

# 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11月18日(木) 15時58分 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	高橋 功一
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、日刊建設産業新聞、日刊建設新聞、千葉日報、東京新聞、日刊建設工業、毎日新聞、朝日新聞、松戸よみうり他6名

5 議 題

- 1) 「意見を聴く会」部会について
- 2) 市立病院の機能・規模について
- 3) 現地建替え案について
- 4) その他

## 6 会議経過及び概要

### 山浦委員長

第3回松戸市立病院建替計画検討委員会を開会いたします。

今日の議題は3つほど用意してございますが、順序を変えさせていただきたいと思います。最初に、「意見を聴く会」部会について」をもってまいりたいと思います。2番目の議題として「市立病院の機能・規模について」、3番目の議題として「現地建替え案について」、最後に「その他」ということで進めていきたいと思います。

資料の確認はよろしいでしょうか。

### 病院建設事務局職員

事務局から、お手元の資料のご確認をさせていただきます。

本日の議事次第下段に資料1から資料6まで記載してございますが、まず、1頁の資料1は、市民公募委員3名の方が決まりましたので、その方々を登載しました委員会の名簿でございます。2頁の資料2と3頁の資料3は、本日の議題となっております「市立病院の機能・規模について」、ご検討をいただくための参考資料といたしまして、「千葉県内の第3次救急医療機関」に関することや「周産期母子医療センター」の機能などについて、簡単にまとめたものです。別冊となっている資料4はコンサルタントのアイテック株式会社が作成しているものでございますので、後程、ご説明をいただきます。6頁の資料5は市立病院建て替えに関する「意見を聴く会」の概要でございます。7頁の資料6は「意見を聴く会」の開催について、「広報まつど」11月15日号に掲載した記事でございます。

また、「松戸市立病院が保持すべき機能と必要病床数に関する意見」と、その概要版ということで配付しております資料につきましては、松戸市医師会から本委員会に提出があったものでございます。

以上でございます。

## 山浦委員長

ありがとうございました。資料の方よろしいでしょうか。それでは、新聞社の撮影を行います。

(新聞社による写真撮影)

## 山浦委員長

それでは、議事に入りたいと思います。

前回の議事録はすでに皆さんのお手元に回って確認しておりますので、特にここではあらためて確認いたしません。

### 1) 「意見を聴く会」部会について

## 山浦委員長

今回の議題の1番目の「意見を聴く会」部会について」のテーマに入りたいと思います。前回これについては審議したところですが、部会員についての指名は委員長が行うことになっておりますので、その指名をさせていただきます。部会長は伊関委員にお願いいたします。それから、岩堀委員、田村委員、窪田委員、谷川委員に「意見を聴く会」部会の部会員を務めていただきます。

## 伊関副委員長

特に決めることは、この後の「意見を聴く会」部会でまとめたいと思いますけれども、お手元の資料1の6ページが前回の議論を踏まえて意見を聴く会の概要の方を調整してまとめたもので、7ページが松戸市の広報に掲載された内容になりますので、これで進めていきたいと思います。委員会が終わった後に、部会を開いて、抽選方法や会議の流れ等について細かいところを決めていき

いと思います。

部会員の方は、この会議終了後残っていただきたいと思います。よろしくお願いたします。

### 山浦委員長

ありがとうございました。部会員の方は、この会議が終わった後、残っていただきます。

それでは、議題の1はそれでよろしいですね。

## 2) 市立病院の機能・規模について

### 山浦委員長

それでは、議題の2にまいります。議題の2は「市立病院の機能・規模について」ということになりますが、これにつきましては、基幹病院の現在の機能を維持するという事でコンサルに依頼しております。参考資料の2ページです。これについてご説明いただけますか。

### 江原委員

市立病院の江原でございます。

まず、資料の2ページの説明の前に、色々な用語が入ってまいりますので、次の3ページから説明をしたいと思います。二次医療圏とか三次救急医療機関とはどういうものなのかわからない方もいると思いますので、説明させていただきます。

まず、医療圏というのは、都道府県が病床の整備を図るにあたって設定する地域的単位のこと、一次から三次に分けられます。一次医療圏とは、身近な医療を提供する医療圏で、市町村を単位として設定されています。それから、二次医療圏というのは、特殊な医療を除く一般的な医療サービスを提供する医

療圏で、一体の区域として病院における入院に係る医療を提供する単位で、複数の市町村を一つの単位として認定されております。

松戸市は、松戸市、野田市、柏市、流山市、我孫子市の5市によって構成されている東葛北部二次医療圏に属しています。松戸市立病院は、この医療圏の中で唯一の救命救急センターを設置しております。

三次医療圏と言いますと、最先端、高度な技術を提供する特殊な医療を行う医療圏で、原則として都道府県を一つの単位として認定されています。ですから、ここでは千葉県ということになります。

それから、救急医療機関について説明しますと、一次ないし初期救急医療機関と言いますと、外来診療によって救急医療の最初の段階を担当する医療機関で、休日夜間急患センターや開業医の先生方が当番でやっていただく当番医制医療機関で行っております。二次救急医療機関は、手術などの入院治療を必要とする重症救急患者の医療を担当する機関であって、24時間体制が必要で医療機関の負担が大きいために、病院が当番制で当番日を決めて行う病院群輪番制とか、あるいは開業医が随時診療できる共同利用施設を用いた共用利用型病院の2つの形式で運営しております。松戸市は、病院群輪番制をとっております。三次救急医療機関は、二次医療機関では対応できない複数の診療科領域にわたる重篤な救急患者に対して、高度な医療を総合的に提供する医療機関であり、救命救急センターが行っております。松戸市立病院は、東葛北部で唯一救命救急センターを設置しております。救命救急センターは、概ね人口100万人に対し1ヶ所設置されております。そして、救急医学専門医が中心となって、内科、外科、循環器科、脳神経外科、心臓血管外科、整形外科、小児科、眼科、耳鼻科、麻酔科及び精神科等の医師を適時確保できる体制をとることが必須であります。そして、運営の仕方としましては、原則として重症及び複数の診療科領域にわたるすべての重篤な救急患者を24時間体制で受け入れております。救命救急センターは、初期救急医療施設及び第二次救急医療施設の後方病院であり、原則として、これらの医療施設及び救急搬送機関からの救急患者を24時間体制で必ず受け入れるものとし、すなわち、最終的な受け入れ機関となっております。

そして、松戸市立病院は、三次救急になっている他に、周産期母子医療センターの役割を果たしております。総合周産期母子医療センターあるいは地域周産期母子医療センターにはまだ認定されておられませんけれども、医療内容としてはこれに準じた医療を行っております。すなわち、合併妊娠症、重症妊娠中毒症、切迫早産、胎児異常等母体、又は児におけるリスクの高い妊娠に対する医療、及び高度な新生児医療等の周産期医療を行っております。ちなみに、松戸市立病院は、NICU（新生児特定集中治療室）という重症な新生児に対する集中治療室を東葛北部で唯一持っております。MFICU（母体胎児集中治療室）は今ありませんが、成人のICUで松戸市立病院では対応しております。松戸市立病院は、このように非常にリスクのある出産に対応した施設となっております。

このように、救命救急センター、あるいは、小児救急、周産期母子医療センターは24時間体制であらゆる症例に対処する必要があるため、多くの診療科の専門医を有した総合病院でなければその役割は果たせないわけです。したがって、各専門の医師を有した総合病院である必要があります。それぞれの診療科に適当な人数の医師がいないと、当直、あるいは24時間の待機体制がとりにくい状況にありますので、それ相当の診療科のスタッフを揃えたということになります。そしてまた、そういった診療科を動かすためには、通常の診療として、それ相当の病床数が必要となるわけであります。したがって、それを総合しますと、やはり600床近くの病床というのがどうしても必要になるわけであります。

2ページ目を見ていただきますと、これが三次救急医療を行っている千葉県の医療機関であります。千葉県の救急医療センターを除きますと、総合病院では8病院がそれぞれの二次医療圏で1つずつ認定されております。ちなみに、これらの病院の病床数を見ますと、船橋医療センターは446床ですが、それ以外は600床以上になっております。船橋医療センターの446床というのは、小児の救急医療を行っていないために病床数が少なくなっております。したがって、我々の病院としましては、やはり600床クラスの病床がどうしても必要ということが言えるかと思えます。以上でございます。

