

伊南行政組合昭和伊南総合病院
新病院建設基本構想(案)

2020 年(令和2年)5月
伊南行政組合

新病院建設基本構想の策定にあたって

昭和伊南総合病院は、昭和38年3月に運営主体が長野県厚生農業協同組合から上伊那南部病院組合（現在の伊南行政組合）に移管され、以後公立病院として57年にわたり地域の皆様とともに歴史を刻んでまいりました。この間、平成16年度の新医師臨床研修制度の施行による医師数の減少等に伴う経営悪化により、平成20年度には累積欠損金が17億円超にまで膨らむなど危機的な状況もありましたが、医師をはじめとするスタッフの懸命な努力や構成4市町村の支援を受けながら改善を図り、平成26年度には累積欠損を解消し、以後安定した経営を継続しています。これも常日頃より病院運営を暖かく見守ってくださる住民の皆様のご理解・ご協力のお陰であり厚く御礼申し上げます。

さて、現病院は昭和58年に現在地に移転新築し37年が経過しました。現施設が抱える様々な課題に対応するとともに、患者さんにとって望まれる療養環境の中でより良い医療の提供を続けていくためには、施設の抜本的な再整備が必要な状況になりつつあります。そこで、平成30年12月に有識者、住民、関係機関等で構成するあり方検討委員会を設置し、今後の病院のあり方についてご検討をいただき、令和元年11月にその結果が提言書としてまとめられました。

今回伊南行政組合が策定いたしましたこの基本構想は、あり方検討委員会の提言を尊重し踏まえるとともに、病院内、組合内での検討を重ね、新病院建設についての基本的な考え方をまとめたものです。人口減少・少子高齢化の進行や医療環境が変化していく中においても、伊南地域の皆様の命と健康を守り、公立病院としての使命を果たし、地域の安全・安心の要として信頼されるよう、この基本構想を基として新病院建設に向けた検討を着実に進めたいと考えております。

結びにあたり、長期間に渡り熱心にご議論をいただきましたあり方検討委員の皆様改めて感謝し御礼を申し上げますとともに、今後、新病院建設に関し住民の皆様のより一層のご理解とご協力をお願い申し上げます。

令和2年5月

伊南行政組合長 伊 藤 祐 三

目 次

第1章 基本構想について.....	1
1. 基本構想策定の経緯	1
2. 基本構想の位置づけ	1
第2章 当院を取り巻く環境.....	2
1. 医療政策の動向	2
2. 長野県の動向	5
3. 二次保健医療圏の現状	6
第3章 当院の現状.....	12
1. 病院概要	12
2. 受療動向	13
3. 経営状況	19
4. 施設の現況	20
第4章 伊南地域における住民の意見(住民アンケート調査結果)	22
1. 住民アンケート概要.....	22
2. 住民アンケート結果.....	22
第5章 現状の課題のまとめ	25
第6章 当院の今後のあり方についての提言	26
第7章 当院が目指す新病院の姿	28
1. 新病院の概要	30
2. 新病院の重点機能	31
3. 5疾病5事業への対応	33
4. 地域医療への貢献	33
5. その他.....	34
第8章 新病院の施設整備方針	36
第9章 新病院整備の概要	37
1. 新病院の規模	37
2. 建設場所の考え方.....	38
3. 整備手法の考え方.....	39
4. 整備事業費(概算見込み).....	40
5. 整備スケジュール	40
第10章 今後の経営形態について.....	41

参考資料

用語集(本文中「＊」印のある用語を解説)

基本構想策定委員会設置要綱

第1章 基本構想について

1. 基本構想策定の経緯

昭和伊南総合病院（以下「当院」という。）は、駒ヶ根市、飯島町、中川村及び宮田村で構成される地域（以下「伊南地域」という。）の住民の生命と健康を支える中核病院として、これまで時代の要請に応じた医療サービスを提供し、地域の医療提供体制において重要な役割を果たしてきました。しかしながら、現在の施設は、1983年（昭和58年）に診療を開始後37年が経過し、建物設備の老朽化、狭隘化、陳腐化が目立つようになっており、医療の発展とともに高度化した医療機器や複雑化した医療体制に対して現在の施設では十分な対応が困難な状況になりつつあります。

今日、人口減少・少子高齢化の進展や疾病構造の変化などに伴う医療ニーズの多様化・高度化、新臨床研修制度*を発端とした医師の偏在化、国の社会保障費抑制に向けた診療報酬改定など、当院を取り巻く環境は大きく変化しています。

こうした状況を勘案し、2018年（平成30年）12月に有識者、住民代表等による「昭和伊南総合病院あり方検討委員会」（以下「あり方検討委員会」という。）が設置され、当院の中長期的な地域におけるあり方が議論されました。6回の協議を経て、2019年（令和元年）11月に提出された「伊南行政組合昭和伊南総合病院のあり方に関する提言書」では、今後求められる役割については「伊南地域・上伊那医療圏の中核病院として、地域からの要望も多い救急医療を中心とした急性期医療を堅持していくとともに、地域内外の医療機関及び関連機関との連携をより一層強化し地域完結型の医療を提供することが求められる」とされ、施設整備の必要性については「現在の医療を守りつつ今後の多様化するニーズに継続して対応するためには建替えを伴う再整備が必要である」と提言されています。

そこで、当院の現状や社会環境の変化を踏まえた上で、当院が将来にわたって医療需要や環境の変化に柔軟に対応し、継続的に伊南地域の中核病院として周辺の医療機関との連携のもと高度医療や政策医療*を確実に提供していくため、新病院のあり方や方向性・施設整備等の基本的な考え方をまとめ、この基本構想を策定しました。

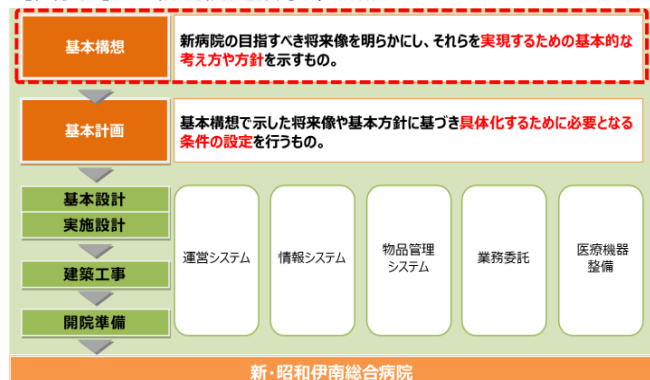
2. 基本構想の位置づけ

新病院の建設に当たっては、将来を見据えながら必要とされる診療体制、適正な病院の規模等を検討し、計画的に実行していく必要があります。基本構想は、今後新病院を整備する上でのコンセプトを取りまとめたものです。

今後は、基本構想を具現化するために必要となる各部門計画や設計上の条件等を取りまとめた基本計画を策定し、それに基づき基本設計・実施設計を行います（図表1）。

また、設計及び建築工事と並行して、運営システムや医療機器整備等の各種計画の検討を行い、新病院が安全かつ円滑に開院できるよう準備を行います。

【図表1】 新病院建設事業の流れ



第2章 当院を取り巻く環境

1. 医療政策の動向

わが国では国民皆保険のもと、誰もが安心して医療を受けることができる医療制度を実現し、平均寿命の延伸や高い保健医療水準を達成してきました。しかし、急速な高齢化に伴う医療費の増加、経済成長の低迷など医療・介護を取り巻く環境は著しく変化しています。

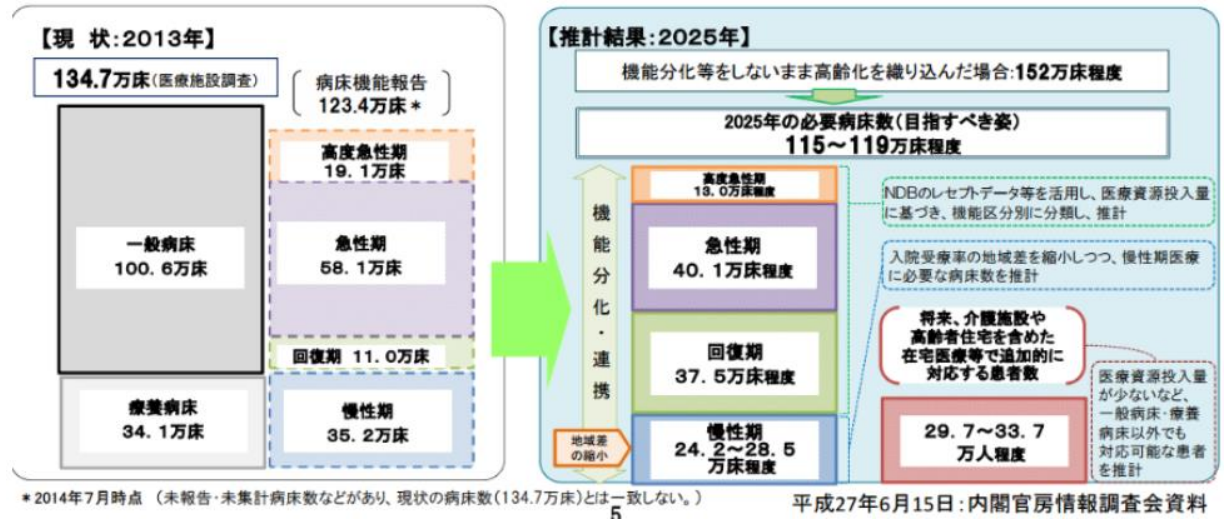
2012 年(平成 24 年)2 月には、「社会保障・税一体改革大綱」が閣議決定され、今後の財源の確保策と 2025 年(令和 7 年)に向けた年金、医療、介護及び子育ての全世代対応型の社会保障を目指す方針が示されました。医療・介護の分野においては、病床の機能分化・連携、在宅医療の推進及び地域包括ケアシステム*の構築といった医療・介護サービスの提供体制の改革が必要とされています。

(1) 医療機能の分化

国は、社会保障・税一体改革大綱において、医療提供体制の 2025 年(令和 7 年)モデルを示しています。それによると、急性期医療では医療資源の集中投入により機能強化を図り、入院期間を短縮して早期の在宅復帰・社会復帰を実現するとともに、地域の在宅医療・在宅介護を充実させることで受け皿の拡大を図る方針です。

それに伴って、これまでの一般病床・療養病床を「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」の 4 つの機能に区分し、効果的・効率的な医療提供体制を構築することを目指しています(図表 2)。

【図表2】 医療機能分化イメージ図



※出典:厚生労働省(平成 25 年 9 月 6 日 社会保障審議会 医療保険部会・医療部会)

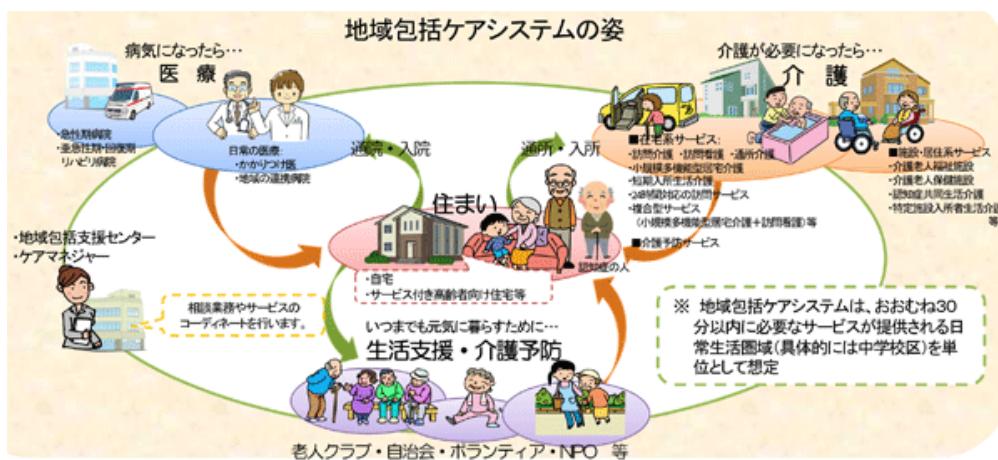
医療機能の名称(区分)	医療機能の内容 (定義)
高度急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能。
急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)
慢性期機能	○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障がい者(重度の意識障がい者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

(2) 地域包括ケアシステムの構築

先に述べた「社会保障と税の一体改革大綱」で、団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年(令和 7 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最後まで続けることができるように「住まい」、「医療」、「介護」、「予防」及び「生活支援」の 5 つのサービスを総合的かつ一体的に提供できる体制(地域包括ケアシステム)の構築に取り組むこととされました(図表 3)。

地域包括ケアシステムの構築に当たっては、保険者である市町村や都道府県が地域の特性に応じて作り上げていくことが必要となります。その中で、病院は各自の役割を明確にし、介護サービス事業者や行政等との連携の強化を図ることで、医療の面から住民の暮らしを支えることが求められます。

【図表3】 地域包括ケアシステムイメージ図



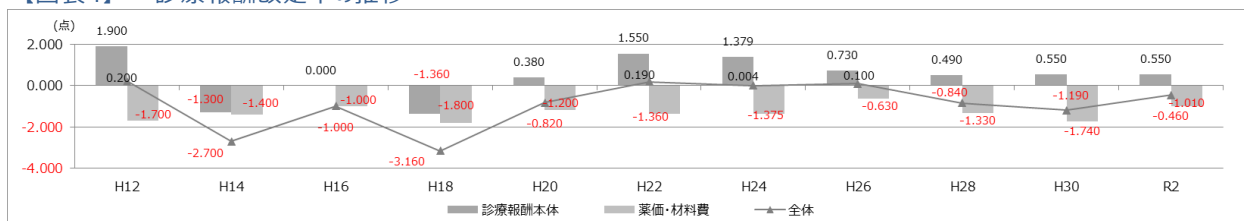
※出典:厚生労働省

(3) 診療報酬の改定

近年の診療報酬改定の推移を見ると、診療報酬本体は 2002 年(平成 14 年)から 2006 年(平成 18 年)はマイナス改定となっていました、2008 年(平成 20 年)以降はプラスの改定が続いています。一方で、薬価・材料費を含めた全体の改定率は 2010 年(平成 22 年)から一時回復したものの、2014 年(平成 26 年)以降は再びマイナス改定で推移しています。現在の医療財政の状況を見ると、今後も診療報酬は抑制の方向に進むものと考えられます(図表 4)。

また、2018 年(平成 30 年)の診療報酬改定では、6 年に一度の診療報酬・介護報酬の同時改定となり、“地域包括ケアシステム構築に向けた医療機能の分化・強化”、“医療・介護の役割分担と切れ目のない連携”が重点課題とされました。2020 年(令和 2 年)改定では、前回改定の重点課題に加え、“医療従事者の負担軽減・医師等の働き方改革の推進”等が追加されました。

【図表4】 診療報酬改定率の推移



※参考:厚生労働省発表の診療報酬改定率

(4) 働き方改革の推進

2018 年(平成 30 年)7 月に成立した「働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律」により、医療機関においても時間外労働の上限規制、年次有給休暇の取得等が義務化されました。

一方、医師の働き方については業務の特殊性を踏まえた対応が必要であることから、規制の適用は 5 年後に延期され、医療界を含めた検討会にて時間外労働の規制のあり方や労働時間の短縮策について検討が行われてきました。2019 年(平成 31 年)3 月に報告書が提出され、すべての医療機関において労務管理の徹底・労働時間の短縮などを進め、2024 年(令和 6 年)4 月以降は「年間の時間外労働 960 時間以下」を目指すこととされています。(一部特例あり)

医療提供体制を維持する上で、医師、看護師をはじめ、医療従事者の長時間勤務の是正や離職率の縮減は大きな課題となっています。チーム医療の推進、タスクシフティング等により医師及び医療従事者全体の負担軽減に努めることが求められます。

また、ワーク・ライフ・バランスが重視される傾向を踏まえ、多様で柔軟な働き方を認め、育児や介護などを行いながらも医療に従事し続けられる職場環境の整備が必要とされています。

(5) 医師の偏在是正

2008 年(平成 20 年)以降、医学部の定員は大幅に増員され人口 10 万人対医療施設従事医師数は増加傾向にあります。しかし、医師の地域偏在や診療科偏在は解消されず、地域によっては深刻な医師不足が問題視されています。

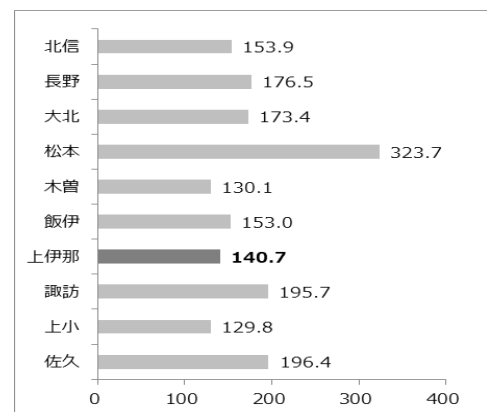
このような地域差等を是正するために、厚生労働省は 2019 年(平成 31 年)3 月にガイドラインを作成し、令和元年中に都道府県に医師確保計画を策定することを求めています。この計画は都道府県の医療計画の中に位置づけられ、都道府県及び二次医療圏毎に医師確保の方針と目標数及び施策を定め、2036 年までに医師の偏在を是正することを長期的な目標としています。

2019 年(平成 31 年)4 月には、厚生労働省から三次・二次医療圏の医師偏在指標*の暫定値が示され、長野県は 201.1 と全国平均の 238.6 より低く、47 都道府県のうち下位 3 分の 1 の「医師少数県」と位置付けられました。県内二次医療圏別の医師偏在指標は、医療圏間の患者流出が調整され、図表 5 の通り示されました。

【図表 5】 長野県 流出入調整後医療圏別医師偏在指標 (2019 年(令和元年) 5 月時点暫定)

