

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 22 年 9 月 27 日 (月)	開 議	午後 1 時 0 0 分
		散 会	午後 6 時 5 0 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・鈴木・大橋・ 中島・高橋・濱本・新谷各委員		
説 明 員	市長、副市長、病院局長、総務・財政・病院局経営管理・ 小樽病院看護・医療センター看護各部長、病院局経営管理部参事、 小樽病院長、医療センター院長、保健所長 ほか関係理事者		
<p>別紙のとおり、会議の概要を記録する。</p> <p>委員長</p> <p>署名員</p> <p>署名員</p> <p style="text-align: center;">書 記</p>			

～会議の概要～

○委員長

会議に先立ちまして、7月1日付けで人事異動がありましたので、理事者の紹介をお願いいたします。

(理事者紹介)

○委員長

ただいまから、本日の会議を開きます。

本日の会議録署名員に、秋元委員、濱本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、理事者より報告の申出がありますので、これを許します。

「基本設計業務の進捗状況について」

○（経営管理）松木主幹

基本設計業務の進捗状況について報告いたします。

基本設計業務は、第2回定例会にて補正予算を議決いただいた後、本年7月1日株式会社久米設計札幌支社と基本設計、地質調査、測量調査及びテレビ受信障害予備調査の四つの業務を一体とした病院統合新築工事基本設計業務を委託する契約を締結しました。

契約金額は、消費税を含め3,969万円、委託期間は平成22年7月1日から平成23年2月28日までとなっております。

四つの業務のうち、まず、基本設計につきましては、契約締結後、前回の築港地区での基本設計の中で協議してきた経緯の確認や、本年6月に策定した新市立病院計画概要に基づく設計条件の整理などを行いました。

そして、病院の平面プランに取りかかる前に作成する外来部門や検査部門、放射線部門といったまとまりごとの配置図をゾーニングと呼びますが、このゾーニング案について設計者から7月下旬に提案を受けたところです。

このゾーニング案について、経営戦略会議を通じて各部門に提示し、検討を行うとともに、各部門及び診療科の意見聴取のため、7月末から8月中旬まで局長と両病院長による医師や各部門の代表者などとのヒアリングを実施いたしました。このヒアリングでの意見などを参考にしながら修正ゾーニング案を8月末に作成し、9月初めに再度、各部門に提示したところでございます。現在、その確認作業を進めており、部門間での調整を行った上でゾーニングをまとめる予定となっております。

次に、測量業務についてであります。8月5日から量徳小学校敷地の境界測量、面積測量、高低測量及び地下埋設物調査を実施し、現在、現地での業務は終了し、測量結果の資料などの取りまとめを行っているところであります。

また、地質調査及びテレビ受信障害予備調査につきましては、敷地に対する建物の配置や建物の階数が決まった段階で実施する予定でございます。

なお、今、述べました作業を進め、建物の概要などが明らかになった段階で、議会に報告するとともに、小樽市医師会や地元町会などへもその概要について説明していく予定であります。時期につきましては年内と考えております。

○委員長

「新市立病院における構造方式について」

○（経営管理）松木主幹

本年6月に策定しました新市立病院計画概要では、災害対策として地震の際に医療機器の倒壊などにより病院機能が停止することのないよう、免震構造について検証するとしております。このことについて、本年7月1日基本設計業務の契約を締結以後、建物の構造として免震構造の個別の特徴のほか、耐震構造と比較をしてきたところであります。

病院局としましては、基本設計における構造計画を進めるに当たり、構造方式を決定する必要があり、このたび、免震構造を採用するとの結論に至りましたので、お手元に配付いたしました資料に基づき説明をさせていただきます。

まず、1. 耐震構造と免震構造についてであります。それぞれの具体的な考え方を示しております。

耐震構造につきましては、柱やはりや壁を太く、壁を厚くすることで地震の力に対抗する構造で、建物の柱やはりなどの躯体自体が地震に耐えるようにつくられているものであります。免震構造につきましては、地震が直接伝わらないように、基礎と上部構造の間に積層ゴムなどの特殊な装置を設置し、地震の揺れのエネルギーをこの免震装置で吸収して建物上部に伝わりにくくする工法であります。

次に、2. 耐震構造と免震構造の特徴についてであります。構造につきましては、耐震構造が基礎と建物を強固につなぎ、地震の揺れに耐える構造であるのに対して、免震構造は基礎と建物の間に免震装置を設置し、地震の揺れの周期を変える構造であります。

揺れにつきましては、耐震構造は大きな地震は地盤の揺れに応じて大きく揺れますが、一方の免震構造では、大きな地震でもゆっくり揺れ、建物の揺れが耐震構造に比べ3分の1から5分の1に低減されると言われています。

地震の際の医療機器、備品の状況や居住性についてであります。耐震構造は、揺れに伴う備品や機器の転倒が発生し、仮に建物の損傷が少なくても病院機能が停止するおそれがあります。また、高層階ほど揺れが大きく、入院患者への心理的不安感が大きくなりますが、一方の免震構造では、医療機器などの転倒などが著しく低減できるため、地震後の病院の機能維持が可能であり、また、ゆっくり揺れることで患者の心理的不安感を低減できます。

建設コストについてであります。免震構造とした場合には、一般的に耐震構造より5パーセントから7パーセント程度増加すると言われております。また、免震装置は大臣認定が必要で、その基準では60年以上の耐用年数となっております。

次に、3. 地震動のグラフですが、構造別の建物に生じる加速度比較のグラフを記載してございます。横軸が時間、秒、縦軸が加速度、耐震構造が黒の細線、免震構造が太い赤線で表されていますが、免震構造と耐震構造では加速度が3分の1から5分の1に低減されています。

次に、4. 最近建設された道内公立病院の構造方式についてであります。表1で最近10年間に建設された道内の市立病院の構造方式を一覧にしてあります。建設中を含む7病院のうち、災害拠点病院として指定されております砂川市立病院、市立函館病院及び防災病院として都市計画決定した苫小牧市立病院を含む5病院で免震構造が採用されております。

最後に、5. 新市立病院の方針としましては、病院は24時間、365日稼働し続けなければならない建物であり、地震後においても建物の損傷やその修繕によって医療活動を停止することは避けなければなりません。

阪神・淡路大震災の事例では、耐震構造の神戸市立中央市民病院において、建物の構造体そのものは損傷が少なかったものの、高度医療機器を含む多くの医療機器が破損したほか、ライフラインである給水設備などの設備配管が揺れにより破損し、水の供給ができなくなるなど各種検査や治療ができない事態が発生し、病院の根幹機能が果たせない状況となったとの報告がなされております。

現在、後志二次医療圏では免震構造を採用している医療機関がなく、仮に大地震が発生した場合には多くの医療機関で大きな影響を受けることが考えられることから、新市立病院は、後志二次医療圏の災害拠点病院として診察機能を確保するとともに、地域の医療機関への支援を行うことが求められます。

このため、建物本体の損傷を防ぐことのほか、医療機器類の破損や給水設備などの破損を防ぐために有効なことから、新市立病院には免震構造を採用し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、本日の質問順序は、共産党、自民党、公明党、民主党・市民連合、平成会の順といたします。
共産党。

○新谷委員

◎平成21年度小樽病院事業決算書と改革プランの関係について

私からは、初めに平成21年度小樽市病院事業決算書と改革プランにかかわってお聞きします。

小樽市病院事業報告書の概況に、収益は医師数の減少によって患者数が減少したために入院、外来ともに減少したけれども、一般会計からの繰入金が増額により対前年度比1.4パーセントの減少になったと載っておりますが、一般会計からの繰入れは当初予算よりどれくらい多くなったのかお示してください。

○（経営管理）吉岡主幹

平成21年度決算での一般会計からの繰入金の当初予算と決算との差ですけれども、まず当初予算では、収益的収入におけます繰入金は19億5,200万円、決算では19億7,100万円でしたので、その差は1,960万円となっております。

なお、資本的収入につきましては、当初予算、決算とも1億1,900万円で同額でございます。

○新谷委員

事業収益で、構成比の多くは医業収益であり、平成21年度の決算では76億3,146万円、80.8パーセントです。改革プランでは、平成21年度の目標が85億円ですが、これでいくと幾ら減少したかお示してください。

○（経営管理）吉岡主幹

決算と改革プランとの比較ですが、まず、医業収益全体につきましては、改革プランに対して決算では8億6,900万円の減少、率にしますと9.2パーセントの減少となっております。入院収益では6億9,000万円の減少で、率では12.8パーセントの減少です。外来収益では約1億8,000万円の減少で、率にしまして6.5パーセントの減となっております。

○新谷委員

これは他党派からの質問でしたけれども、患者1人当たりの収入額は、改革プランの平成21年度目標値との比較において、入院、外来収益ともに増を達成しているというふうに答弁されておりますけれども、今聞いたとおり、医業収益が大幅に減少しております。決算書によると、入院、外来ともに患者数も減っているのですが、なぜそのように言えるのか御説明願いたいと思います。

○経営管理部次長

入院、外来とも単価が増えているというお話ですが、これは、院内で診療報酬の請求できる単価をもう一度見直して、何点か新たに基準を満たして診療報酬をとることができたということです。それと、あとは全体的に患者が減ったことによっても、一定程度の医療機能を保った中でそれなりの診療を行った。その点で単価が若干増えているということでございます。

○新谷委員

なかなか分かりづらいのですが、次に進みたいと思います。

◎看護師不足の対策について

職員に関する事項なのですが、看護師が平成20年度と比較して6名減少しております。定数と比較して現在どうなっているのか、不足分をどのように補っているのか、また、7対1看護は維持できているのか、お伺いします。

○（経営管理）管理課長

まず、看護師の欠員数でございますけれども、平成21年度末の人員数で答えたいと思うのですが、欠員数は小樽病院で30名、医療センターで21名、合計51名になっております。これは、退職者の分もあるので、21年度の平均で申し上げますと、大体三十数名程度が欠員になっている状況でございます。

あと、7 対 1 看護については、現状ではとれている状況にあります。

(「定数に対して、不足分をどうやって補っているのかお答え願えますか。」と呼ぶ者あり)

不足分の看護師につきましては、常時、採用試験を行っているのですが、なかなか定数には満たない状況がございまして、基本的に臨時職員を充てて賄っている状況にございます。

○新谷委員

その臨時職員が、足りない分の三十数名を補っているということによろしいのですか。

○(経営管理) 管理課長

基本的には臨時職員で賄っておりますけれども、一部足りない部分もございますので、嘱託員も充てることによって欠員数を何とか確保している状況になっております。

○(樽病) 看護部長

追加になりますが、正規職員でなければできない、特に 3 交代の夜勤には、臨時職員とか嘱託員で補えない部分もあるのですが、なるべく夜勤が可能な臨時職員を補充することで、そこがちょっと埋められている現状にありまして、患者対看護師の比率は何とか 7 対 1 看護の状況です。また、夜勤についても何とか維持しています。

○新谷委員

7 対 1 看護は維持できているということによろしいのですね。正規職員に大きな負担がかぶらないようにお願いしたいと思います。

◎女性技師の採用について

それから、診療放射線技師についてですが、女性がエコーやマンモグラフィの検査を受ける場合は、女性の技師のほうが安心してかかれるということで女性を配置している病院も今は多いのですけれども、市立病院の関係はどうでしょうか。

○経営管理部今井副参事

小樽病院については、過去、女性の技師がいました。社会背景がありまして、近年は国のクーポンだとかでマンモグラフィなどの乳房撮影の検診をしますので、女性の技師の需要がだんだん増えています。女性の人数は、後志管内では約 80 名の技師のうち 3 名、道内においては約 1,700 名のうち 190 名で 1 割ぐらいです。全国的に見ますと約 2 割から 3 割が女性です。現在、学校は北海道に 3 校あり、在学生の約 3 割程度が女性です。

小樽病院にいないというのは、小樽病院の採用試験が大体 2 月なのですが、最近では女性から決まってくる形が多いので、ほとんどの女性は年内に決まっています、今まで小樽市の採用募集には女性が 1 件も来ていない状況です。

○新谷委員

採用試験の関係でなかなか難しいということでしたけれども、早く手だてをとって増やしていただきたいと要望しますが、いかがですか。

○(経営管理) 管理課長

女性技師を採用することについては、採用段階において性別で差を設けることはできないものですから、基本的には男性、女性にかかわらず技師を募集することになります。あとは、実際に適格な方がいれば女性を採用していくことも当然あり得ると考えています。

○経営管理部長

委員がおっしゃるように、ニーズとしてはあると思いますので、今後、新市立病院の体制を含めて、技師にも入れかわりがありますので、どういう形で採用していくのか、どうしても女性が必要だということになれば、計画的に、採用しやすい仕組みをつくっていききたいと思います。

○新谷委員

わかりました。

◎平成22年度の実績と改革プランの修正について

次に、平成22年度の予算と実績、改革プランにかかわってお伺いします。

7月末までの実績が出ていると思うのですが、入院、外来それぞれ1日の患者数、収益、それぞれ両病院の合計で月別に収入がどうなっているのかお知らせください。

それから、両病院の入院、外来の1年間の予算額がどうなっているのかをお知らせください。

○（経営管理）吉岡主幹

平成22年度の入院、外来収益の当初予算と7月までの実績について、両病院の合計で説明いたします。

まず、当初予算は入院収益が総額で48億9,200万円、外来収益が27億6,000万円、合計で76億5,200万円となっております。

7月までの月数で、それぞれ入院ですと入院日数、外来ですと来院日数をトータルいたしますと、4月から7月までの入院収益はトータルで16億3,515万4,000円と試算されます。外来収益では9億3,137万7,000円と試算されます。これに対しまして、実績では、7月までの累計は、入院収益は16億8,821万8,000円、当初予算での試算の累計に対しましては5,306万4,000円増となっております。外来収益の実績は9億83万5,000円で、予算上の7月までの累計試算と比較しますと、3,054万2,000円のマイナスとなっております。入外収益で合わせますと2,252万2,000円、当初予算での試算に比べましてはプラスの数字となっております。

○新谷委員

1日の患者数についてお答えがなかったです。月別をお願いします。

○（経営管理）吉岡主幹

1日の患者数につきましては、当初予算における試算で申しますと、7月までの累計では1日患者数345人と試算しております。これに対しまして実績では351人ですので、6人多くなっております。

それから、外来につきましては740人と試算してございまして、実績では732人ですので、こちらにつきましてはマイナス8人となっております。

（「月別に」と呼ぶ者あり）

失礼しました。実績を月別で申しますと、入院は、4月367人、5月349人、6月348人、7月341人、累計での1日平均351人です。それから、外来は、4月742人、5月771人、6月694人、7月728人、累計での平均で732人となっております。

○新谷委員

予算に対しての増減を知りたいのですけれども、1日の外来患者数を月別にもう一回教えてください。

○（経営管理）吉岡主幹

月別での外来の1日患者数の増減ですけれども、4月は予算に対しまして2人のプラス、5月は31人のプラス、6月は46人のマイナス、7月は12人のマイナス、4月から7月の累計でいきますと1日平均では8人のマイナスとなっております。

○新谷委員

外来のほうが、人数が若干少なくなっています。

6月はちょっと数字が多いのですが、これはどういうわけでしょうか。

○経営管理部次長

先ほど言いました予算は、診療日数と患者数をフラットに言っています。ただ、その年や月によって、患者が多い月と少ない月がありますので、今は手元に細かい資料を持ってきておりませんが、そういう関係もある

かと思えます。

○新谷委員

ちょっとわかりづらいですね。

8月に内科医が1人やめたことで減っているのだったらわかるのですけれども。これはこれとして、外来についてですが、小樽病院では4月から特定健診を行っております。また、従来からプチ健診を行っているのですけれども、これらの健診が外来に結びついていくことはないのですか。

○（樽病）事務室主幹

特定健診は、確かに昨年度まで保健所でやっていましたが、今は小樽病院でやっております。特定健診もプチ健診もそうなのですが、プチ健診の場合は結果を1週間後には郵送するのですけれども、その日のうちに検査結果はわかりますので、数値が明らかに悪く、すぐに命に別状はないのですけれども、やはりすぐに病院にかかったほうが良いという場合には、郵送していると時間がかかるので、担当の医師から直接電話をします。そして病院にかかってくださいと、確かに、小樽病院にかかってくださいとは言えないので、そこがづらいところなのですが、どこかで必ず診療を受けてくださいと。

また、特定健診も必ず結果等を出しますので、それを見て二次検診等が必要な方については当然コメントを入れていますので、それは、全部が小樽病院の来院に直接結びついていないとは言えませんが、プチ健診では何人かが来て、オペをしたという患者もいるので、ある程度は結びついていないかと思っております。

○新谷委員

それでは、数字に戻りますけれども、平成22年度の当初予算が76億5,200万円ですが、改革プランが82億2,200万円なのです。この差が6億近くありますけれども、これは問題にはならないのですか。

○経営管理部次長

本来、改革プランにあるような収益を上げられればいいのですが、平成20年度の途中で複数の医師が退職したことによって、その規模に至っておりません。

問題になるのか、ならないのかということですが、これは、経営上は大きな問題でして、その収益の減をいかに支出で埋めるか、その辺については鋭意取り組んでおりますし、収益も、少ない医師の中でいかに多くの患者を診るか、きちんとした診療をするかということで、局長を先頭に、医局にも諮って、一人一人の医師がもう一踏ん張りという声をかけながらやってきているところでございます。

○新谷委員

改革プランの修正というか、これから実施設計に入中で変えていかなければならないということも聞いていますけれども、その前に変える必要はないのですか。

○経営管理部次長

今、平成22年度予算をつくった時点でも、改革プランより少ない収入でやっておりますので、北海道との起債の協議に当たっては、一定程度、23年度以降も少ない中でどういう収支になるのかという相談はさせていただいています。ただ、改革プランの収支については、これから新市立病院の基本設計をやって、一定程度の事業費が固まりましたら、23年度以降にも影響があるのですが、その後で収支の見直しをやっていきたいというふうに考えています。

○新谷委員

今年度の4月から7月までは予算より実績が上回っているということで、それは大変いいと思うのですけれども、下半期がどのようになるかはちょっとわかりませんが、いずれにしましても、改革プランとの差がかなりあって、ちょっと埋めるのは難しいのではないかと思うのです。そうなりますと、医業収益における一般会

計の負担をまた増やすことになっていくのですね。

○経営管理部次長

平成21年度の決算は、先ほども申しましたとおり、ずいぶん悪いものですから、第2回定例会でも一般会計からの繰入れを4億円追加していただき、23年度にも21年度分として1億円の追加をお願いしようと思っております。

ただ、22年度以降の収支でございますが、収入は下がってきているのですが、今回の診療報酬改定の影響で若干増える部分、収支としてよくなる部分がありますし、また、その診療材料の削減や薬剤単価の交渉も含めて支出の減が一定程度見込まれますので、今のところは、23年度以降も何とか22年度の予算どおりにいきたいと思っておりますが、これらを続けていきたいと考えております。

○新谷委員

新市立病院建設資金の起債ですけれども、平成22年度の不良債務解消と、平成25年度までの資金不足解消をしなければ許可にならないということなのですけれども、残念ながら、このように収益が落ちている中で、不良債務解消の手だてはどういうふうになるのか、やはり一般会計に頼ることになるのですか。

○経営管理部長

今、いろいろな御質問があつて、次長が答弁してまいりましたけれども、先ほど委員から御質問があつたように、平成21年度の医業収益と言いましたけれども、その分、費用で削減される部分もありますし、やはり5億円近い収支を上げて、それで、22年度で不良債務を解消するという計画を見通したときに、一般会計から4億円の繰入れを行っていただいておりますので、今、予算を何とかクリアすれば、この不良債務の解消には一定のめどが立つだろうと。

まだ23年度、24年度、25年度とありますので、3年後には当初の改革プランの数値に近づけていかないと、25年度での最終的な資金不足の解消が見えませんが、それについては、今、そういう手立てをして計画を進めていると。なるべく改革プランの数値に近づけていきたい、そのためにも全力を挙げて取り組んでいます。

○新谷委員

ちなみに、平成20年度から24年度の間資金不足解消は改革プランにも載っておりますけれども、このプランと一般会計からの繰入れにはどの程度の差があるのでしょうか。

○（経営管理）吉岡主幹

改革プランでの財政支援に係る繰出金が平成19年度から22年度の間、実際には20年度から22年度なのですが、この3年間で5億3,000万円です。これに対しまして、決算での19年度から22年度の財政支援に係る繰出金の合計が6億2,000万円、9,000万円ほどの差になっております。

