

第 2 回

加賀市統合新病院建設計画検証委員会

資 料

平成26年1月24日

目 次

資料①	委員要望資料一覧・・・・・・・・・・・・・・・・・・	P 1
資料②	病院職員の建設計画参画における取組姿勢・・・・・・・・	P 2
資料③	近隣病院との役割分担・・・・・・・・・・・・・・・・・・	P 3
資料④	既存病院概算改修費・・・・・・・・・・・・・・・・・・	P 4
資料⑤	自治体病院の建築単価調べ・・・・・・・・・・・・・・・・・・	P 8
資料⑥	病床数の決定経緯と医療提供体制の具体像・・・・・・・・	P 9
資料⑦	施工事業者の決定経緯・・・・・・・・・・・・・・・・・・	P28
資料⑧	新病院建設地の決定経緯・・・・・・・・・・・・・・・・・・	P36
資料⑨	運営形態一覧表・・・・・・・・・・・・・・・・・・	P43
資料⑩	市民の意見分類表・・・・・・・・・・・・・・・・・・	P44
資料⑪	統合新病院建設計画に関する「市民の意見を聴く会」・・・・	P57
資料⑫	加賀市統合新病院建設計画検証委員会 開催日程について・・・・	P65

委員要望資料一覧

・第2回委員会 議事（1）資料

資料番号	要望資料	要 旨	委員
資料②	建設計画参画における職員の取組姿勢	病院職員がどのような前提条件を与えられて計画・設計に参画していたのか。	鈴木委員
資料③	近隣病院との棲み分けの情報	近隣他市の病院との機能等の棲み分けは、医局が意向をもっているのか。既成の情報。医師確保が重要。	
資料④	中止になった場合の現建物の費用	統合しない場合のメンテナンス費用。比較対象で必要。	伊関 副委員長
資料⑤	病院建設費比較表 (別途要望資料)	病院の建設単価が高いのかどうかの基準を比較できるもの。病床数、平米単価。	

・第2回委員会 議事（2）資料

資料⑥	病床数が適正であることの資料	2病院の平均入院数 333 人。300 では不安。平均入院日数が長い。判断する材料として必要。	伊関 副委員長
	老健施設、在宅包括ケアの状況資料	高齢者が安心して生きていくことができるながれ。新病院のイメージ。	
	新病院の像（機能・役割） 医師会等との連携	統合新病院の機能役割、地域における病院の機能役割とそのまわりの医師会の連携。	富田委員
	医療の全体像	救急医療に特化したものではなく、市民の不安材料として、自分の医療・福祉がどういう風に面倒をみってくれるのかという全体像。	松成委員
資料⑧	建設予定地の決定経緯	少し離れた農地もある。なぜ、比較的高い土地を選んだのか。	伊関 副委員長
資料⑨	新病院を地方公営企業法全部適用とした理由	一つの病院単独で医療政策が完成するわけではない。医師会等とのバックボーンなどを踏まえて、全適にしてどう変わるのか、なぜ、全適にしたのか。	北川 委員長

・第2回委員会 議事（3）資料

資料⑩	市民の疑問を類型化したもの	検証の目的として、経営を懸念する市民の疑問は、建設費なのか、人件費なのか、収入面なのか、ひとつひとつやっていく必要がある。	鈴木委員
-----	---------------	---	------

・第2回委員会 議事（4）資料

資料⑪	「市民の意見を聴く会」の 市民への事前説明資料	会を有意義にするために、前提条件を明確にすることが大切。	鈴木委員
-----	----------------------------	------------------------------	------

・第3回委員会資料

次回 資料	経営シミュレーション	毎年、毎月の状況を示すことで市民にわかり易くなる。 また、医師の数によって変動するので、数の見込みも必要。	伊関 副委員長
		財源内訳は初期投資のみ。今後のインフラなど、多年度にわたる事業収支計画。中長期の収支計画。どういう収益を見込んでいるのか。	富田委員
		建物について、長期修繕計画を含んだもの。	松成委員

病院職員の建設計画参画における取組姿勢

資料②

平成23年2月～

医療提供体制調査検討委員会

医療の専門家で構成し病院からは病院長等が出席。一般職員は参加していない。

平成23年11月

医療提供体制基本構想

基本構想を基に基本計画・基本設計を検討

平成24年3月～

基本理念

「おもいやり」

私たちは、市民とともに、
市民中心の医療を提供し、
市民の健康を守ります

基本方針

1. 信頼される最適な医療を提供します
1. 救急搬送をことわらない体制を目指します
1. 将来を担う優れた医療人を育成します
1. 地域に根付いた医療を実践します

職員代表の意見

患者代表の意見

職員・患者から意見公募

新病院の具体的な検討に先立ち、病院の方向性を決める「基本理念」を職員・患者等で議論して作成。以降の検討の拠り所とした。

統合新病院建設部会

専門家の意見
建築や医療経済の
専門家からの意見

病院統合協議会と検討グループ・班

職員の意見
ほぼすべての項目について
職員の考え方を反映

基本計画

建設事業者

優れた創造性、技術力による
設計作業

建設事業者選考

病院統合協議会と検討グループ・班

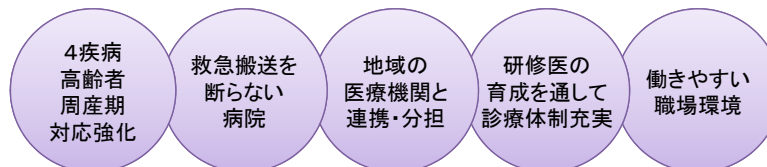
職員の意見
職員の意見を反映して修正

基本設計

基本構想で示された主な前提条件

- ・ 加賀市民病院と山中温泉医療センターを統合し新病院を建設すること
- ・ 整備の基本方針及び運営方針(下記)
- ・ 運営形態は「地方公営企業法・全部適用」とする
- ・ 病床数は300床(うち50床は回復期リハビリテーション病棟)を基本とする
- ・ 建設地は加賀温泉駅前(作見町地内)
- ・ 平成25年度中に着工。平成28年度開院を目指す

<運営方針>



<基本方針>

- (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、職員が働き易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。

近隣病院との役割分担

新しい石川県地域医療再生計画（対象期間：平成23年4月1日から平成25年度末まで）

※厚生労働省ホームページより

新しい石川県地域医療再生計画(案) ー抜粋ー

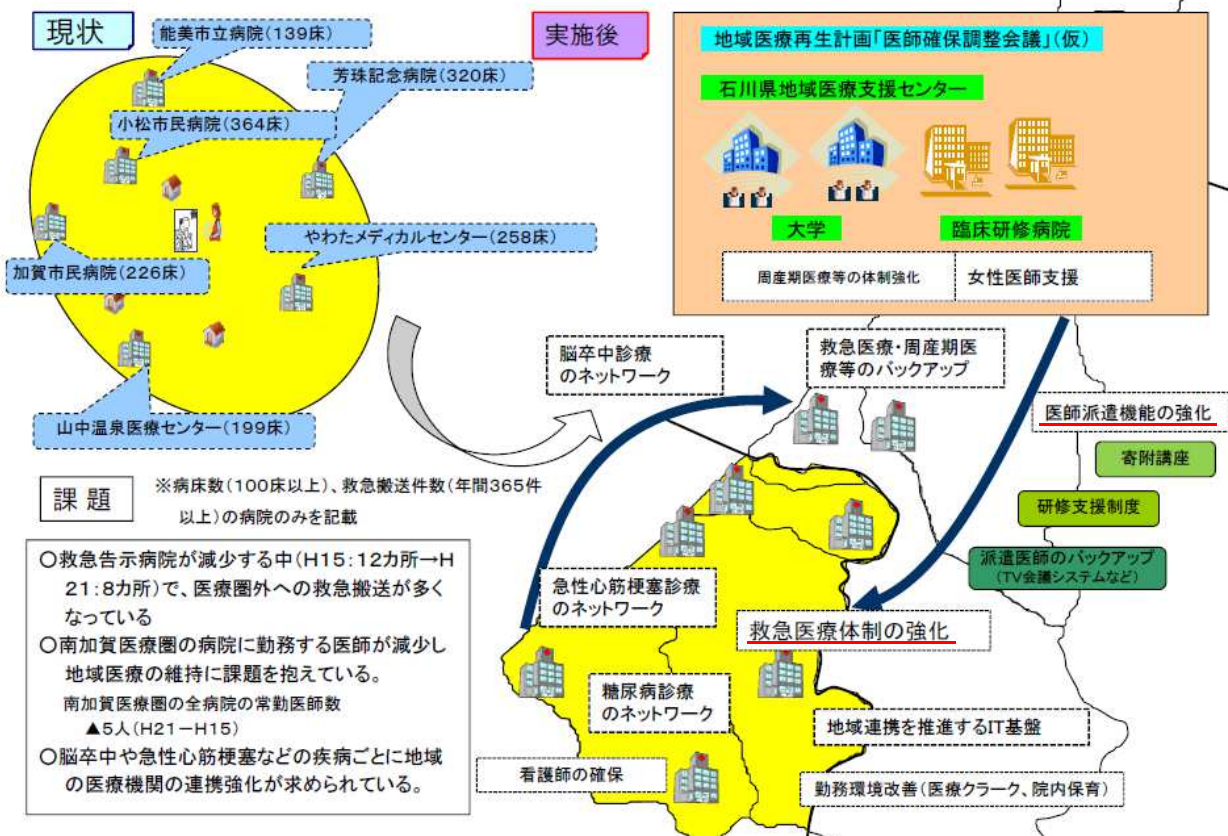
（救急医療体制）

特に、南加賀医療圏では、救急搬送件数が増加する一方で救急告示病院は減少し、二次医療圏内に三次医療機関がないこともあり、圏域外へ救急搬送される患者が増加するなどの課題（県外に救急搬送される患者の9割以上は加賀市）が生じており、**加賀市内の二次救急医療の体制強化が望まれている。**

新しい地域医療再生計画では、特に圏域外への搬送が増加している加賀市において、**加賀市民病院と山中温泉医療センターの統合再編を行い、マンパワーを集約化した新病院を整備し、二次救急医療を完結する体制を確保するとともに、他の医療機関や介護施設等との連携による地域包括ケアシステムの構築を目指す。**

また、南加賀医療圏では、救急搬送件数が増加する一方で救急告示病院は減少し、圏域外へ救急搬送される患者が増加するなどの課題が生じている（県外に搬送される患者の9割以上は加賀市内の患者）。このため、現行の地域医療再生計画において、小松市民病院に「**南加賀地域救急医療センター（仮）**」を整備し、重篤な患者の受入体制の強化を目指しているところである。

石川県地域医療再生計画（南加賀医療圏：救急医療対策・周産期医療対策等に重点化）

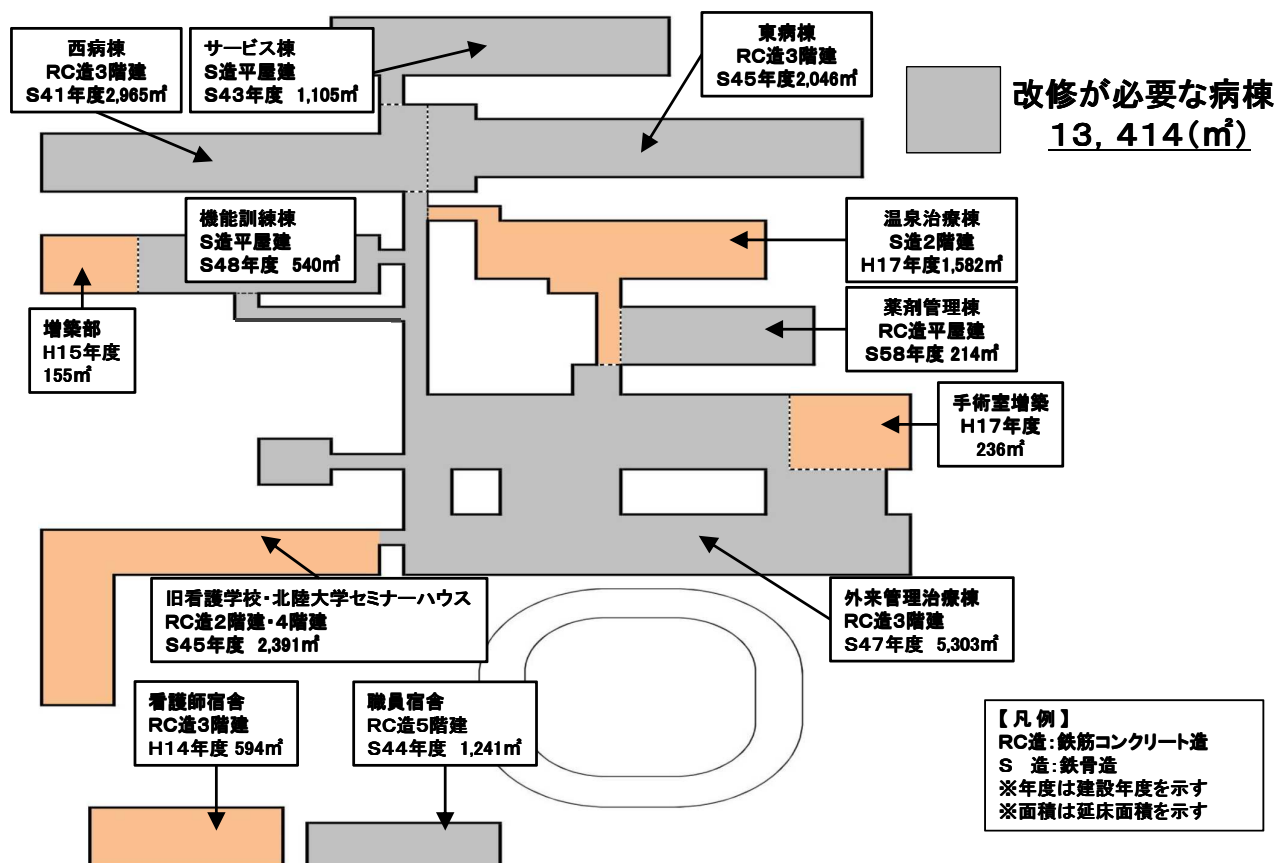


既存病院概算改修費

加賀市民病院 配置図



山中温泉医療センター 配置図



①既存病院改修費(内部改修)

	加賀市民病院	山中温泉医療センター
改修棟	診療棟	サービス棟、西・東病棟、機能訓練棟、薬剤管理棟、外来管理治療棟、職員宿舎
改修面積	2,822㎡	13,414㎡
留意点	・建ぺい率、容積率ともに限度のため、敷地内での建替不可 ・このため各ブロック、フロア単位での移転、改修が必要となり、工事中は診療が制限される	・病院機能が維持できる必要最小限の改修
単価	増築部分: 31.4万円/㎡ 改修部分: 21.3万円/㎡	改修部分: 14.9万円/㎡
改修費	約7億円	約20億円
改修後も残る課題	・増築により、更に駐車場が30台程度少なくなる ・容積率上、竣工後も面積調整のため閉鎖部分が発生する	・薬剤管理棟以外の建物の建築年次がS40年代であり、耐震強度が不足している

②既存病院改修費(耐震補強)

	加賀市民病院	山中温泉医療センター
法定耐用年数 ※1	○	× 対象面積:13,200m ²
耐震性能 ※2	○	× 対象面積:13,200m ²
耐震補強費 (5万円/m ²)	耐震性能を満たしているので検討しない	約7億円
①内部改修 との合計	約7億円	約27億円

※1 工法:RC造、用途:病院=39年

※2 建設年次にて判別(S56以前)

③既存病院改修費(建替え)

	加賀市民病院	山中温泉医療センター
法定耐用年数 ※1	○	× 対象面積:13,200m ²
耐震性能 ※2	○	× 対象面積:13,200m ²
建替え(新築)費 (30万円/m ²)	法定耐用年数・耐震性能を満たしているので検討しない	約40億円
解体費 (1.5万円/m ²)		約2億円
総建替え(新築)費		約42億円

※1 工法:RC造、用途:病院=39年

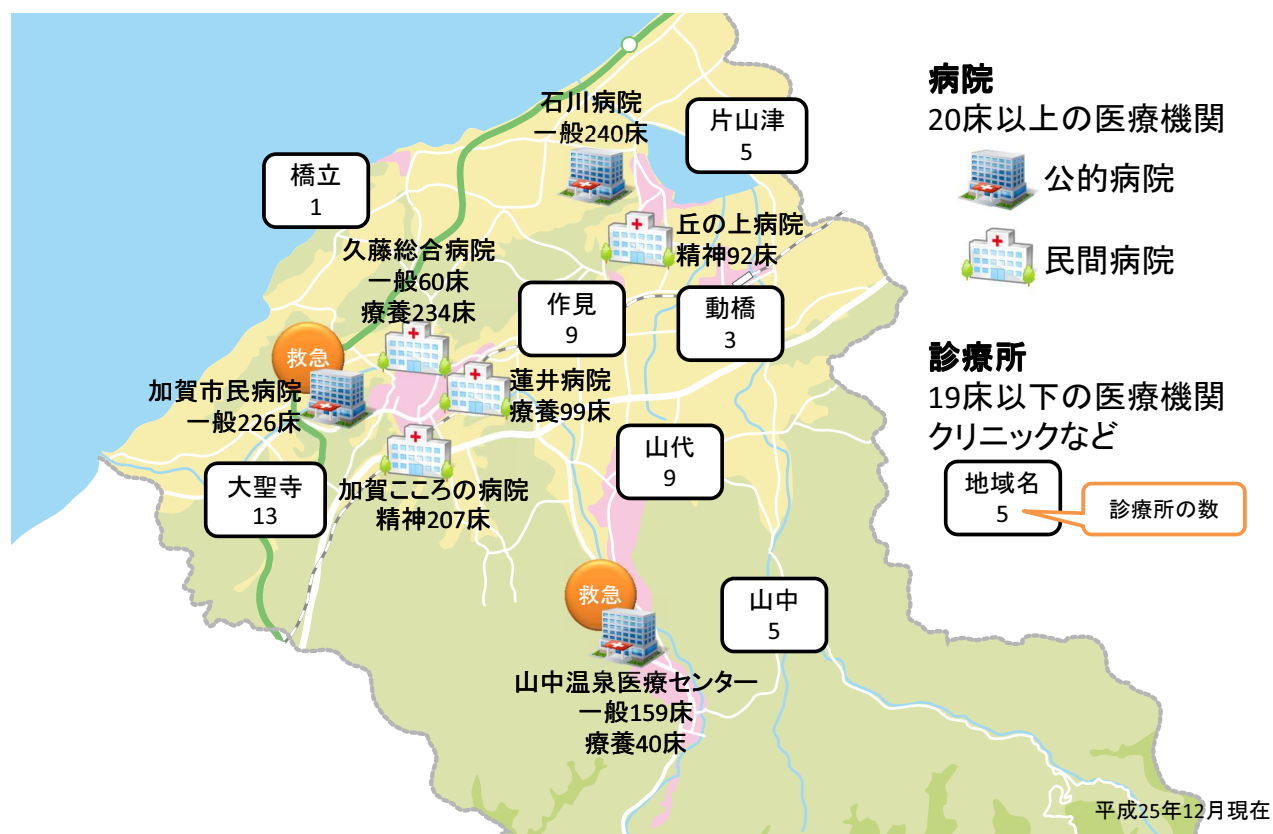
※2 建設年次にて判別(S56以前)

自治体病院の建築単価調べ(全国自治体病院協議会雑誌より―抜粋― 2008.3号～2013.12号) 新築のみ

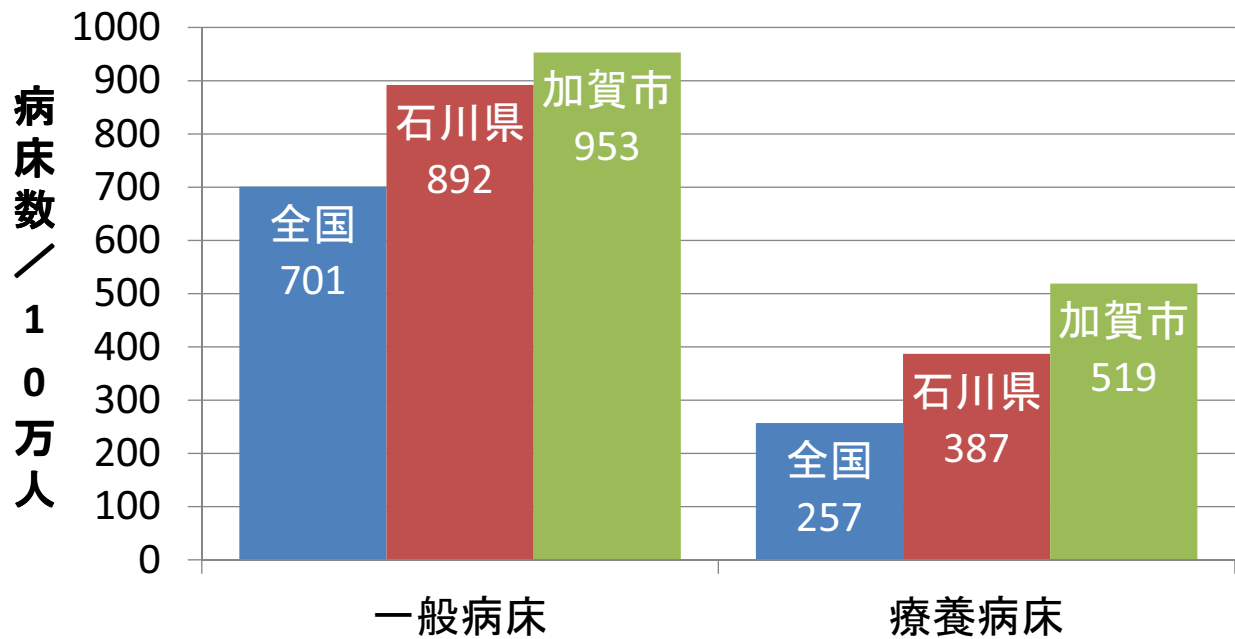
病 院 名 称	加賀市統合新病院	砂川市立病院	いすみ医療センター	新潟市民病院	公立八鹿病院	苫小牧市立病院	南砺市国民健康保険 西伯病院	岩手県立磐井病院
竣 工 年 月	平成 27 年 11 月 (予 定)	平成24年8月	平成20年9月	平成19年10月	平成19年8月	平成18年6月	平成18年3月	平成17年12月
所 在 地	石 川 県 加 賀 市	北海道砂川市	千葉県いすみ市刈谷	新潟市中央区榎木	兵庫県養父市八鹿町	苫小牧市清水町	鳥取県西伯郡南部町	岩手県一関市狐禅寺
病 床 数	300	521	144	660	420	382	198	315
(内 訳)	一般300	一般 408、精神 103、 結核 6、感染 4	一般 92、療養 48、 感染 4	一般 652、感染 8	一般 358、療養 55、 結核 7	一般 378、感染 4	一般 42、精神 99、医療 療養 28、介護療養 29	一般 281、緩和 24、 結核 10
延床面積 (㎡)	25,760	42,076	11,669	50,958	31,521	28,830	15,798	23,839
構 造 階 数	地上 6 階、塔屋 1 階 (免 震 構 造)	地上 7 階(免震構造)	地下 1 階、地上 6 階 (免 震)	地上 10 階	地上 11 階(免震構造)	地上 6 階(免震構造)	地上 5 階(免震構造)	地下、1 階地上 5 階 (免 震 建 物)
事業費(建築・設備) ※設計・監理除く	5,962,459 千円	13,165,100 千円	4,103,321 千円	21,563,000 千円	12,327,774 千円	11,553,021 千円	4,122,988 千円	11,539,344 千円
病 床 数 単 価	19,975 千円	25,269 千円	28,495 千円	32,671 千円	29,352 千円	30,244 千円	20,823 千円	36,633 千円
平 米 単 価	231 千円	313 千円	352 千円	423 千円	391 千円	401 千円	261 千円	484 千円
〈参考〉その他事業費 (医 療 機 器 等)	4,252,541 千円	6,567,043 千円	1,629,092 千円	4,604,000 千円	3,446,517 千円	4,270,652 千円	974,692 千円	2,153,261 千円
備 考	延床面積は病院棟部分 のみ							岩手県立南光病院との 共用部分あり

