

加賀市医療提供体制基本構想

加賀市

平成 23 年 11 月

第1章 はじめに.....	3
第2章 加賀市における医療環境の現状と課題.....	4
1. 公立病院を取り巻く環境.....	4
1-1. 公立病院が置かれる厳しい経営環境.....	4
1-2. 公立病院の担う役割.....	4
1-3. 医師不足・看護師不足.....	4
2. 南加賀医療圏および加賀市における医療提供体制.....	6
2-1. 石川県医療計画における南加賀医療圏.....	6
2-2. 医療需要予測.....	10
2-3. 現状の医療・介護供給体制.....	12
2-4. 患者流入の状況.....	14
2-5. 逼迫した救急医療体制 ～市民アンケートと消防年報から見た地域ニーズ～.....	17
3. 市立2病院の概要.....	20
3-1. 市立2病院の基本理念・方針.....	20
3-2. 市立2病院の沿革.....	21
3-3. 市立2病院の施設状況.....	25
3-4. 市立2病院の経営状況.....	28
3-5. 市立2病院の職員ヒアリングより.....	32
4. 市民アンケート結果.....	33
4-1. 市民が医療機関を選択する理由.....	33
4-2. 市立病院に求める医療サービス.....	35
4-3. 市立病院に求める施設・設備.....	36
4-4. 医療機関への交通手段.....	37
4-5. 市立病院の立地条件.....	37
4-6. 市立2病院統合について.....	38
4-7. 統合新病院の建設地.....	38
5. 課題のまとめと解決に向けた基本的方向性.....	39
5-1. 加賀市の医療環境が抱える課題.....	39
5-2. 課題解決に向けた基本的方向性.....	40
第3章 統合新病院の基本構想.....	42
1. 統合新病院の基本構想.....	42
1-1. 統合新病院整備の基本方針.....	42
1-2. 統合新病院の経営・運営方針.....	43
1-3. 統合新病院の経営形態.....	46
1-4. 統合新病院の病床数・病床種別.....	48

1-5. 統合新病院の診療体制	51
1-6. 統合新病院の建設地	52
1-7. 統合新病院の医師確保	55
1-8. 統合新病院の経営シミュレーション	58
2. 統合新病院についての継続検討事項	65
2-1. 建設スケジュール	65
2-2. 統合新病院における運営面での対応	65
2-3. 併設機能① 看護師養成所	65
2-4. 併設機能② 初期救急医療センター	65
2-5. 併設機能③ 健診センター	66
2-6. 統合新病院建設後の現病院土地・建物の活用	66
第4章 加賀市における医療提供体制の将来像	67
1. 医療提供体制等の全体像	67
1-1. 地域包括ケア体制の構築	67
1-2. 地域住民との協働	69
2. 統合新病院の連携のあり方	70
2-1. 大学病院との連携	70
2-2. 南加賀急病センターとの連携	70
2-3. 近隣病院(療養病床・精神病床)との連携	71
2-4. 診療所(かかりつけ医)との連携	71
2-5. 保健事業との連携	71
2-6. 介護サービスとの連携	71
2-7. 福祉事業との連携	72
3. 行政の推進体制	72
参考資料	73
1. 加賀市医療提供体制調査検討委員会	73
1-1. 委員名簿	73
1-2. 検討経過	74
用語集	76

第1章 はじめに

本市には、3 か所の公立病院があり、他に複数の民間病院や各地域ごとに診療所が開設されているなど、医療機関の量的には比較的充実した市です。しかし、近年全国的に叫ばれている医師・看護師不足により、それぞれの医療機関においては、必要な医療を提供するための人員の確保が困難になってきています。特に本市の救急告示病院では、十分な救急患者の受入体制を組むことができず、二次救急患者を全て市内で受け入れることが困難な状況にあります。

本市の救急告示病院である、2 つの市立病院（加賀市民病院、山中温泉医療センター）は、開院以来、市民に総合的な医療を提供し、地域の中核病院として重要な役割を担ってきました。この市立2病院は、平成17年の旧加賀市と山中町の合併時に、それぞれの市町から新加賀市に引き継がれたものです。合併協議時においては、新市となった場合の市立2病院の運営について議題となりましたが結論はせず、「新市において地域医療に関する審議機関を設置し、本市の医療サービスのあるべき姿を検討する」とこととされました。

市町合併後の平成18年には、医療の専門家、市民代表、議会代表などで構成する「加賀市地域医療審議会」を設置し検討を行いました。審議会からは、平成19年3月に「将来的には、加賀市における地域医療の安定的確保のために、二次救急医療を担い、医療設備の充実した新病院を建設する以外に、根本的な問題解決の方法はない」という答申を受けました。また、平成21年3月にも「加賀市が開設する病院が2つのままでは、急性期の病院として機能が分散し、良質で高度な医療は出来ない。医療の質を考慮し、集約してより高度な急性期の医療を加賀市につくるべきである。マンパワーと資産の集約化は絶対必要。」という答申を受け、医療提供面からの結論は出ています。

しかしながら、病院の経営面や市としての財政負担面等から、市立2病院を統合して新しい医療提供体制を構築できるのかどうかは、更なる調査検討が必要です。また、救急医療をはじめとする本市の医療提供体制の問題の具体的な解決策を市民に示すことも望まれます。そのため、平成23年2月に医療提供の専門家による「加賀市医療提供体制調査検討委員会」を設置し、市民が安心できる医療提供体制を構築するための議論を重ねてまいりました。

市民の生命を守ることは、他のどのような施策にも優先する本市の最重要施策です。ここに「加賀市医療提供体制基本構想」を策定し、市民が安心、安全な医療が受けられる、充実した医療提供体制の構築に向けての具体的方針を示します。

平成23年11月25日

加賀市長 寺前 秀一

第2章 加賀市における医療環境の現状と課題

1. 公立病院を取り巻く環境

1-1. 公立病院が置かれる厳しい経営環境

国の医療制度改革や地方自治体の逼迫する財政状況等により、全国の公立病院がおかれている経営環境は大変厳しい状況にあります。平成22年6月実績によると、85.0%の自治体病院が赤字¹となっており、その割合はピーク時の93.3%(平成20年6月)に比べると減少傾向にはありますが、私的病院の赤字割合(平成22年6月は37.1%)と比較すると、圧倒的に赤字病院が多いことが示されています。また、近年、全国的にも深刻となっている医師不足により、病棟閉鎖や診療科廃止、強いては病院閉鎖といったケースが散見されるまでとなっています。平成19年には「地方公共団体の財政の健全化に関する法律」が成立し、平成20年度決算より、一般会計に病院事業も含め、地方自治体全体の財政状況が公表されることになりました。

これを受けて、国は“公立病院が今後とも地域において必要な医療を安定的かつ継続的に提供していくためには、抜本的な改革がさけられない”とし、平成19年12月に「公立病院改革ガイドライン」(総務省)を公表、平成20年度中に、全国全ての公立病院に「公立病院改革プラン」の策定を求めるに至っています。このように公立病院は、早急な経営健全化が求められています。

1-2. 公立病院の担う役割

同時に、公立病院は安心・安全な地域医療の実現に向けて期待される役割を有しています。公立病院が担う役割としては、“民間の医療機関では対応が困難な医療分野・疾患領域を中心に、医療圏・診療圏の地域特性や医療機能に配慮して、質的・量的に不足している医療を提供すること”と言えます。具体的には、4 疾病(糖尿病、急性心筋梗塞、脳卒中、がん)5 事業(救急医療、小児救急医療、へき地医療、災害医療、周産期医療)で挙げられるような領域や、今後ますます増加するとされる認知症疾患などの精神疾患などが含まれます。厳しい経営環境下において、これらの不採算とされる医療(主に5事業)の提供を通じて、地域医療の持続に貢献することが求められます。

1-3. 医師不足・看護師不足

また、昨今の医療問題のテーマとして「医師不足・看護師不足」が挙げられるように、OECD 諸

¹ 全国公私病院連盟 病院経営実態調査報告(平成22年6月現在調査)

国²と比較をすると、人口千人あたり医師数は日本で2.2人であり、対象国34ヶ国中、下から5番目となっています。イギリスやアメリカでは2.4～2.7人、ヨーロッパ先進国は3.0～4.0人前後であるのと比較すると医師数の少なさが示されます。人口千人あたり看護師数については、日本は9.5人と34カ国中15位と中間に位置していますが、先進諸国の中でも高齢化率が高いことを考えると、充足しているとは言いがたい状況です。特に日本は人口当たりの病床数が多いことから、病床当たりの医師数・看護師数が少ないという特徴もあり、結果的に在院日数の長期化にも影響しています。

また、平成16年度から開始された新医師臨床研修制度の影響で、大学病院での医師不足による地方病院からの医師の引き上げも大きな問題となっています。地域の総合病院などから医師が引き上げられたことで、閉鎖に追い込まれる地域の病院の診療科が出てくるなど、全国的に問題となっている状況です。

² OECD Health Data 2011 (30 June 2011)

2. 南加賀医療圏および加賀市における医療提供体制

2-1. 石川県医療計画における南加賀医療圏

① 二次医療圏の構成

石川県全体の基準病床に対する病床充足率は 123.6%という状況です。それに比べて、南加賀医療圏は 134.8%と県の中でも病床が充足している地域です。

図表 1: 石川県を構成する 4 つの二次医療圏の概要

医療圏名	構成市町名		基準病床数	既存病床数	過不足	充足率
南加賀	小松市、加賀市、能美市、川北町	3市1町	2,105	2,837	732	134.8%
石川中央	金沢市、白山市、かほく市、野々市町、津幡町、内灘町	3市3町	8,401	9,855	1,454	117.3%
能登中部	七尾市、羽咋市、志賀町、宝達志水町、中能登町	2市3町	1,402	1,831	429	130.6%
能登北部	輪島市、珠洲市、穴水町、能登町	2市2町	726	1,089	363	150.0%
合計			12,634	15,612	2,978	123.6%

出典: 石川県医療計画(平成 20 年 4 月)(既存病床数は平成 20 年 3 月 31 日現在)

② 4 疾病 5 事業における医療提供体制について

石川県医療計画³において、4 疾病 5 事業それぞれについて現状と課題、その対策についてまとめられています。

特に、5 事業に含まれる救急医療については、多くの点で課題を抱えている状況にあります。南加賀医療圏では、初期救急は南加賀急病センター(内科、小児科)、三次救急は圏外医療機関との連携により対応を進めています。一方、二次救急については、小松市民病院を中心に南加賀医療圏の救急医療は提供されている状況ではありますが、病院群輪番制⁴は整備されておらず、休日及び夜間においては複数診療科による体制構築が困難な状況にあり、早急に具体的な対応策が必要とされています。また、二次救急医療の体制整備に向けて、初期救急医療の体制整備も並行して強化することが期待されています。

³ 石川県医療計画(平成 20 年 4 月)に記載されている南加賀医療圏の 4 疾病 5 事業における現状、課題、および対策については、「添付: 参考資料」に添付しています。

⁴ 地域内の病院群が共同して、輪番制方式により休日及び夜間における救急患者の診療を受け入れる体制。

図表 2:4 疾病の課題と対応策(要約)

4 疾病 5 事業	現状と課題	対策
がん	連携パスを活用し、がん診療連携拠点病院を中心とした患者の支援体制整備が進められている。今後は、在宅緩和ケアについても、開業医への相談体制整備により充実を図る。	① 一層の連携強化によるスムーズな転退院・在宅医療移行の体制整備 ② 地域への相談支援センターの周知 ③ 在宅緩和ケア推進のための診療支援・相談体制整備
脳卒中	下記 3 点が求められる。 ① 疾患に対する地域住民の啓発 ② 患者搬送時間の短縮化 ③ 急性期～回復期～維持期のスムーズな連携体制	① 地域に対する脳卒中の危険因子等の情報提供 ② 医療機能情報提供制度の活用 ③ 地域連携パスの作成・普及
急性心筋梗塞	下記 3 点が求められる。 ① 疾患に対する地域住民の啓発、AED 設置推奨と設置マップの周知 ② 患者搬送時間の短縮化 ③ 急性期～回復期～維持期のスムーズな連携体制	① 地域に対する発症予防の啓発、AED 使用法及び心肺蘇生法等の普及啓発 ② 医療機能情報提供制度の活用 ③ 地域連携パスの作成・普及
糖尿病	下記 2 点が求められる。 ① 糖尿病の発症および重症化予防 ② かかりつけ医と専門医療機関との切れ目のない医療連携体制の構築	① 特定健診、特定保健指導の推進と継続治療及び生活改善の必要性の啓蒙 ② 地域連携パスの作成・普及

図表 3: 5 事業の課題と対応策(要約)

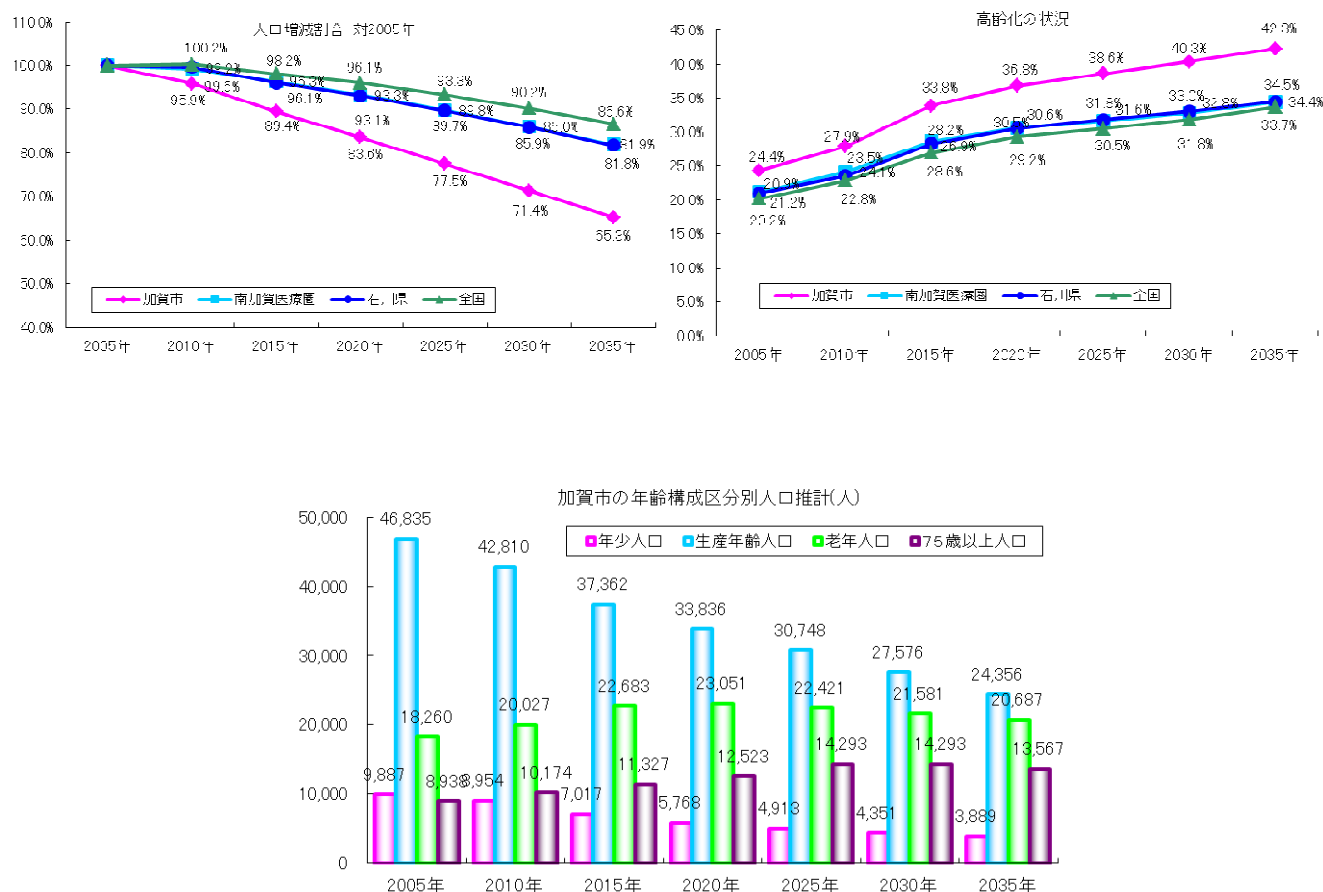
5 事業	現状と課題	対策
救急医療	初期救急は、南加賀急病センター（内科、小児科）、加賀市医師会の協力による在宅当番医制及び休日診療を提供している。 二次救急は、休日及び夜間において、常時、平日昼間と同じ診療体制を確保することが困難な状況であり、初期・三次と円滑な連携を図りながら、その診療体制を整備する必要性が非常に高い。 三次救急は機能分担を進めており、石川県立中央病院救命救急センターや金沢大学附属病院救急部、金沢医科大学病院救急医療センターにより提供している。	① 初期救急医療を担う医師等の確保 ② 診療科目別の輪番制を図る等の具体的対策検討
周産期医療	圏内に新生児集中治療管理室（NICU）を有する施設はないが、緊急に高度医療を要する場合、いしかわ総合母子医療センター等の高度医療機関へ搬送されるシステムが整備されている。今後は、ハイリスク妊産婦や未熟児等の母親への心のケアの充実が、虐待予防の観点からも必要。	① いしかわ総合母子医療センターを中心とした搬送体制の充実強化 ② 消防機関と周産期医療を担う医療機関との連携体制の強化 ③ ハイリスク妊産婦や未熟児等の母親に対する早期介入、より充実した支援体制整備（心のケア含む）
小児救急医療	南加賀急病センター（休日及び夜間）、在宅当番医制（加賀市・休日の午前中）にて、小児科医が対応している。今後は、休日及び夜間に二次救急病院を受診する小児患者の増加（核家族化、共働き家庭の増加など）への対応が必要である。	① 小児救急医療体制の充実 ② 保護者に対する情報提供の推進

災害医療	小松市民病院が平成 9 年 2 月に災害拠点病院に指定され、被災地からの重症傷病者等の受け入れ及び搬出を行う広域搬送機能、医療救護チームの派遣機能などが整備されている。今後は、被災時にも人工透析や人工呼吸器患者等医療依存度の高い患者が円滑に避難でき、適切な医療が受けられる体制整備が必要である。	① 応急用資機材や医薬品等の確保、災害医療に関する職員研修・訓練の充実および関係機関との連携強化 ② 「災害救急医療情報システム」を利用した防災通信訓練の実施 ③ 医療依存度の高い患者を中心に、非常時に備えた体制整備（例：非常時持ち出しリスト、緊急連絡先・かかりつけ医師名など）
へき地医療	各へき地診療所における患者は 3～4 人/日。歯科については、容易な受診が困難な状況となっている。保健予防活動として年 1 回の集団検診及び 5～6 回の健康相談等を実施しているが、保健サービスを受ける機会が少ない。	① へき地診療所の医療従事者と施設設備の確保 ② 歯科医療の確保 ③ 各種保健事業や在宅ケアの充実強化

2-2. 医療需要予測

加賀市および南加賀医療圏における人口推計を図表 4 に整理し、全国推計、石川県推計と比較しています。これによると、南加賀医療圏全体の傾向は全国および石川県全体と類似しているのに対し、加賀市の人口減少は著しく、高齢化率についても全国等より高い状態の推移が推計されています。年齢構成区分別に人口推計を見てみると、この高齢化の顕著な要因としては、年少人口(15 歳未満)、生産年齢人口(15 歳以上 65 歳未満)の減少と老年人口の増加が挙げられますが、老年人口(65 歳以上)、特に 75 歳以上老年人口(後期高齢者)においても、そのピークは 2030 年とされ、その後は減少していくことが推測されます。

図表 4: 南加賀医療圏および加賀市における人口推計

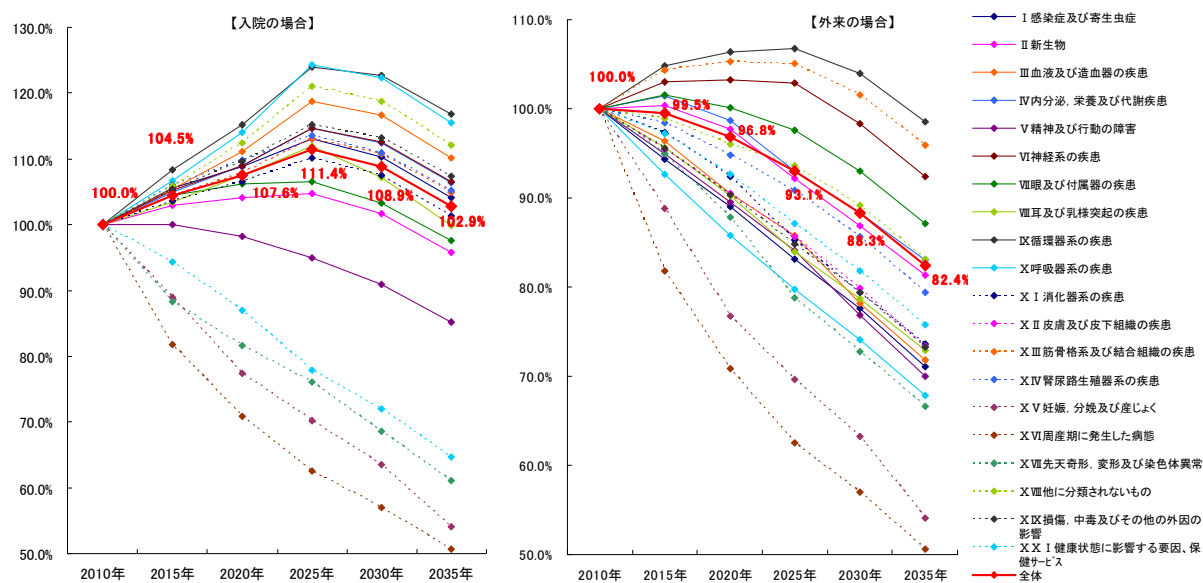


引用: 市区町村別将来人口推計(人口問題研究所)を元に作成

※ 平成 17(2005)年国勢調査結果による推計。ただし、2010 年値は平成 22 年(2010)国勢調査実績値。

高齢化が一層進む中、医療需要動向として、入院・外来別の患者数を試算しています(図表5)。これによると、疾患によりその違いは見られるものの、外来はますます患者の減少が予想されます。一方、入院については、2025年までは、2010年に比べて1割近く患者数の増加が見込まれます。特に、呼吸器系疾患や循環器系疾患は、高齢患者の増加と合わせて、対2010年比で約25%も増加すると試算されます。ただし、これらも2025年を過ぎると、徐々に減少していくと予想されます。

図表 5: 加賀市における推計患者数推移(疾患別、入院・外来別)



引用: 平成 20 年度患者調査(厚生労働省統計局)および市区町村別将来人口推計(人口問題研究所)を元に作成

2-3. 現状の医療・介護供給体制

南加賀医療圏および加賀市における医療・介護の供給体制として、人口 10 万人あたりの病床数を全国平均、石川県平均、その他医療圏・市町村平均と比較、整理したものが、図表 6、7 です。これによると、まず医療施設について全国的に見ても、一般病床、療養病床とも人口 10 万人あたり病床数の多さが特徴的と言えます(全国:一般 710 床、療養 265 床／南加賀:一般 806 床、療養 377 床／加賀市:一般 994 床、療養 761 床)。

次に介護施設について見てみると、老人福祉施設、老人保健施設、介護療養型医療施設、グループホーム、小規模多機能型居宅介護施設はいずれも他地域より多く、特定施設のみ少ないことが示されています。

したがって、病床数や定員数という視点(数の視点)では、南加賀医療圏および加賀市については比較的充実した供給体制にあり、今後の人口推計を踏まえると共に、疾患別や機能別(質の視点)の対応を確認・評価する必要があると言えます。

図表 6: 人口 10 万人あたりの病床数(医療施設)

