

議 長	副議長	局 長	次 長	議事係長	議 事 係

COOLS	
H	P

市立病院調査特別委員会会議録			
日 時	平成 17 年 6 月 10 日 (金)	開 議	午後 1 時 0 0 分
		散 会	午後 4 時 2 1 分
場 所	第 2 委員会室		
議 題	市立病院に関する調査		
出席委員	前田委員長、上野副委員長、小前・井川・吹田・菊地・大島・ 成田・斎藤(博)・古沢・高橋・佐藤 各委員		
説明員	市長、助役、総務部長、総務部参事、財政部長、小樽病院長職務 代理者、小樽病院事務局長、小樽第二病院長、保健所長  ほか関係理事者		
<p>別紙のとおり、会議の概要を記録する。</p> <p>委員長</p> <p>署名員</p> <p>署名員</p> <p style="text-align: center;">書 記</p>			

～ 会議の概要 ～

委員長

それでは、会議に先立ちまして、一言ごあいさつを申し上げたいと思います。

過日開催されました当委員会におきまして、委員長に就任いたしました前田でございます。どうぞよろしくお願い申し上げます。副委員長はじめ、委員各位並びに理事者各位のご協力をいただきながら、公平で円滑な委員会運営に努めてまいり所存でございますので、よろしくお願い申し上げます。

なお、副委員長には上野委員が就任いたしましたことをご報告いたします。

それでは、ただいまより委員会を開きます。

本日の会議録署名員に古沢委員、高橋委員をご指名いたします。

市立病院に関する調査を議題といたします。

この際、理事者から報告の申出がありますので、これを許します。

「小樽市救急医療体制検討委員会中間答申について」

(保健所)保健総務課長

小樽市における救急医療体制の構築につきまして、昨年 12 月、市長の諮問を受けて、市内の医療組織から横断的に選ばれたさまざまな立場の医師 13 名で構成された小樽市救急医療体制検討委員会において検討が進められておりますが、このほど一定の取りまとめがなされ、中間答申として先般 4 月 27 日に市長に提出されましたので、この概要について報告申し上げます。

この中間答申は、本市の救急医療体制の現状と課題について検討するとともに、今後の具体的な体制構築に向け、基本的な方向づけを示したものとなっております。

まず、本市の救急医療体制の現状と問題点につきまして、1 次救急は内科、外科及び整形外科に関しては休日の日中は在宅当番医で、夜間は公設民営の夜間急病センターで対応しているが、問題点として近年特に急病センターの深夜の時間帯における内科系の医師確保が困難となってきたこと、また、小児科に関しては専門医師が常駐しておらず、今後は小児科医によるサポート体制の充実が必要であるとしております。循環器疾患、脳外科疾患に関しては、急病センターでの対応が専門性から考えても困難であり、市立小樽第二病院及び民間病院が 1 次救急から 2 次救急まで対応しているが、システムとして当番制が確立されていないため、まれに患者を診察・収容できる施設がない時間帯が発生し、札幌まで患者の搬送が行われるケースもある。

次に、2 次救急体制について、現在は診療科目ごとに各病院の自由裁量によるオン・オフ方式がとられているが、明確な輪番制がしかれていないため、1 次救急からの円滑な転送が困難な場合も多く、日によっては 2 次救急病院が小樽市内に見つからないという状況も発生している。

次に、以上の現状を踏まえた検討課題と今後の取組についてであります。まず 1 次救急の基本的体制として、救急医療は医療の原点であり、市内の全医師が参加して対応することが基本であるとの観点から、1 次救急は市内の医師全員が参加できる夜間急病センターを拠点に実施すべきとしています。この場合、センターの場所は問われないが、公設民営が望ましく、また、現在夜間急病センターでの深夜の医師確保が、特に内科において困難になっている問題については、今後、公的病院等の勤務医も協力することが求められているとしております。

続いて、2 次救急体制についてであります。最初に内科、外科、整形外科では、公的病院等による曜日ごとの輪番制が提案され、今後、公的医療機関等院長会議に検討・調整を依頼することとしております。次に、小児科については、市立小樽病院と小樽協会病院の小児科で当番制によるオンコールサポート体制で対応する。さらに、他の医療機関の小児科医も参加した体制の検討も図っていくものとしております。また、脳神経外科については、市立小樽第二病院と民間の 3 有床診療所との連携による通年当番制の構築に向け、今後、市内の 3 有床診療所に協力

要請するとともに連携を強化する。さらに、循環器疾患につきましては、市立小樽第二病院と救急医療に携わっている民間医療機関並びに循環器専門医がいる小樽協会病院も含めて、より合理的に救急体制を関係病院間で議論する必要性があるとしております。

最後に、今後の検討・取組について、当該検討委員会はさらに具体的な体制の構築に向けて継続することとし、今後医師会並びに公的病院等との明確な役割分担を図りながら検討を進めていくとしております。また、新市立病院の基本構想に関して、先般の精査・検討結果に示されたような 1 次から 2.5 次まで 1 病院完結型の救急体制は、医師確保が困難な状況にそぐわないとするとともに、将来的な展望に立った場合、新市立病院の救急医療体制は本市の今後の救急医療体制の中で重要な位置を占めることが明白であることから、最終答申までの議論の中で新市立病院に対する当該検討委員会の要望案もまとめる予定であるとしております。

小樽市救急医療体制検討委員会の中間答申の概要につきましては以上のとおりでございますが、今後、中間答申の内容をベースとしてさらに検討を重ね、7 月中に最終答申を行う予定となっております。なお、小児救急の 2 次救急と休日の日中における対応につきましては、現在オンコール体制で対応しておりますけれども、近く小樽病院と協会病院の当番制による専門医の常駐体制を確立する予定でございます。

委員長

「基本構想見直しワーキンググループの設置について」

(総務)市立病院新築準備室法邑主幹

基本構想見直しワーキンググループの設置について報告いたします。

平成 15 年 6 月に策定した新市立病院基本構想につきましては、精査・検討を行い、昨年 12 月にその結果を本委員会に報告したところであります。その後、病院の規模などについてさまざまな意見・要望があり、また、患者数の推移や医師の確保の問題もありますので、診療科目や病床数などについて現構想でいいのかどうか、幅広く検討してもらうため、市立病院の医師 10 名で構成するワーキンググループを本年 4 月に設置したところであります。このワーキンググループにつきましては、現在、鋭意協議を進めており、おおむね今月末をめどに意見をまとめてもらい、市長に報告を行ってまいりたいと考えております。

委員長

「市立小樽病院の新院長就任について」

(樽病)事務局長

市立小樽病院の新院長就任について報告いたします。

本年 4 月から不在でありました当院の院長に 7 月 1 日付けで北海道立江差病院の病院長であります鈴木隆先生に就任いただくことになりました。議会、それから市民の皆様にはご心配、ご迷惑をおかけいたしました。新院長が就任することにより、小樽・後志地域の基幹病院である市立小樽病院の院長が不在であるという異常事態が解消されました。今後は新院長の下、医師確保に最善の努力をするとともに、市民の皆様にはより一層の安全で安心ができる医療を提供するよう、新たな体制づくり、また、病院の統合・新築に向け、全職員が一丸となり一層力を発揮するよう努めてまいりたいと考えております。また、4 月 1 日より欠員が生じておりました消化器科に市立室蘭総合病院から近藤吉宏先生が同じく 7 月 1 日付けで着任されることとなっております。

委員長

それでは、これより質疑に入ります。

なお、質問の順序は、共産党、自民党、平成会、公明党、民主党・市民連合の順といたします。

今日はちょっと暑いので、上着を脱がれる方はけっこうでございますので、脱いでください。

古沢委員

経営状況、業務状況について

それでは、伺いますが、最初に経営状況、業務状況について幾つか尋ねておきます。

平成 16 年度の下半期分の業務状況説明書が届いておりますので、およそはわかるのですが、16 年度 1 年間における収益的収入と支出の状況及び損益の状況について教えてください。

(樽病)総務課長

お尋ねのありました平成 16 年度の収益的収支の関係ですが、収益的収入で 112 億 659 万 3,000 円、支出につきましては 112 億 4,333 万 4,000 円で、差引き 3,674 万 1,000 円の赤字という欠損になっております。

古沢委員

後で伺うことともかわってはきますけれども、近時といたしますか、近年といたしますか、いつも話すのですが、平成 13 年度が近時における小樽病院、第二病院、小樽市立病院のピークであったと思います。そういう状況から見ますと、収益的収入においては、13 年度比でいえば、約 13 億円ほどマイナスになっています。こういう状況が今、特にこの 16 年度で著しくそういう傾向が現れているということを見るができると思います。

それでは、同じく 16 年度の 1 年間における患者動向、延べ患者数について伺います。

(樽病)医事課長

16 年度の入院、外来の患者数でございますけれども、入院につきましては 21 万 972 人、外来延べ患者数は 29 万 4,758 人でございます。

古沢委員

前年度比でどの程度落ちていますか。

(樽病)医事課長

前年度比で人数では入院、外来合わせて約 4 万 4,000 人程度でございます。約 8 パーセントです。

古沢委員

前 3 か年から見ても、いわば異常事態だとは思いますが、ついでに言うておきますが、外来では 30 万人を割りました。第 1 回定例会前の議論の中でも、このままいくと見込みから大きくマイナス要素があって、入院で 20 万人割れ、外来で 30 万人割れの心配が濃厚だということを再三伺っておりました。小樽病院事務局長はそこまではいかないでしょうとおっしゃっていましたが、実はいってしまいました。外来が 29 万人です。これも 13 年度比で見ますと、58 万人から 50 万人に落ちておりますから、13 年度と比べると入院、外来トータルで患者数が 7 万 8,000 人強減員になっています。比較しますと、16 年度は 13 年度比 86 パーセントということです。約 1 割 5 分の患者が 3 年間で減りましたし、その半分以上は 16 年度で減ったわけです。こういう状況が続いております。

そこで、16 年度の特徴的な点を考えてみたいと思うのです。13 年度から 15 年度まで、つまり 16 年度の前 3 か年でどういう様子かということに数字的にずっと追ってみました。そこで気がついたのですが、患者動向の様子を知る上で、外来患者数と入院患者数とに一つの相関関係みたいなものがあるのではないかと。

そこで伺いたいのですが、13 年度から 15 年度までの 3 年間の平均で外来患者数と入院患者数の比較、入院患者数がどの程度の割合になっているか、その平均値を小樽病院と第二病院、それから合計においておわかりであれば教えてください。

(樽病)総務課長

今、詳しいことはあれなのですが、小樽病院と第二病院の合計で 67.2 パーセントだと思います。

古沢委員

小樽病院の場合は 51 パーセント強です。平均 51.6 パーセント、これは外来患者数との比較においてです。第二病院の場合は 115.6 パーセント、合計でいえば 67.2 パーセント、こういう状況が 13 年度、14 年度、15 年度と多少

のでこぼこがありますけれども、数値的には共通して見てとることができます。そうしますと、16 年度、実はこれが小樽病院の場合、入院患者数が 55 パーセントにポイント数がどんと上がるわけです。それに比べて第二病院は 116.8 パーセントですから、およそ前 3 年間の平均値と横ばいです。合計でいいますと、67.2 パーセントぐらいというふうに答えていただいたのに比べて、16 年度は 71.5 パーセントということでポイント数がぼんと上がる。これはこういうふうに数値が大きく押し上げられる、その最大の要因というか理由、それは何か考えられますか。

(樽病) 医事課長

小樽病院、第二病院とも、入院患者、また外来患者とも 13 年度をピークとして確かに減少傾向にございます。ただ、16 年度につきましては、小樽病院につきましては途中の医師の退職の不補充なり、また内科でいいますと、糖尿病の医師が途中でやめて、またそれも不補充という形が一つ続いたことと、投薬の長期投与が認められて、60 日、90 日投与ということで、入院患者の減に比較しても外来患者数がその辺の要因でより多く落ちたということが率を上げた結果かと考えております。

古沢委員

病院的には確かにそういうふうに見ることができます。外来患者でいえば、13 年度比で 84.6 パーセントですから、先ほどの 86.5 よりはさらに落ち込んでいるわけです。入院患者数でいえば、89.4 パーセント落ち込みです。落ち込みの状況は外来の方が著しいということは要素的には言えると思います。もう一つ心配なのは、素人ですから誤解を覚悟で尋ねますが、外来が減った分、入院日数を伸ばしてカウント数が上がるというようなことは起きていないのでしょうか。

(樽病) 医事課長

そのようなことはございません。

古沢委員

問題は、こういう収益的収支の状況や患者動向を見ても、下り曲線が激しくなってきたわけですから、その傾向に歯止めをしなければいけないというのは、これはもう当然のことだと思うのですが、このままの状況で推移すれば、今、当面の最大の課題として掲げている新病院建設、この見通しにもかかわってくる。新病院を建てるどころではないという問題になってくるのではないかと甚だ心配しているわけですが、いかがお考えですか。

(樽病) 事務局長

今、13 年度からの患者動向について委員の方からお話がありましたが、確かにそういうふうになっております。それで、特に 16 年度というのは、従前から言っております医師の途中退職という非常に極めて今までにない厳しい状況になっているということで、その落ち込み率も高いということだと思うのです。今、委員がおっしゃいますように、新しい病院を建てるまでの間、この辺のいわゆる経営改善なり経営努力というのは、これは当然していかねなければならない、そういうふうには思っていますし、今の非常に厳しい現状の大きな要因であります医師の確保、欠員の補充、これは現在小樽病院としてどういう診療体制でいくかということも、新院長の下で十分検討していかねなければならない。そういった中で、医師の確保を何人していくのかと。確保すべき医師については、先ほど言いましたように、院長以下最善を尽くして確保し、新病院に向けて努力していくということで、何とかその経営改善に向けていきたいと考えておりますし、もう一つは新病院の統合、新築の大きな一つの理由であります、二つの病院が今別々に運営されているという非効率的な形を早く解消したいと、それによって効率的ないわゆる市立小樽病院事業というものを運営していくということも、これは必要だと思います。そういった中では、今できることはとにかく最善を尽くして努力していきたいと考えております。

古沢委員

医師問題について

そこで、その医師問題ですけれども、最初に小樽病院と第二病院、それぞれの医療法上のいわば法定定数という

のは何名になるのでしょうか。

(樽病)総務課長

定数ですが、平成 16 年度の患者数で最新で算出しましたが、小樽病院では 41 人、第二病院では 18 人となっております。

古沢委員

医療法上の定員というのは患者数で動いているのです。ですから、基本構想や精査・検討の段階で言われていた法定定数 45 人と 19 人というのが、今、報告されたように 41 人と 18 人に置きかわるわけですから、こういう医師定員数から見ても経営状況が映し出されてくるのではないのかと思います。この法定定数に対して、今年度の 4 月当初で欠員状況はこの二つの病院でどういうふうになっていますか。

