

議 長	副議長	局 長	次 長	議事係長	議 事 係

市立病院調査特別委員会会議録			
日 時	平成 22 年 5 月 28 日 (金)	開 議	午後 1 時 0 0 分
		散 会	午後 4 時 5 3 分
場 所	第 2 委員会室		
議 題	継 続 審 査 案 件		
出席委員	成田 (晃) 委員長、斎藤 (博) 副委員長、秋元・鈴木・大橋・ 中島・高橋・濱本 各委員 (新谷委員 欠席)		
説明員	市長、副市長、病院局長、総務・財政・病院局経営管理・ 医療センター看護各部長、病院局経営管理部参事、小樽病院長、 保健所長 ほか関係理事者  (医療センター院長、小樽病院看護部長欠席)		
別紙のとおり、会議の概要を記録する。			
委員長			
署名員			
署名員			
書 記			

～会議の概要～

○委員長

開議に先立ちまして、本日は人事異動後初の委員会でありますので、部局ごとに異動した理事者の御紹介をお願いいたします。

(理事者紹介)

○委員長

ただいまより、本日の会議を開きます。

本日の会議録署名員に、秋元委員、鈴木委員を御指名いたします。

継続審査案件を一括議題といたします。

この際、理事者から報告の申し出がありますので、これを許します。

「学校再編プランと新病院建設についての説明会について」

○（経営管理）管理課長

先般、5月11日に量徳小学校体育館におきまして、学校再編プランと新病院建設についての説明会を開催いたしましたので、報告いたします。

この説明会は、新市立病院の建設事業再開に向けて、平成21年度の決算見込みの状況などを勘案して、一定の財政的なめどが立ち、中断しておりました新病院建設に係る基本設計を再開することと判断した上で、新病院建設の事業実施を中心に、スケジュールも含めての説明を行うとともに、南小樽地区ブロックの学校再編プランに示した量徳小学校を含むAグループの統合校は潮見台小学校とし、統合時期を平成24年4月とすることに協力を求めたものであります。

市からの出席者は、副市長、教育長と担当部長等で、量徳小学校の保護者や教職員、地域の方々など47名が参加されました。

参加者からは、これまでと同様に学校の存続を望む、これまでの議論をどう考えるのか、市立病院と市民負担はどうかなどの御意見、御質問があった一方で、新病院の建設を進めてほしい、大局的に考えるべきとの御意見もいただきました。市からは、重ねて、地域医療を守るために新病院建設の必要性や学校適正配置についての説明をし、統廃合についての環境整備の問題や通学路の問題等については、地域の要望にできる限り精いっぱいに対応をする考えを示し、御理解、御協力を求め、今後は教育委員会と統合に向けての具体的な準備や協力を進めていただくこととしたものであります。

○委員長

「新市立病院計画概要（案）について」

○（経営管理）管理課長

新市立病院計画概要（案）について報告いたします。

この計画概要（案）は、基本設計を再開するに当たり、病院局を中心に基本構想の内容に最終的な検討を加え、新市立病院の規模・機能を決定し、新市立病院の計画概要としてまとめたものです。

この計画概要（案）は、五つの章で構成しております。各章は、Ⅰ新市立病院基本理念・基本方針、Ⅱ新市立病院の整備方針、Ⅲ新市立病院の規模・機能、Ⅳ部門別基本計画、Ⅴ建設計画とし、最後に本計画中の専門用語を解説しております。

1ページと2ページは、「はじめに」といたしまして、本計画のポイントを集約して、新市立病院の姿をイメージしやすいようにまとめております。

1ページの中ほどの統合新築事業の基本的な考え方では、「二つの市立病院を質の高いより効率的な新病院として統合することにより、地域医療を守り、財政負担の軽減を図るために統合新築事業を推進します」としておりま

す。地域医療の方向性と市立病院の役割は、再編・ネットワーク化協議会の最終報告を基にした地域医療連携と市立病院の役割について、イメージ図を交えて説明しております。

2 ページでは、市立病院の統合新築のイメージといたしまして、現在の市立病院の病床数は二つ合わせて445床ですが、新市立病院では388床として病床の内訳を示し、診療の三つの柱、二つの特性についても示しております。

3 ページから本題となりますが、初めはⅠ新市立病院基本理念・基本方針となっております。これは、基本構想で設定した基本理念・基本方針を基に、若干の修正を加えたものです。基本理念は、優しさと思いやりのある地域に開かれた基幹病院として、新市立病院の基本理念を5項目定めております。基本方針は、地域医療、安心・安全、質の向上として7項目を定めております。

4 ページでは、Ⅱ新市立病院の整備方針としまして、両病院を統合し、高度・専門的な医療を提供すること、地域完結型医療体制の確立を目指すため、他の医療機関などでは担えない機能を中心に担うことなど、7項目について定めております。

5 ページはⅢ新市立病院の規模・機能についてです。診療科目では、現在の診療機能の継続を基本として、23診療科のうち院内標榜2診療科とすることとしております。なお、診療科目などにつきましては、医療環境の変化に伴う見直しが常時必要となることとしております。病床数では、将来人口や現在の入院患者実績、病床利用率、平均在院日数、同等規模の他の自治体病院の実態、今後の医師の充足及び医療の状況、小樽・後志地域の中核病院としての役割など総合的に勘案し388床とし、現在の病床数との比較を示しております。主な診療機能としまして7項目を掲げております。

次に、6 ページになりますが、Ⅳ部門別基本計画について、外来部門では、患者のプライバシー保護を第一に、患者とスタッフの動線を考慮し、移動の少ない効率的で受診しやすい環境を整備することとしております。標榜診療科についてですが、新病院の診療機能は、現在の両市立病院の診療機能を継続することを基本と考えることとしております。産婦人科と小児科についてですが、これらの診療科の医師の確保は極めて困難なことと、小樽協会病院が地域周産期母子医療センターに認定されていることから、役割分担を行い、産科は行わないこととし、小児科についても新生児を扱わないこととしております。

8 ページの病棟部門ですが、新市立病院の病床数は388床とし、一般病床は混合病床化を推進し、複数の診療科をまとめたユニット構成とすることとしております。また、公的医療機関として政策医療に対応するため、結核病床4床、感染症病床2床を確保するとともに、精神科病棟は開放病棟、閉鎖病棟の2病棟を配置し、地域の精神科医療の中核的な機能を果たすこととしております。病棟構成については、病棟のユニット化を行い、効率的な運用に努めるとともに、地域医療連携の柱となるオープン病床については必要数を確保し、利用しやすい環境整備に努めることとしております。診療科ごとの病床数はあくまでも目安であり、空き病床については相互利用を原則としますが、将来的には状況の変化により常時再編していく必要があるとしております。看護単位については、一般病床、精神病床、ICUを含め10とし、1看護単位の病床数は40床から45床までを基本とすることとしております。看護体制については、一般病棟は7対1看護、精神病棟は15対1看護としております。

10ページの診療部門につきましては、(1)救急医療から(12)医療安全部門までそれぞれ個別に記載しております。(1)救急医療では、1次救急に対応する医療機関との連携の下、2次救急の充実を図り、さらに3次救急までの対応を目指すとしております。(5)薬剤部門では、外来調剤は原則院外処方とし、(6)検査部門では、機能の充実と自動化・システム化することにより、検査業務の省力化を図り、迅速検査体制を構築します。また(7)放射線部門では、機器の整備・充実を図るとしておりますが、PET-CTの導入については要検討としております。

13ページの地域医療連携部門については、現在、地域医療においてはネットワーク化による医療資源の効率的な運用が求められており、一病院完結型ではなく地域の中で役割分担をして完結する地域完結型の医療が求められて

おり、地域医療連携部門の重要性は増しておりますことから、地域医療連携室の機能をさらに強化し、他の医療機関との連携を推進することとしております。

15ページの医療機器整備については、新市立病院における医療機器は可能な限り現病院から移設するものとなりますが、導入する機器ごとの仕様や台数などは、今後、コンサルタントの意見等も取り入れながら詳細に検討することとしております。このうち、放射線治療装置については、がん診療を柱としていくためには現在の機能では不十分であり、より高い性能の機種への更新が必要とし、PET-CTの設置についてのニーズと採算性も含めて検討することとしております。

医療情報システム基本計画については、現病院で平成21年度に運用を開始したオーダーリングを新病院ではステップアップを行い、フルオーダーリング・システム、電子カルテシステムでの運用を行うこととし、また地域連携システムの構築のほか、経営改善への取組のため、部門ごとの収支状況が把握できる管理会計システムの導入について検討することとしております。

物品物流管理システム基本計画については、新市立病院では院内の物品・物流管理を一元化するとともに、SPDシステムによる在庫管理・購買管理・消費管理の効率化を目指すこととし、消費管理では、一部患者別消費管理を行い、患者別原価管理が可能なシステム構築を検討することとしております。

16ページのV建設計画です。

施設規模についてですが、新市立病院は地域基幹病院としての役割、災害拠点病院としての役割、主に2次3次救急医療サービスを行う病院としての役割を担いますが、急性期型病院でありながら全病床の約5分の1が精神科デイケアを併設する精神病床という病床構成となっており、これらを考慮して施設規模を検討する必要があります。近年の同規模類似病院での施設規模を見ると、1病床当たり約70平方メートルから80平方メートルの面積が一般的になっております。新市立病院の施設規模については、最近の自治体病院の事例を参考に、計画している病床数と診療科目数などの条件を考慮した結果、1病床当たり75平方メートル程度をめどとし、総面積はおおむね2万9,100平方メートルと想定しております。

次に、建設地についてですが、新市立病院の建設敷地は、現在の量徳小学校及び市立小樽病院の敷地です。敷地面積で約2万2,462平方メートルとし、病院棟及び駐車場の配置をイメージ図で示しております。

施設構成については、新市立病院は地下1階地上7階程度で、外来診療部門、中央診療部門、管理部門、サービス部門、精神科病棟を含む病棟部門によって構成し、駐車場は来院者用250台程度を確保することとしております。また、災害対策としてヘリポートの設置、免震構造の採用を検討するほか、災害時に外来待ち合いやホール、講堂などを診療スペースとして患者収容が可能となるよう酸素、医療ガスの配管や配電設備を行うこととしております。

事業計画及び事業費の試算については、総事業費は基本設計を行わなければ算定できませんが、同規模類似病院の実績に基づき、1床当たり75平方メートル、1平方メートル当たり33万円の条件下で試算しました。これに医療機器やシステムの整備費などを加えた額を一応の目安としております。

なお、過去10年間において建設し、又は建設中の道内市立病院の工事単価等の状況につきましては、別添の資料のとおりとなっております。

事業費の積算については、今後さらに詳細を検討し、基本設計の段階からコストダウンに努めるとともに、入札方式等についても経済性を考慮したものを検討いたします。

18ページの下段には、建設スケジュールとして表で示しておりますが、基本設計を平成22年度に行い、実施設計は平成23年度中、建設工事は平成24年度から2か年で行い、開院は平成26年度中としております。

19ページからは、本計画の用語解説を掲載しております。

## ○委員長

「小樽市立病院改革プランの進捗状況について」

## ○（経営管理）管理課長

小樽市立病院改革プランの進捗状況につきまして、本年 4 月 30 日に市のホームページにおいて公表いたしましたので報告いたします。

本市では、平成 19 年 12 月の総務省通知「公立病院改革ガイドライン」に基づき、昨年 1 月に改革プランを策定いたしました。ガイドラインでは、おおむね年 1 回以上、その実施状況の点検・評価を行うことのほか、積極的な情報開示として毎年度の公表を求めており、改革プラン策定後 1 年を経過しましたことから、21 年度の進捗状況につきまして、各部門で自主点検を行い、これを取りまとめ、配布の資料の内容で公表したものです。

資料 1 ページの経営効率化に係る計画の達成状況につきましては、いまだ決算数値が確定しておりませんことから、実績が 21 年度の最終予算ベースとなっておりますほか、病院ごとの実績や数値目標の一部につきましては、今回、未掲載としております。

資料 2 ページから 9 ページまでにかけては、具体的な取組の進捗状況といたしまして、改革プランに掲げました各取組項目について平成 21 年度における具体的な取組内容、目標値等に対する達成状況及び 22 年度以降の取組予定を記載しております。未達成の項目につきましては、病院局内に設置しております点検評価委員会におきまして精査を行い、達成に向けた取組を強化していくこととなります。

資料 10 ページの収支計画の達成状況につきましては、経営効率化に係る計画の達成状況同様、決算数値未確定のため、平成 21 年度最終予算ベースを実績としておりますほか、病院ごとの実績や数値目標の一部を未掲載としております。経営効率化に係る計画の達成状況、収支計画の達成状況のいずれにつきましても、決算数値が確定した段階で今回公表した内容を改訂することとしております。

## ○委員長

これより、一括質疑に入ります。

なお、質問順序は、共産党、自民党、公明党、民主党・市民連合、平成会の順といたします。

共産党。

---

## ○中島委員

本日は閉会中の市立病院調査特別委員会ですが、今回、新市立病院計画概要（案）が改めて出されております。

### ◎新市立病院の施設規模について

最初に、施設規模の問題でお話を聞きたいと思います。

今回の計画概要（案）での病床数は 388 床ですが、平成 19 年に基本設計を発注した時点では 468 床の計画でした。その後、両病院の合計で 445 床と減らしてきましたけれども、今回の病床数を決定するに当たって、現在数より 57 床減らす、前計画より 80 床減らしてきた、この経過についてどんな話合いの下でこの病床数になったのかお聞かせください。

## ○経営管理部長

今回の病床数の決定につきまして、病床数だけではございませんけれども、計画をまとめる前提として、病院局長と両病院長でそれぞれの診療科の医師にヒアリングを行っております。その中で、新病院における医療体制としてどのくらいの病床数で運営していくべきなのかということを詰めまして、病院局長を中心にたたき台をつくって、その後、両病院の経営戦略会議、あるいは医局科等にも諮りまして、最終的にこの病床数に決定したところでございます。現在よりは 1 病棟少なく、一般病床は 320 床、精神科については、閉鎖と開放それぞれの病棟が必要だということで、40 床ずつの確保が必要です。結核感染については、政策的な意味合いも含めまして、そのように決定しております。

### ○中島委員

病床数決定の過程にもいろいろと書いてありますけれども、実際に、市立病院調査特別委員会を立ち上げて、計画 1 案、2 案と再三にわたり出していますけれども、その中でも病床決定の中身はかなり議論されてきた経過があるのです。468床の計画のときにも多いのではないかと、もう少しサイズを減らすべきではないかということで300床の後半ぐらいという具体的な数字を上げて議論された経過がありました。しかし、毎回、その時点ではこれがベストだという議論がされてきたわけです。けれども、今の時点で388床になった最大の要因は何なのか。医師不足の問題や病床利用率の問題などもあります。そういう意味で388床を出発するラインにしたことについては、どんな話合いの下でここに落ちついたのか、大きな要因といますか、議論の経過がありましたら、詳しいお話を聞かせていただけますか。

### ○経営管理部長

これまでも議会におきまして、病床数の問題は取り上げられておりました。確かに基本構想で468床の計画のときにも議論はあったと思います。ただ、最初に見直した平成18年度の時点では、17年度の患者実績は両病院を合わせて538人という中で病床数の削減を検討しておりますので、実際に468床での病床利用率を考えますと、かなりのダウンサイジングになったと考えていますし、両病院長を中心に御苦労いただいたということです。

今回につきましては、委員がおっしゃったように、そのときと比べますと、確かに呼吸器内科を中心に医師の減少があります。一つの議論として、今、新市立病院をスタートさせて医師を確保していくという可能性の中で、医師が来たら果たして病床が足りるのかという議論も確かにあったわけですが、今現在、両病院で医師 1 人当たりが担当している患者数は非常に多く、そういう意味では非常に負担がかかっている状況ですので、新たに医師を確保した場合には、一人一人のドクターはより質の高い充実した医療が提供できる形になります。一つには病棟を効率的に運営していき、平均在院日数についてももう少し圧縮していく。もう一つは、後方病院との連携、あるいは役割分担による連携を強化していく中で、新たに医師を確保する中で病床数をプラスすることはしないで、この病床数で運用していくのが一番いいという結論になったところでございます。

