

## 第7回 新しい船橋市立医療センターの在り方に関する検討委員会議事録

【開催日時】 平成28年9月14日（水） 午後1時30分～3時

【開催場所】 船橋市役所 9階 第1会議室

【出席者】 <委員>

中山茂樹委員長、玉元弘次副委員長、山森秀夫委員、寺井勝委員、片岡寛委員、齋藤俊夫委員、土居純一委員、横須賀収委員、三井隆志委員、山崎健二委員、川守三喜男委員、伊藤誠二委員、筒井勝委員（松野保健所次長）、鈴木一郎委員、高原善治委員、長島由和委員、杉田修委員、君塚彰男委員

<事務局>

健康福祉局 健康・高齢部 健康政策課

【欠席者】 齋藤康委員、山本修一委員

【議題】 （1）基本構想の内容について

- ①新病院における新たな医療機能等の拡充について
- ②新病院の基本的な考え方
- ③新病院の建設に向けた考え方
- ④医療を取り巻く環境

【公開・非公開の別】 公開

【傍聴者数】 3名

## 【議事内容】

### ○事務局長（健康政策課長）

それでは、定刻となりましたので、ただいまより「第7回 新しい船橋市立医療センターの在り方に関する検討委員会」を開催させていただきます。委員の皆様におかれましては、大変、お忙しい中ご出席いただきまして、誠にありがとうございます。

本日、齋藤康委員、山本委員におかれましては、所用により欠席するとのご連絡を頂戴しておりますので、ご報告いたします。

また、船橋市保健所の筒井委員の代理として、松野次長に出席いただいております。

なお、本日はオブザーバーとして、千葉県 健康福祉部 医療整備課 医師確保・地域医療推進室の田中様、湯浅様にもご出席いただいております。

会議に先立ちまして、資料の確認をお願いしたいと存じます。資料については、事前に郵送させていただきましたフラットファイルに、「資料1」、「資料2」、「資料3」及び「参考1」がございます。また、当日配付資料といたしまして、「参考2 海老川上流地区のまちづくり基本構想（素案）」がございます。

本日、資料をお持ちでない方がいらっしゃいましたら、ご用意がございますのでおっしゃっていただければと思いますが、いかがでしょうか。

それでは、当検討委員会の議事進行につきましては、検討委員会設置要綱第6条の規定により、委員長があたることとなっておりますので、中山委員長をお願いしたいと思います。中山委員長どうぞよろしくお願いいたします。

### ○中山委員長

皆様こんにちは、どうぞよろしくお願いいたします。いつものことではありますが、議事に入る前に、会議の公開、非公開に関する事項について、皆様にお諮り申し上げます。この件につきまして、事務局より、説明をお願いします。

### ○事務局長（健康政策課長）

それでは、ご説明させていただきます。

本市においては、「船橋市情報公開条例」及び「船橋市附属機関等の会議の公開実施要綱」に基づき、会議の概要及び議事録を原則として公開とさせていただきます。

また、本日の会議につきましては、傍聴人の定員を5名とし、事前に市のホームページにおいて、開催する旨を公表しておりました。傍聴人がいる場合には、「公開事由の審議」の後に入場していただきます。

以上でございます。

### ○中山委員長

ありがとうございます。それでは、会議の公開事由の審議を行います。

当検討委員会につきましては、「個人情報等がある場合」または、「公にすることにより、率直な意見の交換若しくは意思決定の中立性が不当に損なわれるおそれがある場合」などを除き、原則として公開することとなっております。また、議事録については、発言者、発言内容も含め、全てホームページ等で公開されます。

本日の議題については、個人情報等は特に含まれておりません。また、率直な意見の交換もしくは

意思決定の中立性が不当に損なわれるおそれは無いものとして、公開として差し支え無いものと考えます。

なお、会議の議論の内容によりまして、非公開の事由にあたるおそれがあると判断した場合には、改めて皆様にお諮りしたいと思います。皆様いかがでしょうか。

### ○委員

異議なし。

### ○中山委員長

それでは、異議なしとのことですので、本日の検討委員会は公開といたします。

本日、当検討委員会の傍聴を希望されている方はいらっしゃいますか。

### ○事務局長（健康政策課長）

本日は、3名の方がご希望なさっております。

### ○中山委員長

それでは、傍聴人に入室いただいでください。

(傍聴人入室)

### ○中山委員長

傍聴される方は、傍聴席にお配りしております「傍聴に際しての注意事項」の内容に従って、傍聴をされるようお願いいたします。

### 議題（1）基本構想の内容について

#### ①新病院における新たな医療機能等の拡充について【資料1、2】

### ○中山委員長

それではこれから、お手元の会議次第に従って、議事を進行させていただきます。

「議題（1）基本構想の内容について」でございます。

まず、「①新病院における新たな医療機能等の拡充について」ですけれども、事務局よりご説明お願いいたします。

### ○事務局長（健康政策課長）

それでは、ご説明させていただきます。「資料1 新病院における新たな医療機能等の拡充について（案）」をご覧ください。

1 ページ目でございますが、前回の第6回検討委員会において、委員の皆様からいただきました主なご意見をまとめました。

特に大きなキーワードとしては、「感染症」、「高齢者に対する医療」、「周産期」などがございました。「感染症」については、筒井委員より「小児の感染症を地域でどのように考えていくか検討が必要である」、鈴木委員より「感染症病床を持たないまでも、感染症に対応できる構造にする必要がある」などのご意見をいただきました。

また、「高齢者に対する医療」では、齋藤康委員、横須賀委員から、高齢者の増加に伴う医療全体の在り方に関わるお話の他、鈴木委員より「腹腔鏡手術など、低侵襲な治療を行うことが必要である」、「ハード面でも高齢者に配慮する必要がある」などのご意見をいただきました。

さらに、「周産期」については、土居委員より「周産期機能の設置について検討してほしい」とのご意見があり、玉元副委員長から「近隣の病院との兼ね合いも考えて、医療機能を議論していく必要がある」とのご意見、また、高原委員からは「周産期を担う場合、医師確保が必要となるが、現時点では目途が立っていない。今後、地域において不都合が出てくる場合には、検討していく必要がある」などのご意見を頂戴いたしました。

これらについては、資料1の3ページ「(3)さらなる発展に向けて」の「③その他の医療機能の検討」に、医療センターのさらなる発展に向けた検討事項として記載しております。

また、寺井委員からの「キャッチフレーズのようなものがあると良いのではないか」などのご意見については、今後、引き続き整理させていただきたいと考えております。

また、資料1の2ページでございますが、こちらでは前回掲げた「医療センターの使命」を改めて記載させていただきました。昨年度の在り方検討委員会の報告書でもまとめましたが、現在の医療センターについては、「現状においても十分その役割を担っていると考えられるが、老朽化・狭隘化などの施設的な制限により、現状の機能拡充や、新たな機能の設置ができない」という状況がございます。このような状況の中、建て替えを契機に、さらに発展させるとしたら、どのような医療機能があるのかということで、3ページに「(3)さらなる発展に向けて」というタイトルでまとめました。

