

---

**多久・小城地区新公立病院  
建設基本構想  
建設基本計画**

---

**多久市・小城市**



# 目次

## 建設基本構想

### 第1章 多久・小城地区の医療環境

|                          |    |
|--------------------------|----|
| 1. 医療需要                  | 1  |
| 2. 医療提供体制                | 8  |
| 3. 両病院の運営状況              | 12 |
| 4. 新病院の患者数の見通し           | 19 |
| 5. 医療需給関係から見た新病院に期待される役割 | 22 |

### 第2章 新病院整備の基本方針

|                   |    |
|-------------------|----|
| 1. 新病院の理念と基本方針    | 23 |
| 2. 新病院の医療提供方針     | 24 |
| 3. 特色ある病院づくりへの取組み | 29 |
| 4. 施設整備の基本方針      | 30 |
| 5. 整備スケジュール       | 32 |
| 6. 新病院の整備工法       | 33 |
| 7. 経営形態           | 33 |

## 建設基本計画

### 第1章 全体計画

#### 全体計画

|                 |    |
|-----------------|----|
| 1. 理念と基本方針      | 35 |
| 2. 新病院が目指す姿     | 35 |
| 3. 重点を置く診療分野・機能 | 37 |
| 4. 診療機能         | 39 |

#### 施設等整備計画

|                    |    |
|--------------------|----|
| 1. 建設予定地           | 40 |
| 2. 新病院の延床面積        | 42 |
| 3. 施設整備の基本方針       | 43 |
| 4. 施設整備の概要案        | 44 |
| 5. 医療機器整備の基本方針     | 44 |
| 6. 医療情報システム整備の基本方針 | 45 |

### 第2章 部門計画

|         |    |
|---------|----|
| 1. 病棟部門 | 47 |
| 2. 外来部門 | 49 |

|                  |    |
|------------------|----|
| 3. 救急部門          | 52 |
| 4. 手術・中央材料部門     | 53 |
| 5. 内視鏡部門         | 54 |
| 6. 放射線部門         | 54 |
| 7. 検査部門          | 55 |
| 8. リハビリテーション部門   | 56 |
| 9. 薬剤部門          | 57 |
| 10. 血液浄化（人工透析）部門 | 57 |
| 11. 栄養部門         | 58 |
| 12. 健診センター       | 59 |
| 13. 臨床工学部門       | 59 |
| 14. 地域連携部門       | 60 |
| 15. 在宅医療部門       | 61 |
| 16. 管理部門         | 61 |
| 17. 災害拠点・DMAT 対応 | 62 |
| 18. 院外サービス施設     | 63 |
| 19. 病院施設全体の留意点   | 64 |

### 第3章 施設整備計画

|                   |    |
|-------------------|----|
| 1. 施設整備方針         | 65 |
| 2. 設備整備方針         | 72 |
| 3. 地球温暖化防止対策・災害対策 | 76 |
| 4. 整備計画案          | 79 |

### 第4章 事業計画

|                   |    |
|-------------------|----|
| 1. 概算事業費          | 83 |
| 2. 医療スタッフの確保と適正配置 | 83 |
| 3. 事業収支計画         | 84 |
| 4. 事業スケジュール       | 88 |

### 資料編

|                                 |    |
|---------------------------------|----|
| 1. 用語集                          | 89 |
| 2. 多久・小城地区新公立病院建設基本構想・基本計画検討委員会 | 92 |

---

# 建設基本構想

---

2020年12月

多久市・小城市



## はじめに

多久市立病院は1977年（昭和52年）に現病棟が、さらに1981年（昭和56年）には現診療棟が竣工しており、病棟建物は築後43年を経ている。一方、小城市民病院は1983年（昭和58年）に本館が竣工し、おって1989年（平成元年）には4階と西館（2階病棟とリハビリテーション室）が増築され、本館は既に築後40年近く経っている。全国の病院は平均して30余年で建替えられており、上記の両自治体病院とも既に建替え時期を過ぎている。事実、両病院とも老朽化が進んでおり、特に電源や配管等の設備系の安定的な供給・維持が困難になりつつある。また多久市立病院ではスプリンクラーが設置されていないため、改正消防法の経過措置期限の2025年（令和7年）6月末までにスプリンクラーを設置するか病院を建替える必要がある。

両病院は、これまで地域のさまざまな医療ニーズに応えるべく、救急医療をはじめ、急性期から回復期、慢性期にいたる医療を提供してきた。しかし両病院とも諸施設の顕著な老朽化に加えて、医師をはじめ医療職の採用難及び地域の人口減少と疾病構造の変化などへの迅速で適切な対応が強く求められている。

両市では、新公立病院改革プラン策定にあたり設置した「多久・小城地区自治体病院再編・ネットワーク研究会」（2016年（平成28年））から、「ともに建て替え時期を迎えているこの機を逃すことなく、両病院を統合し、新たな病院を設立することが最も望ましい選択肢である」との報告を受け、両病院の統合に向けて協議を進めることとした。ついで2019年（令和元年）の「多久・小城地区新公立病院建設候補地検討委員会」での審議を踏まえて両市長が協議した結果、両病院を統合し、新公立病院を多久市東多久町に建設することとなった。この新病院の建設予定地は多久市域の東部で小城市域寄りにあり、両市民にとって比較的アクセスしやすい場所である。

多久・小城両自治体病院を統合することにより、病院の諸施設、高額医療機器、必要病床および医師をはじめ医療人材などの限られた医療資源を効率よく活用できるため、地域の方々にはより望ましい医療の提供が可能になると思われる。本基本構想は、現在の多久・小城地区における医療の需給や両病院の医療提供状況などを踏まえ、将来にわたって当該地域に必要な医療を安定して提供することに主眼をおき、新統合公立病院整備の基本方針としてまとめたものである。

なお多久・小城両市は「多久・小城地区新公立病院建設候補地検討委員会」に先立ち、候補地選定のベースとなる「公的病院統合検討事業に係る建設候補地評価報告書」を作成した。両市における医療需給や両病院の経営状況などは同報告書で分析済みであり、本基本構想では基本構想・基本計画に関わる項目に絞って提示している。

建設予定地ならびに多久・小城地区の交通網





# 第1章 多久・小城地区の医療環境



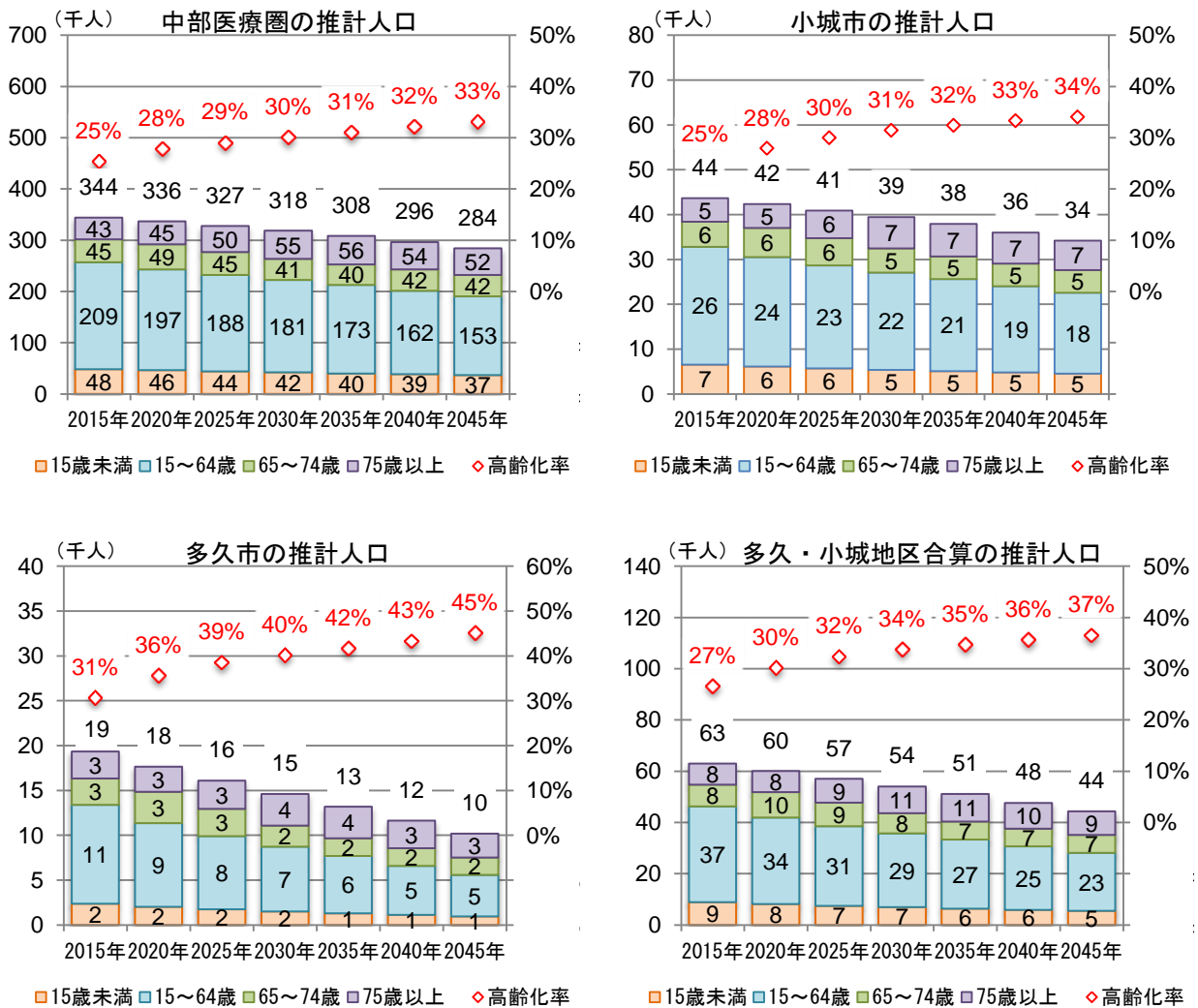
# 1. 医療需要

## (1) 将来推計人口・将来推計患者数

多久市、小城市、佐賀市、神崎市、吉野ヶ里町で構成される中部医療圏はいずれの市町も既に人口減少傾向にあるが、入院受療率の高い 75 歳以上人口が増加するため入院患者数はほぼ横ばいの見通しである<sup>1</sup>。

小城市は中部医療圏と同様の傾向であるが、多久市は 2035 年頃から 75 歳以上人口も減少することを受けて入院患者数が減少する見通しである。多久・小城地区の合算でも 2040 年頃から入院患者数が緩やかに減少する見通しである。

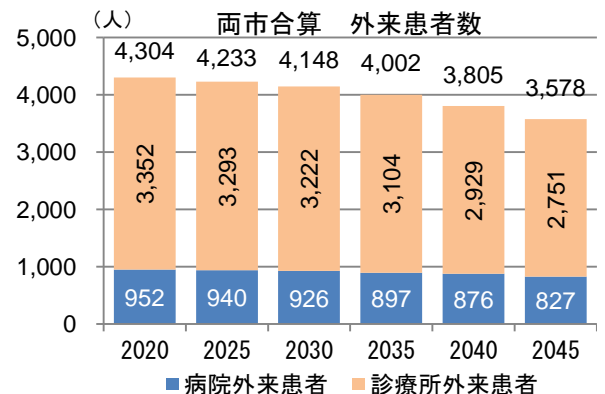
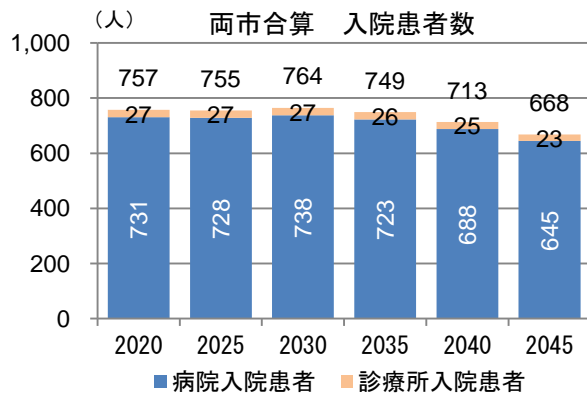
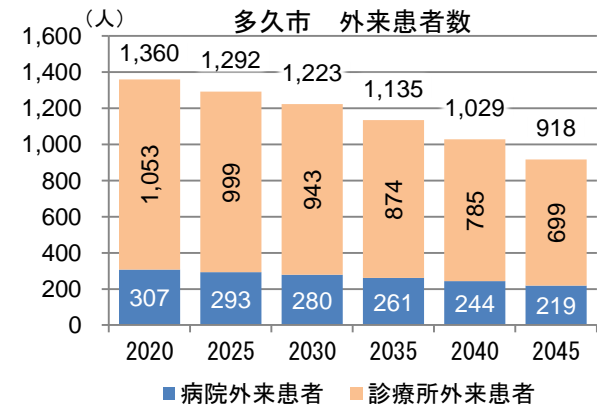
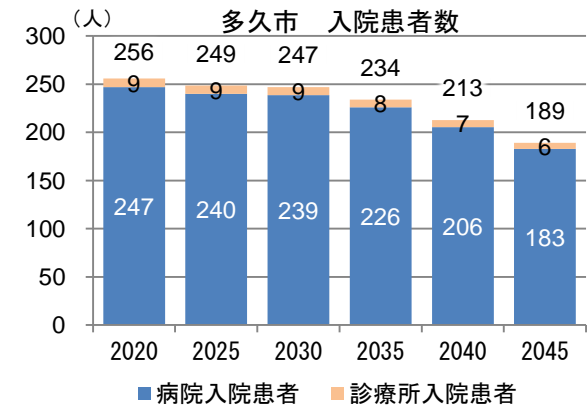
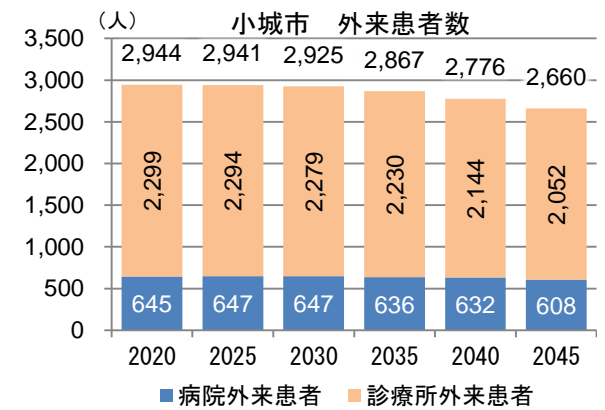
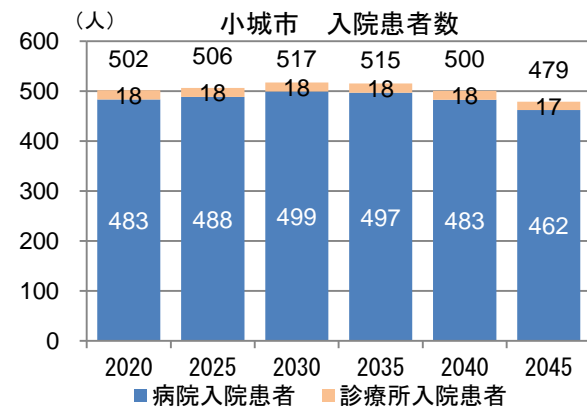
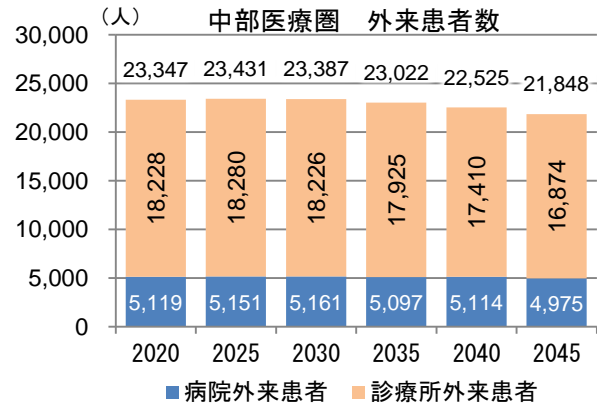
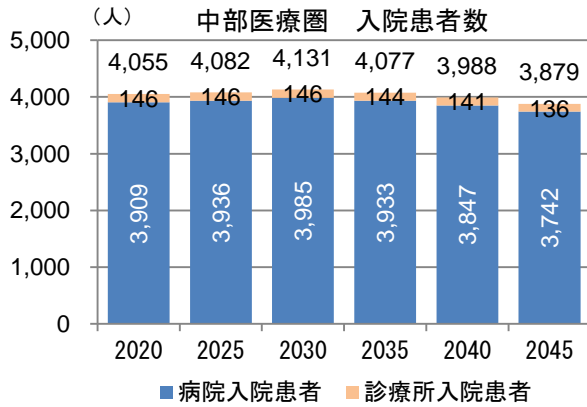
図表 I-1-1 各地域の推計人口



