

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 18 年 12 月 20 日 (水)	開 議	午後 1 時 0 0 分
		散 会	午後 4 時 4 2 分
場 所	第 2 委員会室		
議 題	付 託 案 件		
出席委員	前田委員長、上野副委員長、小前・井川・菊地・大畠・成田・ 斎藤(博)・古沢・見楚谷・高橋・佐藤 各委員		
説明員	市長、助役、総務・財政各部長、総務部参事、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

ただいまより、委員会を開きます。

本日の会議録署名員に、小前委員、斎藤博行委員を御指名いたします。

付託案件を一括議題といたします。

これより、一括質疑に入ります。

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。

共産党。

菊地委員

初めに、11月20日だと思うのですが、地方議会議員と地方自治体職員のセミナー「地域医療再編と自治体病院経営のこれから」というのが札幌で開かれているのですが、病院関係者の方でどなたか、これに参加している方はいらっしゃいますか。

総務部吉川参事

詳細にはわかりませんが、聞いているところでは、いないと思います。

菊地委員

病院の経営改善について

病院の経営改善について、何点かお尋ねしたいと思います。

12月1日の市立病院調査特別委員会で、病院事業会計の資本収支計画が示されました。入院収益とか外来収益で、病院の経営努力がうたわれているのですが、多くは他会計頼みの収支計画になっています。病院の経営努力の具体策についてお伺いしたいと思います。

(樽病)総務課長

病院の収支計画についてでありますけれども、今回の計画の中におきましては、一つは、7対1入院基本料を通年で確保していくための経費を引き続き確保していきたいというふうに考えております。そのほか、小樽病院では、内科の医師を平成19年度と20年度にそれぞれ1名ずつ確保して、患者増、収益増を図りたいと考えております。そのほか、第二病院では循環器外来、これも回数を増やして、患者増と収益増を見ております。そのほか、給与費につきましても、医師を除いて、18年度に比べて、19年度はさらに3パーセントという削減をして給与の節減をしたと考えております。そのほか、医療材料費などにつきましても、病院の支出に占める割合が非常に高いので、これらについての購入方法の改善を図って、経費節減を図りたい。それと、やはり地域連携室を小樽病院でも18年度から立ち上げておりますので、これを利用して、紹介患者の受入れ、そしてまた逆に紹介をしていくということで、患者の確保と病床の回転率を向上させていきたいというふうに考えております。

菊地委員

その中で、一番大きく企業会計の経営努力の改善に役立つと思われるものはどの部分なのでしょう。

(樽病)総務課長

やはり病院としましては、一番収益の根本になるものは入院・外来収益ですので、これを確保するということは、まず医師を確実に継続的に確保していくことが非常に大事なことで考えております。そのほかには、経費の節減という意味では、給与費についてやはり削減というか、そういうことをできる範囲でやっていく必要があると考えております。

菊地委員

医師確保については、また後ほど質問したいと思います。7対1看護、これもこのまま通年で確保できれば、

かなりの収益になるのではないかと思いますので、この間病床数を縮小してきていますから、7対1看護基準が示されて、渡りに船だったというのが正直なところではないかと思うのですが、これを維持していく上でネックになると思われること、それについての対策についてお伺いしたいと思います。

(二病)事務局次長

今、菊地委員がおっしゃったとおり、病棟の統合とか、そういった関係とかもありまして、今年度、何とか7対1看護の配置の方をクリアできております。

それで、いろいろ特例がありまして、そういった特例なども利用して、特に第二病院の場合は、今年度については、看護配置の関係でいきますと、クリアできた月とできなかった月がありましたけれども、クリアできないのが1割の範囲内であれば1か月ずつクリアすれば算定できるという特例がありますので、その関係でやっておりますけれども、来年度は、安定的にこの7対1の看護配置を確保できるように、看護師の確保を図ってまいりたいと思います。

また、今の段階では、来年度につきましては、7対1看護の方は年度当初は何とかクリアできるというふうに考えておりますけれども、万が一それが、年度途中で予想以上に例えば退職が出たりとか、勤務できない方、病欠とか、そういった看護師が増えた場合には、臨時を入れるとか、場合によっては、今年もちょっとやりましたけれども、一時的に一般病棟以外の看護師を一般病棟の方に配置して乗りきるとか、そういった形でクリアしてまいりたいと考えています。

それから、あともう一つ大きな要素として、平均在院日数というのがあります。19日以内というのを確保しなければならないのですが、これについては、今も小樽病院、第二病院とも常に平均在院日数がどういうふうに推移しているか、それを把握しておりまして、もしオーバーするようであれば、医師の方にもその旨を知らせて、連携をとりながらこの19日以内を確保していくということをしていきたいと思います。ただ、平均在院日数の方でいいますと、特例により3か月以内までは、平均在院日数の19日以内の1割以内の変動が認められますので、その特例もうまく活用しながら、何とか7対1看護を継続して確保していきたいというふうに考えてございます。

菊地委員

職員と病床数のダウンサイジングについて

次に、職員と病床数のダウンサイジングについて、今後の計画をお伺いしたいと思います。

(樽病)総務課長

職員につきましては、平成19年度から小樽病院の方で病棟再編を今考えております。

1病棟を全体の中で再編して、休棟を図ろうと考えております。その関係上、職員・看護師を少なくするという考え方があります。それで、病棟も1病棟少なくということになります。

それとあと、それ以降はしばらく続きまして、新病院になったらまた病床数が減りますので、そのところでもって平成24年度以降になると思いますが、看護師の退職分を補充しないというような形で、看護師のほか看護助手という面で職員の削減を図っていきたいと考えております。

(二病)事務局次長

第二病院の方は、来年度、精神病棟の方が150床から100床に、1病棟休棟して50床を休床する予定でございます。

また、一般病棟の方におきましては、3の2病棟といたしまして、現在、内科それから脳神経外科、心臓血管外科、循環器科の混合病棟になっている病棟があるのですが、内科を小樽病院の方に統合する関係から、ここを来年度は脳神経外科専用で、30床程度にしようというふうに考えてございます。そうすると、一般病棟の方で20床を休床するということになります。

菊地委員

第二病院の方で休棟すると今お答えいただきました病棟の、もう少し詳しい数字とかというのは出ますか。

(二病) 事務局次長

第二病院の方の休棟については、精神科病棟といいまして、こちらの方が開放病棟と閉鎖病棟というのがございます。今、閉鎖病棟が 1 病棟 50 床、それから実際に稼働しているのは、開放病棟が 2 病棟 100 床あります。この開放病棟の方を 1 病棟休棟しまして、50 床に減らすということになってございます。

(樽病) 総務課長

小樽病院の休棟の関係につきましては、まず 3 の 1 という病棟がありまして、婦人科中心と、あとそのほかの科も入っておりますけれども、そこを中心としまして、全体的に、今、病床をほかに移してという形で、ほかの病棟でそれを全体的に吸収するという形で考えていまして、1 病棟で 40 床ほどの休床を考えております。

菊地委員

今、休床の話が出ていたのですが、病院事業会計の収支計画の中で、交付税の措置額というのはずっと変わらないのですね。それは、病床数が休床により少なくなっても、ほとんど影響がないのでしょうか。

(樽病) 総務課長

交付税の算定につきましては、病床数割りとかというものにつきましては、許可病床というのが基準になっておりますので、一時的に休床して、何かあったときに使えるという体制であっても、許可病床で算定されますので、そういう意味では休床しても算定額は変わらないという形になっております。

菊地委員

新病院の開院予定が平成 23 年だと思うのですが、その 23 年以降も変わらないということは、許可病床数との関連ではどうなっていくのか、お伺いいたします。

(財政) 財政課長

開院後の交付税の関係ですが、自治体病院の再編の取組に関する地方財政措置ということで、一応その再編の場合につきまして、その病床数が実質的に削減が行われた場合については、5 年間、従前の病床数でもって普通交付税を算定するということになってございます。

菊地委員

そうすると、休棟することによって、医業収益には変動がないというふうに考えていいのでしょうか。

(樽病) 総務課長

休棟によっては交付税額が変わりませんので。

(「収益」と呼ぶ者あり)

収益につきましては、今、小樽病院におきますと、あいている病床を縮小するわけですから、患者が入らなくなるということはありませんので、収益の変動についてはありません。

菊地委員

そうすると、今それぞれの職員と病床数のダウンサイジング、それから地方交付税についてお伺いしたのですが、第二病院で 70 床、それと小樽病院で 40 床、合わせて 110 床ほどの縮小になりますけれども、新病院で許可ベッド数、そして予定しているところまでは、あと 67 床、70 床近くさらにダウンサイジングしないといけないと思うのですが、その辺はどういう計画でやっていこうとしているのか、わかりましたら教えてください。

総務部 吉川 参事

病床という考えでは、前に、今回の最終的な変更結果ということで、感染床も入れてですけれども 468 床となっております。

新病院になったらというのは、その病床数を減らすというよりも、実際にどのくらいその時点で患者が入っているのか、それを新病院ではどのくらいの受皿といいですか、患者が入れるのか、そこに差があれば当然その開院時に合わせての調整が必要になってくる、そういうふうに考えております。

菊地委員

先ほどベッド数と医業収益の問題でお尋ねしました。それで、新病院に移行したときに、医業収益を上げるための経営努力ということも、先ほどお聞きしたのですけれども、新病院に移行して、医業収益を大きく上げながら当初の予算では起債も返していくし、44億円の借金も返していくという計画でしたよね。そうすると、今の経営努力をしながらの医業収益で大きく変わるの、一体どこなのかということについてお尋ねしたいと思います。

総務部吉川参事

春に示した試算と今回資料を出している考え方が若干違ってしまっていて、基本的に、例えば単価、入院患者 1 人当たりの単価とか、今回 7 対 1 ということでベースが上がっているということもありますが、新病院も引き続きその単価でいくというふうに考えていますので、入院収益の改善という部分では、基本的には患者数に左右されるということを考えています。そうではなくて、新病院におきます、今の両病院に分かれていることによる非効率性、その分というのはむしろ収益というよりも費用の方で、例えば、光熱水費をはじめ経費とか、それから事務部門とか、薬剤部門とか、その全体を一つにすることによる支出の方の削減、そういうものが直接ここに表れてくるのかなという考え方です。

菊地委員

それは、具体的には単年度幾らとか、そういう具体的な収益の金額というのはまだはっきりとはわからない。それとも若干でも具体的な数字として表れるものなののでしょうか。

総務部吉川参事

前に、これはあくまで、今、北海道と協議しているたたき台という中での資料を示していますけれども、その中の平成23年度というのは、今の病院と新病院が重なる部分ですけれども、24年度、25年度というのは、新病院の収益なり費用というのを表しておりますので、ここで基本的な新病院の考え方というのを示しております。これが、今、北海道と協議していますので、この分の考え方でいいということで固まれば、当然この後の収支というのともあわせてお示しできるというふうに考えています。

菊地委員

効率性がよくなるということは、一番大きな要因というふうにおっしゃいました。そうすると、それ以外では病床数の稼働率、外来患者の確保が医業収益の一番の目玉だというふうに考えてよろしいのですか。

総務部吉川参事

いろいろな要素というのはあると思うのですけれども、ここでは、この示した資料の中で私どもが見ていないのは、新病院になりますと一定医師の確保ということで見ておりますけれども、一部、例えば 1 人診療科が 2 人になった場合には、過去 2 人いたときの例を基にして算定とかをしておりますけれども、そのほか増えた部分というのを、効果というのをここでは見ていない部分があります。医師が増えると、入院患者というのは病床利用率で決まるので増えることはないのですけれども、当然生産性が上がるというデータがあります。要するに単価が上がってくる、効率的な検査ができるとか、そういう中でありまして。そういうのはここでは見ておりませんので、あと平均在院日数を落とすということで考えていますけれども、平均在院日数が落ちてくると単価というのは上がるのです。そういうふうな要素を見ていない部分もありますので、今言った経費の面はもちろんですけれども、そういう効果というのは数字上なかなか見えない部分がありますけれども、そういう効果も上がってくるだろうというふうに考えております。

菊地委員

なかなか不透明な部分が大きいのですが、新病院になると病院収益、そういう言い方をされていたのですが、病院収益が見込まれて何かバラ色になるようなお話も伺っていたものですから、それはないのかというふうに思っています。

それと、今、ダウンサイジングをしていっても、現行稼働している病床数とあまり変わらない病床数になっていくのです。そうすると、今後、さらに病床数は減らすことも可能ではないか、小樽の身の丈に合った病床数にダウンサイジングをさらにできるのではないかという気もするのですが、その辺についてはいかがでしょうか。

総務部吉川参事

新病院の適正病床ということだと思っておりますけれども、前にも説明しておりますけれども、実際に今から人口というのは減っていくのだろうという予測がありますが、その中で数年間というのは、いわゆる65歳以上の人口というのは逆に増えていくわけです。その中で、循環器系の疾患というのは、脳神経外科とか心臓血管外科を含めてですけれども、それは当面増えていくだろうという試算の中で、今、新病院がやろうとしているその3本の柱といいますか、「脳神経外科」、「心臓血管外科・循環器科」、それから「がん診療」というのは、高齢者が増えていく中で新病院が動いていくわけですから、そういう中で確かに今は医師がどんどん減って、患者数というのは落ちてきていますけれども、去年もそういう傾向がありましたけれども、その中でも、精神も含めて540人足らずという患者が実際にいるわけです。新病院の病床は、今、468床として420床ぐらいの、病床利用率で計算すると、そのぐらいの患者になりますので、そこでも大きく患者数というのを減らしていかなければならない。それは当然5年後でするので、平均在院日数を短縮するとか、効率的な医療を提供していくとか、いろいろな方法があると思っておりますけれども、やはり市民の安心・安全というのですか、そういう面から見たら、その需要にはこたえていく病床数の確保というのは必要なのです。そういう中で、開院後さらに人口が減るとか、そういう中で減少の要素があれば、適宜ダウンサイジングをしていくと、そういうようなことで現在は考えております。

