

- 各種データの中には校正中のものがあります。
- 検討委員会で出された意見を基に加筆修正していきます。

穴栗市新病院整備に係る基本構想

(案)

令和2年 月

穴 栗 市

はじめに

第1章 基本構想について

- 1 市立病院の必要性
- 2 基本構想の策定

第2章 医療政策の方向性

頁、調整中です

- 1 国の医療政策の動向
- 2 兵庫県保健医療計画
- 3 宍粟市における地域医療推進のための基本方針

第3章 宍粟市の将来の医療需要

- 1 宍粟市の将来人口の推計
- 2 宍粟市の将来推計患者数
- 3 公立宍粟総合病院の患者動向

第4章 新病院の概要

- 1 新病院施設整備の基本的な考え方
- 2 新病院の果たすべき役割
- 3 新病院の診療科
- 4 新病院の病床数及び病棟構成
- 5 新病院施設建築の基本方針
- 6 想定される概算事業費と財源
- 7 整備手法
- 8 収支計画

参考資料

- ・ 宍粟市新病院整備検討体制図
- ・ 宍粟市新病院検討委員会要綱
- ・ 宍粟市新病院検討委員会委員名簿

はじめに

公立穴栗総合病院（以下「当院」という）は、穴栗郡山崎町、安富町、一宮町、波賀町及び千種町の5町で設立した穴栗郡病院事務組合が、財団法人博愛病院を買収し、昭和50年4月に「組合立穴栗郡民病院」としてスタートしました。

その後、地域住民の医療ニーズと医療環境の変化に対応するため、病床機能の変更や診療科の拡充、人工透析業務の開始など病院機能の拡充と建物の増改築を行ってきました。

平成11年4月には「公立穴栗総合病院」と名称を変更し、平成17年4月1日の町合併に伴い穴栗市が開設者となりました。

当院は、市内唯一の病院であり、また播磨姫路圏域北部の中核病院として、地域・住民に開かれた病院として外来診療を行うとともに、2次救急医療機関として、緊急性の高い患者の受入を行い、急性期医療及び回復期医療を提供し、地域住民の安心で安全な暮らしを守る役割を担ってきました。また、周産期医療においても年間300件を超える分娩件数を有しており、圏域の周産期医療体制の維持に貢献しています。

しかしながら、外来診療や検査、手術、入院病棟などの主要部分を担う本館(南館)は、建設から35年が経過し、施設の老朽化や狭隘化への対応が必要となっており、また、度重なる増改築により患者動線やプライバシー保護、構造設備などの施設機能としても改修が必要となってきました。

このような中、昨年1月には、市内工場跡地を病院の建て替えも見据えた公共用地として取得したところです。

このような状況から、将来にわたっても地域住民の命と健康を守り、安心して安全な医療を提供していくためには、当院が担うべき役割や必要な医療機能、規模等について検討を深める必要があると考え、令和元年10月に「穴栗市新病院検討委員会」を設置し、新病院の建て替え整備に向けた検討を行っていただき、基本構想を策定しました。

今後、当院はこの基本構想に基づいて、この地域にふさわしい、新病院整備に向けた検討を進めていきます。

令和2年〇月

次頁との統合も検討

第1章 基本構想について

1 市立病院の必要性

宍粟市は、東西約32km、南北約42kmと広大な広がりを持っています。そのため、北部地域は、寒冷多雨で冬季は積雪が多く、南部地域では比較的雨が少なく、温暖な気候となっています。

交通環境は、電車がなく、バスや自動車による交通に依存しており、市の公共交通も重要な移動手段の一つとなっています。

市内の医療機関は、病院は当院の1施設、一般診療所は25施設、歯科診療所は13施設で、介護施設は89施設あります。（2018年11月現在）

当院は、地域における中核病院として、地域完結型の医療提供体制の拠点としての役割を担っていますが、当院がなくなると次のことが心配されます。



○当院は、年間で入院約50,000人、外来約94,000人（延べ患者数）が利用しており、これらの患者や付き添い等の家族が、市外や他の医療機関を利用しなければならなくなる。

○身近に入院できる医療機関がなくなること生活の利便性が悪化する。

○市外の病院に行くことになれば、通院等に要する時間や費用負担が増加する。

○市外の病院の利用が増えることで、今、受入れに余裕がある医療機関でも入院等の受入れが困難になるかもしれない。

○救急時の対応や近くで入院治療が受けられなくなるなど、安心して生活できるという精神的な支えがなくなる。

これらのことから、市内に一定の役割を担う病院は必要不可欠であると考えます。

■現在の病床数と診療科（2020年1月現在）

診療科目	内科、外科、整形外科、小児科、眼科、泌尿器科、皮膚科、放射線科
	耳鼻咽喉科、産婦人科、精神科、リハビリテーション科
病床数	許可病床数 一般199床（稼働病床数179床）

2 基本構想の策定

新病院の整備を進めるためには、今後の宍粟市における医療ニーズを踏まえ市立病院として求められている役割を確認し、将来を見据えた計画的な対応を図っていくことが求められます。

この基本構想は、新病院整備を進める過程の基本的な方向性を定めるものであり、国の医療政策や「兵庫県保健医療計画」、「宍粟市における地域医療推進のための基本方針」を基に、新病院が市立病院として担う役割や機能をはじめ、医療需要にあった適正規模などについてその方向性を定めるものです。

第2章 医療政策の方向性

1 国の医療政策の動向

団塊の世代（1947年～1949年に出生）が75歳以上の後期高齢者となる2025年（令和19年）年（高齢化のピークは2042年頃）には、医療や介護に対するニーズが質・量の両面で大きく変化することから、これらに対応するため、平成26年6月に、「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（以下「医療介護総合確保推進法」という。）を整備し、これに伴う、医療法、介護保険法等の関係法令の改正が行われました。この法律には、効率的で、質の高い医療提供体制の構築、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制（地域包括ケアシステム）の構築等の内容が盛り込まれています。また、同年9月には、「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針」を定め、都道府県が地域のニーズ等に則して、医療及び介護を総合的に確保するための事業の実施に関する計画（都道府県計画）を作成することとし、平成26年度には全ての都道府県が作成しました。

医療介護総合確保推進法では、現状と今後の病床機能の報告を義務付けた病床機能報告制度を創設しており、この情報や地域の医療需要の将来推計等を用いて、地域の医療供給体制や将来のあるべき姿を「地域医療構想」として策定し、医療計画に新たに盛り込んで、地域ごとにバランスのとれた医療機能の分化・連携を進めることとしています。

図表Ⅱ-1 地域包括ケアシステムの姿

国のイメージ図を挿入

2 兵庫県保健医療計画

兵庫県では、将来にわたり、良質かつ適切な医療を、効率的・効果的に提供できる体制を確保するため、平成30（2018）年4月、5疾病（がん、脳卒中、心筋梗塞、糖尿病、精神疾患）5事業（救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療）及び在宅医療に係る医療連携体制のうち、圏域で特に重点的に推進する項目や地域医療構想などを保健医療計画（圏域版）としてまとめています。

この計画では、急速な少子高齢化の進展、人口・世帯構造や疾病構造の変化、さらに、医師をはじめとした医療を担う人材の不足や、在宅医療のニーズの増加など、様々な課題を踏まえたうえで、具体的な施策の取組みを進めることとしています。また構想区域ごとに、診療に関する学識経験者の団体、医療関係者、医療保険者等の関係者との協議の場「地域医療構想調整会議」を設け、各圏域ごとの必要な医療機能と役割、そして機能ごとの病床数の検討を行っています。

兵庫県地域医療構想（圏域版）の取組（公立宍粟総合病院関連部分抜粋）

（1）具体的施策の概要（西播磨地域）

播磨姫路圏域の地域医療構想実現のための課題と施策について、圏域を中播磨地域と西播磨地域に分けて策定しています。

①救急医療

西播磨地域では、公立宍粟総合病院等により、地域で二次救急を担っているが、宍粟市の山間部からの救急搬送は、搬送に多くの時間を要するため、製鉄記念広畑病院姫路救急センターのドクターヘリを利用している。西播磨地域の救急医療を維持するためには、引き続き地域で二次救急を維持できる体制整備が必要であり、高度、専門的な医療の確保については、中播磨地域との医療連携の維持・強化を図っていく。

②小児医療

西播磨地域は、小児科医師数が少なく、小児科救急対応病院群輪番制には、赤穂市民病院、赤穂中央病院、公立宍粟総合病院の3病院が参加しているが、常勤の小児科医師は1～3名と少なく、平日夜間を中心に空白が生じている。今後も1次から3次までの小児救急医療にかかる医療機関の連携体制の充実を図るため、小児救急医療電話相談の一層の充実を図り、不要不急の受診減少のため、その啓発周知等、小児救急に関する知識の普及啓発を図る。また小児科の医師については、行政、医師会、医療機関が連携しながら、確保に努め、現在の小児医療体制を維持・強化する。

③周産期医療

西播磨地域において分娩を取り扱う医療機関は赤穂中央病院と公立宍粟総合病院の2施設であり、平成30年11月には公立宍粟総合病院が周産期医療協力病院に指定されている。正常分娩からハイリスク妊産婦やハイリスク新生児まで対応可能な周産期医療体制の充実を図るため、総合周産期母子医療センターを中心に周産期医療に関連する病院等の連携・強化に努めるとともに、産科医師の確保に努め、周産期医療体制を維持する。

④へき地医療

公立宍粟総合病院は、へき地医療拠点病院として、また特定中核病院として、宍粟市内の2次救急医療体制の確保、手術を要する診療科等の維持、地域包括ケアシステム構築のため診療所等への支援、代診医の派遣等の役割を果たすための体制整備を図る。また、他の医療機関と連携して、総合診療科を志向する医師の指導体制を構築し、総合診療科が開設できるよう支援する。

(2) 特定中核病院の指定

播磨姫路圏域北部の公立神崎総合病院と公立宍粟総合病院は、医療機関が集中している地域から離れた中山間地域に立地しているため、圏域内の拠点病院との連携も困難な場合が生じている。また近隣に同等以上の機能を有する病院がなく、両病院間においても十分な医師確保ができていないことから、両病院相互の診療科の役割分担や連携強化を行うことが困難な状況にある。

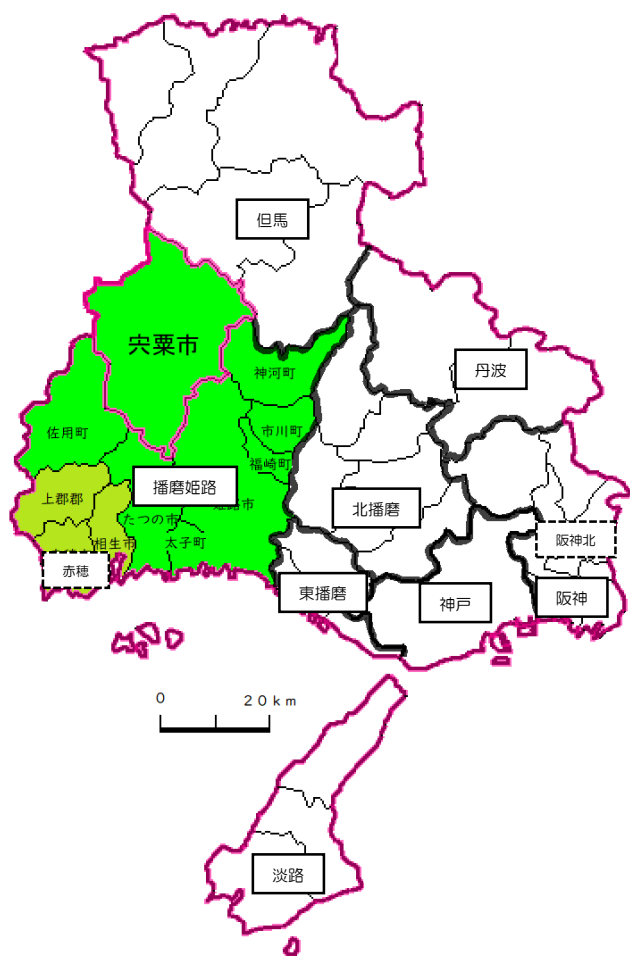
両地域は高齢化が大きく進んでいる地域であり、高齢化の進行に伴う患者数の増加や、開業医も含め医師の高齢化も進み、公立宍粟総合病院では、へき地医療拠点病院の機能のほか、2次救急医療体制の確保や手術を要する診療科等の維持が困難な状況になっている。

