

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 23 年 11 月 29 日 (火)	開 議	午後 1 時 00 分
		散 会	午後 5 時 32 分
場 所	第 2 委員会室		
議 題	市立病院に関する調査		
出席委員	山田委員長、斎藤(博)副委員長、秋元・成田(祐)・川畑・高橋・ 上野・濱本・中島各委員		
説明員	市長、副市長、病院局長、総務・財政・病院局経営管理・ 小樽病院看護・医療センター看護各部長、病院局経営管理部・ 保健所各参事、小樽病院長、医療センター院長、保健所長 ほか関係理事者		
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

ただいまより、本日の会議を開きます。

本日の会議署名員に、秋元委員、中島委員を御指名いたします。

市立病院に関する調査を議題といたします。

この際、理事者から発言の申出がありますので、これを許します。

○（経営管理）管理課長

平成23年9月5日に開催されました市立病院調査特別委員会において、民主党・市民連合の斎藤博行委員からの「夜間急病センターから市立小樽病院への患者搬送件数は」という質問に対し「8月分は28件」と答弁いたしました。救急車で搬送された11件をダブルカウントしていたため、実際は「17件」でありました。おわびして訂正させていただきます。

○委員長

この際、理事者から報告の申出がありますので、これを許します。

「市立病院に係る実施設計の進捗状況について」

○（経営管理）松木主幹

新市立病院に係る実施設計業務について、前回の本委員会以降の進捗状況を報告いたします。

まず、新市立病院建設事業の起債につきましては、本年10月11日付けで北海道から実施設計に係る起債許可の通知がなされました。

次に、実施設計業務のうち病院本体工事の設計につきましては、各診療科の医師や各部門のスタッフなどとのヒアリングなどで出された意見要望などを基に最終平面レイアウトを設計した後、それに基づく平面図、構造図、設備図などの作成を進め、ほぼ終了したところであります。

実施設計で決定した主な仕様や設備ですが、建物の構造については当初2階までを鉄骨鉄筋コンクリート造として計画しておりましたが、免震構造であることや経済性を考慮し構造計算で検討の結果、建物全体を鉄筋コンクリート造に変更することとしました。建物構造以外にも、内外装材や設備などにつきましては、おおむね基本設計で示した内容となっております。

また、免震構造に関する手続につきましては、使用する免震装置の種別を決定し、10月20日に指定性能評価書を評価機関に申請しており、ここでの評価を得た後、建築基準法に基づく国土交通大臣の認定を取得する予定となっております。

これらの業務と並行して進めておりました積算業務につきましては、今回の新市立病院が延べ床面積約3万平方メートルの大規模建築物であるため、使用する建設資材の単価の決定や諸経費などの共通費について、同規模建築物の実勢を参考に算定するなど、民間工事での積算方法も参考にしながら工事費の圧縮に努めてきたところであります。これらを踏まえて本体工事などの予算額策定を終えたことから、第4回定例会に補正予算案として提案したいと考えております。

病院局では、現在、工事発注に向けて、これらの設計図や積算について、年内をめどに最終的なチェック作業を行っており、今後、計画通知や開発行などの行政手続のほか、来年1月中旬以降に予定している入札公告など入札準備に向け作業を進めてまいります。

また、本体工事以外の駐車場整備工事や現病院の解体工事など設計・積算業務につきましては、来年2月末までに完了するよう引き続き作業を進めてまいります。

○委員長

「新市立病院建設工事の発注方法等について」

## ○（経営管理）松木主幹

新市立病院建設工事の発注方法等について報告いたします。

新市立病院建設工事の発注方法等につきましては、本年 9 月の当委員会におきまして、建設工事については建築主体工事、空気調和設備工事、給排水衛生設備工事、強電設備工事、弱電設備工事の五つの工事に分類して発注すること、入札などの参加条件については、共同企業体にする事及び入札などの方式は総合評価落札方式を採用することを報告したところであります。新市立病院建設工事に係る発注方法等についての資料をごらんください。

まず、A 対象工事についてですが、これから説明いたします B 入札への主な参加資格等及び C 総合評価落札方式については、①の建築主体工事から⑤の弱電設備工事を対象として適用することにしております。

次に、B、入札への主な参加資格等についてですが、1 入札参加資格につきましては、主な参加条件について記載してあります。① 2 社又は 3 社で構成する特定建設工事共同企業体であること、② その構成員は、小樽市の平成 23 年度、24 年度の指名競争入札参加資格者名簿の「A 1」に登録され、業種ごとの建設業許可を有し、当該許可を受けてからの営業年数が 4 年以上であること、③ 地方自治法の規定による破産者等でないこととしています。

次に、2 の施工実績、構成員の要件等については、① 共同企業体の代表者は、過去 10 年間で 300 床以上の病院及び免震構造の施工実績があり、平成 23 年度、24 年度の指名競争入札参加資格者の申請の際に提出した経営事項審査結果通知書の総合評定値が建築工事では 1,700 点以上、管工事、電気工事では 1,500 点以上であること、② 共同企業体の構成員のうち 1 社以上は、小樽市内に本社を有する者であること、③ 共同企業体の代表者、小樽市内に本社を有する者以外の構成員は、平成 23 年度、24 年度の指名競争入札参加資格者名簿の対象業種に「A 1」として登録されている者であること、④、⑤ は指名停止を受けていない者であることや、設計者である久米設計と利害関係がないこととしています。⑥ は、小樽市共同企業体取扱要綱の規定に適合していることとしています。

なお、その他詳細の要件については、来年 1 月の入札告示の際に公表したいと考えております。

次に、資料 2 ページ目、C 総合評価落札方式についてをごらんください。

まず、1 総合評価方式の概要についてですが、当該工事では、施工の質や地元下請割合などを考慮し、応札金額のほか配置予定技術者や地域貢献度などを評価して落札者を決定する総合評価落札方式を採用します。

同方式の一般的な特徴として、① 価格と品質が総合的にすぐれた調達が可能なこと、② 不当なダンピングの防止、③ 地域の建設業者の役割を適切に評価できることなどが挙げられます。

次に、2 評価項目及び内容についてですが、表で示しました評価項目などにつきましては、庁内に小樽市立病院統合新築工事総合評価審査委員会を組織して、本年 10 月 24 日の同委員会で審議し、原案を決定した後、地方自治法施行令第 167 条の 10 の 2 第 4 項の規定に基づき学識経験者の意見を聞き、評価基準については問題ない旨の回答をいただいたことから、これを取りまとめたものであります。

表の一番左側は、評価の柱となる品質の確保と地域貢献度としています。分類として、品質の確保では施工実績等、配置予定技術者の二つを、地域貢献度では地域社会への貢献等及び経済効果の二つに区分しています。

評価項目では、施工実績等につきましては、施工実績、同種・類似工事の施工実績、免震工事の施工実績、ISO の認証及び建築主体工事以外では建設業許可の区分について評価します。

また、配置予定技術者につきましては、配置予定技術者の能力、配置予定技術者の施工実績、免震工事における配置予定技術者の施工実績について評価します。

地域社会への貢献等につきましては、建築主体工事は災害協定について、また地域の技能士等の活用について評価します。

経済効果につきましては、地域企業の活用等を評価します。

評価の内容につきましては、それぞれ評価項目に応じて記載したものとなっております。

次に、3 低価格入札への対応につきましては、契約内容に適合した履行と工事品質、工事現場の安全性、下請業

者との適切な雇用関係を確保するため、「調査基準価格」を設定するとともに調査基準価格を算定する際の率と同率で「失格判断基準」を設定することとします。

なお、評価項目の配点などにつきましては、来年 1 月の入札公告の際に公表したいと考えております。

#### ○委員長

「小樽市立病院経営改革プラン平成22年度評価報告書について」

#### ○（経営管理）管理課長

小樽市立病院経営改革評価委員会から提出されました「小樽市立病院経営改革プラン平成22年度評価報告書」につきまして報告いたします。

同委員会は、小樽市立病院改革プランに掲げた改善項目の進捗状況の評価を行う第三者機関として設置したもので、今回の報告書は平成21年度評価報告書に次いで 2 度目の提出になり、本年10月17日に平成22年度の進捗状況の評価結果に係る報告書の提出をいただき、同月末にホームページで公表いたしました。

資料 2 は、連番で右下に番号を打っており、1 ページには報告書の内容でございます。上段「要旨」にありますように、入院機能につきましては、医師不足という条件の中で、おおむね適切な努力がなされているとのことですが、外来機能につきましては、周辺医療機関との調整を検討されたいとの内容であり、平成21年度とほぼ同じことが言われております。また、財務面では、医業収支悪化により最終的な達成が難しいこと、医業収支未達分を補てんする繰入金増額によって、経常収支比率は改善しているが、改革プランの成果として評価できないことなどから、平成23年度中に行う改革プランの修正を速やかに実行されたいと指摘しております。

以下、詳細につきましては記載されておりますが、具体的な取組の進捗状況につきまして、A から E の 5 段階評価で次のとおり評価されております。

まず、民間的経営手法の導入については、端緒についたばかりで、懸案事項への対応など職員に対する情報発信は行われていても、具体的成果が確認できなかったことなどから、昨年度同様の C 評価を。

事業規模・形態の見直しについては、小樽病院での呼吸器内科入院診療の常勤医赴任による早期再開など、事業課題の経営戦略会議での分析及び対応を望むとのことで、昨年度と同様の B 評価となりました。

経費節減・抑制対策については、高い人件費比率が医業収支悪化の最大要因でもあり、人件費比率の低下に結びつけることが必要である、薬剤、診療材料の購入にさらなる努力と工夫が必要である、委託業務の見直しで一定の効果が上がったが、さらなる見直しが必要などで、ここでも昨年度と同様の C 評価となりました。

収入増加・確保対策については、医師減員に歯止めがかかり、平成21年度対比では収入増加ではあるが、医業収支比率は未達の状態であることなどで、昨年度と同様の C 評価をいただきました。

また、人材確保・育成については、医師数が総数で減員のままとっており、増員に向けた具体的方策を検討されたいとのことなどで、昨年度の B 評価から C 評価となりました。

その他については、厳しい条件下での現状維持は評価するが、問題は山積みであるといったことで、昨年度と同様の C 評価と評価されております。

いずれも平成21年度を上回る評価はなく、逆に下がった項目もありました。これらにつきまして大変重く受け止め、本評価報告書でも指摘されているとおり改革プランの見直しに取りかかり、本年12月中の公表を目指して作業を進めているところであります。

なお、14 ページ以降は、委員会で提出した資料を添付しております。

#### ○委員長

「平成23年度上半期の病院事業経営状況について」

#### ○（経営管理）吉岡主幹

平成23年度上半期の病院事業経営状況について報告いたします。

資料 3 は、入院・外来収益とその関連項目及び建設改良事業費について、平成 23 年度及び 22 年度のいずれも上半期実績を比較したものです。

表のつくりを説明しますが、縦は上から順に、平成 23 年度上半期、平成 22 年度上半期、差引きの比較になっており、横は左から順に、小樽病院、医療センター、両病院合計を表示しております。各項目の両病院合計の欄で説明いたしますが、説明箇所を太字にしております。

まず、入院収益につきましては、平成 23 年度は両病院合計で 24 億 3,400 万 2,000 円となり、22 年度の 24 億 2,774 万 7,000 円と比較すると 625 万 5,000 円の増となりました。これは、1 日平均患者数は平成 23 年度が 333 人で 22 年度の 342 人と比較して 9 人減少しましたが、患者 1 人 1 日当たり収入額は平成 23 年度が 3 万 9,987 円で、22 年度の 3 万 8,841 円と比較して 1,146 円増加したことによるものです。

同様に外来収益につきましては、平成 23 年度は 14 億 4,190 万 9,000 円で、22 年度の 13 億 5,960 万 2,000 円と比較すると 8,230 万 7,000 円の増となりました。これは 1 日平均外来患者数が平成 23 年度は 759 人で、22 年度の 729 人と比較して 30 人増加し、患者 1 人 1 日当たり収入額も平成 23 年度は 1 万 5,312 円で、22 年度の 1 万 5,033 円と比較して 279 円増加したことによるものです。

また、建設改良事業費は、平成 23 年度は 4,598 万 9,000 円で、22 年度の 3,669 万 7,000 円と比較すると 929 万 2,000 円の増となりました。これは、医療機器・備品購入費で 654 万 8,000 円、施設改良費で 274 万 4,000 円、それぞれ増加したことによるものです。

このように平成 23 年度上半期は、入院・外来収益とも両病院合計では 22 年度同期を若干上回るなど、一定の成果を上げることができたと受け止めております。

#### ○委員長

「D P C（診断群分類包括支払方式）請求の実施について」

#### ○（経営管理）田宮副参事

入院医療費の新しい計算方式であります D P C 請求の実施について、資料 4「D P C（診断群分類包括支払方式）請求の実施について」を基に報告いたします。

厚生労働省では、全国どこの病院においても同じ病気であれば同じ治療を受けられるようにと、医療の標準化、質の向上と透明化を図るため、D P C 制度を推進しています。

平成 23 年 4 月 1 日現在での D P C 対象病院数は、全国で 1,449 病院、道内で 73 病院であります。また、道内の 31 市立病院中、D P C 対象病院は 11 病院となっております。

両市立病院では、このような状況を踏まえ、平成 22 年 7 月に D P C 準備病院として手上げをし、厚生労働省に必要なデータの提出を行い、平成 24 年 4 月に D P C 対象病院の認定を受けるため、本年 10 月に D P C 対象病院の参加申込書を提出し、受領されたところであります。

D P C とは、Diagnosis Procedure Combination の略で、「診断群分類包括支払方式」などと訳されています。現在の診療行為ごとに計算いたします「出来高払制度」とは異なり、入院患者の病名や診療内容に応じて厚生労働省が定めた分類、診断群分類と呼んでいますが、この分類ごとの 1 日当たりの定額から成る「包括評価料金」と従来どおりの「出来高評価料金」とを組み合わせた新しい計算方法であります。

D P C の対象となる患者と対象にはならない患者がありますが、対象となる患者は、病名が D P C 対象となる診断群分類のいずれかに当てはまる場合であります。それゆえ、精神科に入院する患者などは対象外となります。

また、D P C では診断群分類ごとに包括で計算する期間が定められていまして、この期間を超えた場合は出来高算定に切り替わります。

D P C 対象の入院医療費の仕組みについてであります。D P C の入院医療費は、1 日当たりの包括料金に入院日数と医療機関別係数を掛けたものに出来高で算定する料金を加えた金額になります。入院基本料、投薬・注射、

処置、検査、画像診断については基本的に包括料金の対象となり、入院日数を掛けて算出します。これに従来どおり出来高で算定する手術・リハビリ、透析などの一部処置、内視鏡やカテーテルによる検査、放射線治療、食事代、その他自費を加えます。

なお、数式の中にあります医療機関別係数につきましては、病院の機能に応じて病院ごとに決められる一定の係数でありまして、この係数により同じ病気や診療でも病院によって医療費が異なることとなります。

また、医療費の「限度額適用認定」や「高額療養費制度」の取扱いについては、現在と変わりません。

D P C 請求と出来高請求とを比較した場合の入院費につきましては、病名や診療内容によって高くなることもあれば安くなることもあります。

次に、D P C 請求における請求方法の変更についてであります。患者が負担する入院費につきまして、現行では10日ごとに月3回と退院時に請求を行っております。これをD P C 請求開始となります平成24年4月からは、月1回と退院時に請求を行うこととなります。

その理由についてであります。D P C 請求では、入院患者に対し最も医療資源を投入した傷病名を基に1日当たりの医療費が決まります。そのため、日々の病状や診療内容によって医療費が変わることとなります。例えば、入院後最初の10日間は主たる病気が脳卒中だった人が、その後、肺炎を発症し、肺炎の治療に最も医療資源を投入した場合、D P C 請求の傷病名が肺炎となり、入院初日にさかのぼって肺炎の入院として計算されます。そのため、長い期間で計算したほうがより正確な金額を算出できることとなります。毎月、月末締めで社会保険や国民健康保険などの保険者に対して、診療報酬請求、いわゆるレセプト請求を行っておりますので、この月1回の診療報酬請求にあわせて患者に請求していくこととなります。

平成24年4月からの入院費の請求を月3回から月1回に変更するため、第4回定例会に「小樽市病院事業使用料及び手数料条例の一部を改正する条例案」を提案したいと考えております。

なお、月単位で医療費を決定した後でも、翌月以降に症状の経過や診療の内容によって入院の主病名が変更された場合、すなわち診断群分類を変更した場合には、その時点で入院日にさかのぼってD P C 請求の計算をやり直すこととなります。その場合、翌月の請求時又は退院時に差額を調整させていただくこととなります。

## ○委員長

それでは、これより質問に入ります。

なお、質問の順序は、共産党、自民党、公明党、民主党・市民連合、一新小樽の順といたします。

共産党。

---

## ○川畑委員

### ◎新市立病院建設工事に係る発注方法等について

私からは、市立病院の建設工事に係る発注方法について質問させていただきます。

入札参加資格企業についてでありますけれども、小樽市の平成23年度、24年度の指名競争入札参加資格者名簿に「A1」として登録されている者とありますけれども、市内にはA1の登録業者が何社あるのか、建築、設備、電気、それぞれの部門においてお知らせいただきたいと思っております。

### ○（経営管理）松木主幹

市内にA1の業者が何社あるのかということでございますけれども、平成23年度、24年度の指名競争入札参加者名簿におきましては、建築については4社、設備については6社、電気については5社、名簿に登録されているところでございます。

## ○川畑委員

主に建築が大きな仕事になると思っております。参加資格等の項目に、業種ごとの建設許可を有して営業年数が4年以

上との記載があるのですが、これはどういう意味でしょうか。

○（経営管理）松木主幹

営業年数が 4 年以上であることについてでございますけれども、基本的に共同企業体が円滑な共同施工を確保するために、一定の施工能力を有する企業で構成されることが大事であり、その中で構成員となる企業が過去相当の期間において営業を継続していて十分な企業の基盤を持っていることが認められる者で構成してもらいたいということで、他都市の事例等を参考に、一定の営業の継続をしているということで 4 年と決めたところでございます。

○川畑委員

私が調べたところによりますと、建設業の登録が 3 年ごとに更新されるということがありますが、そのことも加味されているのでしょうか。

○（経営管理）松木主幹

建設業の登録は、確かにもとは 3 年でしたが、今は 5 年に変更になってございます。昔は 3 年ということで更新の回数に応じて 4 年という考え方もあったようです。そういったことも含めて、今回は 4 年というふうに考えてございます。

