

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 4 月 2 8 日（金）	開 議	午後 1 時 0 0 分
		散 会	午後 4 時 2 5 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・佐藤（幸） 各委員		

～ 会議の概要 ～

○ 委員長

開議宣告。署名員に松本（聖）・見楚谷両委員を指名。継続審査案件を議題とする。理事者から報告を受ける。
「市立病院新築検討懇話会の開催状況について」

○（樽病）金子主幹

（資料１に基づき説明）

第２回懇話会で、両病院の視察を行った結果、施設設備の老朽化や非効率を改めて確認した。また、「外部の専門的見地から両病院の現状を分析をしてもらい、どこに問題があるのかを探りこれからの検討に生かす」という会長からの提言により、市長に経営診断の導入を要請することに決定した。第３回懇話会で、次回以降の検討課題については 市立病院の地域医療にとっての必要性 不採算をカバーする診療科目や効率的事務管理をどうするか 医療ミスへの対応 全体のバランスを見てのベッド数や病院設計への考え方、などに議論をしばっていくことで散会した。

○ 委員長

「看護課組織図新旧対照表について」

○（樽病）金子主幹

（資料２に基づき説明）

これまでの看護婦長の配置はワンフロアーに１名で、１人が２～３詰め所を担当し、職員５０～６０名、患者１２０名ほどを管理監督しなければならない状況にあった。このため職員に目が届かないとか、患者や御家族の情報が十分把握されない等、きめ細かな対応に欠けていた。このたびの人事異動により看護婦長５名を増員し、問題点の改善を図ったものである。また、各詰め所に婦長が入ったことにより主任が夜勤に入ることができ、夜勤回数の軽減や超過勤務の減少等のメリットも期待されるものである。

○ 委員長

「市立病院の経営診断の導入について」

○（樽病）金子主幹

（資料３に基づき説明）

○ 委員長

「第二病院の精神科デイケアの実施について」

○（二病）次長

（資料４に基づき説明）

「精神科医療」については、「精神保健福祉法」の施行や国における入院期間短縮への誘導策等を背景として、「収容型医療」から「リハビリ型医療」へとシフトしてきている。このような医療環境の推移等を考慮し、新たに「精神科デイケア」の診療科を５月１日から開設し、５月８日から診療開始するものである。なお、今日まで既に定員３０名の中、４０名を超える参加申し込みがなされているところである。

○ 委員長

「（仮称）市立病院新築資金基金の設置について」

○（樽病）総務課長

平成１２年４月６日、市内在住の青木真一郎氏より小樽病院の新築に役立ててほしいとのことで２００万円の寄付があったが、この主旨に沿う基金がないので、一般会計基金として新たに「（仮称）市立病院新築資金基金」を第２回定例会に提案し、議決後、同基金に積み立てていきたい。なお、その後、同主旨の寄付が２件あり３３万円ほどであるが、同様に積み立てていきたい。

○ 委員長

これより質疑に入る。

○中島委員

新年度予算について

市立病院調査特別委員会が発足して1年がたち、新年度予算も決まり今年の課題を明らかにするという1年が始まった。今年度の市立病院の予算は大胆な収支改善ということで新聞報道もされている。これまでの小樽市の一般会計からの病院に対する繰入も大幅に増額されているし、収入計画も前年度比の9.8%増ということで数字が出ている。これは、平成8年度前年度比1.6%増、9年度0.4%減、10年度0.6%増という3年間の推移を見ると、大変大幅な増収計画だと、積極予算だと考えていいのではないかとと思っている。今年の4月の診療報酬の改定、7月には老人医療費の1割負担増分、定額性から定率性への移行等を考慮した実施計画や1年間の予定について考えている点を示せ。

○(樽病)事務局長

今年度、一般会計から支援の強化をいただいたところである。現地点ではまだ流動的な要素があるが、入院・外来収益については11年度の患者動向や決算見込み単価を基礎として積算したものであり、決して不可能な数字ではない。もちろん我々の努力も必要だが、そういう点では手の届く数字だと認識している。今後については、レセプト体制の中で有利な診療報酬を得るような事業努力が必要だと思う。例えば 夜間看護の部分などレセプトで有利な制度に乗った収入を確保する、また、収益と支出のバランスをどうみるか、市民に信頼される病院、職員の意識改革を図り患者増対策を進める、今後この大きな柱二つを検討したい。収支改善にはまさしく正念場であり、職員一丸となって頑張ってもらいたい。

○中島委員

おっしゃった中身については、とりたてて新しい計画とは思わないが、前年度後半から努力が非常に出てきていると思うので、一層の前向きな計画実施を期待したい。支出計画なり患者増計画等も含めた具体策を一層揃える必要があると考える。毎年こういう計画を繰り返しながらやってきたわけだが、これまでも市長は単年度収支改善を図り、市長公約である「市立病院の新築計画は単年度収支を改善しなければできない」、このようにおっしゃって、めどと日程については明らかにすることがなくこの1年が過ぎた。今年の積極予算の中で改善が図られれば、1年待たずして新築計画を明らかにすることも十分可能ではないかと思うが、また是非そうすべきと思うがこの点についてはどうか。

○(樽病)事務局長

12年度予算の重みは十分承知しており、院内で具体的に詰めている。1年早めてということであるが、一つには単年度収支の改善を図ることが大前提である。一般会計からの累積債務44億円の解消計画、これらは具体的に一般会計と協議もしていないし、道との事前協議までしていない。そのような中では全体計画を早めたり、遅らせたりという議論は現段階ではお答えできないが、当面単年度収支の改善を図ること、これが一番クリアすべき課題であるので、今年度はそういった意味で一般会計からの支援強化を得たので、これにこたえて職員一丸となって努力していきたいと考えている。

○中島委員

一般会計から病院に対する繰入率の資料要求をさせていただいたが、これを見てもわかるとおり北海道の平均が対医業収益比率として14.5%~15%ぐらい、全国自治体病院の統計でも14%ぐらいとなっているが、市の一般会計から病院に対する繰入金率を見ると、平成7年度8.9、8年度9.0、9年度8.6、平均しても8.8ぐらいであり、北海道や全国自治体病院と比べても、一般会計が病院に援助する額というのは少ないのではないか。このような現状をどのように判断されるのか。

○(樽病)総務課長

基本的には地方公営企業法に基づく繰出、一般会計では交付税の基準に基づいた金額でいただいている。他都市の状況はここでは把握していないが、市としては交付税の基準に基づいて要求しているし、それに基づいた全額とはいわないが、基準額に基づいた繰入をもらっていると考えている。他都市の率が高いのは、その年の状況によっては病院経営が苦しいので一部特別な繰出もあるのかなと考えている。

○中島委員

新聞記事で、「市本体の財政が逼迫しているために、地方公営企業法で決められている病院事業会計の繰入額よりも抑制してきた。新築統合に向けた起債認可についても、病院の単年度収支改善が急務である。」このような記事が載っていたが、いま課長がおっしゃたとおり「全額とはいわないけれども」、この部分に関してはやはり市財政の困難さは病院を助けることにはならなかったと判断していいのではないか。

○財政課長

確かに一般会計側からの繰出については、一般会計の財政状況が大きく影響したことは事実である。ただいまの資料で平成5年から繰入金の経過がでていますが、平成4年度までは交付税を基準とした繰入金にプラスアルファとして特別の繰入もしている。平成5年度辺りから一般会計の財政状況は大変厳しくなってきたので、その繰出額を絞らせていただいたのは事実である。そういう面で繰入金も一般会計側の財政状況に大きく左右せざるを得なかったというのは事実であると考えている。

○中島委員

「市財政の本体の健全経営がない限りは、病院経営はできない」となってきた原因というのは、マイカル小樽に156億円、JR築港駅舎に対しても7億円の税金をつぎ込み、一層の財政逼迫をもたらしたことによるのではないか。世間並の一般会計からの繰入援助もできないにもかかわらず、築港駅舎に関して新築して無償譲度をする、これに本質性があるとおっしゃってるわけだから市立病院に対する財政援助こそ、むしろ公益・公的役割そのものではないのか。そういう点において財政の使い方、むしろ病院を優先する、このようなことを考えるべきではなかったのか。

○市長

市民の皆さんは一日も早く新築統合をして、新しい病院を望んでいる。今年度予算で従来よりも相当額を上積みして、一般会計の繰出をしたわけであり、一日も早く皆さんに新築のスケジュールをお示しできるようにこれからも努力していきたい。

○中島委員

そのような判断をされたとは理解しているが、過去の経緯も是非振り返ってお金の使い道として正しかったかどうかについては、引き続き指摘していきたいと思う。

婦長配置計画について

今年度は新しく婦長5人の増員が報告された。病棟の管理やスタッフの教育、法律的なことも考えると、この先大きな役割を果たしてくれるのではないかと期待している。ただ、私も病棟婦長をきちんと対応すべきだというふうに質問したけれども、今回の報告を受けてもまだ各病棟ごとに婦長配置とはなっていない。今後の婦長配置計画についてはどのように考えているのか。