まず、「①ICU等の拡大」については、第3回・第6回の在り方検討委員会でもご意見をいただいておりますが、現在不足しているICU・SCUなどを拡大することにより、救急患者のさらなる受け入れを目指していくとしております。こちら、四角で囲みました参考のところにも記載しておりますが、現在の医療センターのICUは、「救命救急入院料は算定しているが、施設の形状が施設基準に適合しないため、救急患者以外の術後の患者を対象とした特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料等が算定できていない状況」でございます。

つまり、予定入院の術後患者の方々が入室するための「一般ICU」が確保できていないという状況でございます。なお、ここでいう「救急ICU」とは、救急搬送された重症患者が入室する病床のことを指しております。

現在有していない一般ICUの確保や、SCUの拡大を通じて、集中治療機能を強化することにより、結果として、救急患者のさらなる受け入れにも繋がるのではないかと考えております。

また、「②内科診療科の充実」については、こちら第3回委員会において、特に内科、例えば、神経内科・腎臓内科などの診療科をさらに充実させることで、総合診療機能の強化を図ることができるのではないかと、とのご意見によるものです。

さらに、「③その他の医療機能の検討」では、aからfの6項目を挙げました。

一つ目は「精神科の充実」でございます。こちら第3回・第6回の委員会で意見がありましたが、精神病床の確保についての検討でございます。ここでいう精神病床は、一般の精神患者のためのもではなく、身体合併症を有する救急患者に対応するためのものであり、救急機能の強化という観点で見たものでございます。

二つ目は、「周産期の充実」でございます。現在は、八千代医療センターや船橋中央病院と機能分担していることから、今後地域における状況、医療需要、社会構造等が大きく変化した場合は、必要に応じて検討していくものでございます。

三つ目は、「感染症への対応」です。こちらは、感染症病床を整備しないまでも、設計において、感染症に対応できる構造にしておく必要があるといたしました。

四つ目は、「小児科の充実」です。小児科については、過去、在り方検討委員会でもご意見がありましたので、船橋市域における充実という観点で記載いたしました。

五つ目は、「地域包括ケアシステムの支援」です。地域包括ケアシステムの確立のため、市民及び

保健・医療・福祉関係者に対して、幅広い分野の相談を受け付けるなどの支援ができないかという提案でございます。

六つ目は、「高齢化社会への対応」として、地域包括ケアシステムへの支援の他、先に述べましたとおり、低侵襲治療の実施、高齢者に配慮した施設・設備の検討などを挙げております。

そして、これらの機能を拡充した場合の新病院における病床数のイメージを4ページに記載しております。

まず、「①ICU等の拡大」では、現在のICU・SCU合わせて14床ある病床を25～32床程度に増床としております。これは、図のオレンジ色で塗られた部分でございます。病床数の算出方法については、後ほどご説明させていただきます。

なお、現在の医療センターの病床数は、ICU等を含めて449床ございますが、ICU等の病床については、「医療法施行規則第30条の33」の規定により、千葉県保健医療計画に掲げる一般病床の配分とは別枠の取り扱いとなっております。そのため、ICU等を除いた一般病床14床分を増やすことが可能であります。このことから、「②内科診療科等の充実」などについては、この14床の中で対応できるのではないかと考えております。

また、「③精神科の充実」でございますが、精神科身体合併症対応の必要性等も含めて、引き続き検討することとしております。仮に、精神病床を増床する場合は、図の一番上の薄いピンク色の部分になります。ただし、精神科については、平成28年度現在は、精神病床の配分はございませんので、平成30年度の病床配分に向け、千葉県及び東葛南部保健医療圏等の状況を注視していくこととなります。

以上が、「①新病院における新たな医療機能等の拡充について」のうち、資料1の説明でございました。

## ○中山委員長

ありがとうございました。

今ご説明のあった4ページのオレンジ色の部分のICU等は25～32床程度ということで、一般ICU、救急ICU、SCUとそれぞれ病床数が書いてありますけれども、これの基本的な考え方が、次の資料2にございますので、先にこちらを説明していただければよろしいでしょうか。

こちらは、株式会社アイテックの方からご説明をお願いします。

## ○「船橋市立医療センター建替基本構想策定等業務」受託者（アイテック株）角永氏

それでは、資料2についてご説明させていただきます。資料は上下2段になっておりまして、スライドの右下にページ番号が振ってありますので、そちらのページ番号でご説明していきたいと思っております。まず、「1. ICUの病床規模」についてです。「(1) 一般ICU」の試算の前提条件といたしましては、医療センターとも打ち合わせをさせていただいた中で(a)として、平成26年度の医療センターのDPCデータのうち、「心臓血管外科」、「脳神経外科」、「外科（肝臓、胆嚢、膵臓、食道のみ）」の手術を一般ICUへの入室対象手術として仮定いたしました。次に、「(b) 将来における患者数の増加率」を16%と仮定します。これは、次の2ページでご説明します。三つ目として、「(c) 流出患者の取り込み分」5%についても2ページで説明します。次に、「(d) 一般ICUの平均在院日数」は4日と仮定しております。こちらは、弊社の参考事例からこの数値を使用しております。そして、「(e) 病床稼働率」は、80%と85%の2パターンで試算するという前提条件でございます。

まず、「(a) 対象手術件数」ですけれども、1ページの下に入室対象手術と仮定した手術件数をそれぞれ記載しておりまして、合計で636件という件数が算出されております。なお、他の診療科及

び手術を要しないケースにおいても、重篤患者については一般ICUへ入室するというごさい  
ますが、今回の試算では考慮しないこととしております。

2ページになります。「(b) 将来における患者数の増加率」は、前回の第6回在り方検討委員会  
においてご説明させていただきました、平成47年における患者数の増加率でございます。医療センタ  
ーの平成26年度の現状から将来推計をしたところ、1日あたりの患者数の総数が、全体で337.  
4人から392.5人で約16%増加しているということで、こちらの増加率を使用いたしました。  
また、「(c) 流出患者の取り込み分」として、こちらも前回の資料にございましたが、近隣の医療圏  
と同等の自足率を賄うために必要な数を算出しました。それを全体の患者数で割合を計算すると4.  
8%となりまして、約5%という数字を新病院で対応していこうという方向性が出ました。この二つ  
を足して、21%の増加率を今回のICUの病床規模の算出に使用しております。

続いて、3ページ「(d) ICUの平均在院日数」は、青梅市立総合病院から船橋市立医療センタ  
ーまで、それぞれICUの平均在院日数を算出しまして、平均を取ったところ4.1人ということ  
でしたので、平均在院日数を4日としております。

