

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16日（水）14時開会

2 場 所 市役所議会棟3階特別委員会室

3 出席委員

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

4 傍聴者 千葉日報、日刊建設工業新聞、建設通信新聞、東京新聞、読売新聞、朝日新聞、日刊建設新聞他46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

それでは、第8回松戸市立病院建替計画検討委員会を開催します。開催に先立ちまして、今日は写真撮影の希望がありますので。冒頭で写真撮影をしていただけますか。

今日のだいたいの計画ですが、2時間を見ております。2時間半になることもありうるのですが、実質上の審議は今日が最後になるのではないかと考えております。あと9回と10回が残っておりますが、それは答申書の作成のための論議に取っておきたいという気持ちからです。

今日の全体の計画ですけれども、前回質問が出ました宿題について簡潔にお答えいただきまして、そのあと今日のメインのテーマです。現在の松戸市立病院が抱えている6つの主な機能がありましたね。小児であり、3次救急であり、がん拠点であり、脳卒中拠点であり、あと災害と第2種感染症指定のことなんですけれども、その機能を維持して確保していくためには、どうしても600床が必要であるということが、主たる意見として残っておりました。それに反対する方もいらっしゃるんですけれども、その何床にするかという最終的なときに、私自身が一つ懸念になっていることは、看護師の確保がままならないのではないかと懸念。それから将来、高齢者が非常に増えて、患者さんが圧倒的に増えるのが私どもの認識ですけれども、そうではないんじゃないかというご意見もあるかに見受けておりますので、その2つの点について最初の半分を割きたい。それから後半の半分は、今日東松戸病院に2名の委員の方と行って見学してきました。2名の方は初めて東松戸病院の敷地、東松戸病院の病院の中に入ったわけですけれども、それぞれ大変新鮮な感じをお持ちになったと思うんです。これまでの議論でも、松戸市立病院、私の言う第1病院ですけれども、それを活性化するためには、あるいは松戸市民の医療を保障するためには、2つの病院が手を取り合わないといかんのじゃないかというところに議論が進行していると思いますので、東松戸病院の活性化という点で、後半の半分くらいを割きたいというふうに、私は議長として計画をしております。

それでは早速ですが、前回の宿題でもあるところから入りたいと思います。これはアイテックさんからのお話になりますね。できるだけ簡潔に。今申し上げましたように、最後の審議になりそうなので、できるだけ簡潔にお願いしたいと思います。

コンサルティング業者

前回頂戴した宿題は、工事に伴う入院収入の減額について、前提条件を明確にした上で提示するようにとのことでした。

資料 01 ページをご覧ください。本資料は、建替え計画 C 案における再整備事業費をまとめたものです。

事業費の項目として、建設費、設計・監理委託費、機材整備費、諸雑費の 4 項目で計上しております。総額 173 億 2 千 450 万円となっております。内訳は表に示すとおりです。

建設費につきましては、第 5 回の検討委員会にて提示しております内訳内容と同様となっております。建設費における新築部分の工事単価は、平米あたり約 32 万円としております。

ちなみに、国立病院機構の病院建築標準単価の平米 30 万円に比べて 2 万円高めに設定しありますが、狭い敷地での難しい工事であることを見込んだこと、免震構造の採用を想定した単価となっております。

また、ここに計上する建設費には、土壌汚染対策費、電波障害対策費、アスベスト調査および処理費、近隣対策費、各種負担金、ヘリポート設置費等は含んでおりません。

(2)の設計・監理委託費につきましては、建設工事費に相場の設定比率を乗じて算出しておりますが、特に監理委託費については、工期が 75 ヶ月と長期にわたることから、通常では建設費の 1 パーセント相当のところを建設費の 2 パーセントで計上しています。

(3)の機材設備費ですが、①医療機器の整備費は、すべて新しく整備すると 1 床あたり約 1 千万円相当の費用を想定するとして 600 床であれば約 60 億円が見込まれますが、既存の約 7 割程度は移設で対応することを前提として 16 億円を計上しています。

②備品費の整備費は、什器を対象として 1 平米あたり約 2 万円を目安として想定すると約 9 億円と見込まれますが、半分以上は移設できることを想定し、4 億円を計上しています。

③医療情報システム導入費は、現病院の電子カルテシステム導入時と同規模

程度の仕様のもをを導入することを前提として初期投資額を計上しています。

なお、以上の①～③については、平成 22 年 2 月に松戸市が策定した「新病院事業収支計画の見直し案」で計上している金額と同額としてあります。

(4)の諸雑費として、①の引越し及び機器移設費用ですが、各工期の端境期に発生する引越し規模と物量を想定し、実勢単価に基づき概算額を試算してあります。なお、大型医療機器の移設調整費用は見込んでおりません。

②の移行準備費につきましては、設計段階から開設までの期間に必要とされる運営システム策定と医療機器整備等に関わる委託費用として、年間約 1 千 5 百万円を目安として 7.5 ヶ年分を見込んでいます。

次のページ 02 ページをご覧ください。

山浦委員長

ちょっとお待ちください。最初の宿題は岩堀先生からの質問でしたよね。

岩堀委員

そういうことも含んでいると思いますが。

山浦委員長

先生の場合、それでよろしいですか。

岩堀委員

ちょっといいですか。単価ですけど、国立病院機構の病院建築標準仕様の単価を使ってますよね。30 万。

コンサルティング業者

はい。

岩堀委員

一方でベッド当たり 2 千万前後か以内にしなきゃいけないということも言っ

てますよね。その辺との兼ね合いで言いますと、これだけかかるという意味ではわかりますけれども、経営的な観点から許容出来る投資額がどうだとかということになると、ちょっと受け入れできかねる、ところがあります。

コンサルティング業者

その辺のところは、この中では考慮しておりませんが、事業収支計画を作っていく中で考慮しながら計画したいと思います。よろしいでしょうか。

岩堀委員

今の時点ではそういうことにならざるを得ないと思いますが、単価というのは、目標単価みたいな部分もありますよね、今の時点では。これから設計をする、発注をする、工事をする中で、それぞれ工夫ができると思うんですね。ですから、ぜひ経営的な観点からどのくらいに収めなければいけないということも考えておく必要があると思います。

コンサルティング業者

わかりました。コストダウンを図る施策も検討している状況ですので、併せまして検討していきたいと思います。

山浦委員長

それでは、次をお願いします。

コンサルティング業者

はい。02 ページでございます。

こちらは、事業収支計画を策定していく上で、収入と費用の項目、それと設定条件を整理するためにまとめた資料でございます。

左側に収入に係わる項目、右側に支出に係わる項目を挙げています。

それでは、実際に作業に携わっている担当者から説明させていただきます。

工事に伴う入院収入および入院収入に影響する主たる費用の予測について、2

ページにわたりまして資料を説明します。

今回報告するケースとして、本日までに事務局と打ち合わせを行ってきた結果、成人と小児科、小児外科、新生児科を一体とした場合について、入院収入影響額（収入減）を試算しましたので報告します。

本ページでは、1.前提条件、2.入院収入に関するもので展開しております。

まず、前提条件で①入院収入前提条件ということで、松戸市立病院建替検討案における入院収入のシミュレーションをするための前提条件でございます。病床数につきましては、第 5 回松戸市立病院建替計画検討委員会資料から抜粋しております。ただ、Ⅰ期につきましては、570 床としております。今現在、許可病床が 613 床ございますが、35 床の休床があります。また、感染症の 8 床も第Ⅰ期では稼働させないということで、570 床としております。その後、第Ⅱ期、第Ⅲ期につきましては、第Ⅰ期工事終了後 477 床、第Ⅱ期終了後は 418 床、第Ⅲ期終了後は 605 床ということで設定しております。

病床利用率につきましては、第Ⅰ期工事期間は平成 21 年度実績の 80.7%とします。その後、病床規模が縮小するため病床利用率 90%を推計値として設定しております。各工事期間の端境期における病床利用率につきましては、他病院の事例から、低下として 11.4 ポイントを減少させております。第Ⅲ期工事終了後については、現病院の患者数の実績 460 人を基準にしまして、605 床に対して、割合で病床利用率を設定しております。

入院診療単価についても、実績値を持ってきており、基本 10 : 1 の 48,290 円としており、第Ⅲ期になりますと病床が減りますので、そこにあてる 7 : 1 の単価 50,254 円ということで設定しております。

病院診療日数は、365 日となります。

看護配置につきましては、第Ⅰ期工事期間から第Ⅱ期工事終了までと第Ⅲ期工事終了後が 10 : 1 となります。第Ⅱ期工事終了後から第Ⅲ期工事終了までが 7 : 1 で 25.5 ヶ月を想定しております。

それでは、前提条件を踏まえ入院収入（成人と小児科、小児外科、新生児科を一体とした場合）における予測について説明します。

表中縦は項目、横に工期としています。項目は、入院収入を予測するための

前提条件および各工事での入院収入差額を予測するための項目となっております。各工事期間での入院収入差額を予測するため、1ヶ月あたりの入院収入の差額を予測し、1ヶ月あたりの入院収入の差額に各工期の試算月数を乗じて入院収入差額を算出しています。薄い黄色の部分は、1ヶ月あたりの入院収入の差額になります。

横軸の工期は、全工程Ⅲ期の工事区分に大きく分かれており全75ヶ月を各工期に整理しております。薄緑の部分が成人に関する病床と看護配置を示しており、水色の部分が小児科、小児外科、新生児科に関する病床と看護配置を示しています。

ポイントとしては、看護配置と移設に伴う病床利用率の低下が収入予測に影響を与える大きな要素になっています。

看護配置については、現病院で実施されている看護配置10:1を基準として、病床規模が最も縮小するⅡ期移設期間1ヶ月とⅢ期工事期間24.5ヶ月を看護配置7:1としています。

移設に伴う病床利用率の低下については、各工期の移設期間1ヶ月に他病院の類似事例より病床利用率を11.4%低下させて予測を行っています。

各工期の病床数、病床利用率、診療単価、1日平均患者数とあわせ確認ください。

入院収入差額（減収額）を見ていきますと、平成21年度実績ベースで運営した場合と再整備を行った場合（工事期間中）と比較して、工事に伴う減収額は、Ⅰ期からⅢ期の合計で約40億6千万円となります。

続きまして、2ページ目を説明します。

ここでは、入院収入に影響する主たる費用（材料費、経費、給食材料費）を試算しています。

材料費については、平成21年度の材料費に対する医業収益比率24.1%で設定しており、外来は構成比率から算出して金額を固定値としております。入院は対医業収益比率と入院の構成比率を乗じて設定しております。

経費につきましては、水道光熱費、委託費、修繕費、その他経費は延べ床面積における比率、賃借料は平成21年度の実績で設定しております。

給食材料費につきましては、1人1日3食、690円として、対象患者340人を乗じて設定しております。

03-2 ページに戻ります。入院収入に影響する主たる費用（材料費、経費）を試算しております。

先ほどの表と同様に、表中縦は項目、横に工期としています。項目は、入院収入に影響する主たる費用の項目および各工事期間での入院収入に影響する主たる費用の差額を予測するための項目となっております。

各工事期間での入院収入に影響する主たる費用の差額を予測するため、1ヶ月あたりの主たる費用の差額を予測し、平成21年度実績ベースで運営した場合と比較して差額を算出しています。主たる費用の差額は、Ⅰ期からⅢ期の合計で約8億7千万円となります。

最下段の入院収入影響額は、2.入院収入で試算した工事に伴う減収額を3.入院収入に影響する主たる費用の差額で差し引き、入院収入影響額としています。工事期間中75ヶ月間の入院収入影響額（収入減）は、31億9千万円となります。

以上です。

山浦委員長

ありがとうございました。工事中の給食あるいは薬は使わないというような計算をした上で、約32億円の減収が見込まれるということです。アイテックさんの方では、いろんな条件で自在に算出できると聞いているんですが、委員の中でこの数字はおかしいんじゃないか、あるいは非常に細かいことをやられると一晩あっても終わりませんので、主なところを指摘があればどうぞ。

山口委員

まずこういう前提でやればそういう結果になったんで、それはそうだといいことでしょうけど。まず病床利用率90%と言うのは、一般のこうやって現地建て替えをやっている病院で、病床利用率が上がるということっていうのはあるんですかね。工事期間中で。

コンサルティング業者

90%が上限だと考えます。入院患者数が変わらずに収容する規模が縮小するということです。例えば、通勤電車で10両編成の電車が8両編成になると混むという考え方に基づいての90%の設定です。

山口委員

これは、算定する場合に、一般的に実例として90%くらいになっているんじゃないかな。工事中に。

コンサルティング業者

事例については、調査できておりません。

山口委員

こういう算定の実績は、アイテックさんお有りですか。

コンサルティング業者

事業収支は何度も作っておりますが、現地建て替えて段階的に細かな建て替えを繰り返していくということに関してはそれほど例が無いのが正直なところでは。

山口委員

そういうことですね。次に、成人と小児関係を一体とした算定ということで、すでに答えが出ちゃっているようなものですが、これは、この計画は小児関連病床数はそのまま変わらず、減るのは成人部門だけということになっているわけですね。成人と小児で診療単価、どうでしょうか。手術をやるような成人部門と小児で、一日の診療単価はどちらが高いですか。