それから、過去の不良債務解消に係る繰出金の部分につきましても、19年度から22年度までの間で、27億8,100万円、決算では27億9,600万円、差としましては1,500万円ほどとなっております。

○新谷委員

いずれにしても、両方合わせて1億円以上多く一般会計から繰り入れられているということで、なかなか厳しい状態が続いていると思っておりますが、この厳しい経営の中で、薬品を含めた材料費のさらなる削減にも取り組みたいというお話でしたけれども、後発医薬品の使用割合と効果額についてお示しいただきたいと思っております。

○経営管理部参事

後発医薬品の使用割合についてですが、平成19年度から3年間で答弁いたします。

小樽病院は、平成19年度は4.8パーセント、20年度は6.1パーセント、21年度は6.4パーセントになっております。それから、医療センターは、19年度は5.1パーセント、20年度は5.9パーセント、21年度は6.1パーセン

トです。このように、少しずつですけれども、後発医薬品導入の拡大に向けて努力をしてくれております。

それから、効果額についてですけれども、後発医薬品は先発医薬品のおよそ 6 割から 7 割で購入することができますが、物によっては 5 割以下のもの、あるいは、先発医薬品と後発医薬品でそれほど値段が変わらないものいろいろありますけれども、後発医薬品は先発医薬品よりも値段が低いものですから、後発医薬品を導入すればそれだけ薬品費が削減されることは確実です。ただ、具体的な効果額となりますと、現在採用しております後発医薬品、その先発医薬品についても見積りをして、両者の差額をとってシミュレーションしなければ具体的な効果額を出すことができませんので、今現在はそういうデータを持っておりません。もし必要でしたら、少しお時間をいただいて示したいと思います。

○新谷委員

その点についてはよろしくお願ひしたいと思いますが、今後も後発医薬品の取入れを増やしていくお考えでしょうか。

○経営管理部参事

当然、これから D P C も入ってきますので、後発医薬品の拡大について努力していきたいと思っております。

○新谷委員

最後になりますけれども、医業収益において、入院、外来は大きな割合を占めておりますことから、何度も聞いておりますが、何といたっても医師確保だということです。並木局長が全国視野で公募も考えているとおっしゃっていましたが、具体的な手だてというか、手づるというのはあるのでしょうか。

○病院局長

私も小樽病院に来て 1 年ちょっと過ぎまして、医師確保の難しさを痛感しております。昨年までは、北大や札幌医大に行きましても、そこの教授から、局長も教授をやっていたからわかるでしょうということから始まるのです。どこの大学にもいないのですけれども、これは少しずつ戻ってくると思います。

それからもう一つは、本年 7 月に初めて私どもは正式に基本設計を立てますという手紙を各教授に出したわけです。そういう点ではこれから本格的に始まるのですが、やはり実施設計に入らないと彼らはまだ信用しないような感じです。

2 週間前に北海道医師会の総会に行きまして、2 人の教授とも、本当に大丈夫かと言っていたのです。ですから、とにかく大丈夫、もう来年には実施設計に入るから大丈夫だということを書いて当たっております。

それから、インターネットで全国公募しておりますし、我々が個人的にも知っている人を病院長も含めて動いて当たっておりますけれども、そう簡単に、言ってすぐに来るものではないです。やはり来年の人事の分がありますから、6 か月くらいありますけれども、絶えずその努力をしなければならぬと切実に思っております。皆さん方も、何かそういういろいろな情報がありましたら教えていただければ、私どももそういうところに出向いていきたいと思っております。医師を 1 人とするとその病院が困る場合もありますので、全体を考えながら、若い優秀な医師をどんどん集めたいと思っております。

幸い、来年度、小樽病院にある 2 人の研修医の枠に 4 人が応募してきています。そういう若い働く人たちもこれからどんどん加わっていきまると、病院の評価も上がってくるのではないかと思いますので、これからも引き続き努力していきたいと思っております。

○中島委員

◎新市立病院工事費の建設単価について

前回の当委員会で、新市立病院の工事費算出根拠についてお聞きしております。

小樽市では、国立病院機構の報告書に示されている 1 平方メートル当たり 25 万円から 30 万円の単価より 3 万円高

く、33万円を設定していますが、災害拠点病院等の施設整備費は建設単価に含めないという文言がありまして、そういうことを考えれば、災害拠点病院分がさらに高額になって、この33万円に上乘せになるというふうに理解する中身なのでしょうか。

○経営管理部鎌田副参事

新市立病院の工事費の試算についてでございますけれども、第2回定例会で示しました30万円というベースに地域的な要件の3万円を加え、現状ではこれを合計した33万円と試算しています。

これは、何度も答弁いたしましたけれども、基本設計を算定する上で仮の工事費を出さなければならないということから、この金額を出しています。ベースになっている国立病院機構の25万円から30万円のうち、アップの30万円を、基本的には災害拠点病院であることも含めて使っておりますので、その分が余計にかかるというふうには今のところ考えておりません。

○中島委員

それでは、災害拠点病院の施設整備にかかるお金も入った建築単価として考えていいのですね。

地域要件になっているといった量徳小学校の敷地の測量が終わったと聞いております。地下階も設定するという事で、地域要件でプラス3万円になったと言っていましたけれども、今回の測量が終わった段階で、この結果を見て全体の設計や計画の変更や調整になるものがあったのか、想定内だったのかというあたりはいかがでしょうか。

○（経営管理）松木主幹

測量業務につきましては、8月2日から量徳小学校の敷地で境界測量、面積測量、高低測量を実施して、現地の業務は一応終わり、現在取りまとめを行っている段階です。今現在、速報値で来ている内容としましては、前面道路からの高低差について、海側の札幌側のほうの石垣の下が大体11メートルか12メートルの落差があるという程度の内容になってございます。

現在の計画との関係ですけれども、現在、その辺の取りまとめをしている段階なので、基本的には問題がないと思っておりますけれども、今後検討していきたいと思っております。

○中島委員

大きな変化はないと考えていいということだと思いますが、先ほど、現在の基本設計の進捗状況を聞きましたけれども、こういう経過で今進めていて、12月の第4回定例会にはどの程度の中身が報告されることになるのでしょうか。

○（経営管理）松木主幹

先ほどの報告でもお話ししましたけれども、一応、概要については年内をめどにお話をさせていただきたいということでございます。中身につきましては、建物の規模とか、何階に何があるといった階層の構成、それから、平面のレイアウト、本当の簡単な概要としてのレイアウト、その程度だと考えてございます。

○中島委員

◎災害拠点病院の指定要件について

そうなりますと、これは後からもう少しお話を聞きたいのですけれども、本定例会では、予算特別委員会の初日に耐震、免震のビデオも上映されて、事前勉強ということで私たちも見させていただきました。災害拠点病院についてちょっとお聞きしたいのですけれども、この災害拠点病院の指定要件が幾つかあるように聞いていますが、これについてまず説明してください。

○（経営管理）松木主幹

災害拠点病院の指定要件でございますけれども、まず、運営面としましては24時間の救急に対応し、災害発生時に被災者や傷病者などの受入れ及び搬出が可能な体制を有すること。災害発生時に被災地からの傷病者の受入れ拠点にもなること。施設及び設備面では病棟及び救急の診察に必要な部門を設けるとともに、災害時における患者の

多数発生時に対応可能なスペースを設け、簡易ベッドなどを備蓄するスペースを設けることが望ましいとなっております。また、施設面につきましては、耐火構造を有するとともに、水、電気などのライフラインの維持機能を有すること。そして、原則として、病院敷地内にはヘリコプターの離着陸場を有することなどが示されております。

○中島委員

24時間対応して緊急の受入れはできるということなど、いろいろと書いてあるようではございますけれども、そのための施設設備の要件として、普通の病院構造と違って手をかけなければならない中身にはどのようなものがあるのでしょうか。

○（経営管理）松木主幹

今、お話ししましたように、災害拠点病院ですので、基本的に備蓄倉庫とか自家発電装置、受水槽、ヘリポート、もう一つに、もし免震ということであれば免震装置といった設備費がかかることになろうかと思えます。

○中島委員

改めて確認しますが、この時のヘリポートの設置や免震構造というのは必須条件ですか。

○（経営管理）松木主幹

一応、構造基準につきましては耐震構造、それから、ヘリポートにつきましては、原則として有することという形でございます。

○中島委員

耐震以上であればいいということと、原則としてですから、なくてもいい条件もあるのですね。

○（経営管理）松木主幹

確かに、原則として敷地内にヘリコプターの離着陸場を設けることということですので、なくてもいいのではないかと御質問ですが、仮に、別なところにヘリポートをつけた場合には、災害時等には陸路が遮断されることも想定されますので、そういった意味でヘリポートは必要だというふうに考えてございます。

○中島委員

実際に小樽において災害等にヘリコプターが来て、利用することがどれくらい起きているのか、件数については把握しているのでしょうか。

○病院局長

この前、消防本部からデータをもらったのですが、昨年は大体11例ぐらいです。そして、こちらから運ぶのが6例ぐらい、医療センターの脳神経外科に来たのが5例ぐらいという状態です。消防本部からは、きちんとしたものができれば、まだ利用が増えるのではないかと意見をいただいています。

○中島委員

私も、直接、消防本部に確認したのですが、いわゆる防災ヘリの過去5年平均が3.2件、ドクターヘリが13件ほどで、そのうちヘリポートを利用している回数がかなり高いということで、離発着場の必要なヘリコプターの出動は、全体の件数が多いわけではありませんけれども、そこに占める割合は多いということで、そういう施設は必要になるのかという確認をいたしました。

◎新市立病院建設の資材単価について

通常の診療に必要な施設を上回る災害拠点病院としての整備事業になれば、先ほど備蓄倉庫や自家発電装置やヘリポートなどが必要であると言っていましたけれども、実際に建設費や建設単価は公共建設工事標準仕様を基にして出されるとのことです。この際、この建設費を少なくする検討をするべきだという立場から、資材の単価を決定する手法などについてもいろいろな検討をしたいと聞いているのですが、資材単価を決定する段階での検討というのは具体的にどんなことがあるのでしょうか。

○経営管理鎌田副参事

建設費を算定する場合に、通常、道内の自治体で言えば、独自に建設単価を持っているところ以外は北海道の単価、いわゆる道単を参考にして、こういったものを採用して建設工事費を算出するというところでございます。実際に、最近建設した他都市の病院の事例の聞き取りも行っておりますが、基本的には市長部局と同じような算出の方法を使っているということでした。

新市立病院の実際の建設工事費は、実施設計の段階で工事費を積算して算出する流れになるのですが、病院の場合は、規模が非常に大きな病棟の建物です。床、壁、天井なり、あるいはコンクリート、鉄筋なり、当然、すべての物について使う量がきわめて多いということが特徴的でして、これらのものについて数量的には非常に多いですという前提で、メーカーから直接とった見積りと道単で示されている単価を比較した上で単価を決定していく流れになっています。これが、設計の時点での今後の経済性を考慮した考え方ということでございます。

○中島委員

そういうのは新しいやり方なのですか。最近、他の病院などでも取り入れられているやり方なのですか。

また、メーカーとの比較は、単一メーカーになるのですか、複数のメーカーが入るのですか。

○経営管理部鎌田副参事

最近聞き取りをした病院の例で言いますと、幾つかの病院は、原則は道の単価を使いますが、特殊なものについては個別に見積りをとるという考え方をしているところもありますし、むしろ、原則は見積りでいきますというふうにやったところもあると聞いています。

通常、見積りをとるとすれば、同等の品物をつくっているところ 3 者なりの見積りを取りまして、その中から最低の価格のところを採用するという形でやるのが一般的です。

○中島委員

そういう効果が上がることを期待したいと思います。

◎新市立病院の冷暖房設備と個室割合について

新市立病院の施設整備で若干聞きたいことがあるのですが、例えばエアコン、暖房、冷房、両方とも設置する予定でしょうか。さらに、個室について、当初は30パーセントから50パーセントの計画と聞いておりましたが、ゾーニングの段階ということでまだ詳しいことは決まっていないと思いますが、どの程度の割合になりそうなのですか。特別室の各階の配置数、全体数、特別室における室内整備の計画について、今はどの程度のことをお考えでしょうか。

○（経営管理）松木主幹

まず、個室率については、現在、ゾーニングプランの中では大体30パーセント程度を予定してございます。

次に、特別個室についてでございますけれども、今、ゾーニングをやっている中で、何室設けるとか、どういった仕様にするのかについての詳細はまだ決まっておりませんので、今後、その辺も含めて検討してまいりたいと考えています。

○経営管理部鎌田副参事

もう 1 点、空調についてでございますけれども、最近建てられた市立病院の例で言いますと、ほとんどのところがそういう設備を設置してございますので、具体的にどういった方法になるかということは今後の話ですけれども、基本的には設置していくという考え方でございます。

○中島委員

個室率は、50パーセントのほうではなくて、30パーセントで落ちつきそうだということになりますと、302床、各階40床単位として、各階に大体10床前後、全体で100床未満ですね。3分の1ぐらいの数が個室になっていく計算になるというふうに考えていいのですね。

また、この中に特別室も入るということですね。

○経営管理部鎌田副参事

病棟階については、病室の割りつけなどを今やっておりますので、その中で、概略の計算としては委員がおっしゃったとおりでございまして、おおむねそのようなバランスでやっていくこととなります。あとは詳細の部屋をどういう構成にするかということを含めて、病棟階の考え方をまとめていきたいというふうに考えています。

○中島委員

◎医師会との懇談会について

次の質問は、8月18日に小樽経済センターで医師会との懇談会が行われた中身についてです。

今回、他会派の要求で、その後、市立小樽病院の院長名で医師会に出された資料も見せていただきました。

懇談会では、夜間急病センターから重症患者を他院に送るときに、市立病院の内科にも輪番制に参加してほしいということが述べられておりましたけれども、そのことに対する答えも入っているというふうに拝見いたしました。

ただ、今定例会で、この医師会との話合いの中で誤解や納得のできない数字の引用もあったということを聞いているのですが、この辺のことについて少し説明をいただきたい。とりわけ、今回、鈴木院長名で出した資料全体の一番言いたかったことは何なのかというあたりを聞いておきたいです。

○小樽病院長

8月18日に小樽市病院局と小樽市医師会との懇談会を行いましたけれども、その前にも、たしか新年度に入ってから、いわゆる普通の懇談会という形で1回か2回あり、この次もやりましょうと。そのときはクローズドではなくて、議員あるいはマスコミも入ってもらってやりましょうということで、そういうつもりで私も参加したのですが、その会場にいらした方は御承知と申すけれども、いわゆるプレゼンテーション形式で質問を出していくという形で、それが一方的といいますか、議論というよりも、質問に答えていくという形式でした。そこで出ましたスライドに、円グラフで当院への救急搬送が少ないと述べられていたところから、そういう会を開くのであれば事前に知らせてほしかったと思います。また、医師会側の言っていることが一方的といいますか、夜間急病センターから見た小樽市の救急状況を述べているだけのことでして、小樽市全体のものである小樽市消防本部の資料を私は知ってほしかったというか、もし次の回を開いてくれるのであれば、同じメンバーにこれを述べたいと思っておりましたが、そういう機会はないですし、ただ時間が過ぎていくだけであれば、早いところ、せめてそこに参加した方々に読んでいただいて、本当のところを知っていただきたいかったです。

ああいう数字をグラフで出していく中で、当院の急患室が本当にそのような状況なのか、内科で見れば当院が一番搬入を受けているわけです。そこで、当院の急患室はどうなのかという視点で見たところ、外からの患者を結構受けているものですから、当院では実際に消防本部で出した救急の搬送件数よりもかなり多くの救急を受けている事実がわかりました。そこでは診療科ごとに出しているのですが、直近のものを見ようと思ってやったところ、耳鼻科がさらに増えています。医師ひとりの診療科でありますし、表で示しましたが、耳鼻科は毎日呼ばれる日が2週間以上続き、平日でも、呼ばれて、家に戻って、また呼ばれてと1日に3回も呼ばれることがあります。そして、耳鼻科の医師に聞いたら、もう疲れてしまっている、何とかならないだろうかとは言っていましたので、これが一番直近の問題ではないかと考えて、耳鼻科の状況も入れました。

それからもう一つは、オンコール体制ですが、もうそういう時代ではなくて、輪番制に入っていかなければとてもみんなが疲れてしまうのではないかとということで提案した次第です。

○中島委員

私も、今回、医師会にこの救急に関する資料を提出されたことについては理解できます。懇談会にも出席しましたが、時間が決められているせいもあったと思いますが、医師会からの話を聞くことが重点になってしまっ、十分な病院局との対話になりきれなかったという感想もありました。

そういう点では、さらに今後の話合いや協議が課題になっていくと思いますが、既に、この資料は医師会側に渡しているとのことですが、その後の反応、意見があるのかどうか、今後の協議はどのように進めていく予定なのか、そのことだけお聞きしておきます。

○小樽病院長

先週の金曜日に当院のオープン病棟のセミナーという勉強会がありまして、そこに医師会の会長、副会長が参加していたので、受け取ったかどうかの確認とともに、今、十分検討しているということで、即答は避けております。それから、医師会の役員会に私も監査役として入っているものですから、これからはそういう話をいつやるか、そういう場で公式にやるのではなくても、いつやるかということは話を進めていきたいと思っております。

○中島委員

◎済生会小樽病院との関係について

ちょっと情報が入ったので、一言触れておきたいと思っておりますが、済生会小樽病院では、この間、地域住民への新市立病院計画の説明会を終了しております。

施設整備の概要については、築港地区で、敷地面積は1万9,000平方メートル、病床数が一般病床200床、回復期50床、合計250床で15の診療科を展開する予定だと聞いております。建設費は建設工事と設計監理費で計40億円、医療機器の整備は既設設備の移送費を含めて10億円、総事業費55億円程度ということで、事前説明会で詳細な説明をされております。平成24年度から建設工事を開始して、25年度に開院予定だということでもあります。

ちょっと気になることが1点あるのですが、新しい診療科目として呼吸器内科の開設を計画しているのです。呼吸器内科の医師不足の問題はここでも何度か話題になりまして、小樽病院も小樽全体の呼吸器内科の確立のために協会病院に医師を異動させて複数体制を支援しました。そういう中で、呼吸器内科の開設は小樽病院の目標でもあるのですが、済生会も計画しているようです。どの程度、医師確保の見通しがあるのかわかりませんが、なかなか深刻な分野だという感想を持ちました。

それと、総額を比較してみますと、事業費は小樽病院の3分の1強、病床数は6割、着工年度は同じ24年度ですが、半分の工期で完成と、一概に比較はできないのですけれども、やはり民間病院との工事単価において、148億円をかける新市立病院の計画と比較するとやはり大きな差を感じるのが率直なところですよ。

こういう民間病院が小樽で同時にできていくということもあわせて、工事単価の問題、それから、新しい診療科目である呼吸器内科の展開などについて情報や感想などをお聞きしておきたいと思っております。

○副市長

説明会というよりも、基本計画案が小樽市にも示されて、私が窓口で説明を受けてございます。当然、済生会北海道支部という立場で経営者の側から聞いておりますので、基本的には、北海道支部の段階で理事会、それから常任委員会と言うのでしょうか、そういう中で了解を得たという前提で聞いております。

ただ、問題の一つは、平成25年度の開院目標、すべて目標だということです。ですから、この考え方をもって本部と協議をする、それから資金調達をどうするかというのが一つのベースになっている考え方だということです。当然、資金調達にしても、みずから、北海道レベルで一生懸命考えなければならないという問題もありますし、目標としてはそういう形で進めたいということをお前提にして、私どもとしては、築港地区は再開発地区計画の区域で、原則的に病院は建てられないところですので、その地区計画の枠組みの協議をどうしようかという話を、今、一定程度、担当で窓口を開いて協議をさせてもらっています。

いわゆる診療科目の問題についても、当然、私どもの病院もそうですけれども、ねらい目という表現は悪いですけども、やはり地域の中で少ない診療科を自分たちがやっていこうという意欲の中でこういう診療科目を上げたということで、基本的に、それは医師が確保できて、25年度の開院目標のレベルで開院できる展望が立ったのだというお話は聞いておりません。済生会小樽病院としては、こういった基本的な考え方でこれから事業を進めたいと

いう考え方を取りまとめたということです。

手宮地区で長く開院をしてきたという事情もあって、それが突然なくなるというよりも誠意を持って地域の方々にも事情を説明して、どういう病院を立てていくかという説明もしていきたいのだというお話は前から聞いておりましたので、地域にはそのような御説明をしたのだらうと思っています。大体、今、委員からお話があったような話は私自身も聞いているところでございます。

