

第3回千葉市病院事業のあり方検討委員会議事録

1：日時 令和元年6月4日（火）午後7時から午後8時50分

2：場所 千葉中央コミュニティセンター8階 千鳥・海鷗

3：出席者

(1) 委員

尾形裕也委員（委員長） 斎藤博明委員（副委員長）

板倉江利子委員 小熊豊委員 菊地端夫委員 角南勝介委員

高原善治委員 寺口恵子委員 中山茂樹委員 山本修一委員

(2) 事務局

[病院局]

齋藤病院事業管理者、初芝病院局次長、布施経営企画課長、西野事業調整担当課長、高澤管理課長

[病院局 市立青葉病院]

山本院長、岡崎事務長、西村医事室長、樋口看護部長

[病院局 市立海浜病院]

寺井院長、内海事務長、鈴木医事室長、久保看護部長、須田医療安全室長

[保健福祉局]

山元保健福祉局長、山口保健福祉局次長、今泉健康部長、渡辺在宅医療・介護連携支援センター所長、鈴木健康企画課長

4：議題

(1) 医療提供体制について

5：議題の概要

(1) 医療提供体制について

事務局より医療提供体制について説明し、委員からの意見や質問を踏まえて、答申に反映することとなった。

6：会議経過

1 開会

(司会)

それでは、お待たせいたしました。定刻となりましたので、ただいまから、第3回千葉市病院事業のあり方検討委員会を開会いたします。

私は本日の司会を務めさせていただきます、病院局経営企画課の田中でございます。よろしくお願いたします。

本日の委員会でございますが、委員の皆様にご出席いただいておりますので、「千葉市病院事業のあり方検討委員会設置条例」第6条第2項の規定により、本会は成立しておりますことを御報告いたします。

続けて資料の確認をさせていただきます。本日机上には、席次表を御用意しております。

次第、資料1、参考資料につきましては、事前にお配りしておりますものを御覧ください。

資料に不足等はございませんでしょうか。

続けまして、傍聴される方をお願いをいたします。本日配布しております傍聴要領に基づいて、傍聴いただきますようお願いいたします。

それでは、開会にあたりまして、齋藤病院事業管理者より御挨拶を申し上げます。

(齋藤病院事業管理者)

事業管理者の齋藤でございます。

本日は大変お忙しい中、御参集いただきまして誠にありがとうございます。本日はこれまでの委員の方々の御意見を踏まえて、事務局が作成いたしました医療提供体制について御審議をいただくことを予定しています。

第2回委員会では、将来を見据えた医療提供体制の検討が必要との御意見をいただきました。千葉市としても、医療を取り巻く環境が急速に変化する状況にあっても、救急医療をはじめとした市民が必要とする医療を、変化に対応しながら、安定的に提供することが必要であると認識しております。そのような認識の下で、千葉市の病院事業がその役割をしっかりと果たすためにどのようにあるべきか、といった視点で各委員の豊富な経験と知見を活かした活発な審議をお願いする次第であります。何とぞどうぞよろしくようお願いいたします。

2 議題

(司会)

それでは、これより議事に入らせていただきます。

尾形委員長、進行をお願いいたします。

(尾形委員長)

こんばんは、本日もどうぞよろしくようお願いいたします。

本日、3回目の検討委員会ということでございますが、次回は答申に向けた意見のとりまとめということになるかと思っておりますので、実質的な議論としては本日が最後になるかと思っております。是非、忌憚のない御意見を頂戴いたしたいと思っております。

先ほどお話がありましたように、本日は医療提供体制についてということで、これまでの議論を踏まえて、事務局案という形で医療提供体制が示されております。本委員会の役割としては、ここで示された案からいずれかをこの場で決定するというのではなく、提示された内容について妥当性や優位性、あるいは必要な視点が盛り込まれているか等につきまして、それぞれの御専門の知見から御意見を述べていただく、ということだと思っておりますので、皆様、どうぞよろしくようお願いいたします。

それでは、早速議題の（１）「医療提供体制について」ということで、事務局より資料の説明をお願いします。

（西野事業調整担当課長）

経営企画課担当課長の西野です。事務局として、私の方から説明させていただきます。

着座にて失礼いたします。

早速ですが、医療提供体制について、資料１に基づいて事務局から説明をさせていただきます。

資料は審議に当たってのたたき台になります。なお、本日御審議をお願いするにあたっての視点等について、最後の２６ページに掲載しておりますので、あわせて御覧ください。

では１ページから説明いたします。まず検討に当たっての基本的な考え方です。

２ページを御覧ください。第２回までにいただきました主な御意見について５点にまとめております。まず１点目として救急医療体制の強化です。救急搬送は今後も増加する見込みで、特に夜間・休日等における内科系二次救急への対応が必要、心・脳疾患の外科的治療への対応は、救急医療体制強化の視点で対応するべきとする意見と、他医療機関による対応状況や今後の動向等を踏まえ慎重に検討すべきとする意見等がありました。２点目として、公立病院に求められている機能の確保です。小児・周産期医療、精神・小児精神医療、感染症医療、災害医療といった政策的医療は公立病院として機能を維持すべき、３点目として、他の医療機関との機能分担を前提とした特徴的な医療の実施として、収支バランスの適正化を確保しつつ、市立病院が強みとする領域の充実を図るべきとの意見がありました。また、医療情勢の変化に柔軟に対応できる体制として、医療ニーズや医療資源などの医療環境の変化や医療技術の進歩等に将来にわたって対応できるようなソフト・ハード両面にわたりフレキシブルな体制が必要との意見、経営の健全化として、政策的医療を提供しつつ経営の健全化を図ることは難しいことではあるが、効率的な運営が図られるよう更なる取組みを図るべき、との意見がありました。

３ページを御覧ください。このような御意見等を踏まえ、市立病院が引き続き提供すべき医療機能を以下のように整理しました。１点目は救急医療体制の強化、２点目に公立病院に求められる機能の確保、３点目に他の医療機関との役割分担の下、現在担っている特徴的な医療の実施です。そこで、まず、これらの医療を青葉病院のみで提供できるかという観点での確認が必要となります。

４ページを御覧ください。両市立病院の現在の診療機能を前提として２０３０年の１日当たりの入院患者数を推計しました。高齢者人口の増加により青葉病院の一般病床では３０６人、海浜病院では１９６人を見込んでおります。このため、青葉病院のみで必要な病床を確保することは難しいところです。

次に５ページを御覧ください。施設面においても、敷地内配置図のとおり、現在の青葉病院は立体駐車場も含めた建築物が敷地の全体にわたり配置され、小児・周産期医療など機能拡張のための増築スペースがほぼない状況にあります。また、仮に工事を行うとしても診療に影響のない形では難しいことが想定されます。また、右の参考にありますように、現在の両病院とも１床あたりの面積は、近年整備を行っている病院に比べて狭い状況にあります。

次に6ページを御覧ください。2030年ごろの推計入院患者の分布状況をメッシュで表し、あわせて両病院の5km圏内、10km圏内の患者数及び病床数を掲載しております。活用できるデータの都合上、全体の患者数が多めに出ておりますが、あくまで分布状況を確認するためのものとして御容赦ください。立地の面では、市西部の地域医療ニーズへの対応に課題が残るほか、青葉病院周辺には機能が競合する病院も多く、経営的にもリスクがあると考えるところであります。

7ページを御覧ください。以上のように必要な医療機能を青葉病院のみで提供しようとした場合に想定されるリスクとして、病床数の不足、機能拡張の制限、立地の面などから、青葉病院のみで必要な医療機能の提供は困難であり、新病院の整備が必要ではないかと考えるところであります。

8ページからは、病院の体制と規模として、具体的に新病院を整備した場合に想定されるパターンについてお示しします。

9ページを御覧ください。千葉市の推計入院患者数がピークとなる2030年以降を想定し、その時点での体制パターンとして二つ用意しています。一つは現状維持型として、現在の海浜病院の機能を基本的に引き継いだ新病院を設置するもので、青葉病院の救急医療体制を維持しつつ、新病院でも救急医療体制を強化していくものになります。これをパターンAとします。もう一つは集約型として、青葉病院と海浜病院の機能を集約した新病院を設置するものになります。救急医療体制は、基本的に新病院に集約・強化し、整備を図るものとなっており、これをパターンBとします。また、いずれの場合においても政策的医療や強みを生かした医療を継続していくことは前提としております。なお、パターンBの集約型の場合においては、あわせて青葉病院の機能についても考えていく必要があります。これについては、周辺の医療機関の状況等や今後不足する見込みの回復期機能への対応などを踏まえて、一定の急性期機能を持ちつつ、新病院や周辺医療機関と分担・連携し、ポストアキュート、サブアキュート機能に重点をおいていくことも検討していかなければならないと考えているところです。