コンサルティング業者

今回提示したものは一体ということで試算しております。

山口委員

わかっているんです、それは。前提がそうだってことはわかっているんですが。

コンサルティング業者

小児の方が高い単価になっています。

山口委員

一般論として、小児の入院の、工事をやっていない時でもいいんですけど、小児の入院単価と成人の手術とかやる普通の成人の入院単価とどっちが高いんですかね。

コンサルティング業者

現病院の入院収入を延べ患者数で割るという結果では、小児の方が高い単価を示しています。

山口委員

はい、結構です。

伊関副委員長

この試算というのはなかなか難しいと言いますか、逆に一生懸命に頑張られたと思うんですけども、いろんな要素がいくつかあって、これは議事録に載せておくために、また市民の皆さんにこういう見方もあるのではないかとということで話をさせていただきますが、一つの視点として、建設工事で患者さんが他の医療機関に逃げてしまう可能性がある。それで収益が下がるという可能性が、あるかもしれない。逆に、Ⅲ期の 24.5 ヶ月間の工事期間。418 床しか使えなくて 90%というのは、急性期病院としては余裕が無くなっていくレベルだと思いますが、可能な入院患者が 376 人で。今の小児だとか大人の 3 次救急も含めて、この病床数で 2 年間、きちんとした医療を提供し続けられるのかどうか。

ここは逆に、いっぱいいっぱいになる可能性もあるなと感じます。患者さんが逃げる以前に、本当に受け入れられる人を受け入れられない危険性もあると感じます。それとはまた別の要素として、医師のモチベーションの問題もあり、現地建て替えだと大量に辞める可能性がありますので、そうした場合は、これはアイテックさんの試算とは別枠なんですけど、お医者さんが1人辞めると1億収益が下がるみたいなことも言われていますが、10人辞めただけでそれだけで10億下がるわけです。それが何年も続けば、それこそ何十億にもなかねない。このような要素があるということは、市民の皆さんも、32億という数字で固定じゃなくて、さらにマイナスが拡大する可能性もあるだろうということを理解してほしいと思います。もう一つ、32億の減収分は松戸市にお金が入ってこないことを意味します。これは、病院建築に現金を投入できる分が減り、起債でまかなう分が増えるとも考えることもできます。起債の元利償還を考えれば、32億が、30年だったら1.5倍の45億くらいの借金の返済額にもなりかねない数字ということも、市民の皆さん、理解されておいたほうがいい。それを覚悟して建て替えをするということであれば、それも一つあると思います。おそらく32億円よりも少ない金額で済むというのは相当難しいという感じがします。何が起きるか分からないですし、それこそ医師が10人、20人まとめて退職するだけで、単純に年間で10億、20億の損失が出ます。それを5年やれば、100億ですので。ばくちみたいな世界での損失が出るリスクはあるということは、議論の前提として市民の方は頭に入れておかれたほうがいいと思います。

もう1つ、これは逆に質問で、1ページですが、概算事業費で新築部分の工事単価が平米当たり32万円というのは、これは国立病院機構の単価よりは少し多いですけど、相場感として、これはかなり工夫してぎりぎりの金額で算定したのか、それとも少し余裕を持って金額として算定してるのか。よくある自治体病院の価格だと、どれくらいの金額が標準なのか。この辺の、設定のレベルについてお話をいただいたほうが、市民の方に対してわかりやすいと思うので、説明をお願いしたいんですけども。

コンサルティング業者

前回に工事費を提示した際にも同じ回答をしましたが、現地建て替えの状況では国立病院機構の単価ではかなり厳しい状況です。この単価から、基本設計・実施設計と設計を進めると更にコストは上がりますので、トータルで平米当たり32万円でやり繰りは可能であろうということが、経験を含めて出させていたいただいた回答です。

伊関副委員長

いわゆる殿様商売の自治体病院が一般でやる金額というのは、逆に言うところのレベルだとどれくらいの金額で。どこの病院というわけではないけど、そのイメージも市民の方も持っていた方がいいと思うので。どうでしょうか。10万ぐらいは軽く乗っちゃいますか。

コンサルティング業者

そこまではいかないと思いますが、そこそこの割高感があります。

伊関副委員長

要は、この金額というのは、達成は可能だけど相当頑張らなければならない金額であるということは確かであるということだと思いますね。

コンサルティング業者

はい。

伊関副委員長

要するに、これからさらに工夫すればがんがん下がるというレベルの金額ではないということですよね。

コンサルティング業者

そうです。おっしゃるとおりです。

山浦委員長

ただ今の質疑応答は非常に重要ではないかと思えます。それで 32 億円の減収という大雑把な数ですけれども、それはどういったリスクを持った数字であるか、我々も心にとめて話を進めていきたいと思えます。何かの条件が変わったら、それは非常に莫大な変化をきたすという想定のもとで 32 億円の減収。それでも馬鹿になりませんよね。ありがとうございました。この議題はここまでにしたいと思えます。

それでは、先ほど私が冒頭で申し上げました、松戸市立病院が持つ、6 つの主な病院機能を果たすにはだいたい 600 床ぐらい、およそ 600 床を要するんだという話がこれまでの意見のマジョリティーであったと思えます。それに関して谷川委員から資料が出ておりますので、谷川委員、簡潔にご説明いただけますか。

谷川委員

前回私に宿題というか、機能について、そっちからでいいですね。これは傍聴の方のお手元の資料には無いと思うんですが、委員の皆さんには一番最初に配られたもので。まず病床の、松戸市立病院の建て替えについての病床規模と病院の機能について、過去に検討された経緯とその結果をちょっと確認という意味で簡単ではありますがお話しさせていただきたいと思えます。平成 18 年 6 月、松戸市地域保険医療計画推進協議会が作成しました「新病院整備基本構想」。委員の方にはファイルで配られていると思えますが、この中で病床の規模と病院の機能についてかなり検討されています。まず、基本構想の第 2 章で「医療環境の把握と将来像」。第 3 章で「両市立病院の現状と課題」。4 章で「医療供給体制の考え方」。5 章で、両市立病院、これは東病院も含めます。「両市立病院のあり方」。6 章として、「新病院の基本的な考え方」と検討されてきて、この 6 章の 4 番です。委員の皆さんのお手元にはある、今日お持ちの方いらっしゃったらご覧になっていただきたいのですが、35 ページですが、「病床規模」では、国のマクロ的な将来数試算を参考に、患者の療養動向、患者需療率、平均在院日数の調整の 3 案で推計されました。これによりますと、患者の療養動

向では 434 床、患者需療率では 437 床、平均在院日数の調整では 483 床と推計され、その結果最終的には不確定要素も加味され、必要病床数は 400 床から 500 床と想定されました。これが平成 18 年松戸市地域保険医療計画推進協議会が作成したものです。なお、この基本構想策定の中心となった新病院整備基本構想策定部会の委員構成は、横浜市病院事業管理者、東京大学大学院客員助教授、千葉大学工学部助教授・松戸市医師会副会長、松戸市医師会理事、松戸市立病院院長、当時のですね、6 名で構成されていまして。もう 1 つ、病床規模と病院の機能についてなんですが、これは平成 19 年 3 月 23 日にシステム環境研究所が作成しました「松戸市立病院 新病院整備基本計画について」。まずそこでは基礎調査として(1)人口動態、2 番目として将来の患者動向及び患者数の予測調査。3 番目に医療圏の調査。大きい 2 番として、新病院の機能についてなんですが、これはシステム環境の 8 ページにあるのですけれども、お持ちの方はご覧になっていただきたいのですが、新病院における診療科目の検討では、④「松戸市における入院患者数のシェア」、市立病院の市内における全診療科のシェアは、平均値で 9.9%となっている。これは前回江原委員と議論させていただいたんですが、あの時は 33%。あれは DPC を行なっている松戸市内の 4 つの病院のみを対象とした場合のベッド数でのシェアでした。ただ実際には、実績では、これは平成 19 年にシステム環境が作った策定案としては平均値、実際にこれは調べた調査結果で 9.9%になっております。進みます。新病院の機能(2)として、総合診療科及び専門外来設置の検討。また(3)として、センター方式の検討。ここでは東京女子医科大学病院、三井記念病院、静岡県立静岡がんセンター、トヨタ記念病院などの実例から検討が加えられ、運用のための具体的なセンター制の候補まで、何科と何科ということまで提言されています。そして 3 番目の「新病院における病床規模の検討」では、(1)目標とすべき平均在院日数が検討されています。2015 年に 11.6 日程度と考えられました。去年の平成 22 年 9 月で 12.3 日でしたから、かなりリアルな数字であり、システム環境研究所が見込んでいたことと実情とかなり近い数字ではないかと思えます。以下 3 つの試算が続きます。まず(2)として、「目標とすべき病床利用率」。これは県内の自治体病院を参考にして、病床利用率 90%との提示がされています。(3)「院内

レセプトによる病床規模の算出」では、〈ケース 1〉として 426.1 床。その次、(4)「市内患者の受療割合（シェア）による病床規模の算出」では、〈ケース 2〉として 428.1 床。3 つ目の試算として、(5)「病床区分と急性期病床の必要数試算による病床規模」では、〈ケース 3〉として 418.8 床と試算されております。さらに健全経営と病床規模について述べられ、現在では導入されていますけれども、DPC の導入も大切という記述があり、8 番目として、「地域医療支援病院の実現と地域の医療機関との連携強化」とさらに加えられまして、マクロ的検証、市内患者シェアからの検証、加えて院内レセプトも全部調べて、その実情からの検証を総合的に判断して、総合評価して、最終的には 393 床と提示されています。要するに、平成 18 年 6 月の松戸市地域保健医療計画推進協議会の「新病院整備基本構想」では、400 から 500、間を取って、450 床となっています。そして平成 19 年 3 月にシステム環境研究所が作成しました「松戸市立病院新病院整備基本計画について」は、393 床となっています。いずれにしても、私この委員会で何度も何度も 400 から 500 と言ってるのは、これを読んでのことなんですけれども、山口委員はじめ他の先生方も 600 床ということ強く主張されていますけれども、600 という数字は、むしろ紙敷に移転するという計画を川井前市長が提示してから急に 600 床の計画が持ち上がったのであって、松戸市ではそれ以前、平成 18 年、19 年の段階では、400 から 500 床、システム環境研究所では 400 床をちょっと切っているぐらいの病床規模で、答申、というか検討案が出されています。まずこれについて、皆さん、委員相互の認識が共有されていることを確認したいと思います。ちょっとだけなんですけど、院長、この数字に関してはどうなのでしょう。まずあり得ないというお答えの方が、ドクター側の委員の方には多いかと思うのですが、どんな感想があるかお聞きしたいんですが。

山浦委員長

ちょっとお待ちください。谷川委員が今、紹介してくださったのはこれまでに調査されたデータを紹介していただいたと私は取っています。それでこれまでもサイズについては散々ディスカッションしてきました。それで、谷川委員

が用意された次の資料について触れていただけないでしょうか。

谷川委員

わかりました。それでは、今お話してきたことについてはご確認いただきたいということにとどめておきます。

私が今回作成してきました資料なんですけれども、ちょっと時間がないので、ざっといきます。まず1ページ目。『なぜ病床数のダウンサイズの検討が必要なのか？』。考察Aとしました。これは改革プラン報告書の36ページに出ているんですけれども、600床が必要な主な理由として、高齢者（65歳以上）の人口の増加があり、またこれを含めて将来の患者増が見込まれるためであり、下の矢印に進みますが、年齢階級別の将来人口推移による影響のみを考慮した場合は、改革プランの棒グラフにあるように平成42年度では1日当たり736人の入院患者数の予測が成り立ちます。下の行にいただいて、ダウンサイズを検討する理由としまして、これは年齢階級別の将来人口推移による影響のみを考慮した場合は、ここ7年間の高齢者人口の実績を見ると、全くこの通りだと思います。ただ、後ろの方にグラフでまとめた資料1というのがあると思いますが、まずこの中で。

山浦委員長

すみません。ここで主張したいことは、75歳以上の方の増加率が高いということをお主張されるわけですね、資料1では。

谷川委員

資料1では大きく分けると3つの要素が入っているんですけれども、いずれにしても、ここにありますように、高齢者人口は、平成15年度では66,215人、平成21年度では91,864人と、34%上昇しています。これが、グラフでわかりますように、どんどんどんどん増えています。点線でグラフを縦に切った平成27年度以降は、これは改革プラン報告書のシミュレーションによるものをグラフ化したものですが、かなりの割合で後期高齢者（75歳以上）と前期高齢

