

市立病院検討特別委員会 会議記録

1 日 時 平成28年2月24日（火）午後1時30分開会

2 場 所 特別委員会室

3 出席委員

委員	長	中	川	英	孝
委員		鈴	木	大	介
委員		原		裕	二
委員		大	橋		博
委員		高	橋	伸	之
委員		宇	津	野	史
委員		織	原	正	幸
委員		石	川	龍	之
委員		杉	山	由	祥
委員		二	階	堂	剛
委員		田	居	照	康
委員		末	松	裕	人
委員		小	沢	暁	民

欠席

4 正副議長

議長	大	井	知	敏
副議長	城	所	正	美

5 出席事務局職員

議会事務局長	染	谷	稔
議事調査課長	大	谷	昇
議事調査課長補佐	松	井	幸一
議事調査課主任主事	太	田	敏弘

6 会議に付した事件

議案第52号 平成27年度松戸市病院事業会計補正予算（第1回）について

7 会議の経過及び概要

委員長開議宣告

副市長挨拶

議事

傍聴議員 山中啓之議員、杉山由祥議員、岩堀研嗣議員、
桜井秀三議員、中田京議員

傍聴者 なし

議案第52号 平成27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

これより議事に入ります。

議案第52号、平成27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

議案第52号、平成27年度松戸市病院事業会計補正予算（第1回）について御説明させていただきます。

1ページの第2条、業務の予定量、市立病院事業につきましては、主要な建設改良事業のうち、医療器械整備を補正後5億6,100万6,000円とし、100万6,000円を増額、また、千駄堀地区新病院建設工事を皆減とし、補正前8億3,450万円について全額を減額、千駄堀地区新病院工事等監理委託を補正後3,780万円とし、885万4,000円を減額とするものでございます。

次に、市立東松戸病院事業では、年間延患者数のうち、入院患者数を5万2,484人から2,324人減少し、補正後を5万160人、外来患者数を4万1,650人から1万6,500人減少し、補正後を2万5,150人にするるとともに、1日の平均患者数をそれぞれ記載のとおり改めるものでございます。

次に、主要な建設改良事業のうち緩和ケア病棟改修事業を補正後4,735万5,000円とし、64万5,000円の減額とするものでございます。

次に、第3条収益的収入及び支出を御説明いたします。40ページ、説明書をご覧くださいと思います。

収入におきまして、1款市立病院事業収益は、予算額171億671万7,000円を8万円減額し、171億663万7,000円とするものでございます。

2項医業外収益につきましては、県補助金300万円の減額によるものでございます。

4項保育所収益につきましては、保育料292万円を増額するものでございます。

続きまして、2款市立東松戸病院事業収益は、予算額24億9,569万3,000円を5,826万円増額し、25億5,395万3,000円とするものでございます。

1項医業収益は、2億4,174万円減額し、16億3,372万6,000円とするものでございます。これにつきましては、当初に見込みました入院収益並びに外来収益の減収によるものでございます。

次に、2項医業外収益につきましては、3億円の増額。これは一般会計負担金の増額をお願いするものでございます。

次に、42ページ、支出におきまして、1款市立病院事業費用。こちらにつきましては、収益と同額の8万円を減額し、171億663万7,000円とするものでございます。

1項医業費用につきましては、材料費の増額及び経費、減価償却費、研究研修費の減額を、合わせて1,008万円を減額するものでございます。

4項保育所費用につきましては、経費の増加により1,000万円を増額するものでございます。

なお、平成27年度は人事院勧告のベースアップ分を見込んでおりますが、給与費の増額補正につきましては行わず、退職給付引当金を取り崩して充当し、対応してまいります。

次に、44ページ、2款市立東松戸病院事業費用につきましては、収益と同額の5,826万円を増額し、25億5,395万3,000円とするものでございます。

1項医業費用につきましては、給与費の増加及び材料費並びに経費の減額を、合わせて5,826円増額とするものでございます。

次に、46ページ、第4条資本的収入及び支出につきましては、1款市立病院資本的収入の予算額27億9,795万円を8億1,249万7,000円減額し、19億8,545万3,000円とするものでございます。

1項企業債及び2項の県支出金につきましては、継続費の年割額変更に伴い、千駄堀地区新病院建設事業債の減額等により企業債を7億7,170万円の減額、及び県補助金を6,805万6,000円減額するものでございます。

次に、3項出資金につきましては、主に資本勘定支弁職員の退職費相当額を一般会計出資金として受け入れること等に伴い、2,877万4,000円を増額するものでございます。

4項負担金につきましては、1項、2項と同様、新病院建設の継続費の年割額変更に伴う工事負担金の減額並びに看護学校生徒に対する修学資金貸付金額の確定に伴い、合わせて732万円を減額するものでございます。

次に、7項寄附金につきましては、合計して4件、580万6,000円の御寄附をいただきましたことから、増額するものでございます。

続きまして、2款市立東松戸病院資本的収入につきましては、予算額3億3,929万1,000円を272万3,000円減額し、3億3,656万8,000円とするものでございます。

1項企業債につきましては、今年度の起債対象となる医療器械の契約金額の確定に伴い、240万円を減額するものでございます。

次に、2項出資金につきましては、緩和ケア病棟改修工事額の確定に伴い、一般会計出資金を32万3,000円減額するものでございます。

次に、48ページ、1款市立病院資本的支出につきましては、30億2,755万8,000円を8億1,884万6,000円減額し、22億871万2,000円とするものでございます。

1項建設改良費につきましては、主に新病院建設の継続費の年割額変更に伴う建設工事費の減額等で8億630万6,000円を減額するものでございます。

次いで、2項投資につきましては、修学資金等貸付額の確定に伴い減額するものでございます。

次に、2款市立東松戸病院資本的支出につきましては、予算額5億2,072万1,000円を64万5,000円減額し、5億2,007万6,000円とするものでございます。

1項建設改良費につきましては、緩和ケア病棟改修工事額の確定に伴い、64万5,000円を減額するものでございます。

なお、収支の不足額につきましては、過年度分損益勘定留保資金等で補填するものでございます。

次に、4ページに戻っていただきまして、第5条継続費につきまして、記載のとおり新病院建設の継続費の年割額変更に伴い補正するものでございます。

次に、第6条企業債につきまして、それぞれ記載のとおり限度額を改めるものでございます。

次に、5 ページ、第 7 条議会の議決を経なければ流用することのできない経費、こちらにつきまして、市立病院事業及び市立東松戸病院事業の職員給与費の額をそれぞれ記載のとおり改めるものでございます。

次に、第 8 条たな卸資産購入限度額につきまして、市立病院事業に係るたな卸資産の購入限度額を記載のとおり改めるものでございます。

以上、御説明とさせていただきます。よろしく御審議の上、御賛同を賜りますようお願い申し上げます。

【質 疑】

織原正幸委員

最初に、テクニカルな部分でちょっと教えていただきたい点が 1 点だけあります。先ほどの説明の中で、42 ページのところですかね、市立病院の事業費用の中で、医業費用、給与の増額分については、退職給与引当金を取り崩して、今回、給与の増額分に充てているという御説明をいただきました。まず、1 点目としては、その退職給与引当金を取り崩すことによって給与の増額分に充てることが妥当なのかどうか、この点をまず教えていただきたいと思います。

経営企画課長

ただいま織原正幸委員より御質疑いただきました退職給付引当金、こちらを取り崩して充当することについて、これが妥当かどうかという御質疑に対してお答えさせていただきます。この件に関して、一応、私どもとしても、事前に千葉県の市町村課に問い合わせを行いました。その結果、退職給付引当金の取り崩しを規制する法並びに規則、こういったものはないということで、その判断につきましては、病院事業に委ねられると、そのような回答をいただいております。ただ、一般に、退職給付金を積み立てる目的、趣旨、こういったものに関しては、雇用者の保護にあると思います。この件の退職給付引当金を取り崩した後であっても、平成 28 年度に見込まれる退職手当の支給額以上の引当金の残高は確保できる、そういった見通しを立てております。また、引当金の残高は、26 年度と比較して増加となる見込みでございます。以上から、この引当金取り崩しを実施しても、一定の雇用者の保護、こちらにつきましては、図られていると、そのように考えております。今回、やむを得ず、こうした例外的な措置で、対処いたしました。人事院勧告による人件費のベースアップという外部要因、こういったものもありました。企業努力によって、できる限り対応していくという趣旨であることを御理解いただければと存じます。

