

議 長	副議長	局 長	次 長	議事係長	議 事 係

市立病院調査特別委員会会議録			
日 時	平成 20 年 9 月 30 日 (火)	開 議	午後 1 時 0 0 分
		散 会	午後 5 時 3 1 分
場 所	第 2 委員会室		
議 題	付 託 案 件		
出席委員	成田 (晃) 委員長、斎藤 (博) 副委員長、秋元・大橋・中島・ 高橋・山田・濱本・古沢 各委員		
説明員	市長、副市長、総務・財政両部長、小樽病院長、 小樽病院事務局長、小樽第二病院長、保健所次長 ほか関係理事者		
<p>別紙のとおり、会議の概要を記録する。</p> <p>委員長</p> <p>署名員</p> <p>署名員</p> <p style="text-align: center;">書 記</p>			

～ 会議の概要 ～

委員長

ただいまより、本日の会議を開きます。

本日の会議録署名員に濱本委員、古沢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。

「再編・ネットワーク化協議会の中間報告について」

(総務)市立病院新築準備室鎌田主幹

お手元に配布いたしました資料「市立病院改革プランに係る再編・ネットワーク化(中間報告)」について説明いたします。

この報告書は、小樽市が策定することとなった小樽市立病院改革プランのうち再編・ネットワーク化について協議を行うため設置された「再編・ネットワーク化協議会」から市長に対し、9月25日に報告があったものです。

まず、1ページの「はじめに」では、地域における医療需要や医療資源の状況を分析した上で、地域における病院・診療所と市立病院の間の役割分担や連携がどのように図れるのかを協議するようにと市長から要請を受け、4回の会議で協議をした結果、再編・ネットワーク化については、短期間で結論を得ることが難しく、まず第1段階として、小樽市の地域医療の現状把握と課題整理を行い、両市立病院の当面の方向性について協議しました。第2段階としては、小樽市としては老朽化した両市立病院の再編という課題を抱えていることから、再編の際の他の医療機関との役割分担などについて、引き続き北海道などの参画も得て協議を継続し、最終的な素案をまとめていくこととしました。今回は、第1段階での協議結果をまとめ、「中間報告」としています。

次に、網かけをしています「小樽市の地域医療の現状」についてですが、(1)受診動向では、小樽市の人口が減少しているのに対し、年間のレセプト件数、点数が増加傾向にあることや、疾病分類別では5月診療分で入院、外来それぞれの受診件数の多い疾患を示しております。

2ページの(2)診療圏と自給率では、小樽市の自給率が平成19年度で入院では75.5パーセント、外来では90.4パーセントと特に入院で減少傾向にあり、札幌圏への依存度が高まっています。また、北後志地域からの受け入れが入院で25.9パーセント、外来で23.0パーセントとなっており、小樽市の医療機関が北後志地域において大きな役割を担っています。

3ページの2、医療資源の状況では、小樽市内の医療施設数、病床数、医師数を平成14年と平成18年で比較すると、それぞれ減少傾向であり、医師数については10パーセントの減少となっています。

3、救急搬送の状況については、救急車の搬送件数、搬送先、診療科目別の傾向を述べており、搬送先では市内への搬送が平成15年が94.3パーセントだったのに対し、平成19年では90.1パーセントと低くなっています。

次に、同じ3ページで網かけをしています「市立病院、公的病院の状況」では、1、病床数、医師数などで市立病院と市内の三つの公的病院を比較しており、運用病床数や医師数の比較では、おおむね市立病院4に対し、公的病院6の割合となっています。

また、4ページの(3)1日平均入院患者数では、入院患者数は医師数にほぼ比例しており、外来患者数は市立病院と公的病院でほぼ二分している状況です。

2、受診動向では、医師の減少が大きく影響し、入院、外来患者数ともに減少傾向にあり、入院においては、急性期の部分での市外への流出が推定されるとしてあります。また、外来においては市立、公的病院の減少分をその他の医療機関で担っていると推定しています。

3、疾病別受診動向では、平成15年と平成19年の件数を比較しますと、入院では新生物で市立病院、公的病院が大きい割合を占めておりますが、市立病院は減少傾向、公的病院では増加傾向にあります。外来においては、市立、

公的病院が全体的に減少しているのに対し、市内のその他の医療機関は呼吸器、消化器を除いて増加しています。

次に、5 ページで網かけをしています「小樽市の地域医療の課題」ですが、1、市内で提供すべき医療の範囲では、市内の医療レベルは高いことから連携により地域完結型医療体制を確立し、その状況について市民への周知を図るべきとしています。

6 ページの 2、救急医療については、救急体制の維持が難しくなっており、早急な見直しの必要があることや緊急性の高い脳神経系、心臓・循環器系の救急は受入れ態勢をより強化することとしております。

3、市内の医療資源では、急性期の入院診療は医師の負担が大きく、現状の体制でこれ以上の受入れに余地がないことや、外来では医師不足の中、初期診療の診療所と病院との役割分担・連携をさらに推進することが必要としております。

7 ページの 4、連携・集約化では、限られた医療資源を有効に利用するため、役割分担、集約化、再編も念頭に置いた協議が必要であるものとしています。

次に、7 ページの網かけをしています「市立病院の当面の方向性」では、今後はスリム化を図るべきとし、当面は地域における市立小樽病院、市立小樽第二病院それぞれの今後の役割を踏まえ、今後、重点化していく診療科や充実していく機能など、当面の病院運営の方向性を示しています。

次に、8 ページで網かけをしています「今後の協議の方向性」では、地域の医療を守るため、二つの市立病院と公的病院をはじめとする他の医療機関との再編について引き続き協議を行い、平成21年10月をめぐり、自治体病院等の連携・広域化を推進している北海道にも積極的な参画を求めて進めていくこと、また最終報告後も意見交換や協議の場として本協議会の存続が必要であるとしています。

資料として、協議会設置要綱、委員名簿を添付しております。

なお、本日この中間報告にある係数等の説明のため、参考資料を作成し、配布しております。

委員長

「市立病院改革プラン骨子について」

(樽病)総務課長

お手元に配布の資料「公立病院改革プランの骨子」について説明いたします。

この骨子は、本年 9 月時点での策定途中のものであり、今後、この骨子にさらに肉づけ等を行い、素案づくりを進めていくものであります。なお、配布している資料の書式は、総務省へ改革プランを報告する際の様式を使用しているものであります。

1 ページ目をごらんください。

団体名の下のプランの名称ですが、(仮称)小樽市立病院改革プランとしております。

今後、素案の策定、策定会議での原案決定、その後パブリックコメントの手続きを経て、策定日は本年末までを目標としております。

プランの対象期間はガイドラインで、経営の効率化は3年程度を、経営形態の見直し、再編・ネットワーク化については5年程度を標準とするとされており、本市のプランは平成21年度を起点とし、平成25年度までの5か年を対象期間といたしました。

病院の現状については、市立小樽病院、市立小樽第二病院のそれぞれの所在地、許可病床数、診療科目についてであります。なお、診療科に記号のついたものは、現在休診中の診療科であります。

次に、公立病院として今後果たすべき役割の概要としては、市立病院では他の医療機関で担うことの困難な診療科等を補完することを基本とし、地域完結型医療体制の確立を目指すこと。また、老朽化した両市立病院を再編する必要があるとしております。

小樽病院では、放射線治療施設としてのがん診療、オープン病床、後志二次医療圏における災害拠点病院、臨床

研修病院、高等看護学院の設置などを、第二病院では、後志二次医療圏における脳神経外科、心臓血管外科を併設する専門病院であり、救急医療、精神医療の核となる病院として、今後も高度医療の充実を目指すこととしております。

次に、一般会計における経費負担の考え方についてですが、この際一般会計の繰出金について考え方を整理いたしました。1行目、病院事業債元利償還金の2分の1の額を基本とするとして建設改良などを定め、さらに現在導入に向けて協議をしている公立病院特例債の元利償還金の繰入れ、不良債務の計画的な解消のための資金収支計画による所要額の繰入れ、経営改善期間中の収支不足額について一定額を繰り入れるなどとしてしました。

次に、経営効率化に係る計画についてであります。財務に係る数値目標は経常収支比率、職員給与費対医業収益比率については、19年度実績、今年度見込み、計画期間である21年度から23年度までの目標数値であります。

目標数値の設定の考え方ですが、計画最終年度の平成23年度に経常黒字化を目指すこととし、不良債務、健全化法上の資金不足は平成22年度末に解消、地方財政法上の資金不足比率は平成25年度末解消を目標としております。また、材料費対医業収益比率、入院、外来患者1人当たりの収入額は、任意の項目として選択したものであります。

2ページ目をごらんください。

公立病院としての医療機能に係る数値目標として、19年度実績及び23年度までの1日平均入院患者数、病床利用率、平均在院日数、救急患者取扱件数の目標数値であります。

次に、これらの数値目標達成に向けた具体的な取組及び実施時期についてですが、具体的な取組については、「民間的経営手法の導入」「事業規模・形態の見直し」「経費削減・抑制対策」「収入増加・確保対策」であり、それぞれの内容については、現在検討中の項目の主なものを抽出しております。

その他であります。患者満足度の向上、研修・研究環境の整備による医療スタッフのレベル向上、多様な勤務形態の検討による医療スタッフの確保、医師、看護師の就労を支援する意味での院内保育室の入所基準見直し、また広報活動や地域における講演会、セミナーの開催等を計画しております。

特記事項といたしましては、平成17年度から19年度までの病床利用率を対許可病床数、対実稼働病床数で、また両院の許可病床数と実稼働病床数の差について示しました。

病床数につきましては、一般病床においてその利用率が安定的に70パーセントを維持できるよう、許可病床数の削減を予定しております。

3ページ目をごらんください。

再編・ネットワーク化に係る計画であります。

初めに、後志二次医療圏内の公立病院等の配置状況及び市内の公的病院等については記載のとおりであります。

次に、都道府県医療計画等における今後の方向性についてですが、本年1月に北海道から「自治体病院等広域化連携構想」が示され、後志二次医療圏を3分割し、当市は後志北部地域の1市5町村で1次から1.5次医療を提供するとされております。北海道からは当市の2病院について自治体病院の方向性として記載のとおりコメントがされております。

次に、再編・ネットワーク化計画の概要及び当該病院における対応計画の概要についてですが、地域医療の現状を踏まえ、地域の医療機関相互の連携と役割分担を検討し、市立病院の役割を明確化することを目的として、副市長、両市立病院長、保健所長、医師会代表、公的病院3院長の計8人で構成する「再編・ネットワーク化協議会」を組織し、協議を行ってきました。

協議の内容としては、第1段階として地域医療の現状把握と課題の整理、両市立病院の当面の方向性を示し、中間報告がなされております。

これからの第2段階としては、両市立病院の再編に向けて他の医療機関との役割分担を北海道からの参画、助言

をいただき協議を行うこととして、来年10月までの1年間程度を予定しております。

次に、経営形態見直しに係る計画ですが、経営形態の現況として、地方公営企業法の財務適用（一部適用）であり、平成21年度に地方公営企業法の全部適用を予定しております。

次に、プランの点検、評価、公表等についてですが、評価組織を市内部に設置し、内部評価とプラン全体の進行管理を行います。

また、外部委員による「（仮称）市立病院改革プラン評価委員会」を設置し、計画期間中の決算、改革プランの取組状況の点検、評価、公表を行うこととし、市議会へは市立病院調査特別委員会において報告を行うこととしております。

点検、評価の時期についてであります。 「（仮称）市立病院改革プラン評価委員会」での審議を経て、毎年9月末までに公表し、公表の内容については、決算を審議する定例会をめぐり市立病院調査特別委員会において報告をする予定であります。

4ページ目と5ページ目については、収支計画であります。

経営の効率化に向けた計画期間中の収支計画についてであります。 医業収益については平成20年7月までの実績を参考に、今後の患者数と単価を積算し、収益を算出してあります。

医師数につきましては、今月末で退職する小樽病院の医師3名（内科2名、皮膚科1名）は来年度に補充予定としており、7対1入院基本料も継続することを前提としてあります。

医業費用につきましては、平成21年度から委託料の契約方法の見直し、診療材料の経費のさらなる削減、職員数、給与費については、医師、看護師以外の職種についての退職不補充、平成21年度からの医療職給料表の導入を予定しております。

なお、この収支計画は、21年度から23年度までの計画期間中の案であり、特例債申請に向けた協議を通じて変更することがあるものであります。

委員長

「市立小樽病院結核病床の休床について」

（樽病）総務課長

市立小樽病院結核病床の休床について報告いたします。

市立小樽病院は、後志二次医療圏内で唯一結核病床を設置している病院であります。9月末に結核病床を担当する呼吸器科の医師2名が当院を退職することから、担当する医師が不在になるため、結核病床を当面の間、休止せざるを得ない状況となりました。

今後、市内、後志管内で入院が必要となる結核患者が発生した場合には、札幌市内で結核病床を持つ三つの病院へ患者の受入れを依頼することとなり、先日、当院から3病院院長へ当院の現状と患者の受入れについて文書にてお願いをしたところであります。また、当院において結核患者の受入れを当面休止することを、小樽市医師会ほか後志管内4医師会にも通知をしたところであります。

また、後志管内において唯一の結核病床であり、果たす役割は重要で、結核病床の維持が必要であると考えており、現在、北海道とも協議を進めておりますが、今後、結核病床の再開に向け、医師確保に努力してまいりたいと考えております。

委員長

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、公明党、民主党・市民連合、平成会の順序といたします。

共産党。

古沢委員

市立小樽病院の結核病床の休床について

私のほうからは、報告があった結核病床について質問をしたいと思います。

最初に、医療法で結核病床の配置基準は、どのようになっていますか。

(保健所)保健総務課長

結核病床の配置基準につきましては、医療法の施行規則で規定されておりまして、その規定の算定方法に基づいて北海道医療計画で定められております。それで、医療法の施行規則につきましては、結核病床は都道府県の区域ごとに結核の予防及び結核患者に対する適正な医療の提供を図るため必要なものとして、都道府県知事が定める数ということで規定され、北海道医療計画では基準病床数205床ということで定めております。

古沢委員

北海道感染症予防計画の中で、今おっしゃった知事が定める205床、この基準に基づいて算定されているわけですが、この計画においては、北海道全域なのだけでなく、三次医療圏ごとに結核入院施設を確保するというふうになっています。三次医療圏ですから、北海道は六つに分かれていて、小樽・後志の場合は道央圏に属しますが、道央圏に属する二次医療圏で結核病床の配置状況はどういうふうになっていますか。

(保健所)保健総務課長

医療計画上は、道央圏に八つの二次医療圏がありまして、結核病床につきましては、今のところ北空知だけが結核病床を持つ病院がありません。それ以外の二次医療圏につきましては、それぞれその二次医療圏内に結核病床を持つ病院が存在するという形になっております。

古沢委員

つまり北空知以外に、今度は小樽・後志の二次医療圏で結核病床が休止という形で、いわば札幌に移行するということになるわけです。

そこでお伺いしたいのですが、直近でよろしいのですが、北海道における結核の登録患者数、新規登録患者数及び年末現在の登録患者数という数値が出ていると思いますが、どういうふうになっていますか。

(保健所)保健総務課長

北海道全体の直近では平成18年ですけれども、新規登録患者数は717人、18年末の登録患者数は2,083人となっております。

古沢委員

北海道の平均り患率というのは10万人に対してどのようになっていますか。

(保健所)保健総務課長

道内の人口10万人に対する新規発生り患率は、平成18年12月で12.8人となっております。

古沢委員

道内の保健所別のり患率から見た小樽の状況はどうですか。

(保健所)保健総務課長

小樽市保健所管内のり患率につきましては、同じ平成18年12月で21.94人となっております。

古沢委員

21.94人ですね。一番高いのが富良野保健所管内の23.02人です。この二つ、小樽市保健所管内と富良野保健所管内の二つが20人台を記録して突出しているといいますが、頭一つ出ている状況がわかります。

そこで、それを踏まえた上で、例えば最近の新聞報道では、札幌において私立高校で集団感染があり、26人が感染し、そのうち男子生徒1人が結核を発病したという報道がされておりました。振り返って小樽市保健所管内で調べて見ましたら、平成13年12月に小樽市内の大学において集団感染が発生しているということが記録上出ております

が、このときの状況、対応についてわかればお知らせください。

(保健所) 秋野主幹

平成13年12月の小樽商科大学での結核集団感染について簡略に説明申し上げます。

平成13年12月28日の届出で、肺結核の患者が1名ございまして、この患者が接触された学生等々多くの方々を検討した結果、最終的に結核感染者として予防内服をするという対象になった方が51名となっております。その方々をはじめとして、その後2年間、発病状況について追跡してまいりましたが、最終的に発病者はゼロでございます。

古沢委員

予防にかかわる点で伺っておきたいのですが、先ほど言った北海道感染症予防計画によりますと定期健診の対象となるものとして、学校長、事業者、施設長及び市町村長というふうに挙げられています。ちょっと驚いたのですが、学校の場合、高校、大学で入学時に定期健診をやるそうですが、実施率が89.5パーセント。それから、事業者の場合、これは学校、病院、診療所、介護老人保健施設、社会福祉施設の従事者に対して事業者が行うのですが、毎年度というふうになっているのですが、49.9パーセント。施設長が例えば社会福祉施設の65歳以上の入所者に対して、毎年度やるということになっているのですが、67.2パーセント。これ自体は一つの驚きだったのですが、市町村長が65歳以上の居住者に対して毎年度行うことになっていまして、これは100パーセントというふうに言われておりますが、市町村長の場合は必要がないと認められるものは除くというふうになっておりますが、対象除外となるのはどういう方を指すのでしょうか。

(保健所) 秋野主幹

従来の結核予防対策としての健康診断は集団的、一時的という考え方がございましたが、昨今の結核のまん延状況にかんがみまして、重点的に対象者を決めていくということで、委員がおっしゃるとおりで、高齢者の肺結核というのは喫緊の課題でございますので、高齢者、それから先ほどの高校、大学の事例のように、集団感染の可能性のある職員あるいは病院の医療職も当然でございますが、そういう種々の他者への感染が疑われる、非常に危くされる職種にある者と高齢者に対象を絞るという考え方が示されてございます。

小樽市におきましては、65歳以上の方々の結核検診は、小樽市保健所においてバスを使いまして、そのバスの中で写真を撮るという方法、それからそのバスが市内に出向きまして、市民の方々に写真を撮っていただくという方法をとってございます。それが高齢者対応でして、あとはおっしゃったような施設の入所者については、施設の方がそのレントゲン写真の撮影について対応するという方法で、高齢者の健康診断を行っております。

