

令和 8 年度第 6 回高田区地域協議会 次 第

日時：令和 8 年 9 月 14 日（月）午後 6 時 30 分～

会場：高田城址公園オーレンプラザ 研修室・会議室

1 開会

2 諮問事項

（１）上越地域医療センター病院の改築について

3 自主的な審議

（１）地域にぎわい事業補助金の高田区における提案事業を高田区地域協議会が評価することについて

4 事務連絡

5 閉会

【次回協議会 10 月 26 日（月）午後 6 時 30 分～：高田城址公園オーレンプラザ】

【次々回協議会 11 月 2 日（月）午後 6 時 30 分～：高田城址公園オーレンプラザ】

【次々々回協議会 11 月 16 日（月）午後 6 時 30 分～：高田城址公園オーレンプラザ】

上病第 20036 号
令和 8 年 9 月 2 日

高田区地域協議会
会 長 澁 市 徹 様

上越市長 小 菅 淳 一
(健康福祉部地域医療推進課)

上越地域医療センター病院の改築について（諮問）

下記の事項について、上越市地域自治区の設置に関する条例第 7 条第 2 項の規定により意見を求めます。

記

諮問第 6 4 号 上越地域医療センター病院の改築について
※ 諮問内容については、別紙のとおり

〔諮問理由〕

別紙「上越地域医療センター病院の改築について」に基づき、上越地域医療センター病院の改築に関し、高田区住民の生活に及ぼす影響等について、地域協議会の意見を求めるもの

上越地域医療センター病院の改築について

1 改築に向けた経緯

上越地域医療センター病院（以下「センター病院」という。）について、急速な人口減少や高齢化の進行に伴う医療需要の変化、施設の老朽化等に適切に対応するため、将来を見据えた病院整備が必要であると判断し、検討を進めてきた。

しなしながら、新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴う患者数の減少、建設資材価格や人件費の上昇などにより、経営状況の見通しにおいて、当初の想定と現状との間に大きな乖離が生じた。また、旧新潟労災病院の令和 8 年 3 月末の閉院に伴う医療機能の引継ぎを始め、地域医療構想に基づく医療機能の分化・連携に関する議論が進展しており、センター病院に求められる役割や機能、施設規模・病床規模についても見直しが必要となった。

こうした社会情勢及び医療環境の変化を的確に捉え、将来にわたり持続可能な病院運営と地域医療提供体制の確保を図るため、市では、令和 2 年 3 月に策定した上越地域医療センター病院基本計画（以下「前計画」という。）を抜本的に見直し改定した上で、基本設計に着手する。

2 センター病院の状況

(1) 病院の概要

施設名（所在地）	上越地域医療センター病院（上越市南高田町 6 番 9 号）
開設年月日	平成 12 年 3 月 1 日
開設者	上越市長
面積	敷地面積 36,879 m ² 、延床面積 13,742.29 m ²
経営形態	平成 12 年 3 月 1 日から 業務委託 平成 18 年 4 月 1 日から 指定管理者制度
診療科目	内科（総合診療科を含む）、整形外科、脳神経外科、リハビリテーション科、麻酔科、婦人科、歯科口腔外科 【休診】外科、肛門外科、児童精神科
病床数	197 床（一般病床 142 床、療養病床 55 床）
医療機能別の病床数	回復期 55 床、慢性期 142 床
附帯事業	訪問看護事業、訪問リハビリテーション事業、居宅介護支援事業、短期入所事業、地域包括支援センター、障害者相談支援事業所

(2) 患者数の推移

1日当たりの患者数及び病床利用率は、新型コロナウイルス感染症の感染拡大前の水準には戻らず、令和7年度の病床利用率は76.9%である。

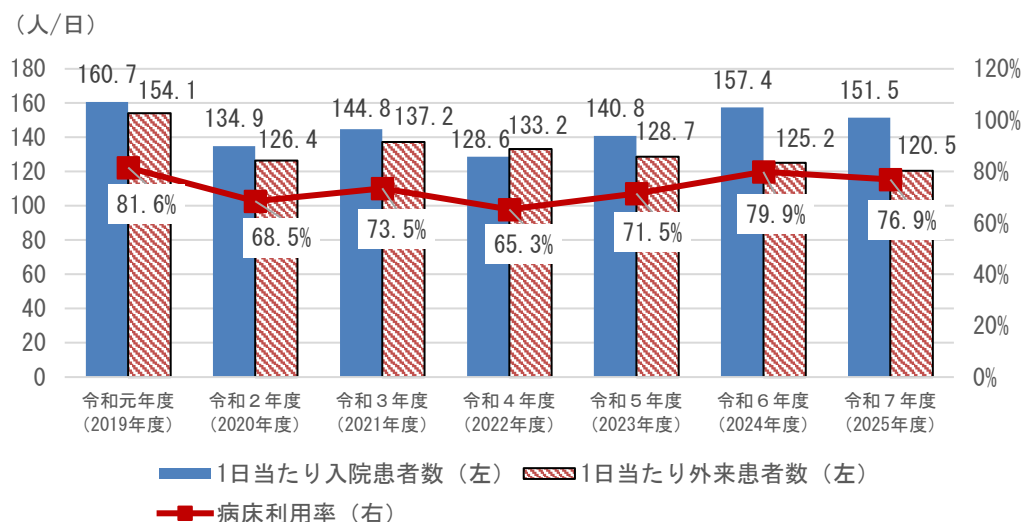


図1 1日当たり患者数と病床利用率の推移

(3) 経営状況

診療報酬単価の上昇に加え一般会計からの収支不足を補う繰入れ等により経常収益は増加したものの、経常費用も物価高騰や人件費の上昇の影響で大幅に増加している。

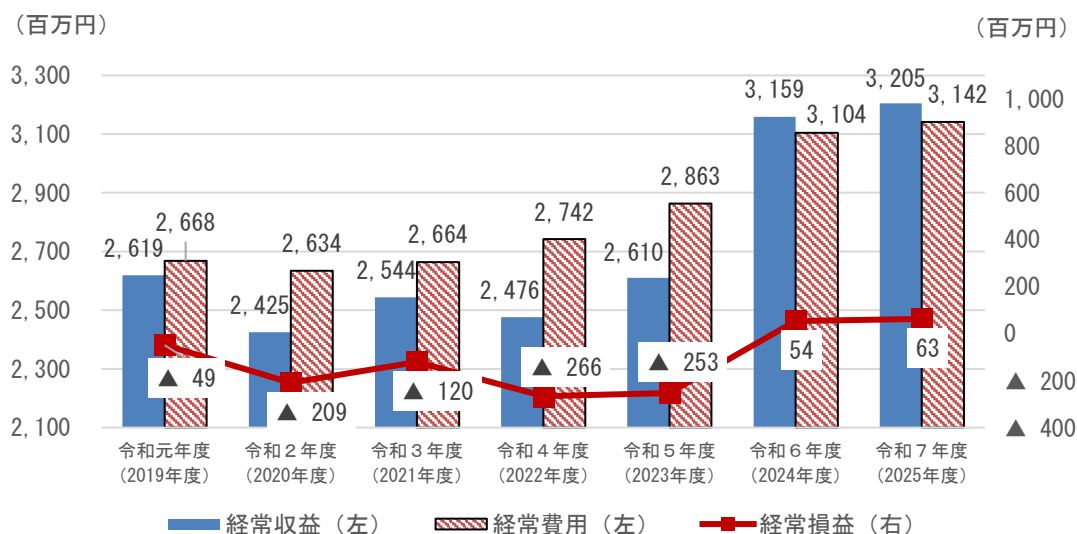


図2 経常損益の推移

3 新病院の整備に向けての考え方

(1) 地域医療構想を踏まえた、新病院の病床機能及び病床規模

将来の人口構造の変化に対応し、限られた医療資源を最大限に活用して持続可能な医療提供体制を構築するため、上越医療圏の医療再編の方向性について、上越地域医療構想調整会議（以下「調整会議」という）において関係者間で協議が行われている。