○川畑委員

次の項目に地方自治法施行令第 167 条の 4 の規定に該当するものでないこととありますが、これはどういうことを指しているのですか。

○（経営管理）松木主幹

地方自治法施行令第 167 条の 4 の規定についてですが、これは一般競争入札における参加者の資格について規定をしております。要は、入札に係る契約を締結する能力のない方、成年被後見人ですとか、破産者で復権を得ていない者、そういった方々が該当するというところでございます。

○川畑委員

次に共同企業体の代表者について伺います。

資料では、過去 10 年間に病床数が 300 床以上の病院工事及び免震構造の建設工事をする者、そして総合評価値が 1,700 点以上、管工事、電気工事については 1,500 点以上の者とありますが、市内の業者には該当する企業はないと思うのですが、これはスーパーゼネコンとかを指しているのでしょうか。

○（経営管理）松木主幹

この項目は、過去 10 年間に病床数 300 床以上の病院工事の実績、それからまた免震構造の実績ということを経営管理の代表者の要件としております。この代表者の要件は、一定の能力がある企業ということで出しておりまして、市内の業者にはこの点数を満たす企業はございません。

○川畑委員

私の調べたところでも、建築の A 1 企業では、総合審査評点は 1,082 点が小樽での最高点だったように思います。共同企業体の構成員のうち 1 社以上は、小樽市内に本社を有する者とか、それから共同企業体の代表者がうんぬんとありまして、共同企業体は A 1 として登録されている市内企業と道内・道外企業で構成されるということですが、結論的にはゼネコンと市内の A 1 企業を中心とした共同企業体になるという解釈でよろしいでしょうか。

○（経営管理）松木主幹

資料にございます構成員の要件につきましては、まず共同企業体の構成員のうち 1 社以上は必ず小樽市内に本社がある者、そして共同企業体の代表者及び市内に本社を持たない場合の構成員については、市の登録名簿の A 1 にランクされている者という形の要件でございます。

○川畑委員

指名停止を受けていない者という項目もあるのですが、過去に指名停止を受けていた場合はどういう扱い

になりますか。

○（経営管理）松木主幹

過去に指名停止を受けている場合についてでございますけれども、基本的に指名停止期間が満了を迎えている者につきましては、入札の参加が可能だというふうに考えています。

○川畑委員

現在、指名停止を受けていなければ大丈夫だという解釈でよろしいですね。

○経営管理部次長

今回の資料にも書いてございますように、指名停止になっていないかどうかは、工事を公告した日から入札の日までの間に指名停止となっていないことが要件となっております。

○川畑委員

次に、総合評価落札方式についてですけれども、評価項目の分類別の評価点の配分についてお示ししたいと思えます。

○（経営管理）松木主幹

総合評価方式の評価項目につきましてはの配点でございますけれども、まだ入札前でございますし、今後、入札告示の際に、その辺の詳細のものを公表したいと考えております。基本的には、品質の確保と地域貢献度という二つの柱の中で標準点100点それから今回の項目の技術評価点として30点を考えてございます。

また、分類の中では施工実績等で8点、配置予定技術者で10点、地域社会への貢献等で2点、経済効果で10点ということで、合計30点を考えております。

○川畑委員

経済効果の配点が高くなっているように感じるのですが、それは地域企業の活用に力を置いているという観点だということにとらえてよろしいでしょうか。

○（経営管理）松木主幹

今回、評価項目の中では、品質の確保と地域貢献度という二つの柱がございまして、基本的には経済効果、いわゆる地域企業の活用ということで、市内企業の下請工事の発注計画や市内企業からの建築資材や物品等の購入といったことについては高い配点を考えてございます。

○川畑委員

今、経済効果で10点ということですが、ほかの都市にはこういう例があるのでしょうか。小樽は特徴的にこういうふうにしたということなのでしょうか。

○（経営管理）松木主幹

道内の実績からいいますと、根室市が道内で総合評価の病院建設をやっております。また、全国的にそのほかの幾つかの病院の評価項目を調べてみますと、小樽のように地域貢献の配点が非常に高い場合もありますし、そのほか施工計画の配点を高くしている場合もあります。また実績等の配点を高くしている場合など正直言いまして配点の割合につきましては、いろいろなパターンがあります。ただ、今回、病院局としては、地域貢献の部分で地元企業の活用・発注についての配点を高くしたということでございます。

○経営管理部次長

今回の総合評価の配点についてでございますけれども、ポイントとしては二つございます。

一つは建物の品質、これは工事期間を含めて建物の品質を確保するということで、大きな工事ですから現場につく技術者、配置予定技術者に10点の配点をしてございます。

もう一つは、地元企業の活用という最後の項目でございまして、これは昨年12月に市内のいろいろな関係団体から提出された陳情が議会で採択されてございますので、これらも踏まえまして、今回ここに厚くポイントを持たせ



たということでございます。

○川畑委員

経済効果は10点ということで、地域企業の活用に力を入れていただくことはありがたいと思っていますので、今後ともそういう方針で進めていただきたいと思います。

もう一つ伺いますが、低価格入札への対応として、調査基準価格と失格判断基準というのがありますけれども、この概要をお知らせいただけますか。

○（経営管理）松木主幹

調査基準価格と失格判断基準の概要でございますけれども、これは低入札価格調査制度という仕組みでございます。通常は、設計をした後、設計価格を算定して予定価格を決定し、入札を行うという流れの中で、設計上の工事費は、直接工事費とか共通仮設費、現場管理費、一般管理費で構成されています。もし不当なダンピング等で低入札が行われた場合は、これらの構成要素のどれかが圧縮され、そのしわ寄せが下請業者の労働条件の悪化とか、安全対策の不徹底とか、そういった障害が生じてくるというふうに考えられます。そのため低入札価格調査制度におきましては、そういったことを未然に防止するために、不当な低価格で入札をして受注しようという不適格な業者を排除しようということが根本でございます。

小樽市におきましては、設計価格が3,000万円未満の場合は最低制限価格制度、それから3,000万円以上の場合については低入札価格調査制度を採用して、その要綱で調査基準価格及び失格判断基準の算定を国に準じて定めています。

調査基準価格は、今回、対象工事の予定価格の算出基礎となります直接工事費、共通仮設費、現場管理費、一般管理費に一定の率を掛けまして、その合計の価格がこれ以下であるものについては適正な工事の履行が担保されないということで、調査をして落札者を決定するという基準の調査基準価格でございます。

そして、それよりもさらに低い基準として、調査するまでもなく適正な施工ができないと判断する基準について、これも先ほど申し上げましたように直接工事費、共通仮設費、現場管理費、一般管理費に一定の率を掛けました割合以下であれば入札が失格になるというものが失格判断基準でございます。

○川畑委員

今回、資料1の最後に、調査基準価格を算定する際の率と同じという記載があるのですが、これはどういうことですか。

○（経営管理）松木主幹

今回の低入札価格調査制度の中で、調査基準価格と失格判断基準の率を同じにしていることにつきましては、総合評価方式では低入札価格調査制度のみが法的に採用ができる仕組みでございますけれども、そういった中で契約内容に適合した履行を確保するという意味で、失格判断基準の率と調査基準価格の率を同じにしているところでございます。

○川畑委員

同じ施設ごとでありますし、施工の質の低下を防いで下請企業へのしわ寄せをさせないという観点があるということでよろしいでしょうか、考え方としては。

○経営管理部次長

調査基準価格と失格判断基準価格については、先ほど主幹から説明いたしましたように、工事額を算定するときには設計額をベースにした予定価格があり、その下に、計算で求めた調査基準価格があります。この範囲が適正価格の範囲内できて、これを下回った場合は、先ほど言ったさまざまな弊害、下請業者へのしわ寄せ、あるいは品質の低下といったおそれがありますということになります。

ですから、それを下回ったものについては、今回の入札の段階で、総合評価そのものが価格以外の要素を含めて

落札者を決定するという仕組みでございますので、そういったさまざまなダンピングでの弊害のおそれがあるものを最初の段階で対象から省くということでございます。これは、調査に基づいて外すということでございます。

○川畑委員

◎D P C 請求の実施について

次に、D P C の請求の実施についての質問に移ります

資料 4 では、D P C 制度を導入している道内の病院に 11 病院とあるのですが、導入されている状況などについて、どのような調査をしているのか、もし調査をしているのであればどういう意見があったのかなどもお聞かせください。

○（経営管理）田宮副参事

D P C の導入に向けて、D P C 対象病院への視察は実施しております。

さらに D P C のさまざまな講演会とか、それから準備病院としてやっている中で D P C のセミナーとかもあるのですけれども、そういうのにも積極的に職員が参加して、いろいろな課題等を聞いております。

また、そのほかにも D P C の対象病院に勤務していた診療情報管理士を本年は 3 名採用するといった対応もしております。

○川畑委員

D P C 対象となる病院の要件について、私もパソコンなどで見たのですがよくわからないのです。何か 5 点ぐらいあるというふうに聞いているのですけれども、どういう内容なのでしょうか。

○（経営管理）田宮副参事

まず、一つには一般病棟の入院基本料が 7 対 1 看護若しくは 10 対 1 看護の届出をしている病院になります。これは急性期の病院を対象として行っているということになるのです。

次に、診療録管理体制加算といまして、カルテの管理をする専従者がいる体制ができているかどうかということになります。

三つ目には、標準レセプトの電算処理マスターに対応したデータの提出を含めるということで、要は D P C の導入をするに当たって、いろいろなデータの提出を求められます。それに対応した電算システムを導入して、そしてまた職員も配置して、きちんとしたデータを提出できる。まず、その調査に参加することが求められますし、四つ目にその調査に適切なデータを提出できるかどうかということが求められています。

五つ目は、患者の傷病名とか治療内容から 1,880 ほどある診断群分類を決定することをコーディングというのですけれども、そのコーディングに関する委員会を病院の中に設置しなさいと、そして最低年に 2 回以上実施しなさいということが求められています。

○川畑委員

なかなか理解するのが難しいという感じがしますが、D P C 制度を導入することによって市立病院にどのようなメリットがあるのか、そのことによって収益があるのかどうかをお示しください。

○（経営管理）田宮副参事

どのようなメリットがあるかということですが、参加することによって全国にある D P C に参加している病院の診療内容についてのデータを参照することができます。そうすると、ほかの D P C 医療機関とのデータ比較を行うことができますので、医療の標準化につながるとともに医療の質の向上につながっていくといったメリットがあります。

また、収益が向上するかどうかなのですけれども、同じ患者を受け入れて治療したときに従来の出来高払と今度 D P C を入れた場合の包括請求の仕方を単純に比較したときに、今、両病院では出来高払のほうが高いので、D P C に移ったら低くなるという形になります。そのために、今、収益を上げるために準備病院の間にさまざまな準備

を進めているところであります。

○川畑委員

では逆に、患者側から見たメリットというにはどのようなものがあるのですか。

○（経営管理）田宮副参事

病名と診療行為の組合せによって1日当たりの医療費が決まってくるので、医療費の透明化、それから標準化ということが患者にとって一番の大きなメリットになると思います。

○川畑委員

DPC対象の入院医療費の仕組みについて伺いますけれども、資料には1日当たりの包括料金とあるのですが、診断群分類ごとの1日当たりの点数という意味でとらえていいのでしょうか。

○（経営管理）田宮副参事

はい、点数という意味でとらえてもらってオーケーです。

○川畑委員

包括範囲の点数となると、例えば入院が1日から1か月間であれば何点とか、その後、低くなりますよね。私も少しインターネットで見たら、1日目から5日目までは2,652点、そして6日から9日では1,873点と下がっていきませんが、そのことを言っているのですね。

○（経営管理）田宮副参事

そのとおりでございます。

ただ、その点数というのは、傷病名によって何日から何日までという区分も点数も違います。

○川畑委員

余計なことかもしれませんが、DPCを導入することによって病床利用率が上がることになるのでしょうか。空きベッドが増えるのではないかという心配をしているのですが、その点ではどうですか。

○（経営管理）田宮副参事

病床利用率ということですが、平均在院日数を短くするほど単価が上がるのです。単純に考えると、DPCを導入することによって病床利用率が上がるという要素にはなりません。逆に、その辺の懸念がありますので、地域医療連携などに力を入れて、さらに紹介率を高めることによって患者を増やしていく、入院患者を増やしていこうという努力をしていこうというふうに考えています。

○川畑委員

それは、病院側でこれから努力が必要だということなのですね。

今、市立小樽病院にはオープン病床があるのですが、この辺の対応についてはDPCの導入によってどのようになっていくかをお示してください。

○（樽病）事務室長

小樽病院のオープン病床につきましては、当然DPC対象の病床になるということでございます。

○川畑委員

今までと変わらないということでもいいですか。

○（樽病）事務室長

利用される医師にとりましては、基本的には変わらないということでございます。

○川畑委員

この制度は早期退院が基本だというふうに思ったのですが、退院後の受入れ病院だとか、ほかの地域連携に支障が起きないものなのか、その辺はどうなのでしょう。

○（経営管理）田宮副参事

先ほども申しましたが、DPCをやると病床利用率が下がる懸念がありますので、地域医療連携をさらに充実させていき、ほかの病院とも連携を密にしてやっていきたいというふうに考えております。

○川畑委員

医療体制の変化が起きていると感じていまして、DPC制度導入の到来からも、そういう時代になってきていると思いますが、インターネットなどで調べてみると課題もいろいろとあるような感じを受けます。

インターネットなどの情報からは、医療行為が少ないほど利益が上がるとか、あるいは最小限の医療が治療計画を損なう可能性もある、あるいは医療者の裁量に自由がなくなるとか、そして治療成果だとか生存率の低下にもつながりかねないという問題提起もありました。医療者、患者にとっての問題点もそれなりに多くあるのではないかと思いますので、DPC制度導入には、なかなか賛成できないというふうに私はとらえましたが、何か見解があればお願いしたいと思います。

○医療センター院長

御懸念はもっともなことでして、DPCのスキームはもともと大学病院から出発したものですから、我々みたいな市中病院は、先に枠組みが決まってその中に患者を当てはめる形になったわけです。ということは、1入院1疾病という考え方がありまして、余病、併発、合併症はあまり診ないと。合併症があれば余計にお金がかかるものですから、それは後回しにしようという、当然誘導される誘惑はあるわけで、そういうことも懸念されますので、DPC採用後は医局の医師に対して、私ども院長はじめDPCにかかわっている者は、厳重に指導して患者のデメリットにならないような運営をしっかりとして指導していきたいと思っております。

○中島委員

◎上半期実績と下半期見通しについて

私からは、最初に上半期実績についてお尋ねします。資料3によりますと、両病院合計で前年同期の比較では増収になっております。今回の特徴としては、患者減はありますけれども、患者1人当たり収入を増加させて、患者不足を補うのが特徴かと思えます。このような患者1人当たり収入増加についての分析というか、要因というか、意識的な努力の反映もあったのかどうか、このあたりについてまず見解をお聞きます。

○（経営管理）吉岡主幹

上半期実績での入院外来の患者1人当たりの単価についてでございますけれども、ここが前年同期よりも伸びているという部分で、平成23年度は診療報酬改定がございませんでしたので、新たに獲得できている診療報酬の要素はそれほどないと思います。

増えているものは手術の件数で、両病院を合わせますと前年度に比べまして22パーセントぐらい増えています。それから、新規の入院患者の数が増えておりまして、前年同期と比べますと6.5パーセントほど増えています。新規の入院患者は、いろいろな検査とか治療などが長期入院患者よりも多く行われるために、その分単価が上がるという状況にあります。

先ほどの手術につきましても、これはもうもろの単価に反映されていくということがありますから、要素としましては、この辺のところは単価の増につながっている一因ではないかというふうに思っております。

○中島委員

粗利益は前年同期との比較でどのようになっていますか。

○（経営管理）吉岡主幹

粗利益についての御質問ですが、入院外来収益から直接の経費となっております医療材料費を引いた残りを粗利益と呼んでおります。上半期の実績で比較しますと、両病院合わせた粗利益が29億9,600万円で、前年に比べます

と5,400万円が粗利益で増えているという状況になってございます。病院別で申しますと、小樽病院で3,500万円、医療センターで1,900万円、粗利益でそれぞれ対前年よりも増になっている状態です。

○中島委員

そういうことならば本当に成果と言えるのだろうかと思えますけれども、これは前年同期との比較ですが、平成23年度予算と比べるとどうなのでしょう。予算と比べての中身について、患者数の1人当たり1日の料金も含めてそれぞれお知らせください。

○（経営管理）吉岡主幹

同じ上半期までの状況の予算との比較ですけれども、ここで予算として置いた数字は、年間の予算額を単純に各診療日数で案分して6か月分、4月から9月までの日数で出しております。そういう形でのまず上半期までの額との比較ということで、両病院を合わせての入院外来収益、粗利益についてそれぞれ答弁いたします。

入外収益につきましては、両病院合計で38億7,600万円です。これを先ほどの単純試算した予算と比較しますと、収益では2,500万円、若干届いていないという状況です。ただ、医療材料費も実績では12億8,000万円、予算に対しまして1,400万円の増になっているということで、合わせますと予算に対しましては粗利益では3,900万円ほど、まだ予算には届いていない状況でございます。

患者数と単価につきまして、入院患者数は両病院合わせた実績が6万870人で、予算の試算との比較でいきますと3,729人の減、それから外来の患者数につきましては9万4,166人で2,158人増となっております。

それから、1人当たりの1日の単価につきまして、両病院合わせての実績が3万9,987円で予算に比べますと859円の増、外来につきましては1万5,312円で予算に対しましては385円の増と、単価につきましてはいずれも予算を上回っている状態でございます。

○中島委員

予算に比べても1人当たり患者収入という点では予算を達成していると言えますけれども、患者数でいけば入院では減、予算達成はできていなかったということで、その割には医療材料費が減になっていませんから、粗利益としては3,900万円のマイナスということで、多少課題は残るということですね。

○経営管理部長

先ほど予算を前提として単価と診療日数で掛けたというお話をしました。粗利益で申しますと、予算上の粗利益は、年間を通して大体6,300万円から6,500万円が対前年に比べて増えるという予算になっております。そういう意味で言いますと、今の段階で5,400万円となっていますので、今後この調子を保てば粗利益ベースで予算は達成するのではないかというふうに思っておりますが、これから冬に向けてどういうふうに移行していくかについても慎重に見極めたいと思っております。

○中島委員

今回、平成22年度の病院改革プランの評価という形でいろいろと報告がありましたけれども、その中でも患者単価の増大の理由が書いてあり、平均在院日数の短縮がどのように影響したか、収入増加対策の影響があったのか、診療報酬の引上げなどがあったときの影響はどうかということの分析が大事だということが示されているのですが、そういう分析は可能なのでしょうか。先ほどの答弁では、手術件数とか新規の入院が増えたという具体的な報告をいただきましたけれども、評価報告に書いてあるような分析も含めて、できるのかどうかというあたりを聞きたいと思えます。

