

平成19年7月5日

【大道委員長】 それでは、定刻も回ったようでございますので、ただいまから平成19年第2回都立病院経営委員会を開催させていただきます。

本日は、ご多用のところお集まりいただきまして、まことにありがとうございます。

会議次第に従いまして、まず事務局から委員のご紹介をお願いいたします。

【黒田参事】 本日の事務局を務めさせていただきます病院経営本部経営戦略再編整備担当参事の黒田と申します。よろしくをお願いいたします。

私は、去る6月1日付で就任させていただきました。どうぞよろしくお願いいたします。

失礼ですが、座って説明をさせていただきたいと思えます。

それでは、委員の皆様を紹介させていただきたいと思えます。前回ご欠席の方もいらっしゃいますので、改めて委員全員の方をご紹介させていただきたいと思えます。

お手元の次第をおめくりいただきますと、「都立病院経営委員会委員名簿」というものを添付させていただいていると思えます。こちらをごらんいただきながらと思えます。

それでは、恐縮ですが、名簿の順にお名前をご紹介させていただきたいと思えます。

中村裕委員でございます。

泉澤俊一委員でございます。

大道久委員長でございます。

星和夫副委員長でございます。

松下正明委員でございます。

辻本好子委員でございます。

内藤裕郎委員及び福井次矢委員は後ほどお越しいただけると存じております。

なお、森山弘子委員は、所用のためご欠席とご連絡を受けておるところでございます。

続きまして、都側の出席者を紹介させていただければと思えます。6月1日付で人事異動がございましたので、紹介をさせていただきます。

まず、病院経営本部幹部職員でございます。秋山病院経営本部長でございます。

都留サービス推進部長でございます。

4月1日付の異動ではございますが、職員課長に交代がございまして、高橋職員課長でございます。

続きまして、当委員会のオブザーバーといたしまして、各都立病院長が出席させていただいておりますが、同じく6月1日付で異動がございましたのでご紹介をさせていただきます。

南大塚病院長でございます。

小林墨東病院長でございます。

以上で紹介を終わらせていただきます。

【大道委員長】      ありがとうございます。

続きまして、委員会の開催に当たりまして、秋山病院経営本部長よりご挨拶をいただきたいと思っております。よろしくどうぞ。

【秋山本部長】      6月1日付で異動してまいりました。貴重なお時間の冒頭をちょっと拝借いたしましてご挨拶をさせていただきます。

まず、先生方には、この都立病院の経営委員会の委員をお引き受けいただきましてまことにありがとうございます。また、本日もご多忙の中をお集まりいただきました。厚く厚く御礼を申し上げます。

私は、数年ぶりに都立病院の仕事に戻ってまいりまして、この数年間だけでも、医療人材の不足だけを見ても、本当に医療関係は激変しているなというふうに感じております。こういった今後の医療関係の激変に対して、都立病院がその役割を発揮していくというためには、経営形態の検討が不可欠だろうと考えております。

ただ一方で、都立病院そのものが、都の直営としてサービスを安定的に供給してきたという実績や歴史もありますことから、各経営形態で一体何ができて何ができないのか、メリットは何かデメリットは何か、それが今後の都立病院にとってメリットやデメリットがどう作用していくのかということをお都民の皆様の前にはつまびらかにしないといかんと思っております。

いずれにいたしましても、忌憚のない闊達なご議論、ご検討をいただきたいと思っております。どうぞよろしく願いいたします。

【大道委員長】      ありがとうございます。

それでは次に、本日配付されております資料について、事務局から確認とご説明をお願い

いたします。

【黒田参事】 それでは、本日お配りをしております資料の確認をさせていただきたい  
と思います。

「配布資料一覧」と書いてございますつづりもあわせてごらんいただければと存じます。

1枚お開きいただきまして、右下にページ数を記載しておりますが、全部で45ページ  
立ての資料となっております。

続きまして、参考資料でございますが、別につづられております資料でございます、  
こちらは全部で8ページということになっております。

それから、別冊といたしまして、平成18年度事業概要、こちらはブルーの表紙のもの  
でございます。それから、17年度の都立病院会計決算書、こちらは白い表紙のものでご  
ざいます。また、行財政改革実行プログラム、こちらと同じように白い表紙のものでござ  
いますが、こちらをご用意させていただいております。

お配りしております資料は以上でございますが、時間の関係もございますので、個別の  
資料の確認は省略させていただきますが、もし、お手元に欠けているものがございましたら  
係員が参りますので、お申し出をいただければと思いますが、よろしいでしょうか。

それでは、恐れ入りますが、それぞれの所管課長から資料の説明をさせていただきたい  
と思います。

まず、資料1の方からご説明させていただきたいと思いますが、45ページ立てと大変  
ボリュームも多い資料となっております。各説明員はポイントを絞って説明をお願いした  
いと思います。

それでは、資料1の方から説明をいたします。よろしく申し上げます。

【児玉課長】 それでは、お手元資料1の1ページ、「都立病院の新たな役割」につい  
てご説明いたします。

こちらの左側の上にかかれてございますが、平成13年12月に策定いたしました都立  
病院改革マスタープランでは、都立病院の基本的な役割をこの4行目に書かれてございま  
すが、「高水準で専門性の高い総合診療基盤に支えられた『行政的医療』を適正に都民に  
提供し、他の医療機関等との密接な連携を通じて、都における良質な医療サービスの確保  
を図ること」と位置づけてございます。

行政的医療につきましては、第1回でも簡単にご説明させていただきましたが、大きく  
分けて3つございます。

まず、左側に書かれてございますが、アの「法令等に基づき、対応が求められる医療」でございますが、具体的には、感染症医療あるいは精神科救急医療など、法令上あるいは歴史的経過から、行政の積極的な関与が期待され、主体となって担うべき医療でございます。

次に、イの「社会的要請から、特に対策を講じなければならない医療」でございますが、これは細かく3つに区分しております。

1つ目が、(ア)にあります難病医療や障害者医療など、多様なマンパワーの確保や特別な対応が必要なことから、採算確保が難しく、一般医療機関での対応が困難な医療でございます。

2つ目が、(イ)の周産期医療あるいは三次救急医療など、都民ニーズが高く、高度な医療水準とそれを支える総合診療基盤により対応する医療でございます。

3つ目が、(ウ)の専門リハビリテーション医療あるいは二次救急など、一般医療機関でも対応は可能ですが、現状において量的に不足している医療でございます。

大きな3つ目の区分は、エイズ医療や小児精神医療など、新たな医療課題に対して先導的に取り組む必要がある医療でございます。

資料1の右側には、ただいま申しました行政的医療の項目、考え方、及びそれぞれの項目ごとの医療課題を一覧にしております。

続きまして、次ページの資料2をごらんいただきたいと思います。まず、資料の下の部分を先にごらんいただきたいと思います。はセンター的機能といたしまして、「特定の医療分野に関し都立病院間の機能分担の中で中心的役割を担うとともに、都全域の中核施設としての役割も担う機能」でございます。

次の の重点医療でございますが、「医療行政上の必要性から特定の医療課題に対し当該病院での対応が求められる医療」でございます。

次に の指定病院でございますが、これは「行政が特定の施設機能を有することを条件として指定する病院」でございます。

また、上の表の網かけになっている部分でございますが、各病院で対応可能な領域を示しております。例えば下から4つ目の駒込病院のところをごらんいただきたいと思います。が、現在駒込病院は、がん・感染症医療センターとして整備を進めておりますが、 のセンター的機能といたしましては感染症医療及びがん医療を、また、 の重点医療課題といたしましては骨髄移植医療、エイズ医療、あるいは緩和ケアの推進、こういったことを掲

げてございます。

さらに でございますが、東京都災害拠点病院に指定されておりまして、また、二次救急医療機関といたしまして休日・全夜間診療を実施しております。

次に、3ページと4ページの資料3及び資料4でございますが、それぞれ第1回の委員会においても提示させていただいておりますので、今回説明の方は省略させていただきたいと思っております。

続きまして、資料5、5ページをごらんいただきたいと思います。「都民医療に占める都立病院の割合」でございます。

まず5ページの表でございますが、上の区分欄にあります病院数、それから病院病床数、病院従業者数、取扱患者数、それぞれに関しまして、都立病院が占める割合を一覧にしたものでございます。

資料の作成時点が17年の10月と若干古いため、都立病院に関しましては、18年4月に荏原病院を東京都保健医療公社に運営移管しておりますので、現在この表、一番下に都立病院が占める割合ということで出しておりますが、この表よりも実態としては若干低い割合ということになっております。

まず、病院数につきましては、総数で見ますと、一番上でございますが、全都で667病院、このうち都立病院が、下から2つ目の欄ですが12ということで、割合としては1.8%でございます。先ほど申しました荏原病院を除きますと11病院ということで、1.6%ということになります。

次に、病院病床数で見ますと、総数が一番上、全都で13万1,097、これに対しまして、都立病院が下から2つ目ですが6,774となりますので、5.2%ということになります。こちらも荏原病院を除きますと5%を若干切った割合ということになります。

続きまして病院従業者数でございますが、こちら一番下の欄でございますように、総数で見ますと4.6%、また、取扱患者数、これは1日平均で比べておりますが、入院につきましては5.0%、外来につきましては4.1%となっております。

次に、6ページをごらんいただきたいと思います。今ご説明いたしました病床数、外来患者数に加えまして、幾つかの行政的医療に関しまして都立病院が占める割合をグラフにしたものでございます。

まず の救命救急医療に関してでございますが、救命救急センターでの延べ患者数は、平成17年度で見ますと約15%となっております。同様に、 の周産期医療に関しまし

ては患者数の約27%、の感染症医療で見ますと、第二種感染症指定医療機関、この病床数で見ますと4割強、それから、のエイズ診療協力病院、この病院の数で見ますと2割強、最後の番ですが、東京都災害拠点病院の施設数、病院の数で見ますと1割強というようになっております。