(「事業費のほうはいかがですか」と呼ぶ者あり)

事業費は当初、60億円ぐらいという話を聞いていたのですけれども、済生会全体では、全国的にもあの程度の金額でしかつくっていないというお話でした。そういう意味では、これは私の感想ですけれども、全国的に建設をしているという一つのパターンがあるという気はしています。ですから、単純に診療そのものに、医療センターのような2次救急を診る診療科目はございませんので、そういった一つ一つの、診療科目の問題でも病院のつくり方は違うのだらうということで、相当の乖離があるという気はしましたので、ざっくばらんに、ずいぶん安いですねと言いましたら、いや、全国で80もの病院をやっているのが高い病院はつくられないのだということが一つありました。

それからもう一つ、経営主体が恩賜財団という特別なところでございますので、発注の仕方についてもこれからいろいろと頭を悩まさなければだめだということもおっしゃっていました。どんな仕方をするのか存じ上げませんが、感想としては、そういう意味では全国的展開の中で一つのノウハウを得て病院をつくるという印象を持ちました。

○委員長

共産党の質疑を終結し、自民党に移します。

○濱本委員

◎医師会との懇談会について

今までの質問と若干重なる部分もありますけれども、改めてお聞きしたいと思います。

まず、本会議において、8月18日開催の医師会と病院局の懇談会について、並木局長の感想、所感についての御答弁をいただきました。同席していた保健所長もいろいろなお話をされていたようですが、まず、保健所長の感想、所感をお伺いしたいと思います。

○保健所長

私も、この懇談会に出席をしておりました。感想でございますけれども、医師会の医師の御意見をああいいう形で聞くというのは初めてでしたので、なるほど、こういうお考えなのかということが分かった点では、一つのよい機会であったと思います。

ただ、先ほど鈴木院長もおっしゃっていましたが、学会発表のプレゼンテーション形式での報告で終わりましたので、もう少しかみ砕いた説明の仕方で、話し合いという形になればよかったというのが感想です。今後に向けて、医師会でも、よかった点、悪かった点を一応考えておられるのでしょうから、また同じように第2回目とはいかないだらうと思っておりますので、次は、どのような形で変わっていくのかと思っています。

私があの場で発言しましたのは、夜間急病センターについての話で、ちょっと誤解を生じてはいけないと思い補足の発言をしたわけでございます。

○濱本委員

ああいいう形では初めて聞いたという御答弁でしたけれども、あそこで話された内容については以前からも聞いたことがあるということでよろしいですか。

○保健所長

医師会としてのまとまった見解をいただく機会はなかなか少ないのでございます。医師会というのは、御存じのとおり、たくさんの医師で構成しておりますので、全く異なった立場の医師もいらっしゃいまして、医師会としての見解という形での公式的な話し合いはあまり多くございません。

あのおとき話された内容を大づかみに言いますと、費用、診療科目、救急という三つがございますので、この点についてはいろいろな御意見があることは、私も医師会の会員ですから、いろいろな形で聞いておりました。

○濱本委員

そうすると、今の保健所長の御答弁では、ああいうふうにプレゼンテーションはなされたが、あれは医師会の完全な統一的な見解ではなくて、違う御意見もあると理解しているのだという私の理解でよろしいですか。

○保健所長

医師会というのは、統一見解をまとめる場が少のうございます。ですから、医師会長、医師会副会長が代表して御発言をされる場合が多くなりますが、それが医師会の総意をまとめた形と言うほどのことになるのかどうかというのは、そうである場合と、そうでない場合もあり得るかもしれません。

先日、御発言になった医師は医師会長と副会長、理事がお二人だったと思います。ですから、理事や副会長、それから、会長の御意見は、当然医師会というバックボーンをしょって、代表する立場を十分に踏まえた上で御発言になったと思いますが、全くの沈黙を守っていらっしゃる医師も多くいらっしゃいますので、あの方の御意見が医師会の意見であるというふうに言いきるのはちょっとどうかと思います。

○濱本委員

改めてお聞きしますが、保健所長が就任されたのは何年何月でしたか。

○保健所長

私が就任いたしましたのは、昨年 4 月でございます。

○濱本委員

私が何を言いたいのかというと、今の保健所長の御答弁、それから、今までの御答弁を聞いていて、医師会の一員であり、さらには保健所長であり、病院局長とは違う立場なのですが、そういう中で、能動的に小樽の医療環境をきちんと保全する、維持する、育てるみたいな感覚は、残念ながら私にはあまりよくわからないのです。

市長からは、本会議で、これからの良好な地域医療の確保のためには医師会、医療機関などと十分な協議が必要であり、保健所長はその責務を果たさなければならないという御答弁をいただきました。これは、御答弁があったからということではなくて、最初から保健所長にある責務ではないのかと私は思うのです。

それで、先ほども 18 日の所感や感想を聞いたときに、あれは医師会の統一見解ではなくて、自分としては医師会の一員として違うような意見も聞いているという御答弁もありましたけれども、だったらなおさらのこと、今度は保健所長として、市内の医療従事者に対して意見を、地域医療を担保するために確認をするという行為も必要だったのではないかと。もっと言えば、これからも必要なのではないかと、それも能動的に。私はそう思うわけです。もっと能動的に保健医療行政をやってもらわないとだめだと思うのですが、所長、いかがですか。

○保健所長

私の答弁が不適切だったのでしょうか。先日の懇談会をどう感じたかという御質問だったものですから、あの懇談会はそういうものとして受け止めていますと答えました。

そして、今、委員がおっしゃったのは、能動的に動けという趣旨だと思いますが、私自身は、当然のこととして、小樽市の医療を主管するのは保健所でございますので、小樽市の医療環境において、私どもが動かなければならないときには極めて能動的に動くことにしております。

今回の事柄につきまして、先ほどから申し上げているように、医師会という団体は議決機関ではなく親睦がメー

ンであって、医師会を代表して対外的な折衝をされるのが三役であり、三役を支える理事がいるという構造は理解しております。

医師会としてどう考えるかという御発言をされるのは三役の仕事でございますので、あの懇談会でも三役が御自分の立場を十分わきまえた上で、また、理事もそれを支える立場を踏まえて御発言をされているのでしょから、そのことについて私がコメントすることは何もございません。

ただ、あれを拝見しておりまして、この次はどういう形でこの続きが行われるか、恐らく同じ形ではないだろう、違う形でまた次の会が開かれるのだらうと思っております。

そして、能動的にということにもう一度絞って申し上げますと、小樽市の医療機関、医療の環境上、私どもが動かなければならないと判断をした場合には常に能動的に動いております。その点については御理解をいただきたいと思えます。

○濱本委員

私がこの間ずっと市立病院調査特別委員会の中で言っているのは、病院局長も医師会も当事者です。そういう中で、どちらかといえば中立的な立場の保健所長がもう少し主導的な立場で、この新市立病院と地域医療のことを俯瞰して行動してもらいたいと思うのです。

ここに、病院局からいただいた、医師会だよりの第77号、2010年8月号があります。この中で印象的なのは、これは病院局長が書いた文章で、私が勝手につくったわけではないです。「私の赴任以前から医師会と市当局との間にある溝が気になる」、途中は抜かしますが、「お互いの見解や手法の相違及び意思疎通を図る努力をしてこなかったことによる」と局長は感想を述べている。これは、病院局、いわゆる小樽病院の問題がすべてではないと思うのです。保健所がそこに能動的にかかわってこなかった結果としてこういう形があったのではないか。小樽市に道立保健所しかなかったらいいのですが、そうではなく小樽市保健所なので、もうちょっとその点について御研究をされ、行動され、市民の目にわかりやすいような動きをされたほうが、過去の歴史的な経過も含めて、医師会とのわだかまりを解かず一番の触媒はたぶん保健所長ではないのか、小樽市保健所ではないのか、私はそんなふうに思います。

これは私の意見ですから所長の御答弁は結構です。

先ほどもありましたけれども、病院局長が18日の懇談会で、誤解や納得できない数字のうんぬんというのは、共産党が質問されていたので、その部分は省きます。

◎平成21年度決算と業務改善について

話題を変えまして、平成21年度の決算についてお聞きします。

21年度の決算は、別な言い方をすると、昨年4月に並木局長が就任されてからの1年間の総括で、子供で言えば通信簿みたいなものです。通信簿は相対評価で、客観的な評価の部分もありますけれども、並木局長として、自分で初めて取りかかった今回の決算について、自己評価も含めて、自己採点でもいいですけども、どういう感想をお持ちなのか、お聞かせいただきたいと思えます。

○病院局長

私は昨年4月に来まして、それまでは大学人としてやっついて、つき合う人も限られたものでしたけれども、こういうところへ来ましていろいろな人とつき合って、そういう人たちと理解し合いながらやっていかなければだめだということがわかって、それにはやはり1年かかったのです。

来たときには、医師は少ないなど、いろいろな条件が重なり一番底の状態ではなかったかと思っていました。逆に言えば、これ以上下がることはないの上がるだけですが、その上がり方がなかなか厳しかったのです。今までの荷物が非常にたくさんあり、いろいろな歯車を解いていくのに1年かかったような感じがするのです。

先ほど言いましたように、簡単には医師が来ないことがわかりましたし、その間に何をやるかということで、私

はできるだけ市民に小樽病院を知ってもらいたいということで、プチ健診とか病院ボランティアなどにより、まずは知ってもらおうような努力をしました。それから、もちろん、各医師にはノルマを、一応の標準を立てて、これぐらいまではやってほしいということを会議でいつも言うておりました。ですから、医師 1 人当たりの単価はかなり上がっていて、いいだけ働いているのです。これでもうちょっと無理をさせるとさらにやめていくことになるだろうということで、途中で緩めたということではないのですけれども、今は様子を見ながらやっております。皆さん非常にまじめで、それから、職員も、ようやく二つの病院が一つに向かうようになってきたのです。これに 1 年かかったということです。

そのつくり方が遅いと言われれば、50点か60点ぐらいだと思うのですけれども、私なりにある程度の方向性を持ってこられたと思います。これからは少なくともいいほうにと。それが、昨年 2 月に診療報酬がよくなることと、定住自立圏構想の問題がありますし、我々が希望しています IT サーバも当たりました。それから、何と言いましても過疎対策事業債の四つが重なったということで、これはいけるのではないかとということです。

この 4 月からは、そういう意気込みで今までやってきたということで、この 1 年間は、そういう意味では、十分にはできませんでしたが、何らかの方向づけはできたのではないかと思います。市長にも言ったのですけれども、やはり石の上にも 3 年だと。いろいろな開業医の医師も病院を運営するには、自分がいろいろな職種の人を理解するのに 3 年はかかるのです、開業医の医師でも。それから、我々はできるだけそういうことを認識しながら、とにかくできることを前向きにやっていきたいという思いでいます。これは、病院だけで一生懸命やってもらうのではなく、やはり市民の協力がなければだめなのです。

実は、今、いろいろな会議に行っても、小樽はすごく有名なまちになっております。そこで病院が大変なまちです、ねと言われるのは、我々にとっては困るわけです。医師が来なくなりますから。そうではなくて、ここは病院を上げて、前にも言いましたけれども、観光と医療のまちにしていかなければならないと私は思っています。それに、きちんと質の高い医療ができることが一つ必要ではないかと。それに向けて、私は職員と一緒にやっていきたいというふうに思っています。

採点は、濱本委員の場合は、合格点をくれないかもしれないのですけれども、まあまあのところではあるのではないかと思いますので、どうぞよろしく願いいたします。

○濱本委員

私に採点する能力はありませんのでそんなことは言いませんけれども、来て 1 年目で、極端に言えば何もわからない中で 1 年間で今回の数字というのは、いろいろな、客観的な情勢を考えても決して悪い数字ではなかったと私は理解しています。そういう意味では、2 年目、3 年目の決算に向けて、さらなる御尽力をお願いしたいと思います。

2 年目、3 年目に向かうに当たって、やはり経営改善とか業務改善とか、そういう必要な部分はいっぱいあるのだろうと思うのです。

目的はちょっと違っていたのですが、たまたま、先ほど話題にもありました済生会小樽病院のホームページを見ていたら、珍しいことに、QC（品質管理）活動に取り組んでいて、直近の一番をとったサークルは薬剤管理指導算定をアップさせましょうというもので、年間の差額で 700 万円ぐらい上げましたと出ていました。その前の大会では、業界用語で私にはよくわかりませんが、「オイフでコスト削減」というのが出ていました。これは、どこかのチームが五、六人で活動したもののなのですが、業務改善する前は 240 万円ぐらいかかっていた年間のコストを 100 万円ぐらい圧縮して、140 万円ぐらいにしています。病院会計全体にとってみればそんなに大きな金額ではないのですが、しかしながら、職員の皆さんがそういう意識を持って一つ一つつぶしていく、改善をしていくことは、病院全体として、そういう大きな流れになると、もっと違う相乗効果がたぶん生まれてくるのだろうと思うのです。

業務改善の手法はいろいろあると思いますけれども、今後、ぜひともこういうものを取り入れていただきたいと

と思いますが、いかがですか。

○病院局長

小樽はこれぐらいの市立病院で、病院機能評価をまだ受けていないのです。それから、D P C が今準備状況なのです。今、そういうような、ちょっとおっとりとした状況で、それは、我々が来て、今、いろいろと委員会をつくったりして、一応、シミュレートして、それに向かって動いてきています。今言いましたようなことも、昨年、実は看護部や何かにもやって、発表で一番得点が高い人を全国大会に行かせるというふうにして、小樽にとって一番重要なことは、一生懸命やるのだけれども、それが外から客観的に見てどうだという評価がないのです。それには、やったことを外に発表したいのです。外の人を呼んできてやると、才能があるのですから、その刺激を私はこれからやっていかなければならないと思いますし、今の運動も科ごとにはある程度やっているのです。これを、薬剤部を含め、レントゲン検査等にも広げていきたいと感じています。

○濱本委員

◎医師確保について

最後に、決算内容を改善する最大のことは医師の確保ですが、先ほど全国公募の話が若干ありましたけれども、この全国公募はいつから取り組んだのか、どういう内容なのか、もう少し詳しく教えてもらえますか。

○病院局長

インターネットに出したのは、恐らく本年 4 月ぐらいだと思います。やはり、各科の医師もやはり教授との兼ね合いがあるものですから、教授に対していろいろな遠慮もあるのです。ですから、そこをはっきり教授などに断って、それで出さなければならぬのです。まだ来てはいませんが、今、実際に三つの科で公募しており、私も個人的に、昨年までは二、三人の人と会っているのですけれども、なかなかいざというときに、まだだめなのですが、新市立病院ができますということでもう少しやっていきたいと思っておりますけれども、相手に対しましては、本年 4 月くらいから、各科の親元の教授にもある程度言って、今やっているところです。

○濱本委員

ネットでやったというのは、それは基本的にコストのかかる話ですか。

○病院局長

値段が 2 種類あって、ネットに出すだけで 30 万円か 40 万円ぐらいでしたか。それともう一つは、成功報酬を取るところもあるのです。それもあるのですけれども、我々はそっちよりも先に公募指定というところをやっています。先ほど言いましたように、行ったら年収の何パーセントももらうという条件のところもあります。私どもは、まだそういうところではなくて、全国公募の 30 万円、40 万円ぐらいのところだと思いますけれども、それでネットに出してもらっています。今、そういうやり方で探しております。

○濱本委員

医師確保は小樽病院にとっては絶対必要条件なので、たぶんいろいろな手法があると思うのですが、新たな手法も含めて研究されて、ぜひとも、医師の確保に努めていただきたいと思っております。

○鈴木委員

◎新市立病院の構造方式について

先ほど、新市立病院における構造方式について御説明がありました。まず、お聞きしたいのですけれども、今、免震構造という方向で行きたいということで聞いています。我々委員は、先ほどお話がありましたとおり、この前、耐震構造、免震構造のビデオを見せていただきました。震度 7 ぐらいの直下型地震の想定でありまして、かなり器具等の破損という大変な状況を見たわけです。これは免震構造にしなければいけないという思いはありました。

インターネットで調べましたら、地震調査研究推進本部が確率論的地震動予測地図というものを本年 5 月に出し

ております。これは、毎年更新されています。そこで、後志の小樽というポイントでいきますと、今後30年間に震度6弱以上の揺れに見舞われる確率が0.1パーセント以下と出ております。

先ほど言いましたとおり、直下型の震度7であれば絶対的に免震構造にしなければいけないという思いでございますが、確率論的なもので、では、絶対来ないかというのはすごく問題があると思えますし、こういう統計を基にしたときに、よく、ちまたで言われるように、ほとんど来ないのではないかという認識にもなるのですけれども、そこら辺のところはどうお考えなのでしょうか。

○経営管理部鎌田副参事

委員が今おっしゃいました地震調査研究推進本部が出していた、今後30年間に大地震が起こる確率の分布図という全国的な地図に色をつけて出したものだと理解しますけれども、この中では0.1パーセント未満という表示になってございます。確率的には極めて低いという認識はしてございます。

もちろん、大地震は来ないほうが良いと考えています。ただ、これまでの大地震の発生を見ますと、比較的確率の低いところで発生しているケースもございます。これは、委員がおっしゃいましたように、確率的には低けれども、いつ来るかわからないということだと思っています。

その中で、新市立病院の構造をどうするかでございますけれども、先ほどの報告でも述べましたけれども、病院の場合は、多数の患者がいらっしゃいますし、一定程度の規模の建物でもございます。地域的に見ましても、後志二次医療圏の災害拠点病院に指定されておりますので、万が一、地震があったときに他の医療機関が影響を受ける中で、少なくとも災害拠点病院は使命を果たすことが必要だというふうと考えております。

○鈴木委員

今、答弁をいただいたことはわかるのです。市内の建設業者が全部をとれるわけではないですけれども、参入しやすいのは耐震構造であって、なおかつ建設コストが5パーセントから7パーセント上がることでとんびんにかけたときに、今の御判定としては、万が一のことが重大だということで免震構造にしたいということが1点ですね。

それともう一つ、医療器具についてはどうなのでしょう、例えば震度6とか震度5とかの地震が来たときの耐震というのは、構造物そのものではなくて、そこのお聞きしたいのです。

○経営管理部鎌田副参事

医療機器についてでございますけれども、先日見ていただいたビデオの中でも実際に映像としてありましたが、地震があった際に、加速度という動く力が大きかった場合、このときに大きな医療機器が横にずれる、あるいは、倒れるという被害は、実際に神戸や中越の地震の際にもそういう問題が多く発生しています。

むしろ、建物そのものについては、昭和56年以降の建物は新耐震の基準になっていきますので、基本的には建物そのものは揺れによって倒壊をすることは極めて少ないというか、もうないだろうという計算をしています。ですから、建物の損傷は少ないけれども、中に入っている医療機器、あるいは、ライフラインとして配管されている管あるいは栓といったものが破損しまして、病院内に水が漏れて、水がかかって医療機器が使えないという問題が多く発生しています。

前段に委員がおっしゃいました、確率は少ないけれども安全性ですねというところで1点申し上げますと、病院などの施設を考えるときに、第一にその内容です。最初に考えるのは、患者とか施設の安全性といったところが来て、その後に、例えばグレードとかの問題になるのかと考えております。その意味で、まず建物の安全性、あるいは、中にいる患者やそれ以外の人の命、安全といったことを考えた場合に、免震構造がベターだというふうと考えております。

○鈴木委員

病院局から強固な御意見を承り、わかりました。

そういうことであれば、きちんと御説明をしながらやっていくしかないのかという思いはあります。

◎ゾーニングについて

次に、新市立病院計画概要につきましての質問に移します。

先ほどの報告では、久米設計に3,969万円で基本設計を受けていただいて、今やりとりをしていますという御説明でしたけれども、年内に規模、構成を発表されるということですね。その後はどういう流れになるか、御説明をお願いします。

○経営管理部鎌田副参事

当初の考え方といいますか、構成と、実際の設計者が決まってから振り分けをしまして、現状で言いますと、年内におおむね規模・機能のまとまりをつけまして、年明けからは概算金額の算定に入っていきたいと思っています。

年内には、もちろん詳細な、平面的なもので、部屋の割りつけですとか、あるいは機械を設置した際の部屋の大きさとか、照明器具とかスイッチの位置といったあたりについて、各部門とのヒアリングを12月ぐらいには終えて、図面としてまとめる作業を2月までに行いたいというふうに考えています。それと同時並行的に概算金額の算定をしていきたいというのが大きな流れになります。