### ○中島委員

今おっしゃったように、平成18年度に出された計画では、468床で医師54名体制を目指すと言われていて、病床数から推計すると50名前後になるという記載がありました。今回の計画概要（案）には、医師数については具体的な数字は一切出ていません。そういう点では、一体何人の医師体制で388床をやっているのか、今、並木病院局長が奮闘して医師確保に回っているということで、まだ不確定な部分はあると思いますし、見通しとして医師が増えれば 1 人の医師の持ち数が減って楽になるとおっしゃいますけれども、388床を何人の医師で見ているのか。医療法上での必要な医師数が何人になるのかも含めてお答えください。

### ○病院局長

医師といろいろ話合いをしまして、一応は開設までに50人ぐらいを考えています。本当に運営していきますと、私としては60人ぐらいで持っていきたいと。それぐらいやりますと、かなり高度な医療ができますし、ほかの病院等と比べても、室蘭は六十何名、苫小牧も今は六十何名と、大体それぐらいでやっているのです。ですから、まずは開設までに何とか50人まで持って行って、それから60人を目指していきたいというふうに思っております。

### ○経営管理部長

医療法上は、実際の患者数に基づき算定するのですが、今、新市立病院についての医療法上の算定はしていませんけれども、今までしてきた中では、現在のシステムで、現在の患者数であれば満たしていると考えておまして、今回は算定していません。後ほど算定したいと思います。

### ○中島委員

つまり今の44人の医師体制で388床の病院運営は可能だと、やっていると、そこから出発して構わないと、こう

ということですか。

**○経営管理部長**

現在、直近の両病院の入院患者から見ると、一般病床は302床で運用しているけれども、ほぼ90パーセントの利用率になります。結構高い数値ですので、現在の医師体制の中での運営を基本に考えていこうと思います。

**○中島委員**

診療科目の問題ですけれども、23診療科ということで、この説明では再診は基本的にはすべて予約外来にするように書かれており、急性期病院ということですから、飛び込みの一般患者よりは、紹介患者で外来を診ていくことになると思うのです。総合診療科を設けて一般の患者を振り分けるような外来診療をつくとおっしゃっていますが、総合診療科については常勤医が確保されたときの開設という位置づけになっていますので、読み過ぎかもしれませんが、医師が確保されなかった場合に紹介状を持たないでふらりと来た患者を診察する体制はないという形になってしまうのではないかと心配なのですがいかがでしょうか。

**○病院局長**

そういうわけではございません。新患で外来に来て、どの診療科にかかっていいか迷う方がたくさんいるのです。今は、看護師とかいろいろな人が対応しておりますけれども、そういう人が来たら総合診療科で診る形にさせていただきたい。そのほかに、私が考えますのは、これからは総合医という人たちが必要になってくるのです。小樽病院は、そういう地域の医療を地域の共有のセンターみたいにするのですけれども、そのときは必ず外来とか入院という形にしませんと、施設として共有できない体制になるものですから、そういうことで私は総合診療科というものを置いておきました。

それと、今は各科の医師が、内科系の医師も非常に細分化してきているものですから、そうでない患者を何とか診る医師が欲しいという医療者側の意見、要望がありましたので、総合診療科につきましては、担当の医師をこれから積極的に探していこうかと思っています。今、北大病院にも、札幌医大病院にも総合診療科がありますし、自治医大病院なども3年契約をして何とか人を確保して、そういう体制にしたいというふうに思っております。決して診ないということではなくて、そういう人が来たら、相談に乗ることができる診療科をつくりたいという感じでございます。

**○中島委員**

それはわかるのですけれども、まだ医師確保がはっきりしていないわけですから、もし医師確保ができない場合でも、内科の他の医師がそういう患者を診る形をつくって、担当医がいらないからその科は開設しないということはないですよという質問なのです。

**○病院局長**

それはないです。

今、健康管理科とかいろいろな人がいますし、そういうことは、患者に一切迷惑をかけることはいたしませんので、その辺は安心していただきたいと思います。そういう医師をなるべく早めに確保したいというふうに思っております。

**○中島委員**

ベッドの中身ですけれども、中央診療科のベッドが14床となっていて、この対象には健康管理、ペイン、リハビリ、放射線という内訳が記されています。14床と言えば結構大きなベッド数ですが、何が対象となるベッドなのかがよくわからなかったものですから、お聞きしたかったのです。

**○病院局長**

この名前をつけたのは私なのですが、非常にわかりにくかったかもしれません。

麻酔科も放射線科もどちらかといったら中央診療部門なのです。いろいろな患者を診るということで、中央診療

科という名前にしておいて、放射線治療を受ける人とか、痛み、ペインの人とか、そういう方々が自由に使えるベッドにしようということで、そういう名前をつけたということでございます。現在は、恐らく、放射線科と麻酔科のペインクリニックの患者など、それからドックや何かで入ってこられた場合には、そういう方をその部分に入れようかというふうに考えております。

○中島委員

この関係をもう少し質問したいのですが、ICUは6床です。診療ベッドの中身を見ますと、外科が22床、整形外科が20床、脳神経外科が50床、心臓血管外科が18床、総計が110床で手術機能を持つ診療科が結構多くなります。それで、手術した直後のICU体制が6床で機能するのだろうかと思いますが、現在の医療センターのICU体制はどうなっているのでしょうか、また活用状況も聞かせてほしいと思うのです。

○（医療センター）事務室次長

現在の医療センターでのICUの状況ですけれども、脳神経外科の病棟で4床、心臓血管外科、循環器内科の病棟で3床の計7床となっております、救急の患者ですとか術後の回復期の方ということで、ほぼ満床状態になっております。

○中島委員

さらに中身を読みますと、救急体制の問題でも脳神経外科、心臓血管外科、循環器内科などは1次救急からの受入れの必要性がある対応をすることと、直接、ICUに搬送できる仕組みもつくりたいということで、これは妥当な中身だと思うのです。そういうふうになれば、今、脳神経外科、心臓血管外科でほぼ満度に動いている7床のICUの中に整形外科や外科の手術機能も含めたICUの必要性が出てきて、さらに救急を直接受け入れることを考えれば、6床で果たして機能するのだろうかという感じを受けるものですから、そこら辺についてはどんな議論だったのかをお聞きしたいと思っています。

○病院局長

もともとはICUが6床にHCUが4床ぐらいでしたけれども、一応、各診療科の療養系の医師の要望を聞いて、あるいは麻酔科の要望、人数的なことを聞きまして、各科の病棟にも観察室的なものを置くわけです。ICUという言葉の定義は、重症の患者をいろいろな科の医師が集中して扱うところなのです。ですから、ただ、脳神経外科の手術が終わった後に入れるというものではなくて、それは自分たちのところで見たいというわけです、皆さん方は。その中で、人工呼吸をつないだり、数多くのいろいろなモニターをつけたりという場合は、ICUで麻酔科と各科の医師と一緒にしようということで、これも今まで大体6床ぐらいで、そのほかにそこにも観察室的なものを置きますので、大体これでいいのではないかと今までは考えております。

○中島委員

わかりました。

各専門病棟、脳神経外科や心臓血管外科の病棟にも一定の重症患者を集中的に見られるようなものができるかと理解していいですね。

○病院局長

そうです。

○中島委員

わかりました。

◎新市立病院の個室割合について

次に、個室割合の問題ですが、30パーセントから50パーセントを個室にする提案になっておりますけれども、大体の施設規模と病床の1床当たり75平方メートルということが決められてくれば、病床の個室割合も決まってくるのではないかと気がするのです。かなり積極的に個室をつくっていかうという中身なのですが、実際に



はどれくらいの数になると考えているのでしょうか。

#### ○経営管理部長

確かに、個室割合は、従来に比べますと多くしたいと考えています。一つには、もちろん全国的な傾向ではありませんけれども、小樽病院、医療センターも含めて、患者の高齢化が非常に進んでおり、同室に置けない場合がかなり多いのです。4人部屋に1人とか2人しか置けないとなると、利用率が非常に下がるのです。そういう中で、看護部の切なる願いとして、個室を半分ぐらいにしてほしい、もっと多くてもいいというのが実際だと思いますし、そうしないと、患者のベッド移動が激しくなるのです。ただ、個室割合を大きくしていきますと、動線を縦につくっていきますので、施設が非常に長く大きくなるのです。看護師の移動距離が非常に長くなって、途中でサブステーションみたいなものが必要になってくるとか、いろいろなことがありますので、今回は30パーセントから50パーセントで何とか検討していきたいと思っています。病院によっては個室割合が100パーセントという病院も出てきている状況ですが、そこまではできませんけれども、この範囲内でこの設計を検討したいと思います。

#### ○中島委員

その中で、特別個室である差額ベッドも入れていくという話になっているのです。今、小樽病院にも差額ベッドはありますが、中身の違いといいますか、一般の個室とどこかが違っていて差額料金を設定するわけですが、どのぐらいの差額料金を考えていて、どのぐらいの数をつくろうと思っているのかについて教えてください。

#### ○病院局長

差額ベッドは、特別室と個室でも少しの差額のところで、病床によってはどうしても個室になってしまうところがあるわけですから、一般病床での個室と、特別室は一つか二つぐらい立派なものを建てなければならないと思います。皆さん方が入るのではないかと思いますので、つくらなければならないと思いますけれども、あまり高くすると入りませんので、そこは非常に難しいのです。皆さん御存じの十和田市の市立病院は、今いろいろとたたかれましたけれども、あれは7,000円から1万円ぐらいにしているらしいのですけれども、それだとちょっと安いかと。普通の個室ならいいのかもしれないけれども、特別室はもっと高いような形で少し検討させていただきたいと思います。いろいろな病院を見てリーズナブルにしませんと、あまり高くしますと、これからの高齢化社会では入れない方もいるのです。そうすると、そういう設計をしたところはがらがらになっているところもありますので、その辺はもう少し検討をさせていただきたいというふうに思っています。

#### ○中島委員

個室があることはもちろんいいのですけれども、差額を徴収する個室を設定することについては、いろいろな問題があると思っています。入院したくても差額ベッドの部屋しかあいていないというときに、差額料金を払わないで入るわけにはいかないのです、そういうときに、やむなく高い部屋に入らなければならなかったという市民の皆さんの苦情を聞くことが少なくありません。高い自己負担の下に、さらに別料金を払うわけですが、医療の必要性で個室を利用するときは、差額ベッドの部屋でも差額を取ってはならない決まりがあるわけですから、あくまでも個室というのは医療の必要性によって展開することを基本として、社会的地位があって、こういうところには入れないという方がいるのかもしれませんが、ごくごくまれなケースとして、公立病院としては多額な差額料金を取るような特別個室については設置するべきではないという意見を持っております。ぜひ、参考にして検討していただきたいと思います。

#### ◎建設変更に伴う費用の増加について

次の質問に移りますが、今回、建設地が築港地域から現病院の場所に変更になっています。資料では、建物の支持地盤が深いとか、日影規制の対応の影響が記されておりますが、今回、それで費用が増加するということもちらっと書いてあるのですが、費用増加の要因になる点について具体的に説明してください。

### ○経営管理部鎌田副参事

建設予定地が量徳小学校のところに移ったことで、この敷地について再度精査をしております。その中で、量徳小学校を建設した際に行った過去のボーリング調査のデータを見ますと、かなり深いところまで行かないと支持地盤が出てこないということです。というのは、量徳小学校の建設時のボーリングではまだ支持地盤までの調査を終えていなくて途中で終わってしまいましたので、これをまだ掘っていくと今の地盤面から50メートル程度深いところに支持地盤があるだろうと想定しております。

築港地区で当初の計画をしたときは、近隣のボーリングデータで、地上から約10メートル程度のところに支持地盤があるだろうと推測していたのですが、それと比較しますと大変深いところであります。そのために、基礎のくい工事を、支持地盤まで到達するようなくいにするのか、あるいは本数を増やしてもたせるのかという検討を今後していく中で、建設費は一定程度増加するだろうと考えられることが1点です。

次に、量徳小学校を含む地域は、第1種住居地域と言いまして、住居系の地域です。建物の影をほかの土地に一定時間以上落としてはだめですという制限がありますから、建物の高さが制限されます。今回、量徳小学校の敷地で建設をする際の最大の高さは、おおむね今の小樽病院の高さくらいが限度です。そうしますと、今の敷地面積からいって、地上階のみでは全体がクリアできないので、地下階を設置する必要が出てくるだろうと想定をしています。いずれにしても、基本設計をやらないと何とも言えない部分ですけれども、現状の想定では地下階を設置する必要があるだろうというふうに考えています。

地下階をつくった場合は、地上階の建設費に比べて約1.5倍から2倍、建設費が増加すると言われてしています。今回はのり面がありますので、全体が地下に入るかどうかということも今後の基本設計の中で検討しますけれども、全面的な地下にならないにしても、この分の建設費は増加するというふうに想定をさせていただきます。

### ○中島委員

地下階が必要だという理由は、全体の階層の中に入れていくものが、高さ制限のために足りないから地下が必要だという意味なのですか。それとも、別の意味で地下階が必要なのですか。そこがちょっとわからなかったのですが。

### ○経営管理部鎌田副参事

建物の総面積は、2万9,100平方メートル程度ということで考えていまして、その内訳として病棟部分と病棟以外の部分があります。それを今の敷地の中でおさめようとした場合に、全体の階数として6階とか7階という階数になります。病院建築の場合の1階当たりの高さ、階高から考えていくと、地上に出てくる部分はおおむね6階ぐらい、頑張れば7階ぐらいという感じなのです。そうすると、病棟以外に1階分を地下に潜らせないと全体の面積がクリアできないということを想定しているのです。

### ○中島委員

わかりました。

### ◎事業費について

次に、事業費の問題についてお聞きしたいと思います。

計画概要(案)の18ページに事業費(試算)が出ており、合計で148億7,300万円ですが、私もよくわからなかったのでお聞きしたいのですけれども、1平方メートル当たり33万円の計算で建設して全体の148億円になるのか、それとも用途区分の建設工事の部分にある96億300万円が1平方メートル当たり33万円で計算した建設費となるのか、この意味はどこら辺になるのでしょうか。

### ○経営管理部鎌田副参事

今回の計画概要(案)で示しました事業費については、米印の二つ目の「建設工事費は同規模類似病院の実績に基づき、1床当たり75平方メートル、1平方メートル当たり33万円の条件の下に試算したもの」としており、あく

までも建設工事費の96億300万円に対応するコメントでございます。

ただ、今回の計画概要（案）で示している事業費については、あくまでも、こういった一定の条件を基に試算しているものでございまして、今後、基本設計などの業務を経て最終的に決まってくるので、この表はそのようにごらんいただきたいと思っております。

**○中島委員**

一般的には、最初に出した1平方メートル当たり33万円から高くなっていくのが通常の考え方です。これより低くなるというより、これより高くなると考えなければならないのではないかと思います。

例えば、用途区分の中に医療機器・備品・システムで35億円となっておりますが、この内訳は出ているのでしょうか。医療機器・備品でどのようなものを幾らで購入するという中身も既に大体は出ているのでしょうか。

**○経営管理部鎌田副参事**

医療機器・備品・システムの総額35億円と現状では想定してございますですが、大きく分けますと、30億円が医療機器と備品でございます。残りの5億円はシステム経費として考えております。

医療機器につきましては、外来部門ですとか放射線部門ですとか、あるいは救急部門ですとか、それぞれの部門が機械を新設するという考え方を基本にしまして総額を出しています。可能な限り、今の病院から移設する原則がありますから、総額の約35パーセントを移設しますという経費として考えてございます。細かい機械については、今の段階では資料がございませんので答えられませんけれども、移設のパーセンテージを35パーセントとか40パーセントという形の概算で出しています。通常、ほかの病院も同じような算定の方法をとっているということです。