菊地委員

新病院建設地について

今、高齢者が増えていきますという話がありました。実は、市民の多くの高齢者の方が利用可能な、利用しやすい病院ということで現地で建替えを希望しているのです。私も、実際にまちで現地で建替えの訴えをしたリ署名を集めているときに、若い方で、車を持って、運転もできて、そして特に交通の便のよくないところの病院であっても行くというような方は、あまり関心は示さないのですけれども、多くのお年寄りの方は現地で建て替えてほしい、このようにおっしゃっています。これから高齢者が多くなり、病院がその需要にこたえていきたいということを考えたときに、そういう市民の方が利用しやすいところでの建設にもう少し努力が必要ではないかというふうに思うのですが、その点についてはいかがでしょうか。

総務部吉川参事

これまで何回もやられている議論になります。確かに現在の小樽病院の場所というのは、道内のいろいろな市立病院を見ても、非常にアクセス的にはいい場所であります。ただ、いかにも土地が狭いという中で、この10年間の道内の市立病院の実績を見ても、深川市以外は全部4万平方メートル以上、当然事情はそれぞれ違いますけれども、深川市もたしか300床台ということですから、それでも4万平方メートル近い、おまけに自分の敷地の外にまた駐車場、元の駐車場も一部使う、そういう中でやっていますので、現在の敷地のことを考えたら、ここでの建設というのは、前にも示していますように、絶対面積はもちろんありますけれども、基本的には診療を続けながら病院を建てていかないと、これは収益的にも患者にとっても成り立たないわけですから、そういう面ではできないという中で、築港地区は若干離れますけれども、アンケート結果なども踏まえて、駐車場も確保できますし、車であれば数分で行けますし、今、バスのアクセスも少しずつよくなってきておりますので、そういうものも整備していただく中で、支障がないだろうということで築港地区でもいいたらうということでの判断をしたところでございます。

菊地委員

先ほどダウンサイジングの話をしたときに、第二病院をさらに70床少なくすると言いましたね。すごい乱暴な言い方をしたと思うのですが、現小樽病院に入院されている患者の半分を第二病院に移すということも、それは可能

性として出てきたわけです。

現在地では建てられない、そして築港地区でなければだめなのだという話をすると、多くの市民の方が築港のところに病院を建てるためには、無理やり都市計画を変更するというような努力もしながら、現在地で病院を建てるために、なぜ努力をしてくれないのかという声も上がってくるのです。そういう考え方も市民の中にはありますので、再度その辺の努力、そういうことについてお伺いしたいと思います。

総務部吉川参事

私も第二病院にいましたけれども、精神科も一部休床をしていますし、今、小樽病院の患者は、二百四、五十人ですが、半分ぐらい移せばいいというお話だと思うのですが、入院患者というのは病室だけがあればいいというものでももちろんないわけです。その診療科によってそれなりの、一般的に言えば診療科を持っていけば医師も行かなければならないわけですから、そのための外来も要るし、その診療科にとっての検査の機器も要るし、放射線も第二病院だけで賄えるのかと、第二病院だけでぎりぎりやっていますので。そういうことを考えると、基本的に小樽病院の半分の機能、患者を持っていくのであれば、小樽病院のほぼ同じような機能を向こうに持っていかなければならないのです。そういう中ではもちろん経費もばく大ですし、現実的なのかということを考えれば、それは難しいだろうというふうに考えております。

菊地委員

難しいだろうという話になりますと、いっぱい出てきます。それで、ちょうどそういう話を第二病院の次長とお話ししましたら、「それは病院関係者に聞いたら、そんな無理なことというふうにおっしゃいますよ」と言いましたけれども、病院関係者の方にその話をしたら、「よくしようという気がないからさ」というふうにおっしゃっていました。そういう病院関係者の方でも、やろうと思えばどんな努力でもしながら市民のための病院、市民の多くの方が望む病院をつくらうということができるのだということをおっしゃっていましたので、それは指摘しておきたいと思います。

医療機器の購入について

それと、医療機器の購入のことについて最後にお聞きしたいと思います。この間、医療機器の問題で談合問題が取りざたされていますけれども、小樽病院の医療機器の購入に当たって、こういった公正取引委員会の査察が入った業者とのかかわりは、どうなっているのでしょうか。

(二病)事務局次長

医療機器の談合につきましては、12月13日に新聞報道がありました。これを受けて、当院への納入業者について実態を知るために事情聴取をいたしました。そうしますと、小樽病院もそれから第二病院も入っている業者、それぞれ公正取引委員会の方の査察を受けてございました。

それで、業者の話によりますと、新聞報道にありましたように、国公立病院などに医療機器を納入している業者の道内の大半のところは、大手ばかりではなくて中堅どころとかも含めまして、今回入っているそうです。あと、その会社によって、かなりの支店とか営業所とかに入っていたところもありましたし、そこによってはただ営業の方の手帳を持っていかれたということもありました。それで、業者の話によりますと、いつ公正取引委員会の方で、そういった押収した資料を返してもらっても全然わからないと。下手をしたら1年ぐらいたつかわからないということも言われていますし、そういったことを考えまして、今後どうしていくのかというときに、ほかのいろいろ国立病院とか、それから道立病院とか、それからあと各自治体の病院とかもありますので、今いろいろ情報収集をしているところです。

直近、先週とか今週入札とかを予定していたところもあったのですが、例えば北海道なんかの場合はいったん延期しています。今、やはり対応をどういうふうにしたらいいかということで協議をしているところです。そういった推移も見ながら、病院の方としましても、どういうふうな対応をしていくか、今後検討してまいりたいと思いま

す。

古沢委員

医療機器の購入について

今の件、ちょっと念のために聞いておきますが、医療機器の購入は、小樽市の場合、直接そういう会社との関係ですか。それとも、間に何かはまりますか。

(二病) 事務局次長

メーカーではなくて、納入業者になるのです。ディーラーと私たちは呼んでいますけれども、そういったところから入る形になります。ちょっと医療機器関係はすごく特殊な事情がございまして、その医療機器によっては、特に高額なもの、入札するようなものとかによっては、メーカーの方でディーラーとの取引の関係で、例えば道内にあるディーラーがすべて取引をしているとは限らないのです。もうごくごく限られた業者としか取引していないというケースもございます。また、同じ取引をしても、そのランクがやはり業者ごとにあるケースもあるのです。要するに取扱高が大きければ、メーカーの方もそれだけ割引して出すというような関係とかもいろいろありまして、そういうような実態がございます。

古沢委員

今おっしゃったディーラーというのをわかりやすく説明してください。

(二病) 事務局次長

要は、メーカーは医療機器をつくります。それをメーカーから直に病院の方で買うケースもないわけではないですけれども、ほとんどありませんで、そういった代理卸売業者と申しますか、そういったところ、代理店形式のところ、いったんまずメーカーから購入して、それを病院の方に納入するという形になります。

古沢委員

だから、その間に入るのは何という組織なのか。そして、なぜそういうふうに入らなければいけないのかということわかりやすく説明してください。

(二病) 事務局次長

組織というのではなくて、個々の企業になるわけなのですけれども、メーカーの場合に、例えば道内の場合、北海道の場合だとエリアがすごく広いです。そうすると、例えば本州のメーカーが北海道に支店とか、あちこち営業所を設けると、それだけ営業経費がかかります。そういった関係がありまして、なかなかその支店とかを設けられない。そのかわり、例えばその代理店契約を結んで、そういったところの業者がいろいろなメーカーのいろいろな機材、医療機器だけではなくて診療機材とかもあるのですけれども、そういったのを病院の方に納入する。病院にはもう毎日のように来られますから、いろいろな機器とかで、例えば何か調子が悪いだとか、いろいろなことがあればすぐメーカーに伝えて、メーカーの方もそれに対応するというような形で、その代理店の営業網を使って、メーカーは道内のそのいろいろな病院とかに売り込みを図るというような形になっています。

古沢委員

その代理店というのは、数え上げれば切りがないほどあるわけですか。特に主なところ、小樽で言えば、どの代理店を経由して医療機器が最も多く入っているのかということ参考までに教えてください。

(二病) 事務局次長

市内全部となるとちょっとわかりませんが、第二病院の場合で3社、それから小樽病院の場合で4社と思います。

(「最も大きいのは、扱い量が」と呼ぶ者あり)

扱い量が大きいのは、第二病院の場合ですと、1社がかなりの。割合まではちょっと正確に今、把握していません

ん。

(「どこなのですか」と呼ぶ者あり)

第二病院の中では、株式会社竹山が、3社の中では一番品目数が多いと思います。

古沢委員

これは、また後ほどにします。

平成18年度上半期の業務状況について

平成18年度の上半期の業務状況について、概括的にお示しください。

(樽病)事務局長

上半期の資料はちょっと持って来ていませんが、10月までの実績、昨年度と比較してということで申し上げます。

小樽病院では、入院・外来合わせまして、収益でお答えしますが、18.4パーセント、昨年度と比較して落ちております。それで、第二病院につきましては、3.8パーセント、入院・外来合わせまして収益で落ちております。全体では、12.9パーセント落ちていて、こういう状況になっています。

古沢委員

上半期の概況では、患者動向について、小樽病院で1万4,500人、第二病院で2,700人、これは入院です。外来では、小樽病院で1万6,500人、第二病院で3,000人、それぞれ端数は整理されていますが、減少しているというふうにおっしゃっています。

では、直近が大体10月でしょうから、10月の前年比で患者動向は、どうなっていますか。

(樽病)事務局長

小樽病院から言いますと、入院では、10月末と言いますか、10月診療を終えた分で患者数が1万6,438人落ちて、率で言えば25.0パーセント、外来につきましては1万9,049人、17.2パーセントの減。第二病院で言いますと、入院につきましては3,409人、6.7パーセントの減です。10月までの累計で、今、お答えしています。

(「17年の10月と今年の10月をぶつけているのでしょうか。今、こっちで全部10月までの累計で」と呼ぶ者あり)

ええ、私が今お答えしているのは累計です。それで、もう一度第二病院で言いますと、入院患者数が3,409人、6.7パーセントの減。それで、外来につきましては2,701人、6.4パーセントの減という状況になります。

古沢委員

12月1日の市立病院調査特別委員会で、規模・機能の変更というのが示されました。そして、今定例会には、それに基づいた基本設計にかかわる病院事業会計の補正予算案が審議されて、予算特別委員会ではどうやら問題なしとされたようです。

これは12月1日のときにもおっしゃってありましたけれども、平成15年以降、いろいろ見直しをかけている。16年10月と17年11月、そして今回も見直しをかけた。しかし、基本になるものは、ベースになるものは15年に策定した基本構想だと。基本構想を基にというふうには据えているわけですから。

それで念のためにお伺いしたいのですが、先ほど総務部参事の答弁にもありましたけれども、例えば基本構想では、将来推計患者数についてどのように見ていたか。入院については、循環器系統、その他が増えるところもありますというふうにおっしゃっていましたが、確かに基本構想では2005年から2010年、診療科によっては2015年にかけて入院患者数は増えるだろう。あれこれ増減はあっても、総体で2005年から2010年にかけては傷病の別なく増えていくだろうというふうには推計しています。

この基本構想で、2000年から2030年までの30年間スパンで、人口比よりは患者動向減少というのは少なく見ているのですが、ではどういうふうに見ていたか。入院では、2000年から2030年までで9.8パーセントの減少率だと言っています。それから、外来では、この30年間で24.4パーセントの減少率だというふうに見たわけです。人口減は、

さらに減少率は大きく進むというふうに見ておりますけれども、しかし、先ほど総務部参事がおっしゃられたように、高齢化問題とか、患者減というのは人口減に比例するものではないというふうに見ているわけです。

今、樽病事務局長から報告いただいたように、どうですか、平成17年度の決算数値はもう既に出ていますから、まず樽病総務課長に聞きますか、13年度と比べて17年度の決算数値の中から患者動向、入院・外来、どのような減少状況になっていましたか。

(樽病)総務課長

平成13年度と平成17年度の決算の比較ですけれども、患者数につきましては、入院につきましては、両病院合わせまして16.7パーセントの減となっております。外来につきましては、26.2パーセントの減というふうになっております。

古沢委員

平成13年度、これらの基本構想を策定するに当たって、12年度から13年度にかけてが主な基本になるデータなのですが、14年度以降、患者動向で推計して、そして病院の枠組み、組立ての大きな指数にしているわけですが、そういう意味で13年度というふうと比較します。それまでは右肩上がりで、患者も医業収益も上がってきました。14年度から下がっていくわけですが、今おっしゃったように、13年度の患者動向と比べてみれば、おおよそどうでしょうか、13年度は、入院・外来、小樽病院・第二病院合わせて58万人強です。これが17年度の決算から見れば、45万3,000人強に大幅に減少しています。この5年間で13万人、5年前の13年度のときの患者数から見れば、17年度の患者数は13万人減ったのです。

先ほど、18年度の途中経過、10月度累計で、前年比の減少状況をお答えいただきました。これを18年度末に推計値で置き替えてみますと、13年度の58万人より患者数で言えば実に20万人近く落ちるのではないのでしょうか。ひどい状況になると思うのです。トータルで言えば、入院・外来で40万人を割り込んでしまう、そういう状況に今なっているわけです。これでもなお基本構想に基づき、基本構想をベースにしながらというふうに言うのだろうかというのが私の最大の疑問の一つです。

基本構想はもうが解してしまった、なくなってしまった、もうよって立つべきものではないということが、この数年の医療を取り巻く環境の激変の中から明らかになってきているのではないのでしょうか。いかがですか。

総務部吉川参事

基本構想は、基本のベースになるものは変わらないというのは、先ほど言ったように、いわゆる高齢者を中心として持っている医療のニーズ、病院にかかる、かからなければならないというニーズのベースは変わっていないということを申し上げたのであって、確かに、今、委員がおっしゃるように、平成13年度がピークです。もっと多いときも過去にはありましたけれども、13年度が一つの山を迎えています。

ただ、ではこの13年度からの患者減少をどう見るかというところが一つのポイントにあります。例えば小樽病院の内科というのを見ていきますと、平成16年度には大体平均して11.4人の医師がいて、1日平均159人ほどの入院患者がいたわけです。それが、医師数としては18年度6.7人、7人ぐらいに落ちたわけですね。そして入院患者数も90人ですから、大体69人ぐらい。要するに医師と同じ率で落ちている。特に外来なんかはもう顕著に表れます。1人で診られる外来患者というのはどんなに頑張っても限界、そういう中で減ってきている患者数というのがありますので、それを新病院にそのまま考えていくということではなくて、では市立病院にどれだけニーズがあるのかというのをどこで押さえるのかという考え方ですから、そういう意味では、昨年あるいは一昨年の患者数と医師の数、そういうものを勘案して考えていけば、今回変更後見直した468床という病床数は必要だと、そういうふうな結論を出したというふうに思っています。

