

平成30年白老町議会町立病院改築基本方針に関する調査特別委員会会議録

平成30年 8月20日(月曜日)

開 会 午前 10時00分

閉 会 午後 0時02分

○会議に付した事件

1 町立病院改築基本方針に関する調査

(1) 調査資料(請求分)18項目の説明

(2) 質疑応答

○出席委員(12名)

委員長	広地紀彰君	副委員長	本間広朗君
委員	山田和子君	委員	小西秀延君
委員	吉谷一孝君	委員	吉田和子君
委員	森哲也君	委員	大淵紀夫君
委員	及川保君	委員	西田祐子君
委員	松田謙吾君	委員	前田博之君
議長	山本浩平君		

○欠席委員(1名)

委員 氏家裕治君

○説明のため出席した者の職氏名

副町長	古俣博之君
総務課長	高尾利弘君
財政課長	大黒克己君
高齢者介護課長	岩本寿彦君
健康福祉課長	下河勇生君
消防長	越前寿君
企画課長	工藤智寿君
病院事務長	野宮淳史君
町民課長	山本康正君
病院改築準備担当参事	伊藤信幸君
建設課長	小関雄司君

病 院 事 務 次 長 村 上 弘 光 君

○職務のため出席した事務局職員

事 務 局 長 高 橋 裕 明 君
主 査 小 野 寺 修 男 君

◎開会の宣告

○委員長（広地紀彰君） これより町立病院改築基本方針に関する調査特別委員会を開会いたします。

（午前10時00分）

○委員長（広地紀彰君） 本日の委員会の日程等についてであります。

調査事項は、記載のとおり「調査資料請求分18項目の説明」についてであります。

本日は、議会意見の取りまとめに向けて町から提出していただいた資料を説明していただき、不明点や確認すべき点等についての質疑を行ってまいります。

よって、本日の会議は1日間を予定しております。

日程等についてご異議ございませんか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○委員長（広地紀彰君） ご異議なしと認めます。

それでは、そのように進めさせていただきます。

また、特別委員会は中継を行っていることから起立の上、発言をお願いいたします。

それでは、町立病院改築基本方針に関する調査を行います。説明は7月23日提出分、8月3日提出分、8月7日提出分の順に行います。町側からの説明を求めます。

伊藤病院改築準備担当参事。

○病院改築準備担当参事（伊藤信幸君） おはようございます。私のほうから、3回にわたって提出をさせていただきました審査資料について、事前に配布いたしましたのでポイントを要点的にご説明させていただきたいと思っておりますので、よろしくをお願いいたします。

7月23日提出分についてでございます。まず、No1としまして、平成29年11月の政策判断がなぜ無床化になったのか。経営形態、会計収支、医療体制、医師確保等に対する苫小牧保健センターの経営的視点と論点整理についての資料ということでございました。こちらにつきましては6月26日特別委員会においてご説明をさせていただきましたとおり、公設民営化を視野に入れた今回の協議におきましては、ベッドを保持することの採算性にデメリットがあったこと。そして無床化でも地域医療は確保できるという考えで判断したものでございます。その無床化に向けての体制づくりにつきましては正式な指定管理者制度での受託候補者が定まる中で着実に入院連携の体制を構築していけるのではないかなという考えがございます。そのような考えの中で、先般6月26日に町として見解をお示ししたとおりでございますので、どうかご理解をいただきたいと思います。

次に、No4の在宅診療の最近の実績に関する資料についてでございます。こちらにつきましては6月29日に提出をさせていただきました審査資料の中に、訪問看護、訪問リハビリ、訪問診療、これらを総称した在宅医療の29年度の状況ということでご提出をさせていただきましたので、そちらのほうをご参照いただきたいと思います。

次に、No 6 につきまして、人口減少・高齢化の動向とその影響を示す資料についてでございますが、こちらにつきまして6月29日提出分の資料の中におきまして、国立社会保障・人口問題研究所の人口推計、そしてそこから見える入院患者の見通し等についてお示しした資料を提出させていただきましたので、そちらをご参照いただきたいと思います。

表紙の裏面に移っていただきまして、No15、医療法人等へのアプローチの経緯に関する資料の請求でございます。今まで町立病院経営に関しまして医療法人等と懇談する機会ございました。しかしながら相手方の活動情報に関することにつきましては、やはり秘匿性が非常に高いということから今回の資料請求にはお応えすることができませんので、どうかご理解をいただきたいと思います。

次に、No 2、「基本構想」「方向性」「考え方」の対比表の資料についてでございます。病床数、救急医療、きたこぶし、外来診療科目、人工透析科の新設検討、リハビリテーション科の新設検討、3連携施策における医療機能（予防医療）、地域包括ケアシステム（在宅医療の提供）、それぞれの項目に対しまして、28年5月の基本構想、そして昨年11月に示した町立病院の方向性、そして本年6月26日に見直しを図った町の考え方、それぞれに対して対比表を作成いたしましたのでご参照いただきたいと思います。

続きまして、No 3、苫小牧保健センターの予防医療の実績や成果がわかる資料についてでございますが、こちらは苫小牧保健センターのホームページにおきまして、事業報告が掲載されてございますので、そちらをお示しさせていただいたところでございます。健診事業につきましては人間ドック、そして事業所健診、その他の健診、そしてストレスチェック業務支援サービスということで、それぞれ4項目の健診事業の報告がされてございます。その他につきましては健康づくり事業、予防接種事業、夜間休日診療事業、呼吸器内科診療事業ということで、それぞれ27年から29年までの年度ごとの実績値が掲載されてございます。

続きまして、No 9、「個別健診等の受診環境の向上」の具体策に関する資料についてでございます。3連携施策における医療分野を担います町立病院では、個別健診等の受診環境の向上を図るものとしたと考えてございます。その基本的な考え方につきましては健診の受診率向上のための体制づくりを図る。そして受診拡大のため周知徹底を図ること。そして健診時の利便性の向上ですとか、健診結果に対するフォローアップを積極的に図りまして、疾病の予防、早期発見に努めてまいりたいと。そして各種健診、受診者数の増員を図って、医業収益の増収対策にも寄与してまいりたいという基本的な考え方でございます。そして、運営・施設整備等の考え方につきましては、一つは、待合室の設置など開放的な健診ホールを整備してまいりたいと考えてございます。そして健診受診者と一般外来患者の動線が交錯しないようなホールですとか、アメニティの充実、サービスの向上を図ってまいります。そして必要な医療・検査機器等を十分に整備してまいりたいという考え方でございます。以下には、28年から29年度にかけて町立病院における主な健診の件数を掲載いたしましたので、ご確認いただきたいと思います。

次に、No13、公設公営で企業会計全部適用した場合に関する資料についてでございます。1、地

地方公営企業法の全部適用につきましては、地方公営企業法の第2条第3項におきまして、地方公共団体の経営する企業のうち病院事業に適用するとされてございます。この制度の概要等につきましてはでございますが、まず（1）事業管理者の設置が定められてございます。そちらは記載のとおりという状況になってございます。（2）主な制度の特徴・効果等についてでございますが、①不採算部門等政策医療の実施などによりまして公共性の確保がされるということでございます。②事業管理者への権限付与によりまして経済性が確保されることがございます。ただし、その反面、記載のとおりさまざまな課題も想定されるところでございます。③円滑な移行の確保等についてでございますが、移行にかかる問題等は特段発生しないものと想定されるところでございますが、事業管理者の実質的な権限と責任の明確化を図らなければ民間的経営手法の導入が不徹底に終わる可能性があるとの指摘もされてございます。（3）道内自治体病院における全部適用を採用した病院についてご紹介をさせていただいております。道内の市立病院におきましては、12病院があるという状況でございます。町立病院におきましては道内3病院、1つは松前町立松前病院100床で運営しております。中標津町立中標津病院180床、木古内町立国民健康保険病院99床、この3病院が採用をしております。その他は、広域的な病院としまして、広域紋別病院が1カ所ございます。まず7月23日資料請求がございました部分に関しましての説明は以上でございます。

続きまして、8月3日分の審査資料のご説明をさせていただきます。まず表紙の裏面をごらんいただきまして、No16、合築や転用の方向性・考え方に関する資料の請求についてでございますが、こちらにつきましては今回の病院改築にあたっては、6月26日に町として基本的な考え方をお示しさせていただきました。現時点におきましては合築整備（複合施設化）の考えは特段持っておりません。今回、当然ながら地域医療を永続的に確保していくという基本的な考えのもと病院改築を進めるものでございます。今後、長きにわたって施設本来の目的が果たせるような施設規模としてまいりたいという考えでございますのでご理解いただきたいと思っております。