それと、大体同じ並びで建築に関する、附帯する機械とか電気設備のあたりを決めていくと。設備計画として詰めていくことと、あとは、今残っている業務として地質調査業務がありますので、これは報告で申し上げましたとおり、建物の敷地に対する位置関係とか、あるいは建物全体のボリュームが出た後に調査をしたいと思います。テレビ受信障害予測調査を含めて、そういった予定で考えております。

○鈴木委員

先ほど、年内に規模、構成を発表するとありましたが、12月までにヒアリングを行ってまとめていきたいとなると、例えば、この考え方をもうちょっと変えてくださいとか、この方針ではいけないのではないかとといった意見はどこで反映されるのですか。その基本的な考え方です。

○経営管理部鎌田副参事

建物の各階の考え方、ゾーニングということで、まずはまとまりごとの位置関係を決定しまして、その決定されたまとまりの中でどういう部屋を配置するかについては、各診療科のドクターをはじめ、看護師や放射線部門や検査部門や薬剤部門から、医療を提供する側からの今後こうしていくべきという要望、あるいは今まで出てきた患者側から見たときの使い勝手や意見を踏まえて、図面として一つにまとめていきたいということです。これは、意見を聞くというよりも、内部的なものと、あとは、今まで寄せられた意見なども反映させて一つのまとめを行ってきたいというふうに考えています。

○鈴木委員

久米設計はいろいろなところから委託を受けているので、動線のつくりとか、少人数でも管理できる計画を評価されているということで、中身的にはかなりお任せしても大丈夫なのだということで委託されているわけですから、それはいいのです。前にも聞きましたけれども、問題は、平成19年に市がプロポーザルでオーケーしてやっていた、その分を使って今回やるのです。そして、基本方針は変わらないというお話だったのです。ところが、年月は流れて、医療環境がかなり変わってきている中で、それを使う分は破棄しても、新しい分野で、この部分は基本設計に入れていかなければいけないというものはないのかを聞きたいのです。

○経営管理部鎌田副参事

現在進めています基本設計でございますけれども、平成19年に築港地区で検討したときに、各部門でヒアリングをやってゾーニングまでは進めていたところでした。そのときに、例えば、患者動線を最優先して1階に外来をまとめましょうとか、あるいは、検査、放射線、救急の場所はどの辺にしましょうという話を進めてきまして、基本的な考え方はそこでオーソライズされて、病院側の意見を踏まえて図面をつくったという流れがあります。それを、今回新しい敷地に建物を計画する中で、当然、先ほど言いました看護師なりドクターなり、それ以外の部門の代表

から、実際の使い勝手としてどうなのだろうか、あるいは、現状での使い勝手と、何年か先の今後の病院を考えていくときにどうなのかということについてヒアリングをしまして、それを図面にはね返らせて、また各部門に知らせるという作業になっています。ですから、築港地区でやったものをそのまま引きずっているのではなく、考え方そのものは当然採用されていますけれども、細かい部分での使い勝手については、今いるスタッフの意見を基に修正をかけているということでございます。

○鈴木委員

今お聞きしているのは、使いやすさとかそういうのは専門のスタッフに聞いていただければいいのではないかとと思いますが、例えばある程度基本設計が出てきてから、はやりというわけではないですけれども、医療図書館をつくってほしいと言ったときに、それがいいか悪いかは別としても、もうはめ込めない段階になってから、今のようゾーニングが決まってしまうということではいいのかということをお聞きしているのです。

久米設計と病院局で何回かやりとりをされて、向こうが提示して、こっちがそれではないとはねつけたり、加筆して戻したりしているわけです。そのやりとりもお聞かせ願いたいというのが本当の気持ちなのです。

要するに、提示されたものをこういうふうに変えてほしいとか、例えば、それは経済的にできない、人為的にできない、環境的にできないとか、こうやったほうが来た人にすごくいいことがあるというやりとりには病院の考え方が反映すると思っています。ですから、最終的にでき上がったものがただ来るのではなくて、その過程といたしますか、どういうつくり込みをしていく新市立病院であるのかは聞かせていただきたいと思うのですが、いかがですか。

○経営管理部鎌田副参事

今のゾーニングで、部屋をある程度想定しながら進めていく中で、今おっしゃったような図書館の問題ですとか、出入口の周りにある機械のレイアウトや使いやすさは当然考慮しながら提案をいただいて、それに病院側の要望も加えて計画をしているのが現状でございます。

ただ、その中でできるものとできないものが当然出てきますので、こういったものをまとめた段階で申合わせをしたいという考え方でございますので、その辺のところは御理解をいただきたいと思います。

○鈴木委員

ちょっとお聞きしますけれども、今、久米設計から提示が1回あったというベースがあります。それで、明らかにこれはそうではないと病院側ではね返したものはあるのですか。

○経営管理部鎌田副参事

最初のゾーニングの段階で、外来部門、救急部門、放射線部門、それと検査部門は、大概の場合は1階に配置されまして、今回もそういう配置になるのですけれども、病院サイドから見たときにその位置関係がこちらのほうがいいでしょう、あるいは、もう少しこちらにまとめたほうがいいでしょう、あるいは、当初は1階に計画をしたけれども、これはむしろ2階のほうがいいのではないのでしょうかという修正は何回か行われております。例えば、健診部門をどこの階に持っていくのかとか、売店なども実際どこに持っていくのが一番いいのかということは、当初の計画からはちょっと変わっている部分だというふうに今の段階では思っております。

○鈴木委員

新市立病院計画概要があり、診療科目に健康管理科とか腎透析科は院内標榜ということで、専門医が安定したら充足されるとなっています。例えば、こういう診療科目が増減することを吸収できるフリーアドレス方式といいですか、医師が一つの場所を決めないでやるとかそういう方法があるのですけれども、そういったことをつくり込みの中でするかしないかで設計が全然違ってきてしまうのです。我々は素人だからそういうことを話す必要がないと思っていられるのか、そこら辺をお聞かせ願いたいのです。

○病院局長

私どもは、とりあえず医療現場の意見を聞いて、いろいろなこういう議会での質問で、例えば保育所をどうするかとか、いろいろなことがありました。そういうものを頭に入れながら、今、つくっております。それから、今おっしゃいましたけれども、病床を少なくしましたので、混合病床化をやっていくということと、今言いました外来も、その科にだけでなく、あいていたらほかの人も使えると。例えば、眼科とか、耳鼻科とか、決まった機械を置くところは別ですけども、診察のときはどこの科でも使えるということを職員の人たちは言っております。そういうものもある程度生かして、今図面をつくっているのが現状でございます。

（「そういうことを議会に示さないのですか」と呼ぶ者あり）

こういうところで示してほしいわけですね。それを。

（「はい、そうですね」と呼ぶ者あり）

○経営管理部長

まず、私どもが基本設計に入る前に計画概要を示して御審議いただいています。

確かに、いろいろ細かい点のゾーニングの中で変更になってくるわけですけども、その一つ一つを議会に示して、売店は2階がいいのか、地下がいいのか、なかなかそういうことを議論していくということは基本的には難しいと思います。

この計画概要の中で、例えば、院内保育所を設けるとか、売店等を考慮するとか、基本的なスキームをやはり審議していただいていますので、そこで出てきた意見で、例えば個室割合とかも一応うたっていますので、そこに出てきた意見は当然加味した中で基本設計に入っているわけです。実は何十回もゾーニングが変わってきています。そういう形では、今回、ゾーニングが固まれば、その段階で、今、委員がおっしゃったように、久米設計とのやりとりの中で変えていった部分もありますので、こういう考え方でこのゾーニングになったことは当然示して、御意見があれば伺いますけれども、先ほど鎌田副参事が申しましたように、院内的には本当に緻密な協議を重ねて、何回も何回も変えていっておりますので、その考え方を、同時にゾーニングについては説明していきたいというふうに考えております。

○鈴木委員

その件については、なるべく閲覧できるとか、見られるようにしていただければという思いがいたします。

◎新市立病院の休診日について

話は変わりますけれども、ゾーニングは別として、今後、市立小樽病院では、並木局長が特に健康者に対する啓蒙を担うというか、今、特定健診やプチ健診に力を入れております。そういったことで、健康なまま皆さんにいていただくという方向なのです。

私は思うのですけれども、新市立病院になりましたときに、今、大きい病院で日曜日に診療されているところはないのです。我々がちまたで聞きますと、本当に病気になった時に会社を休んでも来るなら来いというのが今までの病院の姿勢で、そういうところが多かったです。ところが、そうやって健康を持続させるといいますか、体調を崩さないというようになってきますと、例えば日曜日などに気軽に健診ができるような場所が欲しいという思いがあるのです。逆に言うと、会社を休んでまではちょっと行けないといったときに、例えば、新市立病院は、日曜日に診療していただいて、水曜日か木曜日に休診ということも一つとして考えの中に置いていただきたいと思うのです。それがどうしてできないのかをまずお聞きしたいのです。例えば、病院側が認めるとしたら、できるのかできないのかということです。

○病院局長

鈴木委員、これは人さえいればできるのです、人数がいれば。今、東京などの私立大学はほとんど土曜日に診療をやっています。私どものところも、今、医師は小樽病院に28名ぐらしかおりませんので、検査の人達を含めて

そういう人たちを日曜日に働かせると、かなり普通の日が影響を受けるのです。けれども、今、プチ健診を月に 1 回は日曜日にやっているのです。日曜日にも患者サービスということをやっています。そういう意味では、医師が十分になれば考えなければならない問題でございます。もう一つは、それと同時に、我々は月曜日から金曜日まで、とにかくそこでの仕事を集中してやらせるためには、やはりある程度の休みも必要です。繰り返しますけれども、そのときに代替えの医師がいれば大丈夫なのです。ですから、それが充足されれば考えられることではないかというふうに思っているのです。

今、実際に、プチ健診は月に 1 回、日曜日にやっております。

○鈴木委員

愚にもつかないこともあるかもしれないけれども、そういう考え方を取り入れる場はいつなのかということは、先ほどの部分にも含んでくるのです。何でもかんでも口を出すのではないですけども、例えば、今の日曜日の診療とかは、たぶん、中からは出てこないと思うのです。自分たちは、今まで日曜日はお休みで普通だと思っておりますし、ましてや、ほかのどこを見てもそういうことはないわけです。ただ、市民からすれば、今度、新市立病院ができたとき、もしそういう体制にでもなれば、本当に新市立病院はやり方として違うのだという思いもありますし、健康診断をすることに対しては、たぶんその需要も見込めるので、それで上がるということもあるかと思えます。想像ですけども、そういうことを調べる価値はあるのかという思いがします。ですから、そういうことも含めて検討していただきたいと思っております。

○委員長

自民党の質疑を終結し、この際、暫時休憩します。

休憩 午後 3 時 01 分

再開 午後 3 時 20 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

◎医師の処遇改善策について

初めに、代表質問にかかわりまして、医師の処遇の改善についてですけども、今回、病院局長からも時間外の救急医療に従事した場合の手当の見直しとか、メディカルクラークの配置ですとか、空調設備の更新をしてきたというお話をいただきました。今後、医師の処遇の改善は、新しい病院ができる部分に関連して非常に重要な部分だと考えるのですけれども、先ほど、ほかの委員からも医師確保の話がありましたけれども、医師にも選ばれる病院を目指していかなければいけないのだと考えます。

その上で、今後、考えられる勤務条件、改善策などは、今いる医師の要望なども踏まえて、次の段階にはこういう改善策があるということで考えているようなことがありましたら、お答えいただけますか。

○（経営管理）管理課長

医師の処遇改善でございますけれども、これまでも、今、お話いただいたとおりの改善策に努めているところでございまして、実際に局長が来られてからは、個々の医師との面談が進められておりますので、その中でいろいろな意見を吸い上げていただいた上で、局長から必要な指示があれば、それに沿って処遇改善に努めていきたいというふうに思っております。

○秋元委員

まだ特別、具体的にこれというものは無いということだと思います。今回の答弁で、医師のモチベーションの向上につながったとのことでしたけれども、モチベーションの向上は具体的にどういう部分で感じられたのか、お答えいただけますか。

○（経営管理）管理課長

今回の手当の改善は、基本的に救急医療に特化して重く手当てをする形にしております。

基本的には、例えば1回帰宅した医師がまた出てきて診療なり、緊急手術をする必要がある場合に、もともとはそれに見合った手当てがされていなかったということがございます。ですから、今回の手当の改善によって、実際の救急医療に対してモチベーションを向上するというところに寄与したのではないかとというふうに思っているところでございます。

○秋元委員

今まで救急医療の時間外の手当がなかったということで、私自身もちょっと驚いた部分ではあるのですが、ぜひ、今後も医師のモチベーション向上につなげる施策を、要望も踏まえて実行していただきたいと思います。

◎医師会との懇談会について

時間がないので、次の質問に行きますけれども、先ほど来、ほかの委員からも質問がありました医師会との懇談会に私も出席させていただきました。お話を伺う中で一番感じたのは、数字的な認識の違いとか食い違いがあり、なかなか話もうまく進んでいないのかと感じたのですけれども、そもそも、今回、懇談会をやるに当たって、どういった内容で、どの部分について話すという具体的な話はなかったのでしょうか。

○病院局長

医師会と市当局とのいろいろな行き違いみたいなものがあり、何とかそういうものをなくそうということで、我々も医師会も考えていたわけでございます。それで、津田会長と私はお互いにいろいろなことを話し合おうと言って、あの問題も、実はもう3回も話し合っていて、あれが4回目なのです。そのときに、私は、言うのでしたらちゃんとデータを持ってきなさいと言ってしまったのです。そうすると、彼らも一生懸命調べてきてああいう数字を出してもらったのです。あれはあれでまた、我々も気づいたし、また新たなデータを出せるきっかけになったと思っております。ただ、ああいう形でやるということはわからなかったです。ですから、あの問題が出てくるとは思いましたけれども、ああいう形というのはちょっと予想していませんでした。医師会としては、自分たちが今までやってきたことを皆さんの前でちゃんと言いたいということがあったのではないかと思います。

ただ、私があたのときに言ったことは、市立病院とか医師会ではなくて、まずは小樽全体の医療をよくするための考える会にしてほしいと先に言いました。

それと、私もいろいろな計画や新市立病院のことがありましたけれども、必ず公的病院の病院長のところへ行って説明しているわけです。ただ、私が行ったときには質問も何もしないのです。そして、突然、ああいう形になるということです。よほど私のことがけむたいのかということだと思います。本音と建前は違うのだと。昔からよく知っていた人ばかりですから。それぞれの院長の立場であると、人間はこうも変わるのかと思いました。

いずれにしても、小樽の医療をよくするという思いは、医師会も我々も皆同じなのです。ここだけは皆さん方に誤解しないでいただきたいと思います。だんだん歩み寄っていく形になっていくと思います。そうしませんと、私は、ここに書きましてけれども、医師会の一般の会員とか、あるいは勤務医からもう相手にされなくなってくるのです、こういうことをやっていくと。ですから、そういうことを理解していただいて、できるだけ我々としても、どういう接点で歩み寄っていくか、それにつきましては、恐らく保健所長も一生懸命頑張るのではないかとというふうに思います。そういうことも期待していただきたいと思います。

○秋元委員

実は、私の会派からも何人か出席して勉強させていただきました。専門家の方々が集まるわけですから、もっと具体的な話し合いになるのかと期待していたのですが、ちょっと違ったので、自分自身、少し拍子抜けした部分もあったのですが、例えば、先ほど言われた数字的な違いとか認識の違いの部分は、その後にもすぐに正しい数字のやりとりはあったのですか。

○病院局長

その後、特に小樽病院の医師たちが、あのデータに対してや報道に対して、かなりの怒りがあったものですから、小樽病院から見たら救急医療がどうなっているのかと。医師会は、夜間急病センターから見た医療をやっているわけですが、実際、こういうふうにはやっていると提示しました。いろいろな数字を出しましたが、これはこういうふうには違うのではないのでしょうかというものも出してあります。

まあ、人間なんて自分に都合のいいようにデータを出すものなのです、自分の立場から。みんな言っていることの半分しか理解していないですから、やはり、話し合いが必要になってくるわけです。こういうことで、一昨日と先週の金曜日に津田会長や阿久津副会長と話し合っているのです。基本は、とにかく小樽の医療をよくしていくにはどうしたらいいかということで、それは確認しております。あとは、今も言ったデータに関しましてはいろいろありますので、それを皆さんに見てもらって、そして実際どういうふうになっているか、あるいは、小樽病院の立場からしか出さなかったのかもしれませんので、あと、ほかのところも出してもらったりして、どういうふうにしてこの病院が救急医療に対応しているのかわかるわけです。そうしたら、小樽あるいは後志地域の救急医療がよくなるかということがわかってきます。そのきっかけになったのではないかと私は思っています。

○秋元委員

2 回目はまだ決まっていないということですが、医師会から、DPC を取り入れて、今後 10 年後、20 年後の病床数も具体的に示されていましたけれども、私は、あの場所だけではなく、公的 3 病院にかかわる方々も一緒に、同じテーブルについて話し合いをしていかなければいけないのではないかと思います。それを市の病院局なり局長が主導して、第 2 回の話し合いをぜひ早めに行ってほしいと思うのですが、次回は実際にどのような内容の話し合いになっていくのでしょうか。例えば、新市立病院の診療科や病床数のある程度の形が決まっていく中で、もし、今後、医師会と公的 3 病院も含めた話し合いが実現すれば、どういう議論になっていくのでしょうか。

○病院局長

このことにつきましては、再編・ネットワーク化協議会で十分話し合っているはずなのです。それを持っていてそういうことを言っても、言わないわけです。公的病院だからこそ、彼らはいろいろなことを言えるのです。だから、民間に対しては言えないのです、医師会は。そう言っていました。だから、あなた方は努力しなさいと言われるわけです。ですから、小樽の地で一番質の良い病院をつくりたい、これが私の目標です。

それから、388 床が妥当かどうかにつきましては、我々としては議論を重ねてきています。ですから、よく分かっていたいただきたいのは、小樽病院を大きくするのではないです。二つの市立病院を合わせて機能的な病院をつくることをまず理解していただきたいと思います。そのときに、どういう機能が必要かということになると、今の時点ではあれが一番妥当ではないかという話をしているわけです。

ですから、いろいろなことがあれば、またそういう話し合いはしますけれども、それはこちらから言うか、津田会長が言うかなのです。ただ、今度は何を問題にしなければならぬかというのは、今の時点ではまだ考えておりません。

今、何か知りませんが、いろいろなことでいろいろな講演会などを開いているようでございますので、いろいろな考えがあると思いますけれども、少なくとも私としては、今の時期を逸したら、もう市立病院は建てられないと思います。こういう時期に、ほかの民間でできない質のいいことをしなせんと、今度は医師が来ないと思

ます。今、この小樽病院も正念場ではないかということで、私、医師会の人を書いて、皆様方に配ったという段階でございまして、こういうことを繰り返しやっていかなければならないと思います。

あの時言いましたように、こういう誤解がどうして起きたのか。だから、私は、その委員会に副会長として両市立病院のだれかを入れてほしいと言ったのです。ほかの町は全部そうやっているのですから。そのかわり、医師会から我々の経営の中に入れてもらいたい。おそらく今は外部委員会を置かなければなりませんから。そういうところに来てもらって、それでオープンにするということです。そういう形にしませんと、いつまでも変な態度ばかりなのです。ですから、私はこの会のときに言いましたけれども、津田会長に要求したのです。

○秋元委員

わかりました。

今がチャンスだという思いは私も全く変わらないのですけれども、あとはさまざまな計画の細かいところに入っていくと思いますので、ぜひ医師会とか公的 3 病院とは、今後、小樽市の医療を含めて十分に議論していただきたいと思います。

◎新市立病院建設に係る市民周知について

続きまして、市民への周知という部分について、代表質問で聞いたのですけれども、今後はホームページや広報で説明していくと。先ほどもありましたけれども、地元町会などへの説明会をやっていくというお話だったのですけれども、これまでも何回か説明会を開催していると思いますが、まず、その都度の開催の趣旨はどういうものだったのでしょうか。

○経営管理部長

新市立病院を建てることについての説明会は平成19年にやっておりますけれども、あのときは、基本設計も最初はやっておりましたけれども、議会でも、市民に対する説明ということが出たのです。その中で、市長のほうから今進んでいる新市立病院の必要性を中心に説明会を開こうということで、市内 5 か所で開催しました。それについては両病院長にも出ていただいてやっております。

その後の説明会につきましては、あくまでも量徳小学校の敷地ということで、従来、築港地区で基本設計を進めておりましたので、その後の状況の中で、病院局長の提言や市民要望もありますので、建設地を変更することについて、地域に入っの説明会は、PTAにも町会にもやりましたし、そういう中で何回か行っております。