	人口(人)	総数(床)					
		病床数	人口10万人あたりの病床数	うち一般病床		うち療養病床	
				病床数	人口10万人あたりの病床数	病床数	人口10万人あたりの病床数
全国	128,056,026	1,609,403	1,257	909,437	710	339,358	265
石川県	1,170,040	19,483	1,665	10,803	906	4,871	416
石川中央医療圏	723,373	12,814	1,771	6,704	927	3,119	431
能登中部医療圏	136,008	2,154	1,584	1,332	979	461	339
能登北部医療圏	75,470	1,086	1,439	671	889	404	535
南加賀医療圏	235,189	3,429	1,458	1,898	806	887	377
加賀市	71,911	1,561	2,171	715	994	547	761
小松市	108,439	1,350	1,245	878	810	125	115
能美市	48,888	518	1,064	303	622	215	442
川北町	6,151	0	0	0	0	0	0

引用:平成 22 年国勢調査速報値(厚生労働省:平成 21 年地域保健医療基礎統計)

図表 7: 人口 10 万人あたりの病床数及び定員数(介護施設)

	加賀市			南加賀医療圏		
人口	71,911人			235,189人		
	施設数	定員数又は 病床数	人口10万人 あたり の定員数又は 病床数	施設数	定員数又は 病床数	人口10万人 あたり の定員数又は病床 数
老人福祉施設・地域老人福祉施設	8	380	528.4	19	1,200	510.2
老人保健施設	5	425	591.0	13	975	414.8
介護療養型医療施設	2	120	166.9	6	252	107.1
特定施設・地域特定施設	2	30	125.2	6	298	125.9
グループホーム	12	177	246.1	28	414	176.0
小規模多機能型居宅介護	7	161	237.8	14	343	145.8

	石川県			全国		
人口	1,170,040人			128,056,026人		
	施設数	定員数又は 病床数	人口10万人 あたり の定員数又は 病床数	施設数	定員数又は 病床数	人口10万人 あたり の定員数又は病床 数
老人福祉施設・地域老人福祉施設	74	5,702	487.3	6,126	420,899	328.7
老人保健施設	43	3,883	330.2	3,463	315,280	246.2
介護療養型医療施設	38	1,314	112.3	1,980	87,782	68.5
特定施設・地域特定施設	24	1,751	149.7	3,619	219,107	171.1
グループホーム	154	2,193	187.4	11,253	135,863	105.9
小規模多機能型居宅介護	42	994	85.0	3,123	71,008	55.5

引用:平成 22 年国勢調査速報値・WAMNET・平成 21 年介護サービス施設/事業所調査・介護サービス情報公表システム

2-4. 患者流出入の状況

現在の南加賀医療圏および加賀市における供給体制について、質の視点から確認することを目的に、当該地域住民が地域内で医療サービスを十分に受けられているか否か、手術の有無別、在院日数別等で「患者流出入」⁵の状況を整理しています(図表 8～図表 11)。

石川県全体ではいずれの場合においても患者が流入している傾向にある中、南加賀医療圏については、療養病床を除いて患者の流出傾向が伺え、特に手術を要するような患者は流出人数が多いことが示されています。加賀市においても同様の結果が示されており、療養病床を除いて患者の流出傾向が示されています。特に手術なし・30 日以内(短期入院)の流出患者数が多いことが特徴的です。

図表 8:MDC⁶別に見た患者流出入状況① ～手術ありの場合～

単位: 人/月

	石川県			南加賀医療圏			加賀市		
	患者 住所地 (A)	施設 所在地 (B)	流出入 (B)-(A)	患者 住所地 (A)	施設 所在地 (B)	流出入 (B)-(A)	患者 住所地 (A)	施設 所在地 (B)	流出入 (B)-(A)
MDC01: 神経系疾患	70	70	0	10	10	0	1	0	-1
MDC02: 眼科系疾患	340	710	370	60	40	-20	19	4	-14
MDC03: 耳鼻咽喉科系疾患	100	100	0	20	10	-10	4	1	-3
MDC04: 呼吸器系疾患	90	80	-10	30	10	-20	14	7	-7
MDC05: 循環器系疾患	250	270	20	40	30	-10	13	7	-5
MDC06: 消化器系疾患、肝臓・胆道・脾臓疾患	1,200	1,210	10	200	170	-30	74	43	-30
MDC07: 筋骨格系疾患	200	230	30	50	40	-10	16	6	-10
MDC08: 皮膚・皮下組織の疾患	30	10	-20	10	0	-10	3	1	-2
MDC09: 乳房の疾患	60	120	60	10	10	0	5	1	-4
MDC10: 内分泌・栄養・代謝に関する疾患	50	60	10	10	10	0	1	1	0
MDC11: 腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患	270	280	10	70	60	-10	13	9	-3
MDC12: 女性生殖器系疾患、産褥期疾患・異常妊娠分娩	420	470	50	120	90	-30	16	2	-14
MDC13: 血液・造血器・免疫臓器の疾患	10	20	10	0	0	0	0	0	0
MDC14: 新生児疾患	40	50	10	10	0	-10	3	0	-3
MDC15: 小児疾患	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MDC16: その他の疾患	460	490	30	110	100	-10	14	6	-7
合計	3,590	4,170	580	750	580	-170	194	90	-104

引用:平成 17 年度患者調査(厚生労働省統計局)及び受療率を用いて推計値算出・作成
(ただし、加賀市のみ平成 20 年度患者調査結果を元に推計患者数を算出)

手術ありの患者について、南加賀医療圏、加賀市とも、疾患別にみても流入傾向にある疾患は見られません。また、他の疾患に比べて眼科系疾患、消化器系疾患及び肝臓・胆道・脾臓疾患、女性生殖器系疾患、産褥期疾患・異常妊娠分娩の流出患者割合が多い傾向にあります。

⁵ 患者流出入:[施設所在地の患者数(当該地域に位置している医療機関に受診している患者数)]-[患者住所地の患者数(当該地域に住んでいる患者でかつ医療機関に受診している患者数)]で算出する。プラスの場合、近隣地域からも患者が地域内の医療機関を受診していることを表す。一方、マイナスの場合は、当該地域に居住している住民が他の地域の医療機関を受診していることを表す。

⁶ 主要診断群(Major Diagnostic Category)の略で、入院時の診療報酬包括支払いにおいて疾患の分類に使用されている。18 群に分類されている。

図表 9:MDC 別に見た患者流出入状況② ～手術なし・30 日以内(短期入院)の場合～

単位:人/月

	石川県			南加賀医療圏			加賀市		
	患者 住所地 (A)	施設 所在地 (B)	流出入 (B)-(A)	患者 住所地 (A)	施設 所在地 (B)	流出入 (B)-(A)	患者 住所地 (A)	施設 所在地 (B)	流出入 (B)-(A)
MDC01: 神経系疾患	410	430	20	80	60	-20	31	19	-12
MDC02: 眼科系疾患	10	20	10	0	0	0	1	1	0
MDC03: 耳鼻咽喉科系疾患	240	240	0	50	40	-10	17	8	-8
MDC04: 呼吸器系疾患	800	810	10	150	130	-20	46	32	-14
MDC05: 循環器系疾患	760	770	10	140	110	-30	51	24	-27
MDC06: 消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患	1,020	1,050	30	200	200	0	122	103	-19
MDC07: 筋骨格系疾患	200	220	20	50	50	0	12	9	-3
MDC08: 皮膚・皮下組織の疾患	140	140	0	20	30	10	14	14	0
MDC09: 乳房の疾患	90	100	10	20	10	-10	3		-3
MDC10: 内分泌・栄養・代謝に関する疾患	310	320	10	70	60	-10	22	13	-9
MDC11: 腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患	470	490	20	90	100	10	17	16	-1
MDC12: 女性生殖器系疾患、産褥期疾患・異常妊娠分娩	250	280	30	120	120	0	19	1	-18
MDC13: 血液・造血器・免疫臓器の疾患	70	80	10	30	30	0	8	3	-5
MDC14: 新生児疾患	150	190	40	40	30	-10	1	1	0
MDC15: 小児疾患	200	210	10	40	40	0	15	11	-4
MDC16: その他の疾患	850	890	40	250	270	20	33	27	-6
合計	5,970	6,240	270	1,350	1,280	-70	411	281	-130

引用:平成 17 年度患者調査(厚生労働省統計局)及び受療率を用いて推計値算出・作成
(ただし、加賀市のみ平成 20 年度患者調査結果を元に推計患者数を算出)

手術なし・30 日以内の患者について、南加賀医療圏では皮膚・皮下組織の疾患や腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患において患者の流入傾向が伺えますが、加賀市においては、眼科系疾患、皮膚・皮下組織の疾患、新生児疾患以外の疾患においては全て流出傾向が示されています。疾患別に見ると、特に循環器系疾患、女性生殖器系疾患、産褥期疾患・異常妊娠分娩の流出患者数が多く見られます。

図表 10:MDC 別に見た患者流出入状況③ ～手術なし・31 日以上入院(長期入院)の場合～

単位:人/月

	石川県			南加賀医療圏			加賀市		
	患者 住所地 (A)	施設 所在地 (B)	流出入 (B)-(A)	患者 住所地 (A)	施設 所在地 (B)	流出入 (B)-(A)	患者 住所地 (A)	施設 所在地 (B)	流出入 (B)-(A)
MDC01: 神経系疾患	180	200	20	40	50	10	24	35	11
MDC02: 眼科系疾患	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MDC03: 耳鼻咽喉科系疾患	10	10	0	0	0	0	0	0	0
MDC04: 呼吸器系疾患	180	190	10	40	40	0	15	14	-1
MDC05: 循環器系疾患	120	120	0	20	20	0	8	8	0
MDC06: 消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患	190	200	10	40	30	-10	22	14	-7
MDC07: 筋骨格系疾患	80	80	0	20	20	0	10	6	-4
MDC08: 皮膚・皮下組織の疾患	10	10	0	0	0	0	2	2	0
MDC09: 乳房の疾患	0	10	10	0	0	0	0	0	0
MDC10: 内分泌・栄養・代謝に関する疾患	70	70	0	10	20	10	14	11	-3
MDC11: 腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患	70	70	0	10	0	-10	4	2	-1
MDC12: 女性生殖器系疾患、産褥期疾患・異常妊娠分娩	10	10	0	0	0	0	0	0	0
MDC13: 血液・造血器・免疫臓器の疾患	40	40	0	10	0	-10	4	2	-2
MDC14: 新生児疾患	0	0	0	0	0	0	1	1	0
MDC15: 小児疾患	10	10	0	0	0	0	0	0	0
MDC16: その他の疾患	220	230	10	60	60	0	19	14	-6
合計	1,190	1,250	60	250	240	-10	123	110	-13

引用:図表 9 と同じ

手術なし・31 日以上の患者について、南加賀医療圏では、患者の流出入があまり見られません。加賀市では、消化器系疾患などで患者の流出が一部見られますが、神経系疾患については患者の流入も見受けられます。

図表 11:MDC 別に見た患者流出入状況④ ～療養病床の場合～

単位: 人/月

	石川県			南加賀医療圏			加賀市		
	患者 住所地 (A)	施設 所在地 (B)	流出入 (B)-(A)	患者 住所地 (A)	施設 所在地 (B)	流出入 (B)-(A)	患者 住所地 (A)	施設 所在地 (B)	流出入 (B)-(A)
MDC01: 神経系疾患	200	200	0	40	40	0	9	13	4
MDC02: 眼科系疾患	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MDC03: 耳鼻咽喉科系疾患	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MDC04: 呼吸器系疾患	50	60	10	10	10	0	7	7	0
MDC05: 循環器系疾患	50	40	-10	10	10	0	7	7	0
MDC06: 消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患	40	60	20	10	10	0	7	7	0
MDC07: 筋骨格系疾患	60	70	10	10	10	0	4	5	1
MDC08: 皮膚・皮下組織の疾患	0	0	0	0	0	0	1	1	0
MDC09: 乳房の疾患	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MDC10: 内分泌・栄養・代謝に関する疾患	20	20	0	10	10	0	6	6	0
MDC11: 腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患	0	20	20	0	10	10	1	1	0
MDC12: 女性生殖器系疾患、産褥期疾患・異常妊娠分娩	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MDC13: 血液・造血器・免疫臓器の疾患	0	0	0	0	0	0	2	2	0
MDC14: 新生児疾患	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MDC15: 小児疾患	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MDC16: その他の疾患	100	140	40	20	20	0	5	5	0
合計	520	610	90	110	120	10	50	55	5

引用: 図表 9 と同じ

療養病床の患者について、南加賀医療圏、加賀市とも患者の流出入があまり見られません。このことから、十分な供給体制になっていると推測されます。

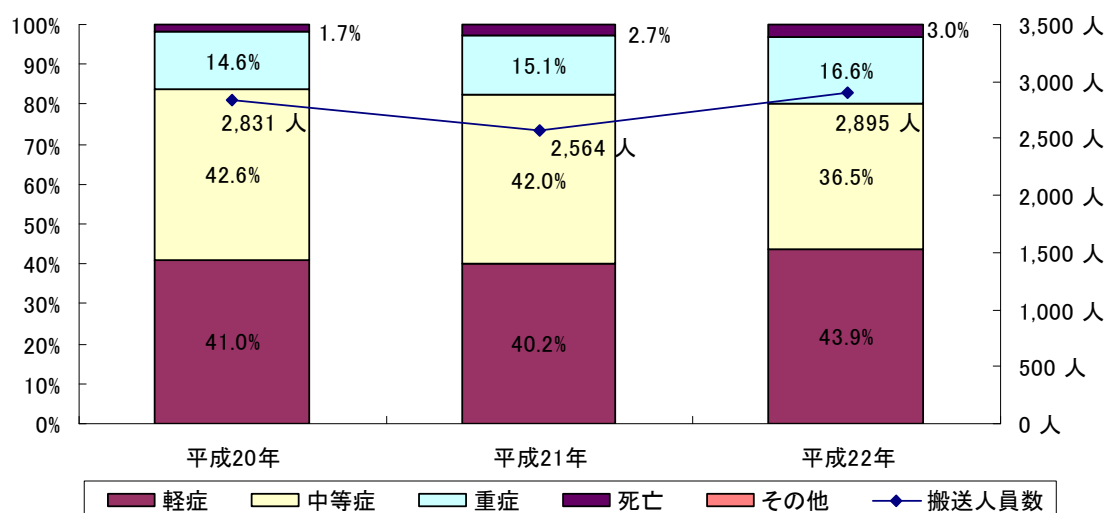
2-5. 逼迫した救急医療体制 ～市民アンケートと消防年報から見た地域ニーズ～

加賀市の医療提供体制の将来像を検討するにあたって、加賀市民を対象に「加賀市の医療提供体制に関する市民アンケート調査」⁷を実施したところ、その結果から、加賀市民が最も期待する医療サービスとして、“24 時間対応の救急医療体制”が挙げられました。以下、加賀市における救急搬送状況について、現状を整理しています。

(1) 救急搬送状況について

図表 12 では、加賀市消防年報より、救急搬送人員数および重症度の状況について時系列推移を整理しています。救急搬送人員数については、平成 21 年にやや減少したものの、平成 22 年には 2,895 人まで増加していると共に、さらに軽症患者が占める割合、重症・死亡患者が占める割合の増加が特徴として挙げられます。

図表 12: 救急搬送人員数および重症度の推移



引用: 加賀市消防年報(平成 20 年～平成 22 年)

(2) 救急搬送患者の市外流出

図表 13、14 には、搬送された患者の搬送先医療機関を加賀市内・市外別に集計しています。平成 21 年から平成 22 年は、軽症患者および重症患者の増加により救急搬送人員数が増えたにも係らず、市内医療機関による受入割合が増加していることがわかります。

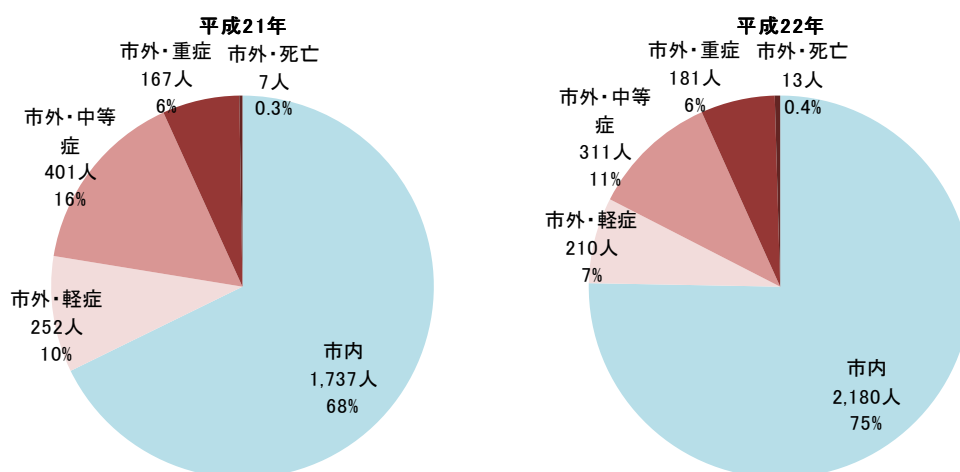
しかし問題となるのは、市外搬送患者の 7 割が、重症・死亡といった三次救急患者では

⁷ 「加賀市の医療提供体制に関する市民アンケート調査」の概要・結果詳細については、「添付：参考資料」として添付。また、結果については、第 2 章「4. 市民アンケート結果」にも要約を記載。

なく、本来市内で受け入れすべき中等症以下の患者であることです。

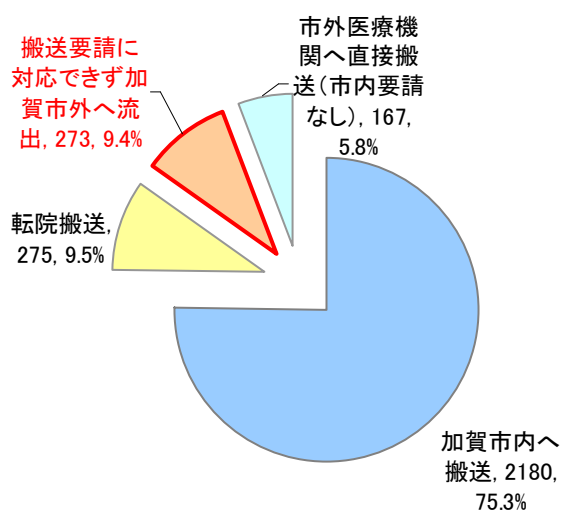
また、市内医療機関に搬送要請があったにもかかわらず、受入れできず市外搬送された患者は、平成 22 年に 273 人となっています。

図表 13: 救急搬送人員数の市内外搬送状況(平成 21～22 年)



引用: 加賀市消防年報(平成 21 年～平成 22 年)

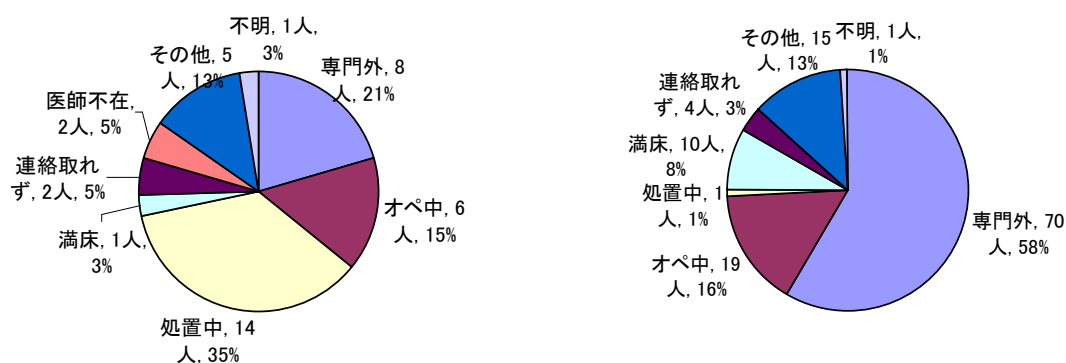
図表 14: 救急搬送人員数の市内外搬送状況(平成 22 年)



引用: 加賀市消防年報(平成 22 年)

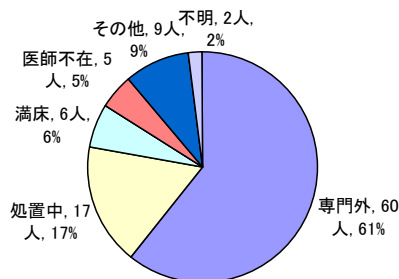
図表 15、16 には、平成 22 年に発生した救急搬送要請を受け入れできなかったケースを対象に、平日／土日祝の区別に、断り事由を整理しています。これによると、大半の医療機関が診療時間内である時間帯は、処置中や手術中といったケースが多いのに対し、診療時間外である時間帯の土日祝日は、専門外であるケースが大多数であることが分かります。このことから、加賀市全体として、診療時間外に対応可能な診療科に制限がある(例えば、外科・内科いずれかの 1 科当直体制など)ことが、救急搬送の断りに影響している可能性が示唆されます。

図表 15: 平日(月～金)における断り事由(左: 8～16 時台／右: 0～7 時台、17～23 時台)



引用: 加賀市消防本部データ(平成 22 年)を元に作成

図表 16: 土日祝における断り事由



引用: 加賀市消防本部データ(平成 22 年)を元に作成

．市立 2 病院の概要

3-1. 市立 2 病院の基本理念・方針

加賀市における市立 2 病院の基本理念・方針は、図表 1 のとおりです。

図表 1: 市立 2 病院の基本理念・方針

病院名	【加賀市民病院】 	【山中温泉医療センター】 
基本理念	“私たちは、医療人として地域社会に 貢献できる病院を目指します“	“ ぬくもり ”
基本方針	一、良質で高度な医療を提供します。 一、患者様中心の医療を提供します。 一、清潔で快適な環境を提供します。	一、地域医療を通して、安心・安らぎを提供します。 一、患者さまの声に耳を傾けます。 一、機会の開拓と問題解決に努めます。

引用：各病院ホームページ

3-2. 市立 2 病院の沿革

(1) 加賀市民病院のこれまでの沿革

図表 2: 加賀市民病院の沿革

年号	沿革
明治 13 年 3 月	県立金沢病院大聖寺出張所として開設(2 階建、6 室)(内科、外科)
明治 16 年 11 月	金沢病院から独立し、県立大聖寺病院となる
明治 19 年 3 月	江沼郡立大聖寺病院となる
明治 22 年 4 月	江沼郡町村立江沼病院となる(町村制施行に伴い郡内 25 町村の組合経営となる)
大正 2 年 3 月	看護婦養成所開校
大正 11 年 3 月	看護婦養成所廃止
昭和 5 年 3 月	耳鼻咽喉科新設
昭和 9 年 2 月	眼科新設
昭和 12 年 5 月	小児科新設
昭和 22 年 3 月	皮膚泌尿器科新設
昭和 25 年 5 月	産婦人科新設
昭和 28 年 8 月	地方自治法による一部事務組合を組織し、江沼郡医療施設組合立江沼病院となる
昭和 34 年 10 月	整形外科新設
昭和 35 年 6 月	病床定数の変更、一般 93 床、結核 48 床、計 141 床となる
昭和 36 年 7 月	伝染病棟(30 床)増築し、計 171 床となる
昭和 36 年 12 月	結核病床の内 18 床を一般病床へ切り替え、一般 111 床、結核 30 床、伝染 30 床、計 171 床となる
昭和 39 年 6 月	救急病院として告示
昭和 39 年 9 月	総合病院の承認を得、総合病院江沼病院となる
昭和 40 年 4 月	全館改築工事完成
昭和 43 年 4 月	附属准看護学院開校
昭和 43 年 5 月	中央病棟増築、一般 122 床、結核 30 床、伝染 30 床、計 182 床となる
昭和 48 年 4 月	病院名称を公立加賀中央病院と改める
昭和 51 年 2 月	消化器科新設(外科に併設)
昭和 54 年 3 月	附属准看護学校休校
昭和 54 年 7 月	脳神経外科新設
昭和 55 年 7 月	結核病棟を一般病棟へ切り替え、一般 152 床、伝染 30 床、計 182 床となる
昭和 57 年 7 月	組合の名称を加賀山中医療施設組合と改める
昭和 57 年 11 月	診療棟(放射線、検査、手術部門)完成

