

加賀市医療提供体制調査検討委員会（第5回） 会議録

日 時：平成23年7月20日 午後7時00分開会

出席委員：稲坂副委員長、大村委員、川渕委員、小橋委員、小林委員、嶋崎委員

(50音順)

欠席委員：太田委員、山岸委員長

<会議の概要>

○議事

事務局説明 **参考資料** 検討委員会の報告項目

質疑応答

特になし

議題1 市民アンケートの結果報告

事務局説明 **資料1** 市民アンケート集計結果

質疑応答

副委員長 病院の統合について6割の方が賛成されているということですが、ただいまの説明について、何か質問はございませんか。

前のシンポジウムでは7割5分近くの方が賛成されていますが。

事務局 前回のシンポジウム、公開討論会では実際にそのときの事情というものの説明をお聞きになってのアンケートということでした。一方、今回の2,000名は、お送りした資料をお読みいただいただけになりますので、どういう事情なのかという説明を聞いておられない方も対象のアンケートになりますので、10ポイント近い差異というのが出ているのではないかと私は考えております。

川渕委員 2つ聞きたいと思います。1つは市民にアンケートされたということですが、どんな仮説が検証されたのでしょうか。先程、稲坂副委員長からお話があったように、前回は公開討論会の後にやったアンケートですが73.7%が統合に賛成していますが、今回は詳しい参考資料2-2を同封してアンケートしたのですよね。

事務局 はい、そうです。

川渕委員 そうすると、相当突っ込んだ調査だと思いますので、その仮説通りになったのかどうか。もうひとつは、せっかく年齢構成と地域構成を調べておられるので、差の検定をされたらいいのではないかと。つまりアンケートの結果を説明されたけど、統計的に有意なものが何なのか。nの数も相当多いので、統計的に言えることが出てくるのではないかと思いますので、次回以降ご説明ください。

事務局 はい、分かりました。次回の時に、フリーコメントの報告をさせていただく時

に追加して、今ご指示いただいた内容を報告させていただきます。

寺前市長

私自身は、アンケートのそのものが、デシジョンメイキングにどこまで有意に使うことができるかどうかは別問題だと思います。平成 19 年に医療問題として結論が出ていますので。ですから、その病院統合について市民がどこまでそのことに理解いただいているかどうか、再確認ができる。その理解が非常に低ければ、再度どう考えるかということになり、このことを持って右か左かという線を描く、そういう気は全くないので、今の川渕委員のご指摘が大変参考になりました。もう少し有意性のあるデータ分析。よくあるのは矛盾する回答を入れておいて後で検証してこれはおかしいというとか。私自身が見て思うのは、病院に対する要求ですね。個室の要求が意外と低いとか、駐車場が必要だというのはかなり高い、場所の選択もこれは地域を少し分析すると面白いでしょうね。やっぱり病院の立地というのは足に限るなということは確信を得ました。そういう意味で大変参考になりましたし、これから新病院体制を築き上げるうえにおいて、加賀市民がどのようなことに関心がありニーズがあるのかということについては、17 ページ等にもわれわれ医療従事者でないものにとっても大変参考になる意見をいただきました。ただしあくまでも患者の立場ですから、病院問題の難しさは病院の大変な労働条件で働く医療スタッフだとかの確保だと意識いたしております。私のアンケートに対する考えを述べさせていただきました。

小橋委員

ちょっとこういうアンケートは初めてなので、分からないですけれども、回収率はこんなものですか。非常に低いように、特に若い世代が 2 割もないと。これをもって市民の声とって良いのか、ちょっと心配になるところですけれども、その辺はいかがでしょうか。

事務局

はい。実際に回答率としては、小橋先生にご指摘いただきましたとおり、2 ページのところ、年齢別で見ますと 55 歳以上から 85 歳くらいまでの方は非常に回収率が高く、逆に 54 歳未満、普段病院を受診したり入院したりされる機会が少ない方々の回収率が低いということはお指摘のとおりだと思います。今回に関しましても、実際にはそういった層に対して、約半数の方にお送りしていますので、意見が反映しきれていないことが多分にあるかもしれません。ただこれは、温度差といいたいでしょうか、自分たちは普段関わっていない医療に対してとか、実際に自分たちの身近な病院という意識が薄いところが危惧されますが、市民としての医療サービス等々、ニーズというところは、網羅されたところではないかと思えます。また回収率としましては、経験則から大体 40% くらい回収されるのではないかというのが当初の見込みでしたので、想定範囲内と理解しております。