10ページを御覧ください。一定の条件に基づいた具体的なたたき台のようなものがあつたほうがよろしいかと考えまして、11ページ以降でパターン別に想定される病床規模をシミュレーションしております。現状の診療構成を前提とし、在院日数の短縮や立地等の影響を考慮せず一定の条件のもとに行つたものになりますので、あらかじめ御了承ください。そのほかの設定条件の詳細は御覧のとおりです。

では、11ページを御覧ください。パターン別のシミュレーションになります。表の左側に時間軸を置きまして、上から2017年現在、新病院稼働時、2030年時点のそれぞれのパターンごとの病床規模等を示しております。パターンAは将来に向けて現状の規模で維持することを前提としたものになります。単純化するために2017年現在の病床数のままで数字をおいておりますので、2030年の稼働率はアンバランスなものになります。このため、両病院間での診療科等の再編等は必要になってきますが、いずれにせよ両病院とも300床程度で今の立ち位置も大きく変えずに将来も維持するパターンとしてお示ししています。パターンBは、新病院稼働時から2病院を統合するパターンで、単純に全体の規模を示すもので、560床から640床規模、パターンB´は、新病院稼働時は、300床程度で稼働し、新病院の稼

働状況などを見据えて、2030年ごろには、新病院に救急医療体制の集約・整備を行い、青葉病院との機能分担を図ることを想定した規模として440床から510床程度を示しています。この場合は、当初から2030年の規模を想定した整備を行っておく必要があるとも考えております。また、機能分担を図った場合の(エ)の青葉病院の規模は、地域包括ケア病棟を有する病院の7割が200床未満であることを踏まえた設定でしております。次のページも含めて、あくまで議論を促進するためのたたき台として御覧いただきたいと思っております。

12ページを御覧ください。それぞれの病床規模に応じて延べ床面積や、現在の医師数を前提とした100床あたりの医師数の状況を試算しております。医師数については専門分野等が異なるなどにより単純に差引きの関係にはなりません、B´の部分について(エ)の青葉病院は近隣の地域包括ケア病棟を有する病院の医師数を参考に算出し、その差引きを(オ)にしております。

13ページはそれぞれのパターンのメリット、デメリット等を掲載しております。総じて、集約型のほうは、効率的・安定的な医療提供に有利であるものの、その分、周辺人口や他の医療機関の配置状況などもきちんと考慮することが必要になってきます。

14ページは、想定されるイメージに近い病院の状況を参考に掲載しております。500床以上の病院としてはさいたま市立病院、一般病床が200床程度で、県庁所在地にあり、ポストアキュートやサブアキュートなどで近隣の病院との連携も打ち出して運営している盛岡市立病院、400床程度でERにも取り組んでいる岡山市立市民病院です。

15ページは、東京ベイ・浦安市川医療センターの事例です。同病院では院内各科の協力体制を構築することにより、340床の規模でありながら年間8,000件を超える救急搬送を受け入れております。常勤医数の多さもさることながら、脳神経外科や心臓血管外科などの診療科の充実による影響もあるものと考えられます。

16ページは、第1回の委員会でも御説明した在宅医療の患者推計と75歳以上の推計人口です。左側は、千葉医療圏の在宅医療の需要推計で、全体として2030年以降は高止まりします。右側は、75歳以上の推計人口です。区別にみると、中央区は2030年以降も増加する見込みです。在宅医療に対する後方支援がますます求められてくると考えられます。

病院の体制と規模は以上になります。

次の17ページからは、新病院の建設候補地についてになります。

18ページを御覧ください。まず、海浜病院の老朽化への対応として、大規模改修が有効であるかどうかを検討しました。大規模改修は、整備期間の長期化、診療機能の制限等が避けられず、また、老朽化の進行具合から、投資額に見合う効果が見込めないことが予想されます。このため、海浜病院の老朽化への対応としては、全面建替えを選択せざるを得ないと考えるところです。

次に19ページを御覧ください。こちらは、海浜病院の現在の敷地内に新病院を整備することについての検討です。現在の医療機能をベースとした場合は、図にあるとおり、正面玄関の前の駐車場のスペースを活用し、かつ地下階を設けることで、280床程度の建設は可能になります。ただし、騒音振動等の診療への影響や駐車場の減少が懸念されます。また、病床規模や医療機能の拡張性を持った整備では、2期にまたがる工事が必要で、計画の長期化や経営悪

化のリスクが生じるものと考えられます。

次の20ページになりますが、先ほどの現海浜病院の敷地での整備にも課題があることから、現実的に市が速やかに確保できる用地がある場合は、当該用地と比較評価する上で選定することが必要になってくるものと思われま

す。比較評価の対象となるような用地がそもそも確保できるかどうかも含めて、今後市のほうで調査検討が必要になりますが、本委員会においては、この調査検討に当たっての必要な視点について、御意見をいただければと思います。ポイントとしては、海浜病院の老朽化への対応として、早期の開院が可能であること、医療機能の確保としては、施設規模の確保や将来の医療情勢の変化に柔軟に対応できる余地があること、他の医療機関との配置バランス、大規模災害発生時において求められる機能を果たせること、経営面では、周辺人口や交通アクセス、その他工事期間中の診療機能への影響などがポイントになるのではと考えるところです。

新病院の建設候補地については、以上になります。

次の21ページからは、経営形態についてです。

22ページになりますが、本市は、太枠で囲みました地方公営企業法の全部適用により病院事業を運営しております。

次の23ページでは、現行の経営形態と地方独立行政法人、指定管理者制度とのメリット、デメリットの比較をしております。一般的には、地方独立行政法人では自律的な運営、迅速かつ柔軟な人材の確保などにメリットがある一方で、設立時に一定の費用負担が発生するデメリットがあります。指定管理者制度は、民間ノウハウを活用した効率的な運営にメリットがある一方で、適切な担い手の確保ができるかどうか、さらにはモニタリングなどのリスク管理に市においても一定の資源を割かなければならないことがデメリットとして考えられます。

24ページを御覧ください。ここでは、2011年4月に地方公営企業法全部適用に移行した後の評価と課題についてまとめております。全部適用移行後に、医師の増員により収支の改善を目指す拡大均衡策、7対1看護体制を順次導入しました。しかしながら、経営企画機能が十分でなく、甘い収益見込みから収支悪化となりました。また、診療の集約化として、整形外科の集約により青葉病院は機能充実も、海浜病院の機能は低下し、収支悪化となりました。専門知識を有した職員の育成という面では、市長部局等と病院局の間で定期的な人事異動のある一般行政職が病院経営を担っており、専門的知識を持った人材の育成ができていない、また、経営陣以外のスタッフまでには、まだ経営改善の意識が浸透していない、という課題は残っておりますが、現在、病院経営の専門人材を育成すべく、2018年度に病院局独自で事務職を採用し、また、専門のコンサルタントの支援を受けながら経営改善の意識浸透を図る取組みなどに着手しています。一方、市長部局に準じた給与体系に関しては、地方公営企業法に規定される給料や手当、処遇等に関し、調査機能を有していない、また、交流人事等で市長部局との均衡を図る必要があり、独自に定めることが困難であるという課題があります。

次の25ページになりますが、地方公営企業法の全部適用においても、一定の取組みは行われてきたものの、マネジメントに課題があり、メリットを得られていないと考えるところである一方で、地方独立行政法人の導入は、独立した法人として自立した経営のできる仕組みを確立し、その意識がスタッフまで浸透される必要があります。また、指定管理者制度の導入は、

市が直接運営するより安定的に担い手を確保できるか、という観点が重要になってくると考えております。したがって、マネジメント上の課題が解決されなければ、地方独立行政法人に移行しても、そのメリットを十分に得られないのではないかと、そのためには、まずマネジメント体制の再構築や人材育成に取り組み、自立した経営のできる仕組みを確立することがまず必要と考えるところです。そのうえで、先行事例にあるように医療の質の向上や経営上の課題の解決、担い手の確保を図るうえで有効と判断される場合は、経営形態の変更の検討も考えられますが、御意見をいただければと思います。

最後の26ページは、本日御審議いただくにあたっての視点について、あらためてまとめておりますので、参考としてください。

なお、別冊参考資料として、参考事例を用意しております。

詳しい説明は省略させていただきますが、一つ目は、長崎市における統合及び経営形態の変更の事例、二つ目は、横浜市における経営形態の変更の事例、三つ目は、名古屋市の再編統合の事例、四つ目は山形県における地域医療連携推進法人の事例になります。必要に応じて御参照ください。