**○中島委員**

この中身が新設を基本にして出した金額になれば、このまま使えるものがどれだけあるのか、その割合も厳密な意味でのチェックの対象になってくるのではないかと思います。そういう点で、現在更新する予定の機械の一覧表なり、それから準備などについても、今後の委員会の中で資料をいただきたいと思っております。

事業費全体で150億円近くになるのですけれども、こういう病院を建てるときに、それでは国からどれだけ起債が認められるのかということになってきます。148億7,300万円すべてが対象になるということではないと思うのです。建設工事、それから基本設計や実施設計の中身、医療機器や移転雑費や解体工事も入っていますが、この分野の中で、起債対象になる部分と、ならない部分については、どういうふうになっているのでしょうか。

**○経営管理部鎌田副参事**

事業費の中で起債対象になるかならないかという区分の話だと思うのですけれども、起債協議をこれから行うこととなりますので、今の段階で間違いなく起債の対象になりますという説明はできませんが、一般的に、ほかの病院の例を見ますと、まず、基本設計と移転雑費の二つが起債対象外になるものというふうに考えてございます。

**○中島委員**

解体工事には造成工事も含むと書いてありますけれども、全部が起債対象になるのですか。

**○経営管理部鎌田副参事**

これも、起債協議はこれからでございますから、今の段階で明確な答えはできませんけれども、起債対象というふうには現状は想定しております。

**○中島委員**

これから新しい病院を市民の要望にこたえてつくっていくためには、十分な審議がされていく必要があると思っております、大変慎重な思いでこれを見たのです。また、最近のテレビ放映で、病院は建てたけれどもという深刻な中身も見ました。大変胸の痛む思いでその報道を見まして、立派な病院はできたけれども、ほとんどすべて動かないと。大変な経営難で病院の開設そのものが、運営ができないというのが一つや二つではなくて、全国的にそういう大きな問題が起きていることが報道されておりました。

それで、お金の問題でいきますと、いただいた資料でいけば公立病院関係は大体こんなものだという数字にはなっておりますが、私の知っている札幌市東区の民間病院では、くしくも総床面積が 2 万 9,000 平方メートルで、こちらの病院と同じです。一般病床で 400 床、回復期リハビリで 50 床、病床数が 450 床で多いのですけれども、ここも急性期とがん治療を中心にやるという病院をこれから 3 年後に建てるという話をしているのですが、お金は 90 億円です。1 平方メートル当たり 20 万円で計算してやると。新市立病院は 33 万円です。大分違うのです。なぜ民間と公立でこういう違いが出てくるのかという点で、何か具体的な理由があるのでしょうか。起債を受けるためにはいろいろな単価基準の設定も一定の指示がありまして、ここからこの間で設定するという数字もあるように先日のテレビ放映では見えたのですけれども、この金額の中身を決めていく過程での具体的な指示に従わなければならないものがあって高くなるのか、民間との違いは一体何なのでしょう。こちら辺について説明をお願いします。

#### ○経営管理部鎌田副参事

民間病院と本市の病院計画との違いでございますけれども、設計段階で工事の設計金額を出す段階で言えば、国が示して北海道が準用している積算基準に基づいて、市は建設工事の積算を行います。その中には、材料の単価なり、諸経費、今は諸経費と言わないで一般管理費とか現場管理費という言い方をしますけれども、こういったものが率として、あるいは計上する項目として示されてございます。市の建設部で発注している工事などもそうですけれども、これを基に金額を算定します。今回示したように、10 年間で道内では七つの病院をやっていますが、七つの病院ともに地元の建設業者を共同企業体の構成員として、建築工事、電気工事、機械設備工事などを分離して発注するやり方をしています。

少し話が戻ってしまうのですけれども、1 点目の設計の段階での違いは、民間の場合は建設工事の内訳として、直接工事のほかに諸経費という見方をしますが、市はその金額を出すための要素として、北海道の基準に従った出し方で直接工事費と一般管理費と現場管理費の合計額で出します。民間は直接工事費と諸経費ということで、金額を出すときの仕組みが少し違いますので、そのことによって、設計で出てくる金額が違います。

2 点目が大きな話なのですけれども、民間の場合は、建築と電気と設備という建物の工事については一括発注をするのです。分離しての発注はしないですし、発注の相手方についても特に共同企業体に限らないという方法をしています。市については、先ほど言いましたように、ほかの市の例からいっても分離発注をするということでやっていますので、その結果として受注金額に大きな差が出るということでございます。

#### ○中島委員

設計段階と建設段階で業者に対して、分離発注なのか、一括発注なのかで大きな違いがあるという御説明でしたが、例えば、1 平方メートル当たりの単価が 33 万円というのは、どういう根拠から出てくるのかと疑問に思うのです。経費が安くていい病院ができれば、小樽市にとっても、起債を認めてお金を出す国にとっても、どちらにとっても悪い話ではないと思うのです。それなのに、なぜ高くなるような仕組みになっているか、素朴に言ってよくわからないのです。なるべく安くできるようにしたほうが、国にとっても私たちにとってもいいのではないかと思うのですが、そういうことを検討できるというか、訂正できるというか、そういう努力をする余地はないのですか。

#### ○経営管理部鎌田副参事

まず、今回の 33 万円という想定についてでございますけれども、これは、以前、築港地区で基本設計を始める前の目安の金額として、国立病院機構が示した 1 平方メートル当たり 25 万円から 30 万円という、30 万円を採用したのがベースになっています。1 平方メートル当たり 30 万円に、先ほど説明しました今回の地域だから当該要素がありますというものを加えて 33 万円です。今の段階で基本設計を始める前の金額としてこういうふうに出しています。もちろん、基本設計の中で、できるだけ安くよいものが建つことが理想ですから、そういう方向で今後の検討はしていきますけれども、今の段階の単価の出し方というか、目安の出し方としては、ベースとなるのは国立病院機構が示した 30 万円にプラス増加要素ということでございます。

### ○中島委員

あまり時間がないことが問題なのですが、議論をしなければならぬ中身だと思います。病院はできたけれども、赤字が解消されない、医師もなかなか確保できないということで大変な財政難が引き起こされる結果になっては元も子もないというのは、市民も、また理事者の皆さんも私たちも同じ思いだと思うのです。新市立病院を建設してからどれぐらいの時間で黒字にしていくのか、経営収支の見通しという点での計画を現段階で持っているのかお知らせください。

### ○経営管理部次長

今すぐ資料として出せるような精度にはなっていませんが、建設して医療機器の減価償却は 6 年で、ここに書いてある 35 億円というその当時の数字で割ってみると、その分の減価償却費は年間 5 億円から 6 億円ぐらいありますので、その間はどうしても経常収支の黒字というのは難しいですが、その償還が終わった後は、何とか黒字になると。減価償却期間も、減価償却というのは現金が出ていくわけではございませんので、今考えている収支の中では何とか現金収支ベースでは黒字を保てるのではないかと、これも医業収支、入院外来収益を今の病院のレベルで考えているのであり、非常に大きく数字を見るということではなくて、そういうふうと考えております。

### ○経営管理部長

今、次長から、収支の話をしましたけれども、今回の計画概要（案）の 17 ページから 18 ページにわたって、試算、試算、試算と何回も書いてあるのですけれども、我々としては、正直、数字を出したくないという面があるのです。なぜかという、1 平方メートル当たり 33 万円といたら 33 万円で建設工事をやるのだと、この数字が建設工事の価格だというふうに出ていってしまうからです。そうではないのです。これは、基本設計を出すために、あくまでも類似病院の概算から出してきたものです。そして、30 万円という国の基準を前回は使っていますけれども、どうしても増加要素があるようだということで 33 万円が出てきました。25 万円でもいいのですが、結果として、自治体病院の場合は 30 万円を超えている実態がありますので、そういう中で 33 万円を設定しています。先ほどの医療機械にしても、当初の基本構想のときに、コンサルタントがベースにつくったものは、システムと機械で 60 億円を超えていました。それから、どんどん医療機器の値段が下がってきているのです。コンサルタントに聞いても、今から開院のまでの間に機械はどんどん変わってしまうので、基本設計に入る前に 1 回はやっているのですけれども、どんどん変わっていくし、今あるものが見えるか、使えないかというのは、結構ぎりぎりまでやらなければならないので、ここに出てくる医療機械も建設工事も含めて、基本設計のための数字ということで、実際にやるときは、基本設計の中で発注方法の提案が出てきて、契約方法も含めて小樽市としてどういう選択をしていくのかということを協議していかなければならないと思っております。

### ○委員長

共産党の質疑を終結し、自民党に移します。

---

### ○濱本委員

何点か質問させていただきます。

閉会中に当委員会が開催されたわけですが、今年の第 1 回定例会の折に、基本設計の発注前に基本設計を出す上での考え方について、市立病院調査特別委員会で明示していただきたいという要望を聞いていただいたからこそ、本日、当委員会が開催されたとは私は理解をしております。

### ◎市内の医療機関への説明について

そういう中で幾つか質問させてもらいますが、今、当委員会には計画概要（案）の御説明をいただき、質疑をしておりますけれども、市内の他の医療機関、医師会や再編・ネットワーク化協議会のメンバーだった方々も含めて、今後、計画概要（案）を説明するつもりはあるのかどうか、その点についてお聞かせください。

### ○経営管理部長

まず、計画概要（案）をまとめるに当たりまして、病院局としては連休明けに大体のところをまとめてきましたけれども、その後、主に再編・ネットワーク化協議会に参加していただいたメンバーには、病院局長みずからたたき台を持って説明して御意見を伺っております。それは、あくまでも再編・ネットワーク化協議会のメンバーが中心ですので、今回、市としての（案）を議会で御審議いただいて、来月にもう少し広範な医療関係者ということで、検討しているのは、小樽市医師会の理事会とか少し広範囲なところに示して、説明し、御意見をいただきたいと思っております。そういう過程を経て、最終的に基本設計に入る前にはこの計画概要（案）の（案）をとって小樽市として決定していきたいということです。

### ○濱本委員

市立病院だけが生き残るといえるか、存在するということではないので、当然、地域連携をうたっているわけですから、ぜひ丁寧な御説明をいただきたいと思っております。

### ◎基本理念と基本方針について

まず中身のことについてお伺いをします。計画概要（案）冒頭の「はじめに」にも書いてありますが、平成15年6月に策定されたものと今回のものと大分違うところがあると思うのです。一番中心になる部分は基本理念と基本方針の部分で、平成15年6月から社会情勢もいろいろ変わっていますので、例えば、小樽市の人口も変わっておりますし、年齢構成も変わっていますけれども、そういうものを踏まえた中で、どこら辺が変わったのか、その点について説明をお願いします。

### ○経営管理部長

委員がおっしゃったように、基本的には前の基本構想をベースにして精査検討を加え、そう大きく構成を変えたところはありません。基本理念はあまり変わっていないのですけれども、3ページの基本理念の一番下に、医師や看護師の教育に力を注ぐ、そういうことによって持続的に質の高い医療サービスを提供することが重要だろうということで、これは、北大の経営関係の助教からも指摘があつて、協議してここに入れております。

基本方針は、もともとの基本構想のボリュームがすごく多くてわかりづらいということもあつて、地域医療と安心・安全と質の向上の三つに分けました。

地域医療では（2）の地域連携の方法として、一つには地域連携クリニカルパスが重要だと入れさせていただいています。それから、役割分担の考え方を明確にして、札幌医療圏との連携といたしますか、役割分担も必要と入れさせていただきました。あとは、再編・ネットワーク化協議会の中での医師の御意見ということで、2次医療までをまずこの地域で完結するということを明確にして入れております。それから（3）では、地域医療連携センターが今後必要になってくるだろうということで入れさせていただいております。

安心・安全では、救急医療の扱いの表現方法なのですが、当初の構想は24時間365日、新しい病院でやるというような印象に受け取られたこともあり、よく読んでいただくとそうではないのですけれども、（5）で1次救急医療機関との連携の下、新市立病院は2次、3次救急の充実を図ることを明確にしていることと、がん診療を柱に据えておりますので、地域がん診療連携拠点病院を目指すことを入れております。

質の向上では、具体的なインフォームドコンセントやセカンドオピニオンということを入れております。

あとは、それほど大きく変わったところはありませんけれども、全体として精査する中で、具体的なものを入れ込んだということで、新市立病院の役割を少し明確にできたのが今回の違うところですよ。

### ○濱本委員

### ◎地域医療従事者の資質向上について

今聞いた中で、何点か質問をさせていただきます。

基本方針の（1）で地域医療従事者の資質向上を図ることをうたっております。これについて、当然、向上を図

るための研修の実施に努めますということになります。新市立病院の中に研修を実施するような具体的な何かを持たなくてもできるのか、持つことを想定しているのか、その辺についてはいかがですか。

#### ○病院局長

小樽病院は、北海道や北海道医師会からも、何とか後志地域の中心になって、そういう医師も派遣できるぐらいのレベルになってくれと言われているのです。そういう意味で、私は、来たときに見て回りましたら、いろいろな地域に医師が一人にいるわけです。そういう人たちと定例カンファレンスとかで交流を深めて、いろいろとこれからネットワークにしますので、お互いに協力していい医療をやっていききたいということなのです。もちろん、小樽病院の中にそういう中心的な勉強のできる場所とか診療のできるような場所を設けたいというふうに思っています。そういう意味で、先ほど、総合診療科のことを言ったのですけれども、それが一つなのです。ですから、恐らく倶知安町でもやっていますし、そういうところとの連携を深めながら、できれば小樽市で教育した人を派遣したい、それができなければ、小樽市でいろいろな人と勉強会を開くとか、地域の医師とそういうことができるような体制にしたいと思っています。

#### ○濱本委員

私がイメージしていたのは、昨年10月に大阪市立総合医療センターを見てきましたら、別棟できちんとした会議室を持っていたのです。それは、ある意味必要ないのかと思っていたのですけれども、大阪市の担当者の説明では、簡単に言えば、ここで学会もできるし、研修もできます。それから、阪神・淡路大震災のこともあったので、緊急的には医療行為もできるのですということをおっしゃっていました。小樽市でそこまでできると私は思っていないけれども、そんなことも考えているのかと思って質問をさせていただきました。

#### ○病院局長

精神はそうなのです、気持ちは。

#### ○濱本委員

わかりました。

#### ◎災害拠点病院の要件について

それと、基本方針の（6）に、災害拠点病院とうたわれています。災害拠点病院というのは、委員会での説明の折に言葉としてはいつも出てくるのですけれども、ここに災害拠点病院の施設設備を整備しますと書いてあるということは、災害拠点病院に関して施設の要件がたぶんあるのだらうと思うのですが、その中身についてはどういうものなのか教えていただけますか。

#### ○経営管理部鎌田副参事

災害拠点病院といいますのは、平成8年に当時の厚生省の発令によって定められました災害時における初期救急医療体制の充実強化を図るための医療機関のことでございます。災害拠点病院の指定要件は幾つかありますけれども、例えば運営面の医療に関して言えば、一つ目が24時間救急対応し、災害発生時に被災地から傷病者の受入れ及び搬出を行うことが可能な体制を有すること。二つ目として、災害発生時に被災地から傷病者の受入れの拠点になること。また、施設及び設備面で言えば、病棟、診療棟など救急診療に必要な部門を設けるとともに、災害時における患者の多数発生時に対応可能なスペース及び簡易ベッド等の備蓄スペースを有することが望ましいというふうにされておりまして、原則として、病院敷地内にはヘリコプターの離発着場を有することなどといったことが示されてございます。

#### ○濱本委員

ヘリポートの話も出ていましたけれども、そういう意味で災害拠点病院としては、ヘリポートなども設置していることが望ましいと。ないからダメだということにはならないのでしょうかけれども、設置が望ましいという理解でいいですか。

### ○経営管理部鎌田副参事

ヘリポートにつきましては、原則として病院敷地内にヘリコプターの離発着場を有することとなっておりますので、原則としては必要でございます。原則ではないものというのは、敷地の外にヘリコプターが離発着できるところを確保して、そこを陸路で連絡できるという意味でございます。

