

厚生常任委員会会議録

平成28年10月31日

場 所 第1委員会室

平成28年10月31日(月曜日)

午前10時2分開会

会議に付託された議案等

- 福祉保健行政の推進及び県立病院事業に関する調査
- その他報告事項
 - ・県立宮崎病院再整備の進捗状況について
 - ・国民健康保険制度の改革に係る取組について

出席委員(8人)

委員 長	太田 清海
副委員 長	野崎 幸士
委員	井本 英雄
委員	宮原 義久
委員	松村 悟郎
委員	田口 雄二
委員	新見 昌安
委員	前屋敷 恵美

欠席委員(なし)

委員外議員(なし)

説明のため出席した者

病院局

病院局長	土持 正弘
病院局医監兼 県立宮崎病院長	菊池 郁夫
病院局次長兼 経営管理課長	阪本 典弘
県立宮崎病院事務局長	長倉 芳照
県立日南病院事務局長	川原 光男
県立延岡病院事務局長	青出木 和也
病院局 県立病院整備対策監	松元 義春

福祉保健部

福祉保健部長	日隈 俊郎
福祉保健部次長 (福祉担当)	緒方 俊
福祉保健部次長 (保健・医療担当)	日高 良雄
こども政策局長	椎 重明
部参事兼福祉保健課長	渡邊 浩司
法人指導・援護室長	池田 秀徳
医療薬務課長	田中 浩輔
薬務対策室長	甲斐 俊亮
看護大学 法人化準備室長	河野 譲二
国民健康保険課長	成合 孝俊
長寿介護課長	木原 章浩
医療・介護 連携推進室長	横山 浩文
障がい福祉課長	日高 孝治
部参事兼衛生管理課長	竹内 彦俊
健康増進課長	木内 哲平
感染症対策室長	田中 美幸
こども政策課長	小堀 和幸
こども家庭課長	松原 哲也

事務局職員出席者

議事課主査	弓削 知宏
政策調査課主査	大峯 康則

○太田委員長 ただいまから厚生常任委員会を開会いたします。

本日の委員会の日程についてであります。

お手元に配付いたしました日程案のとおりでよろしいでしょうか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○太田委員長 それでは、そのように決定いたします。

執行部入室のため、暫時休憩いたします。

午前10時2分休憩

午前10時3分再開

○太田委員長 委員会を再開いたします。

それでは、報告事項について説明を求めます。
なお、委員の質疑は執行部の説明が終了した後
にお願いいたします。

○土持病院局長 病院局でございます。よろしく
お願いいたします。

病院局からは、1件の御報告をさせていただきます。
県立宮崎病院再整備の進捗状況について
であります。

県立宮崎病院の再整備につきましては、9月
の委員会においても報告をさせていただいたと
ころでございますけれども、昨年の10月から行っ
ておりました基本設計が、このたび完了しまし
て、その内容がまとまったところでございます。

本日、委員の皆様の前に置いておりますこの
模型が、今回の基本設計の成果物の一つでござ
います。宮崎病院の400分の1のサイズの模型と
いうことになっております。

詳細につきましては、次長より説明をさせま
すので、よろしくをお願いいたします。

私からは以上でございます。

○阪本病院局次長 それでは、県立宮崎病院再
整備の進捗状況につきまして、お手元の常任委
員会資料によりまして御説明いたします。お開
きいただきまして1ページをごらんください。

これまで何度か御説明はしておりますけれ
ども、一応、基本設計が今回完了いたしました
ので、おさらいの意味も含めまして、再度説明
をさせていただきます。

まず、1番の基本設計業務委託の内容でござ
います。

契約の相手方といたしまして、日建・コラム
設計業務共同企業体。昨年、公募型のプロポー
ザル方式によりまして、この全国大手の日建、
それから、地元宮崎の企業でありますコラム設
計の合弁企業であります共同企業体の日建・コ
ラムを選定いたしまして、契約の相手方として
おります。

履行期間といたしましては、昨年の10月16日
から、当初、この9月末までとしておりました
が、前回、報告させていただきましてとおり1
カ月延長いたしまして、本日10月31日までの履
行期間となっております。

委託額につきましては、1億2,687万39円と
なっております。

2番の、基本設計の検討状況でございます。
主には、病院のスタッフとのヒアリングを中心
としております。

まず、ステップ1でございますが、昨年の10
月からことしの1月まででございますけれども、
当初、業者が作りしました、この技術提案の図
面をもとにしまして、まず、階の構成ですとか
大まかな部門、例えば看護部ですとか、それぞ
れの医療の部分についてもたくさんの部門がご
ざいますが、それぞれの部門ごとの配置、それ
から病棟の構成、こういったものを部門別の作
業部会で検討をしたところでございます。

この検討の結果、まずは当初の構想からしま
すと、3階と4階のフロア、当初は管理部門の
フロアが3階にありましたけれども、これが4
階に上がりまして、もともと4階に予定してあ
りました手術部門、ICU部門、これを3階に
おろしたところでございます。

それから厨房とか、透析の部署、霊安部分が
ございますが、こういったところについての位
置変更を行ったところでございます。

続きまして、ステップ2でございます。これは、ことしの1月から4月まで行いました。まず、ステップ1で決まりました階の構成等をもとにいたしまして、各部門の連携ですとか、あとスタッフや患者様の動線というのを考慮いたしまして、各部門のブロックプラン、それから大まかな専有面積、こういったものの検討を行いました。

これらの検討の結果、薬剤の部門、それから物流部門、あと抗がん剤等を投与いたします化学療法センター、こういったところの位置の変更がございました。それから、救急車の動線を考慮いたしまして、救急部門の配置、それから手術室数、あと病棟ごとの診療科病床数、外来の診察室数などを決定したところでございます。

それから医局、この医局と申しますのが、いろんな意味で使われますけれども、この場合の医局といいますのは、病院のドクターの事務スペースといいたいまいしょうか、控室とお考えいただければよろしいかと思っておりますが、それから外来、厨房などの一部の部門において、やはり、ちょっと面積が足りないという御要望、御指摘がございましたので、後々、ステップ3でヒアリングを行いましたけれども、その部門について、そこで検討しよう。結果としては、面積をふやしておるんですけども。

それからステップ3、ここがかなり中心といいたいまいしょうか、詳細な検討のステップでございますけれども、ことしの4月から8月いっぱいまで検討を行いました。この中で、病院の中には約40の部門がございまして、40の部門に対してヒアリングを行いました。実際に、この図面を見ながら意見を出してもらいました。そうした作業を通じて、この基本設計の図面を完成させていったわけでございますが、このヒアリ

ングを行うに当たりましては、大体ヒアリングの1週間前には、事前にこの図面をお渡しいたしまして、それぞれの部門の中で検討いただきまして、そしてヒアリングに臨んでいただいたところでございます。

こういったヒアリングの中では、主な建物の建設、それから中の設備、医療機器ごとに期間を分けて実施をいたしました。大体、1部門当たり——済みません、ちょっと訂正ですが、3と書いてありますが、これは4の間違いでございます。失礼いたしました。一番少ないところで、4から、最大で10回のヒアリングを行ったところでございまして、合計で200回程度のヒアリングを行っております。

もちろん、ヒアリング以外に、例えばメールでのやりとり、電話でのやりとり、こういったものは数え切れないほど行っているところでございます。

このヒアリングの中での確認内容につきましては、ここに書いてございますが、各部屋の配置とか、部屋の数、広さ、用途、あと間仕切りの位置、それから患者様やスタッフ、物品の動線、それからいろんな器械等のレイアウト。病院は院内感染を防ぐという意味で、手洗いが非常に大事でございますが、この手洗いの場所、それからコンセント、電話といった、かなり細かな設備の配置の検討を行ったところでございます。

それから、いろんな放射線を使う器械がございまして、この防護ですとか防音、あと光ですね、調光照明、それから空調、こういった特殊条件についても検討を行ったところでございます。

こういったもろもろのことにつきまして、病院スタッフと詳細な協議を行いました結果、い

ろんな変更点がございますけれども、特に主な点といいますと、3つの点について、基本的に面積がふえております。

一つは外来部門でございます。外来部門につきまして、やはり当初の基本構想よりも、診療室、処置室、あと休憩室、こういったものをもっと確保してほしいという意見がございましたので、基本構想よりも170平米ほどふえたところでございます。

それから医局です。ドクターの執務スペースにつきましても、もろもろの要望等がございました。これで160平米の増でございます。

それから厨房につきましても、やはり、ここで給食等を調理いたしますので、使い勝手のよりよいスペースにしようということで、当初案から280平米ほど増と。その他、全ての部門につきまして、いろんな調整を行いまして、最終的な平面図を作成したところでございます。

この結果、新病院の延べ面積は、基本構想時点からしますと3,100平米増加をいたしまして、後ほど御説明しますが4万8,100平米の面積となったところでございます。

最終的に、ステップ4でございますが、9月から10月の2カ月間におきまして、これまで検討いたしまして作成しました図面を部門ごとに再度説明いたしまして、最終確認を行ったところでございます。この段階でも、若干、例えばコンセンートを追加してほしいといったような細かな微調整を行ったところでございます。

部門別の合同部会、建設委員会で確認をいたしまして、最終的には、先週の10月25日に全体説明会を行い、ここで完了報告を行いまして、基本設計の成果品が完成したところでございます。

以上がこのヒアリングの状況についての詳細

でございます。

次に、2ページをごらんいただきまして、基本設計の概要を御説明いたします。別添の資料1という、白い紙でカラーの資料をお配りしております。こちらをごらんください。

まず、表紙でございますけれども、新病院のパスを載せております。皆様の目の前にこの模型を置いておりますが、ちょうど今、皆様からごらんいただいている、南から正面玄関をごらんいただいているのと同じ写真、若干、右に寄っております。東南の角から写真を撮っております。色につきましても、大体、同じ色でございますけれども、1階から4階の低層部分が既存の建物、ちょうど皆様からごらんいただいて左にあります附属棟ですとか、手前でございます今の精神医療センター、改修後は研修センターとして活用いたします。これらの色と色調を合わせるということで、低層部分については、ベージュ系の色を使っております。