以上、事務局からの説明は以上でございます。よろしく御審議お願いいたします。

(尾形委員長)

はい、ありがとうございました。

ただいま事務局の方から説明がございましたが、四つの論点があり、相互に関連はしておりますけれども、とりあえず論点ごとに御意見、御質問をお伺いしたいと思います。ひととおりの検討した後、全体を通じてまた御意見等を承れば、と考えております。

それではまず、第一の論点であります。検討にあたっての基本的な考え方、資料で言いますと1ページから7ページまでのところでございますが、この部分につきまして、御意見、御質問等をお願いします。

(山本委員)

では私から口火を切らさせていただきます。

最初の部分の青葉病院のみで提供ができるか、ということでございますが、ここは事務局の提案にまさに賛成でございます。現状、青葉病院の立地する中央区というのが、完全に急性期の過剰領域でありまして、多くの公的病院も密集しているし、そこに民間病院も割り込むという形で、はっきり言ってみんな消耗戦を演じているという状況にあります。青葉病院が現在苦戦しているのも当然のことでございます。もちろん4千台という救急車の受入れなど、残すべき機能はあるとは思いますが、基本的にこの青葉病院の急性期機能を高めても、将来的に経営のリスクが増すばかりであります。

一方で、御承知のように花見川区・美浜区というのは急性期病院が不足している部分であります。むしろ、隣の習志野市などに患者が流失しているという現状もありますので、重点化するのであれば千葉市の西側の地域に、というのは当然の結論ではないかと思っております。

(尾形委員長)

ありがとうございました。ほかはいかがでしょう。はい、小熊委員どうぞ。

(小熊委員)

救急医療体制のところ意見が二つ書いてあって、心臓と脳疾患が両病院では今対応をあまりしていないということだと前に聞いたように思うのですが、今、山本先生が言ったように、今後病院が別の地区に移ったとしたときに、そこに心臓とか脳血管ですね、そういったものの対応をどうするか、ということの一つは考えなくてはいけないだろうと思います。

それから、公立病院に求められている小児、周産期、精神等書いていますけれど、これはいわゆる政策的医療ですから、経営的には決してプラスになるところではないので、その下の収支バランスの適正化が問題になったときに、どこまで一般機能を持つかという問題もよく考えないとならないだろうと思います。

次のフレキシブルというのも当然ですし、経営の健全化という点においては、医師の数は出ていましたけれども、確か第1回目に医師を除くナースや医療スタッフが多すぎるのではないかと、言ったような覚えがあります。そういったものへの対応というのは、やはり今後もきちんと考えていかなくてはいけないのではないかと、とお話を聞いて思ったところです。

(尾形委員長)

ありがとうございました。ほかはいかがでしょう。どうぞ、山本委員。

(山本委員)

心・脳疾患は、やはり医師の配置の問題に直結すると思います。現状、千葉市内の公的病院ほぼすべての医師派遣を千葉大学病院で行っております。先ほど申し上げたとおり急性期病院が多いために、そこにばらばらに人的資源を配置せざるを得ない状況でございます。

ここは是非、効率的配置、機能集約を進めていただくことで、我々もしっかり人員配置を進めていきたいと思っています。少人数でばらばらに配置するのは極めて効率が悪いし、今の医療の高度化には全くそぐわない状況にありますので、公的病院の機能集約というのは避けて通れないものと認識しています。それがやっていただけるのであれば、我々もそこはしっかり責任を持って対応できるのではないかと思います。

(尾形委員長)

ありがとうございました。ほかはいかがでしょう。

7ページに、結論としては青葉病院のみが必要な医療機能の提供は困難である、新病院の整備が必要ということでまとめてあるわけですが、ここを含めて御意見を伺いたいと思います。

それでは、また相互に関連しますので、先へ進んでまた戻っていただいても結構です。

はい、それではどうぞ。

(山本委員)

もう一つ、小熊委員の御発言にも絡みますけれども、2ページの二つ目の四角の公立病院に求められている機能の確保、ここは先ほど小熊委員も御指摘のように、非常に採算性の悪いところでもあります。ですので、ここを政策的医療として公立病院で機能を維持すべきというところは、やはり自治体がその部分はしっかり負担する、政策的医療であるから自治体として持つ、ということは確認していただけるのでしょうか。

要するに、これをやりつつ経営もちゃんとやるというのは結構しんどい部分で、かなり足をひっぱるので、そこはやはり千葉市として覚悟をもってこういう記述があるということを確認させていただきたいと思います。

(尾形委員長)

これは市当局でしょうか。

(山元保健福祉局長)

不採算医療の部分につきましては、国でも繰出基準を作っております。その部分につきましては我々もしっかり対応していきたいと思います。

(尾形委員長)

あわせて経営の健全化というところで、政策的医療を提供しつつ経営の健全化を図ることは難しいことではあるが、効率的な運営が図られるよう更なる取組みを図るべき、ということですので、自助努力とそれから今の必要な市の方からの援助と、両方ということだと思います。

ほかはいかがでしょうか。よろしいですか。

(尾形委員長)

それでは先ほども申しあげましたように、とりあえず先に進みまして、また前に戻っていただいても結構です。次の「2 病院の体制と規模」という8ページから16ページの部分でございますが、この部分につきまして御意見、御質問を承りたいと思います。

はい、小熊委員どうぞ。

(小熊委員)

先ほどの御説明を聞いていますと、青葉病院はまだ建築してそれほど経ってないので、新病院を別のところに建てたとしても青葉病院を活用する、規模を縮小して200床程度あるいは200床以下の回復期・慢性期をやるような病院として使いたい、そういう考えでよろしいでしょうか。パターンB'の場合はそう考えてよろしいでしょうか。

(尾形委員長)

はい、事務局お願いします。

(西野事業調整担当課長)

B'の青葉病院のパターンとしては、一つの考え、一例として提示させていただきました。一般的には、一定の急性期は当然担いつつも、地域包括ケア病棟等を中心とした、回復期寄りの病院というものを想定しています。そうすると、規模的には200床未満の病院が多いということで、この数値を置かせていただいております。御意見等いただければと思います。

(小熊委員)

もう一つ聞いて良いですか。

それは、200床以下で地域密着型の地域包括ケア病院にするという考え方を、一つの案としてはお持ちだということですね。

(西野事業調整担当課長)

一つの考え方として、そういう考え方があると認識はしております。

(小熊委員)

ただ、地域密着型の病院をやるにしても、例えばそういう志向のあるドクターがいるかどうか、確保できるかどうかという問題は必ず関係してきます。例えば、「そういう病院を目指すから、そちらの病院に行きなさい」と言っても、ドクターが「はい、わかりました」と行くかどうかという問題もあるわけですね。だからそういう問題をやっぱり考えなくてはいけない、ということは思います。決して、考えが悪いと言っているわけではないのですけれども、ここに書いてある18人も総合診療的なドクターを集められるかということについてはクエスチョン、という問題だと思います。

(尾形委員長)

ありがとうございます。はい、菊地委員どうぞ。

(菊地委員)

先ほどの1の最後の7ページの結論と、この2の体制と規模にかかわる内容です。前回は、千葉市がかかわる政策としての医療の話と病院論の話、二つぐらい議論があったかと理解しております。それを受けて、医療機能という意味で言うと、こういった政策としての医療を含めて千葉市がかかわっていくという結論と、病院論の話に入っていくわけですが、この間にほかの選択肢というの、もしかしたらあるのではないのかなというのが気になっています。

3の運営体制の話にもかかわってきますが、参考事例の中でも、例えば横浜市の場合は、市場にサウンディングをしたという話がありました。ほかの民間病院うんぬんという話の結論を導きたいわけではなくて、そういった可能性を含めて検討した上で、2の病院の体制の話になっているのかが気になっております。その点について、1と2の繋がりの部分で何かあれば教えてください。

(尾形委員長)

これは事務局に対してですね。

(菊地委員)

はい。

(西野事業調整担当課長)

経営形態との関連ということでよろしいでしょうか。

(菊地委員)

そうですね、はい。

(西野事業調整担当課長)

新病院に関しては、経営形態の話とは切り離しています。指定管理や独立行政法人等も選択肢としてある中での、公立病院としての体制ということで整理をしております。

その上で、新病院及び機能分担を図った場合の青葉病院のその先の経営形態がどうかということはまた別の議論になるのではと思います。基本的には公立病院ベースで現時点では置いております。

