

第11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29年11月15日（水） 午後1時30分～3時40分

【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、横須賀收委員、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、鈴木一郎委員、高原善治委員、丸山尚嗣委員、長島由和委員、高橋聡委員

<オブザーバー>

寺田俊昌氏（一般社団法人船橋市医師会 副会長）
千葉県 健康福祉部 医療整備課

<事務局>

健康福祉局 健康・高齢部 健康政策課

【欠席者】 山本修一委員、杉田修委員

【議題】 （1）新病院の施設整備の方向性について

① 新築病院視察の報告について

② 近年の病院建設事情について

千葉大学大学院 工学研究科 中山 茂樹 教授

（2）基本計画の進捗状況についての報告

【公開・非公開の別】 公開

【傍聴者数】 2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11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」を開催いたします。委員の皆様におかれましては、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、山本委員及び杉田委員におかれましては、所用により欠席するとの連絡がございましたので、ご報告いたします。

会議に先立ちまして、資料の確認をお願いいたします。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3」、「資料4」、「資料6」、「参考資料」がございます。また、本日、お手元に「資料2」、「資料5」をご用意させていただきました。資料はお揃いでしょうか。本日、資料をお持ちでない方がいらっしゃいましたら、ご用意しておりますので、職員にお声かけください。

続いて、「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」委員の委嘱状の交付を行います。皆様の席に、山崎健二副市長がまいりますので、順にお受け取りくださいますようお願いいたします。

（副市長より順に委嘱状を交付）

本日欠席されております、山本委員につきましては、後日、事務局より交付させていただきます。以上で委嘱状の交付を終了いたします。

続きまして、山崎健二副市長より、ご挨拶申し上げます。

○山崎副市長

皆様、こんにちは。本来であれば、市長の松戸がご挨拶すべきところですが、所用がございまして、私の方からご挨拶申し上げます。

この委員会は、メンバーから見ても議論の内容から見ても非常に高度で、ここまでご協力いただき、市長共々感謝しております。平成27年度に、この在り方検討委員会を立ち上げまして、報告書を取りまとめ、昨年度には「船橋市立医療センター建替基本構想」を策定することができました。

併せて、本市におきましては、既にご承知のとおり、病院の移転候補地である海老川上流地区で区画整理を行い、全く新しいまちを作っていこうと考えております。これは千葉大学のご協力のもと、日本のどこにも無いようなまちにしたいということで、医療・健康を中心とした“人が集まるまち”を作りたいと思っています。まだまだ克服すべき課題もたくさんございまして、医療センターは、平成35年度末に開院予定ということで、建設局と連携しながら進めていかなければならないと思っています。そういった中で、このそうそうたる面々の皆様方にお知恵を拝借できるということは、船橋市としても心強い限りだと思っています。

今日も盛りだくさんの議題をご用意させていただいておりますけれども、引き続き、どうぞよろしくようお願いいたします。

○事務局長（健康政策課長）

ありがとうございました。

それでは、ここで、あらためて委員の皆様をご紹介いたします。お手元の委員一覧の順に、ご紹介させていただきます。

(委員紹介)

○事務局長（健康政策課長）

それでは、これより議事に入ります。検討委員会設置要綱第6条の規定により、委員長が議長となることが定められておりますが、本日、委員を委嘱したことに伴い、新たに委員長の選出が必要となります。よって、委員長が選出されるまでの間、事務局にて、議事を進行させていただきたいと思っております。

委員長及び副委員長につきましては、検討委員会設置要綱第5条の規定により、委員の互選により定めると規定されております。

まず、委員長の選出について、委員の皆様、ご意見・ご推薦等はございますでしょうか。

○齋藤(康)委員

はい。

○事務局長（健康政策課長）

齋藤委員、お願いいたします。

○齋藤(康)委員

昨年、一昨年度は、中山委員を委員長として、検討を進めてまいりました。中山委員におかれましては、建築・都市科学を専攻され、特に医療・福祉施設などに関する研究を行っており、建築及び医療に関して深い見識をお持ちであります。引き続き、中山委員に委員長としてご就任いただくのがよろしいのではないかとと思いますが、いかがでございましょうか。

○事務局長（健康政策課長）

ただいま、齋藤委員より、中山委員を委員長にとのことでしたが、いかがでしょうか。

○委員

異議なし。

○事務局長（健康政策課長）

中山委員、お引き受けいただけますでしょうか。

○中山委員

はい。微力ではございますけれども、委員長を務めさせていただきます。どうぞよろしく願いいたします。

○事務局長（健康政策課長）

ただいま、中山委員からもご承諾をいただきましたので、中山委員に委員長をお願いしたいと思います。委員長席にお移りいただき、引き続き、ご挨拶と副委員長の選出、議事の進行をお願いいたします。

○中山委員長

それではあらためまして、千葉大学の中山でございます。先ほど、副市長からのお話のとおり、この委員会のメンバーは、医療の中心を担っている先生方が多くおいでになられています。その中で、医療の門外漢である私が委員長を務めるのはいささか不似合な気がいたしますけれども、齋藤委員からご推薦いただきましたように、私自身、医療施設建築について関心を持ちこれまで勉強してまいりました。随分前のことですが、船橋市立医療センターに泊まりこみ、寝ずの調査をさせていただいたこともございます。そういったことで、医療センターには特段の思い入れがありますので、微力ではありますが、皆様のご協力をいただきながら基本計画を練っていきたいと思います。どうぞよろしくをお願いいたします。

それでは、引き続き、副委員長の選出に入りたいと思います。副委員長につきましては、船橋市医師会 会長の玉元委員が適任ではないかと思いますが、皆様いかがでしょうか。

○委員

異議なし。

○中山委員長

玉元委員、いかがでしょうか。

○玉元委員

よろしく申し上げます。

○中山委員長

ただいま、玉元委員からもご承諾をいただきましたので、玉元委員に副委員長をお願いしたいと思います。それでは、玉元副委員長より、一言ご挨拶を頂戴できますでしょうか。

○玉元副委員長

船橋市医師会の会長の玉元でございます。昨年度に引き続きまして、副委員長を務めさせていただきます。それから、今回より、オブザーバーとして医師会副会長の寺田先生にも来ていただいています。歴史的にも船橋市立医療センターと船橋市医師会は、切っても切れない関係がありますので、新しい医療センターを作るにあたって、医師会長が変わったからバトンタッチということではなく、副会長の時からという考えもあり、寺田先生にお越しいただきました。今回、オブザーバーとしてご承認いただきまして、どうもありがとうございます。

これからも皆様のご協力のもと、医師会も頑張っていきたいと思いますので、三師会共々よろしくをお願いいたします。

○中山委員長

ありがとうございました。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、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、「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、原則として会議を公開することとなっております。議事録についても、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。

また、本日の会議については、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。傍聴人には、「公開事由の審議」の後に入室していただきます。

以上でございます。

○中山委員長

会議の公開事由の審議を行います。本日の議題に非公開とすべき事項は含まれませんので、公開としたいと考えますが、委員の皆様、いかがでしょうか。

○委員

異議なし。

○中山委員長

ありがとうございます。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、2名の傍聴希望者がいらっしゃいます。

○中山委員長

事務局は、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いる「傍聴に際しての注意事項」の内容に従って、傍聴されるようお願いします。

議題（1）新病院の施設整備の方向性について

①新築病院視察の報告について【資料1】

○中山委員長

それではこれより、議事を進行させていただきます。

「議題（1）新病院の施設整備の方向性について」の「①新築病院視察の報告について」というこ

とですが、医療センターの皆様が、近年建設された病院を視察されたとのことですので、本日は、そ
のご報告をいただきたいと思います。

それでは、病院局参与の高原委員より、ご報告お願いいたします。

○高原委員

それでは、「資料1 新築病院視察の報告」をご覧ください。今年8月に「岡山市立市民病院」、「兵
庫県立尼崎総合医療センター」、「大崎市民病院」、「石巻赤十字病院」に視察に行つてまいりました。
石巻赤十字病院は震災後、新しく増床されているということですが、今回は、近年建設された
病院を視察するというテーマで行かせていただきました。簡単にご説明させていただきます。

まず、岡山市立市民病院です。岡山駅から一駅南に下つた、北長瀬駅の前にある病院ですが、ここ
は病床数が400床あり、規模は当院より少し小さいのですが、機能は似ています。ただ、救急に関
しては、二次救急病院で輪番制を取っている病院でして、三次救急ではないというところが、少し違
うところではあります。

資料には、各病院の良かった点を箇条書きしてありますが、皆様あとで目を通していただきたいと
思います。この病院は、JR北長瀬駅から直結され、雨が降っていても濡れずに病院に入れるよう
な仕組みになっており、また、立体駐車場からも直結されており、2階の総合受付に直接入れる点が
非常に良いと思われました。

その他にも、院長が非常に熱心で、各病室のモデルを作り、職員にそれを見て体験してもらつた上
で意見をもらい、作つていったというお話を伺いました。

次は、兵庫県立尼崎総合医療センターです。ここは県立病院で、特長としては、大阪と神戸の間、
芦屋、西宮、尼崎、それから伊丹や川西の北側、三田の方面まで、非常に人口の多い地域を対象にし
た大きな病院で、2つの県立病院が統合してできた病院です。規模も大きく、病床数が730床あり
ます。診療科もほとんど網羅されていて、機能面でも、当院には無いような、小児の救命救急センタ
ーなどを積極的に行っている中核病院です。