## 山浦委員長

ありがとうございました。これからディスカッションを行う上で基本的なことを説明していただきました。医療圏の問題、それから救急医療機関に一次、二次、三次とグレードがあるということ、それから、ご説明のように、松戸市立病院は非常に高度な医療を色々な方面で行っている、しかも24時間やっているということです。それから、救急については、相当数の診療科がないとやっけない。例えば、婦人科にも外科にも跨っているような疾患、怪我を扱う場合だと、婦人科だけでは対応できないし、外科だけでも対応できないということで複数科が対応しないとやっけない。その複数科が相当の数になりますけれども、それが24時間稼働するというような相当厳しい条件になる。ですから、それも将来市民の皆さんがそういった体制を整えて続けてくれということであれば、それなりの診療科の数、24時間働ける人材の数、それからその背景にある病床数なども用意しなければいけないという話であったと思います。

私は、2ページの表を見てびっくりしたのですが、これだけが24時間を徹して市民を守っているんだなという風にしみじみと思います。

江原先生の説明に何か質問はございますか。

## 伊関副委員長

議事録にきちんと残しておかなければならないので、一つ一つ確認していきたいと思いますけれども、一般論とすれば、建替えをする場合は、600床くらいの一般の病院だと大体1割くらい減らして550床とか、場合によっては500床くらいに減らして、平均在院日数を短くしてベッドの回転を上げることによって患者増に対応するということが多いのですけれども、600床を必要な理由というのはどういうところにあるのか、もう少し説明していただけますか。

## 江原委員

今、松戸市立病院は、平均在院日数が約13日で決して長くはないです。ただし、長期滞在の患者さんがいらっしゃいます。そういう方は、後方支援病院のような収容先がないために少し在院期間が長くなってしまふ。これは松戸の特

徴だと思います。

それと、私が試算しますと大体 600 床くらいになりますが、各診療科で収益を上げるべく、採算部門である程度病床数を確保してその入院患者数を上げないと、経営赤字が続いて病院が継続できないという事態になります。従って、なるべくベッド数は多くした方が良くと思います。それから、全国自治体病院のデータで見ますと、やはり 500 床以下ですとほとんど黒字は出ていません。500 床を越えると、黒字が出てくるということがあります。

それともう一つは、伸びしろの部分だと思います。今、外来通院による化学療法を行っておりますけれども、入院病床を 10 床ぐらい欲しいとか、あるいは緩和ケアの病床を少し欲しいとか、あるいは急性期のリハビリの病床も欲しいとかということになりますと、600 床以上は必要になるかと思えます。新病院の段階ではぜひ増やしたいです。

それから、今、医療器械や建物の老朽化でアメニティが落ちたりして患者さんにあまり喜んで入っていただけるといような状況ではありませんから、病院を綺麗にして、あるいは設備をきちんと整えることによって、今よりもっと入院患者さんが増える状況にはなると考えております。

そういった観点から、総合的に 600 床以上は必要であると考えております。

## 伊関副委員長

これも記録しておきたいのですが、病床数を例えば 1 床増やすと、標準で 1 床 2,000 万とか 3,000 万、自治体病院だと 3,000 万ぐらいで、要は、100 床増やすと 30 億くらい違ってくる。そこのイニシャルコストの問題で、それだけの覚悟が松戸市民にあって現状の病床数を確保するかの判断になってくる。

前回もお話しましたがけれども、高齢者がこれから大量に増えてくることもある。その方たちの救急も考えると、病床数については、今より確実に増えてくることは予測できるので、そこのところは考慮していく必要があるのかなと考えています。

ただ一方で心配なのは、看護師の数です。600 床の病床を埋めるだけの看護師が集まるのか。医師の方たちも集まりきれぬのか。そこのところの見通しにつ

いてもお話をいただきたいと思います。

### 山浦委員長

江原先生が 600 床という言葉を使っているものですから、伊関先生からもそれに対するご意見が出てきたのだと思います。この会の運びとして、まず市民が必要とする機能について、皆さんのコンセンサスを得たいと思います。江原先生からは医療圏の問題とか救急にグレードがあるといった基本的なところから話していただいて、現在松戸市立病院はここまでの機能を果たしていますと話していただきましたが、それを市民の方は今後も欲しいんですねということが大前提になるわけです。その結果、これも必要、あれも必要ということを考えていきますと、600 床とか決まってくることになりますが、規模の話は機能についてくると考えられると思います。今 600 床の話にいつてしまいましたが、それは非常に重要な話で、また後でしたいと思います。機能について、ご意見はないでしょうか。現在松戸市立病院が行っている 24 時間の救急体制の問題、小児の問題、そういった問題について、これは是非とも市民の方も欲すると私は思うのですが、いかがでしょうか。

### 窪田委員

私は六高台に住んでいるので、市立病院から割と遠いので、市立病院の利用はそんなにないのかなと思って、近所のお年を召した方に伺ったのですが、「市立病院に行けば安心だから、とにかく市立病院に行きたい。」とおっしゃるんです。だから、自分の命を守る最終というか、市立病院で守ってもらいたいと思っただけでいらっしゃる。「遠くても電車に乗って通ってきている。」とおっしゃるんです。ということは、市立病院に対して、絶対と言えるかどうかはわかりませんが、信頼はあるし、市立病院で診てもらいたいって思っている方が結構いらっしゃる。それは地域が離れていてもいなくても、そういう方がいらっしゃるということを見ると、何かあった時に病院に行けば大丈夫という場として 24 時間診て欲しいし、それから、重症な何かがあった時に、市立病院に行けば何とかしてもらえるとというのがあると、安心して生活していけるので

はないかと思えます。

## 植村委員

一つ江原院長がおっしゃったことに追加したいのですけれども、松戸市立病院の特徴として、小児科と産婦人科のことをどうしても理解していただきたいのです。皆さん新聞でご存知の通り、全国的に小児科医と産婦人科医が不足して困っております。ところが、松戸市立病院は逆なのです。松戸市立病院は、全国的に見て小児科医が多いのです。それから、全国から小児科医が希望して来るのです。松戸市立病院の小児科が、聞くところによると、全国で3番目ぐらいに有名な病院で、色々な重症な子供が入院して、新生児科をやっており、それから小児の心臓の手術もやっているということで、小児科を目指す人は一番いい研修が受けられる病院の一つが松戸市立病院です。北から南から若い医学部の卒業生がどんどん来るのです。ですから、普通の病院ですと、4、5人小児科医がいればいいと言いますが、松戸市立病院は30何名いるわけです。ですから、小児科と婦人科だけで重症病棟も入れると、150のベッドを使っているわけです。先ほどの議論で、600床で多いとかいう議論の前に、周産期と小児でもう150床使ってしまうと、大人に使えるのが450床しかないということを持って他の病院と比較する時には議論していただきたい。松戸市立病院の小児科医が多すぎるじゃないかと、規模を小さくしろと言った瞬間に、小児科医は離職してしまいます。ですから、小児科というのは、やっているところにどんどん医師が集まってきます。やっていないところは、切っていきます。千葉県立こども病院は、東葛北部は面倒見切れないと言っています。ですから、東葛北部は松戸市立病院が中心にならないと、重症な子供は誰も助けられない。もう後は、東京に行くしかない。それから、周産期ですけれども、お産はどこでもやっていますけれども、松戸市立病院の特徴は、胎児が重篤な疾患がある、あるいは母親の命が危ない、そういう重篤なお産を引き受けているわけです。ですから、普通の産婦人科がお手上げの妊婦が松戸市立病院に来るわけです。そうすると、松戸市立病院は、小児科も強いですから、産まれた新生児もそのまま適切に治療されます。これが周産期母子センターです。小児センターと周

産期センターのために 150 床は絶対に必要なわけです。ですから、600 床を議論する前に、この 150 床は別にして考えていただきたい。この機能は、千葉県の北西部では松戸市立病院しかない。特に、子供の心臓外科ができるのは、松戸市立病院しかない。大人の心臓外科は他の病院でもやっています。

