

小松市民病院 建設基本構想

令和7年(2025年)3月



目次

第1章 基本構想策定の背景	1
1 基本構想策定までの経緯	1
(1) 基本構想策定までの経緯	1
(2) 基本構想の位置づけ	1
2 新病院整備の必要性	2
第2章 小松市民病院を取り巻く環境	3
1 医療政策の動向	3
(1) 国の医療政策の動向	3
(2) 石川県の保健医療計画	3
2 医療圏の動向	4
(1) 南加賀医療圏の将来人口推計	4
(2) 南加賀医療圏の将来患者推計	4
(3) 南加賀医療圏の医療機関別の機能	5
第3章 小松市民病院の現状と課題	6
1 小松市民病院の概要	6
(1) 基本理念・基本方針	6
(2) 病院概要	6
(3) 施設概要	7
2 診療実績の推移	8
(1) 診療科別入院患者数	8
(2) 診療科別外来患者数	9
(3) 救急患者数	10
3 経営状況の推移	11
4 当院の強み・弱み・機会・脅威の整理	12
第4章 小松市民病院が果たすべき役割と機能	13
1 新病院での医療提供機能の方針	13
(1) 入院機能	13
(2) 外来機能	16
(3) 周産期医療	17
(4) その他の機能	17
2 新病院整備コンセプト	18
(1) 新病院の目指すべき将来像	18
(2) 施設整備の基本的考え方	19
第5章 新病院の整備概要	20
1 施設整備の基本的な考え方	20
(1) 建設場所	20
(2) 建替えパターン比較	20
(3) 建替え手順	21
(4) 既存建物の利活用方法	22
(5) 新本館の整備規模	25
(6) 概略フロア構成イメージ	25

2 耐震・津波対策基準	26
参考) 病院敷地のハザードマップの想定	27
3 整備手法について	28
(1) 整備手法の比較	28
(2) サウンディング調査による主な意見	28
4 概算事業費	29
5 今後の事業スケジュール	29
用語集	31

第1章 基本構想策定の背景

1 基本構想策定までの経緯

(1) 基本構想策定までの経緯

国民健康保険小松市民病院（以下「当院」という。）は、南加賀医療圏*における救急医療およびがん診療を中心とした高度医療など急性期・中核病院としての役割を担っています。

また、令和2年4月には、「地域医療支援病院*」の承認を受け、地域の医療機関との機能分担を図り、地域医療への貢献を目指しています。

令和2年から新型コロナウイルス感染症の拡大を契機に、医療を取り巻く環境は一変しました。従来の人口動態の変化に伴う医療需要への対応に加え、パンデミック*対応に関する受入体制を念頭に置く必要に迫られており、将来的な看護師不足や経営改善など課題があります。

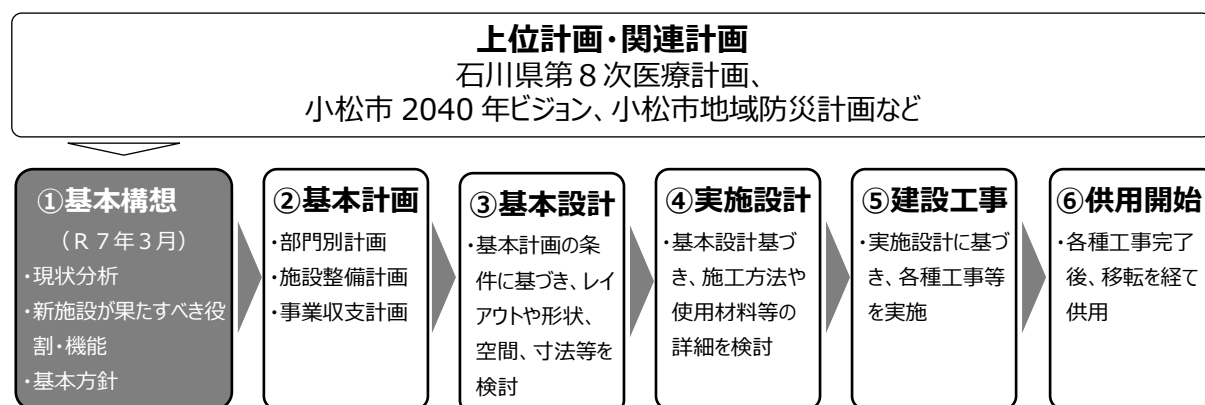
令和6年度に策定した、「小松市民病院経営強化プラン」（以下「経営強化プラン」という。）において、経営強化プラン策定委員会より、今後、当院に求められる入院機能・外来機能・診療機能を果たすためには、現在の本館施設では対応が困難との意見が示されました。

この策定委員会からの答申を踏まえ、当院の現状を明らかにし、今後、地域でどのような役割を担っていくべきか、そのためにはどのような整備をしていくべきかの方向性を示すため、「小松市民病院建設基本構想」（以下「基本構想」という。）をまとめました。

(2) 基本構想の位置づけ

本基本構想は、今後の医療需要を鑑み、当院の担うべき機能を明らかにした上で、老朽化の進む当院の施設整備方針および本市の病院事業の方向性を位置づけるものとなります。

今後、本基本構想を踏まえ令和7年度には、施設整備に向けた具体的な条件整理の段階となる基本計画を策定し、令和8年度以降設計に着手し、建設工事を経て病院整備の完了を目指します。



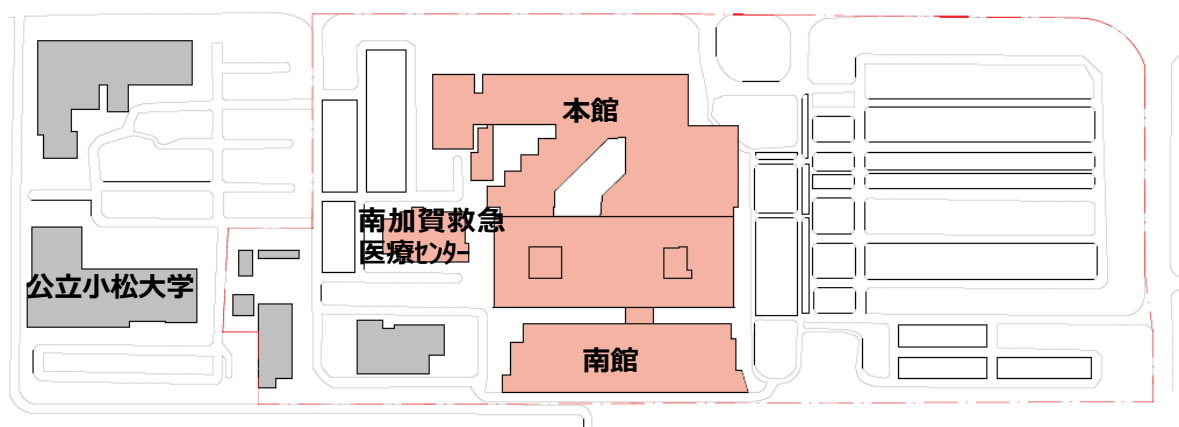
2 新病院整備の必要性

ア 現病院建物の概要

当院は、本館が昭和 63 年に竣工し、その後南館が平成 18 年、南加賀救急医療センターが平成 24 年に増築されました。

最も古い本館は、竣工から築 36 年を迎えており、一般的に病院の建替えが築 30 年から 40 年で建替えられていることを踏まえると、当院は基本構想策定時点において建替えの検討が必要な時期に入っています。一方、南館は築 18 年、南加賀救急医療センターは築 12 年と比較的新しいことから、適切な改修等を行うことで継続した利用が可能と考えます。

区分	現状	備考
本館	地下 1 階、地上 8 階、塔屋 1 階 延べ床面積：23,810.53 m ² 建築面積 6,155.92 m ²	昭和 63 年竣工 築 36 年
南館	地上 4 階、塔屋 1 階 延べ床面積：6,453.98 m ² 建築面積 1,883.53 m ²	平成 18 年竣工 築 18 年
南加賀救急医療センター	地上 2 階 延べ床面積：827.81 m ² 建築面積 609.71 m ²	平成 24 年竣工 築 12 年



イ 老朽化の状況

現在の本館は、前述のとおり昭和 63 年に竣工し築 36 年が経過しています。新耐震基準*で設計されているために一定の耐震性能は有しているものの、医療機器の進化など新たな医療技術への柔軟な対応が難しくなっています。南館や救急医療センターを増築するなど、面積の狭隘化への対応を重ねてきましたが、その結果、機能が分散することによる動線の複雑化などの課題が生じています。

また、配管・排水設備の劣化による雨漏りの発生、建物の経年劣化による外壁のクラックの発生など、老朽化が進行している状況にあります。



第2章 小松市民病院を取り巻く環境

1 医療政策の動向

(1) 国の医療政策の動向

厚生労働省は、今後も人口減少や少子高齢化が続く中、各地域において将来の医療需要を見据えつつ、新興・再興感染症や大規模災害などの緊急事態が発生した際にも機動的・弾力的に対応できるように、また、質が高く効率的で持続可能な医療を提供していくため、都道府県に対して令和6年度からの第8次医療計画の策定を要請するなど、地域医療構想*や地域包括ケアシステム*、医師の働き方改革や偏在対策といった各種施策を一体的に推進しています。

また、総務省は、公立病院改革として、令和4年3月に「持続可能な医療提供体制を確保するための公立病院経営強化ガイドライン」を公表し、医師・看護師等の不足、人口減少・少子高齢化に伴う医療需要の変化等の中で持続可能な地域医療を提供していくため、各医療機関での機能分化や連携強化等を通じた役割分担の明確化・最適化を進め、限られた医師・看護師等の医療資源を地域全体で最大限効率的に活用する観点から、公立病院の経営を強化することを求めています。

(2) 石川県の保健医療計画

医療計画とは、国の定める基本方針に即し、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定するものです。

