

# 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2月2日(水) 13時30分開会

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 日刊建設通信新聞、日刊建設工業新聞、日刊建設新聞、東京新聞、読売新聞、朝日新聞、千葉日報、毎日新聞他34名

5 議 題 1) 現地建替えの検討について  
2) その他

6 会議経過及び概要

## 山浦委員長

第7回松戸市立病院建替計画検討委員会を開催します。今日も委員の方全員がお集まりです。前回すなわち第6回るとき、議論の発展の仕方について、冒

頭で申し上げたのですが、一度市長からの諮問事項に戻ろうということで、2つのことを思い出していただきました。1つは、松戸市立病院の現地建て替えについての検討・検証ということ。それから第2は、松戸市立病院建替え計画の検討ということで、第2のほうには現地と言う言葉がない。こういった命題を我々は受けております。それから3月いっぱいが我々の任期というふうに解釈をしております。それで回を重ねてまいりましたけれども、これまでのディスカッションを経て、概ね皆さんの理解するところ、あるいはコンセンサスという言葉で言い換えてもいいかもしれませんが、いくつかの項目は皆さんの既に理解のあるところと考えまして、次のいくつかの項目についてもお話をしました。そのひとつは、現在の病院機能、現在の医療サービスは維持しましょうと。これは市民の声でもあり、この委員会の委員全員のお考えであろうと思います。それから来るべき人口動態の激変に耐えること。それに対応すること。ということが、第2です。第3は、短くても30年のスパンをもって、考えていきたいと思いますということも申し上げました。第4は、当然といえば当然ですが、病院は経営的に自立してくださいということを申し上げたのですが、ここで一つはっきりしておきたいのですが、赤字を出すなといった場合にですね、政策医療のための赤字とそれ以外の場合の赤字を考えなくてはならない。しかし、自治体病院としましては、政策医療については必須の義務であり、赤字が出るような仕組みになっておりますので、政策医療以外の赤字補てんゼロを目指す。これが経営的に自立することと私は解釈しております。政策医療以外の赤字についてですね。それから第5です。建て替えなどにかかる費用。財政の負担をなるべく軽く。つまりなるべく安くということなんですが、これについては、今日のメインテーマであります病院規模に関連しますので、今日はその病院規模について意見を戦わせていただきたいと思っています。それからもう1つ重要なことを申し上げたのですが、諮問事項の第1「現地建て替えについて」ですが、いくつかの考えるコンポーネントといいますか、要素について確認いたしました。それはまずコスト、これは前回申し上げたことですので。それから工期の影響。減収の問題。経営改善。現在進行中の経営改善が、この建て替えでどの

ような影響を受けるかという意味です。それから現地建て替えのために、現地建て替え対移設という考え方でいきますと、病院の設計上影響が出ないだろうか。現地建て替え、非常にやりくりして、結局出来上がった病院が市民の望む、あるいは医療者の望む設計どおりになるだろうかというような意味での病院設計という項目です。それから市民の皆さんのアクセスの問題。病院の規模。これは今日討議しますが、非常に重要なんですが。ここまで私が提案して、皆さんの了解を得たと思います。それで、2つほど追加された項目があるのですが、伊関副委員長からのご意見は、拡張の可能性についても重要な項目として論議すべきであるというお考えが出されました。600床あっても足りない可能性があるじゃないかと。そういったことを考えますと、ある程度拡張の可能性も考える必要があるということです。それからもう1つ提案されました。機能向上について。これは、岩堀委員、および伊関副委員長からのご発言なんですが、機能の向上というのは、現在の医療者、病院の中の医療者が不満に思ったまま設計に入るんじゃないかというふうに私は捉えたんですが。これは先ほど申し上げた、病院設計がどのような影響を受けるかということに含めてもいいのではないかと思うのですが、そういう意味でおっしゃったんですね。それで機能向上というのは、病院設計の中に含めてもよろしいというようなことですので、そのようにさせていただきます。合わせて8つの項目について、現地建て替え云々を論議していこうということでこの前コンセンサスを得られました。

今日の議題に入りますが、今日はこのような進展を期待したいと思います。前回の質疑応答でまだ足りなかった部分。これについては、極力短くあげたいと思っております。肝心の病院の規模ですが、そちらのほうに十分時間を割きたいと思っておりますので、どうぞ宜しくお願いします。

それではアイテックさん、前回言い足りなかったところ、あるいは新しい疑問に対してなるべく短くご説明をいただけますか。

### コンサルティング業者

それでは私どもアイテックの方で掲示致しました資料をご覧ください。

表紙を開いていただきますと、前回の質疑があります。その内容が 1 番から 11 番になります。特に 1 番から 5 番までは随時ご説明しますが、6 番以降はこのペーパーで簡単に回答したいと思います。

6 番の騒音・振動の規制についてのご質問ですが、こちらは騒音規制と振動規制それぞれの法律があります。特に特定建設作業を行う場合、騒音の大きさは敷地境界において 85db を超えないことという規定があります。また、時間帯規制・作業期間規制・曜日規制等の様々な規制文があります。ここで 85db と言いますとわかりずらいところがありますが、騒音の尺度について資料があり、読ませていただきます。80db というのは地下鉄・電車の車内の騒音とご想像ください。そして 90db は、大声による独唱、騒々しい工場の中ということです。そういう尺度のもとでは 85db ですので、地下鉄・電車の車内の騒音以上、騒々しい工場以下ということで、非常に抽象的ですがこれを超えないということでご了解いただければと思います。

7 番目のアスベスト除去の費用はいくらかということですが、こちらは平均しますと平米あたり 5.46 万円と単価が出ております。それに現在の 1 号館 5 階の面積 1,340 m<sup>2</sup>をかけて単純計算しますと約 7,300 万円というのが見込まれます。ただし、これはアスベストの調査をまだしておりませんので、その種類・量・搬出の方法が大きく変わります。ですから平米単価の 5.46 万円という数字は若干高めに設定させていただきました。

8 番目、450 床・500 床・550 床にした場合の工事費はいくらかという質問に対して、各々、550 床の場合は 134 億円程度、500 床の場合は 130 億円程度、450 床の場合は 127 億円程度になろうかと推測されます。この算出方法につきましては、かなりの概算工事費、平米単価によるものですので、50 床減となる場合 1 病棟分上の方から面積を減らすという方法で試算させていただきました。また、この面積が減少することによって他の部門に面積を配分する可能性も出てきますので、単純に左記のような数字になるとも限らないと付け足させていただきました。

そして 9 番目の現地建替えを行った他の病院の事例または反省点などの情報

を集めてほしいという要望につきましては、現地建替えを行った事例はありません。ただ、敷地条件・建築の与条件が異なるため、一概に比較することはできません。ただし段階的な建替え手法の場合は、工期が長期化することと動線についても若干の妥協が発生するということは考えられます。ですので、病院施設の現地建替えを行う際は、医療スタッフ・関係スタッフの十分な協議とご理解が必要となるということは変わっておりません。

そして 10 番目、バスを含んで徒歩で来られる患者さんと車で来られる患者さんの比較を教えてくださいという質問に対して、これは調べさせていただきました。外来者数は 1 日平均 950 名です。自家用車で来られる患者さんは 52.7%、タクシーで来られる患者さんは 3.7%、バス、電車、徒歩、バイク、自転車等で来られる患者さんが 43.6%です。救急車で来院される人数は一日あたり 9.8 人です。これは平成 22 年 1 月 14 日のアンケートです。

11 番目のかび対策に関して、かび対策が必要な人数はどのくらいかという質問がありました。これにおきましては、病院の改修や修理の際に免疫の低下している患者さんにとってはかびによるアスペルギルス肺炎の危険性があります。松戸市立病院におきましては、1 年間に入院している患者のうち免疫低下が考えられる患者数は 3939 名で、これは 2010 年の数字です。工事の際は感染防止プロジェクトチームを立ち上げ、患者のリストアップや空気流の遮蔽など十分な管理が必要です。現時点では大阪大学病院にて 2006 年 6 月にこのようなプロジェクトチームを立ち上げた事例がありました。

続きまして前回ご説明ができなかった 17・18 ページの説明をしますと、主要な大型医療機器の設置状況について比較表を作成しました。そして最後のページにコンサルティング業者の立場から課題及びコメントを掲示しました。こちらはお時間ございましたらご覧ください。

それでは早速ですが、話は戻りまして 1 番から 5 番に関する説明に入りたいと思います。

まずは霊安室と放射線・剖検の配置が不適切ではないのかというご質問に対して 2 ページに掲示の案を持ってまいりました。こちらは①案②案③案とそれ

それぞれあります。①案は原案の3号館地下2階を改修する案です。中央の②案は1号館地下1階に仮設の改修を行った場合の案です。そして3つ目が新2号館のRI棟の上に改めて霊安・剖検を先行設置するという考え方です。

①案に戻りまして、こちらは特徴として地下1階のエレベータホールにしっかりと扉を設置させていただいて、スタッフさんにご遺体の搬出入を明確に分けるという考え方です。これは前回ご説明した内容です。この搬出する際に竣工後も工事中も、現状の物品の搬送とご遺体の搬送のルートが重複するのではないかというご指摘がありましたが、これは現状の運用とまったく変わりません。但し、搬出の際に地下2階のご遺体を地下1階に移動させて搬出するという考え方です。

今回このようなかたちで対応可能であろうという考え方に対して、もっと別の案は無いかということでもいろいろ提案させていただきました。それが②案です。こちらの大きな特徴は、まず新7号館が出来た際に既存1号館に空きスペースが発生します。その空きスペースとは地下1階の女子ロッカー室と一部の機械室です。今この絵で言いますと中央のL型になっている部分です。このようなところに、仮設の霊安・剖検を置かせていただく。そして、専用のエレベーターはありませんので、現在絵にあります中央のエレベータを使わせていただくか、現1号館の主要なエレベータを使わせていただいて、この霊安・剖検に入れるという2つのルートが考えられます。難点としましては、この絵を見ていただくとわかりますが、売店の前を通るという可能性があります。そして最終的には新2号館に霊安・剖検を整備します。このような形で仮設改修案というのを作らせていただきました。

また、③案のところに関しましても、同じように新2号館のRI棟の上部に霊安・解剖を設置することを前提にしまして、そこに至る経路は仮設のエレベータと仮設の廊下を使うことによって対応するという考え方です。この③案目の難しいところは、仮設エレベータと仮設廊下が改めて発生するということです。

そういったことをトータルで考えてまいりますと、最初にご提案しました①案が適切だという提案です。

続きまして、次の 3 ページの説明をします。こちらは、エレベータの台数や用途について詳細な検討をするようにというご指摘がありましたのでこのようなシートを作らせていただきました。左の欄から新 6 号館、新 1 号館、新 2 号館という形で流れていまして、右の指標としては、用途区分、仕様、台数、運用上における考え方、そして備考欄となっております。

新 6 号館につきましては乗用 2 台を考えております。①から③の用途を考えています。概ね外来関係の患者さんの移動を中心に考えています。そして新 1 号館は、乗用 2 台と寝台用 2 台を考えております。新 1 号館は合計 4 台になります。そして新 2 号館ですが乗用 2 台、寝台用 3 台、非常用 1 台ということで、新 2 号館は合計で 6 台という考え方です。新 7 号館は、乗用 1 台で対応できるという考え方です。既存の 3 号館につきましては、そのまま使わせていただく形になります。設置台数に関しまして、新設部分は 13 台、既設 3 台の合計 16 台で運用可能と考えております。また 4 号館・5 号館のエレベータに関しては、既存のままにさせていただいております。

このようなエレベータの台数と流れと、3 番目の完成後のタクシールと地下駐車場のイメージがわかる図がほしいということで、エレベータと駐車スペースも入れた平面図を持ってまいりました。

まず、4 ページです。エレベータの台数に関しては、新 2 号館に乗用 2 台、寝台用 3 台、非常用 1 台という形でレイアウトを作らせていただきました。そして 3 号館も 3 台対応ということで絵をかかせていただきました。

そして 5 ページが地下 1 階平面です。地下 1 階は新 1 号館のところに車イス対応の地下駐車スペース 20 台を確保しましょうということで、今実質的には 22 台入っていますが、このような形で駐車可能と想定しております。そして患者さんはダイレクトにこのエレベータホールにつながるかと思えます。

そして 6 ページです。この 6 ページに関しては、西側新 6 号館の下の正面入り口になるピロティ部分の中で果たしてしっかり車が回るのかという中で、インとアウトを明確にしてこのようなレイアウトといたしました。タクシールに関しても複数台、この絵で申しますと 3 台は確保できるであろうという考

え方です。

続きまして、1 番目から 3 番目の質問に対する回答に続いて 4 番目の質問に関するお話をしたいと思います。4 番目の質問は、仮設の資材や生コンを打設するスペースを確保出来るのかという内容です。この回答はページ数で行きますと 13 ページ以降になります。

それでは、工事計画の説明をさせていただきます。資料は 13～15 ページになります。

13 ページは I 期工事の図でございます。7 号館、新 6 号館、それと 3 号館と 2 号館の間のスペースと 3 箇所になります。14 ページは II 期工事でございます、2 号館の新築と、新 6 号館から 3 号館に連絡する通路の部分が II 期工事として計画しています。これ（15 ページ）が III 期工事でございます。いよいよ 1 号館の工事にかかっていくということになります。

まず、工事の場合、入口が一番重要になります。入口の考え方としては、来院者の動線それと来院者の車の動線を完全に避けるという形で考えており、来院者の邪魔にならないように考えております。

これ（13 ページ）が I 期工事ですが、6 号館の正面（図面上、新 6 号館左側）から入るということで、来院者は（図面上）上部の部分を通路に使用しますので支障ないと考えます。それと、7 号館のところは、（来院者の動線に対して）支障は少ないと考えております。それと、3 号館と 2 号館の間は、工事が小規模でございますので、この入口（図面上、右側）で十分だと考えております。

これ（14 ページ）が II 期工事ですが、一番大きい工事としては 2 号館となります。この時は、（図面上）下部の部分に 2 箇所の入口を考えております。これで十分だと思います。それと、連絡通路ですが、これも、来院者の邪魔にならない所の入口として、上の方（図面上、上側の左寄り）の入口を考えております。

