

## 第8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11月9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、齋藤康委員、山本修一委員、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、鈴木一郎委員、高原善治委員、長島由和委員、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】 筒井勝委員、杉田修委員

【議題】 (1) 基本構想の内容について  
①新病院の建設に向けた考え方  
②新病院の整備の概要

【公開・非公開の別】 公開

【傍聴者数】 6名

## 【議事内容】

### ○事務局長（健康政策課長）

定刻となりましたので、ただいまより「第8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。

なお、本日は、杉田委員及び筒井委員より、所用のため欠席するとの連絡がございましたので、ご報告させていただきます。

会議に先立ちまして、資料の確認をお願いしたいと思います。まず、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」から「資料4」のインデックスを付けてございます。また、前回の委員会の議事録をお配りいたしました。

本日、資料をお持ちでない方がいらっしゃいましたら、残部がございますので、お声掛けをお願いいたします。皆様お持ちでございましょうか。

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。よろしく願いいたします。

### ○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。それでは、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、皆様にお諮りいたします。この件につきまして、事務局から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、会議に先立ちまして、本日の会議の公開、非公開について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、開催することを公表いたしました。傍聴人がいる場合には、「公開事由の審議」の審議の後に入場させていただきます。

以上でございます。

### ○中山委員長

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、率直な意見の交換も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は、改めて皆様にお諮りするものといたします。皆様いかがでしょうか。

## ○委員

異議なし。

## ○中山委員長

異議なしとします。本日の検討委員会は公開とします。

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でしょうか。

## ○事務局長（健康政策課長）

本日は6名の方が傍聴を希望しております。先ほど、定員5名と申し上げたところなんですけれども、今回、周知が不十分な面もございますので、もし、差し障りがなければ、この6名の方にお入りいただければ幸いに存じます。

## ○中山委員長

皆さんよろしいですね。

## ○委員

異議なし。

## ○中山委員長

それでは、傍聴人に入室いただけます。

(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。

## **◆本日の検討項目確認・第7回在り方検討委員会の意見の整理【資料1、2】**

### ○中山委員長

それでは、これから議事を進行させていただきます。

まず、議題に入る前に、本日の検討項目の確認と、前回の委員会で皆様からいただきましたご意見の整理をしたいと思います。事務局よりご説明をお願いします。

### ○事務局長（健康政策課長）

それでは、本日の検討項目の確認をさせていただきたいと思います。「資料1 基本構想の全体構成(案)」をご覧ください。

前回の委員会では、「第1章 医療を取り巻く環境」及び「第3章 新病院の建設に向けた考え方」のうちの「病床規模」の部分を中心にご意見をいただきました。本日は、前回のご議論を踏まえまして、第3章の病床規模を基本構想本編に追加するとともに、新たに第4章をお示しさせていただいておりますので、後ほどご議論いただきたいと思います。

続きまして、前回の委員会でいただいたご意見を整理させていただきます。「資料2 第7回在り方検討委員会の主な意見」をご覧くださいと思います。前回の委員会の中では、様々なご意見をいただきましたので、その内容により、大きく3つに分けて記載させていただきました。1つ目は「新

病院における新たな医療機能等の拡充について」、2つ目は、裏面になりますけれども「病床規模の考え方」、3つ目は「その他」でございます。

表面に戻っていただきまして、まず、「新病院における新たな医療機能等の拡充について」をご覧ください。ここでは主に、精神及び感染症についてのご意見がございました。中山委員長からは、近年、MPUという6床から8床程度の「精神科身体合併症病床」を設置している事例をご紹介いただき、「医療センターに期待されている精神病床は、そのようなものなのではないか」というようなお話をいただきました。

それを受け、玉元副委員長からは、「認知症患者が増えてきている状況を鑑みると、6床程度では足りないのではないか」というご意見をいただきました。

また、山森委員からは、「身体合併症を有する重症の精神患者を引き受けてくれる病院は少なく、医療センターで精神病床を作る意義は、救急の意味では非常に大きい」とのお話をいただき、その上で、「医療センターには、一般的な精神病床は必要なく、20床もあれば十分機能するのではないか」というようなことで、具体的な病床数についても、ご示唆をいただきました。

その他、保健所からは「自殺企図、身体合併症の受け入れは、地域としても助かる」という、地域における精神科の必要性の視点での意見がありました。

また、感染症につきましても、「設備だけではなく、スタッフなどについても考慮してほしい」という意見がありました。

これらを総括する形で、中山委員長から「周辺の病院との役割分担を踏まえて、医療センターの機能そのものを検討していただきたい」とまとめていただきました。

これらのご意見につきましては、右の欄になりますけれども、「地域の医療需要や千葉県保健医療計画などを鑑み、基本計画等の策定時において、引き続き検討していく」と、このように整理させていただきました。

続いて裏面をご覧ください。「病床規模の考え方」でございます。

この分野では、山森委員から「内科診療科を充実させるには、一般ICUは10～12床では少ないのではないか」、「精神科を含めて、大病院の基準である500床を超えておいた方が良いのではないか」とのご意見を頂戴いたしました。この部分については、増床と関連するため、千葉県とも協議が必要となりますので、今後、必要に応じて調整を図ってまいりたいと考えております。

また、片岡委員からは、「機能強化にあたっては、人的資源を充実させる必要がある」、「公立病院としての役割を果たしながらも、安定的な経営を目指していくことも重要である」ということで、人的資源充実の必要性や安定的な経営の確保の重要性について、ご指摘をいただきました。こちらは、資料3の18ページに追加いたしましたので、ご覧いただければと思います。こちらに「(3)変化に対応できる持続可能な病院」ということを付け加えております。この項目でございますが、「常に変化する医療環境に対応し続けるためには、必要となる医療機器などの設備を備えていくとともに、医師や看護師等の人的資源の充実も図っていく必要があること」、また、「これらの機能や役割を担いながら、経営の効率化を図り、引き続き、持続可能な経営基盤を維持していくことが重要であること」、このようなことを追加させていただきました。

これらのご意見について、中山委員長から、「感染症も精神も、病院運営上は厳しいが、地域社会の要請もある。規模を含めた内容等は、今後詰めていきたい」と、このようにまとめていただいたところでございます。