(樽病)総務課長

小樽病院につきましては、定数 41 人に対しまして正規の医師が 31 人ということで 10 人不足しております。これに対しましては、大学からの派遣の医師が内科で 3 人、皮膚科で 1 人、小児科で 1 人ということで来てございます。第二病院につきましては、定数 18 人に対しまして正職員が 18 人、そして嘱託医師が 1 人と、もう一人派遣の医師が来ております。

古沢委員

前々回、問題になっておりました配置されている医師がない診療科、この問題は解消したのですか。

(樽病)総務課長

16 年度の途中には一時ありましたけれども、それ以降途中から補充されまして、現在のところありません。

古沢委員

それにしても、年度当初で欠員 10 人でスタートしているわけです。16 年度の損失の主な理由については、先ほどもありましたけれども、この医師体制が十分でないということが挙げられているわけです。

関連しますけれども、17 年度の予算編成に当たっては、患者数については若干だけでも増員になると見込んで予算編成していると思うのですが、こういう欠員状況で 17 年度走らざるを得ないという状況の下で、早くもその根拠としたものが崩れ去ろうとしているのではないのですか。

(樽病)事務局長

前回の委員会で話したと思いますけれども、この 17 年度予算編成時点では、今ほどの欠員が生じるというふうには、当然予算は 11 月から 12 月に編成しますので、想定されない中で編成をしたということで、17 年度予算につきましては、先ほど課長から 16 年度途中で欠員が生じて、出張医で対応していて入院対応ができない、その状況が 16 年度続いた皮膚科の 2 人、それから眼科の 1 人については、17 年度予算では皮膚科については医師が 1 人、眼科については同じく 1 人確保できたということで、17 年度予算の中には盛っております。ただ、その後に結果的に生じた内科の医師とか整形外科の医師については、この編成時点では想定できませんでしたので、今の状況を考えますと、17 年度予算については、今言いましたように新しい消化器科の医師も来て診療が始まります。そういった中では、17 年度のいわゆる体制の中で、こういった収支になるのかということは、体制が今できますので、そういった中で早急に再度見直しをかけて収支見込みを出していかなければならないと、そういうふうに思っております。

古沢委員

下半期の業務状況説明書の一番最後に、17 年度の予算の概要というのが参考までに載っております。今、患者動向についてですが、収益的収入と支出についてでいえば、マイナスの 1 億 7,000 万円です。そうしますと、この見通し、見込み自体も変わってこざるを得ないと思うのですが、いかがですか。

(樽病)事務局長

そのとおりだと思います。なぜかといいますと、現在新体制といいますか、今ようやく、まずは院長の就任が決

まって消化器科の医師が 1 人決まったと。その後、本年度中に新しい院長の下、欠員について今年度中においても、やはり欠員を補充するように努めていくというふうに考えておりますので、そういった見通しも踏まえながら、やはり収支見込みを出していかなければならないと。そういった意味では、ある意味では私は大幅に変わることもあるのかというふうには考えております。

古沢委員

これはこれから先のことから、ただ言えることは、時には 14 億円、16 年度決算見込みでは 13 億 9,950 万円、ほぼ 14 億円、一般会計から繰り出ししています。この繰出しにも甚だ大きな影響を与えざるを得ないのかという、そういう想定は容易にできるわけでありませう。経営状況については以上です。

報告いただいた中間答申に関連しながら、何点か伺います。

夜間急病センターの利用状況について

実は、第 1 回定例会前の特別委員会でも尋ねましたが、夜間急病センターの利用状況、これについては 15 年度の受診者数、2 次転送について答えていただいておりますが、16 年度における受診者数と 2 次転送数及び 2 次転送の受入先の主なところを報告してください。

(保健所)保健総務課長

平成 16 年度における夜間急病センターの利用状況でございますけれども、受診患者数につきましては、内科、小児科で 7,720 名、それから外科で 3,353 名、合計で 1 万 1,073 名となっております。次に、2 次転送数でございますけれども、内科、小児科については 520 名、外科については 204 名、合計で 724 名となっております。主な 2 次転送先の病院でございますけれども、最も多いのが済生会小樽病院、続きまして市立小樽病院、次が小樽協会病院、次に市立第二病院というようなところが主な転送先となっております。

古沢委員

受入先が今の四つの病院で、合わせて何名で、724 名中どのぐらいの割合になっているか、数字をお持ちですか。

(保健所)保健総務課長

トータルは計算しないとあれなのですけれども、済生会小樽病院が全体の 2 次転送数 724 名のうち 318 名となっております。それから市立小樽病院が次に 125 名、小樽協会病院が 65 名、市立第二病院が 58 名という数字になってございます。

古沢委員

四つで 724 名中、割り返せば出るのですが、電卓を持ってこなかったのです。80 パーセントぐらいいきますか。おおよそそんな感じですね。それでは、救急車の搬送状況は、これは既にさきの委員会で尋ねておりました。16 年度で 5,795 名です。内訳でいいますと、搬送先は夜間急病センターが 1,306 名で 2 割強、22.5 パーセント、小樽病院が 849 名で 14.7 パーセント、第二病院が 591 名で 10.2 パーセント、この三つでおおよそ半分、救急車で搬送されてきます。

そこで、もともと基本構想を考えて精査・検討された段階においても、改めて確認した 1 次から 3 次まで新病院が一体化をしていたのは、こういう状況に大きな変化を与えることになるというのは言うまでもないということなのですが、しかし今回の中間答申では、そういう方向と大きくかじを切り替えたところなのです。それで、つまり精査・検討の段階まで一体化だというふうにして考えていた新病院での救急構想、これが変わるわけですから、どうでしょうか。新病院は 493 床だと。それから床面積でいえば 3 万 5,000 平方メートルで、総事業費で 193 億円ぐらいでしたでしょうか。こういった点についてもかなりの部分の変化が当然起きってくるのだと思うのですが、そのように考えてよろしいですか。

総務部吉川参事

今回の救急医療体制検討委員会の中間答申を受けてということなのですが、493 床というのを推計したといいま

すか、設定した前提としては、まず小樽市内の人口の推移がどうなのか。その中で年代的に 65 歳以上がどうなのか。そこで全体的にどういう推移になるのか。その年齢の方がどういう疾患が多くてどれだけかかっているかと、そういうものを全部総合して、それにさらに現在までの小樽病院と第二病院の患者の推移、そういうのを合わせてどのぐらいの患者になるかということ想定しまして、当然 100 パーセントという利用率ではありませんので、病床利用率を勘案して 493 床ということで設定しておりますので、その 493 床自体が 1 次から全部やるという前提で 493 床というふうに設定されたものではないということです。ただ、人員体制とかそういうのは当然今回の答申どおりに見直していくとしますと、当然変わってくると。また、規模についても 1 床当たり何平方メートルというところをしていますが、即、今の救急の 1 次から 3 次までというものを変更することによって、即影響してくるかどうかというのがありますけれども、基本的には病床自体の 493 床というのは救急を想定して設定されたものではないということです。ただ、見直す部分は当然出てくると考えております。

古沢委員

後先になりましたけれども、市長の考えを伺っておきたいのですが、中間答申が 4 月に示されました。大枠でいえば、方向性というか考えの域を出ていないところはかなりあるのですけれども、しかし目指すべきところはきちんと打ち出されていると思うのです。最大のもは夜間急病センター、これを拠点としてというふうに打ち出しているわけですが、この中間答申を受け取って、市長として何を受け入れて、何を引き続き 3 月末の予定であった検討委員会を先延ばしをして検討していただこうとしているのか。その点についての見解を伺っておきます。

市長

中間答申をいただきまして、1 次については現状の夜間急病センターを使用して、そして市内の全医師で対応しようという方向が出ましたので、その意見については尊重していきたいと。問題は 2 次救急ですけれども、2 次救急については、市内にある公的病院で対応しようかというような方向性が出ましたので、先ほど報告がありましたとおり、公的病院の院長会議を開いて、今後 2 次の問題について議論していきたいと、こんなふうに思っております。

古沢委員

既に、そういう兆しというか傾向は、先ほど報告いただいた 16 年度の夜間急病センターの利用状況の 2 次転送の中で、その前年からいいますと、その前年までは済生会と市立小樽病院、第二病院、この三つで 7 割強、73 パーセントぐらい、16 年度でいえば、この 3 番手に協会病院が入ってきましたから、そして 8 割ぐらいになるのでしょうか。ですから、そういう流れが既に始まっているのかというふうには見てとることができるのですが、いずれにしてもこれからまだ先の話ですから、今はこれ以上の議論はちょっと難しいかというふうに思います。

新病院新築についての今後のスケジュールについて

そこで、私の質問の最後になりますけれども、スケジュールに関して特別委員会のたびに各委員の皆さんからも質問が出されたりするわけですが、現状の推移を見れば、どのように考えても基本設計に入れるのが 18 年度となれば、新病院は最も早いスケジュールで考えても平成 22 年度オープンということは、これはもう最もトラブルも何もなくこの先市長が描いている青写真で進んだ場合、平成 22 年の春以降にオープンというふうにならざるを得ないと思うのですが、その見通しについてはどうですか。

(総務)市立病院新築準備室鎌田主幹

新病院新築についての今後のスケジュールと期間でございますが、新病院の規模・機能について関係機関との協議・調整を終えていることや建設地が決定していることなどを前提に申し上げますと、基本設計には約 1 年間、その後の実施設計は約 10 か月程度の期間を要するものと想定しております。また、建設工事につきましては、工事の着手から完成まで約 2 年 3 か月程度の工事期間が必要と考えております。さらに、その後の開院までのリハーサル期間やそれぞれの発注契約の準備期間を含めると、基本設計の開始から新病院の開院までは、約 4 年半から 5 年

程度の期間を要するものと想定しております。

古沢委員

特別のことがなければ、そういうふうになるのでしょうか。ですから、今の話は、早くて 22 年度にオープンですが、23 年度に入るかもしれないという答えですね。

それで、基本設計が市長が描いているプランでいけば 18 年度から始めたいということです。実は、基本構想の中でこの基本設計でいえば、約 1 億 4,000 万円が必要になります。実施設計以降に必要とされるお金が起債対象になるのですが、その基本設計でも 1 億 4,000 万円を見ているものは、起債対象外になる。つまり一般財源からというか、この 1 億 4,000 万円はどういう財源手当になるのですか。

総務部吉川参事

基本的には、基本設計は起債対象になりませんが、病院会計で出すものでございます。ただ、今言われた起債についての協議を行っていく上で、当然病院は単年度収支をとっていかなければなりませんので、その不足が生じた場合には、当然一般会計からの繰入れということで全体を見ていかなければならないということになります。

古沢委員

財政再建推進プランの収支試算の中での病院の建設費について

繰出金のことについては先ほども触れましたけれども、この 1 億 4,000 万円も考え合わせますと、繰出金はどうなるのかというふうに恐ろしい感じさえするのですが、突然ですが、財政課に聞きます。財政再建推進プランの収支試算が出されておりますが、その中に歳出のところで繰出金というのがありますが、その試算の中には病院にかかわる部分というのは入っているのかいないのか。

(財政) 財政課長

病院の建設年次がはっきりしておりませんので、この中には入っておりません。

古沢委員

学校適正配置と病院問題の関係について

さてそこで、問題は何事もなければということ的前提に今話をしましたけれども、実は市長が描いている用地は、問題の学校適正配置の結論待ちの用地です。それで今の学校適正配置に関連していえば、4 回目の説明会が終了しました。参加している父母や O B の方や地域の方々、口々にいろいろ意見はあるのです。「絶対反対」から、例えば「いいでしょう」という人も含めていろいろ幅はあるのですが、多くは 18 年 4 月に適正配置を実施するという点については、あまりにも性急すぎるところはだいたい共通括弧で今くくられているのですが、そういう質問をした際も西條教育委員会委員長は、言ってみれば 18 年 4 月について病院問題とは関係ないのだと言っております。再三再四説明会で教育委員会はそうやって答えているのです。病院問題とは関係ないと。

その前に聞きましょう。小樽病院に医局会議というのがありますが、この医局会議に通常は市長が出席されるのでしょうか。

(樽病) 事務局長

通常は市長は出席しません。

古沢委員

異例のことだと思いますが、道新に報道されておりました。今年の 3 月の小樽病院医局会議に市長が出席されて、発言内容が報道されています。小学校適正配置実施計画が決定する 9 月までには用地問題が決着するので、新築を決断するというので、集まった医師にげきを飛ばしていたことが明らかです。教育委員会は新病院とは関係がないのだと。不退職の決意をさきの学校適正配置等調査特別委員会でもどうやら示しつつあるようなのですが、実は引くに引けない最大の理由は、市長のこういう発言、市長のところにあるのではないのでしょうか。いかがですか。

市長

教育委員会の発言は、学校適正配置についての発言ですから、それはそれでそのとおりでいいのではないかと思いますけれども、教育委員会に病院の問題まであわせて答えさせるのは酷ではないかと思えますけれども、経過は十分ご承知だと思えますけれども、小樽の用地の問題を考えますと、そうあちこちにあるわけではないわけですから、2か所を一応候補地に挙げたという経過の中で、たまたま適正配置計画で量徳小学校もその対象校になったということですから、我々としてはぜひそのとおり進んでいただければ、病院の建設場所になるだろうと、そういう想定の中で物事のいろいろな発言をしておりますので、決めただけではございませんけれども、それが一番近いのではないかということで話はしております。したがって、そういうスケジュールどおりにいけば、そういうことになるだろうと。医局会で一番問題になったのは、病院を建てる建てると言っているけれども、いったいつ建てるのだと。医師がいなくなる原因というのは、そこにもあるのですと、そういうようなお話があって、現在の状況について話したと、そういう経過がありますので、その辺はひとつご理解をいただきたいと思えます。