センター病院については、回復期リハビリ等を強化し、引き続き、回復期患者を主に受け入れるとともに、地域の需要動向に合わせ、病床数を現行の197床から150床程度まで縮小していくことを検討することが合意された。

(2) 改築後の病床数

調整会議で合意されたセンター病院の病床数を踏まえ、改築後の病床数については、医療需要や他病院の再編状況の変化等に柔軟に対応できるよう、一部の病棟を病床数の調整用として活用し、必要な病床数を確保する。

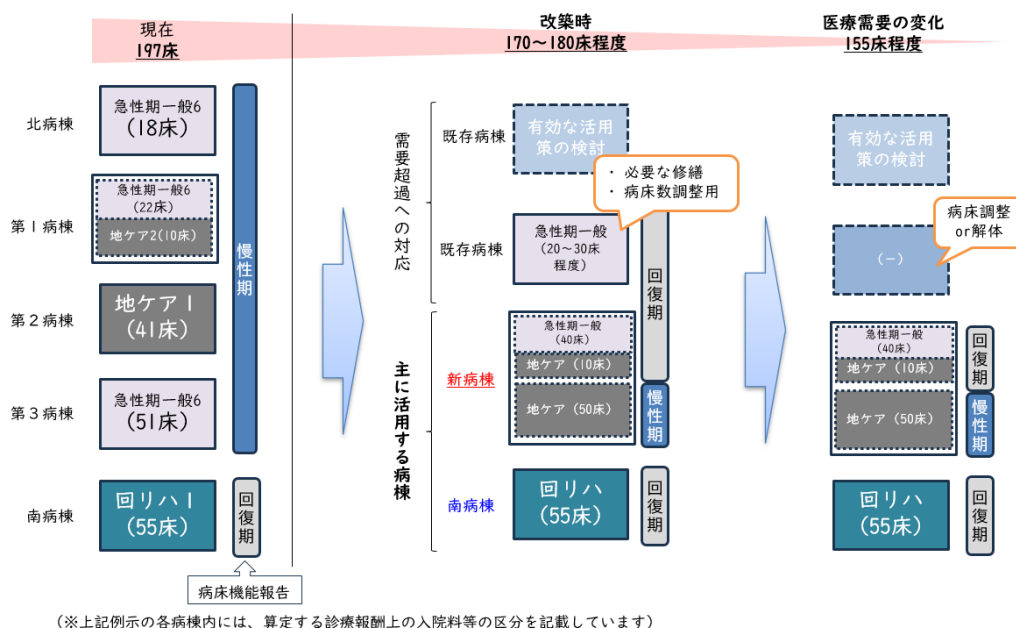


図 3 病床機能、病棟構成・病床規模の例

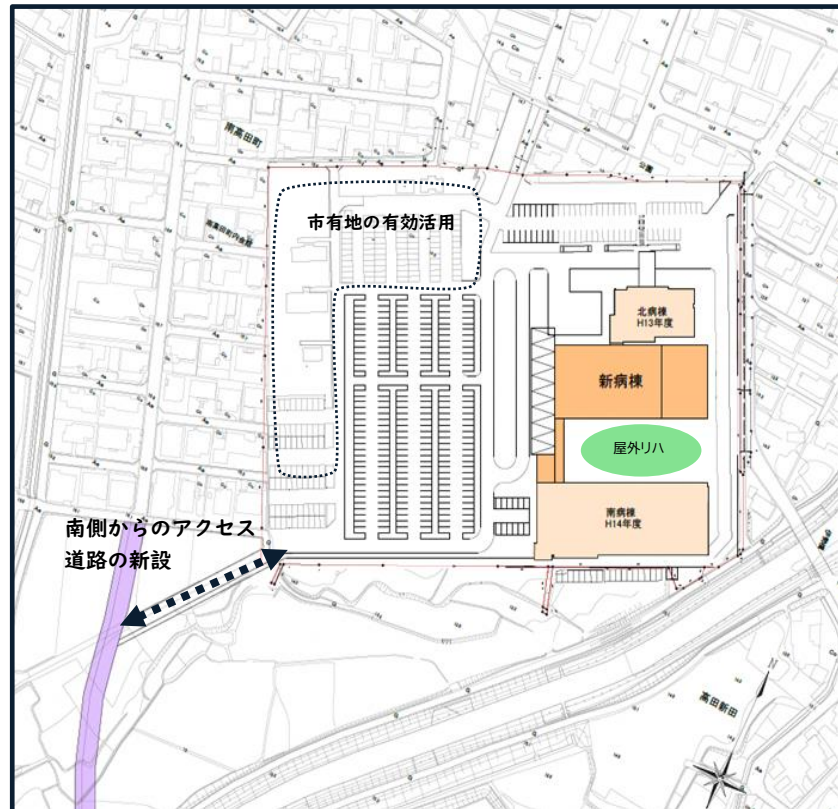
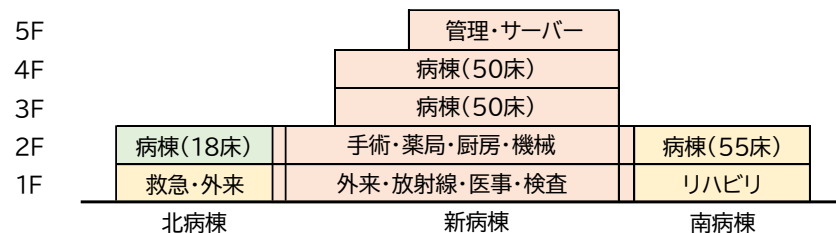
3 施設整備計画

(1) 計画概要

- ・現敷地において、築年数の浅い南病棟及び北病棟を効果的に活用することを前提とし、100床程度の病棟を新たに整備し、総病床数では173床程度を確保する。
- ・新病棟は、第1病棟を先行解体し、南病棟と北病棟の間に建築し、医療需要や他病院の再編状況の変化等に柔軟に対応するため、北病棟（18床）を病床数の調整に活用し、必要な病床数を確保する。
- ・解体及び新病棟を建築している間は165床で運用する。
- ・南病棟及び北病棟は新病棟整備後も一定期間使用することから、長寿命化工事を実施する。
- ・新病院の病床数の縮小や歯科口腔外科機能の拡充、病室の個室率の向上などを踏まえ、新病院の整備目標面積を14,493㎡とする（従前比1,317㎡の減）。

	基本計画（改定版） （素案）	前計画時
建物規模	14,493 ㎡	15,810 ㎡
新病棟の新築面積	8,719 ㎡	11,485 ㎡
南病棟の面積	4,325 ㎡	4,325 ㎡
北病棟の面積	1,449 ㎡	—