最後に、資料2の裏面「その他」になりますけれども、寺井委員より、「老朽化については、建物だ

けではなく、給排水管等の設備の老朽化が問題である」といったご意見をいただきました。

また、中山委員長からは、「現在の医療センターの建物は、給排水・電気・医療ガスなどの設備の老朽化等の問題により、一部の機能において支障が生じているということ、『現病院の状況』に記載の方が良いのではないか」とのご示唆をいただきました。

これらにつきましては、資料3の16ページをご覧くださいと思います。赤字が追加した部分となります。修正前の資料については「現状の課題」の記述が不足していたため、昨年度の在り方検討委員会の報告書を受ける形で、改めて記載をさせていただきました。なお、この四角の枠の中には、在り方検討委員会の報告書からの抜粋となっております。そして、「(2)さらなる発展に向けた対応」ということで、これまでにいただいたご意見を踏まえて記載しているところがございますが、こちらを読ませていただきます。「医療センターは、船橋市及び東葛南部保健医療圏における救急医療と高度医療を担う地域の中核病院として、質の高い安全な医療を提供してきましたが、給排水設備の老朽化や診療部門の狭隘化等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す」と記載しておりますが、さらに、ここに一文付け加えさせていただければと思います。昨年度の、在り方検討委員会の報告書の「はじめに」のフレーズで、大変重要なことが書かれておりましたので、申し訳ありませんが、次のとおり、追加をお願いいたします。「設置できない状況です」の後でございますが、「これにより、高度化する医療技術への対応や、医療の安全と安心の確保が困難な面も出てきています」と、このようにはっきりと記載させていただいた方がよろしいのではないかと考えているところがございます。そして、その先に繋がりまして、「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り、建て替えを契機として、さらなる発展に向けた対応が必要であると考えられます」と、このようにまとめていきたいと考えております。

そして、この修正により、17ページ以降の水色の表題の番号が、1つずつズレることになりますので、次回の委員会におきまして、先ほどの追加部分や、この番号のズレなどを整えましたものを、改めてお示しさせていただきたいと思っております。

以上が、本日の検討項目の確認と、前回いただいたご意見の整理でございます。

## ○中山委員長

ただいま、資料1の本日の検討項目の確認と、資料2の前の委員会でもいただいた意見の整理になりますけれども、何か修正するべきところ、あるいはご意見があればいただきたいと思っております。

よろしいでしょうか、

それでは、また改めてご意見を伺うとして、検討項目の確認、前回のご意見の整理は、これで済んだということにさせていただきます。

## 議題(1)基本構想の内容について

### ①新病院の建設に向けた考え方(第3章)【資料3 P. 25~29】

## ○中山委員長

次に、「議題1 基本構想の内容について」の「①新病院の建設に向けた考え方」ですけれども、事務局から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、ご説明をさせていただきたいと思っております。

資料の3の25ページ「第3章 新病院の建設に向けた考え方」をご覧くださいと思います。

第6回と第7回の委員会において、「病床規模の考え方」についてご意見を頂戴いたしましたので、

検討内容をまとめまして、記載させていただきました。赤字部分が、追加・修正箇所となっております。

25ページは、第6回の委員会において議論された内容でございます。ここでは、新たな医療機能は想定せず、現在の医療センターの病床数及び患者数の実績をもとに、将来的な医療需要の変化や、他の医療圏へ流出している患者の一定程度の取り込み等を想定して、新病院の病床規模を試算したものでございます。

この想定では、必要病床数を450から493床程度といたしました。

また、26ページでございますが、こちらでは、第7回の委員会において議論された、医療センターのさらなる発展に向けた対応として、「①集中強化治療室等（ICU、SCU）の充実」、「②内科診療科の充実」、「③その他の医療機能の検討」の3つを挙げております。

これらを踏まえまして、新病院の病床数を整理したものが27ページでございます。基本構想では、新病院における望ましい病床規模を、「474～481床程度＋精神病床等」と想定しており、今後、引き続き検討していくことといたしました。

なお、前回の資料では、新病院の病床数につきましては、同じく「474～481床程度＋精神病床」という形で、“等”が付いてございませんでしたけれども、26ページの③にも記載がありますとおり、精神病床だけでなく、その他の機能についても、この部分で考えていくこととなるため、精神病床“等”と付け加えさせていただいたところでございます。

なお、28ページ、29ページにつきましては、赤字部分を一部追加いたしました。大きな変更はございません。

この章については、これまでのまとめという部分になりますので、新たな内容はございませんけれども、ご意見をいただけたらと思います。よろしくお願いいたします。

## ○中山委員長

ありがとうございます。

ただいま、事務局から、「①新病院の建設に向けた考え方」、機能と病床と両方ありました。ここについて、ご意見をいただきたいと思っております。

前回の委員会で、先ほどご紹介があったように、山森委員から、「500床は超えておいた方が病院の形としてよろしいのではないか」とご意見がありました。

今、事務局から説明いただいたのは、「474～481床＋精神病床等」ということで、この“等”の中には、精神科だけではなくて、周産期とか小児とか、それ以外のものも含むということになっておりますけれども、この辺について、少しご意見いただきたいと思っておりますが、いかがですか。

## ○山本委員

千葉大学病院の山本でございます。

前回欠席しております。私の方で抜けている部分があるのかもしれませんが、このICU、SCUの病床規模20から32床の算定根拠は何なんでしょうか。

前も議論があったように、外科系ICU、それから内科系ICU、そして救急ICU、それぞれ積算していかないと出てきません。特に、外科系ICUの場合は、現在の手術件数と将来的な予測件数から割り出していきます。あまりICUに溜まりすぎると、一般病床の看護必要度が下がったりするという問題もありますので、ここはかなり厳密な数字を出す必要があるのではないかと思います。

と言いますのも、私ども千葉大学病院でも、ICU、CCUの整備にあたって、数字を大幅に見直

したという経緯がございまして、しかも、ここはかなり建設経費もかかる場所でもありますので、一般病床においそれと転用できる場所でもありませんから、かなりシビアな積算をされる必要があるかと思いますがいかがでしょうか。

