

肝属郡医師会立病院  
施設再整備に向けた基本構想

錦江町・南大隅町  
鹿児島県



2021 年 3 月



# 目次

第1章 基礎調査.....	2
1 国や鹿児島県の医療政策の動向.....	2
( 1 ) 地域包括ケアシステムの実現へ向けて.....	2
( 2 ) 地域医療構想について.....	2
( 3 ) 在宅医療推進と病床機能分化（病床機能の必要性）.....	3
( 4 ) 全国ベースでの病床機能再編と今後の対応について.....	4
( 5 ) 実現に向けた今後の対応について.....	4
( 6 ) 鹿児島県の動向.....	6
( 7 ) 肝属保健医療圏での検討状況（機能分化）.....	6
2 外部環境調査.....	7
( 1 ) 肝属保健医療圏の医療需要.....	7
( 2 ) 肝属保健医療圏の医療供給体制.....	11
( 3 ) 高齢者等を取り巻く環境.....	13
( 4 ) 南隅地域（錦江町・南大隅町）の医療需要.....	15
( 5 ) 施設概要（肝属郡医師会立病院・みなみかぜ）.....	18
3 今後の環境変化.....	31
4 病院建替えの必要性（現状課題の整理）.....	34
( 1 ) 建替えの必要性について.....	34
( 2 ) 既存施設の状況 <老朽化>.....	34
( 3 ) 地域ハザードマップ <災害対策>.....	40
( 4 ) 老朽化の問題点 <施設整備>.....	42
第2章 新病院の基本方針の策定.....	49
1 新病院の目指すべき整備の方向.....	49
2 地域における新施設の位置づけと基本コンセプト.....	50
3 新病院に求められる重点診療機能.....	51
( 1 ) 新病院の診療機能.....	51
( 2 ) 病棟機能.....	52
4 介護老人保健施設と介護事業.....	57
( 1 ) 新病院移転に伴う方針.....	57
( 2 ) 介護需要予測.....	57

( 3 ) 居宅サービス .....	59
( 4 ) 行政サービス .....	61
<b>第3章 新病院の施設整備の基本方針の策定 .....</b>	<b>65</b>
1 新病院の建物・設備の概要 .....	65
2 新病院の立地条件 .....	67
3 施設整備に係る概算事業費の積算 .....	69
<b>第4章 新病院再整備の検討 .....</b>	<b>70</b>
1 整備スケジュール .....	70
2 新病院の整備計画の前提条件 .....	71
3 事業収支試算の想定条件と結果 .....	71
4 再整備に向けての取り組み .....	73

## はじめに

- ・ 平成 29 年 3 月、肝属郡医師会立病院では、開院 35 年を経過する病院施設の老朽化に伴い、今後の施設更新に向けた基本構想を策定した。
- ・ 基本構想では、新病院は移転・新築を前提とし、将来的には老健施設の併設も視野に入れること、また、医師会単独での再整備は、経営資源の観点から困難なため、国や県、錦江町、南大隅町の協力が不可欠であることが記され、平成 30 年 1 月、肝属郡医師会から「病院移転建替えに関する要望書」が両町へ提出された。
- ・ そこで錦江町と南大隅町では、肝属郡医師会から移転建替えの要望書を受け「医療や介護の持続可能なあり方」を検討する委員会を平成 30 年 8 月 31 日に発足した。
- ・ これは、全国でも少子高齢化が極めて急速に進む錦江町・南大隅町において、誰もが安心して暮らし、生涯にわたって本当の幸せを実感できる社会を築く基盤となる、医療や介護の姿を検討していくものである。
- ・ 本基本構想は、錦江町及び南大隅町の地域医療を担う基幹病院として医療を提供している肝属郡医師会立病院が抱える、施設の狭隘化・老朽化、地域の人口減少等の課題を踏まえ、肝属郡医師会立病院の施設再整備に向けて、当該病院が担うべき役割や機能をはじめとして、規模や建設場所、さらには病院の建替え及び運営方法に関する将来ビジョンを示すものである。

# 第1章 基礎調査

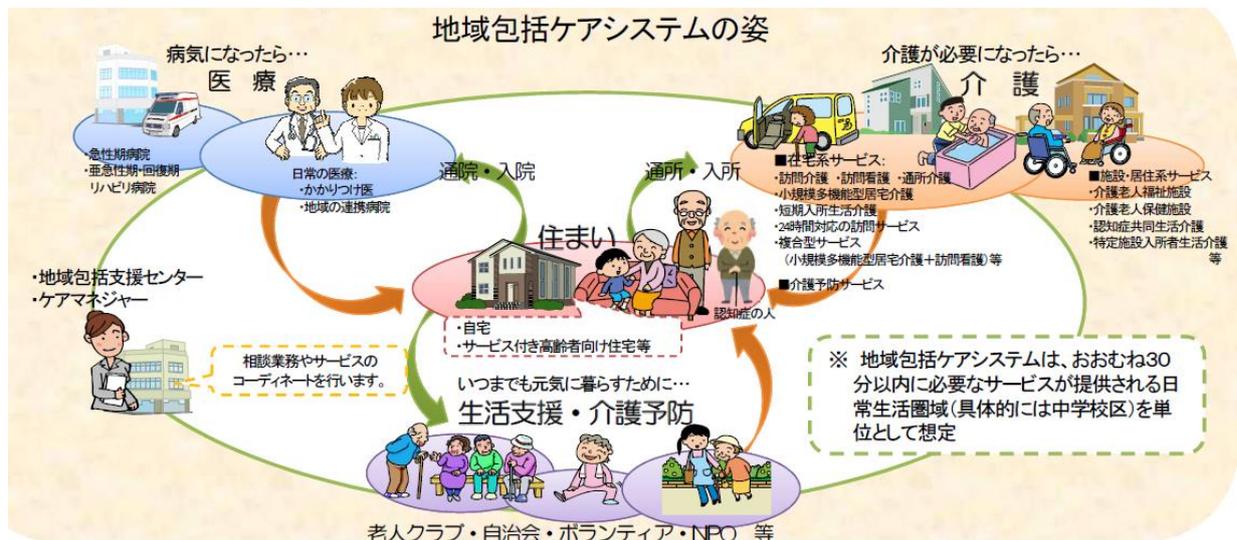
## 1 国や鹿児島県の医療政策の動向

### (1) 地域包括ケアシステムの実現へ向けて

日本は、諸外国に例を見ないスピードで高齢化が進行している。65歳以上の人口は、現在3,000万人を超えており（国民の約4人に1人）、2042年の約3,900万人でピークを迎え、その後も75歳以上の人口割合は増加し続けることが予想される。

団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても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、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の構築を実現していく。

■図表1 地域包括ケアシステムの姿

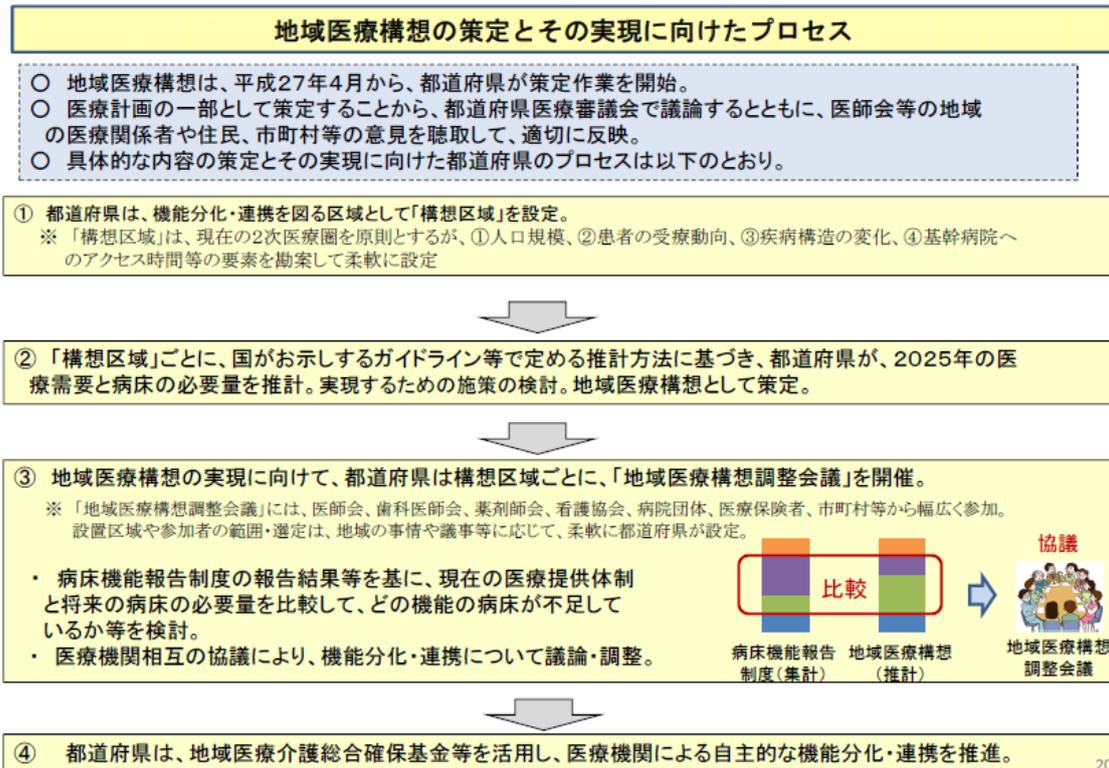


出典：地域医療構想について（厚生労働省医政局地域医療計画課作成資料）

### (2) 地域医療構想について

将来人口推計をもとに2025年に必要となる病床数（病床必要量）を、高度急性期・急性期・回復期・慢性期と4つの医療機能ごとに推計した上で、地域の医療関係者の協議を通じて病床の機能分化と連携を進め、効率的な医療体制を実現する取り組みである。

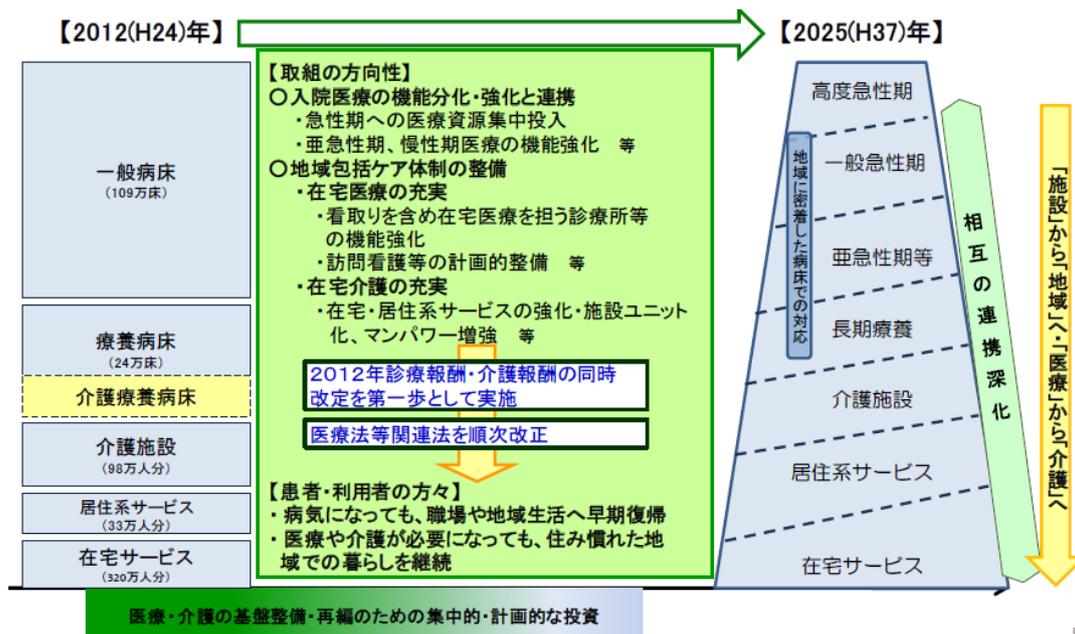
■図表2 地域構想実現に向けたプロセス



出典：厚生労働省「地域医療構想について」医政局地域医療計画課作成

### (3) 在宅医療推進と病床機能分化（病床機能の必要性）

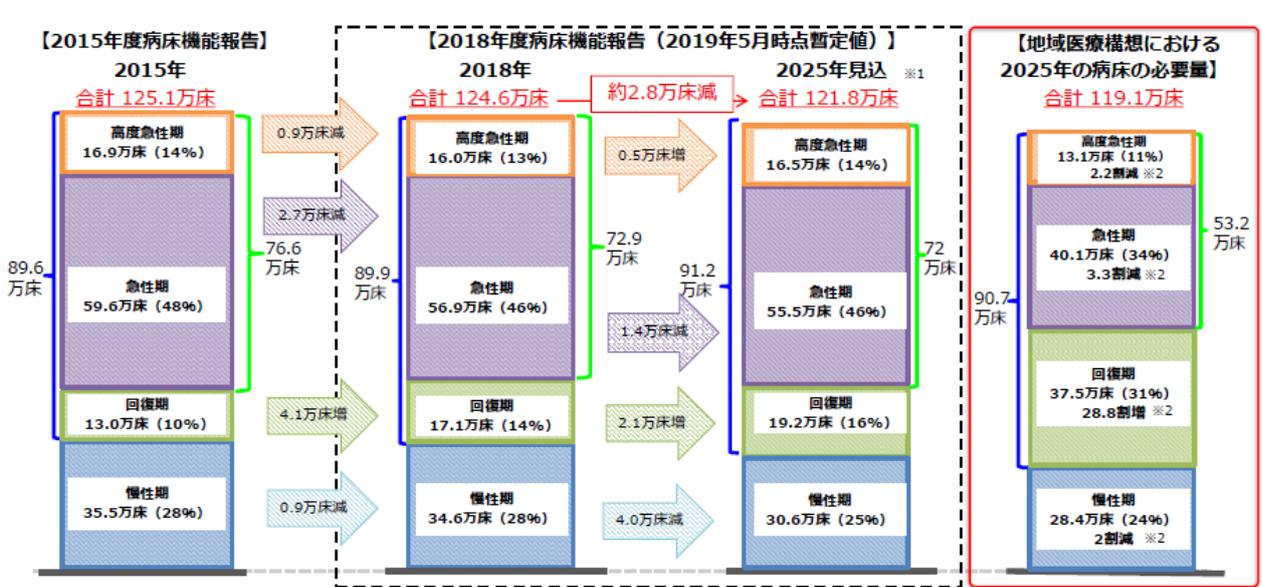
医療・介護機能の再編により患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築する取り組みを進めている。



#### (4) 全国ベースでの病床機能再編と今後の対応について

病床数の推移から見ると、2025年見込の病床数は121.8万床となっており、2015年に比べ、3.3万床減少する見込みだが、地域医療構想における2025年の病床の必要量と比べ未だ2.7万床の開きがある。(同時期に、高度急性期+急性期は4.6万床減少、慢性期は4.9万床減少の見込み) また、2025年見込の高度急性期及び急性期の病床数の合計は72万床であり、地域医療構想における2025年の病床の必要量と比べ18.8万床開きがある。よって今後はさらに「急性期」からの転換を進める必要がある。

■図表3 病床機能ごとの病床数の推移



出典：厚生労働省「地域医療構想の進捗確認」令和元年5月29日報告より

#### (5) 実現に向けた今後の対応について

今後、都道府県が確定する地域医療構想の実現に向けて、以下3つの対応を図っていくことが必要である。

- ・回復期の充実（急性期からの病床転換）
- ・医療従事者の需給見通し、養成数の検討
- ・慢性期の医療ニーズに対応する医療・介護サービスの確保について

図表4 厚生労働省「地域医療構想について」※抜粋

<p><b>1. 回復期の充実(急性期からの病床転換)等について</b></p>
<p>○ 急性期中心の病棟から回復期(リハビリや在宅復帰に向けた医療)の病棟への転換など自主的な取組を進める必要。 ※ 回復期をはじめとして不足している医療機能を充足していくことが必要。</p> <p>○ その際に必要な施設・設備の整備は、「地域医療介護総合確保基金」により、補助を行い、病床転換を誘導。</p> <p>※「地域医療介護総合確保基金」(H27年度は、1628億円(医療分904億円、介護分724億円)は、</p> <p style="margin-left: 20px;">1 病床の機能分化・連携に関する事業    2 在宅医療の推進</p> <p style="margin-left: 20px;">3 介護施設等の整備に関する事業        4 医療従事者の確保に関する事業</p> <p style="margin-left: 20px;">5 介護従事者の確保に関する事業        が対象。</p> <p style="margin-left: 20px;">医療分は、特に、1の「病床の機能分化・連携に関する事業」に重点的に配分。</p> <p>○ また、各機能の必要な看護師等の人数も異なることなどを踏まえ、転換に当たって妨げとならないような適切な診療報酬の設定が必要。</p>
<p><b>2. 医療従事者の需給見直し、養成数の検討について</b></p>
<p>○ 「地域医療構想」による病床推計等を踏まえ、医療従事者の需給について、見直ししていく。</p> <p>※ 回復期の病床の充実のためには、リハビリ関係職種の確保を進めていく必要があるなど、病床の機能分化・連携に対応して、医療従事者の需給の見直しを検討。</p> <p>○ こうした見直しの中で、医師の養成数についても、医学部入学定員等について検討していく。この夏以降にも、検討会を設置して、検討を開始する予定。</p> <p>※ 2025年頃には人口10万人あたりの医師数はOECD加重平均を超える見込み。</p> <p>一方、18歳人口の減少により医学部に進学する者の割合は132人に1人(2014年)から92人に1人(2050年)になる見込み<sup>21</sup></p>
<p><b>3. 慢性期の医療ニーズに対応する医療・介護サービスの確保について</b></p>
<p><b>基本的考え方</b></p>
<p>○ 今後10年間の慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な慢性期の病床の確保とともに、在宅医療や介護施設、高齢者住宅を含めた医療・介護サービスの確保が必要。病床の機能分化・連携の推進と同時に、こうした医療・介護サービスの確保を着実に進める。</p>
<p><b>(1) 基金を活用した在宅医療、介護施設等の計画的な整備</b></p>
<p>・ 「地域医療介護総合確保基金」を有効的に活用して、在宅医療・介護施設等を着実に整備。</p> <p>※「地域医療介護総合確保基金」</p> <p style="margin-left: 20px;">「在宅医療の推進に関する事業」「介護施設等の整備に関する事業」に活用して、整備を推進。</p> <p>・ 特に、平成30年度から始まる第7次医療計画及び第7期介護保険事業計画には、必要なサービス見込み量を記載し、計画的・整合的に確保。</p>
<p><b>(2) 慢性期の医療・介護ニーズに対応できるサービス提供体制の見直し</b></p>
<p>・ (1)に加えて、厚生労働省に有識者による検討会を直ちに設置し、慢性期の医療・介護ニーズに対応するサービス提供体制のあり方について、検討を開始。年内をメドに見直しの選択肢を整理。</p> <p>※【検討内容】 ① 介護療養病床を含む療養病床の今後のあり方</p> <p style="margin-left: 20px;">② ①以外の慢性期の医療・介護サービス提供体制のあり方</p> <p>※【スケジュール】 ・ 7月10日(金)に第1回会議を開催。年内をメドに制度改正に向けた選択肢を整理。</p> <p style="margin-left: 20px;">・ 来年以降、厚生労働省社会保障審議会において、制度改正に向けて議論。</p> <p style="margin-left: 20px;">(介護療養病床は、現行法では、平成29年度末をもって廃止されることとなっている。)</p>

出典：厚生労働省「地域医療構想について」医政局地域医療計画課作成

## (6) 鹿児島県の動向

### ① 二町による鹿児島県へのヒアリング

錦江町・南大隅町の担当課長による県へのヒアリングを令和2年の11月に実施した。現状の肝属郡医師会立病院の経営状況を中心に現施設の老朽化についての問題点・建て替えの必要性を説明した結果、重要な場所に位置して特別な役割のある病院だが、鹿児島県からの医療施設近代化整備事業などの支援は見込めるものの、それ以上の支援は難しい。

## (7) 肝属保健医療圏での検討状況（機能分化）

肝属郡医師会立病院が位置する肝属保健医療圏では、将来の入院需要や主な疾患別医療需要の推移などを踏まえ、今後の機能分化について検討が進められている。

これによると2015年時点の病床数、2,414床から2025年における必要量として1,730床とされおよそ30%近く減少するという目安も掲示されている。

### ① 構想区画における将来の病床の機能区分ごとの必要量

#### 2025(平成37)年における病床の必要量

構想区域	医療機能	2015年現在	2025年における医療供給(医療提供体制)				
		既存病床数(床)	2025年における医療需要	2025年における医療供給(医療提供体制)			病床の必要量(床)
			当該構想区域に居住する患者の医療需要(人/日)	患者の流出が現状のまま継続するものとして推計(人/日)	患者の流入が現状のまま継続するものとして推計(人/日)	将来のあるべき医療提供体制を踏まえ他の構想区域に所在する医療機関により供給される量を差減して推計(人/日)	
			患者住所地ベース	医療機関所在地ベース			
肝属	高度急性期	8	105.7	85.6	85.6	75%	114
	急性期	1,231	384.9	351.1	351.1	78%	450
	回復期	374	526.1	484.2	513.0	90%	570
	慢性期	704	547.5	504.6	548.3	92%	596
	休養等	97	-	-	-	-	-
	計	2,414	1,564.2	1,425.5	1,498.0	-	1,730

※ 将来必要とされる医療需要を把握し、不足する医療機能について今後どのように対応していくかを考えていくための目安であり、病床数の削減を意味するものではない。

(この注釈のみ「鹿児島県地域医療構想」p31)

#### 2030(平成42)年における慢性期病床の必要量

構想区域	医療機能	2030年における医療需要	2030年における医療供給(医療提供体制)			
		当該構想区域に居住する患者の医療需要(人/日)	2030年における医療供給(医療提供体制)			病床の必要量(床)
			患者の流出が現状のまま継続するものとして推計(人/日)	患者の流入が現状のまま継続するものとして推計(人/日)	将来のあるべき医療提供体制を踏まえ他の構想区域に所在する医療機関により供給される量を差減して推計(人/日)	
			患者住所地ベース	医療機関所在地ベース		
肝属	慢性期	491.6	456.0	493.1	82%	536

※ 慢性期病床の減少率見込みが全国中央値より急激な場合、目標年次を2030年に先延ばして設定可

(厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」)

(鹿児島県地域医療構想 p86)