### ○濱本委員

これから具体的な基本設計に入っていくわけですが、今の敷地や建物を考えたときに、たぶん、ヘリポートというみんなの関心も高いのですが、大阪市立総合医療センターは屋上であって、エレベーターが上がってきてという格好にはなっていました。小樽市で言えば、駐車場が隣にありますけれども、そこから病院まで運ぶのもなかなか大変なのではないでしょうか、やはり屋上のヘリポートが想定される一つの形なのですか。

### ○経営管理部鎌田副参事

敷地内に設けなさいとなっておりますので、今回の敷地、建設地で考えますと、空き地として確保できればいいのかと思いますけれども、ヘリコプターの進入角度が確保されていなければならないのです。これは、ヘリコプター側のほうですけれども、そういったことと敷地の広さを考えますと、屋上に設置することを基本に検討していくことになるのだろうというふうに思っています。

### ○濱本委員

わかりました。

### ◎地域経済への波及効果について

今回、1平方メートル当たりの建設単価が出されています。33万円が妥当なのかどうかは別としても、ただ、先ほども言っていましたけれども、国立病院機構は25万円から30万円ぐらいという話が出ております。総務省の出した公立病院経営改善事例集の中に、施設整備の状況というところがあって、高いところは1平方メートル当たりの単価で四十数万円というものもあります。それからいくと、30万円をベースに考えてプラスアルファで10パーセントぐらいを見て、そこを基準に想定されたというふうに私は推測をしております。結果として、基本設計が終わった段階で例えば29万8,000円になっているのかしれませんけれども、圧縮のことはできるだけ考えていただきたいというふうに思います。

それから、建設費と解体の費用を含めて、今の段階で110億円ぐらいの仕事になります。小樽市が事業をする中で、事業費が110億円ぐらいというのは、近年ではたぶんなかったらと思います。簡単に言えば安いからといって、例えば本州の大手ゼネコンに全部流れていって、地域経済の波及効果がゼロということでは、私はちょっと違うのだらうと思うのです。安ければどこから買っていいのかと、単純に言うと輸入野菜が安いから買って小樽市内の、例えば北海道内の農家が全部廃業しましたということでは、私は違うと思うのです。もちろん、その金額に妥当性がなければだめですから、やみくもに高いものをということではないけれども、やはり、こういう大きな工事を発注するに当たっては、地元経済への波及効果も十分に踏まえながら積算をしていかなければならないのだらうと思うのです。その辺について市長はどうお考えなのか。

### ○市長

先ほど、中島委員は安くなるようにとおっしゃっていました。ということは、本州の大手に一括でやったら安いのですが、それでいいかということです。今言ったように、地元への波及効果が何もないと、何もメリットがないのですから、それでは困るというのは思っています。ですから、それは、今後、発注方法を皆さんとよく協議をして、今の中島委員の意見もあるようですから、これは十分に協議しないと、安ければどこでもいいですとするなら、本当に安いところに落ちると思います。全部一括にして発注した方が、それは、これから十分に相談しながらやっていきたいと思っております。



## ○鈴木委員

### ◎新市立病院の建設スケジュールについて

今回、計画概要（案）をいただき、読ませていただきました。例えば 4 ページの新市立病院の整備方針（3）には、新病院の規模は、中略しまして、医師確保の見通しなども踏まえて決定します。など、いろいろなところで「検討します」という項目が本当に多いわけです。たぶん、まだこれから基本設計に当たって完璧に、今の時点でコンクリートできるわけではないので、我々の意見も取り入れていただきながら詰めていくのだというのはよくわかるのですけれども、18 ページには建設スケジュールとして、基本設計が平成 22 年度中、実施設計が 23 年度と書かれております。このいろいろな部分でまだ決めていないところは、果たしていつを最終リミットとお決めになるのか。この完成品を出すのがいつなのか。我々が意見を言ったときに、いつまでなら反映できるのか。その経緯をお聞きしたいと思います。

## ○経営管理部長

説明しておきたいのは、「検討します」という表現がいろいろとありますが、整備方針にある部分の医師確保の見通しを踏まえて決定するというのは、整備方針として実際に決定する「案」をここに出しているという意味です。ここの整備方針のところです。あとの P E T - C T を入れるのを検討するとか、医療機器を検討するとか、先ほどの個室割合を検討するというのは、ほぼ基本設計の中で決定していかなければならないのですけれども、実は、病院の場合は学校とかと違って、基本設計が終わって実施設計に入っても設計変更はずっとあるのです。そういう意味では、最後の最後まで細かい変更があると思いますけれども、おおむねは基本設計の中で最終的に確定していきたいと思います。病床数とかは基本設計に入る前に決定しないと基本設計に入れませんので、実際に新市立病院の規模は計画概要（案）の（案）がとれた時点で、小樽市として基本設計を出していく病床数になろうかと思えます。そういう意味では、基本設計に入る前には今回の議会審議、先ほど言いました医師会の意見とか市民の方も踏まえた中で、6 月中には（案）ではなくて計画概要として一応確定するということです。ただ、その後はコンクリートしたものではありませんので、ここで「検討します」と言ったものも、ほぼ大体が基本設計の中で固まってくると考えております。

## ○鈴木委員

今のお話を簡単に言うと、診療科目は決まりだが、ほかのところはある程度弾力性があり、実施設計の中でもまだ変えられるというふうに分かるのですけれども、計画概要（案）をいただいてから本当に日が浅いのです。それで、我々議員も専門ではありませんので、いろいろなところに問い合わせをしたり、研究したり、そしていろいろなお知恵を拝借する中で、実際問題、時間が足りないのです。ただ、我々もそうですけれども、市民の方からも、早く新市立病院をつくらせていただきたいという声は聞いておりますし、その方向で動いております。だから、この定められた短い中でどれだけ密度の高いやりとりをしていくかという方向性をお聞かせ願いたいのです。

## ○経営管理部長

診療科目については、計画概要（案）の 5 ページに書いてありますとおり、これは本当に開院までに確定できる部分というのは難しいと思います。方針としては、現在の診療科を基本的には継続し、丸をつけてあるところについては、ぜひとも小樽市としてあった方がいい診療科だということで、何とか常勤の医師に来ていただいて開院したいということです。これはどこの病院でもそうですけれども、基本構想にうたった診療科がそのまま開院までいくというのはコンクリートできません。当然、医師が確保できた部分が増えているところもあるし、逆に言うと開設できなくなる診療科もあると思います。先ほど言いましたのは、規模の部分は基本設計に入っていく大前提になりますので、6 月中の基本設計に入るまでには詰めていきたいと思っております。そのために、今回、あるいは次回の委員会の中での御審議をいただきたいと考えます。

## ○鈴木委員

### ◎新市立病院の患者数の設定について

今、新市立病院の建設についてどうですかと市民の皆さんにお聞きすると、本当につくっていただきたい、頑張ってくださいという意見をいただきます。早くつくってください、いい病院つくってください、この二つはもう一致しているのです。ただ、問題は、つくって大丈夫なのか、後々どうなるのかということをお心配されている方がかなりいらっしゃるのです。

そういった中で、二つ目の質問なのですけれども、新市立病院をつくったときに、外来患者数、入院患者数はどのぐらいの設定をされているのかということだと思のです。今、入院患者数は約25パーセントが市外に流れていると聞いております。それから、診療報酬の約30パーセントが市外に出ていっているのです。今、小樽市で適正な地域医療の連携を含めてできれば、例えば10パーセントを残して戻せるのではないかと。そうなれば、基本的には今の人口が多少減っても十分採算がとれるといたしますか、ある程度やっていけると言うことが言えると思のです。ですから外来患者をどのぐらいに設定するか、それを試算しているのかどうかをお聞かせ願います。

### ○経営管理部次長

先ほど、収支試算を申し上げましたが、入院は病床数が決まりましたので、9割の入院患者の受入れで、これは大体今のレベルを保ちます。外来患者は、平成22年度予算では750人、21年度決算見込みでは大体700人ぐらいでした。これが、若干、診療科目が増えるということと、機能が充実してがん患者とかも診るということで、先ほどの収支試算は800人弱というような見方をしています。

なぜかというところなのですが、先ほど鈴木委員がおっしゃったように、小樽の今の入院自給率は75パーセントぐらいなのです。ということは、25パーセントはほぼ札幌に行かれています、平成12年のころは81パーセントあったのです。札幌に近いことで、それでも道内平均よりは低いのですが、5パーセント減った部分は、基本的には市立病院と公的病院の医師がいなくなって入院患者が減った分が札幌に流れているわけです。そういう意味で言えば、局長もよく言いますが、小樽で2次医療をきちんとやれば札幌に行かなくて済む患者がまだまだいると思います。外来についても、市内に診療所はたくさんあり、外来の受診率は非常に高いですが、診療科によっては小樽にない科もございますので、そういうときはどうしても札幌に行かなければならないのです。がんの放射線治療などは小樽病院でもやっておりますが、今の機械では、できる限界もありますので、そういうものも充実すれば、一定程度は戻せるといいますか、小樽市内で診療が可能だということなのです。

## ○鈴木委員

どうして新市立病院をつくってくださいと言われるかといいますと、やはり信用できある病院といいますか、技術的にも含めましてそういうことなのと思のです。そして、市外に出ている診療報酬は、やはり我々の圏域のものといいますか、地域でしっかり取り込んでいただくための一つとして、新小樽病院が採算のとれるくらいにまでいくかどうかはわかりませんが、市民の皆さんが懸念している形にならないためには、特にこういうものをうたってほしいと私は思っているのです。逆に言うと、地域連携をしっかりやって、外に出ている患者にきちんと来てもらえるような方向にするぐらいの意思といいますか、気持ちということも込めてこの計画概要（案）に入っていればという思いがあるのです。

それと、もう一つあります。例えば、今から10年ぐらい経過したときの説明として、まだ高齢者がいらちゃって、人口が多少落ちて、病院にかかる方がいらちゃる。だから、今のベッド数や今の規模でも大丈夫ということですが、もうちょっと後になりますと、人口は大幅に落ちるわけです。そういったときに、これは荒唐無稽と言われるかもしれませんが、例えば、中国とかの健康診断ツアーとか、そういうことを今すぐではなくて結構ですが、小樽の人口が落ちたといったときに観光がてらに健診に来ていただくとか、そういう方向の姿勢も加味していただきたいのです。

だから、そういうことをやるので、後々人口が減っても、今の規模でも大丈夫とか、外へ診療報酬が流れ出てしまわないためにはこういう診療科目にしなければいけないとか、そういうところからもしっかり御説明をしていただきたいと思うのですが、いかがでしょうか。

#### ○病院局長

委員のおっしゃるとおりです。今のメディカルツアーの話も、一部の医師はやりたいという意見を既に言っているのです。それにはいろいろな対応も必要になりますし、今、小樽市はいろいろな都市と姉妹都市提携をしておりますので、もし、実施するとなるとそういうところからなのかと思っていますけれども、そういう考えもあります。

恐らく10年後になれば、病院や医療に対する考え方がかなり変わってくると思うのです。そのときに、救急の医療、若しくは予防的なことなど、これからは自分たちで健康を考えることができるような病院が求められると思うのです。その一つとして、今、健康管理科をつくりましたし、プチ健診などいろいろなことをやっていっているわけです。ですから、そういうところの充実も図っていきたいと思います。

私としましては、前も言いましたように、小樽市は国際観光と医療のまちになるのが理想だと思いますので、安心して東京の人が別荘をつくりたいとか、中国の人もそうなるかもしれません。私は、そういうことを目指して、各医師たち、職員に言っているわけでございまして、そのことは考えております。

それから、だんだん高齢化社会になりますが、そういう人たちがますます札幌の病院に行くかという、やはり小樽で治療を受けたいという人が多いのです。また、これは小樽だけでなく近隣の町村から、もっと私たちが受けやすいような体制にしてほしいという投書などもあります。これは、定住自立圏の取組もこれから充実させていただきますので、そういう意味では、小樽市だけでなく、定住自立圏、さらに将来的には後志を含めた基幹病院に育てていきたいというふうに思っております。

#### ○鈴木委員

新病院の中身のソフト部分は、これからやっていくという確認と、それから、建てるに当たっては、私も濱本委員が言ったように安いだけではよくないと思います。ただ、地域への経済波及効果は最大限考えていただければということと、今言ったように、外に取りこぼしている診療報酬は、しっかり小樽の中で、新小樽病院だけではなくて、横の関係も使っていただきたいと思います。

#### ◎処方せんの発行について

質問を変えまして、細かいところへいきます。

計画概要(案)の11ページにある薬剤部門の外来調剤についてですけれども、ここで少し気になった文言がありまして、「外来調剤は自家製剤などを除き、原則院外処方とします」と記載されています。なぜ原則という言葉をお入れになったのか。前々からお話を聞いていますが、院外処方にするというお話で進んでいたという思いはあるのですが、移行が必要になりますという表現になっており、何となく本当にやる気があるのだろうかという気がするのです。

#### ○病院局長

今はちょうど、院外処方をするタイミングをはかっているのです。ですから、このままいって新築になるまでに4年間ありますので、その間のいつやるのか、参事などと入念に話しながらやっております。詳しいところは、参事から説明します。

#### ○経営管理部参事

原則という言葉なのですが、どこの病院も院内処方せんを発行しているようですが、院外処方せんを100パーセント発行している病院はなくて、どうしても院内処方でやらなければならないような場合が必ず出てきております。それは、製品として発売されていないものを、我々が製剤するものは調剤薬局では出せませんので、どうしても院内処方になってしまいます。あるいは、入院している患者が違う科にかかる場合があります。例えば、内

科に入院している患者が整形外科とか泌尿器科にかかる場合というのは、院内での外来にかかるわけです。そうすると、やはり外来の処方せんを発行しています。それから、一番大きな要因としては、医師が患者の病状とか状態に応じて院外処方ではなくて院内処方がいいという判断をする場合が結構あります。例えば精神疾患の患者ですとか、あるいは認知症の患者とか、どうしても院外処方ではなくて院内処方の方がいいと判断した場合には、どうしても院内処方になります。ですから、どこの病院でもそうですが、全面的に院外処方せんを発行していても、院外処方せんの発行率には差があり、75パーセントぐらいから、高いところでも95パーセントぐらいで、やはり100パーセントにはならないというのが現状であります。

#### ○鈴木委員

今、前段のお答えは、新市立病院になる前に、現在の病院で院外処方にしていくというお話なのですね、その確認が一つです。

それから、もう一つは後段のお話で、例えば小樽協会病院にしてもどこにしても、院外処方といっても15パーセントとか20パーセントは院内処方で行っていることは存じております。それでも普通は基本的に院外処方で行っていますという形で皆さん言うのです。そういう意味では、なぜ原則とつけたのかという思いがあったものですかとお聞きしたわけです。

それで、今言ったように、今の既存病院で院外処方を進めていくということを確認させてください。

#### ○経営管理部参事

計画概要（案）には、「変化する利用情勢や経済性を考慮しながらの移行が必要になります」と書いてありますけれども、要は、院内処方で抱えている場合の薬の費用と、院外処方で行った場合には処方せん料しか発生してきませんで、その収入を考慮しながら院外処方に移行していくわけです。今現在の診療報酬の改定に約款がついておりますが、この約款が縮小する傾向にあります。ですから、どの時点で院外処方にした方が病院として収益が上がるかということを見据えていかなければいけないと思っています。

ただ、DPC、包括医療を考慮に入れております。包括医療になりますと、どうしても後発品を導入する必要があります。後発品を導入しますと、当然、薬の費用が少なくなってくるので、その辺は院外に出した収入などのメリットが大きい方ということになるのではないかと思います。ですから、その辺のシミュレーションをしていって、新市立病院では、当然、院外処方という形になるかと私は考えております。

#### ○鈴木委員

新市立病院は院外処方ですね。わかりました。

移行するまでに時間がかかり、新市立病院になってから移行するとなると、例えば若干でも調剤薬局を持っていて、設備があったり、何かにむだなスペースだったり、そういうことが起きないのかという懸念をしているのです。移行するのなら、新市立病院の開院時点ですばっとという思いがあったものですか、そういう聞き方をしたのですけれども、そういう意味ではないのですか。