#### ○事務局長（健康政策課長）

第7回在り方検討委員会の中ですけれども、資料2でお配りしました「病床規模の考え方（2）」で、ICU、SCUの病床規模について算定をさせていただきます。

お手元でございますでしょうか。無ければご用意させていただきたいと思います。

#### ○中山委員長

皆様お持ちでないと思います。

#### ○事務局長（健康政策課長）

ただいま、ご用意させていただきますけれども、そこでは、一般ICUと、救急ICU、それからSCUをそれぞれ分けまして、計算式なども挙げながら、推計した必要数について議論していただいたところでございます。

#### ○中山委員長

資料がくるまでの間ですけれども、山本委員が外科系のICUとおっしゃいましたよね。それは、術後ICUのことでしょうか。術後ICUというのは、一般のICUの中でカウントされているということよろしいですね。

#### ○事務局長（健康政策課長）

はい。

#### ○高原委員

現在の医療センターのICUは、救急用の認定を取っているICUで、一般の患者も入っているんですけれども、全く加算が取れないというところから始まっています。この救急のICUは、大体6床から8床というのが、現在の推計となっています。

一般ICUの方は、外科系の手術だと、主に心臓とか肝臓とか食道の手術、それから、内科系だと、入院患者のインターベンション※とか、急性呼吸不全とかの患者が入るので、それを見越して大体このくらいの数であろうということを出しています。

一方、SCUにつきましては、現在6床なのですが、ほとんどフル稼働してまして、今後、神経内科の先生を確保したいと思っていますので、それができれば、今の倍ぐらいは患者が来るのではないかという見込みで、大体12床という数字を出しております。

※インターベンション…カテーテルを血管に挿入して行う治療法のこと

#### ○中山委員長

一般ICU 10から12床の中で、特に術後用に何床と割当ててるのではなくて。

#### ○高原委員

それは分けておりません。

### ○中山委員長

これに関して、どなたか他にご意見無いでしょうか。ICUの病床数について。

### ○高原委員

それと、あともう1つ。手術室を増やそうと考えておりますので、やはり、対象となる外科系の患者さんも増えるというところもございます。

### ○中山委員長

山本委員、術後ICUの考え方というのは、色々あるのではないかと思うのですが、ある病院では、術後患者は原則入れてしまって、一泊二日で外科系ICUでケアをする。そうすると、一般の病棟が楽になるということもありますね。その時に、きちんと看護師の数が確保できるのかとか、医師の力が分散してしまうのではないかとか、そういう心配がありますが、その辺りの心配ももっときちんと詰める必要があるという、そういう意味でしょうか。

### ○山本委員

そうですね。人的な医療資源の問題もありますし、やはり、そのICUが埋まらないと、本当に大きな経済的損失になるので、そこはかなりシビアに積算をされた方がよろしいのかなということで、一言申し上げた次第です。

### ○中山委員長

ありがとうございます。資料が配られましたけれども、それでは資料で説明いただけますか。

### ○鈴木委員

確かに、ICUとかCCUは慎重にやらなければいけないところで、ICUに入る患者が多すぎると、一般病床の重症度が下がってしまうので、7対1の看護基準が取れなくなるとか、本当に慎重にやっていかなくてはいけないところだとは思いますが。正直、分からないところもあるので、今の実情からこの数字を出しています。

あと、手術室も相当増やしたいと思っています。それは、現状の手術待ち患者が多すぎるとことで、それに対応するには、手術室を増やさなければいけない。その時に、今言った術後の患者全てがICUに入るわけじゃないんですね。重症度などでICUの対象かどうかが決められているので。今までのような、術後の患者を全てICUに入れてしまうということはありませんので、この数字がこれぐらいで良いのかということは、検討してもらえるとありがたい。

### ○寺井委員

海浜病院の寺井ですが、今、鈴木先生がおっしゃっていましたように、ICUは国の方向性として、かなり重症度を厳しくして、看護必要度、患者の重症度、ICU専従医の数、経験とか、そういったことで、色々なクラスに分けるようになってはいますが、今後もそういう方向性になる可能性もあります。ただし、船橋医療センターは、救命のICUでずっとやってこられて、術後の患者さんの加算が取れてない。そういう状況の中で、やっぱりICU、CCU入れて12床くらいは、私は妥当な線かなというふうに思います。SCUも9から12床、救命が6床ということで、八千代医療センターも今501床ですが、それとほとんど同じくらいの病床数になっていると思います。

## ○中山委員長

ありがとうございます。今、配られた資料の1ページでしょうか。「試算の前提」のところで、心臓血管外科、脳神経外科、それから肝臓、胆嚢、膵臓、食道の手術は、術後ICUの入室対象患者とするとありますけれども、この数が、山本委員が心配されているように、10から12床の中で埋められるのか。

その点いかがでしょう。アドバイザーの方から何かありますか。

## ○「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

お配りした資料を、簡単にもう一度おさらいさせていただきます。

まず、「(1)一般ICU」ですけれども、ここでは、前提条件を立てさせていただいております。

まず1つ目が、医療センターのデータから「(a)心臓血管外科、脳神経外科、肝臓、胆嚢、膵臓、食道等の手術を入室対象とする」ということで、これは病院様にヒアリングをさせていただいた結果をもとに、対象とする手術を挙げております。

それからもう1つ、「(b)患者数の増加率を16%と仮定する」というのは、先ほどの説明にもあった、新しい機能を含まない部分でどのぐらい患者数の増加が見込めるのかという数字を出した時に出てきている数字でございます。

それから、「(c)流出患者の取り込み分を5%と仮定する」ということにつきましても、前々回の中で、東葛南部保健医療圏の目標とする数値に対して、医療センターの取り込み分を5%という数字を仮定しましたので、その数字を使いました。

これらを合わせて21%増加するという想定を作っております。

それから、病床数ですので、ここに入室している患者が何日くらい入室されるのかという入室日数が必要ですので、これは、我々の事例研究の中で、4日とさせていただきました。

また、病床稼働率を80%と85%の2パターン出しました。

これらの前提条件によって出したものが、3ページに出ておまして、下の表にありますように、「①一般ICUへの入室対象手術件数」に「②将来の増加率」を掛けまして、「③将来における対象の手術件数」の770件を出しております。ここに、「④平均在院日数」を考慮しまして、「⑤1日あたりの入院患者数」を出しますと、8.4人というのが出てまいりまして、これを「⑥病床稼働率」で割り戻しますと、9から11床ということになります。ほとんどの病院が、施設基準2対1の偶数の病床数を整備されておりますので、10から12床程度ということになっております。