それから、8階建てでございますが、全てをベージュにいたしますとちょっと威圧感があるということで、上層階部分、病棟部分につきましては、白色、淡い色を使いまして威圧感を抑えるといった工夫をしておるところでございます。

資料をおめくりいただきまして1ページ、こちらにも写真をつけてあります。これが北側です。ちょうど今、皆様側から、模型でいいますと反対側になりますけれども、この北東角から写真を撮っております。ちょうど、この写真の右にございますのが国道10号線でございます。

建設概要でございます。所在地は変わりません。それから、下から2番目の延べ面積のところでございますが、延べ面積としまして6万1,460平米でございますが、これは先ほど申し上

げました既存の附属棟ですとか精神医療センター、これらを含んだ面積となっております。こういった附属の部分を除いた、今回整備いたします新病院につきましては、約4万8,140平米の面積となっております。

それから、右をごらんいただきまして、新病院の概要の構造でございますが、まず、つくりとしましては鉄骨づくりでございます。それから免震の構造としているところでございます。やはり、この免震というところが、さきの熊本地震での反省も生かされているところではございますが。免震ということで、建物自体がゴムのダンパーを使いまして揺れを吸収し、かなり被害を抑えることができるものでございます。

階数としましては、地上が8階となります。ただし、8階といたしますのは、ちょっとこの模型をごらんいただきますと、ヘリコプターが載っているヘリポートがございまして、その下に灰色のちょっと狭い部分、これが8階になっております。この8階の部分は、主に機械室とか発電、予備の発電機械とか、こういったものを置く部門でございまして、基本的には人がふだんは立ち入らないスペースとなっております。実際は、その下の7階までの病棟、これが主にふだん病院として機能する部分でございます。

それから、最後にこの模型の塔屋と言われる部分が、皆様からごらんいただきますと左上に飛び出ている部分、ヘリコプターのちょっと左のほうにございます。最上階の上のヘリポートに行くためのエレベーター部分が、ここだけちょっと飛び出ている、これが塔屋と言われる部分でございます。

建物の高さにつきましては、全体の高さが40.5メートルとなっております。

それから、あと駐車場でございますけれども、

約600台を整備する予定でございます。現在が450台程度でございますので、150台ほど駐車スペースとしてふえます。うち立体駐車場、これが新しいところでございます、この模型でいいますと、皆様からごらんいただきまして右手のほうに、ちょっと見づらいかもしれませんが、立体駐車場を整備いたします。それから、この立体駐車場で、約280台分の――内数でございますが、整備いたします。

それから、駐輪台数、自転車置き場としまして約250台、これは、現状とほぼ同じ台数を整備いたします。

それから、施設整備の基本方針でございます。4色で4つ掲げております。「診療機能を効率的に発揮できる機能的な病院」、それから「患者・家族等利用者の視点に立った病院」、「安心・安全で災害に強い病院」、「環境にやさしく、コストパフォーマンスの高い病院」、この4つの基本方針によりまして、今回のこの基本設計を整備しております。

右の2ページをごらんください。

建物の配置計画と動線計画でございます。基本的に、機能的でコンパクトな配置を目指すということで、まず、この新病院につきましては、建物を現在よりも国道10号寄りの北側の、現在は駐車場となっておりますこのエリアに配置いたします。

完成後に引っ越しをいたしまして、現在の病院を解体し、この図面にございましており、平面の駐車場といたします。

2つ目のポツで、先ほど申し上げました敷地東側に立体駐車場を整備いたしまして、今の病院が建っている部分につきましては平面駐車場といたします。

あと、整備のスケジュールでございますけれども

ども、まず最初に、立体駐車場を整備いたします。なぜかといいますと、新病院を建設するために、現在の平面駐車場がほとんど潰れてしまい、その間の患者様の駐車場がなくなってしまうので、まずはこの立体駐車場283台分ございますが、これを整備いたしまして、それから駐車場を潰して新病院の建設にかかるというスケジュールでございます。

それから、3つ目のポツですけれども、既存の附属棟、精神医療センターは改修をいたしまして、それから、あと災害の備蓄倉庫もございまして、引き続き利用をいたします。

それから、次の明快な外部動線計画でございますが、この外部の動線に関しましては、この図面でいいますと、新病院で一般車両は、左、若干下でございます「一般車・救急車」という文字が書いてございますけれども、ここからまず入っていただくこととなります。

それから、救急車につきましては、赤い動線で建物の西にあります、この救急の搬入口、ここに横づけするということとなります。一般の車両等につきましては、青の動線でございますけれども、この西側から入りまして、新病院南側に玄関のロータリーをつくっておりますけれども、このロータリーにアクセスするということとなります。

このために、この図面の「一般車・救急車」と書いてございます、ここに新しい信号を設置いたします。設置し、また右折レーン等も専用レーン等を設けまして、この周辺交通環境の混雑を回避する予定でございます。

それから、この一般車両が横づけをいたします新病院の玄関のロータリーにつきましては、大きなひさし、この灰色の部分でございますが、を設けます。

それから、正面の玄関、時間外の玄関、あと救急の玄関、こういったものをわかりやすく配置しまして、ゆとりある乗降スペースを確保する予定としております。

それから、新病院の建物の北側の国道10号に県立病院前のバス停がございます。その関係で、バスで来られる来院者の通路としまして、建物の北側にサブの玄関を設ける予定としております。

続きまして、2ページの下、建物の構成でございます。

先ほども申し上げましたが、建物としましては8階建てでございます。8階部分は、この一番上に「機械」と書いてございますけれども、こういった機械室を設けます。8階建てで地下は設けておりません。やはり、浸水被害というのが、これまでも言われておりますので、一応、病院部分については1.5メートルのかさ上げをいたします。レベル2の千年に一度と言われております雨が降りまして、大淀川が氾濫し、万が一、浸水いたしましても、この付近は1.2メートルと言われておりますので、1.5メートルのかさ上げをいたしまして、基本的には浸水はしないというつくりになりますが、それでも万が一ということがございますので、地下部分は設けておりません。

1階から3階が診療の部門、4階が管理部門、5階から7階が病棟部門ということになっております。

エレベーターにつきましては、患者様、それから家族用、それからスタッフ・搬送用、給食用、救急用といったことで、用途により分離をしまして、迅速性、安全性を確保しているところでございます。

5ページをお開きください。階層ごとの平面

図をおつけしております。

まず1階でございますけれども、1階につきましては、まず正面玄関がございましてエントランス、それから左のほうに救命救急部門、右奥に放射線部門などを配置しております。

正面玄関から入りますと、まずエントランスホール、吹き抜けとなっております。このエントランスを中心に総合案内ですとか、左手に講堂、また右手に売店、レストランを配置しております。

売店、レストランにつきましては、明るい南側に配置してございまして、県立病院としての親しみやすさですとかにぎわいといったものを創出することを目的としております。

西側の救命救急部門につきましては、救急車の搬送口、それから、上の病棟とかICU等にあがります救急のエレベーター等を近接させることによりまして、初診室へアクセスのしやすい配置としております。

また、「救急EV」と書いてあります、左のピンク色の上の部分ですけれども、この救急エレベーターにつきましては3階の手術部門、ICU部門、それから5階の分娩部門、最終的には屋上のヘリポートと直結をしております。

それと、この図面上にはちょっと表記しておりませんが、救急との連携を配慮いたしまして、建物の救急の右隣の内視鏡の部門ですとか、それから放射線部門、これのなるべく動線を短くしまして搬送しやすいような計画としております。

続きまして、下の2階をごらんください。2階に総合受付、外来、検査部門などを配置しております。

1階のエスカレーターから上っていただきまして、このエスカレーターを上った正面に総合

の受付、それから待合を配置しております。

それから、なるべく明るく落ちついた南側に、患者様、家族の皆様の相談機能を集約しました医事・医療連携支援センターというものを配置しております。

また、この外来部門、水色の部分でございますけれども、これが回遊するような、ぐるりと一周するような形で受付、待合が並ぶ形としてございまして、高齢者の方にも一目でわかるようなワンループの外来といったものを計画しているところでございます。

また、この外来に隣接する形で、右上でございしますが、この北側に化学療法センター、例えば、いろんな抗がん剤ですとかの化学療法を行う部門でございしますが、これもこの外来のループに隣接し、また中央部分に、紫色の部分ですけれども、検査部門を配置いたしまして、なるべく移動の少ない、患者様の動線に配慮した計画としております。

続きまして右のページ、4ページの3階をごらんください。この3階は手術部門、ICU部門、臨床工学部門、中央の材料部門、病理検査部門など、急性期医療の中核機能というのを、ここに集約配置をしているところでございます。

各手術室、水色の部分ですけれども、基本的に8メートル四方を大きさとしてございまして、さまざまな診療科の手術に対応できるように、また多くの医療器械を配置できるように、ある程度の余裕のある、それから汎用性の高い手術室とする計画でございまして。

左下、南側にございましてICU部門、いわゆる集中治療室でございまして、手術室に隣接をさせてございまして、また、救急のエレベーターからも近接した配置としておるところでございまして。

また、このICU部門の真ん中に、二重線でカウンターのようなものがございます。ここに囲まれた部分がスタッフのステーションでございますけれども、このスタッフステーションを病室が取り囲むという形で、要するに、スタッフステーションから病床が近いということで、急性期に対応した構成としておるところでございます。

続きまして、4階でございます。ここには管理部門、供給部門、精神医療センターを配置しております。

まず、下の薄い緑色といいたしでしょうか、ここに、いわゆる事務のスタッフがおります事務部と医局から成ります管理部門。これは、なるべく職員同士のコミュニケーションに配慮しまして、大きな間仕切りを設けずに、ワンルーム形式のオフィスとしております。

上の栄養管理部門、それから右に「SPD」と書いておりますけれども、これは院内の物流管理です。いろんな、薬剤以外の診療材料といいたしでしょうか、そういったものを扱う、このSPDの部門につきましては、建物の北東部に配置しております。先ほどの平面図にございますけれども、実は、この建物の1階部分の北東部に流通の車両の専用入り口も設けておまして、この搬送用のエレベーターと近接し、なるべく動線を短くする計画としております。