○（経営管理）吉岡主幹

診療報酬の影響がどれぐらいなのかというお尋ねにつきましては、もしその診療報酬改定の影響がなかったらどのような額になるかということで、そこに戻して試算することが作業として必要になりますので、可能かどうかということにつきましては可能です。ただ、それには分析のための作業にかなりの日数を要することになりますの

で、今後そのような分析をしていくためには、十分準備期間を置いて取り組んでいかなければならないと思います。

○中島委員

そういうことも含めて期待したいところだと思います。

下半期の見通しについてですが、今後の医師の動向、看護師の12月退職予定数を含めて、人員確保の件も触れてお答えください。

○（経営管理）吉岡主幹

今後の医師とか看護師の状況と下半期の見通しでございますけれども、今後の医師確保につきましては、医局人事で若干の出入りはありますけれども、基本的には今年度の医師数は変わっていかないというふうに言っております。

それから、看護師の今後の退職予定ですけれども、12月で2名、自己都合で退職者が出てくる予定です。その後、年度末まで若干退職者が出る見込みですけれども、全体としてはそれほど大きな数の変化はないというふうに思っています。

これを踏まえまして、今後の全体の収支見込みですけれども、先ほど部長からも答弁がありましたように冬期間の状況はもちろん不確定な要素がありまして、予断を許さないのですけれども、最近の何年かでは両院合計で上半期より下半期のほうが診療収入も増加する傾向がありますので、現在までの前年度を上回る実績をベースにして、経費節減などの経営改善努力もあわせて、数年で何とか予算で目指している単年度収支の黒字は確保していけるかと、当然確保していきたいというふうに考えております。

○中島委員

一般会計からの繰入れで経常収支比率も何とかよくなったということで、いろいろと厳しい御意見もありますので、ぜひ病院独自の経営で頑張っていたいただきたいと思います。

◎オープン病床の利用実態について

次に、オープン病床の利用実態について質問いたします。これについては資料を出していただきましたが、現在のオープン病床のベッド数と登録医師数、実利用実施医師数、年間の利用実態も含めて報告していただきたいと思っております。また、ここ二、三年来の利用状況について、高まってきているのかどうかというあたりも含めて報告をお願いします。

○（樽病）事務室長

まず、オープン病床のベッド数は33床ございます。それで、利用の状況ですが、平成21年度、22年度、23年度については4月から9月で答弁いたします。

まず、21年度ですけれども、年度当初の登録医師数は42名です。内科の利用医師数は8名から9名で、年間患者数が8,375人、1日平均患者数が23人、収益は2億7,584万1,159円となっております。整形外科の利用医師数は1名で、年間患者数が677人、1日平均患者数が2人、収益は1,803万2,211円となっております。

22年度の状況ですけれども、年度当初の登録医師数は43名です。内科の利用医師数が8名から11名で、年間患者数が8,551人、1日平均患者数が23人、収益につきましては2億8,635万4,451円となっております。整形外科の利用医師数は1名から2名で、年間の患者数が558人、1日平均患者数が2人、収益が1,550万2,542円となっております。

23年度の4月から9月までの状況ですけれども、年度当初の登録医師数は47名、内科の利用医師数が8名から12名で、6か月間の患者数は3,559人、1日平均患者数が19人、収益が1億1,583万9,736円となっております。整形外科につきましては利用医師数が1人、6か月間の患者数が3人、1日平均にしますとゼロということで、収益は7万30円となっております。

ただ、整形外科につきましては、ずっとオープン病床を利用している整形外科の医師が長期に休養したこともありまして、今のような状況になっておりますが、内科、整形外科とも10月以降は、昨年度並みの入院患者数になっ

てきておりますので、下半期につきましては、昨年度と同様ぐらいの患者数は確保できるのではないかと考えております。

○中島委員

先ほどの川畑議員の質問に対する答弁では、このオープン病床も D P C の対象になって、病名をつけて支払額が決まる形になるとのことでした。それで、病床利用率は 70 パーセント台でして、登録医師数は若干増えています、利用医師数も大きな変化がない状況で、今年度に入ってから若干利用が少ないという感もいたします。単価を見ますと 3 万円台ですけれども、これは一般の小樽病院全体の平均単価と比べてどうなのですか。

○（樽病）事務室長

一般の全体の平均単価と比較しますと、やはり若干低くはなっているという状況でございます。

○中島委員

そうなりますと、オープン病床の利用率もちょっと低めになっていますし、現在のような利用実態で D P C を導入して運営されていくときに、どのような影響を受けるのかということところがちょっと心配なのです。先ほどの答弁では、病床利用率が悪くなると、それと稼働率はいいだけ空床が多くなるのではないかと、そういう対策も必要だということでしたが、オープン病床の稼働状況についての見通や対策として何かお考えがあるのでしょうか。

○（樽病）事務室長

確かに D P C が導入されますと、平均在院日数が若干短くなる傾向がございます。ただ、退院する判断はやはりオープン病床を利用している医師の判断によりますので、D P C 導入によりまして、すべての在院日数が短くなるということにもならないと思いますけれども、確かに患者数が減っていきますと、そういう意味では病院全体としての収益にも影響が出てくるということは言えると思います。

○中島委員

私は、公的病院の役割として、地域に開放する現在のオープン病床については、大変評価する立場におりますけれども、おっしゃったように決められた入院日数が終われば、今度は出来高払料金に変わって、日数が長くなれば収入が減るという、まことにシビアな関係が出るわけです。そうなれば、それを利用する医師の意思統一というか、考え方がすごく大事になると思うのですが、現在の段階で、D P C 導入に当たり、医師会とのオープン病床運営についての制度周知あるいは活用促進などについての話し合いとか学習とか、そういうことについてはもう始めておられるのでしょうか。どのような反応なのでしょうか。

○医療センター院長

院長の立場ではなくて D P C 委員会の委員長として答弁したいと思います。

先ほどから中島委員の御懸念はもっともなことだと思います。包括医療の中で足が出る患者はたくさんいらっしゃると思います。そのときは出来高払なのですけれども、無理に出来高払になってお金が入らないから強制退院等々ということはやれないものですから、利用していただく開業医には、今まで 3 回、D P C の仕組みと、それから小樽病院への入院のときに、どのように運営していただければいいかという情宣活動をやっておりますので、何とか医師会の医師にも協力していただいて、D P C の枠内できちんとやっていただけるようにと思っております。

また、D P C は 4 月から始まりますけれども、それで教育等々がすべて終わりとなるわけではありませぬので、運営後もいろいろと御協力を願っていきまして、何か瑕疵が出ればそのときにまた相談し、またいろいろな情宣活動を行っていきたいと思っております。

○中島委員

いろいろなお話を聞きますと、札幌の某民間病院におきましては、徹底的な D P C 運営を追求して、決められた期間以外については即退院していただくということで、地域連携と言えれば聞こえはいいですけれども、次の医療機関にまことに速やかに移ることが要望されると。一番点数の高いときしか病院に置かないという話も聞いておりま

すが、小樽病院の場合は公立病院ですから、そういう民間のやり方がそのまま適用できるものではないという意味でも、ジレンマと申しますか、導入はしても効果的なものになるのかどうか、いろいろな懸念が大きいところです。これについて私たちはあまり積極的に賛成できませんけれども、経過については見ていきたいと思えます。

#### ◎経営改革プラン評価報告書について

次に、経営改革プランの問題について平成22年度評価が出ていますので、何点かお聞きします。

先ほどの説明でも21年度の評価と比較して、大項目ではA評価がなくなっていますし、B評価が4、C評価が1項目それぞれ増えています。D評価は減っています。病院局として、この評価をどのように受け止めているのか、お聞きします。

#### ○（経営管理）管理課長

資料2の22ページ以降に評価委員会の各委員に評価をつけていただき、委員会として評価されたものがございます。今、中島委員がおっしゃいましたのは、中項目の評価になると思うのですが、それによりますと、平成21年度評価と比べまして、若干評価はいいとなっていると思うのですが、先ほど報告しましたとおり、大項目につきましては21年度評価に比べまして1項目評価が下がっております。そういった意味も含めまして、病院局としては大変重く受け止めているところであります。

#### ○経営管理部長

今、課長の申したとおりなのですが、評価委員会の委員のお話をいろいろ聞きながら感じたことは、確かに平成21年度に比べて22年度は一定の成果は出ている。けれども、改革プランの評価をするときには、改革プランの目標に対してその年がどうだったかという評価をせざるを得ないので、そういう意味では、冒頭の報告でも申し上げましたが、改革プランと実際の乖離があり、なかなか高い評価をつけられないということになっていると思っております。そういう意味でも、改革プランは実勢に合わせた目標値を設定することが必要かと思っております。

#### ○中島委員

先ほど上半期の実績について質問しましたが、今回添付されている資料は大変参考になるものが多いというのが感想です。そういう点では、上半期実績や決算など、予算対比の資料だとか、今回の配付された資料2にある⑩-1から⑩-3や診療科ごとの患者数を示した⑩などは、なかなかいい資料だと思いましたが、話合いをするときに必要な書類ではないかと思うので、やはりこういうものを生かして議論すべきだと思います。そういう点では、診療科ごとの患者数に収益や患者1人当たり収入額など加えるなど一部工夫をして、ぜひ決算あるいは予算の議論のときにこういう資料をつけていただきたいと思いますが、そこら辺はどうでしょうか。

#### ○（経営管理）吉岡主幹

今回、配付した上半期の資料でも、確かに前年同期は比較できますが、対予算との比較という部分についてはないということで、そこら辺も当然トータルの把握の中では必要な部分かとは思いますが、先ほどKPIという形では予算比較もできるようなつくりをしておりますので、今後の定期的な実績報告の資料につきましては、KPI等で示しているこれらのよい要素も取り入れてできるだけわかりやすい見せ方を考えていきたいと思っておりますので、そこは前向きにやっていきたいと思えます。

#### ○中島委員

評価委員会では、経常収支比率の達成とされているけれども、一般会計からの繰入金増額によるものであって、改革プラン達成としては評価できないと言っておりますし、医業収支比率についても平成21年度より改善はしているけれども、22年度の診療報酬改正の影響もあるために、すべてを改革プランの成果としては評価できないと、なかなか手厳しく分析をしていますし、的確な評価でそのとおりだと私は思います。そういう点で、診療報酬改正の影響などもきちんと反映できるような形での分析が必要だと思うのですが、こういう点についてはいかがなんでしょうか。



○（経営管理部）吉岡主幹

診療報酬の改正の影響につきましては、先ほどの答弁で申しましたとおり、分析は可能ですけれども、かなり準備や作業に時間を要することがございますが、そこら辺のところのことをきちんと積み上げた上で評価していきたいというふうには考えております。今の時点では、実際に示しておりますパーセンテージの診療本体の若干の増とかの影響があるというふうには見ておりますけれども、数字としてしっかり表されるだけの部分というのがまだできておりませんので、それは今後の課題になるかと思えます。

○中島委員

診療報酬改定の影響調べなどについては、資料を出していただいた時期もあったのですが、厚生労働省が出している改定率が0.19パーセント上がるとか、マイナス0.82パーセント下がるとか、一般論の段階でしか押さえていないと。そうではなくて、例えば医療センターと小樽病院では機能が違うわけですから、手術などに重く加配される場合もありますし、診療科ごとで配分が違ってくるわけです。そういう意味で適切な病院機能別の影響をもう少し出していくべきではないかと思えますので、そういう努力を期待したいと思います。改定は来年4月の予定になっていますけれども、両病院への影響なども具体的に検討していただけると考えてよろしいでしょうか。

○経営管理部長

当然そういうこともやっていかなければなりませんけれども、一つには来年4月の診療報酬改定もございますが、もう一つDPCに移っていくという方向もありますので、それらを組み合わせてどのように説明できるのか、その辺の研究はしていきたいと思っています。

○中島委員

◎特別室の利用料金について

今回、私たちは市立病院調査特別委員会の一部メンバーで、小樽病院の特別室を改装後、初めて見学をしてまいりました。大変広くて立派になっておりましてびっくりしましたが、利用は平均で七、八割ということで改めて需要があることもわかり、予想以上の利用だという感想を私は持っております。しかし、1日1万2,600円という料金で、評価委員会でも公的病院としてこの金額がどうなのかという指摘もありましたが、料金設定はどういう形で決めたのでしょうか。

○（樽病）事務室主幹

特別室の利用料金についてですが、昨年7月20日から8月23日に行いました改修工事を機に、他の市立病院の金額を調査して同程度になるように設定したものであります。

○中島委員

他の病院と変わらないという答弁ですが、評価委員会の提案もありますように、新しい病院に移れば新しい病院として利用がどうなるかということを考えれば、1万円を超えないという庶民の希望での検討をしていただきたいということを要望しておきます。

◎経営改革プラン見直しの中身と優先課題について

最後に、時間がないので二つまとめて質問いたします。

評価報告の最後に改革プラン全体の抜本的見直し、あるいは全体的な改定を求めるということについて、先ほど12月ぐらいにはとおっしゃいましたが、12月の定例会に提案されると理解していいのか、時期と内容のポイントを教えてください。

もう一点は、最も評価の低い項目の解決優先度が高いわけではないと、あくまでも病院局の判断だと書いてあるのですが、病院局の判断として優先度の高いもの、緊急度の高いものをどのように判断しているのか、あわせてお答えください。

○（経営管理）管理課長

まず、改革プランの見直しの中身についてであります。中身につきましては、現在、収支計画を含め各項目の全面的な見直し作業を進めているところであります。それから、公表時期につきましては、12月中をめどに作業を進めておりますが、定例会中に報告できるという約束はできないと思います。

それから、評価の基準という質問ですけれども、今回評価していただいたものうち、病院局としましては、やはり医師確保、それから医療体制の充実又は維持、これらにつきましては、例えば医療体制の維持につきましては高い評価をいただきましたが、最重要項目としまして今後とも維持をしていかななくてはならないものだと考えております。それに続きまして、先ほど申しました医師確保についても、重点項目としまして優先的に検討していかなければならないと思っております。

○中島委員

◎特別室の料金見直しについて

最後に、特別室の料金見直しについては検討課題になるかどうかだけ答弁をいただきたいと思っております。

○経営管理部長

現病院の間は今設定した料金ですし、他病院に比べても、見ていただいてわかったと思うのですが、非常に広い、しかもキッチンもついている、ほかにもずいぶん充実したものであって、この値段は、例えば悪いですが、都市ホテルのツインの部屋よりも少しいいぐらいの感じかと、広さ的にそれぐらいありますので、これは現病院の間はこのままにさせていただきたいと思っております。ただ、新市立病院になりますと、特別室全体は新しくなりますが、面積は今の特別室よりも若干狭くなります。それらも含めてまたほかの病院の設定、それらと一緒に考えていきたいと思っております。

○委員長

共産党の質問を終結し、自民党に移します。

○上野委員

◎経営改革プランについて

経営改革プランについて質問させていただきます。

まず、根本的な話ですが、一つのハードルとして、現在大きな赤字を持ちながらやっている病院経営の赤字をできるだけ埋めて、市からの適正な繰入金の中で医業収支のバランスをとって行って、新市立病院も運営していくという方向の下に改革プランを行っているという認識が私はあるのですけれども、間違いはないでしょうか。

○（経営管理）管理課長

委員がおっしゃるとおり、そのように進めていきたいと考えております。

○上野委員

今回、評価報告書が出ておまして、私は何度も質問させていただいているのですけれども、やはり職員の経費の割合が結構大きいということが一つ問題として、この評価では、特に職員の中でも事務職が非常に多くて、事務職が経費の負担になっていると思います。資料2の⑩-2に100床当たりの職員数の比較が出ておまして、道内主要市立病院の統計が出ておりますけれども、ドクターより事務職員が多いのは小樽市と千歳市だけで、ほかのところは大体逆なのです。小樽市と千歳市に関しては事務職員が多いということで、評価委員会でも、事務職員の外部委託などによって実質的な人件費圧縮が可能かどうか検討されたいというような評価が出ておりますが、先ほどの改革プランの見直しも視野に含めまして、事務職員等の外部委託等も含めた人件費圧縮をお考えになられているのかどうか尋ねさせていただきます。

○（経営管理）管理課長

今、お尋ねのありました事務部門のお話ですが、現在、病院が二つあるがために、事務職員はそれぞれの病院に配置していることもありまして、多いというふうには考えております。ただし、両市立病院が統合されましたら当然一つの病院で賄えますので、事務部門は当然削減することを考えております。評価委員会で御指摘がありました事務職員の委託につきましては、今のところ医事部門については既に委託しておりますので、今後は各医療材料などを購入するSPDについて委託をするかどうかを検討してまいりたいと考えております。

○上野委員

今後、新市立病院の起債の許可がおりまして現実的に進んでいく中で、二つある病院を一つにして経営の効率化を図ることを目標の一つに掲げてやっておりますし、統合新築になるということで事務職員の削減等も考えているということですが、二つの病院が統合され新市立病院になったときに、どういう形かわかりませんが、人員を削減してスタートするのでしょうか。

もう一つ、現在は二つの病院に職員がいますけれども、新市立病院になったときに病院局が考えている適正な人員と総体としてどれぐらいの削減をお考えなのか、それぞれの分をお尋ねしたいと思います。

○（経営管理）管理課長

新市立病院につきましては職員数というお尋ねですが、現在、各医療技術職につきましては、新市立病院になりましたら果たして定数が何名必要かということ、病院局内で検討している最中でありまして、各医療技術職につきましては、新市立病院での診療科目などによりまして人数も変わるとは思いますが、現在のところ地方自治体でするので、退職させるわけにはいきませんので、まずは現有人数で対応できるように考えております。

その後、退職等を含めまして適正人数が果たして何人かということはある程度決めまして、それに合うような採用計画を整えていきたいと考えております。実際に削減できるとなると、先ほど申し上げましたように、まず事務職が両病院統一の際には一番削減できるものでございます。

看護師につきましては、病棟の数なども新市立病院は現病院より少なくなるので、それに合わせた人数配置を検討しているところであります。

○上野委員

基本的には自然退職という形での削減を考えているということで、適正な人数を御検討中という答弁ですが、新市立病院の計画は平成25年ですが、どの段階で適正人数をお示しいただけるのでしょうか。当然、採用者の年齢等もわかっておりますから、どういうスパンで、あるいはどういうスケジュールで自然削減を行っていくのか、そこでどれだけの経費圧縮を考えられているのかについて、たぶんすぐに答弁はできないと思うのですが、ある程度見通しを立てていただけるのがいつごろになるのかをお示しいただきたいと思っております。