昭和 58 年 8 月	改築により増床、一般 170 床、伝染 30 床、計 200 床となる
昭和 60 年 7 月	放射線科新設
昭和 62 年 3 月	伝染病棟を解体し小松市へ委託、一般病棟 170 床となる
昭和 62 年 4 月	循環器科新設(内科に併設)
昭和 63 年 4 月	附属准看護学院再開
平成元年 4 月	西棟増築完成により一般を 60 床増床、計 230 床となる
平成 2 年 4 月	麻酔科新設
平成 6 年 2 月	病院改築工事 着工
平成 7 年 3 月	病院改築工事第一期分、南館完成
平成 8 年 4 月	附属准看護学院を廃止し、加賀山中看護専門学校を開校、看護婦 2 年課程、准看護婦課程を設置する
平成 8 年 4 月	病院改築工事第二期分、診療棟増築、本館南側完成
平成 8 年 5 月	人工透析 10 床稼動
平成 8 年 5 月	呼吸器科新設(内科に併設)
平成 9 年 3 月	病院改築工事第三期分、本館北側完成、前面完成
平成 10 年 9 月	病院改修工事により、集中治療室 5 床、人工透析 10 床増設で 20 床となる
平成 11 年 4 月	1 看護単位増設し、5 単位となる
平成 11 年 9 月	完全週休 2 日制導入
平成 12 年 10 月	オーダリングシステム導入
平成 13 年 4 月	院外処方完全実施
平成 14 年 3 月	医療検査情報システム導入
平成 15 年 8 月	一般病床 230 床で届出する
平成 16 年 3 月	日本医療機能評価機構による病院機能評価(一般病院種別 B)の認定を受ける
平成 17 年 3 月	加賀山中看護専門学校准看護師過程を廃止する
平成 17 年 9 月	加賀山中医療施設組合を解散する
平成 17 年 10 月	加賀市、山中町の合併により加賀市直営の加賀市民病院、加賀看護学校となる
平成 18 年 4 月	加賀看護学校看護師 3 年過程を設置する
平成 19 年 2 月	1 階健診室を利用し「加賀市医師会休日診療」が開始される(日曜、祝日、年末年始)
平成 19 年 3 月	電子カルテシステム導入
平成 19 年 4 月	人工透析センター竣工 30 床稼動
平成 19 年 8 月	組織変更 管理者、副管理者、経営本部長設置
平成 20 年 4 月	病棟再編、一般病棟 226 床となる
平成 20 年 4 月	リハビリテーション科新設
平成 20 年 9 月	一般病棟 226 床のうち、42 床を回復期リハビリテーション病棟とする
平成 21 年 6 月	病院機能評価(バージョン 5)認定(更新)を受ける

平成 21 年 7 月	入院医療費請求方式をDPCによる算定に変更する
平成 22 年 10 月	病児・病後児保育、院内保育施設「はとぽっぽ」開設

引用:加賀市民病院ホームページ

(2) 山中温泉医療センターのこれまでの沿革

図表 3: 山中温泉医療センターの沿革

年号	沿革
昭和 16 年 10 月	山中海軍病院として開設
昭和 20 年 12 月	厚生省に移管、国立山中病院となる
昭和 28 年 4 月	附属高等看護学院を併設
昭和 31 年 4 月	山中小学校ひばりヶ丘分校併設
昭和 34 年 10 月	山中中学校ひばりヶ丘分校併設
昭和 55 年 4 月	第二次救急医療病院群輪番病院に指定
平成 6 年 4 月	院外処方せんの発行開始
平成 15 年 3 月	山中温泉医療センターとして開設、その運営は、公設民営の管理委託方式として社団法人地域医療振興協会が受託し、国立山中病院の良き伝統を引き継ぎ、新たに地域密着型病院としてスタート
	救急病院に関する告示
	MRI 稼動開始、光ファイバーを利用した CT・MRI 遠隔画像診断システムの運用開始
平成 15 年 4 月	看護師宿舎 17 戸供用開始
平成 15 年 8 月	給食棟増改築工事竣工
平成 15 年 11 月	西 2 病棟(回復期リハビリテーション病棟)の改修工事竣工
	機能訓練棟増改築工事竣工
平成 16 年 3 月	遠隔迅速病理組織診断装置設置・血管連続撮影装置更新及び改修工事竣工
	石川県災害・救急医療情報体制整備の新ネットワークに登録
平成 16 年 5 月	西 2 病棟を回復期リハビリテーション病棟として施設基準届出
	遠隔迅速病理組織診断装置の運用委託契約を金沢大学医学部第二病理教室と締結
平成 16 年 5 月	電子カルテシステム導入のキックオフ宣言
平成 16 年 5 月	館内全面禁煙
平成 16 年 6 月	山中小中学校ひばりが丘分校を旧東 3 病棟に移転
平成 16 年 6 月	病院機能評価(Ver.5)受審のキックオフ宣言
平成 16 年 11 月	NST チーム稼動
平成 17 年 2 月	電子カルテシステム本格稼動
	事務部に医療情報課を設置

平成 17 年 4 月	事務部の医事課と医療情報課とを医療情報課に統合、同課に診療情報管理室を設置
	地域医療連携室をセンター長の直属とする
	手術室増改築工事竣工
平成 17 年 9 月	温泉棟移転新築棟工事竣工
	病院機能評価(Ver.5)受審
平成 17 年 10 月	市町村合併により、開設者は加賀市となる
平成 18 年 4 月	小児発達外来開設
平成 18 年 6 月	DPC 準備病院に認定
平成 18 年 7 月	病院機能評価(Ver.5)認定
平成 18 年 10 月	病児・病後児保育「このゆびとーまれ山中」開設
平成 19 年 6 月	アドボカシー室(患者支援室)開設
平成 20 年 2 月	DPC 対象病院に認定
平成 20 年 11 月	小児レスパイト事業開始
平成 21 年 4 月	医療マネジメント研究所開設、診療支援室開設
	児童デイサービス「このゆびとーまれ山中」開設
	訪問リハビリテーション開始
平成 21 年 12 月	(社)地域医療振興協会が公益社団法人の認可を受ける
平成 22 年 1 月	協会けんぽの「健診実施機関」に認定される
平成 22 年 4 月	麻酔科開設
	NST 専門療法士専従配置
平成 22 年 5 月	ペイン外来開始
平成 22 年 6 月	セカンドオピニオン外来開始
平成 22 年 7 月	感染管理認定看護師専従配置
	このゆびとーまれ山中 II(動橋)を開設
平成 23 年 3 月	病院機能評価(Ver.6)受審
平成 23 年 6 月	病院機能評価(Ver.6)認定

引用:山中温泉医療センターホームページ

3-3. 市立 2 病院の施設状況

(1) 市立 2 病院の診療機能

加賀市における市立 2 病院の診療機能は、図表 4 のとおりです。

図表 4: 市立 2 病院の診療機能

病院名	加賀市民病院	山中温泉医療センター
所在地	加賀市大聖寺八間道 65	加賀市山中温泉上野町ル 15-1
開設者	加賀市	加賀市
管理運営	加賀市 (地方公営企業法一部適用)	公益社団法人地域医療振興協会 (指定管理)
病床数	一般病床:226 床 (うち回復期リハビリテーション病床 42 床) 合計:226 床	一般病床:159 床 (うち回復期リハビリテーション病床 40 床) 療養病床:40 床 合計:199 床
診療科	内科 循環器内科 呼吸器内科 外科 消化器外科 整形外科 産婦人科 小児科 眼科 耳鼻咽喉科 皮膚科 泌尿器科 脳神経外科 放射線科 麻酔科 リハビリテーション科	内科 外科 整形外科 産婦人科 小児科 眼科 耳鼻咽喉科 皮膚科 泌尿器科 麻酔科 リハビリテーション科
敷地面積	19,962 m ²	46,035 m ²
駐車場	184 台	317 台
延べ床面積	16,664 m ²	14,688 m ²
構造	鉄骨・鉄筋コンクリート造 地上 5 階、塔屋 1 階	鉄筋コンクリート造 地上 3 階

指定医療	救急告示病院、各種医療保険 労働者災害補償保険、生活保護法 感染症法第 37 条 2、養育医療 原子爆弾被爆にかかる医療(一般)	救急告示病院、各種医療保険 労働者災害補償保険、生活保護法 感染症法第 37 条 2、養育医療 原子爆弾被爆にかかる医療(一般)
------	---	---

引用: 各病院決算書、ホームページ、WAMNET

(2) 市立 2 病院における施設基準届出状況

図表 5: 市立 2 病院の施設基準

病院名	加賀市民病院	山中温泉医療センター
基本診療料	一般病棟入院基本料(7 対 1) 回復期リハビリテーション病棟入院料 2 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算 臨床研修病院入院診療加算 超急性期脳卒中加算 診療録管理体制加算 医師事務作業補助体制加算(75 対 1) 重症者等療養環境特別加算 栄養管理実施加算、食堂加算 医療安全対策加算 1 褥瘡患者管理加算 ハイリスク妊娠管理加算 慢性期病棟等退院調整加算 1 急性期病棟等退院調整加算 1 救急搬送患者地域連携受入加算	一般病棟入院基本料(10 対 1) 一般病棟看護必要度評価加算 療養病棟入院料 2・療養病棟療養環境加算 1 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算 栄養サポートチーム加算 臨床研修病院入院診療加算 診療録管理体制加算 重症者等療養環境特別加算 栄養管理実施加算、食堂加算 医療安全対策加算 1・感染防止対策加算 褥瘡患者管理加算 慢性期病棟等退院調整加算 1 急性期病棟等退院調整加算 1 救急搬送患者地域連携受入加算
特掲診療料	がん性疼痛緩和指導管理料 がん治療連携指導料 ニコチン依存症管理料 地域連携診療計画管理料 糖尿病合併症管理料 薬剤管理指導料 医薬品安全性情報等管理体制加算	がん性疼痛緩和指導管理料 がん治療連携指導料 がん患者カウンセリング料 ニコチン依存症管理料 地域連携診療計画管理料 薬剤管理指導料 医薬品安全性情報等管理体制加算

医療機器安全管理料 1	小児科外来診療料
HPV 核酸同定検査	HPV 核酸同定検査
検体検査管理加算(Ⅱ)	検体検査管理加算(Ⅰ)
コンタクトレンズ検査料Ⅰ	
小児食物アレルギー負荷検査	
画像診断管理加算Ⅰ	
CT撮影及びMRI撮影	CT撮影及びMRI撮影
抗悪性腫瘍剤処方管理加算	
外来化学療法加算 1	外来化学療法加算 2
無菌製剤処理料	無菌製剤処理料
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)	脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)
運動器リハビリテーション料(Ⅰ)	運動器リハビリテーション料(Ⅰ)
呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)	呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)
集団コミュニケーション療法料	
透析液水質確保加算	
ペースメーカー移植術・ペースメーカー交換術	ペースメーカー移植術・ペースメーカー交換術
大動脈バルーンパンピング法(IABP法)	大動脈バルーンパンピング法(IABP法)
体外衝撃波腎・尿管結石破碎術	
医科点数表第 2 章第 10 部手術の通則 5 及び 6 に掲げる手術	医科点数表第 2 章第 10 部手術の通則の 5 及び 6 に掲げる手術
輸血管理料Ⅱ	
麻酔管理料(Ⅰ)	麻酔管理料(Ⅰ)

引用: 東海北陸厚生局ホームページ

3-4. 市立 2 病院の経営状況

(1) 加賀市民病院の経営状況について

加賀市民病院における損益状況について見てみると、他会計負担金等を含めても、直近 5 年間は赤字が継続している状況です。入院収益を中心に収益は徐々に向上している様子がうかがえるものの、平成 22 年度は給与費の対医業収益比率が 60%を超える状況となっており、抜本的な収支改善策がなければ、現状維持での継続運営は非常に困難であると言えます。

図表 6: 加賀市民病院における損益状況

(単位: 百万円)

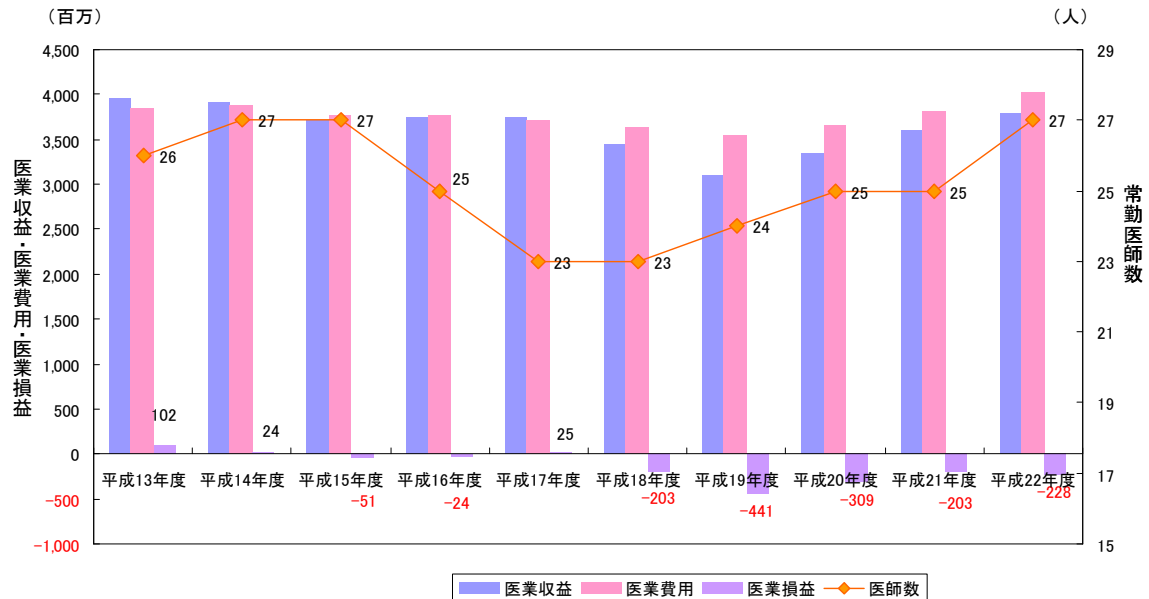
	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度	対医業 収益比率
1 医業収益	3,440	3,099	3,354	3,614	3,800	100.0%
入院収益	2,171	1,931	2,187	2,269	2,440	64.2%
外来収益	1,144	1,053	1,051	1,217	1,203	31.7%
他会計負担金	22	25	25	25	43	1.1%
その他医業収益	104	89	90	102	113	3.0%
2 医業費用	3,643	3,540	3,663	3,817	4,027	106.0%
給与費	2,076	1,999	2,112	2,165	2,404	63.3%
材料費	784	696	705	834	793	20.9%
経費	444	484	502	489	522	13.7%
減価償却費	321	335	313	313	293	7.7%
資産減耗費	11	19	24	8	7	0.2%
研究研修費	7	8	7	8	8	0.2%
3 医業損益(1-2)	▲ 203	▲ 441	▲ 309	▲ 203	▲ 228	-6.0%
4 医業外収益	358	316	313	301	362	9.5%
5 看護学校収益	119	115	99	97	110	2.9%
6 特別利益	0	0	0	1	0	0.0%
7 医業外費用	418	436	400	403	359	9.5%
8 看護学校費用	120	114	98	97	109	2.9%
9 特別損失	5	13	8	5	1	0.0%
10 純損益(3+4+5+6-7-8-9)	▲ 268	▲ 574	▲ 403	▲ 308	▲ 225	-5.9%

※ 端数処理のため表示上の数字と合計等が合わない場合があります

引用: 加賀市病院事業会計決算書(平成 18 年度～平成 22 年度)

図表 7 では、医業損益と常勤医師数の推移を示しています。直近 10 年間に遡ったところ、医業損益額と常勤医師数にはゆるやかな相関があることが示されました ($R^2=0.3491$)。平成 18 年度以降、常勤医師数は徐々に回復しつつありますが、安定した医師の確保が病院の健全な経営につながると言えます。

図表 7: 医業損益と常勤医師数⁸の推移



平成 20 年に策定した「公立病院改革プラン⁹」においては、平成 23 年度において、経常収支比率¹⁰100%以上、職員給与費比率¹¹60%以下、病床利用率¹²70%以上となることを数値目標として掲げています。平成 22 年度までの実績では経常収支比率が各年度の目標には達していないものの着実に改善されていることが分かります。

図表 8: 公立病院改革プランの実施状況(加賀市民病院)

		20年度計画	21年度計画	22年度計画	23年度計画
経常収支比率		92.1%	94.0%	97.0%	102.2%
職員給与費比率		60.4%	60.9%	59.1%	54.2%
病床利用率		72.6%	79.6%	82.3%	85.0%
	19年度実績	20年度実績	21年度実績	22年度実績	23年度見込
経常収支比率	86.3%	90.5%	92.9%	95.0%	101.5%
職員給与費比率	64.5%	63.0%	59.9%	63.3%	57.8%
病床利用率	69.2%	74.2%	73.0%	77.1%	78.1%

引用: 加賀市病院事業改革プラン進捗状況(平成 23 年 9 月)

⁸常勤医師数については各年度 3 月末時点の実績を使用している。

⁹ 公立病院改革プランとは平成 19 年 12 月に総務省が策定した「公立病院改革ガイドライン」に基づき公立病院が策定することとされた経営改善のための計画。

¹⁰ 経常収支比率とは、経常収益÷経常費用で計算される比率で、公立病院改革ガイドラインでは 100%以上とすることが望ましいとされている。

¹¹ 職員給与比率（職員給与費対医業収益比率）とは職員給与費÷医業収益で計算される比率。

¹² 病床利用率は、公立病院改革ガイドラインでは 3 年連続 70%未満の場合は病床数等を抜本的に見直すこととされている。

(2) 山中温泉医療センターの経営状況について

図表9は、山中温泉医療センターにおける損益状況について見えています。ただし、山中温泉医療センターの経営については指定管理者である地域医療振興協会が行っており、平成21年度より利用料金制¹³へ移行していることから、平成21年度～平成22年度の数値は、比較のため加賀市の決算値に指定管理者の収益等を加えて調整した数値です。他会計負担金等を含めると、平成18年度、平成19年度は黒字であったものの、平成20年度から平成22年度は赤字となっています。

図表9：山中温泉医療センターにおける損益状況

(単位:百万円)

	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度	対医業 収益比率
1 医業収益	2,068	1,992	1,865	1,921	2,029	100.0%
入院収益	1,561	1,469	1,404	1,432	1,505	74.2%
外来収益	433	448	406	415	426	21.0%
他会計負担金	22	25	25	25	45	2.2%
その他医業収益	52	50	30	48	53	2.6%
2 医業費用	2,263	2,255	2,166	2,189	2,262	111.5%
給与費	1,282	1,293	1,269	1,349	1,422	70.1%
材料費	298	269	236	223	235	11.6%
経費	430	435	417	410	452	22.3%
減価償却費	246	240	234	200	147	7.2%
資産減耗費	1	11	2	3	0	0.0%
研究研修費	6	7	7	5	5	0.2%
3 医業損益(1-2)	▲ 195	▲ 263	▲ 301	▲ 268	▲ 233	-11.5%
4 医業外収益	499	298	287	133	145	7.2%
5 看護学校収益	0	0	0	0	0	0.0%
6 特別利益	0	2	1	2	1	0.0%
7 医業外費用	23	23	22	27	28	1.4%
8 看護学校費用	0	0	0	0	0	0.0%
9 特別損失	0	5	5	10	4	0.2%
10 純損益(3+4+5+6-7-8-9)	282	9	▲ 40	▲ 170	▲ 119	-5.8%

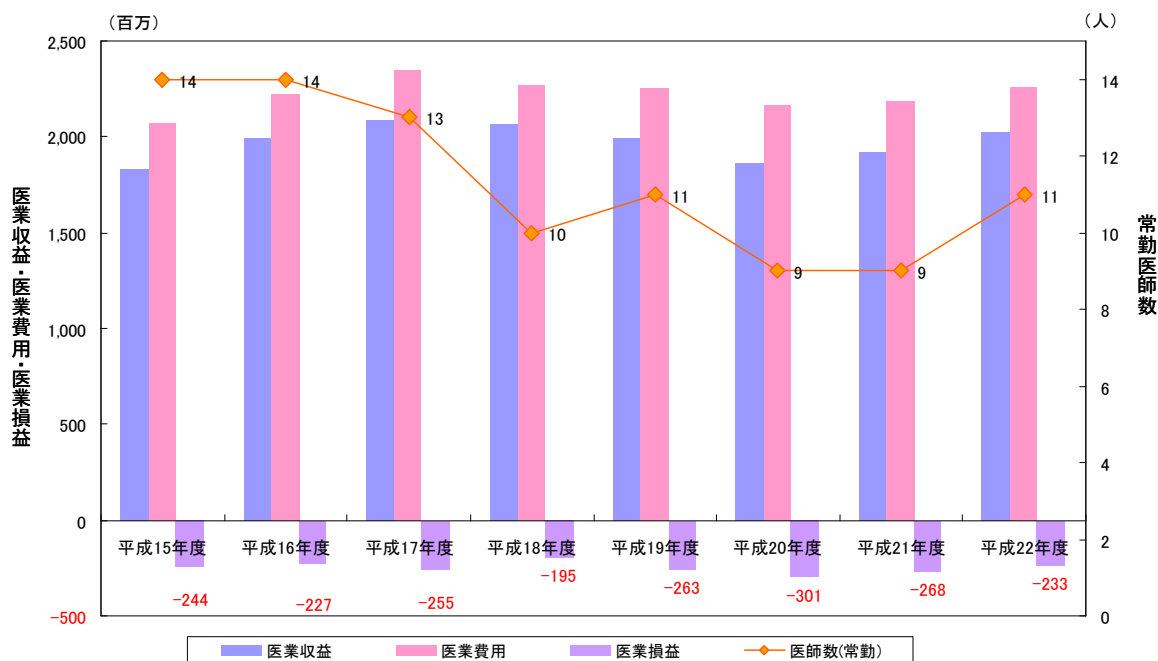
※ 端数処理のため表示上の数字と合計等が合わない場合があります

引用：加賀市病院事業会計決算書(平成18年度～平成22年度)及び
指定管理事業報告書(平成21年度～平成22年度)により作成

¹³利用料金制…一般的に、施設を利用したときの料金は、「使用料」として市の収入となるが、利用料金制は、市ではなく、その施設の指定管理者の収入とする制度。この制度では、利用した時にかかる料金の額を、条例に定められた範囲内で、指定管理者が設定(但し、市が管理する場合の「使用料」の額以下でなければならない、さらに市の承認が必要)。利用者が支払った料金は、指定管理者が自分の収入として受け取り、施設の運営に充てることになる。

続いて、図表 10 では、医業損益と常勤医師数の推移を示しています。年々常勤医師数が減少傾向にありますが、年度によっては医師数の減少にもかかわらず収益を上げている年も見られます(直近 8 年間に遡ったところ、相関関係は見られませんでした)。

図表 10: 医業損益と常勤医師数¹⁴の推移



「公立病院改革プラン」においては、平成 23 年度において、経常収支比率 100%以上、職員給与比率 67%以下、病床利用率 70%以上となることを数値目標として掲げています。平成 22 年度までの実績では職員給与費比率については目標に達していないものの経常収支比率は着実に改善されていることが分かります。

図表 11: 公立病院改革プランの実施状況(山中温泉医療センター)