○秋元委員

基本設計も再開されまして、局長からも、今後、医師を温かく迎えらるるような環境をつくってほしいという答弁を今回いただきました。複数回とは言いませんけれども、地元の町会だけではなくてどこかで、こういう規模のこういう中身の新しい市立病院を建設するという話の中で、ぜひ市民の皆さんには医師を温かく迎えてほしいと。以前も、市民の人たちが医師を育てるのだという局長の話をいただきましたけれども、そういう話をぜひどこかで一度、局長からしていただきたいという部分で、ぜひ説明会をやっていただきたいと思うのですけれども、これについてはどうですか。

○経営管理部長

新市立病院につきましては、もう実際に基本設計に入って、ゾーニングも進んでいますので、改めてまた、この部分についてだけの市民説明会をやってく時期ではないというふうに考えています。

ただ、先ほど、議会にも報告するといった内容であるゾーニングがある程度固まった段階では、当然、地域にも入っていきますけれども、同時に、広報おたるは若干のタイムラグがあるのですけれども、そういう中でも市民に知らせていきたいというふうに考えています。

また、地域が支える病院と言いましたが、これはまたちょっと違ったスキームの話も出てくるのかと思いますけれども、それは、今後の流れの中で必要な周知はしていきたいと思っておりますし、説明会とか、あるいは出前講座とか、

そういう形でやっておりますので、今回、説明会が必要だということであれば、それはそれでまた検討はしていきたいと思っています。

○秋元委員

ぜひ、私からは要望させていただきたいと思います。

◎改革プランの収支計画の見直しについて

続きまして、以前、この特別委員会でもお話をさせていただきました改革プランの収支計画の見直しをお願いなのですが、今後、道や国と協議していくというお話だったかと思いますが、現在、進捗状況はどういう状況でしょうか。

○経営管理部次長

先ほども答弁しましたが、まずは、今抱えている不良債務なり資金不足をどう解消するかということ、新市立病院にかかわらず、これから、医療機器の起債をするに当たっても当然必要なことですし、平成21年度の状況が改革プランで示しました計画どおりになっていないので、その解消策ということで、22年度4億円、それから、23年度1億円といった繰入金増額の中で整理をしてきたという話をさせてもらっております。

それについては、当初、21年度の不足分をもう少し長い期間で解消しようとしていたのですが、それでは22年度の不良債務解消が達成できないということで、その辺を調整させていただいた中で今回の決定になっております。

全体のスキームを見直す中では、医業収益も減った中でどうしていくか、それから、診療報酬の改定の影響はどう見るといふところを含めて、道、国と資金収支計画のすり合わせをして、何とか22年度の医療機器の起債についてはこの計画ならば妥当であろうということで、22年度の起債の同意の予定額通知を先日いただいたところでございます。

○秋元委員

そのやりとりといいますか、すり合わせというものは何回程度行って決めているのですか。

○経営管理部次長

先ほども言いましたように、最初は平成21年度の不足分を長くしようということでしたが、そのスキームではだめだということで、次に22年度、23年度の中で解消するというスキームですから、大きな話としてはその2回なのですが、事務的に細かい数字の詰めは適宜やっております。

○秋元委員

わかりました。

◎同規模の市立病院との比較について

続きまして、以前、当委員会でもいただいた資料と本日いただいた資料にかかわるところなのですが、以前、道内の市立病院の状況ということで、C市立病院と表示されていたものが、たぶん、今回示された中では、苫小牧市立病院なのかと思うのですが、例えば病床数ですとか構造ですとか、数字的にほぼ同じぐらいの規模だと思うのですが、例えば、今、小樽の新市立病院の計画と苫小牧市立病院の規模・機能について、違いはどのようなものがありますか。

○経営管理部鎌田副参事

苫小牧市立病院と小樽の新市立病院との規模・機能の比較でございます。

まず、病床数ですが、苫小牧については382床でございます。内訳は、一般病床が378床、感染症病床が4床です。小樽は、トータルで388床、一般病床が302床、精神病床が80床、結核病床が4床、感染症病床が2床となっております。

診療科目につきましては、苫小牧が19診療科で、小樽は今の計画で23診療科目です。ちなみに、小樽にはないけれども、苫小牧で行っている診療科目としましては、内視鏡外科、産科、歯科口腔外科、逆に、苫小牧にはありま

せんけれども、小樽で計画しているものとしては、心臓血管外科、形成外科、精神科、院内標榜で腎透析科と健康管理科でございます。

建築的にいいますと、延べ面積は苫小牧が 2 万 8,604 平方メートル、小樽の計画は 2 万 9,100 平方メートルを想定してございます。

階数は、苫小牧は地上 6 階建てでございます。小樽市は地下 1 階、地上一部 7 階の予定でございます。

構造は、苫小牧は鉄骨・鉄筋コンクリート造一部プレキャスト・プレストレストコンクリート造です。小樽は、現在、構造計画検討中でございます。

免震につきましては、苫小牧は採用しております。小樽市は免震工法で協議を行っております。

ヘリポートにつきましては、苫小牧は、敷地内に大きな空き地がありまして、そこにヘリポートを確保しております。小樽市は、かなり狭い敷地でございますので、敷地内には確保できないことから、屋上にヘリポートを設置するという計画でございます。

駐車場台数については、苫小牧は 381 台を確保してございます。小樽は、現在 250 台の計画でございます。

以上、ざっと比較するとこのようなところでございます。

○秋元委員

以前いただいた資料の中では、基本構想時の設定工事単価が苫小牧市立病院では 40 万円ほどで、発注時には 36 万円ほどになっておりますけれども、4 万円の差がついたのは、どのようなものがあつたのか、調べていますでしょうか。

○経営管理部鎌田副参事

当初の予定価格ですが、苫小牧市立病院は平成 17 年に開院しているのですけれども、その 2 年前に工事を始めています。恐らく、その前の病院であれば、深川市立病院や留萌市立病院、この辺の最終的な工事単価を一つの目安にして設定したというふうに担当からは聞いています。ただ、その後、実際にその積算をしていって変わったといいますか、設計を積算して、金額を出して、それを入札にかけて落札した金額を面積で割り返した価格がたまたまその 4 万円の差になったということですから、どこがどの部分ということではないというふうに思っています。

○秋元委員

苫小牧市立病院のヘリポートは敷地内にあるということで、そういうことでも建物の躯体自体が大分変わるという感じはするのですけれども、例えば診療科や構造上の問題で費用的な違いはかなり生じるものですか。

○経営管理部鎌田副参事

小樽との比較という意味で答えますけれども、基本的には脳神経外科を持っていますし、診療科目も 19 診療科目ですから、ある程度、機能的には重たい病院だと思っています。小樽と比較してもほぼ同じかと思っていますけれども、そういう意味での違いは出てこないだろうと思います。それから、手術場や ICU の数ですとか、こういったところにかかなりの金額がかかるのですけれども、その意味でもそれほど違いはないだろうと。実際にやってみなければわかりませんが、ここでは大きな違いは出てこないのではないかと思います。

もう 1 点、ヘリポートについては、地上に置く形と屋上に置く形の比較で言いますと、一定重量はかかります。その上にヘリポートというおける場所ができるわけですけれども、その部分は、病院によって作りがいくらか違ってきますので、一概に比較はできないのですけれども、ヘリポートそのものには 1 億 5,000 万円と言われてます。それが重量的に建物に影響して、建物構造がどうなのかについては、全体構造の規模が大きいですので、例えば鉄筋が多く要るとか鉄骨が多くなるとかという躯体に関する影響はないというふうに言われています。ヘリポートを乗せても、乗せなくても大きな違いはないというふうに言われています。

○秋元委員

わかりました。

◎免震装置のメンテナンスについて

最後に、本日いただいた資料の 1 ページ目にある耐震構造と免震構造の特徴なのですが、免震装置は大臣認定で60年以上の耐用年数となっているということなのですが、メンテナンスは何年置きに、どのくらいかかるものというのは、一概には言えないかもしれませんが、メンテナンスはどのぐらいのスパンでやるのでしょうか。

○経営管理部鎌田副参事

免震装置のメンテナンスにつきましては任意でございます。その中で、免震構造協会が推奨しているメンテナンスの方法を採用するとすれば、1年間で80万円と言われております。5年ごとに別途料金がかかってきますけれども、そういうメンテナンスが必要だということです。ちなみに、免震構造を採用している幾つかの市に聞いてみましたところ、実際には目視で状態の確認をしているということですので、委託をしているところとやっていないところ、双方ありました。ですから、今後、導入するとすれば、その辺のところは検討していきたいと思っております。

○高橋委員

◎免震構造の大臣認定について

私からは、報告がありました耐震構造、免震構造から1点だけ伺いたいと思います。

今、秋元委員からの質問にありました耐震構造と免震構造の特徴の項目ですが、免震装置の大臣認定を受けているものにはどういうものがあるのか、何種類あるのか、もしわかっていれば教えていただけますか。

○（経営管理）松木主幹

免震装置については大臣認定でございまして、テクニカルな言葉ですが、基本的にアイソレーターとダンパー、いわゆる揺れを吸収するものの二つがございまして。その二つの中に積層ゴムとか滑り支承とか転がり支承といったものをすべて、あくまでも建築基準法上の告示の中で大臣認定が必要とされておまして、それらについて大臣認定に基づいた検査をして、認定を取得することになります。

○経営管理部鎌田副参事

実際に、今現在、国内で出回っている大臣認定の種類なり個数についての資料を今は持ってきておりませんので、後ほど答えます。

○高橋委員

わかりました。後で教えてください。

◎公的病院との連携・ネットワークについて

それでは、質問を変えます。

再編・ネットワーク化協議会で、また議会でも、並木局長から、小樽においては2次医療については完結できる医療体制にしたい、それが理想だというお話をされておりました。先ほども質問が出ていましたけれども、小樽の医療環境をどう維持していくか、また進化させていくかは非常に大きな問題だと私は考えます。

この現行体制を維持しつつ、さらなる連携のためにネットワーク化に力を入れるということで、再編ネットワーク化協議会で方向性が示されているわけです。では、具体的に公的病院とどういうふうに連携して、ネットワークをつくっていくかということについては記載がないわけですが、これについてはいかがですか。

○経営管理部長

再編・ネットワーク化協議会の最終報告を見ていただければわかると思いますが、2次医療を小樽市内で完結したいということは何年も前から公的病院の医師もおっしゃっていました。その時点では、2次医療をやる力があるのです、市立病院と公的病院を合わせれば。もちろん、特殊なものもありますから、それは札幌にお願いすることになるのですが、その時点では、これだけの医療ができるということを市民に周知できないものかと

いう話が公的病院の医師からも出ていますので、これは将来的には必要かと思えます。例えば自分なり家族がこういう病気になった時に、まずはこの病院で診てくれるということがわかることが大事だろうと思えます。

ただ、医師が減ってきている事実があります。先ほど呼吸器内科の話もありましたけれども、恐らく新市立病院と済生会が入ってもまだ足りない状況だと思います。今は、2次医療を行う力があるところから、ちょっと危なくなってきた状況があります。そういうことも含めて、小樽市内全体の市立病院、公的病院を合わせた中で医師を確保して行って、これを完結したいという流れだと思います。

具体的にどういうふうに協議していくかはまだ決まっておられませんけれども、再編・ネットワーク化協議会とてにかく病院の特色を出していただけてまとまったことは、今までの経過からしても画期的だと思っています。そういうことで、この協議会の最後にもまだ協議の場は続けていきたいと思いますということがあり、病院局長もおりますので、全体で話し合う場ができていくと思えます。役割分担については、済生会の新病院の問題もありますので、ぜひそういう協議会の場を設けていきたいと思っております。

○高橋委員

経営管理部長が言われたように、済生会の新築問題もあって、これからの協議は非常に大事だと思っております。ですから、二つに分けて、今までの院長、局長レベルの協議のほかに、できればある程度踏み込んで、事務レベルの具体的な協議の場もできればその中に議案として出してもらう形で一步でも進めるやり方が必要かと思っております。

ですから、できるだけ早目に再開というか、同じものということではなくて、小樽の医療環境をどうするかということでもいいのですけれども、進めていただきたいと思えます。年内は無理なのかどうかはわかりませんが、できれば、年内若しくは来年度にかけて具体的にまず一步を進めてほしいと思うのですが、いかがでしょうか。

○病院局長

そのとおりです。とにかく、その会ではっきりした方針を出して、新市立病院の方針として、少なくとも実施設計でもできるのだということを示していきませんと、私どもは自信を持って言えないのです。ぜひ、そういう意味で、とにかく遅れないようにやっていただければと思います。そこまでいくと、ある程度まとめたものができていけると思えますので、そのことを議員の皆さんにもお願いしたいと思えます。それは、必ずやらなければだめだと思っております。

○保健所長

少し話がずれるかもしれませんが、夜間急病センターの問題につきましては、医療環境の大事な問題でございますので、もう既に保健所を中心として動き始めているところです。以前から小樽市内の医療問題で諸病院が集まらなければならない事態が発生したときには、その都度、保健所が中心となって、いろいろな会議なり話し合いを持ってきております。

先ほど、委員がおっしゃいました各病院の具体的な医療内容についての公表につきましては、医療機関がPRできる内容には限定がございますので、今回、再編・ネットワーク化協議会でこの病院はここが特色だということをやったのは確かに私も画期的だと思いますけれども、それは、やはりある程度のという限定つきでございます。それぞれの医療機関が独自のカラーを出して、自分たちの医療機関の色を決めていくのが基本でございますので、それを踏まえた上でお互いが自主的にネットワークを張っていくのが基本でございます。保健所という立場で、ネットワークあるいは連携の中にどのような形で入っていくのかという問題につきましては、今、道立保健所も動いておりますので、保健所の立場でやらなければならないことを押さえてございます。しかし、もしかしたら委員の御期待のように何でもかんでも全部にという形には、もちろん委員もそれをおっしゃっていないと思えますけれども、医療機関としてのある程度の制限を踏まえた上で、自主的な努力の中で連携が張られ、その中で私どもは何ができるかという二重構造、三重構造でこれから進めていきたいと思えます。

○高橋委員

わかりました。

◎小樽の医療環境について

それでは、医療環境について、具体的な数字を伺いたいと思いますけれども、平成22年度の統計書の数字で議論をしたいと思います。この中で、医療施設の施設数と病床数について、現状はどのようになっているのか、傾向も含めてお知らせいただきたいと思います。

○（保健所）保健総務課長

統計書におけます医療施設と病床数の関係についてですが、統計そのものが各年の12月末現在の数字として公表させていただいておりますので、平成21年までの数字は昨年末の数字で見えておりますが、医療施設、病院につきましては、21年は18か所で、本年の直近のデータでも変更はございません。一般診療所におきましては、去年は99か所の設置があり、本年は直近でいきますと98か所と、1か所閉鎖となっております。また、歯科診療所におきましては、86か所であり、本年の直近の数字も同数となっております。

病床数についてですが、21年と20年を比較いたしますと、主に市立病院の一般病床、精神、結核病床の再編が昨年7月に行われておりますので、21年については大きな減少がございましたが、22年の直近の数字でお話いたしますと、総数は3,282床で変更はございません。精神については953床、結核については15床、感染症病床については2床、一般病床については1,425床、療養病床は887床をもって構成されているところであります。

○高橋委員

施設については、そんなに大きな変化はないというふうに思います。

次に、医療従事者数なのですが、平成17年と21年を比較すると、医師は平成17年が221.2人で平成21年は183.7人です。これに対して看護師は平成17年が1,072人で平成21年は1,007.2人と看護師はそんなに大きな影響はないのですけれども、医師の数字、ポイント数が相当下がってきていると思います。これについてどういう内容になっているのか。それから、特に一般開業医の動向も含めてお知らせいただきたいと思います。

○（保健所）保健総務課長

医療従事者数についてであります。統計書に書かれておりますのは、病院従事者のみの数値でございまして、いわゆる診療所の数字は含まれておりません。医師の減少につきましては、全国的に医師不足が問題になっている中で、各大学、医局などへも引き戻しがあったり、各診療科の閉鎖により医師が大学に戻ったり、またほかの病院に転院するといった状況も含めて減少している傾向にあります。

個々の数字としては表れておりませんが、診療所のドクターに関しましても、平成22年の数値については、今後、年明けに行います3師調査で数値が決まるかと思いますが、19床以下の診療所におけるドクターの数については、正確な数字を今ここで把握はしておりませんが、開業医そのものが高齢化しているという事情により、有床だった診療所が病床を返上するといったことや、開設者やそこに勤めているドクターが健康上の理由で引退したいという状況、また、残念ながら亡なったりということで、開業医についても減少している傾向にあると思います。

○高橋委員

それでは、市立病院について、この統計書から具体的な数字を確認していきたいと思いますが、まず、医師数について、平成17年と21年との比較です。小樽病院と医療センターそれぞれお知らせください。

○（経営管理）管理課長

小樽病院と医療センター別々に17年と21年の比較で申し上げます。

まず、全体数では、小樽病院が31名から25名で6名の減となっております。医療センターは、18名から16名で2名の減となっております。このほか、医療センターにつきましては、循環器内科の嘱託の医師が1名おりまして、17年と21年の比較では同数となっております。

○高橋委員

ということは、両市立病院を一つと考えると、平成17年が49名で、21年は41名ということによろしいですか。

○（経営管理）管理課長

そのとおりでございます。

○高橋委員

次に、細かくなりますけれども、その内訳として、この統計書に出ている診療科目別の平成17年と21年の医師数を教えてください。小樽病院と医療センターの合計でいいです。

○（経営管理）管理課長

平成17年と21年の比較ですが、まず、内科が10名から7名で3名減、循環器内科が1名から2名で1名増、外科が5名から4名で1名減、心臓血管外科が4名から3名で1名減、脳神経外科が4名から5名で1名増、整形外科が3名から2名で1名減、形成外科は0名から0名となっております。小児科が2名から1名で1名減、産婦人科が2名から1名で1名減、眼科が1名から1名で同数となっております。耳鼻咽喉科が2名から1名で1名減、皮膚科が1名から0名で1名減、泌尿器科が3名から3名で増減なしです。精神科が6名から5名で1名減、麻酔科が4名から4名で増減なし、放射線科が0名から1名でプラス1名となっております。このほか、ここの表に載っていない科目としまして、検査科が1名から0名で1名減、研修医が0名から1名で1名増となっております、全体では49名から41名ということで8名の減となっております。

○高橋委員

この直近5年の数字を比較すると、非常に大きな差があると思うのです。プラス要素として確認すれば、循環器内科が比較すると入院では189パーセント増です。それから、外来では264パーセントという物すごく大きな数字です。要するに、医師が1名増えただけでこれだけ大きな患者数の増があるのだということがよくわかります。

逆に、内科は非常に厳しい状況で、3名減ただけでこんなに減るのかと思うのですが、平成17年と比較すると入院は33パーセント、外来が31パーセントと、大きく減っている状況がわかります。医師数の減少率よりも具体的な患者数の減少のほうが大きいのですけれども、これは何かの理由があるのでしょうか、要因を教えてくださいと思います。

○小樽病院長

内科の医師が10名から7名というのは、呼吸器内科が抜けた影響だと思います。呼吸器内科は3名体制でいたものが2名になり、そこに一般内科から連れてきた医師をはめたのですが2名が抜けました。この呼吸器内科の実績は、この数年間、かなりの数を持っていたことから、その影響が大きかったのではないかというふうに思います。

あとは、糖尿病外来ですが、平成17年の時期であれば、固定医ではなくて、毎週月・水・金と大学から医師が来て、糖尿病外来をやっておりました。それが医師の数にカウントされておらず、そして糖尿病外来専門の医師も来なくなったということがありまして、患者が減っていったのではないかというふうに思います。

○高橋委員

不思議だと思ったのは、例えば、医師が半分になって、患者数が半分になるということはわかるのですけれども、医師が3割しか減っていないのに患者数が7割も減るのはおかしいと思っていたのですが、なるほど、そういうことなのですね。了解しました。

要するに、医師の動向で物すごく患者数が変わることがこの数字でよくわかります。先ほども出ていましたけれども、医師確保で大変御苦労されているわけですが、問題だと思うのは、局長が、先ほど最低限、これ以上は下がらないだろうというお話をされていましたが、逆に心配しているのは、前に病院長が言っていましたけれども、疲弊させないことが大事なのだと。もう嫌になってやめてしまうというふうにならないように努力しなければいけないというお話があったのですけれども、現状維持の体制と申しますか、局長の気の使い方と申します