先ほど申しましたが、病床数は約5%ということですが、行政的医療に関しましては大きな役割あるいは大きな割合を占めているということでございます。

説明は以上でございます。

【大道委員長】 ただいま都立病院の役割ということで、資料1から5まで説明がございました。本日資料は大部ですので、とりあえずここを一段落としてご質問をいただきたいと思っております。よろしいですか。また後ほどでも結構だとは思いますが、お忘れにならないように、ご確認、ご質問があれば。

今、内藤先生がお見えでございます。前回もご紹介させていただきました。よろしくどうぞお願いいたします。

それでは、資料1から資料5までは、ご説明は承ったと。必要であれば、また後ほどご質問をいただきたいと思っております。

それでは、引き続いてのご説明をお願いいたします。

【小室課長】 それでは、資料6から、財務関係ということでご説明させていただきます。7ページ、資料6になります。

まずこちらの方の資料ですが、左側の方に都全体の予算編成の仕組み、流れという感じで、それと右側の方に、病院経営本部と都立病院において、予算が決まった後どのような形で執行し決算までいくかというような流れという形で左右に記載してございます。

まず、左の方の都全体の予算編成の仕組みについて、流れにつきまして簡単にご説明いたします。

財務局、予算を全体的に統括する局、それと私どもの病院経営本部、それと各都立病院ということで記載してございます。

まずスタートは、病院経営本部の方から各都立病院に、翌年度どのようなことを重点的に取り組みたいか、あるいは翌年度の経営運営に関してどのように考えているかというようなことを定める重点事業計画、これの作成依頼を各都立病院に出します。

各都立病院はそれを受け作成いたしまして、大体7月の終わりぐらいに、その重点計画に基づきまして各病院からヒアリングを行います。私ども財務課を中心に行います。

その後、その重点事業計画をもとに全体の来年度の予算編成に向けた事業計画書というものをつくってまいります。これは、細かい積算というよりは、全体のフレーム、あるいはこういったことを重点的に取り組んでいこうということの要求項目をまとめたものです。

それに基づきまして、経営本部の幹部の方に説明を上げていきまして、最終的に局の案という形でまとめたものをもとに、病院経営本部長と各病院の院長がヒアリング、意見交換を行う場が設定されております。それが大体9月の上旬ごろというような流れになっております。

その間に、左側の財務局の方ですが、副知事名で、来年度予算についてはこのような方針で予算要求をするようにという依命通達が来ます。それを受けまして、9月の上旬から具体的な詳細の予算編成の作業に入ります。細かい経費の見積もりから始めまして、さまざまな資料等をつくってまいります。

最終的につくるのは予算見積書というものになりまして、これが大体10月の中旬ぐらいにできまして、これを財務局の方に提出して、それ以降財務局との予算調整が始まります。

大体その調整に2カ月半ぐらいかかりまして、知事査定が1月に行われます。それが終わった後、予算の内示という形で病院経営本部の方に計数が戻ってまいります。

予算の計数が戻ってきたものを最終的に細かい点を含めまして整理を行いまして、議案というものにつなげていきます。

その間に、財務局の方からは、大体1月20日過ぎぐらいというのが例年ですが、予算原案の発表、それに基づきまして議案書を作成して、2月中旬からの都議会の第1回定例会の方に予算を提出いたしまして予算審議、これが大体3月の終わりぐらいで終わりました、その際に予算の可決、成立というような流れになります。

そのような予算が成立した後、本部の方でどのような形で動いていくかということが右側です。病院経営本部では、まず4月の頭に、院長先生の方からのプレゼンテーションを行っております。今年度こういう形で病院をやっていきますというようなものです。

そういったものを踏まえながら、当該年度はどのような形で予算を執行していくかという年間執行計画というものをつくっていきます。そのやりとりを各病院とやりながら、最終的に6月の終わりぐらい、末に年間執行計画が固まりして、こういった見合いで今年度は予算を執行していこうというようなものを各病院に通知していきます。

それに基づきまして、各病院の方は執行を続けていくわけですが、その間、中間期決算

見込み、第1回決算見込み、第2回決算見込みということで、決算の見込みを計4回とってまいります。

その後、最終的に翌年度の4月ですか、決算の調製作業に入りまして、5月末までで決算が確定していくことになります。

その後、6月から7月にかけて、決算につきましては監査委員の決算審査を受けなければならないということになっておりますので、決算審査を受けまして、その後10月、公営企業会計決算特別委員会、こういった委員会に諮りまして、第4回定例会で決算が認定される。大体このような流れになっております。

1枚めくっていただきます。資料7です。こちらは病院会計の損益収支の推移ということで、昭和62年度から平成18年度まで、20年間分ということで計数をこのような形で記載してございます。

ちょっと特徴的なところを何点か申し上げますと、平成15年度から、一般会計繰入金というものが急に出てきています。これは、今まで平成14年度までは医業外収益のところまで全部まとめて一般会計繰入金という形で整理をしていたのですが、15年度から、一般会計が負担すべき経費ということを明確にいたしまして、その分を医業収益ということで区分経理をしております。それ以外の部分につきましては、まだ医業外収益の方の一般会計繰入金というような形になっており、この年度から分かれているというのが一つのポイントです。

それと、純損益のところ、下から6行目のところですが、おおむね13年度ぐらいまでは、特別利益の発生等もございまして、黒字基調だったんですが、14年度以降から、残念ながらちょっと赤字基調という形になっております。大きな原因といたしましては、14年度から診療報酬が、14、16、18で3回マイナスの改定が出ております。それにきれいに連動するような形で少し赤字幅が増えているというような状況になっております。

1枚めくっていただきまして、資料8、こちらは一般会計からの繰入金の推移でございます。平成11年度を最大といたしまして、平成18年度までおおむね減少基調というような形になっております。平成19年度は予算ということで、参考ということでこちらに記載してございます。

1枚めくっていただきます。資料9です。これが未処理欠損金・未処分利益剰余金と自己収支比率ということで1枚の資料にしてございます。

折れ線グラフの方が私どもが自己収支比率ということで注目している指標です。一般会

計からの繰入金を除いて、自分たちの収益でどれだけ自分たちの経常的な費用が賄われているかというような指標ですが、昭和62年度から見ていただいているとおり、基本的に右上がりの傾向になっております。

上段の折れ線グラフが、いわゆる総合病院、その部分を別掲にしています。中段の折れ線グラフは、これは都立病院全体。例えば精神病院とか小児病院とか、非常に不採算性の高い病院もまぜた全体というような自己収支になっております。

ちなみに、おおむね右上がりの基調ですが、14年度以降ちょっとジグザグしております。14年度には下がっていますが、この辺は診療報酬のマイナス改定の影響が出ています。あと16年度も、こちらは本体の方の診療報酬の改定はフラットだったのですが、全体でマイナス。あと18年度、こちらは今までで一番大きな診療報酬のマイナス改定があったのですが、そのあたりにつきましては自己収支は悪くなっているというような状況です。

1枚めくっていただきまして、11ページ、資料10になります。先ほどは損益の推移ということでしたが、経営指標の推移ということで、10年間分ということで記載してございます。上段が、稼働病床数とか入院、あるいは外来の規模、単価を記載してございます。

ここの部分での特徴的なところは、まず、診療単価、入院に関しても外来に関しても、基本的に上昇基調ということになっております。あと平均在院日数、入院のところの上から3行目ですが、こちらが平成9年度の28.3日に対しまして、18年度が21.1日、こちらは精神とか小児、すべて含めての数字ですが、大幅な短縮を図っているというようなところが特徴的なものだと思っております。

中段が費用の構成比率です。病院事業費用で給与費、材料費、経費等々がどのような構成比をとっているかというところなんです。給与費につきましては、病院事業費用のおおむね5割ということで、平成9年度からほぼ横ばいです。材料費に関しましては、若干減少の傾向があったのですが、近年上昇の傾向が出ております。経費につきましては、基本的には少しずつですが微減の下降傾向となっております。

一番下の段が医業収益比率ということで、収益に対しまして医業費用がどのような割合になっているかというところでございます。特徴的なところは給与費なのですが、平成9年度が78.5%というような数字だったんですが、その後ずっと減少基調ということで、18年度が64.2%というような形で減少基調が続いております。材料費につきましても、

収益対比ということで見ますと減少基調が続いております。経費につきましても同じような形で、平成9年度の27.3%に対して18年度は19.4%というような形で減少基調という形が続いております。

1ページおめくりいただきまして、12ページ、資料11になります。こちらは病院会計の財政状況の推移ということで、貸借対照表が上段、不良債務の状況ということで中段、それと損益勘定留保資金の状況ということで、資金的な面のところをこちらに記載してございます。

貸借対照表は、昭和62年度から平成18年度までの20年間分ということで、そのままの数字を記載してございます。

中段の不良債務ですが、不良債務は一応流動負債マイナス流動資産というような定義になっております。企業債を発行する際にこちらがあった場合には、以前の許可制の場合ですと起債が認められないとかいうようなもので、一つの管理すべき指標です。病院会計におきましては、不良債務はマイナス240億ということで、現時点におきましては不良債務はございません。

それと損得勘定留保資金ですが、昭和62年度から、多少でこぼこしておりますが、近年は順調に積み上がっております。18年度末現在で約300億損益勘定留保資金は積み上がっております。

1ページめくっていただきまして、13ページ以降ですが、こちらは資料12になりますが、都立病院各病院の経営状況の推移ということで、平成9年度から18年度までの10年間のものをまとめております。広尾病院から以降すべて都立病院、途中で経営移管したのまで含めまして、病院事業収益、病院事業費用、医業収支比率、あるいは入院なんかについての経営指標、こちらをまとめております。

1ページ目が広尾病院。

次のページが大久保病院。大久保病院は16年度から東京都保健医療公社の方に移管されております。

次の15ページ目が大塚病院、16ページ目が駒込病院。

17ページ目が豊島病院。豊島病院は11年度から休止していたものが再開してというような動きになっております。

18ページが荏原病院。こちらは、先ほどお話が出ましたが、18年度から保健医療公社の方に経営移管しております。

19ページ目が墨東病院、20ページ目が府中病院、21ページ目が神経病院、22ページ目が清瀬小児病院、23ページ目が八王子小児病院、24ページ目が松沢病院、25ページ目、最後ですが梅ヶ丘病院ということで、各病院の経営状況の推移でございます。こちらにつきましては、後ほどごらんになっていただければと思います。

