

議 長	副議長	局 長	次 長	議 事 係 長	議 事 係

市立病院調査特別委員会会議録			
日 時	平成 1 2 年 1 月 2 8 日 (金)	開 議	午前 1 0 時 0 0 分
		散 会	午後 3 時 3 7 分
場 所	第 2 委 員 会 室		
議 題	継 続 審 査 案 件		
出 席 委 員	西脇委員長、前田副委員長、成田・松本（聖）・中島・見楚谷・次木・渡部・吹田・高橋 各委員 		

～ 会議の概要 ～

○ 委員長

開議宣告。署名員に中島・高橋両委員を指名。継続審査案件を議題とする。この際、懇談会を開き職員組合から意見を伺うため、暫時休憩する。

休憩 午前 10 時 01 分

再開 午後 1 時 00 分

○ 委員長

理事者から報告を受ける。

「市立病院新築検討懇話会の設置について」

○ (樽病) 金子主幹

昨年 12 月 15 日に第 1 回を開催した。(以下、資料に基づき説明)

○ 委員長

これより質疑に入る。

○ 中島委員

将来目標の明確化について

病院だより「優思」に寄せられた意見の中に、勤続 19 年の 40 代女性から「病院の将来像がはっきり見えないと自分達の目標も定まらない」とあった。当委員会も数回の議論を重ね様々な意見が取り上げられたが、新年度はいよいよ病院問題の本格的スタートの年であり、彼女の言う通り見通しの問題が一番大事である。こうした意見・市民の意見に応えて新築について新年度の見通し・計画はどうか。

○ (樽病) 事務局長

「優思」は医療現場の複雑化に伴う職員間の意識改革を目的に、院長の顔の見える誌面作りを心掛けている。当該意見の是非については判断しかねるが、職員の意見を吸い上げながら意識改革したいとの趣旨で発行している。また、12 年度は統合新築に向けての正念場であり、収支改善等の課題については従来以上に進めていかなければならないが、諸要素を総合的に勘案して将来の病院像を示していくには、もう少し時間がかかると思う。

○ 中島委員

いつ頃までにそうした計画を出せると考えているのか。

○ (樽病) 事務局長

この問題は単にいつ建てるということではなく、統合新築となると 200 ～ 300 億円もの大事業になるので現在の経営状況の改善なくしては歩めない。それは小樽市だけの問題ではなく、後志医療圏との関係、起債導入の問題等もある。そうした課題の整理・調整と並行して進めていかなければならない。とりわけ、12 年度は単年度収支改善に目処をつけることが急務であると考えます。

○ 中島委員

それは繰り返し聞いているが一步も前進していない印象を受ける。特別委員会も市民参加の懇話会も立ち上げていながら、いつ目標を持てるかわからないのでは市民は納得できない。準備を進めているということは目標があったことだろうから、時期の明確化に積極的に取り組んでほしい。

○ 中島委員

混合病棟化について

2 - 1 病棟の休床化による病棟内・病院内の煩雑化が進んでおり、仕事がしにくいとの声が挙がっている。具体的に何科が何科に移動したのか。

○(樽病)総務課長

2-1は整形外科として33床あった。4-1が皮膚科と混床だったので、その10床を4-2に出して、2-1の整形に持ってきた。また、5-2の内科部分に14床の整形外科病床を確保した。その他、3-1が産婦人科だったが、女性に限り、12床を一般病床とした。数字上は整形外科の病床は9床減ったが、この12床を活用すれば対応可能かと思う。

○中島委員

33床を9床減らして残り24床を3病棟に振り分けたということか。

○(樽病)総務課長

4-1は整形と皮膚科の混合病棟だったが皮膚科を出して整形単独にした。それ以外に5-2に14床移したので、整形外科としては2つの病棟に分かれていることになる。

○中島委員

皮膚科も動かしたのだから、結果的に混合病棟が多くなったと言える。整形は内科一般と異なり、整形の看護、術後の管理等、特別な対応が必要になるが、病棟を再編成する際に、病床をスムーズに受入れて管理するための手立てはどのように考えたのか。

○(樽病)総婦長

33床を分ける時に、全て整形外科経験の看護婦だったので、それらの者を4-1・4-2・5-2に振り分けた。なお、4-1は整形外科単独になったので急性期病棟として術後の患者はすべてそこで看ることとし、リハビリに入った段階で4-2や3-1を活用するという形で準備しており、急性期及び慢性期の経験のある者が各病棟に入っているの、その者が中心となり看護ケアを運用することとしてスタートした。

○中島委員

整形専門の看護婦が各病棟に配置され、その方々を中心にその病棟の看護婦が新しい患者の受入れがスムーズにできるような研修や意思統一は十分されたと考えているか。

○(樽病)総婦長

従来内科ばかりやってきて新たに整形外科を、ということではリハビリといえども多少内科と違うところもあるので、理屈として理解できても実際のケアの面でそれが上手く活用できるかと問われれば、まだおぼつかないところもあると思う。ただ、相互の研修を含めて学習はしたと考えている。

○中島委員

混合病棟が増えて仕事が大変になったという率直な意見が出ている。これは習熟してクリアしていく事柄とは思いますが、その時期に職員が「これからがんばっていこう」という方向に結び付けていかなければならない。その意味で、職員に対する十分な配慮や方法論に一段と力を注いでほしい。また、混合化により1病棟に関わる医師の数が増え、その電話対応に大変苦慮しているともあったが、ドクターはポケベルを携帯していないのか。

○(樽病)総務課長

持っているが、院内でどの程度活用されているか実態は把握していない。

○中島委員

看護婦が呼び出す時にポケベルを使えるようにすれば業務改善になるのではないか。

○(樽病)院長

その科の患者の混み具合により他科のベッドを借りることがあると、その場合にはポケベルで連絡してほしいという先生も何人かいる。

○中島委員

ぜひ前向きに検討してほしい。

○中島委員

夜勤看護加算について

具体的にどのようなことか。また、これによる増収見込額はいくらか。

○(樽病)総務課長

1人420円×入院人数として、5,000～6,000万円と見込んでいる。

○(樽病)総婦長

患者2人に看護婦1人という割合で採用枠が組まれており、また、夜勤看護加算は全病棟で一斉にクリアしなければ取れないものだが、従来は配置のバランスが悪くて取れない状況だったので、看護婦の総体枠人数は変えずにバランス配置を考えたものである。許可を得るためには、1カ月に1人の看護婦が72時間以下の夜勤であることという条件があり、これをクリアできたと考えている。

