

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21日（火）14時開会

2 場 所 市役所議会棟2階第1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 朝日新聞、日刊建設工業新聞、東京新聞、読売新聞、千葉テレビ、千葉日報、日刊建設新聞、毎日新聞他23名

5 議 題

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

6 会議経過及び概要

山浦委員長

第5回検討委員会を開催したいと思います。先立ちまして、千葉テレビから

映像の申し出がございましたので。最初の部分と聞いておりますが、よろしいですか。

(異議なし)

山浦委員長

それでは最初の部分だけお願いします。それでは議事を進めたいと思います。事務局の方から報告があるということですので、お願いします。

病院建設事務局長

千葉県健康福祉部医療整備課長の高橋委員さんから、市長宛に辞任届が提出されましたので、報告いたします。辞任届を朗読いたします。

「辞任届 松戸市長本郷谷健次様 千葉県健康福祉部医療整備課高橋功一。私は、職務上の都合により平成22年12月17日付をもって、松戸市立病院建替計画検討委員会委員を辞任したいので、ご承認くださるようお願いいたします。」

以上でございます。なお、辞職願につきましては、承認されております。

それから、松戸市立病院建替計画検討委員会設置要綱第4条第2項では、「委員に欠員を生じたときには、これを補充するものとし、補充された委員の任期は、前任者の残任期間とする。」と規定されておりますが、委員間の議論もかなり進んでおり、期間も限られておりますので、補充はしないということでご提案をさせていただきたいと思っております。よろしく申し上げます。

谷川委員

委員長、一つ質問があるのですがいいですか。

山浦委員長

今の件ですか。はい、どうぞ。

谷川委員

私も新聞でこの件を知ったのですが、そもそも建て替えのことに具体的に話に加わることは差し控えたいというコメントが読売新聞に12月18日にあるんですが、この委員会は当然建て替えについての話し合いをする委員会ですから、最初からわかっていたことですよね。何で、今の時期になってそういうことをされるのかなと、ちょっとあれっと思ったんですけれども。それに高橋さんに対して、個人的にどうか思うことはないのですが、県の職員さんであるということは、県の仕事として来られているわけですよね。それを放棄されちゃうというのは、いかななものかなと思うんですけれども。そもそも我々は公募で選ばれましたけれども。そこをどういうふうに考えているのかなというのが、ちょっと合点がいかないといいますか。そもそもこの委員会というのは、現地での建て替えの可能性を追求するという委員会なのに、そういう話が出てくることは当然のことだと思うんですが、根本的に設置要綱そのものにも問題があったと思うんですけれども。これはどなたに質問というわけじゃない。事務局さんあるいは委員長に質問なんですけれども、ちょっと私がつかりしたんですけれども、これは何でそうなったんですかね。そもそも県の職員さんを入れなければいけない理由ってあったんですか。こういうことはもし考えられるのであれば、そもそも高橋さんが最初の段階で、ちょっと申し訳ないけれども自分は委嘱を受けられないというのが筋だとは思っているんですけれども。ご説明を求めたいのですが。

山浦委員長

事務局、どうぞ。

病院建設事務局長

私どもの方で、県にお願いしたことなんですが、千葉県の役割といたしますか、それにはまず医療提供体制の整備・支援。それから、安全で良質な医療の確保として許認可の関係。この二つの点があります。その中で私どもがアドバイス

いただきたかったのは、医療法上の観点からこの施設についてのいろんな許認可の関係についてでございます。極端に申しますと、道路から隔てた場合の施設についてはどういう取り扱いになるとか。そういうことで、いろいろアドバイスをいただきたいというのが、もともとの原点です。

ただこの中で、私どもの方の想像なんですけど、新聞を見た限りでは、財政上の関係とか市の方のいろいろな中身のところになってきたので、県の立場からはその部分については意見は差し控えたいということだと思っています。

それから市立病院が重要であるという県の認識は、変わりはありませんので、その辺のアドバイスは、委員は辞任されましたけれども、ご協力はいただけるということで伺っております。以上でございます。

谷川委員

そうしたら、やはり食い下がりますけれども、やはりアドバイザーという立場でアドバイスを受けたい、アドバイスがほしいというのが事務局の立場ですよ。であれば、そういう立場で、委員という形ではなくてアドバイザーとして入ってもらうのが筋だったと思うのですけれども。今日で市民公募委員として参加して3回目ですけれども、1回目のときからその話が出ていると思うんですよ。市の財政の問題というのはちらほら出ているので。その段階で、やっぱりすみませんと言ってもらっても良かったと思う。

ちょっとなんか、言葉はきついですけれども、馬鹿にされたというわけではないんですけれども、これ何なのという思いがすごくしました。我々、いちいち3人の市民公募を集める意味もあったのかなというような疑念というか遺憾に思った点があったので、議事録に載せていただいて結構ですので、そういうことを思いましたので敢えて言わせてもらいました。

山浦委員長

谷川委員、それでよろしいですか。進めてよろしいですか。

谷川委員

はい。

山浦委員長

それでは今日の議題に入る前に、前回の復習、キーワード程度にしておきたいと思います。現在話題になりました、高橋委員が辞めるときに、前はペーパーでご意見を申しておりました。医療法に関する問題です。病院の基準や必要設備、それからこれは非常に重要だと思うんですけども、手術場が工事中に使用できなくなった場合には、外科系は標榜を一旦取り消すというかなり厳しい医療法の掟があるそうです。そういったことを指摘されておりました。

それから許可病床が工期にしたがって、下がったり上がったりしますけれども、その都度許可を得なくてはいけないというようなところを指摘されておりました。

そのあと、医師会から非常に印象的なペーパーが出されたんですけども、2005年に比較して2030年。今から20年後ですけども、そうなりますと松戸市の患者さんは1.6倍になるという非常に驚くような数字を出されました。それに医療の資源の方が、ついていかないのではないかという懸念ですね。

そのあと伊関委員からもまた、これまたものすごいグラフが示されたわけですけども、高齢者の増加の急カーブです。ものすごいカーブで上昇して増加する。ですから現在600床云々と言っていますけれども、600床で本当に足りるのというようなデータであったと思います。それで、将来の拡張性についても考えていく必要があるんじゃないか。そういった視野を持つ必要があるんじゃないかというご発言でした。

それからもう一つ重要な発言があるんですが、病院建築をして、コンクリートは50年は持つかもしれませんが、ところが、病院機能としてはせいぜい30年ぐらいでしょうと。30年経ったら、改修を繰り返すなどして、その時代に合った機能を取り入れないと遅れてしまうというようなご発言だったと思います。

極めて重要なご発言のあとに、コンサルの説明を受けることになりました。

これは非常に多岐にわたる項目についての説明でしたので、今復習をするのをやめますけれども。

それから前回のこの会議を終了するにあたりまして、市立病院、本院と云っていいのかわかりませんが、そこだけの話に留まらず、東病院との連携も考えなくては。それから松戸市の他の病院との連携も考える必要があるのではないか。そういったご意見ですね。

それからもう一つは、病院自身の経営に対する努力が必要であるということ。

それから、コストの問題ですけれども、コストが段々姿を現してきました。そのときに、コストを絞り過ぎても、絞り過ぎのリスクもありますよという話もあって、前回の会は終わりを告げたわけです。それで今日は、議題の最初に、前回と今回の間に行なわれました「意見を聴く会」の報告を、伊関副委員長から受けたいと思います。

伊関副委員長

12月12日曜日、2時から議会棟の3階特別委員会室で、「市立病院建て替えに関する意見を聴く会」を開催しました。部会員として、委員5名が参加して、市民の方々の意見を伺いました。傍聴は53名いらっしゃいました。非常に関心が高いことがうかがえました。意見については、様々な意見が出されて、病院に対して真摯な発言がいただけました。現在の医療体制の維持や病院の存続を求める意見が多かったと思います。

また、病院は市の中心にあることが必要であったり、税金を250億円負担して建て替えを行なうことについて、移転建て替えを行なうことについての疑問を提示、現地建て替えを提言された方がいた反面、現在の病院の使い勝手の悪さ、現地建て替えの際の騒音・振動などの問題、医師・看護師が辞めてしまう懸念等、現地建て替えについて疑問を呈する声も結構ございました。公設公営を維持して欲しいと訴える意見もございました。

さらに、現場で働く医師・看護師の方から発言もいただきまして、現在の機能性の悪い病院では、職員が退職をしかねかねないと、出来るだけ早急に移転

による建て替えを求める、という発言をいただきました。

発言については、発言録を作成しましたので、委員の方は全部読んでいただければと思います。また市民の皆さんについても、インターネットで公開をしているほか、支所でも備え付けになっていると聞いておりますので、ぜひご覧になって、様々な意見を踏まえて判断いただくことが必要と思います。

簡単にですが、報告をさせていただきました。

山浦委員長

ありがとうございます。委員の方、追加ありますか。

谷川委員

議事次第1番ということですよ、今の伊関先生からのお話は。私、その他でちょっと言いたいことがあるのですが、議事次第についての中で。その他について、ちょっとお話をしたいことがあるので。それ、最後がいいですか。それとも最初で。

山浦委員長

その内容がわからないから、何とも言えないんですけども、意見を聴く会についての話ですか。

谷川委員

それにも関係しますが、根本的なことなんですけど。

山浦委員長

谷川さんも意見を聴く会には出席されたわけですけども、それについて追加はありますかということ。

谷川委員

前後しちゃって失礼しました。私、議事次第のその他で言いたいことありますんで、一応前もって。

山浦委員長

わかりました。他の方よろしいでしょうか。それでは、経営の改善について病院側から発言を求められていますが、いかがですか。

植村委員

みなさんのところに資料が行っていると思いますけれども、前回の終わりに伊関副委員長から市立病院の現在とこれからの運営の改革がどういうことがなされているのかという、文書をもって回答するよというということで、この間は口頭で多少申し上げたのですけれども、やっぱりわかりやすい文章をもってということで、みなさんのところに資料が行っていると思います。ちょっとご覧になっていただきたいと思います。松戸市立病院建替計画検討委員会への資料の提出ということで、病院の建て替えがあろうとなかろうと、とにかく病院の経営というのは公立病院であってもきちっとしなさいという、総務省からのご提言が数年前にありまして、松戸市立病院もそれに倣って経営改革を進めているところがございます。