○(樽病)総看護婦長

できたら1病棟1婦長を希望したいと思っているので、今後もいろいろな機会をお願いしていこうと考えている。

○中島委員

是非、早期実現をお願いしたい。

救急医療体制について

夜間・休日の救急医療が必要とされるときには、まず第1次救急という形で小樽では夜間救急センターに行って、治療・診察を受ける。そこで診てもらったときに入院が必要、あるいはここでは対応できないという次の高度な医

療が必要という判断をしたときに、２次救急の病院に移されるということになるが、この２次救急の病院というのは市内にいくつ用意されているのか。

○(保健所)総務課長

北海道広域救急対策事業として、２次救急ということで各医療圏ごとに「病院群輪番制病院治療」というものを実施している。小樽・後志地域においては小樽市医師会が窓口であり、この輪番制病院治療に参画をしている小樽・後志管内の医療機関は計１１カ所ある。そのうち９カ所が小樽市内で２次救急を担当している。

○中島委員

輪番制ということは交代でやるということか。

○(保健所)総務課長

国の考え方と北海道の考え方は若干差があるが、基本的に市内医療機関でも１次救急で休日の在宅当番制というのをやっており、各医療機関の先生方が順番で１次医療を行うわけだが、２次救急であるので２４時間体制で入院を必要とする重症の患者を受け入れ、必要な検査・治療を行う医療機関と位置づけられている。基本的には２４時間体制で入院・治療にこたえる体制である。

○中島委員

つまり小樽市内の９カ所の病院は、２４時間いつでも入院にこたえられる体制を常時とっているということである。そうなると平成５年から夜間救急センターが北生病院に隣接してから地域的に距離が遠い、中心部の市立病院で診てほしい、という市民の皆さんの希望が委員会ごとに、あるいは議会ごとに繰り返し提案されてることは御存じかと思う。市立病院としての救急医療についての考え、構想等について述べよ。

○(樽病)事務局長

後志医療圏の第２次救急システム、そのような中で小樽病院については２次救急を担って輪番制をやっているというのが現状である。この件についてはかねてからいろんな場面で要望もある。小樽病院は急性期病院ということであるので、統合新築については当然視野に入れて検討していく、もちろんこれは小樽病院だけではできないので、保健所なり道とも協議していきたい。課題も多いと思うが、現時点ではそのように考えている。

○中島委員

「前向きに検討する」との答弁については理解するが、現在、夜間救急の問題は「小樽市夜間急病センター条例」で、場所・時間等が決められている。平日は午後６時から翌日午前７時までの診察時間と明記されている。朝７時から９時までの空白時間についても救急車は出動している、救急医療が必要なことは間違いない。２次救急病院として２４時間、緊急の患者を受け入れる体制をとっている市立病院があるのだから、当病院がこの空白の２時間について引き受けることはできないものか、検討いただくよう話しておいた件について、その結果をお知らせ願いたい。

○(樽病)事務局長

小樽病院は時間内診療ということの位置づけであるが、空白の２時間については院内で検討しており、現実には当直医１名、看護婦２名、薬剤師１名、そういった中での対応も限界がある。病院独自の院内救急をどうするか、時間外診療であれば当直対応であるので設備的にも十分でない。１次救急と２次救急との兼ね合い、施設、ドクターの配置等の問題について院内で整理をしているところである。

○中島委員

この２時間について保健所が市立病院にお願いすることになれば、何か問題があるか。

○(保健所)総務課長

保健所としても医師会との話し合いがあるので、そういった中で保健所として出る結論について対応していかなければならないと考える。

○中島委員

第1次救急医療というのは地域ごとに病院が設定されて、身近な所にかかるというのが一番理想だと思う。いつでもどこでも誰もが、安心して医療が受けられる体制、その上でしっかりとした2次救急があるという、より理想に近づく体制にもっていくよう引き続きの検討をお願いしたい。

市民サービスについて

市立病院の開院時間の問題については、現在7時50分に玄関を開け、8時から受付開始と聞いている。先日も市立病院の外来を見ていたら、朝早く来てもなかなか中にいれてもらえなくて外で立って待たされる、何か改善してほしいという患者の苦情の報告が出ていた。これは市民の方から頻繁に意見をいただく中身でもあり、繰り返しここで取り上げても「管理上改善する余地はなし」との答弁であったので、今回調査をし資料を作成した（共産党提出資料）。10万都市以上で7時50分に開けているのは小樽だけである。ほかは7時から7時半、早いところでは5時に正面玄関を開けている。市内の10の病院でも24時間開放されている所もあったが、おおよそ朝5時、6時、かなり早い時間から正面玄関を開けているようである。8時というところも2つあったが、小樽病院が7時50分に開けているのはこういう状況からみても普通ではない、遅い時間と言われても仕方ないのではないかと。小樽の市立病院と第二病院については正面玄関7時50分、もう1カ所24時間出入りできる所があるが、7時50分に関開けるまでの間に、患者が外で待っている状況はあるのか。

○（二病）次長

二病では1カ所だが、2名のガードマンを置きながら開放しており、ガードマンを通じて入れるので、外で寒い中を待機することは聞いていないし、ないものと理解している。

○中島委員

これだけの病院が朝は7時から7時半、あるいは5時、6時に開けて、守衛もいて、患者が玄関から入るのを認めているのだから、小樽病院が管理できないという理由についてはよくわからないが、再度その理由を述べよ。

○（樽病）医事課長

第3回の特別委員会でも中島委員から要請があり、昨年の11月15日に随時の公立病院7カ所と市内の主要病院3カ所について調査した。委員説明のとおりの開錠時間になっており、我々の調べでもほぼ同じであった。先般、第3回のときのお答えしたが、早く来られた患者については、平成9年から風除室があり、自動ドアの方は7時50分であるが、一番外の玄関の手で開けるドアは24時間開いていて風除室で待機をさせていただいているので、外で待たれているが実情にはない。平成4年から自動再来機を導入したときに、午前8時受付と決めたが、その理由としては極論だが、夜明けとともに診察券を持ってきて、置いて、また来るといった非常に朝早くから来て患者が並んでいるという実情があって、健康管理上、逆に患者に迷惑をかけていた時期があったので、皆さんに理解・協力をいただきながら運用させていただいている。

○中島委員

説明の中身は全く納得いかない。外にいても、風除室にいても、待っている時間は変わらないわけだから、病院の中で待つのか、風除室の中で待つのかというだけの問題であって、待つ時間自体はいま言った対策で解消された内容ではない。開けられない理由はないと思うので、患者サービスという点で改善する方法を是非前向きに検討して、患者の意見を反映できる分野については取り上げてもらいたい。

病院の病床利用率について

病床利用率については非常に改善しているように聞く。平成9年度65.5%、平成10年度67.7%という報告を受けていたが、その改善内容を具体的に述べよ。

○（樽病）医事課長

小樽病院の病床利用率の状況は、去年の9月に2 - 1病棟が休床したので、平成11年度上半期4～8月で平均69.2%、下半期9～3月で平均76.7%で上昇傾向にある。

○中島委員

「結核病棟やオープン病棟があり、感染の關係の患者を一人部屋にしなければならないなどの理由で病床利用率を上昇させることはなかなか困難である。」と答弁されていたが、去年の後半期でかなりの改善がみられる。今回の病床利用率は休床病棟は除いていると思うので、かなり改善ができたという点についてはどのように分析されているか。

○(樽病)医事課長

先般の特別委員会でも報告したが、当院では医局と看護課が中心となった「病床管理委員会」を発足して、できるだけ休床状況について管理委員会でリアルタイムで掌握し、各外来診療科と病棟との連携を濃くした結果が病床利用率の向上につながっていると思う。

○中島委員

積極的な対策であり評価はできると思うが、引き続き利用率を高めるための有効活用を目指して取り組まなければならないと思う。そのときに何が今後問題になってくるのか。ここは何科を診ているかというのは専門家は関係なく、とにかく空いているベッドを有効的に使おうという努力をされている。しかし、「車いすを使えるトイレが制限されているために、非常に具合が悪くて車いす介助で入院させなくてはならない人は、トイレを考えて入院させなくてはならない実態がある。」このように話を聞いている。小樽市の市立病院のトイレの実態については、昨年労働組合が実態調査をして報告をしたと聞いていたが、今回改めて車いすですべてのトイレを利用できる場所、全く車いすを使えないところはいくつあるか調査していただいた(共産党要求資料)。車いすを使えないトイレはいくつあるのか調査した結果を報告せよ。

○(樽病)総務課長

資料のとおり、6-3、6-2は車いすが使えないようになっている。また3-3、3-1についてもないという現状になっている。2階の外来は横にトイレがあり、ここについても車いすが使えず、現状では5つある。毎年皆さんの声を聞きながら全面とはいかないが改善しており、今年もできる限り前向きに進んでいきたいと考えている。

