

市立病院建設検討特別委員会 会議記録

1 日 時 平成26年10月20日(月) 午前10時50分開議

2 場 所 特別委員会室

3 出席委員

委員長	中川英孝
副委員長	城所正美
委員	原裕二
委員	関根ジロー
委員	宇津野史行
委員	石川龍之
委員	杉山由祥
委員	市川恵一
委員	山沢誠
委員	田居照康
委員	末松裕人
委員	平林俊彦

4 正副議長 議長 小沢暁民

5 出席事務局職員

議会事務局長	染谷稔
議事調査課長	岡田道芳
議事調査課長補佐	原島和夫
議事調査課長補佐	鈴木章雄
議事調査課主幹	松井幸一
議事調査課主任主事	太田敏弘
議事調査課主任主事	日野裕介

6 会議に付した事件 (1)議案第30号 平成26年度松戸市病院事業会計補正
予算(第1回)
(2)閉会中の継続調査事項について

7 会議の経過及び概要

委員長開議宣告
議 事

傍 聴 議 員 山口正子議員、安藤淳子議員、高橋伸之議員、
大橋博議員、伊東英一議員、山中啓之議員、
織原正幸議員、中田京議員、大井知敏議員
桜井秀三議員、

傍 聴 者 10名

(1) 議案第30号 平成26年度松戸市病院事業会計補正予算(第1回)

中川英孝委員長

議案第30号、平成26年度松戸市病院事業会計補正予算(第1回)を議題といたします。本件について理事者の説明を求めます。

経営企画課長

おはようございます。よろしくお願いいたします。議案第30号、平成26年度松戸市病院事業会計補正予算(第1回)につきまして御説明申し上げます。

初めに、今回審議いただきます補正予算の内容につきましては、千駄堀地区新病院建設事業費の増額並びに事業期間の延長に伴いまして継続費の総額及び年割額に所要の変更をいたすものでございます。

それでは、補正予算書のページに沿って説明いたします。

第2条につきましては、第1項市立病院事業、第4号主要な建設改良事業の千駄堀地区新病院実施設計の3億2,383万3,000円を継続費の年割額の変更に伴いまして全てを減額いたします。

次に、第3条につきまして、初めに下段の支出でございますが、第1款市立病院資本的支出、第1項建設改良費におきまして既決予定額16億9,427万3,000円を13億6,614万円といたします。次に、上段の収入でございますが、千駄堀地区新病院建設費は企業債及び一般会計からの出資金、負担金を財源としておりましたことから、既決予定額13億5,394万7,000円を10億2,581万4,000円といたします。なお、これらの詳細につきましては32ページ及び33ページに記載のとおりでございます。

次に、2ページ、第4条継続費についてでございます。これにつきましては、千駄堀地区新病院建設事業に関して設定した継続費の総額を57億1,204万9,000円増額いたしまして193億6,661万4,000円とし、併せて年割額を記載のとおり変更するものでございます。

次に、第5条についてでございますが、千駄堀地区新病院建設事業に係る企業債の借入限度額につきまして、継続費の年割額の変更に伴いまして平成26年度の起債借り入れを要しないため3億2,430万円を全て減額しております。

以上で説明を終わらせていただきます。よろしく御審議の上、御賛同賜りますようお願い申し上げます。

【質 疑】

山沢誠委員

今回、建設改良費ということで193億6,661万4,000円というのが出てまいりました。それなのでちょっと今までのことも踏まえて全体的な、例えば機器の部

分だとか、前回211億円全体でありましたけども、今回57億円が増額になりますよね。ですので、もう一度ちょっと土地の例えば借地代、それから購入費だとか、それから機材だとか、あと道路改良だとか、そういう部分を踏まえてもう一回ちょっと全体の金額を提示していただきたいと思います。それが一つです。

それから2点目は、開院の予定を出されていますけども、もう一度開院時は600床でスタートということでよろしいですねという確認です。

それから3点目は、先日も御説明いただきましたけれども、清水建設に決まったときのこのESP事業、これを減点の部分5%ということでありましたけど、この5%というのは適正なのかどうなのか。要は最初からこれと決まっていたのか。例えば5%じゃなくて10%だったら清水建設にならないで違うほうになったとかということもあるかと思うんで、5%というのは最初から決まっていたことなのかどうかという部分ですね。その点をちょっと確認させていただきたいと思います。

建設事務局長

2点目と3点目についてお答えさせていただきます。

まず、開設時に600床でというお話でございますが、計画時点で600床でやらせていただいて、基本設計、それからプロポーザルの発注に当たっても同じ600床でございますので、当然のことながら開院は600床が基本でございます。

それからESPの提案が出てきて、その減点が5%相当が適切かどうかということでございますが、これにつきましては松戸市立新病院建設事業における設計・施工一括発注公募型プロポーザル審査委員会の皆様の総意の中で決まったことでございますので、それが例えば数値で根拠というよりも技術点Ⅱの項目の5%相当、7.875点だったと思いますが、それを減点することでいかがかということで委員皆様の合意ができて減点の数値としたものでございます。

それが前から決まっていたかどうかということでございますが、ESP事業がこの提案の中に入っていたということは事前に提案書を送付させていただいておりますので御案内かと思いますが、減点のその方法論については当日の審査委員会で決定したものでございます。

中川英孝委員長

全体費用。

建設事務局次長

全体の経費ということでございますけれども、今回補正いたしません経費のほかに用地費、これは既に購入していますので確定してございます。これが約2億700万円、そのほか医療機器が基本計画上見込んでいます16億8,000万円、このほかに備品として4億500万円、それとその他に、道路事業の分も含めたほうがよろしいですか。

山沢誠委員

はい。

建設事務局次長

道路事業としては約3億円、そのほかに家屋の事前調査だとか事後調査、その他の経費がございます。すみません、全体的なものは今合計してございませんので後ほど御回答させていただければと思うんですが、よろしく願いいたします。

山沢誠委員

合計は今日の中でも最後のほうで結構ですけれども教えてください。借地の部分もありますよね。それで将来的な購入の部分もありますよね。もう一回、確認の意味で聞いています、これは。よろしく願いします。

あと、減点の審査についてはそのときの審査委員会の中で決まったということなんですけれども、事前にこういう基準でやりますよというのはあったわけではないということなんです。そこで一応5%が決まったと。例えば10%だったかもしれないということですかね。でも適正なのは5%だというのはそのときに決まったということですね。——はい、わかりました。

あと開院時600床というのは、600床で開院時スタートするということですよ。600床はもともと決まっていますよね。要はスタートが600床かどうかと聞いているんです。

経営企画課長

今、御質疑の600床で開院するということで計画を進めていきたいと思っています。

山沢誠委員

はい、ありがとうございました。また細かいことは石川龍之委員からも聞かれますので、よろしく願いします。ありがとうございました。

関根ジロー委員

何点か伺いますけれども、国・県支出金なんですけど、16億円ということで予定しておりましたけど、これについて今後増える見込みがあるのか、あるいは今後増額するよう努力していくことがあるのかどうか、まずお聞かせください。

建設事務局次長

今回の新病院の建設につきましては県補助金約16億円を見込んでいます。

先日も県の担当課とお話はしてきており、非常に厳しいということではございます

けれども、今後も県のほうと協議は続けたいと思っております。

関根ジロー委員

努力していただきたいと思います。

それから今、山沢誠委員が話されましたけども、開院時600床ということは確認できたんですが、稼働率については開院後3年以内に90%ということによろしかったですね。

経営企画課長

開院後に90%で計画しております。

関根ジロー委員

以内ということですね。

経営企画課長

はい。

関根ジロー委員

はい、わかりました。

それからあと、職員の体制なんですが、7対1の看護配置基準を満たした職員体制というのがどのタイミングで確保できるのか。開院時に確保できているのかどうか、お答えください。

経営企画課長

体制につきましては、今看護師の確保につきましては先ほどの本会議で病院事業病院事業管理局長がお答えいたしましたけども、今の推移で行くと順調に確実に増加してまいりますので、平成29年度には597人は確保できると。この597人は7対1看護基準で、しかも600床でということでの前提になっておりますので。

関根ジロー委員

開院時ということによろしいですか。

経営企画課長

はい、開院時です。それは確保できる見込みではおります。

関根ジロー委員

ちょっといいですか。今のところがちょっと今まで私たちに説明してきた前提と違って、新病院整備基本計画の中では平成30年に7対1と書かれているんですけど

ど、要するにこれが修正になって前倒しされたということによろしいんですか。

経営企画課長

この7対1看護基準につきましては旧経営改革プランの最終報告でも指摘されておりました、基幹病院として早期に取得すべきだということの提言がありました。これを受けまして、やはりこの時期を前もって確保しなければ新病院には間に合わないということでの判断を持ちましてこのたび取得したという経過になっております。

関根ジロー委員

今確認できました。7対1看護配置基準を満たした職員に対しては開院時にできると。開院時に7対1看護配置基準を満たした職員に対しては確保しますということですよ。

経営企画課長

はい。

関根ジロー委員

それから、一番大事なのは開院3年後、90%の稼働率を目指しますと。それが一番大事だと思うんですけど、これを満たせなかった場合の改善策というのはもっと具体的にどういうことを考えていらっしゃるのか。