現在我々がやっていることは、まず一つはやっぱり病院をうまく運営していくためには、なるべくなら病床 600 床今持っていますからこれをフル回転したほうが収益が上がるわけです。そのためには医師と看護師を確保しなければいけないということがございます。私は平成 20 年に顧問として参りまして、それから去年は総長に就任していろいろと経営改革にアドバイスしてきたわけですが、私がちょうど着任したときに循環器の医師がゼロになるくらいに医師がいなくなりました。それから消化器も医師が半数近くいなくなった状況がありまして、いろいろと私なりに努力して循環器は千葉大学から来ていただいて今 4 名いますし、消化器は江原院長が消化器なものですから、いろいろとご努力い

ただいで消化器の医師も増えてきている、というようなことがございました。

一方で救急救命の医師が減っておりますが、これも今江原院長と二人で努力して確保に努めておりますし、呼吸器内科も来年ゼロになろうかということがあったんですけども、最近、江原院長と私の努力で確保することができてきている。全国的に医師不足の中で、いろいろと医者を集めることは大変なんですけれども、一応やっている。

それから看護師も足りなくてなかなか7:1ができないし、病棟を1つ閉鎖している現状なんですけれども、ただ、今年度から江原院長が看護学校の校長先生をしていらっしゃるから、奨学金制度を開始しましたし、看護学校に限らず千葉県のだこでもいいんですけども近隣の看護学校に行って、将来うちに就職を希望する人には奨学金をあげるということで現在90名近く奨学金をもらっております。この方たちが卒業すれば基本的にうちに就職していただけるということになって、これが拡大していきますと安定的に供給ができるのではないかと。それから、本年度から始めましたけれども、私と江原院長と岩井院長の3人で手分けしまして県内の看護学校を全部訪問いたしまして、うちの病院への推薦を仰ぎたいと、そのようなことをしている。これが一点でございます。

それから、診療科別ヒアリングと書いてありますけれども、やっぱり漫然と医療を行っているのではなくて、私と院長で各科の部長を呼んでどういう構想を持って、近々にどういう改革をやりたいのか、それにはどういう医療機器が必要なのかという、これを全部聞きだして、目標を立ててそれに向かって努力していただく。そういう監督をしております。必要な医療機器はできるだけ買う方向で行かないと、お医者さんていうのは好きな医療をさせると、どんどん働きます。収入も増えます。制限をしますとやる気がなくなって収入が落ちます。これはどこの病院でも行われているところで、その辺の手当が松戸市立は薄かったものですから、その辺を今改革しているところです。

それから、医師の経営感覚の育成です。漫然とした医療ではなくてお医者さん一人一人が税金を使っているこの病院をなんとか赤字を減らす努力をしなくてはいけないというので、私が2、3回に分けて経営の講義をいたしましたし、それ

から、管理会議も今までクローズだったんですけれども、内科系、外科系の部長が必ず交代で入って経営の議論に加わっていくというようなこともやっております。

それから 2 番目の病院の経営改善の取り組み状況ですけれども、これは空き部屋を私が発見しましたのでそれをできるだけ使えるようにということで、通院治療室をどんどん増やしていくとか、これは外来の収益がものすごく上がります。それからリハビリも、みなさん御存じのとおり、最近急速にリハビリの技術が進歩しまして、今までの定員ではとてもやっていけないくらい充実したりリハビリをすると成果も上がるということで、私が管理者になってから定員増をはかってどんどん募集をかけております。リハビリのスタッフを 1 人雇うと年間 1 千万円収益が上がりますので、10 人雇うと 1 億上がります。これは確実なところですから、その辺も努力して今度 10 数名増員いたします。将来的には 30 名以上増員するつもりでおります。

それから、地域医療支援病院の認可についてですが、これもいろいろ条件が厳しいんですけれども、これもクリアして取りますと 1 億円以上の収益が上がります。これは今、江原院長が県から許可が得られるように努力している、というようなことをございます。

それから、今後の経営改革については元々総務省から公立病院の改革プランをいろいろとアドバイスが出ておりまして、それに従って我々は計画を委員会を作ってやっておるわけですが、それと共に外部からの評価委員会を設けていただきまして、今まで 4 回くらい評価をしていただいているので、その評価の結果が近々に委員の方から出されますので、そのアドバイスに従ってまた改革していくというようなところにきております。それから病院の経営健全化プロジェクトを開きましたし、そういう意味で全員で取り組んで経営改善につなげていく。

それから 3 番目の医療機器の整備、医療従事者の作業環境の改善、これは非常に大事なことなんですけれども、今までうちの病院は医療機器購入の予算を削り過ぎておりましたので、そういう意味で入院が遅れたり、辞めていく医者

がおったのですが、これは今私が市と交渉してできるだけ満額認めていただいて必要な医療機器は購入する、その代わり予算はかかりますけれども必ず収益は増えますので、一時的にお金を出しても、資本投資しても必ず黒字になってきます。この辺を今、抜本的に変えるという努力をしているところです。というようなことが、今私たちがやっている改革です。これはまた病院をどこに建てようがこのまま続けていくつもりであります。

伊関副委員長

どうもありがとうございました。やはり必要な投資をするということは、市民のみなさんにもご理解いただきたいのですけれども、投資をしないと収益が上がリません。いいスタッフも集まってくるので、ここは、投資は必要と、外から見ても感じます。その分、投資をした分は、職員が一丸となって収益を上げるように努力していただきたいと思います。どこに病院を建てるにしても、収益が良くなければ逆に経営破たんの引き金になりかねませんので、ぜひ頑張ってくださいと思います。

山浦委員長

どうもありがとうございました。委員からご発言ありますか、よろしいでしょうか。

山口委員

投資というのは非常に大事でして、つい昨日も、私の係りつけの患者さんがある日突然心雑音がありまして、市立病院に紹介申し上げたんですが、心血管撮影装置が1台しかない。何回か申し上げました。これがゆえに検査ができないで、それ以上市立病院で手術に持っていかどうかすぐに決められなかった。ということで、その患者さんはやむなく他の病院に再紹介せざるを得ませんでした。こういうことが日常茶飯事なんです。ですから、投資というのは必ず利益を生みます。

もう一つは、地域医療支援病院ということですね。これは、何も市立病院のためだけにやるわけじゃなくて、松戸市の医療全体が我々診療所、民間病院も協力して連携していかないと、患者さんの流れを良くしないといけないのです。そのために医師会では病診連携委員会というものを立ち上げてまして、これをどんどん推進していこうということでございまして、その中には当然松戸市立病院の地域医療支援病院の許可に向けての支援というものも含まれてございます。

岩堀委員

投資ということでちょっと申し上げておきたいんですけど、収益を上げる医療機器に対する投資はいいんですが、施設に対する投資、それは今までも再三出ていると思いますけども、適正にさせていただいて、少し節約した分を医療器械とかあるいは医師の方の研修とかに向けていただければと思います。

谷川委員

今、植村委員からお話がありました改革プランに対しての松戸市病院事業経営改革評価委員会の議事録を頂いたのですけれども、これはそのうち公表されると聞いています。これは経営についての評価、改革プランに対しての評価なんですけども、岩崎榮先生、河北総合病院の理事長河北先生、公認会計士の石井先生、横浜の正木先生らが参加されているわけですけども、お話されている内容をちょっと私読みました。今年の5月26日、前の川井市長のときからこの委員会は立ち上がっていますが、単に経営の評価をする委員会かなと思ったら、この当時から我々が今この建替計画検討委員会で話し合っている内容について、どういう病院を持ったらいんだという点にも踏み込んでいて、内容もかなりプロフェッショナルの立場から発言されております。ちょっと議事進行を乱してしまうかもしれませんが、今600床のC案で検討しているわけですが、この中で正木先生が第3回の議事録でおっしゃっているんですけども、松戸市立病院は500床でもいけるんじゃないかというかなり具体的な話をされています。これについては植村先生どのようにお考えですか。この議事録お読みにな

っていると思うんですけども。後でこれについてお話したいことがあるんですけども。

植村先生

そこのところはですね、一般論として病院経営についていろいろな議論があるのは我々知っているのですが、ただこの間も私申しあげましたけれども、松戸市立病院の特徴というものを頭に入れていただきたい。ですから、松戸市立病院というのは非常に特異なんですね。どういう点が特異かということ、全国的に新聞で賑わっているように小児科医と産科医がいなくなって非常に困っている病院が多い。うちは小児科医が溢れているくらいいます。26名います。常勤医だけでも。研修医も来ています。ですから30数名動いています。それから全国から来るんです。なぜ来るのかということ、要するにうちの小児科が非常に全国的に有名でですね、症例が多いということで勉強になるということですよその大学から必ず卒業生が来る。うちが毎年10人くらい研修医を採っていますが、8名が小児科に残るんです。他の科に行かないのです。ということは要するに我々が小児科が成功しているのは教育が非常に充実してくる。そうすると患者さんが増える。医者が増える。ですから、病院の500という案はそれを考慮されていなくて、一般的に言えばそうなんです、この間も申し上げたように、私たちが600床と言うと多いとおっしゃるが、その中の150が小児科と婦人科が特別に配置された病院なんですね。それで残ったのは450なんです。ですからその議論をしていかないと、全国的な平均の病院の議論からうちも400でいいというのは、それは通らない。それをやっちゃうと、つまり例えば小児科もうちちょっと縮小してやったらという意見もあるんです。でもそれをやっちゃうと、結局小児科が魅力なくなって、医者がばーっと辞めていきますし、来なくなります。それでそれはうちの小児科の人たちもそれは許せない。ですから、やっぱり小児科と婦人科に関しては将来的には周産期母子センターにしようという千葉大学からのバックアップもあるわけですね。そうすると、もう少し婦人科医が増えると周産期までいっちゃう。そうすると、かなり充実した母子セ