この病院の良かった点としましては、病院であるのにも関わらず、まるでホテルのような雰囲気
であるという点です。患者さんは多いのですが、外来ではポケベルのような呼び出し装置を渡されて、
呼び出しがあった時に、そのブースに行けばよいというシステムです。待ち時間には、そのスペース
を十分に使い、皆さん、自由に回つていらつしゃるという印象を受けました。

病室は、個室と4床室構成でしたが、個室はもちろん4床室においても、自分のベッドの横が窓に
なるような星型の設計をしていて、非常に費用をかけているのではないかという印象を受けました。

あとは、救急にとっても重点を置いていて、いわゆるアルファベット病床が全体の20%を占めてい
るすごい病院だなという印象でした。

次に、大崎市民病院ですが、この病院は、仙台から白川町（現大崎市）に対応する病院です。ここ
の病床数はちょうど500床なのですが、院長が500床の病院を作りたかつたという思いで作つた
とおっしゃっていました。

この病院は、当院と同規模で、かつ市立病院でもあり、救急を中心に行っているという点で、非常
によく似ています。診療科は当院より少し多いぐらいです。ほぼ同じような病院ですが、周産期を行
っている点が異なります。

この病院の良かった点は、色々あるんですけども、非常に大きなエレベーターを設置していた点

です。補助人工心臓を付けた患者さんでも移動が楽にできるということでした。

また、職員用のフィットネスジムがあって、トレーニング用のバイクを置いてあるなど、職員アメニティも考えられておりました。

多くの病院は保育室が院外の別棟にあるところが多いのですが、ここは完全に病院の中の職員更衣室の隣にある点で、小さなお子さんを持った親も子育てがしやすいようにと考えられていました。

他にも、後で知りましたが、病院を建てる時に省エネの補助金や再生可能エネルギーの補助金を受けているということで、この辺りもだいぶ工夫されているなという印象を受けました。

最後に行ったところが石巻赤十字病院です。ここは、東日本大震災で目の前まで津波が来たのですが、この病院は無事でした。逆に言うと、患者さんが押し寄せた病院ですね。ただ、ここは別棟で救急棟を建てたということで、病院を全部建て替えたわけではありません。

規模は当院と同じくらいで、病床数が464床あります。災害医療のために増築したということです。診療科は当院と似ていて、ここも周産期がある点でうちとは異なります。機能的にはほとんど同じです。

この病院の良かった点の1つですが、東日本大震災の前に既に作っていたようですが、待合スペースに医療ガスを配管していたということです。災害時、待合スペースにベッドを並べた時に、医療ガスなどが整備されていたため、救急用のベッドスペースとして、機能的に役に立ったという話でした。東日本大震災を経験して、この点がものすごく良かったということで、これを推奨していました。

あとは、大体他院と同じようなところですが、新しく建てた救急病棟にICUがありまして、非常に大きくゆとりをもって作られていました。

各病院こういった特長があったのですが、全体を通して言われたのは、病院を建てる際、事務方や設計士が勝手に作るのではなく、医療職などの現場の職員にヒアリングをして、十分に意見を聞き、色々な意見を取りまとめるべきという点でした。

それから、職員と患者のスペースを完全に分けており、セキュリティ面も含めて考えられていました。また、外来は、今はほとんどどこでもそうですが、ブース形式にすることで、会計がスムーズになって待ち時間が減るということです。救急については、救急と手術室、カテーテルなどの治療室と、バックのICUなどが一つの動線で繋がっているという点ですね。

あとはスペースです。先ほど、非常に大きいICUがあったと言いましたが、あれぐらいのスペースがあると、色々な機械が入ってきても置けるだろうと。本来、そこまで必要無いか、かなりのスペースを持っておいて、将来、医療機器や人員が増えてくるなどのニーズに対応するというのを念頭に置いておかないといけない。作ってそこで終点ではないということをおっしゃっていました。

反対に、高価なものをたくさん作って費用をかけるのは無駄だともおっしゃっていました。

他には、先ほども言いましたが、原寸大の病室の模型を作り、それを職員全員で確認し、患者の立場、職員の立場で見るとということが非常に役に立ったという意見がありました。

今後、建て替えに向けて、近隣の同じような状況にある病院をもう少し視察して、良いところ取りをしたいなということと、やはり、院内の委員会などで積極的にヒアリングを行い、各部署の上層部のみではなく、若い人も含めて色々な意見を聞いて、全部採用できるわけではないですが、進めていかなければならないなと思いました。

最後には謝辞を入れさせていただきました。以上です。

○中山委員長

ありがとうございました。ただいま高原委員から、視察についてのご報告をいただきましたけれども、何かご意見あるいはご質問はございますか。

○横須賀委員

視察ご苦労様でした。これは先生にお聞きするべきかどうか分からないのですが、病院を建て替える時の土地の手当ての状況について。また、8階建て以上の病院が多くて、高い病院ですと11階建てというところがありますが、そういう高さの問題についてはどうなのかということをお聞きしたい。

当院としても、将来の建て替えの時に参考にさせていただきたいと思ひまして、伺わせていただきました。

○高原委員

なかなか難しい質問で分からないこともございますが、岡山市立市民病院の方は、岡山駅から1つ離れた北長瀬駅の前で、まだ開発されてない状態です。現在、開発しているところで、市が土地を手当てしたのだと思います。高さ制限についてはちょっと分かりません。それから、尼崎総合医療センターは、県立の専門学校があったところに、2つの病院を統合して建てたという話で、こちら高さ制限については、分かりかねます。それから、大崎市民病院も郊外に移転しています。駅からバスで10分ぐらいのところですが、土地はおそらく市の方で契約したのだと思います。石巻赤十字病院は、既存の土地が大きいから隣に建てたというような感じでした。後はよく分かりません。

○横須賀委員

ありがとうございます。

○中山委員長

土地の面積についてだけならば、私の方から後で情報提供できるかと思ひます。石巻赤十字病院は、東日本大震災の数年前に、旧病院から現在の位置に移転しました。もともとは、港のそばにあつて、そのまま水没してしまつていたと思われまふ。実は私は、石巻赤十字病院の敷地選定委員だったので、私自身は旧病院の敷地での建て替えを支持してしまいました。その意見が通らなくて良かったなと思つているところです。

その他、ございますでしょうか。

○寺井委員

各病院の延床面積をベッド数で割ると大体1床あたり100㎡ぐらいで、これからの病院として素晴らしい面積だと思うのですが、先生のご説明では、ベッド以外のスペースも結構あるということで、その結果、1床あたり100㎡ぐらいになっているのかなと思つたのですが、その辺りについてはいかがでしょうか。例えば、廊下の広さとか。

○高原委員

石巻赤十字病院は別ですが、他の病院については、病室は当院と同じような感じでした。収納スペースについては随分考えられていると思ひます。例えば、手術室は中央廊下で両端に手術室があり、その間にサイド廊下のようなものを作っています。そこに色々な物を置いて、次の手術の準備をするなど、様々な工夫をされていました。あとは、配管や医局関係、更衣の場所など、段々とスペースを

取られ、廊下にそのまま物を並べざるを得ない状況になってしまった病院もあり、これは失敗したなという意見もありました。

○寺井委員

あと、災害用として待合室に配管の整備をしていたのは石巻赤十字病院でしょうか。

○高原委員

石巻赤十字病院です。

○寺井委員

他の病院ではいかがでしたか。例えば、少なくともこの会議室のような場所に配管をしてあるとか。

○高原委員

その件については、特に説明が無かったので、こちらも聞けなかったです。最後に視察した石巻赤十字病院でお聞きした話なので、他の病院は聞いておりません。ただ、当院についてもそのようなことは考えております。

○寺井委員

やはり、災害が起こった際に、様々な方が来た場合のトリアージのスペースもそうなのですが、配管があるか無いかで随分違うかなと思います。

○高原委員

石巻赤十字病院は1階がトリアージスペースで、2階が吹き抜けになっています。先生もご存知だと思うのですが、2階に立つと待合スペースの様子が全部見えます。だからそこに司令部を置いたと。偶然だと思うのですが、そこが良かったということをおっしゃっていました。

○中山委員長

印西市に日本医科大学の千葉北総病院があります。私は、こちらにも関わっていきまして、もう20年ぐらい前ではないかと思いますが、中央廊下が6mほどの広さがあり、そこに電源と医療配管を仕込み、災害対応スペースとしています。トリアージタグの黄色レベルの患者はそこで対応するというようにしています。災害拠点病院はもちろん、現在は多くの病院でそういった備えはしてあると思います。

他にご質問はございませんでしょうか。よろしいでしょうか。それでは、次の議題へ進みます。

②近年の病院建設事情について【資料2】

○中山委員長

続いて、近年の病院建設事情ということで、少しスライドを持ってきました。委員の先生方はもうご存知のことばかりだとは思いますが、私の方から話をさせていただきたいと思います。

近年の病院建設事情ということで、急性期病院をターゲットにした建築の計画ということをお話しするつもりなのですが、今日は建築の中身、部屋の構成がどうだというようなことについては、あまり触れません。その前提の部分をお話ししたいと思います。

現在、地域医療の中で、財政の問題、人手不足、あるいは高齢化といったようなことがあって、医療崩壊というようなことが言われています。本来であれば、保健・医療・福祉サービスの需要と供給のバランスが整っていなければいけないわけですが、需要については、医療に対する住民の行動が、かつてと随分変わってきているのではないかと思います。国民皆保険制度は、私たちにとってはありがたい制度ですが、かつてと同じというわけにはなかなかいきません。しかし、住民はこれまで以上の医療サービスを要求しているわけです。