	調整後 医師偏在指標	標準化 医師数(人)	2018 年人口 (10 万人対)	標準化 受療比
北信	153.9	138	0.90	1.00
長野	176.5	1,070	5.49	1.11
大北	173.4	116	0.60	1.11
松本	323.7	1,534	4.29	1.11
木曽	130.1	34	0.28	0.93
飯伊	153.0	294	1.64	1.18
上伊那	140.7	260	1.86	0.99
諏訪	195.7	449	2.00	1.15
上小	129.8	276	2.00	1.06
佐久	196.4	504	2.10	1.22

※出典：長野県地域医療構想調整会議資料



2. 長野県の動向

(1) 地域保健医療計画

各都道府県では、医療法に基づき、効率の良い医療を提供できるよう、地域の実情に応じて二次医療圏*毎に基準病床数や医療を提供する体制に関する計画を作成しています。

長野県では、信州保健医療総合計画が定められ、10 圏域の二次保健医療圏が示されています。

当院が属する上伊那医療圏は、2 市 6 町村(伊那市、駒ヶ根市、辰野町、箕輪町、飯島町、南箕輪村、中川村、宮田村)で構成されています(図表 6)。

【図表6】 長野県内の二次医療圏



※出典：上伊那地域包括医療協議会

(2) 地域医療構想

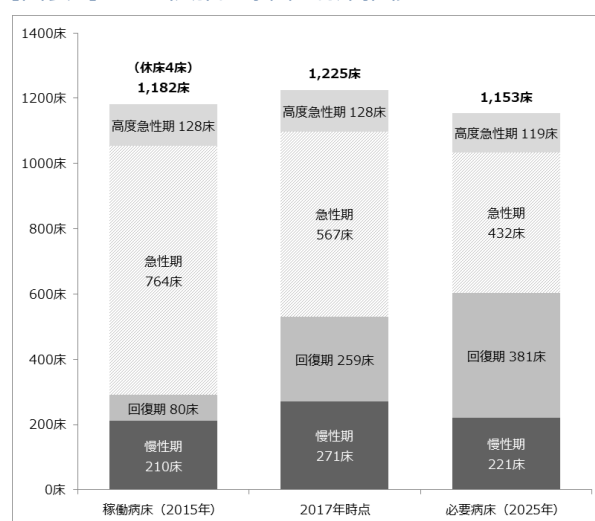
高齢化が進み、地域医療の確保、少子化への対応などが課題となる中、医療と介護の一体的な整備を行うことで現状の社会保障制度を維持するため、2014 年(平成 26 年)6 月に「医療介護総合確保推進法」が成立しました。これにより、各都道府県には、地域の各医療機能の将来の必要量を踏まえながら、医療機能の更なる分化・連携を推進するために「地域医療構想」を策定することが求められました。

地域医療構想では、二次医療圏を基本とした「構想区域」ごとに、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の 4 つの医療機能の病床数の必要量を推計しています。病床機能報告制度による現状の実情を踏まえ、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、2025 年(令和 7 年)までに効率的な医療提供体制を構築することを目指しています。

長野県地域医療構想において、上伊那医療圏の 2025 年度(令和 7 年度)必要病床数は 1,153 床とされています(図表 7)。構想作成時の 2015 年(平成 27 年)は、病床総数は 30 床程度の差ではあるものの、機能別の病床数は必要量と大きな差がありました。

2017 年(平成 29 年)時点では、一部病床の転換が図られたものの、急性期・慢性期は過剰、回復期は不足している状況にあり、今後の機能分担を進めていく必要があります。

【図表7】 上伊那医療圏 病床推移



※出典：「地域医療構想」長野県

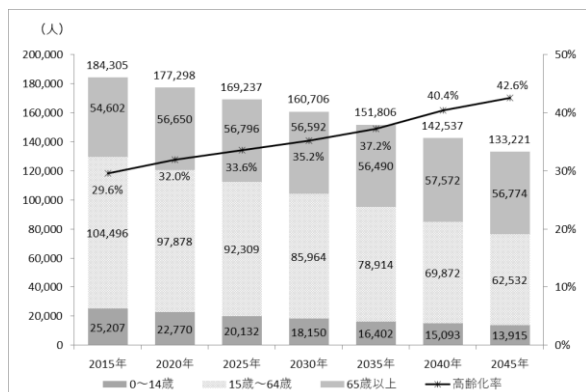
3. 二次保健医療圏の現状

(1) 上伊那医療圏及び伊南地域の人口動態及び将来推計

上伊那医療圏の人口は、約 18.4 万人(2015(平成 27 年)年 10 月 1 日現在)であり、国立社会保障・人口問題研究所の推計(2018 年(平成 30 年)推計)によるとすでに減少傾向にあります(図表 8)。

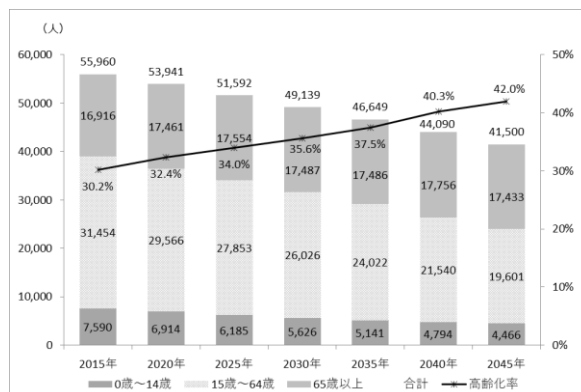
このうち当院の属する伊南地域の人口は、約 5.6 万人(2015 年(平成 27 年)10 月 1 日現在)であり、上伊那医療圏全体の約 30%を占めています(図表 9)。

【図表8】 上伊那医療圏の人口推移・高齢化率



※出典:「日本の地域別将来推計人口(2018 年推計)」国立人口問題研究所

【図表9】 伊南地域の人口推移・高齢化率



※出典:「日本の地域別将来推計人口(2018 年推計)」国立人口問題研究所

伊南地域の将来推計人口を年齢階層別に見ると、年少人口(0~14 歳)及び生産年齢人口(15~64 歳)の減少が顕著に表れています。

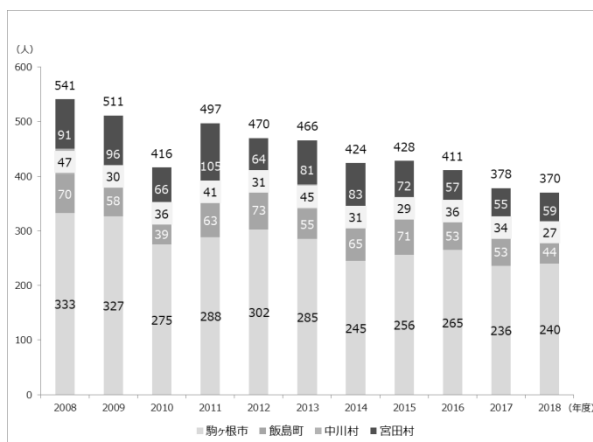
一方で、老年人口(65 歳以上)については中期的に増加傾向にあり、2030 年(令和 12 年)には人口全体に対して老年人口の占める割合が 35%を超えることから、一層の少子高齢化の進展が予想されます。

(2) 伊南地域の出生数の推移

上伊那医療圏では、病院・診療所・助産所を含めて 9 施設で正常分娩を取り扱っており、そのうち 4 施設が伊南地域に所在しています。

伊南地域における出生数は年々減少しており、2008 年度(平成 20 年度)から 2018 年度(平成 30 年度)までの 10 年間で約 30%減少しており、今後も減少傾向が続くことが予想されます(図表10)。

【図表10】 伊南地域の出生数の推移



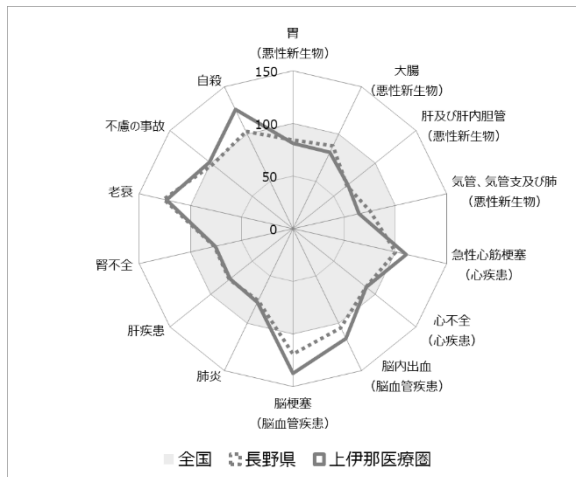
※出典:伊南行政組合調べ

(3) 上伊那医療圏における主な死亡原因

全県的な特徴として、男性及び女性ともに悪性新生物による標準化死亡比*は低く、循環器系の疾患による標準化死亡比が高くなっています(図表 11～12)。

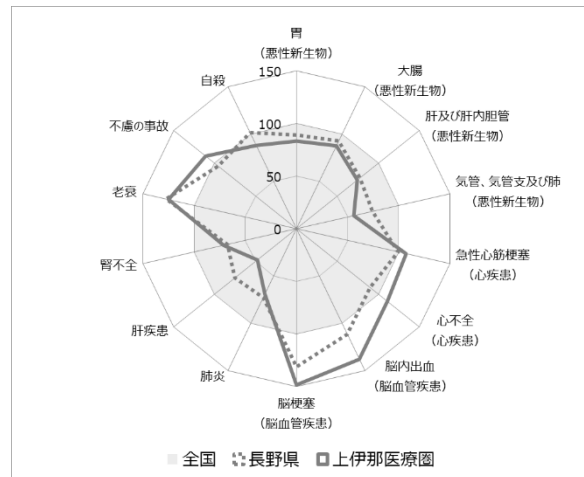
上伊那医療圏の標準化死亡比は、男性では“急性心筋梗塞”、“脳内出血”、“脳梗塞”及び“自殺”が全国及び県と比べて高くなっています。女性も男性と同様の傾向で、加えて“心不全”が全国及び県と比べて高い傾向にあります(図表 11～12)。

【図表11】 上伊那医療圏の男性標準化死亡比



※出典:「人口動態保健所・市町村別統計(平成20年～平成24年)」厚生労働省

【図表12】 上伊那医療圏の女性標準化死亡比



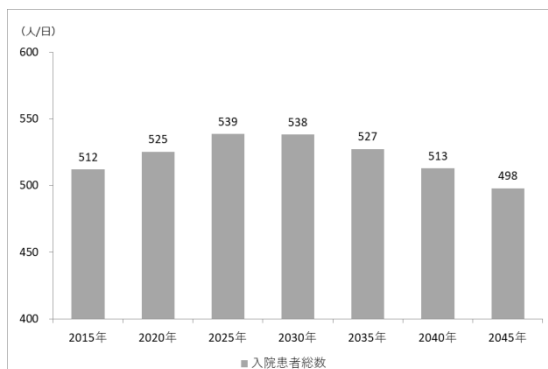
※出典:「人口動態保健所・市町村別統計(平成20年～平成24年)」厚生労働省

(4) 伊南地域の将来推計患者数

伊南地域では、(1)に記載したとおり人口減少が進行しますが、高齢化に伴って将来推計入院患者数は2025年(令和7年)～2030年(令和12年)頃まで増加し、その後緩やかに減少に転じる見込みとなります(図表13)。

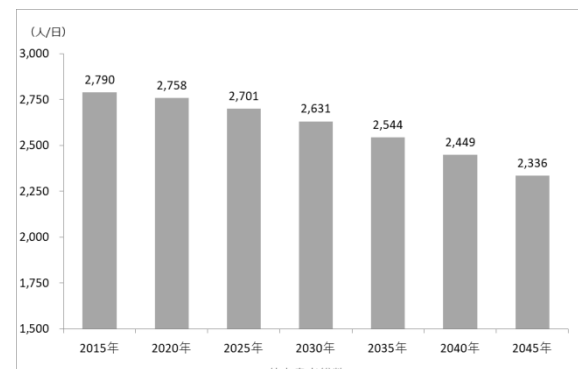
一方で、将来推計外来患者数は、2015年(平成27年)以降は減少が続く見込みとなっています(図表14)。

【図表13】 伊南地域の入院患者数推計



※出典:「日本の地域別将来推計人口(2018年推計)」国立人口問題研究所 及び「平成29年患者調査」厚生労働省から試算

【図表14】 伊南地域の外来患者数推計



※出典:「日本の地域別将来推計人口(2018年推計)」国立人口問題研究所 及び「平成29年患者調査」厚生労働省から試算

2015 年(平成 27 年)から 2025 年(令和 7 年)までの将来推計入院患者数を疾病分類別に見ると、高齢者に多くみられる“循環器系の疾患”や“呼吸器系の疾患”等は増加率が高い傾向にあり、“妊娠、分娩及び産じょく”、“周産期に発生した病態”及び“先天奇形、変形及び染色体異常”等の小児・周産期領域の患者数は減少しています(図表 15)。

【図表15】 伊南地域の疾病分類別入院患者数・増加率

(人/日)

疾病大分類	2015 年	2020 年	2025 年	2030 年	2035 年	2040 年	2045 年	2015-2025 年 増加率
I 感染症及び寄生虫症	7.5	7.8	8.2	8.2	8.1	7.9	7.7	108.9%
II 新生物	59.1	60.6	61.5	61.2	60.1	58.7	56.7	103.9%
III 血液及び造血器の疾患並びに免疫 機構の障がい	2.7	2.8	2.8	2.8	2.7	2.7	2.6	103.5%
IV 内分泌、栄養及び代謝疾患	11.5	11.8	12.2	12.2	12.0	11.7	11.4	105.9%
V 精神及び行動の障がい	99.6	98.5	96.4	94.1	91.0	87.1	82.3	96.8%
VI 神経系の疾患	42.4	43.5	44.6	44.5	43.4	42.1	40.9	105.2%
VII 眼及び付属器の疾患	3.7	3.8	3.8	3.8	3.7	3.6	3.5	103.0%
VIII 耳及び乳様突起の疾患	1.6	1.6	1.6	1.6	1.6	1.5	1.5	102.2%
IX 循環器系の疾患	95.8	101.0	106.6	108.0	106.6	104.5	102.8	111.3%
X 呼吸器系の疾患	39.5	41.7	44.4	45.2	44.7	43.8	43.2	112.6%
X I 消化器系の疾患	26.4	27.4	28.3	28.2	27.6	26.8	26.1	107.0%
X II 皮膚及び皮下組織の疾患	5.3	5.5	5.7	5.8	5.7	5.6	5.5	109.1%
X III 筋骨格系及び結合組織の疾患	29.3	30.2	31.2	31.4	31.0	30.2	29.3	106.5%
X IV 腎尿路生殖器系の疾患	18.7	19.4	20.2	20.3	20.0	19.5	19.1	107.7%
X V 妊娠、分娩及び産じょく	7.7	6.8	6.2	5.8	5.4	5.0	4.5	79.8%
X VI 周産期に発生した病態	3.9	3.6	3.1	2.9	2.7	2.5	2.3	80.9%
X VII 先天奇形、変形及び染色体異常	2.1	1.9	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	84.2%
X VIII 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いもの	4.1	4.2	4.4	4.4	4.4	4.3	4.2	108.1%
X IX 損傷、中毒及びその他の外因の影 響	47.1	49.3	51.6	52.1	51.3	50.2	49.2	109.6%
X X I 健康状態に影響を及ぼす要因 及び保健サービスの利用	4.2	4.2	4.3	4.2	4.1	4.0	3.8	102.6%
入院患者総数	512.0	525.4	538.7	538.4	527.5	513.0	497.9	105.2%

※出典：「日本の地域別将来推計人口(2018 年推計)」国立人口問題研究所 及び「平成 29 年患者調査」厚生労働省から試算

一方で、将来推計外来患者数を疾病分類別に見ると、“新生物”、“循環器系の疾患”、“筋骨格系及び結合組織の疾患”は増加がみられるものの、その他の疾病分類で患者数は減少が見られます。入院同様、“妊娠、分娩及び産じょく”、“周産期に発生した病態”及び“先天奇形、変形及び染色体異常”等の小児・周産期領域は患者数の減少率が高い傾向にあります(図表 16)。

【図表16】 伊南地域の疾病分類別外来患者数・増加率

(人/日)

疾病大分類	2015 年	2020 年	2025 年	2030 年	2035 年	2040 年	2045 年	2015-2025 年 増加率	
I 感染症及び寄生虫症	77.4	74.5	71.0	67.6	64.3	61.2	57.9	91.8%	
II 新生物	122.3	123.4	122.6	120.5	117.2	113.8	109.1	100.3%	
III 血液及び造血器の疾患並びに免疫機 構の障がい	10.8	10.5	10.2	9.7	9.2	8.8	8.4	94.6%	
IV 内分泌、栄養及び代謝疾患	188.9	189.2	187.0	184.6	180.2	174.5	166.2	99.0%	
V 精神及び行動の障がい	102.3	97.8	92.5	87.1	81.8	76.6	71.8	90.5%	
VI 神経系の疾患	50.3	50.4	50.2	49.4	48.0	46.5	44.6	99.7%	
VII 眼及び付属器の疾患	145.8	145.4	143.2	140.0	136.2	132.6	127.1	98.2%	
VIII 耳及び乳様突起の疾患	41.8	41.0	39.8	38.8	37.4	35.6	33.7	95.2%	
IX 循環器系の疾患	344.5	355.2	363.5	364.8	359.7	352.6	342.1	105.5%	
X 呼吸器系の疾患	243.8	229.8	212.7	199.4	187.3	176.0	164.6	87.2%	
X I 消化器系の疾患	447.0	437.1	423.5	410.4	395.3	378.6	358.4	94.7%	
X II 皮膚及び皮下組織の疾患	123.5	118.4	112.5	107.6	102.8	97.7	92.1	91.1%	
X III 筋骨格系及び結合組織の疾患	364.0	370.6	374.5	372.8	365.7	356.5	343.9	102.9%	
X IV 腎尿路生殖器系の疾患	103.0	102.4	101.3	99.6	96.8	93.7	89.6	98.3%	
X V 妊娠、分娩及び産じょく	7.9	7.0	6.4	6.0	5.6	5.1	4.7	80.6%	
X VI 周産期に発生した病態	3.8	3.5	3.1	2.8	2.6	2.5	2.3	81.3%	
X VII 先天奇形、変形及び染色体異常	9.9	9.1	8.3	7.7	7.2	6.7	6.2	84.2%	
X VIII 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いもの	33.6	32.7	31.5	30.3	29.0	27.8	26.3	93.7%	
X IX 損傷、中毒及びその他の外因の影 響	113.0	109.6	104.9	99.9	95.0	90.5	85.6	92.9%	
X X I 健康状態に影響を及ぼす要因及 び保健サービスの利用	256.8	250.2	241.9	232.4	222.1	212.2	201.8	94.2%	
外来患者総数	2,790.3	2,757.8	2,700.6	2,631.4	2,543.6	2,449.3	2,336.2	96.8%	