また、この建物の左の精神医療センターにつきましては、病棟、それから外来、デイケア、こういったものを同一フロアに配置をいたしまして、連携のとりやすい充実した医療提供の可能な精神医療センターとしているところがございます。

おめくりいただきまして5ページでございます。ここの5階、6階、7階が病棟部門となっ

ておるところでございます。

5階部分につきましては、左上の薄い紫色の分娩、それからLDRとあります。このLDRといたすのは、前回は若干説明しましたが、「L」というのが「Labor」、出産のときの陣痛、それから「D」が「Delivery」、分娩、「R」というのは「Recovery」、回復、要するに、陣痛が始まって出産し、その産婦の方が回復するまでを一つの部屋で一体的に移動することなく行うことができる、これがLDRでございます。

それから、その隣、ちょっと薄い赤のところはNICU、いわゆる乳幼児といいたしでしょうか、新生児の集中治療室であります。それから、GCUといたすのが、そのNICUを出て、その後継続して保育を行う、「Growing Care Unit」の略ですけれども、こういったGCU。こういったものも隣接し整備をしております。ここが一体となりまして、周産期の医療を担う周産期病棟フロアとなっております。

それから、真ん中の6階でございますけれども、これは主に、外科の病棟が中心となっております。

それから、左下の紫の部分にリハビリの部門がございます。やはり外科の患者様は、その後のリハビリというのが、かなり必要となつてまいりますので、同じフロアに配置し、なるべく垂直移動を少なくするといった配慮をしているところがございます。

7階につきましては、上の部分の無菌病床ですとか、左下にあります感染症の病棟がございますけれども、こういった混合の病棟のフロアとする計画としております。

6ページをごらんください。病棟・病室の計

画でございます。この病棟全体の考え方というのを記載しているところでございます。

今回のこの設計の大きな特徴の一つでございます。まずこの病棟、1つの病棟が1フロアにあるというのが普通でございますけれども、もしくは東と西に分かれているとか、そういったのが通常ですけれども、今回は2つの病棟を一体化するというので、この「2 i n 1病棟」。これは、これまでも全国では幾つか例はあるんですけれども、実は全国でも、今回、この2 i n 1の病棟を2つ組み合わせるといって、1つのフロアに4病棟を設けるといって、非常に珍しい構造でございます。

下に平面図がございますが、要するにシャープの形、井桁の形が2つ組み合わさるといってような形になっておるところでございます。

また、1つのフロア、1病棟当たり最低で39病床、最大で46床としておりまして、大体、こういった40前後の病床を各病棟に整備しております。また、やはり近年は個室をかなり望まれる場合がございますので、30%の個室を確保する計画としております。

また、いわゆるナースステーションといいたし、スタッフのステーションが、それぞれの病棟の中心部分に配置しております。これまでの病棟ですと、1つの病棟に1つのスタッフステーションがございましたけれども、今回は2 i n 1をすることによりまして、2つのスタッフステーションを1つにまとめるということで、かなり効率的な機能を果たすことができる形となっております。

それから、この井桁形にすることによりまして、スタッフステーションから各病室への距離が、かなり短くなります。今までは平面で横長になっておりましたので、一番遠いところだと40

メートルとか、かなり遠い場合がございますが、今回は、かなり病室が近いということが特徴でございます。

最後に、この6ページの下の方の災害に強く、環境にやさしい病院という大きなコンセプトでございます。

まず1点目、先ほど申し上げました免震構造ということで、建物自体が免震構造であり、非常に災害に強いということ。それから、長年の懸案、要望、希望でありましたヘリポートをようやく整備いたしまして、災害の拠点病院として、ハード面でも、今回、ようやくこの機能を備えることができることでございます。

それから、災害活動時の患者様の収容ですとかを考えた配置としております。

それから、設備の二重化といまして、例えば電気系統ですとか通信系統、万が一、一つの回線がダウンしてしまっても、もう一方の回線で継続できるといったようなことで設備の二重化といったことを設けてまして、この基幹災害拠点病院としての機能を強化しているところでございます。

また、もろもろ省エネに努めまして、太陽光ですとか、こういった自然エネルギーを利用するというようにしておるところでございます。

以上が、この資料1の説明でございます。

また委員会資料にお戻りいただきまして、2ページの4、事業費の概要でございます。

たびたび飛んで大変申しわけございませんが、ホッチキスどめの2つ目、資料の2、こちらをごらんください。

一応、今回、この基本設計が固まりましたので、この基本設計上で試算した建設費ということございまして、これはまだ決定ではございません。やはり、実施設計が固まらないと、最

最終的な事業費というのは固まりませんが、現時点、この基本設計時点での整備事業費というのを記載させていただいております。

この表の左、基本設計後、これが現時点での数字でございます。建設費で271億2,000万、2つ飛びまして、関連経費としまして45億1,000万、この2つを合わせまして小計の欄316億3,000万でございます。その他、医療機器の整備等で73億7,000万等がかかりますので、合わせまして総整備費が390億円を予定しております。

この数字が大変大きな数字となりました。一昨年の基本構想を策定した時点では、ここの小計のところに書いてありますとおり185億でございましたので、約倍ちょっと超えております。

この内訳を御説明いたしますと、まず一番大きな変更点が、やはりこの一番上の建設費でございます。当初は165億を予定しておりましたが、これが271億ということで、ここで100億以上がふえております。なぜ、こんなにふえたかという点でございますが、その下の本体工事費、ここが一番大きな変更点でございまして、基本構想時点では164億7,000万でございました。これが257億8,000万ということで、ここでやっぱり90億ほどふえております。これは後で、もうちょっと詳しく御説明をいたします。

それから、外構工事費としまして13億4,000万でございますが、これが一つの大きな要因でございまして、当初は想定しておりませんでした。やはり浸水被害から建物を守るということで、地盤面を1.5メートルのかさ上げをいたしますので、その分で経費がかかる。

それから、万が一の地震の場合、液状化というものも想定されておりますので、液状化対策といったことで、この地盤改良、こういったことで13億4,000万の増となっているところでござ

います。

それから関連経費、これも20億から45億とかなりふえております。一番大きい点が、2段目の改修工事費でございます。4億3,000万が16億ということで、ここで12億弱ふえております。

1つは、第1種感染症の病床を整備するというので、いわゆる、例えば2年前話題になりましたエボラ出血熱ですとか、非常に重篤な感染症であります1類の感染症を扱う、第1種感染症の病棟、病床。当初は、やはり同じ建物内、新病院の中に整備するというのを検討しておったんですけれども、万が一、そういった重篤な感染症が発症しましたら、一応、隔離できるようにはするんですけれども、やはり建物の中に入るのはいかがかということもありまして、別の建物であります今の精神医療センター、ここに第1種感染症の病床を整備したほうがいいだろうということになりまして、整備費がプラス、それから、この附属棟を研修医の宿舎として整備するということ。

それから、附属棟につきましても、今後は保管庫ですとか、あとドクター、ナース等の仮眠室として整備しようということが基本構想後に出まして、こういったもろもろの附属棟等の整備に費用がかかるということで、4億3,000万から16億にふえたところでございます。

医療機器他につきましても73億、うち、医療機器の整備費65億2,000万とあります。アスタリスクの1と書いてありますが、これは、あくまでも現時点での最高が一番フルに整備した場合の金額をここに書いておりますので、この中身につきましても、今後の必要度といったものを精査いたしまして、基本的にはこの内数となる、要するに、これが最大の金額というところを御理解いただきたいと思います。

それから、その他の費用ということで8億5,000万でございます。これは、アスタリスクの2に書いてありますとおり、いろんな情報システムです。電子カルテですとか、いろんな情報システムがございますけれども、そういったものの再構築。それから什器。それから医療コンサルタントにいろんなコンサル業務を発注いたします。あと引っ越し、こういったもので8億5,000万かかる予定でございます。

それから、ページをおめくりいただきまして2ページ、約390億の経費がかかるわけでございます。今後の収支、この宮崎病院の収支計画でございます。表の一番左に平成27年度の決算の数字を入れております。収支差は2億7,200万の黒字でございましたが、開院時、平成33年、当然、ここで整備費がかなり出ますので、基本的に一番大きいところは、やはり減価償却の部分等々で今後ふえてまいります。建物の減価償却を行ってまいります関係で、宮崎病院単体では、開院時22億円の赤字ということ。

これが当分続きまして、最終的には開院5年目であります平成37年、ここまで1億9,600万の赤字が続きますが、開院6年目の平成38年には、何とか単年度で黒字に転じ、後はずっと黒字が続く見込みとしておるところでございます。

それから3ページですが、先ほど申し上げました建設費が90億ほどふえておるということ理由につきまして、具体的に御説明をいたします。

やはり、一番大きいのは建設費、建設コストの増でございます。建設コストの増も2つございまして、一つは人件費の増、いろんな建設にかかります人件費というのが高騰しています。なぜ高騰しているかといいますと、一番大きな原因は東日本大震災でございました。東日本大

震災で東北地方にいろんな建設関係の人材が集中したということで、かなり高騰しております。あわせて建設資材、こういったものも高騰をしております。

この関係で、これまでのここ10年弱の公的病院の建設事例を記載しております。ちょうど8番のところ、兵庫県が県立病院を整備しております。これが平成24年の9月でございます。私どもは一昨年の基本構想をつくる際に、実はこういった過去の事例を参考としました。大体、この時点では、一番上の徳島でございますが、最大でも平米単価38万2,000円、一番安いところだと6番の兵庫県で22万、こういったぶれがございました。やや高どまりしても、基本構想時点では37万ほどで済むだろうということで、この基本構想を37万円の単価でつくっております。

ところがその後、先ほど申し上げました東日本大震災の影響、それから東京オリンピックの影響もかなりございます。この関係で、建設コストが大体5割近く高騰しております。今回のこの新宮崎病院の建設単価につきましては、この表の右下に書いてございますとおり、53万6,000円の単価としているところでございます。

下に分布グラフを置いておりますけれども、やはり、右に時間が流れるごとに、特に平成25年度以降、高どまりをしているというのがわかりいただけるのではないかなと思います。