○中島委員

夜勤数を揃えるのは難しいと思うが、その点で何か工夫はあるのか。

○(樽病)総婦長

全病棟はぎりぎりではなく多少余裕のある配置もできていると思う。また、現在、婦長職・主任職は夜勤要員に入れないで夜勤加算が取れており、長期病休者が出た場合は主任がカバーすることになっている。

○中島委員

主任は夜勤に何名入っているのか。

○(樽病)総婦長

12月末から1月までに3週間・1カ月・2カ月の病休者が各1名ずつ出たので、その部分の夜勤に入っている。

○中島委員

樽病では各病棟に婦長が配置されておらず、1フロア3セクションに1人の婦長が、各病棟に主任が配置されている。主任が夜勤の場合、どのように病棟を管理するのか。

○(樽病)総婦長

幸い今まで1フロアで同時に2病棟で病休者が出た例がないので、主任が夜勤に入った所を婦長が管理し、残り2病棟は1日に3～4回巡視監督する体制をとっている。

○中島委員

今までが「幸い」であり、今後2病棟同時に病休者が出る可能性はある。婦長は、入退院等患者の個々の問題を把握し具体的な看護ケアを指導する立場にあり、看護学生の指導責任もある。病棟ごとに婦長がおらず主任も夜勤で抜けてしまえば管理運営がおざなりになるとスタッフからも懸念の声が出ており、こうした管理者不在は医療事故の遠因にもなる。その点からも十分な婦長の配置を積極的に考えてほしい。

○中島委員

病床管理委員会について

「優患」第3号にその第1回目の報告があり、「日常の入院に関する管理を、一元的に行う必要がある」とあったが、その後、具体的な展開はあったのか。

○(樽病)医事課長

昨年11月2日に医局と看護課合同の委員会として設置し、従来看護課のみで病床管理していたものを両局で管理することとし、現在、病床管理日報を作成し、毎日医局・看護課に回して周知を図りながら、医師・看護スタッフの啓発に努めている。

○中島委員

入退院の決定等、具体的なベッド管理は誰が責任を持っているのか。

○(樽病)医事課長

病床の空床管理は看護課に一元化されている。

○中島委員

看護婦の話では、入退院を決めるのはドクターであるため、そろそろ退院してもいいのではという話が上手く伝わらないので無駄があるのではないかと聞くと、病床利用率を積極的に上げていくために検討する余地があるのではないかと。

○(樽病)院長

急性期の患者が多いため診察を担当した医師が入院を判断し、入院治療の結果症状が癒えた場合どの時点で退院してもらうかも、今までは患者や家族と相談の上医師が決定していたが、現在は看護課と情報交換しながら決定している。ただ、個々のケースでは看護スタッフがもう退院させていいのではないかと思う患者がいるのかもしれない。その意味では、例えば糖尿病の教育入院システムは期間が2週間と決まっておリクリニカルパスのような状態なので、患者も比較的納得しやすくドクターにもナースにも分かりやすい。ただ病状がある程度落ち着いても冬期間などは患者・家族の希望で少し退院が延びたりすることは実際にはある。

○中島委員

退院日や患者の入れ替えについてはドクターの「そろそろいいよ」との意見をもらったら、あとは看護課の管理職が、入院と睨み合わせて柔軟に対応して、病床全体の患者数と入院してくる患者数と退院の予定を掴み、病床利用率を下げないように上手く管理していく工夫をもっと考えていく役割を持つことを検討すべきと思う。

○中島委員

病院の臨時・嘱託職員について

両病院で何名になるか。

○(樽病)総務課長

樽病では総人員515名中109名、二病では総人員337名中97名である。

○中島委員

いずれも比率は高く、しかも患者にとっては臨時も正職員も同じである。現場の声を吸い上げていく際には、これら臨時・嘱託の声はどのように反映されているのか。

○(樽病)総婦長

嘱託職員の内、看護婦・準看護婦は各詰所の詰所会で意見を述べられるような形になっており、また、看護助手は年2回ある研修の中で意見を聞く機会を設けている。

○(樽病)総務課長

事務の場合は特に会議は持たないが、普段業務の中で相談しあいながらやっている。

○(樽病)医事課長

窓口を担当している嘱託職員が多く、外来クランク・病棟クランクを中心に医療事務に携わっており、問題が生じた場合に適宜意見交換をしながら進めている。

○(二病)総婦長

各病棟に嘱託の看護助手がいるが、月1回病棟会議を開いている他、婦長・主任・職員看護婦・嘱託助手が入った会議を開いている。また、適宜助手間で問題が生じた場合は、婦長を通して会議を持っている。

○(二病)事務局次長

看護課以外の嘱託職員の職場は主に給食と医事業務である。勤務時間がそれぞれ前後しており一同に会することは難しいが、月1回正職・嘱託含めた給食会議を開いており、窓口業務でもなるべく全員集まって話をするようにしている。

○中島委員

臨時・嘱託の比率は高くしかも重要な仕事を担っており、正職員の会議にも参加できるような機会を積極的に設けてほしい。委託業務の拡大や職員の嘱託化・パートへの切り替えは、今後の病院運営の厳しさの中で大きく取り扱われる傾向にあると思うが、安易な導入については反対である。