次に、No7、建設コスト、ランニングコスト、公債費等の後年度負担の収支見通しの資料でございます。ここでは施設整備費と起債償還額の見通しについてお示しをさせていただきました。病床数19床、25床、30床、35床、43床という5パターンを想定してお示しをさせていただきました。そのかかる総事業費につきましては上段の1番右側に記載してございます、19床の場合は総体的に約17億8,000万円程度、25床の場合は19億3,000万円程度、30床の場合は20億5,000万円程度、35床の場合は21億7,000万円程度、43床の場合は24億5,000万円程度ということで、総事業費の中には医療機器、備品等の購入ですとか、医師住宅等の建設費用も含めての総体事業ということで、こちらにつきましては現時点でのシミュレーションの額であるということでございます。この総事業にかかる財源内訳につきましては、②にお示しをしたとおり、補助金につきましては国民健康保険の調整交付金、そして医療介護総合確保基金を活用した北海道の補助金、この2つ両方を活用ができることを想定した場合のものとしてございます。そして起債につきましては公営企業債と過疎債の二つということで19床の診療所の場合は過疎債100%、そして20床以上の病院機能の場合につきましては公営企業債と過疎債を50%ずつ活用することを想定してございます。この起債にかか

る償還額につきましては③にお示しするとおりのものということで、まず起債につきましてはいずれも30年の償還期間、年利は0.5%ないし、0.6%の利率を想定して作成してございます。この起債償還にかかる償還財源といたしまして国の交付税措置としましては、④にお示しするように企業債につきましては25%、過疎債については70%の算定がされるということで、それぞれの想定額を記載してございます。まず起債償還額、19床の場合につきましては償還額のピークとしましては、まず初年度約6,200万円の単年度の償還に対して、交付税算定額が4,300万円程度というようなシミュレーションをしてございます。25床以上につきましては、元金据え置きが5年という想定をしてございます。この表の中では9年目にあたる部分では、25床の場合は7,200万円程度に対して交付税措置が3,300万円程度、30床の場合は7,700万円程度に対して交付税が3,500万円程度、35床の場合は8,300万円程度に対して3,800万円程度の交付税、43床の場合は9,500万円程度の償還に対しまして交付税が4,300万円程度というような想定をした次第でございます。

次にページをめくっていただきまして、No8、きたこぶしの存続・改築後のコスト計算資料についてでございます。まず直近の入所実態でございますが、29年度におきましては平均入所者数は26.1人でございました。入所率は90%という実態でございます。将来の入所者の推計がどのようになっていくかというところでございますが、こちらにつきましては国立社会保障・人口問題研究所による人口推計に基づきまして要介護認定者の年齢構成と町内の施設介護サービスにおけるきたこぶし利用率の現状延長といたしまして、あくまで単純値として推計したものでございます。34年から52年にかけての入所者の推計をこちらに記載させていただいてございます。そして歳入、歳出の収支のシミュレーションについてでございますが、下に注釈を入れさせていただきましたとおり34年以降の特に人件費にかかる部分につきましては、平成21年の療養病床から転換した当時の当初計画の看護体制、夜勤を対応する看護師5人を配置したというような体制を構築した場合の試算としてお示しをさせていただいております。そして将来的に歳出の増加要因で考えられる部分といたしましては、消費税の増税、そして人員体制の確保、人件費、処遇改善、そして公債費等が考えられるものでございます。この公債費につきましては隣の2ページ目に記載のとおり、まず改築総事業費を4億5,000万円程度と仮定をいたしまして、基本設計を除いた財源を起債活用した場合ということでシミュレーションをさせていただきました。想定される起債といたしましては介護サービス事業債と過疎債の2分の1ずつ、いずれも30年償還を想定したつくりとしてございます。上の段は公債費元利償還にかかる単年度ごとの金額を記載してございます。その下の段につきましては、元利償還財源といたしまして新しい基準の中で入所者から部屋代をご負担いただく、いわゆるホテルコスト分というものを算定してございます。こちらにつきましては先ほどご説明した将来の入所者の推計、この入所者数に対しての算定ということでお示しをさせていただいております。その下段につきましては公債費の償還からこのホテルコスト分を差し引いた施設として負担しなければならないものとして記載をさせていただいております。会計収支につきましては入所者の方が将来的に減少するという見通しをしますと年々、単年度の赤字がふえていくというような見通しが立てられるものでございます。

続きまして、No10、地域包括ケアシステムの確立に関する資料についてでございます。こちらにつきましましては地域包括ケアシステムの目指す姿、そして下段のほうには各市町村においての地域包括ケアシステム構築のプロセス（概念図）ということで資料提供をさせていただきました。

次に、No11でございます。総合診療体制の可能性や医師確保策に関する資料についてでございます。まず、1、総合診療体制にかかる総合診療医、家庭医、かかりつけ医等の言葉の定義等をここで前段ご説明をさせていただいております。その下のほうを見ていただきますと、2、医師確保対策についてということでございますが、その2ページ目をお開きいただきまして、中段のほうにございますとおり、町立病院におきましては今までも道内の医育大学からの医師の招聘をはじめといたしまして北海道地域医療振興財団など関係機関との連携、そして民間の人材バンクの活用などの方策を巡らし、これまでも人材の確保に努めてきたところでございます。しかしながら現状におきましても25年度以降外科の常勤医師の採用に苦慮している現状がございます。そして内科常勤医の退職補充も見込まれますことから、今後も引き続いて安定的・継続的な医師の人材確保に全力を尽くす考えにございます。3、総合診療医の派遣等についてでございますが、新病院化におきましては現在の診療科を継続して標榜するとともに常勤医並びに出張医師による外来診療体制の整備を想定しております。しかしながら将来に向けた総合診療科の標榜ですとか、専門医を紹介するかかりつけ医機能を有する総合診療科の配置などの検証につきましましては、引き続き検証を続けていく考えにございます。

続きまして、No12、町立病院の運営体制の改善を図る方策に関する資料についてでございます。まず、1、町立病院経営改善計画、平成25年から32年度まで現在進行中に基づくこの取り組みについてでございます。（1）患者さんに来院していただく病院づくり、（2）来院していただいた患者さんに安心していただく病院づくり、（3）安定した経営に努める病院づくりという、3本の柱からなる経営改善基本方針を掲げまして取り組みを推進しているところでございます。経営等につきましましては、本年7月6日に提出をいたしました審査資料におきまして分析・評価しておりますので説明は割愛をさせていただきたいと思っております。病院経営の根幹につきましましては、患者さんにいかに病院をご利用いただくかでございます。そのためにも全職員がコスト意識を自覚しまして親切・丁寧な対応はもちろんのこと、思いやり、おもてなしの患者サービスに徹する「ホスピタリティの精神」を自覚し、町民の皆様に信頼され安心していただく病院づくりを再認識した上で、全職員一丸となって病院の経営改善に全力を尽くすことが肝要であると捉えてございます。

2、新病院化に向けた経営改善の取り組みについてでございますが、この経営改善計画の最終年度でございます平成32年度以降につきましても、先ほどご説明をいたしました3本の柱、経営改善の基本方針と病院の基本理念でございます「患者さんに信頼され笑顔と思いやりのある病院づくり」を尊重しまして、病院経営の安定化に向け職員一丸となって全力を尽くす考えにございます。現状におきましては、新病院化に向けまして（1）収益の向上、（2）作業の効率化と費用の削減といった2つの項目の経営改善の取り組みを想定するところでございます。今後も引き続きまして中期的な経営財政計画を策定いたしまして目標管理に基づいた経営管理の実施など、さらなる病院経営