これらのことから、両病院を圏域北部の「特定中核病院」として位置づけ、医師確保等の取組みについて優先的な支援を行い、医療提供体制の充実を図っていく。

* 特定中核病院に対する支援内容

- ①病院における医師確保の取組みとして、県養成医の派遣及びその定着について、優先的な支援を行う。
- ②2次救急医療機関としての病床機能の確保の取組みとして、緊急性の高い患者の受入や手術に対応できる体制づくりや急変時の在宅医療に対応する地域包括ケア病床等の充実や高度急性期病床の整備を行う場合において、医療介護推進基金を活用した支援を行う。

図表Ⅱ-2 兵庫県の2次保健医療圏域・準圏域地図



図表Ⅱ-3 兵庫県の構想圏域（新・旧）

(H27:国勢調査)

新圏域	準圏域	旧圏域	構成市町	人口(人)	面積(k㎡)	人口密度(人/k㎡)
神戸	—	神戸	神戸市	1,537,272	557.0	2,760
阪神	—	阪神南	尼崎市、西宮市、芦屋市	1,035,763	169.2	6,123
	阪神北	阪神北	伊丹市、宝塚市、川西市、三田市、猪名川町	721,690	480.9	1,501
東播磨	—	東播磨	明石市、加古川市、高砂市、稲美町、播磨町	716,633	266.4	2,690
北播磨	—	北播磨	西脇市、三木市、小野市、加西市、加東市、多可町	272,447	895.6	304
播磨姫路	—	中播磨	姫路市、福崎町、市川町、神河町	579,154	865.0	670
	—	西播磨	たつの市、 赤粟市 、太子町、佐用町	260,312	1,567.0	166
	赤穂		赤穂市、相生市、上郡町			
但馬	—	但馬	豊岡市、養父市、朝来市、香美町、新温泉町	170,232	2,133.3	80
丹波	—	丹波	篠山市、丹波市	106,150	870.8	122
淡路	—	淡路	洲本市、南あわじ市、淡路市	135,147	595.7	227
兵庫県	—	兵庫県		5,534,800	8,400.9	659

資料：日本医師会地域医療情報システム

3 穴粟市における地域医療推進のための基本方針

穴粟市では、人口減少と高齢化の進行に対応するため、地域医療体制の充実と地域包括ケアシステム構築に向けた取組みを推進しており、今後の取り組むべき方向性を「穴粟市における地域医療推進のための基本方針」にまとめています。

この方針の中で、地域医療充実に向けた公立穴粟総合病院の取組みの方向性を次のようにまとめています。

1 病床数及び病床機能の維持確保

穴粟市における地域包括ケアシステムの基幹病院として、市民の生命と健康を守るためには、

効率的で安定した病院運営が必要であり、医療ニーズに合った病床数及び病床機能の維持確保に取り組みます。

2 高度急性期又は慢性期への対応

高度急性期又は慢性期の患者にあっては、中・西播磨地域等の病院との連携強化を図り、入院先の確保等を図ります。

3 救急医療体制の維持強化

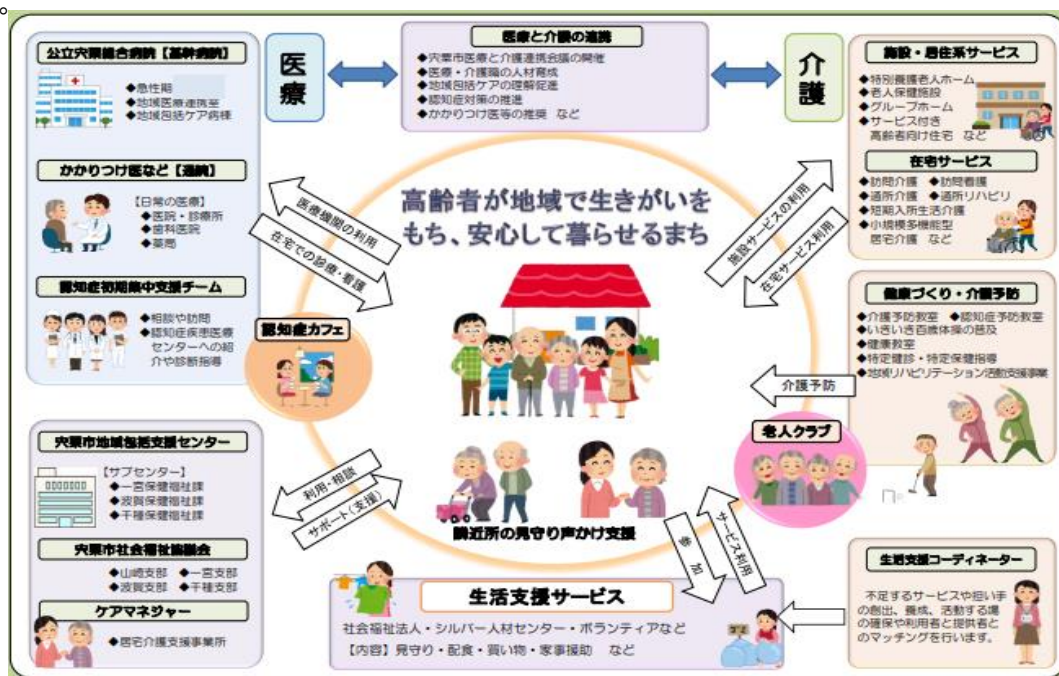
救急医療体制においては、24時間体制で、入院治療や手術を必要とする患者の受け入れができる2次救急医療体制の維持強化を図ります。

4 病院機能充実に向けた施設整備の検討

病院本館は老朽化が進んでおり、地域医療の拠点としての役割を果たすため、病院機能充実に向けた施設整備の検討を進めます。

5 地域医療を支える人材の確保・育成

安定した医療を提供していくために、医師、看護師等の専門職員の人材確保に努めます。また、院内託児所や宿舍の整備等働きやすい環境整備に取り組むことで人材確保に努めていきます。



資料：穴粟市介護保険事業計画

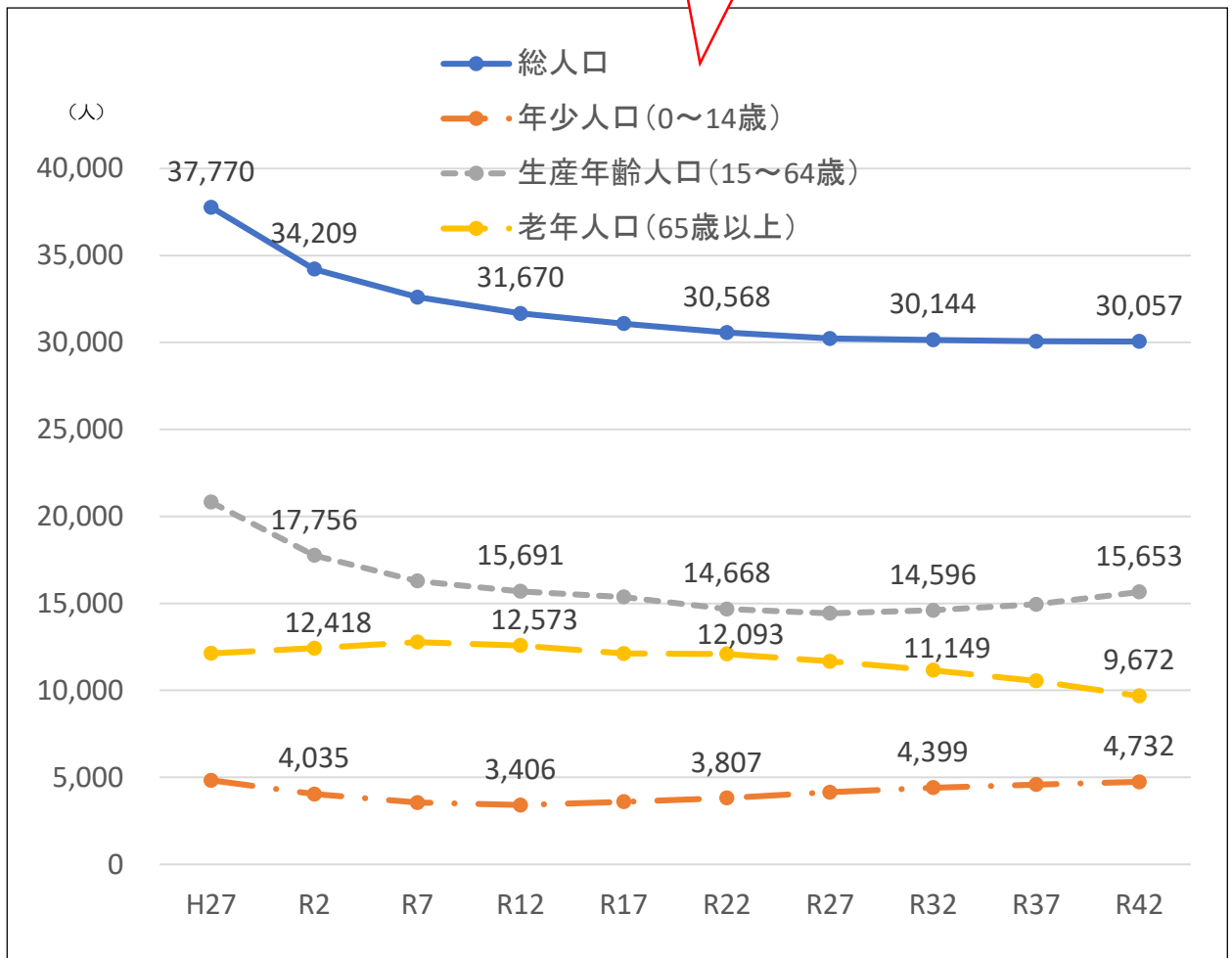
第3章 穴粟市の将来の医療需要

1 穴粟市の将来人口の推計

穴粟市では、平成28（2016）年3月に第2次穴粟市総合計画を策定し、2060年時点での人口ビジョンを3.3万人に設定し、人口減少対策を最重要課題として各施策を展開してきました。国立社会保障・人口問題研究所の将来人口推計によると、穴粟市の総人口は平成27（2015）年の約3.8万人から2060年の約1.2万人へ約2.6万人減少すると予測されています。

穴粟市では、国の長期ビジョンを勘案しつつ、人口の現状を分析し、今後目指すべき将来の方向と人口の将来展望を考慮し、将来的な地域活力の維持には、一定の人口規模を維持していくことが必要不可欠なため、2060年の将来人口の推計を3万人（独自推計）と想定し、各種施策を展開することを検討しています。

