

## 統合新病院建設計画検証委員会（第2回） 会議録

日 時：平成26年1月24日 13時00分開会

出席委員：伊関副委員長、北川委員長、鈴木委員、富田委員、松成委員

(50音順)

### <会議の概要>

#### 1. 開会

事務局 (配布資料の説明)

それでは、ここから進行を北川委員長、よろしく願いいたします。

#### 2. 議事

北川委員長 それでは、ただいまから会議を始めさせていただきたいと思います。今日は委員の先生方、お忙しいのにお集まりいただきありがとうございます。

また、執行部の皆さんや市民の皆さんもたくさんお集まりいただき、ありがとうございました。本日の議事は大変たくさんありますが、よろしく願いをいたします。

まず、議事(1)委員要望資料についてですが、先月行いました第1回委員会で各委員の方々から事務局に対して、これからの検証作業に必要な資料を準備しておいていただきたいという発言がありました。今回示していただけるもの、また、次回以降になるものなどがあると思いますが、それらの資料について、まず事務局のほうから説明をお願いいたします。

#### 議事(1) 委員要望資料について

事務局説明 **資料①** 委員要望資料一覧

北川委員長 今の事務局の説明でよろしいですね。次に移らせていただきます。それでは、引き続き具体的なことについて事務局から説明をお願いいたします。

事務局説明 **資料②** 病院職員の建設計画参画における取組姿勢

伊関委員 議論をもう少し深く掘り下げたい。結局、この病院の再編統合については、国のリーマンショックのときの経済対策としての一貫である地域医療再生基金をもらうために、いつの期間に、どのくらいの話で最初のプラン

が作られたのか確認しておきたいのですが、答えられますか。検討委員会  
はあくまでも計画が決まったもの前提として、結論について中身を膨ら  
ますというもので、統合の前提となったものが、元々経済対策として（計  
画を）短期間に作れというので無理があった部分もあります。話し合いに  
ついて、一応確認しておきたいのですが。

事務局

前回にも少し触れた内容ですが、平成17年の合併協議から始まります。  
また、市民に『救急医療を考えるシンポジウム』を平成22年に開催して  
いますので、今、伊関委員が言われたような国の施策の前から検討は始ま  
っていると考えていただければ結構かと思えます。具体的に、新病院にと  
いうことに正面から向き合って一度検討を始めてみようというのが、2ペ  
ージに書いてあります平成23年2月の委員会設置ということになります。  
そこから、国のここまでで作ると、例えば財源的に有利であるということ  
と並行して素案を作ってきたと言えらると思えます。

伊関委員

ちょっと確認しますが、国に地域医療再生計画を出しましたよね。2医  
療圏だけ採択されますよね。まず、こちらで原案を作って県に持って行っ  
たのですか。県のほうでペーパーを書いてこちらに相談して国に出したの  
ですか。どういう経緯で再編の話が、いつの時点で議論されて、決まって、  
申請したのか、日程だけ確認したいのですが。データがなければ次回以降  
でも良いのですが。

事務局

地域医療再生基金の申請については、伊関委員が言われた平成21年に、  
国が予算を出しました1圏域辺り25億円という最初の地域医療再生基金  
ではこの計画については提出していません。その段階ではまだ加賀市の統  
合について検討が深く行われていなかったわけです。平成22年の補正予  
算でつきました全国2,000億円ぐらいの予算に、この計画を載せてい  
ただきたいということで県に協議を行いました。協議を最初に行いました  
のは、平成23年2月からの委員会前の平成23年1月ごろに県のほうか  
ら説明会がありましたので、その段階で初めて平成23年2月から統合に  
ついて検討を始めるので、計画について検討をお願いしますと申入れをし  
たという経緯でございます。

伊関委員

なぜこのような話をするのかというと、前回の議事録にも残っています  
が、病院の再編で特に医師とか現場の人が納得しないと1+1=0.8にな  
ってしまうと言いましたが、議事録だと医師についてですが、「医局の違う、  
大学の違う先生もいますが、おおむね個別の話合いの中で母体となる医局

については了解を取った上で、統合したのに医師が二つ足したものより減ってしまうことにはならないということで考えています。その中で個人個人の考え方があるので統合新病院には行かないという先生がいることは想定をしています。」と、私はそれを聞いて「そんなに大量退職されるわけではなさそうな感じですね。」というように答えました。

そのあと山中温泉医療センターで聞いたところ、8人のうち逆に残る人のほうが少なそうな感じで、これは正式文章ではないので確かではありませんが、感触としては2、3人、残っても4人。半分残るのかどうか。辞める方のほうが圧倒的に多くて、 $1 + 1 = 2$ ではなくて、 $1 + 1 = 1$ くらいにしかならないと話を聞いて感じましたし、山中温泉医療センターの雰囲気からしても、これは富田委員が別に聞きに行ったときにも統合について納得していないような口振りも多かったという話も聞いています。病院の一番重要な医師集団が納得しないまま、基金があつて、確かに建て替えというのは市にとってメリットはありますが、統合ありきで進めていたのではないかという感触を個人的に持っています。さらに言えば山中の開業医の先生方も年齢等も確認しましたが、実質開業しているのは5軒ですが、臨時のものがあるので4軒。4軒のうち大体、3軒が60代の先生で10年すると廃業される可能性もあります。新規に開業することは時代的には難しいので、外来機能を残さないといけない地域なのかと個人的には感じています。そういうような何か議論がないまま、統合してしまえみたいに感じられます。職員の方の意見は、結局、大きな方針が決まったあと、後戻りできないから議論をしましょうみたいな感じになってきて、市役所と山中温泉医療センターとのコミュニケーションがいまひとつの感じがするのも現場の視察に行つて感じたことです。その辺り山中温泉医療センターの了解を得て積極的にやっていますと言えない感じです。私も全国の病院の再編にたくさん関わっています。大体、成功するのは病院長同士ががっちり手を組んで、より良い医療をするために結束を高めてやろうという場合は上手くいきます。ただ、行政とか外部が無理やり再編しようとしてもなかなか上手くいきません。私はどちらかというと、今回は後者に近いイメージは持っています。文章で出してもらうのもきついのですが、この委員会が白紙というか、一から戻つて考えていますので、今時点の統合についての考え方みたいなものを、場合によってはペーパーに出してもらうことがあるかもしれない。出せないという場合もあるので難しいですが、何か考え方、見解を知りたいと考えています。

事務局

検討の順番と背景的なものは伊関委員が言われたとおりの状況です。ひとつについては、人事的なことに絡むものですから現状としましてこれまでペー

パーで、例えば、意向調査というか、そういう形で言質を取って来ていただくというものがあつたわけではありません。ただ、このあとでも説明しようと思つていましたが、山中温泉医療センターは地域医療振興協会の指定管理です。前市長時代に本部のほうとも「ぜひ、統合させていただきたい」と。「統合した中でも医師をはじめ、職員については新しい病院に来るということで考えてほしい」ということで話はそういう方向で進んでいと捉えています。