古沢委員

病院の責任だというふうには、必ずしも言っていないのです。医療環境の激変だというふうには私は言っただけで

す。ですから、ここはあえて議論はしませんけれども、政府が進めてきている医療費抑制策、その下で医師会の皆さん方は、全国的に見て医師が少ないから、医師の総定員を増やそうではないかというけれども、国は、国の医療政策は医療費抑制だから、医師を増やせばその分医療費がかさんでしまうからというふうに押さえ込む。そこに来て臨床研修制度、自治体病院・公立病院から民間病院へと若い医師が、研修医が流れていく。こういう状況が相まって、地方の自治体・公立病院に医師が集まらなくなった。言ってみれば、減っていく見通しは立っても増えていく見通しは立たないという医療環境激変。それから患者の減も、例えば医療費の相次ぐ負担増、ゼロだったものが 1 割、2 割、人によっては 3 割というふうになっている。ここ最近、一気にそういう負担増がかかっている。保険料が上がる。診療抑制が始まる。こういったものが相まって、患者が大きく減っていく。これはいいことではないですよ。こうしたような状況の中で、やはり冷静にというか、こういう状況を踏まえて、新しい病院の姿というのを描いていく必要があると思うのです。

9 月に市長が、医師数と事業費の縮小を質問に答える形で示しました。それで、多くの市民は、簡単に言えば適正な病院計画の絵姿を示してもらえるのだなというふうに待っていたと思うのです。しかし、今回、12 月 1 日に、いわば突然議会に示して、第 4 回定例会には基本設計の予算案を出しているのです。もう何と申しますか、一気にかさにかかったと申しますか、問答無用と申しますか、決めるものは決めるよと言わんばかりの態度で。今必要なのは、そういうことをきっちり見極めた上で、新しい病院の姿を描く、市民合意を求める形で描いていくこと。ですから、今回ここに出てきている今回の議案である陳情の 2 本というのは、陳情者の側は陳情者の側で一つの姿を描いています。そのことに対して、やはり新しい規模・機構の見直し、変更をかけたのであれば、もっとわかりやすく市民の意見を取り入れて見直しをかけていくということが今求められているのではないですか。その点で、ぜひ見解を伺いたいと思います。

総務部吉川参事

適正な規模がどうなのかという考え方もいろいろあるかと思いますけれども、私どもとしては、今まで一貫して説明してきたように、新しい病院を建てる、市民のための病院を建てたときに、市民が必要な医療を、入院医療を受けられる、そういう体制をつくることだということで考えて、ただ実際の医師の確保の状況もあるわけですから、そういうものも考慮して病床数を定めてきたということでございます。

確かに 3 年間にいろいろな状況が変わってきておりますし、自治体等が経営する病院というのは、今どういう言われ方をしているかという、1 回立てた計画はそのまま、病院を建てたらもうそのまま。そうではなくて、計画も、実際病院を建てたら、建てた年から改修を考えるぐらい、時代に合わせて物を考えていかなければならない状況の中でございますので、そういった意味では、開院後もそういうものには対応していきたいというふうに考えておりますし、今、両病院の状況もこの 3 年で大きく変わってきておりますので、その事業の緊急性もどんどん高まってきているという中ですから、私どもとしては、今回の病床の、病院の規模・機能というものは、開院時に目指すものとしては適正だというふうに判断しておりますので、一刻も早く進めていきたいという考えです。

古沢委員

新病院の基本構想について

3 年間で医療環境が激変しましたよね。伏線としてはそれ以前からありましたけれども。その中で我々は新しい病院をどのように建てていくかということ、この 3 年間議論してきたわけです。その時々、医療をめぐる環境は大きく変わってきたのだけれども、よって立つべきものは基本構想だという、このスタンスは一貫して変わらない。そして、新しい病院、最終的な見直しだというふうに示したのが、医師数で言えば大幅に削減して、目指すべき配置数は 54 名だという。何のことはない、中を解きほぐすと 50 名を目指すということ。これまで 70 名台の医師数で 493 床のベッド数の市立病院でなければだめだということを言っていた市長や病院当局の皆さん、54 名あるいは 50 名に大きく縮小して、しかしベッド数はわずか 5 パーセントしか削減にならない。延べ床面積でも、わずか 5 パー

セントしか削減にならない。このからくり、仕掛けというものを市民にわかりやすく説明する義務があると思うのですが、私の質問の最後です。ぜひお答えください。

総務部吉川参事

まず、事業費の方は、決して規模を見直したということではありませんので、単価を見直していく中で、今は第3回定例会で、そういう事例もあるので、そういう単価になればこれだけ圧縮できるということを示したので、それによって病床の規模が小さくなるということではありません。医師数も、確かに当時は全国の類似病院の100床当たりの医師の数、それをベースにして救急医療も考えてやっていた。ただ、実際には地域間でそれぞれ事情の違いもあるし、この二、三年で大きく変わってきた中では、やはり現実的な診療科ごとに、医師何人で診療をやるのかというのを積み上げて考えてみようではないかということの中で、積み上げた数字を示しております。これも、このことが即、病床数を削減するというにはなりません。それに今まで医師が診てきた実績を新病院の医師で合わせますと、もうはるかに大きな病床数が必要になるわけです。全国平均で言いますと、この間古沢委員がおっしゃったように、400床ぐらいではないかと。1人当たりの患者を全国平均で見たらそのぐらい。逆に言うと、今までの実績から見たら、500床を大きく超えるベッド数になる。それを今回468床ということで、負担を少し軽減しようと、その中で頑張っただけで市民の要望にこたえていこうという中で、468床と私どもは考えておりますので、基本構想そのものがもう破たんになったとか、全然考えが違ふということではありません。事業については、やはりあくまでも基本構想がベースになります。その後の状況の変化によって、医師等の確保の状況も勘案して、今回の病床数に変更したということでもあります。

古沢委員

基本構想を譲りませんから、その柱立て、外壁、でき上がった姿は基本構想が生かされるわけです。中身は似ても似つかない見直しに次ぐ再検討、変更。ですから、市民の側からすれば、それでは現在地に建設することが可能ではないかと。これは文字どおり、市長が第3回定例会の答弁で、今回改めてこの2本の陳情が署名付で出てきた、そういう運動に弾みをつけた、勇気を与える答弁をしたわけです。それならもう一度現在地で建ててもらおう。市長があればほどまで医師を減らすと言っている、事業も削減するという。つけ加えれば、事業費だって国立病院機構の基準ですなんて突然示してきて、30万円だと。12月1日の市立病院調査特別委員会の議論経過では、実はその国立病院機構で示している基準だって、言ってみれば25万円から30万円だということではないですか。その基準の上限値をとっている。そうだとしたら、25万円だったら事業費はどのぐらいになるのかということだって、例えば市民の側からすればお尋ねしたくなるのではないですか。そういうことを含めて、全然この規模・機能の見直し、変更というものがしっかりと議論されていないと思うのです。それなのになぜ基本設計にかかわる予算案だけ議決を求めるのか。だから、私は代表質問のときに、議会は出された予算案については決めなければいけない、否決か、可決か、一部修正か。そうであれば、市長にこの撤回を求めたというのは、実はそこにあるわけですが、市長、最後です。その意思はありませんか。

市長

平成11年の末から議論をしてきまして、市民意見を取り入れて基本構想ができたのです。市民の皆さん方は、

(「市民は聞かされていないのだよ。フォーラムにも市長出ていないから」と呼ぶ者あり)

静かにしてください。

(「うそを言うのさ」と呼ぶ者あり)

最初の市民懇話会では、365日、24時間救急できる病院をつくってくれと、こうなのです。それに基づいて構想もつくりました。しかし、この問題については、それぞれいろいろなところから意見があって、果たして79名の医師が集まるのかとか、そういったいろいろな問題があって、過去2度見直してきました。2度見直したのです。そ

の間に、いろいろな医療状況の変化もあって、再度見直して、今回示したものになったわけですから。我々としては十分市民の皆さん方の意見も聞いて、そして医療状況も勘案しながら最終的な案を示したわけです。ここまでに来る間に 7 年以上の時間が経過したわけですから、これ以上の議論はもうないだろうと。まあ、いろいろな意見がありますけれども、全部の意見が 100 パーセントの合意をとれるという、いろいろな問題もそうですけれども、そういうことはあり得ないはずで

すが、我々としては、最終的な合意というのはやはり議会意思だろうという判断で、今回出したということ

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

私の方からは 1 点だけお尋ねいたします。

医師確保の見直しについて

今、大変医師の確保が難しく、先般、私も知事に陳情してまいりました。非常に大変だということで、全道的にも格差があって、やはり格差をなくしてほしいというお願いもしてまいりましたが、これはなかなか難しく、即答はいただけませんでした。せっかくいろいろな部分でクリアをいたしまして、さあ開院というときに、平成 23 年ですか、そのときになってふたをあけてみたら、全く医師が確保されていなかったということになったら、これはもう大変なことになります。そのため、病院長が医師を何とかやめさせないで確保しておく、あるいはそんな部分で非常に御苦労されていると私は思います。

それで、臨床研修が終了した時点で、平成 23 年ごろになると、少しは医師の確保に明るさが出てくるのではないかと、ちょっと私も入手をいたしました。それで、その部分について、両病院の院長は、どのような見直しをお立てにならっしゃいますか。

小樽病院長

いろいろと先般、派遣元の教授と協議をしたり、それから臨床研修制度、それから大学とのいわゆるたすきがけという研修もあります。

当院においては、御承知のように産婦人科、分べんと小児科を扱っていないというところから、初期研修医の 2 年目のカリキュラムの中に、それが入っているわけですから、これがとれない。それを協会病院にお願いして、川村院長から、2 年目はそちらでやってもらうという体制を組んでできております。

それからもう一つは、大学の方に、1 年目がうちの病院であれば、2 年目は大学病院の方で、これはたすきがけという研修形態なのですが、そういう形をとって医師をつなぎ止めている。今は恐らく底値だろうと、教授自身もおっしゃっておりますし、5 年後は今よりももう少し緩くはなるだろうというふうにおっしゃっております。そのようなことで、今は厳しいですけれども、こういう厳しいときにはやはり医師を出さないと、確保してとどめておくということで、これから増員の方向に向けて努力していきたいと思っております。

第二病院長

第二病院は、今、各診療されている医師と、それから病院の関係は、医局を通じてやっているのが現状です。したがって、春先と秋に、各医局の医局長並びに教授に、私どもの脳神経外科、心臓外科等の現状を話して、医師確保に努めている。なかなか忙しいのですけれども、向こうの教授、医局長にその点を御理解いただきまして、一応欠員は対応していただけることになっておりますので、それで何とかやっています。

井川委員

大変太いたすきをかけて、ぜひ頑張っていたきたいと思います。よろしく願いいたします。

(「井川さん、来年の春、有力な医者がやめそうだよ」と呼ぶ者あり)

小前委員

私も 1 点だけ。

新病院の外来患者数の根拠について

新病院になって、外来患者数を 1,100 人とした根拠についてお尋ねいたします。

(総務)市立病院新築準備室法邑主幹

今 1,100 人程度ということで、前回お話をさせていただきました。それで、現在 1,100 人程度を見ているのですが、これにつきましては、現在の小樽病院の外来患者数をベースといたしまして、各診療科ごとに患者数というのがありまして、それを基に積み上げて、今のところ 1,100 人程度になるということでお答えしたところでございます。

小前委員

10 月に、八尾市立病院という、人口が 27 万人で、大阪と奈良のちょうど中間に位置する病院の提言を聞いたのですが、そこはベッドが 380 床で 16 科、医師数が 68 人で、開院当初、外来数を 1,200 人と見ていたのですが、実際にあけてみたら 800 人しか来なかった。そして、将来を専門家に見ていただいても 800 人以上の外来数は絶対来ないという予測が確定したので、外来数よりも入院に重きを置いて経営することにしたという提言がございました。

小樽もこういうことは考えられませんか。

総務部吉川参事

やはり基本的に、今の市立病院もそうですけれども、新病院は入院を中心としたやはり急性期病院というのを、当然、目指していくというふうに考えてございます。それで、外来をどう見るかというのは、まだあと 5 年後ということもあるので、なかなか難しいのですが、今、主幹が申し上げたのは、実績を診療科ごとに分析していくという中で、あと新病院の医師の数ももちろんありますけれども、そういうものを加味して考えております。

道内を見ても、これはそれぞれ市立病院というのはえらい違いがあります。これは 2 年前のデータですけれども、例えば釧路市であれば 1,900 人ぐらい外来が来ているとか、江別市であれば 400 床ぐらいで 1,100 人来ているとかとありますけれども、今、地域医療連携室を立ち上げて、病診連携を進めるということは、基本的に入院中心の病院にシフトしていくと考えていますので、どれだけその 5 年後の数字を見るかというのは今ありますけれども、将来的には入院中心の急性期病院を目指すというふうに考えてございます。

小前委員

先ほども、外来者数でずいぶん収益が違うというお答えがありましたので、聞かせていただきました。

成田委員

新病院における医師の意識改革について

この大変な時期に、医師確保がこの病院の最大の要因になっていくのではないかと思います。そこで、院長にちょっとお伺いしますが、医師の物の考え方の進め方、市民が病院にかかるために、医師の考え方、これは新しい病院になるに当たり医師がどう意識改革してその病院に取り組んでいくか、その辺の苦労も院長としてあると思うのですが、院長はこの大変苦労している中身を、医師をどう新しい病院に持っていくための、小樽病院として持っていくのか、この辺の苦労話も含めて、ぜひ院長にお伺いしたいと思います。