#### ○経営管理部次長

そういう意味では、院内処方を残したままで新市立病院を建てると、その分の設備が要りますので、先ほど参事も言ったように、現病院のうちで、いつ院外処方に移すかという意味であって、新市立病院に院内処方を残すという考えはありません。

#### ○鈴木委員

#### ◎今後の進捗状況の報告について

もう一点だけお聞きします。

医療機器の整備については、先ほどの答弁でわかりましたけれども、これはお願いになるのですけれども、基本設計が開始されたときに、先ほども言いましたとおり、定例会だけでなく、閉会中も含めて当委員会などで進捗

状況を報告していただきたいということが幸いです。

それともう一つ、第 2 回定例会で基本設計料の予算が計上されたときに、基本設計の積算根拠になる表は、ぜひとも開示していただきたいことをお願いします。

#### ○経営管理部長

後段の基本設計の部分については、第 2 回定例会に計上しますので、その中で内容については出していきたいと思います。

それから、定例会以外での報告については、その時点ごとで、私どももぜひ委員会を開いていただいて、報告をしたいことがありましたら、当然、そうします。定例会に限らず、必要があれば、我々としてもそうですし、議会からの要請があれば、開催して説明していきたいと思います。

#### ○委員長

自民党の質疑を終結し、この際、暫時休憩いたします。

休憩 午後 2 時 42 分

再開 午後 3 時 3 分

#### ○委員長

休憩前に引き続き、会議を再開し、質疑を続行します。

公明党。

---

#### ○秋元委員

##### ◎災害拠点病院の耐震基準について

私からは、先ほど来、皆さんが質問しておりました建築単価に絡んでくる話なのですが、初めに、今回の新市立病院計画概要（案）の中に「免震構造を検討し」という記述がございました。実際に耐震基準はどういうものなのかというふうに感じていろいろ調べましたら、民間と公立病院、特に災害拠点病院などですと、耐震基準が違うのではないかという話がありました。それ以上は調べることができなかつたのですけれども、どのような違いがあるのかお答えをいただけますか。

#### ○経営管理部鎌田副参事

耐震基準という意味で言いますと、民間の建物であっても、公共の建物であっても、基準としては一緒でございます。ただ、災害拠点病院ということと言いますと、災害時に病院機能が停止しないことが最も重要ですから、大きな地震に耐え得る、そういった構造にしておくということについては当然のことだというふうに思います。

#### ○秋元委員

それであれば、災害拠点病院はこういう基準だというのはないのですね。民間と同じだということですね。

#### ○経営管理部鎌田副参事

耐震基準そのものは、国で定めた基準がありますから、それに基づいて建物をつくっていくことで言えば、民間でも公共でも同じということです。災害拠点病院は要件の中で耐震性能を持つこととわたくしは聞いていますので、先ほど述べましたように、当然、地震のときでも病院機能が失われないうつくりにしております。

#### ○秋元委員

素人なもので、なかなかわかりにくいのですけれども、例えば耐震基準があつて、民間の病院も公立の病院も、この基準をクリアしましたということになれば、素人目で見ると、耐震基準は満たしているのだからある程度は大丈夫なのだろうと思うのです。けれども、実はそうではなくて、もっと頑丈なものにしなければいけないというの

であれば、それをどこまで容認してといいますか、どこまでの規模にしていくのかということで、コストもかなり違ってくると思うのですけれども、この辺はどうでしょうか。

**○経営管理部鎌田副参事**

繰り返しになるのですけれども、国が定めた基準については、民間も公共も同じです。ただ、災害拠点病院というものを考えたときに、病院という用途ですから、災害のときにそこに患者が集中することになりますので、例えば一つの構造の方法として耐震構造があり、もう一つには免震構造があります。それ以外の構造方法もありますけれども、例えば病院機能を停止しない構造の一つとして免震構造があって、その性能というか特性ですが、地震の揺れの周期を変えて、地盤は激しい揺れになるけれども、病院そのものは周期が変わってゆったり揺れます。ゆったり揺れることで、病院にある医療機器などが転倒して使えなくなるような意味合いで免震構造を採用することが一つの方法としてあります。

**○秋元委員**

まだ私も勉強不足なのですが、耐震基準を満たしているのに、それ以上頑丈なものをつくって、災害拠点病院としてふさわしい病院にするのに、今、免震構造というお話もありましたけれども、では、どこまでお金をかければ災害拠点病院にふさわしいのかという基準はないのですか。

**○経営管理部鎌田副参事**

そういう意味での基準はございません。金額的に余計に費用がかかるのではないかと御指摘かと思うのですが、それは、本日配布させていただいた資料を見ていただいて、例えば、A市立病院で言うと免震構造でレポートがなく、1平方メートル当たりの工事単価は35万6,000円というのが実績値として出ています。D市立病院で見ていただくと、構造として免震構造は採用されておきませんが、1平方メートル当たりの単価は36万1,000円となっておりますから、免震構造を採用した建物が一概に高くなるということではありません。

**○秋元委員**

わかりました、もうちょっと勉強してきますけれども、また第2回定例会の特別委員会のときに改めて質問をさせていただきますと思います。

**◎新市立病院の発注方法について**

次に移りたいと思いますけれども、今回、建築単価のことを勉強しますと、先ほど中島委員からもお話がありましたけれども、安い病院は非常に安くできていますので、どのようにやっているのだらうというのは、私自身も非常に不思議に思ったところです。先ほど御答弁いただいた部分では一括発注とか分離発注の話もありましたけれども、例えばCM方式、コンストラクション・マネジメント方式というものがあるそうで、どういう方式かを調べたら、コスト管理とか品質管理をしていくということで、一括発注ではないということなのです。例えば、一般病院ですと、総工費が100億円程度の見込みが52億円ほどになり、県立病院では当初150億円の予算から90億円ぐらいになっているという話がありました。こんなに安くなるのだらうかという感じがあるのですけれども、例えばCM方式ですとか、こういうものに対する研究はされていますでしょうか。

**○経営管理部鎌田副参事**

委員から御案内がありましたコンストラクション・マネジメントは、発注者と設計者、あるいは発注者と施工者の間に第三者を入れて、いろいろなものをコーディネートしてもらい、その結果としてそれぞれのかかる費用を制限するものだと思います。これから基本設計を始めていきますので、この後の実施設計なり、あるいは建設工事を進めていく中で、最も経済性のある方法なり、いろいろな考え方も含めて基本設計の中で検討していく中から、必要であればいろいろな方法を採用して、できるだけ安く工事をしていきたいという考え方でございます。

**○秋元委員**

先ほど、ほかの委員の方も言っていたとおり、私も、ただ安ければいいということではないのですけれども、こ

ういう例があって、何でこんなに安くなるのだろうと非常に不思議だったのです。実際にCM方式はこれから研究されていくと思うのですが、現段階で新市立病院建設に当たっては、あまり望ましくないといえますか、そういうものなのでしょうか。

**○経営管理部鎌田副参事**

実際に導入されている病院があるというお話もありましたけれども、例えば来年度に実施設計を計画していますが、その段階からそういった一つの方法を採用することが費用の圧縮につながっていくかどうか、いろいろな方法を基本設計の中で検討させていただきたいと思います。その中で、通常の発注方法でいいのか、あるいは先ほど出たような一括発注がいいのか、CM方式みたいなものを取り入れることがいいのか、詳細について基本設計の中で、発注方法についても検討を進めてまいりたいと、今回の概要にも書かせていただきましたがそういうことを考えております。

**○秋元委員**

ぜひ、よろしくお願いたしますとしか言いようがないのですけれども、ただ、先ほど、市内経済の活性化のためというお話がありました。私も全くそのとおりでというふうに思いますので、ぜひ研究していただきたいと思います。

**◎建築単価について**

建築単価のことをもう少しお聞きしますが、例えば、がん診療などを行っている病院だと建築単価が非常に高くなる傾向にあるということで、公立病院経営改善事例集の後ろに大体240施設を研究して統計をとってありまして、がん診療を行っている病院については建築単価45万円ぐらいで、行っていない施設は平均で37万円ほどになっているという記述がございます。今回、新市立病院でもがんの診療を行っていくとのことなのですけれども、例えば、がん診療のほかに、建築単価が高くなるような診療科はほかにもあるのでしょうか。

**○経営管理部鎌田副参事**

委員がおっしゃったように診療科による建設コストへの影響でございますけれども、代表的なものとしては、例えば放射線を使う部屋の壁については非常に厚いコンクリートの壁をつくらなければならないというのがあります。あと、救急部門を持つかどうか、救急のスペースなり、そこにどういう部屋をつくっていくか、あるいは診療科によっては手術室の数やその内容ですとか、必要な部屋数も決まってくるので、それらについては総体的な建築コストに影響すると考えております。

**○秋元委員**

まだまだこれから基本設計をやる中での話だと思うのですけれども、今後、またぜひ詳細については伺いたいと思います。

**◎職員の給与費について**

続きまして、職員の給与費についてなのですが、市長は、先日の臨時会の中で職員の給与費がまだ高いというお話をされていまして、例えば本市で言う職員の給与費は実際に民間と比べてどのぐらいの開きがあるのかは調べていますか。

**○（経営管理）管理課長**

民間病院の職員の給与ですけれども、特に調べているものはございません。一般的に、民間と公立病院の職員の給与を比べると、特に年齢が高くなるにつれて給与も高くなると言われていたことではございますが、民間病院についてデータとして持っているものはございません。

**○経営管理部長**

データはございませんけれども、総務省が出しているガイドラインに改革プランを作成するときの目標数値例が出ております。その中では200床から300床の病院の職員給与比率について、平均だと思っておりますけれども民間は52.7

パーセントと出ております。公立病院は、全体の平均で62.1パーセントとなっておりますので、全体として高いと言われていたところかと思えます。

ただ、市立病院の場合は、例えば20年度決算で見ると、小樽病院で56.2パーセント、医療センターで51.7パーセント、トータルで54.2パーセントと、ガイドラインに示されている公立の黒字病院の平均58.2パーセントを大きく下回っています。ただ、民間から見ると、やはりまだまだ高いということはあると思えます。

#### ○秋元委員

職員給与費のパーセントといたしますのは医業収益にかなり左右されるものですが、実際に医業収益が減る中で職員数が大幅に減ることはないわけですから、現状でいけば職員給与費の割合はどんどん高くなっていくと思えます。今回、病院改革プランの進捗状況の6ページに臨時職員の賃金単価の見直しというところがあり、私は全然反対ではないのですが、看護師の欠員対策を強化するため、平成21年度から看護師及び准看護師の臨時職員賃金単価を増額となっており、これは看護師を確保、調達していくためには必要なことだと思うのですが、増額しているということは、結局は職員給与費の割合も上がることにつながっていかないのでしょうか。

#### ○（経営管理）管理課長

臨時職員の賃金につきましても職員給与費に含まれますので、その分が上がれば、当然、職員給与費の部分が高くなることになると思えます。

今回の臨時職員の賃金単価の増額についてですが、ハローワークを通して募集をしているのですが、基本的には初任給といえますか、採用時の賃金について民間の調査はしておりません。しかし、一般的にどれぐらいの水準で募集しているかはわかりますので、それと比較すると、今までが低かったものを民間レベルまで引き上げたということでありまして、民間と比べて特段高くしたものではないということは御理解いただきたいと思えます。

#### ○秋元委員

わかりました。前回の特別委員会でも収支計画の見直しについて触れたのですが、今後必要になってくると思えますし、医業収益が回復していかない限りは職員給与費の割合がどんどん高くなっていきます。今後、収支計画の見直しに時期については、どのように考えているのですか。

#### ○経営管理部次長

今回の点検の中で、予算ベースでも改革プランの目標値に達しておりません。これは決算が出ても、そんなに大きく変わる数字ではないと思えますので、今、起債を受けるに当たって、総務省ともいろいろ相談をしております。これらどういう改正をするか、その辺を相談した上で変えていきたいと思えます。時期については、交渉しながらだと思えます。

---

#### ○高橋委員

##### ◎収支計画の見直しについて

病院改革プランの進捗状況についての質問の続きですが、今、秋元委員から、収支計画の見直し等についての話がありました。進捗状況の10ページ、11ページの摘要では、以前も議会でお示ししていただきましたけれども、医師の不足によって医業収益がダウンしているということでございます。改革プランでは、平成25年度までの数字が出ているわけですが、もう少し具体的に、この医業収益の数字をどのようにとらえていくのか。その辺についてはどのように検討されているのか御見解をお聞きしたいと思います。

#### ○経営管理部次長

実際は第2回定例会に計上することになるのですが、一般会計から平成22年度に4億円の追加繰出しを、さらに来年度も1億円の追加繰出しをしていただいて、何とかこの計画を進めるためにも、改革プランの数値は別として平成22年度の不良債務解消、平成25年度の資金不足解消はぜひ達成していきたいと思えます。先日来、北海



道、総務省ともその問題はクリアしてもらわないと、なかなか起債の許可というのは難しいという話でございますので、そういうふうにしております。ただ、平成23年度以降も一般会計から次から次へとお金をいただくような状況にありませんので、今、病院局長が医師の皆さんと懇談をしながら、今の予算以上の目標値を掲げて、一定程度それを達成してくれるように院内で檄を飛ばしているといえますか、いろいろ相談をさせていただいております。幸いにも、この4月、5月は患者数も若干増えておまして、そういうことで頑張っていきたいと思っています。

改革プランの数字まで医業収益が達成することはできませんが、それに近いものを達成していき、さらに支出もおさえておりますので、その両方のあわせわざで何とか収支を保っていきたいというふうに考えております。

#### ○高橋委員

理解できますし、支出を絞っているのも承知をしています。

トータルのお話はわかるのですが、私が聞きたいのは、改革プランに出ているこの医業収益の一番上の収入の数字です。平成21年度であれば85億円、平成22年度であれば85億3,500万円、85億円ぐらいが続くわけですが、ここら辺の数字は見直さなくてもいいのかということを知りたいのです。

#### ○経営管理次長

それは、見直さなければ、85億円をそのままキープするというのは難しいと思っておりますし、北海道や総務省と相談する中でも、期待値で収入を見込んだ計画ではだめですと言われましたので、その辺は実情に合わせたもので説明がつくものということになります。

#### ○高橋委員

そうすると、この収支計画については見直しをして、新しいものをつくるということによろしいですか。

#### ○経営管理部次長

そういう考え方で、今、総務省等と調整しております。ですから、その調整した中で、どういうものが認められてきて、どの時期に見直すかというのはこれからの相談の中でやることとなります。

#### ○高橋委員

起債の話が出ましたので、確認をさせてほしいと思うのですが、まず、いよいよこれから起債の話合いになっていくと思うのですが、起債の条件のハードルはどういうものがあつたのか、どれとどれをクリアしなければならないのかを再度確認したいと思います。

#### ○経営管理部次長

今、北海道といろいろ協議している中では、先ほども申し上げましたが、まず、平成22年度の不良債務の解消です。改革プランではプラス2億6,500万円にしていますが、少なくともマイナスではない、解消ということが一つです。それと、平成25年度の資金不足解消です。これも、マイナスではなくて、やり遂げることが必要になると思います。

そのほかに、特例債を借りたときに、職員給与の是正もございまして、改革プランにも載せている医療職給料表の導入と、小樽市全体のこともなりますけれども、手当の改善ということも何点かやろうと思っています。

#### ○高橋委員

先ほどの御説明で、基本設計は起債外だという話がありました。来年度に予定している実施設計から起債の話になるわけですが、今後のスケジュールとして、具体的な協議はいつごろ始まっていくのか、年内にどういう話になっていくのか、ある程度の予定等がわかれば教えていただきたいと思っています。

#### ○経営管理部次長

まず一つには、今も医療機器の起債に向けて話合いをしておりますので、先ほど言ったような資金不足解消計画を、これはここ一、二か月の間に整理してつめていきたい。それから、実施設計以降の新市立病院に対する起債についての規模・機能と役割というものは、基本設計ができ上がったぐらいの精度を求められておりますので、基本