伊関委員

要望をしているというだけですよね。個々の医師の了解を得ているわけではないし、地域医療振興協会自体が本部のいうとおりに全部従うというよりは、現場の管理者、病院長を中心として任せて、基本的には独立採算ではないですがある程度の裁量の中でやっているのが、多くの運営だと私は思つていますので、本部に言ったから残るといふ話でないとは見ています。病院の運営を、例えば、継続するか、しないかという判断は本部の判断が非常に大きいとは思いますが、そもそも医師とか、スタッフが本当に続けたいのか、それとも統合を積極的にやりたいのかという気持ちはものすごく重要です。一生懸命、山中医療センターは医療を頑張つていて、良いことをやられているし、決して、医療は急性期だけではなくて高齢者を支える医療はこれからの高齢者社会に大事なので、そういう取り組みについては評価するべきですし、本当になくなってしまつて大丈夫なのかと気になっています。現場の先生たちは誇りを持って仕事をしていますので、それを私は評価するべきだと思つています。そのことが計画には跡形もなく消えてしまつているわけで、それで本当に良いのかということだけは感じます。

事務局

平成23年2月から調査検討委員会が始まり、この委員会も当然ですが山中温泉医療センターのほうから二人の先生方に委員として入つていただいています。その中で組織としての方針、個人の考え方の中でどこまで腹を割つた話があつたのかどうかということが疑問になるのかと思つますが、検討委員会の中でも先生方に入つていただいた話を進めていっています。その中で、例えば、病床数等の論議の中でも、議論を戦わせた論議はされていると議事録を振り返つても思えるというのは、記録としての面ですが、内容です。

伊関委員

議事録は一通り読ませていただきたいと思います。山中温泉医療センターの院長が辞められて変わられたと思つますが、その院長もこの委員会にかなり積極的に参加されていたのでしょうか。何で辞められたのですか。

統合の一番大切なときに辞められて、他の病院に行かれたという話も聞いていますので、どのくらいの会議をしたのですか。余り立ち入った話でなくても良いですが、一般論として聞きたいのですが。

事務局 今、言われました他の病院に行かれた先生は検討委員会の委員として、またそのあとの統合協議会の山中温泉医療センターの代表として表舞台で活躍していただきました。何で辞められたのかについては、山中温泉医療センター内でのことと聞いていまして、統合関係としてこちらが御迷惑を掛けたとか、トラブルがあったというようには捉えてはおりません。

富田委員 少し関連付けなのですが、この統合計画の資料をいろいろ見ていると救急というのが一番表に出てきます。大体、急性期のことを言っていると思いますが、急性期の場合は比較的高度な医療なので広域な医療計画を立てられると思います。そのあとにある後方的な役割、地域包括センターとか、高齢者医療とかいうことになると、大体、急性期よりもう少し小さい地域でやります。小中学校地区とか。そういう場合に山中の地域は急性期的なところは新病院に受け継がれると思いますが、そのあとの福祉につながる部分の計画というのはこの中に入っていたのか、どうか。山中の地域を担う民間の後方病院がたくさんあるのかどうか不明なのですが、そちらの先進医療ともうちょっと次の高度医療から福祉にかけてという部分の計画がこの医療提供体制の中に余り見られないものですから、なくなってしまって機能が失われないかというところが、私が現地に行った感じでは心配されていたので、それがちょっと心配になります。

事務局 実はその辺の関係のところは資料⑥のほうに入っていますが、先にそちらにあってよろしいですか。

北川委員長 資料⑥のところの説明しても良いですか。

富田委員 はい。

北川委員長 では、そうしましょう。ほかはよろしいですか。それでは、ただいまの説明で次のところへいかせていただきたいと思います。次の説明をお願いいたします。

事務局説明 **資料③** 近隣病院との役割分担

北川委員長           これについてどうぞ。御審議をいただきたいと思います。

鈴木委員           現時点ではこれで結構です。こういった救急医療センター（仮称）ができた場合に本当にうまく役割分担、連携が取れるのか、その辺りの話合いが。さっきの同じ市内の病院での連携が難しいというのがあるのに、自治体を越えた場合にそういったことが本当にスムーズにできるのかということが少し心配ですが、加賀市民病院と山中温泉医療センターはまだこれからの話ですから、これからの課題というように思っています。それぞれが全部均等に受けるという構造は有り得ないので、どういう病気ならどこ、これはこうと、そういうことがどの程度まで詰まっているのか、ちょっと気になっていますが、また議論する中で確認していきたいと思います。

事務局           疾病によってという話として少し補足させていただきます。医療提供の部会の中で救急部門の部会を組織してやっています。その中で一度小松市民病院の先生に部会に来ていただいて、この南加賀救急医療センターの内容について説明をしていただきました。その中の資料として脳卒中、心筋梗塞については加賀、小松、能美の南加賀全域からセンターのほうで受けてきましたという数的な資料も示されて、脳卒中、心筋梗塞等については南加賀（救急医療センター）でしっかり受けていきたいという資料も提示していただきました。

北川委員長           次にいってよろしいですか。それでは次の説明をお願いします。

事務局説明           **資料④** 既存病院概算改修費

伊関委員           加賀市民病院の改修費については、問題があって、結局、診療棟という手術室、検査など根幹にかかわる部分なので、普通の場合はどこか別のところにつくれるものなのか、分からないところがあります。例えば、手術室を移した場合は診療の制限をしなければならないから、減収がばかにならない金額になる。これを見積もらなければ、改修費が7億円だから安上がりだから何とかなるという話ではないです。松戸というところで仕事をしたときに現地の建替を検討したのですが、減収の幅がものすごく大きかったです。その減収の幅をきちんと計算して、それでも現地という選択肢をするかどうかです。手術室の移転というのも気になっています。西棟も確かに昭和63年でぎりぎり耐震的にはOKなのですが、今で大体20年以上越えていますので、あと10年すればまた改修が必要になります。西棟と診療棟を一緒に改築となると更に減収の幅が大きくなります。現地建

替というのは非常にお金がかかるというのが、全国で仕事をさせていただいて感じています。単純な比較で7億が安いからOKという話は専門的に見ると全くいえません。さらに気になるのが、駐車場が30台減ってしまいます。現地に行かせていただいて駐車場が非常に少なそうな感じがです。実際、駐車場に止めるのに患者の方々が苦勞しているという話も聞いています。これは逆に質問したいのですが、現在、駐車場が何台患者さんのために用意されていて、どのくらいの待ち時間なのですか。30台減ることによってどのくらいの影響が出るのか、簡単に話をしていただければと思っています。

事務局 減収部分の話については推定数の算出をしていますので、そちらはまた説明をさせていただきます。確かに、言われるように今の診療棟部分については各階ごとにそれぞれありますので、その階の一部を先ほど言いました駐車場30台取ってしまうその部分にまず機能を一部持っていき、順番に改修を数年間掛けてすることになります。それに伴って減収のほうも出てきます。病院の機能とすれば落ちていくことは間違いないと思っています。それから駐車場の件ですが、患者さんのために今用意してある駐車場は大体180台ほどですから、その30台が取れなくなるということで非常に厳しくなります。今、患者さんのほうは委員が御覧になったとおり、午前中の診察のときに駐車場の誘導員がいますので、誘導員のもと、わりと離れた場所まで行って止めていただくことも実際に行っています。ですから、点在する離れた駐車場まで患者さんに行っていたかなくてはならないということで更に不便が大きくなるというのが現状であります。