小樽病院長

医師が行きたい病院というものがあまして、それがどういうところかという、例えば市役所に入りたいという大卒者もいると思うのです。いろいろな会社に入りたいという人も、それぞれ人によってまちまちですけども、医師について言えば、一つは十分自分が腕を磨けるところ、もちろん給与、待遇、そういうものはだれも同じだと思うのですけれども、ほかと違うところは、やはり自分の腕の磨けるところ、そして自分がそこで研修できるようなハード、それが備わっていること、それから研修できるスタッフが備わっているところ、そういうことが医師として行きたがる病院であると思っております。そういう病院は、今、道内、札幌医療圏の中でも幾つかあまして、それがすべて100点とは聞こえてきていませんけれども、それなりにそこら辺に重点を置いてやっているところがあるわけですから、当院においても、今の建物の中でも、そういう環境づくりをやりたいというふうを考えております。

第二病院長

今、臨床研修制度が始まって、その中でも後期研修制度、将来の科目選定、脳神経外科と心臓外科はワーストスリーの中の二つなのです。3パーセントぐらいの学生しか、若い医師しか選んでくれないということで、非常に人気のない科を第二病院は持っているということで、どうして第二病院に来てくれるのかと、皆さんに聞きますと、モチベーションを持っているのです。やはり患者のためになるとか、それから救急医療をやりたいとか、そういうモチベーションの高い医師が今就業されているということで、私個人としては非常にありがたいと思います。今後5年間、そのモチベーションをいかに下げないでやっていただくかということ、やはり目の先に新病院がありまして、心臓外科、脳神経外科、単科でやっているようなものですから、総合病院の中の心臓外科、脳神経外科というのがやはり理想だと思うのです。それで総合病院という中で各医師はやれるのだという期待を持って5年間頑張っていただけだと思っておりますので、そういうことを酌んでいただきたいと思います。

成田委員

やはり医師が患者を診て、患者が医師によって増えていくものですから、医師の患者に対する心遣いとかというモチベーションを上げて、医療に対しての組織をきちんと進めていただけるようにしていただきたいと思います。

看護師の意識改革について

それで、総看護師長にお伺いしますけれども、7対1看護の、この新病院になっても確保していくという難しさがあると思うのです。これからの取組の中で、看護師の意識改革、それに向けての患者に対しての意識改革というものを植えつけていかなければならないと思うのだけれども、その辺はきちんと確保ができていのかどうか、総看護師長として大変なことだと思いますけれども、お伺いしたいと思います。

(樽病)総看護師長

新病院になったときは、もしかしたら7対1看護ではなく、もっと進んだ看護体制がとられている可能性も高いと、今から思っています。

一つには、やはり働く環境をどう整えていくかというのが一つ大事なことだと思います。

今もそうなのですが、やはり女性の職場ですので、どうやって保育環境とか、育児をしている人たちを離さずに自分のところに置いておくかということが一つ大事なことだと思っています。そのために、今、正職員の人たちでも、小樽病院もありますが、嘱託とか、臨時になりたい、35歳になると正職に戻りたいという人もいます。ですから、やはりそういう身分保障をしっかりしながら、フレキシブルにそういったことも考えながら対応していきたいというところが一つと、あともう一つは、潜在看護師の掘り起こしと研修制度ですね。実際に看護職のライセンスを持っている人はたくさんいるのですけれども、家庭に入ったら入りっ放しになっている方たちが結構いるのです。そういう人たちを、今小樽病院ももうやっていますけれども、顔の見える形で電話をかけて、そして小樽病院に来ていただきながら、御本人の意思も確認していただきますけれども、研修をしていただく、若しくはそれよ

りもすぐ働くと、そういった相談をしながら、今、実際に動いている最中です。これは、ずっと続けなければいけないことではないかというふうに思っています。

もう一つは、先ほど医師の方もありますけれども、看護師としていかにやはり誇り高く、その場で働いていけるかというモチベーションの部分が大事なことだと思うのです。たぶん来年からになると思いますけれども、看護の世界では、認定看護とか、専門看護師制度が今出てきていますので、そういったふうに小樽病院も、そこにいて自分たちが学べる、向上を持っていけるというようなシステムづくりというのを今考えています。病院全体としては了解をいただきまして、来年度から少し予算をつけていただいて、今もうまさにしっかりと受験をしているスタッフもおりますので、少しずつそういうふうに向上心を持ちながら、いい看護をどうやって提供していくかというところで取り組み始めているところです。また、4年ありますので、しっかりと新しい建物になったということだけではなくて、うちの看護師一人一人が新しい病院にふさわしい看護力と、そして品性と今言われていますけれども、そういったものを持ちながら向上できるように頑張っていきたいと思っています。

(二病) 総看護師長

今、ほとんど話していただいたのですが、7対1看護に当たり看護師確保に向けては、新しい看護師を採用することも大事ですが、私は、やはり今いる看護師を大事に育てていくというか、いかにやめさせないでいくかなのです。

新人看護師で、今、看護業界とかで大きく取り上げられているのは、新採用した看護師が9.3パーセントぐらいが1年以内でやめるというデータが出ておりますので、その新人看護師がどうしてやめるかという分析もきちんと出ておりますので、そこら辺をきちんと対応していきたいと思えます。どうしてやめていくかということ、幾つか原因があるのですが、その一つが、やはり自分たちのやりがい感が持てないというところがありますので、どういふときに看護師としてやりがいを持てるかということの一つに、うちの病院は急性期の病院で、医師たちはその救命をまず第一にやった後のフォローというのは、ある程度看護師に任せられる部分がありまして、自分たちがやった看護で患者たちが合併症とかを起ささないで、元気に退院していく症例数というか、そういうのをどんどん今いろいろな看護を充実させることによって、そういうことが起きておりますので、そうするとそのチームはすごくやりがいを感じて、退職する看護師が少なくなっていくのかなと思っております。

成田委員

このようにして、病院全体が新しい病院に向けて、こういう心が燃えているような姿が見えます。

市職員の意識改革について

ここで市長のお考えをちょっとお伺いしたいのですが、小樽市の職員全体が、この新病院を建てるために市職員全体で一丸となって、心を一つにして向かっていく、そういう気持ちを、市長は、職員に対してどう指導していくのか、職員に対しても協力し合っていこうという、そういう意思を植えつけていって、市の職員の意識改革も必要になってくるのではないかなと思うのです。この小樽病院と第二病院が一つになっていくということも大事なことですから、市長のお考えをお伺いしたいと思います。

市長

病院問題に限らず、これから求められる公務員像といいますが、従来のその慣習といいますが、そういったものはもう捨て去って、将来に向けた新しい発想で仕事に取り組んでほしいということは、もう前々から話をしてきました。したがって、そういう面では相当意識改革が進んでいると思えますけれども、今回、こういう病院の建築に当たっては、当面する大きな課題があるわけですね。財政問題を解決していかなければならない。この問題については、やはり職員の協力も必要ですし、改めてまた、そういう意識を持ってもらうというような、そういうことも大事ですから、いろいろな機会をとらえて、今の病院の建築に向かっているこの財政問題の解決のために、また一層この行財政改革、これを進めていく。このことについては口が酸っぱくなるだけいつもしゃべっているのですけれど

ども、改めてまた機会を見て、十分その点は徹底していきたいと思います。

成田委員

新しい病院に向けて、いつできるのかと心待ちにしている市民がたくさんいます。心の病める患者も新しい病院にかかりたいという意思を持ってやっています。

市長、最後のお願いになりますけれども、強い意志を持って、庁内を挙げて、そして新病院に向けてスタートしていただければと思っております。

委員長

自民党の質疑を終結し、平成会に移します。

上野委員

私も議員になってから 4 年ほどになるうとしていますけれども、病院の問題、う余曲折はございましたけれども、どうにか新病院が建ってくればいいなというような思いになってきている昨今でございます。しかし、クリアすべき課題は多々あるのでございます。

一番の問題点は、やはり財政の問題で、今迫っております北海道に示す再建計画、それから総務省に示していくためにはこの 44 億円をどうするか、昨日の総務常任委員会でも財政部長に質問しましたけれども、もちろん病院の規模の問題においても、これは私たちより市立病院新築準備室の方で十分苦慮しながら考えていると思います。今議会で設計費が決まると、もう早速設計に入るわけでございますけれども、やはりそれに向けてもまだまだ私は課題があると思う次第でございます。

新病院の外来部門について

財政の問題に入る前に、外来部門は構想でやっていると思いますけれども、極端な話でございますけれども、外来はもう小樽市内の病院・診療所に任せるといふ、これはノーと言うかもしれませんが、そういう考えも一つにはある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

全くゼロにはできないとは思いますが、今、全国的に病院、いわゆる地域連携で何が問題になっているかというと、患者の意向なのです。市立病院は市立病院で意向がありますし、公的病院は公的病院である。民間病院はあるとは思いますが、やはり患者が、例えば診療所から紹介を受ける。患者が来て、必要な治療を受けて、診療所に戻りたくないという面も逆にあるかと思えます。そういう中で、今、地域医療連携室を立ち上げて、いわゆる患者が病院・診療所に安心してかかれるサポート体制とか、そういうのを地域医療連携室でつくっていきますので、そういう中では、ゼロにはもちろんならないとは思いますが、先ほど申し上げましたように、基本的にはやはり入院を中心とした病院として機能分担していきたいというふうに思っています。

(樽病) 事務局長

今の外来患者の実態をちょっと申し上げますと、これは従前から、どういう病院を求めるといふ話の中で、いわゆる総合的診療機能という言い方を当時していたと思えますけれども、例えば糖尿病の患者が外来に来ると、いろいろな他科の診療もあるわけです。そういった方のニーズというのがあることは事実で、そういった部分にも対応していかなければならないということはあると思えます。ただ、先ほど総務部参事が言いましたように、何が何でも外来の患者数を増やすという考え方ではなく、そういう人たちへの対応というのは事実あるのだと。そのニーズもあるから、それに対する対応というのはしていかなければならない部分がある。ただ、求めるものがやはり急性期病院として入院患者にしっかりした対応ができると、そういう病院を目指すということ、両面をやはり考えていかなければならないと思えます。

上野委員

私はやはり医師不足ということを将来考えていくなれば、地域医療連携室も立ち上げて、小樽市医師会とも、それこそ地域医療連携室はやはり他の病院との連携をどうやっていくかというために、後志も含めてつくるところです。ですから、将来的には、決して私も外来をやめるなんて言っていませんけれども、やはり地域の医師にできるのは地域の医師にやってもらって、総合病院でできるのは総合病院ですと、そういうやはりニーズ的にそういうふうにしていかなければ、例えば外来の方に 1 人の医師が朝から晩までかかれば、その分本当に入院患者の方も必要になる。ということは、やはり今後、せっかく今新病院に向けて地域と連携していこうというのですから、そういうことも視野に入れてやっていってほしいと思います。今の答弁でそれはよろしいですけれども、私の気持ちはそういう意味で申し上げたわけでございまして、外来をなくすると言っていませんけれども、そういう形で地域との連携を、そういう部分で密にしてはどうかと思いますので、一応私の希望だけを言っておきます。

新病院建設費について

次に、これはちょっと私も聞いた話なのですが、病院の場合は 1 床当たりで何千万円だと。平方メートル当たり何十万円という試算もございまして、いかがでしょうか、1 床当たり、どのぐらいの金額でというのは、病院の建設費にはそういう目安があるというふうにお聞きしているのですけれども、何か参考資料がございましたら。

(総務)市立病院新築準備室鎌田主幹

1 床当たりの建設費ということでございまして、これはまず 1 床当たりが何平方メートルになっているのかということが基礎になりますので、単純な 1 床当たり幾らということでの比較は難しいのかなというふうに思います。通常は、病院の全体規模、全体面積をその病院の病床数で割った数値が 1 病床当たりの面積という考え方になります。その考え方を基にして、現在、目安としている平方メートル当たりの単価と、小樽市で言えば 30 万円、71 平方メートルという面積と金額で掛け算をすると、現状ではおおむね 2,100 万円という計算にはなります。ただこれは、まず事業費の問題なのです。というのは、事業費というのは、これからやろうとしている基本設計で、病院の機能とか、設備とか、構造とか、こういった基本的なことを決めて、それを基に実施設計というものに入っていきます。実施設計で実際に使う材料なり数量なりというものを基に積算をして、そこで設計の金額というものが算出されます。その算出された金額を入札などの手続をして、最終的に契約をする。この契約金額がいわゆる工事費、事業費ですから、それを例えばその病床数で割った場合の数値が 1 病床当たりの金額になりますし、総面積で割った数値が平方メートル当たりの単価ということですので、これから基本設計なり実施設計なりというのを進めていく中で、事業費全体の圧縮を考えていくことで、それぞれの今想定している、先ほど申しました 2,100 万円なり、あるいは平方メートル当たり 30 万円という、ここの数値を下げていくというふうな方向で今後作業を進めていきたいというふうに考えてございます。

上野委員

ちょっと私も正確なあれではございませぬけれども、大体 1 床当たり 1,000 万円から 1,500 万円。実は長崎の方の病院は 1 床当たり 1,500 万円だと。これはなぜ言うかということ、例えば室蘭に 9 年前にできた病院ですが、これは大変立派な病院で、ロビーなんかも本当に吹き抜けの、院長室の隣には副院長室とか、医師の幹部の部屋がずっと個室で並んでいて、室蘭で大変立派な病院なのです。しかし、今、室蘭は残念ながら巨額な赤字を抱えて、平成 17 年度の決算では、単年度赤字が 3 億 8,500 万円、累積赤字が 94 億円ということなのです。

私が、何で 1 床当たりのことを言ったかということ、今回の病院のどういうのをつくるかというのは、私はわかりません。土地の面積と建物の階数とか、駐車場がありますけれども、中身でホテルみたいなものをつくれれば、それだけお金がかかるわけですよ、実を言うと。果たしてそういう病院が必要なのか、もっと医療に関するものに、部屋でも、そういうことを重点的にやるのか。ですから、そういう考えでやると、コストダウンはできるのではな

いのか。私は見ていないのですけれども、室蘭の場合はすごく、データによるとかなり立派なホテルと同じような感じの、玄関に入ったら吹き抜けにずっとなっている。どういう病院、建物をつくるのか、私はわかりませんけれども、まだ設計に入っていないですから、やはり病院は、オアシスという言葉がありますけれども、安らぎを求めるところでございますけれども、健康な人が来て、そこにいる場所ではございません。本当に入院して、きちんとした部屋があって、環境がよくて、そういうことも、先ほど1床何千万円ですかというのは、そういう意味で私はお聞きしたもので、これはこれから市立病院新築準備室の方でも建設のどういうことをやるかという、その基本計画の中で、設計の中で、どれだけやったかということをしてはちょっとお伺いしたいのですけれども、いかがでしょうか。