図表Ⅲ-1 将来人口の予測



資料：穴粟市人口ビジョン 2019年

2 宍粟市の将来推計患者数

1日当たりの患者数の推計は、人口 10 万人当たりの受療率に将来人口を乗じて算出しています。

受療率は、厚生労働省の「患者調査（平成 29 年）」から兵庫県のデータを使用しています。

将来患者数＝男女別・年齢階級別受療率（兵庫県）× 将来人口

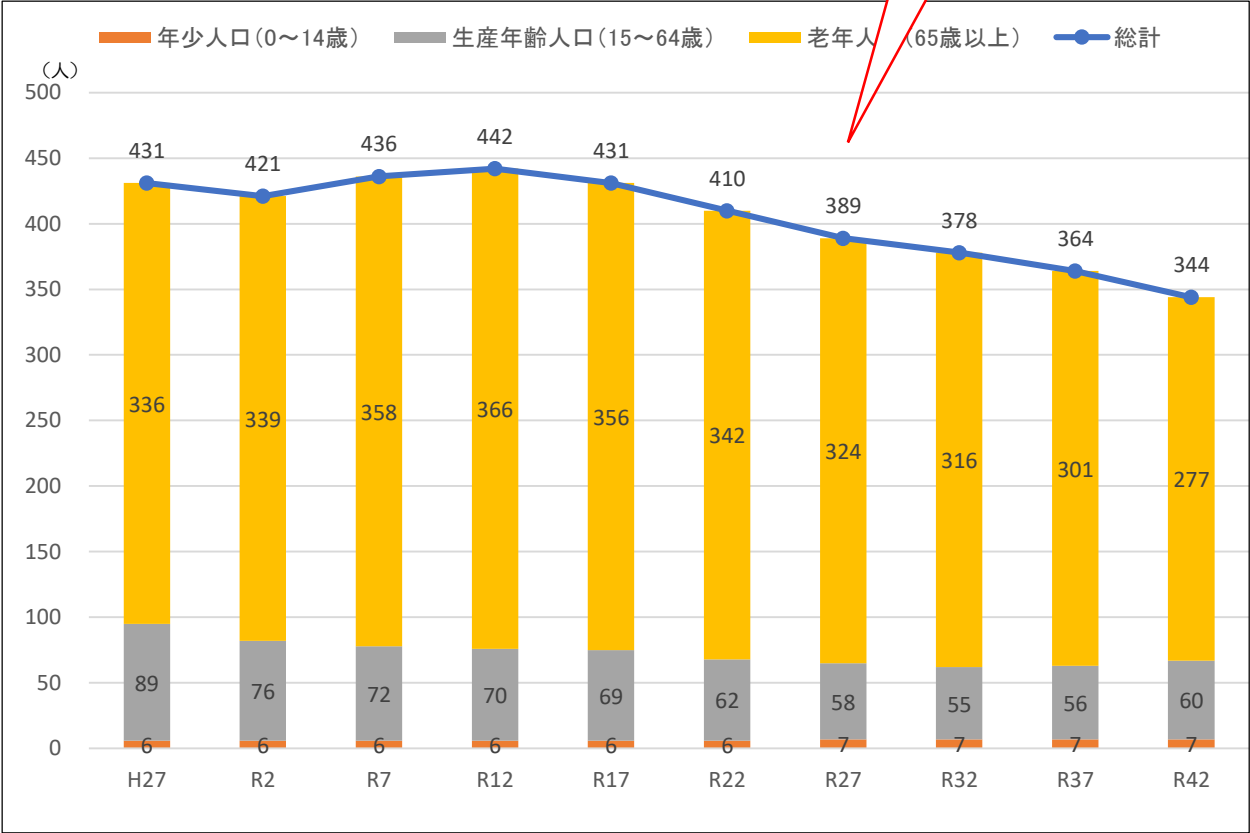
（1）宍粟市の推計入院患者数

1日当たりの入院患者数（図表Ⅲ-2）をみると、平成 27（2015）年に総数 431 人であった患者数は、令和 12（2030）年の 442 人までに増加する傾向がみられます。

これは生産年齢人口が、平成 27（2015）年以降、減少にある一方で、老年人口（65歳以上）が、令和 12（2030）年まで増加傾向にあることが要因です。しかし令和 17（2035）年以降は、老年人口の減少により、入院患者数の総数は減少傾向となる見込みです。

校正中

図表Ⅲ-2 年齢区分別将来推計患者数の推移（入院）



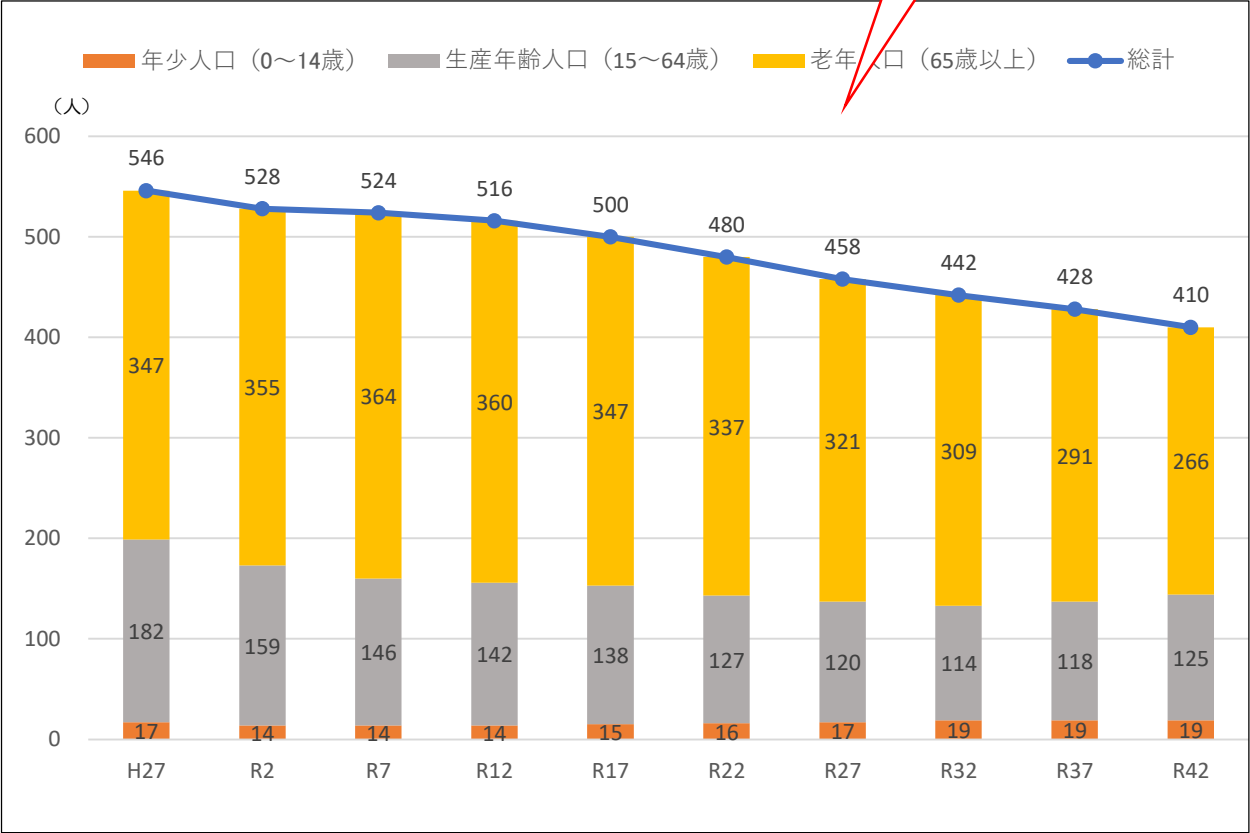
資料：宍粟市人口ビジョン 2019年

(2) 宍粟市の推計外来患者数

1日当たりの外来患者数(図表Ⅲ-3)をみると、平成27(2015)年に総数546人であった患者数は緩やかに減少し、令和12(2030)年には516人となります。老年人口(65歳以上)の患者数は令和12(2030)年まで増加傾向にあることが要因です。しかし令和17(2035)年以後は、老年人口の減少により、外来患者数の減少傾向は進行する見込みです。また患者数が減少する中で、生産年齢人口は令和32(2050)年以降は微増する見込みです。

校正中

図表Ⅲ-3 年齢区分別将来推計患者数の推移(外来)



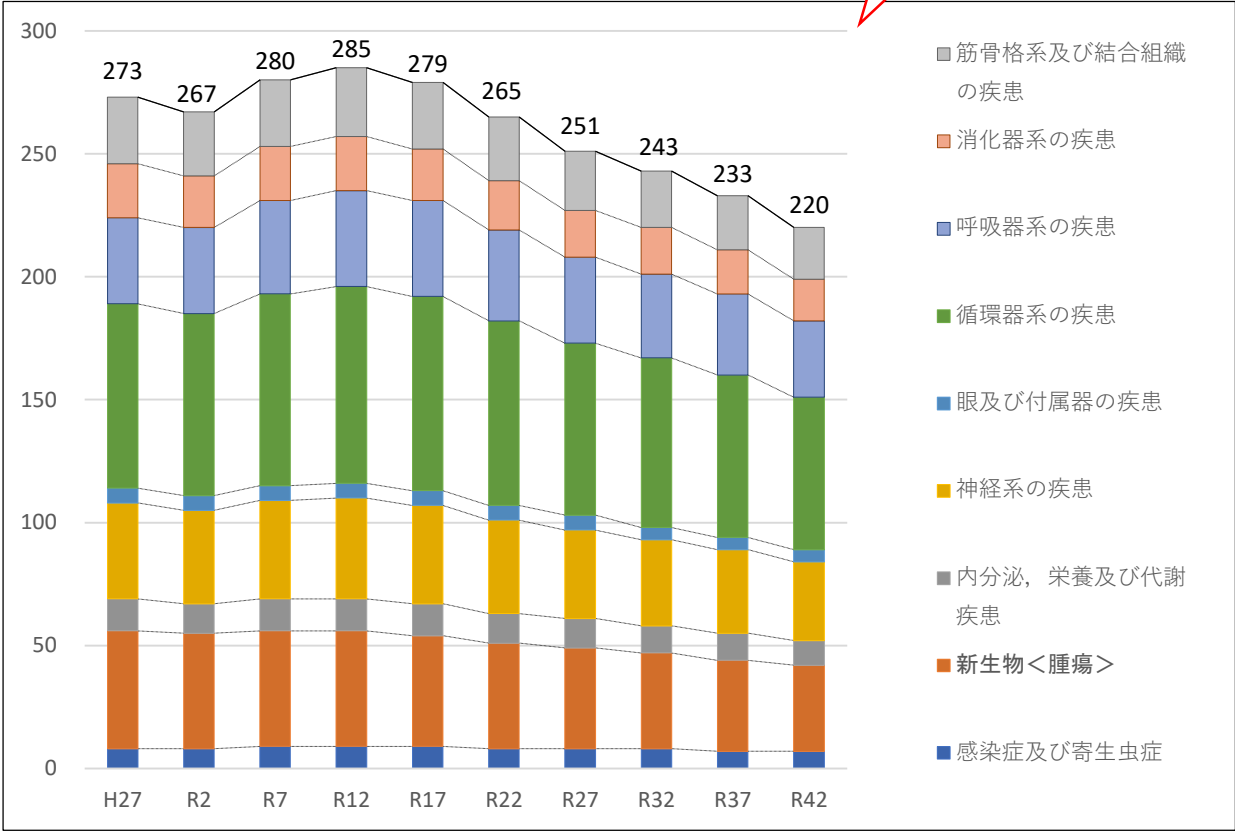
資料：宍粟市 人口ビジョン 2019年

(3) 穴栗市の傷病分類別推計患者数（入院）

穴栗市における傷病分類別の推計入院患者数においては、将来の疾病分類では、循環器疾患が最も多く、次いで新生物（腫瘍）となっています。

校正中

図表Ⅲ-4 穴栗市傷病分類別推計患者数（入院）



入 院	H27	R2	R7	R12	R17	R22	R27	R32	R37	R42	増減数	増減率
感染症及び寄生虫症	8	8	9	9	9	8	8	8	7	7	-1	-12.5%
新生物＜腫瘍＞	48	47	47	47	45	43	41	39	37	35	-13	-27.1%
内分泌、栄養及び代謝疾患	13	12	13	13	13	12	12	11	11	10	-3	-23.1%
神経系の疾患	39	38	40	41	40	38	36	35	34	32	-7	-17.9%
眼及び付属器の疾患	6	6	6	6	6	6	6	5	5	5	-1	-16.7%
循環器系の疾患	75	74	78	80	79	75	70	69	66	62	-13	-17.3%
呼吸器系の疾患	35	35	38	39	39	37	35	34	33	31	-4	-11.4%
消化器系の疾患	22	21	22	22	21	20	19	19	18	17	-5	-22.7%
筋骨格系及び結合組織の疾患	27	26	27	28	27	26	24	23	22	21	-6	-22.2%
総 数	273	267	280	285	279	265	251	243	233	220	-53	-19.4%