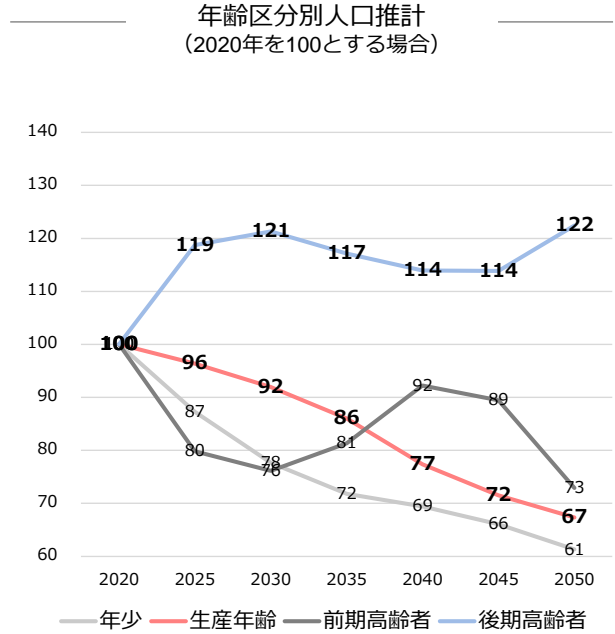
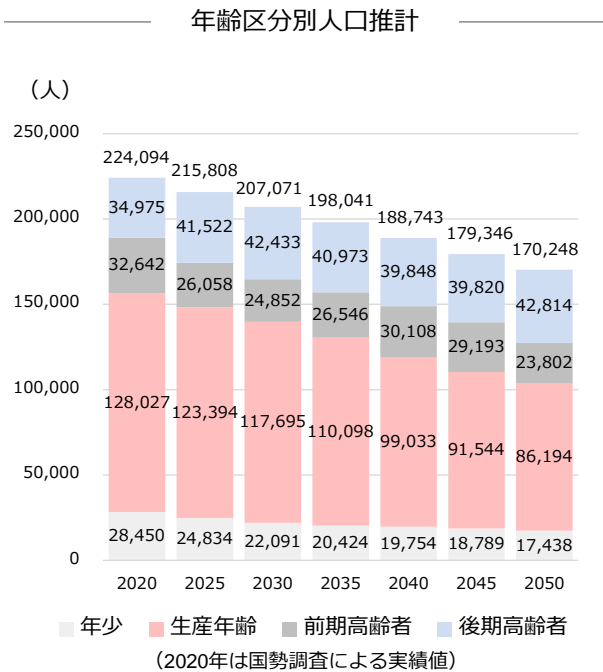
石川県では令和6年8月に、令和6年度～令和11年度を計画期間とする「第8次医療計画」を策定しました。第8次医療計画では、これまでの内容に「新興感染症対策の充実」が加えられています。

また、当医療計画策定中の令和6年1月1日に「令和6年能登半島地震」が発生し、多数の尊い人命が失われるとともに、能登地域を中心に多くの医療施設が施設・設備に深刻な損害を被りました。この第8次石川県医療計画では、震災により生じた変化や課題、それに対する対応などの記載は見送り、計画の中間年である令和8年度を目途に計画の見直しを行うこととしています。

2 医療圏の動向

(1) 南加賀医療圏の将来人口推計

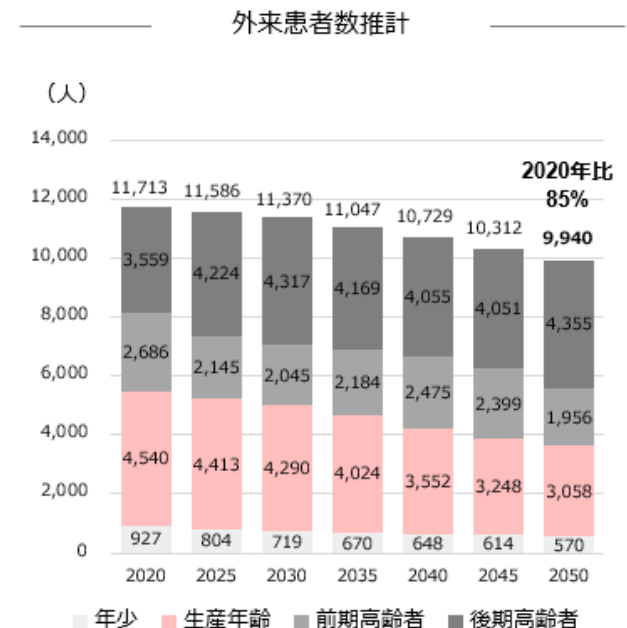
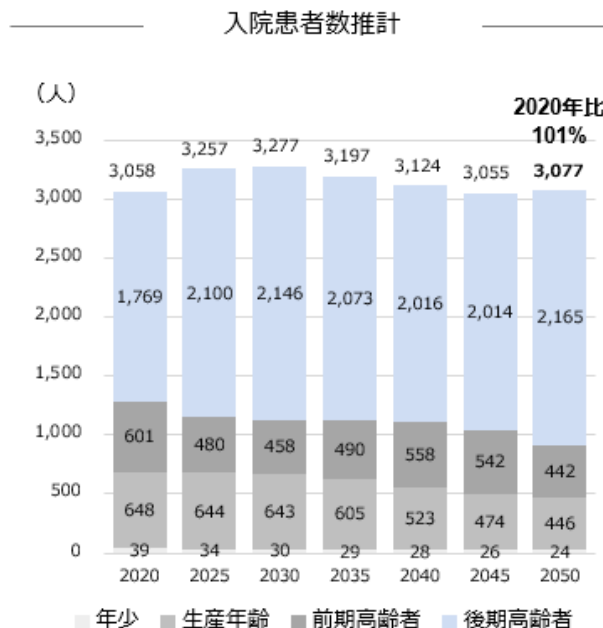
南加賀医療圏における将来人口は、大きく減少することが見込まれています。2050年の75歳以上の人口は、2020年に対し22%増加する見込みとなる一方、生産年齢人口は67%まで減少することが見込まれています。



(2) 南加賀医療圏の将来患者推計

南加賀医療圏における入院患者数は、2030年まで増加したのちに減少する見込みとなりますが、半数以上を占めている後期高齢者(75歳以上)の入院患者数は、2050年まで高く推移することが見込まれます。

一方、外来患者数は、入院患者数よりも早い速度で減少することが見込まれます。入院患者数とは異なり74歳以下の患者数が半数以上を占めていることから、74歳以下の人口が大幅に減少している影響を受け、外来患者数全体の減少が見込まれます。



(3) 南加賀医療圏の医療機関別の機能

		小松市								加賀市						能美市			
病院名		小松市民病院	栗津神経サナトリウム	やわたメディカルセンター	森田病院	小松こども医療福祉センター	小松ソフィア病院	東野病院	岡本病院	東病院	加賀市医療センター	石川病院	久藤総合病院	加賀こころの病院	加賀蓮井病院	片山津温泉・丘の上病院	芳珠記念病院	能美市立病院	寺井病院
病床数		340	263	208	99	52	48	42	38	33	300	215	199	184	99	92	183	100	55
5 疾病	がん	○	-	-	-	-	-	-	-	-	◇	-	-	-	-	-	-	-	-
	脳卒中	◎	-	○	◇	-	-	-	-	-	◎	-	-	-	-	-	○	◇	-
	心血管疾患	◎	-	◎	-	-	-	-	-	-	◎	-	-	-	-	-	○	-	-
	糖尿病	◎	-	○	-	-	◇	-	-	-	◎	-	-	-	-	-	○	◇	-
	精神疾患	◇	○ てんかん 除く	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	◎ 老年期 他は地 域拠点	-	○ 老年期	-	-	-
6 事業	周産期医療	◇	-	-	-	-	-	-	-	-	◇	-	-	-	-	-	-	-	
	小児医療	○	-	-	-	◇	-	-	-	-	□	◇	-	-	-	-	□	□	□
	救急医療	◎	-	○	○	-	○	-	-	-	○	○	○	-	-	-	○	○	-
	災害医療	○	-	-	-	-	-	-	-	-	○	-	-	-	-	-	-	-	-
	へき地医療	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△
	新興感染症	○	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
在宅医療		-	-	○	◎	-	◎	-	-	-	○	-	-	-	-	-	-	◎	◎

出典：石川県医療計画（第8次）より作成

- がん : ◎県がん診療連携拠点病院、○地域がん診療連携拠点病院、◇地域がん診療連携推進病院
- 脳卒中 : ◎専門的診療（外科・内科）、○専門的診療（内科のみ）、◇急性期後のリハビリテーション・療養
- 心血管疾患 : ◎急性心筋梗塞の専門的診療、○慢性心不全の専門的診療、◇回復期の心血管リハビリテーション
- 糖尿病 : ◎専門医療機関（妊婦・小児の両方に対応）、◎専門医療機関（妊婦・小児のいずれかに対応）、○専門医療機関（成人のみ）
- 精神疾患 : ◎県連携拠点医療機関、○地域連携拠点医療機関、◇地域精神科医療機関
- 周産期医療 : ◎総合周産期母子医療センター、○地域周産期母子医療センター、◇分娩実施
- 小児医療 : ◎高度専門小児医療、○小児地域支援病院、◇専門小児医療、□一般小児医療
- 救急医療 : ◎三次救急医療、○二次救急医療、◇初期救急医療
- 災害医療 : ◎基幹災害拠点病院、○地域災害拠点病院、◇DMAT 指定医療機関
- へき地医療 : ◎へき地医療拠点病院
- 新興感染症 : ◎第一種感染症指定医療機関、○第二種感染症指定医療機関
- 在宅医療 : ◎在宅医療支援病院、○在宅療養後方支援病院

第3章 小松市民病院の現状と課題

1 小松市民病院の概要

(1) 基本理念・基本方針

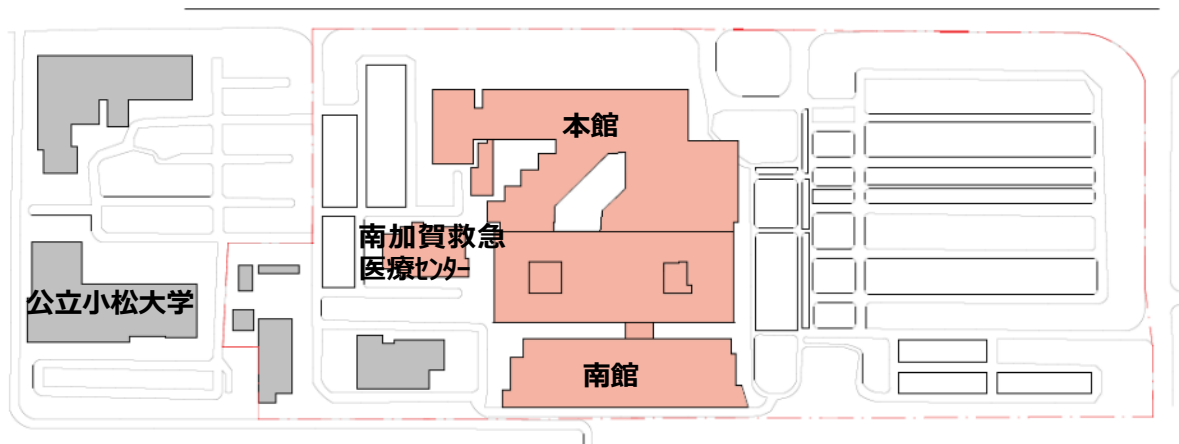
基本理念	『共に歩む』 患者さんの思いに共感し、他職種チームで症状・情報を共有し、かかりつけ医と共同で医療にあたり、地域の人々と共生し、共に歩みます。
基本方針	患者さんの人権と権利、そして思いを尊重します 安全で安心な急性期医療・がん医療・予防医療を推進します 救急医療の充実に努めます 地域の医療・介護・保健機関とつながる医療を行います 職員の働きがいある職場を目指します