そして、「病床規模の試算」ということで、表がありますけれども、「①一般ICUへの入室対象手  
術件数」が636件、「②将来における患者増加率」が先ほどの21%、「③将来における手術件数」  
は①×②で算出して770件、「④平均在院日数」が4日として、「⑤将来における1日あたりの入院  
患者数」は、770件×4日÷365日として8.4人と算出しております。この患者数を想定病床  
稼働率の80%と85%で割り戻しますと、80%の場合が10.5床、85%の場合が9.9床と  
いうことで、想定が9～11床となります。こちらの一般ICUは、診療報酬の施設基準の中で看護  
師が常時2：1という偶数の病床で設置している病院がほとんどですので、一般ICUの病床数を1  
0～12床程度を想定するとしております。

4ページ「(2) 救急ICU」でございます。基本的な考え方は、救急ICUもSCUも同様で  
ございます。まず、医療センターの「救命救急入院料2」の平成27年度算定実績をもとに、1日あた  
りの入室患者数を算出しております。それを先ほどと同様に、将来における増加率を使い、病床稼働  
率を80%、85%を基本に割り戻しました。「(a) 救命救急入院料2の算定実績」といたしまして、  
平成27年度の患者は1,529人でしたので、365日で割りまして1日あたり4.2人  
でございます。こちらに先ほどの患者増加率21%をかけまして5.1人、病床稼働率が80%、85%  
ですので、割り戻しまして6.4床と6.0床で、想定病床は6～7床となりました。救命救急入院料2  
につきましても、施設基準では、特定集中治療室管理料と同じ看護師配置の要件が必要となります  
ので、常時2：1として、6～8床程度を想定いたしました。

5ページの「2. SCUの病床規模」につきまして、こちらも試算の前提条件といたしましては、  
平成27年度の医療センターのSCUの入室延患者数をもとに、1日あたりの入室患者数を算出して  
おります。それを先ほどと同様に、増加率をもとに将来の患者数を算定しました。病床稼働率につい  
ては、SCUの場合は、80%と95%の2パターンで算出しております。これは、現状のSCUの  
病床稼働率が約96%ですので、今回の試算でも95%としました。平成27年度のSCUの入室患  
者数2,129人を365日で割り、1日あたり患者数が5.8人となりますので、そちらに増加率  
21%をかけて7.0人となります。それに病床稼働率で割り戻しますと、80%で8.8床、95%  
で7.4床ということで、7～9床という数字が出てまいります。SCUについては、看護師配置が  
常時3：1ということですので、3の倍数での病床数を想定しまして、9～12床程度といたしまし  
た。

それぞれの算出したまとめが6ページになっております。想定される病床規模をそれぞれ合計いた  
しますと、集中治療の病床については、25～32床程度として想定いたしました。

以上でございます。

## ○中山委員長

ありがとうございました。資料の1と2についてご説明いただきました。資料1の3ページをご覧くださいませでしょうか。3ページの①～③が、新病院における新たな医療機能等の拡充についてということで、特に「①ICU等の拡大」は、今資料2でご説明いただきました。まず「①ICU等の拡大」について、具体的な病床数等も出てきましたけれども、ご意見等いただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

## ○山森委員

今、病床規模の考え方のICUのところ、外科系の患者さんだけを想定しているような話でしたけれども、もし、内科系の診療科をこれから充実させていこうということであると、もう少し多めに見ておかないと。例えば済生会習志野病院ですと、外科系よりもむしろ内科系のICU利用者の方が多い現状ですので、これだけだと算定数が少なめになってしまうのではないかと思います、その辺りいかがでしょうか。

## ○高原委員

内科系、特に循環器は救急で入ってくるので、救急の方のICUに入ることが多いです。もちろん病棟に帰ってから心不全で入ってくる方、それから呼吸不全の方もいるんですけど、大体の内科系の方は、救急から入ってくる患者が多いので、数はそんなに多くないだろうという想定です。全体とすると救急ICUと一般ICUを合わせると増床となるので、対応できるだろうと考えております。

## ○山森委員

今の救急ICUというのは、いわゆる救急病棟とは違うのでしょうか。その中でもさらに重傷な方を入れるということでしょうか。

## ○高原委員

現在は、救急の中でいわゆる3次救急でICUが必要な方だけが入る病床なんですけれども、一般病床の患者も、手術の後に入る場所が無いので診ているということで、実際ICUの加算は取れていない状況なのですが、それが解消できれば、内科系の患者はほとんど救急で入ってくるので、そちらに入るだろうと考えております。

## ○山森委員

現在は、ICUの医療・看護必要度基準が厳しくて、済生会習志野病院でも病床が空いているのに入れないということになっておりまして、そういうことを考えると、少なめでも良いのかなとも思います、これから内科系の診療科を充実させていこうとすると、かなり内科系のICUが増えてしまうのではないかという気がします。

## ○高原委員

看護必要度の点数ですけれども、医療センターのICUの患者は十分満たしておりますが、病床が不足しているため、まだ点数が取れるような方でも出なければならないという場合もあります。

## ○中山委員長

ありがとうございました。手術患者しか病床の対象にしていないじゃないかというお話でしたけれども、資料2を見てみると心臓血管外科と脳神経外科と一部の消化器の全手術件数を、一般ICUに

入る手術の対象にしているわけですが、その時に、I C Uの滞在日数が4日もかかりますでしょうか。この辺りはいかがでしょうか。

### ○山森委員

一般外科ですと、おそらくそんなに長くないでしょうね。心臓血管外科だけでも、バラつきはあるでしょうが、そんなに長くないかと思います。この平均というのは、今医療センターでは2.8日ということで、多分高原先生がおっしゃっていたように、まだ本当は入れておきたいけれど、後の患者がいるので出している方がいると思うのですが、平均4日というのは少し長いかもしれません。

### ○中山委員長

2.8日は救急I C Uの患者ですよ。

### ○高原委員

現在、救急I C Uと一般I C Uの方はほとんど半々ですから、どちらも平均して約3日というところなんでしょう。ただもっと短くなる可能性があるというのは、いわゆるカテーテルやP C I（経皮的冠動脈形成術）というものがあまして、I C Uに余裕があればI C Uで一晩診るというのが通常になっているのですが、当院では落ち着いている患者さんは病棟にあげているので、今後、そういう方がI C Uに入ってくると、平均在院日数は短くなるかもしれませんが、その分患者数はもっと増えるだろうという考え方です。

### ○中山委員長

ありがとうございました。他に、ご意見等ある方はいらっしゃいますか。

### ○山森委員

今、冠動脈のカテーテル治療などは、済生会習志野病院でもほとんどI C Uに入れていないですね。なぜかという、看護必要度の基準を満たせない。例えば、ポンプや微量注入を使ったり、モニターはするんですけども、動脈カテを入れるということはまず無いので、看護必要度の基準から外れてしまう。そうすると仕方がないので、隣に救急用のベッドがあるんですけども、そこに入っていたいて、I C Uの看護師が診るという形で対処しています。P C Iの患者はそれでいいかと思いますが、例えばリウマチアレルギーや膠原病関連の間質性肺炎などがどんどん増えているので、そうすると、平均在院日数を4日と長めに見てありますが、新しい病院でI C Uを作っていくと、少し病床数が足りないかなという感じはします。