設計のあらあらの姿が見えるところから実際の協議に入っていくのだと思います。ただ、今、基本計画をまとめますので、内容についても、順次、情報交換をしながらしていきたいと思っております。

○高橋委員

そうすると、具体的なスケジュールとしては、年末か来年度早々という話になるのでしょうか。

○経営管理部次長

新市立病院の部分については、そのような日程が出ております。

○経営管理部長

以前もそうなのですが、病院みたいに100億円を超えるような事業については、今、次長が言いましたのは具体的な数値を入れての協議はそのころになると思いますけれども、例えば、今回の計画概要（案）がまとまった時点とか、その都度、協議をしながら、当然、指摘事項があればその分は改善していく中で、事前協議としてはもうスタートしているのだらうと思います。具体的な数値は盛り込める時点での協議となります。

○高橋委員

◎市立病院の役割について

それでは、計画概要（案）の確認させてほしいと思いますが、ようやく病床数とか具体的な計画の概要が出てまいりました。ようやく形が整ってきたと思います。

先ほど他の委員の方からもお話がありましたけれども、公的病院には事前に病院局長がお話をされているということございまして、その話の前に戻るわけですけれども、再編・ネットワーク化協議会のときに、市立病院としての位置づけといいますか、各公的病院が市立病院の必要性と役割について、それぞれの公的病院の院長がどのようにおっしゃられたのか、概略で結構ですので、お話をしていただければと思います。

○病院局長

まず、再編・ネットワーク化協議会のときに私が言いましたことは、市立病院という考えではなくて、小樽市全体のことを考えましょう。その中で小樽病院が今持っている機能はこれだと。脳神経外科、心臓血管外科、そしてがん診療、ほかではやっていない診療科との地域連携です。そのほかに、一つの病院ですべてはできませんから、それぞれの病院の特徴ある診療科を強調してくださいと。内科、外科はお互いありますけれども、それはいい医療をするために切磋琢磨してやりましょうというのが基本的な方針でこの話はまとまったわけでございます。

そういうことで、我々としては、この二つの病院でこういうことができる、ほかの病院はどうでしょうかという形でまとめていったというのが実情です。今言いましたように、それぞれの特徴を出して、お互いに補い合いながら、小樽市、それから地域全体のためにいい医療ができるようにやりましょうということでまとめてきました。

○高橋委員

◎病床数について

病床数が具体的に出了わけですけれども、以前の市立病院の許可病床数は約900床ありました。前の計画では済生会病院、協会病院、掖済会病院のトータルで681床となっていました。ちょうど、比率でいけば、今回の新市立病院の388床という数字は逆転したような、要するに市立病院のほうはずっと少ない状況になったと思います。公的病院も、やはり民間病院ですから、経営を主体に考えていますので、新市立病院は具体的にどういう病院にするのかというのは、戦々恐々として、具体的な数字が欲しかったと思っております。この具体的なベッド数について、協議をされたときにはどのような意見とか感想をお持ちだったのか、それを伺いたいと思います。

○病院局長

我々として、初めは400床程度ぐらいにダウンサイジングすると話したのですけれども、それでも会合の中ではまだ多いのではないかという人もいたわけですね。そういうことを頭に入れながら、私としては両病院の診療科長を集めて、どれぐらいのベッドが必要かということを検討し、この388床になったわけでありまして。

これからの医療も、いわゆる急性期医療ですからベッドの回転率を早くしなければならないのです。前のように八百何十床ではなくて、例えば388床でも回転率を早くすると倍ぐらいの患者を入れることになるのです。そのかわりに、地域の後方の病院なども確保して、小樽市全体としてやりましょうと。ですから、我々は急性期医療をやって、慢性期医療のところと連携を強くしてやっていきたいと思いますという発想でやりました。

**○高橋委員**

もうちょっと具体的な意見があったかどうか聞きたかったのですけれども……。

(「なかったです」と呼ぶ者あり)

なかったのですか。これでよしとなったのですか。

**○病院局長**

これでいいよと言ったのですけれども、みんな自分のところの経営でいっぱい、こんなことを言ったらあれなのですけれども、それぞれみんなつらいのです。ですから、これぐらいで、皆さん方は納得していて、何も言わないのですよ。説明しても、頑張ってくださいとしか言わないのです。

**○高橋委員**

**◎公立病院の移転新築に伴う影響について**

気になっているのは、具体的な話が進んでいるようではございますけれども、済生会病院の新築の問題、それから、聞くところによると掖済会病院もどうも新築できるような場所を近辺で探しているという、そういう話が私の耳にも入ってきました。この公的病院の二つがかかわってくるとなると、ちょっと大きい問題かと思っています。より具体的に進んでいると言われているのが済生会病院の新築ですけれども、この辺については病院局長にお話があったのでしょうか。

**○病院局長**

私のほうに、正式な形では来ておりません。医師会などでは近藤先生と話し合ったりしましたけれども、そのときも、私にはまだ場所は言っていないのです。周りからは聞こえておりますけれども、まだ私のところには来ておりません。市長のほうには行っているかもしれないですけれども。

私としては、うわさどおりになっても、皆さん方に前から言っていましたとおり、これからは一つの病院群で医療をやっていくことが重要なのではないかと思います。今、私どものところで紹介患者が一番多いのは協会病院なのです。協会病院も、眼科とか耳鼻咽喉科で入院している人を送ってきてくれるわけです。最終的にどこにできるかわからないですけれども、近くにできたら、そういう患者がそこにはない診療科に来るわけです。ですから、小樽には絶対に総合病院が必要なのです。総合病院には最低でも300床以上が必要だと国なども言っているということで302床という形をつくったのが事実でありまして、病院はお互いに協力し合って、病院群で市民医療をやっていくのがこれからの道ではないかと思います。実際に熊本市とか、そういうところはそういうふうになっているわけです。そして、お互いに病院は特徴を出しながらうまく経営をやっている、それが実情です。

**○副市長**

済生会病院の関係ですけれども、これは小樽市にということで、私が承っております。

昨年暮れから1月末にかけて、一、二度、新聞等にも出たと思いますけれども、済生会病院の基本構想としてこういった考え方を持っていますということで、済生会北海道支部の役員の方が私のところにお見えになり、こういう議論をしていますという計画書のお話をされたのは事実でございます。現実的に病院をどこに建てるとか、どういう形にするかという基本構想の範囲を超えたお話は聞いておりませんが、市に対してのそういうお話は承っております。

**○高橋委員**

そうすると、ある程度具体的になった場合には、また市にもお話があるということなのでしょうか。

## ○副市長

私との話では、基本的には、これからどこにするかという土地の問題とか、いろいろな情報交換といいますか、そういうことをお話しするとお聞きしております。病院を新しくするという意味では私どもの方が若干先行している感じがしますけれども、再編・ネットワーク化協議会ではお互いに切磋琢磨しようと先ほど病院局長が話したようなお話をしましたし、お互いに特徴ある病院経営をしようというということです。規模について、私どもがその時点でお聞きしたのは、特別、巨大なものをつくる気はなくて、一つには今の老朽化した病院を新しくするといったものがベースであると。それともう一つは、今、2か所ほどでいろいろな事業をやっていますので、それをできれば1か所に集約する方向で進めたいのだと、こんなことが考え方の趣旨のようです。特に病院の問題については、いろいろな形で進んだ段階でお話を聞くことにしております。

実は、市が一番関心を持っているのは、設置者が小樽市であります夜間急病センターをどういう取扱いにするのかでございます。この問題については、並木局長も心配をされまして、何週間か前には保健所長も含めて関係者といろいろな話し合いをしながら、将来的な対応をどうするかについて、これから継続的に話し合いをするという運びで、急病の関係については進めていこうという段取りをしているところでございます。

## ○高橋委員

また、情報がわかりましたら、ぜひ教えていただきたいと思います。

### ◎建物の免震構造について

次に、計画概要（案）の17ページですけれども、建設計画の中で、先ほどもちょっと出ていましたけれども、地震対策ということで、免震構造を検討しますと出ております。なぜ、免震構造を採用しますとか、免震構造にしますという表現にしなかったのか。先ほどの資料で、多くの病院が免震構造にしていることを考えると、私は検討しますではなくて、免震構造にしますでいいのではないかと思っているのですが、いかがでしょうか。

## ○経営管理部鎌田副参事

災害対策として、市立病院は災害拠点病院に指定されていますから、できるだけといいますか、災害の際に病院機能が停止しないということを考えます。有効な方法として免震構造がありますけれども、これは基本設計の中で耐震も含めて検討させていただいて、基本設計が終わった後に、市としてどうするかという判断をしていきたいという意味合いで、検討しますとしてございます。

## ○高橋委員

私は、検討する必要はなくて、必要十分条件ではないかと思うのです。

市立函館病院建設時に視察に行きましたし、本州の病院も見させていただきましたけれども、本当にすごいです。地震が来ても揺れがほとんどないような状況です。ですから、せっかく新築するのですから、コストに多大な影響があるのなら別ですけれども、資料を見ていくと、全体金額から比べてもそんなに莫大な金額になるわけではないですし、ぜひ、検討しますではなくて、免震構造にしますという方向で進めていただきたいと要望をしたいと思います。いかがでしょうか。

## ○経営管理部鎌田副参事

免震構造については、委員のおっしゃるとおり、大きな地震が起きたときに有効な構造でございます。基本設計を始める今の段階で決定をするということではなく、基本設計が最終段階まできて、いろいろな工法を並べた中で、市立病院の立場といいますか、災害拠点病院だということも含めて、どの構造がよりよいのかを判断していきたいということでございます。

## ○高橋委員

副参事は、技術職ですから、私と同じ意見だと思うのです。どこかでストップがかかっているのかどうかはわかりませんが、ぜひ免震構造ということで私は期待したいと思います。

### ◎建設単価の問題について

もう一点、先ほどから出ている建設単価の問題ですけれども、国立病院機構の25万円から30万円という基準ですが、私は至極当然な基準だと思っております。本州でも相当安い自治体病院もありますけれども、それは、設計から施工まで全部一括発注で、北海道の小樽市も含めての発注方法とは全然違うという内容は確認をいたしました。

確認したいのは、国立病院機構で言っている1平方メートル当たり30万円の仕上げ仕様といいますか、仕様グレードというのは、具体的に言えばどういう内容なのか、簡単に結構ですので、わかりやすく説明をしていただきたいと思えます。

### ○経営管理部鎌田副参事

平成17年だったと思いますけれども、国立病院機構が建物の仕様を出して、それに基づいて建設することで、1平方メートル当たり25万円から30万円で建設するという仕様とあわせたものを出しています。その仕様の中で述べられていますのは、例えば外壁であればタイルを使わないこと、サッシはカラーサッシを使わないこと、屋上庭園はつくらないこと、そういうようなことがある程度書かれております。こういったことをすることによって、先ほど言いました1平方メートル当たり25万円から30万円という幅を持たせた金額の中で病院ができるだろうという考えだというふうに記憶しています。

### ○高橋委員

これは、私も具体的に勉強させていただきたいと思えますけれども、恐らく中程度、若しくはそれ以下のグレードでやりなさいという内容だと思うのです。基本設計ができていない今の段階で具体的な議論はなかなかできないものですから、それはまた後でやらせていただきたいと思えますけれども、では、基本設計を迎えるに当たってコストダウンをするためにどういうことを考えていくのか、今の時点で考えている内容があれば教えていただきたいと思えます。

### ○経営管理部鎌田副参事

建物のコストダウンでございますけれども、病院という用途の建物で、実際に24時間休みなく使う施設ですから、基本的に質はあまり落とさないことが理想だというふうには思っています。ですから、断熱をよくするとか、高機能のサッシを使うという金のかかる方向に話はいくのですけれども、なるべくそういった機能を損なわないようなそれぞれの構造だったり仕上げだったりということを考えながら、その上でコストダウンを図っていくと。今のところ、具体的にどうするのかという話まではいっていませんけれども、設計者の方と過去の経験などを生かした上でこういう方法がありますという提案をしていただきながら進めていきたいというふうに思えます。

### ○高橋委員

最後になりますけれども、建設スケジュールの中で、基本設計は平成22年度で終了しています。この具体的なスケジュールをもう少しお聞きしたいのですが、大体、年度内に見えてくるのか、年度をまたぐのか。逆に、議会に対しては第4回定例会で示されるのか、第1回定例会になるのか、その辺の予定についてお聞かせいただきたいと思えます。

### ○経営管理部鎌田副参事

基本設計については、基本的に平成22年度内に完了しようというふうに現在のところ考えております。議会に示すのがどの時点になるのかということについては、業務の進みぐあいにもよりますので、中間時点なのか、それ以降なのかわかりませんが、何か示せるようなものがあれば、その段階でまた知らせたいというふうに考えます。

### ○委員長

公明党の質疑を終結し、民主党・市民連合に移します。

○齋藤（博）委員

何点かお尋ねしたいと思います。

◎済生会小樽病院の移転に伴う夜間急病センターについて

最初の計画の策定方法については、先ほど来お話に出ていますので、少し省略したいと思いますけれども、私どもも、今月、医師会と話し合いをする機会がありました。夜間急病センターのことが一つのテーマでしたが、新市立病院のこともお話に出てまいりました。先ほど、副市長の御答弁もあったのですけれども、これは私の印象だと思っていただいてもいいのですが、医師会長の口からは、今の制度、要するに小樽市が設置者になり、医師会が指定管理者で、済生会病院の敷地の中でやっているといったフレームについては一定の評価で、これからもそういうフレームでいきたいという発言が繰り返されました。私の記憶の範囲では、相對している話の中では、済生会病院の近藤先生からは現状についてのお話もあったのですけれども、将来、特に建てかえた以降についての部分については、残念ながら一言もなかったような印象なのです。聞き逃したかもしれませんが、逆に済生会病院が現在の場所からなくなるときに、地域に医療的な空白が生じるという委員からの指摘に対しては配慮しなければならないというお話もあったのですけれども、夜間急病センターの部分については、少し、医師会長とはトーンが違ったという印象もあったのです。本日の委員会で副市長からもそういうやりとりがあるというお話が出ていますので、どういった考え方が示されているのか、今言えることがあったら、詳しくお話しをいただきたいと思います。

○市長

日にちは忘れましたが、3月だと思いますけれども、医師会長が市役所へ来まして、1度お会いしたことがあるのです。その折に、済生会病院のいろいろな問題が出ていたものですから、夜間急病センターはどうなるのかという話の中で、医師会長からは、できれば新病院に近いところでやってほしいという話は出たのです。副市長も同席しましたから知っていると思いますけれども、たぶん、そういう発言があったので、それはそれで受け止めて、そういう状況の中で、先ほど副市長が言ったように議論をしているということです。まだ最終確定ではありませんけれども、これからも関係者と十分協議をしなければいけないというふうには思っています。

○齋藤（博）委員

フレームの部分では、小樽市が当然やっていかなければならない事業だと。医師確保などの運営面を考えると、医師会の協力といいますか、医師会にお願いしてやっていくというのは結構ですけれども、場所の問題について、今の市長のお話で言うと、特に済生会病院が新しく建設になったときには、新しい病院の付近というところを含めて今検討しているということでもいいですね。

（「はい」と呼ぶ者あり）

◎医師とコメディカルの当直について

そういったことを踏まえて、次の質問に入りたいと思います。

診療部門の中に救急医療ということで書かれております。内容的には、昔から言われているように、2.5次救急的な部分を色濃く出しているというふうに読ませていただきました。そういう中で、現在の両病院では、夜中、急患が入ったり、オペが入ったりして、スタッフが呼ばれているといった実態があると思うのです。改めて、検査科や放射線科の最新の動向として、細かい数字は別ですけれども、夜に呼び出されている実態についてどうなっているかをお聞かせいただきたいと思います。

○経営管理部小路副参事

夜の呼び出しのことなのですけれども、私が把握している医療センターは、脳神経外科と心臓血管外科、精神科、循環器内科になりますが、印象として、特に脳神経外科に関しては件数が増えてきている印象があります。