(総務)市立病院新築準備室長

病院の建設工事費なのですけれども、これにつきましては、今示された他の病院なんかでも1床当たり1,000万円とか1,500万円、こういった事例もあるのですが、やはりその病院の種類とか中身、どういうふうになっているか、比較がなかなかできない部分もあると思います。ただ、我々が、今30万円という想定をしているのは、あくまでも今おっしゃるように、最近の病院は一方でかなり大方が、そういった面の建設費がかなり高くなっていると、そういったことがあって、国立病院機構というところが一定の基準を示してきたところがあって、我々もその中身を検討した中で、30万円という想定をしております。ただ、やはりこれから基本設計に入っていく中で、当然医師、看護師を含む、設計者も入った中で、いろいろ協議をしていきますので、お金のなかでやっていきますので、それは大方前段のような形には当然ならないというふうに認識していただきたいと思います。それで、あくまでも今一つの目安として30万円と想定していますけれども、今後、設計していく中では、まだまだ圧縮は当然考えていかなければならないというふうに思っております。

上野委員

これも、データの的には、民間の病院に比べると、公立の病院は11万5,000円ほど平方メートル当たり高いというデータも出ていますので、やはり民間の気持ちでやるという、今後、新しい病院になった場合は、そういうのでやっていくということも市長も言っていますので、今の段階からやはりそういう気持ちで、もう設計にかかるというや応なく外観が、内部も全部出てきますので、そういうことも視野に入れながら、ぜひやっていただきたいと思います。これはよろしいです。

新病院建設資金返済計画について

それから、昨日、総務常任委員会でも私は言ったのですけれども、問題はこの44億円をどういうふうにするか。12月1日の市立病院調査特別委員会で示された資金計画で、一般会計また病院事業会計の中で示してくれていますけれども、なかなかこれを見ても不安なものがたくさん、もう本当に90パーセント不安だというような、先ほど言った7対1看護についてもまだどうも本当にできるのかというような、今はできるのだけれども、将来的にどうかというような不安もございます。

こういう中で、昨日も財政部長から説明がございまして、7年間の返済計画でやっていく。しかし、これから7年後に小樽市がどうなるかという大きな問題もございますし、私としてはぜひ二、三年でこの計画を完結した方がいいのではないかと。我々議員も含めて、これは大変苦しいことです。例えば、今、小樽市の全部の給与、諸手当等、それから、一般会計ほか特別会計、また水道、下水道、産業廃棄物も含めて、192億円という人件費がかかっているわけです。本当に私もデータをいただいて、意外に把握していなかったもので、一般会計の方では110億円ぐらいですか。けれども、全部を含めると、全職員、もちろん病院も入っています、192億円という大きな年間の人件費がいるわけです。昨日の財政部長の説明では、7年間の計画の中でやっていくと言いますが、私は短期的にどうにかできないかなと。市長も今年度25パーセントの削減ですか。この際、先ほど成田委員も言ったように、全庁を挙げて、我々議員も含めて、この大きな問題をまずクリアしていくためには、私は、平均でも10パーセントと

いう数字が出ていますけれども、20パーセントぐらいに持っていくと、この44億円という解消のめどが立って、それによって私は北海道の方も、総務省の方も、今回の起債について快くオーケーが出るような気がするのです。私は素人ですからわかりません。そのぐらいのことを小樽がやっているということを示していかなければ、私はいけないのではないのかと思うので、たまたま来年選挙でございますので、市長も3期目立起しますので、項目の中に職員20パーセント減という公約を掲げて、これは難しいですけれども、私の思いでございますけれども、そのぐらいの荒治療を本当にやるのが、将来の小樽に、若い職員のためにも、私はしなければいけないのではないかと。

一部の話では、病院が建たなければ、小樽は財政再建団体になるという話も聞いてございます。病院が建ってもなるかわかりませんが、私はそのぐらいの覚悟で、病院を建てるのだったら、市民も市に賛同して、よしやるうという気持ちになると思いますけれども、今の計画ではどうも不安だらけで、大変何かむなしさが先に出てくるというような計画でありますので、ぜひ難しいこととは思いますが、そういう気持ちでどうにかやっていかないと、この44億円の解消、また将来に向けての小樽のためにですね。

マイカルも大変なことがございました、いろいろな面で小樽は、病院がもし建ってから大変なことになったら、ほかのものと違うのです。そのぐらいの覚悟で、私は病院を建てる場合はやっていかなければいけないと思うのですけれども、まず昨日もお伺いしましたけれども、財政部長、そして市長から答弁をお願いいたします。

財政部長

昨日もいろいろ答弁しましたが、今年度からのいわゆる地方財政を取り巻く外堀といいますか、環境が大きく変わってきて、それで取り組むべきことがかなり多くなってまいりました。当初の44億円も10年間の返還ということの解消計画で考えていたものが、これは国などの考え方の中で、病院については5年度以内での解消ということになりますけれども、そういう意味では本当に厳しい中で何とか取り組んでいかなければならない。毎年、今まで13億円程度の一般会計からの繰出しでございましたけれども、これが平成19年度から23年度の5か年度につきましては、15億円程度から18億円台ということを出していかなければならないという部分がございます。ただ、今、この委員会の中で両病院長、それからまた総看護師長の答弁がありましたように、非常に高いその意識でもって、これから取り組んでいくという中では、当然我々はそういう中での病院の収支も頑張ってもらえるだろうと思っていますし、それから、そういったものを受けた中で、一般会計の我々事務職員としても、当然その厳しい中で役割を果たしていかなければならないと思います。

今、まだまだ荒療治が必要ではないか、手ぬるいのではないかという御指摘だと思いますけれども、昨日申し上げましたように、これは毎年度ごと点検をする計画でございますので、これを見据えた中で、いわゆるその何パーセントというそのパフォーマンスというよりも、我々としては、いわゆる総人件費なり総額で幾ら、どういう形の中で見直していけるかということで考えておりますので、とるべき手段はいろいろこれからも出てまいりますが、何とかこういう計画の中で実行をとにかくしていきたいというふうに考えてございます。

市長

今、財政部長から申し上げましたけれども、一つは、やはり我々が今考えているのは、市民サービスは現状を何とか維持したい。その中で処理できないかということです。そのためには、やはり総人件費をどう抑制していくか。例えば夕張市を見ますと、夕張市は職員の数も減らし、給料も減らすと、両方やっているわけですね。我々が考えているのは、何とか職員の数だけ減らしていこう、総数を減らしていきたい。いわゆる退職者不補充でスリムな市役所をつくっていく中で、この赤字を解消していきたい。当初平成21年度までという話をしていましたけれども、今回のいろいろな国の指導、北海道の指導によって、7年間という話になりましたので、7年間は何とかこの退職者不補充で、この間で退職者が281名出てきますので、この不補充をしますと相当な人のやりくりといいますか、これは非常に大きな問題になりますので、これはもう組織挙げて、どういった機構の見直しをしていくかという、そのことも含めて、これから庁内で議論をしていきますけれども、非常に大きなハードルであることは間違いなくて

す。そのぐらいの覚悟でやっていきたい。給料の方は、何回も申し上げているとおり、来年度から10パーセントカット、それプラス退職者不補充という我々としては二重の削減努力をして何とか早く、3年という話がありましたけれども、とてもではないけれども3年では無理なので、言われている5年なり7年なりの中で努力したいというふうに思います。

上野委員

私も議員として、こういうことは本当に質問の項目に挙げるのは切ない思いなのですが、やはり将来の小樽を考えた場合、本当に今が、この短期間が私は勝負だと思うのです。この勝負に負けてしまうと、小樽はもう長期的に大変なことになるというので、病院を建てなければならないということも、本当に勉強させていただいて私も理解は示していますけれども、まだまだ改善していくところがあるのではないかと。また、今、市長が言ったように、内部的にも庁舎内でもっと検討して、これは病院だけの問題ではない、もうこれは全市の問題だということを市民にやはりきちんと提示して、市民もきっと私は病院に対して強烈なバックアップがあるのではないかと。決して、今、いろいろ陳情が上がったりしているところには、病院はだめだという、病院を建てるなという陳情はないのです。小樽病院は要るのだという中で陳情が上がってきていますので、やはりそういう時には大きな決断をしなければならない、もう今も決断していますけれども、これ以上また大きな決断の時期が来ると思いますので、そのときにはどうぞ全市一丸となって解決の道を図っていただければというふうに思います。

大島委員

私も一つだけお聞きしたいと思います。

新病院への決意について

今議会で、病院のこの44億円の返済問題がずいぶんいろいろな角度から、いろいろな方々が質問し、また答弁も聞いておりました。大変難しい状況にあると思いますけれども、意識を改革する、変わらなければならないという院長の下での職員の、先ほど小樽病院の総看護師長の答弁をお聞きしました。それからまた、第二病院の総看護師長の答弁も聞きました。私も、医師だけではなくて、中途退職者の中に非常に看護師が多いということで、この議会でも質問をし、答弁をいただいておりますが、実際に現場にいる両総看護師長からの答弁を聞くと、ますますこういうことを実際に職場ごとでやっているのだなということで、認識を新たにいたしました。そんなことで、大変難しい問題があると思いますけれども、これはもう本当にこの議会で実施計画の予算が上がってきました。その間、いろいろな見直しがございます、これはもうぜひ市民の声の中にもそういう方々がたくさんおりますので、私は自信を持ってやっていただきたいと、そのように思っております。

私は、そのやりとりをずっと聞いていの中で、おやじが、私が子供のときに言っていた言葉をずっと思い出して聞いていたのです。それというのは、私は納豆屋のせがれに生まれておまして、小さいときからそれぞれの役割分担がございました。仕事を言いつかって、そんなにできるわけがないのではないかと親に反抗したことを覚えております。そんなときにおやじは、「仕事にのまれるな」ということで、私はずっと育てられてきました。「創意工夫をしろ」、まさしく今小樽病院は大きな借金の中で、そしてまた大きな予算の中で取り組もうとしていることが、まさしく、ああ、おやじの言っていたことなのだなと、そういうふうに私自身も意識を新たにしております。どうか、さらに意識改革に向けて取り組んでいただきたいと、そういうふうに思っております。

そしてまた、今日、保健所からノロウイルスに関する情報ということで資料をいただきました。残念ながら小樽病院からも大量の感染者が出ております。これも人手不足からくるのかなと、私はちょっと心配をしておりましたけれども、新病院については、今、先ほど答弁いただいたようなことでございますので、私も自信を持ちましたので、どうかまたよいしょということで怒られるかもわかりませんが、ぜひ自信を持って取り組んでいただいて、市民が安心できる病院を建てていただきたいと、そういうふうに思っておりますので、院長の決意のほどを聞

かせていただきたいと思います。

小樽病院長

ただいま、ノロウイルスのことでは、当院においても集団感染ということで、市民の皆様方にも御迷惑をおかけしていることをおわびしたいと思います。

ただ、病院の中では、院内感染対策委員会、それから、インфекションコントロールチームという実動部隊というのがありまして、そういうところで把握し、そして直ちに対応して集団発生を抑えることができました。あのまま放置しておけば、大量のつぼになったのではないかとというふうに考えております。

先ほど、両院長、それから両総看護師長からの決意もありましたけれども、そのほかに私が着任して感じることは、看護師の中にもそこそこにさまざまな資格を持って、普通の業務のほかに資格を取得するために懸命に励んでいる職員がいるということ。それから、そのほかにも、いわゆるコメディカルと私たちは言っていますけれども、薬剤師、検査技師、放射線技師、それから理学療法士、そういうような医療に携わっている者たちも、それなりにさらに資格を取って、例えば糖尿病療養指導士とか、そういうような努力をしていることには敬服するところがあります。

新病院は、5年後と言いますが、5年後に突然病院が変わらなければということではなくて、既にそういう作業を始めておりまして、市長にも先日もお願いしましたけれども、環境改善委員会という委員会をつくって、今の中で新しい病院をどういうふうにしてやっていくのかと。それはハード面で変えていく、そのほかに、いわゆるIT化といいまして、IT化委員会、そういうような新病院に向けてのものをハード、ソフト、そういうところから今職員一丸となって取り組んでいるところであります。

それから、病院基本構想の中でお気づきになったかもしれませんが、診療科の中で、今、小樽病院の中には内科と呼吸器科というのがあります。そして、第二病院の中には循環器科というところがあります。これらはともに内科でありますけれども、内科が総合内科として膨らんでいく中で、あるいは医療が進歩していく中で細分化していくわけですが、そういう中で、新病院では臓器別に分けていくと。それで、第二病院の循環器、そして小樽病院の呼吸器が既にあると、そして今消化器があるという形で、臓器別に質的な変換を遂げていく、それをこの5年間に徐々にやっていこうと考えております。

その中で、実は先ほど来言っておりました外来患者数を1,200人とか1,900人とか、そんな数でとてもやっていけるわけではありませぬので、今、この春から地域医療連携室を立ち上げて、外来患者をなるべく、もちろんゼロにするとは考えていませんけれども、外来の患者1人単価が1万1,000円で推移してきております。すなわち、この1万1,000円というのは、大体6,000円ぐらいが薬剤料ですから、今、薬でもうけることはほとんどないと考えていいわけで、そうすると1人単価が5,000円ぐらいになるわけです。院内薬局をやっておりますので、調剤薬局ではありませんので、それぐらいになっております。ところが、入院の1人単価は、この春3万2,000円だったのが今3万8,000円まで上がっております。ということは、外来で疲れて、病棟に上がって検査に力をそがれてはならないということで、これからも外来の方は地域の診療所をお願いして、そういう中で悪くなったときに入院していただく、そういうふうな、特に地域医療連携室というのを役立ててやっていきたいと。地元医師会あるいはそういう医療機関と連携をさらに密に組んで、合理的で効率的な運営をやって、そして新しい病院になじんでいくというふうにしていきたいと思っております。