○中島委員

看護婦の残業時間について

議会でも、病院職員のみならず全職員の賃金引下げも検討すべき、首切りも辞さずとの意見が出ているが、両病院において時間外勤務の状況を把握しているか。

○(樽病)総務課長

10月21日～11月20日で253人・3,646時間、11月21日～12月21日で251人・3,420時間である。

○(二病)事務局次長

看護婦1人あたり月13～14時間なので、全体で1カ月1,200～2,300時間になる。

○中島委員

もし時間外勤務をしなければあと何人の看護婦を雇えるか計算すると、樽病では22～23人となり、首を切るどころかもっと雇わなければ時間外を解消することはできない。

確かに看護業務には時間外にならざるを得ない分野もあるが、現場で一生懸命働くスタッフがこうした実態にあることを確認しておく。

○中島委員

医師の経営参加について

経営改善は今年最大の課題と言うが、視察した大垣市立病院では、職員の意識改革を中心に診療報酬委員会や診療科ごとの検討委員会、資材購入管理委員会や経営改善委員会等積極的に委員会を立ち上げていた。小樽市立病院でも職員の意識改革に着手してきたと思うが、経営問題に関する委員会としてはどのようなものがあるのか。

○(樽病)総務課長

病院経営会議を不定期に開催しており、直近では10月に開催している。

○(二病)事務局次長

経営問題のみをテーマとする委員会はないが、毎月運営会議を開催する他、随時、係長以上、医長・課長職以上の拡大連絡会を開いた中で議論している。

○中島委員

樽病では医長以上の会議はしていないのか。

○(樽病)総務課長

課長職以上の会議は定期的に行っており、係長職の会議も別にある。その中で経営状況等についても話されている。

○中島委員

病床管理委員会設置等の新たな動きはあるが、医師が医療だけでなく病院経営についても積極的に参加できる仕組み作りが大きなポイントになる。毎年の予算作成にあたり、月別計画や各科ごとの計画は作られるのか。

○(樽病)総務課長

改めては作っていない。

○(二病)事務局次長

樽病と同様である。

○中島委員

道内市立病院を調査の内、各科別計画のある所が4ヶ所、月別計画のある所が3ヶ所、両方ある所は1ヶ所ある。また、こうした計画策定には必然的にドクターの参加が求められるので、単純に12で割れば出るだろうというのではなく、経年的な推移の分かる計画を作り、討議を進めるべきである。事務局長は4定で「年度途中なので目標数値を出しても具体性に欠ける。医療制度自体に来年大幅改正があり、介護保険の影響も見て詳細な数値目標を出すべく努力したい」と答弁しているが、数値の設定に基づき討論する上でも、わかりやすい資料になる。トップだけではなく、病棟ごとに各月の運営状態や減点査定の実態等についての議論の積み重ねと周知徹底が相当大きな力になると思う。こうしたヨコ割りの議論をぜひとも進めて職員のものとするよう努力してほしい。

○ 渡部委員

経営分析指標について

10年度決算額で一般会計からの繰入金10億7,000万円、単年度赤字が7億2,000万円となっている。病床利用率 1日平均患者数(入院・外来別) 患者1人1日当たり診療収益(入院・外来別) 職員給与費対医業収益比率について示せ。

○ (樽病)総務課長

	全 体	一般病床	入院	外来	入 院	外 来	
樽病	67.7%	71.1%	372人	997人	30,359円	7,751円	64.1%
二病	82.4%	70.8%	289人	327人	26,246円	12,561円	62.3%

○ 渡部委員

札幌・室蘭・函館の各市立病院における を示せ。

○ (樽病)総務課長

(単位: %)	全 体	一 般 病 床	
札 幌		8 8 . 8	4 8 . 9
室 蘭	8 7 . 6	9 2 . 5	5 5 . 7
函 館	8 2 . 2	8 9 . 4	4 4 . 8

○ 渡部委員

10年度で400床以上の市立病院の の平均値はどのようになっているか。

○ (樽病)総務課長

は最低値でも稚内の75.9%(一般病棟)だから、概ね80%後半だと思う。 も大半が50%を切る状況であり、50%超は江別(53.7)・名寄(53.4)だけである。

○ 渡部委員

小樽の場合、全道の値と比べても「健全」から遠い値を示している。こうした指標が出ていることに対し、どのように分析しているか。

○ (樽病)総務課長

当病院の構造的な問題があり1病棟が60床に至っていないことも考えられる。ただ、病棟再編等で効率化を図ることで病床利用率も若干上昇している。

○ 渡部委員

11年度の見通しはどうか。

○ (樽病)総務課長

給与改定幅はあまり大きくなかったが、当初見込みよりも収益が若干落ち込んでおり、最終的には赤字額は当初見込みより悪化するものと思う。

○ 渡部委員

患者数を増やすこと 1 つにしても、技術・評判・医療施設整備・患者サービス等が整体的にかみ合わなければ難しい。問題は実践である。12 年度の病院経営健全化に向けた目標をどのように立てているのか。

○ (樽病) 事務局長

一番大きな課題は単年度収支の改善であるので、病棟収益や外来収益のアップを図っていききたい。それがとりもなおさず新築統合への歩みに繋がるので、病院として具体的数値目標を設定し、職員一丸となってその達成を目指していききたい。

○ 渡部委員

その意気込みは十分受け止めるが、単年度収支の改善は非常に難しい。病院としても一丸体制で取り組みを進めてほしい。また、病院も病院なりに最大限の努力をしていく決意だから、累積赤字の一部でも解消させ、1 日も早く新築に向けて歩めるよう、市長にも 12 年度予算編成に当たり特段の支援を強く要望するがどうか。

○ 市長

数値的に見ても確かに厳しいが、やはり単年度で改善を図りこれ以上累積を増やさないことが新築統合への近道と思う。一般会計も非常に厳しい状況だが、できる限り支援について前向きに検討したい。

○ 高橋委員

市立病院総合調整会議について

昨年 11 月 8 日の当委員会で「市立病院総合調整会議の設置要綱」が示されたが、既に設置されたのか。

○ (樽病) 総務課長

昨年中に設置されている。

○ 高橋委員

どのような内容なのか。

○ (樽病) 事務局長

これまでも機会を捉えて市長部局と病院は連携してきたが、病院問題は非常に根が深くオール小樽の視点での連携も必要との判断から、助役を議長とした関係部長による総合調整会議を設置した。これは、当面の経営改善や統廃合の課題を整理しながら全庁的意思統一を図り業務を進めていこうとするものである。