経営企画課長

未達成だった場合ですか。

関根ジロー委員

未達成だった場合。

経営企画課長

私どもはこれを確保したいということで強い思いで今改善に取り組んでおりますので、未達成を前提とした考え方は今のところは持っておりません。

関根ジロー委員

以前、出されている経営改革プランにはこういうふうにかかれているんですね。「経営形態の見直しを含めていろいろ考えたい」と書かれているんですけど、要するにそういうふうに経営改革プランで書かれていた認識というのは今も持っているわけですよ。ただ、未達成ということは考えていないというのは、それはそうだと思うんですけども、未達成の場合には事前にもうお話しされている経営改革プランで書かれているとおりの「経営形態の見直しを含めて」のその認識は引き続き持っている

ということでもいいんですか。

経営企画課長

経営形態の見直しにつきましては、今回私どもが策定しました経営計画、こちらでも引き継いでおりまして、これは経営形態の見直しについては引き続き検討していくということで考えておりますので、そういうふうな御理解でよろしいかと思えます。

関根ジロー委員

わかりました。以上です。

宇津野史行委員

まず、先ほど本会議の質疑で出てきましたが、基礎のあり方について、AとBで基礎を地盤改良してベタ基礎だという話と、それから杭を打つんだよという話がありました。それで、これについてはどちらも基準を満たして安全であろうと思われる答弁があったわけですが、実績があるんだよという話がありました。つまり事業者Aの実績があるんだと。これは施工実績だと思うんですけど、実際に災害で乗り切ったような実績というふうな認識でいいのかということが1点です。

それから、また工事中にチェック機能を働かせることで安全性の確保というのも保障できるような話がありましたが、チェック機能というのは具体的にどういったチェック機能を想定しているのかということをお聞かせいただきたいと思えます。

それから、2点目として、各事業者がそれぞれ柱を減らすことによって有効スペースを生み出すというふうに言っています。それで3社を見比べてみますと、提案者Aが一番少なくても100平方メートル、Bが450平方メートル、Cが1,000平方メートルということで、よく平方メートル当たりの単価とかと言ったりしますが、そのあたりは有効面積が増えるほど価格的にも優位性があるような気がしますし、機能的にも優位性があるように考えているんですが、柱を減らすことによって有効スペースを生み出すというこの優位性というのは、審査の段階でどの程度議論されたのかということをお聞かせいただきたいと思っています。

次に、ESPの関係なんですが、ランニングコストの低減ということで事前にいただいている資料の技術提案の特徴、3社並べたものです。これでランニングコストの低減、A社は30年で24億円、B社は40年で29.7億円、C社は30年で8億円ということで書かれていました。ただし、このA社に関してESPの部分が価格に盛り込まれていなかったから評価しないし採用もしないということで今回結論づけられたわけですが、そうしますとESPを使った上で30年24億円なのか、それともESPを使わなくても30年24億円で、ESPを使えばさらにこれに上乗せがされるということなのかによって随分違ってくると思うんですね。ESPを使った上で24億円だとするならば使わないという判断をしたのであれば一体どれぐらいのランニングコスト低減を見越しているのか、当然24億円にはならないというふうに感じてい

ますが、これについてお答えいただきたいと思っています。

それから、前回の質疑の中で提案者Cから基本設計に法的に適合しないような部分があるという話をさせていただきまして、そういった指摘があったと。それはクリアできているのかということで質疑をいたしました。これについて整理していただいたものがあればお示しいただきたいと思っています。

建設事務局技監

まず、1点目のA社の基礎の工法について事例、そして震災の経験といいますか、あるかどうかということなんですが、これについては市内では、前回もお話しさせていただいたかもしれませんが、新東京病院が同じように地盤改良をした上で直接基礎というようなことで施工がされております。まだほかにもあるようでございますが、ただ、震災前の状態のものというのはちょっと私どももまだ把握しておりません。調べてみたいと思っております。

それから、柱を減らしたことに伴うところの面積が増えたことの評価ということでございますが、それぞれA社、B社、C社は特徴を持って大スパン化というものを提案されて、それぞれ有効面積が増えるというような提案をいただいております。それぞれ建築専門の外部委員からはこれを高く評価されるというような御意見を頂戴いたしております。

それから、ESPを使って24億円のコスト削減になっているかどうかということですが、これはESPを使つての削減額ということでございます。

宇津野史行委員

使わなかった場合、使わないわけですけど、コストは幾らになるんですか。

建設事務局技監

それは今後検討ということなんですが、設備機器がどういうものがどういう形で入るのかということがまだ決定されておりませんので、その辺のシミュレーションについてはまだできない状況でございます。これから実施設計を進めていく中でははっきりしてくるんだろうなと思っております。

それから、4点目、適合しない部分についてどのような対応かというようなことでございますが、これは先ほどの本会議の中で局長からもお話ししたとおり、全て提案については法的に適合したものを提案していただくということが前提になっておりましたので、今回各社から技術提案書が出ておりますけれども、これらについては全てその法律に適合しているものという前提での審査ということでございます。

宇津野史行委員

まず、基礎についてですが、災害があった場合の実績というのはないということ。ちょっと心配だなというふうに思っています。

チェック機能についてちょっとお答えがいただけなかったんですが、これは今この続きで伺いますが、まず柱を減らすことによって有効スペースを生み出す優位性をどう考えるかというところなんです、例えば平方メートル当たり幾らとかとよく前回も質疑があったじゃないですか、平方メートル当たりの40万円ですよとかという話があったわけじゃないですか。ということは、100平方メートルを生み出すのと、1,000平方メートルを生み出すのだったら、例えば40万円にしましょうか、掛けることの100で4,000万円、一方で1,000平方メートル分を生み出すとすれば40万円掛ける1,000、4億円ですよ。例えばそこに優位性を見いだすとすれば1,000平方メートルを生み出した提案は4億円の価値を生み出したことになるわけだと思っただけですよ。そうすると単純に価格面だけ比較せずに、例えば有効面積を生み出すことによって4億円分の価値が生み出されたんだから、そこは4億円分の評価をするとかというやり方があるのかなというふうに思ったわけなんですよ。

それでもう一つ、ESPの活用について、例えばランニングコストの削減は幾らになるかわからないというふうにお話がありましたが、果たしてこの30年で24億円という数字がもし30年で10億円になったとするならば、14億円分架空の上乗せされた価格になるわけですよ。空手形というか、そういう形になるわけじゃないですか。そこら辺も価格面への評価というのに上乗せするか差引くのかわかりませんが、きちっとこれは差引いたほうがいいと思うんです。どうしてかという、先ほど減点されてましたよと。7.875点、5%減点されたので、これは皆さん、プロポーザルの委員会の総意で減点しましたというふうに言っていましたけど、この減点の7.875点というのは大体金額にすると6億5,000万円ぐらいになるんですよ。本当に6億5,000万円の減点で済む程度のものなのか、それともESPを採用しないことによって実は6億5,000万円以上の減点をすべきだったのかもしれないと、そういう議論になってくるんだと思うんですよ。

ですから、ちょっとそのあたりが精査しないままで単純に5%引きましたとか、あとは提案価格がA社が一番低いからということをもってA社が最優秀に決まりましたというのがどうも腑に落ちないと。そのあたり何かお考えがあればお聞かせいただきたいなというふうに思っているんですよ。ということが1点なんです。つまり全て価格に置きかえて精査した場合にひっくり返る可能性があるんじゃないかと思うんですけど、そこら辺をいまいちきちんと精査していない、価格に置きかえてはいないような形で捉えたものですから、そのあたりをどのようにお考えでこういう結論を下したのかということをお聞かせいただきたいと思っています。

それから、先ほどちょっと棚上げしましたが、工事中のチェック機能の部分です。災害を受けた実績というのは調べていないからわからないという話でしたが、じゃあチェック機能をどう確保するかということなんですけど、市立病院の新病院整備基本計画書の中の52ページにこういうふうにかかれてあります。「DB方式への対処方法、品質性能の確認が不明瞭だと、チェックバランスの機能の保障として発注者の補助代行者として第三者の専門職に委託して業務調整と整備事業のマネジメントを行うコン

ストラクショナル・マネジメント方式の採用も効果的と考える」というふうに書いてあります。また、「プロジェクトの工期や予算の管理を専門家に委託することによって、オーバースペックの見直しや工期短縮の検討による予算超過防止が期待できる」というふうに書いてあって、第三者の専門職ないし専門家に委託をしてマネジメントをしてもらうことが、このチェック機能というところで非常に有効なんじゃないだろうかということが基本計画に書かれているんですね。これを採用する、それによってチェック機能を働かせる、こうしたお考えをお持ちなのかどうかということをお聞かせください。この2点です。

建設事務局技監

まず、1点目、価格面についての御質疑でございますが、今回は技術点と価格点、いわゆる二つの項目から評価をして1位、2位、3位というような形で決めさせていただいておりますけれども、このプロポーザルの審査会の中での評価をするに当たりましては価格面については一番最後、いわゆる技術提案書の中身をそれぞれの委員さんが審査をして、それで総合的に合意できた点数をもって評価をしてきたということでございます。

それで、その価格面はじゃあいつチェックしたのかということになりますけれども、これにつきましては一旦技術面での評価が終わった後に各社が提案してきております価格についてそれを明らかにして、それで技術点と価格点を合計したというような形での評価になっています。そういうことからしますと、技術面での評価をするに当たってはとりあえず価格面での審査というのはしていないわけですから、比較はされておられません。ただ、デザインビルド、設計・施工一括という方式で今回は進めておりますので、各社の持っている実績だとかノウハウ、それらに基づいて総合的に設計をして、それで出てきた工事費というような形になっていますので、一つ一つの提案してこられた内容について幾らでこれができ上がっている、この提案部分については幾らでというような形ではしておりませんので、そういう面では各項目ごとの各社の比較というのはなかなかできないということでございます。