古沢委員

市町村の居住者の場合、対象除外になる方がいるのですね。その方を除いて100パーセント実施されているというふうになっているようなのですが、どういう方が対象除外になるのですか。

(保健所) 秋野主幹

対象除外の詳細な規定についてはまだ資料がそろってございませんので、後ほど報告申し上げたいと思います。

古沢委員

今回の休床に当たって、私の問題意識はただ一つなのです。

結核予防対策の基本的な考え方といいますか、あり方、そして保健所の役割というのは一体何かということをお伺いしておきます。

(保健所) 秋野主幹

結核予防対策の基本的な考え方といたしましては、先ほど来申し上げておりますように、肺結核は高齢者において頻発する疾患でございますので、高齢者の方々における早期発見、そして治療の完遂という、この二つのことが重要な対策と考えてございます。保健所の役割といたしましては、市内の医師からの届けを受けて、その後の感染防御の指導をするということと、それから治療の完遂について指導的な役割を果たすことと考えてございます。

古沢委員

結核患者の場合は医療機関において発見されるのは当たり前だと思うのですが、その発見率は全国で78パーセントだそうです。北海道は84.3パーセントと、医療機関における発見率が高いというふうに言われておりますけれども、つまり病院の役割というのは結核予防の上で、保健所と連携しながらですが、かなめであると思うわけです。

結核患者の場合は、まずはかかりつけの医師、町場の医師にかかります。そして、最初の診察を受けるわけですが、そこで診察を受けた際に、医師が結核の疑いがある、若しくは病院、医院によっては検査をして結核というふうに判断する、そういう病院もあるかもしれません。このように医療機関と保健所が連携しながら、同時に病棟を持っていた、運用病床数として15床のベッドを持っていた市立小樽病院がそれを支えていたということが言えると思うのです。

そこで、問題は北海道感染症予防計画で、結核予防にかかわる項の第6の人材の養成の項で、実はこのところが私の唯一の問題意識なのですが、結核に関する知見を十分に有する医師が不足しているというふうに述べられている。ですから、つまり今まで小樽病院が支えてきたというふうに私が言ったのは、一時的に最初に医師にかかるのだけれども、疑わしい、それだったら保健所と連絡をとりながら小樽病院に行ききちんと検査をしてくる、受けてくださいと小樽病院が支えていた。こういう図式だったと思うのですが、小樽病院がその予防戦線から現実的には離脱せざるを得ないという状況になったわけです。一時的に最初に診る医師について、結核に関する知見を十分に有する医師が不足しているという認識の下では、保健所は以後どういう対応をとられようと考えているのでしょうか。

(保健所) 秋野主幹

従来から保健所は結核の対策の拠点でございますので、毎年市内の医療機関の医師に対して結核医療技術者講習会というものを開きまして、結核の考え方、治療の考え方、その他の考え方につきまして、研修の機会を設けてきたところでございまして、それを今後も続ける予定でございます。

今回、このような大変な事態となりましたので、その時期を早めまして、結核医療技術者講習会を開く予定でございますが、それと並びまして、今までは結核病床を有する医療機関には入院勧告と申しまして、ほかの方々に感染する可能性が非常に高い患者の入院ということでお世話になってきたところが主なのですけれども、實際上、小樽病院の方には排菌をしていない患者についても、市内の医療機関からお願いをして入院させるということもございました。

これまででも、小樽病院以外でも、例えば協会病院ですとか、済生会病院、ほかの病床を有する病院において、感染性の高い肺結核の患者が入院をしてきております。感染性の高い方につきましては、結核病床に入院ということにはなりませんので、市内の医療機関において今後も入院加療を受けるということは続いていくと思われまます。

肺結核の患者でも入院が必要な方と外来通院が可能な方と両方ございますので、外来と感染性のない肺結核患者の入院につきましては、結核指定医療機関の医師だけでございますけれども、従来どおり市内の各医療機関の医師が治療を継続していただけるものと期待しております。

私ども保健所が今後やらなければならない役割といたしましては、今までは入院勧告を要する方の入院は市立小樽病院のみでございましたけれども、これからは札幌の三つの病院ということになりますので、どちらの病院に入院したらいいか、その手配と調整は私どものほうでしていきたいというふうに思っております。

古沢委員

最後になります。山口県の萩市民病院、結核病床15床を有しておりましたけれども、本年4月30日で廃止になりました。以後は必要があれば宇部市にある国立病院機構山陽病院というところに患者を送っているそうです。

しかし、先ほど私が言ったように、結核の疑いがある場合、最初に医師にかかる。御答弁をいただいたように、

結核の疑いがあるというふうに町場の病院、医院からの患者といますが、検査をするために小樽病院が受け入れられている場合も当然あったと思うのです。問題はその先で、排菌をしていない患者についての御答弁がありましたけれども、検査をして入院の措置が必要だと。一般病棟、病院で入院しても構わないという判断を、それはその場合小樽病院が行っていて、入院が必要だったら即そのまま結核病床に入院してもらったのですが、萩市民病院の場合は、結核の疑いがある場合には、一時入院や外来診察で対応するというふうにはしているのです。当然だと思うのです。疑いがある患者が送られてくるわけですから、一般外来の待合室で待っていて、検査、診察を受けるわけにはいかないわけです。少なくとも一般の外来患者とは分けて感染が広がらないように、しかるべき施設を有するところで一時入院して検査をするという場合だって当然出てくると思うのです。そして、入院が必要だということになれば、おっしゃるように札幌で一番大きい、南区白川にある国立病院機構札幌南病院に移っていただくというふうになる。その一時的な受入れ、診断、検査、これも小樽病院はやらないということなのですか。やらないとしたら、それはどこが受け持つのですか。疑いがあれば、そのまますぐ札幌に行ってもらえるのですか。

(樽病)事務局長

まず、基本的には、結核病床は休止ですので、そこに入れることはできません。萩市民病院の場合、私も詳しくは知らないですけれども、確かに感染症対応の個室で一時入院させるとなっていますけれども、そこは100床ぐらいの病院で感染症病床を恐らく持っていないのです。ですから、恐らく一般病床のどこかに、例えばMRSAとか院内感染とかに対応した個室が何かでやるということだと思います。ただ、山陽病院を退院後は、萩市民病院が外来診療で対応しますとしていますが、どちらにしましても、基本的には結核を診られる医師がいるかないかなのです。

小樽病院としては、やはり後志管内でここだけということもありますので、何とか医師を確保してやっていきたいと、やるべきだという認識には立っていますけれども、ただ結核を診られる医師がいない中で、外からの受入れとか、外来で診察するとかということは難しいと考えております。ただ、院内で入院している患者に疑いが出るということも当然どこの病院もあるわけですから、今は、今回退職して協会病院に行かれる呼吸器科の医師が、定期的な応援ということでいろいろ相談に乗ってくれていますので、そういう中で院内の患者については対応できる部分があるのかと思います。あるいはオープン病床で、呼吸器科専門のクリニックはあまりないのですけれども、結核を診られる医師が使うというようなことになれば、その協会病院に移られた医師との相談もしながらどういう対応ができるのかということはあるかと思いますが、現時点ではやはり診る医師がいないという中では受け入れるということは難しいというふうに考えてございます。

古沢委員

保健所の御答弁では、いわば町場の医師にも情報提供もするし、いわば研修もするし、そういう知見を高めてもらう、そういうことをやるわけです。最初の防波堤ですね。その対応力を上げるというふうに言っておいて、ところが小樽病院においては、要するに呼吸器専門の医師がいないから対応できないということにはならないのではないですか。内科の医師でも十分対応できるのではないのでしょうか。しかも、今、そういう患者を一時的に受け入れる施設を持っているのは小樽病院しかないのです。そして、休床だからということで、もうその対応が迫られているのですけれども、それでもそういう対策、対応はとれないのですか。

(樽病)事務局長

従来、呼吸器の専門医がいない時期というのが小樽病院にずいぶんありまして、結核病床をやっておりました。それはあくまで呼吸器の専門医でなければ、結核は診られないかという、そうではない。ただ、それは今だんだん若い医師を中心に、非常に専門化、分化しておりますので、内科でも結核なんて診たこともないという医師がたくさんいるわけです。消化器専門の方、特に若い医師はそうだと思います。大きい病院で呼吸器科の医師と一緒に仕事をしていると、まず自分で結核を診ることはないのです。小さい病院とかで何でも診なければならないという

結構前の時代であれば、いろいろなものに対応できる医師はいましたので、実は恐らく現在も市内のクリニックには呼吸器専門でなくても、いろいろな対応ができる医師がいると思います。ただ、現状の市立小樽病院では、基本的に消化器科に特化した内科医が中心となっていますので、現状ではちょっと難しいというふうに、院長とも相談しております。

古沢委員

保健所に聞きますけれども、それでは、一時的に対応した医師から結核の疑いがあるといった場合に、どうするのですか。それに対応する、先ほど言ったように札幌に即送るわけではないとしたら、市内の例えば協会病院、ところが結核に対応する施設がない病院なのです。そこに送るのですか。そして、そこで診断を下して、札幌に行ってもらいます、一般の病棟に入院してもらいます、そういうふうに判定するのですか。どうなのですか。

(保健所) 秋野主幹

結核の話は非常に込み入ってございますので、専門的になりますが、説明させていただきます。

肺結核は、先ほども説明申し上げたように、感染性を有するという判断と、感染性は有していないという判断の二つと、それから本人の身体状況が入院を要する状況と、入院を要していない状況、この組合せで4通りございます。ですから、実際には市内の医療機関に、まず市民の方々は受診をされます。そこで症状があった場合に、この症状が風邪症状と全く同じでございますので、それが2週間以上続いた場合に、肺結核を疑ってくださいというふうに医師には再三再四連絡しているところですが、本人も訴えがないということで、どうしても2週間という方は少ないのですが、もしも2週間以上の非常に早期に市内の医師がレントゲン写真とかくたんの検査をオーダーしてくださいますと、そこで結果が出ますので、それで保健所が御相談を受けた場合には、それに応じて今から届出を出して治療を始めてくださいとか、あるいはこの方はすぐに入院ですとかという判断ができるのですが、そういったくたんの検査と胸部写真、この二つが肺結核の診断の決め手となります。ですから、その二つの検査が済んでいた場合には、保健所に御相談いただければ、どのようにしたらいいか、保健所の方で相談に乗ることはできません。

次に、治療開始となった場合ですが、これがおおよそ6か月、最低でも6か月の治療が続きますので、その間の患者のケア、副作用ですとかといったもろもろの治療継続に当たって、やはり経験のない医師はどうしたらいいのだろうということで悩まれることが多いと聞いてございます。それもこれもあって、今まで小樽病院の医師にお世話になってきたわけですが、極端なことを申し上げますと、たとえ排菌をして感染性の高い肺結核患者であっても、一定程度の治療期間が終わって、感染性はなしという判断が下された場合には、こちらで入院勧告を解除いたしますので、その後はいわば慢性的な治療になりますので、そうなりますと、一般医科の医師の自分のところで治療を受けられると思いますが、恐らく一般医科の医師がとても悩まれるのは、まだ治療を開始していない患者であって、治療に非常に難渋しそうな患者の場合にどうしたらいいかといったこととなりますので、あまりすべての症例にわたって、結核の専門医が相談に乗らなければならないということでもなく、間において保健所の指導が可能な場合も多々あるというふうに考えております。

古沢委員

よくわからないのですが、そうしたら市内の医師から相談があった場合には、とにかく保健所が対応するというのを今答えたのですか。小樽病院は対応できないと言っているのですけれども。

(保健所) 秋野主幹

今でも市内の医師は、肺結核を疑ったらいいだろうとか、そういったときに私どもだけではございませんので、もちろん、小樽病院の医師にも御相談をされていた。あるいは従前ですと、ずっと前ですけれども、協会病院に呼吸器の専門医がいらっしゃいましたので、また市内の医療機関の中でも結核に詳しい医師がいらっしゃいますので、医師同士で患者の治療、診断については相談をし合っているというのが、主な相談ルートではあったのです。

が、その中で肺結核の疑いが濃いのではないかと思ったときに、その後の取扱い等々につきましては、感染防御につきましては保健所の方に問い合わせが多かったというふうに思っております、今後はどこに入院させたらいいのだろうといった入院についての問い合わせが、保健所のほうにも出てくるだろうと、そういうふうに思っております。

古沢委員

よくわかりません。要するに患者が発生する、若しくは疑いが起きるという場合に、今までは小樽病院が、そういう意味では保健所と連携をとりながら支えになっていた。十分な対応がとれる、検査をする、入院が必要であれば自分のところのベッドがあるから入院措置をする、そういうふうになっていたのですが、入院措置をするまでの間に、今まで小樽病院がやっていたものを市内でどこがどういうふうに対応するのか。小樽病院がそれだけの施設があるのだから、一時的な受入れ検査等は、やはり地域の二次医療圏の文字どおり拠点病院として、結核で言えば拠点病院として、休棟、休診になったとしても、そういう受入れはすべきではないかというふうに私は思っているのです。それもしないというのは一体どういうことなのか。

(樽病)事務局長

何回も申し上げますけれども、市立病院は基本的に市民のための病院ですので、そういう結核病床は何とか再開したいというのは病院の意思でございます。ただ、入院させればどうかと言いますが、患者を入院させても診る医師がいないのに患者を。

(「入院のことを言っていないよ、その前のことを言っているのだよ」と呼ぶ者あり)

いや、基本的に入院だと思います。例えば肺炎の疑いでも基本的に診られる医師がいなければ、検査も何もできないのだと思います。

(「内科の医師で対応できるでしょう」と呼ぶ者あり)

いえ、それは難しいというふうに考えております。結核はそんな簡単な。

(「そうしたら、町場の内科の医師も難しいし、小樽病院も難しかったら、疑いがあれば札幌に全部送るのか」と呼ぶ者あり)

後志管内は市立小樽病院だけです。例えば倶知安厚生病院とかそういうところでも起きて、小樽に送るとか札幌に送るまでの検査というのは、病院内で対応しているわけです。結核の疑いがあるからといって、いきなり倶知安から札幌に来たり、小樽に来たりしないわけです。だから、そういう意味では市内の公的病院等もありますので、それぞれの病院あるいは先ほども言いましたけれども、どういう結果になるかわかりませんが、例えばオープン病床を利用されている医師で診られる医師がいれば、そういう依頼があれば、ではうちは協会病院の医師の応援を得ながら診られるのか、そういう対応は今後も考えていきたいというのが、先ほど答弁したとおりですので、現状では検査といえども受け入れて診ていく状況ではないと思っております。

古沢委員

そうしたら、必要な検査は保健所がやるしかないですね。病院や医院でできるところはいいです。そうでなくて、疑いがあるからというふうに相談があった場合は、保健所が対応するしかないですね。

(保健所)秋野主幹

私の先ほどの説明がちょっとわかりにくい説明で、もう一度説明をさせていただきますが、肺結核の診断方法は二つございます。一つは胸部レントゲン写真、もう一つはその方のかくたんをとってきまして、かくたんの中に菌があるかどうかの菌検査の二つで診断に至ります。胸部写真を撮るということは、市内の医療機関のどこでもできます。ただ問題は、その読影でございます。読影は私も感じていますが、やはり呼吸器科の専門医でないと胸部写真1枚で診断をつけるというのは、かなり難しいと思います。次にかくたんをとってきて、その菌検査でございますけれども、これも市内の医療機関のどこからでも検査センターに発注することができます。このかくたんの菌検

査が出そろった段階で、保健所に、両方の検査所見がこう出ているのだがという御相談であれば、私どもは菌の検査重視でございますので、菌検査の結果に応じて、その方はすぐ入院勧告が必要です、あるいはその方は入院勧告が必要ないので、先生のところで治療をお続けくださいという、どちらかの判断を示しているところでございます。ですから、今まで市立小樽病院に御相談になられた医師は、私の想像でございますけれども、レントゲン写真と臨床経過をどう判断していいか、その判断を求めての呼吸器の専門医に対して、呼吸器疾患としての御相談がひとつあったかというふうには思いますが、検査結果の何か一時緊急入院というような形は、ほぼなかったのではないかとこのように思っております。

古沢委員

私の質問は終わりますけれども、結核病床の再開を目指したいというふうにおっしゃってました。ぜひ頑張ってくださいと思うのですが、それまでの間に小樽病院がやるべきこと、果たすべき役割というのは、きっとあると思うのです。この点については、ぜひ研究・検討を急いでほしい、そのことをお願いして私の質問を終わります。

中島委員

公立病院改革プランの骨子が報告されておりますけれども、この質問に入る前に、市民からの関心事について2点質問いたします。

住民監査請求について

最初に、小樽市監査委員に小樽市長、副市長に対しての措置請求がされているそうですけれども、内容を説明してください。

(総務)市立病院新築準備室鎌田主幹

監査請求についてでございますが、この請求の要旨については請求書の中に書いてございます。それについて読み上げさせていただきます。

「小樽市の山田勝磨市長と山田厚副市長は、新病院建設計画を進めてきました。広報おたる2005年1月号では、『新病院建設に向けて、今後の予定は、建設場所が決まり、財政的な見通しがついた段階で基本設計に着手することになります』と公表しました。ところが、建設場所が決まらず、財政的な見通しがつかない段階で、市長らは2007年3月に5,985万円で基本設計を久米設計札幌支社に発注しました。しかし、見通しの甘さと状況判断を誤ったことから、この基本設計委託業務を2007年11月に突然中断し、契約を解除してしまいました。そして、解約料として、あいまいで根拠のないまま、2,581万円を久米設計札幌支社に支払いました。これは違法・不当な財務会計行為を行ったことによるもので、この結果、市に2,581万円の損害を生じさせています。よって、山田勝磨市長並びに山田厚副市長は、連帯して2,581万円を市に返還措置することを請求いたします」となっております。

中島委員

請求人の陳述が行われてから60日以内に監査結果を決定するというので、10月6日がその期限です。来週の月曜日。この間、市長、副市長はそれぞれ事情聴取というものについては受けたのでしょうか。

副市長

私も市長も受けておりません。

中島委員

今読み上げた内容でいけば、建設場所が決まらず、財政的な見通しがつかない段階で基本設計を発注したと。その同じ年の11月に契約を解除した。そして、そのために実際に出来高払いとしての2,600万円近くを支払った。それを返せということですね。

平成18年の第4回定例会に提案された基本設計委託料は、補正予算として出ておりましたが、私たち共産党は当時の計画は、44億円の累積赤字を5年間で解消し、その半分は病院事業の経営努力で埋める、そういう案でしたが、