＊増減数及び増減率は、H27年度とR1年度の比較

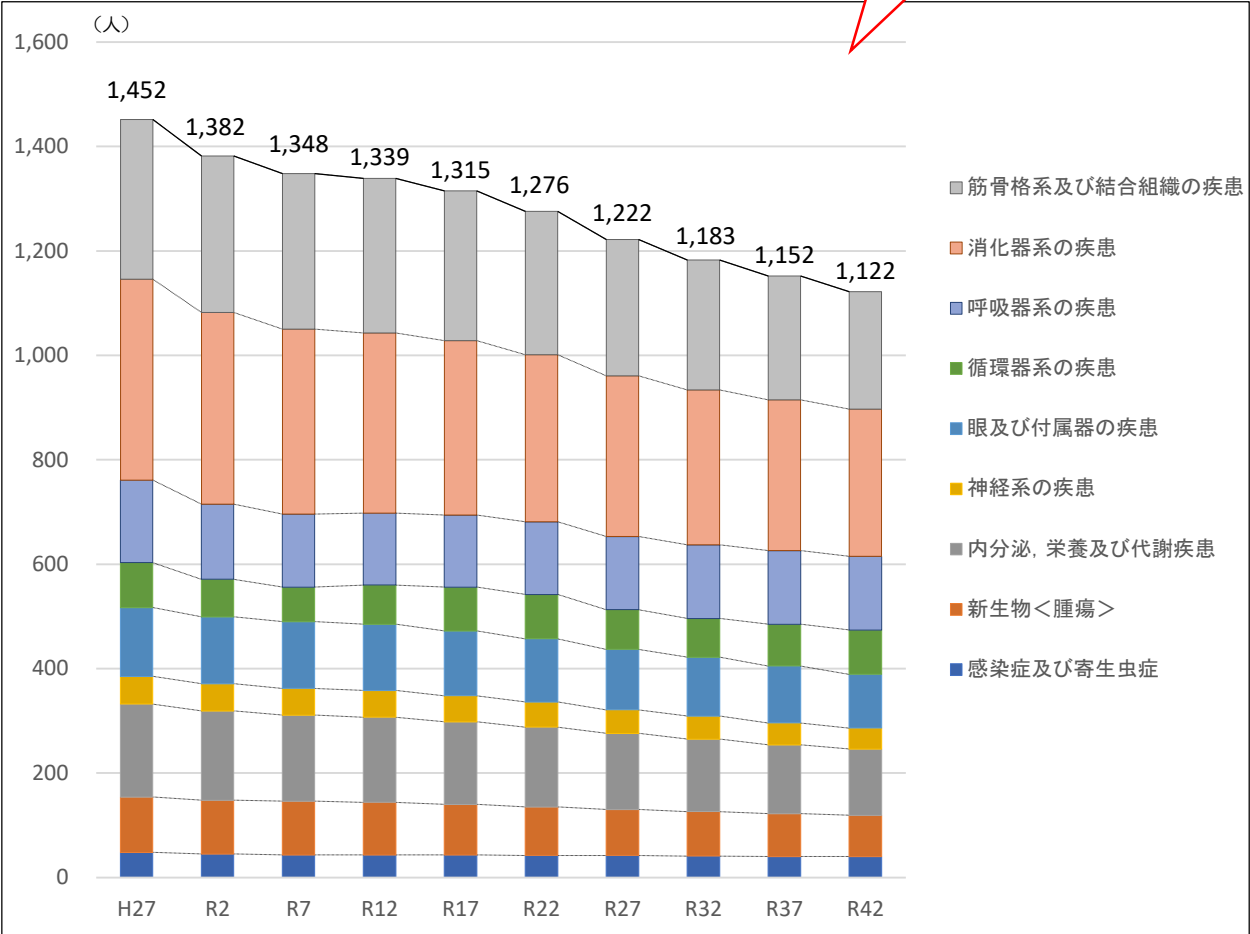
資料：総務省「患者調査」2017年

(4) 穴栗市の傷病分類別推計患者数（外来）

穴栗市における傷病分類別の推計外来患者数においては、将来の疾病分類では、消化器系の疾患が最も多く、次いで筋骨格系及び結合組織の疾患となっています。（図表Ⅲ-5）

校正中

図表Ⅲ-5 穴栗市傷病分類別推計患者数（外来）



外 来	H27	R2	R7	R12	R17	R22	R27	R32	R37	R42	増減数	増減率
感染症及び寄生虫症	48	45	43	43	43	42	42	41	40	40	-8	-16.7%
新生物<腫瘍>	106	103	103	101	97	93	88	85	82	79	-27	-25.5%
内分泌、栄養及び代謝疾患	178	171	165	163	158	153	146	139	132	127	-51	-28.7%
神経系の疾患	53	52	51	51	50	48	45	44	42	40	-13	-24.5%
眼及び付属器の疾患	132	128	128	127	124	121	116	113	109	103	-29	-22.0%
循環器系の疾患	86	72	66	75	84	85	76	74	80	85	-1	-1.2%
呼吸器系の疾患	158	144	140	138	138	139	140	141	141	141	-17	-10.8%
消化器系の疾患	385	367	354	345	334	320	308	297	289	282	-103	-26.8%
筋骨格系及び結合組織の疾患	306	300	298	296	287	275	261	249	237	225	-81	-26.5%
総 数	1,452	1,382	1,348	1,339	1,315	1,276	1,222	1,183	1,152	1,122	-330	-22.7%

* 増減数及び増減率は、H27年度とR1年度の比較

資料：総務省「患者調査」2017年

3 公立宍粟総合病院の患者動向

(1) 患者数の推移

入院の1日当たりの平均患者数は、平成26（2014）年度の136.1人から、平成28（2016）年度には143.6人に増加しましたが、令和元（2019）年度には139.2人となっています。

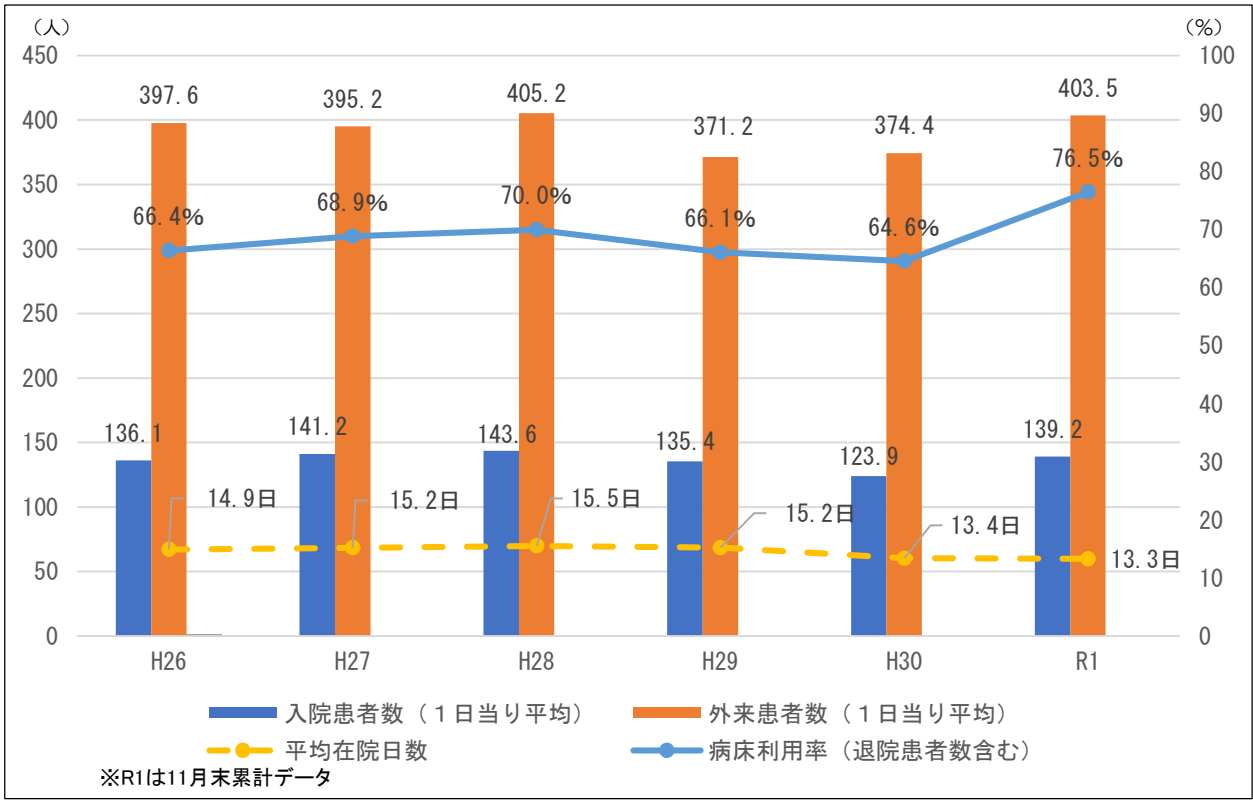
外来の1日当たりの患者数は、平成29（2017）年度には、371.2人となりましたが、令和元（2019）年には、403.5人まで増加しました。

病床利用率は、平成28（2016）年度の70.0%から平成30（2018）年度には64.6%に下がっていますが、令和元（2019）年度には76.5%に改善しました。

