

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 11 月 30 日 (水)	開 議	午後 1 時 0 0 分
		散 会	午後 4 時 5 3 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・大畠・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、 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: right;">書 記 記録担当</p>			

～ 会議の概要 ～

委員長

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、吹田委員、斎藤博行委員を御指名いたします。

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。

「新市立病院基本構想見直し結果について」

(総務)市立病院新築準備室法邑主幹

それでは、「新市立病院基本構想」見直し結果について、本日提出いたしました資料に沿って、その概要を説明いたします。

「新市立病院基本構想」につきましては、平成15年6月に策定されましたが、その後、精査・検討を行い、平成16年10月にその結果をお示したところでございます。その後、基本構想の精査・検討結果について、いろいろな意見が寄せられたことなどから、それらの状況を踏まえ再度見直しし、修正すべき箇所がないかどうかを再検討することとし、検討を行ってきたところであります。検討に当たって、救急医療体制については、「小樽市救急医療体制検討委員会」の答申を、そのほか新病院の規模・機能については、両院の医師から成るワーキンググループでの検討結果をもとに協議を行いました。

それでは、まず1ページの1、「診療科目について」の1)「既存診療科目」についてであります。精査・検討の中でも述べておりますが、現在の入院患者の中でも進行がんや合併症などにより、複数科を受診するケースが非常に多く見られ、小樽市のように高齢者の割合が高くなればなるほどその傾向が強くなっていくこと。また、免疫、こう原病などの専門外来や結核、放射線治療など他の医療機関で対応の難しい診療科も担っていること。さらには、2次、3次救急医療体制の充実を図っていく上でも、総合的・包括的な診療体制が必要なことから、既存の各診療科について検証の結果、すべて継続することといたしました。

次に、2ページの2)「新設等診療科目」につきましては、まず形成外科は精査・検討の中でも述べたとおり、熱傷、外傷、入院患者のじょくそうなどその需要が多く、今後、救急医療体制を充実していくことから必要であり、また、神経内科については、パーキンソン病をはじめ、中枢神経変性疾患での需要が相当あり、そのほかの疾患においても神経内科医のコンサルタントが必要とされる状況であるため、設置が必要としました。

なお、この二つの診療科は、他の市立病院の診療状況などから、その採算性も評価できますが、今後、医師確保の面などから再度の見直しが必要となる場合があると考えております。

次に、リハビリテーション科につきましては、今後、高齢化に伴い、脳疾患や心疾患、整形外科などの患者の増加が予想され、「回復期リハビリテーション病棟」の設置はぜひとも必要と考え、「回復期リハビリテーション病棟」の設置要件として、リハビリテーション科の標ぼうがあることから、設置は必要といたしました。

次に、歯科口腔外科につきましては、一定のニーズは予想されますが、その需要の程度や採算性から設置は難しいものといたしました。

次に、同じく2ページの2、「病院機能」、1)「周産期医療」につきましては、国から保健医療計画の指針が近々示され、それに基づき次期の北海道保健医療計画の策定に向けた検討が進められることとなりますが、その中で周産期医療がどう位置づけられ、また、医師確保にどういった影響が現れるのか状況を見ていく必要があるといたしました。

次に、同じく2ページの2)「オープン病床」につきましては、精査・検討結果と同様に、全体の病床数の削減状況から、病棟単位での設置は困難であります。今後の病診連携の推進を図るシステムと位置づけ、基本構想の10床から4床増床し、14床確保することといたしました。

次に、3 ページの 3) 「救急医療体制」につきましては、精査・検討結果において、市民からの強い要望もあることから、新市立病院においては、1 次から 3 次救急を統括的に行う専門業務として、救急部を設置することとしておりましたが、「小樽市救急医療体制検討委員会」の答申が出され、救急医療体制は地域の医療機関全体で取り組むべきものとの基本的な考えが示されたことを受け協議しました結果、医師の確保や他の医療機関との連携を考慮し、1 次救急については、現行どおり夜間急病センターを中心とした体制で行い、新市立病院については、2 次、3 次救急医療の充実を図ることとしました。なお、脳神経外科、循環器科など 1 次から受入れの必要がある診療科もあることから、受診者に混乱を招くことのないよう夜間急病センターや医師会と十分話し合っておくことが必要であるとしてしました。また、再来患者や予期せぬウォークイン患者なども予想されるため、救急患者対応窓口を設置するとともに、2 次、3 次救急については、救急部を設置し、常時スムーズに受け入れられる体制の構築を目指すことといたしました。将来的には、実際の救急患者の動向や管内の救急医療を取り巻く状況の変化を見据えつつ、市立病院として担うべき役割を果たしていくことといたしました。

次に、同じく 3 ページ 3、「病床数」の 1) 「全体病床数」であります。精査・検討結果と同様に、開院当初は、かなりの病床数の不足が予想されることから、493 床からの削減は困難であるとしてしました。

次に、4 ページの 2) 「病棟構成及び診療科別病床配分」についてであります。精査・検討においては、基本構想で示された各診療科別の病床数について見直すとしておりましたが、現状における各診療科ごとの患者数や平均在院日数、今後の在院日数の短縮などを勘案して診療科別の病床配分を決定し、また、診療科を特定しない亜急性期病床を設けることにより、効率的な病床運営を行うことといたしました。診療科別の病床は別表のとおりとしたところでございます。また、各病棟のユニット構成については、精査・検討結果で述べたとおり、今後、看護効率なども考慮し、基本設計までにさらに検討することといたしました。

次に、同じく 4 ページの 4、「地域医療連携」につきましては、今後なるべく早い時期に医療連携室を立ち上げ、他の医療機関の連携室などと情報共有するなど、地域医療連携の推進に努めることといたしました。

次に、5 ページの 5、「財政計画」の 1) 「職員配置計画」につきましては、救急をはじめとした医師確保の見直しについて、現時点で予測困難な部分も多いため、今後、情報収集に努めるとともに、できるだけ早い時期から必要な対策を講じることといたしました。また、病棟ユニットの編成や救急医療体制の持ち方により、看護師などの職員の配置も変わってくるため、今後、部門・職種別に、より具体的な配置計画を立てていくことといたしました。

次に、2) 「事業計画費及び病院事業会計の収支予測」につきましては、建設地が「築港地区」になった場合には、新たに土地取得費が必要となるほか、今後、工事の発注方法等についてもさらに検討を重ね、全体事業費の圧縮を図る必要があり、また、病院事業会計の収支予測については、土地取得費や建設事業費、職員配置計画が明らかになった段階で、財政再建推進プランなどとの整合性を図った上で決定していくことといたしました。

委員長

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、公明党、平成会、民主党・市民連合の順といたします。

共産党。

-----  
古沢委員

基本構想の見直し結果の報告を受けたわけですが、そもそも基本構想は平成 15 年 6 月に策定されました。翌 16 年 10 月に報告の中にもあったように精査・検討をして、その後、救急医療体制の問題で検討委員会を立ち上げるなど今日まで来ておりますが、ようやくといたしますが、2 年半ほどかかりましたけれども、最終のと言ってもいいのだと思うのですが、病院当局からすれば最終の見直し結果であります。

#### 夜間急病センターの設置場所について

その中身は、精査・検討から大きく変わることはないのだというふうには思うのですが、1点だけ。

救急医療体制の検討委員会の最終答申を受けた際に、実は現在のあり方でいきましょう、そして、2次、3次において新市立病院はその役割を果たしていこうと、地域ぐるみで救急体制を維持していこうという方向ですね。つまり夜間急病センター、この仕組みをこの後も引き続いてやっていくというふうになっておりますが、最終答申では、そういう仕組みも一つあるのですが、その場所は問わないというふうにして、急病センターをどのように、どの場所に設置をして、市民の要望にこたえていくのかと。これは、これから先の検討テーマだと言ってもいいような答申になっていたわけですが、新病院のこの最終見直しの中で、この夜間急病センターを例えば併設をして、仕組みそのものは公設民営なのだけれども、新病院と併設をする、新病院の敷地内に一緒に夜間急病センターを設ける、こういうような検討は、この見直しの中では一切行われていないのでしょうか。

#### 総務部吉川参事

今回の救急医療体制の見直しにつきましては、先ほどありました検討委員会の答申の意向を踏まえてやった形でして、あくまでも前は新しい病院で1次から3次までやりますよというところは機能分担して、1次は夜間急病センターでやって、2次、3次を中心にとすることで、その辺の機能分担をしようという結論で、その急病センターをどこに持ってくるのかという、そういう論議をしているわけではございません。

#### 古沢委員

先々のテーマであることは、最終答申からいっても、どこに急病センターを設けるかということは宿題として残るわけですね。

#### 総務部吉川参事

今、言いましたように、その分の場所の論議はしていないのであれですけども、当然設置する場所によっては、新病院にくっつくのと離れるのでは、全然影響が変わりますので、ただ、現在、実際に済生会小樽病院で動いているわけですから、そういう前提もありますので、それは今後の論議になると思います。

#### 古沢委員

#### 病院の建設予定地について

前回の委員会で、私は建設用地の問題で尋ねました。実は9月14日に特別委員会が開かれたのですが、その前日の学校適正配置等調査特別委員会で、事実上、新病院は二つのうちの一つがとんざをしたので、もう一つの方向という態度表明が前日になされたわけでした、そこでそれを受けた14日の特別委員会で、一度きちんと腰を据えて建設用地の問題を議論しなければいけないのではないかと、このように話をしました。つまり、築港地区にJRの未利用地区を取得して、そこに新しい病院を建てるという方針転換というのは、そのとき初めて公式には知らされることになったわけです。実は、二つの地区に候補地を絞るというのは、平成15年のときに示されたわけですが、そのときを含めてこの二つの地区について、その是非はいろいろあると思うのですが、しっかりとした議論がされてきたかということ、そういう経緯にはなかったと考えているのですが、いかがですか。

#### 総務部吉川参事

平成15年9月の委員会で申し述べておりましたけれども、その時点では病院の建築可能な面積、それらからしまして、2か所に限られるという中で二つを選定したということですけども、確かにその後、例えば現在地の方がこういうメリットがあるとかデメリットがあるとか、築港はこうだと、そういうような論議をしてきた経過はございません。

#### 古沢委員

要するに、二つの候補地に絞ったというそれまでの経過についても、この委員会では十分な議論はされていないですね。しかも、二つに絞ったその二つについても、十分な議論がされていないと。これには前回も話をしまし

たけれども、その平成15年9月の委員会の際に、二つに絞ったことに関連して各委員からも質問が出されました。市長はその答弁の中で、二つに絞ったのだけれども、実は市民は今使っている市立病院、小樽病院が一番通いなれていて、そこが一番いいのかなという感じがしている、このように答弁されているわけです。そして、学校適正配置との関係もあるけれども、早く結論を出せるように努力をしたいと、こういうふうに言ったわけですから、二つに絞りましたと言ったのだけれども、実は二つにも順番があるぞという、市長の意向としては第1順位が現在地跡プラス量徳小学校の跡地を活用できればということで、流れとしては二つに絞ったと言いながら、一つでそれ以降ずっとこの委員会の中でも、流れとしては今日まで来ているのだと思うのです。ですから、もう一つの場所について、それではどうかということをしっかり議論しなければいけないと私は感じているのですが、そういう受止め方でよろしいですか。

総務部 吉川 参事

確かに二つの候補地を挙げまして、ただ量徳小学校を含めた土地というのは、実際に市の土地ですので、築港地区には市の土地がございませんので、そういう条件が一つというのは、現在地の方がいいのだろうという状況でありますし、交通アクセスの面からしましても、やはり比較すれば現在地。ただ、面積は合わせても2万2,000ぐらいですので少ないという部分もあります。おまけに適正配置というものがまだなされていなくて、現実に量徳小学校があると。それぞれそういう問題を抱えていたということで、候補地を二つ挙げてここまで来ていると、そういう経過であります。現在は、その量徳小学校を含めた土地での当面の建設は難しいという中で、築港地区で建設する場合にどういう課題があるのか、その整理に今入っているというところでございます。

古沢 委員

前回9月14日のときに、同じような質問をした際にも、委員会の中でしっかりした候補地についての審議がされているという経緯はないということは、その際も答弁の中で、このときは総務部参事ですね、そういうふうに答弁をされています。しかも、二つに絞ったと言うけれども、第1順位はやはり現在地という流れができたのではないかというような内容について言えば、前回、総務部長はこれを認めているというか、総務部長はこういうふうに答えております。臨港地区で病院を建てるということになると、従来から第1候補地だった量徳小学校なり小樽病院の跡、これが変わってくるのだというふうに言っています。ですから、9月14日、前回の委員会まではずっと第1候補、少なくとも9月ぎりぎりまで学校適正配置の様子待ちという状況で委員会としては受け止めておりました。そうではなかったのですか。

総務部 吉川 参事

両方の候補地については、先ほど言いましたように、それぞれの条件がありまして、築港地区については都市計画の問題、港湾計画の問題もあります。その中で、ただ、立地条件、交通アクセスの面でどうなのか。一つにはやはり面積的なもので必要な面積を確保できるのかという中で、二つを可能な土地だろうという候補地として挙げているわけですから、その一つの方が断念せざるを得なくなったという状況の中で、もう一つの方の候補地で検討に入っていくということで、それは自然の流れというところちょっと語弊がありますけれども、当然の方向性だろうと考えております。

古沢 委員

吉川参事はそういうふうにおっしゃるけれども、平成15年の二つに絞ったときから候補地に対するしっかりした議論というのがここでされていないですよ。だから、当然の流れと言われても、確かに二つに絞りました。そこで、二つについての議論がされないまま来ているわけですよ。ですから、今、改めて市民の新病院建設に対する要望、希望、建設場所を含めて、どこにあるのかということを含めてしっかり議論しなければいけないと思っているのです。

それで、若干さかのぼりますけれども、14年の第2回定例会で私が代表質問をした際に、一つの提案をいたしま

した。病院で言えばどこに建つのかというのは、市民にとっては最大の関心事だということで、交通の利便性などを考えると、やはり現地に建ててほしい、これが多くの市民の声ではないでしょうかというふうに市長に問いかけています。量徳小学校を旧住吉中学校跡地に新築移転することで、敷地面積の確保は可能になる。歴史ある学校を移転させなければならないけれども、新病院建設地としての十分に市民合意を得ることができるのではないだろうか。現地で新病院建設を提案しますがいかかというふうに尋ねました。このとき、市長は、この提案については、総合調整会議で検討をしているのだけれども、現時点では白紙だと。いろいろと課題もあるので、今後、課題整理をしながら関係部局で検討してまいりたいという答弁にとどまりました。住吉中学校を廃校にした後、どのように活用するかという問題に関連して私は質問したのですが、これが14年の第2回定例会、6月10日だったと思います。確認いただけますか、市長の答弁を含めて。

(総務) 企画政策室長

今、古沢委員の御指摘のとおり、6月10日の代表質問で古沢委員から質問があり、今おっしゃいました趣旨で市長の方から答弁をしております。

古沢委員

その後の検討経緯をちょっと報告してください。

(総務) 企画政策室長

当時の経過として、一つは6月10日の本会議での古沢委員の御質問がありました。また一方では、平成14年3月31日をもって当時の住吉中学校は閉校になっておりますから、その閉校以前からこの住吉中学校を含めて、石山中学校等々、その跡利用の検討会議を庁内で進めておりました。その段階では、その跡利用について石山中学校については昭和学園、また、住吉中学校については龍谷学園の方から利用の申入れといいますが、取得なり借入れの申入れなどがありまして、市としてもそれについての一定の判断をしなければならないという、そういった時期にあったというふうに思っております。この課題につきましては、学校の跡利用と、それから古沢委員の御提案にありました量徳小学校を移して病院としての活用という、その二つの要素がございましたので、6月14日に跡利用の関係、それからこの総合調整会議、病院の関係を審議する庁内会議ですけれども、その合同の会議を持っておりまして、その中で最終的に住吉中学校は龍谷学園に譲渡をするという、そういった市としての意思判断、決定をしたところでございます。

古沢委員

学校適正配置計画は取下げになったわけですね。特に量徳小学校を廃校するという問題について言えば、保護者、PTAの皆さんのみならず、付近の町内会の皆さん方、全市的にも学校を残してほしいという陳情に署名が添付される、こういうような取組がされました。結果として、取下げですから仕切り直しになったわけです。そもそも平成14年6月時点で、市長が現地に何とかして建て替えたいという強い意向があれば、いわゆる第1候補地として、その時点できちんとした態度を持っていれば、こうした結論にはならなかったのではないだろうか。しかも、量徳小学校関係者についても、廃校計画案を示された説明会の過程の中で、病院問題との関係をかなり質問として出されていた経緯もありますし、中には病院を建てたいというのなら率直に市長が来て話してくれればいいではないかという意見も、その中では出ていたりするわけです。しかし、市長は病院と学校の問題は関係がないのだと、これは筋論としては当然のことだと思います。ということで、こうした保護者の皆さんの要望にも目に見えるような形で対応をとらなかった。結局、量徳小学校跡地の活用を考えていた第1候補地がとんざせざるを得なくなった。14年のこの6月の時点で、少なくともそういう意向をしっかりと持っていれば、別の結論を住吉中学校跡地利用についてはとることができたのではないのでしょうか。極めて残念でならないのです。住吉中学校の跡地は、今どのように利用されていますか。子供たちが少なくなったということを理由にして、住吉中学校は廃校にされました。跡地はどのように利用されていますか。