本当に達成できるのか。起債許可の見通しもまだ不明なときに、基本設計の補正予算は無理だと反対をいたしました。

しかし、この定例会で市長はじめ他の会派の皆さんすべてが賛成し、現在では基本設計の予算化が適切ではなかったということは明らかになったと思うのです。しかも議会では新病院の計画や現病院の収支改善が厳しく論じられている最中でありました。市長は、この市民の監査請求の訴えについては、どのようにお考えでしょうか。

副市長

今、監査委員のほうでその監査事務を行って、適法かどうかの訴えに対する結論が下されようとしている最中ですので、そういった立場で具体的に求められたときには考え方を詳細に申し上げますけれども、基本的には訴えがあった段階でコメントしたように、私どもとしては適正な手続等を踏んで執行してきたということで、一定の状況判断の中で議会にお諮りをし、基本設計業務の一時中断を決定して、最終的な処理をしたというふうに判断をしておりますので、現状として求められれば、適正に事務処理は行ったというふうに認識をしているところでございます。

中島委員

事務処理は適正だったと思うのです。そのとおりです。問題は、事務処理のことではないのです。この補正予算を提案した段階で、建設地の問題や収支見通し、起債の許可、そういうことが不明なままに基本設計の委託料の提案をした。そのことは実際にできなくなってやめているのです。そういう結果を見れば、不適切だったと、判断を間違ったと、そう考えるのが当然ではないですか。手続ではないのです。その中身の判断について聞いているのです。

副市長

監査請求というのは違法ですとか、そういったいわゆる訴える根拠自体が決められておりますので、具体的にその訴えられている部分については、違法性があるのかということの問いですから、私どもとしては違法性はないと思っていますので、適正な手続で進めてきたということをおし上げていますところですよ。

中島委員

今回は新病院の建設場所についても取り上げていますね。現在でも建設場所は議会手続上、決定はしていないと私たちは思っています。9月3日に一市民から出された御意見が市議会各会派に届いております。各会派の皆さんも御存じだと思いますが、どういう中身かといいますと、ちょっと読み上げます。

9月1日に届いたもので、このように書いてあります。

札幌市のバス路線問題で上田札幌市長は、JRバスへの委託をやめ、中央バスに委託することを英断した。このことは小樽市の病院問題にも通じるものがある。

市長は立派な方だということは承知している。市長には、過去にとらわれず、また急がないで、ぜひ現在地若しくは量徳小学校の土地で病院を建設してほしい。市長が現在地若しくは量徳小学校の土地で建てようと思っても、議会の後押しがないとできない。市長が現在地若しくは量徳小学校に建てたいとなった際は、議員の皆さんもぜひ反対しないで頑張ってほしい。

こういう要請が市議会各会派に届きました。

この方は、市長が新病院を現在地に建設することに議員は反対しないでほしい、これが趣旨です。平成18年の第4回定例会には、市民から8,500筆の署名とともに、新病院は現在地及び隣接地に建設してほしいという2件の陳情がありまして、本会議で採択されました。このとき日本共産党は賛成しましたが、自民党、公明党、民主党・市民連合はこの陳情に反対の討論をして、築港地区での建設を賛成しました。市長の方針と同じでした。このときの議会のことは市長も覚えていらっしゃると思いますが、新病院の建設地はどこに予定しているというふうにご回答したらよろしいでしょうか。

副市長

現状、我々は、国から宿題を出されておりまして、その宿題の回答をつくるに当たって、今の地域の医療の問題もいろいろ議論をしなければならぬ状況にありますので、その最終的な方向性というのは、今そういった議論を踏まえて出していかなるを得ないでしょうけれども、現状からいけば、状況的には築港を念頭に置いて今まで進めてきておりますし、八千何百人の現地なり量徳小学校跡地にという署名もございましたけれども、量徳小学校を廃校にするなという趣旨の陳情に何万人もの署名があったという事実もありますので、そういった中での判断をしたことですから、基本的には今、量徳小学校に建てますというふうに路線を変えるという判断を持っておりませんので、現状で聞かれれば、築港地区に建てたいという認識でいるということに変わりはありません。

中島委員

そういう点では、こちらの方の御意見というのは、市長の今の方針と議会各党派との意見に若干ずれがある実態がまだ届いていないというふうに判断せざるを得ません。

公立病院改革プランの骨子について

公立病院改革プランの関係で二、三、質問したいと思います。

公立病院特例債の申請については改革プランを添付するという話を聞いていましたが、これは骨子ですけれども、今回18億円を要望しているこの特例債には骨子をつけて申請をするということでしょうか。

(樽病)事務局次長

総務省のほうから求められているのは、改革プランそのもの又は骨子ということで、まだ改革プランを策定中の自治体もあるということから、骨子でもいいということでございます。

中島委員

公立病院特例債を要望している18億円の内訳について、もう一度説明をいただきたいのですが。

(樽病)事務局次長

今回の公立病院特例債につきましては18億8,000万円を予定しておりますが、今回の特例債の制度として、基本は平成19年度と15年度の不良債務の差額ということでございますが、本市の場合、15年度は形式上、不良債務でなかったものが19年度に37億円の不良債務になってしまいました。ただ、小樽市の不良債務は会計処理を見直したことによって18年度末で発生したものでございまして、それは特例債の対象にはならない。ただ、春に何回かいろいろ要望もしておりましたが、不良債務を増やさないための経営努力というものについても特例債の対象にするということで、今回、小樽市の場合、この経営努力の部分で出しておりまして、一つには不良債務の解消のために充てた一般会計からの繰出金、これは19年度に不良債務という形になったものに対して繰出しをしておりまして、それが3億6,300万円、それと、そのときに一時借入れをしていた分の利息6,300万円、これを合わせて4億2,600万円、それから不良債務を増やさないために特別の措置としての経営努力、これは給与費や経費の削減、それから業務の効率化によって出たものとして14億5,700万円ほど。この二つを合わせて18億8,000万円、今要望しているところでございます。

中島委員

最初は医師不足による経営困難に対する公立病院特例債というお話がありました。今の御答弁を聞いてみると、医師不足分というのが現れてこないのですけれども、今回の特例債はこの医師不足による内容については、どういうふうになったのでしょうか。

(樽病)事務局次長

もともとこの特例債が出たときは、平成16年から始まった医師不足が公立病院の経営を非常に悪化させているのだらうということで、これは「等」がついているのですが、医師不足等によって出た不良債務を対象にしますといった話でした。ただ、私たちも医師不足の影響ということを試算はいたしました。15年のときの医師が今もいたら幾

らになるとかという試算はしましたが、具体的に詰めて金額を出すときに、なかなか医師不足の影響額というものが一律ではカウントができないだろうということで、たぶん今のような制度になったのだと思います。

中島委員

そうすると、医師不足という内容で表現しなくてもいいという中身に変わったというふうに考えていいですね。それともう一つは、今言ったように、会計処理の見直しでできた不良債務については対象外だというふうになっているわけですが、小樽市はまさに会計処理でこつ然と現れた不良債務です。これをそのまま要望して、認められるのか。公立病院特例債として認めてもらえる可能性というのは、どうなのか。これはもともと全然相手にならない話だったら、こういう準備そのものが無駄なわけですから、この辺についてはどういう裏づけ、確証があるのかをお聞かせください。

(樽病) 事務局次長

先ほども申しましたように、一つには不良債務の差としますが、会計処理によって出てきたものは除きます。ただ、平成16年度から19年度までに繰出しを多くしたとか、不良債務を増やさないための経営改善をした、それは加算する要件として制度がありますので、それを使うということでございます。

(樽病) 事務局長

事務局次長が言ったとおりなのですが、例えば医師が不足していく中で、言い方は適当ではないかもしれませんが、何の努力もしないでそのままいってらるとどんどん不良債務が増えていくわけです。当然そういうふうにならないよう頑張るために経営改善したり、一般会計で助けたり、そういう中で不良債務をつくってこなかったわけですから、どんどんつくってきたところには公立病院特例債を認めて、一生懸命解消してきたところには認めないなどということはあるまいだろうということで、こういう方式がとられたということでございます。

中島委員

そういうことでこの申請が許可されるという見通しがあると、その前提で骨子もつくったというふうに考えていいですね。

それで、このプランの中ですけれども、公立病院改革プランの骨子で4ページの収支計画を見ますと、医業収益とそれからこの医業収益を稼ぎ出すための医業費用の問題が出ております。平成18年度、19年度実績から始まって、23年度までありますが、今年度は81億2,700万円と、昨年度に比べて大幅に収益を下げております。それは医業費用でも下がっております。その後、ここから21年度にかけて、これまた4億円近くの増収計画になっておりますが、このあたりについては非常に積極的な予算といいますか、できるのだろうかという心配がされる中身であります、この計画の根拠について、とりわけ職員給与費が大幅に下がっているという問題もあわせて御説明ください。

(樽病) 総務課長

医業収益の減についてであります、まさに今日9月30日をもって呼吸器科の医師等が退職をするため、平成19年度と比較いたしますと、20年度の医業収益については減少するような状況であります。先ほども答弁しましたが、21年度におきましては、医師数について今月末、今まさに退職した内科2名、皮膚科1名の計3名を来年度に補充を予定しているということと、また7対1入院基本料の継続を前提とした計画として計上をしているところであります。

職員給与費の19年度、20年度の比較についてですが、給与独自削減を行っている中で、20年度につきましては医師を除き期末・勤勉手当の独自削減1か月分及び役職加算の凍結を行っていることから、職員給与費については減少しているところであります。

中島委員

私から要求した資料で年度別推移を出していただきまして、平成15年度から19年度までの予算と決算、医業費用についても予算と決算を出してもらいました。これは15年度で見れば111億3,900万円を掛けて106億1,000万円を稼

ぎました。16年度は106億4,200万円を掛けて99億1,100万円を稼いだ、こういう見方になるわけですね。これは年度別推移をずっと見ても、19年度は93億6,300万円のお金を使って86億900万円の稼ぎです。こういう数字を見ますと、この21年度から23年度の計画で、21年度というのが87億9,300万円で85億円稼ぐこととしています。22年度が87億7,800万円で85億3,500万円としています。この数字を見ると、過去のこの実態とかなりのかい離があります。本当にこれぐらいの医業収益の額でこの医業収入を獲得できるのか、そういう過去の実績から見れば到底、絵にかいたもちとまでは言いませんが、希望的観測としか言いようがないと思うのですが、この数字についてはどのように説明されますか。

(樽病)事務局次長

過去のこの医業収支の差については、基本的に平成20年度以降との一番の違いは、先ほど小樽病院総務課長も申しましたとおり、職員給与の独自削減の部分が大きいとっております。21年度以降ですが、固定費の部分が下がっておりますので、先ほども申しましたように、医師の確保をすれば、変動費としての材料費自体は医業収支と合わせておりますので、そこで何とかこの収支計画が成り立つと見ております。

中島委員

職員給与と費は、平成20年度に6億円減らしているのが期末手当の削減、役職加算の凍結と言っていますが、これから先もこれを見ますと、23年度までこの職員給与がどんどん減らされていけば、医師を除いた職員の平均給与でどれぐらいの影響になるのかということをお聞かせください。

(樽病)総務課長

職員給与と費の影響についてですが、平均19年度と20年度を比較し、科目別に算出をしましたところ、医師については増加しているところでありますが、医師を除く職員を比較いたしますと、20年度は19年度に比べて1人当たり平均25万7,000円ほど減っている状況になります。

中島委員

それを聞いてなかなか大変な中身だと思うのですが、北海道に提出する公立病院改革プランというのが、この中身で計画の変更があり得ると先ほどおっしゃいましたけれども、これまでの病院事業は収支計画を実績に合わせて変更に変更を重ねてきているわけですが、北海道に出すこの計画も今後どんどん変更があり得るという内容であり、このままで認められるのか。そういう内容も含んで、この骨子で提出しているということと考えていいのですか。

(樽病)事務局次長

北海道に出している中で、変更があり得るとするのは、公立病院特例債の金額で、今、要望しておりますが、これが変わることによって中身が変わるとい部分です。

委員長

共産党の質疑を終結し、自民党に移します。

山田委員

それでは、私のほうから医師不足に関連して何点かお聞きいたします。

小樽病院、第二病院の医師確保の対策について

医師不足の問題は、現在ほとんどの診療科に広がり、病院経営を直撃していると思います。現在、医師のいない病院には患者も来ない。千葉県銚子市立総合病院は医師不足が経営難に拍車をかけ、本日9月30日に閉鎖されると聞いております。

現在、本市の市立両病院の医師数についてお聞きしますが、この基準数は何人で、人数は確保、クリアされているのか。クリアされていないとしたら、どこの診療科が足りないのかお教え願いたいと思います。

(樽病)総務課長

両病院の医師数についてであります。現在、小樽病院では27名、第二病院では16名でございます。基準につきましては、医療法施行規則の第19条で必要な医師数の算定方法が定められておりますが、この計算で今年度であれば平成19年度の1日平均の外来・入院患者数等を参考に算出した結果によりますと、小樽病院については26名、第二病院では14名ということで、いずれも数はクリアしている状況であります。小樽病院については不足している医師については、内科及び整形外科の医師が不足している状況にあります。

山田委員

医師については、ある程度充足されているのはよくわかりました。

それでは、基本的な考え方について認識を共有したいと思います。

この今不足している医師の確保に向けて、どのような内容で医師の確保を要請しているのか。また、この医師不足の全国的な問題は何が原因と考えているのか、お聞かせ願いたいと思います。

(樽病)事務局長

今、小樽病院総務課長からの答弁の中で、小樽病院の内科、整形外科の医師が足りないというのは、基準に対して足りないという意味ではありませんので、小樽病院としてはやはりその辺が厳しいと考えております。

今どういう形でその医師の充足と申しますか、確保に動いているかということにつきましては、御承知と思えますけれども、北海道の公立・公的病院というのは、基本的に医育大学の医局の枠組みの中で大半が動いておりますので、やはりそこを基本として動いております。ただ、呼吸器科は今までは北大の医局から来ておりましたけれども、教授の話でもこの呼吸器科はどこでも足りなくて非常に壊滅状態というぐらいいないということで、呼吸器科の本当の専門医を確保するのは非常に厳しいという認識が院長も私もございます。そういう中で呼吸器科以外の診療科も選択し、例えば感染症とか、内科医とか、そういう意味でいろいろなところからお話を聞いて、またお願いに行っているということと、これは従来から院長もされておりますけれども、個別の情報を、当然医局絡みであれば医局にもお断りしながら、そういう個別交渉とかも行っているんで、それを継続して何とか内科医2名は埋めていきたいと考えております。

それから、医師不足の全国的な問題について、これはよく言われておりますけれども、一つには医師が増えている中での偏在というのがありますし、もう一つは非常にリスクな診療科目を嫌うと、診療科による偏在というものがあります。それから、女性の医師が非常に多くなってきているという中で、どうしてもブランクができてくるということがあります。それに、あとは先ほど言いましたように、非常に専門化していますので、そうなるとうしても医師の需要が高まるという中で不足感が出てきます。それに、今回の新しい臨床研修制度と相まって、大学に医師がいなくなるということが一番大きな原因だというふうに考えております。

山田委員

この医師の不足に関連して、必ずと言っていいほど、この医師の臨床研修制度のことが問題に出てきます。

それでは、この臨床研修制度の取組の内容についてお聞きいたします。

小樽病院長

今日の医師不足のきっかけは、平成16年度から始まったこの臨床研修制度が自分で選択できるというところから、医師の偏在あるいはリスクな診療科を避けるというような、今、事務局長が言ったような内容で動いていっております。

それで、その臨床研修制度について当院においては、平成16年、この制度がスタートした時点から臨床研修委員会を立ち上げて、そして研修医を募集してきておりました。詳細については、私がかかわっていませんので、当時はわかりませんが、私が来てからは毎年3月、4月に札幌の北海道庁赤レンガ庁舎で北海道の臨床研修病院の担当者が集まって、そして北海道の3医育大学の卒業予定者に各ブースで自分の病院のプログラムはこういう

ものだということを宣伝して、そしてそこで話し合ってきております。

それからもう一つ、北海道については医師が非常に少ないということで、当時の北海道保健福祉部長が東京の都道府県会館にやはり私たちというか、臨床研修病院の主な人たちを呼んで、そこで東京を中心とした全国の医育大学の卒業予定者に宣伝してきたという経過があります。それは今年度も継続してやっております。

それと、ホームページで案内する。こういうプログラムであるということを示して、学生に宣伝してきております。

それから、最初はそれぞれの病院のホームページもそれなりのアピールもあったのですが、どこの病院も似たようなホームページ等になりますと、やはり先輩、学生の口コミあるいは今メールが非常に素早く連絡できるものですから、そういう口コミで先輩がいる病院が充実した研修をやっているというようなことを聞いてやっています。

今回、今ちょうどマッチングをやっている最中で、マッチングといいますのは、今の 6 年生が来年の臨床研修病院をどこにするかを登録する時期になっております。1 番、2 番、3 番と自分の希望順を出し、東京の本部にそれを連絡して、そして研修病院も希望順位を隠して出して、コンピュータでそれが 1 番と 1 番が合えばそこに決まるというような制度ですけれども、その研修予定者も当院に見学に来て、当院の今やっている研修医が充実した雰囲気で行っている、自分はここにきて来年はやりたいということも述べております。

そういうようなことで、いろいろな研修病院、最初は満遍なく臨床研修病院に研修医が広がっていきまされたけれども、最近はやはり都市部の大きな病院に偏在している傾向があって、地方の病院はどうしても定員割れになっている傾向があると思います。

それからもう一つ、市内では当院とそれから向かいの小樽協会病院に研修医が来ております。

山田委員

研修医としても、やはり医師ですね。

それでは、医師であるこの研修医ですが、通常は患者をどういう形で診るのか、また今来ている研修医が通常の医師とどういう部分で違うのか。同じなら同じでも構いませんので、その辺についてお願いします。

小樽病院長

研修医の上には必ず指導医というのを用意しなくてはなりません、今まで指導医は卒後 5 年以上の医師であればよかったのですが、今度、指導医としての研修も受けなければならないというのが、今年度ぐらいから出てきております。

原則として、同じ国家試験を通った者ですから、それは平等でいいのですけれども、やはり経験が足りないということで、指導医の下で入院患者を診る、あるいは指導医の下で処置をするというようなことです。簡単な処置であれば、やってもらって、そしてそうでなければ一緒にやっていくという、ごく常識的な形で進んでおります。