これ（15 ページ）が III 期工事です。これは、大きい工事になりますが、入口としては 1 箇所、（図面上）下部の道路の方から入るということで考えております。

工事用のスペースが一番窮屈なのは、この 1 号館となりますので、Ⅲ期工事のことで説明いたします。まずはここ（周囲）の部分の仮囲いをして、上部には防音パネルを設置します。その後、躯体の解体を行ないます。躯体の解体時には、一番初めに油圧のレッカー（クレーン）を上に入れてしまうので、そんなに工事用のスペースはとりません。地上部の解体が終わったところで、地下の工事になります。地下の工事ではこれだけの工事スペースを全て使いますので、工事用の出入りで支障のあるところはありません。地下の部分の工事の進め方としては、地下の解体、地下の掘削、それと杭工事、最終的に地下の躯体工事を行ないますが、工事としては支障ありません。

次に地上ですが、地上を建て始めた時に、一番下の部分で工事のスペースしなくなってしまう。そのスペースは一般的には、100 平米くらいのスペースが取れば工事としてはやっています。非常に窮屈なのですが、130～140 平米のスペースが取れます。このスペースで、ポンプ車、生コン車、それと工事用の資材を上げるリフトを設置しても十分と考えます。

#### 山浦委員長

すみません。恐れ入りますけども、なるべく簡潔にご説明願いたいと思います。

#### コンサルティング業者

はい。あと、揚重としては、躯体工事で鉄骨と P C の工事が出てきますが、それには、タワークレーンをおいて揚重をすることになり、工事をするために皆様に迷惑をかけることがないように出来ると考えております。当然、生コンが待機するスペースが必要ですが、なるべく遠いところに設けるよう検討することを考えております。以上が工事のやり方でございます。

#### 山浦委員長

ありがとうございました。この一連につきましてはよろしいですね。まだあ

りますか。

### コンサルティング業者

あと、16 ページの CM に関する表がありますが、その説明に入りたいと思います。

16 ページをご覧ください。

前回提示させていただきましたコストダウンを図る整備手法検討の資料に関して、委員の方から CM 方式を含めてまとめるようにとのご依頼がありました。

今回、このような資料で整理させていただいた趣旨は、CM 方式というマネジメント手法と整備手法との関係を整理しておく必要があるかと思ったからであります。

整備手法につきましては前回までに報告させていただいておりますが 3 つの方式でございます。

CM 方式とは建築プロジェクトにおけるマネジメント機能の体制で、いわゆる工事管理体制の一つの手法でございます。表の外枠に CM 方式の概要をまとめております。

また、工事監理方式の選択肢を、表の中段にゴシック体で示してあります。

整備手法と工事監理方式の関係は、これまでの従来方式を代表として、設計者による監理がほとんどであります。CM 方式は設計者以外の第三者に監理業務を委託する形式でございます。

国土交通省においては 2001 年度から、国土交通省の工事監理業務方式が第三者に監理業務を委託できる形に変更されたと伺っております。

従来方式においては、いわゆる自主監理方式に近く、発注者自ら工事監理を行う体制ということになりますが、発注者に相応の技術力と体制が必要となってきます。また、設計意図伝達業務については標準的な工法による外壁補修工事等を除いて、設計業務の受注者が行うこととなります。

また、従来方式においては分離発注が考えられますが、デザインビルド方式や二段階発注方式に比べ、発注者のリスクや業務量ならびに承認行為等の増加

は一般的な傾向で現れ、その対応についても課題となります。

発注者が分離発注を採択する理由は様々あると思います。コストダウンを図る手段としての分離発注は総合建設業者とその下に付く各専門業者との経費の重複を避けるうえでは効果的と考えられますが、VE 提案の積極的な活用を考えれば、それなりにしっかりと監理できる体制を敷くことが求められるのは当然です。

因みに、デザインビルド方式や二段階発注方式における監理体制は、設計業務と工事監理業務の境界が曖昧になることが危惧されますが、両業務の管理技術者が異なるように仕様書等に規定することにより、工事監理者の第三者制は確保できるものと考えられます。

表の下段に CM 方式の適用欄に◎と△で表示しておりますが、主観的な評価となりますが◎については適用度合いと適用効果を指標として優位を表したもので、推奨するものではございません。

簡単ではございますが、以上で説明を終わります。

## 山浦委員長

ありがとうございました。引き続きまして、前回資料が出たんですけれども、お話を伺えなかった「意見を聴く会」の発言への見解。これは伊関副委員長から提出されたものですが、アイテックさんの方でご説明をいただけますか。

## コンサルティング業者

これに関しては、第 6 回に資料を添付させていただいております。ちょっとお待ちください。

## 山浦委員長

時間がかかるようでしたら、次のトピックス。東松戸病院の耐震化について。これは吉村さんの方からでしょうか。もう用意ができましたか。

## コンサルティング業者

委員長よろしいでしょうか。

## 山浦委員長

もう用意できましたか。

## コンサルティング業者

はい。市立病院の建て替えに関する意見を聴く会の発言の内容で、複数の構造に関するご質問がございました。代表的なものがございますので一例として掲げさせていただきます。

1 番中村様。『建て替えでなくても、高々50億でも現況の市立病院を補修することは可能です。私も専門科の一人として言わせてもらえば、おそらく耐震構造にすれば、免震構造というのですけれども、現在の病院があるがままで免震構造の工事は出来ます。』というご意見がございました。

私共の見解としましては、既存建築を活用しながら免震装置を設置する「免震レトロフィット」と呼ばれる施工方法があります。これは既存建物の基礎下部や中間階の柱などに新たに免震装置を挿入し地震の揺れに対応できるように改修するものです。この施工方法は現状の形式を残したいような伝統的な建物や、庁舎や学校など、使用を中止しにくい建物などで採用された例があります。ただし、病院などは365日患者が入院していることや、振動に対してシビアな条件となる機能諸室については、事前に室の移動などの措置も必要となるため、実施は困難であると考えられます。

ということで、このような流れで一つ一つご説明を添付させていただきました。以上でございます。

## 伊関副委員長

確認をしておきたいのですけれども、50億でもできるというのは、既存の建物の下を全部切りとって、例えばジャッキでがっとう上げて、そこに免震をかま

してそれで設置をするという考え方なんですか。ちょっとこの工法のやり方がわからないんで。上でちゃんと医療を提供したり、いろんなことをやっているときに、土台を切っかますというのは、これは無理だということですね。病院については。例えば歴史的建物で、中が空っぽであればそれは可能かもしれないけれども、実際に医療をやりながら土台を切っか、それでかましてやるというのは難しいという見解でよろしいですね。

#### コンサルティング業者

そのような見解になりました。

#### 伊関副委員長

これは提案なので、きちんと整理しておかないとならないので。他のやつもちゃんと説明をしてもらいたいんですけれども。全てやっていただきたいんですけれども。

#### コンサルティング業者

それでは、1-2になります。1-2『今の建築基準法は他法令から見れば、高層化、容積、用途率とか見れば、そういうのを使えば、条例さえ作れば高度化、今の病院のままでイラストに書いた病院もできたはずなのです。』というご質問です。

見解としましては、都市計画や建築基準法には、いくつかの容積率等の緩和制度がありますが、「いずれも上位計画において土地利用の方針が「高度利用を図るべき地区（駅周辺地区など）」に位置付けられている地域に適用すべきものであり、都市計画決定あるいは建築審査会の同意等による許可等が前提となります。そのため、市の条例で容積率を緩和することはできません。」と伺っております。

### 伊関副委員長

これは確認ですけれども、駅前とかかなり高度化するようなものについては認められるけれど、一般的に病院の建て替えでは相当難しいだろうと。まったく不可能かどうか、これは最後は言い切れないところがあるが、相当難しいだろうというような見解でよろしいわけですか。

### コンサルティング業者

そうです。都市計画決定に関しましては、上位の審査が必要になりますので、この審査を通すだけでも1年近くはかかります。

### 伊関副委員長

時間も相当かかるんですね。

### コンサルティング業者

はい。時間もかかります。そういう状況でございます。

### 伊関副委員長

はい。じゃ、次ちょっとすみません。

### コンサルティング業者

次に2-1のご質問です。『前提としてコンクリートは、40年から50年で壊れることは無いはずですが、100年は強くなっていくのが、このコンクリートの性質です。』というご意見がございました。

見解といたしましては、コンクリート材料の性質としてはご指摘の通りですが、1号館は構造設計としては旧耐震基準にて設計された建物であり、基本的な耐震性能として劣るだけでなく、許容値を超えた大きな地震などの際に、建物倒壊などのリスクが高くなります。また、現行基準で設計された建物は、基本となる耐震性能の他にも、基礎や柱・梁の交差部など、よりきめ細かく検討し

設計されています。

耐震診断時（H7.8）の現況調査の中では、コンクリートの強度は構造体の劣化状況は比較的健全であるものの、柱脚部でコンクリートの打設状態が悪い部分（豆板状になっており、部分的に中性化が進んでいる）が指摘されています。ということです。

#### 伊関副委員長

もう少しわかりやすく教えてもらいたいんですが、土台の柱の台なんですか。下の方が悪い所がちょっとありそうだということですか。

#### コンサルティング業者

そうです。今の時点で、適切な打設工事がなされているかということは判りませんが、平成7年当時の時点では、部分的にあまり良くないところが見られるという状況がありました。

#### 伊関副委員長

あとは配管の問題だとか、いろんなコンクリート以外の問題もやっぱりあるわけですよ。

#### コンサルティング業者

そうです。建物としましては、躯体（骨格）だけが十分であればいいのかというのとは違いまして、肉になるところ、つまり、設備的には空調関係のダクト、そして、電気配線、配管関係が有効にならないと、なかなか100年までというのは難しいというのが現状でございます。

#### 伊関委員長

続けてください。

### コンサルティング業者

はい。2-2、『1号館については、地震に耐えられないとのことですので、土台を補強して、地震に耐えられるようにし、そのまま利用します。建物のほうが耐えられないとすれば、1号館の高さを5階から4階に減らします。患者に対するリスクは非常に少なくて済むと思います。』（というご意見）

（見解としましては）土台（基礎）のみ補強ではなく、建物全体の耐震性能が不足しており、各階に相当な数の耐震壁を設けるなどの建物全体に亘る補強改修が必要となります。

5階の病棟部分については、鉄骨造で増築された部分であり、全体がRC造の建物に比べ重量の軽減効果が小さく、また面積の縮小に対しても別途対応が必要となります。また、工事中においては、直下階の病棟については工事騒音などの影響が懸念され、移動などの措置が必要と考えます。

### 伊関副委員長

これについてはやっぱり、現地で強化する工事というのは、相当難しいというふうに解しているわけですね。増強等の工事が必要だと。

### コンサルティング業者

はい。特に、5階から4階に減らすというときに、直上階で解体（工事）の音が出ますので、音、振動が直接に階下に伝わるのが想定できます。

### 伊関副委員長

相当難しそうですね。

### コンサルティング業者

難しいです。

## 伊関副委員長

それでは、最後。

## コンサルティング業者

2-3、『なくなった部分の100床分は、2号館を建て替えないで、2、3、4号館をひとつの建物に繋げて、100床分を当てれば、病院全体では610床は確保出来ると思います。2から4号館をつないだ屋上は、駐車場に利用してはいかがでしょうか?』(というご意見)

見解としましては、それぞれの建物は全く別の構造設計により計画された建物ですので、単純につなげる(構造的に一体にする)ことは、地震時に想定外の影響が生じるなど非常に困難です。また、屋上への荷重も見込んで構造計算はしてないことや、窓が確保できないこと等の問題もあげられます。

## 伊関副委員長

気持ちはわかるけれど、相当難しい問題で、窓がないというのも、これは病室として相当問題ですよ。

## コンサルティング業者

病室としては、難しいです。

## 伊関副委員長

窓がなければ病室としては利用できないというふうに理解していいと。

## コンサルティング業者

採光が必要ですからできません。

## 伊関副委員長

提案には、様々な問題がある。窓の問題がまず第一であって、耐震構造的に

も非常に問題がある。いろんな形で市立病院のことを思っただけの皆さんのご発言だったと思うのですが、これについては、相当難しい問題がそれぞれに存在していると解しているのですね。

#### コンサルティング業者

はい。その通りだと思っております。

#### 伊関副委員長

ありがとうございます。

#### 山浦委員長

先ほど東病院の耐震についてちょっと述べたんですが、お手元には資料 A4 の資料があると思います。それには松戸市立病院及び東松戸病院の耐震に関する一覧表がある。特に説明事項はないと思いますが、東病院では 6 号館というのは、IS 値が 0.37、それから松戸市立病院の 1 号館では 0.2 ということになっております。この 2 つが、耐震化の条件に反すると。そういうことだと思えます。

#### 伊関副委員長

ちょっと確認をしたいのですが、東松戸病院の 6 号館、1 番面積が大きい建物ですが、何人の患者さん、老健も入っていれば入所者さんが、実際に入っておられるのでしょうか。

#### 岩井委員

現在の稼働病床が 178 床とあと老健が 50 床あります。(トータルで) 228 (床) です。

### 伊関副委員長

要は、東松戸病院の患者さんや入所者のほとんどが、この 6 号館に入院・入所されているということですね。そして、この建物は、耐震の視点では脆弱だということによろしいわけですね。

### 岩井委員

そのとおりです。

### 山浦委員長

これで前回積み残しの質疑は終わったと思っているんですが、まだだよということがありましたら言ってください。

### 岩堀委員

1、2 分で確認だけさせていただきたいのですが、霊安室の配置ですけれども、最後に①案が適切だと結論付けをされましたけれども、これはやむを得ないということでしょう。ニュアンスとしては、2 番目ですけれども、エレベーターの台数ですけれども、全部 16 台ですよ。500 床から 600 床クラスの病院で、普通どのくらいの台数必要になりますか。

### コンサルティング業者

ほぼ同じくらいだと思います。

### 岩堀委員

10 台前後あれば御の字じゃないですか。他の 500～600 床クラスの病院のプランを見てくださいか。この場所で建て替えだと多くなるということだと思います。それと厨房のエレベーターはどれですか。

## コンサルティング業者

厨房のエレベーターについては。

## 岩堀委員

厨房と直結しません、まあ、いいですよ。CM はちょっと後にしますが、騒音振動の規制がないかと。これは特定建設工事に関する規制ですよ。例えば一般の住環境としてどうかというつもりで、私は質問をしたのですけれども。せいぜい 50 前後でしょ。ということだけ言っておきます。