それから、ESPの関係で減点部分を減らすと6億円ぐらいになるというふうなお話でございますが、ESPを外出しにした場合の額でございますが、これは2.4億円という形でA社のほうからは聞いております。そうしますと、先ほど議員さんがおっしゃっていただいた6億円よりもさらに低い額になっておりますけれども、これらについては今朝方ちょっと資料をお渡しさせていただきましたけれども、全てこれは提案価格の中に含んでいただきますよ、いわゆる増額はしませんよというようなことで私どもとしては進めていくことに決めておりますので、今提案されているものの中で今回事業は進めさせていただくというようなことでございます。

それから、工事のチェック機能の関係でございますが、まず私ども実施設計を進めるに当たりましては、基本設計を委託しました佐藤総合計画に設計監修という形で業務委託をかける予定をしております。ですから、長い時間をかけまして病院側とヒア

リングを重ねてでき上がってきた基本設計の精神というのは、その実施設計の中に佐藤総合を介して実現していくというふうに思っています。

また、工事中的関係でございますが、これも同じく工事監理については佐藤総合に工事監理を委託して、一連の業務の中できちっとした品質を確保していくための手立てというのは、自分たちとしてはその中ででき上がっているというふうに認識してございます。

以上でございます。（「面積は、柱を減らすことによってどれだけ生み出せるか」と呼ぶ者あり）

あと、柱の面積を減らすことによって工事費がどうなるのかというような御質疑でございましたけれども、今回は柱を減らすことによって単純に面積が増えるというよりも有効面積が増えるという考え方でございますので、この大スパン化によって柱が減った分、実質面積が増えるということではございませんので、基本的にはその工事費にははね返ってこないということですが、ただ、おっしゃっていただいたように、その有効面積が増えることによって実質的な面積が増える部分の評価というのは当然にしてプロポーザル審査会の中で高く評価されてきたということでございます。

宇津野史行委員

ちょっと整理します。まず、チェック機能の点に関しては委託をかけて設計監修でやっていただくという形で了解をいたしました。

もう一つ、価格面、つまり提案の部分の優位性を価格にいわゆる換価した場合に、この提案者BとAだってひっくり返る可能性があるなと思っていただけなんです。例えば提案価格に関しては3億円ぐらいの違いなんですよ。179億8,000万円と182億9,000万円、3億円ぐらいなんですよ。例えば有効面積といったときにA社は100平方メートル、B社は450平方メートルですから、その差350平方メートルを例えば40万円でやった場合には1億円以上の価格分の価値が生み出されているわけじゃないですか。そうすると3億円の差額が2億円になるわけですよ。

それでそのほかに例えばESPを使わないことによって、30年間で24億円という数字は30年間で14億円になるかもしれないし30年間で10億円になるかもしれないわけじゃないですか。一方で提案者Bの場合は、40年間で29.7億円というのを182億9,000万円の中でやろうという話じゃないですか。ということは、このランニングコストの縮減幅だって価格に置きかえた場合に、場合によっては何億円というぐらいの違いが出てきたらAとBがひっくり返る可能性も出てくるんじゃないだろうかというふうに思っているわけですね。だから、そこら辺をもう少し精査した上で、もうちょっと仮にAとこれから話を進めていく上でも価格面での交渉はやり得るんじゃないかなというふうに思っているものですから、そういうことをくどくどと言わせていただきました。だからもう少し換価して、価格に置きかえて少し話を進めていただきたいなというふうに思っているところです。

次に移ります。今回の建設費が134億数千万円のところが194億1,800万円

ということで、1.5倍近くにはね上がることになるわけですが、今回の見直しで基本計画に大きく影響するところ、基本計画を大きく変化せざるを得なくなるころというのはどういったところなのか。金額の収支の見通しだけがいじられるだけなのか、それともほかに何かいじらなきゃいけないところが出てくるのかということをお聞かせいただきたい。基本計画を金額だけ変えてこれだけやればオーケーなんですという話なのか、それともいや基本計画そのものもこれだけ金額が高くなってしまえば見直さざるを得ないという、今後の見直しも織り込んだことになるのかどうかということをお聞かせいただきたいと思います。

それから、今回増額となった約57億円ぐらいですか。——57億円じゃないか。（「そうそう」「それでいいんだ」と呼ぶ者あり）57億円の増額のうち、資材の高騰とか労務単価のアップとか消費税とか、そのあたりの影響というのは一体どれぐらいなのかと。全額なのかどうなのかという話ですね。それを伺いたいと思っています。要は外的要因はどの部分なのかということをお聞かせいただきたい。

それから、いただいた資料の、追加資料としてこの間の特別委員会でいただいた資料の1ページに収益的収支というふうに書かれていて、その増減というふうに書かれているんですが、このAを見ますと平成27年度の入院収益が113億1,500万円となっています。また、医業外収益が30年度、15億5,800万円となっています。これがこれまでの数値と比べると随分収益が多く見積もっているんです。下のBのとおり93億3,900万円だったのが113億円になっているんですね。医業外収益も13億1,700万円が15億5,800万円と、それ以降かなり上乗せで見積もられた金額でこの収支見込みがつくられているわけなんです。これを実現する、いわゆる保障する方策というのが具体的にどういったものを考えているのかということをお聞かせいただきたいと思います。

以上、三つです。よろしく申し上げます。

建設事務局長

先ほど建設事務局長技監のほうからお答えしましたが、かかる提案を換価してそれを検討してみたほうがいいんじゃないかという御提案でございます。今回、ESPがあったり、いろんな提案が事業者から出ています。その部分部分ではなくて、やはり全体的ないろんな提案をしていただいている中で、提案者はそれを幾らで価格提案をするかという部分で出ておりますので、一概にその部分をとってそれが反映されるかどうかというのはちょっと難しいかなと思うのが考えるところでございます。

それから、3点目に57億円増になった影響はどういうものが主にあるかということでございますが、まず消費税については当時、前回のときは5%の計算でやっておりまして、今回8%でございます。提案者Aの提案額は税込みでいうと約194億円でございますが、そのうちの14億円が税相当になります。ただ、だから5%から8%になりましたので、じゃあそのうちの3%はといいますと大体5億4,000万円ぐらいかなというところでございます。それから、あとはこれから詳細を詰めるんで

何とも言えませんが、基本計画で考えていたときとか基本設計で考えていたときの実設計の金額が3億円ちょっとぐらいかななんて思っていたんですが、それが今5億円ぐらいに計算されているという、その違いぐらいしかちょっと今のところはお答えできません。申し訳ございません。

経営企画課長

先ほどの収入の話ですけれども、その後単価の見直しということでこちらのほうを見直しております。平成27年度でいえば、前回お出ししたときの1人当たり入院単価が5万4,806円で見込んでおりましたが、今の数字が6万3,917円ということで、これにつきましては7対1看護基準の取得、それから地域医療支援病院の承認によりまして25年度は大体6万円ちょっととなっていますので、これについては単価の確保はできる見込みだということで、その見込みを入れております。

あと、医業外収益につきましては繰入金としておりますので、これについては必要な額となっております。

宇津野史行委員

わかりました。57億円の内訳については今お答えいただいた範囲の中で結構です。それから、単価の見直しによる入院1人当たりの金額のアップなど、また医業外収益の件についても了解しました。

全部今申し上げたところもひっくるめての話ですが、要は今回の見直しが基本計画のどこに影響するのかという話を先ほど申し上げたと思います。収支の予測が金額の変化によって変わりますというだけでおさまるものなのか、それとも基本計画そのものも何か新たなものを盛り込んでいかないとそもそも回収できませんとかという、そういう世界になってくるのか、基本計画に及ぼす影響、どういうふうに影響していくのか、大きく見直さざるを得ないのか、それとも金額の見直しだけでいいのかとか、そのあたりをちょっとざっくりお聞かせいただきたいと思っています。

建設事務局長

基本計画自体を大きく変えるようなものはないと思っています。ただ、今日の議案質疑でもございましたけども、例えばICUの面積とかが法令の改正によって違っていますので、そういった細かなところは変えなくちゃいけないんですが、それは基本計画を変えるという程度のもものではございません。また、その金額は確かに変わります。だからそれ以外は大きく変わる要素はないものと思っています。病院機能は変えておりませんので。

中川英孝委員長

宇津野史行委員、先ほどちょっと質疑と答弁がかみ合わなかったところがあるんですけども、あなたが質疑した有効面積を、当然長スパン化することによって有効面積

が広がるんだから、本来からいえば建物面積を狭めればいいわけですよ。そうするとあなたが今言ったような建設資金が安くなるんじゃないかという話なんですけど、ところがその広がった分を有効に活用しようよという一つの前提条件で話しているから、あなたの質疑と答弁がかみ合っていないんですよ。

宇津野史行委員

利便性の問題なんだ。

中川英孝委員長

ええ。ですから、当然そのことにつきましては長スパン化することによって工事費に影響することも事実ですし、ただ、有効面積が増えたからといって本当からいえば建物面積を狭めればいいわけですよ。そうすると、今あなたが言っているように6億円減るんじゃないか5億円減るんじゃないかという話が出てくるんですけど、その広がった分を有効に活用しようというようなことだから、その辺を了解していただいたらいいんじゃないかと思います。