ンターと小児センターが出来る。これがうちの特徴なんです。これは絶対に発展させなくちゃいけない。そういうことですから、それを差っ引いた残りの 450 で議論しなければいけないですね。そうするとその委員のおっしゃる 500 とか 450 という数字とは競合するわけです。ですから、他の病院と全然違うのです。ですから、よそで 450 でやっているという、その病院を調べてみると小児科がないのです。そこが違うので、普通の病院と同じ議論をされてしまうとまずいということの一つ申し上げておきます。

谷川委員

私前回から市のホームページにあります改革プランを見たんですけれども、皆様、ドクターでいらっしゃいますよね。それで消極的に 600 床の検討についてはイエスと言ったのですが、その後持ち帰っていろいろな資料を自分なりに見て、あと県の方にも聞いてみたんですけれども。山口先生がおっしゃっていた入院患者数の予測というグラフを前回見せていただきましたよね。先ほど約 1.6 倍とおっしゃいましたけれども、これは平成 42 年まで、これは改革プランから取っていらっしゃいますよね。医師会のホームページも見たんですけど。ただこれには、この改革プランには更にシミュレーションというのが下のところに記載されています。市立病院は DPC の導入をもうしていますよね。それで 1 日当たりの患者数に平均在院日数を減らしていく努力、それで実際達成されていますよね。去年、ここ数年で 1 日近くどんどん短くなっています。今日午前中事務局の方にコピーをとったのですが、これはまだ出来ていないですか。その改革プランの 6 ページほど。

病院建設事務局職員

はい。コピーは用意してございますけれども、この委員会の中で出すことについて先ほど控室にいらしたときに委員長ほか皆様の同意は得られておりますか。

谷川委員

あるんだったら配っていただきたいのですけれども。改革プランの数字と対比してちょっと疑問があるのですが。要するに、病院が目指している方向、松戸市立病院が目指している方向というのは、かなり平均在院日数を極力減らしていく、そうすると、在院日数を短縮するシミュレーションでは、平成 27 年、32 年、37 年、20 年後の平成 42 年の一日当たりの入院患者数というのは 490、524、543、529 という数になっていく。将来の患者数が 1.6 倍になるから、患者さんが増えるから、絶対今の市立病院は 600 床か、あるいはそれ以上という話がちらっとの間出ましたけれども、そういう理論というのは成り立たないように思うのですけれども。要するに、平均在院日数を減らしていくという目標を持っているわけですよ。千葉県から松戸市内の病床数についての資料を頂いたのですけれども、千葉西病院が約 400 床あるのを 200 床増やして 600 床にしますよね。すぐ隣の病院ですよ。あと、新東京病院も松飛台の病床も統合して和名ヶ谷に約 300、ここでも増えるわけですよ。そうすると、松戸市立病院だけで急性期をやっているわけではないのですが、近隣の医療機関がどんどん増やしているわけですよ。もちろん許可病床という規制はあるんですけれども。ただ実際問題、一番最初の委員会的时候に配られました、これは皆さんのお手元にあると思うんですけれども、松戸市立病院事業概要の 43 ページですが、平成 16 年度から平成 21 年度にかけては平均在院日数も減ってます。しかも病院稼働率は落ちてます。それに来ている延べ患者数も落ちてます。事実としてこの数字というものが存在すると思うのですが。この委員会で 600 床だということをおっしゃる先生方は言い切られましたけれども、このまま 600 床で突っ込んでいっちゃっていいのでしょうか。松戸市立病院は今 80% で病床率稼働してはいますが、周りで実際に病床が増えるわけですよ。千葉西及び新東京病院で。そうすると、この稼働率というのは、実際ひょっとしたら現在よりも下がる可能性もあると思うのですけれども。この点についてどう思われますか。実際に患者さんというのは減っていますよね。と私は思うのですけれども。ですから前回の委員会で C 案 610 の案で検討しましょうというふうに山浦委員長からお話あ

り、それに対して私は消極的にはいいと言いましたけれども、ちょっと私今回いろいろと自分で数字を追ってみると、600床はまずいんじゃないかなというふうに思うんですね。いかがでしょうか。

山浦委員長

谷川さん、ちょっとお待ち下さい。谷川さんが今ご発言になっている内容は、先ほど冒頭に言われましたその他で述べるつもりのお話ですか。

谷川委員

そうですね。ちょっと混ざってしまいました。すみません。はい、そうですね。ちょっと改革プランの説明があったので、それに対してちょっと。ごめんなさい。フライングでした。

山浦委員長

フライングだったということで、これはまた後でやってください。それでは、病院の改革について、植村先生の方から説明があってそれに対する意見を求めているわけですが、これはここまででよろしいでしょうか。これで最後ということではありませんが、今後も大いにやっていただきたいと思います。

伊関副委員長

病院の建て替えと経営というのは絶えずリンクしていると思うので、成果が上がったものはどんどん市民の方に発表していただいて、例えば、来年、医師が増えるとなれば、こういう体制になりますとか、頑張ったことをどんどんアピールしていかないと、何やっているのかわからないという話になると思います。変化があったこと、うまくいっていること、悪いこともあったらそれも含めてなんでしょうけども、情報を積極的に市民に向けて公開していくことが必要だと思うので、是非よろしく願いいたします。

山浦委員長

はい、ありがとうございます。全く同感ですね。それでは、コンサルの方からの回答をこれから聴いていくことにします。前回のいろいろ質問事項がありましたけれども、それに沿ったお返事であろうかと思えます。それではよろしくをお願いします。

コンサルティング業者

今日は検討案(C)について具体的に話を進めていきたいと思えます。前半の建築に関するものが約15分ほど、後半の整備手法関係が約5分から10分ほどと、全体で20分から25分ほどいただければと思えます。それでは、順次ご説明してまいります。

それでは資料1ページの「検討案建替えフロー図」でございます。こちらに関しましては、現在のC案とほぼ同じなのですが、ページ上段[機能・規模]の項目を追記させていただきました。

こちらの3番目ですが、これは松戸市作成の平成21年4月の「新病院基本計画」の施設内容を目標に計画してまいりますという内容です。そして、次のI期工事から竣工時までに至るC案の変更点でございますが、平面ゾーニングを今回行いまして、機能・規模の検討の中で、一部、部門の組み換えが発生しました。但し大きな流れと構成は変わっておりません。

それでは、I期工事、新6・7号館の建設と、関連する先行工事についてご説明いたします。工事期間は16ヶ月です。病床数は現状の613床、確認いたしましたら、実働で578床です。そこから477床に減少します。そして、先行工事といたしまして、前回ご説明いたしました2号館と3号館の間にRI部門を先行工事します。そして3号館には霊安部門を設置してまいります。このような先行工事をいたしまして、2号館を壊していくという流れでございます。

そして、II期工事は2号館の解体と新2号館の建設の期間です。工事期間は26.5ヶ月。病床数は1号館機能が新2号館に引越した後に418床に減ります。

そして、III期工事。1号館の解体。新1号館の建設の期間でございます。工事

期間は 32.5 ヶ月ということ。病床数は、最終的に 605 床になります。地下駐車場は 20 台としました。新規の医療機器に対応できるようにそのスペースを確保しました。

トータルの工事期間としまして 75 ヶ月になります。

次のページをご覧ください。これは「概略工程表」と申します。ここには前ページの工事工程と病床数の変動について、特に赤字で表記してあります。詳細につきましては割愛させていただきます。このデータをもとに作成されているということです。

それでは、次のページ「工程別各種データ比較表」でございます。

左の項目の、グリーンのところは病床数、そしてピンクのところは延べ面積、イエローのところは各種データと 3 パターンに分けてございます。上の方から、病床数についてご説明致します。病床数は現状 613 床から各工程を経まして 605 床になるということです。そして最も病床数が少ないのは、Ⅱ期工事最後の段階からⅢ期工事にかけての 418 床です。この期間は 26.5 ヶ月間ということです。

そして病床数の内訳でございますが、これは※印の 1 のところ、新病院基本計画(平成 21 年 4 月松戸市)を目標に計画したという内容でございます。

そして中段のピンクの項目、延べ面積でございます。現状の 32,900 m²から 45,400 m²に増えます。この中に地下駐車場 1,000 m²を含んでおります。

そして最後の下の段、各種データのところでございます。

現状は 1 床当たりの面積は 53.7 m²/床でございます。そこから 75 m²/床と大幅に増えることがわかります。病床数の中で、1 床室の部屋数も 35 室から 83 室に上がり、個室率も 8.1%から 19.9%、約 20%にまで上がります。

続きまして、資料の 1-4 の「概算工事費」でございます。

左の欄、工事項目を大きく 4 つに分けております。新築工事、改修工事、解体工事、その他という流れでございます。一番下の部分、概算工事費ですが合計で 137.9 億円でございます。前回試算の 135 億円に地下駐車場分を加算した金額でございます。

この概算工事費算出におきましては、※印の部分に表記してありますが、建

設単価は公共工事の標準で設定しております。なお、建設単価に関しましては狭い敷地で困難な工事が予測されますので少し高めに設定しております。だからと言いまして、楽な数字なのかと言われましたら、そうではございません。かなり抑えめに入れて、その範囲で柔軟に対応できる試算でございます。また、今回の計画の中では免震構造の採用を想定した単価となっております。この中で改修単価は、3号館・4号館の既存遡及改修の問題がございます。この内容に関しましては現段階では不明瞭でございます。今後の基本設計・実施設計と経過する中で変動が予想されます。

そして一番下の項目、※印の6番、共通費は22%で試算しております。

それでは引き続き、次のページの「平面計画の基本的な考え方」に移りたいと思います。上の部分の「建替計画の基本的な考え方」は前回お話しいたしましたので割愛させていただきます。