それから CM の説明をいただきましたけれども、前、私ちょっと言いましたけれども、CM ってマネジメントですよ。監理と CM はまったく違いますよ。それがまず出発点で、そういう意味で言うと、従来方式に CM っていうのは全くそぐわないやり方だと私は理解しています。要するに、コンストラクションのマネジメントをやる CM の役割の中に、設計者だとか施工者が組み込まれるのであって。ということが 1 つと、デザインビルドというのは、施工者が全部設計も施工もするとは限りませんよ。例えば PFI だと設計と施工はチームを組みますよね。それによってまったくこの組み立ては違ってきますから。申し訳ないが、もうちょっと良く整理していただきたいです。これだったら説明になっていないんです、私から言わせれば。非常にご苦勞の中で、プランニングとか検討をしていただいているのはわかりますが、ちょっとこれは全く説明になっていないと、私は思いますけれども。もうちょっと正確に説明をしていただきたいんですね。ですから、その表の中に、方式と CM が一緒になるということがまずおかしいと思います。

## コンサルティング業者

そのように認識しています。整備手法とは違うものだということをここで整理したかったということです。

## 岩堀委員

そう、違います。全く違います。今これを詰めなければいけない段階かどうか私は分からないのですが、もっと時間をかけましょうよ。すみません。ご指摘だけしておきます。

## コンサルティング業者

わかりました。

## 山浦委員長

ありがとうございました。それではいよいよ本題の方に入りたいと思いますが、今日はたくさんの資料を用意していただきました。それで議事を進めるにあたりまして、「何々の資料をご参照ください」ということは言えないと思いますので、用意された方がその議題に遭遇したときには、自発的にご発言、資料の紹介をしていただければと思っております。

今日のメインテーマは、病院の規模に関するものです。病院の規模そのものに入る前に、一つ確認をしておきたいのですが、病院の機能が定まらないと病院の規模は、大きさは定まりません。機能についてもう一度ここで確認をしておきたいのですが。順不同で申します。順不同で申しますというのは、おそらくディスカッションは無いであろうというものから申し上げていきますけれども。「第2種感染症指定病院」。これについては今云々と討議すべきことではないと思います。それから「災害拠点病院」。この機能も然りです。それから、3次救急センター、つまり救命救急センター。現在活躍されていますけれども、これについてはぜひ保存したい、維持していきたいということは、皆さん反対は無いと思います。それから、「小児医療連携拠点病院」。現在小児についても、非常に良くやっただいているし、市民の皆さんの支持も非常に熱いというふうに考えております。「地域がん診療拠点病院」。地域のがんの診療拠点病院としての病院機能。これについては私、ちょっとお尋ねしたいと思います。それから主な機能として、全県対応型脳卒中連携拠点病院。この拠点病院ですけ

れども、脳卒中と限られていますので、救急センターの機能の中に含めてもよろしいのかなと思っておりまして、特にディスカッションは無いのではないかと思います。

それで、私が疑問を持ったといいますのは、がんの診療について。この近くにがんセンター東病院というのがあります。それは国立です。今は独法化したんでしょうか。大きながんセンター東病院があるわけですけれども、そことの役割分担。もっと一般的な言い方をすると、近くに大きながんセンターがあるのに、なぜ松戸市立病院は、地域がん診療拠点病院でなければならないのか。きわめて素朴な質問なんですけれども。これを市民の皆さんに説明をするときに、絶対に必要なことではないかと思えます。がんセンターとの役割分担と言いますか、なぜ松戸市立病院にもがんの拠点機能が必要なのかということについて、お答えないしはご意見をいただきたいと思えます。いかがでしょうか。

## 江原委員

がん診療連携拠点病院は、千葉県で 12 箇所あり、東葛北部では、松戸市立病院と東京慈恵医科大学附属柏病院が認定されています。がん患者は非常に多く、日本の死因の第 1 位を占めています。そのため、とてもがんセンターだけで全部対応できるものではなくて、がん診療はその担い手の医師が非常に多く必要だということです。がんセンターでは、高度医療、例えば特殊な陽子線とか研究中にある最先端のがん医療が行なわれているかもしれませんが、たくさんのがん患者さんに対してがん診療を円滑に行うためには、やはりがん診療連携拠点病院を設けて、がんに対する良質で標準的な治療が出来る病院を日本中に増やそうという厚労省の方針で、がん診療連携拠点病院の制度が作られました。それに松戸市立病院が認可されたということでございます。

## 植村委員

今のことで追加ですけれども、今江原院長がおっしゃった中で 1 つ言っていないことは、拠点病院として認可されるためには国の決めた基準がございます。

その中の 1 つに緩和ケアがオープンしているという条件がございます。緩和ケアの看板がないところには許可しません。昔は緩和ケアというのはがんの末期だけのホスピスケアから始まっていますけれども、今の考え方はもうがんになったその時から緩和ケアというのは心も一緒に治療するという方針に変わってきております。従って、松戸市立病院が拠点病院になったときに私がまず苦労したのは、緩和ケアを充実することでした。それで緩和ケアを作りました。それで専門医も置きました。がんと診断された時点から精神科の先生が心のケアをしています。がんセンターには何億円もする高級な放射線治療の器械がありますが、これはよその病院に置くわけにはいきません。高度な治療をやっているのはがんセンターであって、高度な治療をやった後に緩和ケアのためにうちに来る患者さんもいます。それで松戸市立病院が引き受けなかったらそういう患者さんは行くところがない。大事なことは緩和ケアを含めた国の定める基準を全部満たさないと拠点病院には認可されない。そういうことです。

### 山浦委員長

いろいろな条件をクリアしたというお話ですけれども、市民の皆様の説明する時に必要なのは、どのくらいの人材を使っているのか、どのくらいの病床数をオキュパイしているのか、それから手術の件数は全国的にみてどういう評価を受けているのかということなんです。そういうお返事をいただきたいのです。そうしなければ、なぜ拠点病院なのという、クリアしただけでは話が進まないわけですよ。何人必要だという答えを求めているわけではないのですが、たくさんの人を要するんですね、ドクターは。それから病床数についてはどういうふうに考えたらいいのですかね。がん病棟という病棟はないですよ。いろいろな所に入っているわけですよ。ですから、多くの病床を取っているし、多くの医師の力も得ているし、ということなんです。それをもう少し市民が納得するような言い方はないですかね。

## 江原委員

役割分担として、がんセンター方では、例えば肺がんなら肺がんの専門家、胃がんなら胃がんの専門家が居て高度ながん診療を行っています。それから高齢者で他臓器にわたる疾患があった場合には、がんセンターから我々のところに全身管理ができないということでよくがん患者が送られてきます。そういう意味で我々のところは役割があると思います。

それからがんの患者さんがどのくらいいるかということですが、それは呼吸器外科であれば肺がんを扱い、消化器内科あるいは消化器外科では胃がんとか膵がんとか消化器のがんを扱い、2009年の1年間に1062人の患者さんが登録されました。いずれにしても、全身のがんに対応出来るように医師を揃えているつもりでございます。

## 山浦委員長

ありがとうございます。まとめますと、がんの患者さんというのは大変多い。死亡率の第1位ですね。がんで亡くられる方が一番多いのですけれど、近くにがんセンターがあっても、そのセンターだけでは賄いきれないということが第一だと思います。今のご発言ですと。それからがんセンターだって緩和病棟ないのですか。ありますよね。

## 江原委員

あります。

## 山浦委員長

だから、緩和があるから、松戸市立病院に緩和があるからやるという理由にはならないわけですよ。だいたいこんなところが説明ですかね。

## 伊関副委員長

私は医療については素人なのですが、よく糖尿病を併発した患者さんでがん

の患者さんはなかなかがんセンターなんかだと受け入れてくれないというような話も聞いてはいるんですけど。おそらく高齢者が増えてくる中でがんというのは重要な病気で、そういう高齢者の患者さんをきちっと手術やその後のケア、化学療法も含めて診ることができるというのは、全部国立がんセンターに任すというのでは対応できないし、松戸市立病院の方で充実したがん治療が展開されるということが、結局は松戸市民にとってプラスになるというふうに解してよろしいのでしょうか。

### 江原委員

はい、その通りだと思います。

### 山浦委員長

素晴らしいサマリーありがとうございました。そういうことで地域がん診療拠点病院として松戸市立病院には今後も活躍していただきたいと、こういうことで皆さん納得してくださるわけですね。私としてはちょっとそこの説明が自分としてはしにくいなと思ったから、今敢えて、ちょっと意地悪っぽい質問を試してみたわけです。そういったことを前提として松戸市立病院に維持していただきたい機能として、前提として、次の話に進めていきたいと思います。

病院のサイズなんですけれども、これは人口動態の変化と直結しております。つまり、患者さんが増えるかどうかということに直結しているわけです。これについては、これまでにたくさんの意見が出ました。私として過去6回の私のメモをまとめてきたんですけれども、皆さんにそれぞれ主張していただく前に、これまでおそらく出尽くしたと思う指標を申し上げたいと思います。それで私の言っていることが間違いである、あるいは足りないということがあったら、ご発言いただくということで、人口動態の変化について初めからディスカッションするつもりはございません。

これは医師会からの見解で、山口委員が言われました。何回で言ったかちょっと記憶にないのですが、千葉県はかつて若い県でありましたけれども、

今や高齢化のスピードが全国 2 位になったと。そして 20 年後には、患者数は、患者数ですよ、これは人口ではなくて、患者数は松戸市では 1.6 倍になるというお話をされたんですね。2 回目か 3 回目の頃だったと思います。それから伊関副委員長も高齢化のすごい急激なカーブをスライドで見せてくださいます、我々も驚いたところです。医師会の見解としては患者さんの数は、20 年後に 1.6 倍になるということをおっしゃいました。それから、患者さんが増えるということをもとめているわけですけれども、これは朝日新聞のニュースです。昨年の 12 月 22 日。20 年後を見つめているわけですけれども、人口は減るけれども救急出動は 2 割増すと。そして運ばれる患者さんの年齢層を見ると、69%が 65 歳以上、乳幼児は 5%というような、これは新聞ニュースでした。こういったことがあります。それから、これは報告書。ここで私が報告書といいますのは、改革プラン報告書のことで平成 21 年 3 月に松戸市立病院から発行された報告書です。その 30 ページですけれども、東葛北部保健医療圏では 20 年間に入院の患者が 1.41 倍になるということが、はっきりこの報告書に書かれておりました。その他、患者が増えるというデータがたくさん出てきたんですけれども、今日は繰り返さないために今私はまとめて申し上げます。それから 10 年後には患者さんの数がプラス 40%、20 年後には 54.9%増加になるというような見込みもあります。これは民間の増床を見込んで 33%シェアしている、稼働率 90%とするというような条件がありました。それからこれは人口全体の推移ですが、これも改革プラン報告書の 30 ページにあったんですけれども、平成 22 年から 32 年までの 10 年間で人口は総数で、1.4%下がります。しかし、高齢者は 33%増えると。それから成人ですね、成人というのは比較的病気にならないと同時に納税者という見方もあるんですけれども、その方々はマイナス 10%、小児はもっと減ってマイナス 17%ということでもあります。そういったデータがこれまで出てまいりました。

それから今日のディスカッションにはこれは絶対必要かと思うんですけれども、高齢者の入院受療率、これは入院患者として入る可能性なんですけれども、高齢者では全年齢の 3 倍から 5 倍多くの高齢者が入院すると。3 ないし 5 倍です。

それから小児の場合、0歳が多いんです。しかし、1歳を超えると100~200と、これは10万単位です。1歳を超えると入院する可能性は少なくなってくるというようなことが知られました。

一方では、今患者さんの数が増えるというようなことをまとめたんですけども、一方では減るぞというご意見もあります。これはやはり改革プラン報告書の36ページから谷川委員が引用された数字です。1日あたりの入院患者、20年後には529人。むしろ減るというような数字なんですね。こういったことを谷川委員は指摘されたのは2回前の委員会であったかと思えます。私もよくよくこれも改革プラン報告書に戻って考えたのですが、36ページでした。そのときの谷川委員が指摘された529という数は、平均在院日数が10.5日としているところに注目していただきたいと思うんですね。現在の病院のスタイルで、平均在院日数10日あまりというのは、これは極めて私の目から見ますと非現実的な数字ではないかなと受け取られました。ご批判があれば後でどうぞ指摘していただきたいと思いますが、おそらく10.5日を実現するためには、これは山口委員からの資料にあった、後で説明していただきますけれども、一極集中型の病院であれば、救急に特化したものすごい病院であればこれは可能であるのかもしれないけれど、今のスタイルを続ける、あるいは多少の急性病院化したぐらいではなかなか難しいんじゃないかなと考えているんです。ですからこの改革プラン報告書を作られたときに、どういうお気持ちで作ったのか今にしてはわからないのですが、そういった疑問を私は持ちました。それから20年後に529人の入院患者さんがいるとしますと、稼働率が90%としますと、病院全体に用意しなければいけない病床は588なんです。これは私の計算でおそらく簡単な計算ですから間違いないと思うんですけども、約600床の病床がないと平均在院日数が10日あまりの条件で患者さん529人を収容することができない、ということになりまして、この36ページの529というのは注意して受けなければいけない数字かなと思っております。これまで人口の変動から患者さんは増えるという意見、それからむしろ少なくなるじゃないかという意見が、均等ではないのですが、そういう意見がこれまであったと。このようなことを前提と

して思い出していただいて、これからのディスカッションを始めていただきたいと思います。

## 谷川委員

途中なんですけれども、今委員長が改革プランの約 20 年後、平成 42 年の平均在院日数 10.5 日について、この数字は非現実的とおっしゃられ、更に病院稼働率も 90% で 600 床近くの病床が必要ということなんです。病床数は別としても、この改革プラン報告書というものは総務省に松戸市が提出している公的な文書であるわけですよ。ということは、これは一昨年ですか、平成 21 年 3 月に松戸市立病院自体が出している報告書ですから、やっぱり訂正する必要があるんじゃないかなと思います。私は改革プラン報告書を松戸市のホームページ、病院事業のホームページからダウンロードしましたが、これはもうとっくの昔からホームページにあったようなんですけれども。ただおっしゃられるようにこの数字に根拠がないとすると、それは国に対して訂正をしなければいけないんじゃないかなと思います。意見というか、疑問というか、そう思ったため述べさせていただきました。

## 山浦委員長

谷川委員、ありがとうございます。平均在院日数 10.5 は非現実的だと私申し上げたんですけれども、それに特別な確たる根拠はなく、感覚で申し上げたんです。その点はあまり私としては責任持てませんけれども。529 に対して 90% の稼働率のときに 588 床必要だというのはこれは簡単な計算ですので、これについてはご異議ないかと思うんですね。それはよろしいですか。

## 谷川委員

はい、それに対しては異議ありません。ただこれは診療報酬の改定があり、看護体制を 7:1 にしなければいけないとか。あるいは平均在院日数をどんどん減らしていかなければいけないとか、政府の方向性はそっちを示しているわけです。