### 山浦委員長

よろしいでしょうか。大演説でした。

### 岩井委員

東松戸病院の岩井と申します。東松戸病院というのは高齢者医療を主にやっているんですけれども、私も一年半前にその院長となって市立病院にいるときにはなかなか見えなかったものが今見えてきているということで、市立病院の規模を考えると、当然高齢者医療のことも併せて考えなければならないんです。財源が存分にあって、敷地があればこういう議論も必要ないんですけども、やはり限られた資源の中で考えていくということで、物事の考え方なんですけども、一つは限られた財源の中で松戸市として何をやっていくか。当然高齢者医療も含めて、そういうふうを考えるのが一つ。もう一つは、松戸市としてやらなくちゃいけない事、機能を積み上げていって、そのためにこれだけのことが必要だと、そのために財源はこれだけつぎ込もうと、そういうような考え方があると思うんですけれども、私もいろいろな地域医療の勉強会に参加してみると、二次医療圏としてどういうことをやっていくかということが今非常に重要になってくると。松戸市においても、市立病院が中心になって当然今の松戸市の医療を支えてきたわけなんですけれども、そうこうしているうちにいろいろな医療機関が育ってきたということで、環境の変化とか状況の変化ということもあるので、そういうことも含めて考えなきゃいけない。一つ私が危惧しているのが、市立病院のためにこれだけ必要だということでつぎ込んでいって、実際やっていることは、今日県の方もいらっしやってますけども、県レベルのこともやっているわけです。それだけのことを松戸市としてやっていく、市民の負担も含めてやっていって、気が付いたら経営的にもかなり苦しくなっ

たとか、本当はワクチンの無料化をしたいのだけれども、それだけの財源がなくなってしまったとか、そういうこともあり得ることだというふうに思っています。

そういうことで、後は市立病院のためにこれだけの立派な病院を作ったら、気がついたら高齢者医療の方が後回しになってしまったとか、そっちに手が回らなくなったということになるとですね、やはりその時には状況としては医療が、ちょっとアンバランスになってしまうということもあり得るんじゃないかと思います。今の私の話は、私個人の話ではなく、スタッフの意見も全部含めた、背負っての発表ということでご理解して頂きたいんですけども。やはり総合的に考えていかないと、救急が必要だ、小児が必要だということは私もそれに関しては全く異論はないのですが、やはり限られたものの中で考えていくということを考えると、その辺のことも考えて議論していくことも必要なんじゃないかなと思って、一言お話ししました。

#### 山浦委員長

ありがとうございました。高齢者医療を忘れるなというアピールですね。

#### 岩井委員

そうです。

#### 山浦委員長

それで、この病院機能をいかに保存させるか、あるいは発展させるかという議論ですけれども、いかがでしょうか。

#### 谷川委員

先ほどの委員の先生方のお話を聞いて、私、もっともだということを感じておりました、それと窪田委員がおっしゃっていた何かあったときの最後の砦という言葉がよく使われますけども、絶対になくなってはいけないものだと思うんです。ただやはり、先ほど岩井先生がおっしゃったように、限られた財源の

中でやっていかなければならないものですから、そこでのやりくりといたしますか、それが一番求められているものだと思うんです。我々この委員会においても、ですので、なんとか知恵を結集して、確かにベッド 600 床という議論も冒頭から出てしまっていますけども、まずは維持していくということに重きを置くことが、私、一番重要ではないかと思えます。それでその結果、経営の問題が大きく絡んできますので、そこをぎりぎりに耐えられるような、そういうシステム、規模、設備を探っていって検討していかなきゃいけないんじゃないかというふうに強く思います。

まとめりませんけども、とにかく維持して松戸市民とか、東葛北部の市民の最後の砦として支えていくには、なくなてはいけない、維持すべき医療機関だということは強く思っております。求めるとしたら、やはり継続して維持されていくということが求められると思えます。以上です。

#### 山浦委員長

ありがとうございました。

#### 田村委員

お話を聞かしまして、松戸市立病院の特徴として、小児科と周産期のところで重きを置かれていて、全体の 4 分の 1 ぐらいですか、150 床ぐらいあると。これの特徴は、私個人的には今後も新しい病院の方に引き継いで頂きたいと。あとは、ここの資料の中でも特徴があるのかどうかわからないですけれども、多分残りの一般の 450 が妥当かどうかということになるかと思えます。資料を見ると、6 の船橋市立医療センターですか、先ほどのお話ですと、小児科の方の関係が少ないということですので、だいたい 446 ということで、残りの現状の 450 と変わらないということで、これだけ見れば私としては妥当かなというように思います。以上でございます。

#### 山浦委員長

いくつかご意見頂きましたけれども、市民が求めているのは、やはり安心・

安全に尽きるわけですね。それで、これまで松戸市立病院はかなりの実績を上げてきましたし、市民の皆様も認めているところではないかと思います。これまでのディスカッションでは、江原先生のお話ではこれを機能させるためにはこれだけの診療科の数、医師の数、看護師の数が必要なんだということを説明されて、その結果 600 床という言葉が出てしまったと思います。この機能保存という点では、皆さんよろしいでしょうか。

### 伊関副委員長

おそらく 3 次救急の機能を落とすということが駄目なので、ある程度スタッフが集まっていて、高密度な医療をしていなければ、3 次救急の医療は機能できないので、3 次救急の医療をするためには、今の医療をダウンさせることはあり得ないということだと思います。これは確認しておいた方がいいかなと思い、敢えて発言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。極めて重要なところですよ。

### 岩堀委員

今まで聞いた中で一つ一つごもつともだし、非常に立派に医療に取り組まれているということが、外で見えていてもよく承知しておるんですが、ただ何から何までお受けになっていると、医療機能がパンクしてしまうと思うんですね。ですから、伊関先生がおっしゃられたように 3 次救急とか特化した部分を大事にして、最後の砦という言葉がありましたけれども、そこのところを大事にして、例えば外来とか、みんな引き受けてしまうとドクターも非常に負担が大変だと思います。その辺を周辺というか、まさに地域連携の中で補って頂けるといいんじゃないかなという気がします。今の議論とはちょっと別のことかと思うんですが。

## 山浦委員長

はい、ありがとうございました。全く同感ですが、山口先生その辺について、連携の問題がありましたよね。

## 山口委員

まず江原院長から、救急と周産期についてご説明がありましたけれども、松戸市立病院の期待されているといいましょうか、現在の機能がそれだけではございませんので、そのまとめとして私が医師会の代表として松戸市立病院が保持すべき機能と必要病床数に関する意見を提出いたしました。

その意見については、専門的な用語があまりにも多すぎますので、それを全部省きまして概要版というものを作成しましたので、意見だけの方は後でお帰りになってからじっくりと見てください。

まず概要版について説明いたします。松戸市立病院が保持すべき機能ということで、今ディスカッションされているわけですがけれども、現在の機能は何なんだろうかということですがけれども、まず第一に、千葉県から4疾病4事業というものを指定されております。一般の方は、疾病と事業とをあまり厳密に分けて考えなくてもよろしいかと思いますが、先ほど江原先生から説明がありました二次医療圏ごとに設定されているものでございます。それを順番に並べていきますと、まずがんですね。ただがんの診療が出来ればよいということではなくて、このようにがんの診療体制、研究体制、情報提供体制ということについて要件が定められております。その次は脳卒中、これは救急に入ることもしれませんけれども、脳卒中とリハビリテーションです。早期のリハビリテーションが大切だというお話がありましたけれども、これはその方がちゃんと社会復帰できるかという非常に早期リハビリテーションというのは大切なわけです。あと救急に入りますけれども、心筋梗塞、これは一般の方もよくご存じだと思います。あとは糖尿病です。糖尿病というのは、脳卒中、心筋梗塞を起こす非常に大きな原因となっていますので、こういう救急疾患の上流にあたる病気になるわけです。これをきちんと減らしていかなければ、最終的に地域の脳卒中、心筋梗塞等の疾患が増えてまいりますので、これをしっかりやろうと。これが4

疾病でございます。それで4事業というのが救急医療ということで、少し4疾病の脳卒中、心筋梗塞とだぶることですが、3次救急センター、これが先ほど説明がございました。あと災害時における医療というのがございます。これは災害時に、地震がいつ起こるかわからないわけですが、被災を受けた周辺の医療機関を支援する病院のことでございます。ここにも書いてありますように、東葛北部二次医療圏で、災害医療派遣チームと救急医療センターを有するのは松戸市立病院だけでございます。三番目、周産期医療、これは先ほどご説明がありました。小児医療についてもご説明がありました。

次は、4疾病4事業以外ですけれども、千葉県より指定されたものとして、第二種感染症指定病院ということでございます。これは隔離が必要な患者さん、そういう患者さんを隔離収容して治療するということです。