(2) 病院概要

所在地	〒923-8560 石川県小松市向本折町木 60 番地	
許可病床数	340 床 (一般病床 300 床 うち HCU15 床 緩和ケア 10 床／精神病床 26 床／結核病床 10 床／感染症病床 4 床)	
診療科	28 診療科 (内科／呼吸器内科／循環器内科／消化器内科／血液内科／内分泌・代謝内科／腎臓内科／脳神経内科／緩和ケア内科／外科／呼吸器外科／消化器外科／整形外科／脳神経外科／形成外科／精神科／小児科／皮膚科／泌尿器科／産婦人科／眼科／耳鼻咽喉科／リハビリテーション科／放射線科／病理診断科／麻酔科／歯科／歯科口腔外科)	
職員数 (R6.5.1 現在)	正規職員 425 人 医師 (61 人)、薬剤師 (18 人)、放射線技師 (15 人)、臨床検査技師 (16 人)、理学療法士 (10 人)、作業療法士 (7 人)、言語聴覚士 (4 人)、臨床工学技士 (8 人)、その他医療技術員 (8 人)、看護師 (254 人)、准看護師 (2 人)、事務職員 (22 人) 会計年度任用職員 137 人 医師 (4 人)、薬剤師 (1 人)、放射線技師 (2 人)、臨床検査技師 (5 人)、その他医療技術員 (6 人)、看護師 (39 人)、准看護師 (2 人)、看護補助者 (37 人)、事務職員等 (41 人)	
指定状況	保険医療機関、救急告示病院、災害拠点病院、エイズ拠点病院、臨床研修指定病院、労災保険指定医療機関、生活保護法指定医療機関、結核予防法指定医療機関、第二種感染症指定医療機関、地域がん診療連携拠点病院、石川県肝疾患専門医療機関、(財)日本医療機能評価機構認定病院	更生医療担当医療機関(耳鼻咽喉科、整形外科、形成外科、腎臓、免疫に関する医療)、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関、地域医療支援病院、小松市民病院訪問看護ステーション、新型コロナウイルス感染症重点医療機関、石川県発熱患者等診療・検査医療機関、紹介受診重点医療機関

(3) 施設概要

所在地	〒923-8560 石川県小松市向本折町木 60 番地		
用途地域*	第二種住居地域 建ぺい率*60% 容積率*200%		
敷地面積	48,315.95 m ²		
建物規模	建築面積 : 8,775.91 m ² 延べ床面積 : 31,219.07 m ²		
	本館 地下1階・地上8階・ 塔屋1階 鉄骨鉄筋コンクリート造 (一部鉄筋コンクリート造) 建築面積 : 6,155.92 m ² 延べ床面積 : 23,810.53 m ²	南館 地上4階・塔屋1階 鉄筋コンクリート造 建築面積 : 1,883.53 m ² 延べ床面積 : 6,453.98 m ²	南加賀救急医療センター 地上2階 鉄骨造 建築面積 : 609.71 m ² 延べ床面積 : 827.81 m ²
駐車場	808 台 (一般用 385 台/身障者用 20 台/救急医療センター用 17 台/職員用 383 台/開放型病床医師用 2 台/病児保育用 1 台)		



2 診療実績の推移

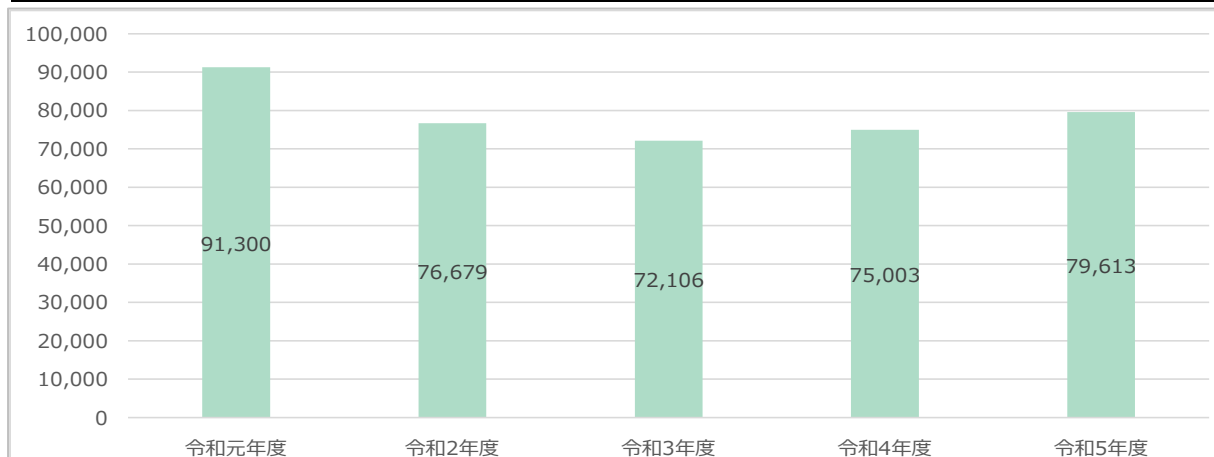
(1) 診療科別入院患者数

当院の入院患者数は、精神病床を令和元年10月から休床としたことに加え、新型コロナウイルス感染症の影響もあり、令和2・3年度は大きく減少しました。診療科別に見ると、最も多いのは内科の患者であり、次いで外科、脳神経外科となっています。

地域医療支援病院としての承認を受けてからは、地域の医療機関やかかりつけ医との連携のもと、紹介・逆紹介の推進に努め、高度医療を中心に提供することで診療単価も大幅に向上しています。

(人)

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和5- 令和元
内科	49,365	42,789	43,425	45,752	48,329	△1,036
精神科	1,339	0	0	0	0	△1,339
小児科	3,068	1,819	1,331	1,847	2,107	△961
外科	13,286	12,973	11,610	10,695	10,783	△2,503
脳神経外科	5,767	5,621	4,259	4,847	4,795	△972
整形外科	5,767	3,432	3,084	2,744	4,204	△1,563
皮膚科	897	824	615	532	435	△462
形成外科	1,448	1,138	817	842	1,312	△136
泌尿器科	3,222	3,213	2,929	3,029	2,990	△232
眼科	781	653	439	362	371	△410
耳鼻咽喉科	2,807	1,370	1,039	1,185	1,465	△1,342
産婦人科	2,425	2,226	1,980	2,633	2,039	△386
放射線科	0	0	0	0	0	0
麻酔科	0	0	0	0	0	0
歯科・口腔外科	1,128	621	578	535	783	△345
透析療法室	0	0	0	0	0	0
合計	91,300	76,679	72,106	75,003	79,613	△11,687
1日あたり患者数	250.1	210.1	197.6	205.5	218.1	△32.0
病床利用率(%)	73.4	61.8	58.1	60.4	64.0	△9.4
紹介率(%)	52.18	71.19	77.10	74.94	80.31	28.13
逆紹介率(%)	87.90	96.22	110.44	108.96	118.02	30.12
診療単価(円)	48,004	57,157	58,728	62,050	69,323	21,319



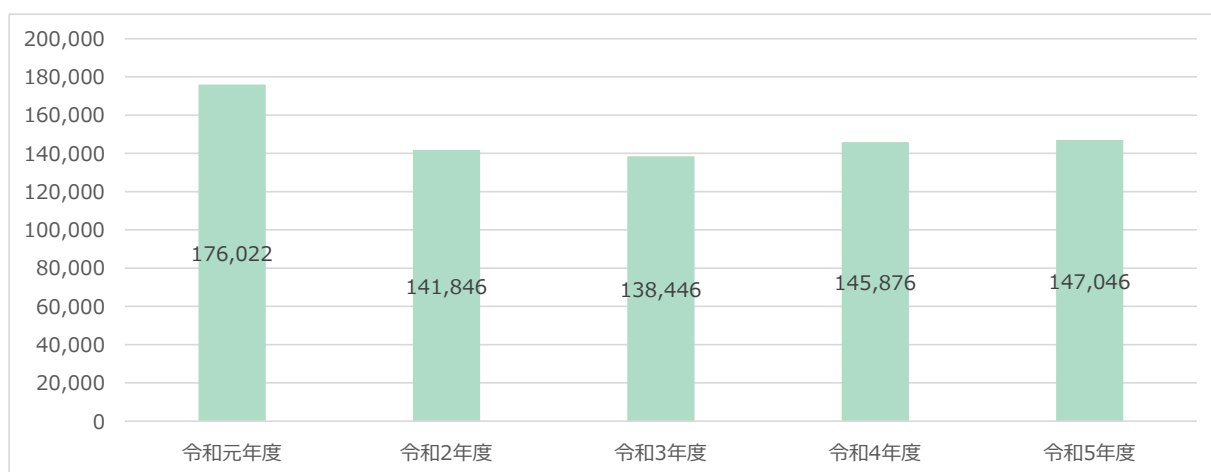
(2) 診療科別外来患者数

当院の外来患者数は、新型コロナウイルス感染症の影響で令和2・3年度は大きく減少し、令和4年度以降は徐々に増加傾向にあります。診療科別に見ると、最も多いのは内科の患者であり、次いで外科、泌尿器科となっています。令和元年度比での増減を見ると、整形外科と皮膚科が約半数まで減少しています。なお、透析療法室の患者数が著しく増加しているのは、能登半島地震で被災された透析利用者の受入れによるものです。

統計上は外来患者数が減少していますが、令和2年4月に地域医療支援病院の指定を受けたことに伴い、外来診療は地域のかかりつけ医等との連携を進め、入院診療を中心とした医療提供に移行したことの効果など、適切に機能分化が推進できていることの結果です。

(人)

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和5- 令和元
内科	46,446	39,533	41,193	45,021	44,993	△1,453
精神科	13,047	10,254	9,441	9,440	9,281	△3,766
小児科	13,120	8,602	9,053	11,526	11,370	△1,750
外科	16,161	15,722	16,031	16,719	16,478	317
脳神経外科	4,115	3,544	3,151	3,357	3,284	△831
整形外科	10,160	7,033	5,639	5,715	4,834	△5,326
皮膚科	11,150	5,906	5,544	5,535	5,394	△5,756
形成外科	7,428	6,174	5,549	5,586	6,060	△1,368
泌尿器科	14,266	12,508	12,668	12,734	13,785	△481
眼科	10,404	8,410	8,547	8,604	8,480	△1,924
耳鼻咽喉科	8,799	6,361	5,365	5,669	6,104	△2,695
産婦人科	6,802	5,697	5,649	5,575	5,302	△1,500
放射線科	195	194	175	172	170	△25
麻酔科	820	792	746	991	951	131
歯科・口腔外科	8,887	7,548	7,125	7,197	2,657	△6,230
透析療法室	4,222	3,568	2,570	2,035	7,903	3,681
合計	176,022	141,846	138,446	145,876	147,046	△28,976
新患者数(人)	14,572	10,366	9,859	11,500	11,534	△3,038
再来患者数(人)	161,450	131,480	128,587	134,376	135,512	△25,938
一日平均(人)	724.4	583.7	572.1	600.3	605.1	△119.3
平均通院回数(回)	12.1	13.7	14.0	12.7	12.7	0.6