今回新たに加えたのは「平面計画の基本的な考え方」で、3項目でございます。

まずは、複雑な動線を可能な限り解消することです。そして二つ目は、新築棟及び既存棟の病棟アメニティを改善することです。そして三つ目は、将来の成長と変化にも対応できるように、可能な限り計画することです。以上の3つの項目を目標として掲げました。

そして右の図面は、C案竣工時の配置概念図でございます。

ここの中で大きく二つの軸を設定させていただきました。一つはこのグリーンのところです。東西軸の方向にホスピタルストリート、患者様の主動線になる部分でございます。それと、南北軸の方向にメディカルストリート、つまり管理・スタッフの主たる動線でございます。この2つの動線軸を基に、3つのゾーンを設定しております。赤の部分を外来ゾーン、青の部分が中央診療ゾーン、そして緑の部分がスタッフ・管理ゾーンでございます。このような形で3つのゾーニングをいたしました。そして、ほぼ中央、2軸の交差部に縦動線の軸となる搬送用のエレベーターを配置いたします。そのような概念図のもとで計画しております。

それでは次のページからですが、わかりやすく説明するために、資料の 1-8 ページ 1 階平面図をご覧ください。これは、先ほどご説明いたしました、外来者の主動線であるホスピタルストリートとスタッフの主要動線であるメディカルストリートが、どれだけ現実的に反映できるかを示しています。そして、先ほどご説明いたしました外来ゾーンと診療ゾーンが左右で明確に分かれているという図面でございます。この図面の中でポイントとなりますのが、現病院の外来が 1 号館と 2 号館に分散しておりましたので、かなりわかりにくいという状況がございました。この提案では、軸線に合わせまして外来部門を 1 号館に集中配置させました。そして患者さんにとってわかりやすい構成にしたということでございます。

それでは 2 ページほど戻りまして、地下 2 階の平面図をご覧ください。

こちらの新 2 号館に給食・薬剤・倉庫を集約配置しております。そして新 1 号館・新 2 号館・既存 3 号館の中央に、先ほどお話した搬送用エレベーターを配置し、各部門に物品搬送を行います。そして霊安と RI は 3 号館に先行工事いたします。

次のページの地下 1 階をご覧ください。

実を言いますと、現地をご覧になった方はわかるかと思いますが、新 2 号館と既存の 3・4 号館の地下 1 階は地上部分に当たります。この新 2 号館の地下に夜間小児外来と救命救急外来の 2 部門を設置いたします。搬送用エレベータで新 1 号館の 2 階の手術部門と直接つながる計画でございます。

それでは次のページの 1 階を飛ばしまして、2 階の平面図をご説明致します。

新 1 号館の東側に手術部門を計画いたしました。この部分が、先ほどご説明いたしました地下 1 階の救急部門から搬送用エレベータで直結されているということでございます。そして同一フロア上に NICU・ICU・GCU 等を計画しております。

それでは次のページ、3 階でございます。

2 階の手術部門から EV で直結した位置に産科病棟を計画しています。そして新 1 号館の方には婦人科病棟・小児病棟と平面的に接続されるという形で雁行

型の形を形成しております。

そして既存の 3 号館の病棟ですが、病室の 6 床室を 4 床室とデイルーム、2 床室を 1 床室に改修いたします。これによって患者のアメニティを向上させていくということでございます。

次のページをご覧ください。11 ページ、12 ページともに病棟の基準階にあたります。

新 1 号館・新 2 号館は雁行して連続しております。そして、各種の物品の搬送ルートも、中央部分にある搬送用エレベータを設置することによって改善を実現しています。ここでの大きなポイントといたしましては、現状の病院で薬剤と給食関係などの物品の各部門への配送が困難であったものが、ここにエレベータを集約化することによって新病院の移動を動線的にスムーズにしているということがあげられます。そして、南側にデイルームを設置することによって、患者のくつろぐスペースを各病棟に設置しているということです。

それでは少し飛びまして 14 ページ、7 階平面図をご覧ください。

新 2 号館の最上階の見晴らしの良い場所に、リハビリテーション部門と職員食堂を設置いたしました。

それでは次の 15 ページをご覧ください。これは工事期間中の動線計画の考え方を示したものでございます。

まずは I 期工事です。こちらは新 6 号館と新 7 号館建設中の図でございます。既存棟はすべて稼動している状況でございます。救急と物品搬入のルートは現状と同じルートを確認しております。そして、一般の動線ルートは、南側の方に現横玄関と、建設中新 6 号館と既存の 1 号館の間に安全にルートを確認して、補助的に動線ルートを確認するというところでございます。そして車のルートは、敷地北西側に仮設のロータリーを設置いたします。

それでは右の部分の II 期工事でございます。こちらの図は新 6 号館と新 7 号館は完成している状態です。そして 2 号館の解体新築の工事期間中でございます。

救急と物品の搬入ルートは現状と同じでございます。そしてメインの一般ル

ートは、完成した新 6 号館 1 階のピロティを經由して入るとい形となります。

それでは次のページをご覧ください。

Ⅲ期工事は、新 2 号館は完成している状態です。1 号館部分が解体新築の工事期間中でございます。物品搬入のルートは 2 号館の西側から、救急は新 2 号館東側から搬入します。

一般者のルートは、新 6 号館 1 階のピロティの部分から入ります。このⅢ期工事で発生するのが渡り廊下でございます。この緑の部分でございます。そのため新 6 号館には、移動の少ない外来診療科を入れるなど、運用上の工夫が必要であると考えられます。そして右側の竣工時の図を説明いたします。一般者のルートは新 6 号館から經由しまして 1 号館に入るルートでございます。そして、物品搬入は敷地北側から新 2 号館の給食・薬剤・中央倉庫に直接入る搬入ルート、そして救急は新 2 号館東から入るとい形でございます。

引き続きまして、次のページのコストダウンを図れる整備手法についてご説明いたします。

お手元の資料「2-01」ページをご覧ください。こちらは、整備方式のモデルとして「従来方式」と「民活手法」の中から代表的で本事業で実現性のある「デザイン・ビルド方式（DB 方式）」を挙げさせていただきました。それぞれの基本的な考え方とメリットならびに課題を整理したものです。

まず従来方式は、松戸市における公共施設等の建設事業に関わるこれまでの整備手法で、基本設計、実施設計、施工に係わる業務を、それぞれ分離して発注する方式になっています。それに対し、デザイン・ビルド方式は、基本設計は分離発注としますが、実施設計と施工を一括して発注する方式となります。

業者選定に伴う入札方式につきましては、それぞれ、総合評価一般競争入札、制限付一般競争入札、一般競争入札の方式があります。入札方式については、本事業における当該業務の特性を考慮すると共に、業者選定の目的を明確にした上で、最も適切と思われる方式を採択すべきであると考えます。

なお、特記事項の欄にコメントを付記させていただきました。

次に、現状型とデザイン・ビルド方式についてそれぞれ期待できるメリット

と課題と考えられる点について説明いたします。

評価の視点としまして 5 つの要素を挙げております。①に「経済性・市の財政負担」、②として「創意工夫の適用性」、③として「地域社会経済への影響」、④として「準備作業（手続き等に係わる労力・費用）」、⑤として「計画性の自由度、その他」を挙げています。

①の「経済性・市の財政負担」の要素からみますと、資金調達の方法は同様となりますが、現状型ではコストが高止まりする傾向になりがちであるのに対して、デザイン・ビルド方式では、実施設計と施工が同一業者で同時進行できることとなりますので、工事の手戻り防止や工期短縮が図られコストを低く抑えることが可能となる点に注目していただければと思います。

②の「創意工夫の適用」についてですが、現状型では従来標準仕様書による仕様発注となることから、業者が持っている独自の施工ノウハウを設計に活かすことが難しくなる傾向があります。一方のデザイン・ビルド方式は、建設業者が持っている施工のノウハウや独自の施工技術を設計に反映することが可能となります。

デザイン・ビルド方式の特徴と最大のメリットは以上の点でございますが、課題としては松戸市として前例がないことで、資金調達のほか業者選定から契約等に至る調整や手続き等の準備作業に係わる労力や費用が現状型に比べて多く発生することが懸念されます。

時間の許す限りで特記事項欄にまとめたコメントについて説明させていただきたいと思いますが。時間はまだ大丈夫でしょうか。

山浦委員長

どうぞ。

コンサルティング業者

基本的な考え方、現状型とデザイン・ビルド方式に併せまして、バリュー・エンジニアリング（VE）という手法がございます。これは、それぞれ、現状型、

デザイン・ビルド方式に付加的に併用する考え方でございます。これは、コストダウンを図れる整備手法の検討として、入札方式がどのような形で行なうかということと係わってくるところでございます。

総合評価一般入札方式は、応募選定期間や契約締結協議の時間が必要であって、一般競争入札と比べまして業者選定期間は長期化します。総合評価方式を採用する場合、プロポーザルやプレゼンテーションの実施等で、応募者側はその準備に、また施主（病院）側では書類審査・評価に、互いに時間・労力・費用が掛かることとなりますので、なるべく簡易な方法とする例えばプレゼンテーションを割愛することなどが考えられます。できれば、総合評価方式を推奨します。

応募者については、評価に値する程度の実績を有する業者を絞り込む視点から、入札資格要件を明確にしておくことが望ましいと考えます。これは、制限付一般競争入札に該当します。

VEは注釈に記していますが、直訳すると「価値工学」となりますが、工学技術の粋を結集しコスト削減と機能向上を両立させながら最適な調達を実現するための価値（機能と品質とコスト）の最適化を図る手法ということでございます。言葉で言うのは簡単ですが、かなり難しい技術だと言えます。VEの適用は「総合評価一般競争入札方式」を採択することが前提となります。これは、現状型であってもデザイン・ビルド方式であっても同じことが言えます。