よね、総務省の改革ガイドラインというもので。それでそれに則って、これはもちろんシミュレーションの数字、値なんですけれど、ただし勿論この数値にならなきゃいけないとかそういう数字じゃないですけれど、ただ「こういう数字を目指す」というシミュレーションとして載っかっている訳で、これがあまりにも荒唐無稽な数字なのであれば、やはり国に対して「平成 21 年 3 月に提出したものは間違いです、ごめんなさい、撤回します」と言って訂正するのが筋じゃないかなと思うんですけれど。単純に私はシミュレーションで目指すところがこの平均在院日数ですよねということを行っているだけです。

### 山浦委員長

わかりました。そういうところを目指すということで私も同意いたします。

### 伊関副委員長

一応総務省の改革ガイドラインについてお話したいと思えますけれど。あの改革ガイドライン自体は、そもそも小泉政権時代の医療構造改革の方針を受け継いだ安倍政権のときの骨太方針の時に策定されたもので、医師不足問題を踏まえて質の高い医療を展開しなさいという形での自己変革を求めたものではなくて、単なるコスト削減など収益改善の要求をするだけで問題があると私は思っています。一度撤回するべきものだと考えています。自治体病院も非効率で、財政的に制約があるので、絶えず自己変革はしていく必要はありますが、ガイドラインで出された数字を神のごとく扱って、それが達成できない場合は、地方独立行政法人化だとか医療機能の再編だとかを問答無用でやれというようなトーンが強い。私自身あのガイドラインを強く進めることによって地域医療を崩壊させかねない危険性があると思っています。そういうプランであるということは理解された方がいいと思います。その流れの中で委員さんも入って計画等を作られたと思うのですけれども、どちらかという、病院の建て替えや、医師のモチベーションを踏まえた形でのあるべき病床の姿についての議論はちょっと足りなかったかなと考えています。おそらく委員の方々には財政的な部分

を真剣に思って提案はされたのだと思うし、財政的な部分を求めている総務省の改革ガイドラインに基づいた議論ということで、全く否定するものではないのですが、その性格は理解しておかないと、かえって松戸市立病院の医療を崩壊させかねない危険性はある、そういうプランであるということは理解しておいた方がいいのかなと考えています。

### 窪田委員

もしかしてちょっと全く変な質問だったら、先生おっしゃってください。がん拠点病院を受けてやっていくというときに、急性期の、早期に見つかって手術をして退院をしてしまえる人達はいいんですけれど、あちこちに転移をしたり、それからいくつかの病気が合わさっていたりして、そんなに早期に動けないっていう人達を松戸市立病院は診て下さるんですか。それによっては診療期間が長くなるので、10.5日とかって、早く出ていけと追い出されてしまうのは、本人もご家族も不安でしょうし、それを次の連携病院、例えば東病院でその、ホスピスと緩和ケアは違うと思いますので、ホスピスケアみたいなのがあってそちらで診て下さるのなら別ですけれど。入院期間を短くするということがイコールその患者さんや家族の皆さんにとっていいことには繋がってこないような気がするんですが。そこはどうなんですか。

### 江原委員

はい。当然、がんの患者さんのうち、進行がんに対しても松戸市立病院は診ております。それで、最初に化学療法を始めるときは、市立病院に入院してやりますけども、ある程度病状が落ち着くと後方支援病院に送ったりします。また、外来で化学療法できるものに関しては極力外来でやって、なるべく在院日数を減らすような努力をしています。当然病状が最優先ですから、ある程度合併症を起こした場合には、在院日数が長くなろうとも松戸市立病院で最終的に退院できるまで診ています。

## 伊関副委員長

住民の方から見ると非常にわかりずらいんですけども、やっぱり最新の医療器械と、医師、看護師などのスタッフを数多く張り付けている急性期病院では、スタッフと医療機器を有効に活用するためには、ある程度入院の期間を短くせざるを得ないと思います。次の治療を待ってる人達もいるわけですから。重要なのはその次に転院する病院をいかに充実させるか、質をいかに高めるかだと思います。おそらく松戸市で言えば、東松戸病院をいかに質が高く、療養環境としても優れているし、スタッフも充実している、リハビリもきちんとしてできる、そういう環境として病院を整備する。松戸市立病院で急性期の医療を受けたらすぐ東松戸病院に移れるような、2つの病院を一体となるような形での充実をしていって、医療機器ですとか医師、看護師等の人材を効率的に使っていかなければ、人材・機器の無駄遣いになってしまいますし、十分患者さんに対応できない部分も出てくると思います。

## 山浦委員長

伊関副委員長が口火を切ってしまいましたので、私の心の中に沸々として持っていた意見をちょっとだけ言わせていただきたいと思います。松戸市立病院、一般病床 613 です。それから、松戸市立福祉医療センター東松戸病院。名前が長いんですけど。この名前もなんとかしていただきたいなと思ってますけども、一般病床 198 です。プラス梨香園という介護老人保健施設が 50 床あるんです。一般病床を合わせますと、811 床を松戸市民はお持ちなんですね。この 811 床を有効利用して松戸市民の健康を守るというコンセプトがこれまでちょっとずつは上がっているのです。連携とか何とかという言葉ですね。でもそれが一つの流れにならなかったということ、私この数日とか数週間悩んでいたところなんです、今伊関先生がそういう口火を切ってしまいましたので。松戸市立病院、この名前も煩わしい。私は心の中で松戸市立第一病院と呼んでいます。それで東病院を第二病院と呼んでいます。同じ土俵にあるので。第一病院が輝くためには、第二病院も活動してもらわなくちゃ困るんだと。

合わせて松戸市民の健康を守っていくという考え方。是非これについてもお考えいただきたいなと思っております。

この場でなぜこんな考え方になったかという、松戸市立病院、私の心の中の第一病院の話ばかりなんです。そして何でもかんでも取り入れるという考えで、時々何でもかんでも取り入れるんですかという窪田委員の意見もありましたけれども、時々出ては消えてしまうんでうね。ですから、なぜ二つの病院が手を携えて共に輝いてくれないのかというような気持ちになっておるところです。そのためにはいろんな現実的なクリアしなければいけない問題もあるんですけれども、思わず私の心の一端を吐露してしまいました。

岩井先生、いかがですか。ちょっとお待ち下さい。資料がありましたね。両病院の性格。A4の横長です。これは昨日オーダーして今日届いたわけなんです、診療科目を見ていただきますと、色で分けてありますが、診療科目だけを見ますとかなりオーバーラップしている。そして、お互いにどういう関係にあるのかよくわからない。こういった印象があります。おそらく同じ診療科の名称であっても内容が違うんでしょうけれども。これは作ってよかったなと思っております。それで今、岩井委員をご指名したんですけど、特色というところに事業概要に載ってなかったのが横線を引かれてしまったんですけど、岩井委員の方でも特色としてお持ちのものあると思うのですね。それについてお話下さい。

## 岩井委員

はい。特色のところに斜線が引かれていますけども、実はいろんな特色がございます。当院の役割としては、今3本軸にしているうちの、1つはリハビリ。まだ指定は取れていませんけれど、回復期リハビリテーションを目指しております。なるべく早く当院に引き受けて、回復期からのリハビリをしっかりとやって市民の方をより健康にしていこうということが1つです。

もう1つは、在宅医療支援です。松戸市は在宅医療が他の市に比べて非常に充実していますが、在宅の先生だけでは十分でなくて、それを支える後方支援

病院、私は後方支援だけではなくて側方の支援ということも考えておりますけれども、在宅支援が重要で、それをやっていく病院としての位置づけがあります。

もう 1 つは、やはり緩和ケア、終末期ケア。これは松戸市立病院からの患者さんもございますけれども、それ以外に国立がんセンターからの患者さんがいます。そこから早い段階で退院させられたり、あるいは終末期を迎えて当院で診る患者さんもたくさんいます。この 3 年間で 3 倍になりました。

あとは、今頑張っておりますのが支える医療です。患者さんご本人だけでなく、介護者、家族の方を支えるということで、今県の事業でやっております ALS という病気を代表とします神経難病に対するレスパイト入院、介護者を支える、休息させる入院をしております。あと今後は認知症がどんどん増えてきますけれども、脳ドックとか物忘れ外来など、認知症、脳卒中对策も行っています。今後寝たきりの方が多くなってくるわけですけれども、それを予防する意味で介護予防対策としてのロコモ健診、ロコモティブシンドロームに対する健診を行っています。先日も新聞で出たのでご存知かと思うんですけども、そういうこともやっています。あと糖尿病の患者さんもたくさんいらっしゃいますけれども、そういう生活習慣病対策もやっています。呼吸器内科とここにも書いてありますけれども、先日、呼吸器学会の関連施設としても認定されました。やはりご老人の場合は肺炎特に誤嚥性肺炎といった呼吸器疾患も多いので、そういうことにも対応しています。現在、日本リハビリテーション医学会の研修施設でもありますし、日本神経学会の認定施設、呼吸器学会の関連施設でもあり、あと老年医学会の認定施設が申請中であり、そのような分野に特徴がございます。あと、介護老人保健施設も併設していますが、当院の当直医が夜そこをカバーできるということで、そういった特徴がある老健併設の病院であります。簡単ですけど、主な特色は以上です。

今ちょっと検討している段階ですけれども、将来的には、障害を抱えた方を診られるような病棟をつくろうということで今検討中でございます。

## 山浦委員長

是非斜線ではなくてそういったことを盛り込んでいただきたいと思いますけれども。先生が冒頭に言われたリハの中でも、回復期リハ、第一病院の方でもリハビリテーションとあるのですが、どうして両方の病院にリハビリテーションがなくはないのですか。

## 岩井委員

今リハビリテーションというのはICUからのリハビリということも行われる時代になってきました。急性期のリハビリというのは重要であると思いますが、当院は2週間ぐらい経ってからの回復期を担うという形になるかと思うので、急性期に必要なかということはないと思います。

## 山浦委員長

もう少し述べていただきたかったのです。今45床でしたか。

## 岩井委員

リハビリの方が多く入っている病棟は45床ございます。

## 山浦委員長

私がお尋ねしたのは、回復期リハビリテーションの効果について、それはどういうふうに市民の生活に影響するのかなということなんですね。

## 岩井委員

回復期リハビリテーションの病棟をつくるにはそれなりの基準があって、廊下幅の基準もあるんですけど、植村管理者がそういうスタッフを増やすことに応援してくださっています。今後充実していくわけですけども、リハビリテーションをやることによって、患者さんご本人が働けるようになればそれは一番ハッピーなのですが、そこまでいかないにしても、介護が必要ない段階ま

で回復すれば、ご家族も介護をしないで働きに行けるという状況があるということで、リハビリテーションをやることの効果というのは、その収支採算だけでなく、市民に対して非常に大きな副産物を産んでくれます。ということでリハビリテーションというのは非常に重要だと考えております。

### 山浦委員長

回復期リハビリテーションですね。岩井委員、財政のことについて、インカムについてあえて触れなかったようなんですが、それについてはどうなんですか。

### 岩井委員

この回復期の基準が取れなくても、今例えば理学療法士だとか作業療法士を入れれば1人当たり1千万の収益が出て、給料を差し引いたとしても、10人いれば1億円の増収に繋がるようなことがあります。さらに、回復期リハビリテーションという加算が取れば、経営的にもかなり改善して当院のエンジン部分になるんじゃないかと考えております。

### 山浦委員長

それが聞きたかったわけなんです。

### 植村委員

リハビリについてちょっと申し上げます。松戸市立病院にもリハビリがあって、東松戸病院にもリハがあってどうなのかという質問があるのでお答えします。昔は、リハビリというのは、市立病院のような急性期病院では急性期の手術や治療をやって、リハビリはしないで、1週間、2週間たって落ち着いたらリハセンターに送るというのが昔の考えです。ところが今から20年前に関西の方の病院の研究発表がありまして、倒れたその日からリハビリをやった場合と、2週間経ってからリハビリを開始した場合の回復が天地の差があることが分かっ

たことです。卑近な例で申し上げます。例えば 10 人の患者さんが脳卒中で倒れ半身不随になったとします。急性期からリハビリをやると 8 割が歩いて帰って行くのです。ところが、2 週間経ってからリハビリを開始すると 2 割しか歩いて帰っていないのです。このくらい違うのです。これが最近厚生労働省はわかってきて、今厚生労働省は入院したその日からリハビリをやると急性期加算を付けるようにしたのです。従って、市立病院はリハビリがなくちゃいけないのです。最初から。要するに入院した翌日からリハビリをした方が非常に回復が早い。それから最近の厚生労働省のデータですと、2 週間放置した後にはいくらリハセンターで頑張ってももう回復は期待できないのです。ですから、リハビリに関しては最初の 2 週間が勝負命なのです。それで私は両方の病院のリハビリを連携して、今やっています。それから今、山浦委員長の質問の中にちょっとあったのですけれども、現在までリハビリのスタッフは人員制限がされていました。昔の考えで。リハビリというのは 1 人の急性期の脳卒中患者で毎日 9 単位、3 時間までできるのを国が認めています。ところが、松戸市立病院は 1 単位しかやっていないです。どうしてかと言うと、スタッフが足りないのです。スタッフが制限されてしまっている、市の方で。ですから、私は今度市長に 50 人増やさなければできないとお願いしています。ですから、今そういうことを改革中です。そして 2 つの病院のリハビリが連携をするという形にしています。それから東松戸病院が回復期リハビリの病棟の認可が取れていないのは病床のスペースが足りないからです。建て替えないと回復期リハビリ病棟の認可を取れない。しかし、人数を増やすと、経営だけは、収入だけは増えるようになっています。それで脳リハ 1 が取れるようになっています。ですから私は今それに向かって、努力して改善しているということです。それだけご理解していただきたい。リハビリというのは倒れたその日からやらなければ駄目だということを、皆さんよく理解していただきたい。