の安定化に向けた取り組みを進めていくものでございます。

次に、No14、介護医療院の制度、介護老人保健施設からの移行に関する資料についてでございます。まず介護医療院、本年4月から制度化された介護医療院を開設できる者としまして、3月30日に国のほうから通知がされてございます。その中で厚生労働大臣が別に定める者というようなことで、ここの定義といたしましては、平成18年7月1日から本年3月までの間に介護老人保健施設を開設した者、当時の療養病床からの転換を図って介護老人保健施設を開設した者も含まれるとされてございます。そういうことから介護老人保健施設きたこぶしも開設できる者の中に該当するものでございます。次に、2ページ目をお開きいただきまして、2、介護医療院の施設基準をここでお示しさせていただいております。真ん中の表、介護医療院の施設基準を太枠で囲ってございます。記載のとおり、右側には介護老人保健施設の施設指定基準がございまして、介護老人保健施設とおおむね施設基準は同じような状況となっております。その下には療養室についてということで各部屋、居室のことを指しておりますが、家具、パーティション、カーテン等の組み合わせによりまして入所者のプライバシーを確保する場合は、多床室であっても可ということが示されてございます。こちらにつきましては、あくまでも今、療養病床からの転換を国が促進するためのものでお示しされているものというように捉えてございます。3ページ目のほうでは、3、医療機関併設型の場合の特例といたしまして、介護医療院にかかる建物を新たに設置する場合は原則共有は認められないというところがいろいろございまして、特に今回建てかえを機に開設した場合につきましては、1番下のほうに図で示しておりますとおりに横づけするような形の設置になるのかと捉えてございます。4ページ目をお開きいただきまして、4、介護医療院の人員基準についてでございます。まず表の右側、介護老人保健施設の施設基準といたしまして、新しく介護医療院と大きく取り扱いが変わってくる部分、太枠で表示をしております。看護職員と介護職員の人員基準の違いでございます。介護老人保健施設につきましては、入所定員数の3対1が介護職員、そして看護職員という割合となっております。そのうち看護職員については、7分の2程度を要するものという定めがございまして、きたこぶし29人定員を当てはめた場合につきましては、看護と介護の総職員数は9.7人、そのうち看護職員は7分の2という算定でいきますと3人の看護師の配置が必要ということでございます。新しい介護医療院につきましては、入所定員数に対する6対1、それぞれ看護職員、介護職員ともにこの基準ということになってございます。この計算でいきますと看護職員は5人、介護職員も同じく5人、配置しなければならないという基準となっております。下のほうには夜勤体制のイメージ図を載せてございます。看護職員は必ず夜勤をしなければならないという体制ということでございます。5ページ目のほうでは、医師の宿直についてということでイメージ図を載せております。基本的には介護医療院は医師の宿直が必要ということが定められておりますが、必要としない場合も特例としてございまして、Ⅱ型療養床という、今の介護老人保健施設並みの介護医療院を新設する場合は医師の宿直はしなくてもいいという基準となっております。6ページ目でございますが、5、介護医療院の介護報酬単価についてでございます。介護報酬につきましては、今の介護老人保健施設の基本報酬と比較をいたしまして、要介護1、2のわりかし軽い方につきましては

介護報酬は今よりも低くなると。要介護3以上は今と同じ程度というような報酬体系となつてございます。この介護医療院の最後のまとめといたしまして、6、病院改築を機に介護医療院を新築した場合の収支見通しにつきましては、以下に3つお示ししたとおり、先ほどご説明した施設基準につきましては、7月6日に提出した資料のとおり、①施設整備をしなければならないこと。そして②人員基準につきましては、看護職員、介護職員の定めの中で一定限の人員配置が必要であること。③介護報酬につきましては、おおむね今言ったような形態という部分の中で、先ほどご説明したきたこぶしのコスト計算資料とおおむね同様の収支見通しであるというように考えるところでございます。

続きまして、No17、小規模多機能居宅介護施設の設備に関する資料についてでございます。まず小規模多機能型居宅介護の概要について、上のほうに載せさせていただきました。下段のほうにはこの事業所にかかる必要となる人員、設備等にかかる基準をご紹介をさせていただきましたのでご確認をいただきたいと思います。

次に、No18、改築場所の考え方に関する資料についてでございます。病院改築にあたりましては、十分な敷地面積を確保する必要がございます。町有地という部分でいきますと、日の出町でございます現在地を含めて4カ所が存在するというところで、①旧白老小学校の跡地、②大町の町民ふれあい広場、③北海道栄高校の坂下でございます白老鉄北地区、そして④現在地、この4カ所が存在するものでございます。

それでは最後に8月7日に提出をいたしました審査資料についてご説明をさせていただきますと思います。

No5、ベッド数43、30、25、19床の経営シミュレーションの資料ということでございました。今回、本年3月に国が見直しをいたしました国立社会保障・人口問題研究所による人口推計と平成27年10月に本町が策定をいたしました白老町人口ビジョンによる人口推計に基づくそれぞれの将来予測を踏まえまして、今回基本方針検討にあたっての町の基本的な考え方に基づいて現状の医療提供の延長型といたしまして経常収支試算とさせていただきます。なお、施設整備にかかる起債の利息額につきましては経常収支といたしましてこの試算に経常してございますが、元金の償還額については含んでございません。1ページ目でございますが、国立社会保障・人口問題研究所の推計を用いた場合でございます。2ページ目につきましては白老町人口ビジョンによる人口推計を用いた場合となっております。また、将来の入院患者数値を全て受け入れた場合はそれぞれ下段の病院機能としての試算、そして上段の有床診療所19床の場合につきましては入院患者予測数値の一部に当たる15人のみを受け入れた場合の試算となっております。入院患者予測数値の算出につきましては次の3ページのほうに。そして外来患者の予測数値の算出につきましては4ページでございます。算出方法につきましては全国的な入通院患者の年齢構成の割合、その実態と町内における町立病院での入院割合の実態をもとに出しまして将来人口推計に応じて患者数値を予測したものでございます。

それでは1ページに戻っていただきまして、まず(1)国立社会保障・人口問題研究所推計に基

づく試算についてでございますが、まず上段の①有床診療所の場合、表の中ほどでございます（１）
医業費用の①職員給与費についてでございますが、病院機能と比べまして看護師の夜勤要件が緩み
ますことから一定限人件費の縮減が図られます。しかしながら医業収益の①にございます入院収益
の平均診療単価でございますが、病院機能の場合の平均 2 万 4,500 円程度、これに対しまして国の
診療報酬の体系によりまして、この入院基本料が大幅に引き下がりますことから、ベッド数のキャ
バと相ましまして入院収益自体が大きな減収になるという見通しでございます。一般会計繰入金の
欄についてでございますが、経常収支比率 100%、会計上の経常損失をゼロとするために必要とな
ってくる繰入額を表してございます。診療所と病院機能を比べますと繰り入れが必要な金額に大き
な差はございませんが、どちらも 29 年度の繰入額よりも多くなることが想定されます。なお、病院
機能の場合につきましては、ご承知のとおり公営企業会計となっております。現金支出を伴わな
い減価償却費 6,600 万円ないし 3,600 万円相当も会計処理上、繰り入れすべき額に含んでございま
すが、診療所の場合につきましては特別会計方式となることから繰り入れすべき額につきましては、
実質的に現金として必要となってくるものでございます。そして地方交付税の算定額についてで
ございますが、1 ベッドに対します算定基準額というものが病院機能の場合に比べまして 2 分の 1 に
減らされるだとか、そういった理由によりまして記載のとおり交付税の算定額につきましては、診
療所の場合においては病院機能よりも少なくなる見通しでございます。次に 2 ページ目は、（２）
白老町人口ビジョンに基づく将来予測を踏まえた経常収支試算となっております。患者の予測数
値が先ほどの国立社会保障・人口問題研究所の推計の場合よりも上積みがされますことから、特
に病院機能の場合におきまして入院収益の増収が図られることから、一般会計から繰り入れす
べき金額が抑制されることが期待されます。今回、病床規模ごとに経営シミュレーションの資料
請求がございましたが、20 床以上の病院機能の場合につきましては診療報酬、算定上の夜勤要件
など人員配置の要件等がございまして病床規模にかかわらず医療スタッフは現状程度の配置が
必要と見込んでございます。あくまでも患者数を伸ばして収益をふやすことが病院機能とし
ては肝要でございますので、今回のシミュレーションにつきましてはあくまでも一つの目安と
捉えていただきたいと思いますので、今回のシミュレーションにつきましてはあくまでも一つの
目安と捉えていただきたいと思いますので、今回のシミュレーションにつきましてはあくまでも
一つの目安と捉えていただきたいと思いますので、今回のシミュレーションにつきましてはあく
までも一つの目安と捉えていただきたいと思いますので、今回のシミュレーションにつきましては
あくまでも一つの目安と捉えていただきたいと思いますので、今回のシミュレーションにつ
きましてはあくまでも一つの目安と捉えていただきたいと思いますので、今回のシミュレー
ションにつきましてはあくまでも一つの目安と捉えていただきたいと思いますので、今回のシ
ミュレーションにつきましてはあくまでも一つの目安と捉えていただきたいと思いますので、
今回のシミュレーションにつきましてはあくまでも一つの目安と捉えていただきたいと思います
ので、今回のシミュレーションにつきましてはあくまでも一つの目安と捉えていただきたいま
す。

以上、提出をさせていただきました資料についての説明を終わらせていただきます。よろしくご
審議のほどお願いいたします。

○委員長（広地紀彰君） 説明が終わりました。質疑があります方はどうぞ。

7 番、森哲也委員。

○委員（森 哲也君） 7 番、森です。8 月 3 日提出分の 8 の 1 のところで 1 点だけお伺いします。

上のきたこぶしの存続の将来入所者推計の平成 34 年から 37 年のところで、34 年の予測が 26 人
で、37 年で 20.3 人とここで大幅に減っているのですが、私の認識としてはこの 37 年というのは 2025
年問題といわれていて後期高齢者がふえるといわれていたもので、ちょっとふえるかと思ってい
たので、そして実際にほかのところの町立病院入院患者数の 37 年度の数値を見ると 26 人とちょっと
多かったもので、このきたこぶしの入所に関してはなぜこんなに大幅に減っているのか、その要因