○経営管理部今井副参事

私は小樽病院の放射線科技師長ですけれども、小樽病院の救急の実態ですが、平成21年度につきましては、夜の

10時から朝5時まで1人2時間弱のサイクルで、それほどという感じではないですけれども、医療センターのほうは、診療科も違って、かなり時間数が多いと思います。いずれにしても、道内の市立病院を見ましても、砂川市立病院は2交代で、その折に四、五人常駐していますけれども、それ以外の病院については、おおむね朝から日勤をしまして、その日が終わります、朝に帰るという感じで、最大1名ぐらいの増員で対応しているのが事実です。市立病院については、自宅からの往復時間を考えますとやはり当直をして、診療も、泊っているとすぐに対応できますから、そのようにしていると思います。

6月25日に全道市立病院の放射線技師会の技師長会議がありまして、その議題の中にも、今回、似たようなテーマがありますから、そういうものも参考にしながら、新市立病院については検討していきたいと考えています。

#### ○斎藤（博）委員

そういった中で小樽病院の薬局は、昔、当直体制をしいているという話もあったのですが、現状はどうなっていますか。

#### ○経営管理部参事

現状では当直体制でやっております、日勤で朝から勤務をしまして、次の日の朝に帰る形で出ております。ほとんど毎日のように、例えば夜10時以降を見ましても、夜中を見ましても、少なくとも一、二件は業務が発生しているという現状です。

#### ○斎藤（博）委員

前に一度調べたことがあるのですが、小樽病院と、当時の第二病院の放射線科、検査科の時間外の実態ということで、1年間分について、その日、どの時間帯にどういう人が出ているかを調べて、二つの病院を足したことがあるのです。そうすると、ほぼ365日、夜の9時から朝の8時ぐらいの間に、ほとんど毎日のようにどちらかの病院で必ず呼び出されており、当時で言うと相当の時間の時間外勤務をして、次の日も日勤している状態が続いているという調査結果がありました。

今度、新市立病院になると、当然、それが一つの場所に移るわけですし、役割も絞られてくるので、夜間の呼び出し体制というのは相当ハードになってきて、今までよりも大変ではないかと思うのです。そうすると、呼び出されて、時間外勤務をして、終わったら帰って朝にまた出てきて働くということで、十分な体制がとれるのだろうかという心配があるわけです。お答えもいただいていますけれども、そういった意味では、計画概要（案）に書かれているように、当直室を配置することや、薬局、検査科、放射線科も含めた体制を整理することも書かれており、新市立病院の検査科の緊急医療体制として、部をつくれという議論をしたこともあるのです。そうすると、専門の医師とか看護師とか、いろいろなところがあるのですが、当直している医師が対応することを考えたときであっても、コメディカルの3部門については当直体制をとるような考え方のほうがいいと思います。ここで書かれていることは、そういうことを意味しているというふうに思うのですが、改めてお聞きします。

#### ○病院局長

今回、検査科、薬局、放射線科の方たちに経営管理部に入ってくださいましたが、少なくとも、4年後に一つの病院になるのですから、今からそういう発想をしていって、お互いに検討し合い、助け合いながら、そこに向かっていってほしいと。その時点で、やはり当直制が必要であるとなれば、それをとるという意味で、3人の方々が経営戦略会議に入っているわけです。病院の一番の決定機関の中に入っていますので、そこでいろいろ意見を聞きながら、今、対応していこうかと思えます。

私は、コンビニ的な患者ではなくて、本当に2次救急が必要な患者はきちんと新市立病院で診なければならないと。その体制は、きちんとしておかなければならないということも、十分に考えてやっております。今、その体制を含めて、難しいのです。両方を合わせた総職員数をどうするかとか、いろいろな問題があるものですから、ほかの病院を参考にして、よりよい体制ができるように考えていきたいというふうに思っています。

○齋藤（博）委員

現時点では、概要計画（案）に書かれている内容と、局長の話を含めて、そういうことをぜひ検討してもらいたいということで、今日はここまでにしておきます。

◎看護師の勤務体制について

次に、今度の病院は、当然、精神科の病棟を二つ持つこととなります。少し減ったかという印象もあるわけですが、少しお尋ねしますが、医療センターの精神科病棟の勤務体制についてお聞かせいただきたいと思います。

○（医療センター）事務室次長

現在、精神科病棟の看護師の勤務体制ですけれども、日勤が午前 8 時 30 分から午後 5 時まで、夜勤が午後 4 時 20 分から翌朝の午前 9 時までの 2 交代制となっております。

○齋藤（博）委員

両病院を合わせて、こういう 2 交代制をやっているのは精神科だけかと私は思っているのですけれども、こういう勤務体制をとる理由は何ですか。

○（医療センター）事務室次長

2 交代制の理由ですけれども、精神科病棟につきましては、昭和 49 年の開院当時から 2 交代制をとっていたということですので、恐らく、それ以前からの経過があって、そのまま引き継いだのではないかと考えております。

○齋藤（博）委員

それはわかっているのですけれども、どうしてそういう形態をとるのでしょうか。昔からそうですというのは了解します。ただ、ほかの病棟は 3 交代でやっているのだけれども、どうしてここのだけ 2 交代なのでしょう。何か積極的な理由があるのでしょうか。

○（医療センター）看護部長

昔からやっているということで、古いと思われるかもしれませんが、実は古くて新しい考え方で、今は 2 交代制に切りかえている病院が結構出てきています。どうしてかという、看護師が疲れないからです。3 交代をしていると、夜勤入りの休みと夜勤明けの休みです。けれども、2 交代でしていると丸々の休みがあるのです。それで、例えば仮眠がとれないような夜勤であっても、帰ってから次の日に休みがあるので体が疲れないので、1 日限りだというふうに言われます。

それと、夜に眠れない患者が非常に多いのですが、一晩通して自分の睡眠状態を見てくれる看護師がいることで、安心するという、患者からも看護師側からも実は好評なのです。

昔からやっているから今もやっているのではなくて、忙しくなってきましたので、その都度、患者や看護師に聞いています。そうすると、当直制をとっているところは絶対に 3 交代にしないでくれと言われてます。特に夜中の 12 時前に出ていく深夜勤務は、みんなどの人も嫌なのです。そういう勤務ではないということで、一晩だけの当直制というのは、休みを有効に使えるということで、みんなに喜ばれています。

○齋藤（博）委員

そういった認識からもう一回聞くのですが、昔は 2 交代のときの仮眠のとり方の問題でいろいろな評価があったことを覚えています。ただ、最近、特に精神科に入院している患者の年齢が高くなっている部分とか、それから状態の重い患者が増える中で、午後 4 時からの 16 時間で、翌朝 8 時、9 時までの勤務は果たしてどうなのだろうかという意見も聞かされているのです。今、看護部長がおっしゃっているように、患者からも、それから働いている看護師からも歓迎されているという認識はなかったのですけれども、そういった意見は医療センターの精神科病棟で働いている皆さんの主な意見だと理解してよろしいでしょうか。

○（医療センター）看護部長

実は、医療センターの脳神経外科では、4 人夜勤で 3 交代していますけれども、4 人夜勤ですから必ず 8 人は夜



勤要員で、そのほかに明け休みの人がいるので、十二、三人が夜勤要員になるのです。一部の脳神経外科の看護師からは、すごく忙しい脳神経外科でも、夜勤を 7 人にして 2 交代にすることはできるという、一つの考えが出ています。考え方を変えていくと、どんなに忙しくても、朝の忙しい時間帯とか、寝る前の消灯前の忙しい時間帯を 7 人ぐらいの看護師で勤務すれば当直できるのです。だから、当直制の勤務時間が長いからだめだというのではなくて、新しい視点で考えていかなければならない時代になっているのです。

○齋藤（博）委員

この辺は、また改めて議論させていただきますけれども、要は、新市立病院の精神科病棟の勤務の形としては 2 交代を前提に考えていると理解しておいてよろしいですか。

（「はい」と呼ぶ者あり）

○経営管理部長

精神科の話がありましたけれども、今、小樽病院でも試行をやるということで、もちろん、看護師のいろいろな意見があるのですけれども、2 交代制を希望するというのは結構あるのです。そういう中では、まだ先の話ですけれども、新市立病院に向けて、もう一回、全体的な検討は必要かと思えます。すべてをやるという意味ではなくて、病棟によっては、精神科に限らず 2 交代制を採用していく場合もあると思えます。

○齋藤（博）委員

◎人工透析の考え方について

次に、人工透析の考え方についてお尋ねしたいと思います。

今回、診療科として腎・透析科を新たに院内標榜することが考えられているようでありますけれども、人工透析の機械を 20 台設置して、さらに隔離患者用として別室に 2 台を置くということですが、こういう考えに至った背景と伺いますか、患者の需要関係も含めた見通しについてお尋ねしたいと思います。

○（医療センター）事務室次長

現在、医療センターの人工透析の装置につきましては、緊急対応用としまして 4 台、あとは定期的な患者用として 13 台ということで、17 台ございます。それで、月、水、金は午前、午後の 2 部透析、火、木、土は午前のみ 1 部透析です。月、水、金は午前、午後とも大体 12 名から 13 名程度、一定的な患者を入れればほぼ満杯という状況です。それで、一部、安定している患者を他の病院に紹介しているケースもありますので、一定程度の需要は見込めるものと考えております。

○齋藤（博）委員

新市立病院でも大体 2 クールということですか。2 交代ぐらいを想定してやっていくような見通しで考えられているというお話ですか。

○（医療センター）事務室次長

基本的には、現状を維持したような状態で考えておりますけれども、医師の数とか、当然、看護師の配置等にもよります。一応、2 部制はとっていきたいと思っております。

○齋藤（博）委員

細かくて申しわけないのですけれども、隔離患者用の別室というのは今もあるのですか。今はないような気もするのですけれども、これはどういう役割を果たすのですか。

○（医療センター）事務室長

今現在はございません。同じ部屋の 17 台に含まれております。

○齋藤（博）委員

今回、あえてというか、改めて言葉として、隔離患者用として別室に 2 台設置しますと分けて書いているので、この必要性と伺いますか、役割はどういうふうに考えていらっしゃるのかを聞きたいのです。

### ○経営管理部長

市内で実際に人工透析をやっている病院は、クリニックも含めて結構あるのです。そういう意味では、市立病院で担う分というのは、ここに書いてあるとおり、あくまでもほかの疾患を抱えている、例えば脳や心臓に疾患があるとか、クリニック等ではなかなか難しい方を中心にやろうということです。その中では、現在の病床でも回っておりますけれども、やはり感染の問題などがあつたときに、隔離したところに透析装置があればいいのではないかという話は、以前から出ていた部分ですので確保していきたいと。高齢の方が非常に増えるとなると、いろいろな疾患を抱えているので、やはり市立病院でなければできない患者も増えるだろうというお声があるのです。それでも、20台で、2クールでやっていけば大丈夫だろうという判断で今進んできております。

### ○保健所長

新型インフルエンザのときには、隔離の状態透析ができる病院がないために、かなり神経をとがらせていました。幸いにして小樽市では透析患者が新型インフルエンザに罹患することがなかったのですけれども、これは保健所としても大変ありがたいアイデアだと思います。

### ○斎藤（博）委員

#### ◎オープン病床について

次に、オープン病床についてですけれども、ここにも書かれていますように、今まではオープン病棟だったわけですけれども、これがオープン病床で30床となるわけですし、病棟なら30床で一つの塊としてイメージできるので、病床になったらどういう形を考えていらっしゃるのか。どこかに書いてありましたけれども、市内の医師が大体1日の仕事が終わってから駆けつけて診察をして、オーダーをして帰っていくという形になると思うのです。これらを30床持つというのは、どのような体制で運営されていくのかをお伺いしたいと思います。

### ○病院局長

まず、30床にした理由ですけれども、今、オープン病床を利用されている医師に面談して、30床ぐらいほしいと。そのときに、大体はオープン病床が一つの病棟に行くのですけれども、例えばそれ以上にオーバーした場合はほかのところにも行きます。それから、もう一つには混合化していき、病床をうまく利用しましょうという発想なのです。そこだけでなくほかのところも使ってもいいですとか、その病床も市立病院で使ってもいいですという発想で、病棟というより病床にしています。例えば、一般の、移してもいい容体の人がいたらそちらの病床に移すという発想で、病棟というよりも病床として有効に使いましょうという発想で30床にしました。

この前の計画では20床だったのですけれども、我々としては、非常に特徴ある小樽病院のオープン病床を最大限生かしていきたいということで、30床でやっていきたいと思いますという考えでこのようにしたということで、基本的には今とあまり変わりません。

### ○斎藤（博）委員

オープン病棟だということで、新市立病院の規模・機能を見直す中で、最初は病棟としてあつたのではないかと思います。私の記憶では、スペースとかベッド数の問題などが議論される中で、最初にオープン病床が消えていったというか、見直されていったということです。そういった中で、医師会の意見もあつたと思うのですけれども、今回、最終的に文章にまとめる中で、20床から30床に増やしていますが、それでも病棟という形にならないで、病床になりました。そのことについて、利用される方との意見交換の中で、今後の課題というか、問題点は出なかったのですか。

### ○病院局長

この前も、医師会長など、幹部の人達と話をしました。もちろん、オープン病床について、たしか病棟だったのという質問もありました。そのときには、こういう意味でやりますということを言って、理解していただいています。本日もオープン病床の勉強会がありますので、その都度、いろいろな説明をしていきたいと思っております。

病棟も病床も、内容は一緒です。昔は37床あったので、それぐらいだったら、一つの病棟で看護体制はできるのですけれども、今は33床なのです。それを今、30床にする形で、そのほかのところにはほかの患者が入るわけです。ですから、そういう意味では、オープン病床という形で、内容は今までと同じようにするというのと、さらにこういう意味でやるという説明をきちんとやっていきたいと思います。

#### ○経営管理部長

局長が就任される前の話ですけれども、医師会としては、病棟でとれば一番いいということでしたが、患者数はそこまでいっていないということもあるのです。例えば、5床ずつばらまかれたりするよりは、来ている多くの医師同士の情報交換の場にもなるので、なるべく塊で欲しいというお話はありました。あとはディスカッションする部屋が欲しいということもありましたので、それは十分満たしていきたいと思います。あとは、病院局長が言うように、ある程度、お互いに乗り入れができるようなものにしていきたいと思っています。

#### ○斎藤（博）委員

##### ◎院内保育について

それでは、最後の質問です。

概要計画（案）の14ページに、管理部門の（3）福利厚生という項目がございます。この中で、「子供を有する職員が安心して働ける環境整備や対策について検討します」と記載されているところがございます。私も、2年ぐらい前に、当委員会の中で、院内保育のあり方について議論させていただいたことがございます。当時の理事者の御答弁としては、新しい病院の中に院内保育所を設置していきたいという、わかりやすい御答弁をいただいた記憶がございます。

安心して働ける環境整備や対策という、時代も変わっていますが、女性の働く環境を整備するのは大事なことですし、特に病院の場合は、看護師だけでなく、すべての職種について言えることです。そういう意味では、今言われている病児保育とか、24時間保育の問題等々を含めて、院内保育所が果たせるであろう役割の一つとして、人材確保といいますか、子供のこともあるのですが、人材確保という観点からも非常に戦略的には大事な課題だと思います。

そういった意味で、計画概要（案）に書かれてある言葉だけを見ると、以前の御答弁からは少しぼけてきていると思います。一方で、新しいニーズである病院での保育や24時間保育の問題とか、それから建物の中なのか敷地の中なのかについても結構な論議があります。以前は、議論の勢いで、建物の中で一番いいところにつくってやるという御答弁をいただいているので、それはそれで堅持してもらいたいという思いもあるのですけれども、それはそれとして、いろいろなケースを見ていくと、やはり建物の中よりも病院敷地内も含めて考えている部分が多いようです。そういうことを考えても、この表現はちょっと後退しているのではないかと思うのですが、改めて聞かせていただきたいと思います。