事業費につきましては以上でございます。

再度、委員会資料にお戻りいただきまして、2ページの5、実施設計の発注方法についてでございます。

せんだっての常任委員会でも、若干触れましたが、今後、基本設計が完成いたしましたので

実施設計を発注するわけでございますけれども、この実施設計につきましては、現在の日建・コラムの共同企業体と随意契約で契約を結びたいと考えております。

本来、やはりこの契約というのは、基本的に競争の入札を行うべきところではございますが、主には2つの理由で随意契約としたいと考えております。

ちょっと前後いたしますが、一つの理由といたしましては、2つ目のポツ、先ほども申し上げました、この「2 in 1病棟」、しかもこの2 in 1が2つつながっているという非常に珍しい形での基本的な考え方でございまして、過去にも例がない先進的な計画でございます。これを、もし競争入札としまして、現在の日建・コラム以外の設計業者が受注するとなりますと、この設計の意図というのを理解してもらうためには、多大な時間と労力が、それから当然ながら、この基本設計をつくった日建・コラム設計には監修という形で、実施設計にも一定の関与をしてもらわなければならない。そうしますと、その分の監修費というのが、実は余りこれは例がございません。そういった形で基本設計と基本——こういった特徴的な建物を、別々にというのが過去に例がないんですが、それでも恐らく監修費というのが数千万発生するであろうという、手間とコストがかかるというのが1点。

それから、戻りまして1つ目のポツ、やはりこれまで1年間かけて病院スタッフと協議を重ねております。その病院スタッフの考え方ですとか、そういった設計の意図、これまでの検討の過程、こういったものを十分理解している基本設計者が引き続き実施設計も行うということが、やはり最も効率的であると。これが、新しい別の業者が実施設計を受託するとなると、ま

た新たに、全部とは言いませんが、これまでと同じ病院スタッフとの協議を再度行わなければならないということもございますので、そういった理由から日建・コラム設計と随意契約をしたいと考えているところでございます。

最後に、再整備全体のスケジュール。これもこれまで御説明しているとおりでございます。

上から2つ目の実施設計にこれからかかりまして、来年度後半までには実施設計を完成しまして、それから立体駐車場の整備に着手し、平成30年度の前半には新病院の建設に着工いたしまして、32年度末に完成し引っ越し等を行い、平成33年の前半には新病院の開院、それから解体、前の外構等を行いまして、34年にはグランドオープンを迎えたいと考えているところでございます。

私からの説明は以上でございます。

○太田委員長 執行部の説明が終了しました。

せっかく模型ができておりますので、委員の皆さんに、1分程度、確認の意味で模型を見ていただいて、その後、質疑のほうに生かしていきたいと思っておりますので、どうぞ、ちょっと模型を見てください(模型観察)。

それでは、質疑に入ります。委員の皆様からの質疑はありませんでしょうか。

○井本委員 その2 in 1というのが、ちょっとどうも、いまいわからなかったんで、もう一回わかりやすく説明をお願いします。

○阪本病院局次長 本来は、1つの病棟に1つのナースステーションといいましょうか、それが、要するに1つの建物に2つの病棟を設ける。今回、資料1をごらんいただきまして、6ページにございますように、この井桁の形が1つの病棟でございますけれども、1つの建物に2つの病棟が入るということで、この「2 in 1病

棟」という形になります。

これまでですと、大体、1つの建物でありますけれども、東半分に1つの病棟、西半分に1つの病棟ということで、言ってみれば1つの建物の部分に1つの病棟でした。

先ほど申し上げたとおり、今回、要するに2 in 1にすることによりまして、真ん中のスタッフステーション、これが2つじゃなくて1つで済むと、兼ねることができるというのが、非常に特徴でございます。

○井本委員 それが斬新的というのが、どうもちょっと、いまいちわからんのじゃけれど。

○阪本病院局次長 この2 in 1の井桁の建物自体は、鳥取か島根ですか、何か1つ実際にあるらしいんですけど。この過去に例のない斬新というのは、この2 in 1が2つつながっているというところでございます。

それからもう一つ、その特徴としまして、やはりこの井桁の形にするのは、各病室、個室、患者様がおられる全ての病室とナースステーションの距離が非常に短くて済むというのがございます。

○井本委員 随意契約で、これが理由だと言うから、こんなもんぐらい、誰だって考えつきそうなもんか、そんな難しいもんでもないような気がするからね。本当に、この人じゃないとできんような代物なのかね。我々からでも、こういうものを配置するのは、ほかの人だって実施設計できそうな気がするけれども、そんな難しいものなのかなという気がするんだけどね。

○阪本病院局次長 でき上がってみると、確かにそんなのかもしれませんが、2年前の当初のプロポーザルの際にも、非常にこれが斬新な計画ということで、やはりこれが、かなり効果的だと。要するに、2 in 1にすることによりま

して階層をかなり減らすことができました。建物の面積もかなり効率的に使うことができました。その関係で、本来ですと10階、11階ありますと非常用エレベーターを整備しないといけないんですけども、最高8階までですので、これだと必要ないということもございまして、やはり、かなり斬新な計画でございました。

○井本委員 看護師さんたちがおる部門を、要するに簡単に言えば、2つあるところを1つにまとめるという発想ですわな。それが何でそんな難しい、それが随意契約に何で結びつくのか、それが私はちょっとわからんのだけれど。

これだけの発想だったら、実施設計の人たちも、そんなことはできるんじゃないの。何も特別な基本設計をやった人じゃないとできんちゅう発想じゃないんじゃないの。

○土持病院局長 聞けばそういうことになるんだと思いますけれども、プロポーザルの時点で、それまでの病院の常識からはなかったものを提案していただいたということが一つございます。

先ほど、次長のほうが説明しましたように、一番の特徴は、スタッフステーションが1カ所で2病棟見れるというのがございますが、何よりも病室に非常に近いという位置づけになっておりますので、そういった特徴を最大限に活かすためにも、こういうものに対して特許みたいなものはないとは思いますが、そういう提案をした業者が、一番その構造的なものについては、これまでスタッフ等とも十分意見交換をしておりますので、この方式を提案したところに実施設計までさせるのがいいのではないかとということで、私どもは考えているところでございます。

○井本委員 それは、あなたの考えであって、やっぱり我々は、できるだけ安く上げたいとい

う気持ちがあるわけです。できるのなら基本的に競争入札でやりたいと思っているのを、随意契約にせないかん大きな一つの理由だと言うから、この人しかでけん代物じゃないんじゃないかって私は言っているわけ。

○土持病院局長 先ほど次長が説明したとおりにありますが、こういう特徴ある施設、それから構想段階から提案したということがございます。それと、スタッフとこれまでに十分協議を重ねてきたということがあります。全国的に実施設計を分けたという例は余りないんですけれども、仮に分けるとしますと、やはり、この提案者が、いわゆる監修という形で、どうしても我々としては入れざるを得ないというふうに思っております。そうすると、その分また監修費を、今の日建・コラムさんのほうに支払うということになりますんで、それは費用的に、やってみないとわかりませんが、必ずしも入札で安くなるのか。それと監修費については、これは規定はないということですので、言い値といいますか、交渉次第ということになりますけれども、そういったリスクを考えると、必ずしも競争入札が、経費的にも安くなるというふうには言い切れないところがございます。

○井本委員 どうもその辺が、監修しなきゃいかんのかね。あんたたちが監修しとったっていいんじゃないと。そういうわけにはいかんとですか。

○松元病院局整備対策監 私どもも、建築のほうでありますけれども、病院の経験というのは、今回がほぼ初めてですし、そういうところからいくと、いつも病院の設計をやっている経験豊富な設計事務所に設計を出していると。私たちも知らない部分がいろいろある、そういった面で、今、設計事務所に出しています。

今まで話したことも全てが全て、その図面とか報告書の中に盛り込めてるわけでもないんで、やっぱりそこは、今やっている方、設計事務所の能力とノウハウを生かしていきたいというふうに考えております。

○井本委員 報告書に盛り込んでないっていうたら、じゃあ、何でそれをいって考えたの。あんた、それをいいと、何をもって判断したの。

○松元病院局整備対策監 盛り込んでないっていうか、ニュアンス的な話ですとか、打ち合わせの中で出た話とか、報告書についても、その一言一句、全て書いているわけじゃないものですから、まとめていろいろ書いてありますから、そこは、打ち合わせの中で出た話全てが報告書に必ずしも全部盛り込まれているわけじゃないっていうことで。簡略化して書いている部分とかもあるんで、その辺は、やっぱり打ち合わせした当事者が、ニュアンスなり、一番よくわかっているっていう意味で申し上げました。

○井本委員 じゃあ、あなたは、何でその案が一番いいと思ったの。この案がいいと思ったから、今、この案にしようとしているわけでしょう。

○松元病院局整備対策監 最初のプロポーザルは、選定委員会を設けまして、選定委員の方に……。

○井本委員 あなたは、見えないところが、わからんところがあるちゅうわけでしょう。あなたの今の言い方は、そういう言い方じゃないか。ニュアンスがどうのこうのということは。しかしそれを、あなたが是としたというのは、何をもって是としたの。それを言っとるわけよ。

○松元病院局整備対策監 基本設計そのものは、一応、これででき上がったんですけれども、要するに、今度は人が、設計者がかわると、そのあ

たりのニュアンス的なところは、やっぱり伝わらないだろうということなんでございます。

○井本委員 伝わらんとこがあってもしょうがないということですか。

○松元病院局整備対策監 そのあたりがあるので、先ほどから申してます監修業務が必要になってくるだろうと。どうしてもそういうのが必要になるだろうというふうに考えています。

○井本委員 そういうところはヒアリングで、ずっと資料に出とるわけでしょう。ヒアリングの資料は残ってるんでしょう。その辺じゃわからんのですか。

○松元病院局整備対策監 ヒアリングの資料もありますし、図面に記入したやつとかもあります。ただ、その全て、全部が盛り込まれているかということ、先ほど言ったようにニュアンスの問題であるとか、一言一句が入っているわけでもないです、100%盛り込まれているかというところとそうじゃないところがありますから、そのあたりを、その字づらだけで読んで、全て理解できるかっていったら、そこはやっぱり、ちょっと難しいかなというふうには考えております。