事務局 減収の見込みについてですが、以前に粗い試算をした中では、今、加賀市民病院の年間収入が約45億円程度です。その中から工事中については少なくとも10億円以上は減収になるだろうという見込みで試算しています。伊関委員も言われたように、さらに5年後には西棟の改修も始まってきます。ここで問題になるのは収支のほかにも病院のお金であります留保金が底をついて、どうしようもなくなるのではないかという試算もしています。

伊関委員 この試算はきちんと出しておかないと市民の側から見て納得いくかどうかキーポイントになりますので、例えば、診療棟を改修した場合の段取りは少し分かりやすい図で作るべきだと思います。30台分駐車場をつぶして診療棟の改築にする部分はどこなのか示してもらえますか。

事務局 (スクリーンの画面上で図を示しながら説明)

伊関委員 改修というのは全部作り直すという話ではなくて、既存の躯体はいかしながら補強をするというイメージですか。どういうイメージの改修なのかを教えてください。

事務局 枠だけを残して中をもう一度やり直すというイメージです。上からつぶすということではありません。

伊関委員 枠は残るのですね。

事務局 はい、そうです。

伊関委員 配管なども全部やり直すのですか。

事務局 検査や手術が移動したりという予定ですので、配管はすべてやり直さなければならぬと考えています。

伊関委員 非常に手間が掛かって、結構、お金が掛かりそうですね。通常でつくるよりは掛かるような工事だと思いますが、いかがですか。

事務局 お金も掛かりますし、何よりも患者さんからの苦情が懸念されます。実は平成5年のときに改築したときにも同じような状況でした。4年間の改築の中で3回引越しをした部署もありました。非常に患者さんにも迷惑を掛け、何とか4年という長い歳月を掛けて改修をしました。そういうことをまた繰り返すのはいかなものかという感じはしています。

伊関委員 患者さんの不便性もありますが、医療安全上大丈夫なのですか。現場の医師、看護師の方々からすると、このような徐々にやるもので診療を継続しながら、場合によっては救急の対応もしながら改修をするのは相当医療上の安全とか機能性を犠牲にする可能性があると思いますが、現場としては嫌だという意見は多いですね。

事務局 現場での改築について病院職員に問合せはしていません。平成5年当時から比べて医療安全面の考え方はすごく変わってきています。このときにはやることができましたが、今、やろうとするときには非常に職員のハードルも厳しいというか難しいことと考えています。

松成委員 確認ですが、加賀市民病院の内部改修費用が7億円と出ていますが、これには6ページにある耐震補強も改修費の中に入っていますか。

事務局 加賀市民病院は昭和56年以降にすべてやっていますので、耐震上は十分あるということで耐震費用は含まれていません。

松成委員 そうですか。昭和57年度がボーダーラインですが、一応、新耐震で構造はできているという意味ですね。

事務局 そうということです。

松成委員 分かりました。もう一つは6ページの山中温泉医療センターを建て替えると42億円という費用がありますが、これの対象面積が13,200㎡で、5ページの改修が必要な部分、既存病棟の改修対象ではない部分を合わせても多分16,000㎡ぐらいになると思いますが、全部を建て替えるのではないということですか。

事務局 山中温泉医療センターについては、例えば、現在でも病棟の一部で使っていない部分もあります。先ほどの加賀市民病院のように、この部分を壊して何をつくろうという具体的な試算をしたわけではありません。土地もいろいろ余っているということと、もともと国立病院時代にもっと大きい病床数があった中でやっているということもありますので、この面積とこの建物の中で何とかやっていけるだろうということで面積等を13,000㎡と決めて試算をしたという経緯であります。

北川委員長 この項はよろしいですか。それでは次の説明をお願いします。

事務局説明 **資料⑤** 自治体病院の建築単価調べ

伊関委員 これは専門家として、傍聴の方だとか市民の方に解説をしたいと思いますが、一般的に自治体病院の建築は（価格が）高いです。1床3,000万円台が多いですが、ここは2,000万円をきっています。さらに安くできる場合もありますが、それはほとんど例外中の例外でかなり頑張った金額かなという感じはしています。非常に安い金額でできています。逆に言えばほかのところが随分高いなど。結構、知っている病院も多いですが豪華な病院が多いです。

北川委員長       この件はよろしいですか。引き続いて説明をお願いします。

## 議事（２）建設計画の前提条件について

### ア 病床数の決定経緯と医療提供体制の具体像

#### 事務局説明       資料⑥ 病床数の決定経緯と医療提供体制の具体像

伊関委員       今の加賀市民病院と山中温泉医療センターで1日平均の入院患者数が、加賀市民病院が179人、山中温泉医療センターが144人、合わせて323人。今でも入院している状況でこれを300床に減らして、これから高齢化が進んでくる中で高齢者が行き先を失う可能性がないのかという心配が住民の皆さんにあると思います。私もそれは感じています。それに対しての疑問を解決するために質問をさせていただきます。まずは11ページの療養病床の稼働状況（加賀市内）ですが、ここの地域は許可病床数が過大です。それに対して稼働病床数は280床です。許可病床数に対しての稼働率は低くなりますが、稼働病床数を280床にすると稼働率87.6%で35床分の空きが今あるだけです。これから33床を民間で対応してもらおうという話なので、この許可病床数分を拡大して対応することになるという考え方になると思いますが、そもそも何で閉めているのですか。医師不足なのか、看護師不足なのか、それとも病床数が過大なので患者さんがいないために閉めているのか、閉めている理由についてどのような分析をされているのか確認したいと思います。

事務局       患者数と職員数の面ですべて開いてやっていないと聞いています。

伊関委員       患者さんの全体数が大きいので対応していないのと、看護師不足が非常に厳しいですし、特に療養関係は指定医療単価が低いですから経営的に難しい。それで少し気になるのは、加賀市民病院、山中温泉医療センターも長期で受入れざるを得ない高齢者の方って、民間では採算ベースが合わない患者が、結構、加賀市民病院、山中温泉医療センターで受けていたと思いますが、その辺の患者さんを全部民間の病床で対応できるのですか。場合によっては、民間に対して補助金を出して人の配置や施設整備も含めて応援して、患者さんの受入れ体制を充実させないと行き先を見失う可能性もあるように感じています。その辺の議論はされたのでしょうか。

事務局

療養病床の受け皿ということで、ここで使用している医療区分3もしくは2の途中くらいまでの方については、療養病床で受けていただく方と考えていますので、これらに関しては民間療養病床というのが当初の計画です。現在、民間病院と山中温泉医療センターの療養病床の比較をすると山中温泉医療センターのほうが比較的医療区分の高い方が受けられていることは検討の中で把握しています。しかしながら、ここに関しては、これだけの療養病床の基盤が民間で有り、実際に民間の療養病床の経営者の方々が今後受入れをやっていくという話ですので、公立のほうで療養病床を続けていくという選択肢はなかったというのが検討結果です。当然、今言われたように受入れについては民間の療養病床。民間の療養病床が受けられないのであれば、民間の医療機能の受入れ機能をアップするような取組みで療養病床の受入れは考えていきたいというのが検討結果です。