### 伊関副委員長

松戸市民さんに、外から見た意見という形で伝えさせていただきたいのです

けれども、この松戸市には 2 つの私は宝物があると思います。民間病院さんも宝物だと思いますけども、開業医の先生もすごい宝物ですが、市立病院としては松戸市立病院と東松戸病院の 2 つの宝物があります。どちらかという東松戸病院については、今までのイメージだと駄目病院じゃないですけど、あんまり関心がなくて、極端な話あんなものいらなから売っ払ってしまえとか、なくしてしまえみたいなことを極論で言う人もいたかもしれない。市の姿勢というのは正にそれで、ほとんど投資をしていない、人も増やさない。それがまさに今までの松戸市の官僚がやってきたやり方です。これは市立病院に対しても同じなのですけれども。これまで話してきたように、高齢者の方が非常に増えてくる。高齢者の医療をいかに支えていくかという観点でいくと、実は松戸市立病院が光輝くピカピカの急性期病院であるためには、東松戸病院もピカピカの回復期、療養をきちっと支える病院でなきゃいけないと考えています。だから両方が輝いてこそ松戸市の医療というのがいい医療、ピカピカの医療ができる。そここのところを意識していくという必要があると考えます。今、東松戸病院の院長に岩井先生がなられて、改革が進んできて、良い病院になってきています。この動きを進めて、日本でもトップクラスの回復期の療養をきちんとできる病院にしていくことが松戸市民にとっての財産になると思います。必要なことは投資と共に、事務職員の意識を変えなければいけないと考えています。今までは、先ほど言ったようにほとんどスタッフを張り付けてなかった。リハビリのスタッフをほとんど張り付けていなかった。これは職員定数の縛りをかけていたと言う点で、松戸市の人事課が悪いですね。あと病院の事務の人事担当が悪いんです。そういうでたらめを市民の方が許しちゃいけないのです。必要な医療のためには必要な人員は雇えるような体制になってきていますので、このような動きをきちんと市民も後押しして、この 2 つの病院の機能を向上させていくことが重要だと思います。そのことが収益向上に繋がると思います。

## 山浦委員長

伊関副委員長、ありがとうございました。大演説ですけども。何せ 811 床

持っているわけですからね、皆さんは。一般病床ですね。それをうまく使えば相当大きな機能を発揮できると思います。

## 谷川委員

はい。実は前々回の去年年末の委員会の最後の方で窪田委員も伊関副委員長もおっしゃってましたけれど、その東松戸の利用のことなんですけれども、私この委員会が現市立病院の建て替えのみと思ってまして、東松戸のことは、公募委員選考のときに提出した作文にも書いたんですけれども、正直言ってそんなに東松戸のことは思ってなかったというか、今回市立病院がメインだなというふうに考えていましたので、そんなに字数を多く割いていませんでした。ただ窪田委員も、伊関副委員長もおっしゃってますように私だんだん東松戸病院の利用というものも考えていかなきゃいけないんじゃないかなというふうに思ったんですね。今まで山口委員、植村委員、江原委員もベッド数 600 床を主張されていて、この後もそういうお話になるかと思うんですけれども、私はそれに対してもっと病床数を減らして建て替えましょうということを述べてますけれども、ただそれに付随して言わせてもらえば、市立病院を抑えた額で建替えて、その浮いた建築費で東松戸を充実させた方が、松戸市民にとっての将来の高齢化、高齢者人口増ですね、前期後期合わせた高齢者の人口増に対応していけて、本当に市民の健康福祉、それを支える家族にとって安全・安心の医療を支える結果になるんじゃないかなというふうにちょっと思い始めてまして。ただ 3 月の答申までに、おそらくアイテックさんはじめとして、皆さん考えてらっしゃいますけども東松戸の件も答申に盛り込むというのは、無理ですよ。ただ、提言として是非入れていただきたいなというふうには思うんですけれども。意見です。

## 山浦委員長

ありがとうございます。確かに東松戸病院、私の心の中の第二病院ですね、それを活性化するというのはものすごく重要だと思いますし、私、実際見に行

きまして床が光ってますよ。皆さんにも是非見ていただきたいと思います。それでそれを実現するためにはいろんなところをクリアしなくちゃいけないんですね。それはお金もかかります。先ほどどなたかがおっしゃったように、改修が必要になろうかと思っています。そういったことも含めて大きな計画になってくるんですけども、すでに 7 回を数えたこの委員会及びアイテックさんとの契約の問題もありますよね。あまり質問を浴びせると足を出してしまうというようなこともあるようなので、確かに提言としては残したいという気持ちはありますが、何とも今の時点では申し上げられない。東松戸病院、第二病院について皆さん目覚めていただけたとすれば、大変私嬉しく思っておるんですが。

### 山口委員

最初に戻って、第一病院の方でよろしいでしょうか。前々回、平均在院日数 10.5 日という数字が出まして、私も同様に非現実的な数字だと思ったんです。ということで、それをただ思っただけではいけませんから、他の有名病院あるいは急性期病院。第一病院は急性期病院です。他の有名な急性期病院あるいは他の多くの急性期病院を分析することによってそれを数字として裏付けようとしたのが、私の今回のレポートでございます。

まず非常に有名な在院日数が短い急性期病院が X 病院、Y 病院ということで表を挙げましたけれども、これは共通しているのは、確かに病床数少ないです。ですが、何でそれで急性期病院としてやれているかという、延べ床面積がとてつもなく広い。これは絶対値でもそうですし、床あたりでもそうです。あとは医師、看護師こういった人たちが、病床当たり非常に多いのです。その結果として、効率性指数が 1.4 くらいということは非常に効率のいい医療を行っている。ということで大変立派な病院です、X 病院、Y 病院。それが可能になっているのは、つまり非常にスタッフが多い。後は下に書きましたけれど医療機器がものすごく多い。それで集中的に医療をやっているから、そのためには延べ床面積が非常に広くなくてはいけないわけです。こういう急性期病院でなければ平均在院日数を 10 日程度にすることはできないわけですね。これは 1

つの代表的な例です。でも X 病院をもっとよく見ると、実は複雑性指数がちょっと低いんですね。これは、ただ筋肉質な病院なだけじゃなくて、ちょっと患者さんの選別を行っているんですよ、X 病院は。簡単な患者さんをいっぱい診ています。ということで、そういうことのトータルもあって、平均在院日数が 10 日ということを達成できております。

次にざーっと見てみますと、後で 3 ページ目に表がありますように、こんな X 病院、Y 病院ほどにものすごく資源を投下していないのに平均在院日数が 9 日ぐらいの病院というのはあるんです。急性期病院の中で。そういう病院を見てみますと、3 ページ目のグラフの一番下にありますように、特定の病気しか診てないんですね。特定の病気でも簡単な病気しか診ていないと。こういう病院であれば、それは平均在院日数を短くして多くの患者さんを診ることができそうですが、それはその病院の経営というものを考えればとってもいいことですよ。なんですけども、市民の税金を投じて経営する病院が患者さんの選り好みをしてよいものかと。そういう問題に陥ってしまいます。次に 4 ページ目からは、非常に多くの病院を、優良病院がどういった病院であろうかということ进行分析してみました。研修指定病院で急性期病院、917 病院のうち希望者が上位 50 位ということは優良病院と言えると思うんですけど、その平均像というのを見ますと、病床数が 649 床、平均在院日数 13.8、複雑性指数というのは、どれほど複雑な、つまり手間がかかる患者さんを診ているかということで、約 1、平均並みだと、効率性指数が約 1.1 ぐらいだということで、やや平均よりは 10% ほど効率よく患者さんを治療しているということです。松戸市立病院を同じように比べてみますと、605 床で病床数はちょっと少ないですね。平均在院日数、複雑性指数、効率性指数を見ますと、上位の 50 位の優良病院とほぼ同じであるということで、よくやっているんじゃないかと。内容はきちんとしてるんじゃないかと思えます。平均在院日数の優良病院の全国平均というのは 13.8 ということで、これは相場だと思うんです。ただし、先ほど言ったように X 病院、Y 病院のように 12 日を切っている、平均在院日数 12 日を切っている病院もこの 50 位の中に 3 病院ありました。そういう病院をやはり 1 ページ目のグラフのよ

うに解析しますと、やはり 3 病院とも全て床面積が非常に多い、スタッフの数が多く、医療機器が非常に多いということで、こういう筋肉質な病院です。ということでまとめますと、平均在院日数を 10 日程度、あるいは 12 日を切るといっても言いかもしれませんが、そのためには非常に人的資源、医療機器等を投入し、そのためには非常に広い床面積を必要とし、そういう非常に筋肉質な病院にするか、あるいは特定の簡単な病気しか診ないというそういう病院にしないことには、平均在院日数を 10.5 にしても無理な話だということでございます。ということで改革プランをもう一度見直してみると、先ほど委員長がおっしゃられたように 529 人の患者数ということは 90% の病床利用率というのは適正な利用率だと思いますので、病床数に換算しますと平成 42 年度 588 床です。10.5 日という平均在院日数がちょっと無謀だと思いましたが、12 日あるいは 13 日ということでその下の段に書きましたけれども。そうすると平成 42 年では 672 床、12 日だと 672 床になってしまいますし、平均在院日数 13 日ですと平成 42 年には 728 床になると。こう考えてみますと、どう考えても最低 600 床、もしかすると将来的には 700 床、800 床がないともう患者さんが溢れてしまうということが数字として出てきたと思います。以上です。

### 山浦委員長

ちょっとお待ち下さい。ありがとうございます。X 病院、Y 病院は自治体病院ですか。

### 山口委員

自治体病院ではありません。

### 山浦委員長

はい、ありがとうございます。山口委員のお話は、いよいよ病院のサイズの方にまた戻ってきたわけなんですけれど、先ほどまでの東松戸病院、第二病院を含めたお話ですけれども、第一病院を輝かすためには第二病院の活性化も

重要であるということで、皆さんご異議ございませんですね。是非第二病院についても今後考えていきたいと思えます。それで山口委員の口火でまたサイズの問題、本来の問題に戻ったんですけれども。

### 谷川委員

X 病院は敷地面積も多いし、かなり競争に強い病院というような印象を受けたんですね。要するに、松戸市立病院というのはやはり政策医療を担っていくということを課せられていて、市民の期待は受けていますけれども、とは言えやはり Y の方はヘリコプターまで持ってますし、とにかく全然敷地も広いですし、医療環境も違うし、担うべき患者、相手にする患者というと変ですけど、松戸市立病院とは違うと思えます。私、別に患者の選り分けをしなさいとかっということを言っているのではなくて、むしろ今は地域連携をすべきじゃないかっていうふうに国の方では言ってきていますから、政策医療をやるのであれば、前々から言ってますようにフル装備で 605 床持つのではなくて、もうちょっと小さくしてでもなんとか市民のニーズに応えられる病院をとというふうに思っているんですけど。X 病院、Y 病院というのは、正直言いまして比較するには相手が違いすぎるというか、そんな気がするんですけれども。

### 山口委員

つまり X 病院、Y 病院になって欲しいということではなくてですね、平均在院日数を 10 日程度にするには X 病院、Y 病院のようにするか、あるいは患者の選り好みをするしかない。方法はないということです。それをしないのであれば、やはり X 病院、Y 病院が診てくれなかったような患者さんを診ざるを得ないと。そうするとですね、ずっと今まで言ってきたように高齢化して医療需要が激増しますから、そういう多くの患者さんを誰かが診なくちゃいけないわけです。X 病院、Y 病院はまだ選り好みをするということが出来る立場です。市立病院が選り好みをしてよろしいのかということです。

## 谷川委員

繰り返しになりますけれども、患者の選別を行うのは本末転倒であると言わざるを得ないと、先生の資料に記述がありますけれども、これはそれぞれ地域連携のことを言っているんじゃないですか、むしろ。その問題というのは。地域連携によってそれを補いましょうということで、これは公立病院の意義というのとはまた別のところじゃないかなと、これは私がそういうふうに思うことなんですけれども。

## 山口委員

連携は先ほどのディスカッションでも出たようにとっても大事なことでありますけれども、そうもしない限り患者さんの爆発というのは支えきれません。そうやってなおかつやはり患者需要、医療需要というのは激増、爆発すると。そういうことでございます。

## 谷川委員

それに対しては私これ以上深く申し上げません。それとあと選り好みをしたくないということにちょっと繋がっちゃいますけれども、今山口委員の資料ですと、満遍なく型と中間型、一極集中型ってあるんですけれども、実際に松戸市には、先日日経新聞の1月13日に特集されてますが、心臓カテーテルの手術をそれぞれ880例ずつ千葉西病院と新東京病院でやってて、これは断トツなんですね。東京にもそんな病院ありません。関東でも次は500例とか、あとはせいぜい小倉かどこかに880例を年間やっているという病院だけで、やはり今の市民というか患者さんは詳細な医療情報を見ていると思うんですね。何でも満遍なく診てくれる病院に行くんじゃないかと、この病気に対してはこの病院だとか。市立病院も急性期ではあるんですけれど、新生児とか小児医療、周産期医療に特色を持っているわけですから、そこで特色を出して、相互に連携をしていった方がいいのではないかと、そういうふうに考えるんですけれど。それと話があちこち飛びますけれども、平均在院日数10.5日というのは、先ほど私と山浦委員長

とでやり取りがありましたように、目標であるので、今現在松戸市立病院としてはこれを目指すということであって、やってみなきゃわからないことですから、ここはそんなには議題にはするべきじゃないかなとは思いますが。ただ私申し上げたいのは X 病院、Y 病院というのはちょっとやはり松戸市立病院と比較するには、2 病院ともちょっと違う分野を担っているのかなという気がいたしましたので。以上です。

### 岩井委員

東松戸病院の立場として一言申し上げます。今現在、松戸市立病院が平均在院日数が 13 日台ですから、これを少し減らすことは私は可能だと思っています。その 1 つは、東松戸病院に亜急性期病床を作って比較的早くそちらに移す。これは市民の方にもそういうことでの理解が必要で、東松戸病院の体制作りも必要ですが、そういうことによってもう少し平均在院日数を減らすことはできます。両院の病院運営協議会というものを始めましたけれども、それがもっと機能してくれば、早い段階で東松戸病院に移るとか、比較的長期の方に東松戸病院に移っていただくということで、もう少し平均在院日数を減らすことは可能だと思っています。今 13.8 日だとすれば、それを下げることは可能だと考えています。どれくらいの数字かはちょっと具体的には出せませんが。

### 山浦委員長

谷川委員の発言の続きなんですけれども、心カテをやる、非常にたくさんやっている病院が近くにある。一方で、循環器の疾患はこれから増えていきますよね。それで、そういった状況を見ながらどうかは知りませんが、松戸第一病院では循環器をやっていくおつもりなんですよね。その辺の理屈付けはどうなっているのでしょうか。