(総務) 企画政策室長

先ほども申し上げましたとおり、6月18日の総務常任委員会で、住吉中学校については龍谷学園に譲渡をするということで報告をさせていただき、その後、その報告のとおり譲渡をし、現在は双葉中学校になっていると認識をしております。

古沢委員

生徒が少なくなって学校が廃校になって、その生徒のためにまた中学校ができていますね。これはとんでもない話だなというふうには思うのですが、病院をどのように、どの場所に建てるか。実はこの委員会でも病院の問題を検討するに当たって、場所の問題というのは肝心かなめの問題ではないかと。それが先送り、先送り、先送りになっていたのでは、しっかりとした議論ができないではないかということがいつも問題になってきました。ですから、こうした場所の問題について、きちんとした方針を持っていけば、平成14年の時点に立って、既に市民の要望にこたえるような形で場所を決めていくことができたのではないかと。極めて残念です。

それで、改めて伺っておきますが、基本構想を平成15年にまとめるに当たって、どの場所に、どの地域に新しい病院を建てたらいいかということアンケート調査していますが、これの設問の1と2について、いろいろと議会の議論がされています。1番目には市の中心部ですね、市街地。2番目は、交通の利便がよければ多少離れても周辺地域。3番目は、離れていても療養に適する環境のいい場所。こういうような形で設定して質問をしています。条件付ですが、現在地では病院が建たないので、現在地以外でその他も含めると四つのうち、どこを希望しますかという設問になっている。1番目が3割弱、それから2番目が5割強、8割の市民が1番目と2番目を選択しています。1番目と2番目というのは、言ってみれば設問した側からすれば、どのエリアを指していたのですか。

(総務) 市立病院新築準備室法邑主幹

この1番目と2番目のエリアということでございますけれども、これにつきましては、このアンケートというのは、平成14年9月から10月にかけて行っておりまして、その中間報告のような形で、当時の市立病院新築準備室長が平成15年の特別委員会のとおり答えておりますけれども、その1番の要するに病院施設や駐車場スペースが一定確保され、マンションや商業施設などが集まり、生活の利便性にすぐれた都市型の市街地というようなところは、稲北から入船のあたりをイメージしておりますし、また、2番目の幹線道路等など交通アクセスがすぐれて駐車場がある程度確保できる、また、通院に特に大きな不便がなければというような話でございますけれども、これについては中心部から若干離れた区域というようなことで、入船から平磯トンネルぐらいをイメージしていると、当時、答えていると思います。

古沢委員

そのときに、これは松本委員から質問されて答えているのですが、そのやりとりの中で、そもそも1番目、2番目、3番目と分けたけれども、漠然とした表現だったのだけれども、おおよそ市民がどのようなところをイメージしているのかを聞く必要があるというふうにコンサルタントのアドバイスを受けて、こういう設問をしたのだというふうに答えています。極めて漠たるものなのですね。平成16年、去年の2月に私は同じような質問をいたしました。その際には、市立病院新築準備室長が1番目の都市型の市街地とは、具体的に言えばどの地域、エリアをいうのだらうというふうに尋ねたのですが、稲北から入船通だというふうにおっしゃったし、2番目の中心部から若干離れた地域というのは、現在の小樽市立病院、この周辺をいうと。平磯トンネルというふうにそのときは言っていないですね。そういうふうに答えているわけです。

結局このときのやりとりでは、こういうふうにおっしゃっています。設問の仕方の問題で、ある程度こういうふうに1から4まで、4というのはその他ですけれども、1から3までエリアを漠然と示して聞いた方がいいと、そういう先ほどのことと言えば、コンサルタントなどのアドバイスがあったのでしょうか。つまりそこで、一つには、駅の近くがいい。二つには、駅から若干離れていても交通の便がよければ中心でなくてもいい。三つ目は、交通の

便は多少不便でも環境にいいところがいい。このぐらいのような形で市民の考え方がわかるような質問の仕方ということで設問を、こういうふうにしたのだということです。ですから、このときに市立病院新築準備室長は答弁されたように、1と2で市民の建設場所希望の約8割が市の駅を中心とした中心部、さらには若干離れているけれども、交通の便がいいところ。つまり、市立病院新築準備室長が答えていた現在の小樽市立病院、このあたりがそこに入ると言っていた。市民が示した地域、建設場所のイメージというのは、この答弁にわかりやすく示されているのだと思うのです。市民の8割の病院建設場所がその範囲内に希望が集中したということというふうに受け止めておられるかどうか。

総務部 吉川 参事

アンケートの1、2、3と、その累計がどこを指すのかというのは、私も委員会に出ています、一般論だから所管ではないというふうに言われて、うまく答えられなかったあれはあるのですが、まず、やはりこの3というのは、あくまで入院に適した環境の地域、入院療養ですね、そういう意味で一般的に言えば、療養型の病院とかはなるべく静かな、閑静なところで、広々としたところであればいいというようなイメージがありますので、やはり1と2というのは急性期病院ですから、毎日通う病院ですから、なるべく便利のいいところがいいのだと、そういう意味では市街地、それでなくても交通のアクセスが図れば若干離れていてもいい、そのような認識でありますので、私も論議をある程度、候補地を二つに限ったときには、築港地区についても2の範囲だというような理解の中で二つの候補地を選定したと考えております。

古沢 委員

つまり最初の話に戻りますけれども、二つに絞ったというときに、きちんとした議論がされていれば、そういったことも委員会の中で相当深めることができたと思うのです。漠とした状態で二つに絞ったと。だから、受け止める人によっては、委員によっては平磯トンネルまで入る人もいらっしゃるだろうし、そうでない人もいらっしゃる。そういうふうな形で来たのだけれども、それが許されていたのは、二つに絞ったけれども、第1候補地は現在地及び量徳小学校プラスアルファだよという流れが、そのときに同時につくられたからなのです。つまり、この2番目になるという、JR未利用地、マイカル横の空き地を候補地にするということについては、改めてしっかりとした議論、市民の意見を聞き取る、こういったことが求められていると思うのですが、重ねてどうでしょうか。

総務部 吉川 参事

候補地を二つに選んできた中で、当然市民アンケートもそうですし、懇話会の中の建設場所についての提言の部分も含めてきておりますので、そういう意味では市民ニーズに沿った形での検討をやってきて、二つ選んできた経緯があると思います。それから、今また再度、市民アンケートをとってということは考えてございませんけれども、築港地区に絞って協議を始めたという中で寄せられてくる意見もありますので、そういうものは十分参考にといいますが、受けて決めていきたいと思っておりますけれども、再度、今ここの地区について民意を問うと、市民の意思を問うと、そういうことはちょっと考えてございません。

古沢 委員

少なくとも9月以降、市内の各所でいろいろな団体の方や市民の皆さんと話をする機会、この病院の建設場所の問題、大きな話題になります。それで、築港地区に病院を持っていった方がいいのかということに対して言えば、多くの方々は否定的です。少なくとも現在地周辺あたりぐらいで何とかならないのかというのが、多くの市民の意向です。その点で、市長としては腰を据えて検討するという必要があるとすれば、そういう市民の意向に沿った形で、可能な限り検討してみる必要があるのではないかと思います。

そこで、私はこの場所の問題だけに今回絞っておりますから、参考までにですが、樽病が建っている現在地は敷地面積で言えば8,000平方メートル弱です。例えば、この樽病が建っている敷地だけで考えた場合に、極めてアバウトにはなりますが、どういう施設規模の建物を建てることができるか。ここは第1種住居地域ですから、しかも準



防火地域、容積率300パーセントです。建ぺい率は角地適用などがあつたりして70パーセントになるのだと思うのですが、こうやって考えてみますと、建物容積で言えば、おおよそ2万3,000平方メートルぐらいの建物が建つだけの敷地なのですね。建物だけに限ってですよ。これに駐車場だあれだこれだということは、また別の問題になります。例えば、現在地を活用しながら、どうしても市民の要望にこたえた形であそこに建てることのできないのだろうか。極めて、これだけの建物を建てることのできる敷地を持っているわけですから、そこを核として市立病院をあの場所を中心にした建替えができないのだろうか、そういうふうに改めて私は思います。

しかも、見直し最終結果の中では、精査・検討を大筋超えていないなというふうに私は思いましたけれども、493床の1床当たり71平方メートルです。精査・検討で多少縮小して71平方メートルですけれども、何も今全国あちらこちらで見受けるように、病院に入ったらホテルのロビーかと見間違ふようなそんなつくりが市立病院に必要なわけではないです。ですから、本当に1床当たり71平方メートルが必要なかどうか。これまでの基準でいけば、どうですか、最大値1床当たり55平方メートルぐらいだったのではないですか。だから、こういったことを見直してみますと、この敷地だけでも例えば二万七、八千平方メートルの病院施設が立ち上がる、それだけの土地なのですね、あそこは。そうであれば、あとは駐車場をどういうふうに確保するか。どうしても足りないのだとすると、第2候補地で土地取得費に少なくとも12億円はかけるのでしょうか。ひょっとしたら15億円ぐらいになるかもしれませんね。少なくとも12億円はかけるという腹を持っておられるのでしょうか。それだけのお金を投下するのであれば、現在地を中心とした市民が喜ぶお金の投下の仕方、これだって考えることができるのではないのでしょうか、いかがですか。

(総務)市立病院新築準備室鎌田主幹

まず、1床当たりの面積につきましては、基本構想の精査・検討の時点で、最近の新築病院の事例としまして、平成10年以降に完成又は建設中の119の公立病院の平均面積が約70.2平方メートルでございまして、また、平成9年以降に新築又は建設中の道内市立病院7病院の平均が71.7平方メートルでございまして、このことから、平均値を71平方メートルとしたものでございまして、1床当たりの面積を71平方メートルとしまして、病床数を493床としましたことから、新病院の総延べ面積は約3万5,000平方メートルが必要と考えることができます。現在の小樽病院敷地は7,600平方メートル程度でございまして、当該地の容積率からいきますと、委員がおっしゃったとおり延べ面積の限界が2万3,000平方メートル程度でございまして、このことから、構想をしている規模の病院の建設は不可能でございまして、また、現病院の機能を維持しながら建替えをするということも難しいものと考えております。また、駐車場等を確保するために近隣地の用地を確保するというにつきましては、現在住まわれている方もおりまして、その移転補償などを考えますと、現実的には極めて困難だと考えております。

古沢委員

私の質問は、これで最後になりますので、先にアンケート調査をしたときに、現在地以外というふうに条件をつけました。これはアンケートの結果、どういう効果として現れるのかというのは、現在地を外した別の場所であるのかどうかということ誘導する効果は当然持ったと思うのです。ですから、言ってみれば、実は第1候補がだめな場合を早くから想定して、この基本構想をつくる以前からおおよそ候補地は幾つかになるなど。しかし、第1候補は今回とんざした現在地周辺なのだけれども、それもその当初から候補地に上がっていたけれども難しい問題があるなど。そうしたら、第2候補地、これがエリアとして市民の了解を得られるような形で、アンケート調査の中で反映するように、露骨に書けないから漠とした設問にして、しかし、条件だけはそういう誘導効果を持たせるようにしていたのか。こういうふうに見る人だっているわけですよ。市長はそういう説明をしながら、しかし第1候補は現在地だよと言ったのは、市民が一番使い勝手がよくて、市民が一番願っているだろうからというふうに、現在地以外というふうに調査をしながら、市長は現在地というふうにして、平成15年に議会に報告をしたわけですよ。二つに絞ったうちのその一つなのだと。それから、いろいろ行きつ戻りつはしましたけれども、そういう

経過は経過として、いま一度ここはきっちりと市民の合意を勝ち取るためにも、市民が願う市立病院を建て替えるためにも、建設場所の問題、大事な問題ですから、しっかりと委員会の中でも当然議論をするし、市民の意見もしっかり聞くと、そういう取組をぜひやっていただきたい。実務的な手続的なことだけハードルを一つ一つ越していくために、プロジェクト検討委員会をつくって事を進めていくというのではなくて、事は市民との関係できちんと越えるべきハードルを設定して、その問題に取り組んでいただきたいと思うのです。いかがでしょうか。

助役

場所の問題についていろいろ御指摘がありましたけれども、議会議論が十分ではなかったというようなことをおっしゃられましたけれども、私どもとしては十分な説明をしてきたと考えております。

それから、候補地を一つではなくて幾つかにしたというのは、当然ながら候補地は複数持って議論をするというのが当然だろうと思っておりますから、そういう中でのアンケートの設定も当然現在地、さらにはそれらの周辺、さらにはまた一段遠いところでもどうなのだというのは、設問としても私どもは妥当と思ってやっています。ですから、現在地、言うなれば、量徳小学校の問題、これは何度も言っていますように、適正配置という非常に大きな問題、これがクリアできなければ現在地には建設できません。ですから、できなければ当然次の候補地であるところに建てざるを得ないと、これもずっと言っているわけです。ですから、両方の課題についても何度も説明してきています。ただ、お話があったように、その中でどちらかといえばどうなのだという事は、市長も話していますように、現在地の方がベターだろうと、こういう議論経過もありますけれども、現実的には現在地はもうできないわけですから、だから当然次のところということで考えていくということになりますし、これは平成11年に市長が第1期目に当選してから、公約としてもう6年たっているわけです。十分な議論なり説明をしながら進めてきて、なおかつ、また白紙に戻すような状況で建設地を協議するという事には私はならない。今の病院の劣化している状況なり、置かれている医師の状況の問題等も含めまして、一日でも早くこれは方向を出して建設していかなければならないと考えていますので、今、私どもとしては、この第2の候補としての築港ヤードの問題については、鋭意、建設できるような形で進めてまいりたいと、こういうふうに思っています。

古沢委員

終わりますけれども、十分に説明をしてきているというのは、ちょっと納得がいかないですね。前回の委員会であなた方はこうやって私の質問に答えたのではないですか。確かに二つの候補は挙げているというのを、例えばこの委員会の中で、私どもの方から説明して審議をいただいたという経緯はございませんけれども、つまり、二つの候補地というのは、平成15年の委員会の方に示したのです。何度も言うように、そのときにやりとりの中で二つというふうに絞ったけれども、実は第1順位、現在地なのだというのが、市長の答弁の中からあって、その流れがつけられたのです。だから、一つで流れが来たというふうに言うのだったら、それはそれで私たちはわかりますよ。けれども、二つについて十分審議をしてきたなんていうことは、ただの一度もないですよ。どうですか。

助役

私は審議をしてきたというのではなくて、私どもの方から説明をしてきたと。ですから、2か所に絞った経過についても、何か所も市内の中で候補地を挙げて、さらなる三つに絞って、それを二つに絞ってという形で、幾つも説明してきています。面積についても課題は何かあるかという手続論の問題、それから、適正配置の問題、費用の問題、そういうものは何度となく説明してきています。ただ、おっしゃったように、その中でベターなのはどうかという中での話としては、それは現在地の方がベターでしょうということも話してきていますから、それは確かに議論と申しますが、その中でおのおの一つずつ細かく手続論も含めて、どっちが優位性があるなんていうことの議論というのは確かに少なかつたかも知れませんが、私たちは報告なり、説明の中でずっと基本構想も出た段階では説明してきている。アンケートについても、そういう中で候補地というものは、北荷の問題の土地も提供しましたけれども、これもやはり交通アクセスがあって、少くく遠くてもいいのではないかと申す中には入り

ますよとか、そういう形では建設地については、私どもとしては、ちょっと十分というのは語弊があるのかどうか分かりませんが、説明してきたつもりというふうに思っています。

古沢委員

終わりますけれども、今おっしゃられたような事の経過は、お話を伺っています。けれども、委員会の中で言えば、どの場所に建てたいかというふうに、市長が建設場所を示してくれなければ、具体的な議論はできないではないかというのは、この委員会の中で共通してずっと流れとしてあったのです。それで、ようやく平成15年に二つにしましたというふうになって、さて議論が始まるなというときに、実はそのうちの一つののだという流れがつくられたものだから、おおよそ各委員の中でも、そちらの方がおっしゃるようにベターだなというふうな状況があって、それで、いろいろ多少やりとりがあったけれども、今年の9月まで、具体的にこの委員会としては学校を早くつづしてもらって、あそこに病院を建てようではないかなんていう審議は当然できる委員会ではありませんから、様子を見ながらそういう経過、経緯をたどったのではないですか。突然のように9月14日に、実は適正配置計画を取り下げます。ですから、JR未利用地で築港地区で事を進めていきますと言って、今日ですよ。何も十分に審議・議論なんかされてないではないですか。

助役

何度も話しますように、議論と説明という形ではちょっと食い違いがありますけれども、2か所に絞ってやってきて、私どもとしましてもお話があったように現在地に建てられれば一番いいなことでは来ましたからね。だから、それが9月に出たから、具体的に今言ったように、それではどういう形でどういう規模でというか、そういうことを次に示すという段階だったわけですよ。ですから、おっしゃったように、確かに築港をターゲットにして、築港のここにこれだけのものを建てるなんてことを説明した経過ももちろんありませんから、そういう面では当然我々としてもそうですし、委員の皆さんもそうかも知れませんが、現在地の方向でいくのだろうなということまで進んできたことも確かに事実だろうとは思いますが、そこが第1候補がダメであれば、次は二つしか示していませんから、当然そちらの方に行かざるを得ないという形でも説明していますから、それは学校適正配置等調査特別委員会の中でもそういう話もさせてきてもらっていた経過もありますので。病院はどうするのだということであれば、それはそっちが難しければ、次のところで考えますよみたいなことの議論もやってきていますので。突然と言われるのはちょっとあれだと思いますけれども、十分議論する場という面では私は否定しませんので、それはいろいろこれからまた議論をするということは必要かなと思います。