(菊地委員)

そうしますと、1の結論の医療機能として千葉市としてかかわる場合には、公設民営を前提とした病院のあり方、公設民営まででしょうか。民設民営ということも考えられる、選択肢としてはあり得ることです。横浜市の参考事例では、サウンディングしたけれども候補は出ていないので、公設民営として選択肢を取っているわけですが、そういったあらゆる選択肢が検討されているのかどうかという観点で少し気になりました。

(西野事業調整担当課長)

選択肢については先になってしまいますが、4の経営形態でたたき台としては提示させていただいております。先の話になりますが、独立行政法人に関してはやはりマネジメントの課題を解決しないといけないというのが一つあります。いわゆる公設民営、指定管理に関しては、市が直接運営して安定的に運営を確保できるかという観点で、将来に向かって考えていかないといけないと認識しております。現時点でそれを前提としていくかということ、まだそこまでは至っていないと考えております。

(尾形委員長)

はい、小熊委員。

(小熊委員)

ただいまの菊地先生のお話ですけれど、政策医療とか救急とか不採算部門をやるという覚悟

があるわけですから、その場合に市が関与しない、市がそこに責任を持たないような経営形態は駄目だろうと私は強く思います。ですから、そういったことからいうと公設民営というのは枠から外れていくのではないかなと思いますし、全適の今の状況であまりうまくいっていないわけですから、その点を改善するということになれば、やはり地方独法でないかなと私個人は強く思っています。

(尾形委員長)

ありがとうございます。はい、山本委員どうぞ。

(山本委員)

今の民設か公設かという議論も、もちろん本来はすべきところかなと思います。

ただ、今の海浜病院のハードの現状を見れば、あまりここについて議論をしている時間はないのではないかと思います。いつ壊れて、突然機能停止になってもおかしくない状況です。しかも、先ほど申し上げた花見川区、美浜区の急性期医療も極めて手薄であるということを考えれば、まず病院を置くということに関しては千葉市がしっかり責任を持ってやっていただく、それもなるべく早くに手をつける、その上で経営に関しては検討の余地はもちろんあると思います。まず千葉市があのだりに建てるということはしっかり決める、もうこれに時間的余裕は全然ないのではないかなという実感です。

(中山委員)

今山本先生がおっしゃったことは私ももちろん同感ですが、それは今日の資料のAパターン、Bパターン、B'パターン、いずれも海浜病院については新病院を設けるというスキームになっているので、そのことにあまり迷いはないのではないかなと思います。

課題は青葉病院の機能をどう生かしていくかということで、Bパターンは統合してしまうという話ですし、B'パターンは今まで議論があったように、少し形態を変えるあるいは医療機能を変えるという話ですけれども、ここで改めてAパターンの現実的な可能性について情報をいただきたいと思います。

つまり、先ほどから山本先生がおっしゃられたように、市立病院として急性期を担う、しかも政策的・高度な医療を提供するということになる、それがあちこちに分散しているのは効率も悪いし、医師の提供という点からもなかなか難しいということで、なるべく統合するという形が望ましいというお話がありました。

一方で、現実には急性期病院の激戦区である中央区の真ん中の辺り、つまり青葉病院が存在している地域で、現に救急取扱いはかなりの数に上っているということで、千葉市の医療、特に救急医療に貢献しているのが青葉病院なのだと思っております。それが、仮に海浜病院を建て替え、今青葉病院に行っている救急患者が海浜病院の方、今の位置かどうかは分かりませんが、花見川区の方に移っていくということもなかなか考え難いのではないかなとも思うわけです。

つまり、Aパターンで海浜病院が新病院として機能し、青葉病院が現在担っている救急医療

も同時に担うということが可能なような気がする一方で、医師の提供、医師の供給体制みたいなことはまた話が別で、この辺りの現実的な可能性を、市の方というよりはむしろ委員の方から知見を教えていただきたいと思いますと思って発言させていただきました。

(尾形委員長)

そうですね。委員の方から何か御意見があれば承りたいと思います。では、高原委員どうぞ。

(高原委員)

今中山委員がおっしゃったことはもっともであります。現在、例えば青葉病院がなくなったら、やはり激戦区である中央区でも救急患者があふれ出して困ることがあります。

海浜病院がなくなっても、この間も言いましたけれども、花見川区やあの辺りの方が救急に行く病院がなくて困っているわけです。そういうところで、千葉のこちら側にみんなが来られるかというところでもない、それで習志野市に行ったり、船橋市に来られたりしているのですけれど、そこにやはり海浜病院が救急をやる病院として、ある程度の力を持ってやっていくというのは、医療からみても必要だと思います。千葉市の西部の方は、人口もある程度までは増える見込みがありますし、高齢化も同じように進んでいます。その点でも、高齢者の救急といえば心臓と頭、呼吸器や整形外科、その辺りをある程度しっかりできるような設備を持って、その規模はどのぐらいにするかというのは読み切れないところがあります。

このデータも、平均在院日数は考えないで作ってあります。多分、平均在院日数はもっと短くなってくると思います。患者数は増えてくる、それから医療の質も、先ほど山本先生もおっしゃっていましたが、どんどん変わっています。低侵襲手術になってくると、入院期間が短くなるだけではなくて、入院してやっていたものが外来でできるようになるということで、在宅医療に大分流れていかざるを得ないこともあります。その要としてあの地域に一つしっかりした救急を担う病院を、かつ海浜病院は、母子及び新生児では千葉市だけではなく千葉県が頼りにしている病院なので、その機能を持ち合わせた病院を作ってもらおうというのが理想的ではないかなと考えております。

(尾形委員長)

はい、どうぞ小熊委員。

(小熊委員)

何度も申し訳ありません。

青葉病院が今担当している救急が、もし海浜病院の方に救急の拠点を作った時に、千葉市内の方から行くのが30分くらいですと、いわゆる急性期の心臓や脳の方でも一応許容される時間範囲ということに推定できるのではないかと思います。

それから、確か民間で心臓と脳を一生懸命やられる施設があって、更にそれと競合するような形で、ある方が望ましいということで新しい病院にその二つの科を作ってしまうと、明らかに競合体制になって、山本先生もおっしゃるように、医師もばらばらに配置するというような

ことになってしまいます。それをどう考えるかという問題はすごく大きいと思います。

それからもう一つは、先ほど青葉病院を地域密着型、200床以下の地域包括ケア病院にしようというお話で、その時には千葉市全体の回復期あるいは慢性期を扱う病院との競合や分担がどうなるのかという見通しがよく分からないものですから、話がしにくいなと思っています。

その辺りのデータがもしあるようだったら、救急が移った場合と、心臓と脳外の問題と、地域包括ケア病院になった時の予想というのをどうお考えになっているかというのは知りたいところです。

(尾形委員長)

はい、角南委員どうぞ。

(角南委員)

いろいろお話が出ていますけれども、成人の救急をやるというのは、高原委員がお話になったように、循環器と脳、整形がなければ困難だと思います。色々な病院に分散すると医者の集中配置ができない、というのはそのとおりですが、ある程度の大きさの病院としての海浜病院をイメージして、政策医療だけでは大赤字でしょうが、救急をやって、その中で採算をしっかり確保していくということで、赤字も少し薄まるのかなと思います。そうすると、中央区と競合するかどうか分かりませんが、海浜病院の近くで、あの辺りで力のある急性期病院が千葉市に一つあっても良いのではないかと思います。

もう一つ、青葉病院の救急機能がほかの病院で代替できないのかどうなのかは分かりません。3,000台くらいの救急車で私立の病院が吸収できる規模であれば良いのではないかなとは思いますが、もう一杯でどうにもならないのかは分かりません。隣に国立大学有数の千葉大の超大型病院がある中で、急性期をやっていくということよりも、千葉大の機能と連携したような機能を追求していった、立場を明確にした方が良いのではないかと思います。ただ、それだけの機能にするかどうかはまた論議して、病院の皆さんの考えもあるだろうと思います。

可能ならば、海浜病院には循環器とか中枢神経とか整形といった、高齢者を診るためにどうしても必要な機能というのはつけて出来上がるのが妥当ではないかなと思います。

(尾形委員長)

はい、どうぞ。

(斎藤副委員長)

千葉市医師会を代表して一言申し上げます。

一次救急、準夜帯の9時から12時までは、千葉市医師会の会員が毎日365日出て対応しております。その中で、季節にもよりますけれども、かなり多くの患者さん、特に内科の領域で、二次に回さなくてはいけないということがあります。その二次は、両市立病院それから民間病院が順番で当たっていて、その中で市民の救急医療は市の責任ですので、やはり両市立病院にすごく頑張ってもらっているというのが現状でございます。