- ・新病棟の供用開始後、既存病棟を解体し、エントランス及びロータリーを整備する。
- ・南側からのアクセス道路を新設するとともに、北側からのアクセスについて必要な整備を検討する。
- ・病院敷地の西側及び北側の病院事業に供さない用地は、まちづくりの視点を踏まえ、民間活力をいかし、病院と周辺地域との相乗効果が期待される土地利用と財源確保を図るため、民間事業者等への売却などを検討する。



(※上記の案内図やフロア構成は、現時点でのイメージであり、設計時に詳しく検討する)

図4 建物配置計画

(2) 構造計画

- ・耐震性能については、大地震発生後も構造体を大規模に補修することなく建築物を使用できることを目標とし、「官庁施設の総合耐震・対津波計画基準」に定める構造体の耐震安全性の目標分類「Ⅱ類」に基づき整備する。
- ・南病棟や北病棟との接続や施設規模、経済性等を考慮し、「耐震構造」を基本とする。

(3) 整備手法

- ・施設に求める機能・品質の確保、地域経済への波及効果、入札参加者の確保、価格競争性等を考慮し、整備手法は、「従来方式（設計と施工を分離発注する方式）」を採用する。

(4) 仮設計画

- ・工事車両の出入りは、市道大和三南高田線を利用することとし、工事着手前に、同路線から工事区域までのアクセス道路を整備する。
- ・工事範囲と利用者や職員の動線を分離し、施設利用時の安全性を確保する。

- ・設計期間中に第1病棟の解体工事を先行実施するなど、工期短縮を図る。
- ・工事期間中、病院用地の南側部分については、仮設ヤードとしての使用を検討する。

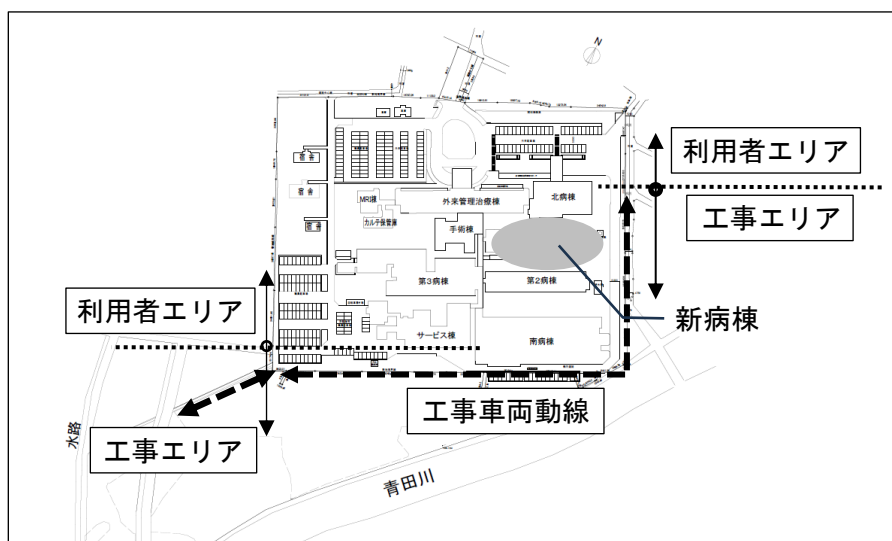
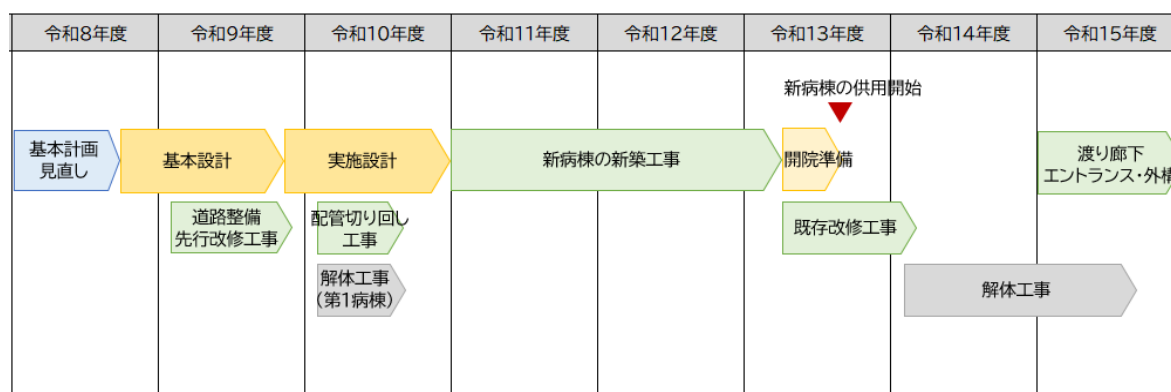


図5 仮設計画

(5) 整備スケジュール

- ・新病棟の供用開始時期を令和13年11月頃と見込む。
- ・改修や解体工事を含めた整備事業完了時期は、令和15年度末頃を想定する。



(6) 概算事業費

- ・新病院の整備に係る概算事業費は、約164.9億円と見込む。
- ・ただし、概算事業費は、物価や労務単価の変動等により変更となる可能性があり、設計段階で詳細に積算する。

項 目	金額（千円）
建設工事費	10,384,000
外構工事費、土留め、残土仮置き、先行工事	960,000
調査費	109,670
設計監理費、開院支援・コンストラクションマネジメント業務	808,897
医療機器・什器等整備費、医療情報システム導入費、ネットワーク工事費	1,672,173
移転費	73,000
既存建物解体費	666,000

改修工事（北病棟・南病棟）	1,816,650
合 計	16,490,390

4 各部門における機能等の充実

- ・新病院の整備にあわせ、各部門の機能や設備等の充実を図る。

主な部門	主な新規・拡充事項、特記事項
外来部門	<ul style="list-style-type: none"> ・「内科（総合診療科を含む）、整形外科、リハビリテーション科、麻酔科、脳神経外科、歯科口腔外科」は維持する。 ・フリーアドレス型診察室 10 室程度の整備を基本とする。
病棟部門	<ul style="list-style-type: none"> ・個室割合は 40%程度とする。 ・各病室で個別に管理ができる空調設備を導入する。 ・緩和ケアでは、対応方針を丁寧に説明するとともに、医師や看護師等のチーム医療体制により、患者の意思を尊重した医療を提供する。
救急部門	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者をはじめとする、手術を必要とせず、一般的な入院治療により対応可能な患者に対し、初期診療や入院治療を行う。 ・急性期病院に救急搬送された患者のうち、対応可能な患者は、急性期病院と連携を図り、受入れを行う。
手術部門	<ul style="list-style-type: none"> ・歯科口腔外科の手術を中心に実施し、手術室 2 室の整備を基本とする。
リハビリテーション部門	<ul style="list-style-type: none"> ・心不全リハビリテーションの実施の検討や新病棟にリハビリテーション専用のスペースを整備、屋外に専用のリハビリテーションコースの設置を検討するなど、回復期機能の更なる強化に取り組む。 ・小児・成人外来リハビリテーションの拡充のほか、訪問リハビリテーションでは、嚥下リハビリテーションの実施の拡充を検討する。
患者支援部門	<ul style="list-style-type: none"> ・他の医療機関との入退院支援に係る連携や、地域の介護施設等との連携窓口としての役割を担い、地域医療連携を推進する。 ・空床を利用した重症心身障害児（者）の短期入所の受入調整を行う。
在宅医療支援部門	<ul style="list-style-type: none"> ・退院後も患者が住み慣れた地域で自分らしい生活が続けることができるよう、各部門が連携し、在宅医療、介護・福祉サービスを提供する。 ・部門内の各事業がそれぞれに連携がとりやすいよう、オープンスペースとなるような設置を検討する。
へき地医療支援	<ul style="list-style-type: none"> ・医療従事者が不足する市立診療所に対し医師や看護師等を派遣する。 ・病院からオンラインで市立診療所の診療を担うことを検討する。