VEの適用時期は、「設計段階」、「工事入札段階」、「契約後の施工段階」の3つの時期で行なうことが可能と考えます。

評価の視点の備考の欄に、3つ項目（白抜き）をまとめていますので紹介します。

まず、「民活手法の導入による費用削減効果」でございます。従来型の標準仕様書による仕様規定に比べまして、性能発注となることにより合理化が期待できます。いわゆる総合評価方式で優れたところを競い合うということでございます。また、民間業者が有する得意技術の活用や新技術・工法の積極的採用による削減効果が期待できます。

次に、「デザイン・ビルド方式・総合評価競争一般入札方式の採用による品質確保と費用削減効果」をまとめています。デザイン・ビルド方式と合わせて業者の選定にあたりましては、入札価格のみならず、実施設計並びに施工方法の技術提案を求めることにより、品質確保を担保する手段になります。また、事前公告により応募資格要件を明確にするとともに、最低制限価格を公表することになれば、応募者の「ヤル気」を醸成し、(最低制限価格を設けるためこれ以上の価格の低下は期待できませんが、) 真剣勝負で技術競争が実現し、その結果として品質の確保と費用抑制の実現が期待できるとまとめさせていただきます。

デザイン・ビルド方式の導入例として最近の事例ですが、町立三春病院、新多治見市民病院、大崎市民病院、藤沢市民病院(計画中)などが挙げられます。以上がコストダウンを図れる整備手法の検討でございます。

続きまして、次のページ「2-02」ですが、こちらの資料は、松戸市立病院と同規模病院における主要大型機器の設置状況、国内における自治体病院 500 床レベルの病院を任意に抜粋しているものでございます。データについては、最下段に記していますが、がん診療連携拠点病院を対象とした「がん情報サービス」ホームページと各病院のホームページから収集しています。

表の左側には主要機器の名称を記載しています。上から「SPECT(ガンマカメラ)」これは核医学の領域で使用する医療機器でございます。その次に MRI、X線 CT 装置、血管撮影装置、多目的血管造影装置、一般 X線撮影装置、X線テレビ撮影装置、乳房 X線撮影装置、骨密度測定装置、医用リニアック、腔内照射装置を記載しています。その右の列に予想取得額を記載しています。ガンマカメラであれば概ね 8 千万円、MRI については、3.0 テスラで約 2 億円、1.5 テスラで約 9 千万円となり、同様に各機器の予想取得額を記載しています。

次の列は「現松戸市立病院」に設置されている各機器の設置状況でございます。ガンマカメラが 2 台、MRI(1.5 テスラ)が 1 台、X線 CT が 2 台。血管造影(二方向)が 1 台、先程これが 1 台しか無いというお話もありましたが。一般 X線撮影装置が 4 台、X線テレビ撮影装置は消化管・泌尿器・婦人科兼用が

1 台。多機能の X 線テレビが 2 台、多機能 X 線テレビの詳細仕様が確認できていませんが血管造影と併用できるもので、循環器系をサポートしているものと思われる。乳房 X 線撮影装置はマンモと言いまして乳がんを早期発見できる装置で、もちろん、がん診療連携拠点病院として 1 台所有しています。骨密度測定装置はありませんが、最近の傾向としましては、全身を測るものはそれほど設置されていないようございまして、前腕部にて測定するものを設置する傾向にあります。その他放射線治療の装置も設置されています。

他の病院の病院名は伏せておりますが、A 病院と D 病院は県立病院、B 病院と C 病院は市立病院です。それぞれ横並びで設置状況を見ていただいて、松戸市立病院で劣っていると思われるものは、先程、先生からの話しもありましたが、循環器領域と考えられます。それと、循環器領域と、消化管・婦人科・泌尿器領域で、X 線 TV の使い方が確認できていないところがございます。骨密度測定はなくてもよいかと思われます。東松戸病院にはあるということですが。

問題になっております MRI が 2 台というお話につきましては、この表で見える限りでは、県立の D 病院（685 床）で 1.5 テスラが 2 台あります。

以上です。

山浦委員長

ありがとうございました。説明は以上ですか。

コンサルティング業者

はい、そうです。

山浦委員長

またまた情報量は増えてしまいましたが、委員の方から質問を求めたいと思います。岩堀委員、いかがでしょう。

岩堀委員

盛りだくさんで大変だなと思いますけど。はじめの方からいきますと、建て替え順ですけど、この中で既存を活かすということで改修しますよね。そうすると、改修している階以外に影響が出ると思うのですけれども、その辺はどうお考えですか。一時使えなくなる部分が出る。とりあえず一通り質問だけ言います。

それと、これはなかなか既存の部分も含めてですから難しいんですけれども、なかなか厳しいなと思うところだけざっとお話しますと、救命救急ということだと、救急を受け入れた場所から特に診断との連携が大事ですよね。その辺はなかなか苦しいところがあるなということと、それからやはり物の搬出入、食材とか物品、あるいはご遺体の出入りがあるでしょうし、その辺の出入りがうまくいくのかが少し気になりますね。それから、これはすぐにはわからないかもしれませんが、看護単位数は現状とご提案していただいたプランでは同じですか。

山浦委員長

最後の質問は今すぐ答えられますよね。看護単位数がどれくらいなのかということは。

コンサルティング業者

看護単位は、シミュレーションしている中で、10:1で、一時期7:1です。

岩堀委員

そうではなくて、数です。

コンサルティング業者

7:1を考慮しまして49床を基準としています。

岩堀委員

そうではなくて、いくつですか。

コンサルティング業者

49床です。

岩堀委員

いや、看護単位はいくつの看護単位になるんですか。1単位当たり多い少ないというがあるので、ばらつきも問題だと思いますけど。ご提案のものが悪いというわけではないですよ。このようにならざるを得ないという状況で。

植村委員

看護単位は病棟によって違います。全部違います。

江原委員

看護単位は外来を入れて現在18です。

岩堀委員

今、1病棟でいろいろなベッド数があると思うのですが、大丈夫なんですか。

江原委員

ベッド数に合わせて看護師を配置するために病棟毎に配置人数は変わります。

岩堀委員

いろいろ効率悪いところとか。

江原委員

7の倍数で、病棟の病床数を決めても、同じ49床でも28床と21床の2病棟

と、49床の1病棟では配置看護指数は全然違います。

岩堀委員

私が申し上げたいのは、病棟の数なんですね。病棟の数がおそらく理想とは言いませんけれども、ここで建て直さざるを得ないから看護単位の数が増えたりする可能性はあると思うんです。またそれぞれの病棟でも1つの看護単位にベッド数が50とか35とか出てきますよね。それで看護師さんの効率良い配置ということを考え合わせると、だいたい病棟の有り様が全体の中で決まってしまうと思うんですが、全部50床であれば看護単位数は減るかもしれませんが、ベッド数の少ない病棟ができざるを得なければ看護単位数が必要以上に増えて効率が悪くなるその辺がちょっと現地建て替えの苦しさがあるのではないかなという気がします。数はともかくそういうことと、それから先ほども言っていた救急を中心とした流れというのは大事だと思うんですね。やっぱり現地建替の制約のなかではこういう形はやむを得ないと思いますが、その辺はどうお考えかということと、それから少し技術的なことですけれども、免震というふうにおっしゃったと思いますが、これは2つの棟を建て直すと思うんですけれども、両方免震にするのですか。それを繋ぐわけですよ。細かい話ですけども、なかなか厳しいと思いますね。今思いつくのはその程度です。

江原委員

構造的なことで質問をさせていただきます。一般外来の入口と救急外来の入口が同じ横玄関ですよ。ここにはスロープがありますので、車椅子はなかなか運べないです。また、ここ玄関は袋小路になっておりまして、多い時で救急車が3台止まる時があります。3台でほとんどスペースがなくなってしまいます。横玄関から一般外来患者さんが歩いてあるいはタクシーで来るし、車椅子も来る。それから、救急車も入る。場合によっては、霊柩車が入るわけです。実際に玄関がここ1か所だと無理だと思うのですが、いかがですか。

コンサルティング業者

多くの質問がありまして、時間をいただかないと回答できないところもございますが、今回答でできるところを回答します。

まず、改修工事に際して上下階への影響のご質問がございました。これに関しましては、病棟の変更が基本的な改修の内容でございますので、つまり、6床が4床に変わるといふときの引っ越しした後の状況と、また、シミュレーションが必要ですが、病棟間のお話ですので上下階に影響が無いような工夫をしていくことになります。今お答えできるのはその程度でございます。

二つ目の質問、救急部のお話で、最終形として、救急部から、救命救急からX線診断との直な交錯というのが常道でございます。このローテーションを形成してまいりますと、どうしても新2号館の新しい救急と現状ありますX線関係とのつながり、動線を変えてしまう、これは、なかなか難しい計画でございます。同一フロアは物理的に不可能と思っております。

三つ目の搬出入の質問でございます。これについては、階構成が地上1階そして地上に面している地下1階と、異なるフロアに面していますので、搬出入はルートの問題ないと思っております。ただ、もう少し具体的に計画を進めてまいりませんと、ご指摘のルートに関するお話というのが、まだご提示できません。

四つ目の看護単位のお話でございます。今、確認しますと14病棟でございます。そういった中で、10:1から7:1の変遷については、先程説明した内容でございます。

江原委員

先程の看護単位は、15です。

コンサルティング業者

既存が15病棟です。

江原委員

そうです。

コンサルティング業者

今、私共が提示している計画は、NICU、ICUを1単位と数えまして、14病棟となっています。

15ページから16ページに亘りまして、工事中の動線計画でございます。これには、現病院での使われ方を加味しまして、基本的にはメインの入口は、既存1号館にあります西側からのルート（横玄関）を確保しなくてはいけないと思っております。そして、現在、分散配置されている駐車場がございます。どうしても、その南側から入られる患者様がいらっしゃいますので、歩ける方、動ける方は現状の南面からということで、2つの入口をどの段階でも確保するようにした訳であります。

山浦委員長

岩堀委員の質問はそれでよろしいのですか。B2に救急室がありますよね。それで2階に上がって、そこには手術場があり、ICUの数々があるという構築になっています。ですから、診断を経ずにICUあるいは手術場に飛び込むのであればエレベーターで1本ということになるのですけれども、診断を経ないで手術場あるいはICUに飛び込むということはあり得ないわけですね。それは私の意見ですが。