委員長

共産党の質疑を終結し、自民党に移します。

小前委員

院長就任について

鈴木院長に、まずお尋ねしたいと思います。

院長が江差の病院から小樽の病院に就任する際に、院長が小樽市に対して約束したこと、また、小樽市から頼まれたことがありましたら、お聞きしたいのですけれども。

小樽病院長

前任地、道立江差病院からこちらに来たときは、当時院長代行である上野医師の方から打診があったと。そこで、市立小樽病院がどういうところなのか、まだ情報がなかったものですから、インターネットのホームページなどで調べて、そして基本構想等も読みまして、大きな期待を持ってきたところであります。

小前委員

就任から4か月ぐらいたたれたと思うのですけれども、新病院の建設が市民から期待されているのですけれども、

今、現病院で解決しなければならない課題とか、問題とか、何を切実に感じられていらっしゃるのでしょうか、それをお尋ねしたいと思います。

小樽病院長

こちらに着任したのが7月1日ですから、5か月が終わろうとしております。この間、まず基本構想の見直しのさらに見直しという作業が始まりまして、それから上野院長代行から私に指名されたのは、恐らく私が北海道の官公立病院の病院機能評価を受けた中で、2度受けたのは私だけだったので、それから市立名寄総合病院に次いで官公立病院では2番目に取得したと、そこら辺を評価されたせいだろうとは思ひまして、当院に来まして、こちらがまだ病院機能評価を受けていないというところから、この機能評価を受けなければということで、今その作業に着手しております。そして、こういう作業というのは職員全員が一丸となって、今の医療レベルが、あるいは今の医療体制がこういうところにあるのだというのを、みんな同じ方向に向けさせるいいチャンスであるということで、今そういう作業に取り組んでいるところです。

小前委員

病床数と医師数について

今回の見直しで診療科ごとの病床配分が発表されておりますけれども、この493床の病床配分で医師は何人必要なのでしょうか、お尋ねいたします。

小樽病院長

493床というのは、コンサルタントが当初小樽市の将来の人口予測、それから65歳以上の人口、疾病率、そういうところから、遠い将来まで考えて493ベッドということになったと思いますけれども、それぞれ全国500床以上の官公立病院の医師の数、ベッド数に対する医師の数字に合わせてこの数にしたものだと考えておりますし、またそれがいろいろな病院を見て、妥当な数字ではないかと思っております。

小前委員

それで、医師の数は何人なのでしょうか。

総務部吉川参事

今回の見直しをした結果の最終的な職員の配置というのは、現在示しておりません。現在の精査・検討後の医師の数というのは、正規職員76名、嘱託員3名の79名ということで示してございますけれども、これは、今、院長の方から申し上げました平均的な医師の配置数68名に、1次からやるという中で8名を追加している人数でございますので、今回ごらんになってわかると思いますけれども、2次、3次については具体的な体制をそこに示しておりません。それは今後、救急専門医等、医師確保がどうなるのか、それに対して看護師をはじめコメディカルのスタッフがどうかかわるのかという、救急部をどういう体制でやっていくのかというところを、もっと詳細に詰めていかないと、逆にドクターの数も出てこないということもありますので、今示しました68名を基本にして、どうなのかというのを今後詰めていきたいと考えております。

小前委員

救急はどうであれ68人。今、双方で49人しか医師はいらっしゃいませんよね。そしてまた、2人ぐらい減るような話が聞こえてきておりますので、あと20人以上も確保するめどがついていらっしゃるのでしょうか。

総務部吉川参事

今回の見直しの中でも医師確保については、早いうちから確保に努めるということの話もございますけれども、今、私の方から申し上げるあれではないかもしれませんが、研修医制度の動向とか、あるいは今後、地域保健医療計画というのが大幅に見直されまして、例えば今は後志医療圏が一つの医療圏ですけれども、今度は疾病別にかいいまして、そういう格好でいろいろな医療圏を組み合わせるようなことも何か出ているようなこともありますので、それによってまた、北海道としても医師をどう配置していくのか、非常に限られた医師の数というのも

ありますので、ちょっと今具体的に20人確保がめど立っているとかが、そういう時点ではございません。開院は早くても5年、6年先であるわけですから、その時点での医師の状況というのがあると考えてございます。

小前委員

看護師の給料について

では、今の病院について、樽病、二病合わせまして、看護師の給料は医業収益の何パーセントに当たるのでしょうか。

(樽病) 総務課長

医業収益に対する看護師給与の割合ですが、平成16年度では25パーセントとなっております。

小前委員

実は自治体病院の勉強会で、17から18パーセントが適正だと勉強してまいりました。経営の悪い病院は看護師の年収が高いという結果になっていると聞いたものですから、この質問をいたしました。それで、病院経営は人件費の2割から3割削減すると必ず黒字になるとも言われていますので、そこでお尋ねいたします。

自治体病院の事業管理者について

今、病院事業管理者が市長や知事から院長に移すという自治体病院がとつても増えてまいりましたけれども、この点について小樽市は何かお考えをお持ちでしょうか、お尋ねします。

(樽病) 事務局長

今のお話ですけれども、私どもの方は地方公営企業法の一部適用ということで、今、委員がおっしゃった形というのは、地方公営企業法の全部を適用した場合に、いわゆる事業管理者を置くことができるということで、2年ぐらい前の統計数字では、管理者を置いているのは8割ぐらいという数字が出ています。しからば小樽市はどう考えているかといいますと、新しい病院の構想の中にもありますように、新病院の建設、そしてオープンに当たりましては、いわゆる地方公営企業法の全部適用、若しくは地方特定行政法人、そういったものを検討するというところでうたっておりますが、今、私どもは地方公営企業法の全部適用についていろいろ研究をして、情報収集をして、いわゆる実施している病院の収支状況も情報として収集するというふうに、今こういう作業を行っております。

小前委員

これからの病院というのは、医師から職員まで365日病院経営を考えなければ生き残れないという話も聞きました。そういう意味で、市役所の職員が2年か3年で市役所と行ったり来たりするというやり方も検討されるべきだと考えますけれども、その点についてはどういうふうに考えていらっしゃるのでしょうか。

(樽病) 事務局長

これも一般的に言われている、いわゆる公営企業法を全部適用したときの、特に事務職員ですけれども、このあり方は、例えば、こういう言い方をしている方もいます。全部適用して、マネジメントを考えた場合には、例えばうちも今来ていますけれども、医事課長なんかは最低7年置いて、やはりいろいろな知識を吸収しなければ、いわゆる事務屋としてのマネジメントにかかわっていけない。それともう一つは、一般の事業管理者を置いて、それを補助する能力のある事務屋と一緒にいなければ、なかなかマネジメントもうまくいかない。そういった意味では、当然4年の定期異動、そういったものは、そういうふうなマネジメントを考えていく場合には、やはり十分検討しなければならない、それはそのとおりだと思います。

小前委員

給料以外の手当の種類について

次に、給料に伴います給料外の手当は一体何種類ございますのでしょうか。

(樽病) 総務課長

職員の手当の種類ですね。

小前委員

はい。

(樽病)総務課長

管理職手当とか、扶養手当とかいろいろありますが、全部で15種類、そういうような手当の種類が本俸のほかにあります。

小前委員

この中で、私には特例給付手当、勤勉手当、調整手当というのがよくわからないのですけれども、説明いただきたいと思います。

(樽病)総務課長

特例給付というのは、児童手当の一つの種類なのですが、小学3年生までの児童を対象に支給される手当で、子供1人当たり5,000円ということで、3人目からは1万円というようなことになっています。あと、勤勉手当につきましては、6月と12月の基準日前の6か月に勤務している職員に支給されるものでして、病気休職とかした場合は、その期間は除かれて減額される手当です。あと、調整手当につきましては、現在、医療職に対してしか支給されておりませんが、これは医療職に対する調整ということで、本俸、扶養、管理職手当の10パーセントが国に準じて支給されている手当でございます。

小前委員

民間に比べて随分手当がたくさんあるように思いますけれども、見直しの必要はないのでしょうか。

総務部長

手当については、市の独自のものもありますし、調整手当は国に準じて、国が制度廃止になったときには廃止をするということで、それと特例給付の中の児童手当の部分については、これは一般的に国の施策で小学校3年生までに支給するというので、事業主として支払わなければならないことですので、そうでない人は別な形で全国民に支給されているものですので、その分については別ですけれども、少なくとも今いろいろな手当については見直しをしておりますけれども、基本的に現在は特殊勤務手当と言われている、一般的にはマスコミ的に言われている第二給与みたいな形で行われている部分については、今、全面15パーセントカットで行っていますけれども、これの全面見直しについて再建プランとのかかわりの中で検討して、本当に必要なものについてのみ支給をするという形を検討はしておりますので、それ以外については今のところは一定程度制度の中で、制度があっても支給していないのもありますし、制度としてそういう形で残っているものもありますし、現在はそれを検討するという状況にありませんので、そういったような考え方でおります。

小前委員

よろしくをお願いします。

医師の退職金について

それで、医師が35年勤務で最高額で退職した場合、退職金は幾らになりますでしょうか。

(樽病)総務課長

医師の退職金の最高限度額なのですが、医師の場合は結構いろいろと変わりますので、満度、大学を卒業してから退職までいるという医師は現実にはいないのですが、仮に勤務したと想定した場合につきましては、最高は59.28か月分の退職金がもらえることになっておりますので、それで計算しますとおよそ3,600万円ほどになります。

小前委員

民間と公的な病院とどれぐらい違うのかなと思ってお尋ねしてみたのです。

薬品の共同購入について

先日、同じ市立病院で、同じ市内にあっても樽病と二病との医者が一度も顔合わせをしていない。一度も合同で会ったことがないということを知り、とても驚きました。また、二つ病院があって、薬も共同購入していないということもお聞きして、私は、非常に驚きました。今、日本の病院はどこでも注射針 1 本、1 円でも安く購入するために、みんな努力していらっしゃるのですけれども、市立小樽病院の職員の方々、市民のお金を 1 円でも安く節約するようなことはお考えになっていらっしゃるのでしょうか。お尋ねしたいと思います。

(樽病) 薬局長

今、ちょっと薬品のことについてお話が出たのですけれども、共同購入ということですが、それはしていないというのをどこから聞いたのか私にはわかりませんが、そういう事実はありません。それはちょっとお間違えです。

それで、当然のことながら、年度末あるいは年度初め等含めて、両病院で備品も含めて、薬品は一本化しております。御存じのように、市立小樽病院と第二病院は診療科目が違いますので、それぞれの病院としての医薬品の決定をつかさどる薬事委員会が二つあります。それは暗黙のうちに、お互いに話し合いの中でそれぞれの特定科に医薬品の権限を持たせております。これは、例えば第二病院でいいと、精神科あるいは脳神経外科、循環器科は、やはりそれらの薬品を優先的に第一義に決定権といいますか、一つは考え方を持つということです。そのことの購入に関しては、両病院の薬局の中で見積りをして、それぞれの卸の中の一番安い卸になっておりますので、今、委員がおっしゃられるように別々だということは一つもありません。

それと、当然そうは言っても、診療科が違って、医薬品によっては非常に幅の広いまたがるものがあるわけです。例えば、鎮痛剤があっても、それは単に整形的な痛みだけに使うものではなくて、内科系統でも使う場合が十分あるわけです。ですから、そういうものは第二病院で採用していても、小樽病院に実は物を置いていないという場合がありますけれども、そういう場合は両方の病院の薬局でやりとりをします。ですから、そういう医師のオーダーに即応できるような体制はとっていますので、今、御指摘のように共同購入といいますか、そういうものとは別にすべて明らかになっていますので、私どもの持っている医師に配布をする医薬品集、これは両病院でどういうものを採用しているかというものが書かれた、実は薬品の工程表といいますか、そういうものなのですけれども、それが一目りょう然に両病院にあるものがわかるようになっておりますから、そういう部分でもやりとりをしておりますので、1 円でも無駄をなくするような努力は私にはしているつもりです。ですから、それは委員のちょっと情報の間違いです。

(樽病) 事務局長

薬品については、今、薬局長から話しましたが、共同購入というのは、実際大量に必要量を仕入れて分けるというやり方ではなく、年度当初に、年間これだけの必要量があるよ、そういった中で、単価契約というのをできるものはもうしていますから、薬なんかは特にすべて単価契約しています。例えば、同じ薬品を二病と樽病で使って、違う単価で仕入れるなんてことはまず考えられないことで、そういうことは一切ありません。それと、診療材料費も大量に共通で使用するものについては、年度当初に使用量も表した中で業者と単価契約を結んで、より安い単価で購入できる。それともう一つは、年度途中で単価が下がる場合もある。ほかのいわゆる材料が安いものが出てくる、そういったものがあるので、年間契約ではなく、半年契約するとか、そういったことも考えながら、いかにコストを下げるか、そういう努力は今しておりますけれども、ただこれからまだ一層努力していかなければならない部分は確かにあるかとは思っています。

小前委員

力強いお答えを聞いて、ほっとしました。薬の問題を薬局長にお尋ねしなかったのは、私の間違いでございました。これからきっちり薬局長にお尋ねしたいと思います。

井川委員

直近 3 か月の入院患者数と収益について

最近、ちまたで大変市立病院に対して不安感を持っていらっしゃる。信頼してかかっている医師が 1 人、2 人とお辞めになっていくとかということで、だんだん足が向かなくなっていくという話を時々私はお伺いしております。

大変心を痛めている一人でございますが、直近 3 か月間の入院患者、それから外来患者の数と収益について、お尋ねしたいと思います。

(樽病) 医事課長

まず小樽病院につきましては、直近 3 か月ですので、8 月、9 月、10 月ということで、入院患者数からいきますと、8 月が 8,865 名、9 月、8,622 名、10 月、9,083 名。外来患者数ですが、8 月が 1 万 6,711 名、9 月、1 万 5,461 名、10 月、1 万 5,670 名。例年なのですけれども、若干 9 月が一番最低のピークということで、10 月、11 月も少しずつ回復はしてきております。なお、収益につきましては、入院・外来合わせまして、8 月が 5 億 98 万 6,000 円、9 月、4 億 6,920 万 7,000 円、10 月が 4 億 6,660 万 7,000 円となっております。

(二病) 事務局次長

第二病院の方ですが、同様に外来と入院、それぞれ患者数と収益の方の関係ですが、まず外来の方の患者数、8 月につきましては 6,706 名、そして収益の方が 1 億 503 万円、それから入院の方ですが、8 月につきましては 6,915 名、収益の方が 1 億 6,617 万円という形になっています。そして、9 月ですが、外来が患者数 5,863 名、収益が 8,472 万円、それから入院の方が 6,865 名、そして収益が 1 億 8,625 万円、それから 10 月ですが、外来が 5,459 名で収益が 8,131 万円、それから入院の方ですが 6,993 名で、収益の方ですが 2 億 130 万円ということになっています。

井川委員

これは昨年同期と比べてどの程度になっているのでしょうか。

(樽病) 医事課長

まず、入院患者数につきましては、4 月から 10 月までトータルいたしまして、前年比 3 パーセント減、それから外来の患者数につきましては同じく 4 月から 10 月まで、これはちょっと大きいのですけれども、前年比 15.5 パーセントの減となっています。その収益につきましては、同じく 4 月から 10 月分までトータル 3.3 パーセントの減ということになっています。

(二病) 事務局次長

同じく 4 月から 10 月の累計で申しますと、外来につきましては、患者数が 9.2 パーセントの減、収益が 8.2 パーセントの減になっています。入院の方につきましては、患者数は 4 パーセント減になっていますが、収益では 5.7 パーセント増という形になっております。

井川委員

第二病院がちょっと増という以外は、ほとんど減になっております。この原因についてどのようなことが考えられますでしょうか。

(樽病) 事務局長

やはり平成 16 年度も同じような傾向があったのですけれども、16 年 3 月末でいわゆる退職された医師の補充ができていない。これがやはり外来患者数、それからそれに伴う入院患者数、こういうものに大きく影響しているということは間違いございません。これは数字的にも現れております。それから、二病につきましても、いわゆる退職された医師の影響というのがやはり出ている、これも事実でございます。

井川委員

医師の退職について



どこの病院、どこの地方でも、医師の確保というのは、極めて厳しいということは承知しておりますが、この先、また何人かの医師が退職されるとお聞きしたのですけれども、樽病と二病についてはどのようになっていますでしょうか。

小樽病院長

退職願を現在出しているのは、樽病では今年末が 1 名おります。9 月末が 1 名おりましたので、私が着任してから 2 名が退職することになります。それから、これから先の問題については、多くの派遣する大学では、11 月ぐらゐに翌年の春の大きな人事異動を検討するわけですけれども、それらについてもいろいろなうわさが聞こえてきて、その結果についてはまだ私の方には報告はありません。この 2 名の退職した医師について、9 月の退職については、御承知かもしれませんが、その補充はありませんし、12 月のそれについても補充の見通しは立っておりません。