病床数の決定経緯と 医療提供体制の具体像

加賀市の病院・診療所などの状況



加賀市の人口当たり病床数



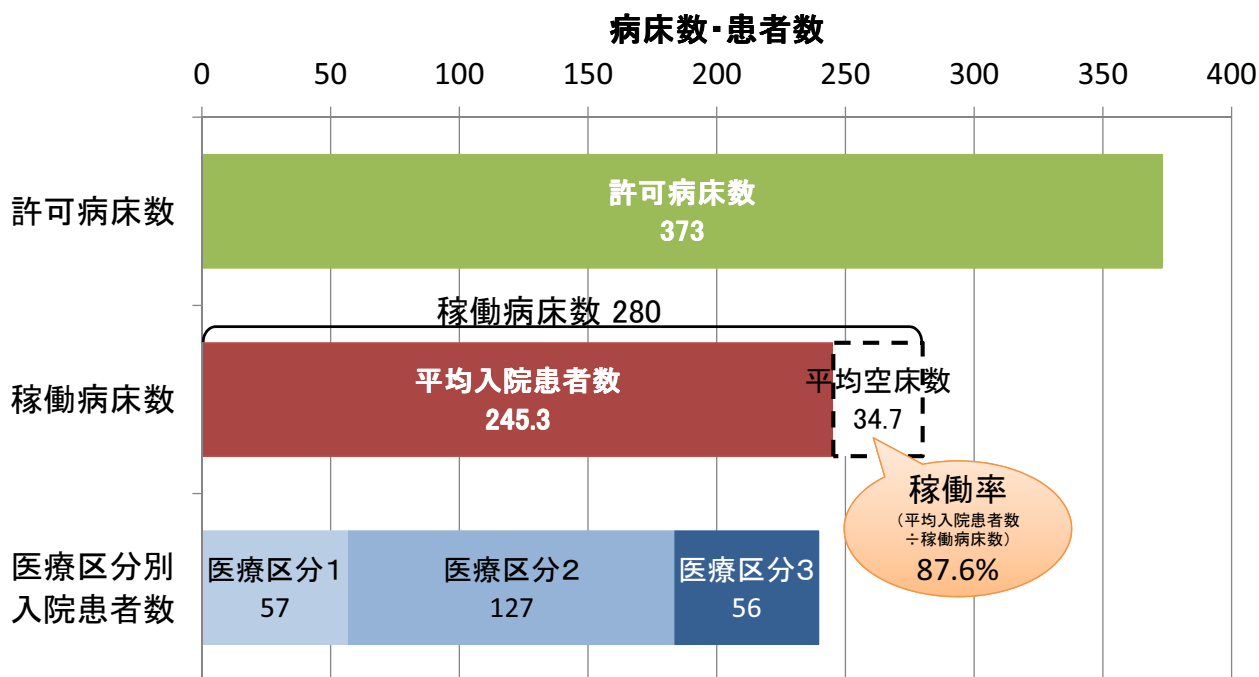
出典：人口は平成22年国勢調査
 病床数は平成24年医療施設調査（厚生労働省）
 加賀市分は平成25年10月1日現在

医療施設の供給状況 ～人口10万人あたりの病床数～

	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	128,057,352	1,578,254	1,232	898,166	701	328,888	257
石川県	1,169,788	18,880	1,614	10,429	892	4,524	387
石川中央医療圏	723,223	12,741	1,762	6,692	925	3,090	427
能登中部医療圏	135,960	2,102	1,546	1,332	980	459	338
能登北部医療圏	75,458	798	1,058	526	697	261	346
南加賀医療圏	235,147	3,239	1,377	1,879	799	714	304
加賀市	71,887	1,357	1,888	685	953	373	519
小松市	108,433	1,344	1,239	872	804	125	115
能美市	48,680	514	1,056	299	614	215	442
川北町	6,147	0	0	0	0	0	0

引用：平成22年国勢調査
 厚生労働省 平成24年医療施設調査
 加賀市分は平成25年10月1日現在

療養病床の稼働状況(加賀市内)



出典: 加賀市調べ

(許可病床数・稼働病床数は平成26年1月現在。)

平均入院患者数と医療区分別入院患者数は各病院で直近で確認できる数値)

※ 平均入院患者数と医療区分別入院患者数の合計は対象時期が異なるため一致しない。

参考

病床の種類について

発症

病気の状態に合わせて適切な種類の病床を利用

急性期

発症直後など病状が不安定な時期。
手術などの集中的治療を行う。

一般病床

回復期
(亜急性期)

病状が安定しはじめる時期。
リハビリや投薬などを集中的に行う。

回復期リハビリ
テーション病棟

慢性期

病状が安定した時期。
リハビリや投薬などを継続的に行う。

療養病床

介護期

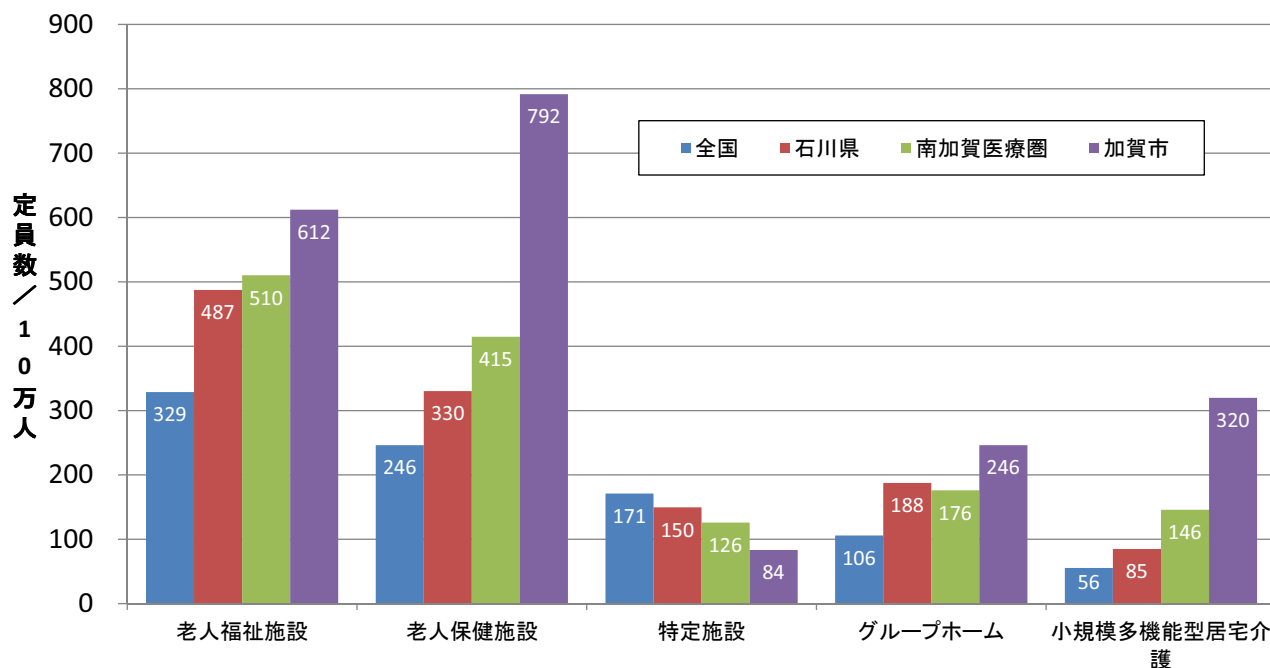
後遺症などにより介護が必要な状態。
日常生活の支援を中心に行う。

介護施設

在宅

加賀市の人口当たり介護施設定員

10万人当たり定員数



出典：平成22年国勢調査・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
 加賀市分のみ平成25年10月1日現在
 ※ 加賀市の老人保健施設の数値には介護療養型医療施設から転換した老人保健施設144床（10万人当たり200.3床に相当）を含みます

介護施設の供給状況 ～人口10万人あたりの定員数及び病床数～

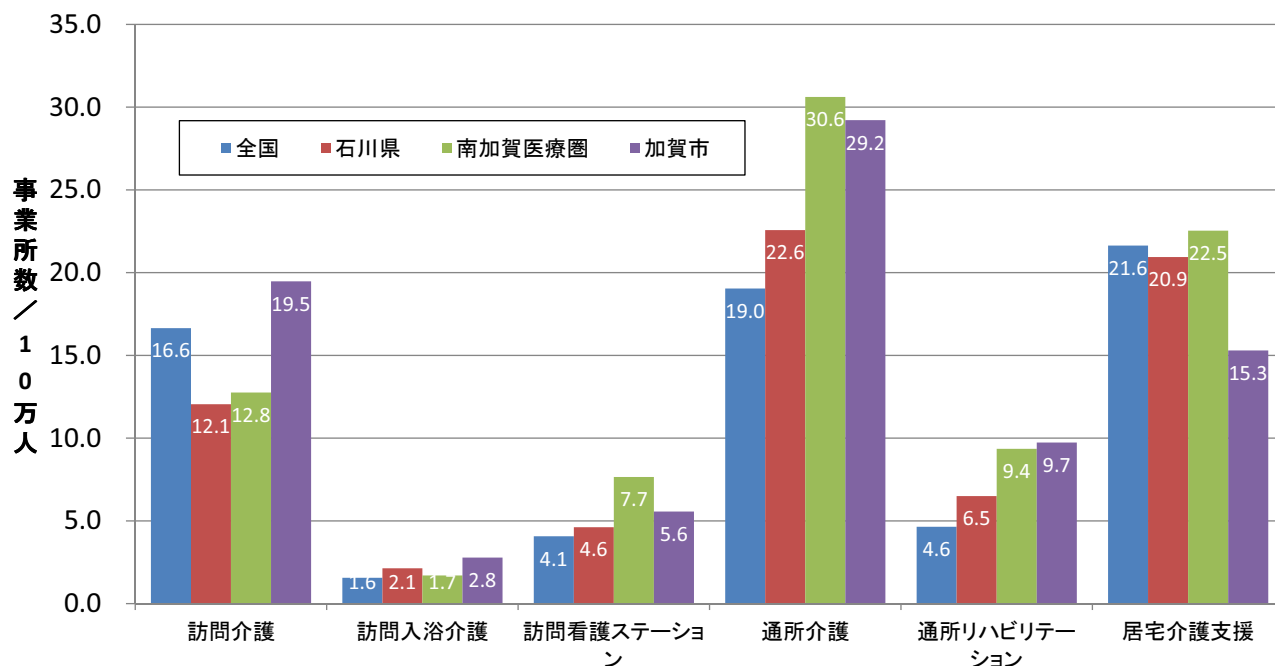
	加賀市			南加賀医療圏		
	施設数	定員数又は病床数	人口10万人あたりの定員数	施設数	定員数又は病床数	人口10万人あたりの定員数
人口	71,887人			235,147人		
老人福祉施設・地域老人福祉施設	9	440	612.1	19	1,200	510.3
老人保健施設	6	569	791.5	13	975	414.6
特定施設・地域特定施設	2	60	83.5	6	296	125.9
グループホーム	12	177	246.2	28	414	176.1
小規模多機能型居宅介護	10	230	319.9	14	343	145.9

	石川県			全国		
	施設数	定員数又は病床数	人口10万人あたりの定員数	施設数	定員数又は病床数	人口10万人あたりの定員数
人口	1,169,788人			128,057,352人		
老人福祉施設・地域老人福祉施設	74	5,702	487.4	6,126	420,899	328.7
老人保健施設	43	3,863	330.2	3,463	315,260	246.2
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	187.5	11,253	135,663	105.9
小規模多機能型居宅介護	42	994	85	3,123	71,008	55.5

出典：平成22年国勢調査・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
 加賀市分のみ平成25年10月1日現在
 ※ 加賀市の老人保健施設の数値には介護療養型医療施設から転換した老人保健施設144床（10万人当たり200.3床に相当）を含みます

加賀市の人口当たり介護事業所数(在宅)

10万人当たり事業所数



出典: 平成22年国勢調査・
平成23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

在宅サービス(介護)の供給状況 ～人口10万人あたりの事業所数～

人口	加賀市		南加賀医療圏	
	事業所数	人口10万人 あたりの事業所数	事業所数	人口10万人 あたりの事業所数
訪問介護	14	19.5	30	12.8
訪問入浴介護	2	2.8	4	1.7
訪問看護ステーション	4	5.6	18	7.7
通所介護	21	29.2	72	30.6
通所リハビリテーション	7	9.7	22	9.4
居宅介護支援	11	15.3	53	22.5

人口	石川県		全国	
	事業所数	人口10万人 あたりの事業所数	事業所数	人口10万人 あたりの事業所数
訪問介護	141	12.1	21315	16.6
訪問入浴介護	25	2.1	2002	1.6
訪問看護ステーション	54	4.6	5212	4.1
通所介護	264	22.6	24381	19.0
通所リハビリテーション	76	6.5	5948	4.6
居宅介護支援	245	20.9	27705	21.6

引用: 平成22年国勢調査・平成23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

特別養護老人ホームの入所待機者数

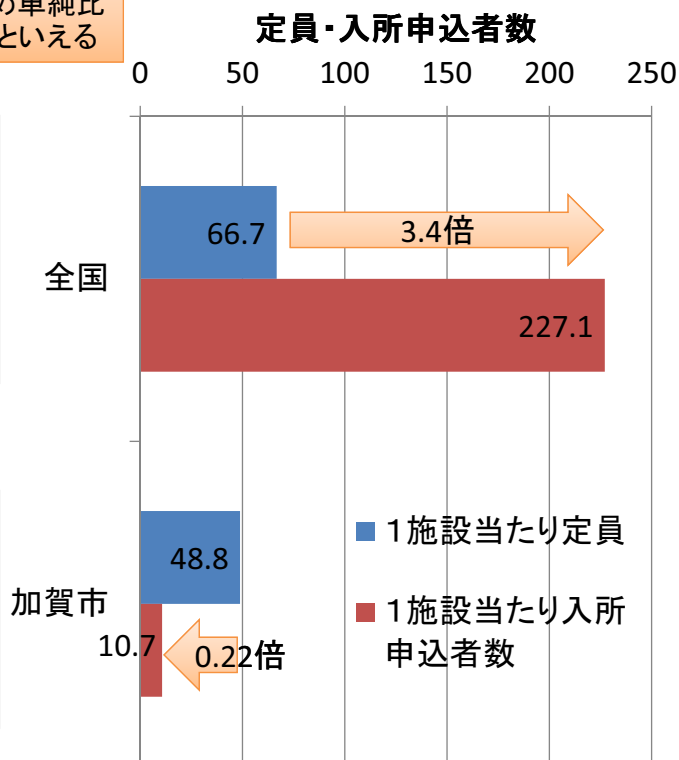
加賀市調査は入所申込後の他施設への入所や死亡を事後調査で除外しているなど条件が異なるため単純比較できないが、待機者数は比較的少ない状況といえる

全国調査 (調査基準日: H23.2.1)
有効回答のあった583施設について集計
1施設当たり定員数は**66.7人**に対して1施設当たり入所申込者数は**227.1人**
定員数の**3.4倍**に相当する状況
施設が「優先して入所させるべき」と考える人の数は入所申込者全体の10.8%であった。

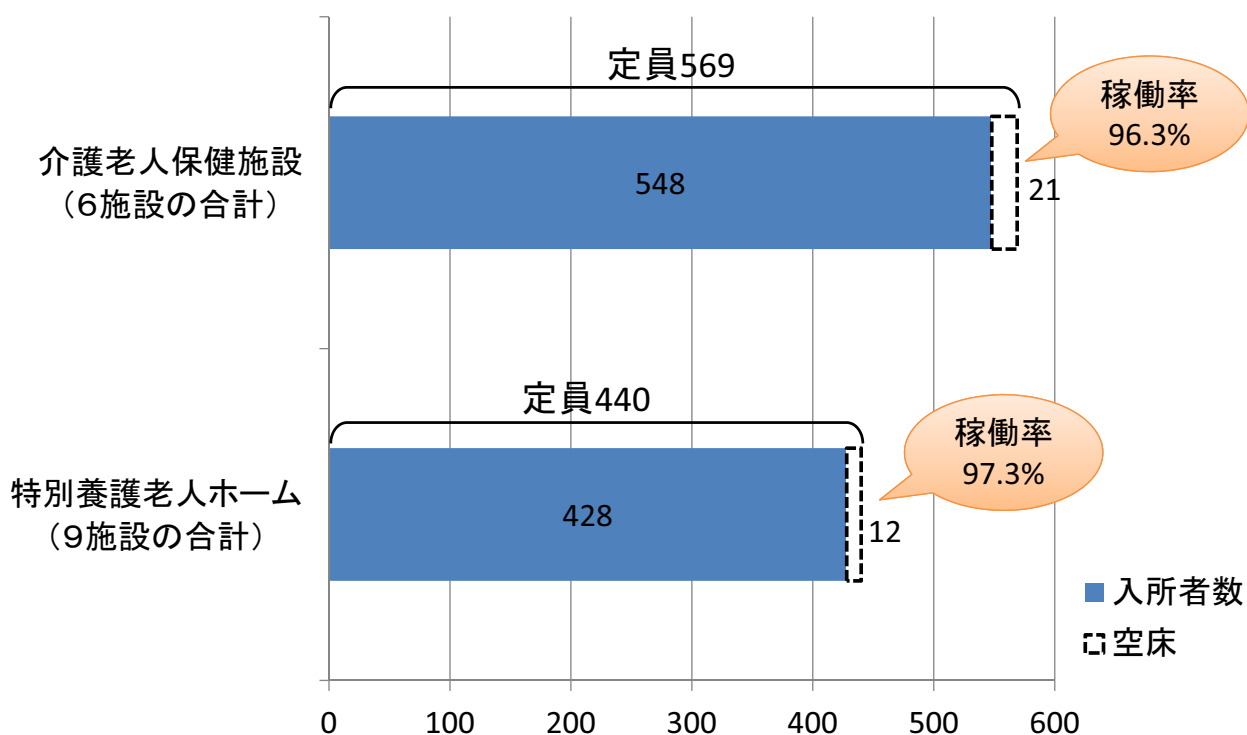
出典: 特別養護老人ホームにおける待機者の実態に関する調査研究事業～待機者のニーズと入所決定のあり方等に関する研究～(平成23年度 老人保健健康増進等事業)

加賀市調査 (調査基準日: H25.10.1)
市内9施設を対象に調査
9施設の待機者数合計97人(複数施設への申し込みによる重複あり)→実人数72人(うち加賀市61人)
市内定員数は440人に対して入所申込者97人
1施設当たり定員数は**48.8人**に対して1施設当たり入所申込者数は**10.7人**
定員数の**0.22倍**に相当する状況

出典: 加賀市調べ



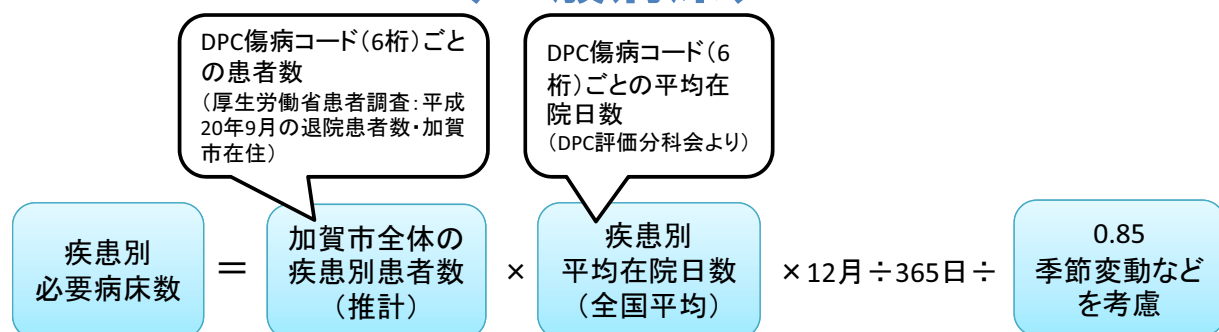
加賀市内介護施設の稼働状況



出典: 加賀市調べ(基準日: 平成25年10月1日)

