

加賀市統合新病院建設計画における  
健全な病院経営についての意見

平成26年3月2日

加賀市統合新病院建設計画検証委員会

# 目次

はじめに	P 1
1 統合に至った経緯	P 1
2 2つの病院の統合計画の合理性	
(1) 病院再編の必要性	P 6
(2) 病床計画の合理性	P 7
(3) 山中地区の医療機関の必要性	P 8
(4) 住民を巻き込んだ議論の必要性	P 9
3 統合新病院の建設事業の合理性	
(1) 現在地での病院の建て替えの可能性について	P12
(2) 新病院の建設時期について	P16
(3) 新病院の立地について	P20
(4) 新病院の設計・施工業者の方式	P23
(5) 建設事業者の選定	P24
(6) 建築設計方法・建設コストについて	P25
(7) 医師招へい策について	P26
(8) 経営シミュレーションについて	P30
(9) 運営形態について	P31
(10) 全室個室の病室の妥当性について	P33
(11) 保健・医療・福祉が一体となったモデル自治体となる必要性	P35
おわりに	P36
委員名簿	P38

はじめに

本委員会は、加賀市統合新病院建設計画について、健全な病院経営を図る視点から、計画の妥当性について検証することを目的に設置された。これまで、委員会を6回、市民の意見を聴く会を1回開催し、検討を行ってきた。本意見書は、委員会で出された資料及び議論、計画に関係する資料を踏まえ検証を行った結果についてまとめたものである。

## 1 統合に至った経緯

平成17年10月加賀市・山中町の合併が行われ新加賀市となった。合併の際、協定書において、「公立加賀中央病院と山中温泉医療センターを新市に引き継ぐ。設置者はいずれも新市とする。管理運営については、公立加賀中央病院は新市の直営とし、山中温泉医療センターは引き続き社団法人地域医療振興協会に委託する」「病院機能については、当面現行のとおりとし、新市において地域医療に関する審議機関を設置し、医療サービスのありべき姿、病院の経営改善計画、施設整備計画、看護師養成計画等について検討する」ことが盛り込まれた。平成18年には「地域医療審議会」が設置され、平成19年3月には「加賀市における病院事業のあり方に関する答申書」が提言される。提言では「加賀市が開設する二つの病院を機能分化し、高額医療機器等を集約するとともに、医師を始めとしたスタッフの連携を高め、医療の効率化を図ることが急務である。ただし、将来的には、加賀市における地域医療の安定的確保のために、二次救急医療を担い、医療設備の充実した新病院を建設する以外に、根本的な問題解決の方法はないと思われる」という意見が盛り込まれた。

この間、加賀市においても、平成16年度から導入された新医師臨床研修制度を契機とした医師不足問題が起き、加賀市民病院において、平成15年度に27名在籍していた常勤医師が、平成18年度には23名に減少し、平成18年7月に産婦人科の休診、平成19年4月に時間外の専門外の受診制限、平成20年1月に小児科の休診に追い込まれた。また、山中温泉医療センターも、平成15年度に14名在籍していた常勤医師が、平成20年度には9名に減少。平成20年4月には産婦人科の休診に追い込まれた。

そもそも市立2病院の医師数が少ないことから、必要な医療が提供できず、手術を要する入院患者の約半数が市外に流出し（平成20年）、救急患者の4分の1は市外に搬送されている（平成22年）。病院の建物も老朽化しており、加賀市民病院の手術室や検査室のある診療棟は昭和57年度に、山中温泉医療センターのほとんど病棟は昭和40～50年代に建

設されている。また、平成 25 年 3 月に、山中温泉医療センターの地域医療振興協会への指定管理の期限の更新時期が迫っており、更新の方針について決定する必要があった。

このため、平成 21 年 3 月の地域医療審議会の「加賀市における公立病院改革プランに関する答申書」において、「加賀市が開設する病院が2つのままでは、急性期の病院として機能が分散し、良質で高度な医療は出来ない。医療の質を考慮し、集約してより高度な急性期の医療を加賀市につくるべきである。マンパワーと資産の集約化は絶対必要」「新病院に医療資源を集約し1つにする事を最終目標とし、その前段階として、既存の病院が有機的な繋がりを持つ1つの病院のようなネットワークをつくる事を望む」「市内公立3病院はいずれも医師の人材確保が大変厳しい状況であり、今後、大学医局からの派遣も益々厳しくなるため、遅かれ早かれ集約する必要が出てくる。診療機能が崩壊してからでは遅い」という参考意見が出された。その一方、参考意見においては、議会代表の委員が「病院を1つにすべきという答申を当局へ出すことについて、議会側としては一応留保する」ことを出している。（平成 21 年 3 月の地域医療審議会は、公立病院改革プランのうち現病院の経営効率化計画（平成 21～23 年度）に対する答申であったため、病院統合に関しては答申ではなく、参考意見となっている。）このような中、平成 21 年 10 月には、寺前秀一氏が加賀市長に就任する。寺前市長は、地域医療審議会の答申書の提言・参考意見を踏まえて、平成 22 年 8 月 7 日と 8 日に「救急医療を考えるシンポジウム」、同年 11 月 23 日に「救急病院を考える公開討論会」を開催し、2 つの病院を統合することについての住民意識の醸成を図った。

平成 22 年 8 月 30 日、民主党菅直人内閣は、経済関係閣僚委員会を開催。速やかにデフレを終結させ、日本経済を本格的な回復軌道に乗せることを目標とした「経済対策の基本方針について」をまとめる。基本方針に基づき、同年 10 月には「円高・デフレ対応のための緊急総合経済対策」を閣議決定する。同対策において「地域医療の再生と医療機関の機能強化」として「都道府県に設置されている地域医療再生基金を拡充し、高度・専門医療や救命救急センターなど都道府県（三次医療圏）の広域的な医療提供体制を整備・拡充」する方針が盛り込まれる。地域医療再生基金の拡充については、平成 22 年度の補正予算において 2,100 億円が計上されることになった。基金は、全国の 3 次医療圏に対し、基準額として 15 億円を一律交付する。2,100 億円から基準額を差し引いた 1,320 億円については、各地の地域医療再生計画の内容に応じて、加算して交付するとされた。50 億円を超える交付申請の場合、原則として医療機関全体で 10%以上の病床削減を行わなければならない、80

億円を超える申請の場合は、病院の統合再編を行うことが義務付けられた。病院の統合再編については、「病院の数が1以上減少する形での病院機能の再編（平成22年度地域医療再生臨時特例交付金に関するQ&A）」が条件とされた。計画期間は、各都道府県の地域医療再生計画への事業追加としたため、自民党麻生内閣時代の平成21年度の地域医療再生臨時特例交付金の期限と同じ、平成25年度一杯とされた。

平成22年12月9日、厚生労働事務次官から各都道府県知事に「地域医療再生臨時特例交付金交付要綱」が通知され、同月24日には具体的な交付の条件や交付金に対するQ&Aが示される。厚生労働省からの通知に基づき、石川県は平成23年1月7日に地域医療再生基金の説明会を行った。事業提案書の提案の締め切りは、石川県が、国に3月16日（期間が短いことから6月16日に期限延長）までに「新しい地域医療再生計画」を提出しなければならないことから、1月31日とされた（後に2月28日に延長）。

寺前市長は、加賀市民病院と山中温泉医療センターの統合再編による医療機能の集約化について、地域医療再生臨時特例交付金を受けることを決断。延長された期限である2月28日に、事業提案書を石川県に提出した。事業提案書における総事業費は120億円、基金交付要望額は40億円であった。

加賀市は、平成23年2月23日、加賀市民病院と山中温泉医療センターの統合再編に関する行政的な合意を得るため「医療提供体制調査検討委員会」を設置する。医療提供体制調査検討委員会は9回開催され、同年6～7月に市民アンケート、7～8月には市内6か所で市民意見交換会、10月にパブリックコメントが行われ、11月に「医療提供体制基本構想」が策定される。平成24年1月には、加賀市文化会館大ホールで「基本構想市民説明会」が行われた。

医療提供体制基本構想では、①2病院を統合し、一般病床300床（うち回復期リハビリテーション病床50床）の新病院を整備する。②運営形態は地方公営企業法の全部適用とする。診療科は16科で内科系・外科系の医師2人当直体制、主要診療科複数医師配置を目指し、最低必要医師数は43人以上とする。③建設候補地は加賀温泉駅前作見町地内約5万2千㎡とする。④建設スケジュールは、平成25年度に建設工事着工、平成28年度開院を目指す。⑤事業費は97.4億円（建設工事等60.5億円、医療機器等19.6億円、用地費等15億円、付帯施設2.2億円）とする。⑥経営シミュレーションの結果、稼働率81%以上で損益には問題なく、市からの一般会計への影響も開院9年目までの一時的な負担増に限られることが確認。⑦現病院土地・建物の活用は、入院機能のある病院として残すことはできないが、

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る。統合新病院の開院までの期間に、市民の意見を聞きながら活用方法を検討するとされた。

石川県は、加賀市を含めた事業提案者の提案書を精査した結果、計画に加賀市の 2 病院の再編統合の提案を盛り込むこととした。6 月 13 日の「石川県医療審議会・石川県医療計画推進委員会（地域医療対策協議会）」において、2 病院の統合再編が盛り込まれた新しい地域医療再生計画が決定された。厚生労働省から石川県に地域医療再生臨時特例交付金の内示が示され、11 月 1 日には石川県医療審議会・石川県医療計画推進委員会が開催された。内示に基づき修正された新しい再生計画が決定された。同日、加賀市に地域医療再生臨時特例交付金の補助予定額が内示された。2 病院の統合再編に対する基金交付内示額は約 14 億円であった。

最終的な「新しい石川県地域医療再生計画」では、「加賀市民病院と山中温泉医療センターの統合再編による医療機能の集約化（総事業費 82 億円、うち基金負担分 14 億円）」が盛り込まれ、「加賀市内には、加賀市民病院（226 床）と山中温泉医療センター（199 床）の 2 つの救急告示病院があり、マンパワーなど医療機能が分散されている状況にある。加賀市民病院と山中温泉医療センターを統合再編して新病院を建設し、医療機能の集約化を図り、救急患者を確実に受け入れる二次救急医療体制を確保する」「新病院の機能については、平成 23 年 10 月に有識者による検討会において基本構想（原案）を策定し、現在パブリックコメント中であるが、病床数は一般病床 300 床程度（うち、回復期リハビリテーション病棟 50 床）、診療科は 16 科、医師数は最低 43 名以上とし、救急医療（内科系医師・外科系医師の複数当直体制とし、二次救急患者を確実に受け入れる体制を構築）を強化するとともに、他の医療機関や介護施設と連携して、医療・介護などが切れ目なく継続的に提供される地域包括ケア体制を整備する」ことが盛り込まれた。

平成 24 年 2 月、医療体制基本構想と地域医療再生臨時特例交付金の交付を踏まえて「医療提供体制推進委員会」が設置される。委員会では、統合新病院の診療機能や規模など建設に関する具体的方針が検討された。委員会には、医療と病院建設の専門家等で構成する「統合新病院建設部会」と、両病院長等により構成する「病院統合協議会」が設置された。同年 8 月、2 つの部会・協議会の議論を踏まえて「統合新病院建設基本計画」が策定された。計画では新病院の基本理念・建設コンセプト、規模・診療科等、建物の配置計画・交通計画、各部門の整備内容、新病院の新たな機能、発注方式・建設スケジュール、事業費・経営シミュレーションが行われた。特に新たな機能として「一般病室の個室化」「初期救急医

療センターの併設」「集中治療室（HCU）の専用病棟設置」「病院内に地域包括支援センター機能の設置」を備えるとされた。建物の発注方式としては「設計・施工一括方式」、業者選定方式としては「公募型プロポーザル方式」を取ることとされた。事業費は、102.1億円（建設工事等 64.3億円、医療機器等 23億円、用地費等 14.7億円）とし、地域医療再生基金 14.7億円、再編債 3.7億円、合併特例債 17.2億円、病院事業債 63.3億円、自己資金 3.1億円をあてることとした。経営シミュレーションでは、総病床数 300床のうち 240床の入院があれば、市の税金の負担を増やすことなく運営可能とされた。平成 24年 10月には建設基本計画の市民説明会が行われた。

一方、平成 23年 8月、加賀市の市民意見交換会における説明に疑問を感じた有志が「新病院建設を考える会」を発足させた。同年 10月 11日、考える会は市長と全市議に対して公開質問状を送付。最終的に加賀市長の回答はなかった。平成 24年 2月には、大聖寺地区まちづくり協議会の発行する「広報大聖寺」に病院に疑問を呈する記事を記載したことについて、加賀市から補助金の打ち切り示唆し、役員の刷新を求めたほか、編集集中の広報大聖寺に対する介入が行われた。平成 25年 1月には当時の協議会の会長ら役員 2人と住民 49人が市に対して訴訟を提起している。平成 24年 5月、「加賀市の統合新病院建設の是非を問う市民運動の会」が病院建設計画に関する市民投票条例の制定を求めて署名活動を行い、4,354名の署名が集まる。市民投票条例の制定は、同年 8月 21日の臨時市議会の議題とされたものの否決された（住民運動の部分は、新しい加賀市をつくる会のホームページより引用）。

平成 24年 9月「統合新病院建設事業者選考委員会」が設置され、同年 10月 1日には建設事業者の募集が開始され、6グループから応募がなされた。同年 12月の一次審査（書類審査）には 4グループから応募があり、12月 22日の二次審査（プレゼンテーション）では 2グループに絞り、平成 25年 2月の三次審査（プレゼンテーション）で最優秀者・次点者が決定された。最優秀者は、(株)大林組と山下設計(株)のグループが選ばれ、同年 3月には、市との間で建設請負契約（契約額約 67億円）が締結される。平成 25年 4月以降両病院と建設事業者との間で検討作業が行われ、同年 10月に統合新病院の基本設計がまとまる。また、同年 7月には、基本設計についての市民説明会が行われている。同年 8月には工事の起工式が行われた。

平成 25年 10月 6日に行われた加賀市長選挙において、加賀市統合新病院建設計画が争点となった。統合新病院の建設を積極的に推進する前市長に対して、前市長の政策の見直

しを訴えた宮元陸市長が選挙に当選する。同年12月25日、「統合新病院建設計画において、健全な病院経営が成り立つのかを疑問視する市民の声に応えるため、第三者機関によって計画の妥当性を検証する」ことを目的とした「加賀市統合新病院建設計画検証委員会」が設置された。

## 2 2つの病院の統合計画の合理性

### (1) 病院再編の必要性

まず、2病院の統合計画の合理性について判断を行う。最初に、2つの病院を統合して300床規模の新病院をつくることについてどのように評価すべきか。図表1は、厚生労働省の医療施設調査より作成した、病床規模別1病院100床当り常勤換算医師数の推移である。病床の規模が大きな病院ほど医師数が増えている傾向がある。医療の高度・専門化に対応するためには、ある程度の病床の規模を持ち、医師の雇用を図ることが必要となる。その場合、病床の規模は、最低でも300床は必要と考える。また、救急搬送患者の受入困難により、4分の1の患者が市外に搬送されている。今後、高齢者が急増する中で、市外の医療機関も救急患者を受け入れる余裕がなくなる可能性がある。加賀市民の生命を守るためにも、二次救急患者の受け入れ体制の拡充は緊急の課題である。医療提供体制基本構想の二次救急患者の全てを市内で受け入れるために、病院の規模を300床に拡大し、内科系・外科系の医師による2人当直体制、医師数43人以上の雇用が必要とする考えは一定の合理性を持つ。

問題は、2つの病院を1つにすることである。加賀市民病院は、明治13年に県立金沢病院大聖寺出張所として開設された歴史の古い病院である。明治22年に郡内25の組合経営となり、新加賀市の誕生により市立加賀市民病院となるまでの長い間、複数の市町村の運営する一部事務組合方式により運営されてきた。山中温泉医療センターは、昭和16年に山中海軍病院として開設され、戦後、厚生省に移管され国立山中病院として運営されてきた。平成15年に山中町に移管され、山中温泉医療センターとなる。運営は社団法人地域医療振興協会に管理委託されている。

病院の統合により単純に医師数が増えるという考え方があるが間違いである。各病院の医師集団は、それぞれの組織文化を持っている。組織文化を無視して単純に統合をしても、病院を辞めて他の病院に移るだけである。1+1=2ではなく、1+1=1となりかねないのが病院の統合である。実際、山中温泉医療センターの相当数の医師が、統合新病院には勤務

しない意思を表明しており、統合により単純に医師数増加を見込んだ統合計画の基本的考え方には疑問を呈せざるを得ない。医師数の増加は、医師が望む診療機能の実現や勤務環境の向上、若手医師への教育環境の充実によって図るべきである。

## (2) 病床計画の合理性

現在の病床計画の 300 床という規模は、本当に適切であるのか。計画では、加賀市民病院 (226 床) と山中温泉医療センター (199 床) の合計 425 床を 300 床に減らしている。病床の減少数は 125 床で、減少率は約 29% に達する。確かに、過大な病床数で病院を建設する場合、総建設費用が大きくなる。例えば、350 床として 50 床増やした場合、1 床 2,000 万円として約 10 億円の支出増となる。支出増分は、起債 (借金) の増加で賄わざるを得ないので、金利の支払い増も生まれる (年 1.7% で 30 年の返済で約 3 億円)。借金の返済を考えれば、建物の規模を絞らなければならないことも理解できる。

その一方、平成 23 年度加賀市病院事業会計決算書によると加賀市民病院 (226 床) の 1 日平均入院患者数が 179 人 (平均在院日数 17.3 日)、山中温泉医療センター (199 床) の 1 日入院患者数が 144 人 (同 17.2 日) で、2 病院 (病床数 425 床) の 1 人平均入院患者数の合計が 323 人となる。300 床の統合病院を建設する場合、単純に 23 人がオーバーする。将来の高齢化を踏まえても、本当に病床が足りるのか疑問が残る。

医療提供体制基本構想では、図表 2 のように山中温泉医療センターの療養病床 40 床分 (平成 22 年平均入院者 31 人) 分は、民間の療養病床で対応するとする。たしかに、加賀市の人口 10 万人当たりの療養病床数は全国の 257 に対して 519 と非常に高い状況にある。基本構想の説明資料では、平成 23 年 3 月末の市内の民間療養病床の稼働率が 64.5%、空き病床数 140 床あり余裕があるように見える。しかし、第 2 回委員会で市内の療養病床の稼働状況を確認したところ、図表 3 のように、許可病床数 373 床に対して稼働病床数は 280 床であり、その差は 34.7 床 (稼働率 87.6%) でしかなかった。これは人材不足や収益性を考えて稼働させていないものと推察される。

単純に山中温泉医療センターの療養病床 40 床 (平均入院者 33 人) 分を廃止すると、現在の稼働病床では、10 床あまりしか病床の余裕がなくなる。閉鎖している病床について、療養病床が不足したから再開するということは、計画上では簡単であるが、実際は簡単ではないと考える。現場調査において、現在でも山中温泉医療センターでは、冬期など高齢者の入院が多くなる時期は、療養病床の運用に困難を来す時があるという話を伺った。一

定数の削減は必要と考えるが、行く先のない高齢者が出ないように配慮をする必要があると考える。

さらに、療養病床の削減は、当然、長期的な視点を考慮する必要がある。これから、第1次ベビーブーム世代が本格的に高齢化する。図表4は、加賀市の疾病別受療率の動向であるが、全体の入院者数は平成32(2020)年に107%、平成37(2025)年に112%増加する。さらに高齢者の長期入院の原因となる呼吸器の疾患(肺炎が多い)は、平成32(2020)年に116%、平成37(2025)年に127%増加する。図表5は、2025年の療養病床最大入院患者数見込みである。平成26年現在の平均入院患者数245.3人に、将来の患者見込みを「2025年・呼吸器系の疾患」の増加率27.6%増加すると仮定する。その場合でも平均入院患者数は313.0人で、最大の患者を見積もっても、山中温泉医療センターの療養病床減少分を差し引いた333床は超えないものと思われる。