をお伺いします。

○委員長（広地紀彰君） 伊藤病院改築準備担当参事。

○病院改築準備担当参事（伊藤信幸君） こちらの将来の入所者の推計の取り方についてご説明をさせていただきたいと思います。この推計の仕方につきましては、まず簡単に順を追ってご説明をさせていただきますと、まず介護保険事業計画の中で第6期、26年9月時点での要介護認定者数、そして第7期におきましては、29年9月末の要介護認定者数、それぞれ介護度別、年齢構成別に示されてございます。そして第7期の介護保険事業計画の中で2020年、そして2025年、それぞれの要介護認定者数の見通しが示されてございます。そして人口につきましては、ことし3月に出された国立社会保障・人口問題研究所の人口推計があるということで、この将来の要介護認定者数の見通しと、この人口推計をベースに一定限町内における施設介護サービスでの利用率の中のきたこぶしの割合というものをまず一つの実績数値として、比率としてまず捉えてございます。そういう中で将来的にも要介護認定者数の中で今、一定限このきたこぶしで入っていらっしゃる方の入所割合を見たときに、将来的な中で平成37年には20.3人ということで下がっていくのではないかと見通しをしてございます。あくまでも将来的な要介護認定者数を踏まえた中での推計ということで捉えてございます。

○委員長（広地紀彰君） 7番、森哲也委員。

○委員（森 哲也君） 7番、森です。トータルにして要介護者数が減っていくから入所者数が減るということよろしいのでしょうか。

○委員長（広地紀彰君） 伊藤病院改築準備担当参事。

○病院改築準備担当参事（伊藤信幸君） 一定限、要介護認定者数につきましては、総体的には2020年と2025年を比較していくとまだ若干伸びていくという傾向がございまして、その中でもきたこぶしの入所者傾向等も含めまして単純な推計というか、認定者数の中で全体的に認定者数はふえるといったしましても、実際町内全体で施設での介護サービスを受けている中でのきたこぶしの割合のところは一定限ございまして、全体的にも将来的に施設介護サービス含めて、若干下落ちになってくるのではないかとというような見通しをしてございます。あくまでもベースになってくる部分につきましては第6期と第7期の介護保険事業計画の中で将来の介護認定者数を踏まえた中での、年齢構成と今のきたこぶしでの年齢構成だとか、町内における入所の割合比率だとかというものを掛け合わせたような単純値としての数値として捉えていただければと思います。

○委員長（広地紀彰君） 7番、森哲也委員。

○委員（森 哲也君） 7番、森です。本当に6人というのはちょっと大幅に下がっていると思ったので、要介護者がふえるのにこんなに大幅に減るのがまだわからないのですが。入所者傾向というのを結構言われていたのですけれども、入所者傾向というのはどういう傾向にあるのか詳しく説明を願いたいと思います。

○委員長（広地紀彰君） 伊藤病院改築準備担当参事。

○病院改築準備担当参事（伊藤信幸君） まず入所者の傾向といたしましては、きたこぶしの現状

の入所者の状況ということでは、今回の資料の 8 - 1 ページにお示ししたとおり、平均では 26.1 人ということでしたが、その中でも要介護 1、2 の軽度の方が、要介護 1 では 8.7 人、そして要介護 2 では 6.8 人ということで、もうこの中で相当軽度の方の割合が高いというような傾向がございます。それぞれの要介護認定者数の見通しと、このきたこぶしでの介護度ごとの入所者の入所比率をとって、この数値の中で将来推計も含めた中で単純値として計算をさせていただいたというところがございます。そういう中で一定限、将来的に若干減少することが見込まれるのではないかなというふうなつくりということがございます。何か思惟的につくり込んだということではなくて、単純値としてこういう数値が出されるというところがございますので、どうかご理解いただきたいと思えます。

○委員長（広地紀彰君） 今、森委員のご指摘あった点というのは高齢者数の増大や、また高齢化率の進展によって数がふえるのに要介護の認定者数等やこの要介護度の割合でいくとこの程度になるといったことですね。そこに矛盾が生じているのではないかと。単純に高齢者数がふえるのであれば当然要介護度 1 や 2 の人が中心としてもふえていくのではないかなという推計だと思うのです。ここの差異がどうして生じたかという部分、もう少し詳しく説明されたほうが納得されるのではないですか、その差について。一定程度、森委員の疑問点というのはデータの的には森委員が指摘された点というのは理解できる場所なのです。ただ、現実的に今、伊藤病院改築準備担当参事のほうで指摘された点については一定の説明はわかるのですけれども、例えばですけれども高齢化がさらに進んでいるのは間違いないので、その中で要介護度もこの要介護で 1、2 を中心とした割合もそのまま援用していいのかどうか。そういった部分についてもやはりこのシミュレーションがきちんと妥当性を持っているかということも今、問われていると思うのです。ですからその差異がどうしてこの 26 人や 20.3 人になってしまったか、もう少し詳しく具体的な説明を加えたほうがやはり共通理解を図れると思うのです。

伊藤病院改築準備担当参事。

○病院改築準備担当参事（伊藤信幸君） 説明が足りない部分がございますして申し訳ございません。まず将来の要介護認定者数は先ほどご説明をしたとおり、総体的には 2020 年には 1,615 人、そして 2025 年には 1,864 人になるのではないかと。こちらにつきましては介護保険事業計画にそのような見通しがされてございます。そういう中でまず要介護認定者の中で本町での特に施設介護サービスを利用される方の中できたこぶしにつきましても一定限、後期高齢者 75 歳以上の方が割合として高いという傾向がございます。そしてまず一定限、この 2020 年と 2025 年の総体では若干伸びる部分がございますが、その中でも各介護度ごとの要介護認定者の増加等を見た中で今のきたこぶしでの入所者の介護度の割合だとかということを見ますと、あくまでも単純値として減少傾向が見られるということになるのですが、まず比較する中で病院側の入院の受療の割合がこれから伸びていくというところで、その辺のところの違いがあるのかということのご指摘もあろうかと思いますが、こちらにつきましてはあくまでも認定者の介護度の状況も含めた中で複合的に計算する部分がありますことから、あくまでも単純値ということでの捉えになることとなりますので、その辺につきま

してはなかなかわかりづらい説明で大変申し訳ございませんが、単純推計ということで捉えていただきたいと思います。確かにいろいろ推計の取り方はございます。あくまでも一つの捉え方ということで、こちらのほうはお示しをさせていただいたわけでございます。

○委員長（広地紀彰君） 伊藤病院改築準備担当参事、説明についてはおそらく委員各位も理解できたと思います。ただ、その算定式をやはり具体的に出したほうが伊藤病院改築準備担当参事が組み立てられた考え方をより明確に示せると思うのです。ですからその部分、資料請求としてそのあたり明確に、当然ですが伊藤病院改築準備担当参事のほうはもう計算されているわけですから、その根拠となっている計算式のほうをお出しいただいて、その形の中でまたそこら辺を突き詰めていったほうがいいかと思います。具体性を持って議論したほうがいいと思うのです。それでよろしいでしょうか。では資料請求ということで、この根底の算定式のほうを示していただきます。

それでは、ほかに質疑をお受けいたします。質疑のある方はどうぞ。

5番、吉田和子委員。

○委員（吉田和子君） 5番、吉田です。きたこぶしに関して何点か伺いたいと思います。まず、きたこぶしは一応町側としてはやらないという方向性で出していますので、きたこぶしの存続の今、議論になっています入所割合なのですが、人口減による病院の利用状況というのをその前に出していますね、周知して。それできちんと国立社会保障・人口問題研究所のほうと町の努力によってこうするというものがありますね。ただ、きたこぶしに関しては国立社会保障・人口問題研究所の数値によって出していますけれども、町の努力、町の状況、町の変化、それから町の高齢化率、そういったものののっとなってどうなのかということ。その辺が明確になっていないような気がするのです。なぜ病院のほうだけそういうふうになって、きたこぶしはやめる方向性だから出さないのか。一般的な数値しか出さないのか。その辺の違いを教えてくださいたいと思います。

それともう一つ、介護医療院の関係もちょっと質問出ておりますので、きたこぶしは今、介護老人保健施設としてやっていますけれども、改築時にやらない理由の一つとして個人負担がふえると、それはユニット式が条件だからというお話がありました。1人ホテルコスト高い人では5万何ぼの負担になって、今までの料金では全然入れないと、そういったことでしたけれども、介護医療院という形が今、介護老人保健施設でできるという先ほど説明がありました。そうするとユニット式ではなくて、部屋の改築は4人仕切ったらそのまま使えるということになりますね。収支もほぼ変わらないというふうに言っていましたね。そういうことからいうと、もうちょっと見直しをする余裕というか、可能性が見出せるのではないかと考えるのですけれども、その辺のことが一つあります。