一方で、先ほども申し上げたとおり、医療職あるいは介護職が不足しているということがあります。施設について言えば、配置の問題、あるいは連携を強化していくというようなことをどのように満たしていくか。もちろん、各施設の機能が充実していくということも必要なわけですが、これも行政の施策の中では、財政の問題などもあって、何でもかんでも機能を充実させるというわけにはいかない。無い袖は振れないというようなことになるわけです。

具体的に、高齢化の問題について、患者調査から作成したグラフをご覧ください。65歳以上の患者人口が7割近いということですが、あらためて世代別にこの20年間の入院患者数の推移のグラフを作ってみました。55～64歳の患者については、当然、この数年間で56%になりました。私は、65歳以上の患者は増えていると思っていたのですが、65～74歳も77%に減っており、75歳以上の後期高齢者になって初めて10%増加しています。そしてもちろん、85歳以上は1.8倍に増えている。私はこのグラフを自分で作ってみて驚きました。65～74歳については、せいぜい水平なのではないかと思っていたのですが、減っているということです。

また、これは医療施設調査だったかと思いますが、一般病床の平均の在院日数は、2016年6月のデータが一番短かったのですが15.6日。船橋市立医療センターは、既に10日前後ということでした。この下のグラフは、NTT東日本関東病院のデータです。古いデータですが、平均10.6日で、医療センターとあまり変わらないと思います。ここで申し上げたいのは、この退院患者さんの3分の1は3日以内に退院しているということです。6日以内で半分の人、9日ー平均値に満たない段階でもう全体の7割の患者が退院してしまっているという、非常に回転の早い状況が起こっているわけです。船橋市立医療センターでも既にそうなっているということだと思います。これは、看護の継続性とか色々言われておりますけれども、そういうものが非常に難しいということを示していると思います。

続いて、病院建築環境ですが、病院は患者さんの療養環境の改善、アメニティの向上、ヒーリング環境の整備など、色々と言ってきましたが、もはや急性期病院についてはそんなことを言うてられない。もちろん、療養環境は必要ですが、それ以上に治療環境を整えるということが重要だということではないかと思えます。その治療環境を整備するというのは、医療を効率良く提供すること。基本的な診療技術、新しい診療技術への対応、そして、場合によっては、それこそ患者さんの療養の場であると思っていた病室も医療行為の場だということに変容している。少なくとも建築家は、そのような認識を持っています。

それから、もう1つ重要なことは、医療における安全性で医療事故、感染、転倒転落、医療ミスです。こういったことに対しても、備えをどうするかということではないかと認識しています。

このスライドは東京大学医学部附属病院のことです。新しい病棟が来年オープンする予定です。もう工事がちょうど終わっているぐらいのところなのですが、新病院ができて開設後にどんな変化が起こったかということを書いてあります。

まず、医療、あるいは医療システムが進歩して変化してきました。10年前には必要で設置したけれども、もう全然使わなくなったものもたくさんあるというお話を聞きました。例えば、自動尿量測

定装置を、膨大な費用をかけて付けたのですが、もう尿量の計測をしなくなって要らなくなったということです。

一方で、スタッフの数は飛躍的に増えました。船橋市立医療センターも私が調査をさせていただいた頃は、スタッフ数は病床数と同じぐらいだったと思います。500床の場合は500人。今は、正確には分かりませんが、多分2倍ぐらいいると思います。それは東京大学医学部附属病院でも起こっていきまして、特に看護師の数が増えた、あるいは、男女比が変わったということです。例えば、看護師の控え室が全然足りないとか、男性用の控え室が無い、あるいは、診療の端末やPHSも用意されていなかったというような問題が生じています。

先ほど、高原委員が職員アメニティのことをお話しされました。10年前は職員の環境などは全く考えていなかったと思いますが、現在は、職員アメニティは職員の意識を高めてもらうために絶対に必要なことなわけです。

それから、東京大学医学部附属病院は大学病院ですので、一度に全部を作るわけではなく、今回は診療棟、次回は病棟、その次は診療棟Ⅱ期といったように、徐々に作っているわけです。必ずしもそれが計画どおりにできなかったりして、非常に困ったことがあったというようなことです。例えば、2人室というものを作りました。入院棟Ⅱ期ができれば個室にし、2人室として使うのはわずか数年だということだったのですが、結局、16年間も2人室で使うことになり、非常に使いにくかったと。これもやっと来年解消するわけですけども。

続いて、先ほどの高齢患者が増えているということで、侵襲的な治療を受ける85歳以上の患者さんは非常に増えています。また、内装や設備・備品が変わったなど、備品更新あるいはメンテナンスの計画をきちんとやっておかないと一気に老朽化する。この辺りは、現在の船橋市立医療センターにも通ずるところがあるのではないかと思います。チーム医療の推進、学習スペースの不足、そして、東日本大震災の経験ですね。これも後で触れていきたいと思います。

本日は、たくさんスライドを持ってきておりますが、3つのトピックスをお話ししたいと思います。1つ目は、長持ちする病院建築という話題です。2つ目は、病棟に関すること。3つ目は、建設費というか、性能に関する議論を少しさせていただきたいと思います。

まず、長持ちする病院建築ということですけども、そもそも、建築の寿命には構造的な耐用年数と、機能的な耐用年数という2つの側面があります。構造的な耐用年数というのは、柱や壁など、コンクリートが中性化してしまっても耐力を失い、建て替えないと危ないといったようなことです。一方で、機能的な耐用年数というのは、使い勝手が変わって建築が追従できなくなってしまうといったようなことです。周囲の状況が変わり、建築の意義が変わってしまうといったような理由です。例えば、手術室としてはあるけれども、ハイブリッドの手術をしたいとか、人工心肺を入れての手術をしたいとかいうことで、昔の古い手術室は使えなくなったというようなことです。先ほど、新築病院のご紹介がありましたけれども、今やコンクリートは60年とか70年、場合によっては100年ぐらいもつということになっていますので、いずれも構造的に老朽化したために建て替えたわけではなくて、昔の病院の使い勝手が悪くなってしまった、あるいは、もう新しい医療が展開できなくなってしまった、などの理由で建て替えられているわけです。

かつて、日本の病院がどのぐらいの期間で建て替えられているのかという調査をしたことがあるのですが、概ね25年から30年という非常に短い期間でした。先ほど申し上げたとおり、構造的な耐用年数というのは、70年でも100年でももつにも関わらず、その耐力がありながら30年経ったら使い捨てているというのが日本の病院建築です。そういったことに最初に警鐘を鳴らしたのがイギリスの建築家ジョン・ウィークスという人ですが、病院は常に成長し、あるいは変化している。した

がって、その成長と変化に対応できるような作り方にしなければならないと、1960年代の後半に言いました。「indeterminate architecture」(インディターミネイト・アーキテクチャー)、病院というのはいつまで経っても完成しない建築だ。いつまで経っても中が変わり、あるいは、成長というのは増築のことですけれども、そういうことで、スライドにあるような病院建築を作ったのです。

こちらは千葉県立がんセンターです。千葉県がんセンターは、現在、設計が終わって、工事に備えているところなのですが、現在の病院ができあがったのは1972年です。もう45年も経っています。なぜ45年も使えたのかというと、例えば、検査、画像診断、放射線治療など、それぞれの機能を収める建物に分け、中は自由に間仕切れるようにし、端はいつでも伸ばせるようにした、そんな作り方をしました。そのようなことをして凌いだことによって、45年ももたせることができています。希有な例だと思えます。

基本的には、今も申し上げたとおり、病院というのは内部改修だとか増築だとかを繰り返していくものです。中でも増改築が多いのは、医療技術がどんどん変わっていく診療部門です。手術だとか画像診断とか、そういったところがどんどん変わっていきます。一方で、病棟は然るべき作りをしておけば、そんなには変える必要は無いのかなと思います。ですので、今の医療センターのように、下に診療部門、外来があって、その上に検査室やレントゲン室があり、かつ手術室があって、さらにその上に病棟が乗っているというような作り方をしてしまうと、それぞれの増改築のタイムスパンが違うので、対応に困ります。本当のところは分けたいわけですが。千葉県がんセンターが45年ももったのは、病棟は全く他と別棟で、かつ、それぞれの機能、画像や検査、放射線治療、手術等をそれぞれ別棟にしていたので、各部門が自由に増改築ができた。そういうおかげではないかなと思います。

こちらは、足利赤十字病院のブロックプランです。ここも、是非、先生方に見に行っていたきたいのですが、病棟がここにあり、ホスピタルストリートをはさんで反対側に外来や診療部門が設けられているという作り方です。ちなみに、ここは講堂ですけれども、ここには先ほど話題が出たような電源とか医療配管などが仕込まれています。トリアージそのものは外で行い、講堂が医療スペースになるというものです。病棟と診療部門を分けた作りは何も日本だけではなくて、こちらはノルウェーで昨年見てきたものですが、ここに病棟があり、こちら側にそれに対応する診療部門がくっついているというような作り方です。こうした作りは、建物を長く使うためには基本的な考え方ではないかなと思います。

これは名古屋大学医学部附属病院の診療棟です。10年ぐらい前にできあがったものです。大学病院は、千葉大学もちろんそうですし、名古屋大学もそうですけれども、もともと一気に建て替えというようなことができません。千葉大学も最近、外来棟を作り、これから診療棟を作るということで、順々に行っているわけですが、名古屋大学の中央診療棟はこの水色のスペースがバルコニー、テラスなどの名前をつけ、何も無いスペースを作りました。平成17年度に竣工し、その後、5、6年の間でこんなに増築しています。結果的には、この青いスペース、化学療法、透析、医療安全センターなどは何も無かったバルコニーやテラスを使って部屋にしてしまいました。見事としか言いようがないです。バルコニーで作っていますけれども、後々診療機能が入るということを見越して、電源だとか情報のための空配管などは予め仕込んであるというようなもので、先ほど申し上げたとおり、将来に対応するための策としては、費用がかかる方法ではありますが、非常に有効な良い手法かと思えます。