副委員長

加賀市の病院統合問題が発生したのは、加賀市の救急医療が破綻している。その原因は 3 つの公立病院があつて、医療資源が 3 つに分散し、加賀市全体では医師の数はたくさんいるけれど分散しているがために、夜間の救急に手が回らない。3 つの医療資源を一緒にしなくてはならないというのが、最初に出た問題だと思います。けれど、その点に関して私達は当然だと思っておりましたが、アンケート

をみますと、3つあるがために加賀市の医療が破綻しているという認識が市民一般の人にあまり理解されていない。このことをもっと皆さんに分かってもらわないといけないと思いました。

寺前市長

その点はおっしゃる通りでして、充実した医療スタッフを迎えるには、市民の医療スタッフに対する理解がないと実現できませんので、そういう意味で救急医療を中心とした問題点の理解をこれからもいろんな場所で深めていきたい。ただし私は両親に大変感謝しているのですが、健康な身体でありまして、市長になるまで、救急医療問題について全く認識がございませんでした。必死にわか勉強をして、昔から知っているような言い方をしておりますが、やはり関心がなかったものですから、そういう意味では市民の皆様が知らないからと言って大げさなことは言う立場ではありませんが、大変重要でございますので、私が身を持って理解したように、一般の方、特に若い方にそういう問題があるのだということを広報等を通じて今後伝えていきたい。これは良い機会だと。それから、新しい病院を作っていく上で、市としては大変な投資をしていくわけですから、市民の声を聞く過程でこういうことなのですよと、情報を提供しながら理解を得るということをやりたい。

副委員長

それと合わせて、先週土曜日に亀田先生が言うておられましたけれども、加賀市に3つの公立病院があるが、当然1つにしないとおっしゃった。この加賀市に新しい病院を作るにあたって、石川病院の救急や医療資源をどう活用するか、石川病院のスタッフも一緒になるような、そういう施策をなにか出来ないかなと思います。

寺前市長

おっしゃる通りです。問題意識はありますし、これからも努力はしたいと思っております。ただ、予算等の問題もあります。タイミングの問題ですね。それで今回の統合にあたっては、石川病院の方にも国立病院機構の方も訪問して話をいたしました。その際、我々としては受け入れる用意はあるのでよく考えてもらいたいという申し出をしましたが、1つには病院機構としての統合、加賀市という地域的な統合ではなくて、国立病院機構としての組織内統合という過程で考えるということでした。ある意味、石川病院は残りづらい面があるかもしれませんが、分かりませんが、もう1つは行政機関としても仁義がありまして、3病院の統合を（地域医療審議会）打ち出して行く中で石川病院のことも触れていますから、その根回しと言いますか、話はあったはずなのですが、大変言いづらい話ではあるのですが、答申後に市としてそういう気はないという行政的な連絡を当時したのです。これは私が言うのは非常に言いづらいことなのですが、やはり組織としてそういうお話を国立病院機構にいたしておりますから、そこを何とかと厳しいことを言う訳にもいかないものですから。これは東海地域の国立病院機構の責任者の方から、そういうお話をいただきまして、誠に残念ではありますが、市長の責任の持てる範囲内での統合をまずは考えますということに今しております。全く不可能ということではございませんけれども、事務的な段取りを考えますと、現実的にはなかなか難しいかなと。ましてや、県の方を通じて

国の方に医療再生基金のお願いをいたしておりますし、そのスキームが両病院の統合ということで、3つはできないという理由もそちらに書いております。このように説明いたしておりますので、この段階では難しいと思っております。