宇津野史行委員

はい。

中川英孝委員長

ほかに。

石川龍之委員

何点かお伺いしますのでよろしくお願いします。

まず、3社がプロポーザルに参加して清水建設が最優秀になったということでございますけど、新聞報道等、また質問書も第2番目になった業者さんから出ているということで、うちの会派の中でもちょっと議論がありまして、公平性が担保されているかというのが非常に大事なということでお伺いしますが、その中で「一括で事業者が発注するという募集要項と異なる」ということで質疑が出ていると思うんですが、回答書を出されているとは思いますが、それに準じてお答えいただけて結構ですが、まず、「所定の条件に基づき技術提案書が作成されているかに合わなくなることから、A社のプロポーザルは無効となると考えます」という質疑が一つ出ています。これに対して。

2番目、先ほど山沢誠委員からもありましたけれども、5%の件ですね。これがエネルギー事業の切り離しの部分をどのように評価点に反映されたのか、5%のことに對して、「その基準根拠は、いつ誰がどのように設定されたのか回答願いたい」と出ていますね。これに関して。

3点目、「公募という事前にルールが開示され実施される公正なプロポーザルの趣

旨から逸脱するものではないかと考えている」という質疑がございました。

この三つに対してどのような回答をB社にされたのか、改めてお聞かせください。公平なものになっているかどうかの確認です。

建設事務局技監

まず、1点目の公平性の担保のところ、技術提案書は無効ではないかというような御指摘の中で、無効としなかった理由ということでございますが、これにつきましては私どもがこのプロポーザルを開始する前に作成させていただいた募集要項の中で、無効とする場合の要件を定めてございます。その無効の場合の要件というのは8項目ございまして、参加資格がない者が提案した部分、あるいは資格審査申請書類その他の一切の書類に虚偽の記載をした提案、三つ目が提出書類の記載事項が不明なもの、または記名・押印のない提案、四つ目、書類が不足している提案、五つ目が要求したもの以外の書類及び図面等があった提案、それから提案者が二つ以上の提案書を提出した提案、七つ目として提案者が他の提案者の代理をした提案、八つ目がその他参加に関する条件に違反した提案、これが無効とする場合の要件でございます。

私どもとしては、いずれの項目にも該当しないという判断のもとでこれを無効とすることはないということで判断をいたしております。

それから、ついででございますが、失格とする場合の要件も定めておりまして、失格要件については三つございます。一つ目が審査委員会委員に本プロポーザルに関して直接または間接を問わず接触を求めた場合、二つ目が基準日から契約締結までの間に社会的信用を失墜させる行為を行ったことが判明した場合、それから三つ目が審査の公平性の確保に影響を及ぼすような行為があったと認められる場合の三つが失格要件として定めてございます。これにつきましても、いずれの要件にも該当するものがないということで失格にもしてはいないということでございます。

それから、5%の基準というのがあったのかというようなことだったと思いますが、この5%のというのは募集要項あるいは要求水準のいずれにも定めてございません。これにつきましては、プロポーザル審査委員会の審査の中で、委員さん方の議論の中でこの扱いを決めたということでございます。これは私どもが提案したということではなくて、審査委員会の自らの発議によってこれが決定されたということでございます。

それから、公募を開始するに当たっての公平性の確保というようなことでございますが、私どもは今回技術提案書を各社から提出いただく以前、1か月ぐらい前になりますけれども、この要求水準を満たさない提案の部分については評価しないということをお各プロポーザル参加者3社の全てにこれを通知してございます。通知した上で周知を図っておりますので、そういう面ではこのESPも含めた公平性というのは、その時点ではそれぞれが判断されておりますことから担保されているというふうに思っておりますが、なおかつこの質疑に対する回答で今お話しさせていただいたことは措置したわけでございますが、この質疑に対する回答というのは募集要項の変更または

修正という形に取り扱うんだということは、これは募集要項のほうで定めておりますので、これについてもきちっと対応できているというふうに私どもとしては考えてございます。

石川龍之委員

ありがとうございました。最初のところが「募集要項と異なるもの」というところで質疑をされておるところに、今の答弁では4番目か5番目かわからないけどもちょっと似たところがあるんですね。要求したものと違うものが出てきた。ですから一括で一事業者に発注する、まあJVでやるとそれはそれで役割分担があるんでしょうからそのチームとして受けるということと判断すればいいんでしょうけども、一事業者で清水建設が受けて、それがこの中では一括発注できないで、その中でESPのほうを外に出すというようなところに対して疑念が生じているような気がするんですね。これは大丈夫なんですか。要求したものと違う。松戸市で募集要項したところの中で、要するに外付けというんですかね、「その部分は外注します」が。JVで最初から受けていればわかるんですけど、これはJVじゃないですよ、清水建設は。この辺が大丈夫かということです。もう一回。

建設事務局技監

設計・施工一括発注という言葉の意味なんですけど、これは設計と施工を一緒にして発注しますという意味での一括なんですね。それで設計は別、工事は一括してという意味ではまず一つないということがあるんですけど、ただ、私どもとしては外出しという意味では今回のESPというのは想定していませんでしたし、これを認めるというような考えは現在も持っておりません。そういう意味では先ほど御説明させていただいた質疑に対する回答、これによってはっきりとさせておりますし、それについてはプロポーザルの参加者3社にきちっと周知されているというふうに考えてございますので、公平性については担保できているというふうに思っておりますし、これからも問題はないというふうに思っています。

石川龍之委員

ありがとうございました。どちらにしてもこの電力の部分は費用としてかかってくるわけでしょうから、10月16日の市立病院建設検討特別委員会でも出たと思うんですが、この費用、2億4,000万円かかると思うんですけども、これは後で補正されてくるんですか、それとも今回の予算の中に含まれていると考えてよろしいんでしょうか。確認です。

建設事務局技監

今回の予算措置の額の中に含まれておりますので、その2億4,000万円分を後に補正のお願いをするというようなことはございません。提案額の中に含めているとい

うことをございます。

石川龍之委員

病院の建設費の予算なんですけども、やはり全体像が見えないと非常にわかりにくいなと思っています。また、この病院問題は松戸市政の中での最大案件でありますから、私どもも本当にこれ以上という思いはありますので真剣に考えてきましたけども、やはり紙敷の案ですね、これをデザインビルドで考え直した場合の金額が昨年示されておりますけども、224億3,741万2,000円で、デザインビルドで仕切り直して考えた場合がこの金額でありました。それで1年前でこれが17億円プラスされた場合、当時は194億341万6,000円でありまして、これは用地プラスなんですけども、これに17億円をプラスした場合は211億円というのが示されていたと記憶しております。

ちょっと私も一晩寝ずに過去の議事録を読み返してきました。今回の総額として幾らになるのかなというのが大事なんです。市民の皆様にはこれは説明責任を議会としても果たさなきゃいけないものですから総額は幾らになるんだというのを伺いたい。先ほど後で出すとかおっしゃっていましたが、当然つかんでいるはずですよ。これは以前いただいた資料のシミュレーションの比較表とか、私たちはずっとこれを持っていますので、ここからすぐに出せるはずなんです。これは幾らになるんですか。

デザインビルドでこの千駄堀になった場合に、最終的には幾らになるのか、この57億円をプラスするとこの当時の211億円にプラスすればいいのかな。そうすると268億円になるのかな。それでよろしいのかな。ちょっと確認です。

建設事務局次長

前回お示した事業費総額で約211億円でございます。今回の約57億円を足した約268億円が今現在の総額ということになります。今後若干変わってくるところも当然ございますけれども、今現在ではそれが全体事業費というふうに捉えております。

石川龍之委員

平方メートル単価は幾らですか。

建設事務局長

平方メートル単価というところで、今回の提案額に対してでよろしいですか。

石川龍之委員

いいです。

建設事務局長

今回の提案額から相当する実施設計分を除いて、それを税込み単価で換算しますと約40万円でございます。

石川龍之委員

ありがとうございました。この金額が市民の皆さんに対しての説明責任をすべき金額だと思います。ですので、この説明責任をどう果たすのか。当初からいろいろ社会的事情もあるかもしれない。もちろんそうでしょう。過去の答弁を見ているとそのあたりのことしか答えられていませんけども、この金額になったことに対する説明責任と責任をどのようにお考えになっているのか、ちょっとお伺いします。

建設事務局長

今、委員から御質疑がございましたように、57億円という多額な増額をしなければ今回この案は成就しません。そういった意味では過去のどうしてそうなったかということと、それから今回上限提案価格を設けなくてやったことによっても一定のその競争性のもとに確保されたということ、これは十分御理解いただけるかどうか難しいところもありますけども、我々は説明していかなくてはならないと思っています。ただ、場面場面で、全体を説明する部分とそれから個々のそういう細かい説明をする部分と、場面が違うかと思えますけども、それについては今後検討させていただきたいと存じます。

石川龍之委員

ありがとうございました。ここに至るに当たって入札不調があった。それに伴って何としても決めなければいけないのでシミュレーションされましたね。プラス20億円、プラス40億円、プラス60億円、プラス80億円までシミュレーションされたと思うんですけども、その範囲内というのもわかっていた上で伺ったんですけども、やはりその上で、これはちょっと市長にお伺いするしかありません。この金額になったことに対しての市民への説明責任をどうされるのか、お伺いします。