○経営管理部長

今、課長から申しましたようなことは既にやっております、来年の採用についてどう考えるかということをやっております。

時期でございますが、まず来年に向けて現段階での検討結果は、年度内にも一定程度のものを示すことができると思っております。先ほど退職者ぐらしか削減できないと言いましたが、実は新市立病院になる平成26年、27年に医療技術者の退職者が若干固まっているところもございます。これらも含めて考えているところでございまして、今の段階で考えているほかに、今回、予算計上をさせていただきますが、医療コンサルに病院の運営マニュアルなども委託して、どういう仕事をどうやって人を回しながらやるということも検討していきますので、随時、それらも含めた人数についてどこが適正かというのは、不断に継続して見直しはしていきたいと思っております。

○上野委員

事務職員の削減等については今後とも経過を見ながら、御報告を受けながら質問させていただきたいと思っております。

本来は、ドクターも含めた技術者は当然医療の基盤でありますので、以前、ほかの委員からも質問があったようにドクターのスキルの充実とか環境の充実は当然必要でありますので、そういうところに力を入れながら効率化の図れる部分、外部委託のできる部分については前向きに取り組んでいただきたいと思います。そして、新市立病院になったときには、これ以上の赤字を生まないように、民間病院とは違い公立病院でありますから、不採算部門があって当たり前でございますけれども、それは市の規定の繰入金でやりくりできるようなシステムづくりを今後とも進めていただけたらと思っております。

#### ◎医療センターの跡地利用について

もう一点質問させていただきます。統合新築されますと、当然、医療センターは廃院になると思うのです。医療センターが閉鎖された後の利用あるいは管理の仕方について、現在、病院局としてはどのようにお考えでいらっしゃるのか、お知らせいただきたいと思います。

#### ○（総務）企画政策室長

医療センターの跡地利用についてですが、現在のところ、学校なども含めて跡地利用になり、管理している部分もあるのですが、各管理会社に委託するなりして警備を行って管理している状況ですけれども、その最終的な使い道については、平成26年に病院が廃院となるので、それまでに検討する格好になります。

学校の例で言いますと、学校の跡地利用に関しまして、副市長をトップといたしまして関係部長が集まった検討委員会を持っていますので、そういうものを拡充するなりして財政状況を見ながら、今後、検討していくということでございます。

#### ○上野委員

病院、学校も老朽化した建物でありますし、病院は特殊な建物であるので、その建物を活用してうんぬんというのはなかなか難しいと思うのです。高台にあるのですが、土地も非常に大きな土地を持っておりますし、民間に売却するのか、それとも何か公共の施設などが建つことになるのはわかりませんが、今は検討していくというお話ですので、できるだけ広くパブリックコメントも含めて市民の意見を聞きながら、地域にも大きくかわることでございますので、今後も質問させていただきますけれども、新市立病院が建つのもそうなので、統合される病院の跡地利用も、今後、検討を進めていただくよう、どうぞよろしく申し上げます。

---

#### ○濱本委員

本日の報告を受けた中で何点か伺いたいと思います。

#### ◎基本設計と実施設計の変更点について

まず、発注方法の部分で、基本設計と実施設計の違いを報告していただいたのですが、いま一度、1階、2階部分の設計を変更した等々について説明していただけますか。

#### ○（経営管理）松木主幹

基本設計と実施設計との変更点でございますけれども、大きなものにつきましては、先ほど報告させていただきました構造面でございます。構造面につきましては、当初、低層部の1階と2階の手術場と診察の病棟でございますけれども、この部分については両方とも大きな開口が必要なものですから、当初は鉄骨鉄筋コンクリート造を想定してございました。そして、病棟から上の3階から7階までについては、鉄筋コンクリート造を想定していたのですが、今回、地盤調査等をやって、実際に地震波をつくって性状の振動解析を行い構造計算をした結果として、わりと応力が小さくて鉄骨を入れなくても通常の鉄筋コンクリート造で可能だということで、今回、一部鉄骨鉄筋コンクリート造から全棟を鉄筋コンクリート造に変更したということでございます。

専門的になるのですが、鉄骨を入れなかわりに、はりに一定の応力を当初からかけておくPCばりを入れまして、鉄筋コンクリート造でやっていきたいと考えてございます。

そのほかの基本設計と実施設計の変更点を申し上げますと、平面レイアウトですとか、外部、内部の仕様ですとか設備については、基本的には基本設計に沿ったものでございます。ただ、面積的には部分的に一部やはり御要望等がございまして、当初基本設計では29,850平方メートルだったのですけれども、100平方メートルほどの面積が増加して29,950平方メートル程度になっております。

○濱本委員

設計変更で、コスト的というか積算的に、プラスの差が出たのか、マイナスの差が出たのか、そこら辺はいかがですか。

○（経営管理）松木主幹

基本設計時の鉄骨を入れるという一部鉄骨鉄筋コンクリート造を想定したものから、PCばりを入れて全棟を鉄筋コンクリート造にするということの差額につきましては、概算でございますけれども2億8,000万円ぐらいが減っております。

○濱本委員

設計変更により、積算の段階で2億8,000万円が減ったということでした。

◎総合評価落札方式について

次に、総合評価落札方式について伺います。

総合評価落札方式のお話を聞いてからいろいろと調べました。いろいろなやり方があり、高度技術提案型もあるし、簡易型もあるし、それから加算方式もあれば除算方式もある、評価項目もいろいろとあるということでございます。

先ほどの報告の中で、有識者、学識経験者からも、いわゆる了とされたという御報告をいただきましたけれども、一つ確認をしたかったのは、簡易評価もそうですけれども、総合評価方式の中には施工実績もそうですが、工事成績評定点の平均点というのも工事の実績の項目に入れているところがあります。それから、配置予定技術者に対しても工事成績の評定点を入れなさいということもあります。今回、小樽の場合においては、それはないですし、もう一つは、配置予定技術者のCPD、技術の継続の部分というのも評価として入れているところもありますけれども、今言ったようなところが入っていなかったことに対して、また小樽の評価項目の特徴も含めて一般的に御説明をいただきたいと思えます。

○（経営管理）松木主幹

総合評価方式の評価項目についての御質問ですけれども、今、議員がおっしゃったようにいろいろな評価項目がございます。今、小樽市が評価項目で挙げている以外の項目も多々ございます。ただ、今回、評価項目として挙げましたのは、まずは質の確保ということで施工実績と配置予定技術者に非常に重点を置いています。それともう一つは、地域貢献度ということで、地域社会への貢献、それから市内の経済効果として、先ほど申し上げましたような下請への工事の発注ですとか資材の購入といったものについて、今回は重点的に配分をしたということで、ほかの都市の総合評価にはいろいろな評価項目等も多々あると思えますけれども、今回はそういった点に重点を置いて評価項目を設定ということでございます。

○経営管理次長

評価項目について、今、主幹からも説明いたしましたけれども、委員のおっしゃるような施工実績という意味で言いますと、最初の施工実績は会社の実績を評価するものです。一番上の施工実績と書いてあるものは、市内における過去2年間の小樽市発注工事の工事成績評定点の平均ですから、まさに先ほどおっしゃっていた、実際にここ2年間で行われた工事に、どのぐらいの点数を獲得したかというところを評価するものでございます。

次の配置予定技術者の実績評価については、2番目で言っていますように、過去10年間における主任技術者としての実績をここで考慮しようとしています。しかも、国ですとか都道府県、市町村が発注した工事をここ10年間で

どれだけやっているのかというところを提案していただいて、その点数に応じて評価をするという考え方をとっていますので、まさしく実績の部分で今回は評価をしているというふうに考えてございます。

**○濱本委員**

あまり詳しく聞くことがいいのか悪いのかよくわかりませんが、小樽では初めての総合評価でございますし、要は点数と価格のバランスだと思います。点数がいくらよくても価格が高い、価格が高くて点数が低いのはもう全然アウトですけども、なかなか難しいいろいろな曲線があって、表になっているのを見ましたけれども、その費用と成果をきちんと考えた仕組みなのかというふうに思っております。最終的な金額と、それからできたものを間違いなくこのことによって担保されたあとで胸が張れるように期待をしております。

**◎免震装置について**

次に、先ほどの報告で国土交通大臣の認定を受ける免震装置という報告を受けたのですが、その点をもう一度お知らせいただけますか。

**○（経営管理）松木主幹**

今回の免震装置は、建築基準法に基づいて国土交通大臣の認定が必要になります。そのために10月22日にそういった構造計算につきまして、建築法に基づいた性能評価機関に評価書、いわゆる構造計算書といったものを提出いたしましたして、現在、審査を受けております。おおむね問題ないということで返事が来てございまして、12月初旬に国土交通省に大臣認定の申請を行うという予定になってございます。

**○濱本委員**

免震装置そのものは、いろいろなメーカーがいろいろなものをつくっている、またそれもそれぞれの場所に合わせたようにつくっていると思います。今、性能評価を出しているということは、結局工事の発注の時点では、免震装置はこれを使いなさいという意味なのか、これと同等品のものを使いなさいという意味なのか、その点についてはいかがですか。

**○（経営管理）武藤副参事**

免震装置についての御質問ですけども、まず、性能評価と大臣認定ですけども、免震装置のそれぞれの単体自体の認定をとるのではなくて、あくまでも建物の免震の構造計算をするために、いろいろな複数の装置を配置し、その配置で応力計算をして、地震のときにどういう状態で揺れていくかを計算するために免震装置を配置して、建物ごとにこの構造計算は正しいですという認定を受けるという作業が一つございます。

それと、もう一つの御質問で、免震装置が特定のものになるのか、また違うものになるかということですけども、大きく二つの種類の免震装置があります。一つは積層ゴムで建物の重量を支えながら横に揺れる装置があり、揺れた建物をゆっくり減衰させるために、揺れているものの揺れを抑えるダンパーという装置があり、そういう複数の装置を組み合わせると今回は設計になっています。

それらの装置はゴムを製造する製造所と、また、ダンパーというのはまた違うメーカーになっています。いずれの装置も複数の製造所がございまして、設計書の中には幾つかの製造所に上げますということで発注していく形にさせていただいています。

**○濱本委員**

報告を聞いたときに勘違いしていたのは、特殊仕様があって、発注のときに、このものについてはどこそこのこれを必ず使いなさいということは決してないわけではないので、そういう状況なのかということで、あえて確認させてもらいました。こういう性能曲線というか性能を持ったもので揺れを減衰させるものと同等のものを使ってくださいということで、特定のものが指定されているということではないということに理解しました。

DPC請求についても質問しようと思いましたが、先ほどの質問で大体理解できましたので、私の質問はこれで終わります。

○委員長

自民党の質問を終結し、この際、暫時休憩いたします。

休憩 午後 2 時54分

再開 午後 3 時15分

○委員長

休憩前に引き続き、会議を再開し、質問を続行いたします。

公明党。

○秋元委員

◎新市立病院建設工事代金と図面の変更について

議案説明のときに新市立病院の事業概要という資料をいただきまして、本年 2 月の当委員会で概算工事費についての資料をいただいておりますが、若干変更されている部分があるので、その辺について伺いますが、先ほど、延べ床面積が100平方メートルほど広がっているというお話を伺いました。事業費として、建設工事代、附帯工事、その他病院建設に伴う費用とありますが、建設工事につきましては、本年 2 月には89億円ほどでしたけれども、今回は88億4,000万円となっております、建設工事の費用が若干抑えられているのですけれども、この要因はどのようなものなのでしょうか。

○（経営管理）松木主幹

基本設計時の工事費につきましては、今、委員がおっしゃいましたとおり、建設工事ということで、建築本体工事、機械設備工事、電気設備工事を合わせて89億4,600万円という算定をしておりましたが、今回、実施設計の中でそれぞれを合計しまして88億4,000万円という形で、約 1 億600万円が安くなってございます。基本設計の工事費の算定方法は、基本的にまだ何も決まっていなかった中で算定になりますので、これはあくまでも統計的な建築物の歩掛かりがございまして、一定のものに対しては、どのくらいかかるのだという各項目の歩掛かりの中で、面積を掛けてトータルを出して算定してございます。いわゆる概算の本当の工事費という形でございます。

今回の実施設計につきましては、実際に躯体の計算をして、大きさ・数量を出して、単価を掛け合わせたトータルの設計でございまして、結果として 1 億600万円の減額になったというふうに考えてございます。

○秋元委員

例えば 1 平方メートル当たりも基本設計の概算よりは若干低くなってございますけれども、今後、実施設計を進めていく上で、1 平方メートル当たりの金額といたしますか、1 床当たりの金額といたしますか、単価といたしますか、それが低くなることはあるのですか。

○（経営管理）松木主幹

実際に、今、29万5,000円という 1 平方メートル当たりの単価を出してございます。これは、今、お話ししましたように躯体の積算をして、それぞれの大きさを出して、それに単価を掛けて積み上げたものですので、基本的にはこれと大きく変わることはないのですけれども、先ほど報告いたしましたように、今は、最終的な内訳書、それから図面等のチェックに入っておりますので、そういった中で最終的な精査というのは当然出てくることもあるかもしれません。

○秋元委員

結構、概算なのですけれども、費用的にも大きく違ってくるものですから、当初よりはかなり費用的にも抑えられると思います。1 床当たりの単価についても、当初よりはだいぶ安くなっていると感じるのですけれども、も

ちろん入札とかでも、まだまだ変わる要素はあると思うのですが、その辺が今後どういうふうに変わっていくのかという部分で伺いました。

先ほど濱本委員からも基本設計と実施設計を含めての違いについての質問があり、基本設計での概要の配置図で、周辺の平面図も示していただいておりますが、この辺の大幅な変更について、先日、特別室の視察に伺ったときに模型を示していただいて、バス停周辺の設計が若干変更になるというか、若干道路を広くとるようなお話を伺いましたが、中身はもちろんですけれども、外構工事は大幅な変更はありますか。

○（経営管理）松木主幹

いわゆる外構の工事については、基本的には前回は報告させていただきましたとおりですが、ばるて築港線のバス停を新設します。それに伴いまして、一部敷地に食い込んだ形の中で、バスの停留所、バスペイを配置させていただく工事をします。そういった中で、その形状の一部が当初とは変わっているというふうには思います。あとは、量徳小学校のメモリアルガーデンですとか、周辺の外構部分についての大きな変更は特になく考えています。

○秋元委員

バス停になる部分が、当初示していただいたメモリアルガーデンの一部に食い込むということですが、私も現地をいろいろと見ましたら、今は、現病院の正面玄関の駐車スペースからタクシーがずっと道路に並んでいます。当初の記念碑のあたりにバス停ができますと、外来の入り口がバス停の近くになり人の出入りが多くなります。そのときにタクシーとかがその周辺に並ばないのかと、以前にも少しお話しをしたと思いますけれども、今回はバスが通るとい道路が、この平面図でも新市立病院の敷地のちょうど坂の下から広がっていますが、ちょうどこの敷地のあたりが一番狭くなっています、タクシーが並ぶと道路的にも非常に狭いと思います。また、バスが通るのであれば余計に狭くなると思うのですけれども、その辺の対策といいますか、現在、何か考えていることはあるのでしょうか。

○（経営管理）松木主幹

築港ばるて線の新設するバス停につきましては、大通線側の現病院と量徳小学校の間の道路側のほうにつくりまします。また、今、委員から御指摘のございましたタクシー乗り場につきましては、基本的には双葉高校側の住吉線のほうからタクシーが入ってきて、主要な出入口にとまって、そこでおろします。待機や乗る場合はその横のほうで乗るとい形で、正面側に一応タクシーのベイとして5台程度がとまることはできます。もし仮に、住吉線、いわゆる双葉高校側の道路に、現在と同じようにタクシーが待っているという状況が発生すれば、その辺は運営を含めてタクシー協会などの関係団体等ともいろいろと協議していきたいというふうに思っています。

○秋元委員

地域の方から、新しい病院についての心配事などを聞く機会があるのですが、大通線は、以前、除雪体制がしっかりできていなかったということで事故がありました。また、新しい病院ができるので、周囲は明るくなるのだらうと地域の方たちは思っているのですけれども、実際に行ってみますと現時点では夜は非常に暗い状況です。当然、新しい病院ができれば歩道などの除雪もしっかりするのだらうと思うのですけれども、新しい病院ができるに当たって、その周辺の道路整備といいますか、街路灯などの環境整備などのさまざまな問題があると思うのですが、その辺についての新しい考えはあるのでしょうか。

○（経営管理）松木主幹

大通線側の道路整備につきましては、現在、先ほど言いましたバスペイの部分の整備はもちろんのこと、歩道部分につきましても一定の整備をしていただきたいということでロードヒーティング化と、もう一つは、横断歩道の一部が少し斜めになっているものですから、その辺の解消ですとか、今、委員のおっしゃった街灯は町会でやられているみたいなのですけれども、その辺を含めて今、建設部に要望を出しまして検討させていただいております。

また、この部分につきましては、現在、駐車禁止ではないのですけれども、駐車禁止についても町会にも要望し



ていただくようにお話をさせていただいて、今後、駐車禁止にして、交通安全及び防犯上の配慮という形の中でもやっていきたいというふうに考えております。

**○秋元委員**

バスがとまるバスベイの引込み周辺の道路整備を考えているということで、その下のほうはあまり考えていないということですが、下の大通線の敷地がちょうど切れるあたりまでは非常に道路も狭くて暗い状況です。その辺も解消してもらいたいということで、当然、街路灯は町会の話になりますけれども、ただ非常に困惑されている部分もありますので、その辺をどういうふうにできるのかということをぜひ話し合っていたいただきたいと思います。駐車禁止の件も、現在は車がずっと下までとまっている状況で、今もバスが通っていますが非常に危険だと思いますので、ぜひ解消に向けて努力していただきたいと思いますので、よろしく願いいたします。

**◎施設改良費について**

続きます、資料 3 の平成 23 年度対平成 22 年度の上半期実績比較についてですが、今後、新市立病院び開院までの施設改良費の推移について、施設改良をするのか。また、どのようなものを改良する予定があるのか示していただけますか。

**○（経営管理）管理課長**

今、お尋ねありました施設改良費ですが、平成 23 年度におきましては、地域活性化・きめ細かな臨時交付金の適用を受けまして、市立小樽病院では手術室の空調等の工事、医療センターでは外来トイレの改修、それから洋室のクッションフロアの改修等を行っております。