平均在院日数（一般病床）は平成28（2016）年度15.5日から令和元（2019）年度には13.3日と2.2日短くなっています。（図表Ⅲ-6）

病床数は、平成30（2018）年4月に205床から199床（稼働192床）に変更し、令和元（2019）年6月に稼働192床から179床に変更しました。

図表Ⅲ-6 患者数・在院日数・病床利用率の推移

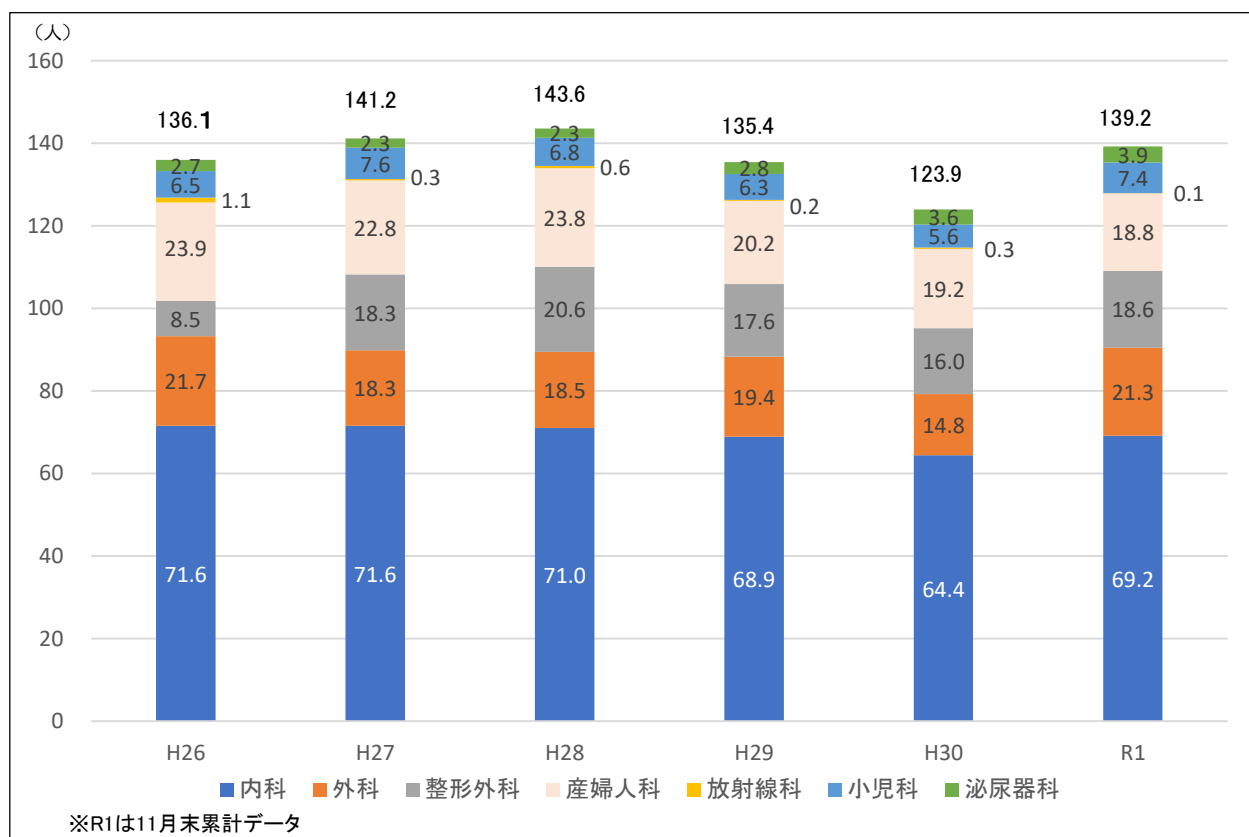


資料：宍粟総合病院 経営指標

（２）診療科別患者数の推移（入院）

診療科別の入院患者数の推移を１日当たりの患者数で見ると、内科が最も多く平成２６（２０１４）年度で７１．６人で、平成３０（２０１８）年度は６４．４人で推移しています。外科は平成２６（２０１４）年度に２１．７人の入院患者でしたが、平成３０（２０１８）年度に入院患者は１４．８人となっています。整形外科は平成２６（２０１４）年度以降、常勤医師が不在ですが、外科との連携により入院を受け入れており、令和元（２０１９）年度に入院患者数は１８．６人となっています。産婦人科は令和元（２０１９）年度で、入院患者は１８．８人となっています。（図表Ⅲ-７）

図表Ⅲ-７ 診療科別入院患者数（一日当たり）の推移

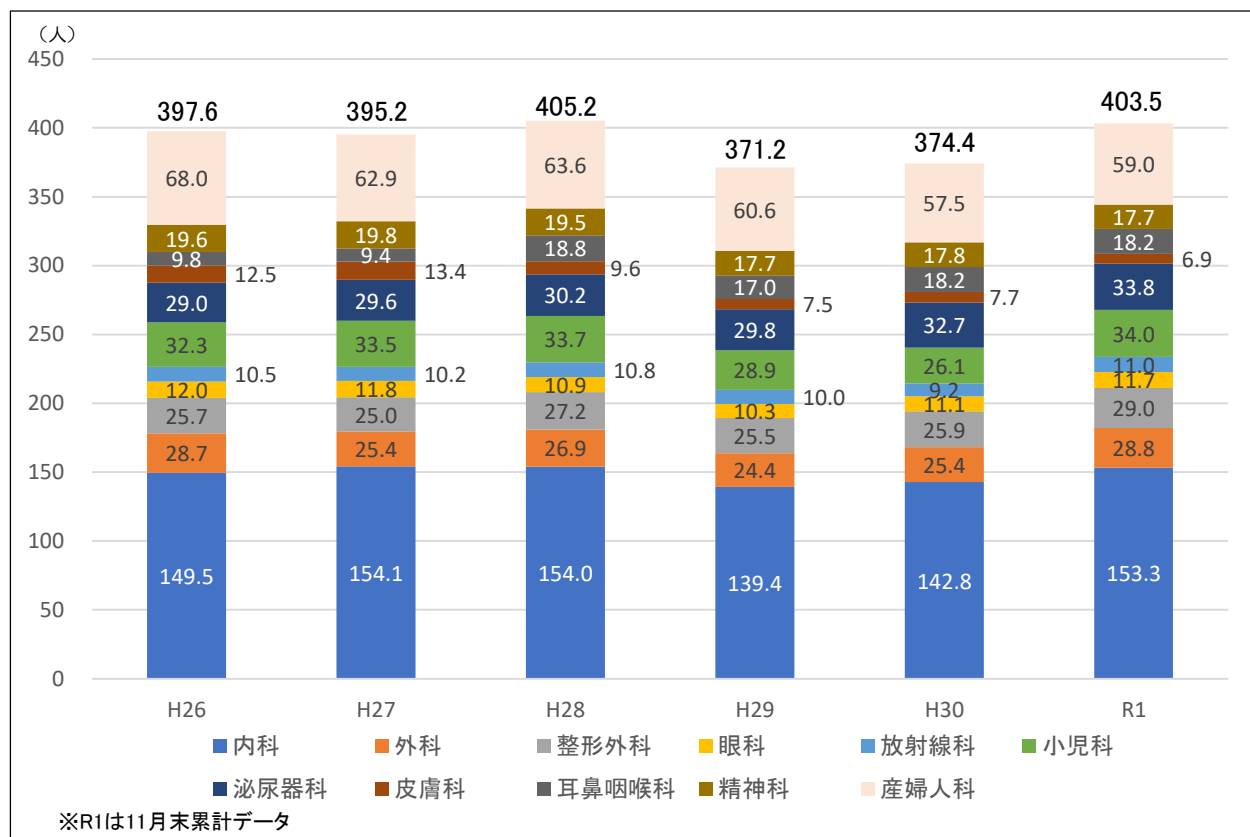


資料：穴栗総合病院 経営指標

（３）診療科別患者数の推移（外来）

診療科別の外来患者数の推移を１日当たりの患者数で見ると、内科が最も多く平成２７（２０１５）年度に１５４．１人で、令和元（２０１９）年度は１５３．３人で推移しています。外科は平成２９（２０１７）年度には２４．４人と減少しましたが、令和元（２０１９）年度に２８．８人となっています。整形外科は、令和元（２０１９）年度に外来患者数は２９人となっています。産婦人科は、令和元（２０１９）年度の外来患者数は５９人となっています。（図表Ⅲ-８）

図表Ⅲ-８ 診療科別外来患者数（一日当たり）の推移

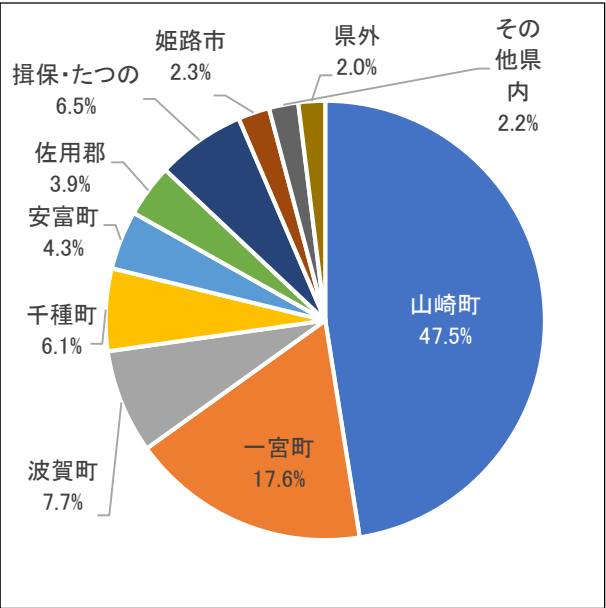


資料：宍粟総合病院 経営指標

(3) 地域別患者数・構成（入院）

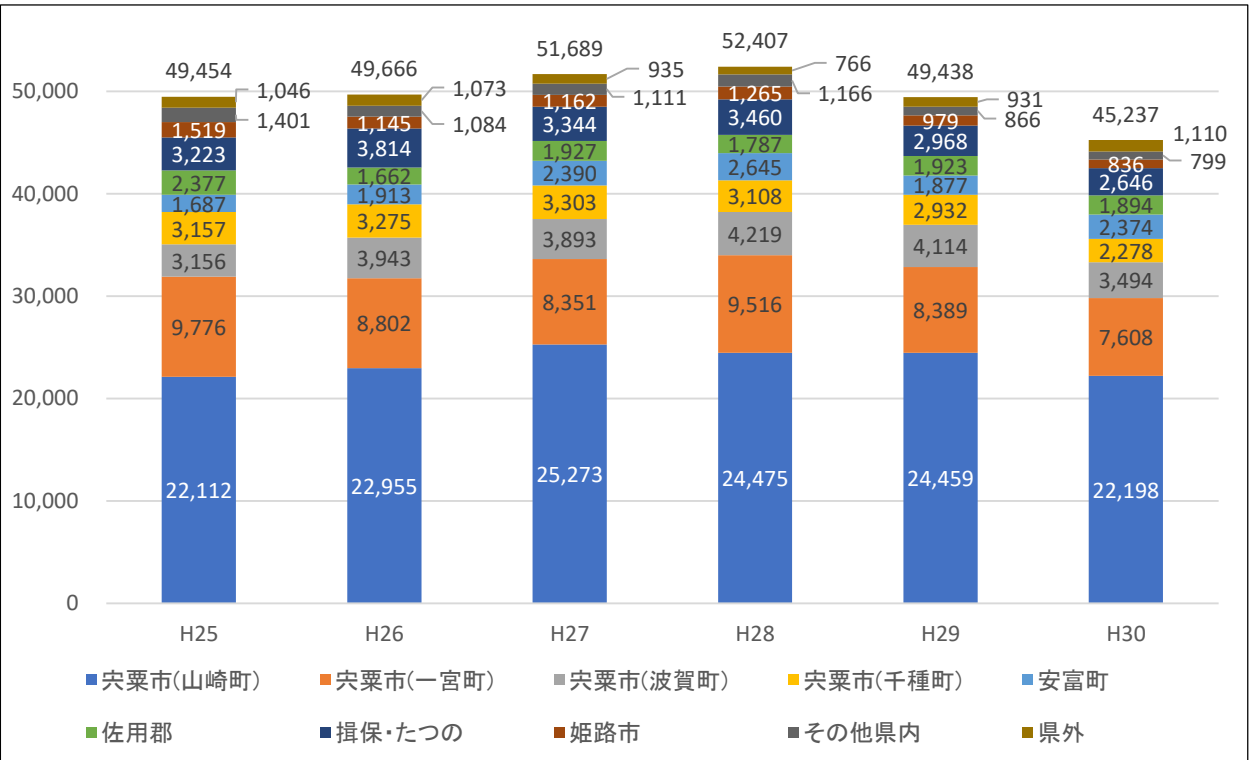
当院の入院患者数を地域別に、平成25（2013）年から平成30（2018）年までの6年間の平均を比較すると、山崎町が47.5%を占めています。次いで、一宮町17.6%、波賀町7.7%、千種町6.1%となっており、宍粟市からの入院患者が約80%、市外からの入院患者が約20%となっています。（図表Ⅲ－9）