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54分

再開 午後3時15分

委員長

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

国立病院機構の標準仕様について

それでは、初めに新病院建設の単価の問題について何点か伺って、整理をしておきたいというふうに思います。

今まで基本構想では、1平方メートル当たり40万円、最近の道内市立病院の平均値が37万円、それで前回出てきたのが30万円という3種類になっております。30万円というのは、国立病院機構の書類の中からというか、病院仕様の中から出たきたと思います。それぞれその単価の意味合いの説明と、それから数字の出し方にやはり問題があったのかというふうに私は思っております。また、前回、その点も指摘をさせていただきました。

それで、出されている数字の背景がそれぞれ違うと思うのです。そこをきちんと説明しなければ、数字ばかりひとり歩きして、なぜ急に40万円が30万円になったのだという議論にどうしてもならざるを得ないということなので、この辺あたりを一回整理するために、きちんと質問をしておきたいというふうに思います。

まず、その基本構想での1平方メートル当たり40万円の出た裏づけとなった内容を教えていただきたいと思ます。

(総務)市立病院新築準備室鎌田主幹

単価についてでございますけれども、平成15年6月に策定をしました基本構想の中では、平方メートル当たりの単価はおおむね40万円ということで設定してございます。これは、その当時の全国的な類似病院の例から算定をしたものです。当時の計画で言いますと、精神科の病棟を別棟にするというような計画もございまして、これらを基に出した単価、目安としては40万円というものを基本構想では示したところでございます。

高橋委員

この40万円というのは、あくまでも実績値の平均値という押さえ方でよろしいですか。

(総務)市立病院新築準備室鎌田主幹

先ほど申し上げましたように、全国的な類似病院の例から、その平均的な数値としておおむねこのぐらいかかるという算定の仕方でございます。

高橋委員

次に2番目ですけれども、最近新築した道内の市立病院の平均値ということで平方メートル当たり37万円でした。この37万円の平均値の根拠をもう一度簡単に説明してください。

(総務)市立病院新築準備室鎌田主幹

この37万円につきましては、平成16年10月に精査・検討というものを行ってございます。その段階では、平成9年以降、平成16年までの間ですが、建設された道内の市立病院の平均単価を採用してございまして、これは道内の七つの市立病院の平均単価で、既に実績がありますので、実績の平均単価が37万円でございますので、これを精査・検討の段階で一つの目安にしたということでございます。

高橋委員

3点目ですけれども、先ほども言いましたけれども、国立病院機構からの平方メートル当たり25万円から30万円というこの数字の背景についてもう一度説明してください。

(総務)市立病院新築準備室鎌田主幹

先ほど、平成16年までの実績で申し上げましたが、その後の平成17年に国立病院機構から病院建築の標準仕様というものが示されました。この中で、単価設定として平方メートル当たり25万円から30万円です。それと合わせて

標準仕様というのでも示されてございます。これが 1 点と、もう一つは、現在、北海道の中で進められている市立病院の計画での目標額あるいは設定額、事業費の設定額を見ましても、おおむね 30 万円以内で建築が可能ということの情報がありましたので、今回 30 万円を一つの目安にするということで示したところでございます。

高橋委員

国立病院機構の数字が出てきたのが平成 17 年、この書類だと 3 月 30 日になっていますけれども、そうすると時代とともにというか、時間とともに内容が変化をしてきているということですね。

それで、私もこの標準仕様の中身を確認させていただきました。

(「さっき 37 万と言ったのは 17 年の 9 月だよ」と呼ぶ者あり)

それで、この中身を見ると、ある程度規定をされているわけです。外壁とか内壁、それから標準仕様のその仕上げの内容が載っているわけですがけれども、なるほど確かにこれを読むと、例えば外壁であれば、防水型の吹きつけタイル工法のものということになっております。

先ほど、その七つの市立病院、ちょっとまとめていただきましたけれども、このうち三つについては私も視察をさせていただいております。現地へ行った限りでは、やはり外壁もきちんとタイル張り、なおかつエントランスホールも石張りだったりタイル張りだったりしているということで、相当グレードの高い仕上げの病院になっているというのは感じております。極端に言えば、タイルだけでも恐らく高いものであれば 5 倍から 10 倍はするだろうというふうに思います。

まず、その市立病院新築準備室に確認したいのは、この標準仕様を確認した上で、どのようにその中身を受け止めたのか、まずそれをお聞きしたいと思います。

(総務)市立病院新築準備室鎌田主幹

国立病院機構が示しました病院の標準仕様で、先ほど委員の方から御紹介がありました外壁とか、あるいは外部の金属建具、いわゆるアルミサッシあるいはその内装について、概略的なことが書いてございます。これまでやってきた病院のグレードよりも若干下げた形のを基準とするという書き方をしてございます。したがって、この基準に沿った、あるいはこれにある程度準じたものを今後設計の中で考慮していくことで、建設事業費の圧縮というのが可能だというふうに認識をしました。

高橋委員

これをずっと読んでいて思うのは、やはりその経済性というか、コストを十分意識した中身になっているわけです。また、そういう時代になってきたという前提でこれが書かれているわけですがけれども、やはりその市立病院新築準備室の姿勢として、経済性それから単価の面で、こういう方針でいくというのがやはりはっきりしていなかったというか、見えていなかったのかというふうに思いますし、説明も不足だったのかなというふうに思います。この件いかがですか。

(総務)市立病院新築準備室鎌田主幹

確かに基本構想というレベルで言いますと、今までの実績なり、あるいは単価ということを一定想定してございました。この中で、委員がおっしゃいますように、細かい材料を決定するとか、それぞれの部門ごとの積み上げをするということはやってございませんので、そういう意味では、今回示された内容に沿った形のをやっていくことが一つのコストダウンにつながるものというふうに考えてございます。

高橋委員

もう一度確認しますけれども、今後の姿勢としては、この国立病院機構の標準仕様を採用して、これを目標値にしてやっていく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

この仕様を一つの指針としたいとは考えてございます。ただ、最初につくる建物のいわゆる建設費の場合、これ

が将来的な維持経費も含めて考える必要があると考えてございますので、そういう意味では材料の耐久性、安全性、これらのものを考慮した上で、総合的に判断をして、それぞれの材料を決めていく。その積み上げが事業費になっていく。最終的に、その部分を圧縮していきたいというふうに考えてございます。

高橋委員

新聞等にも載りましたけれども、一部計画を進められている砂川市とか、それから滝川市では、かなり低い単価の設定が出てきている。恐らくプロポーザル方式とか、契約方法をいろいろ検討して、競争させた上でなっているかと思うのですけれども、この点についてはどのように受け止めていますか。

(総務)市立病院新築準備室鎌田主幹

これまで、平成16年以降の実績の部分と、今回進められている二つの市の単価の考え方の主な違うところというのは、使用するその建設材料のグレードの問題が1点あるのかと思います。そのそれぞれの単価の考え方、再精査といいますが、その単価構成の考え方を再度見直していくというような考え方が一つあるのと、もう一つは、民間病院の建設工事費を再調査する。例えば、その設計事務所なり、あるいはその建設業者の方からの聞き取りなどを行って、そういったところからコストが下がる要素がないのかどうかと、こういったものを調査した上で下がる見込みがあるという判断の下で、今の進められている二つの病院の単価は下げたものと考えてございます。だから、そういったことが、ただ、現時点では、この二つの病院については実績がございませんし、国立病院機構が17年3月に示した、後に、実際に工事をされてでき上がったものというはまだございませんので、こういったものの情報収集をこれ以降も続けながら単価については再度考えていくと、事業費については再度考えていくということになるものと考えてございます。

高橋委員

これから基本設計に入るわけですから、十分その辺を検討していただきたいというふうに思っていますけれども、当然その30万円というのは上限値だと。恐らく20万円台中盤から前半あたりにいく可能性が非常に大きいのではないかとこのように思います。面積が大きいので、単価当たりの金額が下がれば全体事業費も相当下がってくるというふうに考えられますので、いかにその工夫をして単価を下げる、そういうふうにしてきている病院も結構あるように聞いていますので、ぜひその辺具体的に作業を進めていただきたいというふうに思っております。

この標準仕様の中で、何点が気になる点を確認したいのですけれども、地下階の制限というのが実はあります。コスト面という単純な面から見ると、地下はつからない方がいいというふうになっているわけですが、都市計画審議会でも一部問題になったその地下については、見直しの検討をするのかしないのか、その基本設計をする上でどのように現時点で考えているのか、考え方を示していただきたいと思います。

(総務)市立病院新築準備室鎌田主幹

地下階についてでございますが、病院の安全性を考えますと、災害等での安全性を考えますと、地下階に医療機器とか、あるいはその診療機能を設けないということは、これは前提として考えてございますので、基本的には地下にそういった機能を持たせないというふうに考えてございます。ただ、今後、基本設計の中で、こういったこの階数に関する事、あるいはその平面に関する事というのを詰めていくこととなりますので、先ほど言った前提はありますが、地下をどうするのかと、あるいは地下をつくるのかつからないのかということも含めまして、基本設計の中で検討していきたいというふうに考えてございます。

高橋委員

新病院建設の上での組織づくりについて

その基本設計にかかわって何点かお聞きします。いよいよ具体的にその先が見えてきているわけですが、では現病院のスタッフの中で、新しい病院を建設する上で、建設委員会的なスタッフの組織づくりが必要かなというふうに思うわけですが、この件についてはどのようにお考えですか。

(総務)市立病院新築準備室鎌田主幹

病院を新しくしていくためには、当然それぞれの部門によって専門部会的なものを設けて、その中で協議をしていくということになります。例えば病棟部会、IT部会、あるいはその救急部会というような、それぞれの部門ごとで専門部会を立ち上げていくということでございます。

高橋委員

それで、基本設計がこれからスタートするわけですが、ではまだ立ち上がっていないという状況なのですね。立ち上がっていないければ、ではいつからその専門部会のようなものを立ち上げるのか、その予定を聞かせてください。

(総務)市立病院新築準備室鎌田主幹

専門部会につきましては、一部立ち上がったところもございます。これは、現病院との関連や、あるいは今後の本格的な部会の活動を進めるために、今からやる必要がある部会については既に立ち上がったものもございます。その中で必要なことについては協議をしていくという形で、現在進めてございます。

高橋委員

新病院建設の上での窓口について

一つ確認をしておきたいのですが、例えば、基本設計をつくっている段階で、病院の窓口というのですが、意見だとか要望・意向を確認する、意見交換をする、それで設計に反映していくという、そういう窓口が必要になるわけですが、これはどのように考えていますか。

総務部吉川参事

今までは病院の場合は準備室という形で進んでいますけれども、正式にはまた新年度に向けてですけれども、例えば推進室とかという形になるかと思えますけれども、基本的にはやはり両病院がありますので、そういう新病院に向けての調整機能というのですか、そういうのは当然準備室から引き継いだ部分の組織で持っていかなければならない。そこが窓口になっていきたいと思えます。

それから、先ほど鎌田主幹が申し上げましたけれども、専門部会によっては立ち上がっているものもありますけれども、基本的には、今回、基本設計の予算を可決させていただきますと、両院協議会で全体的な動きが出てくるかなど。その時期、時期、専門部会、部会によってやはり早急にやるもの、あるいはもうちょっと時間をかけていものものもありますので、必要に応じ、部会を立ち上げていきたい、こういうふうに考えております。

高橋委員

医療情報システムについて

最後ですが、その中で、医療情報システムについて確認をしたいと思えます。

以前から、これについては早く推進すべきだということで、質問をし、また意見を申し上げてきましたけれども、今の段階で、要するに現病院でできる内容の課題の整理、それから新システムに向かってどういうふうに進めていくかという準備、この2点があると思えます。それぞれの進行状況を教えていただきたいと思えます。

(総務)市立病院新築準備室牛腸主幹

医療情報システムに関して、現病院での進行と、それから新病院に向けての進め方という御質問ですが、まず現病院での情報システムの取組ということで、小樽病院、第二病院、それぞれでIT委員会ということで、各部門から構成されている委員においてIT専門委員会というのが立ち上げられて、現状の病院でのいろいろなシステムの改革について、業務の改革について検討しているところであります。

その中では、第二病院では、昨年PACS(パックス)という医療の診断用の画像のシステムが導入されて、その中で院内の医療系のLANが設置されております。それから、小樽病院では、本年度、ちょうどこの12月に向けて工事をいたしまして、院内LANということで情報システムがつけられております。その両病院の情報システム

それぞれを一つに結んで、WAN ということによって一つのネットワークとして運用することを今考えて、その中で両病院の情報共有を図っている。それから、先ほどの PACS（パックス）の医療用の画像、レントゲンやMRI、その画像を両病院では有効的に活用していくということを、現在検討しております。また、一部進んでいるところでございます。

それから、新病院に向けてということでは、各病院ではこのIT委員会ですけれども、新病院に向けては先ほど言いました専門部会ということで、新病院に向けての両院協議会の中でIT専門部会を設置しなさいということで決定を受けておりますので、この議会後の基本設計の中で、医療情報システムに係る条件等を決定していく必要がありますので、そのIT専門部会の中において、両病院からの委員においてまず検討し、それから院内の中に図っていくということになるかというふうに考えております。

高橋委員

それで、現病院での課題として、以前お聞きしたときには、カルテの共通化、それから薬剤とか、いろいろな書類にかかわる共通部門を課題としてやっていかなければならないというお話でしたけれども、この点についてはどのような状況なのか、お伺いします。

（樽病）医事課長

カルテの一元化につきましては、現在、見本等を作成して、これは当然各医師が使うものでございますので、各医師に順番に見ていただいて、その中で要望・意見等をくみ上げて、鋭意カルテの一元化ということに現在取り組んでいるところでございます。また、薬剤等の方につきましても、薬局の方で重複投与という部分をなくすという形で、薬局独自のシステムを取り入れまして、重複投与、その他もろもろ患者に対する医療の安全について、今、取り組んでいるところでございます。

高橋委員

それで、新システムでは、基本構想でもありますけれども、電子カルテと、それからオーダリングシステムということになっていきますけれども、それを前提として、今解決しなければならない課題というものはどのようなものがありますか。

