか、私、550 ということも言っています。それは程度でまだ読み込めるかなと正直思っています。これは議事録で残しておこうと思っています。ただ 550 以下だと、もうドクターが辞める可能性があるとは私は思っていますので、それ以上は無理だと思っています。例えば、実名を挙げて谷川委員から 450 床という意見があったということ、他がどういう意見かこれは確認をしなければいけないと思うんですけども、盛り込むことは私はありかなと思います。ただしその意見に対しては、私の実名を使ってもいいですが、450 の場合は医師の大量退職の危険もあるというふうには、絶対に盛り込まさせていただきたい。そういうふうにして論点をきちんと整理しておかないと、全部意見が答申書に盛り込まれないと、おそらく納得がいかないでしょうし、それはおそらく後でいろんな批判を受ける、いろんな意見が出てくる可能性があると思うので。いろんな議論の過程を出来るだけ答申の中に、個人意見という形で。要は、最高裁の判決の時に、個人意見で出てきますよね。あれと同じような形での意見は載せるべきかなと。これはおそらく全部が最終的に全員一致ということはないのかなとも正直思っていますので。それを踏まえて、今度は市長さんなり、市民の皆さん、議員の皆さんが決めるのかなという感じです。ただ、多数決で大まかな意見としてこういう意見になったということは、おそらくまとめられるかなという感じはしています。

### 山浦委員長

それでは答申の 4 番目にくるんですけど、現地建替えの課題と移転建替えの

比較という別紙をご覧になりながら、順次討論をしていただきたいと思います。コストと書いてありますけれども、これは建て替えのためのコストとお考えください。それで、現地建て替えの場合、狭い 14,000 m<sup>2</sup>の土地の中で、やりくりやりくりするわけですから、当然これは割高になっていると思います。それで C 案については、138 億円というアイテックからの回答を得て、それについてこれまでディスカッションしてきました。これについて述べておくことは、皆さんのご意見をいただいてもいいのですが、新築の部分と改築の部分がありますよね。それで新築の部分は、どうしてもやりくりするから平米あたり 30 万で済まない。それで割高になっているという回答があったと思いますが。それによるしいですよ。

#### 岩堀委員

今コンサルさんをお願いしているんですが、現地建替は一言で割高になるというだけじゃなくて、どういう項目でどれだけ割高になっているのかということ。工期延長も施工者にとって現場の管理費が増えるので割高になるんですね。それから、安全対策とか、あるいは仮設とか。そういうことで結構いろいろ項目が挙がってくると思います。それを把握すると、一つの判断の補強材料になると思って、お願いしているところです。

#### 山浦委員長

138 億という額なんですけど、これは相当絞った額ではないかと私は感じるんですけれども。

#### 岩堀委員

それが実際に現地で建て替えることにどれだけお金をかけているかということなんです。それを除くと、あるいは平米 25 万なのか 20 万なのか。そんな数字になってくる可能性もあると思うんですよ。それを把握するために、プラスアルファどのくらいですかということ。

#### 山浦委員長

わかりました。それは重要なデータになると思います。それで右側、移転建替えというところ。そちらのコラムは、これは改めて業者をお願いしている項目ではありません。ですから、ごく一般論で話を進めていけば事は足りるかと思うんですけれども、私が問いかけた確認事項 1 というのがございます。これは更地に移転して新築をした場合に、これまで述べてきたサイズの病院をつくるためにはどのくらいかかるかということ、我々でも 1 平米あたり 30 万と計

算してみれば済むわけですが、やはりプロの手にかけて数字を拝見したいということで、私はあえて確認事項1としてアイテックさんに数字を出していただきました。これについて簡単にご説明をいただければと思います。

### コンサルティング業者

それでは簡単に説明させていただきます。今、委員長からお話でしたが、確認事項1について、いただいた課題を読みます。一般論で場所を限定しない更地に600床程度の急性期病院を建設した場合、建設費はどのくらいになるのか（土地買収費は除きます）。また、1床あたりの面積や単価はどうか。国立病院機構の「病院建築標準仕様指針」で1m<sup>2</sup>あたり約30万円となっているようなので、これを参考としての考え方はということでございます。

回答ですが、最近建設された病院の事例から統計データ（資料右側の分布図）を参考として回答しています。

まず、右側のグラフ（分布図）を見てください。これは300床以上の公的病院及び公立病院を対象としまして、1997年から2007年までのデータを抽出し分布しています。ここに挙げているのは急性期病院です。横軸に病床規模として200床から900床を示しており、真ん中あたりが今回検討する500床から600床規模の範囲になります。縦軸には1床あたりの面積を示しており、分布で大まかに平均をとると75m<sup>2</sup>/床くらいになることを示しています。

回答の表で順次展開しています。項目は、①番、1床あたりの床面積です。これは今分布の表を見ていただいた通り、約70m<sup>2</sup>から80m<sup>2</sup>の範囲が平均的な広さと見ていいかなということです。備考欄に1995年以降に建設したものと書いておりますが、1997年から2007年のものが中心です。

②番、1m<sup>2</sup>あたりの建築単価です。これは、備考欄と右下の図にわたくし共が勉強会で使用している資料を掲載しています。国立病院機構の病院建築仕様では、25万円から30万円/m<sup>2</sup>となっています。ところで、30万円/m<sup>2</sup>を基準として、これまでの検討委員会でも検討しておりますが、コスト削減の方法としてのデザイン・ビルド方式或いは、VE提案、二段階発注方式などを採用することによって、1割程度の削減は見込めるだろうと考えます。30万円/m<sup>2</sup>を基準として1割減ということで、実勢値としては、27万円/m<sup>2</sup>から30万円/m<sup>2</sup>相当だろうと考えています。下限が25万円/m<sup>2</sup>というのは非常に厳しい条件になるものと考えています。右の「公的病院の建設費はどうか？のスライド」を見ますと、スライドは坪単価になってはいますが、①を見ますと、建設単価：137万円/坪となっております。これをm<sup>2</sup>に換算しますと41万円/m<sup>2</sup>ということになります。その下に矢印がありまして、「国立病院機構並みの1,500～2,000万円/床を目安とすべきである。」という指針があります。それを



受けて、②を見ますと、1床あたりの建設費は $m^2$ あたり 25万5千円になります。建設単価：82～100万円/坪というのは、 $m^2$ に換算すると、24万8千円～30万3千円/ $m^2$ というレンジになります。これらの内容を受けまして、②番の回答では、 $1m^2$ あたりの建築単価 27万円から 30万円、国立病院機構の 25万円/ $m^2$ から 30万円/ $m^2$ という枠と比べてみると、上部に圧縮した形になっています。これは、次の③番とも関係します。

③番、1床あたりの建築単価です。上の①番と②番から1床あたり  $70m^2$  から  $80m^2$ 、 $1m^2$ あたり 27万円から 30万円となりますと、 $70m^2$ で単価 27万円/ $m^2$ のときは1床あたり 1,890万円となり、上限が 2,400万円というようなレンジになります。ですので、国立病院機構並みの 1,500万円～2,000万円/1床を目安とするのであれば上限の方に圧縮した形の価格帯ということになります。

④番、以上の内容を 600床規模で算出しますと、113億4千万円から 144億円となります。こういった形で試算しています。

#### 山浦委員長

ありがとうございました。そうしますと、だいたい現地建替えと同じようなプライスになってきましたね。

#### 岩堀委員

よくご存知だと思いますけど、この単価というのは、敷地が広かろうが、杭が何十メートルあろうが、皆 30万って機構は言っているんですね。それはご存知だと思いますけど。経営の観点のみで言えばそれだけしかかけられないという考えになりますが、そういうことを含んで、私はできるだけ圧縮できると思うし、すべきだと思っています。機構が 30万だからそのまま 30万を当てはめるとちょっと合っていないところがあるかなと。それで先ほどちょっと申し上げたのは、プラスアルファになる部分出していただくと、30万でも厳しい単価じゃないかと思っています。もっと圧縮できるなら圧縮したいし、その辺のところを見極めたいと思っています。

#### 伊関副委員長

このあれでいくと、1床  $75m^2$ 、1床あたりで、厳しいかもしれないけれど、これよりもう少し頑張って本当は下げなきゃいけないなって、一般の相場を見ると感じるころではあります。

## コンサルティング業者

公立・公的病院です。

## 伊関副委員長

これ以上上げるには、通常の役所流のやり方でやると相当難しいですから、やっぱり通常の役所のやり方ではないようなやり方を入れていかないと下がらないというのは確かです。これが事務職が規則通りきちっとやると、このぐらいになるのが限界だと思います。あとは知恵を使えば、場合によってはかなり安くなる場合もある。これは確実な話じゃない。確かに、ぎりぎりのところだとこの辺ぐらいの金額なのかなという感じはしますけれども。もう少し、実際に私やるとすると、私だったらもう少し頑張ろうという話にやっぱりなると思っています。