来年度以降の事業内容ですが、新市立病院の建設までは、修繕費の中で最低限の補修だけを進めていきたいというふうに考えております。

**○秋元委員**

上半期につきましては、医療センターの施設改良費は記載されておられませんけれども、医療センターでは施設改良はされていないのですか。

**○（医療センター）事務室次長**

今、答弁しましたトイレの改修と床のクッションフロアの改修を行いました、これは先月実施しましたので、請求等の実際の数字が出てくるのは下半期になります。

**○秋元委員**

平成 24 年度、25 年度に計画している施設改良はあるのでしょうか。

**○（経営管理）管理課長**

平成 24 年度、25 年度につきましては、今のところ大きな改修というものはありません。ただし、両病院とも施設が古いため、最低限の維持補修が発生すれば、その都度対応したいというふうに考えております。

**○秋元委員**

**◎医療機器の備品購入費について**

次に医療機器・備品購入費について質問します。これは平成 22 年度、23 年度に記載されておまして、新市立病院で利用できるものとか、新病院開院するまでの間しか使えないものですか、さまざまあると思いますけれども、この辺の計画や考え方はどのようになっていますか。

**○（経営管理）松木主幹**

医療機器・備品等について、現病院にあるものを新市立病院に持っていかどうかを含めて、第 4 回定例会の予算に医療コンサルの委託費を計上いたしますので、そういった中で、医療コンサルでは来年 4 月以降、5 月、6 月になるとは思いますけれども、現病院にある医療機器、それから備品といったものについての現況調査をします。調査をした後、それを移設の対象とするのか、また新しいものを買わなければいけないのか、その辺の判断をして、

当然病院側の部門間のヒアリングといったことを何回か繰り返す形になると思いますけれども、そういった中で最終的に決めていきたいというふうに考えております。

○秋元委員

この結果によっては、医療機器の予算は変更されるような部分も当然出てくるのですね。

○経営管理部次長

現在、計画している医療機器については、新設分と移設分をあわせて同規模病院の事例など含めて計上しようと思っております。

ただ、先ほど主幹から説明いたしましたように、現病院でどれだけ持っていけるものがあるか、あるいは新設するもの、それから今後、2年の間に更新していかなければならないものが出てきますので、当然、額の変更は想定していますが、いずれにしても今回計画をしている28億円の範囲内で、予算的には賄おうという考えでおります。

○秋元委員

◎D P Cについて

最後にD P Cについて、少しわからない部分があり、説明を聞けば聞くほどわからないのですが、今回の資料4には、D P Cは診断群分類ごとに包括評価料金の期間が定められていて、この期間を超えた場合は、出来高評価料金の算定に切り替わると記載されています。ということは、期間を超えることも当然あるのでしょうか、どういうことで期間を超えるような場合があるのか、人為的ミスなのか、この辺をお示しいただけませんか。

○（経営管理）田宮副参事

この病気であればこの入院期間で大体済みますという標準がD P Cで設定されていまして、例えばこの病気であれば1週間で大体治療が終わるはずですというのがありますが、患者の病気は一つだけとは限らないのです。いろいろなほかの病気を併発している患者もいます。そうすると現実問題として、D P Cでは1入院につき一つの病気についての点数しか計算されないのですけれども、今度その期間が終わっても、その病気自体はよくなっても、ほかの病気が治っていないという場合があります。そういう患者は、引き続き入院しなければならないので、そういうときが一番わかりやすいと思うのですけれども、この病気は1週間なら1週間で治りました。でも、ほかの病気があって入院治療が必要だという人の場合は、残りのオーバーした部分は出来高で従来通り計算してくださいというのが一番わかりやすいと思います。

（「何かすごく難しいのですけれども」と呼ぶ者あり）

○医療センター院長

具体的な症例を示して説明したいと思うのですけれども、例えば脳梗塞という病気は、包括医療になるのですが、脳梗塞になると当然リハビリテーションをしなければいけないです。そうすると脳梗塞の期間よりもずっと延びるはずで、その延びた部分は出来高払でという、新市立病院では恐らくそういう感じになるかと思っております。

○秋元委員

また詳しく伺いたいと思います。

---

○高橋委員

◎D P Cの導入について

今、D P Cの話が出ましたので、重複するところは質問しませんが、いろいろと議論を聞いて、私もよくわかりません。それで、患者のためになるのかならないのかという論点から言いますと、本当に患者のためになるのだろうかというのが大きな疑問です。D P Cの導入をもう決めて移行するということですから、それはそれでいろいろと検討されてやっていくと思うのですけれども、患者という観点から見た場合にどういう検証をされたのか、それを示していただきたいと思っております。

### ○医療センター院長

委員の懸念はごもっともだと思います。枠組みの中で、ある一定額のお金で病気を治しなさいという、どちらかというとし少し低めの、それほど高度な医療をしないで退院させようというベクトルが働くと思います。そういうことのないように、私どもではクリニカルパスといいまして、標準化した治療内容を備えて、そしてその中で、電子カルテも導入しますので、透明化をして全員で監視しながら 1 人の患者を観察、治療するという方向にいたしますので、むやみに検査のしすぎだとか、やらなさすぎとか、そういうことはないということです。もしそういうことがあれば、私ども院長から指導することになるかと思えます。

### ○高橋委員

今後の議論でまたお話を聞きたいと思えますけれども、先進事例で取り入れている病院では、恐らくいろいろな意見を聞いていると思うのです。その問題や課題があると思えますので、検証する段階でまた議論をさせていただきたいと思えます。

### ◎新市立病院の設計変更について

先ほど報告のありました新市立病院の構造の設計変更について、何点か伺いたいと思えます。

構造体について、当初はSRCで計画していたところをRCというかPCに変更したということで、前に議論した際に、ここ10年間の道内の市立病院のデータについての資料があります。これでは苫小牧が一部PCですがけれども、ほとんどすべてがSRC構造になっているのです。一般論として、RCの場合はどうしても構造断面が大きくなる、それから自重が大きくなるという特徴がありますが、RCに変えたときに、そういう平面的な制約がなかったのか、設計変更時点での過程だとか、さまざまな検討した内容について報告をいただきたいと思えます。

### ○（経営管理）松木主幹

今回、鉄骨鉄筋コンクリート造から鉄筋コンクリート造に設計変更したことにつきましての御質問ですけれども、基本設計では、手術室ですとか診察部門は大きな開口が必要なものですから、それがあがる 1 階と 2 階の低層部については、一定の開口スパンがとれる構造体でなければならないので、鉄骨を入れた柱を考慮してごさいました。ところが、地盤調査をして、実際に今回の建てる場所の地震の性状を把握した中で、地震案の作成をして、そして実際にその地震案を構造計算に使って性状をやったところ、鉄骨を入れなくても鉄筋コンクリート造でPCばりを使えば可能だということがわかりましたので、今回、鉄骨鉄筋コンクリート造ではなく、PCばりを使った鉄筋コンクリート造に変更したということでごさいます。

### ○高橋委員

平面計画というか、病院の計画について支障はなかったのかということを知りたいと思えます。

### ○（経営管理）武藤副参事

変更する中での平面計画において、何か支障等があったかどうかでごさいますけれども、二つございまして、今、主幹から申しましたように柱のスパンが飛ぶ部屋が必要なので、そういうところは鉄筋コンクリートでは足りないから鉄骨を入れるという予定をしていました。もう一つは、鉄骨を入れない鉄筋コンクリートにすることによって、柱の平面面積が若干大きくなる状態ですが、それはほんの数センチとか10センチのレベルですので、検討段階ではそれによって何か左右されるということではなかった状態です。

変更の一番の理由と伺いますか、基本設計の段階の成果品でも、鉄骨鉄筋コンクリートの加工部分が、低層部分は、南側、札幌側の部分が手術室とか一部スパンの飛ぶ部屋があるものですから12メートルのスパンを主体としており、地震力も高層部分に比べて大きくなることから鉄骨鉄筋コンクリートとしているけれども、さらにコストの縮減策として、鉄骨鉄筋コンクリート造の範囲を縮小して鉄筋コンクリート造及びプレストレスト造に置きかえが可能な範囲を探りましての基本設計になっていまして、一応基本設計の段階でも検討することになっています。

それで、先ほど主幹から説明しましたが、たまたま新市立病院は1階、2階までが大きな面積を持っています。

6,600平方メートルぐらいあり、その上に3階から7階までの入院病棟がコの字型で乗っています。上に延びる病棟部分は比較的大きなスパンは要らないものですから、それであれば1階、2階も上の病棟の柱がそのままおりてきますので、病棟の下はもともとスパンが短いので鉄骨を入れる必要はないのですけれども、普通は同じ階の大きな部分で鉄骨鉄筋コンクリート造と鉄筋コンクリート造が複合をすると、構造計画、工学的判断の中でいろいろとバランス等があるものですから、基本設計の段階では2階以下にはすべて鉄を入れるということだったのですけれども、先ほど説明をしたような形を受けて、その範囲を縮小できるかどうかの検討の中で、鉄骨を抜いて飛んでいるところにはPC鋼線を入れて力をかけて、鉄骨を入れなくてもはりが耐えられる工法を取り入れることで、逆に経済的にも安価になるものですから変更した経緯がございます。

#### ○高橋委員

先ほど単価の議論をされておりまして、前にも議論しましたとおり、最近新築された道内の市立病院の単価はすべて30万円以上になっていたわけですが、それと比較しても国立病院機構の示された25万円から30万円の間に入っているということで、私は評価したいと思っているのですが、今回出た数字の1平方メートル当たりの単価について、病院局としてはどのように考えられているのか見解を伺いたしたいと思います。

#### ○経営管理部次長

今回の単価につきましては、基本設計の段階でも申し上げましたけれども、地域的な要素も幾つかございました。委員がおっしゃったように、国立病院機構が示している1平方メートル当たり25万円から30万円と総務省がガイドラインで示している30万円が一つの目標になったわけです。先ほど申し上げましたように、地域的な要件としまして、非常に支持地盤が深いということで、くい基礎に相当な金額がかかること。それと、高さの制限を受けるものですから、どうしても地下をつくらざるを得ないですし、地下の作工物については、通常、地上のものに比べて1.5倍から2倍ほどの金額がかかるという、二つの要素を入れて、当初、1平方メートル当たり33万円という想定をして基本設計を進めてきました。

基本設計が本年2月に終わった段階で、これは設計の段階でも言われたのですが、プラス要素の分はやはりかかっていると、逆にそれ以外の部分で、例えば平面計画をシンプルにするとか見積りをしていく上での民間の考え方も導入しながらやっていくことで、安くできるのではないかとということがあり、歩掛かりを参考にしながら基本設計終了段階では29万9,700円という30万円を若干切ったところでした。それを今回の実施設計の中で、工事発注に向けて図面をつくるあるいは積算をするという業務を進めてきたのですけれども、この中で当初に計画していましたように各建設資材の単価を決定する上で、施設そのものは少し大きいですから使う量を含めて例外なく見積りを取りました。その見積りをいわゆる道単と比較する、あるいは刊行物で示されている単価とも比較をして、できるだけ建物の質を下げないでコストを削減するという方針でやってきた結果が、今回の29万5,000円に表れたものと考えてございます。

先ほど秋元委員からもお話がありましたように、今、予算の段階で29万5,000円でございますので、積算が完了して予定価格を定める段階では若干下がっていきまじし、その後、入札が行われれば当然落札額はその額よりも下がるわけですから、まだもう少しの下がり方は期待できるだろうというふうに考えてございます。

#### ○高橋委員

今お話あった予定価格については、いつごろどういう形で決めていかれるのか、そのプロセスについてお示しいただきたいと思ひます。

#### ○経営管理部次長

予定価格につきましては、今回の積算がすべて完了をして設計工事費が算定されます。それを一つ基礎にしまして、場合によっては市場価格の調査もしようとしておりますので、それら両方を見極めた上で予定価格を定めるものに判断をしていただく、これは局長ですけれども、そこで予定価格が決まってくるという流れになります。その

時期については、来年の 1 月中旬以降に工事の公告をいたしますので、予定価格については事前公表しようと思っていますので、その段階で明らかになるというふうに考えてございます。

○高橋委員

次に、資料 1 の発注方法等についてですが、入札参加資格の①で特定建設工事共同企業体であることということで 2 社又は 3 社で構成となっています。前にも議論になりましたけれども、2 社又は 3 社でなくて 4 社でもいいのかどうかという結論がなかったように思っておりました。これについては、2 社か 3 社でなければだめだと、それはもうコンクリートされたものなのだという内容なのですけれども、その確認をさせていただきたいと思います。

○経営管理部次長

共同企業体を構成する会社数でございますが、病院局では、市の共同企業体取扱要綱に準じて考えてございます。要綱の第 4 条に、「構成員の数は 2 社又は 3 社とする。ただし、工事等の技術的特性等により特に必要と認められる場合は、この限りではない」という条項がございます。ここで言う「工事等の特性により」という工事特性というところが、よくよく解説書などを見ますと、例えば建築電気設備を一体発注するという場合は、もちろんこれは 3 社ではなくてももう少し多い数が必要になってくるだろうということです。例えば、同一敷地内で複数の建物があって、それを一体発注するときにはもう少し数が多くなったり、あるいはランクもいくらか分けながらやるということも必要です。また、工事の内容によって、パテントがどうしても必要になってくるときは構成する会社としては増えてくる。そういったことが特別な事情ということですから、今回の場合はそういうことに該当しませんので、2 社又は 3 社とするということで決定をしたところでございます。

○高橋委員

◎総合評価落札方式について

次に、総合評価落札方式の一覧がありますけれども、通常であれば応札金額で決まるのですけれども、応札金額と総合評価をどういうふうにして判断するのか、もう一度説明をお願いします。

○（経営管理）松木主幹

総合評価における最終的な決定の方式でございますけれども、今、標準点としては 100 点、それから技術評価点としては最大 30 点を考えています。そういった中で、標準点と技術評価の加算点の合計を当該入札した価格で除するという除算方式の中で評価をしていきたいと考えてございます。

○高橋委員

分母が応札金額で分子が総合評価点だとすると、当然制限はありますけれども、応札金額が低ければ低いほど有利ということになるかと思えます。先ほどの説明では、品質確保の項目にある施工実績等と配置予定技術者の両方で 18 点になるかと思えますけれども、スーパーゼネコンが入ってくるとなれば、ほとんど点数の差はないだろうと私は思います。地域貢献度の 12 点の加点がどのようになるかというのが問題かと思うのですけれども、一つ懸念していることがあり、以前の説明では、経済効果もすべて金額で表していただくということでありました。例えば簡単な例を出しますけれども、うちの J V では小樽の業者を使いますと、経済効果として 10 億円出しますとなった場合に、そういう約束をして入札するわけですが、ではその内容どおりきちんと履行されているのかどうか、担保されているのかどうかのチェック体制とか、それからもっと言えばペナルティーがあるのかなのか、その辺も含めて説明をいただきたいと思えます。

○（経営管理）松木主幹

工事における地元企業を活用した場合の、それから資材を購入した場合の検証方法でございますけれども、まず検証方法としては、下請契約書ですとか納品書、それからまた施工体系図といったもので工事の完成後チェックをしていきたいと、履行の確認をしていきたいというふうに考えています。

また、ペナルティーについては、もしそれが履行できないということにつきましては、履行できない部分につい

ての違約金といたしますか、そういったものでペナルティーをかけていきたいというふうに考えています。

○高橋委員

入札で J V から提出していただく書類の中に恐らく入ってくると思うのですが、では具体的にどういう工事でどの程度の工事費だという、その中身についてはどの辺まで要求するのか、それを確認したいと思います。

○経営管理部次長

下請をどれだけ使うか、あるいは地元の企業から資材をどの程度買うかというところについて、工事については、それぞれの工事項目ごとにどういう計画で下請に出すかというところを内訳書として求めたいと考えています。資材については、主な資材として金額で提案していただきますから、その積み上げた根拠についても提出していただきたいというふうに考えております。

○高橋委員

先ほどのチェックについてですが、提出された内訳書に照らして契約書の写し、一時下請との契約書の写しなり発注書なり若しくは建設資材等の領収書、それらを全部書類化して提出してもらおうということによろしいのでしょうか。

○経営管理部次長

応札する段階では、まだ下請業者との契約が済んでおりませんので、あくまでも予定という形で出していただくことを考えています。その後の検証については、当然大きな工事ですから施工台帳がつくられて、元請から 1 次下請、2 次下請といったときに、どういう流れになっていくのか、あるいは材料で言えば、注文をして納品書があって、その後請求書があって領収書があるという流れがありますので、そこを工事の完了後に確認させていただいて、総額として当初の提案をクリアできているかどうかという検証をしたいと考えてございます。

○高橋委員

もう一点、これは懸念しているところなのですが、下請工事の会社と契約をしたときに、適正な価格で契約がされているのかどうかというのが非常に心配なところです。当然そうでなければ総額が合わないことになるので、あまりそういうことはないだろうとは思いますが、よくある話なものですから、その辺のチェックはどうなのか、その辺を伺いたしたいと思います。

○経営管理部次長

工事発注後の下請との契約でございますが、これについては今回の病院工事に限らず、市が発注をするものについては適正な雇用関係を結びなさい、あるいは法で定められた金額を守りなさいという指導をしているところでございますので、病院の工事に当たっても、そういう要請なり要望なりというのはしていきたいと考えてございます。

○高橋委員

要請とともに、ぜひともチェックできるようなことも考えていただきたいと思います。

◎経営改革プランについて

最後になりますけれども、資料 2 の経営改革プランの経過報告書を読ませていただきまして、共通事項として 2 点確認したいと思います。

1 点目は医師不足ということで、これが大きな要因の一つということがうかがわれます。これは当委員会でもいろいろと議論してきましたけれども、一つはこれから医師確保をどういうふうに考えていくのかということで、これは毎回、議論になるので、その点をまず確認させていただきたいと思います。局長が御苦労されているいろいろと大学病院等も回られていると思いますけれども、現在、実施設計がほぼ完成する状況で、来年度からは実際に工事が始まることを考えると、目に見えてきたという状況なので、お話しをするときもより一層の説得力があると思いますので、医師確保についてどう考えているのかということをお伺いします。

もう一つは、医業収益をどのように確保していくのが問題だと思いますけれども、当然、医師確保が第一なの

ですけれども、今まで努力されてきていることプラス何かがあるのかも含めて、この 2 点をお答えいただきたいと思います。

#### ○病院局長

医師確保につきましては、今、いろいろな面から当たっております。特に、10月11日付けで北海道から実施設計に係る起債許可の通知がなされたということで、各大学の医局には、パンフレット等を配ってお願いしております。大体もう本当に大丈夫なのだとということで、まだ言われますけれども、大丈夫だと言って、そして最後は平成26年度にできるという具体的な話をして、そのためには人を頼むということで、やはりだれでもいいというわけにはいかないものですから、大学の教授陣も1年後とか2年後のことを考えて、今、いろいろと検討してもらっているのではないかとこのように思います。