○ 高橋委員

収入増対策についてはどのように考えているのか。

○ (樽病) 総務課長

夜勤加算も含めてこれまで努力してきたが、病床利用率を上げることもいろいろと考えている。具体的にはこれから予算がはっきりした段階で示すことができると思う。

○ 高橋委員

経費節減対策についてはどのように考えているのか。

○ (樽病) 総務課長

維持管理等にかかる経費も業務改善により何とかならないか等検討すべき部分が多々あり、予算に合わせて、病院の姿勢として示していきたい。

○ 高橋委員

不良債務解消計画についてはどのように考えているのか。

○(樽病)総務課長

まずは単年度収支の改善に努め、それが成った段階で検討し着手していきたい。

○高橋委員

市立病院新築検討懇話会について

「経営状態がそれほどまでひどいのならやめた方がいいのではないか」との意見が出たと聞くがどうか。

○(樽病)事務局長

第1回目の開催において病院の現況を説明したところである。そこでメンバーの中からこれから議論していく上でまず「病院が必要なのか」という点からスタートすべきではないかとの意見が出たものであり、それが懇話会の総意だということではない。

○高橋委員

「そんなに赤字とは知らなかった」と言う市民も少なくない。病院の現状や経営状態についてはもっと一般市民にも広く認識してもらう必要があると思うがどうか。

○(樽病)事務局長

来院される患者の方々には病院の状況や提言等を公表している。病院だよりは当面職員向けとして発行しているが、病院のありのままの姿や今後のビジョン等に関する情報提供は必要であり積極的に検討していきたい。

○高橋委員

病院だより「優思」について

素晴らしい出来栄で意識の高まりも伝わってくるが、院長の「市民に信頼され安全な病院を目指す」との思いは、医師や職員にはどのように伝わっているのか。

○(樽病)院長

昨年春頃から「小樽病院はこれでよいのか」との思いが病院職員全体に共通してきたところから様々な取り組みがなされ、「優思」もその1つである。院内のどこでどんなことが行われているか必ずしも伝わっていなかったとの反省から、それらをオープンにしヨコのつながりを強め市民の信頼を取り戻すべく職員一丸となって努力しようという趣旨であり実際「病院が変わったね」と言われるので、少しずつ浸透していると思う。ただ、接遇面一つとっても不十分な点があると思うので、「優思」を通じて徹底していかなければならないと思う。

○(二病)院長

意識の向上にも、経営的なものの見方や安全面、医療技術に対するものが考えられる。

今、主な議論は経営面の意識改善と思うが、毎年院内連絡会にドクターが集まり、レセプト検討委員会を開き年間科別査定率を提示している。また、毎月病床利用率と平均在院日数を公表している。

○高橋委員

院外処方について

薬剤管理指導について説明せよ。

○(樽病)医事課長

入院患者に対し投薬や注射・薬学的管理指導を行った場合、患者1人につき週1回に限り1カ月2回を限度にできる指導であり、算定点数は1回480点である。

○高橋委員

医薬分業が盛んに論じられ、市内も既に6割の病院が院外処方であり、全国的にも増加傾向である。「研究していきたい」との答弁もあったが、その後の経過はどうか。

○(樽病)医事課長

現段階では局長・薬局長が答弁した域を越えては進んでいない。

○高橋委員

12年度の早い時期に将来展望を示してほしい。

休憩 午後2時23分

再開 午後2時45分

○松本(聖)委員

病床管理について

午前中の懇談会で「医師ごとに病床の割当てがある」ような発言があったが、これはどのようなことか。

○(樽病)院長

科ごとの大まかな枠はあるが、医師ごとの枠はない。

○松本(聖)委員

懇談会に出席していた理事者はどのように受け止めたか。

○(樽病)事務局長

従来はあったのかもしれないが、現在は改善され、病床管理委員会も設けており、科のベッドという大枠は決めているが看護課が空床管理しているので、先程言われたような問題はない。

○松本(聖)委員

医師により稼働率に差異があるので病床利用率が低いということではないのか。

○(樽病)事務局長

主治医の扱いはあろうが、現実には「ドクターのベッド」といった割当てではない。看護課が空床管理しており、前日4時頃に一旦締めた状況と夜間急患で入ってきた分を調整している。

○松本(聖)委員

現場で働くの方々と認識を調整して、病床利用率向上に努めてほしい。

○松本(聖)委員

医師の資質について

患者増は医師の資質によるところが大きい。市立病院については「医師の説明が下手」「何も説明してくれない」との声を耳にする。インフォームド・コンセントが問題になる昨今、それで果たして患者を増やせるのか。今後どのように対処していく考えか。

○(樽病)院長

医局会が月1回開催されるので、その中でも誠意を持って患者に接することが折に触れ話題となるし、十分に説明するようにと常日頃申し合わせている。今後、診療内容の開示をどのように行っていくかは院内でも検討を始めたと考えている。

○(二病)院長

ドクターの性格・技量等の問題も確かにある。中には問題だと思われるドクターもあり事あるごとに注意はしているが、思ったとおりにはいかないのが現状である。

○松本(聖)委員

地方都市は医師の確保が難しいといわれている。中に市民への対応に首を傾げる医師がいると病院全体のイメージに関わる。両院長にはより一層医師の教育を要望する。

○松本(聖)委員

院外処方について

来年4月の診療報酬改定に伴い薬価引下げも予定されていると聞くが、詳しい数字を把握しているか。

○(樽病)医事課長

薬価引下げ分と診療報酬引上げ分を合わせ実質0.2%の引上げとなる模様である。

○松本(聖)委員

つまり、薬価差益が減るわけだが、以前薬局長は差益が今は10数%あるから経済的にも院内処方の方が有利だと答弁したと思うが、今回の改定により差益は何%と見込んでいるか。