資料；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」

<sup>1</sup> 患者数推計は「公的病院統合検討事業に係る建設候補地評価報告書」と同様に過去 15 年間の性別・年齢階層別受療率の増減状況を踏襲して推計した。ただし、2017 年（平成 29 年）患者調査結果が公表されたため、2002 年～2017 年の 15 年間対比で受療率増減率を算出した。2017 年度患者調査では、前回の 2014 年患者調査よりも 45 歳以上の入院受療率が概ね低下し、75 歳以上に限ると 3 年間で 5% 以上低下したことから推計入院患者数は候補地評価報告書よりも 1 ポイント程度減少している。逆に外来受療率は上昇したため、2020 年で 4 ポイント程度、2040 年で 10 ポイント程度増加する推計結果となった。

図表 I-1-2 各地域の精神疾患を除く 1日当たり将来推計患者数

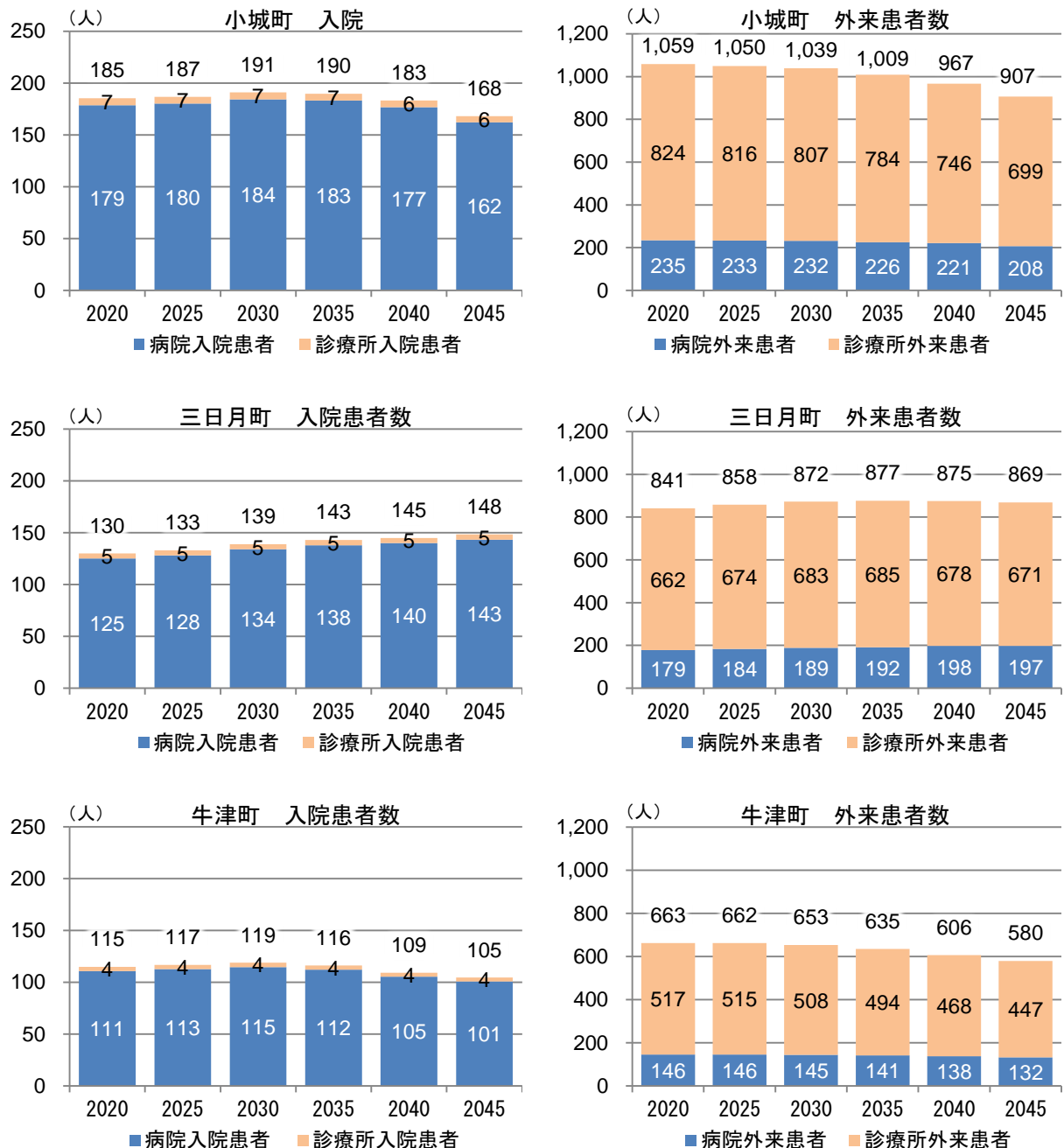


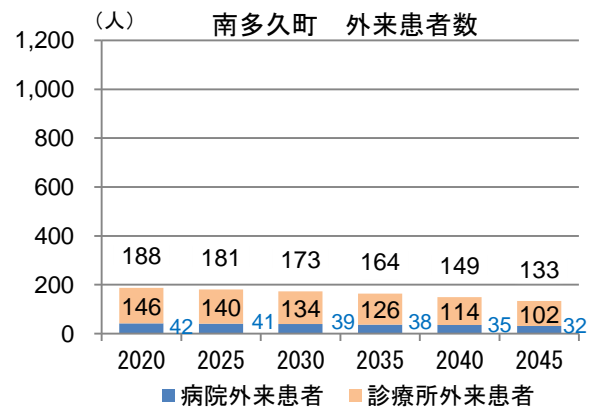
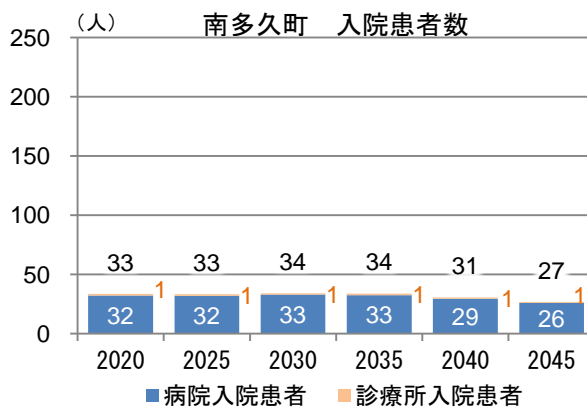
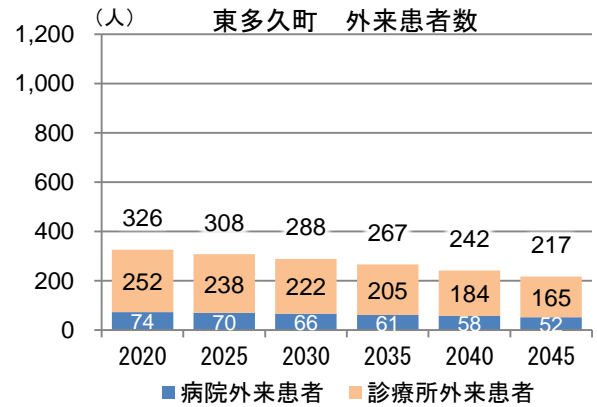
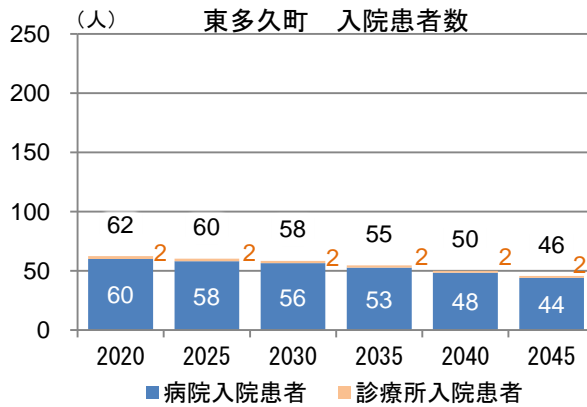
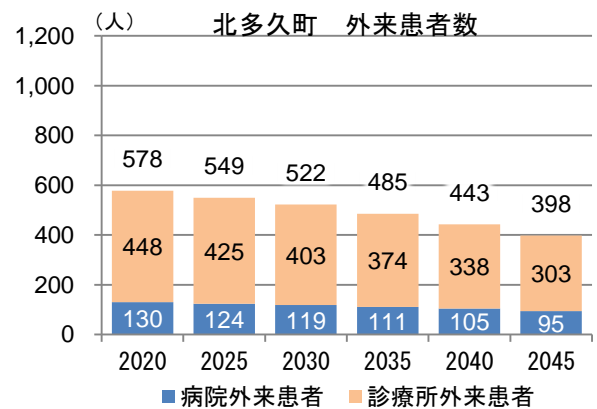
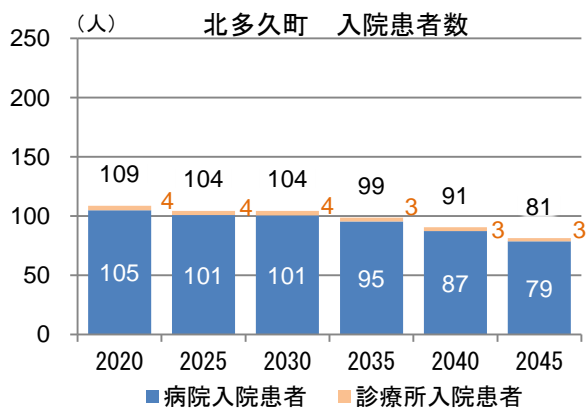
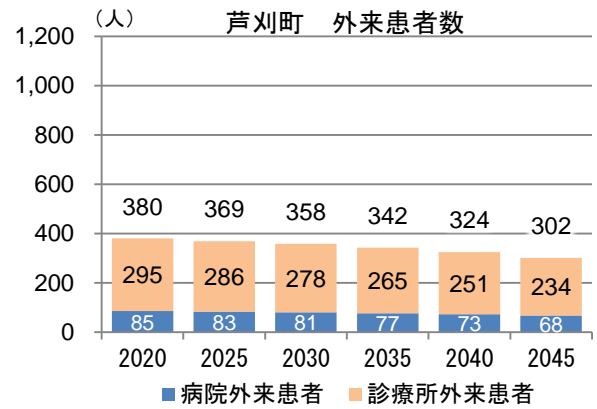
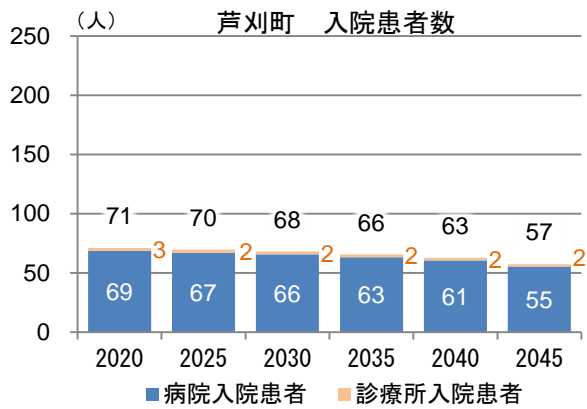
※病院と診療所の区分けは全国データを用いており、地域の実態を示すものではない。

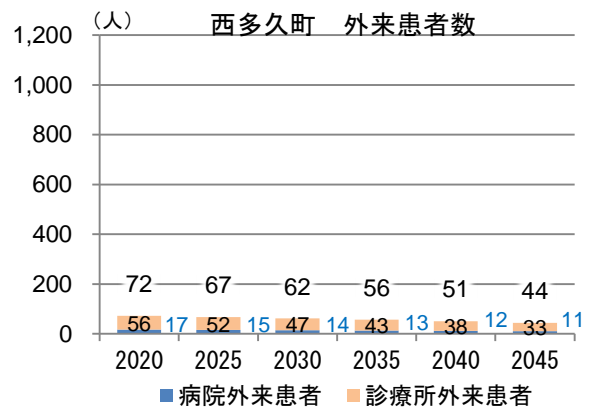
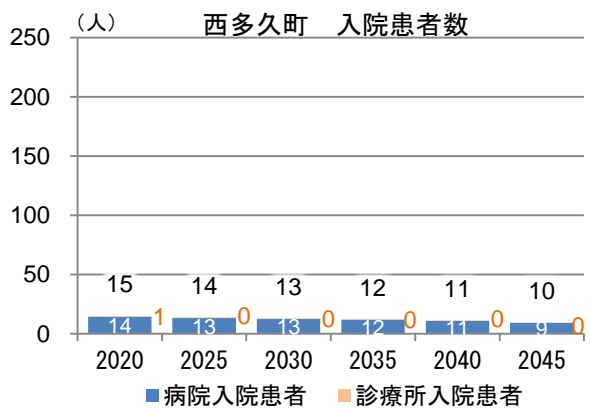
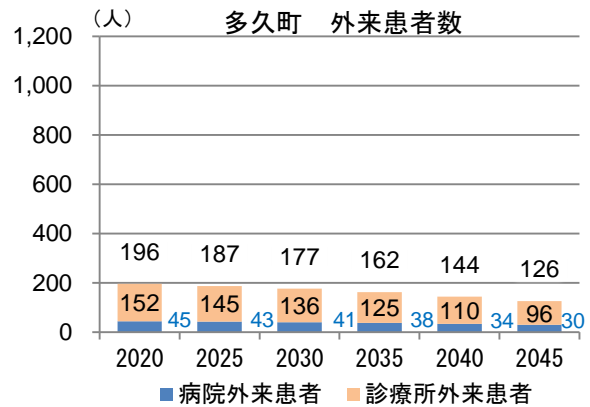
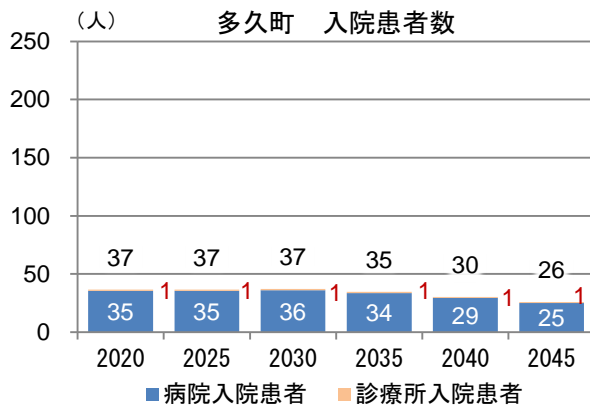
資料；厚生労働省「患者調査」、前掲「日本の地域別将来推計人口」

2015 年国勢調査の小城市・多久市の地区別人口を基に、国立社会保障・人口問題研究所の人口推計指標を用いて地区別（合併前の町区分別）の将来人口を推計し、上記と同様の方法で患者数を推計した。小城市の三日月町は年齢構成が若いため、将来にわたって入院・外来患者とも増加する見通しである。小城町と牛津町は 2030 年頃まで入院患者が増加した後、に逡減の見通しである。その他の地区は入院・外来患者とも緩やかに減少する見通しである。