市長

これから審議していただいて結論を得るわけですけども、もしこのとおり結論をいただくことになれば、これについての説明はしていかなきゃいけないと、こんなふうに思っています。

でも、いずれにしても今のマーケットの下でこういった建設をするときに、内容、品質の問題あるいは価格の問題等を慎重に審議していただいた結果がこれですから、我々としては受け入れざるを得ないなと思っています。それでその中で、やっぱり今後病院経営とかということについて、その上でいろんなことをさらに検討していく必要が、今まで以上に気を引き締めて検討していくことがたくさん課題はあるだろうと

いうふうには思っています。

石川龍之委員

ありがとうございました。このプラス分をやっぱり病院経営の部分で、これは企業会計ですから、何回も私はここで言っているとおり企業会計ですから回収していかなければいけないけども、今の現状が大変厳しいですよ、病床稼働率も含め開院後3年間は90%は行かないということも今回わかりましたけども、こういうことを本当に病院関係の皆さんがどう捉えていらっしゃるのか。人件費比率も、落ち穂拾いの話も去年はされましたけども、外の方でもいいような気がするんですよ。ですから、そういう病院企業会計の責任者の方もこの増額分というのをどんなふうに捉えていらっしゃるのか、また回収はできるのか。シミュレーションは見せてもらっていますよ。シミュレーションは見せてもらっていますが、先ほど本会議場での議論もありました。中田京議員から本当に厳しい御質疑があったと思いますけども、今赤字繰り入れをしている中でこのシミュレーションどおり本当に行くのか。それに伴って病院改革の委員会も立ち上がってそれぞれやられていると思うんですが、本当にこれはやれるんでしょうか。今後赤字が膨らめばこの増額分は回収できないんじゃないかと大変心配していますけども、その辺のことを懸念してちょっと質疑いたします。

中川英孝委員長

じゃあ、病院事業管理者、一言意気込みをちょっとひとつ代表してどうぞ。

病院事業管理者

石川龍之議員の質疑に対してお答えしますが、病院の経営に関しては今全体的に取り組んでおりますが、御案内のとおり病院を黒字にするのに一番大事なことは入院患者を増やすことであって外来患者を減らすことなんですね。よく議論されて外来が減っているということは時々質疑が出るんですけども。ただ、医者立場からすると両方はオーバーワークになってできませんので、それで具体的に申しますと、今うちの入院単価が6万円ちょっとですから、例えば受け持ちの患者をあるドクターが1人だけ増やしていただくと1年間に2,340万円収入が上がります。ところが、外来患者は1万2千円から3千円の単価ですから、もしも例えば入院患者を1人減らしたとしてそれを補うには外来患者は今現在診ている数プラス1,700人増やさないと絶対に同じ額になりません。ですから、私と今、院長が協力して、今月末に診療局会議がありますからそこで私が強調したいのは、もう繰り返しますが、病院の経営で大事なことは入院患者を増やすことであって外来患者を増やすことではないと。よく若い医者から外来が忙しいから入院患者を持たないというクレームが出るんですけど、逆なんです。だったら外来患者を半分に減らしてでも入院患者を1人増やせと。これは病院経営で非常に大事なことなんですね。その辺を意識改革しなくちゃいけないと。

それで私が6年前に顧問で来たときに計算いたしましたら、うちのアクティブなド

クターが持っている入院患者がたった5人なんです。私はいろんな病院の院長をやっておりますけれども、普通は10人以上が常識です。ですから、5人というのは非常に少ないので、これは私は大分医局の方に何でこうなっているのかと言うと、外来が忙しいと。だったら外来をどんどん減らしてください、外来は重症なところが終わったらもう開業医にどんどん帰して暇になって、それで入院患者を増やしていけということはかなりきつく言ったら、御案内のとおり入院患者がどんどん増えてきて、三、四年前ですか赤字繰り入れがゼロになりました。

それで、私が職員に申し上げているのは、御案内のとおり公立病院というのは政策医療をやらなくちゃいけないんです。ですから、例えば新東京病院が幾ら大きくなろうと千葉西病院が幾ら大きくなろうと関係ないんで、うちは高度の医療をやっていますが、これはその病院ではできません。どういうことかと言うと、例えば皆さん、がんセンターがありますよね。じゃあがんセンターがあって何でうちが地域がん診療連携拠点病院を持たなくちゃいけないのかと時々質疑を受けるんですけども、がんセンターが幾らあっても、がんセンターの中の医者というのはがんしかわかっていないんです。したがって、高齢化してくるとがんだけの患者というのはいないわけで、糖尿病があつて高血圧があつて心筋梗塞があると、こういう患者をがんセンターに入れてもがんセンターの先生は怖いからすぐにうちに送ってくるんです。それから新東京病院が幾ら心臓を頑張っても心臓病だけの患者は珍しいんですよ。心臓病があつて糖尿病が上がってくると、やっぱり合併症が増えてくるのが高齢化社会、そうするとうちに患者が回ってきます。ですから、やっぱりうちがあるからこそ、ああいう病院の人たちはそれぞれ得意な分野で頑張っておるので、うちがなくなったら大変なことになるわけですね。

それから、リハビリテーションがたくさんできてきたのでリハビリをやるんじゃないかと暴論を吐く人がいるんですけども、例えばリハビリの中でももうかるリハビリともうからないリハビリがあるんですよ。ですから、民間のリハビリというのは、ちょっと診てリハビリやったらうまくなる人をどんどんどんどん選り好んで入れて、それで面倒くさい患者は放っぼり出しちゃう。これを私は「リハ難民」と言っているんですけど、それを拾うのもうちなんです。東松戸病院が拾わなかったらその患者はどこに行くんですかということですね。ですから、これは「政策リハビリテーション」と言う。そういう意味で公立病院は絶対になくちゃいけないので、よその病院が幾ら大きくてもなくちゃいけない。その辺を一つ考えて我々の特徴を出していく必要がある。

それから、我々が高齢化社会でいろんな合併症を持ってきますから、専門医をできるだけそろえなくちゃいけない。うちはいつも申し上げますように医者は70何名が法律的な基準ですから、600床で今うちは100人ですから30人余っていますよね。ただ、余っていても特殊な分野の医者が少ないとやっぱりそれはどうしても採用していかななくちゃいけない。そういう事情になります。

というようなことで、今月末にまた診療局会議を開いて私が強調したいのは、とも

かく外来を削ってでも入院患者を増やすと。そして入院患者を増やさなくちゃいけない。そこをすると黒字になってまいります。患者はいるんです。ですからそれをどんどん入れていくと。

それからもう一つは、私が今回やろうとしているのはアメーバ経営です。要するに、JALが倒産したのを拾ったのはアメーバ経営ですよね、京セラがやった。この方式は一絡げでいかないで各部署、つまり看護部は看護部、検査部は検査部にノルマを課してそのノルマを達成するように持っていくというので、私はこの病院の経営を抜本的に変えようと思っているんです。これはどういうことかということ、例えば脳外科で100万円もうかったとしてもそれは医者だけの責任じゃなくて看護師が何%か、レントゲン技師がどのくらいかと、これを全部比例配分いたします。ですから、例えば100万円患者が入院費を置いていった場合に看護師は30%と言われておりますから看護師のノルマも30万円にするとレントゲン技師が7万円とか、これを全部計算して各職種にノルマを院長から業務命令を出していただいて、これを達成しろということをするによって職員全部が自分のノルマをこなしていくことができる。具体的にどういうことが起こるのかということ、例えば入院患者が入ってきた場合に今までのまとめでいきますと稼働率だけを議論します。そうすると看護部からいくと軽症の患者がたくさん入ったほうがいいですよ、楽ですから。でも収益はどんどん落ちます。ですから看護部も看護部でノルマを課しちゃうと、今度は重症患者を入れれば入れるほど看護部の収益が上がってきます。そうするとノルマを達成するんですね。

だから、単に稼働率だけの問題ではないという、中身も変えていくという、これがアメーバ経営の特徴なんです。全職員を巻き込んで経営に持っていくという、要するにまとめでもって何かもうかったとかそういう話ではなくて、医者、看護師、職員全員にノルマを課すと。これは今後、院長と今協議中なんですけれども、これもできるだけ早く実践に移してうちの病院を黒字に持っていくと。あの倒れそうなJALが助かったのもこの経営を切りかえたから助かったわけですね。ですからそれを私たちも実践していこうと考えております。よろしく願いいたします。

中川英孝委員長

はい、ありがとうございました。

石川龍之委員

ありがとうございました。去年も管理者からお言葉をいただいていたので、7対1にすると3億7,000万円ぐらいの収益が上がるはずとか、医療機器もうちは1%だけど3%に持っていきたいとかおっしゃっていました。また、公立病院の人件費比率は大体例外なく50%以下が普通なんだけどうちは60%を超えておるということで、この辺のことを着実に実行していただきたいんですよ。私は管理者を信頼していますので、そのおっしゃっていることの着実な成果ですよ。ですから、それをトータルで、病院企業会計としてのトータルのチームで検証していただかないと、やはり毎年毎年