○井本委員 何度も同じことを言うけれど、でも、あなたは、それをいいと思ったんでしょう。表に出てないんだけど、何でいいと思ったわけ。

○松元病院局整備対策監 いいっていうよりも、そういう部分があるだろうということは、思っています。ですから、できれば同じ方が設計をやるのがベストでございますし、やらないのであれば、そのあたりをちゃんと伝えて、いや、そこは違うよというようなことを、やっぱり監修していく業務が必要になるだろうと考えています。

○井本委員 いや、どうも、言っていることがすれ違っているんだけど。

○土持病院局長 簡単な事例といいますか、コンセント一つにしても、その位置に決めた理由というのが、やっぱりあります。それを実施設計者が、例えば実施設計の段階で多少何メーターかずらすとかいうことにしても、それはなぜそこに決まったかというのを知っている基本設計をやったものと、その前提がない人が新たに実施設計をやった場合には、そのコンセントの位置一つにしても、そこはなぜそうなったかという説明が要るだろうということで。そういうのは報告書の事項には何も出てきませんが、そういうことがわかっている基本設計を実施したものが実施設計をするのがいいのではないかという考えでございます。

○井本委員 基本的に、やっぱり我々は競争入札です。競争入札じゃだめだという条件というか、要件があるはずですよ。これは、それにかなっているわけですか。あなたたちも、かなっていると思っているんでしょうね。

○阪本病院局次長 本当に、委員がおっしゃるとおり、本来、どんな業務であっても、まずは一般競争入札に付することが大原則でございます。いろんな理由があって、随意契約というのはございますので。

一方、これは別に文書化されているものではありませんけれども、建築の中では、基本的に、基本設計と実施設計を分離して発注するといましようか、別々の業者に委託するというのが、実は余り例がございません。

例えば、これが県営住宅ですとか、ある程度決まった、誰がつくっても、そういった基本的なコンセプトというのが余りぶれずに、図面を見ればでき上がるものはやはり分離して発注す

る例がございますが、こういった、病院といった機能が重視される建物につきまして、やはり基本設計と実施設計を別の業者にするというのは、過去にほとんど例がありません。

2つ、我々が調べた段階でありました。

一つは、実施設計を行った後に、今度は実施設計と本体工事そのものをまとめて発注するという例がございました。これが、基本と実施が分かれている例の一つございました。

もう一つは、建物、病院と周辺の道路とかの都市計画、そういったものを一体的に発注しようというのがございました。病院そのものの基本設計は作りましたが、周辺の道路、こういったものと一体となって実施設計をつくろうというのがございましたので、やはり基本と実施が別。ただし、結果としては、やはり同じ業者がとっているようです。

ということで、こういう特殊なといいましうか、機能が重視される建物については、やはり基本と実施が別というのは、基本的にはないようでございます。

ただ一方で、委員がおっしゃるとおり、やはり地方自治の中でも、競争させるのが大原則でございますので、その中で、今回、我々が考えましたこういったいろんな手間、それから余計なコスト、こういったものがどうしても別の業者になるとかかってしまうということで、今回、随意契約で発注したいところでございます。

○井本委員 お役人さんは、とにかく先例がないとか、そういうことを常に言うわけよ。やっぱり、我々は、これは税金なんだから安く上げたいという、そういう思いがあるわけです。

じゃあ、最初の基本の枠をとった人は、もう必ず実施をとるということになるじゃないですか。最初からわかっというちゅうことですか。

○阪本病院局次長 まずは、そのコストという面で、やはり監修費が数千万かかる。この監修費を我々は抑えたいと思っています。

実施設計を競争させて、果たしてどんだけ出るかは、要するに、過去にこういった例がないものですから、我々も、何ともわかりませんが、一方、確実にかかるであろうこの監修費、数千万、これは、我々は抑えたいと思っておりますので、十分コスト削減になるだろうと考えております。

じゃあ、なぜ、当初、基本と実施を一緒にせんかったのかと。過去、他の病院では、基本を出した段階で、落札者と実施について随意契約しますよという条件で出しているところもございました。確かにそういった方法もあったのかなと、今になってみれば考えるところでございますけれども。ただやはり、実施と基本を一緒にしますと、かなりの金額、大きな発注となってしまいますので、そうなったときに、もろもろの、例えば地元業者対策ですとか、そういったことを考えたというのが一つ。

それと、やっぱり基本設計を発注する段階で、実施設計をどんだけのものにするかという詳細が、もちろん、まだ決まっておられませんから、基本的なデータがありませんので、実施設計分の金額の設定が、やはりその時点ではできませんでした。そういった理由もございまして基本と実施を分けて発注をしたところでございます。

○井本委員 わかりました。それは、また別に話しましょう。

それと、その収支計画なんだけれど、この減価償却費がなくなるのはいつですか。

○阪本病院局次長 建物は、最終的には*30年でございます。

※21ページに訂正発言あり

○井本委員 今度は38年で建てかえなきゃいかんかったわけですね。これを建てた人は、先見の明がなかったと、私は思っているんです。同じことになっては、私たちは本当に困るわけです。また、38年後にやり直すというようなことがあったら。その辺の先見性が、今度の建物にはあるのかどうか。

○阪本病院局次長 おっしゃるとおり、今回、基本構想に着手した時点が、今の病院を建てかえて30年でした。最終的には38年たって建てかえをすることにはなりますけれども、おっしゃるとおり、耐用年数が50年もあるだろうと言われる中で38年というのは、確かにちょっと短いなと思っております。

ですから、今回、この1年かけてじっくり検討いたしまして、今後、この実施計画をつくるに当たっても、また詳細な検討を行います。これが本当、100年とは言いませんけれども、未来ずっと、今後の50年以上、本県の医療を支える中心基幹施設であります、宮崎病院であるような計画をつくりたいと考えているところでございます。

○田口委員 資料2の事業費についてお伺いいたします。

今、東京オリンピックの関係で、事業費がどんどんふえているのが、非常に国民の注目も浴びてまして、それが逆に小池さんの支持率アップみたいになっているところがあるんですけれども、まず基本構想というのは、いつ策定されたんですか。

○阪本病院局次長 27年の3月です。

○田口委員 27年の3月に、この建設費とかを構想で出したということですね。

そうしたら、さっきの東日本大震災、東京オリンピック等々の資材の高騰というのは、27年

の3月時点でも十分予想されるんじゃないですか。その時点から100億も上がるなんていうのは、どのように説明をされるのか。

○阪本病院局次長 資料の3ページをごらんいただきたいと思いますけれども、この表の右に書いております基本構想時点では、平成23年から25年の建設事例を参考に、大体、単価37万円程度というのを考えたところでございます。26年度中に、いろんな計画、数字、いろいろと過去の例を当たっておりましたので、それ以前、25年以前の実績というのを参考に、37万円という単価をはじいております。

○田口委員 先ほど言いましたように、27年っていうたら東日本大震災の後ですので、例えば地盤面の1.5メートルのかさ上げなんていうのは、はなから想定をしてもいいぐらいのことだと思うんです。それを、その後になって、構想で、いろいろ変えてくると。地盤の改良なんていうのも、先ほどちょっと話しましたように、当然、このあたりは、昔は大淀川の河原であったはずですから、地盤改良なんかも考えなくちゃいかんかったのに、それが後からこのように出てくるというのが、どうも私は、ちょっと何か腑に落ちないんですけれども。

どこまでいろんなことを見込んで、構想時の建設費が見込まれたのか、その辺が非常に甘かったのかなという気がちょっとするんですけれども、その辺はどうお考えですか。

○松元病院局整備対策監 実際に、まずいつごろの事例を参考にしたかっていう話なんですけれども、検討を始めたのが25年度でして、先ほどの3ページの表を見ていただくとわかると思うんですけれども、25から26の間が、ほとんど事例がございません。これが、恐らく上がっていったところで不調とか不落とかそういうことで、

恐らく契約が全然なくて、この辺のデータがありませんでした。

だから、やるときは23から25ぐらいのデータで、恐らくちょっと上がるだろうということで、確かに甘かったのかもしれませんが、この辺が30万ぐらいできてましたので37万ぐらいでやっていました。

先ほどの、1.5メートルのかさ上げですけれど、かさ上げ対策とかいろいろ対策が必要だというのは基本構想にも盛り込んでますけれども、プロポーザルやるところでの課題にもしようということもありましたし、1階をピロティーにするとか、いろいろ方法はあると思うんで、詳しく1.5メートル盛ると幾らかかるのかというところまでは、算定しておりません。一応、外構まで含めて30万ぐらいできてたっていうところで37万の設定をしています。

また、地盤改良につきましては、当時、災害の倉庫をつくっておるんですけれど、そのときのボーリングデータでいくと、どういうわけかわかりませんが、液状化しないという結果が出ておりました。本体をつくるに当たって、またボーリング調査をして、もう一度、その辺の調査をやり直したら、一番危険性があるわけじゃないけれど中ぐらいの危険性があって液状化するかもしれない、する可能性があるということになりましたので、救急の通路とか、そのあたりについては、やはり液状化対策が必要だろうということで、今回、どういう工法でどれぐらいになるかという金額で盛り込んでございます。

○田口委員 その下の関連経費のところですが、基本構想のときには斜線が入ってて、全く構想として入ってなかったのか。駐車場のところに病院を建てるわけですから、当然、駐

車場等は足りなくなるのはわかっているわけなんですけれども。それで、後でこの立体駐車場が7億入ってくるというのは、これも基本構想時には、全然考えてなかったということなんですか。

○松元病院局整備対策監 当然足りなくなって、立体駐車場の必要性があるだろうと。どうするのかというのを検討しようという構想には載せてあります。当然つくるだろうということだったんですけれど、駐車場の建設方式には、従来の工事として発注してつくる方法とリースという方法がございます。その辺までは、検討が基本構想でできてませんでしたので、リースとなると、後でリース料を払っていく経費になってきますので、建設費のときには金が要らないということになります。