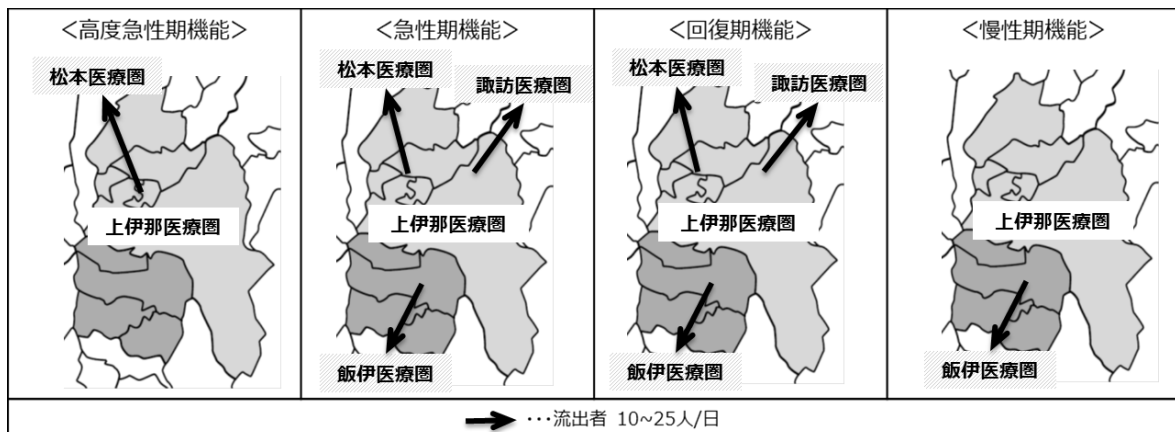
※出典：「日本の地域別将来推計人口(2018年推計)」国立人口問題研究所 及び「平成 29 年患者調査」厚生労働省から試算

(5) 上伊那医療圏の患者受療動向

地域医療構想によると、上伊那医療圏からはいずれの病床機能区分においても 1 日当たり 10 ～25 人の入院患者が隣接する各医療圏へ流出しています(図表 17)。

上伊那医療圏に限らず全県的な傾向として、主に高度な医療の提供を行う信州大学などの医療機関がある松本・佐久医療圏には周辺の医療機関から高度急性期・急性期の入院患者が流入している状況にあります。

【図表 17】 病床機能別流出入状況



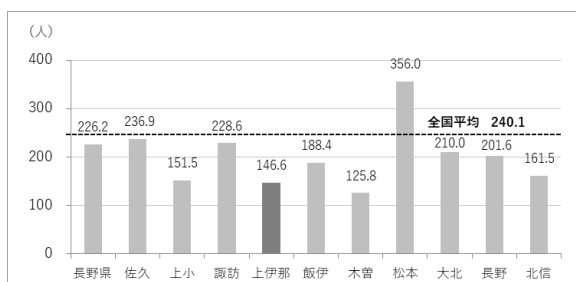
※出典:「長野県地域医療構想」長野県(2013 年度(平成 25 年度)データ)

(6) 上伊那医療圏における医師・看護師等の状況

上伊那医療圏の人口 10 万人当たりの医療施設従事医師数は、全国平均・長野県と比較して少なく、二次医療圏別に見ると木曽医療圏に次いで 2 番目に少ない状況にあります(図表 18)。

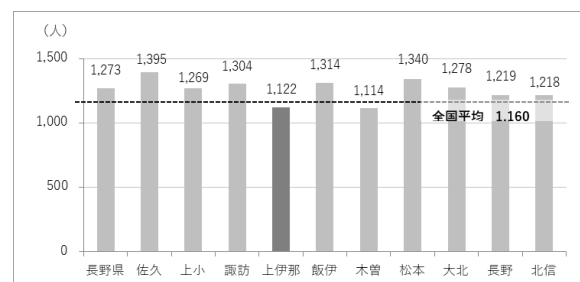
また、長野県全体の人口 10 万人当たりの看護師数が全国平均を上回る中、上伊那医療圏では 1,122 人と少ない状況があります(図表 19)。

【図表 18】 人口 10 万人当たりの医療施設従事医師数



※出典:「平成 28 年医師・歯科医師・薬剤師調査」厚生労働省

【図表 19】 人口 10 万人当たりの看護師数



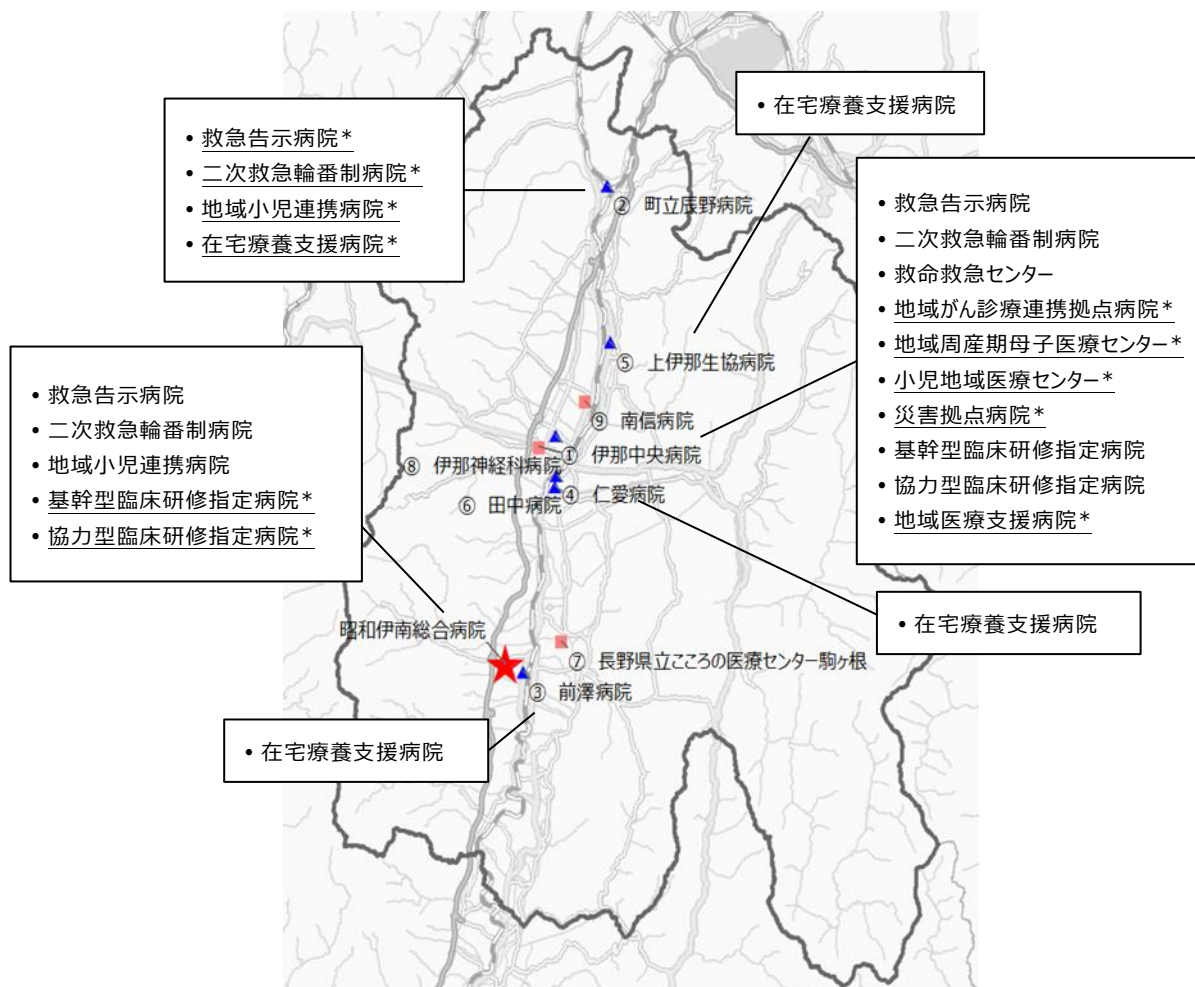
※出典:「平成 28 年衛生行政報告例」厚生労働省

(7) 上伊那医療圏における医療提供体制

上伊那医療圏には、精神科専門病院を除く一般病床及び療養病床を有する病院が 7 病院所在しており、うち公立病院では、北部地区では町立辰野病院、中部地区では伊那中央病院、南部地区(伊南地域)では当院がそれぞれ地域医療を担っています(図表 20～21)。

伊南地域では当院と前澤病院、精神科専門病院の長野県立こころの医療センター駒ヶ根が運営を行っています。

【図表20】 上伊那医療圏の病院分布・基幹病院等の指定状況



【図表21】 上伊那医療圏内の病院一覧

(床)

	施設名称	所在地	稼働病床数計	一般病床							療養病床	精神病床	結核病床	感染症病床	
				高度急性期	急性期					回復期					慢性期
				ICU HCU	7:1	10:1	13:1	15:1	20:1						
★	昭和伊南総合病院	駒ヶ根市	239	12	160					67					
1	伊那中央病院	伊那市	394	34	320					36				4	
2	町立辰野病院	辰野町	100			100									
3	前澤病院	駒ヶ根市	46					46							
4	仁愛病院	伊那市	198					60			138				
5	上伊那生協病院	箕輪町	148			48				56	44				
6	田中病院	伊那市	72						72						
一般病院 小計			1,197	46	480	148	0	106	72	159	44	138	0	4	
7	長野県立こころの医療センター駒ヶ根	駒ヶ根市	129										129		
8	伊那神経科病院	伊那市	116										116		
9	南信病院	南箕輪村	85										85		
精神科病院 小計			330	0	0	0	0	0	0	0	0	0	330	0	
医療圏合計			1,527	46	480	148	0	106	72	159	44	138	330	4	

※出典：上伊那医療圏地域医療構想調整会議資料(平成 29 年 7 月 1 日現在稼働病床)

第3章 当院の現状

1. 病院概要

当院は、1934 年(昭和 9 年)に有限責任赤穂購買利用組合昭和病院として開設(100 床)されました。1943 年(昭和 18 年)に長野県農業会への移管を経て、1963 年(昭和 38 年)には上伊那南部病院組合(現在の伊南行政組合)に委譲され、1983 年(昭和 58 年)から現在の場所に移転し、今日まで運営しています。

(1) 診療科目・機能(2019 年 4 月現在)

【標榜診療科】(18 科)

内科・神経内科・循環器科・消化器科・小児科・外科・整形外科・形成外科・脳神経外科・皮膚科・泌尿器科・産婦人科・眼科・耳鼻いんこう科・リハビリテーション科・放射線科・歯科・麻酔科

【センター機能】

救急センター、消化器病センター、透析センター、リハビリテーションセンター、健診センター

(2) 病棟構成・病床数の推移

当院は、2014 年度(平成 26 年度)以降、政策動向や地域の医療環境及び院内の診療体制に柔軟に対応すべく、病棟機能の再編を実施してきました。

現在は、許可病床数の 300 床のうち、稼働病床数は 239 床で運用をしています。

項目	平成 26 年 12 月	平成 27 年 1 月	平成 27 年 4 月	平成 27 年 11 月	平成 28 年 3 月～
ICU*	4 床	-	-	-	-
HCU*	4 床	8 床	12 床	12 床	12 床
一般病棟 (7 : 1)	177 床	177 床	177 床	192 床	160 床
回復期リハビリテーション病棟	35 床	35 床	35 床	35 床	35 床
地域包括ケア病棟	-	-	-	-	32 床
合計	220 床	220 床	224 床	239 床	239 床

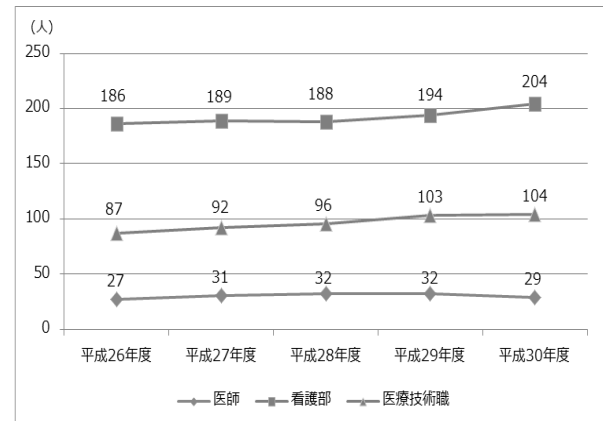
(3) 職員数の推移

当院の職員数は、2014 年度(平成 26 年度)から 2018 年度(平成 30 年度)にかけて、全ての職種で年々増加傾向となっています。

2018 年(平成 30 年)4 月現在では、医師数は 29 名に若干減少しているものの、看護師・准看護師等 204 名、医療技術職 104 名を常勤職員として配置しており、事務部職員 32 名を含めて合計 369 名の常勤職員が在職しています。

また、その他の非常勤職員、パート職員を含めると総職員数は約 500 名程度となります。

【図表22】 当院の医療従事者数の推移



※出典:「平成 30 年度昭和伊南総合病院医療活動実績集」伊南行政組合

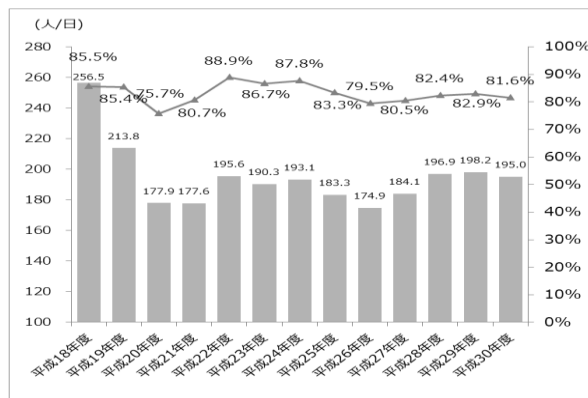
2. 受療動向

(1) 入院患者の推移

入院患者数は医師数の減少等や診療体制の変化に伴い、2006 年(平成 18 年)以降急激に減少しています。2007 年(平成 19 年)以降は、許可病床の一部を休床とすることで、病床稼働率を維持しています。2016 年(平成 28 年)には地域包括ケア病棟を新規に導入し、1 日平均 200 人程度に増加しています(図表 23)。

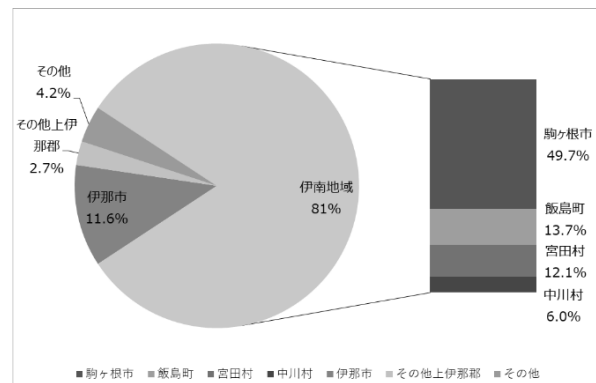
入院患者のうち、上伊那医療圏在住の患者が全体の 95%を占めており、特に伊南地域在住の患者は全体の 81%となっています(図表 24)。

【図表23】 近年の入院患者数推移・病床稼働率



※出典:「平成 30 年度昭和伊南総合病院医療活動実績集」伊南行政組合

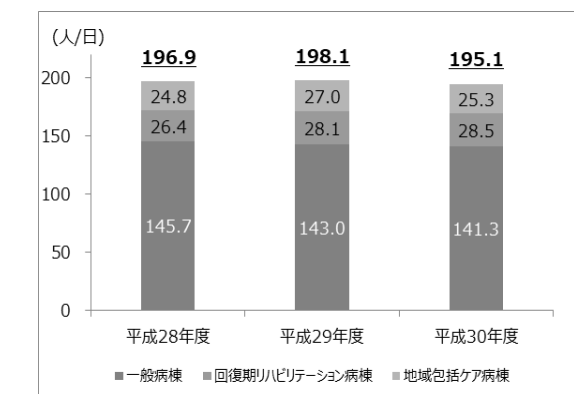
【図表24】 入院患者の構成割合



※出典:「平成 30 年度昭和伊南総合病院医療活動実績集」伊南行政組合

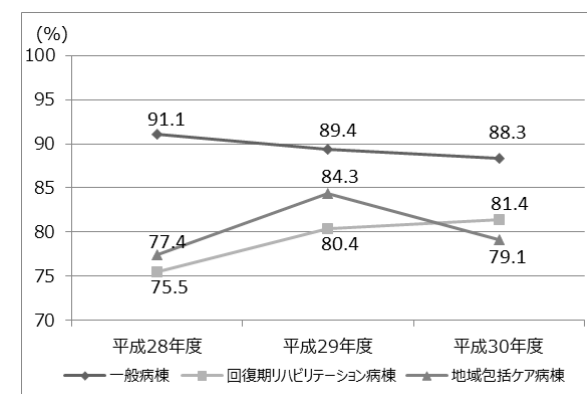
病棟種別にみると、ここ 3 年間では急性期一般病棟(HCU 病棟含む)の入院患者数は減少が見られ、回復期機能の回復期リハビリテーション病棟は増加傾向、地域包括ケア病棟は一旦増加したものの横ばいとなっています(図表 25)。病床利用率*は、一般病棟が減少傾向で 90%を切っており、回復期リハビリテーション病棟・地域包括ケア病棟は 80%前後を推移しています(図表 26)。