### ○中山委員長

ありがとうございます。そうすると、現状のI C U 8床、S C U 6床を一般I C U、救急I C Uで16～20床、S C Uは9～12床というイメージですけども、もう少し、高度急性期ということ考えた時に、資料1の図のオレンジ色の部分がもう少し検討の余地があるのではないかとということです。

他に、ご意見等がありますでしょうか。鈴木先生いかがでしょうか。

### ○鈴木委員

将来この数字で足りなくなった時に簡単に増やすことはできないので、そういったことを考慮して、本当はあらかじめ確保しておいた方がいいという気がします。



最初、私が感覚的に病床数を出したらもっと大きくなったんですが、こういう計算をしていくとこのくらいになったわけですけれども、将来的に考えたら、山森先生が言うように、多めにしておいた方が安全な感じがします。

### ○玉元副委員長

I C Uの話ではなく精神病床のことなのですが、私は施設の管理者もやっているものですから、認知症の方が怪我をしたり、消化器や腹部の疾患も含めて、オペ提供になる患者を今の医療センターで受け入れをしているのかお聞きしたいと思います。と言いますのは、精神病床といっても、急性期絡みの精神病床だと思いますので、認知症の方がかなり増えてくる現状を考えますと、患者層はそういう方なのかなというイメージをしているのですが、そうするとかなりの数の患者のニーズがあるのではないかなと思いますので、その辺の数字がもしわかりましたらお願いしたいと思います。

### ○高原委員

具体的な数字は今お答えできないのですが、認知症の患者はすごく増えていまして、がんの方でも認知症になったり、簡単な尿路感染症の方でも認知症で徘徊するという場合には、今は一般病床で診ています。重傷な場合はI C Uで診ることが必要ですが、かなり苦勞しているのが事実です。認知症は看護必要度に引っかかってきませんので、それをどうするかということで、精神病床にもっていくのか、または、救急の方の神経・身体合併ユニットのような新しいユニットを作って、急性期の重症のところはそこで診るということもあるのですが、結局は、退院するまでの慢性期も含めて、連携をしていかななくてはいけない。当院で最期までずっと診ているわけにはいかないの、それは今後地域包括ケアの方でお世話になるしかないと思っています。

### ○中山委員長

精神については、私も少し調べてみましたが、今建設中のさいたま赤十字病院や神戸中央市民病院も、MP U（精神科身体合併症病床）という、6床とか8床の精神ユニットを付けているというものが最近出てきていますので、おそらくそういったことが期待されているのではないかと思います。ただ、そこで認知症の患者全てを対象というわけではないと思うのですが、そこでどういう患者を対象にするのかは吟味が必要ではないかと思います。

### ○玉元副委員長

精神科の患者よりも、認知症の患者の方が圧倒的に増えてきますので、その6床で済むとはとても思えないですね。実際、私の施設でも毎月のように転んだりオペ提供の患者が発生しますので、船橋市内の施設数を考えれば、6床ということはないのではないかと思います。

### ○高原委員

医療センターでも、具体的な数字は掴めていないのですが、今年の4月から認知症ケア加算のチームを作りました。来年の4月からはリエゾンのチームを作るので、その辺で具体的な数字が出てくると思うので、それを煮詰めてまた考えれば良いと考えています。

### ○山森委員

今、玉元先生がおっしゃった認知症プラス身体疾患というのは、現在では一般病床で診てしまっています。一般の精神科病棟というのは必要としていないと私は認識しています。救急の約20%は精神疾患絡みの患者で、軽傷な人は一般で診られるんですけども、重症な方、例えば放っておくと自

殺をしてしまうような患者が救急で来た場合に、一番困っています。精神科でお願いをするのですが、引き受けてくれるところがほとんどなくて、千葉県精神科医療センターが県内のキー病院になっていますが、そこをお願いしてもなかなか引き受けていただけない。仕方がないので当院に入院させて、家族に付きっきりで見てもらって、翌朝じっくり他の病院を探しているという状況なので、船橋市立医療センターで精神病床を作ってくれるという意義は、救急の意味では非常に大きいです。

もう一つ、先ほど中山委員長がおっしゃった6床というのは、診療報酬上のテクニックだと思っています。それは総合入院加算1を取ろうとすると、精神病棟が必要ということで、神戸市民病院などは総合入院加算1を取っているわけで、それは本格的に精神科の救急をやるうとか、精神科の病床を作ってやるうという意図では無いのかもしれませんが。

### ○中山委員長

ありがとうございます。だからといって、精神病床で50床とか40床の病棟を組むというのは、なかなかしんどいと思いますが、いかがでしょうか。

### ○山森委員

今の精神病院のレベルでやるうというのは総合病院では必要なくて、肉体的な疾患を併存した精神患者や精神科救急を受けるということで、具体的にはわかりませんが20床程度あれば十分に機能していくのではないかと思います。

### ○中山委員長

ありがとうございます。この辺り、コンサルの方から何か知見はございますか。

### ○「船橋市立医療センター建替基本構想策定等業務」受託者（アイテック株）角永氏

精神科救急という領域ではなくて、精神科救急・身体合併症の入院という病床の基準がありますので、それを先ほどご紹介いただいたかと思います。当社でご支援している県立病院でも、県の二つの病院を統合してそのようなユニットを作って8床くらいで運営しているようですが、基本構想や計画の段階では特に記載のなかったものが、最後の施工の段階で政策的に決められて入ってきたというものでした。最近のトレンドとまではいかないと思うのですが、今後こういう病床が必要になるという、今までの先生方のお話のとおりだと思いますので、もう少し、そういった事例を研究したりして、施設基準の方向性等を鑑みて、精神科の病床数についてはご相談して参りたいと思います。

### ○中山委員長

ありがとうございます。今、ICUと精神について議論になりましたけれども、3ページに周産期、小児、感染症などが項目として挙がっておりますけれども、特に何かご意見等がありますか。

### ○松野次長（筒井委員代理）

保健所の立場から二点、話をさせてください。一点目は精神についてですが、今、保健所で2次救急の病院に自殺対策ということでヒアリングをしているのですが、その中で一番課題として大きいのが、身体合併症を抱える精神疾患の方ということで、精神科病院にしても、身体合併症がある場合にはなかなか受け入れてもらえない。そういう中で、2次救急のところで自殺企図や身体合併症の方を受け入れられるかということに関して、受け入れる病院もあるのですが、後々大変になるということから、受け入れが難しいということもあって、すごく弊害が出ている状況だと思います。どの自治体もそうだと思いますが、重症な身体合併症を伴う精神疾患の方をしっかりと診てもらえる病院が