それからもう一つは、どうしても入院患者を診るという傾向に偏りがちですけれども、外来診療というのは、手際よく厳しいところではありますけれども、当院においてはいわゆる人間ドックとか健康管理科的なところについては研修医にやってもらって、その辺のノウハウなども覚えてもらうというような工夫もしております。

山田委員

というと、研修医は通常であれば難局な部分では処置していないものの、基本的な部分で医療をする上では変わりないという認識でよろしいですか。

小樽病院長

はい、よろしいです。

山田委員

それでは、積極的にこういうような研修医を呼ぶ方策について何点かお聞きします。

やはりこういう制度を利用しないと無駄になるとは思います、この研修医の募集活動については、先ほどいろいろホームページなどで行っていることがわかりました。

今度は、研修の内容、またスケジュール、他病院と協力する部分、例えば小樽病院と第二病院、また小樽病院とほかの病院という形であると思いますが、その点についてお聞かせ願いたいと思います。

小樽病院長

2年間の臨床研修制度の中で、御承知のように、産婦人科、小児科がプログラムの中に含まれております。そこで、当院は周産期医療がなくなったものですから、一時は協会病院に協力をお願いして、今は大学とのマッチング、たすきがけ方式といたしまして、1年目は当院で、そして内科、外科、救急をやって、そしてそれから第二病院の精神科をやって、保健所の地域医療をやる。そういうプログラムをこなして、2年目は大学のほうで小児科、産婦人科をやるというような形をとっております。

そういう中で、どうしてもこの地域で臨床研修をやっている病院は二つだけなものですから、もう少し何かアピールできるような方法はないかと。例えば地域の病院が一体になってやっていけるような方法があればということは今模索はしておりますけれども、どうしてもそうなりますと、少ない診療科の指導医に負担がかかりやすいということが出てきます。ただでさえ負担がかかっているところに、そういう一人前とはいっても、国家試験を通過しているとはいっても、やはり負担がかかるので、そこら辺について市内の病院長とも協議はしていますけれども、きつところはあります。しかし、広いところでもないし、こんなにコンパクトにまとまったまちであれば、一つでやっていければいい形ではないかと思っております。現状はそういうことです。

山田委員

やはりそういうような研修医を踏みとどませるといふ、その先の問題もあると思います。

今、前期2年間、こういうような形で配属され、後期2年の研修についてもある程度考えているということはおわかりました。

それでは、その後期の研修について、どのような研修医が自分たちの進む道、例えば泌尿器科であるとか、皮膚科であるとかの部分に、どのような形で配属を希望されるのか、その点についてちょっとお聞かせ願いたいと思います。

小樽病院長

後期研修医というのは即戦力になるので、非常に大切な存在だと思っておりますけれども、実は当院は大学の教室と連携して医師の派遣をやっておりまして、医局会でこの後期研修医を積極的に呼び込みたいというふうに提案していますけれども、それではそこに例えば泌尿器科の医師が後期研修医として行った場合に、大学の泌尿器科の教室では、それでは1名いるから要らないねというふうになってくるということを恐れているのです。あまり積極的にできない。そうであれば、いわゆる一般内科的な何年間かもう少し初期研修よりも突っ込んだそういうものがないものかと。もちろんホームページなどでも募集はしております。そういうことでなかなかうまくいかないのが現状であります。

ただ、道内では家庭医とかそういうことを提唱している病院もありますけれども、それにはその前にそういう指導体制もつくっていかねばならないのだろうとは思っております。

山田委員

ますますその研修医を、どんどん呼び込む施策をやはりしていただきたいと思います。またその先に、研修医にそのまま小樽にいていただければという観点から、いま一度お聞きいたします。

現在、この臨床研修制度全体で何か問題がないのか、その点についてお聞かせ願いたいと思います。

小樽病院長

先ほども簡単に触れましたけれども、やはり都市部の大きな病院に集中して研修医が流れていく傾向があって、

地方の病院については少なくなってきたという状況はあると思います。

その一方で、先ほども言いましたように、家庭医とか総合内科医とかというふうには、専門特化の反動として、そういうものが生まれてきている傾向もあると思います。これらは始まる時にはあまり予想されたものではなかったと思います。

山田委員

それでは、この研修医、例外的に若い研修医が全国から集まる長野県佐久市にある J A 長野厚生連佐久総合病院について病床数、医師数、総職員数をお知らせの上、ここが優良病院と言われる理念や内容についてお教えください。

(樽病)事務局長

佐久市にあります J A 長野厚生連佐久総合病院についてですけれども、病床数につきましては、一般病床が 665 床、それから回復リハビリが 40 床、精神が 112 床、感染症が 4 床になっておりますので、トータルしますと 821 床となると思います。医師数は、4 月 1 日現在ですけれども、201 名です。次に、総職員数は医師も含めて 1,839 名という非常に大きな病院でございます。

理念は、有名なのは二足のわらじを履いている病院と言われまして、いわゆる高度医療、第一線の高度医療とそれから保健福祉医療、地域医療、その二つを、二足のわらじを履いてやってきているということで、非常に歴史は古くて、若月先生という方が昭和 20 年に、医長で赴任して以来、ずっとその病院で最後は院長になりましたけれども、そういう形で運営していました。「農民とともに」の精神を理念とした病院と聞いてございます。

山田委員

本当に今言われたとおり、二足のわらじを履いて、その理念としては、この J A、農民とともにということで地域と連携した医療をされ、この医師数 201 名、総職員数としては約 1,800 人と、本当に一つのまちをつくるような、こういうような病院です。

最後に、このことから今回 2008 年版の厚生労働白書では、この医療など社会保障分野の雇用創出効果は、公共事業よりも高いと指摘しております。本市でも、この自立を目指す地域の病院独自の試み、これについてこれからも取り組んでいただきたいと思います。また、今日は質問しませんが、薬科大学との協力とか、伊達市でタクシー業者の福祉タクシー導入とか独自の取組もございまして、こういうような前向きな独自の試みをお願いして、私の質問は終わります。

濱本委員

公立病院改革プランの骨子について

それでは、公立病院改革プランの骨子について何点が質問をさせていただきます。

まず、2 ページ目の経営効率化に係る計画、その中の民間的経営手法の導入というところで、経営戦略の明確化、それから経営情報の分析強化というふうに具体的な項目でうたっているのですが、これについてもう少しわかりやすい説明をお願いします。

(樽病)事務局長

来年の 4 月から病院事業管理者を置いて病院経営をしていきたいと思っておりますが、今までは市長部局、市長が経営主体で、実際の管理者は市長で、病院長がそれぞれの病院を経営しております。その中で、事業管理者を迎えるに当たって、事業管理者がトップとして両方の市立病院を統括したような経営戦略をつくる、そういう中で運営したいということで、例えば経営企画室みたいな経営のことを考える部門をつくるとか、例えば両病院の院長、副院長なりを交えた経営会議みたいなものをつくるなどして、経営戦略というものを新たにつくっていききたいということを考えております。

経営情報の分析強化ですが、今回の定例会に補正予算を出しておりますが、医療情報のシステム化が進みますので、そういうものを利用して収益分析又はオーダリングシステムを入れるということによって費用分析といった、今までできなかったような分析、それから部門別のコスト計算などもできればというふうに考えております。

濱本委員

例えば経営戦略の明確化というのは、新年度にならなくても今からでもすぐに取りかかれるわけです。それから、経営情報の分析強化もある意味では取りかかれると思うので、新年度とはいわず、例えば下期から取りかかるとかそういうようなことで、積極的に取り組んでいただきたいと思います。いかがですか。

(樽病)事務局次長

まさに今、公立病院改革プランをつくって一定の経営戦略というものがあります。それから、経営分析にしても、手作業でやらなければならない部分、不十分な部分がありますが、それはやっております。ただ、一番違うのは、先ほど申しましたように、専任の病院事業管理者を置いて、その下で両病院を統括したものを行いたい。そこが一番の違いだと考えております。

濱本委員

経営分析の話で言うと、今の御答弁では内部で分析するという、たぶんそういう意味合いだと思うのですが、後で評価の話もしますが、そういう分析に関して外部のシステムなり人なり、そういうものを使うような考えはありますか。

(樽病)事務局次長

現在の経営改善の中で、北海道大学の医療管理学の先生にお手伝いをいただいて、少しずつ進んでおりますが、いろいろな経営分析についてはノウハウを持っているところがあると思いますので、そういうものは積極的に活用していくことになると思います。

濱本委員

それでは次に、経費削減・抑制対策ということで、さらなる経費削減の取組というふうにも書いてあるのですが、別紙 1 の収支計画の中で、この経費削減・抑制対策というのはどこに表現されているのか、お知らせいただきたいと思えます。

これは私は前から言っているのですが、医業収益というと他会計負担金も入っているわけですね。真水部分の料金収入に対して医業費用がどうなっているかというのをやはり見ていかないとだめなのだろうと思うのです。それからいくと、例えば単純に言うと、平成 18 年度は 100 円のコストで 87 円の売上げだったのです。これが計画で 23 年度にいくと 100 円のコストで 95 円。逆の見方をすると、平成 18 年度は 100 円の売上げをつくるのに、114 円のコストがかかっていた。23 年度は 100 円の売上げをつくるのに 106 円のコスト、ここではですから 8 円分のコストを削減しているのですが、こういう削減の部分というのは何にどのように反映されているのか、それをお聞かせいただきたいと思えます。

(樽病)事務局次長

今、濱本委員に例としてお示しいただいた平成 18 年度と 23 年度ですが、先ほど中島委員の御質問にも答弁していますが、一番大きい違いは職員給与の独自削減分というのがあるということです。今回の公立病院改革プランの骨子で示した経費の削減ですが、材料費の比率を少し下げようということと、経費の部分で若干数字は落としています。ただ、この計画自体は、公立病院特例債の申請をにらんでおりまして、経費を 1 割、2 割削減しますというのは、口で言うのはできますが、実効性がないといけませんので、今のところこの計画上は控えめに経費削減を見ているところでございます。

濱本委員

経費の削減ということでは、例えば料金収入と材料費、この比率を見ると、平成 18 年度は 34.3 パーセントです。

23年度は33.9パーセントです。そうすると、ここで言うと、たった0.4パーセントです。材料費の削減というわりには、もうちょっと、削減できるのではないかというふうに思うのですけれども、その辺はいかがですか。

(樽病)事務局次長

まさにその辺が一番これから実行する中でのポイントになると思います。材料費は、今も価格交渉や、入札といいますが、そういうものもやりながら下げているのですが、公共の発注の中で限界もあると言われていまして、その辺はさらにいろいろなノウハウを使いながら、さらなる価格交渉やコスト削減はしていきたいと思っております。

濱本委員

それとちょっと前後したのですが、料金収入に占める職員給与費の割合をこれで追っていくと、平成18年度は60.3パーセント、23年度は52.2パーセントなのです。この収支計画を見るときに、最低限の条件として、いわゆる医師の数が何人で、例えば看護師を含めた医療技術の職員が何人で、それで一般管理部門を担っている人数が何人で、またその平均年齢が何歳でというものがないと、はっきり言って、単なる数字だけなのだろうと思うのです。私たちの正確な判断はやはり難しいのだろうと思うのですが、その辺をぜひとも、次回でも構いませんけれども、お示しいただきたいと思いますが、いかがですか。

(樽病)事務局次長

今回ここで示したのは策定中の公立病院改革プランを総務省に提出する様式で示しておりますので、その辺は、今、濱本委員がおっしゃるような、ない項目というのがたくさんあると思いますが、なるべくわかりやすい形で改革プラン自体はつくっていききたいと思っております。

濱本委員

それと、いわゆる病院事業会計の中で、毎年やはり退職される方は発生するのだろうと思うのですが、この収支計画の中に、その退職される方の退職金のことは反映されているのでしょうか。

(樽病)事務局次長

定年退職者の分の退職金は反映しております。

濱本委員

そこがないとかというと、ますますこの計画に信ぴょう性がなくなってしまうので、その部分は安心をいたしました。

どちらにしても、この計画、例えば料金収入にしても、平成20年度以降、若干の変動を見ているわけです。それはここの前段の部分で書いてあることを反映して、このぐらいの数字になるだろうということで書かれたのだろうと思うのですが、医業費用のほうの部分でいくと、先ほども言いましたけれども、材料費のこともそうですし、それから経費の部分も、いわゆる料金収入に占める割合は16.7パーセントから16パーセントぐらいの推移で、何かとりあえず割り振ったみたいなきにしか思えないのですが、ぜひとも出した以上はこれに沿った形で、若しくはこれ以上のいい成績になるように努力をしていただきたいと思っております。

それで、この収支計画に関連してというか、この骨子の中で、2ページ目のところで病床利用率の話がありまして、23年度には80パーセント以上という目標を立てています。それで、19年度実績で46.3パーセント、20年度実績で43.8パーセント、21年度で70パーセントということは、病床を削減するのだろうと思うのですが、これは幾らまで削減するつもりなのか、お聞かせいただきたいと思っております。

(樽病)事務局次長

ここに示している数字は、許可病床に対する利用率でございます。許可病床の分母になっている現状の許可病床は870床です。それでいきますと平成20年度までは低い数字になっておりますが、21年度70パーセント以上をこの平均入院患者数で達成するためには、567床という分母にする必要がございますので、許可病床を今の870床から300

床程度は削減しなければならないということです。

濱本委員

567床でも今の実際の運用病床からいくと、100床近くは多いのですが、今までは交付税措置のことがあってなかなか削減もできなかったのですが、公立病院改革プランの中で病床を削減しても何年間かはその前の病床数で交付税措置をするということなので、それであればできるだけ実態に沿った形にさせていただきたいし、また、そうでなければ、いわゆる経営効率化の部分の一つの指標クリアもできないわけなので、ぜひともそれは早くやっていただきたいというふうに思います。

次に、点検・評価のことなのですが、プラン・ドゥー・チェック・アクションではないですけども、やはり何かをする場合、点検・評価というのは必ず必要なのだろうと思うのです。ここにも新たに外部委員から成る「(仮称)市立病院改革プラン評価委員会」を設置するというふうになっていますが、何かこれの具体的なイメージがあれば教えてください。

(樽病)事務局長

特別、今これというものを固めたものではございませんが、他都市の状況、ほかの財政健全化の評価委員会とか、そういうものを見ていますと、やはり経営のことですから、民間の経営にたけた人、特に病院であれば病院の経営をされている方又は学識経験者として病院経営の専門の方、またいわゆる一般の経営学をされている方、そういう方が中心になるとは思っております。まだ細かいところまで詰めているわけではございません。

濱本委員

それでは最後に、来年4月から地方公営企業法の全部適用を実施するということでありまして、全部適用を実施するため、もう半年前ですから、当然いろいろなシミュレーションが必要だと思うのです。4月1日から、「はい、なりました、はい、全部適用のスタイルでいきましょう」とはなかなかいかないのだろうと思うので、全部適用を導入するためのイントロダクションの部分が必要なのだろうと思うのですが、そういうことについては取り組んでいらっしゃるのでしょうか。

(樽病)事務局長

全部適用後の条例とか規則のこと、そういうものはやっておりますし、これからどういう組織にしていくのか、病院事業管理者が来ても管理者の下に全く事務方がいないということにもなりませんので、そういうところを今検討はしています。

ただ、今後、管理者の方の人選とも絡んでくると思いますが、そういうところで最終的に詰めるということになるだろうとは思っています。

濱本委員

全部適用を実施したからすぐ効果が出るとか出ないとかということではないのですが、実施した以上は、できるだけスムーズにスタートできるように、事前の準備に十分配慮していただきたいというふうに思います。

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。

秋元委員

公立病院改革プランの骨子について

初めに、公立病院改革プランの骨子について何点かお伺いしたいのですけれども、初めに率直な感想ですが、ぜひもう少し早い段階で資料を示していただければ、もうちょっと分析させていただけたのではないかというふうに思いました。なかなかわかりづらい部分もありますので、ぜひ読み込む時間もいただきたいというふうに感じました。

そのことも踏まえまして、骨子の 2 ページ目の経営効率化に係る計画の部分の経費削減・抑制対策ということで、先ほど濱本委員も御質問されていましたが、ちょっと観点が違いますので、質問させていただきます。

2 番目のさらなる経費削減の取組ということで、これまでも本当にさまざまな経費の削減、抑制に向けて取り組んでこられたと思いますけれども、平成 21 年度から、また新たに抑制に向けて取り組むということなのですから、これまで以上に強力に取り組む中で、どれぐらいの抑制をねらっていくのかということ、まだまだ不明な部分であるのですけれども、具体的にどういう取組をされるのかということについてお聞きします。

(樽病) 事務局次長

最初に、公立病院改革プランの骨子を出すのが遅れたことについてお詫びを申し上げますが、この全体の改革プランの中では、再編・ネットワーク化の協議も進めておりまして、ここにあるように再編・ネットワーク化協議会の中間報告の文章の整理などもあり、25 日までかかったということがありましたので、そこは御理解をいただきたいと思えます。

具体的な経営効率化の経費削減ですが、例えば今やっている中では、IT 化を進めた中で、例えばレントゲンとか MRI とか CT は、今まではフィルムにプリントしていたのですが、それを院内のコンピュータで見られるようにして、このフィルム材料を削減しています。これがたぶん年間ですと 1,000 万円程度になるかと思えます。このようなこととか、これから進めていくオーダリングシステム等を入れた中で、物がどう動いているのかとか、物流管理システムといったものも入れながら、どこに在庫の無駄が生じているのかということも含めながらやりたいとは思っています。そのほかに、先ほども申しましたが、価格交渉のいろいろなノウハウを持っているところと情報を交換しながらやっていきたいと思っております。

秋元委員

今回の公立病院改革プランの骨子を見て一番感じたのは、やはりなかなかわかりづらい部分がまだまだたくさんあるように感じるのですけれども、先ほども最初に言いましたとおり、これまでもやってきて、さらに経費を抑制していくという部分も、非常に難しい部分がたくさんあるというふうに思いますし、次に質問する収入の部分でも、もっと収入増加を図るという部分で見れば、医師を確保できれば一番収入の増加につながるのでしょうかけれども、なかなか難しいという現状も踏まえて、今回、収入増加の部分でこれだけ示されたと思うのです。一番感じたのが、この 2 番目の病室の改善により差額ベッド料金の増収を図ることと、その他の中の院内環境整備による患者満足度の向上ですとか、例えば一番下の病床削減後の空きスペースの利用についてもかかわる部分というふうに思えます。