結論として、長期的な視点で見れば、山中温泉医療センターの療養病床の削減を行っても一定の余裕があると思われるが、短期的な混乱が起きないように対応が必要であると考ええる。特別養護老人ホームや老人保健施設など福祉施設における医療対応や在宅医療・介護を充実させるなど、医療・福祉・健康づくりを一体的に行う「地域包括ケア」を進めると共に、病院の再編を計画する場合でも、行く先を見失う高齢者が出ないように、一定の「バッファー(緩衝器)」としての高齢者が入院できる病床・施設を確保することを検討すべきと考える。

### (3) 山中地区の医療機関の必要性

さらに、2病院の統合において配慮すべきことは、山中温泉医療センターが廃止される山中地区の医療提供体制である。山中地区において常時開業している診療所は4軒で、うち3軒が60代の医師が開業していることや、交通の条件の悪い山中地域において、新たに診療所が開業されることは難しいことも考慮すると、山中地区には必要な外来機能を残すことを検討すべきである。また、大聖寺地区にある加賀市民病院の病院建物についても、統合新病院建設後の建物の利用方法を検討する必要がある。

この点について、医療提供体制基本構想は、山中温泉医療センターについて「建物を入院機能を持つ病院として残すことはできませんが、それぞれの地域に必要な医療機能を検証した上で、一部を診療所として活用することは考えられます」「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、医療提供以外の方法も考えられます」としている。

しかし、現実には、加賀市は統合新病院の建設を行うことに精一杯で、山中地域の医療のあり方や2つの病院の建物の利用方法については、ほとんど検討されていない。そもそも、診療所の設置を含めた山中地域の医療のあり方についてのビジョンが明らかにされていない。これまで山中温泉医療センターの行ってきた医療の評価とその継承についても明確にされていない。例えば、山中温泉医療センターが、平成18年に開設した「このゆびと一まれ・山中」における病児・病後児保育や児童発達支援・放課後等デイサービスは、送迎や受診代行など、きめ細やかなサービスが保護者の評判を呼び、平成22年には動橋に「このゆびと一まれ・山中Ⅱ」が開設されている。活動は、全国からも高い評価を受けている。しかし、医療提供体制基本構想には、制度の存続は記述されていない。また、源泉を利用した室内での運動療法も、病院独特の試みであるが、このままでは廃止となる。さらに、加賀市と山中温泉医療センターのコミュニケーションは途切れがちであり、職員の処遇についても市の方針がはっきりしておらず、山中温泉医療センターの職員の不安を招いている。

医療機関の少ない山中地区においては、早期に外来機能と温泉を利用したリハビリ機能は残す方針を示すべきであったと考える。また、「このゆびと一まれ・山中」の病児・病後児保育、児童発達支援・放課後等デイサービスについても、質を落とさないようするためには、どのような体制が必要か。統合新病院で行えるのか、山中温泉医療センターで継続できないか検討を行うべきであった。また、(3)で議論したように、125床の病床の急激な減少による患者の混乱を防ぐためにバッファとして一定の病床が必要であり、地域医療再生臨時特例交付金を辞退して新たに病院再編計画を立てる場合は50床程度の病院として存続するか、地域医療再生臨時特例交付金を受けることを前提とする場合、有床診療所として19床程度の病床を山中診療所に併設することを検討すべきと考える。

#### (4) 住民を巻き込んだ議論の必要性

そもそも2病院の再編による新病院の建設という加賀市にとって最も重要な問題について、住民を巻き込んだ深い議論が行えなかったという問題が存在する。その原因の一つに、地域医療再生臨時特例交付金の申請期限と事業期間の短さがある。民主党菅内閣の経済対策として、平成22年度補正予算で地域医療再生基金の拡充が予算化されたが、各都道府県に「地域医療再生臨時特例交付金交付要綱」及び具体的な交付条件・Q&Aが通知されたの

が平成 22 年 12 月 9 日と 24 日で、石川県が関係者向けの説明会が行ったのが平成 23 年 1 月 7 日であった。事業提案の石川県への締め切りは、経済対策による補正予算ということで、1 月 31 日（後に 2 月 28 日に延長）と非常に短いものであった。

交付申請額 40 億円という大きな補助金であったため、寺前市長も議会や住民の合意を得る時間がなく 2 つの病院の統合を決断せざるを得なかった。しかも、事業の期間は、地域医療再生計画の追加という形で設定されたため、麻生内閣時代の平成 21 年度補正予算による地域医療再生臨時特例交付金の期限である平成 25 年度末とされた。新病院の建設の場合、事業期間内に最低でも工事の着工することが求められ、交付の内示を受けた平成 23 年 11 月からの期限は約 2 年半しか残されていなかった。交付金の内示額も最終的には 14 億円となったが、財政の厳しい加賀市にとって少ない金額ではなかった。このため、平成 25 年末の建設工事着工に向けて加賀市は、事務を進めざるを得なかった。この結果、病院の再編統合という最も住民の合意が必要な問題について、統合新病院の建設の「結論ありき」で事業を進めざるを得なかった。説明会などの回数は多くとったものの、一方的な説明の傾向があり、特に、再編される病院の立地する大聖寺・山中の住民の納得を得るための十分な時間を取ることができなかった。住民と行政が対立の構図の中で、病院再編が強行されたと言わざるを得ない。

そもそも、統合新病院に対するアンケートにおいて、「2 か所の市立病院を統合して、新病院を建設すべき」が 56.3% (428 件)、「現病院を維持すべき（新病院の建設、他の病院との統合をする必要はない）」が 23.2% (176 件)、「分からない」10.8% (82 件)、未回答 9.7% (74 件) という結果が出ており、加賀市は「過半数が統合新病院の建設に賛成」なので建設を推進するという考え方を取っている。しかし、病院は過半数の 56.3% の人が賛成するから反対があっても進めるべきものなのであるだろうか。現病院を維持すべきという 23.2% の人の意見に耳を傾けなくても良いのか。医療や福祉は、できるだけ制度からこぼれ落ちる人をなくすように丁寧に政策を進めることが必要な分野である。このため、制度からこぼれ落ちる人をいかになくすかが政策の重要なポイントとなる。

さらに言えば、医療や福祉は、人が人に対して行うサービスである。現場でサービスを提供するスタッフがやる気を持って仕事できるようにしなければ、良い医療・福祉政策は実現できない。意見対立の中で、とにかく「制度」を作り、人に「強制」すれば良いという考えもある。それは、どこかに矛盾としわ寄せが起きる可能性が高い。「強制」によって、問題が部分的に解決するかもしれないが、新たな問題を生じさせる危険性も高い。どのよ

うに精緻に「制度」を作っても、かならず制度の隙間（すきま）が生まれる。隙間の犠牲者になるのは弱い立場の人である。隙間を様々な関係者が埋めていかなければ、「制度」は上手く運用できない。「強制」では隙間は上手く埋まらない。隙間を埋めるには、全ての関係者が前向きに行動を行うことが必要である。関係者に「共感」がある方が、積極的な行動を期待できる。「強制」による「反発」が強すぎると、人々の前向きな行動は期待できない。

病院再編のような意見の対立する問題を解決するためには、行政は、悪い情報を含め住民に情報を提示し、住民と十分コミュニケーションを取ることが必要となる。さらに、住民の間においても、対立するお互いの意見を理解するための議論をする場をつくることが重要である。住民の反対があるのであれば、厚生労働省に対して、住民との十分な合意の時間を取るために、工事着工の期限の延長を強く要望するべきであった。加賀市が、期間延長の要望ができないような補助金の交付が行われているのであれば、補助金制度自体がおかしいといわざるを得ない。

医療提供体制基本構想では、統合新病院の建設により病院機能を失う2つの病院建物について「あらためて市民の意見も伺いながら、活用方法を考えていくこととします」としている。しかし、統合新病院の建設に関連して、住民団体から訴訟を受けるなど、地元住民からの反発が強い中で、病院建物の今後について議論すること自体が困難となった。このため、住民の反発→既存2病院の将来構想についての方針決定の遅れ→医療関係者・住民の不安→さらなる住民の反発という悪循環を生んだ。平成26年2月2日に行われた「統合新病院建設計画に関する意見を聴く会」における住民の「今回の病院統合、住民の求めているのは、疑問に向き合うこと、情報の公開だと感じています。バラ色の未来の都合の良い情報の公開だけではなく、最悪の結末。悪い情報の公開こそ、すべての情報を知った上で、自分たちの判断をしたいということなのです」という批判は、統合新病院の建設に不安を持つ住民の意見を代弁するものであると考える。

住民に対して十分な説明と合意の時間を取らなかった加賀市であるが、前述のとおり、厚生労働省の設定した交付金の申請期限（約24日）と事業期間（約2年半）があまりにも短く、やむを得なかったという面もある。合意の時間に時間のかかる病院の再編問題にあまりに短い設定を行ったことは問題があると考え。住民合意の形成のため、ある程度の申請の期間と事業期間を与えるべきであったと考える。厚生労働省の補助金交付の設計に問題があると言わざるを得ない。

### 3 統合新病院の建設事業の合理性

2 病院の統合再編計画について問題があったとして、地域医療再生臨時特例交付金の交付を辞退し、統合新病院の建設を中止すべきか。

#### (1) 現在地での病院の建て替えの可能性について

大聖寺地区の住民を中心に、加賀市民病院の建物を改築し、従来どおりの医療を継続すべきという意見が多く出されているが、この意見をどのように評価すべきか。加賀市民病院の建物は、手術室や放射線室、検査室、機械設備の入っている診療棟が昭和 57 年度に建設されており、建築から 32 年経過している。病棟の入っている西棟も昭和 63 年に建設され、26 年が経過している。病院の建物の場合、24 時間 365 日建物を使用するため配管等が傷みやすく約 30 年程度で建物を建て替えることが一般的である。その点で見ると、本館も平成 5～8 年度に建築されており、12 年後の平成 38 年には建築から 30 年を迎えることになる。

実際、加賀市民病院の敷地は狭く、建物は老朽化している。図表 6 は、現病院と新病院の機能の違いを表にしたものである。現在の病院については、①駐車場が約 180 台と少なく、数カ所に分散しているために、駐車スペースを探し回る車や離れた場所に駐車する車が多い。車寄せも小さく、バスやタクシーの待合スペースも野外にあるため、冬期や風雨の際は利便性が低い。②敷地が狭い中で、増築や改修が行われたため、外来部門の配置は分かりにくく、2 階にあることから移動の負担も大きい。③病室は大部屋を中心としているため、プライバシーや個人の空間を大事にしたいという患者の希望に対応できない。④病棟の建築の基準が古く、廊下の有効寸法が 200cm しかなく、車いすが余裕をもって通行するには狭い。手すりのない場所があり、高齢化に対応できていない。病室からトイレまでの動線が長く、接触や転倒の危険性が高い。⑤スタッフ通路と患者通路が混在し、衝突や接触する危険性が高い。⑥免震機能でないので、地震の際の建物の損傷や配管の破損、機器等の転倒などにより医療を継続できなくなる危険がある。⑦多くの負傷者が運ばれた場合のスペースや設備（医療ガス設備やコンセント）が不足している。⑧非常用の水や自家発電用の燃料を確保するための十分なスペースがない。⑨スタッフ用の仮眠室が少なく、場所も分散している。⑩研修室や会議室が不足している（スタッフの勉強のためには研修室や会議室が必要）などの問題が生じている。

特に、災害対応として、現在、石川県は、災害拠点病院として石川中央地域 6 病院（金

沢医科大学病院、国立病院機構金沢医療センター、金沢市立病院、金沢赤十字病院、金沢大学附属病院、県立中央病院)、能登地域4病院(公立能登総合病院、公立羽咋病院、市立輪島病院、珠洲市総合病院)、南加賀地域1病院(小松市民病院)の指定を行っている。平成24年3月21日の厚生労働省医政局長「災害時における医療体制の充実強化について」では、「地域災害拠点病院については原則として二次医療圏ごとに1か所、基幹災害拠点病院については原則として都道府県ごとに1か所整備することが必要であること」としており、南加賀地域において基準は満たしている。しかし、加賀市民の安全を考えれば、病院には地域災害拠点病院に準じた機能を満たしておく必要はあると考える。

図表7は、災害拠点病院の指定に必要な病院施設の基準である。現在の加賀市民病院の敷地・建物では、地域災害拠点病院の施設基準として要求されるレベルの十分なスペースを確保することは難しい状況にある。現在の土地では、井戸水を利用できる施設や自家発電用燃料や災害用食糧などの備蓄する備蓄庫を設置するスペースがほとんどない。なお、南館に隣接する警察官舎及び教育会館の約1,500㎡がある。これらの建物を取得する可能性がある場合、土地費用約3,960万円(㎡当たり26,400円)、建物費用2億5,000万円(延べ面積約1,000㎡×㎡当たり単価25万円)、解体費用2,000万円、合計で約3億1,000万円の費用が見込まれる。土地については、加賀市所有の用地を提供することが考えられる。この土地を取得した場合、備蓄庫などを設置することや市民病院の建て替えプランに多少の余裕が生まれる。また駐車場として利用できる可能性がある。しかし、当該土地を取得しても本館の建ぺい率・容積率は増えない。建て替えプランに関しても、本館とは離れており、本館機能を取得予定地に移すことは限界がある(困難である)。また、2つの建物は大聖寺の市街地にあり、代わりの土地を見つけることが難しい可能性がある(いずれにしても相手があるので、簡単に土地を取得できるという話ではない)。

さらに、現地での改築の場合、診療を行いながら工事を行うことになる。工事により近接する病棟や外来部門への騒音・振動など療養環境が悪化する上に、手術室・放射線室・検査室の移転の際、実際に診療に影響が出る。病院新築の場合は、診療への影響は移転時の1回ですむが、現地建て替えの場合、部屋の移転の度に診療に影響を与えることになる。

工事期間中の医療安全の視点も無視できない。現地建て替えの場合、機械室の移転の時に複数回の停電作業が起きることになるが、図表8は、平成20年4月に加賀市民病院で高圧受電設備入れ替え工事のため9時間の停電をした時の対応の表である。医療に関して、「病棟部門では『人工呼吸器』等、最優先する機器だけに絞り、他は停止することとした」「救

急に必要の一部の放射線機器、検査機器のみを除き検査機能を停止することとした」「近隣病院及び救急隊に、救急受入制限に係る協力依頼を行った」「手術部門はすべて機能を停止することとした」「(休日であったため予定手術は無かったが、緊急手術への対応は、あらかじめ他の医療機関へ依頼した)」「人工透析に影響が出ないよう事前準備を早朝4時から行い、停電は1日で終わらせることとした」「予定入院患者は極力、停電復旧後の入院としたため約3割減少した」などの影響が出ている。

治療技術や医療機器は、本館を改築した平成5年に比べ、はるかに高度・複雑化している。また、医療安全に求められる水準も非常に高くなっている。診療棟の改築のような複雑な工事、手術・放射線・検査部門の移転の場合、医療事故が起きるリスクは高まる。万一、医療事故が起きた場合、その損失は非常に大きなものとなる可能性がある。また、工期中は使用できない避難施設や消火施設が発生し、患者や職員の安全確保が難しくなるという問題も生じる。

さらに、改築後の病院建物は単に古い施設を更新しただけで、病床数は増えず、病院の機能が向上するものではない。図表9は、加賀市民病院と新病院の手術室の比較である。手術室の部屋の数は1室増えるだけであるが、手術室の面積や医療の高度化によって増加する一方の器材庫・器材スペース、麻酔科医室・臨床工学技士(ME)室、手術材料や薬剤の保管スペースで大きな違いが出ている。現地建て替えの場合も、今の加賀市民病院の手術室と比べて、大きなスペースを取ることは物理的に難しい状況にある。病床の規模も大きくできず、不足する医師・看護師の雇用に大きく影響する職員のアメニティも向上しない。救急外来と検査の距離が離れるなど、診療に影響をもたらすものもある。今回、市民の意見を聴く会で、障がい者団体の方々からユニバーサルデザインの病院とする要望が寄せられたが、現病院の建て替えでは十分に対応できない。さらに、そもそも改築した建物は耐震の基準は満たすが、免震機能を持つものではない。地震が起きた場合に、建物は大丈夫でも、配管が壊れたり、医療機器や備品が倒れ診療ができない状況に陥る可能性もある。東日本大震災の体験からも、地域の拠点となる病院は、できるだけ免震構造とすべきである。

また、加賀市民病院の場合、患者用の駐車場は約180台と少なく、混雑が発生したり、患者が点在する離れた駐車場に車を駐め、歩くことを強いられているが、建物の改築を行う場合は、構内にある30台のスペースを使うこととなり、さらに駐車台数が削減されるという問題が生じる。

診療棟の改築をする場合、2年間で4回に分けた工程により手術室、検査室改築の7億円の費用が見積もられているが、この見積もりは東日本大震災の発生する前の平成22年のもので、最近の大幅な建築単価増（最近の人手不足で改築工事のような手間のかかる工事はさらに工事単価が増加する可能性がある）と消費税増税分（時期が遅れると10%になる可能性がある）を見込んだものではない。加えて、工事期間の病院の収入の減収が2年間で約16億円（収入の減22億、支出の減6億の差）が発生する。この減収分16億円は、企業債の対象とはならない。当然、地方交付税などの財政措置はなく、固定費を支出しなければならないことから、減収分のお金は病院会計の手持ち現金がなくなるのと同じ効果を持つ。収入の不足分は、加賀市から財政補てんの必要がある。西棟の改築の時も同様の費用が必要となる。西棟の場合、病棟の改築のため、入院患者の減少が大きく、減収分はさらに増加することが予想される。

図表10は、加賀市民病院を現地建て替えした場合の簡単な財政シミュレーションである。診療棟の改築費約7億円+建築単価増+消費税増税分として約8億円。これは、非常に低く見積もった金額である。これらの工事費は企業債の対象となる。工事期間の減収額が約16億円。これは企業債の措置はない。西棟の改築約10億円+建築単価増+消費税増税分として約11億。この金額もかなり安く見積もった金額である。工事期間の減収額は、病棟の工事なのでさらに減収幅は多くなると思われるが、診療棟と同じ金額である約16億円を見積もっておく。病棟建て替えのコストとして、建設費約19億円+減収額約32億円が見込まれる。建設費約19億円の22.5%の約4.2億円が国の地方交付税の措置対象なので約15.8億円が病院会計で支出必要な金額である。繰り返しになるが、減収額の約32億円分は、病院会計の手持ち現金を失うことと同じで、病院の収支を均衡させるためには現金の投入が必要となる。結果として、病院運営のため、病院会計として非常に手堅く見積もっても約47.8億円相当の現金投入が必要となる（恐らく、これよりも大きな金額になると思われる）。さらに、将来的に生じる、病院の建て替えの余地のほとんどない本館の建て替えには、診療棟や西棟とは比較にならない金額の建築費と減収額が予想される。本来、加賀市は、住民から加賀市民病院の建物の建て替えを希望する声があったのだから、単に突っぱねるのではなく、加賀市民病院の建て替えも検討の一つとして、誠実に工事方法の検討も含め、きちんとした予算の見積もりを行うべきであったと考える。

また、山中温泉医療センターにおいて、現在の規模の病院建物を建て直すことは、約20億円近くの費用がかかるという試算が行われている。全て建て替える場合は、建築単価増

と消費税増税分の増額を見込む必要がある。改築費用については、都市部にある加賀市民病院と違い、過疎債の適用（起債額の2分の1まで充用が可能で、元利償還額の70%が地方交付税で措置、残りは公営企業債）がある。改築費を約22億円と見積もると病院会計が負担しなければならない現金部分は約11.8億円である。山中温泉医療センターの場合、土地に余裕があるため、加賀市民病院の改修に基づく減収額よりは大きなものとはならないと考える。