		20年度計画	21年度計画	22年度計画	23年度計画
経常収支比率		102.0%	101.0%	100.9%	100.9%
職員給与費比率		65.3%	67.7%	68.1%	67.0%
病床利用率		67.3%	69.8%	70.4%	70.9%
	19年度実績	20年度実績	21年度実績	22年度実績	23年度見込
経常収支比率	99.2%	96.2%	97.9%	102.6%	105.8%
職員給与費比率	65.3%	68.6%	71.2%	71.7%	70.0%
病床利用率	76.6%	70.2%	71.0%	70.3%	70.3%

引用: 加賀市病院事業改革プラン進捗状況(平成 23 年 9 月)

¹⁴常勤医師数については各年度 3 月末時点の実績を使用している。

3-5. 市立 2 病院の職員ヒアリングより

市立 2 病院の職員を対象に、各病院が抱えている経営課題、地域医療審議会答申のとおり市立 2 病院を統合した場合に期待する機能などを中心にヒアリングを行いました。

(1) 病院のおかれている状態(現状の経営課題)について

市立 2 病院のおかれている経営課題について、各病院の職員ヒアリングより共通して 3 点の意見が挙げられました。

1 つ目は「赤字経営に対する危機感」です。人的資源の不足等があるものの、市立病院として黒字転換によって財政負担を軽減しなければならないことの必要性は、職員ヒアリングの中でもいくつか意見として挙げられました。

2 つ目は「医師・看護師不足と救急医療体制の崩壊、医師の疲弊」です。このテーマについては、職種に関係なく意見として挙げられており、現在の状態が改善されずに続いた場合、疲弊に耐え切れない医師が辞めてしまい、医師が減り、医師 1 人当たりの負担がさらに増え、結果として医療提供体制が崩壊してしまうといった悪循環に陥ってしまうため、早急に対策を講じる必要があるという声が多くありました。また、地域ニーズとして救急や時間外診療に取り組むべきと分かっているものの、人手不足から十分に対応できていないもどかしさも見られました。

3 つ目は、「病院の老朽化」です。施設・設備等の使いにくさにより、業務そのものが煩雑なものになっていたり、(人材不足である上に、さらなる)非効率であったりするという意見がありました。また、劣化等による患者サービスの低下を懸念する声もありました。

(2) 統合新病院において充実すべき病院機能

統合新病院において充実すべき機能としてあげられた意見は、大きく 3 つの点(診療面・患者サービス面・福利厚生面)に分けることができます。

まず診療面について、「二次救急の市内完結」という意見が最も多くあげられました。また、そのための「常勤医師の増員」も必要とされています。このほか、地域住民の疾患を早期に発見するための「健診センターの充実」「予防医学への取り組み」についての意見も見受けられました。

患者サービス面については、多様な意見が挙げられています。例えば、個室を希望する患者が多いことによる「個室の増加」、外来負担軽減のための「外来待ち時間の削減」「駐車場の拡充・交通手段の充実」、また、「バリアフリーの充実」、「患者のプライバシー保護(診察室の仕切りなど)」などがあげられています。

福利厚生面については、「医療スタッフが集まる病院」であることが理想的であるという意見が多く見られました。例えば、当直手当や当直明けの勤務調整、女性に対して働きやすい職場環境(保育施設の完備等)づくり等、ワークライフバランスに関する意見が見受けられました。また、スキルアップを望む声も多く、院内研修・院外研修への積極的な参加を支援する制度整備などが求められているようです。

4. 市民アンケート結果

加賀市の医療提供体制を検討するにあたっては、次の2つの目的から、加賀市民に対するアンケート調査を実施しました。

- 目的1. 現在の医療提供体制の現状を把握し市民のニーズを抽出する。
- 目的2. 今後の医療提供体制に対する市民の要望を整理することで、統合新病院建設の必要性、及び統合新病院が担うべき診療機能・病院機能を把握し、統合新病院のあり方の検討に資する。

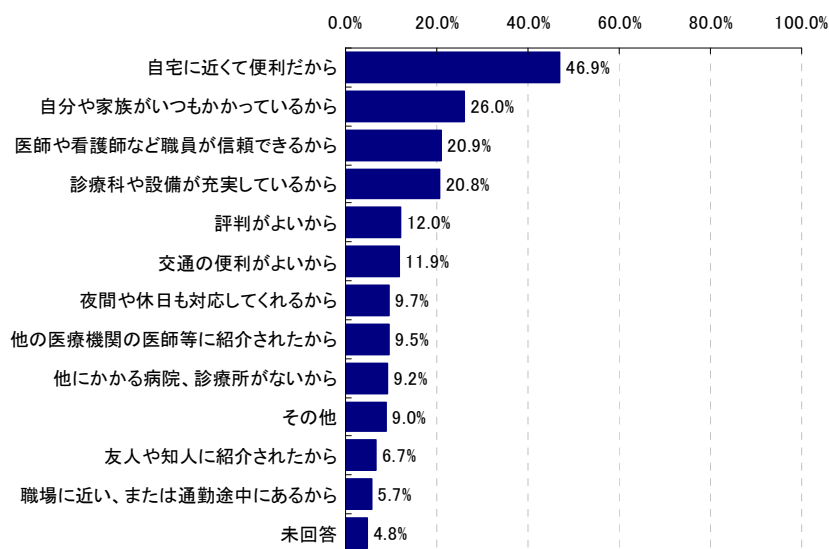
加賀市の住民基本台帳及び外国人登録原票より、満 18 歳以上の人から無作為抽出した 2,000 人を対象に配布したところ、回収率は 38.0% (760 件) でした。

4-1. 市民が医療機関を選択する理由

(ア) 外来

外来を受診する際の医療機関の選択基準として、46.9%の市民が「自宅に近くて便利だから」と答えています。

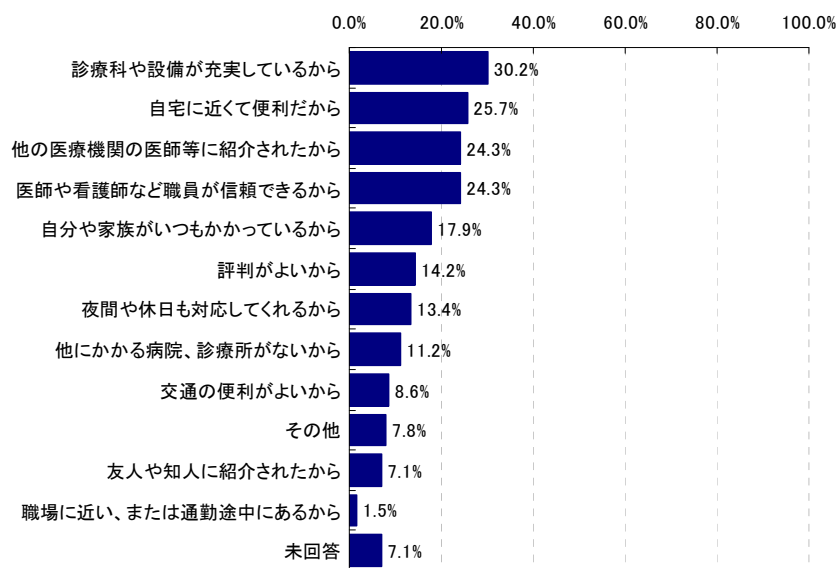
図表 1: 外来受診医療機関の選択基準 (3つまで複数選択)



(イ) 入院

入院する際の医療機関の選択基準として、最も理由として多かったことは「診療科や設備が充実しているから(30.2%)」、その次に外来と同様「自宅に近くて便利だから(25.7%)」と答えています。

図表 2: 入院医療機関の選択基準(3つまで複数選択)

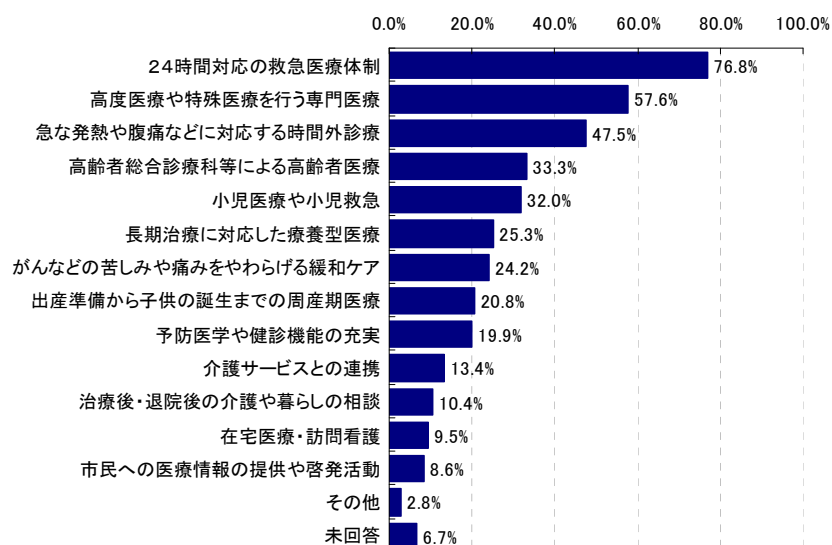


4-2. 市立病院に求める医療サービス

市民が市立病院に求める医療サービスについて、76.8%の市民が「24 時間対応の救急医療体制」と答えています。また、その次に「高度医療や特殊医療を行う専門医療(57.6%)」、「急な発熱や腹痛などに対応する時間外診療(47.5%)」と答えています。

「高度医療¹⁵」については、アンケート用紙に高度医療の説明を入れなかったため、市民が十分に理解して回答したとは考えにくい結果となっています。

図表 3: 市立病院に求める医療サービス(5つまで複数選択)

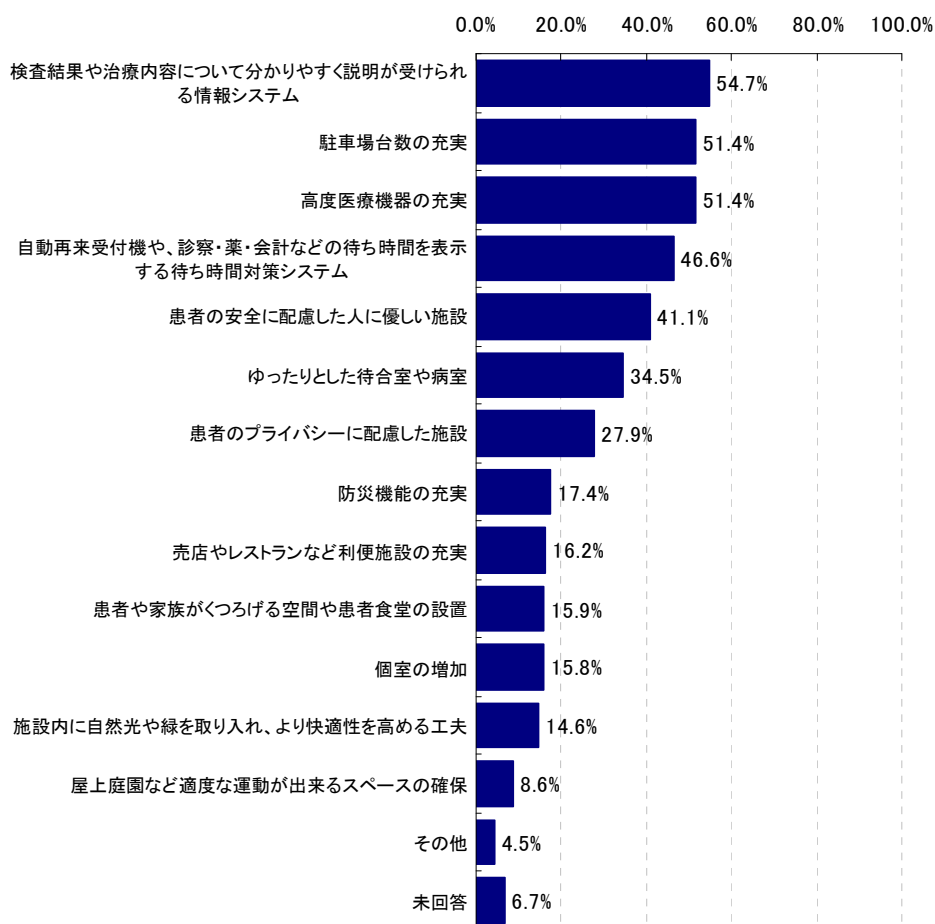


¹⁵ 制度上は「先進医療」と呼ばれ、高度の医療技術を用いた療養のことで保険診療の対象となっていないため自費診療となっているが、将来的な保険診療への導入のための評価を行うため保険診療と併用が認められている。主に大学病院やがん専門病院などで行われる。

4-3. 市立病院に求める施設・設備

市民が市立病院に求める施設・設備について、最も多い回答は、「検査結果や治療内容について分かりやすく説明が受けられる情報システム(54.7%)」であり、患者として自らの診療情報を求めていると考えられます。2 番目に多い回答は「高度医療機器の充実(51.4%)」と並んで「駐車場台数の充実(51.4%)」となっています。これは市民の多くが医療機関への交通手段として自家用車を利用していることが要因と考えられます。

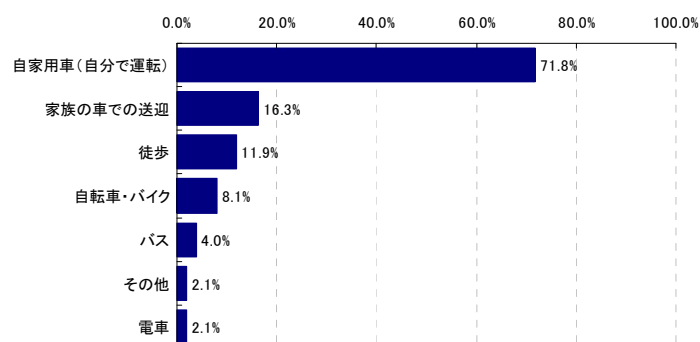
図表 4: 市立病院に求める施設・設備(5つまで複数選択)



4-4. 医療機関への交通手段

医療機関への交通手段として、71.8%の市民が「自家用車(自分で運転)」、16.3%は「家族の車での送迎」と答えています。これは医療機関までの電車やバスなどの交通が十分でないことが影響していると考えられます。

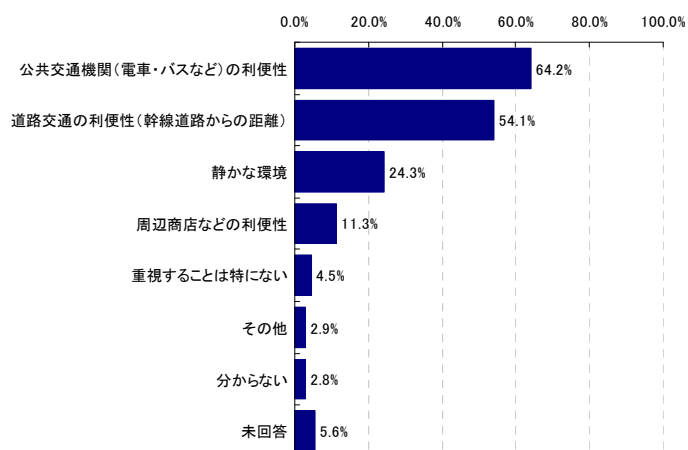
図表 5: 医療機関への交通手段(複数回答可)



4-5. 市立病院の立地条件

市立病院の立地条件として、市民の多くが「公共交通機関(電車・バスなど)の利便性(64.2%)」、「道路交通の利便性(幹線道路からの距離)(54.1%)」といった通院等の利便性を重要視していることが分かります。

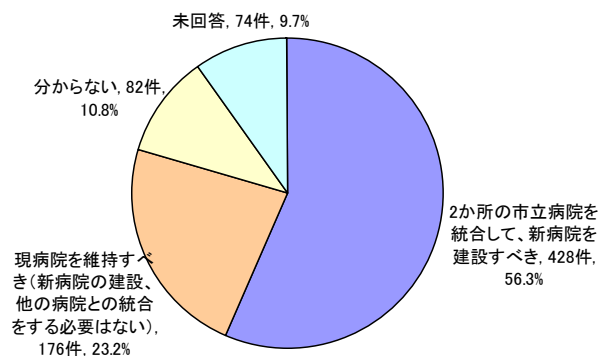
図表 6: 市立病院の立地条件(2つまで複数回答)



4-6. 市立 2 病院統合について

市民の過半数にあたる 56.3%の方が、市立 2 病院の統合に賛成しています。

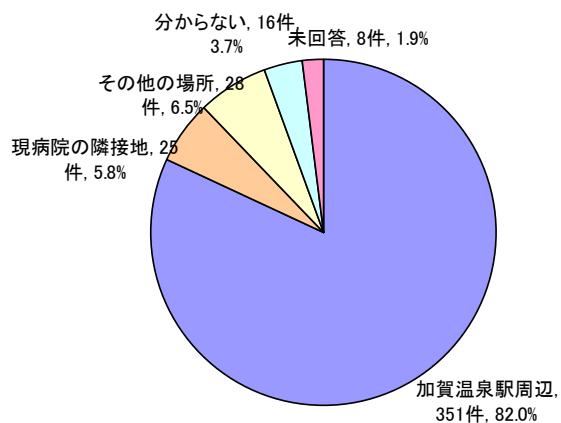
図表 7: 市立 2 病院統合への意見(単回答)



4-7. 統合新病院の建設地

市立 2 病院の統合に賛成した市民の 82.0%が、統合新病院の建設場所として「加賀温泉駅周辺」と答えています。

図表 8: 統合新病院の建設地について(単回答)



以上、市民アンケートより市民の多くが市立 2 病院の統合に賛成しており、また、建設地として加賀温泉駅周辺を希望しています。これは市民が病院を利用するにあたり利便性を重要視していることが理由として考えられます。また、利便性だけではなく入院医療を選択する基準に「診療科や設備が充実しているから」が最も多いことから、統合新病院の建設についてはこの点も十分に検討する必要があります。

5. 課題のまとめと解決に向けた基本的方向性

5-1. 加賀市の医療環境が抱える課題

① 建物の老朽化について

加賀市民病院及び山中温泉医療センターの市立 2 病院は、それぞれ明治初期、昭和初期の時代から現在地にて開院して以降、その時々施設の状況、地域ニーズに合わせて増改築・改修を重ねてきました。しかし、建物自体の老朽化は深刻化しており、現状のまま運営をし続けた場合、1～3 年後以内に改築や改修をする必要があります。山中温泉医療センターにいたっては、ほとんどの病棟が昭和 40 年から 50 年代に整備されており、早急な改築又は大規模改修が必要です。また加賀市民病院においても、平成 5 年から 8 年に本館と南館を改築しましたが、昭和 57 年に整備された建物(診療棟)もあり、近年中に大規模改修等の必要性があります。

建物の老朽化は、療養環境を悪化させます。職員ヒアリングの声からも、建物老朽化に関連する意見が見受けられました。例えば、患者サービス面への不安、診療サービス低下の危惧から、今後ますます増えてくる高齢患者に安心してサービスを提供できるためのバリアフリー整備などが挙げられています。業務面では老朽化による業務効率の低下も見受けられます。これらの改修にはそれぞれ億単位の費用が必要となり、加賀市の財政にとっても大きな投資となります。

また、地震や洪水といった自然災害に対しての不安も挙げられます。平成 23 年 3 月 11 日の東日本大震災では、地震や津波により多くの医療機関が被災しました。このような災害発生時において、医療機関として地域住民へ継続して安心できる医療サービスを提供するためには、建物の耐震・免震対応は不可欠と言えます。現在の建物においても、一定の耐震構造はとっているものの、建物自体の老朽化を考えると一層の強化が必要と言えます。

② 市立 2 病院を受診する際の利便性について

加賀市民病院が位置する大聖寺地区は、加賀市役所などの中核機能が集まる場所であり、周辺には多くの市民が住んでいます。また、山中温泉医療センターは、山中温泉地区の住民にとって、近隣で医療を受けられる施設としての役割を担っています。しかし、その一方で、加賀市民全体という視点でみると、市立 2 病院が位置する大聖寺地区・山中温泉地区以外の市民からは、市立 2 病院に通うことに対して不便さが見受けられます。特に、電車やバスといった公共交通機関網の不便さ、少ない駐車場台数については多数の意見が寄せられています。利便性(＝アクセス面)の視点について、加賀市民全体の病院として捉えると、現在の市立 2 病院の立地・アクセスには検討の余地があると言えます。

③ 加賀市における救急医療について

加賀市は全国平均よりも高齢化率が高く、それに伴い、将来的には呼吸器系疾患や循環器系疾患など、緊急性の高い医療を必要とする患者の増加が見込まれています。しかし、現状で

は、医師らスタッフの懸命の努力にも関わらず、4人に1人の割合で救急搬送患者が、加賀市外の医療機関へ搬送されている状況です¹⁶。そのうち市内の医療機関へ救急搬送の受入要請があったにも関わらず、対応出来ていない(＝市外に流出している)ケースが、年間救急搬送人数のうち1割近く存在しています。加賀市民が期待・要望するテーマとしても、救急医療体制の整備は挙げられており、地域住民が安心して暮らし続けるためには必要不可欠なものとと言えます。

救急搬送の市外流出の要因としては、加賀市内の中核病院として役割を担う市立2病院いずれにおいても、全国的な傾向と同様に、医師不足に悩まされていることが挙げられます。その結果、休日及び夜間は1人で対応せざるをえない環境下に置かれている状況です。加賀市消防のデータからも、救急搬送要請への受入断り理由としては「専門外」が多く挙げられており、現在の1人当直体制では、当直医師が担当する診療科以外の患者について受け入れできない場合があります。複数診療科による当直体制を整備するためには、相当数の医師の確保が求められます。

④ 山中温泉医療センターの指定管理期限

山中温泉医療センターは、もともと国立病院であったものを平成15年3月に旧山中町が移譲を受けた病院です。その移譲協定では、移譲から10年間は病院を継続して運営することが定められています。そのため、平成25年3月まで地域医療振興協会を指定管理者として運営しています。それ以降も指定管理を継続するかどうかを、期限の1年前の平成24年3月までに決定しなければなりません。

5-2. 課題解決に向けた基本的方向性

(1) 二次救急対応の強化と医師・看護師の確保

南加賀医療圏、特に加賀市が永続的に安心・安全できる医療提供体制整備にとって、最も大きな問題の1つに、医師不足、看護師不足が挙げられます。医師不足・看護師不足は、地域医療全体の崩壊につながる恐れがあるためです。しかし、これらの人的資源は全国各地において不足しており、問題解決にあたっては、相当の年月がかかると予想されます。まずは医療資源の集約化による医療提供体制の強化が必要です。また、長期的には医師等の人材を継続して安定確保できる病院づくり、仕組みづくりが求められています。

特に、喫緊の問題である二次救急医療への対応を強化するため、医師を中心とした人的資源の集約化を進め、複数診療科による受け入れ体制を整備する必要があります。これにより、救急搬送患者の市外流出抑制(＝二次救急患者を全て市内で受け入れ)、そして、現在勤務している医師等の精神的・身体的負担の軽減を目指します。そして、中長期的には、医師・看護師が働きやすい環境づくりへの取り組みにより、継続した人材確保の実現(医師・看護師が集まる病院づくり)に向けた好循環サイクルの構築を目指します。

¹⁶ 加賀市消防年報(平成22年)。

(2) 市立 2 病院の存続維持の可能性について

市立 2 病院の存続維持については、建物の老朽化から、現状のまま運営することは非常に困難と言えます。市立 2 病院を個別で建て替えた場合、諸手続きの関係より約 2～4 年間は診療を部分的に休診、または病棟を部分的に閉鎖する必要があると予想されます。長期にわたる診療体制の縮小は、地域住民が安心できる生活基盤にも影響し、加賀市の医療提供体制において大きな妨げになる可能性があります。さらに、病床全てを稼働させることができないため、その発生する赤字部分をさらに補填しなければならなくなります。