必要病床数について

必要病床数の算出方法 (一般病床)



計算例) MDC01神経系疾患(010010脳腫瘍)・手術有

$$1.5 \text{ 床} = 1.1 \text{ 人} \times 35.9 \text{ 日} \times 12 \text{ 月} \div 365 \text{ 日} \div 0.85$$

上記計算を「手術有り」「手術なしかつ入院日数30日以内」の患者数について集計したものを加賀市全体における一般病床の必要病床数としている。

$$\begin{array}{|c|} \hline \text{加賀市全体} \\ \text{必要病床数} \\ \hline \text{288床} \\ \hline \end{array}
 =
 \begin{array}{|c|} \hline \text{「手術有り」} \\ \text{合計} \\ \hline \text{102.1床} \\ \hline \end{array}
 +
 \begin{array}{|c|} \hline \text{「手術なし・30日以内」} \\ \text{合計} \\ \hline \text{185.8床} \\ \hline \end{array}$$

MDC別(2桁)の適正病床数(一般病床) ～①加賀市(手術有り)～

MDC疾患	退院患者数	延べ患者数	必要病床数
MDC01 神経系疾患	1.1人	39.0人	1.5床
MDC02 眼科系疾患	18.6人	136.6人	5.3床
MDC03 耳鼻咽喉科系疾患	4.1人	41.5人	1.6床
MDC04 呼吸器系疾患	14.0人	342.0人	13.2床
MDC05 循環器系疾患	12.8人	168.0人	6.5床
MDC06 消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患	73.5人	940.7人	36.4床
MDC07 筋骨格系疾患	15.9人	336.2人	13.0床
MDC08 皮膚・皮下組織の疾患	3.1人	44.2人	1.7床
MDC09 乳房の疾患	5.2人	68.9人	2.7床
MDC10 内分泌・栄養・代謝に関する疾患	1.1人	13.8人	0.5床
MDC11 腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患	12.6人	190.6人	7.4床
MDC12 女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩	15.7人	176.3人	6.8床
MDC13 血液・造血器・免疫臓器の疾患	0.0人	0.0人	0.0床
MDC14 新生児疾患	0.0人	0.0人	0.0床
MDC15 小児疾患	0.0人	0.0人	0.0床
MDC16 その他の疾患	13.5人	143.2人	5.5床
合計	191人	2,641人	102.1床

引用:平成20年患者調査
平均在院日数はDPC評価分科会より引用

MDC別(2桁)の適正病床数(一般病床) ～②加賀市(手術無しかつ入院日数30日以内)～

MDC疾患	退院患者数	延べ患者数	必要病床数
MDC01 神経系疾患	29.0人	445.3人	17.2床
MDC02 眼科系疾患	1.1人	15.1人	0.6床
MDC03 耳鼻咽喉科系疾患	16.6人	114.2人	4.4床
MDC04 呼吸器系疾患	46.0人	692.3人	26.8床
MDC05 循環器系疾患	50.8人	513.0人	19.8床
MDC06 消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患	121.9人	1,246.8人	48.2床
MDC07 筋骨格系疾患	11.3人	177.5人	6.9床
MDC08 皮膚・皮下組織の疾患	13.7人	178.5人	6.9床
MDC09 乳房の疾患	2.9人	30.3人	1.2床
MDC10 内分泌・栄養・代謝に関する疾患	21.9人	388.4人	15.0床
MDC11 腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患	16.8人	253.3人	9.8床
MDC12 女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩	19.0人	208.4人	8.1床
MDC13 血液・造血器・免疫臓器の疾患	8.3人	173.7人	6.7床
MDC14 新生児疾患	1.1人	13.3人	0.5床
MDC15 小児疾患	15.0人	107.6人	4.2床
MDC16 その他の疾患	29.7人	246.6人	9.5床
合計	405人	4,804人	185.8床

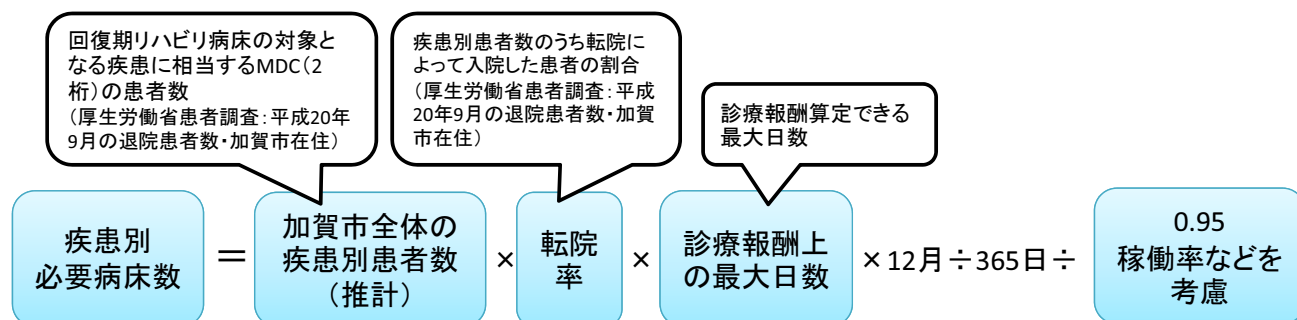
引用:平成20年患者調査
平均在院日数はDPC評価分科会より引用

MDC別(2桁)の適正病床数(一般病床) ～③加賀市(手術無しかつ入院日数31日以上)～

MDC疾患	退院患者数	延べ患者数	必要病床数
MDC01 神経系疾患	23.7人	445.0人	17.2床
MDC02 眼科系疾患	0.0人	0.0人	0.0床
MDC03 耳鼻咽喉科系疾患	0.0人	0.0人	0.0床
MDC04 呼吸器系疾患	15.1人	231.4人	9.0床
MDC05 循環器系疾患	7.7人	143.9人	5.6床
MDC06 消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患	21.7人	278.4人	10.8床
MDC07 筋骨格系疾患	9.3人	149.5人	5.8床
MDC08 皮膚・皮下組織の疾患	2.5人	31.1人	1.2床
MDC09 乳房の疾患	0.0人	0.0人	0.0床
MDC10 内分泌・栄養・代謝に関する疾患	13.9人	260.9人	10.1床
MDC11 腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患	3.5人	66.3人	2.6床
MDC12 女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩	0.0人	0.0人	0.0床
MDC13 血液・造血器・免疫臓器の疾患	4.1人	79.4人	3.1床
MDC14 新生児疾患	1.1人	5.8人	0.2床
MDC15 小児疾患	0.0人	0.0人	0.0床
MDC16 その他の疾患	4.6人	48.7人	1.9床
合計	107人	1,740人	67.3床

引用:平成20年患者調査
平均在院日数はDPC評価分科会より引用

必要病床数の算出方法 (回復期リハビリテーション病床)



計算例)「脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症等の発症又は手術後2ヶ月以内の状態」に相当するMDC01(神経系疾患)

$$1.4 \text{床} = 1.1 \text{人} \times 24.6\% \times 150 \text{日} \times 12 \text{月} \div 365 \text{日} \div 0.95$$

上記計算を「手術有り」「手術無しかつ入院日数30日以内」「手術無しかつ入院日数31日以上」の患者数について集計したものを加賀市全体における回復期リハビリ病床の必要病床数としている。

$$\text{加賀市全体必要病床数 } 72 \text{床} = \text{「手術有り」合計 } 25.8 \text{床} + \text{「手術なし・30日以内」合計 } 25.4 \text{床} + \text{「手術なし・31日以上」合計 } 20.7 \text{床}$$

MDC別(2桁)の適正病床数(回復期リハビリテーション病床) ～①加賀市(手術有り)～

状態	MDC2桁	退院患者数	転院率	MDC2桁	在院日数	必要病床数
1. 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症等の発症又は手術後2ヶ月以内の状態(150日以内)	01(有)	1.1人	24.60%	01(有)	150日	1.4床
	01(無)	0.0人	16.05%	01(無)	150日	0.0床
2. 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節、又は膝関節の骨折の発症又は手術後2ヶ月以内の状態(90日以内)	07(有)	15.9人	7.93%	07(有)	90日	3.9床
3. 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後2ヶ月以内の状態(90日以内)	04(有)	14.0人	8.88%	04(有)	90日	3.9床
	05(有)	12.8人	5.60%	05(有)	90日	2.2床
	06(有)	73.5人	3.33%	06(有)	90日	7.6床
	16(有)	13.5人	15.97%	16(有)	90日	6.7床
4. 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節、又は膝関節の神経、筋又は靱帯損傷後1ヶ月以内の状態(60日以内)	07(無)	0.0人	5.31%	07(無)	60日	0.0床
				合計		25.8床

引用:平成20年患者調査
平均在院日数は算定可能な最大日数

MDC別(2桁)の適正病床数(回復期リハビリテーション病床) ～②加賀市(手術無しかつ入院日数30日以内)～

状態	MDC2桁	退院患者数	転院率	MDC2桁	在院日数	必要病床数
1. 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症等の発症又は手術後2ヶ月以内の状態(150日以内)	01(有)	0.0人	24.60%	01(有)	150日	0.0床
	01(無)	29.0人	16.05%	01(無)	150日	24.2床
2. 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節、又は膝関節の骨折の発症又は手術後2ヶ月以内の状態(90日以内)	07(有)	0.0人	7.93%	07(有)	90日	0.0床
3. 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後2ヶ月以内の状態(90日以内)	04(有)	0.0人	8.88%	04(有)	90日	0.0床
	05(有)	0.0人	5.60%	05(有)	90日	0.0床
	06(有)	0.0人	3.33%	06(有)	90日	0.0床
	16(有)	0.0人	15.97%	16(有)	90日	0.0床
4. 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節、又は膝関節の神経、筋又は靱帯損傷後1ヶ月以内の状態(60日以内)	07(無)	11.3人	5.31%	07(無)	60日	1.2床
				合計		25.4床

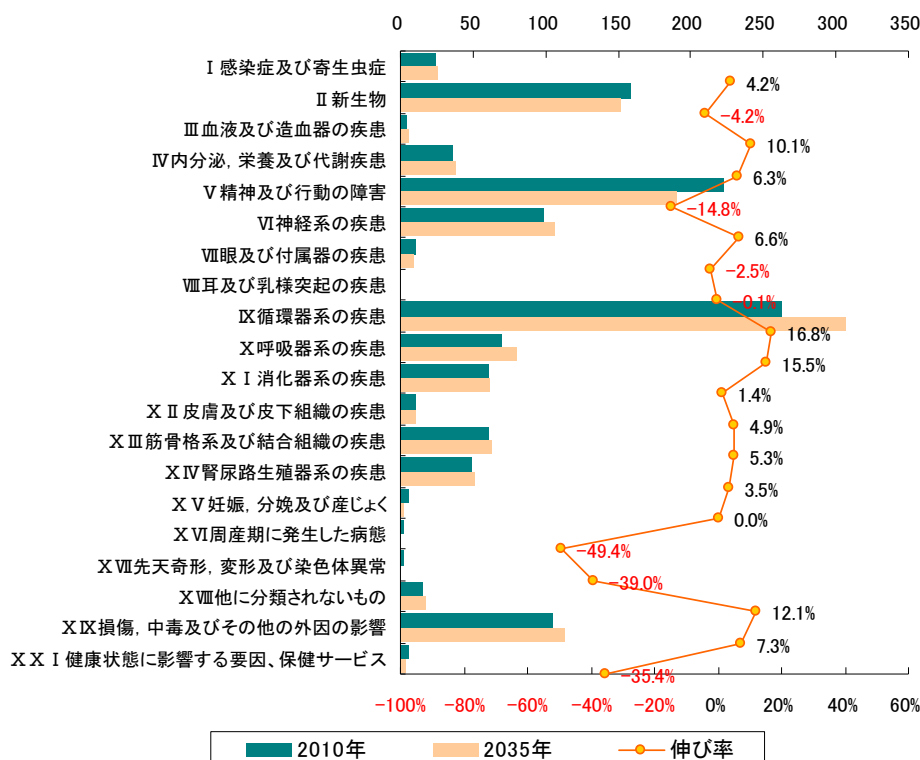
引用:平成20年患者調査
平均在院日数は算定可能な最大日数

MDC別(2桁)の適正病床数(回復期リハビリテーション病床) ～③加賀市(手術無しかつ入院日数31日以上)～

状態	MDC2桁	退院患者数	転院率	MDC2桁	在院日数	必要病床数
1. 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症等の発症又は手術後2ヶ月以内の状態(150日以内)	01(有)	0.0人	24.60%	01(有)	150日	0.0床
	01(無)	23.7人	16.05%	01(無)	150日	19.7床
2. 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節、又は膝関節の骨折の発症又は手術後2ヶ月以内の状態(90日以内)	07(有)	0.0人	7.93%	07(有)	90日	0.0床
3. 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後2ヶ月以内の状態(90日以内)	04(有)	0.0人	8.88%	04(有)	90日	0.0床
	05(有)	0.0人	5.60%	05(有)	90日	0.0床
	06(有)	0.0人	3.33%	06(有)	90日	0.0床
	16(有)	0.0人	15.97%	16(有)	90日	0.0床
4. 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節、又は膝関節の神経、筋又は靱帯損傷後1ヶ月以内の状態(60日以内)	07(無)	9.3人	5.31%	07(無)	60日	1.0床
					合計	20.7床

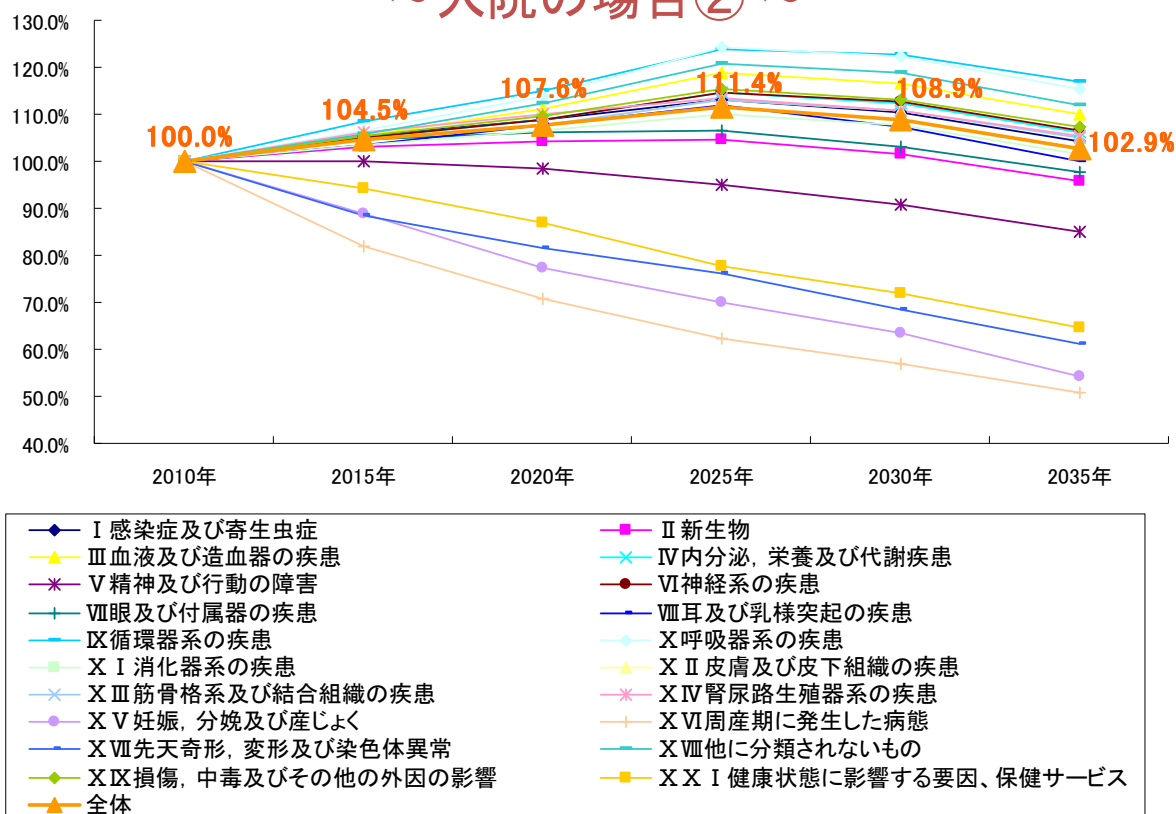
引用:平成20年患者調査
平均在院日数は算定可能な最大日数

疾病別受療率の動向(加賀市) ～入院の場合①～

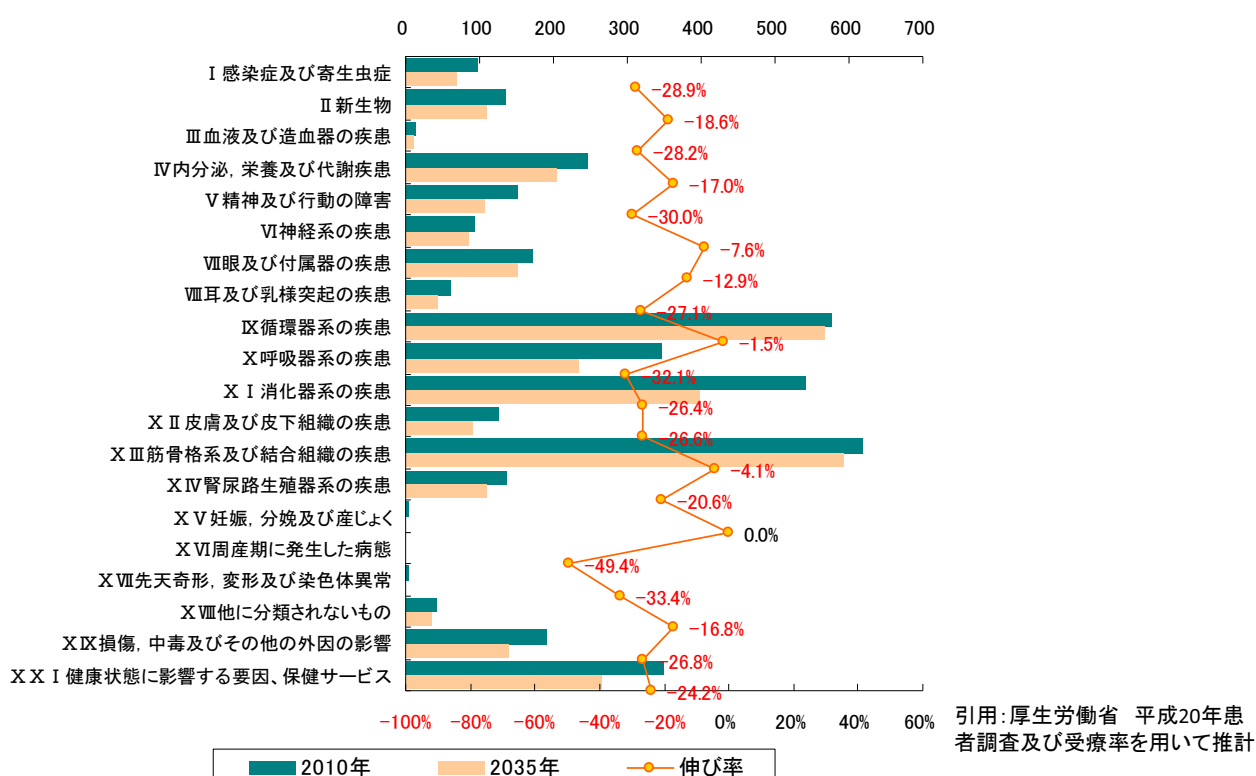


引用:厚生労働省 平成20年患者調査及び受療率を用いて推計

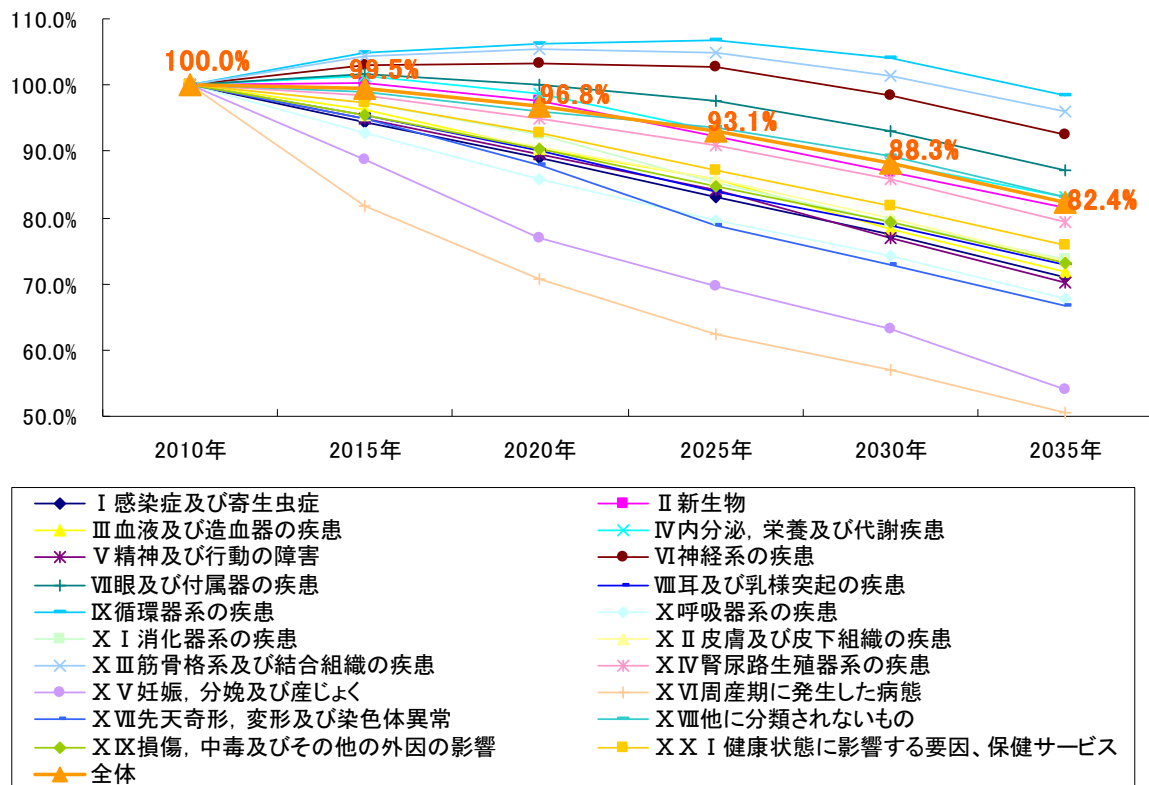
疾病別受療率の動向(加賀市) ～入院の場合②～



疾病別受療率の動向(加賀市) ～外来の場合①～



疾病別受療率の動向(加賀市) ～外来の場合②～



統合新病院の病床数

一般病床の必要病床数
288床

回復期リハビリテーション病棟
の必要病床数 72床

一般病床は200～250床が適正

- ・必要病床数には他の病院の患者も含まれている
- ・三次医療(重症)も含まれている。
- ・平均在院日数は短縮傾向。

回復期リハビリ病棟は50床が適正

- ・上記見込みの病床数は在院日数が最大期限

人口推移の影響

患者数ピーク
(2010→2025年)
15年で11.4%増

×

平均在院日数は短縮傾向
2005年 2010年
19.8日→18.2日
5年で8.0%減(全国平均)