三番目にそういう千葉県の指定以外ですけれども、この医療圏の中で必要性が高く、高い評価を受けている機能がございまして、第一に血液内科です。これは血液内科専門医というのは非常に少なく、東葛北部では、松戸市立病院、柏のがんセンター東病院、柏の慈恵病院にしかございまして、非常に人数が少ないです。血液疾患というと、一般の方は白血病ということをおられると思うんですけども、実は非常に様々な血液疾患というのがございまして、白血病は確かに柏のがんセンター東病院で診てくれますが、それ以外の血液疾患は全て松戸市立病院と慈恵で受け入れて、すでにパンク状態です。次が、神経内科です。これは神経、脳卒中も扱うのですが、神経疾患というのは脳卒中ばかりではございません。先ほど4疾病に脳卒中というのがありましたけれども、神経系の救急疾患というのは他にもたくさんございます。髄膜炎などもそうでございます。あとは、そこら辺までは経営的に比較的恵まれているんですけども、パーキンソン病をはじめとする神経難病というのがございまして、これがなかなか医療点数的にあまりよくございませぬので、民間病院ではなかなかやりたがらないということで、これを一手に引き受けているのは松戸市立病院でございます。

次に、それらの中核病院として、3ページ目、地域の中核病院として必要な医療を十分に遂行するために必要な診療科目ということですが、概要版で

はない方に具体的にどんな病気でどういう診療科が必要かということを書きましたけれども、ここで見ていただきたいのは、非常に多くの疾患、診療科が関わり合わなくては出来ないということでございます。救命救急というのは、救命救急医だけがいれば成り立つのではないかというふうに、一般の方は思ってらっしゃるんじゃないかと思うのですが、救命救急医だけでは救命救急は出来ません。ここに書いてある非常に数えきれないほどの診療科がないとできません。一つ例を挙げますと、多発性外傷、交通事故、高い所から落っこった、これは頭の前から足の先までいろんなところが傷害を受けます。骨も傷害を受けますし、いろいろな臓器、頭の上からいえば、脳、目、鼻、口、首、心臓、肺、お腹の中のいろいろな内臓そういったものが傷害されますので、非常に多くの診療科が関わり合わないと多発性外傷というのは、治療できません。精神科というのをここに書きましたけれども、驚かれたと思うのですが、救急には、自殺をされて運び込まれる患者さんもいらっしゃいます。そういう方のためには精神科というのは必須でございます。またやはり外傷を負われた方は精神的に不安定になりますので、そういう方を診るためにも精神科というのが必要となってきます。周産期についても、産科医だけいればいい、小児科医だけいればいいというものではございませんで、妊婦さんというのは大人ですから、大人でいろんな合併症を持った妊婦さんが来られるわけですね。元気な妊婦さんは産院で構わないわけです。周産期センターに来られるような妊婦さんというのは、いろんな病気を抱えた妊婦さんが来られるわけです。そうすると、そのいろんな病気を治しながら出産を無事に遂げてもらわなければならない、ということで非常に多くの診療科が必要になります。あとは、新生児医療ということですが、新生児科・小児科関連の医療が必要なんですけれども、新生児の段階で脳神経外科とか整形外科が必要になってしまう場合もあるんですね。あと小児医療なんですけれども、これもやはり小児科だけで完結するものではないです。子供も頭の前から、手の先まで揃っておりますし、病気もいろんな病気がございますので、ここに書いてある最低限これだけの診療科が揃ってないと、普通のレベルの小児診療というのは出来るかもしれませんが、松戸市立病院に期待されるような高度な小児診療というのは、これだけの

他の診療科目が揃ってないと、遂行することはできません。

次は、がん診療です。いろんな病院で確かにがんの手術、がんの診療というのは行っています。柏には先ほど申し上げた国立がんセンター東病院がございしますので、一般の方はあそこがあればがん診療はあまりしなくてもいい、市立病院ではしなくてはいいいのではないかと思われる方が、私のところに来る患者さんにもいらっしゃいますが、そうではございません。あそこはがんに特化しております、がんしかない患者さんを診ることしか出来ないんです。ところが、例えば私のところで糖尿病の患者さんががんになってしまったと、そういう患者さんもがんセンターに行きたいというんですね。私はちょっとあなたは無理だろうと思いますと言うと、行きたいというので紹介状を書きますと、やはり案の定うちの病院は糖尿病は診られませんから出来ませんと言われて帰ってきてしまうんです。それで、仕方なく、思った通りに最初から市立病院のお世話になっておけばよかったわけで、市立病院に紹介してちゃんと糖尿病の治療と並行しつつ、がんの手術をしていただけると、こういうことでございまして、あまり専門性が非常に高い病院というのは、その専門の非常に狭い病気しか持ってない患者さんにはうまく対応出来るんですけれども、ちょっと横に病気がくっ付いていると何もできなくなってしまうんです。

4 ページ目です。がんの診療を実際行っている診療科というのはこれだけございます。精神科もがんの診療に関わっております。腫瘍精神科というそういう分野がございましてね。あとは、糖尿病、これは私も糖尿病の専門医ですので、普段糖尿病の患者さんを診ているんですけれども、やはりなかなか治療が困難な糖尿病の患者さんがございしますので、そういう患者さんは市立病院に送って、落ち着いたところで我々開業医の方でまた継続して診るという循環が出来ております。その要になっているわけです。糖尿病専門医だけ糖尿病を診られるかということそういうわけではなくて、やはり糖尿病特有の合併症というものが発生してまいりますので、ここに書いてあるようないろいろな診療科が必要になってきてしまう。3 番目に周辺他病院との比較ということで、すでに申し上げたことなんですけれども、東葛北部というのは地方に比べれば恵まれています。大きな病院が松戸市内にもあるし、柏にもございます。では、それらの病院が

あるから松戸市立病院の機能は縮小してもいいんじゃないかと、そういうご意見もございますが、かなり松戸市立病院が他の病院と違いますのはすでに申し上げているように、他の先生がおっしゃられているように、例えばがんセンター東病院はそういうことです。がんしか診られない病院。あとは民間病院、慈恵柏、松戸市内にも民間病院で比較的大型病院といわれているものがございます。やはり民間病院は根本が経営が成り立たなくちゃならないわけです。そうすると、どうしても比較的診療報酬的に恵まれている心筋梗塞、脳卒中、そういった方にやはり力を入れますけども、そうでない分野には民間病院としては力を入れるのはなかなか難しい。そうするとやはり松戸市内を見ましても、心筋梗塞については非常に全国的にも恵まれた地域でございますし、脳卒中についても割と恵まれているかなとは思うんです。ところが、例えば心臓ということを考えましても、心臓の病気は心筋梗塞だけではございません。いろんな心臓の病気がございます。また脳の病気も脳卒中だけではございません。いろんな脳の病気がございますので、そういう脳卒中と心筋梗塞だけに特化して、そこに資源を集中したような病院だけではこの地域の医療は成り立ちません。そういうことで、松戸市立病院は最前申し上げましたように、いろんな分野に満遍なく総合的にやっていただいていると、そういうことです。

### 山浦委員長

岩堀先生が先ほど言われた事なんですけども、松戸市立病院が全てを抱え込むのはいかなものかという議論は必ずありますよね。重要なのは良くわかります。総合的に必要なこともわかりますが、何から何まで市立病院でやるんですかというような岩堀先生のご意見だったと思うのですが、私は周りの先生方との連携についてやっぱり考えて、限られた財源ですから出来るだけ譲歩してもこれこれなんだというディスカッションが必要だと思うんです。文脈で、先生方の連携で市立病院の負担を絞れるのかというお話も伺いたかったんですが。

### 山口委員

それでは今そういうお話が出ましたので、幸いなことに、民間では、心筋梗

塞については非常に有力な病院がございますので、松戸市医師会では心筋梗塞ネットワークというものを作りまして、民間病院を巻き込み、さらには、最初は松戸市内だけ、さらには東葛北部のいくつかの市を巻き込んで、心筋梗塞の輪番体制を作りました。これによって心筋梗塞の患者さんがたらい回しにならないようにというように、そういう組織を、仕組みを構築いたしましたので、そういう意味では、うまく民間の力を利用してあまり松戸市立病院だけで心筋梗塞の患者を抱え込まないで済むように、そういうことを私どもはやっております。

### 山浦委員長

そういった活動もやっているけれども、終点は松戸市立病院になることもあると。患者が重症な場合ですね。そういった意味でそれだけは譲れないということだと思っんですけども、市立病院の機能としてですね。そういうことでよろしいですね。