## 岩堀委員

その通りで、それを含めて、余計と言いませんけど、プラスアルファの要素があるから、結構 30 万でも、実際は 25 万とか 21 万になっている可能性もあるかなと。そういうふうに思っています。

## 山浦委員長

他の方、いかがですか。

## 谷川委員

今、伊関副委員長と岩堀委員の話っていうのは、私もお二人の本も読ませていただいて、ぜひ希望なんですけれども、下呂市のああいうやり方を是非松戸市でもやっていただきたいと思います。その 30 億ぐらいの予算を 17 億ぐらいに圧縮できたという方法を。意見というか強い希望なんですけれども、それにはやはり、何と言いますか先ほどおっしゃっていた言葉の繰り返しになりますが、国立病院機構の数字をそのまま入れるのではなくて、是非伊関副委員長と岩堀委員が下呂市でやったあのやり方を取り入れていただきたいんです。そうすると全然この前提とは違ってくると思うんですけれども。委員長、それについてちょっとまとまらないんですけど、これは高いと思います。このアイテックさんの出している数字というのは。何とか工夫を是非お願いしたいと。

## 山浦委員長

移転の方が高いとおっしゃっているんですか。

## 谷川委員

いや、この

## 山浦委員長

現地建替えが 138 じゃ高いとおっしゃっているのか。

## 伊関副委員長

おそらく移転建替えを、ここの項目でやるなら、もう少し頑張った数字をできるだけ安く建物を建てたいという市民の立場から載せてくださいということですよ。建設費を抑えるような表現を盛り込んで欲しいということですよ。移転建替えの場合でもですよ。この相場で、それで良しにしないで、移転建替えをする場合は、もう少し挑戦的な価格も。価格を下げる努力もするべきだみたいな項目を入れるべきだという意見でいいですね。

## 谷川委員

それにちょっと。今、伊関副委員長がおっしゃった通りなんですが、一つちょっと加えさせていただきますと、この委員会が諮問されていることは、「現地での建て替えの可能性を追求する」というのが市長の諮問でしたので、あまり移転のほうに力点を置くというのは、市長の諮問内容とは違うんじゃないかと思えますので、それは付け加えさせていただきたいと思えます。意見です。

## 山浦委員長

冒頭で申しましたように、市長の諮問事項は 2 つありました。1 つは、現地建替えの検討・検証。もう 1 つは、松戸市立病院の建て替えについてという、ごく一般論で書かれているんです。それは深い慮りがあって、今ディスカッションしているようなことまで市長はお考えになったと私は思っておりますし、それは現地建替えがいいとか悪いとか、それが実現可能であるかどうかということ論じるときには、先ほど言いましたように、移転のことも考えた上での話になるんじゃないでしょうか。移転のことを全く考えないで現地だけで考えると、我々これまでも突き当たっておるわけですね。そういった意味で、この移転建替えというのも話題にしているわけです。

## 伊関副委員長

原則は、現地建替えが可能か可能じゃないかで。現地建替えの場合、相当問題がありそうな感じがやっぱりしますので、それは語らざるを得ないと思えます。

移転建替えの場合、今度標準にまったく場所を限定しない更地ということでおそらく議論をしていくと思うんですけど。今回出すか悩んで、別にこれはおそらくこの委員会でこうなさいという提案はできないと思います。これは、あくまでも標準でいくと、場所を限定しない更地レベルの議論になるんじゃないかと思うんですけども。私、次回出す予定で、これは委員会の報告に入れるわけじゃなくて、個人的な意見という形で出そうと思っています。おそらくは移転建替えする場合、いくつかの案がやっぱりあると思います。これは最終的にまた別途の委員会ないしは議員さんとか市長さん、いろんな人で決めるんでしょうけど。まず第1に、当初予定されていた紙敷地区に建設をするというのが1つあると思います。もう1つは、過去の移転候補で、例えば市立の運動公園ですとか、千駄堀と言うんですか、など、そういう別な敷地を想定して病院を新しくつくる。もう1つあるとすると、東松戸病院の敷地につくって、東松戸病院の機能を例えば今の市立病院と交換すると。そうすると、今の東松戸病院ですと、200床そこそこ。もう少し増やしても250ぐらい。そうすれば、今の市立病院の敷地にも病院は残るし、東松戸病院にも残る。こういう考え方があると。それぞれ問題があるのは確かです。やはり東松戸に急性期機能を持っていけば、市の一番端っこに救急だとかの機能がありますから、これはまたいろんな形で本当にそれでいいのかという議論がやっぱり出てくると思います。また紙敷については、私は一つ問題があるのかなと思うのは、敷地が狭すぎて、今後増築する場合には、非常に問題が大きい。拡張の可能性で非常に問題があると思っています。あと新しい土地というのは、本当に実現可能性があるのかというのも、これもやっぱりなかなか難しいなという感じもします。交換するのも、東松戸に同じように急性期病院が行くという問題点がありますので。完璧な案というのは無いですし、架空な場所を限定しない更地というのもそれぞれおそらく次のステップに進むならば、現有地建替えの話が最終的に決まるかもしれないけれども、どちらにしても完璧な案はおそらく無いだろうなど。その中で、いろんな市民の間の議論、また議会の中の議論、別途委員会を作るなら委員会を作る、いろんな形での議論を踏まえて、やっぱりできるだけ早いうちに方向性を決めなければ、市立病院の医師の方々の我慢は限界にきていますので、このままでいくと本当に崩壊シナリオに突き進んでしまうなという感じはしています。おそらくそれぐらいの、他にもまったく新しい案があるのかもしれないけれども。それはまた別途の提案があるのかもしれないけれども、私がイメージすると、この3つぐらいの案の中で、移転建替えと、移転建替えの場合はローコストにしていきたい、するべきだと思いますけれども、現地建替えの間の議論になるのかなという感じはしています。資料については、また次回出そうとは思っています。そんな形で議論をしていくことが必要かなと思っています。

す。

### 山浦委員長

ありがとうございました。コストの件については、このぐらいにしたいと思います。最後に皆さんお手持ちの資料の右側の下の枠の中に、「公的病院の建設費はどうか？」と書いてあるんですが、その中に①、②とあります。①というのは公立病院が高すぎるという警告のために書いたんだと思うんですけど。1床あたり平均3,320万と書いてありますが、それをあらためて総務省は②のようにガイドラインを示したと思うんですけど。1床あたり1,600万。それでC案の場合、1床あたり2,200万でしたよね。そうでしょ。単純にそれだけを考えますと、やっぱり割高であると言わざるを得ないのかなと。極めて単純に考えると、そういうふうに思いました。コストについては、多少問題は残りましたが、コストについてはこのぐらいにして、工事期間に移りたいと思います。現地建替ですと、75ヶ月という数字が最終的に出てきました。6.25年なわけですけども、それは地下駐車場の工事を入れていませんよね。入っていませんね。それで地下駐車場20台にした場合は1年でしたか。プラス。建築の期間。工期です。

### コンサルティング業者

ただいま、手元に資料がございませんが、経験上1年程度と考えられます。

### 山浦委員長

それで20台分でしたね。ついでにお尋ねしておきたいのですが、そのために建築費はいくらプラスになりますか。2.5億円でしたか。それでよろしいですか。

### コンサルティング業者

地下駐車場を入れますと2.5億円です。

### 山浦委員長

2.5億円ですね。それを確認しておきたいと思います。ですから、地下駐車場まで入れますと7.25年ということになりますね。それから設計に2年ぐらいかかると考えてよろしいですか。一般論でいいんですよ。

### コンサルティング業者

基本設計・実施設計含めて16ヶ月間程度と見ています。

### 山浦委員長

約1年半ですね。

### コンサルティング業者

これも短縮可能かと思いますが、出させていただいた数字はそうでございます。

### 山浦委員長

そうしますと、6.25年プラス地下駐車場1年、プラス設計16ヶ月だと約8年という事なんでしょうか。

### コンサルティング業者

訂正がございます。20台分の工事工期は既に75カ月に含んでおります。さらに200台とか、そういう大規模で行う場合はさらに半年から1年未満期間が延びます。工事的な話から言いますと、地下1階を作るというのは確実ですので、その面積が広がるということです。