そして、青葉病院に中央区で非常に頑張っていていただいておりますけれども、やはり青葉病院もそろそろ手一杯というところもあります。今後の患者の増加に関しては、果たして100%対応していけるのだろうかということも不安に思っているところもあります。したがって、新病院には、患者の収容能力と対応能力を高めるような、そういう機能の病院を一つ持っていただきたいというのが、千葉市医師会の願いでございます。

(尾形委員長)

ありがとうございました。はい、山本委員どうぞ。

(山本委員)

先ほどから出ています、海浜への心・循環器あるいは脳神経系の配置につきましては、確かに千葉の中央区から30分以内ではありますけれども、人口が元々多い場所ですので、あそこに配置する必要はあると思います。千葉市内で競合するということはなく、むしろ隣の習志野市の済生会病院とかが、もし海浜が機能を高めた場合に影響を受ける可能性があると思いますが、千葉市内としてはそれほど競合しないのではないかなということは実感いたします。

それから、角南委員から千葉大との協力、協調というお話を頂戴いたしました。現状、例えば救急で、青葉病院と千葉大との協力関係が完璧かということ、残念ながら千葉大もまだ弱いところがございます。ただ、三、五次救急体制に向けて、今新しい建物を建てて、2年後に完成予定でございます。そうしますと、例えば青葉でトリアージをかけて、より重症なものは千葉大で引き受け、そうではない、やれるものは青葉でやるという、かなり有機的な関係を結ぶことはできるのではないかと、そうすると、例えば青葉で地域包括ケア病院あるいはケアミックスのような病院になった場合にも、青葉で受けられる患者さんは青葉で引き取っていただく、そうでないものは千葉大で診るというような運用体制をきっちり作ることは十分可能ではないかと思っておりますし、私たちも既にそこを視野に入れてプランを練っているところです。

(尾形委員長)

はい、どうぞ。

(小熊委員)

斎藤先生に伺います。それなりの救急体制をとった病院が欲しいとおっしゃいましたが、それには心臓と脳血管疾患に対する体制も含めてと解釈してよろしいでしょうか。

(斎藤副委員長)

それぐらいできればベストですけれども、千葉市内の医療機関を見ますと、脳疾患あるいは心疾患も処置できるような基幹病院が結構ありますので、絶対必要かということそうではありません。とにかく、市民が二次救急を必要になった時に、ある程度ちゃんと市として対応できる、人的配置ができるような、そういう病院を一つ作ってほしいということでございます。

(尾形委員長)

ほかはいかがでしょう。どうぞ板倉委員。

(板倉委員)

経営的な観点から質問させていただきます。パターンイメージとして分かりやすい資料を作っていたのですが、12ページのパターンイメージの中で本体整備費が建築費用にあたると思われます。この中に、例えば各パターン別の収益を見積もれたら、表に織り込んでいただくと分かりやすいと思います。現時点では設置する診療科が固まっていなくて難しいかと思うのですが、収益的な観点の数字があると、より分かりやすいかと思いました。

10月から消費税率の引上げも予定されておりますし、業者に支払った消費税を診療報酬から回収するということができない中で、病院経営はさらに難しい局面を迎えることもあるかと思っておりますので、パターン別の表中に収益という観点を織り込んでいただくと分かりやすいと思います。

(尾形委員長)

事務局どうぞ。

(西野事業調整担当課長)

収支シミュレーションの件ですが、規模や診療科目などにより収益の見込みが大きく変わるということもありますので、現時点でのシミュレーションは正直難しいと考えております。

ただ、基本構想、基本計画という各段階で精度が高まってきますので、その段階で合わせて収支構造を改善する方策を含めて検討していくことで、将来の病院の運営には反映していきたいと考えております。少なくとも言えることは、現在の収支構造のままでは、どのような形であっても大きく改善が見込めるものではないと思います。今の時点で取り組んでいくことを少しずつ重ねながら収支構造の改善に努めて、どういう病院の体制になってもその効果が発現するような形で取り組んでいきたいと考えております。以上です。

(尾形委員長)

よろしいですか、板倉委員。

小熊委員どうぞ。

(小熊委員)

板倉委員の御質問で気がついたのですが、平米単価が36万円というのは、建設する時期にもよりますが、この値段では今は建ちませんよね。今はもう50万を超えているはずですよ。

(尾形委員長)

事務局どうぞ。

(西野事業調整担当課長)

この単価は、総務省の研究会でも一度議論になっていると認識していますが、地方交付税の単価をそのまま置かせていただいております。実績としては、自治体病院は比較的高コストと言われていて、比較的高めになっていることは承知しております。ここでは交付税単価を機械的に置かせていただきました。

(小熊委員)

それならそのように書いておいていただかないと、これで建てられると思われるので、今建てればもう60万ぐらいになっていると聞いています。ですから、まったく値段が変わってきます。

(尾形委員長)

中山委員どうぞ。

(中山委員)

建設費の話は別にして、12ページの表ですけれども、Aパターンだと青葉と新病院あわせて620床ぐらい、Bパターンだと640でほぼ同じ、B'だと700ベッドですね。この700というのが600プラス100と読んで良いのか、その辺りはどうなのでしょう。つまり、千葉市として急性期600床はとにかく必要だということでAパターン、Bパターンとある、しかしB'パターンは、現有施設を使えるということもあるし、医療ニーズとしての後方病床、リハビリテーション的なものも必要なので、そこにプラス100上乗せされていると読めばよろしいでしょうか。

(西野事業調整担当課長)

はい、計算上は100床程度が回復期に区分されるということで予定しております。急性期に関しては600床程度という想定で数字を置かせていただいております。

(中山委員)

はい、わかりました。ありがとうございます。

だとすると、Aパターンに引っかかっているのですけれども、Aパターンで2病院ともに救急を充実させていこう、心臓だとか脳外科とかを両方に持っていこうとする場合と、一つの病院に集約する場合とでは、病院機能を、集約サービスができるという点と、分散によって増加が発生してしまう、これは病床数ではなくて、先ほどから気にしている医師の数などの増加ですが、その辺りの塩梅が非常に難しいと思います。ですからAパターンの現実的な可能性について知りたいと申し上げたのですが、改めてAパターンの現実的な可能性について、先生方の御意見をもう一度伺いたい、しつこくて申し訳ないですけれども、教えていただきたいと思っております。

(尾形委員長)

それでは事務局に、Aパターンのフィジビリティなどについてまず聞いてみましょうか。

(西野事業調整担当課長)

このパターンを考える上で、救急医療体制のところが一番キーになると考えております。Aパターンの場合、将来に渡って継続的に救急医療体制が維持していく体制をとることができるかということについては、正直申し上げると見えない部分があるというところだと思います。それも踏まえて、Aパターンが良いのか、あるいはB'、Bパターンが良いのかというのを総合的に考えていかなくはいけないのかなと考えております。現時点で、Aパターンは現実的に可能かどうかというのも何とも言えないところではありますが、継続的、持続的にやっていくという意味では、やはりある程度集約した方が良いのかなとは考えておまして、この資料を用意させていただきました。

(尾形委員長)

山本委員どうぞ。

(山本委員)

中山委員がどこにこだわっていらっしゃるのかはわからないのですが、AパターンとB'は青葉病院の機能をどう考えるかであって、どちらの場合も新病院を美浜、花見川のエリア、今の海浜病院のエリアに建てるということだと思います。もちろん新病院の大きさの問題もあり、表の作り方もAパターンの新病院の病床数とB'パターンとでこれだけ違っているのだからにくいところがあります。

それから、Aの場合だと新病院の救急機能や急性期機能を高めるということが、この中に読み切れません。いずれにせよ、今までの議論でもあるように海浜病院の急性期機能を高める必要はあるので、青葉病院の機能を中央区のエリアのほかの病院との競合関係を考えて集約化するということになるのかなとは思いますが、実はAとB'はあまり変わらないのではと思います。

それから、4,000台の救急車という数は結構インパクトがありますが、中身の問題もあると思います。いわゆる二次救急的な問題、在宅からの肺炎の患者さんであったり、高齢者の骨折であったりという場合はどちらかという二次で、地域包括ケア病棟で十分ケアができます。そうすると、それほど高度な救急機能を持たせなくても十分こなせていけるのではないかと、先ほど申し上げたように隣に千葉大がありますから、より高度なところは千葉大でやらせていただくというような機能分化が明確に進むのではないかと、そうするとAとB'はあまり変わらないのではないかと考えます。

