

統合新病院建設部会（第6回）会議録

日 時：平成24年7月17日 午後3時開会

出席委員：稲坂委員、川渕部会長、小橋委員、嶋崎委員、長澤委員、毛呂委員

欠席委員：北村委員

(50音順)

<会議の概要>

○議事 平成24年2・3月の患者数について

事務局 前回の建設部会の際に質問がありました、平成24年2月、3月の加賀市民病院、山中温泉医療センターの患者数につきまして、調査の結果、2月においては月平均の患者数が258人と250人を超える状況でした。3月については月平均で250人を超えておらず、実質、2月で20日程度250人を超えた日がありました。このような状況に対して、加賀市民病院、山中温泉医療センター、石川病院、久藤病院との空き病床状況のネットワークを活用することも検討しつつ、患者数の増減変化について、今後も継続して確認していく必要があると思います。

川渕部会長 この件につきましては、嶋崎委員、よろしいでしょうか。

嶋崎委員 はい。

川渕部会長 それでは次にまいります。議事1は、基本計画の素案の最終取りまとめについてです。前回までの保留事項、あるいは修正事項を踏まえて、事務局から説明をお願いします。なお、委員の皆さまにおかれましては、本日の議論が建設基本計画（原案）の最終取りまとめとなっておりますので、ご協力のほどよろしくお願いいたします。それでは事務局の方、よろしくお願いいたします。

議題1 加賀市統合新病院建設基本計画（素案）の最終とりまとめについて

事務局説明 資料2 加賀市統合新病院建設基本計画(素案)

資料4 加賀市統合新病院建設基本計画(原案)

川渕部会長 今のご説明について、ご質問、ご意見等ございますか。

- 毛呂委員 25 ページの回復期リハビリテーション病棟、イ.機能・規模のところで、リハビリテーション室と同一フロアにして連携のとりやすい動線とするとあり、このリハビリテーション室というのは病院全体のリハビリ部門という説明でしたが、外来患者さんへの対応はどのようになるのか、教えてください。
- 事務局 外来患者さんのリハビリもこの病院全体のリハビリテーション室で行う予定でございます。
- 毛呂委員 そうすると、配置の仕方によっては、外来動線と他の病棟の動線が交差してしまう可能性が考えられますが、これは絶対条件でしょうか。エレベーターで行きやすい所があれば、それも可でしょうか。
- 事務局 患者さんの数的に考えると、やはり病棟中心になろうかと思えます。リハビリテーションの項に外来からの動線にも配慮をして欲しいと記載しておりますが、あくまでも中心は病棟という考え方でお願いしたいと思えます。
- 長澤委員 リハビリテーション室と同一フロアとして記載していますので、いろんな案が出てきても、それで良ければいいと思えます。例えば屋外訓練として、リハビリテーションをしたいと思ったときに、屋上を使うか、1階を使うか、それによって場所が変わりますね。回復期リハビリテーション病棟の位置も1階となると、他の部門等への影響も随分あると感じますが、基本計画はとりあえずこれで良いと思えます。
- 川渕部会長 他にご意見、ご質問等はございますか。
- 嶋崎委員 省エネの領域に入ってくると思いますが、例えば 6 階建てとしたら、凹凸が無い 6 階建ての形ではなく、軒やベランダを設けて、そこに植え込みを作り、窓にはアサガオを吊るネットを設置するなど、何かそのような植物を利用して建物を冷やすとか、屋根を冷やすとか、そのような要素については、業者の提案を待つという感じでいらっしゃいますか。
- 事務局 ご指摘はおそらく壁面緑化のことだと思いますが、今、屋上緑化等も案に盛り込んでいただければこちらとしても受け入れますし、壁面緑化の提案もあれば受け付けます。ただ、景観審議会の方からも景観の観点から提言が出ておりますので、総合的に判断して、エコの壁面緑化というののも取り入れていきたいという考えでおります。

川渕部会長 54 ページのコンセプトの中に環境に配慮するという言葉がありますが、これを広義に解釈して、壁面緑化、屋上緑化などにも取り組むとなるのです。か。あと緑化率とありますが、これは 57 ページの緑化整備のことでしょうか。

事務局 見え消しの資料では 55 ページですが、こちらの緑化率というのは、開発行為と言いまして、田んぼを宅地にするときに敷地に対して法的に求められる緑の割合のことです。これが建物の緑化を示しているわけではありませんので、基本計画では具体的な建物の緑化について規定はしていません。ただ、加賀市ではなるべく緑の多いものにしましょうということを謳った緑化推進条例というものもございますので、どういった場所にどういった緑を、どれぐらいの量を設けるかというのは 1 つ重要なテーマであると思います。ですから、この辺も業者から提案の 1 つになってくると思います。