26ページ目です。こちらは年齢別患者数の推移ということで記載してございます。毎年度10月の第3水曜日に、ワンデイ調査ということで、患者さんの動向調査をしております。平成9年度から18年度ということで調べております。全体の話になりますが、上段が入院、中段が外来、下段が総数になります。65歳以上の患者さん、こちらが9.9%と28.8%になりますので、合計して38.7%ということで、約4割近くが65歳以上の患者さんというような状況になってございます。

1ページめくっていただきまして、27ページになります。資料14です。こちらは同じワンデイ調査の中で調べているものでございまして、診療費の支払方法別患者数の推移ということで、平成9年度から18年度まで記載してございます。上段が入院、中段が外来、下段が総数ということです。あまり目立った特徴というほどのものはないのですが、下段の総数のところの18年度を見ていただきますと、国保、社保がほぼ同じぐらいで、その後老人保健というような形で構成されております。

資料につきましては以上でございまして、あと参考資料ということで、後ろの方についている資料について概略をご説明いたします。

参考資料は45ページの次になります。別冊の方になっているものです。参考資料の1ページ目で17年度決算ベースでの政令指定都市と都立病院のさまざまな数値を比較したものでございます。

政令指定都市については、17決算で札幌市から福岡市までございます。それで、指定都市計と、それに対する都立病院は総合病院という形で記載しているもの、それと都立病院全体というような形で、一番上のところは病院数、次が収益、次が費用、純損益、各種収支比率、あと経営指標というもので記載してございます。

1ページめくっていただきまして、参考資料の2になります。これが先ほど政令市でしたが、今回は近県と、あとほぼ類似する他府県というような形でまとめたものです。近県ということで、埼玉県、神奈川県、類似県ということで愛知県と大阪府というようなことで、データとして管理してございます。

1ページめくっていただきまして、参考資料の3になります。こちらが医業収益100

対医業費用比較ということで、上段が都立病院、中段が政令指定都市、下段が近県あるいは類似他府県というような形でおのこの計数をまとめたものでございます。

雑駁ですが、以上になります。

【大道委員長】 たいまは財務関連資料を参考も含めてご説明いただきました。大部ですし、これでいきなり何を言うのだというところがありますが、今日は、まずご議論いただく課題についての全体像を把握していただく。あるいは資料としてはこの範囲で、次回、次々回ご議論いただく、こういう趣旨のようでございますので、まずはこういう資料の取りまとめを事務局としてはしているとお受けとめいただく。その上で、財務関連資料でのご確認なりお問い合わせがあればお答えをいただきます。

【泉澤委員】 確認なんですけれども、7ページのこれは予算の編成の仕組みのところ、年度の予算成立まではこういう流れですというのがご説明があったんですけども、これの成立した予算の多分神奈川県とか千葉県というのはサマーレビューとかスプリングレビューでやって、査定の中身をもう一回検証するというのをほかの県はやっていると聞いているんですが、東京都の場合はそういうのはあるんでしょうか。

【小室課長】 基本的には財務局の方の中身になるのですが、東京都もサマーレビューというものはやっております。プレ予算説明的な事業説明から始まりまして、今年度の予算がこうなっていると、あと決算も出ていますので、そういった面も含めながら、財務局の主計部の方でサマーレビューというものはやっております。

【泉澤委員】 それによって、この成立した予算が特別変わるというわけではないんですよ。

【小室課長】 それは基本的にございません。

【泉澤委員】 あともう一つ、補正予算というのはどういうタイミングで組まれるんですか。

【小室課長】 補正予算を組む必要が出た場合には、第3回定例会あるいは第4回定例会というものが第1回定例会の前に2回ございますので、その後の事情変更等があつて補正を組む必要が出た場合にはその中で対応しております。

あるいは第1回定例会でも、そのときまでに国の状況とか何かつかめずに、急に国の状況が動いてどうしても計数を補正しなきゃいけないというものがあつた場合には、同時補正と言っておりますが、第1回定例会に当初予算案と同時に補正予算を出すというようなこともございます。

【大道委員長】 ほかにどうでしょう。

自治体病院の財務状況資料というのは、間違いなくこういう流れで各自治体ともやっておられる。地方公営企業法の枠組みが基本にはございますので、ただ、それに加えてかなり分析的なデータも出ておりますので、ここは、最後に時間があればご討議をいただくことになっております。それぞれのご専門もおありでしょうし、あるいは都立病院の今後の課題というものの問題意識の持ち方でフォーカスを当ててしっかりごらんをいただく。今日は、時間の範囲でご討議いただきますが、今日の資料はお持ち帰りいただき、次回以降、今後の自治体病院のあり方を検討いただきたいと思います。

さて、その上でどうでしょう。何かございませんか。大丈夫でしょうか。

【内藤委員】 病床の利用率なんですけれども、これは、今病床閉鎖しているところが幾らかあると思うんですけれども、それは計算に入れての病床利用率なんですか。病床閉鎖は全然しませんか。

【小室課長】 まず、病床閉鎖ですが、例えば病棟の内部を改修工事しなければとかいうようなことで、3カ月ぐらいとか、そういったものは一定程度あります。分母となる予算の定床というのは決まっておりますので、その部分で、例えば1年にもわたるような場合は、予算定床のところでは1年間休止というようなことで除いておきますが、3カ月ぐらいの休止に関しては予算定床を動かさずに、これは分母の方に入れております。

【内藤委員】 看護師定数が大分いろいろ変わってきているので、その辺で看護師の充足は十分足りていてということですか。

【大道委員長】 次に人事関係の資料のご説明がございます。何もこれは財務、人事と役割とかが分かれているわけでも何でもないので、今お答えいただいてもいいのですけれども、後ほど資料があるようでございますので、今の看護師確保などについてはそのときにご説明いただきましょう。

ほかはよろしゅうございますか。それでは、20年にわたっての資料でなかなか大変な作業だったと思います。20年にわたる都立病院の動向を見て、なるほどということも正直あるのですが、改めて論点のある程度はっきりさせたいというところも議論していただくことにしたいと思います。今日は総体の財務関係資料をご説明いただいたということで、とりあえず先へ進めさせていただきます。

それでは、引き続いて次のくくりでのご説明をお願いいたしますでしょうか。

【高橋課長】 それでは、恐れ入りますが、お手元の資料28ページをお開きいただき

たいと思います。人事制度の仕組みについてでございます。

職員の給与改定ということでございますが、まずその前に、東京都の人事制度全般についてお話し申し上げます。地方公共団体の人事行政につきましては、地方公共団体の民主的、能率的な運営を保障するために、根本基準といたしまして、こちらにも記載のとおり、地方公務員法が定められております。この法律の中では、中立的な人事機関として人事委員会の設置、職員の採用、給与、それから勤務条件、サービスの根本基準等が定められておりますが、具体的内容は各自治体の条例に規定することとされております。したがって、都立病院の人事制度も、全体の奉仕者といたしまして、地方公務員法、地方公務員制度のフレームの中でございます。

東京都の人事組織でございますが、この東京都人事委員会のほかに、人事統括部門として総務局人事部、各局に人事主管課が、また事業所には人事担当課が置かれているところでございます。

それを前提といたしまして、まず給与でございますが、民間であれば、給与というのは、恐らく収支状況であるとか、収支見通しを踏まえた上で、労使交渉によって給与額が決定される場所だと思いますが、地方公務員の場合は、労働三権が制約される代償措置といたしまして、東京都の場合は、人事委員会が民間の給与水準と均衡させるために民間給与調査を行い、それを議会、知事に勧告して、審議の上、給与条例の改正の形で給与改定が行われる仕組みになっております。

具体的には、右の表をごらんいただきたいのですが、まず人事委員会の方は、無作為抽出いたしました従業員50人以上の事業所1,082を無作為抽出いたしまして、4月の給与であるとか、ボーナスであるとかいったものを職層別、年齢別に調査いたしまして、それを都の同職種の職員給与と照らし合わせてその差を是正する形で給与改定を勧告する形になっております。ちょっと表は複雑になっておりますが、この表ではそういったことを言っております。

また、手当についても、国の制度であるとか、そういったものを勘案しながらですが、基本的には民間と均衡させるということがベースになります。

事務系で格差是正を図った上で、その是正内容は医師、看護師の給料表にも適用される形になります。

恐れ入ります、29ページをごらんいただきたいのですが、一言で申し上げますと、社会状況を反映して、総じて抑制傾向にあるということがこの表から伺えるかと思っております。

給与改定の内容のところをごらんいただきたいのですが、例えば平成10年度、「実施を1年凍結」、それからあとは、勧告どおりなんです、マイナス額については改定を行っているということになってございます。

こうした結果、今も事務系を中心とした是正となっておりますので、仮に民間相場で、医師の不足等の状況によりまして医師に関して民間の給与水準が上がっていたとしても、給与表上は切り下がっているという形になっております。実際に17年の都の医師の初任給を18年と比較いたしますと、26万3,000円から26万700円と約2,300円の切り下げになってございます。

この人事委員会調査によりますと、例えば民間の39歳程度の医師なんです、給料ですが72万9,780円が74万5,000円と約1万5,000円水準が上がっているにもかかわらず給料は下がっている。

こうしたことから、東京都の人事委員会では、平成18年勧告におきまして、医師の勤務実態等に配慮し、その給与について検討していくということといたしております。

資料の30ページをごらんいただきたいと思います。給与のほかに諸手当がございます。民間でも手当は支給されているところがございますが、公務員の場合につきましては、地方自治法に手当の種類が限定列挙されております。このため、例えば民間では、入院の実績払いとして入院手当等、さまざまな実績手当を工夫していると仄聞しておりますが、都の場合は、そうした手当を創設することはなかなか難しいということになります。