現在の病院建物に愛着のある住民の方々の気持ちは良く理解できる。しかし、診療機能や建物の安全性、患者や職員の利便性が向上せず、改築に多額のコストがかかる病院建物に投資を行うことは、病院経営の視点から見て問題であると言わざるを得ない。さらに、加賀市民病院の建物の建て替えについて言うならば、これまで新病院の計画に協力してきた金沢大学関係者の努力を否定する面がある。医療の質を考慮せず、機能性が低くコスト高の現病院の改築を選択した場合、大学の失望を招き、医師の大量引き揚げが起きる危険性がある。指摘しておきたいが、大学の失望は、単なる感情的なものではない。機能の低い病院建物で行われる医療提供の質は低くならざるを得ない。人の命をあずかる医師を派遣する医科大学として、派遣する医師が勤務する病院の医療機能・安全機能・職務環境が向上しないことを問題として、失望を感じるのである。実際に勤務する個々の医師も新病院の建設に期待して勤務してきており、現病院の改築が決定した場合、退職を招く可能性がある。病院が崩壊するときはあっという間で、その損失は加賀市財政を破たんさせるだけの損失を生む。例えば、30名いた医師が0名になった舞鶴市民病院では、5年間で約80億円近くの一般会計からの繰り出しを余儀なくされた。舞鶴市民病院ほどではなくとも、例えば、5名程度の医師が退職しただけで、年5億円近くの損失は覚悟する必要がある。そのような危険性を覚悟してまで現病院の建て替えを進める合理性はないと判断せざるを得ない。

## （2）新病院の建設時期について（地域医療再生臨時特例交付金を辞退すべきか）

図表11のように、統合新病院の建設事業費は約102.1億円（建設工事費約68.5億円、医療機器等約21.9億円、用地費約11.7億円）が予定されている。うち財源として、補助金は地域医療再生基金約14.7億円、医療施設耐震化基金約7.1億円として合計約21.8億円。地方交付税が措置される起債（交付税としてお金が戻ってくる）として、合併特例債約15.5億円（元利償還の70%を交付税措置）、再編ネットワーク化に係る病院事業債（再編債）約

4.1 億円（元利償還の 50%を交付税措置）、病院事業債約 58.1 億円（元利償還の 22.5%を交付税措置）の合計約 77.8 億円。自己資金として約 2.5 億円が予定されている。

現在の診療報酬は病院の建て替えのコストを盛り込んで決められてはいない。病院の利益などから捻出する以外にはない。病院会計の内部留保（貯金）だけで病院を改築できる病院は少なく、民間病院の多くは病院の改築は借入れによって行うことが多い。将来、安定的に病院経営を行うためには、「いかに病院の借金の額を少なくする」かが最も重要な課題である。これは「いかにコストを抑えて病院を建設するか（これは後で検証する）」と「いかに公的な補助金を受けるか」が重要なポイントとなる。さらに自治体病院の場合、起債について地方交付税による財政措置が行われていることから、「いかに措置率の高い起債を行うか」も重要なポイントとなる。

図表 12 は、財源見込みにおける病院事業負担（市+病院）の内訳である。病院事業の負担部分について加賀市本体からのルールに基づく繰り入れがあり、病院自体が稼いで返済する金額はさらに少なくなるが、市全体の借金であるので、あえて病院事業全体として借金額を考える。再生基金と耐震化の補助金の約 21.8 億円と自己資金約 2.5 億円は、病院建設時に請負代金として支払ってしまうので借金ではない。総起債（借金）額は約 77.8 億円となる。そのうち地方交付税の措置分約 26.0 億円を差し引いた約 51.8 億円が、病院事業において返済する金額になる。これに図表 13 の病院事業負担分の元利返済金額のように、金利と償還期間をかけた金利約 10.5 億円を足した約 62.3 億円を 30 年間で返済することになる。1 年当たり約 2.1 億円、1 月当たり約 1,730 万円、1 日当たり約 57 万円である。

市民から見れば、30 年間で約 62.3 億円の借金返済は非常に大きい金額である。しかし、注意すべきは病院事業の借金は、医療を行うことで収益をあげて返済することを想定している借金であり、約 62.3 億円全額を税金で返済することを想定しているわけではない。収益を上げることができない学校や図書館などの教育施設などとは異なっている。しかも、病院事業は、病院建物を含めて医療機器、医療人材も含めて絶えず「投資」をしていかなければ医療の提供能力が低下する。その結果、患者離れを起し、かえって収益が悪化、税金の補てんを必要とする事態に追い込まれかねない。病院事業財政を悪化させないだけの「バランスの取れた投資」をいかに行えるかが、病院経営において最も重要な視点となる。

226床の加賀市民病院の平成 23 年の医療を行うことによって得る医業収益が約 38.9 億円（入院約 24.9 億円、外来約 12.4 億円、その他約 1.6 億円）、医療を行うことによって出る

医業費用は約 38.8 億円（うち職員給与費約 22.4 億円、材料費約 8.1 億円、経費約 5.2 億円など）である（優秀な経営成績であると考え）。1 年当たり返済額約 2.1 億円という借金の額は、加賀市民病院の医業収益の約 5.4%である（本来、新病院の収益で比較すべきであるが、不確定なため、最低限の収益ということで現在の加賀市民病院の医業収益で比較した）。

さらに、自治体病院における企業債のルールとして、その償還には市一般会計からの繰入金繰り入れられることが求められている。その金額は約 27.3 億円（1年で約 9 千万円）である。加賀市では、後の財政に負担をかけないため、中期財政計画により、平成 23～24 年に約 9 億 7900 万円を既に積み立て済みである。全国的に見ても、事前にこのような準備をしている病院事業は少なく、評価できる。一般会計からの繰入金があった場合、病院自体の返済額は 1 年で約 1.2 億円になる。1 月当たり約 1,000 万円、1 日当たり約 33 万円である。これは加賀市民病院の医業収益の約 3.1%程度である。病院としては、なんとか返済できる額であると考え。一般会計繰入金の約 27.3 億円（1年で約 9 千万円）への評価であるが、病院の新築において、実質 1 年で約 9 千万円程度の繰り入れは比較的少ない金額であると考え。しかし、医師が勤務しなければ、いくら起債の金額が少なくても収入が減少することから、病院本体の手持ち現金が減少し病院の経営が危機に陥る危険性がある。

問題は、新病院の建設を中止し、地域医療再生基金及び医療施設耐震化基金を返上した場合、どのようなことが起きるかである。（1）で議論したように、加賀市民病院の再整備は、診療機能や建物の安全性、患者や職員の利便性が向上せず、改築に多額のコストがかかることが予想され、選択肢に入れるべきではない。加賀市民病院の建物を当面使い続けるという選択肢もあるが、その場合、大学医局の医師引き揚げややる気を失った医師の退職が起きる可能性が高い。繰り返しになるが、このリスクは軽く見ることはできない。

医師の大量退職のリスクを覚悟で、一定の時期に病院を建設する場合はどのようになるか。基本的には、新しい病院の立地場所について市民の合意を得て建設することになる。その場合、現在起きている建設コストの増加・消費増税による建設コストの増加及び約 21.8 億円の補助金、元利償還の 70%が交付税措置される合併特例債約 15.7 億円、元利償還の 50%が交付税措置される再編ネットワーク化に係る病院事業債（再編債）約 3.7 億円（既に土地購入に一部使ってしまったっており、新しい病院を建設する場合、返還の必要がある）などは期待できず、現時点では全て病院事業債を充てることを想定せざるを得ない。なお、近年、全国で多発した医療崩壊や景気対策で病院建設に対する補助金制度が創設されてい

るが、これはあくまで例外というべきもので、通常は補助金を期待できないのが通常である。

図表 14 は、加賀市が試算した、300 床の同規模の病院を建設し、全額病院事業債による起債を行った場合のシミュレーションである。現在、68.5 億円の建設費は、消費税 5%が 10%になったと想定しており、建設費の増額は予定していない。東日本大震災後の建設費の急騰（従来から 2～3 割の金額増加とも言われている）で、現在の約 68.5 億円で同じ病院を建設することは非常に難しいことを指摘しておく。医療機器は、予定している消費税 8%から 10%に増加することを予定する。用地等については、別な土地に建設すると、既に土地取得に使った再編債の返済の問題が生じる。このため、現在の予定地を使い、再編債の用地取得費のみ使用するという試算を使っている。

企業債のみで病院を建設とした場合、消費増税分約 4.3 億円増を見込み、総額約 106.4 億円となる。うち病院事業債は約 100.8 億円の借入となる。図表 15 は、金利のついた実質負担の比較で、現計画の約 118.0 億円が、約 129.8 億円に約 11.9 億円増加する。うち加賀市の負担が約 35.8 億円と約 8.4 億円の増加、病院の負担が約 64.5 億円と約 27.0 億円の増加となる。加賀市・病院を合わせると病院事業の負担は約 100.3 億円で約 35.5 億円の増加となる。この約 100.3 億円を 30 年間で返済することになる。1 年当たり約 3.3 億円、1 月当たり約 2,750 万円、1 日当たり約 92 万円である。これは、加賀市民病院の医業収益の約 8.5%である。全て病院事業債による起債の場合、特に病院の返済額が増え、約 64.5 億円は 1 年当たり約 2.2 億円（現計画より約 9 千万円の増加）、1 月当たり約 1,792 万円（792 万円の増加）、1 日当たり約 59 万円（約 26 万円の増加）の負担となる。これは、加賀市民病院の医業収益の約 5.6%である。ぎりぎりの経営を続けることが予想される病院事業において、さらに増額された借金を返済することは難しく、かなりの金額を市からの一般会計からの繰入金（税金）で補てんせざるを得なくなる可能性が高い。さらに、新病院の建設を中止した場合は、現在の建物建築の契約（請負額約 67 億円）の違約金を支払わなければならない。金額については話し合いになるが、選挙で市長が変わったことで解約を正当化できるものではない。かなりの金額を違約金として支払わなければならない。

大学からの医師引き揚げ、新病院の建設を先送りされた医師が失望して退職するリスク、現在の請負の違約金の支払い、病院建設で約 35 億円近くの市の負担増（建築費の高騰で負担増はさらに大幅に膨れあがる危険性が高い）を覚悟するのであれば、新たに病院建設を行うことは可能と考える。繰り返しになるが、約 35 億円のかんりの部分が病院の収入では

賄うことができず、税金の負担となる。このため、新病院の建設を中止し、地域医療再生基金及び医療施設耐震化基金を返上する判断については、躊躇せざるを得ない。

結論として、新病院の建設工事を中止し、新たな病院の将来に先送ることは、加賀市にとって合理的な選択とは考えられない。もっとも、新病院を建設しても医師が勤務しなければ、病院の危機的経営に直面せざるをえないのは当然のことである。医師招へいについて、不透明な状況である現在において、本提言は「バラ色の未来」を示すことはできない。現在の計画を中止すると医師の大量退職のリスクが発生すること、補助金や返上し、有利な起債をあきらめることによって多額の税金投入が必要になることなどの問題から、消去法として現計画の推進を選択せざるを得ないと考える。

なお、平成 24 年度の加賀市全体の財政状況については、市の財政的な力を示す「財政力指数」は 0.57 で県内 11 市のうち 6 番目、財政構造の弾力性を示す「経常収支比率」は 91.4% と県内 11 市のうち 5 番目と中位の状況にある。その中で市債の元利償還金等の負担の度合いを示す「実質公債費比率」は 10.6% と県内 11 市のうち 3 番目と比較的良好な状況にある（ちなみに小松市は 18.3% で 11 位である）。実質的公債比率が 18% 以上になると、市債の発行について県の許可が必要となる（見てわかる加賀市の決算書：平成 24 年度決算より）。平成 20 年度の加賀市の実質公債費比率は 15.3 であり、急速に回復をしている。これは、加賀美化センター建設時の借入金の償還が終了したことや交付税措置率の高い合併特例債の活用などにより、実質的な公債の償還費が抑えられていることに基づく（平成 23 年度財政状況資料集より）。全国的に見れば加賀市は決して裕福な団体とは言えないが、必要な投資が一切できないという状況にもないと言える。

さらに、人口が高齢化してきている加賀市であるが、第 1 次ベビーブーム世代が 75 歳以上の高齢者となるなど、住民が本格的に高齢化するのは、これから 10 年後の平成 37 年である。本格的な高齢社会を迎え、財政的にも一層厳しくなることが予測される時期に高額インフラである病院の建設を行うよりは、本格的な高齢化を迎える前に、予め病院を建設するという考え方もあることを指摘したい。

### （3）新病院の立地について

新病院を建設する場合、その立地はどこにあるべきか。医療提供体制基本構想では、現在病院のある大聖寺・山中地域と市の交通の拠点である加賀温泉駅周辺地域の 3 か所を比較検討している。その上で、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）という点を総合的に評価して加賀温泉駅周辺とした。

確かに、加賀温泉駅周辺は、①市内全域からの交通利便性が良い、②広い駐車場が確保できる、③消防本部と連携を取りやすい、④金沢からの特急通勤が可能（将来は新幹線の駅も検討されている）となり医師招へいに有利という利点がある。交通の利便性については、加賀市は平成28年4月までに新たな交通体系を整備する予定を示している。市民の声を聴く会において、障がい者団体の方が「障がい者の立場として言うと、交通の便も良いし、商業施設があるということは私たち障がい者にとってはとても便利なことです。病院の診察が終わってから、買い物ができて家に帰れる」と指摘しており、利便性の良さは無視できない利点であると考えます。

加賀市では、加賀温泉駅周辺の候補地として、図表16のようにA小菅波町、B作見町、C弓波町の3か所を検討し、最終的にはB地に決定している。決定の理由として、①駅前であり交通弱者の対応が最適、②用途指定地域内であり、農業振興地域の除外の必要性がない（A・Cは農業振興地域で、開発する場合は農業地域に編入する代わり農地が必要な上に、最低2年近くの期間がかかる）、③埋蔵文化財の調査が済んでいる（A・Cは埋蔵文化財の調査が必要で、埋蔵文化財が出土すればさらに発掘調査の時間がかかる）、④地元の協力体制が得られる、⑤B地は、AとCの用地取得予定金額に比べ約4.4～4.8億円高いものの、造成費・インフラ整備費・その他概算で約5.5億円安いこと、用地にかかる費用については遜色ないとしている。

B地の選定については、加賀温泉駅前への選定を含めて住民からの批判が多い点が問題である。批判の根拠として①用地決定の経緯が不透明、②土地の価格が高いのではないか、③近くの道路で交通渋滞が起きる可能性などがある。

①用地決定の経緯が不透明と②土地の価格が高いという批判は、平成25年度中の工事着工という期限があり、建設用地の決定を急いだために生じたと考えます。病院の再編の是非と共に、新病院を建設する場合にどこに建設するかは、時間をかけて合意を取るべきであったと考えます。住民合意の時間と手続きを取らなかったことで、住民の不信を招き、どのような説明を行っても信じてもらえないという結果を招いた。加賀市も時間がないことから、一方的に押し切ろうとする姿勢を強めることとなった。

②土地の価格が高いという批判に対して、加賀市統合新病院建設基本計画（原案）に対

する意見募集の結果について（平成 24 年 8 月）は、「用地購入費は約 11.6 億円です。建設予定地の敷地面積約 51,140 m<sup>2</sup>のうち購入した土地は約 46,830 m<sup>2</sup>で、1 m<sup>2</sup>あたりにすると約 24,800 円となりますが、用地の購入にあたっては、県の地価調査や不動産鑑定をもとに適正な価格を算定しております」と回答している。

図表 17 は、第 5 回の委員会において提出された資料である。「平成 23 年度石川県地価調査書（平成 23 年 9 月公表：基準日 7 月 1 日）」における近隣地価について、大中規模店舗のほか農地が見られる幹線道路沿いの駅前商業地域について 61,000 円/m<sup>2</sup>、一般住宅の中に空地等が見られる区画整理済の住宅地域について 36,000 円/m<sup>2</sup>が示されている。また、加賀市が行った不動産鑑定評価では、転換・造成した場合の想定更地価格は、35,500 円/m<sup>2</sup>で、転換・造成する前の価格として 23,500 円/m<sup>2</sup>が示されている。これに対し、建設用地の買収価格は、県道沿い 54,050 円/m<sup>2</sup>、その他 23,000 円/m<sup>2</sup>である。地価調査・不動産鑑定評価を踏まえた土地の価格としては適正と考える。

他の候補地との比較について見れば、用途地域の指定を受け、土地の開発が可能な B 地と規制の解除が非常に難しい農振農用地の買収予定金額の差が約 4.4～4.8 億円程度であり、B 地の買収金額が不当に高いというべきものではないようにも思われる。

行政の行う用地買収は、行政目的のため土地売却の意思の低い土地所有者に対して働きかけるもので、民間の土地売買のように売り主が現金を得る必要がある土地を底値で買い叩くというような土地取得の方法を取ることは難しい。特に、買収期限のある土地は、土地所有者がある程度強気の態度で交渉をするので一層困難になる。このような行政の用地買収の適正金額を判断することは非常に難しいことについては指摘しておく。

用地の価格について疑いを受けることも、強引に統合病院の建設及び用地の決定を行ったマイナスの効果であると考ええる。

③の交通渋滞の可能性は、現在の道路状況では渋滞が発生する可能性があるが、現在進められている国道 8 号の 4 車線化及び県道のバイパス工事により病院予定地前の道路の交通量は相当減少することが予想される。

なお、市民の意見を聴く会で観音温泉をあげる意見があった。土地購入金額を安く上げ、景観を含めた加賀温泉駅の価値を上げる注目に値する意見であったが、観音温泉に入る道路が狭く、住宅も密集していることから、音を立てて救急車が何台も通行する救急病院の性格からは、病院の建設は困難であると評価せざるを得ない。

新病院の建設予定地について、住民に様々な意見があることは理解するが、市内各地域

からの交通の利便性から加賀温泉前を選定することは納得できる。また、加賀温泉駅前の土地の選定については、駅や商業施設からの近さ及び土地開発のしやすさから B 地に決定したこと自体は、一定の合理性があると考ええる。

#### (4) 新病院の設計・施工業者の方式

設計・施工業者の選定経緯、建設方法・建設コストは妥当であったか。新病院の建設に当たって、加賀市は、①地域医療再生臨時特例交付金の交付のためには、平成 26 年 3 月までの着工が必要。②再編債が平成 25 年度の完成部分まで適用される。③合併特例債が、平成 28 年 3 月完成部分までに適用される。(平成 24 年 6 月合併特例債延長法の施行により、加賀市においては平成 33 年 3 月まで延長可能となった。)④ 8 %への消費増税の影響を受けないためには平成 25 年 9 月末までに契約を済ますことが必要であった。加賀市は、用地買収と共に、早期の工事発注と着工を目指さざるを得ない状態に置かれていた。一方、病院の建設において、病院事業の起債(借金)を少なくするためには、補助金を受けることや地方交付税の措置率の大きな有利な起債を行うことと共に、いかに高い品質を維持したまま、ローコストの病院建設を行うかが最も重要なポイントとなる。

実際には、品質の高い病院をローコストで建設するためには、i)設計・施工業者の選定方法で知恵を絞り、いかに設計・施工業者に高品質・低コストの提案をさせるか。ii)できるだけ早く設計・施工業者と契約をし、工事の着工を行うか。iii)具体的に工期の短縮など、設計・施工業者がコスト削減のための工夫を行うことが必要となる。この点では、加賀市の置かれた早期の契約・着工の必要性と高品質・ローコストな建設発注は対立する関係にはなかった。その一方、住民に対する時間をかけた説明など、住民の納得を得るために時間を取ることとは対立する部分があった。

工事の発注方法については、平成 24 年 4 月 25 日の第 3 回加賀市医療提供体制推進委員会統合新病院建設部会で、「加賀市統合新病院建設基本計画(案)」作成の 8-8 発注計画の部分で検討が行われた。部会では、図表 18 の(ア)設計・施工分離方式、(イ)設計・施工分離方式(建設会社設計支援)、(ウ)デザインビルド方式、(エ)設計施工一括方式(共同設計施工)、(オ)設計施工一括方式(設計施工一貫)の 5 つの方式の検討を行った。最終的に部会は、着工及び工事完成のスピード、設計品質の確保、消費税の影響を受ける可能性から(エ)設計施工一括方式(共同設計施工)を選択した。