術後の麻酔覚醒の数時間の入室や、現在の医療・看護必要度の100%を取るためにA項目4点、B項目3点というのがあると思うんですけれども、その中で、この室数の中の80%の患者の医療・看護必要度が必要となりまして、80%を下回ると全体で13,000点が加算できなくなりますので、ご相談させていただいて、対象のところを絞り込んだ形で推計いたしました。

## ○中山委員長

ありがとうございます。この9から11床というのは、術後の患者だけですか。

## ○「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

そうですね。

## ○中山委員長

内科系のICU、CCUの対象患者は別なのでしょうか。

### ○山森委員

その点、私も質問をさせていただいたんですけど、内科系の患者は救急のICUで診るということだったので、私自身は納得したんですけども。

### ○中山委員長

わかりました。私も先生方にお聞きしたいのですが、術後のICUの在院日数は4日くらいなのでしょうか。

### ○山森委員

いや、普通はそんなには長くないですね。もう少し短い。今の船橋医療センターは2.8日ですが、大体そんなもんじゃないでしょうか。

### ○高原委員

よろしいでしょうか。内科系の患者は、主に救急で入って来て、ICUでの集中治療が必要な方が多くて、病棟に上がっている方はあまりいないので、ほとんどは救急だろうと。それは、循環器内科とか呼吸器内科とか代謝内科も、全てそういう傾向があるので、数字は救急の方に入れているということです。

### ○中山委員長

そうすると、一般ICUは、ほとんど術後ICUというふうに理解してよろしいでしょうか。

### ○高原委員

はい。もちろん、院内発症の内科系の患者も入れますけど、そんなに数はないだろうと。現在の診療体制ではという考えです。

### ○中山委員長

そうしますと、先ほどのお話のように、術後のICUの方の在院日数が4日というのはちょっと長いかなという気もしたのですけれども。現に2.8日でしたか。もうちょっと短いかなという気もしますけれども、そこに内科系の方も含めると、9から11床ということで、10から12床という数になるだろうというお見込みですね。

### ○高原委員

実際、医療はどんどん変わっていきまして、いわゆる心臓外科でも、脳外科でも、血管内治療がだいぶ入ってきていますので、どんどん短くなっています。ただ、1つ転ぶと大変長くなる場合もあるので、今のところは、現在の状況から見た日数で。うちは短い方なんですけれども、その理由の1つに、次の患者が入ってくるから、患者を早めに病棟に上げているということもあるんですね。そういうことを考慮して、こういう数字を出しております。

### ○中山委員長

山本委員いかがですか。

### ○山本委員

納得いたしました。ありがとうございます。

## ○中山委員長

委員の中でも捉え方の齟齬があったようですけれども、少し整理できたと思います。

先ほど、事務局が示してくださった、集中強化治療室 I C U等が 25 から 32 床という数字ですけれども、この辺についてはさらに検討が必要かもしれませんが、一応こういう数字ということです。

その他、何かご意見ございますでしょうか。

## ②新病院の整備の概要（第 4 章） 【資料 3 P. 30～36】

### ○中山委員長

よろしいですか。それではまた必要があれば元に戻るとして、続きまして、「②新病院の整備の概要」ですけれども、30 ページと 31 ページですね。「1. 新病院の概要」については事務局からご説明いただき、32 ページから 36 ページの「2. 施設計画等」についてはアドバイザーのアイテックの方々にご説明いただくということにしたいと思います。

それでは、まず事務局の方から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「1. 新病院の概要」について、ご説明をさせていただきたいと思います。資料 3 の 30 ページをご覧くださいと思います

「（1）病床規模」でございますけれども、先ほど基本構想における新病院の病床規模を「474 ～ 481 床＋精神病床等」といたしましたが、ここでは、施設整備に関する検討ということですので、前提条件を 500 床規模ということで想定いたします。

また、「（2）医療機能」については、これまでも議論してまいりましたが、現在の役割を継続しながら発展させることを基本として、その発展の内容としては、「集中強化治療室等（I C U, S C U）の充実」、「内科診療科の充実」、「身体疾患を合併した精神科救急患者に対する病床の設置」等としております。

続いて、「（3）移転候補地」でございますけれども、こちらのページでは、海老川上流地区のまちづくり予定地とそのゾーニング案を示させていただいております。なお、こちらは記載のとおり、平成 28 年 9 月現在のものがございますので、進捗状況に応じて変更する可能性がございますので、ご留意いただきたいと思います。

以上が「1. 新病院の概要」でございます。

引き続き、「2. 施設計画等」について、アイテック株式会社より説明いたします。

### ○「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

続いて、「2. 施設計画等」でございます。

前のページにもありましたとおり、新病院の建設にあたっては、海老川上流地区まちづくり基本構想の進捗状況と整合を図りながら検討していくこととなります。「2. 施設計画等」は、6 つの項目となっております。

まず、「（1）施設のライフサイクル」です。施設の寿命に与える要因には、物理的要因、機能的要因、それから制度などの社会的要因がございます。病院においては、比較的長い期間と短い期間での建て替えを想定する事例の両方が見受けられます。こうした考え方は、設計や施工方法等に大きく影響するため、医療センターの新しい病院でも、今後、基本計画の段階において、具体的な方針を検討していく必要があります。

それから、「(2) 想定される施設の概要」です。「①建築物」として、500床規模の病院、900台程度の駐車場、救急ステーション、院内保育所について記載をしております。また、「②その他」として、将来の建て替えスペースやロータリーなども考慮するというところでございます。

続いて、33ページに、「(3) 建設用地の条件」がございまして。新病院の建設用地の条件として、次の項目を重視した検討を行っていくということです。「交通アクセスに配慮すること」、「救急医療の関係を考慮し、ほぼ地域の中心部に位置すること」、「災害時において、十分に機能を発揮すること」、「将来における建て替えスペースを確保できること」ということで、このような条件をもとに、面積としては、建築面積、駐車場、将来の建て替えスペースなどを考慮して、全体で40,000㎡という数字を、目安として想定させていただいております。