繰り入れをして、いまだにしているので、これをどこの時点で反転攻勢されていくのか、それでどれぐらいで収益改善して回収できるのか。少子高齢化がどんどん進んでいくじゃないですか、今後は。その中でのシミュレーションが達成していくのか大変心配しているんですよ。ですから攻めの経営、今おっしゃったようなことも含めて攻めの経営をすると支出もあるわけですね、人件費の支出も。そこはもちろん見ていかなきゃいけないのです。

今回のこの増額分というのは半端な金額じゃありません。ですから、病院企業会計としてもう一回仕切り直してそれを必ず達成していただきたいんですよ。それでないと認められる金額じゃないと思うんですけどもね。ですから、大事な大事な市民の命を守るところですので、これはもう何としても私どもは思っていますけども、その辺をぜひよろしくお願ひしたいと思って要望しておきます。

原裕二委員

それでは何点かお伺ひしたいと思います。全部で大きな項目で三つをお聞きしたいと思います。

まず、一つ目は、この収益的収支シミュレーションが、今までも議論がありましたけども、本当にこのまま問題なく達成されるのかという懸念と、もう一つは、先ほどこれも出ていますけども、人の問題ですね。600床本当に開けるのか、また人件費は大丈夫なのかという問題と、それから3番目はこの194億円が妥当なのかどうか。具体的には平方メートル当たり税込み40万円、これが妥当なのか。この三つの視点でちょっとお伺ひしたいんですけども。

まず、1番、この収支シミュレーションについてなんですけども、収支シミュレーションのまず前段階としてはやっぱり今のこの平成26年度からのシミュレーションが載っていますが、この26年度の数字が、そもそもここが基本になってそれから増加していくというふうになっていますので、この数字が本当に合っているのかというところを聞きたいのですが、そのためには今の数字をお聞きします。25年度の決算によりますと1日平均当たり404.7人の入院患者がいて、71%ほどの稼働率。ただしこれは対570床の稼働率であります。これを135人これから積み上げていかなないと600床の9割稼働というふうにはならないんですけども、まず、今低い数字というのが、一つとして、例えば民間病院がこれだけ建っていますのでそういった影響があって患者がそもそも来ないのか、それとも7対1の受け入れ態勢、これが整っていないので、受け入れ態勢が整っていないからこの数字なのか、つまり受け入れ態勢が整えさえすれば本当にマーケットというか患者はいらっしゃるのかどうか、まずこの点をちょっとお伺ひしたいのと。

それから、2番目としまして600床を本当に開けるのか。人員は大丈夫かという話なんですけども、この平成26年度を見えています。給与費が大体89億円なんですけども、今のこの中でドクターが何人いらっしゃってナースがまず何人いらっしゃるんでしょうか。これを7対1で600床開くためには、一応基本計画によりますとド

クターが140人、それから看護師の方が597人というふうになっていますが、今の数字というのはどういうふうになっているのか教えていただきたいと思います。

それと3番目としまして、194億円という今回の数字なんですけども、これが妥当かどうかということで、改めてこの40万円が妥当とされた具体的な根拠を教えてくださいたいと思います。前回のときには他病院の比較等から妥当な金額であるというような話があったかと思うんですけども、その辺の話をされるのか。それとも、1年以上前に1回増額をしています。そのときは労務単価の上昇とか材料費の上昇という具体的な説明があったから、17億円の増額というふうに説明をされたときは、その説明はすぐに私の中で理解はできました。ただし、今回の増額はそのときから比べて材料費とか労務単価では説明できないぐらいの増額なのではないかというふうに思っているのです、この40万円が妥当と判断された根拠は一体具体的にどこなのか、どういうふうに市民に説明したらいいのか教えてください。

医事課長

まず、最初のお話の中で今の現状ということからちょっとお話をさせていただきます。平成26年度の現状ということで、今年度9月末現在の入院患者数で申し上げますと、新入院患者としては5,611人、昨年同月比で142人の増、延べ患者数につきましては合計で7万4,341人で、9月時点、昨年度より192人の増となっております。病床利用率につきましては今年度71.3%で、昨年度71.1%だったと思うんですが、0.2%の増の状況です。あと、この患者の平均在院日数についてなんですけど、ことしの9月で13日ぴったりということ、昨年の平均でこの時点で12日ということでしたので1日延びているという事実はありますが、この1日延びているということが、まず平均在院日数の計算方法というのが26年の4月から変更になりまして、これまで特定の病気があって90日以上入院している患者とかは平均在院日数に含まないとかいうのがあったんですが、それが今回から含むようになったので長く入院している患者とかも全部含める計算に変更になっております。それから、例えば5日以内で短期滞在型の手術とかで入院される患者というのは平均在院日数に含まない。例えば白内障の手術とかそういうものは含まなくなりましたので、短い入院期間だったものが除外されたということで1日延びているという状況です。

そんな中で、大体入院待ち患者数なんかではかってみますと、患者がうちはいるのかどうかということなんだと思うんですが、ことしの9月時点で見ましたところ、入院待機待ちで241人ということで、これは半年ごとぐらいに大体見ているところなんですけど、2月ぐらいの時点では265人、昨年の8月末ぐらいで239人ということでしたので、それほど変化はないようでございます。

経営企画課長

今、医事課長から現状の入院患者数ということでお答えしましたけれども、今後はどうなるのかということで将来的な話だと思うんです。将来的には入院患者数につき

ましてはいろいろ厚生労働省からも言われていますが、高齢化に伴って増加することが予測されております。これに対する入院患者もかなり増加するというところで、東葛北部地域では平成22年では9,513人、42年では1万3,540人と40%増えていくと、全体的な需要というのはこのような形で増えてくるという考え方があります。

それで、実際にそれをどういうふうにして入院患者を増やすのかということですが、御案内のように経営計画の中で入院患者増については重点課題として今捉えております。ただ、これを緊急課題として我々は病院事業を捉えておりますので、今回その重点課題以外に病院長が差し迫った緊急課題だという認識のもとで10月初めに臨時院内会議を開いて各診療科の部長を緊急招集しまして、国保松戸市立病院の経営に関する院長宣言ということもさせていただいております。かけ声だけじゃなくて院長から各診療科の部長に直接面談しながら、これまでの実績に基づいて入院目標患者数を設定していったら、今後はそれに対してチェックをしていくという考え方でございます。

いずれにしても、今この入院患者を増やすということに対してはまずは救急の受け入れをスムーズに行うと。あと、それから地域医療支援病院として認定いただきましたけれども、これについては紹介患者を増やすということで現状の受け入れ、これについてもスムーズに流れるようにしていくということを考えております。また、先ほど言った院内での内部での一層の取り組みということで考えてございます。このような形で入院患者は確保していきたいというふうに思っております。

また、果たして600床の体制が整えられるのかということに関しましてですけれども、先ほど来言っていますがまず看護師の増、これが非常に大きな課題だと思っております。これにつきましては総務課のほうでもかなり取り組んでいるところですが、御案内のように7対1看護基準の取得、それから2交代勤務制、これと3交代の選択可能な勤務体制を導入しまして、かなりこれについては看護師の増が実現できております。

ちなみに、先ほど出ておりますが、平成26年度と25年度の当初対当初では20人の増です。逆に今、10月現在ですけれども、これが520人まで達しております、昨年度同月比でいきますと29人の増と。要はやめる方もいらっしゃいますが、これも離職の防止に対する対策もとっておりますので、同月比でいきますと30人増えていると。このまま推移すれば、今年度も非常に定数にかかってくるので、これで足りるかどうかというところまで来てまして、毎年30人ずつ増員してというような考え方でいきますと597人の看護師の確保は達成可能だというふうに思っております。

また、人件費の話がありましたけれども、人件費につきましては、まず看護師数についてですが、平成26年度534人、27年度559人、28年度586人、29年度以降597人と見込んでおります。先ほど御説明したとおり、これについてはかなり進捗は早いのかなと思っております。

それから医師につきましては、平成26年度……。

平林俊彦委員

看護基準を達成すれば3年で90%行くのかどうか、今の現状が看護師が足りないから今のような現状なのかどうか聞いているので、そのことについてちゃんと答えるように。

経営企画課長

はい、わかりました。まず看護師の確保と先ほど言った対策について施策を打つということで患者数の確保ができるというふうに考えております。

建設事務局長

3点目の御質疑で194億円、平方メートル当たり換算40万円という、そういう数字が果たして妥当かというお話でございます。

今回、上限提案価格を設けずにデザインビルドのプロポーザルをやらせていただいた結果、3社の提案がございました。それで今、物価が高騰している中で、例えば上限提案価格を設けたり、またはデザインビルドの方法をとらずに実施設計を先行でやった場合というのは、このプロポーザルを開始する前の委員会でもお話しさせていただきましたが、結局は幾らでできるんだというところが見えない。そうしますとまた不調が重なることがございます。ということで今回一般的ではございませんが、上限提案価格を設けずに業者のほうから提案を求めさせていただきました。これが、結果論でございますけれども3社御提案をいただいて、同じ条件の中で提案をしていただいたわけですが、その土台は同じであっても提案してくる技術の内容は違いますけれども、金額がそれぞれ出ております。その中でも金額の競争はできているかなというのが1点目でございます。