者（65歳から74歳）の、前期高齢者の方は平成42年の頃方になると段々減っていきっていますが、後期高齢者の方は全体の数字を押し上げてどんどん増えていきます。これが人口増についてです。そして、平均在院日数。平成16年度実績として15.0日。これが、去年、平成22年9月では、12.3日と18%短縮され、短くなっています。高齢者人口はこのように大きく大きく増加しているんですけども、松戸市立病院の入院実績というものはどんどん減少し続けているというのが、明らかにこのグラフから読みとれ、27年度以降についてはシミュレーションではありますが決してでたらめな数値ではないと思います。いずれにしても、この高齢者人口増が松戸市立病院の入院患者増に直結するとは言いきれないのではないか、ということがこのグラフからも推察することが可能だと思います。急いでいきます。大きい2番に進みまして、「平均在院日数の短縮について」。これも今のお話とかぶるんですけども、改革プラン報告書の36ページでは、前回の委員会でもかなり議論になったのですが、平成42年度では1日当たり524人の入院患者数で、平均在院日数が10.5日という仮定になっていました。ここ5年の平均在院日数を調べてみても、平成18年度が15.1日、平成22年9月、去年の9月の段階で12.3日となっており、5年間で2.8日短縮されています。これは実績です。これは年換算にしますと、0.56日の短縮です。そしてさらに、改革プラン報告書の36ページのシミュレーションでは、平成22年9月段階の平均在院日数12.3日と比較して、平成27年までには5年間で0.3日短縮されています。平成32年までですと5年間で0.5日、5年ですと0.5日ずつの短縮で進んでいくのですが、平成37年まででさらに同じく5年間で0.5日、平成42年までで同じく5年間で0.5日と短縮していきます。それで、平成42年時点で平均在院日数10.5日と仮定して、こういう形で0.5日ずつと、平成27年度以降のシミュレーションでは算出しているんですけども、いずれにしても、このシミュレーションも含めて、平均在院日数を平成22年から平成42年までの約20年間で1.8日短縮されているわけです。そうすると、単純に1年換算でわずか0.09日ずつの短縮という試算になっています。これはどんなことが考えられるかと思って次のところにも書きました。平成21年度からDPCが導入されました。平均在院日数を縮めないと大きく診療報酬が取れない

ということで DPC が導入されたということが一因。そして、もう 1 つ。1 床あたりの面積。これは山口委員が、X 病院、Y 病院の例を出したあの資料の時、「広い病床だと機器も多く置いて治療効果が高まり、それは平均在院日数の短縮につながる」とおっしゃってましたが、もっともだなと思います。やはり 1 床あたりの面積を広く取れることもあって、平成 42 年の平均在院日数 10.5 日というシミュレーション値については、ひょっとしたらこれ以上の短縮、もっともっと短くなっていくという可能性も高いのではないかというふうに私は思います、このグラフからも。これは感想ですけれども、そんな気がします。また急性期病院として松戸市立病院がやっていくのであれば、このぐらいのレベルの平均在院日数の短縮をどんどんと達成していかなければ、収益の改善というのはやっぱりまずは見込められないのではないかと、公立病院、民間病院も含めて国は、「急性期病院はこっちの方向でやっていけ」ということを示しているのではないかなというふうに感じています。さらに進めます。今日先ほどお話ありました東松戸病院の充実の必要性ということで、これは後で議論がたくさんあるかと思うのですが、まずは同じことの繰り返しになりますけれども、高齢人口の増加の分析は書いてある通りなので省きます。次の 2 ページ目にいっていただいて、いずれにしても、前期高齢者数というのは減少はしていくのですが、後期高齢者数は 2 倍以上にどんどん増加していくわけです。それに対して、平成 19 年 3 月 1 日現在の千葉県病院名簿、これはシステム環境研究所の資料の 7 ページにあるんですけども、東葛北部診療圏における一般病床及び療養病床は以下の通りです。一般病床が、人口 10 万人に対して 506.2 床。全国平均は 707.7 床あるそうです。松戸市は全国平均に比べて 71.5% が一般病床です。さらに次が問題なのですが、療養病床に関して、人口 10 万人に対して 131.8 床。これは全国平均ですと 300.5 床あるのに対し、全国平均の 43.9% しかありません。これは平成 19 年 3 月 1 日現在の数値ではあるのですが、このように全国平均の半分以下というデータが出ています。やはり診療圏域において一般病床とその・・・。

山浦委員長

谷川委員、ちょっとすみません。今お話しになっている 3 番目については、これは大変結構なご意見ですけれども、後で議論しますので。

谷川委員

わかりました。それでは、飛ばして 4 番目にいきます。「松戸市立病院の周辺環境」。これは 1 で述べましたように、まず資料 3 をご覧いただきたいんですけども、これは千葉県保健所から取り寄せたものの数値です。高齢者人口が増加していることにも関わらず、市立病院の入院患者数というのは平均値でどんどんどんどん減少してきてるわけです。2007 年に松戸市内の病床数は 3,118 床ありました。これが 2007 年 2 月の段階で千葉県の方で把握しているデータですけども、372 床の増床が許可されたそうです。ただ資料 3 にある新八柱台病院はやめてしまったということで、2007 年当時があったのですけれども、有志の先生方で別の所で診療を継続されているということで、移転というか、この数字は不明ではあります。ただしこの許可病床数は生きているということでした。前回にも言ったことがあると思うのですが、特にこの中で千葉西病院が、200 床許可病床を増やしまして、408 床から 608 床になります。建築もまもなく始まるそうです。新松戸中央病院、これは建設が始まっていますが、50 床増床を希望しまして、283 床から 333 床に増床されます。改革プラン報告書には、この周辺の医療機関では病床が増えるということは反映されていませんが、このように病床が増えていくということを加味しても、さらなる入院患者数の減少が予想されます。もう実際に起きていると私は思うのですけれども。それと同様に改革プラン報告書 37 ページにあるのですが、診療圏における診療提供の充足状況によれば、2008 年現在では診療圏の病床数は 10,120 床、1 日当たりの累計患者数は 9,293 床、充足率が 109%と、診療圏内においては約 1 割の病床が過剰という調査結果が出ています。これは同じ内容の繰り返しになると思うんですけども、周辺の病床が増加しているということは、やはり松戸市立病院の病床稼働率の低下、つまり周辺医療機関に患者数を食われてしまっているということにつながっていると思うのですけれども。収益悪化の可能性が懸

念されるとしておきましたが、実際にはすでに収益悪化が生じていると思います。さらに、資料 5 として私ちょっとだけ軽く触れますけれども、資料 5 に黄色い折れ線グラフがありますが、これは松戸市の統計書から調べました。昭和 48 年から平成 20 年までの間です。グラフの一番上の折れ線でこの期間、市の人口がどんどんどんどん増えているのがわかります。それに比べて、このグラフが始まる昭和 48 年度当時の公立病院、つまり松戸市立病院と、あとは今日見学してきた東松戸病院の前に国が経営していた時の病院の合計病床数がこの四角い点でずっと表している折れ線数です。民間病院よりも多かったです。これが平成 3 年でどーんと落ちていますが、これは国から東松戸の病院を松戸市が譲り受けて、平成 3 年にオープンですか、平成 3 年から 4 年にかけてオープンして、それで V 字回復をしていますけれども、あとは平成 4 年以降一つとほとんど横一直線に近いんですが、これが松戸市立病院と東松戸病院の合計の病床数です。さらに、個人病院、これはアップダウンはあるんですけども、平成に入ってどーんと増えはしたものの、ただ平成 9 年、10 年の前を境にどーんと減ってきて、平成 20 年台近くになってきますとさらにもっと減ってきております。これが個人で開業されている個人病院の病床数です。そして何よりも一番の大きな変化というのは、医療法人で、どんどん増えてきています。松戸市の人口増加と歩調を合わせるように、増えてきています。平成 2 年から 3 年辺りに、どーんと増えていきますけれども、これは新東京病院が松戸でオープンした時のことを表していると思います。そして、平成 8 年から 9 年、ちょっと年度数が不明なのですが、これは千葉西病院がオープンした時の数字だと思えます。若干平成 15、16 年辺りは減ってはいるのですが、さらに平成 19 年以降は増えています。以上が資料 5 で、参考までに出させていただきました。いずれにしても、このように周辺の病院が病床数を増やしてきているので、やはり医療市場というものの変化があった。要するに患者さんはそっちの方にも流れていて、患者さんがいくつもの周辺医療機関にも流れていっているという市場が形成されていると見るのが妥当だと思います。これは意見です。そして 5 番目としまして、これは私が考えた、本当に稚拙かもしれませんが、本当に軽いシミュレーションです。資料 4 をご覧ください。これは、先日、亀田総合

病院でも看護師さんが少なくなってしまったという新聞報道がありました。そこにもちょっと記述がありましたが、社団法人日本看護師協会によりますと、2009年常勤の看護職員の離職率が調査されたそうです。これは、全国平均で、その1年間で辞めてしまう看護職員、看護師さんの数というのが11.9%だそうです。いずれにしても12%近くの全国の看護職員さんが辞めているということなのですが、ただ千葉県の場合は常勤看護職員さんの離職率が平成21年度で13.7%であったそうです。全国の平均値を取りまして、私12%と仮定して、それでシミュレーションをかけてみました。まずこれは表になっていますが、現職員は、病院事業概要でもありますが、だいたい看護職員さんは現在450人います。これは紙敷に移る計画の時に200人看護師が必要だということで、今から200人看護師を増やすには何年ぐらいかかるかということでシミュレーションをかけてみました。現在ほぼ450人働いていらっしゃいます。1年目で100人が年度の頭で就職したとします。増員して合計が550人になるわけです。年度の終わりでその1年間をトータルして12%の方が辞めると仮定すると、550人から66人減少します。そうすると、年度末には484人になります。同じように2年度で100人取ったとしてという形で、どんどんどんどん計算してみました。そうしますと、450人からほぼプラス200人になるのは、10年目です。やっと10年目で654人に、やっと200人その段階で増やすことができるという仮定です。これはあくまでもシミュレーションです。ただ下段の方に赤字で書かせていただきましたけれども、読みます。現看護職員数（およそ450名）に『7:1看護体制』に必要な200名を増員する場合は、看護職員の離職率を全国平均とほぼ同じ12%と想定し、千葉県では13.7%なんです。毎年さらに100人の看護職員を採用し続けられたと仮定すると、それでも200人の増員達成にはまだやっぱり10年かかるということです。なので、前回植村委員もおっしゃってましたが、今の附属看護学校の生徒さんに奨学金制度を設けていらっしゃるということでしたが、その方々を合わせても、100人入れても、やっとこのような数字なので。本当にこれは単純なシミュレーションの数字です。これを「ほら、絶対にこうですよ。」などと強く言うものではないのですけれども、かなり甘く見積もっても難しいんじゃないかなとこのシミュレーションをしてみて感

じました。それと資料 2 ページの 5 番に戻っていただいて続けます。それと現在看護師さんが少ないから、605 床と感染症 8 床を合わせた中で、35 床が休床しているわけです。今申しましたように、仮に 200 人増員かけても達成できなかった場合、さらに建て替え期間で 6 年から 7 年かかるということなんですが、その後でも集まらなくて「7:1 の看護体制」を実現できなくて「10:1 の看護体制」のままであったら、仮に他の自治体病院で「10:1」のままという所が、全国の市立病院に絞ってみても、6、7 年後の段階で一体どれだけあるのかなと疑問に思います。さらに新築になったとしても、「10:1 の看護体制」のままだと、看護職員は果たして諸手を挙げて来てくれるのでしょうか。やっぱり「7:1」とか、今そっちの方向に看護師さんも流れていっているような、今はそういう流れだと思っています。やっぱり 6、7 年後に新築工事が終わって、さあ新しくオープンしましたという時に、それでもやっぱり集まらず看護師さんが少ないから休床している病床があったとしたら、そのことも考慮しないと、我々のこの委員会の出す答申というのが批判されかねないんじゃないかなということだと思います。さらに 200 人が増員できたとしても、看護師さんの平均給与が年間 650 万あるそうで、その方々にさらに 200 人増えるということだと、年 13 億が固定費として増えていきます。そうしますと、やっぱり経費がさらにまた増大しまして、ひょっとしてまた周囲の病院に患者さんを取られて病床稼働率が低下した場合は、今以上に赤字が拡大していくのではないかと思います。以上より、私はやはり松戸市立病院は、急性期は、600 ではなくてさらにマイナスするべきではないか、東松戸病院は今の 200 床から増床した方がいいのではないかというふうに感じております。以上です。

山浦委員長

谷川委員、ありがとうございました。大演説のために、相当私の計画をオーバーしてしまったのですが、これに対する反論あるいは意見はたくさん出ると思います。最初に私の方の印象を述べさせていただいて、おそらく皆様のご意見の一部は代われるものではないかと思って、時間を節約したいと思います。谷川委員の資料は十分に拝見いたしました。幸いにして早めに手に入った