○(樽病)薬局長

3月末の官報に載ると思うが、その時点で巷ではRゾーンが2%前後と言われているが確定的なことは言えない。

○松本(聖)委員

Rゾーンが3%から2%になり、薬価に至っては約7%引下げになるというのが巷の噂である。薬局長は以前「差益が10数%あるから医薬分業は考えていない」と答弁し、なおかつ「受け手側の問題もある」と発言したと思う。つまり、院外薬局に処方箋を出すのは受入体制が不十分だからまだできないということか。

○(樽病)薬局長

受け手の問題というのは、第一に「かかりつけ薬局」の普及が根底にあると思う。今、巷は大半が「門前」であり、院外処方箋を出すに当たっては市内の全薬局が情報を共有できるような体制、各薬局の備蓄の問題等、解決すべき問題が沢山ある。院外処方をやる・やらないの前に様々な点からその功罪をよく研究し、それを市民が理解しているかとの検討が必要であり、決して経済的理由のみからまだやらないと答えつつもりはない。

○松本(聖)委員

門前薬局の弊害は十分理解している。かかりつけ薬局を持ち、そこで処方箋を受けてもらうのが理想なのは言うまでもない。ただ、門前の大部分は現状十分機能しているのではないか。各薬局は互いに連絡を取り、処方箋を受け取ったら患者からも情報を引き出している。例えば他の薬局で投薬を受けていればそこに問い合わせる患者の安全を図っていることを認識しているのか。

○(樽病)薬局長

門前薬局が悪いと言っているのではない。門前は門前なりの利点があり、マンツーマンでその医師の処方意図がどこにあるか理解していると思う。ただ小樽の現状はFAX分業してはいるが、本当は患者の健康を本当に理解した近所の薬局にFAXが送られるのが筋である。確かに電話連絡しているだろうが、きちんとしたネットワーク・体制作りの試みが受け手側にあって然るべきと思う。現在はまだ過渡的な姿であると思う。

○松本(聖)委員

市内の薬局は一生懸命研鑽を積みながら患者のために仕事をしている。極めて丁寧に分かりやすく説明してくれる。それと院内薬局を比較したことはあるのか。院内もそれ以上の努力をしてくれないと納得できない。確かに経済的な面だけで語られるべきではないが何せ大赤字の状況である。何とか単年度黒字にしようとしている中で少しでも検討する余地はあるのではないか。医薬分業について両院長の考えはどうか。

○(樽病)院長

医薬分業による「功」の部分も多いと思う。今後は院外処方の問題だけでなく、医薬品をいかに安全に管理し患者に服用してもらうかについても検討していきたい。

○(二病)院長

二病は立地条件が悪いので、あまり積極的に院外処方を考えたことはなかったが、もっと関心を持って研究していきたい。

○松本(聖)委員

特に精神科は院外処方は難しいし諸問題があろうかと思うがぜひ検討してほしい。薬事法上もそれが正しい姿だし、市内に調剤薬局は物凄い勢いで増えており、大抵の家庭の近隣に薬局がある状況である。

○ 松本(聖)委員

generic(後発品)について

以前にも質問したが、その後何か進展があったか。

○ (樽病)薬局長

前回の答弁の域を出ていない。

○ 松本(聖)委員

情報収集等も一切していないのか。

○ (樽病)薬局長

この問題はどこで線引きするかということがある。例えば何十種類もあるgenericから1つを選び、院外処方箋を出して市内の薬局が果たして対応できるのか。つまりgenericの線引きができない以上、原則で答えるしかない。

○ 松本(聖)委員

薬局は医師から処方箋が来れば逆ざやであっても仕入れる。今の指摘は的を得ていないのではないか。

○ (樽病)薬局長

薬局は表立っては言わないが巷ではそれが経営を圧迫するとはっきり言っている。その患者が1回限りだったら残りは在庫になってしまう。Rゾーンがいかに低くなったとしても国としては逆ざやに反対だからそのようなことをする薬局はない。

○ 松本(聖)委員

制度上の問題を言っているのではなく、genericを導入してほしいのは患者の負担を少しでも軽くしてお年寄りが病院にかかりやすくするためを考えてのことである。せめて、情報収集して検討する余地はあるのではないか。

○ (樽病)薬局長

薬には同じ中身でもそれぞれに特許がかかっている。genericは先発品のあくまで真似だから、本当に添付文書どおりに胃や腸の中で溶けるのかというデータをgenericメーカーは持っていない。添付文書は先発権を持つ会社の真似をするわけである。だから患者のためを考えると数あるgenericの中からどこに線引きするのか逆に伺いたい。製薬メーカーの言うことは内部矛盾を起こしており、新製品は売りたいがgenericも持っている。

genericを他の製品に替えられたら売上げが落ちる。だから会社としては利潤を上げるため両方持っている。さらに名前の分からないようなメーカーの中には服用しても吸収されずに排泄されるものもある。情報収集せよと言うが、その情報自体が先発品の真似だからその意味で理解できない。

○ 松本(聖)委員

明らかに薬効が見られないような薬を厚生省は認めない。薬効ありとして厚生省がその製品を認めているのだから薬局長の言は極論に過ぎ、いかにもgenericが粗悪品との印象を与える。数あるgenericの中でも長年使われて薬効が確かめられているものを我々は経験的に知っている。それらの情報を入手して使ってみてはどうかということだ。今後ぜひ検討してほしい。

○ (樽病)薬局長

厚生省がgenericに課しているのは溶出試験だけであるから、先発品に課せられる何層にもわたる試験や市販後の調査、副作用報告は行っていない。

○ 松本(聖)委員

genericの添付文書をよく見てほしい。それは真似ではなく自ら試験を行った結果を載せている。

○ (樽病)薬局長

添付文書はそっくりいただいているものだ。メーカーに聞いてみてほしい。

○ 松本(聖)委員

試験をしていると言っている以上、信じるしかないだろう。

○ 成田委員

市立病院新築検討懇話会について

今後の進め方について説明せよ。

○ (樽病) 事務局長

12 年度中に提言をいただきたい旨、大卒の了承を得ている。同懇話会はまだ 1 回しか開催しておらず、今明らかなのは 2 月に両病院を視察し現状を理解していただいて若干のやりとりをすることであり、今後の展開についてはまだ会長と詰めていない。