### 江原委員

もちろん全身の疾患が扱われますから循環器の専門家を置かなければいけな

いわけです。虚血性心疾患とかあるいは不整脈とかそういう疾患に特殊な治療として千葉西とか新東京病院が全国的に活躍されていることは知っています。それで、谷川委員の言われるように地域医療連携というのは非常に重要で、松戸市でも医師会が中心となってCCUネットワークというものを作って、千葉西病院と新東京病院、それから新松戸中央病院、それと我々の病院も参加して、曜日を決めて、心筋梗塞の救急治療を行っています。3次救急で全て診るというわけではなくて、2次救急の病院と連携して、専門家を動員して、地域で患者さんを診るという努力はしております。それからさらに、消化管出血に対してGIBネットワークというものを作っております。我々の施設では以前は6、7人の消化器内科で毎日、消化管出血に対して診ていましたたわけです。ほとんど1週間に1回とか当直して医者にとって非常に負担の大きい診療体制でした。それに対して、今のGIBネットワークのように、松戸市と流山市と柏市が組んで当番日を決めて、その地域で消化管出血があったら、必ず送り先を作るというような診療体制が重要です。そういうネットワークを作ることによって、ただ診るのではなくて、本当に専門家が診てあげるということで、救命率が上がってくると考えております。今後我々の3次救急病院でもそういうネットワークを利用して質の良い救急医療をやろうと努力しています。それからさらには、脳卒中についても今クリティカルパスという共通したカルテみたいなものも利用していますが、ネットワークを作る予定です。また、多発外傷とか、火傷とか、3次救急病院で診なくてはいけない疾患については松戸市立病院で診るというように、1次、2次、3次と言わず、その地域で専門家を集めて、英知を集めて、その疾患に対して治療するという体制を基本考えています。1次が診る、2次が診る、3次が診るというような縦割り診療体制は今後改善していかなくてはいけないと考えております。

## 山浦委員長

先ほどがんとお話を私最初に持ち出したんですけれども、患者さんの数が多い、がんセンターでも一生懸命やっているけれども、それ以上に診なければい

けない患者さんがあって、それを松戸第一病院はやっているんですよ、ということの延長のような感じがいたします。そうですね。

### 江原委員

そうです。

### 山浦委員長

循環器にしても一方ではものすごい心カテの数をほこっていても、それ以上に診てもらわなくてはいけない患者さんがあるということで、それを松戸第一病院でやってる。それで、今は病院のサイズを話しているわけで、病院のサイズはできるだけ小さくというのは皆さんの目指すところではあるわけで、江原先生の方としても贅肉を削るというようなアイデアはないんでしょうか。どうしても、あれもやるこれもやるになってしまって、結局限りなく膨らんでいく発想しかこれまでないんですよ。第1回から第7回まで。やっぱりこういった状態ですし、市民の皆さんもお聞きになっているわけで、先生の方としても最大限これだけ贅肉は落としたんだということもアピールしていただきたいと思うんですね。

### 江原委員

東松戸病院と連携しながら、市立病院は、高度医療と3次救急を目指します。がんに限らず各診療科のレベルを上げて、失礼かもしれませんが、市立病院で診なくても済む軽症の病気に関しては市立病院で診る必要はなくて、他の医療機関で診ていただくようにしてもらいたいと思います。今後地域医療支援病院という、がん拠点病院と同じような認可制度がありますけれども、そこを目指します。我々の病院で診なくてはいけないような患者さんは必ず診るように患者さんの選別を進めていかないと。これから急性期の高齢者の患者さんが増えて、入院を必要とする患者さんも全体的に増えてきますが、患者さんがより適切な病院に行くようにするために患者さんを選別するようなシステム

を組んでいかなければいけないと考えております。

### 山浦委員長

私の方から松戸第一病院にかなり冷たい質問を浴びせているわけですが、それをクリアしないと、松戸第一病院は 600 床前後を皆さんにお認めいただくことにはならないわけですから、是非お答えいただきたいんですよ。それでいろいろな質問が今出ていましたね。それで、江原先生はそれぞれクリアしてお答えをしているんですけれども。

小児について私の方から聞きたいと思います。小児の医療についてはどなたも高い評価を与えているんですけれども、先ほど私ちょっと言いましたが、10 年後小児の人口がマイナス 17%ということが改革プラン報告書 30 ページで言われているんですが、人口がマイナス 17%であっても、150 床にこだわるんでしょうか。

### 江原委員

新生児科は、東葛北部医療圏のシェアでいきますと、70%ぐらいです。

### 山浦委員長

何が 70%なんですか。

### 江原委員

市立病院が診ている患者さんがです。東葛北部で 100 人の患者さんが出た場合に、70 人が松戸市立病院の新生児科で診ております。東葛北部の人口が 137 万人ですが、その内の新生児の患者さんの 7 割近くが松戸市立病院で診ています。その他にも、県内外からも来ますし、新生児科があるということで困っている施設から送られています。今後、救急用のヘリポートができれば、千葉県の他の医療圏からも運ばれてくると思いますので、専門化された、確立された新生児科がありますので、その部分はほとんど変わらないと思います。あと小

児科に関しては、東葛北部医療圏の各病院でやっていますけれども、人員が今二十数名、ドクターが常勤・研修医を含めており、かなりレベルアップしております。従って、全国から人が集まるような状況になっております。従って、東葛北部以外からも患者さんが集まる可能性があるということで、減るかもしれませんが、東葛北部以外からの患者さんも増えてくる可能性があると思います。

### 山浦委員長

ありがとうございます。先ほどからあまり言いたくない言葉なんですが、なんでもかんでもということに対してクリアカットなお返事を用意された方がいいと思うんですね。産まれてくる数が17%減る。お産も減るわけですよ。新生児だって減るわけですから。17%というのは、馬鹿にできない数字ですね。いくら活性化すると言っても、それを無視して今の数を20年後30年後に持っていくというのは、ちょっと説明しがたいことかなと思いますので。多分静かに考えれば明解な答えが出てくるかもしれませんが、今でなくても結構です。

### 伊関副委員長

小児科医不足と世の中で言われていて、小児科医の先生方はある程度拠点的な病院に集まっていたら、それで救急等について対応するという動きになってきていますので、もう少し機能充実をして、患者さんが、広域的に集まってくる可能性はあるだろうし、これは子どもの救急の流れなのかなと考えています。できるだけ地域の休日夜間診療所で、子どもの初期救急は診れるようにしますけれども、2次・3次になると、小児科医の方々がある程度拠点病院に集まる動きというのはこの先もまだ続くと考えています。病床数としては、17%の松戸市の子ども的人数減、これは全国的にも子どもは減少するのだと思いますけれども、子ども的人数減を補っても余りあるぐらい患者さんが集まる可能性はあるかなと見ております。埼玉県からも、外環もちゃんと通ってくると、患者さんが来る可能性はあると考えています。

## 江原委員

そうですね。増えるということはあまり予測していませんけれども、そんなに減るということは予測はしていないということです。

## 山浦委員長

そこをもう少し数で示していただきたいなと私は思うんですが。

## 江原委員

予測ですから、中々難しいと思いますけど。

## 山浦委員長

それでは 150 床というのは難しくなるんじゃないですか。

## 植村委員

最近私は小児科の担当者と新生児科の担当者と随分懇談をしました。それで現状は、松戸市立病院は一時期新生児科の医者が減ってしまったので、かなり患者の入院をお断りしたのですけれども、今は新生児科医が増えてきています。最近でも 2 人増えました。ですから、マンパワーとしては新生児の重症の子どもさんを診る力が出てきました。それで私は直接責任者に聞いたのです。一体病床がどのくらいあったらいいのかということ。それでもう一つ問題になるのは、周産期センターがまだ完成していませんが、この周産期母子センターがあると、千葉県中の難産の子どもを松戸市立病院が引き受けることになります。そうすると、当然難産の子どもさんというのは重症化してきます。それで、聞きましたら、今厚労省が子どもの重症を 3 つのグループに分け始めたのです。1 つが、最も重症な子ども。生きるか死ぬかという。これは NICU（新生児集中治療部）と言いますが、これはおそらく 15 床あったらいいだろうというのが今の責任者の意見です。それから、中程度の重症。これは NHCU と言いますが、これは 6 床あったらいいということで。それで、この中程度の NHCU に対して

も、厚生労働省が今度の改正で加算を付けてきたのです。ですから、これは収入が相当増えます。ですから、新生児の病床が 21 床となります。それから、まだ小児科には入院できないけれども、手のかかる、これは GCU と言いますけれども、これが 29 床。ですから、合わせて 50 床あれば、少なくとも東葛北部のいわゆる重症な赤ちゃんを引き受けることは可能であるということです。それから、小児科の部長に昨日実は懇談をしました。そしたら、今小児科はあぶれてきてしまっていて、私が混合病棟にしろということを命令してできるだけ空いた病棟を使えというので、小児科であぶれてしまったのを大人の病棟に持っていったのですけれども、今度は逆に大人の病床があぶれてしまって、最近断られたもので、小児科が子どもさんを相当断っているのが現状だそうです。ですから、そういう意味でいくと、将来新しい病院をつくる場合には、小児科といっても、小児科の中に小児内科と小児外科とか、それから小児整形外科とかいろいろひっくるめて 80 床はないと断ることになってしまうだろうと。そうすると、小児センター全体として 130 床はないと今後の対応は不可能であると。ですから、130 床という数字を皆さん覚えておいて下さい。それに婦人科、周産期を足します。子ども自体としては 130 床と。それから、今は産まれたての本当の元気な手のかからない赤ちゃんは母親のところに預けて小児科の病棟には来ていないですね。ですから、それが 12 床あるわけですから。それは今のところ正式には病棟として登録していないですから、それを全部合わせてしまうと 150 床になって、ですから今の 150 床というのは本当は減らしてはまずいということを是非言いたいです。

## 窪田委員

例えば、17%出生が減ったとしても、それはイコール障害のある子ども達と同じように 17%減って産まれてくるということには繋がらないと思うんですね。医療が進歩してくるし、そして今でも例えば 700 グラムの赤ちゃんも産まれて生きてそれなりにということを見ると、これからのそういうことも加味すると、重症度が 17%減るわけではないと思うんですね。だから、予測として、医

療の進歩と合わせて、出生の数とは別に手のかかる子ども達というのはこのくらいあるんじゃないかということ予測していただくと、150床は必要ということ、言えませんか。

### 江原委員

新生児科も小児科も今後、益々専門化されてきますので、熱心にやっている診療科には若い医師がたくさん集まってきます。さらに、評判を聞いて若い医師が集まるし、専門化が高まって、レベルが上がってきます。そうしますと、患者さんがそこに集まるような力が働くと考えています。小児科が順調に成長していますので、患者さんは今後増えてくる、中途半端に小児科をやっているところは逆に減ると考えております。

### 山浦委員長

松戸第一病院は、松戸第一病院と言うのは私だけですが、小児に関する医療は非常に高く評価されています。それで、これまでかなり聖域化されてきた、ディスカッションの対象にならなかったのも、私ちょっと意地悪な質問を試みたんですね。それで最終的に答申する時には、もう一度きちんとしたご意見を賜りたいなと思っております。150床で皆さんが納得すれば、残りがいくつということになって、段々トータルの数が狭まってくるわけですね。

### 田村委員

一つ聞きたいのですが、150床というのは、多分今の病院の規模からいっての数だと思うんですね。逆に、今の医療スタッフですとか、現状ある設備機器なんかで、例えばそういう制限がなければ、だいたい何名くらいまで小児医療としては入院患者さんはキャパシティとしてどのくらいになるのかということ、はわかりますか。

## 植村委員

わかりませんが、実は小児科の責任者にいろいろ聞いたのですけれども、松戸市立病院はあまりにも有名なものですから、埼玉県からも随分患者が来るのです。それを全部断っているそうです。ですから、そういう意味で、松戸市立病院の規模が、子どもが減っても困ることはないそうです。ですから、ベッドが空きベッドになるのだったら、埼玉から来る患者を断らなければいいと。今は断っているそうです。今は千葉県から来る患者を最優先に入れているということをおっしゃっていました。それから、ヘリポートがないと。この間も松戸市立病院でできない手術、全国で3か所でしか手術ができない疾患もあるわけです。それはヘリコプターで運ばないと患者が死ぬそうです。ですから、昨日緊急にどこかにヘリポートを依頼したそうです。ですから、ヘリポートがない病院をつくってはいけないというのは、子どもの場合、ちょっと器官を動かしただけで窒息死する。ですから、本当に医者がついて、救急車を呼ぶのではなくて、ヘリコプターで10分とか20分で東京の病院に運んで手術しなくてはならない。手術を終わってから松戸市立病院で引き受ける。そういう事例が実は昨日あったわけです。ですから、ヘリポートというのは、そういう意味で、ないととても駄目だということをおっしゃいました。

## 田村委員

要は、現状で受け入れられるとすると、例えば200床でも250名の患者さんでも、小児医療として受け入れられますかどうかという質問だったんですけれども。

## 山浦委員長

これは倫理的な問題になります。小児が非常によくやっているからと言って、北海道から九州から全て難しい患者さんを松戸に集中すべきかどうかということも、これはかなり深刻な問題ですよ。そういった難しい問題を抜きにして今お話をしているわけですから、守備範囲、つまりそれは診療科の範囲と

ということもありますし、地域の範囲という倫理的な問題もあろうかと思えます。小児については、かなりディスカッションも煮詰まったので、だいたい 130 床、150 床をお認めいただくということでこの委員会としてよろしいのでしょうか。

それではまた、全体のベッド数について話を戻したいと思えます。あまり時間がなくなってきました。

### 谷川委員

先ほどの病院名に関する発言については取り消したいと思えますので、よろしくをお願いします。

### 山浦委員長

今日で 7 回目になりますが、松戸市立病院の現在持っている機能は維持、そして将来発展するということを考えると、だいたい 600 床は欲しいんだということで意見が集約してきたと私は思うんですけれども。反論があれば今のうちにしてください。

### 伊関副委員長

私自身は、かねてから看護師の雇用の問題、極端な話、子どもの部分は 7 : 1 じゃなくて 5 : 1 で配置しなくてはいけないとかを考えると、600 床で本当に看護師数が集まるのかということを感じています。これは可能かどうか議論を詰めなくてはいけないのですけれども、先ほど病院建設事務局長に確認したら、全く不可能ではないみたいなことも言っていますけれども、例えば東松戸病院と松戸市立病院を一体の病床と見て、550 床から 560 床ぐらいを松戸市立病院で、残りの部分を東松戸病院に移して、ただ将来は松戸市立病院も 550 床、560 床では足りなくなるのは確実ですので、いつでも増床に対応できるような形で、フロアとしてはちゃんと作っておく。スタッフの数としては現実的な数字の病床運営として、建物としては会議室等余裕のあるスペースを作っておいて将来の患者増に備え、東松戸病院を增強していくという考え方もあると考えていま