次に、目標金額は前回の16日にも基本設計をもとにお示ししましたが、それは一つの目安かなと思っておりますけれども、その目安の範疇にも上限にちょっと近いところですが入っている。それから、あとは他市のお話を16日も話させていただきましたが、若干加えさせていただきますと、5月に情報提供した自治体病院の整備事例、これは例えば本年1月28日に開札しました愛知県の城山病院なんかを、今の時世に合うように消費税8%で換算すれば平方メートル約43万4,000円。それからその後でございますが、全部調べ切ったわけではございませんが、消費税8%の時代になって、本年4月30日に開札しました徳島県の美波病院の事例では約39万円、6月12日に開札しました春日部市立病院の事例では40万4,000円、石巻市立病院、8月27日の開札でございますが、こちらについては49万4,000円でございます。

ただ、こういった数字は基準が同じじゃないので、あくまでもこれをもってこれが高いか低いかということではちょっとないということで、先ほど冒頭申し上げました同じ条件下で競争した結果、金額についても御提案が競争された結果だと思っておりますので、それらを総括的に考えますと今回の金額は我々は妥当であろうというふうに判断しております。

原裕二委員

すみません、ちょっと今の話から逆に聞きたいんですけども、妥当かどうかという説明をしていただいたんですけども、結局は3社できちっと公正な競争というか見積もり方式によって、それで出てきた数字なので妥当であろうということがメインの理由ですかね。どっちかというとはかの自治体病院との比較ではなくて。ということは、それで自治体病院の比較でも確かに病院機能が違えば単価が全然違ってきますので、それは理解しています。ただ、おおむね妥当だなというふうに思っているんですけども、逆にこの40万円が妥当ということになりますと、前にも言いましたけど、前回の補正のときには材料費の高騰だとか労務単価の高騰であるということできちっと数字を挙げられて、だから増額なんだよという説明をしていただいて、それはすっと腑に落ちました。それで今回は当初24万円という数字だったと思います、平方メートル単価が。それから比べると7割近いアップになっています、40万円というのは。これはどう考えても材料費とか労務単価の上昇では説明が多分つかないと思うんですよ、そういった説明からしますと。ですから、今執行部のほうでも材料費、労務単価の上昇によってこの40万円になりましたよという説明がなかったんだと思うんですね。となると、そもそもやっぱりこれは24万円という数字が低過ぎた、そのときにですね。そういった説明になってしまうのでしょうか。ちょっとそれを教えていただきたいと思います。

それから戻ります。（「まだやっていない質疑をやらないと終わらないと思いますので、簡単をお願いします」と呼ぶ者あり）じゃあ、簡単に。聞きたいことが伝わっていなかったみたいなんですけど、要は今404人しか1日に来ていないわけですよ。それで稼働率で71%、しかもこれは570床なんですね。この数字というのは、何度でも言いますが、そもそも民間病院が市内にいっぱい建ってきて患者がそもそも来ないのが問題なのか、それとも平成25年度7対1、結構無理くり7対1にしたわけです。体制が整わないからこれしか受け入れができなかったのか。つまり受け入れ態勢さえ整えば今の松戸市というのは患者がいっぱいいるんですかどうですか、それをお聞きしているんですよ。それだけ答えていただければ逆にいいということになります。

それともう一つなんですけど、お聞きしたかったのは、今回収支シミュレーションが平成47年度まで出ています。恐らく人口とかのピーク、高齢化のピークが42年度じゃないかなというふうに思っているんですけども、その辺どう思っているのか。それでその後、当然これは減っていく可能性もあるんじゃないかと思うんですけど、そこらあたりをどう見ているのかですね。

それから、病院事業管理者のほうから診療科別の話がありましたが、今回の90%というのは診療科別の入院患者の見込みに基づいてこの9割という数字が出ているのかどうか教えていただきたいと思います。

中川英孝委員長

簡潔に答弁願います。

建設事務局長

計画当時の24万円は過去の事例やその当時の状況から判断して、そのときは必ずやできると思いました。ただ、その後、補正予算を要求した前後の段階ですね、その段階では物価高騰、労務の高騰、これがここまで上がるとはちょっと予測ができませんでした。その結果だめになってしまいました。それで、もともとそういうベースを基礎に例えば上がった分の単価を計算するというのはわかりやすいと思いますが、それは考え方的には実施設計をやっていればかなり近い数値にはなります。基本設計だけがベースではなかなかうまくはいきません。昨年9月の補正後の話で134億円では参加されませんでした。そのとき幾ら足りないかという情報は、大変申し訳ございませんがありません。したがって、そのとき幾ら足りなかったということは把握はできないとしても、今幾らだったらできるんだというところで今回のスキームがございしますので、そういった意味で、先ほど言いました実施設計や基本設計をベースにするよりも、今回やらせていただいたデザインビルド方法で上限価格はないですけども、業者の皆さんからの提案を精査する、そういった形が適当ではないかと考えたところでございます。

病院事業管理局長

原裕二委員御質疑のまず2点、ちょっとお答えさせていただきます。

まず、1点目について、今利用率が低迷していることについて患者が来ないのか、あるいは看護師の数によって制限しているのかという御質疑ですが、これにつきましてはどちらか一方ということはないと考えております。当初、昨年7対1の看護基準をとるために病床を一部制限をさせていただいております。その後、看護師が一定程度入ってくるようになってきておりますけれども、まだ完璧にその570床に対して100%570床をまだあけているわけではないですけれども、徐々に稼働病床を上げている経緯はあります。ただ、それに対して実質的に患者が入ってこないという経緯がありますので、これは両方の原因だろうなというふうには考えております。

それで、どこに問題があるのかということで、先ほど病院事業管理者のほうからお話しさせていただきましたように、それぞれ患者を増患するためには、例えば救急患者をどういう形でスムーズに入れていくのか。あるいは紹介の医療機関からどのようにスムーズに紹介患者を紹介してもらえるのか。あるいは外来で直接おかかりになった患者がどういった形でスムーズに病棟のほうに入院されるのか。それぞれについてはそれぞれの診療科ごとの特性がありますので、病院の中でそれぞれ診療科ごとに検討していくということになるかと思っております。

あと、平成42年以降、推計患者数が落ちるということでございます。今の厚労省が出している推計値からいくとそういった結果になるかもしれないんですが、ただ、

それとともこれから先々、20年以降先の話でございますので、随時、今経営計画の第1次を計画しておりますが、第2次、第3次と病院事業におきましても経営計画をつくっております。その中で20年後、どういう形で病院を運営するかということについては検討していきたいというように考えております。

原裕二委員

もう終わりにしますけども、収益のほうは9割稼働というところが本当に大前提で、本当にこれができるのかどうかということにかかっているんじゃないかなというふうに思っているんですけども、その中でやっぱり平均在院日数の見込みが向こう30年間どうなるのかとか、それから普通民間企業ですといろんな部門を持っていて、部門ごとに売り上げ予測を、例えば1年後、5年後、10年後というのをやって積み上げた結果、全体で売り上げが幾らになるんだよというようなことを多分シミュレーションする機会が多いと思うんですけども、今回はざっくり9割稼働ということで、本来であればきちっと診療科別にどこの診療科に力を入れたらこのぐらい増えるのかですね。特に心配しているのは、改革プランにも書いてありますけども、これから循環器系統の患者が入院患者としては見込めるというふうに書いてありますけども、市内の2病院、民間2病院はこの循環器を非常に得意としていて、その辺で本当に市立病院のほうに患者が増えるのかどうかというすごい不安があります。ですからその辺、ちゃんときちっとですね。

あと占有率ですね。東葛北部医療圏の中で今の市立病院がどのぐらいの占有率があって、9割稼働するためにはどのぐらいの占有率にアップさせなきゃいけないのか、そういった具体的な数字を本当に検討していただいて、その上で患者を増やす対策を立てていただけたらなというふうに思います。

それから、人員の問題なんですけども、私が事前に聞いた中では平成26年度で今回の数字でドクターの方が110人、それからナースの方が534人で、これを7対1にするためには31年度140人ですね、ドクターが。それで30人アップ。ナースのほうで597人ということで63人アップさせなければいけない。これが確保できるかどうかという話とプラス、これは人件費のほうで7億7,000万円アップなんですね、これだけ確保した上で。これは本当に数字が合うのかなと思っていまして、その辺の精査も、つまりドクターが30人アップしただけで平均給与1,500万円ぐらい掛けたときとナースが600万円掛けたときに、もうこれだけで7億7,000万円ぐらい突破してしまっていて、法定福利費とかが出てこないんじゃないかというようなところもありまして、その辺の精査ももう一度できたらしていただけたらなと思います。

中川英孝委員長

あと何人質疑される方がいますか。質疑されますか。

平林俊彦委員

私は1点だけです。

中川英孝委員長

はい。じゃあ、恐縮ですけど、もう時間も迫っていますけども、いましばらく御容赦いただきたいと思います。継続して審議させていただきたいと思います。

平林俊彦委員

私は1点だけ。経営のことについては、これは新病院が建設されてからいろいろとやっぱりやるべきことだろうと思っているんですが、収支についてのことでありますので1点だけ確認をさせてください。

3次救急とそれから周産期医療、小児救急ですね、これも看護師は7対1ということでいいのかどうか、この1点だけ確認させてください。

医事課長

周産期とあとは。

平林俊彦委員

小児救急、それと3次救急です。

医事課長

はい。まず、救急医療につきましては、これは例えば救命救急の入院料とかですと2対1の看護師なんです。これは現在もやっている状況です。それから小児医療も、小児の入院管理料というのもこれは同じ7対1ということでやらせていただいています。それから周産期につきましては、そのやっていく項目にもよると思うんですが、まずお子さんの入院料というのは、これはNICを今やっているのと全く同じになりますので、これは3対1ということで同じです。ただ、あとお母様が例えば総合周産期的に特別な看護ということになると、例えば4対1とかそういうものになる可能性はありますが、まだその辺は7対1のままかもしれないということで御理解いただければと思います。