それから、34ページに「(4) 整備手法」を挙げてございます。病院施設の整備手法、設計と施工等を別々に発注する「従来方式」や、設計と施工を一括して発注する「DB方式」、設計中に施工業者が参画し、共同で事業を行う「ECI方式」がございまして。新病院では、単に工事費の縮減を求めるだけではなく、医療の質や業務効率の向上、快適な療養環境の実現を図るため、これらの手法の特徴を十分に勘案し、今後検討してまいります。ここは、整備手法にはなりますけれども、この中にPFIについても記載をしております。PFI方式による病院運営には課題も見られるということで、本件では考慮しないものとしております。なお、PFIは、他とは資金の調達に違いがございまして。民間資金を活用するというところでございまして、現状においては、起債の方が民間資金の調達よりも施主側に有利であるということから、設計・施工の領域ではあまり差異が見られないということで、このような表現をさせていただいております。

続いて、35ページには、今ご紹介した3つのメリット・デメリットを紹介しております。それから、その下には、「③今後の検討における留意事項」を挙げております。従来方式と異なるこれらの方式による発注を行う場合、準備段階において性能発注による「要求水準書」、「設計条件書」というこちらから求める書類の作成や、総合評価を行うために提案書を評価する評価基準、審査委員会の運営など、従来の一般競争入札には無い膨大な作業が発生します。

今後、「従来方式」、「DB方式」、「ECI方式」の3つの方式について、事例などの結果を確認し、基本計画においてさらに検討を進めていくこととなります。

それらの大きなスケジュールが、36ページの「(5) 整備スケジュール」にございまして。事業スケジュールにつきましては、建設用地の確定後、スムーズに設計、建築に着手し、平成35年度の開院を目標に取り組んでいく方向でございまして。基本計画の中で整備手法などの具体的な検討を行っていきます。

最後に、「(6) 整備事業費」でございまして。設計・工事監理料、工事費、医療機器等整備費、移転費用等を積み上げ、総額で約310億円という目安の数字を積み上げさせていただきました。なお、この中には、用地取得費や既存の建物の解体工事費は含んでおりません。

説明は以上です。

## ○中山委員長

ありがとうございます。それでは、ご意見、ご質問はありますでしょうか。

まず、新病院の概要ということで、「(1) 病床規模」の500床規模というのは、先ほどの議論の結果で、これからの議論は、500床規模を前提として検討していくということです。「(2) 医療機能」も、先ほどご検討いただいた範囲の中ですね。「(3) 移転候補地」については、これまでも、随分事務局からご説明いただいております。新駅の周辺に医療と福祉のゾーンを構成していこうということで、その中核的な機能として、新病院が位置しているということだというふうに思います。

これについて何かご意見あれば。

## ○鈴木委員

医療機能のことですが、よろしいですか。ずっと決められないのが、精神科と周産期なんですけれども、本日、船橋中央病院の横須賀先生もいらっしゃるの、将来、医療センターが周産期機能を担っていく必要があるのか。それから、寺井先生にもお伺いしたいんですけど、医療センターが周産期医療をやる可能性があるのか、というようなことをお聞きしたいと思います。この辺がどうも踏ん切りがつかないところです。

## ○中山委員長

30ページにも、医療機能と書いてあります。ここには、今、鈴木委員からお話があった周産期、あるいは、小児の話は具体的には書いてありませんけれども、是非ここでご検討いただきたいと思えます。横須賀委員いかがですか。

## ○横須賀委員

はい。現時点では、周産期に関しまして、船橋中央病院が、かなり一生懸命やっているということでございます。ですので、それを急に全部というわけにはいかないと思いますが、現在の周産期のスタッフが鹿児島から来ているような状況を考えますと、長期的には、船橋中央病院のみでなく、医療センターで、ある程度担っていただいた方がいいんじゃないかというふうに思っております。

また、周産期で産まれたばかりの方は、産科・婦人科の先生方と一緒に診るわけですが、当院では小児科はあまり人数が多くない。むしろ、医療センターの方がたくさんいるというような、“ねじれ現象”がございまして、私は長期的に見て、ある程度、医療センターの方で肩代わりしていただくのが、方向としては望ましいのではないかと。客観的に見て、その方がよろしいのではないかというふうには思っております。ただ、一気にすぐというわけにはいかないでしょうから、ある程度、その辺のバランスを考慮しながら、新しい病院を作る7～8年後には、ある程度そういうものを行うということを考えながら、病院を作っていた方がいいのではないか思っております。

## ○中山委員長

ありがとうございます。寺井委員いかがでしょうか。

## ○寺井委員

はい。周産期に関しては、母体の側と、胎児の側との両方を考えていかななくてはいけないんですけども、少子化ではあるんですが、高齢者出産とか妊婦健診を受けていない方とか、産科救急という領域は非常にニーズの高いところです。船橋市で言いますと、県内で船橋中央病院が一番患者を受けているという状況です。高齢出産の傾向もあり、また、体外受精などで、いわゆる双子、三つ子という、そういった低出生の子供たちが産まれる。高齢出産でも早く分娩してしまうということで、少子化なんですけれども、千葉県としてもまだまだ新生児をケアする病床は、県全体としては足りない。もっと深刻なのは、産科医と新生児科医が非常に少ないです、千葉県は。そこの育成をどうしていくかということで、産科に関しては、千葉県全体で3つか4つくらいが、今度の専門医機構の基幹施設になっているんですけども、おそらく、それほど産科の志望者はいないと思います。あと、新生児に関しても。船橋医療センターの有利な点は、小児科が基幹施設になっていますので、そこから育っていくことが可能だということはあると思います。

そういうハードルは色々あるんですが、先生がおっしゃったように、人口60万人で多分、出生数からいうと、年間6,000件ぐらいあるのかなというふうに思うんですが、船橋の場合は、小児

の入院施設が東西南北にあって、多少分散している傾向にあるので、集約していくという可能性を考えると、周産期の機能は、医療センターでやっていかれた方がいいかなとは思っています。

### ○中山委員長

ありがとうございます。鈴木委員、今、寺井委員がおっしゃった、小児科医の育成のプログラムなどは、これから組み立てられていくのだと思いますが、もう一方で、産科医をどう確保するかという辺りはいかがですか。