### 山浦委員長

200台地下駐車場つくった場合のプライスはすでにお持ちですか。それは計算していませんか。その倍すればいいんですか。

### 山口委員

以前25億円という数字があったかと思いますが。

### 山浦委員長

そうですね。だいたい現地建替えていろいろなバラエティを考えますと、そんな値になると。8年弱ですかね。それで工事期間ですけれども、更地に移転建替えた場合、ここに約2年と書いてありますけれども、かつて2年半という数字もアイテックから聞いたことがあるんですが。これも一般論でいいんですよ。だいたい600床レベルの病院を更地に建てる場合。

### コンサルティング業者

そうですね。概ね2年と考えてよろしいかと思いますが。

### 山浦委員長

概ね2年ですね。わかりました。工期についてはそれだけの開きがあると。

これが減収や何かにも降りかかってくるし、それから市民の待つ期間にも響いてくるわけです。この工期について委員の間からご意見はありますか。

#### 田村委員

今委員長が設計の期間についてお聞きしたんですけど、実際に入札して発注業者が決まるまではまた別にかかるわけですよね。およそそれはどのくらいかかりますか。

#### コンサルティング業者

整備手法にもよります。従来方式であれば、基本設計の業者を決めるためには、仕様書を作る期間がいりますので、この作業では 2 ヶ月、また、入札公示から執行まで 1 ヶ月程度を含めると 3 ヶ月程度かかると考えられます。更に、基本設計後に実施設計の業者を改めて決めるとなると、その間 1 ヶ月から 2 ヶ月程度を要すると考えられます。

#### 田村委員

おおよそ半年ぐらいということですかね。

#### コンサルティング業者

そうです。

#### 田村委員

ありがとうございました。

#### 山浦委員長

工期については、岩堀委員から何かございますか。

#### 岩堀委員

今のお答えの通りだと思います。これは現地建替えにしる、設計から着手までは同じような時間がかかりますよね。それだけちょっと付け加えます。

#### 山浦委員長

ありがとうございました。それでは、動線の改善と私項目を挙げましたけれども、現地建替えの場合にはやりくりやりくりしていながら、できあがったものが不完全な改善という言葉で表現するしかないかなと思うんです。それに比べて、もし移転した場合、更地から設計すればこの動線というのは非常に合理

的にできるのではないかと。これは極めて常識的な意見として、たたき台として持ってきたんですが。これについてはいかがですか。何かありますか。

#### 山口委員

全くその通りだと思います。特にそれが如実に表れているのが救急部門じゃないかと思うんですね。救急の受け入れ、検査、治療が3つの階に分断されてしまっているんですね。これは急性期病院として非常に致命的な欠陥だと思います。

#### 山浦委員長

この点についてはアイテックからの報告書にもありましたね。成果としてそのようなことをはっきり謳っていたと思います。委員の間からご意見ございませんか。

#### 岩堀委員

提示していただいた案は、現地であつたら精いっぱい検討していただいた案だと思うんですが、その中で救急もそうですし、やっぱり人と物の流れですよ。例えば給食は、給食用エレベータで上げますけど、それからいくつかの病棟を経由して行くとかですね。そういう物品の搬送もかなり困難なところが、こういう形態だと仕方がないんですけど、そういうふうにならざるを得ない。客観的事実としてそうならざるを得ないと思いますね。

#### コンサルティング業者

ご指摘の通りです。以前の委員会でエレベータの台数について、岩堀委員からご指摘がありましたが、既存棟を残したまま建替えていくと縦動線は分散してしまいます。物の供給はライフラインですのできちっと考えなければなりません。そういう意味ではエレベータの縦動線で搬送効率を高めていくということになり、そこに依存しなければなりませんので、エレベータの台数もおのずと増えてくるということになります。搬送効率としては、更地に建替えることに比べると機能的にかなり低下することとなり、コスト的にも高止まりになるということになります。

#### 伊関副委員長

これは傍聴の方とか、議事録にも残しておきたいことですが、エレベータというのはなかなか難しくてランニングコストがかかるんですね。それで点検代などもものすごくかかるので、エレベータは多ければ多いほどいいわけでは



なくて、いっぱいあればあるほどメンテナンス料がかかるので、やっぱり適正な数にしなければならない。かといって、少なすぎると今度は機能的におかしくなるので。エレベータの数をいかに適切な数を設置するかというのは建築で一番重要なポイントで、いわゆるランニングコストの部分も考えると、ここは本当に一番知恵を使わなければならない部分であることは確かです。そこのところをご理解いただければ、記憶に留めていただければと思います。

### 山浦委員長

ありがとうございます。エレベータの台数のことも報告書にあったと思いますが、動線についてはよろしいでしょうか。動線の改善云々というのは次のコラムにあります完成時の形状、設計の自由度にも関わってくるわけですが、そちらに移ります。よろしいですか。

現地建替えの場合には、設計に限界がある。これは一目瞭然で我々はこれまでずいぶん苦労して論議してきました。それから施設の分散というのはいかようにしても解消できなかったと私は思います。それに比べて、もし移転した場合、設計がゼロからスタートするわけですから、自由にできる。そして、そこで私がいくら想像して言っても説得力がないかと思ひまして、これはプロに確認いたしました。確認事項の2ということで、アイテックからご説明いただきたいと思ひます。

### コンサルティング業者

それでは添付資料の2ページ、確認事項の2番です。内容を読みますと「現地建替えのC案と、場所を限定しない更地の場合における設計上の制限などへの考え方は。」ということで、米印では「動線、患者や医療者のスペースなどについて、考えられる項目を整理されたい。」ということでした。

回答として大きく2つでございます。(1)ですが「現地建替の場合」と「更地への移転新築の場合」の制限の一欄表を作成してまいりました。左側の比較要素の項目ですが、6項目挙げさせていただきました。

①は敷地条件による制限ということで、現地建替え案の場合は容積率に制限がございます。つまり、最大の延べ面積が44,400㎡でございます。

そして、各棟の形態ですが、既存の日影規制や道路等の斜線制限により制限されます。そういった中で病棟の面積や形状が確定されていきます。

一方、更地への移転新築の場合ですが、容積率、日影制限、斜線制限は選ばれる敷地の条件にもよりますが、それなりの自由度は出てくるであろうと思われまふ。

②は既存施設による制限でございます。こちらは先ほど話がありましたよう

に、分棟配置の病院でありますので、最終的にも分棟型となってまいります。そして、既存施設の 3 号館および 4 号館の機能を維持しながらの計画ということですので、おのずから自由度は制限されます。既存棟の 3 号館の改修においては、特に 3 号館という大きな躯体がありますので、部門の拡張、例えば 3 階とか 4 階にこのスペースがほしいから増築してくれといったことはなかなか難しくなってまいります。一方、更地の状態ですが、既存施設が存在しない前提でございますが、敷地条件や要求される条件の範囲内で、設計としては自由な計画が可能です。

③は動線計画の制限です。現地建替えの場合は既存の施設が分棟配置のため、水平動線がやはり一部長くなります。更地の場合は敷地条件および計画によりますけれども、病院のご要望に沿ったような機能的な動線計画が実現しやすいと思います。

④はエレベータ設置台数への影響です。現地建替えの場合は分棟配置ですので、先ほどお話ができましたように、設置台数は結果的には増加するという形です。更地の場合は、これも敷地条件や計画によりますけれども、エレベータの効率的な配置が実現しやすいといえます。

⑤は将来対応への影響です。こちらに関しましては、現地建替えの場合は既存の 4 号館に将来対応のしやすい計画ということでスペースは空けております。ただ、日影規制等がかなり厳しい場所でございますので、将来対応にはそれなりの制限がかかるということでございます。更地の場合は、これも敷地条件が確定していませんが十分な敷地面積が確保できれば、将来対応の方は可能と想定されます。

⑥は、駐車場計画の影響でございます。これも先ほどお話しましたように現地建替えは 20 台を確保しております。建築基準法の容積率の緩和規定を利用すれば地下に 200 台程度までは確保することが可能であります。ただ、その場合は 24 億ほどのコストの増となります。そういった意味で既存の周辺駐車場を利用する計画としております。一方更地の場合ですが、これは敷地面積・状況等の条件によります。

そして、次の（２）でございます。現地建替えの場合と更地の場合で、施工および工程上の制限はあるのかということで比較表をつくってまいりました。

①の比較要素としましては、騒音振動対策への影響です。現地建替え案に関しては、万全な防音防震対策を施すということは可能かと思いますが、敷地内外への騒音・振動の発生は消すことができませんので、やむを得ません。病院機能を維持しながらの工事となります。そういった意味で振動等に対する、病院および患者さんのご理解とご協力がなければ、なかなか現地建替え案が進むことはないかと思います。一方、新築工事におきましては敷地外の振動・騒音