それで、来春については暗いニュースばかりですけれども、私の方の何とかの努力で、いわゆる空手形みたいのとはってはいるつもりでもありますので、何とかなるかとは思ってはおりますけれども、ただ御承知のように 2 年前に臨床研修制度が始まりまして、いわゆる俗に言う入局が凍結状態になって 2 年たっております。この 2 年間の凍結からさらに来年の春、そしてすぐ市中病院に大学から医師が供給されるかということ、入ったばかりの医師がすぐ供給されるわけではなくて、そのさらに訓練を受けて、半年あるいは 1 年後にやっと供給されていくだろうと思っておりますけれども、しかし新聞等で御承知かと思っておりますけれども、1 か月ほど前に、10 月末に、いわゆる研修医のマッチングがありまして、毎年毎年、いわゆる医局に、大学に入る研修医が年々少なくなってきておりまして、旭川医大では 10 数パーセントというような状態にあります。札幌医大で 6 割方、北大で 8 割方という程度ですから、今までのような医師派遣に依存しては、病院はますます先細りするばかりであると思っておりますし、そしてそういう中で、大手の市中病院では研修医がその魅力を感じて増えていくと。要するに大きいところと弱いところと、これから二極化していく傾向にあると思っております。

そういう中で、当院がかなり老朽化した病院の中で、次々と医師が撤退していく中でどうすればいいか、当面はいわゆる地域で医師を確保する。一つは、初期臨床研修制度であれば、足りないところはその近隣の医療機関と提携を結びながら、いわゆる協力型、管理型という研修制度がありますけれども、そういう形でやっている。現在、樽病は精神科については、第二病院と提携していくというふうな形で抜けている部分については、近隣の医療機関と提携して、その地域で医師を育てていくということを考えなければならないと思っております。

それから、初期研修が終わった 3 年目からは、後期研修という表現がありますけれども、今、全国の市中病院、大学ではそれに取り組んでおりますけれども、当院としてもやはり後期研修には幸いにも施設認定というのがありまして、当院で何年間か教育、仕事をすれば、勤務すれば、いわゆる内科医になれる、整形外科医になれるというふうな資格が学会から認定されている、そういう施設認定が幾つかあることを幸いにして、それを活用して医師確保に努めていかなければならないと思っております。

それから、追加しますけれども、当院の内科で医師が非常に足りない状況にありますけれども、当院のいいところは専門外来をやっておりまして、それが市民の皆様に満足を得られている。レベルがかなり高いところにありますので、これは何とか生かしていきたいと思っておりますので、そういう形でいわゆる医師 1 人を引き抜いてくるというのではなくて、その部分、週に 1 回とか、週に 2 回とか、そういう形で今のレベルを保っていくようにしていきたいと考えております。

第二病院長

お尋ねの医師の問題ですけれども、まず現状は第二病院の方では、医師の数が正規職員が 18 名、嘱託員が 1 名で 19 名でございます。大体 10 年、15 年ぐらゐ前からずっと 18 名あるいは 19 名の医師の数は変動ございません。ただ、中身がいろいろ変わっております。新設した科とかがございますし、医師のパワーが足りないというのは現状です。

ですから、新しくできた科でも、なかなか大学に頼んでいる人が回してもらえないという苦労はございます。ただ、先ほど委員がお尋ねのように、何か医師がどんどん辞めていくというような状態は現在もございません。ただ、小樽病院の院長が言ったように、辞めていかれます。それぞれ皆理由は一人ずつ医師は違います。それは昔からそうでした、開業なさる方もございますし、別な病院に回られる方もおります。それから、個人的な事情で本州の方に行ってしまうとか、あるいは大学からの派遣の問題で、ローテーションで地元のこの小樽を去ると。理由は一人ずつ医師の場合、みんな違います。それはずっと昔からそういうのは続いておりまして、特に最近辞める医師が多いということではございません。ただ、やめた後の補充がなかなか難しいというのが今の状態でございまして、特に例えば、今までだと大学からローテーションで2人来ていたところが1人に減らされてしまったとか、そういう形での非常に医師の不足が目立っているわけでございます。

その中でも、もう少しの辛抱だなと私は思っています。前から医師の問題が出るたびに、今、一時的に研修医制度で停滞している医師の供給が、また来年から後期研修が始まりまして、大学にまた医師が戻ってくる。医局の方に入局したりする。その数は従来よりは大幅減のような見込みになってはいますが、今までのように大学にお願いすれば回してもらえというような状況には、なかなか難しいかもしれませんが、でも、やはりそれも地元の病院が、回してくれる病院が、若い人に魅力があればやはり大学当局でも回しやすいということはあるだろうと思います。

先日も大学の教授といろいろとお話ししていたら、そこの先生は北大の先生ですけれども、かえって地元の私どもの方の病院をうんと充実してくれと、そこに若い医師を引きつけてくれと。そうしたら、大学とタイアップして北大と医師を教育し合おうではないかと。ですから、向こうの方からお願いしますというような形で、とにかく魅力ある医師が集まるような、若い医師が集まるような施設をつくってほしいかとかというようなことを話していました。ですから、それも確かに一理あると思うのです。ですから、これからどういう形で小樽の市立病院の医師を確保していくのか。小型でもどういう形でも、若い医師に魅力のあるような施設をつくるのが一番必要だなと思っています。

井川委員

いろいろと御説明ありがとうございました。何といっても、皆さん毎回日参して、本当に「犬も歩けば棒に当たる」というような、そんな感じで医師を探しているというお話も聞いております。院長の御苦労も大変かと思いますが、ぜひ一日も早く市民が安心して、市立病院ができるのだなというあれでもって、市長に早くゴーサインを出していただきたいと思います。よろしく願いいたします。

看護師の副院長就任について

最後になりますが、前回、全国自治体病院経営都市議会協議会というのがありまして、そこで勉強する機会がありまして、そこで20の病院の院長や管理者をやった経験者の医師がおっしゃっていましたが、病院改革を目指すのであれば、ぜひ看護師の副院長を誕生させなさいということなのです。病院職員の最多数を占める看護師集団の意識を改めることが最重要と考えると、病院で働く職員の60パーセントは看護師であるという、その中には医師よりも病院のことを隅から隅まで知っていて、すぐれた人がたくさんいらっしゃるということです。医師は一つの科に生涯いて自分の科のことばかりを考えているが、看護師は、いろいろな科を回りながら多くの経験を積んでいるので、病院全体を把握して各診療科を客観的に評価する能力がついていて、その結果、病床利用率が7パーセントも上がったという、こういう数字も出ております。そして、空きベッドの有効利用が図られたということで、私は、大変感心して聞いてまいりました。ぜひこういうことを考えられたいかがででしょうか。

小樽病院長

確におっしゃるとおりのことでして、今、病院という職場の中で圧倒的多数が看護師でありますし、院内に非常に密接している部分もありますので、そしてまた、先進的にやっている病院では、例えば今すぐ思い当たるのは、札幌にあるひばりヶ丘病院の副院長が看護師長でもあるということで、あそこの病院も非常に先進的ないろいろな

ことを取り入れてやっている。院長を私は個人的に知っていますけれども、そんなに先進的にやる方ではないと思っております。副院長の姿勢だろうと思っております。それで、先日も当院の総看護師長にもそういうことを話したことはありますけれども、十分そういうことは承知しておりますし、今、病院機能評価の作業を進めていく中で、組織図というのがありますし、そういう中で条例というものもありますし、ただそういう思いは深く持っておりますので、そこら辺は御理解いただきたいと思います。

井川委員

よろしく願います。

吹田委員

新市立病院の緊急医療体制について

新病院の見直し結果ということで、今回出ておりますけれども、救急医療体制のことなのですけれども、基本的には、現在のような形のものでという、最終的なものだということでございますけれども、この救急体制につきましては、やはり現在の夜間救急とか、そういう1次救急の関係について、将来的に今の体制でずっといけるのかどうかという問題を大変失礼な話なのですが、ちょっと私としては危くしているのですけれども、これらについて、10年後とか新しい病院ができますと、その病院の形の中で最低30年から40年という長いスパンがございますけれども、そういう中でこういう体制を、今のような体制をそのまま行くような方向になるのかどうかということでひとつ質問したいと思います。

総務部吉川参事

今回見直しの関係で、医師の確保等の問題もありますので、やはり救急医療というのは、本当に小樽市内全部の総力といえますか、そういうものを結集して救急に当たらなければならないのだろうという状況になってきていると思いますので、当然新市立病院も、市立病院だけの話では救急はないと思います。今回、検討委員会というものが設けられまして、これは新病院だけの話ではありませんので、小樽市全体の救急医療体制というのは検討されて当然であろうかと。その後も調整委員会というのがあるようですけれども、恐らく今後、将来という言い方をしますと、その時点その時点の状況の中で、小樽市全体の救急をどうするのかというのを、当然小樽市が中心となって石狩も入り、病院も入って検討していく、それに沿って新病院が動いていくと、そういう格好になるのではないかなと思っております。

それと、今、委員のおっしゃったのは、恐らく新病院ができてしまってもう30年もあるのだと、そのときに1次を受けるようになったらどうするのだというようなこともあると思いますけれども、それは救急に限らず、例えば周産期、これが将来どうなるか。結核なんか小樽市は市立小樽病院しかないで、結核病床をどうするのか。また大きくいえば、患者が減少したときのダウンサイジングをどうするのか。今からの病院というのは、恐らくそういう状況の変化に一定の対応をできるようなレイアウト、非常に難しいと思うのですけれども、そういうのを想定した中でつくっていかなければならないのかなと考えておりますので、それは今後、基本設計の中でやっていきますけれども、そういう中でいろいろな状況の変化に耐えられるような病院をつくっていかなければならないと、基本的には思っています。

吹田委員

そういう中で、現在、救急の関係が1次につきましては、済生会小樽病院ですが、あちらの方でされているということなのですけれども、そういった場所的な問題で、市立病院側の方で万が一されるとということが想定されるのであれば、そういう救急の2次、3次というのが、ここにつくられるのは間違いないので、そういう意味ではスペース的にそういうものもある程度視野に入れながら持ってからみればという感じもするのですけれども、この辺について、これからの検討だと思っておりますけれども、そういうものについて視野に入れた部分もあるのでしょうか。

総務部吉川参事

現時点ではまだ具体的なレイアウト等はやっておりませんので、今後いろいろ工夫していきたいと思います。ただ、新病院は第二病院の機能と樽病を一緒にしますので、脳神経外科あるいは心臓血管外科というのは、1次からといいますが、すぐ受入れの体制をとらなければいけないわけです。そういう中で救急医療をどう持つかというのがありますので、それなりの救急の受入れ体制をとっていかなければならないと考えています。具体的に例えば将来どうするということでの検討はまだしておりませんので、それは今後、さっき言いましたレイアウトの中でいろいろな変化があれば対応できるものは対応できるような格好、それは救急に限らず全体としてはいろいろ考えていかなければならないだろうと。それは各診療科の医師からも意見は出ています。そういう形で対応していくということです。

吹田委員

これからの救急は大変私としても、大事な部分というか、特に1次救急、2次救急という分け方という問題も大変あると思うし、この分けることについて、どこで瞬間的にやるのかと。特に一般の家庭の方が、問題が起きたというときにどこに連れていこうかと。確かに救急車で運ぶ場合は、そういう問題は救急の方々が判断して動くのだけれども、例えば問題が起きてから、自分でどこかへ連れて行こうかというときに、いわゆる一つには、こういう言葉もよくあちこちに出ているのですけれども、ウォークインの患者というような感じの言い方をしていますけれども、これらのことにつきまして、今後そういう新しいものができたときに、例えば樽病の方に連れてきましたよといったときに、どのような形の対応をされる方向で考えていらっしゃるのかと思うのですけれども、いかがでしょうか。

総務部吉川参事

報告書にもありますように、具体的な体制というのは、ウォークイン患者も含めて、今後協議していかなければならないという部分ですけれども、ドクターの中には今でもウォークイン患者というのはあるわけなのです。再来、その病院にかかった患者ではなくても、来てしまう患者は当然いるわけで、その辺の窓口といいますが、適正な対応をできるような窓口をつくらなければならないという意見は出ていますので、具体的にどうするのかは、今後検討していきたいと考えています。

吹田委員

これから、小樽市の場合、高齢者がますます増えてまいります。私らでもあと15年ぐらいすれば、高齢者に全部入ってしまいますから、そういう意味ではこの救急医療体制というのは、大変これからもっと大事だと思いたいで、ぜひこの部分をもっと積極的な部分で樽病の方で対応できるような検討をいただきたいと思いたいます。

総務部吉川参事

御意見にもありますように、基本的には1次は現在の体制の中でやっていくと思いますけれども、ほかの医療機関で受けられない部分とか、あるいは市立病院でなければ診ていない診療科というのが出てくる場合がありますので、それにはより患者の命を守るという意味で、適正な対応ができるように、常時そういうほかでは受けられないものについては受け入れる体制をとるということで、検討を進めたいと思いたいますので、ウォークイン患者等については、その中でどういうふうな窓口で、どういうふうに対応していくのかということを決めていきたいと思いたいます。

吹田委員

よろしくお願いたします。

委員長

自民党の質疑を終結し、この際、暫時休憩いたします。

休憩 午後 2 時48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

建設地について

最初に、建設地について何点が質問をしたいと思います。

市長は候補地を築港地区ということで決定をされました。まず、建設地として必要な面積、これは幾ら必要なのか、これを教えてください。

(総務)市立病院新築準備室鎌田主幹

病院の新築に必要な面積でございますが、これは基本構想の中で建物部分について1万5,000平方メートル、駐車場を確保する部分として1万5,000平方メートルとなっております。ただし、これは敷地の条件によってその面積については変化してくるものというふうに考えております。

高橋委員

両方で3万平方メートルということによろしいですか。

(総務)市立病院新築準備室鎌田主幹

はい。

(「第1候補地だったら2万3,000でよかったのに、何で3万必要なの」と呼ぶ者あり)

高橋委員

それで、土地が決まったということですが、実際土地はまだ取得をしていないわけです。それで、取得をするために必要なというか、乗り越えなければならないハードル、これを教えていただきたいと思います。

(総務)企画政策室長

取得するということから申し上げますと、まず主にはJRの民地でありますので、そここの話合いが必要になるかと思っております。ただ、取得をする前に病院を建てられる用途にしなければならないということで、港湾計画あるいは地区計画の変更という作業から始めていかなければならないと考えております。

高橋委員

網かけを外さなければだめだということですね。結局、病院を建てられるような地域にしなければならない。

現状と今後のスケジュールについて

それで、これについてはプロジェクトチームをつかってやるということで総務部長もおっしゃっていただけけれども、現状とこれからのスケジュール、これを教えてください。

総務部長

庁内、たしか9月22日にプロジェクト委員会ということで立ち上げをしまして、今、企画政策室長が話したような関係の手続きを関係部、港湾計画の関係は港湾ですし、それから地区計画の関係については建設部のまちづくり推進室の方でという、そういったことです。ですから、そういう関係部の職員、それから市立病院新築準備室と企画政策室ということで委員会を構成していますけれども、現状としては、9月以降、国の方に北海道開発局を経由して港湾計画の関係については打診をしたり、それから都市計画の関係については北海道庁と話をしています。今の報告を受けている段階では、港湾計画については20ヘクタール以内の変更ということなので、これは地元の地方港

湾審議会の中で一定程度の審議をする中で計画を変えていく、俗に言う軽微な変更というのですけれども、そういう扱いでいけるだろうというような見解をいただいていると。それから、地区計画については、これは当然古い話でいけば、俗に言う運・建協議の議論ですから、臨港地区の中に都市機能が入ることによる、いわゆる臨港地区解除をするかしないかという問題も当然くっついてくる話なのですけれども、これは十分、いわゆる築港再開発の議論の中では尽くした話ですから、一応臨港地区をそのままにしながら、再開発地区計画を入れて、それを変更してということであれば、市決定の変更ということで、その手続をします。こういうことで、おおむねそういった方向に今ございます。

しかし、プロジェクトで今議論をして、まだ整理を全部しきれていないのは、当然、財政再建プランが根っこのところにありますから、その根っこのところの部分で病院を建てるという部分での条件整備としてきちんと整理しきれないうちに、そういったものをどんどんと走っていく立場にないといいますが、結論をつけられる立場にありませんので、現在はそういった情報を収集しながら、とりわけ地区計画なりなんなりを変更するに当たっては、残った土地をまたどういう土地利用に転換をするのかということも課題として出てくるのであれば、ただ単に病院の用地という形で計画変更を部分的にやるのではなくて、あそこの約 4ヘクタールぐらいある土地をどういうふう土地利用の変更をするのかということを考えなければなりませんので、病院の規模といいますが、こういった形にするかというのをきちんと方向づけをしながら、病院で使う土地はどのぐらいと、残った土地はどのぐらい、その残った土地をどういう機能にするのかと、こういうものをひっくるめて、いわゆる地区計画の変更という形で都市計画審議会を経たいろいろな手続変更をしなければなりませんので、今の段階では、今、準備室の方で答弁したように、基本構想レベルの絵面でいろいろ議論していますので、それ自体でいいかどうかというまず確認をし、財政再建プランの整理が、1月末、2月ぐらいの予算編成期に一定の方向を整理できるのであれば、その辺あたりを踏まえて、可能であれば一定程度3月議会内に一定の方向をまた提示しながら御意見を賜って、それで具体的なおのこの諸手続をスタートはさせたいなというふうには思っております。