織原正幸委員

そうすると、あくまでも法律で規制するものがないので、病院事業の責任の範囲内でやっていますよという、そういうことになるのかなと思うんですけれども、例えば市立病院の場合は、平成 26 年度の地方公営企業会計の制度が変わったときに、一般会計が負担すると見込まれる部分を除いては、お金がないので、当初、積むことができて、15 年にわたって均等で積んでいるという、そういう状況もありますよね。ですから、単純に考えれば、今ですら足りない状況にある中で、それを取り崩してやるというのはいかがなものかなというところだけは御指摘をさせていただきたいと思いますので、職員の方を守るという、そういう視点も当然大事なんですけれども、やはり病院の企業会計としての姿

勢が問われると言ってもいい重要な点であるのではないかなと考えておりますので、その点は今後ぜひとも厳格にやっていただいたほうがよろしいのではないかなと思いますので、この点だけよろしく願いいたします。

次に、本題に入るんですけれども、今回の補正予算については、一番の問題点、課題というのは、東松戸病院への3億円の一般会計負担という負担金の増加ということが最大の問題点であるというのは論を待たないと思いますけれども、実は、個人的に、ちょうど昨年、1年前になってしまいますけれども、病院事業の予算の審査のときのことを思い出してみました。そのときに配られた資料の中で、最初に、当時の病院事業管理者が、まず冒頭おっしゃっていたのが、「両病院の病床利用率等の設定について実現可能な水準とし、一般会計負担金の増額補正をしないよう留意する」ということが、まず冒頭に述べられて、あのときは、議案の説明があった後、病院事業管理者がまた立たれて、説明の中でも、一般会計の負担金についてはもう増やしませんという、言うなればお約束的なことをその当時、していただいたことを思い出しておりました。ですので、それから1年がたって、さまざまな理由があるにせよ、このような3億円の赤字補填を補正しなければならないというのは、正直言って、甚だ遺憾であるということだけは冒頭申し上げさせ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。

そして、具体的に何点か確認をさせていただきたいんですけれども、実は、昨年いただいた、予算のときの資料の中で、基本的な考え方とか予算の概要とかの後に、平成27年度の主な取り組みということで、何項目か。つまり、27年度はこういう事業に主体的に取り組んで、経営改善に取り組んでいきますという、健全化を目指していきますという、そういうお約束をしていただいたんです。その中で、東松戸病院については3点挙げられておりまして、1点目には、医師の確保による病床利用率の向上、2点目は、医療制度改革を背景とする病床機能の再編、すなわち緩和ケア病棟と地域包括ケア病棟の開設というものが挙げられておりました。3点目には、24時間訪問看護の充実及び推進という点、この3点が主な取り組みとして、昨年、ちょうど1年前ですね、この席で述べられておりました。ですので、今日は、この点について確認をさせていただきたいと思っております。要するに、取り組んできたことがどのような結果をもって1年たったのか、それが効果的だったのか、成功したのか失敗したのかということだけ今日は確認をさせていただきたいという、そういう思いであります。

まず、1点目ですけれども、医師の確保による病床利用率の向上というのが挙げられております。医師の確保については、昨年の予算の中でも、15人が11人になるということで、減らす中で医師の確保を目指していきますという、お話だったんですけれども、現状の医師の確保の状況ですね、予算で11人だったと思うんですけれども、現状の医師の数の状況を、まず1点、お知らせいただきたいと思います。

東松戸病院総務課長

織原正幸委員からの今の医師確保の状況ということでの御質疑に御答弁させていただきまします。昨年度、病床率を確保するということで、人件費比率のことも考慮しながら、医師の予算定数は11名とさせていただいております。昨今の御説明では、リハビリテーションの医師が退職するとかで欠員を起こしておりましたが、平成27年の7月にリハビリテーションの医師1名を採用しております。その後、緩和ケア病棟開設ということもありますので、これについて、27年10月から、市立病院から外科医1名を異動配置しております。現在のところ、予算定数11人に対して、全体の予算でこれをカバーしておりま

すが、12名の医師が配置されております。そのような状況ですので……。

織原正幸委員

11名の予算定数に対して、今、現状は12名いるということで、単純に考えれば、利益が、収益がもっと上がっていいのではないかなという、点があるわけですが。一方で、病床利用率について、数字を改めてお聞かせいただきたいと思います。

東松戸病院総務課長

今回の補正を伴った病床利用率の御説明になると思うんですが、当初、実現可能性を踏まえて、90%という設定をしております。これについては、全病棟平均して90%という設定でございます。まず、大きく一般病棟につきましては、84.46%を見込んでおります。これを補正させていただいております。それから、地域包括ケア病棟については87%を予定しております。あと、緩和ケア病棟につきましては75%を見込んでおまして、これも病床利用率——これは複雑な計算になってしまうんですが、これらを計算しまして、未達成の結果となっております。

織原正幸委員

そうすると、医師が増えたにもかかわらず、病床利用率がうまくいかなかったということになるわけですが、そうすると、取り組みの2番目として、医療制度改革を背景とする病床機能の再編ということで、今年度、東松戸病院におかれましては、緩和ケア病棟と地域包括ケア病棟を開設して、つまり、病棟の再編を本年度の大きな一番の目玉としてやっていただいたと。昨年の説明では、これが病院の経営健全化に大きく貢献してくるんだという、そういう説明だったんですが、先日の本会議場での質疑でもあったとおり、今回は、緩和ケア病棟並びに地域包括ケア病棟の運営というんでしょうか、そこがうまくいかなかったという、そういう御答弁を本会議場ではいただいたんですが、改めて、わかりやすく、病床の再編というものについて、取り組みが結果としてどのような状況だったのかという、そのところを、本会議場での質疑と重複するかもしれませんが、お聞かせいただきたいと思います。

東松戸病院総務課長

今回の病棟再編の目的ですが、団塊の世代が75歳以上となる2025年問題を背景として、国の医療制度改革に沿って、地域包括ケアに取り組むという趣旨で、在宅との連携を図るという体制を構築することが目的となっております。病棟再編につきましては、回復期リハビリテーションは既に再編しておまして、加えて、地域包括ケア病床と緩和ケア病棟を開設いたしました。これらによって、回復機能を有する病院として、急性期を脱した患者を受け入れると。さらに、今後は在宅との連携強化を図るということで、その機能を明確化したというのが一つの考え方です。評価としては、病棟再編によって、器としての病棟を構築したところですが、まだ病棟再編後の経営安定化が図れていないという状況があります。なかなか思うようにいかなかったということですが、まず、大きく、先ほど御案内しました緩和ケア病棟が75%という、非常に率が低くなっておりますが、この要因としましては、主に末期を迎えたがん患者の受け入れということもありまして、当初想定した在院日数ですね、これが著しく短い形で受け入れとなっております。要は、簡単に言うと、受け入れた後にすぐ死亡されていくというような

患者が非常に多くあるということから、実際に入院・退院とのマッチングがうまくいかないというところが現状の状況になっております。

また、地域包括ケア病床においては、急性期を脱した患者を受け入れるということを経ずは考慮しておりますけれども、実際に急性期においては、在宅復帰率を要件としておりますので、この地域包括ケア病床へ受け入れた場合は、急性期病院の在宅復帰率がカウントになるというメリットを一つ考えておりました。ところが、実際に全国平均でいきますと、92%と要件の75%をかなり上回っている状況ですので、そこに対する期待感が少し薄れたというのが実際の状況でございます。さらに、今、現状としては、病棟再編した直後ですので、本来的な地域包括ケアに取り組む、在宅との連携については、まだ今後の課題だと思っておりますので、ここがまだ途上だということで開設後、まだ4カ月ということもありまして、そこを評価しながら、今後に結びつけていきたいなと思っております。

しかしながら、一般病棟のままでよかったのかということに関しては、やはり昨今の診療報酬改定の動きが、今、地域包括ケアということでの在宅との連携ということで動いておりますので、今後の動きに対して対応していくということに対しては、重要な再編だったと思うと思っております。