川渕部会長 具体的には記載しないが、全体を読み解いて欲しいということで、よろしいでしょうか。

毛呂委員 屋上緑化や壁面緑化も条件ではないという理解でいいですね。というのは、例えば景観ということで、地方の病院らしく屋根を設けるデザインにすると屋上緑化は出来なくなります。その分は、敷地の中にしっかりと緑を計画するという選択もあるかと思いますが、屋上緑化、壁面緑化と書いてしまうと、絶対条件になりますので。

事務局 ご指摘のとおりでございます。基本計画に規定しますと、絶対条件という形になります。後ほど出てきますとおり、予算が限られた中で、全てを業者に提案させるというのも難しいですし、その辺は提案していただける設計者等で努力していただければという考えでおります。

川渕部会長 自由裁量の余地ということですね。他にご意見、ご質問等がございますか。

毛呂委員 今の言葉を受けてですが、これをベースに要綱のようなものを作られると思います。前から話が出ていますが、最後に、この基本計画に拠らなくても良いということは考えていますか。

事務局 はい、おっしゃるとおりで、これはベースという形でお考えいただきたいと思います。より良い提案を求めるといって、これに束縛されれば設計者の枠を狭めることもございますので、これに限らず広くいい提案をいただ

きたいという考えであります。

毛呂委員 その場合、2通りのことが言えると思います。例えばここに載っていること以上のことを提案することは、それはベターだと思いますが、ここに載っていることが実現出来ない場合の扱いは、それも可と考えれば良いのでしょうか。

事務局 業者側の提案についても、こちらから提示する予算に必ず追求されてくると思います。根拠が無いものに対して提案されてもいけませんので、本当に出来るというバックデータについても、こちらの方は欲しいところがございます。その中で、いろんな提案があった場合に、この最低ラインについても、本当に下回るとかどうかという確認を、事務局サイドとしても念入りに調査させていただきますし、何を優先するかということもやはり重要になってくるかと思っておりますので、全体的に判断させていただきたいという考えであります。

川渕部会長 これは1つの目安ということで、最低要件ではないということですね。

稲坂委員 建設計画の中に季候・風土に合った計画をするとありますが、加賀市では今までで1番多い災害というのは大雪だと思います。除雪等について、数年に1回は大変な問題になりますが、雪の捨て場所や交通路の確保について考えておく必要があると思います。

川渕部会長 そうですね。融雪装置が整備されてきていますが、加賀市は大雪に対してはどうですか。

事務局 はい。雪の対策でございますが、建設予定地は積雪1mの区域であります。実際に雪を除雪するということになりますと、運用面のことも重要な位置に占めております。例えば消雪装置を付けて、温度センサー、雪の消雪感知器を付けて、自動的に駐車場の雪を消雪するというシステムもあると思います。ただ、絶対条件としますと相当費用も変わってきますので、その点に関しましても提案を待つということです。それから、エントランスの位置も関係してきます。この場所は、北西から吹きつける風が相当強いということですので、これも重要な位置付けになるかと思っております。必ず風除室を設けると想像しておりますが、現に加賀市民病院でも、冬場の吹きつける、吹き込む風に相当困難を要しておりますので、外来で来られる患者さんが続けて風除室を

通ってこられますと、風除室の役割を果たしておりません。最近の事例で見ますと、ストレートに風除室に入るのではなく、カギ型に扉が開くよう配慮する設計者もいますし、風除室自体の向きを検討しているということもあります。ですから、そのような季節の状況に応じた配置についてもご提案いただきたいという考えであります。

川渕部会長 北陸独特の冬の状況に応じて、いろいろ知恵をいただきたいということですね。

毛呂委員 風除室ですが、森ビルの事故以来、回転ドアはほとんどの所で採用しなくなりましたが、風除のことを考えると回転ドアに勝るものはありません。回転ドアの提案をされた時は、どのようにお考えですか。

事務局 はい。回転ドアに関しましても、国のガイドラインが出されていると思います。それと併せて、メーカーも子どもの目線の位置で、低いレベルでセンサーを付けて、指を挟むことを防止する装置などいろいろ検討されています。しかし、本当に大丈夫かというところは技術的な面もありますし、運用面上もあると思います。例えば回転ドアを付けたとしても、ガードマンを入り口に1人置くなど考えられます。事故を防止する措置は、病院全体の問題ですので、その運用面も含めて採用するかどうかはその時に判断させていただきたいというふうに考えております。