○ 成田委員

メンバーは 15 名だが、樽病・二病の事務局長が入る予定はないのか。

○ (樽病) 事務局長

我々は事務局として立ち会っている。

○ 成田委員

活発に議論していただき、統合された市立病院が早く設置されることを望む。

○ 前田委員

後志の基幹病院ということについて

答弁にも質問にもよく出てくる言葉だが、これは法的に明確な位置付けはあるのか。

○ (樽病) 事務局長

まず自治体病院としての役割があると思う。それは高度医療を提供する総合病院だとか僻地を担うとか、結核・精神等の不採算部門を持つことである。また、後志管内の基幹病院とは、小樽・後志圏の医療計画を定める中で全体のベッド数・1 次及び 2 次救急の役割分担等が示されており、市立病院は後志全体を見た時に高度医療・不採算部門・精神結核医療を担うとの観点から位置付けられている。

○ 保健所長

第 1 に、常識的に高度医療を提供できる所という認識が根底にある。第 2 に「A I D S の基幹病院」「災害の基幹病院」と国もはっきりと使っている。それは 2 次・3 次医療圏を根底として指導的役割を果たす病院との意味で使われている。したがって、そうした意識・期待はこれまでもこれからも存在するものと思う。

○ 前田委員

認識だけと捉えてよいのか。

○ 保健所長

国も使っており、十分に熟しているもの考える。

○ 前田委員

「優思」の市民からの意見に「小樽市だけで経営不可能なら近辺の町村からも協賛金を出資してもらえばどうか」とあったが、それは可能なのか。

○ 保健所長

国や道が整備していく場合に実績を見る。したがって、実際 A I D S の基幹病院であるとそのための予算を付けていく。そうした事業ごとに国や道から入金される。

○ 前田委員

後志 19 町村からは何らかの入金はあるのか。

○(樽病)事務局長

補助金はAIDS・結核等いろいろな制度に応じて存在する。ただ、診療報酬はもともとレセプト請求によるものだから、特段相手方からこんなものをつくってほしいということがあれば別かもしれないが、レセプト請求のみで経営している以上、そうした支援・協賛は考えられない。

○前田委員

現場と事務局の現状認識について

午前中の懇談会を聞いたが、健全な病院経営のあり方から市立病院の現状は程遠いと組合も十分承知し努力していると言っているにもかかわらず、このような現状であるのは現場と事務局が上手くかみ合っていないからではないのか。

○(樽病)事務局長

我々は組合と意見が違うと乖離しているわけでは決してない。健全経営については、患者動向とりわけベッドの有効活用が大切ということは共通認識である。組合の経営分析の数字も全国的平均値との比較だから認めざるを得ないが、これからどうするかということについては組合も中間報告との位置付けなので分からないが、数字的認識にそう食い違いはないと思う。

○前田委員

賃金・人員については国の基準で決められているのでそれを下回るわけにいかないとも言うが、その面と黒字転換とはどのような関係があるのか。また、その点は互いにどんな話し合い・取扱いをしようと考えているのか。

○(樽病)事務局長

病院の統合新築について、まだ組合に協議の申し入れをしていない。今日の組合の主張は、小樽病院が老朽化しているので小樽病院として早く建て直してほしいということである。まだ正式提案していないので温度差はあると思う。ただ、収支改善のためには患者を増やさなければならぬし支出削減もしなければならぬことは共通認識に立っている。

○前田委員

正式提案をあまり先延ばしはできない。そのタイミングはある程度明確にしておく必要があるのではないか。

○(樽病)事務局長

病院の新築統合は市の単費でできるものではなく、起債を導入しなければならないが、そのための諸条件をクリアしなければならない。つまり単年度収支改善・44億円の長期借入金解消計画で努力し、それを一定程度評価してもらい一般会計から財政支援をいただくことが、新築統合に向けての3本柱と思う。そのためには12年度に向けて単年度収支改善に何としても取り組み、起債導入や新築統合の方向性を示せるようにしたい。

○前田委員

時間がかかるとはいえ2年後や3年後との話にはならないと思うので早急に目処をつけてほしい。

○委員長

質疑終結。散会宣告。

市立病院に関する懇談会《参考資料》

○日時

平成12年1月28日（金） 午前10時01分から午前10時55分まで

○場所

第2委員会室

○陳述人

自治労小樽市役所職員労働組合 執行委員長 中村誠吾 氏

同 副執行委員長 岩本毅 氏

同 副執行委員長 増岡宏 氏

同 書記長 熊谷一 氏

自治労市立小樽病院職員組合 執行委員長 橋本孝夫 氏

同 副執行委員長 樋口光代 氏

同 書記長 高野秀子 氏

○出席委員

委員会出席者と同じ

○出席理事者

総務部長・次長・課長、財政部長・課長、企画部長・安達主幹、（樽病）事務局長・金子主幹・総務課長・医事課長、（二病）事務局長・次長

～懇談会～ （概要）

○委員長

挨拶。各委員紹介。組合側出席者紹介。

○中村 執行委員長

過去の経過もあり第二病院は市職労が組織し、小樽病院は病職労組が独立して組織している。その他、市役所には全水道という組織があり、この3者を統括して賃金等大きな問題に関わる部分では、市連協という横断的組織を構成しており、その議長を兼任している立場から冒頭お話をさせていただきたい。病院会計には、単年度収支や累積赤字の問題があること、基幹病院であることは我々も十分認識しているが、個々に私が預かっている第二病院で起きている具体的な問題点のいくつかをお話したい。

第二病院は、精神・内科・胸部・脳神経外科等を持つ。基本的スタンスとしては、地域における自治体病院の位置付けと役割を明確にしなければならないと思う。そして、公的医療機関としての機能強化が必要と考えている。例えば、救急医療体制、不採算医療体制地域医療等の役割が望まれている。感染症対策やその受入れ体制等、多くの問題も公的病院だから行っていかなければならない。第二病院は、小樽のみならず後志の拠点医療機関としての役割を担っていると理解している。とりわけ胸部・脳外では余市や倶知安等からの重症患者への高度治療が増大している。そこで働くスタッフは常に高い緊張感と労働密度の中に置かれている。しかし、病院経営は極めて困難な状況にあり、副執行委員長も二病の医事・庶務を経験してきたので、内容・経営・予算については熟知している。例えば今回混合病棟になった3-2病棟は、当初は内科専門だったが4-2胸部の患者密度が高くなり病床数が増えたと胸部専門の看護スタッフにも限界があるので、一定の経過が経ち容態が安定した方を内科病棟で看ることができないかとの提案を受けてきた経過がある。