織原正幸委員

要するに、私どもも、昨年、こういう再編をやるんですよという中で、2025年問題に対して、診療報酬なども鑑みながらやっていくと、やはりどうしても東松戸病院としては、病棟の再編が必要であって、先ほど言ったような地域包括ケア病棟、もしくは緩和ケア病棟を整備していくことが大事なんだということで、昨年も御説明いただきましたし、その方向性については間違っていないと私たちも思います。ですから、それについては、どんどんやっていただきたいんです。しかしながら、今の御説明だと、再編はしたんだけど、現状はうまくいっていないんですということにどうしても聞こえてしまうんですね。そうすると、予算の審査にも絡んでしまうかもしれないんですけれども、要するに、それが本当に改善するんでしょうかと、うまくなるんでしょうかと、よくなるんでしょうかというところがやはり最大の問題点だと思うんですね。ですから、この点については、今後行われる予算審査の中の課題なので今日は聞きませんが、現状のものが改善する見通しがあるのかないのかというところをしっかりと明確に出していただかないと、なかなか今後審査が予定される予算審査の中では大変厳しいことを指摘せざるを得ないということだけを今日は申し上げておきたいと思っております。

そこで、1点だけ、最後に質疑させてください。それぞれの診療単価——例えば緩和ケア病棟とか、地域包括ケア病棟の単価が従来の一般病棟と比べて、どの程度、単価が改善してきているのかというところだけを最後にお聞かせいただければと思いますので、その点だけよろしくお願いします。

東松戸病院総務課長

それでは、単価について御説明いたします。これは当初予算というか、そちらとも絡んできますけれども、平成27年度当初予算の説明になると思いますが、まず、一般病棟においては、当初予算では平均の入院単価を1日当たり平均入院単価2万4,385円で見込んでおります。実際、今後の緩和ケア病棟と地域包括ケア病棟、再編後において、これが緩和ケア病棟においては、補正予算後、これが5万300円、地域包括ケア病棟においては2万6,500円を見込んでおります。したがって、一般病棟に比して高い単価、当

然、看護体制のこともありますので、単価だけを見ていいのかという話もあるんですけれども、単価だけを見れば高い単価になっているということになっております。

織原正幸委員

わかりました。

中川英孝委員長

織原正幸委員、今のいわゆる予算の委員会にも該当するのではないかという話があるのかと思いますけれども、やはり根幹にかかわることだから、少し、思いぐらいは聞いたらいかがですか。ぜひ。

そうしないと、なかなか皆さん方も、同じようなトーンで話をされて、全く、この審査そのものが先に進まないような気がするものですから。恐縮ですけれども、ぜひその辺を、思いぐらいは言ってください。

織原正幸委員

中川英孝委員長の許可を得ましたので、どうやってやれば改善するのか、どういう思いで今いるのかというところだけをお聞かせいただければと思います。

東松戸病院総務課長

今回の病棟再編に当たっては、私、事務方だけでは、到底解決できませんので、これについては、医療職、病院長以下、幹部職員とも常々協議しながら進めておりますが、そこで今取り組むべき課題ということについて、簡単ではございますが、御紹介させていただきます。

まず、緩和ケア病棟につきましては、先ほど申し上げたとおり、受け入れた直後、お亡くなりになる患者が多いということで、これは今、平均在院日数が20日を下回る状態になっております。ですので、全国平均を見ると、大体30日前後ということで見えていますので、やはり早期から、受け入れ元の病院とも協議しながら、これを受け入れていくような、緩和ケアの趣旨に則って、早期から対応するということが一つ考えられます。

もう一つは、病床利用率の向上に直接つながることですけれども、病棟が複数機能を持った病床に再編となりました。そうしますと、これまでは一般病棟ということで、平たく病棟単位で運営していたんですけれども、今後はそれらを、複数病棟ということになりますと、入院に当たっては患者の状態によってどの病棟に入れなければいけないとか、そういう判断も出てきます。また、患者が、病状が変化してきたときにふさわしい病棟に転棟にすると。これは、施設基準上、非常に収益にもかかわってくることでございますので、そういった転棟にかかわる部分、あと、入退院に関して、やはり退院と入院、これがうまくマッチングするというか、退院に合った形でのものということで、これらを総合的にコントロールしていく必要があるかなということで、ベッドコントロール体制の確立が必要かなと。これが2点目です。

3点目は、そういった状況で現状を見ますと、これまで一般病床は非常に多くあったんですけれども、今回、病床再編によりまして、一般病床がかなり少なくなってきました。ということは、今までいらっしゃった患者が、例えば長期在院患者、自宅に帰れない患者が非常に多くなってきておりますので、やはり今後は、こういった体制から、長期入院患者の在宅等の調整を図るべきではないかというふうに考えております。

さらに、先ほど言いました単価の話ですけれども、施設基準については、今、地域包括ケアが施設基準2です。あと、回復期リハビリテーションについても施設基準2のレベルということで、それぞれ各種加算を引き上げて、より単価を高くするという方策について検討すべきかなと、これら4点が、今、医療部門の幹部と話し合った課題と捉えております。

織原正幸委員

なかなか、今おっしゃられたことをすぐに私も咀嚼できないので、これは予算までに私も勉強させていただきますけれども。去年の予算のときだったと思うんですけれども、現状、東松戸病院は、198床でフル回転しても赤字解消しないんだという、1年前だったと思うんですけれども、そういうショッキングな話があって、当然ながら、平成27年度は、もともとの赤字補填を1億円入れた形での予算になっていますし、また、新年度予算も、同じく、そういう形での予算組みになっているので、東松戸病院のあり方というものを本当に今後、真剣に考えていかねばならない——けれども、その一方で、市立病院の後方支援病院ということで、その役割は、重要だということも御説明を受けて理解させていただいて、ともかく27年度は市立病院に集中的に資源を投入して、後方支援病院としての役割を全うしていくんだという、そういう御説明だったので、去年は賛成をさせていただいたわけですが。ただ、いずれにしても、今回、こういう形で、残念な結果になってしまって。ただ、理由のところが、一番の目玉のところ、やるべきところがうまくいかなかったんだということが非常に残念だなと個人的には感じているところなんです。ですから、今言われた課題のことを、もう一度、私もよく精査させていただいて、新年度予算には臨みたいと思いますけれども。私は、今日はこれで終わりにします。

病院事業管理者

ディスカッションありがとうございます。去年の9月に地域包括ケア病棟がスタートしまして、10月から緩和ケア病棟がスタートして4カ月たったわけですが、この4カ月をその前の年の4カ月と比較してみたいです。非常に詳細な答弁があったんですけれども、答弁の中にはいろんな専門用語が乱舞しておりまして、わかりにくいのではないかと思います。私がこれからお話しすることは、私が概観したときの印象で、そちらのほうのわかりやすいのではないかと思いますので、述べさせていただきます。

この4カ月をその前の年の4カ月に比較しますと、単価は4,000円弱上昇しております。しかし、再編に伴って入院患者数は減ります。これはどのような再編があってもそのような現象は起こると思うんです。しかし、収入、この場合、売り上げでものを言っておりますけれども、それは、10万円程度ですが、プラスになっているんです。減っていないということを言いたいんですが、単価が上昇した、人数は減ったけれども総収入、売り上げはとんとんであると、そういう印象を持っております。

それから、もう1つ申し上げたいことは、緩和ケアというのは、単価が大体、約5万円の値段が期待できるわけですが、先ほど報告がありましたように、入って2週間強で亡くなってしまう。しかし、全国的に見ますと、33日が全国の平均在院日数です。緩和ケア病棟で平均在院日数というのは、治って帰る病棟とはちょっと意味が違うんですけれども、いよいよ危ないとなったときに、早目に入れていただければ、在院日数が延びます。これが全国平均33日。ところが、東松戸病院のこの4カ月を振り返ってみますと、2週間強、約半分です。ですから、全国並みに早目に入院していただければ、恐らく満杯