初めにこの差額ベッドの料金の増収を図るという部分で、これは平成 21 年度から行うということなのですから、実際この詳細については私もわかりませんでしたので、調べたのですけれども、これから改革プランをつくる上で、また、その収入増を考える上で、例えば病室をどの程度にするのか、改装していくのかとかという部分で、具体的に考えていることを教えてください。

(樽病) 事務局次長

市立小樽病院のほうで見ますと、今、差額料金を取れる部屋というのは 16 室あります。特別室というのは 24 平方

メートルの部屋で一番高いのですが、1日当たり8,820円、それから1等室乙というところが1人部屋なのですが、ここが2,310円、2人部屋でも差額料金を取れるところは1,150円というものもあるのですが、患者の要望でどうしても個室がいいというときに使っておりますが、いかんせん私どもの病院は古いものですから、非常に料金も安い設定になっておりますけれども、これを今、ある業者から院内の改装、家具みたいな形で壁をつくるなど、そういう提案を受けていますので、そういうものがどういうふうに行えるのかとか、具体的にはこれから場所とか数とかというものは詰めていく必要があるだろうと思います。

それと空きスペースの有効利用なのですが、許可病床として許可をとっている病床というのは、基本的にはそこをあげればすぐ病床にできなければならないということで、大きな改装というのはできないのです。ただ、その許可を下げることによって、そこを例えば患者と見舞い客の談話スペースにするとかということもあるのだろうと、そのようなことを考えております。

秋元委員

内装などを若干手を加えたりするような部分もあるというふうには思うのですが、これにかかる費用というのは、想定しているのですか。

(樽病)事務局次長

まだ具体的にどこをどのぐらいやるかという規模を決めていませんので、そこまではしていません。

秋元委員

今、差額ベッド料金について御答弁いただいたのですが、実際、厚生労働省保険局医療課の調べでは、5,000円程度の部屋が40パーセント程度で、一番多いのではないかというふうに言われていますけれども、小樽病院で一番高い部屋が8,820円ということで、これよりは少し高いというふうに思うのですが、やはり改装して使わなければいけないような状況なのかというふうに思いますし、例えば需要と申しますか、現在のこの差額ベッドの利用状況というのは、どのような感じになっているのでしょうか。

(樽病)事務局次長

細かい資料を持ってきていませんけれども、大体年間でその差額ベッド料金の収入は300万円ぐらいだったと思います。

秋元委員

後ほど詳細な資料をいただければというふうに思います。

次に先ほど言いました院内環境整備による患者満足度向上ということで、これについてはどのようなことを考えていますか。これもまた先ほど言いましたとおり、院内の環境を変える、整備するということから、また工事をして改装するような計画なのか、いかがでしょうか。

(樽病)事務局次長

先ほども申しましたが、許可病床を廃止したところに新たなスペースをつくるというのがありますし、病室とかトイレとかも改装は必要だと思うのですが、なかなか入院患者がいる中で一気に工事はできないということもありますが、そういうできるところから手をつけて少しでも、古いながらも手入れのされた病院というのが必要というふうに思っております。

秋元委員

先ほど言いました収入の増加の部分ですとか、その他の部分、病院の中を例えば整備したり改善するというような表現がありまして、実際に、現段階で、ではどのぐらいの収入が見込まれるのかとか、例えばそれに対する費用はどれぐらいかかるのかというようなお話と申しますか、金額的な部分というのは、この収支計画には含まれているのでしょうか。

(樽病)事務局次長

この収支計画で増収効果というのは、なかなか単価を見ていただければわかりいただけますように、単価はフラットで設定しておりますので、まだこれからやっていないことに対する増収効果というのは見ていないのが現状です。院内環境の整備が直接その収入に結びつくかという、そればかりではなくて、やはり患者が古いながらも手入れされた病院にいるというように感じてもらえるように、今よりも入院環境、診療環境を少しでもよくしていく必要があるというところでございます。

秋元委員

十分わかるのですけれども、こういう公立病院改革プランをつくるという上で、経営を改善しなければいけないというふうに言われている中で、こういう資料を示されまして、実際やはり資料をいただいて気になるのは、ではこういうものに手をつけて、どれだけ改善されるのかという部分も興味があるといえますが、非常に重要な部分だと思います。実際にこういうものも公表されているわけですから、例えばやはり市民の方から質問されたときに、これについてはわかりません、これもよくわかっていませんというような説明しか私自身ができないものですから、これはまずいと思いました。そうであれば、当然プロの皆さんが計画をつくっているわけですから、しっかりと委員会の中で話される中で、もうちょっと具体的に進めていただきたいというのと、私自身はこの9月末で示されるものは、もうちょっと具体的にになっているものというふう感じていたのですけれども、実際に見たものが骨子だったので、非常に残念でした。改革プランは12月末までに示すというふうなお話でしたけれども、実際これも委員会の議論ですとか、市議会の議論ですとか、そういう議論が反映されるような余地があるというふうに感じるのですけれども、この辺はいかがでしょうか。

(樽病)事務局次長

今回示したのは9月時点で検討しているまさに骨子でございまして、ここに書いてある項目も今検討している中から抽出したものであるということで、今回の素案は、今、鋭意取り組んでいきますけれども、ここは項目を載せているだけですけれども、その項目に説明書きをしたようなもので、改革プラン自体は詰めていきたいと思っております。

秋元委員

12月に改革プランを示すときには、ぜひなるべく早い段階で示していただければというふうに思います。

また、今回、再編・ネットワーク化についての中間報告に参考資料をつけていただきまして、今まで以上に数字で出る部分で具体的にどういう状況なのかというふうに把握することができて、非常によかったというふうに思いますし、この中間報告については本当に再編・ネットワーク化が難しいというふうに言われていますけれども、小樽市におけるこの再編・ネットワーク化も、非常にまだまだいろいろな課題があるというふうに具体的にわかりました。ぜひもう一歩踏み込んで新しい病院の建設統合に向けて、私も市民の皆さんの要望を受けてしっかり勉強していきたいというふうに思いますので、ぜひよろしく願いいたします。

高橋委員

再編・ネットワーク化について

今、秋元委員からも再編・ネットワーク化の関係がありました。この点について何点かお聞きしたいと思います。以前にも小樽市全体でこの小樽の医療環境を議論しなければだめだという、テーブルをつくらなければだめだという必要性の議論がありました。また、私も要望したことがありましたけれども、今回公立病院改革プランを前提としてということですが、これが具体的に進んだというのは、私は評価したいというふうに思っています。なおかつ、今話があったように、この中間報告の参考資料でレセプトも含めて具体的につかめる数字が出たというのは、これも評価をしたい、今まで一回も具体的な数字が示されなかったというふうに思っております。

その中で、まずこの再編・ネットワーク化協議会について中間ですけれども、小樽市としてはどういう姿勢で臨

んできたのか。そして、その第 1 段階の達成としては、どういうものなのか、その辺をお聞かせいただきたいと思
います。

(樽病)事務局長

再編・ネットワーク化につきましては、本来は公立病院の再編・ネットワーク化というのが基本になっていまし
て、実は小樽市は両市立病院しかないという中で、掖済会を含めまして急性期を担っている三つの公的病院それぞ
れが、やはり平成16年から、苦しいのは市立病院ばかりではなくて、みんなそれぞれ厳しい中で経営しているとい
うお話もお聞きしましたので、何らかの役割分担等をしなければ、乗り切れないのではないかと認識は当然ご
ざいました。

そういう中で、今回、公立病院改革プランをつくるという一つのきっかけがございましたので、ぜひこの機会に
公的病院あるいは医師会の代表の方にも出ていただいて、議論をしたいということで行いました。

私どもとしては、やはり先ほど高橋委員がおっしゃいましたけれども、基本的なデータ、要するに小樽市の医療
はどうなのだという共通認識にまず立って、それから議論ということで考えて始めたのですけれども、市としての
考え方のたたき台といえますか、そういうものも示してくれないとということで、小樽市としても現状での考え方
も示した中で協議が進んでいくということです。

ただ、やはり公立病院改革ガイドラインでも言っていますように、再編・ネットワーク化についてはそう簡単に、
特に公立病院同士ならまだあるかもしれませんが、公的病院というそれぞれが独自の理念で独自で運営している病
院とも連携・ネットワークがそう何か月間でできる話ではありませんので、それは状況、推移を見ていって、私ど
もとしてもまず 1 段階、2 段階ということで分けてやったらどうかと考えました。そして今回、まず現状認識、現
状の両市立病院の当面の状況を話しまして、当面どう動くべきかという協議をしてきたところで、あと 1 年間です
から、あつという間に過ぎますので、そこでどういう御協議をいただけるのか精力的に、北海道の担当者にも参画
していただくなりして、何とか今後の方向性をつくりたいというスタンスです。

高橋委員

達成度という非常に何か漠然とした聞き方をしたのですけれども、まず第 1 段階のテーマである現状の認識、そ
して、その各公的病院から見た目、それから市立病院から見た目という両方があるかと思うのですけれども、それ
らについては共通の認識の土台に立てたということによろしいのでしょうか。

(樽病)事務局次長

先ほど小樽病院事務局長も言いましたが、今回今まで定性的に言葉で話されていたところを、一定程度定量的な
分析を踏まえてやりました。そういう中で、やはり何となくわかってはいたけれども、例えば札幌と小樽で小樽市民
がどれぐらい受診されているか、そういうのが定量的にわかった。それから、市立病院と各公的病院の患者数とい
うものがこういう 4 対 6 というような比率、こういうことになっているというのも、具体的にわかったと。そうい
うところでは、今まで定性的に思っていたことが定量的にも確認できたということを皆さん思っているのだらうと
思っています。

高橋委員

それで、この再編・ネットワーク化協議会の中間報告を見ますと、市立病院、第二病院を含めて、市立病院と公
的病院の対比ということで、非常にわかりやすく出ておりました。

最近、市民の皆さんからいろいろとお話が出るのは、小樽病院は赤字だという、赤字先行の情報しかなくて、
具体的にどういう診療科目をやっていて、どういう役割を担っているかという情報若しくは認識をあまり持って
いないというのがよくわかりました。

それで、確認をしていきたいと思いますが、まず公的病院ではやっていない、市立病院、第二病院でしか
入院治療を行っていない診療科目をまずそれぞれ教えてください。

(樽病)総務課長

小樽病院、第二病院で担っている診療科目ということで、小樽病院においては内科において専門診療の科目を抱えているということと、また放射線治療を行っている放射線科、痛みを取り除くペインクリニックといったものをやっている麻酔科ですとか、また眼科、耳鼻咽喉科が挙げられます。

それから、第二病院におきましては、心臓血管外科、脳神経外科、精神神経科、以上3科でございます。

高橋委員

それで中身ですけれども、平成19年度の年間の延べ入院患者数、それから外来患者数、それからそれぞれのその科の医師数を教えてください。

(樽病)総務課長

今、答弁を申し上げました診療科における患者数についてですが、小樽病院の内科におきましては、呼吸器と消化器等の専門科目による分類ができませんので、内科におきましては延べ入院患者数が3万9,737名となっております。延べ外来患者数につきましては、3万3,970名となっております。内科の医師数につきましては、19年度7名となっております。

放射線科につきましては入院を受け入れておりませんで、放射線治療の延べ外来患者として4,009名となっております。医師数については1名です。

麻酔科につきましては延べ入院患者数は1,611名となっております。延べ外来患者数につきましては、先ほど申し上げましたペインクリニックを行う部分で3,405名、医師数は3名となっております。

眼科につきましては、延べ入院患者数が1,367名、延べ外来患者数が1万5,548名、医師数につきましては2名となっております。耳鼻咽喉科につきましては、延べ入院患者数が4,798名で、延べ外来患者数が1万3,484名となっております。医師数につきましては2名となっております。

第二病院における心臓血管外科につきましては、延べ入院患者数が7,490名、延べ外来患者数が1万704名、医師数が3名となっております。脳神経外科につきましては、延べ入院患者数が2万2,507名、延べ外来患者数が1万1,513名となっており、医師数については5名となっております。最後に、精神神経科ですが、延べ入院患者数につきましては3万1,958名、延べ外来患者数につきましては2万7,012名、医師数は6名となっております。

高橋委員

内容を確認しますと、本当に多くの患者が小樽病院、第二病院に入院若しくは外来でかかっているというのがよくわかりました。

先ほど結核病床の休床の報告もありましたけれども、もし、この小樽病院若しくは第二病院でしか扱っていないものがどんどんなくなっていったら、非常に大きな影響があるというふうに私は思っております。何らかの事情で、もし、この小樽病院、第二病院で行っている診療科の医師がいなくなった、若しくは診療科がなくなった場合の影響というのはどのように考えられますか。

(樽病)事務局長

第二病院については、非常に緊急性を伴う脳神経外科、心臓血管外科を中心とした診療科ですので、なくするというのはちょっと考えられない状況になると思います。特に、脳神経外科は後志管内からもずいぶん患者が運ばれてきて、札幌まで運ぶというのはなかなか難しいことになると思いますので、第二病院の機能は基本的には、どこかそういう機能のある病院が来ればそれは別かもしれませんけれども、現状では非常に大きな影響があります。

小樽病院につきましても、結核は今回こういう状態になっておりますけれども、放射線治療もほかの病院からも読影等の依頼も受けておりますし、がん診療をやっていく中で、確かに不十分な面もあのですけれども、やはり市内で一定の医療を完結させていきたいという中では、非常に重要な位置を占めているところだと思います。

それから、麻酔科の医師は3人おりますけれども、ペインクリニックは基本的に久米田医師を中心にやっており

まして、これもあまりほかではやっていない科目で、痛みをとるとか、あるいは顔面の神経がどうだとかということで結構需要があると思いますので、非常に重要な部分だと思います。それから、市立病院にしかないというわけではありませんけれども、先ほどの答弁の中にはなかったのですが、泌尿器科も非常に大きな役割を担っておりますので、もしその辺の機能が失われたとなると、やはりこれはほかの公的病院の現状では受けられません。その分はどうしても症状が重い場合は札幌に行かざるを得ないということだと思います。

高橋委員

私も本当に必要不可欠な部分で、基幹病院として必要だという認識です。単純に病院がたくさんあるという議論ではないというふうに思うわけです。

ただ、認識として、建物がたくさんあって病院がたくさんあるということしか情報がなかなか伝わっていないというのがありますので、ぜひ市立小樽病院としても第二病院としても具体的にこういう内容をやっているのだと、具体的にそういうものをPR、宣伝すべきとか、情報を市民の方にもどんどん発信すべきというふうに思っております。この点についてはいかがでしょうか。

(二病)事務局次長

第二病院におきましては、今、高橋委員から御指摘があったとおり、私ども第二病院では脳神経外科、心臓血管外科といった急性期のそういった診療科目、それと精神神経科を持っているというのは、もう市民の皆さんは当たり前のように知っていただいているだろうというのがあったのですが、意外と知らない方もいらっしゃるということで、公立病院改革プランの骨子のほうにも書いておりますが、来年度に、診療科目がわかるような名称に変更したいというふうに考えてございます。また、今、積極的に市民にPRということで、広報、それからホームページもそうなのですが、昨年度に初めて市民セミナーを開催しました。また今年度も10月に市民センターでの開催を予定しており、前は下肢静脈りゅうという足のほうの病気だけだったのですが、当院の場合急性期といっても脳神経外科にせよ、心臓血管外科にせよ、それから循環器科にせよ、血管のほうの共通した病気になりますので、動脈硬化というのを一つのキーワードにして、頭のとっぺんから足の先までといったことで、脳神経外科、心臓血管外科、それから循環器科の医師、栄養士、それから検査技師ともあわせてセミナーを開催するというような形で、積極的に進めていきたいというふうに考えております。

(樽病)事務局長

第二病院は非常に位置づけがはっきりしているという病院でありますので、今、第二病院事務局次長が言ったような形で、細かい診療内容にこういうことができるということをきちんとアピールすることによって、きちんと位置づけられてくると思います。

やはり小樽病院の場合は、例えば消化器科にしても、ほかの公的病院が担っているとか、いろいろな状況があります。実は今回の再編・ネットワーク化協議会の中で委員からも出ておりましたけれども、中間報告の5ページの下のほうにもあるのですが、市立病院だけではなくて、ほかの公的病院も含めて、どこでどういう医療ができて、先ほど言ったように放射線科と連携することによってまた公的病院の機能も高まるとか、どういうものができるのか、どういうものが小樽では担えないのかという、そこをきちんと市民に情報を出して、小樽市内でこれだけの医療が受けられるのだという安心感を持たせることが必要だということがありましたので、特に高橋委員がおっしゃった市立病院の特色という部分を含めまして、こういう中で小樽市の医療が持っている力といたしましうか、それを市民のほうにきちんと周知していくことが大事であると思います。

高橋委員

やはりよく情報を知らない方は、市立病院は赤字なのだから要らないというように非常に単純な発想をしている方もいらっしゃるわけで、内容がわかればそういうふうにはなかなかならないというふうに私は思っております。

今出ましたけれども、中間報告の5ページで、地域完結型医療体制の確立として、大学病院等でしか提供困難な

ものは除いてということでありませけれども、今回のこの再編・ネットワーク化協議会を通じて、ある程度少しずつ明確になってきているというふうには思うわけですが、では、そういう体制を具体的にどうつくっていくのかということについては、どのように考えていますか。

(樽病)事務局長

実はまだ第 1 段階ということで、今回この課題の整理の中で出てきた問題で、前からお話は聞いていますけれども、あのような席で共通認識でこれできたのは非常に大きいというふうに考えております。内容としては、まだこの域をちょっと出ていないのです。現実的に一つには非常に高齢者が多いという中で、例えば高次医療、高度医療など大学にどうしても送らなければならないものというのもあるのです。それ以外の部分は、各院長とか医師会の代表の方のお話の中で十分に対応ができるということが情報交換でわかりましたので、それをどういう形で市民の方に示していくかというのが、これからの大きな課題になっていくと思います。申しわけないのですが、まだ論議はここまでなので、今後 1 年かけてその分についても協議をしていきたいと思っています。

高橋委員

もう一点、6 ページです。非常に大事だと思ってずっと読んでいたのですが、公的病院も市立病院も含めて、医師の負担が大きく、現状の体制でこれ以上の患者を受け入れていく余地はない現状であり、民間病院も医師を確保するのは本当に大変なのだというのはよくわかりました。その下のほうに、医師の負担を減らし、市内の医師をこれ以上減らさない対策も必要であるとあります。特に市立病院についても基幹病院としてこれ以上診療科が減っては、大変損をするのはやはり市民であり、負担を感じるのも市民ですので、この対策は非常に大事というか、生命線だというふうに私は思っています。