副委員長 石川病院の医療資源を一緒に出来ないという非常に残念なことだと思います。
小林委員 質問ではないのですが、市民アンケートに関しては、非常に有意義だったと思っています。問 11 の特に市民がいったい何を求めているのかについて、非常に良く出てきているなど。ただそれがどの程度、医療を理解しているのかということとはまた別問題だと思います。「24 時間対応の救急医療体制」、それと「高度医療や特殊医療を行う専門医療」が半数以上ということで、これは実際に高度医療・特殊医療とはどういうものなのか、ということを理解して回答されたのかどうか分かりませんが、その辺りを今後の病院を作っていく上において、市民に対して公表していかなくてはならないことが多くあるなど痛感いたしました。

議題 2 新病院の方向性及び医療提供体制について

事務局説明 **資料 2** 市病院の方向性について

質疑応答

副委員長 只今の説明についてご意見ございますか。前のこの委員会で事前に提案されていた加賀市医療提供体制基本構想のイメージとちょっと違うような気がいたします。前は周産期医療とか災害医療に対応できるとかありました。それと、これから増えるであろう呼吸器疾患はどうでしょうか。

事務局 周産期については、先生ご存知のように5事業の中に入っていますよね。
ここには細かく4疾病の方しか書いてありませんが、5事業も入れているつもりであります。がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病と、4疾病しか書いておらず申し訳ございません。5事業はまさしくご存知のように、災害とか、その辺りが入っております。そのあたりとお考えいただければと思います。やはり周産期として文言を入れた方がよろしいでしょうか。

副委員長 私は分かりませんが、あと、呼吸器が入っていないですね。

事務局 はい、呼吸器は入っておりません。

副委員長 これは今後増えてきますかけれども、呼吸器っていうのは南加賀全体でも弱い、石川県は全体に弱いですね。

大村委員 呼吸器のことにしましては、例えばがんですけれども、肺がんは5大がんの中に入っていますし、肺がんの化学療法、それと救急にしましても、自然気胸だとか胸部外傷、これはもう2次救急はカバーすべきところですから、当然この辺を見ているとね、呼吸器内科も呼吸器外科も、これは標準治療を施せるような体制でなければならないという風に解釈してよろしいでしょうか。

事務局 はい、それで結構かと思えます。あと、先ほど呼吸器についてご意見いただきましたが、5事業についてももう少し内容を網羅させるように追加をいたします。

副委員長 他に質問ございませんか。

川渕委員 前回出席できなかったのですが、加賀市の医療施設の供給体制もさることながら、人口10万当たりの介護施設の供給数が多いことにびっくりしました。言葉では、保健・福祉・介護事業の連携と書いてありますが、結局、新市民病院の守備範囲にも関係します。例えば山中温泉医療センターには療養病床がありますが、他の事業者が運営する療養病床と連携するのか、それとも自院で完結するのか。数だけみますとすごく充実している地域なのかなと思いますが、どんな具合なのでしょう。

小林委員 数から言うと人口に対して非常に多いと思います。ただ恐らく高齢化がどんどん進み、現時点では実際に急性期から療養や介護施設に行くっていうのは、空きを待たないといけない。それは、恐らくこちら辺の地域は1人では自宅へ帰れない1人暮らしの人とか、老老介護とかがかなり多くて、自宅に帰れない人が多くて、介護施設に入ったらもうそこから出ない、死ぬまで空かないというような状態。けれども、その連携をとにかくやっつけていかないと、急性期としては次に移れなければ、どんどんどんどん溜まってきまして、いつの間にか慢性疾患が多くなってしまおうという状態になってしまうので、その連携をとにかくしっかりとし、急性期から慢性期の介護の方へ、また往診のような在宅に移行するところも充実していかないと。現時点の法律の中で、ここを充実させるっていうのはなかなか難しいのですが、それをやっつけていかないと本当に滞ってしまいます。

川渕委員 ちょっと聞いておきたいのですが、例えば今、加賀市民病院の在院日数を短くしようとすると、後方施設が必要ですよ。今でも山中温泉医療センターに、紹介するケースは結構あるのですか。