○中島委員

資料の中身がいくつか改善されたものもあり、例えばナースコール、様式トイレに座ったら正面が玄関の入り口になるわけである。その後ろの壁にナースコールが付いているためにトイレに座りながらナースコールに手が届かないという不合理な実態があったが、それは前の方に移動することができているのか、例えば引くドアだったら車いすに座ったままドアを引くということではできないので入れない。これはドアを外してカーテンにしたとか、一部改善されたと聞いている。けれども、本当の車いすトイレというのは市立小樽病院にはひとつもない。本当の車いすトイレという言い方は、車いすを使ってそのまま入って回転してかなり大きい幅で設置されるのが普通だが、ここで調査したのは様式トイレで車いすが使えるトイレという意味である。そういう意味では施設上問題だと思うが、本格的な車いすを使えるトイレにはなっていないということをまず前提にして、車いすを使えるトイレがいくつあるか考えてみた。その面で非常に狭いために車いすに乗せた患者を中でトイレに座らせて、用が済んだらお尻を拭いてあげて、また元に戻すということで看護婦が中に入らなければならないが、それができない。ほとんど壁際に張り付いて膝も曲げれない状態で、私のような体格のいい看護婦はほとんど介護につけない状況にある。また、入ったら様式トイレはあるが、正面についていない、横向きについている。そのために車いすでもうまく座らせることができない。いま言ったナースコールの問題、非常に実情にそぐわないトイレがそのままになっている。また、つかまろうと思っても柵の位置が不適切である。こういうことはかなり意見としてあるようだが、まだまだ改善されてない実態である。さらに根本的にはトイレの数が足りない。40、50人の患者に対してトイレが4つしかない。朝は並んで待っている。様式トイレを使いたいという人は男性一つふさがったら女性トイレをしょっちゅう使っている。とりわけ小樽の市立病院の様式トイレは男女の区別があってもいつ誰が使っているかわからない状態である。これらの問題は今始まった問題ではない。数年前までは男女混合トイレだったこともあったそうであ

る。こういうことが非常に改善されないまま取り残されている実態について皆さん御存知だったのか。医療現場にいるドクターや看護婦の方々はいろいろ意見を上げていると思うが、こういう状態についてこれまで具体的にどのような改善する手を打ってきたのかお聞きしたい。

○(樽病)総務課長

根本的には車いすについては、障害者専用というのはなかった。現況のトイレをいかに車いすに利用できるかということで長年改築してきた。ドアをカーテンにするとか極力車いすの場合はドアをつけない工夫をしてくれている。ナースコールについては確認してみるが、こういう状況があれば直していきたいと考えている。根本的に直すとなれば大々的な金額になるので、いかに今の施設で有効に身障者が不便をかけないような施設の改修に向けて考えていきたい。1階の外来は車いすの利用はあるが、2階の外来についてはいろんな人が来るので、また急に容態が悪くなることもあるので、2階の外来についても考えていきたい。

○中島委員

高齢者・身体障害者の方にとっても優しいまちづくりを目指していこう、こういう時代だが、病人を治療・看護する病院として大変残念な実態が残っているということで、やはり新築を早くするという形にしなければならないと改めて思う。ここに大枚のお金をかけて直すということは本当にできるかどうかというのは状況によると思うが、それでももし新築すると言っても来年、再来年のものではないから3年、5年とこういう状況を続けていかなければならない、このままにはしておけないと思う。現場の方々、患者の意見を聞いて、直せるところは直す、あるいは計画を立てて対応する、そういうふうには是非していただきたいと思う。ちなみに各病棟ごとに職員トイレがない。この少ないトイレを看護婦と一緒に使うのが小樽病院の今の現状なので、大変すさまじい状況で仕事をしていることが分かっていただけたと思う。新築統合の問題については老朽化した施設、変えようがない現況があるわけだから、早期にめどを立てていく、1年間議論してきて次の段階に話を進める状況ではないかと考えている。この点について平成12年度としての目標設定が大事ではないかと思う。第1には単年度収支改善の目標、これをどのように設定するか。第2には病院建設に向けての起債の導入や累積赤字等についての課題をどうするか。第3には病院建設のマスタープランを考える時期ではないのか。これらについて考えがあれば是非お聞きしたい。

○(病病)事務局長

単年度収支の改善については、老人医療費の改定や診療報酬、薬価の改定、マッサージ・高額医療費の改正、介護保険等流動的な要素があるが、病院の事業努力ということでは有利な診療報酬体系で病床利用率のアップ、ベッドの有効活用等、入院収益の増について積極的に取り組んでいきたいと考えている。外来収益は患者に喜ばれる病院、より一層職員の意識改革を進めてまいりたい。経費の削減については、詰所の看護婦の勤務時間が今後の引き継ぎのことで時間がかかるということで、組合の強力を得て4月1日から詰所の看護婦の勤務時間の変更をした。年間で約1億7千万円の時間外手当だが、何とか時間外手当の削減について進めていきたい。また、白衣について貸与をしてクリーニングしていたが、組合員である看護婦職場と同様にリース、レンタル化をした。通年でいくと200万円くらい浮く。経費削減についてはなお一層の努力をしてまいりたい。経営上から考えると患者増対策が一番の問題である。患者に喜ばれる、小樽病院に来て良かったと言われるためには接遇を含めて徹底していかなければ収益に結び付かないと思う。起債導入に当たっての課題については、後志医療圏全体の医療状況の影響はどうか、単年度不良債務の改善、一般会計からの累積債務44億円についても不良債務化の恐れがあるので、一般会計との調整をしながら縮減に向けての解消計画を立てる。このようなことをしていかなければ起債認可の条件整備に時間がかかる。道とは事前協議ではなく相談を受けている状態で、十分指導を受けながら進めていきたい。マスタープランについては、懇話会がスタートしており、3回程の議論をしている。市長に対して提言を12年度中にお聞きしたいと要請している。その内容については、「病院の場所」、「病院の規模」、「病院の機能」の3点セットで答申をお願いしているので、当然我々としても節目節目に病院のあり方、規模等についてお諮りをしていく必要があるのではないかと考えている。特に新築・統合に向けては室蘭・函館市であれば新築をして規模・機能を強

化して大きな病院になる。小樽市の場合は現時点では議会の議論、市民の意見を聞くとどうも900床は無駄だと。人口からいって適当かという議論もあるから、当然900床から病床は減らさなければならない。規模を拡大するのではなくて新築したときには規模を縮小せざるを得ない。当然そうなると職員数等問題も出てくるので、病院としては懇話会、組合との対応もあるので、内部でよく詰めてマスタープランについて勉強していきたいと考えている。

○中島委員

病院の具体的なイメージなり希望なり、どんな市立病院に期待するかということを意見としてまとめていく時期ではないかと思う。いまだ新築するという形でのゴーサインが出てないという現状である。今後、中身をやっていくという決意と心構えを持つかというのは、やはり市長の意見、決意が大事ではないかと思うが、高木事務局長の今後の見通しについてのことを含めて市長に御意見を伺いたい。

○市長

乗り越えなければならない山が、今話があったことだと思う。そういったものに一定程度のめどがつかないとなかなかさらに一歩前に出ることができないので、市の財政全体の問題、さらにはクリアしなければならない個々の問題等、一定のめどをつけた上でゴーサインになると思う。努力をしている最中なのでもうしばらく時間をいただきたい。新築統合については是非やらなければならないということは覚悟しているので御理解願いたい。

○渡部委員

平成11年度決算見込みについて

平成12年度4月末であるが、当然、企業会計であるので11年度の収支見込みについては大枠3月末で掌握されて現在最終的なまとめだと思う。平成11年度収支決算の見込みについて、 特色的な面、 収支決算見込みの状況、 平成10年度と比較して運営上において特色的な面についてどのように把握しているかお聞きしたい。

○(樽病)総務課長

特徴としては平成11年度の収入の増を図っていくことを基本にしている。経費の削減ということでは、職員、例えば汽缶士の退職や2・1病棟休床による看護婦の削減、これらを目標とした。 決算見込みは企業会計は非常に複雑なので、最終的な数字を精査しており、公表する段階には至っていない。11年度の最終予算、1定の補正予算で年度で資本的・収益的収支を合わせ損益勘定留保資金を引くと、約10億の赤字になると考えている。ただ、一般会計からの繰入や長期借入があるので年度末には8億8千万ほどの累積不良債務を計画しているが、この数字よりは1億ぐらいよくなるのではないかと試算している。2、3月の収益が例年より上がっているのが原因ではないのかと考えているが、正確な数字を押さえていないのが現状である。 10年度と11年度の比較であるが、不良債務の累積で10年は約5億8千万、11年は約9億で約3億5千万の資金不足が生じているのが現状である。