高橋委員

そうしますと、まずは市長がゴーサインを出さなければ動けないという、そういうことでよろしいですか。

総務部長

はい。当然ながら市長のゴーサインは、今の財政再建プランも含めた将来の財政見通しも当然ありますし、それから、我々が今いろいろ関係省庁と協議をしてきている整理も含めて報告をしながら、築港地区でいいかどうかということの最終判断をいただいて、それをゴーサインとして議会に示しながら手続を開始したいというふうに思います。

高橋委員

先ほどの議論でも、土地の価格、12億円とか15億円ということになっていきますけれども、例えば12億円だとして、これは取得の会計別でいけば、やはり一般会計からねん出して買うということになりますか。

総務部吉川参事

土地取得費は文句なく起債対象という、無条件というわけではないのですけれども、恐らく起債の中で病院会計です、当然病院を建てるためのあれですから、起債を起こして、それを病院会計として償還するということになるかと思えます。

高橋委員

そうすると、新病院建設のための起債の中から出すという、そういうことですか。

総務部吉川参事

建設のための起債というのは、建物本体もありますので、用地取得費もその中に含まれております。

高橋委員

事前協議について

それでは、その起債の、前にも質問しましたけれども、事前協議について何点かお聞きしたいのですけれども、まだ時期は決まっていませんという前のお話でした。それで、ではその事前協議をスタートさせるためには、条件としては何が必要なのか、それを教えてください。

総務部吉川参事

大きく分けまして3点ございます。どういう病院を建てるのかというところが決まっている。基本構想が決まっている。それから、建築をする場所、どこに建てるのかということで位置が決まっている。それから最後、言いました現在では、財政再建推進プラン実施計画、これは本会計でありますので、それとの整合性を示して将来の財政収支見通しをすると。その三つをクリアして事前協議に入るということでございます。

高橋委員

そうしますと、これは私の認識ですけれども、一つ目、二つ目は何とかクリアできるなど。最後の三つ目の財政再建推進プラン、これが一番ネックなのかなと思いますけれども、いかがですか。

総務部吉川参事

一つ目は、今回、再見直しの結果、それでいけるかなと思っています。二つ目の方も今いろいろな課題を整理していますので、その整理がついて、あそこでやろうというふうなことで決まれば、それはクリアできます。三つ目は、今の財政再建推進プランの実施計画、これも平成21年までです。実際に病院に対しての支出が出てくるといのは、建った以降が多いわけですから、その部分も含めて示さなければならなくなりますので、それが大きな課題だというふうに考えてございます。

高橋委員

よくわからないので教えてほしいのですけれども、この推進プランとの整合性というのは、具体的にはどういうことなのですか。

総務部吉川参事

病院事業を行っていくには、当然起債を起こして償還をしていかなければならない。その中で一般会計からの繰入れというのをやっていくわけですね。ですから、財政健全化計画を立てる中では大きなウエートを占めている他会計への繰出金、そういうものもきちんと整理して見通しを立てないとならないという意味であります。ですから、一般会計と病院会計とのやりとりがありますので、その部分もあわせて整理をするということでございます。

高橋委員

なかなか難しい問題だと思うのですけれども、では財政部に聞きますけれども、幾らまで出せるのだという、そういう議論をしなければ恐らくだめだと思うのですね。今みたいに足りないから13億円も14億円も15億円もという話にはなりませんよね。ですから、そうしますと、その整合性ということを考えれば、では一定程度ルール分だけということになれば、病院は果たしてやっていけるのかということもありますし、その辺の考え方は、どこまで話し合いをされていますか。

( 財政 ) 財政課長

具体的な数字で話しているわけではございませんが、一つ、建設に伴って一般会計がどれぐらい負担するかということをまずちょっと示したいと思いますが、100億円かかるとしたら、一般会計は起債を借りて病院が返していく半分以上をまず払っていきます。25年で借りれば、100億円を25年かけて払います。そのうちの半分のうちの20分の9なのですが、これが交付税で見られていきます。出した分の45パーセントが見られるということなのです。ですから、仮に100億円を、元金だけで言えば27.5億円を25年かけて負担しなければならない。まず、それに耐えられるかという問題が一つあります。

それと、新しい病院の収支、これに今の病院自体は収支が赤字で収支不足分として約 4 億円から 6 億円の間、金額はその年によって違いますが、交付税で見られるより追い銭をして一般会計が負担している。では新しい病院になったら、その追い銭をしている収支不足分が減る病院であれば、仮に建設費の負担が増えても一般会計としては負担が軽くなる、その辺をやはり見極める必要があると。それを見極めて総務省としても起債の許可を出す、そういうことになっております。

高橋委員

そうすると、病院としての収支のシミュレーションが非常に大事になってくるということですね。前の基本構想では余りにも地に着いていないシミュレーションでありましたので、もっと現実的といいますか、具体的なシミュレーションが大事になってくるかなというふうに私は思っているのですけれども、この点については、いつくらいまでにやっていこうかという、そういうスケジュール的なものは考えていますか。

総務部吉川参事

先ほど言いました財政再建推進プランとの整合性をとるためには、当然病院は病院としての収支シミュレーションをしなければならないわけです。当然何も今までしていないわけではございませんで、例えば現行ですと地方交付税を除いての負担がどうなるのだというシミュレーションも前にしていますし、それが 7 億円、8 億円ベースにこのままいったらなるのではないかと。それでは新病院でどうなるのかというのを比較しまして、当然医療機械等を導入しますので、それからその償還が終わる 5 年ぐらいまでは厳しいのですけれども、全体の収支はやはりはるかに改善されるだろうと。そうすると、最終的に、できれば交付税分を除けばもう持ち出しがない、そういうのが理想的なわけですから、そういうのを目指して当然やっているわけで、そのために新築統合するわけですから、そういうシミュレーションというのは、当然、財政再建推進プランとあわせる形でつくっていかなければならないと考えております。

高橋委員

そうしますと、これはいつくらいまでに、もうなるべく早くということになるかと思えますけれども、たたき台があればあるほど、早くできればできるほど、協議できるわけですよ。これは準備室としては、どのように考えていますか。

総務部吉川参事

ただ、新病院の収支も、例えば人件費であれば市全体の給与ベースがどうなのかということもございますので、そういった中でやはり新年度予算というのをそれぞれの部署でやっていくわけですから、そういうものと並行して作業していかなければならないものだと思います。病院は、例えば職員の状況をどう、先ほど見直しを示しましたけれども、非常に不確定な部分が多いわけですから、やはり現時点で一定想定しましてシミュレーションをつくと。その後、時点時点で修正していくという形になりますので、できるだけ早くつくっていききたいと思います。

高橋委員

いずれにしても、この事前協議がスタートしなければ目に見えてこないと思いますので、できるだけ早期に準備をしていただきたいと要望しておきます。

病院の IT 化について

もう一点、病院の IT 化について何点が質問したいと思います。

厚生労働省では、平成 13 年度に病院の IT 化だとか、医療分野に向けてのグランドデザインを策定いたしました。この中で達成目標として電子カルテ、それからレセプトの電算化、この 2 点が大きく目標として掲げられているわけです。電子カルテについては、補助金の廃止も決定しましたので、なかなか進んでいないというのが現状のようであります。ただ、レセプトについては、直接いろいろ会計に関係するというところで進んでいる状況であります。



れども、非常に大事な部分かなというふうに思っています。目標では、平成16年度までには全国の病院でレセプトの5割以上は普及させたいと。それから、平成18年度では全国のレセプトの7割以上は普及をさせたいというのが厚生労働省の目標の設定であります。それで、この基本構想の、もうできて2年たつわけですけれども、改めて両病院長にこの医療情報システムの考え方について再度確認をしたいと思しますので、考え方をお示してください。

小樽病院長

医療の情報化については、おっしゃるとおり厚生労働省も積極的に進めておりますし、全国でも広がっております。それから、最近特に言われている医療事故、そういうことについても、医療が高度化してより複雑化していく中で、手作業でやっていくことの危険性、そういうことから国の方もいわゆるIT化を進めてきているわけですけれども、そういう中でできるだけ教育というものを、突然新病院で電子カルテをやってもやりきれるものではないでしょうから、今このときから少しでもそういうコンピュータを使い、ラインをつないで院内で手作業をできるだけ少なくするように、当院においても、今IT化委員会を立ち上げたばかりで、そして、ただ、財政状況が厳しい中ですから、できるだけ安い形で。というのは、パソコンにケーブルをつないで、そしてそれだけで何かできる、メールを打ったり、メールを伝票にかえてやれないのか、そういう作業にこれから取り組んでいきたいと思っております。そして、そこで一定程度限界があるのであれば、それは市当局と協議しながらオーダリングみたいな形で、少しでも職員がなれ親しんで、そして新病院の電子カルテの方に向かっていきたいというふうに考えております。

第二病院長

IT化といいますと電子カルテとほぼイコールに言えるのですが、もう電子カルテを全国的に病院で取り上げ始めて七、八年でしょうか、もう少したつのでしょうか、それで、いいところ悪いところがだんだん明らかになってきつつあると。それから、どういうソフトを最初から取り入れるかによってかなり違うとか、いろいろな問題点がだんだん整理されてきているようです。いずれにしても、これからの病院は、それを目指すなければならないわけです。

当院としては、ただ差し迫っているのは、病院が統合されたときにカルテを、膨大な量ですので、それを新病院のときまでに保存して持ち込むというのは、大変スペースを要しますし、それからそれを管理する、特に個人情報に関するいろいろな問題になっているときですから、その管理をすることが非常に問題になる。それから、場所が大変であるとか、そんなことがあります、いずれにしてもレントゲンフィルムとか、そういう画像だけでもとにかく何とかやりたいということで、先に手をつけ始めています。乏しいお金の中で何とかレントゲンのフィルムはフィルムの要らない状態、フィルムレスということをやりたいところなんです。特に普通のレントゲンだけでなく、例えばCTとかMRIとか、それからシンチグラムとか血管造影とかのアンジオグラフィー、そういう動く像ですね、動体の画像は量も、保存する場合、非常に膨大になりますので、その辺も手をつけ始めたところです。

これからとしては、あとオーダリングといいまして、医師が例えばいろいろな検査のオーダーをしたり、それから、そういうオーダリングシステムを次は取り入れてと、段階を追ってIT化していくのがいいだろうというふうに考えます。新病院になったときには電子カルテということであれば、そのときまでに電子カルテを用意しておけば非常に経済効率もいいので、それから医療の質も上がります。ですから、そういう意味で目指すわけですから、今から取り組めることを取り組んでおいて、新病院では電子カルテで出発するということがいいのではないかなと思っ、少しずつ手をつけ始めているところです。

高橋委員

いや、全くそのとおりだと思います。どのように手をつけていくかというのが、非常にこれから大事になってくる視点かなと、こういうふうに思っています。システム導入については、一番最初に医療会計システム、これを大体最初に入れるようです。その次に、今、院長が言われたようにオーダリングシステム、最後に電子カルテという三つの段階が大体普通の拡張型のシステムの取り入れ方だというふうに言われています。樽病では、この医療会計

システム、これについてはどのように考えていますか。現状とこれからの考え方、それを教えてください。

(樽病) 医事課長

今の小樽病院の医事システムは、オーダーリング何とかというのは、当然伝票を各病棟、各外来から来たものを職員がナンバー、コードを入れて打ちましてやっけていて、ですから、結局その単体だけで、逆に言うと、そういう間違いや、また、医師自体の処方せんもオーダーリングになっていませんで、医師の字の汚い不便さもありますし、だから間違いも出てくるという状況がありますので、ちょっとその辺が一つは課題として残っております。今後そういうものをなくすためには、本当に医師がひとつ、薬の場合、非常に何パーセント、何ミリグラムだとかいろいろなすごい細かいのです。それで、ミリグラムが見えなかったり、パーセントが抜けていたり、その辺の非常に細かい、確かにミリグラムにしているのだから、そのぐらいは調べておけよと言われるところもあるのでしょうか、なかなかそういう見づらい、特異な字というのが医師の特権みたいなのところがありますので、なかなかその辺では、半々のところがあります。将来的にそういう部分もなくす中でオーダーリングをしていただくというか、進めていただくことを考えていかなければならないというふうには考えております。

高橋委員

やはり 5 年後か 6 年後かわかりませんが、病院が新しくできてからでは全く遅いわけで、では今何ができるかということをご検討していただきたいですし、両病院長も考えられていると思います。

それで、前に研修にも出したり、それからいろいろ携わってたりしているのだということでお話がありましたけれども、やはり毎日仕事をしていて、その中で使用していくという実体験がなければ、意識改革というのはなかなか難しいのかなと。要するに IT 化というのはこういうことなのかということをご検討して、ぜひ病院の職員の方々にもわかっていただくためには、院内 LAN をつくったり、看護師に実際に見てもらったりということが大事かなと思います。ですから、最低限かかるそういう医療システムの設備投資というのは、私は必要だと思っております。ですから、その辺、ぜひ予算を組むときに考えていただきたいなど。大きい金額でなくても、例えば今年はこれだけ、来年もうちょっと上積みというような、そういう考え方ができないのかなと思いますけれども、事務局長、どうですか。

(樽病) 事務局長

今、委員がおっしゃったこと、まさにうちの院長の当面の目標として、今、遅ればせながら各病棟にパソコンもすべて用意できました。そういった中で今おっしゃったように、看護師が院内 LAN を敷くことによって、いわゆる情報を共有するというところにまずなれていくことから始めていこうというのが院長の方針で、まさに今、委員がおっしゃったとおりだと思います。それまでどのぐらいかかるか、これから今試算しなければなりませんけれども、来年度の予算編成も今やっていますので、ぜひこの院内 LAN につきましては、平成 18 年度に何とか形をつくって、コメディカルの皆さんにこれから新しい病院に向けていろいろ研修していただきたいと思いますというふうに今考えているところです。

高橋委員

視察先の担当の方からも伺いましたけれども、今の新しい機器というのはほとんどデジタル化の表示なのだと。データも全部デジタルなので、やるときには非常にやりやすいというお話をされておりました。ですから、そういう意味では、どんどんやはり先進的に少しでも取り入れようという、そういう考え方が必要かなと思っています。小樽市にあるかどうかわかりませんが、ある歯医者では、全部レントゲンを撮った場合に 1 本の歯だけをもう瞬時に拡大できるという、そういうシステムがあるようです。ですから、先ほどのレントゲンについても、小樽市の個人病院でもやっていますけれども、電子カルテにして保存していきながら、実際にその患者の目の前で拡大したり、それからその部分だけを説明するために切り取ったりという、そういうやり方をやっていると。それで、実際その説明を受ければ非常にわかりやすいですし、人間、視覚で訴えられながら説明されると非常に理解しやす

いということを考えれば、やはり少しでも早く取り入れるということ、しつこいようだけれども、やっていただきたいと思います。そういう面においては、市長も反対はしないと思いますし、ぜひそういうことはやれということと言われるというふうには私は確信をしております。ですから、そういう面の予算はぜひつけていただきたいということを最後に強く要望して終わりたいと思います。

-----  
佐藤委員

建設地について

まず、建設地に関してきちんとしておきたいと思います。今、述べられましたけれども、建設に関しては築港ということで決定されたというふうにとらえてよろしいのでしょうか。

総務部長

先ほど説明させていただきましたけれども、最終的にあそこに建設をするということについては、先ほど来話したような諸般の財政上含めて整理をまだしておりませんので、最終的にあそこに決めたということで庁内では整理をしていません。ただ、少なくとも土地利用転換としてやり得るものかどうかという、そういう検討を進めていますし、財政的にそういったものの感じであるような形の財政再建プランというものを一生懸命つくるように努力をしておりますので、そういったものを総体的に整理をして、先ほどから申し上げているように、年明け、再建プランでいけるという判断をした段階で、市長に我々の検討した結果を示して、決断といいますか、判断をしていただきたいというふう考えております。

佐藤委員

実は私が第 3 回定例会でも質問した以降にずいぶんあちこちから話が入りまして、もう一度考えられないかという話も非常に多いということで、準備室では、あの近辺から何か具体的なものは話が入っていますか。

総務部吉川参事

適正配置が白紙ということで築港での検討を始めますという新聞報道もされましたので、それ以後、ちょっと十四、五件、市長への手紙を含めまして、あと電話とかでの御意見というのはいただいております。おおむねその半数近くは、何とか現在地という、量徳小学校を含めてですけれども、そこに建てられないかというのがありますし、あとは要は、今の所がだめでもっと中心部といいますか、築港よりもっと市街の方で建てられないかという御意見も 2 件ほどありました。あと若い方は、本当に要るのかというような、こういう財政状況の中で要るのかというような御意見も 4 件ほど来ているというふうに聞いております。

佐藤委員

実は、全部ではないのしょうけれども、私どもに入ってくるのは、反対運動に寄せられてしまったと。そんなつもりでは全くなかったのだと。それで、病院がなくなるという話は、もう本当に「寝耳に水」だったと。これなら反対運動を考えるべきだったという話がどんどん入ってくるのですよ。そういうことも含めて、地域では後悔しているのではないのかと。学校の関係者も含めて後悔しているのではないのかと。そういうことを含めて、一回あの辺の実情というのを確かめてみる、そういう気持ちはありますか。