になってしまう、そういう計算になります。ですから、これは、我々のアピールも足りないのかもしれませんが、送ってくれるほうの方がぎりぎりまで待つて緩和病棟に紹介するのではなくて、少し痛くなったときに、早目に入れていただければ、患者のためにもなりますし、それから、我々の経営状況のためにもなるのではないかと。この辺は、しみ込むように、皆さん、社会的に広がっていただかないと、理解が広がっていただかないと解決できない問題だとは思いますが、この2つだけ、印象として述べさせていただきました。

宇津野史行野委員

大分やりとりがされているので、それに重複しない形で聞きたいと思っています。

今回の補正予算を見ますと、東松戸病院について、医業収益の下落が2億4,000万円強ですよ。うち入院も外来もほぼ同じ1億2,000万円の減収となっている状況です。入院収益についてですが、まず、減少について、原因は何かというところですが、これは一つ、病床稼働率が見込みの90%を下回っているというお話がされました。そこで、入院単価、先ほど一般病棟で2万4,385円ですよとかという話があったんですが、見込んでいた単価がとれたのかどうか。実際、2万4,385円だったのかとか、それが回復期リハではどうなのか、地域包括ケアではどうなのか、緩和ケアではどうなのか、見込んでいた単価となったの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、病床の稼働率について、先ほど90%だったのが下回ったというお話がありました。これについては、地域包括ケアと、それから、緩和ケアについては、例えば先ほど平均日数が30日のところが2週間ぐらいしか入院してもらえなかった。緩和ケアのお話だとかというのを伺いましたけれども、一般病床については、この稼働率が下回った原因というのは何だったの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、外来でも、やはり同様に、1億2,000万円の減少となっているわけですが、これの原因についてもお聞かせいただければと思っています。

その3点ですね、お願いします。

東松戸病院総務課長

3点お答えいたします。まず、入院単価が見込みを下回った原因は何かと。先ほど単価についてはお答え申し上げていますが、特に下回ったのは、一般病棟の単価が下回ったのかなと思っています。病棟再編によって、先ほど申しましたように、広く浅く入院されていた長期入院患者が、病床数が減った一般病床に集中することとなりました。これによって、医療提供密度が低い患者の占める割合が高くなったということになりますと、これは、出来高算定になっておりますので、比較的そういった患者さんが集まると単価の減につながるものと考えております。地域包括ケア病床においては、予算設定もあるんですけども、加算をとろうという形での計画がありまして、通常の単価以外に、看護体制加算、それから、看護補助者配置加算、この二つがあるんです。そのうち、看護補助者配置加算、1日1,500円、これが取得できなかったというのが単価を確保できなかった理由にもなっております。これは、先ほど、60日を超える――またさらに、この地域包括ケア病床にあふれて一般患者が入ってきておりますので、60日を超える患者も入っているという実態もあります。

2番目は、病床稼働率、これについて、一般病床についての稼働率が下回ったということになっておりますけれども、一般病床につきましては、8月から4階西病棟の48床。これは、緩和ケア病棟を開設するのに、それは閉鎖するという予定がありまして、本来で

すと、9月移動だったんですけれども、8月から4階西病棟の48床を閉鎖するために入院患者を調節したということで、実際に月で見ると74.8%まで落ち込んでおります。実際に緩和ケア病棟の開設時期がずれ込んだということで、こちら辺も一つの大きな要因かなと思っております。緩和ケア病棟の病床率が低迷したことについては、先ほど御説明したとおりです。

あと、外来収入については、昨年の決算審査特別委員会でも原裕二委員から御質疑、御指摘を受けているんですけれども、私たちもそれを受けとめております。主には、外来、診療体制に見合った医師の確保、これが困難な状況だというのは、一つ、大きな要因だと思います。休診につきましては、御案内しているように、眼科とかりハビリテーション科、外科ですね。これについては休診しておりましたので、この再開見込みがまだ立っていないということです。外科につきましては、10月から外科医が配置されたと申し上げましたけれども、実際に常勤医としてこちらの東松戸病院にはいるんですけれども、業務の引き継ぎ的なこともありまして、週3回、半日、市立病院の外来を担当しておりますので、ここは直接的な外科の再開にはつながっていないという状況です。

あと、当初予算との見込みの差が恐らくあると思うんですけれども、主なものとして御紹介しますと、内科では当初予算より4,200万円程度減しているとか、呼吸器内科は当初予算より1,700万円程度減しているとか、リハビリテーション科については当初予算より1,500万円程度減と、金額についてもそれだけの差が出てきておりますので、今後は非常勤職員、医師の確保に努めていきたいと思っております。

現状は、これに対してどうなっているかということになりますと、民間派遣会社に今依頼してしまして、平成27年度においては、内科、それから泌尿器科、それぞれ1名の非常勤医師を採用して当たっているところですので、御理解を賜れればと思っております。

宇津野史行委員

まず、入院の単価についてですが、一般病棟についても、当初見込んでいた稼働率が達成できなかったことに加えて、1人当たりの単価も思ったより伸びなかったというのがこの部分での減収になったと。ひとえに、病棟再編の過渡期であることの影響というところも大きかったのかなと理解をいたしました。

あと、単価については、先ほど少し触れられていましたけれども、地域包括ケア病床の基準については、高い基準で考えていたけれども、実際やってみたら、基準2の基準で計算せざるを得なくなったということ。看護の加算も一部とれなかったというようなお話もあって、理解をしましたが、先ほど、今後に向けたお話を、織原正幸委員がしていた中で、今後に向けた意気込みというか、具体的な話もされまして、私もこれを聞く予定だったんですけれども、聞いていただいたので、その中でこの単価の部分をうまく解消していきたいという話もあったので、これも理解いたしました。

外来については、やはり、とりもなおさず医師の確保というところで非常に困難を抱えているという中でも、今後に向けた努力もしていくんだというお話だったと思っています。一方で、今度、市立病院との関係ですけれども、市立病院から東松戸病院に移ってくる患者が結構多いんだという話が本会議の質疑でもあったかと思っています。今回、病床機能の再編にも取り組んだりするなどで、東松戸病院のこういった取り組みが市立病院の経営改善に一定の寄与があるのかなと思っているんですが、例えば金額的なものというのは、そういうものはどれぐらい寄与しているかが出るものなのかということ。もし出るようだったらお聞かせいただきたいと思います。

それから、東松戸病院の事業で、この間、消費税が上がったりして、病院事業というのは、なかなか消費税を患者に転嫁できるようなものではないので、一体、東松戸病院というのは、消費税でどれぐらい年間負担しているのかなということをお聞かせいただきたいと思っています。

最後ですが、先ほど外来の話もしましたが、医師の確保が非常に大事だという話があって、平成24年から、地域医療支援センターとかそういうものができて、医師の確保をしてくださいたいなことを国が言っているんですけども、こういったものがうまく医師確保に活用できているのかなと、具体的にどう取り組まれているのかなということもあわせてお聞かせいただきたいと思っています。

市立病院医事課長

ただいまの御質疑の中で、東松戸病院が取り組んでいる病床機能再編が市立病院の経営改善にどのように寄与するかということについてお答えいたします。金額的な面というお話がありましたが、金額的な面では、申し上げられないんですが、市立病院の場合、7対1の施設基準を取得している中で、その基準の中に在宅復帰率ですとか平均在院日数18日以内というものがあります。在宅復帰率につきましては、退院患者に占める自宅等に退院する者の割合が、現在の基準ですと7割5分以上ということが条件で、この自宅等の中には、東松戸病院の地域包括ケア病棟や回復期リハ病棟というのが含まれております。また、早期に東松戸病院に転院していただくことで市立病院の平均在院日数も短くすることにつながりますことから、市立病院における7対1看護の施設基準を保持するメリットとなっております。収益的な面については、東松戸病院に転院していただいて、さらに新しい患者を受け入れることで診療単価の上昇に結びつけるように努力させていただいております。いずれにしても、平成28年の診療報酬改定では、さらにこの在宅復帰率が8割以上という基準に変わってまいります。そのようなことから、東松戸病院の地域包括ケア病棟と回復期リハ病棟の存在は、市立病院にとってのメリットとされております。

東松戸病院総務課長

消費税増税によって、これがどのように影響したかということで、消費税の影響額については、私どもが把握している限り、東松戸病院については、5%から8%になったことによって1,700万円程度の影響があると――損益上、影響があると把握しております。