小林委員 山中温泉医療センターに紹介することも少しありますが、石川病院とか、近くの久藤病院とか加賀温泉病院などに紹介している状況です。

川渕委員 それでしたら先生がおっしゃるように、圧倒的に供給数はあるようで、それでも待ちの状態ですか。

小林委員 それから超えたところは、久藤病院とか加賀温泉病院とかがいっぱいになってきて、結局後方が無くなってくる。一番最終には老健とかそういう、医療のある老人が行くところがもういっぱいになってしまうという状態です。

川渕委員 数の上では、老健とかグループホームとか特定施設とか、結構充実しているのが国が進める社会保障・税の一体改革の成案のモデル的な地域なのかなと思ったのですが、そういう風にはなっていないのでしょうか。

小林委員 石川県の中では、特に南で一番多いところですから、他の地域からも入ってきます。

寺前市長 専門の担当部長がいませんけれども、加賀市は高齢者の介護に関しては、全国的には名の知られた推進地域だと言われています。地元の方の取り組みが早かったというのもありますし、市役所の職員のそういうことに関する対応が早かったですから先生の印象どおり、これは相対的な問題ですが、厚労省の方から、視察に来られたり、モデル地域として何かを始める場合にまず加賀市を対象に選ばれ

るという風には聞いています。

副委員長
小橋委員

ただ、その現在国が進めている在宅医療というのが進んでいない。

グループホームというのは在宅扱いですよ。現実的に本当の在宅というのは無理ですよ。そういうスタイルで、グループホームとか増えてきている。中間施設である老健とかが目一杯で、本来ならば在宅へ向かうはずなのが、そこが終の棲家になっていて、全然動いてくれない。ですから、病院から、本来なら老健とかへ回したいけれども、そこの空きが全然ないので、病院としては対応に非常に苦しんでいるっていうのが現状です。

副委員長

グループホームという一応認知症。それが1つですね。自宅でやるのが加賀市では少ない。

小橋委員
副委員長
寺前市長

現実問題、自宅って言うのは難しい。

国の方向は自宅というのを目指しているけれども。

私自身、父親も特養におりますし、父親の話をよく聞きますと、加賀市では自宅を持っている以前の問題として1人で暮らしていると、やっぱり特養に入るのが楽しみで、ようやく入れるようになったということで、非常に喜んで入りました。しかし、自宅から来た人は「こんなまずい飯は食えるか」と、いうことで、結構、回転が速いような気がします。うちの父は我慢強いのだろーと思ひます。ですから、質の高い食事なんかも所得に応じて今後は必要かと思ひます。年寄りになりますと、先が短いので自分のやりたいようにやる。それから病院との関係も、先生が言ったのと逆の話で、私の父が入っているのを見ていますと、やっぱり関連の病院に定期的にバスが出ています。これももう少しバリエーションがあつて、公的病院と介護施設とがもう少し、スムーズに人が動けるように考えていくべきことかなと思ひております。

副委員長
寺前市長

新病院とあまり関係のない話になってしまいましたが。

本当に大事な政策としては、医療機関と介護施設の連携ですね。保険制度などとの連携も大事ですね。

川渕委員

なぜこんな質問をしたのかと言ひますと、国は今、地域包括ケアを進めていひます。つまり在宅シフトなんですよ。そうすると、急性期の病院というのは相当在院日数が短くなる。だから、医療密度が濃くなるが、そういうモデルが果たして、石川県あるいは加賀市であてはまるのかどうか。数字上では、人口10万人あたり小規模多機能施設は223もあつて、全国32のなんと8倍もあります。それからグループホームも246と、全国平均の2倍ある。特定施設も特養も老健も全部多いですよ。そうすると、在宅シフトの流れが良くなりうるのかなと。

大村委員

たしかに療養型病床は多くありますが、この後で示されると思ひますが、実際に加賀市の方で手術を受ける方は、病気になられた方のおよそ半分です。その他の方は、福井とか金沢で手術をして、そしてそちらへ通つていらっしやる。そして在宅に移ろうとするときに、中心となる病院がありません。もし加賀市で病気になった方は新病院で100%手術を受けてくださつたら、そこに訪問看護ステーションを置くなりして在宅医療のコアになるのですが、そういったコアになる病