【図表25】 病棟種別入院患者数の推移



※出典:「平成30年度昭和伊南総合病院医療活動実績集」伊南行政組合

【図表26】 病棟種別病床利用率の推移



※出典:「平成30年度昭和伊南総合病院医療活動実績集」伊南行政組合

診療科別の入院患者数を見ると、外科の入院患者数が徐々に増加傾向である一方で、脳神経外科の入院患者数は減少しています(図表27)。

【図表27】 診療科別入院患者数の推移

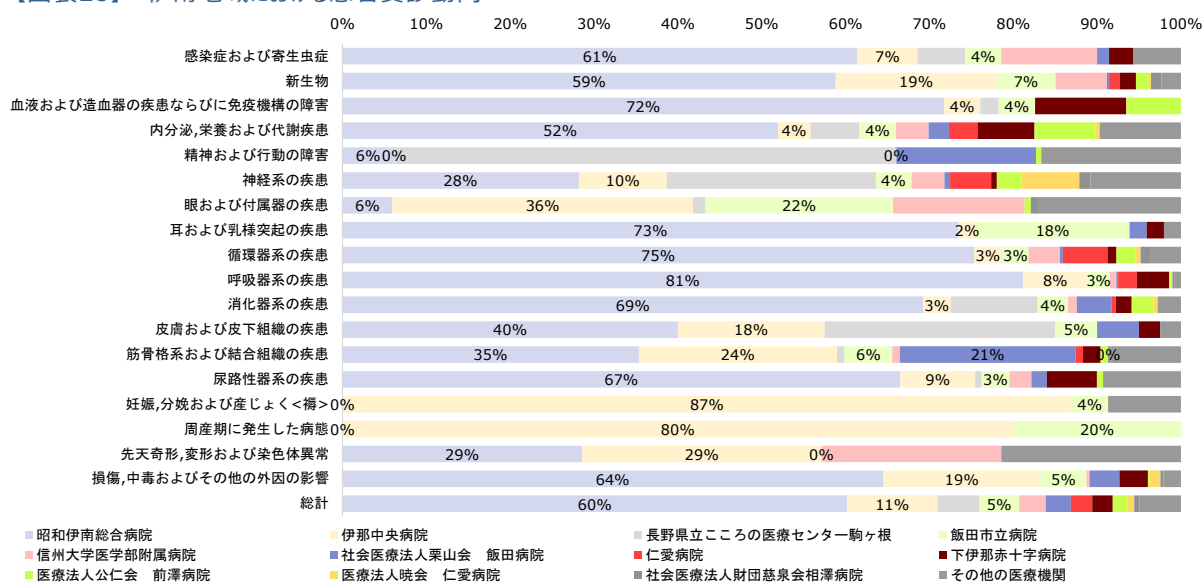
診療科	入院患者延数			1日平均入院患者数(人/日)			増加率 (平成30年/ 平成28年)
	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	
内科	34,170	36,503	35,034	93.4	100.0	96.0	102.8%
小児科	369	329	113	1.0	0.9	0.3	30%
外科	11,086	11,138	12,069	30.3	30.5	33.1	109.2%
整形外科	5,616	3,774	4,930	15.3	10.3	13.5	88.2%
形成外科	406	134	114	1.1	0.4	0.3	27.3%
脳神経外科	9,214	8,692	7,402	25.2	23.8	20.3	80.6%
皮膚科	0	0	0	0	0	0.0	0%
泌尿器科	768	615	869	2.1	1.7	2.4	114.3%
産婦人科	0	0	0	0	0	0.0	0%
眼科	0	0	0	0	0	0.0	0%
耳鼻いんこう科	0	0	0	0	0	0.0	0%
麻酔科	0	6	14	0	0	0.0	0%
歯科	34	27	57	0.1	0.1	0.2	200%
リハビリテーション科	10,198	11,110	10,617	27.9	30.4	29.1	104.3%
合計	71,861	72,328	71,219	196.3	198.2	195.1	99.4%

※出典:「平成30年度昭和伊南総合病院医療活動実績集」伊南行政組合

2017 年(平成 29 年)の伊南地域の国保データベースによると、伊南地域における入院患者のうち 60%が当院を利用しています(図表 28)。特に、“呼吸器系の疾患”や“消化器系の疾患”、“循環器系の疾患”、“血液及び造血器の疾患並びに免疫機能の障がい”は、70～80%以上が当院で受療しています。

一方で、精神科、神経内科、眼科、産婦人科、小児科及び整形外科領域の患者は他院へ流出している状況にあります。

【図表28】 伊南地域における患者受診動向



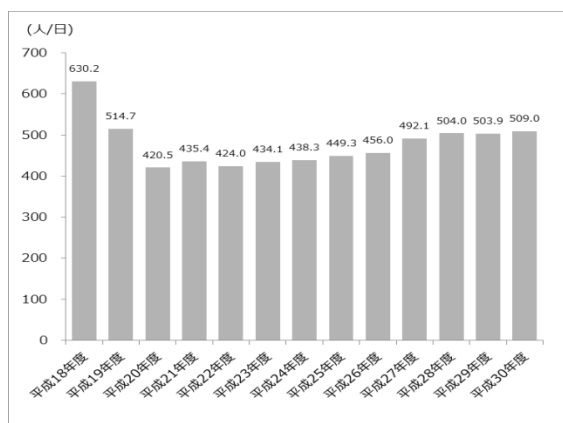
※出典：伊南地域における国保データベースより作成（平成 29 年）

(2) 外来患者の推移

外来患者数も、入院患者と概ね同様の傾向にあり、2006 年(平成 18 年)以降患者数が減少していますが、2015 年度(平成 27 年度)以降は 1 日平均 500 人程度で推移しています(図表 29)。

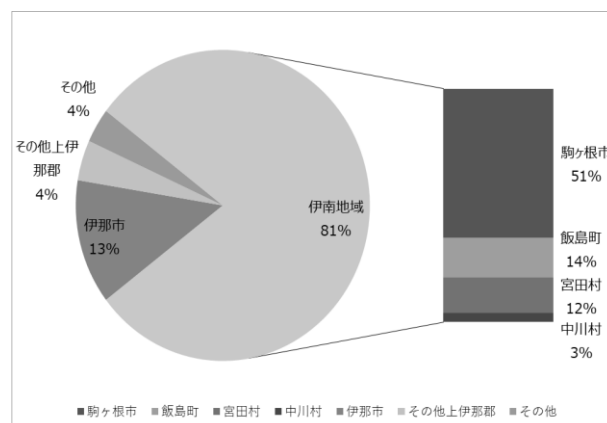
また、上伊那医療圏在住の患者が全体の 97%、伊南地域在住の患者が全体の 80%を占めており、入院患者と概ね同様の傾向がみられます。伊南地域内では当院の所在する駒ヶ根市在住の受診者が多く、最も距離の離れている中川村在住の受診者が少ない状況が見られます(図表 30)。

【図表29】 近年の外来患者数推移



※出典：「平成 30 年度昭和伊南総合病院医療活動実績集」伊南行政組合

【図表30】 外来患者の構成割合



※出典：「平成 30 年度昭和伊南総合病院医療活動実績集」伊南行政組合

診療科別に見ると、内科、リハビリテーション科等は増加していますが、その他の診療科は横ばい、ないし減少傾向となっています。(図表 31)。

【図表31】 診療科別外来患者数の推移

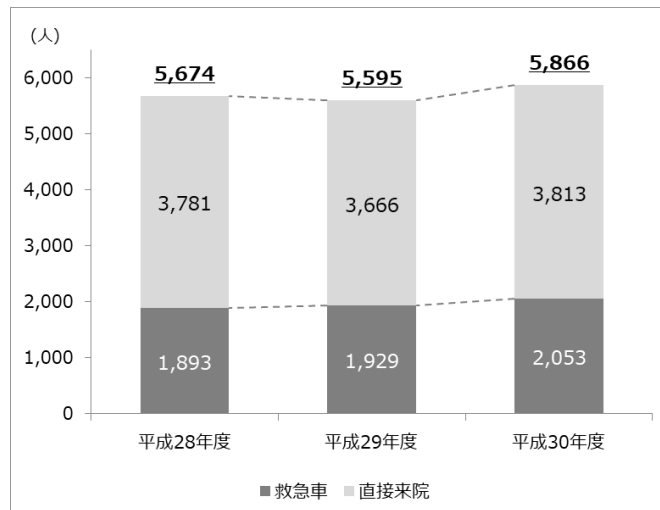
診療科	外来患者延数			1日平均外来患者数(人/日)			増加率 (平成30年/ 平成28年)
	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	
内科	56,375	59,153	59,949	232.0	243.4	245.7	105.9%
小児科	6,562	6,566	6,490	27.0	27.0	26.6	98.5%
外科	18,417	15,377	16,151	75.8	63.3	66.2	87.3%
整形外科	7,302	7,475	6,700	30.0	30.8	27.5	91.7%
形成外科	1,827	1,734	1,769	7.5	7.3	7.3	97.3%
脳神経外科	5,952	5,845	5,769	24.5	23.6	23.6	96.3%
皮膚科	5,224	5,519	5,614	21.5	23.0	23.0	107%
泌尿器科	6,143	6,085	5,933	25.3	24.3	24.3	96%
産婦人科	0	0	0	0	0	0	0%
眼科	7,114	7,101	7,243	29.3	29.7	29.7	101.4%
耳鼻いんこう科	822	831	793	3.4	3.3	3.3	97.1%
麻酔科	403	540	626	1.7	2.6	2.6	152.9%
放射線科	22	5	2	0.1	0.0	0.0	0%
歯科	3,018	3,177	3,280	12.4	13.4	13.4	108.1%
リハビリテーション科	3,286	3,543	3,956	13.5	16.2	16.2	120.0%
合計	122,467	122,951	124,275	504.0	506.0	509.3	101.5%

※出典：「平成30年度昭和伊南総合病院医療活動実績集」伊南行政組合

(3) 救急患者の推移

救急外来患者の総数及び救急車の受入件数は、いずれも増加しています。(図表 32)。

【図表32】 救急搬送件数の推移



※出典：「平成30年度昭和伊南総合病院医療活動実績集」伊南行政組合

診療科別に救急搬送患者数を見ると、内科、外科、脳神経外科が多い状況となっていますが、内科および外科は増加傾向である一方、脳神経外科は減少の傾向となっています。(図表 33)。

【図表33】 診療科別救急患者数の推移

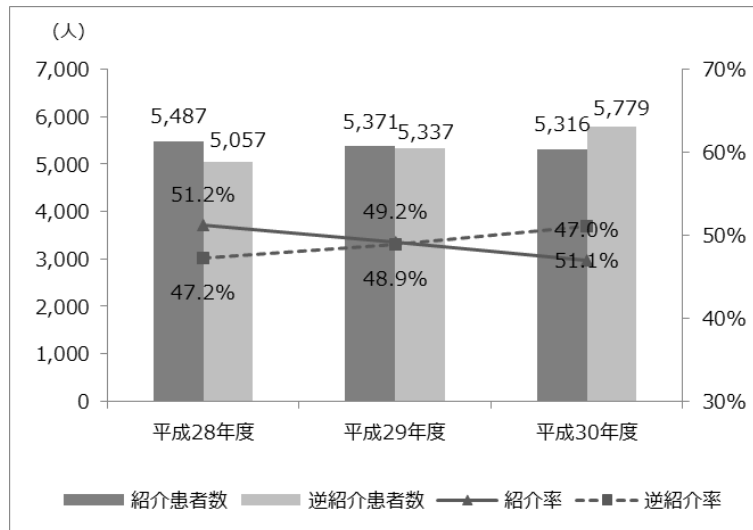
診療科	救急患者合計			救急車			救急搬送患者 増加率 (平成 30 年/平 成 28 年)
	H28 年度	H29 年度	平成 30 年度	H28 年度	H29 年度	H30 年度	
内科	1,320	1,312	1,551	339	392	469	138.3%
消化器科	502	484	548	150	199	188	125.3%
循環器科	730	738	806	277	275	277	100.0%
血液内科	395	241	80	94	69	12	12.8%
内科小計	2,947	2,775	2,985	860	935	946	110.0%
小児科	172	153	177	46	26	55	119.6%
外科	1,399	1,448	1,561	432	456	540	125.0%
整形外科	183	151	154	101	85	97	96.0%
形成外科	73	54	12	18	13	3	16.7%
脳神経外科	534	543	517	305	278	268	87.9%
皮膚科	3	2	2	0	2	1	-
泌尿器科	111	106	99	35	35	33	94.3%
眼科	1	1	1	0	1	0	-
リハビリテーション科	114	118	132	32	22	26	81.3%
麻酔科	137	243	223	64	76	82	128.1%
歯科	0	1	2	0	0	1	-
耳鼻いんこう科	0	0	1	0	0	1	-
合 計	5,674	5,595	5,866	1,893	1,929	2,053	108.5%

※出典:「平成 30 年度昭和伊南総合病院医療活動実績集」伊南行政組合

(4) 地域医療機関との連携状況

近年の紹介率*はやや減少が見られるものの、概ね 50%前後を推移しています。逆紹介率*は 50%をやや下回る値で推移していますが、件数は増加傾向となっています(図表 34)。

【図表34】 紹介率・逆紹介率の推移

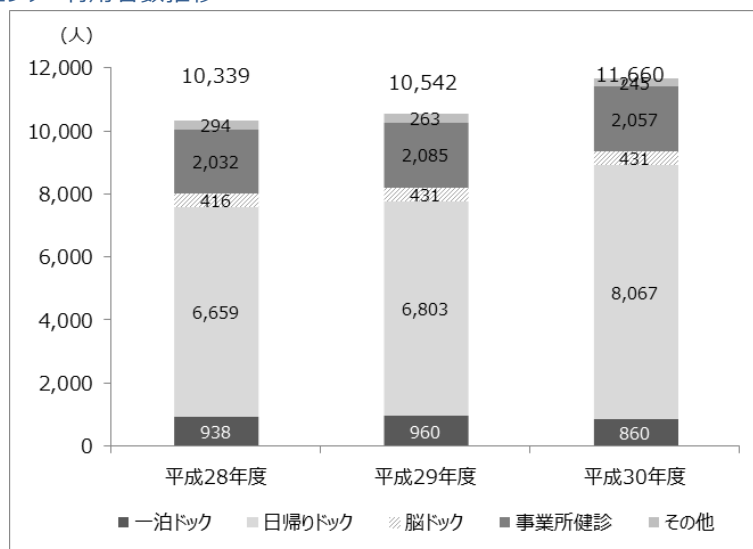


※出典:「平成 30 年度昭和伊南総合病院医療活動実績集」伊南行政組合

(5) 健診事業の状況

当院の健診事業は 2005 年(平成 17 年)に健診センターを開設し、その後 2007 年(平成 19 年)に増改築を行い、利用の拡大を図っています。2015 年度(平成 27 年度)からの総利用者数は年間約 10,000 人程度で横ばいに推移し、2018 年度(平成 30 年度)は 11,000 件を超えました。一泊および日帰りドック、脳ドックの受診者で 7 割程度を占め、事業所健診の利用者は 2 割弱という状況です(図表 35)。

【図表35】 健診センター利用者数推移



※出典:「平成 30 年度昭和伊南総合病院医療活動実績集」伊南行政組合

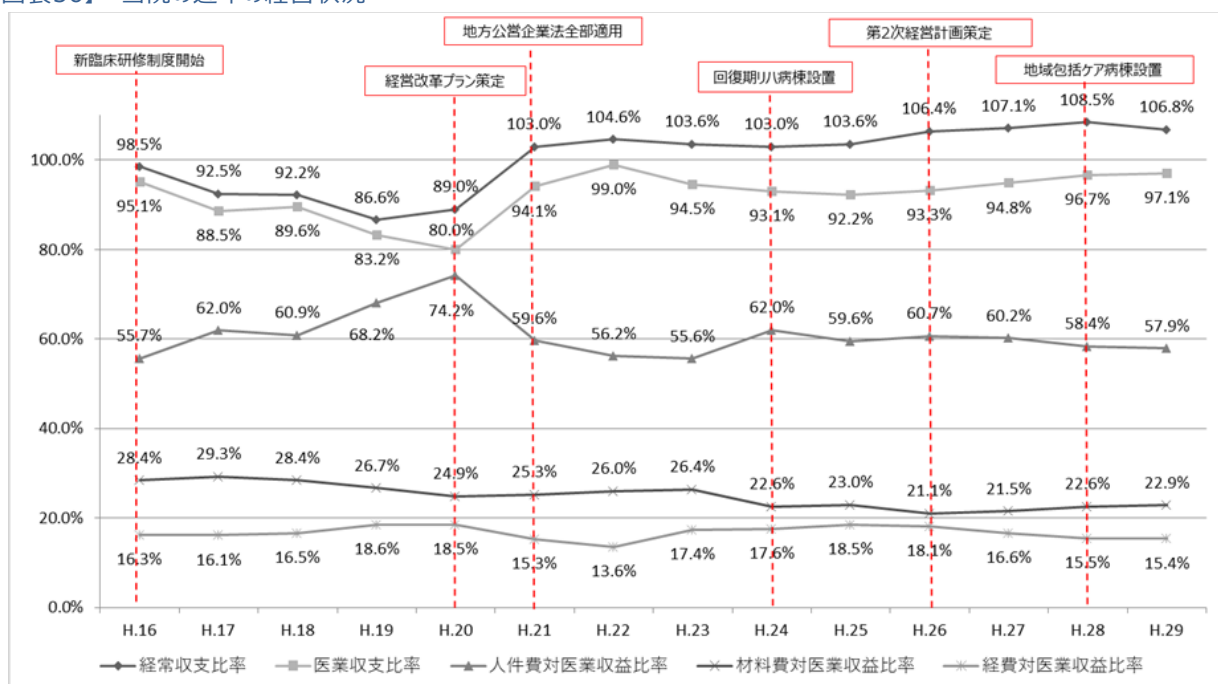
3. 経営状況

2004 年度(平成 16 年度)から 2008 年度(平成 20 年度)までは、新臨床研修制度による影響から医師数の減少が続き、入院・外来ともに医業収益が減少し、経常赤字となっています。