伊関委員

もう一つは将来の必要病床数ですが、これは委託で出していると思いますのでその基準があるのですが、20ページの疾病別受療率の動向（加賀市）～入院の場合②～ですが、東京医科歯科大学の伏見先生がデータを出していて、それよりは少し低いかないという感じがします。県でもデータで直接持っていると思いますが、持っていますか。

事務局

当時、これは私どもが依頼しましたコンサルタントが作成したのですが、データの収集としては全く同じ伏見先生からのデータだというふうに聞いています。私どもがコンサルタントから提示された加賀市のデータとしてはこのデータということで理解しています。

伊関委員

バージョンアップしていますので、その最新のデータでちょっと検討していただきたい部分もあります。結局、確実に増えてくるのは呼吸器系の肺炎の患者さんが増えてきて、それがかなりの数になってきます。

もう一つの議論として、小松市だとかほかのところは更に高齢者の延びが大きいです。加賀市だけで病床を考えないで、小松市は一般、急性期が多いので、高齢者の病床について二次医療圏全体で、高齢者の増加、疾病の状態を検討することも必要という感じがしています。データは常にバージョンアップしていますので、その最新データで計算していただけたら有り難いです。石川県庁の医療課でソフトは持っていると思うので、それに基づいて試算を新しくやり直してもらえませんか。感覚的には高齢者が大量に2030年、2035年と団塊世代が本格的に亡くなっていきますから、看取らないといけない時期にもう少し増えそうな感じがします。もしかしたら私の感覚が間違っているのかもしれませんが。そのときはお詫びし

なくてはいいませんが、最新のデータを確認してもらえますか。

事務局

高齢化のピークということに関しては、全国平均よりも加賀市のほうは少し高齢化が進んでいますので、全国で言われている2030年、2035年ではなく2025年くらいになるというのは、当時の人口推計等からも大体間違っていないという感覚を持っていましたが、データは県のほうに確認をして改めてバージョンアップされたものがないかを確認させていただきます。

鈴木委員

15ページの季節変動などを考慮で0.85ですが、これは加賀市民病院などの過去の実績からこの数字にして計算したのかを教えてください。それから聞き逃したのかもしれませんが、21ページの回復期リハビリ病棟の必要病床数72床としながら矢印の下では50床と、この間にどういうことがあったのかを確認したいと思います。こういった計算のもとに最終的に一般が200床から250床、あるいは回復期50床。これを決めるときに総合的に経営問題というか、人件費などいろんな投資とその後の収益という要素が入り込んだのかどうかという事実関係だけを教えてください。

事務局

季節変動0.85は15%程度の変動があるということで、実績のほうから入れ込んだ数字です。次に回復期リハビリテーション病棟の72床から50床への変化ですが、在院日数を出すときに回復期リハビリテーション病棟の傷病ごとの診療報酬上最大の150日までで見込みました。すべての患者さんが150日いたらという考え方ですが、そういうことはないだろうということで72床を50床まで落としても差し支えないだろうという判断です。まず、考え方の経緯としては、この必要病床数200床から250床、それから50床ということについては、医療の専門家の先生方、この地域の医療を行っている方々の感じとして、大体これで良いのかどうかの確認で、300床を決定してからシミュレーションを行いまして、経営もやっていけるという順番の考え方をしています。

伊関委員

表示ですが、さっきの病床数のところで療養病床の稼働状況では稼働率87.6%。いわゆる、今使っていない稼働病床数の稼働率が87.6%で、許可病床数でいくと64.5%になると思うので、そこはちゃんと分かりやすいように説明を入れておかないと、稼働しないところを稼働させるというのは結構大変なことなので、随分ガラガラですよという話でもなさそうな感じもあるので、今後出す資料としては現稼働病床数と許可病床数、2

種類の書き分けはしておかないといけないという感じはします。

北川委員長 了解いただけますか。

事務局 分かりました。

富田委員 先ほども質問したことをもう一度聞きたいと思います。病院の中が医療中心の話になっているということは分かりますが、今度の新病院には包括支援センターを作るという形になっていますので、子育て、医療、福祉の機能を両方そちらに共存させるのかなと思って見ていましたが、福祉に対しては余り細かく比較が載っていません。先ほどの山中温泉医療センターの療養病床にいる患者さんが民間で全部受けられるのかということもありますし、それから療養病床のあとに出てくる介護ですね。今は比較的広範囲な地域、国によっては県単位で見ているところもあるぐらいですから広範囲で良いと思いますが、福祉の形になるとどうしても市町村、あるいは地区ごとという形になるので、加賀市の中でも市街地域、あるいは山中地域という地域バランスの形で、今まではどちらかという山中は地域で完結していたと思いますが、これを市全体として見た場合の地区バランスという形で、今度の新病院のほうに医療プラス介護のほうも包括センターですから振り分け機能を全部ひとまとめにして大丈夫なのですか。ちょっと私は集中というところが、これで良いのかどうかというのが一番不安だったのですが。

事務局 まず、27ページの包括支援センター機能の併設ですが、包括支援センターを全部新病院に持っていくことではありません。今、市役所のほうにあります、分室という形で統合新病院のほうにも市の包括支援センターの職員が常駐するという考え方です。介護系の在宅、いろいろな施設等も各地域に分散して今のところは設置されていると考えています。

事務局 介護サービスの地域ごとの整備ということですが、9ページにあります加賀市全体の各地域の診療所数の図ですが、この圏域ごとに介護サービスの整備をしているところです。実際に、それぞれの地域ですべての介護サービスが受けられるような基盤整備が既に整っている状況で、特に旧山中町地区については合併前から特別養護老人ホーム、老人保健施設、グループホーム等の高齢者向け施設が人口比に対して非常に多くあり、合併前には石川県内でも最も基盤整備が整っていた地域が山中町です。

北川委員長

あとはよろしいですか。私は素人ですから分かりませんが、説明はこういう指標になると思います。数値は多分良いと思いますが、それで結果どんな加賀市になるのというのが見えてこないで、健康長寿で石川県一ですよとか、日本一になりますとか、実際に我々素人が見ても分かりやすい高らかなコンセプトとか理念がありまして、一番冒頭には書かれています。全体が全部インプット論で供給がある論理です。病床をどれだけにしますとか、何とかしますとか、その結果、本当に加賀市は日本一健康で幸せな町にしますと、その数値があるとか、そういうところまで言っていたら、こういうことを整えていくことが市民の皆さんも納得いただけると思いますが、ここの数字では私には見えてこないです。そのことについては、どういう考えかということをお聞かせいただくと有り難いし、そういうことがあると分かりやすいという気はしますが、どうですか。

事務局

基本構想を作成した段階で、24ページにあります加賀市における医療提供体制の将来像ということでこの図を作りました。医療の問題を解決するにあたり、もしも病気や介護状態や認知症になっても、介護を受けながら生活をしなければならなくなったとしても、できる限り地域の中で暮らせるような体制、地域包括ケア体制を作ることをひとつ大きな課題としました。そのために、今病院の中に社会的入院と一般的に言われる方々、もしも介護力が地域にあれば病院から出られるような方々をできるだけ地域で受入れられるように整備を進めようというのがひとつの考え方です。そのために、二つの病院を統合して、いわゆる4人部屋の療養病床を減らしてできる限り地域の個室がある介護施設へ移行する。その結果、介護費用や医療費も下がっていくという考え方を持って、介護事業の整備と今回の病院統合問題を一緒に考えていったということです。確かに、今言われたとおり分かりにくい形になって、これから市民への説明も考えていかなくてはならないと思っています。