図表 I-1-3 地区別 精神疾患を除く 1 日当たり推計患者数







## (2) 救急搬送・患者動向の状況

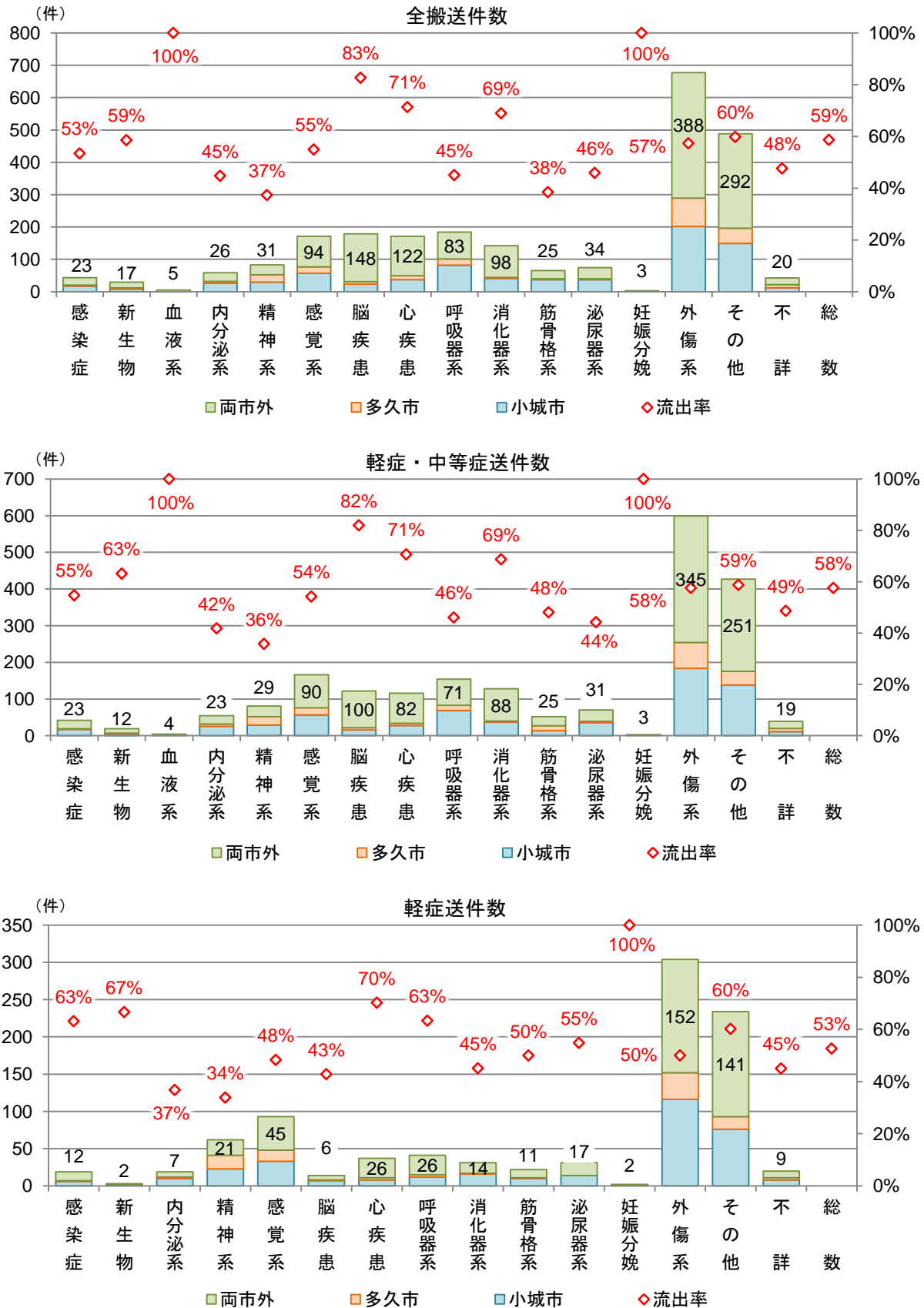
### ① 救急搬送状況

2017年（平成29年）に小城市内で発生した救急搬送件数のうち36%は小城市内の医療機関に搬送されたが、佐賀市の医療機関に47%に搬送される等、64%が市外に流出している。多久市でも佐賀市に32%、武雄市に13%等が搬送され、市外に70%が流出している。

両市を合算しても全救急搬送の59%が両市外に流出しており、外傷系（整形外科・外科・内科・皮膚科等が対応）、脳疾患、心疾患、消化器系、呼吸器系等の流出件数が多い。重症者を除く軽症と中等症の1次・2次救急でも58%が両市外に流出し、流出の多い疾患は全体と同様の傾向である。入院加療を必要としない軽症でも53%が両市外に流出しており、脳疾患等の流出は限定的であるが、外傷系のほかに感覚系（神経系、眼科系、耳鼻系の総称）の流出が目立つ。

脳疾患は佐賀市の病院に搬送されるシステムとなっており、心疾患や新生物、妊娠分娩等も佐賀市等の大規模病院や専門医療機関に搬送されるのは致し方ないが、中等症までの外傷系や消化器系、呼吸器系等は小城市民病院・多久市立病院でも実績があり、両病院が統合する新病院でも一定の対応が可能であることから、当該疾患を中心とした受け入れ体制の強化が求められる。

図表 I-1-4 両市で発生した救急の搬送先



※感覚系は神経系・眼科系・耳鼻系の総称

※グラフ中に表記のない診断群は該当なしまたは1件のため割愛した。

資料；小城市・多久市・佐賀市の救急出動データ（平成29年1月1日～12月31日）

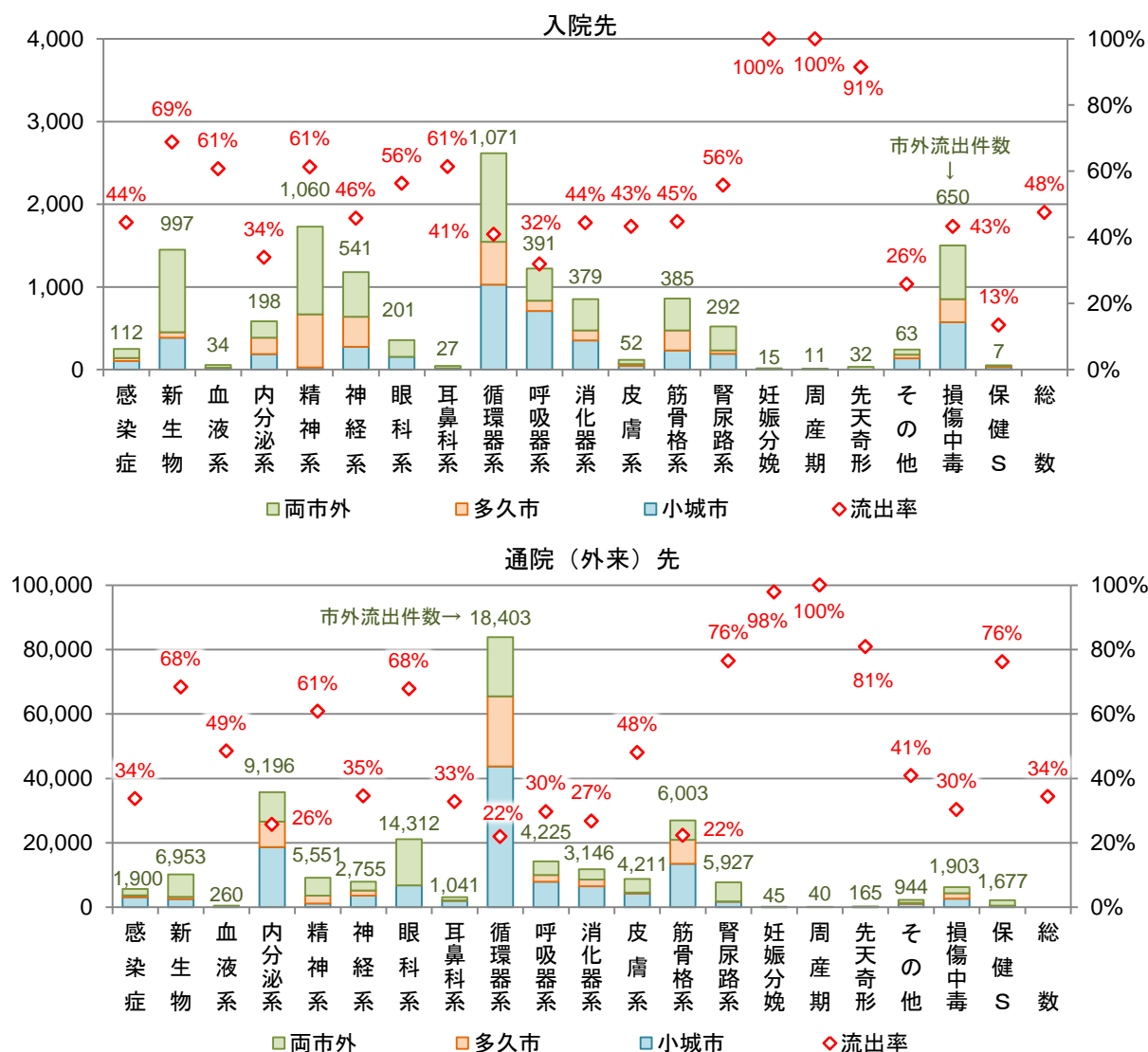


## ② 入院・通院状況

両市在住の国民健康保険・後期高齢者医療制度の被保険者の48%が佐賀市等の両市外の医療機関に入院しており、循環器系（脳血管疾患を含む）、精神系、新生物、損傷中毒、神経系（てんかん等の脳神経系疾患）等での流出患者数が多い。外来の流出率は34%と相対的に低いが、循環器系、眼科系、内分泌系（糖尿病が大半を占める）、新生物、筋骨格系等での流出患者が多い。

循環器系、損傷中毒、筋骨格系、呼吸器系、消化器系等の両病院で実績のある診療科の充実を図り、外来では眼科等の応援医師を招聘することで流出の抑制が期待される。

図表 I-1-5 両市民の入院・通院先



※保健Sは健康状態に栄養を及ぼす要因及び保健サービス（既往歴等から健康障害をきたすおそれのあるもの、健診・検査、等）の略

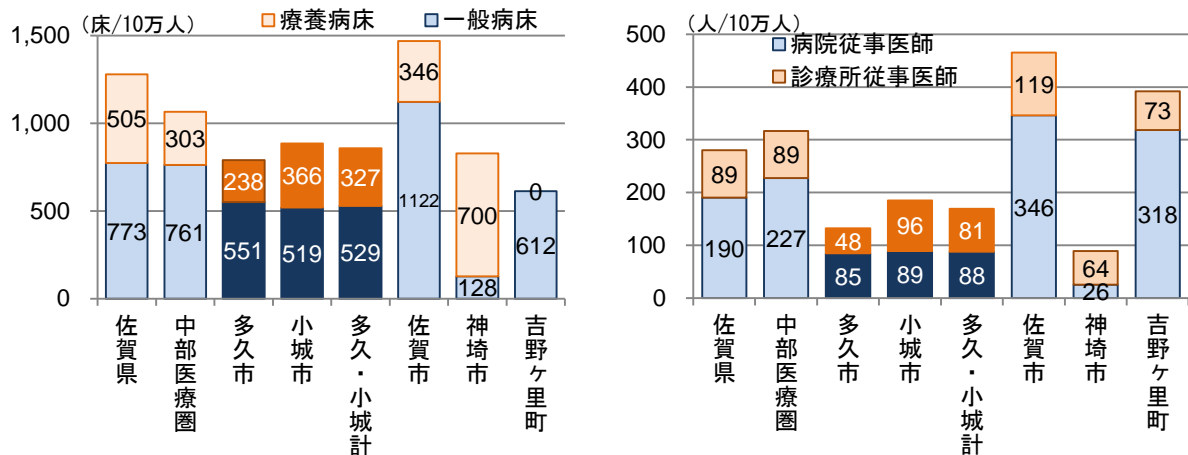
資料；国保・後期高齢者医療制度レセプトデータ（平成29年9月1日～平成30年8月31日）

## 2. 医療提供体制

### (1) 医療提供状況

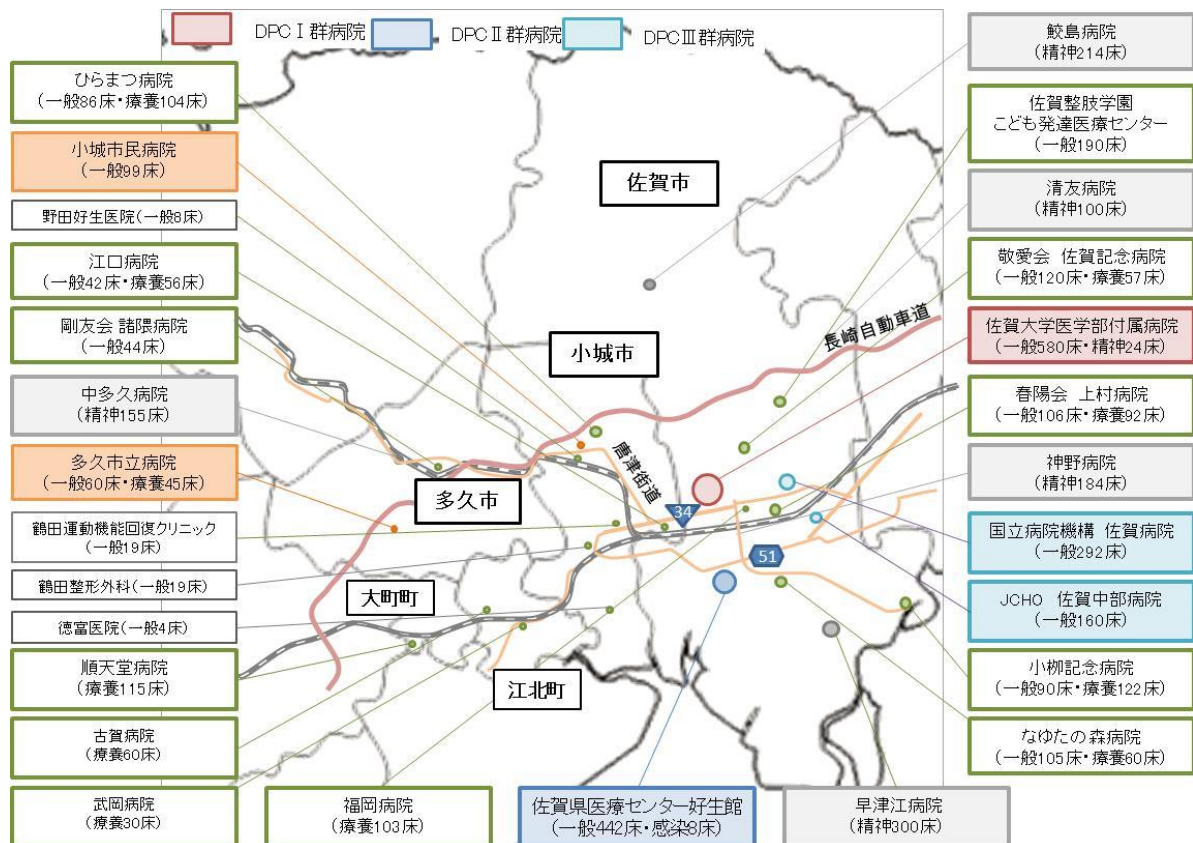
評価報告書時の 2016 年に比べて他地域は大きな変更はないが、多久市は諸隈病院の療養病床 52 床が 2018 年 9 月に介護医療院に転床したため人口当たり療養病床数が半減した。

図表 I-1-6 人口 10 万人当たり病床数（左図）と医療施設従事医師数



資料；厚生労働省「2018 年 医療施設調査」（10 月 1 日現在）「2018 年 医師・歯科医師・薬剤師統計」（12 月 31 日現在）、佐賀県「推計人口」（2018 年 10 月 1 日現在）

図表 I-1-7 多久・小城地区周辺の医療機関配置図



※多久・小城地区は有床医療機関を悉皆で表示しているが、周辺は病院(佐賀市は 100 床以上)のみ表示  
資料；九州厚生局「届出受理医療機関名簿」（2020 年 3 月 2 日現在）

図表 I-1-8 多久・小城地区の有床医療機関の病床数

|     |               | 許可<br>病床数 | 稼働<br>病床数 | 高 度<br>急性期 | 急性期 | 回復期 | 慢性期 |
|-----|---------------|-----------|-----------|------------|-----|-----|-----|
| 多久市 | 多久市立病院        | 105       | 82        |            | 58  |     | 24  |
|     | 諸隈病院          | 96        | 96        |            |     | 44  | 52  |
| 小城市 | 小城市民病院        | 99        | 86        |            | 86  |     |     |
|     | ひらまつ病院        | 190       | 190       | 4          | 82  | 54  | 50  |
|     | 江口病院          | 98        | 98        |            | 42  |     | 56  |
|     | 鶴田整形外科        | 19        | 19        |            | 19  |     |     |
|     | 鶴田運動機能回復クリニック | 19        | 19        |            | 19  |     |     |
|     | 野田好生医院        | 8         | 8         |            | 8   |     |     |
|     | 徳富医院          | 4         | 4         |            | 4   |     |     |