### 山口委員

はい。

### 山浦委員長

続いて4ページの4に市立病院が抱えている問題点についてお書きになっていますが、これを簡単にご説明いただけますか。

### 山口委員

はい。もうすでに皆さんご存じのとおり、この問題の出発点は1号館の耐震性が非常に劣っていて、震度5程度の地震で大きな損傷あるいは倒壊してしまうかもしれないと、これが第一ですね。これがこの議論の出発点です。もうひとつはですね、市立病院がまず1号館が造られた後に、2、3、4と、少し小さいものを蛸足のように付けていきました。新しいものも、4号館が一番新しいのかなと思いましたが、すでにもう雨漏りもするような非常に老朽化が激しい状態ですので、これもそう長くは使えないわけですね。つまり全体がもう老朽化し

ているわけです。もうひとつは今言ったように、順次全体を付け加えたために、行って見ればわかることですが、病院内が非常に迷路のようになってしまっていてですね、これが職員にとって非常に働きにくいことですね。つまり、逆に経営サイドから見れば、同じ時間内に 1 人の職員がどれだけ働いてくれるかという問題なわけですよ。これが非常に効率が悪くなっているために、多分そういうことによっても診療の生産性が落ちていると思います。もうひとつはですね、敷地にぎりぎりいっぱいになってますので、新しい医療器械を導入することが非常に困難になっているわけですね。今 MRI が 1 台、血管造影装置が 1 台、これは救急のためにも手術のためにも絶対になくってはならない器械なんですけれども、たった 1 台ずつでございます。この前はですね、もちろん器械ですから保守点検が必要なんですけど、この前も申し上げたように保守点検のために MRI が 1 週間停止するという事態になりました。この間に脳卒中の患者さんが来たら大変なことになるわけですね。ですから、たった 1 台しかないということで手術件数も非常に、人的な要素では本当は出来るわけですけども、この MRI と血管造影装置が 1 台ずつしかなくてこれ以上増やせないということで、手術の件数が止まっちゃっていると、これも非常に経営に暗い影を落としていることですね。こういうことが、複雑な動線によって、働きにくく、経営環境の悪化を招いている。患者さんにとっても非常によろしくない入院環境だということ。そういう働きにくい環境であること、医療器械が充分にないことが新しい若い先生達がこの病院に来たいと思う時に、どう考えるかということ、やはりですねそれは医療機器も整っているし、働きやすい病院の方が募集をかければ、そういう病院にいっぱい新しいお医者さん、看護師さんは来るわけですね。これも問題なわけですね。よろしいでしょうか。

### 山浦委員長

はい。先生ありがとうございました。大変わかりやすく説明して頂きました。これまでのご意見を拝聴しておりますと、これまで松戸市立病院が培ってきた機能は是非保存したいとおそらく市民の方もどなたも望んでいることであろうと思います。一方ではですね、あれもこれも抱え込むというリスクについて

もご意見がありました。それは連携で解決できるのではないかとかですね。限られた財源という言葉がございますから、財源は限られているわけですから、それについても配慮しなければならない。その中で市民の方が一番満足する方法を選びましょうというのがこれまでの意見ではないかと思えます。市立病院の機能・規模についての議題については、だいたいこれぐらいでよろしいのかなと私思います。よろしいのかなというのは、だいたい市民の方が望むのは機能の保持、あるいは将来必要となった時にさらに伸びる余力も欲しいわけですよ。10年経ったら新病院は全く古くなってしまったというのは誰も好まないわけで、現機能プラスアルファをおそらく望まれるであろうと、そしてそのためには、あらゆる努力をして財源を考えなくてはならないということであったかと思えます。岩井先生どうぞ。

## 岩井委員

市立病院の魅力というのは総合力だと思います。先ほど手術の話もありますけども、糖尿病があっても手術ができるとか、そういうことだと思うんですけども、岩堀委員の方からありましたように、ちょっと抱えすぎているんじゃないかというところも、実は私これを読んでいてですね、少しそう思ったんですね。私、感染対策委員長として市立病院でやっていたんですけども、その時に県の方からエイズ拠点もやってくれとかそういう話もあったときにはちょっと待って下さいということでお断りしたんですが、実は感染症の指定医療機関として第二種というのは、例えば船橋医療センターは第二種の感染症の指定医療機関にはなっていて、東葛南部は船橋中央病院がなっているんです。こういうふうにちょっと棲み分けをしているとですね、私今回の新型インフルエンザの時にいろいろと考えたんですが、感染症の患者さんで手いっぱいになってしまうと、3次救急の方にも少し影響がしてくるということで、棲み分けをやることで、それぞれの機能を緊急時にですね、存分に100%生かせるということがあるんですけども、1ヶ所で全部それを抱えてしまうと、やはりどっちかを制限しなくちゃいけないということになるので、やはり二次医療圏でですね、もうちょっとその辺を話し合っていてですね、役割分担をしていくと二次医療圏と

してもっといい医療ができるのではないかなと考えます。

### 山浦委員長

ありがとうございました。それは非常に重要なことだと思います。松戸市立病院だけの問題ではなくて、この領域の中で考える場があってもいいだろうというように思います。それです、この機能・規模についてはだいたいご意見はこんなところかなと思いますが、まだありますか。

### 伊関副委員長

東松戸病院さんと、松戸市立病院さんの関係をもう少しちゃんと将来的なものを含めて整理することも必要だと思います。高齢者の療養の部分を東松戸さんがもう少し担って、松戸市立病院さんが急性期に特化していくというような考え方もあると思います。その辺を内部でも議論していただければと考えます。

### 山浦委員長

ありがとうございました。

## 3) 現地建替え案について

### 山浦委員長

それでは、3番目の議題がございますけれども、現地建替え案についてアイテックの方から案をいくつか用意してくれているようです。それで先ほどの機能・規模に関するディスカッションを基にして、このお話を伺いたいと思います。どうぞ説明して下さい。

### コンサルティング業者

現地建替え案を説明するにあたって本日は、第1段階として「敷地状況の説

明」と「現地建替えの検討案」を提示致します。これらの建替え案を検討して頂き、1案に絞込み、その案の検討すべき課題を明確にして頂き、第2段階として、平面構成のレベルに反映させたいと考えております。

それでは次のページ、左側の「都市計画図」をご覧ください。この都市計画図には、本計画敷地の都市計画条件が記載されております。敷地は第一種住居地域、容積率300%、建蔽率60%ですが、角地緩和10%が加算され70%となります。現敷地に高さ制限はありませんが、南側の5号館・東側の医師住宅の敷地は、第一種高度地区制限がございます。

また、各敷地には日影規制がかかります。右側の「周辺建物の配置図」をご覧ください。太い赤線枠は、現地建替えを想定した敷地でございます。オレンジ枠は、病院の関連施設でございます。みずいろ枠は、病院利用の駐車場を示しております。

それでは次のページの「現況分析」をご覧ください。左から、現在の松戸市立病院の配置図、現況面積、病床数、そして病院概要でございます。下段の図版にございます「各棟の一覧表」は、各棟別の施設規模と簡単な断面図による部門構成を表現しております。特に1号館・2号館が旧耐震基準による施設であり、その他の施設は現行の新耐震基準による施設です。この1号館・2号館が今回の建替え計画の対象となる2施設でございます。

それでは次のページ、「建設可能ボリュームの検討」をご覧ください。ここでは逆日影と高度地区高さ制限ラインを用いまして、各棟の建設可能なボリュームを表しております。これによりますと病院本体の敷地では、現在の2号館・3号館の周辺が、7階、高さ約30mとなり、そのボリュームが最も大きく確保できることが判ります。現5号館の敷地は、容積率最大に建設されております。現在ある医師住宅の敷地では、地下を含めれば最大容積を確保することが可能です。そういうことで新7号館の敷地候補と考えました。

それでは、次ページの「建替え案の計画と課題」をご覧ください。ここでは3つの検討案を提案しております。まず建替え計画の前提といたしまして、上段に4項目を掲げました。上から行きますと病院運営の影響を最小限にすること、次に無駄な投資をなくすこと、第三番目は安全を第一に考えること、敷地内で

病院機能を成立させることをございます。以上の点から考えますと、敷地は最小限に押さえて、最小限の建替計画を検討することといたしました。

それではA案の説明をいたします。建設用の種地は西側の駐車場です。建替え手順は、初めにⅠ期工事で、新6号館を建設いたします。Ⅱ期工事で1号館の西側半分を解体し、新1号館の西側を建設します。Ⅲ期工事で残りの東側半分を解体し、引続き新1号館の東側を建設します。