ものですから、時間がありましたので十分に拝見してきたのですが、冒頭にある考察 A で 600 床が必要な主な理由として 65 歳以上の人口増加ということを挙げています。これは改革プランからそのままお取りになったのですが、私どもは、600 床が必要な理由は、現在まで松戸市立病院が育んできた例の 6 つの主な機能、その病院機能、医療サービスを確保するために必要なのが 600 床であって、65 歳以上の人が増えるということに対してはあまりこの 600 床には気持ちを加えていないわけです。600 床なければ先ほど言いました 6 つの機能は果たせないんだということでこれまで話が進んできたと思います。それからダウンサイズについて、4 つ目の・ですね。高齢者が増えているにも関わらず入院実績が減少しているということについて、これは私も同様に疑問に思っておりますので、これは後ほど病院長の方にお尋ねしたいと思います。それから、2 番目が平均在院日数です。それから肝心なところなのですが、2 つ目の・です。約 20 年間で 1.8 日、1 年間わずか 0.09 日ではないかとおっしゃっています。それで将来は 10.5 日を切るような数字も望めるのではないかと書いてあるのですが、ここはいかなることかなと思います。一つは、平均在院日数が 15 日から 12 日に減った、これは平成 18 年から 22 年ですか、これは急速に減っています。ところが、もし平均在院日数 10 日を目指すのでしたら、現在の 12 日から 10 日になるのでしたら、こうはいかないんですね。15 日から 12 日に減らすのと、12 日を 10 日に減らすのは、これは大違いであるとお考えになった方がいいのではないかと考えております。1 年間でわずか 0.09 日短くすればいいとおっしゃるのですが、そういったことをお考えいただきたいなと思います。

谷川委員

委員長、すみません。これは単にデータを解析したことを言うだけです。

山浦委員長

ですから、数字にあまり時間を取ってしまうと、活きたディスカッションができなくなってしまうので、指摘したわけです。

それから、次にいきます。東松戸病院の活性化については、後でまたご意見

を拝聴いたします。

4番目の周辺環境です。それで、充足率という言葉が出てきて、109%とあります。その背景は、病床数が約1万、実際の患者数が約9,000人。ということは、充足率というものを私は初めて見たんですけども、我々がこれまでやってきたような計算からしますと、92%ベッドを利用しているという意味になりませんか。約9,000人の患者を待ち受けているのは約1万床ですから、そういった見方もできますよね。ですから、充足率というのは、必要な患者数以上にベッドがありますよ、用意されていますよという意味であって。

谷川委員

診療圏内での話です。

山浦委員長

いいですよ。それでもいいですが。1割の病床が過剰という、これは過剰では決してないと思いますよ。そういうふうに我々は理解して計算してまいりました。

それから、これは新しいデータなんですけれども、千葉県保健医療計画という医療に関するビジョンを書いたものが定期的に出されております。それで、これはまだ素案ということでまだ発表する段階には至っていない数字なんですけれども、平成22年4月1日の既存病床を計算しました。それは東葛北部の医療圏の数字ですけれども、厚労省の指定する基準は9,600、それに対して、現在ある病床数は9,071で、529足りないんです。厚労省が言う基準病床というのが本当に信頼できるかと言いますといろいろ議論があるんですけども、それを基準にして考えますと500を越える数がこの診療圏で足りないという数字が載っかっておりました。それを申し上げておきたいと思います。ですから、充足率109%というのは、ベッドが余り過ぎているという意味ではないと指摘したいと思います。

それから、5番目の看護師さんに関する考察です。200名増員が必要であるという根拠は私にはわかりませんが、こういったデータもあるんです。平成20年

度の地方公営企業年鑑、これは皆さんおなじみの年鑑だと思うんですけども、千葉県の中に松戸市立病院と並ぶような大きさの君津中央病院というのがあります。ここは7:1を現在取っているわけですけども、その実態を拝見しますと、619床、それで看護師さんの数が485とあります。と言いますと、松戸市立病院の看護師さんの数は、現在10:1でやっているわけですけども、それにかかなり近い数であって、松戸市立病院ももう少し頑張れば、20、30頑張れば、7:1になるんじゃないかなと私思った次第です。それで、平成20年度のその年鑑に松戸市立病院のデータが載っていますけれども、その時605床で、看護師さんの数が460とありました。ですから、最初に200人の増員ありきというのはいかなるものかなという印象を持っております。それから、その看護師さんのところの・の3番目ですが、毎年13億看護師さんの給料で出ていってしまいますよということですが、それは収益を上げるための13億であって、丸々これは戻ってこないというわけではありませんので、その辺も当然お考えだとは思いますが、指摘したいと思います。それから看護師さんについてはかなり詳しく分析されて、離職率が12%、13%ということを指摘されています。それは再就職率についてはお考えでしょうか。

谷川委員

いや、その数字は調べていないです。

山浦委員長

これは常識的なんですけども、離職率が12%、これはだいたい全国的にそんな数なんです。千葉県はやや高いかもしれませんが、それとほぼ同じ、13%、あるいは12%をちょっと欠けるくらいの再就業率です。それを消してくださいとは言いません。そういうことで、離職率と再就業率、つまり1回家に帰った看護師さんがまた仕事に戻ってくる率のことを再就業率と言うんですけども、それもかなり離職率に迫った数なんです。そのギャップを埋めるのが新しい卒業生ということで、だいたい千葉県2,000人ぐらいいるのですが、それが埋めると。それで少しずつ増えてきているわけです。そういった計算が広く使わ

れている考え方なんです。谷川委員、非常によく勉強してくださって、また私も非常によく勉強する時間を与えられたのですけれども、私の印象は以上です。

谷川委員

委員長、別にそれに対する反論ではないのですが、まず4番の充足率、これは改革プラン報告書に出ていたものです。改革プラン報告書はこの数字を根拠に推計値として出していますけれども、誤りであれば、これは総務省に松戸市が提出したものなので、改革プラン報告書自体を訂正すべきだと思います。そのことを一言付け加えさせていただきたいのと、あとひとつ。5番目の看護師の確保については、これは200人を増員しなければという紙敷の計画がありました。あの時は200人増やす計画だということを知りたのですが、その増員計画について極簡単なシミュレーションをかけた数字であって、「絶対200人増員しないと新しい病院に建て替えてもやっていけません」という、必ずしもそういうことではありません。あくまでもシミュレーションとして、稚拙ではありますが、極めて単純なシミュレーションを表にしてみただけの資料です。以上を付け加えさせていただきたいと思います。

山浦委員長

これ以外に資料を提出された方もいらっしゃるのでは。

伊関副委員長

議論しておかないと、おそらく傍聴の方もそうですし、私は一番重要なのは議事録だと思っていて、議事録を読む方がわからなくなってしまうので、ここについては事実も含めて詰めておいた方がいいのかなと思います。

山浦委員長

了解しました。

伊関副委員長

まず看護師の増員のシミュレーション自体が議論の前提として間違った方向に議論されてもまずいと思うので確認しておきたいと思うんですけれども。私も看護師不足は心配な部分は正直あります。ただ、シミュレーションをすることはいいと思うんですけれども、離職率が12%だと自治体病院ではまずいですよというレベルです。だいたい自治体病院の平均が8から9%くらいです。松戸市立病院は何%ですか。

江原委員

8.5%です。

伊関副委員長

要は、8.5%と12%だと、実は3分の2くらい違うのですよね。それだけで例えば1年目は66人が40人台ぐらいに落ちますので、これでシミュレーションは全然前提が変わってきてしまいます。ただ、100人採用できるかという、逆にこれは厳しいかなという気もするんですけれども。来年は何人採用できる予定でしょうか。

江原委員

来年の4月1日で491名予定されています。スタート時がです。

伊関副委員長

看護師の採用は何人くらいですか。

江原委員

約40名です。

伊関副委員長

40名採用ということ。

江原委員

はい、そうです。

伊関副委員長

やはり増員の方は少し少なめかもしれません。

江原委員

もうちょっとよろしいですか。それで看護師を増やす対策をいろいろとしているわけですが、お配りした資料をご覧いただきたいと思います。1番の看護職員数の推移ですが、平成17年4月には定数が505のところを517まで増えました。その頃、7:1とか叫ばれるようになってきましたが、この時点で定数を越えたために、松戸市の方で採用を止めてしまいました。したがって、その下段にありますように平成18年の4月には採用が非常に減っています。看護学校から採用が減ったために、看護師さんの離職もありまして、全体的に減っています。最近になりまして、看護師さんの採用が増えており、全体的に看護師さんの数も平成22年の4月の時点で481人に増えています。このように一時看護師の採用を定数のために減らしてしまったことが、今の看護師不足に大きな影響を与えたと考えています。看護師不足の対策としましては、3番に書いてありますけれども、看護専門学校生徒等修学資金貸付にかかる免除を復活しています。それから、看護師採用の試験回数を、従来の5回から10回に増やしています。それから、院内保育所における夜間保育日数を、週3日から5日に増やしています。それから、職員の自己啓発休業制度の創設ということで、職員が助産婦学校とか上級学校に進学を希望する場合には退職をせずに進学できる制度を創設しています。それから、看護職員の採用年齢を40歳以下だったものを50歳以下に年齢を引き上げています。それから、助産師及び看護師奨学金貸付制度の創設を行いまして、学内の看護学校の生徒は市から2万円もらっていたのですが、増額させて、5万円としました。そしてかなり奨学金を取る人数が増えており、ちなみに今年の1年生では、学内37名と学外の看護学校の生徒12名、合わせて49名が奨学金をもらっています。このような奨学金

をもらった人はほとんどが市立病院に勤務していますので、平成 24 年以降は放っておいても毎年 70 名近くの看護師が就職してくれると考えています。

山浦委員長

先生、重要なことを言い忘れていませんか。それは先生が作ったグラフで、赤（現員数）が下がってきてますよね。平成 18 年という年は、7:1 が解禁になって、それで東京都の大きな病院に軒並み吸収されて、社会的な問題になった年ですよね。ですからそれを言わないと、この下がっていくカーブが説明できないと思うんです。平成 18 年、19 年、20 年まで下がり続けている。全部東京の大病院に持っていかれてしまったんです。一時新聞をにぎわせていたので皆さんお気づきかと思いますが、この下降のカーブは、もちろん平成 17 年に市の失策であろうとは思いますが、その後段々と下がったのはそういった社会現象があったからではないかと思っております。

江原委員

その通りです。ここで定数を上げなかったということが非常に大きな失策だったと思います。

伊関副委員長

私も人数的に 650 人程度が 600 床だと必要だと思うんですけども、このシミュレーションの増員数が 100 は取れないだろうし、離職率が 8% 台ぐらいでいって、今後努力でこの数字でいくと何年ぐらいで 650 余に達するかなというように見込みみたいなものはありますか。

江原委員

650 というのは考えておりません。7:1 というのは、一般病床の比率です。特殊の ICU とか MFICU とか PICU とかは、2:1 とか 3:1 とかになりますので、そういう特殊な専門病棟の部門を持てば持つほど看護師さんの数は増えるわけです。アイテックさんのシミュレーションで、例えば 600 床で 580 くらい

看護師さんを入れれば7:1が取れるというようなシミュレーションについて言いますと、今のままいきますと、今までの努力だけで、だいたい8年ぐらいで591ぐらいに看護師さんを確保できると思います。ただし、我々は今後看護師獲得と定着のプロジェクトチームを作りまして責任者を決め、さらに看護師を集める努力をしたいと思いますので、そうすればもう少し早まると思います。それからさらには、外来の看護師さんが今99名います。この外来の看護師さんというのは、基準では7:1には入らない部分です。その内の半分近くを工夫して病棟の方に回せば、7:1は3年ぐらいで私はいけると考えています。

伊関副委員長

これは、傍聴の方や議事録を読まれる方への配慮なんですけれども、最初にシステム環境研究所の報告書、これはお手元にはないのですけれども、松戸市のホームページに載っていますので、ご自宅に戻ってから読んでいただければと思います。この中の数字で先ほど400床ぐらいが適当だというような報告書になっています。

病院建設事務局職員

すみません。補足の説明ですが、松戸市のホームページの中で、病院の建て替えに関して今まで色々検討してきた経過を年表形式で載せたページがありまして、そのページから先ほど伊関先生から話のありましたシステム環境研究所の報告書等もダウンロードできます。

伊関副委員長

それを後でご覧いただければと思います。それで議事録にも読んでいただけるようにあえて入れたのですけれども。だいたい400床レベルで試算はされています。先ほどそれをご指摘いただいて、やっぱりここ気になるのが目標年次が10年後の2015年を、ベースにしている。要は、今回松戸市立病院の検討で想定するのは30年先の団塊の世代の方が後期高齢者（75歳以上）になった時の救急なり、その高齢者の急性期医療について対応していく部分があるので、

この報告書というのは、どちらかというとも 10 年後の 2015 年をやっぴり目標として全体として病床数を見ているので、10 年だとこの数字はいわゆる効率化を図ればあり得るのかなと思うのですけれども、その先の 20 年、30 年先を見るとやはり全体としてこの病床数では足りなくなると言わざるを得ません。これは見解の相違かもしれませんが、議事録にきちっと残しておきたいのと、傍聴の皆さんにそういう考え方もありますということをちゃんと伝えておきたいと思ひまして、発言させていただきました。

谷川委員

すみません、一言お伺いさせていただきますと、私それも含めて、後で議論になると思うんですが、東松戸病院のことも出てくると思うので、それはその時に述べさせていただきますと思います。