か、持っていき方といいますか、それについてはどのように考えられているのか、お聞きしたいと思います。

○病院局長

私は、できるだけ面談を重ねて、医師達がどういう労働状況なのかを聞いています。それから、我々としては、医師集めについて、大学なりで働きかけているのだということを医師に話しています。

今後、きちんと仕事をした人には評価もしていかなければならないと思うのです。収入額も上がってくるとか、先ほどの待遇もそうですけれども、そういう評価ですとか。やはり、普通の公務員というよりも、やった分だけちゃんと認めてあげようということです。

繰り返しになりますけれども、私としては、医師がどういう状況で働いているかということと、今度からはやったら必ずきちんとした評価をするということで話し合っている状況です。そのほか、いろいろなインターネットやホームページを使いながら、実際にどうしているのかを皆さんは知っているのかを知ってもらうことが重要だと思います。各医師、あるいはコメディカルの方とのコミュニケーションをよくとるような形で配慮しているということです。

○高橋委員

基本設計に入って、スタッフの皆さんも含めてモチベーションが上がってきているかと思うのですが、現状では、今の41名から減らないということによろしいのでしょうか。

○病院局長

もう減らせられないのです。そのために、先ほども言いましたけれども、各大学などにこれからこういう病院ができて、こういうことをやるからどうか。あるいはどういうものを要求するかを聞いて、これから医療機器等の新規購入などもありますので、そういうところを理解して、そこへ行けば勉強できると。ですから、2人の大学教授にあったのですが、とにかくそこに行ったら勉強ができる、行きたいという病院にしてほしいと言うのです。今は、教授が行けと言って行く時代ではないのです。医師が行きたいという病院にしなければならないのです。病院のレベルを上げるにはある程度、医療機器がなければなりません。そういうような状態だということでもあります。

もう一つは、私どもの医師は大体朝の8時前から夜の7時ぐらいまで働いています。一番、モチベーションが上がるのは、彼らが一生懸命教えるものですから、研修医に人気があるのです。ですから、彼らがホームページで小樽病院はこうやっていますという、ここでやりたいとって本年は4人も来るわけです。医師は、これから新しい病院ができていくということで、できるだけ人を集めたいという気持ちもあって、そういう努力もされているということを示したいと思います。

○高橋委員

統計の数字から、非常に大きいのは、先ほども言いましたけれども、医師に対する患者数の動向の数字が如実にはっきり表れることなのです。医師の現状と新市立病院計画の診療科目別病床数との関係がなかなかよく見えないと思うのです。局長の話ですと、これ以上は減らせられないという話ですけれども、単純にリンクして、これとこれを比較するとはなかなかならないのですが、現状の医師、スタッフの状況と新市立病院の診療科目別の病床数とのリンクはどのように考えたらいいのか、教えていただければと思います。

○病院局長

これも、我々は何回も今いる医師達にヒアリングをしたわけです。それぞれの教室に行って、どれぐらいまでできるかということを知りました。それと、我々が起債をするうんぬんがあり、現実のところからそういう起債の要望書を出さないということが総務省なり道の指導なのです。現在からいきなさいという指導があったものですから、私としては、各医師にどれぐらいやれるか聞いて、その積み重ねであの数になったということです。

それと、今言いましたように、病床は、例えば何々科は15床必要だと言っても、それはあくまでも数で、とにかくあいていたら入れるというような混合病床化を進めていくという形で今はやっております。

恐らく、あと 4 年ありますから、少しずつ中身は変わっていく可能性があると思います。ですから、とにかくこの数でやっていこうというところだと思いますが、医師が多く来ることになれば増えますし、どうしても見込みがない場合は将来的になくなるかもしれません。23 診療科というのは、現在ある数なのです。新しいところを入れていくわけではないのです。二つを合わせてあれだけやっているのです。そこで、実際に最低はどのくらい必要だということを聞いていって、あの数にしたということです。本当は 396 床ぐらいでしたけれども、少し減らして今の数にしたというのが実情でございます。

それから、先ほどの苫小牧市立病院の話ですけれども、あそこも新しい病院にしてから医師が増えていったのです。あそこの藤咲院長は、医療センターにいた医師が院長になったのです。今は医局に 60 人くらいいるのです。それは、新しい病院にしたら、研修医がいろいろなところから来るのですね。ですから、今、そういうことを期待しながら、選ばれる病院にしていきたいと思います。

幸い、あと 4 年ででき上がりますので、それだけの準備は進めていけるのではないかと感じがしております。

○高橋委員

病院局長は麻酔科の医師ですから、この中の数字で、医師は 4 名から 4 名と変わっていないのですけれども、このデータからいくと何か意味があるのだらうと思うのですが、入院については平成 17 年と 21 年ではほぼ横ばいの数字ですね。これは理解できます。外来については、3,630 人に対して 1,768 人と 48 パーセントと半分以下になっているのです。これは何か意味があるのかというふうに思うのですが、内容を教えてください。

○病院局長

それは、ペインクリニックの換算なのです。痛みの患者です。前は恐らく 3 日ぐらいになっているのですけれども、最近は ICU なりいろいろなことをやるので、そこまで手が回らなくて週 2 回しか外来を開いていないのです。前はもっと開いていたのです。麻酔業務といいますのは、手術室の麻酔、それから ICU があるのです。それから、今は緩和医療もやっているのです。そういうことで、ペインクリニックに行く患者が少なくなったのです。これは全国的な傾向でもあるのです。痛みに関して、昔は麻酔かブロックでしたけれども、今は非常にいい薬ができていますので、整形外科みたいなものが今は結構多くなってきているのです。ですから、数はほかのところもある程度減っておりますけれども、今言いましたように、小樽の場合は外来では週 2 日になっています。それは御理解をいただきたいと思います。

今、もう少し増やすようにという指導はしておりますけれども、ICU なり重症患者を診ており、とにかく手術を増やさなければなりませんので、そういうところが第一かと思っております。外来も新しく 3 階につくって、これから 5 年間で少しでも増やせるようにしていきたいと思います。

○高橋委員

◎医師確保の問題について

最後になりますけれども、先ほど医師確保の質問をさせていただきましたけれども、来年度に向けて、当然、異動や欠員が出るというふうに思います。先ほど局長が言われたように、41 名という数字をこれ以上は減らせないということですから、もし欠員があつて、異動があつた場合には、その補充のめどが立っていらっしゃるのでしょうか。それから、欠員のほかに、例えば今までやめた医師の中には独立して自分のやりたい医療をやりたいという方もいらっしゃるわけですが、そういう動向も含めて確認をさせていただきたいと思います。

○病院局長

痛いところを突かれました。

ここで、もう一人、どうしても開業したいという医師がいるのです。やはり、これはとめられないのです。もう一人、内科の医師は、母親の介護をしなければならないということで本州に行ってしまったのです。

ですから、何かがあつた場合、いかに大学等で補うか、あるいは、その医師が小樽病院に来て一緒に働いてもら

うとか、いろいろなことがあります。そこの診療科の教授も、また変なのですけれども、新しくなったらグループで出すからとか、そんなことを言うのです。

そこもネットに、こういう人を募集しますということで、今、出そうとっております。そういう意味では、ここだけではなくて、どこもそういうつらい目にあっているのです。とにかく、これ以上は減らさない形で頑張りたいと思っております。馬淵院長、詳しいことは……。

（「今のところ、情報はありません。来年 4 月ですね。全く決まっていません。現状維持だと思えます」と呼ぶ者あり）

そのほかもいろいろと当たっているところもあるのです。つらいところですが、なるべく頑張りたいと思います。

○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

4 番目なので、若干、質問趣旨が重なっているところもありますけれども、できるだけはしりながら順番にお尋ねしていきたいと思えます。

◎新市立病院における院内保育所について

これは質問ではないのですが、ゾーニングの結果についてです。

私は、以前の委員会で、看護師確保の観点から院内保育所について質問した経過がございます。大変踏み込んだ回答をいただいたと記憶しておりまして、そういったあたりがどういう形になってくるのかということに若干興味を持っているところですので、今後も議論させてもらいたいと思えます。

◎医師会との懇談会開催までの経過について

最初の質問に入りたいと思えます。

私は、6 月の委員会のときに、医師会と病院局とのやりとりを聞かせてもらって、一定のルールが必要ではないですかという話をさせてもらいました。全員で集まってやっていくのはいいのですが、事前に、一定程度、話合いを持つ際のルールをつくっておかないと、行き違いといいますか、勘違いが起きるということを指摘させてもらいました。

そうしているうちに、8 月 18 日の話合いの案内が参りました。改めて、この話合いを持つに至った経過について、医師会と病院局と保健所でどのような事前の打合わせがあったのか、お聞かせいただきたいと思えます。

○病院局長

7 月ぐらいに彼らと一緒に会食をしまして、そのときにいろいろなことを言って、先ほど言いましたように、いろいろなことを言うのであれば、きちんとしたデータが必要だと言ってしまいました。この会合については、私のところに津田会長から正式には来ていなかったのです。前の日ぐらいに、こういうことをやるからと聞いた感じですが、ただ、うわさだけは聞いていましたから、その日はあけておきました。一応、確認したら、やるということでしたので、それを受けたという感じ。

○斎藤（博）委員

病院局長はそうだったのだろうと思えますが、事務方というか、小樽病院なり保健所との事前の打合わせはなかったのですか。

○経営管理部長

保健所と病院局との事前の打合わせはないと思えます。基本的に、医師会と病院局の話合いは、医師会長と病院局長が協議をして、やる場合はやっていきたいと思いますということが前回の協議の結論でした。具体的には、医師会か

ら懇談会を開きたいので日程を調整させてほしいということで、事務レベルで日程を調整したのが最初でございます。

ただ、中身については具体的に来ておりませんでしたので、医師会長と病院局長が協議をして開催を決めていくということなので、どういう趣旨でやるのか、その辺は連絡願いたいということで、局長に直接でも、事務レベルでもいいというお話をしたところ、実際には1週間前でしょうか、会合を持ちたいということで、議題は主に4点について協議を行いたいという文書が来ております。この内容としては、新市立病院の計画について医師会側から意見、要望等を述べさせていただきたいという文書が来まして、開催が決まったということになっております。

○斎藤（博）委員

逆に、ああいう形式だったということをよく言われていますけれども、それは主催する側の戦術的な配慮というか、向こうのやり方があったと思うのです。パワーポイントを使って説明があったということは別として、あの話合いを受けて、改めて局長の感想をもう一度お聞かせいただきたいと思います。

○病院局長

彼らもいろいろ勉強してきたという感じで、いろいろなデータがありました。これは、議会で既に決まったことをまた質問していましたので、ちょっと戸惑いがありましたけれども、今まで自分たちはこういうことを訴えたかったのだということパワーポイントで、皆さんの前で示したという形だったと思います。

その後は、先ほど言いましたように、いろいろと問題点もありましたので、それに対する回答を私の名前で津田会長に出しています。その後、いろいろあって、先ほどの鈴木院長からの文書を出したということです。

ですから、私と津田会長がもう少し話し合っておけばよかったと思います。お互いにこういう会を開く場合は、改めて両方で話し合ってからやろうということを第1回目に決めていたのですが、来ると思っていたのですが、津田会長から来ていなかったのですから、こういう会を開くのは、初めは何のためにやるかわからなかったのです、正式には、正式にでしたら、私の名前を書けばいいのですけれども、来なかったのです、ちょっと戸惑っていたのです。それで、私は何日か前に電話をかけて、こういう形になったという感じです。

これが、今までのちょっとした溝なのです。それぞれが一生懸命やっているのですけれども、ちょっとずれているのです。だから、おもしろいと思いました。おもしろいと言うのは変ですけども、こういうことで誤解をしているのだという感じを受けましたので、これからはそうならないように話し合っやろうということを津田会長と話しました。

それと、先ほど言いましたように、これが医療をよくするためだということをやまず考えながらやってほしいということが始まる前に私が言ったわけです。これで少しずつお互いにわかっていくというふうには思っています。

○斎藤（博）委員

◎市立病院の救急診療件数とその周知について

私は、時々、夜に小樽病院や医療センターにお邪魔することがあります。それ自体が迷惑だと言われている部分もあるのですけれども、これも仕事ですので、時々行っております。そういう中で、救急車が来て、止まっている場合もありますし、冬でも玄関で看護師たちが救急車の到着を待っているのです。さすがに声をかけてもなかなか冗談に乗ってくれないぐらいの緊張した場面を結構見ているわけで、そういう意味では、夜も小樽病院と医療センターがそれぞれ患者を受けている実態については垣間見ていたわけでありませう。

そういったときにああいう話が出てきたものですから、どうなのかという思いがありまして、今日は改めて3枚の資料を用意していただきました。

最初に、保健所でつくっていただいた夜間急病センターから市内公的病院等への2次転送件数についてという資料について説明をしてください。

○（保健所）保健総務課長

本日提出させていただきました夜間急病センターから市内公的病院への2次転送の件数についてであります、ごらんとおり、昨年4月から本年3月までの各月それぞれの夜間急病センターからそれぞれの病院に搬送した2次転送の件数を記載したものでございます。

小樽病院では、4月から3月までの1年間で89件、医療センターにつきましては69件、合計158件の患者を市立病院に2次転送として搬送しているところでございます。公的病院は3病院ございますが、合計して年間336件で、小樽病院、医療センターを含む五つの公的医療機関等につきましては、市内で年間588件あったうち494件の患者が搬送されている状況にあります。

また、市内の病院、診療所につきましては、1年間で67件、市内合計で561件の搬送を行っております。このほか、残念ながら小樽では診られなく、札幌市内、また後志管内の病院、診療所に搬送されている方が27件ございます。小樽病院、医療センターの搬送件数は全体で588件のうち158件ございましたので、全体の26.9パーセント程度が市立病院に搬送されている状況です。

○斎藤（博）委員

夜間急病センターからの市内の公的病院への転送の患者の流れは、どういう連絡体制やシステムで行われているのでしょうか。

○（保健所）保健総務課長

夜間急病センターは、委員がご存じのとおり、1次救急の施設でございます。主に、軽傷の患者、軽度のけがを負った患者が搬送されるわけですが、診療の過程において、1次救急では手に負えない、これ以上悪化したらどうなるかという2次救急への転送が必要な方につきまして、夜間急病センターに詰めておりますドクターからその日に当番になっているオンコールの病院がございまして、そちらに打診いたしまして、ドクターからドクターへの連絡体制をとりながら搬送についてオーケーという病院に搬送していると聞いております。

○斎藤（博）委員

次に、小樽病院の救急外来件数についての資料を出していただいておりますので、説明をお願いします。

○（経営管理）管理課長

平成21年度小樽病院救急外来診療件数についての資料ですが、中身としましては、救急患者処置室での診療件数になっておりまして、これを月別、診療科別に表にしたものでございます。

21年度の救急外来診療件数ということで、合計では1,839件の救急患者を診療しております。他の医療機関からの転送という部分では188件で、救急車で搬送された件数は301件になっております。

○斎藤（博）委員

次に、医療センターからも同様の資料をいただいておりますので、お願いします。

○（医療センター）事務室次長

医療センターも同じように、平成21年度の救急外来で土・日・休日、夜間に受け付けた件数を月別、診療科別に集計したものです。

合計件数は885件、このうち救急車により搬送された件数が593件です。また、他の医療機関から転送された件数が262件となっております。

○斎藤（博）委員

両市立病院について、他の医療機関からの転送が、小樽病院では188件、医療センターでは262件という数字があるわけですがけれども、これは、先ほど保健所でつけていただいている夜間急病センターからの転送分を含まれていると考えてよろしいのですか。

○（経営管理）管理課長

夜間急病センターからの数も含めた件数になっております。

○（医療センター）事務室次長

同じく、夜間急病センターの件数も含まれております。

○齋藤（博）委員

今回、それぞれ小樽病院、医療センターにお願いして、こういう資料をつくっていただきました。事務執行状況などを見てもこういうデータは載っていなかったのです。

それで聞きたかったのは、こういう診療科別に、夜、それぞれ小樽病院、医療センターとして動いているデータをこの間もつくっていたのか。その辺についてはどうなのですか。これと同じようなものを毎年つくっていたのですか。

○（樽病）事務室主幹

このような資料は、毎年つくっております。

○（医療センター）事務室次長

医療センターでも毎年つくっております。

○齋藤（博）委員

つくっていたデータの扱いですけれども、どういう形で公表していたのでしょうか。どこを見れば、こういう実態が表に出てくるのでしょうか。

○（樽病）事務室主幹

このような資料は、内部資料という形で、外には出しておりません。

○（医療センター）事務室次長

同じように、医療センターでも、内部資料ということで、外には出しておりません。

○齋藤（博）委員

外には出さなかったにしても、例えばこういう実態については保健所には出していますか。

○（樽病）事務室主幹

保健所にも出していません。

○（医療センター）事務室次長

同じく出しておりません。

○齋藤（博）委員

そうしたら、逆に聞きますけれども、小樽病院や医療センターの夜間の状態について、保健所として、こういう実態なりデータは押さえていないという理解でよろしいのでしょうか。

○保健所長

私は、昨年 4 月に保健所長を拝命いたしましてから、1 年間かけてやらなければいけないのは夜間急病センター問題がトップに上がっております。夜間急病センターが自分のところの実態をどのように報告しているか改めて見直しましたところ、こういった小樽市内全体の救急を踏まえた上での 2 次転送の問題はとらえられていなかったのです。それから、小樽病院に何件か転送されているかなどの細かいことが全然出されていないことがわかりましたので、昨年度、実際の 2 次救急の実態について、夜間急病センターには手書きの資料しかございませんので、全部取り寄せて解析を始めたところです。

医師会の研究発表という場がございますので、そこで第 1 報を報告いたしまして、このたび、8 月になりますが、第 2 報ということで、消防本部からも情報をいただきまして、小樽市内における夜間の診療状態はこうなっていて、その中における夜間急病センターの 2 次転送はこの程度であると。ですから、夜間急病センターだけの情報ではな

く、全体を押さえなければいけないということについては、保健所として分析して提示したいと思います。

○齋藤（博）委員

失礼な聞き方かもしれませんが、こうして立派な資料をそれぞれの病院で集計されて、内部資料としてお持ちになっていたということですが、使用目的はどのように考えていたのですか。夜間に両市立病院がどういう役割をしているのかということが、この二、三年はすごく争点化されていた部分もあるわけですから、こういうものが全然出ていないと、医師会がこの間につくったようなデータに基づいて、自分たちの考えを訴えてくるのは当たり前のことみたくなってくるだけです。データをつくるのも仕事かもしれないけれども、つくったデータを使って、小樽病院なり医療センターの宣伝とまでは言わないですけども、こういうことをやっているのが市立病院で、新市立病院にはこういう機能を持ち込むのだということを積極的に出していくのも必要だと思うのです。

そういう意味で、つくっていたのか。今回、初めてつくったデータだと言われると、ああ、そうかとも思いますけれども、つくっていたのなら、何のためにつくっていたのかを教えてください。

○（医療センター）事務室長

医療センターにおきましては、各運営会議などの中で、職員やドクターを含めてこういう状況を周知して、そして、実際に各診療科別の状況も出しながら、院内で協力してやっています。周知には使っているという状況でございます。

○（樽病）事務室主幹

小樽病院では、今、医療センターが言ったような経営委員会みたいなものがあるのですが、そこにも出していた記憶はなく、委員がおっしゃったとおり、ただ統計をとるための統計みたいな、あくまでも統計としての押さええとしてつくっていたというのが正直なところです。

今後、どうやって生かすかが課題だと思いますけれども、現在まではそういう形でしかデータをとっていなかったという状況です。

○齋藤（博）委員

ぜひ、これからでもいいのですけれども、医師会との話し合いも大事ですが、生のデータを持ってお互いの実情をわかり合っていくことが必要で、溝を埋める一つとして情報の共有化は大事な部分だと思うのです。

そういう意味では、このデータを出したら病院経営に深刻だということがあるとか、専門的にはわからない部分もあるのですが、例えば、小樽病院から医師会のメンバーに配るのもどうかと思います。それぞれの病院の地域連携室でニュースをつくってしまっていて、いろいろな記事を書いているわけですけども、その中の一つとして、1年に1回ぐらい、夜はこういう状態だという部分を書けるとか、若しくは、毎月のデータで言えば、保健所を通じて医師会に行って、医師会から構成している会員に両市立病院の夜はこういう状態で、本年はこうだったという情報を流していくようなシステムを考えてもらわないと、ここでの場面では何となく医師会が自分たちのデータだけでやってみたい話になってしまうのです。しかし、実際はどうだったのだという話になると、夜間のあり方について相当いろいろな動きなり議論がある中で、一番実態に近いデータは病院に保管されているということは理解しがたい部分もありますので、取扱いについては早急に検討してもらいたいと思います。病院からダイレクトでもいいですし、保健所経由でもいいですけども、その辺についてはいかがでしょうか。