(ア)の設計・施工分離方式は、従来の行政が行ってきた建築手法である。建設会社と

の契約に時間がかかり、平成 26 年 3 月の工事の着工期限及び消費税の 8%の増税（最終的な工事請負額約 68.5 億円の 3%として約 2 億円）の影響を受ける可能性がある（契約の消費税が 5%となるためには、平成 25 年 9 月末までに契約を結ぶ必要がある）。さらに、従来の方法では、行政の設計基準で建築することになり、施工業者のローコスト建築のノウハウを入れることができず、割高となる可能性が高い。（イ）設計・施工分離方式（建設会社設計支援）及び（ウ）デザインビルド方式も、設計業者に基本設計をした後で建設会社を選定して契約を結ぶ必要がある。2 つの方式を取ることも可能であるが、期限に間に合わないリスクは存在する。（エ）設計施工一括方式（共同設計施工）と（オ）設計施工一括方式（設計施工一貫）は、基本設計に入る時点で契約を行うことができ、消費増税の影響を受けず、業者選定も 1 回ですむことになる。問題は（エ）と（オ）の方式の選択である。（オ）設計施工一括方式（設計施工一貫）は建設会社 1 社の契約では、設計や工事についての内容のチェックをすることができないという問題点が存在する。一方、（エ）設計施工一括方式（共同設計施工）は、設計会社と建設会社の間で相互チェック機能が働くため、より発注者の利益にかなうと考える。（エ）設計施工一括方式（共同設計施工）を選択した判断は一定の合理的を持つと考える。

#### （5）建設事業者の選定

建設事業者の選定は、図表 19 のとおり、平成 24 年 9 月 29 日に設置された医療と病院建設の専門家等で構成された「統合新病院建設事業者選考委員会」によって行われた。応募条件の主なものとしては、①応募者は、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）する、②事業費は、67 億 5 千万円以内（税込み）、③履行期限は、平成 28 年 3 月 31 日まで（平成 25 年度中に造成工事に着手）、④建物構造は、病院本体は免震構造（基礎免震）、⑤CASBEE（建築物の環境性能評価システム）のランクは A ランク以上、⑥地元貢献について、地元企業への下請け工事発注金額が提案価格の 10%以上とされた。

平成 24 年 10 月 1 日から募集を開始し、同月 22 日には 6 グループから応募があった。同年 12 月 5 日の一次審査技術提案書の締め切りには、4 グループから提案書の提出がなされた。同月 13 日には第 1 次審査（書類審査）があり、4 グループ全員が審査を通過した。同月 22 日には第 2 次審査（プレゼンテーション）があり 2 グループが通過した。平成 25 年 2 月 16 日には第 3 次審査（プレゼンテーション）が行われ、最優秀者として大林・山下設

計グループが選ばれた。同年3月には、建設事業者が決定され、契約が締結された。

加賀市の建設事業者選考スケジュールとして、特筆すべき事項は、審査が公開の場で行われ、特に第2次審査・第3次審査は市民会館3階大ホールで行われたことである。委員の議論は議事録で公開され、加賀市のホームページ上に掲載されている。また、採点も委員の単純投票で行い、選定過程の透明性を高めている。さらに、通常は第2次審査（プレゼンテーション）で決定するところを第3次審査（プレゼンテーション）まで行っている。2次審査で指摘された事項を踏まえて、より建設事業者に良い提案をさせる目的で行われたものである。提案者の負担が大きい、短い期間で質の高い建設プランを提案させる手法として注目に値するものであると考える。

投票の結果、2次審査で第1位であった応募者（提案番号4番）が、3次審査（新たな採点基準が示された）では逆転されて、2位の応募者（提案番号1番）が最優秀者とされた。得点の結果は100点中、提案番号1が83.4点、提案番号4番が65.1点と大きく差がついている。公開された議事録におけるプレゼンテーション後の委員の最終協議の部分を読むと「提案番号4番はCFT造を用いています。それはかなり高度な溶接技術を要しますので、申し訳ないですが地元企業のレベルでは出来ないと思います」「全室個室の場合、実際に使われる看護師さんが、どのような配置や動線が良いと考えるかが大事だと思います。印象では、提案番号4番はかなり凝って造ってありますが、凝っているだけに提案番号1番の方が看護師さんは動きやすいと思いました」「提案番号4番は、少し複雑な感じですので、慣れることが難しいかもしれない」などの発言がなされている。4番の提案がやや不安定なものであったことがうかがえる。これら委員の発言が得点差を大きくした面もあるかもしれないが、採点による選考の結果を否定するレベルのものではないと考える。建設業者の選考過程も一定の合理性を持つと考える。

#### （6）建築設計方法・建設コストについて

統合新病院建設事業者選考委員会の最優秀者の講評では、①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、②病室内でのベッド配置が変えられるフレキシビリティ、③ダブルクロス型の患者を見守りやすい病棟計画、④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、⑤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が評価されている。ローコストで高品質な病院を建築するためには、

デザイン重視ではなく、機能的でシンプルなデザインであることが必要である。今回の建設事業者の設定提案は、条件を満たすと考える。

実際の建設コストも、図表 20 のように、1床当たりの単価約 1,987 万円、1㎡当たり単価約 21.4 万円と他の自治体病院より安いものとなっている。大雑把な数字の議論であるが、多くの自治体病院で、1床当たりの単価は約 3 千万円程度が相場と言われてきた。1床当たりの単価が約 2 千万円の統合新病院の建設単価はかなり安いと考える。東日本大震災やアベノミクスによる景気回復傾向、東京オリンピック、消費増税などの影響で、病院の建築費は大幅に上昇しており、現時点で同様の建物を建築すると、工事請負額約 67.5 億円では収まらないと考える。建設コストは適切であると考え。なお、今後、建設事業者から建設工事コストの上昇による請負金額の増加を要望される可能性があるが、市民の税金の支出を極力抑えるため、安易な請負金額の要望に応えないよう、タフな交渉を期待する。また、そのためには、極力、市からの要望による設計変更などの建築金額の増加要因をなくす必要がある（当然、医療の質の観点からの設計の変更はやむを得ないと考える）。

#### (7) 医師招へい策について

新病院を建設する場合、経営が安定するかは、医師招へい策が上手くいくかにかかっている。新しい病院が建設されるからといって医師が集まる病院となるわけではない。市長を先頭に、加賀市全庁をあげて医師の招へいについて取り組むことを期待する。何よりも、明治 13 年に、当時の金沢医学所から稲坂謙吉医師が初代院長として就任して以来の深い縁となっている金沢大学との関係を一層密にすることが大事である。市長が何回も大学に足を運び、大学の加賀市の医療に対する意見を聴いて、誠心誠意対応を図るべきである。加賀市が予定している、病院事業について、早期に事業管理者（予定者）の選任を行うこと。開設を検討している寄附講座についても早急に予算化を図ること。短時間勤務制度等の働きやすく働きがいのある制度の検討と実施など、できることはできるだけ早期に実現できるよう努力すべきである。

医師招へい策に関して提案するならば、何よりも「医師研修」の重要性を指摘したい。病院の医師不足は、言い換えれば若い勤務医の不足の問題である。若い医師が病院に勤務するためには、何よりも病院の医師研修機能を充実させる必要がある。なぜ、医師研修機能を充実させることが必要か。どんなに CT や MRI、内視鏡などの検査の技術が進歩しても人間の体で起きていることは分からないことが多い。人の体で何が起きているかを診断

する力は、長い時間をかけた診療の経験と良い指導が必要である。だから若い医師は、指導の優れた病院に勤務して経験を積みたいのであり、若い医師に集まってもらうためには教育（特に指導をする人）にお金をかける必要がある。このことを地域はしっかりと理解すべきである。

加賀市は、平成 23 年 2 月の医療体制調査検討委員会から東京大学医学教育国際研究センターの北村聖教授を顧問とし、様々な面で指導を受けてきた。このことは高く評価する。加賀市病院事業にとって若手医師の研修の充実は、病院の命運を決める最も重要な事項であり、北村教授は、加賀市における医師研修に対して協力していただける可能性を持つ人材の一人であると考えている。

医師研修に関して言えば、図表 21 は、日本内科学会の認定教育施設である。医科大学からの派遣を受けている者以外は、これらの認定教育施設に一定期間勤務しなければ内科の専門医資格を取れない。内科の専門医資格を取らなければ、消化器・呼吸器・循環器などの内科関連（サブスペシャリティ領域と呼ばれる）の専門医資格が取れないため、内科志望の若手医師にとって認定教育施設で勤務することは非常に重要な要素となる。逆に言えば、日本内科学会の施設の認定を取らなければ、若手の内科医は勤務しない。日本内科学会の教育施設の認定を受けることは非常に難しいので、これまで加賀市民病院は、日本内科学会の教育施設の認定を受けていなかった。しかし、病院の努力の結果、平成 25 年 9 月に教育関連施設の認定を受けることができた。このことについては、加賀市民病院の医師研修力の強化の試みが進みつつある表れとして極めて高く評価したい。新病院においても、継続的に認定教育施設の指定を受けることを目指すべきである（なお、委員会の審議において、このことについて事務当局より説明が一切なかった。今回は提案の執筆において調べる中で判明した。残念ながら、事務当局において医師研修の理解が低いことも表れてあると言わざるを得ない。事務当局は病院における医師研修の重要性について、もっと学ぶ必要があると考える）。

初期臨床研修制度については、金沢大学の協力型として研修病院の指定を受け、1 か月の短期研修の受け入れを行えるようになっているものの、平成 25 年度の研修者はない状況にある。短期研修者の受け入れの数を増やすことを期待する。将来的には、独自に研修を行う基幹型の施設を目指すべきである。初期研修の 2 年間が終わった後の 3 年間の後期研修の医師を受け入れるためのプログラムを充実することも重要である。さらに言うならば、医師免許取得前の医学生 の 時期から、加賀市内の医療・福祉施設（新病院だけではない）

において実習できるような環境を整えることが重要である。

医師研修を行う人材の招へいも重要となる。若手医師を指導できる医師を招へいするための寄付講座の開設など、医師研修を行う人材に関して一定のお金をかけるべきである。例えば、福井県高浜町は、町にある社会保険高浜病院が10名近く在籍した医師が2名まで減少するなど地域医療の崩壊の危機に直面した。高浜町は、医学教育・医師研修の充実により地域医療を再生する道を選択、平成22年度から福井大学と1年2千万円、3年間の寄附講座「地域プライマリアケア講座」を開設した。講座は、客員教授、講師、助教の3名で構成され、社会保険高浜病院と町立和田診療所において、家庭医学に関する卒前、卒後教育が展開され、図表22のように、多くの医学生、初期研修医、専門研修医が研修に訪れる地域となっている。社会保険高浜病院も常勤医師5名の体制となり、研修医の研修を受け入れるなど病院は活性化しており、最悪期を脱している。和田診療所も常時3~4名の医師が勤務する医療機関となっている。当然、最も病院と縁の深い地元の金沢大学の了解と協力を得ることが必要であり、医師研修に関する金沢大学の意向を良く学んで、期待に応えるような地域にしなければ、加賀市における医師研修の充実の試みは上手くいかない。

医師研修に関連して言うならば、医師だけではなく、看護師や薬剤師、検査技師、事務職員など病院職員の研修についても充実を図り、「学ぶ」ことを大切にする病院文化をつくるべきである。最近では、認定看護師が在籍することが診療報酬の加算の要件とされるなど、職員の教育のレベルが病院の収益に直結するようになっている。病院経営の視点からも「教育」を加賀市の地域医療の最重要課題とする必要がある。加賀市を代表する産品である九谷焼は、当時最も陶器で優れた技術を持っていた有田焼に学んだことが、その後の隆盛を生んだ。焼き物も医療も技術が重要という点で同じ性格を持つ。絶えず最先端の技術を学び、研鑽を積む組織、人材を大事にする病院・地域となることを期待する。

また、中堅以上の医師にとっては、給料などの待遇も勤務の重要なポイントとなる。図表23は、平成23年度の地方公営企業年鑑による県内自治体病院の医師平均給与額の比較である。加賀市民病院は、県内でも低い方にある。さらに言えば、北陸3県において、福井・石川・富山の順に医師給与は高く、西高東低の傾向がある。加賀市は福井県に接しており、福井大学からも医師の派遣を受けていることから、医師給与も福井県の平均給与の水準に合わせていく必要がある。加賀市民病院の医師給与が低い原因の一つに、科長以上を管理職として時間外勤務手当を支給していないことがある。

いわゆる「名ばかり管理職」が社会問題となる中で、厚生労働省労働基準局監督課長は

平成 20 年 4 月 1 日、都道府県労働局長あてに「管理監督者の範囲の適正化について」を通知している。通知では、労働基準法第 41 条第 2 号の労働基準法の労働時間、休憩及び休日に関する規定の適用が除外される「監督若しくは管理の地位にある者」の範囲について、「一般的には、部長、工場長等労働条件の決定その他労務管理について経営者と一体的な立場にある者であって、労働時間、休憩及び休日に関する規制の枠を超えて活動することが要請されざるを得ない、重要な職務と責任を有し、現実の勤務態様も、労働時間等の規制になじまないような立場にある者に限定されなければならない」「具体的には、管理監督者の範囲については、資格及び職位の名称にとらわれることなく、職務内容、責任と権限、勤務態様に着目する必要がある、賃金等の待遇面についても留意しつつ、総合的に判断する」としている。

医師の時間外勤務は診療が中心であり、管理職としての職務の割合が大きくなるのは院長・副病院長レベルになってからである。形式的に「管理職」であることで時間外勤務手当が支給されないことは、労働基準法違反の可能性はある。加賀市民病院の場合、比較的高い救急関連の手当を支給しているが、それでも各診療科の部長・科長クラスの時間外勤務手当の不支給を説明できるものではない。また、委員会の加賀市民病院の場合、看護師長も管理職として時間外勤務手当が不支給となっているという。看護師においても、看護師長は、労働基準法第 41 条第 2 号の労働基準法の労働時間、休憩及び休日に関する規定の適用が除外される「監督若しくは管理の地位にある者」とは考えられず、時間外手当を支給すべきと考える。優秀な人材が勤務する病院とするために、年功序列の昇進ではなく、能力ある人材を抜擢し、その努力にはきちんと応えていくべきである。結論として、各診療科の部長・科長・看護師長は、役職としての手当を維持しつつ、適正な時間外勤務手当を支給することを検討すべきである。

医師が勤務する病院とするためには、病院を利用する住民・患者の意識の変革も重要である。平成 23 年 7 月 30 日の加賀市医療提供体制基本構想についての市民意見交換会で、住民からの「資料に『医師に自己中心的な、理不尽な要求はやめよう』と書いてあるが、どんなことか聞かせてほしい」と言う質問に対して、当時の医療提供体制検討室長は「例を申し上げると、夜に患者が来られた際に 2,3 人の待ち時間があり、その時間に救急搬送があり、症状から救急患者を先に診ることになったときなどに、「なぜ自分を先に診ないのか」と大きな声をあげてさわぐ人がいた。また、女性医師が、男性患者から、診断書に書く症状を全治 1 か月のところを 2 か月や 3 か月と記入しろと強要され、女性医師が嫌にな

り辞めたいという状況になったこともある。最も多いのは、待ち時間が長く、受付や医師に怒鳴る等や、看護師の話し方が気に入らずに喚（わめ）くということもある」と回答している。

病院がいくら新しくても、住民の医療の使い方が荒い場合、病院の評判を悪化させ、医師が勤務しない病院となってしまう。質疑応答であったような住民は一部であるかもしれないが、一部の住民の勝手な病院の利用が医師の心を折り、地域からの立ち去りを招いてしまう。加賀市民が一つになって、「自分たちの命を守ってくれる病院」を守るという意識を持つ必要がある。

住民が地域医療の「当事者」として医療者の立場に立って物事を考え、医療を守ろうとした運動として、兵庫県丹波市の「県立柏原病院の小児科を守る会」の活動が有名である。過酷な勤務に疲れ、地域から立ち去ることを決意した小児科医を守るため、母親たちが市民に向けて適切な医療の受診を訴えた。その結果、軽症の休日夜間の受診は激減し、退職を決意した小児科医も病院に残ることになった。母親たちの運動は、「丹波医療再生ネットワーク」や「たんば医療支え隊」などの団体の活動も始まるなど、丹波市全体に広がっている。さらに小児科を守る会の活動に刺激され、兵庫県西脇市、宮崎県延岡市・小林市、福井県高浜町など、全国で地域医療を守り育てる住民の活動は、全国に広がってきている。当然、強制することはできないが、加賀市においても、このような地域医療を守り育てる動きが起きることを期待したい。

#### （８）経営シミュレーションについて

今回、委員会の指示で、医師数を変数とする、新たな経営シミュレーションを行った。医師 1 人で 1 億円を稼ぐと言われているように医師数は病院の経営状況を大きく左右するものであり、医師数を変数とする経営シミュレーションは住民から見ても分かりやすいものとする。病院経営にとって最も重要なことは内部留保（手持ち現金）である。手持ち現金が枯渇し、市の会計からなどの借りに頼るようになると、人材や医療機器などに必要な投資ができず、医療提供機能が低下する。患者も他の医療機関に流出し、収益はさらに悪化する。最悪な場合、病院の経営破たんを追い込まれることになる。

常勤医師の数がどの程度で推移した場合、内部留保（手持ち現金）がなくなり、借入金が発生するかをシミュレーションしたのが図表 24 である。常勤医師 33 名のままでは、平成 40 年には 21 億円、平成 57 年度には 55 億円の借入金が必要となり、病院の財政は破た

んする。病院財政安定のためにも医師招へいを行わなければならない。図表 25 は、常勤医師が再編時 33 名から翌年 1 名増加し、その後 3 年後 1 名、2 年後に 1 名増加し、最終的には 36 名まで増加すると仮定した場合である。病院を新設することの新設効果や病院の加賀市の医師招へいの努力（何よりも医師研修を充実すべきことは前述した）としてこの程度の医師の増加については最低限として期待可能な数と考える。結果として、平成 29～31 年度までの医師 34 名体制では大幅に手持ち現金は減少する。医師 35 名体制となる平成 32・33 年度は、手持ち現金の減少幅は減少するものの手持ち現金は枯渇し 900 万円からの借入金が必要となる。これは一般会計からの借入で対応することが予想される。資金の減少傾向は、医師 36 名体制となる平成 34 年度以降も続き、平成 36 年度には借入金は 9,700 万円まで増加する。それ以降は旧病院の起債の返済が一段することもあって、借入金は減少し、平成 39 年度には 7,700 万円の内部留保（貯金）ができる。その後は、確実に内部留保は増加し、平成 57 年には 8.3 億円まで増加する。これより早いテンポで医師数が増加すれば、病院の内部留保は増加する。新病院の命運は医師の招へいができるかにつきると言える。

#### （9）運営形態について

運営形態については、「医療提供体制基本構想」では、図表 26 の表を示しつつ、次のような検討を行っている。「統合新病院では、民間医療機関による提供が困難な不採算医療を提供すると共に、良質の医療を継続的に提供するため、これまで以上に経営の効率化を図り、独立した経営体として自立性と機動性を高めることが求められます。地方公営企業法・全部適用は、全国の自治体病院の 4 分の 1 が導入しており、一定の成果を出している事例もあります。また、『公共性の確保』や『経営責任の明確化』を図る効果があります」として、「経営形態は、『地方公営企業法・全部適用』とします。ただし、統合新病院の経営・運営状況を確認した上で、『地方独立行政法人化（非公務員型）』および『指定管理者制度の導入』についても継続検討を行います」としている。

構想の策定に当たって、病院の建設が最優先の課題であるため、地方公務員である加賀市民病院の職員の身分を大きく変更する「地方独立行政法人化（非公務員型）」や「指定管理者制度の導入」を検討する余裕はなかった。また、2 つの病院の統合を行うため、山中温泉医療センターに勤務する地域医療振興協会の職員も加賀市の職員となる方針が示された。新病院の建設を行う場合、病床の規模が大きくなるために山中温泉医療センターの職員の相当数が、加賀市の職員となり勤務することとなる。病院オープン後のスムーズな運営を