(3) 救急患者数

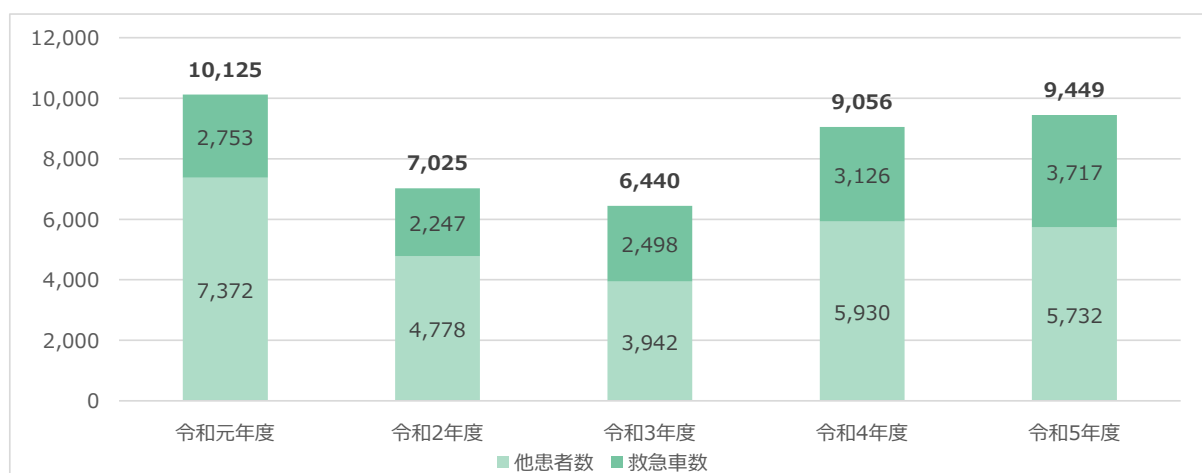
当院の救急受入の状況は、新型コロナウイルス感染症の影響で令和2・3年度は大きく減少していましたが、令和4年度以降は増加傾向にあります。

一方、救急車による来院件数は、一時的に減少したもののその後は増加傾向にあり、令和5年度にはコロナ禍前と比較し約1,000件増加しました。

当院は、石川県医療計画において三次救急医療*機関に準ずる医療機関として位置づけられ、南加賀医療圏における二次救急医療*の中核を担っています。今後も継続した救急患者の受入体制を維持していく必要があります。

(人、台)

区分	令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度		令和5年度	
	患者数	救急車数	患者数	救急車数	患者数	救急車数	患者数	救急車数	患者数	救急車数
08:30-17:15	4,495	1,337	3,204	1,125	2,939	1,246	4,198	1,577	4,207	1,790
17:15-22:30	2,997	684	2,160	570	1,959	616	2,787	736	2,863	955
22:30-08:30	2,633	732	1,661	552	1,542	636	2,071	813	2,379	972
合計	10,125	2,753	7,025	2,247	6,440	2,498	9,056	3,126	9,449	3,717
うち休日	4,640	955	3,118	745	2,778	820	4,117	1,040	4,062	1,176
入院	2,450		2,000		1,984		2,180		2,678	



3 経営状況の推移

当院の経営状況は、令和2年度から令和4年度にかけて、新型コロナウイルス感染症関係補助金の収入により、一時的に純利益額が増加しました。令和5年度決算においては、入院・外来収益の増加により医業収益が増加したものの、人件費の増加と物価高騰による各種材料費等の増加により、医業収支では令和元年度を下回る結果となりました。

(千円)

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
医業収益 A	7,634,020	6,999,220	6,955,278	7,782,640	8,911,379
入院収益	4,713,816	4,382,744	4,234,608	4,653,956	5,519,024
外来収益	2,626,806	2,393,204	2,468,852	2,832,198	3,092,219
在宅医療収益	—	17,089	23,104	31,320	28,429
その他医業収益	293,398	206,183	228,714	265,166	271,707
医業外収益 B	733,966	2,491,679	2,729,683	2,269,078	1,022,573
受取利息	260	135	35	38	100
負担金・交付金	339,898	300,772	194,230	192,808	337,903
補助金	19,426	1,696,062	2,109,385	1,631,759	241,949
その他医業外収益	374,382	494,710	426,033	444,473	442,621
特別利益 C	13,052	0	0	0	26,836
収益合計 D	8,381,038	9,490,899	9,684,961	10,051,718	9,960,788
医業費用 E	7,984,967	8,587,897	8,338,422	8,801,967	9,349,918
給与費	4,293,261	4,314,515	4,282,114	4,306,846	4,406,619
材料費	2,039,784	1,990,202	2,068,011	2,436,203	2,899,004
経費	1,111,471	1,675,550	1,301,417	1,375,050	1,391,275
減価償却費	500,965	551,442	647,702	649,901	608,738
資産減耗費	11,543	41,012	16,747	7,936	12,596
研究研修費	24,943	15,176	22,431	26,031	31,686
医業外費用 F	374,693	440,353	403,397	454,440	533,991
支払利息	34,088	31,661	29,258	25,256	23,696
雑損失	318,118	387,806	352,376	405,888	486,275
長期前払消費税償却	455	0	0	0	0
その他医業外費用	22,032	20,886	21,763	23,296	24,020
特別損失 G	0	0	1,419	0	2,309
費用合計 H	8,359,660	9,028,250	8,743,238	9,256,407	9,886,218
医業収支 A-E	△350,947	△1,588,677	△1,383,144	△1,019,327	△438,539
医業外収支 B-F	359,273	2,051,326	2,326,286	1,814,638	488,582
特別損失 C-G	13,052	0	△1,419	0	24,527
純損益 D-H	21,378	462,649	941,723	795,311	74,570

4 当院の強み・弱み・機会・脅威の整理

前述の環境分析と関係者へのヒアリングに基づき、当院の置かれている強み、弱み、機会、脅威を下表のように整理します。

【強み】	【弱み】
<ul style="list-style-type: none"> ・公立病院（自治体支援、公共性と信頼性、補助金、減免措置等） ・高度急性期医療を提供する 2.5 次救急の基幹病院（HCU の機能も ICU 並み） ・7：1 の急性期病床のみ（地ケア、回りなし） ・南加賀唯一の血液内科、呼吸器外科、乳腺外科、ダ・ヴィンチなどがある ・地域医療支援病院、がん診療連携拠点病院、第二種感染症指定医療機関、災害拠点病院 ・医師数が多い。多様な専門医療（診療科が多い） ・紹介率、逆紹介率は安定的に高値を維持 ・強力な看護部の実行力・推進力 ・地元出身の職員が多く、地元密着型、地域愛が強い、低い離職率 ・金沢大学病院の関連病院として人事交流のパイプ 	<ul style="list-style-type: none"> ・病院施設の老朽化、患者・職員のアメニティ劣化 ・精神科病棟休止 ・緩和ケア病棟休止（令和 7 年 2 月 25 日現在） ・稼働病床数の減少 ・人材確保困難で業務拡大できない ・消化器内科医が少ない ・救急医療の人的物的資源不足（救急専門医が不在） ・健診機能が中途半端なサイズ感 ・ブランディング能力が低い ・職員の高齢化 ・地方公営企業法の全部適用でないため、運営の硬直化、意思決定の遅れ、医療経営専門の事務職員が育たないシステム、財政的制約
【機会】	【脅威】
<ul style="list-style-type: none"> ・地域医療のニーズの高まりがある（特にコロナを契機に） ・医療ツーリズムなど外国人患者の受入れ増加 ・行政との連携があり、地域連携を強化しやすい立場にある ・医療圏内で地ケアや回復リハ病床を有する医療機関が比較的多い ・他院での救急搬送患者の受入れが必ずしもよくない（特に時間外）ため、当院へ集中 ・外科医が多く在籍しており、今後、大学から派遣される外科系医師の選択と集約が行われる場合でも、存続可能性がある 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療圏内の人口増加が見込めない ・小児化での産科、小児科や産科の医療経営的な運営維持ができるか ・医療人材確保が困難 ・近くに三次医療や専門医療を提供する石川中央医療圏（金沢市中心）が存在している ・高速道路、新幹線、空港があり、他の医療圏へ患者が流れる ・コロナ空床補償もなくなり、医業外収益が激減する恐れ（財政悪化） ・材料費、薬品費の高騰 ・十分な業務や新人教育、研究活動などを行うための人が足りない ・医師の働き方改革により病院機能の維持が困難となる可能性

第4章 小松市民病院が果たすべき役割と機能

1 新病院での医療提供機能の方針

(1) 入院機能

ア 急性期病床

① 医療需要および目標稼働率による必要病床数の試算

必要病床数は、当院の患者層および地域シェアを不変と仮定し算出した推計入院患者数を、目標とする病床稼働率で割り戻した値に、政策的医療である感染症病床と結核病床を合計して算出しました。

		2023	2025	2030	2035	2040	2045	2050
推計入院患者数/日	期間Ⅱまで*1	88.5	88.8	87.7	86.2	84.5	82.2	78.7
	期間Ⅲ超*2	113.0	121.4	122.5	119.5	117.1	114.9	115.7
	労災+自費*3	13.4	13.4	13.4	13.4	13.4	13.4	13.4
	合計	214.9	223.7	223.6	219.1	215.0	210.5	207.9
目標稼働率を90.0%と設定した場合								
必要病床数	感染症4床と結核6床 (計10床)を加える	248.8	258.6	258.4	253.5	248.9	243.9	241.0
目標稼働率を85.0%と設定した場合								
必要病床数	感染症4床と結核6床 (計10床)を加える	262.8	273.2	273.0	267.8	263.0	257.6	254.5
目標稼働率を79.9%と設定した場合								
必要病床数	感染症4床と結核6床 (計10床)を加える	279.0	290.0	289.8	284.2	279.1	273.4	270.1

*1：2023年度はレセプトを出所とする実績値。2025年度以降はMDC別の患者数推計に基づく値

*2：2023年度はレセプトを出所とする実績値。2025年度以降はICD別の患者数推計に基づく値

*3：2023年度の一日あたり入院患者の実績値（214.9人）から「期間Ⅱまで」および「期間Ⅲ超」を除いた値

② 必要病床数

上記の計算式より算出した必要病床数は、2030年時点で258.4～289.8床、2050年時点では241.0～270.1床となります。

		(A)90.0%	(B)85.0%	(C)79.9%*1
最大 病床 数* 2	2030年*3	258.4床	273.0床	289.8床
	2050年	241.0床	254.5床	270.1床

*1：79.9%は2023年実績に基づく損益分岐点稼働率

*2：いずれも感染症4床と結核6床の計10床を含む

*3：建設予定年周辺として記載

イ HCU

① HCU の整備状況

HCU の設置状況について、全国平均は人口 10 万人に対し 5.9 床となっていますが、南加賀医療圏は 9.8 床となっており全国・石川県・石川中央医療圏の水準を上回る病床が整備されています。

	医療圏	HCU 病床数 (床)	人口 (人)	人口 10 万人 あたりの病床数
全国	—	7,390	126,146,099	5.9 床
石川県		96	1,132,526	8.5 床
	石川中央医療圏	58	729,320	8.0 床
	南加賀医療圏	22	224,094	9.8 床
	能登中央医療圏	16	117,998	13.6 床
	能登北部医療圏	0	61,114	0 床