古沢委員

基本設計に向けて一定のまとまりを見せているというわけではなくて、これから越えなければならぬハードルが幾つもある検討を煮詰めていくわけですが、しかしゴールラインは決めておられるわけです。だから、基本設計は18年度に入りたいということです。9月に用地問題を決着して新築を決断するという。それで、先ほど聞いたスケジュールでいえば、早くも22年、場合によっては23年にずれ込むかもしれないと、そういう答弁だったわけですが、教育委員会では例えば中塚教育部長は道新の取材に応じて、5月18日付けの道新の記事ですが、住民の要望がある限り納得を得られるまで説明をするというふうに話をしているのです。学校適正配置等調査特別委員会における答弁とちょっと色合い、トーンが違うかと率直に私は思いますが、しかし取材に応じてこのように答えている。実際に4回目の説明会が終わったのだけれども、手宮小学校では6月13日に改めてまた説明会が開かれる。さらには、4回の説明会の中で廃校対象になっている4校合同で説明会をやってほしいということが宿題になっている。

こういうようなことを考え合わせますと、教育委員会に一定の余裕を与えることを市長が決断しなければ、もうにっちもさっちもいかないところになっていると思うのです。このままいきますと、とにかく見切り発車。議会内の関係でいえば、何とか自民党と公明党に支えてもらって、そして7月の教育委員会では実施計画策定、9月の議会で決着を見るという方向にならざるを得ないと思うのですが、市長、何としてもここは引けないのでしょうか。

市長

引くとか引かないとかではなくて、教育委員会で鋭意この関係校の皆さんと話し合いをしていますから、我々としてはその話し合いを見守っているという状況でして、それが最後どういうふうになるのかまだ予断を許しませんけれども、たぶんそういう方向で皆さん方のご理解を得られる、どういう形でなるかはわかりませんが、何とか皆さんのご理解が得られるように我々としては期待しているというところでございます。

古沢委員

市長、それは、もうそれこそ予断です。市長、どういうふうに報告を受けているかわからないですけれども、要するに司令部にいる市長が18年度基本設計に持ち込みたいと。そうでしょう。9月に用地問題が決着するから、ゴーサインを出すと言っているわけですから。結局前線配置されている教育委員会が雨あられのように降ってくるものを司令部の撤退命令もない、後退命令、退却命令もないから、そこで頑張るしかないという構図になっているのです。どういうふうに聞いているかわかりませんが、何とか理解いただけるだろうというのは、これはもう極めて市長独断、予断です。状況は全くそういう状況にはないです。そういうことを慎重に真剣に考えなければいけない時期に今あるのではないかと考えています。これはすぐれて今後の新病院の計画にかかわることですから、改めて伺います。

市長

ですから、今、再度の話合いといいますが、そういうものが行われるというふうに聞いていますから、そういったものの状況を見て、病院問題というのが、やはりその学校の部分が一定の結論が出ないと進めませんから、それはそのとおりだと私は教育委員会の結論というか、そういうものを尊重していく立場にあります。

古沢委員

市長の今のご答弁は、教育委員会に一定の支援といいますが、本当にせっぱ詰まった状況に教育委員会はあろうと思うのです。病院と教育の問題を結局はかりにかけるとか、取り引きされるとか、そういうものでは決してないわけであって、ぜひ学校は学校の問題、病院は病院の問題としてきちんとけじめをつけて進めていっていただきたいと思うのです。

今日は中間答申の段階ですから、私からの質問は以上で終わります。

委員長

共産党の質疑を終結し、自民党に移します。

井川委員

私の方から 1 点だけ伺います。

医師確保について

このたび病院長が決まって、本当に大変なご苦勞をされたことと思います。本当にご苦勞さまでございました。私どももほっといたしました。今、どこの地域でも大変医師が不足して深刻な状況であるということをお聞きして、院長がおっしゃったこと、私も質問いたしましたけれども、本当に医師を確保するのは大変だということで、どのようなご苦勞をしていらっしゃるかというお話を伺いました。そこで院長、本当に 1 週間に 1 回、例えば 1 か月に 1 回でもお茶を飲みに行くような感じで、毎回毎回医局に足を運んでいると、そういうお返事でした。私はそれを聞いて非常に感動いたしました、やはりこれは回数、何回も行った方が医師をいただけるのかと。たまに 1 年に 1 回か 2 回しか行かない院長よりは、うるさいと言われても毎回毎回来るところに医師を出していただけるのかと、そんなような気もいたしました。それで、あと 4 年か 5 年ぐらいの間に新病院ができれば、その間に何といっても今名医という、そういう医師はぜひいたくはないけれども、名医がたくさんいる病院にはたくさんの患者が来ますけれども、そんなぜひいたくはないので、せめて法定数に間に合うような病院がきちんと機能するように医師を確保するという感じで、今、新しい院長はいらっしゃいませんけれども、院長の腕にかかっていると思いますけれども、第二病院の村上院長もいらっしゃいますし、今日小樽病院長職務代理者もいらっしゃっていますので、ちょっと伺いたいと思います。今後の医師の確保について、どのような決意をされていらっしゃいますでしょうか。

小樽病院長職務代理者

今のご質問にお答えいたします。

要するに今までは医局の人事権というものを当てにしながら我々は実際やってきたのです。それで、この間も私はずいぶん医局を回りました。現在、これから先を見ますと、医局の人事権というのはだんだん薄まる方向になってきています。ということは、若手の医師は個人の判断で病院を選ぶと、そういう時代になってまいります。もう一つは、研修医制度です。2 年間の研修医制度がどのように変わっていくか、これは問題なのですけれども、アンケート調査によると、研修医の半分ぐらいが、今の病院に引き続き勤めたいということと、後はもっと質の高い病院に移りたいというのが実はアンケートで出ているのです。これはどういうことかということ、我々病院側も質的に高めなければならないということになります。もう一つは、よい指導の医師を確保しなければだめ、地域医療に熱

心な病院の医師を確保しなければだめだということになります。ですから、今、我々がここ 3 か月やっているのは、要するにオンリーワン医療、小樽病院のアイデンティティーを持つような形の病院にしたいということと、地域におけるファースト医療サービスということをきちんとやって、質的なものを高めたいということ。もう一つは日本医療機能評価機構を受けて、今だいたい二、三十パーセントが認定を受けているわけなのですが、その中でうちの病院に足りない部分、その他を十分把握をして変えていきたいということで、一応 8 月ぐらいから認定を受けたいと。それによって質的医療、病院の質を高めて、医師に選ばれる病院にしたいと思っております。そういうふうになってくると、まず医師の確保というのはだんだんスムーズにいくのではないかと思います。苦しいのはここ一、二年だと思います。ですから、量をとることも大事ですけれども、我々は質的にいい医師をどういうふうに確保するかと、それは大学の壁を越えて確保していくかということに集中している。今回、選ばれた 2 人は、まさにそういう 2 人だと私は考えております。

第二病院長

医師確保は、将来的には今上野小樽病院長職務代理者が言ったように、だんだん変わってくるだろうと思います。ただ、ずっと従来からやはりそれなりのノウハウがありますので、なかなか医者の世界のことがわからないと難しいかと、そういうところに精通していないと難しいと。ただ、これからはいろいろ流れが変わってくるだろうし、その流れに乗っていかなければならないと思います。

井川委員

ありがとうございます。本当に頑張って気を緩めないで、いい方向に向かっているというお話も伺いましたので、市民が安心してかかれる医師をぜひ確保していただきたいと思います。以上、私の質問を終わります。

小前委員

このたび初めてこの委員会の委員になりました小前でございます。どうぞよろしくお願ひいたしたいと思ひます。井川委員に関連いたしまして、岩見沢市立総合病院の問題について幾つか質問させていただきます。

岩見沢は市内に総合病院がほかに 300 床の岩見沢労災病院しかないということで、小樽とは少し事情が違う面もございますけれども、ベッド数は 484 床で、そのうち精神科は 115 床もございました。でも、診療科目は 14 科でした。

岩見沢市立総合病院との比較について

そこでお尋ねいたします。古沢委員の質問と重なる部分もございますけれども、16 年度一般会計からの繰入金はいくらでしょうか。

(樽病)総務課長

小樽市の一般会計からの繰入金は、平成 16 年度につきましては、13 億 9,950 万 6,000 円となっております。

小前委員

はい、わかりました。だいたい 14 億円近いですね。岩見沢市立総合病院は 16 年度は 5 億 4,500 万円ということで、ここ 10 年間は毎年 5 億 5,000 万円ぐらいを推移しているということでした。

次に、尋ねます。16 年度の人件費比率は何パーセントになりますでしょうか。

(樽病)総務課長

16 年度の人件費比率は 56 パーセントとなっております。

小前委員

かなり高い数字だと思います。岩見沢では 42.5 パーセントでした。聞きましたら、岩見沢市立総合病院は医師の法定数が 57 人なのだそうですね、60 パーセントの 45 人で仕事をしているということでした。

次に、病床利用率はいかがでしょうか。

(樽病) 医事課長

16 年度の病床利用率は 64.9 パーセントでございます。

小前委員

3 分の 1 はベッドがあいているということだと思いますけれども、岩見沢は 99.3 パーセントです。感染症に 4 床とっていますから、ほぼいつも満床状態であるということだと思います。

それでは、次に 1 日の平均の外来数は何人でしょうか。

(樽病) 医事課長

1 日の平均外来数は 1,213 人でございます。

小前委員

岩見沢は 1,255 人で、小樽よりも多うございました。

それで、16 年度の収益的収支は幾らになりますでしょうか。

(樽病) 総務課長

16 年度の収益的収支につきましては 3,674 万 1,000 円の純損失が出ております。

小前委員

この岩見沢市立総合病院は 14 年度が 3 億円の黒字、15 年度が 3 億 5,000 万円の黒字、16 年度は大型機器を購入したそうですけれども、それでも 1 億 7,700 万円の黒字でございます。この違いはどこにあるとお考えでしょうか。問題点はどこにあるとお考えか、教えていただきたいと思ひます。

(樽病) 事務局長

問題点うんぬんというより、私も岩見沢と 15 年度決算でいろいろ比較してみましたけれども、ひとつ一般的に見る指標といたしましては、医業収支比率、いわゆる医業収益が医業費用に対してどのぐらいの割合になっているか。これは岩見沢の場合 107.2 パーセントで、うちの場合は 95.8 パーセントということです。それから、うちの場合は医業収益で医業費用を賄っていると。逆に、岩見沢の場合は医業収益が医業費用を上回っていると。この原因の大きなものは、委員が言いましたように、やはり人件費比率です。医業収益に占める職員給与の比率というのは、15 年度でいえば若干もっと下がって 40.2 パーセントです。うちの場合は 51.4 パーセントですから、これはかなり違う。ここが大きな要因になります。それから、職員給与比がどうして医業収益の中でこれだけ低くなるか。この要因はいわゆる給与自体が低いのか、それとも職員が少ないのか、この二つの要因だと思いますけれども、私が比較して調べた限りにおいては、職員自体は 100 床当たりのベッド数で換算しても、医師なり看護師というのは岩見沢の方が多いです。ですから、数の問題からすれば、これは大きな要因ではないだろうと。やはり基本的な給与ベースが低いだろうと。

それで、その中で見てみましたけれども、一つには、確かに平均年齢が市立小樽病院の方が高い。特に看護師なんかが高い。これはただ高いから低いからというのは、その病院のそれぞれの事情があって、たまたまそうになっているということで、結局平均年齢が高いと給与も高いということになりますから。それでひとつご理解いただきたいのは、医師の給与を比較してみますと、平均年齢で 2 歳ぐらい岩見沢は低いのです。その分を考慮して比較するとほぼ同じです。小樽病院と岩見沢の医師だけについて見れば、ほぼ同じです。あとやはり大きな違いというのは、今言ったように平均年齢も違いますので、看護師部門もその他医療技術部門でのその大きな要因で、医業収益に占める職員給与の割合が極めて低い。これが最も大きなというか、私から言わせればほとんどの医業収益比率が高い。これが要因だと思います。しからば、この職員給与比 40.2 パーセントというのは、なかなかできる数字ではないと思ひます。いろいろな状況があつての、平成 5 年あたりから改善計画をつくってやっていますので、そういった中での今のこの結果だと思いますけれども、そういったふうに私は岩見沢と小樽を比較してとらまえております。

小前委員

岩見沢の医師の平均年齢は 45 歳で小樽が 46 歳ですので、1 歳しか違いません。それから、看護師の平均年齢は岩見沢が 32 歳に対しましてこちらは 39 歳、看護師の平均年齢ではこちらがかなり高いということで、そこが大きな差になりますでしょうか。院長みずからがご説明していただきましたけれども、岩見沢市立総合病院は経営改善のためにまず取りかかりましたのが、医師の給料の引下げだったということでした。平成 7 年から初任給を 2 号俵引き下げたので、古いままの給与体系の医師はもう二、三人しか残っていないというお話でございました。それから、精神科が 115 床もあってペイするのですかと尋ねましたら、今いる精神科の医師がとてもいい医師で、毎日入院患者を回ってくださって、うつ患者を適切に指導してくれているというご説明もございましたし、それから医療事故について尋ねましたら、昨年 1 年間で 600 件もあったそうです。現在係争中は 3 件とのことでしたけれども、年々この医療事故は増えてきているそうですけれども、どんな小さな事故も必ず報告することを義務づけていると。早く報告を受けて直ちに対処した方が解決が早いからというお話でございまして、非常にソフト面もきちんとしていているという印象でございました。

それで尋ねますけれども、この他都市の黒字経営のような病院と比較検討したことはあるのでしょうか。

(樽病) 事務局長

他都市の病院というのは、病院それぞれいろいろな社会的な環境なり、そういったものがありますので、これは全国的な現状の中でも言われていますけれども、一概にそれを比較するというはなかなか難しい問題であって、検討材料の一つとなるかとは思いますが、それは絶対的なものではないと思えますけれども、ただ岩見沢については、ここはしっかり運営が、いわゆる企業努力をして、黒字経営をしているということで非常に有名なところですね。それで、私どもも先ほども言いましたけれども、平成 5 年からいろいろな改善を試みてきていますので、そういった中身も知っていますけれども、そういったものを市立小樽病院と照らしながら、手直しをやらなければ、改善しなければならない、そういったものは岩見沢に限らず一生懸命頑張っている病院を見習いながら、またいろいろ手当を講じていかなければならないと、それは常に考えています。