しかし、集中治療を受けて内科に降りてくると、専門病棟と違い設備が整っていない。緊急時には4-2に居た方

が処置できるといった問題があるときは、我々は患者様の命を預かるわけだから心配するわけである。確かに内科にある程度の余裕があり受け入れたいという気持ちはあるし、組合もそこからスタートしたが、受け入れる条件は必要ではないかと議論してきた経過がある。そして理事者と協議の上、互いに理解し合って3・2の混合化は実施された。また、レセプトは現在樽病も含めて民間委託している。この医療報酬の計算は専門性・効率性を要求される仕事であり、人事異動のローテーションで3年毎に変わる事務職を貼り付けてはロスがあるのではないかとということで、病院当局も民間委託したいということがあった。組合はこれについても理解し協議の上実施している。単年度赤字は大変大きな問題であり、議会の意見を聞き貴重な税金を使いながら動いていることは理解するが、公的医療病院の性格と地域のセンターであることも事実である。一朝一夕にはいかない中で理事者と交渉しているところである。

○橋本 執行委員長

樽病には一般正職員300数十名で構成される病院職員組合が組織されており、地公法上の職員団体として公平委員会にも登録している。私からは樽病に関する問題に限り、また事前に依頼された事項に沿ってお話したい。

まず現状の病院経営の問題点およびそれらの改善策については、労働組合は本来組合員の労働条件の向上を目的として活動する独立した組織なので、病院経営に直接関わる立場にはなく、そうした限定した立場で独自に考え方をお話しし、この面で組合として現実に活動した2点について紹介したい。まず、「病院事業の財政分析と今後を展望する中間報告」というレポートを98年10月に発表した。地方公営企業年鑑病院編記載の数字を分析して小樽病院の財政状況を組合独自の立場で解明し、経営指標並びに収入支出指標や診療体制全般にわたる28項目について財政分析を行い、全国自治体病院の平均との比較によって当病院の現状を解明し、あるべき改善策について組合の立場で研究し、これを組合員に情報提供して職場の中で真剣に努力しなければならないと議論を呼び掛けてきたところである。結論として、この中間報告は4提言をまとめている。病床利用率を90%程度まで引き上げる努力をすること。具体的には短期入院患者増対策や急性期医療入院と在宅医療分野の強化、慢性期医療供給体制の位置付けに関して検討すべきということ。病棟規模の変動と混合病棟化拡大に伴う問題について、3人夜勤の拡大や月8回以内夜勤の実現。市民から強く期待されている旧総合病院としての総合力並びに高度医療の提供の活用、北後志全域での有機的な医療連携や救急強化。老朽化の著しい病院において駐車場や病室の拡大を含めた病院の新築・改善。これらの提言内容に基づき、職場・組合員間で様々な議論展開し、そのため全員一丸となって努力しなければならないとの方向で、組合としても活動を続けているところである。次に、昨年末組合独自に市民アンケートを実施した。これは患者や一般市民を対象に、病院改築に望むこと・市立病院に求める医療について生の意見を求めたものである。駅前街頭で通行人に配布した分も含め約2,500枚の内390人程から回答を得た。現在は膨大な集約作業の最終段階で結果を公表できる段階に至っていないが、主な市民要求は、駐車場の拡大・現在地での改築・広い病室と最新医療であり、医療にもとりわけ専門性の充実・療養病棟設置と救急医療の充実を求めている。組合としては、こうしたアンケート活動を通じ多くの患者・市民から寄せられた生の声を正面から受け止め、そうした地域住民の期待に応えられる医療を担えるよう組合員の中で議論し、それに基づく様々な提言を行っていきたい。

次に、現場としての要望については労働条件に関わるものが主要であり労使交渉により解決・実現を図っていくとのスタンスである。その前提で若干お話したい。まず、組合として最も強く要望したいのは、小樽病院の早急な新築である。これは組合の数年来の要求でもある。施設の老朽化は甚だしく、市民・患者により良い医療を提供する上でも快適な施設環境は必須である。現状、現場で働く組合員は切望している。なお、懸案となっている二病との統廃合については、小樽市行革実施計画に盛り込まれたことが発端であるが現段階では使用者側から具体的な提案はなされておらず、これは使用者側から組合に提案されてから労使で話し合う課題であると位置付けている。したがって樽病新築と両病院統廃合は別問題と認識している。2点目として、積年の要求課題である人員配置問題が

ある。

これは病棟看護婦の夜勤回数を月 8 回以内に抑えてほしいというものである。つい最近まで平均 10 回程度という実態だったが、平成 11 年 11 月から夜間看護加算を算定する関係で、月 9 回以内がやっと実現した。これは一步前進だが要求は 8 回である。その根拠は過去に人事院が病院看護婦の夜勤は月 8 回以内に抑えよと判定を下したことである。その後制定された「看護婦等の確保を促進するための措置に関する基本的な指針」でも同様に規定しているが強制力がないため守られないまま今日に至っている。引き続き労使で話し合いを進めたい。関連して、混合病棟化拡大に伴う 2 人夜勤の 3 人夜勤への拡大や 2 - 1 休床による諸問題も労使で引き続き継続協議することを確認済である。3 点目として、賃金は病院職員だけ独自に定められているのではなく、市職員の共通課題であり市連協交渉の中で確認しながら進め適用している。したがって、病院職員の賃金のみを云々するのは、地公法上の均等待遇の原則からも許されないので、市連協として交渉していくことについてはご理解願いたい。