資料；佐賀県「2018年病床機能報告」

## (2) 地域の医療機関の状況

### ① 両市内の5病院の概要

両市で入院施設があるのは、小城市の3病院と4有床診療所、多久市の2病院であり、うち5病院の状況は下表のとおりである。

両市内でひらまつ病院のみが高度急性期病床（HCU）を有し、一般病床は7対1看護体制（急性期一般入院料1）を取っており、標榜診療科も多い。

また、民間病院は併設介護施設を保有しており、特にひらまつ病院が最大の施設を有する。

図表 I-1-9 両市内5病院の概要

#### 小城市民病院

|        |   |
|--------|---|
| 許可病床数  | 一般99床（急性期99床）   |
| 稼働病床   | 一般86床（急性期86床）   |
| 標榜診療科  | 内科、呼吸器科、消化器科、循環器科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科、泌尿器科、産婦人科、リウマチ科、リハビリテーション科                  |
| 入院基本料  | 急性期入院料7（99床）、うち地域包括ケア管理料2（15床）  |
| 医師数    | 常勤8名、非常勤3.1名  |
| その医療職数 | 看護師55.7名、准看護師3.5名、看護補助8.0名、助産師2名、理学療法士5名、作業療法士1名、薬剤師2名、放射線技師3名、臨床検査技師4名、栄養管理士1名 |
| 併設介護施設 | 訪看ステーション  |

#### ひらまつ病院

|       |   |
|-------|---|
| 許可病床数 | 一般86床（急性期86床）、療養病床104床（うち回復期54床、慢性期50床）   |
| 稼働病床  | 同上  |
| 標榜診療科 | 内科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科、呼吸器外科、眼科、皮膚科、泌尿器科、リウマチ科、神経内科、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科、消化器外科、人工透析内科、消化器内科、呼吸器内科、循環器内科、肛門外科 |
| 入院基本料 | HCU管理料1（4床）、急性期入院料1（82床）、回復リハ入院管理料2（54床）、療養入院料1（50床）  |

|        |  |
|--------|--|
| 医師数    | 常勤 25 名、非常勤 0 名  |
| その医療職数 | 看護師 131.0 名、准看護師 30.1 名、看護補助者 31.8 名、理学療法士 23 名、作業療法士 20 名、言語聴覚士 10 名、薬剤師 3 名、放射線技師 5.5 名、臨床検査技師 6 名、臨床工学士 1 名   |
| 併設介護施設 | 特養、地域密着型特養、老健、小規模多機能型介護、地域密着型特定施設、住宅型有料老人ホーム、小宅介護支援事業所、介護予防支援事業所、訪看ステーション、通所介護、通所リハビリ、短期入所、認知症対応型通所介護、認知症グループホーム |

#### 江口病院

|        |  |
|--------|--|
| 許可病床数  | 一般 42 床（急性期 42 床）、療養病床 56 床（慢性期 56 床）  |
| 稼働病床   | 同上   |
| 標榜診療科  | 内科、呼吸器科、消化器科、循環器科、眼科、皮膚科、リハビリテーション科  |
| 入院基本料  | 急性期入院料 6（35 床）、療養入院料 1（56 床）   |
| 医師数    | 常勤 5 名、非常勤 0 名   |
| その医療職数 | 看護師 35.6 名、准看護師 9.4 名、看護補助 15.0 名、理学療法士 4.8 名、作業療法士 2.7 名、言語聴覚士 2 名、薬剤師 1.2 名、放射線技師 2 名、臨床検査技師 4 名、管理栄養士 2 名 |
| 併設介護施設 | 住宅型有料老人ホーム、居宅介護支援事業所、訪看ステーション、通所介護、通所リハビリ  |

#### 多久市立病院

|        |  |
|--------|--|
| 許可病床数  | 一般 60 床（急性期 60 床）、療養病床 45 床（慢性期 45 床）  |
| 稼働病床   | 一般 58 床（急性期 58 床）、療養病床 24 床（慢性期 24 床）  |
| 標榜診療科  | 内科、外科、整形外科、耳鼻咽喉科、皮膚科、リウマチ科、神経内科、リハビリテーション科、肝臓内科、糖尿病内科、腎臓内科、腎臓内科（人工透析）、消化器内科、呼吸器内科、循環器内科、肛門外科 |
| 入院基本料  | 急性期入院料 7（60 床）、うち地域包括ケア管理料 2（6 床）<br>療養病棟入院料 1（45 床）   |
| 医師数    | 常勤 9 名、非常勤 1.3 名   |
| その医療職数 | 看護師 55.5 名、准看護師 2.2 名、看護補助 13.2 名、理学療法士 5 名、薬剤師 3 名、放射線技師 2.5 名、管理栄養士 1 名                    |

#### 諸隈病院

|        |  |
|--------|--|
| 許可病床数  | 一般 44 床（回復期 44 床）、療養病床 52 床（慢性期 52 床）  |
| 稼働病床   | 同上   |
| 標榜診療科  | 内科、外科、整形外科、神経内科、リハビリテーション科、人工透析内科  |
| 入院基本料  | 地域一般入院料 3（44 床）  |
| 医師数    | 常勤 7 名、非常勤 2.0 名   |
| その医療職数 | 看護師 30 名、准看護師 11.4 名、看護補助 21 名、理学療法士 5 名、作業療法士 4 名、言語聴覚士 2 名、薬剤師 2 名、放射線技師 1 名、管理栄養士 1.0 名 |
| 併設介護施設 | 居宅介護支援事業所、訪看ステーション、通所リハビリ、短期入所   |

2018年（平成30年）病床機能報告を基に算出した病床利用率と平均在院日数は下表のとおりである。

病院の運営方針の差もあろうが、民間病院の病床利用率は両病院よりも高く、新病院での受け入れ体制を強化して紹介患者の増加等に励めば、現在の両病院よりも集患できて病床利用率も向上すると推察される。

図表 I-1-10 多久・小城地区の病床機能別病床率・平均在院日数

|             | 高度急性期 |       |      | 急性期  |        |       | 回復期 |        |       | 慢性期  |       |        | 全病床  |        |
|-------------|-------|-------|------|------|--------|-------|-----|--------|-------|------|-------|--------|------|--------|
|             | 病床数   | 利用率   | 在院日数 | 病床数  | 利用率    | 在院日数  | 病床数 | 利用率    | 在院日数  | 病床数  | 利用率   | 在院日数   | 病床数  | 利用率    |
| 多久市立病院      |       | -     | -    | 60床  | 64.4%  | 16.3日 |     | -      | -     | 45床  | 46.8% | 153.6日 | 105床 | 56.9%  |
| 諸隈病院        |       | -     | -    |      | -      | -     | 44床 | 100.0% | 48.5日 | 52床  | 99.0% | 153.4日 | 96床  | 99.5%  |
| 小城市民病院      |       | -     | -    | 99床  | 61.6%  | 21.2日 |     | -      | -     |      | -     | -      | 99床  | 61.6%  |
| ひらまつ病院      | 4床    | 90.5% | 8.9日 | 82床  | 102.7% | 14.6日 | 54床 | -      | -     | 50床  | -     | -      | 190床 | -      |
| 江口病院        |       | -     | -    | 42床  | 72.5%  | 21.8日 |     | -      | -     | 56床  | 93.5% | 271.1日 | 98床  | 84.5%  |
| 鶴田整形外科      |       | -     | -    | 19床  | 77.2%  | 5.6日  |     | -      | -     |      | -     | -      | 19床  | 77.2%  |
| 鶴田運動機能クリニック |       | -     | -    | 19床  | 74.7%  | 19.8日 |     | -      | -     |      | -     | -      | 19床  | 74.7%  |
| 野田好生医院      |       | -     | -    | 8床   | -      | -     |     | -      | -     |      | -     | -      | 8床   | -      |
| 徳富医院        |       | -     | -    | 4床   | 125.2% | 23.0日 |     | -      | -     |      | -     | -      | 4床   | 125.2% |
| 両市合計        | 4床    | 90.5% | 8.9日 | 333床 | 74.5%  | 15.6日 | 98床 | 44.9%  | 31.1日 | 203床 | 61.5% | 187.6日 | 638床 | 65.9%  |

※病床利用率＝延入院患者数÷病床数÷365日で算出

※（平均）在院日数＝延入院患者数÷（（入院患者数＋退院患者数）÷2）で算出

資料；2018年病床機能報告

### 3. 両病院の運営状況

#### (1) 両病院の概要

両病院の概要及び沿革は次のとおりである。

なお、多久市立病院にはスプリンクラーが設置されておらず、改正消防法の経過措置期限の2025年（令和7年）6月末日までにスプリンクラーを設置するか、建替える必要がある。

図表 I-1-11 両病院の概要

|       | 小城市民病院  | 多久市立病院  |
|-------|---|---|
| 開設時期  | 1951年1月   | 1938年2月   |
| 許可病床数 | 一般病床99床（うち地域包括ケア病床15床、開放型病床5床）  | 一般病床60床（うち地域包括ケア病床6床）、療養病床45床   |
| 診療科   | 内科、外科、呼吸器科、消化器科、産婦人科、脳神経外科、小児科、循環器科、リウマチ科、リハビリテーション科、泌尿器科、整形外科（計12科目） | 内科、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、肝臓内科、腎臓内科、腎臓内科（人工透析）、糖尿病内科、神経内科、外科、肛門外科、整形外科、リウマチ科、リハビリテーション科、耳鼻咽喉科、皮膚科（計16科目） |
| 経営形態  | 地方公営企業法全部適用   | 地方公営企業法財務（一部）適用   |
| 関連施設  | 訪問看護ステーションおぎ  |   |

図表 I-1-12 両病院の近年の沿革

|       | 小城市民病院                 | 多久市立病院                |
|-------|------------------------|-----------------------|
| 1977年 |                        | 現病棟竣工（一般病床100床）       |
| 1981年 |                        | 現診療棟竣工                |
| 1982年 |                        | 一般病床105床に増床           |
| 1983年 | 病院全面改築（鉄筋3階建）50床       |                       |
| 1989年 | 4階増築 一般病床99床に増床        |                       |
| 1993年 |                        | 現診療棟・管理棟竣工            |
| 2002年 |                        | 一般病床60床、療養病床45床に変更    |
| 2014年 | 一般病床のうち15床を地域包括ケア病床に移行 | 一般病床のうち6床を地域包括ケア病床に移行 |
| 2015年 | 訪問看護ステーションおぎ開設         |                       |

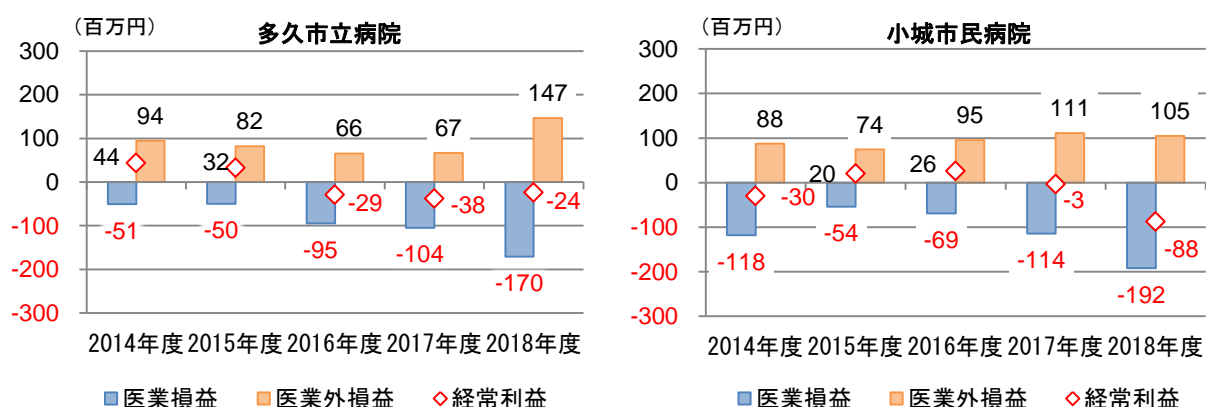
## (2) 両病院の経営状況

両病院とも医業損益は悪化傾向にあるが、医業外損益が改善傾向にあるため経常損益はプラス・マイナスを行きつ戻りつしている（図表 I-1-13）。

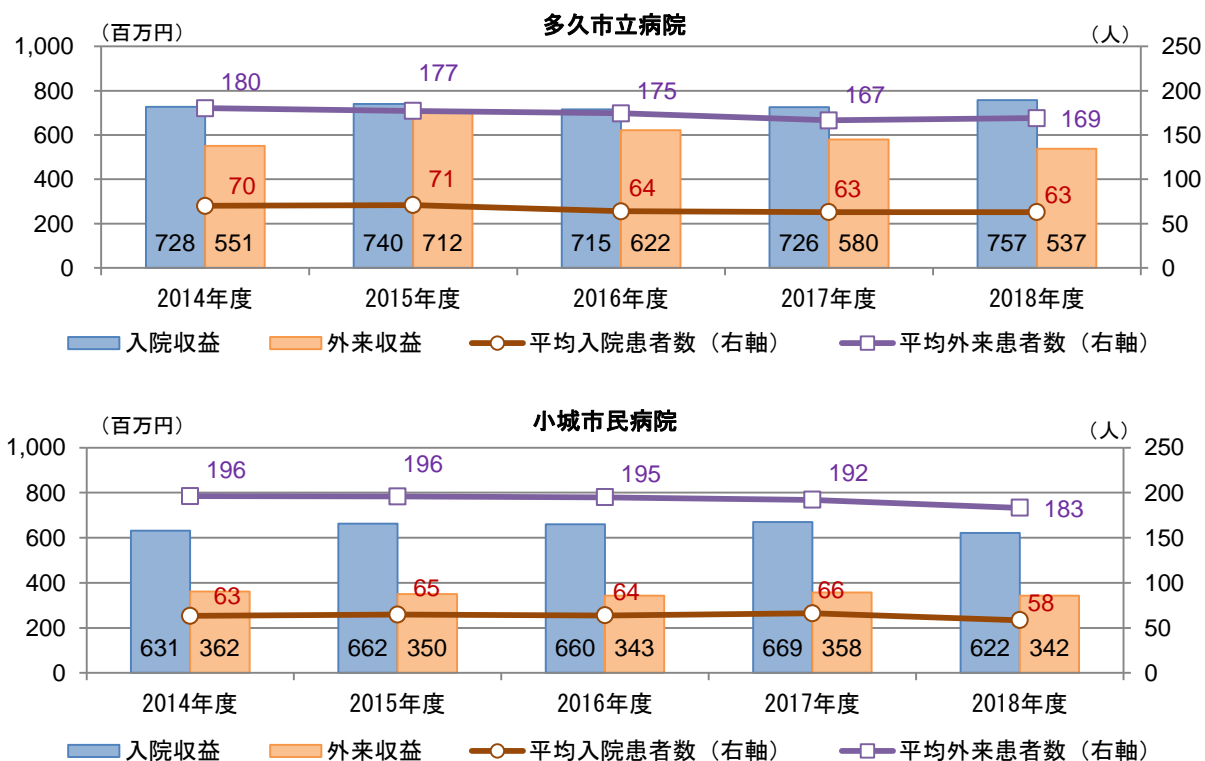
多久市立病院の患者数は逡減傾向にあるが、入院・外来収益は安定している。小城市民病院は患者数、収益とも安定していたが、2018年度は患者数減少に伴い入院・外来収益も減少した（図表 I-1-14）。