院がないために急性期から在宅への移行がうまくいっていない。実際、一般病床数も、慢性期、療養型病床数も多いのに、実際にはうまく循環していない、血がめぐっていない1つの理由じゃないかと思っています。

議題3 新病院の規模について

事務局説明 **資料3** 患者流出入データ

資料4 新病院における適正病床数について

質疑応答

副委員長 病床数はこの場で確定するのですか。

事務局 確定するのではなく、幅を持った形でも構わない。机上の部分で算出した数値を基に設定しておりますので、先程申しました通り各病院で対応できるMDC6桁の資料を用いて少し詳細な部分で病床数を探るのと、あとで少し触れますが、救急患者等については前回、川渕先生に宿題事項をいただいております実際に流出する加賀市の救急搬送のうち当市で受け入れられるところはどれぐらいなのか、というところを確認していきますので、今回は議論の一つの目安ということで議論をいただければと思います。

副委員長 新病院の病床数についてご意見はございますか。

嶋崎委員 資料4の①のところの下のところは平均値約70%と書いてありますが、どういったことなのか、あと季節変動を加味して85%で割り戻すということは、数とすれば少なめに出しているのですか。

事務局 多めに出しています。85%で割り戻しております。

平均値については、こちらの方は患者調査の生データを用いて集計をしているのですが、実際には、患者調査より各医療機関にどれだけの患者がいたのか、どんな疾患構成なのか、というような厚生労働省が出した問いに各病院から回答いただいているのですが、この回答率がそもそも70数%ということで全国すべての医療機関より回答をいただいているということではないそうです。よって集計されたデータを基に患者様が何人いるのかというデータは分かるのですが、実際には回答をいただけない医療機関にも入院患者や外来患者がいらっしゃいますので、それを70%ということで、割り戻しをしたというところを記載しています。ですからイメージとして、例えばここで100人という実患者が出た場合に、先ほどと同じような考えでいくと0.7で割り戻しますので、100床を0.7で割るとだいたい140床が実際の患者数ということで出てくるというのが、この70%の平均値ということになります。次に先程言いました季節変動の部分でいきますと、このデータが6月という季節変動が比較的少ないとされている月ですので、最盛期で考えると病床数が足りないことで、前回のご指摘どおりになりますので、そういうことを加味して85%で割り戻しております。

大村委員 前半は質問というよりも感想ですが、私は、この加賀市の医療提供体制に問題

があるといわれる発端となった救急医療について、特に2次救急医療を加賀市で完結する。それから加賀市で発生したご病気に対して、加賀市の中で市民に対して標準的な治療を施す、まずはそれを考えました。そこから逆算して考えますと、加賀市民病院の方でもやっているのですが、ニーズを出しまして、麻酔科の人数はどれくらい、消化器の人数はどれくらい必要なのか、それからのその他の部分について全て計算しましたところトータルで医師は55人で、手術は現在、加賀市民病院と山中温泉医療センターで行っている件数の倍くらいはあると考えます。そうすると医師は救急医療のためだけに病院にいるわけではないですから、その他の通常の業務の方がはるかに多いわけです。その業務をこなして、また研修医を育てて、自分を研鑽しながら、救急に対していつでもいけるような状態で待機している。そういうことを考えますと今やっている手術の倍以上行っていると、医師は非常に充実した毎日を送ることができ、救急医療に対応していける。ということで、現在、加賀市で発生している手術が必要な疾患のうち半分くらいしか加賀市で受け入れていないということが、数字として出て、自分たちの見込みと一致しました。非常に感慨深く思います。それからこの病床数のことですが、この手術なし、入院日数30日以内に入っているのかもしれないかもしれませんが、私ども緩和病棟が必要だということで算出したものが20~30床の緩和ケア病床を加えまして380床という数字を出しました。緩和ケア病棟についてはどのようにお考えでしょうか。

事務局 加賀市として必要な医療機能であれば是非議論いただいて、必要であれば、機能の一環としてその緩和ケア病棟を挙げていただければと思います。

大村委員 その際はこちらで算出された病床数に上乘せというわけになるのですか。

事務局 実際に上乘せになるのか、込みで考えるのかは適正病床数と言いましょうか、新病院で考えられる病床の中に加えていただきたい。それは先程上げました300~350床という案に含めるのか、別にするのかは議論する内容かと思えます。