資料の方ですが、一番上は期末・勤勉手当、これはボーナスに当たるものでございます。次は扶養手当、住居手当、給料の特別調整額、4段目ですが、これがいわゆる管理職手当というものでございまして、こちらの方につきましては、平成19年4月からで定額になってございます。これは、ドクターであれば、部長、医長、副院長等に適用されます。

また、宿日直手当でございますが、これは病院の管理当直に対して支給するものでございまして、平成19年1月1日、平成19年4月1日とごらんをいただきますと、約倍増となっております。

その下でございますが、初任給調整手当は、医師であるとか、採用しにくい人材の確保を誘導するための手当でございます。これにつきましては、ごらんとおり、平成18年4月1日から17万5,100円と約3万円の増額となっております。

このほかに、助産師、看護師について初任給調整手当、給与の調整額を記載してございます。ドクターに関して申し上げます、平成19年度には超過勤務手当の予算の増額を図

っておりますので、平成19年度と比較いたしますと約110万から140万の年収増となっております。

大変お手数ですが、別冊の参考資料の4から6をお開きいただけますでしょうか。先ほどの財務と同じでございますが、参考資料4は、東京都と政令指定都市の給与比較、参考資料5は他府県との比較、参考資料6は全国との比較でございます。いずれも、先ほど申し上げました手当等の改善前の平成17年度のデータでございますが、参考資料4他都市の中で見ましても、全体の職員数で見ますと、合計という欄をごらんいただきたいんですが、64万円で、大体中位に位置いたしますが、医師に関しましては、その下の再掲の医師の欄でございます。101万3,000円と、この政令指定都市等の中では残念ながら最下位という形になってございます。

そうしたものが如実にあらわれますのが、別冊参考資料の6、6ページでございます。こちらにつきましては、医師と看護師の給与比較でございます。右側でございますが、医師の給与比較、どこに東京都が出ているかといいますと、一番下、61番目ということになります。

同じく看護師の方で言えば9番目ということになります。

先ほど年収にして大体140万円程度アップしたというお話をさせていただきました。仮にほかの都市の給与がこのままだと仮定して、今申し上げたような手当を支給したといたしますと、順位は大体ここで言いますと大阪府と同じ50番目ぐらいという試算結果が出ております。もちろん他県の方も動いておりますので、必ずしも50番目ということはないんですが、仮にこのベースで考えればそういう形になります。

あともう一つ、特筆的なことにつきましては、基本給につきましては42歳で51万6,006円という形なんですけど、時間外手当など、手当の部分が他都市と比べて比較的低い。基本給だけ見ますと、やはりこれも50番目ぐらいに位置するという形になります。

恐れ入ります。もとの資料に戻させていただきます。給与につきましては、さまざまな地方公務員法の制約がある中ですが、先ほど申し上げたような形の改善であるとか、あるいは当直をやったら、あるいは超過勤務をやれば、それなりに反映されるという意味では、インセンティブの向上に全く寄与しないわけではないんですが、いずれにしましても、引き続き処遇改善は必要であるというふうには考えております。

続きまして、恐れ入ります。31ページをごらんいただけますでしょうか。職員の採用についてでございます。職員の採用については、競争試験または選考により採用すること

が地方自治法上決まっております。

職員の定数につきましては、職員を一旦採用すると、基本的には退職まで人件費の後年度負担は拘束されるということでございますので、定数の決定に当たっては議会の議決が必要ということになります。

定数の決定方法なんですが、たびたび恐れ入りますが、32ページをごらんいただけますでしょうか。各病院で、例えば周産期医療を強化したいとか、あるいは看護体制を強化したいとか、さまざまな所要人員計画を策定いたします。それに対して7月下旬ごろ総務局の方、財務と同じように職員定数方針ということで、最大限の効率を發揮するように、あるいはスクラップ・アンド・ビルドで人員を精査するようにといったような定数方針が出ます。

それに基づきまして、病院のいろいろなお話を伺って、所要人員を本部内で策定して、人事当局である総務局の方とやりとりして、最終的に第1回都議会定例会で審議された上で定数条例として可決して定数が決定されるという流れでございます。

31ページにお戻りください。主な職種の採用方法及び採用時期でございます。医師、歯科医師につきましては、人事委員会が人事機関として採用権限を持っておりますが、そこから局の方で委任を受けまして、局選考として採用しております。

幹部職員についてはごらんのとおり、一般医師につきましては毎月のように実施しているところでございます。

先ほどご質問のありました看護師なんですが、類につきましては、本則どおり人事委員会において競争試験を実施しておりますが、類につきましては局選考によって採用しております。原則としては、新卒者が出る4月採用になりますが、年度当初で退職される方も少のうございませぬので、年2回程度中途採用を実施しているところでございます。

ほかの職種についてはごらんのとおり、原則4月採用ということでございます。

右側のページですが、人事異動についてでございます。東京都の職員、特に事務系につきましては、例えば国の場合は人事院試験で省庁別に採用するという形ですので、例えば厚生労働省に入省したらずっとそのままということになります。他省庁に行く場合には出向の形をとりますが、都の場合は局別採用ではなく、一括採用の上局に配属するという形になります。基本的には、広域自治体としての都道府県の役割として、企画調整行政ということから、広い視野を職員に身につけてもらうために、事業所内のみならず、事業所間、さらには1局内のみならず局間異動も含めた人事異動を行っているところでござ

います。

異動時期なんです、幹部につきましては、例年4月、7月、12月に実施、一般職員につきましては原則4月、看護についてのみ10月にも異動を行っているところでございます。

主な職種の異動内容なんです、医師については、院長、副院長については病院間異動というものをやっているケースが多うございます。例えばこの6月には、院長2名、副院長6名の病院間異動を行っているところでございます。その他の医師につきましては、医局との関係であるとか、あるいは地域の医師との連携関係等を踏まえまして、異動はほとんど行っていないのが実情でございます。

コメディカル職につきましては、在職がおおむね10年、あるいは主任試験であるとか、係長昇任時に異動という形をとっております。

事務については、昇任時異動など全庁的なルールに基づく異動や、病院経営本部内の異動を行っているところでございます。

なお、病院につきまして、とりわけ医事については知識と経験が要る職場ということでございますので、例えば医事を特にやりたいといったような方の庁内公募制による異動であるとか、あるいは管理職試験の特例といたしまして、医事に精通した方を専門副参事に任用していく。さらには診療情報管理士の資格取得支援だとか、専門性を高めるとともに、できるだけ長くいていただくような工夫を行っているところでございます。

その具体的な数字等でございますが、恐れ入ります、資料16の33ページをごらんいただきたいと思います。病院別職種別の職員定数推移でございます。2ページにわたります、平成9年度から平成19年度まで、それぞれ病院別に、医師、看護要員等について記載してございます。

なお、例えば広尾病院であれば、平成10年から平成11年にかけて約100人定数が落ちてございますが、これは改修に伴う病棟縮小ということで、この段階で128人の減を行っているとか、あるいは大塚病院の平成11年から12年にかけてなんです、654から632に落ちている。それは、例えば調理の委託化を実施したとかです。そのほかにも大きな数字の動きにつきましては、例えばERの開始であるとか、先ほどお話がありましたような保健医療公社への病院の移管等によりまして職員の定数が動いているということでございます。

恐れ入ります。35ページをごらんいただけますでしょうか。平成14年から18年度

にかけまして、都立病院の医師、看護要員及び医療技術員等の定数及び現員について記載したものでございます。それぞれの年度につきましては、先ほど申し上げたような理由で出っ込み引っ込みがあるわけなんです、例えば先ほどの内藤委員の方からご質問にございました看護要員なんです、18年度、10月1日現在なんです、定数4,063に対して4,060と、数字の上ではほぼ均衡しているということが言えると思うんですが、これから年度末までに退職等がございます。そのほかにも、産休職員については定数内に入っておりますので、基本的には看護師に関しては欠員状況にあるというふうに申し上げてよろしいかと思えます。

また、あわせまして、今さまざまな点で看護師が全国的に不足しているということも指摘されております。そうした状況については都立病院もそれほど大きく変わるものではないということもございますが、一方で、昨年度より、新人看護職員の1年目の離職率が10%程度あるということが指摘されている中で、都立病院は試行的に看護職員の臨床研修と申しますか、新人看護職員の研修制度、3カ月受け持ちを持たせないで行っていくというようなトライアルを行ったところ、1年以内の離職率が減るといったような効果も出ております。そうした取り組みを今年はまだ多くの病院に広げているというところでございます。

恐れ入ります。36ページをごらんいただきたいと思います。各病院の産婦人科、小児科、麻酔科常勤医師の定数及び現員の推移を記載してございます。例えば18年度をごらんいただきますと、産婦人科につきましては、ほぼいずれの病院も定数に対しまして欠員が出ているという状況でございます。

他方で小児科の方につきましては、定数75に対して79と、おかげさまで、比較的確保できているかなという感じでございます。

麻酔科は、ほかの病院の例に漏れず、57の定数に対して44で、非常に厳しい状況がでございます。こうしたことから、非常勤職員の活用等各病院において確保に工夫しているところでございます。

次のページなんです、資料19は医師及び看護要員の採用数及び退職者の推移でございます。ごらんのとおりでございます。これは実数ですので、医師の方につきましては、採用193、退職211、非常に数が増えてございますが、これは医局の派遣で交代があったものをそのまま1とカウントしてございますので、見かけ上の数字は大きくなってございます。

看護要員なんですが、退職については実数です。採用と退職の間に大分乖離があるんですが、こちらの方については保健医療公社への病院移管等を反映しているものでございます。

恐れ入ります。最後になります、38ページをごらんいただきたいと思います。資料20です。東京医師アカデミーでございます。医師に関しましては、臨床研修の制度化等により医局からの医師派遣が年々困難になっているところではございます。そうしたことにつきましては都立病院も例外ではないんですが、また近年、医師については非常に専門医志向が高まっておりまして、得意分野が細分化する傾向がある反面、総合的な診療能力の低下も指摘されるとともに、あるいは患者の権利意識の高まりであるとか、インフォームドコンセントの推進等、医者である前に人としての資質向上といったところも求められているところでございます。