北川委員長

行政の説明としては、そうなると思います。予算をいくら使いましたという資源投入量がここに書いてありますし、もう一つは量的な成果で24ページの図式を見るとそうですね。ところが市民のほうから見たら、例えば、石川県は全国でぴんぴんころりで健康長寿なら第何位なの、石川県の中で加賀市はどれだけなのと。それで実際に幸せな町がつくれたという質的成果が問われないとなかなか納得もしていただけない。その大命題があって、だからこうするとか、分散するとかということがないと、何か一方的に資源を投入していったということで、道路に1億円使いました。それで1km改良になりましたというのは、実は市民は何の関係もありません。

ん。その結果、30分通勤が早くなったとか、安全になったとかいう成果が見えてこない、こういう新しいことをスタートするときには理解をいただけない面があると思うので、時間的に間に合えばそういうようなことも検討いただけたらと思います。よろしいですか。

鈴木委員

健康づくり、予防も当然、密接に連携する話なので、病気になって介護、福祉ということだけではなくて、予防によってどのくらい入院の数が減らせるのかということを示して、例えば、300床必要だけれども250床ぐらいでというぐらいには、そういうこともあわせて安心材料を提供しないといけません。それから、医療というのは広域ですからこのデータは当然、最初は加賀市民の病気は市内でという前提で作られていると思いますが、患者さんのアクセスというかそういうものは自由ですので、むしろ、大学だけではなくて近隣と十分に連携を図っていくような意思表示も重要ではないかと思います。最後に、療養病床について計算上こうなりますが、やはり受け皿がニーズを呼ぶというのは当然ありますので、既にこうなっているものについて、他に病床があるからとか、利用率がこうだからということではなくて、その受け皿は新たに何とかして必要になると思います。今、既に過剰にあるからとかではなく、これはやはり介護の施設と補完し合う関係ですから、そんなに簡単にはいかないのではないかということだと思います。

北川委員長

医療の充実ということは、さらに福祉、介護とか全てが整って初めて議論をするのですが、もっと言えば野菜をたくさん食べる地域だとか、教育で学校時代に子どものころから健康授業ができていたりとか、そういう背景があった中で位置付けるから、これは加賀市政の根本的なことは本当に問われると思いますし、良い機会ではないかなとそんな感じがしますから、結果、インプット論で資源投入量か、量的なアウトプット論か、ほんというアウトカムがもっともで、質的成果が出ていないとなかなか市民の方には納得していただけないという意味です。それでは、時間も押していますので、次の説明をお願いします。

## イ 施工事業者の決定経緯

事務局説明

**資料⑦** 施工事業者の決定経緯

伊関委員

発注方式について確認させていただきますが、私も岩波ブックレットの

『まちに病院を!』という本で紹介しましたが、岐阜県にある下呂市の金山病院でローコスト建築をしたことがあります。100床で確か18億円、1床1,800万円でやった記憶がありますが、いわゆる設計、施工のお役所式でやると、どうしても高くなるのは役所のルールで全部、壁の厚さから積み上げていくので高くつきやすいです。それを安くするためのいろいろな知恵を今、自治体でもやっていて、その中の一つの方式が設計施工一括方式。建設会社と設計会社に全部任せることによって、設計会社、建設会社のノウハウを使ってできるだけ安い提案をしてもらいます。大体の感覚で結構ですが、従来型の加賀市の標準で、設計・施工分離でもしも発注したら、どのぐらいの金額で発注になったのですか。建設関係の担当者はいないのですか。

事務局 当時いくらで発注をするかという金額の積み上げの中で、67億5千万円という当時の発注金額から役所の単価を使った場合は、最低でも2割ないし2割5分くらいは多分アップしてくるのではないのかということは感覚ではあります。

伊関委員 このポイントは一括でやることのメリットもデメリットも出さなくてはいけないかもしれませんが、メリットとして消費税が平成25年9月までに契約した場合は5%でOKでしたっけ。10月になると8%になって、設計だけを分離していると建設部分の一番大きな金額について3%増えてしまい、それも設計施工の手法の選択のメリットであるというふうに理解して良いのですか。

事務局 平成25年9月ということですね。その当時はまだきちんとした法律が出ていませんでしたが、いずれか半年前に契約が済めばというところで、消費税の影響が大・中・小考えて記載してまいりました。

伊関委員 消費税で3%分少なくなる金額はどのくらいになりますか。大体の概算で結構です。

事務局 3%の差額が2億3千万円という単純計算になるかと思います。

伊関委員 10年後に建て替え等をする場合には当然（消費税が）10%か更に上がる可能性もあるという話を指摘しておきます。設計施工一括の場合は、マイナスがあるとすれば、相手の建設会社に良いようにやられてしまうと表現してはいけないのかもしれませんが、追加契約をしてくださいますとかがあって結果、大きく金額が上がったり、見えないところで手抜きがひょっと

すると出るかもしれないという心配があります。そういうところについての問題、リスク要因が加賀市のほうでこの方式について把握をしていて、それを防止するためにどういうことに注意をしているのかを話してください。

事務局            設計施工一括方式の中でもゼネコンの一貫方式です。ゼネコンの設計部隊が設計をして、施工まで全部一社の会社でやってしまうというやり方を取った場合のリスクですが、やはりお金は一社が握っているということで、通常のやり方でいくと設計事務所というのは、発注者である役所側の立場になって設計の品質を担保してもらうことができます。ただ、相手方が設計も施工も一緒となりますと、やはり同一の会社で利益を追求するということから、品質が損なわれるのではないかということが当初危惧されました。その中でどのようにやるかということで、建設部会のほうでは設計事務所を必ず入れなければいけないだろうということが議論されまして、設計者を今後どのように位置付けるかということが話題になりました。実際に、昨年秋ぐらいに基本設計が完了して、それまで病院のスタッフの方々といろいろなユースポイントといわれる打合せを約半年以上を掛けてやりましたが、主導権は設計事務所が握りました。それはこちらの市役所側からも設計事務所が表になって先頭になって議論を進めてくださいということで、結果的には設計事務所主導で設計の品質は保てたという状況です。

伊関委員            確認として、一括で契約としては出すけれども、あくまでも設計者と建設会社の間には緊張関係を保って、発注者のためにちゃんと仕事をしてもらえるような仕掛けはしていますということですね。

事務局            そういうことです。

伊関委員            では、もう一つ。建物の講評は住民から見ると良く分からない部分もありまして、全室個室というのは収入問題、スタッフの大変さとか、この辺については一回まとめて、個室の評価について現時点できちんとまとめてもらいたいと考えていますが、フレキシビリティとか、ロングスパンとか、高齢者の方に分かりやすいように少しかみ砕いて説明をしてもらえますか。選考委員が専門家だから専門の言葉になっていますが、結果として委員会の講評でしか我々は見ないのですが、それがこの建物の外観だけでも良いので、これが売りだというものをもう少し分かりやすい言葉で、おじいちゃん、おばあちゃんに分かりやすい説明をしてもらえますか。