図表Ⅲ－9 地域別入院患者数構成比（平均）



資料：宍粟総合病院 経営指標

図表Ⅲ－10 地域別入院患者数の推移

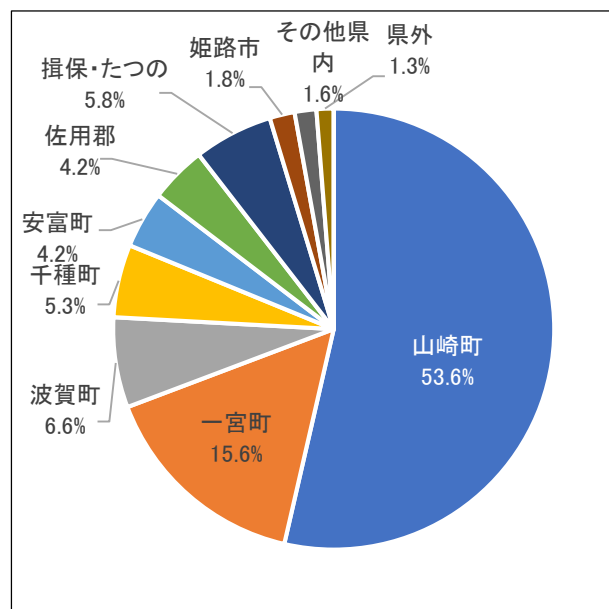


資料：宍粟総合病院 経営指標

(4) 地域別患者数・構成（外来）

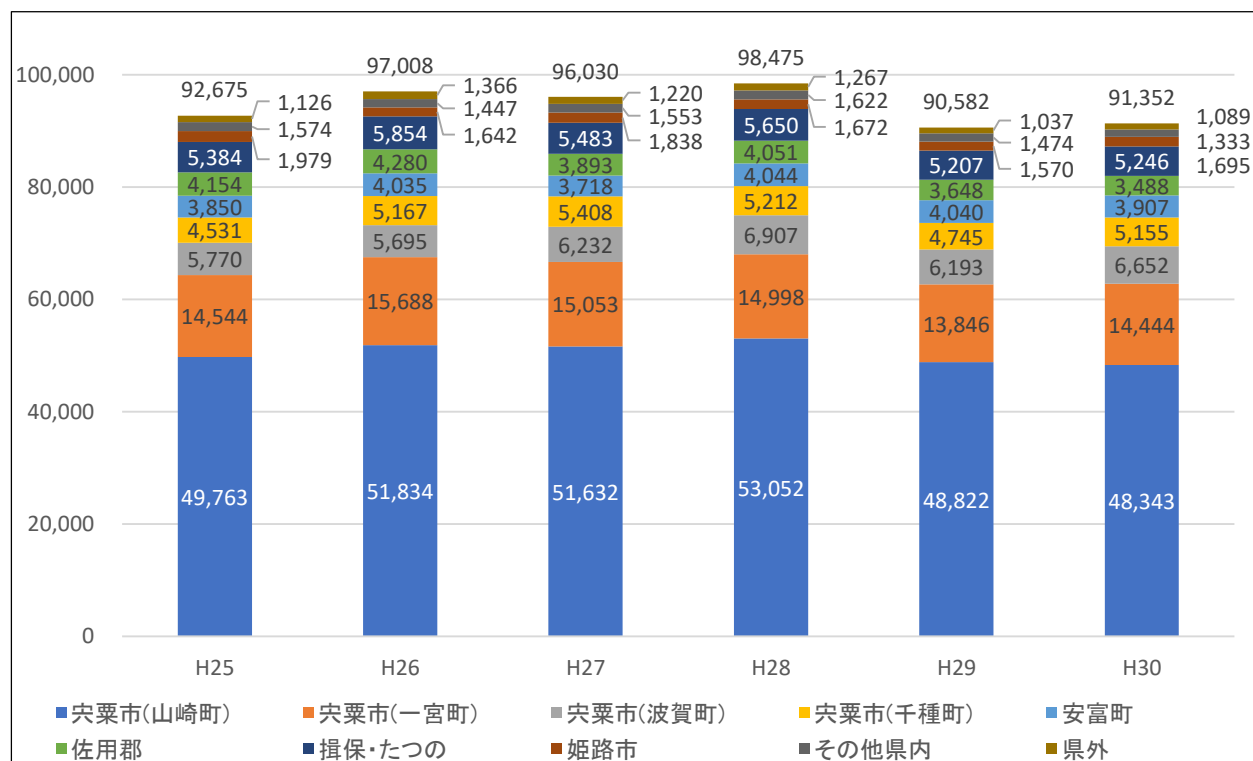
当院の外来患者数を地域別に、平成25（2013）年から平成30（2018）年までの6年間の平均を比較すると、山崎町が53.6%を占めています。次いで、一宮町15.6%、波賀町6.6%、千種町5.3%、安富町4.2%、佐用郡4.2%、揖保・たつの5.8%、姫路市1.8%、その他県内1.6%、県外1.3%となっています。（図表Ⅲ-11）

図表Ⅲ-11 地域別外来患者数構成比（平均）



資料：宍粟総合病院 経営指標

図表Ⅲ-12 地域別外来患者数の推移



資料：宍粟総合病院 経営指標

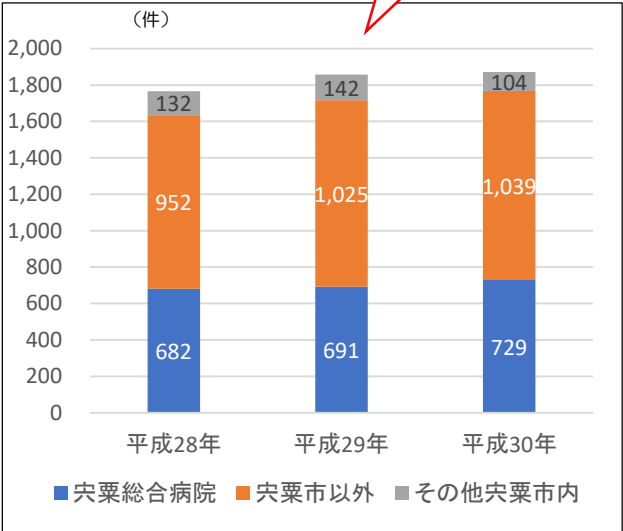
(5) 救急医療の状況

当院では、夜間・休日においては、当直体制により救急患者に対し救急治療を行っています。当院への救急搬送件数は、増加傾向にあり、R1年11月末累計の当院の応需率は、約86%となっています。

H30年度の当院への搬送率は、約39%でしたが、R1年11月末累計では約50%となっています。

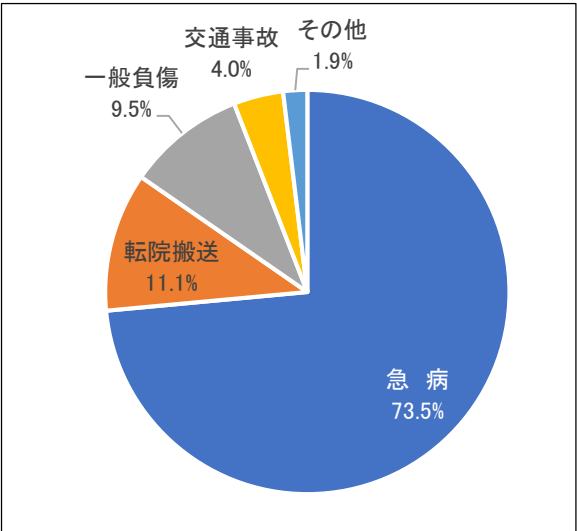
(図表Ⅲ-13)

図表Ⅲ-13 救急搬送件数増 (宍粟消防署)



資料：宍粟消防署

図表Ⅲ-14 救急搬送種別 (平成30年)



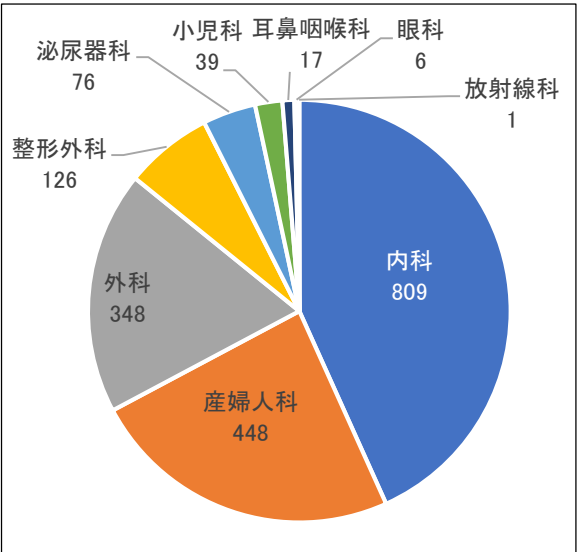
資料：宍粟消防署

(6) 夜間・時間外患者の状況

当院では、救急告示病院であることから24時間時間外の患者受け入れをしています。平成29(2017)年に1,869件の受け入れを行っています。時間外の内訳は内科が809件で約43%と、次に産婦人科が448件、外科が348件となっています。

(図表Ⅲ-15)

図表Ⅲ-15 時間外患者 (平成29年)

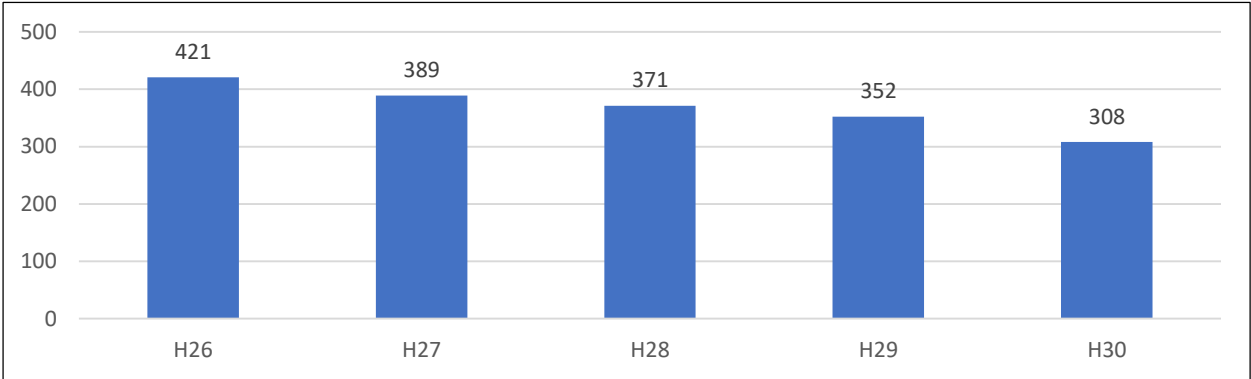


資料：宍粟市病院年報

（７）周産期医療の状況

当院は、出産ができる市内唯一の病院であり、市民の７割が利用しています。少子化に伴い年々減少していますが、地域の子育て資源、定住対策にも繋がることから産科を維持していくことは重要だと捉えています。

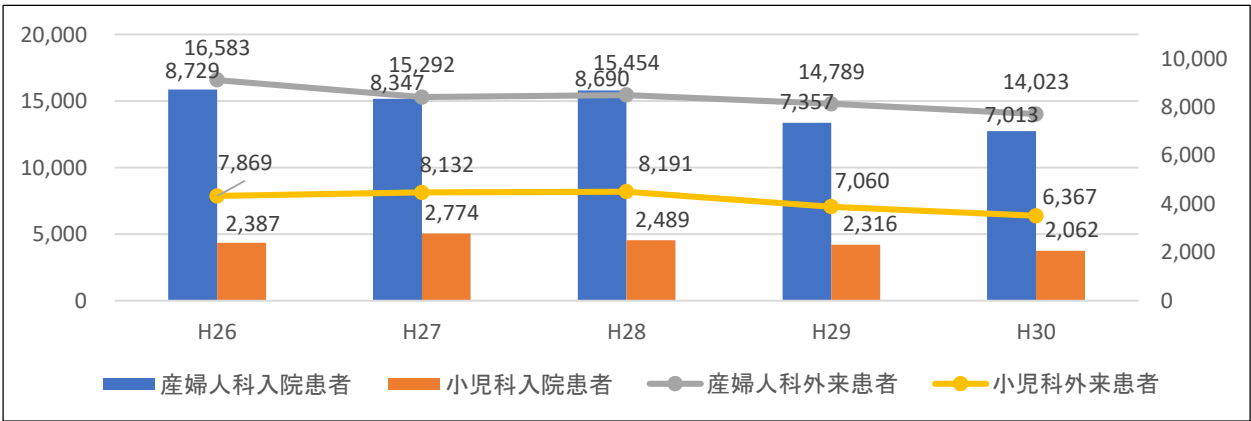
図表Ⅲ-１６ 分娩件数（平成３０年度）



資料：宍粟総合病院 経営指標

地域別出生件数のグラフ挿入

図表Ⅲ-１７ 入院患者・外来患者数推移（産婦人科・小児科）



資料：宍粟総合病院 経営指標

第4章 新病院の概要

1 新病院施設整備の基本的な考え方

兵庫県保健医療計画（圏域版）では、播磨姫路医療圏における喫緊の課題として、救急医療体制の確保・維持が挙げられており、当院は地域医療の要となる特定中核病院の指定を受けています。当院が圏域北部を中心とした2次救急体制の確保と「地域包括ケアシステム」の中核を担い、姫路市など臨海部にある救命救急センター、地域医療支援病院、災害拠点病院、がん診療連携拠点病院とのさらなる連携を図ることで、医療圏での安定した医療提供体制の構築に寄与することが求められるものです。