できるというのは、地域にとって心強いと思います。病床の確保という意味では県との調整が必要かと思えますけれども、ぜひ医療センターでそういう病床があると地域としては助かると思えますので、よろしく願いいたします。

もう一点は感染症の立場から、前回筒井所長から感染症に対応できる病院ということで挙げておりました、感染症に対応できる構造を作っていくとありますが、感染症対策として、多くの病院ではないのですが、感染症科を置いている病院とか、より特化した形で進めていこうという病院もありますので、ぜひ設備だけでなく、スタッフや院内での体制などもセットで考えていただければ保健所としても助かりますので、その辺りもご検討よろしく願いいたします。

### ○鈴木委員

一点お伺いしたいのですが、感染症科という科を作るのですか。

### ○松野次長（筒井委員代理）

いえ、そこまではないですが、感染症に対応した設備というのが前提としてありますけれども、どういう感染症が発生しても、医療センターに相談すれば対応が取れるというような、先ほど、感染症以外の身体合併症、例えば結核の方で透析を合併している方など、他では診られない感染症の方もいらっしゃると思いますので、どの感染症でも医療センターに相談すれば対応できるというような整備をしていただければ保健所としてもありがたいと思います。

### ○中山委員長

感染症にせよ、精神にせよ、きわめて病院の運営上は厳しいところであると思いますが、少なくとも精神、感染症について、この検討委員会で委員の先生方から出されたご意見・ご要望もありますし、地域社会の要請ということもあると思います。病院の方でもこの辺りはしっかり受け止めていこうということで、まだ規模を含めた内容についての精査がいまいちのところではありますが、そちらに向かっていこうということでの本日もご覧いただいている資料になっているのではないかと思いますので、これから具体的に内容等については、この委員会で詰めていきたいと思いますが、よろしいでしょうか。

もう一つ、1ページ目に戻っていただいて、ここに前回の委員会で出されたご意見がありますが、寺井先生から「キャッチフレーズのようなものがあると良いのではないか」というご意見をいただいておりますが、キャッチフレーズというのは「言葉」という意味ですか。私は「目玉の診療」という風に受け止めたのですが。どうでしょう。

### ○寺井委員

全国的にも、あるいは千葉県を代表する医療センターとしてこういう特徴があるというのが、外から見てわかりやすいものがあつた方が良くないかなと思ひまして、申し上げました。

### ○横須賀委員

通常の医療に関しては特にございませんが、最近、地震等の災害がありますので、それに対応した機能はどうかということをお教えいただきたいと思ひます。

### ○鈴木委員

今の資料には載っていませんが、災害拠点病院ということで、もちろん充実させなければいけないと考えております。

## ○中山委員長

おそらく、その部分については次の議題で出てくると思いますし、ハードのところではさらに記載があるかと思います。

それでは、またご意見があれば戻るといたしまして、続いて「②新病院の基本的な考え方」に移りたいと思います。事務局からご説明をお願いいたします。

## ②新病院の基本的な考え方【資料3（第2章）】

### ○事務局長（健康政策課長）

それでは、基本構想の第2章にあたります、「②新病院の基本的な考え方」についてご説明いたします。「資料3 基本構想（案）」の15ページをご覧ください。

前回の委員会において、ご提示した内容に一部赤字で追記・修正等いたしましたので、赤字部分を中心に説明いたします。

まず、15ページの「1. 現病院の状況」でございます。「医療センターは既に求められている役割を果たしていると考えられるが、老朽化・狭隘化などの施設的な制限により、現状の機能拡充や、新たな機能の設置ができない状況であること」、「新病院では現在の機能を継続しながら発展させることが重要であること」などを記載いたしました。その下には、現在の施設等の概要を掲載させていただきました。16ページでは、現況配置図・断面構成図とともに、千葉県保健医療計画における医療センターの役割をまとめております。

続いて、21ページをご覧ください。この間の部分については特に修正がありませんので飛ばさせていただきます。前回の当委員会において、山森委員よりご指摘いただきました、救命救急患者数を実患者数に修正して掲載いたしました。

続く22ページでは、二つ目の項目と四つ目の項目、脳卒中と心疾患について、それぞれ具体的に記載いたしました。また、(3)の一番下の項目では、内分泌・代謝疾患である糖尿病について触れております。

24ページでは、「(8) 地域包括ケアシステムへの対応」として、医療センターが果たすべき役割を追加いたしました。なお、(8)の三つ目の項目は黒字となっておりますが、こちらも新規項目で本来であれば赤字にすべき部分となりますので訂正させていただきます。

なお、併せて「参考1 基本構想の全体構成（案）」をご覧くださいければと思います。当初、「新病院の概要」については第2章に入れる予定でしたが、内容的には、整備についての内容とも大きく関連することから、第4章へと修正させていただきましたので、ご報告いたします。

以上が、「②新病院の基本的な考え方」でございます。

## ○中山委員長

ありがとうございます。ただいま、「②新病院の基本的な考え方」についてご説明いただきました。資料3の2ページから14ページについては、第1章として後ほどご説明いただきますので、今ご説明いただいた15ページから24ページの内容について、何かございますか。

## ○寺井委員

15ページの現病院の状況の中で、老朽化・狭隘化という施設的な制限ということで、早急に新病院の建設が必要であるということだと思っておりますが、当院でも、今問題にしております建物の老朽化と同時に給排水管の老朽化というのがおそらく医療センターでも問題になっているかと思っております。ご承知のように、熊本市民病院では、地震によって給排水設備が破綻し、診療機能が麻痺した状態になりました。一般的に建物は40年、最近建つものであれば50～60年の寿命ですが、給排水管は1

5年寿命と言われているようです。そういった意味で、老朽化の中に給排水の問題もあるという内容を入れていただければと思いますが、いかがでしょう。

### ○鈴木委員

医療センターの建物は、耐震構造でしっかりしていて、かなり整備を進めていますので、基礎調査の時にもかなり整備をされているとありました。ただし、16ページに病院の図がありますがけれども、A館とB館の1階、2階部分の給排水管を交換するためには、かなりの期間病院を休まなければ手が付けられない構造になっているという問題があります。今でも、時々パンクするのですが、応急処置をして間に合わせているところで、今お話しがあったところが一番心配しているところです。病院をやりながら配管を取り換えられるような建物の構造になっていけば問題無いと思いますが、何回か調査してもらいましたが、そのような構造になっていないということで、建て替えという話になったところです。

### ○中山委員長

既にこの委員会でも、鈴木先生、高原先生からご説明がありましたが、寺井先生のおっしゃるとおり、柱・梁の寿命と設備の寿命は違うわけですね。これは建築の責任ですがけれども、建築を60年保たせるのであれば、その間に4回くらい設備が交換できる仕組みにしておかなければいけないわけです。近年造られている建物は、運営をしながら排水管を瞬時に切り替えられるような仕組みになっておりますけれども、当時の建物はなっていないで、排水の問題があつて手術が制限されているというような問題が多々あるとお聞きしておりますので、その辺りを現病院の状況に記載することは必要かもしれません。