の対策は必然と思います。

②工程への影響です。こちらは先ほど議論されましたように、現地建替えの場合は、解体・引越・改修・新築というサーキュレーションが出てきますので必然的に工期は長くなります。工事期間中は外来の分散、外来と各部門との距離が長くなるという使いにくさも発生いたします。一方更地ですが、こちらはこういった敷地になるかわかりませんが、開発行為その他各条例等の変更が伴わない場合、現地建替え案と比較して工期は短くなるということです。

以上でございます。

### 山浦委員長

ありがとうございました。移転建替えした方が設計が自由になると私一行しか書けなかったんですけども、企業にお願いすると、これだけの項目について精密に記載していただきました。これについて意見ございますか。いかがでしょうか。

### 岩堀委員

この通りなんですけれど、実はちょっと午前中災害対応ということで別の会議で議論していたものですから、そういう意味で考えると、やはり玄関前に駐車場、ある程度スペースがあるとか、あるいは救急周辺にあるということで、特に地震時にトリアージ空間とかそういう対応ができるんですね。これだけ周辺に空地がないと、そういう意味でも厳しいかなというふうに思いました。

### 山浦委員長

ありがとうございました。現在の場合、7ヶ所に駐車場が散らばっていますよね。しかもすぐそばではない。ある程度歩かなければいけないというのが現状かと思います。この点について追加発言ございますか。

### 伊関副委員長

これだと更地の方がいいという話ですけど、結局更地の場合はその場所を決定できるかどうかという問題がありますので。それがまた政治的に揉めていつまで経っても決まらなきゃ、やっぱり同じような話なので。これは架空の話であって、場所を決めること自体がものすごく手間がかかるし面倒な作業であるということは議事録に載せておく必要があるのかなと思います。先ほどの、玄関前にだだっ広い土地があって、それが将来の建替えの余地も必要ですし、また災害時のスペース、これも本当に必要だということも議事録に入れておくと。あと、災害の話も入れておいた方がいいのかなという感じはいたします。

## 山浦委員長

よろしいですか。次に移ります。将来の拡張ですが、これまでの議論と関係あるわけですが、現地建替えの場合には周辺に空地がない。ですから、買収するといっても難しい。それから遠からずという言葉を使いましたが、3号館、4号館の建て替えも目の前にあるというようなことですね、現地建替えの場合は。移転建替え一般論ですと、柔軟な対応が可能であろうとここには書きましたけれども、3号館、4号館ですね、これは3号館は平成元年に建ちました。ですから、2011年、今年までにはすでに22年経過しております。30年をスパンとしますと、あと8年しかない。40年をスパンとしますと18年あるということなのですが。4号館の場合は昭和58年に建ちました。ですから今年までに28年経過してしまっていて、30年計画ならば、あと2年で30年経ってしまう。40年であれば12年後であるという言い方ができます。そういった具合に遠からぬ将来建替えも必要になってくるであろうということですね、3号館、4号館。5号館も昭和62年にできていますけれども、これもあまりこれまで申し上げた年度とは差がありません。30年ならば6年後、40年後ならば16年後というような年度になります。我々が考えている病院が10年後にできるとしたら、それを引き算しますと益々近い将来となってしまうわけですが、将来の拡張についてはよろしいですか。あまりディスカッションないかと思いますが。

それでは次に、減収の問題にまいりたいと思います。これはかなりの議論が期待されるわけですが、私は工事期間中生じる減収についてアイテックのデータを引用しますと、マキシマムで62.4億円、それから移転した場合、移転のために2ヶ月診療に影響が出ると考えてよろしいですね。だいたい2ヶ月、一般論ですね。2ヶ月、この間診療報酬には影響が出るであろうということです。それで現地建替えの場合のこの62.4億円について、少し詳しく見ていただきたいと思うんですが、これについてどうぞ。我々のところには資料が来ていますね。

## コンサルティング業者

資料編31ページ抜粋版が配付されていると思います。よろしいですか。

## 山浦委員長

どうぞ説明して下さい。

## コンサルティング業者

パターンの1から4までございます。診療単価の設定において成人と小児系の区分の有無ということで、パターン1とパターン3が成人と小児系の診療単

価を一体とする前提です。それに対して、パターン 2 とパターン 4 が成人と小児系の診療単価を分離するというところで試算しています。次の段の診療単価は、平成 21 年度の実績をベースにしています。一体型で診療単価は 48,290 円となります。成人と小児系を分けたパターン 2 ですと、成人が 45,701 円、小児が 58,561 円となっています。更に、※印は。

#### 山浦委員長

すみません、説明の途中なんですけれども、一体型と分離型の計算の仕方ですね。これについてわかり易くまずご説明いただけませんか。

#### コンサルティング業者

はい。実際に作業した者に替わります。

#### 山浦委員長

私、全くこれについては素人ですけれどもこういうふう理解していますけれども、それで正しいのかどうかでご判断いただいてもいいです。

小児の場合は、病床利用率がだいたい 70% ぐらいですね。それでよろしいでしょ。

#### コンサルティング業者

はい。こちらの病院はですね。

#### 山浦委員長

それで診療単価は遥かに高いわけです、成人に比べて。それで成人の方は、成人系と呼びますが、成人の方の病床はだいたい 80% の利用率を持っております。それで診療単価は小児に比べると低い。そうですね。

#### コンサルティング業者

はい。その通りです。

#### 山浦委員長

ですから一体的な考え方というのは、それで成人の場合には現在 80% なんですけれども工期中は 90% にするという前提があると思います。それで患者の数は減らない。スペースは減る。つまり狭い所にこれまでと同じ患者さんをぶち込むんだという考えで 90% になっているわけですね。それが成人に対する扱いです。それと同じようなことを小児にも求めるのが一体型ですよ。違いますか。

### コンサルティング業者

そうです。

### 山浦委員長

そうですね。それはこれからご説明いただくにしても、あまりにも論理に外れていませんか。非現実的な計算になりませんか。そういったことで減収を推察することは、私は不可能だと思ってお尋ねしているんですが。

### コンサルティング業者

今回、4パターンを検討したわけですが、その中で一体と分離のパターンを検討しまして、1から4パターンとして提示させていただきました。

### 山浦委員長

ですから、一体型というのは根拠がないんじゃないですかというのが私の素朴な質問なんです。それからもう一つ言わなくちゃならないのは、小児の病棟は工事は関係ないです。工事の影響を受けない。そういったことでその一体型というのはいかにも人工的な考え方ではないかと私思うんですけど、どうなんでしょうか。

### 山口委員

今までのアイテックさんの計画からすると、一体型というのは出てこないですよ。あくまで小児は4号館から新3号館に移動する、そのまま移動するということです。その分成人がダースと減るとい、そういうことです。そうすると一体型というのは今までの議論の中で全く出なかったことですから、パターン1とパターン3は無しだということですね。

### コンサルティング業者

C案では、今、山口委員がおっしゃった通りの病床配置と病棟構成になっております。実はこの一体型というのは、我々が説明するのは非常に難しいところなんです。申し訳ありません。

### 山浦委員長

わかりました。大変難しい試算をされたということで、この委員会として一体型についてこれ以上迫及する必要はあるのでしょうか。

#### 山口委員

ないんじゃないですかね。

#### 山浦委員長

病院側のご意見はどうですか。

#### 植村委員

ないと思います。

#### 江原委員

ないと思います。

#### 山浦委員長

ですから一体型についてはご説明にならないで、分離型でいきましょうか。全然体系の違ったものは体系の違ったものとして扱うという考え方ですね。

#### コンサルティング業者

そうしていただければありがたいと。

#### 伊関副委員長

じゃあ今までの議論の 32 億というのが最低だったのが、それが最低でも 46 億を基準としてこれから議論をするというふうに解してよろしいのでしょうか。

#### 山浦委員長

そういうことになりますね。

#### コンサルティング業者

C 案の計画では、診療規模は山口委員がおっしゃった通りの内容になりますので、パターン 2 あるいはパターン 4 で試算するのが現実的だと考えます。

次に、工期が 3 段階に別れており、各工期の端境期に患者さんの移動を含んだ引越しがあられるわけですが、その時にどれくらいの影響を及ぼすかということです。これは、事例からですが、現地建替えて、移転時期を含んだ年度で病床稼働率が 11.4 ポイント低下したという事例があります。試算上その数値を適用しています。1 年間の統計データですので、その影響期間は 12 ヶ月に割り振るといのがよろしいかとの見解を持っています。

そういったことを前提としまして、パターン 2 (の影響を受ける期間) は最低

の期間です。先程、委員長からの、更地で移転した場合 2 ヶ月間は影響を受けるだろうという問いかけに対し、その通りですと回答しました。最小限の影響期間ということで、1 ヶ月で試算したものがパターン 2 です。パターン 4 は、統計資料の数値を 12 ヶ月間に割り振って、影響期間を 1 年間として試算しました。もちろん、Ⅲ期工事の完工後にも影響を受けるだろうということで試算しています。その違いでございます。