大村委員 そうですね。案ですからね。分かりました。

川渕委員 病床数が決まれば、建築総額も決まりますので、ここは重要な意思決定事項ですが、加賀市の平均在院日数は手術ありの加重平均でどれくらいになりますか。

事務局 実際に出しているデータに関しては、手術あり、なし等に関してはそれぞれ在院日数データがありませんので、今回は実際に病院からいただいております6桁の分に関しては、別で平均在院日数がありますので、いただいたデータに関して、その分については掛け合わせをして算出予定です。今回MDC2桁での粗い数字ではありますが在院日数は出しています。

川渕委員 そうすると次の回にDPC6桁をベースに適正病床数の合算値（加賀市民病院、山中温泉医療センター、国立病院石川病院240床を含めて）が出てくるということですね。

事務局 そうということになります。

副委員長 他にご意見ございませんか。事務局の方は目安として300~350床ということですね。

- 事務局 特に異論がなければ、300～350床というちょっとまた次の段階がありますが、おおよその目安として300～350床の病床数として進めさせていただければと思います。
- 小橋委員 それはそれだけ病気があるから、これだけの施設を作らなければいけないということですね。でも、それだけで決まるものではないと思います。実際、大村先生がおっしゃったようにそれをやるのに55人の医師が必要とおっしゃいましたがそれだけ集められるのかということです。そこに対して何も言わないで病床数だけを決めても、箱だけがあってもその辺の裏付けをしないといけないと思います。
- 副委員長 集められる医師の数にあわせて病床数を決めるとなると、これはまた大変になってしまう。
- 小橋委員 ですが、例えば呼吸器の医師が欲しいと、実際にデータで見ても呼吸器の患者が多いですね。しかし、現実的に呼吸器を診る医師がどこにいるのか。実際にはどこに行っても足りない、足りないという声が挙がってくる。余っているところなんてない。こういう状態でここにどうやって医師を連れてくるのか、そんなに簡単に出来ることではない。小松市民病院だって足りない。そしてそこに集約するということが皆が考えている。それでも小松市民病院でも今は1人とか、2人目をどうこうしている段階で、果たして、新しい病院に医師を連れて来れるのかということです。
- 寺前市長 おっしゃるとおりだと思います。しかしながらこれはパブリックが税金を使う病院として、市民のニーズがまずありきで、どれくらいの病気に対して、どれくらいのベッド数が要するのか、まずはその判断がないと話になりせん。次に医療スタッフの確保ですが、これが一番大事だと思いますが、資金もあるのか、場所も確保できるのか。それは、最終的には私どもが判断いたしますし、議会でも了解をいただきます。しかしその判断に対して必要なあるべきデータとしてどのような病床数があるかは、今お示しいただいたことが参考になります。
- 先生が集まるかという点については、十分に配慮いたしましてどのように対応していくかは、予算を要求する段階になりましたら意見お聞かせいただき、検討していきたいと思えます。優秀な必要最小限の医療スタッフを他の地域からも集めるためには、病床数以外に、どういう施設なのか、こういう機能が要りますよと予算の積み上げだとか施設の付加などが決まると理解しております。
- 副委員長 医者をごどれだけ集められるかで目標を決めるわけにはいかない。
- 小橋委員 数字だけ出てしまうとあたかも、その規模の病院が出来てしまうようなイメージを市民は思ってしまう、誤解を招くのではないかと心配。今の会議の資料も公開されると思えますし、そうすると市民は300～350床の病院が出来ると思ってしまうと後が困ってしまう。
- 副委員長 あとは市長の手腕でしょう。
- 寺前市長 両先生の手腕に期待しています。
- 事務局 今回は、先生のご指摘の通りいわゆるマーケットでいうと顕在需要を示してい