いずれにせよ、早く建て替えなければいけないということは確かであると思います。設備によって診療機能が制限されているのが実態だと思います。給排水、電気、医療ガスといった設備だけがダメで、機能レベルが維持できないというのは勿体ない話だと思います。この内容は、基本構想に盛り込んでいくということにしたいと思います。

その他、いかがでしょう。例えば、22ページに先ほどのICUや重症患者の病床、あるいは認知症への対策等は、高度医療ではないから記載がないのでしょうか。21ページの救命救急センターの下の方に「精神疾患や認知症疾患を合併している救急患者の受け入れ体制」との記載があるので、こちらでカバーしているということでしょうか。

特にご意見等が無いようでしたら次に進んで、必要があれば戻るということにさせていただきたいと思います。それでは「③新病院の建設に向けた考え方」について、事務局よりご説明をお願いします。

### ③新病院の建設に向けた考え方【資料3（第3章）】

#### ○事務局長（健康政策課長）

それでは、基本構想の第3章にあたります「③新病院の建設に向けた考え方」についてご説明させていただきます。その前に少し補足ですが、先ほど資料1の3ページにいくつか出てきた内容が、資料3の基本構想（案）に書かれているのかというご質問が、委員長からございました。精神科については、21ページの（2）の一番下に書かせていただいている状況でございます。また、ICUや内科・診療科についてはまだ十分に記載がないので、本日の資料1に関する議論を経た上で、次回までに少し厚くするというような形で対応してまいりたいと考えてございます。

それでは、基本構想の第3章の部分についてご説明いたします。資料3の25ページをご覧ください。まず、25ページでは、前回の委員会において、現在の病床数から新病院の病床数について試算いたしましたので、その結果を記載いたしました。また、26ページについては、先ほどご議論いただいた内容をもとに、改めて記載したいと考えております。

続いて、27ページをご覧ください。(1)四つ目の項目では、前回の委員会でご意見がありました高齢者に対する医療ということで、内視鏡などの低侵襲治療の拡充について記載しております。また、五つ目の項目では、手術室の増設や手術室のスペース拡大について触れております。(2)では、前回多数のご意見をいただいております、感染症について追記いたしました。内容といたしましては、感染症指定医療機関としての指定を取らないまでも、感染症に対応できる施設・設備とすることとしております。また、(3)の四つ目では、外来診療棟の整備について述べております。

修正箇所については、以上でございますが、先ほど給排水管を含めた日常のメンテナンスが病院を止めなくてもできるという構造にといった部分については、28ページの「(8)経済性を考慮した施設・設備」という中の二つ目に「日常のメンテナンスや修繕、定期的な更新、将来の設備増設のしやすさに配慮するとともに、設備の長寿命化を図ります」と記載してございます。

以上でございます。

### ○中山委員長

ありがとうございます。「③新病院の建設に向けた考え方」についてご説明いただきましたが、何かご意見ございますでしょうか。

25ページの「(1)現在の病床数からの推計」というのは、前回ご説明いただいた部分ですね。(1)には、現在の病床数にいくつかの要素を考慮して将来の病床数を推計するとありますが、二つ目に将来需要があります。こちらは先ほども出てきた言葉ですけれども、将来需要というのは、この圏域の人口はこれからも増加するということですし、高齢化ということもありますし、そのようなことから将来需要が増えるだろうというのが大きな前提になっているわけですが、第2回の委員会で、山本委員から、人口が増えるからといって必ずしも患者数が増えるとは限らないといったご指摘もいただいておりますし、資料1の1ページ目にもありますが、齋藤康委員からは高齢者の医療に対する考え方も変わるのではないかというご意見もありましたけれども、その辺りを先生方がどのようにお考えになるかということです。

また、流出患者ですね。現在、先ほど鈴木先生からお話があったように、患者がいるのに十分な手術や診療ができないということで、本来医療センターにかかるべき患者が他の病院にかかっているということです。そういったことを考慮して、現在の病床数から増えるであろうと、その増える部分の吸収分として、資料1の4ページにあったように、ICUを外枠に移して一般の病床数を449床とし、プラスアルファとして精神病床という推計ですけれども、この辺りについて、何かご意見等ございますか。

### ○鈴木委員

こういう難しい推計なしに、過去2年間の医療センターの診療科の稼働率から、どのくらいの数字が必要かなど計算したところ、やはり449床は必要だと思うんですね。今、県の病床配分が増えるという見込みが無いので、449床の中で何とかやろうとしているわけです。1回目、2回目の山本先生、藤田先生のお話だと、これから急性期病院はそんなに病床を持たなくてもいいのではないかと、いう話もありましたが、現実的にはやはり、このくらいのベッド数は現在でも必要だと思っています。

## ○中山委員長

ありがとうございます。逆に山森先生からは、I C Uをもっと充実させるべきではないかというお話もありましたけれども、当面は、今ご覧いただいている数字で構想を作るということでよろしいですか。

それでは、「④医療を取り巻く環境」について、事務局よりご説明お願いいたします。

## ④医療を取り巻く環境【資料3（第1章）】

### ○事務局長（健康政策課長）

順番が前後して申し訳ありません。基本構想の第1章にあたります、「④医療を取り巻く環境」については、今回新しく付け加えさせていただいた章ですので、本日次第の中では最後にさせていただきますが、こちらについてご説明させていただきます。資料3の2ページをご覧ください。

2ページから3ページでは、国の医療政策として、医療制度改革、医療計画、地域医療構想の他、地域包括ケア体制の構築について記載をいたしました。5ページからは、地域医療の現状ということで、(1)で千葉県地域医療構想、(2)で千葉県保健医療計画について記載しております。また、8ページでは、将来の医療需要の変化ということで、昨年度の在り方検討委員会報告書にも掲載した図をもとに、東葛南部保健医療圏は入院需要が伸びているという状況を示しております。9ページからは、東葛南部保健医療圏の医療提供体制、11ページからは、船橋市の医療提供体制を載せております。

そして、14ページをご覧ください。こちらでは、地域医療の課題ということで、千葉県及び東葛南部保健医療圏における課題を記載いたしました。具体的には、急速な高齢化の進展に伴う将来医療需要の増加等、危機管理体制の強化の必要性。その一方で、千葉県においては、人口10万人あたりの病床数や医師数が全国平均を大きく下回っていることや、東葛南部の一般病床数はその千葉県よりも少ないということに記載してございます。これらの状況から、医療センターの建て替えを検討していく上での地域の課題としては、①高齢化の進展及び地域包括ケアシステムへの対応、②強化が必要な分野への対応ということで、救急医療、災害医療、精神病床を有する総合病院の機能、感染症などの強化などを挙げております。また、③地域医療を担う医療従事者の確保・定着を挙げました。