出典：令和 4 年度病床機能報告より

人口は 2020 年国勢調査より

② HCU の潜在患者数(院内需要)

当院において、一般病床に入院している患者の「入院 1 日目から 7 日目までの看護必要度」を「HCU 用の重症度、医療看護必要度」の基準①および②に沿って抽出すると、約 10 人/日の潜在患者がいると考えられます。

③ HCU の病床数

南加賀医療圏内の HCU の設置状況や当院内の潜在需要などを踏まえ、今後も高度医療を充実させていくため、HCU は増床を想定し 16～20 床を整備します。

ウ 緩和ケア病床

① 緩和ケア病床の整備状況

緩和ケア病床の設置状況について、全国平均は人口 10 万人に対し 7.6 床となっていますが、石川県全体では 4.2 床、南加賀医療圏は当院が休床しているため 0 床となっています（令和 7 年 2 月 25 日現在）。

	医療圏	緩和ケア 病床数（床）	人口（人）	人口 10 万人 あたりの病床数
全国	—	9,536	126,146,099	7.6 床
石川県		48	1,132,526	4.2 床
	石川中央医療圏	48	729,320	6.6 床
	南加賀医療圏	0	224,094	0 床
	能登中央医療圏	0	117,998	0 床
	能登北部医療圏	0	61,114	0 床

出典：石川県の病床数は石川県医療計画（第 8 次）より

全国の病床数は日本ホスピス緩和ケア協会（2023 年 6 月 1 日）より

人口は 2020 年国勢調査より

② 緩和ケア病床の需要

南加賀医療圏のがん患者数は 2020 年をピークに微減で推移するものの、緩和ケア医療の必要性は依然として高いものと見込まれます。

医療圏	2020	2025	2030	2035	2040	2045
石川中央医療圏	419.0	428.6	436.4	446.2	452.6	449.1
南加賀医療圏	138.4	136.3	133.8	132.3	129.9	124.8
能登中央医療圏	89.3	84.9	79.7	74.9	69.6	63.4
能登北部医療圏	52.3	47.3	42.0	37.0	32.2	27.5
総計	699.0	697.1	691.9	690.4	684.3	664.8

③ 緩和ケア病床数

医療圏の緩和ケア病床の設置状況や今後の医療需要、施設基準による効率的な看護師配置数等を考慮し、緩和ケア病床は令和 7 年 3 月から 10 床の稼働を再開しており、新病院ではさらに 4 床を増床して計 14 床の整備を検討します。

エ その他の病床

① 結核病床

結核病床は 10 床届出していますが、現在 6 床で運用しています。石川県全域の結核患者数および結核病床を有する医療機関の動向を踏まえ、適切な数であると判断した結核病床 6 床を維持し、結核患者に対する医療提供を行います。

② 感染症病床

当院は、石川県より第二種感染症指定医療機関の指定を受けており、二類感染症(急性灰白髄炎、結核、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群、中東呼吸器症候群、鳥インフルエンザ)または新型インフルエンザ等感染症患者の入院・治療を行っています。当院は、引き続き感染症病床 4 床を維持し、二類感染症が発生した場合の入院患者受入れおよび治療に努めます。

③ 精神病床

精神病床については、令和元年10月から休床しており、精神科身体合併症の患者については、一般病床での受入れを行っています。新病院では当該病床の整備は行わず、地域の専門病院等との機能分担を図ります。なお、精神科身体合併症の患者については、引き続き一般病床での受入れを想定しています。

オ 病床数まとめ

新病院での整備病床数は、現在の稼働状況および今後の医療需要を見込み、以下のとおり258床～273床を想定します。

新病院整備は、上記の病床規模を踏まえ、HCU、急性期病床、緩和ケア病床、感染症病床、結核病床について、既存南館も最大限活用しつつ、新本館に病棟を配置します。

また、入院需要の減少をはじめとする医療環境が変化した場合には、南館に配置した病床数を調整することで、柔軟な対応を行います。南館の耐用年数経過に伴う建替え検討の際（2050年ごろ）には、その時点における医療需要を踏まえ、適正規模にダウンサイジングを図るなど、病床数を調整します。

なお、詳細は基本計画において検討していくこととします。

病床機能	現状	258床想定	273床想定
高度急性期（HCU）	12床	16～20床	16～20床
急性期	263床 ^{※2}	228～232床 ^{※2}	243～247床 ^{※2}
一般病床 計	275床^{※2}	248床^{※2}	263床^{※2}
結核病床	6床	6床	6床
感染症病床	4床	4床	4床
精神病床	0床 ^{※3}	0床 ^{※3}	0床 ^{※3}
合計	285床^{※1}	258床	273床

※1 この他、精神病床を含む55床が休床中（許可病床数340床）

※2 緩和ケア病床を含む

※3 経営強化プランにおいて、一般病床で精神科身体合併症患者の受入れを予定

(2) 外来機能

新病院での外来機能については、地域医療支援病院および紹介受診重点医療機関*として、手術・処置や化学療法、放射線治療等の高額な医療機器・設備を必要とする外来機能の提供を中心に提供し、地域のかかりつけ医等との役割分担や密な連携を推進していきます。

新病院における標榜診療科は、近隣医療機関との役割分担や今後の医師などの人員確保状況等を踏まえ、必要に応じて診療日数の見直しを図る等、柔軟に対応していくこととします。

診療科 (現状)	28 診療科 内科／呼吸器内科／循環器内科／消化器内科／血液内科／内分泌・代謝内科／腎臓内科／ 脳神経内科／緩和ケア内科／外科／呼吸器外科／消化器外科／整形外科／脳神経外科／ 形成外科／精神科／小児科／皮膚科／泌尿器科／産婦人科／眼科／耳鼻咽喉科／ リハビリテーション科／放射線科／病理診断科／麻酔科／歯科／歯科口腔外科
-------------	--

(3) 周産期医療

近年、出生数は減少傾向にありますが、低出生体重児および高齢出産(母の年齢 40 歳以上)の割合が増加傾向にあり、リスクの高い妊産婦・新生児の受入体制の強化が求められています。

現在、高齢出産、多胎妊娠、低出生体重児などリスクの高い妊産婦・新生児に対しては、総合周産期母子医療センターである石川県立中央病院を中心に地域周産期母子医療センターが連携し、高度医療を提供しています。石川県全域における母体救急搬送の 9 割以上を金沢市内の周産期母子医療センターが受け入れている状況となっておりますが、石川中央医療圏以外において、周産期母子医療センターへつなぐ二次的機能を明確に担っている医療機関がないことが課題として挙げられているため、当院は、引き続き、普通分娩・異常分娩への対応を行うとともに、地域から期待されている周産期母子医療センターへつなぐ二次的機能を担っていきます。

(4) その他の機能

ア 小児医療

当院は、日本小児科学会より地域小児科センター*として認定されています。夜間、休祝日はオンコール体制を取り、365 日無休で初期医療を提供する「南加賀急病センター」とも連携し、併設完結型の小児救急医療を行っています。南加賀医療圏において小児急性期入院医療を提供する病院は、当院のみとなっていることから、今後、専門外来、救急外来、小児入院医療体制の強化に努めます。

イ 災害拠点病院としての機能

「令和 6 年能登半島地震」に際しては、発災直後より地域の災害拠点病院としての役割を全うするため、病院内に SCU* (広域搬送拠点臨時医療施設) を設け、被災した医療機関や傷病者への支援に注力しました。

また、DMAT* (災害派遣医療チーム) を被災地および石川県保健医療福祉調整本部に派遣し、災害対策に従事しています。今後も引き続き、非常事態に備えた災害拠点病院としての役割を果たしていきます。

2 新病院整備コンセプト

(1) 新病院の目指すべき将来像

新病院の整備コンセプトは、当院の基本理念・基本方針を遵守し、それを踏襲するものとします。

当院は、これまでも急性期病院として、石川県南西部に位置する南加賀医療圏の住民の命と暮らしを守り、健やかで安心できる健康な暮らしの一翼を担ってきました。

今後も、地道な地域活動を行いつつ、市民をはじめとした地域住民の求めている安全で質の高い急性期医療を提供し、地域住民に信頼される病院を、皆様と共に歩みながら目指します。

また、地域包括ケアシステムの視点から、地域住民が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、医療だけでなく、介護や住まい、生活支援サービスなどと切れ目のない連携を図り、自宅だけではなく、どこに暮らしていても必要な医療を確実に提供することを目指していきます。

地域と「共に歩む」、南加賀の拠点病院

地域医療構想等を踏まえた 当院の果たすべき役割・機能

- ・高度医療・急性期医療の強化・充実
がん診療・手術
- ・救急医療の強化・充実
「断らない救急」
- ・政策医療の継続
周産期・小児
- ・災害拠点病院としての機能強化
- ・産学官連携
研究開発及び教育・研修機能の充実

地域医療支援病院として 医療圏内施設との 機能分化・連携強化

- ・外来診療の見直し及び紹介率・逆紹介率の向上
外来診療を見直し、紹介患者の専門医療及び入院医療を中心に医療資源を効果的に投入
- ・入院診療の適正化
PFMの推進により、入院前から退院後まで一貫した支援を行い、地域とのつながりで、切れ目のない医療を提供

(2) 施設整備の基本的考え方

ア 地域の基幹病院として「高度医療・急性期医療の強化」で住民の安心を提供します

- ・南加賀唯一の地域がん診療連携拠点病院*として、高度ながん医療を提供します。
- ・三次救急医療機関に準ずる医療機関として、24時間365日対応する総合的な医療を提供します。
- ・公立病院として、周産期医療、小児医療、結核医療、感染症医療を提供し地域の安心を支え続けます。
- ・企業、大学等の産学官連携を推進し、新たな医療分野における先端技術の研究・開発や教育・研修ができる環境・施設の整備を図ります。

イ 住民の健康を守り、緊急時の安全・安心を支える拠点としての役割を果たします

- ・災害時においても、地域住民の安全安心を守るため、安定した医療サービスが提供できる施設構造および情報通信技術の活用、ならびに非常用物資を確保できる設備を確保します。
- ・新興感染症等に対応可能な施設整備と機能の充実を図ります。

ウ 地域包括ケアシステムの中心として、地域医療との効率的・効果的な連携を図ります。

- ・開放型病床等により、地域の医療機関（かかりつけ医）との連携を推進し、住民が安心できる医療を提供します。
- ・医療や介護が必要になっても住み慣れた地域で健康な生活を維持できるよう、近隣医療機関等との機能分担、連携強化を図り、南加賀地域における地域包括ケアシステムの中心的役割を担います。