一方で、当院のある西播磨地域は人口10万人対医師数が兵庫県下で最も低く、医師確保が重要な課題となっています。基幹型臨床研修病院の指定を受け、病院独自に研修医の受け入れを促進し、多様な勤務形態の整備や健康管理・タスクシェア等ワークライフバランスに配慮した働きやすい職場環境づくりの推進も求められています。

介護サービスとの連携など検討委員会の意見を加筆修正予定

2 新病院の果たすべき役割

新病院が地域に果たすべき役割として、6つの項目を掲げます。

◆救急医療の充実

宍粟市における1次救急は、在宅当番医制（宍粟市医師会）が「休日当番医制度」を実施しています。2次救急は市内唯一の病院である本院が担っているため、引き続き医師確保と手術の伴う診療科の継続が優先課題となっています。また高度、専門的な救急医療の確保は、中播磨地域との医療連携維持・強化を推進します。

◆周産期医療の強化

平成31（2019）年に播磨姫路圏域の周産期協力病院に指定されており、山間部および北東部においての周産期医療を担うことが求められています。

◆へき地医療の継続

へき地医療拠点病院に指定されており、波賀診療所、千種診療所への医師派遣を継続して行っています。また総合診療科の体制構築も求められています。

◆地域包括ケアシステムの推進

地域包括ケアシステムにおいて、在宅医療は地域との窓口となります。本院は、地域包括ケアシステムの中核病院として、入退院支援の円滑な連携により、急性期から在宅復帰に向けた医療及び訪問診療等の在宅医療の取り組みを進めます。

◆予防医療の啓発

高齢化が進む中で、特に生活習慣病の予防による健康寿命の延伸と予防医療への啓発となる市民講座など地域への取り組みを推進します。

◆災害対応病院としての整備

本院は令和元（2019）年に制定された宍粟市地域防災計画における、災害時の重要施設として指定された「災害対応病院」です。医師会との協力体制を充実させ、災害時の「トリアージ」対応と、大規模災害時にも診療機能が維持できるよう耐震構造を有するとともに、大容量自家発電装置や貯水槽を備え、平常時は人工透析患者など継続的な医療を必要とする人の把握に努めるとともに、医薬品の備蓄（3日分）や災害時の医療体制を構築した医療施設として整備します。

3 新病院の診療科

現在、一部の診療科において診療体制が不足しており、当院のみで地域の多様な医療ニーズに対応することが困難な状況にあります。新病院の診療科は、これまでの実績としての蓄積である現在の診療科を継承しさらなる充実を図ることを前提に、必要な医師確保に向けた取り組みと地域の要望及び保健医療計画等を踏まえ、基本計画において引き続き検討します。

◆現在の診療科（１２）

内科、外科、整形外科、小児科、眼科、泌尿器科、皮膚科、放射線科、耳鼻咽喉科、産婦人科
精神科、リハビリテーション科

4 新病院の病床数および病棟構成

当院は、特定中核病院、救急告示病院、へき地医療拠点病院、地域周産期協力病院、災害対応病院等の地域医療の中核を担っています。

地域医療構想における西播磨構想区域での必要病床数をみると、平成28（2016）年度との比較で、高度急性期病床が21床不足、急性期病床が770床過剰、回復期病床が578床不足してます。（図表Ⅳ－１）

当院は、急性期病棟から回復期病棟への転換を進めた結果、現在の病床数は、一般急性期病棟（7：1）が2棟95床、地域包括ケア病棟が2棟104床となっています。

新病院の病床数の決定に当たっては、医療ニーズに沿った病床機能などについて十分検討を進め、基本計画の中で詳細に検討します。

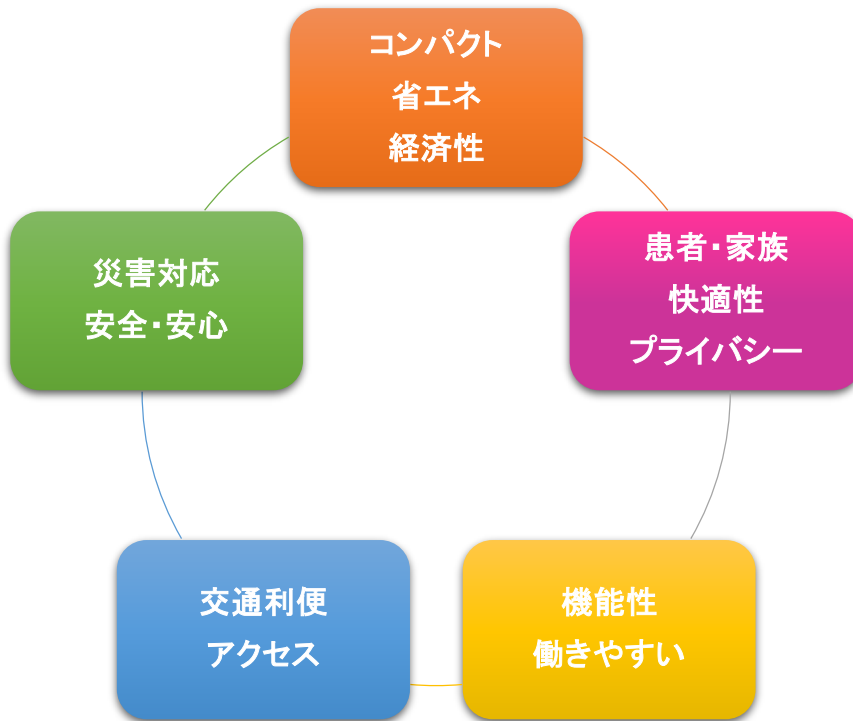
図表Ⅳ－１ 播磨姫路医療圏病床報告

構想区域		区 分		高度急性期	急性期	回復期	慢性期	病床数計
全県		必要病床数（床）A	2025年度推計値	5,901	18,257	16,532	11,765	52,455
		病床機能報告（稼働病床）B	2016年度値	6,066	26,341	6,203	13,906	52,516
		B－A		165	8,084	-10,329	2,141	61
播磨 姫路	中播磨	必要病床数（床）A	2025年度推計値	658	1,959	1,901	752	5,270
		病床機能報告（稼働病床）B	2016年度値	608	2,947	780	1,073	5,408
		B－A		-50	988	-1,121	321	138
	西播磨	必要病床数（床）A	2025年度推計値	145	708	900	468	2,221
		病床機能報告（稼働病床）B	2016年度値	124	1,478	322	689	2,613
		B－A		-21	770	-578	221	392
	合算	中播磨＋西播磨		-71	1,758	-1,699	542	530

資料：兵庫県保健計画「地域医療構想」

5 新病院施設整備の基本方針

新病院の整備にあたっては、以下の項目を基本方針とします。



◆コンパクトで省エネルギーで経済性に優れた施設整備

高齢化社会を念頭においた施設の適正な規模に配慮し、省エネルギーでライフサイクルコストにも配慮した施設整備を行います。

◆患者・家族に優しい快適さやプライバシーに配慮した施設整備

快適な療養環境やユニバーサルデザインの採用、待ち時間への配慮など利用者の目線で、インフォームドコンセントや各種相談のできるスペースや、患者や家族同士のコミュニケーションができる場を整備します。

◆機能性を重視した働きやすい施設整備

患者動線やスタッフ動線だけでなく、多種多様な職種が機能的に働くことができ、将来の医療需要の変化や技術の進歩などの環境変化にも対応できる施設整備を行います。

◆利用しやすい駐車スペース、アクセスしやすい施設整備

来院者の約75%が自家用車での利用であり、利用しやすい駐車スペースも確保します。また、高齢化が進む上ではバス・タクシーの利用者にとっても、円滑に来院ができる施設整備を行います。

◆災害時にも安心、安全な施設整備

大規模災害時にも診療機能が維持できるよう耐震構造を有するとともに、必要な備蓄や大容量自家発電装置、貯水槽を備え、被災した方々の受け入れ可能な施設整備を行います。

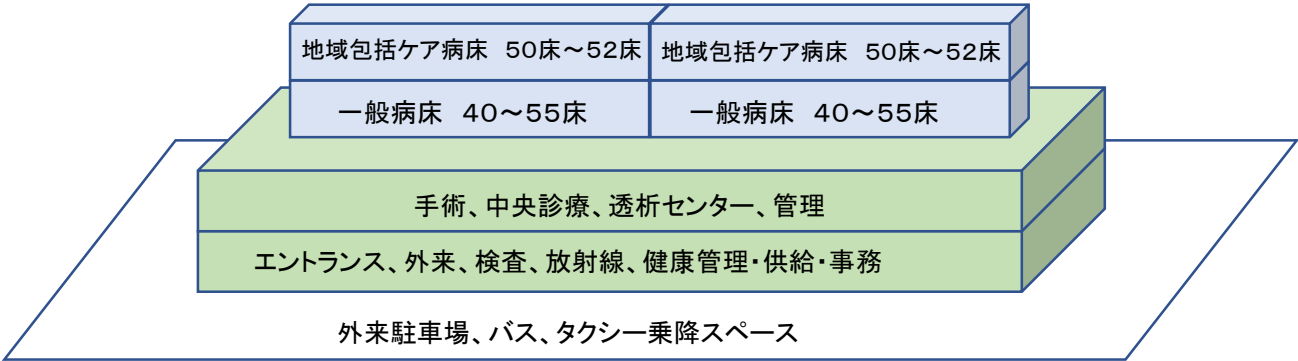
また、山崎断層帯による地震対策にも配慮すると共に、各地で記録的な豪雨が観測される中、浸水被害対策にも十分対応した施設整備を行います。

6 想定される概算事業費と財源

(1) 概算事業費の試算

基本構想段階における施設規模について、以下のようにA～Dの想定を示します。

新病院構成イメージ



- ◆面積想定 病棟4病棟・・・199床（1病棟当たり約50床）
鉄筋コンクリート4階建て程度（1F外来・検査等、2F手術・管理、3・4F病棟）単位面積（1床当たり床面積）・・・公立病院平均約86㎡/床
199床×86㎡＝17,114㎡（床面積想定）
※2013年以降に建築された公立病院のうち、100～250床の事例引用
最小約53㎡/床～最大133㎡/床（N=29）・・・独自調査データ
- ◆概算想定 病院建設単価・・・460千円/㎡（延べ床面積当たり・税込み）
17,114㎡×460千円/㎡＝約7.72億円（税込み）
※2014年以降に建築された公立病院の、落札平均単価（設計費除く）
最小約300千円～最大508千円（N=10）・・・独自調査データ
※開発事業及び駐車場、宿舎等院外施設は含んでいない。

図表Ⅳ-2 新病院概算事業費の試算（各仮想定A～D）

新病院整備費概算	想定A	想定B	想定C	想定D
病床数(床)	199	199	179	179
基準面積(1床)	86	80	86	80
延べ床面積(㎡)	17,114	15,920	15,394	14,320
基準単価(千円・㎡)	418	418	418	418
設計費(千円)	357,650	332,700	321,700	299,250
建築費(千円)	7,153,000	6,654,000	6,434,000	5,985,000
医療機器(千円)	995,000	995,000	895,000	895,000
情報システム(千円)	597,000	597,000	537,000	537,000
備品(千円)	199,000	199,000	179,000	179,000
事業費合計(千円)	9,301,650	8,777,700	8,366,700	7,895,250