(尾形委員長)

はい、どうぞ。

(斎藤副委員長)

そもそもこのような会が発足したのは、両病院の赤字が重なってきたことがあり、そういうことがなければ委員会を開く必要もなく、今後の病院のあり方で財政的にも支えていくにはどのようにしたら良いのかという観点が入っていると思います。将来的には機能を分化して、ある程度市民の要望にこたえ、周りの医療機関とも機能を互いに提供し、機能を高めていく、日本の今後の医療にとっても、今までどおり何でも、というのはできなくなってくると思います。今後は、機能的に集約できるところは集約して対応していくという、市民の方々に納得をいただけるような機能分化ということだと思います。

(尾形委員長)

はい、角南委員どうぞ。

(角南委員)

病床数にこだわりすぎなのかもしれませんが、海浜病院の場合、急性期機能を高めていく、中央区から少し離れたところで成人の急性期もやっていくとすると、400床から500床ぐらいが良いのだと思います。なぜかという、今の医療制度では、急性期や高度急性期をやる病院は、いろいろな機能が付いていた方がDPCの点数も高くなり、経営も上向くのではないかと思います。海浜病院については、500いるかはわかりませんが、経営しやすい大きさとして急性期病院は大体500ぐらいまでが良く、ここに書いてあるような病床数は妥当な線かと思います。青葉病院については、千葉大との連携の中、そのときのニーズによって決まってくるのかなと思います。

(尾形委員長)

ありがとうございます。

(寺口委員)

私もベッド数、病床数は重要な気がしてまして、何床以上にならないとコスト的に問題が起きる、例えば500以上でないと点数が加算されないということもございましたので、できればベッド数はしっかり検討された方が良いのかなと思います。

そして、このベッド数や、地域包括ケア病棟に関しても、看護師の配置数が関係してきます。これに医師の数しか書いていないのがどうしてなのかとも思っていますが、圧迫するのはやはり人件費だと思います。医師の数も2017年同値と書いてあるので、とりあえず入れているのかと思いますが、急性期、地域包括ケアになったときで、医師の数も看護師の数も変化してくるので、その辺りをしっかり考えていただいたらと良いのかなと思います。

また、青葉病院も海浜病院も、急性期と思って看護師は就職しているのではないかと思いますので、今働いている方たちがどういう方向で働きたいと思っているのかも大事にしてほしいと思います。了解をした上で回復期などに持っていかないと、離職につながるということも起

きていますと伺っています。同じ病院の中に回復期がある場合にはローテーションが効くので、青葉と新しい病院とのローテーションという形で両方できるように、とされたら良いかと思えます。

海浜の地区は急性期がなくて非常に苦勞されていると聞いていますが、青葉もすごく重要な役割を担っていらっしゃるので、病床を決められるときにやはり医療圏の中でどういうベッドが必要なのかということをしっかり考えられて、ベッドを決めていかれたら良いかなと思えます。以上です。

(尾形委員長)

はい、ありがとうございました。ほかよろしいでしょうか。

(尾形委員長)

それでは、私も一委員として意見を申し上げます。

9ページのパターン概要で、推計入院患者がピークとなる2030年以降を想定するというのは妥当かと思えますが、2030年というのは11年後であり、入院需要のピークがそこに来るとすると、いずれにしても新病院を整備することなら、更にそれよりも先を見通していく必要があると思えます。そういう意味では、2030年及びそれ以降を見通して、やはり長期的に持続可能な形を目指すべきだと思います。それが一点です。

それから、パターンBあるいはパターンB'になるかと思えますが、この9ページの点線のところに、青葉病院の機能で建物は当面使用可能ということで、回復期をかなり意識した記述になっていますが、これは前回も出た議論ですが、本当に市立病院として担うべき機能なのかということについて、私は非常に疑問を持ちます。むしろこれは民間病院で十分担えるのではないかと考えますので、この辺りは、先ほど菊地委員もおっしゃった経営形態とも関わる話かと考えております。これらは一委員としての意見です。

(尾形委員長)

それでは一通りお聞きしましたので、先に進みたいと思えます。

次は3番目ですね。新病院の建設候補地ということで、17ページから20ページまでについて、御質問、御意見を承りたいと思えます。

菊地委員どうぞ。

(菊地委員)

冒頭の私の質問に関することです。

少なくとも公設として、千葉市として病院の建設に関わっていくことであると、初頭の12ページのA・B・B'とありましたが、手続き論として、海浜病院を現有地で建設した場合には、補足資料にもございますが、同じ病床・平米数、現在の敷地での全面建替え、これが少なくとも3年かかります。これは先ほどのA・B・B'の「手続き論でいくと、まずはAを行って、その後、2期、3期工事の中で機能分担をして、B'に移っていき、現有地の敷地全体で

いうと、おそらくBの部分までには至らないのかなと思います。敷地選定の議論、先ほど山本委員からも海浜病院の老朽化が喫緊の課題ということがございましたが、そうすると、現有地で建替えということができて、しかも現在とほぼ延床面積が変わらないということで、先ほどのA・B・B'の議論でAの選択肢の実現可能性ということで申しますと、Aが当面の実現可能な選択肢になるのではないかと考えます。その後は、2期、3期でB'にいて、Bにいくかどうかというのは敷地の余裕にも関わります。すると、建設候補地の視点の中に、先ほどのA・B・B'でいうとBの選択肢も含む場合、将来的な病院規模の拡張の余地という観点からいうと、現有地の建替えというのはむしろ難しくなってしまうのではないかなと考えます。その手続き論との関わりで、そういった視点というのもしかしたらあるのかなと思います。現状、最も可能性があるのは現有地の建替えとなると、おのずから、先ほどのパターンでいうと、まずはAになって、2期、3期ぐらいで先ほどのお話の2030年ぐらいになり、それ以降どうするかというのは、青葉病院が今度老朽化していき、その場合にBの選択も余地がどこまで出てくるかということも、一つの視点、時間軸の視点として指摘させていただきました。

(尾形委員長)

はい、ほかいかがでしょう。中山委員どうぞ。

(中山委員)

今の御意見と同じなのかもしれませんが、私は基本的に19ページの資料にあるように、現地で建替えはあり得ないのではないかなと思います。パターンA・B・B'どれをとろうとも、海浜病院の建替え用地は現敷地ではなく別の敷地を入手して、その規模がAパターンとBパターンとは違うわけですが、いずれにしても19ページの資料にあるとおりです。今の駐車場のところに建て替えるというのは現実的には非常に困難で、お金もかかるし時間もかかる。ほとんど選択肢としてはあり得ないというのが私の感想です。

(尾形委員長)

山本委員どうぞ。

(山本委員)

私も同じ意見で、やはり現有地で建替えは資料を見れば分かりますとおりでございまして、そもそも駐車場の逃げ場もない、何でもかんでも将来の改修を考えない病院の作り方をしたのかとも思います。仮に2期工事になったとしても、工期が延びて、古い建物をそれだけ長い期間使わなくてはならないということで、先ほど申し上げた建物の老朽化のリスクというのはかえって長引くということを考えれば、もちろん代替地の確保という条件がありますが、それが可能であれば、やはりそちらへ舵を切るべきではないかなと私も考えます。

それから、やはり海沿いのこの場所で地下を掘るといったことのリスクも考えなければいけないのかなと思います。

(尾形委員長)

はい、ほかいかがでしょう。小熊委員どうぞ。

(小熊委員)

山本先生や中山先生がおっしゃったとおり、代替地があるならば、やはりそこに一挙に、将来を見越した、フレキシビリティを持ったものを建てるべきではないかなと思います。

災害のことを言えば、地下にいろいろな重要な物を置くということが、もし津波が来たりすると非常に危なく、それからもう一つは地下を作ると地上に作るよりもかなり割高になるという問題もありますので、そういったことも含めてお考えになるべきではないかなと思います。

(尾形委員長)

そうですね。その辺りは20ページのところでも、医療機能の確保ということで、大災害発生時において求められる機能を果たせること、と書いてありますが、そのための物理的な条件というところだと思います。ほかいかがでしょうか。

20ページに、もちろん現在地以外で用地がある場合は、という前提でありますけれども、ここに必要な視点ということでいくつかの項目が挙げられておりますが、これで何か足りない点等あれば是非付け加えていただきたいと思います。よろしいですか。

それでは、これも後で戻っていただいて結構ですが、先に行きたいと思います。最後4番の経営形態、21ページから25ページまででございますが、この部分につきまして御意見を承りたいと思います。