エ 将来にわたり地域を守り続けられる、安定した医療と運営の体制を構築します

- ・健全で効率的な経営を行い、地域の医療機関との人材交流、施設や機器の共同利用を促進し、将来の地域医療を支え続ける持続可能な病院を目指します。
- ・患者のプライバシーに配慮し、快適な環境で、利便性が高くきめの細かい医療を行います。
- ・十分なコミュニケーションにより、納得の得られる医療を提供します。
- ・就労環境と医療の質を確保し、医師・看護師がやりがいを持てる魅力ある病院とします。
- ・診察室はどの診療科の区分のない均一なフリーアドレス診察室（ユニバーサル外来）とし、将来的な患者数や疾病構造の変化に対応可能で、コンパクトでフレキシブルな施設構造とします。
- ・最新の AI*や ICT*ツール等のデジタル技術を活用する医療 DX*（Digital Transformation）に取り組み、より良い診療環境、療養環境、職場環境の整備と業務効率化を目指します。

第5章 新病院の整備概要

1 施設整備の基本的な考え方

(1) 建設場所

新病院の建設場所は、比較的新しい既存建物の利活用による財政投資の抑制が可能なこと、立地を含めた患者の利便性が担保されること、地域医療機関との距離が適切に保たれていること等から「現在の敷地」を新本館の建設地とします。

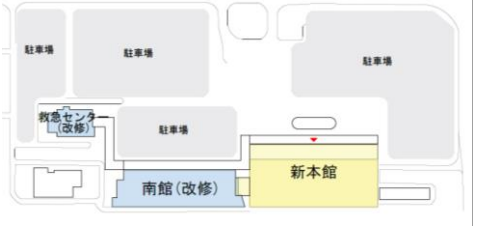

また、南館については、耐用年数の半分程度の経過であることから、施設の長寿命化を図り、将来必要となる病床数の調整機能として活用し、新本館建設時点では現状と同程度の病床を利用する前提として検討しました。

南加賀救急医療センター棟についても、築12年と新しいことから、今後の継続的な利用方法を検討しました。(P22にて詳述)

(2) 建替えパターン比較

建替えパターンとして、①案：新本館一期工事＋既存棟改修案、②案：新本館二期工事＋既存棟改修案の2つについて比較検討を行いました。

その結果、事業期間が短縮され早期の開院が見込まれること、新本館建設に係るコストの縮減が可能であること、効率的な部門配置や職員動線の短縮が可能なことなどから、【①案：新本館一期工事＋既存棟改修案】を軸に検討を進めることとしました。

建替えパターン	事業期間	コスト		動線		部門配置	将来対応
		新本館	既存棟	職員	患者		
①案：新本館一期工事＋南館改修案 	○	◎	○	○	○	○	○
<ul style="list-style-type: none"> ・新本館整備が一度の工事となるため、事業期間の短縮（早期の新本館開院）および南館活用によりコストの縮減が可能。 ・建物がコンパクトに収まるため、機能的な部門配置や動線の短縮が可能。 							
②案：新本館二期工事＋南館改修案 	△	○	○	△	△	△	△
<ul style="list-style-type: none"> ・新本館整備が二期工事となるため、事業期間が長くなるとともに、間接費等のコストが大きくなる。 ・建物が分割されるため、配置される部門が分散し、職員・患者動線も複雑かつ長くなる。 							

(3) 建替え手順

①案：新本館一期工事＋既存棟改修案における建替えの手順は、以下のようなステップを想定します。

ステップ1：新本館建設



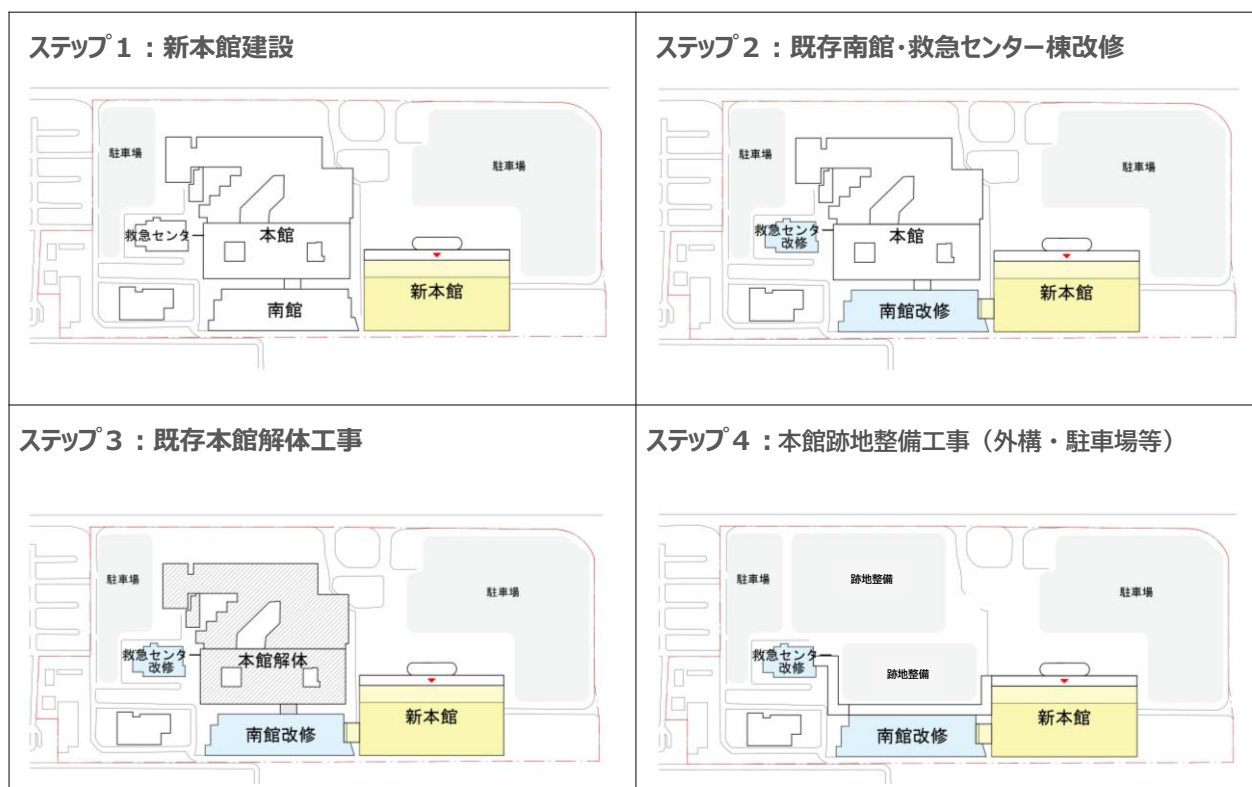
ステップ2：既存南館および救急センター棟の改修工事 【新本館による運用開始】



ステップ3：既存本館解体工事



ステップ4：本館跡地整備工事（外構・駐車場等） 【整備事業完了】



(4) 既存建物の利活用方法

ア 南加賀救急医療センターの活用方法の検討

① 救急機能を継続した場合の比較検討

南加賀救急医療センター棟は、築12年と新しいことから、今後の継続的な利用について、下表のように複数案の比較検討を行いました。

しかしながら、救急患者に急性期医療を提供する上で、関連する放射線部門や緊急手術を行うための動線などが分離することは、命に直結するリスクとなるため、救急部門は新設する新本館に集約配置し、南加賀救急医療センター棟は、他用途への転換を図ります。

活用方法イメージ	救急の 停止期間	コスト		動線		職員 配置
		通路	既存棟	職員	患者	
新本館施設まで通路接続 	◎	×	—	×	×	◎
救急センターから新本館までの距離が長く、救急・手術・検査の急性期機能が分離するため非効率かつリスクが生じる。 通路の建設においては、空調整備も必要となり、建設コスト増となる。						
南館1階に救急機能を集約 	◎	△	×	△	×	△
救急・手術・検査の急性期機能が分離するため非効率となる。 効率性の向上のためには、CT、MRIなどの高額機器の二重設置および人員配置が必要となる。						
二期工事後に接続 	×	○	—	×	×	◎
救急との動線を考慮すると二期工事の新棟に放射線部門の配置が必要となるため、旧本館解体から二期工事を終えるまでの2年弱の間、救急受入れの停止が必要となる。						
救急側に新本館整備 	◎	△	—	×	×	◎
建設可能範囲が限られるため、必要面積の確保が困難となる。 必要面積を確保するためには、複数工期での建設が必要となるなど事業費が増大する。						

② 救急機能以外での有効利用案の検討

南加賀医療センター棟を救急機能以外に転換する具体的な用途について、下表のようなアイデア等を引き続き基本計画段階で検討していきます。

活用方法イメージ	方針との 整合	コスト		動線		浸水 リスク
		新本館	既存棟	職員	患者	
急病センター移設 2F 医師・看護師控室 等 1F 南加賀急病センター	○	—	◎	○	△	△
移設により、さらに独立した施設運用が可能。 南館の急病センター跡地を病院としての利用が可能となる。						
大学研究センター 2F 研究室 1F 大学研究センター	○	—	—	◎	◎	○
大学側での改修費用等の負担による整備が可能。具体的な整備内容や費用負担については、協議が必要。						

イ 既存南館の活用方法の検討

現在の南館は下表の機能および面積配分で使用しています。南館の活用にあたっては、1階の放射線治療、血管造影室、精神科外来、デイケアのスペースを改修し、2階以上の機能はできるだけ現状のままの利用を継続することを想定します。1階フロアの具体的な改修後の用途等については、引き続き基本計画段階で検討していきます。

	現在の用途	現状の面積	備考
4 F	医局	863.30 m ²	現状のまま利用
	研修室	273.34 m ²	現状のまま利用
	動線	237.01 m ²	
3 F	病棟 (22床)	1,033.45 m ²	現状のまま利用
	無菌室 (12床)	438.02 m ²	現状のまま利用
2 F	病棟 (44床)	1,408.24 m ²	現状のまま利用
	臨床工学室	48.56 m ²	倉庫として利用
1 F	放射線治療	456.33 m ²	外来機能や放射線部門の集約のため、改修を検討
	血管造影	230.41 m ²	
	精神科外来・デイケア	386.87 m ²	
	急病センター	270.43 m ²	現状のまま利用
	動線・トイレ	181.98 m ²	現状のまま利用
	改修面積 計	約 1,100 m ²	改修想定単価：新築単価 900 千円/m ² の60%を想定→540 千円/m ² 改修費 5.94 億円