岩堀委員

同じことを申し上げているのですが、何と言いますか、言い訳とは言いませんが、これでいいんだということはなかなか言えないと思うんです。我慢していただかなければいけない事情とかいろいろ出てくると思うんですね。こういうところが問題点だということはそれぞれ挙げていただいた方がわかりやすくなると思いますけれども。いかがですか。

伊関副委員長

おそらくアイテックさん達を責めても仕方ないですよ。要するに、限られた条件の中でぎりぎり一生懸命考えられた結果かなと、私は読んでいて感じました。ただ、この前の住民の声を聴く会で医師の方が言われていましたが、ここは心肺停止のお子さんが1年に何人も運び込まれると病院で、そういうお子さんの命を守るためには、救急の体制は万全でなくてははいけません。建物の構造的な問題があって、万が一の事態が起きたら、それを認めたこの委員会の責任さえ問われかねないところがあります。これは、現場の医師や看護師、スタッフなど病院の方で一回見てもらって、その機能についてこういうところが問題だということ、実際に運用の点から問題を漏れなく指摘していただいた方が早いと感じています。その上で、設計の際に、これはやっぱり問題だなど思う点が絶対あるはずなので、そこら辺の問題点も逆にアイテックさんの方から指摘していただいて、そういう問題を改善でクリアできるのか、いろいろな問題が起きないように図面が可能なのかどうかということを整理する必要があると考えます。そのため、今すぐに答えを出すというわけにはいかないと考えています。

江原委員

伊関委員のおっしゃる通りだと思いますけれども。あと、我々（病院スタッフ）は紙敷に移る計画をした時に、今の病院は機能的には限界があるので、新しい病院にはどういう機能を盛り込むか検討した時に、大型医療器械の台数とかを全て決めたわけです。これらは盛り込まれていないわけですよ。

コンサルティング業者

これは、現行のものだけを入れています。

江原委員

現行ですよ。MRIは1台と言いますが、この500床を越える病

院の中では、1台がかなり多いですけども、これらの病院はどうやって選んだのですか。

コンサルティング業者

任意に選んでいます。

江原委員

任意と言っても、私は600床近くの病院だと1台という方が少ないと思うのですが、それは調べられましたか。

コンサルティング業者

全部ではございませんが。

江原委員

いや、全部ではなくて、だいたい500床ぐらいの病院だとMRIが何台あるのかとか、600床だとMRIは何台あるのかとか。それから、同じような機能の病院だとどうかとか調べましたか。

コンサルティング業者

2台持っているところはそれほど多くはありません。

伊関副委員長

別に自治体病院だと隠す必要ないと思うので、挙げてもらった方が実態がつかめると思えます。そうでないと、例えば精神病床が150床とか200床入っていれば、一般病床分が小さくなりますから、MRIが場合によっては少なくなるかもしれません。場所がないとイメージできません。

コンサルティング業者

確かに精神病床を含んでいるものもありますが、それは今わかりませんが、挙げているデータは公表されているものですので、差し支えないかと思えます。Aが佐賀県立病院好生館です。

岩堀委員

好生館の新しい方ですか。計画している方ですか。

江原委員

それから、この前の病院の平面図だとMRIは2台あったのですが、今回は1台に減らしたんですか。

コンサルティング業者

新病院の計画時は2台でしたが、これは現松戸市立病院の台数を入れていません。

江原委員

ですから、一時2台にしましたよね。我々が2台くらい必要だということ。

コンサルティング業者

新病院での計画ですよ。

江原委員

急に1台に変えたわけですよ。

コンサルティング業者

現病院の現状でございます。

江原委員

わかりました。

コンサルティング業者

B が山形県の日本海総合病院、C が山形県の公立置賜総合病院、D が岩手県立中央病院です。掲載した選び方にご指摘いただくかもしれませんが、がん診療連携拠点病院を選定しており、松戸市立病院もがん診療連携拠点病院でございます。病院のホームページでは、なかなかここまで出している所はございませんでして、こういった媒体を使って調べたわけでございます。今後時間をいただければ、ご指摘の通り調べます。

岩堀委員

周産期とか小児に特徴がありますから、そういう病院を選んだ方がいいと思うんですね。やっぱりおっしゃるように小児救急というのは、ものすごく医療器械も診断も高度で多様ですから、事例はいくつも挙げられますよ。

コンサルティング業者

了解しました。

江原委員

あと、3次救急をやっている病院ですね。

コンサルティング業者

わかりました。

山口委員

あと、建物の高さですけれども、これは3号館に合わせて新しい号館はつくのでしょうか。この前の岩井委員のお話ですと、手術室を高くしないと、将

来的に多機能な効率の良い病院はできない、手術室はできないというお話だったんですけれども、今の市立病院の天井を見ますと、正確な数字はわかりませんが、ぱっと見は低いんですよ。それに合わせて新しいものを全部つくってしまうということになると、将来的に、岩井委員がおっしゃったような、発展性のある、コンパクトなんだけれども機能性の高い病院ができないのではないかという心配をしました。

あともう一つは、迂回路です。第Ⅱ期工事あたり。6号館と現3号館を結ぶ迂回路。これは、一体何階につくるのですか。この平面図を見ますと、地上1階に搬入路の傾斜路がありますよね。そこに患者さんの迂回通路ができることになっている。一体何階にできるのですか。車と人がぶつからないのですか。

コンサルティング業者

一つ目の質問でございますが、手術室、ページ数で言いますと、1-9と1-10のところを見てください。ご質問確認させていただきます。既存棟の病棟の高さに合わせると、1-9ページの新1号館の手術部門の階高さが制限されて、新しい手術部門として不適切ではないのかという趣旨だったかと思えます。これには私共も非常に悩み、解決の方法としましては、次のページ1-10ページでございます。新1号館の部門の中で、屋上と描いてあるところがございます。この屋上が位置する部分にオペ室、オペの室数も現状よりも多くを入れなくてはいけないということを考慮して、まだ具体的な仕様は決まっておりますが、ここの部分にオペ室を集約させて階高を自由にさせる考え方でございます。それが一つの方策かと思っております。

二つ目の質問でございますが、渡り廊下の件だったかと思えます。ページ数で言いますと、1-16ページでございます。1-16ページのⅢ期工事、ペーパー左側の「仮設渡り廊下」についてかと思えますが、それでよろしいでしょうか。

山口委員

そのことです。

コンサルティング業者

こちらの部分は、現病院の入口部分のレベル、これが1階でございます。この1階のレベルで、同じレベルでずっと既存の3号館に水平の状態ですり廊下が発生するという形でございます。現在の既存3号館では、この1階レベルは、2階部分に相当いたします。ですので、実質的にサービス通路との衝突は発生しない計画としております。

山口委員

1-8を見ますと、1階部分に地下に行くスロープができるわけですね。これとすり廊下が同じ平面に存在していることになっちゃいますよね。

コンサルティング業者

これは、工事完成後、仮設廊下を撤去いたしまして、その後、スロープを形成させるという考え方でございます。

山口委員

あともう一つは、仮設廊下の3号館に行った先に何があるかというのと、空調機械室があるんですけども、そこにはつなげないと思うんですけども、本当はどこにつながりますか。

コンサルティング業者

空調機械室は認識しています。今、現地調査をしており、切り回しでの作業もどのような影響があるかを検討中であります。

伊関副委員長

その仮設廊下について、かなり高い。平行で地上から2階相当のところまで作ると、工事費だと6000万円かかるように見えるんですけど、この仮設だけで0.6億円、仮設すり廊下工事ってありますよね。6000万円かかる工事であると

解していいわけですよ。これは他のものも含めてなのか。ただ平らなところをずっと行くなら安いんですけど、高くするとなるとお金はかかるかなとも考えられるのですが。

コンサルティング業者

ご指摘の通り、6千万円という中には、長期に亘る仮設廊下でございますので、空調設備を入れておかなければいけないだろうと考えております。これが解体する仮設とはいえ、患者様の移動環境を考えて、そのことを入れた数字でございます。

伊関副委員長

なるほど。

田村委員

動線の計画ですけれども、これはあくまでも病院の経営としての人と資材の流れですが、例えば建設工事に関しての物の搬入経路との干渉だとかがあるのかどうなのかは、この図に入れた方がいいのか分かりませんが、ちょっとご検討いただいて、例えばこういうメリットがある、デメリットがあるということは、ちゃんにご提示いただいた方がいいかと思えます。

あともう一つですけれども、コストダウンを図る整備手法ということでデザイン・ビルド方式というご提案ですね。私個人的には、できることなら松戸市もトライしていただきたいと、これはアイテックさん（に対しての意見）ではなく個人的な感想です。

コンサルティング業者

最初の質問、人と搬入についての他に工事中関係のルートというお話、ご指摘の通りだと思います。この中に改めて検討してまいります。

田村委員

よろしく申し上げます。

山口委員

もう一ついいですか。

山浦委員長

ちょっと待ってください。工事中のルートについて今話題になりましたけれども、今日のお示しになったプランの中にはそれは全く入っていないんですか。と言いますのは、工期中患者さんはちゃんと出入りして、入院して退院していくわけですけど、その方たちの歩く道は示されたけれども、工事の大きな物体が行ったり来たりすることは、全くここに表してないと考えてよろしいんですか。

コンサルティング業者

この絵では表現されておられません。

山浦委員長

そうしますと、随分違ったイメージになってきますよね。工事中については。

コンサルティング業者

工事期間中のルートに関しましては、患者様等のルートは描かせていただきました。工事車両に関して洩れがあったのはご指摘の通りであります。ただ、そのルートが確保できないのかは、これから検討いたします。