これからは病院が選ばれる時代になると私は思いますので、そこで仕事ができる、生きがいがあるという環境をつくらないと医師は来ないのです。教授は、そこへ行って勉強できるようにしてほしいと、自分から言ってもだめだから、そういうところに若い人が行きたいというのでしたら出しますからということと言われるのです。そういう意味では、今回建てます新市立病院は、結構最新の設備や医療機器を入れますので、いろいろな面でそういうことに興味を持って来ていただける方がいるのではないかとこのように思います。今いろいろなところから問い合わせなどがありますが、だれでもいいというわけにはいかないのです。この前、会議がありまして、病院に勤めたいと言っても10人に1人くらいしかまともな人がいないという、きちんと教育を受けていないとひどい目に遭うらしいのです。我々が何で大学とかそういう病院をお願いするかというと、医師としてある程度の教育を受けているからでして、そういう人を入れていかなければならないと思っています。何度も新しい病院ができれば何とかなると言ってきましたので、そうなれるようにこれからも頑張っていきたいというふうに思っております。

#### ○経営管理部長

収入確保の面でございますが、医師確保は今、局長が申したような状況で、限られた医師の中で、これ以上医師の負担を大きくさせるわけにはいきません。そういう中でも、今の経営状況、それから、今目標にしていること、こういうものを局長は年に何回か医師との面談をしながら実情を訴えて頑張ってもらっているところでございます。

そういう中で、やはり一方で支出の削減は、事務方を含めて一生懸命取り組んでいるところで、来年度の予算に向けても委託の見直しなどを精力的にやっております。それと、収入についても、診療報酬の改定などがありますと、そこから今の病院で新しく取れる加算など、そういうものは医師を中心に勉強しながらやっているところでございます。

#### ○委員長

公明党の質問を終結し、民主党・市民連合に移します。

---

#### ○斎藤（博）委員

##### ◎総合評価方式の低価格入札への対応について

最初に、総合評価方式の3番目の低価格入札への対応についてお聞きします。こういう基準が決定すると、目的である契約内容に適した履行と工事品質の管理確保とか、工事現場の安全性確保、それから下請業者との適切な雇用関係の確保といったことが担保されるはずだということで、こういうことをやると言われているのですが、この部分のシステムをもう一度御説明いただきたいと思います。

##### ○（経営管理）松木主幹

低入札価格調査制度におきましては、不当な低価格で入札をして受注しようとする不適格な業者を排除しようと

いう趣旨の制度でございます。

そして、その中で、先ほども申し上げましたとおり、設計上の工事費は、直接工事費、それから共通仮設費、現場管理費、一般管理費、そういったもので構成されてございます。

そういった中で、調査基準価格については、まず対象工事の予定価格の算出基礎となっている工事費に一定の率を掛けた合計額以下のものについては、適正な工事の履行ができないおそれがあるということで調査をするという調査基準価格が決まっております。さらに、それよりも低い基準として、調査をするまでもなく適正な施工ができないと判断される基準として、先ほど言った項目の中に一定の割合を掛けたもので、それ以下であれば入札が失格となるという失格の判断基準がございます。

要するに、調査基準価格があって、それ以下のものについては適正な入札が行われるかどうか調査をします。その下に、今言った、これ以下だともう適正な施工ができないと判断されるので失格としますという失格判断基準がございます。その3段階になっています。

#### ○齋藤（博）委員

そういう線を引いて縛りをかけることはわかるのですけれども、それをクリアしているから下請との適切な雇用関係が確保されていると、どうしてそのように言えるのかということをお聞きしているのです。

#### ○経営管理部次長

ラインとしては、予定価格が1本あります。それを10とした場合に、計算上求められる調査基準価格があり、これは国の基準を小樽市も準用しています。仮に、それを9とします。その下の失格判断基準も国の基準に従って同じように引かれます。これが7ですという3本のラインがありまして、10と9の間は適正な価格ということで判断されます。そこに入札がされれば全く問題なく落札できるという範囲を示しています。その下にある調査基準価格と失格判断基準の間に札が入ってきた場合は、幾つかの弊害が起り得る金額だということで調査をすることになります。3本目の下の失格判断基準よりもさらに下に入った場合は、文句なく、調査した上ですけれども、失格になりますと、こういうことが一つの仕組みになってあります。

今回、総合評価落札方式を採用するに当たって、価格のほかに、それ以外の要素も含めて落札者を定めるという仕組みになっています。ですから、予定価格があって、その下にある調査基準価格を下回って調査の対象になるもの、今回の場合については、総合評価をやる上ではこれも除外しますということで失格判断基準を9まで上げてきているという制度でございます。

#### ○齋藤（博）委員

例えば、基準上はクリアして始まったときに、本当にそうなのかという検証をすることは、現実には可能なのか。

#### ○経営管理部次長

実際に品質の確保ということが1点あり、工事現場の安全性の問題があり、下請との適切な契約という三つとなります。それ以外にもあるのですけれども、これが大きな三つだとすれば、一つはその品質の確保が直接工事費の95パーセントが一つのラインになるので、適切な価格で材料を購入して施工をすると、当然、直接工事費の材料の単価を構成するのは、材料の単価と工賃が入っていますから、先ほど説明した適正価格の範囲内であれば、工賃も普通に払われるし、品質についても確保できるということで、予定価格と調査基準価格の間に入ってくるものについては、すべて適切に処理できるという判断が一つあります。それを今度は現場の中で適切に施工してもらい、あるいは現場の安全を確保してもらい、あるいは管理を委託するところから指導していきながら最終的に満足するような工事を行っていくという流れになります。

#### ○齋藤（博）委員

総合評価方式の中で地元企業への下請の発注計画だとか、地元を使って仕事をしてほしいというのは、いろいろ



な経過はありますけれども議会意思としてもあるわけです。そういう中で適切な雇用関係を確保することを発注者側も意識しているのは私も理解できるのですけれども、現実問題として、走り出したときに本当にそうなのか、実はいろいろなことが起きるのではないかとという心配があるのです。これ自体がクリアしているから大丈夫なのだという考え方も理解しますけれども、ただ、現実問題として始まったときに本当に地元でどういう形で契約が結ばれているのかとか、実際どうなのかというあたりを検証するシステムをどこかに入れていかないと、10と9と7という線があって、9をクリアしているのだから、たぶん7も問題ないから大丈夫だろうという理屈はわかるのですが、本当にそうなのかというあたりについて検証するシステムの検討はできないものですか。

#### ○経営管理部次長

先ほど言った10、9、7というラインについては、入札をする段階での話ですから、その後、受注者が決定した後は、当然、委員のおっしゃったように工事内容に伴うような契約ですとか、あるいは現場の安全性の確保ですとか、こういったものは発注者として指導していくとか、あるいはその要請をしていくことは十分考えていかなければならない問題だというふうに考えています。

#### ○齋藤（博）委員

これはお願いなのですが、例えばどこかが落札したときに、その会社が総合評価方式で指名してきて、もちろん低価格入札はクリアしているのでしょうか、そこで考え方として示していた地元との関係とか、いろいろな資材の購入についての考え方をみんながわかるような形で出してもらって、本当にそういうふうになっているのかをみんなで見えていく必要があるのではないかとというふうに思うのですが、その辺は可能でしょうか。

#### ○経営管理部次長

検証をどういう形にするか、あるいは、今、公にしてはどうかという質問ですけれども、今後、これは市長部局の発注担当とも協議しながら、どういう方法があるのかというのは検討していきたいと考えてございます。

#### ○齋藤（博）委員

よろしく申し上げます。

#### ◎量徳小学校の隣接地について

次に、土地の問題ですが、以前から、たまに議論になっているのですけれども、今の量徳小学校の左横というか、JR側、線路側に細長い三角形みたいな土地が残っているので、ここの扱いについてのいろいろな話を聞きます。いよいよ設計、施工という段階になっていますので、ここの部分の扱いについて決めていくべきだと思いますし、私としては、今の量徳小学校の跡地を決める経過でも、必ずしも十分な土地が確保できたという話はしていなかったように覚えていますので、少しでも可能であれば、民家を壊して囲えというのではなくて、更地になっている土地があるものですから、購入するなり、長期の賃貸といったことを含めて検討して、あそこの土地は新しい病院の敷地として組み込んでしまうべき時期ではないかと思うのですけれども、その辺についてどういうふうにお考えでしょうか。

#### ○（経営管理）松木主幹

量徳小学校に隣接しております、元の交番が建っていたJRの用地でございますけれども、ここは工事の場所と隣接しているので、工事期間中の資材置場ですとか、また開院後における病院の駐車場、また、ちょうど正面側に面していますので、そういった意味で新市立病院の正面側のスペースの有効利用、確保という意味で、現在、JR本社とその辺を含めて、将来的に買取りの方向の中で協議を進めさせていただきたいと思っております。

#### ○齋藤（博）委員

こういう敷地で病院をつくっていくのだと、そういうふうにしていってもらいたいと思っています。

#### ◎DPC請求の実施について

次に、DPCについて他会派の委員からも質問がでていますが、なかなか委員会的には落ち切っていないという

のが、私の感想です。

なぜ D P C を導入するのかという入り口がはっきりとはわからないのです。例えば国が無理やり実施するように言っていると。だから、嫌なのだけでも、やらざるを得ないと。これは一つの理屈としてよく言われてきまして、例えば起債を借りるためにはどうしてもこれを入れないとだめなのだというなら、泣く泣くやるという話になるかもしれないかもしれませんが、資料では厚生労働省はという言い方をしていますが、そのとおりに読んでもどうなのかと思うのです。国なり厚生労働省が、表では医療の標準化とか、質の向上とか、透明化と言っていますが、厚生労働省の目指しているのは間違いなく医療費の抑制とか、それから医療業務の管理強化という部分をいろいろ考えているのではないかと私は思っているのです。

ですから、この資料に書いてあるように、厚生労働省がこう言っているから小樽市もやるのですというのでは、動機というか、きっかけとしてあまりにも説得力がないのです。例えば、今、小樽の両病院でやっている、こういうところに問題があったので実施するとか、これをやると間違いなく収益が上がるという説得力のある理由が聞こえてこないわけです。ですから、なぜそこまでしてやるのかとか、先ほどの質問に対する答弁で御心配はごもっともですと言われてしまうと、本当だったら何もやらなくてもいいのではないかという話になってしまうのです。もう一回、両病院で D P C を実施しなければいけないと決めたきっかけ、それから目的は一体何なのかというところをもう一度おっしゃってください。

#### ○（経営管理）田宮副参事

確かに、今、斎藤博行委員のおっしゃるとおり、国にすると、医療費の総体的な抑制が根本にはあると思います。そういった中で、全国でどこにいても一つの同じ病気であれば同じ治療を受けられるように標準化することによって、いろいろな病院がありますから、過剰診療をしない形で抑えていくということもあります。そのためには、いろいろなデータを提出させて、そして実態をきちんと把握して標準的なものにしていくという形にします。それに参加してきている病院については、診療報酬の改定のたびに、そういった病院については改定率を把握するという誘導は確かにあると思います。

ただし、そういった目的でやっている中でも、病院としてどういった形で導入するのかというと、医療の標準化や質の向上という全国の病院のいろいろなデータが集まったものを国が見られるだけではなくて、参加する病院も見られることになるのです。そうすると、一つの病気に対してどういった治療を行っていくか、うちの病院の医師はこのように考えてはいます。ただ、それが全国的に見て、こういう疾患の患者であれば、最初にどういう検査をして、どういう治療を行っているかということがわかりますので、全国的に見て、うちの病院がどういう治療をしているのかという検証もできるわけです。そういった意味で医療の標準化と質の向上を図っていくわけなので、繰り返しになりますけれども、やはり標準化で医療の質を高めるということを目的に病院としては入れるという形です。

#### ○医療センター院長

もう少し具体的に言いますと、1年、2年交代で大学の医局から医師がいらっしゃるわけです。そしてまた大学に帰られるということで、長期間同じ病院にいてくださるといいのですけれども、かなり交代されます。その医師により、その都度、薬の使い方や検査の方法、患者に対する扱いなどがばらばらなのです。私どもが上から見ると、それをきちんと平準化して、それぞれの患者に合うような薬を使っていたらいいということで、そういう方向で持っていけば、D P C はそういう枠組みの方向ですから、いいというのが単純な動機だろうと、私は個人的にそうだと思います。

実際には、平準化、透明化、それからちょっと安上がりにやろうということで、電子カルテの導入とジェネリック薬の選択・導入、それからクリニカルパスを電子カルテとリンクして運用します。要するに、クリニカルパスにより、決まったような治療方法をきちんと決めるということです。そういうことは D P C の枠内で非常にやりやす

いということで、その採用のメリットがあるのと思います。

#### ○病院局長

馬淵医療センター院長が申しましたように、これはもともと大学の大病院から導入などのいろいろなことをやってきているのです。今は大きな病院でやっていて、やはり急性期医療をやっていく場合、このシステムでやるというのが国の方針でもあると思うのです。

実際に、今回、診療報酬をやりまして、小樽市はまだ出来高でやっている状況です。例えば同じような病院も、DPCをやっているところが相当ございます。大体我々は2億円くらいの収益を上げていたのですが、そういうところは5億円、大学病院は10億円を上げています、DPCを入れているところは。そういうシステムに移行していったのです、国は。

ですから、我々としては、そちらのほうにいかなければならないのです。それから、大学病院は教育面も兼ねていますので、そういうシステムをやらせていたほうが、やはり教育を含め医学医療者のためにもよくなるのではないかと考えています。我々としては非常に遅いのです。ですから、ぜひ私としては、この方法でこれからやらせていただきたいというふうに思っています。

#### ○斎藤（博）委員

今のお話を聞くと、標準化、質の向上、透明化ということで、標準化については、院内においていろいろな問題があったのだろうか、質の確保はローテーションで医師がかかわるといろいろなぶれがあるのだろうか、透明性を図っていくにしてもいろいろな問題があるのだろうかというふうにも聞こえてくる。

もう一方では、DPCを導入することによって、ほかの病院なりで経営の改善が進んでいる部分もあって、一義的には言えないかもしれないけれども、そういったことを考えて、要するに両病院によかれと思ってやるのだろうかというあたりが、なかなか理解しにくいのです、本日の議論では。だから、医師も呼びやすくなるし、若い医師も仕事しやすくなるし、収益の確保にもつながるといような、わかりやすい形で理解して導入については考えていきたいと思いますが、今回も出ているように、例えば今回DPCを導入することによって、来年の今ごろ、平成23年度、24年度の収益を見たときに、入院の収益がずいぶん落ちましたと言って、実はDPC導入しましてということになるのでは、今の病院を取り巻く状況としては決して望ましくないとか、そのようにはなりたくないという思いはあるのです。こういうことをやる以上は、せめてマイナスにならないような結果を示していただきたいと思うのですけれども、その辺いかがですか。

#### ○（経営管理）田宮副参事

今、斎藤博行議員がおっしゃるように、そういった目的でDPCを入れたのはいいけれども、収益が下がったら困るということですが、収入自体は下がる可能性は大きいです。ただ、やはり収益で見ないといけませんので、そのために経費の削減を考えていかなければならないのです。

実際にシミュレーションもしています。昨年の実績を出来高とDPCに当てはめて比較した場合、出来高と比べるとかなりやはり低くなるのです、収入は。ですけれども、その分経費を削減していくという努力などもしなければなりません。

それで、先ほど馬淵院長も申しましたように、後発医薬品の変更がやはり一番大きいのですけれども、例えば注射薬については、高い先発品を使っていたのですけれども安い後発品を使うということ、今は検討をしております、収益は出来高と比べて赤字にならないような形で既にもうめどは立っております。

#### ○斎藤（博）委員

絶対に約束してほしいという話はしないのですけれども、ここに書いてあるのは収益だから、収入から支出を引いたものが収益はキープしてほしいというふうに思いますので、よろしく願いいたします。

#### ◎設備機材について

次に、病院の設備機材のことで何点かお尋ねします。

最初に、両病院には固定資産台帳というのが整備されていると思いますけれども、これは一体どういうものなのか御説明をいただきたいと思います。

○（経営管理）吉岡主幹

市立病院の会計規程の中で土地や建物、医療機器・備品などの固定資産について、固定資産台帳に記載して整理することになっております。

医療機器・備品ですと、耐用年数が1年以上で、取得価格が10万円以上のものについては固定資産台帳に記載することになっております。小樽病院と医療センターの分を合わせまして、今、経営管理部で保存しておりまして、新たに取得及び売却したものの処分などを行って、1年に1回更新しているという状況です。

○斎藤（博）委員

今回、医療コンサルタントを入れて仕事を願う中で、固定資産台帳の整理もお願いしなければならないというお話があったと思うのですが、現状ではどういう状態になっていて、どういったことがあってコンサルタントを入れなければならないのかについてお示してください。

○（経営管理）吉岡主幹

医療コンサルタントを入れる業務の中に三つありまして、一つ目が医療機器の整備計画で、二つ目が運用マニュアルの作成、それから三つ目が実際の移転計画です。

医療機器の整備計画の中に、平成24年からですけれども、新市立病院移転に係り、現有の医療機器の中で持っていくものと持っていないものがありますので、秋元委員の質問にも答弁いたしましたが、その仕分けをしていただきます。大量にある固定資産台帳の中で、実際に点検していったときに、台帳上はあっても実際に所在がないような不在品目を精査して整備計画を進めます。そういうふう実際に何が残っているのかということを中心に整理していくのですが、事務方がほかの業務をやりながらやっていくことは現状では非常に困難ですので、今の病院の医療機器の実際の所在の状況をしっかりと把握して、その上で新市立病院に持っていくものと持っていないものの仕分けをして、実際の移転のときには本当に使えるものを持っていくという形で、今の固定資産台帳自体の整理もあわせてやっていくというふうに考えております。

○斎藤（博）委員

今、二つの病院で持っている固定資産台帳は、いろいろな問題があったという理解でよろしいですか。要するに、台帳があるのなら、そこから引っ張ってくると、備品台帳になると思うのですが、固定資産台帳そのものを整理しなければならない状態だというふうに理解してよろしいのですか。

○経営管理部長

病院は非常に長い歴史を持っていて、しかも二つに分かれていますし、実際に使う備品の多くは医療現場にあります。そういう中で、現場の中で異動したり廃棄したりしても報告が上がっていないというのは、過去から見るときつとあるのだらうと思います。固定資産台帳は、公営企業は残存価格が残ってしまうものですから、除却処分をしない以上は、現物があるというように記録としての台帳は残ってしまうのです。それはバランスシート上の資産としてカウントされているので、きつと長い歴史の中であるのだらうと思ひまして、そういうのを整理したいというのが先ほどの課長の意図でございます。