中川英孝委員長

宇津野史行委員、質問項目はいいのかな。

宇津野史行委員

あと、医師確保です。

東松戸病院総務課長

東松戸病院のお話……。

宇津野史行委員

そうですね。東松戸病院の医師確保……。外来が、医師確保がなかなかできないということで……。

東松戸病院総務課長

外来のお話ですね。わかりました。これにつきましては、先ほど申しましたとおり、今、民間派遣会社との契約の中で、当面、確保しておりますけれども、そのほか、眼科医ですね。これについては、千葉県で行っている促進事業というものがあまして、この事業に則って派遣要請もしております。さらに、今後は、外科の外来の医師、これにつきましては、平成28年度に向けて、専従にさせていただくような形で、今、協議をさせていただいているという状況ですので、限りなくできることはやっていきたいと思っております。

宇津野史行委員

大体、先ほど織原正幸委員が質疑されたこととあわせて、伺いたいことが伺えたので、あとは討論で申し述べたいと思います。

二階堂剛委員

重なって聞く部分もありますけれども、大体了解はしたんですけれども、いつも問題になっているのは、医師の確保というのがやはり今回もずっと出ていますけれども、先ほどから、民間の派遣会社に頼んでいるということなんですけれども、公立病院ということで、いわゆる給与体系というか、一定の足かせがあつて、なかなか思い切ったあれができないのかなと思うんですけれども、前の病院事業管理者に言わせると、医者1人で年間1億円稼ぐという話もあることからすると、もう少しその辺の、現状の、募集しているときあたりのパートの医師の時給といったらいいのか、給与——何というかわからないんですけれども、その辺の募集要件が公立病院の募集要件と差がかなりあるのかなという気もするんですけれども、その辺については、もう少し何か努力できる部分はあるのかどうか。それから、先ほど東松戸病院の加算をとるために、いろいろ病棟再編ということで、地域包括ケア病棟とか緩和ケア病棟とか、いろいろ取り組んでいるのはわかりますけれども、先ほど、早く入っても緩和病棟ではすぐ亡くなってしまうということで、それをもっと早目に緩和病棟に入れてというお話もありました。質疑のやりとりのときも、そんな話をしたんですけれども、患者の負担というのは、例えば、早く入ると、当然、一般病床よりも個室になるので、負担も増えるのではないかなと思うんですけれども、その辺がどういうふうになるのか。そういったことを含めて、やはり早く入ってしまうと、何となく、私の感覚もそうですけれども、緩和ケア病棟に入ってしまうと、もう亡くなるのを待つような感じに受け取ってしまうところがあるんですけれども、その辺の医療ソーシャルワーカーが、家族や患者との対応をうまくしていかないと、早く入れるということは、何か早く——入る側とか家族からすると、もう先が短いようなふうにとってしまって、なかなか難しいところがあるんですけれども、そういう取り組みみたいなものはどんなふうに考えていらっしゃるのか、お願いしたいと思います。

東松戸病院総務課長

現状の非常勤医師の採用についての処遇面の話だと思うんですけれども、1日配置で7万円で、半日で4万円という形になっております。この額が適正かどうかという、これは需給の話になるんですけれども、ただ、実際に配置して、実際に収入を上げるにはそれなりの診療数を得なければいけませんので、いたずらに、これを上げて、実際の診療が届けなければ赤字になってしまいますので、この辺のバランスは非常に留意しなければいかなと。募集に当たりましては、ホームページ等でも募集しております。

それから、先ほど緩和ケア病棟の話がございました。いたずらに早くすると患者負担——これも経済的な話の部分かと思うんですが、実際には、限度額認定という制度がありますので、かなりこれは個室については、ある一部分、有料になっている、単価設定しているところもありますけれども、そうじゃない箇所もありますので、そこをお選びいただければ、経済的な負担は思ったほどはないということです。

二階堂剛委員

医師の処遇面の内容はわかりましたけれども、知り合いの方で、麻酔医師をやっている娘がいて勤務が休みで自分の大学にアルバイトで行くと、半日で10万円とか15万円をもらっているという話をきくと、そんなにもらえるんだという感じがするので。だから、そういうことを考えると、今の4万円と7万円が妥当なのかなというのと、それから、確保するためには、多少の投資はやっぱりしないと、なかなか平均的にやっても難しいのかなと……。ある意味では、ここでまた赤字を増やすみたいと言われても困るんですけど、本当に、特に慢性期の病院だと、眼科とかリハビリとか外科というのは、やっぱり必須の診療科目だと思うんですね。目を見ることによって、糖尿病だとか白内障、あと内科とか、いろいろ連携していくので、やっぱりその辺の肝心要の医者がいないところで、やっぱり診療収入を上げるとかというのは、何か難しいように私は思うんですけども。ですから、やはり、その辺を確保するためにそういう対応をしたほうがいいと思うのと、やはり緩和ケア病棟の雰囲気、痛みを和らげて少しでも延命する、そういう雰囲気に持っていけないと、何か、行ってしまうと、もう戻ってこないみたいな、本人も家族も、やはりそういう不安がまだ払拭し切れないのかなというふうに思うんですけども。そういう意味では、どういうふうに説明されているのか、私もまだ直接かかわった方の話は聞いたことがないんですけども、そういうものをもっと前向きにやらないと、なかなか早くからそちらの緩和ケア病棟に入ってもらおうというのは難しいのではないかという気がするんですけども、どうですかね、その辺の取り組みは。

中川英孝委員長

事務局で説明できますか。

東松戸病院総務課長

これは緩和ケアの概念ということですね。必ずしも終末期だということだけに限りません。一旦、急性期で、がんにかかった患者が在宅で過ごされるときに、急変したり、非常につらいというときに、緩和ケアということもありますので、在宅とのやりとりですね。これについては、先日、私どもの院長、もしくは、東松戸病院の国立療養所の際の緩和ケアの担当をした医師が中で講演会もやったんですけども、そのときにあったのは、やはりそういった在宅との架け橋ですね。それともう一つは、やっぱり緩和ケアの概念、やっぱりかかったときから緩和ケアという、痛みを和らげて疼痛緩和をすることによって通常の生活を確保するんだという、そういうようなことについては、広めていかなきゃいけないと。まだ緩和ケア自体が途上にあるということも、そこではおっしゃられていました。ですので、市民公開講座とか、そういった市民への普及は、今後、こういったものかということ、この概念を広げるという意味では、そういった場を通して御説明していきたいと思っております。

鈴木大介委員

先ほど織原正幸委員から1年間のもろもろの話はいただいたので、これからの対応について、もう少し詳細に、わかる範囲でいいので、お聞きしたいと思います。4点挙げられて、例えば現状の問題として、受け入れ直後、大体、在院日数が短過ぎて、それで、やっぱりもうちょっと早目にどんどん受け入れていこうという取り組みをされていくというお話がありましたけれども。そもそも何でギリギリの入院になってしまうかみたいな分析、今現状でなされていてわかるのであれば、教えていただきたいのと、何か、単純に、今、病院事業管理者がおっしゃられたような広報をすることによって本当に解決するのか、制度に原因があるのかどうかというところをちょっと教えていただきたいです。要するに、早期受け入れというものをどう図っていくのか。

あとは、もう1個、ベッドコントロールはいいとして、長期入院患者の在宅化を図っていくということも多分おっしゃられたと思うんですけど。大体、一般病棟が減っている中、長期でやっぱり入院されている方というのはどういう状況の方が多いのか、それで、そういう方をどう在宅化していくのかという、わかるような取り組みがあれば、教えていただきたい。平成27年度予算の当初に、最初からやっぱり赤字になってしまうということがわかったから、市立病院からの繰り入れとかもした上で、それも我々は認めていったというところで、この段階で、やっぱり東松戸病院は補正が出てしまったということで、大変遺憾という思いは伝えた上で、その2点、これからのことについて教えていただきたいと思います。

東松戸病院総務課長

早期受け入れということに関しては、実情としては、まだ開設後、一般市民向けへの広報については、いわゆる公開講座で行いました。あと、地域連携病院——市立病院ですね——連携病院については、書面にて広報はしたんですけども、具体的にまだ送り込んでいただいている紹介元の病院とは、まだ接点を持っておりませんので、やはりこちらは直接やっぱり伺って話をするというのが一番基本だと思っております。