総務部吉川参事

その 2 か所に絞っていた経緯というのは、先ほども説明いたしましたけれども、適正配置の話がずっと進んでおりまして、当然我々としましては、2 か所を候補地に挙げていて、そして量徳小学校の適正配置というものが協議されているという中で、量徳小学校が適正配置によってその土地が使えるということがなければ、候補地 2 か所のうちの築港での建築ということで考えておりますということで、その状況も示した中での協議が進んでいたと考えておりますので、そういう中での選択だったのではないかと考えております。

佐藤委員

まだほかにも、来年 4 月に、もう全部いいですよというふうな返事が学校全体で、そうしたらもう一回考えてくれるのかという話なのです。もしタイムスケジュールとして来年 4 月に全廃してよろしいですよという話が出てきたら、これは考える余地はあるのですか。

(総務) 企画政策室長

私も何度か量徳小学校の P T A ほか地域の方々との話合いの中に参加をさせていただいた経過がございます。また、教育委員会の方からも、病院との兼ね合いでの議論も、この説明会の中で、いろいろな討議がなされたというふうに聞いております。ただ、教育委員会側の判断あるいはその報告を受けておりました私どもの判断としては、逆に病院の予定地として量徳小学校を廃校にすることは許さない、認められないといった、そういった意見が大勢を占めている。そういったことも含めて量徳小学校の廃校については理解ができないという、そういった空気の中で教育委員会も一定の判断をして今日に至っているというふうに考えております。そういう意味では、その後、具体的に地域の方々、量徳小学校の関係者の方々とお会いする機会というのはございませんけれども、そういった経過の中では、私どもの判断としては、病院の用地として量徳小学校を廃校にすることについては、地域の理解が得られなかったものというふうに考えております。

(「ちょっと違うのではないか」と呼ぶ者あり)

佐藤委員

そういうことで、「覆水盆に返らず」と、こういうことでよろしいですか。

市長

我々も適正配置の関係で病院が建つなら仕方ないなという、そういう方向にまとまるのかなというふうな期待をしておりました。去年、そういう意味で新聞記事にも出まして、もう決めたのかというような話になりましたよね、議会で問題になりましたけれども。コメントを求められまして、適正配置が出て、ああ、うちの学校が適正配置の対象になったと、これで一步前進だなというコメントを出しましたけれども、聞かれましてね。期待してずっと見てまいりましたけれども、どうも適正配置であれだけの猛反対が起きましたから、これはもうこれ以上話合いも難しいだろうし、一刻も早く病院を建てなければという問題もありますから、これはもうあきらめざるを得ないという判断ですから、築港地区で進めていきたいと、こういうふうに思っております。

佐藤委員

それならそれで結構だと思います。

タイムスケジュールについて

それで、タイムスケジュール、これは現状でいいです。総務部長みたいなわけのわからない話をしないで、現状でいつ着工していくかタイムスケジュールを示してください。

(総務) 市立病院新築準備室鎌田主幹

仮に建設地を築港地区とする場合、新病院の規模・機能を固めた後、収支シミュレーションなどとともに北海道や国など関係機関との協議・調整を行います。その後、先ほど出ました都市計画的な土地利用計画の変更等の手続を行って、その後、基本設計をすることになります。基本設計は約 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、開院までのリハーサル期間ですとか、あるいは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 年程度期間を要するものと考えております。

佐藤委員

それでは、いわゆる準備段階が終わるとするのは、平成 18 年度中ぐらいをめどにしてよろしいのですか。19 年か

ら基本設計に入ると、こういう形で考えていってよろしいのでしょうか。助役が「うん」と言っているから、そちらに聞きたいと思います。

助役

先ほど総務部長から手続の話をして、それから期間の話もしましたが、私どもとしては、何とかできれば平成18年度中に基本設計の予算を計上したいと、こういうふうに考えております。

佐藤委員

そうすると、平成18年度からの5年間と、平成22年度から23年度ということでもよろしいですね。財政の再建の中にこの問題が全く入っていないように見受けたのだけれども、あの再建プランの中にお金は入っているの。

助役

平成21年までで示しましたので、今話したように実際に立ち上がってからの起債償還とかという形になってきますから、その部分ではちょっと数字が出てこないのだろうと思います。ただ、先ほど吉川参事が言ったように、病院の新築のシミュレーションの中では、もうそれ以上、例えばもっと27年とか30年までのシミュレーションを出せということで当然求められますから、その中では当然そういう形で出てきますので、償還とか繰出しとかというものがどんどん出てくるだろうと思います。

佐藤委員

この出てきた見直し結果ですね、これが詰まっていないところもあるのだけれども、この結果が最終と思ってよろしいのですか。例えばこれから規模が変わってくるだとか、科目が変わってくるだとか、病床数が変わってくるだとか、そういう基本的なところが変わってくることはもうないと思ってよろしいのですか。

総務部吉川参事

基本構想については、これで最終版というふうに考えてございます。ただ、報告書の中にも書いてございますけれども、確かに委員がおっしゃるとおり明確に示していない部分がございます。今後の状況によって変更になってくるといふ部分は当然あると思いますが、基本構想については、これで最終的な版として固めたいと思っております。

佐藤委員

特にこの中で周産期については、非常にあいまいな形になっています。国の形がわからないということもありますけれども、一つはいつごろわかってくるのかという問題と、それから小樽市として周産期をどうするかという問題があると思います。この辺は1か所に固めた方がいいなという意見もありますし、あるいは何か所で分割していけるか、あるいは医師がどうなのかという問題も出てきますから、樽病院長としてはどんな考え方を持っていますか。

小樽病院長

確かに先ほどおっしゃるとおり、周産期の問題については、この見直しを策定した時点で派遣元の教室の方でも、またどうするのかという見直しの意見も出ております。それから、先ほど来、話してはいますが、来年の春、派遣元でどれくらい小児科医が入局するのか、それから参加もするのか、そこら辺もまだ不透明なところで、その返事を待っている中にこの最終案を出さなければならなかったということもありますし、それからその先のこと、四、五年先にまたどうなるのか、そういうこともまだ見えていないのが、要するに人次第なわけです。それで、先ほど私が言ったのは、地域の医療は地域でつくらなければいけないことも言ったと思いますけれども、そういうことも含めて、病院単独で考えるのではなくて、小樽市としてどうしていくのか、地域で助け合って医療をやっていかなければならないのではないかとこのように思っております。

佐藤委員

私も人の問題だと思って見ていたのです。周産期、産科とそれから小児科なんていうのは、もう医師が少ない。

その決定的な理由は、非常に訴訟問題が多いと。ちょっと間違ったら、もういろいろなことにかかわって、子供なんかもかかわってくるから訴訟問題が多くて、とっとも若い先生はそっちの方はやりたくないという意見が多いと聞いているのですけれども、院長の意見はどうか。

小樽病院長

確かにそういうふうな理由を言う医師もいますし、いわゆる 3 K とか、ひとところに比べたら非常に医学生の診療科に対する考え方、それが変わってきているし、また、今回の臨床研修制度で市中病院に流れるということも、いわゆるリスクなところには行きたくないという医師が増えてきているというのも事実なわけです。そして実際、人を診るのではなくて画像を見て、数字を見て判断するという傾向も確かにあることはあると思います。ただ、それがいいということではなくて、やはりそういうことも正していかなければならないということだと思えます。

佐藤委員

タミフルの処方と在庫について

ちょっと新病院の建設とはずれますけれども、保健所長が一生懸命、鳥インフルエンザについて書いていただきましたので勉強していますけれども、保健所長の意見はまた予算特別委員会で伺うとして、ここに使うタミフルというのですか、これはいわゆる鳥インフルエンザの特効薬と言われているタミフルというのは、両病院は今までのぐらい使っていて、今、在庫はどのぐらいあるのですか。

(樽病) 薬局長

私どもの方では、現在はちょっとインフルエンザでは使っていません。患者がきちんと特定できないということです。現在在庫は、今、ちょっと話が長くなりますけれども、国の方でいろいろと何か、かなり前に備蓄をどうのこうの、あるいは北海道の方でもありましたけれども、特段これで、例えば一般の病院が備蓄に走ると、パニックが実は起きるわけですね。それで、そのことで備蓄は現在はしておりません。ですから、ちょっと市内で一、二件インフルエンザの発生も聞いていますけれども、通常的に対応できる50錠から60錠ぐらいということですから、そういう部分しか現在在庫はありません。

(二病) 薬局長

二病に関しましても、現在、インフルエンザの患者は発生しておりませんので、今年になりましてから、まだタミフルは処方されておりません。それで、備蓄に関しましても、今ありましたけれども、備蓄しないということでありまして、そういうことが発生しましたら潤沢に供給できるということで、現在は通常の在庫で五、六十錠程度在庫しているだけです。

佐藤委員

今マスクをしている人がいたものだから在庫を確認しましたけれども、五、六十錠といたら何人分なのですかね。たしか何錠とか必要なんでしょう、1週間ぐらい使うとか。何人分ぐらいなのですか。

(二病) 薬局長

1日2カプセルで、5日分が1人分ですので、10カプセルと。ですから、五、六十錠ですと、1人10カプセルですから五、六人ということになります。

佐藤委員

樽病も一緒だね。

(樽病) 薬局長

はい。

佐藤委員

わかりました。

交付税のルール分について

あと余りちょっと聞きたいのですけれども、このルール分についてどうもわからないのだ、非常に。まず、ルール分の診療科目を教えてくださいませんか。

( 財政 ) 財政課長

交付税上のルール分ということで。

佐藤委員

そう、交付税の。

( 財政 ) 財政課長

今、交付税でいただいているルール上、概要で説明いたしますと、普通交付税では建設費や現状、今動いている病院であれば、医療機器を整備しておりますが、その起債の元利償還分の半分の45パーセントというものが交付税で措置されます。それから、これは病床数に応じて1床当たり幾らというもので来ているのですが、現在、両病院890床ありまして、単価的には1床当たり約50万円、ですから現在890床ですから4億5,000万円ほどが交付税で算入されます。そのほかに高等看護学院の経費、これについても交付税で見られておりまして、これは高等看護学院に通われている人数に約77万円ほどを掛けた金額、これで7,000万円ほどで、今合わせた普通交付税分というのは、平成17年度の予算上ですけれども、約5億4,000万円がルール上。それから、特別交付税で見られる部分もありまして、これは精神、結核につきまして見られておりまして、精神については不採算だということで、交付税上は約47万円見られておりまして、9,500万円ほどが算入されております。それから、結核病床につきましては、これも47万円ほど見られていまして、2,200万円ほど。それと小児医療の分として病床数に応じて見られておりまして、これが2,100万円ほど。救急医療として4,700万円ほど見られていまして、そのほかに追加費用の分といいますか、そのほかちょっと細かい部分もありまして、特別交付税のルール上は1億9,000万円ほど見られておりまして、交付税措置額17年度は合わせて7億3,700万円ほどが見られております。それで、私も17年度は、病院会計に対して13億円の繰出しを見ておりますので、その差引き5億7,000万円という金額は、市が単独で繰り出しているという形になります。

佐藤委員

いわゆる交付税、色のついた交付税なのかどうかということが一つ。それから、この算出に当たっては、こちらで計算して向こうに請求するのか、向こうで計算してくるのかということをもう一つ。二つお願いします。

( 財政 ) 財政課長

通常、交付税というのは、例えば人口に、全国ではある費目については10万円、14万人なら14万掛けるのですが、この病院については、それぞれ今私が言ったような病床数とかそういうものを人口とは別にカウントして補正がされますので、実際に出さなければ来ない、出しているから来ている、そういう感じです。

佐藤委員

全部掛けると感じたので。私のところへちょっと基礎資料をいただくことをお願いして終わります。

委員長

公明党の質疑を終結し、平成会に移します。

上野委員

見直し結果と医療連携について

昨日ですが、私も見直し結果の説明を受けたばかりでございまして、もう少しいろいろな面で期待していたというか、まあ何も見直していないのではないかなというような、極端に言うと救急医療の部分だけが若干変わったというので、これについては、この見直し結果で医師会の方とは何か折衝があったのですか。

総務部吉川参事

今回の見直し結果がまとまりましたので、議会の方にも昨日、各会派に説明しましたがけれども、医師会、歯科医

師会の方にも説明しています。なお、来週、中ぐらいになると思いますけれども、ホームページの方にもその結果は載せていきたいと思っていますところです。

上野委員

前回の平成16年10月に精査・検討結果、これにつきましていろいろ新聞紙上で先に出たとか出ないとか、医師会の方が先に言ったとかいろいろございましたけれども、先ほどこれで見直しが終わるのかということ、大体終わるというような答えだったのですけれども、今日のいろいろ皆さんの御質問等、また、論議を聞いた場合、確かにそうなのかなというような、はっきり申して申しわけございませんけれども、何もあまり進歩がないのではないかなと。いろいろ余曲折がございますので、建設地の問題等もございますので、振出しに戻るとい場面もございましたけれども、それを含めてでも平成15年6月に新市立病院基本構想が発表されまして、もう約2年半を経過しているという状況でございます、今回の今日の委員会も本当に進展があるのかということ、なかなか大きな壁ばかりがあるのではないかなというような、私自身はそういうふう今日聞きながら感じておりました。本当にこの見直し結果、これで終わるのですか。その辺ちょっともう一度お聞きしたいのですが。

総務部吉川参事

結論から申し上げますと、今回で見直し、基本構想は完成するというところでございます。この基本構想自体、あまり変わっていないというような御指摘がございましたけれども、実際には懇話会の方を待って、それから構想の両病院の検討会議を経て、整備方針を経て、基本構想を制定したと。要するに市民にとってどういうものが必要なのかというところの意見がスタートなわけですから、そこからいろいろな意見がありました。あと小樽市の財政状況もありまして再度、精査・検討をしたということをつくってきたわけでございます。今回、その後も救急医療等についての御意見があったことから、市長の方から指示がありまして、ちょっと視点を変えてといいますか、要は、もう本当に今までの両病院の知恵を結集してつくってきて、なおかつ精査・検討してきたという中の基本構想なわけですから、それを今度、一つに救急には検討委員会という諮問会議を設けて検討してもらおうと。もう一つはワーキンググループ、ドクター10名でつくりましたけれども、そういうところの新たな視点からもう一回見直すべきところはないのかという見直しも、再度検討委員会、救急の方は病院で検討するときも救急に携わるドクター専門部会をつくって、要は実際に医療に本当に最前線で携わっている方の意見を再度吸い上げて今回見直してきたことですので、そうですね、今回の見直しで大きく変わってくるということではなくて、もう一回つくり上げてきたものを再度見てみたと、そういう中で救急医療体制については見直したと。その他診療科目を見直していますけれども、そういうことですので、基本構想についてはいろいろな意見を伺った中で最終的に定めたということでございます。

上野委員

やはり病院のことでございますので、平成15年6月に出した基本構想、これはやはりかなり重みがあるものだと私も思っています。しかし、これがいろいろ場所等も、また、金額等もこれからかなり変わってくるのではないかなと。一つによれば、これがこのままいくのか、見直しはやはりこれとはもう、ほんの少ないものでございますので、財政面においても、これが本当にそういうふうに行くのかなと疑問に思うのですよ。それから、建設地がもう、先ほど市長の言ったように築港の方に移るとははっきり言っていますので、そうなる、素人考えでございますけれども、かなりいろいろな面でこれが変わってくるのではないかなと。もう一遍それ等を含めて、やはり今病院の方の医師といろいろなワーキンググループをつくって検討しているというのも十分御労苦に対しては感謝を申し上げますけれども、やはり先ほど言ったように小樽の医師会とも、また、基幹病院等もございまして、その辺との整合性もどういうふうになっているのかなというのが少し疑問に残りますので、今後そういうことも含めてやっていくのか、いかないのかということだけちょっとお聞きしたいと思います。



総務部吉川参事

医師会からもいろいろ御意見をいただいています。この議会の中でもいただいています。それらを踏まえて、今回、協議するときには医師会からはどういう意見が出て、議会からも御意見をいただいているというのを示して、それから協議に入ってきた経緯がございます。医師会との関係ということで、いろいろとありますけれども、確かに小樽市は、その地域にあつて診療所しかなくて、市立病院 1 か所というのであれば、なかなか医療連携の形も病診連携ということで見えてくるのですけれども、小樽市は確かに公的病院が三つありまして、その中で今、市立病院がどういうふうにやっていくのかということですから、医療連携、ここにも書いてありますけれども、今後、今、紹介率が 10 パーセント台ぐらいですから、本当に医療連携というのはまだほとんどとられていない状況の中で、今すぐとれるというものでもありませんから、その分は早めに立ち上げて、医療連携をどうとっていくと。医療連携というのは、それぞれ医療機関の情報というのを共有していくような形でないと連携というのはとれないわけで、市立病院だけが頑張ってもとれない。そういう中で今から連携をつくりながら病床運営を、オープン病床もごさいますので、連携をとって機能分担しながらどんどん連携が進んでいけば、さらなる例えば診療内部の見直しもできますし、人口の推移によっては、さらにダウンサイジングしていかなければならない。そういうものも含めて、今回、見直したということでございますので、当然これは現状での基本構想としてはこういう形ですが、今後、状況がどんどん変わっていく中では、その変更もあり得る、修正もあり得るということになります。