○渡部委員

経営会議等を進めてきて、病床を休床したり、院内における効率を図るための努力をして、とりわけ11年度の中では相当努力されてきたのかなと思う。数字上では余り良い結果での話はされていないが、取り組む意欲はしっかりと目標に沿った形で進めてきているのかなと思っている。平成12年度の予算に関しては、約6,400万の赤字見込みという形で計上していたと記憶している。院内広報誌3月号の中で「病院の経営改善の目標(12年度設定)」ということで載っているが、実質約6,400万の赤字見込みで、これをやることによってゼロになる、これをして一定の段階約6,400万ほどの赤字になるだろうというこの違いは大きいと思うが、予算と改善目標との関係についてお聞きしたい。

○(樽病)総務課長

10、11年については資金不足が毎年10億ぐらいずつ出てきたのが現状である。12年度予算は単年度資金不足を最小限6,400万ほどに押さえないという大きな目標がある。12年以降もできれば単年度では資金不足

を出さない、若干でも早期で利益を出すという方向で向かっていかなければならないと考える。

○ 渡部委員

以前の委員会のときに、これから病院の運営に関しては目標をきちんと定めて、その目標に基づいて運営すべきであろうと。院長の考え方はいかがということに関して、院長が一定の目標について話をいただいた。この目標とは第二病院を含めてのことなのか、第二病院は第二病院としての経営改善目標を持ち合わせているのか。

○ (二病) 院長

第二病院独自に考えている。病床利用率については、第二病院は精神科という極めて慢性的な病棟、心臓血管外科・脳神経外科という極めて急性期を扱う病棟が多く分かれているので、これを一緒に上げていくことはなかなか難しい。慢性期の病棟は一日にそれほど大きく入れ替わることはないが、心臓血管外科・脳神経外科については時間外、日中もそうだが4、5人の入院がある。パーセントで出すということよりも一日にどのくらいの患者が引き受けられるか、急患が出ると必ず我々が受けなければならないと思っているので、100%には絶対できない。ある程度一定の数を毎日空きベッドとして持っている必要がある。目標の数、これ以上は下げてくれるな、大体このあたりで置いてくれという数だが、精神科150床のうち145床以上いつもいれてほしいと、これが目標である。心臓血管外科の病棟については50床である。一晩で急に10人ぐらい入るので、50人分の42で、42は確保しようということである。脳神経外科についてはベッド数が38である。33は確保しよう、33以下にはしたくないと。3-2病棟は内科と心臓血管外科と脳外科の混合病棟だが、全体として50床あるが40人確保しよう。内訳は内科が25、心臓血管外科が5、脳神経外科が10、こういってやっていきたい。申し上げた数字は最低の数字、これ以上は入れよう、しかし満床にすることは急患を受け入れられないのでできない。いつもベッドを空けようという意識が常にある。例えば33床置きたいけれども30床になってしまったという大きな波はできるだけ避けようということで、今のような数字を具体的に院内に知らせてある。平均在日数であるが、2対1看護は順調にきているので今後これは必ず守っていききたいと考えている。

○ 渡部委員

経費の5%削減や時間外手当の10%削減が掲げられているが、それは第二病院も同じ立場でこれらの面については目標として進めていきたいという考え方なのか、それとも独自のものがあるのかお聞きしたい。

○ (二病) 局長

基本的には小樽病院と同じような考え方で進めている。病床利用率については、平成10年度82.1、11年度73.3で非常に悪くなっているが、精神科の患者が表に出て診療する人やデイケアをやる人もいて、この4月の病床利用率は休床部分を除くと88.9%、患者が予定通り入ると90%で何とかこの目標を達成したい。

○ 渡部委員

収支改善の正念場の年である。そのことは十分受け止めるところである。しかし、病院事業という運営からすると、同次元で考えていかなければならないのは患者サービスであるということのもっともなことである。11年度においては小樽病院において中央採血室等を設置しながら施設整備ということで取り組んできたわけだが、12年度で機器の整備、患者サービス、中島委員も指摘していたが、委員会においても病院の視察をして実際見ながら多くの改善すべきことについて委員会で提起されているわけだが、それらに対する受け止めと12年度実際考えている点についてお聞きしたい。

○ (樽病) 事務局長

安全確保という観点も老朽化している病院なので必要だと思う。医療機器については両病院あわせて現在年間2億円の枠で整備しており、内訳は小樽病院が1億3,000万円、第二病院が7,000万円である。医療機器は日進月歩、急激なスピードで改良されているのでこれで十分とは思っていないが、全体のことから言うと少ししいのかなと。ちなみに小樽病院は今回要求が2億2,000万円ぐらいあった。院内の医療機器選定委員会というところで副院長が委員長であるが、そこで医療機器の安全性や耐久性等を最終的には予算の枠内で整備していき

い。高度医療ということでいけば最新の医療機器を整備して患者に還元したい。患者サービスの面でいくと、施設に原因があるものと職員に原因があるものがある。患者の苦情については速やかに院長名で回答し、謝るべきところは謝る、できないところはできないということでかなり定着しているし、職員からの提言をいただきながら改善する。30年以上たってる老朽化している建物であるので、安全確保の観点からは手をつけるが、年次計画を立てて維持補修するまでには残念ながら手が回らない。12年度1億2,000万円の修繕費のうちほとんどが電気、水道等の故障に伴う補修という実態であるので、予算上前向きに年次計画を立てて施設整備をするところまではいってない。患者が安心できる環境というのは非常に大事であるので、今言ったような医療機器委員会、院内広報誌を通じて意識改革をして患者サービスの向上に努めてまいりたい。

○ 渡部委員

院内広報誌の通算第8号、4月20日発行の「追加費用の負担額」というものが出ている。これはどういうものか。

○ (樽病)総務課長

昭和37年度に恩給制度が変わり、これが地方公務員等共済組合に移管された。これは国が支給していたが、この時に国は地方交付税でその分を措置することだと聞いている。この費用は年々増えている。37年以前は国からもらわなければならない恩給を今は地方公共団体が負担する。これが37年以前の恩給分が追加負担になるということである。

○ 渡部委員

これは医業収入とは別に職員数によってその分の負担として支払っているということで理解してよいのか。

○ (樽病)総務課長

そのとおりである。樽病の場合は現在の職員ではないが、37年以前に勤めた職員が多いので、金額が相当額になっているのが現状である。

○ 渡部委員

医業収入とは別に職員数とのかかわりから言った場合、病院で何が何でも見なくてはならないものなのかどうか。職員として退職された方の面からみた場合、一般会計で考えていくということがあってもよいのではないのか。何が何でも企業会計の病院が支払わなければならないという規程上の問題、規定がないとするならば今後検討の一つの要素としてあってもよいのではないのか。小樽病院の場合は病院会計の中でみているが、他市の状況はどのようなになっているのか。

○ 財政課長

地方公営企業に対する一般会計からの繰出については、一定程度自治省で定められた基準があり、この追加費用についても病院事業会計の経営を支援するという意味から、かかる費用の一部については一般会計からの繰出の基準値に入れてよいというのが提示されている。その辺の解釈の問題として一部ということではいけないので、それは道内他都市でもいろいろな取り扱いがあるようである。一部については全額一般会計から出しているところもある。一部について交付税措置をされた部分にのみ出すという、私どものような例を適用しているものもあるようである。基準というものはあるが具体的にいくら出すというものが無いので、今後に向けては病院の経営全体を支援・改善するという方針があるので、その中で交付税の措置額の出し方について検討していきたい。

○ (樽病)事務局長

開設者別に見ると約9割の病院が負担についてやっている。一般会計から直接支出する場合、一たん繰入をした上で支出する、病院の自己財源で支出する、この3つに分かれるが、額的なものは掌握していない。我々としては財源は診療報酬しかないので、今後とも各市の状況もよく検討していきたい。

○ 渡部委員

最初に中島委員からあった、対事業収益比率で小樽市と全道平均の一般会計繰入金の面でみても相当の差がある。

こういった面もあわせて一般会計で手立てしているのかなと思ったりしたが、それと同時に目新しいものがめくってみると出たので聞いてみた。一般会計で、これ以上累積赤字を積みさらないような形で市長部局をはじめ御理解をいただきたいのと同時に、病院は甘んじることなく改善目標に向けて収支改善の正念場として取り組んでもらいたい。議会も特別委員会を設置してほぼ1年になろうとしている。庁舎内では調整会議の設置、懇話会を3回開催、さらに経営診断を行っている。この経営会議も目的は新築統合を目指したものを含めて文言の中でも提示されている。今理事者の方で話されているのは、とにかく単年度収支という、収支相償うその面をまず見ている。そのためにいろんな角度から努力をしてきている。次に新築統合というよりも累積赤字をどう解消するのかという問題が目の前にあるわけである。そういったものの中から新築統合に向けたプランニングということになるが、依然として経営内容、運営上にかかる面の質疑については大枠のスケジュールそのものをしっかりと持って、明示していきながら徹底的に努力するという一つのめどがなければ委員会質疑も何か迫力がない。運営上にかかわる面は本来私たちがどうこう言うよりもごく当たり前と言えば当たり前のことであって、新築統合の大きな目標に向かっていけるようなめどについては明らかにしていくべきではないか。そうでなければ回を重ねていくことであったとしても同じ議論の繰り返しになっていくのではないか。目標というものをしっかり定めてそれに向かって議論するものは議論する、質疑するものは質疑する、そのために向けての努力は努力として進めていくという大枠のタイムスケジュールを明示していくべき時期にきているのではないかと思うがどう受け止めているか。