はい、高原委員どうぞ。

(高原委員)

先ほど、全適にしてうまくいかないから独法が良いのではないかという御意見もありましたが、全適にしてなぜうまくいかなかったか、直せることがあれば全適も悪くないと思います。実際、病院局と病院が一体になって考えていくことが非常に大切なことだと思います。確かに経営、運営は病院局がやるのですが、病院に密着してやっているかどうかというのは非常に大きなポイントだと思います。もちろん、病院局の職員に専門的知識を多く持っている人がいるというのは必要なことなのですが、逆に各々の病院に、現状をよく知っている人がいる、それも必要なことだと思います。そういうことが今まで十分に行われてきているかというのを検証する必要があるのではないかと思います。

船橋市は、幸い医療センターが一つしかないので、私は医療センターの中にそのまいます。市役所の方にはそういう部署はありません。ちなみに、職員は私と助手がいるだけの2人で病院局をやっています。それですべてできるわけじゃなくて、病院にいることによって、副病院局長は事務局長がやってくれていますし、いざとなったら課長や補佐が出てきて一緒にタイアップすると、いわゆる兼業ですね。タスクシェアをうまくやりあってお互いに助け合っているということで、一つのメリットはやはり人件費、事務の人件費がかなり違うと思います。もう一つ、ここに書いてあるのですが、経営陣以外のスタッフの意識が全然上がっていないという

ところがあるのですが、うちの場合は経営陣と事務と一緒にやっていますから、常にいろいろなことを吸収しているのです、皆が意識を持ってくれるようになってきています。そうすれば、全適は駄目だということには繋がらないと思います。決して全適が一番良いというわけではありませんが、やはり、事務員も全体が病院にくっついて、病院の現場の医療職と病院を築き上げていくというスタンスが取れば、良い結果に繋がると思います。言い過ぎかもしれませんが、いかがでしょうか。

(尾形委員長)

はい、板倉委員どうぞ。

(板倉委員)

私も高原先生と同じ意見なのですが、現行の経営形態を評価し、今後の組織のあり方を考えるに当たりましては、現状で問題認識されているマネジメント上の問題の解決というのが先決かなと思います。経営陣の方だけでなく、現場のスタッフも含めた、全病院の関係者の方に、等しく経営改善の意識の浸透がなければ、なかなか問題解決は難しいのかなと思います。その上で、高齢化社会が進むにあたって、医療と介護・福祉の連携というのはますます重要になってくると思いますが、その中で公立病院として、地域に寄り添って、各医療機関との機能分担、連携の必要性を考えると、経営形態として地域医療連携推進法人というのも一つの選択肢としてあり得るのかなと思っております。いずれの経営形態を選択するにしましても、やはりマネジメント上の課題というのをクリアされなければ、効率的な運営は難しいと思いますので、まずマネジメント上の課題を解決していただくことが先決かなと思っております。

(尾形委員長)

ありがとうございます。小熊委員どうぞ。

(小熊委員)

私は先ほど市が関与しない地域医療の形というのはあり得ないと思っているとお話したのですが、問題は人件費をどう抑えるかということに経営的には行き着くと思います。千葉市の場合は、やはり医療スタッフ、特にナースが他の施設に比べると多いように、ファーストインプレッションで感じていまして、それで人件費が高騰していると、それぞれの病院はそれぞれの業務をしっかりとやっているのに、なぜ経営的にうまくいかないかというところではないかな、と私は感じていたものですから言わせていただきます。独法になったらどうして黒字化するかというと、人件費を安くするからです。全適では安くできないわけです。独法化すると、変わるときに従業員の方との間に問題はありますがけれども、人件費を安く設定した上で経営していくということが可能になるということで、それが嫌いな方はお辞めになっていくケースが多く見られます。それをどうするかというのは、じっくり話し合っただけで職員の方とやらなくてはいけないけれども、全適では給料は下げられませんから、そこを考えるともう残されている形態は独法化しかないと思っております。そこで職員の方とどうやって話をするか、医療の内容と必要

な数と今までの経験、そういったものを含めてお考えになるべきではないかなと私は思っています。

(尾形委員長)

ありがとうございます。ほかいかがでしょう。はい、山本委員。

(山本委員)

まず現行の経営形態がなぜうまくいかないかというところについて、24ページの記載ですと、市長部局と病院局の間の軋轢があるかのような、そういう書きぶりにも読めます。しかし、先ほど高原先生がおっしゃられたように、病院局と2病院の現場との乖離がやはり少なくない、多いということです。私はこの委員会とは別の千葉市立病院の委員会に関わらせていただいておりますが、やはりその委員会でいつも痛感するのは、病院局と現場の2病院との意思疎通が十分ではないため、2病院の院長先生も御存じないこと、あるいは十分飲み込んでいらっしゃらないようなことが会議に出てくるということも少なからずあったと記憶しております。やはり、まずその辺りの問題をしっかりクリアされないと。やはり運営側が現場にくっついているということが、何より重要であるということです。これは全適であろうと独法であろうと、どちらを取ろうと、これは欠かせないことではないかと思えます。すみません、言いにくいことを言ってしまいました。

(尾形委員長)

はい、どうぞ。

(小熊委員)

病院局と病院の職員との間も大事なのですが、病院職員をプロパー化してほしいと思います。腰掛け的に2、3年過ごせばそれで良いというレベルでは、今は病院を運営できません。病院そのものに最初から入って、複雑な病院の事業をしっかり身につけてプロになってもらいたいのですが、それは全適ではできません。その点は私も強調したいと思います。

(尾形委員長)

今のお話と少し関連するのですが、24ページに病院経営の専門人材を育成すべく、2018年度に病院局独自で事務職を採用、と書いてありますが、これは何名でどの程度のレベルなのでしょう。

1名ですか。レベルはどのくらいの人ですか。若い人なのでしょう。

(寺井海浜病院長)

うちは若い人です。

(山本青葉病院長)

4、50歳の経験者で、戦力になる人です。ただ、一人だけです。

(小熊委員)

よそから引っ張ってきたのでしょうか。

(山本青葉病院長)

募集をかけて、それで選考しました。

(小熊委員)

そういう人の下に、新卒とか2、3年ぐらいの方をどんどん雇って、鍛えなくては駄目だと考えます。それは全適ではできないのですよ。私はそう思います。

(寺井海浜病院長)

海浜病院でも1人採用させていただいたのですが、私どもは比較的若い方で、ある程度外を知っていて入ってきていますので、かなりモチベーションも高いですし、そういう人をどんどん採用していくのは大事なと思います。

言いにくいことですが、千葉市の課題は、私は千葉市の人間ですが、現場と病院局のコミュニケーション、やはりそこは委員がおっしゃるように、これから改善していかなければいけないと思っています。例えば経営形態の話は、普段病院局と話しているわけではないので、それぞれ、山本青葉病院長にも考えがあると思うのですが、個人的にはやはり高原先生がおっしゃるように、マネジメント、ガバナンスがしっかりしていれば、全適でもある程度やっているとします。また、経営に詳しい若い人を育成していくことも必要かなと思います。

(尾形委員長)

ほかいかがでしょうか。よろしいですか。

(尾形委員長)

それではまた一委員として申し上げますが、やはり私は病院事業のような医療サービスを提供する主体としては、理屈の上では、先ほど小熊先生がおっしゃったように地方独法という形態が一番望ましいのだと思っております。ただし、あくまでも経営形態というのは目的ではなくツールだと思います。ツールとして活用するという気がないと、いくら形態だけ変えても意味がないので、やはりその辺りはツールとしていかに活用していくかということ、マネジメント全体としてそれを活用できるということが非常に重要なのだという前提があると思います。

(尾形委員長)

はい、ありがとうございました。

1から4まで一通りそれぞれ論点ごとに御意見を頂戴しましたが、最初に申し上げたように全体を通じて相互に関連する話もあろうかと思っておりますので、改めて御意見を頂戴したいと思

ます。

いかがでしょうか。次回は答申案になりますので、是非これは盛り込んでもらいたいということがあれば、お願いします。はい、どうぞ。

(山本委員)

経営形態に戻りますけれども、先ほどからの議論で海浜病院建替えについては公設で一本ということは、ほぼ皆さんの御意見なのかなと思います。その後、経営形態についてはこの中から考えるということになると思います。一方で経営形態というときに、海浜と青葉を一緒に考えるのか、別々に考えていくのか、海浜が公設プラス何か、青葉は建っているものを今後どうするのか、ここはやはり別々に考えていく、先ほどの委員長からのお話にもありましたように、仮に回復期などにする場合に公的機関である必要があるのかという御指摘もあり、そこは今、医療界でも議論されているところではあります。今後の経営形態に関しては海浜と青葉をそれぞれ別々に検討するべきではないかなというのは感じたところでございます。