また、医師確保が困難であるという根本的問題は解決されません。その一方で、建て替えによる設備投資額が増加することから、今以上の収益力向上が求められますが、医師不足による診療収益の減少を考えると、現状からの経営改善は見込み難く、したがって、一般会計からの税金による一層の補填が必要になる可能性は高まると考えられます。このことから市立 2 病院を別々に建て替え、継続して運営していくことは非常に困難であると言えます。

(3) 統合新病院建設による資源集約と機能強化

中長期的視点から安定的な医療提供体制を構築することを考えた場合、市立 2 病院を個別で建て替えるのではなく、市立 2 病院統合による統合新病院を新たに建設することが望ましいと考えられます。もちろん、この場合も多額の費用が試算され、その費用は個別建て替えの総額よりも大きくなると予想されます。この費用の財源は市債(病院事業債・償還費用の 22.5%を国が負担)を活用することになりますが、一部費用については公立病院再編に関する「再編債¹⁷」(償還費用の 50%を国が負担)、市町村合併に関する「合併特例債」(償還費用の 70%を国が負担)などの利用が可能です。ただし、「再編債」については、公立病院改革プランに基づく財政支援であるため、利用可能な期限が平成 25 年度に設定されています。また、平成 25 年度までの着工を条件に、県が設置している地域医療再生基金からの補助金を活用することも可能です。これらの国県の支援を利用することは加賀市としては財政的に有利です。統合新病院の建設は、早急に決定する必要があります。

¹⁷ 再編債 公立病院の再編・ネットワーク化に係る施設・設備の整備に際し、通常の医療機能整備に比して割高となる経費について、一般会計から出資を行う場合に起債できる病院事業債(一般会計出資債)。その元利償還金の 50%について普通交付税措置される。

第3章 統合新病院の基本構想

1. 統合新病院の基本構想

1-1. 統合新病院整備の基本方針

加賀市の医療環境が抱える課題の解決に向けて、統合新病院の建設・整備に当たっては、下記(1)～(7)の基本方針を掲げます。

- (1) 地域の中核病院として南加賀医療圏の他の医療機関や高度医療機関と連携し、南加賀医療圏に適切な医療を提供できる施設として整備する。
- (2) 地域住民の保健・福祉・介護需要に対し、他の関連機関と連携し、適切に対応できる施設として整備する。
- (3) 職員はもとより地域の医療・保健関係機関の人々の医学・医療技術の向上のため、教育・研修できる施設として整備する。
- (4) 入院・外来患者の療養環境を確保し、職員が働きやすい施設として整備する。
- (5) 効果的・効率的運営が円滑にでき、将来に渡って持続可能な施設として整備する。
- (6) 災害時に機能する施設として整備する。
- (7) 加賀市としての特色ある医療機関となるよう整備する。

1-2. 統合新病院の経営・運営方針

統合新病院としては、下記(1)～(5)を経営・運営方針として掲げます。

(1)医療計画に基づき 4 疾病 5 事業等¹⁸の中心的な担い手として積極的に取り組む。

具体的に取り組む 4 疾病 5 事業等は、下記とします。

【4 疾病等】 がん…外科治療(内視鏡手術等の低侵襲治療)、化学療法、放射線療法
脳卒中…内科的治療(t-PA 等)、外科的治療(開頭手術)、血管内治療
急性心筋梗塞…心臓カテーテル、PCI
糖尿病…教育入院、地域連携パス

【高齢者医療】…高齢化に伴い増加する呼吸器・循環器系疾患に対する体制の充実

【5 事業】 救急医療…二次救急患者を全て市内で受け入れることを目指した体制づくり
(2 人医師当直体制等)

災害医療…災害拠点病院、災害チームの設置(DMAT 等)

周産期医療…分娩体制の醸成(助産師の確保等)

小児救急を含む小児医療…近隣クリニックと 24 時間の小児救急体制づくり

(※へき地医療については加賀市として該当する地域なし)

統合新病院では、現在の市立 2 病院の診療科を継続するほか、4 疾病および高齢化の進展により患者の増加が見込まれる疾患への診療を強化します。5 事業については、二次救急患者の全てを市内で受け入れ、少子化対策として、周産期医療にも力を入れ、市内で安心して分娩できる体制を構築します。また、地域ニーズに応じて診療科を標榜します。

(2)救急に関しては二次救急患者を全て市内で受け入れることを目標に、体制を整備する。

24 時間対応可能な救急体制の構築は、統合新病院に最も求められる機能です。救急車を呼ぶような急病のとき、必ず診てもらえる病院があることは市民の安心につながります。さらに、実際に診てもらうことで病院への信頼を向上させます。統合新病院では、初期救急から三次救急まで、どのような症例であっても救急通報があった場合は、一度は受け入れる診療体制を整備します。特に休日及び夜間における当直医の専門外による断りを防ぐため、内科系・外科系の組み合わせによる複数医師での当直体制や、当直医以外の医師によるオンコール体制を行います。統合新病院で治療が困難な重症度の高い患者については、適切な初期対応を行った上でより高度な三次救急を担う医療機関へ転院搬送します。ただし、できる限り転院搬送を行わずに、統合新

¹⁸ 4 疾病 5 事業に今後精神医療が加わり、5 疾病 5 事業になることが検討されています。

病院で緊急対応が可能な体制とするため、医師数の増加や総合医¹⁹の育成に継続的に取り組みます。

なお、初期救急については、統合新病院で勤務する医師の負担軽減も踏まえ、医師会と調整、協力のもと、進めていきます。南加賀医療圏内の他の医療機関、大学等との間で調整、検討を引き続き行い、統合新病院と、それぞれの医療機関の役割分担を決めていきます。

統合新病院では救急搬送を断らないことをモットーとし、受け入れ要請のあった救急患者は必ず受け入れられる体制として、内科系・外科系医師を組み合わせた 2 人医師当直体制及びオンコール体制の充実を図ります。また、医師会および南加賀急病センターとの連携、救命救急センターとの連携による役割分担の推進を実施します。

(3) 地域医療機関との医療連携と機能分担を強化し、地域完結型の医療システムの機能発揮に取り組む。

急性期医療から慢性期医療までの診療機能や、保健・医療・福祉の各領域について、加賀市内で一定程度完結できる必要があります。統合新病院を拠点とした地域医療連携の促進と役割分担により、市民が安心して過ごせる環境の実現を目指します。

具体的には、高額医療機器である CT、MRI 等を地域の診療所の医師にも活用いただけるよう、診療所からご紹介いただく検査紹介の患者の受け入れを強化します。

統合新病院では、紹介率を向上し、中長期的には、地域の中核病院として地域医療支援病院取得を目指します。

(4) 研修医の育成を通じた診療体制の充実

研修医の育成を通して診療体制の充実を図るため、指導医や診療設備、研修プログラムの充実を行い、研修医にとって魅力のある病院を目指します。

統合新病院では、現在の協力型臨床研修指定病院(市立 2 病院とも)から基幹型臨床研修指定病院の認証を目指します。

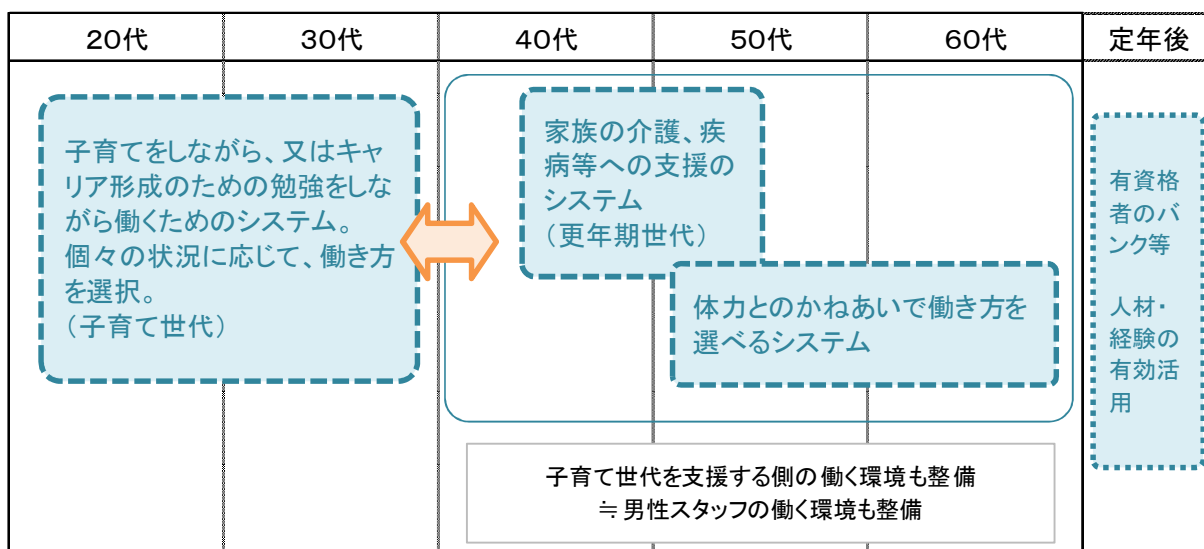
¹⁹ 総合医 性別・年齢・疾患などを問わず、幅広く診断と治療を行うことができる医師。

(5)職員にとって魅力ある病院づくり

診療および医療サービスの質の向上のため、医師や看護師といった職員にとって魅力のある病院づくりとともに、働き甲斐のある職場環境の整備を目指します。

統合新病院では、女性職員が継続して働きやすい職場環境を実現するため、子育て支援の規定を設けるとともに、院内保育所(病児・病後児保育含む)等の福利厚生施設をさらに充実させます。また、子育て支援制度の利用にあたっては周囲の理解と協力が不可欠であることと、40代から50代の子育てを終えた世代においては、家族の介護等が必要となり、継続して働くうえで問題となる場合があることから、世代間で互いに支え合える仕組みの構築を検討します。

図表 1: 世代間で互いに支え合える仕組みのイメージ



1-3. 統合新病院の経営形態

(1) 経営形態見直しの必要性

市立 2 病院の現在の経営形態について、加賀市民病院は「地方公営企業法・財務規定の一部適用(以下「地方公営企業法・一部適用」という)」、山中温泉医療センターは「公益社団法人地域医療振興協会による指定管理者制度」で運営をしています。地方公営企業法・一部適用による運営は「行政施策を反映できる」、「財政措置が担保できる」というメリットがある反面、「経営責任が不明確である」、「病院の自立性が低い」、「事業執行の機動性や迅速性に乏しい」、「組織や人事制度、給与体系等の弾力性が低い」、「職員の経営意識や危機感が欠如しやすい」という制度上の問題が挙げられています。

統合新病院が、地域に必要とされる医療を提供し続けるためには、医師確保をはじめ、収支改善、職員の意識改革など様々な課題を解決し、安定した経営基盤を構築する必要があります。とりわけ、経常収支比率 100%以上(＝経常黒字)という経営目標を達成するためには、人事・予算等に係る実質的権限および責任を一本化し、効率的・効果的な経営体制を整備することが不可欠です。

(2) 公立病院改革ガイドラインで示される 4 つの経営形態

「公立病院改革ガイドライン」では、経営形態の見直しについて、民間的経営手法の導入を図る観点から、「地方公営企業法の全部適用(以下「地方公営企業法・全部適用」という)」、「地方独立行政法人化(非公務員型)」、「指定管理者制度の導入」および「民間譲渡」の 4 つの手法が示されています。

このうち「民間譲渡」については、自治体として不採算医療(救急医療や災害医療など)を継続的に提供する体制の必要があること、また、病院職員の雇用・処遇等の問題があることから、今回の検討対象からは除外します。

(3) 統合新病院の経営形態

経営形態は、「地方公営企業法・全部適用」とします。ただし、統合新病院の経営・運営状況を確認した上で、「地方独立行政法人化(非公務員型)」および「指定管理者制度の導入」についても継続検討を行います。

統合新病院では、民間医療機関による提供が困難な不採算医療を提供すると共に、良質な医療を継続的に提供するため、これまで以上に経営の効率化を図り、独立した経営体として自立性と機動性を高めることが求められます。

地方公営企業法・全部適用は、全国の自治体病院の 4 分の 1 が導入しており、一定の成果を

出している事例もあります。また、「公共性の確保」や「経営責任の明確化」を図る効果があります。
 なお、事業管理者については、病院事業に精通し、強いリーダーシップが発揮できる人材を得て、事業管理者の実質的な権限と責任の明確化に留意します。

図表 2: 経営形態の主な相違点

	地方公営企業法 一部適用	地方公営企業法 全部適用	独立行政法人 (公務員型・非公務員型)	指定管理者
根拠法	地方公営企業法		独立行政法人法	地方自治法 (244 条の 2)
開設者	地方公共団体(市長)			
経営責任者	市長	事業管理者 (市長が管理者任命)	独立行政法人 (市長が理事長任命)	指定管理者 (地方公共団体の議決に より決定)
財源措置	行政的経費及び不採算経費を 開設者が負担 (負担金・補助金は地方公営企業法に基づき繰入)		規定なし (指定管理者と協議の上交付するケースあり)	
予算執行	・市長原案作成、調製 ・議決必要	・管理者原案作成、調製 ・議決必要	・独立行政法人が編成 ・議決不要	・指定管理者が編成 ・議決不要
職員人事	・地方公務員 ・市長任命 (定数は条例規定)	・地方公務員(企業職員) ・管理者任命 (定数は条例規定)	・公務員型は地方公務員 、非公務員型は「非公務 員」 ・理事長任命 (定数は中期計画に規定)	・非公務員 ・指定管理者任命 ・定数の規定なし (指定管理者内で管理)
労働組合	争議権のない職員団体	団結権・団体交渉権は 認められるが、争議権 は認められない。	公務員型: 団結権・団体交渉権あり 争議権は認められない 非公務員型: 争議権あり (労働組合法下)	団結権・団体交渉権・ 争議権が認められる
職員給与	・人事院勧告の対象 ・給与の額及び支給方 法は条例で定める	・人事院勧告対象外 ・経営の状況その他の 事情等を考慮して、労 使交渉を経て決定する	・職員の勤務成績や法 人の業務実績、社会一 般情勢への適合を考慮 して決定	・指定管理者が設定

1-4. 統合新病院の病床数・病床種別

統合新病院の病床数は 300 床(全て一般病床、うち 50 床は回復期リハビリテーション病棟)を基本とします。

病床数・病床種別については、厚生労働省による患者調査²⁰の結果を活用し、加賀市全体で発生する患者数をもとに検討しています。調査結果は、平成 20 年 9 月の 1 か月間の退院患者数を疾患別に「手術有り」(入院日数は問わず)・「入院日数 30 日以内」・「入院日数 31 日以上」に分類して集計されています。調査は全国で行われており、患者住所により加賀市の住民の患者数を知ることができます。

適正病床数を決定するための「1日あたりの平均入院者数」(必要病床数)として下記の計算式により疾患別に計算し、その合計により病床数を算出しています。

$$\text{計算式:必要病床数} = \text{疾患別患者数} \times \text{平均在院日数} \times 12 \text{ 月} \div 365 \text{ 日} \\ \div 0.85 (\text{季節変動及び疾患分類できない患者数分})$$

さらに、今後の人口推計から入院患者数のピークとなる 2025 年(平成 37 年)の必要病床数を算出しています。

$$\text{計算式:2025 年の必要病床数} \\ = 2010 \text{ 年の必要病床数} \times 2025 \text{ 年の入院患者増加率} (\text{第2章 2-2参照})$$

回復期リハビリテーション病棟の必要病床数については、対象となる疾患のみを用いて同様の計算を行いました。ただし、平均在院日数は統計値がないため、診療報酬を請求できる最大日数に置き換えて計算をおこないました。これにより必要病床数はやや多めになることに留意が必要です。

これらの計算結果を基に、「手術有り」及び「入院日数 30 日以内」の区分を一般病床の対象とし、回復期リハビリテーション病棟は 3 区分全てを対象とし病床数を算出しました。

計算結果は図表 3 のとおりです。一般病床は 288 床(A)となっていますが、これは加賀市全体の病床数であり、加賀市にはほかにも一般病床を有する病院があること、また、近年平均在院日数が減少傾向にあることから、200～250 床が適正な病床数と考えられます。

同様に、回復期リハビリテーション病棟は 72 床(B)入院日数が最大期限で計算されていることからおおむね 50 床程度が適正な病床数と考えられます。

²⁰ 患者調査 厚生労働省が 3 年に一度行う患者の受療動向を調べるための全国調査。直近は平成 20 年 9 月に実施され、その 1 か月に退院した患者の調査から入院患者の動向を知ることができる。

図表 3: 将来推計を踏まえた適正病床数の試算

加賀市全体における必要病床数について

	合計	①手術有り	②手術無し及び 入院日数30日以内	③手術無し及び 入院日数31日以上
一般病床	355.2床 (400.3床)	102.1床 (111.9床)	185.8床 (210.4床)	67.3床 (78.0床)
回復期リハビリテーション病棟	71.9床 (82.5床)	25.8床 (29.5床)	25.4床 (29.2床)	20.7床 (23.8床)

一般的に急性期患者といわれている部分【合計値】

一般病床数	288床 (323床)	…A
回復期リハビリテーション病棟病床数	72床 (83床)	…B

加賀市における一般病床を持つ病院一覧

病院名	病床区分別病床数		
	一般	回復期	計
加賀市民病院	184	42	226
山中温泉医療センター	119	40	159
久藤総合病院	83	0	83
国立病院機構 石川病院	165	0	165
合計	551	82	633

※石川病院の一般病床数は今後の変更予定を反映してある。

※()内の病床数は2025年の推定患者数を反映させた病床数。

一般病床は200～250床が適正と考えられる。

- 上記Aの一般病床の中には新病院でも対応が困難な3次救急対象(重度患者)の患者が含まれている。
- 近年の傾向及び国の医療施策として平均在院日数を短縮していく傾向にある。

回復期リハビリテーション病棟は50床が適正ではないかと考えられる。

- Bの病床数は在院期間を最大期限加味している。

病床種別については、一般病床、回復期リハビリテーション病床のほか、療養病床および緩和ケア病床についても検討しています。

療養病床については、加賀市内の療養病床を有する施設を対象に実施した稼動調査より、平成23年3月末時点で医療療養病床は64.5%という結果が出たことから、満床ではないことが示されています。したがって、統合新病院においては原則、療養病床をもたない設置しないこととします。そのため統合新病院が完成する4年先までに、現在の山中温泉医療センターの療養病床についてはシームレスな連携が取れるよう、調整を図っていきます。

緩和ケアとは、「生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセ

メントと対処(治療・処置)を行うことによって、苦しみを予防し、和らげることで、クオリティー・オブ・ライフ(QOL:生活の質)を改善するアプローチ」です²¹。4 疾病 5 事業で挙げられる「がん」治療と関連して緩和ケアが提供されます。統合新病院では、病床規模・診療機能を鑑み、緩和ケア病床(=「緩和ケア病棟入院料」届出病床)は持たず、「緩和ケア入院診療加算」の届出により、診療機能として緩和ケアを提供することとします。

²¹ WHO（世界保健機関）による定義（2002 年）

1-5. 統合新病院の診療体制

外来の診療時間については、救急医療や入院治療を中心とした急性期医療に資源集中するため平日の午前中のみとします。診療科については、現状の 16 科の継続を基本としますが、標榜名については市民に分かりやすくなるよう検討します。

図表 4: 統合新病院の診療体制

	加賀市民病院	山中温泉医療センター	統合新病院
診療日	月曜日～金曜日	月曜日～土曜日	月曜日～金曜日
休診日	土曜日、日曜日、祝日 年末年始(12月29日～1月3日)	日曜日、祝日 年末年始(12月29日～1月3日)	土曜日、日曜日、祝日 年末年始(12月29日～1月3日)
診療時間	①新患 午前8時30分～午前11時30分 ②再来 午前7時45分～午前11時30分 ※小児科のみ午後診療あり 午後14時00分～16時00分 ※但し、救急は24時間体制	平日： 午前8時30分～午前11時30分 午後1時～午後3時 土曜： 午前8時30分～午前11時30分 ※但し、救急の場合は随時対応	平日： 午前8時30分～午前11時30分 ※但し、救急は24時間体制
診療科	内科 循環器内科 呼吸器内科 外科 消化器外科 整形外科 産婦人科 小児科 眼科 耳鼻咽喉科 皮膚科 泌尿器科 脳神経外科 放射線科 麻酔科 リハビリテーション科	内科 外科 整形外科 産婦人科 小児科 眼科 耳鼻咽喉科 皮膚科 泌尿器科 麻酔科 リハビリテーション科	内科 循環器内科 呼吸器内科 外科 消化器外科 整形外科 産婦人科 小児科 眼科 耳鼻咽喉科 皮膚科 泌尿器科 脳神経外科 放射線科 麻酔科 リハビリテーション科

1-6. 統合新病院の建設地

(1) 建設地選定の視点

統合新病院の建設地については、下記①～③の視点から検討しました。検討は、市立 2 病院の現在地および加賀温泉駅周辺の合計 3 箇所です。

- ① 災害(洪水・地震等)発生時の対応可能性
- ② 二次救急医療の対応可能性
- ③ 加賀市全体におけるアクセス性(利便性)

(2) 現地建替えの検討

現在の加賀市民病院が位置する大聖寺地区は、大聖寺駅を中心に、加賀市役所や警察署、小・中・高等学校が位置する、加賀市の中心地として機能している地域であり、加賀市の住民が集まりやすい地域と言えます。しかし、地震ハザードマップ²²および洪水ハザードマップ²³によると、洪水や地震発生時の地盤としては他の地域に比べると脆弱性が伺え、大聖寺川で洪水が発生した場合、浸水深 0.5m～1.0m程度が想定されます。さらに当該地域は 1 時間未満ではん濫流が到達すると予想され、2 時間以内に避難が必要とされる地域とされています。また、地震発生時の建物全壊率も高く、周辺道路の通行に支障がでる恐れがあります。その場合、負傷者等の救急搬送が困難になるほか、万一病院が損傷した場合の入院患者等の避難経路確保についても困難さが伺えます。

山中温泉医療センターが位置する山中温泉地区は、加賀市の中でも山間部に近い地域に位置しています。行政機能としては山中温泉支所、山中分署があるほか、小・中学校も位置しています。災害時に想定される影響として、洪水による浸水の影響はほぼないと想定されるものの、この地域の幹線道路である国道 364 号線沿いに住宅が集まっており、地震発生時には建物の倒壊による通行障害が懸念されます。また、市全体から患者が集まるという点から考えると、利便性があまり良くない地域と言えます。

(3) 建設地の検討: 加賀温泉駅周辺

作見町にある加賀温泉駅は特急列車が多く停車し、市内各地へのバスの発着地であることから、比較的人の動きが多い地域と言えます。地理的には加賀市の中心部に位置し、救急搬送時にも一定時間で搬送出来る利便性も兼ね備えています。当該地域は直接洪水の影響を受けにくいと共に、北部は急傾斜地崩壊危険箇所も少ないことが分かります。地震発生時には最大震度 6 強が予想されていますが、建物全壊の範囲が限られていることから、救急搬送経路と万一病

²² 加賀市地震ハザードマップ

(http://www.city.kaga.ishikawa.jp/article/ar_detail.php?ev_init=1&arm_id=101-0340-9158)

²³ 加賀市洪水ハザードマップ

(http://www.city.kaga.ishikawa.jp/article/ar_detail.php?ev_init=1&arm_id=101-0166-3866)

院が損傷した場合の避難経路確保の可能性は比較的高いと言えます。

(4) 建設地選定の検討結果

災害発生時にも安心して医療サービスを継続するという観点、患者の交通アクセスの充実度(利便性)からみた際、統合新病院の建設候補地としては、加賀温泉駅周辺が最も適しているという結果になりました。

図表 5: 候補地選定について検討結果

候補地	災害対応 (洪水)	災害対応 (地震)	全市からの 利便性	救急対応 範囲	総合評価
大聖寺地域 (現・加賀市民病院 近隣)	×	×	△	○	×
山中地域 (現・山中温泉医療 センター近隣)	○	△	×	○	△
加賀温泉駅 周辺	○	△	○	◎	○