事務局            まず、御指摘のフレキシビリティというところですが、今、全室個室という計画ですが、真ん中に廊下がありまして両側が病室という状況です。その中に通常、経済スパンと言いまして、例えば7 m間隔で柱があるという造りになった場合に、将来的にその真ん中の柱が邪魔になるだろうということも考えられ、改修をしようとしたときに構造体の柱なので取ることができません。将来を見越して極力柱の本数をなくしましょうというのがフレキシビリティということで、これは医療施設の基準、将来どう変わるか分からないということでフレキシビリティという柔軟性を持たせています。病室の中も同じように、どんなベッド配置を病室の中でされても、必ずケアに関しては、看護師がケアできるように、患者さんにとっても不都合がないような自由さが求められるということが、このフレキシビリティという項目でひとくくりになっています。それから、ロングスパンというのは先ほど申しましたが、将来も対応できるということです。大体、現在だけを考えていますと必ず5年後、10年後に改修は間違いなく訪れますので、先を見越して10年先、20年先に、いかにハード的にも対応できるかというのがこのフレキシビリティということです。

伊関委員            建物の壁に力を持たせて中の柱はできるだけ減らして、自由に部屋をつくれるような設計がフレキシビリティということで良いですね。全室個室が場合によっては検討するべきとなったときでも、壁からつくっていくのであとからの変更も比較的可能であるということですか。

事務局            そういうことです。

伊関委員            補足でいけば、ダブルクロス型というのは真ん中にナースステーションがありますよね。ナースステーションから病室の距離をできるだけ少なくするための十字を二つかみ合わせた設計が効果的だという判断ですね。

事務局            そういうことです。

伊関委員            そういう形で、見たところは無駄ないかなという感じは正直しています。

北川委員長        これは、松成委員どうですか。

松成委員            免震構造を採用されているので、そもそもは柱はりという軸組みのフレームがロングスパンで柱と柱の間をとばせます。それが免震構造のメリットでして、柱と柱の間を壁にしようが、空間にしようが、わりと自由に変

更がしやすいというメリットが確かにあります。それをうまく設計にも使っているというところがありまして、上手に建物の免震性をロングスパンを入れて柱と柱の間をとばして、フレキシビリティというか後々の変更がしやすいようにうまく設計されているというふうには思います。

富田委員           この建物の写真を見ても講評を見ても使う側としては良いと思いますが、事業者側から見て全室個室というのは、全室個室の病院に行って話を聞いて私が認識している限りでは、かなりの看護師配置を増やさなくてはいけないと思います。特に壁で見えませんが、夜間に何人ナースを配置するか分かりませんが、かなりの死角が出て見やすくはないので、今後の看護師配置を考えた場合に全室個室で大丈夫なののでしょうか。たくさん置いて経営が成り立つのかということを含めて。

事務局            経営との関係については、また次回に細かく話をしたいと思います。今、少し触れますと、現在、看護病棟の計画は1床あたり40床から41床の病棟で、きちんと決めているわけではありませんが、今までの話の中では医療の安全性を考えると夜間は3人夜勤が必要かなとは考えています。もちろん、経営の面での問題はありますが、例えば、看護師の確保の面でも結構、看護病棟を40床の前半ぐらいにもっていくような最近の構造、つまり、働きやすい病院という面と安全面でもっていく形が多いのかなという感触ではいます。

北川委員長        よろしいですか。

富田委員           経営の面は後回しと聞こえましたが、今日のところは、それは問題ないという発言ですか。

事務局            その前提で次回、経営シミュレーションをオーダーさせていただいています。

北川委員長        それでは、次に移らせていただきます。引き続き説明をお願いします。

## ウ 新病院建設地の決定経緯

事務局説明        資料⑧ 新病院建設地の決定経緯

伊関委員           まず、42ページの候補地の比較検討表（ポイント）はものすごく重要

な資料なので、傍聴の方は小さくて見えないから、次回以降、大事だと思う資料は大きくしてください。私は何とか見られますが、見られない人はたくさんいると思うので、そこは考えてください。

それで結局、Bの現在地の予定地については、高いけれどもインフラの整備に安くできます。大体、6億円くらい違うわけですね。その6億円は何に使うのですか。もう少し具体的に説明してもらえますか。

事務局                    基本的に下水道、上水道、そして造成費というところですか。それから、アクセス道路です。Aの地域については道路が必要であります。Bの地域については前面道路が既にありますので、これがアクセスできるということです。

伊関委員                下水と水道はBにはもう敷設されているわけですか。

事務局                    42ページの上段の図面ですが、下水道計画区域が薄い緑のところには赤く線が入っています。これが下水道計画区域です。ですから、下水道計画区域には入ってはいませんが、前面道路までが入っていますので、すぐアクセスできるということで、今回、計画に取り組んで下水道整備をいたします。

伊関委員                もう一つ、AとCは農振農用の除外が必要というふうに書いてありますが、期間や手間はどのくらい掛かるのか、教えていただけますか。

事務局                    これについては、通常のところ想定になりますが、1年ないし、2年近く掛かる場合があります。

伊関委員                場合によっては2年掛かるという話で、相当難しい話ですね。

事務局                    そういうことです。まず、農振農用地、農業振興のための用途の指定ですので、今の段階で、5ヘクタール外す場合には5ヘクタールに見合うどこかに農地をつくるという条件となります。

伊関委員                そういう条件も必要なのですね。では、相当難しいという話ですね。もう少し前のページで、加賀市民病院地域、山中温泉医療センター地域の3箇所を想定して、加賀市民病院の近隣については今でも駐車場は増やせないのですか、周辺の地域でまとまった土地があるとか、これは相当難しいと思いますが、きちんとした建物を建てるだけの用地買収の協力が得られ

そんな見込みはなかったのですか。

事務局　　今回、具体的に地権者の方々に相談をするということはありませんでした。流れの中で、基本構想の案の中でもう既に加賀温泉駅周辺ということがありました。現在、この周辺地権者の方がどういうふうを考えているのかは分かりませんが、平成5年から平成8年の今の加賀市民病院の新しい部分を建築した際に、私どもも駐車場を確保したいということで周辺にお声を掛けましたが、なかなか市街地内ということで協力が得にくかったということは聞いています。

伊関委員　　加賀市民病院地域では洪水、地震の危険があるというふうにあります。具体的にはどういうことですか。おそらく、市や県のハザードマップ等にあると思いますが。

事務局　　これは津波による影響ということ。従来、加賀市の沿岸には大きな要素になる断層はないということでしたが、再度、国、県のほうで確認調査をしましたところ、非常に確率は低いですが加賀市の沖合にも大きな地震が想定される断層があるということです。その時の津波の想定をした場合、今現在の加賀市民病院のある地域については浸水が想定されるという部分です。それから、加賀温泉駅のところについては浸水想定がないということです。山中温泉については非常に高いところにありますので問題はありません。

北川委員長　　ほかの方はよろしいですか。

事務局　　申し訳ありません。津波の浸水想定ではなくて洪水ハザードマップです。

富田委員　　B用地の良いところを聞きたいのですが、三角形が付いていて問題のあったところは、どのように克服されたのですか。簡単に教えてください。

事務局　　三角形といいますと。

富田委員　　B用地にもA用地にも比較表を見ると三角形が付いています。場所とか、造成済みというところは二重丸が付いていますし、三角形のところはいくつかあって、問題点がありましたが、どのように克服されたのですか。