川渕部会長 はい。他にどなたかご意見、ご質問等はございますか。それでは、次の説明としまして、経営シミュレーションについて、事務局からご説明をお願いいたします。

議題2 統合新病院経営シミュレーションについて

事務局説明 **資料3** 8. 統合新病院の経営シミュレーション

参考資料1 地域医療再生臨時特例交付金の活用

川渕部会長 ただ今のご説明について、ご意見、ご質問等はございますか。

嶋崎委員 基本構想時に地域医療再生基金を含めておらず、基本計画時に使えるようになり、効果があって市民の負担は増えませんという説明ですが、これは基

本構想時に再生基金を使わず、その14億円は何か別の使い方が出来たのですか。使わざるを得ないお金で最初に入っていないということであると、効果の説明が理解出来ません。

事務局 はい。効果という表現の仕方が、誤解を招くといいますか、分かりにくかったと思います。まず、基本構想におきましては、地域医療再生基金については含めずに試算しておりました。内容的には、初期救急医療センター、看護学校等につきましては、基本構想の計画の中にも金額として試算はしておりませんでした。これらも含めて、また、その際に使い道の決まっていなかった地域医療再生基金も含めて事業費の試算をし直したということがございます。その結果が基本構想と比較しまして、市の税金の負担、あるいは病院の医業収益の負担も増やすことが無かったという内容でございまして、地域医療再生基金が増えたときの効果としてこうなったという言い方は、確かに先生のおっしゃったとおり、資料として誤解を生むような表現だと思います。

川渕部会長 当初、決まっていなかったが、途中、詳細が決まったので、ここで改めてその要素を入れて試算したということですね。

事務局 はい。

川渕部会長 地域医療再生基金が使えないのは先ほど説明にありました移転費用等ですね。

事務局 移転費用等につきましては自己財源を使いますので、こちらには充当いたしません。

嶋崎委員 経営シミュレーションの3ページの支払利息についてですが、加賀市民病院の方はここ数年、支払利息が2億円とか2億5,000万円と借金の利息が高くて、結構厳しかったと思いますが、ここには9,700万ということで2年目までしか書いてありませんが、それ以降も増えることはなく、このまま減っていくと理解してよろしいですか。1年目、2年目しか書いてありませんので、3年目以降に額が増えないかということですか。

事務局 3年目に増えることはございません。以前はこのシミュレーションのパターンに2年目以降も示しておきまして、2年目以降も同じようなスライドをしていきます。例えばシミュレーションで言いますと、入院収益の所ですが、シ

ミュレーション上、40億400万とありますが、3年目以降は一般病棟のみ0.5%収益が増加します。これは稼働率が増えますので増えるという見込みですが、その表現の時に、2年目以降という数字で確定しますと表現として、おかしくなると思いましたので、3年目以降を削除しました。つまり、先生がおっしゃった3年目以降どうなのかという質問については、3年目から負担金、こちらの支払利息などが、もっと増えることは特にありません。2年目以降も考え方としては同じようにスライドしていきます。

嶋崎委員 借金した場合、1年目、2年目、3年目ぐらまでは据え置きで、その後に増えるということもありますので、長期的なところも追々分かるような資料を出していただければありがたいと思います。

川渕部会長 元利均等もしくは元金均等で計算したのか、それから旧病院の残債も返す必要があるのかを質問しておられると思いますが、基本的には、元金均等で計算されているのですか。

事務局 まず、市が借りる合併債、再編債につきましては元利均等で計算しております。病院事業債につきましては元金均等で計算しております。

川渕部会長 そうですか。

事務局 利息につきましては、利息が据え置きということはございません。ほぼ均等に、あるいは緩やかに減少していくという考え方になると思います。ですから、1年目は98百万円、2年目は97百万円、その後は緩い坂道で減少していくとだけいただければ間違いのないと思います。