それともう一つは、部屋なのですけれども、介護老人保健施設のままで考えたとしても、改築にする場合には部屋は8平米以上というふうになっていますね。これは病院の病床も同じですね。今は6.4平米でいいのですけれども、病院も改築と同時に8平米必要なのですよね。だから療養型とか、介護老人保健施設だけが8平米にしなければならないということではなくて、全部そういうふうにしなければならないということですね。ですからユニット式にしないでいいということであれば、改築にかかる病床にかかる経費というのはほぼ変わらないということになると思うのですが、その

辺のことを伺いたいと思います。

それからもう一つ、場所の考え方、4カ所の説明がありました。私たちは会派で夕張市に勉強に行っていました。夕張市も今、建てかえに向けてやっております。その中で夕張市は指定公設の中で指定管理をして法人化をとっています。そういった中でなぜ法人化をとるかということ、医師の確保なのです。医師の確保をしなければならないということが条件でやってみたいなのですが、指定管理も募集をして決まっています。その中で個人病院が3カ所ありました。条件として、一つは医師の確保をするために過疎医療地としての指定を受けるということなのです。今、改築をしようとしたところが、その個人病院から1番人の多い、夕張市でいうと1番人の多い、ここが1番利便性がいいだろうというところに建てようとしたのですが、個人病院から2キロぐらいしかないということで、わざわざ一旦計画を見直しをして4キロ離れた場所に病院を改築するというふうにしたのです。なぜそういうふうにするかということ、医療過疎地の指定を受ける。医療過疎地の指定を受けると社会医療法人制度ということを活用して医師の派遣が大変悩まないで済むというお話をされてきました。そういうことからいうと、どんな病院に変えようとしても、どんなふうにしていこうとしても、医師の確保がなければ何もできないわけですから、そういった考えの中でその今の建てる位置、4キロ以上になると社台とか、ちょっと遠いところになってしまいますけれども、そういったことの今後の考えの中に入ってこないかどうか。これは医師確保だと言っていました。夜勤を必要とする病院には医師はなかなか来ないということをはっきり言われました。そういうことも含めて、どういうふうにお考えか伺います。

○委員長（広地紀彰君） 伊藤病院改築準備担当参事。

○病院改築準備担当参事（伊藤信幸君） まず1点目のきたこぶしのシミュレーションの取り方についてでございます。今回は国立社会保障・人口問題研究所に基づく人口推計をベースにしたものでまずご説明をさせていただきました。確かに人口ビジョンを使った場合はどうなのかというご指摘でございました。こちらにつきましては、町として一定限の考え方があってのお示しの仕方ということではございません。そこはちょっとご理解いただきたいと思います。当然、国立社会保障・人口問題研究所の人口をベースに将来の入所者がどうかということを見ていくと、おそらく一定限、この数値よりかは入所者は多く見込まれるものということは想定をいたします。こちらにつきましては今回は国立社会保障・人口問題研究所だけのお示しということではございました。人口ビジョンの場合はどうかというところがございましたら大変申し訳ありません、この部分に関しまして資料請求だとかがございましたら対応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。

次に、介護医療院の制度の中の多床室の考え方でございます。多床室の取り方、確かに多床室が認められるということになれば、当然入所者の方も部屋代というのも、現状の介護老人保健施設の場合は370円ご負担をいただいております。そのような少ない金額での入所者の負担ということで済むと思われるということでございますが、一定限まずそうした場合にはそのきたこぶしのNo8でお示しをしたようなホテルコスト分が基本的には370円をいただいている現状につきましては、光熱費だけを賄っているということになります。ということになりますと、一定限、多床室で整備

をしたということになれば、想定されるこの4億5,000万円程度の施設整備費というのは全て施設負担をしなければならないということになるかと思えます。病院機能の場合のこの部屋の面積の取り方につきましては、医療法の中では6.4平米以上ということの定めがございます。これは介護施設と異なる部分でございますので、この面積規模でいきますと現状、今の病院での病室はこの6.4平米以上というのは制度としては合致しております。病院機能の場合とこの介護施設での8平米以上というのはここは違いがあるということでございます。

場所の部分の関係で医療過疎地の考え方が今、吉田委員のほうからお話ございました。4キロ圏内の事例を踏まえて、そういう考えがどうなのかということでもございましたが、まずこの医療過疎の指定を受けるというところの制度的な考え方について、私のほうでもちょっと勉強してまいりましたのでお話をさせていただきたいと思えますが、おそらく事例としましては、夕張市の例を踏まえた中でのお話であったかと思えます。この夕張市のケースでもへき地の診療所という指定を受けてらっしゃるようでございまして、この国でいうところのへき地診療所の設置基準といたしましては診療所の設置する場所、それから最寄の医療機関まで通常の交通機関を利用して30分以上要するものであるということが設置する基準ということで示されてございます。そしてへき地診療所の考え方といたしましては交通条件だとか、そして社会的条件に恵まれない山間地、離島、その他地域医療の確保が困難である無医地区、そして無医地区に準じる地区において医療の提供を確保することを目的として都道府県、市町村が設置する診療所というふうに位置づけられているようでございます。この無医地区の考え方につきましては定期的な公共交通機関が1日3往復以下だとか、4往復以上あってもそこに行くまでに1時間を超える場合だとか、そういった時間的な要件も含めて総体的に判断されるようでございます。無医地区に準じる地区ということに関しましては山や谷や海など断絶されているだとか、極端にその圏内では診療の日数が少ない医療機関しかないだとか、そういう特殊な部分が準じる地区ということで定められているようでございます。こういうような考えに当てはめていった場合には、単純にこの4キロ圏内だけの縛り以外にもこういう時間的な要件だとかも含んでいけば、白老町に当てはめて地区的にどこがそこに合致するかといえ、なかなか難しいのかというふうに捉えてございます。社会医療法人での医師確保という部分、確かに社会医療法人の役割としましては公的な医療の提供を担うということの中で一定限、税制的な優遇だとかもいただきながら運営できるという社会医療法人のメリットがあるというふうに制度化されているようでございます。一定限、まずこのへき地の4キロ圏内の考え方でいきますと、先ほどお話ししたとおりいろいろそういった縛りを考えていった中で場所だけの問題からいくと、無医地区にはなかなか本町は該当しないのかというように捉えてございます。

○委員長（広地紀彰君） 5番、吉田和子委員。

○委員（吉田和子君） 無医地区の過疎医療地域ということの今、いろいろな軽減というお話になりましたけれども、その夕張市の方は白老町の状況を全部見て知っています。それでなぜしないのかということだったのです。だから絶対該当しないのだったら言わないと思うのです。そこに道から派遣になっている病院の地域医療の担当者が1人入っているのです。そしてその方も言ってい

ました。ですから私は単純なほうですから、4キロなければいいのですねと言ったら、そうですと。だからうちも交通機関もあるし、病院も栗山町も30分ぐらいで行けるとかと言っていましたから、ただ地域の中で4キロ以内になければなりませんという話は何回もされていきましたので、そういうふうにするかどうかはそれは町の考えですから、それはもう少しその辺の妥協性というか、ないのかどうかということが大事ではないかというふうに思います。その辺もう1回確認を含めてお伺いしたいと思います。

それから、きたこぶしの関係なのですが、先ほど言っていました新しく建てることで施設の管理5,000万円をその施設で管理しなければならないということですから、あくまでも前に言っていた条件のユニット式にしなければならないから入る人の負担もすごく大きくなって、だからほかの施設に移すのだということが大きな条件の一つであったと思うのですが、新しく建てるということはこれはこちら側のあくまでも理由ですね。それによってここにいる人たちが出なければならないということになると、療養型医療施設というのは医療病院というのは病院として必要だけれども、患者さんにとっても必要だけれども、医療費が安くて維持管理が大変なのでそういうものに転換をしていくということが一つの要因であり、包括ケアシステムの今後の構築に対してもそういった形式を取って高齢者を守っていくということが一つの大きな目的だったと思うのですが、その辺の目的と新しくすることでの差異というのですか、どちらを取るかということだと思うのですが、その辺のお考えを伺っておきます。

○委員長（広地紀彰君） 伊藤病院改築準備担当参事。

○病院改築準備担当参事（伊藤信幸君） まず、最初にお話がありました、へき地診療所の取り扱いの関係でございます。私どもも実際はどうだとか直接確認をした中での確認というのは正直取れてはございません。一定限、国の資料だとか、いろいろ見た中でそのような縛りがあるというように捉えているところでございますので、仮に本町がそういうような場所によっては該当になるとなれば確かに吉田委員がおっしゃられるとおり、社会医療法人としてそういうへき地医療に貢献する社会医療法人が医師の派遣をするというようなことが本町にもそういうふうになれば、大変医師確保の部分に拡大できるというようには捉えてございます。