⇒必要病床数が
大きく増えることはない

病床数・病床種類

現在の病床数

合計425床

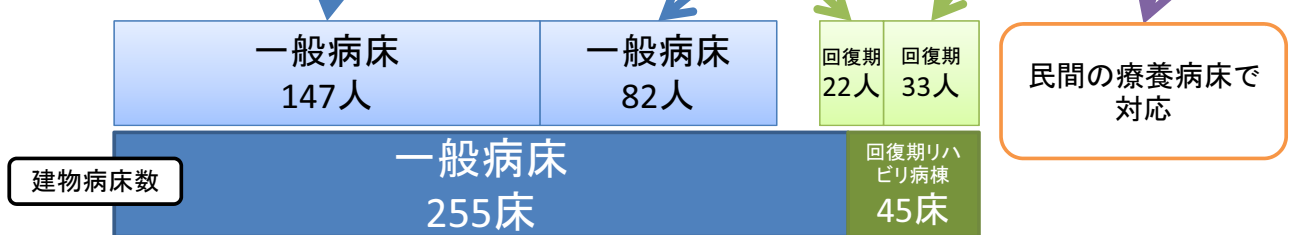
加賀市民病院

山中温泉医療センター



統合新病院

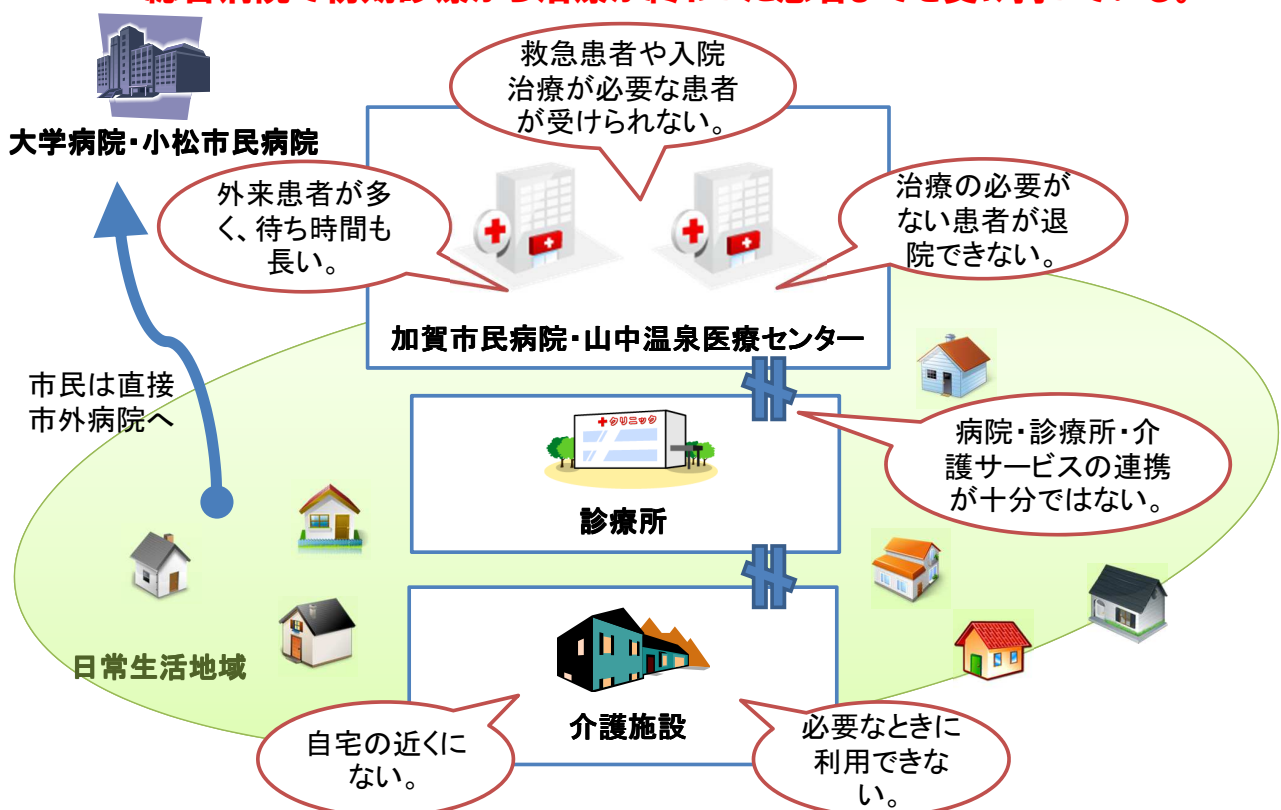
合計300床を基本



医療提供体制の具体像

現状の医療提供体制の問題点

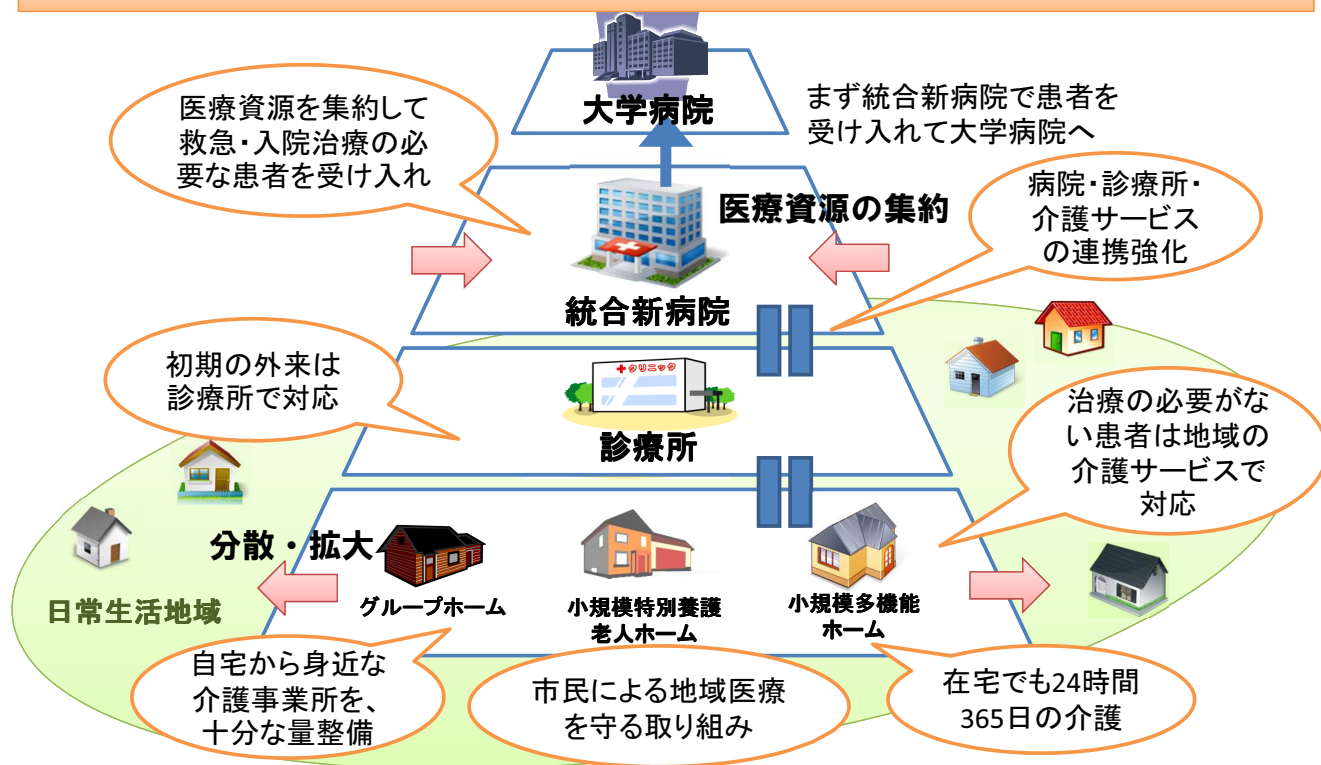
総合病院で初期診療から治療が終わった患者までを受け持っている。



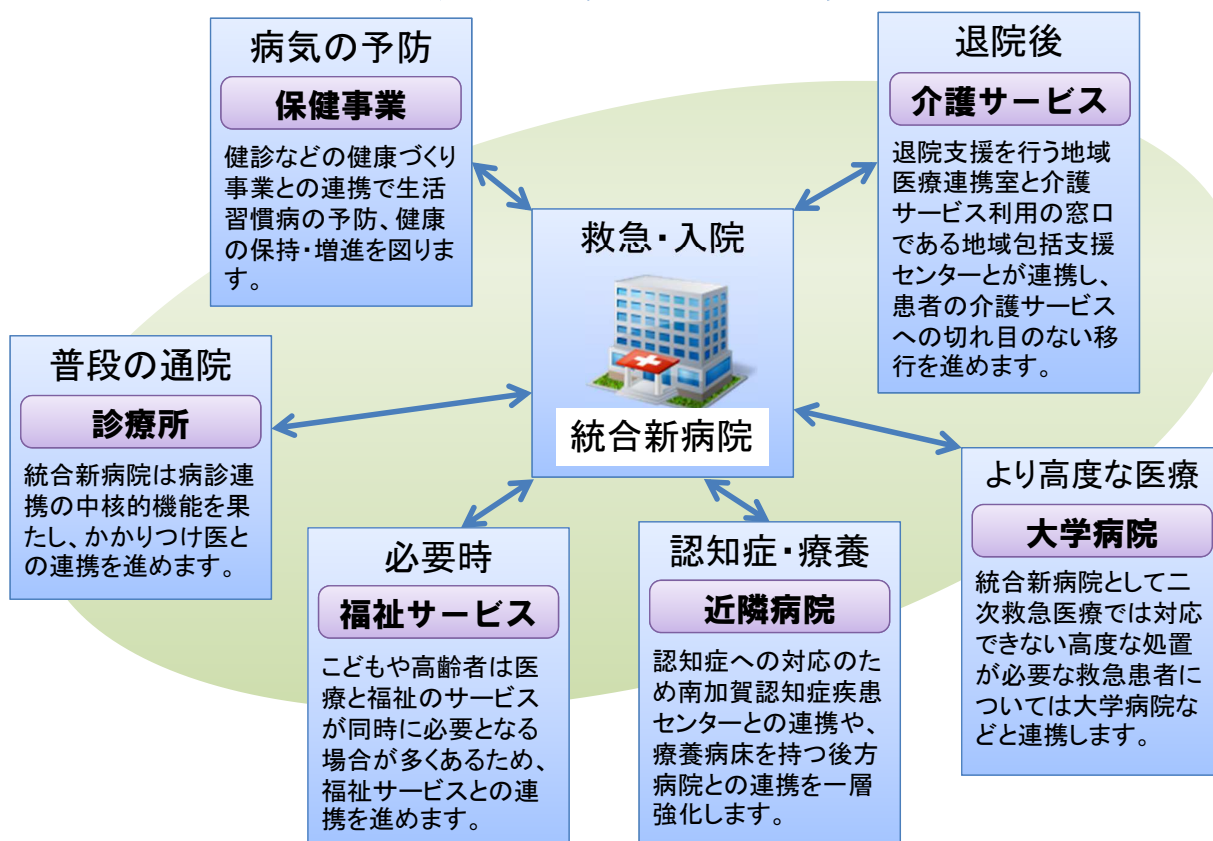
加賀市における医療提供体制の将来像

医療、介護、予防などが切れ目なく、継続的かつ一体的に提供される地域包括ケア体制の整備を進めます。

地域住民との協働により、医療提供体制を守る取り組みを進めます。



統合新病院の連携体制



初期診療における医師会との連携・協力

救急医療を中心に医師会と病院との連携・協力について検討

加賀市医療提供体制推進委員会

専門部会

救急体制・病診連携部会

➤ 大学病院教授、医師会代表、市立病院代表で構成

医師会と市立病院との協力による診療体制

加賀市医師会休日急病診療（内科）

- ・ 休日の日中
- ・ 医師会から交代で応援
- ・ 初期診療にあたる

医師会

加賀市民病院

↓ 新病院の初期救急医療センターで継続

初期救急医療センター

当直・救急外来

統合新病院

受付・トリアージ

軽症患者に対応

救急車・重症患者に対応

救急車

在宅当番医（小児科・輪番）

- ・ 休日の午前中
- ・ 診療所と市立病院で輪番

輪番

当番

加賀市民病院

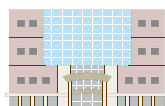
山中温泉医療センター

継続

統合新病院

患者の診療情報を、複数の医療機関で共有できるシステムを構築
(H25年度に県下全域で整備)

以前に受診して
検査、治療を受けている場合



加賀市民病院
(情報公開側)



山中温泉医療センター
(情報公開側)

地域医療連携システム
(データセンター)

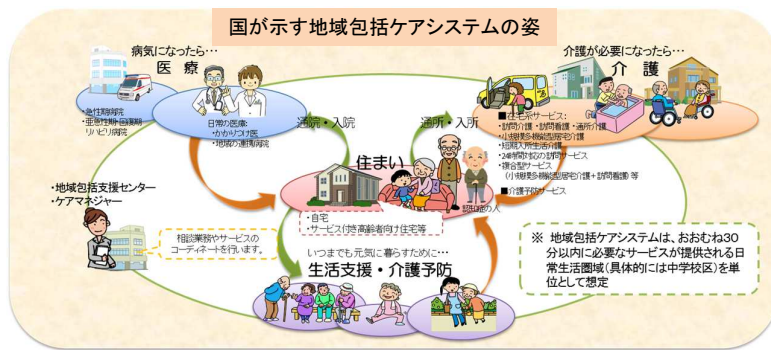
かかりつけ医
が閲覧できる

カルテ

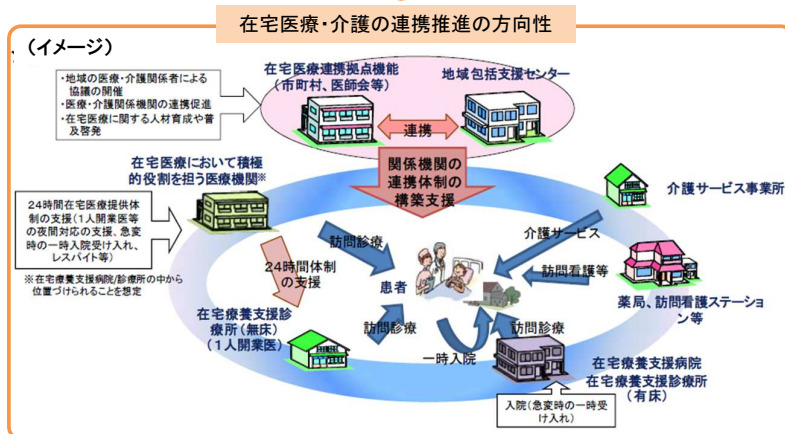
市内の病院・診療所(閲覧側)

在宅医療・介護の連携推進

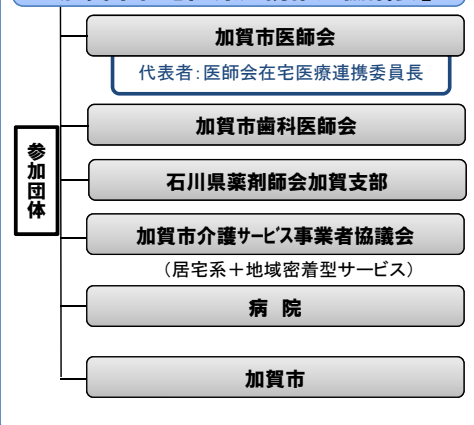
在宅医療・介護の連携推進の取り組みを開始。地域包括ケア体制の構築を目指す。



加賀市においても、関係機関の連携体制の構築を進める



在宅医療連携グループ「加賀市在宅医療連携推進協議会」



加賀市在宅医療連携推進協議会の取り組み

多職種意見交換会

キックオフ
(H25/7/28)

- 医師、歯科医師、薬剤師、看護師、ケアマネジャー、介護職、ソーシャルワーカーなど在宅医療に関わりのある多職種が参加
- 加賀市の在宅医療・介護の連携等について意見交換(理想・希望、現状、課題など)
- 多職種による「顔の見える関係」づくり



多職種によるグループワーク



(H25.7.29北國新聞朝刊)

在宅医療推進検討会

H25.9月に
スタート

- 協議会の各団体から、地域の中心的な役割を担う人材が集まり、情報交換や意見交換を行う。
- 将来像、方向性などを協議・検討する。
 - ・具体的な在宅医療の提供体制の構想
 - ・連携チームづくり
 - ・連携の手法・ツールの検討
 - ・公立病院の役割 等



多職種による検討会



お互いを知るため、メンバーが各自の取組などを紹介

《今後の構想》

研修会・勉強会

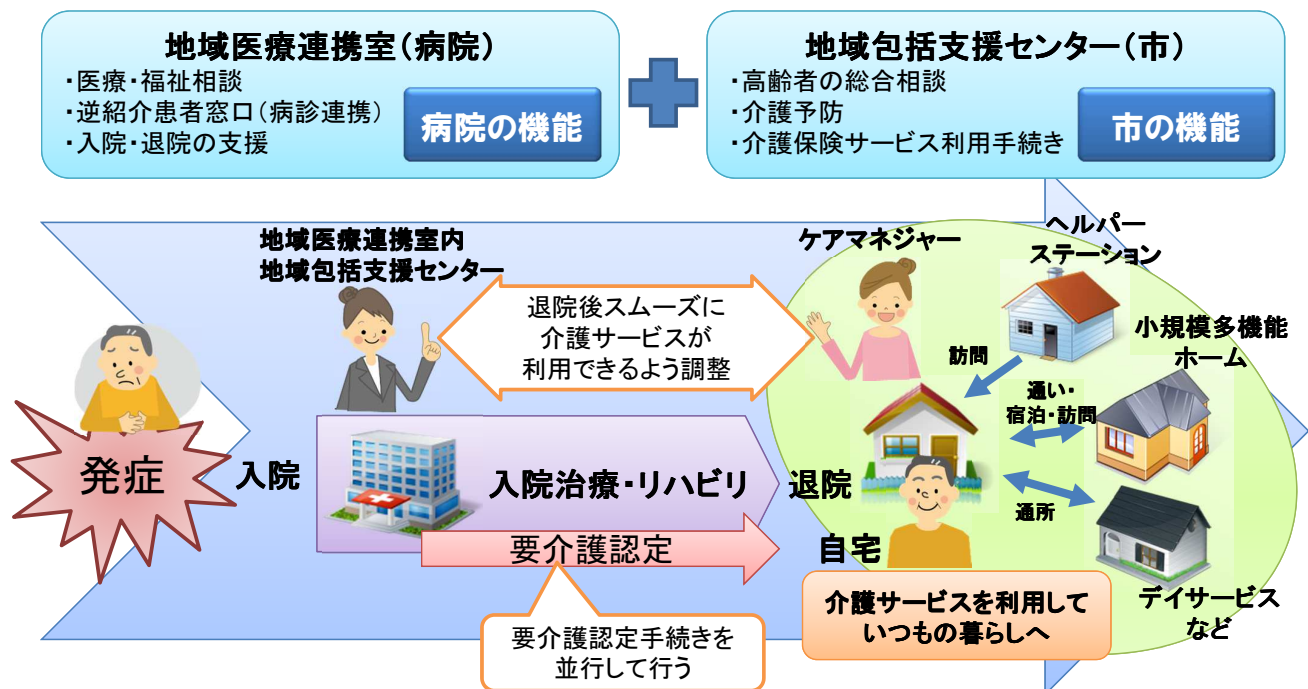
- 在宅医療について、経験の少ない専門職を対象にした研修等を行う。
- 提供体制の強化を図る。

市民への啓発・普及(講演会等)

- 市民への啓発・普及のため、在宅医療をテーマとしたシンポジウムや講演会を実施する。

統合新病院における 地域包括支援センター機能の併設

統合新病院に地域包括支援センター(サブセンター)を併設することで、退院後の介護サービスの利用について相談・申請が円滑にできるようにします。



医療崩壊を起こさないために 市民が病院を守る取り組みを！

自分の
健康の
ために

病気になる前に医師のお世話にならないようにしましょう。
食事や生活習慣を見直し、健康診断を受けましょう。

医師が
加賀市で
がんばる
ように

医師に自己中心的で理不尽な要求はやめよう。
いわゆるコンビニ受診はやめよう。

- 医師に過大な負担を押し付けてしまった地域では、医師を派遣する大学病院からの信頼を失い、病院の運営が難しくなった地域もある。

加賀市の医療を崩壊させないために
医師にとっても、すべての加賀市民にとっても、
最もよい医療提供体制の構築にご協力を！

施工事業者の決定経緯

発注方式検討ポイント

より良い品質の病院を如何に
財政的負担を少なくして建てるか



早期の建設契約・着工及び工期短縮

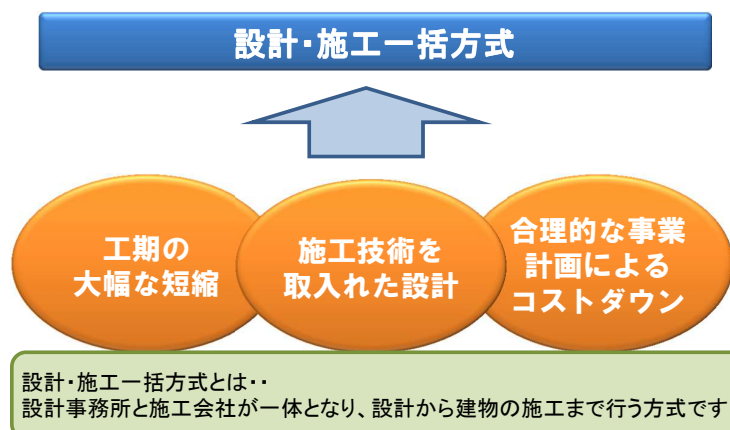
- ① 平成25年度までの着工を条件とする
地域医療再生臨時特例交付金の活用
- ② 平成25年度完成部分まで適用される再編債の活用
- ③ 平成28年3月完成部分まで適用される
合併特例債 の活用