伊関副委員長

もう一つだけ。一応研究者として言っておかなければいけないのが、資料 5 も、歴史を踏まえないとこの数字が、表が読み切れないと思うので。国民皆保険制度が達成されたのは昭和 36 年なんですけれども、その次の 37 年に、当時日本医師会の武見太郎という会長さんが、どちらかというとも自治体病院とか公的病院に非常に厳しい見解を持っておられ、その意向を受けた自民党が自治体病院や公的病院に関して病床規制法案というのを議員提出議案として可決しました。それで昭和 39 年から自治体病院の病床を規制してきたんですね。だから増やしたくても増やせなかったという歴史があります。それでなかなか増やせなかった歴史が、恐らくこの松戸でも、都市部だったのであったと思います。民間病院は、規制の対象外だったのでどんどん増えていきました。民間病院は個人病院と医療法人がセットになります。医療法人がばっと増えているときは個人病院が減っているはずなんです。個人病院の病床の権利を譲ったり、個人病院が医療法人に変わる場合もあります。そういう形で増えています。それで自治体病院が昭和 37 年の病床規制で規制されている中で、民間病院はどんどん国民皆保険制度の保険料に支えられて病床を増やしていきます。その中でこれ以

上増えちゃいけないという形になって、昭和 60 年でしたか、医療法が改正されて、病床の規制をすることになります。これは自治体病院とか公的病院については法律で、地域医療計画によって病床を決めますということを定められます。民間病院は事実上運用で規制されました。非常に不公平なんですけれど、ある意味。その駆け込みで、昭和 60 年から平成元年にかけて病床はさらに増えてます。公立病院は病床は抑えられてきたというのが歴史的な経緯です。その中で医療法人ないし個人病院の方は戦後昭和 36 年以降、昭和 35 年に医療金融公庫だったかな、民間病院に貸し出す金融機関が一時期出来たんですけど、それで潤沢に貸し付けをして伸びてきた歴史があります。そういう歴史を踏まえて、私が言いたいのは公立病院の病床数が抑えつけられてきた歴史もあるので。民間病院が優れているから増やしてきたし、公立病院は駄目だから伸びなかったんじゃないということを確認しておかないと、おそらく議事録を読まれる方が勘違いされても問題だと思います。ただ民間病院は非常に機動的ですし、経営はやっぱり上手いので、そういう民間病院に対して自治体病院が今までのお役所流ののほほんとした経営では立ち行かなくなっているのも事実だし、このままでいくと逆に本当に松戸市立病院の将来は厳しいだろうと思います。だから今回植村委員が管理者になって経営のことをきちっと見られるという動きになっています。そこは一生懸命やっていただかなくてはならないと思います。

山浦委員長

ありがとうございます。大学でなければ聴けないような講演を聴いたような気がいたします。

山口委員

ちょっと簡単に。結局、谷川委員の思いの源泉は、今日先ほど述べられましたように、平成 18 年 6 月の新病院整備基本構想、平成 19 年 3 月のシステム環境研究所にだいたい 400～450 床でいいじゃないかと、こう書かれているということでございますけども、先ほどもちょっとディスカッションの中で出たように、資料を読む時には、資料に書いてあることが、その字面がそのまま本当か

どうかよく考えてからにしてください。先ほども地域の患者数と病床数の問題で山浦委員長からご指摘がありましたね。病床が余っていると書いてあるけど、本当は逆で、簡単な算数をやりさえすれば実は足りないんだということがわかるわけです。それで新病院整備基本構想 18 年 6 月、これは平成 14 年から 17 年くらいまでのデータを使ってそこから割り算・引き算をして、将来の需要について述べたものでございます。将来需要が伸びるということは全く考慮に入れておりません。システム環境研究所については、これはもっとひどいですね。最初の 2、3 ページで将来需要が増えますと言っているのに、その後実際に計算する時は、平成 17 年ぐらいのデータを使って、そこから引き算・割り算をして少なくていいんだと。こういう論理なんですよ。しかも平均値を使ってはいけないところで平均値を松戸市立病院に当てはめるといって、こういう非常に単純な算数上の間違いをやらかしているんです。20%平均在院日数を減らすということが一番のポイントなわけなんですけれど、例えて言うと、クラスでテストの平均点数を 20%上げるという時に、点数が 50 点の子が 20%上げるのはこれは簡単です。30%上げることもできます。ところが、元々点数が 90 点の子がどうやって 20%上げるんでしょうか。谷川委員も先ほど離職率で平均値を使うことによって間違いをやらかしましたね。

谷川委員

あれはシミュレーションです。

山口委員

ですから、平均値を使ってはいけないところに平均値を使うということはやってはいけないわけです。だからシステム環境研究所はそういう面で全く間違っていて、谷川委員がおっしゃる大前提のシステム環境研究所がこう言っているからというのは大間違い。

谷川委員

私が言いたいのは、「この計画が出ていたから絶対これですよ」ということで

はなくて、『こういう検討が過去においてされていたんじゃないでしょうか？』ということを確認して下さい」と言いたいんです。

山浦委員長

山口委員のは一つの意見ですから、お聴きになってそれで終えて下さい。それからそろそろ休みを取りたいのですが、山口委員は資料をお持ちですが、それについては簡単に。それから田村委員も資料を提出していますね。それについても、山口委員に続いて簡単に説明して下さい。

窪田委員

すみません。谷川委員のこの資料、私も昨日いただいたので見せていただきました。そして今おっしゃったように病床は確かにあるんだけど、単純にこの病床と市立病院の病床を比べることはものすごい間違えているんだなと思いました。例えばオーククリニックというのは産婦人科ですよ。そうすると産科だけしか診ないか、婦人科しか診ない病床が入っている。例えば、大川病院なんかもレディースクリニックに変更と書いてあるのはそういうことなので、市立病院のように総合的にいろんなことを診る、それから重度になった人達を診るといって病院として、これらの病床を全部同じように考えていくと大きな間違いをしてしまって、重症な人たちの行き場がなくなってしまう。だから、そこまで診るのはとても難しいかもしれないんだけど、それぞれの病院がどんな特徴を持って何をやっているのかも考えながら、市立病院にどんな病床がいくつ必要かを考えていかなければいけないんじゃないかなと思いました。

山浦委員長

ありがとうございます。これも一つの意見としてお聴きください。それでは、窪田委員ありがとうございます。

山口委員

それでは、提出しました松戸市立病院の病床規模を減少した場合の問題点と

ということについて簡単に説明いたします。前前回でしたか、谷川委員が江原委員の提出いたしました病床規模が小さくなると黒字が減ってしまうというデータにつきまして政令指定都市立でいえばそういうことを言えるけれども、一般市立についてはそういうことは言えませんよということをおっしゃったので、別の観点から病床規模別に経営がどうなるかということ全国 867 自治体の公立病院で分析を行いましたのが図でございます。一般市立が紫色、政令指定都市が緑、県立が赤、松戸市立病院が青、600 ですが、図にありますように、病床数が減るにつれて、1 日当たりの入院単価というのは、設立母体の違いに関わらず、正比例して減少いたしました。ということで、あとですね、病床が減少するにつれて平均在院日数は延長し、病床稼働率は低下しました。したがって、経営を良くするためには十分に大きな病院規模が必要であることがわかりましたと。その後にはずらずらと書きましたのは、松戸市立病院の現状の機能を維持しながら病床数を減少させた場合の悪影響、機能を維持しながら病床を減少させることの困難性を列挙しましたので、これは後でご覧下さい。以上です。

山浦委員長

はい、ありがとうございます。大変手短かにわかりやすくお話いただきました。それでは、田村委員どうぞ。

田村委員

それでは、私から、グラフ 1、2、3 とちょっと 3 つのグラフの資料を提出させていただきます。今までの病院建設規模の議論の中で、平均の数値だけしか捉われていないという思いがありまして、私事務局の方に平成 21 年度の実際の入院患者さんのデータのご提出をお願いしまして、それに基づいてどのような傾向にあるのかということをもとめたのがグラフの 1 であります。これは平成 21 年度、2009 年の 4 月から 2010 年の 3 月、これの入院患者の推移のグラフと。簡単に説明しますと、稼働の病床数、これがちょっと消えてしまいますね、570 です。それでこれから平均しまして、だいたい約 460 人、1 日当たり。最高が、これも日にちが出てませんが、2 月の中旬ぐらいが 536 人

と。それと一番少ない時で1月1日お正月ですけれども、330人と。ということで、だいたい稼働の病床数の約80.7%が平均の数値と。それに合わせてプラスマイナスだいたい十数パーセントの範囲で数値が動いていると。特に1月、2月、3月ぐらいはかなり人数が多くて、やっぱり季節がら寒いと入院患者の方が多くなるのかなと思います。また逆にお正月ですと、年末年始のお休みになりますし、その前に退院という方もいらっしゃると思いますので、ここがやっぱりミニマムだということになるんだと思います。延べの年間の入院患者ですとか、入院の収入ですとか、そういうのはちょっと参考までに出させていただきました。

それでグラフ2ですけれども、まるっきり同じで、平成21年度のこのグラフにですね、病床の稼働数、すみません、これも抜けてしまっているのですが、最高が500ということで設定をしました。それで稼働の病床数の90%、450を上限として実際にどうなるのというふうに示したのがグラフの2です。これはただ単純に21年度分のグラフの上限の出た部分をカットしただけの数字ですけれども、これから推測しますと、平均患者数が440人ですね。グラフ1の460人と比べて20人ぐらいしか違わないと。ただし、グラフ見ていただくとわかるように、12月から、1月、2月、3月とほぼ満杯状態です。多分いつ行っても入院患者さんが一杯で、かなり大変な状態と。多分新しい患者さんの受付が制限されるのが実情じゃないかなと思っています。

それとあともう1枚、グラフ3ですけれどもこれもですね、平成21年度の実績を基に、これは病床数を460という設定をしました。上限はやはり稼働病床数の90%ということで416で頭打ちを切っております。このときに計算した結果が411.6人と。これは単純な計算の結果です。ただグラフを見ていただきますと、グラフ3の場合はほとんど年間通して上限に近い入院患者さんということで多分ちょっと、現実的ではないのかなと。

グラフ1に戻りますけれども、逆に稼働病床数の約8割ぐらいが平均入院患者数というのが現状の松戸市立病院の実力だと思います。世間はどうかちょっとよくわかりませんが、これを考えると、例えば平均の入院患者数の400人を確保しようとする、逆に0.8で割って500床を用意しないと年間を通して

平均 400 人が取れないということだと思imasるので、そこら辺のことも踏まえて規模のお話の参考にさせていただければと思imasます。

山浦委員長

ありがとうございました。とても良くわかりました。数字ではなくて視覚的に理解しやすいグラフを作ってくださいました。どうもありがとうございます。これで用意された資料は全部紹介済んだんですね。そうしましたら、ここで 10 分ほど休みをいただきたいと思imasます。それで本来ですと終了の時間なんですが、4 時が。30 分に限って先ほど紹介した東松戸病院の活性化と松戸市立病院の活性化についてお話いただきたいと思imasしております。それでは、これから 10 分間休みます。

(休憩)

山浦委員長

それでは皆さんお集まりのようでするので、最後の 30 分を始めたいと思imasます。

谷川委員

委員長、ちょっといいですか。

山浦委員長

何ですか。

谷川委員

先ほどの資料に対して、ちょっと意見と言うか感想も含めて。山口先生の資料です。取れないですか、そういう時間は。ちょっと疑問に思ったんですが。

山口先生の先ほどの資料、昨日届きまして読ませていただきました。1 番の全国自治体立病院の病床規模別の経営分析。先ほど控え室で伺ったんですが、東松戸病院で勤務のご経験をお持ちになって、本当にすばらしい見識の分析だ

と思います。ただ、入院の収入単価というものは、単純にこういうふうには言い切れないのではないかと、もっと出と入りの分析というものをしなければいけないと私は思いました。例えば入院収入単価というのは、各病院の立地、採算地区とかが違いますよね、それぞれ。それに影響を受ける施設基準によって違ってきます。そのことで病院事業のみならず、他の産業や事業とかも同様に、立地から、収支の影響を受けることは十分に理解できると思います。事業と言いますのは、収入と経費によって最終的に評価を受けるものですから、やっぱりコストパフォーマンス、投資してその経費も病床規模によっては変化することも考慮すべきじゃないかなと思います。ですから、一概に山口先生のおっしゃるようには言い切れないのではないかと思います。あと、企業年鑑の 500 床以上の病院の経営状況というのを、病院ごとに個別に見てみました。500 床そこそこぐらいのレベルの市立病院。半田市立病院、岐阜市民病院、平塚市民病院など。これらは大変に経営が、運営と言いますか、良好に運営されているようで、これらについては山口先生の言われる通りだと思いました。私が申し上げたいのは、1 については、単純には、病床規模だけでは判断できないんじゃないかというふうに思います。立地と収支、費用のことも考えないと単純には言い切れないんじゃないかと。それとこれは印象と言いますか、思いましたので、加えさせていただきたいと思います。2 番目の(1)について、2 ページ目の 3 行目、「松戸市立病院の持つ急性期病床を減らしたら医療難民が続出してしまおう」というのは、ちょっとこの地域では、松戸ではあまり起こりえないのではないかと思います。地方だとそういうことはあるかもしれませんが、江戸川を隔ててすぐ東京という立地で、そんな医療難民ということはないと思いますし、あと生意気なことを言いますけれども、先生の口からこんな公の場で「医療難民」なんて言葉を使っちゃうのはちょっとまずいんじゃないかと。これは個人的な感想です。それと④のところにもあるんですが、「医師の大量離職者」、これも危険な表現じゃないかと思いました。やはり煽り先導すると言いますか、煽るような表現は、ちょっとまずいんじゃないかと思えます、資料としてこういう記述があるのは。「退職の連鎖・増幅が起こり」というと、市民の方々は本当にその通りになるのかとか思って、間違った印象を与えかねませんので、こ