事務局　　これは結果論ですが、例えば、Bのところは地権者の数が非常に多いで

す。私どもは地権者が少ないほうが交渉もスムーズに進むと思いました。私どもの想定と違ったのは、実はここは40年以上前に区画整理を行って、そのあと区画整理として売れ残りまして、それぞれの地権者の方々が管理組合を作っていました。窓口として地権者の方をまとめた管理組合が交渉窓口になり得たということで、その辺、地権者がバラバラであるということはクリアできました。それからもう一つ、三角が付いているのは相続の途中であったということがありました。これも私ども相続というとなかなか揉めたりすると非常に時間が掛かりますが、相続がスムーズに進みまして私どもの着工を想定した期限内に売買契約ができるということでクリアできたということです。最初想定した三角はそういう事情でクリアができました。価格のところは付けていますが、駅前ということで区画整理した当初、そのまへのアビオシティがあります。これは平和堂がつくった建物ですが、この当時の売買価格は相当高いものでした。候補地に挙げましたが、取得しようとした場合に相当価格面で我々と差があるのではないかというふうに考えていましたが、地価が下落傾向にあったということと、すぐまへの地価公示の基準点がありましたので、ここで交渉が成り立ったということです。

伊関委員           これは資料要求なのですが、渋滞等の交通の問題、まちづくりの問題について指摘する市民の意見がありますので、もう少し分かりやすく図などで、交通関係の基盤整理をしていきますとか、渋滞はこうして解消していきますというようなイメージを分かりやすく説明した資料を次回作っていただきたいと思います。

北川委員長           それではよろしく申し上げます。当初の予定が15時30分でしたが、少し遅れていまして申し訳ありません。最大限、今日終わらせていただきたいと思いますので、了承いただけたらと思います。委員の皆さん方にもお忙しい中恐縮ですが、もう暫く時間を頂戴してスピードアップでいきたいと思いますので、よろしく申し上げます。

それでは、トイレ休憩などで休憩を5分ほど、よろしく申し上げます。  
(休憩5分)

北川委員長           それでは、再開させていただきたいと思います。資料⑨から再度、説明をお願いします。

## エ 運営形態（地方公営企業法・全部適用）の決定経緯

伊関委員

病院の機能再編のときに職員の身分が不安定だとなかなか進んでいかないというのは確かだと思いますので、地方公営企業法の全部適用を選択するというのは有りかなという感じがします。私も埼玉県立病院に勤務しましたので全部適用を体験していますが、これはちゃんとした経営者がいてマネジメントしなければ全然変わらないという話ですので、きちんとしたマネジメントできる人を招聘することが大事だと思います。その上で例えば、病院を建てるというのは経営が厳しくなる部分なので、経営が傾いたときには、場合によっては他の制度を検討するというリスクはありますが、無理に今進めることは得策ではないという感じは正直しています。PFIというのは、最近では病院についてはほとんどないです。私は『まちの病院がなくなる！？』という本を書いたときに、PFIを分析して論文に書いています。基本的にはPFI自体の職員は委託できないので、これを入れたから病院の経営が良くなるという話ではありません。最近では余りやっているところはないです。現実的な選択かなというのは個人的には感じています。

鈴木委員

私のあくまでも経験から。一般論ですが、地方公営企業法の全部適用は経営における独立性とか、現場で判断をやっていくというのは、組織の文化としての訓練がないと形だけの適用になると思います。わざわざそのためだけにやるメリットは一部適用との差はほとんどないと思います。独立行政法人についても、わざわざ手間を掛けて非公務員型で弾力的な運営をみたいなのを目指しても、余りメリットというか効果はないのではないかと思います。下手をすると救急医療や政策的医療について、市の方針に必ずしも十分に従ってもらえないというような変な意味での独立性だけは残ってしまう危険性があると思います。指定管理者については、民間でやっていけるというようなレベルの軽いものについては非常に良いのかと思いますが、今回のようなかなり目的が明確で救急医療のような政策医療を含んだものについては、余り勧められないのかなと思います。

富田委員

私も鈴木委員に同感です。全部適用の病院の集まる会があるらしいのですが、そちらにいつている先生方の話を聞くと、全部適用になっても一部適用とそんなに変わっていないと、むしろ、病院がフレキシブルに決められないとか、予算とか、議会とかというところに対して新しいというところはないということなので、加賀市の姿勢として病院にどういう経営を求めるのかを聞きたいのですが。病院が主体的にいろいろ決めていただきました

いのか、一部適用のときのように市長がきちんと市の決めたことをやってほしいという受身なところを求めているのか、それによって病院の動き方も違うと思いますし、市の見解はどうなのでしょう。

事務局 国立の病院はありますが、加賀市の中に直営の市立病院を統合して一つになるということで、加賀市の中での医療の核として、そこから、福祉、介護への接続を主として、病院が主体的なというか、大きな役割を担っていただきたいという形の中で、基本構想でも医療と介護の連携という方式を考えていたということです。結論としましては、病院が主体的にこれからの加賀市の医療をリードというか、形づくってもらいたいというのが基本構想時点の市の考え方です。

富田委員 医療の中身ではなくて、経営の主体の姿勢をどちら任せるのか、ある程度、全部適用で成功されているところは、素晴らしい経営者がいらっしゃるところが多いので、そういった方に任せて、余り口を出さずに任せるとか、そういうことがちゃんとできるのですか。ということをお聞かせください。

事務局 人事的なことに掛かってきますので、確定的な話ではありませんが、経営面に優れた外部から人を招聘してでも病院というところの事業管理について任せられる人を選考して、その方に経営の面でも核になっていただきたいという方向ではありました。

富田委員 では、財務、人事含めてきちんと任せるということによろしいですか。

事務局 そうということです。

鈴木委員 もう一つ追加で、地方公営企業法は別にして、ここから先、右に行くほど、一般的に医学部の教授の方々には、そういう方でも理解されている方はいますが、特に医局員は経営優先の民間的な病院というイメージを持つようになると思います。そうすると、医師の派遣をお願いする医師確保という面ではちょっと余計な苦勞が出てくるというのは経験上あります。

北川委員長 私も中身の問題だと思います。今までは、全国的な平均的な例は、県立の場合で見ると人事と予算を執行部が握って、そして、病院を院長に頼むというので全く不幸な関係が起こってしまって、人事や予算は院長が自由にならない、あるいは、医療のほうでは執行が自由にならないという問題が、公立の非常に無責任な体質を生んでしまって赤字が連続して出てくる

ということになり、公的病院は、難病とか、いろんなことをするから赤字になっても良いと不幸なほうへと転化された可能性は非常に高いと思います。ここを何とかきちんと経営をやろうというので、全部適用やPFIということになったと思います。したがって、経営形態がいかなるものであろうとも、私は全部適用で良いと思います。お互いが公的な面と私的な面との中間で。だけれどもこれは決意の問題で、先生方は大学の関係のなかで生きられて初めて成果も上がるという要素も非常に強い、否定しがたい部分もあります。したがって、医療を費用対効果で見るだけでなく、本当に困っている皆さんをどのように救うのかというのが公的な面だと思いますから、よほどの決意がないと、いずれの形にしても大変なパワーのいるチェンジです。私はその点の考え方をきちんと話していかないと、形式的な統合をしたけれども中身でバラバラになる可能性も、最新の注意を払ってしていかないと本当にいけませんので、全部適用で決められましたが、それ以上のことを私は求められて非常にナーバスなことになるとは思います、その点は更に注意をいただきたいと思います。