2009 年度(平成 21 年度)以降は、総務省より 2007 年度(平成 19 年度)に出された「公立病院改革ガイドライン」に基づく経営改善の取り組みを通して、医師数は少ないものの医業収支が好転したことや、経営支援として一般会計から基準外繰入れを受け入れることができたことから経営の安定化が図られました。(図表 36)

2016 年度(平成 28 年度)をもって一般会計からの基準外繰入れを廃止しましたが、以降も経常黒字が続いています。

【図表36】 当院の近年の経営状況



※出典:「地方公営企業年鑑(平成 16 年～平成 29 年)」総務省

- ・ 経常収支比率 (%) = (経常収益 / 経常費用) × 100
- ・ 医業収支比率 (%) = (医業収益 / 医業費用) × 100
- ・ 人件費対医業収益比率 (%) = (人件費 / 医療収益) × 100
- ・ 材料費対医業収益比率 (%) = (材料費 / 医療収益) × 100
- ・ 経費対医業収益比率 (%) = (経費 / 医療収益) × 100

4. 施設の現況

(1) 施設概要

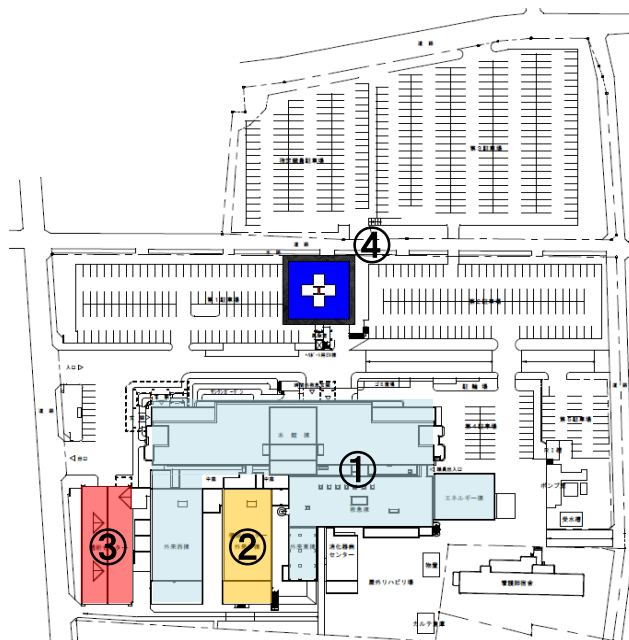
1) 土地

病院敷地: 34,468.98 m²

自己所有: 10,241.74 m²

借地: 24,227.24 m²

【図表37】 当院の敷地全体図



2) 建物

① 本館、救急棟、外来東棟、外来西棟

② 健診センター(2階部分)平成 17 年

③ 透析センター 平成 19 年

④ ヘリポート 平成 26 年

※2005 年度(平成 17 年度)に外来西棟の 2 階部分に事務室・会議室・健診センターを増設している。

(2) 施設の老朽化・陳腐化

本館は、建設後 37 年が経過し、現在までに必要に応じて建物の改修を繰り返してきましたが、建物や設備の経年による老朽化・陳腐化が否めない状況にあります(図表 38)。

法定耐用年数の 39 年が間近となり経年劣化による老朽化が各所に見られるほか、館内の上下水道・ボイラーなどの配管類の劣化、電気設備の老朽化、細かな調整が効かない空調設備、使いにくいトイレ、大量の雨漏りなど、この建物を使い続ける場合には抜本的な大規模改修が必要な時期となってきました。

【図表38】 現在の建物の老朽化・陳腐化例



＜タイルのはがれた床面＞



＜雨漏りの跡が残る天井＞



＜和式トイレ＞

(3) 狭隘化した診療棟

本館は、37 年前の水準で建設されているため、現在の医療水準では施設が狭隘化している状況にあります(図表 39)。

病棟の多床室の多くは 5-6 床室として整備されており、病室の 1 床当たりの床面積が 6.0 m² 未満となる病室があるため、6 床室を 4 床室として活用することで療養環境の整備を行っている状況にあります。近年では、療養環境の改善の観点から療養環境加算が算定できる 1 床当たり 8.0 m² の基準で整備する病院が増えています。

現行基準より狭い廊下は、車いすやストレッチャーの行き来にも不都合な状況があり、非常時の安全管理上の課題となっています。

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、医療提供体制の充実(多様な医療機器の活用やチーム医療の推進等)のためには、現状のスペースでは十分に対応できない状況もあります。

【図表39】 現在の建物の狭隘化例



＜多床室＞



＜物の置かれた廊下＞



＜診療スペース＞

(4) 低い個室率

公立病院において、特別の療養環境を提供する病室として室料差額を徴収できるベッド数は総病床の30%以内と定められています。現在の病院は、個室の割合が約13%と低く、近年整備された病院の個室の割合に比べ少ない状況にあります。プライバシーの確保、感染対策等の医療安全面、療養環境の向上の面、さらに経営的な観点からも個室病床の割合を高めることが望まれます。

(5) 駐車場の整備・拡大

現在の立地では、駐車場には大きな勾配があり、病院までの経路には階段や坂道があります。

また、現在の駐車場は最大収容台数633台となっていますが、駐車場台数の不足のため、近隣に事務職員用の100台程度の駐車場を借地で設置しています。

第4章 伊南地域における住民の意見(住民アンケート調査結果)

1. 住民アンケート概要

当院に対する意識や利用状況、求める機能などを調査し、伊南地域住民の意見を反映した基本構想とすることを目的として、次のとおり当院に対する住民アンケートを実施しました。

調査対象：伊南地域住民(駒ヶ根市、飯島町、中川村、宮田村) 1,000 人
調査時期：2018 年(平成 30 年)12 月 12 日から 12 月 25 日まで
調査方法：調査票による本人記入方式(調査票は郵送による配布・回収)
回収数(率)：回収数 569 回収率 56.9%

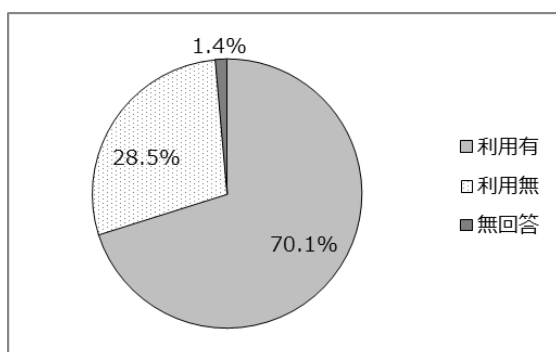
2. 住民アンケート結果

(1) 当院の利用状況等について

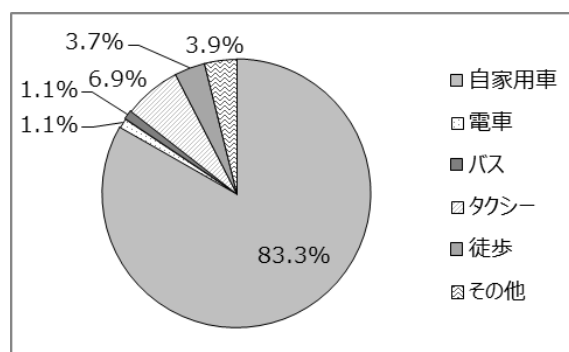
回答者の約 70%が「当院を利用したことがある」と回答しています(図表 40)。

また、利用者の来院手段は、当院を利用する住民の 80%以上が「自家用車」で来院している状況にあります(図表 41)。

【図表40】 当院の利用有無



【図表41】 当院への来院手段

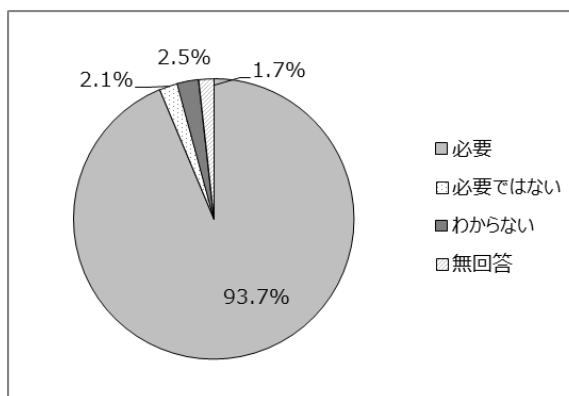


(2) 基幹病院の必要性について

伊南地域における基幹病院の必要性については、全体の 93.7%が「基幹病院が必要」とあると回答しています(図表 42)。

一方で、2.1%の回答者は基幹病院が「必要ではない」と回答しています。その理由としては、「伊那方面や下伊那方面にも総合病院があるから」、「病院運営には多大なお金がかかるから」、「人口が減少していく中、病院の数も減少して問題ないと思うから」等が挙げられています。

【図表42】 基幹病院の必要性

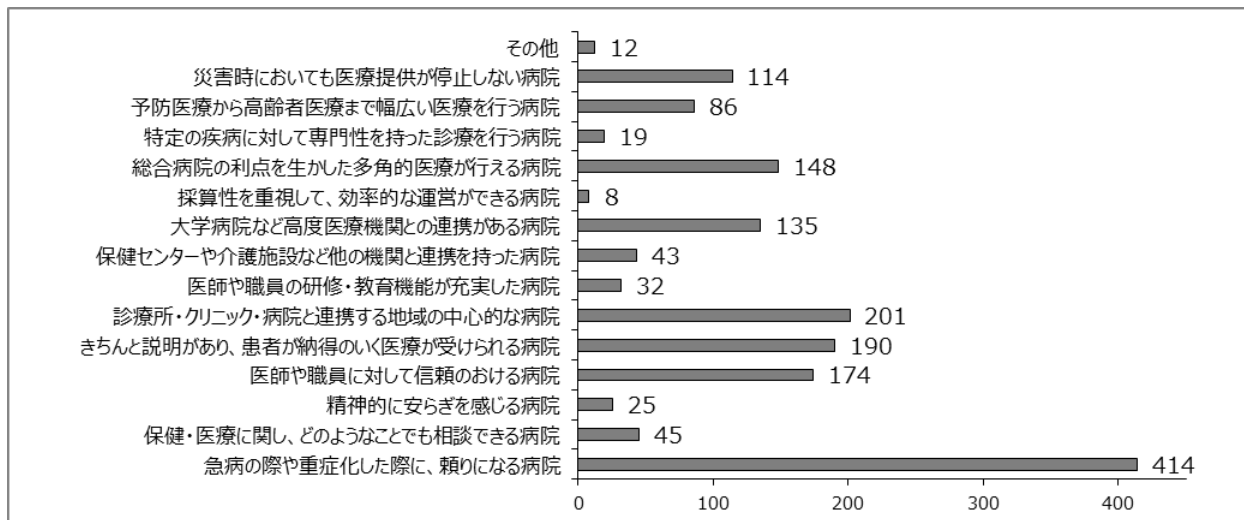


(3) 再整備後の当院に求めるものについて

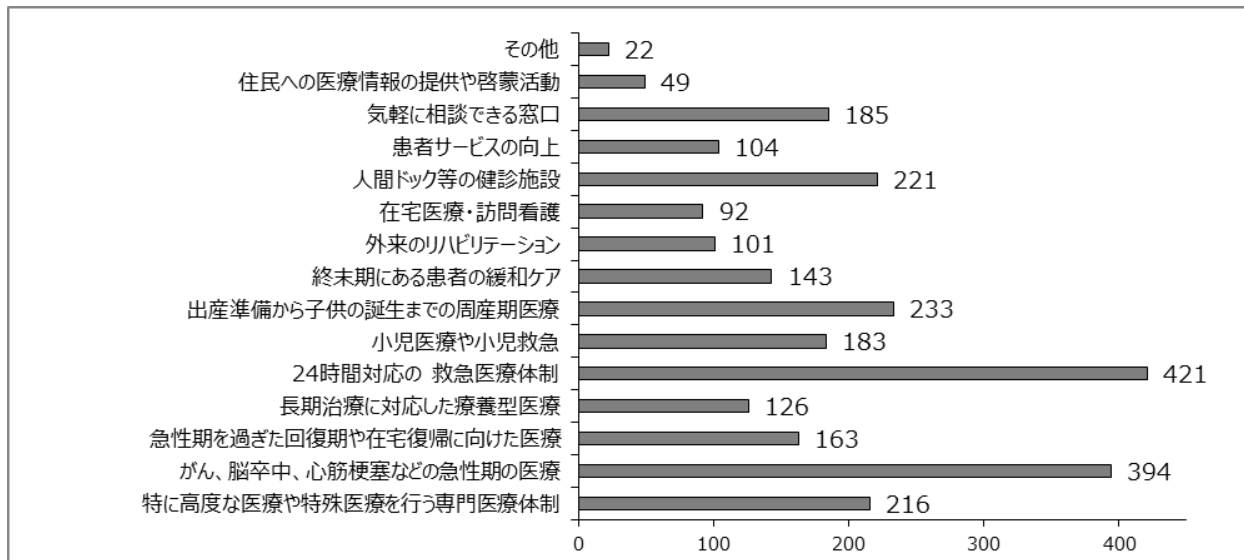
将来、当院に望むことは、「急病の際や重症化した際に、頼りになる病院」という意見が突出して多くなっています(図表 43)。

また、再整備後の病院に望む医療サービスでは、「24 時間対応の救急医療体制」、「がん、脳卒中、心筋梗塞などの急性期の医療」の回答数が多く、伊南地域における中核病院としての役割や救急医療の体制整備を望む声が多いことが読み取れます(図表 44)。

【図表 43】 どのような病院になることを望むか

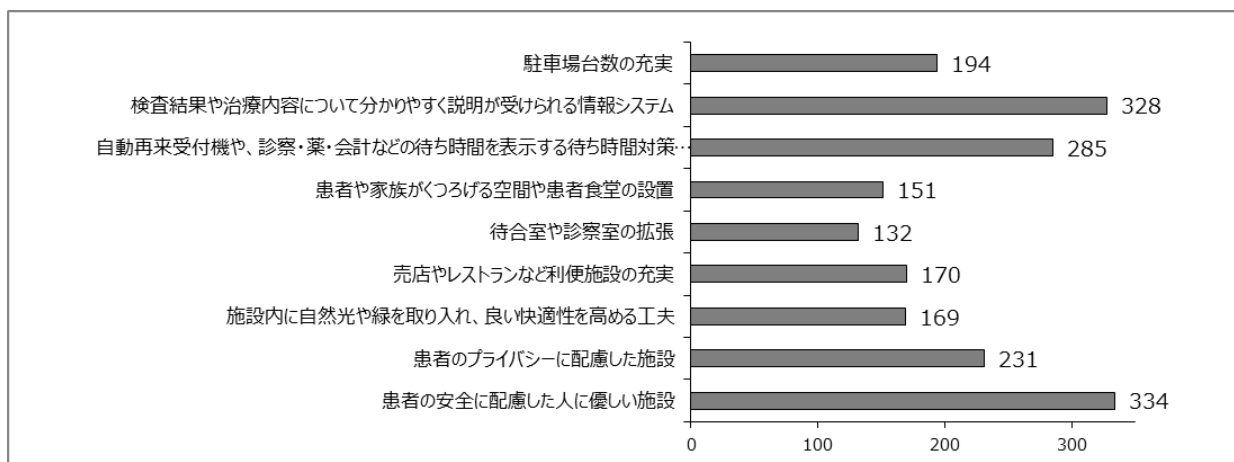


【図表 44】 どのような医療サービスを望むか



また、施設・設備では、「患者の安全に配慮した人に優しい施設」、「検査結果や治療内容について分かりやすく説明が受けられる情報システム」の回答が多く挙げられています。(図表 45)。

【図表45】 施設や設備面についての要望



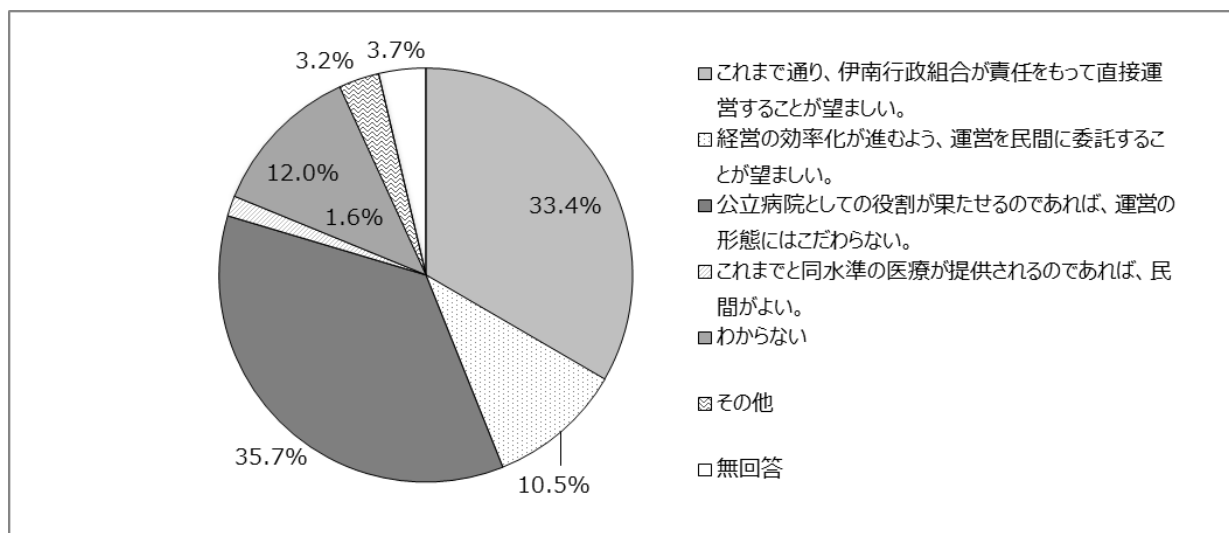
(4) 経営形態について

再整備後の当院の経営形態についての回答は、「公立病院としての役割が果たせるのであれば、運営の形態にはこだわらない」が全体の 35.7%と最も多く、次いで「伊南行政組合が責任をもって直接運営することが望ましい」の回答が 33.4%となっています(図表 46)。これらの結果から、全体の約 70%が公立病院としての機能を求めていると考えられます。