両病院とも医業費用は安定しているが、給与費はやや増加傾向にある（図表 I-1-15）。

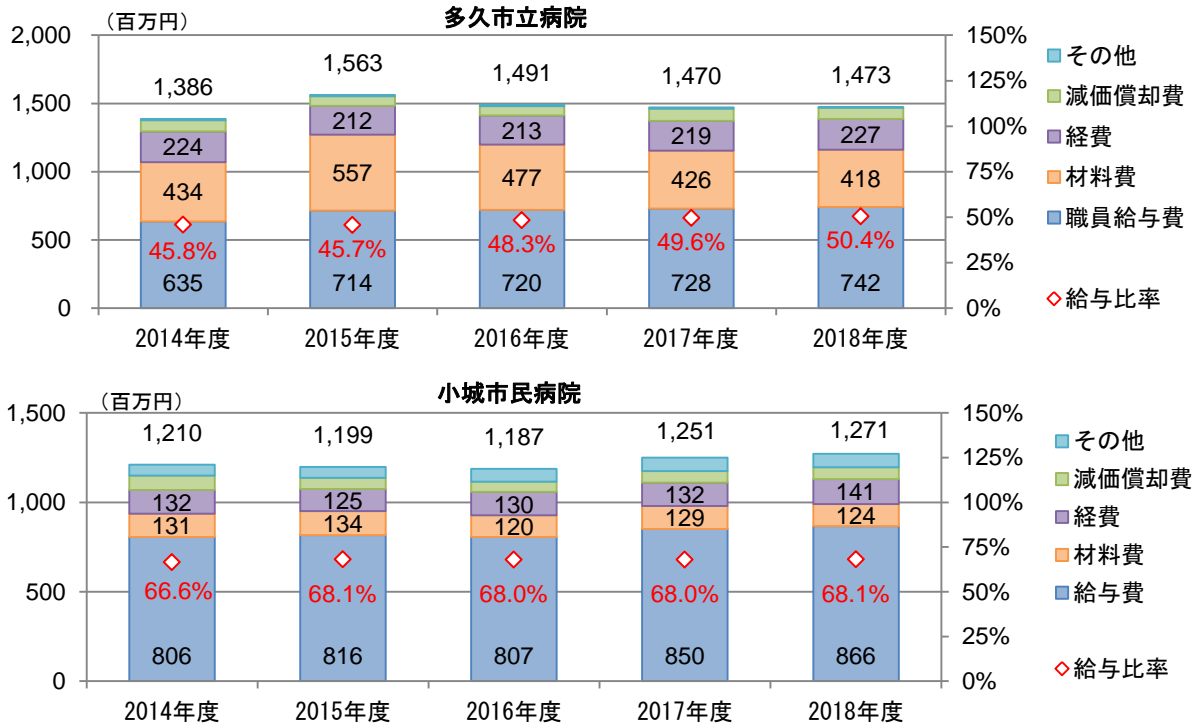
図表 I-1-13 決算状況



図表 I-1-14 医業収益の内訳



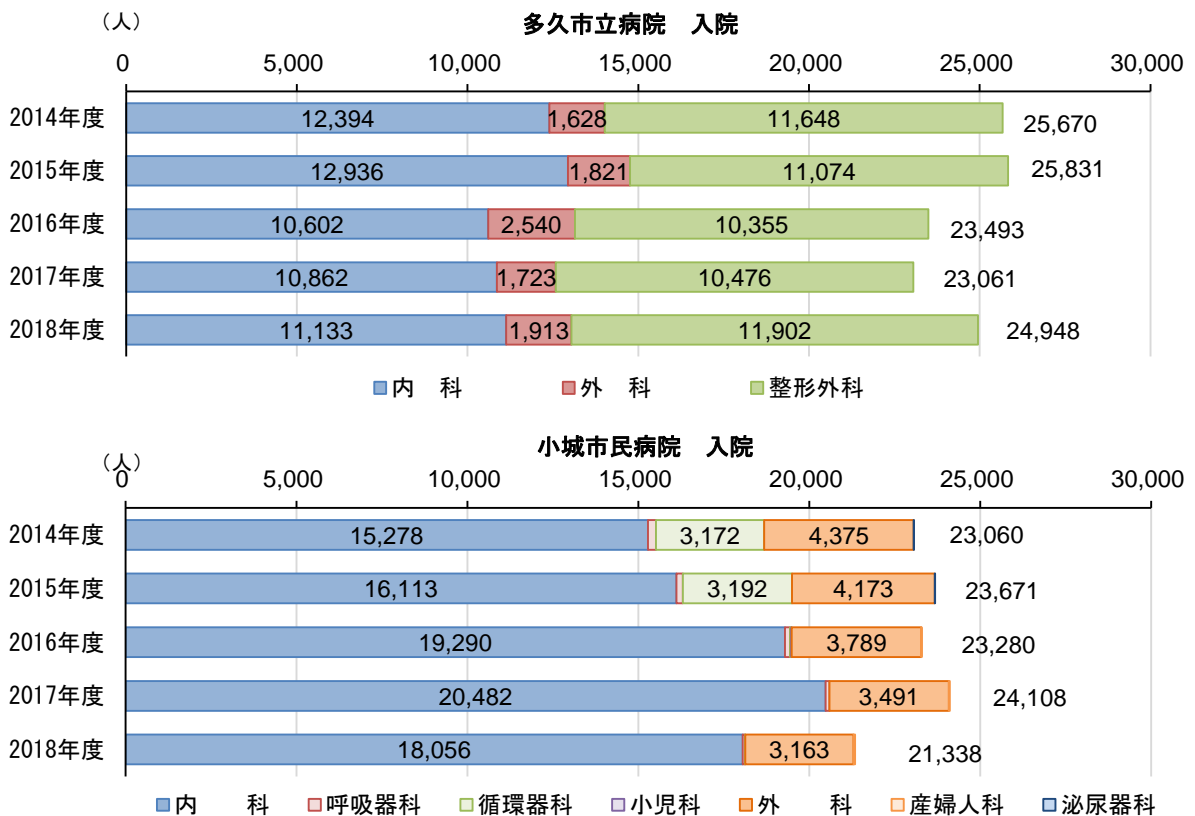
図表 I-1-15 医業費用の内訳



(3) 両病院の患者数の推移

多久市立病院の入院患者数は減少傾向にあったが、2018年度は増加に転じた。小城市民病院の入院患者数は安定していたが、2018年度は前年比▲11%の減少となった。

図表 I-1-16 入院患者数の推移

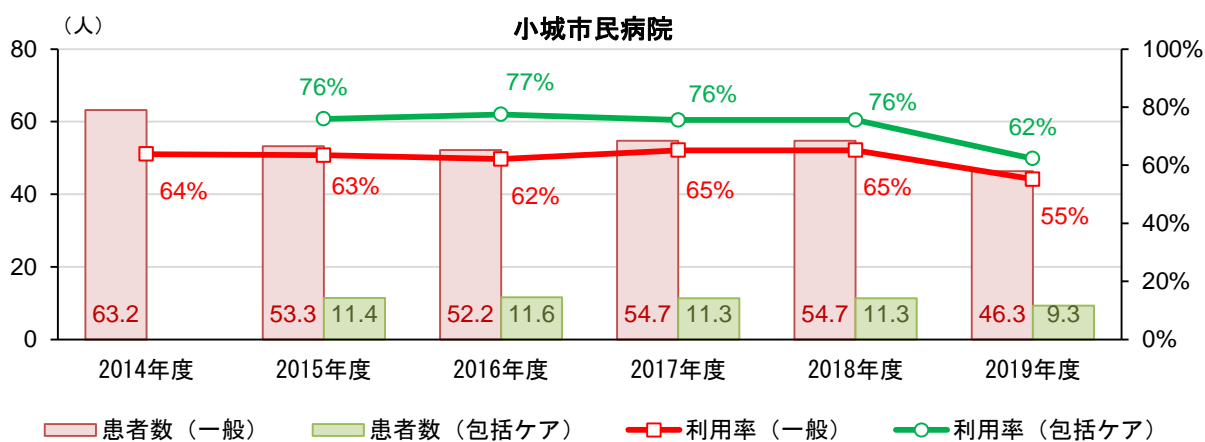
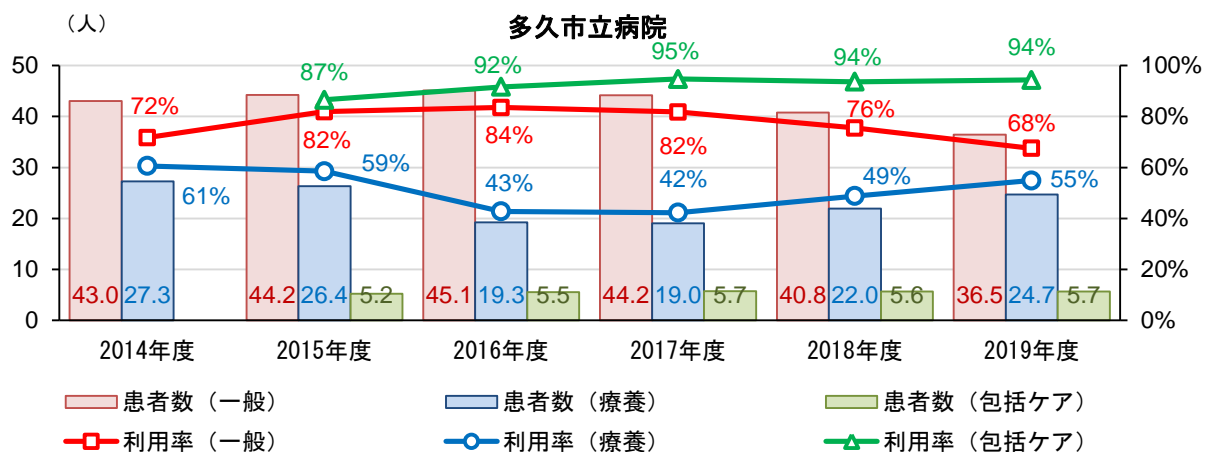




病棟別の入院患者数では、多久市立病院の一般病床入院患者数は2014年度の1日当たり43.0人が2019年度には36.5人へと減少している。療養病床は2016年度に療養病棟入院基本料1に転換したのを機に入院患者数が減少したが、入院基本料2に再転換して患者数が増加に転じている。一般病床内の地域包括ケア病床6床は高稼働を保っている。

小城市民病院の一般病床入院患者数は2014年度の1日当たり63.2人が2019年度には46.3人へと減少している。一般病床内の地域包括ケア病床15床の入院患者数は安定していたが、2019年度は一般病床とともに減少している。

図表 I-1-17 病棟（病床機能）別患者数と病床利用率



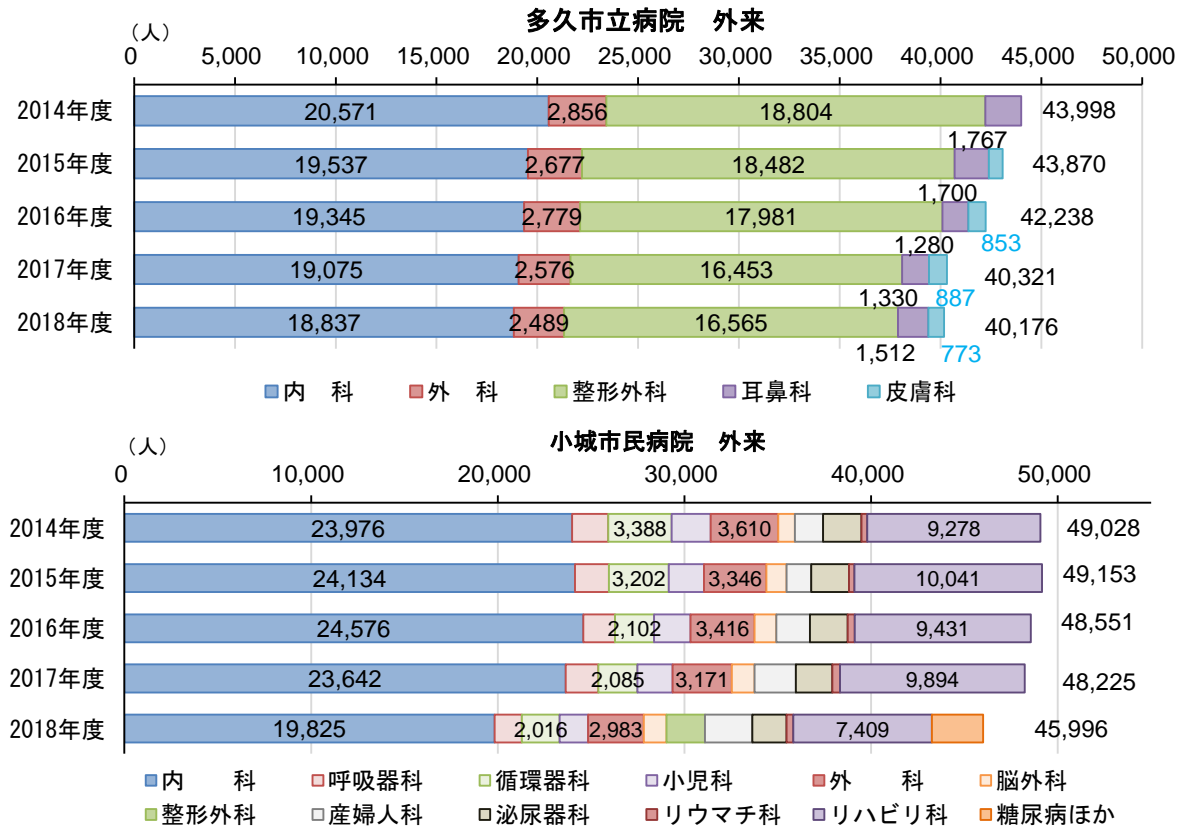
※利用率は対許可病床。一般病床利用率は地域包括ケア病床を除いた病床数に対する利用率

※両病院の地域包括ケア病用は2014年期中から算定しているが、便宜上2015年から表示している。

多久市立病院の外来患者は減少傾向にあり、2014年度から2018年度にかけて▲9%減少した。

小城市民病院の外来患者数は4万9千人前後で安定していたが、2018年度は前年比▲5%減少した。

図表 I-1-18 外来患者数の推移

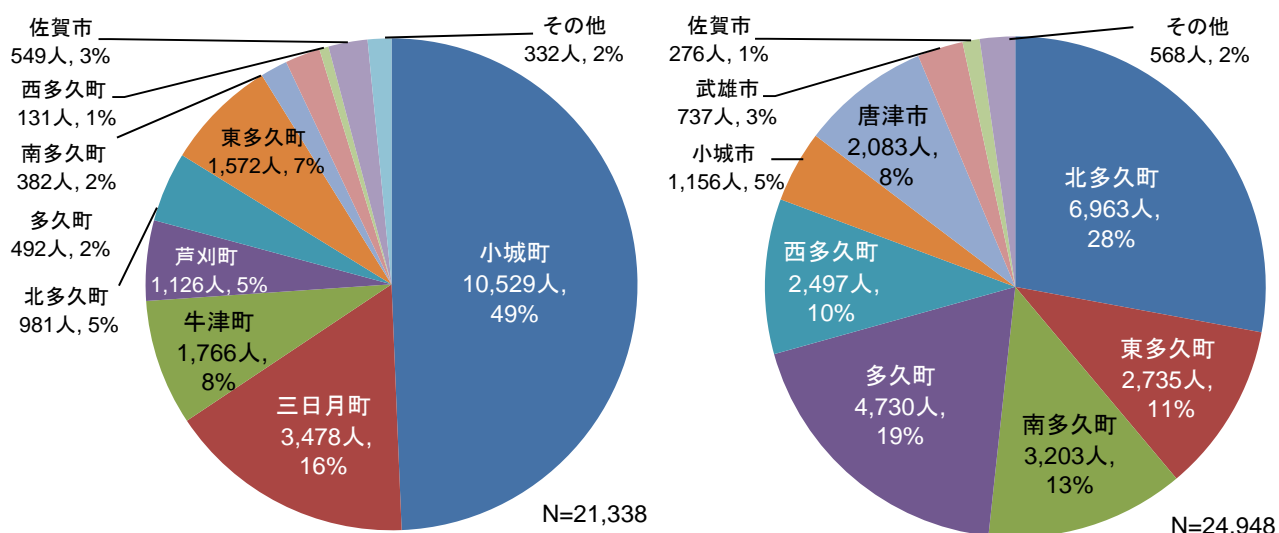


#### (4) 地域別患者数

##### ① 入院患者数

2018年度（平成30年度）の両病院の地区別延入院患者数は次のとおりである。

図表 I-1-19 小城市民病院（左図）と多久市立病院（右図）の地区別延入院患者数



地区別推計患者数に対する両病院のシェアは次のとおりであり、病院からの移動時間が短いほどシェアが高くなっている。

図表 I-1-20 小城市民病院（上表）と多久市立病院（下表）の地区別シェア

| 小城市民 | 入院患者数 | 推計患者数   | シェア   |
|------|-------|---------|-------|
| 小城市  | 28.8  | 191.0   | 15.1% |
| 三日月町 | 9.5   | 131.7   | 7.2%  |
| 牛津町  | 4.8   | 116.1   | 4.2%  |
| 芦刈町  | 3.1   | 75.0    | 4.1%  |
| 佐賀市  | 1.5   | 2,783.1 | 0.1%  |

| 多久市立 | 入院患者数 | 推計患者数 | シェア  |
|------|-------|-------|------|
| 北多久町 | 2.7   | 113.6 | 2.4% |
| 東多久町 | 4.3   | 65.9  | 6.5% |
| 南多久町 | 1.0   | 35.1  | 3.0% |
| 多久町  | 1.3   | 37.9  | 3.6% |
| 西多久町 | 0.4   | 15.7  | 2.3% |