### ○鈴木委員

私も必要だと思うんですけども、医師をどうやって確保するか。県内の志の高い方は、大体八千代医療センターに集まるようですし、本当に人数が少ないので、それができるかなというのがすごく不安材料ですね。どうしたらできるのかなと。自分のところで育てるのは難しいんじゃないかなと思うので、現実的には難しいんじゃないかなと思いますね。

### ○中山委員長

齋藤委員、何かご意見ないですか。

### ○齋藤(康)委員

今の問題は、私どもも抱えている問題でございまして、産科医がいるかいないかといったら、やっぱりいないと困るんです。だけど、どのくらいの数をやれる施設にするかということ、非常に動く可能性が多いというか。もう少し体系的に、この地域の産科をどうするかということ、話し合いでもしてやらないと、すごい変動の係数が大きいような気がしております。

### ○寺井委員

やっぱり、千葉県全体、産科医が非常に少ない。学会全体が今非常に危機感を感じて、色々取り組んでいます。少子化ということもあるんでしょうが、産科を目指す医師をどうやって育成していくかっていうのが、千葉県全体の問題だなというふうには思います。

### ○中山委員長

今の話題はこの新病院の基本構想に大きく関わるところであります。であります、この検討委員会でも、各病院の機能連携とか、棲み分けというとあまりいい言葉じゃないかもしれませんが、それぞれの持ち分とか、強みとかいった辺りを鮮明にしながら、というようなご指摘もありました。単に、旗を掲げるというだけではなくて、ある時期からは、周産期を担っていくとか、船橋中央病院とうまく連携するとかということがあるんだと思いますが、それはここではなかなか議論しにくいので、是非、病院同士でその辺りの話し合いを懇談会的に持っていただけるとありがたいなと思います。いかがでしょう。

### ○鈴木委員

今、現実には周産期に関しては、連携が本当にうまくいっていて、船橋中央病院にお願いしているという感じでやっているの、そのような必要性が無かったんだと思います。この地域では。将来のことを考えるとどうかなと思ったのですが、必要だなと思いつつも、周産期をやるのは難しいなと思っているところです。

## ○中山委員長

そういう意味では、先ほどの精神の病床もですね、前回、私は6から8床くらいのMPU的なものかなというイメージでおりましたけれども、確か、山森委員は20床もあれば十分ではないかとおっしゃっていましたけれども、その辺でも少し収斂していない部分もありますので、何かその辺りでご意見があればいただきたいと思います。

精神だけではなくて、周産期あるいはそれ以外についても、何かございますか。

## ○鈴木委員

精神に関しては、病院に持ち帰って、うちの精神科医と話したんですけども、やはり、病棟を持つというのはちょっと無理かなど。それから、県の病床配分があって、そもそも病床を取るのがどれだけできるのかわからないということもあります。

中山先生がおっしゃったように、MPU方式でやっていったらいいんじゃないかというのが、うちの精神科医の希望でした。

## ○齋藤(康)委員

精神科の患者の中で、認知症の場合と、本来の精神科以外に疾患を持っている人の場合とでは、その対応も異なるように思われます。病院としてそれらにどう対応するかということが大切かと思えます。病室を持つと持たないとでは、相当違ったものになってくるんじゃないかと思えます。

## ○鈴木委員

精神科の身体合併症の患者、本当の精神病を持っている方が、身体合併症として、救急でよく来られます。先生がおっしゃったMPUという精神身体合併症病床、精神ユニット6から8床というのは、最近できてきたんですけども、こういう人を収容するには、そういうところで十分対応可能な数字だと思います。

あと、認知症に対しては、普段もそういう方いっぱい入っておりますが、それは一般病床の中で、リエゾンチームで対応しているというのが現状です。だから、精神病床を持たなくても対応ができるのではないかなど。

私が精神病床を持ちたいと思ったのは、病棟が無いと医師が集められないというところから、そのように考えたんですけども。

## ○中山委員長

周産期の方はいかがですか。

## ○高原委員

小児科の方では、30週という線引きで未熟児は診られないということで、横須賀先生にお願いしているようなパターンが多いです。ただ、やはり産婦人科の中で、核になる人間が今のところいません。小児科の方も、新生児を診ていこうという、核になる医師がいないので、そこがやはり一番。設備を作るのはできると思うんですけど、医者がいない。千葉大学にそういう余裕があるのかなというのを見ても、現時点ではなかなか難しい。プロジェクト的にそういう人間が出てくれるならば、うちで周産期に関してやっていくのは、一つの流れとしてはいいと思うんです。小児科は比較的しっかりしていますので。ただ、人的問題が解決しないと、ちょっとまだ踏み切れないところがありますね。

## ○中山委員長

施設が無いから医師が集まらないということもあるでしょうし、だからといって、先ほど山本委員がICUはお金がかかるぞとおっしゃいましたけれども、NICUも相当ハード面のお金がかかりそうですし、それを整えれば医師が来てくれるのか、その辺がなかなか難しいと思います。先ほど横須賀委員がおっしゃったように、将来的に、今の連携とは異なる形で、医療センターの中での周産期があるのだとすれば、それを形としてまずは整えると。そこに、きちんとスタッフを呼び寄せるといったための準備をしておくことは必要だと思います。本当に実施するというのであれば、後から作るのはなかなか大変だと思います。その辺りを踏まえて議論を進めていきたいと思っています。

## ○寺井委員

私も、八千代医療センターから移って、もう一年以上になるんですが、船橋で、超低出生体重児で産まれたお子さんで、船橋中央病院でケアをされた、その後のポストNICUの患者は、やっぱり八千代医療センターに随分流れてきますね。つまり、船橋中央病院では、小児科はありますけれども、船橋ではなかなか難しい。いわゆる、在宅に移行していくような、多少障害を残した子供を、どうやってケアしていくかということでは、船橋市は人口が多いので、本来的には船橋市の中で、ある程度地域完結型のような形に持っていくのがいいかなというふうには思います。

## ○中山委員長

ありがとうございます。今日もまた、いつものとおり、ここでは数を決められませんけれども、将来的に新病院が整備される時には、周産期は十分ターゲットに入っているという形で進めていくということよろしいですね。