行うためにも、当初の方針は守られるべきと考える。

経営形態に関しては、これまで述べてきたように、新病院を建設すれば、医師が勤務し全てが解決するという簡単な問題ではない。新病院の建設は、現時点で消極的な選択肢としてやむを得ないものであり、加賀市の財政にとってリスクを伴うものである。リスクを回避し、新病院の経営を安定させるためには、市長を先頭に、加賀市をあげて困難に取り組む必要がある。できることは何でも行うことが必要であり、病院事業管理者を置き、管理者の責任に基づく自由度を高める経営を行うことができるのであれば、加賀市病院事業に地方公営企業法の全部適用を行う価値がある。全適において最も重要なことは、病院事業管理者の選任である。病院事業に精通し、強いリーダーシップが発揮できる人材を得ることが必要である。新病院の成功は、病院事業管理者の力にかかっていると言っても過言ではない。さらに、病院事業管理者の選任と同じぐらい重要なのが、市役所の人事・行革・財政当局からの独立である。現在の診療報酬体系では、医療スタッフを配置することにより、診療報酬加算が認められ、収入増が図られるという形が取られている。病院経営の世界では、職員を雇用すれば収益が上がり、収益でさらなる投資が可能になるのが常識である。しかし、自治体関係者（特に人事・行革担当）はこのことを理解せず、「職員数は少なければ少ないほど良い」という地方自治体の「常識」（病院経営の世界では「非常識」）にとらわれている。病院経営を考えない人員配置の抑制は、結果として、収益の伸びを抑えることになる。多くの自治体病院で、医療スタッフを増やすには、職員定数の枠が存在し、定数条例を改正することが必要であるが、人事・行革担当者の抵抗で、条例の変更は簡単に進まない。医療や病院経営を知らない人事・行革担当者の干渉を排除することが、弾力的な病院経営に必要である。このことは、予算を握る財政担当者に対しても当てはまる。当初予定している予算の範囲内では、病院の裁量に任せる。病院の予算使用について一切干渉しないことが重要である。人事・行革・財政担当者は市役所内で権力を持っており、余計な干渉を排除するためには、市長や議会のチェックが必要となる。

問題は、診療所として残すことを提言している山中温泉医療センターの後継組織の運営形態である。有床か無床か、どのような規模で医療を行うかが確定しておらず、財政見積もりも確定していない。その状態で運営形態について議論するのは難しい。今まで山中温泉医療センターが行ってきた運営の独自性や創造性を評価すれば、可能であれば、市直営ではなく従来運営を行ってきた地域医療振興協会の経営の継続も検討に値するものと考えられる。これらの案は、あくまで地域医療振興協会の本体、山中温泉医療センターの職員、加

賀市役所の合意を得ることが必要であり、委員会の提案にしか過ぎない。財政負担の金額も含めて、関係者による丁寧な議論が必要と考える。

#### (10) 全室個室の病室の妥当性について

最後に、新病院の全室個室の病室の妥当性について検証する。まず、全室個室の病室となった経緯について確認する。平成 24 年 3 月 25 日時点の統合新病院建設基本計画のたたき台においては「1床室（個室）、4床室を基本とした構成」「個室数は 30%以上」という標準的な病棟の構成を予定していた。同月 29 日に行われた、第 2 回の統合新病院建設部会において、委員から感染症対策や患者満足度のために、例えば全室個室の病院としてはどうかという提案があった。5 月 18 日の第 4 回病院統合協議会において、提案を受け、看護師が先進事例である足利赤十字病院を視察した結果、「個室を出来るだけ多く」する方針となった。その後の議論の中で、7 月 4 日の最終的な基本計画（案）では「1床室（個室）を基本とし看護動線に配慮」「多床室を設ける場合は患者のプライバシーに配慮」することとした。さらに、平成 25 年 2 月 16 日、新病院建設の建設事業者の企画プレゼンテーションにおいて、提案番号 1 番の事業者（大林組・山下設計）から全室個室の病院が提案された。全室個室の提案が選考の重要なポイントとなり、提案番号 1 番が最優秀者となり、新病院において全室個室の建設が行われることとなった。

現在、新病院については、工事請負契約に基づいて基本設計・実施設計が進められている。個室を多床室に変更した場合、設計変更が必要となる。発注者である加賀市の事情による設計変更の費用は、加賀市が負担することになる。図表 27 は、全室個室を個室 3 割多床室 7 割に変更した場合のコストを簡単に試算したものである。設計変更をした場合、設計面積の 40%の設計変更が必要となる。その場合、基本設計・実施設計合わせて約 7,800 万円程度が増額となる。また、建設費用として工期が 1 年延期となり、現場維持、人員確保として約 3,600 万円の増額となる。合計 1 億 1,400 万円程度の工事金額の増加が発生する可能性が高い（起債が認められないと現金で払わなければならない）。設計変更内容によっては建設費が減額となることもあるが、減額とされない可能性もある。当然、個室 8 割、多床室 2 割などに変更することも可能であり、設計変更の幅が小さくなれば支出は減少する。しかし、建設工事費の高騰が起きている中で、契約金額の範囲内の工事を進めるためには、発注者側からの設計変更はできるだけ出さないことが必要で、設計変更を出す場合、真に迫られる理由に基づくものであることが必要となる。

図表 28 は、全室個室の病棟のメリット・デメリットである。まず、メリットとしては、患者・家族にとって「他の患者に気を遣わなくてすむ・気にならない（咳やいびき、物音など、空調の温度や風向きの調整、ポータブルトイレなどのにおい、トイレに行くときなどの夜間の照明点灯）」「プライベートな会話がしやすい（医師との相談や病状の説明などを他の患者に聞かれない、家族などの面会が気兼ねなくできる、長居できる）」がある。また、看護師等職員にとって「病床のやりくりがやりやすくなる（ベッド移動が少なくなる、病室の男女別配慮が必要ない、感染患者の管理がやりやすくなる）」「患者とのコミュニケーションがとりやすい（患者や家族との会話がしやすい）」という利点がある。

デメリットとしては、患者にとって「他の患者との交流の機会が少なくなる（孤独感を感じる患者がいる、同じ病気の患者などからの情報が入らない）」、看護師等職員にとって「従来とは違う対応を検討する必要がある（転倒が増える傾向がある、扉を閉めると輸液ポンプ等のアラームが聞こえにくい、病院スタッフへの依存度が高まりやすい）」という問題がある。

市民の意見を聴く会において、加賀市民病院の看護副部長は、「看護師の経験や視点から考えて全室個室というのは、すごくうれしく思っていますし、大いに期待をしています」「昔の大部屋というのは患者さん同士がコミュニケーションを取っている姿が良く見られました。でも、今では皆さんぴっちりカーテンを閉められています。プライバシーを守りたいとか、個人の空間を大事にしたいという意識が強くなっているからだと思います」「実際に、入院の際に個室を希望される患者さんはすごく多くいます」「入院されている患者さんというのは病気があります。病気があるということは、身体的にも苦痛があったり、精神的にも不安や悩みを抱えています。それに生活の場のストレスが加わりますと、イライラしたり、眠れなくなったり、食欲がなくなったりといった悪影響に及んでいきます。すべての患者さんが病室（個室）で過ごすことができれば、我慢や気兼ねをすることなく治療に専念できて、少しでも心穏やかに入院生活を送ることができる」と発言している。全室個室の問題点として、看護部門の負担が大きくなることがある。本来、反対するはずの看護部門が、先進事例を見て全室個室を希望していることは大きい。

さらに、全室個室の問題に関して、加賀市が全室無料の方針を示していることも論点となる。差額を取れる個室数は3割までなので  $300 \text{床} \times 30\% = 90 \text{床}$ 、差額代が  $90 \text{床} \times 50\%$ （稼働率） $\times 5,250 \text{円} \times 365 \text{日} = 8,623 \text{万円}$ という試算が出ている。年間8,623万円の得べかりし利益を失うという意見がある。

これらの要素を総合的に判定し、どのように評価すべきか。まず、工期を1年遅らせて約1億1,400万円程度を追加支出し、個室3割、多床室7割にし、1日5,250円の差額ベッド代を取り、年8,623万円の収入を得るかである。加賀市民病院の看護副部長の意見を見ても患者の個室の指向は強い。高齢化等により、加賀市民全体の所得が低下してきている中で1日5,250円の差額ベッド代は低い金額ではない。設計変更をして個室3割多床室7割の病院に変更する強い必要性は感じない。また、例えば、個室8割多床室2割のように設計変更した場合、大多数が個室で無料の部屋が多い（個室料は3割までしか設定できない）のに、積極的に多床室を希望する患者は少なく、合理的な設計変更ではないと考える。差額ベッド代を取る場合は、全室個室を前提に部屋の調度で差をつけることは可能かもしれないが、個室の大きさに差がないことから大きな金額は取ることにはできないと考える。せいぜい、1,000～2,000円程度で、 $90\text{床} \times 50\%$ （稼働率） $\times 2,000\text{円} \times 365\text{日} = 3,285$ 万円を見込むかである（当然、調度品などの調達コストも見込まなければならない）。これは病院の収益から見れば（例えば、加賀市民病院の医業収益は約38.9億円）少ない金額である。一部病室に個室料を取るかについては、病院経営の問題なので、設置が予定されて新しい病院事業管理者に判断を委ねたい。

#### (11) 保健・医療・福祉が一体となったモデル自治体となる必要性

わが国はこれから世界に例を見ない超高齢化社会を迎えることになる。加賀市も同様に、これまで体験したことのない住民の高齢化に直面することになる。図表29は、国立社会保障・人口問題研究所が推計した加賀市の5歳階級別人口をグラフにしたものである。平成52年の加賀市の90歳以上の女性が2,554人と最も多い人口層となる。

大量の高齢者が地域で生活する時代には、急性期の病院だけがあっても地域に起きる問題に対応できない。保健・医療・福祉の関係者が一体となって増大する高齢者の問題に対応することが必要となる。さらに言えば、施設だけあっても問題を解決できない、いかに優秀な保健・医療・福祉人材が地域で活躍するかが重要となる。

加賀市において、これから到来する超高齢化社会に対応するために、優れた人材の養成に取り組むべきである。良い人材が集まる地域にはより良い人材が集まり、良い人材が集まらない地域は、良い人材が流出し、より悪い人材が集まってくる。良い人材も集まる地域と集まらない地域に二極化するのである。加賀市に良い保健・医療・福祉人材を集めるためには、何より加賀市及び加賀市民が保健・医療・福祉人材を大切にし、人材がさらに

成長できる環境を整えることが必要である。保健・医療・福祉人材の教育にお金を使う。全国のモデル事例について学ぶ、加賀市自らも全国をモデルとなる取り組みを行う。人材をいかに育成するかが、これからの加賀市の将来の姿を決めると考える。

おわりに

以上、客観的データ及びわが国の病院の置かれている状況を踏まえ、誠実に検証を行った。委員会としても、最初から病院の建設をやり直すという選択肢もあったが、補助金や有利な起債などの財政問題、建物の老朽化の問題などを踏まえて、苦渋の選択として計画の推進を認めざるを得なかった。地域医療の問題は人の命が関わっている問題ゆえに、結果が良ければ何をやっても良いというものではない。地域医療について最も重要なことは、住民も含めた関係者全てが合意をするプロセスである。地域の関係者が参加して対話（ダイアログ）することにより、「共感」が生まれ、関係者の意識や行動が変化するのである。その点で、今回の加賀市の計画の進め方については、住民とのコミュニケーションの仕方として問題があったと言わざるを得ない。

加賀市民病院の現地建て替えに関しては、医療の安全と患者の療養環境、改築のコストさらには医師の退職リスクを考え、厳しい表現となった。加賀市民病院の建物は、医療を行う病院としては限界があるが、普通の建物としては十分使用に耐えうるものである。地域の貴重な財産であると言えるので、新しい建物の使いかたを考えてほしい。その場合、行政は、内部の会議で使用方法を決めて、一方的に住民に押しつけるのではなく、地域住民と共に、その使いかたを考えることを希望する。

新病院の建設は、加賀市の医療が、医療の高度・専門化に対応し、2次救急医療について市内で完結するために、市立病院の再編を行い病院の規模を大きくすることは合理性があること。新病院の建設中止のコストを考え、工事の継続という結論となった。新病院を建設したから医師が勤務して病院の経営は安泰というわけではない。どの自治体病院でも同じであるが、新しい病院の建設は病院事業を財政破たんの危機に直面させる危険性を持つ行為である。その一方、病院事業が適切な「投資」を行わなければ医療機能が劣化し、患者が流出し、経営破たんに追い込まれるリスクも存在する。一定のリスクを取っても病院の建設を行わなければならない時は存在する。その際は、有利な補助金・起債を確保して、経営破たんリスクをできるだけ小さなものとする必要がある。今回の病院建設では、かなりの額の補助金・有利な起債を用意していることは事実で、これらを放棄して病院建

設をやり直す判断は出すことができなかった。新病院の建設計画が、補助金・有利な起債がなく、全て企業債で行うものであれば、中止を勧告する可能性もあった（その場合でも、違約金の問題の検証が必要となる）。

新病院の開院が成功するかの重要なポイントは、医師招へいができるかである。その観点で重要なことは、本文でも指摘したが、若手医師の教育の重要性である。素案の執筆の中で、平成 25 年 9 月、加賀市民病院が認定を受けることが難しい日本内科学会の教育関連施設の施設認定を受けたことが判明した。加賀市民病院関係者の努力について高く評価したい。今後も医師研修の充実に関する試みを継続されることを期待する。繰り返しになるが、新病院の命運は若手医師の研修の充実にかかっている。なお、部長・科長・看護師長の時間外手当不支給は、労働基準法違反の可能性が高いので、早急に見直すことが必要である。

山中地域の医療の確保に関しては、住民の不安に応えるため、早急に、最低でも外来機能は残すことを決定すべきである。採算性及び引き受け先の問題もあるが、病床数の急激な減少のバッファ（緩衝器）として、19床の病床を置くことを検討すべきである。また、運営については、これまでの山中温泉医療センターが行ってきた試みを継続する観点から、地域医療振興協会の指定管理者制度の継続を検討すべきである。当然、地域医療振興協会の意向もあるので、診療所の規模や繰出金の問題を含め、早急に加賀市としての方針を決めることが必要となる。

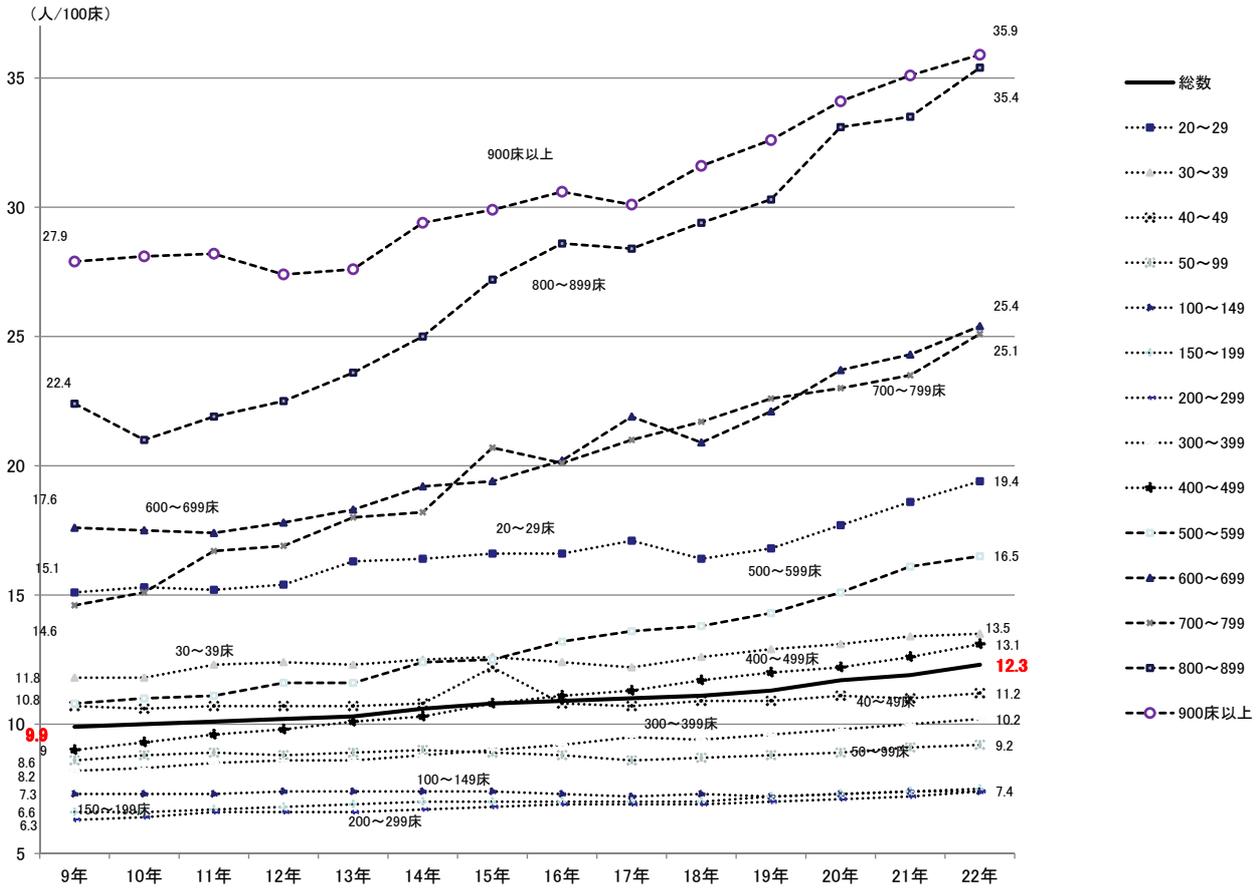
今回の統合新病院の建設は、地域医療再生基金の交付を受けるためには、平成 25 年度中の工事着工という期限があった。このため、ただでも住民とのコミュニケーションが苦手な行政が、期限に間に合わせるために、住民への十分な説明と問題の指摘に対する対応を行わず、工事の着工を目指したことにより、市民の意見が二分する結果となり、今回の市長交代を招いたと考える。加賀市にとっては、ある不幸な時期であったと考えるが、今回の混乱を加賀市の地域再生のきっかけとし、全国の保健・医療・福祉のモデル地域となることを期待する。

## 加賀市統合新病院建設計画検証委員会委員名簿

	区分	氏名	役職等
1	委員長	北川 正恭	早稲田大学公共経営大学院教授
2	副委員長	伊関 友伸	城西大学経営学部教授
3	委員	鈴木 幸雄	燕労災病院院長
4	委員	富田 一栄	富田一栄税理士事務所代表
5	委員	松成 和夫	プロコード・コンサルティング代表

(敬称略)