あと、長期入院患者の話ですね。これは、東松戸病院に限ったことではなくて、今、いろいろ医療制度改革のことについては随分御説明いただいているところですけども、全国的にもこういった長期の在院日数がかかる患者というのは非常に問題になっております。どういう患者かということですけども、やはり独居であるとか、身寄りがいないとか、家族環境が困難であるとか、もしくは、就労されている方で、就労で在宅が困難であるとか、そういう複雑な状況を抱えている患者さんもいらっしゃいます。今後どのようにこれをシフトしていくかというのは、病院事業だけでは、これはなかなか難しいと思いますので、在宅、福祉との連携というのが今後強化されておりますので、市町村長とのやりとりということが非常に大事になるのかなと思っております。

鈴木大介委員

もろもろ早目の受け入れに関しては、積極的にいろんなところに広報をして受け入れていくということで、ただ、本当にそれだけで早目の受け入れというものが可能なのか、もう少し制度として、もしかしたら問題を抱えているのかというところをやはり分析しつつ、まず進めていただきたいというのが1点です。

あと、長期入院患者の在宅化に関しては、やはり御答弁にもありましたとおり、相当、状況としては厳しそうな方々もいらっしゃるということで、病院事業という枠組みではそ

ろそろ対応し切れないのではないかという価値観もありますので、こういったことは、今後、2病院のあり方、市立病院検討特別委員会の中で進めていくと思うので、一緒に議論をしつつ、東松戸病院の今後について話していければと思います。

原裕二委員

今回の補正の一番の問題であります東松戸病院の3億円の赤字繰り入れ、これの要因について、まずは、この辺からお伺いしたいんですが。今回入れる理由というのは、先ほどから出ているように、入院と外来の減少で2億4,000万円ちょっとですね、それから、給与費の8,500万円の増、これが大体要因になっていると思うんですけども。それぞれ聞きたいんですが、まず、入院患者の減少についてなんですけれども、今まで出てきましたけれども、今回、補正は1日当たりで言うと6人減りましたということで、ここで不思議に思ったのは、1日平均6人の減少で1億2,100万円も入院の売り上げ減少が起こるのがなぜかわからなかったんです。延べ人数で言うと2,324人の減少ということで、今回の予算のときの入院単価の見込みが2万7,845円、これを減少した人数の2,324人を掛けて見ると、大体6,500万円程度の減少になるはずですね。けれども、補正が1億2,100万円ですので、大体倍ぐらいの単価の人が減少してしまったということに計算上はなるんです。1億2,100万円を2,324人で割ると5万2,138円に多分なるので、本当に、倍ぐらいの影響になっているので、これは何かないところかわからなかったんですが、先ほどの答弁から、単純に、患者が減ったというのと、単価による影響がかなり大きいのかなと。少し詳しくその辺を教えてくださいませんか。1億2,100万円の減少の中身ですね。単価による影響がどの程度のものなのか、この入院患者の減少によるものが幾らなのかというところを少し教えてくださいませんか、まず1点目、思います。

それから、2点目、外来についてなんですけれども、予算比4割減ということで、非常に落ちているなど。どうやらその要因については、人の問題、医師の問題で、なかなか患者がとれなかったのかなというのが大体の要因ですけれども、本当にそれだけの理由でこの4割の減になっているのか。つまり、患者側が、要は、患者のニーズがなかったのか、ちゃんと受け入れ側がしっかりしたりすれば、予算どおり大体患者は来ると思われているのか、改めてお聞きしたいと思います。

それから、3番目、医業費用の給与費の増についてなんですけれども、こちらについて、増の中身の8,500万円については、こちらに書いてあるので、それについては大体わかるんですけども。そもそも外来で、医師がいない、人がいないということで、予算どおり来れなかったという説明だったので、そうすると、もともと予算にあった給与費が、当然、その予算の中で医師を見込んでいた予算ですので、その人たちが来なくて外来が落ちたという説明であれば、給与費そのものが今回マイナス補正になってもいいのではないかなと——もちろん、8,500万円は除いての話ですけれども。そのように思ったんですが、そのように今回ないないので、どういうふうになっているのかなと、それを説明していただけたらと思います。

それから、もう一つ、最後に、これは確認ですけれども、予算のときに、市立病院からの支援、たしか2億2,000万円程度だったと思うんですけども、市立病院からの支援というのは確実に行われているのか、確認をさせてください。

東松戸病院総務課長

まず、1点目の入院収益の1億2,000万円の内容ということなんですけれども、細かく

なるんですけれども、よろしいでしょうか。実際にこれは、原裕二委員が先ほどおっしゃられたように、平均で見ると非常にわかりづらいので、この積み上げそのものを具体的に御説明します。

まず、病棟再編の対象となっていない一般病棟の3階東病棟につきましては、当初予算の設定単価が2万4,385円に対して、2万4,300円の見込みとなっております。病床利用率は、当初予算では全病棟90%を見込んでおりましたので、これについては86.5%となっております。当初予算に対して1,646万3,000円の減収となっております。次に、4階西病棟につきましては、当初予算設定の単価2万4,385円に対して2万2,400円、病床利用率が81.5%となっております。この病棟は、病棟再編で閉鎖した病棟になりますので、再編が2カ月延びたことから増収となって5,484万円の増収となっております。次に、4階東病棟につきましては、当初予算設定の単価2万4,385円に対しまして2万2,400円、病床利用率は82.7%となっております。これも病棟再編によって、再編が2カ月延びたことによりまして、3,959万円の増収となっております。次に、病床再編後の緩和ケア病棟ですが、当初予算設定では5万310円の単価設定となっております、これについては5万300円を見込んでおります。病床利用率は、75%の見込みとなっております。緩和ケア病棟につきましては、当初、8月に設置予定が、実際には10月となったことから、期間が短くなりまして、6,025万3,000円の減収となっております。最後に、地域包括ケア病床につきましては、当初予算設定、単価が2万6,541円に対して2万6,500円、病床利用率が87%の見込みとなりまして、この病棟も、当初、7月に設置予定が9月となったことから、期間が短くなりまして、8,952万7,000円の減収となっております。これらを合わせると1億2,116万9,000円となりますので、これが詳細な話となります。

また、外来収益につきましては——これについては、医師の本質的な問題があるのではないかと、需給の問題だったと思うんですけれども、確かに、今回、内科と泌尿器科、採用しまして、ここについては、すぐさま、患者がつくかということ、内科、泌尿器科には、それぞれ今までも医師がいましたので、その取り分けの問題がありますので、一時的にはロスが出てまいります。やはり外来診療については、一度、減しておりますので、期待感が薄いということも実際にはあるのかなという感じがしております。さらに、外来診療については、院内でも、方針を間違えた概念を持っている部分がありましたので、これについては、急性期病院が入院患者を受け入れるということに対して、外来診療は比較的、どちらかというと、入院に加担しろという形での話が、これに誤解がありまして。これについては、病院事業管理者から当初、そうではないということについて、むしろ日常支援的な病院ですので、外来診療については伸ばすべきだという方針をもう一度再確認させていただいておりますので、これについては、マネジメントの話となります。

あと、給与費について、本来、掲げた給与費を減するべきではないかということですが、けれども、これについても、先ほど言いましたように、非常勤だけが外来をしているわけではありませんので。その取り分けの問題ですね、すみ分けの問題もありますので、それらを合わせて全体的に、今回の増額補正というのは、給与制度の問題だとか退職の方が突発に出たとか、そういったことがありますので、それらを増額するというふうな内容となっております。

経営企画課長

市立病院からの経営支援のための負担金、こちらは平成27年度に当初予算で措置いた

しました。これにつきましては、先ほども東松戸病院総務課長からも御説明しましたように、緩和ケア病棟の工事、また、そういった病床の再編によって、どうしても東松戸病院で収入の減が避けられないということで、この減収に対して、病院事業全体で、これは補っていかうと、そういった趣旨で予算をお認めいただきました。こちらについて、2億2,401万6,000円になります。こちらを2月末日、29日（月曜日）になりますが、確実に執行してまいります。