川渕部会長 そうすると、嶋崎委員のご懸念のところは大丈夫ということですか。

嶋崎委員 大丈夫ですね。

川渕部会長 一部の借入れは元金均等ですが、それ以外は元利均等ですから毎年、同じ返済額になります。

事務局 はい。そうです。

川渕部会長 残債の借入利息は入っているのでしょうか。

事務局 入っています。

川渕部会長 そうすると、嶋崎委員が言われる 2 億何千万円という借入利息はあり得ないですね。

嶋崎委員 加賀市民病院さんの平成 15 年から 18 年あたりの財務状況における支払利息が大きく、借り入れた時点の昭和 57 年や 58 年は、8~9%で借りていましたので、返す額が大きかったです。その辺の支払利息が経営を苦しめますので、どうなのかということを知りたかったのです。

川渕部会長 はい。どうでしょうか。残債はかなり減っていくのではないですか。

事務局 減っていくと思います。

川渕部会長 資料にある支払利息は旧病院のところですか。

事務局 はい。まず、3 ページに書いてあります支払利息につきましては、新病院の利息のみでございまして、嶋崎委員が言われました旧病院にかかる残債は、例えばパターン A だと、4 ページの③です。③の 15 番、旧病院支払元利金(病院関係負担分)もこのように推移していくと考えております。

川渕部会長 旧病院の残債にかかる利息は、新病院にはチャージしないということですか。

事務局 いえ。こちらも新病院と言うより、加賀市の病院事業の返済としまして全部チャージ、上乗せをしております。

川渕部会長 上乗せをしているのですか。

事務局 はい。上乗せして計算しております。

川渕部会長 そうすると、嶋崎委員の言われる 2 億何千万円とは何ですか。

嶋崎委員 支払利息は収益的収支に入ってくる項目ですし、残債というのは資本的収支に入ってくる項目ですので。

川渕部会長　　そういうことですね。

嶋崎委員　　会計で取り扱う場所が少し違います。だから、収益的収支は一般企業で言うところの P/L（損益計算書）になって、資本的収支は B/S（貸借対照表）に当たるということです。

川渕部会長　　2億何千万円は支払利息では無く、4ページに書いてある資本的収支ということですね。

事務局　　はい、そうです。

川渕部会長　　それでは、その点については考慮済みですので、ご懸念には及ばないということですね。

嶋崎委員　　はい、分かりました。

川渕部会長　　他にどなたか、ございますか。

毛呂委員　　参考資料1について、今回、一般病室は個室を基本とするという形になった為、それに伴い面積が増え、建設工事費も増えるということですが、面積をどのぐらいで想定しているのか。当初の想定していた面積から何㎡ぐらい増え、最終的に何㎡で計画して、その単価が幾らで、これだけ増えますということをお教えください。

もう1点ですが、基本計画の中で、ハードとしていろいろ要望が出ていますが、それを運営するにあたり患者本意という基本的な方針の中で、どのぐらいのサービス提供をする運営になっているのか。例えば、人の配置で、小児病棟には看護師がどのぐらい配置されているのか、外来クラークや病棟クラーク、事務員をどのぐらい配置するのか。また、倉敷中央病院のようにコンシェルジュみたいなものを配置するのか、薬局や栄養などそれぞれが患者本意になりますと、今の人員配置より多くの人が必要になってくると思いますが、どれぐらいを基本として、このシミュレーションをされたのか教えてください。

事務局　　まず、最初のご質問ですが、事務局としての想定規模等について、また、個室等の面積の増加、あるいは災害拠点病院等の基準への対応ということでの増額になった内容の詳細については、今、明かすことが出来ません。これが

らプロポーザルをかける上で、詳細まで知らせてしまいますと、事業者がそれに合わせた提案となり、より良い提案がいただけないということもございます。ただ、今日の説明の中にもある程度ヒントは出てきているだろうと思いますし、全て資料を公開しております。今までの流れでいきますと、1床当たり70㎡の最低ラインで、かつ300床というのは盛り込まれておりますし、本日の回復リハの病棟が45床程度ということで考慮していただければ、優れた設計者というのはあらかじめ想定出来るのではないかと、事務局サイドとしては考えております。

川渕部会長 はい。それでは、毛呂委員の2つ目の質問についてはいかがですか。

事務局 人員配置の見込みと申しますか、シミュレーションでございますが、経営シミュレーションの3ページ、パターンAの条件設定の2. 医業費用の職員給与費の備考に書いてございます。医師等の当直を加味し、さらには300床の適正職員数から計算した人数ということが大まかなところでございます。内容詳細としましては、病棟の区分でありますと、外来の配置、構成、動線等により、また、業者と一緒により効率的な配置の中でまた細かい人数の詰めを行っていく必要があると考えております。