(5) 建設候補地

加賀温泉駅周辺において、300 床規模の病院建設が可能な一団の土地として、次の土地を建設候補地とします。

位 置: 加賀温泉駅前 作見町地内

敷地面積: 約52,000m²

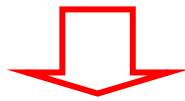
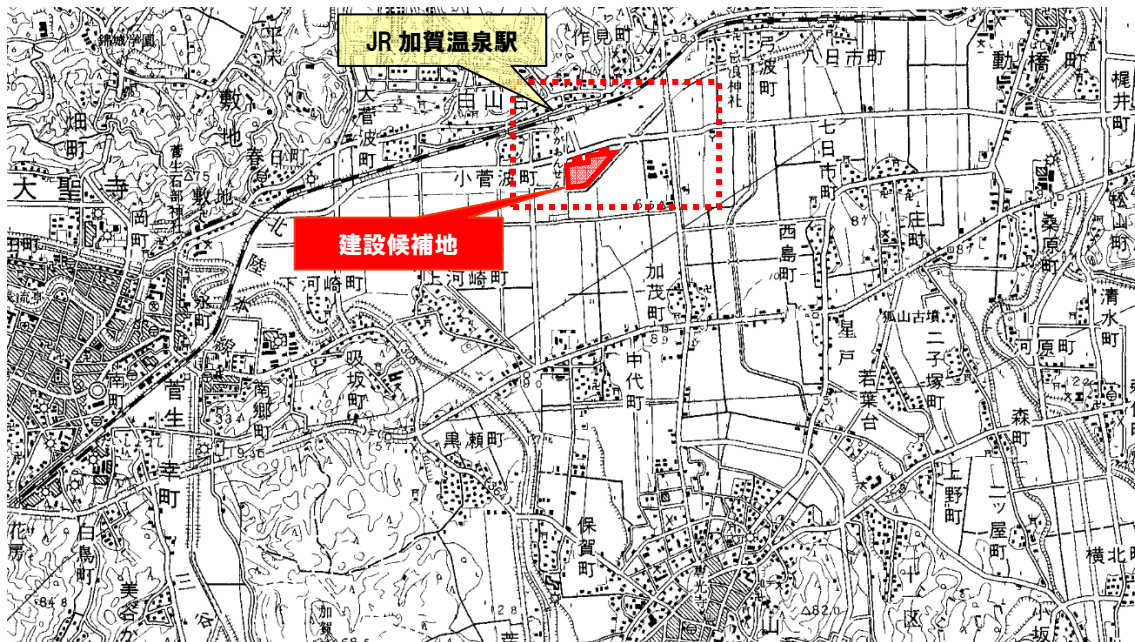
法的要件:

- (ア) 都市計画区域 都市計画区域内(非線引き区域)
- (イ) 用途地域 第1種中高層住居専用地域²⁴(一部、商業地域、近隣商業地域)
- (ウ) 容積率、建ぺい率 200%、60%
- (エ) 主要道路 県道 292 号 加賀温泉停車場線

²⁴ 都市計画法による用途地域の一つで、中高層住宅に係る良好な住居の環境を保護するために定められた地域。建設可能な用途としては、住宅、共同住宅などの低層住宅以外には、幼稚園、小・中・高等学校、図書館、派出所、一定規模以下の郵便局等、神社、寺院、教会、公衆浴場、診療所、保育所、老人ホームや2階以下で500m²以内の一定の店舗、飲食店、大学・専修学校等、病院などを建築することができる。

図表 5: 建設候補地の位置図

(広域図)



(周辺図)



1-7. 統合新病院の医師確保

統合新病院においては、二次救急患者を全て市内で受け入れるため、休日及び夜間の診療体制として内科系及び外科系の医師による 2 人当直体制が必要です。また、医師の肉体的・精神的負担軽減のため、主要な診療科においては複数医師配置の体制が望まれます。これらの課題の解決のためには十分な医師の確保が不可欠です。

統合新病院において最低限必要な医師数は次のとおり 43 人と想定しています。しかし、これは最低限の医師確保のイメージであり、実際には医師の配置状況などを勘案し不足する医師の確保を目指す必要があります。医師の肉体的負担の大きい当直については内科系・外科系の医師を中心に月 3 回以下となるよう見込んでいます。その他の医師についても当直に参加することを想定していますが、専門外の救急患者を受け入れることは精神的負担となることから、オンコール体制の充実も必要となると考えられます。麻酔科と放射線科の医師については、必要時に呼び出されることが多いと想定されるため、当直には入らずオンコール体制のみを想定しています。しかしながら、月 3 回の当直体制は余裕のある体制とは言えないことから更なる医師の確保に努め、医師の労働環境の改善に努める必要があります。

図表 6: 最低必要医師数について

必要最低医師数 (A)+(B)+(C)+(D)	43人以上								
○診療科の分類分け									
■ 統合新病院の 標榜診療科	内科・循環器内科・呼吸器内科・外科・消化器外科・整形外科・産婦人科・小児科・眼科・耳鼻咽喉科・皮膚科・泌尿器科・脳神経外科・放射線科・麻酔科・リハビリテーション科 計16診療科								
	<table><tr><td>内科系</td><td>内科・循環器内科・呼吸器内科・小児科</td></tr><tr><td>外科系</td><td>外科・消化器外科・整形外科・耳鼻咽喉科・泌尿器科・脳神経外科</td></tr><tr><td>その他</td><td>産婦人科・眼科・皮膚科・放射線科・麻酔科・リハビリテーション科</td></tr></table>	内科系	内科・循環器内科・呼吸器内科・小児科	外科系	外科・消化器外科・整形外科・耳鼻咽喉科・泌尿器科・脳神経外科	その他	産婦人科・眼科・皮膚科・放射線科・麻酔科・リハビリテーション科		
内科系	内科・循環器内科・呼吸器内科・小児科								
外科系	外科・消化器外科・整形外科・耳鼻咽喉科・泌尿器科・脳神経外科								
その他	産婦人科・眼科・皮膚科・放射線科・麻酔科・リハビリテーション科								
○要件									
要件① (A)	内科系・外科系による複数診療科当直・オンコール体制 当直(日直・宿直)月40回÷3回/月以下→14人以上必要								
要件② (B)	その他の診療科では、 産婦人科2名以上、麻酔科3名以上、その他の科1名以上								
要件③ (C)	標榜はしないが病理医を1名以上								
要件④ (D)	院長1名、副院長2名体制								
	<table><tr><td>→</td><td>内科系、外科系それぞれで15名ずつ 合計30名以上</td></tr><tr><td>→</td><td>6診療科 合計9名以上</td></tr><tr><td>→</td><td>1名以上</td></tr><tr><td>→</td><td>3名</td></tr></table>	→	内科系、外科系それぞれで15名ずつ 合計30名以上	→	6診療科 合計9名以上	→	1名以上	→	3名
→	内科系、外科系それぞれで15名ずつ 合計30名以上								
→	6診療科 合計9名以上								
→	1名以上								
→	3名								
当直体制について	当直については内科系・外科系の医師を中心に、他の医師についても当直を行うものとする。 ただし、麻酔科・放射線科についてはオンコール体制とする。								

※ 上記は、統合新病院における最低限の医師確保をイメージしたものであり、実際には今後の2病院の医師の配置状況などを勘案し不足する医師の確保を目指すものとする。

継続的に医師を確保していくためには、医師が働きたい病院、環境を整える必要があり、そのためには病院としての方針・ビジョンが明確であることが求められます。

(1) 医師がスキルアップできる環境

若い医師ほど、技術面を中心としたスキルアップへの関心は高い傾向にあると言えます。臨床研修指定病院の中には、充実したシミュレーター（例：心肺シミュレーター、腹腔鏡下トレーニングシミュレーター 等）を整備する事例が増えてきていますが、いつでもスキルアップに励むことができるように、24 時間シミュレーション室を開放するなど、時間が不規則な生活を過ごす医師にとって利便性の高い環境を整えることも重要です。統合新病院では基幹型臨床研修指定病院を目指しますが、届出だけではなく充実した研修体制を整備することで特色を出し、全国から広く研修医を集める体制を目指します。

(2) 医師・病院のネットワーク形成支援

複数の臨床研修指定病院が協力・連携して医師の育成に取り組む事例も見られます。例えば、大学病院と複数の臨床研修指定病院が協同でキャリアアップのためのロードマップを作成し、様々な症例や指導医に接する機会を提供することや、「国内留学」を推奨し、日本国内の優秀な病院での幅広い経験と知識を身につけようとする医師の姿勢を全面的に病院としてバックアップするといった取り組みが見られます。統合新病院においては、近隣の医療機関と人材交流をしたり、統合新病院での勤務経験のある医師の同窓会を毎年開催するなど、医師同士のネットワークを構築し、医師同士の相互交流を進め、医師が働きやすく、やりがいを感じて医療に従事できる環境と仕組みを整えます。また、様々な経験、知識を有する医師の確保のため、医師の公募等の実施についても、検討します。

(3) 総合医の育成と開業支援

二次救急患者を全て市内で受け入れるためには、総合的に患者の状態を把握し、診断し、的確な治療を行える医師の育成が求められます。特により一層の高齢化が見込まれるなかで、総合医の育成に力を入れる必要性が高まっています。医師のキャリアラダーの 1 つとしてこの取り組みを構築すると共に、将来的には開業を希望する医師に対しても、それらを支援できるよう、地域全体での医師の育成に取り組みます。

(4) 医師が疲弊しない体制、仕組みの構築

医師の負担を身体的にも精神的にも軽減するための取り組みが必要です。医師事務作業補助者の配置、使いやすい電子カルテ・オーダーリング等の整備が望まれます。

また、昨今、特に医師が日常で負担を多く感じるものの 1 つに、患者とのトラブルや医療訴訟などが挙げられます。医療安全に対して抱く医師の不安感を取り除くため、病院としていかにリスクマネジメントのシステムを確立しているか、万一、そのような事象が発生した時に、病院

としてどのようなバックアップ体制を取るのかも肝要となります。また、いわゆるコンビニ受診のような必ずしも緊急に医療の必要性が高くない患者への診療なども、医師のやりがいを阻害し、いたずらに疲弊させる要因となります。継続的に安心、安全な医療提供体制を構築するためには、地域住民・患者の理解が必要であり、医療を受ける側と提供する側双方の取り組みによって地域医療が継続されるよう、啓発する必要があります。

(5) 公正な評価と処遇

医師が高いモチベーションで働き続けたいと思う病院であるためには、医師の日々の取り組みや成果を公正に評価し、それに報いる仕組みも必要です。例えば医長以上などを業績年俸制とし、個人業績および病院業績に基づいて賞与が支給される仕組みを取り入れている病院もあります。併せて宿舎等の福利厚生面についても充実させ、医師が継続して働きやすい環境を整えます。医師が地域や病院内で果たす役割は非常に大きく多岐に渡り、特に地域への貢献度は具体的な形で可視化されることが難しいと言えます。しかし、地域住民のため、患者のために積極的に取り組む医師に対して適切な待遇・処遇ができなければ、医師の疲弊感を生み出す可能性もあります。より質の高い医療提供に努める医師を支援する姿勢を具体的に示す必要があります。

当面の医師の確保にあたっては、金沢大学、福井大学、金沢医科大学といった周辺の大学との連携を深め、理解と協力を得ることが不可欠です。全国的な医師不足の中、医師の確保は容易ではありませんが、統合新病院の開院に向けて、現在の市立2病院においても医師確保に継続的に取り組む必要があります。

1-8. 統合新病院の経営シミュレーション

統合新病院の建設事業費は次のとおり見込んでいます。

図表 7: 建設事業費と財源構成

(百万円)

項目	概要	事業費	財源構成			
			病院事業債	一般会計からの繰入金		自己資金
				再編債	合併特例債	
建設工事費	本体・外構・駐車場 (設計費等含む)	6,056	4,453	28	1,495	80
医療機器等	医療機器・医療情報システム	1,960	1,470		490	
用地費等	用地取得、造成・基盤整備	1,500	781	344	375	
付帯施設	職員宿舎等	225	169		56	
合 計		9,741	6,873	372	2,416	80

※ 看護師養成所、初期救急医療センターの整備は含みません。

※ シミュレーションにおける病院事業債・再編債・合併特例債の利率は、用地・建物 1.7% 30 年償還、機器 1.1% 5 年償還で計算しています。

※ 建設財源として地域医療再生基金から補助金の交付が見込まれていますが、シミュレーション上は考慮していません。

※ 統合新病院建設の基本計画において、事業費及び財源構成が変更されることがあります。

シミュレーションは、病院経営において最も大きな要因となる病床稼働率について、次の2パターンで試算しました。(図表 8)

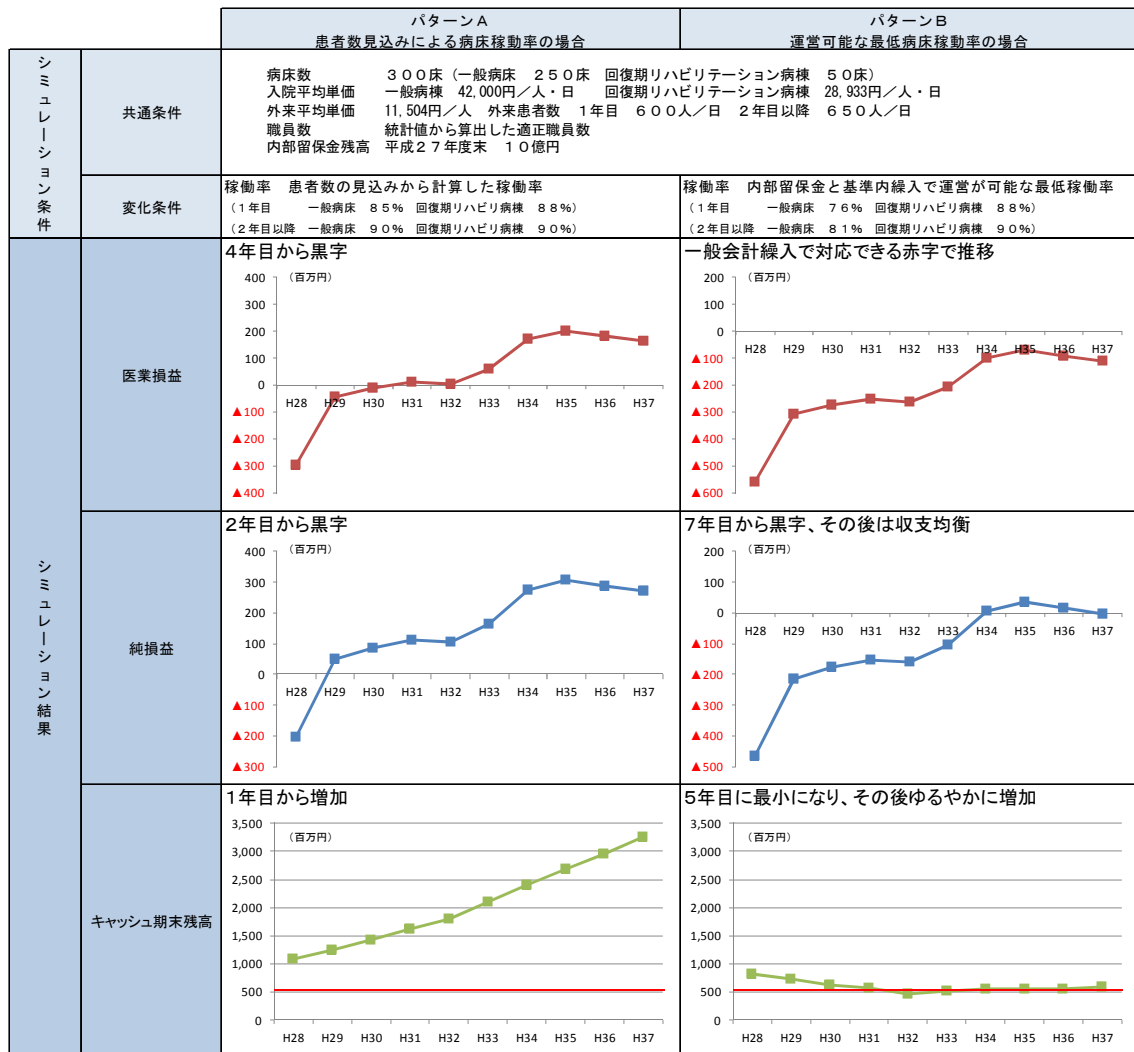
<パターンA>

「1-4. 統合新病院の病床数・病床種別」で使用した、適正病床数を算出するための患者数見込みから計算した稼働率

<パターンB>

医業損益は赤字になっても、一般会計からの基準内繰入金を含めて内部留保金(キャッシュ期末残高)が、各年度約 5 億円を確保できるようにした場合の稼働率

図表 8: シミュレーション結果まとめ



パターンAの詳細な条件設定は図表9のとおりとしました。

一般病床の稼働率については、1年目は移転等のため稼働率85%と下がるものの、2年目以降は患者見込みから一般病床で230人程度の入院患者が見込まれることから稼働率90%と見込んでいます。回復期リハビリテーション病棟の稼働率については、加賀市民病院と山中温泉医療センターの現在の入院者数から高い稼働率が見込まれ、1年目は88%、2年目からは90%の稼働を見込んでいます。職員給与費については、全国の公立病院の統計調査から300床の平均的職員数を適正職員数とし、加賀市民病院の平成28年度見込み一人当たり人件費を乗じて算出しています。ただし、看護師数については許可病床数より稼働病床数の影響を受けやすく、統計調査の職員数はおおよそ稼働率70%での職員数であることから上記の見込み稼働率90%に換算した職員数を採用しています。

図表 9: パターンAの条件設定

【パターンA】患者見込みによる病床稼働率の場合

(単位: 百万円)

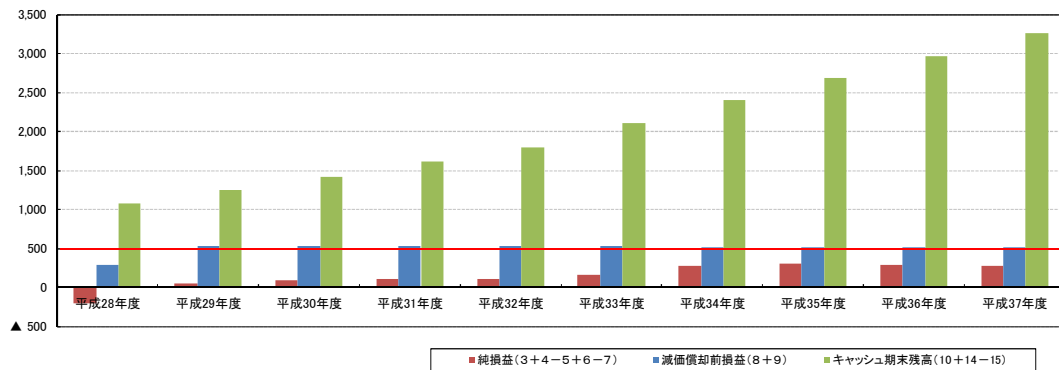
	1年目	2年目以降～	備考
1. 医業収益	5,635	5,977	
入院収益	3,722	3,924	3年目以降は手術症例が増えてくることを予想して、一般病棟のみ0.5%ずつ収益が増加すると仮定する。
【平均単価】			
一般病棟	¥42,000	¥42,000	平成22年度加賀市民病院の入院単価(回復期リハビリテーション病棟を含む)の実績38,344円に病床数増加による手術収入3,155円(病院経営分析調査報告より200～299床のデータを引用)を加算した値に、さらに特定集中治療室等の施設基準の取得による効果を鑑みて平均単価を42,000円で設定する。
回復期リハビリテーション病棟	¥28,933	¥28,933	山中温泉医療センターの平成22年度実績を使用
【病床利用率】			
一般病棟	85.0%	90.0%	3年目以降は2年目の稼働率を維持するものとする。 (参考: 2病院の患者数の合算値217人＝86.8% 平成22年度実績)
回復期リハビリテーション病棟	88.0%	90.0%	3年目以降は2年目の稼働率を維持するものとする。
外来収益	1,677	1,817	
【外来平均単価】	¥11,504	¥11,504	病院経営分析調査報告より200～299床と300～399床の平均値を使用
【1日あたり外来平均患者数】	600人	650人	外来の診療日数は243日で設定
その他医業収益	236	236	
他会計負担金	50	50	救急医療に関する負担金
室料差額収益	69	69	病床の20%を個室とし(60床)、室料差額の平均値(5,250円/日)とし稼働病床をそのうち60%として算出
その他	117	117	医療相談・紹介なし初診料・文書料・健診料・受託検査施設利益等
2. 医業費用	5,934	6,023	
職員給与費	3,490	3,508	①2人当直体制を構築するために内科系・外科系の医師の当直は月3回以下とする。よって当直が出来る医師は最低内科系・外科系ともに15人ずつ必要になる。 ②当直は内科系・外科系以外の医師も参加するものとする。 ③統計値より300床の適正職員数を算出し、加賀市民病院の一人当たり人件費(平成28年度見込み値)を乗じ算出する。 ④昇給などを加味し、毎年対前年比0.5%UPとする
材料費	1,290	1,372	病院経営分析調査報告より200～299床の値を使用(23.9%)
減価償却費	494	484	減価償却費は、以下の通り設定する。 ①システム機器は5年で償却する。 ②医療機器は6年で償却する。 ③4年目から6年目にかけては各1億円、7年目以降は各1億1千万円を投資額とし、医療機器は6年、施設に関する投資分については15年で償却する。 ④現2病院の機器に関する減価償却費も加味する(平成28年度以降の残金分)。
その他経費	659	659	加賀市民病院と山中温泉医療センターの経費の合計を300床換算した数値 ※山中温泉医療センターの経費から統合によって重複するであろう経費を削除した(広告費、地代、車両関係費、通信費 等)
3. 医業利益又は医業損失	▲ 299	▲ 46	
4. 医業外収益	276	276	
他会計補助金	12	12	加賀市民病院の平成22年度実績を使用
他会計負担金	210	210	保健衛生費に関する負担金(300床×701千円)
その他医業外収益	54	54	建設費の償還利息にかかる一般会計からの繰入
5. 医業外費用	172	171	
支払利息	108	107	建設費の償還利息
その他医業外費用	63	63	加賀市民病院の平成22年度実績を使用
6. 経常利益又は経常損失	▲ 194	59	
7. 特別利益	0	0	
他会計繰入金	0	0	
固定資産売却益	0	0	
8. 特別損失	10	10	貸倒損失(未収金)が年1,000万円計上(加賀市民病院の平成22年度実績)する。
9. 純利益又は純損失	▲ 204	49	

これらの条件でシミュレーションを行った結果は図表 10 のとおりとなります。医業損益は 4 年目から黒字となり、純損益は 2 年目から黒字となることが見込まれます。また、キャッシュフローは 1 年目から増加が見込まれ、安定的な経営が可能と言えます。

図表 10: パターンAのシミュレーション結果

①収益的収支 (単位: 百万円)

	1年目 平成28年度	2年目 平成29年度	3年目 平成30年度	4年目 平成31年度	5年目 平成32年度	6年目 平成33年度	7年目 平成34年度	8年目 平成35年度	9年目 平成36年度	10年目 平成37年度
1 医業収益	5,635	5,977	5,994	6,012	6,029	6,047	6,064	6,082	6,100	6,118
2 医業費用	5,934	6,023	6,004	6,000	6,024	5,985	5,894	5,881	5,919	5,956
3 医業損益(1-2)	▲ 299	▲ 46	▲ 10	12	5	61	170	200	181	162
4 医業外収益	276	276	274	271	270	268	266	265	264	262
5 医業外費用	172	171	166	162	158	154	152	150	147	144
6 特別利益	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7 特別損失	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
8 純損益(3+4-5+6-7)	▲ 204	49	87	111	106	164	274	306	288	270
9 医業費用のうち減価償却費	494	484	443	417	420	359	245	210	225	240
10 減価償却前損益(8+9)	289	533	530	528	526	523	520	516	513	510
11 累積損益(前年度10+8)	▲ 204	▲ 155	▲ 68	43	149	313	587	893	1,181	1,451