5 今後のスケジュール（予定）

(1) 市民意見の反映

- ・高田地区地域協議会への諮問（9 月）
- ・市民説明会の開催（10 月）
- ・パブリックコメントの実施（10 月 1 日～30 日）

(2) 第 3 回有識者会議の開催（11 月）

(3) 市議会厚生常任委員会所管事務調査（12 月）

(4) 基本計画の改定・公表（12 月）

(5) 基本設計業務委託事業者の選定（12 月～令和 9 年 3 月）

- ・基本設計業務の委託事業者を公募型プロポーザル方式により選定する。

素 案

上越地域医療センター病院
基本計画

(改定版)

令和 8 年〇月
上越市

はじめに

上越地域医療センター病院（以下「センター病院」という。）は、当市が旧国立高田病院を引き継ぎ、平成 12 年 3 月に開設いたしました。古くは陸軍の衛戍（えいじゅ）病院の時代から 100 年余りの歴史を重ね、地域に根差した病院として、回復期医療や慢性期医療のほか、人生の最期における医療や在宅医療等を担い、上越地域の医療体制において重要な役割を果たしてまいりました。

こうした中で、急速な人口減少と高齢化の進行による医療需要の変化への対応や医療人材の確保のほか、病院施設の老朽化への対応など、センター病院を取り巻く環境は大きく変化しており、今後も地域に必要な医療を持続的に提供していくためには、センター病院が担うべき役割や医療機能、施設規模等を改めて整理し、将来を見据えた病院整備を進める必要があります。

このような認識の下、市では、平成 28 年度に「上越地域医療センター病院の改築に向けた在り方検討委員会」を設置し、センター病院の将来の在り方について検討いたしました。その後、平成 29 年 7 月には、地域医療関係者、行政機関の職員、公募市民等で構成する「上越地域医療センター病院基本構想策定委員会」を設置し、改築の規模や時期、建設予定地の選定等について議論を重ね、平成 30 年 8 月に、新病院整備の基本的な方向性を示す「上越地域医療センター病院基本構想（以下「基本構想」という。）」を取りまとめました。

さらに、基本構想を踏まえ、病院職員から成る部門別のワーキンググループや庁内検討チームにおいて、詳細な現状分析や課題の整理を行うとともに、改築事業費や運営経費等を踏まえた収支シミュレーションなどの検討を進め、令和 2 年 3 月に「上越地域医療センター病院基本計画（以下「前計画」という。）」を策定いたしました。

しかしながら、前計画の策定後、新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴う患者数の減少、建設資材価格や人件費の上昇などにより、当初の想定と乖離した厳しい経営状況の見通しや、旧新潟労災病院の閉院に伴う医療機能の引継ぎをはじめ、地域医療構想に基づく医療再編の議論の進展に伴い、センター病院に求められる役割や機能、施設規模・病床規模について改めて見直しが必要となっています。

こうした社会情勢及び医療環境の変化を的確に捉え、将来にわたり持続可能な病院運営と地域医療提供体制の確保を図るため、市では、令和 2 年 3 月に策定した基本計画を抜本的に見直し、「上越地域医療センター病院基本計画（以下「本計画」という。）」を改定いたしました。

市では、本計画に基づき、センター病院が、上越医療圏における回復期医療、慢性期医療、在宅医療等を担う地域医療の拠点として、引き続き必要な役割を果たしていくことを目指し、老朽化した施設の改築を進めるとともに、医療・介護・福祉との連携を一層深め、市民の皆様が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができる医療提供体制の確保に努めてまいります。あわせて、市民が利用しやすく、病院職員にとって働きやすい、地域に根差した病院づくりに取り組んでまいります。

また、医療を取り巻く環境が日々変化している中、引き続き、当圏域における地域医療構想調整会議の議論や医療需要の変化等を注視するとともに、必要に応じて、求められる役割や機能等を見直し、地域の実情に即した施設運営に意を用いてまいります。

目 次

第1章 センター病院の状況と改築の必要性	1
1 センター病院の状況	1
2 改築の必要性	4
第2章 新病院の整備に向けての考え方	5
1 地域医療構想の議論を踏まえた新病院の診療機能	5
2 整備基本方針	8
3 新病院の病床規模	9
第3章 施設整備計画	12
1 現況敷地概要	12
2 計画概要	13
3 構造計画	20
4 設備計画	21
第4章 整備手法	23
1 整備手法の検討にあたり	23
2 整備手法の比較検討	23
3 アンケートの実施	25
4 アンケート結果	25
5 結論	27
第5章 部門別計画	28
1 外来部門	28
2 病棟部門	31
3 救急部門	33
4 手術・中央材料部門	35
5 内視鏡部門	37
6 薬剤部門	38
7 放射線部門	40
8 検査部門	41
9 リハビリテーション部門	43
10 栄養部門	45
11 医療安全管理部門	47
12 感染防止対策部門	48
13 患者支援部門	49
14 在宅医療支援部門	50
15 医事部門	52

1 6 医療情報システム部門	53
1 7 管理部門	55
1 8 へき地医療支援	56
第 6 章 人員配置計画	57
1 新病院における人員配置の基本方針	57
2 計画にあたっての考え方	57
3 人員配置計画	57
第 7 章 医療機器整備計画	58
1 基本方針	58
2 新病院で整備する主な医療機器	58
第 8 章 事業収支計画	59
1 概算事業費	59
2 財源	60
3 事業収支シミュレーション	61
第 9 章 今後の事業スケジュール	64

第1章 センター病院の状況と改築の必要性

1 センター病院の状況

(1) 病院の概要

施設名（所在地）	上越地域医療センター病院（新潟県上越市南高田町 6 番 9 号）
開設年月日	平成 12 年 3 月 1 日
開設者	上越市長
面積	敷地面積 36,879 m ² 、延床面積 13,742.29 m ²
経営形態	平成 12 年 3 月 1 日から 業務委託 平成 18 年 4 月 1 日から 指定管理者制度
診療科目	内科（総合診療科を含む）、外科（休診）、整形外科、脳神経外科、リハビリテーション科、肛門外科（休診）、麻酔科、婦人科、児童精神科（休診）、歯科口腔外科
病床数	197 床（一般病床 142 床、療養病床 55 床）
医療機能別の病床数	回復期 55 床、慢性期 142 床
附帯事業	訪問看護事業、訪問リハビリテーション事業、居宅介護支援事業、短期入所事業、地域包括支援センター、障害者相談支援事業所
主な施設基準等	急性期一般入院料 6、回復期リハビリテーション病棟入院料 1、地域包括ケア病棟入院料 1、救急告示病院
主な設備	【放射線検査装置】一般撮影装置、X線 TV 撮影装置、CT 撮影装置（16 列）、MRI 撮影装置、乳房 X 線撮影装置、骨密度測定装置、画像読取装置、リアルタイムデジタルラジオグラフィー装置、歯科用 X 線装置 【生理検査装置】超音波診断装置、内視鏡ビデオシステム