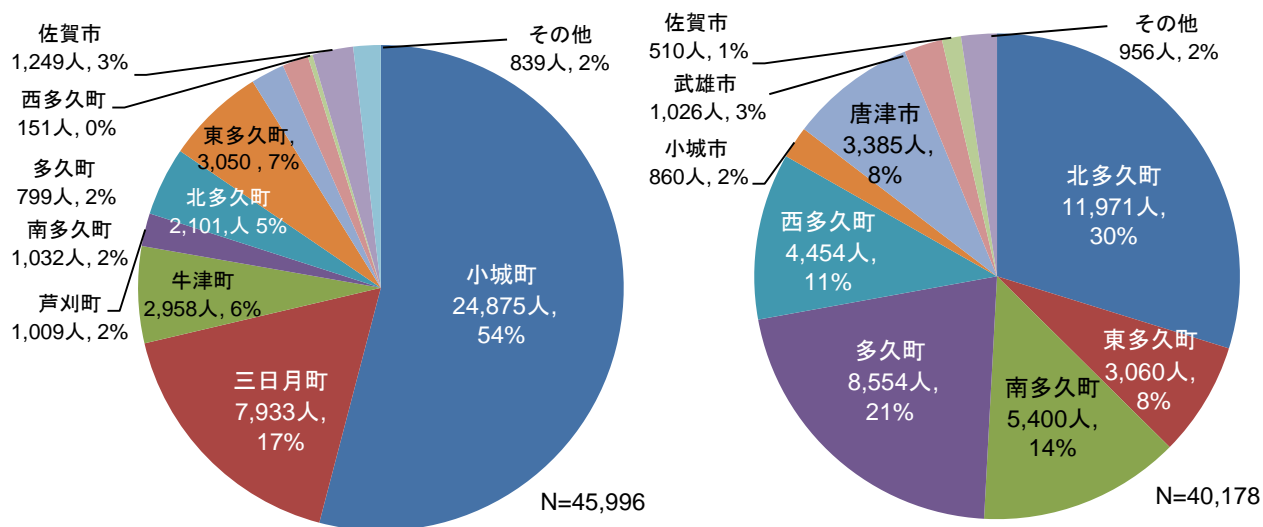
| 小城市   | 入院患者数 | 推計患者数  | シェア  |
|-------|-------|--------|------|
| 小城市   | 3.2   | 513.9  | 0.6% |
| 唐津市   | 5.7   | 1572.1 | 0.4% |
| 唐津市巖木 | 4.9   | 71.02  | 6.9% |
| 武雄市   | 2.0   | 625.5  | 0.3% |
| 佐賀市   | 0.8   | 2783.1 | 0.0% |

※入院患者数、推計患者数とも病院・診療所計の1日当たり患者数（単位；人）

## ② 外来患者数

2018年度（平成30年度）の両病院の地区別延外来患者数は次のとおりである。

図表 I-1-21 小城市民病院（左図）と多久市立病院（右図）の地区別延外来患者数



地区別推計患者数に対する両病院のシェアは次のとおりであり、入院同様に病院からの移動時間が短いほどシェアが高いが、周辺の他医療機関の有無によって両病院間でのシェアに差異が生じている。

図表 I-1-22 小城市民病院（上表）と多久市立病院（下表）の地区別シェア

| 小城市民 | 外来患者数 | 推計患者数    | シェア  |
|------|-------|----------|------|
| 小城市  | 99.1  | 1060.9   | 9.3% |
| 三日月町 | 31.6  | 833.0    | 3.8% |
| 津久町  | 11.8  | 661.0    | 1.8% |
| 芦刈町  | 4.0   | 385.9    | 1.0% |
| 佐賀市  | 5.0   | 15,738.6 | 0.0% |

| 多久市立 | 外来患者数 | 推計患者数 | シェア  |
|------|-------|-------|------|
| 北多久町 | 8.4   | 590.8 | 1.4% |
| 東多久町 | 12.2  | 334.2 | 3.6% |
| 南多久町 | 4.1   | 190.7 | 2.2% |
| 多久町  | 3.2   | 199.6 | 1.6% |
| 西多久町 | 0.6   | 74.7  | 0.8% |

| 小城市   | 外来患者数 | 推計患者数    | シェア  |
|-------|-------|----------|------|
| 小城市   | 3.5   | 2,941.9  | 0.1% |
| 唐津市   | 13.9  | 8,497.6  | 0.2% |
| 唐津市巖木 | 10.7  | 336.3    | 3.2% |
| 武雄市   | 4.2   | 3,379.2  | 0.1% |
| 佐賀市   | 2.1   | 15,738.6 | 0.0% |

※小城市民病院は251日診療日、多久市立病院は244日診療日

#### 4. 新病院の患者数の見通し

「公的病院統合検討事業に係る建設候補地評価報告書」では患者数は病院の魅力度（医師数×魅力度係数）に正比例し、病院との時間距離に反比例するという修正ハフモデルを用いて、周辺医療機関の影響を反映しつつ2017年（平成29年）のさがネット患者数に近似する魅力度係数を設定して新病院の患者数を推計している。

修正ハフモデルは、患者が病院を選択する確率は病院の魅力度に比例し（病院の規模・医師数・評判等の魅力度が高いほど当該病院を選択する確率が高まり）、距離に反比例する（病院が自宅から遠いほど選択する確率が低下するか受診を見送る）という考え方に基づいている。実際に病院が多い地域は受療率が高く、病院が少ない地区では受療率が低い傾向が見られる。

この際、周辺病院の影響も反映する必要がある。仮に、魅力度が同一の病院が、ある地区から等距離に設置されていたとすれば、当該地区の患者は均等に分散する。しかし、一方の病院の方が3倍遠い場所にあるのなら、当該地域の住民の大半は近い方の病院を選択すると考えられる。しかし、病状によっては3倍の時間をかけても大学病院のように魅力度の高い病院に行くケースもあり、魅力度と時間距離の綱引きで患者の病院選択確率が決定されることになる。

図表 I-1-23 修正ハフモデルの算出式と概念図

$$P_{ij} = \frac{\alpha_j * S_j}{T_{ij}^\beta} \quad (i=1,2,3,\dots,n) \quad (j=1,2,3,\dots,m)$$

$$P_{ij} = \frac{\sum_{j=1}^m \alpha_j * S_j}{\sum_{j=1}^m T_{ij}^\beta}$$

$P_{ij}$  ;  $i$  メッシュの患者が  $j$  病院に来院する確率

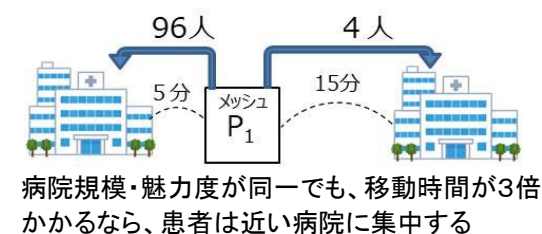
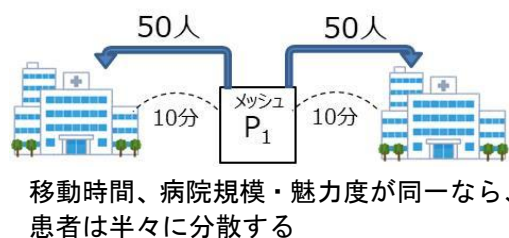
$\alpha_j$  ; 地域住民が  $j$  病院を利用する割合（変数）。

病院の魅力度を示す

$S_j$  ;  $j$  病院の規模（医師数を代用）

$T_{ij}$  ;  $i$  メッシュの患者が  $j$  病院に来院する時間

$\beta$  ; 時間がかかるために来院しなくなる確率



本分析では医師数を魅力度のベースとして、さがネットの平成29年の患者数に合致するように魅力度係数を調整した。小城市民病院・多久市立病院・ひらまつ病院の一般病床入院患者数がさがネット患者数に近似するときの医師数設定は下表のようになる。

図表1-1 一般病床における魅力度変数・医師数の設定状況

|              | 小城市民病院 | 多久市立病院 | ひらまつ病院 |
|--------------|--------|--------|--------|
| さがネット医師数     | 11.6 人 | 10.6 人 | 37 人   |
| さがネット一般病床患者数 | 63.7 人 | 45.0 人 | 77.8 人 |
| 設定医師数        | 13.5 人 | 8.0 人  | 14.7 人 |
| 魅力度係数        | 1.16   | 0.75   | 0.40   |
| 推計一般病床患者数    | 63.9 人 | 45.1 人 | 77.7 人 |

※多久市立病院とひらまつ病院は一般病棟担当医数不詳のため、全医師に対する魅力度係数を表示

推計は両病院の医師数合計値のケースと医師数がさらに5名増員できるケースの2ケースで行い、2017年における各地区の推計患者数に対するシェアを固定して各地区の推計患者数の推移によって変化する方法で行った。

この推計結果では、両病院医師数合計ケースの場合、一般病床の入院患者数は2025年の89名/日から2045年の76名/日へと逓減する見通しである。療養病床は2017年の療養入院基本料1を算定して患者数が1日当たり19人に減少している時点をもとにして推計しているため新病院で入院基本料2を算定する場合は推計値よりも増加するが、同期間に21名/日から17名/日に逓減する見通しである。

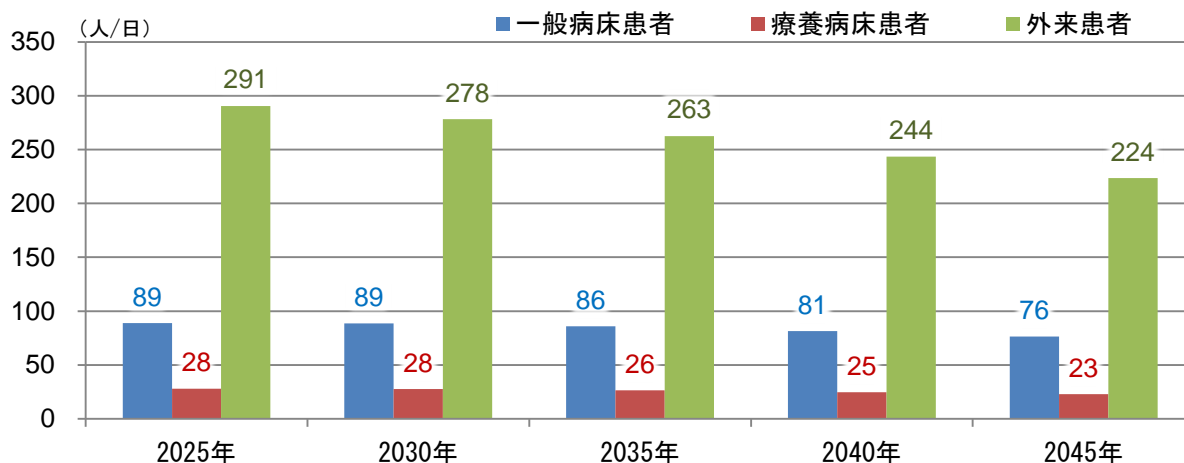
図表 I-1-24 東多久建設予定地における地区別シェア

|      | 両病院医師数合計値ケース |       |       | 医師5名増員ケース |       |       |
|------|--------------|-------|-------|-----------|-------|-------|
|      | 一般病床         | 療養病床  | 外来患者  | 一般病床      | 療養病床  | 外来患者  |
| 北多久町 | 7.7%         | 1.0%  | 4.8%  | 9.6%      | 1.0%  | 6.4%  |
| 多久町  | 9.9%         | 1.1%  | 5.1%  | 12.3%     | 1.1%  | 8.8%  |
| 南多久町 | 19.0%        | 2.0%  | 10.8% | 22.0%     | 2.0%  | 21.8% |
| 東多久町 | 39.3%        | 19.8% | 43.9% | 41.7%     | 19.8% | 45.6% |
| 西多久町 | 2.5%         | 0.4%  | 1.6%  | 3.1%      | 0.4%  | 2.5%  |
| 小城市  | 2.2%         | 0.9%  | 1.8%  | 2.8%      | 0.9%  | 1.8%  |
| 武雄市  | 0.5%         | 0.1%  | 0.3%  | 0.7%      | 0.1%  | 0.5%  |
| 唐津市  | 0.3%         | 0.1%  | 0.2%  | 0.4%      | 0.1%  | 0.2%  |
| 佐賀市  | 0.1%         | 0.0%  | 0.1%  | 0.1%      | 0.0%  | 0.1%  |
| その他  | 1.8%         | 0.2%  | 1.0%  | 2.3%      | 0.2%  | 1.7%  |

※「その他」は、大町町、江北町、玄海町の合計。

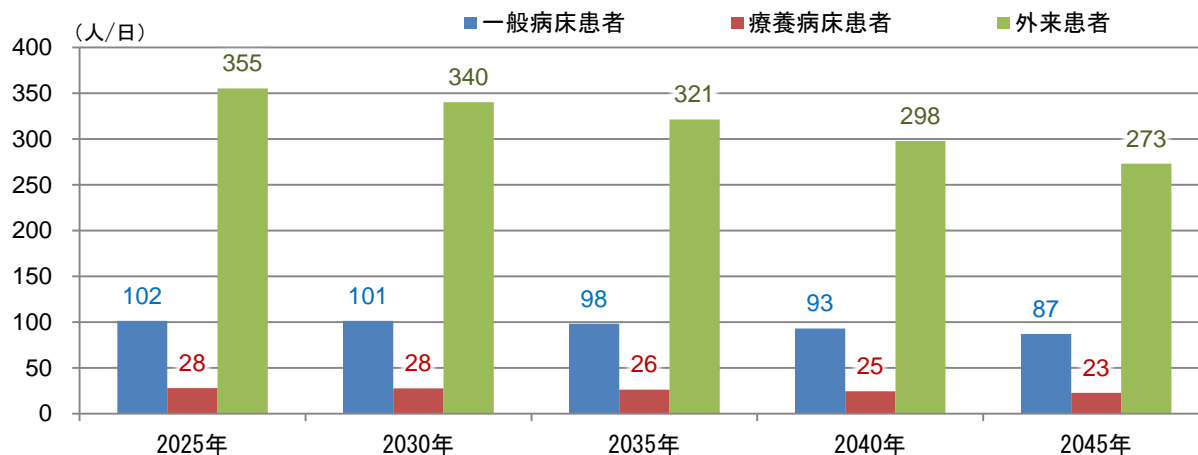
※地区の推計患者数は本基本構想の2017年患者調査を基とする推計値を用いているため、2014年までの患者調査の結果を用いた「建設候補地評価報告書」とは地区別受療率、将来推計患者数と若干の差がある。

図表 I-1-25 両病院医師数合算ケースの新病院推計患者数



医師が両病院合算数よりさらに5名増員するケースでは、一般病床入院患者は2025年の102名/日から2045年の87名/日に逓減する見通しである。療養病床患者数は病床数を魅力度で推計したため両病院医師数合計と同一である。