②資本的収支 (単位: 百万円)

	1年目 平成28年度	2年目 平成29年度	3年目 平成30年度	4年目 平成31年度	5年目 平成32年度	6年目 平成33年度	7年目 平成34年度	8年目 平成35年度	9年目 平成36年度	10年目 平成37年度
12 資本的収入	0	181	193	297	330	201	224	238	252	254
13 資本的支出	0	361	385	494	561	301	338	366	394	398
14 収支不足(12-13)	0	▲ 181	▲ 193	▲ 197	▲ 230	▲ 101	▲ 114	▲ 128	▲ 142	▲ 144

③旧病院建設に係る残債										
15 旧病院支払元利金(病院会計負担分)	212	180	168	133	121	110	107	105	99	64

④キャッシュ期末残高 H27末=1,000										
16 キャッシュ期末残高(10+14-15)	1,078	1,250	1,420	1,618	1,792	2,104	2,403	2,686	2,959	3,261

(参考)一般会計実質負担額(交付税を除いた額)		1年目 平成28年度	2年目 平成29年度	3年目 平成30年度	4年目 平成31年度	5年目 平成32年度	6年目 平成33年度	7年目 平成34年度	8年目 平成35年度	9年目 平成36年度	10年目 平成37年度
新病院 建設分	平成22年度 決算額	44	179	193	196	219	118	125	132	139	139
旧病院 残債分	203	135	123	117	93	87	82	81	80	76	48
計	203	179	303	310	289	307	200	206	211	214	187

(参考)公立病院改革プランに基づく数値目標		1年目 平成28年度	2年目 平成29年度	3年目 平成30年度	4年目 平成31年度	5年目 平成32年度	6年目 平成33年度	7年目 平成34年度	8年目 平成35年度	9年目 平成36年度	10年目 平成37年度
経常収支比率(%) (目標100%以上)		96.8%	100.9%	101.6%	102.0%	101.9%	102.8%	104.7%	105.2%	104.9%	104.6%
職員給与費比率(%) (目標60%以下)		61.9%	58.7%	58.8%	58.9%	59.1%	59.2%	59.3%	59.4%	59.6%	59.7%
病床利用率(%) (目標70%以上)		85.5%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%

※ 各項目で四捨五入して表示しているため表示上の計算が合わない場合があります。

パターンBの詳細な条件設定は図表 11 のとおりとしました。

一般病床の稼働率については、1 年目は稼働率 76%、2 年目以降は稼働率 81%とパターンAに比べて 9%の減となると見込んでいます。その他の要件については、パターンAの要件に準じて設定しています。

これらの条件でシミュレーションを行った結果は図表 12 のとおりとなります。医業損益は黒字化に至らないものの、7 年目からは一般会計繰入金で補填できる程度の赤字で推移し、純損益は 7 年目から黒字となることが見込まれます。また、キャッシュフローは 5 年目に最小となり、その後緩やかに増加が見込まれます。公立病院の経営としては、健全運営を可能とする最低限の状態と言えます。

AとBのどちらのパターンであっても、市の一般会計からの実質的負担額(国からの交付税を除いた額)は開院後 2 年目から 5 年目まで 3 億円前後で推移しますが、その後は平成 22 年度の水準と同じ約 2 億円前後となる見込みであり、市の財政への影響は限定的と言えます。また、開院後 9 年目までの一時的な負担増については、平成 23 年度から減債基金を積み増しし、起債償還の財源とすることで、各年度の負担が平成 22 年度負担額を超えないよう、平準化を行うこととします。

図表 11: パターンBの条件設定

【パターンB】運営可能な最低病床稼働率の場合

(単位: 百万円)

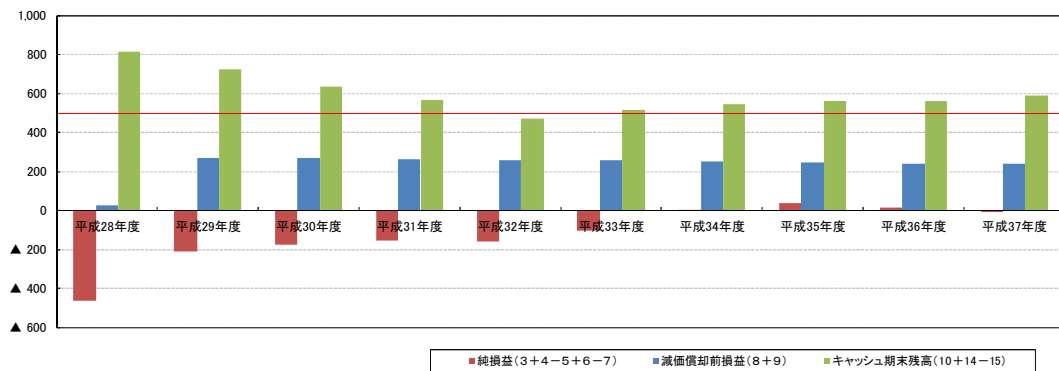
	1年目	2年目以降～	備考
1. 医業収益	5,290	5,632	
入院収益	3,377	3,580	3年目以降は手術症例が増えてくることを予想して、一般病棟のみ0.5%ずつ収益が増加すると仮定する。
【平均単価】			
一般病棟	¥42,000	¥42,000	平成22年度加賀市民病院の入院単価(回復期リハビリテーション病棟を含む)の実績38,344円に病床数増加による手術収入3,155円(病院経営分析調査報告より200～299床のデータを引用)を加算した値に、さらに特定集中治療室等の施設基準の取得による効果を鑑みて平均単価を42,000円で設定する。
回復期リハビリテーション病棟	¥28,933	¥28,933	山中温泉医療センターの平成22年度実績を使用
【病床利用率】			
一般病棟	76.0%	81.0%	3年目以降は2年目の稼働率を維持するものとする。 (参考: 2病院の患者数の合算値217人＝86.8% 平成22年度実績)
回復期リハビリテーション病棟	88.0%	90.0%	3年目以降は2年目の稼働率を維持するものとする。
外来収益	1,677	1,817	
【外来平均単価】	¥11,504	¥11,504	病院経営分析調査報告より200～299床と300～399床の平均値を使用
【1日あたり外来平均患者数】	600人	650人	外来の診療日数は243日で設定
その他医業収益	236	236	
他会計負担金	50	50	救急医療に関する負担金
室料差額収益	69	69	病床の20%を個室とし(60床)、室料差額の平均値(5,250円/日)とし稼働病床をそのうち60%として算出
その他	117	117	医療相談・紹介なし初診料・文書料・健診料・受託検査施設利益等
2. 医業費用	5,851	5,941	
職員給与費	3,490	3,508	①2人当直体制を構築するために内科系・外科系の医師の当直は月3回以下とする。よって当直が出来る医師は最低内科系・外科系ともに15人ずつ必要になる。 ②当直は内科系・外科系以外の医師も参加するものとする。 ③統計値より300床の適正職員数を算出し、加賀市民病院の一人当たり人件費(平成28年度見込み値)を乗じ算出する。 ④昇給などを加味し、毎年対前年比0.5%UPとする
材料費	1,208	1,290	病院経営分析調査報告より200～299床の値を使用(23.9%)
減価償却費	494	484	減価償却費は、以下の通り設定する。 ①システム機器は5年で償却する。 ②医療機器は6年で償却する。 ③4年目から6年目にかけては各1億円、7年目以降は各1億1千万円を投資額とし、医療機器は6年、施設に関する投資分については15年で償却する。 ④現2病院の機器に関する減価償却費も加味する(平成28年度以降の残金分)。
その他経費	659	659	加賀市民病院と山中温泉医療センターの経費の合計を300床換算した数値 ※山中温泉医療センターの経費から統合によって重複するであろう経費を削除した(広告費、地代、車両関係費、通信費 等)
3. 医業利益又は医業損失	▲ 561	▲ 309	
4. 医業外収益	276	276	
他会計補助金	12	12	加賀市民病院の平成22年度実績を使用
他会計負担金	210	210	保健衛生費に関する負担金(300床×701千円)
その他医業外収益	54	54	建設費の償還利息にかかる一般会計からの繰入
5. 医業外費用	172	171	
支払利息	108	107	建設費の償還利息
その他医業外費用	63	63	加賀市民病院の平成22年度実績を使用
6. 経常利益又は経常損失	▲ 457	▲ 204	
7. 特別利益	0	0	
他会計繰入金	0	0	
固定資産売却益	0	0	
8. 特別損失	10	10	貸倒損失(未収金)が年1,000万円計上(加賀市民病院の平成22年度実績)する。
9. 純利益又は純損失	▲ 467	▲ 214	

図表 12: パターンBのシミュレーション結果

①収益的収支

(単位: 百万円)

	1年目 平成28年度	2年目 平成29年度	3年目 平成30年度	4年目 平成31年度	5年目 平成32年度	6年目 平成33年度	7年目 平成34年度	8年目 平成35年度	9年目 平成36年度	10年目 平成37年度
1 医業収益	5,290	5,632	5,648	5,663	5,679	5,695	5,711	5,727	5,743	5,759
2 医業費用	5,851	5,941	5,922	5,917	5,941	5,901	5,810	5,797	5,833	5,870
3 医業損益(1-2)	▲ 561	▲ 309	▲ 274	▲ 254	▲ 262	▲ 207	▲ 99	▲ 70	▲ 91	▲ 112
4 医業外収益	276	276	274	271	270	268	266	265	264	262
5 医業外費用	172	171	166	162	158	154	152	150	147	144
6 特別利益	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7 特別損失	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
8 純損益(3+4-5+6-7)	▲ 467	▲ 214	▲ 177	▲ 154	▲ 160	▲ 103	5	35	16	▲ 3
9 医業費用のうち減価償却費	494	484	443	417	420	359	245	210	225	240
10 減価償却前損益(8+9)	27	270	267	263	259	255	251	246	241	237
11 累積損益(前年度10+8)	▲ 467	▲ 680	▲ 857	▲ 1,011	▲ 1,172	▲ 1,275	▲ 1,270	▲ 1,234	▲ 1,218	▲ 1,221



②資本的収支

(単位: 百万円)

	1年目 平成28年度	2年目 平成29年度	3年目 平成30年度	4年目 平成31年度	5年目 平成32年度	6年目 平成33年度	7年目 平成34年度	8年目 平成35年度	9年目 平成36年度	10年目 平成37年度
12 資本的収入	0	181	193	297	330	201	224	238	252	254
13 資本的支出	0	361	385	494	561	301	338	366	394	398
14 収支不足(12-13)	0	▲ 181	▲ 193	▲ 197	▲ 230	▲ 101	▲ 114	▲ 128	▲ 142	▲ 144

③旧病院建設に係る残債

15 旧病院支払元利金(病院会計負担分)	212	180	168	133	121	110	107	105	99	64
----------------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	----	----

④キャッシュ期末残高 H27末=1,000

16 キャッシュ期末残高(10+14-15)	815	725	631	564	472	516	546	559	559	588
------------------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

(参考)一般会計実質負担額(交付税を除いた額)

	平成22年度 決算額	1年目 平成28年度	2年目 平成29年度	3年目 平成30年度	4年目 平成31年度	5年目 平成32年度	6年目 平成33年度	7年目 平成34年度	8年目 平成35年度	9年目 平成36年度	10年目 平成37年度
新病院 建設分		44	179	193	196	219	118	125	132	139	139
旧病院 残債分	203	135	123	117	93	87	82	81	80	76	48
計	203	179	303	310	289	307	200	206	211	214	187

(参考)公立病院改革プランに基づく数値目標

	1年目 平成28年度	2年目 平成29年度	3年目 平成30年度	4年目 平成31年度	5年目 平成32年度	6年目 平成33年度	7年目 平成34年度	8年目 平成35年度	9年目 平成36年度	10年目 平成37年度
経常収支比率(%) (目標100%以上)	92.4%	96.7%	97.3%	97.6%	97.5%	98.5%	100.3%	100.8%	100.4%	100.1%
職員給与費比率(%) (目標60%以下)	66.0%	62.3%	62.4%	62.6%	62.7%	62.8%	63.0%	63.1%	63.3%	63.4%
病床利用率(%) (目標70%以上)	78.0%	82.5%	82.5%	82.5%	82.5%	82.5%	82.5%	82.5%	82.5%	82.5%

※ 各項目で四捨五入して表示しているため表示上の計算が合わない場合があります。

2. 統合新病院についての継続検討事項

2-1. 建設スケジュール

平成 28 年度の開院を目指します。この実現に向けて、平成 24 年より、統合新病院の診療機能を定める各種計画（基本計画、部門別計画、実施計画、システム計画等）の策定、および、測量設計・建築工事などの病院建設に要する期間を精査した上での建設スケジュールの策定を進めます。

2-2. 統合新病院における運営面での対応

5 年後の開院に向けて、人員計画（採用計画、人員配置等）など、緩やかに現在の市立 2 病院の組織を統合していきます。また、並行して、現場における運営面での調整を進めます。具体的には、各部会などで議論いただいているテーマ（医師・看護師が集まる職場づくり、女性スタッフが働きやすい職場づくり等）の充実を今後検討します。

2-3. 併設機能① 看護師養成所

質の高い医療を提供するためには、最も患者の近いところで医療を提供する看護師の果たす役割は大きいにもかかわらず、医師同様に、全国的にも看護師不足が叫ばれており、加賀市においても同様です。その対応策として、加賀市では加賀市民病院に加賀看護学校を併設しています。今回の統合新病院建設に際して、現立地のままでは、新病院とは離れた設置となることから、今後の運営については検討が必要となります。

現状として、加賀看護学校から加賀市民病院への就職率は 20% 前後と低調であり、市内就職者も少ない状況です。しかし、直近平成 23 年度卒業見込み学生については、やや就職率の向上が認められています。市民病院として看護師養成所を運営することで得られるメリット、看護師養成所のあり方等を勘案しながら、関係各方面と調整の上、今後の運営方針、統合新病院への併設等を検討する必要があります。

2-4. 併設機能② 初期救急医療センター

統合新病院は二次救急を中心とした急性期医療を中心として運営します。入院診療を必要とする二次救急体制を継続するためには、救急医療を地域全体で対応する体制が必要です。特に初期救急（一次救急）については、今以上に、医師会、診療所と連携、協力する必要があります。また、平成 19 年 3 月の地域医療審議会の答申では、「新病院に隣接した初期救急を担う急病センターの設立が望ましい」とされており、今後、地域医師会や大学医局をはじめ、関係各方

面と協議を進め、本市の初期救急の提供体制について、検討、調整を行う必要があります。また、小松市民病院に併設した南加賀地域救急医療センターも近々開設されることから、当該センターとの連携強化も図っていく必要があります。

2-5. 併設機能③ 健診センター

統合新病院では、生活習慣病の予防と疾病の早期発見を目的として、人間ドック、健康診断の充実を図るべく健診センターを併設する必要があります。加賀市民病院、山中温泉医療センター共に、人間ドック、健康診断の受診者は年々増えてきていますが、十分な施設を備えているとは言えません。

少なくとも、加賀市に在住する方の人間ドック、健康診断の受け入れを行えるような、健診センターを併設する必要があります。

2-6. 統合新病院建設後の現病院土地・建物の活用

現病院の建物については、建設時の市債の未償還金(残債)がある比較的新しい部分があるため、すぐに全てを取り壊すようなことはできません。特に山中温泉医療センターには、北陸大学が設置している山中町セミナーハウスや山中小・中学校のひばりが丘分校が併設されており、教育機関としての面からも建設後の活用について検討を行う必要があります。

建物を入院機能をもつ病院として残すことはできませんが、それぞれの地域に必要な医療機能を検証した上で、一部を診療所として活用することは考えられます。また、加賀市民病院、山中温泉医療センターともに、大聖寺地域、山中地域の中心部に位置しており、地域振興の観点から、医療提供以外の活用方法も考えられます。

いずれにせよ、市にとって重要な土地・建物であり、統合新病院のオープンは最短でも平成28年度の見込みで、十分な検討期間もあることから、あらためて市民の意見も伺いながら、活用方法を考えていくこととします。

第4章 加賀市における医療提供体制の将来像

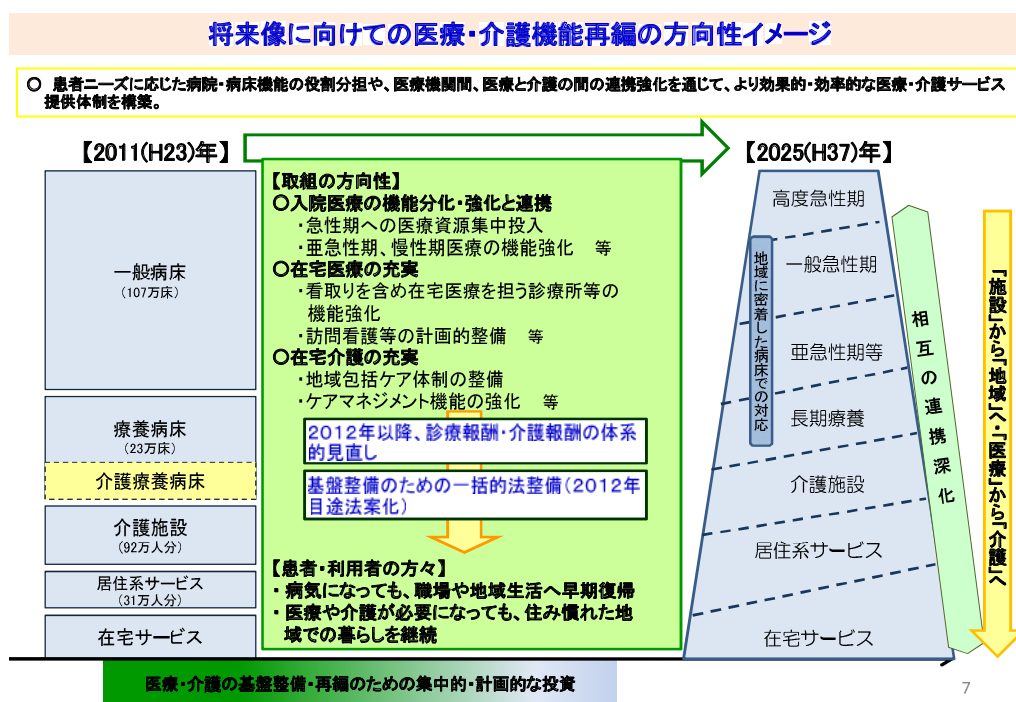
1. 医療提供体制等の全体像

1-1. 地域包括ケア体制の構築

平成23年6月に示された国の社会保障改革案においては、これからの医療・介護については、サービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化を図ることとし、病院・病床機能の分化・強化と連携、在宅医療・在宅介護の充実、地域包括ケアシステムの構築、平均在院日数の減少、外来受診の適正化などを進める方針とされています。なかでも病院医療従事者の負担を軽減させ、急性期患者の平均在院日数を減少させるためには、急性期へ医療資源の集中投入を行い、急性期以外の患者を、亜急性期(回復期)、長期療養、在宅医療介護へと移行させていく必要があると示されています。

本市の医療提供体制を中長期的に持続可能な体勢とするためには、市立2病院の統合という急性期医療資源の集約にとどまらず、慢性期病院、診療所、介護サービスまでを含めた役割分担を行い、状態に応じた適切なサービスを提供する体制を整備する必要があります。

図表1: 将来像に向けての医療介護機能再編の方向性イメージ

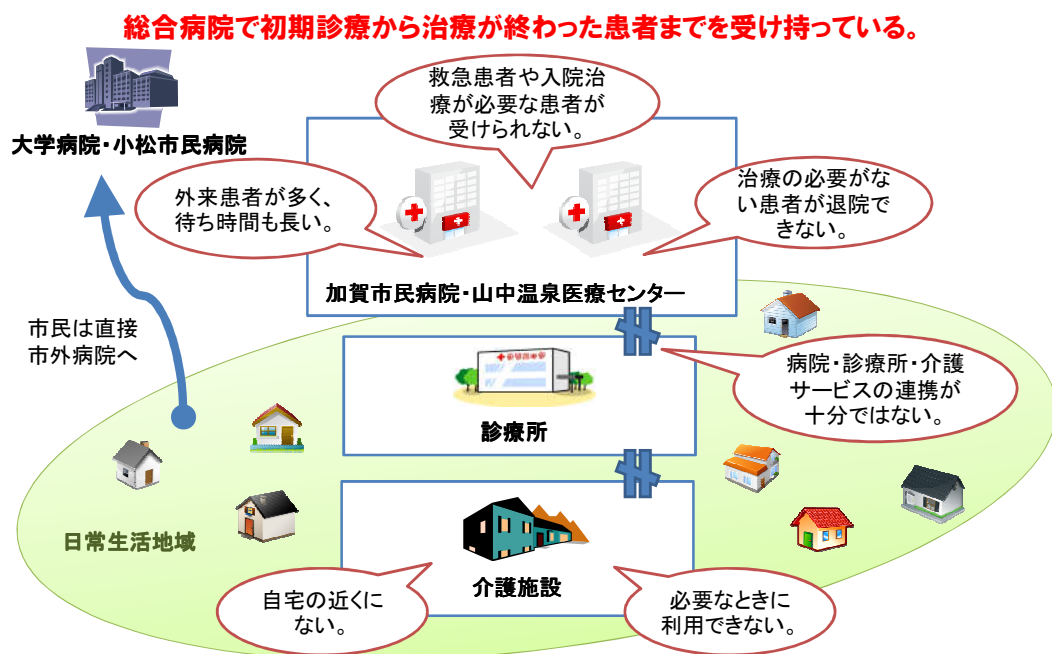


出典: 中央社会保険医療協議会(第198回)

今までの本市の医療・介護提供体制では、総合病院で初期診療から慢性期患者まで対応しており、患者の状態に応じて医療・介護サービスを提供する体制になっていません。特に高齢者については、治療の必要がなくなっても、日常生活を行う自宅や地域に介護力がないため、総合病院から、なかなか患者が退院できない状況になっています。本市の介護サービスは、十分な量の提供体制が確保されていますが、自宅の近くではない郊外の大型介護施設が多いため、入所してしまうと治療前の生活に戻ることは困難です。

また、本来診療所で対応が可能な初期診療の段階から、直接総合病院の外来にかかる患者が多いため、救急医療、入院治療を余裕をもって提供することができず、患者も受診時に長い待ち時間となっています。

図表 2: いままでの医療・介護体制



これからの医療・介護は、救急患者、入院治療の必要な患者を受け入れできるよう、急性期医療に医療資源を集約し、その上で急性期病院・診療所・介護サービス間の連携、役割分担を行い、状態に応じた適切な医療・介護サービスの提供体制を構築していきます。