#### ○経営管理部長

一番いいところにつくると言ったのは私ではないと思うのです。

当然、院内保育をつくるという考えは一貫してありますけれども、前の基本設計が入った中でも保育施設については敷地内に別につくってほしいという流れも少しあるのです。道内のいろいろな病院を見ているのですけれども、敷地内に設置しているところもありますし、病院の中に取り込んでいるところは少ないですけれどもあります。しかし、なかなか敷地内にとれていないところもある中で、今回、量徳小学校と現在地を想定した中では、例えば敷地内に別に建てるとなると、土地が厳しいのです。そういうことは、当然含めますけれども、これは、保育所だけでなく、もっとトータルにということで積極的に書いた発言なのです。この中では院内保育にするのか、どういう形の保育にするのか、必要性は十分に認識しております。看護師ばかりでなくて、そういう対象にしたものは何とか実施していきたいと思います。その形態について、最初に出した基本構想は院内保育所と書いていました。少

し表現は変わっていますが、形として、院内保育といたしますか、ここに書いてあるとおり、子供を抱える看護師なり職員の対応は必要だということで、当然、保育をどうするかということは同様に考えていきたいと思っています。

**○斎藤（博）委員**

場所の問題は、またいろいろと議論しなければならないところもあるかと思いますが、御配慮いただいている部分でたぶん大丈夫だという気がします。

追加で聞きたいのは、以前に院内保育所を置くか置かないか、どこに置くかという議論の後に、大分時間もたっていますが、病児保育と24時間運営についてもありましたが、どのような考え方をもちなのかというふうに思います。

**○経営管理部長**

24時間の運営は、たしか以前も当然検討しています。どういう形態で可能かということがありますし、需要がどのくらいあるかということもあると思います。病児保育は、話を聞いておりますけれども、病院としてやるというよりも、あの事業は恐らく市としてやる形になると思います。その辺の協議はこれからお話があると思いますが、まだ具体的には検討しておりません。

**○斎藤（博）委員**

これはお願いなのですが、当委員会のお話ではないのですが、保育所の見直しの中で答申が出ていますけれども、その中でも病児保育の問題は大きな課題として提起されているのです。普通の保育所で看護師などの医療体制を整備したような保育所をつくることは、極めて不可能に近いわけですから、そういった中で新市立病院内への保育所の設置を期待するような意見が聞かれたものですから、少しでも可能であれば、そういったことも加味して議論していただきたいと思いますので、これを要望して終わります。

**○委員長**

民主党・市民連合の質疑を終結し、平成会の質疑に移します。

---

**○大橋委員**

**◎住民訴訟の問題について**

いわゆる住民訴訟の問題なのですが、5月13日に札幌地方裁判所で裁判がありました。それを傍聴してきましたので質問をしますので、ただ、市長に事前に申し上げますけれども、原告と私は国際ロータリークラブに所属しております。それは市長もご存じで、その関係のパーティーに市長と原告が同席して、市長が、なぜこの人がここにいるのかとびっくりされた経過もありましたけれども、狭い小樽の中ですので、そういうこともありますけれども、訴訟に関して、私は原告に相談を受けていませんので、そういう部分で質問するわけではございません。

実は、5月13日の裁判で初めて札幌地裁に行ったのですけれども、その目的は、前日に長隆さんが証人として出席するという話が出まして、皆さんが御存じのとおり、この間もNHKの番組でも長さんを中心に病院改革問題の特集を組むような状況になっているので、どういう形で証人として裁判に来るのかという意味で傍聴しています。

裁判の中で、小樽市側の証人として、吉川経営管理部長が出られて、大変な御苦労だったと思うのですけれども、証人として淡々と質問に答えられて、裁判所は結果として市長を証人申請する必要はないという形で終わりました。

長さんが発言された部分で、小樽市と長さんの関係について、やはり憂慮すべきというか、思いを感じたので質問をしますので、長さんが初めて小樽病院に来られたのは何年か前に小樽で講演をしたときで、講演の前に現地を必ず見るということで小樽病院に行ったのです。それで、小樽病院と第二病院を見たのだけれども、そのときが土曜日だったので、小樽病院は薄暗い受付に係員が2人いて、患者はだれもいなかった。それから、第二病院は玄関が閉じていて、同じく患者はいなかったのです。土曜日に患者がいない状態の病院はほとんど見たことが

ないという部分から始まりました。

最初からいい印象を持たなかったのだと感じたのですけれども、小樽病院の新築問題に関しても、結局、小樽病院の問題は全国で最も悪い事例であると考えていると。それで、自分が病院改革検討委員会をやっているわけですけれども、その中での基準などから考えて、小樽病院の起債の申請は通るわけがないと、絶対に通りませんということを裁判所の証人申請した中で発言していたわけですから。ずいぶん過激なことを言う方だと思いました。

私の質問は、そういう長さんの発言に対してどのように受け止められているのか。また、小樽病院は起債の許可になるはずがないとまで断言している部分についてどう考えられるかということです。それからもう一つは、全国的にもマスコミ的にも非常に影響力を持っている方ですから、その方がこれからもいろいろなところで講演して、小樽病院については相当辛らつなことを言って歩くのだらうと思います。そういう部分で、長氏と小樽市の関係について今後どのように考えていったらいいのか、そこのところをまとめてお尋ねいたします。

#### ○経営管理部次長

最初に、起債の問題でございますが、長さんが当時の資金不足の中で大変だったとおっしゃいましたが、その時点を見られて、解消計画の話には至っていなかったと。今も実際に資金不足比率は起債の許可団体で、起債の許可団体になれば起債が認められないかといいますと、そうではなくて、資金不足が課題である、また経営努力をしていないという、幾つかに該当すると起債が認められないと制限する状況があります。今、北海道を通じて、総務省に、先日、私も行ってまいりましたが、今はこういう状況で、来年度、再来年度と減らしていつ平成22年度には不良債務を解消します。平成25年度には資金不足を解消しますという説明をさせていただいた中では、それであれば今の基準の土俵に乗れるというお話も聞いております。どういう根拠で絶対に認めないという発言されているのか、少し私としては納得がいかないということです。

#### ○副市長

私が言うのが適当かどうかわかりませんが、私も市長に確認したら、直接お会いしたことがございませんので、いろいろと御発言されていることは直接聞いているわけではないです。メディアの記事の中で見聞させていただいているのですけれども、総務省に私も行ったときに、長さんの御発言というのはいろいろなところであるのですが、彼は総務省としての考え方で全国的にいろいろな話をしているのかということを知ったこともございます。少なくともあの時点では総務省で御活躍をいただいたということであって、その役目が終わったら総務省としてもかかわらないと。そういうお話があった記憶がございます。

ですから、一つ一ついろいろな御発言をされていること自体は承知をしておりますし、いろいろな形で御心配されて御発言される部分について、市という立場でいろいろ対応することはございませんが、いろいろな御意見なり何なりされた部分について、私どもとして受け止めるべき部分ももしございましたら、それはそれなりに受け止めていきたいと思っております。しかし、なにせ一回も直接お会いして議論したことがございませんので、もし何か機会があれば、そんなお話ができればいいかというふうには個人的に思いますけれども、そんな状況ですので御理解いただきたいと思います。

#### ○大橋委員

小樽市に公開質問状が来たということではなくて、かなり一方的に発言されているのだらうとは思いますが、ただ、事例として、小樽市の病院はどうしようもないという発言というのは、小樽市にとって非常にマイナス要因も多い話です。発言機会の多い方ですから、そこにおいてどうしようもないのか、現在の小樽市は豪華な病院を建てようとしているわけではないと伝える方法があるのかどうか、その辺についてはどうなのでしょう。

#### ○市長

どんな人かよくわからないので、こちらも対応のしようがないのです。ある時期、本州のある医師会長から、あの方の講演を聞いて、いろいろなことを言っているのだけれどもどうなっているのか、関係資料を送ってくれとみ

たいな照会がありまして、書類を送ったことがあります。総務省とはもう縁がないように聞いていますし、当時は特例債を決めているのは自分だというような発言をされて、ずいぶん、我々も迷惑をこうむっているのです。いろいろな病院を見ていらっしゃるから、いろいろと御批判はあるのでしょうけれども、それはそれで我々としてはあまり感知しないで淡々とやっていきます。

#### ○大橋委員

わかりました。

その裁判の争点は、前回の基本設計料の2,581万8,000円がむだになってしまったというのが訴えなのだと思いますが、第2回定例会の補正予算で4,300万円の基本設計料を計上するというお話が出てきています。議案の中身については、定例会で詳細の質疑はされるものと考えておりますけれども、一つの考え方として、設計中断だったという考え方があったわけで、そういう言い方もしてきているわけですから、最初の金額から言いますと、2,581万円を支払っていて、未払い残高が3,404万円となるのです。そうすると、同じ設計事務所に継続して同じ事案を頼むという部分から言いますと、残高の3,404万円で最初の契約どおりにできないのかという話も一つの理屈だと思うのですが、そういうふうには考えなかったのですか。

#### ○経営管理部鎌田副参事

基本設計を始めたのが平成18年度ですけれども、契約して業務を始めて、11月に事業の中断に伴って契約を解除して、それまでの業務の委託料として2,581万円を支払っております。そこまでの間は、病院側と設計者が協議をしながら、図面を、各階の平面が一番大きいのですけれども、それを進めてきたのです。今回、第2回定例会に予算計上をいたしますが、前回積み上げてきた病院側との協議について、当然それは次の設計の段階で考慮されますけれども、敷地が変わっていることと規模・機能が若干変わっていることから考えますと、前回積み上げたものから若干の手戻りが必要になってくるものというふうに考えております。このあたりを考慮した上で、あとは基本設計以外にも一体で発注している部分がありますので、これらのところを含めて第2回定例会の補正予算で計上する額ということで、詳細については、予算特別委員会で審議していただきたいと思います。

#### ○大橋委員

詳細については、定例会でまたいろいろな意見が出ると思います。

#### ◎新市立病院の発注方法について

実は、今日の議論でも出てきた中で、建築費の1平方メートル当たり33万円という金額について、これが、これから最大の、要は建築費が幾らかかるのかという部分が議論の中心になると思います。中島委員の質疑の中で、具体例として札幌市の民間病院が1平方メートル当たり20万円という話が出てきて、民間病院の金額を私どもは承知してはおりませんでした、非常に具体的な金額が出てきたという思いがしました。

国の基準や考え方と民間の考え方の違いがあるわけですけれども、今まさに建設費についていろいろ議論されている中で、たまたまNHKの例の番組で鹿児島県立病院の院長は、建設費について民間に試算させることも考えていると、国の基準でやるとどうしても金額が高く出るという発言をされておりました。それからまた、長さんの発言として、上野原市立病院が、結局、1床当たり1,700万円だったか1,200万円だったか、極端に安い単価で試算しているということも出ているわけです。そういう部分で考えますと、小樽市は、今回、33万円と出したときに、民間病院の建設基準などの資料とかを集めて検討されたのかどうか、まずそれについてお尋ねします。

#### ○経営管理部鎌田副参事

民間病院の建設に関する工事内容、工事金額の算定に至る資料みたいなものは、民間工事の場合、建物の仕様ですとか、あるいは契約の方向などが明らかになっておりません。どういう内容で発注されたかということもわからない中で、一概に公共のものと比較をするのはかなり難しいところはあるのですが、コンサルタントからの情報や、そういう資料ではなくて、聞き取り調査の中で民間はこのぐらいのベースでやっていますというところは

お聞きしたことはあります。

#### ○大橋委員

各病院の経営の根幹の問題ですから、資料を公開するということはあまりないのだろうと思います。ただ、鹿児島県立病院の院長の言っていた言葉でなるほどと思ったのは、試算させること自体を民間の設計会社といいますか、そういうところにさせてみるというのが、やはり発想の転換なのかと思ったのです。我々は、結局、国の基準があって、その基準どおりの計算をするからこういう金額が出てきて、基準どおりだから妥当だという形になるのですが、実際問題として、民間で設計なりをやった場合に、3割も4割も安いということが結果としては出ているわけです。そうすると、国の基準だから33万円ですという論をこれからも通していいのかどうかということに大変疑問を感じます。

先ほどからの議論で、非常に乱暴な議論をされてしまった部分は、地元が発注する場合には高くなる。中央に一括発注するようなやり方の場合だったら、小樽市が発注したって安くなるというような議論までされてしまったのですけれども、そういう議論の前に、基本設計の1平方メートル当たりの単価を幾らにするかということをもう少し考えなければいけないのではないかと思います。

実際に建築や実施設計をして、幾らで建つかはわからないという言い方もされていますが、17ページの事業計画及び事業費の試算の項目で「建物本体工事費は1㎡当たり33万円を目標とすることとし」とはっきりと文章化しているわけです。それによって総建築費も基本設計の上でどうしたって出てきてしまうわけですから、そうすると、今度は実施設計、それから発注、それもすべてその金額が基準になってしまうのです。

ですから、今、我々は、新しい病院を早くつくるべきだということに対しては賛成していますし、それから、それに伴って基本設計を発注する時期であることも認識しています。しかし、最初から非常に高額な金額を目標にするという形の基本設計の発注の仕方であれば、基本設計を発注しなければならないことをわかっていても、そういう基本設計の発注の仕方をしていいのかどうかと思うのです。

例えば、1平方メートル当たり25万円を目標とするだとか、28万円を目標とするだとか、もっと基本的に総額が低くなるような、そういうような努力をして基本設計をさせてみるということをししないと、最初から33万円掛ける総床面積の病院が建つほうへ誘導してしまうということになり、後から設計がいろいろと変わりますからということで容認できるのかどうか、今、それについて私は非常に疑問を感じているのですけれども、それについてはどうなのでしょう。

#### ○経営管理部鎌田副参事

今、この17ページで記載しております1平方メートル当たり33万円という目標については、基本設計をこれから始める前の事業費の試算という意味で使っています。先ほども御説明しましたように、国立病院機構の金額をベースに増加分を考慮して、今回示した各都市の実績から考えても、おおむねこのぐらいのところの基本設計を始める今の段階の目標として設計するのはよろしいのではないかと、そういう意味で載せております。

ですから、この額を一つの目安とはしていますが、当然、基本設計で建物内容を組み立てていきまして、それに応じた概算金額というのは基本設計の最終段階でなければ出てきませんので、それ以降に工事発注のための実施設計をやって、最終的に入札という方法になれば、そこで契約になりますので、逆にその金額を総面積で割り返したものが小樽市の1平方メートル当たりの単価という流れになりますので、今回の基本設計が始まる前についてはこういった表現でということでもあります。

#### ○大橋委員

考え方の問題なのですが、最終的な建築費については、実施設計とかをしてみないとわからない。それから、最終的な金額についても入札してみないとわからない。けれども、基本設計として1平方メートル当たり33万円を目標とすると文章化して、それを議会が承認して、それを基にして基本設計が行われ、工事費が出てくると

いう場合に、私は、もしかしたら最後はうんと安くなる形で、その言い方でもって議会審議を進めて承認するのは無理ではないかというふうに思うのです。

**○経営管理部長**

恐らくこの文章の目標という言い方がひとつあるのかと思います。今、副参事が言ったような意味合いで、先ほどの鹿児島事例はわかりませんが、恐らく民間に積算させるというのは、基本設計ができて、どういう基礎になって、どういうものになるかが出るまでは積算できないわけです。そういう意味でのことだと思いますので、まだそういうものが明らかになっていない現時点では1平方メートル当たり幾らを想定するかというときに、やはり国立病院を基本にして、国の基準も参考にしながら一定の設定をしなければならなかったという形での33万円ということです。ここで、33万円を目標と言うと、確かに委員がおっしゃるように、1平方メートル当たり33万円の病院を建てるだとか、そこに向かっていくという意味合いにとられるということも、今お聞きして、そういうふうにとられるかもしれないと思いますけれども、ここで目標とするとやっているのは、一つの試算の目安にするという意味での表現になっております。これはあくまでも（案）ですので、この分についてのその辺の表現については検討したいと思います。

**○大橋委員**

あくまでも（案）ということをおっしゃいましたので、これから定例会がありますけれども、今後の問題と試算単価の問題については現状では納得できませんので、考えていただきたいと思います。

**○委員長**

平成会の質疑を終結いたします。

以上をもって質疑を終結し、本日はこれをもって散会いたします。