上野委員

今言われたことはわかりますけれども、やはり言ったように、もう小樽市がこの市立病院しかないのだったら私はいいのですけれども、基幹病院というものがあるのに、そこの連携がとれていないと思うのですよ。そして、市立病院の構想を掲げて今つくるということは、いろいろな面で小樽市の基幹病院の危険性もありますし、また、市立小樽病院においても危険性がかなり出てくるので、やはりこういう機会でございますので、もうじっくり、どっちみち先ほど言ったように、これをつくるまでまだ時間がありますので、時間というのは、スタートはいいですけれども、できるまでもう少しこの小樽市内の医療機関と、例えば院長同士が積極的に話し合うとか、そういう場面もやはりつくっていただく方がお互いにとって大変よいのではないかなというように思っておりますので、答えは要りませんけれども、後ほど検討していただければありがたいと思います。

大島委員

1 点だけお尋ねします。

建設地について

今日一番お聞きしたかったのは、建設場所をどこにするかという、この 1 点でございました。前に質問しました古沢委員あるいは佐藤委員、それぞれ同じく建設場所についても質問がございまして、今、市長の方から築港で事業を進めたいというふうにお聞きしていたのですが、再確認の意味で私も同じことをお聞きしたいのですが、場所については築港ということで確認をしてよろしいのでしょうか。

市長

先ほどお答えしましたとおり、後に戻ることはないということで、向こうの方で手続を進めていきたいと思っております。

大島委員

私たちも市民からいろいろ、どこに建つのですかということで尋ねられることがずいぶんございます。今までは学校の適正配置との関係がございまして、今、学校の適正配置が決まり次第ということで、そうすれば小樽病院の現在地ぐらいはということで、尋ねられた市民にはそのように話ししておりましたけれども、その後、新聞報道で築港ということで、本当に築港に建つのかと。また、いろいろな意味でいろいろなことを言っている方がございま

して、今日はそれをとにかく市長に確認をしたいということでございました。今、確認がとれましたので、今後は建設地については築港で進めるということをはっきりと市民に対して答えられると、そのように思っております。

現在地の地価について

それで、そうすると今度は跡地利用なのですけれども、今、小樽病院の土地、地価はおおよそどのぐらいになるのか、財政の方でもしわかれば。

そしてまた、建設までにオープンまでに5年ということがございますけれども、そうすると5年後にはどのような考え方を持っているのか。今日そこまで、今はもう築港ということで御答弁をいただいたので、跡地利用の価格、もしわかれば教えていただきたい。

今、御承知のように、小樽はマンション建設ブームでございまして、そうするとあそこもマンションになるのかなど。景観としては非常に住む方にとってみれば展望も非常にいい場所でございますし、それにしてもどのくらいになるのかなど。今もしここで答えが出なければ後ほど結構でございますから、教えてください。

(「調べてみます」と呼ぶ者あり)

それで結構でございますので、後ほど教えてください。わかりますか。いや、後ほど結構です。後ほど資料をいただきまして、私の質問を終わります。

委員長

それでは、平成会の質疑を終結し、民主党・市民連合に移します。

-----  
斎藤(博)委員

それでは、私の方からも、昨日見せていただきました見直し結果について中心的に中身を教えていただきたいと思えます。ページに沿って何点が聞いていきたいと思えます。

救急医療体制検討委員会の答申とその経過について

まず最初に、認識の部分といたしますか、この間の議論経過からしまして、小樽市救急医療体制検討委員会がつけられて、その答申をもらったという経過があります。これをつくられた経過といたしますか、何を目的にした委員会だったのかなというような部分を考えておりました。基本構想の精査・見直しが出された中で、それをめぐって地域連携なり市内の医師会との関係でいろいろな議論があった等々の中で、この検討委員会がつけられたのかなというような理解をしていたわけなので、出された答申の部分についても、例えば明日あさってという意味で、今の小樽市民の安心なり安全を考えたときにどういった救急医療体制を考えるべきなのかというような部分、例えば輪番制の問題等、ずいぶん期待されていたような記憶がありまして、この新しい病院の救急医療の部分についての期待という部分もあることはあったわけなのですけれども、その辺のまず役割と答申の性格について、もう一度説明していただきたいと思えます。

(保健所)保健総務課長

救急医療検討委員会の答申ですけれども、今、委員がおっしゃったとおり、かなり新病院の検討の中で救急の部門について、市の医師会とその計画とのかい離があったと、意見の相違を伺ったということで、一応それを調整するというのではなくて、この際、市内の各層の医師に何人が集まっていたいて、本来小樽市であるべき救急医療のあり方を原点から考えようということで、あのような討議をして答申が出たという形になっております。

それで、当初は新しい小樽病院の救急についての中身についても、望ましい姿を描ければ計画の中に入れていきたいという思いはございましたけれども、なかなか調整が整わなくて、実際は考え方といたしますか、留意すべき事項と、あとは個々の委員の意見を聞くという形で精査という形になっております。

斎藤(博)委員

ですから、前もこの委員会で議論になった答申本体と付記という形でありました部分を含めて、ずいぶん今回の

構想の中では重要な役割を果たしているのではないかなと思っています。

もう一つ、このページでお聞きしたいのは、「両病院の医師からなるワーキンググループでの」というような部分がありまして、先ほど来の質疑を聞いておりますと、10名の医師が将来を見据えて病院の規模や役割について議論したというふうに言っているわけなのですが、まずどういった議論が行われたのかという部分なり、それから救急医療体制の検討委員会からは、私がもらったわけではなくて市長に出した答申のコピーをいただいて、この委員会でも説明をいただいているわけなのですが、この両病院の医師から成るワーキンググループの検討結果というのは、ペーパーとして例えばその病院長なり市長なりに出されたようなものがあるのかどうか。その前段として、どういった議論が、将来新しい病院ができた以降に病院を中心的に担ってもらいたいというふうなことでお願いした医師たちが議論したのかと、どういった思いをぶつけ合ったのかというあたり、あったらお聞かせいただきたいと思います。

総務部吉川参事

最初に、まずその報告書というのはあるのかということですが、10名のドクターでやって結果を出しているわけですから、検討結果というペーパーといいますが、それは当然あります。

それと、基本的にはさっきも言いましたけれども、救急については4月に立ち上げていますので、その時点で検討委員会の救急の方は審議されている最中ということで、むしろそれ以外の部門の規模、機能、それから病床数はどうなのか、診療科はどうなのか、それから周産期ですね、そういうところをどうなのだとということで中心に協議を行っていったということです。

斎藤（博）委員

そのワーキンググループの検討結果というペーパーというのは、公開できるのであればもらいたいと思うのですが、いかがなものですか。

総務部吉川参事

ワーキンググループはあくまでも市の内部の検討機関といいますが、諮問会議ではございませんので、そういう意味では、報告書で今まで外に出してきてはございませんけれども、今回、最終的な見直し結果もこの流れの中で決まりましたので、もし必要であれば報告書をお渡しといいますが、お見せすることはできると思います。

斎藤（博）委員

本当は読んでから、この次のページ以降の部分について話させていただきたいのですが、今お話しいただいているように全く無視してつくったとか、対立したものが書かれてきたというようなことではないということをお話前提に、少し中身について話させていただきたいと思います。ペーパーにつきましては、後ほど伺いますので、読ませていただきたいと思います。

救急医療体制について

最初に、救急医療体制の部分について、これは何人かの方がお聞きになっていまして、同じことを繰り返すようなことで恐縮なのですが、聞いていきたいと思えます。改めて、新しい病院は1次救急についてはやらないのだと。表現としてあるわけなのですが、「現行どおり夜間急病センターを中心とした体制で行い」と書いてあるわけなのですが、これはやはり今の公設民営ということの意味しているのか、受皿としての医師会を意味しているのか。それから、さらに踏み込むと、場所についてはどういうふうを考えているのか。そういったことについて決まっている部分なり今後の議論の部分があるのであれば、お聞かせいただきたいと思います。

総務部吉川参事

先ほどの補足なのですが、ワーキンググループの結果なのですが、基本的に今回の見直し結果は、救急の部分は答申されて、ほかの部分は、救急としてはワーキンググループの報告に沿った形になっておりますので、それほどさっき言いましたように全然違うような内容ということではなくて、ほぼ沿った形になっております。

救急については、あくまでも 1 次は夜間急病センターを中心という意味は、新病院と機能を分担しようという意味ですから、これが公設民営と言っているあれでの何か特定したようなことではなくて、あくまでも 1 次は夜間急病センターという機関、どこがということではなくて、ただ新病院と機能を分担しようという意味での見解と  
いいですか、結論ということです。

斎藤（博）委員

そうすると、今後の議論の中では、当然そのあり方なり場所の部分についても、この委員会等の中で議論させていただける、それなりに固まった時点でまたお話を聞かせていただける、そういう理解でよろしいですか。

総務部吉川参事

そういうことではなくて、あくまでも新病院から機能的に切り離して考えていこうということですから、夜間急病センターをどこに持つかとかという論議は、ちょっと新病院の論議とはまた別の論議になるのではないかと思います。

斎藤（博）委員

今の議論につなげるといいですか、なぜこういうことを言っているかということ、もう私は私なりの思いもあるわけなのですが、その前に夜間急病センターの利用状況については保健所の方に伺いたいと思います。平成 16 年度 1 年間の夜間急病センターの受診した数、それから実際その中で 2 次転送された数、そういったものがわかっていればお知らせいただきたいと思います。

（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、まず受診者数につきましては年間で 1 万 1,073 名となっております。そのうち 2 次転送された患者は 724 名となっております。

斎藤（博）委員

その 2 次転送された 724 名の方が、どこの病院に転送されたかというふうに押さえていらっしゃいますか。そんな全部ではなくてもいいのですけれども、主なところとしてどういうふうになっているか、わかっていたら教えてください。

（保健所）保健総務課長

2 次転送の主な転送先でございますけれども、一番多いのが済生会小樽病院、ここが先ほどの 724 名中 318 名、それから 2 番目に多いのが市立小樽病院、これが 125 名、それから、あと 3 番目になりますと協会病院、これが 65 名、これが主なところでございます。

斎藤（博）委員

こうやって三つ言ってもらって、4 番目は 5 番目はとっていきと何か変ですから、そこでやめておきますけれども、私はいろいろなところで教えてもらって、例えば小樽市の救急車がありますね。救急車が 1 年間に運んだ患者というのが 5,795 人、そのうち夜間急病センターに運んだ人が 1,300 人ちょっと、それから市立小樽病院に運んだ方が 850 人、これは昼間とか日中とかも含めてですから。それから、第二病院に運ばれた方が 591 人ということで、5,795 人中 2,747 人が夜間急病センター、それから小樽病院、第二病院に運ばれている。半数がそういう状態になっているわけなのです。それから、先ほど言った夜間急病センターでいわゆる必要があって 2 次転送された 724 人のうちの確かに 45 パーセントぐらいが済生会小樽病院で、その次に小樽病院、協会病院、そして第二病院等が受入れとしてなっているのだという事実があるわけでありまして。これは事実だということで、あまりこれを議論してもちょっとしょうがないと思います。

それで、次にまた質問に戻りたいのですが、今回の文書の中で、先ほど夜間急病センターと新しい病院というのは別なのだというふうに、機能を分担しているから全く違う次元の話だということをお話しいたしているわけなのですが、一方で新しい病院には救急患者対応窓口を設置しますというようなことが記載され

ているわけなのですけれども、この役割と、どういうものをイメージしているのか、お知らせいただきたいと思えます。

(総務)市立病院新築準備室鎌田主幹

救急患者対応窓口についてでございますが、これは今回報告書にも書いてありますように、救急患者を一くくりにした中で、かなり広い範囲であります。また、救急車で来る部分と、ほかの医療機関から転送される部分あるいは自宅の家族から電話が来る部分あるいは本人が直接来る部分、こういういろいろな部分の救急に対して窓口を一本化しなければ混乱が生じるということから、この窓口を一本化したということでございます。

斎藤(博)委員

これは、そうしたら昼間の問題と人の配置とかで特別なセクションというようなことではないということなのか。

(総務)市立病院新築準備室鎌田主幹

これは一応救急部という中で、その中で対応していくということです。

斎藤(博)委員

それで、今、救急部の中に救急患者対応窓口をつくるのだという話がありました。次の行に「2次・3次救急については、救急部を設置し」うんぬん、そういう体制をつくっていくのだと書かれているわけなのですけれども、ここで言われている救急部というのはどういうものなのかというのをお話しいただきたいと思えます。

(総務)市立病院新築準備室鎌田主幹

救急部の構成としましては、一つは先ほど言った救急車対応の部分、これはここにも書いてあります救急専門医を配置したチームが担当していくということございまして、もう一つはウォークインの患者とか、あるいはいわゆる1次的な部分に近い患者については、当直をしている班が対応するという二つの班から構成をしていくという救急部のイメージがありまして、これが先ほど言いました救急専門医の確保が可能かどうかという今後の問題もありますので、これらを見極めた上で、今後どうするかということを考えていくということでございます。

斎藤(博)委員

救急専門医を配置したチームでの対応というふうになりますから、当然専門の医者の確保ということも必要だと思いますけれども、それをサポートしますといいますが、一緒に頑張るコメディカルの体制というのも、それから専門の医療設備等も必要になってくると思うのですけれども、その辺についてはどういうふうに考えていますか。

(総務)市立病院新築準備室鎌田主幹

当然この体制が、現時点での体制というのは、先ほど説明した体制でございまして、この体制でいくとすれば、看護師についてもICUを担当するところが救急部も一緒に担当するとか、あるいは検査とか、それ以外の部分についても、当然やはり24時間体制になるとすれば当直で対応するとか、この辺のところは今後体制がしっかり決まった段階で決定していくということでございます。

斎藤(博)委員

今後の議論の部分もあるというふうには思うのですけれども、例えば救急部というのは夜間救急部ではなくて、日中といいますが、土日含めて要するにたぶん24時間やっていくことをイメージなさっているのではないかと思うのですよ。例えば第二病院なんかは、日中、医師が診察していたりしていても、急患が入ってくると、大変な状態になりながら、急患の患者の状態によっては待ってもらって、状態を変えて必要な対応をしているというようなことを今やっているわけです。それはもう患者も「何か急患来たからみんないなくなったわ」ということで我慢させて、我慢というか了解をいただいていると思うわけなのです。今後、新しい病院の中で救急部を設置するということには、当然独立したものとしてそういう急を要して運び込まれてくる患者については、どこかの医師が手術をやめたり外来から飛んでくるとかではなくて、専門の体制をとろうというわけですから、当然それに見合うようなバ

ックアップシステムというのを確立していかなかったら、まさか救急部の検査技師は電話で来ますとか、そういうことにはならないというふうに考えるわけなので、この部分についてもう少しお話しただけないかなと思います。

総務部吉川参事

その報告書にもありますように、2次・3次については救急部を設置して、常時スムーズに、ほかで対応できないものもできる体制の構築を目指すということで書かせていただいているのは、実際に救急専門医、救急部を構成するというからには、やはりそこに救急専門医なりが本来きちんと配置をして常にいるという状況を想定するのですけれども、それが確保できるかという問題もすごく大きいところですし、特に「目指します」という表現にしたのはそういう部分であるわけです。こういった部門といいますか、さっき準備室主幹の方から看護師はICU、集中治療部門の病棟を持っているところでやっていくとか、そういう意見も出ていますし、あと当初の基本構想はあくまで1次から3次までということで、検査も薬局もすべて当直体制をとるということであっていただけなのですが、実際にここが動いたときに、救急専門医はどうなのかといいますと、実際にどれだけの患者をここで対応しなければならないのかということによって、この体制というのが変わってくると考えておりますので、それはここで決まっていなかったのはおかしいと言われたらあれですけれども、やはり今から検討していかなければならない部分だというふうに考えております。

斎藤（博）委員

議論といいますか、基本構想が出たときに1次から3次までやります、やりたい病院みたいなことをまず最初出しましたよね。その中で当然地域連携も考えなければならないとか、医師の確保ができるのかとかと、いろいろなところからいろいろな指摘を受けて精査・検討して、さらにこれを見直して、今、前段言っているように夜間急病センターについては、要するに1次については別次元でもって議論させてもらいますというように仕切ったわけですよ。そして、2次・3次は新しい病院でやるのだと、こう言っているわけですから、これは確かに医師の確保の困難さというものはあるわけですが、考え方としては、一回いろいろな意見をいただいた中で洗い直して出てきて、1次と2次、3次についてはすみ分けるということを決めているわけですから、この部分というのは大事だと思うのです。これは、全部だとは言えないのですけれども、精査・検討の見直しなり、地域でのいろいろな医師会を含めた議論の中での見直しの大きな柱の一つがあったはずなわけです。ですから、そういう意味で新しい病院というのは、1次については夜間急病センターがやるのだよと。それについては、そういうふうに仕切ったよ、新しい病院ではないのだと。それがどこでだれがやるかについては、これから議論しましょうと。これはこれで一つにおさまったと思うのです。ただ、そのかわり、やはり2次・3次については、新しい病院に対する市民の皆さんの期待といいますか、願いの部分の大きな部分として、夜、小さい子供がぐあい悪くなったときに大変なのだとか、自分の家族が急病で、言ってしまうと、救急車の中で家族が乗っているところで救急隊員がどこの病院に行くのだとやりとりしているというようなこと、そういうことがなくなるような病院をつくってほしいということで、それだけではないですけれども、そういう思いというのは強いわけですよ。ですから、私は、今回この見直しを出してくる以上、2次・3次についての救急部を設置するということを新しい病院を市民の皆さんに理解してもらう上では、非常に大きなウエートではないか、セールスポイントではないかなというふうに思うものですから、やはりこの部分については、相当しっかり考えてもらいたいと思います。それは希望です。