す。550 床以下では、現場のスタッフのモチベーションも下がりますし、大量退職も起きかねないところなので、私も無理だと思います。ただ、600 床でつくった時に、最初にスタッフが集まらない可能性や、病床が空くリスクはあると思います。この分野を研究している者として責任ある発言をする観点でいくと、600 床だと病床が空く可能性があると言わざるをえません。これは、5 年とか 10 年くらいだと思います。少なくとも 10 年よりも先には、病床は 600 床は必要だと思います。知恵をどこまで働かせるのかというところだと思います。

### 山浦委員長

今のご意見に続いて、看護師が集まると想定していますよね。ドクターが集まると想定していますよね。その辺りについては、はっきり言っていたかかないと困るんです。看護師が集まらないから、病棟が建ったものの、稼働病棟が 80% ですよとか、そういうことになってしまったら困るわけですよ。その辺についてはいかがですか。医師の問題、それから看護師の問題ですね。あとは、リハをやるのであれば、理学療法士、作業療法士。そういった目論見があれば、お話してください。

### 植村委員

リハビリに関しては、今 50 人とか増員していますが、養成校を周った感じだと、PT にしても OT にしても ST にしても、募集すれば集まってきます。これは看護師とは全然違いますから。看護師については、院長がいろいろとやっています。

### 江原委員

看護師に関しては、市立病院附属看護学校が、1 学年 40 名で、現在奨学金制度を行いまして、最近では 9 割を越える方が奨学金をもらうようになっております。今までは半分くらいしか入っていませんでしたけれども、昨年 4 月に入学された方はほとんど奨学金をもらっていますので、卒業時には 40 名近くが入る

ことが期待されます。それから、看護師を集めるために、近隣の看護学校からと、それから、退職された方で1度資格を持ってその後再就職で20名ぐらいい入っているのが現状です。今後、看護師を集めるためにプロジェクトチームを作っておりますけれども、全国に展開して少しずつ看護師さんを集める努力をしています。それから、医師の確保ですけれども、今9割の診療科が千葉大学から応援をいただいておりますけれども、当然千葉大学とも病院長を始め診療科が充実して新病院になればそれ相当の医師の協力はいただけるということは言われています。必ずしも約束が果たせるかどうかというと、難しいかもしれませんが、いずれにしても、新病院によって医療器械が整備されて良い診療・研修体制を整えば協力をいただけるということになっております。それからまた、研修医教育を充実させ、独自に若手の医師を就職させられるような力を築かなければいけないと考えております。

#### 山浦委員長

ありがとうございます。ナースの問題ですけれども、1学年40人ということで奨学金をあげているそうですが、今どこでも奨学金制度を設けています。ということは、また振り出しに戻ってしまう。ナースの取り合いという意味で。ようやく標準の土俵に乗ったという見方しかできないんです。冷たい言い方ですけれども。それで、潜在の看護師さんを掘り出す、あるいは辞めさせない、お子さんができても辞めないで済むためには、最低保育園というものは考えなくてはならないんです。それで、小児がそんなに立派であるならば、風邪引きの子どもさんも受けてくれるような保育園を。

#### 江原委員

保育園はすでにあります。

#### 山浦委員長

両病院に共通した保育園をつくっていただいて。ここは小児の先生が1人つ

いてくれますよと、そのぐらいのことをしないと、やはりお子さんができた時に辞めてしまう可能性がありますよね。それからドクターですけれども、千葉大医学部は各学年 120 人。増えて 120 人です。それで、医師が一人前になるまでに 10 年はかかりますので、今から予約しても 10 年先のことになると考えなければいけない。それから、看護師の数は、全国でワースト 2 です。医師の数は、ワースト 3 です。それほど少ないんです。医師も看護師も。ですから、これを甘く見ると、病院はできました、しかし稼働病床は 8 割ですということになりかねないので、その点は十分に最善の努力をしていただきたいと思います。

### 谷川委員

今のことに関係するのですが、奨学金制度を設けたということですがけれども、200 人の増員は、これは簡単に「あー、そうですか。」と受け流すわけにはいかならないと思うんですね。医師不足も全国的ですがけれども、それよりも昨日の朝日新聞や読売新聞にも出ていましたけれども、亀田総合病院でも看護師が足りなくなってきたいて記者会見があったとかということで、伊関副委員長のコメントなども載っていましたが、更に看護師 200 人増員というのは私は無理なような気がするんですけれども。紙敷に移る計画の時には、600 床にするので、さらに看護体制 7:1 を実現するために、200 人の看護師さんを増員するという話がありましたけれども。今度建替える市立病院も 7:1 にするというのであれば同じように 200 人必要なわけですよ。ただ、本当に集まってくるんでしょうか。病院事業概要を見ますと、今現在部所によっては 7:1 とか 4:1 とか実現している所もあるようですが、そうは言ってもほしい 10:1 が基準ですがけれども、200 人でそんなにすぐには集まらないと思うんですが。ただ、それは保証がないと、それこそ伊関副委員長がおっしゃっていたように、建て替えをしたけれども開店休業の病床が出るということが確実にあると思いますので、そこは絶対に確証が欲しいんですけれども。それについてもっと掘り下げて教えていただきたいんですけれども。

## 山浦委員長

ちょっと割り込んですみません。確証と言いましても、なかなかそれは難しいと思いますので、それを承知の上で最善の努力をしていただくと。それから、この委員会が解散した後も、ある程度ウォッチしていかないと、約束違うじゃないかと、そういうのは市民の声だと思うんですね。そのぐらいで納めないと、確証確証と言っても現実的ではないかなと私は思います。

## 江原委員

亀田総合病院の場合は、10：1で看護師不足です。我々の病院は、10：1で570床ぐらいは診られるようにはなっています。どの病院でも、7：1を実現した所は、病床数を減らして7：1に看護体制を変えて、それから看護師さんを集めたのではなくて、10：1のまま看護師数を増やしています。ただ、看護師さんの患者さんに対するサービスが7：1にした方が良好にはもちろんなるので、診療の質は上がりますが、現実には相当数の患者さんがいますから、病床数を少なくしてから7：1にするということはないわけです。10：1を継続しながら、看護師さんを集めて7：1に変えているのが普通のやり方だと思います。そして、資料にも書きましたが、いったん7：1で病床数を制限しますと、その病床数は県の方で管理されます。厚労省が基準病床数は決めております。先ほど伊関委員が東松戸病院と市立病院で病床数のやり取りという話をしていましたけれども、それは許可されないと聞いています。東松戸病院も我々の病院もそれぞれ松戸市立の病院ですけれども、それぞれ独立した病院なので、病床数のやり取りというものはできないそうです。それから、松戸市立病院が例えば450床にして、それから患者さんが増えてきて需要が高まってから病床数を増やしたいといっても、これはできません。これは市中の病院でベッド数が欲しい病院はいくらでもありますので、そういう所に県としては与えますから。基準病床数というものは簡単には変えられないそうです。

### 伊関副委員長

それは、病院建設事務局長に調べてもらったので、見解を話してもらいたいですけれども。

### 病院建設事務局長

私の方で確認したところでは、松戸市の病院事業としては1つだと、ただし病院としては2つありますということで、その中でのいろいろな制限はありますけれども、不可能ではないという回答を県の方からいただいております。

### 江原委員

昨日県の会議がありましたので確認しましたところ、そういうのはできませんということでした。

### 伊関副委員長

見解が違うみたいですが、これはきちんと詰めておいた方がいいですし、私も病床を無くしてしまえという話ではないですから。ただ一番最適な病床の配分は何かについて検討しても良いのかなと考えています。50床が返ってこないなら、それはもったいないですという話になります。行き来が同じ病院事業で可能であれば、これは検討してみても良いと考えます。要は、東松戸病院が、高齢者が激増する中で規模的に小さいと正直思いますので、お互いの効率化をしていく中で検討していく価値はあると考えています。

### 谷川委員

委員長に質問なんですが、昨日植村委員と江原委員が出された資料「松戸市立病院はなぜ600床の病床が必要か？」ということについては説明してもらわなくていいんですか。

## 山浦委員長

私がさっき代弁した中に入っていないければ追加してくださいというように冒頭に申し上げたはずです。

## 江原委員

ほとんど議論されたことですから。

## 山浦委員長

ですから、最初から話を繰り返すのは時間の浪費ですから、特に追加したいところがあればお願いしたい。

## 江原委員

医師にとって魅力のある病院にする必要があると思います。医師にとって魅力のある病院とは、3 ページにも書きましたけれども、最新の医療器械とか設備が揃っているとか、多くの診療科があるとか、あるいは同じ診療科に相当数の医師がいるとか、症例が豊富など、十分に研鑽できる環境が整っている必要があります。病院の規模が縮小されて中核病院の役割を果たさなくなると、難病患者や重症患者を救命したいという専門医が生きがいを失い、多くの若い医師は自分が成長できる理想的な病院に新たな職場を求めることとなります。医師不足が進行すれば、松戸市立病院は中核病院としての機能を失い、地域全体の医療に大きな影響を与えるということになります。それからまた、優れた研修指定病院には豊富な症例が必要ということです。病床数が少なくなると、豊富な症例が診られず、研修医にとって魅力がなくなり、研修医が集まりにくくなります。それから、病院の診療活動において研修医の役割は大きくて、研修医が不足すると救急医療を継続することが困難になります。さらに、病院の将来を担う若手医師の教育・育成が困難になるために、医師不足とか医療の質の低下に繋がって、急性期病院を存続させるのに重大な危機に陥るといえると思います。先ほども何回も話に挙がっていますが、小児科が成功した例

でありまして、病床数が 60 床で、医師数が、正規の医師が 11 名、それから後期レジデントが 13 名、合計 24 名で運営されておりますけれども、非常に医師が多いために当直明けの休養も十分に取れて、重症患者に対しても手厚い医療が可能であり、また症例数が多いために非常に勉強になると、それで非常に魅力的な科になっております。実際に全国から毎年多くの後期研修医が来ておりますけれども、多くは小児科希望であります。若い医師が集まると、さらに次の年になると良い医師が集まってくるというような良い流れができております。それから経営に関して、前にも言いましたけれども、病院を継続させるためには当然赤字経営から脱却する必要があるとして、政策医療を除いた採算部門の収益を上げるためにやはり病床を増やす方が有利なわけです。図 3 に書きましたように、平成 20 年度の地方公営企業年鑑によれば、100 床未満の小病院、あるいは 500 床以上の大病院において黒字病院の割合が多く見られております。図 3 を見ていただきたいと思います。小病院か、あるいは 500 床以上の大病院で黒字の割合が多くなっております。ちなみに、400 床以上 500 床未満の病院では 24% が黒字に対して、500 床以上の病院では 34% が黒字になっております。さらに、図 4 を見ていただきたいと思いますが、これは平成 22 年度に診療報酬改定というのが行われました。診療報酬改定の前後で比較した場合の影響を見ておりますけれども、入院とか外来、総収入のいずれにおいても、病床数が多いほど前年度に比べて収益が増加しているというデータです。したがって、黒字病院にするためには、やはり 600 床とかそういった病床数を多くしている方が有利であろうということが言えると思います。それからさらに、8 番目に挙げましたけれども、医療・介護は今後成長産業であり、雇用を増大させるわけでありまして、政府も今後の成長分野として医療・介護分野を規定してありまして、市立病院はその分野の中心に位置するものであり、雇用を増大させることは、松戸市の経済活性化のためにも有益であり、松戸市立病院の規模を縮小させるといったことはその流れからも反すると考えております。その他につきましては、具体的に各診療科の医師数と必要な病床数に関して私が試算しますと、医師の数は 147 人、ベッド数は 619 床ぐらいが現在考えている

数です。これはどうして表のように考えたかということ、救急医療を継続するためにある程度の医師が毎日待機しなくてはならないということで、救急を担当する診療科に関しては医師数はある程度決まってくる。それから、外科系はどんな小さな科であろうと最低 3 名以上は必要であるということで、診療科について適当な医師の割り振りをしまして、そうしてある程度医師の数が決まると、それに対して受け持ちの数が決まりますので、ベッド数も決まってくるということで計算しますと、619 床ということになります。以上です。

### 山浦委員長

それで、だいたい 600 床説は完結したということで考えていいですか。もう言いたいことは言い尽くしましたね。

### 江原委員

あと、私が書いてきた 4 ページ分の文面と図表を見ていただければ、私の言いたいことは言えていると思います。

### 谷川委員

昨日メールでこの資料をいただきまして、私全部調べました。反論なんですけど、図 3「病床規模別にみた一般病院の黒字・赤字状況」、これは平成 20 年度地方公営企業年鑑の病院事業の総括表の損益計算書の経営規模別で見ましたけれども、これは全部、県立、あるいは政令指定都市、そして松戸市みたいな市立、町村立、組合立で、全部で 932 病院ありまして、その中で黒字化しているのが、500 床以上の病院が県立も入れて 97 病院あるんですが、その内の 33 病院が黒字で、これで 34.02%という数字を出していますけれども。これは市立で同じ土俵で戦うのであれば、市立の数字を出すべきじゃないかと思います。これだと、500 床以上と 400 床以上 500 床未満だと約 10%の差がありますけれども、私は「えー、こんなに差があるのかな。」と思いまして、さらに調べて、全部市立病院だけをピックアップしました。28.6%が 500 床以上の黒字病院です。

400 床から 500 床だと 27.3%。差は全然ありません。県立病院とか、あるいは他の町村立、組合立の病院も入れると、34.02%という数字が出てきますけれども、市立の病院で見ますと、400 床以上 500 床未満でも 500 床以上でも差はないんですね、このように。今日は時間がなくて資料はここまで出せませんでしたけれども。これは地方公営企業年鑑を見ますと出ています。平成 20 年度の最新のもので。ですから、申し訳ないのですが、この図 3 の論拠というのは客観的には間違っていると思います。

### 山浦委員長

ちょっとお待ちください。データの分析に入りますと、これまた時間がかかりますが、谷川委員は他にもまだあるんですか。

### 谷川委員

あります。

### 山浦委員長

データの分析でしたら、それよりも今病床についてかなり具体的な数が出てますね。600 床前後。それから、伊関委員は 550 床と言いました。谷川さんが望む、あるいは理想とする数があれば、それを言っていただいて。そうしないと議論が進まないですよ。