(尾形委員長)

ほかいかがでしょうか。はい、小熊委員。

(小熊委員)

今の山本先生の御意見ですが、経営形態は別にしたらどうかということで、私は逆に一緒にしないとやれないのではないかと思います。青葉が、例えばA案はないと思うのですが、BかB'になって青葉ももし存続していくということになったときに、規模を縮小していくと、もちろん千葉市自体が、回復期なり慢性期なり、今後どういう充足状況になるかによって、青葉病院が縮小して回復期を目指すか地域包括ケアを目指すかという問題がそこにかかってくると思います。もし地域包括ケアを目指そうとしたときに、新たな海浜病院が急性期の候補になると、その受け皿としての青葉が出てくるわけで、そのときに海浜だけでなく千葉市内の急性期からもいっしょだと思いますけれど、それで経営的に成り立つのでしょうか、という問題が一つです。

それと先ほども言いましたが、200床以下の回復期から慢性期を主にやる病院にドクターやナースが行くかという問題が当然絡んできますので、やはり同一形態で、そこである程度のローテーションというようなことも考えなくてはいけないのではないかと思います。ですから、千葉市の回復期ないし慢性期における今後の見通しという問題が非常に関与してくるだろうと思います。

(尾形委員長)

ほかいかがでしょうか。菊地委員どうぞ。

(菊地委員)

経営形態の選択については、現状の全適をまずは前提とする考え方自体は私も賛成でござい

ます。先ほど、建替えの部分について補足資料が出てまいりましたので、これが一番現実的な選択肢なのかなという前提で申し上げたところがあって、そうではなく代替地の方が重要なのだと御意見がありますが、まさしくBあるいはB'の青葉病院・海浜病院への医療資源の適正な配置に応じて、ツールとしての経営形態を選んでいくのではないかと思います。現実上の代替地を含めた選択肢に応じてツールとしての経営形態を選択していかざるを得ないのだということをお考えますと、現状はまずは今の取組みを前提に行うことに関して、私自身は賛成であります。

(尾形委員長)

はい、どうぞ。

(斎藤副委員長)

今回はB'という方向が最適ではないかと思います。ただ先のことを考えますと、今度青葉病院も建替えの時期が必ずやってくるわけでございます。将来も目指すということであれば、Bということも視野に入れて検討していただきたいと思っております。

(尾形委員長)

はい、ありがとうございました。いかがでしょうか。言い残したことはございませんか。はい、どうぞ。寺井院長。

(寺井海浜病院長)

現場の者として、少し考えていることを話させていただきたいのですが、非常に有意義な御意見・サジェスチョンをいただきまして、ありがとうございました。海浜病院は老朽化が厳しいので、やはり移転建替えを早急に進めさせていただきたいというのは、千葉市市長部局も非常に理解されていると思っております。

救急という視点で考えますと、海浜病院が今後もし千葉市の中で貢献できるとすると、「ER型の救急」、これは今現在、小児ではやっておりますし、成人もそういう方向で少し動き出しております。ただ、ER型救急をやる場合に、千葉市全体を賄うのはとても無理なことなので、市の救急車も5万台6万台、10年後はもっと増えるという中で、例えば神戸の中央市民病院も1万台の救急車を取っていますが、神戸全体からすると2割も取っていないわけですね。海浜病院と青葉病院あわせて、例えば1万台取ったとしても、市内のほとんどの病院の協力があって初めて成り立つという意味で、特に青葉病院が担っている機能は2次救急を主体的に、特に夜間にやっております。また一般診療では、青葉の患者さんの多くは若葉区あるいは緑区の方もいらしているという地域医療をしておりますので、方向性としては私もB'が良いのかなと思っておりますが、200床未満というのは少し非現実的かなとも思っております。やはり、今の病院機能のある程度維持して、精神病床をどうするかもそうなのですが、救急機能を残して、千葉大と今以上の新たな連携を模索していくのも、10年後15年後必要になると思っておりますが、今からでもそういった連携が必要です。

それと海浜病院の機能ですが、元々整形外科と心臓外科はありました。整形外科を青葉に集約化して機能が弱っているのですが、心臓外科に関しても済生会で新しく心臓外科は始まっておりますので、周りと同じことをやっていくのはなかなか難しく、分散するだけになります。そういった意味で、例えば今、海浜病院では移行期という部分にかなり重点をおいて、子どもの病気を持った方が成人になったときの診療をしっかりとやっていくという、既に高齢者の方もいらっしゃると思いますが、そういった心臓血管外科診療というのも視野に入れることで、総合力を病院として上げていくということも考えていけるのではないかとと思います。

夜間応急診療のことも、はたして海浜病院ですっとやっていった方が良いのか、それともっと千葉市の真ん中に持っていった方が良いのかというので、だいぶ救急のあり方も変わってくるかなとは思っております。

(尾形委員長)

山本院長、よろしいですか。

(山本青葉病院長)

今、青葉病院は、千葉市の中で救急車の受入台数は1、2を争うところで、夜間は一番受けていますし、救急搬送困難の千葉市の40%は青葉が受けているので、この機能をどのように移行していくかというのは、B'案にしたときに一番問題になると思います。新しい病院ができたときに、1万台以上取れるような新しい救急部ができて、そこがER化していけば一番良いのかもしれませんが、そうなるまではある程度分担をしていかなければいけないかと思っています。時間をかけてB'の新病院の方に移行していくのですけれども、現在の青葉の機能をどこまで縮小できるかというのはこれからの課題かなと思っています。

(尾形委員長)

はい、中山委員どうぞ。

(中山委員)

別のことで申し訳ないのですが、今日ほとんど議論されなかった青葉病院にある精神科病床ですが、A・B・B'いずれにしても、精神科病床の取扱いをどのようにしていくのかはもう一つの大きな問題なのではないかなと思います。千葉市の中で、いわゆる総合病院の中にある精神科は、もちろん大学はあるわけですが、市中病院としては青葉病院が、唯一と言って良い限られた医療資源だと思います。県の精神科医療センターが、そう遠くないうちに建て替えられ、救急医療センターと一緒になるようですが、必ずしも合併症の患者さんを扱うという目的で一緒になるということではなさそうなので、その意味でも今ある青葉の精神科病床、特に子どもの精神なども熱心に取り組んでいらっしゃるからお聞きしているのですが、この取扱い、今日ほとんど議論されませんでしたけれども、大切に扱っていただきたいと思います。

(尾形委員長)

ありがとうございました。はい、どうぞ。

(小熊委員)

今の先生の御質問ですけれど、2ページの公立病院に求められている機能に、精神（身体合併症）と記載されているので、私は当然新たな拠点となる病院の方に行って、精神の急性期をしっかりと診ていただけるのだと、あまり疑問には思っていなかったのですが、そうではないのでしょうか。

(尾形委員長)

これは事務局、補足説明していただけますか。

(西野事業調整担当課長)

はい、精神病床につきましては、新病院にどういう診療科を整備して、もう一つの病院、青葉病院をどういう形にするかという整理が、今後基本構想等で必要になってくると思います。その段階において、どちらが一番医療的に有利なのか、現在の精神病床の患者さんの動向等を見ながら、市の方で検討していきたいと考えております。現時点ではどちらという想定はしておりません。

(尾形委員長)

機能としては明記されているということですね。

(西野事業調整担当課長)

そうです。

(尾形委員長)

ほかいかがでしょう。

それでは、そろそろ時間が近づいてまいりましたので、以上をもちまして本日の議題については終了したいと思います。

最後に、次第3「その他」ですけれども、事務局の方、何かございますか。

3 その他

(西野事業調整担当課長)

長時間にわたり、御審議ありがとうございました。

次回は、これまでにいただいた御意見をまとめまして、答申原案として御審議いただきたいと思います。また、次回でございますが、事前にお知らせしております候補日の中から、出席可能な委員の多い日時で調整させていただきますので、御了承ください。

日程が決まりましたら、早めに御連絡させていただきます。以上でございます。

4 閉会

(尾形委員長)

はい、ありがとうございました。

本日は大変長時間にわたりまして、熱心な御審議をどうもありがとうございました。

以上をもちまして、第3回の千葉市病院事業のあり方検討委員会を閉会としたいと思います。御協力どうもありがとうございました。

問い合わせ先 千葉市病院局経営企画課

TEL 043-245-5741

FAX 043-245-5257