発注方式の比較

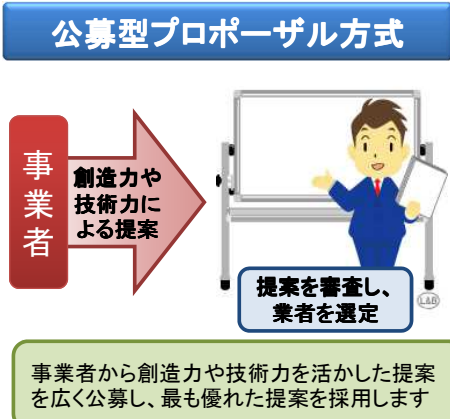
発注方式	地域医療 再生交付 金の活用	再編償 の活用	合併償 の活用	H28.4 開院	設 計 品 質 の確保	消 費 税 の 影 響	総 合 評 価	採用事例
設計・施工分離方式	△	△	△	△	○	大	△	従来の公立病院など
設計・施工分離方式 (建設会社設計支援)	△	△	○	△	○	中	○	済生会横浜市東部病院 山田赤十字病院 北里大学病院
デザインビルド方式	△	△	○	△	○	中	○	埼玉県立がんセンター 大崎市民病院 多治見市民病院 キッコーマン総合病院
設計施工一括方式 (共同設計施工)	○	○	○	○	○	小	◎	共立湊病院 藤沢市民病院 東京都立多摩総合医療センター
設計施工一括方式 (設計施工一貫)	○	○	○	○	△	小	◎	京都市立病院

発注、業者選定方式・建設スケジュール

<発注方式>



<業者選定方式>



<建設スケジュール>



統合新病院建設事業者選考委員会

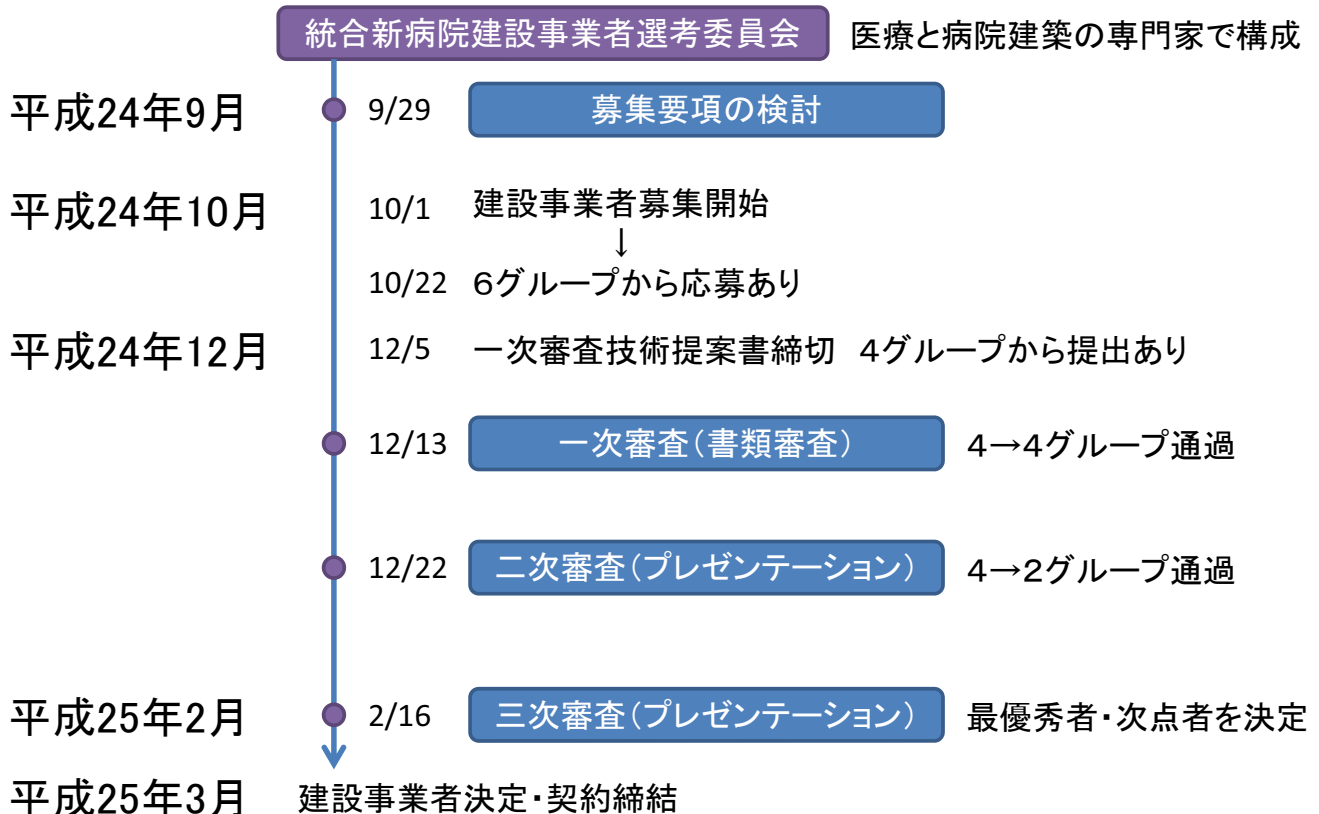
「加賀市統合新病院建設基本計画」に基づき、公募型プロポーザルにより統合新病院の建設事業者の選定を行うため、事業者の募集要件、審査基準及び要求水準の検討を行い、提案事業者を審査する

<委員>

	氏 名	所 属	職 名
委員長	徳田 弘	加賀市	副市長
	川淵 孝一	東京医科歯科大学大学院	教 授
	長澤 泰	工学院大学	副学長
	稲坂 暢	加賀市医師会	顧 問
	北村 聖	東京大学医学教育国際協力研究センター	教 授
	谷 明彦	金沢工業大学建築都市デザイン学科	教 授
	毛呂 正俊	MORO設計監理室	代 表
	小橋 一功	加賀市民病院	副院長
	吉田 政之	山中温泉医療センター	副センター長

※所属・職名は平成24年9月現在

建設事業者選考スケジュール



応募条件(必須事項抜粋)

応募者：設計業務および建設業務に当たる者がそれぞれ1者以上で構成
(300床以上の設計・建築実績が必要)

事業費：67億5千万円以内(税込み)

履行期限：平成28年3月31日まで
(平成25年度中に造成工事に着手)

建物構造：病院本体は免震構造(基礎免震)

CASBEEランク：Aランク以上

地元貢献：地元企業への下請け工事発注金額が
提案価格の10%以上

プロポーザル一次審査 評価事項

評価事項		配点
技術提案書	・本事業の取組み体制 ・建設予定地の特性を踏まえた建築計画 ・快適で機能的な空間を実現するための計画 ・安全を確保するための方策 ・ライフサイクルコストの縮減策 ・新病院に必要と思われる自由な提案	75
実施体制	・企業の設計・施工実績 ・配置予定技術者の資格・実績等	25
地元貢献度	・地元企業の活用 ・地元企業を活用したメンテナンス体制 ・地元技能士等の活用 ・加賀市との災害協定参加意思	10
提案価格		10
合 計		120

プロポーザル一次審査結果

提案番号	技術提案 (75点)	実施体制 (25点)	提案価格 (10点)	地域貢献度 (10点)	一次審査得点 (120点)
提案番号1	49.6	23.6	10.0	4.3	87.5
提案番号2	42.3	23.2	10.0	9.6	85.1
提案番号3	43.0	23.4	10.0	3.8	80.2
提案番号4	47.7	24.2	10.0	7.8	89.7

4グループが二次審査へ

プロポーザル二次審査 評価事項

評価事項			配点
プレゼンテーション ヒアリング	取組姿勢 コミュニケーション力	取組姿勢 質問に対する回答力	8
	提案内容 プレゼンテーション力	提案内容説明の実現性、 的確性、創造性	20
一次審査得点 × 0.6			72
合 計			100

プロポーザル二次審査結果

提案番号	プレゼンテーション (28点)	一次審査 得点×0.6 (72点)	二次審査得点 (100点)	
提案番号1	20.7	52.5	73.2	二次審査通過
提案番号2	9.1	51.1	60.2	
提案番号3	21.4	48.1	69.5	
提案番号4	21.6	53.8	75.4	二次審査通過

2グループが三次審査へ

プロポーザル三次 審査評価事項

評価事項			配点
全体	全体工程	・設計、建設、移転の工程の効率性	10
設計	建築計画	・各部門の所要室数 ・業務の効率化、動線の短縮化	40
	病棟計画	・患者の療養環境への配慮 ・病院スタッフの動線の短縮化	
	構造計画	・大規模災害時の医療継続 ・将来の医療変化への対応	
	設備計画	・経済性、信頼性、耐久性、メンテナンス性	
	安全計画	・医療安全や院内感染対策 ・災害時の安全確保及び診療機能維持	
施工	施工計画	・無事故、無災害対策 ・騒音・振動・粉塵等対策 ・建設廃棄物の再資源化 ・施工品質の確保の具体的な方策	40
維持管理	ライフサイクル コスト計画	・竣工後の中長期保全計画及び修繕計画 ・地元企業を生かしたメンテナンス体制	10
合 計			100

プロポーザル二次審査結果

提案番号	全体 (10点)	設計 (40点)	施工 (40点)	維持管理 (10点)	三次審査 得点 (100点)
提案番号1	8. 2	35. 6	32. 0	7. 6	83. 4
提案番号4	6. 8	20. 0	30. 0	8. 3	65. 1

最優秀者

次点者

最優秀者は、提案番号1
大林組・山下設計グループに決定

最優秀者講評(抜粋)

- ・ 全室個室であり個室差額室料徴収の有無に関わらず、同じ広さで対応できるといったフレキシビリティ
- ・ 病室内でのベッド配置が変えられるフレキシビリティ
- ・ ダブルクロス型の患者を見守りやすい病棟計画
- ・ 構造のロングスパンと全室同一モジュールの採用で、将来の改修等の変化にも十分対応できる柔軟性
- ・ 療養環境をはじめ「紡ぎのモール」など市民とのつながりを重視した設計コンセプト

最優秀者の提案概要

延床面積	: 約27,600㎡	提案価格	: 67億4940万円
階数	: 地上6階、塔屋1階	地元発注額	: 11億4740万円
構造種別	: RC造(基礎免震)	病室計画	: 全室個室(HCU除く)
CASBEEランク	: Sランク	駐車台数	: 607台(患者用)



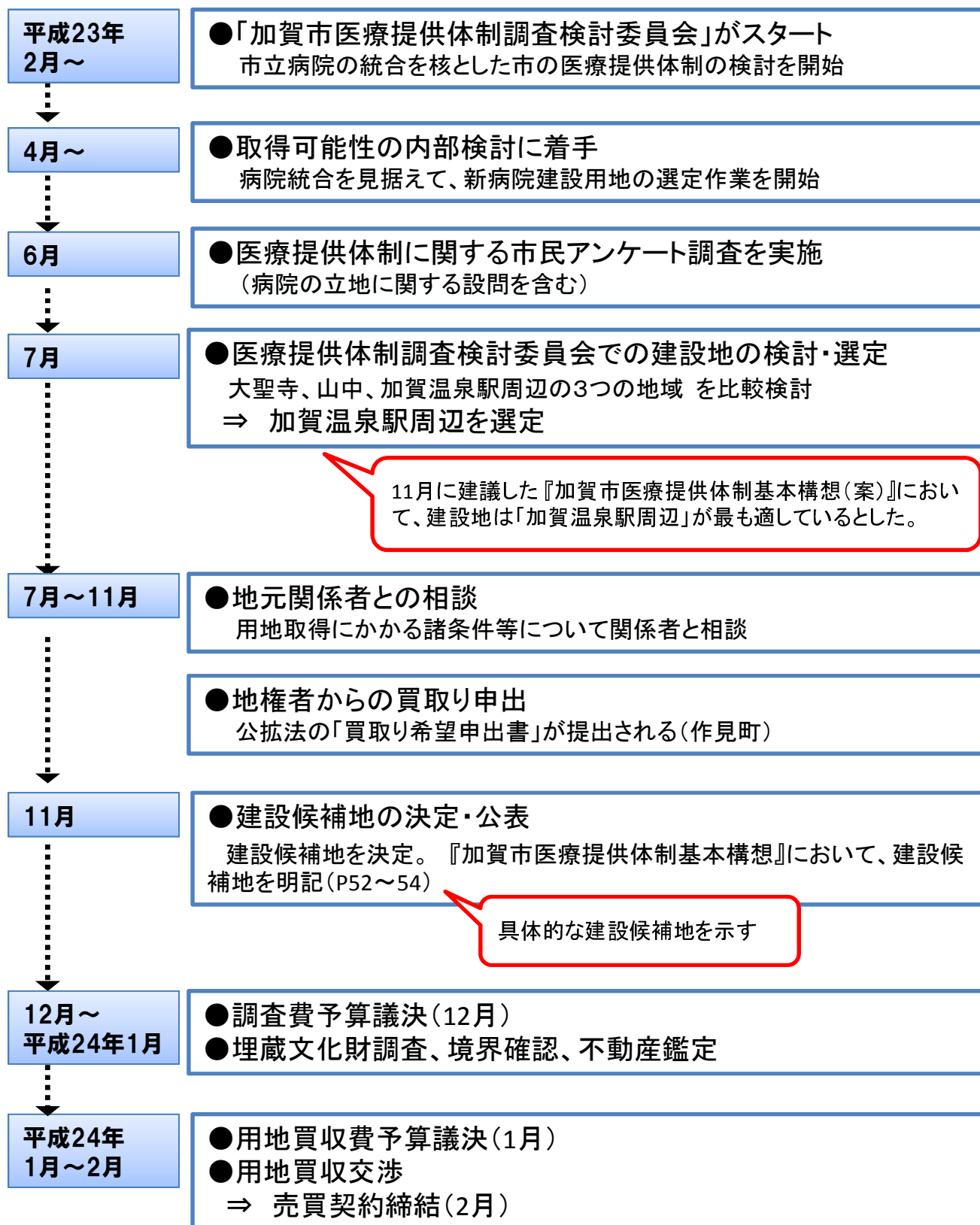
▲加賀温泉駅側から見た外観イメージ

最優秀者の提案概要



▲南側から見た鳥瞰イメージ

新病院建設地の決定の経緯(概要)



統合新病院建設地選定の経緯について

1. 取得可能性の検討

〔前提条件(現病院以外の場所で建設する場合)〕

- ① 市民(マイカー利用者、公共交通利用者のいずれを問わず。)にとって交通の便利な場所であること。
- ② 病院利用者や救急利用者の多くが、高齢者や子どもであること(今後この傾向はより顕著になる。)から、市内各地からの公共交通ネットワーク形成に適切な場所であること。
- ③ こうした場所での立地が、病院経営にとっても重要なポイントであること。



加賀温泉駅周辺において、検討の対象となる土地をピックアップ

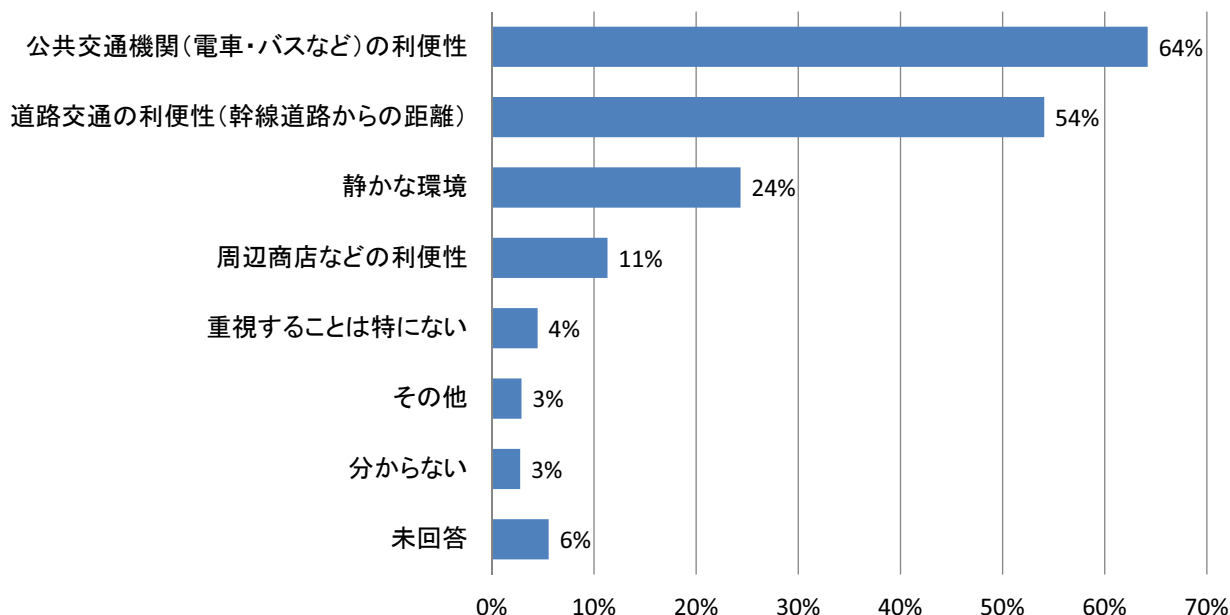
- ① 想定する病院規模(小松市民病院、公立松任石川中央病院を参考)から、必要な面積は5万㎡程度であること。
- ② 活用する財源(国交付金、再編債、合併特例債)の縛りから平成25年度中に着工する必要があり、その期限内に取得可能なこと。
- ③ 統合新病院の総事業費内において取得可能なこと。

2. 統合新病院の建設地の選定

「医療提供体制に関する市民アンケート調査」(H23.6実施)から抜粋

立地条件として特に重視することは何ですか？

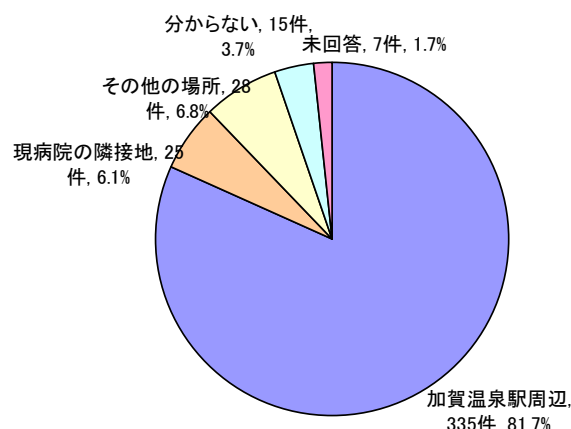
公共交通機関の利便性がトップ(64%)



新病院の建設地はどこが適しているとお考えですか？

(『統合して新病院を建設すべき』と回答と回答した方のみ回答)

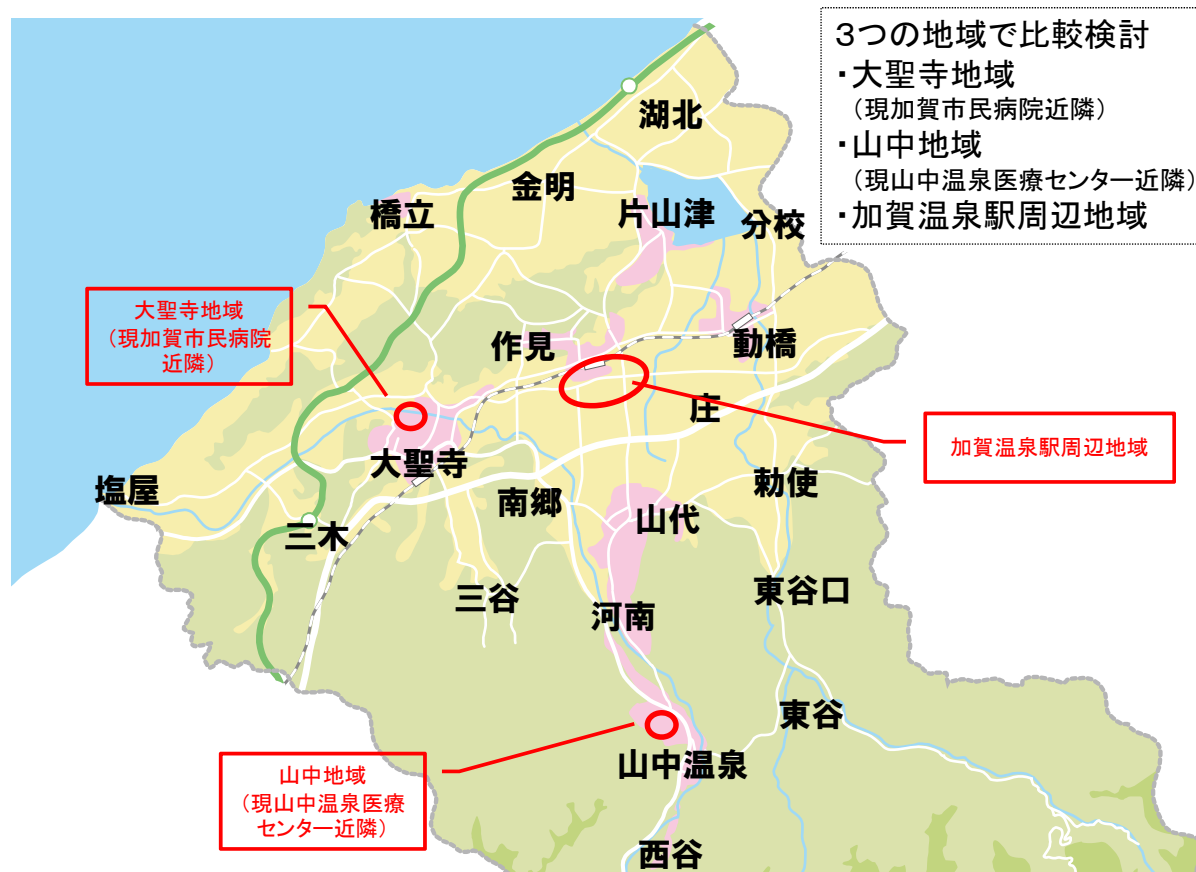
加賀温泉駅周辺がトップ(81.7%)