これについてはどのような話し合いがされたのか、考え方があるのか、これをお示しいただきたいと思っています。

(樽病)事務局長

これは協議会の中だけで話された内容もありますし、それぞれ個別の院長から聞いた話もありますけれども、ここは実は入院診療だけではなくて、外来診療もありますし、実は救急もあるのです。やはり救急の場合は非常に切実なので、市民の理解を得て、救急車の問題でもなっていましたけれども、きちんと本当に救急医療が必要という方に来てもらう。やはり小樽市ではまだ少ないかもしれませんが、ほかの病院の事務局長と話すところ、土日に来た方が待たされないとか、その日はお金を取られないから後から払えばいいとか、そういうようなこともあると聞きます。やはり救急というのは、かかる側がきちんと理解してかかっていたかかないとならないし、もう一つは、今回、呼吸器科が実は協会病院だけになりましたけれども、では何でも呼吸器の領域は協会病院に行けばいいのかと、そうお知らせしますと、今度は協会病院がもたないのです。だから、いくら肺炎でも呼吸器科の医師だけが診るわけではないので、そういう体制をどうとれるかということが一つのポイントなのだろうと思います。一番大きいのはやはり病診連携なのです。病診連携を基本として、本当にその専門医の治療の人を送るというふうにしなないと、そこにみんな何でもかんでも集約されるとパンクをしてしまうということで、その辺はやはり市民の御理解を得ながら、病診連携をきちんと進める。あるいは病院同士もその辺の理解をしながらやっていって、守っていくしかないという話は出ております。やはりかかる側の市民の意識というのでしょうか、その辺も少しずつ変えていただいて、他都市では市民で市民病院を守ろうという話がありましたけれども、それに近いようなものが必要なのではないかと考えています。

高橋委員

特に第二病院については、本当に急性期の緊急を要するそういう手術も多くて、医師も大変だと思います。そういう意味では、増やすのは難しいと思うのですが、減らないように、若しくは足りなくなったら補充できるような体制をぜひとも検討していただきたいと思っています。この点について両院長はどのように考えられているのか、御答弁をいただきたいと思っています。

第二病院長

医師の確保なのですけれども、大体大学の医局を中心に医師が確保されておりますので、1年に1度若しくは2度、医局に第二病院の現状を話しまして、大変だということで、教授若しくは医局長に第二病院の認識をいただいて、何とか派遣していただいているのが現状です。

そして、職員の待遇は、4科みんな各科で当直という形で夜間業務という形になっているわけです。したがって、かなり稼働があるのですけれども、モチベーションを高く持ってもらって、市民のためということで今何とか頑張っているような現状です。

小樽病院長

今、第二病院長が言いましたように、派遣元の大学の教室の状況を見ながら回って歩いております。

院内においても、その時間外の呼び出しとか、業務量を、それを医師でなければやれない部分とそうでない部分を整理するとか、特に最近事務作業というのが医師に増えてきたものですから、市長とも相談して、それに対してその書類作成費というものをを出してもらおうなど、そういうきめ細かなところにも配慮してもらっている状況です。

高橋委員

いずれにしても、大変な部署だと思いますので、本当に燃え尽き症候群というふうに言われていますけれども、嫌になってやめられては大変だというふうに思いますので、ぜひそのフォローについてもできるだけお願いしたいと思います。

公立病院改革プランの骨子について

次に、公立病院改革プランの骨子について何点かお聞きしたいと思います。

2ページですけれども、先ほども質問に出ておりましたが、病院事業管理者を置くということです。前回の市立病院調査特別委員会でもお聞きしましたが、私の質問に市長は年内に何とか事業管理者を決めたいという御答弁をされておりました。もう残されたのは3か月しかないわけですが、この件についてはどのように考えられているか、お尋ねしたいと思います。

市長

病院事業管理者の選任につきましても、今、鋭意いろいろと関係先をお願いをしております、年内にはまず確定できるだろうということで進めています。

高橋委員

今の市長のお話ですと、ある程度もうつかめるぐらいの状況に来ているというふうに理解してよろしいでしょうか。

市長

確定的なことは申し上げられませんが、ほぼいい方向で進んでいるということでございます。

高橋委員

もう一点、これも先ほど濱本委員の御質問にもありましたけれども、この地方公営企業法の全部適用の組織見直しというのがありますけれども、では、準備として病院事業管理者が決まって、4月からスタートするわけですが、あと3か月しかないわけですが、その事業管理者のリーダーシップによる効率的な病院運営ということで、3か月で本当に準備ができるのかというのがちょっと不安です。その事業管理者の考え方とか、それからやり方、手法、それからその下で先ほど次長が言われていた事務方をどういうふうにつくっていくのかということも含めて、早め早めに準備しなければならないのだろうというふうに思っております。この点については、どのように考えていますか。

(樽病)事務局主幹

地方公営企業法全部適用後の組織ということにつきましては、ただいま全国的に同程度の規模を有する市立病院

の組織、その辺をどういう形になっているかという調査をしているところでございます。現実的にはその市立病院で同程度の規模を有しているところが非常に少なく、しかも全部適用にしているところというのは幾つかしかないわけなのです。そここのところで、ただ共通して言えるところは、管理者の下に事務の統括部門というのを設けています。これは共通して言えることだと思いますので、そのような形で、まず案をたたき台として作りまして、管理者が内定しましたら、その意見を取り入れながら、4月にきちんとした組織ができるように準備を進めてまいりたいというふうに思っております。

高橋委員

何を聞きたいかということ、新しい事業管理者が決まって、用意ドン、スタートであまり心配事がなく進められるのかどうかというのが私の心配事です。ですから、受入れ態勢がきちんとできていて、そこから準備、用意ドンでできるのだという体制になれるのかどうかという点を聞きたいのです。

(樽病)事務局長

私どもとしてはやはりなるべく早い段階で決まれば、いろいろな情報交換をして組織も確定してくるのかと思いますけれども、今、主幹が言いましたように、いろいろなパターンの組織形態を調査しています。ただ二つのこの病院を持っているのはなかなかないのです。それでどうなのだというのは、事務レベルではいろいろ独自にほかの例も見ながら検討していますので、いろいろなそういう情報を持って病院事業管理者の方が決まってくれば、すぐ対応できるような体制にしておりますので、何とか4月にはきちんとつくっていきたいと思っております。

高橋委員

最後ですけれども、4ページです。先ほども質問が出ていましたけれども、収支計画です。いつもこの収支計画については議論になるわけですが、支出についてはいろいろ調整したり、考えたりということはしやすいかと思っておりますけれども、問題はやはり先ほども出ていましたこの収入のほうなのです。私も同じような意見なのですが、本当にこの数字がきちんとVの字みたく復活していけるのかというのは非常に心配です。

先ほども話したように、医師の確保がやはりこれは生命線だと思います。なおかつ、現状でもこれで頑張っていこうという中で、1人でも2人でも減ると、どうしてもこの数字に狂いが出てくるわけです。そういうことも考えると、先ほども言ったように、減らさない手だてがどうできるのかということが、私は非常に大事であるというふうに思っております。

その点について非常に心配があるわけですが、御見解を伺いたいと思います。

(樽病)事務局長

先ほど既に院長から答弁しておりますけれども、やはりまず医師の負担なのです。医師の負担をやはりきちんと、大変なのだけれども、みんながわかっているということだけで、まずずいぶん違うということがあると思っております。それは病院の内部のことですけれども、そういうところは必要だと思います。実は先ほどの結核病床のお話でも、例えば診ることができないのかというお話がありましたけれども、基本的にそういうのは当院のほうで何とかしますといった話にはならないのです。やはり診る医師の負担というのは必ず出るわけですから、そういうところはきちんと病院ごとに、それぞれが医師の負担を解消していくということが一番の基本だと思いますし、これ以上減らさないということになると思います。

あとは病院内の各スタッフが医師をどれだけサポートできるか、先ほど院長が言いましたように、事務的なものを担うとか、例えば放射線科で医師のどこを担えるのかとか、そういうことで負担を少しでもとって、医療に専念していただくといいたいでしょうか、そういうスタンスをとっていくことが基本的にはやはりこれ以上減らさないということだと思います。

高橋委員

その医師の負担を減らすというのはよくわかりました。

それで、来年度以降、要するに例えば医師が欠けた場合に、補充できるのかどうかという、そこまで踏み込んでいくと、なかなか難しい問題だというふうに思います。逆にそこが先ほども言ったように、生命線になるのかというふうに思いますので、これは大学にお願いしても確約はとれるというふうには聞いていませんけれども、ぜひその辺を何とか努力をしていただいて、とにかく先ほども言ったように、減らさない方向で何とかいろいろな対策を講じながら、ぜひとも確保していただけるようお願いしたいですし、それがなければこの数字の前提は全部崩れるだろうというふうに私は思っておりますので、最後にそれを伺って質問を終わりたいと思います。

(樽病) 事務局長

公立病院改革プランを実際につくるときに、各自治体病院の院長とかのいろいろなお話の中で、やはりどんどん医師が減っていく状況の中でつくるということで、ある院長がおっしゃったのは、現在の医師を保障してくれるらつくるよという、そういう状況なのです。やはり厳しいところはどんどん減っているわけですから、そういう厳しい状況になっているのに、改革プランをつくって経営の効率化を図れとのことで一生懸命つくるけれども、また次の年に減っていくと、改革プラン自体ができませんという院長のお話もありましたので、まさに委員がおっしゃるところは、そのとおりだと思います。

基本的に、やはり収益が落ちて、それを固定費で挽回するのは何年もかかるのです。だから、固定費というのだと思うのですが、その中で何とか医師の確保をしていきたい。ただ、今そういう中で常勤医を確保することだけを考えてやっていってもなかなか難しいと言う先生もおります。いろいろな形の応援等を含めて、何とか診療を確保して、それを収益に結びつけるということも必要と思いますし、小樽病院だけを考えていけば、やはり患者が減っているいろいろな検査件数とか落ちてきているものもありますから、そういう機器とか検査システムとかをほかに使えないのかという部分も実はあります。医師の負担を直接増やさずに、そこで診療報酬を得ていく、そういうようなことも含めて考えていきますけれども、やはり医師確保が基本だというふうに考えておりますので、あらゆる手段を使って確保していきたいと思っております。

委員長

公明党の質疑を終結し、民主党・市民連合に移します。

斎藤(博) 委員

再編・ネットワーク化の中間報告について

それでは、再編・ネットワーク化についての中間報告にかかわって、何点かお尋ねしたいと思います。

最初に、わかりやすい話から聞きたいのですが、いただいた参考資料の表 8 に医療資源の状況についてということで、人口 1 万人当たりの病院の小樽市の状況、全国比、全道比というのがありますけれども、まず病床数は許可病床数で言っているのか、運営病床数で言っているのか、教えてください。

(樽病) 事務局次長

厚生労働省の調査で基本的には許可病床数です。

斎藤(博) 委員

こういうデータを小樽市で議論するときにも、やはり許可病床数で議論しなければならないというのは、どうもその実態との間でのかい離があるわけなのです。そういう数字で議論されているので、どういう認識に立たれたかちょっと疑問なのですけれども、要は人口 1 万人当たりの一般病床数が 195.87 床という数字が出てきたのです。これは許可病床数なのだという話をたぶんしたと思います。当然運用上のというか、実際の病床数はこうなのだという話もされたのではないかと、これは推測するところです。私はずっと許可病床数だけで議論したというふうにはちょっと理解しがたいので、仮にそういうふうに見たときに、この数字で言うと、全国に比べて病床数が 2 倍ありますとか、全道に比べても 1.4 倍ありますというような数字が出ています。

お尋ねしたいのは、数字についてというのは事実ですからいいのですけれども、先ほど、小樽の医療資源について一定のその共通認識に立つことができたというようなことをおっしゃったと思うのですけれども、例えばこういう小樽市内のベッド数について、数がわかりましたけれども、これに対してどのような展開をそれぞれの病院の幹部や委員の方なりが全体としてお持ちになったのか、そのことについて教えてください。

(樽病)事務局次長

その辺は各病院長も言われていまして、この数字が許可病床数なのかどうなのかということ、それと全国に比べて多い少ないというのもあるけれども、この平成14年度と18年度で病院のベッド数が減っている、加えて診療所のベッド数も大きく減っています。この大きく医療資源自体が減って、医師も10パーセント減っていますが、そういうのに引きずられて、許可ベースの病床数も減っています。先ほど言われた許可と運用という部分では、減っている現状というのは、もっと深刻だろう、もっと大きな数字だろうという認識は持たれているところです。

斎藤(博)委員

そういう議論の中で、当然、各病院長もいろいろな数字を、今回出してもらったことになっているわけなのですが、それぞれの三つの公的病院の現状について、言ってしまうと、収支なり、経営状況について、もちろんいろいろ差しさわりもあると思うのですけれども、それぞれの病院というのは、小樽で今病院を展開しているときに、自分の病院をどういう形で紹介するとか説明するとか、経営状況などについてどのようなお話がありましたか。

(樽病)事務局次長

ストレートに各病院の損益計算書とかバランスシートを出してもらったことはありません。今回の議論の中では、1日平均の入院患者数、外来の患者数がこの5年間どう推移してきたのか、それがどの診療科でどうなっているのかということ。それから、今それぞれの病院がどの診療科に何人の医師の方がいるか、そういう資料を出していただいて、それだけでも今まで公表していないものですから、画期的だったと思うのですが、それを見て、国民健康保険のデータを見れば、皆さん医師ですから、病院経営もされていますので、おおよそそれぞれの病院の経営状況がわかってくるだろうということで、具体的に収支の数字をもらったわけではありません。

斎藤(博)委員

それで関連するのですけれども、それも、ありませんでしたと言われたらそれまでなのですが、要はこの三つの病院が地域医療についての再編なり分担といったようなことを議論するときに、当然それぞれの病院の将来展望との兼ね合いというのが出てくるというふうに思うのですけれども、例えば最近建て直したばかりという病院もあるでしょうし、結構年数がたっている病院もありますし、当然これから拡大方向に持っていきたい病院もあるでしょうし、ほどほどで仮に収支を考えたときには縮小ということも考えている病院もあるのではないかと普通は思うわけなのですけれども、そういったあたりについてそれぞれの病院から当面の方針なり展望なり、希望みたいな部分のお話というのはありましたか。

(樽病)事務局長

今回やった第1段階ではそういったところまではいっておりませんので、まず現状はどうかということについて協議をしている状況でございます。

斎藤(博)委員

そういう中で、出されてきた今回の中間報告を読ませていただいて、一、二点お聞きしたいというふうに思っているのは、一つはそういう状況というのは、悪いのですけれども、先ほど来こういう場がつくられて、公的病院の院長なり、両市立病院の院長なりが率直な話合いの場面ができたことの意義というのはあるわけなのですが、本当にその地域の医療をどうつくっていくのかというあたりの議論に踏み込むためには、私は、まだまだ瀬踏みしているような状態という印象なのです。本当に腹を割って話しているというふうには、私は全然読み取れないわけな

のです。そういった中で、9 ページに平成21年10月を目途に素案を策定していくというようなことが書かれているわけなのですが、この中間報告を受けて、これから1年間で地域における再編・ネットワーク化の素案をつくる見通しについて、どのような計画を持っていらっしゃるのですか。

(樽病)事務局長

それはちょっと難しいところだと思います。ただ、再編・ネットワーク化を一応5年間でやりなさいということです。そのための計画、方向性ということですから、私どもとしても、やはり来年度いっぱいぐらいにはつくっていかないと、その後は3年間ということですから、現実的にはその協議がどこまでいくかというのは、それぞれの公的病院の状況もありますし、市立病院の状況も変わっていくと思いますので、その辺はちょっとわかりません。けれども、やはり来年度いっぱいぐらいにはつくっていかないと、5年間でなし得る再編・ネットワーク化について方向性を出していかないと困りますので、そういう意味で、あと1年ということを書いてございます。

斎藤(博)委員

頑張ってもらいたいという思いはおわかりいただきたいというふうに思うのですが、新しい市立小樽病院の規模・機能なり役割の部分について私がずっと言っているのは、ほかの公的病院と裏と表だと思っております。腹を割って病院の将来を語るときというのは、新しい市立病院の姿が見えた瞬間でないとなかなか話しきれない、お互いにそういう部分もあるのですが、要はこの平成21年10月を目途とする素案の中で、従来から言われているこの議論を経て、何とかもう一度組み立て直してもらいたいというふうに考えている新しい病院の役割、規模・機能についてどのぐらいの表現になるというふうに考えられているか、教えてください。

副市長

今、斎藤博行委員がおっしゃったように、基本的に本来はもう少しまとまるものをイメージしてスタートしたのですが、基本的にやはり1回目、2回目の議論というのは、お互いに現状を認識しながら、この現状の中で、我々は皆さん方がどういう役割を担っていただけるかと、そういう議論を積み重ねて我々は公立病院改革プランをつくりたいという思いを持ってやったのですが、基本的にはやはり各公的病院の院長は、いわゆる市立病院という今二つの病院を市がどういうスタンスでつくっていくのかというあたりを一定程度示さないと、自分たちとしてはやはり自分らの病院経営をどうするかというスタンスを構えて議論できないのだと。ですから、自分たちは、では悪いけれども、それもこれも全部うちがもらいますと言ったって、医師の確保だって全然担保がないわけですから、そういう意味では今この中間報告でこういうレベルでしか出せなかった事情というのは、そのあたりが詰まれないというのが一つあるのです。

もう一方、我々としては改革プランをつくらなければならないという一つの使命があって、そして地域といろいろ議論をしようということで、これをだらだらとしていると、今申し上げたように、市立病院の考え方も含めた全体的話というのが進んでいきませんので、いわゆる公的病院の経営そのものが、今度どうやっていいものかがわからなくなるというのがひとつジレンマとしてあるものですから、少なくとも来年の10月というものもある先生に言わせると長すぎると。ともかく早く市立両病院をどうするかという問題も含めて将来の姿を示せないかということですから、そういう意味ではおのおのの病院の経営方針というのを、口の字で議論してもA病院はこういきますとかという話にはなりませんので、これが今回報告されて以降、すぐまた2回目の報告をつくるように、その10月というのはやはり頑張っつくろうという目標ですけれども、極力、公的病院のほうは早い段階でそういう方向づけをしたいというのがありますので、鋭意努力をしてみたいと思います。ただ、環境としてはかなり結論づけるというか、方向を示すのは極めて難しいというふうに予想はしていますけれども、努力はしてみたいというふうに思っております。