図表 I-1-26 医師5名増員ケースの新病院推計患者数



※ 各地区の推計患者数は本基本構想の受療率変化率を用いた。ただし、療養病床は2017年度の療養入院基本料1を算定して患者数が1日当たり19.0人に減少している時点に基づいて推計しているため、新病院が入院基本料2を算定する前提で2019年度の24.7人/日との比で修正した。

※ なお、入院患者数は次の条件での推計結果であり、条件が異なると患者数も増減することに留意を要する。

- 両病院を含めて2017年時点でのさがネットに公示されたデータを基にした推計であり、各病院の医師数や診療機能の変化は反映していない。特に新病院で新たな診療機能等に取り組む場合は、推計患者数より上振れる可能性がある<sup>2</sup>。
- 修正ハフモデルの時間距離は2017年時点の道路網を基に推計しており、佐賀唐津道路の開通により小城市からの時間距離が短縮される効果は反映していない。

医師がいつの時点で増員されるかは現時点では不確定であるが、先行統合病院では開院後数年かけて徐々に増員されることが多い。この場合、一般病床の入院患者数は当面の間、90名から100名程度で推移し、その後は逓減すると推察される。療養病床の患者数は療養入院基本料2を算定するなら、当面の間28名程度で推移した後逓減するものと推察される。

仮に一般病床を110床とすると、入院患者が90名で病床利用率は82%、102名で93%となる。また仮に療養病床を30床とすると、入院患者が28名で病床利用率は93%となる。

<sup>2</sup> さがネットは病院の自己申告データであり、データを更新していない病院もある。さがネットの公示患者数は厚生労働省の患者調査から推計される患者数よりも相当に少なく、実態と異なる可能性がある。

## 5. 医療需給関係から見た新病院に期待される役割

### (1) 救急受入体制の強化

両市合算で全救急搬送の59%が両市外に流出しており、中等症・軽症でも58%、軽症のみに限っても53%が両市外に流出している。中でも外傷系、脳疾患、心疾患、消化器系、呼吸器系等の流出件数が多い。

これらの流出の多い疾患を中心に救急受入体制を強化し、救急は原則として断らず、自院で対応が難しい患者は診断を付けた上で他院に搬送する等の対応が求められる。

### (2) 診療科の充実

入院患者の48%、外来患者の34%が両市外に流出している。

循環器系、損傷中毒、筋骨格系、呼吸器系、消化器系等の両病院で実績のある診療科の充実を図り、外来では眼科や内分泌系（糖尿病等）等を新設・強化することで流出の抑制が期待される。また、両市とも診療所が充分にはなく、かかりつけ医としての機能も求められる。救急患者を含め、さまざまな疾患の患者救を受け入れられるように総合診療医の招聘が期待される。

### (3) 患者の病態に合わせた一連の医療提供

急性期を脱した患者が円滑に家庭生活に戻れるようにリハビリテーションを含めた回復期の医療を提供し、必要に応じて慢性期の医療や在宅での医療を提供する等、患者の病態に合わせた適切な医療がつつがなく提供されるように、回復期・慢性期・在宅の各医療機能を充実させることが求められる。

### (4) 健康の維持管理のための取組み

地域住民の健康の維持管理のために、健康診断や健康講座を通して住民の健康意識を高めるとともに、在宅療養者に訪問リハビリテーションを提供するなどして、両市民の健康の維持管理に寄与する取組みが求められる。

### (5) 地域包括ケアシステムの構築と推進

今後、高齢期や慢性疾患の患者が増えるに従い、医療だけではなく、介護や福祉の支援を必要とするケースが多くなる。さらに核家族化の影響で日常生活に支障を来す高齢世帯も増えると予測される。

両市民が住み慣れたまちに安心して住み続けられるように行政・医療・介護・福祉が連携を強化し、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムを推進しなければならない。新病院は、この連携の中心的な役割を担うことが求められる。



## 第2章 新病院整備の基本方針



## 1. 新病院の理念と基本方針

### (1) 基本理念

「信頼される温かい医療で地域に貢献します」

### (2) 基本方針

1. 誰もが、安心して生命（いのち）と健康を託せる温かい病院
2. 職員の一人ひとりが、「笑顔と真心で、全ては地域の人々のために」を日々実践している病院
3. 他の医療機関や福祉施設と連携し、地域医療をしっかりと支える病院
4. 職員の誰もが明るく働きがいのある病院

### (3) 理念を実現するための取組み

#### ① 患者のための取組み

- 患者が安心して治療に専念できるよう、患者の不安や疑問に対して納得できるよう説明に努める。
- 患者が治療方法を選択できるよう、セカンドオピニオンを推奨する。
- 待ち時間の短縮のため、最新技術を活用した外来体制を構築する。
- 患者のプライバシーに配慮した院内環境の整備に努める。

#### ② 医療水準向上の取組み

- 地域の医療需要に応えられるように関連大学等との連携を図り、医師の採用に努める。
- 職員の知識・技術向上のために研究、研修及び資格取得等の自己研鑽活動を支援する。
- AI（Artificial Intelligence；人工知能）などの新技術の活用及び専門職種の導入により医師業務の負担軽減に努める。
- 受診や検診結果の分析と診療への応用等、AIを活用した総合的な予約システム（受診勧奨や、慢性疾患のオーダー管理等）の導入により、医療従事者の負担軽減に努めることで、医師等が患者に関わる時間の確保に繋げる。
- 患者の遠隔診断に加え、読影や病理診断等のネットワークを利用する外部委託、地域の医療機関からの依頼検査へのネットワークを利用する結果通知等、ICT（Information and Communication Technology；情報通信技術）を利活用して患者や関係機関との円滑かつスピーディーな情報伝達や病院内の管理を行う。

#### ③ 患者・職員・両市民へのアメニティ提供の取組み

- 患者・家族や職員、地域住民が利用できるコンビニエンスストア等の売店・カフェテリア・イートインスペースの導入を図る。
- 市民が利用できるイベント、健康講座等を開催できる憩いの場を確保する。

#### ④ 医師・スタッフ採用ならびに人材育成のための取組み

- 子育て中の医師・スタッフを迎え入れるため24時間対応の保育室と病児保育室を設置す

るほか、非育児中の職員と同様の勤務をするために必要な対策を講じる。

- 働きやすい職場環境の整備のための福利厚生施設の整備に努める。
- 次世代育成支援計画に基づく、仕事と家庭が両立できる職場づくりをする。

#### ⑤ 健全経営への取組み

- 医療機器、各種情報システム等を遅滞なく更新し、職員の研究研修等に十分な予算を確保できるように健全経営に努める。
- 職員には経営情報を公開し、職員は経営状況を理解した上で各部署に定められた目標の達成に尽力し、地域の中核病院として安定して高水準の医療を提供し続けられるように努める。

## 2. 新病院の医療提供方針

### (1) 新病院が担う医療機能

#### ① 救急医療

多久・小城地区で発生した救急患者の両市外流出を減少させるべく、救急患者は原則として断らずに受け入れる。診断の結果、新病院での対応が困難な患者は適切な医療機関に紹介するトリアージ機能を果たす。多領域にまたがる救急患者を診察できるように総合診療医の招聘に努める。

#### ② 急性期の診療機能

多久・小城地区から佐賀市等に流出している患者の多い循環器系（脳血管疾患を含む）、損傷中毒、神経系、呼吸器系、筋骨格系、消化器系、腎尿路系、眼科系、内分泌系等の診療機能の充実を図る。ただし、新病院の規模では高度医療や専門領域の医療への対応は限りがあるため、佐賀市内の高機能病院等との機能分化を図りながら対応する。

当面は両病院で一定の実績がある整形外科、循環器内科、呼吸器科、消化器科、泌尿器科、小児科の強化を図る。

#### ③ 外来機能の充実

両市とも診療所が少ないことを勘案し、地域住民が必要とする外来機能の充実に努める。眼科、皮膚科等の地域に不足する診療科に加えて、外来の両市外流出の多い循環器系（脳血管疾患を含む）、内分泌系（糖尿病が大半を占める）、新生物、筋骨格系等、ならびに総合診療科（内科）の充実を図り、かかりつけ医としての機能を果たす。

#### ④ 回復期の診療機能

急性期医療を終えた患者が自宅に戻れるようにリハビリテーションを含めた適切な医療を提供するポストアキュート機能を充実させる。

整形外科等の各診療機能の強化を見据えて、適切な回復期病床を確保する。

#### ⑤ 慢性期の診療機能

合併症等の他医療機関では対応が難しい慢性期患者をはじめ、療養病床の施設基準に適合する患者を受入れる。

#### ⑥ 循環器病対策の診療機能

脳卒中・循環器病対策には、生活習慣の改善等の予防段階から、発症時の救急搬送、急性期医療の段階を経て、リハビリテーションによる回復段階、後遺症に対する保健・医療・福祉の総合的なサポートの段階があり、新病院では高度急性期医療を除いて各ステージの保健・医療を継続的かつ総合的に提供する。また慢性の心臓疾患等に対する疼痛管理等にも取り組み、脳卒中・循環器病の専門領域の確立に努める。

#### ⑦ 在宅医療の診療機能

統合前の両病院を含めて新病院の退院患者や在宅医療提供が不足する地域の在宅療養患者に対して訪問診療、訪問看護等を提供する。また、地域医療機関の在宅医療を支援するため、急性増悪患者等を受入れるサブアキュート機能を充実させる。

多久・小城地区の地域包括ケアシステムの構築のため、行政、地域の医療機関・訪問看護ステーション・介護事業所等との情報共有や退院調整を強化することで患者の在宅復帰の支援に寄与する。

#### ⑧ 健康維持・管理に関する機能

健康診断や保健指導機能の充実を図るとともに市民向け健康講座等を通して健康維持・管理に関する情報発信に努める。健康管理においても生活習慣病の重症化予防に重点を置いた早期発見、保健指導と受診勧奨、治療を一貫して行えるようにAI活用のシステム導入を含めた総合的な取り組みを行う。

また、在宅療養患者の健康維持・管理のために訪問看護・訪問リハビリテーション等の取り組みを強化する。

#### ⑨ 災害医療

多久市立病院の災害拠点病院の指定を引き継ぎ、24時間いつでも災害に対する緊急出動をし、被災地区の傷病者の受入れ・搬出が可能な体制を備える。

病院施設は被災時にも医療を継続提供できるような構造とし、非常用電源・燃料、非常用水・排水設備、食料・薬剤等の3日以上 の備蓄設備と防災用ヘリポートを備える。

また、DMAT（災害派遣医療チーム）の設置、BCP（事業継続計画）の策定及び訓練を実施する。

#### ⑩ 感染症対応

感染症患者の受入れのために必要な機能・諸室を備える。また、感染症患者・感染症が疑われる患者と他の患者等が接触することがないように入退出経路やゾーンを区分して医療安全・感染症防止対策に取り組む。

### ⑪ 周辺医療機関等との連携強化

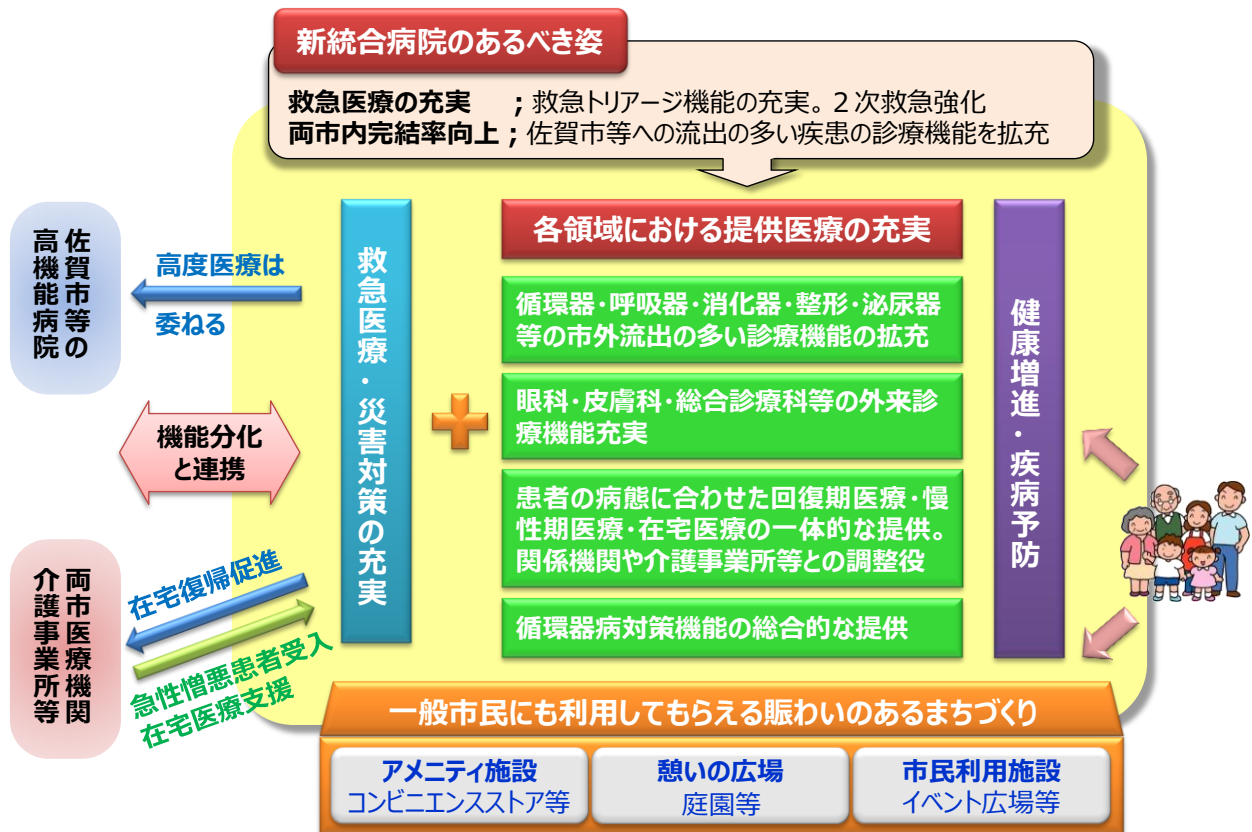
地域の医療機関とは紹介・逆紹介や依頼検査の受入れ等を積極的に行い、ともに地域の医療提供体制強化を図る共存共栄の連携体制をとる。

また、周辺市域を含めた各病院との機能分化を進め、高度急性期医療や専門医療は他病院に委ね、高度急性期後の患者を受け入れる等の連携体制の強化を図る。

### ⑫ 賑わいのあるまちづくり

新病院は周辺に商業施設や生活便利施設が少ないため、利用患者や家族、病院職員が利用できるイートインスペースやカフェを備えたコンビニエンスストア等が求められる。併せて新病院を身近に感じてもらえるように一般市民にも利用してもらえ、市民の健康増進に資するような事業等が展開でき、賑わいのあるまちづくりにもつながる各種の施設整備を検討する。

図表 I -2-1 新病院の目指す方向



## (2) 診療科・付帯事業

### ① 標榜診療科

診療科は統合前両病院の診療科を踏襲しつつ、関連大学等からの応援状況を見極めて決定する。医師の増員次第であるが、両市外への流出の多い次の診療科の機能強化を目指す。

〔神経内科・循環器内科〕

脳卒中、循環器病対策の強化のため、神経内科と循環器内科の専門医を招聘し、両診療科が一体となった循環器病対策の診療機能提供を目指す。高度急性期医療機関との連携を密にして、脳卒中・循環器病の高度急性期後の各ステージの医療の総合的な提供を目指す。