ます。供給側の立場として、両病院を足すと何人の医師がいて、自治体病院でしたら何床から何床必要でしようとなった場合に、350床くらいとご提示させていただきましたので、そうなると理想としては50名を超える医師がいれば本当にすべてがまかなえると思いますが、他の自治体病院でも苦勞しながらもそれぐらいの人員数、医師数で運営をされていらっしゃるという状況にありますので、患者様の需要の部分と供給側の一般的な状況をふまえてこれぐらいの病床数を一案として挙げられないかと思います。本当は医師の部分は本日委員長がいらっしゃれば、大学側の供給をとということでお願いしようと思いましたが、今回はこの病床数の設定にさせていただきます。

副委員長 一応目標として300～350床として考えていこうということによろしいでしょうか。

議題4 新病院建設候補地比較

事務局説明 **資料5** 候補地の選定における検討事項

質疑応答

副委員長 ただいまの説明について、ご意見はございますか。

嶋崎委員 加賀市の方は地震と関連して津波の方は来ないのでしょうか

事務局 現在、石川県の方が想定しております津波は、考えられる震源として能登半島の東方沖のところで加賀市では2.1mの津波が想定されています。しかし東日本の大震災を受けて、能登半島西方沖、日本海の真ん中にもありえるという意見がありますので、見直しをしていく予定です。その場合においても4m程度ではないかと思われます。

副委員長 今年の9月4日の石川県防災訓練では津波想定で行われますね。昭和56年には実際には大聖寺が洪水になって加賀市民病院の地下室が駄目になった。あの時は船で食料などを運んでいた。そのあとダムが出来て危険は少なくなった。僕はすぐ近くに住んでいますが、加賀市民病院は洪水に弱い場所だと思います。他にご意見ありませんでしょうか。

災害や、救急にも対応しやすく交通の便が良いということで、新病院の建設場所として加賀温泉駅周辺ということによろしいですね。

議題5 経営シミュレーション

事務局説明 **資料6** 経営シミュレーション

質疑応答

副委員長 ただいまの説明にご質問なりご意見ございますか。

川淵委員 試算というのは「当たるも八卦、当たらずも八卦」ですが、おそらく最悪のシ

ナリオと良いシナリオと両方が必要かと思いますが、どうでしょうか。例えば、今回の建築単価は、土地代含んで87億とありますけれども、350床で割ると、1床2500万円くらいです。これは今までの自治体病院の基準では相当廉価に作れたという前提だと思います。また、「入るのを図って出るのを制す」のが経営の極意ですけれども、例えば収入面の病床利用率については全国平均が75%ですが、ここには68.5%と書いてあります。比較的ベッドが空いている状況を想定しているのですが、これは平均在院日数との見合いで考える必要があるかと思います。一方、費用面については、人件費を今の425床分を350床分にするとおっしゃっていましたが、そうすると現有スタッフは350床に見合うスタッフにするという前提ですか。

事務局 はい、そのように試算しています。

川淵委員 そうですか。そこが気になりました。もうひとつは昇給率が0.5%となっていますがこれで良いのか。あとは支払利息の負担は合併債とか出資債とか補助金が入った分だけ減るという試算なのかどうか。1年目は厳しいけれども後は黒字だという試算も喜ばしいのですが、やってみてとんでもないことになるので、前提条件については私の理解で良いのかをお聞かせいただければ幸いです。

事務局 まず病床利用率については統計値と比較しても高いというのは我々の方でも認識しているところではあります。実際の患者数としては、2病院合わせると十分いらっしゃるわけですが、現有スタッフ、施設を合わせた時にどれだけできるのかというのは、今後の診療科であったり、試算から見えていくことになるというところですので、どちらかという甘めに見た場合ですので、厳しめに見た場合には、稼働率を70%か75%で見なくてはならないかと思いますが、そちらの試算に関してはもう1つ、試算を上げてさせていただければと思います。あと、先ほどの人件費のところに関しましては、一般300、回復期50という前提をしていますけれども、今の両病院のケアミックスの割合でみますと、実際には回復期や療養の割合の方が多いので、425床分の350床という、本来で言えばそれは多過ぎるんじゃないかと思われるかもしれませんが、現有スタッフや療養病床の廃止ということもあります。実際には、こちら統計値では300~399床の世の平均値データを使っていますが、ここでみても、スタッフ数についてはそんなに多いということにはならないと確認しています。あと、昇給については、0.5%というところは、実際としてはもっと昇給をしたいとか、それらがあるとは思いますが、先ほどのところで実数の人の入れ替わり等を加味しますと、実際には1.5とか2%ほどは実態としては出ませんので、この辺のところは地域性や実態など昇給率とか決まっていく中で精査する必要はあるかとは思いますが、試算で代用できるものとしてはこちら0.5%を想定しています。あと、すみませんが、支払利息に関しては、こちらの方に関しては補助金を一部入れております。一部というのは、それを踏まえた上での負担として、実際には損益分岐に関しては支払利息の一部補填部分というところは回避されるかと思いますが、その分は、良い方の数字がここでは補助金も受けられたということで試算をしております。