○高野 書記長

看護婦の仕事をしていく上で我々の切なる願いは一刻も早い病院の新築・改築である。

このままでは大事故発生の心配がある。昨日も天井の水漏れ事故があったが、配管がぼろぼろで毎日のように水漏れ事故が絶えない。病棟でそのようなことが起きたらその度に看護婦が後始末を手伝うので、本来業務ができない状態になることがある。また、現在の医療は日々進歩しており、盲腸の手術後も翌日には歩かせるし、骨折手術でも部位を留める金具の発達で早期にベッドから降りて車椅子や歩行器や松葉杖を使えるようになっているが、こうした進歩に病院のトイレ・洗面所・風呂場等が全く対応できていない。車椅子では入口にも入っていけないトイレがあったり、掴みたいところにバーがないため転倒する恐れがあったり、狭いために看護婦が介助できないといった状態である。バリアフリーの時代なのに病院内はバリアだらけである。患者を移動させるためにも人手が要る。その度病棟では「力貸して」という声が飛び交っている状況である。また、患者の生活レベルが向上し、自宅は冷暖房完備でウォシュレットにもかかわらず、入院すると暑すぎる暖房で換気したくても窓側の人から寒いと苦情が出るし、病院に来てかえって風邪を引きやすくなったと言われることもある。床がきしむので夜勤の際に患者を起こしてしまい、睡眠薬なしでは眠れないと言われ、病室の壁も薄いので隣室のいびきや人工呼吸器の音で眠れないという劣悪な療養環境を早く改善してほしい。病室の出入口が狭くてベッドごと移動できず、検査や手術に連れて行くにも「力貸して」と叫び 4 人で患者をストレッチャーに移している。ギャッジベッドも増えたが全部ではないし、酸素の取付けが少ないために酸素のあるベッドにもしたい。退院までに 5 ～ 6 回もベッドチェンジして患者に迷惑を掛けており、そのときいちいち看護婦がストレッチャーや車椅子に移してやらねばならず、本来業務以外の多くのことに振り回されている状況である。早く病院を改築して、ベッドごと移動できるような環境にしてほしい。ベッドの高さを変えるだけでも重労働なのに、北大に行ったらハンドルを回すだけで変えられるベッドがあることを知って愕然としたこともある。本来業務をきちんとしたいというのが我々の願いである。昨年 9 月に整形外科病棟を休棟して混合病棟化したのが、ベッドの本来足りない整形外科のベッドまで減らしたのであちこちの病棟に患者がばら撒かれ、患者も慣れない看護婦に看てもらわなくてはならないし看護婦も慣れない疾患を看なくてはならず緊張を強いられている。医師も全病棟を駆けずり回らなくてはならず大変である。全病棟が混合病棟化している。夜勤は確かに減り日勤者も増えたが楽になった感じは全くなく、かえって全病棟混合化で業務が煩雑化し日勤でも帰りは 8 ～ 9 時になる。本来業務がなかなかできないし、混合化で多くの医師が入れ代わり立ち代わり回診に来て指示を出すので、朝から晩まで診察に付いて指示を受けその度に薬を取りに行つて患者に説明しての繰り返しで常に残業状態で、家庭人は晩御飯の支度もできない。採用枠を増やさずに夜勤を減らすために外来看護婦を一部病棟に上げて日勤者が少なくてもよい病棟から外来へ降ろしているが、そうすると今週外来勤務で来週すぐ病棟の夜勤から入る時に病棟患者のことはほとんどわからない状態で勤務に就くことになり、その不安と緊張は大変なものだし患者も大変だと思う。こうして、病棟再編後に勤務がいろいろ変わったために退職希望者が続出している。それでは

夜勤加算も取れないので主任も夜勤に出ている。しかし、樽病は病棟ごとに婦長・主任が配属されておらず各フロアに1人ずつの状態だから主任が夜勤に入ったら婦長が責任を持って朝から晩まで病棟に貼り付いて指揮監督してほしいが、できる状態にない。これを何とかしてほしいとの意見がある。赤字だからとなかなか人員を増やしてもらえないが、医療機器の購入をしてもチェック体制がなかったこともあったし、事務局職員が慣れた頃に本庁に異動になったりここ数年病院で定年退職を迎える人が続いてそれで本気で改革に取り組めるのか疑問である。患者が減っているというが、入退院を決めるのは医師であり看護婦が患者を呼び込むことはできないわけだから、医師の協力が絶対的に必要であるということを訴えたい。

○委員長

質問のある委員は挙手願いたい。

○中島委員

具体的なお話を伺い大変勉強になった。その内98年に発行された財政分析レポートでは、病床利用率アップや短期入院や急性期患者の受入増を提案したようだが、実際に入退院を決定・管理しているのはドクターであるとのことである。現場で働く職員の意見から見て病床利用は改善してきていると思うが、もっと改善すべき点があれば挙げてほしい。

○高野 書記長

患者数などの実績を基にその科の病床数を考えてほしい。今回の病棟再編は必ずしもそうになっているとは思えない。だから今いろいろなトラブルが起きていると思う。

○樋口 副執行委員長

病床の有効利用のためには患者に来てもらわなくてはならない。看護婦が一生懸命現場で働いても優秀な医者が集まらなければ外来も増えないし入院も増えない。そういう医師をいかにして集めるかを考えてほしい。

○中村 執行委員長

看護婦の配置は厚生省基準に則っており、我々の賃金も人事院規則に則っている。配置基準通りベッド数に人員を用意し体制・機器を整えたら、後はどれだけ患者が来てくれるかということが根本にある。それについては我々も理解しているし努力は惜しまない。また、例えば某科に3名の医師がいて150床あったとすると、必ずしも各医師が50床ずつ担当するわけではない。実績等もあり、A先生は80床、B先生は30床、C先生は40床を担当しているが、B先生は満床だがA先生は45床とか、これはもう各先生の判断によるしかない。ベッドを90%以上埋めないと病院経営は成り立たないことは全国の組合でも当たり前のこととなっている。病院も企業会計であり、それを目指すのは当然だが、内部には医師との関係があり一朝一夕にはいかないということである。

○委員長

懇談会を終了する。