(2) 沿革

明治 41 年	陸軍第 13 師団が高田に駐屯すると同時に衛戍（えいじゅ）病院として創設
昭和 13 年 2 月	高田陸軍病院へ改称
昭和 20 年 12 月	厚生省に移管され、国立高田病院へ改称
平成 12 年 3 月	上越地域医療センター病院開設（内科、外科、整形外科、124 床） ※ 上越市が国から国立高田病院の譲渡を受ける。
平成 14 年 3 月	北病棟（結核病床、20 床）開棟
平成 14 年 12 月	リハビリテーションセンター開設
平成 15 年 3 月	南病棟（療養病棟、55 床）開棟
平成 16 年 10 月	肛門科開設（平成 21 年 4 月からは肛門外科）
平成 18 年 4 月	指定管理者制度を導入し、一般社団法人上越医師会を指定管理者に指定
平成 20 年 4 月	結核モデル病室（12 床）開棟
平成 21 年 5 月	回復期リハビリテーション病棟開棟
平成 23 年 11 月	在宅医療支援センター開設、訪問看護事業開始
平成 24 年 4 月	訪問看護ステーション開設
平成 24 年 11 月	北病棟を緩和ケア病床（18 床）として開設
平成 25 年 4 月	重症心身障害児（者）等を対象とする短期入所事業開始

平成 27 年 4 月	居宅介護支援事業所開設
平成 27 年 6 月	総合診療科開設（院内標榜）
平成 29 年 10 月	児童精神科開設（非常勤医師による月 1 回の診察・完全予約制）
平成 30 年 4 月	一般財団法人上越市地域医療機構を指定管理者に指定
〃	地域包括支援センター開設
平成 30 年 7 月	麻酔科開設
〃	障害者相談支援事業所開設
平成 30 年 9 月	地域包括ケア病棟開設（41 床）
令和元年 5 月	センター病院訪問看護ステーション頸北サテライト開設 （上越市国民健康保険くろかわ診療所内）
令和 2 年 4 月	婦人科開設、外科・肛門外科休診
令和 6 年 7 月	児童精神科休診
令和 8 年 4 月	脳神経外科、歯科口腔外科開設

（３） 病院の現状

① 患者数の推移

1日当たりの患者数及び病床利用率は、新型コロナウイルス感染症の感染拡大時に大幅に落ち込みました。現在の患者数は感染拡大前の水準には戻らず、令和 7 年度の病床利用率は 76.9%です。

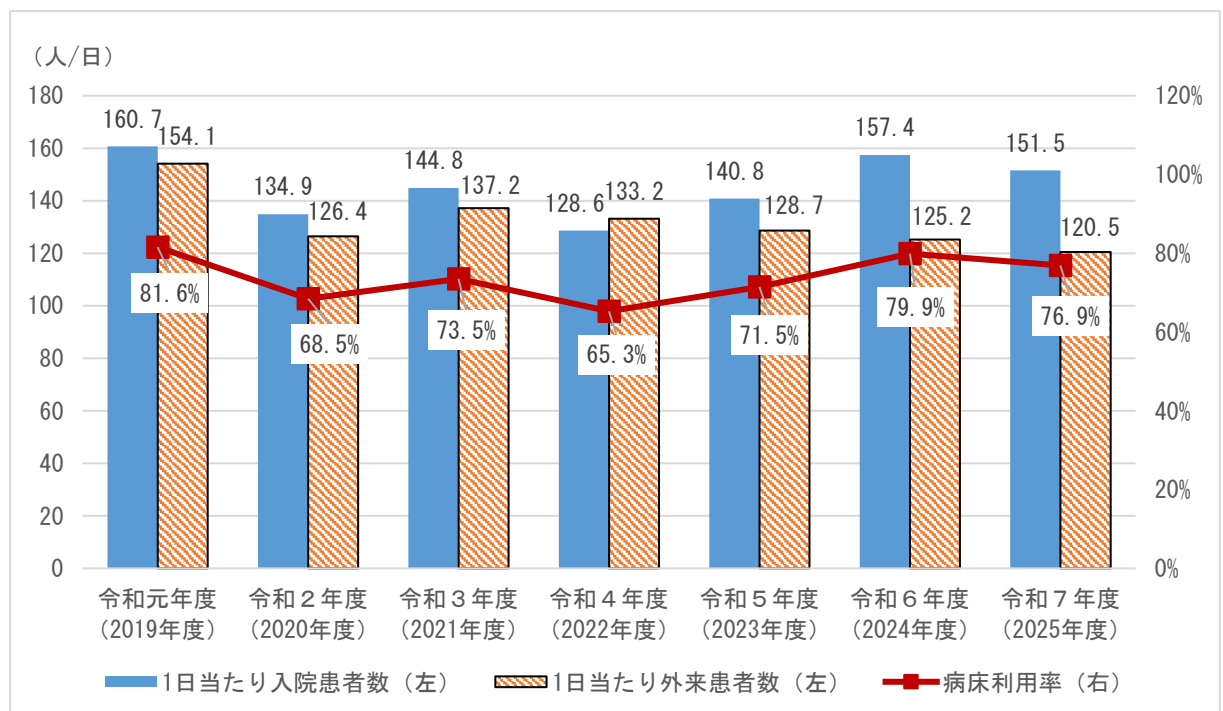


図 1 1 日当たり患者数と病床利用

② 経営状況

令和元年から7年間の経常損益は次のとおりです。診療報酬単価の上昇に加え一般会計からの収支不足を補う繰入れ等により増加したものの、経常費用も物価の高騰や人件費の上昇の影響で大幅に増加しています。