○市長

確かに大枠のタイムスケジュール、目標を持って進めるべきだと思う。小樽病院、第二病院それぞれ非常に努力されている。患者サービスの面においてもいい話が我々のところにも入ってくるので、そういったことで感謝を申し上げたいということで寄付を持って来られる方もいらっしゃるし、先般も総婦長のところに行ってそのような評判を聞いたと、引き続き頑張ってもらいたいということで、激励もしてきたし、非常にいい方向に向いて来ているだろうと思う。懇話会の方が12年度中に一定程度の提言をしていただけたということもあり、12年度決算が現在の病床利用率が小樽病院、第二病院とも非常に改善をされてきているようで、12年度決算は非常に明るいのではないかなという感じもあるので、そういった状況を踏まえて13年度には一定程度の結論を得たいなと。まだまだ希望的観測かもしれないが、そういう意気込みで今進めているところであり、何はともあれ12年度が一つの正念場ということだと思うので、何点かの山があるのでそういったものを今年度中に是非一定程度のめどをつけて13年度にはそういったものをお示しできるような努力をしていきたい。

○高橋委員

職員の意識改革について

小樽病院として院長が常日頃言われているが、「市民に信頼される病院、患者に優しい病院」ということで、病院の職員に対して意識改革の推進を去年から図られてきたと思う。最近では私の方にも「病院はいい意味で変わったね。」というお話を何点か伺っている。院長としてこのような現状をどのように認識されているか。

○（樽病）院長

各セクションでの問題意識の持ち方、意識改革、病院便り、広報誌あるいは院内便り等、今病院が何を抱えているのか、一人一人の職員が把握してその上でしなければいけないことを個人個人が、その部署が、あるいは病院全体が取り組む。この数カ月間見てみると患者にも非常に好評をいただいている。実際、職員は忙しい、慌しく動いている。ただ、非常にいい意味での緊張感を持ってやらせていただいている。そういうことの一つ一つが、まだ十分とは言えないが患者あるいは御家族の方から変わってきたと。まだお叱りを受けるが確かに変わってきているという評判をいただいていると思う。

○高橋委員

引き続きお願いしたい。

平成12年度経営改善目標について

病院だよりのNO.7の中に「平成12年度経営改善目標」がある。この中の2点について伺いたい。病床利用率が5%増（平成11年度に対して一日当たり10人の増）、また、外来患者についても3%の増（一日約30人の増）と具体的な数字が出ているが、この目標を達成させるために具体的にどのようなことを考えられているか、お聞きしたい。

○（樽病）院長

11年度が改善目標を立てた今年の1月時点で、1日の平均入院患者が360という数字だったので、12年度は370人くらい。二病の佐藤院長もおっしゃっていたが、最低限のものを確保しようと、外来患者に関しても11年度の改善目標を設定した時点で約990という数字だったが、実は11、12月1,000人を毎月上回るような外来患者だったので、1,020人ということで設定させていただいている。これを達成するために実際黙って患者が来られるわけではないので、普段やってきたこと、少なくとも評価を上げているということは間違った方法ではないだろう、今までやってきたことをそのままこれから患者サービスという意味でやらせていただく。いろんな意味で診療サービスをしなければならない。各科で特色を生かすようなそういったことを診療科長たちと話し合っていく、あるいは不備などがあれば今の体制の中で充実させていく。その中には例えば機器整備も入ってくると思う。医療機器も日進月歩、機械が古くなった場合は更新しなければいけないし、新しい機器が出てきた場合には、診療機能を向上させるためには新しく購入しなければならない。いま一番診療・治療の面で大事なことは、患者に優しい、患者の負担を少なくする、心身労の少ない検査・治療が、内科・外科を問わず主流になってきているので、必要なところは予算を出して整備をしていかなければならない。また施設整備に関連するが、集中治療室が手狭になっている。何とか集中治療室を整備して重症患者や術後の患者、院内の救急患者、そういった患者たちに対応できるように整備をしていきたい。それと並行して小樽・後志内の救急医療、我々ができる範囲内でできるだけ対応していこうじゃないかということで、医局・看護課を中心に全病院をあげて検討していこうとしているところである。

○高橋委員

病院の安全対策について

最近、病院の事故や医療ミスが目立つようになってきているように思う。安全対策について確認をしたいと思うが、小樽病院の中に安全の対策委員会が設けられていて、その実働機関にPSRM小委員会がつくられたことは承知をしている。これに関して設置の経過について述べよ。

○（樽病）事務局長

11年に、小樽病院安全対策委員会、これは医療事故・医療紛争等が出たときに院内で速やかに対応するという事で手順を定めたものであり、院長が委員長であり、ドクター、看護課含めて14人で構成している。その下部組織に小委員会を設けており、これは副院長をキャップに14人で組織している。医療事故や医療紛争になろうと予測されるもの、それが医療事故、医事紛争、法訴訟、たまたま事故に至る危険性があったけれども防げた、ニアミスである。そういった2種類に分けて院内の中で検証して再発防止を図るシステムをつくったものである。

○高橋委員

PSRM小委員会によって各部門の報告を基に種々の安全対策や改善対策が提案されていると考えてよいのか。

○（樽病）事務局長

そのとおりである。

○高橋委員

それはどのようにして報告を受けてるか流れを教えてください。

○（樽病）事務局長

ニアミスについてであるが、事故関与者から直接上司への報告をする、これは報告書に記載をする。所属関係者

や責任者が報告をする。安全対策委員会の委員長（病院長）への報告、安全対策委員会の開催。その後各セッションでの防止策を検討する。具体的には小委員会ですべての防止策を検討するという流れになっている。

○高橋委員

各セッションの報告というのは誰が集約をするのか。

○（樽病）院長

全体の安全対策委員会が去年3月に設置されたが、それ以前から医療事故等に関する委員会が各部署にあり、今も報告書その他はそれぞれの部署でも検討されている。小委員会の中で実際どういう事例があったのか毎回とはいえないが、検討している。PSRM小委員会というのは当初は3週間ごと、12年度から1カ月に一度、必要があれば随時ということで、少なくとも十数回開催している。

○高橋委員

安全について各セッションでどのようなときに、どのようなミーティングをしてるのか。

○（樽病）院長

例えば医局であれば医局の中にも安全対策委員会の委員がいるので、最近目につくようなことがあればそういったものを定例の医局会で照会する、あるいはその中でそういうものに対する全体としての防止策なり案件があればそこで集約して、そしてさらに小委員会の方に持って行って、各委員を通じてあるいは病院の意思伝達系を通じて、周知していくことになる。

○高橋委員

なぜこの話を聞いたかと言うと、先日NHKテレビで事故のあった病院で、リスクマネージャーという専門の部署を設けて、ナースステーション、医師、検査各力所を回って専任の方が集約をし、委員会の中で検討していくというものがあった。これは毎日行っているということがあったので、事故があったのでそうなったのかなと思うが、是非小樽病院としても少しでもその方向で考えられるとどうかなと。共通した認識に立てる集約する人がいないのかなと思うが、今後の対策としてどのように考えられるか。

○（樽病）院長

各セッションがばらばらにやっているのではなくて、各セッションで特徴的なヒヤリ・ハットがあるので、そういうものを報告してもらってそれを全体で小委員会の中で諮って、具体的にどうするか。例えば当初報告が出たときに、どうも高齢の方がおられて転倒・転落が多いという事実がわかった。どういう方が転倒・転落するのか、小委員会をよく考えて、例えば年齢的なもの、いろんな薬を飲んでいる方、それらをリストアップして転倒の可能性の高い人、それほど可能性の低い人の3段階ぐらいに患者分けて、注意して見ていけばどうだろうか。それを試験的に各病棟でやっていただいて、それがいいとなれば、それを全体の中に広めていこう、そのような方式でやっているのだから、各セッションでやっているわけではない。いま一番対策委員会の中で問題になっているのは、実際どのような事例があるのか、かなりわかってきた。それでは、それを最終的に防ぐためには、やはり常日頃から管理する、そういう立場に立つ人をリスクマネージャーというと思うが、例えば看護課をこのたび婦長を増員させていただいて、看護課の職員、患者をよく把握できるようになったけれども、そういう人たちが片手間にやれるような仕事ではないだろうと。そういうリスクに関するような立場にいる、専念できるような人を配置してほしいようなことを総婦長から言われているが、今後はそういうことを考えていかなければならないと思う。

○高橋委員

引き続きお願いしたい。当事者として、現場スタッフとして事故が起きてしまった、それではどうしたらいいんだというシミュレーションのようなものを職員の研修等いろんな場面で時間を作ってできないかなと思っているが、この点についてどうか。