小前委員

実は、小樽の開業医をなさった方で市立病院の小樽病院、第二病院とも入院した経験のある医師から私に手紙が参りました。読んでみます。「いくら新病院の施設内容が充実しても、今いる医師をはじめ職員スタッフのままなら、診療検査などに対する患者への説明が不十分で、患者の不安感、不信感が増幅している言動が多すぎます。入院と通院患者へのかかる側への配慮が改善されなければ、市立病院という名前だけでは患者はもう利用しません」という内容の手紙をいただいております。今年 1 月、市立病院の職員に向けてアンケート調査をしていっしょにしたいと思いますけれども、その内容を見せていただきましたけれども、けっこう厳しいことを職員の方でも書かれていますと私は思いました。その中には、今の現状の考え方で新病院になったとしても、外側だけが新しく中身が古い体制のままだと考えると心配です。医師たちの意欲が低すぎますという意見とか、今の考え方の延長では建物が増えたばかりの小樽病院になってしまうというようなさまざまな意見、厳しい意見がありまして、この意識改革が非常に一番難しいことだと思いますけれども、この意識改革こそが新病院に一番大切だと思いますけれども、どういうふうに手をつけられるお考えでしょうか。

小樽病院長職務代理者

確かに、小前委員の言われるとおり、職員の意識改革は非常に重要だと思っています。それで、病院を新しくする、あるいは再生するという一つの方法は、いい医師を引っ張ってくるということと同時に、院内の医師の意識改革をもって再生というか、意識を変えていく、その 2 本柱がなければ、病院というのは何も変わらないということではみんなが言っていることですし、私もそう思います。そういうことで、今やっていることは、日本医療機能評価機構はすべてのことがそれに含まれてきます、何項目かが。ですから、そういうことを早くやって、そして病院の

現状とその改善の方向を示したいということと同時に、先ほども言いましたオンリーワン医療あるいはファースト医療サービスということをどんどん展開して、ここに資本を投下したいということを院内の医師に言っていますし、現実的にもやっています。あるいは患者の満足度調査、そういうものもやるべきこととして挙げています。そういう総合的な施策をもってやっていけば、必ず医師の意識も改善されていくと考えています。

もう一つ、先ほども言いました要するにアクシデントレポートあるいはインシデントレポート、うちの病院もきちんとやっております。それで毎月安全会議を開いて、その中で検討して徐々に改善されております。

小前委員

ありがとうございました。終わります。

吹田委員

3人目でございますので重複しているところもあるのですが、よろしくお願ひしたいと思います。

診療科ごとの収益について

小樽病院は毎年毎年大きな赤字ということになっておりますけれども、実際には例えば16年度で各単科ごとの収支的なものはどのような形で、例えば収支のいい方から順番に出してみましたら、どのような形になるのでしょうか。また、その収支は内容的にはどんな形なのですか。

(樽病)事務局長

従前からこのことを申し上げておりますけれども、うちのシステム自体がそこまで進んでいませんものですから。診療科自体の収益は一定程度出ます。

吹田委員

収益でいいです。

(樽病)事務局長

小樽病院でいえば、収益だけを見れば、一番多いのが内科でございます。金額が16年度では20億3,100万円でございます。これが圧倒的に多く、これは入院でございます。次に多いのが整形外科の6億900万円、その次が外科3億3,400万円。外来で見ますと、一番多いのがこれも内科ですけれども11億200万円、次に多いのがこれも整形ですけれども1億7,800万円、その次が外科で1億4,700万円でございます。

吹田委員

先ほどからいろいろと数字が出ておりますけれども、基本的には市立病院関係では人件費比率が非常に高いという感じのものについて、先ほどから年齢の問題であるとかと答えているのですけれども、基本的には人を配した部分でそれに対する収益というか、収入が基本的に上がっていないと。いわゆる我々単純なことをいうと、損益の分岐点に達していないということではないかという感じがしているのです。これだけの設備と、ハードとソフトを用意して、これだけのものがあると。これだけの基本的な患者が来て収入があって、そのもの自体になっていないのかという感じがしております。小樽病院の場合は、1日の患者数についても、入院患者の数と外来の患者の数と、例えば外来患者、入院患者という形でどの程度の比率かということでありまして、16年度はだいたい2.0近いという感じです。逆に言えば、岩見沢では2.5ぐらいのところもあったし、またある病院によっては、昨年度行ったのは、本州のところでは3ちょっとという形で、ですから逆に言えば、小樽病院の場合は入院患者のベッドの充足率も非常に低い。ですから、そう考えますと、病院の受入れ態勢に合わせた患者が来ていないのかという感じがしております。

そういう中で、今後新しい病院ができるまでといっても、まだ何年もかかるわけですから、そういう中ではこういう赤字体質がそのままずっと継続するというのは、非常に市民にとっても大変なことだと思います。

#### 診療時間の周知について

その中で、例えば現在も市立病院では午前の外来、それから午後の外来というふうに時間的なこともされています。先日も午後の外来に行ったのですけれども、非常に患者の数が少ないというのは、どうしてかなど。やはり午前中は込み合うから午後に来てもいいのかという感じもするのですけれども、そういう中ではこういうものについてどのような、午後こういう形でしっかり患者を受けますという感じで、そういうことについての広報活動といえますか、市民に知らせているのかということなのですから、この辺についてどのような形で進められてきたのか。

(樽病) 事務局長

周知自体は、一つは今やっているホームページの中には当然診療時間というのが載せてございます。その後、最近、特別対外的にうんぬんということはございませんけれども、院内に表示するというところでございます。

吹田委員

やはり公的病院ですから、無理して患者に来ていただくなくてもとは思いますが、それなりの人とそういう設備がありますので、積極的に利用していただくということの努力は絶対必要だと思うわけです。

これからのスケジュールについて

また、話を変えますけれども、先ほど来、新病院の建設にかかわるスケジュール的なことが質問に出ていましたけれども、学校とのかかわりもあるのですけれども、そろそろ市民の皆さんがそういう形の部分もある程度理解されてきているのかと思うわけなのです。そういう形の中では、もう少し一歩でも教育委員会は教育委員会の考え方もかもしれませんけれども、市の方もこれにかかわって積極的な発言があってもいいのではないかと。また、新病院ができることについては、多くの方々は、今の大変年数がたったそういう病院の建物がございまして、またそういうことで新しくきちんとした病院になっていただければという期待が大変大きいと思いますので、この辺について先ほどは平成 22 年、23 年ということですが、こういうものについてもしっかりと準備をされて、例えば基本設計に 1 年、また実施設計に 10 か月から 1 年というような感じで、この辺についても準備をしっかりすれば、もっと 1 年半以内とか、こういう形のことができるのではないかと、この辺のことにつきまして、そういったこれから進めるスケジュールにつきまして何か積極的な考えがあるかどうか、聞きたいと思います。

総務部吉川参事

スケジュールにつきましては、先ほど主幹から言いましたように、とにかくハードルがきちんと越えられないと、基本設計というのは入っていけないわけです。例えば土地の問題もありますし、基本構想が固まるという問題もありますし、それから起債の方の事前の協議を行わないと、基本設計というのはあくまでも発注行為ですから入っていけない。ただ、これは以前から言われておりますけれども、いろいろな今両病院の各医局もそうですけれども、検査とか薬局とか放射線、それぞれ業務の内容とか帳票類とかそういうもので、それぞれの対応がばらばらな面がけっこうありまして、そういう部分はもう以前から統一していくというか、そうしないと新しいシステムに移行するときに全然違うやり方をしていたものを統一するというのは非常に大変なものですから、その辺の作業もやっただいておりますし、これからはゴーサインが出たときに早急にかかれるような形で取りかかれるように努力していきたいと思っております。

それと先ほど主幹の言いました、基本設計に約 1 年、実施設計に 10 か月というのは、なかなか基本設計の方は短縮が難しいのです。実際の実施設計をやるすべてのもの、各セクションごとに詰めていかなければならない作業があります。ただ、基本設計、実施設計がどういう発注形態になるかわかりませんが、ある程度の実施設計の方では圧縮ができるかということも考えておりますので、先ほど 5 年程度というのはコンクリートされたものではありませんので、それも場合によっては若干縮められるのかと思っております。

吹田委員

ぜひそういう大きなハードルがあるのですけれども、なるべく早くしっかりとした、市民のため、また、この後志管内一帯の医療圏の基幹病院としての位置づけを持った病院を早めに建てていただきたいと思います。以上、質問を終わります。

成田委員

薬局の収益について

私の方からは、新病院に関しての件なのですけれども、今、我が党の委員の中から病院の収益の件でということ、で内科、整形外科、外科、それぞれ拳がっていましたけれども、薬局の方はこれは技術力ではなくて品物で仕入れて販売している部分もあると思いますので、その辺の収益はどのようになっていますでしょうか。

(樽病) 薬局長

ご質問でございますけれども、なかなか難しい問題なのです。というのは、これはそれぞれの企業努力といいますが、それぞれの医療機関の努力であったり、やはりそれぞれの地場の関係です。ですから、一概にこれは差益のことだと思いますけれども、最近ずっとこれが何となく悪の元凶のように言われていますけれども、厳然として差益はございます。ただ、それが、ではどの部分で言うのかという問題だと思うのですけれども、これは先ほど言ったように地場の関係とか、あるいは長年のそれぞれの取引の関係、そういう部分ですので、これはきっちりした形で答えるというのは全道的にも影響があるものですから、差し控えたいと思います。

成田委員

影響があればいいのですけれども、仕入れなくても利益を上げる方法というのは、薬剤師の中にそういう方法というのはとれると思うのです。16年度の14億円近い収支不足、それを補うのも一つの手ではないのかと。薬局として少しでもプラスに結びつけていける方法の手段として選べるのではないのかと。そういう方向に持っていった方が選べる一つの手段でないかと思うのですけれども、薬局長はどう考えますか。

(樽病) 薬局長

ご質問の趣旨をちょっと私わかりかねるのですが。

成田委員

はい、わかりました。服薬指導を行うことによって指導料というか、点数がレセプトの中で考えられるものですから、収益につながっていく一つの手段ではないかと思うのですけれども。

(樽病) 薬局長

ご質問の服薬指導の関係なのですけれども、これは現在入院患者には一部行っています。なかなかこれはここ二、三か月前に民放のテレビなんかはおもしろおかしくやっているのですけれども、外来に対する服薬指導も、これはまちの調剤薬局等を含めて、ご存じのように薬の説明書等の中で渡しますけれども、これもすべて診療報酬上はその薬局の収入になるわけです。私どもの病院では、ご存じのように、昨年度から各外来に張り紙をしてありますけれども、希望者については外来の服薬指導を行うということで、情報提供をするということです。それから、院内の入院患者につきましては、なかなか本来であればこの算定条件の縛りというのがあるのです。これは今はそれぞれの医療機関は制度で認められていますけれども、本来であればこの指導を行うための許認可の条件があるのですけれども、これは私どもの病院が全道で最初に獲得したもののなのです。ただ、残念ながら非常にこれは手間がかかるものでして、現在1病棟当たりにもいろいろな角度から考えて頑張ろうかという話もあるのですけれども、なかなか拡大するまでに至っていないと。それで現在は1病棟だけはやっておりますけれども、それも一つは収入という面で見れば、多少なりとも貢献できるのかと思っております。

成田委員

一面で見れば、収入という面で見れば、補える一つかと。私たちは素人ですから、そういう面を見た場合には、一つのプラスになるのかと。そういうことも小樽病院でも努力しているということがマスコミ関係でも非常に出れば。また、外来の患者に対しても服薬指導というのはなかなか患者も言えないですし、聞く場面が出てこないとかよその処方せんをもらって調剤薬局に行くと、全部余計なことまでも聞かされるような感じを受けるのですけれども、小樽病院で薬をもらうと、「はい」と、ただ受け取って聞かなければ教えてくれないような状況なものですから、ちょっと患者にとっては不安な面というのが、私たちの方にも相談を受ける面があるものですから、ぜひ小樽病院でもその辺指導してもらえればと思っていますので、ぜひお願いしたいと思います。

新病院の地域連携について

また、新病院の地域連携について伺いたいと思いますけれども、地域の町医者の方々から急性期患者というか、急性期の患者が紹介状だとか、それから依頼だとか、そういうのは受け入れていると思うのですけれども、どのぐらいの件数がありますか。

(樽病) 医事課長

件数的には出していないのですが、一応現在、小樽病院の紹介率といいますが、それはだいたい 15 パーセントぐらいで推移しているところでございます。

成田委員

第二病院は。

(二病) 事務局次長

第二病院の場合は、だいたい二十四、五パーセントが平均になります。

成田委員

やはりこれからこのように数多く推移していくことによって、地域と密着した医療関係を結んでいくことが重要なことだと思います。救急医療体制検討委員会中間答申にも載っていますけれども、こういう面から見ても地域の方々との連携をとった医療を小樽病院もしていかなければならないと思いますので、ぜひ小樽病院で何らかの対策というか、院内でそういう体制をつくっているかどうか伺いたいのですけれども。

(樽病) 事務局長

今、委員がおっしゃるとおり、地域との連携というのは、いわゆる病病連携、病診連携というのは極めて大事なことだと思っていますし、これは基本構想の中にはあるのですけれども、新しい病院が建つ前から連携室ということも考えていかなければならないと思っていますが、なかなか地域連携というのは、実際部屋をつくってスタッフを用意してもそれがうまく機能するかという問題が、各種の方の情報収集もしていますけれども、そういった問題もあるので、その辺の体制を整えるからには、しっかりいわゆる実を伴うような、きちんとした段取りをつけて連携室なりの設置なりを考えていかなければならないと、そういうふうに思っております。問題意識としてはそのように思っております。

成田委員

今、事務局長の方からなかなか難しいけれども、地域連携室という形で今後何らかの形で検討していきたいという、そういうふうに受け止めたのですけれども、ぜひ地域の医師会の方々も、医師会とともに小樽病院が地域の患者を大事にしていくというか、そういう形のものでやっていきたいという気持ちがあると思うので、そういう面で連携室をつくっていただければと思います。よろしく申し上げます。

委員長

自民党の質疑を終結し、平成会に移します。

大島委員

先日臨時会で平成会として初めてこの委員会にいます。今日は決してれいめいの会と市民クラブではございません。メンバーは同じでございますけれども、副委員長に就任されました上野委員の方から先にと言われておりますので、市長に 1 点だけ尋ねたいと思います。

新病院の時期について

私もこの 4 月にゴールデンウィークに視察の予定をしていたわけですが、私も 66 歳になりまして、「そろそろ身体検査が大島さん必要だよ」ということで、かかりつけの医師の紹介で新築をしてまだ 1 年くらいもたっていない小さな病院でしたけれども、そこに 10 日ほど入院しまして検査をしてもらいました。いろいろ思うことは、大変気持ちのいい病院でございました。トイレに行ってもおいはしない。本当にいい病院に入ったな、紹介されたなと。しかし、ここもやがて 20 年、30 年たつと老朽化するのです。それで、かつて小樽病院だった気持ちのいい病院であったはずだと。そして、患者が本当にいい気持ちで入退院を繰り返していたのではなからうかと、そのように検査を受けながら思っていました。そして、無事退院したわけでございますけれども、お墨つきをいただきまして、「自分の体は医者を守るのではないよ。自分の体は自分で管理をしなければだめですよ。長生きしませんよ」ということで言われました。私も達者で元気で長生きをしたいと、そのように決意をしまして、家族の元に帰ってきたわけでございます。