〔糖尿病内科〕

小城市民病院の糖尿病拠点病院の指定を引き継ぎ、糖尿病専門医を招聘して予防から治療まで一貫して対応する。

〔呼吸器内科・消化器内科・整形外科・泌尿器科・眼科等〕

呼吸器内科・消化器内科・整形外科・泌尿器科・眼科等の両市外への流出が多い診療科についても医師の招聘により診療機能の強化に努める。

また、総合診療医（内科）の招聘にも努め、幅広い領域の診療や救急のトリアージ機能の強化を図るほか、外科手術のために非常勤麻酔医の招聘にも努める。

〔総合診療科〕

多領域の診療に対応できる総合診療医の招聘に努めて総合診療科の新設を目指す。

図表 I-2-2 両病院の標榜診療科と新病院想定診療科

| 小城市民病院     | 多久市立病院     | 新病院想定診療科   |
|------------|------------|------------|
| 内科         | 内科         | 内科         |
| 呼吸器科       | 呼吸器内科      | 総合診療科      |
| 消化器科       | 消化器内科      | 呼吸器(内)科    |
| 循環器科       | 循環器内科      | 消化器(内)科    |
|            | 肝臓内科       | 循環器(内)科    |
|            | 腎臓内科(透析)   | 肝臓内科       |
|            | 糖尿病内科      | 腎臓内科(透析)   |
|            | 神経内科       | 糖尿病内科      |
| 小児科        |            | 神経内科       |
| リウマチ科      | リウマチ科      | 小児科        |
| 外科         | 外科         | リウマチ科      |
|            | 肛門外科       | 外科         |
| 整形外科       | 整形外科       | 整形外科       |
|            | 耳鼻咽喉科      | 耳鼻咽喉科      |
|            | 皮膚科        | 皮膚科        |
| 産婦人科       |            | 産婦人科       |
| 脳神経外科      |            | 脳神経外科      |
| 泌尿器科       |            | 泌尿器科       |
| リハビリテーション科 | リハビリテーション科 | リハビリテーション科 |
|            |            | 眼科         |

② 付帯事業

訪問看護ステーション、健診センター等の付帯事業の展開を検討する。

### (3) 病床数

病床数は入院患者数の見通しを基に 140～150 床程度とし、急性期病棟（回復期病床を含む）を 2～3 病棟、慢性期病棟を 1 病棟の目安とする。病棟数と病棟ごとの病床数は基本計画で検討するが、急性期病床 110 床程度、慢性期病床 30 床程度が妥当と考えられる。なお、地域包括ケア病床を慢性期病棟に設置する場合は、急性期病棟 100 床弱、慢性期病棟 40 床強が妥当と考えられる。



### 3. 特色ある病院づくりへの取組み

新病院が地域住民から支持され、地域医療に貢献できるように、次の特色がある病院を目指す。

#### ① 断らない医療

患者中心の医療を実現するため、救急や時間外診療も断ることなく対応する。

紹介患者も病院の都合で断ることなく、原則として迎え入れる。また、紹介患者の経過報告、返送・逆紹介を遺漏なく実施し、紹介元医療機関に再度紹介してもらえるように努める。

#### ② 柔軟な外来診療時間帯の設定

患者が利用しやすいように平日の外来診療時間の延長、土日の診療等の柔軟な外来診療時間帯を検討する。このために、医師は専門外の診療科にも対応し、病院の医師全員がかかりつけ医となれるように情報システムやカンファレンスで情報共有をする。

#### ③ 豊富な専門外来の設置

当面、常勤医の招聘が難しい眼科に加え、神経内科、精神科（発達障害・認知症対応等）、血液内科等の専門医を招聘し、豊富な専門外来を揃えて地域の完結率の向上を図る。

#### ④ 臨床研修病院

多久市立病院では初期研修医を受入れているが、さらに専門研修医（後期研修医）の受け入れを目指して、各々の専門領域で指導を行える人材の招聘等に努める。

#### ⑤ 個室化

療養環境の向上、ベッドコントロールのしやすさ、感染症対策等のために病棟は個室を多用する。シャワー等の特別の設備がある個室以外は特別療養環境料を徴収せず、患者にプライバシーの守られた良好な環境で治療に専念してもらう。

#### ⑥ 医療・介護・福祉の統合

ワンストップで介護・福祉・保健等の相談に応じられる体制を取る。地域のケアマネジャーとの連携の下で入退院調整を行い、両市の福祉窓口とも調整して在宅療養患者等の支援を総合的に行う。

#### ⑦ 病児保育室の設置

病児や病気回復期の子を預かる病児保育室の設置による子育て家庭の支援を検討する。

#### 4. 施設整備の基本方針

##### (1) 建設予定地

建設予定地は多久市東多久町の農地 25,435 m<sup>2</sup>である。

建設予定地は東多久駅から南に約 800m、唐津街道から約 600mの位置にある。

図表 I-2-3 建設予定地の位置と周辺状況



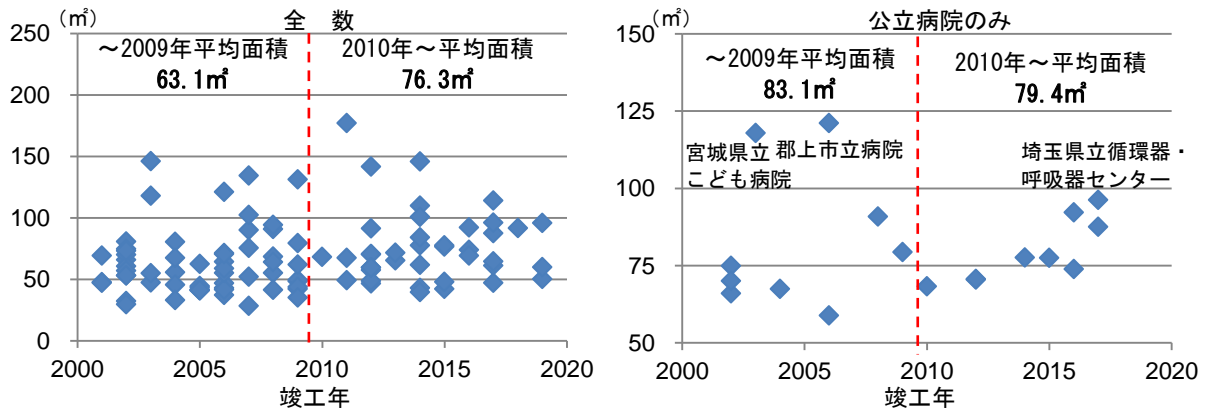
資料 ; Google マップ

##### (2) 施設規模

施設規模は他公立病院の1床あたり面積を参考に、延床 10,000 m<sup>2</sup> (140 床換算で1床あたり 71 m<sup>2</sup>) ~11,000 m<sup>2</sup> (同1床あたり 79 m<sup>2</sup>) を目安とし、基本計画において健診センター、訪問看護ステーション等の付帯事業の構成等を精査して決定する。

敷地内に 350 台程度の駐車場を整備するものとする。

図表 I-2-4 (参考) 130~170床の病院の1床当たり面積



※病棟のみの新增設は除く。

※公立病院面積は1床当たり面積が広い県立病院等の影響で平均値が上振れしている。

資料；日本医療福祉建築協会ホームページ データベース

### (3) 施設の整備基本方針

施設の整備の基本的な考え方は次のとおりとする。

#### ① 多久・小城地区のランドマーク

地域住民に新病院の立地場所が認識され、道案内の際等に目印として使ってもらえるような存在感のある施設とする。

#### ② ユニバーサルデザイン

子どもや高齢者、障がいのある人でも使いやすいバリアフリーの施設であり、施設内の移動距離が短い効率的な諸室配置の施設とする。

#### ③ ライフサイクルコスト削減

病院は初期建築費よりも運用後の水光熱費のコストの方が高い施設であることを鑑み、水光熱費を抑制できる施設・設備とする。

#### ④ 災害時対策

建設予定地はハザードマップ上では1000年に1度の洪水時に冠水する可能性があり得ることから、洪水等の災害時にも医療を提供し続けられる施設とする。また、周辺住民等が一時避難できるスペースを確保する。

#### ⑤ 感染症対策

感染症患者の受入れに対応する諸室を備え、他の患者等との動線・ゾーンを区分する。

#### ⑥ 療養環境の向上

患者のプライバシー保護や療養環境向上のため、病棟は個室の確保や多人床室でもプライバシーが守れる造りとする。またプライバシー保護のため相談・説明室等を確保する。

#### ⑦ 賑わい空間

市民に親しんでもらえる病院となるように、患者以外の市民が利用できる施設を配置する。

図表 I-2-5 施設の整備基本方針



(4) 想定初期投資額

仮に延床面積 11,000 m<sup>2</sup> (140 床で1床当たり@79 m<sup>2</sup>) の施設と想定すると、医療機器等の購入費も含めた初期投資額は 70 億円台半ばと想定される。

- 用地取得費・造成費・外構費等 約 12 億円
- 設計・建築費 約 50 億円
- 医療機器・備品等 約 10 億円
- 移設費・予備費等 約 2 億円

※両病院の解体費等は含まない。

5. 整備スケジュール

2025 年（令和 7 年）の開院を目途に以下の整備スケジュール(案)で整備事業を進める。

図表 I-2-6 整備スケジュール(案)

|           | 2020 年度 | 2021 年度 | 2022 年度 | 2023 年度 | 2024 年度 | 2025 年度 |
|-----------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 基本構想・基本計画 | ■       |         |         |         |         |         |
| 用地取得      | ■       |         |         |         |         |         |
| 開発規制解除    |         | ■       |         |         |         |         |
| 用地造成等     |         |         | ■       |         |         |         |
| 基本設計・実施設計 |         | ■       |         |         |         |         |
| 建設工事      |         |         |         | ■       |         |         |
| 開院        |         |         |         |         |         | ★       |

※設計施工分離発注方式の場合であり、設計、工事の時期、期間は整備手法により異なる。

## 6. 新病院の整備工法

従来主流であった設計・施工分離方式に代わり、設計と施工を一括発注する方式を採用する公立病院が増えている。一括発注方式により工期の短縮化や工費の縮減が可能となると考えられることから、各工法のメリット・デメリットを踏まえ、新病院の再整備に最適な工法を選定する。

図表 I-2-7 各種工法の比較一覧

|                          |      |              |      |      |          |   |   |
|--------------------------|------|--------------|------|------|----------|---|---|
| 従来方式<br>〔設計・施工<br>分離発注〕  | 基本計画 | 基本設計         | 実施設計 | 調達   | 施工<br>工事 | 業務が分割されるため、選定期間が長い。設計に工法が反映されないため、工事期間やコストがかかる。   |   |
| DB方式①<br>〔基本設計<br>一括型〕   | 基本計画 | 選定期間         | 基本設計 | 実施設計 | 調達       | 施工<br>工事  | 設計会社と施工会社を一括選定。設計に工法が反映され、工事期間・コスト縮減が可能。                |
| DB方式②<br>〔基本設計<br>先行型〕   | 基本計画 | 基本設計         | 実施設計 | 調達   | 施工<br>工事 | 基本設計に従い、実施設計会社と施工会社を一括選定（建設会社が実施設計をする可）。上記と同様の効果。 |   |
| ECI方式<br>〔施工予定者<br>技術協議〕 | 基本計画 | 基本設計         | 実施設計 | 技術協力 | 調達       | 施工<br>工事  | 施工会社は工事優先交渉権者として設計会社に技術協力する。上記と同様の効果があるが、施工会社と価格交渉要     |
| PFI方式<br>〔民間資金<br>等活用〕   | 基本計画 | 要求水準書<br>作成等 | 基本設計 | 実施設計 | 調達       | 施工<br>工事  | PFI事業者は施設の維持管理等を行うためトータルコストは縮減の可能性があるが、コンソーシアム形成等に時間を要す |

DB方式 ; Design-Build 設計・施工を単一事業者（グループ）に一括発注し、建設会社の技術力を反映させてコスト縮減・工期短縮を図る  
 ECI方式 ; Early Contractor Involvement 設計段階から建設会社が技術欲を設計内容に反映させ、コスト縮減・工期短縮を図る  
 PFI方式 ; Private Finance Initiative 民間活力を利用して公共施設の建設・維持管理・運営を行う方式

## 7. 経営形態

新病院は多久市と小城市が共同で運営することから新たな経営体を構成する必要がある。経営体は一部事務組合、地方独立行政法人、指定管理者制（公設民営方式）、民間譲渡が想定されるが、指定管理者制と民間譲渡は地方独立行政法人や自治体では病院運営が困難な場合に導入することが一般的な制度であり、新病院には該当しないため対象外とする。

一部事務組合と地方独立行政法人には各々メリット・デメリットがあるが今後の病院経営を考えた場合、経営者の判断を迅速に経営に生かせる組織づくりが求められており、臨機応変な運営や健全経営のためには地方独立法人がより望ましいと考えられる。

しかし、地方公営企業法全部適用でも、事業管理者に病院運営に関する広範な権限が与えられるため、機動的、弾力的な運営を行うことが可能であり、条例改正による定員の変更や独自の給与体系の構築も実現でき、柔軟な経営を行うことができている。

また、組織に大きな変革をもたらす病院統合とその後のスムーズな運営の移行を考えると、会計制度などの大幅な変更を伴う地方独立法人より、まず、一部事務組合による地方公営企業法全部適用で新組織構築を行った後で、経営環境を考慮して将来の組織体制への移行を検討することが現実的な選択と考えられる。

加えて、新病院を安定的に運営するためには、医師確保が最重要課題である。医師確保のためには病院だけではなく、両市の全面的な支援が重要であり、両市と病院が一体となった行動をする必要があり、当面は構成市の関与ができやすい一部事務組合の組織が望ましいと考える。

図表 I-2-8 一部事務組合と地方独立行政法人の比較

| 区分        | 一部事務組合  |   | 地方独立行政法人  |
|-----------|---|---|---|
|           | 地方公営企業法一部適用   | 地方公営企業法全部適用   |   |
| 設立手続      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 議会の決議を経てする協議により規約を定めて設置</li> <li>• 総務大臣または都道府県知事の許可</li> </ul> |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 議会の議決を経て定款を定めて設立</li> <li>• 同左</li> </ul>  |
| 組織        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 議会－管理者（通常は設立団体の長）</li> <li>• 監査委員</li> </ul>                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 事業管理者（設立団体の長が任命する特別職）</li> <li>• 監査委員</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 理事長（設立団体の長が任命）、理事（理事長が任命）</li> <li>• 監事（設立団体の長が任命）</li> <li>• 会計監査人（設立団体の長が任命）</li> </ul>  |
| 職員の身分     | 公務員   |   | 原則として非公務員   |
| 職員の給与     | 一部事務組合独自の給与表の設定が可能  |   | 地方独立行政法人独自の給与表の設定が可能  |
| 職員の定員     | 上限あり（職員定員条例で規定）   |   | 制限なし（中期計画の範囲で法人が設定）   |
| 設立団体との関係  | 事業目標  |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 設立団体の長は議会の議決を経て中期目標を設定</li> <li>• 法人は中期目標に基づき中期計画を作成し、設立団体の長の認可を受ける（議会の議決が必要）</li> </ul>   |
|           | 予算・決算等  | 管理者が作成・調製し、議会の議決・認定を受ける   | 事業管理者が原案を作成し設立団体の長が調製し、議会の議決・認定を受ける <ul style="list-style-type: none"> <li>• 中期計画に基づき年度計画を定め、設立団体の長に届出（議会の議決は不要）</li> <li>• 財務諸表、事業報告書、決算報告書について監事の意見を付けて設立団体の長の承認を受ける</li> </ul> |
| 主な財源      | 構成団体の分賦金、組合が起こす地方債  |   | 設立団体からの運営交付金、法人が設定する料金  |
| 制度のメリット   | 予算・決算に議会の議決・認定を受けるため議会の意向が病院運営に反映されやすい  | 左記に加えて、事業管理者の権限内で効率的・弾力的な運営がしやすい  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 職員定数がないことから弾力的な職員採用が可能</li> <li>• 中期計画の範囲内で柔軟な運営が可能</li> <li>• 議会対応が限られ、病院経営に専念しやすい</li> </ul>   |
| 制度のデメリット  | 職員定数や給与制度等が設立団体の条例の制約を受け、柔軟性に欠ける  | 一部適用よりは柔軟な運営ができるが、独立行政法人に比べて自由度が低い面がある  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 地方独立行政法人会計への変更、人事制度策定、会計監査等で千万円単位の費用が必要</li> <li>• 事業評価や人事・契約等の事務負担が少なからず発生</li> </ul>   |
| 統合病院の導入事例 | 掛川・袋井病院企業団、北播磨総合医療センター企業団、南和広域医療企業団、西知多医療厚生組合 等   |   | 山形県・酒田市病院機構、東金九十九里地域医療センター、加古川市民病院機構、桑名総合医療センター 等   |

資料；総務省資料ほか