こうした社会ニーズに、公的な都立病院としてERなどの豊富な臨床例や、がん、精神科等、高い専門性、すぐれたスタッフ等の資源を生かして、魅力ある後期臨床研修の場を提供することで、専門性も高く、総合診療能力も持ち、かつこちらに記載してございませとおり、患者中心の目を持てるような医師を養成するものとして、東京都後期臨床研修制度を保障して東京医師アカデミーという名称で来年度からスタートさせるものでございます。

ごらんいただきますとおり、基本理念は、都立病院と保健医療公社の病院、総合いたしまして7,200床のスケールメリットを活かして、ジュニアレジデントが終わった方にシニアレジデント領域、さらには今検討中でございますがクリニカル・フェローというところで、最終的にはそうした高い診療能力を持った方を都立病院で勤務いただくとともに、下の表にもございませとおり、公的病院あるいは民間病院等にも広く紹介していくということコンセプトとしているものでございます。先ほど申し上げたとおり、来年度開講の予定でございます。

雑駁でございますが、人事関係につきましては以上でございます。

【大道委員長】 人事関係の説明を一括して承りました。

途中でございませが、福井委員がお見えでございます。ご紹介をさせていただきます。福井次矢委員でございます。よろしくお願いいたします。

さて、人事関連、これも大部ですが、しかし、組織運営上わかりやすいといいますが、ご質問なりご意見をいただきやすいかなとも思うのですが、どうぞ時間の範囲で承ります

が、いかがでございましょうか。

【松下委員】 2つほど質問ですが、1つは、例えば資料17の中で、定数と現員との差で、現員が少ないというのは、これは一つは医師不足が反映しているんでしょうけれども、全国のレベルから言うと、東京都はこれだけの数のお医者さんで満たされているというのは大変いいことだろうと私は思うんですが、それでもこれは少し低い。特に16、17、18年度は、定数から現員を引き算すると50台に近いというふうに少し数がふえてきているということと、先ほど言った都立病院の医者の平均給与が自治体病院で全国で最低です。数年前は私の記憶だと、下から3番目か4番目ではなかったかと思うので、どんどん下に下がって格差が生じているのではないかと心配はしているんですが、そういうこととこれとは関係があるかどうかということの認識をどう皆さん方が持っていらっしゃるかが1つ。

もう1つは、若いお医者さんがこれから東京都の病院で育っている。最後のお話にもありましたように、非常に大事なことだと思うんですが、レジデントの給与というのはかなりばらばらです。民間病院もそうだし、自治体病院でもばらばらですが、都立病院でのジュニアレジデント、シニアレジデントの給与体系というのは、全国のレベルから言ってどのぐらいに位置づけられているか教えていただければと思います。

【高橋課長】 まず1点目でございます。この定数と現員の関係と、その平均給与の関係でございますが、確実なというお話ではないんですが、私どもの仕事の関係上、医局であるとか、さまざまな方々とお話しさせていただく機会がございますが、勤務としては、ERだとかを行っているので非常に忙しい。そうした中で、それに見合う処遇かどうかという点については、やはりご指摘のとおりということで、私どももそういったことも踏まえて処遇改善を図っているところなんですけど、まだ足りないのかなと考えてございます。

2点目なんですけど、レジデントの給与ということなんですけど、制度上常勤職員として雇用できませんので、非常勤の単価を準用する形になります。大きく言えば、ジュニアレジデントについて言えば30万円弱ということ、それから、シニアレジデントで言えば51、2万円というところでございます。民間相場とは、病院によって、いっぱい採りたいところは高いものを設定したりするので、一概には言えないんですが、臨床でやりながら研修するという実態を踏まえると、何らかの改善は必要なのかなというふうには考えているところでございます。

【中村委員】 まさしく今先生がおっしゃったように、医師の方は年々少なくなってい

と思うんですが、逆に同じ資料17の35ページを見ますと、事務の方が年々定数を大幅に上回ってきているという数字がここに出ておりますが、これはどういう理由なのか一つ。

それから、プロパーとの関係で、東京都の職員の方がかなりこちらに異動になっているのではないと思うんですが、プロパーと都職員がどのくらいの割合なのか、あるいは支障があるのか、その辺のところは私は丸きり素人でわからないので、少しご説明いただければと思います。

【高橋課長】 事務の方なんですが、先ほど申し上げたとおり、保健医療公社への移管であるとか、あるいは先ほど申し上げたような都立病院の再編整備等も含めまして、事務系の組織についてはでこぼこがあるんですが、最終的には、18年度の定数は447に落ちているということなので、必ずしも増えてはいないのかなと。ただ、現員の方が大きくなっているというのは、今申し上げたように、一時的に、例えば本部であれば病院の再編整備であるとか、あるいは新たな業務に即応するために現員の方をやや増やしているという形にはなっております。

それから、もう1つの質問なんですが、都とプロパーの関係、先生がおっしゃるプロパーというのは……。

【中村委員】 例えば皆さん全部都からの職員、一般事務の方は全部都からの方ですか。そうすると、31ページですか、プロパーで事務という方は、原則4月採用、こう書いてありましたもので、事務職は一般のプロパーの人を採用なさっているのかなと、勘違いしたんですが、そうではないんですか。

【高橋課長】 東京都の公務員につきましては、全部都の職員ではございます。説明の仕方が悪かったのかもしれないんですが、そのほかにも、部分的には派遣社員等を活用するケースはございますが、ほとんどが都の職員という形になります。

【大道委員長】 基本的には固有の職員で、現地採用とかあるいは派遣の場合は、人事上は全く別枠ですけれども、……。

【高橋課長】 現地採用は事務の場合はございません。

【中村委員】 ということは、各病院が各自で雇うとか、病院関係だけで特別に都の職員以外の人を雇うとか、そういった意味のプロパーは一人もいない、こういうことですか。

【高橋課長】 基本的にはいないです。

【泉澤委員】 そうすると、35ページの6,328名というのは、すべて東京都の職員

という認識でよろしいわけですね。そうすると、各病院で外に委託で出している場合、または派遣等によって都の職員とは違う形で、ただし病院業務上は必ず必要なので、実際何人ぐらいがそのほかに都の職員以外に動いている方とか、そういうデータはあるんでしょうか。

【高橋課長】 今手元にはないんですが、ご指摘のとおり、医事業務であるとか、先ほど申し上げた給食調理、清掃であるとか、建物管理であるとか、そうしたものについては委託にしております。

【大道委員長】 基本的には、実は公務員なわけですね。公務員なわけで、経営形態をこれからご議論いただくわけですが、経営形態によって当然身分が変わる。分けても直営病院で一部適用ということであれば、公務員ということですから、これが経営とのかかわりでどう考えるべきかということにも通ずるわけです。そういう意味でも、医療関連サービスと日本では言いますが、委託の業務に従事している方々の人的規模、あるいは業務の範囲と申しますが、その辺はもしかしたら必要かもしれませんね。

【高橋課長】 委託業務なんですけど、業務として委託しておりますので、要するに仕様書でこういうものを作ってほしいという形なので、人間の数で委託しているのではないので、今は手元に資料がございません。

【大道委員長】 精密なデータというよりは、そうは言ってもどのぐらいですかと、こういう趣旨でございます。

【福井委員】 37ページ、資料19で、ドクターの退職、採用のところで、かなり医局人事ということをおっしゃっていましたが、データがあるかどうかわかりませんが、公募で採用されているドクターと、大学の医局ローテーションで採用されている方との割合はわかるのでしょうか。

【高橋課長】 ほとんどは医局ですが、公募はまだごくわずかという形になります。詳細な数字については、申しわけございません。今手元ございません。

【大道委員長】 あることはあるのですね。医局の派遣人事ではない医師の割合あたりを福井先生は多分お尋ねだと思うのです。

【高橋課長】 公募なんですけど、今申し上げたとおり、医局がほとんどなんですけど、実績といたしましては、この医師数の中で麻酔科1、小児2、リハビリ1、内科1、神経科1、以上ですので、6が公募です。

【大道委員長】 資料19というのは、これはあくまでも退職者数で出ていますので、

退職の数の中では多分医局の派遣で大学に戻るといの方はここに入っています、それが大部分ですよということなのでしょうね。これは病院の人事、特に管理職、部長職とか、医局の人事から外れてその病院にそれなりの立場がおりになる方はもちろんおられるわけで、これの総数は先ほど出てきた医師総数になるのでしょうか、退職者数で見るとこういう議論になる、こういうことなのだと思います。

特に病院事業の人事というのは、専門職の流れが医師と看護師と違うとか、一般職の方は先ほどのお話ですし、これにコメディカルもそれぞれさまざまというところがあって、複雑といえば複雑なのですが、ただ、この人事を円滑かつ合理的といいますか、時代に合わせて人事を運営していくということが求められておるわけで、そういう中でこれまでの経営形態というのはいろいろな意味で、いい面もあるし、今まで制約を受けていた面もあるということで、大事な分野であることは事実なのです。

【辻本委員】 資料20の38ページでご説明いただいた、来年開講予定の東京医師アカデミーというところのご説明でちょっと伺わせていただきます。都民ニーズの中に高度な医療水準ということが年々高まりを見せていると思うんですが、クリニカル・フェローのところで、臨床研究とかトランスレーショナル・リサーチが挙げられているんですが、今回いただいた資料の中に、例えば臨床研究とか治験というような取り組みの実態が全くなかったように私は拝見したんですが、このあたりはどういうふうに考えていらっしゃるのか。少しご説明いただけますでしょうか。

最近のお医者さんたちの意識が二分化してきて研究をやりたい、治験をやりたいということの一方で、興味・関心を持たない人もいらっしゃるようです。自治体立の病院なども、経営重視で「実績を上げる」ということのはざまの中で、研究に関心を持ったドクターがやる気をなくしていらっしゃるという声を聞いたりもします。都立病院としてはそのあたりをどのように考えているのか。資料をいろいろ見せていただいたんですけども、私には把握できなかったものですから、もし教えていただければと思いました。