今回、実際、基本設計の中で検討して、資金繰りとしても起債が使えると。全体の金額としては、起債で従来方式でつくったほうが安くつく。建設方式でやれば地元の業者さんにも発注もできると。リースになると立体駐車場のメーカーさんとのリース契約になるということも、いろいろ勘案しまして、今回、建設方式でいくことで、立体駐車場の建設費としてこの金額を上げさせていただいたということでございます。

○田口委員 そうしますと、最後に医療機器整備費が73億、これは、基本構想時点には全く入ってなかったわけですが、これは当然必要なものだと思うんですけれども、表の中に一緒に入れなくちゃいけないんですか。当然予想されたはずなんですけれども、それを別にしとって。そうすると、当然これぐらいの医療機器整備費というのは予想されたわけですよ。それが全然入ってなかったのに、急に、ここに来て、具体的な数字がこの表の中に入ってくるというのは、

ちょっと私は、よくわからないんですけども。

○阪本病院局次長 やはり基本構想時点では、どうしても大まかな、どういう方針でどういったものをつくるかというものをつくっております。

ですから、その時点での数字も、ある意味では、先ほど申し上げた単価についても、過去の事例ですという、非常に荒いといいたいまいしょうか、本当に大まかなものでございました。ですので、本当の意味で実際のある程度の固まった数字というのは、基本設計を行いまして、ある程度のレイアウトができた今回の数字が、ある意味ではスタートという点を御理解いただけらと思っております。

それから、この医療機器についても、おっしゃるとおり、基本構想時点では、当然建てかえすれば、ある程度は必要です。ただ、もちろん引越しさせるものもございますので、そういったものを、もろもろ検討した結果、ある程度、まだ要望の時点ですけれども、数字が出ましたので、しかも合計で、おっしゃったように70億余りという大きな数字でしたので、やはり今回お示すべきだと。建てかえに際して、やっぱり必要な経費となりますので、今回こういった形で、プラスで説明させていただいているところでございます。

○田口委員 ただ、あしたの新聞等に、基本構想185億だったものが390億になったっていうふうに出れば、「何だ、宮崎も東京と一緒にじゃないか」というふうに、当然、見られるんです。やっぱりある程度のものは最初から入れておかないと、基本構想のときのお金と実際の設計後のお金とが、かなりずれが出てくるというのは、一般の人だったら、「何ていう、いいかげんな設計やったんだ」と思われると思うんです。

ですから、そこは十分県民に対して、当然、僕らも説明を求められると思うんで、「何で、こんなに高くなるんか」と。ですから、説明責任といえますか、その辺はしっかり県民にも、きちっと果たしていただきたいと思いますので、そこはよろしくお願いいたします。

○太田委員長 ほかにありませんか。

○前屋敷委員 車両の出入り口の件なんですけれども、今度は新しく269沿いということで、信号も新しく設置をして、出入り口が設計をされておりますが、救急車両と一般車両が、今回は1カ所なんです。これまでは、完全に分離してて、救急車両は東側だったんで、ちょっと、あそこは道路も狭いというのもあったかと思うんですけど。かなり車両の交通量も多いところなんですけれども。1カ所で、見ると救急車両は、すぐに入り口入って左のほうに入るすみ分けはしてありますが、トラブルというか、混雑、混雑は起きないのかどうか、ちょっとその辺が心配なんですけれども、どんなですか。

○松元病院局整備対策監 一応、基本設計のときに、実際に出入りしている車の数とか周りの道路の車の数とか、そういう交通量調査も実施しました。

実際、消防の方とかの意見もお伺いしまして、入り口は一緒ですけども、すぐに分かれるということで、そのあたりの混雑はないだろうという結論が出てますし、269も片側2車線あって大きな道路なので、大きな道路から出入りしたほうが良いという消防の意見もございまして、これについては特段問題はないだろうと整理しております。

○前屋敷委員 確かに道路幅も広いんですけど、時間帯によっては、かなり混むんです。朝夕は特にここは混む状況なので、その辺のとこ

ろが、若干心配はするところなんです。ほとんど支障はないと言われればそれで。

○松元病院局整備対策監 朝の渋滞状況についても調査しておりまして。車が信号で曲がるどころ、右折するところの滞留長っていうんですけども、そこで十分、車をさばき切るという結論が出てますので、恐らく支障はないだろうと考えております。

○新見委員 水害に備えて周辺地盤より1.5メートルかさ上げしたと。これは建物そのものを守るために大事なことだと思うんですけど、一方、通院、来院される高齢者とか車椅子の方々に対する配慮は、この高さについてはどのようになされているんでしょうか。

○松元病院局整備対策監 まず、車椅子で来られる方については、歩行者になるんですけど、大体、敷地に入って90度曲がってますけれど、そのあたりからゆっくりしたスロープになっています。だから、恐らく坂になっているぐらいで、あんまり感じないぐらいの勾配にはなるかと思えます。

実際、ほとんどの方は車とかで来られるとして、玄関のひさしというのが真ん中あたりにありますけれど、そこに車をつけて、あとは段差のない建物になりますので、そこは特段、車椅子の方たちでも支障はないかと思えます。

○新見委員 正面玄関側はそういう考えでつくってあるとはわかってたんですけど、北側の玄関、こちらはどうでしょうか。

○松元病院局整備対策監 ここは、バス停から来られる方で、こう上がってますけれど、これが12分の1以下の緩い勾配の坂になってまして。車椅子で上げる12分の1という規定がありますけれど、それ以下で、途中で踊り場も設けて、緩いスロープをつくるようにしています。

○新見委員 それと、5階に1つだけ屋上テラスというのがございますが、これはちょうど小児科病棟のところでしょうけれども、ほかのフロア、ほかの病棟で、この屋上テラスをつくるという考え方はなかったんでしょうか。

○松元病院局整備対策監 6階、7階については、この部分は空中部分ですので、基本的に、ここに床をつけてしまうと、下の階の病室の窓がとれなくなり、採光がとれなくなりますから、ここは空中であいているんですけど。テラスとしてつくれるとすれば、この5階、下に4階の屋根がありますからつくれるんですけど、基本的には患者の方は、病室から外に出ると、危険ですので出られないようにはするんですけど、病院のドクターの方から、子供の長期の入院とかは遊び場も必要だということで、やっぱり庭があったほうがいいなど。まだ実施設計は今からなんですけれど、危険性のない屋上の緑化をやるかというふうに考えて屋上テラスと書いています。

○新見委員 1点だけ。現在は、バス路線については、この国道10号のみですが、これは当然バス停がありますけれど、それは、今までこの北側に正面玄関があったから、何となくバス停から真っすぐ来れるというイメージがあったんですけど、今度は正面玄関が南側に設置されることによって、この国道269、今現在はバス路線ではないですよ。

もし、バス路線じゃないとして、将来的に南部から県立病院に行かれる方々が、わざわざ北側に回らずに、この269沿いのバス停、将来の話ですから、まだ何とも言えないと思うんですけど、そういうことも、十分考えられると思いますけれど、そこら辺は何かないですか。

○松元病院局整備対策監 基本設計を実施する

に当たって、宮崎交通のほうに参りまして、いろいろ協議させていただきましたけれども、10号を通っているバスを、回して一回病院の中に入れるというのは、ちょっと路線的に全部駅のほうに行くんで、それは無理でしょうということでございました。それもありません、北側のバス停からスロープで寄りつけるような玄関を設けようとしています。

269側のバス停につきましては、まだちょっと詳しい協議はやってないんですけども、将来的にバス路線が、今も、一、二本あると思うんですけど、つけることそのものは信号とかできて、安全に渡れるのであれば、できないことはないだろうと、協議のときにはお伺いしたんですけど、まだ、つくるつくりたくないの協議は行ってませんし、今のところ、バス路線も、それほどあそこは通ってない状況です。

○太田委員長 ほかにありませんか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○太田委員長 ないようでしたら終了いたしますが、その他では何かありませんでしょうか。

○阪本病院局次長 先ほどの井本委員からの御質問で、私は、建物の減価償却は30年と申し上げましたが39年でございました。失礼いたしました。

○井本委員 監修費がどのくらいかかるかは聞いたことあるの。

○阪本病院局次長 実は、これはございません。というのは、今までこの基本と実施を別々に発注した公的病院の例というのがございませんでしたので、先ほど、局長も申し上げましたように、恐らく言い値になるのかなど。ですから、大体、実施設計が3億程度を想定しております。1割だとしても3,000万ぐらい、2割となると6,000万と、ちょっとそれが幾らになるのかは、

事例がないのでわかっておりません。

○太田委員長 よろしいでしょうか。それでは、以上をもって病院局を終了いたします。

執行部の皆様、大変お疲れさまでした。

暫時休憩いたします。

午前11時27分休憩

午前11時30分再開

○太田委員長 委員会を再開いたします。

それでは、報告事項について説明を求めます。なお、委員の質疑は執行部の説明が終了した後にお願いいたします。

○日隈福祉保健部長 おはようございます。まず、御礼を申し上げます。先週28日に開催いたしました平成28年度宮崎県社会福祉大会には、太田委員長初め、野崎副委員長ほか委員の方々には大変お忙しい中、御臨席いただきました。ありがとうございました。当日は、286組の受賞者を含む650人の参加がございました。盛況のうちに終了することができました。この場をおかりして御礼を申し上げます。

それでは、お手元の常任委員会資料に基づいて御説明申し上げます。

厚生常任委員会資料の表紙をめくっていただきまして、目次をごらんください。本日は、報告事項として、国民健康保険制度の改革に係る取り組みについての1件であります。

詳細につきましては、担当課長から御説明いたしますので、どうぞよろしくをお願いいたします。

私からは以上でございます。

○成合国民健康保険課長 国民健康保険課でございます。国民健康保険制度の改革に係る取り組みにつきまして、御説明させていただきます。

常任委員会資料のまず2ページのほうからお

願いたいと思います。横書きの資料で、国保制度改革の概要（公費による財政支援の拡充）でございます。

資料の説明に入ります前に、まず、国民健康保険制度につきましては、我が国の医療提供体制を支える重要な制度でございますけれども、最後のとりでとよく言われておりますように、退職した会社員や公務員、社会保険に入れない被用者等が加入することになりますので、例えば年齢構成が高く、医療水準は高い、無職の方とか年金生活の方が多く加入しておりまして、所得水準が低い、また、高い医療費を低い所得水準で賄うために保険料負担が重いと、こういった構造的な課題を抱えております。