次にB案の説明をいたします。建設用の種地は西側駐車場と東側医師住宅の敷地の2ヶ所です。建替え手順はA案と同じですが、種地が2ヶ所となるため、ⅠaとⅠbと同時着工が可能です。また、床面積が概ね2倍に増えますので、移設計画の自由度もアップします。

C案の説明をいたします。種地はB案と同じ場所2ヶ所ですが、現在の2号館を先に建替える案です。建替え手順は、初めにⅠ期工事でⅠaとⅠbと同時に建設します。Ⅱ期工事で2号館を解体撤去し、新2号館を建設します。次にⅢ期工事で1号館を解体撤去し、新1号館を建設します。このC案では、新2号館が新たに建設されるため、移設計画の自由度が更にアップします。

続きましてABC各案の比較特徴を簡単にご説明させていただきます。

工事工期は、どの案も5.5年～6.5年程度は掛かるものと想定されます。病床数に関しましては、どの案も工事中は減少いたします。最終610床を確保できるのはC案でございます。1床当りの床面積に関しましては、病室(のうち多床室)は全て4床室と想定しており、概ね72～76㎡/床となります。一般的な急性期病院基準の適正な数値の範囲内であるといえると思います。構造計画に関しましては、A案B案での1号館を半分に解体撤去し、残された施設の仮使用の際に、安全性の確保が必要となり構造補強工事が出てまいります。電気・機械設備計画に関しましては、建替え計画ですので、どの案も設備切り回しが随時発生いたします。将来対応に関しましては、A案・B案では3号館や4号館に1フロア程の、将来対応スペースが生まれます。C案では4号館全フロアが将来対応スペースとなります。コストに関しましてはB案を100%とした場合、A案90%程度、C案は110%程度と想定しています。総合欄におきましては、産科病棟の仮設、給食・薬剤の動線、救急・手術の部門連携など、解決しなければならない

課題を表記しております。

それでは、次の「A案建替フロー図」をご覧ください。これから説明する資料3枚は、今概要を説明したA B C各案の施設配置と棟別の部門構成を具体的に示したフロー図でございます。施設の解体撤去と新築工事の流れにそって、病床数の変化が判るように、赤と青の数字で表示してございます。

ではA案の説明をさせていただきます。Ⅰ期工事では新6号館のボリュームが小さくて、移設される部門が限られてまいります。結果、産科病棟の仮設が発生することが判ります。Ⅱ期工事では1号館西側の解体撤去工事の直後に1号館東側の構造上の安全性を確保する工事が発生することが判ります。また、新1号館西側と3号館には50m以上の距離があり、新1号館西側の救急・I C U・ME部門と既存3号館との連携が難しいことが判ります。Ⅲ期工事では1号館の東側を西側へ移設後、解体撤去し、新1号館の東側を新築いたします。Ⅲ期工事後半では3号館・4号館の改修工事が行われます。

次に「B案建替フロー図」をご覧ください。B案は、駐車場と医師住宅の2つの種地を利用して、新6号館と新7号館を新設し、A案と同様に西から順次建替える計画でございます。基本的な流れはA案と同じですが、大きな違いは、2号館の4階5階にある管理部門を、新7号館に全て移設できることでございます。これにより、2号館は2階から上部が病棟階となります。

また、A案では行き場を失った産科病棟を、B案では2号館の2階に改修し移設することができます。

それでは最後に「C案建替フロー図」をご覧ください。このC案は2つの種地を利用して、新6号館と新7号館を新設するのはB案と同じでございます。大きな特徴は、工事範囲を広げて、2号館を先に建設する点でございます。

この新2号館を先行させることで、既存1号館の移設先が確保できます。これにより1号館全体を解体撤去することが可能となります。このメリットは大きく、1号館の構造補強などの問題も発生することなく解体撤去されます。また、既存3号館との病院機能の連携が取れる点でございます。加えて、最終形では610床が確保できる計算となっております。

但し、病室を全て移設することが出来ませんので、一時期病床数が420床に

減ります。他のA案・B案も同じですが、この対応策としては、工事期間中、一時的に4床室を仮設6床として対応する案がございます。この場合には480床まで病床数を上げることは可能です。

新1号館と新2号館で延べ面積を出来るだけ多く確保したため、結果として4号館の全フロアが将来対応スペースとすることが出来ます。将来の種地候補になると考えます。

以上、A案B案C案の計画内容とその特徴について、簡単ではございますが、ご説明致しました。ありがとうございました。

### 山浦委員長

ありがとうございました。発言の時間帯を、自由なご質問の時間としたいと思います。その後段々集約していきたいと思います。

### 山口委員

よろしいでしょうか。この3つの案とも非常に気になるのが、一つが種地として今の身障者用駐車場、タクシープールとなっている所を使いますので、これが全部なくなってしまうですね。あと最終的に出来上がった図面を見ましても、やはり身障者、タクシープール用の場所が全くないと。今でもただでさえ市立病院はお年寄りなんかは行きにくい、駐車場が周辺にかなり散らばっておりますので、行きにくいという苦情を私共も受けます。こういう駐車場というものをなくしてしまったら、特にそういう弱者、身体障害者、体の弱い人こういう方たちには非常に冷たい病院になってしまうんじゃないかと思いますね。地下に駐車場を作るとかそういう事は考えられないのでしょうか。

もう一つ、A案、B案について共通のことなんですけれども、確か1号館というのはこのA案、B案の中で分割する最初に壊す方の左、西の方ですか、西の方にエレベータがあると思うんですね。そうすると、最初に1号館の西を壊してしまうとエレベータがなくなってしまうのではないですかね。その後、残った1号館というのはどのように上の階に行くのですか。

## コンサルティング業者

今のご質問は二つでございますね。

確かに、建て替えの種地としては非常に厳しい場所でございます。そういった中で、車椅子の方々、身障者の方々に不便をかけることは最小限に抑えたいと考えております。この1階部分では、なるべくピロティという形でオープンに広げたいと考えております。車椅子対応のロータリーのスペース、100%今の敷地にある駐車スペースは確保できませんが、最小限の身障者対応、車椅子対応のスペース、ロータリーを確保したいと思っております。

そして、地下に駐車場を設けること、これが一番ベストでございますが、今、かなりの容積率が、厳しい状況になってまいります。機能として、考えられますのは、最初にお話ししましたように周辺に駐車場がございます。その駐車場を十分活用させていただくというというのが一つの考え方でございます。仮に駐車場が必要であれば、最小限の機能に合わせた駐車場を設けることは不可能ではございません。

そして二つ目の、1号館の部分的な壊し方でございます。今現状のところ半分は割っておりますが、エレベータシャフトがありますのは東側でございます。ですから、実際に壊すときには、メインのシャフトを残したまま、解体撤去していくという基本的な考え方に沿って、A案、B案共に考えて進めておりました。以上です。

## 山口委員

はい。

## 山浦委員長

ちょっとお尋ねしますが、駐車場を地下にというお話が出ましたね。上に伸びるのは制限がありますよね。下に伸びることについてはどうなんですか。

## コンサルティング業者

今、3ページをご覧になっていただくと判るのですが、一番メインになります

のは中央の敷地でございます。これの容積率が 300%ですので、最大の延べ面積はこのゾーンの中では約 40,500m<sup>2</sup>、これが最大限入るスペースでございます。ですから、その中での計画という考え方になります。なるべく地下をやりたいのは、よく私も判っております。

#### 山浦委員長

すみません、もっと基礎的なんですが、容積率 300%が限界というお話なんですけれども、その辺の解説もしていただけませんか。

#### コンサルティング業者

容積率といいますのは、現病院の敷地の面積が今現在ありますのが 13,500 m<sup>2</sup>でございます。今、300%とお話ししたのは、これの 3 倍をかけることによって 3 倍分の面積の建物がこの敷地内で、建設することが可能だという都市計画の条件でございます。

#### 山浦委員長

地下も含めてですか。

#### コンサルティング業者

地下も含めてでございます。

#### 山浦委員長

ありがとうございました。岩堀先生どうぞ。

#### 岩堀委員

今の駐車場の扱いをちょっと説明していただけますか。地下に駐車場を造った場合。容積との関係について。

### コンサルティング業者

もう少しお話ししますと、駐車場の面積というのは、その 300%に全て入るわけではございません。5 分の 1 緩和という建築の法律がありまして、駐車場面積に関しては、全体の延べ床面積の 5 分の 1 だけは緩和してもよろしいですよ、ということでございます。ですから、計画によるのですが、先程もお話ししましたように地下に駐車場を設けることは 5 分の 1 だけの緩和がございます。そういった意味で可能だというお話しです。