れもちょっとどうかなと思いました。

山浦委員長

谷川委員、もういいんじゃないですか。

谷川委員

感想を言いました。以上です。

伊関副委員長

これは言っておかなければいけないのですが、全国を見ると医師の皆さんのモチベーションの問題を甘く見ないほうがいいですよ。本当に。それだけは私、あっちこっちで見えています。あちらこちら行って、住民から見れば、このぐらい大丈夫だろうと思って発言したり、行動することが医師の気持ちを折り、その引き金を引けば、大量に退職する危険があります。そこは注意されることが必要だと思います。あと高齢者については、30年先の高齢者の増というのは、危機感を持って対応しないと厳しいと思います。今は何とかかなと思います。今の感覚で20年先対応できるかって言うと、できないので、そのための準備は必要だと思います。こういう考え方がお互いあるってところで、最終的には松戸市民の皆さんが決めることだし、議員の皆さんが決めることだし、最後は市長さんが決めるべきだと思います。それはいろんな意見があるということで、判断の材料としてお話をさせていただきます。私は全国、正直、北は羅臼から、羅臼は3人いたドクターが一時期ゼロになりました。冬は、天候が悪いと交通が途絶します。そういうところで必死になって、皆知恵を絞って医師招聘に行動するところもあるし、南は沖縄の八重山諸島の石垣島の病院に関わっています。ここも今回、内科の先生がまとめて9人退職すると言う話しになりました。島の医療が存続の危機にさらされています。そこで住民の皆さんは、一生懸命皆で頑張ろうと大会を開いたりして、行動されています。そういうことも踏まえて、今の松戸の医師の皆さんも、ぎりぎりのところでやっていますので、そこへの配慮が必要だということも、頭の片隅に置いて議論をしていかないとい

けないと思います。私は、松戸でも医師の大量退職のリスクはあると思います。これは脅かしじゃなくて、実際あっちこっち見ているとあります。これだけはお話させていただきます。

山浦委員長

ありがとうございました。今、伊関副委員長からご意見がありましたけれども、私も松戸市立病院に崩壊の気配を感じないわけにはいかないんですね。と言いますのは、医師達は十分な環境の下にちゃんとした医療をしたがる。しかし10年議論しても先の見えない病院の行方、それから十分とは言えない医療設備など、業を煮やしているわけです。それで108人医師が居ると言っただって、数名の方がそこを立ち去れば、日本の医療崩壊は立ち去り型と言われてますよね、いろんところで起きているわけですが、数名の方が立ち去れば、それはなだれ的な連鎖反応を起こしかねないんです。そういったことにも考えを致していただきたいと思います。それで我々はこれまで市民のために6つの機能を残そうということで、そのためには600床、その形がどんな形であっても600床なければできないんだというような考え方が主流を占めているんですが、それに反対の意見もあります。それから、財政の問題もあります。そういった中で出てきたのは、東松戸病院に対する考えです。今日も2人の委員と東松戸病院を見てまいりましたけれども、合わせて811床の財産を持っているわけですから、それを上手く使って、効率の良い、コストの面でも優位な医療を提供していくというところを提案するのは、我々の役目ではないかと思います。これから、もう30分を切ってしまったんですが、東松戸病院の活性化について皆さんのご意見を求めたいと思います。先ほど谷川委員が、そここのところで私がブロックしてしまったんですが、東松戸病院の活性化について用意されましたね。そこから進めてください。

谷川委員

先ほどの私の資料の2ページ目の8行目です。その前にちょっといいですか。先日の前回の委員会のときに、800床の枠というのは。

山浦委員長

ちょっとお待ちください、私が忘れていました。前回の終わりのほうで、両病院の中で、病床のやり取りは、やり取りと言いますか、片方 50 床増やして片方を 50 床減らすという作業は可能かどうかということで、2 つの意見が平行のまま終わりました。今日、事務局で回答を用意してくださっているので、それを述べていただきます。

病院建設事務局

今現在、文章で県に照会をしておりますが、まだ回答が届いておりませんので先日改めて電話で確認いたしました。その中で、「それぞれの医療機関が自由に病床を増やすことは認められていません。ただし2つの医療機関が同一の2次保健医療圏内であること。2つの医療機関の開設者が同じであること。2つの医療機関の許可病床の合計数の範囲内であること。移動させる病床が、現に稼働中の病床であること。両病院の減床と増床が同時になされること。病床の移動後も、引き続き、移動前の同種の医療が提供されること。」この6点全てに該当する場合には、このあとの言い方が非常に微妙なんですけど、認められる可能性が出てくるという回答でございます。全く否定はしておりません。

山浦委員長

そういうことです。

谷川委員

わかりました。それでは可能性があるという前提で話をさせていただきます。意見なんですけど、松戸市立病院と東松戸病院、800 床の枠をこのまま維持して行くのであれば、私は急性期の松戸市立病院は、ここには 450 床と書きましたけれども、ダウンサイズして少なくなった分を東松戸病院に振り分けて、450 床は松戸市立病院で、350 床を東松戸病院でと書きました。書いた数字はあくまでも仮にです。例えばの例です。申し上げたいのは、何度も先ほど議論になっていきますように、高齢者の人口増に、市としても、やっぱり我々市民として

も対応をして欲しいし、市民として松戸市の将来にとって大事なことだと思いますので、回復期リハビリの病床、東松戸病院でそれを増やしていくというのは可能じゃないかと思いました。ただ単に東松戸病院の敷地、物理的なことを考えた上での話です。どちらも自治体病院なので、予算等のこともあるのでそう簡単にはいかないと思いますけれども、やはり東松戸病院というのは広いですし、本当に今眠っちゃっている医療設備、本当にベッドなんかも、今日岩井院長に案内していただいたんですが、マットレスなんか送られてきたままのビニールがかぶったままで、全然開封されていないような新品のままの状態のものや、電動式でリクライニングできるベッドなんかも、まったく新品がそのままいくつもありまして、もったいないなど。税金が有効に使われていないなどという印象を受けました。あとはスタッフが足りないということもあるそうですが。いずれにしても物理的には、東松戸病院の敷地というのは約4万平米近くあって、斜面の所には建てられないから、そこを除くとしても、松戸市立病院の倍近くは確実に広さが取れますので、そっちを慢性期対応型で。どういう形かは今すぐにはぱっと浮かんできませんが、もっと利用していく方がいいのではないかと。先ほど伊関副委員長がおっしゃっていましたが、将来、高齢者人口の爆発に東松戸病院は対応できるんじゃないかということ、今日は本当にまざまざと見せつけられました。東松戸病院を見てそのように感じました。東松戸病院をもっと増床して、松戸市立病院をサイズダウンということではと、強く印象を持ちました。以上です。

山浦委員長

ありがとうございます。窪田委員、いかがでしょうか。先ほど私と谷川さんと行ってまいりましたから。その印象でもいいんですが。

窪田委員

私もとにかくもったいないなと思いました。患者統計やなんかを調べたり、国民衛生の動向なんかを見ても、患者数や受療率が65歳と75歳では全然違って、ぐんぐん上がってくる。この平成2年から例えば平成20年の間に1.5

倍くらいになっている。この調子でどんどん行くともっと増えて行くし、それが必ずしも慢性期だけでなく、急性期の人だって当然その割合で増えていく時に、松戸市立病院で急性期をした後、リハビリがあれだけ整っている東松戸病院でリハビリをきっちりやってもらえれば、急性期リハビリは市立病院でやるけれど、慢性期のリハビリをあんなに立派な、あんなに広い廊下があって、いくらでもリハビリができるところがあるんだから、ここを使ってここでやってもらえれば、治療している、されている人も気持ちよくできて、意欲が湧いてきて次に向かって行けるんじゃないかと思いました。それは成人だけではなくて、子供達についても、小児科の先生をあっちこちに振り分けるのは大変なのかもしれませんが、慢性になっていて長く病院にいななければいけない子供達、院内学級のことだって難しいかもしれませんが、そういう子供達とその家族がいられるような病床と、それから家族が休んでいられるようなちょっとしたお部屋を持ったアパートも設置して、今だけではなくて、もうちょっと将来に移行したものもあそこで考えていってもらえたら。市立病院ですべてを診ないで、そこに持って行っていい環境の中で、療養に励んで次に向かう。そして万が一また悪くなったら、松戸市立病院に診てもらおうとか。お互いに患者さんを、本当に患者さんが良くなるためにどこに移動するのがいいのかを考えて、行ったり来たりできたり、先生方がその治療に向かっていたけるような場になれたらいいなと思いました。本当に綺麗です。古い汚い国立病院、昔の国立病院のイメージがあったので、古くて汚い病院かと思ったら、全然違って本当にきれいな病院で、手入れがきちんと行き届いていて、働いていらっしゃる方達も生き生きとしていらっしゃいましたし、ここにいて働いていることに誇りを持って自信を持って患者さんに接しているんだなということが良くわかる、そんな病院だったんですね。だからそこで子供達がいてもいいんじゃないかなど。子供と大人の関わりってとても大事なので、そんなこともちょっと考えました。

山浦委員長

どうもありがとうございました。田村委員、どうですか。

田村委員

東松戸病院ですけれども、私、和名ヶ谷に住んでいますけれども、国立病院の方からよく来る人を知っています。私の母も10年くらい前にお世話になっております。いずれにしても、市に2つの公立病院があるんで、連携をしていたらより良い方向にしていっていただきたいと思っております。

山浦委員長

山口委員、いかがですか。

山口委員

先ほどの条件の最後の方の、減床と増床が同時でなければいけないということと同種の機能を移さなければいけないという段階で、それでもう駄目だと思いました。私はそれまでいけるかなと。東松戸病院、増えて欲しいと思っていますんですよ、本当に。急性期の医療を東松戸に移して分散するということは、非常にこれは全体の、第1病院・第2病院の両方のコストパフォーマンスを、非常に悪くしちゃいます。東松戸病院は慢性期のベッドを増やすというのだったらいいんです。ところが急性期の機能を持って来なくちゃいけないという段階で、人員も分散、機器も分散、機能も分散というのでは、これは無理です。かえって無駄な投資になってしまうと思います。慢性期を増やせるというならいいです。

伊関副委員長

おそらく今の松戸市立病院も長期入院の患者さんもいらっしゃいますし、単独だと回復期のリハビリテーションないし療養ないし亜急性期の病床を作るべき部分があると思うのですが、おそらくその部分を移転するというふうに説明をすれば、私は通る可能性は全くないことはないと考えます。これはおそらく千葉県さんも、いろんな判断があると思いますので、議論していかなければならないと思うのですが。今の東松戸病院は、病床がいっぱいなんですよ。病床利用率はどれくらいなのですか。

岩井委員

95、96%くらいです。

伊関副委員長

結局高齢者の方がいっぱい状況で余力がないと。私自身は、当面、増床が可能ならば増床なんですけれども、それが難しいというならば、振り分けみたいな形で。でもやっぱり限界は50床だと私は思っているのですけれども、東松戸は増床するべきだという考えを持っています。おそらく建物も耐震化の状況は6号館、いわゆる高齢者の方が多く入院して老人保健施設で、高齢者の方が多く入所されているところが、IS値が0.37ということで、0.7以上が標準から見ると低い状況にあります。要は、耐震的には問題があります。これはどちらにしろ早めに建て直しをしなければならないと思うので、それをいつの時点でどうやるのか。ローコストで早めに建築を進めるということも必要だと思います。環境を良くすることで、質のいい高齢者ケアをすることで、なかなかスタッフが集まらないという面もあると思いますけれど、環境を良くして良いスタッフを集めるというやり方もあるのかなと考えます。

岩堀委員

今日ちょっと残念なのは、建物を拝見することができなかったのですが、物理的というか、ベッド数を分けてくっつけるのは、医療法的にも前提条件をクリアすれば不可能ではないと思いますが、ただ今日も何度も出ていますが、6つの機能を維持するために、それではどれだけ切り離せるベッドがあるかということを見ると、リハビリも今、救急車で入院したときからリハビリが始まるということなので、切り離せるところがなかなかない可能性もあるんですよ。それをちょっと私では判断できないのですが、それができるのであれば、活かすということは大いに意味があることだと思います。

2つの機能を1つにして、いろいろな人的資源も含めて有効活用ができる可能性が別の観点からあるかなという気もしますけれども。例えばすでにやってらっしゃるのかもしれませんが、医療材料費の購入とかサービス部門とかそういつ