〔その他〕

- ・ 温泉は利用した方がよい。交通、緑、広い面積(市民病院は狭い)。
- ・ 道路があまり混雑しない動橋分校周辺。
- ・ 山中温泉医療センターの前の土地。
- ・ ジャスコ周辺で8号線に近い所、また、8号線より大聖寺側のこころ病院に近い田園地内、大聖寺駅にも近い。
- ・ 加賀温泉駅は確かに良いが、地価の面でもう少しずらして地価の安いところが良いと思います。多くの人は利便さを求めますが、考えものです。
- ・ 三谷地区(田んぼ)。
- ・ ジャスコ周辺(山中地区からも来やすい)。
- ・ 片山津バイパス山。
- ・ 作見観音山、小塩辻工業団地、石川病院横隣接地空地。
- ・ 大聖寺、北日本染工跡地。

加賀市医療提供体制調査検討委員会において検討



I. 災害時の対応

地震・洪水の危険地帯でないこと

II. 市内全地域からの利便性

地域交通のアクセス・道路網のアクセス

III. 救急対応範囲

市内全地域から統合新病院へ救急車が
20分で到達

総合的に
評価

■ 建設地は JR加賀温泉駅周辺

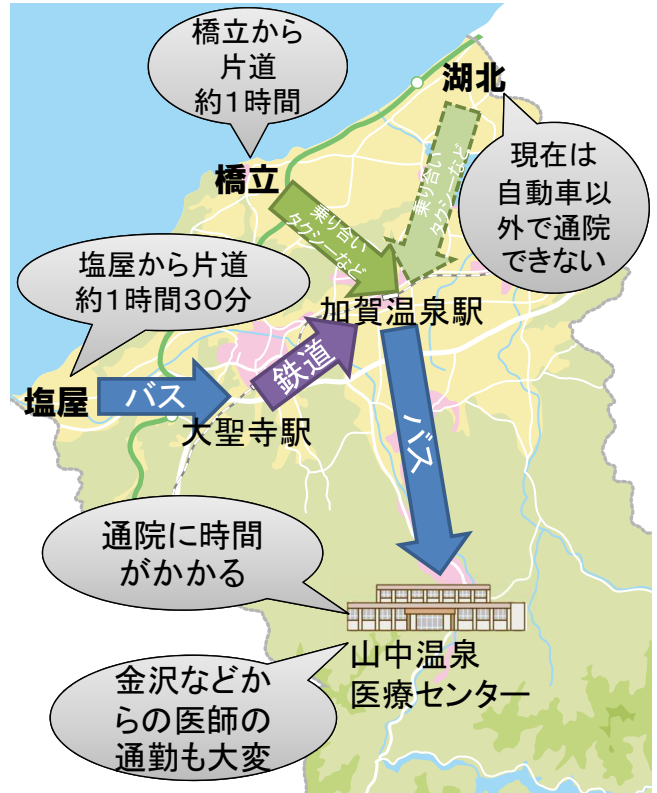


加賀市民病院近隣では



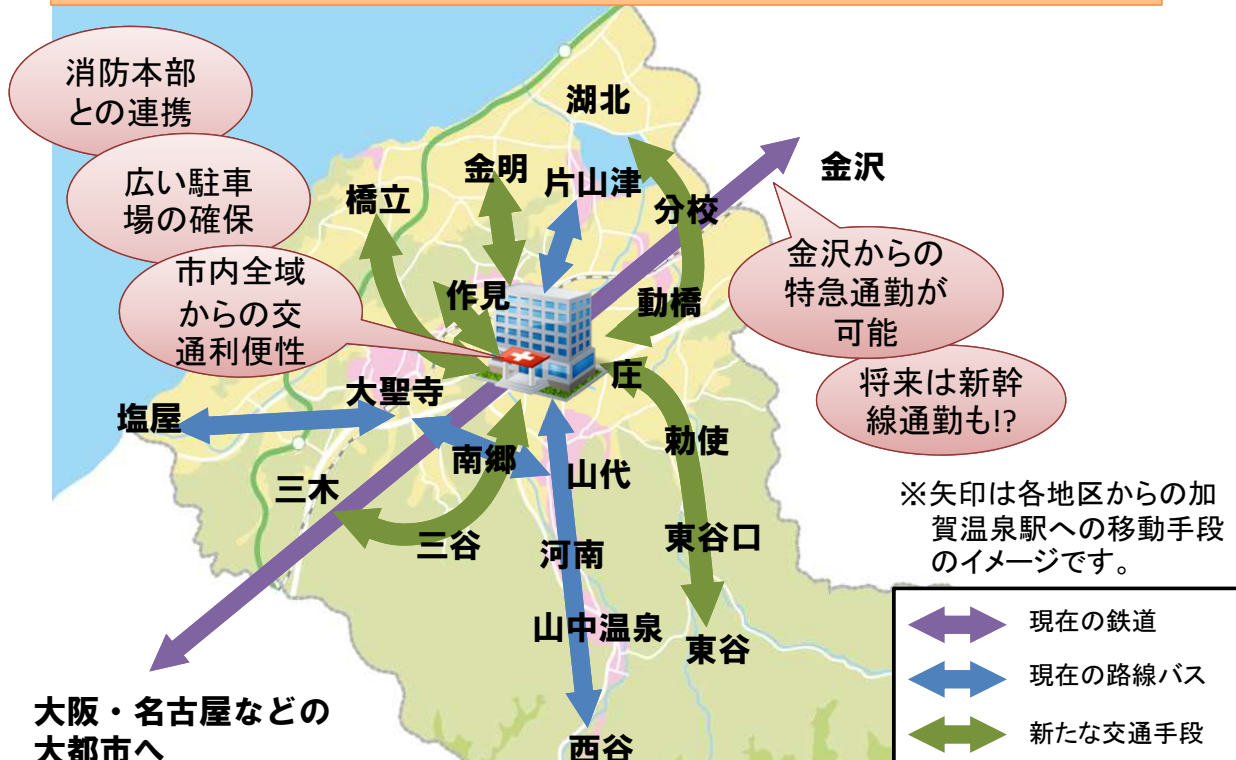
地図出典:「電子国土」URL <http://cyberjapan.jp/>

山中温泉医療センター近隣では



加賀温泉駅付近の交通

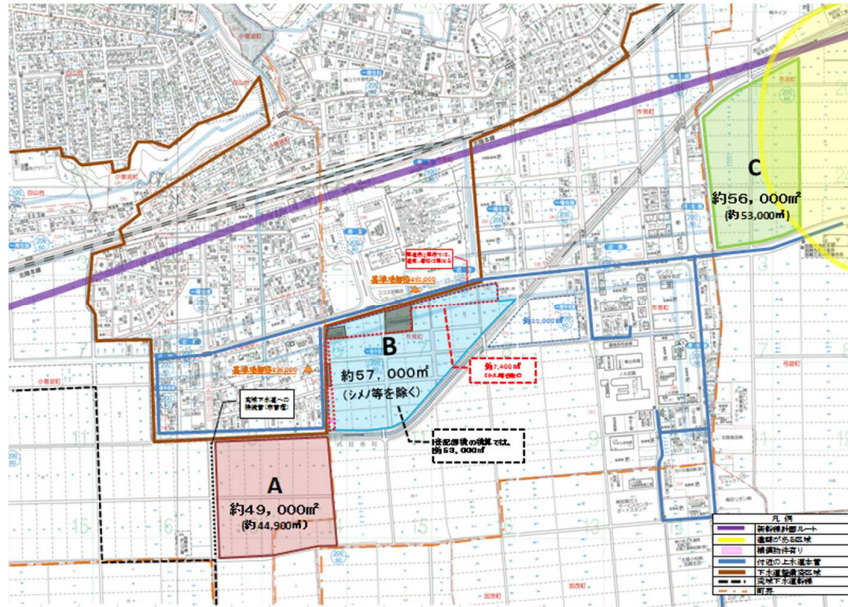
市内全域から新病院への交通手段を確保するため、
新たな交通体系を平成28年4月までに整備する予定。



3. 地元関係者との相談

各町の代表者と用地取得にかかる条件等について相談

各町の反応等を考慮し、3箇所に絞り込み



4. 候補地の決定・公表

I. 期限内に取得可能

- 地権者の協力(土地管理組合が窓口)
- 農地転用が比較的短期間で可能(用途地域内)
- 埋蔵文化財出土の可能性が低い

II. 事業費

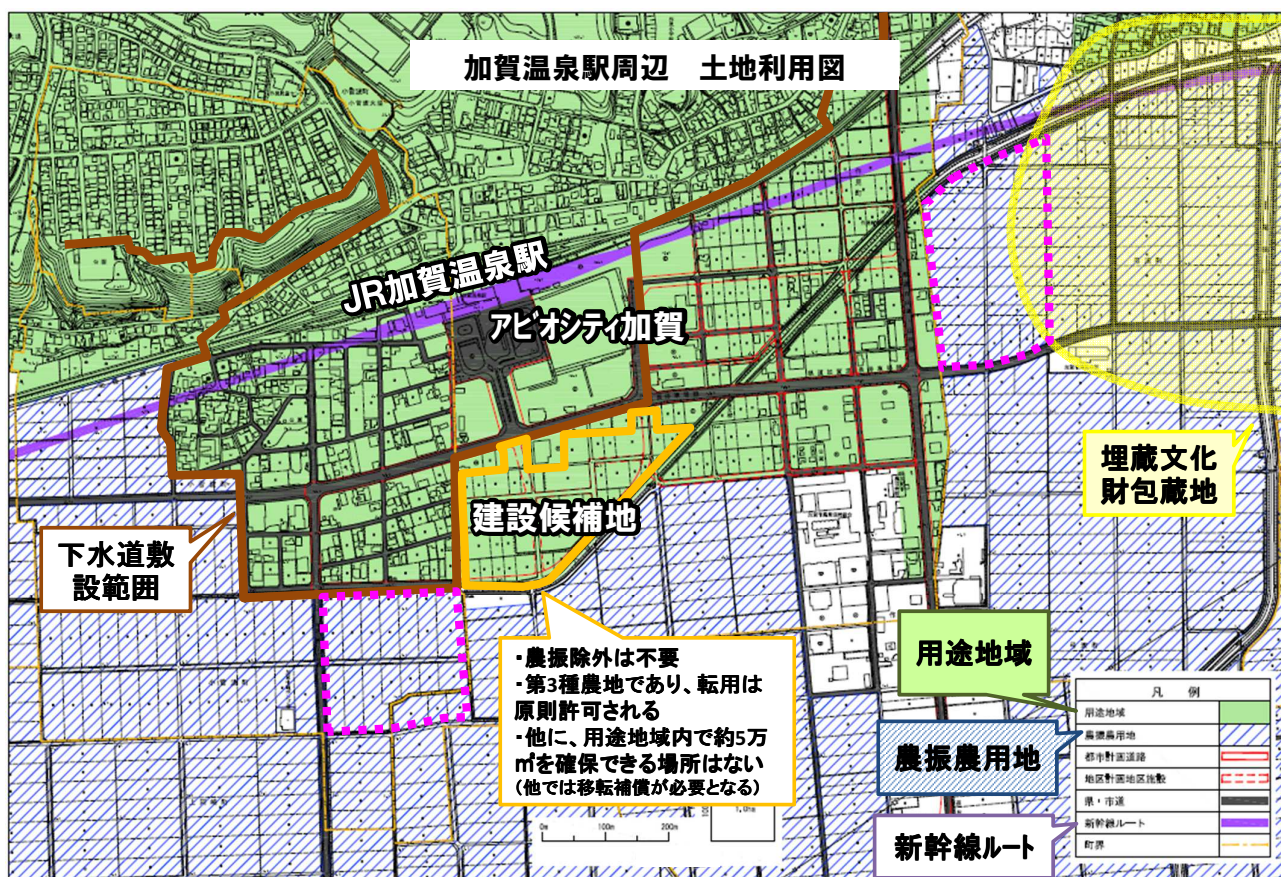
- 単価は比較的高いが、道路、下水道等のインフラ整備を加味すると周辺の他の土地と遜色ない

III. 交通

- 加賀温泉駅から徒歩圏内
- 温泉駅発着の路線バスの乗り入れのしやすさ

総合的に
判断

■ 建設候補地 JR加賀温泉駅前（作見町地内）



候補地の比較検討表(ポイント)

区域番号		A		B		C	
基本情報	所在地(町)	小菅波町 作見町		作見町		弓波町	
	用途地域、規制等	△	農振農用地	◎	用途地域内	△	農振農用地
	加賀温泉駅からの距離	○	600m	◎	300m	△	900m
	地権者数、筆数	◎	18名 / 34筆	△	38名 / 77筆	○	28名 / 43筆
	地権者死亡の有無等 (相続登記の未済状況)	○	1名(2筆)	△	2名(5筆)	○	1名(1筆)
用地取得費等	区域面積	○	約50,000㎡	○	約52000㎡	○	約56,000㎡
	(買収対象面積)		約45,000㎡		約47,500㎡		約52,000㎡
	用地取得費概算 (㎡単価)	◎	6.8億円 (15,100円/㎡)	△	11.6億円 (①54,050円/㎡) (②23,000円/㎡)	◎	7.2億円 (13,600円/㎡)
路線バスの乗り入れ		△	どの方面からの路線も、ルートが取りにくい。	◎	温泉駅を発着するバスは、どの方面の路線でも出入りしやすい。	○	どの方面の路線のルートにも近接している。
埋蔵文化財発掘調査のリスク		○		◎	シムドラッグの場所は調査済み(埋文なし)	△	埋文包蔵地
造成費・インフラ整備費・その他概算		△	12億円	◎	6.5億円	○	12億円
用地・造成・補償・インフラ整備費等計 (充当の可能性のある補助金等)		○	18.8億円 約3億円	○	18.1億円 約0.1億円	○	19.2億円 約2.7億円
選考のポイント		△	・自動車での山中方面からのアクセスは最適 ・買収費は、作見に比べれば抑えられる	◎	・交通弱者への対応が最適 ・農振除外の必要がない(期間的なメリット) ・埋蔵文化財が出土する可能性が少ない。 (期間的なリスクがない) ・地元の協力体制 ・インフラ整備への投資を最小限にとどめられる ＝結果、用地に係る費用は他の2つと遜色ないレベル	○	・地元の協力体制 ・買収費が抑えられる

運営形態一覧表

資料⑨

公的

民間

運営主体	地方公営企業法 （一部適用）	地方公営企業法 （全部適用）	地方独立行政法人 （非公務員型）	指定管理者制度	P F I	民間譲渡
定義	・公共的サービスを経済性にに基づき効率的に提供する手段であり、独立採算を原則とし、特別会計を通じて長期的にも受益と負担の関係を明確にした事業運営が図られる	・公共的サービスを経済性にに基づき効率的に提供する手段であり、独立採算を原則とし、特別会計を通じて長期的にも受益と負担の関係を明確にした事業運営が図られる ・条例の定めにより、地方公営企業法の組織に関する規定及び職員の身分の取り扱いに関する規定も含めてすべての規定を適用する	・住民の生活や地域社会の安定などの公共上の見地から確実に実施される必要がある事務・事業であって、地方公共団体が自ら主体となって直接実施する必要はないが、民間の主体では確実な実施が確保できないおそれがあるものを効率的・効果的に行わせるために地方公共団体が設立する法人	・普通地方公共団体は、公の施設（住民の福祉をもってその利用に供するための施設）の設置の目的を効果的に達成するためには、条例のの定めるところにより、当該公の施設の管理を行わせることができる。	・民間の資金、経営能力及び技術的能力を活用した公共施設等の整備（公共施設等の建設、改修、維持管理、もしくは運営又はこれらに関する企画）の促進を図るための措置を講ずること等により、効率的かつ効果的に社会資本を整備するとともに、国民に対する低廉かつ良好なサービスの提供を確保する。	
根拠法令	・地方公営企業法（財務のみ）	・地方公営企業法	・地方独立行政法人法	・地方自治法	・民間資金等の活用による公共施設等の整備等の促進に関する法律（P F I 法）	
施設の開設者	・地方公共団体（市長）	・地方公共団体（市長）	・地方公共団体（市長）	・地方公共団体（市長）	・運営方法により異なる	・民間法人
経営責任者	・市長	・管理者 ・管理者は市長が任命	・独立行政法人（理事長） ・理事長は市長が任命	・指定管理者 （地方公共団体の議会の決議により決められる）	・運営方法により異なる	・民間法人
中期目標等	・義務付けなし	・義務付けなし	・中期目標は市長が作成し議決が必要 ・中期計画は法人側が作成し市長の認可、議会の承認が必要	・義務付けなし	・義務付けなし	・義務付けなし
評価制度	・なし（議会によるチェック）	・なし（議会によるチェック）	・評価委員会の設置（自治体側）	・義務付けなし	・義務付けなし	・義務付けなし
財源措置	・行政的経費及び不採算経費を開設者が負担	・行政的経費及び不採算経費を開設者が負担	・行政的経費及び不採算経費を開設者が負担	・規定なし（指定管理者と協議の上交付しているケースが多い）	・運営方法により異なる	・規定なし
職員	・地方公務員（自治体職員） ・市長が任命 ・定数は条例で規定	・地方公務員（企業職員） ・管理者が任命 ・定数は条例で規定	・非公務員 ・理事長が任命 ・定数は中期計画の範囲内で弾力的に運用	・非公務員 ・指定管理者の代表者が任命 ・定数の規定なし（指定管理者内で管理）	・運営方法により異なる	・非公務員 ・民間法人の代表者が任命 ・定数の規定なし（法人内で管理）
予算	・市長が原案作成、調製 ・議決必要	・管理者が原案作成 ・市長が調製 ・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	・運営方法により異なる	・民間法人が編成 ・議決不要
実施病院 【出所】 自治体病院経営ハンドブック（平成22年）	・箕面市立病院 ・坂出市民病院（香川） ・中津市民病院（大分）	・川崎市立川崎病院 ・埼玉県立病院 （平成21年3月時点：129事業286病院）	・北松中央病院（長崎） ・県立こども病院（宮城） （平成21年3月時点：9法人15病院）	・市立奈良病院 （運営：地域医療振興協会） ・名寄市（運営：医師会） ・横浜市立港湾病院 （運営：日本赤十字社） （平成21年3月時点：53事業54病院）	・八尾市立病院（維持管理、医療関連サービス業務） ・高知医療センター（施設整備、維持管理、医療関連サービス業務）	・吉備病院（岡山市） →済生会 ・成人病センター多良見病院（長崎県） →日本赤十字社 （平成21年3月時点：16事業20病院）
メリット	・公共の立場から運営するため、地域住民にとって必要であれば不採算部門でも実施できる。	・権限と責任の所在が明確になり、予算や人事などの独立した権限を病院事業管理者が持つ	・透明性が高く、責任の所在が明確な法人運営により、効率的、効果的に行政サービスを提供可能である ・職員が公務員ではないため、人員配置や賃金体制等の柔軟性が高い	・民間企業の優れた管理手法を用いての経営となる ・費用や作業が少なくてすむ。他会計負担金など資金面の負担はない	・運営等の簡素化 ・自治体財政の弾力性向上 ・施設建設の工期短縮 ・施設建設資金の平滑化	・地域における医療サービスの継続性は維持しつつ、自治体との関係が喪失
デメリット （問題点）	・役所仕事になりがちで経営改善をしようという意識が希薄になりやすい。 ・公務員の給与体系となり、人件費が高くなるほか、会計負担金が必要である。 ・建築費、委託費、保守管理費などが高くなる傾向がある。	・管理者に権限を与え自由に経営をやらせる代わりに、成果が求められる ・組合対策が必要 ・強力な経営力がなければ一部適用と事実上変わらない	・市から分離した場合の財産処分の条件が難しい ・管理者の人事裁量権が高い	・人員配置や職員陣容、事業戦略について関与できない ・利益を優先するため、不採算部門は整備されない	・契約までの手続きに時間がかかる ・単年度予算との整合が必要となる ・比較的大型な案件に限定される可能性がある	・周辺住民や議会、職員、組合などのステークホルダーとの合意形成が必要である