それでは、次に移らせていただいて、よろしいですか。説明をお願いします。

### 議事（3）検証事項について

#### 事務局説明 資料⑩ 市民の意見分類表

伊関委員 医師の招聘について、教育を重視するというのも聞いていたので、そのところもきちんと説明してもらいたいと思います。単に合併しても医師は増えませんよ。一つの病院に医師を集め、増やしますという話ですが、今の入っている情報では、これは嘘です。私は（医師を）増やす方法としては教育を充実させるという方向性はあると思うので、それを住民が分かるように説明しなければ、「医師は来ます」と言っても「来ない」というふうに感じるほうがリアルです。1 + 1 = 0.8です。統合したから二人か三人は来てくれるかもしれませんが、今（山中医療センターに）いる8人全員が増えるという前提で議論はしないでください。医師を増やすための方策として、何をするかということをお必死になって考えないと、この地域の医療が継続できませんので、そこはしっかり資料を作ってください。

事務局 これまでも医師確保には取り組んできましたし、第1回のときに話をさせていただいたように、臨床研修の基幹型を目指すということが、統合新病院の大きな教育機関としての目的でもあります。そのためには優秀な指

導医に来ていただいて、若い医師に研修にドンドン来ていただく。そのためには実際、今の病院にいる先生方も指導医としてレベルアップをしていただくというような方策が必要だと考えています。これについては、今、大学の医局のほうにも話はしていますので、大学の方は各それぞれの診療科の専門医の先生を育てられる環境をというふうに言われておりますので、その基準を満たすような努力していきます。なおかつ、それ以外にも加賀市に縁のある先生方、各地にいる先生方をいろいろ通じて医師確保をしていく方策を考えています。その辺については、説明資料を出すことで考えています。

鈴木委員

私からのオーダーでしたので、まとめていただいてありがとうございます。頭の整理が良くできたかなと思います。相当、多岐にわたるいろんな懸念、課題はあるのだと思いますが、参考にさせていただければと思いますが、これに対する回答というか、今後の進め方という意味では、例えば、さっきのカタカナ用語のように、もう少し分かりやすい説明をして理解いただく解決法が一つ。それから、早急に検討した上で調整が必要なものがあるわけですが、そういうものがどれだけあるのかということを整理する必要があるかと思います。それと、医師確保については、今のような話もありますが、やはりやってみないと分からないことがどうしてもあると思います。「責任はどうするのか」という質問があったことも承知していますが、責任は当然、市長さん以下市役所が取る話なので、さっき、委員長も言われた理念をどうするのか、こういう意気込みでやりたいと、それで連携を取ったり、いろんなところに話を持って行ってお願いするから確保しますというようなことでしか答えられない部分もあると思います。そういうものを余りにも形式的に答えると、どうしても無理が生じるし、嘘に読めてしまうので、そこは正直に書かれるというか、答えるにしても、そういうふうに今後検討されてはいかがかと思っています。

伊関委員

要はバラ色で書かれても、「どうかな」と市民の皆さんは思うわけです。ここはできないかもしれないということも、でも、ここはこれだけ努力しますみたいな感じの意見でない、やはり信用できない。官僚の文書は、つくと間違いが出てくる。現場に行くと少し違っていたりする。

富田委員

先ほどの経営形態のところでは出て来なかったのですが、二つの病院が合併するといっても、一つは公設公営ですから余り違和感はないと思いますが、地域医療振興協会は財団ですので民間の病院です。私も地域医療振興協会が指定管理に変わったところに行って、いくつか話を聞きますと、

口を揃えて「非常にいろんな決め事が自分たちでできるようになって、自由になった」という話を良く聞きまして、職員が自発的に動くようになって、随分、公務員の病院とは違って来たという話も良く聞きます。そこに慣れてしまった方が、もう一度公務員で、議会が決められるところにかえるというのは、そのほうが大変ではないのかなという気がしています。全部適用と書いてあるので、どちらになるのかは分かりませんが、その辺の精神的風土といいますか、考え方というのは、経営に関してもそうですが、合併というのは本当に1 + 1 = 2にならないところが、医師もそうですし、職員の環境も違うと思いますので、そういう目に見えないところも多分不安を感じているところもあると思っています。

北川委員長       これで今日は一応終わりですね。

事務局            項目については終わりました。

北川委員長       今後のことについて本日の議案は終わりましたので、事務局から次回を含めて、いろんな説明がありますので、お願いします。

#### 議事（４）「市民の意見を聴く会」について

事務局説明       **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」

伊関委員        資料については、予断を生むので不要だと思っています。発言についても市立病院での機能、役割、経営をテーマで区切ることはないでは。今回の新病院建設計画に対しての意見で良いと思って、その内容について制約する必要はないと思います。そこで、個人の誹謗、中傷等は書いてはだめなのですよ。それは自己責任になりますが、発言に制約、テーマを絞ってはいけないと思いますので、いろんな3分間でそれぞれ病院に対しての思いをきちんと語っていただきたいと思っています。

事務局            Q & Aは発送せずに、機能・役割・経営というのを外して、市民病院に関する話ということで、若干ここも変更して送らせていただきます。

鈴木委員        前回、「市民の意見を聴く会」のあり方が良く分からなかったもので、前提条件を明確にすることは大切だと言いました。この発言はなかったことにしていただいて結構です。若干の質疑があれば、その中で誤解なり、それは市に言われてもどうしようもない国の政策ですよというようなやり取り

があるのかと思って、できればと思ったのですが、こういうやり方でやるのであれば、そんな必要はないかと思っています。

北川委員　　よろしいですか。皆さんがやられています、市役所の中でやるだけでも徹底的にプレッシャーが掛かるわけです。何か役人にまた結論が決まっているのに、無理やり出て来てばかきさいというのは、本当にそれは気をつけておかないと、外へ出て行って本当は野原でやっても良いですくらいの感覚が必要です。だから、こういう問題で我々が開かれているわけだから、最大限の話合いだけはしていかないと私はいけないと思います。そういうことで一歩、進歩していただいているなど気がいたします。そういう点で、よろしくお願いを申し上げたいと思います。これで今日の審議は終わりですが、何かありますか。今日はよろしいですか。それでは、事務局のほうから何か報告があれば、お願いします。

#### 議事（５）その他

事務局説明　　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

北川委員長　　それでは、これで終わらせていただきます。それぞれ御協力いただきまして、ありがとうございました。また、これからも引き続き開催させていただきますので、今後ともよろしくお願いを申し上げたいと思います。

○事務局連絡

- ・ 次回は2月11日開催予定。
- ・ 「市民の意見を聴く会」は2月2日（日）13時30分より開始予定。場所はアビオシ  
ティホールに変更。発言者への通知に氏名、発言内容は公開・公表される旨を明記する。  
本日、会議終了後に発言順の抽選を委員の皆さんの立会いの下に行う。

以上