た意味でありうると思いますが。もちろん東松戸病院を充実させるということは大賛成です。

山浦委員長

植村委員、どうですか。

植村委員

2つあって、1つは、今、山口先生がすでにおっしゃったのですけれども、先ほど事務局が答えた中で大事なことは、6つぐらい条件がありましたけれども、同じ機能である限りという条件です。松戸市立病院は急性期病院ですから、急性期病院の例えば50床を削って、東松戸病院の慢性期病床へ移すと言う事は、最初から許可になりません。ですから例えば千葉市立病院みたいに、青葉病院と海浜病院のように、全く同じ救急病院があつて、人口が移ったから病床を移すというのであれば、そのくらいは私は県が認めると思います。松戸市の場合、急性期病院の病床を削ってその分を慢性期病院へ移すということでは、最初から申請をただけで蹴られると言うのが私の感じですが。それからもう1つは、それとはまた別に、松戸市立病院というのは、急性期一般病床として登録されています。皆さんはご存じないでしょうが、総務省から松戸市へかなりプレッシャーがかかってきているのです。と言いますのは、総務省に対して、東松戸病院も一般病床として登録しているのです。これは大きな間違いです。実際、一般病床として使っていないのに一般病床として登録をしているから、岩井院長のところに猛烈にプレッシャーがかかってきて、例えば在院日数を50日から30日に減らせとかというプレッシャーがかかってくる。もう1つ私の理解では、総務省が松戸市みたいな財政の苦しいところがなぜ2つも病院を持っているのか、1つ潰せと。これは登録を間違えているからですよ。私が管理者になってから、これはもう止めなければならない。やっていることが違いますから。これは嘘をついているわけですから。ですから東松戸病院は、確かに回復期リハビリにしないではいけません。そうしたら機能を変えなくてはいけません。そうしたら病床を東松戸病院へ移すことは絶対に県は認めませんよ。これは急性期病床

と違いますから。その代わりそのことをすることによって、県から在院日数を減らせというプレッシャーはもう来なくなります。国からも。回復期リハ病棟にしたら、脳卒中では半年までリハができるのですから。在院日数を 30 日に減らせというプレッシャーはかかってこなくなります。登録を間違えているからただちに登録を私は変えたいのですが、できないのは、登録を変えると廊下の幅を広くしたりとかいろいろな条件が出てきて、建物を建て替えないとできないのですよ。ですから、建て替える段階で、それを一緒に考えないといけない。これは非常に大事なことで、皆さんご存知ないかもしれませんが、法律はいろいろ厳しいですから、廊下の幅まで規定されますから、目的を変えますと。ですから、私は将来的には、障害児が松戸市立病院に結構いますから、今の東松戸病院に障害者病床を増やさなければいけないと思っています。ちゃんとやるには。障害者センターをつくるとか、リハビリセンターを充実するとか、当然やらなくてはならない。それと松戸市立病院の 600 床を削るというのは全然別の話で、委員長がおっしゃるように、あれだけの 6 つの機能をちゃんとやって、市民が困らないようにするにはどうしたらいいか。それから、公立病院と他の民間病院は分けてください。私は民間病院の院長も 3 年やりました。民間病院の院長は、患者を断っているのです。要するに、儲かるぎりぎりのベッド数にダウンサイズしてしまえば必ず儲かります。それで、あふれたらどんどん断っているのです。「満床です。ごめんなさい。」これでいいのです。でも、その患者さんはどこに行くのですか。岩手県の民間病院院長の時は、岩手県立病院が近くにありましたから、そっちに流れればよかったです。だから、自分の病院のダウンサイズができるのです。でも、公立病院がそれをやったらどうなりますか。ですから、松戸市にある民間病院がどんどんダウンサイズして、ぎりぎり金儲けをしていって、あふれた患者さんはどうするのですか。谷川さんがおっしゃるように、松戸市立病院も 500 床でいいよといったら、もうすでに 510 人の患者さんが入院しているではないですか。そしたら溢れた患者さんは行くところがないですよ、今度は。東京に行けというのですか。うちは公立病院なのです。公立病院は過剰なベッドが少しはなくてはならないのです。このようにする事で市民が困ったらいつでも駆け込めるといふ安心感を持つこ

とができます。これには当然経費がかかりますよ。そのための公立病院ではないですか。だから必要病床数を平均値で決めて行くと非常に危険なのです。平均が 480 人だから 500 床でいいと言うわけにはいかないのです。平均が 480 人だって、510 人来たとき、530 人来たときがあるではないですか。その患者さんを全部断るのですか。東京が近いからいいよ、そういう言い方をしてはだめですよ。公立病院というのは、地域住民が常に安心してかかれるような約束をしなければいけないのです。

山浦委員長

植村委員、今のセッションはいかにして東松戸病院を活性化するかということなんですが、ちょっと方向を間違えたような発言に思えますが、よろしいですか。

植村委員

活性化はさっきも言ったように、リハビリとか障害者センターとか、ホスピスとかをどんどん作っていかなくてははいけない。それが私の意見です。

山浦委員長

江原委員にも、ご意見を求めますが、その前に岩井委員からリハについてご説明をいただけますか。特に回復リハ、その意義など。

岩井委員

同じ市の中に 2 つの公立病院があるという、これは松戸の最大のメリットであるというふうに思います。その中で急性期病院である松戸市立病院と東松戸病院。(東松戸病院のことを)慢性期と言いましたけれども、やはりそこに亜急性期、回復期というのを位置づけてもらいたいですね。そういうことによって両病院が経営面でも質の面でもさらにバージョンアップできて、良い循環になるんじゃないかというふうに思っています。その中の機能として、回復期リハ、植村先生が管理者になってからリハビリのスタッフを増員していただくという

ことがこれからできますけれども、それによってリハビリをパワーアップできると思います。さらに回復期リハというのは施設基準もあるので、廊下の幅などをクリアしなくてはいけないんですが、これは県も推奨して補助金も出ていると思いますので、それをうまく利用するという事です。東葛北部は全国平均の半分しか回復期リハ病床がないんですね（注釈：全国平均は全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会の目標値とほぼ同レベル）。東葛南部には、平均レベルの病床があります。東葛北部だけ、そこだけかなり貧弱な状態なので、これを平均レベルまで持ち上げるということが市民に対しても非常に大切な事だと思います。それが質の面で、医療レベルを維持するという意味でも必要なことであります。それによって、先ほど田村委員のデータ等もありましたけれども、先ほど伊関副委員長もおっしゃいました、少し長めに入院している患者さん、亜急性期の患者さんが、本来ならば回復期病床がうちにあればそこに移って、リハビリが出来るのです。亜急性期病床に移って東松戸病院で治療が継続できるような方もいると思うんですけど、そこへ少しシフトしてあげるとは、先ほどの県との病床の交渉のことはあるんですけど、そういう形でより良い医療を提供できるんだったら、病床の移動も可能じゃないかと思います。病床の数については今議論しないにしても、市立病院で亜急性期あるいは回復期に値する患者さんを東松戸病院に移して、東松戸病院で面倒を見ることによって、上本郷の市立病院の方も経営がさらに改善してくるんじゃないかと思っています。回復期リハに関しては、今病床があるのは6号館という耐震強度がない建物なので、そこをどういうふうに手を加えるかということは課題ですが、今後の松戸の医療を考えると、回復期リハは是非実現したい事だと考えています。

山浦委員長

もう少し説明していただきたいことがあるんですけど、回復期リハの病棟にするために建築をどのように変えなければならないのか。説明していただけますか。

岩井委員

一番問題になるのは廊下の幅なんですね。両側に病室がある場合は、廊下の幅が 2.7m でしたか、それくらい必要なのですが、それを今クリアできていないですね。それをクリアできれば、回復期リハ病棟として認められます。他にも条件はありますが、それが一番難しいクリアしなくてはいけない課題です。

山浦委員長

それから亜急性期という言葉を使っていますけれども、それは松戸市立病院、つまり第一病院の方からなるべく早く移動するという意味での亜急性期であって、建築上は問題ないわけでしょう。一般病床として早めに受けるというというふうに解釈してよろしいんですか。

岩井委員

亜急性期病床の条件もありますけど、そういうハード面の条件は確かあまり大きなものはなかったと思います。先日も秋田県の病院を見学に行っていましたけれども、その病院、ケアミックスの病院ですが、そこも亜急性期病床を作っていました。リハビリをやっている患者さんを、その病床に早めに移して、そこで治療を継続しているという状況です。経営上のことで言いますと、そこでかなり高い加算が取れるということで、経営面でも良いと思います。あと、先ほど申し忘れましたけれど回復期リハ病棟ができることによってかなりの加算がついて、経営上もかなり改善します。ですから同じ病院事業ですから、こっちが儲かってこっちが儲からないという考えじゃなくて、病院事業全体としての収益というふうに考えればよろしいんじゃないでしょうか。

伊関副委員長

今の岩井委員のお話に補足させていただくのですが、秋田に行ってきた病院というのが、横手市立大森病院ですよ。これが、総務省が日本の優良の経営の病院を調べたのですけれども、その 5 本の指に入る病院なんですよ。非常に経営が良いんです。急性期の病院じゃなければ経営が良くないというわけ

ではなくて、徹底的に高齢者の医療を支えるというような医療を展開しても十分黒字にはなりません。やっぱり重要なのは機能を徹底的に特化して行って、それで収益を上げていく。こういうことも必要だと思います。それには投資が一定数必要で、今のままの投資の状況、今の病院の環境ではなかなか収益の改善というのは見込めない。無駄はやってはいけないと思うんですけども、次の収益改善のための投資も必要で、今までどちらかというと、東松戸病院、これは松戸市立病院も同じなんですけど必要な投資がされていなかったのので、収益が上がらないという部分もあったので、必要な投資をして収益を改善していくということが重要と考えます。これは市民の皆さんにも、赤字だからさっさと売り払えというのではなくて、本当に必要な投資はして、その上で収益改善するというような発想もあるよということを頭に入れていただければありがたいと思います。

植村委員

よろしいですか。今秋田県横手市の大森病院の話が出たので、ちょっと私も行きましたので。非常に一つびっくりしたのは、私の今までの理解ですと、病棟ごとにこの病棟は回復期リハ病棟とか、この病棟は亜急性期病棟とか指定を受けるのだと思って実は行ったのです。そして婦長さんの説明を聞いたら、1つの病棟を細分しているのですよ。つまり1つの病棟のこの何床だけは亜急性期に登録していますと、それでこっちが回復期リハに登録して、これが慢性期ですと。それで患者さんを移動しているのですよ。それで結局同じ病院でありながら、くるくる単位を移動することによってまたそこで加算がついて、私が資料を見ましたら二十何項目かの加算が全部取れているのです。それで私が現場を見た瞬間にわかりましたけれども、最初から廊下の幅を広く建築して、どの項目でも厚労省が目をつぶっても許可する位のハード面が設計されています。1つの看護単位を3つも、4つも分散することをよく厚労省は認めたなと思いましたが、認められています。それでその中でそれぞれの加算を取っている。これは、私は東松戸病院を今後改革するには絶対に利用しなくては損だと思いました。それで実際その病院は黒字なのです。というのは、人件費が47%ですか

ら。普通私の経験ですと、人件費 50%以下にしないと黒字になりませんから。その病院は 47%です。それから、病床稼働率が 98%です。私はいろんな病院の院長をやっていますが、私の計算によると 92%を越した途端に黒字になりますから。ですから、98%というは大黒字なわけです。それから、材料費が 27%です。これは全国の厚労省のデータを見ればわかるのですが、黒字を出している病院は材料費が 30%以下ですから。ですからこれだけ経費を抑えて人件費を抑えたら、それは目をつぶっていても儲かる病院になっています。ですから補助金なしでもやっていける病院になっているわけです。最近ちょっと赤字になりましたけど、赤字といってもほんの僅かだけですけど。99 パーセントぐらいですから、大したことはない。なぜ赤字になったかという、やっぱり病院が 10 年経って古くなったりして修理したり、それからいろいろな修理費がかかってきたことということ、それからパートを急に雇うことになったことがあったということがあって、ちょっと赤字になったということです。ですから非常に東松戸病院の今後の参考になる病院でした。

岩井委員

ちょっとだけ訂正ですが、確か回復期リハは取ってなかったです。亜急性期病床は、急性期病棟の中の一部の 10 床を亜急性期病床として利用していました。それ以外に障害者病棟、それは病棟単位です。あと医療型療養の病棟がありました。急性期病棟の一部を、病床単位で利用していたのは亜急性期病床です。以上です。