出典：第3回地域医療構想調整会資料

## ② 肝属医療圏の課題

- ・脳卒中、急性心筋梗塞については圏域内で高い割合で対応できているが、がん患者については今後も地域がん診療連携拠点病院である県民健康プラザ鹿屋医療センター等を中心に連携強化が必要である。
- ・各医療機関の役割分担、連携の在り方を明確化し、不足する回復期機能の充足が必要である。
- ・市町を中心とした地域包括ケアシステムの構築を推進する中であって、今後増加が見込まれる在宅医療の需要に対するため、訪問診療や訪問看護等の充実とあわせ、医療機能内包の施設サービスを含めた医療・介護基盤の整備など、在宅医療提供体制の充実が求められる。

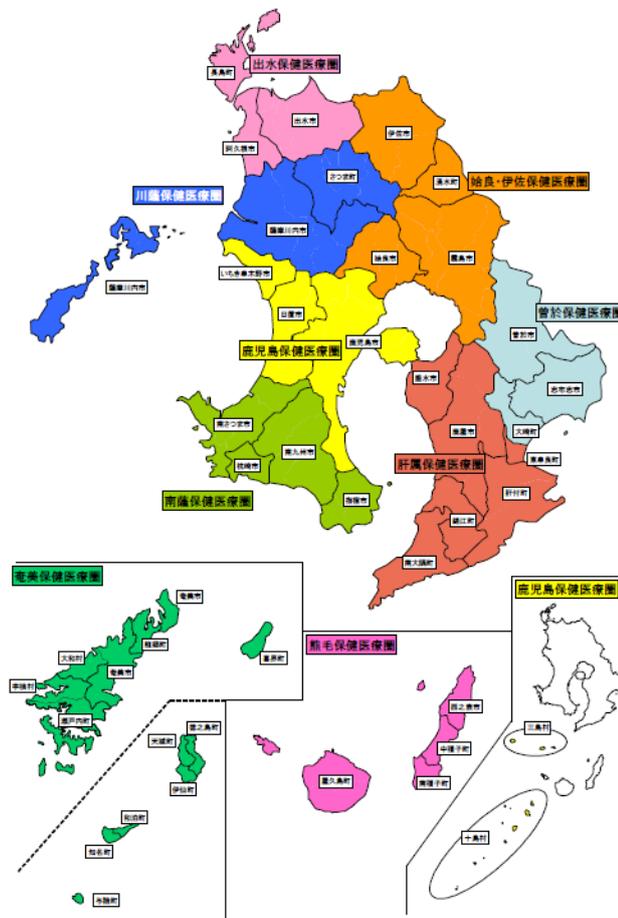
## 2 外部環境調査

平成 29 年 3 月に肝属郡医師会立病院が策定した「肝属郡医師会立病院基本構想」においても外部環境及び内部環境の調査を行ったが、調査内容の再整理及び最新状況に更新した。

### ( 1 ) 肝属保健医療圏の医療需要

#### ① 肝属保健医療圏の全体像

■ 図表 5 鹿兒島県全体の保健医療圏



出典：「鹿兒島県保健医療計画」（平成 30 年 3 月）

## ② 将来推計人口

全国・九州全体の将来推計人口は直近の2015年から減少傾向にある。2015年の総人口を100とし、2040年と比較すると全国が87.3%・九州全体が85.1%となっている。

南隅地域の将来推計人口は、直近の2015年の15,465人から減少傾向にあり、2040年には5,693人と現在の44.7%まで減少し、全国・九州全体と比較しても大きく減少する。また、労働人口（15歳～64歳）の人口減少は医療従事者の確保へも影響を与えることになる。

■図表6 将来推計人口（全国・九州・各県・南隅地域）

	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	指数※
全国	127,094,745	125,324,842	122,544,103	119,125,139	115,215,698	110,918,555	106,421,185	87.3%
九州	13,016,329	12,751,636	12,400,040	11,998,078	11,557,505	11,075,087	10,568,514	85.1%
福岡県	5,101,556	5,097,530	5,042,774	4,955,295	4,841,878	4,704,812	4,554,486	92.2%
佐賀県	832,832	810,484	784,789	757,242	728,170	696,815	663,781	83.7%
長崎県	1,377,187	1,320,596	1,257,939	1,192,223	1,124,291	1,053,851	982,200	76.5%
熊本県	1,786,170	1,742,273	1,691,314	1,635,901	1,576,825	1,511,793	1,442,442	84.6%
大分県	1,166,338	1,130,771	1,089,084	1,044,038	996,732	946,917	896,653	81.2%
宮崎県	1,104,069	1,066,719	1,023,170	976,626	928,034	876,863	824,806	79.4%
鹿児島県	1,648,177	1,583,263	1,510,970	1,436,753	1,361,575	1,284,036	1,204,146	77.9%
南隅地域	15,465	13,330	11,393	9,713	8,249	6,918	5,693	44.7%

(単位: 人)

出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の市町村別将来推計人口」（平成30年3月）

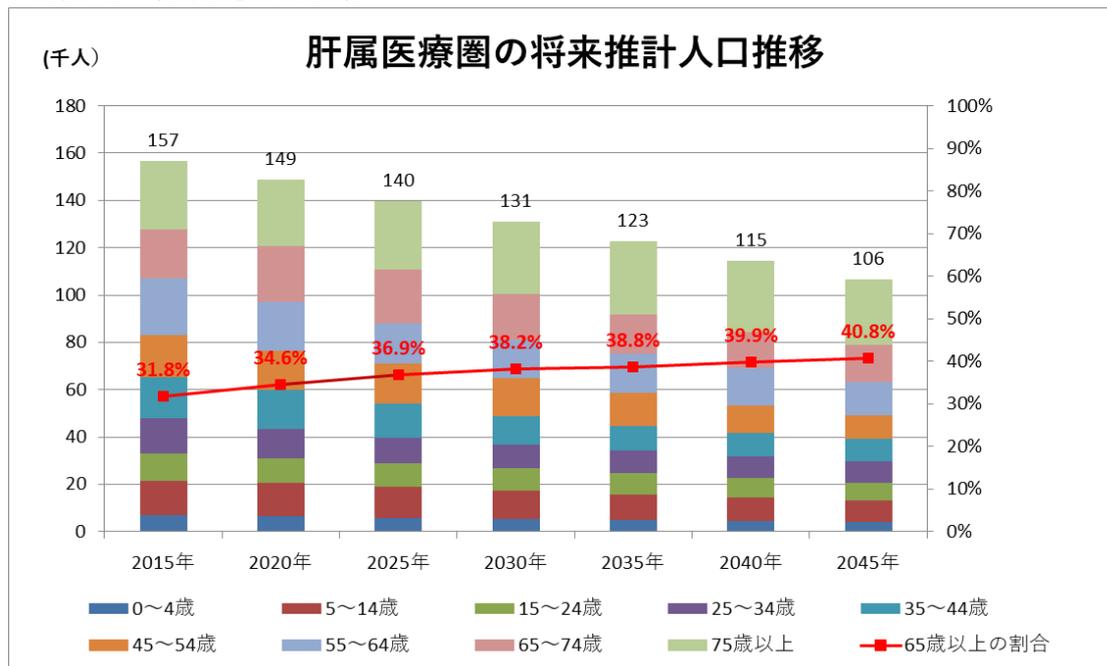
■図表7 労働人口推移（15～64歳）

	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	指数※
鹿屋市	59,233	54,946	51,308	48,477	46,356	43,493	40,581	73.4%
垂水市	8,015	6,479	5,291	4,419	3,800	3,173	2,556	39.6%
錦江町	3,704	2,964	2,373	1,907	1,540	1,256	1,027	33.9%
南大隅町	3,392	2,685	2,063	1,611	1,283	1,007	761	29.7%
肝付町	7,777	6,712	5,585	4,847	4,255	3,589	3,050	46.1%

(単位: 人)

出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の市町村別将来推計人口」（平成30年3月）

■図表 8 将来推計人口推移

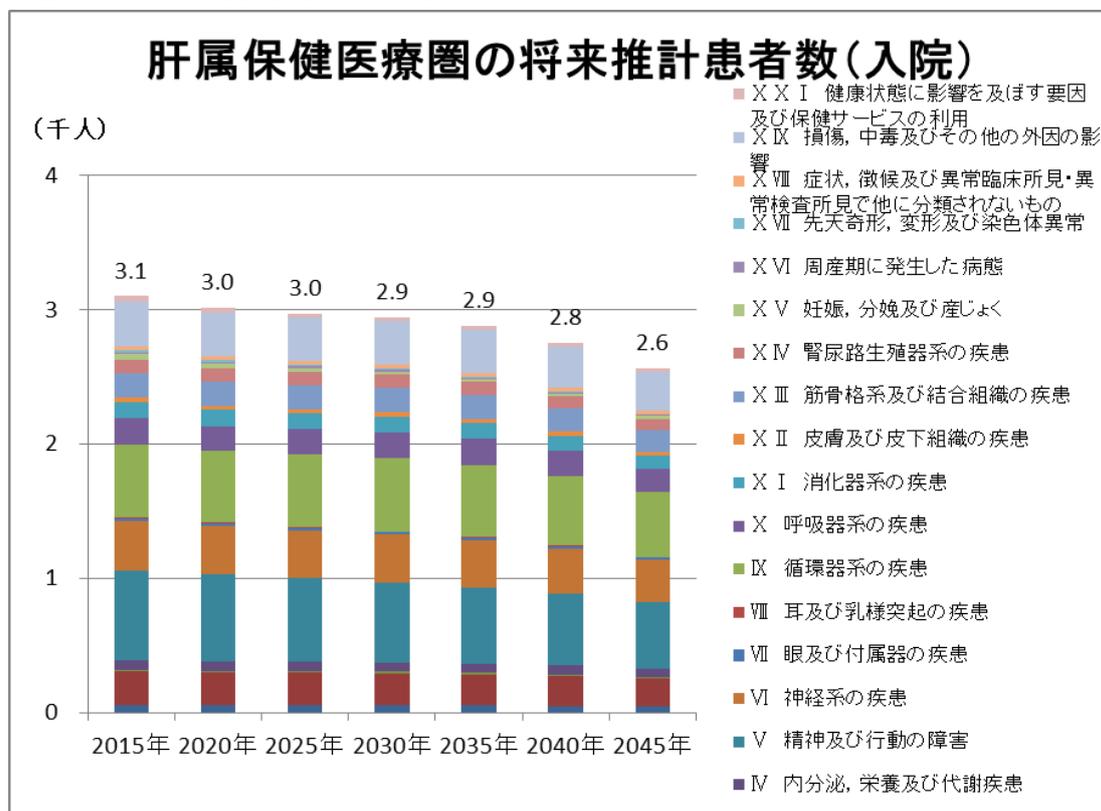


出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の市町村別将来推計人口」（平成30年3月）

③ 将来推計患者数

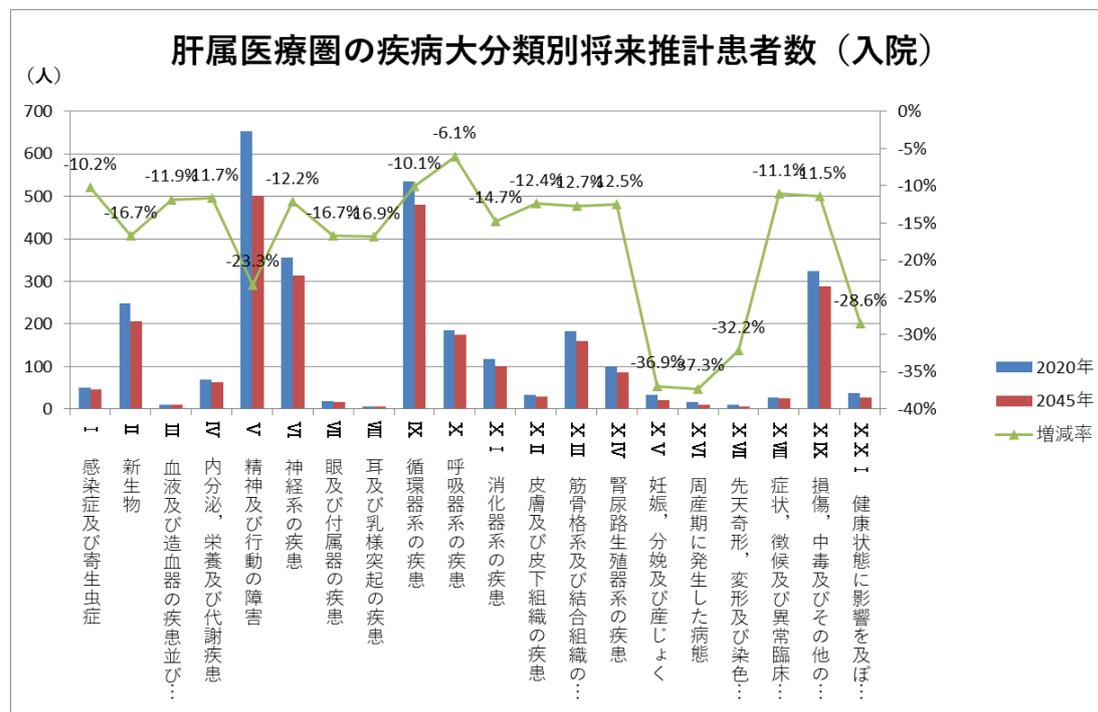
将来の患者数を推計した結果、肝属保健医療圏の入院患者数は 2015 年の約 3,100 人から 2040 年には約 2,800 人程度と推計された。外来患者数は 2015 年の約 9,800 人から 2040 年には約 7,900 人程度と推計された。

■図表9 将来推計患者数（入院）



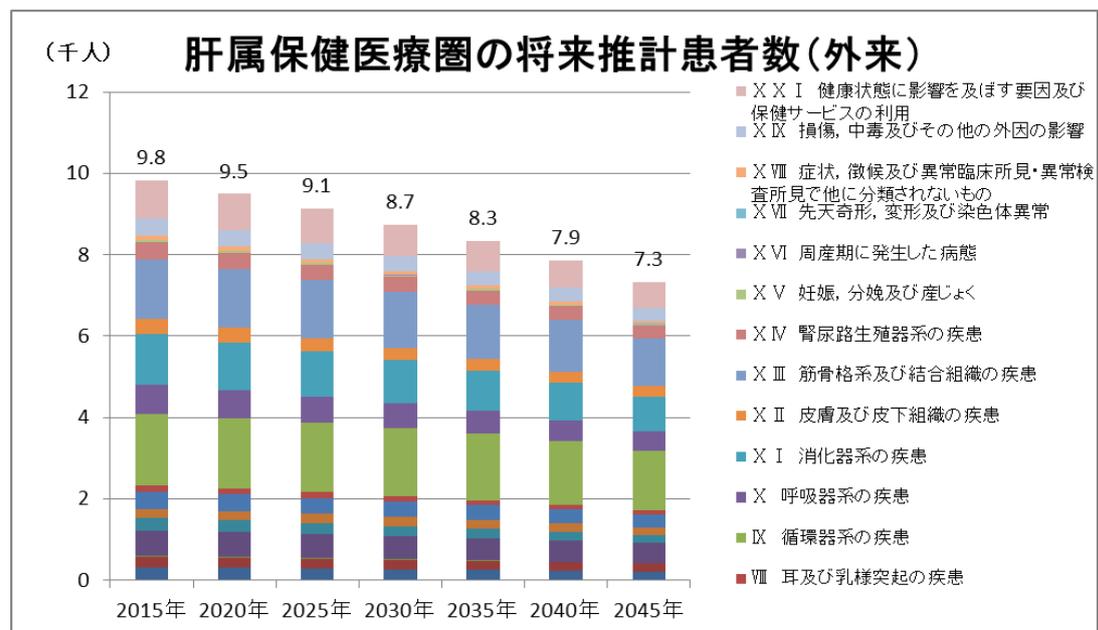
出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の市町村別将来推計人口」（平成30年3月）

■図表10 疾病大分類別将来推計患者数（入院）



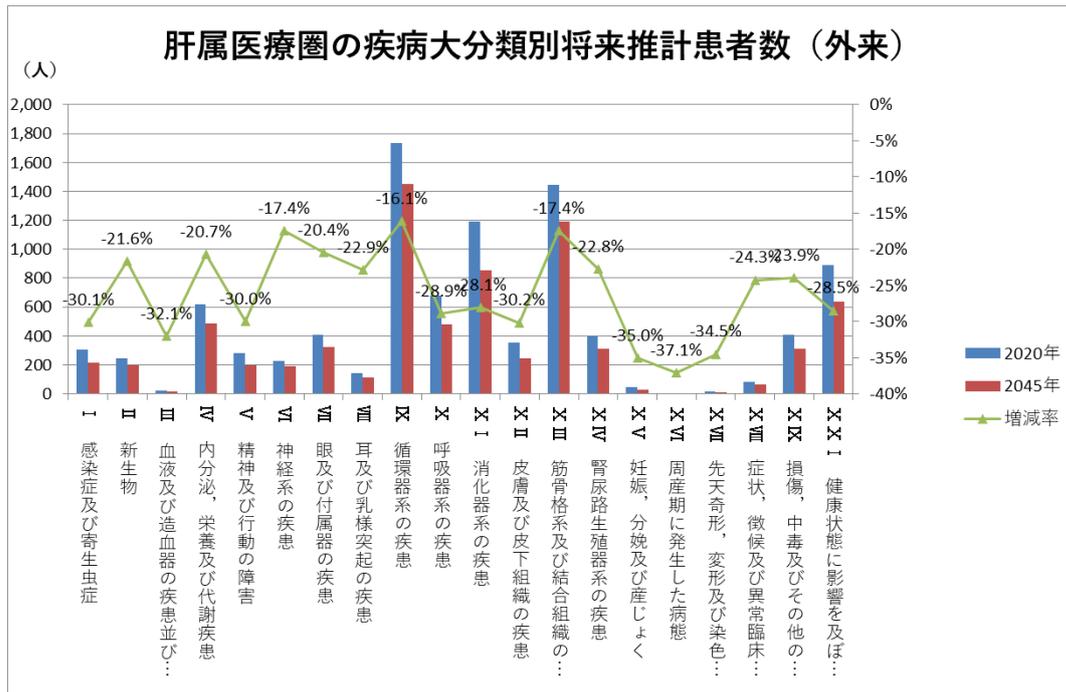
出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の市町村別将来推計人口」（平成30年3月）

■図表11 将来推計患者数（外来）



出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の市町村別将来推計人口」（平成30年3月）

■図表 1 2 疾病大分類別将来推計患者数（外来）



出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の市町村別将来推計人口」（平成30年3月）

## （2）肝属保健医療圏の医療供給体制

### ① 地域の医療施設及び病床数

鹿児島県保健医療計画によると肝属保健医療圏の人口は約 15.6 万人(面積 1,322 km<sup>2</sup>)であり、基準病床数は 1,747 床に対し、既存病床数は 1,959 床と約 200 床程度多くなっている。

■図表 1 3 鹿児島県 医療圏別病床数比較

圏域名	圏域内市郡	人口 (人)	面積 (km <sup>2</sup> )	基準病床数	既存病床数	既存病床内療養病床数	人口10万人当たり病床数
鹿児島保健医療圏	鹿児島市, 日置市, いちき串木野市, 鹿児島郡	679,508	1,045.4	8,434	11,003	3,580	1,619
南薩保健医療圏	枕崎市, 指宿市, 南さつま市, 南九州市	135,668	865.1	833	2,427	1,088	1,789
川薩保健医療圏	薩摩川内市, 薩摩郡	118,476	986.8	961	1,515	625	1,279
出水保健医療圏	阿久根市, 出水市, 出水郡	85,387	580.5	789	993	426	1,163
始良・伊佐保健医療圏	霧島市, 伊佐市, 始良市, 始良郡	238,167	1,371.3	1,976	3,370	1,648	1,415
曾於保健医療圏	曾於市, 志布志市, 曾於郡	81,277	781.1	522	938	586	1,154
肝属保健医療圏	鹿屋市, 垂水市, 肝属郡	156,787	1,322.9	1,747	1,959	583	1,249
熊毛保健医療圏	西之表市, 熊毛郡	42,760	993.7	214	444	11	1,038
奄美保健医療圏	奄美市, 大島郡	110,147	1,240.2	959	1,714	585	1,556
9圏域 43市町村	(19市20町4村)	1,648,177	9,186.9	16,435	24,363	9,132	1,478



#### ④ 肝属保健医療圏の医療資源の特徴

人口10万人あたりの医療施設数は、外科系診療所を除く他の一般診療所は全国平均を下回っている。一方で、病院は全国平均の6.6施設に対し約13.3施設と倍以上の施設数となっているが、広域過疎地であることを考慮すると、必ずしも充足していることを示すものではない。

■図表16 肝属保健医療圏の病院、一般診療所数等比較

施設種類別の施設数	施設数		人口10万人あたり施設数
	肝属医療圏	肝属医療圏	全国平均
一般診療所 合計	89	56.76	71.57
内科系診療所	60	38.27	45.46
外科系診療所	34	21.69	19.44
小児科系診療所	17	10.84	17.76
産婦人科系診療所	5	3.19	3.94
皮膚科系診療所	7	4.46	10.09
眼科系診療所	4	2.55	6.53
耳鼻咽喉科系診療所	7	4.46	4.73
精神科系診療所	1	0.64	5.54
病院	21	13.39	6.65
在宅療養支援診療所合計	28	19.5	11.67
在宅療養支援病院合計	3	1.91	1.17

出典：日本医師会「JMAP 地域医療情報システム」（令和2年8月27日現在）

※複数領域の診療所は重複してカウントされているため合計は一致しない。

### （3）高齢者等を取り巻く環境

#### ① 要介護認定者数の推移

要介護認定者数は、県や国が増加しているのに対し、肝属保健医療圏は微減傾向である。

■図表17 要介護認定者数及び要介護認定者数の増減推移

区分	要介護認定者数					平成25年度に対する 平成30.3月の対比率
	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成30年3月	
鹿屋市	5,784	5,895	5,994	5,953	5,930	102.5
垂水市	1,178	1,168	1,167	1,140	1,099	93.3
東串良町	467	460	456	447	459	98.3
錦江町	741	732	721	692	662	89.3
南大隅町	782	782	762	719	732	93.6
肝付町	1,539	1,488	1,502	1,452	1,416	92.0
肝属圏域	10,491	10,525	10,602	10,403	10,298	98.2
県	96,468	97,852	98,534	98,414	99,058	102.7
国	5,691,190	5,917,554	6,068,408	6,186,862	6,282,408	110.4