それときたこぶしの部分についてでございますが、まずは21年療養病床から転換した中で今、小規模介護老人保健施設として運営をしているということでございます。これにつきましては、先ほどご説明した入所者の負担だけが全て要因ということではございません。まず一定限、この人員体制を確保していく中で現状においては夜勤の体制だとか、いろいろ含めた中で何とか黒字でやっている現状ではございますが、本来看護師含めて夜勤体制をした中での介護老人保健施設への転換というようなところが本来のきたこぶしとしてあるべき介護の体制というところでございます。そういったところを見て将来建てかえをして、今後も人員を確保していくというふうになったときには、やはり採算性の中では非常に厳しいというような一つの捉えを持っているところでございますので、この辺のところはご理解いただきたいと思っております。

○委員長（広地紀彰君） それではほかに質疑ございませんか。

暫時休憩をいたします。

休憩 午前11時10分

再開 午前11時20分

○委員長（広地紀彰君） それでは休憩を閉じて会議を再開いたします。

それでは質疑のある方はどうぞ。

13番、前田博之委員。

○委員（前田博之君） 私たちのほうは、ある程度町がどういうものをつくるかということを示さなければ積極的な議論ができないという前提に立っていますけれども、2点だけ聞いておきます。

きたこぶしの関係を聞いているのですけれども、今伊藤病院改築準備担当参事のほうで同僚委員の質問に対してする段ご理解願いたいと言っているのです。ということは委員の提案とか、こうだというのはもう否定している前提の議論になっているのです。そうですね。きょう資料を要求したということは、これがどういう方向に向かうということを議論しているのだけれども、もう頭から否定された考えで答弁されているのです。ということは、はっきり聞くけれども、この資料の中でも28年5月、29年11月6日、30年6月26日、全部きたこぶしは将来的に厳しい経営が続く見通しと否定しているのです。それでなくて100%、もうきたこぶしは作りませんという言い方です。

だけどきょう聞く限りでは、今言ったように町側はもう頭から否定されている。だけど民間は十分に経営努力をしてやっているのです。そういうことも含めればなぜ白老町は頭から否定的な方向性になるのか。そこで聞きたいのは、これから町民の意見も聞く、町民から出るかどうかわかりませんが、議会では今、積極的な議論をしています。これらの意見は十分に反映して、今後の基本計画をつくるときに十分に反映されるのですか。それこそ今、こうやって議論して、議員に対して担当参事が否定しているのですから。ということは、もうガス抜きみたいな形で資料を請求したけれども、そういう説明をして理解してくれという意味なのか。建設的に私たちはこの部分について議論できるのかどうか。それによってこれから皆さんの対応が違ってくると思います。これをきちんと整理しておかないと困ると思います。これは副町長の答弁になると思いますけれども。

先ほどNo5、ベッド数の経営シミュレーションの説明がありました。この中で多分、私が聞いている範囲では多くの繰り出しが出ると。その中で現金、あるいは資金、当初から留保していかなければだめだと。その分、繰り出し出しますと言っていましたけれども、聞きたいことは本質的なことを聞いておきますけれども、この医業収益に占める累積の資金不足額によって非常に経営状況が変わるのだけれども、この繰り出金を想定していますけれども、この中における医業収益に占める累積の資金不足額というのは、これは中に入っているのですか。この辺の取り扱いはどうなりますか。

○委員長（広地紀彰君） 古侯副町長。

○副町長（古侯博之君） 1点目のきたこぶしの関係の伊藤病院改築準備担当参事の言葉の置き方についての押さえ方について、全体にかかわることなので私のほうから答弁させていただきたいと思います。決して町としての考え方はこれまでも基本的な考え方は出しているとおりでございます。

そういうことの中であって、今回、一定限の資料請求に基づいて出したことについて町としてはこういうふうなことだという意味合いで伊藤病院改築準備担当参事の使ったご理解を願いたいという、そういう言葉にこの資料の扱いについての説明の一つの言葉として使っただけであって、私たち自身はこれから、あしたから町民懇談会もします。その声も聞きながら計画づくりは進めていきたいと思っていますけれども、基本的な考え方は6月26日に示したところにはもっていますけれども、ただ今後においてはこれで全て決定したからこれでやってくれという、そういうことではございません。先ほど森委員からもご指摘あった数字の問題だとか、そういうふうなことで疑義がある部分については、算定式の部分をどう出した数字なのか、後ほどまた示したいと思っています。

それから吉田委員のほうからあった、きたこぶしは国立社会保障・人口問題研究所の部分しか使っていないので町の人口ビジョンの中でどうなのだという、そういうことに対しても資料が必要であるならば、それは示していきたいと思います。あくまでも客観的なものに沿いながら皆さんのご意見をいただきながら、最終的には町として計画を策定して、皆様方にお示ししたと考えております。その言葉の置き方については、誤解がないようにこちらとしても使いたいと思います。申し訳ありませんでした。

○委員長（広地紀彰君） 伊藤病院改築準備担当参事。

○病院改築準備担当参事（伊藤信幸君） 私のほうからもちよっと言葉足らずなところがございまして誤解を招いてしまったことにつきましてはお詫びを申し上げます。

2点目にご質問がございました、収支シミュレーションの繰入金との考え方についてでございますが、こちらのシミュレーションはあくまでも単年度の経常収支比率を100%にするために必要な繰入額ということでの想定でございまして、前田委員から今ご指摘のあったのは累積欠損金の部分の解消を含めての部分はここには考慮されてございません。あくまでも単年度収支ゼロということでの想定でのつくりとなっております。

○委員長（広地紀彰君） 13番、前田博之委員。

○委員（前田博之君） 今、副町長の答弁は理解できました。だからきたこぶしにいけば制度も変わって、介護老人保健施設きたこぶしも該当するという部分で制度変わっていますから、この辺についても議論の余地が十分にあると思いますので、それはまた別な機会にやります。今の大事なことなのですが、この資金不足がおきると国の管理の、前回みたく厳しい管理の中で経営しなければいけないのです。29年も完全に赤字ですね。以前、累積について私も質問しています。30年もなります。ただ、今言った収支を出すというけれども、では白老町として今のそのシミュレーションの中の資金不足の額というのは相当額はどれぐらいになるのですか。それをきちんと定めおかないと、むやみにシミュレーションの中で、いくら赤字になるのか、いくら繰り出せばいいという話にならないのです。そこをきちんと押さえて議論していかないと、これから今回は今の経営の視点でのシミュレーションだからそれはそれでいいのだけれども、これから出てくると思いますが、それをきちんと押さえておかなければだめだと思っただけだけれども、今この部分で資金不足を町が今、これからつくろうとしている病院の収支計画でどれぐらいの部分の累積の資金不足

を想定した中でつくっていかねばいけないのかだけ出しておいてください。

○委員長（広地紀彰君） 野宮病院事務長。

○病院事務長（野宮淳史君） 前田委員のお話につきましては、前回もちょっとお話をさせて頂いたことだと思うのですが、現状においては29年度においても単年度の資金不足、こちらについては発生はしてございません。確かに累積欠損金、過去からの積み重ねというのは約9億3,000万円くらいございます。これについても確かに21年から25年、26年と公立病院の特例債をお借りしたときに、そのときにいろいろ一般会計の繰入金をいただいて特別利益等に入れていったところで、そういったところで確かに純利益相当額がかなり出たということで、過去の約13億5,800万円というのが約9億3,000万円の累積欠損金はいっていると、そういうところで実際のところは計算しますと過去からの減価償却費だとか、資産減耗額とか、そういう現金支出を伴わないものを一応累積というところで累積した数字ということは分析はしてございます。今後30年度以降についても単年度の資金不足、これが出ると確かに過去にも一般会計繰入金をいただいたように、そちらについてはやはり追加繰り入れをいただかないと確かに単年度資金不足を解消しなければいけないということになりますので、今後もやはり単年度資金不足は出ないように病院の中での資金計画、こちらについても適正に立ててやっていかねばならないと考えております。

○委員長（広地紀彰君） 13番、前田博之委員。

○委員（前田博之君） 今回の累積の資金不足の部分、十分に頭に入れて我々も議論していかないと、これは収支計画シミュレーションをつくってスタートして、結果的に何年も経たないうちにこういうことが起きたらこれは本当に町も行政も議会も大きな責任になるのです。過去のことを考えてわかりますね。一挙にきているのです。だからこれは十分に議論しないと大事なことだと思います。それと平成30年度に国民健康保険料が診療体制になっていますけれども、このシミュレーションやっているのが現状だと言いますが、診療体制の努力したものがこれが出てくるのか。はっきり言わせてもらっても先生の固有名詞は別にして、よその病院、個人病院も公立病院も月曜日から金曜日まで、入院の患者もあると思うけれども、午前午後同じ診療をしていますね。それがうちは二日に一回ですね。そういうその努力もきちんと含まれた中でシミュレーションを描いてこれるのかどうか。その辺私は本当に大事だと思います。現状のままでやっても努力するといってもマイナスばかりです。そういうことになって少しでも医業収入上がってくる、先生方も努力する、当然スタッフも含みますけれども。それを前提として病院の信頼性を持たなければいけないのだけれども。そういうことを何もうたっていないのです。それと歳出も言葉でうたっているけれども、現状も入院、外来が減ってきているのに、はっきり言うけれども窓口の委託している会計の人数が1人も減っていないのです。なぜそういう外来が減ったり、会計の人数も減らして少しでも支出を抑えて経営改善するというものが何も見えてこないのです。だからそういうことが今後本当に厳しさを持って、そういうことが基本計画ができるときに出てくるのかどうか、それだけ確認しておきます。