斎藤(博)委員

次に、お尋ねしたいのですが、この中間報告を読んで、私はこの再編・ネットワーク化の議論の延長に新

しい病院の規模・機能なり役割というのが浮き上がってくるのだらうという希望もありますし、必要性もあるし、前回の市立病院調査特別委員会では、もしかしたら最後のチャンスかもしれないから頑張ってもらいたいというような話をさせてもらいました。

今回いただいた中間報告をずっと読んだのですけれども、非常に気になった言葉として、両病院の再編という言葉が何回か使われています。もう一つは、地域での再編という言葉も使われているように思うのですけれども、一方で新病院の新築統合という言葉が一つもないのです。あると言われたら見落としているのですけれども、私が読んだ限りではないというふうに理解しているわけなのです。当然この公立病院改革プランが求めている地域における医療の再編・ネットワーク化というのは、先ほどの御答弁にもありましたように、どちらかという、道立病院と市立病院とか町村立病院が密集しているのであれば、何とか頑張りなさいというような話から始まっていて、どちらかという公立病院の再編成、集約化というようなことが引き金になっているわけなのですけれども、小樽市の場合、小樽市内で言うと市立病院二つに公的病院が三つなので、五つの病院でこの議論をしているという経過があると思います。でも、そういう小樽の事情は理解するわけなのですけれども、やはりここで書いてある再編という二文字が、使い分けられているのか、それとも、同じ意味なのかという部分では、今、副市長が前段に御答弁いただいた部分との兼ね合いで、ずいぶん違ってくるという気もしないではないのです。要はここで、例えば 1 ページの「はじめに」というところがありますが、第 1 段階はおっしゃるとおりだと思います。現状把握と課題整理を行い、両市立病院の当面の方向性について協議したということですから、それは書かれているとおりだというふうに読み取れるわけなのですけれども、第 2 段階として、小樽市としては老朽化した両市立病院の再編という課題を抱えていることから、再編の際の他の医療機関との役割分担などについて協議をしていきたいというようなことを書いていますし、8 ページの今後の協議の方向というところでも、再編という言葉が使われているわけなのです。

まず、お聞きしたいのは、1 ページに書かれている「小樽市としては老朽化した両市立病院の再編」というフレーズというのは、従来は新市立病院の新築統合の必要性の客観的な説明のフレーズだったというふうに思うわけなので、ここで言っている両市立病院の再編という課題というのは、新病院の新築統合と理解してよろしいですか。

(樽病) 事務局長

御承知のように、両病院とも老朽化しておりますので、まずばばらに非効率的な運営のままにいきませんから、基本的には早い段階で一緒にして施設を新しくするという意味では、統合して新築するということだと思います。ただここで再編という言葉を使ったのは、従来は二つの病院をどういうふうに効率的にいい病院にするかという、基本的にそういう視点で考えていましたけれども、今回やはりこういう再編・ネットワーク化の議論というところを踏まえたどういう形で一緒していくのかというところが入りますので、そういう形で再編という言葉を使わせていただいているということです。

斎藤(博) 委員

たぶんもう一回同じような説明をお願いすることになると思うのですけれども、8 ページの下段で、「協議の方向性としては、二つの市立病院の老朽化が進み、医療環境が悪化している。また、二つに分かれていることによる非効率的な経営を続けている状態であり」と、これは今までよく使ってきた言葉だというふうに理解しているわけなのですけれども、「早い時期の再編が望まれる」というふうに書かれているわけなのですが、これはどういう意味でしょうか。

(樽病) 事務局長

これは前段と同じ意味で、実際に病院を運営していれば、もうかなり厳しい施設設備の状況ですし、医師とかスタッフから見ても、医療環境的に非常に状況はよくないので、特に二つ持っているということの非効率性はいつまでも続いていきますので、やはり両病院としては早い段階で一つに再編していきたいという意味でここは書いてございます。

齋藤（博）委員

同じことの繰り返しで、「それ以上は言わない」と言っているつもりなのでしょうけれども、私は何となく逆に、ではなぜ新築統合と書かないのだろうと思うのです。単純にこの議論なり、市立病院が抱えている問題というのは、必ずしも地域的な再編だけでは解決できない、やはり新築統合というのが避けて通れないということがあるわけですし、その規模・機能なりを、従来言ってきた468床とかではなくて、もう一回地域の関係者と一定の状況、情勢の認識なり、将来にわたる役割なりを議論した上で、一定程度の合意を形成してもらいたいというようなことでお願いしたという思いもこもっているわけなのです。公立病院改革プランに絡めた地域再編の話をしませけれども、小樽の地域の事情としては、新築統合との兼ね合いというのは当然出てくるわけなのです。最後のほうで書いてある地域医療を確保するために公的病院をはじめとする他の医療機関との機能の再編とかと言われると、これは書いてあるとおり読んで、私も理解できる従来の議論だと思ってしまうのですが、前段の二つの市立病院にかかわる早い時期の再編という言葉が、従来使っていた早期の新築統合、もっと言うと、新しい規模の新築統合のイメージにつなげていくというふうになかなか読み取れないようにしか見えないのですけれども、その辺についてもう一度説明していただけますか。

副市長

我々とすれば、この前段の再編というのは、当然先ほど小樽病院事務局長が言ったように、現状では市立病院の老朽化を伴う非効率的なものといった課題を抱えているということですが、基本的に先ほども答弁していますように、今までは両病院の新築統合をするという一つの目標に向かってずっと議論してきました。けれども、この協議会の中でその議論をしますと、やはり他の公的病院も今までどおりの計画でいいのか。医師もいないし、供給も難しいのに、計画はあのままなのかという議論は当然出てくるわけですから、率直に言って、それを現状、今までどおり、新築統合という表現でそれを示すこと自体の、そういう意味での耳で聞こえるハレーションといったこともやはり意識はしています。

ですから、これからこの再編をするに当たって、今までの468床として、受け持とうと、やろうと思った診療科そのものが、議論の中でこういう表現があったのですけれども、これからやはり公立病院であってもデパートではだめではないかということがわかったのではないですかという議論も中であるのです。そういう意味では、今までの病院は非効率的だからと二つの病院の機能をどんと足して、そして病床数を468床に設定したこと自体が、果たしてこれから議論を進めるうちに、新築統合してみようという議論だけでは済まないのではないかとことを当然意識しましたので、いわゆる両病院を再編をするという表現は、当然一緒にするということが基本にありますけれども、そういった思いも込めて、一つは両病院を再編していくと、改めてもう一回考え直さなければならないのではないかとこの議論の中でもありますので、こういう表現を使わせていただきました。結論がどうなるかはわかりませんが、そういう意識の中で本来なら1回で結論を出そうと思って入ったと先ほど言ったのですけれども、2回目の方向としては、やはり今までにいろいろ議論してきた、我々が考えていたこと自体も含めて、再編・ネットワーク化協議会の中で議論していかなければならないという意味合いで、こういう言葉を使わせてもらったというのが、考え方の一つでございます。

齋藤（博）委員

仕方ないのだろうというか、そうだろうというふうにも思うのですが、要は公式的な部分で言うと、修正したり、地域でいろいろ議論してきた最終版の新市立病院基本構想がありますね、病床数を大分削ってきて468床となりました。その基本構想を持っていくのではなくて、やはりこの再編・ネットワーク化の議論に臨む小樽市のスタンスとしては、最終版の基本構想については、ちょっと言い方は別にして、ただ凍結しているとか、しまっているのではなくて、あれはやはりもう一回組み立て直すというか、そういう立場に立って、この中で改めて議論してもらおうのだというスタンスで臨んでいるということではないですか。

副市長

この 1 回目の中間報告では、468床というものも含めて現状で話題にもなっていないのです。基本的には医療の現状というものの、やはりそれと大きい意味では、これだけ医師がいない、将来的にもいないということ。極端な話、公的病院の院長も、いつ大学の教室から電話が来て引き抜かれるかというのに、表現はちょっと悪いですが、おびえているという現状の中で、やはり地域医療の病院というものを運営しているというシビアな御意見もありまして、そうなるという現状の中で公立病院、いわゆる市立病院だけが従来の方針どおりで私たちは頑張りますということ自体が、本当に全体の再編・ネットワーク化をつくる時にいいのかということは、やはり議論の中ではちょっと感じるものですから、私としてはこれから進めるにしても、468床というものをどんと構えて、ともかくこうやるのだから、あなた方、協力してくださいというスタンスでは、かなり厳しいのではないかという感覚は持っています。そういう意味では公的病院側の御意見も十分に聞いて、私たちは頑張る、公的病院はつぶれてくださいという議論にはならないと思うのです。

ですから、何度も言うように、いわゆる総務省が発した文書ですから、総務省が発するという事は、やはり自治体経営というものをひとつ基本に考えて、赤字を出さないようにどうするかということです。その根っこにはもうかるやつは民間にやって、損してやむを得ないものは自治体で赤字を出してもいいから、一応基準を決めてやりなさいというのが中心になっている以上は、やはりその他公的病院の事情というのも十分聞き取り把握する中で、地域医療全体としてやはりきちんと充足できるような体制が組めればベストというふうに思っています。これから、そのあたりはあまりこだわらないで、一定程度の意見集約といいますか、一件一件聞いて歩くといいますか、会議の中だけの話ではないことを含めて、いろいろ把握をしていきたいというふうに思っているところです。

斎藤（博）委員

私がこの再編・ネットワーク化協議会がつけられるときに期待していたことと、今、副市長がおっしゃっていることはそんなに違わないと思うのです。ただ、そういう思いは一緒であっても、ここ 3 か月か 4 か月たったこの中間報告は、その入り口のところで、見たことはないですけれども、委員の方々もあまり忌たんのない意見になっているかどうかという部分なのです。それぞれの病院の将来展望にかかわっている、要するに今おっしゃっているように、市立病院だけではなくて、三つの公的病院の将来展望なり将来戦略にかかわる話をしようとしているというふうになってくるといいますので、そういった話が率直にできるような議論の積み上げなり、関係の成熟さといいますが、そういったことをこれからもお願いして、この部分はここで終わります。

公立病院改革プランの骨子について

次に、公立病院の改革プランの骨子の中で 1 点だけお尋ねしたいところがあります。経営効率化に係る計画の中に、経費削減・抑制対策というところがありまして、その中で平成 21 年度から医療職給料表 2、3 の導入と書かれているわけですが、まずこの医療職給料表 2、3 という部分について、御説明をいただきたいと思います。

（樽病）事務局主幹

現在、職員の給料表というのは、行政職給料表と医療職給料表の 2 表しかございません。基本的には行政職給料表については国の行政職俸給表 1 というものに準拠してまして、医療職給料表は医療職俸給表 1 というものに準拠しております。医療職俸給表 1 のほうは医師と歯科医師に適用になってまして、本市の場合はそれ以外の職員についてはすべて行政職給料表というのが適用になります。

今回入れようとしております医療職給料表 2、3 というものは、国公の医療職俸給表 2、3 というものに準拠したものであると考えております。中身としましては、対象の職員なのですけれども、医療職俸給表 2 につきましては、国家公務員のほうでは基本的には、例えば薬剤師、栄養士、診療放射線技師、臨床検査技師などの職員が適用になっております。あと医療職俸給表 3 のほうは、保健師、助産師、看護師、准看護師がその適用範囲ということになっております。

齋藤（博）委員

この医療職給料表の 2、3 の導入をここで経営効率化、経費削減・抑制対策に盛り込んでいる、載せている理由なり、目的というのが何なのかというのを教えてください。

（樽病）事務局主幹

一般的に言われていることなのですけれども、病院の職員は高年齢者になると、民間と比較すると給料が高いということはよく言われていることです。医療職俸給表 2、3 の特色としましては、号俸間の幅が狭い、すなわち昇給したときに上がり幅が小さくなってきますので、その年数の積み重ねで、だんだん行政職給料表との差が生じてきます。結局、高年齢になってくると給料の抑制が図られるという給料表になっておりますので、経営の効率化ということで、この項目に載せているところでございます。

齋藤（博）委員

要は行政職給料表 1 を使った場合と、この医療職給料表 2 と 3 を使った場合の昇給幅の差でもって、同じ定期昇給を 1 回繰り返しても 5,000 円と 3,000 円の差で 2,000 円違ってきて、10 回やれば 2 万円違ってくるということを目的にしていると理解してよろしいですか。

（樽病）事務局主幹

まず、基本的には初任給だけで申しますと、医療職給料表 3 のほうが、今の行政職給料表よりも高いということがございまして、年数がたつに従って、逆転して差が開いていくということがございますので、結局は給与費の総額抑制という形で入れるということが目的にはなっております。

齋藤（博）委員

この間の病院の経営状況については知らないとは言えないわけなのですが、そういったところで病院の赤字という問題もありますし、不良債務ということで、突然発生してきたものもございまして。そういった病院の経営努力の結果としての赤字と、病院で働いている職員との関係をどういうふうに理解されているのですか。

副市長

病院の赤字自体を病院職員なり人件費がすべての原因だというような認識は、基本的にはしておりません。当然、診療報酬制度なり、いろいろな制度もありますから、そういう中で今までとってきた病院経営の方式と申しますが、そういう中で全体的に赤字として生まれてきています。ですから、人件費の比率自体も収益が下がれば当然 50 パーセントよりはるかに高くなっていくというような、そういう理屈ですので、必ずしもそうは思っておりません。ただ、医療職給料表の導入は、先ほどから言っていることなのですけれども、基本的にはやはり病院を建設する際にその起債を受けるとか、公立病院特例債を受けるとか、いわゆる国に借金を申し入れるのに、国立病院にはきちんと指針があって、国公並みとして考えれば、医療職というのはこういう号俸でというのは国で定めているわけですから、それを行政職給料表 1 という一般の職員と同じ給料表をずっと使っていて、こういう方式で給料を払っていますからという形では、やはりどうしてそうなっているのかという話に当然なりますので、基本的にはこれから地方公営企業法を全部適用していく一つの企業体としては、一つの国の指針というのも当然受けて、正常な形というか、今までが異常かどうかは別にしても、医療職俸給表を参考にして給料表をつくっていくというのが基本的な部分であろうと思います。これは公営企業の病院事業管理者が決まって、そういう形でまずベースをつくってあげないと、まずいだろうという認識があって、平成 21 年度の地方公営企業全部適用と合わせてこういったものも一定程度できる限り整理をしたいというのが、今考えているところでございます。

齋藤（博）委員

そういう起債の都合とかはいろいろあると思うのですが、実際の問題としては先ほど来言われているように、運用で言えば、1 号換算の差でもって総人件費の抑制を図っていくということは、病院で働いている人間の実際の所得、財布といいですか、給料に手が入ってくることを意味しているわけですから、おっしゃっているように、

今までが異常だったのか、これからが正常なのかという議論というのは、私は成り立たないというふうに思っています。私どもというか、この間小樽市のほうでは、病院で働く人間も水道局で働く人間も、すべての職員について行政職給料表 1 の中で、昇給幅は年齢とか級によって違うとかといろいろなことはあったわけですが、この中で運用してきていました。ここの部分にどんな問題があったというふうに考えるのですか。私はなかったというふうに思うわけなのです。

副市長

基本的には運用していること自体に問題があったかではなくて、地方公営企業法の全部適用をして、いわゆる民間手法をとっているいろいろな形で病院を応援していくというのを平成21年度からやっっていこうということで、病院事業管理者まで置いて、頑張ろうということになっている中で、基本的な服務規程も含めて、一定程度管理者に給与も含めて、すべて管理者の裁量でやれるというふうな中では、ある程度病院という一つの組織の中の給与体系というものを、国の基準なりにきちんと合わせて、それをベースにして、やはり赤字になれば給料も落とす、黒字になればボーナスを増やすという、そういう形でその労使関係できちんと決めてもらうというのは、一定程度管理者に対してこういうベースでこういう考え方で我々としてはお任せしますからという形をとることがベストというふうに私は思っていました。ですから、基本的にきちんと国公の基準をセットして、こういう姿で進めていきたいということの基本方針を定めたというか、考え方をお渡しするのに、そういう手法を、こういうものを導入していったらいいのではないかとというのが考え方ですから、基本的に不都合は全然ございません。今までが不都合だったかというのは、たまたまあれも行政職給料表 1 をびったりと当てはめているわけではなくて、それから合成給料表を小樽市が独自につくっているわけで、いわゆる給料表のつくり方のベースをどこに置くかという問題ですから、そういう意味では我々としては、医師は医療職給料表 1 で医療技術者も看護師も含めて行政職給料表 1 というままで病院にいるというのは、これはやはり企業としてはまずいのではないかと認識が基本的にはあったということでございます。

斎藤（博）委員

おっしゃっている制度的なことについては、違うとは言っていないのです。要はそのことによって、実際に今病院で働いている人間の収入が、生涯賃金で言うと落ちてくることを意味しているのです。それはどうしてなのかと聞いているのです。

副市長

ですから、基本的に公営企業として、いわゆる医業収支としてどうしても現状で赤字が出る仕組みになっているわけですから、そういう意味では少なくとも、そういう企業としてこれからいくという、企業倫理というか、企業の考え方でいくとすれば、医療職給料表を導入して、何とか健全化に向けたいという現状の我々の考え方ですから、病院の職員が今まで赤字を出したのだから、この給料表を導入して減らせということを、言ってみれば、今までの累積のあだ討ち的な部分ではなくて、あくまでも新年度からスタートする新たな病院経営の考え方として、こういう給料表でいきたいということを申し上げているわけです。今、提案をしている最中ですが、そういう考え方だということです。ですから、あだ討ちというおかしいですが、今までの累積赤字の責任をとって、あなた方の給料を下げるためにこれを導入しますという報復的な意味ではなくて、結果としてそれは当然、給料全体は下げる給料表を導入するということですから、御指摘のように、懐に手を入れて金を取るという結果になるかもしれませんが、それは企業がこれからきちんと正常に行くためにやる手法の一個として認識していただければというふうには思っているところです。

斎藤（博）委員

言われているのは、頭では理解しても、気持ち的にはなかなか理解できません。やはり特に今いる方、ちょっと踏み込んだやりとりになってしまうと困るのですけれども、来年の 4 月 1 日以降、全部適用になっていきます。小

樽市は医療職給料表 2、3 を適用している病院です。そういう条件を提示して採用試験をやって、それで小樽の病院を選択される方については、今、副市長がおっしゃっているというのは100パーセント成り立っているのです。従来から今働いている人方というのは、そうではなくて、この何十年間なり何年間なり市立病院で働いてきています。みんなと行政職給料表 1 の中で上がったたり下がったりも含めてやってきました。こういった人たちに対して、いきなり切り出してくるというのは、いかがなものかというふうに、どう聞いても私は思うわけです。