川渕部会長 看護単位については、例えば回復期リハビリテーション病棟は15対1から13対1、一般病床は7対1ということ踏まえて試算しているということですね。

事務局 はい。それを踏まえた試算になっております。

川渕部会長 はい、分かりました。他にございますか。

長澤委員 シミュレーションにパターンA、Bとして2つやっていることは大変良いことだと思います。大まかに言えば、パターンAは今まで検討してきたことをそのまま仮定して、シミュレートしている。パターンBは、理想どおりいかない場合で、現在の稼働状況になったとしても、繰入金などがあっても、運営できるということですね。それで、パターンAの方になれば良いですが、例えば、病床の利用率を上げて、回転を上げていくのか、お金を払っても入院したい病院とするのかなど、どの辺を頑張る病院なのかということで、これからどういう見方をすればよろしいでしょうか。

事務局 まずは、先生がおっしゃったとおり、1つには病床利用率をクリアすることが大事かと思えます。さらに、こちらで見越した単価をきちんと確保出来ること、経営的にはそのようなことだと思います。医療的な言い方をすれば、7対1の急性期病院、HCUを10床程度備えて、回復期リハビリテーションも45床程度備えるということで、その状況に見合った患者さんを適切に入院させていくということが大事であると考えております。そして、人員配置を出来るだけ効率的に行うことによって、単純に言えば、人数×単価をクリアすることが一番の条件であると考えております。

長澤委員 人員配置はかなり重要でして、病棟構成により医師の配置を間違えますと、かなり支出が大きくなっていきます。ですから、病床利用率を上げ、なおかつ、適正な規模の病床の組み方をしっかりとプランニングの中で、考えていくことが一番良いと思えます。そうすれば、必須のドクターと看護師さん、放射線技師さん、その他にもコンシェルジュのような方や病棟クランクさんなど、そういう方も配置出来るようになり、もっと運営的にも余裕が出てくるというパターンとして、やることが明示されているというのは、大変良いことだと思います。

毛呂委員 資料の3ページの室料差額収益について、教えてほしいのですが、病床の30%を有料個室として、そのうちの50%まで入ると仮定して計算していますが、これは逆に50%は入らないという計算ですね。この50%入らない時、全体としては稼働率90%いくのでしょうか。個室を基本とするというように、基本計画は当初から変わりましたが、オール個室として想定をしているのか、その辺についても教えてください。

事務局 室料差額収益の考え方でございますが、自治体病院につきましては、ご存じかと思いますが、全病室の3割までしか、有料個室を設定出来ないという基準がございます。ですから、個室数に関わらず有料個室が3割までということで、新病院の規模であれば90床ということになります。その中で室料差額の平均額を5,250円、90床の有料稼働が50%として計算、つまり、45床×5,250円の室料をいただけるという形で計算した数字でございます。個室につきましては、患者さんの希望がなければ室料差額収益は徴取出来ないという決まりがありますので、個室に入れることが必要なために、患者さんから料金を取ることは禁じられておりますので、約50%の有料稼働ということで計算しております。

毛呂委員 今、言われた計算と全体の病床稼働率はリンクしていないということですか。

事務局 はい。そちらとはリンクしていません。

毛呂委員 45床空床であれば、稼働率が85%ぐらいになってしまいますが。

嶋崎委員 45床空床ということではなく、埋まっているけども、病状が重症で医学的に個室管理を要する場合は個室料が取れない。別に45床患者さんが居ないということではなく、居ても差額料が取れないということです。だから、リンクしないわけではないです。

毛呂委員 有料個室に患者さんを入れても差額料を取らない想定ということですか。

事務局 そうです。利用する部屋は有料個室ですが、差額料は取らない、取れないということです。

小橋委員 今の考え方であれば、結局、全て差額料は取れなくなってしまう。現在、加賀市民病院にも有料個室はあるのですが、ほとんどが減免となり、結局1割ぐらいしか徴収されていません。でも、これは運営の仕方だろうと思います。基本的には有料個室は有料の方しか入っていただかないという原則をしっかりと守らないと、なし崩し的に無料化になってしまいます。ですから、医学的にどうしても個室が必要な人は無料の個室に入っていただくという形にして、あくまでも有料の個室は有料とするという線を崩さないようにしないと、うまく運営は出来ないだろうと思います。