これは静岡県立がんセンターです。ここも、もう15年ぐらい前にできあがったものですが、事務スペース、管理スペースを手術などの診療の中核機能と同じフロアにしてありました。15年経って、管理・事務スペースは、そっくりそのまま外へ作ってしまって、ここを化学療法に替えたというようなことです。いずれにしても、サスティナブルということを考えるならば、将来、何ができるかということのを正確に予測することは難しいわけですが、何が起っても対応できるような

準備をしておく。建築の方で準備をしておく必要があるのではないかと思います。

2つ目のトピックス、病棟に関するものです。2001年に医療法が改正されて、病室面積が4.3㎡/床から6.4㎡/床になりました。療養環境加算はもっと古くて、1994年に8.0㎡/床の療養環境加算がついています。現在、日本の病院はこのぐらいの面積でできているわけですが、2008年にイギリスの「HBN: Health Building Note」(ヘルス・ビルディング・ノート)という、病院建築のガイドラインが改正されました。そこで出てきた病室のサイズは、例えば、この4人室は1人あたり17.0㎡ぐらいです。日本は8.0㎡です。17.0㎡、驚くべき寸法です。イギリスは、1990年代にトニー・ブレアが政権を執り、随分と医療に投資をしました。その集大成として、HBNが改正され、今申し上げたような寸法になっているわけです。医療費のGDPに占める割合は、今、日本はかなり増えて10%に近くなっていると思いますが、イギリスはかつての日本と同じ8%を超えるぐらいです。言葉は悪いですが、少なくとも医療については、日本より貧しいイギリスが、これだけの面積を使っているというところに驚きを禁じ得ません。なぜそんな広い面積が必要なのかというと、最初に申し上げたように、病床の周りで医療行為が行われるという前提を、もう一度考え直さなければいけないと思います。

これは私がやった研究ではありませんが、模擬のベッドを置いて、心肺蘇生をしたら、どんな機械が置かれて、何人ぐらいスタッフが入るのかというシミュレーション実験をした人がいました。その結果、医療スペースとして、少なくとも直径1.5mの円が描けるぐらいのスペースが欲しい。反対側にはその補助スペース、あるいは家族のための1mぐらいのスペース、足元はベッドが通ったりしますので1mぐらいというような、そんな適正値というものを出しているのですが、なかなかこれを実現することは難しいわけです。

この図も古いですが、ドイツのニュルンベルクというところにある市立病院の設計の時に提唱されたコンセプト図です。1人あたり10㎡の病床廻り面積、2㎡のサニタリーゾーン。シャワーとかトイレです。それが必ずセットになってくっついている。頭のところに医療配管とか電源がある。それから、窓から外が見える、また、隣のベッドの10㎡は絶対侵さないというような、そういった原則をもとに4人室を作り、こんな形になるというパズルのようなことをやっています。そうした考え方を日本でもやってみないといけないという気がします。

先ほど、面積のところで見えていただいたイギリスのスライドですけども、このものすごく広い面積はいったい何かというと、例えば、ここには「Clinical Admin. Space」(クリニカル・アドミニストレーション・スペース)と書いてあります。あるいはワークトップ。ここは、看護あるいは医療が使うスペースだと言っているわけです。日本でも看護の世界では、ベッドサイドナーシングをするために、従来型のチームナーシングだけではなくて、「PNS方式」あるいは「セル方式」など、新しい看護システムを提案して、現在、様々なトライアルがされています。PNS方式は、結構多くの病院で採用されているものです。ひょっとすると、医療センターでもやっていたらいいかもしれません。セル方式というのは、できるだけ病室の中へ入って、看護師は病室の中にずっといるという方式です。いずれにしても、何度も繰り返し申し上げますように、病室が医療と看護の場だということに変容しているわけなので、それができるぐらいの空間性能を持たせるということを考えていきたいわけです。そのためには、まずはスペースだと思うのですが、スペースはお金とも絡んでくるため、やみくもに大きくできないことは十分承知しております。

こちらは、アメリカで流行している「Acuity Adaptable Room」(アキュイティ・アダプタブル・ルーム)というものです。どんな状態の患者でも、この病室の中で対応できますよというコンセプトの部屋です。日本の病院は、重症度によって病棟の中を転床します。重症になればナースステーション

のそばに移動し、少し良くなれば一般の病室に転床するわけですが、この転床にかかるエネルギーとか、それに伴うリスクというのはかなり大きいわけです。それを止める方法として挙げられたのが、このアキュイティ・アダプタブル・ルームです。もともと、アメリカの病院は3日程度しか入院しないので、そんなところで転床なんてあるのかと思いますけれども、実際には随分やっていたらしいです。ここに書いてある、患者移動コストの削減と医療ミスの減少を達成するために、アキュイティ・アダプタブル・ルームが急速に普及しています。そこでは、看護のゾーン、患者さんのゾーン、ファミリーゾーンというふうに、この3つの性格が1つの部屋の中に入り込んでいます。これも繰り返し申し上げますけれども、患者さんのアメニティのためでなく、安全性を確保するためのガイドラインに記載されているものです。アメリカには、FGI (Facility Guidelines Institute) というガイドラインがあるのですが、そこに載っているものです。ちなみに、トイレの壁が斜めになっていますが、これは移動に不具合のある患者さんのために、なるべくトイレの近くにベッドを持ってきて、トイレまでの距離を最小にするためのものです。病棟内の転倒の最大のリスクは、とにかくトイレなので、そのリスクを最小限にするために、このような作りになっております。

話は変わりますが、これは倉敷中央病院です。病床数1,000床を超える大規模病院なので、必ずしもお手本になるかどうかは分かりませんが、様々なアイデアが盛り込まれているところなので、ご覧いただきたいと思います。ここでお見せしたいのはICUです。全て個室のICUです。通常は、ベッドの両側からケアできるよう、ICUでは窓に垂直にベッドが配置することが多いと思います。足元や体の両側から医師、看護師がアクセスするためには、垂直に置いてある方が良いということですが、倉敷中央病院ではそうしておりません。通常の病室と同じように窓に平行に置いてあります。これは、垂直に置いてあると、患者さんは外が見えないのですが、ICUにいる患者さんにも、外の景色を見せてあげたい。そのことによって、朝なのか夕方なのか、雨が降っているのか晴れているかが分かるということで、その刺激がせん妄防止に非常に役に立つようです。お年寄りが1週間入院したら、もう退院できなくなる。1週間以内に退院させなければならないとおっしゃったのは、国立国際医療研究センターの木村総長ですが、せん妄などということになってしまうと、入院はとにかく長引いてしまうので、そうしたことをさせないための1つの工夫です。

話が変わりますが、先ほど見ていただいた足利赤十字病院ですが、昨年、オランダのハーグで国際病院設備学会がありまして、私も出席していたのですが、第1回の国際医療福祉建築賞の顕彰があり、足利赤十字病院が最優秀賞を受賞しました。これは、設備に関することが主だったので、写真の右側にも風力発電機が見えておりますが、次世代型グリーンホスピタルだということをやっているものではあるのですが、そういったことだけではなくて、もっと基本的な建築作りの中で、世界一として表彰された理由があるのではないかなと思います。そのうちの1つとして、この病院は全て個室です。子どもの病棟と、それから回復期リハがあるので、そこは違うのですが、一般の病棟は全て個室です。何も患者さんのプライバシーやアメニティを守るためということではなく、急性期病棟でのベッドマネジメントを考えると、個室にした方が絶対に得だという判断です。管理的な面、患者さんの見守りの面、隔離の面などです。経営上においてもその方が得だと判断したということで、全く赤字にはなっていないで、大変経営成績がいいと病院長も事務部長もおっしゃっています。もちろん、個室では8㎡というわけにはいかないので、4床室を作るよりも費用は高くなります。例えば、聖路加国際病院は全て個室ですが、個室は16㎡です。ですから、療養環境加算を取るための8㎡の倍ですよ。8㎡余分に作らないと個室はできません。では、8㎡作るのにいったいいくらかかるかということです。後でお金のことは出てきますが、おそらく、1㎡あたり30万円程度です。ということは、1床あたり240万円プラスになります。240万円も出さなければならないかと思われるでしょうが、療養環境加算として1日あたり25点、250円加算されます。年間9

万円、30年で270万円。療養環境加算として1日250円多く徴収するだけで、8㎡余分に作るためにかかる240万円を回収できるわけです。あくまでも、計算上の話で、必ずしも計算どおりにいくわけではありませんが。ただ、個室にすると建設費が増え、赤字になるから作れないという理屈はおかしいということだけをご理解いただきたいと思います。

病棟のことで先ほど、チーム医療という話もありましたし、スタッフのためのスペース、あるいはスタッフのためのフィットネスジムというお話もありましたけれども、この伊勢赤十字病院にも、スタッフのためのフィットネスジムのスペースがあったりします。ここでお見せしたいのは、1層に4つの看護単位があるのですが、4つの看護単位の真ん中に、スタッフが集まれるオープンカンファレンススペースがあって、もちろん会議をしたり、カンファレンスをしたりもしますが、様々な職種の人がここでお弁当食べていたりするので、スタッフ間のフォーマルなコミュニケーションと、インフォーマルなコミュニケーションができて、チーム医療に繋がっているというお話を伺いました。資料には、サテライトファーマシーなど色々書いてありますが、こうしたスペースがこれから必要なのではないかなと思います。