○委員長（広地紀彰君） 古俣副町長。

○副町長（古侯博之君） 今、今回お示したシミュレーションにつきましては正直言ってそこまで内部的な詰めた形で院長含めてスタッフ等々のところまでは詰めた形では出してはいません。

ただ、今後出さなければならないことは、今、前田委員のほうからご指摘のあった病院内部の中での改革をどういうふうにしていかなければならないかということは、これは十分考えて進めていかなければならないと思っています。以前に経営改善を病院で健全化プランのときに出したような形で病院の内部の中でも一定限の計画づくりの中では議論をしてもらった形でお示しをしていかなければならないということは重々押さえて今後進めていきたいと思っています。

○委員長（広地紀彰君） それではほかに質疑のございます方はどうぞ。

8番、大淵紀夫委員。

○委員（大淵紀夫君） 8番、大淵です。何点かちょっと具体的に聞く部分と方向を聞きたいと思っています。

一つは、ベッド数の件なのですけれども、15年後の47年のシミュレーションで見ますと入院は国立社会保障・人口問題研究所でいうと24人、人口ビジョンでは28.6人になっていますね。それで救急をとったり、ほかのことがあるとプラスのベッド数が必要ですね。もちろんこれが固定されているという意見で聞いているわけではないですから、これはあくまでもこの数字という意味です。救急医療やその他のことで必要なベッド数というのは、これプラスどれぐらいの数のベッドが必要なのかということをもとに聞いておきたいと思います。それと介護医療院ですか、まだちょっとよく理解していない中で聞くのです。これはきたこぶしとの関係ですから。改築の内容でいえば、きたこぶしの改築内容が出ているのだけれども、このシミュレーションと例えば介護医療院をやった場合の改築の金額や収支はこのままでいいのか。これと同じようなことで想定していいのかという意味なのです。意味わかりますでしょう。そこはどういうふうに変化があるのか、この点を聞きたいと思っています。

それと全部適用の資料も出していただきました。今まで出ている問題を考えたときに、特に病院の体制、やる気、それからそういうことを総合しますと、もちろん全部適用を受けてやらなければこれはどうにもならないのです。できないわけですから。だけど全部適用の議論がきちんと行われるということは、現状の経営改善、医師やコメディカルスタッフや看護師さんの意識改革を含めて、これは自分たちが頑張らねば全部適用はできないわけですね。ですからそういうことでいえば、やはり私はある意味それはかなり厳しい部分もあるのだけれども、全部適用の議論をするというのは経営をどう見るか。医師の意思や努めている人たちの意思をどう変えるかということであれば、これはかなり大きなウェイトを占めている。結果的に全部適用にならなかったとしても私は非常に大きなインパクトがあるのではないかというふうに思うのだけれども、そこら辺はどのように考えているか。

これは質問です。質疑ではないですから、はっきりそうやって言いますから。それで許していただけるのなら一つだけ聞きたいのは、今、古侯副町長が言われた、そういうことを含めて院内の意見集約はもうやらなかったら間に合わないし、これから意見聞くなんて全然もうナンセンスもいい

ところだと思うのです。中の意見がどうなのかと。ここを変えない限り、私は新しい病院になってもなかなか大変だと思います。ですからその部分はどのような作業をやっているのか。これは質疑ではなくて質問になってしまうけれども、もし答えられるのだったら答えてほしいと思います。

○委員長（広地紀彰君） 伊藤病院改築準備担当参事。

○病院改築準備担当参事（伊藤信幸君） 私のほうからまず1点目の救急ベッド何床ぐらいを想定しているのかというご質問でございましたが、まずこの今回の平成47年ということでしたね。ここでは国立社会保障・人口問題研究所では24人、人口ビジョンでは28.6人ということで、例えば28年につくった基本構想では将来的にはこの時点でも30人ないし、33人ぐらいという入院予測の中で43床程度ということをお示ししていました。その中で救急のベッドとしては3床程度が必要ではないかということで当時お示しをしております。現状は7ベッド置いておりますが、一定限建てかえの際には一つ43床という基本構想の中では3ベッドぐらいは必要かと思っております。今回この人口推計を見た中では、やはりおおむね2から3ベッドぐらい、そういうような確保というのは必要ではなからうかというように現時点では考えております。

そして介護医療院の収支につきまして、実際は介護医療院の場合というものをお示ししてごさいませんが、やはり先ほど介護医療院のご説明の中で最後結びとしてお話したとおり、一定限施設基準もおおむね同じというか、多床室とユニット型の違いはありますが、多床室であっても今よりかはしっかりゆとりを持ったつくりをしなければならないというのは、その違いは確かにあるとは思いますが。ただ、一定限そのほかにつきましては、おおむね新しい介護老人保健施設の基準とあまり変わらないということから、規模的には同じぐらいかというのはまず一つごさいます。人員基準につきましては、その国の人員基準の縛りで看護師も一定程度置かなければならないというところは、きたこぶしを21年に創設した際に看護師5人体制でやっていた実績がごさいます。一定限そういうようなことも踏まえてと、そして介護報酬の部分につきましてももしかすると認定介護度が低い方が多くなれば介護報酬上は今よりもちょっと低い形になりますので、もしかすると入所者の傾向によっては若干収益、介護報酬の収入としては減るかも知れませんが、一定限おおむね同じぐらいというような捉えからいけば、今回示したきたこぶしの収支試算とおおむね同じぐらいなのかというように押さえしております。

それと最後にご質問がございました、院内の意見集約の取り方ということでごさいます。こちらについては、まず病院内を全員集まった中でということでは人数も相当いる中で議論するにしてもいろいろご意見いただくにもなかなかしづらい環境だとかもあつたりします。その中で各部局、例えば医局だとか、看護局、そして診療技術局だとか、そういった部門ごとに小さい括りの中で私と事務長を中心としてしっかりそれぞれのセクションとしての考え方を集約していきたいと。実際そのところはまだできていないところが実情ではごさいますが、そういう小さい括りの中でいろいろご意見をいただきたいというように考えてごさいます。今回、あすから地域懇談会にいろいろ出向いた中で今の病院のあり方を含めていろいろご意見が出ることも想定されております。そういうところも院内でのそういう懇談の中でしっかり町民の意見をフィードアップバックして生かし

ていければというように思っています。

○委員長（広地紀彰君） 古俣副町長。

○副町長（古俣博之君） 全部適用のあり方につきましては資料の中でもお示したように、全道的に見てもかなりの大きな病床を持っている病院で実施されているのは現状でございます。ただ、先ほど前田委員からもご指摘があったようにやはり病院改革をしていくときに、これまでも一般質問等を通してながら病院内部の意識改革がどういうふうにして図っていかなければならないかというのは非常にこれは大きなことだと思っています。そして今回もこういうような病院改築に向けて、さまざま二転三転ということがありましたけれども、そのたびごとに医師を含めて病院のスタッフからもご意見をさまざまいただいております。そんなことも含めて、これが形としてどういうふうにつくり出せるかというのは、これはなかなかしっかりとしたもの議論がなければならぬだろうと思いますけれども、一つの方法としては、ここに示された方法があるということを通してやはり病院内部の中で一つの議論はしていかなければならないのではないかとこのふうには私どもも思って、今後計画の中でこれが全てできるかできないかということは別問題として、やはり先ほど言った意識改革の面も最大限に進めるためにも一つのこういう方法の中で病院経営を実際に内部の中でどういうふうにやっていくのか、それは話の一つの素材として院長を含めて病院内部の中で議論はしていきたいと思っています。