（総務）市立病院新築準備室牛腸主幹

基本構想に示されております電子カルテ及びオーダリングシステムに向けてということで、基本構想ができました平成15年当時、国が示しているランドデザインでは、平成18年には500床程度の病院の40パーセントぐらいで電子カルテが入るだろうと、そういうふうに進めていきたいという構想でしたけれども、実際には20パーセント程度ということで推移してございます。その中で、いかにそれらのシステムを取り込んでいくのか、現病院の中でのIT化、それを新病院につなげていくということで検討を進めていくという中で、これからの5年間の進み方もありますので、そこでの十分な検討が必要というふうに考えております。

高橋委員

確認ですけれども、電子カルテとオーダリングシステム、これは一遍に進めるという考え方でいるのか、それともオーダリングを先にやって電子カルテに進むのか、これは相当な大きなハードルだというふうに聞いています。その辺の考え方をもう一度確認したいと思います。

（総務）市立病院新築準備室牛腸主幹

委員がおっしゃいましたその違いのハードルというのは、非常に私たちも大きいものというふうに感じております。ですから、その中で現病院の進め方、そのところを基本構想に基づきまして、導入の手順、同時に新病院でスタートするのか、それから第1次、第2次という形で進めていくのか、それからどの部分を現病院でも取り入れることができるのかというステップを踏みながら進めていくというふうにはなるかと思っておりますので、その手順を今回の基本設計なり、それからIT専門部会での進め方、その中で検討していくと、そういうふうに考えており

ます。

高橋委員

以前視察に行ったところでは、オーダリングシステムはできたけれども、電子カルテになかなか移行できない。相当その医師の負担が大きくて、病院長のリーダーシップがなければできないという、そういうお話を伺いました。オーダリングシステムができてから5年間かかったということで、その辺やはり一遍に両方進めていくというのはちょっと無理かというふうに私は思っております。ですから、相当工夫をしながら、これはやっていただきたいというふうに思っていますので、研究をよくしていただきたいと思えます。

それと、新システムについてですけれども、相当価格が下がってきているというふうに伺っていますけれども、これはリースという考え方でよろしいのですか。

(総務)市立病院新築準備室牛腸主幹

新病院でのシステムの導入に関しては、起債ということの適用が可能と考えていますので、リースというものよりは起債の導入ということで図っていききたいと思います。

それから、医療情報システム導入に関しての電子カルテについても、システムそのものの導入が目的ではございませんので、病院の中での安全で安心な医療、それから患者へのサービスの向上、それらの目的に資するためのシステム導入と。その第一目標、これを完結させるという点で検討を図ってまいりたいというふうに考えております。

高橋委員

新病院建設の単価について

先ほど単価の話をしていただきましたけれども、市立病院新築準備室にお願いしたいのはこの数字の取扱いなのです。それで、できるだけ具体的な資料とか、数字の根拠を委員会に提出していただきたいのです。先ほども申し上げましたけれども、どうもその辺の出し方、説明の仕方が非常に荒かったというか、不足が大きかったというふうに私は感じていますので、これから想定されるだろう単価の推移ですね、そういう情報がある程度まとまったら、1年後に一括して出すのではなくて、途中経過ごとに、どういう根拠で、こういう状態で、こういう実績で、こういう数字が出てくるのだということを、ぜひ具体的に説明してほしいですし、事前にも打ち合わせしてほしいというふうに要望いたしますけれども、それを聞いて最後にします。

(総務)市立病院新築準備室長

建設事業費の方ですけれども、これから基本設計、実施設計と入っていくわけですけれども、我々としてもできるだけ財政状況を考えた上で、材料等の厳選をしていかなければならないということを思っていますし、そういう面ではやはり圧縮をしていかなければならないということも考えており、次回以降に示す資料、その時期等も十分検討していききたいと思います。

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

診療科別・医師別の収支について

今、高橋委員の方から新しい病院に向けて、IT化のことで何点が質問がありましたので、ほとんど同じようなことを聞こうかと思っていたので、最後に1点だけ私の方で聞きたいのは、この委員会でも何回か聞いている部分なのですが、病院の収支の部分で、例えば診療科別の収支が出ないのかとか、それからもっと細かく言うと、医師一人一人の収支というのが出ないのだろうかという話を何回かさせていただいた経過があります。その中で、今の両病院に置かれているコンピュータの能力といいますか、システムといいますか、そういった中では難しいという回答と、当時から今後の課題として、特にその新病院の中で検討していききたいと、若しくは考えていききたいと

というような答弁をいただいていたわけですが、いよいよここまで来て、基本設計にも入ろうとする段階なものですから、ここの部分について、今後どういうふうに考えているのか、まずお聞かせいただきたいとします。

(総務)市立病院新築準備室牛腸主幹

医事会計のシステムから、現病院の中で、委員がおっしゃいました診療科別や医師別の収支の資料が出ないのかということについては、当然これからのシステムに求められる点ではありますので、基本構想にもあります条件の中には、そういった経営支援のための情報システムというのが入っておりますので、今後そこは検討されるべきものに十分入っていますし、それらは費用対効果の中でどういうシステムを条件にしていくかということになります。今のこの経営支援システムに関しては、これからの病院経営の中では当然必要な部分であろうというふうに判断しています。

現病院では、診療報酬請求に必要な最低の部分というか、必要十分なだけのデータの入力ということでシステムが運用されていますので、その中ではこういった情報はなかなか出せない。それをシステムの更新の中で、そういうことは検討されていくものだというふうに考えております。

斎藤(博)委員

また具体的にになった時点で議論させていただきたいとしますけれども、今日の質問の三つ目にある全部適用の問題との兼ね合いもありますので、この質問はこれで終わりたいとします。

精神科病棟の1棟集約について

最初の質問に戻りたいとします。

今、第二病院にあります精神科を新しい病院をつくるときに、もともとは別棟の方式で検討されてきたわけですが、いろいろな条件の中で1棟に集約ということになった。まずは、この部分の議論経過について、もう一度お聞かせ願いたいとします。

(総務)市立病院新築準備室鎌田主幹

精神科病棟を1棟の建物に集約することについてはですが、精神科を1棟の中に配置することは、精神科の場合は、病棟のほかに作業療法室とか、あるいはデイケアとか、軽運動施設など、特殊な機能を持つスペースが必要なことから、当初の基本構想では別棟としてございました。建設地を築港地区として具体的な検討をするに当たって、精神科を持っていて、1棟の中に集約しているほかの病院の事例を精神科の医師と改めて協議をしました。その結果、それぞれの部屋の配置を工夫することや、あるいは他の診療部門との動線をきちんと整理するというようなことをすることで、医療を提供する上ではむしろ同じ施設内で配置することの方がメリットがあるだろうという結論になりまして、このことを両院協議会で審議していただいて、そこで了解をいただいたという経過がございます。これを踏まえて、今後、基本設計の中で1棟集約するための、それを前提としてほかの部門とも調整しながら作業を進めていきたいというふうに考えてございます。

斎藤(博)委員

要はといいますか、新しい敷地の問題とか、そういった中で、やはり別棟で建てるのが難しくなる中で、両病院と市立病院新築準備室なりが十分議論した結果、その1棟の中でつくっていきける、そういう判断に立ったというふうに理解してよろしいですか。

(総務)市立病院新築準備室鎌田主幹

これまでの経緯は先ほど説明したとおりですし、その結論を病院の最高意思決定機関である両院協議会の中で承認いただいたという部分がございますので、それを前提に今後進めていきたいと、計画を立てていきたいというふうに考えてございます。

斎藤(博)委員

もう少し具体的に教えてもらいたいのですが、例えばもともと別棟というような、そういった形から始ま

った部分で、一つの建物の中におさめていく場合に、動線の確保ということでいろいろ配慮して可能なのだと、問題がないと判断されたというふうにおっしゃったと思うのですが、具体的にこの動線の確保というのはどういうことを意味しているのか、教えてください。

(総務)市立病院新築準備室鎌田主幹

精神科の病棟を持つ病院というのは、全国的にもたくさんございますし、これは別棟で扱っているところも、1棟の中で集約しているケースもございます。例えば北海道内のある病院ですけれども、その病院は、4階よりも上に病棟階が乗っています。3階までは病棟以外の階で、3階の上に屋上があるというケースです。4階の一部と5階の一部に精神科の病棟を配置しまして、そこに開放病棟と閉鎖病棟を4階と5階に配置しているというケースです。そこから、3階の先ほどの屋上を利用して、先ほど説明をしましたような作業療法室とか、あるいはその軽運動施設とか、こういったものを屋上の上に乗せて、病棟から出入りをする。そのことは、通常の病棟階で言いますと、長くなってワンフロア2病棟、仮にあるとしたときに、片方の病棟を使って開放があって、その真上に閉鎖の病棟という仕組みでやっています。そういう意味では、半分だけを利用して、いわゆる長いその病棟分の半分だけを利用した上下の階で動きができるということで、そこで単独の動線が処理できるということでやっている例もありますので、こういったものを今後参考にしながら、どういう形態がいいのかというのを、ほかの部門との関係もございまして、今後の基本設計の中で検討していきたいというふうに考えております。

斎藤(博)委員

要は新しい病院での精神科というのは、一般病棟と閉鎖病棟、二つの病棟を持つことになっていて、今お話しされているように、横に並べて50床、50床ではなくて、2階か3階か階数はわかりませんが、縦に上に積むというのかな、そういうような考え方で進めていくということです。今の時点で、新しい病院のワンフロアの病棟数とか、ベッド数とかというのはもう大体決まっているものなのですか。

(総務)市立病院新築準備室鎌田主幹

現在、決まっている部分については、病床数とか、あるいはその病棟数ということの基本が決まっているところがございますので、それを基に敷地の形状を考慮して、どういう平面計画がいいのか、あるいは何階建てにして、どこにどういうものを配置するのがいいのかなどが、今後、その病棟部会なり、あるいは救急部会、いろいろなその部門の意見なども当然聞きながら計画を立てて、階数の計画なりというものを立てていくということでございますので、現時点でワンフロアに例えば100床置きますとか50床置きますとか、こういうことが決まっているものではございません。

斎藤(博)委員

わかりました。少なくとも精神科の二つの病棟については、イメージとしてはこう乗っかっているような形で、それがどこに行くかは別として、考えていく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

精神科病棟の配置につきましては、先ほど道内のある病院の例で答弁をしたところでございまして、今回、新たに建てる場所に同じような配置にするかどうかというのは、これからの話ですので、実際に精神科の医師を含めて、どういった配置が機能的なのか、あるいはほかの部門との動線が調整できるのかということを協議していくのは、これからでございますので、今の段階で縦に積むとかということを決めているということではございません。今後、その辺のところを含めて、基本設計の中で協議・調整をしていくということでございます。

斎藤(博)委員

わかりました。別に決めると言っているのではなくて、私も、例えば精神科の医師が新しい病院で、一つの病院の中に精神科をつくっていくということを了解するためには、それなりの自分たちの持っているイメージがあって、議論されているだろうと。どこにもない話ではなくて、一定程度、病院で働いている医師のイメージとして、やっ

ているところもあるから可能だろうというぐらいの、少なくとも根拠になるようなイメージというのはあると思いますので、そういったものを大切に、今後は基本設計の中で生かしてほしいと、そういうふうに思います。これは要望です。

次に、質問を変えたいというふうに思います。

地方公営企業法の全部適用について

3番目の項目なわけですけれども、今回の議会の中で、特に予算特別委員会の中だったというふうに思いますけれども、病院の経営なり健全化という部分での議論の中で、全部適用という言葉がずいぶん行き来したというふうに聞いております。そういったことを踏まえて、改めて何点が確認させていただきたいと思い、質問させていただきます。

まず、この言われている全部適用というものを簡単に説明していただきたいと思います。

(樽病)総務課長

病院の経営改善ということをしていくという目的のために、やはり経営責任の明確化が図られるというか、病院独自の給与制度の導入などもできる。そして、病院の効率的な運営や経営改善に有効であるということから、地方公営企業法の全部適用などを導入して、経営体制の見直しを図るという必要性から、今後、具体的に検討してまいりたいというふうに考えております。

斎藤(博)委員

いや、考えているという答弁をしたのでしょけれども、もう少し細かく聞いていきたいと思うのですが、その中で、例えば病院事業管理者の権限と責任というような言葉が今使われているわけですが、これは具体的にどういう意味ですか。

(樽病)総務課長

今回の全部適用ということは、開設者とは別に管理者を置いて、経営の責任の明確化を図るということで、具体的には、例えば必要な料を設置できるとか、職員の任免、あと給与、勤務時間等を決める。あと、そのほかに契約を締結できるとか、管理者の権限で請け負うというようなことがあります。

斎藤(博)委員

今、いろいろな権限、診療科目を調整したり、契約とか、給与とか、いろいろな権限があるというふうに言われましたけれども、その病院事業管理者の責任というのはどういうふうにお考えですか。

(樽病)総務課長

管理者が実際に長から独立して管理者を置くということになりますので、その地方公共団体を代表して契約当事者として契約ができるということで、企業の独立性が確保できるということと、あと管理者が自主的に企業経営をすることが可能になるというようなメリットがあるというふうに考えております。

(樽病)事務局長

これは法の中で責任をどうのこうのとうたっているわけではないのですが、大体任期を4年なら4年というふうに決めるべきであるというようなことは、一般的に言われています。そして、4年の中で、結局、今、市長が持っているほとんどの権限を全部その事業管理者に移しますので、権限が移るかわりに、やはり4年間なら4年間の中で、自分がいわゆる業務改善なり経営改善なりをしようとして、収支を改善したことによる実績が出なければ、やはりそこで一つの責任を何らかの形でとるべきだろうという、そういう意味での一般的な言われ方をしております。

斎藤(博)委員

それが新しい病院を含めて、今の病院も求められているのかもしれませんが、経営改善の大きな有効な手だてみたいなことでよく使われるわけなのですが、有効な手だてだという根拠は何ですか。