図表1 病床規模別1病院100床当り常勤換算医師数の推移



厚生労働省医政局指導課「近年行われた病院の合併・再編成等に係る調査研究」医療施設調査「病院報告」より作成

図表2 2病院の病院再編計画案

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

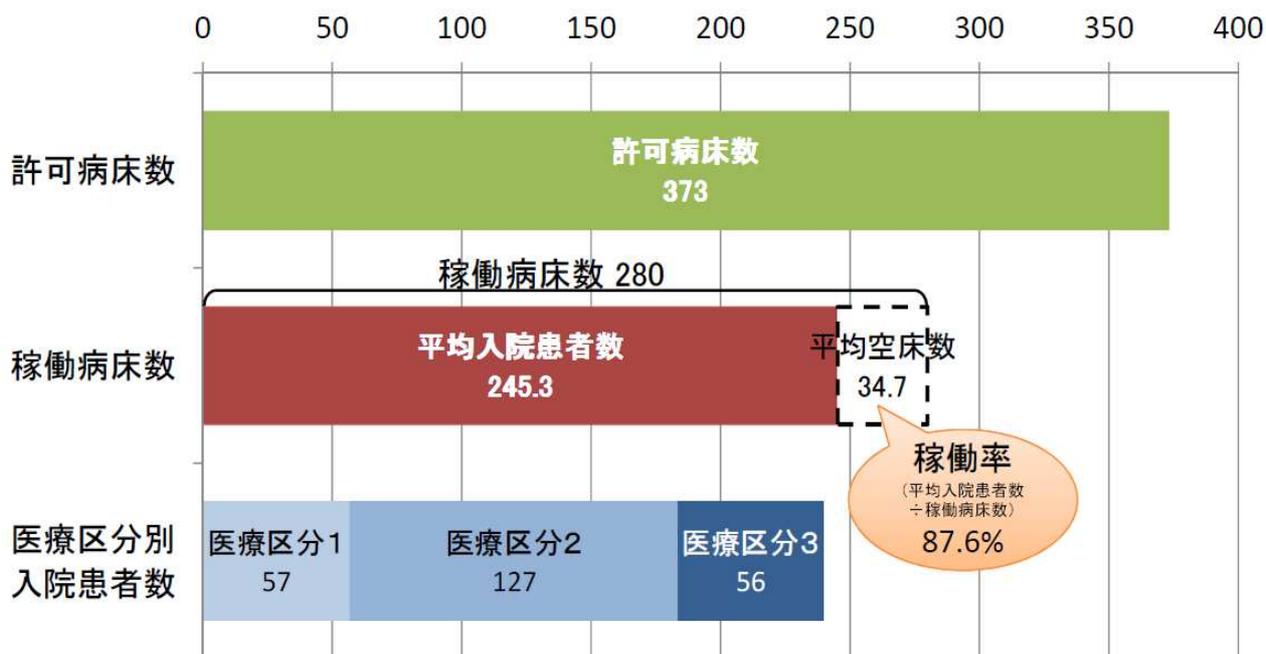


統合新病院

合計300床を基本



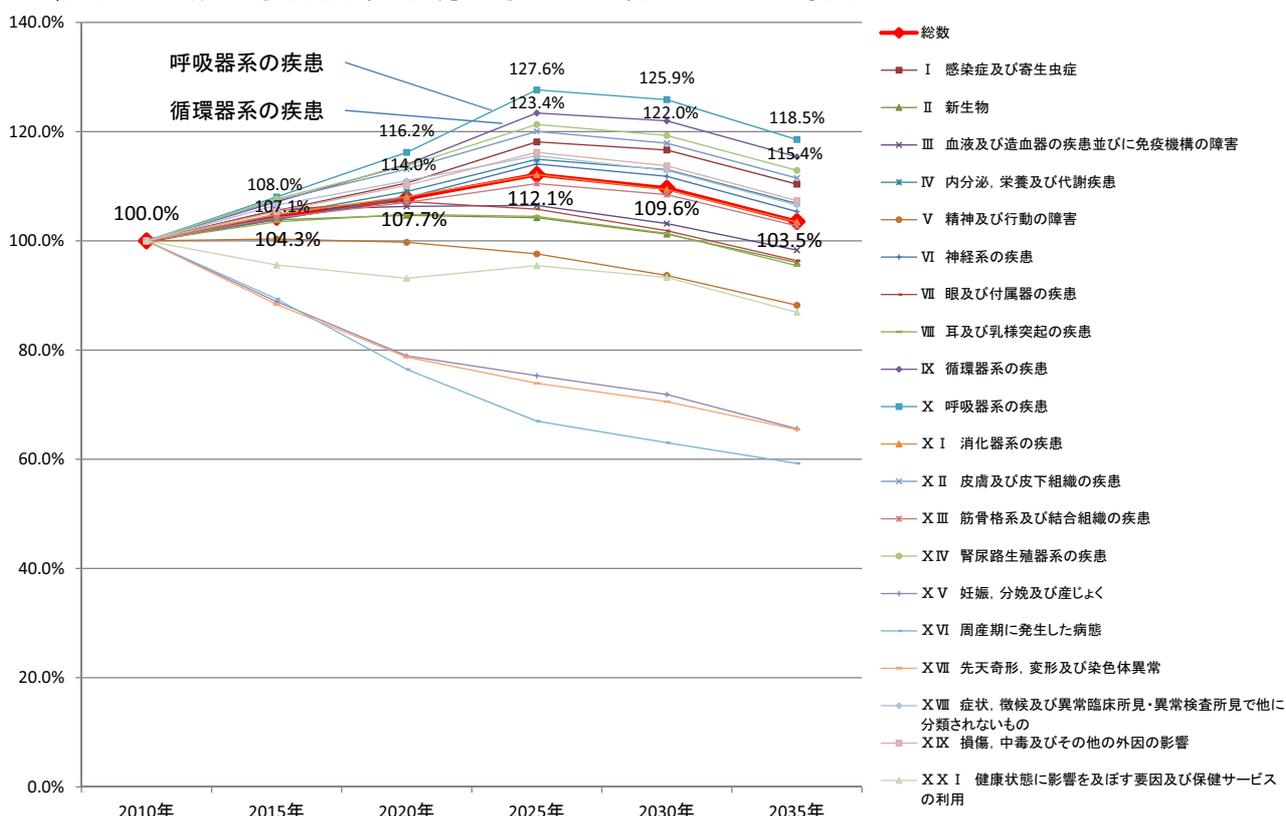
# 図表3 市内の療養病床の稼働率



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。  
 平均入院患者数は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。

第2回委員会資料

# 図表4 疾病別受療率の動向(入院)

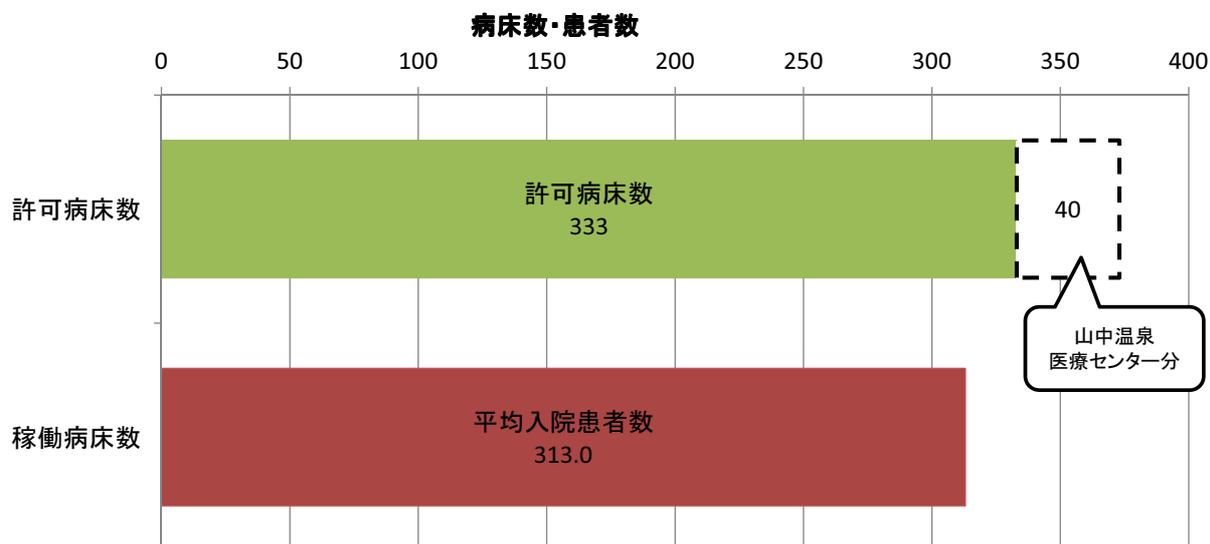


受療率は平成23年患者調査(厚生労働省)、推計人口は平成25年3月推計(国立社会保障・人口問題研究所)による

第3回委員会資料

## 図表5 2025年の療養病床最大入院患者数見込み

平成26年現在の平均入院患者数245.3人に、将来の患者見込みを「2025年・呼吸器系の疾患」の増加率27.6%増加すると仮定する。



最大の患者を見積もっても、山中温泉医療センターの療養病床減少分を差し引いた数字は超えないものと思われる。

第4回委員会資料

## 図表6 現病院と新病院の機能の違い

	現病院(加賀市民病院)の課題	新病院の機能向上
患者・家族	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 駐車場が少なく、数箇所に分散しているため、駐車場を探し回る車や離れた場所に駐車する車が多い。</li> <li>② 敷地が狭い中で、増築や改修が行われたため、外来部門の配置は分かりにくく、2階にあることから、移動の負担も大きい。</li> <li>③ 車寄せが小さく、バスやタクシーの待合スペースも屋外にあるため、冬季や風雨の際は利便性が低い。</li> <li>④ 病室は大部屋を中心としているが、プライバシーや個人の空間を大切にしたいという意識から、多くの人がカーテンを閉めている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 十分な駐車台数を一団の場所に確保しているため、空車の位置も分かりやすい。</li> <li>② 外来部門は1階のホスピタルストリートに沿って配置しているため、分かりやすく、移動の負担も少ない。</li> <li>③ 大きな車寄せを設置し、待合スペースも屋内に設置しているため、冬季や風雨の際も利便性が高い。</li> <li>④ プライバシーが守られ、家族と気兼ねなく過ごせる空間とするため、病室は全室個室。</li> </ul>
スタッフ	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 仮眠室は医局や勤務場所から離れた位置に分散しているため、利用しにくく、室数も十分ではない。</li> <li>② 研修室や会議室が不足し、十分な教育環境が整備されていない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 仮眠室は医局や勤務場所に近く、比較的静かな場所に集約し、室数も十分に確保。</li> <li>② 研修室や会議室以外にも実習を行える臨床研修室や公開講座も開催できる多目的ホールを整備。</li> </ul>
災害対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 免震構造では無いため、建物の損傷や機器等が転倒する恐れがある。</li> <li>② 水や電気を確保するための十分なバックアップ体制が整備されていない。</li> <li>③ 多くの負傷者が運ばれた場合のスペースや設備が不足している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 免震構造であるため、地震後も継続して医療が行える。</li> <li>② 井戸水を使用できる設備の設置や自家発電機の燃料を7日分備蓄するなど、十分なバックアップ体制を確保。</li> <li>③ 十分なトリアージスペースと医療ガス設備やコンセント設備を設置。</li> </ul>
将来対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 敷地が狭いため、増築や改修のスペースが不足している。また、柱スパンが短いため、改修の際に、大規模な工事が必要。</li> <li>② 改修以外の部分にも停電や断水等の影響が生じる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 敷地が広いので、増築や改修をスムーズに行える。また、柱スパンを長くすることで改修も容易。</li> <li>② 部門毎に分電盤や止水弁を設置し、改修以外の部分への影響は少ない。</li> </ul>
医療安全	<ul style="list-style-type: none"> <li>① スタッフ通路と患者通路が混在し、衝突や接触する危険性が高い。</li> <li>② 廊下幅が狭く、手摺が無い場所もある。また、病室からトイレまでの動線が長く、接触や転倒の危険性が高い。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>① スタッフ専用通路を設けるなど、患者の動線と極力交錯しない計画。</li> <li>② 広い廊下幅を確保し、切れ目の無いよう手摺を設置。また、各病室にトイレを設置し、トイレまでの動線を短縮。</li> </ul>

第4回委員会資料

# 図表7 災害拠点病院の基準

## (2) 施設及び設備

### ① 医療関係

ア. 施設(ア) 病棟(病室、ICU等)、診療棟(診察室、検査室、レントゲン室、手術室、人工透析室等)等救急診療に必要な部門を設けるとともに、災害時における患者の多数発生時(入院患者については通常時の2倍、外来患者については通常時の5倍程度を想定)に対応可能なスペース及び簡易ベッド等の備蓄スペースを有することが望ましい。(イ) 診療機能を有する施設は耐震構造を有することとし、病院機能を維持するために必要な全ての施設が耐震構造を有することが望ましい。(ウ) 通常時の6割程度の発電容量のある自家発電機等を保有し、3日分程度の燃料を確保しておくこと。また、平時より病院の基本的な機能を維持するために必要な設備について、自家発電機等から電源の確保が行われていることや、非常時に使用可能なことを検証しておくこと。なお、自家発電機等の設置場所については、地域のハザードマップ等を参考にして検討することが望ましい。(エ) 適切な容量の受水槽の保有、停電時にも使用可能な井戸設備の整備、優先的な給水協定の締結等により、災害時の診療に必要な水を確保すること。

### イ. 設備

災害拠点病院として、下記の診療設備等を有すること。

(ア) 衛星電話を保有し、衛星回線インターネットが利用できる環境を整備すること。また、複数の通信手段を保有していることが望ましい。(イ) 広域災害・救急医療情報システム(EMIS)に参加し、災害時に情報を入力する体制を整えておくこと。すなわち、情報を入力する複数の担当者を事前に定めておき、入力内容や操作方法などの研修・訓練を行っておくこと。(ウ) 多発外傷、挫滅症候群、広範囲熱傷等の災害時に多発する重篤救急患者の救命医療を行うために必要な診療設備(エ) 患者の多数発生時用の簡易ベッド(オ) 被災地における自己完結型の医療に対応出来る携帯式の応急用医療資器材、応急用医薬品、テント、発電機、飲料水、食料、生活用品等(カ) トリアージ・タッグ

### ウ. その他

食料、飲料水、医薬品等について、流通を通じて適切に供給されるまでに必要な量として、3日分程度を備蓄しておくこと。その際、災害時に多数の患者が来院することや職員が帰宅困難となることを想定しておくことが望ましい。

また、食料、飲料水、医薬品等について、地域の関係団体・業者との協定の締結により、災害時に優先的に供給される体制を整えておくこと(ただし、医薬品等については、都道府県・関係団体間の協定等において、災害拠点病院への対応が含まれている場合は除く。)

### ② 搬送関係

#### ア. 施設

原則として、病院敷地内にヘリコプターの離着陸場を有すること。

やむなく病院敷地内に離着陸場の確保が困難な場合は、必要に応じて都道府県の協力を得て、病院近接地に非常時に使用可能な離着陸場を確保するとともに、患者搬送用の緊急車輛を有すること。

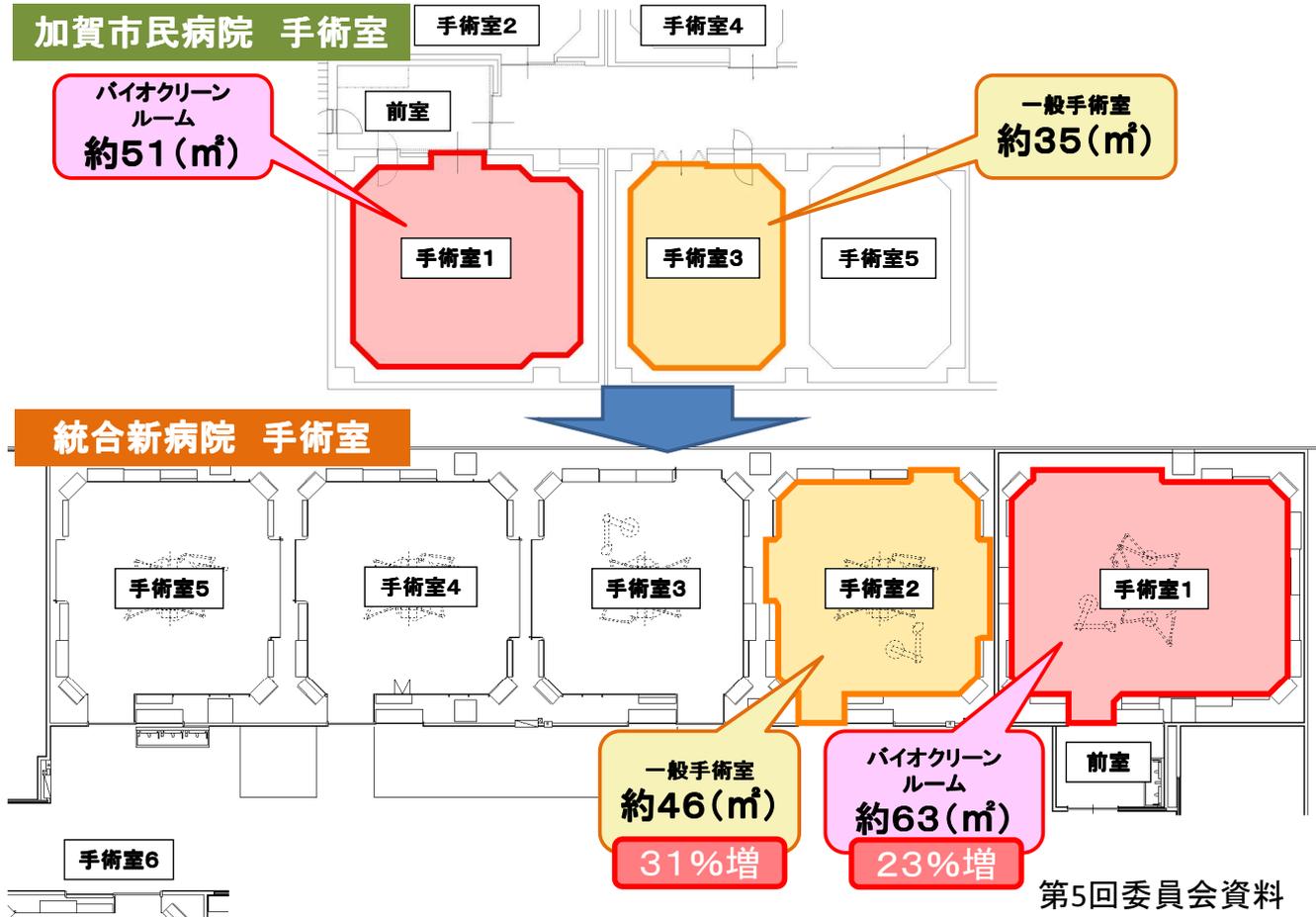
平成24年3月21日の厚生労働省医政局長「災害時における医療体制の充実強化について」

# 図表8 病院における停電作業について

平成20年4月加賀市民病院高圧受電設備入替工事から(停電時間9時間)

項目	内容
準備	自家発電装置は切替装置も入れ替えのため使えず、レンタル発電機17台(合計847kVA)を用意した。
	電子カルテシステムを移動させるため、レンタル発電機を接続した。
	病棟部門では「人工呼吸器」等、最優先する機器だけに絞り、他は停止することとした。
	救急に必要な一部の放射線機器、検査機器のみを除き検査機能を停止することとした。
	近隣病院及び救急隊に、救急受入制限に係る協力依頼を行った。
	手術部門はすべて機能を停止することとした。 (休日であったため予定手術は無かったが、緊急手術への対応は、あらかじめ他の医療機関へ依頼した)
	人工透析に影響が出ないよう事前準備を早朝4時から行い、停電は1日で終わらせることとした。
結果・影響	予定入院患者は極力、停電復旧後の入院としたため約3割減少した。
	レンタル発電機の不調により過電流が発生し、レントゲン装置用パソコン2台、電子カルテ用パソコン3台、現像機1台、エアコン1台が故障した。

図表9 加賀市民病院・新病院の手術室比較



図表10 加賀市民病院の現地建て替えの場合の簡単な財政シミュレーション

- 診療棟の改築約7億＋建築単価増＋消費増税分  
＝約8億(企業債の対象)
- 工事期間の減収額約16億円(企業債の措置なし)
- 西棟の改築約10億円＋建築単価増＋消費増税分  
＝約11億(企業債の対象)
- 工事期間の減収額約16億円(企業債の措置なし)
- 建設費約19億円＋減収額約32億円
- 約19億円の22.5%の約4.2億円が地方交付税で措置されるので約15.8億円が病院会計で支出必要
- 減収額の約32億円分は、病院会計の手持ち現金が失うことと同じ(その分補てんの必要あり)
- 非常に堅く見積もって、病院会計として約47.8億円相当の現金が必要なのと同じ