そういうことで、パターン 2 では、75 ヶ月間の入院収入への影響は 56 億 5 千万円、パターン 4 では 73 億 9 千万円ということになります。

ただし、次の段で、入院患者の減少に伴う材料費・経費等が低減しますので、これを相殺しまして、最下段ですが、工事に伴う収入影響額が、パターン 2 では 46 億 4 千万円、パターン 4 では 62 億 4 千万円という試算になっております。

### 山浦委員長

ここでも私よくよく見ても附に落ちないのですが、ここでいうパターン 2 とパターン 4 ですが、片や 1 ヶ月で片や 12 ヶ月で計算してるんですけど、この病床稼働率が低下する期間といいますのは、移動するために患者さんをなくしますよね。そして回復するまでのことを入れているわけでしょ。

### コンサルティング業者

はい、そうです。

### 山浦委員長

それが 1 ヶ月で済むということはあるんですか。

### コンサルティング業者

これも、説明が非常に難しいのですが、試算していく過程で、影響期間を 2 ヶ月でみるという試算もありますが、1 ヶ月は最短期間です。

### 山浦委員長

世の中には 1 ヶ月ということもあり得ないわけではないと。こういうことですか。

### コンサルティング業者

そういうことです。



## 山浦委員長

そうしますと、一番信頼できるというのはパターン 4 になるんでしょうか、極めて現実的な数字は。我々深刻にこれを考えているわけですね。これで病院の運命を決めようとしているわけですから。より現実的なのはどちらかということプロの口から言っていただきたいわけです。

## コンサルティング業者

まず、診療単価の考え方ですが、これはもう整理されましたが、成人系と小児系を別にするという考えかたでパターン 2 とパターン 4 に絞られたわけです。これは、それでよろしいかと考えます。そうであるべきだと思います。

引越しの影響する期間ですが、1 ヶ月というのは現実的には非常に厳しいだろうということです。ただ、(病床稼働率が) 11.4 ポイント落ちた事例と今回は全く同じ環境ということではありません。この事例の 11.4 ポイントの差を適用するのであれば、これは年度の統計資料ですので、1 年間影響を受けたとしてみるべきだと考えます。(実際に) どのくらい低下するのかについては、他の資料も見ておりますが、それによって影響額が変動するところですので、その妥当性について検証する必要があるかと考えます。少なからず、影響する期間というのは、2 ヶ月スパンくらいで考えておいて、考え方としては診療制限をかけていき、引越しする対象となる病棟から引越しする患者さんが居ないということが、安心で安全な方法だと思います。そのためには、急性期病院ですので、入院期間が 7 日、14 日、20 日というような動きをしたいと思います。救急オペは別として、予定手術に関しては、引越しの期日を X デーとするならば、その前 1 週間以降には予定オペは無いというような考え方をするというので、1 ヶ月前から徐々に患者さんを退院させていき、新しい病棟になってから新たにご入院いただくという形をとります。絵にすればすり鉢形になるということです。X デーのときに最低どのくらいの患者さんが残っているのだろうかということが、この病院の機能特性によって変わってきますので、こちら松戸市立病院の場合はどういう傾向にあるのかを見ながら、精査する必要があるかと思いますが、パターン 4 が考え方としてはより近いと思います。

## 伊関副委員長

これは、住民の皆さん、傍聴の皆さんに噛み砕きながら話さないとうわからなくなってしまうので、要はある程度の患者さんは減らすということですね。一定の期間をかけて。

## コンサルティング業者

そうです。

## 伊関副委員長

それが1週間なのか1ヶ月なのか、それが患者さんの状況に応じてはものすごく減らさなければならなかったり、ある程度ゆるやかな症状の高齢者の患者さんだと逆にベッドごと移せるというような話もあるだろうけど、ベッドを移す作業自体が患者さんの負荷になって病状を悪化させる危険もあるわけですよ。そういう症状の重い患者さんは、どちらかというところできるだけ病床を減らしてからじゃないと病棟が動かせないというふうに解して良いわけですよ。その1回減った状況から今度またじわじわ増やしていくという。いきなりは入院患者は増えないと思いますので、増やしていく作業が必要だという話で。おそらく松戸市立病院の場合は、症状の重たい患者さんが多いから、相当減らして、場合によってはギリギリまで患者さんを減らした状態じゃないと病棟の移転は難しいというふうに解していいんですね。これは逆に現場の先生方からの考えをちょっとお伺いしたいのですが。

## 江原委員

急性期の病院で、重症患者さんが多いわけですから、やはり通常の稼働になるまでの期間はかなりゼロに近い入院患者数から増やしていくので、何ヶ月というのはちょっとわかりませんが、かなり長い期間を要するとは思いますが。

## 山浦委員長

卑近な例で、手術が2ヶ月後という場合、移転の時期が迫ってくると2ヶ月前からはそういった患者さんは入院してもらわないですよ。それでゼロになる。ゼロの期間がある。それから患者さんがぼつんぼつんと入ってきて、手術するということになるとかなり幅の広いすり鉢になり得ますね。しかしこれはあくまでも想定ですので、だいたいの見当がつけば我々の判断の基準になるかと思えます。

## 谷川委員

今出ている質問の最初に戻ってしまうと思うんですけど、先ほどアイテックさんから説明ありましたパターン2、パターン4、56.5億の入院収入への影響と73.9億。これは先日郵便で送られてきましたけれども、アイテックさんの3月4日時点というものの報告書の資料によりますと、パターン1のものはわかるんですが、ちょっと簡単に数式を教えてくださいませんか。そこに流せますか、そ

のスクリーンに。この数値が導き出された数式を知りたいんです。それとあともう一つまとめて言いますけれども、11月18日に我々市民公募が最初に参加した時の資料にあったんですが、4床部屋を6床で使う、暫定的にですが、そういうことはこの中ではやっているんですか。それも併せてお聞きしたいのですが。まず簡単に数式を、何を足して何を掛けて合計すればこうなるのかちょっと教えて下さい。

#### コンサルティング業者

2点うかがいました。まず、後の方ですが、4床を6床にするということはやっていません。

はじめの方に戻りますが、簡単に概要だけ。経費のところですが。

#### 谷川委員

これでいいんですか。この3月4日時点の。

#### コンサルティング業者

はい。

#### 谷川委員

それは出せますか。これだけではわからない人が多いと思うので。

#### コンサルティング業者

すみません。少しお時間をください。

#### 伊関副委員長

これも是非配布していただいて。もう出た資料はちゃんとインターネット上でも出すようにした方がいいと思うので。

#### コンサルティング業者

ちょっと見づらくなっておりますが、簡単に説明させていただきます。上の収入の方からです。まず、今回のC案でI期、II期、III期となりますので、それぞれ上の段に病床数を入れていますが、今回は、成人と小児を分けてのプランをご説明させていただきますと、上は成人のみということで病床数をそれぞれ2段目に入れさせていただきます。この部分が成人の病床数を示しております。同じく小児の方は、130床です。これは、III期の工事終了までいきますので、ここを分離して計算していくよう

な形になっておりまして、この緑の部分は内訳を示しています。この段は病床利用率でして、今回、最大で90%まで見込んでとなりました。先程の11.4ポイントを削減するというあたりがこの辺りの調整のところになっています。診療単価につきましては、一番削減するⅢ期の時に関しましては7:1の看護配置が可能になりますので48,160円という、通常の10:1の場合よりも高い単価を入れております。

それぞれ、病床規模に応じまして、一日の平均患者数をそれぞれこの欄に示しております。まずは、1ヶ月単位での試算をしております。それをそれぞれの工期、15ヶ月、1ヶ月、26.5ヶ月、24.5ヶ月という形で試算しておりまして、平成21年度の実績値と比較したものをそれぞれ減収額ということで、差をここに出させていただいております。先程、分離のパターンということで、パターン2の場合ですと成人で56億程度の減収になるということで、下の小児の方は、2千万円程度の減収になるということで、主に小児の場合は、Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ期までは通常の今の運用を考えていますので、この移設の期間、1ヶ月、パターン4ですと7ヶ月の減収をみて試算をしています。