### 谷川委員

私は、今のご質問ですと、400 床から 500 床でまずは検討すべきだと思います。それと、データの解析とおっしゃいましたけれども。ちょっとこれだけは言わせてください。表 1 でパターン 1、2 と分けられてますけれども、平成 42 年までの推計で必要病床数で 596 とありますけれども、その前の棒グラフありますね、図 2 の松戸市の入院患者数の推計を見ていると、明らかに 65 歳以上、高齢者の増加によって増えています。54.9%です。その代わり、14 歳から 64

歳までの人口、及び0歳から14歳までの人口は、むしろ減ってはいますけれども、増えているということはありません。ほとんど変わらないような状態です。この数字は、要するに、65歳以上ということは、急性期も慢性期もごちゃ混ぜになってしまっていますよね、54.9%には。65歳以上の高齢者の患者さんを分析するに当たっては、やはり慢性期と市立病院で担う急性期はやはりある程度分けて。

江原委員

いや、ごっちゃじゃなくて、これは急性期の患者で検討していますよ。

谷川委員

どこにあるんですか。

江原委員

急性期患者数を、②にあります、1,048人で計算しています。

谷川委員

急性期患者数1,048人というのは、どういう数字なんですか。

江原委員

これは現在の急性期の患者数です。

谷川委員

どこに載っている数字なんですか。

江原委員

図2を言ってるんですか。急性期の患者さんというのは、松戸市で調べられておりますから。

## 谷川委員

すみません。それはどこに載っているんですか。

## 病院事業企画管理室長

これについては、市で出しているものですが、典拠は今出ないので、また後日提示させていただきます。

## 谷川委員

お願いします。それと、54.9%のその増加率は、平成42年、約20年後なんですけど、これはやはり急性期と慢性期を一緒にされていませんか。そういう前提条件の記述がこの図にはないんですが。それは置いておきます。それで、さらに1,048人に対して増加率の54.9%を足して、 $1,048 \text{人} \times 154.9\%$ にしますと、1,623人という積算が出てます。私はこれは慢性期も混ざっているのではないかなというふうに昨日は思ったのですが。③として、急性期対応の4病院で、松戸市立病院が613、千葉西が608、新東京が304、新松戸中央が333、増床計画を見込んでの数字だと思うんですが、その中で1,858床の中の松戸市立病院は613床ということで約3分の1、シェア33%とされているんですが、これは何も松戸市民である入院患者の全員がDPCに対応したこれら4病院のみに行くわけではないですよ。ですから、シェア33%というのは、ちょっと乱暴な数字なんじゃないかと考えます。やっぱり患者の実績数でシェアを計算すべきじゃないかなというふうに思うんですけど。これに対して、このデータは、この③の数式は、ちょっと不正確じゃないかと思います。それと、それに付随しまして、パターン2も、やはりこういう①～④のパターンの数式に、⑤として0.7で還元して割り戻しているわけですけども。ただ、⑥にいきまして、先ほどの山口委員との話になりますが、9日に短縮すると仮定していて、やっぱりこっちを目指していますよね。

## 江原委員

例え 9 日にしてもこのくらいの病床数が必要になるということです。

## 谷川委員

いずれにしても、③の病床のシェア、これはやっぱり正確じゃないんじゃないでしょうかね。33%というのは。やはり患者さんは柏にも行くし、都内にも電車で。

## 江原委員

だから、松戸市内で。DPC はもう発表されていますよね。それで見ると 33% ですから。同じ比率で病院の病床数が上がった場合にはという、あくまでも仮定です。

## 谷川委員

私が申し上げているのは、この松戸市の患者が全部松戸市内の病院に行くっていう前提の数字ですよ、これは。

## 江原委員

ですから、今現在の数字ですよ。人口が増えた場合にその患者さんが他の市に行ってしまうと、これは成り立ちませんが。ですから、そこは推測しかできないわけです。

## 谷川委員

わかりました。私の説明不足か議論が噛み合っていないわけなんですけど、ただ、いずれにしても周りに民間病院が増えているわけですから、何度も私言っていると思うんですけども、ベッド 600 でいって、少し話がそれますけれども、看護師さんが集まらないんじゃないかということと、それと、松戸市立病院ばっかりに患者は行っていないということは改革プランでも明らかになっている

と思いますので。先生方の努力は…。

### 江原委員

私も省略しましたがけれども、これをちょっと見て欲しいのですが、先週の 1 月 27 日に実際の入院患者数は 510 名でした。それでさらに、510 名で、実際には 6 床部屋とかあって、その中で感染症なんか出ると 6 床使えないわけですよ。実際に 510 名ぐらい入ってしまうと、入院がかなり難しくなってきます。この時点で、2 ヶ月後までの入院予約患者が 300 名待ちでした。ですから、例えば 510 人くらい常時入れるような病院にしますと、その 0.9 で割りますと 567 という数字が出ます。

### 谷川委員

瞬間的にはそういう。

### 江原委員

瞬間的にというか、今 510 人入院いるわけです。

### 谷川委員

現にあったんだとは思いますがけれども。

### 江原委員

450 床とか考えられない数字です。病院入院制限をしないといけないということ。

### 谷川委員

ただ、病院事業概要を見ますと、年々下がっているわけですよ、1 日の平均患者数というのは。

## 江原委員

現実には患者さんがちょっと増えています。1月27日に510人いました。450床にしたら、そういった患者さんはもう医療難民みたく他の病院に渡さなくちゃいけないということです。

## 谷川委員

そんなことは言っていません。ただ、平均数で、データでやっぱり追うべきではないですか。

## 江原委員

平均にしたって、459でしょ。

## 谷川委員

だから、やはり400から500の間じゃないかと思うんです。伊関副委員長がおっしゃるように、550という数字が、私はあんまり頭の中に考えていないんですが、増やしても500を超えて、せいぜい500ちょっとくらいじゃないかなと思います。ですので、やっぱり600床というのは、仮に稼働率が減ったときに赤字が増えると思うんです。看護師さんが、年平均650万円の給料を貰ってて、それが200人増えると13億必要経費が増えるわけです。それが稼働率がちょっとでも減って、開店休業状態が続いちゃったとしたら、それはすぐに収益に係してくるんじゃないでしょうか。600床の病院を持つべきだというのは、先生たちの努力とか希望とかはすごく良くわかるんです。なんとも思っていないということは無いです。ただ松戸市の現在の財政でやりくりしていくには、やはりもっとダウンサイジングをしたベッド数にすることが必要なんじゃないかということを私は強く言いたいわけです。先生方からの600床の案も答申で出してもいいと思うんです。植村先生始め江原先生、岩井先生始めとしていろんなところを駆けずり回って、本当、努力をされていると思います。病床数600という案も私は有りだと思う。ドクターとか看護師さん側からの提案として。

あと働きやすい職場というのは絶対重要ですし、600床案はあって良いと思う。ただ私は市の財政とか徐々に患者さん減って来ているとか、そういう数字からいって、やっぱり 400 から 500 床規模。平成 18 年から松戸市は 400 から 500 床で検討をしてました。そのときのデータってそんないい加減な数字じゃないと思うんです。なので、私は財政の面から見て、400 床から 500 床。450 とかという数字には何度も言っていますが、こだわりません。400 から 500 床の、ダウンサイジングをした規模の病院というものを想定、それが松戸市立病院の生き残れる道なんじゃないかなというふうに思います。

### 植村委員

総論的に申し上げます。細かい数字ではなくて。私は民間病院の院長もやっていた。岩手県で。倒れた病院を黒字にしたのです。民間病院の院長をやったまず大事なものは、財政です。病床稼働率が 92%以下になったら駄目です。潰れます。私の経験で。ですから民間病院なら稼働率が常に 92%以上になるような病床数のサイズにするわけです。あぶれたら断ればいいんです。民間病院は断ります。私が言いたいのは、これは市立病院ですよ。入院加療を必要とする市民を断っていいのですか。だから要するに、私は市立病院というのは医療難民を必ず受けると。要するに、市民は、困ったら、よその病院が断った時に、市立病院に駆け込めば何とかしてくれる。これを市立病院ではやらなくてはいけないのです。それは空床を作っておかないとできません。そうすると、それは赤字になります。これは医療政策の 1 つです。今、谷川委員は平均値とおっしゃいましたけれども、平均で取ると一番危険です。例えば瞬間でも、今、江原院長がおっしゃったように 510 人来たわけですよ。入院患者さんが。谷川委員がおっしゃるように、400 から 500 に絞って建てちゃうと、10 人の患者さんを断るのですか。私は市立病院はそういうことはすべきではないと思うのです。ですから 510 人来たということは、今江原院長が言ってくれたように、男と女を同じ部屋に入れるわけにいきませんから、ですから病院経営からいくと 90%ぐらいにしないとパンクするのですよ。ですから、510 人現に患者が来たので

すよ、現実に入院したのですよ。それを 0.9 で割ると、567 床。ですから 500 床の病院はつくってはだめなのですよ。患者さんを断ってはいけないという基本をまずここで決めていただかないと。

### 谷川委員

私さっきから申していますけど、そのためにも後方支援病院として東松戸病院を活用すべきと考えます。更に言いますと、慢性期の病床だと、急性期のよ  
うな建築コストはかからないわけですよ、伊関先生に前にちょっとお聞きしたことがあるんですけれども。ですので、松戸市立病院をもっとダウンサイズをして、それで余ったとは言いませんが、税金ですから、建築コストが安くなった分で、東松戸を補強して、例えば瞬間的に多くなった分を後方支援で、東松戸病院でバックアップしてもらおうとか、そういうことって成り立ちませんか。あと、地域連携って、私「断れ」と言っているのではなく、「地域連携をもっと密にするべきだ」ということを述べているんですけれども。

### 植村委員

それは分かります。

### 山浦委員長

谷川委員、ご意見ありがとうございます。今日はこれくらいにしたいと思います。次回ですね、谷川さんがおっしゃる 400 床から 500 床、私が冒頭に申し上げた 3 次救急もやる、小児もやる、がんもやる、何もやる、6 つありましたよね、少なくとも僕は 6 つ挙げただけけれども、それを 400 床から 500 床でどうやって満足するのか。そこからお話してください。次回。

### 谷川委員

私、医療者じゃないんで。

## 山浦委員長

400 から 500 と言えないんじゃないですか。

## 谷川委員

そこを知恵を絞って頑張っていたきたいんですよ、先生方に。松戸市のこの財政の中で。

## 伊関副委員長

私、気になっているのは、私も県立の精神病院に勤務したことがあって、宿直もしたことがあります。そのとき、スタッフの皆さんが一番心配なのは、空いているベッドがあるかどうかでした。救急があったときに、何床ベッドが空いているか。要は、受けられるものは受けたいのですよ。ベッドが一杯の時に、患者を受け入れる恐さを、皆さん感じていました。それは少し理解してあげないと、医療スタッフのモチベーションは大きく下がると思います。一つ考慮しなければならない要素として、私もぎりぎり 550 床と言っている。これで現場のモチベーションが下がって、大量退職しかねない危険性はある。例えば舞鶴市民病院という病院が、これは 200 床そこそこの病院ですけれども、全国で有名な研修をやっていた病院です。この病院が、当時の市長、議会も駄目なんです。理解がなくて医師が全員辞めてしまいました。それまでは 5 年間でだいたい 14 億か 15 億だったかを合計で一般会計の繰り出し金として出していましたけれども、最近の 5 年間で合計で約 80 億円、お金を出さなければならなくなりました。医師 1 人で 1 億円収益を上げると言われていますけれども、医師のモチベーションを下げて、それで収益が下がると、逆にものすごい大赤字になります。そこのところも意識していかないと。400 床から 500 床は理論としてはあるのですけれども、医師が大量退職する危険性があります。ある程度の納得できる医療をできるような施設と体勢は用意しておかないと、病床も含めて、150 床小児病床があるとすると、残りの病床を考えると決して多くはない。そここのところで、あまり過激にベッドを削減すると、医師は辞められる可能性が

ある。その辺は意識しておいたほうが良いと思います。その中で、削れるところを考えると、ぎりぎりのところでいくと、550床と考えています。これよりも病床数が少ないと余裕がなくなってくると思うので、そのところは頭に入れておいたほうが良いのかなと考えます。

### 山浦委員長

大変ホットなディスカッションがありました。ほぼ言い尽くしているとは思いますが、次回が実質上最後のディスカッションになると思います。最後の2回は報告書の作成に取っておかなければいけないので、病院のサイズについては次回、また頭をフレッシュにしたところで論議していただきたいと思います。

### 山口委員

アイテックさんに次までにお答えいただきたいことがひとつだけあるんですが、よろしいでしょうか。

### 山浦委員長

質問の内容にもよりますが。

### 山口委員

簡単なことです。本当は第4回あたりで提示していただけるはずだったと思うんですけども、現地建替え案でその期間の減収。前提がいろいろ変わるからということで先延ばしでずるずるとなっちゃったんですが、A案B案はできないということになりましたが、C案ということで、それでもまだ前提がいろいろあるということで、できないということがあるかもしれませんけれども、前提を例えば、病床利用率が何%だとか、入院単価がいくらだとか、外来患者数がどのくらいになるだとか、前提をちゃんと数字を出した上で、C案での減収額を出してください。それは前提をおかしければ、もうちょっと多いんじゃないかとか少ないんじゃないかということがディスカッションできますから。

そうすると数字だけ一人歩きするということがありません。ですので、必ず次回までに、まず前提となるいろんな数字を付けた上で、どういう計算で減収はどうだったかということをして是非とも次回までに計算をして、計算式、前提の数字をお示してください。

#### 江原委員

先ほどの谷川委員の質問の文献の出所がわかりましたので。

#### 山浦委員長

ディスカッションはこれまでにしてください。

#### 江原委員

追加で。ディスカッションではないです。追加です。

#### 山浦委員長

何が追加ですか。

#### 江原委員

谷川委員の質問の文献の出所がわかりましたので。これは千葉県の「医療実態調査」、平成 22 年 5 月、千葉県で行なった調査で、東葛北部 2 次医療圏における在院日数 15 日までの入院患者。在院日数 15 日までの入院患者 2,886 人に医療圏における松戸市の人口の割合 36.5%をかけた。そういうことです。先ほどの私の根拠です。1048 の。その数字の根拠は、千葉県の「医療実態調査」に基づいています。

#### 谷川委員

県の資料ですか。

## 江原委員

はい。以上です。

## 山浦委員長

ホットディスカッション、ありがとうございました。これで閉会に致します。  
次回についてご案内いただけますか。

## 病院建設事務局

今回は 2 月 16 日午後 2 時から、市役所議会棟 3 階特別委員会室で行ないます  
ので、宜しくお願いします。

委員会散会報告

16時45分