最後に、しばしば話題が出てきました、石巻赤十字病院の外来の待合ホールです。通常は、待ち合いのイスがあって、左側が外来の診察室なのですが、東日本大震災の時には、待ち合いのイスを並べたり、簡易ベッドを置いたりして、壁に設置されている電源や医療ガス設備を活用し、確か軽症・中等症の患者に対応したという話をお聞きしました。

B C Pという言葉をご存知だとは思いますが、医療の事業継続性ということが必要なわけです。災害が起きると当然医療機能が急激に下がります。それは徐々に回復していきますが、ある線を越えて医療機能が下がってしまうと、病院としては役割を果たせない。最低限この医療は行いたいというラインがあるのだと思います。それが設定目標です。しかし、石巻赤十字病院がそうだったように、被災した患者さんがとにかく集中して、通常のレベル以上の医療が求められたわけですね。それに応えなければいけないのが災害拠点病院で、通常よりももっとたくさんの医療が提供できなければいけないということだと思います。それをやるためにどうしたらいいかということです。このスライドは、私が所属している日本医療福祉建築協会が出している10の提言というものです。もしお時間がありましたらホームページなどをご覧ください。

船橋市立医療センターでは、昨年度基本構想策定の作業が終わり、今、基本計画の段階です。基本計画って何をやるのかというと、基本構想で作った病院のミッション、あるいはビジョンを具体化していくということ。具体化というのは、病院の機能と諸室を設定していくということですが、これもいくつかの病院でアドバイスを受けたと高原委員がおっしゃっていたように、ここで運用の計画を立てる必要があります。具体的にその空間・施設を各部門がどのように使うのかを計画していただいて、そこに物としての建築がくっついていくということです。この運用を決めていただかないと、建築ばかりが先走ってしまい、設計者が好き勝手に設計するということになってしまいます。これから基本設計などに進んでいくわけですが、この時にどんな方法で設計者や施工会社を選ぶのかということも1つにまとめてあります。基本構想、基本計画については、病院ご自身でやっていただく必要があります。この委員会も関わっており、もちろんコンサルタントの力もいただきながらでしょうけれども、ここに設計者は関わってきません。基本設計、実施設計、施工というふうにこれから進んでいくのですが、その時に設計事務所と実際に作るゼネコンとがどう関わっていくのかというのには、いくつかのパターンがあります。今日は詳しくは申し上げません。

次のスライドをご覧ください。建設費は今、ものすごく上がっています。この2年で20%以上上がっているわけです。建設費が上がっているのは、職人の不足、オリンピックの影響等が挙げられる

のですが、実際、何が高くなっているのか。本当にコストが上がっているのか。あるいは、実はプライスが上がっているのか。こちらについて、お考えいただきたいと思います。コストとプライスは違うものです。例えば、「良質な病院建築を安価に入手する」という命題がありますが、この場合の良質な病院建築とは、建築としての性能が十分であるとか、提供すべきサービスに対しての機能、あるいは規模が十分備わっているのかということです。

一方で、プライスの議論として、オリンピックに向けて、多くの現場が動いているのでプライスが上がっているわけです。それを何とかしようということで、先ほどいくつかの発注方式があるとお見せしましたがけれども、デザインビルド、PFIなどという方式が注目されています。先ほど、高原委員の説明資料にも、大崎市民病院がデザインビルドで建設をしたという記載がありましたけれども、これはおそらくプライスを下げたいという意図が働いたわけです。先ほどから申し上げているとおり、コストとプライスがあって、プライスはまさに市場の問題なわけです。ですから、現在、建築を作りたい人が大勢いるために、プライスが高くなっているのは事実ですが、それをコントロールするために発注方式を工夫しようと言っているわけです。

しかし、ここで私が議論したいのはコストです。つまりどれだけの仕様で作るのか、どれだけの建築を作るのか、どういう設備を作るのか、今度の船橋市立医療センターに必要な仕様は何か、スペックは何なのかということ議論する必要があって、それは、このプライスの議論とは別物です。例えば、実際の病院建築の建設費を見てみると、1坪あたり40万円でできたものもありますし、240万円というものもあります。ここには、仕様の違いがもちろんあります。この違いをどのように咀嚼するかということです。建設工事費が高くなるから何とかコストを安くしたい。そうした時に、ではどのような方法があるのか。事業規模を縮小したり、内容を変えたり、急性期を諦めて療養病院にしたりすれば安い建築ができます。あるいは、病床数を減らす方法もありますし、いっぺんに作ると高くなるため、今回は病棟だけ作り、次に外来棟を作るといった大学病院でやっているようなことで凌ぐ方法もあります。後は、設計内容を変更したり、性能を低下させたり、面積を縮めたり、初期投資を圧縮したりということですがけれども、それをどういうレベルで考えるのかということが議論の対象になると思います。

まずは、きちんと予算を確保していただきたいということです。某公立病院では、設計が終わって工事の入札をしようとしたら、とても予算の中に収まらないということで、設計内容を変更しました。例えば、災害時の汚水槽の中止、高圧受変電の二重化中止、地下埋設オイルタンクの容量縮減などです。地震が起こった時に、医療機器とか建物がちゃんと使えなければ困りますが、建築が頑強であったとしても、排水管がずれてトイレが使えないといった事例は阪神・淡路大震災でも東日本大震災でもあったのですが、そんなことのために病院機能を捨てたという事例はいくつもあります。それを防ぐために、災害時のトイレの排水だけは汚水槽を作って、そこに溜めるということが当初の計画でしたが、予算が足りなくなったので下水に放流ということになりました。しかし、このことは、トイレが使えないから災害時医療の継続を諦めるということに繋がる可能性があります。あるいは、次の高圧受変電の二重化中止というのも、送電線が切れるとか、あるいは変電所そのものが被災してしまうという危険性を避けるために、異なる変電所から二重の電源引き込みをするということを災害拠点病院などではやっていますが、この事例ではそれも諦めました。オイルタンクの容量縮減は、自家発電の時間が短くなるということを意味しています。こういうことを諦めるということは、災害時医療を諦めるに等しいのではないかと私は思います。もちろん、この病院は免震装置を持っています。ですので、建物は大丈夫だし、手術だって継続できるかもしれません。でも、手術が継続できたとしても、トイレが使えないからこの病院を捨てて、みんなで避難するということになりかねないわけです。そういうバランスの悪い設計になってしまったのではないかなと思います。

もう一度、この工事費の高騰のグラフを見てください。赤い線は病院、青い線はオフィス、黒い線は学校です。建築費が高騰しているのは先ほど申し上げたとおりですが、私が申し上げたいのは、病院建築がオフィスや学校とあまり変わらない単価だということがおかしいということです。オフィスだって、もちろん豪華なものもありますけれども、手術室みたいにとてもきれいな空気が欲しいとか、電源も無停電装置が欲しいとか、そんなことが必要な施設ではありませんし、ましてや、学校などもそうです。医療に必要な高度な環境・空間が必要なのに、それが何でこんな単価が設定されているのか不思議だということです。

病院は最初に多額のインシヤルコストをかけて作りますが、その後も電気・ガスなどの光熱費、水道、あるいは、清掃とか保安のための保全費、修繕したり更新したりするための費用などのランニングコストがかかります。一般的に、インシヤルコストはライフサイクルコスト全体の20%くらいだと言われています。建設費が高いとか安いとか言っているのは、インシヤルコストの問題です。ここをケチって、エネルギーをうんと使う建物を作ったのでは、むしろ損してしまうということです。清掃しにくいものを作ると損をするということになります。この辺りをトータルで考えていただきたいということです。

最後のスライドです。従来の建設費の問題は、特にこの単価ですね。特に公共施設では、坪単価いくらかというのがすぐ議論されます。先ほど申し上げたように、学校建築と病院があんまり変わらないことについて、私は非常に不思議な気持ちを抱いているのですけれども、もう少し議論の幅を広げるべきだと思います。診療件数と左側に書いてありますけれども、これはたまたま「件数」と記載しただけで、診療レベルや診療の能力と読み替えてください。当然、これも途中で申し上げてきたように、高機能病院には高機能病院なりの設備や機能が必要で、老健と同じというわけにはいかないわけです。ここの数値が全然違います。それなのに公共施設では、坪いくらかで作るとということが議論されます。国立病院機構では、1床1,500万円で作るというガイドラインを作りましたが、機構病院もセンター病院もあれば、重症心身病院もある中で、十把一絡げに1床1,500万円で作るという議論はおかしいのではないかと思います。つまり、身の丈に合った建築作りとよく言われますが、病院のそれぞれの身の丈に合った建築が必要で、船橋市立医療センターのように、三次救急を実施し、急性期医療を提供する病院と、慢性期の病院や老健などとはやはり一緒には考えられないだろうなと思います。このチャートは、建設費と診療件数、最終的にはこれを「医療の生産性」と名付けましたけれども、ここをどうやって上げていくのかというのが、身の丈に合ったということで、この辺りをこれからの基本計画の中で、また、この委員会の中でも、ぜひ議論していただきたいなと思いました。