#### 谷川委員

単価が45,701円で、それにかける人数が1日平均患者数で。

#### コンサルティング業者

これは、概要版になっておりまして、裏で入院延患者数を算出しております。

#### 谷川委員

1人の入院単価×患者数×30日とか、1ヶ月とか、そういうことですね。それがエクセルの合計のAになるんですか。

#### コンサルティング業者

そうです。Aです。1ヶ月あたりの数字をそれぞれ出してきているということです。それに試算月数を掛けて、それぞれ試算しています。

比較はあくまでも、平成21年度の実績と比較しており、そこの減収ということになります。

#### 谷川委員

そしたら、このパターン4の73.9億についても数式を今度書いていただけますか。全部エクセルで合計だけを書くのではなくて、簡単に。足し算と掛け算だと思いますので。

### コンサルティング業者

はい。

### 山浦委員長

谷川委員の質問は、ここに A とありますよね。工事期間中の入院収入が A で、その下が B で、 $A - B$  が最終結果で、その A を導き出す公式が欲しいということですよね。

### 谷川委員

今のがそうなんですよね。

### コンサルティング業者

裏というか、これはあくまでも提出用としての概要版で出しています。もちろん数式で出しているシートはあります。

### 谷川委員

数式で。黒板か何かありませんか。

### 山浦委員長

谷川委員、それは次回出してもらおうということによろしいんじゃないですか。

### 谷川委員

はい、ではそれは次回で結構です。あと、委員の方に提案というか、そうじゃないかなと思うんですが、4床部屋を6人で暫定的に使うということをすれば、もうちょっと病床率の減少というのを抑えられると思うんですけれども、そうしなかった理由は何かあるんですか。

### 山浦委員長

ちょっとお待ちください。後ほどお答えはいただきますけれども、さっき私が申しましたように、患者数は減らないという条件で、スペースは減るという条件で、ですからそれだけ詰め込んで90%になっているわけですね。さらに4床部屋を6床で使うということですか。最初の条件をお忘れにならないことが重要かと思えますけれども。

### コンサルティング業者

例えば4床室を5床室にして暫定的に使うという場合には、例えば、大規模

災害時だとか、(松戸市立病院は) 災害拠点病院でもありますので、そういった工夫をしながら、1.5 倍くらいの患者を収容するようという考えはあります。そういった施策の一つとしては、4 床室を 5 床或いは 6 床として使うということがあるかもしれません。もちろん、他のスペースにも患者を収容します。その時には医療ガス設備の設置などの工夫が必要です。

また、療養環境上、レイアウトが厳しいので、それは現実的ではないと考え、避けたわけです。

### 伊関副委員長

おそらく今の部屋は元々狭いから、4 床部屋でもそんなにスペースがないのと、あと逆の視点で、個室も不足しているはずなので、例えば感染症の問題だとかいろいろな問題で個室運用する場合がありますから、詰めても逆にはこれよりもっと減る可能性がやはり現実にはあるかなという感じもします。

### 谷川委員

「全部の 4 床部屋を 6 床で使いましょう」と言っているわけではなくて、もちろんケースバイケースあると思いますので、建替工事期間中だけ暫定的に 4 床部屋を 4 人以上でも入れる患者さんに 5 床～6 床で使ってもらうことで、もうちょっとベッド数の減少というのが改善できるんじゃないかなと思うんですけども。いかがでしょう。

### 山浦委員長

法的にはどうなんですか。4 床部屋と届けるわけですよ。

### コンサルティング業者

スペースで考えると、医療法では 1 床あたり 6.4m<sup>2</sup>確保しないと病院は成立しません。

(計画案の) 4 床室では、1 床あたり 8m<sup>2</sup>を基準に計画しています。それを 6 (床) で割ると 6.4m<sup>2</sup>を下回ってしまいます。

### 谷川委員

1 床が 6.4 m<sup>2</sup>ですか。

### コンサルティング業者

そうです。医療法ですよ。

## 植村委員

今の谷川委員のご質問にお答えしますが、要するに物理的に例えば4床部屋に5人を入れるのはどうかとか、それで安くあげろということですがけれども。私は脳外科をやっておりますから、一時交通戦争で一晩に何台も何台も救急車が来ることがあって、これは緊急事態ですよ、そういう時には私は6床部屋に8人の患者を収容したり、一晩ですよ、手術をしまして入れたりしたのです。ただし、これは基準外のことをやっているわけですから、翌日元気な患者さんを強制的に退院させました。それでこの間、松戸市立病院も保健所長が監査に来ました。その時私に厳しくおっしゃったことは、部屋は登録していないことには使わないで下さいと。だから、登録した目的によって、検査室は検査以外には使わない、カンファレンスルームはカンファレンス以外には使ってはいけない。だから、4床室は4床しか使ってはいけないのです。これは基本で、原則なのです。ただ、緊急事態、例えばサリン事件が起こって聖路加病院に660人来ましたよね。これは緊急事態ですから、廊下に寝かそうが誰も文句は言いません。訴える人もいません。助ければ。ただし、それを何日も続けては駄目ですがけれども。この場合は工事でしょう。建設することは最初からわかっているわけでしょう。そういう時に、その減収を目的に、お金の計算で、4床部屋を6床にしたら、これは処罰されます。これは通りません。それから、医師としてそういうことをするべきではない。そういうことを申し上げておきます。

## 山浦委員長

減収の問題が、だいぶ予想の通り広がってきましたけれども、パターン1とパターン3は削除されました。それからパターン2は、極めて現実性に乏しいけれども出してみたということですね。そうしますと、パターン4が最も可能性が高く、一番恐ろしい62.4億というような減収を予期しなければいけないということだと思います。

それから、移転建替えした場合、2ヶ月間そういった時間帯が来るわけですが、それについてはどんなふうに考えますか。試算はできますか。

## コンサルティング業者

先程申し上げたようなすり鉢状の遷移を辿るといようなことになると思いますが、移転時にどれくらいの患者さんを収容しているのかということになります。今までの事例を調査してきましたが、病床稼働率からみると、最後にどれくらい残したかということに関しては、わたくし共が業務でかかわった病院ですが、800床の大学病院においては残ったのが150人であり許可病床数に対して18%ほどの割合になります。300床の別敷地への移転の病院で、16%の50

人。332床の同一敷地での建替えの病院で、80人を目標にしていたということですが80人であるならば24%となります。これをどのくらいの期間の中で調整していくのかということで、移転そのものは2・3日で実施しますが、フラットになるすり鉢のその部分、1週間くらいかと考えております。すり鉢の斜面をどれくらいの傾斜でみるのかということで変わるとは思いますが、2ヶ月でみっていますが上げていく方に関しては努力が必要かと考えられます。

### 伊関副委員長

これも市民の方にもう少しわかりやすく説明した方がいいと思うんですけども、全くの更地の新しい所に行くというのは、ものすごく距離がありますので、おそらく病院を空っぽにするぐらいなところまで下げないと、患者さんを移すことはやはり相当大変です。場所によっては、自衛隊の協力を得て移転なんかもしているんです。だから、おそらく病院が空っぽになる近くまでやりますので、減収幅というのはものすごい金額がこれには入ります。だから、これは、移転する時には一定のかかるコストだということも頭に入れておかれた方がいいと思います。現有地でもこれだけかかるし、おそらく移転した場合も、これは試算すれば相当な金額になるので、これはやはり出さないと逆に不公平になるかもしれませんので、最終的な金額を、10%ぐらいで2ヶ月ぐらいの影響幅ですか、試算を次回までにしてもらって、報告してもらった方が、これは市民の皆さんの判断材料になりますので、それは作ってもらった方がいいかなと思います。

### 山浦委員長

片や2ヶ月で、片や75ヶ月影響あるということでは済まされないですか。

### コンサルティング業者

これは、影響を及ぼすのは2ヶ月間のすり鉢状を呈するわけで、試算上で適用した病床稼働率が11.4ポイント落ちた事例というのは年度の統計ですので、1年間でのならした数字です。急激に落ちるのは、8割とか9割くらい大幅に落ちるわけですね。年間にならずと概ねそのくらいになるということですね。

### 谷川委員

2つありまして、1つは事務局に、もう1つは委員長にお尋ねしたいのですが、何か記憶があるんですけども、移転の場合はたしか20億ぐらいの補助金について、国へか県へか、どっちかだったか記憶が定かではないのですが、その補助金を返還しなければいけないのではなかったでしょうか。ということと、



それと委員長にお尋ねしたいのですが、移転の場合、看護学校はどうするのかということと、それと病院職員用の保育所はどうなるのか。減収のところでお聞きするべきか迷ってしまったので今聞いているのですが、さらにもっとかかるのではないのかと思うんですが。これらについてはこの移転建替えとの比較表には入っていないのですが、いかがでしょう。まず補助金の件と、あと保育園とか看護学校をどう扱うかということなんですが。