以上が「④医療を取り巻く環境」でございます。

## ○中山委員長

ありがとうございます。これについて何かご示唆をいただけたらと思います。

## ○山森委員

今説明のありました、資料3の5ページに千葉県の地域医療構想の必要病床数の表が載っておりますけれども、特に2025年のあるべき姿として出した必要病床数が信頼できるかということ、あまり信頼できないと思います。それでは今後、具体的にこれからどうしていくのかということ、東葛南部でも来月あたりに会議があつて、細かく地域ごとに分かれて策定していき、積み上げた実数でもう一度必要病床数を検討しようということになっておりますので、この数字はほとんどあてにできないと思います。

その上で、先ほど委員長がおっしゃった、人口が増えても医療需要は増えない可能性もあるというお話ですけれども、今の地域医療構想で一般病床がどんどん減っていく傾向にあると思いますが、そうなった時に、医療センターは急性期ないし高度急性期としてそれを担っていく。他の病院はそれを補填するといいますか、その後の治療をする、回復期や療養型になっていこうと思います。おそらく、急性期を今のまま維持していく病院というのはかなり減っていくのではないかと考えています。医療センターのような病院は、もう少し充実させた方がいいと思います。

つまり、現状で449床とおっしゃっているので、それよりもっと増やしておかないと、全体で見ると、将来の救急、高度急性期の需要には追いつかなくなるのではないかと思います。先ほど、資料2で根拠から病床数を算定していましたが、これよりも少し多めにしておいた方がいいかなと思います。国が考えている病院の一つの基準というものがあって、大体何でも500床で線を引く傾向がありまして、449床だといわゆる大病院扱いをされない可能性があって、自由が利かなくなるおそれもあります。もちろん精神病床を入れて500床にしておけば良いんですけども。将来にわたって厚生労働省がそのような基準を使っていくかわかりませんが、現在は500床で線を引いています。地域の需要もそうですし、国の基準をみても、500床は超えておいた方がいいのではないかと思います。

### ○中山委員長

なかなか厳しいご指摘だと思います。今、事務局から説明のあった資料3の11ページに船橋市内の病院の立地がありまして、12ページに病床数が出ておりますけれども、山森先生がおっしゃったように、全てが同じレベルであるということはありません。この中の赤い丸あるいは周辺のオレンジの四角の中で、どれくらいの病院がいわゆる高度急性期なのかということや、高度急性期の病床をどのくらいまわしていけるのかという話かと思いますが、病院の方でさらに試算される可能性はありますか。

### ○鈴木委員

少しずれてしまうかもしれませんが、医療センターができた歴史を見ますと、医療問題懇談会（現船橋市保健・医療・福祉問題懇談会）という会議の中で、医師会、昔の国立習志野病院や社会保険船橋中央病院などで、この医療圏でどういう病院を作っていくかという議論をしながら、この三つの病院の役割分担という形で医療センターができていますね。ですから、今度は八千代医療センターにも入っていただいて、先生方の病院と医療センターで棲み分けして「医療センターはこういう病院になっていくべきだ」という、山森先生が言ってくれたような意見はぜひ聞かせていただければと思います。

### ○中山委員長

先ほど寺井先生が、こういうキャッチフレーズというよりは、周辺の病院がそれぞれメインになるものは何かというのを鮮明にしろというご示唆だと思いますが、医療センターの方も、いくつか柱があると思いますので、それをこの中にも盛り込んでいただくというのが重要で、それを基軸にもう一度病院の機能、規模だけでなく機能そのものをご検討いただければと思います。

第2回の検討委員会で、山本先生と藤田先生のプレゼンテーションは、例えば糖尿病の疾患等について予防的な措置をきちんとすると、入院を回避できるという趣旨だったと記憶しておりますが、そういった予防医療を進めるということが一方であって、高度急性期を医療センターが担っていくということで、包括的に患者さんを診ていく。例が良いのかわかりませんが、熊本市のように機能をきちんと分けるということがあるのかもしれない。

基本構想の最初に書くべきところが、今ご説明いただいた「医療を取り巻く環境」ということで、必ずしも数字があてにならないということですので、先ほど山森先生がお示しくださった東葛南部での次の検討の結果なども反映していただければありがたいと思います。

他にご意見等ある方いらっしゃいますでしょうか。



### ○松野次長（筒井委員代理）

今、中山委員長がおっしゃった予防からという部分について、医療センターで全てを診ていくというのは難しいと思いますが、今後、医療も病院単独でというよりは、地域の中でそれぞれ役割をもって、どのように連携させていくかということがどんどん進んでいくと思いますし、それが在宅でいうと地域包括ケア辺りになってくると思います。それ以外にも、糖尿病にしても、予防から始まって軽度な方を診療所で診て、重症になったら専門に繋いでいくという一連の流れを作っていかなければいけない。それ以外にも、CKD（慢性腎臓病）や脳卒中など、色々な分野で役割をしっかりと担っていくというところを、作っていかないといけないと思います。

その中で、医療センターが全部というのは難しいと思いますが、船橋市の中で、特に医療の分野でどこがどのような役割を担っていくのが良いのかという色々な連携を考えていく際に、ブレイン的な機能を担っていただけると。行政でもそのような調整をやらうとするのですが、どうしても現場でしかわからないような細かい部分の調整というのが、我々ではできないところですので、そういう役割も入れていければいいのかなと思います。

### ○中山委員長

ありがとうございます。今ご指摘があったとおり、医療センターだけで全て担うとはとても思えません。幸いにも、この委員会には医療センターのマネジメントとしての市の立場もありますし、船橋市のマネジメントとしての市の立場もありますし、医師会長、歯科医師会長、薬剤師会長というまさにフロントラインで医療を見ておられる先生もいらっしゃいますので、そういった方々の知恵もいただきながら、この中にネットワークを作っていくということを、どこかで反映できるといいなと思います。

### ○松野次長（筒井委員代理）

これまでも行っておりますが、病院サイドと一緒に考えていくということがますます増えていくと思いますので、今後もそういう役割を担っていただければと思います。

### ○片岡委員

前回、私は委員会を欠席しておりましたが、本日、お話を伺いまして、少しご意見を差し上げたいと思います。

本日の議論では、高度医療、特にICUも含めた先端医療を充実させるということ、それから、精神の部分の充実させていくということで、大変すばらしいと思っております。ただ、心配なのは、今以上に充実させていくためには、医療センターの先生方や看護師などの人的なところが、今のままでいいのかということが気になっており、そちらの充実も併せてやっていかないと、設備が良くなり診療科が充実していくけれども、それを支える人的な問題が、ことによると必要になっていくだろうと。それがこの提言に記載した方が良いのではというのが一点。