○斎藤（博）委員

医療コンサルタントの業務にかかわるのですが、備品台帳の整理について、病院のいろいろなものの整備を含めて、コンサルタントのスケジュールは、いつから着手して、いつをめどに、二つの病院の固定資産台帳の整理を終えるのか。それから、次に何をやっていくのかといったスケジュールについてお知らせいただきたいと思ひます。

### ○経営管理部次長

医療コンサルタントの件でございますけれども、資産台帳のところ、ある意味メインではありません。たまたま医療機器を今後どうしていくかということが1点ありまして、両方の病院にある医療機器と備品、什器類をすべて調査すると。今の病院の調査をするという流れがあるものですから、その中で台帳についても整理をしていくという位置づけでございます。

医療コンサルタントとは3年間にわたる委託契約を締結したいと考えてございますので、その3年間でどういう整理をしていくかというのは、医療コンサルタントが決まった段階で細かいところの打合せをしていくこととなります。現時点での予定で言いますと、今年度内くらいにもし契約ができるところまでいければ契約をして、4月早々から両病院にある医療機器や備品の現況調査から入っていきたいというふうに考えています。それが、今まで医療コンサルタントのヒアリングでいくと、おおむね1週間から2週間程度と言っていましたので、そこで一定の方向性は出るというふうには思っています。

### ○斎藤（博）委員

新市立病院計画では、備品購入を28億円という予算を組んでいたと、かかるかどうかは別として。新しい病院をつくるので、当然それに合ったものを用意しなければならないという面もあると思うのですが、一方で使えるものは使うという考えも持っていたいただきたい観点だと思っております。ただ、今言うように、まずは現状をきちんと見ないとなかなか作業が始まらないという点は、実際の問題としてはそうなのだろうと思っております。

そういった意味で、医療コンサルタントを入れて、両病院を1回洗い直した時点で、今の両病院はどのくらいの資産を持っているという実態を数的に表してもらいたいと思うのです。実際はなかったものをさかのぼって探せということではなくて、実際には両病院でこれくらいの資産を持っているはずだけれども実際はなかったとか、あるけれどももうほとんど使えないとか、もらったものがあつたとか、いろいろな中でどういう状態なのかを1回きちんと明らかにしていただきたいと思っております。そういった中で仕分けをして、持っていくものと、新しくするものという次のステップに入ってもらいたいと思うのです。全部という、10万円でしたら、いすやベッドとかというのはたぶん該当しないと思うのですけれども、例えば主に医療器具だったら結構何百万円という単位で購入してきた経過があると思っておりますので、例えば100万円以上とか、300万円以上でも500万円以上でもいいのですけれども、例えば500万円以上の資産が病院の中にどのくらいあるのかというのは、1回きちんと示していただきたいと思うのです。

極端に言うと、残念ながら全部持っていきませんという話になるのか、昨年か一昨年にいれて、まだ何年もたっていないすごく高額なMRIがあり、あんなに大きいMRIをどうやって運ぶのだろうと思うのですけれども、例えばリースだったら、改めてリースを組めば新しい病院に持っていけるのかどうかとか、そういったあたりも含めて、1回整理したものを出してもらいたいと思うのですけれども、その辺についてはいかがですか。

### ○経営管理部次長

おっしゃることについては、調査がまとまった時点で示すような方向で検討はしていきたいと思っております。

### ○斎藤（博）委員

よろしく申し上げます。

### ○夜間急病センターと市立病院とのかかわりについて

最後に、夜間急病センターと市立病院のかかわりについて質問させていただきます。

実は、11月18日に厚生常任委員会が開かれております。いろいろな話の中で、私は、夜間急病センターと指定管理者である医師会との関係について何点か質問をさせていただきました。

その中の一つに、医師会では、現在、併設している済生会病院と夜間急病センターとのつながりといいますか、補完体制という部分について、結構重く見ているという話を聞いていたのです。それは、言葉で言うと、2次救急

まではいかないですけれども、1.5次的な救急的な部分をやっていたり、いろいろな夜間急病センターの持っている隘路を済生会が隠していたと。そういうあたりについて、どのような実態になっているか、もう一度きちんと調べていただけないかとお願いをした経過があるのです。まだ10日しかたっていないのですけれども、調査したものでわかったことがあればお聞かせいただきたいと思います。

#### ○保健所長

早速11月21日に医師会長に文書を送りました。済生会小樽病院には具体的にどのような協力をいただいているのかを御提示くださいということが1点目です。それから、2点目としては、今後の対策につなげたいので日々の記録を残してくださいということです。25日に医師会長から私あてにお返事が来ましたので、かいつまんだところを報告申し上げます。

2点目につきましては返答がなかったのですけれども、1点目の済生会小樽病院に具体的にどのような協力をいただいているのかという点につきましては、4点ございました。

1点目は、平日の午前7時から市内の医療機関が始まるまでの間の1次救急を対応していただいている。

それから、2点目、3点目は1次救急に関する補完体制の話でございました。この話は私も初めてお聞きして少し驚いているのですけれども、夜間急病センターには6時から9時までの準夜帯がございます。準夜帯に対応は小樽市内の診療所の医師を中心としており、4病院は2次救急ですから、1次救急に対しては、要は2次救急以外の診療所をメインとして内科と外科の体制を組んでいて伺っておりましたが、準夜帯の外科の出向は、月の半分を済生会にお願いしていますと書かれてございまして、例として平成23年10月の準夜帯の出向回数が全部で20回です、土曜、日曜が外れますので、20回のうち、済生会9回、小樽病院2回、協会病院2回、掖済会病院2回、その他5回。つまり20回のうち15回は2次救急を担当している病院の外科のドクターが準夜帯に来ていたということでございます。

3点目が深夜帯に関するコメントですけれども、21時から翌朝7時までの深夜帯は、医師会が責任を持ってお願いをしている医師は、小樽市内の医師ではなく、別におんをいしている伺っておりましたけれども、内科系では、そこに医師を張りつけることができないために、6か月で20回、済生会から出向していただいていますということがございます。

4番目は、その他ということで詳細はわかりませんが、医師、検査技師の緊急依頼診療という言葉が書いてございました。

この4点については、済生会小樽病院からは御協力いただいておりますということで、お返事が来ました。これはあくまでも文書がきただけでございまして、もっといろいろとあるかもしれませんので、今後はこれを基に医師会と夜間急病センターの1次救急の運営状況について、いろいろな状況を教えていただきたいというふうに思っているところでございます。

#### ○斎藤（博）委員

第3回定例会のときには、例えばCTなどの済生会の機械を使っている部分はどうするのですかと伺ったら、今度は新夜間急病センターにCTを設置するからクリアできるのではないかとというやりとりをしました。

私が心配をしているのは、場所が決まってよかったという側面もありますが、小樽病院に近づいてきて、済生会小樽病院が果たしていた役割が小樽病院にかぶさってきたときに、小樽病院が持ちこたえられるのだろうかという部分があるので継続して質問しているのです。今、CTを買うから小樽病院には来ないでしょうということなので、まあそうかという話で、ちょっとよかったと思っていたのですけれども、先ほどの議論の中で、医師会とかの夜間急病センターの関係の方々待っている内容は、決して場所が決まったというよりも、済生会的な役割をどうしてくれるのだろうかという部分の小樽市の考えを聞きたがっているのではないかと考えてならないのです。医師会なり夜間急病センターの担当者から、済生会の役割について、100パーセントか80パーセントかわかりませんが、

市立病院にお願いしたいという意向は来ていませんか。

#### ○保健所長

それにつきまして医師会長は、こう書いてございます。「従前より市立小樽病院には2次救急医療で御協力をいただいておりますが、1次救急医療におきましても特段の御協力をお願いしたいと存じます」ということで、先ほどの4点の中で申し上げました、1次救急の不備な面を小樽病院にというふうに書いてございます。

厚生常任委員会でも保健所長としての立場で小樽市の救急をどう考えているかということをお聞きしましたが、今、医師不足で日中ですら大変な中で、市内の夜間の救急体制をいかに堅持していくかという問題は、一つの病院が頑張れば済むような甘い問題だというふうには認識しておりませんので、すべての医療機関が力を合わせて、市民も力を合わせてやっていかなければいけないという考えでございますので、これから津田会長と真剣に話し合いを進めていきたいと思っています。

#### ○斎藤（博）委員

保健所長の立場なり決意は前回もお聞きしたのですけれども、今、市立病院調査特別委員会で議論されている部分について、小樽病院としてはどのように押さえているのでしょうか。

表現の仕方はいろいろあるのかもしれませんが、小樽病院に対しての期待や希望、お願いというものは、少なくとも医師会なり、夜間急病センターの関係者から保健所までは来ているのではないかと思えてならないのですけれども、その辺について病院局ではどういうふうに思われているかをお聞かせ願えますか。

#### ○小樽病院長

医師会長から何点かの要望というのは、今聞いたものですから、これからどういうふうに取り組んでいくのか、今、明確にお答えすることはできません。ただ、併設型と独立型の夜間急病センターでは、もともと違うものですから、これを機会に仕切り直しということで、改めて協議して進めなければならないというふうに思っています。

今、内科輪番制についてもいろいろと問題もありますので、これを機会に、やっと整形外科で輪番制ができて、今度は内科もという中で場所を変えるということになるで、独立型の夜間急病センターですから、そこで改めて協議して、関係者で話し合ってみなければならぬのだと思います。まだ、それ以上の答えは出ていないです。

#### ○斎藤（博）委員

先ほどの保健所長のお話とか、今の小樽病院長のお話を聞いていて、もう一つは当事者である医師会、それぞれの立場なり、組織を抱えてやっているわけですから、そういったあたりでそれぞれの思いが微妙に違うというふうには聞こえてしまうのです。

ただ、小樽病院に過剰な負荷をかけると医師がいなくなるとか、現場を去られることになるかと困るということをお聞きして、前から繰り返し言っているわけですが、一方で、医師会が夜間急病センターの指定管理者として受けてくれているという構造的な部分はありますから、これが崩壊してくるのも今の小樽の現状では困りますと、両天秤にかけないといけないし、そのバランスをうまくやってもらいたいという思いが強いのです。

保健所長のおっしゃるように、小樽病院だけの個別の問題ではないと言われるのは、私もわかるのですけれども、小樽病院に向かって考えてくれないかと思っている人がいるのも事実なのですから、あなたの言っていることは受け付けられませんという話になったら全然議論が進まないのです。併設型と独立型では全然違うでしょうとか、今の若松町という地域もちょっと違うでしょうとか、いろいろなことはこれから議論できると思うのですけれども、やはり違う立場で考えないで、思いを持っている人と話をしていかないと、共倒れも困るし、けんか別れも困るというのは、たぶんみんなの思いなのです。

そういった意味では、今後の話として、保健所の立場としては、ほかの公的病院も入ってとなるのかもしれませんが、現実の問題としては医師会と小樽病院と保健所と、それから小樽市も入って、夜間急病センターをどうするのか。場所は決まると。買うものは決まったということでハード面は大分できてきているわけですから、ソ

フト面やあり方については、やはり相当話し合っただき、向こうが希望している部分、こちらがこたえられる部分、どうしても埋まらない部分をどうするのかということ議論してきちんと詰めていってもらいたいと思います。そのためには、市民の安全・安心という部分からすると、市長にリーダーシップを発揮してもらって、医師会と小樽病院、そしてほかの公的病院も含めて考えるような場をつくってもらいたいと思うのです。その辺について市長の考えや今後の見通しがあたらお聞かせいただきたいと思います。

**○市長**

夜間急病センターの運営については、医師会に指定管理者という形で受託をいただいているのですが、その中で、今まで済生会病院に併設していたということで、今、報告を聞きましたら、済生会病院の医師の派遣がずいぶんと多かったというふうに改めて思っております。私自身のところには、医師会から特に何も来ておりません。ただ、夜間急病センターの指定管理として受託をいただいている医師会については、やはり医師会なりにさらに努力をしていただかなければいけないというふうに思っております。

ただ、そうは言いながらも、やはり小樽市民の健康、命、安全・安心を守るのが第一でございますから、やはり今後、小樽市、医師会、市立病院、それから保健所を含めて、いろいろとコミュニケーションを深めながら協議をして、何が市民にとって一番安心していただけるのかということについては、これから協議をしていきたいというふうに思っております。入り口だけではなくて、常に運営している状況の中でも、もっとそういう話し合いは定期的に必要なのではないかというように私は感じておりますし、市民の健康、命、安全・安心を守るのが私の仕事だというふうに思っておりますので、そのように対処していきたいというふうに思っております。

**○斎藤（博）委員**

ぜひ協議についてよろしく願いして、私の質問を終わります。

**○委員長**

民主党・市民連合の質問を終結し、一新小樽に移します。

---

**○成田（祐）委員**

最初に、質問ではないのですが、DPCがこのように何かすんなり導入できなくなるとは思わなかったのですが、個人的にはDPCに賛成していますので、ぜひ導入していただくとともに、3月と4月の切替え時期にまたがって入院している方がいらっしゃるの、その部分の周知と説明だけはしっかりとさせていただければと思っています。

**◎入札について**

発注方法についてお伺いしたいのですが、今回の入札の参加条件を踏まえると、入札に参加できるJVの数は、ある程度パターンが決まってしまうと思うのですが、幾つになるのでしょうか。

**○（経営管理）松木主幹**

今回、共同企業体の入札の参加要件として、構成員にはA1ランクの市内業者が1社以上入ることになってございまして、市内のA1クラスは、建築では4社、それから設備は6社、電気5社でございますので、建築工事については4JV、それから設備の空調、給排水それぞれ6JV、それから弱電・強電については5JV、それが参加数としては最大可能なJV数でございます。

**○成田（祐）委員**

評価項目の配点の中に、小樽市と災害協定を結んでいるかどうかという項目があったのですが、ここについては今の4JVと6JVのところは、ほとんど全部が災害協定を結ばれているという認識でいいですか。

**○（経営管理）松木主幹**

災害協定の評価項目につきましては、建築主体工事のみでございますが、小樽市と災害協定を結んでの個々の会



社ということではなくて、市内の A 1 クラスが加盟してございます、小樽建設事業協会と小樽市とが協定を結んでございますので、4 社については災害協定を結んでいるということでございます。

**○成田（祐）委員**

配点の部分は先ほどの質問で答弁が出ていたので、どういうふうに加算していくのかという方法を伺います。この中で、例えば許可の有無であるといったところの配点であれば、1 又はゼロという形で評点できると思うのですが、実績などの積み上げものに関しての配点はどのように計算していくのですか。

また、最後に経済効果という項目があり、ここも配点が10点になっていますが、発注金額の順位の総体評価での点数なのですか。それとも発注金額とか、そういったところの割合に比例した配点になるのかが非常に気になるのです。JV の数が10とか20とかたくさんあるのであれば、順位点も一つ方法としてあり得ると思うのですが、例えばたった2社しか応募がなくて、それで1位と2位で配点が10点とか5点というようになると、非常に低レベルの争いが起こる可能性があるわけです。どちらも大して努力をしなかったということになりかねないという部分があるので、その辺の発注金額の割合に応じた配点になるのか、そういった部分についてお知らせ願います。

**○（経営管理）松木主幹**

配点における実績等のカウントの仕方でございますけれども、例えば、小樽市内における過去2年間の小樽市発注工事成績評定点の平均点という項目がございますけれども、これにつきましては、何点以上であれば何点、何点以下であれば何点、そしてその間のついでには比例配分という形になってくると思います。

また、工事の施工実績等については、例えば施工実績1件について何点という形で実績に対する点数ということでございます。また、経済効果の地元発注についての配点につきましては、下請の発注計画や資材の購入計画といった合計額の最も高い金額を分母にしまして、実際に提出してくる計画を、ある比率で、そういったものによって算定していくということでございます。

**○成田（祐）委員**

特に配点の細かい部分については、まだ伺えない部分もあると聞いたのですがけれども、ほかの会派の皆さんも、特に地元にお金が落ちるとい部分が大切だとよくおっしゃっているのです、それであればそれに見合った形での配点方法、得点方法をしっかり考えてやっていただきたいというふうに思います。

**◎過疎対策事業債について**

過疎対策事業債の起債について伺いますが、本年度の過疎債の起債が認められるという話になってくると思うのですが、翌年度以降に関しては非常に気になる点があります。震災等があった場所のほとんどが過疎地だということ踏まえまして、そういった部分で、今後は震災のあった場所での過疎債の起債申請がたくさん出てくると考えられますので、過疎債が他の地域との取り合いになってしまうと思うのです。そのような中で来年度以降、小樽市がそういった過疎の被災地等と争いながら過疎債を持ってこられるのかという部分で、非常に難しいのではないかとと思うのですが、その辺についてはどのようにお考えでしょうか。

**○（財政）財政課長**

まず、震災との関係ということで申し上げますと、被災された自治体が行います復旧・復興工事業に対する地方負担分の一部を賄うために発行する地方債は、過疎債とは別に措置されるようになりますので、過疎債に対する直接的な影響というのではないと思っております。

ただ、過疎債については、以前にも申しておりますが、地方債計画の計上額の範囲内で市町村の起債予定額に基づいて同意が行われるといった仕組みになっておりまして、全国的な枠があります。最近の計画額と、それから発行額を見ていきますと、今までは発行額が計画額に満たないという状況がずっと続いておりましたが、本年度については、全国の要望額が非常に増えているという状況にありまして、国は全国の要望額の把握と、その対応策についての検討に着手したというふうに聞いております。

その結果については、まだ現時点において何らかの通知といったものはございません。したがって、まず国としては本年度の対応をどうするのかということを開議決定した上で、来年度の対応を考えていくことになると思いますので、今時点で来年度はどうかということを明確にお答えすることはできない状況です。

○成田（祐）委員

震災等いろいろなものも含めて突発的なイレギュラーが起きる可能性が少なからずあると思うのです。ですから、過疎債が満額おりてくるのかどうか非常に不安なわけですし、もし起債がおりなかった場合は、当然ながら病院事業債に切り替えざるを得ないという認識でよろしいのでしょうか。もし、過疎債が満額おりなかった場合は、その足りない部分はどのようにするのでしょうか。

○（財政）財政課長

一般論として申し上げますと、そういった過疎債の場合は、今年度の震災の措置が非常に突出していることがありますので、過疎債が活用できないといった場合に、事業によっては事業そのものを先送りするといったことも検討していかなければならないということもございますけれども、やはり事業の継続性というものもあります。病院建設のように既に実施設計に入っている場合で過疎債が使えない場合については、他の起債を充当して事業を実施することになるのではないかとこのように思います。