杉山由祥委員

先ほど石川龍之委員が過去のいろいろな議論をひもといていろいろ御説明いただいたので、私も思いは同じだということでその指摘がそのとおりだなと思っているんですが、それとまた別で、今回いろいろ紆余曲折あった中でこの金額になりましたと。当初の予想よりも数十億円、それが何十億円かというものは置いておいて数十億円増えたという事実がある中で、それを穴埋めする努力はどのようにしますか。

建設費が数十億円上がりました。もともと皆さんの説明は、建設費が上がり過ぎる

と安定的な経営ができないからできませんよと言い続けてきたんですけども、私たちはそうじゃなくていい病院をつくるんだらばお金はかかりますねと、これはぶれずにずっと言ってきました。それで皆さんは最終的にはこの金額になりました。結果として上がった数十億円分をどこで穴埋めする努力をされますか。

病院事業管理局長

今回上がった金額について穴埋めするのは一義的に病院の経営で、医療収支の中でそれはやりたい。要するに、172億円の起債になりますので、基本的にはほとんどの部分を借金でやるということになりますと、その元利については病院の事業会計の中で補填していくということになります。ということもありまして、いずれにしても医業収益しか基本的には収益はありませんので、ほかのものはちょっとありますけど大きいのは医業収益ですので、医業収益を上げるということになるかと思えます。

その方策として、先ほどから申し上げているように増患対策を図るということと、あとは1人当たりの単価をどれだけ上げるか。1人当たりの単価を上げる裏打ちとしてはさまざまな施設基準、要するに医療の質になりますのでそこを上げていきたいというように考えております。現在お示ししているシミュレーションについては、今私どもで考えられる1人当たりの単価をこちらのほうでお出しさせていただいています。ただ、今DPCという入院診療報酬の制度の中で、まだ隠れたところがある可能性がありますので、そこについては医療情報を分析するような組織を院内に立ち上げて、より収益を上げる方策をとっていきたいというように考えています。

杉山由祥委員

その医業収益を上げるというのは企業会計では当たり前の話なんですよ。当たり前の話をずっと今まで皆さん議論されてきたんで当たり前だと思っているんです。今までずっと議論を見ていまして、結局シミュレーションしても病院の経営というものはやっぱり医療制度の変更に対しての影響を受けやすいと。それはあらがいがたいものがあるんだという、だからシミュレーションどおりになかなかいかないんだという前提があると思うんです、私は。それはそれで経営努力の中でやっていただきたいというのはもうみんなが言っていることです。今回は建設費で上がった分、もう具体的に言いますよ、財産処分とかしてきちんと確保していかないと、それこそ病院経営が成り立たないんじゃないんですかと。そういう前提がなければ我々は増額分を圧縮できないと思っていますから、だからそこをきちんと担保できるかどうか、そこをきちんと教えてください。

病院事業管理局長

病院事業の今の財産について、これから例えば千駄堀のほうに移ったときに出てくるだとか、あるいは今の東松戸病院のほうの話も含めて、いずれにしても新病院の建設がこの段階で決まった段階で病院事業全体のあり方について検討していかなければ

ならないというふうに考えております。その中で病院事業として使用しなくなった財産についてどのようにするのかという議論はその中で検討していきたいというふうに考えております。

中川英孝委員長

誰かほかに答弁する人はいませんか。病院事業管理局長以外にほかに答弁する人はいませんか。

副市長、どうですか、答弁。やっぱりトータル的にはそういうマネジメントができる人じゃないと答弁できないと思うんだよな。はい、副市長。

副市長

基本的には今回割り増しされている部分をどう捻出するかという中で、事業収益をもってするというのが基本的だとは思っています。その上で、基本的に市の財産を処分してでも対処していくべきだろうという質疑であったと思うんですけども、公共事業の再編の中で真剣にそういった意味でスリム化を図りながら充てていければというふうに思っております。

杉山由祥委員

公共事業の再編というお話がありましたけど、公共事業の再編じゃないんですよ。要は病院会計がもつかもたないかなんですよ。となったら病院会計の中で処分していかないと間に合わないでしょう、収支がというふうに申し上げているんです。だから、そういう意味でどこかで財源捻出をしなければそもそも皆様がもたないと言い続けてきたわけですから、我々としてはうんと言えないというふうに申し上げているんです。そこをきちんと担保していただかないと、今回57億円も上げますよというものを認めるわけにいかないということなんですよ。

財務部長

病院財産の処分につきましては、今後2病院のあり方というのが検討会の中で御協議いただくこととなりますので、この段階でどの部分をどう処分するというのはちょっとお答えは差し控えさせていただきたいと思えます。

それと財源の関係につきましては、当然のことながら病院の経営努力というのはもう言うまでもないことをございまして、その後につきましては、例えば東松戸病院を取得した際には、企業債の元金の部分について繰出し基準をはみ出した部分を一般会計のほうで措置したこともございます。その辺は今後予算措置の中で検討させていただく場合もございますので、それはその都度その都度審議をいただくことになると思えます。

杉山由祥委員

最後、要望にしておきましょう。その都度その都度審議していくということになって、一々それが予算の増額になることは認められません。基本的には増えた分はどこかで穴埋めをしなければ経営が成り立たないというのが前提だと思っています。ですから、早急に2病院のあり方の検討、必要か必要でないか含めてですよ、先ほどは必要だというふうにお答えをされましたけども、それがもつのかもたないのか、プラス跡地の問題、財産の問題、そこをきちんと検討していただく。これが前提でなければこの増額は認められないと私たちは思っていますので、そこはちゃんと検討してください。いいですか。（「はい」と呼ぶ者あり）

【質疑終了】

【討 論】

平林俊彦委員

プロポーザル審査委員会の決定は、私たちの技術的な、要するに未熟な点をきちっと精査してくれているんだらうと思います。その点を考えても今回のこの提案について、プロポーザル審査委員会が決定をされたものについて賛成をいたします。

関根ジロー委員

補正予算計上は震災以降の資材費、労務費の高騰に起因したものであると一定の理解をいたします。しかしながら、補正予算計上による建設事業費の増額はさらなる財政負担として松戸市一般会計を圧迫することになりかねません。このことについて新病院基本計画で病院稼働率90%、7対1看護配置基準、600床開院を前提に開院後数年後に黒字化を見込んでいます。これらの新病院整備基本計画を遵守することを強く求めまして、賛成します。詳しくは本会議で述べます。

宇津野史行委員

縷々、事業者の選考の部分から申し述べさせていただきましたが、それも含めて今回の件に関して賛成をさせていただきますが、先ほど来ずっとコストの点だとか経営形態についてだとか、そういったことの議論がありましたが、先ほど病院事業管理者のほうからも政策目的、政策医療の部分が非常に自治体病院の果たす役割として大きいんだというお話がありました。ですから、市立病院の政策目的に立ち返った病院経営や一般財源の繰り入れのあり方というのをしっかり捉えて考えていったほうがいいかなと思っています。

よく基準内繰入金だとかそういった話をしますが、基準というのは各自治体でかなり弾力的に決められる部分ではありますので、基準内をどこまで捉えるかというところで、一つの一般会計の持ち出しということも基準内に入れていくことも十分可能な

んだと思うんですね。一方で、消費税をアップすることによって最終消費者である市立病院の持ち出しが億単位で増えていったりするわけですから、そういったこともやはり勘案していかなきゃいけない。企業会計といえども、一律に独立採算制のみをもって公的な市立病院の存在の是非を断ずるべきではないのかなというふうにこの議論を通じて感じたところです。

杉山由祥委員

先ほどうちの会派としては平林俊彦委員が賛成したんですが、事ここに至ってこの増額はあまりにも大幅でありますので、もろ手を挙げて賛成とは言えないと思います。ただ、これはそろそろ決着をつけなきゃいけない問題ですので賛成はいたしますが、ちょっと附帯決議なども検討させていただいた上で賛成をさせていただきたいと思っております。

石川龍之委員

党としてもかなり協議して今日臨んでおりますが、これ以上病院問題を長引かせるわけにはいきませんので基本賛成でございますが、私どもも附帯決議をつけての賛成になると思います。

先ほどいろいろ議論させていただきましたが、今後一般会計が少子高齢化で歳入がどんどん減るということを、企業会計側の病院のスタッフの皆さんはよくよく感じ取っていただきたいというのが一つです。

あと、説明責任を市民にどう果たしていくか、これはもう絶対にやっていかなきゃいけないことでございますので、この二つを強く要望しておきます。

【討論終結】

【採 決】

簡易採決

原案のとおり可決すべきもの

全会一致

(2) 閉会中の継続調査事項について

中川英孝委員長

次に、閉会中における所管事務の調査を議題といたします。

お諮りいたします。本特別委員会の閉会中における所管事務の特定調査事項として、市立2病院の今後のあり方と建て替え等に関する方針を検討することについてを閉会中の継続調査として決定したいと思っております。これに御異議ありませんか。

[「異議なし」と呼ぶ者あり]

中川英孝委員長

御異議なしと認めます。したがって、さよう決定いたしました。

【書記報告】

委員長散会宣告
午後0時42分

委員長 署名欄	
------------	--