#### **病院事業管理局職員**

すみません、今手元に当時の資料はないのですけれども、たしか補助金の返還と今借りている起債の返還だったと記憶しております。あと当時の話ですけれども、院内保育所と看護学校につきましては、看護学校については今のままという試算をしておりました。院内保育所については、当時借上げもしくは外部委託ということで計画はしておりましたが、まだ去年の段階では固まったものではなかったと記憶しております。

#### **伊関副委員長**

借金の返済額は。だいたい。

#### **病院事業管理局職員**

すみません。恐縮でございますが。

#### **山浦委員長**

谷川委員、今の回答でいいんですか。

#### **谷川委員**

項目としてはもっと大きい、学校ですから。やっぱり移転するといろんな影響というのが出てくると思うんですけれども。どういうふうにした方がいいのか思い浮かびませんが。やはり減収とかコストに関わることだと思いますので。

#### **病院事業管理局職員**

看護学校につきましては、移転する先にもよると思いますけれども、去年の段階では看護学校の移転は考えてございませんでした。今のままの看護学校で動かすということを想定しておりました。当然当時の収支の中には看護学校の分は入っておりません。

### 伊関副委員長

いわゆる看護学校の場合は、授業をやるのがメインで、あとは実習で朝から夕方まで一定期間いるので、横に必ず設置されてなければならないわけではないと思います。近くにあった方が当然いいとは思いますが。逆に教える教員の手間だとかそういうものは出てくるので、将来的には、場合によっては、移転した場合は、移転もあるかもしれないのですが。余地があればです。だから、余地がいっぱいある所につくった方がいいと思うのですが。基本的には、今のところ勉強が中心になるはずなので、実習は1年の中でトータルでいくと2、3ヶ月といったところですか、この期間は病院に朝から行けばいいので、同じ市内にあればそんなに不便はないと思います。逆に県レベルの学校だと、もっと他の遠い所に、埼玉の場合は浦和から熊谷とかまで行かなければいけない人もいますので、実習先でいけば、そんなに松戸市内で市立病院に対応するのであれば、移転したとしても、そんなに不便はないと思います。

### 山浦委員長

ただ今減収の話の続きだと思うんですが。

### 田村委員

減収の件ですが、今議論されている減収が、入院医療報酬に関する件です。外来医療報酬に関してはどうなんでしょうか。平成21年度で年間約26万人の患者さんが来られています。それで、約30億円くらいの医療報酬があるのですが、それに影響があるのかどうか教えていただきたい。

### コンサルティング業者

外来の規模に関しては、現状の診察室の数を満足できる面積を確保していますので、試算上においては、減収はなしという状況です。

### 田村委員

わかりました。ありがとうございます。

### 伊関副委員長

外来の話も言っておかなければいけないと思いますので、試算ではないですが、工事を大きくやっていて、しかも利便性が低下する中ですから、やはり一定数の外来の患者さんの減もあるかもしれないということを入れておくこともやはり必要なのかなと。その金額を入れていない数字としてこの数

字が入っているということを、これは議事録に残しておくために発言させていただきました。

#### 山口委員

追加で、似たようなことなんですけれども。アイテックさんの算出は、あくまでも移転による影響なんですよね。

#### コンサルティング業者

そうです。

#### 山口委員

移転じゃない時で工事やっている時の影響というのは、今入院についても伊関副委員長がおっしゃっていたようなことがありうるわけで、前回のご説明で、10両編成の電車にこれだけの乗車率で患者さんがいると、8両編成にしたら、それだけ1両ごとの乗車率が高まって全体の患者さんが変わらないということなんですけれども、やはり7年間も療養環境が悪くて患者さんが減らないわけじゃないです。つまり、パターン4に、これは移転に伴う減収だけであって、さらに移転時期じゃない時期の入院の減収、外来の減収というのも、これにプラスアルファされる。決してマイナスにはならないです。加算されるべきと考えなくてはいけないと思います。

#### 山浦委員長

ありがとうございました。重要なところですよ。

#### 窪田委員

先ほど委員長がおっしゃったように、利用率80%を90%にしてこれだけとおっしゃってましたよね。だとしたら、本当に利用率90%というのは確保できるのですか。だとすれば、もっと減収になるんじゃないかなと思います。

#### 山浦委員長

どうでしょうか。

#### コンサルティング業者

90%は最大値です。移転に関係なく。今の現病院で経営努力をして、診療機能を維持しながらやっていって、最大限どれくらいの稼働率を見込むかというのは、90%が上限だということは先生方もおっしゃっています。工事期間中に、

病床が減るが 90%を確保できるかということに関しては、確たる根拠はありません。前回の会議で私が申しあげました通り、10 両編成で走っていた電車が 8 両編成になると乗車率が高まるだろうということです。工事期間中も患者さんはいらっしゃるわけで、それを収容するという前提の試算です。

#### 山浦委員長

便宜上 90%という数字がないと話が進まないということで、その辺はご理解しながらいかないといけないと思います。

#### コンサルティング業者

療養環境が下がるので、差額ベッド代などは算定しておりません。僅かですが。

#### 山浦委員長

減収について十分話したと思いますが、まだありますか。

#### 谷川委員

簡単なことなんですけれども、先ほど私聞き落としたのかもしれませんが、これは平均在院日数は何日で計算されているのですか。

#### コンサルティング業者

平均在院日数については、現状のままということで、平成 21 年度の実績値でみています。何日かということですが。

#### 谷川委員

前々回でしたか、江原委員の資料で、平成 22 年の 9 月で 12.3 日でしたか。また違いますよね。平成 21 年とは。

#### 江原委員

変動がありますけれども、最近では 13.7 日です。

#### 山浦委員長

谷川委員は、平均在院日数が大きな影響を及ぼしているとお考えなんですね。

#### 伊関副委員長

平均在院日数を短くしても、病床利用率を例えば 9 割の状態にしてたら回転

が上がってますから、1人当たりの入院単価が上がるという話になります。1人当たりの入院単価が、だいたい標準の58,000円と45,000円クラスで変動がなければ、平均在院日数がいくら変更しても、病床利用率を設定しておけば、あまり関係ないんですよ。要は、成人45,000円、小児58,000円の金額が過大か過少かという話であって、平均在院日数は今回の試算においては議論の前提になる数字ではないです。要するに、平均在院日数をさらに短くして、平均単価を例えば小児65,000円にするとか70,000円にするとか目標のままで設定すれば、それはそれで前提は変わってくるんですけども、だいたいこの数字で出せば、平均在院日数自体は基本的には議論の外になる数字だということをご理解いただければと思います。

### 山浦委員長

それでは、減収の話はここまでにして次に移りたいと思います。

工事の影響は、これは特に皆さんのご意見を求めるまでもなく、騒音が出たり、振動が出たり、動線が長くなったり、駐車場が不便であったり、これは十分に考えられることです。それで、移転建替えであれば、それはないであろうと。この程度でいいのではないかと思います。

### 伊関副委員長

減収は、最後は松戸市民の皆さんが覚悟して、50億がなくなって、場合によってはその分繰り出しをしてもいいよということであれば、それはそれでありだと思います。ただちょっと気になるのが、救急の受け入れだとか入院の受け入れの医療機能の方が心配になってきて、結局第Ⅰ期から第Ⅱ期に関して患者さんが一定数減らさなければならぬ、Ⅱ期からⅢ期にもう一回減らさなくてはならない、Ⅲ期から最終の完成の時にで、3回病床の受け入れが厳しくなったり、場合によっては救急の受け入れが困難になる。これは移転の場合も同じで、これは1回になりますけれども。これはⅠ期の終了からⅡ期に移る、各期の時にありますよね。これは私が一番心配しているのは子供なんですけれども、お子さんの病床が移るのは1回だけでいいんですよ。

### コンサルティング業者

1回です。

### 伊関副委員長

後は大人が1回ずつそれぞれ出てくるということですね。これがおそらく低下するということはやはり書いておく必要があるのかなというのと。あともう

一つ、前回もちょっと話しましたがけれども、418 床に 1 回下がります。この時に逆に 90%に、場合によっては 100%近く、満床になるというか、受け入れ不能が出てくる可能性もやはりあるのかなと。この相当期間病床が減ることによって、病床が満床で救急患者さんが受け入れられないというオーバーフローの危険性がちょっとあるのかなと。これは医療機能の観点で、この 2 点は。おそらく移転でも、病院の移転の時には、それは逆には大きなものとしての受け入れが厳しい時期がやっぱり出てくるのは確かだと思います。

### 山口委員

付け加えるようなことでよろしいでしょうか。つまり、小児は大きく変動しませんので、その分成人部門がものすごくしわ寄せが来るんです。こうして見ますと、2 年半、もう少しですか、成人部門が 282 床、2 年間と 1 ヶ月が 218 床になってしまうんです。救急病院として、4 年半ぐらい 300 床を切ってしまう、あるいは 2 年間 218 床になる成人の救急病院なんて想像が付きません。これはもうこの数字を見ただけで不可能ではないかと思うんですけれども、C 案も。