一方で、「民間に運営委託」・「民間がよい」という回答は全体の 12.1%となりました。

その他意見としては、安全性や医療水準等を求める意見に加えて、医療従事者側からの視点を重視する意見も挙げられています。

【図表46】 経営形態について



第5章 現状の課題のまとめ

前章までの状況・結果を踏まえた本院の主な課題は次のとおりです。

課題1 施設・設備の老朽化・陳腐化・狭隘化

- ・現在の病院は 1983 年(昭和 58 年)に現在地で診療を開始して以来 37 年が経過し、建物・設備の老朽化、陳腐化が目立つようになっています。
- ・医療の発展とともに医療機器や医療提供体制が高度化・複雑化していく中、患者及び医療従事者の双方にとって望まれる療養環境の中で治療に専念できる状態を確保していくためには、現在の施設では十分な対応が行いにくい状況になりつつあります。

課題2 医療提供体制の不足への対応

- ・一部の診療科において医師をはじめとする診療体制が不足しており、地域の多様な医療ニーズへの対応が十分ではない状況にあります。
- ・伊南地域における約 8 割の救急搬送を当院で受け入れています。今後、高齢化に伴う外傷や小児患者等への対応も充実するなど、さらなる救急医療体制の強化が求められます。
- ・今後、高齢化により複数疾患を持つ患者の増加が見込まれるため、外来診療における初期対応や入院患者の全身管理等に対応できる総合診療分野の診療体制を整えていく必要があります。

課題3 将来的な医療需要の変化への対応

- ・長野県地域医療構想によれば、2025 年(令和 7 年)には急性期病床数が過剰となる一方、回復期の病床数が不足する見通しです。医療機関のさらなる機能分化・連携が求められる状況にあります。
- ・少子高齢化に伴い在宅医療の充実などへの対応が求められています。地域における他の医療機関、介護事業者、行政等との連携体制を構築するとともに、入退院支援の充実や外来機能の強化など、地域包括ケアシステムにおける役割を果たしていく必要があります。

課題4 災害時における医療提供体制の構築

- ・近年、大規模な自然災害が多発しており、その度に災害医療の重要性とその備えの必要性が指摘されています。また令和 2 年 2 月頃からの新型コロナウイルス感染症の拡大に見るように、感染症流行期においてもより安全な医療を継続していくためには一定の施設整備が必要となります。上伊那の南北に長い地理的特性を踏まえると、伊南地域でこうした災害等が発生した場合に公立病院としての役割を果たすことができるよう医療体制の構築と施設の充実が課題となります。

課題5 継続的な医療従事者の確保と育成

- ・上伊那医療圏は、他の医療圏と比べて医師及び看護師が不足している地域です。国において地域医療構想、働き方改革、医師偏在是正を一体的に推進しようとしている中、当院においても医師・医療従事者が長く働き続けられるよう、その環境づくりに努め、人材の確保・育成を図る必要があります。

課題6 安定的な経営基盤の構築

- ・新病院整備には多額の費用が見込まれます。地域の医療ニーズに応えると同時に、この機会を捉えてさらなる経営の効率化を図り、健全で安定した経営基盤を確立する必要があります。

第6章 当院の今後のあり方についての提言

令和元年 11 月に提出された「あり方検討委員会」からの提言は次のとおりです。

1 施設整備の必要性について

昭和伊南総合病院は、現在地へ移転後 36 年にわたり医療を提供しており、施設の老朽化・陳腐化が目立つようになっている。現在の医療を守りつつ今後の多様化するニーズに継続して対応するためには建替えを伴う再整備が必要である。将来にわたって伊南地域の中核病院として地域住民の期待に応えられるよう新病院建設の検討が進められることを要望する。

2 今後求められる役割について

昭和伊南総合病院は、伊南地域・上伊那医療圏の中核病院として、地域からの要望も多い救急医療を中心とした急性期医療を堅持していくとともに、地域内外の医療機関及び関連機関との連携をより一層強化し地域完結型の医療を提供することが求められる。現状の医療機能の継続性を考慮するとともに、急性期医療の強み・特徴分野である循環器科、脳外科、消化器科、外科、血液内科等を生かしつつ整形外科、小児科等の伊南地域で不足している診療科を補っていくよう検討されたい。

なお、人口減少等、社会的環境の急速な変化や、医療・病院経営の先行きをめぐる様々な状況変化も見込まれるなど時代は大きな転換点にある。今後の昭和伊南総合病院の診療機能、施設内容・規模等については、将来を見越した十分かつ慎重な検討のもと決定されたい。

3 政策的医療への対応について

昭和伊南総合病院は、伊南地域唯一の公立病院として政策的医療がさらに充実できるよう医療体制の整備・取り組みが求められる。特に、上伊那医療圏の南北に長い地理的特性を踏まえると、脳血管疾患、心疾患などの緊急を要する患者への救急対応は必須となるため、現状の 24 時間 365 日の救急医療体制を継続するとともに、医療需要の高い外傷や小児患者等への救急対応を充実することが求められる。

また、災害医療について、大規模災害時には伊南地域の拠点として医療を継続的に提供できるようハード・ソフト両面の強化が求められる。

4 在宅医療・介護との連携強化について

住民が住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、各市町村の地域包括ケアセンターや医療機関等と協力し医療と介護の連携を強化することが重要である。伊南地域における唯一の急性期・回復期の両医療機能を有する病院として役割を果たすとともに、在宅医療を提供する診療所や介護サービス事業者等をサポートする体制の構築に努められたい。

5 予防医療の取り組みについて

健康寿命を延伸するには、疾病の予防と早期発見・早期治療が重要となる。昭和伊南総合病院は、各市町村と協力し、住民の健診・人間ドックの受診率向上へ寄与することが求められる。また、生活習慣病の発症予防・重症化予防などについて住民への情報提供や啓発活動を行い、健康増進を支援する体制を充実されたい。

6 医療従事者の確保・育成について

医療を支えるのは医師である。医師確保が非常に困難な現状は理解するが、安定した診療体制を継続できるよう、これまでも増して医師の招聘に最善を尽くよう要望する。また、「医師が集まる病院」、「在籍する医師・スタッフが長く勤務できる病院」であるよう、人材の確保・育成やその環境づくりに努められたい。

7 新病院の施設整備について

施設整備は、①利用者の視点、②医療従事者の視点、③経営の視点、④公益性・公共性の視点の4つの視点に立って患者サービスの向上と医療の充実が図られるよう検討を進める必要がある。また、建設後においても医療需要の変化や医師確保の状況、医療の進歩、医療制度の改正など様々な変化が見込まれるため、新病院は、それらに対応し得る可変性を備えた施設であるよう検討されたい。

新病院建設には多額の費用を要することから、長期計画のもと十分に堅実な経営が行い得る範囲内での投資を行うよう要請する。また、その事業内容、発注方法等についても十分検討をし、最少の経費で最大の効果が挙がるよう努められたい。

8 新病院の病床規模について

人口推計によれば、上伊那地域及び伊南地域の総人口は今後も減少が続くが、老年人口は当面横ばいしないし増加傾向にあることから、地域における入院患者数は2025年（令和7年）まで増加すると見込まれる。これを基に昭和伊南総合病院の入院患者数を推計したうえで新病院の必要病床数を計算した結果、220床～240床程度が望ましいと考えられる。

伊南地域の住民へ安定した医療サービスを提供するため、周辺医療機関との機能分化、役割分担等の調整を行いながら最適な病床数を検討することを要望する。

9 新病院の建設地について

新病院の建設地は適切な費用の範囲内で必要な機能が漏れなく整備可能であることを前提とし、患者・医療従事者・地域住民への影響を十分考慮した上で決定されることが望まれる。

建設地は現在地又は移転のいずれかになるが、移転する場合は、伊南地域の人口重心地がある駒ヶ根市内であって、①より多くの伊南地域住民が利用しやすいこと ②自動車による交通アクセスがよいこと ③災害に対する脆弱性が低いこと を満たし、公立病院としての役割や利用者の利便性を踏まえた上で選定されたい。

10 経営形態のあり方について

経営形態の選択は極めて重要な事項であるので、解決すべき経営上の課題を明確にした上で、どのような経営形態が最適なのかを開設者において慎重に検討し判断されたい。新病院建設に合わせて経営形態を転換しない場合でも、今後の経営状況や社会情勢の変化などに応じて検討を行うことが望ましい。

第7章 当院が目指す新病院の姿

私たちの理念 —value—

わけんあいご

「和顔愛語」

～笑顔と優しさをもって患者さんのお世話をします～

私たちの使命 —mission—

昭和伊南総合病院は、伊南地域の中核医療機関として
地域住民の安全安心のために良質で安定した医療を提供
し、自治体病院としての使命を果たします。

地域の医療機関や介護施設などと連携をとり、切れ目な
い医療介護サービスを提供する要となります。また地域医療
に役立つ人材の育成・提供に努めます。

私たちが目指すもの —vision—

日本で一番やさしく親切な、信頼される地域の病院になろう！

第6章に記載した提言を踏まえた上で、当院が目指す「新病院の姿」を以下のとおり示します。

① 地域住民の信頼に応える病院 ～伊南地域の基幹病院として～

当院は、伊南地域唯一の総合病院として、上伊那医療圏及び伊南地域における高度急性期・急性期機能に対応するとともに、急性期を終えた患者等の在宅復帰を支援する回復期機能及び在宅支援までの切れ目のない医療を提供する地域の基幹病院としての役割を担います。

良好な療養環境のもと医療の質を高め、十分な説明と患者の意思を尊重する患者中心の医療を行い、地域住民に信頼される病院を目指します。

② 地域住民の安全安心を守る病院 ～急性期医療を維持～

伊南地域の医療を支える基幹病院として、当院の特色・強みとなる診療機能の専門性を深めるとともに、地域において発症頻度の高い一般的な急性期医療の需要に応えます。

また、救急医療においては、二次救急及び一部の三次救急を担う伊南地域で唯一の救急医療機関として、24時間365日の救急対応体制を継続するとともに体制を強化します。また、公立病院として大規模災害発生時においても地域の要としての役割を継続して果たすため、災害医療提供体制の充実を図ります。

③ 地域医療を支える病院 ～地域完結型医療を構築～

現状の医療制度・体制下では、全ての機能を当院のみで受け持つことは難しいため、近隣の医療機関と機能分担することで限られた医療資源の効率化を図り、地域で医療を支える地域完結型の医療体制を構築します。

また、今後さらに進む高齢化社会において、住み慣れた地で住民が自立した生活ができるような地域包括ケアシステムの構築に向けて、医療・福祉・介護等の機関や医療従事者等と連携を図ります。

④ 地域住民の健康の維持・増進を支える病院 ～健康を守る予防医療を提供～

健康寿命の延伸のためには、疾病の予防と早期発見・早期治療が重要となります。市町村・地域からの需要に応え、健診・検診及び人間ドック等を充実し、地域住民の健康増進や早期発見・早期予防に寄与します。

⑤ やりがいを持てる魅力ある病院 ～人材の確保と育成～

当院が、将来にわたって伊南地域に医療を提供し続けていくためには、医師をはじめ地域医療を担う医療従事者の人材確保・育成が不可欠となります。そのため、医療従事者が働きやすい環境を整え、やりがいと誇りの持てる魅力ある病院づくりを目指します。

⑥ 将来に渡って地域を守り続ける病院 ～安定した経営基盤の確立～

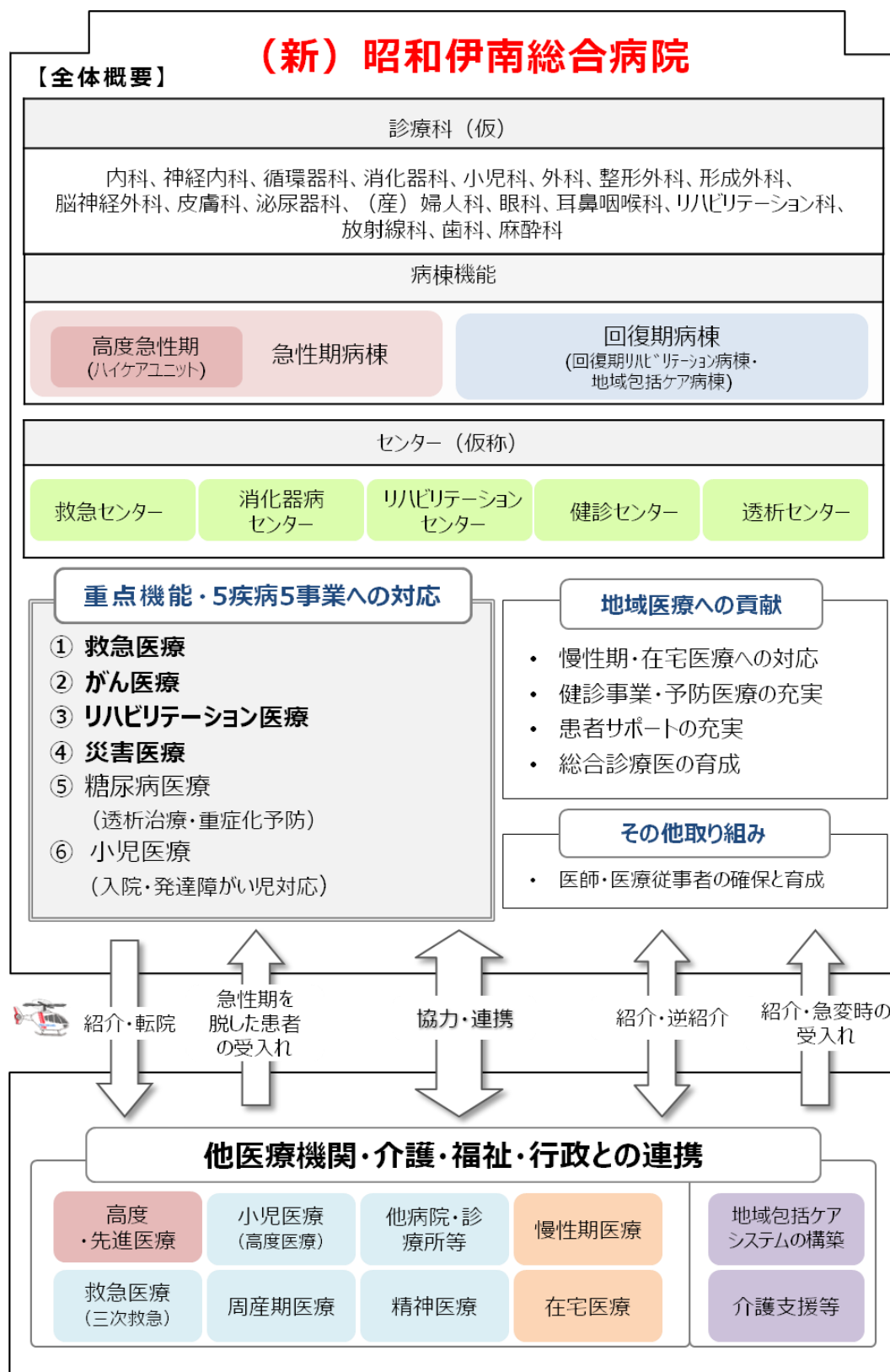
病院の再整備事業は、財政負担を伴う大規模な事業となります。市町村の財政や病院経営にとって過剰にならないよう無理無駄のない施設整備を計画するとともに、これを機会としてさらなる経営の効率化を図り、将来にわたって持続可能な病院経営を行います。

1. 新病院の概要

新病院の全体概要は、以下のとおりです。

新病院の診療科構成は、現行と同様の 18 科を基本とし、新病院の役割・機能を踏まえた上で、他医療機関等との連携も含め引き続き基本計画で検討を行います。

【図表47】 新病院の役割イメージ図



2. 新病院の重点機能

先に記載した「新病院の姿」を踏まえた上で、以下に示す内容を新病院で特に重点的に取り組むべき機能として検討を進めます。

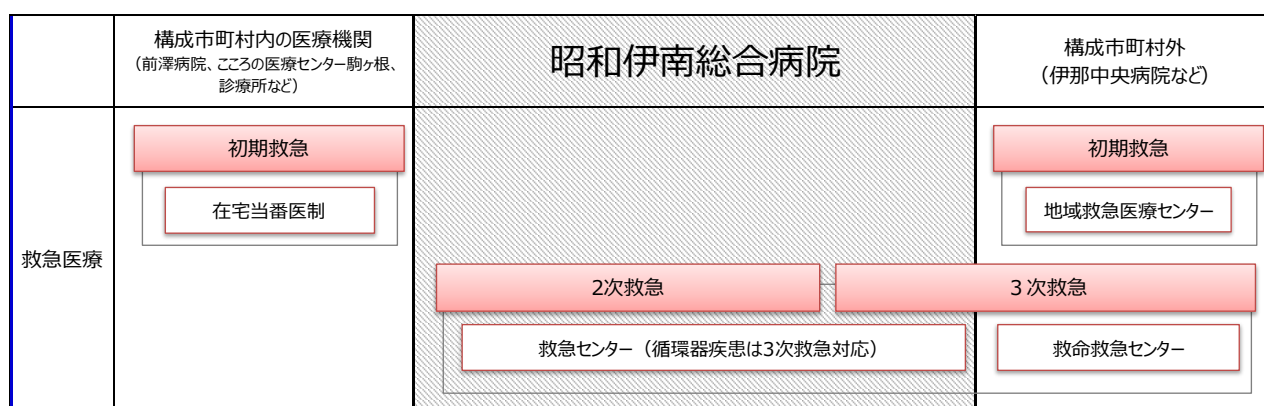
(1) 救急医療・循環器疾患への対応

新病院では、伊南地域の救急医療を堅持するため、“救急センター”及び重症病棟（HCU/ハイケアユニット）を整備し、24 時間 365 日の二次救急に対応します。

特に、緊急性の高い循環器疾患（心筋梗塞、脳卒中等）については三次救急への対応を積極的に行うとともに、地域需要の高い外傷等の整形外科疾患や小児に対する救急医療の強化・充実を目指します。