### 岩堀委員

容積から削られる分が出てくるのでしょうか。

### コンサルティング業者

はい、容積の部分もそこから面積として削られます。そういったことで、全体のバランスを考えた内容だと考えております。

### 岩堀委員

簡単に申し上げますと、地下駐車場を造ると、その面積の一部分に相当する面積が病院として使いたい面積から引かれて減ってくるわけですよ。非常に不利になる。そういうことですよ。

### コンサルティング業者

そういうことです。

### 山浦委員長

結論として、地下に駐車場は造るということは考えないとういことですね。それが回答ですね。

### コンサルティング業者

そうですね。その方が病院の機能として十分対応できると考えます。

## 岩堀委員

可能性をちょっと出しつくした方がいいと思うので、念のために伺いますが、何か手を使って容積を増やす方法はないのですか。

## コンサルティング業者

容積を増やす時は、都市計画手法または、総合設計の手法がございます。これは関係省庁等と長期に亘る協議が必要でございます。今の A 案 B 案 C 案に関しては、そういう都市計画的な手法または総合設計的な、大枠を変えていく手法は考えておりません。検討しておりませんでした。

## 岩堀委員

それとこの 3 ページの制限の中に道路の制限は入ってないですよ。これは建物外壁面と敷地境界の間、建物周辺に空地があるということで、法的に高さ制限が緩和されるということで問題ないとして省略したという考えですか。

## コンサルティング業者

はい。一部道路斜線がございますが、簡便にするためにこのような形にしております。

## 岩堀委員

それと今後の検討になるかもしれませんが、ご説明の中に面積の話がいくつか出てきましたね。全体のベッド当たり何㎡が適切かとか、あるいは過渡的に一看護単位のベッド数をどのようにするといった病棟のやり繰りが出てきますから、要するに 1 ベッド当たりの病棟の面積がどれくらいが適切かとかを明らかにしなければいけないと思います。それから私がちょっと気になったのは工期なんですけどね。工期は 5～6 年というお話が出ましたが、結局今からスタートして、設計もしなければならぬ、それから準備工事をして解体することもあるでしょうし、そういうのをずーっと足していくと、私は結構かかると思うんですね。そうするとそうこうしているうちに、今でも 30 年くらい経っている

建物がありましたよね。そうすると結局そういう建物は結構な築後年数が経ってくるんじゃないかという気がしていますんで、その辺をちょっと意識して今後の検討に加えていただきたいと思います。

### 伊関副委員長

7号館を建設するという考え方をされていますけど、結局、既存の医師住宅に比べますと横が大きくなるわけですよね。高さはそんなに変わらないかもしれませんが、今よりも幅が広がって、周辺の住宅との距離が縮んで圧迫感が出てくる可能性はある。あと2号館を建て直すプランが、C案があると思いますけども、今の斜線で切っているよりはもう少し上の方に伸びて行って、日影になる部分が今よりはさらに増えてくるという、いわゆる法的な基準ぎりぎり設定していると解していいかということを確認したいんですけども。結局建物を建てた場合に、周辺の住宅との調整が必要で、現状よりも日影等で問題が起きる場合、簡単にできる話ではないと思うので。これがまた建設の遅れる要因にもなりかねないと考えます。

### コンサルティング業者

まずひとつ目のご質問。医師住宅のボリュームについて、現在、医師住宅の方は、3階建てでございます。そして、横幅が広がるというのは事実で、北側に広がるわけです。今の駐車スペースがありますので、その分が幅広くなるということです。そういった中で、圧迫感というお話しがございました。周辺の地域の住宅のレベルを見ましたところ2階建て、一部3階建てがございます。全体的な高さは日影規制がありますので、ご覧の通り3階の北側の部分は、セットバックするような形になりますので、北側にあります住宅、住宅の方々にすれば南側になりますけども、実質は2階建て、セットバックすることにより3階が一部見えるということで、圧迫感は、そんなにないのかなと私個人は思っております。

## 伊関副委員長

要は2階部分までは幅が広がって、3階はそんなにかわらないと。

## コンサルティング業者

はい、そういうことです。それが、日影規制という法律の一部でもあります。

そして、二つ目の新2号館のボリュームのお話しです。こちらも現在ある2号館の方もかなり斜めにカットされた形態になっております。既存よりも少しボリュームを増やしますので、やはり、この斜めのラインは、現在の2号館と同じような形になります。それが膨らんだとご理解していただければと思います。そして、その日影の件も法律上の最大限を取れるようにしていきたいと思いますが、逆に東側の方々の住宅の方に影響が無いように今後検討していきたいと考えております。

## 岩堀委員

今の伊関先生の質問の中で、幅に関してはこの絵だと5階まで一緒でしょ。幅に関しては。長手方向の幅。3、4、5階と。奥行というか長さは一緒でしょ。

## コンサルティング業者

はい、東西方向の長さは一緒です。南北方向の厚さが変わります。

## 岩堀委員

それとこれも今後のことでしょうけど、検討建物の日影と現在の建物の日影と比べると判りやすくなると思うんですよ。いろいろ周辺の影響ということで。

## コンサルティング業者

そうですね。比較検討の内容に加えたいと思います。

## 田村委員

すみません、よろしいですか。初めてなのでお聞きしたいのですが、医師住

宅のところを建替えということなんですが、現状どのくらいの入居の方がいらっしやって、将来的にその方達はどうなってしまうのかなということをちょっとお聞きしたい。

#### 山浦委員長

江原先生、どうですか。

#### 江原委員

18室ありまして、2LDK ですね、14戸入居しております。

#### 田村委員

14戸の方が入居していらっしやると。計画見ますと新7号館建ててしましますと、住宅の代わりというのはどのようにお考えなのかなというのをちょっと教えていただければと思いますが。

#### 病院建設事務局

では事務局の方から。その場合には賃貸住宅、そちらの方に移っていただくというふうに考えております。

#### 田村委員

はい、ありがとうございました。すみません、もう一点よろしいですか。素人なのですが、先ほど地下に駐車場を設けると、全体の容積率からその駐車場の部分だけは引かれますというお話がありました。アクセスの問題とかあるんですが、屋上に設けた場合はどうなんですか。それも容積率として反映されるのですか。現実的に屋上までどうやって運ぶのという問題はあると思いますが。仮に屋上に駐車場を計画した場合は、多分オープンスペースとなって多分屋根とかあると建屋の一部とみなされると思うんですが、例えば屋根も何もないというところで考えた場合にはそれは容積率として反映されるのか反映されないのかを教えてくださいませんか。

### コンサルティング業者

これは検討の内容には入っておりません。地上階から 7 階レベルまで、場合によっては 5 階以上だと思いますが、建設しようと考えた場合に物理的な、建築的な手法としてはスロープという考え方がございます。もう一つは機械的に、エレベータで上下に動かすような立体駐車場という考え方がございます。いずれにしても、かなり場所を確保しなくてはいけないということが発生いたしますので、今かなり狭隘な厳しい敷地条件の中では、最初に前提条件として病院の機能を重視していきたいと考えておりました。そういった中で、駐車場計画に関しては、周辺の現在ある分散型の駐車スペースを引き続き利用していただくことがベストであろうということで、今回の検討提案の中には入れておりませんでした。

### 田村委員

はい。もし仮にするとすると、法律上の容積率の考え方としてはどうなるのかというのを参考に教えていただけないでしょうか。

### コンサルティング業者

完全に外部であれば、面積には入らないと考えます。それに至るまでのスロープ、車路関係はこれは協議によりますが、入ると思います。

### 窪田委員

ヘリポートとかは考えられるのですか。すみません、変なこと言っているみたいで。救急だとすればヘリポートと思っていたんですけども。

### コンサルティング業者

ヘリポート、7 階建ての周辺に設置することは、不可能ではないと思います。これは、関係省庁と協議をして、ヘリポートの進入角度、特に南側に幹線が通って高架がございまして、その限られた進入角度等を考慮し、関係省庁と協議のうえ、決定されると思います。不可能ではないと思います。

## 伊関副委員長

不可能ではないと思いますけども、周辺の住宅密集地の中にヘリが降りてくるとなると、また周辺の住宅との調整がものすごく難しい。ヘリも理論上は可能だけれども実質は相当難しいと思います。