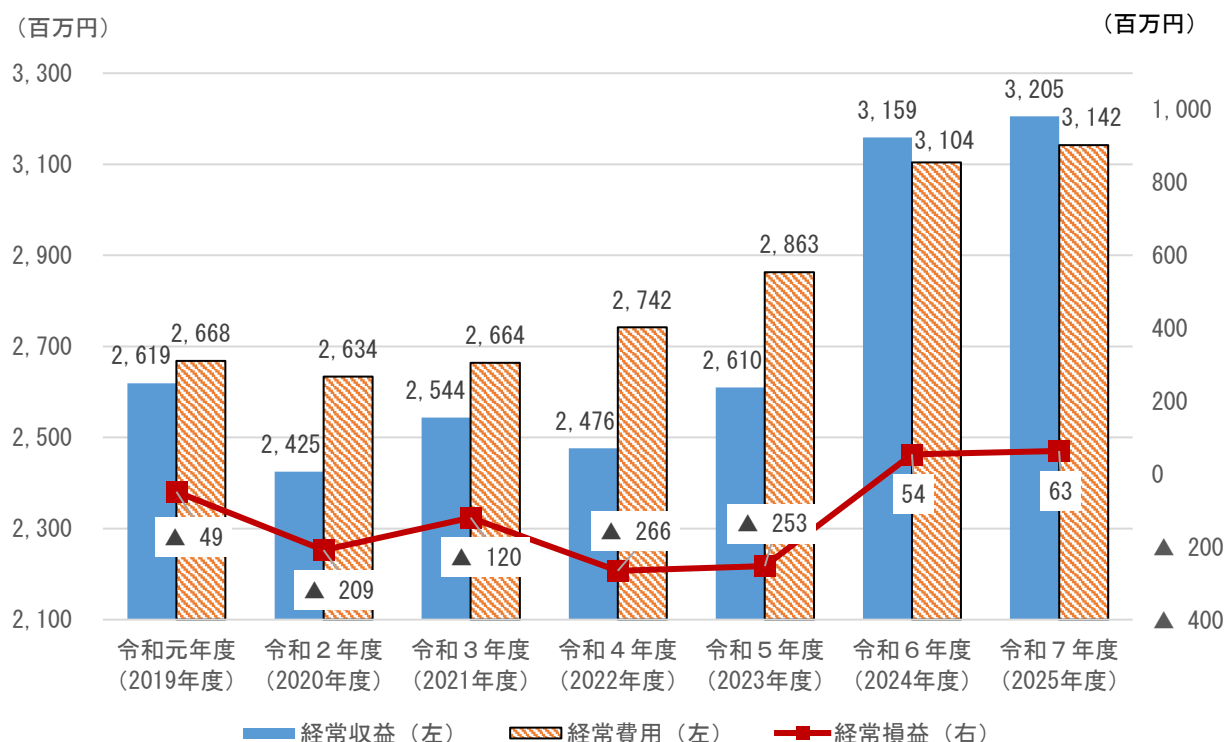


図2 経常損益の推移

(4) 経営形態について

市では、センター病院の運営について、公の施設の適正かつ効率的な運営を図るため、公設民営による病院経営を基本として、開設当初は一般社団法人上越医師会に業務を委託し、平成15年の地方自治法の一部改正を受け、平成18年4月に指定管理者制度を導入しました。平成30年4月以降は、センター病院の管理運営を目的に市が設立した一般財団法人上越市地域医療機構を指定管理者として指定し、運営に当たっています。(指定管理期間：令和10年3月31日まで)

今後も、指定管理者制度を継続し、民間事業者の運営ノウハウを活用します。また、市も運営に積極的に関与するほか、病院経営に知見のある外部の専門事業者を活用しながら病院の安定運営を図ってまいります。さらに、人口減少や医療需要の予測、医療構想の議論の進展等の環境の変化を踏まえながら、経営の強化に向けた最適な経営形態についての情報収集や研究に引き続き取り組みます。

2 改築の必要性

- ・ センター病院の建物は、旧国立病院時に建設された施設と、市が譲渡を受けた後に整備した施設に大別されます。施設全体の適正な管理と持続可能な運用に向けては、現在、以下の課題が顕在化しております。

○施設の老朽化と適切な維持管理

- ・ 旧国立病院時に建設された第1・第2・第3病棟及び中央廊下等の施設は、鉄筋コンクリート造の法定耐用年数（39年）を大きく超過しており、設備全般の老朽化が著しい状況です。さらに、建物接続部の段差や外壁等の破損、建物内への漏水等が発生しており、機能を維持するために多額の修繕費用を要しています。現状の維持には限界があり、抜本的な対策が不可欠です。

○医療機能の高度化への対応

- ・ 現代の高度な医療提供において求められる施設基準への適合や、大型医療機器の導入、診療情報のICT化といった環境整備に対し、現行の施設構造では物理的な対応が困難な状況となっています。医療の質向上や効率化を実現するためには、抜本的な施設の再整備が必要です。

○動線および衛生管理上の対応

- ・ 院内環境面では、各部門への移動距離が長く、利用者や職員の双方にとって利用しにくい構造となっています。また、建物中心部の中央廊下が唯一の主要通路であることから、清潔・不潔の動線が交差し、衛生管理上の課題が顕在化しています。安全で快適な医療環境を実現するためには、動線の改善が必要です。

○医療再編を見据えた機能転換

- ・ 上越地域医療構想調整会議（以下「調整会議」という。）において検討された地域医療再編の方向性を踏まえ、回復期患者の受入れ体制を主軸とする病床機能への見直しをはじめ、回復期リハビリテーションの充実や病床機能の再編が必要です。
- ・ こうした課題に対応し、地域医療の要として、将来にわたり地域に必要な医療提供体制を確保するため、市では改築に向けた検討を進めてきました。

第2章 新病院の整備に向けての考え方

1 地域医療構想の議論を踏まえた新病院の診療機能

(1) 国・県の動向

○平成26(2014)年3月：医療法改正の成立

- ・急速な人口減少と高齢化に伴い、将来的な医療・介護ニーズが劇的に変化することを見据え、国は「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（平成26年法律第83号）」を成立させました。これにより医療法が改正され、高度急性期から在宅医療までをシームレスにつなぐ「地域医療構想」の策定が都道府県に義務付けられました。

○平成29(2017)年3月：新潟県地域医療構想の策定

- ・県は、将来の人口構造の変化（特に高齢者人口の増大と生産年齢人口の減少）に対応し、限られた医療資源を最大限に活用して持続可能な医療提供体制を構築するため、「新潟県地域医療構想」を策定しました。