また、地域の開業医や救命救急センターである伊那中央病院と連携を強化するとともに、ヘリポートを活用した信州大学との連携など、上伊那医療圏の救急医療の質の向上に努めます。

【図表48】 当院と地域の救急医療体制 イメージ図



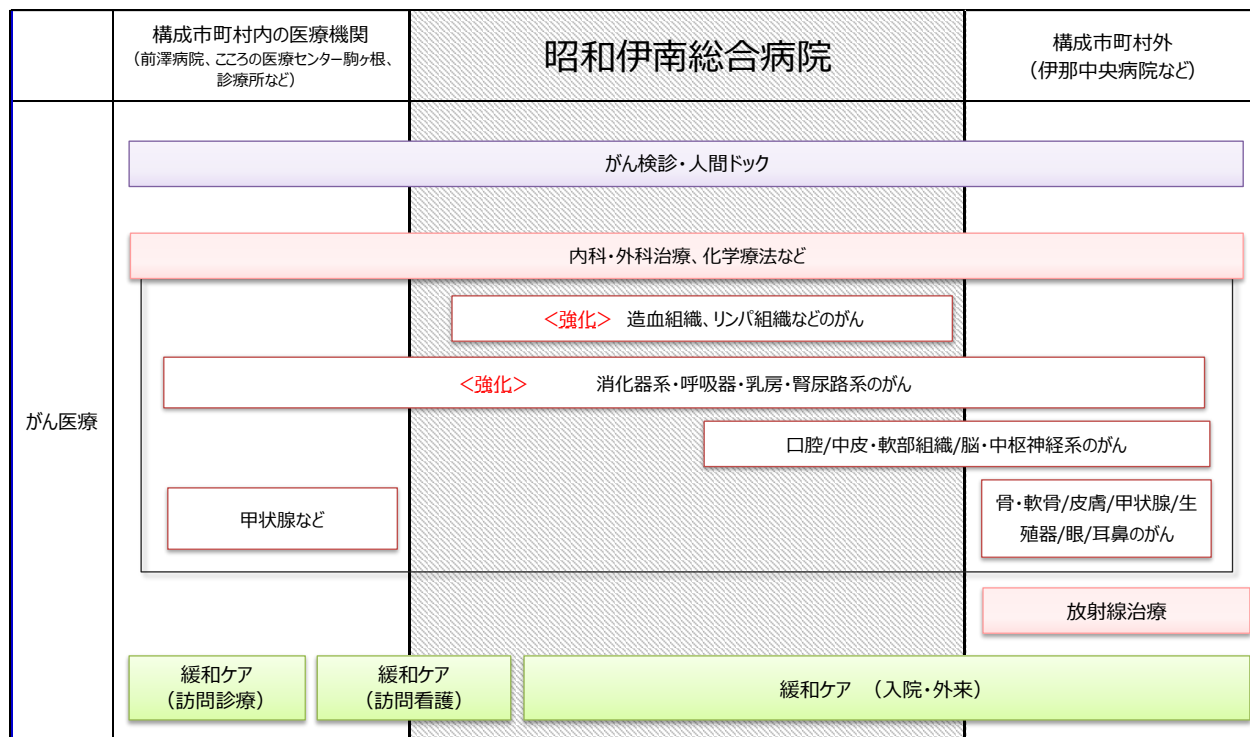
(2) がん医療への対応

新病院では、伊南地域の中核病院として、予防・早期発見から集学的治療*まで、総合的ながん医療体制の強化を図ります。今後、検診から緩和ケアまで様々なステージの患者を幅広く受入れるため、“健診センター”のさらなる充実や、開業医等に対する在宅看取り対応に必要な支援等を行います。

発生頻度の高い消化器、呼吸器、乳房及び泌尿器等のがんへの対応を行うとともに、口腔、皮膚及び眼等の希少がんについては伊那中央病院や信州大学医学部附属病院等の地域がん診療連携拠点病院*と連携を取るなど、限られた医療資源の中で効率的に上伊那医療圏のがん医療提供体制の構築に努めます。

その中で、上伊那医療圏で唯一実施している血液のがんへの対応を継続するとともに、当院の強みである“消化器病センター”の施設・設備や人員体制等を充実します。

【図表49】 当院と地域のがん医療体制 イメージ図



(3) リハビリテーション医療への対応

上伊那医療圏におけるリハビリテーション医療の中核として、地域の医療機関や介護サービス事業者等と連携をとり、地域内の一貫したリハビリテーション体制の構築に努めます。

急性期においては発症早期からリハビリテーションに介入することで廃用症候群*等を予防し、回復期においてはリハビリテーションによるADL*向上・機能回復を行うことで患者の早期の在宅復帰・社会復帰を支援します。

また、急性期・回復期のみではなく、訪問リハビリテーションによる在宅での機能維持に努めるなど、住民が住み慣れた地域で最後まで安心して生活できるように総合的なリハビリテーションを提供します。

(4) 災害医療への対応

上伊那医療圏では、伊那中央病院が災害拠点病院*として指定されており、災害発生時には伊那中央病院を中心として災害時の医療提供を行う体制が構築されています。

一方で、上伊那医療圏は、南北に長い地域特性を持つことから、災害発生時には南北の移動経路が断線する可能性も考えられます。

新病院では、災害発生時に上伊那医療圏南部(伊南地域)において、継続して医療を提供できる体制を構築します。そのために、災害拠点病院に準じた施設整備を行うとともに、BCP*の作成及び更新等の平時における災害対策に努めます。

また、災害支援ナース*をはじめとする災害医療に関する見識を深めた医療従事者を育成するとともに、地域の医療従事者に対する啓発も積極的に行い、伊南地域全体で災害医療体制を構築するための支援を行います。

3. 「5 疾病 5 事業」への対応

5 疾病 5 事業とは、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患の 5 疾病と、救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療の 5 事業のことです。

このうち、先の「2. 新病院の重点機能」で示した取り組み以外について、以下のとおり対応します。

(1) 糖尿病医療への対応

糖尿病は、生活習慣病のハイリスク要因となることから、重症化予防に対する取り組みを継続するとともに、糖尿病患者の教育入院や糖尿病等の合併症を持った患者の周術期対応等を行います。

また、外来の維持透析及び伊南地域で唯一の入院透析治療を行うための透析センターを継続するとともに、専門医・認定看護師等による専門的な治療・ケアが行える充実した診療体制を構築します。

(2) 精神疾患への対応

伊南地域にある専門医療機関である長野県立こころの医療センター駒ヶ根との連携を強化しながら合併症などの対応に努めます。

(3) 周産期医療への対応

伊南地域においては、出生数が年々減少しており、地域の正常分娩を取り扱う診療所・助産所及び地域周産期母子医療センター*である伊那中央病院との連携体制により、周産期医療体制が機能しています。

そのため、産婦人科医師の確保が困難であることや、医療の選択と集中による効率性の観点から新病院においても現状の体制を維持するものとします。

(4) 小児医療への対応

地域小児連携病院*として小児救急・入院医療を担い、小児地域医療センター*である伊那中央病院と連携を取りながら地域における小児医療の充実に努めます。

また、信州大学や長野県立こころの医療センター駒ヶ根等と連携をとりながら発達障がいについての対応強化を目指します。

4. 地域医療への貢献

(1) 慢性期医療及び在宅医療への対応

伊南地域の訪問診療・往診などは民間を主体に行われているため、当院は地域の医療の受け皿としての役割を担い、在宅療養中の患者の急変時の受入れ態勢の整備と退院時の在宅復帰支援を行います。

また、訪問看護事業を継続し、当院を退院した医療必要度の高い患者への看護提供体制を維持するとともに、地域の訪問看護ステーションとの連携を強化し、退院から在宅まで滞りのない医療提供体制を目指します。

(2) 健診事業・予防医療の充実

新病院では、地域住民の要望を積極的に取り入れた運営を行い、増加する健診希望者の受入体制を充実するため施設・設備や人員体制を強化し、“健診センター”を強化します。

また、循環器系疾患の原因となる高血圧、糖尿病、脂質異常症などの生活習慣病の治療を行い、心筋梗塞・脳卒中の発症予防に取り組むとともに、各種健康教室、出前講座の取り組みを継続し、地域住民への疾病予防、健康増進への認識を高めるための啓発活動を積極的に行います。

(3) 患者サポートの充実

新病院では入院から退院まで多職種が連携して行う入退院支援機能を強化し、患者サポートセンターを整備し充実を図ります。

入院前から患者情報の収集や地域の関連機関との連携・調整を行うことで、患者が安心して入院生活を送り、短い療養生活で早期に在宅復帰・社会復帰が行えるよう支援します。

また、医療・介護・福祉・行政等の関係者のコミュニケーション及び情報交換を円滑に行う環境を整備することで、地域包括ケアシステムの構築を促進し、住民が住み慣れた地域で暮らし続けることを支援します。

5. その他

(1) センター機能の充実

当院の強みとする診療科・部門においては、センター化を図ることにより、複数の診療科や部門が連携した体制を構築し、部門横断的なチーム医療の実践により充実した医療の提供を目指しています。現在設置している救急センター、消化器病センター、透析センター、リハビリテーションセンター、健診センターの 5 つのセンターについては連携体制の強化と効率的な施設整備を行います。

上記に加え、増加するがん患者等のニーズに応じた必要な機能の強化や、その他の患者サービスの充実についても今後検討を重ね、充実を図ります。

(2) 地域医療を担う医療従事者の確保と育成

地域住民に安定した医療を提供するための最重要課題は、病院の経営基盤としての医師をはじめとする医療スタッフの確保・育成です。

当院は、臨床研修指定病院に指定されており、信州大学、伊那中央病院等と連携のもと研修医の育成に取り組んでいます。また、看護職をはじめ各医療技術職の学生に対する実習も受け入れており、積極的に医療従事者の育成に努めています。新病院では、継続してこれらの研修・実習体制を充実し、地域に根付く医療従事者を養成することにより、将来にわたって継続的に地域医療を支える担い手の育成に努めます。

また、超過勤務の削減や時短勤務等の多様な働き方を推進し、職員の満足度の向上を図るとともに、研修会や勉強会の充実等の職員が働きがいを感じる魅力的な病院づくりをすることで、安定的な医療従事者の確保を目指します。

(3) 健全経営の推進

当院は 2009 年(平成 21 年)より地方公営企業法の全部を適用した公営企業として、「昭和伊南総合病院新改革プラン」及び「第二次経営計画」の策定、BSC(バランスト・スコアカード)の導入等により、経営の効率化、経営基盤の強化に取り組んできました。

今後も、地域住民の安全・安心の拠り所として良質な医療サービスを効果的かつ安定的に提供し続けることを目標として、医療機能の強化、患者サービスの向上などを実践し、安定した経営を目指します。

(4) ICT を用いた効率的な医療提供体制の構築

当院は、電子カルテを中心とした医療情報システムを構築し、医療情報の一元化を行っています。ICT*を利用した診療体制の充実は業務の効率化を図ることに加え、待ち時間の短縮などの患者サービスの向上にも繋がるため、新病院でも最適な医療情報システムの導入を図ります。

また、地域医療機関との連携や診療情報の共有、さらには AI・遠隔診療等の最新技術の導入も必要に応じて検討し、地域住民への充実した医療提供体制の構築を目指します。

第8章 新病院の施設整備方針

以下に掲げる施設整備に関する基本的な考え方に基づき、新病院を整備します。

整備方針 1 患者にやさしい施設整備

- 地域の住民に開かれた病院として、患者の視点に立ち、医療安全、感染管理、プライバシーの保護に配慮した医療環境を整備するとともに、患者負担を考慮しつつ療養環境の向上と経営効率化に向け、個室割合を高めた病棟整備を検討します。
- ユニバーサルデザイン*を基本とし、子どもや高齢者、障がいのある方など全ての利用者にとって、安全かつ快適でわかりやすい施設とします。
- 病室からの眺望など敷地の特性を活かし、患者の療養環境の向上のためにアメニティの充実やプライバシーに配慮した施設とします。
- 十分な診療スペースの確保や移動負担の少ない動線により安心して受診できる施設を整備します。

整備方針 2 機能的で使いやすい施設整備

- 院内にある部門間の連携に配慮した機能的な配置計画により、患者及び医療従事者の移動負担等の少ない医療サービスの提供を目指します。
- 医療従事者、患者及び物流動線が可能な限り交差しないように効率的な動線計画を検討します。
- 医療従事者のための教育・研修環境やアメニティを整え、快適に働くことができる施設を整備します。

整備方針 3 将来的な変化に対応できる施設整備

- 医療制度の改革や社会の変化に伴う新たな医療ニーズなど、医療環境の変化に対応できる施設・設備を整備します。
- 将来的に新たな医療機器の導入や設備の更新などに対応できる柔軟性や拡張性を備えた施設・設備とします。

整備方針 4 災害に強い施設整備

- 大規模災害発生時においても、切れ目なく継続して伊南地域に医療を提供できるよう、災害に耐え得るライフライン等の必要な設備を整備します。
- 大規模災害発生時のトリアージスペースや必要物資の備蓄スペースを整備します。

整備方針 5 経済性を考慮した施設整備

- 日常のメンテナンス費用や省エネルギー化による病院運営上のエネルギーコストを適正化し、ライフサイクルコスト*の低減を踏まえた経済性の高い施設を整備します。

整備方針 6 街づくりを考慮した施設整備

- 新病院建設場所の市町村景観計画等に基づいた周辺環境に配慮した施設を整備します。

第9章 新病院整備の概要

1. 新病院の規模

(1) 病床規模

現病院は許可病床数 300 床、現在稼働病床数 239 床で運営しています。

新病院の病床数については、現在の稼働状況や今後の地域における入院患者数予想を踏まえた上で、当院の 2025 年度の将来推計入院患者数を試算すると 1 日平均 191.3 人となり(図表 50)、目標の病棟稼働率を 85.0%～90.0%に設定した場合、必要病床数は 213～225 床と試算されます。

以上から、基本構想においては、あり方検討委員会で提言されている病床数の最小値をとり、想定病床規模を 220 床程度とします。

今後、地域需要や医師の確保状況を踏まえた上で、引き続き基本計画で詳細を検討します。

【図表 50】 当院の将来推計入院患者数の考え方

STEP1：地域の将来推計患者数（成人）を試算

「地域別将来推計人口」及び「長野県の受療率（2017 年）」から将来推計患者数を試算する。

STEP2：推計患者数（成人）を実態に応じた補正

2018 年度における国保・後期高齢者保険レセプトデータによる患者数と、STEP1 で試算した 2018 年度推計値を比較すると、差異が大きいため補正を実施した。

なお、補正には加入率が概ね 100%である後期高齢者保険のデータを使用し、その他の年齢層においても後期高齢者保険加入者と同様の傾向があるものと仮定した。

STEP3：シェア率から当院の将来推計患者数（成人）を試算

2018 年度における国保・後期高齢者保険レセプトデータから当院を受療している患者の割合（シェア率）を算出する。

なお、試算に当たっては加入率・データ数を考慮し、14 歳から 64 歳未満と 65 歳以上の 2 グループで分類し、社保加入者についても算出したシェア率と同様の傾向があるものとして設定する。

STEP4：小児患者数を設定

国保及び後期高齢者保険は、小児患者のデータ数が少ないため現状と同数程度が来院すると仮定し、2018 年度 DPC データ*と同数で設定した。

STEP5：その他の地域から当院を受診する患者数を設定

将来環境の変化があっても一定数はその他地域から来院があるものとして仮定し、過去 3 年分の受療患者数の平均値で設定した。

当院の 2025 年度将来推計
入院患者数
191.3 人/日

伊南地域成人患者
上伊那地域成人患者
182.5 人/日

小児患者
0.5 人/日

その他
8.3 人/日

(2) 施設規模

施設規模は、近年整備された同種同規模の公立病院（政令指定都市を除く市町村で 180 床～300 床の一般病床を持つ施設）を参考に 1 床当たり 85 m²を目安とし、整備後の病院本体の延

床面積を 18,700 ㎡程度と想定します(図表 51)。

【図表51】 近年竣工された公立病院一覧

開院年度	所在地	施設名	病床数	延床面積	面積/床
2019 年 8 月	島根県	大田市立病院	229 床	18,958.00 ㎡	82.8 ㎡
2019 年 5 月	山口県	光市立光総合病院	210 床	18,463.64 ㎡	87.9 ㎡
2019 年 1 月	三重県	伊勢市立総合病院	300 床	24,807.00 ㎡	82.7 ㎡
2016 年 4 月	石川県	加賀市医療センター	300 床	26,628.55 ㎡	88.8 ㎡
2016 年 11 月	岐阜県	市立恵那病院	199 床	16,498.00 ㎡	82.9 ㎡
2015 年 5 月	長野県	岡谷市民病院	295 床	24,158.00 ㎡	81.9 ㎡
平均値					84.5 ㎡

※出典：伊南行政組合調べ（2020 年）

2. 建設場所の考え方

新病院の建設地は、当院の果たすべき役割に基づく必要な医療機能が整備できることを前提として、多くの住民の利便性を考慮する必要があります。

下表が示す当院の患者数の状況や、人口重心地が伊南人口の約 6 割が居住する駒ヶ根市内であることから、新病院の建設候補地は、駒ヶ根市内で選定します。(図表 52～53)。

【図表52】 当院の外来患者数の状況

【図表53】 当院の入院患者数の状況

【外 来】

区 分 地 域	外 来			
	H29年度		H30年度	
	患者数 (人)	比率	患者数 (人)	比率
駒ヶ根市	62,655	51.0%	62,866	50.6%
飯島町	16,816	13.7%	16,912	13.6%
宮田村	14,869	12.1%	14,960	12.0%
中川村	3,411	2.8%	3,688	3.0%
伊南 小計	97,751	79.5%	98,426	79.2%
伊那市	15,687	12.8%	16,105	13.0%
上記以外の上伊那郡	5,098	4.1%	5,276	4.2%
伊那市・伊北 小計	20,785	16.9%	21,381	17.2%
飯田市	1,236	1.0%	1,043	0.8%
松川町	1,118	0.9%	1,144	0.9%
上記以外の下伊那郡	772	0.6%	720	0.6%
下伊那 小計	3,126	2.5%	2,907	2.3%
その他の県内	735	0.6%	981	0.8%
県外	554	0.5%	580	0.5%
その他 小計	1,289	1.0%	1,561	1.3%
合 計	122,951	100.0%	124,275	100.0%