## 山浦委員長

時間がすでに私が予定した時間になっております。あと 15 分だけ質疑をしていただいて、おそらく結論はまだ出ないと思いますので、そのような予定でいきたいと思います。

## 谷川委員

よろしいですか。ちょっと場違いな質問になってしまうかもしれないんですが、山浦委員長にお聞きしたいんですけれども、議事次第として今日 3 つ議題ありまして、現地建替え案が 3 つ議論されていますけども、そもそもアイテックさんが示された計画案なんですけども、A、B、C、520 床、540 床、610 床というふうに先ほど、機能とか規模について議論ありましたけども結論出てなかったですね、議事次第の 2 番目としては。例えば経営のことについても全く触れていませんし、今後どういう形で、今日第 3 回目で公募市民として初めて議事に参加してますけども、どういう形で進められていくんでしょうか。その辺をお聞きしたいんですけれども。

## 山浦委員長

おっしゃるとおりですね、私の非常に楽観的なプランとしてはもっと A、B、C について時間を取れると思っていたんですけども、前段が非常に長くなりました。A、B、C のうちで、先ほどのディスカッションにしてもこれはあり得ないというのがあれば、それはカットしていただいて、そして残ったものについて発展させれば、可能性があるなというのに辿り着けばそれについてもう少し詳細に今言っていたようなプランを考えていこうと思っておりました。しかし前段が非常に長くて、いい意見も出たんですけども、私が最初プランし

た考えは取りやめて、あと 10 分ぐらいですね、自由に質問して頂いて、次回にさらに詰めていきたいと思います。

## 谷川委員

よろしいですか。またさらに機能、規模あるいは経営について踏み込んでいかなければいけないと思うんですけども、経営の案とかですね、先日事務局さんの方から示された過去 4 年ぐらいの資料の中に、いろいろと収支の予測とかについて、記載されたものがありますけども、こういうものも今後出てくるんでしょうか、資料として。例えば A 案、B 案、C 案のどれかを討議していきますよね。それでこれがいいんじゃないかという案が選定されたところで、経営とかそういうところももう少しつっこんで、細かく精密に議論していかなければいけないんじゃないでしょうか。私はむしろ経営に関しては、伊関先生もご専門でいらっしゃると思いますけども、もっと多くの専門家が来て意見を言ってくれるのかなということ勝手に想像していたんですけども。

## 山浦委員長

ありがとうございます。非常に重要なところを突かれていますけれども、今日のメインのところは何かといいますと、機能について十分ディスカッション出来たんじゃないかというふうに思います。その機能をベースにして、今度スケールですね、ベッド数になるかもしれませんが、それについて今日はまだ結論は出していません。それでこの会の進行とそれからアイテックさんへの依頼が必ずしも一致していなかったものですから、我々もこの資料初めて拝見しているんで自由な質問も出来ないのですけれども、今回はこれをお持ち帰りになってお考えの上また次の機会に質問を受けたり、討議したりしたいと思っています。

それで経済的な問題ですね。それもこれまでディスカッションしていません。それは絶対に必要なものだと思います。私が強調したいのはですね、箱は造った、中身はどうするのだという。財源、財源と皆さん心配されますけれどインシヤルコストはそれはいくらかと出るんですよ。その後、松戸市の財政を圧迫す

るような経営状態が続くようじゃ、それは箱を造ったってしょうがないという感じがするんですね。それはまた別の次元でのお話になりますけれど、それも忘れてはならないことだと私は思っております。それで限られた時間ですけどアイテックさんへの質問は他にないですか。

### 江原委員

機能についてまで細かく書かれていますけども、これを持ち帰っていろいろな機能がどうか検討したいと思えますけども、ただ一つ例を挙げると新 7 号館に、新 7 号館というのは道路を挟んでの医師住宅の所ですね、ここに当直室が置いてありますけれど、とても考えられないことですね。当直室が道路を挟んで、別の建物、病棟から離れたところというのは。これはもう一度考え直して頂きたいと思えます。

### 岩堀委員

今、大変大事なことをおっしゃっていただいたと思うんですけど、今日はっきりしたのはここにマックス 44,000 m<sup>2</sup>しか建たないんですよ。それは非常に大事なことだと思いますね。そうすると、ちょっと私が申し上げたいのは、ベッド数が 600 か 700 か 800 か、将来的なことも含めて、そうするとその 44,000 m<sup>2</sup>をベッド数で分けていくわけですね。はたして急性期の病院として私は足りないとは言いませんけど、いいのか悪いのかということが大事な事になってくる。それが結局経営的な面でいえば、今委員長がおっしゃったように初期投資をどうするのかということで、全部借金とは思いませんけど、医師の方にも非常に精神的にも負担になってくる可能性があるんで、病院の建物の規模にもよってくるということです。その辺もきちっと議論していかなければと思っております。

### 伊関副委員長

これは、聞こうかどうか悩んだんですが、ザックリしたものでいいんですけど、B 案の標準の金額はどのぐらいなのでしょう。

### コンサルティング業者

今、明解な数字はとてもお答えられる状況ではございません。詳細のスペックもまだ決まっておりませんので、残念ながら、期待されるお話しはございません。ある程度のプランが定まった時点で、工期も改修の部分を入れるのか入れないのかそういったものが定まってきてはじめて生まれてくるものだと思います。ザックリというのは今の段階では難しく、できれば次回ですね。

### 山浦委員長

それから工期ですけれども、これは潰しながら建てますよね。だから5年、6年かかると思うんですが、もし更地に建てるとしたらどれくらいお考えですか。だいたい何倍ぐらいかかるかというのを知りたいわけです。

### コンサルティング業者

ひとつは、建物の規模によります。それから階層によって変わってきますので、我々、単純にやりますと、大体一層あたり一ヶ月半とか、ま、規模にもよるんですけれど、そういう計算では、例えば何階建てるからどれくらいかかるということは、更地の場合は言えると思うんですけど。今はその規模も判りませんので、大きな工程というのはちょっとできないです。

### 山浦委員長

規模が判らないとおっしゃいますけど、何でもいいんですけど、例えば600だったら何ヶ月で建ちますと。あの我々判らないのは5年6年がべらぼうに長いのか。

### コンサルティング業者

ひとつの実例があります。640床前後のものの実例ですと、免震構造を入れてまして28ヶ月。それは地盤にもよりますが、24ヶ月～28ヶ月程度でした。

## 山浦委員長

2年あまりということでしょうか。

## 岩堀委員

よろしいでしょうか。伊関先生の質問に答えられないというのは、現時点では積み上げる数字ということでは答えられないのですが、一方で経営的にはですね、収支のバランスの中でこれだけだったらかけられるという見方もあると思うんですね。それでその足りない分は自分で自己資金として持っているのか、ちょっと素人っぽい言い方ですけど、市が負担していただけるのか、いずれにせよそういうことも含めてどれぐらいが限度だというのがある程度議論の中に出てこないと、経営的な観点からいうと非常に危険なことになるというふうに思います。

## 山浦委員長

コストに行く前にですね、先ほどディスカッションした機能も果たさなければ、将来の可能性がないというようなそういう案があればですね、それはもうカットしてしまっていていいと思うんですね。

## 山口委員

A案はそういう意味では産科が仮設で、全く考慮されていない。仮設でどうしようかというそういう案ですから、これは話にならないんじゃないですかね。

## 伊関副委員長

医療的な観点から難しいということですね。

## 山口委員

まったく話にならないですね。

## 山浦委員長

そろそろ延長した時間の限界が来てしまいました。それではディスカッションは不十分ではあるんですけども、今日この資料をお持ち帰りになって、十分にお考えいただければと思います。よろしいでしょうか。最後にこれだけは聞いておきたいという方があったら、どうぞ。よろしいですか。それでは、これで委員会としては閉会としますが、事務局の方からは何か連絡はありますか。

## 病院建設事務局長

A 案はなくなったんですけど、検討を深めていただくのに次にコンサルの方にある程度、次のステップで深めていただくのに 2 つの案を深めていただくのもちょっと厳しい状況かなと思ひまして、ちょっと考えていたものですから。申し訳ありません。

次回は 12 月 2 日 3 時半からを予定しております。それから委員会が終わった後、部会の委員さんの方たちは残っていただいて、「意見を聴く会」の開催要領についてご協議をしていただくことを予定しております。以上でございます。

## 山浦委員長

ありがとうございました。それでは第 3 回委員会を閉会といたします。ありがとうございました。

委員会散会

17時48分