伊関副委員長

繰り返しになるんですけど、アイテックさんは限られた時間の中で結構知恵を絞られていると思うので、逆に第三者的に設計した人とは別な人でもいいん

ですけれども、専門的に見た観点からここは問題だっていう点を、逆に指摘していただきたいと思います。病院なので、後で工事を進める間に、取り返しのない事態が起きては困ります。限られた条件の中で一生懸命やられていることはわかっています。時間もないですし、不十分なことはわかっているんですけど、それでも構造的に、この辺が課題、この辺が課題、という指摘をしてほしいと思います。それを確認した上で、この案に決定した場合の松戸市または松戸市民が覚悟を決めて、発注しなければならない話だと思います。専門家として、問題があるのを意識的に黙っていて、これができますっていうのは問題だと思うので、プロフェッショナルとしてぎりぎりの設計をしました。ただ、ここにはこういう課題があります。ということ逆を提案してもらいたいと思います。それはおそらく医療、病院の運営の観点でも、働く人たちから出てくる指摘もあって、そういう課題を踏まえて、修正できるものはして、修正できない課題は何かを確認して、我々は判断することになります。この図面を我々が見ても課題は挙げきれないと思うので、そこところはきちっと指摘していただければありがたいと思います。

山浦委員長

まったくおっしゃる通りで、次回には皆さんの気が付いたところを列記してご説明いただきたいと思います。それから今日の時間もかなり絞られてきたんですけれども、医療の立場の方から、ここは明らかに不具合であると、やっていけないというところがあったらご指摘いただいて、返事いただけるんなら返事いただくと、持って帰るのでも結構なんですけれども、そのようにしていただきたいと思います。時間はかなり限られています。

窪田委員

ここで、例えば薬剤とか RI の測定室とかってありますよね。それって、今の状況で今ある物を入れたらこの広さですか。それとも先ほど江原先生がおっしゃったように、新しい病院になったときに何台必要とかっていう風に、もう病

院としてのある考えがあって、この前私もこの位の病院で理想としたらもうちょっと、例えばMRIは2台とかにした時にこの広さなんですか。それから例えば薬剤なんかも、現在どの位のストックをして、薬剤をどんな風に使っているのかが分からないんですが、ストック量をどの位に考えているのか、それともその都度その都度上手に運んでもらう、そんな方式もあるみたいなんですけれど、そういうことを考えてのこの広さなのか。病床と看護のユニットについてのところが中心になって考えられているんですが、その他の直接患者さんに関わらないところがどんな風になっているのかを知りたいんです。

コンサルティング業者

今回の計画を進めるにあたって、一番最初にご説明した通り、機能・規模に関しましては、「新病院整備基本計画」を目標にして、現病院の部門の面積よりは割り増しの形をとっております。あと、面積の配分でございますので、薬剤のシステムに関するお話までは、この図面上は反映しておりません。面積の拡大の話だけでございます。

窪田委員

ある程度それを考えないと、ストックの量っていうのは、これだけの大きな病院だと薬の種類もものすごく多いでしょうし、大変なんだろうと思うんですよ。だから、例えばどこかの部屋を広くしたいから、薬剤はそういう形を考えてやってますというふうなことは言えないんでしょうか。

コンサルティング業者

スペース的には、現状のスペースは確保しているというようなことだと思います。ご指摘の通り、物流関係につきましては、例えば、中材は外部委託を前提にして、これは県の医療整備課に打診しているところですが、恒久的に外に出していく、いわゆる外部委託を前提に考えて、どうしても診療に直接必要な部屋の方に面積を回していくというような工夫を施しています。診療材料、薬

剤、こういったものは、SPD と言い方をしておりますが、総合的な物流機能の見直しを図って、効率的な運用を大前提に、まずは、優先順位を決めて現状の面積は維持しながら、診療機能については、昨年策定した基本計画の内容をできる限り踏襲しつつ、面積の差を見ていただければわかると思いますが、1床あたりの面積はかなり広がってございます。

山浦委員長

議事の進め方ですけれども、今日かなりたくさんの情報をいただきましたので、それを一見して、すべて質問とか疑問点を明らかにするわけにはいきませんので、持ち帰ってからの質問をお許しいただきたいんです。もう年末ですから、皆さんもお休みに入るわけでしょう。1週間ぐらい余裕をいただけますか。お答えは次回でよろしいかと思うんですけれども、そういう形で持っていきたいと思います。病院の現場の方も、病院に帰ってみますといろいろなことを気が付くんですよね。これじゃ困るというようなことも気が付くと思いますので、それもぜひ反映させていただきたい。

それでは、伊関さんを最後の質問とさせていただきたい。

伊関副委員長

あともう一つここで、全然違う内容でお願いなんですけども、この前の市民の声を聴く会で、住民の方から現有地建て替えとして50億円でも、これは正確に議事録を読んでもらいたいんですけど、「50億円でも現況の市立病院を補強することは可能であると。専門家の1人として言わせてもらえば、現状の病院があるがままで免震構造の工事ができる。前市長は都市計画法上不可能と言っていたが、容積率や用途の条例さえ作れば高度化した病院が現地でもできたはずである」というような提案で、50億円でもできるかどうか、また現在のままで免震構造の工事ができるのかどうか、またもう一つの意見として、「コンクリートは40年、50年で壊れることはない、メンテナンスを全て行い、動力線を交換して通信は光ファイバー1本にすると、1号館は土台を補強してそのまま利用す

ると、建物が耐えられなければ4階に減らす、100床分は2・3・4号館を一つにしてそのスペースをあてる」というようなご提案をいただいて、これは今までの議論をひっくり返す話なんですけど、これがホントに可能なのかどうか、技術的な観点でのある程度の見解を、市民の方に説明できるレベルでの見解、発言録を読んでいただいてその部分に対しての答えだけで結構です。出てきた発言については、きちっと確認しておかないとこれは不誠実ですので、専門的な観点からご検討をいただければと思います。次回に、議事録の発言を読んでいただいて、それに対しての見解を述べていただきたいというのが願いです。

コンサルティング業者

わかりました。

山浦委員長

次回は1月の18日に予定してますけれども、年内はいつまで我々の質問を受けますか。

コンサルティング業者

回答は年明けでよろしいですね。

山浦委員長

回答はもちろん、1月18日でいいと思います。

コンサルティング業者

それであれば、皆様のご都合で年末まで受け付けるということで、できれば28日でいかがでしょうか。

山浦委員長

事務局はいかがでしょうか。その中継と言いますか、どういう方法でやるか。

病院建設事務局長

私の方は28日までの営業、1月は4日からの営業になりますので、そのところは。1月の4日過ぎでは難しいですか。

コンサルティング業者

難しい質問があれば、休みの中でも検討できますので、年末までにいただければありがたいと思います。

伊関副委員長

28日までにとりあえず出してくださいと。第1発目いうことで。

山浦委員長

どうですかね、28日で。

病院建設事務局職員

では、1回28日で締め切らせていただいて、そのあと4日以降で出てきたものについてはコンサルさんと相談させていただきます。

伊関副委員長

できるだけ28日のうちに出すと。それで、相手の事も考えて、大変な思いをさせないためにできるだけ28日までに誠意を込めて出すというのが必要だと思います。場合によっては追加もあるかもしれないけど。

山浦委員長

よろしいですか、事務局。

病院建設事務局職員

できれば28日は申し訳ないんですけども5時までをお願いしたいと思えます。お願いいたします。

山浦委員長

わかりました。それでは谷川さん、大変お待たせしました。

谷川委員

すいません。2時間経つんでトイレ休憩いいですか。すいません、5分ぐらい。

山浦委員長

その後ですか。

谷川委員

はい、いいですか。

山浦委員長

それでは5分休憩します。

(休憩)

山浦委員長

それではお待たせしました。谷川さん、ご発言下さい。

谷川委員

すみません、貴重なお時間取らせていただきまして。先ほど皆様のお手元になかったので、もう一度言わせていただきます。総務省、政府の方から改革プランというのが出ましたよね。それに基づいて、去年、平成21年3月に松戸市

立病院が作成したものを抜粋したものです。25 ページに出ているのですが、ここは東葛北部ですね、我々のいる松戸市は。これですと、ほぼ今は病床数が足りていて、むしろオーバーじゃなくて、ちょっと欠けているくらいだと。いずれにしても今現状は足りているということですね。それと次ですが、私松戸市医師会のホームページも拝見しまして、山口先生が前回ご説明されましたが、入院患者数の予測ということで、平成 17 年度から、今 22 年度ですから、20 年後の平成 42 年度までに患者数は 1.6 倍になるという数字が出ています。ただし、これには先ほどの条件があります。シミュレーションではあるんですけども、平均在院日数を縮めていこうという方向ですよ、急性期病院というのは。そうしますと、この数式に当てはめると、これは 36 ページの図表 4 の 5 の一番右側ですね、平成 27 年度で 1 日当たりの入院患者数 490、32 年度で 524、平成 37 年度で 543、平成 42 年度、20 年後ですね、529。ということは、入院患者数の予測、上の 4 の 14 では、右肩上がりではあるんですけども、松戸市立病院が目指す医療、そして規模としては、必ずしも入院患者数が増えるからそれに比例してでっかくしなきゃという話にはならないと思うんですね。まずこれがすごく疑問に思った点です。それと次の 39 ページのところで、一番上にあります診療科別病床数の充足率の評価（入院のみ）、当院が標榜します診療科の中で血液内科及び小児外科、呼吸器外科が当該診療圏で患者需要に対し、病床が不足している状況であり、その他の診療科ではほぼ病床が充足されている結果となっているとありますね。まず足りているなと思います。足りていると断言しているわけですよ、この改革プランでは。それで次のページにいただいて、40 ページです。これらの結果を基に、占有率及び病床の充足率を以下のように考察した。病床の充足率が高い診療科は当該診療圏ですでに病床が飽和状態となっており、当院の病床数も増加させる必要はない。ここはすごくぐっときました。一方、当院の占有率が高い診療科はすでに診療圏の患者需要に十分応えており、その需要に対して医療環境が変化しない（病院の閉鎖）、他の病院がなくなるとかそういうことですね、こういう場合以外は、当院の患者増は望めないということになる。と断言されていますよね、40 ページで。そして次