そういう観点から、今、小樽病院もいろいろな角度で取り組んでおりますけれども、先ほど古沢委員からもご質問があったように、この小樽病院の新築ということは、学校の適正配置と切っても切れないつながりがあると。ある意味では、場所も決められないと。まだ公にできないと。そしてまたゴーサインも出せないと、そういう中での産みの苦しみといえますか、そういうものは理解をしているつもりでございます。また、所管が違いますけれども、学校適正配置にしても、相当量徳小学校が問題になっております。そうすると、学校は学校で病院ありきかというように市民や関係者から責められている事実、これもまた学校適正配置の皆様方にしても、また父母の皆様方にしても、関係者にしても大変苦しい立場にあることは私も十分承知をしております。しかし、もうそろそろゴーサインを出さなければ、スケジュールを多くの市民に知らせるようなことがなければ、もう時期は先ほどの質問の中でも 9 月というのがございましたけれども、その時期なのかと、そのように先ほどの質問、答弁を聞いて思っておりますけれども、いずれにしましても、市民が期待をしている。

しかし半面、この厳しい財政の中で大丈夫なのかという市民の心配もございまして。この辺についても十分協議をして、本当に市民も安心して、そしてまた早く運営をしていただきたい。先ほど小前委員から退職された医師の方の手紙が来たということで朗読されておりましたけれども、それではいたときにはどういう活動をしていたのと、私は反対にもし私に手紙が来たならそういうふうに問いただしたいと思って聞いておりました。現在、医師もたくさんおります。先ほどの手紙の中にあるように、日々の務めの中でそういう活動をしているということで先ほどご答弁がありましたので、安心をいたしましたけれども、いずれにしましても、改めて市長に尋ねますが、ゴーサインはいつころ出せる予定なのか。その点について 1 点だけ聞いて、質問を終わります。

市長

踏み込んで言えば言うでまた怒られますし、遠回しに言うとはっきり言えと言うし、大変自分にとっては重たい課題ですけれども、今鋭意教育委員会の方で話し合いをしていますから、話し合いの推移を見て、一定の時期に結論を出したいと、こう思います。

大島委員

いつもの答弁の繰り返しですが、やむを得ない部分があるかと思っておりますけれども、また一方では、非常にいろいろな業界の方々も注目をしている、もうこれはご承知のとおりでございます。いずれにいたしましても、時期は来ると思っておりますので、その節には本当に市民に喜ばれる病院の建設に向けてつくっていただきたいと、そういうふう

に要望して終わります。

上野委員

本当は私は質問がなかったのですけれども、あまり早く終わったので、答えは要りませんので、私の思いだけちよっと。

まず、新市立病院基本構想ができたのは、この平成 15 年です。この 1 年前に 14 年の 4 月に整備構想がありまして、これは残念ながら、参考書に過ぎないとか、何かのときにこれを見れば、ああわかるなという程度の、しかも今の現状では基本構想としては、もう価値はない、参考書的なものでしかない。その後 16 年 10 月に基本構想の精査・検討結果が出ました。これにつきましても、今日、主幹から話があったように、基本構想見直しワーキンググループというのを設置すると。そこの早い時期にいろいろな、そういうのは私たちはそのワーキンググループの内容等をまだ精査しておりません。また、今日、救急医療体制検討委員会中間答申の話で、これもあくまでも中間でございまして、まだまだこれは肉づけしていかなければいけない。こういうことを考えた場合、本当にまだまだ何か先ほどからずっと同じようなことを言っていますけれども、つかみづらいところがあるのかと、私自身もまだ判断ができません。そういう意味で、もう少し私も関係者といろいろ話しながら、せっかくの調査特別委員会でございますので、市立病院の調査でございますけれども、そういうことも含めて、もちろん新病院をつくるということが大きな懸案となっていますので、そういうことを踏まえながら、次の委員会には私も調査しまして皆さんにいろいろ今言ったようなことも含めて、今日話を聞いても前回とあまり変わっていないと思いますので、今日は私の思いだけ少しばかり申し上げまして、次の委員会のときにたっぷり資料を添えまして、皆さんと一緒にどうしたらいいかということ、新しい機運もあると思うのです。今までの長年のことでなくて、もっと新しい方向性を考える時期にもう来ていると私も若干思いますので、今日のところはこれで私の意見だけを述べて終わります。

委員長

平成会の質疑を終結し、この際暫時休憩いたします。

休憩 午後 2 時 40 分

再開 午後 3 時 00 分

委員長

それでは、休憩前に引き続き、会議を再開し、質疑を続行いたします。

公明党。

高橋委員

それでは、まず中間答申にかかわって 1 点だけ質問をさせていただきます。

サポート体制の構築について

1 ページ目に小児科医によるサポート体制の構築というところがあります。以前からも非常に重要な問題と私は思っていました。この内容について説明してください。

(保健所) 保健総務課長

小児科の救急体制につきましては、市民からの大きな要請があるものと承知しておりますし、何とか各病院の協力体制をいただきながら少しでもサービスの充実に努めていきたいと思っておりますけれども、ただいまのサポート体制につきましては、1 次救急は夜間急病センターで、2 次救急につきましては、主に小樽病院のオンコール体制といたしますか、そういう形で対応させていただいておりますけれども、今、さらにもう一歩進めまして、このサ

ービスは従来どおり進めさせていただきまして、今、休日の体制につきまして、もう少しサービスの充実を図ろうということで、日曜・休日の 2 次体制につきまして、協会病院と小樽病院で協力体制をとっていただきまして、今オンコールサポートということで、病院に常駐している形ではございませんけれども、常駐のような形の体制に何とか整備をしようということでやっているところでございます。

高橋委員

中間ですので、これからまたいろいろ議論されるかと思しますので、ぜひ期待をしたいと思います。

それから次に、病院事業業務の関係で、先ほど古沢委員がいろいろ聞いていましたので、重複するところは省いて質問したいと思います。

病院事業会計の予算について

それで、病院事業会計の予算ですけれども、直近 5 か年の状況、私も平成 13 年からずっと確認をさせていただきました。全体収入についてもずっと下降となっております。それから、入院収入、これも下降になっています。外来収入だけどういうわけか右肩上がりの上昇となっております。先ほどの議論でも言っていましたけれども、前年に比べてもどんどん患者数が落ちているということを考えると、当然その入院の収入が下がっているわけですから、外来も当然人数も下がってきている。だから、収入も当然下がらなければならないかと私は思っているのですが、なぜこれが上がってきているのか、これを説明していただきたいと思います。

(樽病)総務課長

外来の患者数ですけれども、平成 12 年度に比べまして、13 年度は若干増加しております。その後、少しずつ下がっているということで、そのような推移に実際にはなっているわけです。予算の立て方なのですけれども、その予算を立てるときまでの動向とか、その時々々の診療報酬制度の改正の状況などを見て、その都度立てることになりますので、増加するというところもあるということでございます。

高橋委員

説明がわからないのですけれども、前年度の決算を確認して、次の年の予算というのをだいたいこのぐらいかということで組むと私は思うのです。15 年度の決算のそれぞれの患者数と 16 年度の患者数の比較をしても、必ず落ちてきているわけです。落ちているにもかかわらず、先ほど、この説明書の一番後ろに出ています 17 年度の予算の概要を見ますと、これは人数ですけれども、減っている割には予算額は増えていると。患者数は減っているのに予算額は増えているというのがちょっとわからないのですけれども、その辺もう一回お願いします。

(樽病)総務課長

17 年度の予算を立てるときには、例えば 16 年度、前年度の決算が出ていませんで、直接前年度は参考にできないのですけれども、それまでの傾向は確かに見てやります。ただ、あと患者数は若干は減ったとしても、1 人当たりの単価というものは上がる場合もあります。やはり検査の中身とか、今回うちの場合は MRI とかという機械も入れましたけれども、そういう機械を入れることによって、外来の方の検査というものも人数は減っても単価的に上がるということもありますし、やはり収入の予算というのは、一つの目標という意味もありまして、これだけの収入を今回は上げていくよというようなこともありまして、そういうことを根拠として積み上げた結果、増額になるということです。

高橋委員

先ほども言いましたけれども、入院は下降でずっと予算を組んでいる。外来だけパーセントでいくと、前年比 3 パーセントずつ順調に上がっているのです。ですから、そうすると患者数は減っているから、その患者単価が高くなっているのだという、そういう話でしたけれども、では具体的にはどういう内容なのか。

(樽病)事務局長

予算編成というのは、なかなかこれは難しいもので、いろいろなやり方がある中で、予算は一つの企業ですから、

経営努力の中で患者が今までは下降みだったけれども、過去にこれぐらいの実績があったのであれば、一つの目標数値として、この程度の外来患者数を確保したいというふうなことも加味しながら予算編成の方を進めていくと。それはなぜかといいますと、例えば 13 年度以降、外来患者数が減っている。これは確かに医療制度の 2 年ごとの改定というのは、いわゆる患者が減るような医療費負担の増もありますから、そういった傾向をたどってきているのは確かですけれども、いまいちそれ以上に減っている場合のその要因自体がはっきりわからない、つかめないという状況の中では、ひとつ実績も大事ですが、病院としては目標数値として今年度はこういうふうないわゆる外来の患者数を確保したいと、そういうふうな意味、考えも含めまして、予算編成をしているということでございます。

高橋委員

希望はわかるのですけれども、医師が減って、なおかつ患者が減って、どうして外来患者を獲得できるのかという、その根拠がよくわからないのですけれども、教えてください。

(樽病) 事務局長

医師が減ったものを加味しているのは、例えば 17 年度の予算編成、先ほど説明いたしましたけれども、今の内科医なり整形外科の減った分というのは考慮していません。時期的には間に合わなかったということで、17 年度は皮膚科の医師と眼科の医師が年度の途中で退職した分、それが先ほど説明しましたけれども、1 名ずつ確保した分はこれは復活するだろうということなので、17 年度編成しています。確かに 17 年度それを除いた分では、たしか 1 パーセントぐらいの伸びが出ていますが、それが一つの目標数値ということで 17 年度は予算編成しています。それと、それ以前については、16 年度みたいなこんな急激な年度途中の医師の退職とかというのは、これほど影響するものはなかったですから、そういったものは 16 年度の新たな傾向ということで、17 年度予算編成をしたところであります。

高橋委員

しつこいようですけれども、平成 16 年度の外来の予算 35 億 6,200 万円、それから平成 17 年度の 36 億 2,700 万円というふうになって上がっているわけです。2 パーセントぐらい上がっています。この 16 年度の当初予算に対して上がっているわけですから、そうすると、どうしても昨年度 16 年度厳しい状況を見ると、これはやはり下方修正すべきだったのではないかと私は思うのですけれども。

(樽病) 事務局長

16 年度の予算編成のときは、16 年度のこういうふうな状況はわかりませんでしたから、通常先ほど私が言いました基本的な目標というふうな意味合いも込めて、予算編成をしたということでもあります。17 年度については、16 年度の実績なり状況を踏まえた中で、先ほど申しましたように予算編成をしたと、そういうことで、その結果が今委員のおっしゃるような 16 年度より 17 年度が伸びる結果になったということでございます。

高橋委員

なかなか納得できないのですけれども、例えば入院収入、これは今回の予算案で 16 年度の予算に対して約 4 億 5,000 万円落としているわけです。外来については 6,500 万円プラスになっているということなわけです。ですから、なぜマイナスにならないのかというのが単純な疑問なのです。その点もう一回教えてください。

(樽病) 事務局長

私もちょっと今落としていましたけれども、17 年度が M R I の収益を 6,000 万円見えていますから、一つはそういったものでも予算上は増えています。

高橋委員

納得はしていませんけれども、また次にやりたいと思います。

次は、繰入金の方なのですけれども、これも先ほど議論が出ておりました。平成 13 年度からずっとだいたい 14 億円の繰入金を入れてもらっているという状況であります。全体収入が落ちているということで、繰入金のパーセ

ンテージはどんどん上がってきているということになります。17 年度の繰入金予算額、これを教えていただけますか。

( 財政 ) 財政課長

私どもの方から見れば繰出金ですけれども、13 億 778 万 8,000 円でございます。

高橋委員

それで、16 年度では 2 億円を補正いたしました。ということは、悪く考えるとプラス 2 億円という予想も考えられると思うのですが、病院としてはどういうふうにお考えですか。

( 樽病 ) 事務局長

プラス 2 億円の、ちょっとご質問の意味がわかりませんが、ただ、この予算編成時点では 13 億 778 万 8,000 円で、最終的には資金収支不足が約 6,900 万円になると。収益を一定程度予算編成上見込んで、支出はこうなりますというふうな計算の中で約 13 億 800 万円繰り入れていただければ、最終的に黒字を確保できるという予算でございます。

高橋委員

予算どおりにいけばそういう形になるということですね。それで、先ほども言いましたけれども、前年比 4 億 5,800 万円のマイナスの予算を組んでいると。単純に昨年度と同様の計算をすると収入が 4 億円足りないということになれば、単純な計算ですが、そうすると、14 億円プラス 4 億円で 18 億円という計算になるわけですが、そういう可能性はないのかどうか確認をしたいのですが。

( 樽病 ) 事務局長

先ほど古沢委員のご質問で答弁しましたけれども、現在 17 年度の収益がどうなるかというのは、非常にこの予算編成した時点より大幅に状況が変わっていますので、ただ先ほど言いましたように、これだけは言っておきたいのですが、年度途中で大変厳しい状況ですけれども、さらに医師の確保については新院長ともども努めてまいりますけれども、とにかくそういった中でも、こういった医師確保については厳しい状況です。17 年度の収益自体が非常に厳しい状況になることも考えられますので、今、委員がおっしゃったような数字になるかどうか、その辺はもうちょっと状況を見ながら、再度収支計画を練り直したいと思います。

高橋委員

財政部に聞きますけれども、起債条件である単年度黒字ということを考えれば、仮定の話ですけれども、18 億円とか 20 億円とか必要になれば出さざるを得ないということではよろしいですか。