山浦委員長

先生方が見学された病院は、廊下を広くしたために汎用にベッドを使えたという結論ですね。たくさんお話になりましたけども。そういうことでしょうか。

岩井委員

廊下の幅だけではないですが、大森病院は平成 10 年につくられています、先を見据えてそういう車いすの患者さんも多くなるとこれだけ必要だろうとい

うことで、自然発生的にそういう病棟になったと思います。

山浦委員長

減収の話在先ほどして、しばらく時間が経ってしまったので、減収の大きさにはショックを覚えたものの、その後忘れかけたところに今のお話がありました。東松戸病院を我々の思っているように使っていくためには、改築が必要であると。ですから減収部分をそちらに移動すれば、難なく出来るんじゃないかなという印象もあるんですけど。最後に江原委員にお尋ねしたいのですが、今までのディスカッションは急性期と慢性期で話をしてきましたね。それで回復期リハ、そのためには建物を変えなくてはいけない。それから一般病床と登録したのが誤りなんだというようなご意見もありましたけれども。例えば、いわゆる第一病院でやらなくてもいい診療科というのはあるんじゃないでしょうかね。これは私内部を良く知っているから聞くんじゃないで、全く医療を知らない人だったらそういった質問をどうしてもせざるを得ない、あるいは答えなくちゃいけないのです。例えば江原委員が内科医だから言うんじゃないですけど、外科医だったら手術場を2つ持つのはものすごく不経済ですよ。東松戸病院にもあって、第一病院にもあって。それを運営するのは当然駄目です。

江原委員

今、東松戸病院は外科はやっていないです。

山浦委員長

いやいやそれは分かったうえで聞いているんですが、第一病院に外科を集中、例えば第二病院に内科を集中する。そういったことは不可能なんでしょうか。

江原委員

それは不可能だと思います。内科の病気でもやはり急性期が中心です。私は、松戸市が600床の急性期病院、200床の慢性期・亜急性期病院を持っていることは確かに宝だと思います。我々の病院では在院日数が診療科によってだいぶ

違います。消化器内科ではリハビリがほとんど必要ありませんから、急性期が終わるとだいたい外来に回せます。やはり在院日数の長くなる診療科というのはありまして、それは神経内科とか脳神経外科とか神経系の診療科、整形外科、および血液内科です。他の診療科に関しては、それほど長くないです。我々は長期入院している患者さんを早く退院させて、ベッドを効率よく使いたいという努力はしています。リハビリ病院が確かに必要で、その病院の中の一つとして東松戸病院は重要な位置を占めています。東松戸病院の半数は我々の病院から送られた患者さんということです。今後も連携を密に行って、すぐに東松戸病院に行ってリハビリができるような体制は、我々の病院にとっても収益を上げたり、急性期の診療の効率を上げるためにも非常に重要と考えています。ただし、我々も将来的に考えて 600 床というのは必要です。ですから簡単に 600 床のうち何床かを東病院に渡して、その後軌道に乗ったら我々の病院に戻すというのはちょっと話が違うのではないかと思います。それから、ドクターが違います。急性期をやるドクターは急性期をやろうとして松戸市立病院に勤めているわけです。それで、慢性期のベッドを渡すと同時にそのドクターが東松戸病院に行って働くというのは、これは無理があります。東松戸病院は独自でまたドクターを集めなくてはなりません。看護師さんと放射線技師、薬剤師は共通で人事を行っています。今後は、それぞれ特色を生かしながら独立独歩というか、連携もしながら、それぞれの道を目指すべきだと私は思います。そして、効率良く兄弟のような関係で病院はやっていきたいとは思いますが、要するに松戸市立病院の病床を簡単に東松戸病院に渡すという考えは、私は短絡すぎていると思います。以上です。

山浦委員長

私がお尋ねしたのは、急性期対応でない診療科もあるんじゃないでしょうか。それは移せないんでしょうかという聞き方をしたんです。

江原委員

急性期対応が全くない診療科はないと思います。例えば糖尿病でも、急性期

の対応があって、それからフォローをしたり、慢性期になるかもしれませんが、いずれにせよしょっちゅう管理しなくてはなりませんから、やはり我々の急性期病院で診るべきと考えます。血糖がコントロールされた糖尿病患者さんとはちょっと違うと思います。それは病診連携で開業医の先生と我々の連携で行うのでしたら構いませんけど、慢性期病院に糖尿病患者さんを送るというのは違うと思います。

山浦委員長

東松戸病院をリハビリテーション病院と考えてしまえばその通りだと思うんですが、今東松戸病院というのは全くフリーなんです。一般病院としてどのように使おうと、我々の手に委ねられているというのはわからないわけですが。自由な発想でできるわけなんです。ですから糖尿病の患者さんはあくまでも第一病院にいるというのはいかなるものかなと。

江原委員

いや、第一病院にも必要だということです。両方に分かれますと、ドクターが慢性期病院である第二病院でやりたいという人はあまりいないのではないかと思います。医師の確保が難しいと思います。

山浦委員長

約束の時間が15分過ぎてしまいましたが、あと2、3分で終わりたいと思います。最後に何かご質問があれば。

山口委員

アイテックさんにちょっと簡単な質問なんですが、先ほど伊関副委員長が32億円は最小値じゃないのというお話ですけど、アイテックさんの方で最大値をもし見積もっていたら、減収の数字を教えてくださいませんか。

コンサルティング業者

今回、シミュレーションでは1つのケースを紹介したのですが、実は、もう少しのケースも（シミュレーションを）行なっていて、4つのケースを行なっています。

前提条件の違いとその結果だけを示します。画面をご覧ください。

今回示したのは、一番左側で、減収が31億円のところです。

左側に項目を書いています。前提条件で、病床区分の有無、成人と小児系の区分を分けるか一体にするか。これは先程質問にありましたが、診療単価が成人と小児では違いますので、それを考慮したものです。

次に、移設に伴う病床利用率低下の期間です。他の病院での事例はどうかと、山口先生から質問がありましたが、同規模で同一敷地内において建て替えした病院の例を地方公営企業年鑑で見ますと、これは移設の仕方は一気に行なった事例ですが、病床稼働率の低下が11.4ポイント落ちたという事例があります。これは、移設期間を含んだ1年間の統計ですので、我々はこれを12ヶ月分（1年間）として、これを考慮したものを条件にしたものを作っています。

看護配置ですが、各工期で病床が遷移していきますが看護師さんの数は変わらないということで、おのずと7:1の看護配置ができる期間が出てきます。これをその期間分を考慮して診療単価に反映したというもので、下にその診療単価を示しています。小児は、全工期含めて7:1になりますが、成人は、上段に10:1の時の診療単価、下段に7:1の時の診療単価を示しています。

そういう条件で、今回示したシミュレーションと同じ方法で試算しております。最下段に工事に伴う影響額を示しています。本日、資料として説明したのが、31億9千万円、それを成人と小児の病床を分離した場合は46億4千万円、移設に伴う病床利用率の低下期間を12ヶ月とした成人と小児の病床を一体とした場合は52億4千万円、成人と小児の病床を分離した場合で62億4千万円という結果になっております。

以上でございます。

山口委員

はい、ありがとうございました。

伊関副委員長

これ印刷していないので、次回貰いたいのですが、駄目ですか。事務局から。委員会に出て、資料としてないのは、幻の資料ではまずいと思うので。出した以上は市民の方にもインターネット上で出さないと。これは議論の素材になるので。これは公表、出した以上は公表で市民の皆さんも見れるような体制にしておいてもらいたいと思います。誰も持っていない資料で話しても、また議論になるので。

山浦委員長

どのパターンにしても恐ろしい数字が下に並んでしまいました。それではもう1人だけ東病院の活性化についてご意見のある人は。

谷川委員

先ほど山口委員、植村委員、江原委員もおっしゃってましたけれども、慢性期と急性期がお互いやり取りするのはちょっと無理でしょうということでした。ただ、山口委員はおっしゃってましたが、東松戸が増えるのもご希望なんですか。『600床で今の市立病院をやっておいて、東松戸病院もさらに今の200床よりもアップして、松戸市の市立病院両方トータルで800床以上に』とお考えなんですか？」ということをちょっとお聞きしたいのですが。

山口委員

その通りでございまして、先ほど医療難民がということについて疑問を呈されてしまったのですが、消防局の統計を見ますと、救急車が病院に着くまでの時間が年々どんどんつまり、急性期病院が足りないのですよ。足りないからなかなか受け入れ先が決まらなくて困っているという状況が年々ひどくなっています。我々開業医の方から見ても、開業医に来るくらいの急性期病だから大し

たことないんですけども、受け入れがだんだん年々難しくなってあちこちの病院に電話をかけまくるといふ事が頻発しております。絶対的にこの地区は急性期のベッドが足りないのです。それを減らして慢性期を増やすというのはちょっと本末転倒かなといふところなんです。もちろん慢性期が増えなければ急性期を効率よく動かすことはできませんよ。そういう意味では慢性期は絶対増やす必要がありますけれども、両方増やす必要があると。そういうことを申し上げたいと思います。

谷川委員

最後に一言。であるならば、やはり今現在両病院とも赤字ですよ。一般会計から年間合計で約 30 億近く補填しています。それを「今後も両病院とも絶対赤字になります」などとは言いませんけれども、今のレベルの赤字が続く可能性もあるので、そうするとやはり経営形態について独法化とかということも視野に入れなければいけない状況は出てくるのではないかと思います。これは意見として述べさせていただきました。

植村委員

今、赤字、赤字とおっしゃいましたが、はっきり申し上げて、私が顧問になってから、平成 19 年度は 9 億円、20 年度は 7 億 5 千万円、21 年度は 6 億円と年間 1 億 5 千万ずつ赤字が減っています。これは市民の方に言いたいのです。私が相当の指示を出していますから。病床稼働率を上げるとか。赤字が年間 1 億 5 千万円ずつ減っています。それを頭に入れておいて下さい。失礼ですよ。うちの医局員があれだけ頑張って赤字を 1 億 5 千万円ずつ減らしているのですから、それを無視されたら、うちの医局員は怒ります。

谷川委員

そこまで失礼なことを申し上げているつもりではないということをお願いしたいと思います。

窪田委員

平成 20 年 4 月に県が出している保健医療計画を見ると、東松戸病院は亜急性期とか回復期とかの脳血管疾患とか療養型とか全て対象になっていないんですけど、本当に何も対象にならないのですか。

県の保健医療計画で東葛北部の分で亜急性期病床として認められている病院の一覧表が出ていたんですが。

岩井委員

そういう色分けをはっきりしてこなかったのが現状ですね。それがいけなかったのも、総務省に目を付けられたということです。ちゃんとこういう機能でやりますよという棲み分けをしっかりとこなかったというのはあります。ですからそういう保健医療計画の対象になってなかったと思います。

窪田委員

その中で一つだけ、腎症を扱うというのが入ってたんですよ。腎臓を扱うと。これはもしかして透析ができるのかなと思ったんですけど、今日行った感じでは透析がなかったの。

岩井委員

透析はないです。

山浦委員長

岩井委員、先ほど回復期リハは松戸市に 45 床しかない。理想は 10 万人あたりいくら欲しいんですか。

岩井委員

東葛北部は医療圏でいうと平均の半分なんですね。今ちょっと数字ではっきり申し上げられないのですが。

病院事業管理局職員

10 万人単位で 50 床です。

山浦委員長

50 床、回復期リハですか。ありがとうございます。私の質問はこれで終わりますけれども、この東松戸病院の活性化はいろんな問題が見出されました。それから実際に見て、あそこに限りない可能性も同時に見出しているわけですね、我々は。これは今日結論が出るわけではないですけれども、東松戸病院の活性化というのは非常にこれからの医療を考える上でキーになるのではないかと思います。このディスカッションを締めるにあたりまして、伊関副委員長の方からまとめをいただきたいと思います。

伊関副委員長

いや、山浦委員長がまとめられたので。正にその通りで、松戸市立病院の現地建替えが今回のテーマで、これについての答申を基本的にする話になると思います。ただそれを踏まえると、松戸市全体の議論、医療の在り方ですとか、東松戸病院に在り方についてもやっぱり考えていかなきゃならないと。その中で必要な投資はしていくことも必要だし、今植村委員が言われたようにどんどん今経営改善してますので、投資と経営努力の中でやっぱり必要な繰り出し金はこれ以上無限には増やせないと思いますので、やっぱり 30 億円超えると相当厳しいなど。ただ一定の範囲内で投資の質をどんどん上げていったり、経営の質を上げていくことで、より市民の皆さんにとって安心できる医療を 2 つの病院で実現することは可能なのかなと思います。そこをやっぱり意識してこれからの医療、松戸市の医療政策、自治体病院の経営を考えていく必要があると思います。それを踏まえた上での建て替えの在り方について最終的にこの次回以降まとめなければならないのですが、何らかの形で報告書を作っていくかなければならないのかなと思います。

山浦委員長

ありがとうございました。それでは今日の委員会はこれで終わりにしますが、最後に、次の委員会について案内して下さい。

病院建設事務局長

次の委員会ですけども 3 月 9 日午後 2 時からの予定でございます。よろしくお願ひいたします。

山浦委員長

次は、答申の骨格ぐらひは出していかないとあと 2 回しかありませんので、それでこれを 4 月、5 月に延ばす気持ちは私自身はございません。おそらく皆さんもあと 2 回で決着を付けようと思つてらっしゃると思いますけども。是非ご協力いただきたいと思ひます。どうも今日のご苦勞様でした。ありがとうございました。

委員会散会報告

1 6 時 5 7 分