○（樽病）院長

確かに委員おっしゃるとおりだと思う。いま実際にこれは一生懸命やった結果、やはりクレームになりそうなこ

とが多くはないがあるかと思う。その対応の仕方というのはまずはきちんと患者や家族の方に説明をする。その上で御理解をいただけないようであれば、その旨を所属の長や上級の方に話をして、我々のところに話ができるようになっていく。実際にシミュレーションをして研究するのも非常に有効なことだと思うが、こういう場合はどうなのかとはなかなか想定しにくいので、他院の例や経験したケースを参考にしてこういう場合はこうした方が良かったんだろうという話はしているが、委員がおっしゃるような形では行っていない。

○ 高橋委員

職種が違うので一概には言えないが、前の職場の関係で防災事故があり、実際に当事者になった人はどこへ連絡したらいいの、誰に言ったらいいの、全く手がつかなかった。そういうこともあって、いつでも経験できることではないので、またあってはならないことだから、どうしても講習みたいな感じで聞いていると、傍観者というか自分には関係ないと、そうになってしまうのではないかと思ったので、研修等で実際に自分が声を出す、そんな訓練をしてもいいのではないかな。これからという病院の流れであるので十分事故には注意をしていただきたい。

○ 佐藤(幸)委員

第二病院の赤字決算について

10年度決算で3億7千万ほどの赤字を出している。これをどのように分析しているか。

○ (二病) 局長

結果として多額の単年度赤字が出たが、その結果を踏まえて11年度事業の見直しをしなければならないということで、ガンマカメラを半日から一日稼働にする、心エコーを外来でやっていたものを検査科の方で診察する、医事業務の一部を民間委託する、このようなことをやってきているが、12年度についても相当な見直しをしていかなければならないと考えている。

○ 佐藤(幸)委員

新しくデイケアをやるようになったが、いつ頃から計画が出てきたのか、その概要を述べよ。

○ (二病) 局長

入院しなくてもよい軽い患者がいるわけだが、自宅の方で療養している、外来にかかっている、外来にかかるまでもない、という患者が相当多くなってきており、収容型からリハビリ型に変わってきている。平成5年から既に7年経つわけだが、デイケアを試行的に週1回行ってきた。入院患者もできたし、患者の要望も強くなってきているということで、作業療法士を5月1日から1名採用し、8日から通所開始ということで進めている。

○ 佐藤(幸)委員

精神科について

精神科の200床のうち50床を休床させていると認識しているが、これはどうか。

○ (二病) 局長

精神科の入院患者の推移を見ると、平成10年度の中頃から減ってきた。平成11年4月に170名いた患者が10、11月頃には144名、2、3月には150名という動きがあって、将来的にも入院患者は余り増えないうだろうと。本当に軽い患者は老健施設の生活していただくという動きもあり、3月末で150名ということで、この4月1日から200あった病床を150にした。

○ 佐藤(幸)委員

200床あったのが4月1日から150床になった。1病棟50床。看護婦が15人体制、ということでよいか。

○ (二病) 局長

看護婦は今までは57人いた。休床したのは3 - 1病棟で看護婦は14人。看護助手が1人。ここの病棟を休床している。

○ 佐藤(幸)委員

1 病棟休床して 14 人の看護婦はどのようになったのか。

○ (二病) 局長

退職者が 3 人いて不補充、精神科外来とデイケアに 2 人、精神科の 3.5 対 1 看護を 3 対 1 看護にしたことで、本来なら 7 人だが、長期病欠や産休等のために 8 人、欠員があった一般病棟へ 1 人、計 14 名である。

○ 佐藤(幸)委員

退職者の補充はしていないのか。

○ (二病) 局長

していない。

○ 佐藤(幸)委員

精神科患者の病気の種類はどのようなものがあるか。

○ (二病) 院長

主として分裂病である。アルコールや痴呆症は少ない。

○ 佐藤(幸)委員

アルコール、痴呆症、分裂病、これらの患者数どのくらいか。

○ (二病) 院長

アルコールはほとんどいない。痴呆症はおそらく 10 ~ 20 % 程度かと思う。あとは分裂病、そううつ病、神経症の患者である。

○ 佐藤(幸)委員

月別の精神科患者数を示せ。

○ (二病) 次長

月	4	5	6	7	8	9
患者数 (人)	5,007	5,236	4,684	4,749	4,717	4,530
月	10	11	12	1	2	3
患者数 (人)	4,504	4,333	4,358	4,588	4,514	4,664

平成 11 年度実績で一日平均 152.96 人である。

○ 佐藤(幸)委員

50 床減って、精神病患者が減った理由はどのようなところにあるか。

○ (二病) 院長

分裂病が主体だったので、戦後に発病して入院した患者がいたが、お年寄りなので自然に亡くなったという形が一つある。ここ数年間、精神科患者の社会復帰ということで、札幌を中心に病院以外の施設に分散していった。昔は社会から隔離をする目的の入院だったが、年とともにエネルギーがなくなってきたことなどにより収容できるような所が増えてきたため減ってきた。

○ 佐藤(幸)委員

分裂病、アルコール中毒、痴呆症、アルツハイマー等の数は把握しているか。

○ (保健所) 次長

精神障害者数は平成 10 年度末で 1,781 名ということで掌握している。精神分裂は 794 名、そううつ症 1

94名、てんかん118名、アルコール66名、自閉症9名、その他181名、老人性の脳器質性によるものが31名となっている。

○佐藤(幸)委員

これは年々増加しているのか、減少しているのか、横ばいの傾向か。

○(保健所)次長

それほど増えている状況ではないが、平成6年度が1,717名、平成7年度1,698名、平成8年度1,485名、平成9年度1,623名で大体横ばいか少し増えている状況である。

○佐藤(幸)委員

患者数の数え方、例えば4月で5,007名。これは1日、1ベッド一人という感じか。1カ月で30名、50ベッドで150名、そういう数え方でよいか。

○(二病)次長

4月の場合、診療日数30日の中で、一日に何人いたかを延べでトータルした数字が5,007人になるということである。

○佐藤(幸)委員

平成9年度の3月6,008名、これは200床で満杯であれば約6,000人、だから合っている。平成10年1月から300名、200名くらい減っている。顕著に出てくるのが平成11年6月、一挙に1,000名減らしている。ここから毎月1,000名減っている。平成11年度3月で4,664名、この数は何かと言うと150床のベッド数。推察すると平成11年度6月に50床減らすことを決めた。そして、デイケアをしようと決めて、1年前に50床減らすことを決めて、患者数を意図的に減らしてきたのではないか。

○(二病)局長

去年、おとしあたりから札幌方面に老健施設ができたり、軽い患者にできるだけ社会復帰してもらおうということで、一つの課程の中で結果としてこういう形になった。

○佐藤(幸)委員

平成11年6月に956名減らした。7月に1,156名、8月1,192名、9月1,072名、10月から950名、これ以来150床に合わせてきたようにみえる。精神科では患者一人当たりの単価はいくらか。

○(二病)次長

平成10年度決算で、精神科の入院が一人当たり1万2,231円の単価になる。

○佐藤(幸)委員

これは1カ月か。

○(二病)次長

一日の一人当たりの単価である。

○佐藤(幸)委員

ざっと計算しただけで1,500名減らしただけで2億2千万かかる。これが平成11年度の3億7千万のうちの2億2千万、これが赤字の一番の要因でないのか。

○(二病)局長

一般病棟の患者の増減は少なく、心外や脳外に比べ精神科は単価が非常に安い。患者が少なくなっているのはその内の本当に軽い患者ということなので、確かに額からいくと3億円くらい赤になっている原因だと思うが、軽い患者が退院していただいているということで御理解願いたい。

○佐藤(幸)委員

精神科の患者が少し減ってきた。だから、前から考えていたデイケアをやっていきいたい、だが人数を増やすわけにはいかないから50床を減らしていったら、そのため50床分精神科の患者を減らしていこうと。減らしていった

中で、余った人たちをデイケアやいろんな所に回したりしていこうと。3対1看護も1病棟なくなったから、これを回しただけではないのか。

○（二病）局長

入院しなくてもいい軽い患者が、なかなか家庭に帰れなくて入院させたケースが結構ある。そういう患者は退院をさせて対応できる所、採用できる事業を考えていかなければならないということで、軽い患者はできるだけ家庭に帰し社会復帰をしてもらう。3対1看護については既に去年の1月から実施しており、全道的にもほとんどの病院が実施している。事故防止の件もあるので第二病院としても3対1看護を進めていかなければならないと考えている。

○佐藤(幸)委員

デイケアの一日6時間で、この患者単価1カ月の売り上げはどのくらいか。

○（二病）次長

小規模の扱いということで一日当たり点数上では550点で5,500円、その他に昼食48点で480円、外来診療70点でトータル668点の6,680円が一人当たりの一日の診療報酬上の単価となる。