こうした状況に対応するために、昨年5月に法改正が行われ、平成30年度から国保の制度が改正されることとなりました。

改正法では、国保の安定化のために2つの柱が示されておりまして、1つ目の柱が、この2ページの資料にあります、公費による財政支援の拡充でございます。真ん中のやや上のほう、平成27年度から実施のところにありますように、低所得者対策の強化のために、27年度から保険料の軽減対象となる低所得者数に応じた自治体への財政支援の拡充が、1,700億円規模で実施されておりますけれども、平成30年度からは、これに加えまして、さらに毎年1,700億円規模の公費拡充を行うというものでございます。

その内訳としましては、さらなる財政調整機能の強化、あるいは自治体の責めによらない要因による医療費増へ対応するために、例えば、精神疾患が多いですとか、子供の被保険者数が多いなどといった自治体向けに1,700億円の半分程度の700から800億円程度の公費拡充が予定されております。

また、新たに保険者努力支援制度が創設されまして、医療費の適正化等に取り組む保険者に対するインセンティブとして、同じく700から800億円程度が交付される予定となっております。

こういった財政支援を行いまして、国保の財政基盤を強化していくというのが国保制度改革の1つ目の大きな柱でございます。

2つ目の柱が、国保運営のあり方の見直しであります。

次の3ページ、下のほうのページになりますけれども、国保制度改革の概要（運営の在り方の見直し）をごらんいただきたいと思います。

平成30年度以降の新制度におきましては、県も保険者となります。また、県全体の国保財政運営の責任主体となりまして、安定的な財政運営や効率的な事業の確保等の国保運営に、中心的な役割を担うとされております。

一方で、市町村におきましては、地域住民と身近な関係の中、これまでどおり資格管理、保険給付、保険税率の決定、賦課・徴収、保健事業等の地域におけるきめ細かい事業を、引き続き担うとされております。

中ほどのポンチ絵をごらんいただきたいと思います。

右側の方に、改革後でございますけれども、県が新たに担うべき役割を簡単に申し上げますと、まず、県全体の医療費等の必要な経費を見込んだ上で、年齢調整後の医療費水準や所得水準を考慮しまして、市町村から県に納めていただく納付金を市町村ごとに決定し、あわせて市町村ごとに標準保険料率を設定いたします。

市町村は、その納付金を県に納付していただくこととなります。その納付金の主な財源は、市町村が被保険者から徴収する保険料ということとなります。

一方で、市町村の保険給付に必要となる費用につきましては、全額、国・県の補助金等と合わせまして、県から市町村へ交付することになります。

こういう形で、県が国保の財政運営に主体的な責任を持つことによりまして、市町村の収支を均衡させ、特に、被保険者数が少なく財政運営が不安定な小規模自治体の運営が安定するというふうに考えております。

また、新制度におきましては、県と市町村が一体となって国保事業を運営するとなりますので、その運営に当たりましては、共通認識のもとで実施する必要がございます。

また、事業の広域化や標準化・効率化を推進できるようにするためにも、県内の統一的な国民健康保険の運営方針を定める必要がございます。

その運営方針をどのようなスケジュールで策定するかというところが最後のページで、4ページの国保運営方針の策定手順をごらんいただきたいと思っております。

この運営方針の策定に当たりましては、先ほど申し上げましたとおり、県と市町村が国保の運営について共通認識を持つこと、また、行政だけでなく関係者の意見を聞くこと、策定後も定期的な検証等を行っていくことが重要とされております。

その手順が、資料に記載してございます。これは、国から示された手順でございますけれども、本県におきましても、おおむね、この手順に従って手続を進めてまいりたいと考えております。

まず、①におきまして、市町村と県で意見調整、意見交換を行います。その上で、国保運営方針の案を作成いたします。現在のところは、

この①の作業を市町村と行っている状況でございます。

②以下でございますけれども、①において検討しました国保運営方針案につきまして、②にありますように市町村へ意見聴取を行い、③の都道府県の国保運営協議会において審議していただくこととなります。

この運営協議会は、条例において設置する必要がございますので、その設置につきましては、年度内に議会にお諮りさせていただきたいと考えております。

その後、③の協議会での審議を経まして、知事による国保運営方針の決定を行い、公表するという流れになります。

1 ページにお戻りください。

1 の国保制度改革の概要につきましては、ただいま御説明いたしましたとおりでございますので省略させていただきます。

続きまして、2 の現在、市町村等と協議を行っている主な事項についてでございますけれども、先ほどの国保運営協議会のスケジュールの説明の際に申し上げましたとおり、現在は、市町村等との連携会議の開催に当たる部分の作業を行っておりまして、実務レベルでの協議等を県と市町村とで進めているところでございます。

協議を進めるに当たりましては、各市町村の担当課長さんに御参加いただき、県と市町村で意見調整を行っております宮崎縣市町村国保広域化等連携会議及び、その下に4つの部会を設けておりまして、これは、国保の担当の係長さんあるいは担当の方に参加いただいているものですけれども、この部会におきまして意見調整等を行っているところでございます。

資料に(1)から(4)までございますけれども、この4つが、4つの部会、それぞれで検

討を行っている主な内容となっております。

まず、(1)の国保の運営や財政に関する事項でございますけれども、この部会におきましては、納付金や標準保険料率の算定方法、赤字の解消・削減に向けた取り組み等について検討しているところでございます。

(2)の資格管理や賦課徴収に関する事項につきましては、収納率向上対策に資する取り組みや徴収事務に関する取り組みについて検討しております。

(3)の保険給付に関する事項につきましては、療養費の支給適正化や第三者行為求償の取り組み強化等について検討しております。

(4)の保健事業や医療費適正化等に関する事項につきましては、医療費分析あるいは各種業務の統一化等について検討を進めているところでございます。

いろいろと細かい点についても協議させていただいているところでございますけれども、事務の効率化や標準化が可能なものにつきましては、前倒し実施を含めて、積極的に取り組んでまいりたいと考えております。

この各部会及び連携会議で協議いただいた内容に基づいて、国保運営方針案を作成しまして、市町村への意見聴取、国保運営協議会での審議を経まして、国保運営方針の決定・公表という手続を行うこととなります。

この国保運営方針の決定につきましては、来年の後半あたりを想定しておりまして、来年度中に複数回の運営協議会の開催を予定しておりますけれども、運営協議会での審議状況等につきましては、議会のほうにも報告させていただきまして、御意見等をいただきたいと考えております。

最後に、3の新制度施行に向けた今後のスケ

ジュールについてでございますけれども、今年度は引き続き、市町村等との協議を行いますとともに、6月補正で対応させていただきました納付金等算定システムを用いまして、現在、納付金、標準保険料率の試算を行っているところでございます。

また、財政安定化基金は、昨年度に造成させていただきましたけれども、この基金の積み立てを昨年度に引き続き今年度も行う予定にしております。なお、財源は全額国費でございます。

この基金は、制度改革に伴いまして、財政の安定化を図るために設置するものでございまして、平成30年度以降の医療給付増や収入不足に対する財源不足に対し備えるものでございます。

来年度の29年度につきましては、先ほど申し上げましたとおり、国保運営方針を決定することになりますけれども、あわせまして制度改革に伴い必要となります特別会計設置などの条例制定等を行うことを予定しております。

平成30年度に向けまして、制度改革への対応が円滑に進みますよう、市町村や関係機関との連携をしっかりと図ってまいりたいと考えております。

説明は以上でございます。

○太田委員長 執行部の説明が終了いたしました。

委員の皆様、何か質疑はありませんでしょうか。

○前屋敷委員 30年度実施に向けて、今、準備が進められているところで、御説明があったところなんですけれども、ちょっと具体的なことでお聞きしたいんですけど、もう既に27年度から1,700億円が自治体に配分されているということのようなんですけれども、漏れ聞くとところによると、自治体では、この1,700億円のものが、ど

の程度自治体財政に入っているかわからないという。実際、保険料の軽減につながるものとも聞いているんですけど、新たに保険料は上がっているんだというふうな話を聞くんです。

ですから、もう既に昨年度から実施が始まっているこの1,700億円は、当然、県を通して自治体に行くというシステムなんですけれど、それは、どのようになって、どう使われているのか、その辺のところをちょっとお聞きしたいんですけど。

○成合国民健康保険課長 資料2ページの真ん中あたりの部分ですけども、この低所得者対策のための保険料軽減1,700億というのは、厳密に言いますと、事業メニューの保険基盤安定事業の中の保険者支援分、もうちょっと言いますと、その上にあります26年度の実施、保険料軽減措置拡充500億円、こちらのほうが直接保険料軽減に使われる、保険基盤安定事業の保険料軽減分です。こちらのほうは、直接、低所得者の保険料軽減のために使われております。

委員が御指摘の27年度分は保険者支援分です。わかりやすく言いますと、7割・5割・2割の軽減があるんですけども、その軽減措置を行った被保険者数に応じまして、当然、市町村国保は保険料を軽減しますと保険料収入が減るわけですから、その分、いわゆる補填という形で市町村のほうに入るお金になります。ですから、直接的に保険料軽減ではないということです。

ちなみに、今、幾ら入ったかという話なんですけれども、これは、国が2分の1、それから県と市町村が4分の1ずつでございまして、国費としましては、実は、この27年度分で幾ら入ったかという計算はできないんですけども、26年度から27年度の差額という意味では、国費ベ

ースで約9億円ほど市町村のほうに入っております。ですから、国が2分の1ですから、事業費ベースとしては、その倍の18億ほどが市町村の財政に入っているということになります。

○前屋敷委員 7割・5割・2割の軽減措置をした自治体に、その実績に応じて保険者に入っていると。これがないところは、やっぱり全然入っていないということなんです。対象になっていないということですか。

○成合国民健康保険課長 7割・5割・2割軽減は、自治体によって若干の差はございますけれども、実際に軽減された被保険者数に応じて、一定割合が各市町村に入るという仕組みになっています。