( 財政 ) 財政課長

今の 17 年度 13 億円となりますが、16 年度決算で病院会計は 4 億円ほど資金余剰を持っておりますので、それらを考えて今小樽病院事務局長が言いましたように、この 13 億円というものが本来ですと 4 億円返してもらえますのですが、今後の収支を見て決めていかなければならないと。それと 18 年度以降については、今の健全化の中では来年度また人件費の削減率がありますので、その分というのもひとついい要素にはなるだろうと。あとは経営努力をしていただいて、何とかこれを増やさないとすることが必要かと思えます。

高橋委員

聞きたいのは、起債導入の条件で単年度黒字というのは、起債導入ができれば次の年からは単年度黒字でなくてもいいという考え方はありますか。

総務部吉川参事

当然起債をやるときに、小樽の場合は市全体の財政再建推進プランをつくって取り組まなければならないとなっておりますので、道ともいろいろ事前に話してはいますが、病院会計だけということだけではなくて、トータルとしてどうなのだろうと。それだけの起債を導入して建てて将来どういうふうになっていくのだという道筋を見

せない、事前協議もできないことになっておりますので、今の単年度収支をとっていくことはもちろんですし、44 億円のどの時点からどういうふうに償還していくのかを含めて、シミュレーションを行った上でいきますから、当然収支をとっていくということが原則になっております。

高橋委員

心配するのは、前も財務部長に聞きましたけれども、条件だから出していかなざるを得ないということで、ただ出していける状況であればいいですけども、平成 19 年、20 年になったときには恐らく無理だろうと思われれます。そうすると、多少赤字になっても仕方がないという考えでないで成り立っていないのかと私は心配をしています。その辺の考え方は財務部としてはどうなのですか。

財務部長

参事も話しましたが、道も小樽市トータルとしての財政の在り方について見た中で病院の新築というものはどうなのだということで求められているわけですけども、現行で毎年 13 億円台の繰出しをしていますけれども、問題は交付税でその分を措置されているというのは毎年 7 億から 8 億円ぐらいの幅のところなのです。それ以降、上回るものについては収支の不採算の部分を単独で入れているという格好になるわけです。ですから、新たな病院が建設されていく中で、厳しいのは最初の 5 年ぐらいが特に機器の償還、これが前にどんと来ますから、そういったものの償還の関係もあるのですけれども、同時に病院がコンパクトで非常に経営効率のいいものになっていくことによって、先ほど申し上げましたような今まで不採算として付加していった繰り出ししている部分、これがどのようにしていくかということが非常に重要な要素になりますから、この辺を見合わせていく中で、我々は最大限の努力をしていかなければならないと思えますし、また、そういう起債の償還についても国の方も交付税措置とかいろいろの形のものがございますから、そういった部分での軽減の形で現れてくることもありますので、その辺はよく見据えて、とにかく努力していきたいと思っております。

高橋委員

財政的に非常に厳しい問題で、心配するところであります。

基本構想の見直しについて

最後にもう一点、起債条件にもう一つあります基本構想、今たたき台はできていますけれども、いろいろな意見で縮小すべきだ、見直しすべきだということで見直し論が始まりました。この見直しについては、どういうやり方をしていくのかという、要するに今までのものをチャラにして全く新しいものからやるのか、せっかくなつくたたたき台から修正して形を変えていくのか、この辺の方向性をお願いしたいと思います。

総務部吉川参事

今日、冒頭に主幹からワーキンググループの報告をいたしましたけれども、基本的には昨年精査・検討を行いまして、その結果も報告いたしておりますけれども、その結果の病床数とか診療科目、それがそれでいいのかどうかという観点でのワーキングをやっております。全くさらにしてどうするかという検討ではございません。現在、一応基本構想をつくって、その精査・検討を行っているわけですから、その内容についても、医師の確保の難しさとか状況の変化もあるし、医師会をはじめ各界の方からのいろいろな意見も寄せられておりますので、その構想のとおりでいいのかどうかという観点での見直しを今行っております。

高橋委員

そうしますと、大幅に変えるというふうには聞こえなかったのですけれども、今のあるものを多少修正して終わりという、そういうニュアンスですか。

総務部吉川参事

まず、ワーキンググループも 3 回行っておりますけれども、その中でいろいろな資料を出してほしいとか、そういう段階ですので、その結果どういう形になるのか、今のところは示せるものはありませんけれども、基本的には

先ほど言ったように、493 床、21 診療科をどうなのかということでやっておりますので、全く新たな構想ということではございません。

高橋委員

そうしますと、その起債の打合せのときには、今の基本構想の修正版で打合せをするということによろしいですか。

総務部吉川参事

今、ワーキンググループでやっているのは、診療科目と病床数を中心にやっております。そのほかに、先ほどの救急医療体制検討委員会でもやっておりますし、あと個別に周産期医療だとか歯科口腔とか、そういう中で協議しているのもありますので、そういうものを全部集約した形で、最終的な基本構想をその後つくっていくと、固めていくというような作業になっております。

高橋委員

これは作業的にはいつまでに修正版の作成完了を考えていますか。

総務部吉川参事

今の見直しの状況、その内容によると思っておりますけれども、ワーキングの方はおおむね 6 月いっぱい、若干ずれるかもしれませんが、報告をまとめたいと思っておりますし、救急医療体制検討委員会の方もまた最終答申が 7 月か、そのぐらいに出てくるのではないかと、そういうこともありますので、あとそれから医師会等の協議も行っていかなければならないと思っておりますから、それでいつごろまでに固まるかということになりますので、今いつまでにとすることは期限を決めておりませんが、なるべく早い段階で固めていきたいと思っております。

高橋委員

起債の打合せですけれども、前に伺いましたら、何回かされているという話を聞きましたけれども、そのめどとして、それは年内に何回かまた打合せをされるのか、来年度にまたがってしまうのか、その辺の時期といいますが、スケジュールを確認したいのですけれども。

総務部吉川参事

事前協議ですね。その時期はまだ固まっていません。というのは、もちろんまず市としてきちんと病院を建てるのだということの意思決定がいるわけですから、まず土地が決まっていなければなりませんし、最終的な基本構想ができていなければならない。それと先ほど言いましたけれども、財政再建推進プランとの絡みもありますので、全体としてのシミュレーション、それをどういうふうにしていくのかというのを示していかなければなりませんので、その辺の進みぐあいというのでしょうか、それによってやっていきたいと思っております。

委員長

公明党の質疑を終結し、民主党・市民連合に移します。

-----  
斎藤（博）委員

今日は資料を提出していただきましたので、まずそれに沿って何点か尋ねたいと思います。

入院患者の状況について

最初に、入院期間の部分について聞きたいと思います。

両病院の入院患者の、4 月 30 日現在になりますけれども、6 か月未満、6 か月以上 1 年未満、1 年以上 2 年未満、2 年以上ということで両病院でつくっていただいております。まず、小樽病院でいいますと、この状況について説明いただきたい。これはどういう状況を表しているのかということをお教えもらいたいと思います。

それから、第二病院に関しましては、一般科と精神科に分けた説明でお願いしたいと思います。

(樽病) 医事課長

4 月 30 日現在で小樽病院の入院患者数総数 309 人、そのうち 6 か月未満が 293 人、6 か月以上 1 年未満が 9 人、1 年以上 2 年未満が 4 人、2 年以上を超えている方が 3 人入院しているという状況でございます。

(二病) 事務局次長

第二病院はトータルで 244 人ですが、そのうち精神科の入院患者数が 144 人です。それで、精神科以外の方で 6 か月以上、そして 2 年未満の患者が合わせまして 10 人いらっしゃいます。それから、あと精神科の方につきましては 6 か月以上の入院患者数が 99 人という形になっております。

斎藤(博)委員

それぞれ患者の様態ですから一概には言えないと思うのですが、小樽病院の内科で 16 人、それから第二病院でいいますと内科 3 人、心臓血管外科 1 人、それから脳神経外科 6 人、これいわゆる一般病棟で 6 か月を超えている患者がいらっしゃるわけなのですけれども、この辺のわけとといいますか、原因なり背景なりわかる範囲で教えていただきたいと思えます。

(樽病) 医事課長

小樽病院は 4 月 30 日現在 6 か月以上の患者が 16 人ということで報告したのですが、今現在そのうちの 4 人はもう既に退院しております。残り 12 人なのですけれども、そのうちの 4 人が血液疾患、3 人が肺炎の繰返しによる呼吸管理、それから 1 人が人工呼吸器装着、もう 1 人が末期がん、2 人が感染症でそれぞれ治療を要する患者でございます。残る 1 人は、現在、じょくそうが完治しましたら退院可能ということで押さえております。そういうような治療経過となっています。

(二病) 事務局次長

第二病院ですが、4 月 30 日、まず一般科の方です。こちらの方 10 人のうち転院待ちの患者が 3 人、それから転院先未定が 4 人、それから社会的入院が 1 人、治療を要する患者が 2 人ということになります。背景としましては、急性期治療が終了した後の後方病院の病床数が不足しているということが挙げられます。また、精神科の方なのですが、精神科の場合 2 年以上 58 人という患者がいらっしゃいます。病状により長期入院治療を要する方、また家庭の諸事情によって家庭に戻れない。例えば家族が高齢であるとか、家族の方がもう亡くなっているとか、そういう理由です。それからあと、長期入院により社会生活に適應することが困難になっている方、それからまた、一般病棟と同じように本当は家族の協力があればその患者に適した施設、そういったのがあれば退院可能な患者、この場合はあきがなくて待機しているという形になります。

斎藤(博)委員

今、それぞれ話していただいた 6 か月を超える患者のいる状態の原因なのなのですが、これはだいたいこういう数で推移していると理解していいですか。長いスパンで、5 年、10 年の単位で見ても、だいたい多少の動きはあってもこのような感じなのか、それとも少しずつ増えてきていることなのかどうかというあたりはどうなのでしょう。

(樽病) 医事課長

小樽病院につきましては、そういう今言ったように長い統計等をとってございませんけれども、ある程度このような形というか、総入院数に対する割合、比率といいますか、それはだいたいこの程度で推移しているのではないかと考えております。

(二病) 事務局次長

第二病院につきましても、数の動きはありますけれども、おおむねこの程度の人数の方々が長期間入院されているとふうに判断しております。

齋藤（博）委員

もうちょっと細かく聞きたいと思います。

精神科で例えば 2 年以上入院している方が 58 人いるというデータが出ているわけなのですが、これは詰所ごとの数というのは教えてもらえるのか。

（二病）事務局次長

1 の 1 病棟が 18 人、2 の 1 病棟が 20 人、4 の 1 病棟が 20 人でございます。

齋藤（博）委員

1 の 1、2 の 1、4 の 1 と表現されていますけれども、状態で見たらどういうふうに分かれているのでしょうか。

（二病）事務局次長

4 の 1 病棟が閉鎖病棟ということになっております。

齋藤（博）委員

今の両病院の状態では半年を超えている方が 120 人以上に達すると、120 何人ぐらいいるという状態だと思っているわけで、今、両病院合わせますと、ベッド数でいうと 890 床前後で許可数なりを持っていますし、実際動かしているベッド数も 760 床程度持っているのではないかと理解しています。そういう中で 553 人の方が入院していて、そのうち 6 か月を超えている方が常に 120 人前後いるのだと。だいたい大きなくくりとしてはそういうふうに理解してよろしいでしょうか。

（樽病）医事課長

そういうことでございます。

（二病）事務局次長

第二病院もおおむねそのようにご理解いただいて構わないと思います。

齋藤（博）委員

それで、新しい病院をつくるという議論の中で、両病院を足して予定されているベッド数は 493 床と聞いているわけであります。精神科だけでいいますと 100 床と限定しているわけで、そういうふうに考えていくと、例えば精神科だけに限定していても、今 144 人いる方、新しい病院では精神科 100 人にするとしているわけですが、44 人の方がベッドがなくなる状態です。また、そのほかを除いても、一般科においても 20 人前後の方が常に入院している状態にいるわけです。それを 390 ぐらいのベッドの中で吸収していこうと考えているわけなのですが、この辺の今の状態と、新しい病院をつくったときのベッド数との整合性というのか、そういったことについてどのような考え方をしているのかを教えてくださいたいと思います。

（樽病）医事課長

当然、新病院も現在もそうなのですが、急性期病院としまして在院日数の短縮に向けまして、小樽病院ではクリティカルパスの導入を全診療科で作成中であります。また、医療相談員による長期入院患者の転院先の確保等にも現在鋭意努めているところでございます。今後、新病院に向けて地域連携の推進や病床管理、ベッド管理といたしますが、この辺を徹底することによって病床回転率の向上を目指してまいりたいと考えています。ただ、先ほど答弁しましたとおり、長期入院患者の実態といたしますが、血液疾患とか進行がんとか、要はあとは全身管理を必要とするそういう総合的、包括的な医療を必要とする患者がやはりいるわけで、これらは市立病院としての使命というふうにも考えるわけでございまして、なかなか難しい課題でもあるわけなのですが、急性期病院としての機能と市立病院の役割を損なうことなく、あくまで病床の効率的な利用を図っていきたいと考えています。

齋藤（博）委員

基本的にはそれでいいと思うのです。ただ、例えば両病院で 6 か月以上の方は 125 人ぐらいいるわけなのですが、このうち先ほど説明されておりますように、治療が長引いているとか、予想以上のことが起きていて退

院できないでいらっしゃるということについて、どうこう言っているというわけではないのだと、端的に言うと。やはり小樽病院も第二病院も地域の公的な病院の一つの役割みたい部分で、先ほど来も触れているような治療とは別に、直接治療とかかわっていない部分の患者がいらっしゃるのではないかと思うわけですが、その人方については退院していくというよりは、転院していくという方法でしか問題の解決というのか、前進を図れないと思うわけです。一方、去年来私どもいろいろ話をさせてもらっている小樽脳神経外科がつぶれた場合の入院患者の処遇を見たときに、ほとんど小樽市内でなかなか吸収できないで、札幌を中心に転院していったという流れになっています。その転院に関して家族なりが大変苦労したという話を聞かされているわけなのです。そういったことを考えると、新しい病院をつくるということは、何だかんだ言いながら、30年来小樽病院なり第二病院に抱えていたということとちょっと言い方が変わりますが、そうした人方がほかの病院に移ってもらわない限り、新しいベッドの確保ができないという現状を解決できないのではないかと思うのです。

一方で繰り返しますけれども、その受皿がうまくいくのかと。端的に言って、そんなにこの人方が引く手あまたでお願いしますよという、ずっとほかの病院が手を差し伸べてくれるような状況にあるのかと、その辺について教えてください。