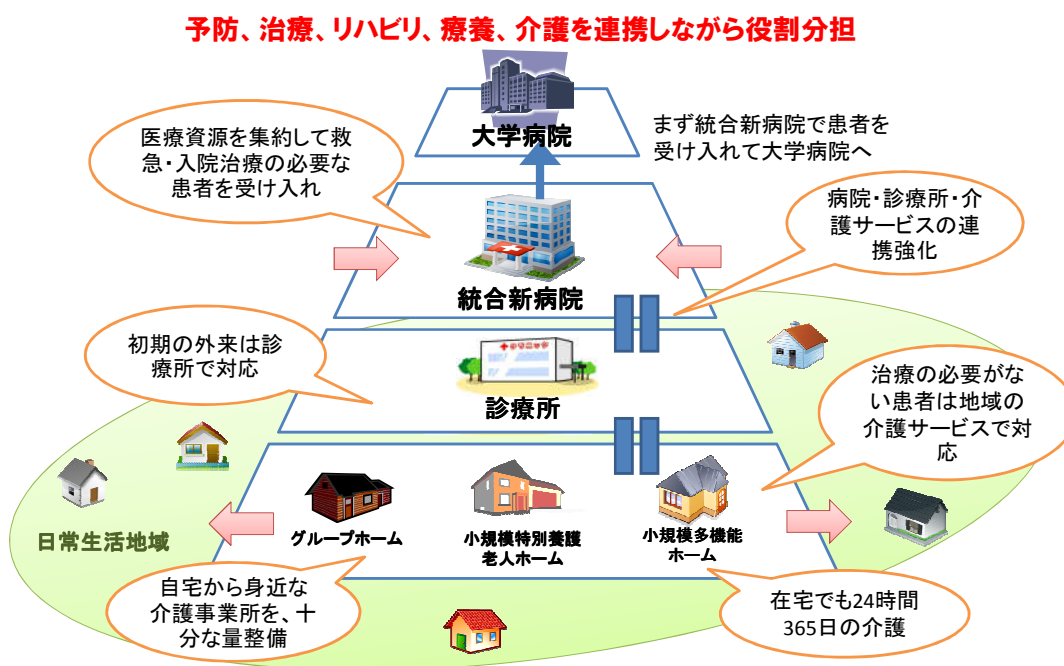
急性期の治療が終わった患者に対しては、回復期、慢性期、在宅医療、介護サービスを状態に応じて提供する体制とします。特に、高齢者で急性期の医療が必要なくなったにも関わらず、家族介護ができないなどの理由で自宅に戻れない方（いわゆる社会的入院患者）については、自宅の近くの身近な場所で介護を受けて生活できるよう、地域ごとに十分な量の地域密着型の

介護サービスの整備を行います。

また、統合新病院では、地域医療連携室や市の地域包括支援センター（高齢者こころまちセンター）が、今後の生活に関する相談支援を行い、行き先がないにも関わらず、強制的に退院させられることがないように対応します。

あわせて健診や保健指導など保健事業を充実し、患者を減少させる取り組みを進めます。

図表 3: これからの医療・介護体制



これからの医療・介護の提供体制は、医療、介護、予防、住まいが切れ目なく、継続的かつ一体的に提供される「地域包括ケア体制」を構築することが求められ、医療提供体制の構築は、市の介護、保健、福祉施策と一体として進めていきます。

1-2. 地域住民との協働

これまでのまちづくりは、行政主導型で展開されてきましたが、まちづくりの主体は「住民」という考え方が再認識されてきています。地域を構成する住民や企業、行政が共に参画し、また、共通の自然環境や生活文化を共有する地域が相互に手をとり合う、協働型のまちづくりが重視されつつあります。本市においても議会が中心となって、（仮称）市民主役条例の制定に向けた取り組みが行われています。医療サービスにおいても、提供側が決めたサービスを市民が一方的に受益するのではなく、広く住民が主体となって医療提供体制を構築していくことが望ましいものです。

また、市民には、かかりつけ医をもち、安易な休日及び夜間の病院受診を控え、健診の受診など自ら健康管理に努めることが求められます。適切な医療サービスの受診について、周知啓発を進め、市民と医療従事者が互いに理解し、信頼しあえる関係を築いていかなければなりません。

地域医療を守るために、市民、医療機関、自治体のそれぞれの責務を明らかにした条例を制定している自治体も見受けられますが、本市においても市民が主体となって医療を守る取り組みを進めていく必要があります。

2. 統合新病院の連携のあり方

2-1. 大学病院との連携

救急医療体制の強化は急務とされる課題の1つですが、ある程度の機能分担（初期救急～三次救急）をすることが必要です。統合新病院は、二次救急患者を全て市内で受け入れることを通じて、「二次救急に対する地域住民の安心」と「隣接市の救急病院の負担軽減」を目指します。このためには初期救急医療、三次救急医療を担う各医療機関との連携が不可欠です。例えば、統合新病院として二次救急医療では対応できないような、複数診療科にわたる特に高度な処置が必要な救急搬送患者については、石川県立中央病院救命救急センターや金沢大学附属病院等にも協力いただき、地域として適切な治療を提供できる体制に寄与します。

2-2. 南加賀急病センターとの連携

現在、南加賀医療圏の初期救急は地域医師会の協力による輪番制と南加賀急病センター（小松市民病院に併設）を中心に対応していますが、「急な発熱等による時間外診療」を希望する声も多く、また、消防年報からも軽症患者（初期救急対象患者）の増加が示されています。よって、地域における適切な救急医療の提供体制の構築に向けて、機能分担するため、初期救急を担っている南加賀急病センターとも連携を一層強固なものとし、発生する救急患者への対応を強化します。

また、石川県全体としては、小松市民病院に併設して南加賀地域救急医療センターを設置し二次救急を超える患者の受け入れを行う計画があります。加賀市としても、南加賀医療圏内での救急病院としての役割分担に基づき、新設される南加賀地域救急医療センターと連携のもと救急搬送患者の受入率を向上させ、小松市民病院に集中しがちな救急医療にかかる負担の軽減に寄与します。

2-3. 近隣病院(療養病床・精神病床)との連携

統合新病院は療養病床を削減し、急性期医療を中心とした診療サービスを提供します。将来的には短縮化が予想される在院日数や、ますます増加すると思われる認知症等患者に対しては、石川県が設置している南加賀認知症疾患医療センターとの連携やソーシャルワーカーの連絡会等を進め、これらの後方病院等との連携を一層強化いたします。

2-4. 診療所(かかりつけ医)との連携

地域住民の高齢化の進展による疾患の慢性化において、診療所(かかりつけ医)との連携は非常に重要なものになると言えます。治療・診療の面からは、診療所では対応が困難な入院先として、また、予防の面からは、高額医療機器をはじめとする検査機器による早期診断機能として、統合新病院は病診連携の中核的存在になります。軽度な外来患者についてはかかりつけ医で診療し、一部の検査（例えば冠動脈撮影など）についてはかかりつけ医が統合新病院の検査機器を使用できるしくみを作るなど、診療所との機能分担を図りながら、地域全体で、早期発見・早期診断のための機能の強化が期待されます。そのためには、診療所との定期的な交流により、双方の情報共有を進め、地域全体の医療サービスの品質の向上に貢献します。

診療所の医師が中心となっている医師会との連携強化を図るため、医師会事務所を統合新病院に併設することを医師会と協議いたします。

2-5. 保健事業との連携

健診等の健康づくり事業を進め、疾病の早期発見や早期治療により、健康な市民を増やすことがなによりも大切なことです。特に、生活習慣を改善して健康を増進し、生活習慣病等の発病の予防に重点を置いた施策を保健センターにおいて推進しています。それにより壮年期死亡を減少し、市民の健康の保持・増進を図ることが重要です。

市では、保健センターが中心となって地域住民と共に市民の健康づくりを進めていることから、保健センターが統合新病院の健診・検診部門(健診センター)と一体的な取り組みを行う体制をとることにより、健診、検診機能を強化します。

そのため、保健センターを統合新病院に併設することについて検討を進めます。

2-6. 介護サービスとの連携

高齢者が、健康で生き生きとして生活をおくれるように支援していくことは、高齢化が進む本市において、極めて重要です。認知症や寝たきりにならない状態で生活できる期間である「健康寿命」の延伸を図るため、高齢者が要介護状態になったり、要介護状態が悪化したりしないように

する「介護予防」の取り組みを地域包括支援センターが中心となって進めています。

また、地域包括支援センターは、市民が介護サービスを利用するための最初の窓口でもあるため、統合新病院からの退院支援を行う地域医療連携室と一体的な取り組みを行うことにより、入院患者の介護サービスへの切れ目のない移行が可能となります。

そのため、地域包括支援センターを統合新病院に併設することについて検討を進めます。

2-7. 福祉事業との連携

“小児・周産期医療”と“出産・育児支援”、“脳血管疾患や心疾患等原因疾患への診療”と“障がい者支援”など、医療サービスと福祉サービスは同時に提供することが必要な場合があります。

身寄りのない高齢者が医療を受けることが困難な場合もあり、成年後見制度や福祉サービス利用支援事業の活用など、医療を受けながら適切な福祉サービスも受けられるようにすることが必要です。

そのため、統合新病院に福祉事務所を併設することについて検討を進めるとともに、福祉関係団体と協議いたします。

3. 行政の推進体制

医療計画の策定や医療機関の許認可など医療提供体制にかかる制度は、都道府県の役割となっており、市町村は国民健康保険や高齢者医療などの保険分野が役割とされています。そのため、市町村には医療提供体制に関する担当がないことが多く、本市も常設された医療提供体制の担当はありません。これからは、医療提供体制にかかる担当を組織上位置付け、保健、福祉、介護、保険の担当と連携しながら、市民に必要な医療体制を継続的に確保していくことが必要です。

また、市民が自ら地域医療を守るための取り組みを行っていくためにも、行政が継続的に取り組みを支援する体制が求められます。

参考資料

1. 加賀市医療提供体制調査検討委員会

1-1. 委員名簿

<委員>

氏名	所 属	職名
○ いなさか とおる 稲坂 暢	加賀市医師会	会 長
おおた てつお 太田 哲生	金沢大学大学院 医学系研究科	教 授
おおむら けんじ 大村 健二	山中温泉医療センター	センター長
かわぶち こういち 川渕 孝一	東京医科歯科大学大学院	教 授
こばし かずのり 小橋 一功	加賀市民病院	副院長
こばやし たけし 小林 武嗣	加賀市民病院	病院長
しまさき せいこう 嶋崎 正晃	山中温泉医療センター	管理者
◎ やまぎし まさかず 山岸 正和	金沢大学大学院 医学系研究科	教 授

◎委員長 ○副委員長

<顧問>

氏名	所 属	職名
きたむら きよし 北村 聖	東京大学医学教育国際協力研究センター	教 授
とみた かつろう 富田 勝郎	金沢大学附属病院	病院長

(50 音順)

1-2. 検討経過

第1回会議（平成23年2月23日） 加賀市民会館 会議2

- ・加賀市の医療提供体制の現状について
- ・加賀市医療提供体制基本構想の策定について
- ・策定支援業務委託事業者のプロポーザルについて

第2回会議（平成23年3月29日） 加賀市役所 会議室 302

- ・加賀市の医療提供体制の現状について
- ・策定支援業務委託事業者の募集要項について

第3回会議（平成23年5月15日） 加賀市役所 会議室 302

- ・基本構想策定支援事業者の選考結果について
- ・委託業務の内容について
- ・加賀市の医療提供体制の現状について
- ・女性アドバイザー一部会の設置について

第4回会議（平成23年7月5日） 加賀市役所 会議室 302

- ・加賀市の現況について
- ・2病院の経営状況（他の自治体病院との比較を中心に）について
- ・病院職員ヒアリング結果について
- ・課題のとりまとめ

第5回会議（平成23年7月20日） 加賀市役所 会議室 302

- ・市民アンケートの結果報告
- ・新病院の方向性及び医療提供体制について
- ・新病院の規模について
- ・新病院建設候補地比較
- ・経営シミュレーション

第6回会議（平成23年9月14日） 加賀市役所 会議室 302

- ・各部会からの報告
- ・救急搬送状況について
- ・新病院の施設概要について
- ・新病院の診療体制について
- ・新病院の経営形態について

第7回会議（平成23年10月18～20日） 持ち回り開催

- ・統合新病院の施設概要について
- ・統合新病院の診療体制について
- ・統合新病院の医師数について
- ・経営シミュレーションについて
- ・基本構想原案について
- ・その他各部会からの報告

第8回会議（平成23年10月30日） 加賀市役所 会議室 302

- ・第7回会議の結果について

第9回会議（平成23年11月24日） 加賀市役所 会議室 302

- ・基本構想原案に対する意見募集の結果について
- ・基本構想原案に対する女性アドバイザー部会の意見について
- ・加賀市医療提供体制基本構想案について

用語集

***** A～Z *****

AED

自動体外式除細動器(Automated External Defibrillator,)は、心室細動の際に機器が自動的に解析を行い、必要に応じて電氣的なショック(除細動)を与え、心臓の働きを戻すを試みる医療機器。

DMAT

DMAT とは「災害急性期に活動できる機動性を持った トレーニングを受けた医療チーム」と定義されており災害派遣医療チーム Disaster Medical Assistance Team の頭文字をとって略してDMAT(ディーマツト)と呼ばれています。医師、看護師、業務調整員(医師・看護師以外の医療職及び事務職員)で構成され、大規模災害や多傷病者が発生した事故などの現場に、急性期(おおむね 48 時間以内)に活動できる機動性を持った、専門的な訓練を受けた医療チームを指す。

DPC

Diagnosis Procedure Combination の略で、従来の診療行為ごとに計算する「出来高払い」方式とは異なり、入院患者の病名や症状をもとに手術などの診療行為の有無に応じて、厚生労働省が定めた 1 日当たりの診断群分類点数をもとに医療費を計算する新しい定額払いの会計方式。

NST

Nutrition Support Team の略で、“栄養サポートチーム”のことを指す。医師や管理栄養士、薬剤師、看護師、臨床検査技師などの専門スタッフが連携し、それぞれの知識や技術を持ち合い、最良の方法で栄養支援をするチームを指す。

PCI

Percutaneous Coronary Intervention の略で、冠動脈形成術のことを指す。細くなったり、閉塞したりしている心臓の血管にカテーテルでバルーンを挿入し広げる治療。

t-PA

脳梗塞の治療薬として保険適用された血栓溶解剤を指す。

***** ア行 *****

アドボカシー室(患者支援室)

患者アドボカシーとは、アメリカでは patient advocacy, patient right advocacy 等と呼ばれ、「患者

とともに患者権利の擁護のために闘うこと」であり、闘う人のことをアドボケイト(patient advocate)と呼ぶ。病院内の職員であるにもかかわらず、患者サイドに立って行動する院内機関のことを指す。

一般病床

主に急性疾患の患者を対象とする病床。

院外処方

医師が薬を渡す代わりに院外処方せんを発行し、町の保険薬局の薬剤師が処方内容、薬の飲み合わせ等を再確認し、薬を渡すシステムを指す。

オーダーリング

「検査・処方などに係る情報伝達」のことであり、医療現場の一部業務を電子化し、病院業務の省力化と、サービス提供時間の短縮化を目指すもの。

オンコール体制

呼べばすぐ来ること。自宅にて待機していること。

***** カ行 *****

介護療養型医療施設

介護保険施設の一つで、病状が安定期にある要介護者に対し、医学的管理のもとに介護その他の世話や必要な医療を行う施設を指す。

回復期リハビリテーション病棟

いわゆる急性期を脱し在宅復帰を目指す病棟であり、脳卒中や大腿部骨折、廃用症候群などある程度限定された患者が入院し、リハビリ医や理学療法士(PT)、作業療法士(OT)、言語聴覚士(ST)らの支援で集中的な訓練に取り組む病棟を指す。一般病床の一種。

化学療法

化学物質を使って細菌やウイルスなどの病原性微生物を増殖を阻害し体内から駆逐することを目的とする医学的方法。がんの増殖を抑える治療法のことを指すことが多い。

がん診療連携拠点病院

全国どこでも「質の高いがん医療」を提供することを目指して、各都道府県知事からの推薦、さらに検討会の意見を踏まえて、厚生労働大臣が指定した病院を指す。専門的ながん医療の提供、がん診療の連携協力体制の整備、および患者への相談支援や情報提供などを担う役割を持つ。

冠動脈造影(検査)

カテーテル検査のひとつで、カテーテル(細い管)を挿入して造影剤で左右の冠動脈を造影して血管の状態を調べる検査を指す。

急性期(医療)

病気の発症から回復期や亜急性期まで移行するまでの期間のことで、症状が比較的激しく不安定な時期をいう。急性期の症状に対する医療全体を急性期医療という。

グループホーム

病気や障害(主に認知症等)などで生活に困難を抱えた人達が、専門スタッフ等の援助を受けながら、一般の住宅などに小人数のグループで生活する介護サービス及びその施設のこと。

血管内治療

血管内に挿入した医療機器によって行われる治療を指す。血管内手術(Intravascular surgery)とも呼ばれ、治療に際してカテーテルが多用されるため、俗にカテーテル治療や低侵襲的手術、内科的手術とも呼ばれる。

コンビニ受診

ごく軽い症状で緊急性もないのに、夜間や休日に病院の救急外来をコンビニのように気軽に利用すること。

***** サ行 *****

指導医

医学・歯学の高度化・専門化にしたがって、その診療科や分野において高度な知識や技量、経験を持つ医師・歯科医師のことを指す。

小規模多機能型居宅介護施設

平成18年4月の介護保険制度改正により創設された、地域密着型サービスのひとつ。介護が必要となった高齢者(主に認知症高齢者)が、今までの人間関係や生活環境をできるだけ維持できるよう、「通い」を中心に「訪問」「泊まり」の3つのサービス形態が一体となり、24時間切れ間なくサービスを提供できるのが特徴。

初期救急・二次救急・三次救急

救急医療体制は、重症度に応じて初期(一次)・二次・三次救急医療の3段階体制をとっている。

「初期救急」…入院治療の必要がなく、外来診療により帰宅可能な軽症患者に対応する救急

医療。

「二次救急」…入院治療や手術を必要とする程度の患者に対応する救急医療。救急告示病院が担当。

「三次救急」…二次救急まででは対応できない命にかかわる重篤な救急患者に対応する救急医療。救命救急センター等が担当。

助産師

厚生労働大臣の免許を受けて、助産又は妊婦、若しくは新生児の保健指導を行うことを業とする女子。

新医師臨床研修制度

平成 16 年度(2004 年度)に始まった制度で、新卒の研修医に大学病院や国が指定する医療機関での 2 年間の研修を義務付けるもの。研修先を自由に選べるため、研修先として大学病院を選ぶ研修医が減少した結果、大学病院が地域の病院に派遣していた医師を引き上げる事態を発生させ、医師不足の原因になったとも言われている。

心疾患

心臓病のこと。最近増えている虚血性心疾患は、狭心症や心筋梗塞など動脈硬化によって引き起こされる病気で、生活習慣が大きく影響している。

新生児集中治療管理室(Neonatal Intensive Care Unit :NICU)

病院において早産児や低出生体重児、または何らかの疾患のある新生児を集中的に管理・治療する部門。

心臓カテーテル(治療・検査)

心臓に大腿部や肘等の血管から細長いチューブ(カテーテル)を挿入し、心臓内の各場所の血圧や心拍出量、血中の酸素含有量などを測ることによって心機能を詳細に検査するほか、造影剤を注入して冠動脈の狭窄の状態などを映し出したり、治療したりすることができる。

診療報酬

診療報酬とは、病院や診療所などの保険医療機関が行った医療サービスに対する対価として受け取る報酬のこと。

セカンドオピニオン

現在の自分の病状や治療方針について主治医とは別の医師の意見を求めること。

ソーシャルワーカー(社会福祉士)

心身に障害がある人やその家族に対して、福祉サービスや保健医療サービスなどを受けられるように、援助や提案を行う者をいう。具体的には、退院後の生活の相談や、補助金制度に関する事、介護サービス利用の支援など、さまざまな相談に対応して、具体的な提案をする。

***** 夕行 *****

退院支援

保健・医療・福祉機関と連携し、継続的な医療や介護を必要とする入院患者が、退院したその日から安心して生活できるよう支援すること。

耐震(構造)

耐震構造とは、地震で生じる揺れに建物の構造(柱や梁)自体が地震に耐えるように設計された構造のこと。

地域連携パス

ある疾患に罹患した患者を中心として、急性期医療を担う医療機関から回復期を経て早期に自宅に戻れるような診療計画を作成し、治療を提供する全ての医療機関で共有して用いるもの。診療にあたる複数の医療機関が、役割分担を含め、あらかじめ診療内容を患者に提示・説明することにより、患者が安心して医療を受けることができる。

地域包括ケアシステム

地域住民に対し、保健サービス(健康づくり)、医療サービス及び在宅ケア、リハビリテーション等の介護を含む福祉サービスを、関係者が連携・協力して、地域住民のニーズに応じて一体的、体系的に提供する仕組み。

地域包括支援センター

高齢者が地域で生活していくために介護だけではなく、医療や財産管理、虐待防止など様々な問題に対して、地域において総合的なマネジメントを担い、支援していく中核機関のこと。

特定健診・特定保健指導

平成20年4月から40歳～74歳までの医療保険加入者(妊婦などを除く)を対象に、新しい制度としてスタートした健康診断・保健指導のこと。生活習慣病対策として、メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の該当者や予備軍を見つけ出し、生活改善を指導することを目的とする。

特定施設

介護保険施設(老人福祉施設や老人保健施設など)と同じように、入所者が介護保険を利用し

て生活介護サービスを受けることができる。入所には介護保険の 1 割負担のほかに、家賃・食費・管理費相当額が必要。

***** ナ行 *****

内視鏡手術

開胸や開腹を行わず、胸や腹部に小さい穴を開け、そこに内視鏡や手術器具などを入れて行われる手術全般をいう。開胸・開腹手術に比べて、出血も少なく、手術後の痛みが軽いという特徴がある。

脳血管疾患

脳血管障害とも言われ、脳動脈に異常が起きることが原因でおこる病気。例えば、脳塞栓症やくも膜下出血などは脳血管疾患に含まれる。

***** ハ行 *****

ハイリスク妊産婦

母子のいずれか、または両者に重大な予後不良が予想される妊娠。具体的には、正常に経過していた妊娠に産科合併症が生じた場合や妊娠前からすでに何らかの基礎疾患を持ちながら妊娠し分娩を行おうとする場合がある。

ペイン外来

様々な痛み(例えば各種神経痛、手術後疼痛症候群やがん性疼痛など)の緩和を目的とする外来治療。

放射線療法

外科療法(手術)や化学療法(薬物療法)と並ぶ、がん治療の 1 つ。X 線や γ (ガンマ)線といった放射線の照射により、正常な細胞の損傷を出来るだけ少なくしながら、がん細胞だけに最大の効果を発揮できるように照射法を工夫して治療する。

訪問リハビリテーション

自宅療養しているが通院してリハビリを受けることが困難な患者に対して、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士などが自宅に訪問し、それぞれの状況に応じた訓練や精神的サポートなどのリハビリテーションを住み慣れた環境の中で行うことにより、より良い生活を送ってもらうための支援サービス。

***** マ行 *****

慢性期(医療)

慢性期医療とは急性期を脱し、病気・身体は安定しているものの完治はしていない状態を指す。

免震(構造)

免震構造とは、建物と地盤との間に積層ゴムなどの特殊な装置を付け、免震層を造ることで、地震力を建物に直接伝えないようにした構造のことを指す。地震に強いだけでなく、揺れそのものを軽減することによって、室内の損傷などの被害を防ぐことができる。

***** ラ行 *****

療養病床

主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床を指す。

老人福祉施設(介護老人福祉施設)

65 歳以上の要介護認定者で、常に介護が必要であり、また居宅では介護を受けることが難しい高齢者などを入所・養護することを目的とした施設。特別養護老人ホームともいう。

老人保健施設(介護老人保健施設)

病状が安定した 65 歳以上の要介護認定者が入所する施設で、リハビリテーションに重点を置いたケアを行い、在宅への復帰を目的とした施設。

***** ワ行 *****

ワークライフバランス

個人が仕事上の責任を果たしつつ、結婚や育児をはじめとする家族形成のほか、介護やキャリア形成、地域活動への参加等、個人や多様なライフスタイルの家族がライフステージに応じた希望を実現できるようにすること。

加賀市医療提供体制基本構想

発行 平成 23 年 11 月

加賀市 医療提供体制検討室

〒922-8622 石川県加賀市大聖寺南町二 41 番地

TEL 0761-72-7822 FAX 0761-72-7807

E-mail iryou@city.kaga.lg.jp