毛呂委員 ハードとしても、その辺をどう運営するかをしっかりと詰めていただかないといけないと思います。というのは、差額料を取る病室のしつらえと無料個室のしつらえは、当然、設計者として変えてきます。大きく違うのは、差額料を取る個室ですと、トイレの位置は、落ち着いた感じにしたいということで廊下側に持ってきて、奥に落ち着いた空間を作ろうという提案が多いかと思います。一方、重症個室であれば、観察優先ということで、トイレを窓際に持っていくということが考えられます。有料個室は30%までであり、その30%は、どちらかという、重症患者向けのしつらえよりはアメニティーを優先したようなしつらえになってきて、それを転用するとなるとなかなか運営上難しいことがありますし、また、せつかくお金をかけて差額を取れるよ

うに造ったのに、お金が取れないというのも辛いという気がします。

小橋委員 先生のおっしゃるとおりだと思います。ですから、有料の個室はあくまでもアメニティーを充実させて、それに見合うような料金で、そこに入りたい人に入れてもらう。医学的に個室が必要な人を入れるための個室は別途という考え方をしっかり持っていないと、そういう個室を造った意味がなくなってしまうと思います。逆に言うと、例えば、先ほどの回復期リハビリテーションも病室については、一般病床に準ずると記載してありましたが、回復期リハビリテーションは入院日数が非常に長いので、有料の個室を同じ程度造るということはかなり無理があると思います。長い期間、例えば2ヶ月とか3ヶ月、有料の部屋に入っている人はなかなか居ないと思います。有料の部屋に入っていただく方は、入院期間が短い方で、ある程度長くなるようであれば、有料の所から無料の所に移っていただくとか、そういうような運営をしていかないと、有料を有料として使えないだろうと思います。

嶋崎委員 その辺の関係で、小橋先生が視察に行かれた足利赤十字病院ですが、経営母体が日赤ですので、どこまで個室料金が取れるのか、また新病院で想定しているものの差を、簡単にご説明いただけますか。

小橋委員 足利赤十字病院は確か4割が有料の個室であり、病院の方が言われるのは、常に満床であり、無償の個室は大体埋まってしまうので、有料の個室しか空いてないということで、基本的にはまず、有料の部屋に入っていただく形で進め、なんとか了解を得るということでした。収入の無い方は最初から無料の所に入るようにしているが、有償ベッドを無償化して使うことはしていないと言っておりました。

川渕部会長 足利赤十字病院は回復期リハビリテーション病床が無いのですか。

長澤委員 回復期リハビリテーションもあります。

川渕部会長 それでは長く入院する人が少ないのですか。

小橋委員 そうです。在院日数は平均が13日か14日かぐらいです。

毛呂委員 有料個室について、最近、保険に加入している方がいて、保険で月額5,000円は出るため、それで差額ベッドに入りやすくなってきているという話も聞

きます。この辺の地域で、保険にどの程度加入しているのか把握していますか。

事務局 調査はしていませんが、当然、生命保険に入っている方もいます。現状としましては、小橋先生がおっしゃったように、実際の有償個室の稼働率は低いという状況もありますが、期間が短ければということで、有料個室を希望される方もおります。あとは、個室のアメニティーに差を付けるとか、あるいは看護の面から考えて、個室の配置等をプロポーザルの中で提案を受けまして判断してまいりたいと考えております。

川渕部会長 看護動線に気を付けてくださいとか、あるいは、個室は差額個室と差額を徴収しない個室で構成し、その設備内容に違いを持たせる、ということが基本計画に書いてありますが、この部分は事業者の提案を受けるといってすね。

稲坂委員 先程の保険の加入率について、詳しい数字は分かりませんが、加賀市は国民健康保険の加入者が非常に多いです。そして、その保険料の納入率が石川県では1番悪いです。世帯数で言いますと45%ぐらいが未納です。ですから、自分で生命保険に加入している人の割合も少ないだろうと思います。

川渕部会長 国民健康保険料の滞納率が非常に高いという特性があるのですね。

稲坂委員 全体として貧しい都市ですから、差額を払って個室へ入りたい人は、加賀市は少ないと思います。国民健康保険の納入率は、今の数字で概ね間違いないですよ。

事務局 申し訳ありませんが、こちらでは分かりません。
(平成22年度国民健康保険税の現年賦課分と滞納分を合わせた額における未納率は平成23年3月31日現在で45.82%)

川渕部会長 極論ですが個室収入が8,600万円ぐらいであれば、全部個室を無料にするという手もありますよね。不足する部分は、保険診療で頑張ってもらって、自由診療のところは安くするという事も考えられます。

シミュレーション結果は、全く問題無いと思いますが、気になる点が2つあります。一つは病床利用率の実現可能性についてです。診療単価は、パターンAもパターンBも入院の一般病棟は42,000円、回復期リハビリテーショ