※施設規模は現段階での仮説として想定

(2) 新病院の整備財源

新病院整備の概算事業費と財源について、基本構想における段階での想定は 億円～ 億円程度と算出しました。これは、近年建て替え整備を行った公立病院の建設単価等を参考に算出しており、基本計画・基本設計・実施設計の各段階において詳細の検討によって変動します。また社会経済状況によっても単価の変動は起きるため、状況注視しながら検討が必要です。（図表Ⅳ－３）

調整中

図表Ⅳ－３ 新病院整備概算

事業費区分		備 考
土地関連費	※	開発設計、開発工事費用、敷地内水路付け替え、地質調査費、測量費 等
設計・監理費	3. 2億～4 億円程度	基本設計・実施設計・工事監理費等
建築工事費	6 4 億～7 9 億程度	本体建設工事費、外構工事費、地盤対策費等
設備整備費	1 7 億～1 9 億程度	医療機器・什器・備品費、ネットワーク工事等（医療機器移設費含む。）
その他経費	2 億～3 億程度	移転費用及び患者移送費、新病院運用計画 策定費等
合 計	8 6 億～1 0 5 億程度	※建設単価は延べ床面積等を基準にしており、基本設計、実施設計の各段階において具体的な検討を進める中で、増減する可能性があります。

整備費用の財源は、その大部分について病院事業会計が借り入れる企業債となる見込みです。新病院整備は大規模事業となるので、活用可能は国や県等の補助金を優先に有利な財源を充当するための検討が必要です。（図表Ⅳ－４）

図表Ⅳ－４ 新病院整備財源想定

財 源	費 用	備 考
企業債	※	再新病院整備に係る実施設計費、工事費、医療機 器整備費等に充当するため、病院事業会計 が借入を行う企業債です。
うち一般会計負担金分	※	整備に係る建設改良費やこれに充当するために起こした企業債の元利償還金の 1/2 は市の一般会計から繰り出すことができます。
うち病院事業会計負担分	※	
病院事業会計資金	※	整備に係る実施設計費、工事費、医療機 器整備費等の支払いに充てる、病院事業会計が所持する資金です。
※医療介護推進基金	※	2 次救急医療機関として、緊急性の高い患者の受入や手術に対応できる体制作りや、急性期及び回復期医療など身近な医療を当該地域で提供するため、急変時の在宅医療に対応する地域包括ケア病床等の充実や ICU の整備など高度急性期病床の整備を行う場合において、医療介護推進基金を活用した支援を行う。

7 整備手法とスケジュール

(1) 整備手法の種類

新病院の施設整備手法について、以下の図表に示します。従来は①設計・施工分離発注方式が主流でしたが、公共事業を取り巻く環境や建設業界の慣習の変化などに対応するため、多様な手法を活用するケースが増えています。

以下に5つの手法について特徴を整理します。

②：設計・施工を1社に発注する手法です。従来はコストの透明性などが担保出来ないとして敬遠されてきましたが、東日本大震災後の建設環境の変化によってコスト・スケジュールの管理を重視する場合や、特殊性の高い技術を採用する場合に採用するケースが増えてきました。

③・④：設計会社と施工会社の知識・技術を効率的に取り込めるように発注する手法です。

⑤：コンストラクションマネジメント（CM）は、発注者側の技術を補完することを目的に、病院建築の技術・知識を有するコンストラクションマネジメント会社が、事業の状況を把握し、最適な発注方式の選定や設計者選定、施工者選定、契約関係の整理、設計段階での発注者への技術補完、コスト管理、スケジュール管理をアシストするものです。（図表Ⅵ-5）

図表Ⅳ-5 整備手法のイメージ

発注形式		設計段階		工事段階
		基本設計	実施設計	建築工事
①	設計・施工分離発注	設計事務所(設計)		設計事務所(監理)
				建設会社(施工)
②	設計・施工一括発注	建設会社(設計・施工)		
③	詳細設計付工事発注(DB)	設計事務所	設計事務所(第三者監理)	
			建設会社(実施設計・施工)	
④	設計段階から建設会社 が関与する発注(ECⅠ)	設計事務所(設計・監理)		
			建設会社(助言)	建設会社(施工)
⑤	コンストラクションマ ネジメント(CM)活 用発注方式 ①～④選択)	コンサル(コンストラクションマネジメント)		
		設計事務所(設計・監理)		
		建設会社(設計・施工)		

(2) 整備手法ごとメリット・デメリット

新病院の施設整備手法について、それぞれのメリット・デメリットを以下の図表に示します。

図表Ⅳ-6 整備手法のイメージ

発注形式			メリット・デメリット	
①	従来方式	設計・施工分離発注	メリット	設計会社が実施設計までを作成することで、設計品質に重点を置くことができる。
			デメリット	工事発注コスト管理の調整や、要求見直しに時間がかかる。
②	従来方式	設計・施工一括発注	メリット	コスト管理・スケジュール管理が設計から工事まで一貫するので、タイムラグが少ない。
			デメリット	コスト管理が優先になり、品質や要求見直しにエビデンスが取れなくなる。
③	DB方式	実施設計付工事発注	メリット	基本設計は設計会社が行い、実施設計は施工会社が行うことで、品質とスケジュール管理のバランスがとれる。
			デメリット	基本設計の品質とコスト管理ができていないと、実施設計で不整合が生じる。
③'	DB方式	設計・施工共同企業体工事発注	メリット	基本設計から設計会社と施工会社が協力して行うことで、品質とスケジュール管理のバランスがとれる。
			デメリット	設計会社と施工会社が万全な協力体制を成せない場合、コスト・スケジュール管理に不整合が生じる。
④	ECI方式	設計・早期施工技術協力分離発注	メリット	基本設計は設計会社が行い、施工会社は実施設計の技術協力を行うことで、品質とスケジュール管理のバランスがとれる。
			デメリット	基本設計で8割以上の仕様を決めてしまうと、技術協力の効果が薄れてしまう。
⑤	CM方式(コンサル活用)	発注形態①～④で選択	メリット	専門の建築技術者が発注者側の技術補完し、設計会社・施工会社の適切なコントロールができる。
			デメリット	病院に特化した知識がないCM会社(担当)を選定した場合、発注者・設計会社・施工会社と不整合が生じる。

(3) 整備スケジュール

図表Ⅳ-7 整備スケジュール

事業スケジュール	1年目	2年目	3年目	4年目	5年目	6年目	7年目	8年目	9年目
	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	2026年度	2026年度
	令和1年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年	令和6年	令和7年	令和8年	令和9年
建築 マスタープラン	基本構想	基本計画	基本設計	実施設計	建築工事			移転 開業	旧病院解体 工事
開発 マスタープラン		敷地計画	開発設計	開発工事	関連施設設計・工事			全体開発 完了	

※整備スケジュールは、現時点でのおよその想定であり、今後の進捗によって変動します。

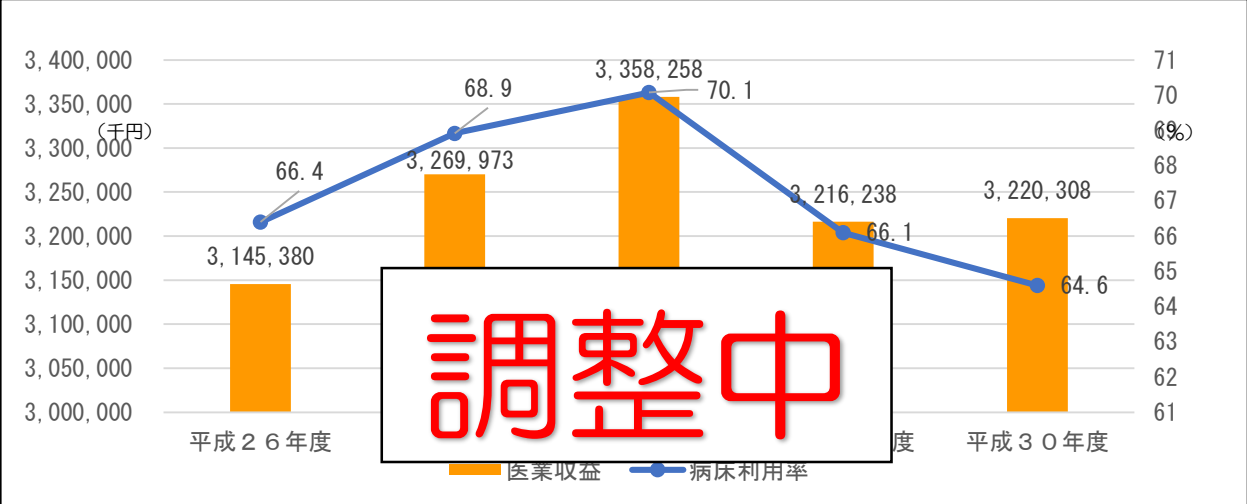
8 収支計画

(1) 収支の状況

医業収益は平成26（2014）年度から平成28（2016）年度まで増収でしたが、平成29年、30年と減少が続いています。特に、平成29（2017）年度は病棟再編によって、192床から177床に削減したことが影響しております。同時に病床稼働率の減少によって、対前年度142百万円の減収となっています。平成30（2018）年度は、病床稼働率は64.6%まで下降するも、医業収益は微増となっています。（図表VI-1）

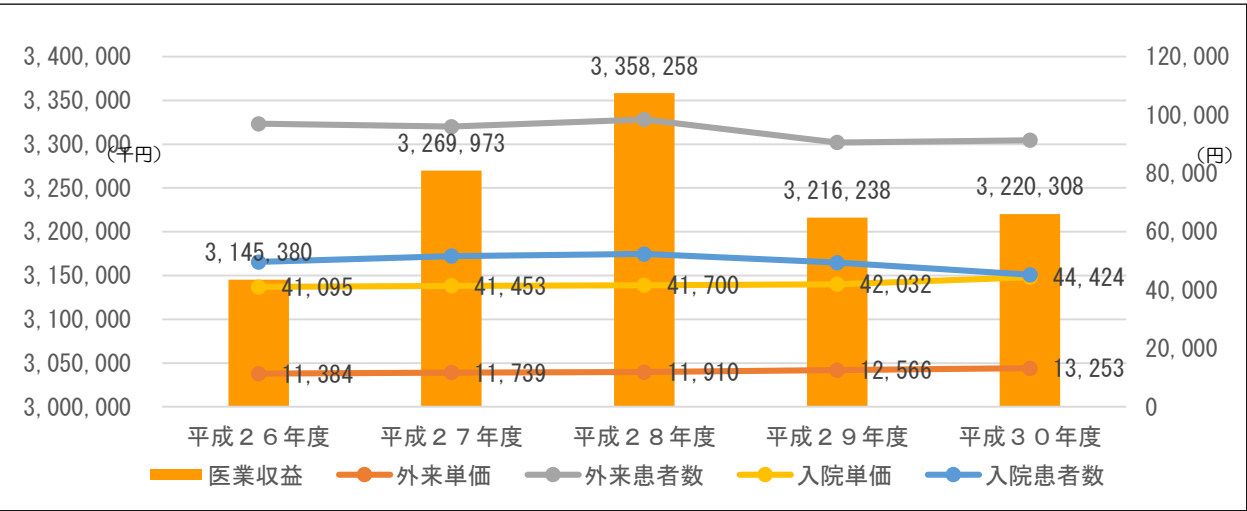
一方、入院患者数・外来患者数ともに減少傾向が続いておりますが、外来単価は微増傾向にあり、患者1人1日当たりの診療収入（以下、「入院・外来単価」という。）が微増している事により減収幅は低く抑えられています。（図表VI-2）

図表VI-1 医業収支と病床稼働率の推移



図表VI-2 医業収支と入院・外来単価・患者数の推移

資料：穴栗総合病院 経営指標



資料：穴栗総合病院 経営指標

(2) 将来収支シミュレーション