○成田（祐）委員

参考までに、病院局にお聞きしますが、来年度以降の過疎債の申請金額は、現在どの程度あるのでしょうか。

○（経営管理）吉岡主幹

第4回定例会の補正の実施設計で算定しますと、基本設計、移転雑費を除いた起債総額が約126億円になりましたので、その半分が過疎債と考えています。約63億円で、平成23年度は建設工事等で総額1億2,000万円しか出ていませんので、ほとんどが24年度以降に、今の額が対象になるということです。

○成田（祐）委員

これが仮に病院事業債に切り替わったら7対3が5対5になって負担が12億円ぐらい増えてしまうということ、非常に不安材料があるというふうに私は認識したのですが、その辺はまた別の機会に伺いたいと思います。

◎経営改革プランの見直しについて

次に、経営改革プランについて伺いますが、評価委員会では、平成23年度中に改革プランの該当項目の見直しを提言されておりますけれども、本市では見直しを行うのか。行うとすると、いつごろまでに発表されるのかお答えいただけますでしょうか。

○（経営管理）管理課長

改革プランの見直しは、先ほど報告で申し上げたとおり、来月の公表を目指して準備を進めているところでございます。

○成田（祐）委員

◎今後10年間における職員数の推移について

経営改革プランの評価委員会では、経常収支と医業収支の乖離について、一般会計からの繰入増額によるものと指摘され、具体的な施策が提案されていまして、その中で職員給与比率においては道内でも非常に高い水準だと言われています。これは金額的なものよりも人数的なものという部分が多いと思うのですが、そのような状況である現在においても職員を募集しているのですが、今後の職員採用計画という部分で、長期にわたっての人数がどうなるのかという部分が非常に気になりますので、今後10年間における職員数の推移について御説明いただけますでしょうか。

○（経営管理）管理課長

今後10年間における職員数の推移という御質問でございますが、現在の職員採用計画につきましては、平成26年開院予定の新市立病院を見据えて、現在、足りない職員を募集しているものでございます。内訳としましては、DPC導入に伴いまして、診療情報管理士を2名、それから今年度退職する検査技師の補充として2名、それから小樽病院地域医療連携室に配置する予定の医療相談員1名、いずれにしましても現病院、新市立病院に向けて必要な人材の採用を計画しているものでございます。

今後の職員採用計画につきましては、新市立病院の開院時における職種ごとの適正人数を精査している最中でございます。新市立病院になりまして、実際に診療科目が決まって、実際に何人必要かという数字を割り出して、その後の採用については、退職等を考慮し、必要以上に人数のいる職種につきましては採用を抑えるなどして推移していくことで考えております。

ただ、今後10年となりますと、そのときの診療体制が医師の配置数等によりましてどのような職種が必要か、またどの職種がオーバーになるかということは、その時々判断できるよう、我々は全部適用を受けていますので、事業管理者の下、職員の配置を決めていきたいというふうに考えています。

○成田（祐）委員

民間病院と違うところは、簡単に増やしたり減らしたりできないという部分であり、単純に医師がちょっと増えたらすぐに職員を増やして、でも要らなくなったらすぐに減らすということにはならないので、難しい部分だと思います。しかし、職員の採用計画という部分で、一度雇ったら非常に長く勤められる方も多いという部分もございますので、ぜひ慎重な採用計画をしていただきたいと思います。

もう一点、事務職員の外部委託について指摘されておりましたが、それについても検討されているかどうかお示しいただけますでしょうか。

○（経営管理）管理課長

事務職員の外部委託につきましては、先ほどの御質問にもございましたが、現在考えているものとしましてはSPDを検討しているところでございます。

○成田（祐）委員

そもそも自治体病院には議会対応があるから、結局、職員の数が多くなるというのがあると思いますし、正直、議会対応が少なくなれば職員も減らせるのではないかと。もしかしたら私が病院の質問を減らしたら人数が少なくて済むのではないかなど、いろいろと考えています。その部分については、いろいろと考えなければならないことがあると思うのですが、もう少し別な形で話をいたしますと、提出していただいた資料を見ると、医師1人に対する職員数、特に事務職員と看護職員の数がほかの市に比べて非常に多くて、言い方は悪いのですが、医師にぶら下がっている状態だというふうに思えるのです。ゆえに、医師が1人いなくなれば、当然それだけ職員の給与の負担が一気に赤字となって出てくるということで、そもそもこの体質がよいのかどうか、医師が1人減っただけで一気に収益が悪くなるような病院は非常にリスクが高いと思うので、こういう体制をどのように考えているのか、そういった部分の改善をどのようにお考えなのかについてお聞かせ願います。

○（経営管理）管理課長

まず、評価報告書でも指摘されています職員数についてですが、確かに道内他都市に比べますと、多いという結果が出ております。事務につきましては、市立病院が2つに分かれていることが一つの要因であると考えておりますが、看護職員につきましては、現病院で既に病棟、それぞれの外来に必要な数を配置しての結果でございまして、さらに看護師につきましては両病院とも欠員を抱えている状態です。新市立病院になりましたら、この人数がある程度削減されるとは考えておりますが、現在のところは看護師が不足している状態ですので、今後とも看護師の補充に努めていきたいと思っております。

ただ、この改善策といたしましては、やはり医師の確保が最重要科目だと考えております。今年度につきまして、並木局長をはじめ両院長がそれぞれ尽力されまして、現在のところで申し上げるところ、嘱託医の常勤化、また来年度も 2 名の研修医が小樽病院に来ていただけるというお話もありますので、そういったものも含めまして医師確保には今後も努めていきたいというふうに考えております。

#### ○成田（祐）委員

この問題を解決するといったら、医師を増やすか、若しくは職員を減らすかのどちらかしかないわけですから、二択なのです。医師を増やすのは非常に難しくなっており、やむを得なくなった場合、最終的に職員を減らすしかなくなるわけです。

#### ◎独立行政法人化について

全部適用のままで、ある程度の基準内の繰入れ若しくは少しプラスしたくらい足が出てはいいのであれば、それほど市民からの反発はないと思うのです。しかし、現在のように大きな基準外の繰入額が続いた場合は、将来的に職員数の部分、特に事務職員もそうですが、そもそも病院に議会対応があるから当然人件費も高くなってしまっていて、結局それが足を引っ張るという側面があるわけなのです。もし結果が出せずに長期間にわたり大きな繰出しが出ている場合には、将来的に独立行政法人化しなければならないということで、ぜひそういった覚悟を持ってやっていただきたいと思うのですが、その辺についてどのようにお考えでしょうか。

#### ○病院局長

今、こういう時代だからこそ、なお早く統合したいのです。統合することにより、いろいろな経費の削減ができますので、2 億円から 3 億円の経費削減ができるのではないかとということで、毎年、追加の繰入れを入れてもらいましたけれども、そういうことは、とにかくなくなっていくのではないかとというふうに思います。

もう一つ、独立行政法人化についてですけれども、例えば管理者の会議がありますが、我が国では、全部適用ではなくて今までどおりの病院がまだ 60 パーセントぐらいあるのです。そして、全部適用が大体 35 パーセントです。指定管理者を入れているところが 6 パーセント、それから法人化は 5 パーセント、21 施設の公立病院しかないという状況がありまして、いずれはそういう形になっていくのではないかとこの話はあるのですけれども、まだ具体的には進んでいないというのが現実であります。

実は、道内のある市長が独立行政法人化を掲げて選挙に勝ったものですから、いろいろと検討させたのですけれども、いろいろな損益というか、借金をしたらだめなので、何十億というお金をかけて、さらに 1 年か 2 年かかるという形でどうかというようなことです。かなり長くかかり簡単にはやられませんので、今すぐというわけにはいきませんが、当然これからはこういうふうな話合いが出てくるというふうになってくると思います。

ただ、やはり我々としては、そういう形で独立行政法人化なら、まだ公務員的なあれで地方の医療をやっていますけれども、その後の指定管理者、民営化になると、地域医療ということに對しましては変わってくるのではないかとこのように思います。できるだけこういう公務員的な形で地域医療をやりたいというのが事業管理者の考えであります。ですから、いずれはそちらのほうに行くかもしれませんが、今すぐというわけにはいかないということだけはちょっと申し上げます。

今は全部適用で新しい病院になったときに、その経過を見て考えていきたいというふうに思います。

#### ○成田（祐）委員

当然ながら統合した後のメリットがあって、それを見て経営が改善されれば、それ以上何も手を下すことはないわけですが、今後そういったことが続いた場合には、手段の一つとして考えていただきたいと思います。今は両病院を統合するために一般会計からお金を出しているという状況で、これが統合した後にまだ必要だということになれば、また違った話になってくると思いますので、ぜひそういう部分も考えていただきたいと思います。

#### ◎将来人口と病院のビジョンについて

続いて、将来人口と病院のビジョンについて伺います。

私が常日ごろから、特に病院のサイズや金額について一番懸念しているのは、やはり人口です。

そもそも人口が増えていく、若しくは現状維持できるのであれば、今の病院の計画対してとやかく言う必要はないのです、大きくは。でも、明らかに人口が大幅に減る中で、果たしてこの病院がやっていけるのかという点気がなるので、このような質問をすることになるのです。

現在の人口は約13万人ですが、開院するときには8,000人から1万人近く減っている可能性があります。そして、開院後10年、15年となると、約10万人になっているという人口問題研究所の調査が出ていますが、現在、公表されている将来にわたる新市立病院の計画は、人口の増減を加味されてつくられているのかどうかお答え願えますか。

#### ○病院局長

我々もそういうことは大体頭に入れながら、結局400床くらいの規模をさらに減らしており、我々のような施設は全道で7か所くらいありますけれども、その中で一番ベッド数が少ないコンパクトな病院を建てるわけです。非常に重要なことは、これからは必ず役割分担がされなければだめなのです。人口が減っていくので、なおさらです。

小樽・後志の中で、ある程度質を伴った総合病院は、小樽病院なのです。そしてそれぞれの役割、それぞれ特徴を生かす病院があって、それからかかりつけの医師がきちんとなることが非常に大切ではないかというふうに思います。そういう形で我々の理念や方針の中でも地域医療に対することを充実するというものがありますので、そういう形でやっていきたいというふうに思っています。

やはり人口が減るということは、患者にとってみれば、変な話ですけれども、丁寧に診てもらえますからいいわけですが、経営面では困るのです。ですから、それを国とかが保障してくれましたら、非常に患者にとってみれば、丁寧に診てもらえますのでいい形になります。その辺のてんびんということが非常に重要になっていくのではないかと思いますし、これからは役割分担をしませんと日本の医療はだめになっていくのではないかというふうに思います。

(「診療時間が若干延びるという解釈でいいのですか」と呼ぶ者あり)

1名に対して丁寧な診察とか、診療ができていくのです。今、患者の一番の不平不満はやはり待ち時間が長いとか、例えば駐車場の問題とか、そういうことでありますので、やはり一人を丁寧に診られるのではないかというふうに思っております。

ですから、2035年までに人口はある程度増える、そこからばたりと減ります。それも高齢者が35年からどんどん死んでいくわけです。その後どうするかということは、やはりこれから医療界も真剣に考えていくと思います。先ほど言いましたけれども、私としては、やはり急性期で、あるいは予防医学を、今、やっていますし、そういう形で生き延びていく形はとれるのではないかというふうに思います。

#### ○成田(祐)委員

予防医学の話については、最後に伺いたいと思いますが、まず、病床利用率については、稼働率はこのままずっと90パーセントで15年後まで出ていましたけれども、人口が減っていても疾病されている方の人数が変わらないと考えるのなら、人口は13万人から10万人に減ったが患者数は大した増減していないということで、結果的に何が起きるかという、市の財政規模に対する医療費の負担は物すごく大きくなると思うのです。人口が13万人から10万人になったと換算したときに、現在と医療費の相場が同じだと仮定した場合、高齢者の医療費は、市の予算額の中でどの程度の割合を占めることになるのか、お答えいただけますでしょうか。

#### ○(財政)柴田主幹

高齢者の医療費についてでございますけれども、それを把握することは少し難しいのですが、市の負担分として把握できる数値の一例で申し上げますと、75歳以上の後期高齢者に係る医療費の分として、後期高齢者医療広域連合に対する医療給付負担金、これは市の一般会計で負担する部分ですけれども、平成22年度の決算額では17億6,500

万円になっています。一般会計の決算額約567億2,700万円に対する割合としては3.1パーセントを占めている状況になります。ただし、これが15年後どうなっているかという推計は行っておりません。

#### ○成田（祐）委員

今、自治体の負担分等をいろいろと考えても、そもそもこれは出てこない数字だと思っておりましたし、計算できないでしょうし、計算する必要性のない数字だと思っていたのですけれども、では、なぜ聞いたかという、結果的に今の病院の計画が、そもそも患者数が変わらないというところに立って話をされていますが、患者数が変わらないのだったら、結局そういう負担分で市の財政は危なくなりますと、医療費で圧迫されますということが言いたいのです。開院後20年には人口が約8万人と推計されていますけれども、このときの稼働率や計画は出されていないわけです。人口は現在の60パーセント近くになっても病床利用率が同じ90パーセントでずっと続かなければ、起債が返せないという計画ではないかと思うのですが、将来的に15年過ぎた以降の稼働率をどのように考えていらっしゃいますか。

#### ○経営管理部長

今の起債の申請に当たっては、稼働率というか、患者数344人でずっとフラットに見ています。なぜかといいますと、一つには、今言われたとおり、今後どうなるかわからない部分を、今、上に振っても下に振っても単価をいじっても、それは単なる推計というよりも、推計にも満たない数字になるので、現状を見るのが必要だと思います。

ただ、私どもが思っているのは、一つに、小樽市は今、高齢化が進んでいますので、今、成田祐樹委員が言われたような2035年には小樽の医療費はだんだん下がっていくと思います。それに比べて、今度は札幌の高齢化が若干、小樽とタイムラグがありますので、ある試算では札幌の医療費は2035年に2割以上上がると言われております。そういう中で、現状で小樽の入院自給率は75パーセントでございますので、そういう意味では、札幌が飽和すれば、今、札幌に通っている患者も小樽に戻る時期だと思っています。それには、先ほど局長が申しましたように、札幌にも負けないようなきちんとした医療ができる病院というものを目指していきたいというふうに考えています。

#### ○成田（祐）委員

今、25パーセントが市外に出ていると。銭函とか、少し離れた地域の特殊性を考えれば、10パーセントか15パーセントぐらいは戻ってくる可能性はあると思うのですけれども、残り10パーはどうかという、またまた考えづらいわけです。人口が3割、4割減って、10パーセント戻ってきたところで、それでも大丈夫なのかという心配は出てきてしまうわけです。それとともに、札幌においても、患者が増えれば病院が新しくできる可能性もあるわけで、その部分を計算するのも、推測も非常に難しいと思うのです。

何が言いたいかという、20年後も30年後もずっと病床利用率、稼働率が変わらないと考えるのであれば、患者数がほとんど同じなのか、若しくは人口に対して疾病している人がすごく増えているか、若しくはどこかの病院が淘汰されているとしか考えようがないのです。

本市においては、20年後とか長い将来を見たときに、人口に対して疾病する人が増えるという話になったら、それは保健所が怒ると思うのです、そんなことはない。でも、高齢者数がずっと変わらないとなれば、どれだけ高齢化社会なのか。患者数が多いのか。そうになったら、もう病院が淘汰されるという再編が起こるとしか考えられないのですが、小樽市の将来的な医療のビジョンを本市はお持ちになって、今この病院計画を進められているのかどうかをお答え願えますか。

#### ○経営管理部長

医療ビジョンについては、先ほど局長も申しましたように、遠い将来を見越すのは非常に難しいと思います。ただ、病院の起債のための償還計画というのは、先ほど言ったように、推計にも至らないような上下をさせるわけにはいきませんので、数字として患者数は現状のままやっておりますが、償還のためには収支の面でございますから、それは事情が変わって患者が減って収入が減るのであれば、市立病院の中で4床室を個室化するだとかという再編

をしながら今度は支出を削減するという手だてをして収支を保って病院経営をして、きちんと起債が返せるという努力をするのが病院の務めだと思っています。

#### ○成田（祐）委員

部屋を統合させたり、病床数を減らして稼働させるという方法があるとは思いますがけれども、結果的にそれで返せるのかというと、その計画すら変わってしまうわけです、金額的に。では、だれが負担するのかとなったときには、私たち若い世代が負担しなければいけない。だから、私は何度も何度もこうやって強く、私たちが病院にかかるようになったら、病院がどうなっているのか。箱はどうやって返していくのか。私たちだけがそういった借金を背負わされるのではないかという心配があるわけです。将来的な医療ビジョンはまだわからないとおっしゃいますけれども、私たちが病院にかかるようになったときには、小樽の病院はどうなっているのか、ぜひ長い目で小樽の医療を考えてもらえたらというふうに思います。

#### ◎夜間急病センターについて

最後に、夜間急病センターについて、朝 7 時以降の負担など、他の医療機関とどのようにお話しをしていくかについて伺いたかったのですが、斎藤博行委員の質問に対する答弁である程度わかりました。前回も同じ話をしたと思うのですが、これは医師会だけの負担でもなく、小樽病院がかぶる話でもなく、それこそ全部の病院が話をしなければならぬと思うのです。

私も医師会にもお話を伺ったりしますが、小樽病院へ全部投げるという姿勢ではないと思います。文言ではそういうふう保健所長は読まれましたけれども、どう考えても小樽病院を含めて市立病院が全部かぶるのは無理だということは常識的に考えればわかると思います。そのような中で、当然ながら落としどころを探っていくという話になると思います。ぜひ、その部分で医師会と市立病院と行政機関だけでなく、他の医療機関も巻き込んで、どの医療機関に協力していただけるのか。医師が手を挙げて私がやりますという話ではなく、本当はお願いしなければいけない話だと思っています。ぜひ、腹を割った話合いをお願いしまして、最後に答弁をいただいて終わりたいと思います。

#### ○保健所長

実はおっしゃるとおりでして、私どもも前から本当に市内の医師には何歳の方が何人いて、外科医はどれぐらいいてという調査はしてあるのです。医師会はお願いする立場なので、嫌と言われたらそれきりなのだ。だから、その辺のところをやはりお互いに出せる力を出し合って何とか市民のために一次救急の体制を整えていきたいとお互いに思っていますので、これからいろいろな形での話合いが行われていくことになると思います。

#### ○成田（祐）委員

ぜひお願いしたいとともに、夜間急病センターの無駄な利用をどうやって少なくするのかということで、コンビニ受診の抑制であるとか、行政的な側面で支援できることがあると思いますので、それをやれば全部の医療機関の負担が少なくなるわけです。ぜひ、その部分も含めて今後とも活動していただきたいことを要望して終わりたいと思います。

#### ○委員長

一新小樽の質問を終結いたします。

本日は、以上をもって質問を終結し、これをもって散会いたします。