【高橋課長】 今の辻本委員のご質問は、今の都立病院ということによろしいのでしょうか。

【辻本委員】 都のアカデミーも含めて、今の都立病院の流れが急激に変わるわけではないと思いますので、そのあたりがどういう実態になっているか。そして、今後どのように方向づけてこのところを考えていらっしゃるのかということが、わかっていらっしゃる範囲でご説明をいただければと思ひましたの質問です。

【高橋課長】 治験につきましては、現在都立病院としても、多くの病院で取り組んでいるところがございます。また、クリニカル・フェローについては、先ほどご説明させていただいたように、来年度から開講いたしますので、まだしばらくあるんですが、この育成の中では、そうしたことに恐らく取り組んでいくんだろうと思いますが、それは現在検討中ということです。

【辻本委員】 今の実態というのは全く出ていないんですか。資料ということでは見当たらなかったんですけれども……。

【高橋課長】 治験に関する資料については、こちらの中にはないです。

【辻本委員】 今取り組んでいますというご説明だったように思いますので、どのような実数があるのかということが、もし次回の会議にでもわかるようでしたらお示しいただければと思います。

【児玉課長】 今回は資料の準備としてはいたしておりませんでしたので、実際の取り組みがどういった状況かということも含めまして、次回準備をさせていただきたいと思います。

【大道委員長】 今の件は、治験だけではなくて、臨床研究という役割が、冒頭の都立病院の役割の中でも、行政対応の医療だとは言いながら、場合によっては医学的な調査研究なども含め、その上で治験などはどういう位置づけで、これまでの実績はどのくらいで、今後どうする方針なのかと、こういう趣旨だと思うのです。

また、この医師アカデミーについては、医師養成のかなりインパクトの強い構想ですので、これは臨床研究の話もさることながら、従来大学の医局講座派遣の流れがある中で、このように大きく変わってきているわけです。そういう中で、単なる医師確保というのは、ちょっとどうかな、というように衆目見ているところです。

この中で、キャリアパスの話が出てきて、先ほど都立病院や公社の病院だけでなく、東京の他の病院群、とりわけ民間の病院から見ますと、医師確保に極めて窮しておりますから、そういう中で都立病院がこういう医師アカデミーというものを本格的に始動させるということになれば、どういう方針でどういう考え方かということは、この委員会としてもある程度はっきりとしたことを示していく必要があるのではないかと思います。その中で臨床研究とか治験の問題も含めていく、こういう位置づけなのかなと思います。大事な視点だと思いますので、よろしくどうぞお願いいたします。

さて、まだ資料の説明が終わっておりませんので、もし何かございましたら、後ほどで

も結構でございます。それでは引き続いて、次の業務関係の資料のご説明をいただきましょう。

【中野課長】 それでは、業務関係に関して説明させていただきます。業務といいますが、多岐にわたるものですから、トピックス的なことを4点ほどご紹介をさせていただきたいと思います。

まず、医薬品とか診療材料等の共同購入を最近始めましたので、これに関してご紹介をさせていただきたいと思います。

目的は、スケールメリットを生かしてコスト削減を図る。それから、業務の効率化を図っていくということでございます。

18年度、昨年度から開始したものでございますけれども、昨年度、各病院の医師、看護師、コメディカル、事務の代表による検討会を設置いたしまして、実施内容ですとか実施方法の検討を行いまして、実施方針を作成いたしました。昨年度の後半、10月から3月までには、試行的に診療材料と検査試薬の一部について共同購入を行いました。この結果、半年で約4,300万円コスト削減をすることができました。本年度からは本格的な実施を開始しております。1年間で約3億円の費用の削減効果が見込まれているところでございます。

現在、より一層のコスト削減をすること、それから、薬品管理の効率化等を図るため、本部に医薬品の標準化検討会というものを設置しておりまして、医薬品の標準化の検討を進めております。

次に、今後の対応方針でございますけれども、標準化につきましてはドクターの理解が不可欠でございます。また、治療の観点、安全性の観点からも、軽々に行うべきものではないと考えております。標準化検討会で引き続き十分な検討を行っていきたいと思っております。

それから、さらなるコスト削減を図るため、共同購入の手法を改善していきたいと思っております。

それから、民間、他病院での実態調査を行いたいと思います。

次に右側に移りますが、共同購入の実施内容でございます。医薬品につきましては、総合病院6病院で使用する医薬品を一括購入しております。先ほど申しましたとおり、標準化に今取り組んでいるところでございます。

次に、診療材料でございますが、主に看護師が使用しております診療材料につきまして

は、ブランドの標準化をした上で一括購入をしております。

それから、物流システムを導入しております豊島、墨東、府中、この3病院につきましては、材料の大半を一括購入しております。

それから、医療ガスにつきましては、10病院で使用する医療ガスを一括購入しております。

それから、検査試薬につきましては、総合6病院で一括購入しているところでございます。

実施の規模でございますけれども、そこに書いてあるとおりでございます。医薬品の約76%が現在共同購入で買っている。診材は20%程度、医療ガスは100%、検査試薬は約88%を今共同購入で買っているというところでございます。

続きまして、資料22でございます。後発医薬品の導入促進ということでございますけれども、後発医薬品の使用を促進することによりまして、患者さんの自己負担の軽減を図り、患者サービスの向上を図るとのこと。それから、材料費のコスト削減を図るとのこと。進められているところでございます。

17年12月に、病院経営本部の中に後発医薬品使用促進検討会という各職種の代表の方をメンバーとする検討会を設置いたしまして、また分科会でも議論を重ねまして、18年6月に、雑駁でございますが、以下のような検討内容をまとめたところでございます。4点ほどありますけれども、まずは、後発医薬品のメーカー等による研修会を実施することで、品質や不安感を払拭してもらおう。それから、薬品選定の際には、選定基準を設けチェックシートを活用すること。それから、画像診断薬については積極的に導入していきましょうということです。それから、当面金額ベースで7%の採用目標としましょうということです。

今後の対応ということでございますけれども、現在四半期ごとに状況を調査し、情報提供しているところでございます。

次、右側に移りますが、現時点における課題と対策でございます。後発医薬品に関する情報はやや不足してございまして、正直、品質や薬効に関する不安感があります。このため、後発医薬品メーカーに情報提供を働きかけるとともに、各病院の後発医薬品の採用状況を調査し、リストを作成して、各病院に情報提供を行っているところでございます。

薬価につきましては、先発医薬品に比べて、当然でございますが、かなり低目に設定されているということでございますので、費用は削減できるんですが、当然収益も落ちます

ので、薬価差益の減収につながり、収支へ若干影響することがございます。

そこで、19年度につきましては、先ほどと同じになるんですが、費用削減と薬価差益の減収を考慮した上で後発医薬品の購入割合については7%を目標として決めているところでございます。

現在までの導入状況ですが、17年度が、品目数で6.9%、在庫金額で4.4%、18年度については、それぞれ8.1%、5.4%ということでございます。

続きまして、都立病院の医療連携でございます。都民に対する総体としての医療サービスの向上を目指すため、都立病院間のネットワーク機能の強化を図るとともに、他の医療機関と密接な連携を従前から推進しているところでございます。

紹介率、返送/逆紹介率の推移につきましては、平成9年度、32.7%だったものが、年々上がってきまして、17年度では51.8%、18年度につきましては紹介患者加算がなくなりましたので若干算定方式が違うもので、単純な比較はできないんですが、紹介状を持参した患者さんの数は約58%にまで至っております。返送/逆紹介につきましても、現時点では約33%ということでございます。

取組内容といたしましては、紹介予約制、返送/逆紹介の導入。

それから、高額医療機器の共同利用。

それから、連携医、連携医療機関、各診療科ごとの連携医を設置するとともに、連携医療機関と協定等を結んでいるところでございます。

それから、広報誌などを発行いたしまして、各医師会の先生方に情報提供をさせていただいているところでございます。

それから、各種会議や研修会等を開催いたしまして、3師会との連携を深めているというところでございます。

その他、医療連携室の設置、医療機関情報の活用、連携医療機関マップの作成、こんなことを行っているところでございます。

続きまして、患者満足度調査でございます。これにつきましては従前より行ってきたところなんですが、患者の視点から病院運営を見直し、サービスの向上を図るために定期的に患者満足度アンケートを行いまして、患者満足度を把握するとともに、病院運営の見直しに役立っているところでございます。

実施方法でございますが、隔年で実施しております。直前は平成17年度でございます。大体10月から11月ぐらいに実施をしているところでございます。

入院患者さんにつきましては、一般病棟の入院患者さんを対象に、1週間程度の期間を定めて実施しております。

それから、外来患者さんにつきましては、全外来患者さんを対象に2日間程度の期間を定めて実施しております。

主な調査内容は、そこに書いてありますように、医師の説明、看護師の対応、待ち時間、そのほかには、例えば診療内容とかプライバシーの保護ですとか食事の内容等20項目にわたりアンケートをさせていただいております。

改善状況でございますが、さまざまなご意見をいただいておりますので、実施結果に基づきまして、患者サービスの改善、向上に対する取り組みを行っているところでございます。

インフォームド・コンセントの徹底。それから、言葉遣いに気をつける。それから、対応をきちんとするというところ。それから、待ち時間対策の実施、それから、各施設面の改良等を行っているところでございます。

右側には、先ほど20項目の調査内容があるということだったんですが、そのうち重要だと思われる3つの指標の17年度の実施結果について抜粋で掲げさせていただいております。

まず医師の説明でございますが、外来部門に関しては、十分だったというお答えをいただいたのが38%、ほぼ十分が28%、普通が30%、やや不十分、不十分を合わせて5%。入院は、若干高いかなというところでございます。

それから、看護師の対応はどうでしたかという質問に対しましては、十分とお答えいただいた方が外来では4割、ほぼ十分が32%、ですから、大体7割の方にはご満足いただいているのかなと思います。入院に関しましては53%が十分、ほぼ十分が27%ということで、80%がほぼ満足していただいているというところだと思います。