それではもう一度、先ほどの30ページのところですが、この部分は皆さんよろしいですか。現状は、ご認識いただいていると思います。

では、32ページを開けていただけますでしょうか。「(1)施設のライフサイクル」のところですね。これから作る病院が、どのくらいのスパンを考えるのか、というような辺りを少し議論していただきたいというふうに思います。

数年前に、病院建築の寿命を調査したことがあるんですけども、おおよそ25年から30年で建て替えられているという感じでした。それは、1970年代ぐらいから建てられた建物が、30年持たないで、新規の建物に移行したという意味です。もちろん例外はあります。1980年代では、長持ちさせようということで計画をしていたはずなんですけれども、結果は、先ほど申し上げたとおり、30年はなかなか難しいなという状況だったわけです。

理由は色々ありますが、これから建設しようとする建物が、やはり同じくらいで寿命が尽きてしまうというのは、明らかに大きな損失であると思います。そういう意味では、きちんとメンテナンスをして、もうちょっと長い期間使って、初期投資した額を回収するというのが健全な考え方だと思います。そういう意味では、ここに書いてある40年から50年というような考え方があると思います。

しかし、もう一方で、医療はどんどん変わっていく。医療技術はどんどん進歩する。その時に、建築という不器用なものは、柱が邪魔だから向こうに動いてくれといっても動けないものですから、どうせそんなふうになるならば、安普請で造って、ここには30年と書いてありますけれども、20年とか30年とか短い期間で、どんどん使い捨てていけばいいじゃないかという考えも無いわけではありません。現にそういうことをしている医療法人もあるわけです。しかし、それが本当に得なのかどうかという話は別なので、私の感じとしては、ここに書いてある40年、50年は当然持たせるべきだろうなという感覚を持っております。

これについて、委員の先生方のご意見をいただきたいというふうに思います。

### ○玉元副委員長

医師会の玉元です。確かに、RC、SRCだと50年という耐用年数ではありますが、実際、その中の配管がダメになるケースは、もう見受けられるわけです。じゃあ、そのパイプスペースをうまく設計すれば良いのかというと、新しい機材が開発された時に、それに対応できるかどうかよくわかりません。長持ちさせたい気持ちは山々ですが、超急性期の病院ということであれば、安普請ではダメなんですけど、あまり耐用年数を中心に考えるのではなくて、新しく建て替えるスペースを設けながら成長していける病院にする方が、私はいい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。建築はできあがってそのままの形でいるということは無くて、今、玉元副委員長がおっしゃったように、中も変わるし、増築もする、あるいは、そうしたことがやりやすいような、建築の世界で「成長と変化」と呼んでいますけど、成長と変化がしやすい形にあらかじめ作っておく。それによって、機能的な耐用年数が伸びる可能性があるのではないかと思います。最初にも申し上げたように、中身はどんどん変わっていきますので、それに対応できるような建築物を造る。それによって、結果的には長持ちできるということではないかなと思います。

その他に何かご意見ありますか。

### ○山森委員

今まで、25年とか30年くらいで建て替えざるをえなかったというのは、多分、部屋の広さなど、厚生労働省の基準がどんどん変わってきたからというのが大きいんですね。済生会習志野病院が計画された時から13、14年経つんですけども、その間はある程度変わっていない。今まであれだけ変えてきたのを、今後、どれだけ厚生労働省が維持できるのかというのはわかりませんよね。だから、本当は早い建て替えというのが一番良いのかもしれないんですけど、今のベッド当たりの面積というのは、もう相当広がっています。昔だと、隣のベッドとの間を横に歩かないと歩けなかったのが、今はもう悠々と歩けるくらいの広さになっていますので、それがまた倍になるということは無いだろうと思うので、あとは、先ほど玉元先生がおっしゃったように、配管とか水回りとかをメンテナンスできるようにしておけば、40、50年くらいは十分持つので、40、50年というところがいいところなんじゃないですかね。今後は。

### ○中山委員長

その他いかがでしょう。

### ○土居委員

やはり、ここにきて大きな地震が複数起こって、耐震化ということもあって、建て替えざるをえなくなったという建物もあると思うんですけど、これから建築するものについては、その辺は十分に考慮されていくと思うし、今、水道管があちこちで破裂していますけども、段々そういう配管にしても何にしても、改良されていくんだろうなと思うんですよ。そう考えると、結構長持ちする方がいいのかなと。

## ○中山委員長

建物、例えば、柱とか梁とか床とかの寿命と、土居委員がおっしゃった配管の寿命は全然違ってきます。配管は10年ぐらいで替える必要があります。そういう備えが無かったのが、現在の医療センターで、とても困っていらっしゃるわけです。コンクリートは60年でも70年でも持ちますので、どんどん替えていくところと、替えないところ、というようなメリハリ、区別をしっかりとつけておく設計をすると、長持ちします。100年は欲張りませんけれども、40年、50年は十分持つんじゃないかな、というようなことです。

ちなみに、千葉県立がんセンターが、今建て替えの計画を進めていますが、あれは1972年の建物です。だから、もう40年以上経っているわけです。もちろん、病室などは狭くて、かつては6床室だったのを、4床室にしていると思いますが、建物としては40何年も持っています。というようなことだと、30年で捨てるのはもったいないなど。少なくとも40、50年は持つようなことを前提にして、そのくらいは最低持つという建物を作っていくべきではないかと思っておりますので、ここでは、短いという考え方もあると書いてありますが、それはやめていただいて、40、50年はきちんと機能する、そういう性能を持った建築を目指すとお書きいただければと思います。よろしいでしょうか。

その他、その次はいかがでしょうか。

34ページに整備の手法というのがあります。従来方式、デザインビルド方式、アーリーコントラクト方式、どういう方法が良いのかは、今日ここで決める必要は無いですね。こんな方法があるので、是非委員の先生方も、少しこの資料などを読み込んでいただいて、メリット・デメリットをご覧くださいと思います。PFIについては、先ほどのお話だと、割と否定的でしたけれども、船橋市ではPFIはやってらっしゃるのでしょいか