○佐藤(幸)委員

30日間でいくらになるのか。

○（二病）局長

これは、あくまでも外来患者ということで扱う。外来は週月・水・木・金の週4日で、年間200日くらいである。週4日のうち2日来ても3日来てもよい。定員30人でやっており、既に登録患者は50人近い。第1日目は25、6人来るということで予定されている。収支の関係は一日30人の定員の中で、外来で来ていただければ人件費3人分を入れて収支トントンである。

○佐藤(幸)委員

デイケアに関しては3人担当してほかはかわらないのか。

○（二病）局長

ドクターはかわる。ドクターが外来患者を診察して、ドクターの判断でデイケアに登録される。

○佐藤(幸)委員

いずれにしても売り上げアップにはならない。赤字になっていくのではないのか。デイケアに移した中で第二病院として市長の許可を受けたり、話をしたりしているのか。

○（二病）院長

何回もお願いに上がった。

○佐藤(幸)委員

市長はどのように考えているか。

○市長

精神科医療の充実の面で、このように進めたいという話があったので、承諾した。

○佐藤(幸)委員

どうも作作的のような気がする。2億の赤字は大変なことである。それを一般会計で埋めなくてはいけない、それもわかっていながら市長が許可したという問題もある。患者が本当に減っていったら、50床分うまい具合にぴったりと減っていったというなら仕方ないが。精神医療患者は保健所では変わっていない、上向きである。だが、患者を病院から出している。これは社会的にも問題があるし、計算してこういうことをやったとしたら大変なことである。

○保健所長

最近の精神障害者数についてほぼ横ばいという話をしたが、精神福祉法の考え方は年々変わっており、精神障害

者の社会復帰を促すことと、根本にあるのは精神障害者の人権を十分尊重するということで、その患者は主たるものは分裂病で、今の治療では社会復帰できる人はかなりいるという中で、経営面ではマイナスであっても指導するように道でも私どもも申し上げてきたところである。ただし、同時に必要なのは精神障害者を社会で受け入れるためのいろいろなことをやっていかなければならない、デイケアやグループホームや家庭に復帰している障害者に対するホームヘルプ等を自治体の責任として平成14年をめどとしてやらなければならない、そのような背景があることを御理解願いたい。

休憩 午後 3時22分

再開 午後 3時45分

○ 松本(聖)委員

医薬分業について

平成11年6月の樽病薬局長の答弁によると「薬価差が10.2%以上であれば、経済的には院内の方が有利である」との答弁であったが、4月で薬価が改正になって、現在薬価差は何%あるのか。

○ (樽病)薬局長

7%である。

○ 松本(聖)委員

実際に仕入れている額が7%ということか。

○ (樽病)薬局長

そうである。

○ 松本(聖)委員

経済的な面だけから言えば、院外にした方が得だということになるか。

○ (樽病)薬局長

経済的な面だけで言えば、院外の方が得である。

○ 松本(聖)委員

一つの段階はクリアできたわけである。以前は10数パーセントの薬価差があった。それを基に「経済的な面から見ても院内で投薬した方が経営に資する」という答弁であった。分業については受け手側の問題もあるが、今後十分に検討していく価値はあるかと思う。平成12年1月の薬局長の答弁によると、「薬局間のきちんとしたネットワーク体制作りの試みが、受け手側にあってしかるべきであると思う」ということであった。各市内の情報ネットワークのようなものを構築すれば、院外にしてもかまわないという意味か。院外処方箋を発行する条件の一つとして、これを市立病院としては望んでいるということか。

○ (樽病)薬局長

現在の購入価格は7%である。しかし、これは概ね実勢価格ではない。従って、実勢価格がいくらになるかということで、経済的な問題は議論されており、現時点では7%であるので、院内の方が有利である。現在の受け手側の問題、どうしても患者主体の分業でなければならないので、処方箋上のことはさておいて、例えば医学的なことも含めたネットワークを受け手の側も私たちも含めて構築できるかどうかという問題があると思う。

○ 松本(聖)委員

ネットワークの構築に向けて、市立病院としてはどのような行動をとっているか。

○ (樽病)薬局長

現在、分業をしてないので、私どもの場合は会長の方のアプローチはない。最近あった問題で、気管支喘息で貼付剤を貼る子どもがいて、小樽の小児科部会の医師が多剤との併用の中で非常に副作用がある、このことについて是非申し入れしてくれないかという話があった。これを私は薬剤師会の会長に申し入れした。小児科部会の方は小

児科医師が申し入れをしたが、現時点では分業を行っていないので、私からの会に対するアプローチは単なる会員としてのアプローチだけである。

○ 松本(聖)委員

仮に将来、院外処方箋を発行するとして、それに併せて、薬局側から情報ネットワークを構築しようというような申し出があった場合、市立病院としてはどうするか。

○ (樽病) 薬局長

当然、もし申し入れがあれば、それが地域として必要なものであるかどうか考えて行こうと思う。

○ 松本(聖)委員

我が国の医療に関する法律を本旨から言っても「医薬分業が当然である」と解釈しているが、院内で投薬していることが特例であるという法律だったと理解しているが、もし間違っていたらお許し願いたい。将来的には我が国においても大半の病院が山間部や薬局等の受け手のない地域を除いて医薬分業が趨勢になるのではないかと判断しているが、現に小樽市内においては多くの病院・医院が院外処方箋の発行に踏み切っているわけである。それによって何らかの細かいトラブルや事故が全くないとは言わないが、特に人命にかかわるような支障があったとは聞いていない。薬局長がいろんな状況を危惧されていることはよくわかるし、私もそのような事件が起きないことを祈っているが、社会の趨勢であることを含めて、また本来の医療の姿であることも含めて前向きに医薬分業に対してより一層の研究を進めて検討いただきたいと思うが、どうか。

○ (樽病) 薬局長

院内のことだが、単に医薬分業だけにかかわらず医薬品の適正使用を推進するという立場から、薬事委員会の下部機関として医薬品適正使用推進委員会というものを発足させた。その中には患者の安全性等を含めたいろんな課題があるが、当然その中で分業問題も議論されるだろうと思う。

○ 松本(聖)委員

実際にいくらで買っているという質問で、7%という答えが返ってきたが、実勢価格は違うと先ほど答弁された。再度聞くが、実際にはいまいくらか。

○ (樽病) 薬局長

実際には7%である。ただ、おそらく今年度は全道的に実勢価格が決まるのは11月過ぎ、若しくは来年だと思う。公営企業法上、契約から含めて暫定でいくことは果たして適法なのかどうか議論をして7%で決めた。

○ 松本(聖)委員

医療業界の特殊な納品の状況、実際に携わった方々がよくおわかりだと思うが、何カ月も購入価格が決まらないという、それでも患者がいるわけだから買っていかねばならないという特殊な状況である。ほかの業界では考えられない。価格も決まっていないのに物を買うという、医療の業界も、特に薬に関してはそういう状況にある。半年も1年も購入価格が決まらないで進んでいるわけである。非常に差が狭まっていくことは事実であるから、経済的な面から考えても、適正な医療の面から考えても、是非とも前向きに医薬分業に関しては検討していただきたい。

○ 松本(聖)委員

ジェネリックの採用について

平成11年11月8日の委員会の各院長の答弁であるが、樽病院長は「使用に耐えうる信頼のおける物であれば、その採用に関して研究したい」、二病院長は「有効性と安全性が十分に伝わってくるならば、十分に考える必要があるであろう」という答弁をされた。この半年間でどのような研究をされたのか。

○ (樽病) 院長

薬事委員会の方でジェネリックに関して話題が出たと承知している。

○ (樽病) 薬局長

薬事委員会で審議した結果、ジェネリックについては採用しないと決定した。

○ 松本(聖)委員

二病院長にお尋ねするが、その間、安全性は十分伝わってこなかったということか。

○ (二病) 院長

医局あるいは薬事委員会で話題にしたが、その後目立った進展はない。

○ 松本(聖)委員

これに関して検討するに当たって検討材料としてどのような資料を収集したか。

○ (樽病) 薬局長

同種同効薬品の先発品・後発品の開発の期限から、臨床試験の成績を含めた全項目についての対比をした。

○ 松本(聖)委員

市立病院においては採用しないということが、よくわかった。個人的な感覚としては患者のためにも安全が確立されているものであれば、使ってもよいのではないかと、世界の趨勢でもあるし、特に問題はないのではないかと考えてはいたが、現場の判断であるのでそれは尊重したいと思う。

○ 松本(聖)委員

在庫の管理について

平成 11 年 8 月の委員会の樽病総務課長の答弁で、「医療材料や薬品の管理が不徹底であったために多くの注射針等を期限切れで廃棄せざるを得なかった」、具体的に金額も上げて答弁されていたが、その後管理体制はどのようなになっているか、何がしら改善はされているか。

○ (樽病) 総務課長

その経過は承知していないが、薬品・注射器等は当然、年度末に不用品として出る物はあるかと思う。今後そのような物は多く出ないように気をつけていかなければならないと思っている。