それから、待ち時間でございますが、これは外来のみでございますけれども、気にならないとされた方が47%なんです、少し気になる、不満、合わせますと半分以上の方が不満に思っているというところでございます。

以上、雑駁でございますが、説明を終わらせていただきます。

【大道委員長】 ここで一旦切らせていただきます。以上、業務関係で課題になっているものの主要なものをご説明いただきました。この範囲でどうぞご質問いただきます。

【中村委員】 共同購買を本格的にお始めになって、診療材料、検査試薬を中心になさ

っているということでありまして、一般消耗品などにまで共同購入ということをお考えなのかどうかということです。例えば簡単な話ですが、こういった蛍光灯1本でも病院だけで何千本、何万本になると思うんですが、そういったような一般消耗品購入まで共同購入をお考えになっているかどうかということです。その辺をお伺いしたいと思います。

【中野課長】 確かに一般の消耗品というのモかなりな額に上がるかと思うんですが、まだ正直検討の対象になっていないところがございます。

【中村委員】 今、既に3億円の費用削減ということですが、我々一般の会社でも一般消耗品をここ数年共同購買しておりますが、これ以上の額がセーブできるというような例もございますので、大変かと思いますがお考えいただくと、この医薬材料、試薬以上にセーブできるのではないかと思います。

【中野課長】 どうもありがとうございました。ぜひ検討させていただきたいと思えます。

【大道委員長】 これは、経営形態によらず、この種のコスト削減の手法というのは、医療関係、病院はまだまだおけているということで、今、蛍光灯の話が出ましたけれども、鉛筆1本、消しゴム1つでも、注文すれば明日にも来るとというのが他の業界の状況です。どこまでやるかは難しいことだとは思いますが、次回から経営改善の話が出てくるわけですけれども、費用の削減という観点では大事なことだと思います。

【内藤委員】 41ページの左側の返送/逆紹介、これは返送と逆紹介は似ているようでもるきり違う話なので、これは同じ枠で入れないでほしい。

もう1つは、僕もいろいろ病院なんかの話を聞いていると、入院日数の問題が相当あるので、これは無理やり逆紹介が結構あるんです。そのときの逆紹介された人の患者さんの意見がどうだったか、それによって逆紹介先としてふさわしいかふさわしくないか、そこをチェックしないといけないと思うんです。ですから、そういう反応をとっておいた方がいいんじゃないか。周りで聞いていますと、逆紹介されて、帰って、よそへまた行っちゃったというのはあります。

【大道委員長】 今の件はデータを把握できますか。

【中野課長】 すみません。今ちょっと手持ちはないんですけれども、返送/逆紹介は当然分けて統計をとっておりますのでお示しできます。

【大道委員長】 ここにおられる委員のお立場ではご理解だと思えますが、返送という用語は、物ではないという当初の議論はあったのですが、フォーマルな用語に定着

しました。これは一旦患者さんを受け入れて、必要な診断・治療をやった後にお戻しすることを返送と言っています。東京の場合は、受診したいと医療機関にお出になって、患者さんに状況を十分受け回った後、必要などころに、その場でより適切な医療機関を紹介することを逆紹介と言っているわけですが、これは国全体では皆一括して逆紹介と言っているんです。

このあたりのところは意味合いが大いに違うというのは今ご指摘のとおりです。東京は先行してこの種の考え方を整理していて、公社の紹介型病院あるいは地域医療支援病院などでは当たり前の概念になっているんですが、他の都立病院の実情はどうなっているのだという指摘はそのとおりだと思いますので、よろしく願いいたします。

【辻本委員】 2点お尋ねしたいんですが、資料22の40ページ、後発医薬品のご説明をいただきました。7%採用目標値という数字が挙げられたんですけれども、17年度、18年度の右下の数値、そのあたりで、例えばこれからというところも含めてでしょうけれども、画像診断薬などについて積極的に導入するという説明を受けて疑問に思ったのは、患者に説明の必要がないようなお薬、例えば点滴とか画像診断薬とか、そういったところでふやしていくおつもりでいらっしゃるのか。患者さんへの説明というようなこともあわせて、その内容の割合のようなものがもしわかっていれば教えていただきたいということが1点。

それから、資料24、42ページの患者満足度調査なんですけど、これはご質問ですけれども、都立病院が独自に作成した患者満足度調査ということですね。では、全国的な偏差値が出るというようなたぐいのものではないというふうに理解しなければいけませんね。わかりました。

【中野課長】 まず、患者さんへのという話でございますけれども、ただ、院外調剤というんですか、例えば外来の患者さんの場合は、院内で当然お薬を出すことが多いんですけれども、現在かなり院外の薬局で調剤するということが多いものですから、病院の取り組みとしては、当然処方せんを出すときに、例えば下の方に、代替薬でもオーケーですよというような取り組みを今しているところなんですけど、これは病院の中で使うお薬ということでございまして、効果の大きいものとしては、画像診断薬はある程度患者さんの負担に直接つながらないという面もないわけではないんですけれども、ある程度品質が保障されているということもあって、比較的入れやすいということだったので、まずはこれは先鞭をつけてもいいのではないのかという議論だったと思います。

それからあと、先ほどのアンケートのことですけれども、全くオリジナルなものでございまして、これは結構前からやっています、平成8年度からやっております。平成8年、平成13年とやってきまして、前回の実行プログラムの際に、患者サービスの向上というものが一つの大きなテーマでございましたので、15年度にかなり大規模な改正をしまして、15、17とやりまして、今年で事実上3回目というのが実情でございます。

以上でございます。

【大道委員長】 いわゆるジェネリック薬品についての扱いは、きょうは時間がありませんけれども、画像診断の造影剤からやるというのは、ジェネリック問題に取り組む上で一つの考え方になっているようです。

都立病院の場合も、今のご説明のとおりなのでしょうけれども、患者さんがそれでも構わないという趣旨の保険診療上の対応がとられて以降、ある意味で社会問題化してくるわけですけれども、ここらあたりを都立病院では今後どうしようか、7%目標、金額ベースでというのは一つのターゲットになっているのですが、これが妥当かどうかという議論よりも、もうちょっとしっかりとした方針が欲しいという思いで多分ご質問されているのだと思います。先ほどの費用の適正化ないしは削減とのかかわりがありますが、医師の思いと経営の立場と患者さんの思いなど、いろいろな意味合いでここに議論の成り立つ余地があると言ったらいいのでしょうか、そういうところだと思います。

患者満足度調査は、これは、都立病院はかなりの早くからお取り組みだというのは存じ上げているのですが、その後、国などの取り組み、特に国立病院機構などでも、かなり規模を大きくしてやっておられるようなところもあることを受けての辻本委員からの指摘だと思います。精密な統計検証は必ずしも必要ではないと思いますが、調査票は大分違う場合が多いようです。結局何を見ているのかというあたりで、設計者の意図が必ずしも一緒ではないものですから、比較検討というよりは、何が問題で患者の満足度を見るかというあたりの入り口から少しご検討いただいた方がいいように思います。

さて、時間との関連を気にしながら進めますが、まだ若干資料がありますものですから、後で包括的にご質問、ご意見をいただきますので、次のご説明をいただきましょうか。

【児玉課長】 それでは、資料43ページ、資料25の「経営改善に向けた主な取組」についてご説明いたします。

まず左側の表に書いてございますが、「経営改善に向けた組織的な取組」といたしまして、一番上にございます本都立病院経営委員会の設置、また、そのほか、次の項目にござ

います毎年度当初に各病院長をはじめとする病院幹部により実施している病院プレゼンテーションの実施、あるいは次の項目でございますが、病院の収支状況や運営目標の達成状況に基づき研究研修費等を配分する病院業績評価制度、こういった取り組みを行っております。

次のページをごらんいただきたいと思いますのですが、「コスト削減」の取り組みといたしまして、一番上でございますが、PFI手法による病院の整備を現在3つの事業で進めてございます。その3つの事業につきましては、右側の「取組と成果」のところに書いてございます。

次の項目ですが、省エネルギー対策を推進しておりまして、光熱水費の削減、こういったことを現在行っております。

また、共同購入、後発医薬品は先ほどご説明したとおりでございます。

さらに、次の表の左側で言いますと「未収金対策の強化」でございますが、例えばクレジットカード決済の活用による未収金の発生予防、あるいは未収金回収対策の強化、また、システムの導入による未収金の管理、こういった対策をとっております。

それでは続きまして、45ページの資料26をごらんいただきたいと思います。都立病院の役割と課題についてまとめたものでございます。

まず、左側が都立病院の役割でございますが、冒頭ご説明いたしました都立病院の基本的役割、これをまず左側の上の部分に記載してございます。

それで、次の をごらんいただきたいと思いますのですが、都立病院の病床数は、先ほどご説明いたしましたように、都内で約5%ということになっておりますが、300床以上のいわば中核的な病院で見ますと、約1割の病床数を占めているということから、特に行政的医療に関しましては大きな役割を果たしているということを記載してございます。

次の でございますが、これも先ほど資料5でご説明いたしましたが、行政的医療に占める都立病院の役割ということで幾つか例示してございます。

それから、最後の でございますが、他の医療機関と密接な連携体制をとり、都全体を視野に入れた医療提供体制を構築し、都民に対する総体としての医療サービスの向上を目指すということを記載してございます。