以上です。ご清聴ありがとうございました。

一人でしゃべりましたけれども、何かご意見・ご質問、ございますか。

○齋藤(俊)委員

歯科医師会の齋藤です。大変分かりやすいご説明をありがとうございました。

先週、医療センターと歯科医師会とで講演会を開きまして、先ほどスライドにもありました、足利赤十字病院の小松本院長をお呼びしようと思ったのですが、ご都合がつかなくてお呼びできませんでした。なぜ歯科医師会でお呼びしようとしたのかというと、病院自体も世界的でトップレベルですけども、ソフト面でも歯科に力を入れており、医科・歯科連携ができて、それによって平均在院日数を減らして、それからコスト削減に努めているということで歯科が取り上げられています。医療センターでは歯科が無くて、5年ほど前にやっとできたところなので、新しい病院においては、歯科についても力を入れていただけるとありがたいなと思いますので、よろしく願いいたします。

○中山委員長

口腔ケアが重要だというのは、私も多くの方々から伺いましたし、小松本先生にもお聞きしたところでございますし、本日ご欠席ですけれども、山本委員にもお聞きした記憶があります。

その他、いかがでしょうか。

○寺井委員

発注方式について今日は詳しく述べられなかったのですが、イニシャルコストとして設計会社とゼネコンを一括で入札する場合と分けて入札する場合、多分、一括で入札した方がコストは安いのではないかと思うのですが、しかし、ゼネコンの不正とかを考えた場合に、モニタリング監視のために分けた方がいいという認識でしたが、他に何か発注方式で随分変わるということはありませんか。

○中山委員長

工事費がいつ決定されるかということが決定的に違います。例えば、スライドの一番上が従来型の方式、実施設計まで設計事務所が行い、工事する段階でゼネコンが入ってくる方式です。この場合は施工の直前に入札により工事費が決まります。

一方、デザインビルドは設計の段階からゼネコンが入ってきます。設計の中で、ゼネコンが持っているノウハウを使ってコスト縮減をめざす設計をするというのが1つのメリットなのですが、一方で、ゼネコンに関わるということは、その段階、つまり設計が始まる前に工事費が決まります。そうなる、設計の中での打ち合わせで、こんなふうにしたいなというアイデアが出てきたとしても、工事費が上がるような場合は、ゼネコンは認めないということになります。また、早い段階で工事費が決まるので、その後の物価変動に対する対応が難しくなります。例えば、大崎市民病院では、確か実施設計から設計事務所とゼネコンと一緒に共同するという方法でやったのですが、結果的には、設計前に決定した工事費ではできず、相当額の費用増加がありました。私自身もデザインビルドに関わった事例でも同じようなことがありました。もともと50億程度の工事契約金額でしたが、最終的には70億円もの請求があり、非常に大変な思いをしたことがあります。20億円の増加なんてとても考えられないわけです。ただ、どういう工事をすれば安くできるのかという、設計事務所が持ちあわせていないノウハウをゼネコンは持っていますので、そういう良さはもちろんあります。どちらが良いかは一概には言えないのですが、決定的な違いは工事費が決まるタイミングが違うということだと思います。

その他、いかがですか。よろしいでしょうか。それでは、次の議題にまいりたいと思います。

議題（2）基本計画の進捗状況についての報告【資料3～6】

○中山委員長

それでは続きまして、「議題（2）基本計画の進捗状況についての報告」ということで、事務局からご説明をお願いいたします。

○事務局長（健康政策課長）

それでは基本計画の進捗状況について、事務局の方から、資料3から資料6をまとめてご説明させていただきたいと思います。はじめに、「資料3 船橋市立医療センター建て替え基本計画について」をご覧ください。

まず、基本計画の策定期間は、平成29年度～30年度の2ヶ年でございます。

続いて、主な項目でございますが、基本計画は、資料に記載されている8つの項目による構成を想定しております。

「①全体計画」では、昨年度策定した基本構想を踏まえまして、新病院の理念・方針、目指すべき方向性、整備の基本方針、新病院の役割、重点機能など、新病院の核となる部分についてまとめ、「②部門別計画」では、各部門の基本方針、業務概要、配置要件、諸室要件などを、病院職員の意見を聞きながらまとめてまいります。また、「③医療機器等整備計画」、「④医療情報システム・部門別システム整備計画」、「⑤物品物流システム整備計画」、「⑥業務委託計画」では、新病院で整備する医療機器やシステム等の整備の基本方針や導入方針、対象範囲などについて、さらに、「⑦施設整備計画」では、新病院の整備方針、建物計画、病棟計画、整備計画などについてまとめてまいります。なお、「⑧事業収支計画」では、基本構想でもまとめました総事業費や事業収支のシミュレーションについて、ここまで見てきたような新たな計画にした内容を踏まえて、あらためて精査いたします。基本計画の各項目については、以上となります。

次に、基本計画の策定において実施していくヒアリング・アンケート等でございます。大きく病院職員へのヒアリングと、市民・患者へのアンケートに分かれております。

まず、病院職員へのヒアリングですが、一番上に書かれております、病院幹部職員へのヒアリングについては、今年の8月に既に実施いたしました。後ほど、ヒアリングの主な意見についてもご紹介させていただきます。

次に、今後の予定といたしまして、平成29年11月から12月頃にかけて、各診療科へのヒアリングを実施する予定です。部門別ヒアリングについては、平成30年の3月頃と7月頃の2回、実施する予定となっております。基本計画の策定においては、今、述べたようなヒアリングの他にも、医療センターの方々と意見交換を重ねて、内容について検討をしております。

続いて、市民・患者へのアンケートでございます。まず、市民アンケートについては、平成29年の12月頃に、地域別に無作為抽出した市民の方を対象にアンケート票を配付して実施する予定でございます。患者アンケートにつきましては、平成30年1月頃に、医療センターの入院・外来患者を対象としたアンケートを実施する予定となっております。これらのアンケートについては、結果を分析し、基本計画に反映させてまいります。

続きまして、「資料4 船橋市立医療センター幹部職員の主な意見（抜粋）」をご覧ください。病院幹部の職員の主な意見の抜粋でございます。

平成29年3月に策定した基本構想を踏まえまして、病院の現状、現在課せられている医療センターの使命、新病院における診療機能などについて意見を伺い、主な内容をテーマごとにまとめてございます。

まず、新病院の使命についてですが、「今後も高度急性期と急性期を担う病院としてやっていくことは、病院全体の共通認識だと思っている。」、「地域の中核を担える病院になりたい。その能力はあると思うので、それを最大限発揮できる病院にしたい。」といったようなご意見がありました。

2つ目の内科診療科の充実については、「内科診療科の充実を図り、新専門医制度における内科領域の『専門研修基幹施設』にしたい。」、「神経内科、腎臓内科、総合診療科はぜひ作りたい。」、「誤嚥性肺炎や色々な合併症を抱えた高齢者などを対象とした、総合内科を作りたい。」といったご意見がありました。

3つ目のセンター化については、「循環器センター、消化器センター、乳房センター、呼吸器センター、腎・泌尿器センター、糖尿病・代謝センター、脳卒中センター、小児センターは作ることが可能である。」、「センターでは、その疾患に関連した各部門が連携して診療を行うので、効率性と医療

の質の向上が図られる。」など、センター化を推進していきたいといったような意見がございました。

4つ目の患者サービスの向上については、「市立病院なので、病院の中に介護申請や生活保護の手続きを行えるような場所を作れたらよい。」「患者サポートセンターで、現在配置している部門の他に、例えば、地域包括支援センター機能などを加え、行政と一体となってワンストップで色々なことができるようにしたい。」などの意見がございました。これらの意見を参考に、基本計画を策定していきたいと思っています。

続いて、「資料5 『船橋市立医療センター建替基本構想』策定後変更状況等について」をご覧ください。昨年度、委員の皆様にご議論していただいた内容を踏まえ、基本構想を策定いたしました。法改正等により、状況が変わった部分がございますので、ご報告をさせていただきたいと思っております。

平成29年3月28日付けの医療法施行規則の一部改正でございます。枠で囲まれた中に、関係する一部改正の内容を抜粋して掲載しておりますが、取り消し線が引かれている部分が削除されることになりました。

この部分の削除が、どのような影響を及ぼすかといいますと、枠の下になりますが、「無菌室、集中強化治療室（ICU）及び心臓病専用病室（CCU）の病床については、平成30年4月1日以降は、これまで既存の病床数として算定していなかったものも含めて、すべて既存の病床数として算定する」こととなります。1枚めくっていただきまして、基本構想の28ページの抜粋の図がございます。こちらをご覧くださいと思います。基本構想の策定事例におきましては、ご承知のように、図のオレンジ色の部分「㊤集中強化治療室【25床～32床程度】」と書かれているこの部分を、先ほどご紹介した「医療法施行規則第30条の33」の規定により、配分病床とは別枠の扱いの病床として確保するという想定しておりました。しかしながら、この規則改正が、平成30年4月1日の施行でございますので、平成30年4月1日以降は、ICU等の外出しができなくなるということでございます。

法改正により、このような難しい状況となっておりますが、本年度中であれば、施行前ですので、市としては千葉県に対して、基本構想に記載した内容を踏まえ、ICU等の必要性などの考え方を説明するとともに、今年度中の増床に向けて、協議をさせていただいているところでございます。

続きまして、「資料6 今後のスケジュールについて（案）」をご覧ください。

あらためて、基本医療センターの建て替えに関するスケジュールをご説明させていただきます。昨年度、基本構想を策定させていただき、現在は平成29、30年度の2ヶ年で、基本計画を策定しているところでございます。今後の予定といたしましては、平成31年度の発注準備等の期間を挟みまして、平成32年度から基本設計、実施設計とを行い、平成33年度末から建設を開始し、平成35年度末の開院を予定しております。