出典：「介護保険事業状況報告」（平成30年度）

② 要介護・要支援の鹿児島県内の認定者数

■図表18 鹿児島県内の他医療圏との比較（介護度・要支援）認定者数

医療圏	市町村	総数							合計
		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
肝属保健医療圏	鹿屋市	594	880	1,077	1,096	805	983	634	6,069
肝属保健医療圏	垂水市	128	109	286	171	158	204	100	1,156
肝属保健医療圏	東串良町	44	55	51	74	71	82	71	448
肝属保健医療圏	錦江町	110	35	131	88	91	139	74	668
肝属保健医療圏	南大隅町	113	96	132	99	97	121	86	744
肝属保健医療圏	肝付町	119	141	293	273	229	259	137	1,451
肝属保健医療圏	全体	1,108	1,316	1,970	1,801	1,451	1,788	1,102	10,536
鹿児島保健医療圏	全体	6,132	5,857	8,672	5,022	4,653	4,408	4,051	38,795
始良伊佐保健医療圏	全体	1,829	1,499	2,802	1,934	1,580	1,813	1,311	12,768
南薩保健医療圏	全体	1,126	1,238	2,052	1,648	1,457	1,552	1,325	10,398
川薩保健医療圏	全体	889	881	1,811	1,267	1,020	1,243	735	7,846
出水保健医療圏	全体	751	774	1,340	950	745	751	647	5,958
奄美保健医療圏	全体	711	907	1,257	1,252	1,043	1,205	748	7,123
曾於保健医療圏	全体	643	749	1,111	1,006	816	947	716	5,988
熊毛保健医療圏	全体	282	230	513	473	383	491	333	2,705

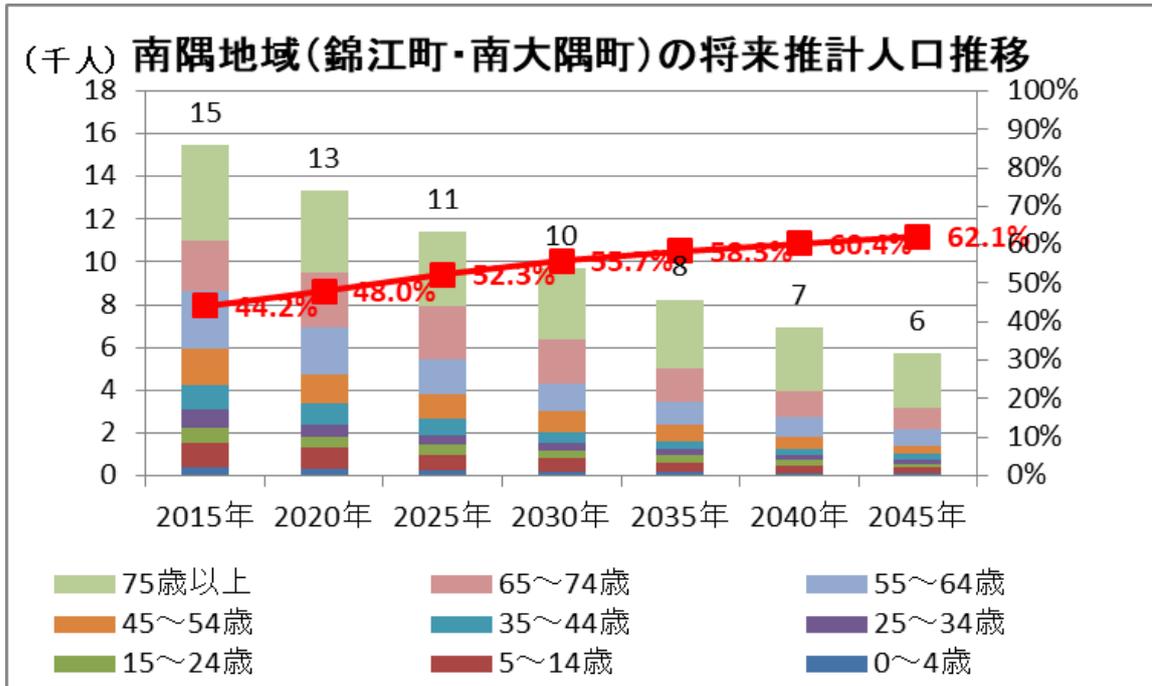
出典：「介護保険事業状況報告」（平成30年度）

#### (4) 南隅地域(錦江町・南大隅町)の医療需要

##### ① 将来推計人口

南隅地域の将来推計人口は、直近の2015年の15,465人から減少傾向にあり、2040年には5,693人と現在の44.7%まで減少する。また、高齢化率については2015年の44%から2040年には約60%まで増加する。

■図表19 南隅地域の将来推計人口推移



■図表20 南隅地域の将来推計人口推移

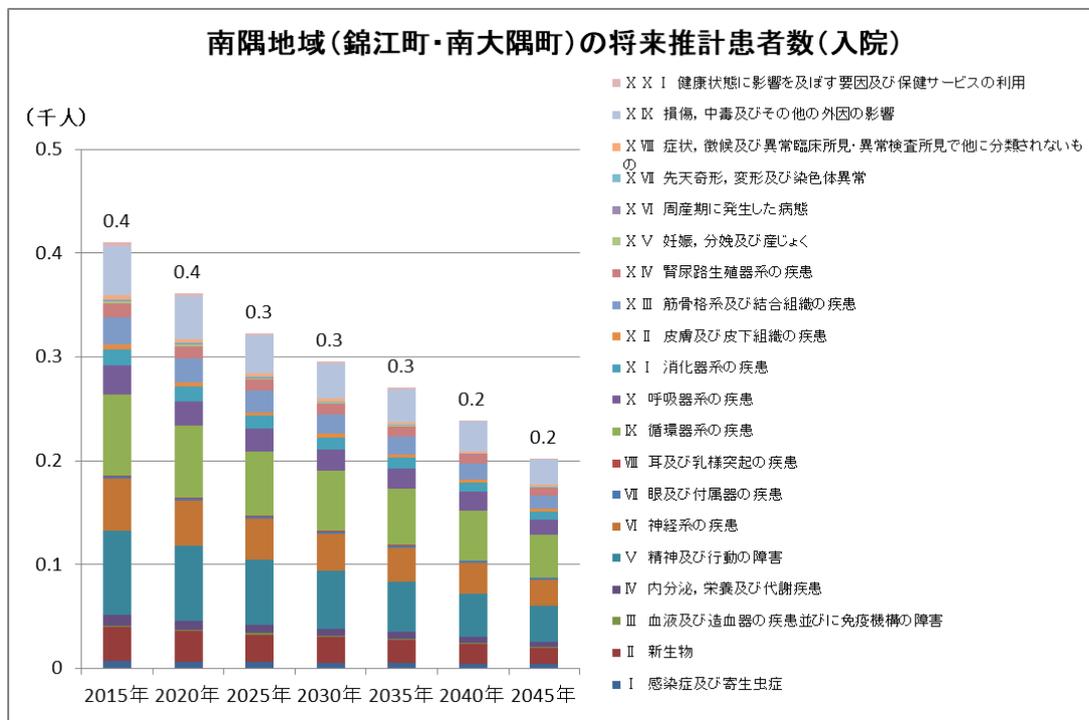
	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年
南隅地域							
錦江町	7,923	6,933	6,027	5,213	4,487	3,818	3,192
南大隅町	7,542	6,397	5,466	4,500	3,762	3,100	2,501
合計	15,465	13,330	11,493	9,713	8,249	6,918	5,693

出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の市町村別将来推計人口」（平成30年3月）

② 将来推計患者数

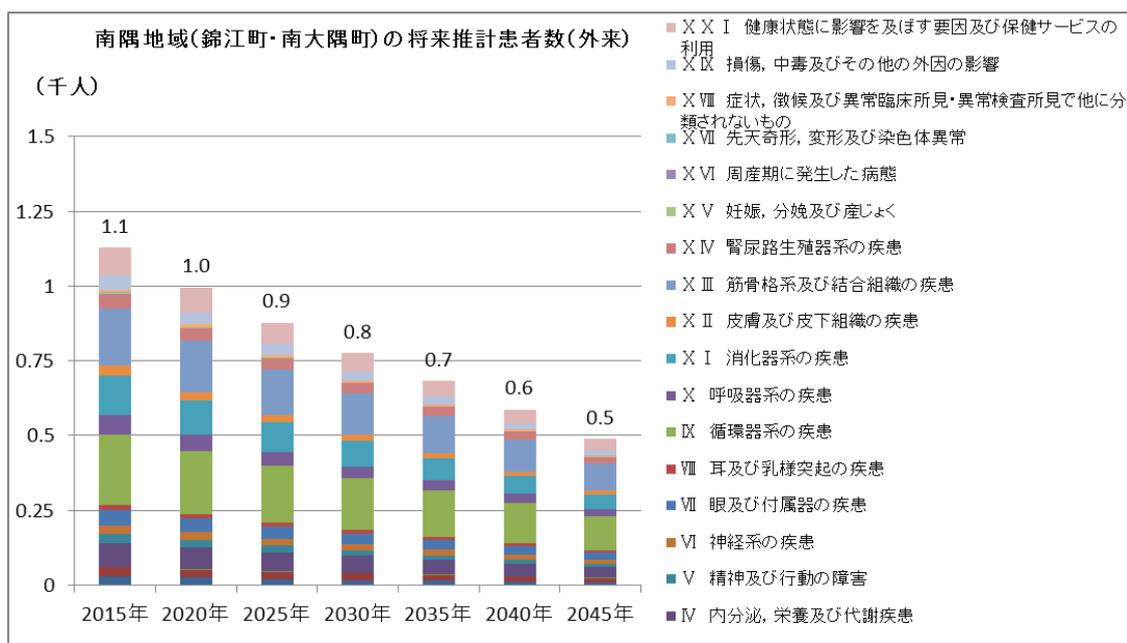
南隅地域の入院患者数は2015年の約400人から2040年には約200人程度と半減している。また、外来患者数は2015年の約1,100人から2040年には約600人程度と推計された。

■図表2-1 南隅地域の将来推計患者数（入院）



出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の市町村別将来推計人口」（平成30年3月）

■図表2-2 南隅地域の将来推計患者数（外来）



出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の市町村別将来推計人口」（平成30年3月）

### ③ 南隅地域の医療機関と病床状況

肝属郡医師会立病院は南隅地域で唯一、病床を整備し救急患者を受け入れることができる。

■図表 2 3 南隅地域の医療機関と病床状況

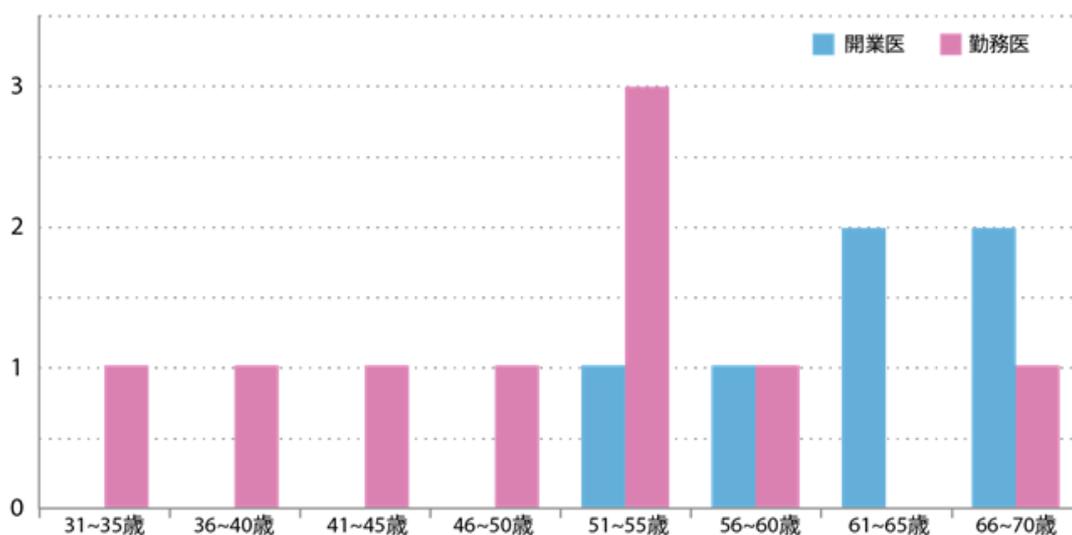
所在地	施設名称	病床数
旧大根占町	肝属郡医師会立病院	196
	長浜医院	0
	藤崎クリニック	0
	大根占医院 ※平成30年8月無床へ	0
	二川内科胃腸科 ※平成29年3月廃業	0
	錦江町宿利原巡回診療所	0
	錦江町池田へき地診療所	0
旧田代町	濱畑クリニック	0
旧根占町	じょうさいクリニック	0
	津崎医院	0
旧佐多町	南大隅町立佐多診療所	0
	南大隅町立辺塚へき地出張診療所	0
	南大隅町立郡へき地出張診療所	0

出典：南隅地域の医療介護の姿シンポジウム「肝属郡医師会立病院が果たすべき役割」

### ④ 南隅地域の年齢別医師数

勤務医に関しては、51～55歳までが全体の43%を占めるが、開業医は61～70歳までが67%と年齢層が高い。南隅地域の医療機関と病床状況で記した医療機関の10年後の存続が厳しいと想定できる。

■図表 2 4 南隅地域の開業医と勤務医の年齢別医師数



出典：南隅地域の医療介護の姿シンポジウム「肝属郡医師会立病院」

( 5 ) 施設概要 (肝属郡医師会立病院・みなみかぜ)

① 肝属郡医師会立病院

名 称	肝属郡医師会立病院
開設者	公益社団法人肝属郡医師会 会長 池田誠
開設日	昭和 56 年 1 月 17 日
所在地	鹿児島県肝属郡錦江町神川 135 番地 3
敷地面積	9,844 m <sup>2</sup>
床面積	9,531 m <sup>2</sup>
許可病床数	196 床
	一般病床 160 床 急性期病棟 58 床(うち地域包括ケア病棟 15 床・人間ドック用 4 床) 障がい者施設等病棟 102 床(4 階 60 床・3 階 42 床) 療養病床 36 床
診療科目	常勤医師対応:内科・脳神経内科(認知症もの忘れ含む)・外科・泌尿器科 非常勤医師対応:循環器内科・呼吸器内科・糖尿病内科・肝臓内科 血液内科・消化器内科・整形外科・眼科
一日平均患者数	入院 155 人 / 外来 107 人 (令和元年度実績)
職員数	常勤 197 名 / 非常 63 名 (令和 2 年 8 月 1 日現在)
併設施設	介護老人保健施設みなみかぜ 指定居宅介護支援事業所みなみかぜ

出典：南隅地域の医療介護の姿シンポジウム「肝属郡医師会立病院」

② みなみかぜ

名 称	肝属郡医師会立 介護老人保健施設みなみかぜ
設置主体	公益社団法人 肝属郡医師会
開設日	平成9年11月1日
所在地	鹿児島県肝属郡錦江町神川88-1
敷地面積	9,589.397m <sup>2</sup>
床面積	3,955.66m <sup>2</sup>
入所定員	75人
デイケア定員	60人
療養室	個室:15室(15名) 2人室:6室(12名) 4人室:12室(48名)

出典：みなみかぜホームページ (令和 2 年 10 月末時点)

③ 施設基準

受理番号	正式名称	算定開始年月日
(機能強化)第173号	機能強化加算	平成30年4月1日
(一般入院)第87号	一般病棟入院基本料(急性期一般入院料4)	平成31年3月1日
(療養入院)第166号	療養病棟入院基本料(療養病棟入院基本料1)	平成30年10月1日
(障害入院)第11号	障害者施設等入院基本料(10対1入院基本料)	平成30年9月1日
(救急医療)第65号	救急医療管理加算	令和2年4月1日
(診療録2)第38号	診療録管理体制加算2	平成17年1月1日
(急性看補)第7号	急性期看護補助体制加算	平成31年4月1日
(特施)第56号	特殊疾患入院施設管理加算	平成30年9月1日
(重)第60号	重症者等療養環境特別加算	平成30年7月1日
(療養1)第79号	療養病棟療養環境加算1	平成22年4月1日
(医療安全2)第133号	医療安全対策加算2	平成30年10月1日
(感染防止2)第71号	感染防止対策加算2	平成29年2月1日
(患サポ)第13号	患者サポート体制充実加算	平成24年4月1日
(後発使1)第87号	後発医薬品使用体制加算1	令和2年4月1日
(データ提)第26号	データ提出加算	平成30年4月1日
(入退支)第34号	入退院支援加算2	平成24年4月1日
(認ケア)第27号	認知症ケア加算3	令和2年4月1日
(地包ケア1)第17号	地域包括ケア入院医療管理料1	平成31年4月1日
(糖管)第18号	糖尿病合併症管理料	平成24年10月1日
(がん疼)第60号	がん性疼痛緩和指導管理料	平成22年9月1日
(糖防管)第15号	糖尿病透析予防指導管理料	平成24年4月1日
(開)第2号	開放型病院共同指導料	昭和56年9月1日
(がん指)第48号	がん治療連携指導料	平成23年9月1日
(薬)第72号	薬剤管理指導料	平成12年1月1日
(機安1)第35号	医療機器安全管理料1	平成20年4月1日
(支援病3)第62号	別添1の「第14の2」の1の(3)に規定する在宅療養支援病院	平成30年8月1日
(在病実2)第10号	別添1の「第14の2」の2の(4)に規定する在宅療養実績加算2	令和1年8月1日
(在医総管)第609号	在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時医学総合管理料	平成27年5月1日
(検Ⅰ)第115号	検体検査管理加算(Ⅰ)	平成20年4月1日
(検Ⅱ)第19号	検体検査管理加算(Ⅱ)	平成20年4月1日
(遠画)第19号	遠隔画像診断	令和2年1月1日
(C・M)第325号	CT撮影及びMRI撮影	平成25年9月1日
(外化1)第64号	外来化学療法加算1	平成20年4月1日
(菌)第66号	無菌製剤処理料	平成26年4月1日
(脳Ⅰ)第83号	脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)	平成24年10月1日
(運Ⅰ)第103号	運動器リハビリテーション料(Ⅰ)	平成22年4月1日
(呼Ⅰ)第55号	呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)	平成18年4月1日
(人工腎臓)第83号	人工腎臓	平成30年4月1日
(導入1)第71号	導入期加算1	平成30年4月1日
(透析水)第37号	透析液水質確保加算	平成26年11月1日
(肢梢)第40号	下肢末梢動脈疾患指導管理加算	平成29年8月1日
(胃瘻造)第3号	胃瘻造設術	平成26年4月1日
(輸血Ⅱ)第44号	輸血管理料Ⅱ	平成24年9月1日
(輸適)第59号	輸血適正使用加算	平成28年4月1日
(胃瘻造嚙)第1号	胃瘻造設時嚙下機能評価加算	平成26年4月1日
(食)第294号	入院時食事療養(Ⅰ)・入院時生活療養(Ⅰ)	昭和56年10月1日
(酸単)第39558号	酸素単価	平成29年4月1日

出典：肝属医師会立病院提供（令和2年4月現在）

④ 診療実績

新外来患者、再診患者、外来患者及び時間外患者の件数については共に、平成28年から令和1年までの間ほぼ横ばいである。

■病院稼働状況

項目	年度			
	H28	H29	H30	R01
新外来患者延数	2,792	3,076	2,923	2,928
(1日平均)	7.6	8.4	8.0	8.0
再診患者延数	28,611	29,308	28,661	28,070
(1日平均)	78.4	80.3	78.5	76.9
外来患者延数	31,403	32,384	31,584	30,998
(1日平均)	86.0	88.7	86.5	84.7
時間外患者数	1,026	1,117	1,138	1,039
(1日平均)	2.8	3.1	3.1	2.8
新入院患者数	900	926	891	869
退院患者数	903	943	886	876
月末在院患者数	1,902	1,903	1,852	1,833
在院患者延数	58,024	58,421	56,554	56,562
1日平均在院患者数	159.0	160.1	154.9	154.5
病床利用率	80.7	81.2	79.0	78.8
平均在院日数	66.3	63.6	63.7	64.8
(療養型病棟)	789.2	966.1	664.6	602.7
(一般病棟)	17.3	16.6	17.0	16.9
平均入院日数	10.7	10.7	10.8	10.9
病床回転率	1.2	1.2	1.1	1.1
手術件数	27	24	16	13
(内緊急手術)	3	1	0	0
死亡者数	215	197	181	216
放射線検査	8,463	8,702	8,177	7,849
内視鏡・生理検査	7,479	7,981	7,500	6,971
臨床検査	44,105	42,418	39,804	40,847
理学・作業・言語療法	37,837	41,629	42,020	45,143

■診療科別外来患者状況

診療科別の外来患者については、受診数の多い順に内科系、泌尿器科、整形外科、眼科、外科となっている。

月	H28	H29	H30	R01
項目				
内 科	10,414	10,800	10,821	11,017
（内 科）	4,447	4,807	5,060	5,580
（脳神経内科）	2,126	2,261	2,182	2,124
（循環器内科）	2,455	2,521	2,267	2,035
（呼吸器内科）	1,386	1,211	1,312	1,278
外 科	3,088	3,154	2,627	2,608
整 形 外 科	4,026	4,520	5,082	4,221
眼 科	4,320	4,227	4,167	4,160
泌 尿 器 科	8,134	8,213	7,404	7,523
放 射 線 科	0	0	0	0
そ の 他	1,421	1,470	1,483	1,469
合 計	31,403	32,384	31,584	30,998

■診療科別入院患者数と延人数

年度	H28		H29		H30		R01	
項目	新入院	延 数						
内 科	390	39,033	393	38,285	530	41,645	512	42,637
（内 科）	189	17,241	210	15,071	323	20,583	308	20,076
（脳神経内科）	201	21,792	182	23,213	191	21,044	198	22,553
（循環器内科）	0	0	0	0	0	0	0	0
（呼吸器内科）	0	0	1	1	16	18	6	8
外 科	335	14,024	340	17,090	269	12,446	253	11,985
整 形 外 科	0	0	0	0	0	0	0	0
眼 科	0	0	0	0	0	0	0	0
泌 尿 器 科	163	4,955	182	3,035	85	2,456	96	1,932
放 射 線 科	0	0	0	0	0	0	0	0
そ の 他	12	12	11	11	7	7	8	8
合 計	900	58,024	926	58,421	891	56,554	869	56,562

■手術件数（診療科目別）

手術件数は年々減少傾向である。令和1年については月に約1回である。

項目	年度	H28	H29	H30	R01
内 科		0	0	0	0
外 科		15	11	8	5
整 形 外 科		0	0	0	0
泌 尿 器 科		12	13	8	8
眼 科		0	0	0	0
そ の 他		0	0	0	0
合 計		27	24	16	13
(うち緊急手術)		3	1	0	0