嶋崎委員 山中温泉医療センターの方から要望としましてですね、資料の6-2の職員給与費のところの前提条件の②、2病院統合による職員数の集約・効率化と書いてありますけれども、職員数の集約・効率化をいつかはした方が良いのだろうなどは思うんですけれども、今回の統合にあたっては、数についてははいじらないということで明言していただきたいと思っています。

事務局 はい、そちらの方を前提で考えていただければと思います。

大村委員 実際問題、その病床数が少なくなるからそれに比例して職員数が少なくなるかと言いますと、看護については7対1が望ましいですし、そのほか介護福祉士も必要でしょうし、これから認知症患者が増えてくると、そういった単純なものじゃないと、そういったところも微調整を行って、より質の高い医療、それから看護職員は自分の専門の看護に専念できるような病棟の環境を整えていただきたいと、切に希望いたします。

副委員長 それではこのシミュレーションで大きな問題はないということによろしいですね。

議題6 その他

事務局説明 **資料7** 第4回検討委員会時の委員要望事項
資料8 医療体制ご意見箱へのご意見

質疑応答

特になし

○市長謝辞

副委員長 本日の議事はすべて終了いたしました。それでは市長、最後に宜しくお願いたします。

寺前市長 ご議論いただきありがとうございます。資料6の経営シミュレーションですが、一生懸命やってくれてはおりますが、あまりにも前提条件がたくさんありますから、私の人生経験からしましてもかなり懐疑的ではあります。しかしこの資料がないと話が進みませんので、現時点における新病院のひとつの試算ということで、箸にも棒にもかからないということはないと私自身も考えております。今後のところですが情報開示をするつもりでありますので、前提条件を聞かればすべて開示をしてこのように計算しますと開示します。その判断が正しいかどうかはその時点ではどうしても経過を見ていかないとはいけませんので、仮置きをいたしますから、だんだん絞り込んでいって幅をもって考えて、最悪の場合、つまり資金が発散してしまうようなどうしようもない状態、また公立病院ですのでこれだけ配当しますなんてインセンティブは払えないので、発散しない限界を常に念頭においていきます。それから8月か9月には国の補助金のことが明確になりますので、それは確実にシミュレーションに反映できますので、また用地の問題

に關しましても時期が進展すればするほど明確になっていきます。そして最後は建設コスト、医療機器コスト、それから医療スタッフのコストあたりの細かいところを詰めていき、どのようになるか。私自身は税金を使うということで、決して甘く考えて言うわけではありませんが、命を守るための必要な一定のお金でしたら、税金をお返しするだけのことです。いただいた税金をどうお返しするかという使い方だと割り切っておりますので、それをどのあたりまでもっていくのかの判断だと思います。それから山中温泉医療センターの方の地域医療振興協会との話もある程度のところまで出てまいりましたので、移行するところの問題もあると思いますので、これからも十分に慎重に考えていかなければならない大きな課題だと思っておりますので、この場をお借りして宜しくお願ひいたします。これをおもちまして本日のお礼とさせていただきます。

○事務連絡

- ・次回委員会は9月上旬の予定。日程調整票に記載願ひたい。
- ・会議録は完成次第送付する。確認をお願ひしたい。

○閉会

午後9時00分閉会