そのうち、基本構想策定から基本計画策定の期間の3年間を下に拡大して載せさせていただいております。現在は、基本計画の策定ということで、本日、第11回の在り方検討委員会となっております。次回は、基本計画の中の、全体計画が概ね作成された平成29年度末頃に開催いたしまして、委員の皆様からのご意見を頂戴できればと思っております。

また、平成30年度においても、必要に応じて在り方検討委員会を開催し、委員の皆様からご意見を頂戴できればと考えています。

なお、平成30年度には千葉県保健医療計画の改定があり、病床配分が予定されておりますので、さらに病床の確保が必要な分については、必要に応じて申請をしてまいりたいと考えております。

以上でございます。

○中山委員長

ありがとうございます。ただいま事務局から、基本計画の進捗状況についての報告をいただきました。特に大きな点として、医療法施行規則の改定があったということです。これまで、在り方検討委員会でも、資料5の2枚目にあるとおり、ICU等の病床を一般病床から外出しにし、外出しにした部分で一般病床を増床し、それによって内科診療科の充実を図るということを議論してまいりましたが、平成30年4月1日以降は、ICU等の外出しができなくなるということです。

この点について、健康・高齢部長の伊藤委員より、補足等をお願いできますでしょうか。

○伊藤委員

健康・高齢部長の伊藤でございます。実は、昨日も県の医療整備課にお伺いして、この件について協議を行ってきたところでございます。

この委員会におきましても、ICU等の必要性については、たびたびご議論いただきましたけれども、現病院においても、最近ではICU等の病床は満床状態であると聞いております。新病院では、さらに手術室や集中治療室等の機能を高める必要があり、ICU等の増床は必須であると考えております。そのため、今も説明しましたが、法改正という難しい面はございますけれども、増床申請を受けていただける可能性があるとするれば、法施行前の本年度内ということになりますので、この委員会でもご議論をいただいております、ICU等の外出の実現に向けましては、県にもご協力いただけるよう、引き続き、粘り強く交渉を詰めていきたいと考えております。

以上でございます。

○中山委員長

ありがとうございます。今、伊藤委員から補足のご説明をいただきまして、これまでこの検討委員会で議論してきたICU等の外出の部分、あるいは、それによって一般病床を増床するというものを、引き続き、検討・交渉を続けていただけるということですが、何かご意見・ご質問はありますか。

○玉元副委員長

病床にも関係することなので、ここで私の意見を述べさせていただきます。人口の推計というものが、こういうベッド数を考える時には参考になると思います。将来、船橋市民がどのくらい亡くなるのかという議論がありまして、ある推計では死亡者数がピークを迎える2060年には、9,000人にのぼるとのことです。今、実は5,000人しか亡くなってないです。では、死亡者数が1.8倍になる時に、在宅で全部診ることができるのかという議論がありますけど、職員が確保できないので、少なくとも、これ以上の在宅での看取りは困難です。この場合、市立医療センターがどの程度引き受けるのかという議論が欠けているのではないかと思います。県の医療整備課の方も、病床数を減らす考え方でしか議論をしてないので、それこそ先ほどの、建物が50年もつというようなことであれば、2060年の医療の責任を持っていただきたいと。では、この医療センターが450床で、このままでいいのでしょうか。私は、700床でも800床でもいいと思います。少なくとも、我々が主張している500床を確保できないのであれば、これは将来、どなたが責任取っていただけるのかのことを、私は重ねて申し上げたいと思っております。

以上です。

○中山委員長

ありがとうございます。看取りが増えるということですね。

○玉元副委員長

看取りというのは、当然、高齢者だけですが、その前の段階として、急性期の医療が必ず伴います。そのため、看取りが9,000人という発想ではなく、亡くなっていく方が9,000人ということは、急性期医療を受ける人も相当数増えるという意味だと、私は思っています。

○中山委員長

ありがとうございます。これまで外出しで480床程度という数字、あるいは、その他の医療機能も含めて500床程度ということの基本構想では盛り込んでいるわけですから、当然、この委員会としては、引き続き、500床程度ということ掲げておきたいと思います。

何か、他にご意見ありますか。

○玉元副委員長

ですから、船橋中央病院も少なくとも今以上の規模でやっていただかないと、将来の船橋の医療を守れないと思います。これから、救急がもっともっと増えて1.5倍ぐらいになるわけですから、覚悟してやっていただきたいというところです。

○横須賀委員

将来、建て替えの際には、今少し休床しているところを増やして、回復期を含めて増やしていきたいというふうには考えております。

○中山委員長

ありがとうございます。先ほどのお話のように、伊藤委員から引き続き、県の方に交渉していただけるということですので、それをやっていただくとして、例えば、資料6のスケジュールの平成30年度のところに病床配分(予定)とありますが、この前の平成29年度のうちにプラスにしておこうということですよ。

○事務局長(健康政策課長)

ご説明させていただきます。ICU等のアルファベット病床を外に出す部分というのを、法改正施行前の今年度中に何とか交渉に乗っていただこうというふうに考えているところでございまして、平成30年度は、普通の病床配分がございまして、そこはまた別に考えてございます。

○中山委員長

分かりました。ありがとうございます。その他、何かありますか。

○寺井委員

このスケジュールですが、結構余裕を持ってやっておられるというふうに考えてよろしいでしょうか。つまり、平成35年度を基点にして、スケジュールを立てておられるように見えますが、いかがでしょうか。

○中山委員長

先生のご質問は、もう少し詰められるのではないかとということでしょうか。これについてはいかがでしょうか。

○事務局長（健康政策課長）

建設予定地については、土地区画整理事業で作りに出すということがございまして、その土地区画整理事業のスケジュールとの兼ね合いで、設計に着手できるのが平成32年度以降という形になってまいります。そのため、基本計画に2年間かける、その後に発注準備ということで、先ほど中山委員長からもお話があったような発注方式等の検討に時間をかけることになると考えております。その分、設計の中でやるようなことも、前倒しでできる部分は進めていきたいと考えております。

○寺井委員

もう1つ、幹部職員の主な意見の中に、センター化でたくさんのセンターを目指していかれるというご意見がありますが、センター化の規模とか連携の仕方は、病院によってかなり違うと思います。これは私個人の意見ですが、センター化をどんどん目指していくと、人事も含めて縦割りになっていて、難しい場合もあります。その辺りは、これから基本計画の中でご議論されることなのかなとは思いますが、名前だけでセンターを作っていくと、結構大変なことがあると思っております。

○中山委員長

高原委員、いかがですか。

○高原委員

おっしゃるとおりで、私もそういう危惧をしていますが、何でもかんでもセンター化ということではなく、複数が集まってやった方が良い医療ができる場所はセンター化にしていくということです。例えば、ある症状を専門に診察しているところを、「〇〇病センター」という名前だけのセンターにするということは考えておりません。1つのセンターにして、そこにチームを置くということではなく、患者さんに対して、内科や外科が、それからパラメディカルが、色んないいアイデアを出し合って、良い治療ができるということを目指したい、そういうセンターにしたいと思っております。

○中山委員長

ありがとうございます。従来の診療科の枠、垣根は超えて連携しながら、先ほども私も出しましたけど、チームで患者さんに医療を提供すると。連携医療というふうに読み換えていただくとよろしいと思います。

その他いかがでしょうか。よろしいですか。

それでは、先ほどご説明いただいた病床数の確保については、今、非常に重要な問題でありまして、これから基本計画を作る上でも、あるいは、さらにその先に進めていく上でも基本になるところですので、その辺り、ぜひ、県と上手に折衝をしていただいて、基本構想で作った内容で先に進めるように、是非、事務方にお力を発揮していただきたいと思っております。

○川守委員

健康福祉局長の川守でございます。実は私も、昨日伊藤部長と一緒に県庁にお邪魔させていただき

まして、今後の医療センターの在り方、これについてご説明を申し上げましたが、十分こちらの状況は分かったということで、今協議をしていただけることになっております。今後、事務方を中心に私も含めて交渉を進めてまいりますので、よろしく願いいたします。

○中山委員長

どうぞよろしく願いいたします。

それでは、これで予定していた議題は以上となりますけれども、よろしいですか。

その他【参考資料】

○中山委員長

その他として、「海老川上流地区のまちづくり」及び「ふなばしメディカルタウン構想」について、進捗状況等のご報告をいただきたいと思います。

まず、「海老川上流地区のまちづくり」について、船橋市 都市政策課の杉原課長よりご説明お願いいたします。

○都市政策課

都市政策課の杉原でございます。それでは、「海老川上流地区のまちづくり」の進捗状況につきまして、ご報告させていただきます。

まず、「海老川上流地区のまちづくり」につきましては、平成8年に地権者の皆様による土地区画整理組合設立準備委員会が発足いたしまして、約20年が経過している中、墓地の造成や資材置き場、作業場など、土地利用が混在した地区になってしまっておりました。市としましては、当地区において、本市の将来に役立つ実現性のあるまちづくりを行う必要があると考えまして、組合施行での土地区画整理事業を積極的に支援していくことといたしました。

この検討につきましては、昨年から進めておりまして、今まで説明会を3回、アンケート調査2回を実施してきました。ここの区画整理につきましては当初の面積が78.5ヘクタールございました。しかし、先ほど申しましたとおり、ここに墓地ができてしまうなど、色々なものが混在したまちなってございまして、このままでは区画整理も進められないということで、区域の縮小も含めた検討をまいりました。この検討の評価項目として、事業の目的や合意形成の熟度、緊急性、または資金面での見通しと事業の期間などを考慮した中で進めてまいりました。お手元の参考資料のA3の平面図をご覧くださいと思います。この評価項目を考慮いたしまして、私どもが作りしました、概略事業計画の土地利用計画図でございます。当初の78.5ヘクタールを41.9ヘクタールに縮小して、資金面でも事業期間面でも最善な面積を確定したところでございます。