(樽病) 医事課長

なかなか小樽の受入先という問題で、それはたぶん小樽の場合、特に高齢者が多いという一つの顕著な例もありますけれども、介護施設なり療養型病床といいますが、その辺の少なさというのは全国的に少ないのか多いのかという、小樽に関してその辺私どもはつかんでおりませんが、ただ小樽病院からの転院先として、今も医療相談員に伺いましたら、7割はやはり小樽市内のどこかに転院先を探していると。そして、札幌であっても手稲ぐらまでだと。中には、実家がある札幌以外というのがありますけれども、だいたい小樽周辺、手稲といっても小樽周辺でございますので、小樽という一つのくくり、小樽ではございませんけれども、その辺のくくり的に考えますと、近郊という形の転院先はあるのかと。ただ、その時期といいますが、待機の期間が今日から1週間以内、2週間以内というふうにはまだスムーズには進んでいなくて、やはり3か月待ちというのは現実でございます。

斎藤(博)委員

この項の最後ですけれども、結論的に言うと、新しい病院をつくったときには、昔から入院されている方を新しい病院に吸収していくというのではなくて、端的に言うと、新しい病院のベッド数を確保するためには、そういう方については小樽病院から出ていってもらおうと、そういう考え方で進めていくのだということによろしいですね。

(樽病) 医事課長

例えば小樽病院の今いる患者といいますが、6か月以上いる患者については、これは長期にいるからほかの病院に移せるのではなくて、小樽病院として全身管理をしなければいけない患者というふうなとらえ方でございますので、ですから新しい病院にいるから、この人たちは長いから出さなければいけないというふうな患者としてとらえてはいけません。やはり小樽病院として持っている機能の中で、こういう全身管理をしなければいけない患者はひとつ抱えていかなければならない。ただ、そこに病床数が少なくなっていくからどうするのだという一つの矛盾してきた部分はございますけれども、治療が必要なものは短かるうが長かるうが、その病院でしか治療ができないというふうになると、治療していかなければいけないというのは病院としての使命かというふうには思います。

(樽病) 事務局長

現実問題として、当然起こりえると思います。私は開院前でもそういうふうな対応をしていかなければならない、いわゆる3年ぐらい計画的に新病院に移行するまでにダウンサイジングのベッドに合わせた計画的な対応というのは必要だと思っています。

それと、今、委員がおっしゃったように、現実的に私はそれは起こると思います。いわゆる社会的入院と言われる人が全くゼロになるということは私はないと思っていますから、新しい小樽病院でもそういうことは起こると思

います。ただ、それは現実的に急性期病院だからといって、むげにもう出てくださいとか、それは私ははっきり言ってできないと思います。それはその時々にも適宜判断していかなければならないと思っていますし、このころになりますと、後方支援の施設・病院等はどのようになっているかというふうな問題もありますし、先ほど言いましたように、地域連携室を立ち上げた中では、その辺の積極的な後方支援施設を確保すると、探すということも積極的に行うと、こういったことで対応していかなければならないと思っています。

斎藤（博）委員

これは要望というか、これからの話ですから、まだまだ時間がかかると思います。今後、新しい病院をつくる過程の中で一つの大きな問題として、現在入院していて、おっしゃっている意味、繰り返しませんけれども、治療が必要でいる人を出せとかと言っているわけではなくて、行くところがないのだという部分で、長い間いる方について新しい病院ができることになったので、あなた出ていってもらえないかという話をしなければならぬという話ですから、それであれば十分に受皿の選定なり、本人の意向なり含めて配慮した取組が必要でないかと思うので、十分よろしくお願ひしたいということで、この部分は終わります。

第二病院の病床管理について

次に、もう一つ資料をお願いしております。第二病院の 3 の 2 病棟の入院患者の診療科別の資料をいただいているところでもあります。まず、この資料について説明願ひます。

（二病）事務局次長

3 の 2 病棟ですが、混合病棟になってございまして、内科、循環器科、心臓血管外科、外科、脳神経外科の患者が入っています。1 日当たりの平均患者数につきましては下段にありますとおり、内科が約 15 人、循環器科 1 人ないし 2 人、心臓血管外科が約 3 人、外科の方、これは人工透析になりますけれども、この患者が 1 人ないし 2 人、脳神経外科が約 12 人ということになってございまして。

斎藤（博）委員

これは、たまたまこういうふうに 1 年間を区切ってもらっていますので、だいたいこういう推移ということで理解してよろしいですか。

（二病）事務局次長

そのように考えていただいて構わないと思います。

斎藤（博）委員

第二病院の 3 の 2 の詰所のもともとのつくりというのは、内科の単科病棟だったと理解しているわけなのですが、今こういうふうな 5 科がそれぞれ利用しているような状況になっているのですけれども、こういうふうになってきた経過について話していただきたいと思います。

（二病）事務局長

以前 50 床あった内科なのですが、これの 35 床が内科、あとの 15 床が神経内科で使っていた経過がございまして。その時点で内科の患者が大変少ないということで、何とか病床の効率をよくしようということで混合病棟に変更していった、そういった経過がございまして。

斎藤（博）委員

内科の病棟ですから内科は別にして、それぞれ循環器科とか心臓血管外科、外科、脳神経外科というふうな、ほぼ毎日のように入院していらっしゃるわけなのですが、状態としてこの 3 階の病棟に処置されている方の状態というのはどういうふうな理解したらいいですか。

（二病）事務局次長

内科以外の患者の病状ですけれども、3 の 2 病棟にいらっしゃる患者は急性期の治療が終了しまして、病状が比較的安定した患者ということで考えてございまして。

斎藤（博）委員

具体的にもう少しわかりやすく、どういう状態のことを言っているのか。例えば 4 階なり 2 階に入院している方との違いとか線引きがあるのであれば、教えていただきたいと思います。

（二病）事務局次長

具体的に言いますと、基本的には日常生活動作、例えば食事とかトイレとかが自分でできる患者ということで基本的には考えてございます。

斎藤（博）委員

それは内科以外すべてについてそういう考え方だと理解してよろしいでしょうか。

（二病）事務局次長

はい、そのとおりでございます。

斎藤（博）委員

この状態で、平均すると 32.7 ですから、33 人程度の方が平均して入院している。多いときもあるし少ないときもあるだろうと思いますが、例えば深夜とかという時間帯になったときに、何人の看護師で見ていらっしゃいますか。

（二病）総看護師長

2 人で勤務しております。

斎藤（博）委員

循環器科というのが 1.5 人とか、年間でいうと 549 人ということで、今日そういった資料を出していただいたのですけれども、循環器科ができたのは去年の 4 月 1 日だったと理解しているのですけれども、それは初めからこういうふうに 3 の 2 病棟に入院させるという設定でつくられたのですか。

（二病）事務局長

循環器科は 16 年 4 月から新設いたしました。それで、この循環器科の部分は従来心臓血管外科で対応していた部分でございますので、その延長というような形、その心臓血管外科の枠の中で考えております。基本的には、4 の 2 の心臓血管の病棟が該当するわけですけれども、その中で先ほど言いました病状の安定した慢性期といいますが、日常動作のできる方という人が 1 人が 2 人を 3 の 2 病棟で見てもらう形になっております。

斎藤（博）委員

一つ聞きたいのは、先ほどの入院患者の期間別の表で、第二病院でいうと心臓血管外科、6 か月未満が 30 人とか脳神経外科が 48 人、それぞれの病床数からするとほぼフルの状態ではないかと思うのですけれども、先ほどの説明では 3 の 2 病棟がいているからという、ベッドの活用というようなことでおっしゃっているのですけれども、逆に言うと、2 の 2 なり 4 の 2 病棟のベッドが需要に対して足りないということを意味しているのですか。

（二病）事務局長

決してそうではありませんで、4 の 2 病棟も 2 の 2 病棟も満床でない状態であっても、その個人の病状に合わせて軽減の方は 3 の 2 病棟を利用しているということでございます。

斎藤（博）委員

例えば状態として先ほど自分で何とかできる方というような、例えば呼吸器をつけて呼吸器を管理しなければならぬような患者というのは、3 階にはいらっしやらないと理解してよろしいですか。

（二病）総看護師長

そうです。心臓外科とか脳外科の患者が 3 の 2 病棟に移られるときは呼吸器をつける患者は入りません。ただ、内科の患者がまれに人工呼吸器をつけるような状態になるとときもありますので、そのときはついて 3 の 2 病棟で見ることあります。それはあくまでも内科の患者ということでございます。

齋藤（博）委員

もう一度聞きますけれども、要するに内科も状態が悪くなって人工呼吸器をつけなければならないようなこと、それはそれでありうると思うのですけれども、私が心配しているのは、局長も違うとおっしゃっているから違うという返事しかないかもしれませんが、要は4の2なり3の2病棟の状態がオーバーフローしたときに、呼吸器とかいろいろなモニターをつけた患者が押し出されてきている現状はないのですかということ、もう一度聞きます。

（二病）事務局長

繰り返しになりますけれども、そういう実態はないです。

齋藤（博）委員

この項の最後に尋ねたいと思います。

混合病棟の医療事故の危険性について

これは小樽病院の総看護師長にも尋ねたいと思うのですけれども、第二病院の場合でいいますと、この3の2の病棟というのは、すごく俗的に言うと混合が拡大してきている。診療科目的で言うと、例えば内科が内科と神経内科になって、脳外が入ってきて、胸部が入ってきて、循環器が入ってきているというような形で、最初からそうではなくて、結果としてこういうふうに診療科目が拡大していっていると理解しているわけなのですけれども、それはそういうことでよろしいですね。事実としては。

それで尋ねたいのは、2人で夜勤しているのだというようなことです。内科の患者で本来の自分のところという言い方はないと思うのですけれども、内科の患者が人工呼吸器をつけて管理下に置かなければならないという、看護師というのはそこに集中した注意を払わなければならないと思うわけなのですけれども、残りの30数人の方を真夜中一人で看護師が見ている状態がかいま見られるのではないかと。毎日というわけではなくて、かいま見られるのではないかと。夜中何かあったりしたときに、例えば夜、普通の勤務時間が終わってから、例えば心臓外科の患者が2階から3階に上がってくるとか、胸部の患者が4階から2階におりてくる、そういったことというのは、状態うんぬんからいうと考えにくい部分があるのですけれども、現実の問題としてはどうなのでしょう。

（二病）総看護師長

最初に、内科の患者が先ほどちょっと人工呼吸器をつけることがありますと言ったのですけれども、今、委員の質問の中にありましたけれども、呼吸器をつけると、やはり看護の援助というか、処置は多くなってきますので、2人夜勤では大変な状況も起きてきますので、そのときは脳外科とか心臓外科の医師、病棟とかと連絡をとりまして、一時的に3の2病棟の看護師の業務量が増えたときは見ていただくという対応もっております。

それと今言いましたように、夜とか緊急時に混合病棟にするとときに幾つか取決めというか、業務が煩雑にならないようないろいろなシステムというか、そういうものを検討しましたので、その中で基本的に看護師の数の少ない夜とかというのは、4階から3階におりてきたり、2階から3階に上がるということはしないようにそれぞれの取決めというのはされております。

齋藤（博）委員

基本的には了解しました。基本的にですけれども、やはり心臓血管なり脳外科の方が大変な患者が来たりして2階が埋まっています、4階が埋まっていますとなったときに、現場を維持する立場の医師なり看護師としては、満員ですと言わないで何らかの努力をしているのではないかと私は理解しているのです。そういう意味では、夜中にそういう人方、次に来る方を入れるために患者が夜中に動いていると、そういったような実態が基本的にありえないという言葉と同時に、必要に応じてはせざるを得ない実態も第二病院の中にはあるのではないかと私は理解しています。

それで聞きたいのですけれども、何を言いたいかということ、最後に聞きたかったのは医療事故うんぬんと、起き

ているうんぬんではなくて、こういうもともと内科だというふうにつくられた病棟に、5種類もの診療科目の患者が入院していて、医師は内科の医師だ、脳外科の医師だということですから、自分の患者というのは断片的に診られるわけなのですけれども、夜中泊まっている看護師から見ると、5人以上だと思うのですけれども、複数のそれも1人2人ではなくて、たくさんの医師を主治医とする患者が一つのフロアにごちゃっという状態なわけで、非常に医療事故にもつながりかねない不安定な状態ではないかというふうには私は感じるわけなのですけれども、その辺について第二病院の立場とそれからこの部分については小樽病院も混合病棟を持っていますので、その辺の混合病棟の医療事故の部分なりの危険性について、看護の側から考え方を聞かせていただきたいと思います。

(二病) 総看護師長

治療は異なりまして、基本的に私たちが行う看護、患者の回復のための援助という処置・観察というものは大きくは変わらないとらえております。混合病棟にするに当たりましては、業務が煩雑になるということは、事前に十分検討し、分析し、医師とも話し合いました、例えば指示受けのシステムを一本化するなどいろいろと考えて対応してきましたので、今、委員がおっしゃったように業務が煩雑にならない、ミスが起きないように、あと業務量が増えないようにという対応は考えて工夫してやっているつもりであります。

(樽病) 総看護師長

基本的には、今、第二病院の総看護師長が答弁したのとほぼ同じですけれども、やはり指示受けとか混乱しないような工夫をするということと、一時的にも人手を時間的に少し多くしていくとかそういう方法を考えて安全を図るようにしております。

斎藤(博) 委員

この項最後ですけれども、今の話からすると、どこの病棟でもそうなのでしょうけれども、混合の診療科目の増減と申しますか、工夫の限界と言ってもいいと思うのですけれども、おっしゃることを了解していても、では17科目何でもいいのかとか、今度新しい病棟は21科目ありますから何でもいいのかと申したら、別に詰所をつくる必要がなくて、右から順番に埋めていけばいいのかという話になってくるわけなのですけれども、そうはならないと思います。そういう意味では、看護の立場で、原則論はそれでいいのですけれども、こういう混合病棟をつくっていくときの看護する側としての限界というのがあるのかないのか。もう実際5科目まで来ているわけなのですけれども、あるのかないのか、あるとしたらどの辺までが看護師が働くという中で、工夫なり努力で吸収できるのはどこまでなのかというあたりがあったら教えていただきたいと思います。