### 山浦委員長

減収についてはここまでにします。

工事の影響については、振動があって当然と言いますか、音のない工事なんかありえませぬので。

次に、経営改革への影響。集中できないと私勝手に書いたのですが、どんな音がしようとも振動がしようとも経営改革はしなさいという市民の声であれば、江原院長が頑張るしかありません。集中できないというのは、私の思いやりで書いたわけなんですけど。それで、移転する場合には、工事は向こうでやりますから、経営改革に集中できるだろうと。そして、松戸市立病院の経営は格別によくなるんであらうと期待したいと思います。これについてはよろしいですね。

アクセス。これについても論議不要かと思うんですが、現在であれば変わらない、それから移転先によって違いますよと。

### 田村委員

アクセスですけれども、現地建替えの場合は変わりませんということなんです。現状ですと、市立病院へのアクセスとしては、北松戸からバス、もしくは北松戸か上本郷から約 800 メートルぐらい歩くということになってます。ただし、現状で市内の各地から実際に公共の交通機関を使って市立病院に行こう

とすると、最寄りの駅までバスで出て、電車を使って松戸駅もしくは北松戸駅まで来ると。結構不便なんです。あと朝夕のいわゆる通勤時間帯には結構バスの本数が出ているんですけども、昼間の時間帯にはだいたい1時間に2本もしくは3本というのが現状なんです。それで現地建替えを進めるのであれば、なんとかそこらの公共機関によるアクセスも市として検討いただきたいというのが私のお願いということで、これはあくまでも意見です。

### 山浦委員長

どうもありがとうございました。気がつかないことでした。これはここまでにします。

それから、駐車場については、すでにディスカッションされたと思いますのでこれは飛ばします。

それから、職員の意向。現地建替えに現職員は反対を唱えている。猛反対を唱えている。“猛”は付くのですか。

### 江原委員

私のところに現地建替え賛成って言うてくる人はいませんけれども、それでは話になりませんから、昨年6月に105名の医師にアンケートを取りまして、61名から回答がありました。現地建替え賛成が2名で、反対が43名、保留が16名でした。客観的にはそういう数字で、それから市長と職員との話し合いが2回もたれましたけれども、そこでも現地賛成という人は皆無でした。全体的には圧倒的に現地建替えには反対だということが言えると思います。

### 伊関副委員長

市民の意見を聴く会で、医師の方2人、看護師の方1人が発言されて、これは議事録にも残っていますので、やはりそこで出てこられた方は厳しいことを言われていて、反対で、強硬する場合は大量退職の危険があるかなと思います。これは書いておいた方がいいかなと思います。

### 江原委員

先ほどのアンケートによりますと、退職を考えているという方が、現地建替えであれば、36%、22名でした。それから、条件が合致すれば退職をするという人が、21.3%。合わせると57%の方が退職を考えるということでした。保留の理由は、去年の6月の時点ではどういう病院が建つのかわからないということです。現地建替えでも勤務を続けるという方が7%でした。

### 山浦委員長

ただ今、職員の意向についてディスカッションしているわけですが、その背景にはそういった数字もあったわけです。これはここまででよろしいですか。

### 伊関副委員長

すみません。ちょっと過ぎてしまったのですが、アクセスについて、場所によっては今の所よりも不便になる方もいるということもやはり書いておかないと。便利になる方は逆に少ないかもしれないので。不便になる人がいる。これはマイナスの部分になる場合もあります。場合によっては、救急の際に時間がかかる等のリスクがあるということも書いておかなければいけないのかなという感じはします。

### 山浦委員長

移転した場合ですね。

### 伊関副委員長

はい。

### 岩堀委員

工場の影響で、最近表立って話題にはなっていないですけども、ほこりとかかびが非常に影響を及ぼしているはずだということで、実は問題になりつつあります。

### 山浦委員長

工事は散々な目に会っていますけれども、4の比較の問題についてはここまでにしたいと思います。

それで、5の結論は、だいたい皆さんご推察の通りだと思うのですが、6に進みます。提言として、先ほど申し上げましたようになるべく早く建てて下さいということと、それから東松戸病院の活性化についても心していただきたいという2つの項目を提言として加えたらどうかなと私は思いました。これについてはいかがでしょうか。

### 山口委員

もう10年来ディスカッションしてまして、やっと平成25年に新病院が建つという予定で、診療科によっては中長期目標をきちっと計画を立てて、それま



で手塩にかけた若手を外に修行に出して新しい技術を修得させて25年から働かせようと思っていたのが、全部水泡に帰ってしまったんですよ。これで。それで、そういう診療科は中長期計画はずたずたになってしまって、そして技術を得た方が行き場がなくなってしまうわけです。そういうことが続きますと、どんどんどんどん新しく技術を得た方はよその病院に行ってしまうと、診療科単位でどんどん衰亡の途を辿りつつあります。ということで、彼らの言うには、5年が限度だと。これは意見を聴く会でもそういう数字が出ましたけれども、そういうことで診療科自体を維持できない。そういうこともありまして、5年以内にきちんと病院が建つという目鼻を立てていただかないと、我々としても持たないと。そういうような現場の声もありますし、意見の聴く会でもそうした話がありました。

### 山浦委員長

ありがとうございます。すでにもう10年待った人の気持ちはそういったことでしょうし、ぜひ提言として「なるべく早く」という文言を盛り込みたいと思います。これはよろしいですね、みなさん。反対の方はいますか。

### 伊関副委員長

提言が出た後に、今度はその後の合意の決定のプロセスがまた政治の道具になっていつまでたっても決まらなないと、かえっておかしくなってしまうので、おそらく議会ですとかいろいろな形で議論されると思うのですが、市民に情報が公開される中で、みんなが納得できるような結論にするように願うということがやはり必要なのかなと。とにかく政治の道具にはして欲しくないなというのがあります。あちらこちらで一番医師の方々ががっかりするのが、とにかく現場の医師の方をそっちのけにして政治の道具にされることなんですよ。やはりぎりぎり診療等しておられますので、やはりその立場に立っていろいろな関係者の方は議論をしていく必要があるし、公開の場でちゃんとしていて、みんなが納得する結果にしていくことが重要なのかなと考えています。

### 岩井委員

提言のところで、東松戸病院の活性化ということを加えていただいたのですが、一連の話は、市立病院、急性期病院を中心に話がされていますけれども、東松戸病院の立場としては、やはり松戸市全体の医療を考えて、当然高齢者の医療、回復期の医療というものも含めて、どういうふうにしたら松戸市で良い医療をつくれるかということを考えていただきたいと思っています。説明する時間はありませんけれども、回復期のリハビリテーションの話、前回お話し

したけれども、その資料を添付しておきましたので、松戸市において回復期のリハビリテーションがいかにかに不足しているかをご覧いただければわかると思うので、追加いたします。以上です。

### 山浦委員長

ありがとうございました。それでは予定していたテーマについての討論はここまでにしたいと思います。次回は、3月25日。これを以て皆さんとお別れしなければいけないのですけれども。

### 伊関副委員長

ちょっとよろしいですか。この後の段取りについて確認したいんですけれども。原案は山浦委員長が今お作りいただいているんですけれども、それをできれば次回の委員会の1週間前には各委員に、大変申し訳ないんですけれども、お出しただければ有難いなど。可能であれば、その修正意見等を委員の中で委員会の前に案を出しておいた方がいいと思うので。それを議論しないと、ぎりぎりになると、次の委員会でまた議論がまた混乱する可能性もあるので。大変申し訳ありません。本当は私がやらなければならないんですけれども、今全国を回って忙しくてやりきれないので。本当に委員長が自ら作られています。それだけ重みがあると私は思っているんですけれども。1週間前にはできればお出しただいて、修正意見をできれば次回の委員会の前に出す形にして、それを踏まえて最終意見を作るというのが一番会議が紛糾しないと思うんですけれども。委員長、いかがでしょうか。

### 山浦委員長

1週間前ということは約束できないのですけれども。私現在でも土日に朝から晩までこの問題に取り組んでいます。それから、本務もある中でやっているものですから。この程度で申し訳ないとは思っているところです。できるだけ早く皆さんの手元に配るようにいたしますので、どうぞよろしく願いいたします。

今日の会議はここまでにします。次回について、どうぞ。

### 病院建設事務局長

次回は、3月25日。時間の方は、申し訳ありませんが私どもの方で会議の関係がありますので、午後3時からお願いしたいと思います。よろしく願いいたします。

委員会散会報告

16時14分