図表11 統合新病院の建設費・財源見込み

建設事業費約102.1億円

建設工事費約68.5億円

医療機器等約21.9億円

用地費約11.7億円

財源

補助金約21.8億円

地域医療再生基金約14.7億円

医療施設耐震化基金約7.1億円

起債約77.8億円

合併特例債約15.5億円(元利償還の70%を交付税措置)

再編債約4.1億円(元利償還の50%を交付税措置)

病院事業債約58.1億円(元利償還の22.5%を交付税措置)

自己資金約2.5億円

図表12 財源見込みにおける病院事業負担の内訳

単位億円

	合計	病院事業債	再編債	合併債	再生基金	耐震化基金	自己資金
建設事業費	102.1	58.1	4.1	15.5	14.7	7.1	2.5
うち起債総額	77.8	58.1	4.1	15.5	—	—	—
うち起債病院事業負担分	51.8	77.5% 45.0	50.0% 2.1	30.0% 4.7	—	—	—
うち起債地方交付税措置分	26.0	22.5% 13.1	50.0% 2.1	70.0% 10.8	—	—	—

金利がつく前のもの

起債病院事業負担分＝市負担分＋病院負担分

# 図表13 病院事業負担分の元利返済金額

単位億円

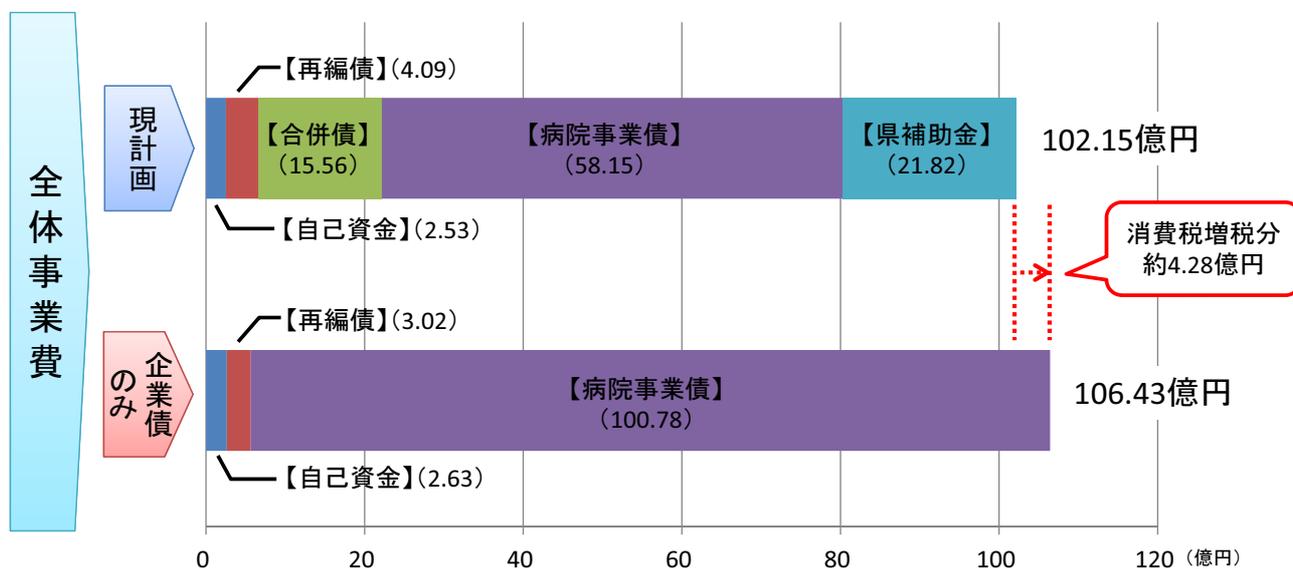
	返済条件	起債自己負担額	金利	合計
建設工事費	金利1.7% 30年償還	29.5	8.9	38.4
医療機器 ・情報システム	金利1.1% 5年償還	14.1	0.5	14.6
用地費	金利1.7% 30年償還 <sup>(※)</sup>	8.2	1.1	9.3
合計		51.8	10.5	62.3

※ 平成24年度借入分6.5億円は金利0.514%

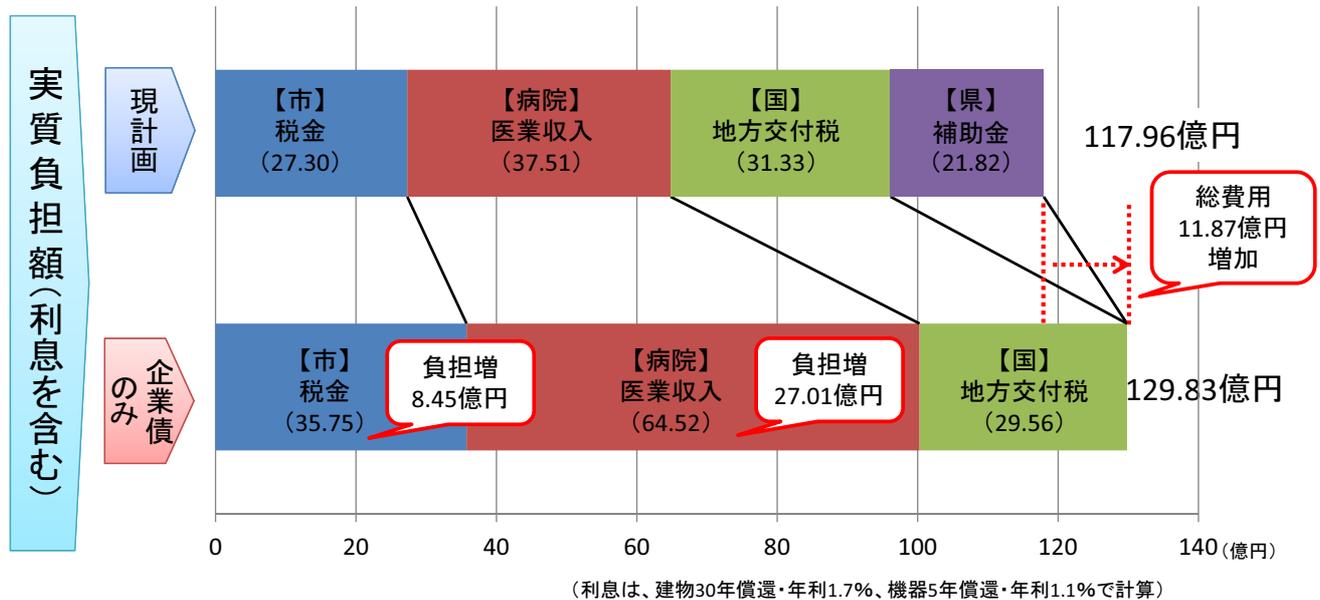
企業債の交付税措置分を除いた病院事業として元本利息の返済額を試算

# 図表14 現計画と後年度に病院事業債のみで建設した場合の比較

事業費		財源	
用地取得費	変更なし	県補助金	21.8億→皆減
設計・工事費	消費税5%→10%	再編債	用地取得費のみ充当
医療機器	消費税8%→10%	合併特例債	15.7億→皆減
その他事務費	消費税5%,8%→10%	病院事業債	42.6億増



# 図表15 金利を含む実質負担額の比較



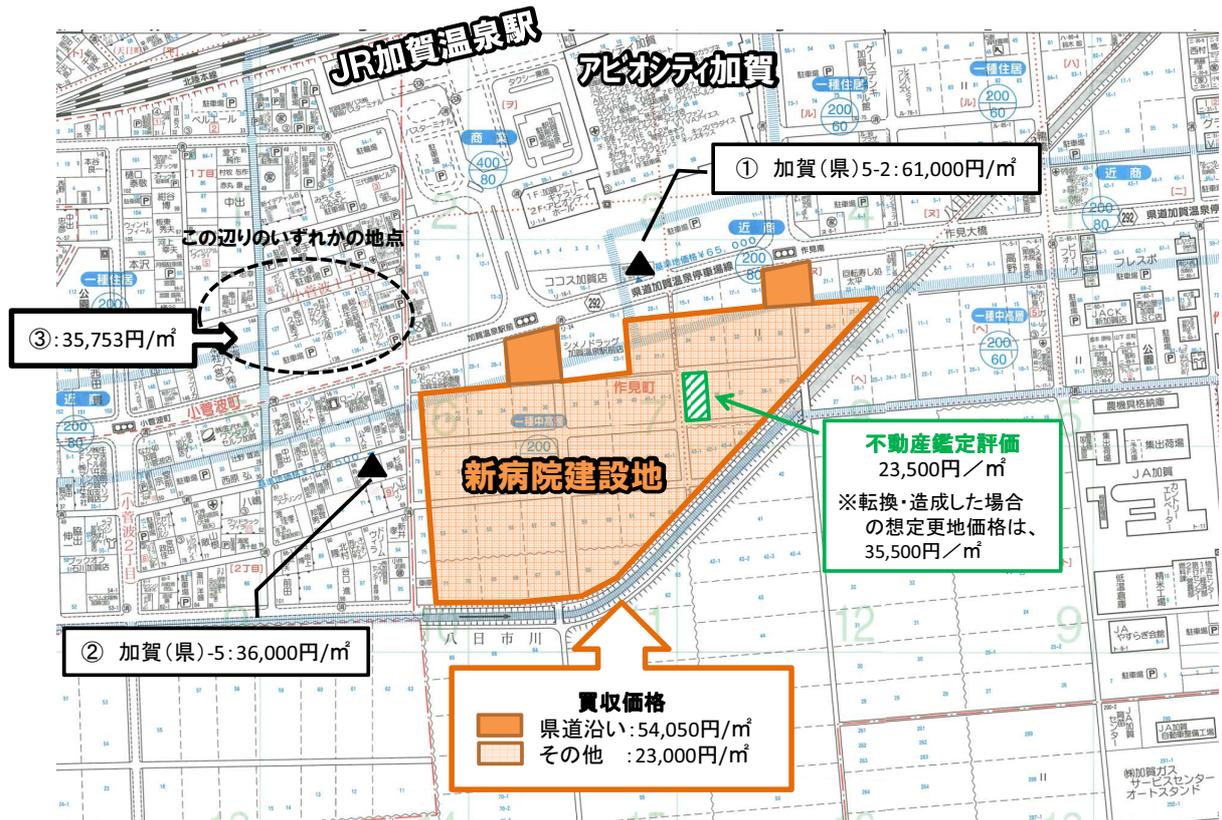
第4回委員会資料

# 図表16 加賀温泉駅前の候補地検討表

区域番号	A		B		C	
所在地(町)	小菅波町 作見町		作見町		弓波町	
基本情報	△	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	○	約50,000㎡	○	約52,000㎡	○	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	○		◎	シフトラ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	○	18.8億円	○	18.1億円	○	19.2億円
(充当の可能性のある補助金等)		約3億円		約0.1億円		約27億円
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

第2回委員会資料

# 図表17 新病院建設用地近隣の地価



第5回委員会資料

# 図表18 発注方式の検討

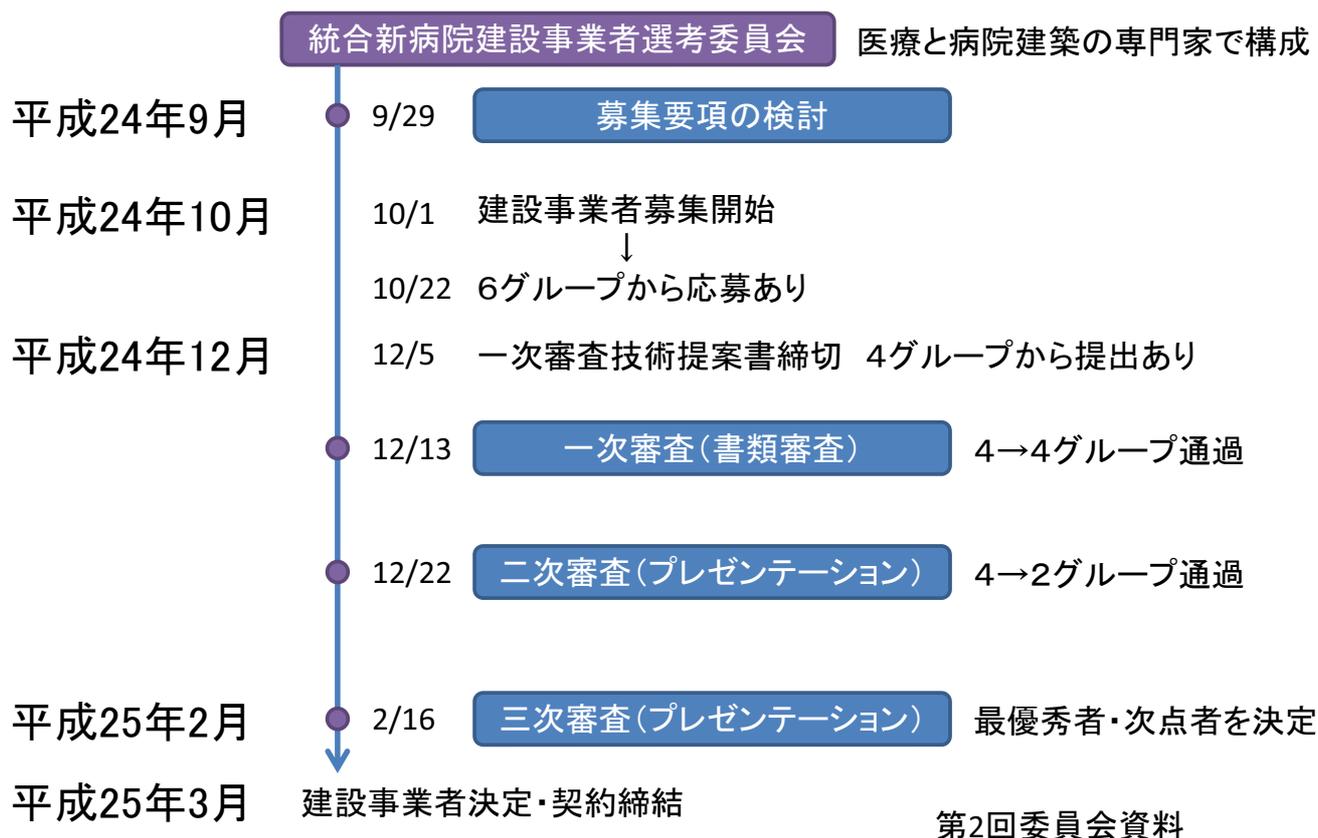
【発注方式を検討する上での重要ポイント】  
 より良い品質の病院を如何に財政的負担を少なくして建てるか  
 → 早期の建設契約・着工及び工期短縮  
 ① 平成25年度までの着工を条件とする地域医療再生臨時特例交付金の活用  
 ② 平成25年度完成部分まで適用される再編債の活用  
 ③ 平成28年3月完成部分まで適用される合併特例債の活用

発注方式	プロセス			平成25年度着工	平成25年度完成部分の出来高	平成28年度3月完成部分の出来高	平成28年度4月開院	設計品質の確保	導入事例	消費税の影響を受ける可能性
	基本設計	実施設計	施工・工事監理							
① 設計・施工分離方式	設計事務所 → 建設会社			△	△ 業者選定が再度必要であり、着工が遅れた分、出来高が減少する	△ 業者選定が再度必要であり、さらに設計者と施工者間の調整に時間を費やす	△ 同左	○ 発注者が要求する品質を満足しているか、設計事務所がチェック出来る	従来の公立病院、公的病院	大 建設会社の選定が実施設計後となる為、契約が増税後となる可能性が高い
② 設計・施工分離方式 (建設会社設計支援)	設計事務所 → 建設会社 → 建設会社			△	△ 同上	○ 業者選定が再度必要であるが、設計支援・施工を通じた工程管理により工期短縮可	△ 同左	○ 同上	済生会横浜市東部病院 山田赤十字病院 北里大学病院	中 建設会社の選定が基本設計後となる為、契約が増税後となる可能性がある
③ デザインビルド方式	設計事務所 → 建設会社			△	△ 同上	○ 業者選定が再度必要であるが、実施設計・施工を通じた工程管理により工期短縮可	△ 同左	○ 同上	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	中 建設会社の選定が基本設計後となる為、契約が増税後となる可能性がある
④ 設計施工一括方式 (共同設計施工)	設計事務所 → 建設会社			○	○ 同上	○ 業者選定が一回であり、さらに設計施工を通じた工程管理により工期短縮可	○ 同左	○ 同上	共立済病院 藤沢市民病院 東京都立多摩総合医療センター	小 業者選定が設計・施工一括である為、契約が増税後となる可能性は低い
⑤ 設計施工一括方式 (設計施工一貫)	建設会社			○	○ 同上	○ 同上	○ 同左	△ ※チェックする機能が無い場合	京都市立病院	小 同上

平成28年3月合併特例債適用期限

平成24年4月25日の第3回加賀市医療提供体制推進委員会  
 統合新病院建設部会資料3

# 図表19 建設事業者選考スケジュール



# 図表20 自治体病院の建築単価

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	南部町国民健康保険西伯病院
竣工年月	H27.11 (予定)	H24.8	H20.9	H19.10	H19.8	H18.6	H18.3
病床数	300	521	144	660	420	382	198
延床面積(m <sup>2</sup> )	27,838	42,076	11,669	50,958	31,521	28,830	15,798
構造階数	地上6階塔屋1階(免震)	地上7階(免震)	地下1階地上6階(免震)	地上10階(免震)	地上11階(免震)	地上6階(免震)	地上5階(免震)
事業費(建築・設備)※設計・監理除く	59.6億円	131.6億円	41.0億円	215.6億円	123.2億円	115.5億円	41.2億円
<b>1床当り単価</b>	<b>1987万円</b>	<b>2526万円</b>	<b>2849万円</b>	<b>3267万円</b>	<b>2935万円</b>	<b>3024万円</b>	<b>2082万円</b>
<b>1m<sup>2</sup>当り単価</b>	<b>214千円</b>	<b>313千円</b>	<b>352千円</b>	<b>423千円</b>	<b>391千円</b>	<b>401千円</b>	<b>261千円</b>
〈参考〉その他事業費(医療機器等)	42.5億円	65.6億円	16.2億円	46.0億円	34.4億円	42.7億円	9.7億円

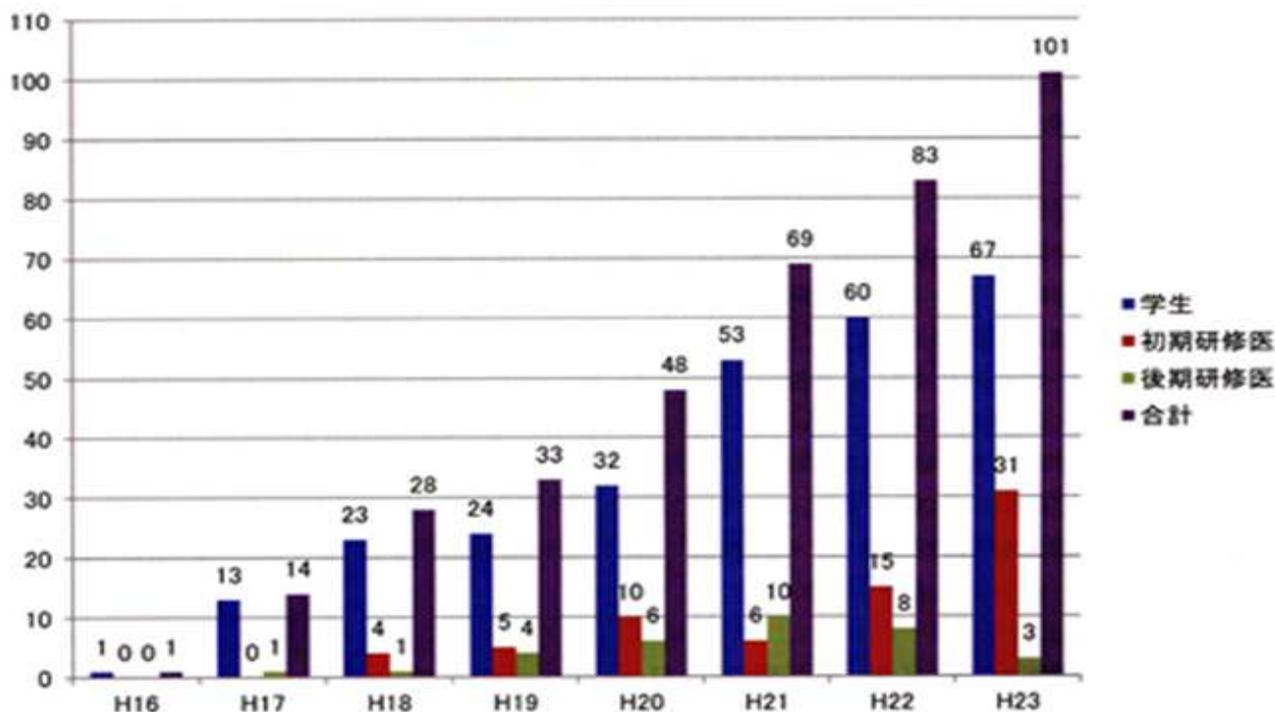
全国自治体病院協議会雑誌より抜粋(2008.3号~2013.12号) 新築のみ  
第2回委員会資料⑤より抜粋・改変