この事業計画に基づきまして、地権者の皆様にアンケート調査を今年の7月に実施いたしました。それがお手元でございます、「海老川上流地区のまちづくりのお知らせ」でございます。これにつきましては、このアンケート調査を行う前に、縮小した事業区域などについて、説明会を開催いたしました。都合7回開催しまして、その後に、アンケート調査を実施いたしました。アンケートの回収方法は、郵送という形にしたのですが、地権者の方564名を対象として、回答いただいたのは450名、約8割でございました。この回答率をなるべく上げるために、私ども職員が、まだ回答いただけていない地権者の皆様のお宅を訪問いたしまして、最終的には465名、約82%の回収率となりました。

アンケート調査の結果につきまして、内容をご説明いたします。まず、「まちづくり基本構想案」についてのご質問をさせていただきました。この基本構想の内容については、後ほどご説明させてい

たかですが、この基本構想についての感想をお聞かせくださいということで聞いたところでございます。そうしましたところ、魅力を感じるが約26%、概ね魅力を感じるが約38%で、回答を大別いたしますと、約64%の方が魅力を感じており、約12%の方が魅力を感じないと回答をされているところでございます。

続きまして、土地区画整理事業の予定区域、土地区画整理を行うのが41.9ヘクタールで、今までの78.5ヘクタールからこの小さくなった点です。これについてのご意見をお伺いしたところ、妥当だと思うという方が54%。もっと縮小すべき、またはもっと拡大すべきという意見も中にはございましたが、概ね妥当だと思うというご意見が54%と過半数を占めたところでございます。

続きまして、所有地が事業の予定区域に含まれることへの賛否についてお伺いしました。これは縮小した41.9ヘクタールの土地をお持ちの方のみを対象にしています。結果として、賛同する、概ね賛同するとお答えいただいた方が76%という回答が得られました。また、4%の方が賛同できないとご回答されているところです。

また、この所有地が事業の予定区域に含まれない、この土地区画整理事業から外れてしまった方に対しても、アンケートを実施させていただきました。これについては、外れたことについて、賛同する、概ね賛同するという方が約63%でございました。

このアンケートの結果を踏まえまして、所有地が事業の予定区域に含まれることについて賛同する、概ね賛同するという方が約76%ということで、私どもが作りしましたこの概略事業計画が、概ねご理解いただけたのかなと感じているところでございます。

最後のページの「今後の予定」というところをご覧いただきたいのですが、今回のアンケート調査結果を踏まえまして、組合設立準備委員会において事業区域を確定していただくことを予定しておりますと書いてありますが、10月11日に組合設立準備委員会を開催しまして、この事業区域で進めていくことに了解を得られました。

それに基づきまして、次のステップに進んでいるところでございます。今後のスケジュールといたしましては、この資料の下のスケジュールをご覧いただきたいのですが、今回お作りしましたこの概略事業計画をもっと詳細に検討していくことを、今年度から平成30年度にかけて実施していきたいと考えております。平成30年度の末に仮同意を取りまして、平成32年度末のこの組合設立に向けて、さらに進めていくことを考えているところでございます。平成32年度末に組合を設立しましたら、平成33年度から土地区画整理事業に着手していきたいと考えておりまして、平成33年度末に医療センターにこの土地をお引き渡しできるように進めていきたいという目標で、現在進めているところでございます。

説明は以上でございます。

○中山委員長

ありがとうございます。

それでは続きまして、「ふなばしメディカルタウン構想」について、船橋市 政策企画課の宇都宮主任技師よりご説明をお願いいたします。

○政策企画課

企画財政部政策企画課、宇都宮です。私の方から説明しますが、資料については、参考資料の「ふなばしメディカルタウン構想（骨子案）」をご覧ください。

まず経緯ですが、平成29年4月21日に、船橋市と千葉大学との包括的な連携に関する協定を締結しました。それに基づきまして、千葉大学との検討会を行い、専門的・学問的な知見を取り入れな

がら、本骨子案を策定したところではございます。

では、具体的に骨子案についてご説明差し上げます。まず、中心に書いているまちづくりの理念になります。「健康創造都市ふなばし ～進化し続けるまち～」という形を、船橋のまちづくりの理念としました。

続いて、まちづくりのコンセプトですが、資料の上の帯の中に書いてあるもので、3つ掲げております。まず、1つ目が、「自然との調和を図りながら、医療センターを移転しまちの中核にする」、2つ目が、「子育て世代や高齢者をはじめ、市民が元気に暮らし続けられるよう、健康を意識できるまちにする」、そして、3つ目は、「訪れた人が楽しみながら健康になれるまちにする」、これらをコンセプトとして掲げました。

続いて、中心の周りにある青い円で囲んだ、まちづくりの理念に対するキーワードです。これが、3つありまして、「健康な身体」、「健康な心」、「健康につながる都市環境」という形を、まちづくりのキーワードとしました。

続いて、6つの目指すまちの姿というものを、この図の中に、資料の中に盛り込んでおります。色んな色がついていますが、1つ1つがまちの姿になります。まずは、緑色の円に書かれています「自然との調和」。赤い色で書かれています「健康意識の高揚」、そして、オレンジ色の円に書かれている「公共交通利用環境の向上」、そして、水色の円に書かれている「歩行空間の形成」、そして、最後に、紫色の円に書かれている「コミュニティ活動の活性化」、そして、「医療センターの移転」が柱になります、黄色の円に書かれている「医療の充実」、これら6つを、目指すまちの姿として掲げております。

なお、「医療の充実」では、小さい円で、「リハビリテーション病院との連携」だとか、「医療センターの移転」、「人材の育成」、「新たな研究」などが掲げられていますので、それについてももう少し詳細に見ていきたいと思っております。「医療の充実」ということで、まず、高度医療の充実を図り、質の高い医療を提供できるまちにするために、医療センターの移転に伴って、基本構想でもうたわれている「ICU・SCUの充実」、そして、「内科診療科の充実」に加えまして、「周産期医療の検討」及び「精神科身体合併症病床の検討」についても、骨子案に記載しております。また、まちづくりの理念である「進化し続けるまち」を実現するために、人材の確保も必要であると考えまして、継続して健康に関わる若い人材を、このまちから生み続けることができるように、「医療系専門学校の誘致」や、「介護系専門学校の誘致」なども、検討のメニューの1つとしております。さらには、常に新しい技術・情報が入ることにより、まちが活性化する「医療系研究機関の誘致」や、「医療系大学の誘致」も、併せて検討のメニューの1つとしております。

以上ですが、右下にも書いておりますとおり、本骨子案で表している代表的な施策は、あくまでもまちづくりをするうえでの目標であって、現時点で確定したものではないことをご了承ください。

また、現在、骨子案に基づく具体的な施策などについては、千葉大学と引き続き検討しているところであり、今年度末までには方向性を出していき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。ただいま、「海老川上流地区のまちづくり」、そして「ふなばしメディカルタウン構想」の2点について、ご説明いただきました。

何かご質問等がありますでしょうか。

○齋藤(康)委員

大変立派な構想で、その中の1つの病院としての素晴らしさの追求を惜しみなくやっておられるというのは理解できます。しかし、その病院が地域の医療機関とどういう連携をしていくのか、必要とするもの、必要としないもの、必要とされるものを、どのように整理されていくのかが気になります。

○中山委員長

いかがですか。「ふなばしメディカルタウン構想」の方ですね。医療センターの移転が左の端の方にあるだけですが、これは海老川上流地区の中でのお話っていうことでしょうけれども。

○山崎委員

副市長でございます。今、担当の方から説明がございましたとおり、政策目標をかなり欲張った形で掲げております。今、齋藤委員がおっしゃったことについては、地域の医療資源との関係ですとか、そういったものはまだ書き込みが足りないし、今後、その辺は整理させていただきたいと思います。これは結構欲張っておりますので、この区画整理区域内だけで、これを達成することはなかなかできないと考えています。ですので、玉元副委員長が取り組んでいらっしゃる地域医療の連携ですとか、若干触れておりますが海老川の区画整理の南側に、県が遊水地を作ろうとしています。そこの上部利用につきましては、ある一定の責任を船橋市が果たし、整備をさせていただいて、例えば、スポーツ関係ができるようなものなどを盛り込んでおります。あくまでも政策イメージとして挙げさせていただいているので、今後、これを踏まえて進化させていきたいです。その節は、また、様々な関係機関と協議したいと思っております。

○中山委員長

その他、いかがでしょうか。よろしいですか。これが骨子案ということですので、これからより具体的・発展的に構想が具体化していくということを期待したいと思っております。ありがとうございました。

すみません。時間が過ぎてしまいました。以上で議題の方を終了といたしますので、以降の進行を事務局にお返ししたいと思います。

○事務局長（健康政策課長）

皆様、大変長い時間にわたり、どうもありがとうございました。

なお、次回の開催につきましては、3月下旬頃を予定してございます。詳細は決まっておられませんので、あらためて日程等をご案内申し上げさせていただきます。よろしくお願い申し上げます。

最後になりますが、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。大変お手数様ではございますが、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。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、これもちまして、「第11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」を終了とさせていただきます。どうもありがとうございました。