○委員長（広地紀彰君） 8番、大淵紀夫委員。

○委員（大淵紀夫君） 8番、大淵です。1点目の件なのですけれども、これ以外に例えばちょっと読み込み不足なのですけれども、介護医療院ですか、これがもし併設ではなくて隣接というのですか、併設はできないのでしょうか。隣接した場合、ベッドが必要ではないのかどうかとか、それから在宅医療をやった場合のベッドは必要ないのかどうかとか、そういう点ではもう最低ここだけ、例えば3ベッドなら3ベッド、救急が3ベッドというのだったら、それだけでこれにプラスしたベッドの数で考えればいいのかどうか。私が今言っているのは平均的な意味です。それでそういう考えでベッド数は考えていいのかどうかということです。それ以外に何かどうしても必置義務が置かなければならないベッドは、例えばないのかどうかというあたりが一つです。それから、介護医療院というのはまだよくわからないのだけれども、今のきたこぶしからこの施設にすることによって町や町民が具体的にメリットになる、例えば費用が下がるとか、それから建築費用が安いとか、具体的にそういうものが何かあればそこは教えていただきたい。全部適用と意見集約の部分なのですけれども、やはり報告を聞いていても、そういう努力をする、します、それから計画をつくってなるべく頑張りますというような、この資料も全部そうなっているのです。これはやはりお役所の仕事なのです。だから何を言いたいかということ全部適用というふうになると全然違う、もちろん全部適用でも必要な医療については町がお金を出さなければやってくれないわけですから、それはもうはっきりしているわけですから。だけど全部適用という意識というのは、まさに自分たちが頑張らなければならぬ成果にあらわれるのです。ですからそれは受けてくれる人がいなかったらだめだと。例えば東北では結構小さいところでもやっているところもあります。私たちが視

察したことがございます。藤沢病院ですか、どこかあるのです。やはり本当に病院を変えるとなったら、その職員の皆さんの意識がそういうふうにならないと、私は入れ物、建物やそんなものだけではいけないと思うのです。そこのところ、例えば全部適用が全てだと私は言っているのではないです。そういう意識改革をどうやってやるかと、そこはこちらが投げかけなければだめなのです。中ではなくて、中は公務員として動いているのです。公務員が悪いというのではないです。だからそこら辺が私はやはり一つの大きな今回の問題だと思っているのです。だから例えば方向転換しましたね、公設公営、ベッドを置くと。ということは、逆にいうと、この方針転換をしたときに管理者として医師確保はどう考えたのか、どう組み立てたのか。何もないけれどもみんなが言ったから、まさか公設公営でベッドを確保してやるといったわけではないと思うのです。管理者は町長ですから。管理者がそのときにどんな考え方でベッドを置く、公設公営でやるといったのか。医師の確保は全く見通しも何もないけれどもやるといったのか。そういう管理者の決意が病院にきちんと伝わるといような仕組みでないといけないでしょう。そういうことが意識改革なのです。この文章を見ても、それから参事が悪いというのではなくて、参事のほうを聞いているのです。こういう計画があるから努力しますと言うのです。みんなそうなのです。そういうつくりなのです。私が言っているのは、それだったら同じなのです。逆に言えば計画をつくって30人でやるといった、なぜできないのと、やりなさいと、民間だったらそんなことは許されません。だけどそう言っても、付度ではないけれども、いってもそうなのです。だからそういう意識、そこのところを変えないといけないのではないかとことを言っているのです。だからそこのところで病院のつくり、それから職員の聞き方、町民からの声の聞き方、そういう視点で聞かないと努力したけどもだめだったというのはもうだめなのです。そこのところをどういうふうにかあてているかあたりが1番大切だと思うのだけれども。

○委員長（広地紀彰君） 古俣副町長。

○副町長（古俣博之君） 今回、5月22日に公設公営でベッドを保有して病院経営をやっていくと、そう管理者として押さえるにあたっては、これまでさまざまな形態の部分でのいろいろ協議も含めて議論はしてきました。そういう中でどういうふうには病院をつくっていかなければならないかという部分においては、医師の問題もあります。それからスタッフの問題もあります。そして町の財政的な問題もあります。さまざまな条件を考え合わせた中で、決して余裕のあるような状況で今の町政が余裕のあることではないということを十分押さえながらも町民の皆さんのやはり病院に対する思いも含めてくみ取りながら、ではどうすべきかと。医師の確保はどうしていかなければならないか。それはこれまで、先ほどもご説明したような方法も含め、それから今回たまたま苦小牧医師会との関係づくりも含めて、東西、室蘭市、JCHOも含めて、そういうふうな連携性も考え合わせながら進めていくことができるのではないかと。そういうことも合わせ持ちながら、本当に病院が新しくというか、改築になったから、それでいいということは毛頭持たず、やはり町民の皆様本当に1人でも2人でも今までよりも多く来てもらうような病院づくりをするためには、外もそうだし、中もそうだし、そういうつくり方にはしっかりと向き合っていかなければならないということが私

たち町長を含め理事者の強い思いの中で、まだまだ聞く部分については、あしたから懇談会やるのですけれども、そういうことも含めてしっかり聞きながら、内部の声も合わせながら、院長と町長としっかり向き合う中で皆さんに信頼される病院づくりは進めてまいりたいと考えています。

○委員長（広地紀彰君） 伊藤病院改築準備担当参事。

○病院改築準備担当参事（伊藤信幸君） 私のほうは最初にご質問がございましたベッドの必置義務の部分でございます。まず救急告示を取るというときには、これは法律に基づいて必ず救急のためのベッドを保有しなければならないということでございます。その数に応じて国の交付税としてその確保した救急のベッド数に応じての交付税措置がされるということで、基本的には常にそのベッドを空けていつでも受け入れるようにということが定められております。そのベッドの数の取り方については、特に何床おきなさいということではございません。現状は先ほどご説明したとおり7ベッドをもっている。今後建てかえの際にそこまで必要になるかといえば、一定限そこまで必要ないのではないかとということでは基本構想では3床程度を確保するべきだということで考えた経緯がございます。その他、これから地域包括ケアシステムを進めていくという中で、やはり入院ベッドの必要性というところは確かにございました。今回無床診療所という方向性の中でも一定限、入院ができる環境を広域的に確保しなければならないということがございました。今回ベッドを町立としても持つという方法制の中では、やはり在宅医療が進んでいくにしてもやはり体が急変し急性期として感謝さんも受け入れられなくていけに。ということでは、ベッド作り、考えてございますが。ではそのベッドが何床が必要かということの押さえは、今現時点ではその考えは特にございませんが、一つの目安としては今回お示した将来推計に基づいたときに患者数はこれぐらいと予測されるのではないかと、これがまず一つの基本的な資料の一つではないと押さえております。

そして介護医療院のメリット、これは新しい施設ということで、まず介護老人保健施設と大きな違いといいますのは、介護老人保健施設はあくまでも中間施設という位置づけになっております。

基本的にはずっとそこに居られるということではなく、自宅もしくは次の施設への行き先の中間の立場ということで施設でございますが、介護医療院につきましては、基本的には終の棲家という位置づけになっております。終の棲家ですから、介護施設でいうところの特別養護老人ホームだとかも同じような終の棲家になるかと思いますが、ここが大きな違いになっております。介護医療院ということでは、この終の棲家ということと、あとは一定限の医療行為も必要であれば受けられるというようなメリットがございます。大きく町民にかかわるメリットといえば、このような二つが挙げられるのかというふうに捉えてございます。

○委員長（広地紀彰君） 8番、大淵紀夫委員。

○委員（大淵紀夫君） 8番、大淵です。今の件でもう一つだけ。特別養護老人ホームと、この介護医療院の違いはどのようなことなのでしょう。

○委員長（広地紀彰君） 伊藤病院改築準備担当参事。

○病院改築準備担当参事（伊藤信幸君） 大きな違いは、まず特別養護老人ホームに関しては終の

棲家ということなのですから、一般的にはやはり要介護3以上の方、重度の方が基本的には入所できる施設、認知症も伴った方におきましても一定限受け入れられる施設ではないかというふう
に捉えております。お医者さんの配置についても基本的には入所者の方の健康管理をするためのお
医者さんを配置していると。本当に軽い医療処置だとかはあるかと思いますが、それ以上にかかる
医療が必要で、急変したとか、肺炎を起こしたとか、そういった部分に関してはやはり特別養
護老人ホームの中では賄えない部分がありますので、一定限病院だとかに入院をされるというケー
スがあるということでございます。介護医療院に関しましては、医師は直接置かなくても、その併
設している病院のドクターが診ていただける。そして看護師も手厚く6対1という配置がございま
すので、一定限の医療処置が受けられるというような違いがあるということでございます。

○委員長（広地紀彰君） ほかに質疑ございませんか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○委員長（広地紀彰君） 質疑なしと認めます。

次に、次回の特別委員会の開催についてであります。小委員会での調整により、8月28日に議
員間討議を行うこととして、別途通知したいと思います。

これにご異議ございませんか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○委員長（広地紀彰君） ご異議なしと認めます。

なお、連絡事項といたしまして、今後のスケジュールでレジメに記載には、平成30年8月28日の
10時からと記載がありますが、他の行事等の調整の上、午後1時30分からの開催の通知となりま
すので、念のため申し述べておきます。

それでは次回、本特別委員会の開催日は、別途通知することといたします。

◎閉会の宣告

○委員長（広地紀彰君） これをもって、本日の特別委員会は閉会いたします。

（午後 0時02分）