これが都立病院の役割というふうに考えておりますが、一方右側、今こういった役割を果たす中でも幾つか課題を抱えているということで、右側に記述してございます。

まず人事・給与体系に関しましては、1点目といたしまして、人員の採用までに調整を

要し、医療ニーズに応じた迅速な人材確保が困難であるということを書いております。

また2点目といたしまして、人材確保のための独自の給与体系の設定が困難であるということ。

また3点目といたしまして、病院経営に精通した事務職員の育成確保、これが非常に困難であるということを挙げております。

また4点目といたしまして、経営感覚、コスト意識といったものが醸成されにくいということ。

また5点目といたしまして、兼業兼職の制約があるため、大学病院等との医師の交流が図りにくいということを記述してございます。

それから次に、組織・定数関係につきましては、1つ目の でございますが、一般行政組織と同様に定められているため、医療環境に応じた柔軟な対応が困難であるということ。

また、組織・定数の制約があるため、優秀な医師であっても採用が難しいといった場合もあるということを記述してございます。

最後に、予算・契約面といたしましては、原則として予算の範囲内で支出しなければならないため、新たな医療課題などの変化に迅速に対応することが困難であること。

また、現行の契約制度あるいは単年度予算主義といったもとでは経済性を十分発揮できないといったことを挙げております。

それから、参考資料の方をごらんいただきたいと思います。参考資料の7でございます。前回の委員会でも、主な経営形態に関しましては資料を提出させていただきましたが、今回、前回のご意見をいただきまして、指定管理者に関しましては一覧に加えてございます。これも前回の委員会でご説明させていただきましたが、都立病院の現行の経営形態は、一番左側の地方公営企業法の一部適用ということでございます。

それで、今回加えました指定管理者制度、一番右側でございますが、これにつきましては、平成15年の地方自治法の改正によりまして、従来は地方自治体の外郭団体等にしか委託できなかった病院などの公の施設の管理を民間事業者にも開放することができるようにする制度ということでございます。

それぞれの制度の違いにつきましては、この表にそれぞれ左側の区分に沿って書いてございますが、例えば上から6つ目でございますが、「運営責任者」につきましては、左側、一部適用では、地方公共団体の長、全部適用になりますと、事業管理者になる。さらに地方独立行政法人では、理事長が、また一番右側ですが、指定管理者制度では、指定管理者

が運営責任を負うといったこととなります。

また、3つ下の「職員の身分」の区分のところをごらんいただきたいと思います。左側から3つ、一部適用、全部適用、特定地方独立行政法人、いわゆる公務員型と言われるものですが、こちらにつきましては地方公務員といった身分、これが右2つ、非公務員型の一般地方独立行政法人、指定管理者の場合は地方公務員ではないということになります。

今の身分ともかかわりますが、2つ下の労使関係の欄を見ていただきますと、ただいま申しました一番右側の2つ、一般地方独立行政法人及び指定管理者制度の場合は争議権が出てくるということになります。

それから、次の「職員の給与」に関しましては、右側の制度ほど独自性が高まりまして、指定管理者制度の場合は給与自体を指定管理者が定めることができる。指定管理者の定めるところによるということになります。

また、予算面に関しましては、次の項目の「地方自治法の財務規定の適用」の欄をごらんいただきたいと思います。地方公営企業法による経営形態では、単年度予算主義となります。これが独立行政法人あるいは指定管理者の場合には、年度による縛りというものは基本的にはなくなるということになります。

それから、下から4つ目の「経費負担の原則」に関しましては、いずれの制度におきましても、基本的には独立採算を原則にしているという点では変わりはありませんが、公営企業法における一般会計からの繰出金、これが地方独立行政法人では設立団体からの運営費負担金ということになります。ただ、この2つに関しましては、支出する基準に関しては基本的には同一のものといったこととなります。また、一番右側の指定管理者の場合は、地方公共団体からの負担金あるいは委託料という形で協定を結ぶということになります。

それで、今回のこの表、前回お出ししたものから若干詳しくして、指定管理者も加えたということですが、それぞれの制度上のメリット、デメリット、こういったことも含めまして、次回の委員会の審議に当たりましては改めて資料としてご提示させていただきたいというふうに考えてございます。

それから、参考資料の8でございますが、都道府県立病院及び国立病院の最近の動向についてまとめたものでございます。

まず、上の方の都道府県立病院の動向でございますが、病院別で見ますと、左側にございますように、このグラフをごらんいただきたいと思います。一部適用が3割弱、全部

適用が7割弱、地方独立行政法人が3%強、その他が若干といった状況でございます。

ただいまは病院数で見た場合でございますが、右側は都道府県別で見た場合でございます。この場合ですと、一部適用が36.2%と約3分の1、全部適用が46.8%と半分弱、また、複数の経営形態、これは黒いところでございますが、これが約1割といった状況でございます。

それから、国立病院の動向でございますが、下の方の部分をごらんいただきたいと思いますが、まず、独立行政法人国立病院機構につきましては、いわゆるナショナルセンターを除く旧国立病院・療養所につきましては、平成16年4月に独立行政法人・国立病院機構が発足しまして、現在146病院を1つの法人として運営しております。

それから、ナショナルセンター、国立高度専門医療センターにつきましては、現在、今後のあり方についての有識者会議での検討が進められておりまして、辻本委員がこの会議にご参加されていると伺っておりますが、6月25日の会議で、各センターごとに独立行政法人化する必要があるといった報告書案が示されたと聞いております。

説明は以上でございます。

【大道委員長】 今日の資料の総括的なまとめという意味合いでの資料が最後に出てきております。正直時間もございませんが、次回から本格的なご議論をいただくことにして、今日のご説明の範囲で、全体を通じてのご意見あるいはご質問をいただければと思いますが、いかがでございましょう。

【福井委員】 先ほど患者さんの満足度調査について言及されましたが、職員の満足度調査は行われているのでしょうか。

【小室課長】 職員の満足度調査につきましては、平成15年度からバランス・スコアカードを導入する検討を始めた際に必須項目ということで、16年度からバランス・スコアカードを導入した際から実施しております。ですので、16、17、18、今まで3年やっております。ただ、当初設定した項目だとちょっと粗かったりしたので、17年度から改良して行ったものが17、18年度で2回目というような状況でございます。

【大道委員長】 バランス・スコアカードの取り組みは非常に興味があるのですが、今日は時間切れですが、全病院が横並びで本当にやっているというわけでは必ずしもないと思いますので、必要であれば改めて議論させていただきます。

【泉澤委員】 次回でいいんですけども、12ページの財政状況の推移の中で、資本金のところは数字が動いているんですが、これは多分借入資本金が入っている数字ではな

いかなと思うんです。ここが、内訳を示して というのは、総務省で財政健全化、実質破綻法ですけれども、その中の公営企業で今資料づくりをやっていて、総務省さんは扱いとしては借入資本金は負債と見るというふうなことで今進めているので、次回でよろしいので、数字だけぜひよろしくをお願いします。

【小室課長】 お話しのとおり、資本金の中には自己資本金と借入資本金、企業債相当部が入っています。次回、分けた形でご提示させていただきたいと思います。

【大道委員長】 よろしく願いいたします。ほかにご意見のみならず、今のようなご要望があれば、次回に向けて事務局にご対応いただけるとと思いますので、何かあればどうぞ。

【松下委員】 あまり時間がないので、大きなテーマだろうと思うので、次回、また議論をしていただきたいと思うんですが、今日の話の中で、一番基本的に大事だと私が思うのは、一番最初におっしゃった都立病院での医療を行政医療として全部を位置づけるという、そういうものの考え方、それはとても大事なことだと僕は思いますけれども、そうは言っても、行政的医療と我々が普通言っているのは、資料1の説明の中でおっしゃった法令等に基づく医療と、あとは非常に採算が難しく民間でやらない、しかし、これはどうしても東京都、公がやらなきゃいけないという、そういう医療、要するに狭い意味での行政的医療というのがあると思うんです。

それをもう少し明確化して、現実にそのためにどのぐらいの医療費を注いでいるのか。恐らくそれは採算が合わないから民間が全然手をつけない。恐らく診療報酬上もだめなので、東京都の都立病院もそれに対して赤字を出しながらやっている領域があると思うんです。それを少しきちっと整理しておく必要が、これから将来都立病院をどういう形態にするかという議論につながってくると思うんです。

一言で言うと、そういう狭い意味での行政的医療を将来どう我々が担保していかなきゃいけないかという問題がある。そのときの議論につながっていくと思うので、それに関する資料を次回でも次々回でもいいんですが、何かまとめて出していただければと思っております。

【大道委員長】 ご指摘の点はおっしゃるとおり、基本課題です。20年間の資料をお示しいただきましたが、繰り入れ、繰り出しの額が当初から400億規模なわけです。今、390何億でしたか、これは、もちろん東京都の税財源なわけで、これはどういう意味を持つのかということなのです。要は、ここまでそれなりの発展をしてきた中で、経営的な

問題でさまざまな困難に直面している。しかし、今、松下先生がご指摘されたように、東京都が今後どういうふうに対応していくのかということを示すのは非常に重要だと思えます。

経営形態を変えて、言ってみれば他の病院と競合的に競い合って、よりサービスのいい選ばれる医療をやっていくというのは、これは一つの方向性なのですけれども、それでは保障し切れないような分野の医療があって、それが経営形態の問題とどうかかわるのかというのはかなり厄介な問題です。

今の松下先生のご意見は、当委員会の当面の課題の最重要課題の一つというようにお見受けをしますので、まず考え方、理念の整理などは事務局の方でそれなりのご検討もおありなのかなと思いますので、次回お示しをいただいて、その上で経営形態をどうするかというのはやはり筋かもしれません。ありがたいご意見をいただいたと思います。

大事なご意見をいただいたところで、ちょうど時間が参ったので、今日のところはこのくらいにしたいと思います。どうしてもというご発言があればいただきますが、よろしゅうございますか。

それでは、次回以降どうするかということも含めまして、事務局からひとつよろしくご案内をお願いいたします。

【児玉課長】 それでは、次回の委員会でございますが、9月に開催したいというふうに考えております。後日日程を調整させていただいた上で、詳細についてのご案内をさせていただきますたいと思っております。

また資料につきましては、本日お配りいたしました冊子につきましては、次回以降も基礎資料としてご利用いただきたいと考えております。また、部数に限りがございますので、大変恐縮なんですけど、お持ち帰りいただいた際には、また次回、ご持参いただければと思います。

なお、お荷物になるようでしたら、非常に大部な資料でございますので、この委員会終了後に事務局でお預かりいたしますので、そのまま机の上に置いていただければと思います。

事務局からは以上でございます。

【大道委員長】 ほかに特段ご発言がなければ、平成19年第2回都立病院経営委員会、以上で終了させていただきます。

今日はありがとうございました。

了