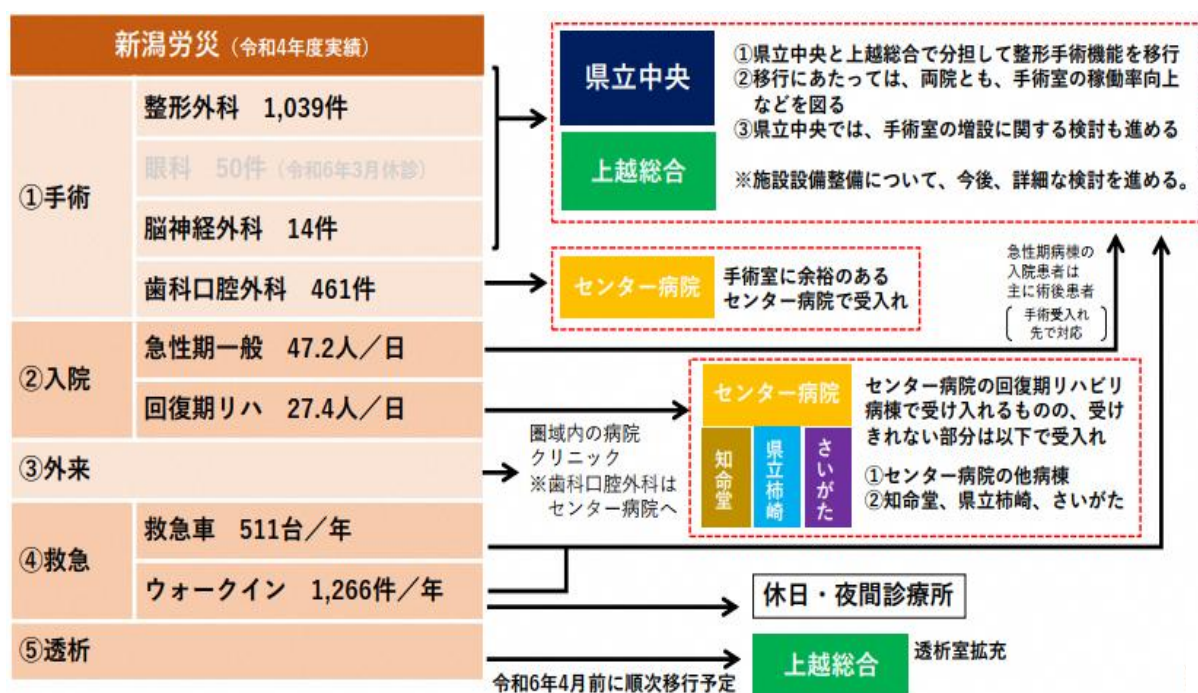
○令和3(2021)年12月：国による「重点支援区域」の選定

- ・国では、「経済財政運営と改革の基本方針 2019」において、地域医療構想の実現に向け、全ての公立・公的医療機関等に係る具体的対応方針について診療実績データの分析を行い、2025年において達成すべき医療機能の再編、病床数等の適正化に沿ったものとなるよう、国による助言や集中的な支援を行う「重点支援区域の設定」が明記されました。
- ・こうした中、上越圏域では、人工透析医療体制の確保が大きな課題となっており、早期の医療体制再構築が急務の状況となっていることを踏まえ、国の後押しを得て医療機能の再編議論を進めるものとし、県が当圏域を重点支援区域として国へ申請を行い、同年12月に選定されました。
- ・なお、重点支援区域に対する国による支援内容としては、地域の医療提供体制、医療機能再編等を検討する医療機関に関するデータ分析や関係者との意見調整の場の開催等の技術的支援と、地域医療介護総合確保基金の優先配分や病床機能の再編支援に対する財政的支援を実施するとしています。
- ・県では、国からの専門的な助言や分析支援を活用しつつ、調整会議を核として医療機能の再編検討を加速しました。

○令和5(2023)年12月：新潟労災病院の閉院に伴う機能の引継ぎ計画の決定（短期再編）

- ・新潟労災病院が令和7年度で閉院することを受け、調整会議において、その後の医療空白を防ぐための機能引継ぎ計画がまとめられました。センター病院においては、歯科口腔外科及び回復期リハビリテーション機能の一部を引き受けることになりました（令和8年4月から診療開始）。

【新潟労災病院の閉院に伴う機能移行の考え方（短期再編）】



出典：令和5年12月上越地域医療構想調整会議

図3 新潟労災病院の閉院に伴う機能移行の考え方

○令和6(2024)年3月：第8次新潟県地域保健医療計画の策定

- 県は、地域医療構想の実現に向けた具体的施策を位置付ける計画として「第8次新潟県地域保健医療計画」を策定しました。同計画に基づき、上越医療圏では機能分化・連携のさらなる推進と、地域の実情に応じた持続可能な医療提供体制の構築が最重要課題として位置づけられました。

○令和8(2026)年3月：上越医療圏における再編方針の決定（中期再編）

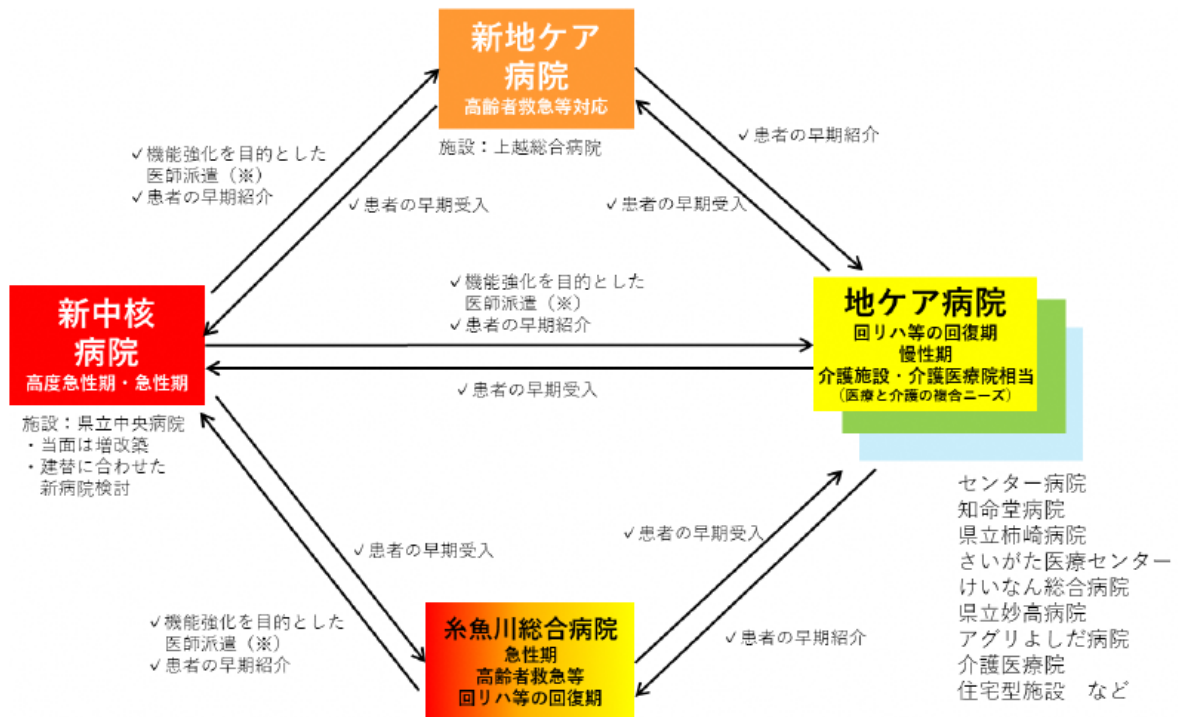
- 調整会議において、上越医療圏の医療再編の方向性が関係者間で合意されました。この方向性では、当市の意向も反映されており、センター病院については、回復期リハビリ等を強化し、引き続き、回復期患者を主に受け入れるとともに、地域の需要動向に合わせ、病床数を現行の197床から150床程度まで縮小していくことを検討することが示されました。

【上越医療圏における病床規模や機能の全体像（中期再編）】



出典：令和8年5月上越圏域の医療再編に係る市民説明会資料

図4 上越医療圏における病床規模の全体像



出典：令和8年5月上越圏域の医療再編に係る市民説明会資料

図5 上越医療圏における病床機能の全体像

2 整備基本方針

- ・ 整備に当たっては、調整会議において合意された、上越医療圏における医療再編の方向性を踏まえながら、センター病院に求められる機能や役割に応じたサービスが適切に提供できるよう、次に掲げる方針を基本として、改築を進めます。
- (1) 引き続き、上越地域の回復期・慢性期機能の中核を担うとともに、病病連携、病診連携の要（かなめ）としての役割を果たすため、回復期医療機能のさらなる強化を図ります。
 - (2) 地域包括ケアシステムの深化・推進を図るため、中核施設の一つとしてセンター病院を中心とした医療・介護・福祉の連携を強化し、退院後の利用者への支援やサービスを一体的に切れ目なく提供します。
 - (3) 医療需要に応じた柔軟な運用に対応できる施設構成とし、利用者や職員の動線、部門配置に配慮することで、利便性や運用効率の確保を図ります。
 - (4) 利用者や職員にとって安全性の高い医療環境を確保するとともに、ユニバーサルデザインに配慮し、誰もが安全・安心で快適に利用できる施設とします。
 - (5) デジタル技術を活用しやすい施設構造・設備等に配慮し、業務効率化や負担軽減を図ることで、職員の働きやすさの確保・定着に資する施設とします。
 - (6) 地震や浸水等の災害リスクに備え、耐震性の確保、浸水対策、重要設備の適切な配置等に配慮し、災害時においても必要な医療機能を維持できる施設とします。
 - (7) 脱炭素社会の実現に向け、環境負荷の低減につながる整備を行います。
 - (8) 中長期的な収支見通しを踏まえ、地域に必要な医療を安定的に提供できるよう、持続可能な経営基盤の確立を図ります。