○経営管理部長

補足といいますか、私も第2病院と言われていたところにおりましたが、基本的にこのデータはあるのです。それを会議で出すか出さないかは、そのときのドクターの求めなどがありますけれども、病院を運営していく中でどれだけ救急を受けているかということは、当然、データとして持っておりますので、それで病院長が承知されているのだと思います。

今回、医師会との懇談会を契機に、夜間急病センターからの搬送が出てきまして、鈴木院長は消防の救急に着目

した分析をされています。これは各公的病院も基礎データですから、恐らく持っていると思いますので、また協議の場が設定されてくる中では積極的に出していきたいと思ひますし、病院局として、毎月出てくるので、保健所には出していきたいと思ひます。

○齋藤（博）委員

この三つの資料で、小樽病院、医療センターの時間外なり夜間の状態についてデータをいただいているのですけれども、どう考えても夜間急病センターから小樽病院、医療センターに2次転送した件数と、それぞれ小樽病院なり医療センターが受けている実際の数との間に非常に大きな差があるわけですから。この差がどうして出てくるものなのかを改めて説明いただきたいと思ひます。

○（樽病）事務室主幹

夜間急病センターから来るのは、当然、2次救急ですけれども、そのほかに、小樽病院に昼間に来ていて、夜、急にぐあいが悪くなる等で直接来られた患者がいましたら、まさか夜間急病センターに行きなさいと言うわけではないので、あくまでも1次救急の患者ですけれども、昼間や何週か前に来て、退院後に急にぐあいが悪くなったという患者は常に時間外で受けている形でこれだけの差が出るということだと思ひます。

○（医療センター）事務室次長

医療センターでは、救急車で直接医療センターに運ばれてくるケースがかなりあります。あとは、直接、患者から病院に連絡をとって、タクシーなり家族の車で来るケースもかなり見られるということで、その差があるというふうに考えております。

○齋藤（博）委員

要は、小樽病院、医療センターの実際の夜の部分について、今回、夜間急病センターから小樽病院、医療センターに転送されている数は、ほんの一部というか、転送されている内数だったと、それ以外の場面で直接なり、病院連携なり、病診連携という形でたくさんの患者が小樽病院や医療センターに来ています。その差がここに表れているのだと理解してよろしいですね。

○（樽病）事務室主幹

委員がおっしゃるとおりです。

○齋藤（博）委員

◎救急体制の問題点と内科の輪番制について

次に、小樽市救急体制の問題点についてということで、小樽病院長の名前で文書が出されています。

資料として提出していただきましたが、改めて、この文書全体についての小樽病院長の思いなり、意図なり、どういったことが書かれているのか、資料の説明をお願いいたします。

○小樽病院長

思いと言っても、5年と数か月、小樽の救急を見てきたのですけれども、それ以前は、御承知かもしれませんが、道南で20年のうち、函館市内で10年、それから江差で10年という中で、病院群輪番制を自分自身も体験してきておりました。

病院群輪番制というのは、当番病院がそれをかぶります。もし小樽市内でこれをやるのであれば、13万5,000人の都市ですし、周辺人口を含めても20万人弱ぐらいです。ところが、道南であれば、函館市だけでも28万人、周辺で四十何万人、道南全体で52万人の人口がいます。それを1か所の病院に、もちろん町立病院なども一定程度はやるでしょうけれども、そういう中で救急車が向こうからやってくるとか、病院前で救急車が並んでいるということも経験してきているものですから、輪番制をしても道南ほどはひどくはないだろうと。内科、外科、整形外科、そして小児科の医師、三つの当直室が並んでそういう夜間救急をします。それが、たしか函館市内で六つ、七つの病院がやっていたのです。そういうものを見てきて、当院としても市立病院が、その前からそうだったのかもしれない

せんけれども、救急の評判はあまりよくありません。しかし、内部で見ていると、今、委員が言われたように、こういう数字で、職員は一生懸命はやっています。ところが、外ではそんなふうには聞こえていません。そういうところから、数字ではっきり出されなかったのが、今回、18日の機会に内科系搬送件数という表現があったものですから、それが一つのポイントかと思って、市内で内科系と言え、御承知のようにいろいろな専門診療科が入ってまして、それらを一つの病院の数として出していたものですから、これをさらに詳しく分けてみたらどうかということによってこういう数字になった次第です。

それからもう一つは、その中で平成21年度の数を見ると、救急は内科が多いのは当然ですが、耳鼻科が健闘しています。さらに、直近の新しい数字を見ると、4月、5月、6月ですが、耳鼻科がさらに増えています。どうも耳鼻科の医師は医局の中でも疲れ切ったような感じが、昼休みは長椅子で昼寝しているのです。そして、きついということも言っていたものですから、資料の最後の別紙のように、3か月を見るとしょっちゅう呼ばれているということです。

耳鼻科の勤務医は市立病院にしかないものですから、もし彼が抜けてしまったら、例えば、鼻血だったら一般の人でもつっぺをしてとまるようなものもあるでしょうけれども、年間で考えれば、耳鼻科でなければとめられない鼻血だってありますし、だから札幌に送れば良いというわけにもいかないのです。時間にしたら、その間は出血しているわけですから。

そういう意味でも、耳鼻科の勤務医確保はとても大切です。それから、当院に対する誤解を何とか払拭しなければということになりました。

思いと言われたので、思いを述べさせていただきました。内容については、事務方から説明します。

○（樽病）事務室長

それでは、資料の説明をさせていただきます。

小樽市救急体制の問題点についてという資料ですけれども、1ページ目の1)につきましては、医師会から示された夜間急病センターからの内科系疾患の2次転送のグラフであります。

ちょっと見づらいところがあると思いますけれども、ピンクのゾーンが市立小樽病院で、全体の11.1パーセントであることが示されております。オンコール体制では、内科医の比率によりオンコール数の多少が決定されております。下段のグラフでは、それぞれの病院、以下、医師会のグラフにある5病院をいいますが、この内科系医師数を示しております。多くの診療科を有する病院、また相対的に内科医が少ない病院ほど当直回数が減ります。オンコール体制では、内科医が当直しているかどうかでオンコール数が決まりますので、相対的に内科医の少ない市立小樽病院の応需日数が少なくなっております。

次に、2ページ目の上段のグラフは、内科系医師数の比率を表しております。2)については、内科勤務医の専門医傾向が強まるほど、専門外領域の救急疾患の診療はストレスとなり、オンコール体制では、他の病院では専門医の当直がいるかもしれないという意識がたらい回しにつながっております。また、勤務医が当直時に日勤帯から処置で手がふさがれていることも珍しくなく、勤務の過重労働からたらい回しを引き起こしています。専門領域にこだわると切りがなく、対症療法で翌日の平日診療体制に送られることが望ましく、総合診療医の確保が望ましいが、これも難しく、近い形態としては、開業医の方々と市立小樽病院のオープン病棟があります。また、緊急性を有する急性心筋梗塞、消化管出血、ぜんそく重責発作などは例外特別事項とされるべきです。

3)のグラフは、小樽市消防本部からの資料で、それぞれの病院ごとの救急車搬送件数を示しております。日中は、4病院がほぼ同じで、夜間はD病院が最も多くなっています。

次のページの4)のグラフですけれども、内科系の搬送件数を示しております。内科系には、消火器科、循環器科、呼吸器科、神経内科が含まれますが、三つの病院で日中と夜間の差が大きいのは、B病院と市立小樽病院で、市立小樽病院は内科医の当直回数が少ないことが原因の一つと考えられます。

5) のグラフは、内科系医師 1 人当たりの搬送件数を示したもので、B 病院が一番多く、市立小樽病院は 2 番目となっております。

6) は、消化器系内科搬送件数を示したもので、次のページにグラフがあります。日中は、市立小樽病院と B 病院が突出しています。

7) のグラフは、消化器系医師 1 人当たりの搬送件数を示したもので、市立小樽病院は最も多くなっております。

8) のグラフは、市立小樽病院の時間外救急を受ける急患室の受療状況を示したものです。内科、整形外科の順で、外科と耳鼻科がほぼ同数となっております。

9) のグラフは、今年度の 4・5・6 月の急患室診療件数ですが、耳鼻科がさらに増え、整形外科を上回っています。

10) は、実態調査をした結果ですが、次ページに資料をつけておりますが、耳鼻科では連日時間外に呼び出されることが 2 週間以上続いたり、9 日間続いていたりしています。医師本人は、翌日の外来診療の後に大きな手術を予定していると、夜間の呼び出しには不安を覚えると話しています。市内の耳鼻科勤務医は 1 人であることから、耳鼻科救急の夜間は憂慮されます。

最後に、まとめですが、どの病院が救急患者の受入れが多いか、少ないかではなく、救急応需の病院の勤務医は押しなべて厳しい労働環境にあります。全国的な勤務医から開業医への流れを食いとめることができなければ、救急医療を守るためには開業医の協力なくしては成り立ち得ないと考えており、五つの提言をまとめています。

一つ目としては、オンコール体制をしいた時代と状況は変わってきており、これまで述べたような問題点が顕在化しており、輪番制の導入を検討すべき時期に来ていること。二つ目として、救急対応に市立小樽病院の内科が少ないことはなく、逆に他の病院より多く受け入れをしていること。三つ目として、勤務医の労働過重を少しでも軽減するため、開業医の方々の協力が不可欠であるということ。四つ目として、内科勤務医の専門性に対応するためには、日々、総合診療の経験を駆使する開業医の方々の協力により補完されるものであること。五つ目として、市立小樽病院耳鼻科の救急対策が最優先課題であることです。

○齋藤（博）委員

ありがとうございました。

小樽病院の実態について書いていただいて、これについては読ませていただいております。

これは私の感想なのですが、一度は小樽病院で勤務したことのある医師で、開業したり転勤した人は、比較的、小樽病院や医療センターの夜間の現状を押さえているのではないかと思います。それが声となって出てくるかという、なかなかそうはなっていないのですけれども、勤務したことのある人は実態として大体わかったのではないかと思いますので、その部分は医療センターも自信を持っていただきたいと私は思います。

この文書を読ませてもらって、そういった感想のほかにもう一つ非常に大きな部分を意識したのが輪番制の部分です。この委員会に七、八年ぐらいいるのですけれども、時々、これが議論されました。そのときには、なかなか難しいという答弁が従来の小樽病院サイドから繰り返されていたのではないかと思います。

今回、病院長の名前でつくられている資料で輪番制の導入を検討すべき時期に来ているとお書きになっているわけですから、そこは、私の受止めとしては大きく変わったというか、大きく踏み出してきたという印象を強く持ちました。改めて、院長の決意といたしますか、こういうふうにかざるを得なくなっている状況に対する考えで、私が一番心配しているのは、従来の議論の経過から踏んでいくと、院内合意の部分なのです。輪番制の議論を開始するという事に関する小樽病院内の合意形成がどういう積み上げの中で病院長として検討すべき時期に来ているという立場を明らかにしたのかをもう少し教えていただきたいとします。

○小樽病院長

実は、先週、この文書を全員の医師に配付しております。その中で、感想についてはまだ直接は聞いておりませ

んけれども、これを出す段階になって、同じ診療科の副院長とも話し合っております。やはり、この輪番制については導入してやっていかなければならない時期だろうということは言っております。それから、医師会で話されていることは、外科、整形外科がペアで輪番制をやろうとしていたのですが、残念ながら整形外科が抜けた病院ができたことから輪番制の話は宙に浮いたままになっておりますが、私が申している輪番制は内科だけです。というのは、市内の病院は、内科、外科、整形外科、あるいは小児科それぞれがそろっている病院はどこにもないわけです。それで、外科、整形外科が輪番制を医師会としても試みていたのは、幾つかの病院に外科、整形外科がそろっているからやれるのではないかということだったわけです。それができなくなったのであれば、内科だけでもやらなければならないだろうというふうに思っております。

内科だけでやっても、御承知のように、内科には循環器とか呼吸器とかいろいろと標榜している科もありますけれども、内科を一つにひっくるめて、そして今の 5 病院だけではなくて、もっと増やしていくと。それはほかの地域でも輪番制をやっているわけですから、その地域、その地域で話し合っ、それぞれに特徴があるでしょうから、その地域に合った形で輪番制を進めていくべきものだと思っております。

ちなみに、函館では、当時は夜の 11 時まで夜間急病センターがありまして、そこで開業の医師が診ていて、あとは 1 か所の病院だけが何でも受ける形でやっておりました。たしか、六つか七つぐらいの病院が内科、外科、整形外科、小児科がそろっていたように記憶しております。そろってなくても、一つの診療科だけでも回していけばいいわけですから、それを病院の数で、例えば五つの病院があれば、5 日ずつ回していけばいいのか、その病院に内科の医師が 5 人のところもあるし、3 人のところもあるし、そうしたらその割合で回していけばいいと。

そして、これで大事なことは、病院として当番になった医師を支援するような体制をつくってあげなければ、すぐにだめになってしまうと思います。ですから、その医師が翌日の外来でない日に当番に当てるとか、そして、大抵、午前中は入院させた患者の対応に追われますから、昼からは帰っていいという形で回していかなければいけないことで、これは院長の理解といいますか、了解も必要で、当事者と院長とで話し合っ、進めていこうと思っております。

これは、医師会長にも出したものですから、まもなく医師会長から何らかの返事をもらえると思いますので、それで進めていきたいと思っております。

○齋藤（博）委員

内科だけというお話ですね。

今、聞かせていただいて、医師会がよく使っている夜間急病体制や輪番制という言葉とどこまでかみ合うのかわからない部分があるのです。今、小樽病院から内科の輪番制について検討すべき時期だと発信されたことを受けて、当然、医師会での話し合いになると思うのですが、そういった話し合いをする場が、院長と会長の話ということになるのかどうかはわかりませんが、やはり地域医療なり、市民の夜の生命を守るという部分での議論ですから、当然、これは保健所の仕事ではないかと思うのです。小樽病院もそういうふうに踏み出してきて、医師会はこの間いろいろな思いで、お互いに発信してきたわけですが、一定のところがかみ合っ、きている部分がありますので、それをうまくシステムにつくり上げていくのは保健所の仕事なのかとも思うわけです。

その辺の取組について、保健所としてどういうふうにお考えになっているか、お聞かせいただきたいと思っております。

○保健所長

誤解といいますか、補足をさせていただきたい点がございまして。

まず 1 点目は、先日、医師会と病院局との公開懇談会では、小樽病院に夜間急病センターからの内科の 2 次転送をもっと受けてほしいという趣旨のこともあったと思うのです。本当の意味は、内科のオンコールをかけている日数が小樽病院は少ないということを言っているのです。つまり、夜間急病センターは今日 1 日、内科は四つの病院のうちの何個の病院にオンコールがかかっているのか。耳鼻科はどこで、外科はどこだという一覧表を持っている

わけです。それで、ある日は 4 病院全部の内科にオンコールがかかっているのです。まれに一個もないときもありますけれども、ほとんど 1 個か 2 個か 3 個か 4 個と内科にオンコールがかかわるわけです。

2 次救急の発生率は、小児科、内科、外科も含めて一晩で 2 人ぐらいです。その出た患者がどこの病院に行くかとなると、内科へのオンコールが 4 か所かかっていると、どこの病院が一番適切かを考えて、そのうちの 1 個を選ぶことができるのです。そこに登場する小樽病院の回数を増やしてほしいという言い方だったのです。それは、オンコールをかけていても 2 次救急が発生しないというゼロ件のこともかなり多いですから、結果としては小樽病院もかなりの 2 次救急を受けているのです。つまり、オンコールをかけている回数だけでしか問題を立てていなかったのです。365 日のうちの何日をオンコールで手を挙げたかということで問題が立てられていたのです。ですから、そうではなく、実際に受けた件数で考えたらこうなりますということで本日の資料が出たと思います。

先ほど来出ている外科と整形外科の輪番制の問題ですけれども、これは数年前から外科は輪番制に変えております。外科も以前はオンコールでしたので、複数の病院が手を挙げていたのですが、それを今は 1 個に絞って、外科輪番で、その日の外科は 1 か所しかオンコールをかけないという形をとっております。整形外科は、今、鈴木院長がおっしゃったように、当初は 4 か所あったものが今は 3 か所なので、整形外科は三つの病院のうち、3 か所受けるのか、2 か所受けるのかという形で相変わらずオンコールでかかっております。それから、循環器科は 3 か所の病院のうち今日は何か所受けるのかという形のオンコール形式で今はかかっております。

ですから、オンコールの形から内科輪番に移りたいというのは私どもとしては大変画期的な第一歩ととらえておりますし、医師会長からもこれは大変画期的なことであるということは聞いております。

救急現場の医師達も、以前から外科輪番と整形外科輪番が先に動いて、内科輪番が実現できなかったもので、何とか内科も輪番にできないかという話はあったのですが、内科と言っても心筋梗塞を受けるとしたら循環器科の輪番でなければだめではないのだろうか、呼吸器だったら呼吸器科の専門医でなければ受けられないのではないだろうか、そういった専門性がある中で内科輪番をどのようにつくっていくのかという大変な問題がございます。

ある病院においては、うちには循環器の専門医がいないから、内科輪番で回されても循環器を受けられないと言っている病院もありますので、内科輪番にどういった病態を含めていくのかということは大変大きな問題です。むしろ、オンコールで複数の病院が内科を受けの方が、患者に適切な病院を選べるといった意見もがございます。内科輪番は外科ほど簡単ではございませんので、非常に複雑でよほどの話し合いで詰めていって、本当に当事者同士がやるぞという決意を固めるまではそうそう簡単に解決できるものではございませんが、ここで大きな一歩が踏み出されましたので、私どもとしても早急に内科系の医師方が集まる機会を提示して、内科輪番の問題を解決できるかどうかはわかりませんが、この問題について一歩を踏み出そうというところです。

長くなって申しわけございませんが、オンコールと輪番の違いは単純ではないということと、外科輪番と整形外科輪番は既に動いているということは結論として整理してお伝えしたかったということです。

○斎藤（博）委員

私が聞きたかったのは、そういう美しい話ではなくて、小樽病院から意識が出てきているということです。これは、保健所長も御承知のように、従来になかった考え方が今回初めて示されているので、これは重く受け止めて、私らの業界で言うと鈴木院長ひとりに裸でやらせるのではなく、小樽市としてどういう体制でサポートしていくのか、どういう体制を考えているのかということがあったらお聞かせいただきたいと思いますが、いかがですか。

○保健所長

実は、私は美しい言葉を言ったのではなくて、内科輪番の問題はずっと懸案でございまして、これが本当に硬直して先に行かなかったわけです。ですから、私どもとしても今回の鈴木院長のレポートは待っていましたというところでもございまして、既にこれを受けて動くことは始まっておりますので、それはどうぞ御心配なく。保健所としても、この内科輪番の問題は懸案でございまして。ですから、これは、当然、小樽病院が動く問題ではございませ

せんで、内科輪番は保健所がまとめていく問題でございます。ですから、その点については、動きますので、どうぞ御安心いただきたいと思っております。

○斎藤（博）委員

この部分の最後ですけれども、当然、保健所にもかんでもらいたいと私も思っているわけですが、医師会も公立病院も含めて難しい問題だということも少しはわかるのですけれども、どういう体制で、どういう仕掛けなり、仕組みを考えていこうとしているのか、考えがあったらお聞かせいただきたいと思っております。

○副市長

まず、救急問題については、改革プランの第 5 章の再編・ネットワーク化の関係の中に、具体的にこういった問題については地域の医療機関全体で取り組む課題だということも少しはわかるのですけれども、これから関係機関と協議会を設置して、夜間急病センター問題も含めて医療体制の維持強化に努めますという市の考え方を示してございます。

それで、現在の夜間急病センターの問題は、実は来年度が指定管理者の更新をする時期でございまして、今現在、医師会と具体的な更新に当たってのいろいろなやりとりを原部でしています。その中で、通常であれば 5 年契約ですけれども、三、四年後には、現在、母体病院になっている済生会が新しい病院をつくるという提案をしておりますので、医師会としてはどういうスタンスをとるか、内部で議論しているようです。