原裕二委員

まず、入院については、かなり詳細なことで、単価の影響もかなりあったという理解でいいですかね。人が減ったのよね。そうじゃないと、数字が合わないと思いますので。

それから、外来の話は飛ばしまして、給与費の増についてなんですけれども、予算のときに、外来の医師を見込んで、多分、予算立てして、その医師が来なければ、その分、給与費はマイナスになってもいいのかなと思ったんですけど、明確な答えがなかったのかなと思っているんですけれども。そこで1点、補正予算書44ページの退職給付費4,500万円の増なんですけれども、退職金なので、予算の当初から見込めなかったのかなと。なぜ補正になったのかなという理由をちょっとお聞かせ願いたいと思います。

それと、外来についてなんですけれども、平成26年度を見ますと、外科も、それから眼科、こちらの実績0になっているんですね。つまり、今回の補正でも、休診していますので、2年連続でずっと閉まっているという状況で、本当にこれで、患者が離れてしまうのではないかなと、すごく心配に思っています。新しく医師を確保する方法については先ほど詳しく説明をされたんですけれども、ここは病院事業管理者にお聞きしたいんですけれども、やはり地域で医療を待っている方が、特に、外来でも行きたいという人がいると思うんですね。やはりその人たちに対して、外科みたいな大きな主要のところは2年連続でずっとそのまま休診というのは本当にいかなものかなと、思っています。新しく、医師の確保策については詳しく説明がありましたけれども、できたら、やはり責任を持って、市立病院からも、こういった外科とか、患者のことを考えて、確実に送っていただくと。毎日でなくてもいいと思うんですけれども、そういった方法がとれないのかどうか。やはりこれはもう責任を持ってやるべきではないかなと思います。

それと、もう一つ、リハビリテーション科も休診中なんですけれども、入院で回復リハをやっているわけなので、その医師が、例えば午前中、外来はできないのかどうか、その点についてお伺いしたいと思います。

市立病院総務課長

先に、退職給付費をなぜ当初見込めなかったということですが、医師の定数については、御説明しているとおりの削減した形で、予算編成時には、どの方が採用されるかということが、その段階ではわからなかったんですが、途中で採用が決まって。4月から採用された、昨年4月に採用されたリハビリテーションの方、医師が、退職年齢に至ったと。あとは、3月の異動によって、退職の職員が1人異動したことによって、これは予算編成時には不明確だった退職金が発生したと。この2名の退職金が今回の補正の理由となっております。

病院事業管理者

市立病院から東松戸病院へ応援はいかなものかというような御意見かと思えます。確

かに東松戸病院で医師不足のために患者サービスが非常に低下していることは大変遺憾に思っております。市立病院から東松戸病院への応援というのももちろん考えられるんですけども、市立病院も医師を求めています。これは、新病院開院を迎えるに当たって、相当の数の医師が求められているんですけども、これも非常に、将来が明るいとは言えません。たくさんの医師を迎えることが可能であるとは自信を持って言えないんですね。といいますのは、千葉県は、医師の数が下から3番目ぐらいに少ないんです。看護師もそうなんですけれども。それから、もう一つ、これまで話題になっていないんですが、医師の研修医制度が最近変わりました。昔は、卒業すると同時に大学病院のどこかに所属して、そこで鍛えられたわけですが、研修のあり方が変わってからは、卒業したらどこに行ってもいいことになりました。そうしますと、大学病院を多くの方は嫌います。なぜかというのと、一般的な病気を診ることができない。進んだがんしか診ない。稀な病気しか診ない。それよりも、私は、こじれた風邪を診たいとか、肺炎を診たいとか、おなかの症状を診たいと、そういったことで、市中病院に出ます。そうしますと、そこで非常にいい研修を受けます。市中病院はそれに対して、非常にいい教育をするように最近変わりました。そうしますと、大学病院に戻る必要がなくなってしまうということもあるんですね。ですから、大学病院が非常に医師不足に今悩んでいます。ですから、大学の機能を運営するために、苦慮しているところに、関連病院にまた人を出すというのは非常に難しい話になるわけです。そういった意味で、市立病院に対しても、それから、東松戸病院に対しても、医師を迎えることは非常に困難を感じています。かといって、我々の組織は、多くは千葉大学医学部に依存してきました、医師の派遣についてですね。それを全く断ってしまったときに、一つの、これは、かなり大きなリスクになるのではないかと思うんですね。私自身の考えとしては、必ずしも千葉大学に依存することはないだろうと。それで、混合部隊でいいのではないかと。医師は混ぜなくちゃ進歩しないという考え方もございますので、そういった意味で、広く募集したいとは思っておりますけれども、医師のリクルートについては、非常に悩んでいるところでございます。医師の問題については以上でございます。

原裕二委員

まず、退職金ですけども、平たく言うと、もう少しで定年間近な人が、要は、来られたと。それで、東松戸病院で退職されたので、そこが読めなかったと、そういうお話ですよ。これって、そうすると、この東松戸病院のほうで、その4,500万円——そのうちの何千万円かなんでしょうけれども、それを全部見て、こちらで計上しなければいけないという、何か仕組みそのものがおかしいかなと思ってしまうんですね。当然、その前に、長く、例えば市立病院にいたら、それは、費用按分みたいな形をしないと、こうやっていつも補正というようなことになってしまうのではないかなと思いますので、少し考えていただけたらなと思います。

それから、外来の医師の確保についてですけども、もう少し、何とか頑張ります、私がしますというようなことをはっきり言っていたほうがいいんですけども、難しい状況はわかりました。あとは予算の話になってしまうので、予算のときに聞きますけれども。そういった中で、今回の予算ですね、また外来の人数、補正の人数から比べると、かなり増やされて予算を出されていますので、それなりの覚悟を持って医師の数を増やしていくんだと、それを見込んで多分、予算をつけられたと思いますので、その確保策については、もう一度、予算のときに聞きたいと思います。

大橋博委員

まず、先日の本会議で中田京議員の質疑がありまして、それで、市民から2点ほど聞かれていますので、教えてください。今回の補正、赤字補填の要因の対応について、病院事業管理局長から答弁いただいた中で、「やむを得ず病床稼働率について当初の目標を達成できませんでした」と。この「やむを得ず」って、何がやむを得なかったのか、わかりやすく、市民に説明しなければいけないので、教えてください。それと、先ほどから話が出ている、「総合的にベッドコントロールシステムを構築することが必要である」と言われたこのベッドコントロールシステム、これも私が市民に説明するので、わかりやすく説明してください。

以上2点と、それと、あと、病院事業管理者にお尋ねしたいんですけれども、確認です。今までこうやっていろんな議論を毎年毎年重ねているわけです。ベッド数が減ったらどうなるんだ、増えたらどうなるんだ、医師不足、医師が増えたらどうなるんだとか。私、全然関係ないんですよ。要は、入院収益が減ろうが減るまいが赤字。ベッド数が増えようが減ろうが赤字。看護師が増えようが増えまいが赤字。医師が増えようが増えまいが赤字。結局、市立病院は何をやっても赤字なわけですよ。病院事業管理者、1回でもいいから、赤字なしでやってみてくださいよ。できるわけないと思っているんです、私は。ここは、前病院事業管理者ができなかった大きな決断をするときだと思うんです。その思い、病院事業管理者にお尋ねしたいと思います。

病院事業管理局長

大橋博委員の御質疑にお答えします。

本会議の中で、「やむを得ず病床稼働率について当初の目標を達成できませんでした」というふうにお答えをさせていただきました。こちらは、建物、施設の工事、そういったことなどがあり、病床再編について、機能に即した病床管理がうまくいかなかったということで、「やむを得ず」という言葉を使わせていただきました。ベッドコントロールの関係でございます。