# 図表21 日本内科学会教育病院

石川	
教育病院	<ul style="list-style-type: none"> <li>石川県立中央病院</li> <li>公益社団法人石川勤労者医療協会 城北病院</li> <li>独立行政法人国立病院機構 金沢医療センター</li> <li>金沢市立病院</li> <li>公立能登総合病院</li> </ul>
教育関連病院	<ul style="list-style-type: none"> <li>石川県済生会 金沢病院</li> <li>公立つるぎ病院</li> <li>金沢社会保険病院</li> <li>浅ノ川総合病院</li> <li>国家公務員共済組合連合会 北陸病院</li> <li>金沢赤十字病院</li> <li><u>加賀市民病院</u></li> <li>芳珠記念病院</li> <li>国民健康保険 小松市民病院</li> <li>公立松任石川中央病院</li> <li>董仙会恵寿総合病院</li> <li>市立輪島病院</li> </ul>

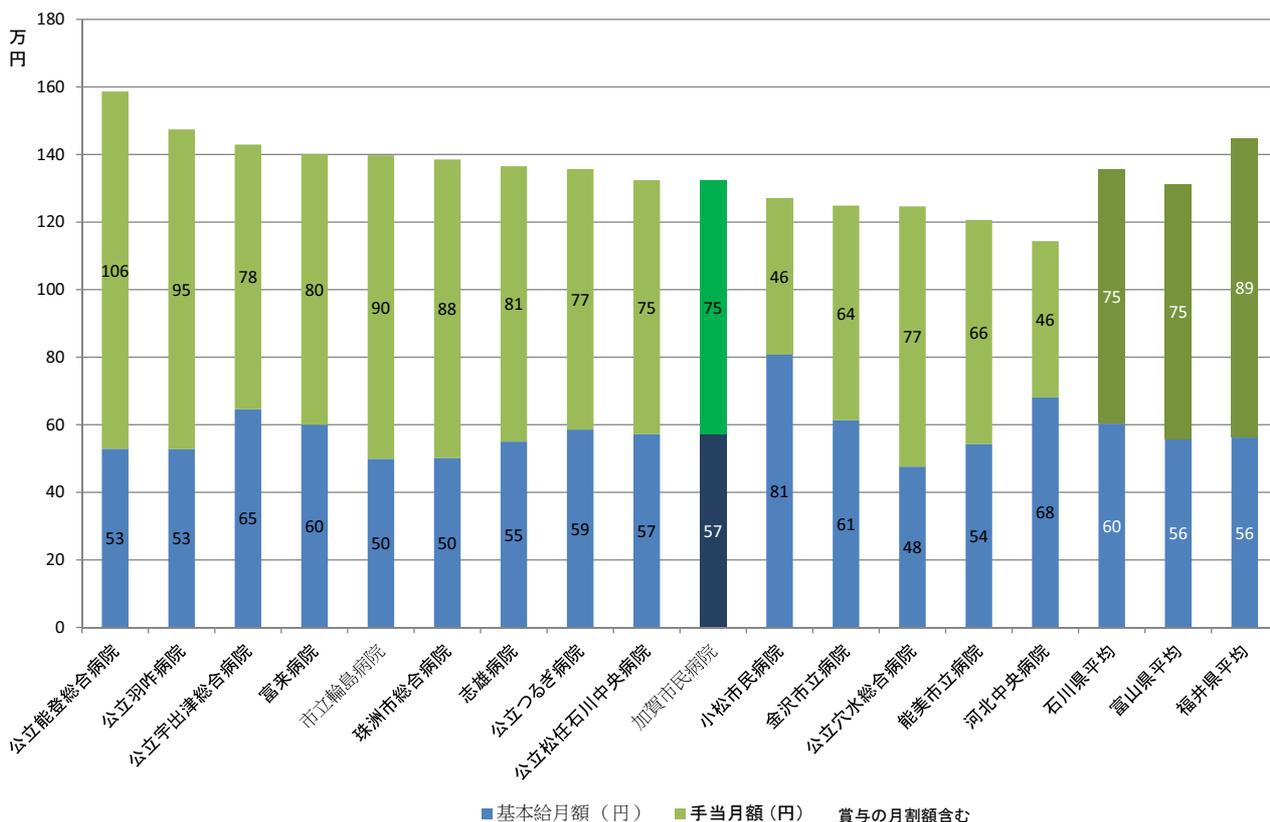
日本内科学会HP(平成26年2月21日閲覧)

# 図表22 福井県高浜町に研修に来た医学生、研修医数



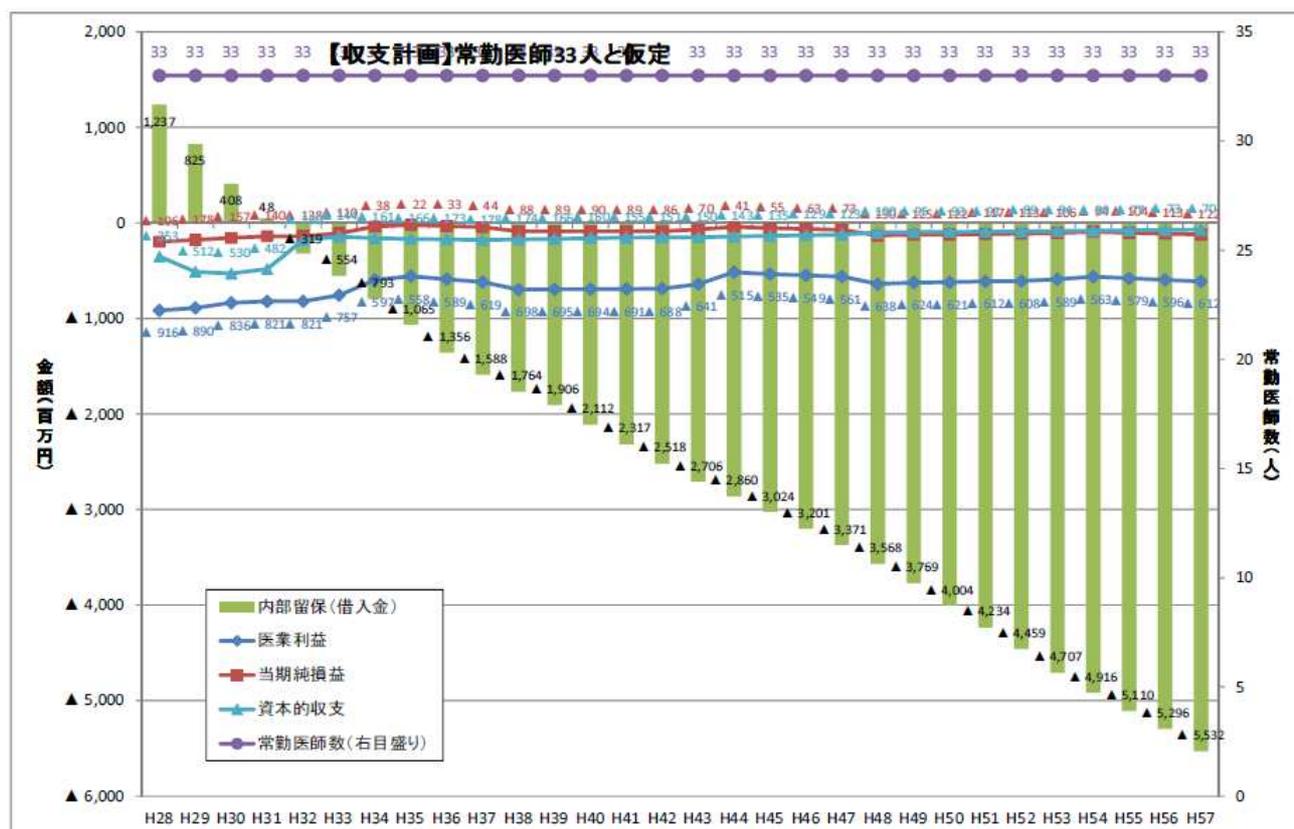
『福井大学医学部の地域医療人養成の取り組み』  
 文責：福井大学医学部地域医療推進講座寺澤秀一教授  
[http://www.chnmsj.jp/chikiiryuu\\_torikumi20.html](http://www.chnmsj.jp/chikiiryuu_torikumi20.html)

### 図表23 県内自治体病院医師給与比較表



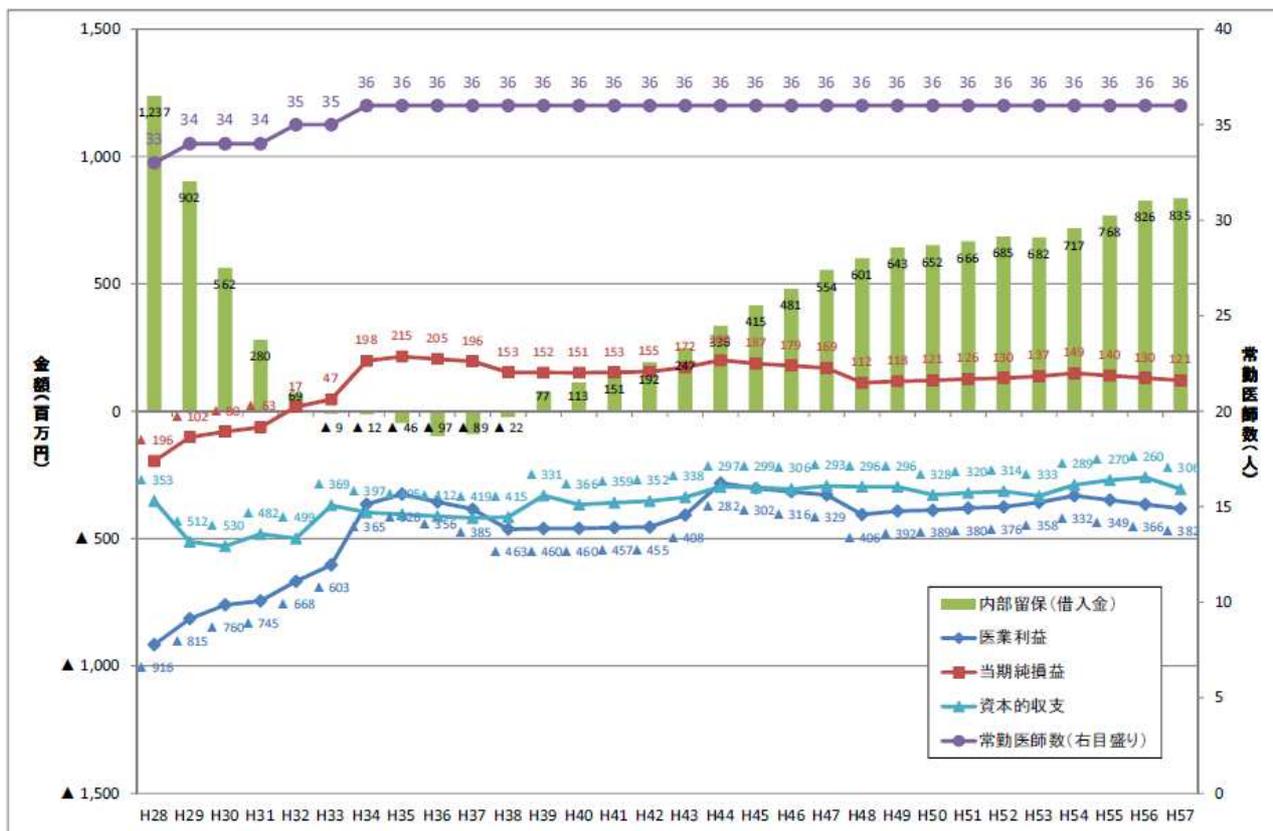
H23地方公営企業年鑑より作成

### 図表24 常勤33名で推移した場合の経営シミュレーション



常勤医師が統合時33人から変化しないと仮定する

# 図表25 7年目に常勤36名の場合の経営シミュレーション



常勤医師が統合時33人から2年目34人、5年目35人、7年目36人と増加すると仮定する

# 図表26 自治体病院の経営形態

	地方公営企業法 一部適用	地方公営企業法 全部適用	独立行政法人 (公務員型・非公務員型)	指定管理者
根拠法	地方公営企業法		独立行政法人法	地方自治法 (244条の2)
開設者	地方公共団体(市長)			
経営責任者	市長	事業管理者 (市長が管理者任命)	独立行政法人 (市長が理事長任命)	指定管理者 (地方公共団体の議決に より決定)
財源措置	行政的経費及び不採算経費を 開設者が負担 (負担金・補助金は地方公営企業法に基づき繰入)		規定なし (指定管理者と協議の上交付するケースあり)	
予算執行	・市長原案作成、調製 ・議決必要	・管理者原案作成、調製 ・議決必要	・独立行政法人が編成 ・議決不要	・指定管理者が編成 ・議決不要
職員人事	・地方公務員 ・市長任命 (定数は条例規定)	・地方公務員(企業職員) ・管理者任命 (定数は条例規定)	・公務員型は地方公務員 ・非公務員型は「非公務員」 ・理事長任命 (定数は中期計画に規定)	・非公務員 ・指定管理者任命 ・定数の規定なし (指定管理者内で管理)
労働組合	争議権のない職員団体	団結権・団体交渉権は認められるが、争議権は認められない。	公務員型: 団結権・団体交渉権あり 争議権は認められない 非公務員型:争議権あり (労働組合法下)	団結権・団体交渉権・争議権が認められる
職員給与	・人事院勧告の対象 ・給与の額及び支給方法は条例で定める	・人事院勧告対象外 ・経営の状況その他の事情等を考慮して、労使交渉を経て決定する	・職員の勤務成績や法人の業務実績、社会一般情勢への適合を考慮して決定	・指定管理者が設定

## 図表27 個室3割多床室7割に変更した場合のコスト

変更内容(仮定)：一部設計変更とした場合(全体の40%)

### 設計費用

検討項目	見込み	費用(消費税8%)	備考
基本設計	再設計(3~6階)	+2,300万円	基本設計費の40%(面積按分)
実施設計	再設計(3~6階)	+5,500万円	実施設計費の40%(面積按分)

・設計費用として7,800万円の増額となる

### 建設費用

検討項目	見込み	費用(消費税8%)	備考
工期	1年延期	+3,600万円	300万円/月(現場維持、人員確保)

- ・設計見直しに1年必要となり、現場維持費等として3,600万円の増額となる
- ・設計変更内容によっては建設費が減額とならない可能性もある

第4回委員会資料

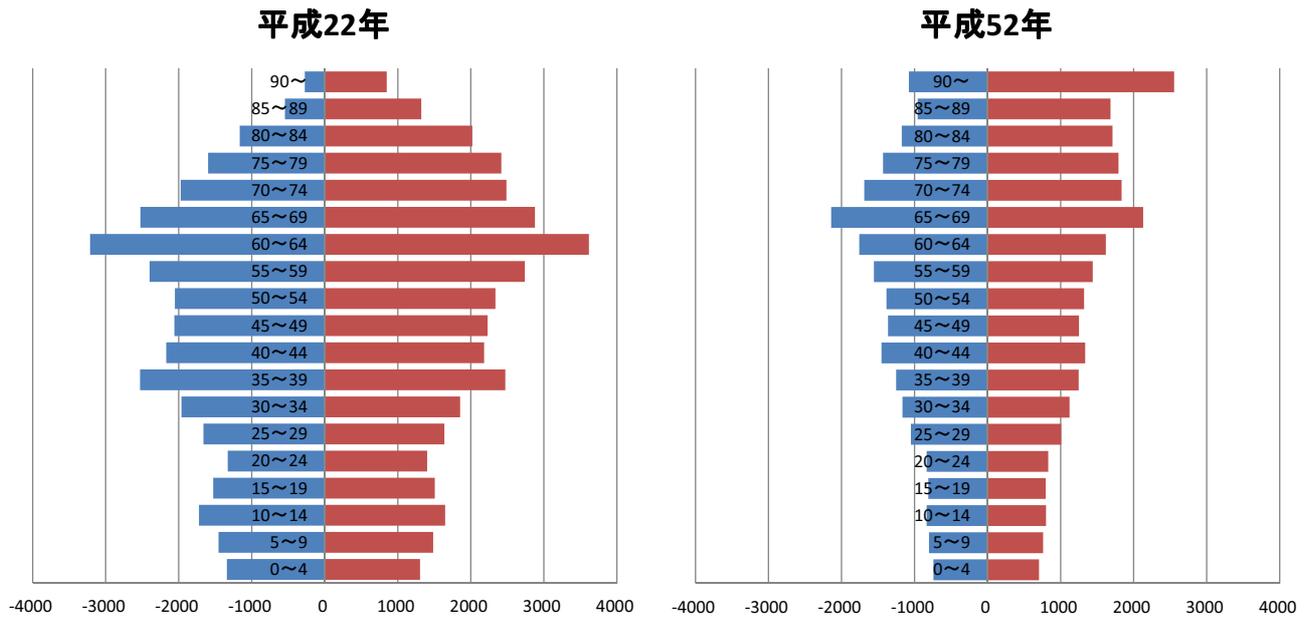
## 図表28 全室個室のメリット・デメリット

	患者・家族	看護師等職員
メリット	<p>【他の患者に気を遣わなくてすむ・気にならない】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・咳やいびき、物音など</li> <li>・空調の温度や風向きの調整</li> <li>・ポータブルトイレなどのにおい</li> <li>・夜間の照明点灯(トイレに行くときなど)</li> </ul> <p>【プライベートな会話がしやすい】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医師との相談や病状の説明などを他の患者に聞かれない</li> <li>・家族などの面会が気兼ねなくできる(長居できる)</li> </ul>	<p>【病床のやりくりがやりやすくなる】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・病床のやりくりのためのベッド移動が少なくなる ※大部屋中心の病棟では、患者一人を動かすために本来移動が必要ない患者も玉突きで複数動かす場合がある。</li> <li>・病室の男女別配慮が必要ない ※大部屋は男女混合にはできないため、たとえば男性部屋に空床があるのに女性を入院させられない場合がある。</li> <li>・感染患者の管理がやりやすくなる</li> </ul> <p>【患者とのコミュニケーションがとりやすい】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・患者や家族との会話がしやすい</li> </ul>
デメリット	<p>【他の患者との交流の機会が少なくなる】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・孤独感を感じる患者がいる</li> <li>・同じ病気の患者などからの情報が入らない</li> </ul>	<p>【従来とは違う対応を検討する必要がある】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・転倒が増える傾向がある</li> <li>・扉を閉めると輸液ポンプ等のアラームが聞こえにくい</li> <li>・病院スタッフへの依存度が高まりやすい</li> </ul>

出典：入院患者アンケート等、「個室化する病棟の看護管理と環境的变化に関する研究」(2011 小菅瑠香)を参考に作成

第3回委員会資料

# 図表29 加賀市の5歳階級別人口の推移



国立社会保障・人口問題研究所

『日本の地域別将来推計人口』(平成25年3月推計)より作成