(樽病) 事務局長

実際問題、いわゆる地方公営企業法の全部適用をしていなくても優良な病院というのは確かにあるのです。ただ、いつも言われているように、いわゆる 7 割近く赤字を抱えて事業運営しているところ、それはいろいろな問題があるでしょうけれども、例えばこれも一般的に数字で出ている人件費の比率が高いとか、それからもろもろあるのですけれども、そういう経営改善は、今の、これまでのような、いわゆる一部適用という経営形態で果たして経営改善をしていけるのかという一つの大きな問題、それはなぜかということ、事実、経営改善ができておらず、数十年の間、赤字経営となっている自治体病院が大体同じ 7 割ぐらいであるわけですから、そういった意味で。ただ、繰入れが多い自治体病院と少ない病院では、赤字うんぬんというのはまたそのいろいろ考え方があるのですけれども、基本的には、いわゆる経営体質を変えていく一つの手だてとして、地方公営企業法の全部適用というのが非常に有効な手段だと。それは、先ほどから言っていますように、いわゆる社長ですね、事業管理者を置いて、経営責任を持たせて、権限も持たせて、そのかわり経営責任を問いますと。私が考えるのは、一つには、そういう経営形態を持っていくことによって職員自体のモチベーションとか、意識改革というのができるのだろうと。いわゆるそれだけの大きな経営改善になる、改革だというふうには考えています。

斎藤(博)委員

病院の赤字の問題については、何とかしなければならぬという部分で反対する人はいないと思うのだけれども、そういう意味で原因と対策の問題であろうと。それからその手段と目標とか、目的との関係というのがありますよね。例えばその病院の経営を改善するためにどうしていくか、何をどうしたらいいのだろうかと、どこに向かっていったらいいのだろうかと。そういったような議論というものが、どうも見えてこないのです。それでいきなり全部適用というのが何か出てくるような印象を私はどうしても感じるのですけれども、その辺についてはどうですか。

(樽病) 事務局長

委員がおっしゃるように、私どもがなぜ今すぐ、いわゆる全部適用に持っていけないかということ、今おっしゃいましたように、全部適用というのは目標ではないのです。経営改善の一つの手段なのです。その手段でありますから、例えば上野議員の代表質問でお答えしましたけれども、今、恐らく最近の数字はちょっと押さえていませんけれども、4 月時点では、1,000 ちょっとぐらいある自治体病院のうち 250 ぐらいが、今、地方公営企業法の全部適用をしていると思います。それで、そのうち大体 6 割近くがまだ赤字なのです。ですから、決して地方公営企業法の全部適用をしたから、必ず黒字になるということではない。いわゆる今まで窮屈な人事の問題とか給与の問題というのは、先ほど来、くどくなりますけれども、経営責任を持って事業管理者がそれをうまくどうやって経営改善につなげていくかと、ここの手腕が問われるということで、結論からもう一度言いますと、あくまでも目的ではなく手段である。有効にその全部適用をどう活用していくか、これが大前提です。

斎藤(博)委員

要は、今言われたように、全国の自治体病院の中の 250 ぐらいで、その全部適用がされています。それは形としてそうでしょうけれども、実際、その結果として赤字を解決しているのは 100 ぐらいですと、4 割ぐらいですという話にしかならないわけです。おっしゃるように、これはあくまでも手段とか、方式の議論であって、それが適用されたら経営が改善されるなんて、だれも考えていないわけです。

そこで私が聞きたいのは、例えば今の病院の経営問題、今の病院の現状というのがありますよね。今、赤字だというのがいろいろ言われているわけですがけれども、その部分で、例えばどういうことをやりたいのだけれども、どういう問題があるからできなくて解決できないとか、要は現状の検証なり、問題点を洗い直して、やはり今のやり方、例えば市長がいて、病院長がいて、事務局長がいるような形の中では、どうしてもできなかったのだと、少なくともできないのだと。そういう現状に対する検証とか総括をして、明らかになった問題が、全部適用をするこ

とによって突破できる可能性があると言われて、初めて全部適用の議論というのが、病院の経営の問題の手段としての有効性を持つのではないかと思うのです。その部分について、まずどういうふう考えていますか。

(樽病)事務局長

具体的な例で申し上げますと、東京の方で、この問題について自治体病院協議会というところでフォーラムをやって、それでグループ討議したときの結論は、10人ぐらいで1グループをつくって、どういう結論が出たかと言いますと、地方公営企業法の全部適用をした場合に、成功するかしないかというのは、いわゆる人件費にどうやって手をつけられるかと。手をつけられるかというのは、収支改善の中で人件費をどうやって考えていけるか。そしてどう改善していけるか。収支を改善するために人件費をどう改善するか。ここがなければ、いわゆる全部適用してもなかなか成功はしないだろうという、これは私が個人的に参加してきた結論です。

例えば今の状態ですと、給料はやはり役所に準じて、両市立病院の職員給与も決められていますし、そういった中では、やはりどういう給与体系でいくかというのは、事業管理者に今度は全部任せられますので、そういった形では、いわゆる病院のその時々経営状況に合った給与体系というのも考えていけるのだろう。病院が進んでいく方向に合わせた給与体系というのがやはり一つ考えていけるのだろう。それから、先ほど総看護師長が答弁の中で言っていましたけれども、いわゆる7対1看護を確保していくためには、例えばアルバイトなり嘱託を有効に、いわゆる潜在看護師をどうやって見つけてきて、そして働いてもらうか。そうすると、その部分というのは病棟の方に正職員をシフトできるから、そういった意味の非常に柔軟な対応を病院が責任を持ってできる。もろもろそのほかにもありますけれども、具体的に言いますと、大体そういうふうな柔軟な、いわゆるそのときの経営状況に合わせたいろいろな手だてを講じていく、そういうことです。

斎藤(博)委員

ちょっと違うのです。私が言いたいのは、例えば、今、小樽市の病院で一つ大きな問題として、医師の確保という問題があります。構造的な問題もありますけれども、やはり両病院長なりが一生懸命大学とやりあって話をさせてもらったと。例えば、今持っていない権限などを両病院長に持ってもらおう。そうすると、例えば医師の確保なりが今と変わってくるのかとか、外来の数が変わるのかとか、そういう今の小樽病院なり第二病院が置かれている現状を見たときに、必要な手段の中でどうしたら全部適用につながっていくのかというのがわからないのですね。

(樽病)事務局長

私もちょっとよくわかりませんが、今、委員がおっしゃっていることを、そういう方向でいくために、全部適用というのは一つの有効な手段だし、ただそれを先ほど来言っているように、適用するというのは目的ではなく手段ですから、あといかにどうやって有効に使っていくかということが非常に大事なのです。

それでもう一つは、我々が今どう考えているかということ、4月から札幌と函館が全部適用をしました。ここは、どういうふうに進んでいくのか、どういう経営状況になっていくのかというのは極めて注視しているのです。それは1年で出るか2年で出るかわかりませんが、結局は私が言いましたように、あくまでも手段ですから。だから、企業公営企業法を全部適用したことによって、何を具体的に改善していくのかということをやったり見ていくということも必要なのだろう。そういうことで、極めて札幌と函館の状況というのは注視していくということで考えております。

斎藤(博)委員

それでは、まとめます。ぜひ札幌なりを検証してもらいたいというふうに思いますけれども、要は今の病院の、例えば人件費が高いから下げたいとかというのも一つの形かもしれませんが、今の病院を何とかしようとするときに、どういうことをしたいのだと、そのときどういう壁があるのだという、例えば一覧表というか、そういう内部の検証というのを一度やってもらった方がいいのではないかと、私は思うのです。それで現行の制度の中でできるものもあるでしょうし、いろいろ関係団体とか、いろいろなこともあって難しい部分もあるでしょうし、そ

これは全部適用でなければいけないという部分も出てくるだろうけれども、要は今の病院を自分たちという言い方は失礼ですけれども、どう切開して、どう検証していくのかという部分の作業を一回やっていかないと、手段としての全部適用の議論だけが先行していても、なかなか有効性を持たないのではないかというふうに思うのですけれども、ここについての見解を求めて、今日は終えたいと思います。

(樽病)事務局長

今おっしゃっていることはよくわかるので、結局は、全部適用というのは先ほどから言っている手段なので、全部適用した後何をしていくかというものをきちんとつくって移行していかなければ、ただ全部適用にしますというだけでは何もならないわけですから、今おっしゃったようなことは、ある意味では全部適用するための前提条件としての作業だというふうには思います。

斎藤(博)委員

ですから、私が言っているのは、樽病事務局長が答弁しているのは、全部適用をしていきたいところを言わんとしているのだと思うのです。今、どこに立っているのかということについての検証を一度やってみたらいかがですかと言っているのです。その部分なのです。全部適用をやっていくという部分についてはわかるのです。その部分ではなくて、今の病院の中でどういうことを問題として考えているのだけれども、なかなかうまくいかないのだというあたりの整理をしてから、議論をし判断していくべきではないかと、私は考えています。

(樽病)事務局長

そんなに違ってないと思うのですけれども。結局は、上野議員の代表質問でもお答えしたように、時期も含めて、もう具体的に全部適用に向けて検討していく。その作業の中には、いわゆるどういったものを改善しなければいけないかというのを当然整理して、そして全部適用に移行していくという、これは私とすれば、ある意味では当然の策だと思っていますので、それはもう具体的に作業を進めていきます。

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、意見調整のため暫時休憩いたします。

休憩 午後 4 時15分

再開 午後 4 時30分

委員長

休憩前に引き続き、会議を再開いたします。

これより、一括討論に入ります。

自民党、井川委員。

井川委員

陳情第2232号及び第2233号に対して、不採択を主張いたします。詳しくは本会議場で反対討論をしたいと思いません。

委員長

次に、共産党、古沢委員。

古沢委員

陳情第2232号及び2233号、これに添えられている8,400名を超える願意は、極めて妥当だと思います。採択を求めます。

二つに共通するのは、言うまでもありませんが、現小樽病院の建っている現在地及び隣接地を新たに取得、活用して、適切な規模での新しい病院の建設を求めるというものです。

今定例会の代表質問において、私は、新しい病院の基本設計にかかわる病院事業会計補正予算案についてと、それを裏打ちする図という意味で提出されていた市立病院調査特別委員会における資金収支計画、こういったものに基づく規模の見直し、変更ですね、提案であると。中でも資金収支計画、一般会計の収支計画については、間違っただ収支計画ということでした。

12月1日に、規模・機能の変更が示されました。そして、資金収支計画もあわせて示されまして、市民合意は果たしてどうなのかという問題は、依然として残っています。議会に諮れば、つまり市民との合意は勝ち取れるというふうに考えているとすれば、大いなる錯覚だというふうに思います。十分な審議時間がない中で決めるという態度は、到底容認できるものではありません。

今日の質疑でも一部触れましたけれども、平成13年度以降、つまり基本構想が策定されて以降、大幅な激減の患者動向です。背景には、医療費抑制政策をとる政府、自民・公明政権、こうした下での医療環境の激変がありますけれども、これが続く限り、こうした政策の政府が続く限り、病院の立ち上げはしても、医師の増員配置の見通しは今のところ持つに至りません。それが実は背景にあって、この1年で、もっと正確に言いますと、この半年でそれまでの70名台の医師配置数が54名、実態的には50名の配置病院というふうに大きく縮小されたわけです。なぜ第3回定例会で、1万7,000名の署名を添えた陳情や市内の商店街の皆さん方が出した陳情が不採択にされたにもかかわらず、こうして二つの陳情が出されてきたのか。一つは、第3回定例会での陳情をめぐる議会の審査のあり方、これに対する市民の疑問や憤りが背景にあると思います。もう一つは、突然のように示された市長の大幅な縮小案、これなら現在地で、隣接する土地を新たに取得をするということで、十分自分たちに、市民に必要な病院を建てることできると、何よりもそうすることで、JRの金庫にしまわれてしまう8億円を超えるという税金、市内の経済には1円たりとも回ってこないこの税金の投下の仕方、つまり無駄遣いを避けることができる、こういうふうに考えた市民の皆さんが、改めて第4回定例会に陳情を提出してきた。もう一つは、今度こそ議会がしっかりと審議をして、しっかりとした態度を決めてくれるのではないかと、市民の声を聞いてくれるのではないかと期待の広がりの中で提出されてきた陳情だというふうに受け止めます。

詳しくは、本会議の討論で改めて述べますけれども、ぜひ採択をしていただくように、委員各位をお願いをしたい。以上で、討論を終わります。

委員長

次に、公明党、高橋委員。

高橋委員

公明党を代表し、陳情第2232号及び第2233号について不採択の討論を行います。

この2件の陳情の趣旨は、現在地での再建方、現在地での建設方についてであります。第3回定例会でも述べましたけれども、新病院建設に当たっては、病院事業会計の収支計画にもあるように、現病院の運営継続なくしてはあり得ない、そういう計画であります。また、これが必ず条件であります。これらのことから、現在地での建設は不可能と我が党は考えているところであります。したがって、以前にも述べたように、消去法で考えるときに、築港地区の案は、何回も申し上げますが、やむを得ないというふうに考えております。

詳しくは本会議で述べます。

委員長

次に、民主党・市民連合、斎藤博行委員。

斎藤（博）委員

民主党・市民連合を代表して、陳情第2232号及び第2233号については、不採択の討論をしたいと思います。

詳しくは本会議でというところでありますけれども、要はこの広い小樽の中で建設地をめぐる問題もありますけれども、やはり早期に病院を建ててもらいたい、そういった声は非常に強いものがあります。市民の皆さんの関心は、場所の問題もありますけれども、やはり多くは建設費の問題、それから当面する44億円の負債の問題、さらにはその新たに建設地を買う、そういった問題についての心配はあります。そういった問題については、これからも議論していかなければならない。また一方、病院が移転することに対するその喪失感の部分については、あわせて私どもが言っておりますように、小樽市のまちづくり、中心市街地の問題として考えていかなければならない問題ではないかと思えます。

昨年の第3回定例会で、量徳小学校をめぐる議論にピリオドを打って、既に5回の議会が開かれているところであります。この間、場所の問題については、ずいぶんいろいろな角度で議論してきました。その結果を踏まえて、私どもも築港地区での新病院建設についてやむを得ないと、そういう判断をしているところであります。

したがって、陳情については賛成できない、そういう立場ですので、詳しくはまた本会議で述べたいと思えます。

委員長

以上をもって討論を終結し、これより採決いたします。

陳情第2232号及び第2233号について、一括採決いたします。

いずれも採択と決定することに、賛成の委員の起立を求めます。

(賛成者起立)

委員長

起立少数。

よって、陳情はいずれも不採択と決定いたしました。

本日はこれをもって散会いたします。