東松戸病院総務課長

大橋博委員の御質疑にお答えします。

中田京議員の先の議案質疑の中で、「総合的なベッドコントロールシステム」というような御答弁をさせていただいておりますが、御案内のように、このたびの病床再編は、回復期を機能強化するということで行っておりますけれども、複数機能の病棟を整備しております。先ほども少しその辺に触れましたけれども、この病棟再編によって、これまでの一般病棟が出来高算定であるのに対して、病棟再編後の3つの病棟が包括算定となるほか、それぞれ定められた施設基準、いわゆる個別の要件を備えるということになっております。これまで各診療科については、大方、一般病棟を混合病棟として管理しておりますので、病棟単位で入院退院を判断しておりましたけれども、病棟再編後は、患者の状態に優しい医療の提供ということで、視点を病棟単位から患者の状態に合ったという形でシフトする必要がありますし、また、それぞれの病棟が持った機能と施設基準に見合ったコントロールを総合的に評価しなければいけないと。これまで、そういった配慮は必要なくできたんですけれども、今度は、複数機能になったことによって、その視点が必要になってきたということで、このためには、入院退院を担当するケースワーカーなど、また、施設基準を見る職員などが加わって、これらを総合的に、かつ、多角的に判断できるような体制を構築す

るということでの総合的なベッドコントロールシステムと申し上げました。今後は、入院を希望する患者の受け入れとか、入院後、患者の病状変化に対してふさわしい病棟への転棟、それから、さらには、退院へと、適正な流れをつくるという体制をさせております。

中川英孝委員長

病院事業管理者、答弁はできますか。

病院事業管理者

何をやっても赤字、悔しかったら黒字を出してみろという御発言です。私も誠に残念に思っています。経営改善に今後も努めてまいります。大橋博委員から同じような質疑が出ないことを目指して頑張ります。

大橋博委員

頑張ってください。

【質疑終結】

【討 論】

織原正幸委員

賛成をさせていただきます。冒頭申し上げたとおり、3億円の補正ということで、大変残念な結果ではあるんですけれども、いずれにしても、国のさまざまな制度改革に向けて、2025年に向けての方向性をやられている。その方向性としては正しいという、そういう認識でおりますので、その1点をもって賛成をさせていただきますので、ぜひともよろしく願いいたします。

宇津野史行委員

今回の東松戸病院の補正、中心的だったんですけれども、特に、入院について、当初の見込みを立てるということ自体が非常に困難なものだったんだということが審査の中であつたかと思っています。その困難さが少しずつそれぞれの病床、病棟でのずれを生んで、それが積み上がった結果がこういう形になったんだなと思っています。ただ、ちょうど過渡期となる1年のやりくりであつたという特殊性と、それから、今後安定する中でどうなっていくのかというのは引き続き見ていく必要があるのかなと。この1年だけとってどうこうということはなかなか言いづらいのかなと思っています。

国が新公共病院の改革ガイドラインというものを出して、それに基づいて、千葉県では地域医療構想というものを今年度中につくり上げるよという話をしている。これを見ると、高度急性期が、非常に、この東葛北部医療圏はダブっている。一方で、回復期だとか慢性期だとかは、北部で3,000幾つ足りない、ベッド数がですね。東葛南部の医療圏でも3,000幾つ足りない。東松戸病院では、ちょうど北部と南部の間ぐらいに位置しているので、東松戸病院が果たす機能的、また、地理的な役割というのは非常に大きいんだなと思っています。さらに、地域医療計画の資料の中では、足りない分を県は増やしていくかという話をしたら、特にそれが直結して増やすものでもないみたいな話をされているということは、既存の今ある東松戸病院の機能、ベッドというのが、ますます重要

性を増してくるんだなというのは、本当に火を見るよりも明らかなだと思っています。ただ、収支の改善に引き続き御努力いただくということは本当に大切なことで、それもなかなか困難だというのが現状だと思うんですけども。ただし、こういった収支や経営の困難さのみをもって公立病院の是非は、私ははかれないと思っています。これは常々思っていることです。市民にとって、また医療圏として本当に必要な医療を確保していくという、公的な責任を果たすという見地からの光を当てていくことが、この市立病院事業を見る上で大事なのかなと思っています。そういった意味では、国や県の支援も、単純に地域医療介護総合確保基金を活用して新規事業をやれとかだけではなくて、経営面でも支援策も国や県に求めていくことも必要だなと思うし、国も県もそれに対して応えていくことが必要だなと思っています。

以上、東松戸病院の果たす、将来にわたる公的医療の重要性に鑑みて、必要な補正であると考えていますので、賛成したいと思います。

二階堂剛委員

私も賛成です。今、国の公立病院に対する、大変厳しいいろんな制度改革が出てきて、それに対応しながらやっていかなければならないということで、きょうの審査の中でも、病棟再編ということで、加算を少しでもとろうと、いろいろ努力されているというので理解をしています。ただ、基本となる医師確保の問題が、やっぱりこれから新病院もできてきますので、大変大きな課題となると思いますけれども。2年ぐらい前に会派で沖縄県那覇市の市民病院、独立行政法人になり、行ってきましたけれども、沖縄県は、最初に医師・看護師不足の質問をしたら、全くそういう心配はないということで、やはり置かれている松戸市の場合の環境も厳しいということもありますので、その辺をやっぱり加味しながら、公立病院のあり方を含めてやっていかなければいけないと思いますけれども。医師と看護師の確保については、最大限、やっぱりこれからの病院全体の経営に大きくかわりますので、さらなる努力を要望して賛成いたします。

大橋博委員

反対です。私は、逆に、医師・看護師の増員はやめていただきたい。もうすぐに病床数を減らしてもらいたい。医師が増えたら、何か利益が上がると勘違いしてしまうんです。医師が増えたら、当然、市民の赤字繰り入れがまた増えるわけです。もし、600床の病院が千駄堀に本当にできたら、繰り入れが今、30億円から35億円。50億円を超えるんです。そういうシミュレーションがあつて、それに対して反論もできないでしょう。それで、何かというと、医師が増えれば改善できる、看護師不足だから、看護師が増えれば改善できると。これ、みんなうそじゃないですか。何をやってもだめ、赤字ですよ。あなたたち、ずっと、みんな見ているけど、何回補正を出したって、何回やったって、この委員会審査は賛成多数で可決。何回やったって可決ですよ。あなたたちは、ぐずぐず言われたって、2時間我慢すればいいんだから。そうしたら、間違いなく、100%、多数賛成で可決をするわけですよ。2時間我慢すればいいんですよ。だから、私は、さっき、病院事業管理者に、ここは大きな決断ですよと。本来であれば、3億円ですよ、市民の税金。こんな議案に賛成しちゃいけないですよ。3億円ですよ。本来であれば、病院事業管理者、では、ご自身の報酬を削るとか、職員の報酬を削ると言うのであれば、私も大賛成ですよ。ところが、そういうことが一切なく、平気で、当たり前のように3億円を出してくる。これは当然、賛成してはいけないと思います。

鈴木大介委員

いろいろ質疑がありましたが、まずは、本当に遺憾です。当初、市立病院の平成27年度予算案の際、最初からハードルを低く、そもそも東松戸病院に関しては赤字が出るから、特に今回、病棟再編で、緩和ケア病棟、回復期リハ、そういうものをつくっていかうという流れの中で、市立病院から東松戸病院への繰り入れで、負担金という形で2億円を見て、今年は赤字が出ないよね、何度も確認しました。民間病院、緩和ケア病棟をやっているのではないかと。そういうものと競合はどうだという議論の中、我々は認めてきました。ところが、やはり東松戸病院に関しては、非常に遺憾ですが、また3億円の赤字繰り入れという結果になってしまいました。もう責任云々の話ではなくて、今後の話をしたら、どちらかということ、病院事業というよりは、広く、松戸市におけるどういう福祉政策を行っていくかということに、東松戸病院はもう入ってきてしまっているのではないかと。特に、長期入院患者に関しては、病院事業としてとらえるのか、それとも福祉政策としてとらえるのか、また、14日間でしたっけ、平均。早期受け入れすべき末期がんの患者、これに関しても、本来、病院事業として面倒を見るところなのかということをやっぱりしっかりと話し合うためにも、東松戸病院、市立病院、2病院のあり方と議論するのではなくて、やっぱり東松戸病院はどうしていくんですか、市立病院はどうしていくんですか、そして、今の上本郷の跡地をどうしていくんですか、こういった切り分けをした議論を今後展開していったほしいなということ、執行部と、中川英孝委員長も含めて、進行をお願いして、やむを得ず賛成です。

【討論終結】

【採 決】

起立採決

原案のとおり可決すべきもの

多数意見

【書記審査結果報告】

委員長散会宣告

午後3時10分

委員長 署名欄	
------------	--