それからもう一点は、医療センターは公的機関であるので、言葉は悪いですが赤字になる部分があっても役割としてやっていかなければならないと思いますが、もしそうだとすると、どういう形でお金の面を手当てしながら、安定的な経営をしていくのかということが気になります。その場合に、もちろん市立ですから市から援助が出るでしょうけど、国や県からお金が出るのかわかりませんが、そういうところの手当てをきちんとしておいて、将来、経営が間違わないような方向にもっていくということも記述して基本構想にした方がよろしいのではないかと思いますので、最後に申し上げたいと思います。

## ○中山委員長

ありがとうございます。当然病床数が増えるということは、人的資源も増やさなければいけないということでしょうし、経営の安定化をどのようにやるのかというのはなかなか難しいと思います。具体的にどこからいくら捻出するのかということは、基本構想には書きにくいと思いますけれども、少なくとも公的な機関としての不採算医療を一方で担いながら、あるレベルでの独自の健全経営を目標にしていくということを基本構想のどこかに宣言として記載するという事は、片岡先生がおっしゃるように必要だと思います。

人的資源を今すぐ何名増強というのは書けないと思いますが、そういったことを常に目標にしながら、今後の整備の間に充実させていくということを宣言したいと思いますが、いかがでしょう。

## ○高原委員

人的な部分ですが、専門や認定というシステムがありますので、医師はもちろん、各種の技師やできれば事務職まで、積極的に参加してもらい、毎年増やしていくことを進めていて、今、随分増えてきています。そのように増やして行って、頭ができれば若い人がどんどん育っていくのではないかと考えておられます。医師に関しては、科によっては難しいと思いますが、努力して集めたいと思います。

## ○山崎委員

片岡先生がおっしゃった、赤字になったらどうするのということは、非常に書きづらい話です。地方公営企業の病院というのは繰出基準がありまして、高度医療などの不採算部門に関して、市から繰り出しができるという形になっております。今までも船橋市では、若干の赤字になった場合はそのようにやってきました。平成21年度に地方公営企業法の全部適用になってからは、繰出基準の範囲内で収めていただく形で運営ができております。

また、これはこの委員会の中で答えが出ないことなのかもしれないですけど、先生方に少しお尋ねしたい部分がありまして、先ほどの精神科の身体合併症の関係ですが、これは東葛南部医療圏、千葉県全体でも精神病床は過剰であるという話を聞いております。そういった中で、医療センターが目指しているところは認知症や身体合併の場合というもので、例えば、認知症の患者は、今1万2千人くらいが船橋市の数なんですけれども、それが10年後には2万4千人と倍になることが想定されています。そういう方が高度急性期の病気になった場合の病床は、一般の精神病床とはものさしが違っているような気がするんですね。そのものさしが違っている中で、精神病床を何床つくるというのは、あまり意味が無い議論のような気がするのですが、例えば山森先生や寺井先生は、高度急性期の身体合併症についての病床配分の考え方について、何かご見解をお持ちでしょうか。

## ○山森委員

精神科病床が過剰というのはあるんですけども、私が質問した時もそうですが、あくまでも急性期の精神科疾患、あるいは急性の身体疾患を合併した精神患者というのを対象にして考えれば良いのではないかと考えています。ですから、一般の精神科病床を作る必要は全く無いのではないかと考えます。

## ○山崎委員

まさに我々もそのように考えておられて、一般の精神科病床は医療センターで担う必要はなくて、他に資源があるので、他の医療機関に担っていただきたいと思っております。医療センターでは、身体合併の精神病患者のための病床が必要なんだけれども、病床配分において配分があるのかというの

がよくわからないというのが現状です。

### ○山森委員

今、県も精神科の急性期または身体合併症の精神患者を受け入れるところが無いということは認識していると思いますので、そのように話を持っていけば、認可が下りるような気もします。

### ○中山委員長

これまでに県からオブザーバーとして来ていただいて、その中では、少なくとも計画の上での精神病床の配分が無いということが何度か資料に出てきておりますけれども、何か別の形にする必要があるということですね。

先ほど私が申し上げたMPUのように、急性期病院に小さなユニットを付けている例はかなり出ていますので、一つの検討の課題にはなるのかなと思っています。

具体的に、この基本構想の中にどのように記載するかというのは事務局と相談させていただいて、次回の委員会で先生方にご覧いただきたいと思います。

その他に何かございますでしょうか。

### その他（海老川上流地区のまちづくり基本構想（素案）について（報告））【参考2】

#### ○中山委員長

それでは、その他として、「海老川上流地区のまちづくり基本構想（素案）について」、事務局よりご説明お願いいたします。

#### ○事務局長（健康政策課長）

それでは、本日お配りいたしました「参考2 海老川上流地区のまちづくり基本構想（素案）」をご覧ください。皆様ご承知のとおり、市では「海老川上流地区のまちづくり」の事業を並行して検討しているところでございますが、この度、大まかなゾーニング案が提示されたため、ご報告させていただきます。この素案については、9月下旬から10月上旬にかけて、地権者の方を対象に説明会の開催が予定されていると聞いております。

左下の目標スケジュールの下から2行目には、「平成33年度を目標に市立医療センター着工」と記載されております。また、東葉高速鉄道の新駅の北側に、ピンク色の「医療センターと医療・福祉関連施設ゾーン」が位置づけられています。なお、医療・福祉関連施設の誘致等については、今後の検討となっております。以上、ご報告でございます。

#### ○中山委員長

このゾーニングの案が提示されたということですが、今のご報告について、ご意見・質問等がございますか。

医療と福祉の関連施設というのは、例えばどのようなものがイメージされるのでしょうか。

#### ○事務局長（健康政策課長）

現段階では、まだ例えばというのも含めて、未定と聞いてございます。

#### ○中山委員長

駅の至近なところで、中身はこれからでしょうけれども、医療センターがあって、医療・福祉に関連する施設やサービス機能をもったものがあるようで、周りに住宅が貼り付いてくるというような、

健康ゾーン・ウェルフェアゾーンとでもいうのでしょうか、そういったものが船橋市内にできるということで、非常にインパクトが大きいのではないかと思います。この中で、医療センターの位置づけをこれからも考えていきたいということでございますので、先生方どうぞよろしく願いいたします。

特にご質問がなければ、本日はこれで終了とさせていただきますが、全体にわたって何かご質問はございますか。よろしいでしょうか。

それでは、以降の進行を事務局にお返しいたします。

#### **○事務局長（健康政策課長）**

皆様、長時間にわたり有意義なご議論を本当にありがとうございました。

最後に、事務連絡となりますが、次回の委員会は、11月9日（水）午後1時30分からを予定しております。詳細につきましては、改めてご案内申し上げます。

また、本日の議事内容について事務局で議事録を作成し、皆様にお送りさせていただきます。大変お手数ではございますが、お手元に届きましたら、議事内容についてご確認いただき、ご返送いただきたいと思いますと考えておりますので、よろしく願いいたします。

それでは、これをもちまして、「第7回 新しい船橋市立医療センターの在り方に関する検討委員会」を終了いたします。