○前屋敷委員 そこは市町村財政では明らかにされている分ですね。わからないことはないということですよ。

それから、これからのことなんですけれども、県が保険者となるということで、各自治体の納付額を決定するわけで、徴収は、市町村が今までと同じように徴収する。しかし、今、国保料が高くて納められないという多くの自治体で、完全に徴収はできない状況なんですけれども、しかし実際は、県には全額納めなければならないという状況になるであろうと思うんですけど、そうすると、各自治体の財政から上乗せして全額を県には納めるということが義務づけられることにはなるわけですね。

○成合国民健康保険課長 市町村から県に納めていただく納付金の考え方ですけども、基本的には各市町村の医療費水準あるいは所得水準、これを勘案しまして、適正に各市町村に案分するんですけども、もう一つは、各市町村の収納率、これも反映するようになっています。

これも、県下一律に、例えば100%とかにする

んじゃないくて、今の考え方では直近3カ年の平均を使って、つまり高い収納率を掛けると、当然、委員が御指摘のとおり保険料が集められないというふうになりますんで、現実的な数字で、直近3カ年の。ですから、当然、市町村によって差がございます。はじいた額で割り戻したものが納付金というふうになりますんで、逆に言えば、高い収納率を上げればその分は市町村に余裕が出ますし、インセンティブですし。直近3カ年の平均値で、今、算定しているところです。

○前屋敷委員 それと別にですが、保険料そのものは、従来どおり自治体が決めるというふうにも聞いているんですけど、その辺のところはどうなんですか。

○成合国民健康保険課長 説明しましたとおり、保険料率の決定というのは、これまでどおり市町村が決定するんですけども、今回の制度改革の趣旨として納付金を算定するとともに、標準保険料率をお示しします。この標準保険料率と申しますのは、当然、市町村が保険料率を決定する際の参考としてお示しするんですけども、市町村の医療水準に見合った、いわば、あるべき保険料の姿とも言えます。

また、先ほど委員がおっしゃったとおり、納付金を集めるための保険料率でもございますので、仮に県が示した保険料率よりも、例えば低くすれば、その分は何らかの補填が必要ということになりますんで、そここのところは、各市町村との比較もしていただきながら、適正に保険料率を決定していただきたいと思っております。

○前屋敷委員 要は、高い保険料を低くして、本当に払いやすい、安心して医療にかかるといふものを目指されなければならないわけです。そして、そういうふうには、その仕組みも含めて、

今、国が財政措置を始めているところなんですけれど、本当にそういうふうな形で行き届くのか、何か先がちょっと見えなくて。どうも不安材料も多いし、仕組みそのものも、まだ何かはつきりよくわからないというところがあるんですけど。実際、県が主体となって施行していくわけなので、その辺のところは、県民にとって、しっかり安定した形で医療を受けられるということにならなきゃならないと思うんですけど、県としてはどんなふうには。国がつくった制度ですので何とも言えんところもあるかもしれませんけれど。

○成合国民健康保険課長 ちょっと保険料の観点からお話しさせてもらっていいですか。

御説明しましたとおり、今回の制度改正というのは、直接的に被保険者の県民の保険料を下げるものではないんです。

ただ、資料にもありましたとおり、国が先行して1,700億、それから30年度からプラス1,700億、合計3,400億円の公費拡充を行いますんで、これが、ある程度は被保険者の保険料負担の軽減にも一定の効果があるのかなと思っています。

実際のところはどうかというのは、なかなかわからないんですけども、まず、現状の市町村の保険料がどういう水準にあるのかが一番のポイントかなと思っております。

説明しましたとおり、実は今、試算を行っておりますして、そこら辺で、課題なり展望がある程度見えてくるのかなと思っていますところなんです。

○前屋敷委員 保険料を下げられればいいなというような感じの、漠然としたものでは、ちょっと困るなと私は思っているところなんですけれど、今後の推移もしっかり見定めながらいきたいと思っております。

○太田委員長 ほかにありませんか。

○井本委員 基本的に、やっぱり年間1兆円ずつ医療費がかさんでおるのを将来どうするかということが基本にあるんだろうと思うんですね。だから、できるだけ、国・県・市町村の全部で薄く広く、それを分担しようじゃないかという発想のもとに、恐らくこの制度が設けられておるんだろうと思うんです。

それはそれでいいんですけど、県が何で主体にならないかのかなってところが、どうも、いまいち、こう。やっぱり節約するには、個別の人たちが自主的にやったほうが、大きな中から見るよりも、小さく個別に見ていったほうが、市町村単位で細かくやったほうが儉約はできるんじゃないのかな。それを、何で県が面倒見るようにするのか。その辺が、私はちょっとよくわからんだけれど。その辺は、どういう発想なんですか。

○成合国民健康保険課長 現状は多分、要するに、委員がおっしゃるような、本来は各市町村が取り組むべきことが、やっぱりなかなか温度差があって、そこあたりを県が統一的な方針のもとでやっていこうというところが背景にあるんじゃないかと思っています。

○井本委員 背景によるね。大ざっぱに言えば、市町村でしっかりしてないところがあると。これを県がしっかり監視しなさいということですか。そう考えていいわけですか。

○成合国民健康保険課長 はい、そのように理解しています。

○井本委員 わかりました。

○太田委員長 ほかにありませんか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○太田委員長 ないようですので、そのほか何かありませんか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○太田委員長 それでは、以上をもって福祉保健部を終了いたします。

執行部の皆様、大変お疲れさまでした。

暫時休憩いたします。

午前11時56分休憩

午前11時57分再開

○太田委員長 委員会を再開いたしますが、その他何かありませんか。

○井本委員 我々はやっぱり専門家じゃないから、本当に監修費がどんくらいかかるか——彼らもまだ試算しとらんけれど。そして、例がないから競争入札じゃなくて随意契約でいきます、こういうことを言いよるわけです。

一度、専門家というわけじゃないんだけど、そういう建築とかああいう人たちの話を、私たちも、ちょっと聞いた方がいいんじゃないのかという気がするんですが。じゃないと、何か、彼らの言いなりに——我々は「はい、はい」って言っているような、しょうがないような感じになっているから。今さっきの田口委員の話じゃないけれど、倍以上ふえたっていうのは、オリンピックのあれと全く同じじゃないかって言われるとですよ。

我々も、本当、済みませんって言えばいいのか、新しい知事を引っ張り出さないかんのかもしれんけれど。本当、もうちょっと専門家の、あの中でも専門技術部会とかなんとかいろいろやっているみたいですけど、そういうのを我々はわからんからね、細かいことは。あの辺の専門家の話をちょっと聞いてみたいなという気もするんだけど。

○太田委員長 そうですね。もしかしたら、県土整備部の管理課とか入札に関係している課の意見とか、それから、外部からも何か聞いたり

とかあるかもしれません。

何かほかにもありましたら、そういうテーマでも。

○前屋敷委員 建設費の人件費、資材費が倍になっているというのは、実際にそうなんですか。だから、それこそ本当に内訳というか、実際の数字で示してもらえると。本当にそうなのかなって思うし。

○井本委員 田口委員が言われるように、そのときは恐らく大分わかっちゃったはずでしょうけれどね。わかってたのに、単価を37万でやったということ自体が、そもそも、最初から安く見積もろうという意図があったんじゃないのかね。我々をだまくらかそうと思うて。

○太田委員長 もう少し資料を、根拠を求めてみましょうか。

○井本委員 この値段でどうしようもなかったら、もうしょうがないんだけどね。本当にそうなのか。こんなに倍も、185億だったのが、390億になってるわけよ。

○松村委員 東京オリンピック終わったら下がりますから、それまで待ちましょうか。そしたら、また2分の1になる。

○太田委員長 2つの理由でしたもんね。震災の関係、オリンピックでそれぞれ上がりよるということで。

○井本委員 それはわかるけれどね。

○太田委員長 もう既に上がっているというようなことでありますか。もう少し、根拠を説明してくれと言うときましましょうか。

○井本委員 プロの話も、建築協会の話をちょっと。

○宮原委員 これは言われるとおりで、この時期をずらしましょうかねというような話。今のところで頑張りましょうと、あと5年は頑張っ

ていきましょうというのがあっても。

○井本委員 ああ、なるほどね。そうすると値段が下がるでしょうと。

○宮原委員 金額が倍になっても収支はとんとんでいくということになるんですか。どうなんだろうね。

減価償却はふえるから、そこは内部留保になる。

○太田委員長 そのやり方は、また委員長に一任していただきましょう。いろんなやり方があるかと思いますが、また、次回の常任委員会等で報告させていきたい。何か根拠を、資料的なものを出してもらって。

○宮原委員 電子カルテが、何か8億の中に入っていましたよね。資料2のその他、アスタリスクの2というところで。別の病院で、知人にいろいろ聞いたときに、電子カルテだけで5年ごとの更新料が30億円ぐらいかかりますから覚悟しなさいって言われたんだけど、こんなものでいいのかなと思って。

情報システム構築というところで、電子カルテってこんなに安いのかなって。ある病院に行って聞いたら、5年ごとにどんどん入れかえていかないかですよって。そのソフトが、国内じゃなくて、何か外国の専門メーカーが握ってて、なかなか安くないということで、更新が相当かかりますよと言われたんだけど。全部を含めて8億5,000万ぐらいで済むような話なのかなって。

○太田委員長 その辺も根拠をはっきりさせてもらうようにしましょうか。

○井本委員 根拠をはっきりするせんにかかわらず、どうしても390億かかるって言うならば、もう、しょうがないんだけど、その辺よ。根拠が、これは間違っていましたって言われたら、

ああ、そうなのって、終わってしまうから。問題は、本当に390億かかるのかってことよ。

基本構想時の根拠を言うにしても、間違っていました、それだけのことで終わってしまうんじゃないか。そして、その390億が本当に根拠があるのかというね。

○太田委員長 自由に委員間討議をしておりますけれども、いいですか、大体出ましたか。そういう点を次回また生かしたりして。

ほかに何かありませんか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○太田委員長 それでは、ないようですので、以上をもちまして本日の委員会を終わります。

午後0時5分閉会