■透析件数

入 院	1,259	733	1,123	1,093
外 来	5,295	5,432	5,155	5,376
合 計	6,554	6,165	6,278	6,469

■高気圧酸素治療件数

高 気 圧 酸 素 治 療	34	50	31	32
(減圧症又は空気塞栓)	23	6	0	2

■臨床検査件数（検査項目別）

項目	年度	H28	H29	H30	RO1
生 化 学 I		11,977	11,469	10,627	11,081
生 化 学 II		2,859	2,914	2,670	2,887
血 液 型		131	149	134	57
血 液 ガ ス		178	149	133	133
血 液 一 般		10,886	10,535	9,647	9,899
尿 一 般		6,562	6,575	6,204	6,352
免 疫 学 的		5,248	4,676	4,505	4,429
病 理 組 織		138	106	82	98
細 菌		685	539	512	446
交 差 試 験		131	67	64	43
骨 髄 像		0	0	0	0
細 胞 診		200	182	122	113
P C R		123	125	156	97
H b A 1 c		4,535	4,599	4,690	5,009
結 核 菌		160	160	133	117
生 体 検 査		0	0	1	0
血 沈		230	112	79	49
尿 素 呼 気		62	61	45	37
入 院		11,777	9,838	9,098	8,910
外 来		32,328	32,580	30,706	31,937
合 計		44,105	42,418	39,804	40,847

■リハビリテーション件数（診療科別）

項目	年度	H28	H29	H30	RO1
神 経 内 科		19,955	22,665	20,208	23,251
一 般 内 科		9,661	7,804	10,155	13,636
呼 吸 器 科		13	0	3	0
外 科		4,987	7,533	4,420	4,521
泌 尿 器 科		1,213	1,038	863	638
整 形 外 科		2,593	3,098	3,145	2,655
循 環 器 科		0	0	0	0
介 護 保 健 科		0	0	44	442
入 院		34,946	37,753	34,983	41,476
外 来		3,476	4,385	3,899	3,667
合 計		38,422	42,138	38,838	45,143

■リハビリテーション件数（職種・疾患別等）

訪問リハビリについては平成30年から開始後、翌年には約10倍となる442件の実績がある。他には理学療法の中の廃用症候群に対するリハビリ件数が、令和1年は例年の平均から約倍増している。入院件数については年々増加傾向にある。また、外来件数については概ね横ばいである。

療法	項目	年度			
		H28	H29	H30	R01
理学療法	運動器	4,499	4,398	4,926	4,750
	脳血管	11,051	12,290	9,863	11,744
	脳血管廃用	900	388	202	0
	廃用症候群	2,418	2,889	2,129	4,702
	呼吸器	666	608	323	321
	合計	19,534	20,573	17,443	21,517
作業療法	運動器	1,382	1,410	1,685	1,422
	脳血管	8,087	8,528	7,945	6,983
	脳血管廃用	257	142	126	123
	廃用症候群	1,324	1,750	859	2,141
	呼吸器	311	234	261	17
	合計	11,374	12,064	10,876	10,686
言語聴覚療法	脳血管	3,992	5,090	5,659	4,727
	脳血管廃用	124	0	0	0
	廃用症候群	361	757	230	262
	摂食機能療法	1,710	1,770	1,915	1,065
	合計	6,187	7,617	7,804	6,054
地域包括ケア		561	992	5,608	6,444
訪問リハビリ		-	-	44	442
入院		34,402	37,274	38,201	41,476
外来		3,435	4,355	3,775	3,667
計		37,837	41,629	42,020	45,143
消炎鎮痛（手技）		75	123	91	16
消炎鎮痛（器具）		106	260	149	103
患者延数		-	-	-	31,966

■放射線検査件数（機器別）

放射線検査は各検査概ね横ばいである。ただ、一般撮影に関しては減少傾向にある反面、高齢化が進むなかで骨密度検査（DEXA）が増加傾向にある。また当院で行っているDEXA法については隣接する市町村では検査が受けられる場所が限られているため、当院の強みとして積極的に検査から治療とフォローできる可能性が十分にあると考えられる。

項目	年度	H28	H29	H30	R01
一般撮影		4,283	4,215	3,699	3,340
乳房撮影		116	117	130	106
C T		1,644	1,745	1,623	1,636
(造影)		239	204	205	186
透視		0	0	0	0
造影		122	130	154	133
D S A		41	61	57	59
M R I		495	516	511	497
(造影)		19	33	31	45
骨塩量測定(DEXA法)		164	259	318	368
ドック		1,360	1,416	1,447	1,453
職員健診		238	243	238	257
入院		2,356	2,109	1,884	1,655
外来		6,107	6,593	6,293	6,194
合計		8,463	8,702	8,177	7,849

■生理機能検査・内視鏡検査件数

各検査ともに微減少傾向にある。

項目	月	H28	H29	H30	R01
心電図		3,047	3,168	3,046	2,867
負荷心電図		42	65	31	14
ホルター心電図		69	86	56	34
誘発筋電図		4	0	5	7
肺機能		431	468	486	418
脳波		5	9	9	14
心エコー		312	385	287	213
腹部エコー		885	948	882	832
その他エコー		500	545	455	348
A B I		294	305	213	206
胃・F		1,661	1,769	1,846	1,836
(治療)		204	209	244	208
気管支・F		0	0	0	0
E R C P		8	10	4	6
大腸・F		117	119	107	100
(治療)		44	33	21	25
泌尿器・F		104	104	73	76
耳鼻・F		0	0	0	0
入院		948	969	944	778
外来		6,531	7,012	6,556	6,193
合計		7,479	7,981	7,500	6,971

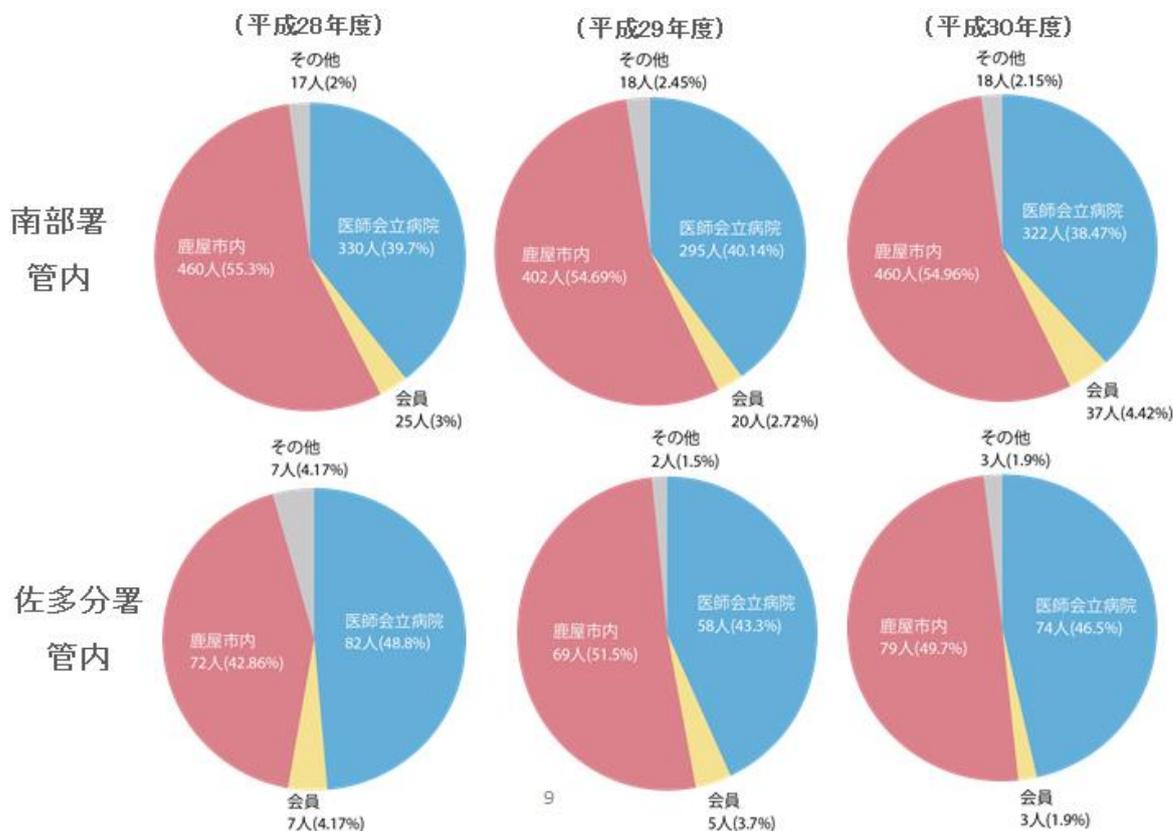
出典：肝属医師会立病院提供（④診療実績）

⑤ 救急車搬送先実績（南隅地域）

南隅地域における救急車の搬送先は、当院が約4割の受け入れ先として担っている。

南隅地域の南部消防署では2台、佐多分署は1台の救急車を所有し、現場までの全国平均 8.7 分に対し、広範囲ながらも約 10～14 分で駆けつけることができる重要な役割を果たしている。

■図表 2 5 南部・佐多分署所管別救急車搬送実績



出典：南隅地域の医療介護の姿シンポジウム「肝属郡医師会立病院が果たすべき役割」

【参考資料】各分署の救急患者搬送の詳細状況

■図表 2 6 肝属郡医師会立病院疾病別救急患者搬送数

救急搬送人員数 (疾病分類)	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度 (4月～7月)
その他	83	79	71	77	15
感覚系	18	21	18	22	4
呼吸器系	86	76	69	77	16
循環器系心疾患	38	45	38	43	5
循環器系脳疾患	18	18	12	18	3
消化器系	28	22	35	30	9
新生物系	8	9	7	9	2
精神系	4	6	9	7	2
泌尿器系	29	20	26	22	6
不明確の状態	26	37	38	32	11
急病以外	100	99	87	80	20
合計	438	432	410	417	93

出典：肝属医師会立病院提供

⑥ 紹介・逆紹介件数

■図表27 紹介・逆紹介件数

①紹介

紹介	H28	H29	H30	R1	R2
紹介患者数	722	739	705	676	197
初診患者数	1,136	1,237	1,077	1,098	384
紹介率	63.5%	59.7%	65.4%	61.5%	51.3%

※紹介率算定方法：厚生労働省における地域医療支援病院紹介率算定方式に基づく。

※R2：R2年4月～7月まで

R1内訳	肝属郡	鹿屋市	肝属東部	曾於市	鹿児島市	その他	合計
脳神経内科	69	21	0	2	1	2	95
内科	86	36	3	0	8	12	145
外科	98	26	1	0	6	30	161
泌尿器科	36	13	0	0	3	18	70
肝臓内科	1	0	0	0	0	0	1
呼吸器内科	23	2	0	0	1	17	43
糖尿病内科	9	4	0	0	0	3	16
整形外科	12	27	0	0	3	13	55
循環器内科	21	4	0	0	0	6	31
眼科	20	9	3	0	6	17	55
合計	375	142	7	2	28	118	672

②逆紹介

逆紹介	H28	H29	H30	R1	R2
逆紹介患者数	981	1,219	1,207	1,075	320
初診患者数	1,136	1,237	1,077	1,098	384
逆紹介率	86.3%	98.5%	112.0%	97.9%	83.3%

※逆紹介率算定方法：厚生労働省における地域医療支援病院逆紹介率算定方式に基づく。

※R2：R2年4月～7月まで

出典：受領資料「肝属郡医師会立病院」

⑦ 職員数

■職員数

当院の常勤医数は8名と非常勤医師26名の34名体制で診療を行っている。近年は非常勤医師の比率が増えている。常勤看護職員については年々減少傾向にあり、現在では89名である。その他の職員については概ね変わらない人数で推移している。

■図表28 職種別職員数推移

		平成28年度		平成29年度		平成30年度		令和元年度		R2.8.1現在	
		常勤 換算	実人数								
医師	常勤	7.39	8	7.67	8	7	7	7.32	8	7.38	8
	非常勤	3.33	20	3.09	21	3.4	23	4.09	26	4.34	26
看護師	常勤	110.89	111	103.93	104	103.13	104	94.7	95	88.84	89
	非常勤	3.34	5	5.34	7	6.53	10	8.9	14	9.15	15
看護補助者	常勤	25	25	19	19	17	17	19	19	19	19
	非常勤	5.31	6	5	5	7	7	8.28	8	6.25	7
医療技術員	常勤	44.45	45	43.95	45	44.95	46	45.45	46	45.33	46
	非常勤	2.19	3	0.5	1	1.08	2	0.96	2	0.98	2
技能労務員	常勤	11.5	12	13	13	14	14	13	13	13.5	14
	非常勤	8.13	9	4.34	6	4.14	5	4.53	9	6.02	9
事務部	常勤	21	22	19	20	20	21	19	20	20	21
	非常勤	0.75	1	2.5	3	1.71	2	1.68	2	3.52	4
合計	常勤	220.23	223	206.55	209	206.08	209	198.47	201	194.05	197
	非常勤	23.05	44	20.77	43	23.86	49	28.44	61	30.26	63
総計		243.28	267	227.32	252	229.94	258	226.91	262	224.31	260

出典：肝属医師会立病院提供（令和2年8月現在）

⑧ 在宅訪問診療状況

■図表29 在宅訪問診療状況

項目	H28	H29	H30	R1	R2
訪問診療を行った患者数	1,325	1,192	1,055	963	458
訪問診療を行った延べ数	3,421	3,374	2,912	2,897	1,384
往診を受けた数	183	111	104	117	37
在宅看取り数	26	22	34	23	11
特養看取り数	12	21	14	20	11
(内訳)					
◆錦江町・南大隅町内の医院、クリニック					
項目	H28	H29	H30	R1	R2
訪問診療を行った患者数	1,282	1,092	972	867	407
訪問診療を行った延べ数	3,358	3,254	2,773	2,724	1,326
往診を受けた数	174	102	95	81	21
在宅看取り数	19	15	30	20	3
特養看取り数	12	21	14	20	11
※R2: 令和2年4月～9月					
◆肝属郡医師会立病院					
項目	H28	H29	H30	R1	R2
訪問診療を行った患者数	43	100	83	96	51
(内)訪問診療を行った延べ数	63	120	139	173	58
(内)緊急の往診を受けた数	9	9	9	36	16
(内)在宅看取数	7	7	4	3	8
※R2: 令和2年4月～9月					

⑨ 収支状況

■図表30 診療報酬請求点数状況

	平成28年	平成29年	平成30年	令和1年
入院診療単価	25,918	25,827	25,953	25,673
延入院患者数	58,024	58,421	56,554	56,562
外来診療単価	14,617	14,242	13,681	14,388
延外来患者数	31,403	32,384	31,584	30,998

⑩ 損益計算書

■ 図表 3 1 損益計算書（人件費率と材料費）

	平成 27年度	比率	平成 28年度	比率	平成 29年度	比率	平成 30年度	比率	令和 元年度	比率
経常収益										
医業収益(含む介護)	2,074,483,049	100.0%	1,977,402,379	100.0%	1,976,743,590	100.0%	1,906,353,963	100.0%	1,916,510,581	100.0%
入院収益	1,618,820,110	78.0%	1,529,111,261	77.3%	1,527,997,670	77.3%	1,485,784,634	77.9%	1,476,654,421	77.0%
室料差額収益	815,400	0.0%	1,522,800	0.1%	2,511,000	0.1%	1,971,000	0.1%	1,487,800	0.1%
外来診療収益	386,592,533	18.6%	381,384,177	19.3%	383,804,014	19.4%	353,198,760	18.5%	369,557,661	19.3%
その他収益	68,255,006	3.3%	65,384,141	3.3%	62,430,906	3.2%	65,399,569	3.4%	68,810,699	3.6%
補助金・寄付金	41,361,000	2.0%	28,131,375	1.4%	29,495,751	1.5%	29,750,600	1.6%	29,371,400	1.5%
その他収益	27,569,459	1.3%	20,982,924	1.1%	20,492,581	1.0%	22,200,360	1.2%	21,845,927	1.1%
経常外収益	3,308,342	0.2%	0	0.0%	4,854,500	0.2%	0	0.0%	0	0.0%
<b>収益合計①</b>	<b>2,146,721,850</b>	<b>103.5%</b>	<b>2,026,516,678</b>	<b>102.5%</b>	<b>2,031,586,422</b>	<b>102.8%</b>	<b>1,958,304,923</b>	<b>102.7%</b>	<b>1,967,727,908</b>	<b>102.7%</b>
経常費用										
医業費用	2,155,561,614	103.9%	2,082,695,040	105.3%	1,992,848,753	100.8%	1,981,313,753	103.9%	2,025,862,744	105.7%
材料費	309,195,332	14.9%	274,016,713	13.9%	256,627,211	13.0%	237,597,006	12.5%	248,595,547	13.0%
給料手当	1,393,971,147	67.2%	1,376,342,916	69.6%	1,327,078,207	67.1%	1,332,796,656	69.9%	1,321,901,249	69.0%
委託費	135,186,323	6.5%	128,971,823	6.5%	124,347,175	6.3%	136,961,517	7.2%	139,386,980	7.3%
設備関係費	190,949,232	9.2%	185,260,037	9.4%	161,099,278	8.1%	154,951,506	8.1%	174,257,154	9.1%
その他	126,259,580	6.1%	118,103,551	6.0%	123,696,882	6.3%	119,007,068	6.2%	141,721,814	7.4%
管理費	606,908	0.0%	567,132	0.0%	574,033	0.0%	1,714,081	0.1%	1,124,827	0.1%
経常外費用	541,030	0.0%	356,156	0.0%	196,827	0.0%	4	0.0%	1,464,222	0.1%
<b>費用合計②</b>	<b>2,156,709,552</b>	<b>104.0%</b>	<b>2,083,618,328</b>	<b>105.4%</b>	<b>1,993,619,613</b>	<b>100.9%</b>	<b>1,983,027,838</b>	<b>104.0%</b>	<b>2,028,451,793</b>	<b>105.8%</b>
<b>純利益①-②</b>	<b>▲ 9,987,702</b>	<b>-0.5%</b>	<b>▲ 57,101,650</b>	<b>-2.9%</b>	<b>37,966,809</b>	<b>1.9%</b>	<b>▲ 24,722,915</b>	<b>-1.3%</b>	<b>▲ 60,723,885</b>	<b>-3.2%</b>

収益全体に対して、給与手当・委託費の比率が近年 70%を超える数字で推移している。令和 1 年については 76.2%と高い。

■ 図表 3 2 人件費率

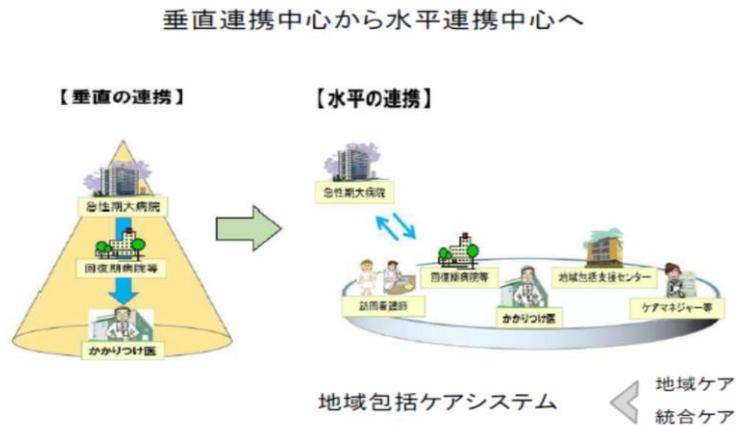
	平成 27年度	比率	平成 28年度	比率	平成 29年度	比率	平成 30年度	比率	令和 元年度	比率
<b>収益合計</b>	<b>2,146,721,850</b>		<b>2,026,516,678</b>		<b>2,031,586,422</b>		<b>1,958,304,923</b>		<b>1,967,727,908</b>	
経常費用										
給料手当	1,393,971,147	67.2%	1,376,342,916	69.6%	1,327,078,207	67.1%	1,332,796,656	69.9%	1,321,901,249	69.0%
委託費	135,186,323	6.5%	128,971,823	6.5%	124,347,175	6.3%	136,961,517	7.2%	139,386,980	7.3%
<b>経常費用合計</b>	<b>1,529,157,470</b>	<b>73.7%</b>	<b>1,505,314,739</b>	<b>76.1%</b>	<b>1,451,425,382</b>	<b>73.4%</b>	<b>1,469,758,173</b>	<b>77.1%</b>	<b>1,461,288,229</b>	<b>76.2%</b>

### 3 今後の環境変化

団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年に向けて、全国の各自治体では地域の特性・実情に応じた地域包括ケアシステム構築へ向けた取り組みが進められている。市町村では 3 年ごとの介護保険事業計画の策定・実施を通じて、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じた地域包括ケアシステムを構築する必要がある。