改めて市長に聞きたいのですけれども、やはりいろいろな中での判断だったというふうに言えば、そういうことになるのでしょうかけれども、病院で働いている職員が、従来、小樽市役所始まって以来、初めて違う給料表に行けと、そしてそれは今言っているように、結果としては生涯賃金の部分で従来の行政職給料表 1 で働いていた方、全職員がどうこうというのは別に、病院で働いていること、医療職給料表 2、3 に指定している職であるがゆえに、将来の賃金が下がることになるのです。そういう給料表を導入せざるを得ないということについて、市長は、病院の職員から見ると雇用主ですから、そういったあたりについてどういう見解をお持ちなのか、お聞かせいただきたいと思います。

市長

給料表は、今、行政職給料表 1 で、ほとんどそれでやっていますけれども、私の記憶では、かつては行政職給料表 2 みたいなのがあったと思うのですけれども、私が入ったときは、別な準公務員の給料表を使われていましたから、たぶん斎藤博行委員は御存じないと思いますが、私は、劣悪なすごい給料表で採用されています。そういった経過があって、ずっと変遷してきて、今の行政職給料表 1 になったと思います。

そもそも国の方針としてこういう職種別の給料表があるわけですから、本来的にはそれをもともとするべきだったのではないかと私は思っています。いろいろな経過があってここに来ているのでしょうかけれども、今回こういう病院の問題で全部適用をやるという段階になったときに、やはり本来の姿の給料表をきちんと使っていく。その場合に、その新しい医療職給料表 2、3 を使って職員の今の給料から下がるということはないだろうと。現給はたぶん保障されるだろうと思います。ただ、生涯賃金としては先ほどから話があるように、昇給の換算額が少ないとか何かでもって、トータルとしては下がる可能性があるのだらうと思いますけれども、現給はたぶん保障されていく。であれば、その部分はやはり一定程度理解していただかなければ困るなど。状況として、先ほどから副市長から言っているように、全部適用して一企業として経営していくわけですから、その部分もそれなりのきちんとした理解を職員に求めていくと、そういうことだと思います。

斎藤（博）委員

私は、病院の経費の削減とか抑制という部分で、より効率的に職員の皆さんに働いてもらうとか、極力無駄を見つけて削っていくとか、両病院を私は前に例えば病院の統合は別でも、行政組織としての統合ということを目指して、その中での効率的な運営ということも図れませんかとお聞きしました。それも難しいというふうに断られていた経過があるわけで、そういったあたりをやはり最初にやるべきであって、そういうことを抜きに、病院で働いている人間に、ある意味で丸ごと生涯賃金が下がることがわかった上で、それにこの時期だからというようなことだけで転換していくということについては、なかなか理解しがたいし、働いている職員にどれだけの理解が得られるのだらうかだと思います。病院長なり事務局長という立場ではなくて、市長として、もしそうであれば、そうであるのだけれども、やはり頑張ってくれ。新しい病院を建てるためにも頑張ってもらいたいという思いを、やはり市長の立場でその新しい医療職給料表 2、3 を導入するに当たって、国ではこれでやっていますというような部分は別にしても、病院で働いている人間のモチベーションなり、これからの一方でいろいろなことを協力してくれ、頑張ってくれと言っていく上では、ちょっとつじつまが合わないというか、感情的な部分も含めて残るのではないかと思いますので、市長として、病院の設置者なり職員の雇用主として、やはり病院職員に対しては、今おっしゃったようなことも含めて、思いは直接お話ししたほうが良いと思います。市長の思いなりをきちんと伝えた上で、協力

するものは協力してもらいたいし、この医療職給料表 2、3 の導入についても理解を求めていくというのであれば、市長として何らかの形で病院で働いている職員みんなにお話しするようなことが必要ではないかと思うのですけれども、これは最後の質問ですけれども、いかがですか。

市長

ずっと病院経営をやってきて、大きな赤字を抱えて、その赤字の処理に市民の皆さんの税金を使っているわけです。その部分はずっと一番大きいベースだと思います。全国の公立病院の 7 割が赤字で、これが一般会計からどんどんつぎ込んで税金を使っているわけです。ですから、そういう形が果たしていいのかということが今問題になって、この公立病院改革ガイドラインが出て改革プランをつくれという話になってきたのですから、その部分をまず理解してもらおう。そして、おまけに小樽市の場合は相当な大きな額、44 億円という赤字があって、この処理の大半を市民の税金でやるわけですから、その部分をまず理解してもらおうことがベースだろうと思います。その上に立って、これから赤字の出ない病院をどうつくっていくか。そのときに、本来の姿である医療職の給料表を使っていこうということですから、その部分は私どもは理解していただくと。確かに将来的に見れば、幾らか今の人、若い人は大きいかもしれませんが。年いった人はそうあまり影響ないかもしれませんが、若干の総額の手取りの部分では減る可能性があると思いますけれども、その部分は理解してもらおうように努力をしたい。職員と話せというのであれば、話してもいいですけれども、それはそれぞれとまたやってもらいますけれども、その部分が一番大きい問題だと思います。いわゆる赤字の解消分で税金を使っているのですということ、まず理解してもらおう。そこだと思います。

斎藤（博）委員

私は逆転していると思うのです。やはり医師不足とか国の制度の問題から話を立てなければだめだと思いますが、今日はやめます。

委員長

民主党・市民連合の質疑を終結し、平成会に移します。

大橋委員

まず、公立病院改革プランの骨子にかかわる部分についてはかなり議論もされていますし、骨子にかかわる部分の数字に関することは省略して、本論のほうに入ることになります。

公立病院特例債について

まず、公立病院特例債に関してなのですが、これは北海道内の自治体病院の資金不足が 21 市町で 288 億円に上っているということが報道されています。それから公営企業に早期健全化を迫る、いわゆる経営健全化基準を超える市町が 16 市町です。ただ、その 16 市町の中で公立病院特例債を要望している市町は 12 市町なのです。12 市町で 130 億円というふうに言われているのですが、4 市町については特例債を申請しないで、それで結局、他の方法で改善していくという考え方ののだと思います。

小樽市と同じように特例債を申請している 12 市町の名前と、それから各市町の申請額についてお知らせいただきたいと思います。

（樽病）事務局次長

今日の日本経済新聞の道内版に、今、大橋委員がおっしゃったことが書いてありますが、他の市町が幾らの申請をしている、どこが申請していないというのは、私から答弁するのは控えさせていただきたいと思います。特別私どもでどこが申請してどこが申請していないとは調べてございませんので、ただ新聞に載っている中で言えば、16 市町のうち 12 市町ということで、このうち公立病院特例債を申請しないのが釧路市と由仁町だという、ここまではわかりますが、ほかどの市が特例債を申請しないのか、そこまではちょっとわかりません。

大橋委員

控えたいということですから、そう言っていただくほうが質問しやすいのですが、この公立病院特例債で小樽市は18億円を認めてほしいという形で金額を出しているわけですが、特例債も結局全国から出てきた特例債の金額が全部認められるわけではないのです。全国から幾ら出たのか、それで、その中で結局どれだけ認められるのかというのは、これから決まっていくわけです。その唯一の基準というのは、昨年12月21日に増田総務大臣が公立病院改革プランについて発表をしたわけですが、そのときの記者会見の概要の部分を読ませていただきますけれども、「改革に関連する主な財政措置として、一般会計出資債措置と元利償還金に対する普通交付税措置というものを入れています。それから、平成20年度に限りまして、公立病院特例債の発行を認めることにします。600億円程度でございますが、この特例債の発行を行う。あと、過疎地等の不採算地区における日赤等のいわゆる公的病院の運営費助成に対する特別交付税措置も行います」というふうに発表しています。要するに、この三つが総務省のガイドラインによる改革プランの中の出てくるお金という形になります。600億円、これが選挙が絡んでもっとじゃぶじゃぶ出せということになれば膨らむのかもしれませんが、今は600億円というのが一つの押さえだろうと思っています。そうしますと、600億円というのは、小樽市みたいに18億円を申請するところがあったら、全国で33病院しか認められないのです。半額の10億円でも全国で60病院しか認められない金額なのです。

ここで尋ねますけれども、全国でどれだけ病院が要望をしているのか、それから、全国でのいわゆる要望額の全額が幾らになったか、調査したことがございますか。

(樽病)事務局次長

それはございません。

大橋委員

18億円というのは、いわゆる出てきた金額の根拠というのは、資金不足比率を改善しなければいけない。それで現在のところは、それを改善するために必要な金額として、小樽市が出した金額に過ぎないという押さえだと思います。

それで、ちょっと押さえておきたいのですが、今日の質疑の中で、まず今回出た骨子は結局18億円という小樽市が予定している公立病院特例債の金額を基にしてつくっている。それで、それについては骨子であるからそういう形で提出することも認められている。それが一つと、それからもう一点は、公立病院改革プランを策定するときには、特例債の金額が確定して、その正式な金額を入れて改革プランを策定する。その部分についての私の理解はどののでしょうか。

(樽病)事務局次長

公立病院改革プランの収支計画というのは、そういうことが必要と思います。

大橋委員

そこを二つ押さえた上で、これは前から時期については言っていますけれども、この公立病院特例債の金額が確定する時期について改めてお聞きします。

(樽病)事務局次長

今日、北海道から総務省のほうへ北海道内の公立病院特例債の要望額を書類として上げると聞いております。そうすると、総務省のほうでどれぐらいの期間をかけて特例債の適否を見るのか、これについてはまだ正確なところはございませんが、何とか年内には出るのではないかなというふうなお話を北海道から聞いております。

大橋委員

今日のこの委員会の中の質疑というのは、一番基本の骨子の中の金額、そのところの根拠が非常に薄弱な中で議論せざるを得ない状態なのです。今までも市立病院調査特別委員会のたびにいろいろな数字が出てきて、次のときまでにまたその数字が否定されるという繰り返しをやってきたのですが、この18億円についても議論を深

めたいと思っても、今のところは出るかどうか分からない金額という中での議論という形になるのですが、小樽市は公立病院特例債が最初に想定したときの基準には入りませんでした。その後、小樽市のこういう事例もあるから、基準の中に入れてくれという形で陳情も繰り返し行い、それに対する理解が得られて出せるというふうには思っていますけれども、ただいかに後から入り込んでいるわけですから、小樽市の理由づけというのは弱い部分があるというように思っています。これは減額される可能性について、私は非常に高いというふうに思います。今言いましたように、600億円の財源の中で全国に分けるわけですから、ゼロということはしないのだろうと思いますけれども、減額の可能性とそれから減額の幅というのは結構大きいものがあるというふうに思うのですけれども、減額されても改革プランは出さなければならない。その場合も当然ながら裏ではシミュレーションをしていかなければならない話だと思っていますけれども、これがこのぐらい減額されたときにはプランはこういうふうに変えるとか、そういうことをもうきちんと検討されていますでしょうか。

(樽病) 事務局次長

公立病院特例債の金額が変わりますと、平成20年度末の不良債務比率が変わってまいります。それと特例債は、今この公立病院改革プランの骨子の中では7年間の償還ということでございますが、この償還金額が変わってまいります。特例債で借りて7年で返していくのか、不良債務として残って返していくのかというところが変わると思っています。それと、その不良債務の額、残り方によっては、経営健全化比率が19年度は41.7パーセントですが、20年度はこれが20パーセントを切るように予定しておりますが、ここがどのようになるのか、そういうところが変わってくると思いますが、具体的に10億円だったらどうか、15億円だったらどうか、そういうのは置きかえればすぐわかると思いますが、トータルの数字、その辺が変わってくるということで押さえてございます。

大橋委員

いわゆるこの18億円の意味というのは、早期健全化、いわゆる経営健全化基準の問題にかかわっているところで、非常に大きな意味を持つ数字としてここに出てきているのだろうと思っております。だから、まだそこまでシミュレーションしていないというのであれば、それはそれでこれからやっていただくしかないわけですが、あと今度公立病院特例債が出たとして、その場合には当然返さなければならないわけですが、これは特例債の償還は営業外収益の増とかという形ではいけない。つまり医業収益で返さないといけないというふうに公立病院改革ガイドラインの中で押さえていると私は思うのですけれども、これは今日の委員会の中で今後どうやって収支改善をしていくのかという質問がかなり出ました。それで、その中で要するに収益が落ちたものを固定費でカバーするには何年もかかるとか、それから、結局患者をこれ以上減らさない努力をしなければならないとか、小樽病院事務局長のほうから非常に現実に沿った形での答弁は出ていると思っております。以前はもっと結局必ず患者が増えて上向きになるとか、医師を増やせば何とかかなるとか、そういう答弁ばかりが出てきましたけれども、この今の質疑においては、現実を見据えた上での答弁だというふうには思っております。今、私が改めて質疑をしている中で、私としては結局、特例債の部分を小樽市が返していくことに対して、今後の小樽病院の収支計画の中で大変困難なものがあるというふうには思っておりますので、改めまして、どういうふうに償還の財源を生み出していくのか、それについてお尋ねいたします。

財政部長

公立病院特例債の関係ですけれども、いわゆる44億円からスタートした不良債務の解消に係る部分と申しますのは、基本的に一般会計から繰出しをして解消していこうというふうにしてまいりました。今、特例債は、この不良債務の一部が振り替わるという形になりますので、その部分につきましては、この7年間の償還年度に合わせまして、前の考え方を踏襲して一般会計からの繰出しという形をとろうと思っております。一部振り替わりますので、あくまで平成19年度末で37億円ぐらい残っておりますので、そのうちの18億8,000万円が振り替わって残りますので、その部分についても同じく要するに44億円からスタートした分について一般会計からの負担でクリアしていこ

うと、繰出していこうというふうには思っております。

大橋委員

一般会計からの繰出しでという御答弁ですけれども、それ自体が小樽市の現在の状況、そういう面からいくと、かなり困難であるというふうに思っていますので、それについては18億円の金額がまだ確定していませんからそれ以上言いませんけれども、今の小樽市の財政状況の中で抱え込んでいくのは大変な問題であるということは、私としては今日の場ではあくまで主張していきたいと思っております。

財政部長

公立病院特例債の償還が入ることで、一般会計からの持ち出しが大変ではないかということなのですが、もともとその44億円の解消のために平成23年度までの間で相当程度の額を繰り出すということになっているので、それが一部振り替わることで逆に申しますと、7年間の償還ということで一部延びるという形にもなりますし、この本日示しました病院事業会計の収支計画における一般会計の繰出金を考えるに当たりまして、当然24年度までの一般会計側の財政健全化計画に載っている一般会計からの繰出金の総額を念頭に置いて、何度もこれまで申し上げておりますように、病院事業会計に出します繰出金というのは、総額において今の計画以上に出すことはできませんので、その範ちゅうの中でどういうことができるかという中で盛り込んだ繰出しでございますので、従前以上に一般会計側の負担が増えるという仕組みにはなってはおりません。

大橋委員

新病院の建築費の高騰による影響について

それでは次の質問ですが、滝川市立病院が改築工事を始めました。7月18日に入札しましたけれども、全入札業者が辞退をして入札不調に終わって、9月12日に再度入札し、落札されたというふうに聞いております。7月から9月に至る滝川市民病院のその問題の経緯、それから当初の予定価格、それから9月の予定価格、それから9月の落札額についてお知らせください。

(総務)市立病院新築準備室鎌田主幹

滝川市立病院の入札の経過などについてでございますけれども、ホームページあるいは新聞などで公表されている情報で申し上げますと、本年6月6日に市立病院の工事についての一般競争入札の公告をいたしまして、その中で、予定価格を事前公表しておりました。この価格については建築工事、電気工事、機械設備工事の合計が74億6,109万円でしたが、入札に参加を表明していた業者のほうで積算をした結果、採算が合わないというようなことがあって、入札参加者が集まらなかったため、予定していた入札を延期しておりました。その後、当初の予算を12億4,800万円程度増額した後、8月11日に再度入札の公告をしています。この公告の段階では、今度は予定価格を事後公表することとしまして、9月12日に入札を執行しています。この入札の結果ですが、落札した金額は、先ほど言いました建築、電気、機械設備工事の合計金額で85億6,065万円となっています。このときの事後公表されました予定価格につきましては、87億293万5,000円というふうに公表をされてございます。

大橋委員

これについて質問したのは、その前に砂川市立病院があって、そして砂川市立病院の場合には、非常に単価を抑えた形の病院計画を立てて、小樽市もそれを参考にした部分もあると思っておりますけれども、それは順調にいったのです。その後、結局この滝川市立病院でこういうふうに金額が予定価格に合わないという問題が起きたわけです。これは建築費の高騰というのは、ちまたではかなり言われていたのですけれども、具体的にそういうふうに入札不調という問題が出たので改めてお聞きしたのです。今度はいわゆる市立小樽病院の新築の場合に今までと違った形の金額を考えていかなければならないのだろうということが容易に想像できるのですけれども、結局今まで我々は新病院の建設計画ということで、建築の単価、起債額をだんだん下げる形で煮詰めてきていたわけです。けれども、これがまたここまでの金額の差という形で建築費の高騰になると、今までのそういう建築の単価とかそういう

ものに対しての論議を、白紙にしてまた考え直さなければならないのではないかというふうに思いますけれども、その辺はどうですか。

(総務)市立病院新築準備室鎌田主幹

前段にお話のありました砂川市につきましても、やはり一度途中で入札を延期しまして、当初の計画を上回った金額で落札をしております。

今回の建築価格が上昇した原因につきましては、御存じのように原油価格の高騰に伴う建築材料の上昇ということが現在の建築価格、建設価格の上昇につながっているという、その時々状況によるものというふうに考えられます。ですから、小樽市で今後建てる時期というのは、どの時期になるかということも一点ありますけれども、当然そのときの経済状況などを考慮して、価格の設定というのはされますし、全体価格そのものを抑えることは設計の段階からある程度コントロールしながら進めていって、できるだけ価格を抑えるということで考えております。

大橋委員

そうですね。1年後とか2年後とかははっきり建築の時期のめどがつくのならば、それに応じての論議になりますけれども、今はそこのところも不明になっていると思いますので、これ以上は論議しません。今日はこれで終わります。

委員長

平成会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 5 時13分

再開 午後 5 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、直ちに採決いたします。

陳情第 5 号ないし第185号、第187号ないし第243号、第248号、第249号及び第254号について、一括採決いたします。

いずれも継続審査と決定することに、御異議ございませんか。

(「異議なし」と呼ぶ者あり)

委員長

御異議なしと認め、さように決しました。

本日はこれをもって散会いたします。