## ○山崎委員

完全なPFIというのはやっていないですね。DBO方式であって、やはりファイナンスの方は、民間調達ではなくて公的資金、起債に求めるという形ですね。

## ○中山委員長

ここにあるとおり、PFI方式を解除した病院は、先生方もご存知だと思います。反対に、東京都の多摩医療センターなんかは、比較的うまくいっているんじゃないかと思えます。船橋市でこれを採用するかどうかということに関して、資料の表には記載が無いですが、全く捨て去ることは無いのかもしれませんが、一応1つのスキームとしてお考えいただければと思います。

ということで、「2. 施設計画等」については、今ざっと見ましたけれども、何かご質問、ご意見があればいただきたいと思います。

## ○齋藤(俊)委員

歯科医師会の齋藤です。以前、病院機能のアメニティの利便性の部分の記載についてお願いして、29ページの「(5) 患者中心の施設」に入れていただいたと思います。病院なので、病床の数を優先して決めていくと思うんですが、当然外来もあると思うんですね。今の病院のネックというのは、外来の待ち時間が長いということで、医療連携を進めるとか、それから予約診療を行うとか、ソフト面では予約時間の短縮とか、待ち時間を少なくする検討をすると思うんですが、外来規模の大きさとか、ハード面での外来患者の待ち時間を短縮するための手法というのは、ここでは考えなくていいのでしょうか。

## ○中山委員長

いかがでしょう。

## ○事務局長（健康政策課長）

事務局の方では、今のような部分は基本計画の辺りで少し細かく検討していくこととして、ここでは、外来患者の方にご負担の無いようなスペースだとか動線だとか、そのようなことが必要だというような考え方だけを入れておいて、具体的には、基本計画でもいいのではないかと考えていた部分がございます。

## ○齋藤(俊)委員

外来規模の大きさによって、規模がだいぶ違うのかなと思ったので。

## ○玉元副委員長

外来の部分なんですけど、本来、超急性期病院は、それほど外来を多く持つ必要は無いということで、今でも病診連携で医師会の会員の方と、患者のやり取りをしております。ただ、医師会の会員も、それほど増えていない。これは、どこかの会議でも話したんですが、職員確保がなかなかできない現状で、開業する先生が実は少ないんですね、船橋は。私の外来ですら、1時間待ちは当たり前で、2時間くらいお待ちいただいています。一般診療所でもそういう現状ですので、医療センターで持つのは当たり前だろうというような気がいたします。ですから、それはマンパワーの問題で医師確保、一般開業医も増えないと無理ですし、外来をされる医療センターのドクターの数が必要となる。それプラス、そのペアとなる看護師の数が必要だと。ですからこれは、地域医療全体の話になってきますので、ここで議論するのは難しいかなと思います。

## ○中山委員長

ありがとうございます。もちろん、待ち時間を短縮するためには、マンパワーが必要だというのはそのとおりです。

一方で、建物のハードの方でいえば、先ほど齋藤委員がおっしゃったように、待たせるならそれなりのアメニティを用意しろということだと思います。例えば、八千代医療センターは、患者呼び出しにポケベルのようなものを使ってらっしゃったと思いますけれども、ああいうものを配れば、レストランにいても、図書館にいても、どこにいてもいいわけです。待たせるなら景色が見えるところとか、それは設計者に考えていただく、あるいは、今のポケベルみたいな話は運用の方で考えていただく、というようなことだと思います。

ただ、根本的なことは、玉元副委員長がおっしゃったように、外来患者が大きな病院に集中するというのはどうなのかは、全体で考えていただくことだと思います。今ここでは、外来患者に対する総合案内から会計までの移動負担をできるだけ低減する動線や、わかりやすい案内表示、採光や緑化などが書いてありますけれども、基本構想の段階ではこの辺に留めておいて、次の段階でもう少し詳しく細かいところのシステム等も含めて書けるといいなと思いますけれども。

その他何かございますか。

## ○片岡委員

片岡です。今日の施設計画等のところの右側の33ページの囲みのところに、ヘリポートと書いてあるのですが、今の医療センターでもヘリポートはお持ちですか。ヘリコプターはドクターヘリか何かを使おうということなのか、それとも何か別のことなのでしょう。

## ○高原委員

三次救急病院は、原則的にヘリポートを持たなければならないのですが、当院は、敷地的に余裕が無いので、近くの運動公園に緊急用のヘリポートを作って、その間をドクターカーで患者を運ぶというシステムでやっているんですが、やはり理想は敷地内です。特に、災害時なんかは必要です。平時は、おっしゃったようにドクターヘリが飛んでくる場合もありますし、災害時は、自衛隊の方とかいろいろな方が来るというようなことですので、災害拠点病院としては、必要になってくると思います。

## ○片岡委員

わかりました。ありがとうございます。

## ○中山委員長

よろしいでしょうか。首都圏直下型地震みたいなことも言われてますし、震度7の地震が起こる確率は、千葉県は85%くらいか何かで、一番高いんではなかったでしょうか。そういうようなことを考えると、なるべく早く医療センターを整備していただきたいと思います。

そういったことも含めて、基本構想とこれからの基本計画の中で盛り込んでいきたいと思います。施設計画等につきまして、その他ご意見、ご質問よろしいでしょうか。

## ◆その他（今後の進め方について）【資料4】

### ○中山委員長

それではこれで、本日の議題は終了とさせていただきます。整体的にご意見、ご質問があれば、よろしいでしょうか

それでは、最後に「その他」ですけれども、今後の進め方について、事務局から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「資料4 在り方検討委員会の今後の進め方について（案）」をご覧ください。第6回の委員会でお示したものと、多少順序が変更になっております。1月に予定している第9回では、パブリックコメントに向けた全体取りまとめとして、現在までの部分の他、既存病棟の活用方法、事業収支計画等についてもご意見をいただき、またその結果をもってパブリックコメントを実施したいと考えております。

また、来年2月頃の開催を予定している第10回では、パブリックコメントを受け、最終の取りまとめを行いたいと考えております。

以上です。

### ○中山委員長

ありがとうございます。ご質問ありますか。よろしいですか。

それでは、これで全ての議題を終了させていただきます。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、本日も長時間に渡りまして大変熱心なご議論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1月中旬頃を予定しております。詳細につきましては改めてご連絡、ご案内をさせていただきたいと思います。

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ので、よろしくお願い申し上げます。

それではこれをもちまして「第8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」を終了といたします。