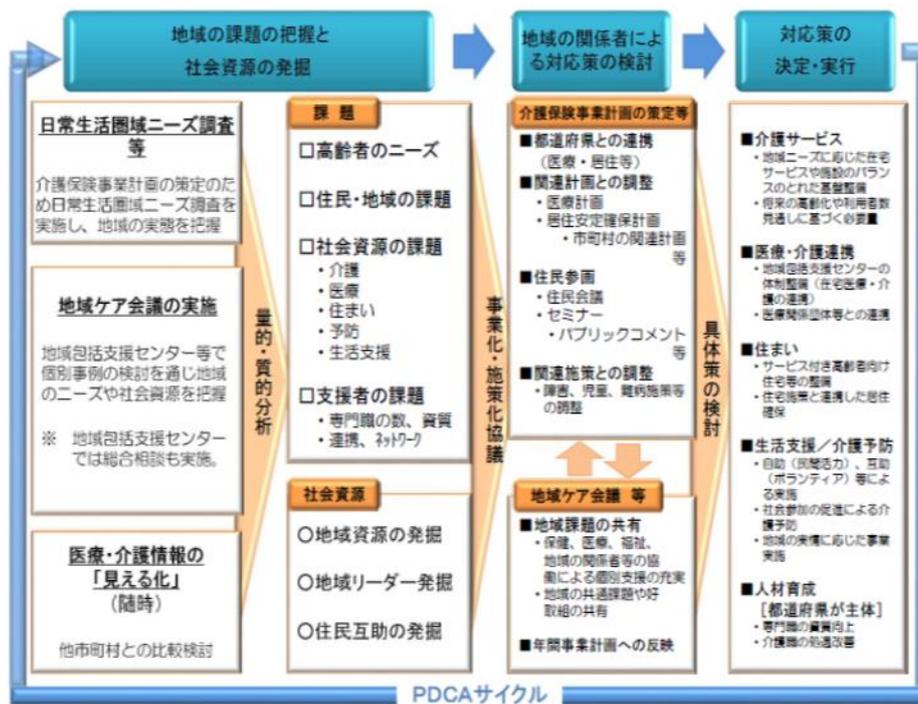
① 医療機関の連携形態の変化

■図表33 垂直連携から水平連携



② 市町村における地域包括ケアシステム構築のプロセス

■図表34 地域包括ケアシステム概念図



出典：厚生労働省ホームページより

③ 構築モデル例

各自治体における取組事例を全国で共有して、取り組みを推進することを目的に、全国の自治体から収集した先駆的な事例をモデル例として紹介している。

■図表35 全国のモデル事例

市区町村	都道府県	取組の概要
世田谷区	東京都	都市部での医療・介護・予防・生活支援・住まいの一体的な提供に関する取組
長岡市	新潟県	小地域での医療・介護・予防・生活支援・住まいの一体的な提供に関する取組
南部町	鳥取県	既存資源を活用した共同住宅による低所得者の住まいの確保
柏市	千葉県	行政と医師会の協働による在宅医療の推進と医療介護連携
四日市市	三重県	社会福祉法人と地域組織の協働による日常生活支援体制の構築
竹田市	大分県	介護保険外のサービスの開発とそれを活用した介護予防と自立生活支援
上天草市	熊本県	離島における在宅生活の基盤づくり
川越市	埼玉県	認知症施策と家族支援
大和村	鹿児島県	住民が自ら考える互助の地域づくり
境港市・米子市	鳥取県	特養等の施設機能を地域に展開

出典：鹿児島県ホームページより（令和2年3月時点）

## 4 病院建替えの必要性（現状課題の整理）

### （１） 建替えの必要性について

老朽化が深刻化する前に計画的な建て替えが必要である。

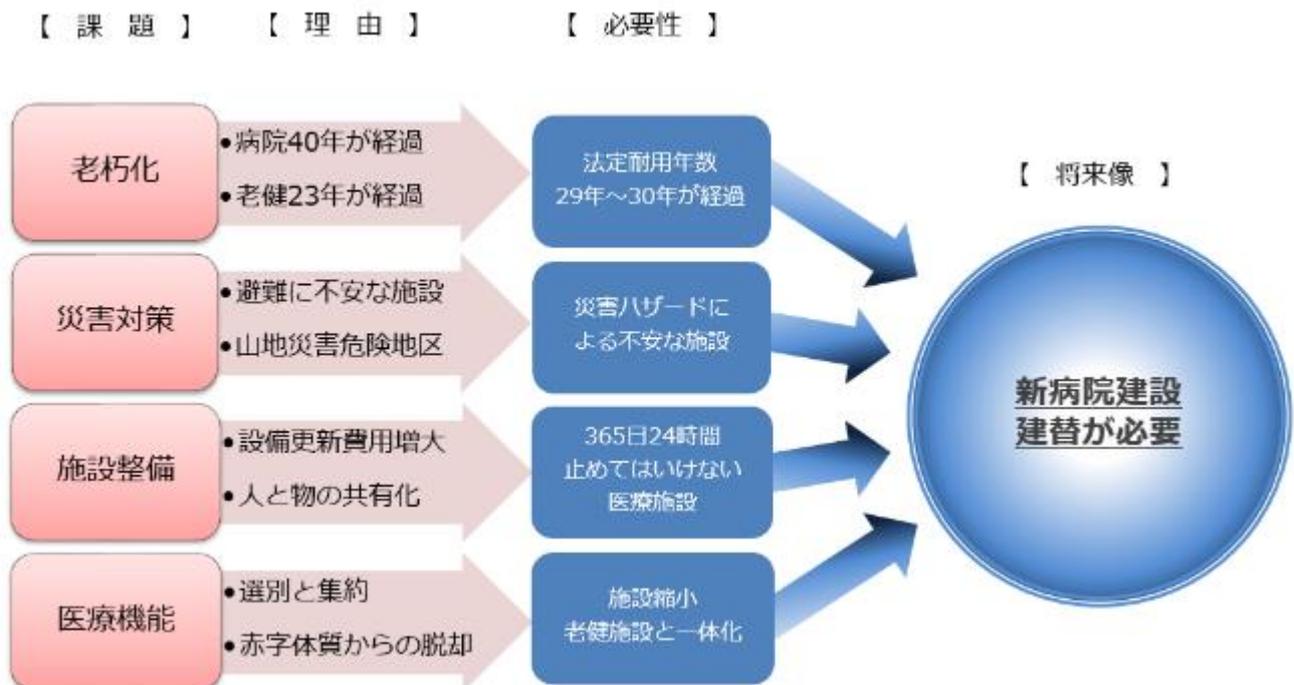
地域の診療所と高度医療の間をつなぐことが、医師会病院の重要な役割である。各地区の医師会が独自に運営している病院であるからこそ、地域の実情に合った医療提供が可能な施設だと考えられる。

その役割を担うためには、医療機能はもとより施設としても、地域の患者さんに信頼され安心できる施設である必要がある。

地域に信頼される病院施設とは、「地域の中間医療施設としての役割を備えた施設である事」

地域に安心される病院施設とは、「安心して使用出来る施設である事」

■図表36 新病院建設が必要な課題・理由



### （２） 既存施設の状況 <老朽化>

既存病院の中で最初に建てられた北側病棟は昭和55年（1980年）に建設され、竣工後40年になり、平成3年（1991年）に増築された南側病棟も竣工後29年になる。老健施設については竣工後23年が経過している。

北側病棟は新耐震基準が施行された1981年6月よりも前に竣工した建物に該当するが、平成24年に耐震診断され耐震補強が行われている。しかし、放射線検査棟や南病棟接続の際に使用したエキスパンションに段差が見られ、放射線検査棟については沈下がおきている状態である。

■図表 ①-1 場所：旧館棟外壁



老朽化の内容：平成 27 年度タイル壁打診調査の結果、全面にひび割れや欠損、浮きあり（北・南面一部補修）

■図表 ①-2 場所：旧館棟東・西非常階段



老朽化の内容：外壁にひび割れ、雨漏り。

■図表 ①ー3 場所：ボイラー オーバーホールしながら継続利用している。



老朽化の内容：昭和 55 年に設置されたもので、腐食・老朽化が進んでいる。

整備・点検を行いながら使用を継続している。

（上段①暖房用、②給湯用、③温水ボイラー、下段外観及び内部状況）

■図表 ①ー4 場所：旧館棟2階内視鏡室前漏水



老朽化の内容：3階病室床置き空調器ドレン板劣化

■図表 ①-5 場所：正面玄関



老朽化の内容 エントランスエキスパンションジョイント付近からの雨漏り  
コロナ過の自然換気による、設備機器結露からのカビ発生、設備機器の老朽化がうかがえる  
天井仕上、空調配管保温改修工事を令和1年度年度内に実施予定

■図表 ①-6 場所：透析室南面出窓付近



老朽化の内容：雨漏り（外壁ひび割れあり）

■図表 ①-7 場所：旧館棟3階ドック室



老朽化の内容：床ひび割れ

■図表 ①-8 場所：中央診療（放射線部門）旧増築棟



老朽化の内容：旧増築棟の沈下がおきている。また、外壁にひび割れが生じている。

① 病院周辺

■図表 ②-1 場所：裏山急斜面・正面玄関側倒木斜面



周辺の状況：地すべり等を原因とした倒木が確認できる。

■図表 ②-2 場所：新館棟裏山崩れ及び雨天時の増水状況



周辺の状況：雨天時には、裏山からの水量が急激に増加する。

■図表 ②-3 場所：駐車場の浸水状況（新館棟裏山からの増水の影響）



老朽化の内容：駐車場の沈下、裏山からの湧水増量や排水溝の狭小等による処理能力不足が原因で雨水が貯まる。

### (3) 地域ハザードマップ <災害対策>

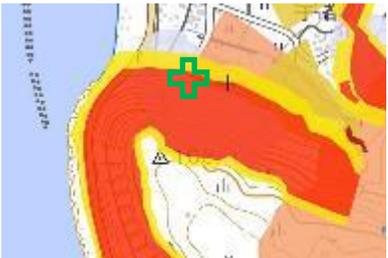
既存病院の建て替えの必要性については、既存建物の立地による危険性が考えられる。土砂災害警戒地区、土砂災害がおこりやすい場所であり山地災害危険地区にも指定されている。

「重ねるハザードマップ」による図示

ここで見られるように既存の肝属郡医師会立病院は、災害リスク情報の土砂災害計画区域などによると急傾斜地崩壊危険箇所、土石流危険渓流、急傾斜地の崩壊警戒区域、急傾斜地の崩壊特別警戒区域に指定されている。

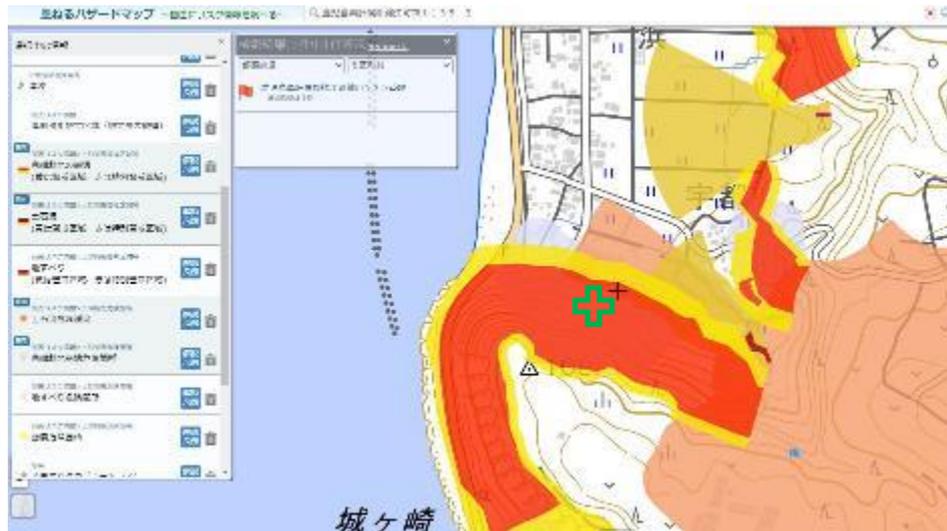
■図表37 地域ハザードマップ

災害リスク情報による既存病院環境  : 緑色の十字の部分が生野郡医師会立病院

凡例	解説	図
急傾斜地崩壊危険箇所	傾斜度30°かつ高さ5m以上の急傾斜地で人家等に被害を与えるおそれのある箇所	
土石流危険渓流	土石流の発生の危険性があり、人家等に被害を与えるおそれがある渓流	
急傾斜地の崩壊	傾斜度が三十度以上で土地が崩壊する自然現象が起こる区域	

特記：急傾斜地の崩壊地区に指定されている点線で囲まれた区域は、警戒区域もしくは特別警戒区域として指定予定であることを示す。(赤は特別警戒区域、黄色は警戒区域)

■図表38 災害リスク情報を重ねたハザードマップ



参考：「重ねるハザードマップ」では、関係各機関が作成した防災情報をまとめられており、閲覧可能な資料となっている。（関係機関一部抜粋：国土交通省各地方整備局等、都道府県、国土数値情報土砂災害警戒区域データ／国土交通省不動産・建設経済局情報活用推進課、都道府県）

現在は患者さんのために受入れ施設を使用し続けるしかない。災害対策として日常の避難訓練で災害時の対策を講じるしか無い状態である。その対策として施設内の崖地より遠い場所に患者を避難させる方法をとるしかない。国内の近年の災害は台風の雨による洪水・川の氾濫、崖地の土砂災害などが報告されている。また、地震による崖地の崩落なども考えられる。

自然災害はいつ何時おこるか予測は不可能で、気候変動など報告されている昨今である。その一つの報告として、日本の気候変動とその影響が環境省から報告されている。

その内容は気候変動に関連する想定できない大雨災害の深刻化すると予測されている。環境省では2012年に渇水リスクの増加の一方で、大雨に伴う災害のリスクも増加すると考えられる。また、山地における斜面崩壊のリスクも増加する恐れがある。山地や丘陵地の斜面の一部が、表土だけでなくその下の基盤まで崩壊し、その規模が比較的大きいものは、深層崩壊と呼ばれているが、こうした深層崩壊の危険性も増していく可能性があるかと危惧される。

#### (4) 老朽化の問題点 <施設整備>

現行の病院は、開院 40 年を経過し、今まで必要に応じて建物の改修を繰り返してきたが、建物の躯体・内外装・電気設備・空調設備・給排水設備等の経年劣化による老朽化が限界に近い状況にある。

具体的には、上下水道・ボイラー等の配管の劣化、電気設備類の老朽化、調整が効かない空調設備、トイレ・洗面器類の詰まり、雨漏り、床・壁材の剥がれ、等々。今後も故障・劣化した部分のみ繰り返し改修を行い使用することは可能だが、既存病院では大規模な設備の入れ替えを行う等の改修で医療施設としての延命を必要とする時期に達している。今後予定している設備更新は一時的な診療の縮小や入院患者の移転など設備更新を行うために、一時的な収入の減を想定しなければならない、設備更新費だけにとどまらない費用が施設整備にかかってくることになる。

##### ① 病院施設設備改修実績

■図表39 病院施設設備改修実績と今後の計画

凡例 ●:実施済 ○:実施予定

2021年2月現在

機器名等		2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025年度以降	備考
		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	
エレベーター	新館用						○			30年経過(耐用年数25年) リニューアル必要
電気設備機器更新	旧館用						○	○	○	各設備機器40年経過(耐用年数20年)
	新館用						○	○	○	各設備機器30年経過(耐用年数20年)
発電機蓄電池取替	旧館用			●					○	起動用蓄電池取替
	新館用				○				○	起動用蓄電池取替
ボイラー	暖房 給湯用							○		40年経過(耐用年数20年) ※今後3年使用可と判断
圧力容器	熱交換器							○		40年経過(耐用年数20年 ~25年) ※今後3年使用可と判断
	ストレージ							○		
冷凍機	一般用		●					○		毎年洗浄費用必要
	24時間用		●							2019年度撤去

機器名等		2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025年度 以降	備考
		H30年 度	R1 年 度	R2 年 度	R3 年 度	R4 年 度	R5 年 度	R6 年 度	R7 年 度	
旧館空調機更新	病棟 室内機						○	○		ファンコイルユニット(天井埋込、床置き)取替及び配管保温改修
新館空調機更新	病棟 室内機						○	○		ファンコイルユニット(天井埋込)取替
空調配管保温改修	病棟 外来 室内機			●	○	○				2020年度3月外来空調配管保温改修(一部)完了予定 2.3階南病室(2021年度)
新館空調機更新	2・3階、外 来用	●								空冷ヒートポンプチラー更新
空調 リハ室用						○				
冷却塔	一般用	●							○	2025年度以降ポンプ類等更新必要
	24時間用	●								24時間用撤去
地下タンク補修					○				○	タンク内漏れの状況考慮し入替検討必要
駐車場舗装								○		
旧館屋上防水シート改修	旧館屋上			○						2021年3月改修工事完了予定
各種配管改修	空調配管						○	○	○	状況考慮し検討必要
	蒸気配管						○	○	○	2015年サプライ室の一部配管改修実施
	給水配管						○	○	○	40年経過、状況考慮し検討必要
	給湯配管						○	○	○	40年経過、状況考慮し検討必要
	排水管						○	○	○	40年経過、状況考慮し検討必要
	スプリンクラー						○	○	○	29年経過、状況考慮し検討必要

機器名等		2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025年度 以降	備考
		H30年 度	R1 年 度	R2 年 度	R3 年 度	R4 年 度	R5 年 度	R6 年 度	R7 年 度	
防災設備							○			13年経過、状況考慮し検討 必要
非常照明用蓄電池更 新	旧館			●					○	
	新館					○				
病室、廊下遮熱フィル ム						○				
吸引装置分解整備								○		
厨房空調改修									○	2014年改修実施、 耐用年数を考慮し検討必要
ナースコール設備改 修						○				2013年～2015年で実施 システム等の状況考慮し検 討必要
特殊建築物改修(外 壁改修)						○		○	○	2015年旧館西側爆裂、外 壁打診調査等実施 旧館タイル壁全面、増築等 爆裂補修必要
電気設備機器PCB調 査	新館					○				変圧器、コンデンサー調査 及び機器取替え及び 収集運搬、処分

※外壁からの雨漏れ、空調、各種配管、電気設備等全体的な設備機器の経年劣化

② 病院施設整備 中長期更新計画

■図表40 中長期更新計画（単位：円）

更新計画(単位:円)

2021年2月現在

機器名等		2018～ 2020年度	2021～ 2023年度	2024 年度	2025年度以 降	備 考
エレベーター	新館用		14,300,000			2023年度
電気設備機器更 新	旧館用		12,100,000	12,100,000	10,000,000	高圧受電設備等更新
	新館用			12,100,000	12,100,000	高圧受電設備等更新
発電機蓄電池取 替	旧館用				800,000	2025年取替必要
	新館用		800,000		800,000	2021年度、2026年度
ボイラー	暖房・給湯 用			15,000,000		2024年度
圧力容器	熱交換器			6,600,000		2024年度
	ストレージ			5,500,000		2024年度
冷凍機更新、他空 調個別化	一般、24 時間用	29,000,000		15,000,000		
旧館空調機更新	病棟室内 機		10,000,000	10,000,000		ファンコイルユニット取替及び保温 改修(天井・床置き)
新館空調機更新	病棟室内 機		10,000,000	10,000,000		ファンコイルユニット取替及び保温 改修(天井)
空調 リハ室用			7,000,000			
冷却塔	一般、24 時間用	2,320,000			1,500,000	2018年度一般用冷却塔取替、24時 間用撤去
地下タンク補修			300,000		10,000,000	2021年度(タンク内清掃)
駐車場舗装				13,200,000		2024年度
屋上防水シート改 修	旧館屋上	11,330,000				2021年3月完了予定
各種配管改修 (旧・新館)	空調配管		45,000,000	45,000,000	45,000,000	状況考慮し検討必要
	蒸気配管					2015年サブライ室の一部のみ配管 改修実施
	給水配管					40年経過(耐用年数20年)状況考慮 し検討必要
	給湯配管					40年経過(耐用年数18年)状況考慮 し検討必要
	排水管					40年経過(耐用年数30年)状況考慮 し検討必要
	スプリンク ラー					29年経過(耐用年数20年)状況考慮 し検討必要
防災設備	火災通報・ 非常放送 設備		8,000,000			13年経過(耐用年数10年)状況考 慮し検討必要
非常照明用蓄電 池更新	旧館	1,530,000			1,600,000	2020年度更新完了
	新館		1,600,000			2022年度
病室、廊下遮熱フ ィルム				2,500,000		
吸引装置分解整 備				2,400,000		

機器名等		2018～ 2020 年度	2021～ 2023 年度	2024 年度	2025 年度以 降	備 考
厨房空調改修					6,000,000	2014 年改修実施、耐用年数を考慮し検討必要
ナースコール設備改修			8,000,000			システム等の状況考慮し検討必要
特殊建築物改修(外壁改修)			10,000,000	35,000,000	30,000,000	旧館タイル壁、レントゲン増築棟爆裂補修検討必要
電気設備機器 PCB 調査	新館		5,000,000			変圧器、コンデンサー調査及び機器取替え及び収集運搬、処分
合 計		44,180,000	149,100,000	184,400,000	117,800,000	

※外壁からの雨漏れ、空調、各種配管、電気設備等全体的な設備機器の経年劣化

③ みなみかぜ 中長期更新計画・改修実績

■図表 4-1 みなみかぜ 中長期更新計画・改修実績

凡例 ●:実施済、○:

2021 年 2 月現在

実施予定

機器名等	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025 年度 以降	備 考
	H30 年 度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	
空調設備リニューアル						○	○	○	2023 年度から順次改修検討
屋上防水シート張替							○		状況考慮し検討必要
ホール、玄関屋根塗装改修				○					屋根の腐食損傷が激しい
外壁改修工事						○	○	○	2023 年度から順次改修検討
発電機蓄電池取替え							○		
外壁雨漏れ他補修工事	未実施	未実施	未実施	○					
居室棟中庭屋根補修工事				○					
電話、ナースコール更新工事	未実施				○				2013 年～2015 年で実施システム等の状況考慮し検討必要
電気設備機器更新		●			○	○	○	○	2019 年度区分開閉器更新実施 電気設備機器順次更新必要
ボイラー								○	
建物躯体沈下	未実施						○		ホールと居室棟間の沈下調査必要 状況によっては改修工事必要

空調・電気設備等は耐用年数を大幅に超えたものが多数あることから、建替えを視野に入れた中長期更新計画とする必要がある。建替えが先に伸びるほど更新・改修コストがかさむことになる。

■図表42 みなみかぜ 施設整備中長期計画  
更新計画(単位:円)

機器名等	2018～2020 年度	2021～2023 年度	2024 年度	2025年度 以降	備考
空調設備リニューアル		18,000,000	25,000,000	10,000,000	2023年度から順次改修検討
屋上防水シート張替			20,000,000		
ホール屋根塗装改修		5,500,000			2021年度
外壁改修工事		8,000,000	8,000,000	8,000,000	2023年度から順次改修検討
発電機蓄電池取替え			500,000		
外壁雨漏れ他補修工事	未実施	1,500,000			
居室棟中庭屋根補修工事	一部実施	2,420,000			2021年度
電話、ナースコール更新工事		8,000,000			2022年度
電気設備機器更新		8,000,000	5,000,000	5,000,000	区分開閉器、変圧器等順次更新
ボイラー				10,000,000	
建物躯体沈下			28,000,000		ホールと居室棟間の沈下調査必要。 状況によっては改修工事必要。
合計		51,420,000	86,500,000	33,000,000	

※外壁からの雨漏れ、電気設備等設備機器の経年劣化による改修工事検討必要

#### ④ 医療機能の問題点

現在の病院における医療水準では、施設が狭隘化している状況である。将来像を見据え療養環境加算が全ての病床で算定出来る1床当たり8.0㎡の基準で整備することが必要となる。また、現行の廊下幅は狭く、車椅子やストレッチャーの導線に支障があり、非常時の安全管理上の課題となっている。診療スペースにおいては、高度化・複雑化した医療機器が増加しており、現状のスペースでは満足出来る医療行為が行えない状況となっている。