ンは 32,890 円を目標にするとありますが、病床利用率は、どうでしょうか。最悪のパターンBの実現可能性をお伺いしたいと思います。

もう1点は、5億円の資金繰りの最低ラインに置いていますが、その妥当性についてです。事業計画を説明された際、2ヶ月の運転資金が必要とありました。新病院の年間出入60億円ぐらいなので、そうすると、2ヶ月だと10億円ぐらいないといけないと思いますが、いかがでしょうか。キャッシュフローが5億円というのは1ヶ月の運転資金だと思いますが、いかがでしょうか。

事務局 年間の総収益が1年目53億円、2年目57億円というパターンBの場合、先生がおっしゃるように約5億円、約1ヶ月の収入ということになります。

川渕部会長 1ヶ月でいいのですね。

事務局 はい。

川渕部会長 1ヶ月の運転資金の確保をベースラインに設定しているということですね。

事務局 はい、そうです。

川渕部会長 はい、分かりました。小橋先生、このシナリオは実現可能でしょうか。

小橋委員 しないといけないと思います。

川渕部会長 そうですか。というのも、例えば回復期リハビリテーション病棟入院料1は、4月届けで51病院しかありませんでした。山中医療センターのリハビリを見せてもらいましたが、回復期リハビリテーション病棟入院料1は在宅復帰率が70%ですので、加賀市の土地柄から実現は難しいと思います。そうすると、やっぱり回復期リハビリテーション病棟入院料2をベースとして、いろんな出来高の部分の計上して診療単価32,890円になっているのだと思います。一般の病棟についても現状は38,000円だけども、手術室も6室造りますから、手術収入で増えて、診療単価42,000円になるのかと思います。ですから、どうしても病床利用率が勝負であり、本シミュレーションのポイントだと思います。

毛呂委員 例えば足利赤十字病院も確かペイシエント・フロー・マネジメントを導入していて、病床稼働率は確か100%を超えていると思います。オール個室かど

うか分かりませんが、需要があれば、病床利用率は上げられると考えられますが、どうですか。

川渕部会長　むしろ、室料差額収益 8,600 万円とありますが、個室を全て無料にすれば、市外からも患者さんが来るのではないかと思います。

嶋崎委員　なるほど。

川渕部会長　最悪の病床利用率をクリアし、回復期リハビリテーション病棟入院料 2 にしているから、在宅復帰率が高くないでも、大丈夫というシナリオですね。

毛呂委員　差額病棟に入りたい人は 30%ではなく、少しありますという程度のパターンですか。

川渕部会長　重要性の原則から言っても何十億円の保険診療部分が多いですから、8,600 万円の自由診療部分にあまり固執する必要はないかと思います。

事務局　差額個室の在り方につきましては、ソフト面も含めて、今後の検討課題ということにさせていただきます。部屋の差につきましては、例えば差額を取る、取らないにしても、やはりトイレが必要な病室も医療的にもあると思いますので、運用の面に大きく関わってきます。先生、おっしゃるように、これだけ大きな額の議論の中で 8,600 万円のために病室の使い方が制限されるのは如何か、ということは 1 つの考え方かと思いますので、この件についてはまだまだ検討させていただきたいと思います。

小橋委員　もともと個室が良いと思ったのは、差額を取ることが目的ではなく、プライバシーがきちんと守られる、患者さんの良い療養環境を作ることが第 1 かと思います。ただ、もう 1 つは、保険行政がどんどん変わってくると思います。加賀市民病院も山中医療センターも苦勞していると思いますが、方針が変わるたびにいろいろ病院で考え、苦勞しなくてはならない。保険診療以外で固定した収入があれば、非常に病院としては助かる面もあると思いますので、そういう意味では、差額が取れる病室を造るのであれば、それはしっかり整備し、高い料金を設定せず、安い料金で広く浅く負担してもらおう。お金に余裕がある方は、それに合わせた負担をしていただいて、市全体の互助精神として、病院に協力していただくという考え方でも良いと思います。資料には平均 5,250 円と記載されていますが、そんなに高い料金設定で

はなく、もっと安くて良いと思います。例えば、無償の病室でしたら、アメニティーを使うのに料金がかかるような、今でもテレビを見るときにはカードを入れないと見れませんが、そういうことも有償の料金に含めてしまう。それで、実質的には無償も有償も差が無いような形に持っていけば、30%の有償ベッドがあっても、人によっては最初数日だけそこに入り、どうしても負担は難しいということであれば無償の方に変わっていただくということで、長期入院の人には有償の病室にずっと入っていただくということは出来ないでしょうし、その辺は運用上うまくやれば十分に大丈夫だと思います。