○ 松本(聖)委員

何百万という数字の物を捨てているわけである。引き継ぎがなかったんだろうが、実際にいわゆる会計上の減耗品だと思う。そこどころがどのようになっているのか、再度精査していただいて、その管理体制がどのようになっているのか確認していただいて、後ほど報告していただきたい。

○ (樽病) 総婦長

看護課が管理しているものだけだが、定数管理方式というのを導入して、それぞれの詰め所でこのものは自分の詰め所ではいくらの数値を設定して、その中で運用しようということで、少しでも期限切れをなくすように、昨年の 10 月から努力はしている。

○ 松本(聖)委員

実際の数値を示しながら、また後ほど教えていただきたいと思う。

給食の民間委託について

同じ日の委員会において、医事課長の答弁で「勉強している段階にある」、全面委託だとどの程度の経費が削減になるのかともお尋ねしたが、「そこまで勉強するに至っていない。道内の公立病院の状況を探っている段階である。」との答弁であったが、その後どのような調査結果が出ているか。

○ (樽病) 医事課長

前回の道内の委託状況を調査した結果、その状況でまだ前には進んでいない。

○ 松本(聖)委員

せっかく平成 12 年度で黒字になるかもしれないような予算が立ったわけである。少しでも単年度黒字を早めるためにも給食の部門は外にお願いできる分野なので、是非とも研究していただきたい。今すぐやれと言ってるわけではない。経営に対してプラスになるのかマイナスになるのか研究してみなければわからない、まずは試算するこ

とから始めてほしいと去年の8月にお願いしているので、何とか早めに対処して、計画もどんどん早まっているので、悠長な話はしていただけないと思う。もしかしたら平成12年度で黒字にできるかもしれないというところまでこぎ着けたわけであるが、建て直すには起債をしなければならない。自腹ではとてもできることではないので、当然借金をする。起債の条件は樽病事務局長が平成11年11月に答弁されている。「不良債務があれば起債不可能ということではなくて、財政再建計画を立てて新築したときに黒字になることと赤字縮減が担保されれば可能である、これに関しては道と引き続き相談したい。」ということであった。引き続きということで、この時点でもう相談されていたのである。その後の道の対応は起債に関してはどうか。

○(樽病)事務局長

一番大きいのは事前協議で御相談の域を超えていないが、単年度収支の改善のめどがつくのか、一つには12年度予算にはその可能性がある。もう一つは、一般会計から借りている44億の縮減計画を立てるということなので、大きくは収支の改善で条件をクリアしたこの二つ。単年度収支の改善は、いまのところ予算上、6,400万ぐらいだからこれは手が届く。いまの状況からいくと右肩上がりできている。かつてない予算の組み方をさせていただいたので可能性がある。問題は44億を不良債務化させない、これの償還をどうするかということでは、一昨日道に行ってきたが、大きな課題であるので、病院単独ではどうのこうのいかないので、今後も一般会計の事情もあるので協議をし相談していきたい。

○松本(聖)委員

1年間委員会を続けて、懇話会等を立ち上げていただいて、やっと何かスタートラインにたどり着けそうな気配があるところなので、是非とも前向きにタイムテーブルをきちんと示して行っていくべきものだと思うし、きちんと時間を決めなければ漫然とした計画になってしまうので、きちんと時間を決めましょう。また、新築するに当たって場所の確保をしなければならない。量徳小学校が統廃合になって空くのであればそこを使えばいいのではないかという提案をさせていただく。中学校の統廃合もあらかじめどが立ったところであるので、まもなく小学校についても手をつけていくのだらうと思う。そうなったときにその問題というのは委員会、懇話会、病院の中でも話題にのぼるのかと思う。小樽市のまちのデザインを考えるとどうしてもゾーンという考えにたどり着いていく。あの地域は医療ゾーンとして現在、小樽市民については意識が確立しているから、そこを大事にして考えていただきたいと思う。

○成田委員

院外処方について

病院の経営改善に向けて職員の皆さんの意識改革がかなり進んでるように見える。市内の病院の経営改善がかなりきびしい環境の中で行われている。市内の各病院の改善策の一つに院内処方から処方箋を発行し、院外処方に転換している面が多く見られる。院外処方の発行についてメリット・デメリット、その問題点が何点かあると思う。また、メリットとして人件費や備品等の削減があると思う。またレセプト業務の軽減もされると思う。患者が薬をもらう時間の短縮も図られると思う。この4点の中で人員削減、備品の薬袋、分包紙の金額についてお知らせ願いたい。

○(樽病)薬局長

平成10年7月8日の道新に載った記事であるが、厚生省が調査をして「院外処方箋利用者の53%が医薬分業事務、利点なし」、これはデメリットの部分だが、二度手間になる、費用は高くなる。もし病院が本当に経済的な問題だけを無視したと仮定して、院内で処方箋を発行し調剤をするという行為の中で、本当に十分納得がいく説明を受けて、しかも待ち時間が短くて、薬の重複投与が避けられるとすれば、基本的には院内の方が患者にとってのメリットはあるわけである。ただ、国が進めているのは極めて経済的な政策という中で進めている。前回答弁したのは10.2%という分岐点にしたが、今年度薬価差益が7%ダウンした。私どもの病院で計算したところ、影響

率は6.1%だった。従って実勢価格が9.5%で落ち着くと、経済的にはプラスマイナスゼロである。薬価が下がっているのが分岐点も下がるということである。人件費については市立病院がどこにシフトするのかという極めて病院薬剤師にとって大きな問題がある。例えば病棟の中の服薬指導の問題、リスクマネージャーの問題、医療事故の大半が医薬品がらみの事故である。入院患者70名に1人、外来処方箋75枚に1人の定数である。今年度、来年には審議会の中で議論されて変わる要素がある部分である。いまの時点で人件費がどうかと言われても病院薬剤師としては入院患者にやるべきことは多数あり、正確な数字は押さえていない。

○成田委員

備品の薬袋と分包紙の今までかかった金額も院外にするとなくなると思う。これもかなり高額になると思う。院外処方にするとも薬のロスもなくなる。外来から院外処方にすると2カ分の収入が、例えば9月から院外処方にする10月に7、8月分が入金になってくる。単年度収支にもプラスになると思う。薬局長が話されたように余剰人員については院内の服薬指導に向けていくとよいと思う。その中で1カ月間の1ベッドの回転数、何人が使用するか計算すると、服薬業務が900点でかなり高額になると思うが、どうか。

○(樽病)医事課長

服薬指導に関しての具体的な数字は後ほど報告したい。

○成田委員

備品の薬袋・分包紙の費用はわかるか。

○(樽病)医事課長

合わせて後ほど報告したい。

○成田委員

院外処方の中で、現在院内の処方料と調剤料はいくらいただいているのか。

○(樽病)薬局長

院内で行った場合、コストが今年度から変わり、薬の中身の種類の問題がある。7種類未満420円、7種以上290円、調剤技術基本料80円である。院外処方箋の場合は、7種未満810円、7種以上530円である。

○成田委員

処方料と調剤料を足しても、院外処方にした金額より安いわけである。少しでも処方箋にした方がプラスになるのではないかと。院外処方にしていくと1科、2科で金額が違う。それも含めて今後の医薬分業の中で小樽病院の改築、経営改善に向けて一つの手法ではないのかと思うので検討していただきたい。

○(樽病)薬局長

ちなみに例を出して説明したい。50才以上の白内障の治療で眼科に雇ったとする。薬の値段は院内も院外も同じとする。すると、違うのは調剤料や調剤技術料や情報提供料等でいくら違うのかということである。院内の場合は診察を月2回したとする。初診と再診がある。処方料、調剤基本料、調剤料、薬剤料がある。白内障に一般的な治療・予防を含めた薬でカタリンとアゼレンという点眼薬を出したとする。院内では5,200円が医療費である。70才以上の方は530円の負担で決まっている。本人は2割負担だから1,040円である。家族は国保3割、これは1,560円の負担になる。院外処方箋の場合は薬剤は同じである。診察料というのは病院に払う。初診が2,500円、再診が700円。院外処方料が810円×2回、合わせて4,820円が医療費である。その患者が調剤薬局に処方箋を持って行くと何がかかるとのことである。調剤基本料が200円、調剤料が200円×2本、薬剤料480円×2本、薬歴管理指導料220円×2回、特別指導加算200円×2回、薬剤情報提供料が月1回100円、合わせて2,700円で、合計すると7,520円かかる。患者は院内処方の約1.45倍のお金がかかる。70才以上に見ると院外処方箋の場合も同じく530円である。ただ保険負担は違う。本人2割の場合は院内処方箋は自己負担が1,040円、患者負担額は1,500円、その差が460円。3割負担の国保の方は患者負担が1,560円で、院内処方箋の場合は2,250円だから、その差が690円である。概ね1.4～

1.5倍ぐらいの支払額の違いがある。

○委員長

質疑終結。散会宣告。