#### ⑤ 建物の安全性

度重なる建築基準法の改正により、エレベーターの安全性の強化が求められている。

現在、使用されているエレベーターは引き続き使用することができるが、当時の法令と現在の法令では、安全性・耐震性などに大きな差があるため、改善が必要と考えられる。

#### ⑥ 病院の建て替えについて

病院の建て替えは築30年～40年で建て替えを行う事が一般的であり、建て替えの指標の一つとして病院の税務上の法廷耐用年数は鉄骨造で29年、鉄骨鉄筋コンクリート造または鉄筋コンクリート造で

は 39 年となっている。実際には 30 年 40 年程度で建て替えを行う病院が多いことも挙げられ、その期限に「肝属郡医師会立病院」は達している状態になる。建替計画を開始することを検討すると、基本計画、設計、施工と順調に計画が進んだとしても竣工・移転・新病院の開院はその発注方法にもよるが、設計施工分離発注とすると開院は 6 年先になり、北側病棟は竣工後 46 年を迎え、「肝属郡医師会立介護老人保健施設みなみかぜ」は竣工後 29 年に至ることになり、施設の法廷耐用年数を過ぎ施設設備保全・修繕に大きな費用を要する建物となる。施設を適正規模へ縮小し、365 日 24 時間働き続ける施設として介護老人保健施設と一体化させることで、人と物の共有を進め、地域の方たちに「安心して利用してもらえる病院」として生まれ変わる時期に達していると考えられる。

## 第2章 新病院の基本方針の策定

### 1 新病院の目指すべき整備の方向

今から20年後（2040年）の新病院のあるべき姿を想定し、当院の強みと弱みを整理して医療制度など環境変化に適合するようSWOT分析を行った。当院の強みを活かす方向は次の通りである。

■図表4-3 SWOT分析

<p><b>Strong</b> <span style="float: right;">強み</span></p> <hr/> <p><b>S1 南隅地域の急性期病院は当院のみ</b>            ・救急医療を考える上で南隅地域に急性期が必要</p> <p><b>S2 救急や特徴ある医療を実践</b>            ・2次救急や透析などの診療機能を実践</p> <p><b>S3 老健が併設し連携が図れている</b>            ・施設として連携と人材の共有化が図れている</p> <p><b>S4 老健を含め医療職が存在する</b>            ・薬剤師やリハ、栄養士など人材がいる</p>	<p><b>Weakness</b> <span style="float: right;">弱み</span></p> <hr/> <p><b>W1 施設の老朽化が進み限界</b>            ・建設から40年たち設備が限界にきている</p> <p><b>W2 経営主体として医師会病院が限界</b>            ・建替えの資金需要や赤字の累積への対応</p> <p><b>W3 医師や看護師等医療従事者不足</b>            ・医師の引き上げ等による医療従事者不足</p> <p><b>W4 収支が赤字の年度が増えている</b>            ・入院単価が25千円と低めで採算が厳しい</p>
<p><b>Opportunity</b> <span style="float: right;">機会</span></p> <hr/> <p><b>O1 地域医療構想では回復期医療が不足</b>            ・地域医療では回復期の医療が不足</p> <p><b>O2 地域の医療需要に対応できる環境</b>            ・急性期から介護まで機能を有する貴重な施設</p> <p><b>O3 鹿屋市の急性期病院との連携が可能</b>            ・各病院から連携の打診等があり連携が可能</p> <p><b>O4 地域包括ケアシステムへの対応</b>            ・訪問診療や看護訪問など地域医療の要となる</p>	<p><b>Threat</b> <span style="float: right;">脅威</span></p> <hr/> <p><b>T1 再整備ができないと閉院の危機</b>            ・医師会から閉院をやむを得ないとの話あり</p> <p><b>T2 人口減少による地域衰退</b>            ・人口減少による地域経済の衰退</p> <p><b>T3 医師会の高齢化による財政難</b>            ・建替えのための資金調達難や補助金確保難</p> <p><b>T4 独居など生活支援への対応</b>            地域での生活支援が更に必要になる</p>

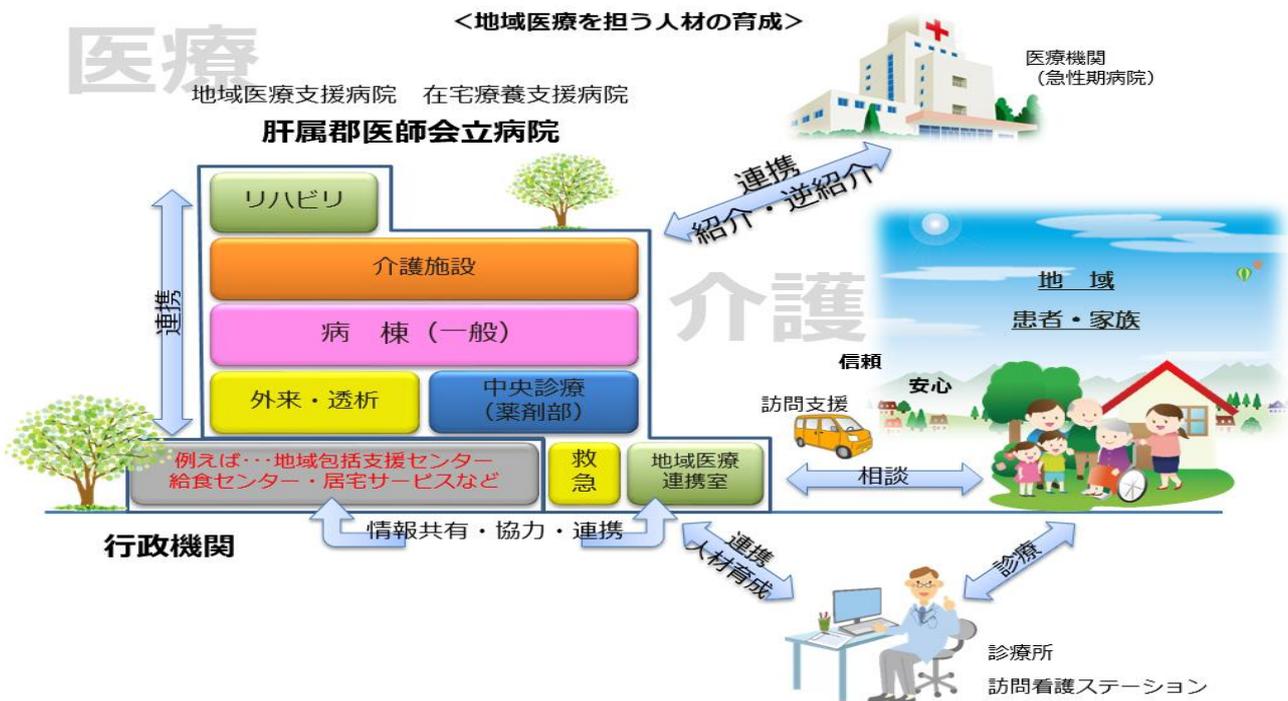
## 再整備の方向性

1. 南隅地域唯一の救急・回復期のケアミックス病院であり、地域包括ケアシステムを主導できる。  
→救急・急性期から回復期を軸としたケアミックス病院を整備する。
2. 施設老朽化が限界になっており、厳しい財政状況ではあるが、再整備が不可欠な状況にある。  
→厳しい財政状況を反映して病棟機能を絞り整備費を軽減したコンパクトな病院整備をする。
3. 地域包括ケアシステムを推進するためには併設している老健と一体化して包括化したサービスを提供。  
→併設する介護老人保健施設と連携し医療・介護事業の融合型拠点を整備する。

## 2 地域における新施設の位置づけと基本コンセプト

新病院の方向性を新病院及び介護老人保健施設等の施設機能としてまとめると次のイメージである。

■図表4-4 新病院イメージ



出典：アイテック株式会社作成「新病院のイメージ図」

### (新病院の役割)

- ・南隅地域の唯一の救急病院であり、救急やがん診療、へき地医療などの地域医療に必要な医療を担っており、地域医療支援病院として、地域の診療所を支援して救急などの役割を果たす。
- ・鹿屋地域の急性期病院と連携し、回復期や難病患者の受入を推進する。また、地域診療所共に在宅療養支援病院として患者の自宅復帰を目指す地域包括ケアの中核施設としての機能を担う。
- ・併設する介護老人保健施設と一体化して医療・介護事業を推進すると共に業際事業に注力する。そのための施設整備を行い地域住民サービスの更なる向上を目指す。

### (将来ビジョン)

南隅地域の救急医療から回復期を軸としたケアミックス病院として、併設する介護老人保健施設と医療・介護事業の施設拠点とし、地域包括ケアシステムを推進する。

### 3 新病院に求められる重点診療機能

#### (1) 新病院の診療機能

##### ① 重点機能

- 地域医療に必要な医療を担う地域医療支援病院としての機能  
地域医療支援病院として地域の救急患者等を受入れると共に、地域の診療所からの紹介患者に対し治療や検査や外来診療、開放病床などの診療や設備を提供する。また、佐多診療所等への医師派遣などへき地医療を担い、公的病院として政策医療を推進する。
- 回復期病棟を中心とした在宅療養支援病院としての機能  
高齢化に対応し生活習慣病などへ対応するため、呼吸器、消化器などの専門医療と併せてかかりつけ医機能を付加した総合内科的診療を推進し、住民ニーズに応じた医療を提供する。また、在宅療養支援病院として、急性期病院からの患者受入や地域診療所の後方病床の機能を担い、リハビリ等を通じて患者の自宅復帰を目指した医療を行う。
- 地域包括ケアシステムを推進する地域支援機能  
住民健診や予防医療を実践し、地域連携室が中心となって住民が安心して暮らせるまちづくりを目指す。また、併設する介護老人保健施設とともに在宅医療を支援し、訪問診療や訪問看護など地域への支援を強化することを検討する。

##### ② 重点整備施設

- 地域医療支援病院、救急告示病院としての設備  
手術室や臨床検査や放射線設備などを整備する。また、化学療法や透析、内視鏡検査など現行の外来診療に対応した設備整備を行う。
- 在宅療養支援病院としての設備  
リハビリに適した施設整備や設備の整備などを行う。また、地域連携を強化するため患者支援センター的な設備が必要になる。
- 併設する介護老人保健施設との連携（融合）  
行政と連携し介護事業を再編し住民サービスを更に向上させる。（後段参照）

##### ③ 病院維持のための安定した経営基盤の確立

- 病院再整備を前提とした経営の効率化  
新たな病院の機能や規模に応じた組織改編、人員配置等を検討し効率の良い組織を作る。
- 特徴を生かした収益向上策の検討  
減少が見込まれる収益を前提に特徴のある透析や内視鏡、リハビリなどの強化を検討する。

## (2) 病棟機能

### ① 現状分析

受療 DPC データから各病棟の 1 日当たり患者数、診療単価、収入を分析した。

#### ■図表 45 一般病棟患者内訳

一般病棟は入院期間Ⅱまでの在院日数は長くなりがちで 1 日診療単価は 30,791 円と一般病床としては高くない。

入院期間	延べ患者数	構成比(延ベース)	1日患者数	1日単価(円)	診療収入(千円)
入院期間Ⅰ	417	3.7%	1.1	40,833	17,027
入院期間Ⅱ	1,815	16.0%	5.0	35,738	64,864
入院期間Ⅲ	7,184	63.4%	19.7	30,018	215,649
入院期間Ⅲ超え	1,914	16.9%	5.2	26,811	51,317
総計	11,330	100.0%	31.0	30,791	348,858

#### ■図表 46 地域包括ケア病棟患者内訳

地域包括ケア病棟の上限である 60 日までの区切りがあり、その範囲に留まっている患者は 62.4% に収まっている。また、1 日診療単価は一般病棟と同程度の額となっている。

また 1 日診療単価は 30,661 円と一般病床と同程度の額となっている。

入院期間	延べ患者数	構成比	1日患者数	1日単価(円)	診療収入(千円)
30日以内	898	15.6%	2.5	37,156	33,366
31～60日	2,696	46.8%	7.4	31,845	85,855
61～180日	1,280	22.2%	3.5	28,462	36,431
181～365日	888	15.4%	2.4	23,670	21,019
366日以上	0	0.0%	0.0	0	0
総計	5,762	100.0%	15.8	30,661	176,671

#### ■図表 47 障害者病棟患者内訳

入院患者は難病などの患者であることから入院期間は長くなりがちである。1 年を超す患者は 83.9% である。

入院期間	延患者数	構成比	1日患者数	1日単価(円)	診療収入(千円)
30日以内	209	1.3%	0.6	34,202	7,148
31～60日	271	1.7%	0.7	24,026	6,511
61～180日	881	5.5%	2.4	23,045	20,303
181～365日	1,227	7.6%	3.4	21,398	26,256
366日以上	13,471	83.9%	36.9	24,912	335,593
総計	16,059	100.0%	44.0	24,647	395,811

受領した DPC データから入院患者の疾患分析を行った。DPC は医療資源を最も投入した疾患で表されるため患者の病態と異なる可能性もあるが、肺炎や心不全、骨折などの患者も含まれており療養病棟との区分を確認する必要があると考えられる。

■図表48 (参考) 障害者病棟入院患者の疾患分析

ICD10	傷病名	実入院患者数	平均入院日数(※)	平均単価(円)
J690	固形物及び液状物による肺臓炎	23	53.4	16,110
J189	肺炎、詳細不明	16	37.0	15,743
E86	体液量減少(症)	12	33.1	18,099
I693	脳梗塞の続発・後遺症	11	62.9	19,232
I638	その他の脳梗塞	11	66.4	20,666
G20	パーキンソン<Parkinson>病	10	63.4	19,095
R54	老衰	10	99.4	19,803
N185	末期腎不全	6	28.0	31,498
G122	筋萎縮性側索硬化症	5	32.0	46,066
C749	左副腎癌	5	40.6	23,040
S3200	腰椎骨折	5	43.6	20,362
L893	褥瘡・ステージIV	5	53.2	18,402
I610	脳内出血	5	94.7	19,226
N10	急性腎盂腎炎	4	29.4	16,509
I500	心不全	4	32.7	10,596
J159	細菌性肺炎	4	40.4	14,957
I633	脳動脈の血栓症による脳梗塞	4	50.4	14,947
E46	栄養失調	4	60.7	19,783
I691	脳出血後遺症	3	37.3	13,759
G408	症候性てんかん	3	38.1	11,748
I634	心原性脳塞栓症	3	146.6	18,053
C220	肝癌	2	17.3	22,926
C787	転移性肝癌	2	23.7	23,190
J459	気管支喘息	2	23.8	16,609
A099	詳細不明の原因による胃腸炎及び大腸炎	2	29.1	20,072
A162	肺結核	2	30.0	18,042
J180	びまん性肺炎、気管支肺炎	2	31.8	17,872

■図表49 療養病棟患者内訳

患者の入院期間は1年以上が大半であり、長期入院の療養環境が必要になると考える。

入院期間	延患者数	構成比	1日患者数	1日単価(円)	診療収入(千円)
30日以内	4	0.0%	0.0	34,904	140
31~60日	0	0.0%	0.0	0	0
61~180日	154	1.7%	0.4	25,251	3,889
181~365日	0	0.0%	0.0	0	0
366日以上	9,088	98.3%	24.9	21,958	199,551
総計	9,246	100.0%	25.3	22,018	203,579

■図表50 入院経路

他病院や介護施設などからの受入れは、23.6%あり、更に連携を強め地域医療支援病院及び在宅支援病院の役割を果たす必要があると考える。

診療科	入院経路別の患者数				計
	院内の他病棟からの転院	自宅	他病院からの転院	介護施設・福祉施設	
内科	67	207	40	63	377
外科	49	185	24	42	300
神経内科	56	130	10	55	251
泌尿器科	3	82	2	4	91
計	175	604	76	164	1019
構成比	17.2%	59.3%	7.5%	16.1%	100.0%

## ② 新病院の病棟整備計画

### 1) 南隅地域の将来推計患者数

少子高齢化による人口動態予測に基づき各疾患とそれに対応した入院患者数を推計した。2020年を起点として入院患者数は引き続き減少傾向にあり、各年度の減少率を算出した。

■図表5-1 南隅地域の将来推計患者一覧

	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年
I 感染症及び寄生虫症	6.2	5.6	5.3	5.0	4.4	3.7
II 新生物	29.5	26.9	24.5	22.1	19.2	16.1
III 血液及び造血管の疾患並びに免疫機構の障害	1.3	1.2	1.1	1.0	0.9	0.8
IV 内分泌、栄養及び代謝疾患	9.0	8.0	7.3	6.8	6.1	5.2
V 精神及び行動の障害	71.9	63.3	55.4	48.2	41.4	34.5
VI 神経系の疾患	43.6	38.9	36.1	33.5	29.9	25.3
VII 眼及び付属器の疾患	2.2	2.1	1.8	1.6	1.4	1.2
VIII 耳及び乳様突起の疾患	0.8	0.7	0.6	0.5	0.5	0.4
IX 循環器系の疾患	69.1	62.3	58.0	54.0	48.2	41.0
X 呼吸器系の疾患	23.7	21.7	20.8	19.8	17.8	15.0
XI 消化器系の疾患	14.1	12.6	11.6	10.6	9.4	7.9
XII 皮膚及び皮下組織の疾患	4.0	3.6	3.3	3.1	2.7	2.3
XIII 筋骨格系及び結合組織の疾患	23.1	20.7	19.0	17.5	15.5	13.2
XIV 腎尿路生殖器系の疾患	12.1	11.0	10.2	9.4	8.3	7.0
XV 妊娠、分娩及び産じょく	1.6	1.2	0.9	0.7	0.6	0.5
XVI 周産期に発生した病態	0.8	0.6	0.5	0.4	0.3	0.2
XVII 先天奇形、変形及び染色体異常	0.6	0.5	0.4	0.3	0.3	0.2
XVIII 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されな	3.3	2.9	2.7	2.5	2.3	2.0
XIX 損傷、中毒及びその他の外因の影響	41.4	37.0	34.0	31.6	28.2	24.1
XXI 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用	2.8	2.3	1.9	1.7	1.5	1.2
総数	361.1	323.1	295.6	270.3	238.8	201.9
2020年からの減少率	100	10.5%	18.1%	25.1%	33.9%	44.1%

出典：社会保障人口問題研究所、厚労省「患者調査」

### 2) 新病院病床規模の検討

2020年の1日当たり入院患者数を将来推計患者数の減少率で試算すると、2035年では必要病床数は137床、2040年には121床となる。2025年前後の新病院整備を想定すると約130床が病床規模としては適切であると考えられる。

■図表5-2 新病院病床規模の検討

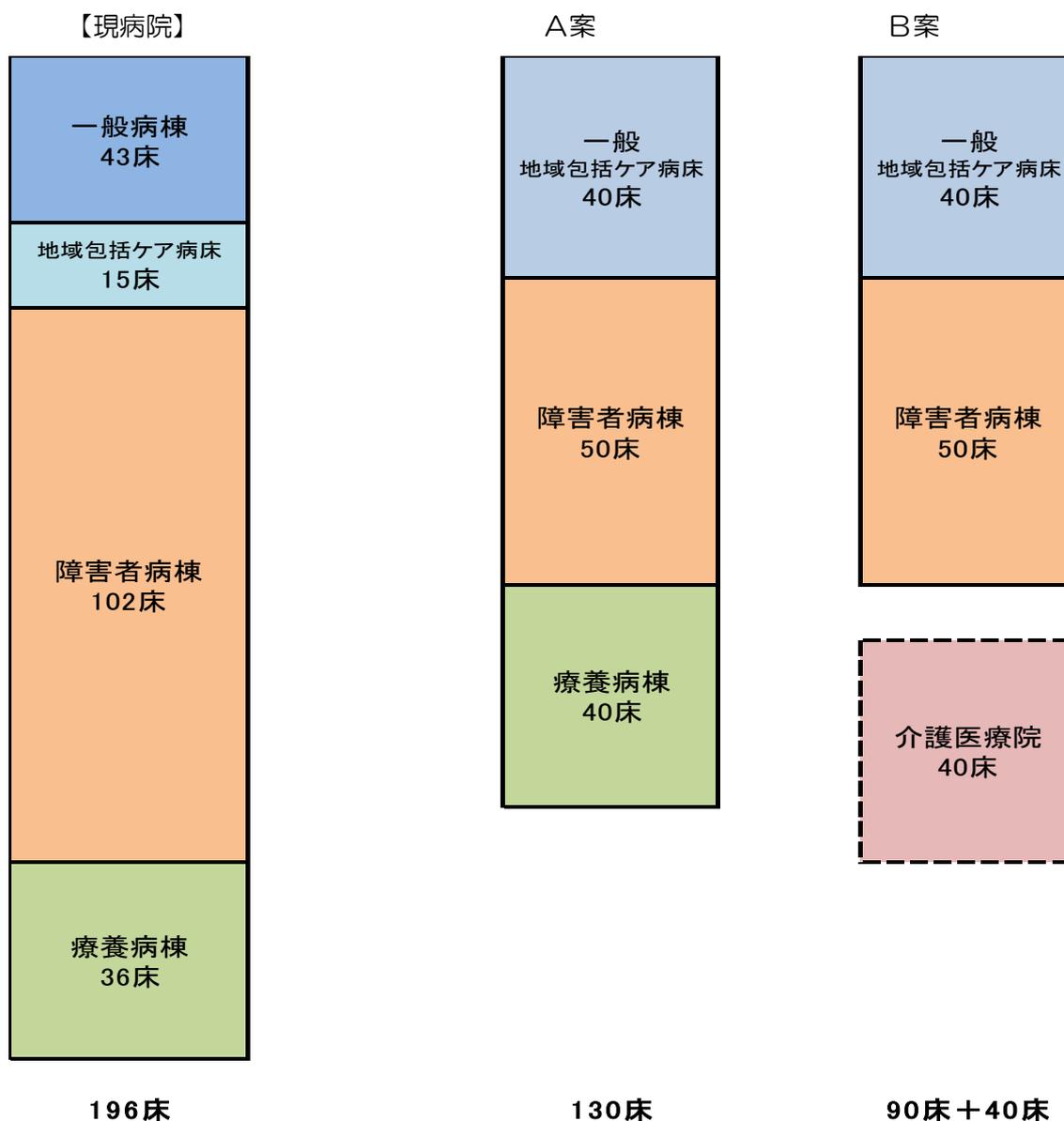
	2020年の 入院患者数	患者減少率	2040年の推計患者 数	稼働率	必要病床数
	A	B	C=A*(1-B)	D	C/D
2025年	155.0人・日	10.5%	138.7人・日	85%	163床程度
2030年		18.1%	126.9人・日	85%	149床程度
2035年		25.1%	116.1人・日	85%	137床程度
2040年		33.9%	102.5人・日	85%	121床程度