もう一つは、先ほど来言っているように、前の委員会で私は話をさせてもらったのですけれども、夜間急病センターも、夜、いろいろな形で患者を受け入れている。それから、小樽病院の方も、薬局は実質当直体制をとっています。それから、第二病院なんかで言うと、検査や放射線なんかについては、ほとんど夜ずっと起きているというわけではないのですけれども、呼び出されている実態を表にしていくと大変なボリュームの実態があると。それが今一つの役割、夜間急病センターを外したにしても、一つの病院でもって動かしていくということになると、ほと

んど検査、薬局、放射線なんかという部分は、看護師と同じように24時間動くような体制をとらないと、ポケットベルで呼びます、電話で呼びますという体制はとりきれないし、おっしゃっている2次・3次に対応するということにはならないと思うわけなのです。そうすると、当然新しい病院の役割として2次・3次をきちんとやるためには、当然専門医も必要ですけれども、コメディカル部分の24時間体制が確立されているということが前提になっていくのではないかなと思うのです。そうしたときに、そういった能力を夜間急病センターに来た患者を2次に転送するときの役割として活用できないのかなというのが私の思いなわけです。片方に24時間待機している検査もスイッチが入ったままの機械がずっと例えば新しい病院で動いているのであれば、新しい病院が築港にできるのであれば、その近くに夜間急病センターをつくって、夜間急病センターに来た患者を2次転送する、割合で言うと1万1,000分の700ですから、6パーセント程度の数なわけですけれども、その人が改めて救急車を呼んだり何だりして違う病院に行くということを考えたときに、仮に新しい病院が24時間の体制をとっているのであれば、夜間急病センターを新しい病院の隣接したところにつくることによって、患者の負担、それから患者の流れが極めてスムーズになるのではないかなと私は思うわけなのですけれども、この辺についてももし考えがあったらお聞かせいただきたいと思います。

#### 総務部吉川参事

まず、2次・3次救急については、確かに、今、救急部を持つということは、先ほど言いましたように、救急専門医を核としたチームをつくるのが普通なのです。救急をやっている医師も、それを目指すものとしては当然持っているのです。現実的に確保できるかという問題が一つありますので、こういうことでどこまでできるか目指していきましょうということです。

もう一つは、2次・3次については今実際に、今後、開院までにまたどういった救急体制になるかわかりませんが、やはり輪番制というのがあるわけですね。そういうものも含めた中でどう動くのかということがありますので、そういうときに、どれだけの患者が来るのかという、そういう予想というのを持たせていかなければならないような部分があって、実際には、やはり新病院を開設したときに、救急患者がどれだけ来るのか、どういう状況で来るのかということを見定めて、また体制というのを変えていかなければならない部分が多いのかなと思います。当然、新病院の開院までには、そういう見込みを立てて、輪番制との関係をどうするのか、その中でどういった体制をとるのかということと体制を決めていくと、そういうことになるかと思えます。

#### 斎藤（博）委員

先ほど言いましたように、実際の問題として救急車が6,000人ぐらいの患者をどこに連れていこうかと走るときに、4分の1が夜間急病センターで、4分の1が樽病と二病だという実態があるわけですから、そういった実態を踏まえていってほしいと思います。また、輪番制をもって地域連携、輪番制ということも、今後の役割としては十分理解できるわけでありますけれども、同じようなデータはたぶんお持ちになっていると思いますけれども、ただ実際の問題として、例えば急患を受け入れてくれる病院がどのぐらいあるかということ、去年の実績で言うと、市内に150ある病院・医院のうち、救急患者を受け入れてくれているのは20にも満たないのだという実態が実際はあるわけですから。だから、そういうことから考えると、やはり新しい病院の果たせる役割というのは出てくるのではないかなというふうに、医師の確保もないから次言えないという立場は了解するのですけれども、ただ役割としては、その2次・3次をきっちり受け止めていくという部分が非常に大切な部分なのだというのを、これは言うておきます。

#### 亜急性期病床について

この部分の最後ですけれども、読んでいって非常に驚いたというかびっくりしたのは、4ページに「亜急性期病床を設けることにより、効率的な病床運営を行うこととしました」と書いてありまして、新しいもの好きなものですから、すぐ飛びついたわけなのですけれども、これは一体何なのかということと、こういったものをイメージし

ているのだろうかということ、それでもっと素朴な疑問として、これはどこから出てきた意見なのだろう、考え方なのだろうと、その辺についてお聞かせいただきたいと思います。

(樽病) 医事課長

質問が三つほどありますので、私の方で答えられる部分だけ答えます。

この亜急性期病床というのは、亜急性期入院医療管理料というのは、平成16年度の診療報酬改正で新たに設けられた特定入院料の一つでありまして、それで平成16年度に設けられて、全国的に最初やはり当然こういう点数をとるためには施設基準等ありまして、各病院で、全国的に迷ったわけですよ、これをつくるのが、これを申請するのがいいのかどうかということで。それで、半年くらいはなかなか全国的にこれの名乗りを上げる病院はいなかったみたいなのですが、最近徐々にこれが増えてきていると。それで、中身的には、若干、包括点数的な部分がありまして、1日2,050点とれると。一般の病院の場合は、14日までが一番高く、14日以降30日以内がまた低くなって、それから30日以降がたっと下がるという、そういう入院基本上の仕組みがなっているわけですが、この亜急性期入院病床は常時2,050点、ただし高い薬とかを出しますと、その辺は含まれると。包括計上の部分がありまして、手術とかその辺は出来高払いなのですが、その辺の比較を各病院でやって、たぶん最近増えてきたのは、こういう病床を置くと、やはり結局、急性期の病院であっても、やはり診療が終わっても家に帰りなさい、施設に入りなさいと言ってもなかなか出て行けない患者というのがいると思うのです。その場合、長く置いておきますと、今言ったように診療報酬もかなり多くなってきますので、そういう患者を自宅の方に帰す一つのクッションとして、亜急性期病床をつくって、それを移動させてリハビリ等をやりながら、それほど処置なり何もかからない状況であって、そういう部分で次の後方の病院を探したり、施設を探すという役割を一つこの病床の中で持つことによって、病院の収益の部分ではメリットがある部分かなというふうには考えております。それで、実際とかいろいろの部分では、そういう各病院いろいろと考えてやっていると思うのですが、実際に私どもは調べたこともありませんし、小樽病院は、平成16年度にできたときにいろいろ検討はしたのですが、なかなか施設基準で難しいところもございまして、現在まだ私どもでは、今の病院ではちょっと考えてはございません。

総務部吉川参事

どうい、だれが言ったのかとかという話は、これは今実際に非常に大きなダウンサイジングをする中で、各診療科も内科とか整形なんていうのは、今と比べて物すごい数を減らしてくるわけなのです。そういう中で各診療科の病床配分が難しいというのが一つありました。その中で、また両病院で検討する、さっき言いました全診療科のドクターが集まって、その専門部会をとって検討した中で、こういう亜急性期病床があるということで、要は診療科を特定しないという利点があります。A・B・Cという診療科があっても、そのどこの急性期を脱しつつある亜急性の人を入れて、退院までのケアをするのだという意味で、幾つかの診療科で使えるというような、そこは非常に大きいのです。そういうものがあるということで、それを取り入れて、では編成しようということで、亜急性期病床があります。ただ、これは病室ごとにとる単位なのです。だから、40か50床あっても、その中で例えば4床室を二つとったら8床が亜急性期病床になる、それはまだ去年から出た体制ということもありまして、こういう構想でいきますけれども、実際に運用していく中で、そこに入れた方がいい患者がどのぐらいいるのかということ把握した中で設定していかなければならない部分がありますので、基本構想はこういうふうなうたっても、実際に運用するときにはまた若干変わってくる部分かなとは思っております。

斎藤(博)委員

今でも例えば病状によって、入院患者の中でも特に注意しなければならない人、ICUとかそういうところにいるのは別としまして、やはり詰所に近いところに重たい患者がいるのかなというような感じがあります。軽くなったら遠くに行くというのは変な言い方ですが、そういう調整というのはしているのではないかなと思うわけで、私が混乱したのは、亜急性期病床というのは、詰所みたいな単位でイメージしていった方がいいのか、それと



も例えば内科の亜急性期とか脳神経外科の亜急性期とか、ちょっと素人意見ですけども、そういういわゆる普通の診療科の詰所の中の一部屋の四つのベッドがこれに該当すると、そういうふうにやっていくのか。そうすると、メリットもあるしデメリットもあるので、そういうふうに関科ごとにそういう亜急性期をつけていると、看護師は医師も含めて、もともと自分の患者の状態によって部屋が違うということで理解できるというふうに関科があるわけなんですけれども、例えばの言い方でちょっと恐縮なんですけれども、脳神経外科の亜急性期はいつも入っているのだけれども、違う科目の亜急性期は全然ないとかということになったときに、そういうふうに関科していると、回しきれののかなみたいな心配もあるので、どういうふうに考えていったらいいのか。

総務部 吉川 参事

亜急性期病床に関しては、確かに新しいので、実績とかというのがなかなかわからない部分がありまして、各診療科の医師のそれぞれまだいろいろな意見が実際にはあります。例えば脳神経外科であれば、亜急性といえども、急性期治療が終わって退院までの間としても、やはり脳神経外科固有のケアというのが要るのだと。それをいろいろな診療科の、来る患者の亜急性の中にぼんと入れることはできない部分もあるということですから、ちょっと一概にすべての診療科で自由に使うというような部分もあるでしょうし、やはりある程度診療科を特定した亜急性という持ち方をしなければならない病棟も出てくるのかなと思います。非常にまだ実績がないので、なかなかその実際の運用実績みたいなものを見ながら最終的には運用に入っていくということになるかと思います。

斎藤（博）委員

病床配分について

最後に、別表で診療科ごとの病床配分表というものが出されています。個々の数については、これからもいろいろ議論があると思うんですけども、二つほど教えてもらいたいと思いました。「脳神経外科32」となっていて、その下に特定疾病ということで「脳外科管理 8」と書いてあるわけなんですけれども、ここの意味合いについて教えていただきたいと思います。

次に、その下に「心臓血管外科22」と書いてありまして、確認事項ということで「循環器科との関連で対応」と書いてあります。この二つの部分について説明いただきたいと思います。

総務部 吉川 参事

まず、脳神経外科の下に書いてある特定疾病ということですけども、実際、いわゆる脳神経外科としての治療が終わると、第二病院として。やはり実際その後の後方病院とか、そういう関係でなかなか出ていけない患者というのがいるわけですね。それが現在やはりいるという中で、ここでいう32床ではなかなか難しいというのが診療科からありました。そういうことで、とりあえずその8床というのは、そういう患者を本来は連携の中で解消できればいいのだけれども、それまでの間、ここで8床持っていきましょうということでの8床です。

それから、「循環器科との関連で対応」というのは、今回、実際には病棟編成をまだしていません。ただ、検討はいろいろしていますので、恐らく循環器科と心臓血管外科というのは、同じユニットの中で構成されてくるだろうということで、心臓血管外科が22でなかなか厳しいときには循環器科の中で調整していこうということの意味合いです。同じユニットにするという前提での話です。

斎藤（博）委員

この見直し案については、以上です。

建設予定地について

最後に、建設予定地のことでお尋ねしたいと思います。経過とか今後の予定とかについては、先ほど来何人かの方がお聞きになったので繰り返しません。1点だけ考え方をお聞きしたいと思います。私は、前回のこの委員会で、決めるプロセスの部分では市長といろいろ議論させていただいた経過があります。そういった中で新しいところが築港に決まったのだというようなことで、いろいろな人と話をさせていただきました。その中で出された疑問とい

いますか、意見なのですけれども、一つは、今言われている予定地の横に公園用地というのがあるわけですが、あれは小樽市の土地ですか、まず単純に。

総務部長

あれは土地区画整理事業で公園をつくるという計画の中で小樽市に帰属になっている土地です。

斎藤（博）委員

それで、私は絵に落として、ここからここまでが今度言われている敷地なのだというふうに配ったというか、いろいろな人に読んでもらった中で、なぜこの公園を使わないのという話が出ました。膨大な広い林ではないにしても、新しい病院をあそこに建てる際に、例えばJRとの距離の関係とか、そういったことを考えていったときに、公園自体を否定するつもりはないのです、一般的な意味であった方がいい。ただ、今、病院をつくるのだとかという話しして、土地を買うとか、建設がうんぬんかんぬんといろいろ話をしている中で、公園は大事だからこれは手をつけなくて、病院の目の前が公園なのですよというようなことも、絵としてはそれなりに評価すると思うのですけれども、こういう状況の中で、あそこも、変な言い方ですけれども、片方の土地とは道路で切れていて、片方は線で切れているというような状態で今話をしているみたいなのなわけなのですけれども、ああいうところというのは一度公園だということに決めてしまったら、何が何でも公園を建てなければならぬものだろうか。その前に、これは薄々小樽市のものだぞというのはわかっていたのですけれども、本当に小樽市って一体何考えてるのと。隣に公園用地を持っているのに、それはそれとして、こっちの土地を買うのだという話ししているのだろうかというようなことで、やはり疑問としては非常に正しいのではないかなと私は思うわけで、いろいろな経過があるし難しい部分もあるのかもしれませんが、今後のその議論の余地として、例えば同じ面積の公園がどうしても広い中で必要なかどうかということもちょっとあるとは思いますが、例えば取りかえないかだとか、そういったことを含めて、今言われている敷地がコンクリートなものなのか、それとも今隣に持っている地続きの公園用地というのは、例えば病院を建てる敷地に転用というのか、そういうふうに変換することができるものなのか。小樽市としては、化けさせる方向で国と議論するというか、どこかと議論するつもりがあるのかないのか、どうしたらいいものなのかと考える余地があるのか、考えているのか、はなからあそこはもう公園以外だめなのかと、その辺について、私の今日の最後の質問ですので、お聞かせいただきたいと思います。

総務部長

まず、あそこの4,000平方メートルの土地について、その性格というのから説明しますけれども、土地区画整理事業というのは、都市計画事業として全体的ないわゆるフォーメーション、ここに道路を入れて公園を入れてというような、こういう中で9,300平方メートルのいわゆる、区画整理事業の区域の3パーセントの土地を公園にしなければならないという、こういう基本がありまして、それで駅裏の土地、あれは都市計画決定を打った公園として、面積がたしか5,300平方メートルあると思うのです。それで、街区公園として今あるところは、4,000平方メートルを確保して9,300平方メートルの公園用地を確保して、全体のいわゆる都市機能を、道路ですとか、公園の整備を区画整理事業でやると。これを面として都市計画決定を打って、縦覧をかけて意見書をもって確定をしたものが、あのフォーメーションなのですね。ですから、基本的には、個々の単位の都市施設に位置している公園にすれば、都市計画決定を打った5,300平方メートルについては極めて難しい要素があるのですけれども、街区公園の部分としては、機能として客観的に移してもいいというのであれば、それはそれなりの理由があれば、いくら面として都市計画決定を打ったとしても、それは可能と言えれば可能なことです。

ただ、問題は、病院を建てるというその理由が、いわゆる客観的にそういった公園用地をここに打ったという位置づけたというところで、やはり大衆的なというか、市民的なというか、そういう合意が可能なものなのかどうかという、この辺あたりは極めて、病院そのものは公的なものであるという位置づけはするにしても、市が自分で打って自分で決めたものを、今度自分の市のものに行くから公園をどこかに移さなければだめですから、だから

4,000平方メートルの土地をどこかに移すということの合理性の問題ですね、そういったものの整理をしなければならぬと思うのです。したがって、内部ではその議論はしています。これを移して、どこということは別にしても移してできないかという議論はしていますけれども、今言ったように極めて、面全体としては北海道の知事決定で打った部分ですから、これは北海道も含めて区画整理事業の都市計画決定を進めてきた道庁とも決めて、変更するのであればそういったきちんとした筋書きも含めて整理していかなければだめですから、我々としては、今言ったように土地利用との関係も含めて、どこかに移してしまうと限られた4ヘクタールの中に4,000平方メートルがぼんと今度行ってしまふわけだから。そうすると、残った土地はどうするのだという、こういう問題も議論していかなければなりませんので、そういう意味では簡単ではないという認識はありますので、それは議論の対象にはしております。

斎藤（博）委員

最後に要望だけ。

皆さん御承知のように、ここは別に今は公園ではないでしょう。ただの土地ですよ。あそこに公園をつくるという市民合意がどこにあったのか、これもはっきりわからないのです。だから、そういう意味では、何でそんなにこだわるのかよくわからないのですけれども、その辺は後で教えてもらいますけれども、ぜひ何とかならないのかなという思いがありますので、検討いただきたいと思います。

総務部長

基本的に何で公園かと。公園ではないのだけれども、公園にするための公共投資はしているのですよ。さくとか何から。あれは、あくまでも開発行為と同じように面として決めた分で、公園予算がないからしていないだけで、基本的には、さくをつくったり、石ころをまいたりして公共投資はして、そういう目的といいますか、近隣の人方に使っていただくという、こういうことの位置づけでつくったものですから、それはあくまでも開発行為という区画整理の中で定められた面積を担保したものですから、必要だとか必要でないとかではなくて、必要なものとして。

委員長

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。