市民の意見分類表

資料⑩

主な意見	規模及び医療機能に関する事項	経営に関する事項	建設に関する事項	その他(経営以外を含む)
	(1) 病床数について	(4) 運営形態	(8) 建設予定地	(11) 市民説明
	●医師が足りないのはベッド数が多すぎるのか。 ●病床数が少ない。 ・団塊の世代の入院患者に対応できない。 ・救急を断らない分の増加がある。 ・冬期間は不足する。 ・観光人口も考慮すべき。 ・現状よりも少ない。 ●300床では赤字になるのでは。	●なぜ公設公営なのか。 ・医療センター職員を公務員にすることは、時代に逆行していないか。 ・全部適用でも自由度、独創性は低下する。 ●指定管理では利益追求の病院になってしまう。 ●職員を採用する場合、うまく機能するのか。 ・希望者全員を採用するのか。	●土地の広さは十分なのか。 ●用地購入費が高い ・なぜ、地価の高い駅前なのか。 ・もっと安いところでもいいのでは。 ●市の都市計画道路建設の支障にならないのか。 ●交通量が多いためアクセスが悪い ・大型店があり、道路が混んでいる。 ・新幹線が出来ればもっと渋滞がおきる。	●建設決定までの期間が短い。 ・もう少し時間をかけ、市民の意見を聴くべき。 ●市民アンケートの対象数が少ない。 ●費用削減の努力が見受けられない。 ・用地や現病院の改修などの検討を行ったのか。 ●メリットばかりでデメリットの説明がない。
	(2) 医師数	(5) 経営	(9) 建設費	(12) 交通
	●医師、看護師は予定どおり確保できるのか。 ●当直医2人体制で救急の問題は解決するのか。 ●早急にエキスパート医師の確保をすべき。 ●現在は医師の交代が激しいが、新病院は大丈夫か。	●2026年以降の見込みはどうか。 ・患者のピークが2025年、ローンは2045年まである。 ・人口減により市の収入、病院の売り上げ(患者数)も減るが、ローンはそのまま返済はどうなる。 ●入院患者が81%を切った場合はどうなるのか。 ●急性期では高い稼働率を維持できないのではなか。 ●黒字化する要因分析なにか。 ●医師の数によるシミュレーションを示せ。 ●市の財政シミュレーションはどうなっているのか。	●初期投資費用が高い。 ・国、市とも借金を増やしてはいけない。 ●人口減により市債の返済に不安を感じる。 ●合併特例債をほとんど使ってしまう。 ・新幹線関連や跡地事業に予算の裏付けがない。 ●両病院の耐震化のほうが安い。	●主要道路が混む。 ・裏道の整備も必要ではないか。 ●道路アクセスの見直しすべき。 ・将来の道路形態も想定すべき。 ・出入り口が一本しかない。 ●交通体系プラン教えてほしい。 ・路線バスを増やしてほしい。 ・無料バスを用意してほしい。 ・病院までの交通アクセスが心配だ。
	(3) 医療提供体制	(6) 個室	(10) 施工業者	(13) その他
	●救急医療に重点をおきすぎでは。 ・初期の外来について、本当に全部診てもらえるのか。 ・末期患者の在宅に近い医療体制も考慮してほしい。 ・軽症や慢性的な病気は開業医にまわされるのか。 ・市の維持期、慢性期を受け持つ病院等への連携体制は、どう考えているのか。 ・高齢化が進むに連れて地域医療が必要。 ●先進医療の取り組み。 ・普通の病院に終止するのか。 ●新病院の役割について。 ・一体どういうときにこの病院にかかるべきか。 ・二つの病院の負債+100億円を投資して、300床の普通の病院にしか見えない。 ・山中医療センターの療養病棟は、どこに受け入れてくれるのか。 ●土曜日休診では会社員はいけない。もっと、行きやすい病院でないと利用者は増えない。	●無料の個室と有料の個室ができてしまう。 ●個室で採算性はとれるのか。 ●部屋代が高い。	●なぜ設計施工一括方式や公募型プロポーザル方式なのか。あわてて業者に発注しようとしたのか。 ●市内業者をもっと活用すべき。	●新病院建設以外の他の方法はないのか。 ●今の救急搬送の状況と全く差異がない。 ●スタッフ教育の充実が必要。 ●加賀市としてのオリジナリティがない。 ●防災についての対応はどうか。
	●跡地利用も並行して議論すべき。	(7) 人件費 ●職員は削減しないのか。 ・医師以外の職員数が多い。 ・必要以上の人員に費用がかかる。 ●両病院職員全てで300床の病院を運営するのか。 ・経営シミュレーションと矛盾していないか。 ・職員数が明らかにされていない。 ●ランニングコスト(特に人件費)を検討すべき。		

上記は、以下の説明会、パブリックコメントにより市民からいただいた意見です。

医療提供体制基本構想市民説明会（H23.7～H23.8）、基本構想パブリックコメント（H23.10～H23.11）、統合新病院建設基本計画市民説明会（H24.10）、基本計画パブリックコメント（H24.7～H24.8）、統合新病院基本設計市民説明会（H25.7）

意見整理票（１）

意見	規模及び医療機能に関する事項
	病床数について
	●医師が足りないのはベッド数が多すぎるのか。 ●病床数が少ない。 ・団塊の世代の入院患者に対応できない。 ・救急を断らない分の増加がある。 ・冬期間は不足する。 ・観光人口も考慮すべき。 ・現状よりも少ない。 ●300床では赤字になるのでは。
回答・対応	・諸外国と比較して日本の医療機関のベッド数は、医師数に対して非常に多いというデータが示されており、そのなかでも本市は全国や石川県の平均と比較してベッド数が非常に多い地域です。統合新病院を中心とした新しい医療提供体制により、市外搬送されている中等症、軽症の患者を市内で対応することを目指しています。 ・市立2病院の一般病床は合計385床（うち回復期リハビリテーション病棟は82床）、療養病床は合計40床、全部で425床あります。基本構想では病床数は一般病床300床（うち回復期リハビリテーション病棟50床）を基本とし、療養病床は原則設けないこととしています。 人口の将来推計を考えると、市の総人口は減少する見込みであります。高齢化率は増加するため、入院患者数については、現在と同程度で推移する見込みです。300床という病床数は、既存の医療機関と連携したうえで、急性期医療に特化した高機能病院とすれば、300床でも需要に応えることが十分可能です。 基本構想では、患者が出来る限り地域で暮らせるように、急性期、回復期、慢性期、その後の生活、末期ケアまでを、病院だけでなく、在宅医療、保健事業、介護サービスなどと併せて包括的に提供する体制を整備することとしており、今後はより入院期間が短くなり、必要病床数も少なくなると見込んでいます。 必要以上の病床数を整備したことで、医師、看護師を確保できずに病床を閉鎖しなければならない事例もあり、また職員を確保できたとしても、入院患者がおらず病床稼働率を悪化させ、病院の経営に支障がでることも考えられます。 ・2つの病院をあわせた加賀市病院事業会計の決算では平成22年度は純損失359,100千円となっており赤字となっておりますが、減価償却費（実際には支出を伴わない費用）を除くと64,513千円の実質黒字となっており、内部留保金（貯金）も増額しております。平成20年度から3年連続の実質黒字であり、経営状態は悪くありません。 統合新病院の経営シミュレーションについてはこの内部留保金の残高（いわゆるキャッシュフロー）に注目し運営可能かどうかの判断をしています。

意見整理票（２）

意見	規模及び医療機能に関する事項
	医師数
	●医師、看護師は予定どおり確保できるのか。 ●当直医２人体制で救急の問題は解決するのか。 ●早急にエキスパート医師の確保をすべき。 ●現在は医師の交代が激しいが、新病院は大丈夫か。
回答・対応	・市立２病院を統合し新病院を建設することにより、医師を中心とした人的資源を集約することができます。このことにより、休日及び夜間の救急医療体制としては内科系及び外科系の医師による２人当直体制の実現や、主要診療科に複数の医師を配置するなど、医師の労働環境の改善を行い、医師の招聘を行います。 基本構想では２人当直体制や主要診療科複数医師配置を実現するために最低必要な医師数を４３人以上と想定していますが、現２病院の常勤医師数が３９名であり、統合新病院の建設で４名以上の増加は十分に可能だと考えており、現段階においても出来る限りの医師確保に努めているところです。 ・医師が勤務したくない病院の理由として、当直を１人で行う体制が挙げられています。現在、２か所の病院に分散している当直医を１か所に集約することで、受入れ医師の負担軽減となり、受け入れ患者を２人の医師で相談して対応することも可能になり、救急の受入れ体制の強化が図られると考えております。 ・統合新病院では、医師をはじめとした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の整備を考えています。 ・統合新病院ではスキルアップできる環境を整備するほか、医師が疲弊しない体制や仕組みの構築など、医師に働き続けたいと思われる病院になるよう取り組みます。

意見整理票（３）-1

	規模及び医療機能に関する事項
	医療提供体制
意見	●救急医療に重点をおきすぎでは。 ・初期の外来について、本当に全部診てもらえるのか。 ・末期患者の在宅に近い医療体制も考慮してほしい。 ・軽症や慢性的な病気は開業医にまわされるのか。 ・市の維持期、慢性期を受け持つ病院等への連携体制は、どう考えているのか。 ・高齢化が進むに連れて地域医療が必要。 ●新病院の役割について。 ・一体どういうときにこの病院にかかるべきか。 ・二つの病院の負債+100億円を投資して、300床の普通の病院にしか見えない。 ・山中医療センターの療養病棟は、どこに受け入れてくれるのか。 ●先進医療の取り組み。 ・普通の病院に終止するのか。 ●土曜日休診では会社員はいけない。もっと、行きやすい病院でないと利用者は増えない。 ●跡地はうまく使えるのか。
回答・対応（１）	・初期の外来診療は地域のかかりつけ医へ受診していただき、精密検査や入院治療が必要な場合は病院に受診していただくというように、診療所と病院の使い分けをしていただきたいと考えております。 ・市が（患者に）受診する医療機関を指定するようなことはできませんので、患者の希望に反して診療所に回されるようなことはありません。ただし統合新病院は救急医療や入院治療を中心とした急性期医療に医師や看護師を集中するため、症状によっては診療所での受診をお勧めする場合がありますのでご協力をお願いします。診療所への変更をお願いする場合には紹介状により円滑に診療所での診察に移れるよう連携して対応します。 ・加賀市医師会の開業医の先生方も新しい病院が出来た場合、それを支えていくという気持ちをずいぶん持っていると思います。医師会も一緒にやらないといけないと思いますので、医師会と新しい病院との連携は非常に大事だと思います。回復期、維持期、その後の状態においても医師会も参加しないといけないと思います。急性期から慢性期に移る時に、おそらく新しい病院では慢性期の病床は足りなくなると思います。それに対して、慢性期を持っている病院と密に連携をとらないといけないということで、現在、慢性期を持っている病院と山中温泉医療センター、加賀市民病院で話し合っており、どのようにしていくかを詰めているところです。基本的には患者さんが安心して移れるということであり、慢性期の病院に移った後に何かあった場合、若しくは、また急性期の状態になった場合すぐに戻れることが必要ですので、絶えず連携をとり話し合いが出来るような体制を確保していきたいと思っています。 在宅介護については、開業医の先生に負担がかかると思います。ですから、現在も開業医の先生と連携をとっていますが、今後の病院連携に関しては、さらに医師会と詳しくいろんな状態をシミュレートしながら、どのような連携が良いかを話し合っていく必要があります。基本的には在宅の連携先として急性期には病院があると、いつでも何かあれば病院に来てくださいという体制、それと在宅を担当している医師に何かあれば病院がバックアップ出来る体制をとれないかということで、話し合いを進めているところです。

意見整理票（３）－２

回答 ・ 対応 (2)	・市が設置する公立病院は、救急医療などの不採算医療や入院が必要となる二次医療を中心とします。 初期の外来診療は地域のかかりつけ医へ受診していただき、精密検査や入院治療が必要な場合は病院に受診していただくというように、診療所と病院の使い分けをしていただきたいと考えております。 - また統合新病院では、介護サービスとの連携を強化し、地域医療連携室や新病院内に併設される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、退院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。 ・調査検討委員会での議論の中では、先進医療が必要という意見は出ておりません。先進医療とは、保険診療の適用されない先端医療を用いた療養のことで、ロボット手術や高額な医療機器を用いた手術、生体肝移植などの医療行為をいいます。 ・統合新病院は救急医療や入院治療を中心とした急性期医療に医師や看護師を集中するため、外来診療は平日の午前中のみとします。市内の診療所の多くは午後や夕方、土曜日の診療を行っており、診療所と役割分担で対応できると考えています。 ・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・建物であるため、建物を壊してそのままにするようなことはありません。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、市民の意見も伺いながら、活用方法を考えていきます。 - 具体的な活用方法が決定することで、取り壊し費用を含めて、国庫補助金や有利な市債の活用などの財源の活用も考えられるため、活用方法と財源については同時に検討していくこととなります。
--------------------------------	--

意見整理票（４）

意見	経営に関する事項
	運営形態
	●なぜ公設公営なのか。 ・医療センター職員を公務員にすることは、時代に逆行していないか。 ・全部適用でも自由度、独創性は低下する。 ●指定管理では利益追求の病院になってしまう。 ●職員を採用する場合、うまく機能するのか。 ・希望者全員を採用するのか。
回答・対応	・統合新病院の運営形態は民間事業者への指定管理ではなく、民間的な運営を取り入れながらも市が責任をもって運営する「地方公営企業法・全部適用」とする予定です。 ・今回、市直営の加賀市民病院と、指定管理により運営する山中温泉医療センターの統合であることから、組織の統合や医療スタッフの雇用などを考慮すれば、「地方公営企業法・全部適用」が、限られた期間で円滑な統合を行うために最も良い手法と考えております。 - ただし、統合後の経営・運営状況を確認した上で、「地方独立行政法人（非公務員型）」及び「指定管理者制度の導入」についても検討することとしています。 ・統合新病院で現在の職員が勤務していただけるかどうかについては、個々の希望を確認しておりませんが、統合新病院において継続して勤務していただきたいと考えております。統合により組織が変更になることで、勤務形態が変更になる方は出ると思われませんが、現職員の雇用については確保する考えです。

意見整理票（５）

意見	経営に関する事項
	経営
	●2026年以降の見込みはどうか。 ・患者のピークが2025年、ローンは2045年までである。人口減により市の収入、病院の売り上げ（患者数）も減るが、ローンはそのままで返済はどうなる。 ●入院患者が81%を切った場合はどうなるのか。 ●急性期では高い稼働率を維持できないのではないか。 ●黒字化する要因分析なのか。 ●医師の数によるシミュレーションを示せ。 ●市の財政シミュレーションはどうなっているのか。
回答 ・ 対応	・加賀市では2025年(H37)まで高齢者人口が増えることから、入院患者の見込みは2025年(H37)に2010年比11.4%の増をピークに2035年(H57)において2010年比2.9%の増まで減少します。建設費の返済が続く2035年(H57)までは患者数は減らない見込みです。また、2025年(H37)頃には現病院の建設費の返済がほぼ終わることから毎年の返済額は2010年実績と比べても少なくなる見込みであり十分に返済可能と見込んでいます。 ・人口推計に基づく疾患別患者数を推計しております（基本構想11ページ）。2025年（平成37年）には高齢者の増加により高齢者に多い呼吸器疾患や循環器疾患が増える見込みです。全体として患者数は2010年比で11.4%増の見込みです。その後人口減少とともに減少し始め2035年(平成47年)には2010年比で2.9%増の状態まで戻ります。2025年のピークには患者数が増えますが、入院期間の平均は医療技術の発達により日数が短縮する傾向にあり、2010年の患者数を大きく超えることはない見込みです。 シミュレーションにおける病床稼働率81%は、統合新病院を運営できる最低の稼働率であり、それを下回った場合は当分の間黒字化は望めず経営継続が困難となり、病棟の閉鎖やそれにあった職員配置などの経営改善も考える必要が出てくるかもしれませんが、現在の2病院の患者数が継続すれば、十分に達成できる見込みです。 ・稼働率については、統合新病院が運営可能かどうかを確認するため、経営シミュレーションを行ったものであり、経営状況よりも市民の医療が確保されることが優先され则认为しております。 ・経営シミュレーションにおける病床稼働率は、加賀市で発生する患者数の見込みから設定した稼働率であり十分現実的な値であると考えています。何らかの原因で患者が少なくなり稼働率が低下した場合のシミュレーションもあわせてお示ししています。 ・統合新病院建設により黒字化に寄与する主な要因としては、医師不足により現在は市外に流出している手術需要にも応えることができるようになり手術収入が増えること（入院単価のアップ）、また、病床数の適正化により病床稼働率が向上し、収入に対する職員費等の費用の割合が改善することなど考えられます。 ・治療等による収入（医業収入）のほとんどは診療報酬であり、患者あたりの医療行為に基づいて計算されるものです。統合新病院は急性期の入院治療を中心に行う病院であり、250床を基本とする一般病床（回復期リハビリテーション病棟を除く）の入院患者の手術や入院費が収入の大部分を占めます。入院患者数によって収入がほぼ決まりますので、シミュレーションでは病床数に対する稼働率をもとに計算を行っています。診療科や患者数によっても医師一人あたりの収益は異なるため、単純な医師数によるシミュレーションでは適切な採算見通しは難しいものです。 ・市の将来的な財政の見通しを示すものとして、「加賀市中期財政計画」が定められております。この計画は、平成24年度から平成28年度までの5年間を計画期間とするもので、統合新病院建設に伴う財政負担も踏まえ、平成23年9月に見直しを行ったものです。市のホームページに掲載されておりますので、こちらをご覧ください。

意見整理票（６）

意見	経営に関する事項
	個室
	●無料の個室と有料の個室ができてしまう。 ●個室で採算性はとれるのか。 ●部屋代が高い。
回答・対応	・有料個室を設置出来る割合については、3割という制限がルールとしてありますので、もし3割を超える個室が統合新病院に出来れば、有料の個室と無料の個室が出来ます。その中で、例えば、今月は無料に入院し、途中で有料に切り替わるということは、全国の病院を見てもあまりありません。全床個室の民間病院の事例で言いますと、有料と無料の個室がある中で、無料個室に入院すればずっと無料個室ですし、最初、有料個室に入院しても無料個室を希望し、空室があれば、無料個室に変わるというケースはあります。ただ、運用の面でどのようにしていくかは今後の課題になると思いますが、途中で切り替わって有料負担の差額室料が皆様にかかるということは無いと思います。 ・公立病院においては、差額室料を徴収できる個室の割合は病床の全病床の3割までとなっています。新病院の経営シミュレーションにおいてもその差額による収益は3割で計算していることから、シミュレーションの入院患者数を確保出来れば、運営可能であると考えております。 ※上記回答は、統合新病院建設基本計画策定時（H24.7～H24.10）の回答であり、現在は、全室個室で差額室料は徴収しない計画です。

意見整理票（７）

意見	経営に関する事項
	人件費
	●職員は削減しないのか。 ・医師以外の職員数が多い。 ・必要以上の人員に費用がかかる。 ●両病院職員全てで300床の病院を運営するのか。 ・経営シミュレーションと矛盾していないか。 ・職員数が明らかにされていない。 ●ランニングコスト（特に人件費）を検討すべき。
回答・対応	・現在の病院では、公立病院改革プランを策定し、人件費比率を下げる取り組みを行っており、一部業務の委託業務化などにより職員数は削減してきております。また看護師等については現在でも不足している状況であり、必ずしも余剰人員がでるとは考えておりません。最終的な調整は市全体の人員調整の中で行っていくこととなります。 ・経営シミュレーションの職員数については、全国の公立病院の統計調査から算出した適正職員数としています。今後の運用方法や勤務形態、福利厚生などの検討とあわせて実際に必要な職員数を算出し必要な人員の確保に努めてまいります。

意見整理票（８）

意見	建設に関する事項
	建設予定地
	●土地の広さは十分なのか。 ●用地購入費が高い ・なぜ、地価の高い駅前なのか。 ・もっと安いところでもいいのでは。 ●市の都市計画道路建設の支障にならないのか。 ●交通量が多いためアクセスが悪い ・大型店があり、道路が混んでいる。 ・新幹線が出来ればもっと渋滞がおきる。
回答 ・ 対応	・小松市民病院、公立松任石川中央病院の広さも参考としており、３００床規模の病院の建設用地としては、適切な広さであると考えています。 ・建設候補地については２つの病院の現在地と加賀温泉駅周辺の３か所について検討し、地震や水害などの危険、救急車の到達時間、市全体からの交通の利便性などを考慮し加賀温泉駅周辺が最適と判断いたしました。加賀温泉駅周辺は、市内各地区へのバスの発着地であるなど、交通の便が充実している地域であり、災害発生時にも比較的安心して医療サービスを継続できると考えられます。地理的にも市の中心部に位置しているため、救急搬送時にも、一定時間で搬送できます。加賀温泉駅周辺の地域において、他の場所と地価を比較した場合、確かに取得費用は高くなります。ただし、下水道の敷設や道路の拡幅などのインフラ整備や土地の造成等に係る経費を合わせると、建設予定地と他の場所でも遜色ありません。加賀温泉駅周辺の中でも、病院建設に必要な土地を確保できる最も良い場所と考えています。市では、加賀温泉駅を中心として、路線バスや乗り合いタクシーなどを組み合わせた地域交通網の整備を進めています。 ・加賀温泉駅から国道８号への直線道路については、以前に構想はありましたが、都市計画道路として決定されるまでにいたっておりません。したがって、道路が新病院の敷地を分断するようなことはありません。また、大聖寺地区と作見地区を連絡する道路については、北陸新幹線の整備状況や新病院へのアクセスを考慮し、今後検討してまいります。

意見整理票（９）

意見	建設に関する事項
	建設費
	●初期投資費用が高い。 ・国、市とも借金を増やしてはいけない。 ●人口減により市債の返済に不安を感じる。 ●合併特例債をほとんど使ってしまう。 ・新幹線関連や跡地事業に予算の裏付けがない。 ●両病院の耐震化のほうが安い。
回答・対応	・経営シミュレーションの建設費は、近年の公立病院建設事例から見込んでおり、最低必要となる低廉な費用となっております。 ・現在の2つの市立病院の建設費も企業債（借金）で賄っています。返済は、①病院の収入、②国からの補助、③市の税金 を決められた割合で組み合わせて返済していますが、市の税金の負担額は平成23年度で約2億円です。統合新病院を建設した場合でも、毎年の市税の負担額は2億円以内に収まる予定です。ただし、平成29年度から36年度までは負担額が2億円を上回る見込みなので、それまでの間に基金（貯金）への積み立てをしておいて、2億円を超える分の返済に充てる予定です。したがって、統合新病院を建設することが原因で市の他の事業が停滞するようなことはありません。 ・新幹線整備に関する財政的対応については、負担額や負担の時期（工事の時期）が判明した時点で財政計画に反映させますが、合併特例債とは別の国の支援制度もあり、対応が可能と考えています。跡地活用については、財源を含めて、統合新病院の建設と並行して検討していく予定です。 ・2病院を統合することについては、平成19年の地域医療審議会で結論が出ており、現在まで継続して市民への説明や統合に関しての具体的方法について検討を進めてきたところです。 基本構想の検討の中で、建設用地や現在地での建て替えなど別の方策についても検討しており、基本構想に記載してあります。