### 3) 病棟整備の方向性

新病院の役割を果たすためには、病棟の現状を踏まえて以下の考えに基づき整備を行う。

- 救急医療やがん診療等を行う一般病棟は現状では 30 床実稼働しており必要である。
- 診療所の後方病床の機能を持つ地域包括ケア病棟は、急性期病院及び自院の一般病棟からの受入れを勘案し病棟機能は必要であるが、1 病棟を持つに至らず、一般病棟、地域包括ケア病床、併せて 1 病棟の規模が適正と考えられる。
- 障害者病棟は、病床の減少率から想定すると、1 病棟以上の病床数が必要になるが、入院患者の実態として肺炎や心不全など他病棟の患者の可能性もあり、本構想では 1 病棟を設定し、今後、障害者病棟、療養病棟などの療養系の入院患者の病態を精査し病棟再編を進める。
- 療養病棟は、将来的には介護制度改革を見据え、長期入院に適した介護医療院へ転換することも検討する必要がある。

■ 図表 5 3 現病院と新病院（案）



### ③ 病院概要

#### 病床数

130床（一般病棟（包括ケア含）40床、障害者病棟50床、療養病棟40床）

療養病床は、将来、介護医療院へ転換することを検討する。

#### 診療科

内科、脳神経内科、循環器内科、呼吸器内科、外科、消化器内科、整形外科、眼科、泌尿器科、  
糖尿病内科、肝臓内科、血液内科

#### 主な病院機能

救急告示病院

地域医療支援病院

開放型（オープン）病院

在宅療養支援病院

へき地医療拠点病院

#### 入院患者数

1日 111人 稼働率85%を目指す。

## 4 介護老人保健施設と介護事業

前章で記した通り、南隅地域の将来推計人口は減少傾向にあり、2040年には現在の44.7%まで減少する。また、高齢化率は約60%まで増加することを念頭に置いて、介護老人保健施設を検討する必要がある。

### (1) 新病院移転に伴う方針

新病院の移転にあたっては、地域包括ケアシステム構築における当院の役割を再認識し、今後の増加が見込まれる介護福祉需要へ対応するため、介護老人保健施設の整備を検討する。

施設は、医療・介護の融合型施設づくりとしての併設施設とし、当院にとっての医療から介護病棟への一部転換方針に沿う位置づけとする。これにより、地域における医療・介護基盤の整備に資することとし、施設系介護サービスに加え、特に在宅医療提供体制の充実に努める。

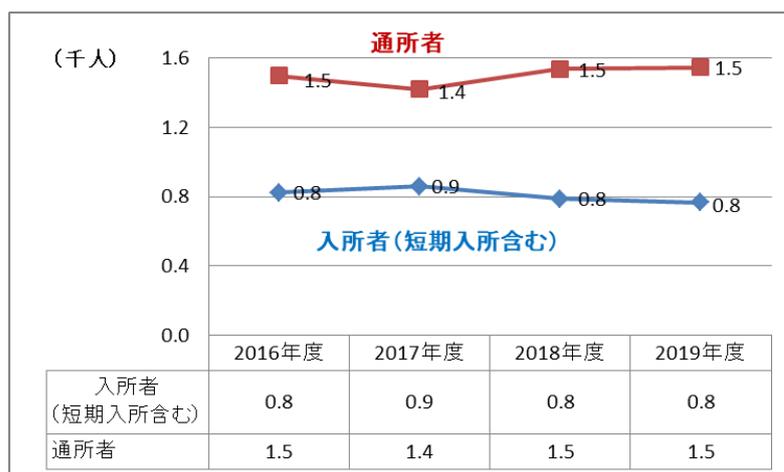
具体的な施設整備については、地域における必要な介護サービスや人口動態などを踏まえ、適正な規模・内容を検討する。

### (2) 介護需要予測

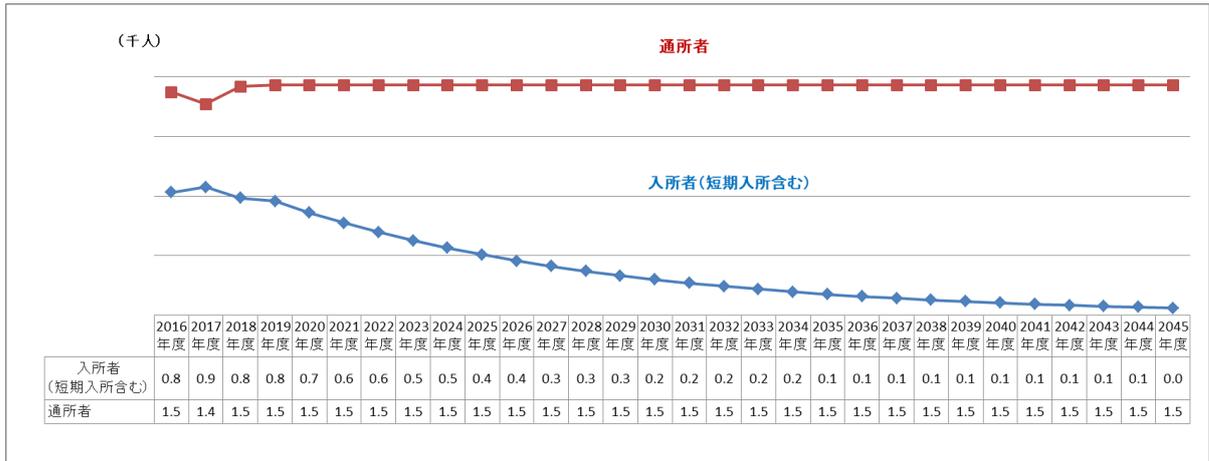
#### ① みなみかぜの介護度別利用者数

人口推移に比例し入所者は年々減少傾向にあり、2016年から比較すると2019年時点でもおよそ10%程度減少している。現在の定員は75名であることから入所者の減少に合わせ、定員検討が必要である。現時点ではあるが、現実的な範囲で少なくとも約10%減少の67名前後が望ましいと考えられる。

■図表5.4 通所者・入所者の推移グラフ



■図表 55 介護需要予測



■図表56 介護度内訳（入所者）

要介護度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年11月末
要介護1	3,433	2,786	2,153	3,284	2,598
要介護2	5,003	4,760	3,751	3,516	2,184
要介護3	6,258	8,206	7,084	6,267	3,981
要介護4	6,744	6,207	6,313	6,642	4,695
要介護5	2,920	3,508	4,060	2,822	1,114
計	24,358	25,467	23,361	22,531	14,572
平均介護度	3.03	3.11	3.27	3.10	2.97

■図表57 介護度内訳（通所者）

要介護度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年11月末
要支援1	1,164	1,094	1,003	984	675
要支援2	1,861	1,956	1,725	1,375	882
要介護1	2,719	2,795	3,398	4,034	2,383
要介護2	1,779	1,695	1,538	1,756	1,097
要介護3	1,186	955	1,403	1,226	609
要介護4	970	792	787	494	307
要介護5	187	234	251	124	110
計	9,866	9,521	10,105	9,993	6,063
平均介護度	2.14	2.07	2.05	1.81	1.82

出典：肝属医師会立病院より提供

### (3) 居宅サービス

#### ① 居宅介護支援事業所の利用者数（市町村別）

利用者は錦江町と南大隅町の町民のみで、ピーク時の平成29年の973名から約40%近く減少している。また、サービスを行っている人員体制についても専門員4名で、増員をしない限り利用者の拡大は難しいと考えられる。

■図表58 居宅介護支援事業所の利用者数

	H28	H29	H30	R1
錦江町	713	730	681	564
南大隅町	242	243	239	294
鹿屋市	0	0	0	0
鹿児島市	0	0	0	3
計	955	973	920	861

出典：肝属医師会立病院より提供

#### ② サービス別の利用状況

平成28年から令和1年にかけての居宅サービス実績推移を見ると、全体合計数が減少傾向にあり、特に通所リハビリテーションと通所介護の減少幅が大きい。

■図表59 居宅サービスのサービス別利用状況

	H28	H29	H30	R1
訪問介護	211	224	198	190
訪問入浴	13	2	0	0
訪問看護	165	127	126	163
通所リハビリテーション	528	473	446	426
通所介護(地域密着型通所介護)	314	325	297	247
短期入所療養介護	83	90	77	105
短期入所生活介護	129	148	141	99
福祉用具貸与	649	680	639	605
福祉用具購入	16	14	14	0
住宅改修	13	16	14	0
訪問リハ	1	12	12	24
計	2,122	2,111	1,964	1,859

出典：肝属医師会立病院より提供

### ③ 居宅サービスの概要

自宅で生活する人を対象とする居宅サービスについては、サービス提供にあたっての人員体制強化を図ったうえで、概ね次の実施内容を検討する。

#### 【訪問サービス（自宅訪問）】

訪問介護、訪問入浴、訪問看護、訪問リハなどのサービスを対象とする。

- ・訪問介護については、利用者の自宅生活を支援するため、介護士が利用者の自宅を訪問して日常生活援助（食事、入浴、排泄、衣服の着脱などの日常生活の介助や、料理・洗濯などの生活援助）を行う。
- ・訪問入浴については、自宅の浴槽で入浴することが難しい利用者の自宅へ浴槽を持ち込んで入浴の介助を行う。ただし、現施設では近年の実施実績がなく、必要な実施体制等を踏まえつつ、実施の可否も含めて今後検討する。
- ・訪問看護については、地域医療を担う重要な機能として、地域他施設と連携・分担のうえ、休日及び夜間も視野に入れながら、利用者の不安に答えられる体制を整える。
- ・訪問リハについては、特に人員体制を強化したうえで、増大する地域ニーズへ対応する。

#### 【通所サービス（デイサービス）】

通所介護、通所リハビリテーションなどのサービスを対象とする。

- ・通所介護については、利用者の施設への通所により、日帰りで機能訓練や健康チェック、食事などのサービスを行う。
- ・通所リハビリテーションについては、利用者の機能維持や機能回復を目的として、理学療法や作業療法を中心にリハビリテーションを行う。

#### 【短期入所サービス（ショートステイ）】

在宅介護生活を送る利用者を対象として、短期入所生活介護及び短期入所療養介護を行う。

- ・短期入所生活介護については、利用者の家族が一時的に介護できない時に、利用者の短期間（数日から1週間程度）施設入所により、食事・入浴・排泄などの生活介護を行う。
- ・短期入所療養介護については、利用者の一時的な入所により、日常生活の介護だけでなく、病気に対しての必要な治療や機能訓練を行う。サービス実施における人員体制として、介護スタッフに加え、看護師・医師・リハビリ専門スタッフを配置する。

#### 【その他のサービス】

福祉用具の貸与及び購入、住宅改修などを対象とする。

- ・福祉用具の貸与及び購入については、要支援および要介護状態の区分により貸与か購入を判断したうえでサービスを提供する。
- ・住宅改修については、利用者が自宅で暮らし続けられるように行った住宅改修に対する費用支給に伴うサービスを提供する。
- ・その他、介護保険の対象となる居宅サービスについて、利用者ニーズを踏まえつつ実施を検討する。

## ( 4 ) 行政サービス

### ① 地域包括支援センターの継続的な発展

鹿児島県内に令和2年4月現在64カ所の支援センターがあり、専門職員がそれぞれ専門性を活かし地域包括支援ネットワーク構築の機能強化を図っている。また、両町の地域包括支援センターの継続的発展を目指す。

#### 【主な業務】

地域包括支援センターでは保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員の専門職が連携し、それぞれの専門性を活かしながらチームで業務を実施する。業務としては、介護予防に関するマネジメントをはじめとする高齢者への総合的な支援の実施、地域の利用者やサービス事業者、関係団体、民生委員、ボランティアやNPOなどのインフォーマルサービス関係者、一般住民などによって構成される人的なネットワーク（地域包括支援ネットワーク）の構築などがあり、高齢者にとって身近な相談窓口としての役割を果たすことを目的としている。事業内容として包括的支援事業、指定介護予防支援事業に大別される。

#### \* 包括的支援事業

- 予防給付、介護予防事業のケアマネジメント業務
- 総合相談支援業務
- 権利擁護業務
- 包括的継続的ケアマネジメント支援業務

#### \* 指定介護予防型支援事業

介護保険における予防給付の対象者となる要支援者に対して、介護予防サービス計画を作成するとともに、予防サービス計画に基づく指定介護予防サービスなどの提供が確保されるよう、関係機関と連携調整を行う。



#### 【南隅地域の現在の取り組み】

二町から認知症初期集中支援チーム活動に関する事業についてすでに委託を受け、地域における医療、介護、行政機関との連携の中で、住民が認知症の診断を受けた中でも安心した生活が送れる体制を作り推進している。

■図表60 南隅地域の認知症初期集中支援推進事業

## 認知症初期集中支援推進事業（錦江町・南大隅町）



出典：南隅地域の医療介護の姿シンポジウム「肝属郡医師会立病院が果たすべき役割」

### 【地域包括支援センターに今後期待される役割】

身近な生活圏域ごとに地域包括支援センターが整い、充実した機能を発揮できるようになれば、在宅療養者を中心とした個別性や機能性に富んだ「暮らしの場」を尊重するケアネットワークの構築に寄与することが期待される。そのためには、センターの設置主体である市町村が、暮らしやすい町づくりの中心命題として、在宅療養基盤の充実を位置づけ、地域包括支援センターをインフォーマル支援やボランティアによる支援も含めた様々な社会支援と、療養者の個別ニーズとのマッチングを担う拠点として活用することが、極めて効率的であろう。医療提供の側面から見ても認知症ケア、地域リハビリテーション、在宅がん医療と緩和ケア、看取りといった中心的課題に、それぞれの専門家を小地域に十分配置することは困難であり、各分野の先端的医療にもアクセスを確保しながら、小地域に集う同人的、物理的ネットワークが多様な機能を身につけ、実践していくことが必要になる。地域包括支援センターが、そうした多様な機能の拠点となるよう、国は役割を創設付加し、都道府県がそれを支える仕組みが期待される。

■図表6-1 鹿児島県内の地域包括支援センター一覧

NO	市町村	名称	NO	市町村	名称
1	鹿児島市	鹿児島市地域包括支援センター中央	36	伊佐市	大口地域包括支援センター
2		鹿児島市地域包括支援センター上町	37		菱刈地域包括支援センター
3		鹿児島市地域包括支援センター鴨池北	38	始良市	始良市地域包括支援センター
4		鹿児島市地域包括支援センター鴨池南	39	三島村	三島村地域包括支援センター
5		鹿児島市地域包括支援センター城西	40	十島村	十島村地域包括支援センター
6		鹿児島市地域包括支援センター武・田上	41	さつま町	さつま町地域包括支援センター
7		鹿児島市地域包括支援センター谷山北	42	長島町	長島町地域包括支援センター
8		鹿児島市地域包括支援センター谷山中央	43	湧水町	湧水町地域包括支援センター
9		鹿児島市地域包括支援センター谷山南	44	大崎町	大崎町地域包括支援センター
10		鹿児島市地域包括支援センター伊敷台	45	東串良町	東串良町地域包括支援センター
11		鹿児島市地域包括支援センター西伊敷	46	錦江町	錦江町地域包括支援センター
12		鹿児島市地域包括支援センター吉野	47	南大隅町	南大隅町地域包括支援センター
13		鹿児島市地域包括支援センター桜島	48	肝付町	肝付町地域包括支援センター
14		鹿児島市地域包括支援センター吉田	49	中種子町	中種子町地域包括支援センター
15		鹿児島市地域包括支援センター郡山	50	南種子町	南種子町地域包括支援センター
16		鹿児島市地域包括支援センター松元	51	屋久島町	屋久島町北部地域包括支援センター
17		鹿児島市地域包括支援センター喜入	52		屋久島町南部地域包括支援センター
18	鹿屋市	鹿屋市地域包括支援センター	53	大和村	大和村地域包括支援センター
19	枕崎市	枕崎市地域包括支援センター	54	宇検村	宇検村地域包括支援センター
20	阿久根市	阿久根市地域包括支援センター	55	瀬戸内町	瀬戸内町地域包括支援センター
21	出水市	出水市地域包括支援センター	56		加計呂麻園地域包括支援センター
22	指宿市	指宿市地域包括支援センター	57	龍郷町	龍郷町地域包括支援センター
23	西之表市	西之表市地域包括支援センター	58	喜界町	喜界町地域包括支援センター
24	垂水市	垂水市地域包括支援センター	59	徳之島町	徳之島町地域包括支援センター
25	薩摩川内市	薩摩川内市地域包括支援センター	60	天城町	天城町地域包括支援センター
26	日置市	日置市地域包括支援センター	61	伊仙町	伊仙町地域包括支援センター
27	曾於市	曾於市地域包括支援センター	62	和泊町	和泊町地域包括支援センター
28	霧島市	霧島市地域包括支援センター	63	知名町	知名町地域包括支援センター
29	いちき串木野市	いちき串木野市地域包括支援センター	64	与論町	与論町地域包括支援センター
30	南さつま市	南さつま市地域包括支援センター			
31	志布志市	志布志市地域包括支援センター			
32	奄美市	名瀬地域包括支援センター			
33		住用地域包括支援センター			
34		笠利地域包括支援センター			
35	南九州市	南九州市地域包括支援センター			

出典：鹿児島県ホームページより（地域包括支援センター一覧）

## ② 給食宅配サービス事業の検討

二町の高齢化の状況を考えると、今後需要が増える可能性が大きい給食宅配サービスについて検討する。また二町で運営することにより住民への安心感を与えることができることと、食事のために必要な買い物・調理等が不要になり、住民が在宅を中心に安心して暮らすことができると考える。

宅配サービスを行うにあたり、誰が調理し、誰が配達し、誰が管理するか等選択肢が複数あるため、引き続き検討する必要がある。

### 【高齢者等給食サービス事業の概要（案）】

#### ➤ 目的

1人暮らし高齢者又は高齢者のみの世帯及び障がい者で日常生活の支障から食事の援助を希望される方に対して、給食サービスを行うことにより食生活の改善と健康維持増進並びに孤独感の解消を図ることを目的とする。

#### ➤ 対象者

- ・概ね70歳以上の1人暮らし高齢者
- ・概ね70歳以上の高齢者のみの世帯
- ・障がい者

#### ➤ 実施日及び回数

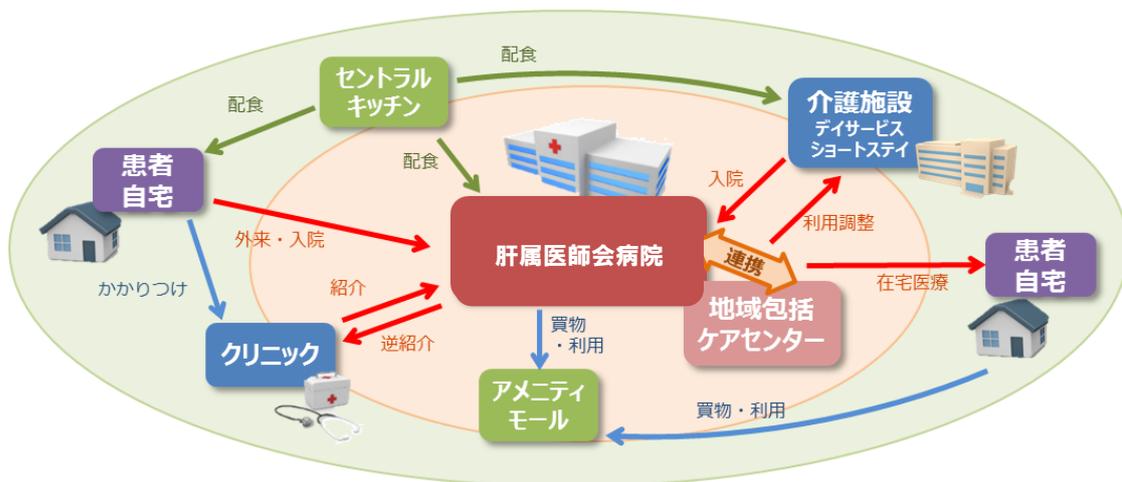
- ・平日の週5日とする。（大型連休等は別途検討が必要）
- ・1日1回（昼食又は夕食）

#### ➤ その他検討が必要な項目

- \*給食の申込み・決定
- \*給食の内容変更・停止
- \*給食費用の徴収方法
- ・1食の設定金額

### ■図表62 当社が考えるセントラルキッチンを設けた場合のイメージ

例えばセントラルキッチンを設けた場合、医師会病院・介護施設・患者自宅（給食宅配）等幅広く連携することができる。



出典：アイテック作成

---

## 第3章 新病院の施設整備の基本方針の策定

---

### 1 新病院の建物・設備の概要

---

新病院の基本方針に基づき、新病院が果たすべき役割は、救急医療・へき地医療・入院施設が整った地域医療の中核的施設となることである。そのためには、専門外来及び入院可能な診療体制を支える建物・設備・敷地が必要となる。基本的な方針としては、現病院の敷地内に改築又は新築するのではなく、移転新築を検討する。

#### ① 新病院の施設形状

新病院の計画施設については、介護老人保健施設を一体型とした病院としての複合施設とするか、介護老人保健施設を別棟として建設する現状同様の施設とするか、検討が必要となる。

一体化した複合施設とするとスタッフエリアやリハビリテーション等を、病院と介護老人保健施設で兼用して使用できる面積もでき、全体としては施設面積を抑えることが可能になると考えられる。そのため、病院と介護老人保健施設の複合施設として、一体型の施設形状を検討する。

#### ② 新病院の施設規模

施設規模は近年の平均病院の1床あたり面積を参考に、病院施設延床 9,100 m<sup>2</sup>（130床換算で1床あたり 70 m<sup>2</sup>）、介護老人保健施設延 3,150 m<sup>2</sup>（70床換算で1床あたり 45 m<sup>2</sup>）の計 12,250 m<sup>2</sup>を目安とし、病院を中核とした介護老人保健施設を一体型の建物とする。

基本計画において地域包括支援センター、給食センター、健診センター、訪問看護ステーション、通所介護、居宅介護支援等の付帯事業を精査し同施設内に設置することを検討する。地域連携は基より、地域に貢献でき、自活できる施設を目指す。