川渕部会長　もし自由診療でということであれば、高濃度ビタミンC療法の1億1,700万円の収入をもっと伸ばせるのではないかと思います。病室はホスピタリティーを前面に押し出して無料にした方が、得策かなと思います。他にどなたかご意見等はございますか。

長澤委員　単価を上げることも必要ですが、回転率を上げることは、病院経営では大変重要なことだと思います。ですから、差額はあっても低料金として、無償個室が全部埋まっている場合に、入院した方が良い状態の方、あるいは入院したい方がいる時の為に、無償個室を待つ有料差額個室というものがあってもいいと思います。そのような形で回転を上げることが出来れば、うまくいくという感じはします。

アメニティーに関しては、実際にはどういうプランになるか分かりませんが、東京大学医学部付属病院の場合、個室の面積は8㎡、場合によっては10㎡とか12㎡になってきますが、病室も廊下もぎりぎりに造ってしまうと、新しい診療体系に対応出来ないかもしれません。ですから、東京大学医学部付属病院の病棟は、いざという時の為に、病室と廊下の間を60cm広くできる壁になっています。今、そこにはロッカーが置いてあり、看護備品が置かれています。トイレがそこにあると、壁を動かすことが出来ませんので、トイレを窓際にしてあります。そのように、診療体系に対応できるような仕組みを造っておいた方が良いと思います。

川渕部会長　他にございますか。それでは意見も無いようですので、統合新病院建設部会といたしまして、本日、事務局から提示されました加賀市統合新病院建設計画（原案）を承認について、委員の皆さま方より決議を取りたいと思いますが、いかがでございましょうか。

各委員　異議なし。

川渕部会長 異議なしということでございますので、ただ今をもちまして、統合新病院建設部会において、加賀市統合新病院建設基本計画（原案）を承認いたしました。それでは、事務局は本日の議論、各委員の意見を踏まえて、原案の最終取りまとめを行っていただきたいと思っております。よろしくお願いいたします。

この建設部会は、委員が多様でありまして、東京からは長澤委員、毛呂委員にも関わっていただき、加賀市の医師会から稲坂委員、それから両病院の小橋委員、嶋崎委員にいろいろ意見をいただきました。部会長の立場で非常にぶしつけな質問もしましたが、これはもうひとえに新病院が良くなることを祈っているからです。また、新病院は駅前の更地に出来る病院でありまして、そういう点では、好条件の立地はないでしょうか。さらに、将来的には新幹線も開通すると聞いておりますので、新病院の建設をきっかけに町おこしが出来ることを切にお祈りしながら、最終的な原案を待ちたいと思っております。お陰様で、ただ今をもちまして、委員の皆さま方のご協力により、無事、加賀市統合新病院建設基本計画（原案）の承認を得ることができました。今後の加賀市の発展のため、また、市民のためにより良い病院ができることを、委員一同、切に祈って会議を締めたいと思っております。ありがとうございました。最後に、事務局より事務連絡があるようでございますので、よろしくお願いいたします。

事務局 ありがとうございます。それでは 2 点お知らせをいたします。次回開催日といたしまして 8 月 30 日を予定しておりましたが、このたび、委員の皆さまの多大なるご尽力により、本日、無事基本計画の原案の承認をいただくことができました。つきましては、次回の建設部会は休会とさせていただきます。またあらためて日程等のお知らせをしたいと思います。

もう 1 点は、本日、ご承認いただきました基本計画（原案）につきましては、資料の最後に付いております参考資料 2 でございますが、7 月 20 日金曜日から 8 月 6 日月曜日までの 18 日間、市のホームページ等を通して、広く市民の方々に公表し、意見を募集するパブリックコメントを実施いたします。その後の予定ですが、パブリックコメント後に、意見内容等を委員の皆さまにご報告しまして、その上で、8 月 10 日の予定でございますが、部会長より統合新病院建設基本計画（案）といたしまして、市長へ建議をしていただく予定をしております。さらに、その後、公募型プロポーザルによる広い技術提案を募集いたしまして、設計・施工業者を決定する予定をしております。

最後に、本日の会議録につきましては、完成次第、送付させていただきますので、ご確認をお願いいたします。以上でございます。

以上