※現状の面積は図面計測によるもので、公表面積等と異なる場合がある。

【南館1階 改修想定エリア】



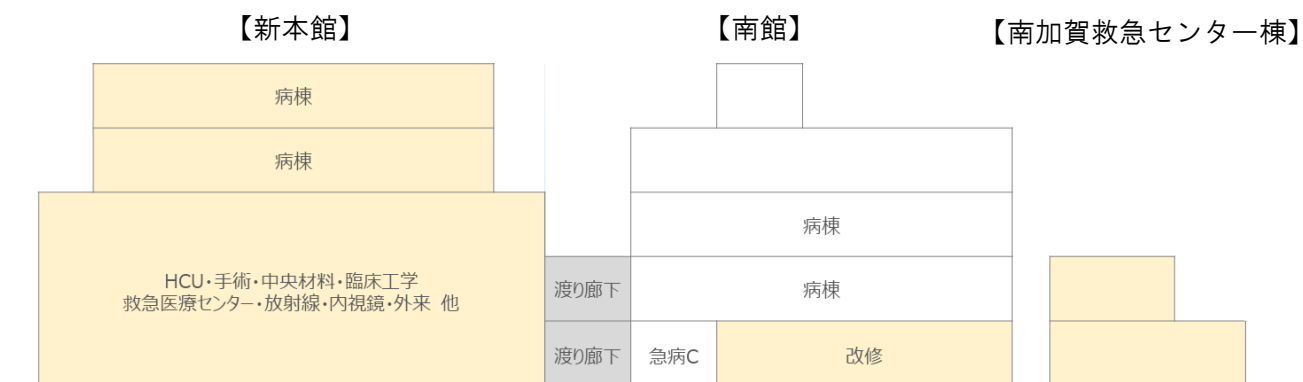
(5) 新本館の整備規模

最大病床数で想定した場合の新本館の整備規模は、以下のように想定します。

- ①新本館に整備する病床数 : (273 床または 258 床) - 南館使用 78 床 = 180~195 床
- ②新本館整備面積 : 180~195 床 × 90 m²/床 = 16,200~17,550 m²
- ③フロア構成想定 : 180~195 床 - HCU20 床 = 160~175 床
 ⇒ 1 病棟あたり 40~45 床規模を想定すると 4 病棟必要 (40~43 床/病棟)
 一般病棟フロア : 30 m²/床 × 42 床 = 1,260 m²/病棟 × 4 病棟 = 5,040 m²
- ④低層階面積 : 16,200 m² - 5,040 m² = 11,160 m²
 フロア構成 : 低層階 2 フロアの場合 : 5,580 m²/フロア
 低層階 3 フロアの場合 : 3,720 m²/フロア

(6) 概略フロア構成イメージ

フロア構成については、基本計画および基本設計段階での詳細検討を行い決定していきます。



2 耐震・津波対策基準

災害拠点病院*では、下表のように耐震安全性の目標基準が設定されており、大地震後にも補修をすることなく使用できること、すなわち免震構造*水準の施設構造を目指します。

また、小松市ハザードマップでは当該地は 0.5-3m の浸水が想定されているため、浸水時においても医療提供機能を止めない策を検討します。

●拠点病院：「I類」（重要度係数 1.5、Is 値 0.9 以上）・「A類」・「甲類」

耐震安全性の分類及び目標

部位	分類	重要度係数	耐震安全性の目標	対象施設	目標 Is 値
構造体	I類	1.5	大地震後、構造体の補修をすることなく建築物を使用できることを目標とし、人命の安全確保に加えて十分な機能確保が図られている。	防災拠点 拠点病院	0.9 以上
	II類	1.25	大地震後、構造体の大きな補修をすることなく建築物を使用できることを目標とし、人命の安全確保に加えて機能確保が図られている。	一般病院 避難施設	0.75 以上
	III類	1.0	大地震により構造体の部分的な損傷は生じるが、建築物全体の耐力の低下は著しくない事を目標とし、人命の安全確保が図られている。	上記以外の 一般公共 建築物	0.6 以上
非構造部材	A類		大地震後、災害応急対策活動や被災者の受入れの円滑な実施、又は危険物の管理の上で、支障となる建築非構造部材の損傷、移動等が発生しないことを目標とし、人命の安全確保に加えて十分な機能確保が図られている。		
	B類		大地震により建築非構造部材の損傷、移動が発生する場合でも、人命の安全確保と二次災害の防止が図られている。		
建築設備	甲類		大地震後の人命の安全確保及び二次災害の防止が図られていると併に、大きな補修をすることなく、必要な設備機能を相当期間継続できる。		
	乙類		大地震後の人命の安全確保及び二次災害の防止が図られている。		

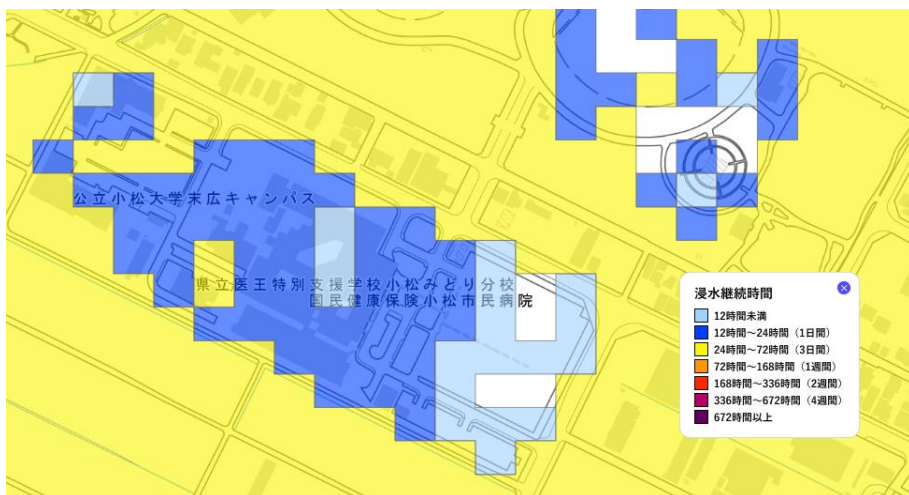
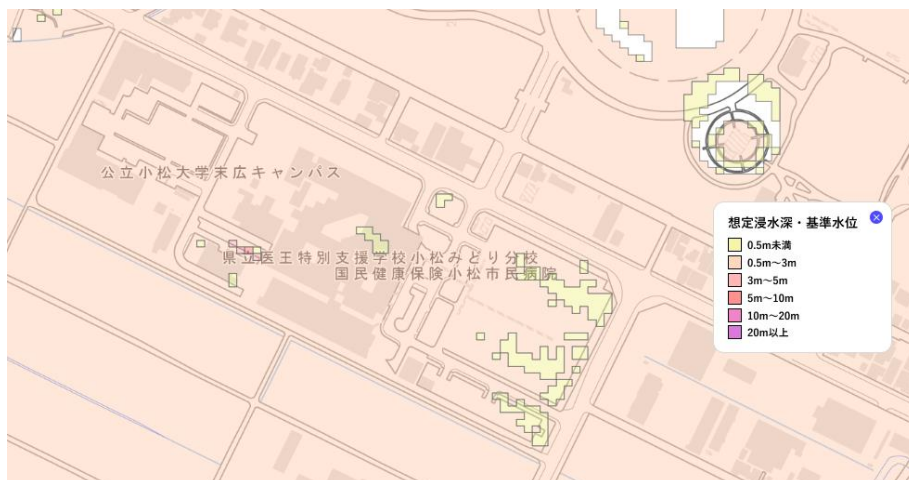
※ 重要度係数とは、建物を設計するときに地震の力を割増すための係数。つまり、I類の建物は、III類の通常の建物より1.5倍強い構造物となります。

※ 非構造部材とは、外壁、ガラス、内装材（床壁天井）、屋根材等のことをいいます。

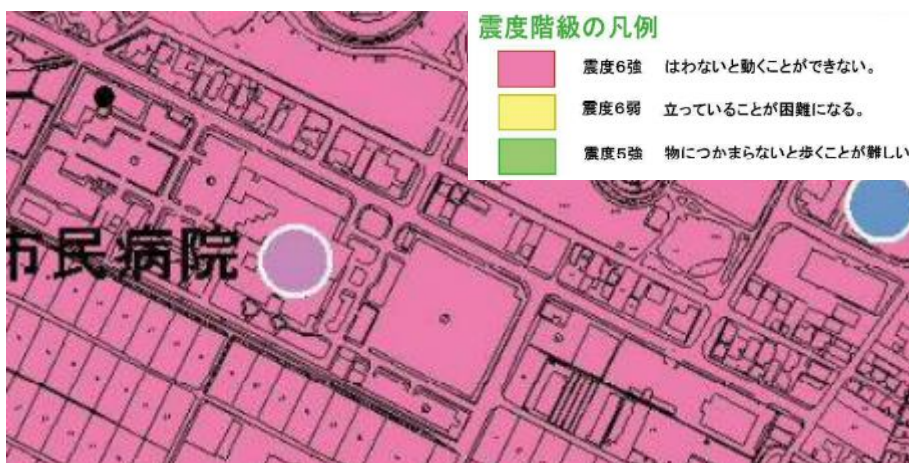
(国土交通省「官庁施設の総合耐震・対津波計画基準」による)

参考) 病院敷地のハザードマップの想定

- ・浸水深さ : 敷地西側を中心に広範囲が0.5-3 m、駐車場側の一部が3-5 m、5-10m
- ・浸水継続時間 : 12時間~24時間程度



- ・地震想定震度 : 震度6強の想定



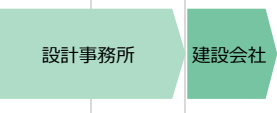



3 整備手法について

(1) 整備手法の比較

新病院の整備手法については、設計と施工を別に発注する設計・施工分離発注方式*、設計と施工を一括発注するDB方式*、実施設計から施工者が参画して共同で事業を行うECI方式*など、さまざまな方式があります。

昨今、建設業界の人材不足や働き方改革の影響等により、建設費の高騰や病院建設工事における入札の不調・不落が発生しています。

新本館の建設にあたっては、それぞれの方式のメリットやデメリットに加え、建設会社の受注可能性などを総合的に勘案しながら、今後策定する基本計画の中で最適な整備手法を検討します。

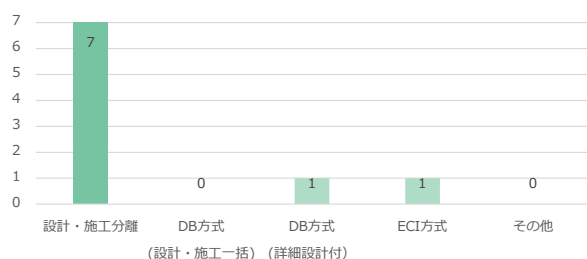
類型	概要・特徴			メリット	デメリット
	基本設計	実施設計	施工		
①設計・施工分離発注方式	設計と施工を分離発注する方式 			<ul style="list-style-type: none"> 実施設計図書で発注するため、同一条件での競争による施工者選定が可能。 設計者と施工者が明確に分離されるため、価格の透明性が確保される。 	<ul style="list-style-type: none"> 他の手法に比べ、工期短縮の効果を見込みにくい。 実施設計終了後の入札となるため、建設費の高騰時など、予算適合が難しく不調となる可能性が高い。
②DB方式(設計・施工一括発注方式)	基本設計から施工までを包括発注する方式 			<ul style="list-style-type: none"> 設計と施工の責任の一元化や施工者の固有技術を活用した合理的な設計が行われるため、事業工程の短縮とコスト縮減が図りやすい。 早い段階でコスト・スケジュールが確定する。(物価変動等の要素がない場合) 	<ul style="list-style-type: none"> 要求水準書の作成にかかる期間と費用が必要となる。 施工者による費用抑制が重視されやすく、病院の意向が十分に反映されにくい。 長期契約となるため、設計変更(スケジュール・コスト)となる可能性が大きい。
③DB方式(詳細設計付工事発注方式)	基本設計は設計事務所が行い、実施設計と施工を包括発注する方式 			<ul style="list-style-type: none"> 設計者の設計力、実施設計以降の責任の一元化および施行者の特許技術等を活用した設計を図ることができる。 比較的早い段階でコスト、スケジュールが確定する。(物価変動等の要素がない場合) 	<ul style="list-style-type: none"> 基本設計者選定時の応募者不在のリスクが懸念される。 基本設計者と実施設計者が異なる場合、設計意図伝達や行政協議等に影響が生じる可能性がある。
④ECI方式	実施設計を設計事務所に委託後、実施設計段階から施工者(予定者)が関与する方式 			<ul style="list-style-type: none"> DB方式と比較すると限定的であるが、技術の裏付けによるコスト削減が見込まれる。 早い段階で具体的なコスト、スケジュールの検討が可能となる。 	<ul style="list-style-type: none"> 設計協力段階での提案に、発注者や設計者の同意が得られない場合、コスト縮減等の効果が小さくなる。 施工契約時(本契約)の契約協議に時間を要するリスクが内在する。