の 58 ページにあるんですけども、植村総長は 575 床が損益分岐点とおっしゃいましたが、これですと、相関分析として、救急医療、小児医療を実施していることも考慮しなければならないという記述はありますが、イの相関図、真ん中あたりです。それを鑑みても病床数ですが、この横軸 600、市立病院はグリーンと上にいっちゃってますね。で 400～500 床程度と平成 18 年の松戸市地域保健医療計画推進協議会の答申でも積算していますように、400～500 床あたりの病床規模の方が、一般会計からの補填が少ないということを示した相関図になりますよね。さらに、その次ですね。一番最後です、69 ページ。当院の役割と使命。

①二次保健医療圏においては、松戸市内には当院以外の 200 床以上の病院が、これは千葉西病院と、新東京病院のことを指していると思います。あと新松戸中央病院が新松戸にありますけども、大型病院が 3 施設存在し、医療需給はほぼ充足していると考えられるとあります。私があればと思ったのは、この点なんですけれども、改革プランの報告書の抜粋によるとほぼ松戸市は足りてるんじゃないかと。松戸市は将来に渡っても、そんな 600 床規模にしなくてもいいんじゃないかということをお断言していると思うんですけども、これについてどう思われますか。さらに、委員長にも進言したいのですが、やっぱり 610、今回は 605 という数字でしたけれども、600 床規模の病院、C 案のみの検討ではなく、3 月の答申に 400～500 床規模と 600 床規模、その両方を併記するのはいかがでしょうか。ドクター側は、病院の総長、院長、松戸市医師会としては 600 のベッド数を主張されますけれども、これデータからすると 600 は必要ないんじゃないかと思うんですね。400～500 の間、前回 450 とおっしゃいましたけれども、450 という数字にこだわりはないです。400～500 の間のもっとダウンサイジングした病床規模の病院の建替案もアイテックさんをお願いして、答申をすべきじゃないかと思うんですね。それでないと、これは政治の話をしてはいけないとは思いますが、やはり言うておく必要があると思うのですが、6 月の市長選挙で本郷谷市長はあのとき確か 450 ぐらいで 64 億、建設中の損益 10 億をいれて 74 億で建てられるというふうに、ほんとざっと、ざっくりな数字だと思っんですけども、そう訴えていた。やはりあの時は新市長に対して同じよう

に松戸市民の多くはやはりそこまでお金を投入できないんじゃないかと思ってたと思うんですね。それにさらに加えさせていただきますと、平成18年と先ほど申しました松戸市地域保健医療計画推進協議会でもいくつも検討案が出ていますよね。県立静岡大とかシステム環境研究所でもほぼ400～500の間で検討されていますよね。去年でしたか、それなのに急に市は、前の川井市長さんが紙敷の方ですごい病院をつくるぞというふうに600ベッドでの移転計画を描いて、それで何故か松戸市医師会さんの方でも600床に固執されちゃっているような気がするんです。私なぜダウンサイジング、ダウンサイジングと言うかというのと、やっぱり市立病院を維持して行って欲しいからなんです。600床で船が進んで行って途中で座礁しましたとか、ごめんなさい航行できなくなりましたとかでほっぽり投げるんじゃないくて、やはり松戸市立病院が持っている小児医療って本当に宝だと思いますし、そういうものは是非維持して行って欲しいし、あとは医療を受ける立場としてなるべく3次救急も最低、ぎりぎりのところで持っていて欲しいんですね。ダウンサイズすると、ドクター達が納得しないからというんじゃないくて、その前に病院自体が破綻しちゃったらもう現場の医者達が逃げる云々の問題ではなくて、病院そのものがなくなっちゃったらそっちの方がおしまいだと思うんですけれども。私本当にそう強く思うのですが、これに対してはいかが思われますか。ごめんなさい、ちょっといっぱい詰め込みましたけれども。

山浦委員長

谷川委員、ありがとうございます。今の問題も極めて根本的な問題で、今初めてそれを聴いてすぐに回答するというわけにはいかないと思うんですね。これはお持ち帰りではいけませんか。

谷川委員

そうですね、今、私いっぱい詰め込んで喋りまくりましたけれども、これは決して山浦委員長を批判するわけじゃないんですが、やっぱり600床の方に舵

を切っちゃいましたよね、この我々の委員会として。そうじゃなくてもっと病院の規模というものを、改革プランとか客観的な数字が出ているものに則って議論していく必要があると思うんです。今日本日を除いて、1月に1回と2月に2回、あと3回しか時間がないということですけども、もうちょっと、もっとやっていたいと思うんですけれども。皆さんのご都合も勿論あると思うのですが。

山浦委員長

委員会の数をですか。

谷川委員

委員会の数を、はい。それでもっと規模については、真剣にもっと考えるべきだと思います。それとこれは議事録に残していただいて結構ですけども、余談ですけども、私さっき言いました経営の病院事業経営改革評価委員の正木先生なんかのご意見も是非いただきたいんですね。ですから要綱を変えて、県の職員1名じゃなくて、正木先生のご都合ももちろんあると思うんですけど、是非その松戸市立病院 500 とか、手術に強い病院にしたらそういう運営の仕方もあるんじゃないかとか、そういう意見を是非聴きたいんですけども。大きくしようというだけで、大きく維持していこうということだけで、押し切るんじゃないくて、やはり病床規模を小さくしても維持していけるような、維持していけるラインはここじゃないか、というのをもっともっと議論すべきだと思うんですね。いかがでしょうか。

伊関副委員長

これは議事録に残しておかないと後に禍根を残すので、私自身も正直 600 床は過大かなと絶えず懸念は持っています。ただおそらくこの図でいきますと、30年、35年以降は高齢者が強烈に増えてきますので。これは事務が作ったんですよ。医療現場の意見は反映していないで作っている部分はあるかなと思います。逆に、第三者的な意見はあってもいいと思います。例えば、改革評価委

員の正木先生にでも来ていただいて、意見を聴くというのにはありだと思っので、審議を尽くさないといけないと思っので、あくまでも市民のみなさんから見て懸念があるものについてはできるだけ情報をちゃんと公開をしてそれからまた考えてもらおうということ。委員というのはおそらく無理だと思っので、参考人というか何というか、意見を聴く会で市民の方の意見を聴いたわけだから、別の形での専門家の意見を聴くということはあってもいいのかなと思っます。

病院建設事務局長

要綱第6条4項で「委員会は、必要に応じて委員以外の者に会議への出席を求め、意見又は説明を聴くことができる。」という規程は入っております。ただ、正木先生のスケジュールとこの委員会のスケジュールの兼ね合いがありますのでどうなるかわかりませんが、委員会のご決定ということであれば事務局としてはお話をさせていただきますけれども、ただそれは単にお1人のみの提案ということではなくて、皆さんの中で決めていただいてからの話になると思っます。

山浦委員長

谷川委員のご発言は非常に重く響くんですけれども、その重く響く理由は、そのデータの解析と言いますか、データの依ってきたところがこれまで我々がディスカッションしてきたものと随分違うなど。これをもう少し早く言っただけであればよかったのにといいうふうに思っんですけれども。今聞いてみますと、このペーパーだけ見ますと、我々は何をやってきたのかなという感じもしないわけではありません。先ほど申し上げましたように時刻が過ぎていますので、これ以上続ける気持ちはありませんが、最後に出ましたエキスパートをお呼びして意見を聴くということで、委員のみなさん、いかがですか。よろしいですか。

(賛成の声あり)

谷川委員

もちろんそれは大賛成です。そうして頂きたいです。もっこの議論をやるべきだと思うんですね。繰り返しになりますけれども、本当に 600 床で突っ込んでいっていいのか。もう少し違ったところで舵を切らないといけないのではないかということ。

山浦委員長

今日のデータをお聞きしまして、これまで 600 床説を唱えてきた方にも言いたいことがあると思うんですね。それは、参考にお招きした時でいけませんか。

谷川委員

結構です。

山口委員

2 分お時間いただければ、私は 600 床説を唱えた者ですので、説明します。

山浦委員長

ちょっと待って下さい。そのディスカッションはしたくないんです。時期を改めて、その方のご都合を聞いて、エキスパートと思われる方に来ていただいて、その人の意見を聴いた上で話したいと思います。よろしいですか。

谷川委員

はい、結構です。

山浦委員長

谷川委員は、以上で、その他はよろしいんですね。

谷川委員

はい、先生方を前にしてテンパってしまっていますが、とりあえずは結構です。

窪田委員

東松戸病院と松戸市立病院がどんなふうにも有機的に動けるかということを見ると、例えばその病床のことも考慮に入れられるのではないかなと思うんです。東松戸病院もそんなに新しくはないわけで、いずれそのこの病院のことも市の負担の中で考えていかなければならないとすれば、そのこのところまで考えて病床も考えるし、全体の動きも考えて、松戸市立病院の病床を考えていかれたらいいかなと思います。

山浦委員長

ありがとうございました。その意見もエキスパートを招いた時にもう一度うかがいたいと思います。よろしいでしょうか。用意した議題はこれで終わりました。極めて充実した 2 時間が終わりました。事務局から何か連絡がありますか。

病院建設事務局長

次回、第 6 回の予定ですが、平成 23 年 1 月 18 日火曜日、午後 2 時から、場所は議会棟 3 階特別委員会室を予定しています。よろしく申し上げます。以上です。

伊関副委員長

一つだけよろしいですか。今東松戸病院の話が出ましたので、東松戸病院の建物の状況について、後でデータをいただけますか。要は、耐震的に駄目だという話も聞いていますので、どういう状況かが市民にとって情報が開かれていないので、そこをもうちょっと情報として出していただければ有難いと思いま

す。

山浦委員長

事務局、よろしいですか。もう連絡はありませんか。

病院建設事務局長

はい、ありません。

山浦委員長

それではみなさんありがとうございました。

委員会散会報告

16時21分