我々としては、それであれば、5 年でなくても当面の 3 年は現行体制でやってもらって、全体の救急体制問題を継続して議論しようというスタンスを持っておりますけれども、結論から申し上げますと、現在の体制になったのは、この間、北野議員の御質問に市長から答えておりますけれども、昭和 60 年ころからの病院併設構想の議論の中で、これは私どもの記録ですけれども、平成 2 年 5 月ころの医師会の役員会の中で、当時は医師が過剰だという世相だったわけです。ですから、母体病院であっても一定程度の医師確保が十分にできる状況がある。そして、もう一方では、市内の開業医の高齢化が進んでいって、昭和 52 年くらいから内科、小児科を中心にして、医師会が小樽市の委託という形で夜間急病センターをやっていたころは、医師会として基本的には開業会員に義務化をしているのです。言ってみれば、当番にちゃんと入りなさいということを昭和 52 年くらいからやってきた経緯があります。

ですから、昭和 60 年からの併設問題の議論は、平成 2 年の議論を見ますと、こういう体制を待っていたのだと、医師がたくさん母体病院にもいるし、我々としては義務としてやることは大変なのだという議論もあったのだらうと思っております。それを踏まえて、同年 6 月の臨時総会で、最終的に小樽病院を母体病院にしろという議論も結構ありましたけれども、済生会小樽病院、従前の北生病院が母体病院になって併設をする形で事業が進んできた経緯があるのです。

今現在は、医師がいなくて母体病院は大変な状況になっているし、一方では、開業医は義務ではないと解き放しているわけですから、開業医としてはいろいろな形で対応することは、かなり個別的に、医師会長とも話をすれば、やはり御協力をいただく医師はいろいろといるので、できない人もいます。

ですから、基本的に、医師確保の問題は、医師会と母体病院が責任を持ちますという体制です。それが現状としてよくない状況になってきているという背景の中で、今の体制をどういうふうにしていくかは、私が今、るる述べたような背景を、小樽市と医師会が委託しているわけですから、その部分の現状認識を共通化して、その中で母体病院を継続しないのか、輪番制という内科が新しい形で問題提起をされれば、外科系は輪番制をとっているとすれば、併設問題は本当に存在するのかどうかという問題も派生する議論としてあると思うのです。

この間も内部で議論していますけれども、その辺で医師会が市の考え方を聞きたいと言っているのですけれども、我々としては、まず現状認識としてこういう経過で現体制が組まれていますということを整理して、医師会としてお願いしていることで何が最大の問題なのか、内科の問題はこうだということで、今、小樽病院が言っている輪番制の問題を言ったときにどう回るのかを議論していくべきというふうに私自身は感じております。市としては、今、保健所が中心になって医師会とそんなスタンスで、前提はこのところから出発して、夜間急病センターも含めた

救急体制の問題について、何とか医師会の御協力を得ながら落ちるところに落とすという格好をとっていきたいというふうに思っているところです。

○齋藤（博）委員

この問題については別にかどうか、一定の状況が進んだ中でまた議論をしていきたいと思えます。

◎新市立病院における構造方式について

最後ですが、先日、ビデオを見せていただいて、新市立病院の構造について免震構造と耐震構造を映像的に見せていただきました。今日、改めて、病院局としては新市立病院に免震構造を採用したいと考えておりますという結論を載せた文書が配られているわけでありませう。

二つほどお聞きしたいと思えます。

一つは、私は神戸市立中央市民病院を一部調べた経過があります。これは新市立病院が築港地区に建てるといったときに、神戸は埋立地に建っている病院で、地震の後に大変なことになっていたという記憶があったので調べました。ここは、つぶれてしまったのかと思っていたのですが、周りは液状化だったけれども、中の状態が大変なことになって、要するに、その日はほとんど使い物にならなかったという話を聞きました。

ここにも若干書かれているわけですが、まず、耐震型の病院を建てて、今度の予定地は埋立地ではありませんので、その辺について同じような条件にはならないかもしれませんが、神戸市立中央市民病院が阪神・淡路大震災の後にどういう状態になっていたのかということがわかっていけば教えていただきたいと思えます。

○経営管理部鎌田副参事

神戸市立中央市民病院の地震の被害の状況でございますけれども、これは、地震から半年後の平成 7 年 7 月に、「大震災を体験した市民病院からの報告」というタイトルで詳細な報告をしております。

非常に多い資料の中から幾つか申し上げますと、まず、この病院は、昭和 56 年に建築した地下 1 階、地上 12 階の耐震構造の建物でございます。それが実際に被害に遭ったわけですが、被害の状況として報告されておりますのは、建物の本体については目立った被害はなかった。ただ、増築した棟との渡り廊下の一部が破損してしまっていたということでした。ですから、建物本体はさほど大きな被害を受けていないということです。

ただ、建築に付随する建築設備で言いますと、建物内部のスプリンクラー配管一部が折れて、その水が病棟に漏れて入院患者が一時避難しました。その他、建物内外の配管の多数が被害を受けて、屋上の水槽も破損をしたというふうに言っています。建物の被害はそうでもなくて、配管が折れて水が相当出て、その被害がありましたということでした。

医療機器についての報告では、例えば、放射線関係で言いますと、心臓カテーテル、脳アンギオ、MR I、リニアックについては全損で使用不能と言われております。検査関係では、多数の機器が転倒して、先ほど言いました水の関係で水不足により検査ができなくなった。そのほか、血液をためていた保冷库が転倒して床に血液が散乱したということも報告されております。透析についても、スプリンクラーの誤作動による水の影響で漏電しまして、実際に透析ができなくなったと報告されております。

実際に、1 月 17 日の当日は、病院として外来患者は 364 人を受けています。しかし、人の力で診療するというところまではできたのですが、機械を使った診療はできなかったということがこの報告書では言われております。

○齋藤（博）委員

もう一つは、この間のビデオの中で、免震の弱点と申しますか、問題点ということで、長周期地震動が紹介されて、ゆっくり 5 分とかという単位で揺らされている映像がありました。その中で、病院の中が大変な状態になっているという報告もあったわけですね。

最初に、この長周期地震動についてお聞かせいただきたいと思えます。

○（経営管理）松木主幹

長周期地震動についてでございますけれども、大地震の震源から放出された長周期成分を多く含んだ地震波が平原などに厚く積もっているやわらかい地層、いわゆる岩になっていない堆積層を通して増幅した結果、発生します。一般的にはマグニチュード、いわゆる地震の規模が大きいほど震源から放出される地震波には長周期の成分が多く含む傾向がございます。

日本国内では、関東平野などの広い平野や盆地などで厚い堆積層が存在しており、北海道内ですと石狩平野南部、勇払付近で厚さ 2 キロメートル以上の堆積層が存在し、平成 15 年の十勝沖地震の際にも被害をもたらしております。

○斎藤（博）委員

今のお話からすると、小樽は石狩平野南部ではありませんし、先ほど、堆積層が揺さぶられていく中で建物に甚大な被害があったという説明をされたわけで、ビデオでは長周期地震動が起きた場合はという話が報告されているわけですが、小樽市内の地質なり基盤を考え、新市立病院の構造を免震だと考えるときに、この長周期地震動についてはどういう整理をしていったらいいのかと思うのです。その辺についても一度お聞きしたいと思いません。

○（経営管理）松木主幹

小樽における長周期地震動の影響なのですけれども、堆積層は、谷や川、川沿いの区域には存在しますけれども、長周期地震動の発生の条件であります数キロにも及ぶような厚い堆積層は知られておりません。また、新市立病院の場所も高台で、過去の調査結果を見ますと、流紋岩質の凝灰岩という岩質のため、基本的には長周期地震動の発生しにくい場所というふうに考えてございます。

小樽の築港地区にございます独立行政法人、北海道総合研究機構の地質研究所に見解を求めましたけれども、同じような見解でございました。

また、これは地質的なもので、テクニカル的な面では、仮に大周期の地震動が入って建物の周期と地震動の周期が共震した場合でも、免震構造における免震層にあるダンパーが揺れのエネルギーを吸収して、そこで揺れをとめていくことになります。さらに、構造計算を今回やることになるのですけれども、その中でも、大周期地震動の入力波についても検証をするということになります。

○経営管理部鎌田副参事

この長周期地震動については、免震構造が苦手としている揺れということで、この間のビデオでもありました。今、松木主幹からありましたように、十勝沖地震があったときに苫小牧の石油タンクがあふれ出したという事例もありました。あれは、先ほど説明したような長周期の波が勇払エリアという厚さが 2 キロぐらいの堆積層があるので、そこを通して増幅して起きた現象だということです。

苫小牧市立病院も免震を採用しております。その中で揺れを止めるような仕掛けがあって、ダンパーを使いながら、長い時間にわたって揺らさない、途中で止めるようなものをほかの病院よりも多く設置することで解消しているということです。ですから、小樽で免震工法を採用するときには、小樽の地盤を想定した上で、その地盤に合った免震の考え方を取り入れて計画をしていく流れになると考えております。

○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

今日は、免震構造、耐震構造の問題と建設コストに関しての問題でお尋ねします。

◎両市立病院の解体費用と駐車場の整備費用について

その中で、免震、耐震の構造に関係しない建設コストの部分でお尋ねしたいと思いますが、一つは、小樽病院と

医療センターの解体費用が幾らかかると見ているのか。それから、駐車場の設置費用は幾らを見ているのかをお聞きしたいと思います。これは、地元企業が確実に取り組める費用という部分でお聞きしたいと思っていますので、お願いします。

○経営管理部鎌田副参事

小樽病院と医療センターの解体費用、それと駐車場整備でございますが、小樽病院の解体費用につきましては、6月に策定しました計画概要の解体工事、これは試算で9億3,800万円というふうに載せておりますけれども、この中には小樽病院と量徳小学校の解体が入っております。小樽病院の解体につきましては7億9,800万円が造成費込みで計画上の数字として計上しております。根拠につきましては、市の建設部に建物の図面がありますので、少し前なのでございますけれども、そこに依頼をしまして、その数字を使って計上してまいります。

医療センターについては、この中にも数字は載っていませんし、これについては正確に出ているものがございません。あくまでも、新市立病院を建てる時に解体の必要な部分のみを解体費として計上しておりますので、その意味では小樽病院だけが入っております。

それと、二つ目の駐車場の整備でございますが、これも、計画概要の躯体工事ということで、2億5,000万円という試算をしております。この内訳としましては、建物本体の外構に2億円と駐車場整備に5,000万円という振り分けになってございます。実際に、駐車場整備工事ですが、先ほど解体のところでも申し上げました造成費にかなり出入りがありますので、トータル額でこの辺を抑えていくことになるだろうと思います。

いずれにしても、この辺の額については現状の試算ということで御理解をいただいて、この後、基本設計の段階で概算を出して、実際の工事費の算定については実施設計で積算していきたいというふうに考えております。

○大橋委員

わかりました。

○過去の地震による被害状況と免震構造の建設コストについて

それから、小樽で起きた過去の地震によって、小樽病院、医療センターがどのような被害を受けた経緯があるのか。特に、記憶に新しいのは南西沖地震が大きかったのですけれども、それについてお尋ねします。

○（経営管理）管理課長

南西沖地震は平成5年の地震でしたが、総務部で保管しております当時の記録をみますと、小樽病院につきましては、元看護婦宿舎の渡り廊下の外壁が一部崩落したこと、それと医療センター、当時は第2病院ですけれども、そこでは体育館の壁の化粧モルタルが剥離したことと、看護婦宿舎の温水ボイラーが漏水したという記録が残っております。

実際に当時から在籍する何名かの職員に当時の被害状況がどうだったか、口頭で確認してみたのですが、あまり記憶に残っていない状況ということで、医療機器や患者に対する被害はほとんどなかったのかというふうに考えているところでございます。

○大橋委員

我々も60年間の小樽の地震の被害からいくと、商店などで何かが倒れたということはニュースになるのですけれども、病院で具体的に何かあったというニュースの記憶がないものですから、今回、免震構造、耐震構造という問題が出てきても、小樽においてそこまで地震について考えなければいけないのかという疑問を持っております。

それから、コストが5パーセントから7パーセントは高くなるという表示がありましたけれども、これは、建設工事費全体のどの部分について高くなって、それによって具体的に幾らの金額になると想定されるのでしょうか。

○経営管理部鎌田副参事

今回、示しましたコストの割高は5パーセントから7パーセントでございますけれども、これは建設工事の場合には建築工事、電気工事、機械設備工事がありまして、これらを合算した金額で、例えば90億円であれば、その

90億円の5パーセントから7パーセントと言われておりますので、今回はそういう表現をしております。ですから、どの部分がということではなくて、工事費全体から見ると5パーセントから7パーセントということが言われております。

○大橋委員

今の説明を聞くと、建設費の全体のコストということですが、私は、そうではなくて免震構造にするというのは、壊れる部分というか、強化しなければならない部分はかなり狭い範囲になると思ったので、それについて金額を算定していると思ったのです。しかし、そうではなくて、全体コストという言い方なので、ちょっと納得できない部分があるのですけれども、どうなのですか。

○経営管理部鎌田副参事

実際に免震構造で対応した場合に、免震ピットというものをつくります。その中に免震装置を柱の数だけ設置して、その下には厚いコンクリートが敷かれて、四方に壁があるということで、通常の耐震構造に比べると割高になる部分でございます。

一方で、地上階については、免震構造を採用することによって上を軽くできるのです。構造部材をいくらか軽くできることでの躯体の差が出てくるのです、耐震構造に比べて。ですから、免震のほうが高上がりになる躯体とそうではない部分での差引きが出てきます。ただ、免震装置そのものはプラスになるわけでございますから、それら全部を総合しますと、全体の工事費で言うと約5パーセントから7パーセントになるということでありませう。

○大橋委員

それから、いわゆる建設コストの部分で考えたときに、耐震構造と免震構造の間があると聞いたわけですが。いわゆる部分免震という言葉がそうですが、それはどのような工法であり、どんな考え方をもっているのかをお聞きします。

○経営管理部鎌田副参事

部分免震についてでございますけれども、建物内の必要な部分だけを免震化する工法でございます。例えば、病院であれば手術室だけ、あるいは機械の入っているところだけに免震構造の仕組みを取り入れてつくる考え方です。

これは、実際にいろいろやられているものがありまして、それを見ますと、床にベアリングみたいなものを入れて、動かせるような床をつくって、その部屋だけを免震と同じ原理でつくるということでございます。

そうすると、壁の離れや揺れる分だけの免震クリアランスなり、こういったものは当然必要になってきます。実際に建物全部を免震化するよりもコスト的には安いのではないかとというふうにパテントのあるメーカーでは言っています。

ただ、新市立病院で部分免震はどうかということについては、病院の場合は、例えば、MRI、CT、アンギオ、リニアックという大きな機器だけでも一つの部分にかたまって置くわけではなくて、違う階に分散され、いろいろなところに置いていきます。先ほど申し上げましたように、建物のライフラインをどう確保するか、地震の揺れをどう防いでいくかを考えましても、部分的な免震だけで病院を対応させるのは無理だろうという判断はしております。

○大橋委員

済生会病院の地元説明会が9月18日で完了したと聞いております。済生会病院から出ている資料では、250床で55億円の予算ですけれども、済生会病院の建設スピードと新市立病院がこれから競うわけですが、その場合にコストが常にこれからずっと比較されるわけです。済生会病院の1年間当たりのコストの値段と新市立病院の値段があまりにも乖離しているものですから、結局、それをどういうふうにとらえているのか。

それから、済生会は耐震構造か、免震構造でつくるのか、それについてわかっていれば教えていただきたいと思っております。

○経営管理部鎌田副参事

今、済生会で発表されている計画を見ますと、委員がおっしゃるとおり、建築費でいけば約40億円で、やはり、新市立病院はそれよりも多い金額で現状では計上されております。

ただ、済生会の40億円、あるいはトータル的には55億円という金額が、数字としては出ておりますけれども、その基となる部分、こういうことで40億円、55億円という詳細が出ていないものですから、今の段階で私どもの出している金額と比較をするのは少し困難かというふうに考えております。

それと、もう1点の耐震構造か、免震構造かという話ですけれども、これも計画の資料を見る限り、免震にします、あるいは耐震で検討しますという記載がされてございませんので、今の段階でそれについての情報は持っておりません。

○委員長

平成会の質疑を終結します。

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48分

再開 午後 6 時43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。

○濱本委員

自由民主党を代表して、継続審査中の陳情第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、不採択を主張して、討論をいたします。

これらの陳情はすべて、築港地区における新市立病院の建設の是非を問うアンケートなどの実施を求めるものです。この陳情の背景には、築港地区建設への反対意思が強く内在していると理解しております。しかしながら、平成22年第2回定例会において、それまでの各定例会のさまざまな議論、そして市長の判断を踏まえ、築港地区ではなく、量徳小学校用地での建設を前提とした基本設計予算案が可決され、築港地区への建設はあり得ない状況となりました。つまり、すべての陳情の前提条件が消滅した以上、陳情の存在理由も消滅したと言わざるを得ません。さらに、これ以上継続審査とすることは、本委員会の審議機能が正常に働いていないと市民の目には映り、到底理解を得ることはできないと考えます。

よって、我が会派は、継続審査中のすべての陳情を不採択とすることを主張し、討論をいたします。

○秋元委員

公明党を代表し、陳情第5号ないし第185号、第187号ないし第243号、第248号及び第249号、築港地区での新小樽病院建設の是非を問う市民アンケート等の実施方について、並びに、第254号、新市立病院の「築港建設の是非」を問う市民アンケート等の実施方については、不採択を主張し、討論を行います。

現在、継続審査中の陳情につきましては、新市立病院を築港地区に建設することの是非について市民アンケート等の実施により市民に問う陳情であります。

我が党としては、建設地として第2回定例会で示された量徳小学校と現在地を合わせた敷地の基本設計委託料に賛成し、既に基本設計の再開という状況を考えましても、継続審査中の陳情につきましては、不採択を主張します。

なお、詳しくは本会議で述べます。

○斎藤（博）委員

民主党・市民連合を代表して、継続審査中の陳情については、いずれも不採択の立場で討論いたします。

この陳情は、平成19年の選挙の結果、築港地区での新市立病院建設を訴えて再選を果たした山田市長に、それでももう一度、築港地区での建設の是非について市民アンケートの実施を求めるものであります。つまり、その意味は、現在地、いわゆる小樽病院周辺での建設を求める、若しくは建設計画そのものの見直しを求めたものであります。現在、議論は残っておりますけれども、建設地については、量徳小学校と現在の小樽病院敷地に変更した経過も含め議会としては了解しているところであります。その意味では、平成19年当時、この陳情が果たした役割については一定の意味があったと思いますけれども、その陳情の願意は達成されております。これ以上継続審査にして議論する、検討する、若しくは状況を見極めることは必要なくなったと思います。

したがって、陳情の趣旨はその実効性が失われたと考えますので、不採択を主張します。

○中島委員

日本共産党を代表して、継続審査中の陳情はすべて継続審査を求める討論をします。

陳情の文面を見る限り、その趣旨は、築港地区での新市立病院の建設に市民アンケートを行って、市民の意思の確認を求めるものです。ところが、実際には新市立病院の建設は、現在地周辺に変更されて進められています。だから、当時出された一連の陳情の趣旨は、現実と合わない面があるのは当然です。これは陳情者の責任ではありません。陳情は、市民に与えられた権利であり、取下げも陳情者の意思に基づくものでなければなりません。議会は、陳情者の趣旨を理解し、その目的とすることについて小樽市全体、また市民の願いにこたえることになるのかどうか判断しなければなりません。

新市立病院建設場所に関しては、議会でも長い間、真剣に議論されてきました。この陳情も、築港地区での新市立病院の建設を考え直してほしいということです。この市民の願いや市長への働きかけが現在地周辺での新市立病院建設を実現する大きな力となりました。これら建設場所問題での経過を考えると、継続審査中の陳情の不採択は議会として適切な対応ではありません。

再度強調しますが、この一連の陳情をはじめ、市民の建設場所をめぐる世論こそ、市長が建替え場所を変更することになった大きな力でした。本年1月25日、市長が議長をはじめ議会の各会派を前に新市立病院の建替え場所を変更することを明らかにしました。この理由の一つに、築港地区で決まった後も現在地周辺での建設を求める意見が寄せられていることを挙げておりました。

詳しくは本会議で述べますが、これらの経過に照らして、これまでどおり継続審査を主張し、討論とします。

なお、継続審査が否決された場合には、自席にて着席のまま、棄権の態度とさせていただきます。

○委員長

以上をもって討論を終結し、これより順次、採決いたします。

陳情はいずれも継続審査と決定することに、賛成の委員は御起立願います。

(賛成者起立)

○委員長

起立少数。

よって、継続審査は否決されました。

次に、ただいま継続審査が否決されました陳情について、一括採決いたします。

いずれも採択とすることに、賛成の委員の起立を求めます。

(起立なし)

○委員長

賛成者はありません。

よって、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。