意見整理票（１０）

意見	建設に関する事項
	施工業者
	●なぜ設計施工一括方式や公募型プロポーザル方式なのか。 あわてて業者に発注しようとしたのか。 ●市内業者をもっと活用すべき。
回答・対応	・統合新病院建設には、病院事業のために利用できる企業債などの財源を活用しますが、平成25年度までに着手することにより全額補助となる地域医療再生基金や、国から交付税措置される再編債などの有利な財源が活用できます。これにより、より安定的な病院経営が可能となり市の負担も縮減されと考えております。 また、病院は多様な部署、特殊な設備等が必要な施設であることから、より専門的な知識が必要です。このため、創造力や技術力を活かした本市にあったより良い計画、また工期短縮や施工技術を取り入れた設計が可能となる「設計・施工一括方式 公募型プロポーザル」を採用します。 ・統合新病院を建設する事業者の選定にあたっては、地元企業の活用を図るため、地元企業に対する下請け工事発注金額を提案価格の10%以上としました。建設事業者である大林・山下グループは、これを17%としていることから、より多くの地元業者を活用していただけてと考えております。

意見整理票（１１）

意見	その他(経営以外を含む)
	市民説明
	●建設決定までの期間が短い。 ・もう少し時間をかけ、市民の意見を聴くべき。 ●市民アンケートの対象数が少ない。 ●費用削減の努力が見受けられない。 ・用地や現病院の改修などの検討を行ったのか。 ●メリットばかりでデメリットの説明がない。
回答・対応	・基本構想の策定にあたっては、平成23年6～7月に市民2000人を対象にアンケートを行い760人の方から回答をいただきました。また、7月下旬から8月にかけて、市内6箇所で市民意見交換会を行い、直接、市民の方々との対話を行いました。基本構想の原案に対しては意見募集（パブリックコメント）を行っております。 これらに先立ち、平成23年1月からは「医療体制ご意見箱」を開設し、郵送やメール、病院などに設置した箱への投函等でご意見をお寄せいただけるようにしており、広報かがでも再三にわたり周知しております。 これらの方法で市民の方々からいただいたご意見等は、医療提供体制調査検討委員会（現在は、医療提供体制推進委員会）に報告しております。 ・市民アンケートは回収率40%を目標に実施いたしました。アンケート調査は、票数が少ない時は票数を少し増やすことにより誤差が変動しますが一定数以上票数を大幅に増やしても、誤差はほとんど変わらなくなります。統計学的には、誤差が3～5%程度、有効票数が400件程度を超えればよいとされており、今回の結果は回収率38.0%、有効票数が760件であることから、十分信頼できる結果が得られたと考えております。 ・2病院を統合することについては、平成19年の地域医療審議会で結論が出ており、現在まで継続して市民への説明や統合に関しての具体的方法について検討を進めてきたところです。 基本構想の検討の中で、建設用地や現在地での建て替えなど別の方策についても検討しており、基本構想に記載してあります。 ・今回の基本構想は、医師・看護師不足や施設の老朽化などの問題に対する最適な解決策としてまとめたものです。 統合新病院を加賀温泉駅周辺に建設することで、自宅が現病院に近接している方など、現在、通院の利便性の高いところにお住まいの方には、通院方法を変更するなど、現在と比較した場合に、通院時のご負担をかけることも考えられますが、市民全体にとっての利便性を考慮すると加賀温泉駅周辺に統合新病院を建設することが最適と考えております。

意見整理票（１２）

意見	その他(経営以外を含む)
	交通
	●主要道路が混む。 ・裏道の整備も必要ではないか。 ●道路アクセスの見直しすべき。 ・将来の道路形態も想定すべき。 ・出入り口が一本しかない。 ●交通体系プラン教えてほしい。 ・路線バスを増やしてほしい。 ・無料バスを用意してほしい。 ・病院までの交通アクセスが心配だ。
回答 ・ 対応	・今後の病院建設に向けた、進入路や駐車場などの検討において道路交通や救急搬送に配慮してまいります。現在、小菅波町～中代南交差点は拡幅工事を行っており、加茂交差点については加茂町住宅地を迂回するバイパスが設置される予定です。 ・県道加賀温泉駅停車場線の交通量は、平成22年度全国道路交通情勢調査で12時間交通量は16,690台ですが、新病院による交通量増約2,000台程度と見込み、国の基準に基づき算定される混雑度に照らしても、道路幅員を広げることなく、現在の道路規格で対応できると判断しております。 なお、北陸新幹線開通後の交通需要は予測されておりませんが、現在統合新病院の整備や北陸新幹線の開通を見据えた加賀温泉駅周辺の新たな都市基盤整備を計画的に進めるための構想を策定中であり、その中で今後の道路のあり方も検討してまいります。 ・通常は周辺の住環境に配慮し、県道加賀温泉駅停車場線からアクセスすることとしております。交差点には右折専用レーンを設置し、停車可能な車列の長さも十分に見込んでいることから、円滑で安全な交通が確保出来ると考えております。災害・緊急時については病院に出入りできる緊急用出入口の整備を検討してまいります。 ・マイカーの普及と自家用車利用の増加に伴い、バス路線の廃止が相次ぎ、市内には4路線を残すのみとなっていることはご承知のとおりです。橋立地区には、路線廃止後「乗合タクシー」が導入されていますが、利便性が低い等の理由で、利用率は低迷しております。現在の「乗合タクシー」も含め、統合新病院整備に向け、需要に見合った持続性のある移動手段の導入を図ってまいります。 ・大聖寺や山中など各地域を結ぶ路線バスやキャンバスに加え、乗合タクシーなどを整備することで、市内全域から新病院へ移動できる交通手段を確保します。運行時間については市民の利便性を考慮し、検討してまいります。

意見整理票（１３）

意見	その他(経営以外を含む)
	その他
	●新病院建設以外の他の方法はないのか。 ●今の救急搬送の状況と全く差異がない。 ●スタッフ教育の充実が必要。 ●加賀市としてのオリジナリティがない。 ●防災についての対応はどうか。
回答 ・ 対応	・統合新病院の建設の検討とあわせて、市立２病院の存続した場合についても検討を行いました。 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、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、その分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になることから、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しく、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り、統合新病院の建設は医師不足や救急医療体制の問題解決のため現在取りうる最適な方法と考えております。 ・医師が勤務したくない病院の理由として、当直を１人で行う体制が挙げられています。現在、２か所の病院に分散している当直医を１か所に集約することで、受入れ医師の負担軽減となり、受け入れ患者を２人の医師で相談して対応することも可能になり、救急の受入れ体制の強化が図られると考えております。 ・病院スタッフのみならず地域の医療関係者にも教育・研修の機会を提供し、加賀市全体の医療提供体制の向上を図ってまいります。 ・統合新病院の基本方針として、「加賀市として特色のある統合新病院として整備する」こととしており、今後、基本構想が策定された場合は、統合新病院建設の基本計画を策定することとなり、そのなかで具体的な検討を行ってまいります。 ・災害時にも病院機能が維持できるよう地震対策として免震構造を採用し、浸水対策として調整池の設置や病院本体の地盤を高くするなどの対策を講じる予定です。また、３日分程度の電気やガスの燃料を保管出来るタンクを設置するほか、医薬品、食糧、飲料水などについては、災害時の入院患者は通常の２倍、外来患者は通常の５倍となることを想定し、その３日分を保管出来る備蓄庫を設置する予定です。

統合新病院建設計画に関する

「市民の意見を聴く会」(案)

○日 時 平成26年2月2日(日) 13:30～(委員集合13:00)

○場 所 アビオシティ加賀2階 アビオシティホール

○発言者 市民 23名 医療関係者 4名 計27名

13:00 委員集合・会場及び進行等の確認(30分)

13:30 開会(進行:事務局)	}	(10分)
挨拶(検証委員会委員代表)		
委員の紹介・進行の説明(事務局)		

13:40 「第1部」13人 (55分)

14:35 休憩(10分)

14:45 「第2部」14人 (55分)

15:40 挨拶(検証委員会委員代表)(10分)

15:50 閉会

- ・ 発言者への通知に、氏名と発言内容が公開・公表される旨を明記する。
- ・ 発言者は、進行役が名前を呼んだら登壇する。
次の発言者は、前の待機席に移動する。
(発言3分+入れ替え＝一人あたり4分程度)
- ・ 発言者は氏名を言ってから意見を発表する。
- ・ 事務局は2分30秒(終了予告)と3分(終了時)をベル等で知らせる。

統合新病院建設計画に関する「市民の意見を聴く会」

発言要領

1. 受付について

- ① 発言する方は、あらかじめ統合新病院建設計画検証委員会から送付された案内状を受付に提示してください。
- ② 受付は当日13時から行います。13時25分までに受付を済ませて、係員の案内に従ってください。
- ③ お名前の読み方を確認させていただきますので、ご協力をお願いします。
- ④ 受付にて、案内状に記載された発言順と同じ番号の札をお渡ししますので、発言するまでお持ちください。
- ⑤ 当日の時間までに受付ができない場合や都合により発言申込を取り消す場合は、次のところまで連絡をしてください。（曜日、時間帯により連絡先が違いますのでご注意ください。）

・月曜日～金曜日の8時30分～17時15分・・・ 0761-72-7967（直通）

・上記以外の日時・・・・・・・・・ 0761-72-1111（当直）

2. 入場から発言まで

- ① 会場に入場されたら、番号札と同じ番号の発言者席にお掛けください。
- ② 進行役が次の発言者の番号をお呼びしますので、次の発言者の方は前方の待機席にご移動ください。その際、誘導係員に番号をお渡しください。
- ③ 発言順になりましたら、中央の発言台にお進みください。発言の際は、立って話されても、座って話されてもどちらでも結構です。

3. 発言について

- ① お話いただく内容は、市立病院の機能・役割・経営をテーマとしてください。
- ② 発言時間は1人3分間です。
2分30秒で予告ベルを鳴らしますので、残り時間内でお話しをまとめていただくようお願いします。
3分で終了ベルを鳴らします。話が途中でも発言を終了して、次の方にお譲りください。
- ③ 発言についての質疑応答は行いません。
- ④ 発言者の氏名と発言内容は公開し、発言内容は市ホームページで公表します。
- ⑤ 発言後は、発言者と傍聴者席のどちらにお戻りいただいても結構です。
ぜひ、他の方のご意見もお聞きください。

加賀市の医療提供体制に関するQ & A

問1 加賀市の医療提供体制の何が問題なのですか。

答

2か所の市立病院で医師が不足しており、本来提供すべき二次救急医療¹が提供できなくなっています。

生命にかかわるような重症患者は、大学病院などの三次救急病院¹へ搬送しますが、本来、市内の病院で対応すべき軽症、中等症の患者も受け入れできず、市外、県外の病院へ搬送している状況にあります。

特に夜間・休日については、各病院に当直している医師が一人しかおらず、当直医師の専門外の患者の受け入れが難しくなっています。

また、救急医療を担当している医師の負担が非常に大きくなっており、勤務体制を改善しないと、医師がやめてしまうおそれもあります。

問2 なぜ医師が不足しているのですか。医師の待遇をよくすれば医師がふえるのではないですか。

答

医師不足は全国的な傾向ですが、加賀市民病院や山中温泉医療センターなどの公的病院は、大学病院の関連病院として、大学病院から所属する医師を派遣してもらい、医師を確保してきました。

しかし、平成16年度から新人医師の研修制度が変更になり、新人医師が自由に研修先を選べる制度になりました。その結果、大学に残って研修をうける医師数が減少したため、大学から地方の関連病院へ派遣できる医師数も少なくなりました。

国の調査²からは、若い医師は「患者が多く様々な症例に関われる病院」や「自分を指導してくれる先輩医師がいる病院」での勤務を希望しており、医師不足地域で働く場合でも「自分と交代できる医師がいること」が条件となっています。単純に給与等の待遇をよくしたとしても、医師は確保できません。

また医療の高度化により、診療内容が細分化され（たとえば内科では、消化器内科、循環器内科、呼吸器内科、腎臓内科、神経内科、血液内科など）、各病院ごとに、それぞれの専門医がいなければ、医療が提供できなくなっています。

大学においても「専門医」のみが養成され、地方病院（特に救急医療）に必要な、ある程度なんでも診る事ができる「総合医」の養成が行われてこなかったことも原因のひとつと言われています。

¹ 救急医療は重症度により区分されている。（一次救急：軽症患者 二次救急：入院が必要な患者 三次救急：重篤な患者）

² 厚生労働省「臨床研修修了者アンケート調査」

問3 医療提供体制の問題の解決策はないのですか。

答

平成18年度に、医療の有識者や市民代表で構成する地域医療審議会で検討を行い、平成19年3月には「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」という結論³を出しています。

問4 なぜ2か所の病院を統合して新病院を建設すると、医療提供体制がよくなるのですか。

答

2か所に分散している医師等の医療従事者が1か所に集まり、複数医師のチームで医療が提供できるようになります。

病院が2か所のままでは、若い医師が希望する「同じ診療科での複数の医師を配置する体制」や「当直医を複数置く体制」はとれません。

大学病院からも、複数の病院に医師を派遣しなくてすむことから「病院を統合するならば全面的にバックアップする」と言われています。

また高額な医療機器を、病院ごとに複数購入しなくてすむメリットがあり、提供できる治療も増えることから、病院経営についても良化が見込まれます。

問5 2か所の病院を統合するのはもっと時間をかけて検討すべきではないですか。

答

2か所の病院の問題については、平成17年の合併時から議会等で議論が行われてきており、平成19年に地域医療審議会において、医療提供面に関しては統合という結論が出ています。現在は統合について、具体的に可能な方策を検討している段階です。

また次の理由で、平成23年度中に最終的な結論を出さなければなりません。

- ① 山中温泉医療センターや加賀市民病院の一部の病棟が老朽化しており、このまま継続するには、早急に改修が必要な状況であること。
- ② 山中温泉医療センターは、地域医療振興協会という団体に運営をお願いしているが、その期限が平成25年3月で終了し、継続するかどうかを平成24年3月までに回答しなければならないこと。
- ③ 仮に新病院を建設するときには、国からの財政支援があるが、平成25年度までに着工すれば、補助金や返済を国が一部肩代わりしてくれる起債（借金）が出来ること。また、平成27年度までであれば、合併特例債を活用することができること。

³ 平成19年3月加賀市地域医療審議会答申

問6 今の2か所の病院をそのまま継続することはできないのですか。

答

2か所ともに病棟の建替えが必要な時期にきており、それぞれを改修、建替えするには、新病院建設よりは少ないものの、多額の費用がかかります。また2か所のままだと、医師不足の問題は解決できないため、患者の受け入れ状況は改善できず、2か所の病院ともに運営ができなくなる可能性もあります。

問7 市の財政的な都合で病院を統合するのですか。

答

病院の統合は、医師不足などの課題を解決し、医療提供体制を良くするための解決策です。財政的な面を言えば、2病院の老朽化した病棟のみを改修して、現状のまま継続したほうが、当面の市の財政負担は少なくてすみます。

病院の統合は、一時的に市の財政負担は大きくなっても、医療資源を集約して必要な医療を加賀市内で提供できるようにすることで、市民の生命を守るために行うものです。

問8 加賀市にもうひとつある公立病院の石川病院はどうなるのですか。

答

石川病院は、重度心身障害児(者)施設や、慢性期患者を中心とした病院であり、市が建設を検討している急性期患者を中心とする病院とは、患者層が異なるため、統合についても難しい面があります。

石川病院は国立病院機構が運営する病院であることから、国立病院機構の中で、運営についての検討⁴が進められており、国立病院機構からは、今回の市立病院の統合の中には加わるつもりはないとの回答をいただいています。

問9 大きな病院がよいのであれば、小松市民病院と統合すればよいのではないですか。

答

加賀市に総合病院をなくしてしまうことを、市民が求めているとは考えられませんが、仮に統合を検討するにしても、相手のある話であり、小松市民病院との合併は、病院の老朽化、山中温泉医療センターの指定管理期限、合併特例債の使用期限などの緊急性に対応できる解決策ではありません。

⁴ 厚生労働省「国立病院・労災病院等の在り方を考える検討会」

問 10 大きな投資により病院を建設して、加賀市の財政は大丈夫なのですか。

答

病院は医業収益で運営を行うもので、市税などの一般会計とは別の会計（企業会計）で運営されています。病院は運営費のほとんどを税金でまかなう文化施設や教育施設などとは異なり、たとえば概ね 120 億円の借金をして 350 床規模の病院を建てたとしても、病院の収益は毎年 60 億円規模が見込まれるので、事業規模的には十分に返済して運営していくことが可能です。

また、公立病院は、民間病院が担うことが難しい、救急医療や小児医療など採算性の悪い医療サービスを提供する責務もあるため、その費用の一部は税金で負担するルールが定められていますが、税金の投入がそのルールの範囲内であれば、市の財政が破たんするようなことはありません。

問 11 なぜ統合新病院は加賀温泉駅周辺に建設するのがよいのですか。

答

市内すべての地区から、病院までの移動手段を確保する必要があるからです。

加賀市では、加賀温泉駅を中心として、路線バスや乗り合いタクシーなどを組み合わせた地域交通網の整備を進めています。

更には、加賀温泉駅は市内でほぼ唯一の特急停車駅であり、将来的には新幹線停車駅としての計画もあり、市外に居住する医師等の医療スタッフは、電車での通勤も可能になります。

現在の加賀市民病院周辺は、建替えに必要な用地が確保できず、不足している駐車場の確保も困難です。また地震や洪水などの災害に弱い地域であり、災害時の拠点としても適当ではありません。

また山中温泉医療センター周辺については、用地確保の可能性は高いものの、市内すべての地区からの通院を考えた場合に、移動の利便性が低くなることが懸念されます。

問 12 大聖寺地区、山中地区の住民は、病院が遠くなり、日常的な通院ができなくなるのではないですか。

答

医療機関が自宅の近くにあることで、住民に安心感をもたらすことは理解できますが、初期の診療を担う診療所とは異なり、二次救急を担う総合病院を、市内の各地域に分散配置することは、医師の確保やコスト面から成り立ちません。

自ら自家用車を運転できない高齢者等のため、通院手段については十分な配慮を行います。

また、大聖寺地区や山中地区には、開業している診療所が複数ありますので、相談ができる、身近なかかりつけの診療所を持つことも大事です。

問 13 どのような医療が受けられる病院を建設するのですか。

答

具体的に提供できる医療機能については、現在検討中ですが、統合新病院の整備の方向性として、有識者で構成する医療提供体制調査検討委員会では、次のような点が上げられています。

- 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 大規模災害時などの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。

問 14 どれくらいの規模の病院を建設するのですか。

答

現段階では病床の規模は未定ですが、現在の加賀市内の患者実績等から疾患別に分析をした結果、概ね病床数は 300 床～350 床程度の規模が必要と考えられます。

しかしながら、350 床の病院を運営するためには、現在の 2 病院の医師数では不足することも考えられるため、今後、大学病院や民間病院、診療所との役割分担により、市立病院が担うべき医療が果たせる病床数としたいと考えています。

また、診療科目についても未定ですが、現在 2 病院にある診療科は原則としてそのまま残す方針で検討しています。

問 15 統合新病院を建設するスケジュールはどうなるのですか。

答

平成 23 年度に病院建設の決定をした場合、用地確保、建設にかかる各種手続き、設計、工事の期間を考えると、統合新病院のオープンは最短で平成 28 年度になる見込みです。

問 16 病床数が減ったら、患者がすぐに退院させられるようになるのではないですか。

答

統合新病院は、主に入院治療が必要な患者を対象とする病院として整備を行います。

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、老人保健施設、特別養護老人ホーム、グループホーム、小規模多機能ホームなどの適切な介護保険の事業所で、介護を受けて生活できるよう、十分な量の介護サービス基盤の整備を行っています。

統合新病院では、介護サービスとの連携を強化し、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対応します。

急性期患者を対象とした病院に、医療が必要ないに人が長期入院してしまうと、新たな入院治療が必要な患者に対応できず、救急の患者の生命に関わることもあります。

問 17 統合新病院では、高度先進医療を受けられるようにしないのですか。

答

高度先進医療とは、保険診療の適用されない先端医療を用いた療養のことで、ロボット手術や高額な医療機器を用いた手術、生体肝移植などの 89 種類の医療行為をいいます。

基本的に公的医療保険の適用がなく、患者は医療費を全額負担⁵することとなり、対象患者も少数です。現在これらの医療が受けられる医療機関は、大学病院などに限られており、加賀市民の受診ニーズを考えると、高度先進医療を受けられる病院とすることは、適切ではないと考えられます。

問 18 病院を統合した後、現病院の土地・建物はどうなるのですか。

答

現病院の建物については、建設時の借金が残っている比較的新しい部分があるため、すぐにすべてを取り壊すようなことはできません。建物を病院として残すことは困難ですが、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も考えられます。

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・建物であるため、建物を壊してそのままにするようなことはありません。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、市民の意見も伺いながら、活用方法を考えていきます。

⁵ 併用して行われる通常の診療部分については、保険の適用となる。

加賀市統合新病院建設計画検証委員会 開催日程について

第1回 委員会 平成25年12月25日(水) 10:00~16:00
加賀市役所 302・303会議室、現地

第2回 委員会 平成26年 1月24日(金) 13:00~15:30
加賀市民会館 第2会議室

市民の意見を聴く会 平成26年2月2日(日) 13:30~15:50
アビオシティ加賀2階 アビオシティホール

第3回 委員会 平成26年 2月11日(火・祝) 13:00~15:30
加賀市役所 302・303会議室

第4回 委員会 平成26年 2月17日(月) 13:00~15:30
加賀市役所 302・303会議室

第5回 委員会 平成26年 2月24日(月) 13:00~15:00
加賀市役所 302・303会議室

- ・第2回以降の終了時間は見込み。
- ・第6回以降の開催については、第2回以降の会議内容による。