【入 院】

区 分 地 域	入 院			
	H29年度		H30年度	
	患者数 (人)	比率	患者数 (人)	比率
駒ヶ根市	32,957	45.6%	35,362	49.7%
飯島町	12,534	17.3%	9,750	13.7%
宮田村	9,121	12.6%	8,589	12.1%
中川村	4,185	5.8%	4,271	6.0%
伊南 小計	58,797	81.3%	57,972	81.4%
伊那市	7,866	10.9%	8,254	11.6%
上記以外の上伊那郡	2,168	3.0%	1,943	2.7%
伊那市・伊北 小計	10,034	13.9%	10,197	14.3%
飯田市	841	1.2%	574	0.8%
松川町	805	1.1%	868	1.2%
上記以外の下伊那郡	717	1.0%	652	0.9%
下伊那 小計	2,363	3.3%	2,094	2.9%
その他の県内	482	0.7%	574	0.8%
県外	652	0.9%	382	0.5%
その他 小計	1,134	1.6%	956	1.3%
合 計	72,328	100.0%	71,219	100.0%

※出典：「平成 30 年度昭和伊南総合病院医療活動実績集」伊南行政組合

新病院の建設候補地は、以下 3 点を条件として設定します。

- ・ 新病院で想定する 220 床程度の病院が建築可能な面積を有すること
- ・ 交通アクセスが良いこと(自動車、電車等)
- ・ 災害に対する脆弱性が低いこと

なお、建設地は、現地建て替えまたは移転建て替えについてそれぞれのメリット・デメリットを十分に検討し、複数の候補地の中から最適な場所を選定します。

3. 整備手法の考え方

(1) 整備手法の種類

病院の整備手法は、以下で示す4つの手法が挙げられます。それぞれの特徴は次の通りです（図表 54～55）。

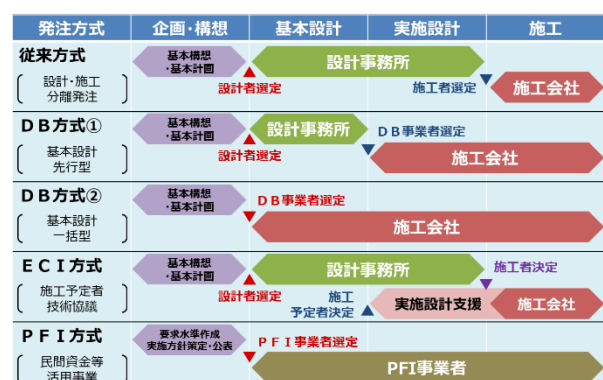
【図表54】 整備手法の概要

整備手法(発注方式)		概要	メリット	デメリット
従来方式 (設計・施工分離発注)		- 基本設計、実施設計、施工を別途に発注する方式。 - 設計図所に基づき入札で施工者の選定を行う。	設計、施工をそれぞれ専門業者が行うため性能の確保の観点から安定した整備手法。	設計業者と施工者が異なることにより、施工技術が設計に反映させ辛い。
DB方式	基本設計先行型	- 設計と施工を一括して建設会社に発注する方式。 - 基本設計から一括発注する方法と、実施設計から一括発注する方法の2種類がある。	基本設計を従来どおり実施することにより施主の要望が設計図に反映されやすい。	設計を基本設計と実施設計で異なる事業者が行うこととなるため、基本設計の意図を反映しづらくなる可能性がある。
	基本設計一体型		設計初期から施工業者が関わることで施工技術を反映した合理的な設計が可能。	- 施工業者が実施設計から施工まで一貫して行うため、客観性が欠如する可能性がある。 - 設計業務を行う以前の契約となり、詳細な仕様がないため、施主の要望を反映した選定が難しい。
ECI方式		- 設計業者による基本設計後に、実施設計と施工を一括で施工業者に発注する方式。 - 実施設計から施工業者が参画し、実施設計支援を行った際に施工請負契約を行う。	- 設計時に施工技術による改善提案などを取り入れ、施工時にも設計業者が関わるため、施工管理機能が働く。 - 設計業者と施工業者の互いの長所を生かした計画が可能。	- 病院建設事業における先行事例が少ない。 - 設計に関わる関係者が多くなるため、内容の協議・調整に時間を要する。
PFI方式		- 基本設計、実施設計、施工及び維持管理まで含めて一括で発注する方式。 - 事業について必要な資金調達も事業者が担う。	開院後の維持管理まで見越した施設設計が可能となり、運営費用まで含めたコストの低減が可能。	事業範囲の検討や要求水準書の作成であること、PFI法により事業者選定手続きを行うため、約1年半の準備期間を要する。

(2) 整備手法の検討

新病院整備においては、費用の縮減が大きな課題となるほか、必要な医療機能を確保しつつ、従事者の業務効率の向上、患者視点も踏まえた療養環境の整備が行えるよう、各発注方式の特徴を十分に勘案し、最適な整備手法を検討していきます。

【図表55】 整備手法の概要



4. 整備事業費(概算見込み)

想定病床規模 220 床程度の病院建設費を、近年の他事例を参考にして機械的に算出すると、病院本体の建設費は 84 億円程度(45 万円/㎡)と見込まれます。このほか設計、医療機器、付属設備、外構・周辺整備等の費用や、建設地によっては用地取得費や造成費等が別に必要となります。

今後策定する基本計画、基本設計等の各段階において総事業費の精査・縮減に努め、経営計画において適正な範囲内の負担となるよう慎重に検討します。

【図表56】 近年発注された公立病院の建築単価一覧

発注年度	所在地	施設名	病床数	平米単価
2018 年	愛媛県	愛媛県新居浜病院	240 床	491.5 千円/㎡
2017 年	島根県	大田市立病院	229 床	502.5 千円/㎡
2017 年	山口県	光市立光総合病院	210 床	390.0 千円/㎡
2016 年	三重県	伊勢市立総合病院	300 床	506.1 千円/㎡
2016 年	岡山県	倉敷市立市民病院	198 床	530.4 千円/㎡
2015 年	島根県	雲南市立病院	281 床	323.6 千円/㎡
2015 年	長崎県	市立大村市民病院	216 床	374.0 千円/㎡
			平均値	445.4 千円/㎡

※出典:伊南行政組合調べ(2020 年)

5. 整備スケジュール

近年の同規模の他事例を参考にすると、基本構想策定着手から新病院開院まで最低でも5～6年程度の期間が必要となります。今後、建設地や整備手法等の検討が進み、基本計画を策定していく中において、整備スケジュールや新病院開院の時期等についても具体化していきます。

第10章 今後の経営形態について

(1) 経営形態の検討について

「昭和伊南総合病院あり方検討委員会」の提言書において、新病院建設に際し経営形態の検討を行うよう提言されています。

現在の経営形態は地方公営企業法の全部を適用する公営企業（公立病院）であり、仮に、経営形態を変更しようとする場合には、その選択肢として①地方独立行政法人化、②指定管理者制度の導入による公設民営化、③民間移譲が挙げられます。

新病院建設基本構想の策定にあたり、こうした現在とは異なる経営形態に変更する必要性の有無や、変更する場合のメリット・課題などを踏まえた実現性、経営形態の変更に伴う費用の発生、職員の処遇・人材確保の問題など様々な課題を考慮し検討を進めてきました。

(2) 現在の経営形態の継続について

当院は、伊南地域唯一の公立病院であり、地域の基幹病院として救急医療や高度医療などの不採算部門も含めて事業を継続しています。平成 21 年に現在の経営形態に変更して以降、経営改革の推進及び経営の効率化を図り、伊南行政組合構成市町村の協力も得ながら安定した経営を続けています。

今後もこうした医療の継続が不可欠である前提に立ち今後の経営形態を検討した結果、経営形態を変更する方法によって改善しようとする課題は現時点では見当たらないことや、医師、看護師をはじめ医療従事者の数が少ない上伊那医療圏における人材確保の課題などを踏まえ、現在の経営形態を継続することが当院の経営にとって最適であると判断し、この基本構想はその方針のもと策定しています。

用語集

【アルファベット】

ADL

Activities of Daily Living の略。日常生活における必要不可欠な行動を指す。また、その指標。具体的には「食事・更衣・排せつ・入浴」などの行為のことで、高齢化や障がいの程度を表す指標。

BCP

Business Continuity Plan の略。災害など不測の事態により被害を受けた時でも、事業を継続していく、あるいは中断しても早期復旧を図るために、事前に対応策を準備しておく計画。

DPC

Diagnosis (診断) Procedure (治療・処置) Combination (組合せ) の略。診断と処置の組み合わせによる診断群分類のこと。退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等についての調査データを全国統一形式の電子データとして提出している。この電子データをDPCデータといい、年 1 回、厚生労働省が集計し公開している。

HCU

high care unit の略。ICU (集中治療室) と一般病棟の間に位置する病棟で、ICU よりもやや重篤度の低い患者を受け入れる治療施設。

ICU

intensive care unit の略。内科系、外科系を問わず急性機能不全などの重篤な症状をもつ患者を 24 時間管理体制で集中的に治療看護を行う治療施設 (集中治療室)。

ICT

Information and Communication Technology の略。「情報通信技術」、具体的にはコンピューターの機能やデータ通信に関する技術。

【あ行】

医師偏在指標

現在・将来人口を踏まえた医療ニーズに基づき、地域ごと、診療科ごと、入院外来ごとの医師の多寡を統一的・客観的に把握できる医師偏在の度合いを示す指標。

【か行】

基幹型臨床研修指定病院

臨床研修病院のうち他の病院又は診療所と共同して臨床研修を行う病院であって、臨床研修の全体的な管理・責任を有する病院。なお、臨床研修病院とは、医学部を卒業し、医師免許を取得した医師が基本的な手技、知識を身につけるための場を提供する病院を指す。

救急告示病院

「救急病院等を定める省令」に基づき救急隊により搬送される傷病者に関する医療を担当する病院。都道府県知事により指定される。

救命救急センター

急性心筋梗塞、脳卒中、心肺停止、多発外傷、重傷頭部外傷など、二次救急で対応できない複数診療科領域の重篤な患者に対し高度な医療技術を提供する三次救急医療機関。厚生労働省が認可し、都道府県が運営、もしくは医療機関の開設者に要請をして設置する。

協力型臨床研修指定病院

臨床研修病院のうち複数の病院が共同で医師臨床研修を行う臨床研修病院群において、他の病院と共同して臨床研修を行うが、当該臨床研修の管理を行わない病院。なお、臨床研修病院とは、医学部を卒業し、医師免許を取得した医師が基本的な手技、知識を身につけるための場を提供する病院を指す。

【さ行】

災害拠点病院

災害発生時(地震・津波・台風・噴火等)に災害医療を行う医療機関を支援する病院。都道府県知事により指定される。

災害支援ナース

看護職能団体の一員として、被災した看護職の心身の負担を軽減し支えるよう努めるとともに、被災者が健康レベルを維持できるよう、被災地で適切な医療・看護を提供する役割を担う看護職。

在宅療養支援病院

患者が住み慣れた地域で安心して療養生活を送れるよう、患者の要望に応じ 24 時間往診が可能な体制を確保し、または訪問看護ステーションとの連携により 24 時間訪問看護の提供が可能な体制を確保することで、緊急時に在宅療養を行っている患者様が直ちに入院できるなど、必要に応じた医療・看護を提供できる病院。

集学的治療

手術や全身化学療法(抗がん剤)、放射線治療など、さまざまな治療選択肢を適宜組み合わせた治療のことを指す。

紹介率・逆紹介率

紹介率とは、初診患者に対して他の医療機関から紹介されて来院した患者の割合。

逆紹介率とは、初診患者に対し、他の医療機関へ紹介した患者の割合。

小児地域医療センター

一般の小児医療を行う医療機関で対応が困難な患者に対する小児専門医療を実施する病院。

新臨床研修制度

医師が将来専門とする分野に関わらず、基本的な診療能力を身に着けることができるように、診療に従事しようとする医師に 2 年以上の臨床研修を必須化した制度。

政策医療

日本において国がその医療政策を担うべき医療であると厚生労働省が定めているもの。現在、19 の医療分野があるが、本書では保健医療計画で重点計画の作成が求められている5疾病5事業のことを指す。

【た行】

地域医療支援病院

医療機関の連携及び役割分担を図るため、紹介患者に対する医療提供、病床や医療機器の共同利用の実施、地域の医療従事者の研修等を通じ、地域の病院や診療所を支援する機能を備えた病院。都道府県知事により指定される。

地域がん診療連携拠点病院

専門的ながん医療の提供、地域のがん診療の連携協力体制の整備、患者・住民への相談支援や情報提供等において二次医療圏で中心的役割を担う病院。都道府県知事により指定される。

地域周産期母子医療センター

産科及び小児科(新生児診療を担当するもの)等を備え、周産期(妊娠 22 週から生後 7 日未満までの期間)に係る比較的高度な医療を 24 時間体制で提供することができる病院。都道府県知事により指定される。なお、その設備等に応じて総合周産期母子医療センターと地域周産期母子医療センターの 2 種類に区分され、地域周産期母子医療センターは総合周産期母子医療センターに準じた機能を有し、補助する病院を指す。

地域小児連携病院

小児専門医療機関と一般病院の小児科、地域のかかりつけ診療所等が、それぞれの機能に応じた役割分担に基づき、連携することにより、効果的な小児医療を提供する病院。

地域包括ケアシステム

団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年(令和 7 年)を目途に、保険者である市町村や都道府県が地域の自主性や主体性に基づき、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地域の特性に応じて、住まい・医療・介護・予防・生活支援が地域一体となって提供されるケアシステム。

【な行】

二次医療圏

特殊な医療を除く、入院治療を主体とした一般の医療需要に対応するために設定する地域。主に病院の一般病床及び療養病床の整備を図る地域的単位として設定されている。

二次救急輪番制病院

二次救急(入院治療や緊急手術を必要とする患者に対する救急医療)の指定を受けた複数の病院が当番制で救急患者の受け入れ・診療を行うシステム。

【は行】

廃用症候群

生活の変化によって動かない(生活が不活発)状態が続くことで全身の機能が低下する状態。

標準化死亡比

ある集団の死亡率を年齢構成比の異なる集団と比較するための指標で、集団について、実際の死亡数と期待(予測)される死亡(集団の年齢階層別の死亡率とその階層の人口をかけ合わせたものの総和)の比。

病床利用率

病床が平均的にどのくらい利用されているかを病床数に対する在院患者数の割合で算出した指標。

【や行】

ユニバーサルデザイン

「すべての人のためのデザイン」を意味し、文化・言語・国籍や年齢・性別などの違い、障害の有無や能力差などを問わずに利用できることを目指した建築(設備)・製品・情報などの設計。

【ら行】

ライフサイクルコスト

製品や構造物(建物や橋、道路など)がつくられてから、その役割を終えるまでにかかる費用をトータルでとらえたもの。本書では、建物の企画・設計から建設、運用を経て、修繕を行い、最後に解体されるまでに必要となるすべての費用を合計したものを指す。

伊南行政組合昭和伊南総合病院新病院建設基本構想策定委員会設置要綱

平成30年 8 月10日 告示第 5 号

(設置)

第1条 昭和伊南総合病院(以下「病院」という。)の今後のあり方及び新病院建設に係る基本構想(以下「基本構想」という。)を策定するため、昭和伊南総合病院新病院建設基本構想策定委員会(以下「委員会」という。)を設置する。

(所掌事務)

第2条 委員会の所掌事務は、次の各号に掲げるとおりとする。

- (1) 基本構想の策定に関する事項
- (2) その他必要な事項

(組織)

第3条 委員会は、委員長及び委員をもって組織する。

2 委員長は、助役を充てる。

3 委員は、次に掲げる者をもって充てる。

- (1) 副市町村長(助役である副市町村長を除く。)
- (2) 昭和伊南総合病院経営会議規程(平成22年病院事業管理規程第7号。以下「経営会議規程」という。)に基づき設置された経営会議を構成する者のうち別に指定する者
- (3) 伊南行政組合事務局長
- (4) 伊南行政組合関係市町村担当部課長
- (5) その他必要と認める者

(任期及び委員会の解散)

第4条 委員の任期は、基本構想策定の日までとし、任期の満了をもって、委員会は解散する。

(会議)

第5条 委員会は、委員長が招集し、委員長が議長となる。

2 委員会の運営上必要があるときは、委員以外の者を出席させることができる。

(専門部会)

第6条 委員会において必要があるときは、専門部会を設置することができる。

2 専門部会の設置並びに所掌事項、部会員、その他専門部会の運営に必要な事項は、委員会の決定をもって定める。

(検討組織)

第7条 基本構想の内容を事前に検討・調整するため、次の各号に掲げる検討組織を設置し、その委員構成は当該各号に定めるとおりとする。

- (1) 基本構想検討会議 経営会議規程に基づき設置された経営会議を構成する者
- (2) 市町村調整会議 伊南行政組合関係市町村担当部課長等、伊南行政組合事務局長、昭和伊南総合病院事務長、その他調整議題に応じた関係者

2 検討組織の運営方法等は、前項各号の検討組織がそれぞれ別に定める。

3 検討組織の庶務は、第1項第1号においては新病院建設準備室が、同項第2号においては伊南行政組合事務局及び新病院建設準備室がそれぞれ処理する。

(庶務)

第8条 委員会の庶務は、昭和伊南総合病院及び伊南行政組合事務局において処理する。

(補則)

第9条 この要綱に定めるもののほか、委員会の運営に関し必要な事項は、委員長が別に定める。

附 則

この告示は、公示の日から施行する。