(樽病) 総看護師長

限界というものはないと思います。あと患者の状態、病態とか、それから先ほど言っていた日常生活動作とか、もろもろの条件をかみ合わせた上で、診療科あるいは患者の状態とかと組み合わせた上で考えなくてはいけないので、診療科をどこどこの科をくっつけたらいいとか、どれだったらできるとか、それからどういう患者の範囲だったら可能とか、何科ならできるかというあたりの工夫というのは、今すぐ答えはできかねます。無理かというふうには思います。

(二病) 総看護師長

何科まで混合が可能かということだと思うのですけれども、看護師が責任を持って患者を看護、ケアするという視点から考えますと、今、小樽病院の総看護師長も言いましたとおり、具体的な科を挙げるのは、今言ったような時点では非常に難しいかとらえております。今、樽病総看護師長も言いましたように、私たちの看護のケアの密度、量が増すのは科が増えることよりも患者の病状、状態によりまして増すということが大きいものですから、科というのは、先ほど言いました17科というのは、それはもう明らかに無理だと思いますけれども、例えば単科や2科の病棟で重症な患者が多くいる科よりも、五、六科の混合で先ほどから出ています軽症で観察密度が少ない患者がいる病棟の看護の密度というのは低いのかとらえておりますので、一概に数字を出すのは、混合病棟というの

はご存じのようにいろいろな病院で行われておりますけれども、その科の上限とか限界とかという研究の文献等々というのは、今私が知る限りでは見ておりませんので、自治体病院の看護部長会議とかありますので、そこら辺でももし話があれば情報が得られるかと思っております。

斎藤（博）委員

救急医療体制検討委員会の中間報告について

それでは、次にまた質問を変えたいと思います。

今日報告いただいております新しい条件の救急医療体制の構築についての中間答申について何点が聞きたいと思っております。

まず、この資料に基づいて具体的なことを教えてもらいたいと思います。

まず最初に、3 ページであります。1 次救急の基本的体制ということで3 ページの上段3 行目、「今後、公的病院等の勤務医も協力することが求められている」と書かれているわけなのですが、これは具体的にどういうことを言っているのかというのを教えてもらいたいと思います。

保健所次長

公的病院の勤務医ということですが、現在まで夜間というのは二つの体制になっています。7 時から9 時の体制と9 時から朝の体制ですが、7 時から9 時の体制というのは、だいたい開業医の方が順番に当番で内科系と外科系に分かれてやっています。それから、9 時から朝までの状況というのは、大学の医局なのですが、外科についてはほとんど大学の医局でございます。内科は医局とそれから特定の医師が頼まれている部分と二つの状況になっていて、公的病院というのはたしかわずかに外科の部分で入っている人もいますけれども、従来はその部分というのは、どちらかというどうしようもない部分でやっていたということです。でも、内科については今患者数が多いものですから、なかなか大学の方も休まる時間がないというか、来る若い医師もなかなか大変だということで、そういう特定の経験のある方が来ているのですけれども、その人材も得られない状況になっているものですから、開業医の公的病院といいますか、勤務医の医師もできれば出て、何とか不足している部分を埋めてもらいたいと、こういう考え方の下にこの答申の中身が言われている状況です。

斎藤（博）委員

今、この公的病院等の勤務医というのは、小樽病院の内科の医師と読み替えていいのでしょうか。

保健所次長

必ずしもそうではありませんけれども、当然両方の病院の医師も協力してほしいということです。

斎藤（博）委員

次に、後ほど聞きたいと思っているのが、この委員会の性格づけの部分で議論させていただきたいと思っているのですが、この中で例えば3 ページのもう少し下に内科、外科、整形外科の2 次救急の輪番制について、「今後、公的医療機関等院長会議にその検討と調整を依頼する」と書いているわけなのですが、これはいったい何を言っていることなのかというのを教えていただきたいと思っております。

保健所次長

これは市長の諮問を受けた委員会としては、最終的な決定はまだできていないわけですが、ただ、現実にはできない議論をしても仕方がないものですから、できる議論でそうしたらどこでこういうことを議論するのだということになるのですけれども、従来はなかったのですけれども、現在の所長が来ましてから、保健所も公的な医療機関ということで、小樽病院、第二病院、それから協会病院、掖済会病院、済生会小樽病院、もう一つ今、西小樽病院も入っていますけれども、この病院の院長とそれから事務局長が定期的に会合を開いております。その中で輪番制とか、この議論をやると。従来それができなかったのは、私どもの方も救急というのは医師会に任せているというか、できないから医師会に任せているのですけれども、丸投げのような形で医師会に頼んでいるのですけれども、やはり

この公的な病院の援助がなければなかなか小樽市内全体の救急というのを確立することは難しいという状況なものですから、こういう会を定期的につくったものですから、この中で各病院長に協力してもらおうということの中身でございます。

保健所長

今の話なのですけれども、もうちょっとわかりやすくはっきり言いますと、後でたぶん委員が質問になると思うのですけれども、この委員会の性格は何だということなのですけれども、これは各病院の代表ではなくて、あくまでも市内から選んだ 13 人、それがたまたま組織から割り振りて来ているのですけれども、それがどうしても議論をしていく過程で、各病院の思惑とかいろいろな問題が出てくるのです。それで、いや自分は断れないとか、そういう問題に当然なるわけで、それで一応委員会で決まったことを各病院長が集まるこの会議で話してもらって、各病院長から下にそういう権限でもって考えていただくということで、公的病院長会議で調整するという手法にしてあります。

斎藤（博）委員

同じようなことを聞いて恐縮なのですけれども、4 ページの検討機関の役割分担ということなのですけれども、その中で「本委員会での検討事項は救急体制の構築の方向性を示すことにあり、具体的な実施項目の調整は医師会の救急担当理事及び公的病院等の代表者にゆだねるものとする」と書いてあるのですが、ここの部分をもう一度説明願います。

保健所次長

先ほど言いましたように、この委員会の中での決定というのは、各病院の救急についてはエキスパートで現場を十分知っている医師に来ていただいていますけれども、これは必ずしも院長とか、その各病院の責任ある方ではございませんので、そういうのはやはり責任あるところでないとだめなものですから、今、その公的病院長に事務的な部分も局長に出てもらっているものですから、その中であれば決まるだろうという考えなものですから、それはそれに任すと。それから、開業医も当然かかわっているところですし、1 次は必ずしも夜は該当がございませんので、昼間との関係は在宅当番とかということで当番制をとっていますので、こちら辺は当然開業医の問題がありますので、これは医師会の方から出してもらう。その中で今医師会の担当理事というのが、救急部会がありまして、その責任を持っている医師がいますので、その医師との話し合いがやはり必要だろうと。これはもうこの医師が実際には今までの小樽の救急というのを構築してきたわけですから、この人たちに話をうちの方から持って行って検討してもらおうと、こういうことでございます。

斎藤（博）委員

先ほど保健所長の方から質問の趣旨について答弁していただいたので、その部分は繰り返しません。私が聞きたかったのは、こういうつくりをしながら作業をしていくときに、送り出されていっている小樽病院とか第二病院の医師たちというのは、どういう立場で行っているのだろうかとか、どういう権限を持たされて行っているのだろうかとか。逆に出されてくる答申に対して、どういう責任を持たされているのかとか。好きなだけやっついという話で、あとは知らないというふうに送り出されているものなのか。あなたに全権委任して行っついと、それでつくった後は必ずフォローするからと、そういった思いで行かされているのかと思ひまして、それはそこで大変だと思ひましたし、そんなことが可能かどうかという部分も非常にわかりにくかったというか、理解しにくかったので順番に聞いていこうかと思ひました。

ただ、今の説明を聞いてわかったのは、こういう形で検討委員会をつくったのですけれども、検討委員会の医師として、ここにある 10 数人のメンバーのほかこれの作業部会というよりも、ここで処理しきれなかったものについて、最終的な考え方をまとめる二つのグループがあるのだということに理解してよろしいですね。あくまで説明がそういうふうになっていると思うのです。

保健所長

それはちょっと違います。あくまでも委員会は市長への答申書をつくるのですけれども、ただ実際に答申の中身を、では実行に移すにはどうしたらいいかという問題があるので、その実行に移す場合は先ほど次長が説明した、そういったものが必要でないかと。そういったところで実際に具体的な調整が必要だろうということで、委員会としてはそこまで決定していくつもりはないです。あくまでも一つの方針として、そういったものが必要で、そこで検討してもらいたいという、そういう答申案だと思います。あくまでも諮問委員会ですから、具体的な作業部会にはならないと考えております。

斎藤（博）委員

いや、私が心配しているのは、例えば先ほど聞いた公的医療機関等の院長会議にもんでもらった内容を答申としてはここで吸収していきたいと言っていますし、後の部分でいうと、医師会の救急担当理事及び公的病院の代表の方がつくったものを一生懸命議論して、ここでもってまとめているのがここだということなのですから、そういう構造をとって行ってできてきたものというのは、取扱いの部分で聞きたいのですけれども、やはり小樽市の方でお願いしてつくった委員会が、さらにその委員会ではなかなか結論を出しきれないという部分で、病院の責任者なり、医師会の責任者に入ってもらった形でもって内容を豊富化したものをつくって出てくるというふうになっていると思うから、そのこの重みというのは決定的ではないかというふうに理解しているわけなのですけれども、この辺このような理解でよろしいのでしょうか。

小樽病院長職務代理者

我々のところから 4 人が実は出ているのですけれども、それに関しては私が副院長のときに 1 人ずつ話しました。それで、その前段階の院長・副院長会議で見直しを、救急をなぜつくったのかということと話して、そしてその専門家ですので、内科と整形と小児科と麻酔科、ICU が出ていますけれども、そういう人たちが今抱えている小樽病院の救急の問題というのは何かということと一緒に検討しました。それで、結局ですけれども、今の小樽病院であれば、だいたい都市で見れば 10 万都市であると 100 人ぐらい 1 次救急が来るのです。その中で入院が必要な 2 次救急が 10 人ぐらい。そして、蘇生が必要なのは、1 日ですと、1 人ないし 2 人ぐらいということになります。そう見ていきますと、小樽もそうなのですが、日本では外国と比べてだいたい 3 次救急の蘇生の必要な患者が、社会復帰できる率というのは 10 分の 1 ぐらいだそうです。小樽も恐らくそうだろうと思います。日本全国そうです。そういうふうな形であるのはまずいのではないだろうかという、そういう発想なのです。ですから、そこにおいて彼らに任じたことは、要するにそういうふうな考え方に立って、しっかりシステムをつくってほしいと。それに関してフォローは我々がしますというふうな形で出しております。ですから、当然彼らのやった結果というのは、私は尊重しますし、新しい病院になってから救急をやるとかそういうことはありません。今から救急をやっておかないと、新しい病院になって救急なんて成り立つわけがないのですから、そういうふうな形で送り出しています。ですから、尊重します。そういうことです。

第二病院長

この委員会をつくるに当たって、市長から委嘱されるということで推薦してほしいと、こういうことだったものですから、現場の救急に実際に当たっている医師を推薦させていただきました。それから、公的病院の病院長会議というのは、その救急のことが起こるだいぶ前からそういう懇談会があったわけで、その中でいろいろな救急も一つの問題、それからおとし、新型肺炎が流行したときに、それにどうやって小樽市では取り組むかと、いろいろな問題をその都度公的病院の院長会議では持ち出されておりました。救急の問題もその一つのテーマかとはとらえております。

斎藤（博）委員

最後に、市長に聞きたいと思います。今、ずっと、中間答申のこの委員会についての性格づけの部分とか、特に

私が思うには、今までの準備室とか両病院の作業とかと違って、ここにも書いてありますように、医師会と基本構想をめぐって意見の相違があったと。そういった状況を踏まえて、医師会に入ってもらって、さらにはその市内の公的な病院の代表の方にも入ってもらって委員会をつくって作業をしていくと。その意味合いと従来の院内なり役所の中でやっているときとはちょっと違うというふうに思います。

特に、その委員会の中で、今日明らかにされているのは、さらに公的病院等の院長会議なり、医師会の救急医療等責任ある部分が、提言をさらに異なる委員会に出してくると、そういった行動になってくるということも明らかかなことですから、そうして考えたときに、予測ですけれども、この委員会が出してくるであろう新しい病院の救急体制の在り方の部分に対する考え方と、もう一つあるのは、それまでに至る明日とは言わないけれども、新しい病院ではなくて現状に対する処方ということも触れているわけなのです。今の状態を何とかしていただきたいと、この部分というのは多分に両病院の今の状態に対して、大きな影響があるのではないかというふうにも私は危ぐというか、考えられるものですから、この委員会が7月ぐらいに出してくるであろうこの報告書に対する取扱いについて、最後でいいですけれども、市長として、私は、縛りなり、非常に重たいものとして受け止めざるを得ないのではないかと、そういう状況なり、そういうつくりになっているということが結果として明らかになっていっているのではないかと、私は思うものですから、こちら辺についての市長の考え方を聞かせていただきたいと思えます。

市長

この委員会を立ち上げた理由といたしますか、目的ですけれども、基本構想で小樽市の救急問題を取上げて 365 日 24 時間、市立小樽病院が新しい病院になりますというのが出まして、果たして現状からいって可能なのですかといういろいろな疑問が呈されました。したがって、もう一度原点に返って、小樽市の救急体制は、ではどこがやるのだということでよく調べましたら、保健所が担当なのです。それでもう一回、構想は構想としておいて、小樽市の救急医療体制をどう構築していくかということで、それぞれメンバーを出していただいて検討委員会で検討してもらったということでございます。

あと1次救急は先ほど話しましたように、現在の夜間急病センターが中心にやりましょうと。2次救急をどうするかといったときに、四つなり五つの公的病院がありますけれども、それぞれ事情があって診療科も違うということの中で、ではどこの病院がどこまで協力できるのかと。例えば病院の輪番制の問題にしても、この病院にはこの科はあるけれどもこの科はないとか、では科の輪番制とかといろいろと問題があるものですから、それは公的病院の院長の中で調整したらどうでしょうかというのが、この委員会のご意見ですから、それを尊重してやっていこうと。出た結果については、私も委員会の立ち上げのときに結果については尊重しましょうということで話していますので、小樽市の救急問題についてはかなりある程度しっかりしたものになるのではないかと考えておりますし、あと新市立病院の救急医療体制をどうするかという問題は残りますけれども、それはそれでまた別途こちらの方で検討していかなければならないだろうと、そういうふうには思っています。

斎藤（博）委員

十分尊重するという理解でよろしいですか。

市長

そうです。

斎藤（博）委員

終わります。

委員長

以上をもって民主党・市民連合の質疑を終結いたします。

以上をもって質疑を終結し、本日はこれをもって散会いたします。