(2) サウンディング調査による主な意見

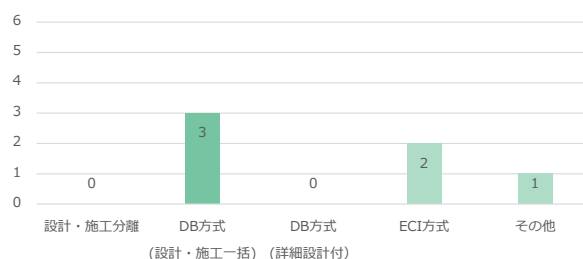
令和6年度は、建設費の高騰、建設事業者の人手不足等により、病院建設工事の入札不調・不落が続出し、またそれに伴う建替え事業の中止や延期といった事例も出てきています。

そこで、設計事務所および建設会社に対する書面でのサウンディング調査*を実施し、本事業において望ましいと考える方式や、発注時に配慮してほしい事項などの回答を得ました。この調査結果を踏まえ、次年度の基本計画を検討する中で、整備手法についても具体的な検討を行います。

設計事務所が
本事業で最も望ましいと考える方式



建設会社が
本事業で最も望ましいと考える方式



4 概算事業費

新病院の建設に係る概算事業費については、近年の病院整備事例の建築単価を参考とし、さらに上昇する見込みを含み試算しており、現段階では230億円～250億円程度と見込んでいます。

概算事業費は、あくまで現段階での試算であり、基本計画および基本設計・実施設計の各段階において、病院本体、医療機器、医療情報システム等の具体的な整備内容を検討し、より詳細な事業費を算出します。また、今後の社会情勢や建設市況により変更することがあります。

区分	内容	概算事業費
調査・設計	設計・工事監理費	5億円程度
建設工事	建設工事費・既存建物改修工事費・既存建物解体工事費・外構工事費 等	160億円 ～ 180億円程度
その他	医療機器・医療情報システム等整備費等	65億円程度
計		230億円 ～ 250億円程度

5 今後の事業スケジュール

新病院の整備スケジュールについては、令和7年度に基本計画の策定を目指し、令和8年度以降に基本設計、実施設計、建設工事に着手し、本事業を推進していきます。

なお、今後の基本計画、設計、建設工事と進めていく中で、計画内容や設計・施工の発注方式、建設市況などの諸条件によりスケジュールが変更になる可能性があります。

	N年度	N+1年度	N+2年度	N+3年度	N+4年度	N+5年度	N+6年度	N+7年度	N+8年度
基本構想	■								
基本計画		■							
基本設計			■						
実施設計				■					
建設工事					■	■	■	■	
改修工事								■	
解体工事								■	
外構工事									■

用語集

用語	解説
数字アルファベット	
AI	Artificial Intelligence：人工知能の略。人間の脳が行う知的な作業をコンピューターで模倣したソフトウェアのこと。 医療分野においては、問診や画像診断、事務作業支援(カルテへの自動書き込み)等への活用が進められている。今後、医療従事者の業務負担の軽減や、患者への質の高い医療提供に向け、遺伝子医療や、画像診断精度の向上、医薬品開発など、多岐にわたる分野への活用が見込まれている。
DB 方式	Design Build(デザインビルド)：建物の整備手法の1つで、設計と施工を一括で発注する手法であり、責任区分の明確化や施工者の持つ技術力を活用した設計を行うために用いられる。 基本設計段階から施工までを一括で発注する事業形態と、実施設計段階から施工までを一括で発注する事業形態に大別される。
DMAT	Disaster Medical Assistance Team の略。 大地震および航空機・列車事故といった災害時に被災地に迅速に駆けつけ、救急治療を行うための専門的な訓練を受けた医療チームのこと。
ECI 方式	Early Contractor Involvement(アーリーコントラクターインボルブメント)：建物の整備手法の1つで、実施設計段階から、施工予定者が技術協力を行うことで、特殊な条件下での整備事業に対し、施工候補者の持つ技術力を活かした設計を行うために用いられる。
HCU	High Care Unit（高度治療室）の略。急性期医療施設において一般病棟と集中治療室の中間に位置づけられ、重篤な患者に対して手厚い体制で治療を行うための病室。
ICT	Information & Communication Technology の略で、情報通信技術と称される。コンピューター等のデジタル機器、その上で動作するソフトウェア、情報をデジタル化して送受信する通信ネットワーク、およびこれらを組み合わせた情報システムやインターネット上の情報サービス等を総称したもの。
SCU	Staging Care Unit（広域搬送拠点臨時医療施設）の略。 大規模な災害が発生した際、傷病者を根本治療が行える被災地外の災害拠点病院などに広域医療搬送するために設置される臨時的医療施設のこと。
あ行	
医療 DX	Digital Transformation の略称で、デジタル技術によってビジネスや社会、生活の形を変えること。 医療においては、業務プロセスや医療サービスを変革することで、新たな価値の提供や、従来の環境の改善を図ること。
か行	
減価償却費	減価償却資産の取得に要した金額を一定の方法によって各年分の必要経費として配分していく会計処理のこと。
建ぺい率	敷地面積に対する建築面積の割合。建築面積とは、外壁またはこれに代わる柱の中心線で囲まれた建物を真上から見たときの水平投影面積のこと。

用語	解説
小松市 2040 年ビジョン	<p>2040 年の未来に向けて、目指すべきまちの姿や市政の方向性を 6 つの都市像ごとにわかりやすくイメージ化した政策。 医療政策にかかる分野は、Vision04[誰もが暮らし続けられる生涯安心のこまつ]において、以下の内容を記載している。</p> <p>高度な医療と健康づくりの拠点。 先端技術やビックデータで安心の暮らし</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 市民病院は南加賀地域の中核病院として、救急医療や周産期医療などの高度な医療体制を強化し続けています。 ・ 最先端の医療設備によって、遠隔地からの手術や診療も可能になります。 ・ 地域の医療機関や介護事業所などとの緊密な連携によるデータ共有、AI 分析により、治療やサービス計画を導き出し、最適な医療を提供します。
さ行	
災害拠点病院	<p>災害時に多発する重篤救急患者の救命医療を行うための高度の診療機能、被災地からの重症傷病者の受入機能、傷病者等の受入および搬出を行う広域搬送への対応機能、自己完結型の医療救護チームの派遣機能、地域の医療機関への応急用資器材の貸出し機能を有し、災害時の拠点となる病院。</p>
三次救急医療	<p>二次救急まででは対応できない一刻を争う重篤な救急患者に対応する救急医療</p>
新耐震基準	<p>建築基準法により制定された耐震基準について、1981 年（昭和 56 年）に改正された新基準のこと。 旧耐震基準では、震度 5 程度の中規模の地震には耐えられる強度、大地震では倒壊を免れる耐震性能を要求されたが、新耐震基準では、震度 5 程度の中規模の地震では損傷せず、数百年に一度の震度 6 強程度の大地震であっても倒壊・崩落しない耐震性能が要求されている。</p>
設計・施工分離発注方式	<p>建物の整備手法の 1 つで、設計と施工を別々に発注する方式。行政発注の工事に多く用いられる手法であるため、従来方式と呼称されることもある。</p>
た行	
地域医療構想	<p>医療介護総合確保推進法の施行に伴い、限られた医療資源を効率的に活用し、切れ目のない医療・介護サービスの体制を築くため、都道府県による策定が義務化された。将来の医療需要と病床の必要量を推計し、地域の実情に応じた方向性を定めている。</p>
地域医療支援病院	<p>医療施設機能の体系化の一環として、患者に身近な地域で医療が提供されることが望ましいという観点から、地域医療を担う、かかりつけ医等を支援する病院をいう。 紹介患者に対する医療の提供（かかりつけ医等への患者の逆紹介を含む。）、医療機器の共同利用の実施、救急医療の提供および地域の医療従事者に対する研修の実施がその役割とされており、これらについての一定の要件を満たす病院に対して都道府県知事が承認する。</p>
地域がん診療連携拠点病院	<p>地域におけるがん医療の連携の拠点として、専門的な医療を行うとともに、他のがん診療を行っている医療機関との機能分化・連携体制を構築することを目的に整備された医療機関で、手術や化学療法、放射線治療など一定の要件を満たした施設として国が指定する医療機関。</p>
地域小児科センター	<p>24 時間体制で小児二次医療を提供する医療機関として、日本小児科学会が認定する。</p>

用語	解説
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、生活支援を一体的に提供するためのシステム。
な行	
二次救急医療	入院治療や手術を必要とする重症患者に対する救急医療のこと。
は行	
パンデミック	ある感染症（特に伝染病）について、顕著な感染拡大や死亡被害が著しい事態を想定した、全国的・世界的な感染の流行を表す。
ま行	
南加賀医療圏	地域の医療需要に応じて包括的に医療を提供するために、医療資源の適正な配置を図ることを目的とした地域的単位のうち、二次医療圏とは、主として病院の病床および診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分する区域を指す。 石川県は4つの二次医療圏が設定されており、そのうち南加賀二次保健医療圏は、小松市、加賀市、能美市、川北町の3市1町で構成される。
免震構造	建築物が受ける地震力を抑制することによって構造物の破壊を防止する建築構造のひとつで、建築物と基礎の間に、金属とゴムを交互に重ねた「積層ゴムアイソレータ」をはじめとする「絶縁」部材を入れた免震層を設け、地震による水平移動が直接建築物に伝わらないようにした建築構造。
や行	
容積率	延べ床面積(各階の床面積を、すべて合計した床面積)の敷地面積に対する割合。
用途地域	都市計画法の地域地区のひとつで、用途の異なる建築物の混在を防ぐことを目的とし、住居、商業、工業など12種類の土地利用を定めている。

小松市民病院建設基本構想

令和7年（2025年）3月

小松市民病院管理局総務課

〒923-8560 石川県小松市向本折町ホ60番地

電話 0761-22-7111 FAX 0761-21-7155