#### ③ 新病院の設備配置

病院設備の心臓部である、電気室（発電機室）、熱源機械室等の施設内配置は選定する敷地の特性にもよるが、水害などで水没しないよう上階に設け、災害時にも病院が稼働し続けられる対策を講じる。

#### ④ 新病院の共有化

病院と介護老人保健施設の複合化により、必要用途「リハビリや厨房、エレベーター、ホール、機械室、サプライ等」施設共有と人員を共有化することで、施設の共有化によるインシャルコストの削減、人員の共有化でランニングコストの削減を図る。また、病院と介護老人保健施設と一貫したサービスの提供を更に進めていく。新病院の具体的な規模や用途については、基本計画策定において詳細に検討する必要がある。

### ⑤ 新病院の駐車設備

地域の特性上、車での移動が基本となる。既存施設では病院と老健施設を合わせて330台の駐車エリアを確保しているが、職員駐車場と患者駐車場の区別が無いことなど、駐車台数が確保されているとは言い難い。新病院の敷地内に 400~500 台程度の駐車場を整備するものとし、地域の方がアクセスしやすい病院とする。

### ⑥ 新病院の施設基準

施設面積に関連する部分として、病院機能に合わせて診療報酬が算定できる内容を整備していく。

例えば病棟の病室1床あたりの面積を8㎡とし療養環境加算が算定できる施設とする。開院時は一般病棟として使用することが有っても、将来の入院患者の変容を見越し、これを充足する施設規模とすることが望ましいと考える。

#### 近年計画・建設された病院の1床当たりの面積

■図表6-3 新病院規模の試算算定上の1床当たりの想定面積

施設名	工事種別	診療科数	所在地	施設種別	病床・定員数	延床面積 (m <sup>2</sup> )	1床当たりの面積 (m <sup>2</sup> )	竣工年	備考
1 医療法人社団 T病院	新築	10	兵庫県	病院	152	7,647.69	50.31	2019	
2 医療法人社団 T浦安病院	新築	5	千葉県	病院	199	9,549.06	47.99	2019	
3 独立行政法人地域医療機能推進機構 Sセンター	新築(移転)	15	埼玉県	病院	163	15,618.19	95.82	2019	
4 医療法人三和会 TW病院	新築(移転)	10	埼玉県	病院	163	9,767.01	59.92	2019	
5 特定医療法人 TC病院	新築(移転)	9	福岡県	病院	199	12,905.92	64.85	2018	
6 S地域医療センター	新築	9	茨城県	病院	128	10,400.99	81.26	2018	
7 医療法人 Y病院	新築	7	愛知県	病院	100	5,318.67	53.19	2018	
8 医療法人社団 Mリハビリテーション病院	新築	5	神奈川県	病院	120	5,164.92	43.04	2018	
9 H病院	新築(移転)	11	岩手県	病院	150	13,760.05	91.73	2018	
10 K生協病院	新築(移転)	13	鹿児島県	病院	129	10,317.94	79.98	2017	
11 A中央病院	新築(移転)	20	福岡県	病院	137	11,999.88	87.59	2017	
12 SM病院	新築(移転)	14	香川県	病院	196	12,224.25	62.37	2017	
13 社会医療法人三和会 RE病院	新築(移転)	3	大阪府	病院	120	8,199.93	68.33	2017	

平均値： 68.18  
端数切り上げで 70.00 1床当たりの面積

出典：(社)日本医療福祉建築協会「保健・医療・福祉施設建築情報シート」より

■図表6-4 想定敷地面積、施設規模の試算

病院面積 複合施設 1棟案			
療養病床	130	1床面積	70
老健	70	1床面積	45
		延床面積	9,100㎡
			3,150㎡
			12,250㎡
駐車台数想定		500台	
		敷地面積	26,000㎡
敷地想定面積			

施設構成  
地下無し、地上4階建て  
構造：S造  
※免震構造ではない

療養型病棟・外来・管理部門・中央診療部門などを含みます。  
個室・食堂などの生活空間部分のみの面積になります。

既存駐車場	185台	老健みなみかぜ	145	330台
現状、職員の車両も同様の駐車場に止めざる得ない状態				

施設建築面積+駐車場面積から想定した敷地面積

## 2 新病院の立地条件

候補地選定のための立地条件は以下の「必須条件」と「評価項目」から構成される。

「必須条件」は候補地の選出にあたり必要であり、「評価項目」は候補地の絞込みの際に各候補地を比較評価するために必要となる条件である。また、病院建設事業は周辺環境に与える影響も大きいことから、新病院の機能性のみならず、地域の活性化やまちづくりへの貢献度についても十分配慮しながら検討を進める必要がある。

必須条件 候補地選出に当たり必ず満たす必要のある要件

- 敷地面積（病床数、駐車場、ヘリポート等）
- 法規制（建築基準法、都市計画法等）

評価項目 建設地を決定するための根拠となる項目

- 利便性（交通手段、道路状況等）
- 療養環境（近隣施設の状況、景観等）
- 救急・防災（地盤、救急患者搬送ルート等）

選出された候補地を比較評価し、建設地を決定するための評価軸として「評価項目」を設定する。評価項目には病院建設にあたって一般的に配慮すべき内容に加え、新病院が目指す診療機能や患者層も考慮して設定する必要がある。

### 【建設候補地の評価項目案】

- ① 利便性 ・ 通いやすさ ・ 交通手段 ・ 周辺施設の状況
- ② 療養環境 ・ 日影環境 ・ 近隣の騒音状況 ・ 墓地等の有無
- ③ 救急・防災 ・ 地盤強度 ・ 救急患者の搬送ルート ・ 基幹道路との接続性
- ④ 事業計画の有効性 ・ 敷地の選定、建物にどのような制約が発生するか
- ⑤ 経済性 ・ 建設工事費以外にかかる敷地整備費用
- ⑥ 病院機能 ・ 新病院の機能 ・ 規模が確保されるか
- ⑦ まちづくり ・ 持続可能な活力のある総合的なまちづくりへ貢献できるか
- ⑧ シナジー効果 ・ 他施設と共存する事による相乗効果を発揮できるか
- ⑨ スケジュール ・ 敷地選定による事業の進捗、新病院開設目標が実現できるか

## 敷地選定評価

■図表65 病院の求められる立地条件

項目		条件
立地場所	立地場所 交通便	住民・患者から近いこと 交通便に優れていること 緊急車両がアクセスしやすいこと
周辺環境	立地環境 防災 生活基盤	景観が開けていること 周辺道路も含めて浸水・土砂災害等の危険性が少ないこと 飲食店・店舗等の生活関連基盤が備わっていること
敷地の条件	法令	用途地域内の該当建物用途に制限がないこと
	形状 面積	平坦地であること 建物延床面積の2倍程度を確保できること（駐車場等整備）
インフラ状況	上水 その他	電気、ガス、電話、排水の便が確保されていること
工事難易度	造成	特殊基礎工事を要する地盤でないこと
計画の遂行性	法の制約	農地法、都市計画法、文化財保護法等の許可による工程管理が困難でないこと

### 防災について

ハザードマップによる冠水の可能性の算定は可能であるが、詳細の冠水状況の予測は不可能である。地盤状況や断層の有無など総合的検証が必要である。

### 3 施設整備に係る概算事業費の積算

工事の発注にあたっては、公正さを確保しつつ良質で低廉な価格調達が重要となる。これを実現するためには、工事内容・特性を踏まえつつ、多様な入札契約方式の中から最も適した調達方式を選択する必要がある。

#### ① 契約方式

契約方式としては、設計と工事を単独に発注する方式・設計及び施工を一括発注する方式・基本設計及び詳細設計付き工事発注する方式・設計段階から施工者が関与する方式（ECI方式）等がある。

競争入札参加方法は、一般競争、指名競争、随意契約がある。落札者の選定方法は、単純な価格競争方式、総合評価落札方式、技術提案・交渉方式がある。施設整備の建築手法によっても、価格や工事期間や安全性に大きな影響が考えられる。

#### ② 施設整備費の前提条件

施設規模は病院施設延床 9,100 m<sup>2</sup>（130 床換算で 1 床あたり 70 m<sup>2</sup>）、介護老人保健施設延 3,150 m<sup>2</sup>（70 床換算で 1 床あたり 45 m<sup>2</sup>）の計 12,250 m<sup>2</sup>とした。（第 3 章 1 の②新病院の施設規模に記載）また、職員宿舎・外構・敷地に関連するインフラ整備等の未確定な要素については、費用について試算することが難しい為、引き続き検討することとする。

■図表 66 整備費の試算イメージ

基本構想概算		2021 年見直概算 消費税含む	
①建設工事		5,067,425	千円
1.設計費		215,382	千円
2.工事監理費		50,983	千円
3.建設工事費		4,801,060	千円
	I.建築工事	2,933,810	千円
	II.電気設備	617,210	千円
	III.機械設備	1,172,270	千円
	IV.昇降機設備	77,770	千円
	V.外構工事	範囲未定	千円
②造成工事費		未定	千円
③水道引込費等		未定	千円
④用地取得費		未定	千円
⑤既存病院解体費		未定	千円
⑥予備費(事業費の 5%)		273,371	千円
⑦医療機器費		400,000	千円
⑧情報システム費			
合計		5,740,796	千円

# 第4章 新病院再整備の検討

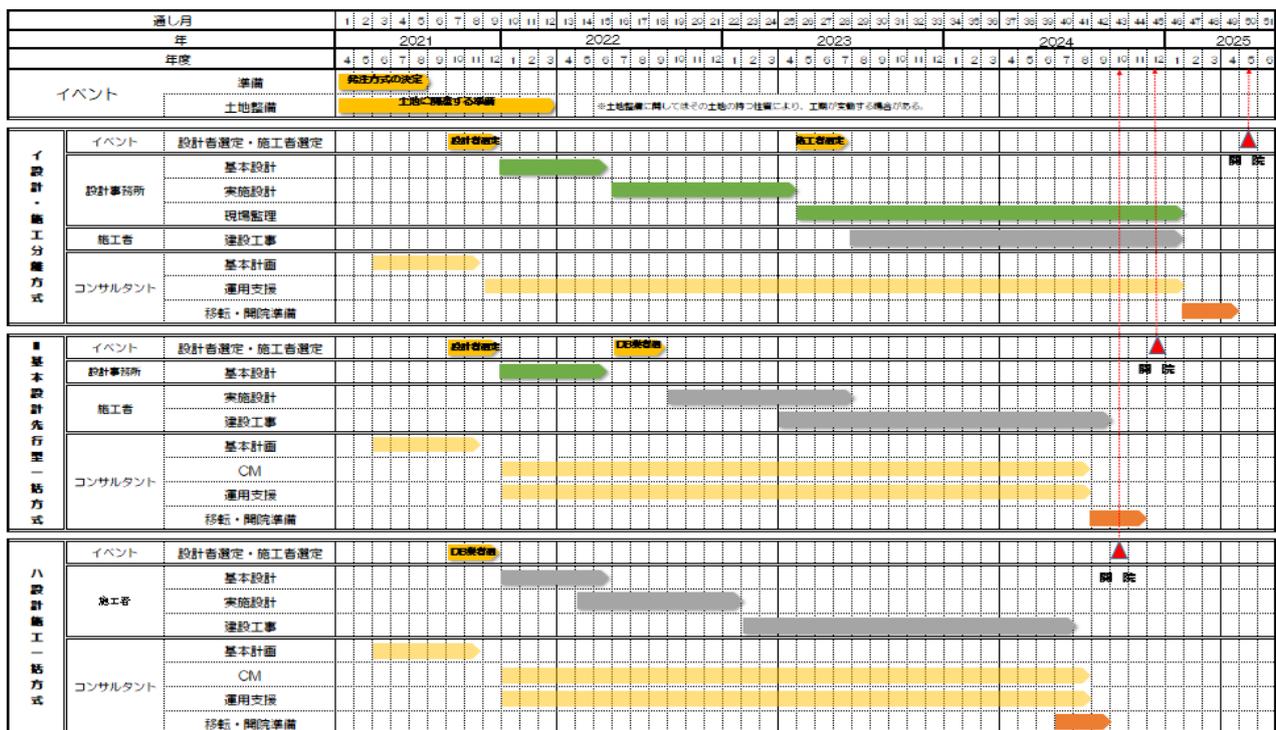
## 1 整備スケジュール

第3章の3 施設整備に係る概算事業費の積算において、契約方式や選定方式について様々な方式があることを述べたが、早期に施設の再整備を進めることや時間短縮を考慮すると、従来の設計と施工を分離して発注する方式でなく、設計施工一括発注方式が適切と考える。

但し、この方式のデメリットである施工会社主導の予算に合わせた施設計画になることを避け、発注者の意向を施設計画に十分反映可能な、基本設計分離先行型の一括発注が望ましいと考える。この場合は第3者の評価を同時に進めることが必要となる。施設設計・施工についてコンストラクションマネイジャー（CMr）や第三者（監理）へ支援業務を任せることで、発注者の利益を守ることが可能となる。

全体整備スケジュールは以下の通り「設計施工一括発注方式」として試算したスケジュールである。  
 ※基本計画で設計と条件書作成（要求水準書）に合わせ平面計画を行い、基本設計の一部をフロントローディングする形で進め、更なる時間短縮を想定する。

■図表67 整備スケジュール



### 設計・施工発注方式比較

イ.設計・施工分離方式：メリット(建築物の品質・性能・コストが適切・客観的に管理可能)、デメリット(他の方式より工期・工費が大きくなることが多い)

ロ.基本設計先行型一括方式：メリット（発注者の意向を反映しやすい、実施設計で建設会社の技術を反

映し工期・工費が圧縮可能)、デメリット(予算に合わせた質の低下の恐れ、第3者の評価が必要)

ハ.設計施工一括方式:メリット(基本設計から工事しやすい工法等を取り入れた工期、工費の圧縮可能)、デメリット(発注者の意向が十分反映されない懸念がある。第3者の評価が必要)

## 2 新病院の整備計画の前提条件

### ① 前提条件

- 2019年の決算結果をベースにして収支試算を行った。
- 新病院開院は、整備方式によるが2024年として試算を行った。
- 新病院での収益に関しては下記の施設概要・病院運営で試算を行った。

■図表68 前提条件

病床数	一般病棟40床 障害者病棟50床 療養病棟40床 合計130床
病床稼働	病床稼働率85%で試算
診療単価	将来の診療報酬改定が予測 できないため、2019年の単価を使用

## 3 事業収支試算の想定条件と結果

新病院縦開示の収支の試算を2パターンで実施した。試算①は医師会立病院として整備を行った場合と、試算②は行政から初期投資の支援を受けた場合の2種類を比較した。

■図表69 試算パターン

試算パターン	整備費 捻出元
<p><b>試算①</b> 医師会立病院として 整備を行った場合</p>	<p>病院</p> 
<p><b>試算②</b> 行政から初期投資の 支援を受けた場合</p>	<p>行政</p> 

① 事業収支シミュレーション (医師会立病院)

単位：(百万円)

	実績	基本 目標	基本 計画	基本計画 実施計画	実施計 算①	竣工 開院											
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035
	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	R14	R15	R16	R17
収益合計	1,968	1,968	1,968	1,968	1,968	1,492	1,492	1,492	1,492	1,492	1,492	1,492	1,492	1,492	1,492	1,492	1,492
I 医療収益	1,917	1,917	1,917	1,917	1,917	1,462	1,462	1,462	1,462	1,462	1,462	1,462	1,462	1,462	1,462	1,462	1,462
1. 入院収益	1,477	1,477	1,477	1,477	1,477	1,067	1,067	1,067	1,067	1,067	1,067	1,067	1,067	1,067	1,067	1,067	1,067
2. 薬料差額収益	1	1	1	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3. 外来収益	370	370	370	370	370	294	294	294	294	294	294	294	294	294	294	294	294
4. その他収益	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69
II 医療外収益	22	22	22	22	22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
III 受取補助金等	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV 臨時収益	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29
V 経常外収益	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
費用合計	2,029	2,027	2,027	2,029	2,044	1,867	1,865	1,863	1,861	1,859	1,804	1,779	1,777	1,775	1,773	1,771	1,769
VI 医療費用	2,026	2,026	2,026	2,026	2,044	1,811	1,811	1,811	1,811	1,811	1,759	1,736	1,736	1,736	1,736	1,736	1,736
1. 材料費	249	249	249	249	249	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190
2. 給与費	1,322	1,322	1,322	1,322	1,322	1,125	1,125	1,125	1,125	1,125	1,125	1,125	1,125	1,125	1,125	1,125	1,125
3. 委託費	139	139	139	139	139	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106
4. 設備関係費	174	174	174	174	174	282	282	282	282	282	230	207	207	207	207	207	207
5. その他(経費等)	142	142	142	142	142	108	108	108	108	108	108	108	108	108	108	108	108
VII 医療外費用	4	1	1	3	8	55	53	51	49	47	45	43	41	39	37	35	33
VIII 臨時費用(経常外費用)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
純損益	▲63	▲61	▲61	▲63	▲77	▲376	▲374	▲372	▲370	▲368	▲313	▲288	▲286	▲284	▲282	▲280	▲278

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	R14	R15	R16	R17
I 業務活動によるCF	111	114	114	111	87	▲94	▲92	▲90	▲88	▲86	▲84	▲82	▲80	▲78	▲76	▲74	▲72
II 投資活動によるCF	0	0	0	▲215	▲2,563	▲2,963	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
III 財務活動によるCF	0	0	0	208	2,463	2,758	▲205	▲205	▲205	▲205	▲205	▲205	▲205	▲205	▲205	▲205	▲205
IV 現金及び現金同等物の増減額	111	114	114	104	▲12	▲299	▲297	▲295	▲293	▲291	▲289	▲287	▲285	▲283	▲281	▲279	▲277
V 現金及び現金同等物の期首残高	0	111	225	338	442	430	130	▲167	▲462	▲755	▲1,046	▲1,335	▲1,622	▲1,906	▲2,189	▲2,470	▲2,749
VI 現金及び現金同等物の期末残高	111	225	338	442	430	130	▲167	▲462	▲755	▲1,046	▲1,335	▲1,622	▲1,906	▲2,189	▲2,470	▲2,749	▲3,025
借入金残高				208	2,671	5,429	5,224	5,019	4,814	4,609	4,404	4,199	3,994	3,789	3,584	3,379	3,174

## ② 事業収支シミュレーション (新たな事業方式)

単位: (百万円)

	基本構想		基本計画		基本設計 業務設計		業務設計 工事		工事 開院											
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035			
	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	R14	R15	R16	R17			
収益合計	1,968	1,968	1,968	1,968	1,968	1,492	1,492	1,492	1,492	1,492	1,492	1,492	1,492	1,492	1,492	1,492	1,492			
I 医療収益	1,917	1,917	1,917	1,917	1,917	1,462	1,462	1,462	1,462	1,462	1,462	1,462	1,462	1,462	1,462	1,462	1,462			
1. 入院収益	1,477	1,477	1,477	1,477	1,477	1,067	1,067	1,067	1,067	1,067	1,067	1,067	1,067	1,067	1,067	1,067	1,067			
2. 室料差額収益	1	1	1	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3			
3. 外來収益	370	370	370	370	370	294	294	294	294	294	294	294	294	294	294	294	294			
4. その他収益	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69			
II 医療外収益	22	22	22	22	22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
III 受取補助金等	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
IV 臨時収益	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29			
V 経常外収益	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
費用合計	2,029	2,029	2,029	2,029	2,029	1,533	1,533	1,533	1,533	1,533	1,533	1,533	1,533	1,533	1,533	1,533	1,533			
VI 医療費用	2,026	2,026	2,026	2,026	2,026	1,529	1,529	1,529	1,529	1,529	1,529	1,529	1,529	1,529	1,529	1,529	1,529			
1. 材料費	249	249	249	249	249	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190			
2. 給与費	1,322	1,322	1,322	1,322	1,322	1,125	1,125	1,125	1,125	1,125	1,125	1,125	1,125	1,125	1,125	1,125	1,125			
3. 委託費	139	139	139	139	139	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106			
4. 設備関係費	174	174	174	174	174	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
5. その他(経費等)	142	142	142	142	142	108	108	108	108	108	108	108	108	108	108	108	108			
VII 医療外費用	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4			
VIII 臨時費用(経常外費用)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
純損益	▲63	▲63	▲63	▲63	▲63	▲42	▲42	▲42	▲42	▲42	▲42	▲42	▲42	▲42	▲42	▲42	▲42			

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	R14	R15	R16	R17
I 業務活動によるCF	111	111	111	111	111	▲42	▲42	▲42	▲42	▲42	▲42	▲42	▲42	▲42	▲42	▲42	▲42
II 投資活動によるCF	0	0	0	▲215	▲2,563	▲2,963	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
III 財務活動によるCF	0	0	0	215	2,563	2,963	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV 現金及び現金同等物の増減額	111	111	111	111	111	▲42	▲42	▲42	▲42	▲42	▲42	▲42	▲42	▲42	▲42	▲42	▲42
V 現金及び現金同等物の期首残高	0	111	222	333	444	555	513	471	428	386	344	302	259	217	175	132	90
VI 現金及び現金同等物の期末残高	111	222	333	444	555	513	471	428	386	344	302	259	217	175	132	90	48
借入金残高				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

## ③ 結果

- ・ 医師会立病院では再整備費の 50 億円を超える資金調達は難しい。
- ・ 現状の病院運営では借入金の償還ができない可能性が大きい。

## 4 再整備に向けての取り組み

事業収支試算では、医師会立病院は 50 億円を超える整備費を調達することは難しく、調達できたととしても返済に支障をきたす恐れがある。そのため、基本構想の再整備を進めるためには次の 3 つのことが必要になる。

### ① 行政からの初期投資支援の検討

病院を再整備するための資金調達など行政の支援がないと難しい。そのため、再整備にあたり必要な資金を行政から受け、再整備を進めることが必要になる。また、その事業方式の決定や事業スキームなどについて病院と行政との協議・調整が必要になる。

### ② 病院の事業収支改善の準備

現状の病院経営は赤字基調が続いており、行政から初期投資支援を受けても収支が改善しないと長期に亘る病院経営は難しい。そのためには、新病院に向けて採算性を向上させることが

必要になる。

経費削減など効果を上げている施策を継続し、新病院を見据え収益に見合った職員のタスクシフトなど効率的な取り組みを行い、経営改善を進めることが求められる。

③ 再整備に向けての推進体制の整備

病院の老朽化の状況や現病院の維持にかかる費用を勘案すると一刻も早い整備が必要になる。そのためには再整備を推進する組織や体制を整備し、早期に事業が開始され、事業が円滑に推進できるようにする。

以 上