【参考】病院理念

1 病院理念

～敷居が低く、誰もが気軽に相談し、利用できる病院～

私たちは、上越地域にお住まいの皆さんが、病気や健康のことでお困りの時に、お役に立つことのできる「地域に寄り添う病院」を目指します。

2 病院基本方針

- ・ 患者さんやご家族の皆さんの尊厳と権利を尊重した適切な医療を提供します。
- ・ 1人ひとりの患者さん、ご家族の皆さんに思いやりの心を持って接します。
- ・ 地域の医療機関等と連携し、切れ目のない医療を目指します。
- ・ 多様な職種が連携するチーム医療を実践します。
- ・ 良質な医療を提供するため、日々、知識・技術の習得と向上に努めます。

3 新病院の病床規模

(1) 上越地域医療センター病院における病床数の推移

- ・ センター病院の診療実態に応じて病床機能の報告内容を見直し、令和 8 年は 156 床を回復期、41 床を慢性期と報告します（予定）。

センター病院の病棟			北病棟 18 床 第 1 病棟 32 床	第 3 病棟 51 床	南病棟 55 床	第 2 病棟 41 床
病床機能報告上の届出	平成 30 年 2018 年	急性期 50 床 回復期 55 床 慢性期 92 床	急性期 50 床 (18 床+32 床)	慢性期 51 床	回復期 55 床	慢性期 41 床
	令和元年 2019 年	回復期 55 床 慢性期 142 床	慢性期 50 床 (18 床+32 床)	慢性期 51 床	回復期 55 床	慢性期 41 床
	令和 4 年 2022 年	回復期 55 床 慢性期 142 床	慢性期 50 床	慢性期 51 床	回復期 55 床	慢性期 41 床
	令和 8 年 2026 年	回復期 156 床 慢性期 41 床	回復期 50 床	回復期 51 床	回復期 55 床	慢性期 41 床

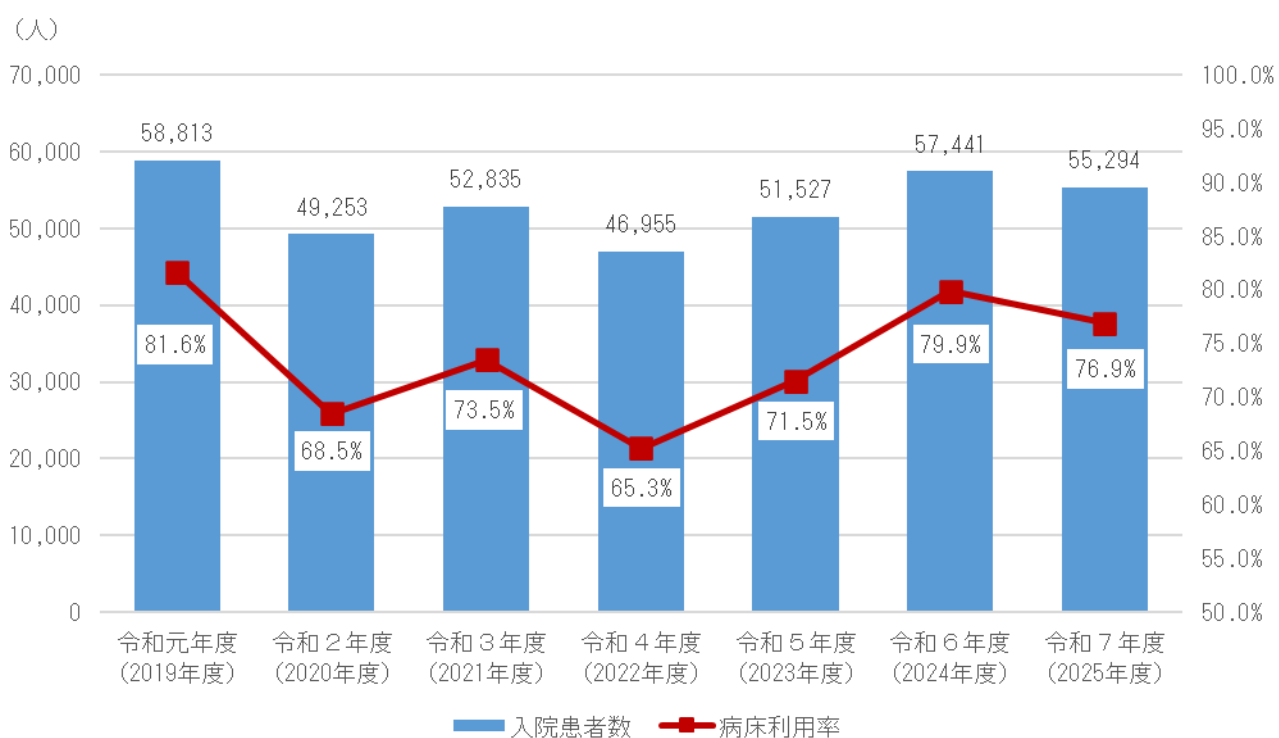


図 6 入院患者数と病床利用率の推移

(2) 改築する病床規模

① 上越圏域における入院患者数及び必要病床数の将来推計

- 調整会議において示された、上越圏域における将来の入院患者数及び必要病床数の推計です。上越市及び妙高市における回復期（回復期リハビリ等）の患者数は、令和22（2040）年度まで増加した後、減少に転じる見込みであり、必要病床数もこれに伴って推移するものと見込まれます。

【新】入院患者数の将来推計（アップデート）

前ページの入院患者分析（推計）をもとに、将来推計人口（国立社会保障・人口問題研究所）による年齢階級ごとの人口増減率を加味し、将来の患者数（※）を推計した。

患者数

（単位：人／日）

1日あたり患者数の推計	R7年度 (2025年度)	R12年度 (2030年度)	R17年度 (2035年度)	R22年度 (2040年度)	R27年度 (2045年度)	R32年度 (2050年度)
上越市 ※	1,169.4	1,167.9	1,155.7	1,138.3	1,098.1	1,053.6
高度急性期、急性期	362.6	356.3	345.8	333.0	318.3	302.7
回復期（高齢者救急等）	295.9	296.2	292.2	284.5	272.7	260.7
回復期（回復期リハビリ等）	147.4	152.0	156.7	161.2	156.9	149.7
慢性期	233.8	233.2	231.3	230.8	226.1	221.2
介護施設・介護医療院相当	129.7	130.2	129.7	128.8	124.1	119.3
妙高市 ※	145.6	150.1	155.5	163.0	159.8	152.1
急性期						
回復期（高齢者救急等）						
回復期（回復期リハビリ等）	80.5	83.2	86.3	90.4	88.5	84.2
慢性期	55.2	56.8	58.9	62.0	61.0	58.1
介護施設・介護医療院相当	9.9	10.1	10.3	10.6	10.3	9.8
糸魚川市 ※	199.8	204.0	208.9	208.7	200.9	192.3
急性期	54.1	54.6	55.3	54.7	52.6	50.2
回復期（高齢者救急等）	68.8	70.6	72.5	73.2	70.7	67.4
回復期（回復期リハビリ等）	50.4	51.6	53.1	52.9	50.9	49.0
慢性期	10.0	10.2	10.6	10.6	10.2	9.9
介護施設・介護医療院相当	16.5	17.0	17.4	17.3	16.5	15.8
合計	1,514.8	1,522.0	1,520.1	1,510.0	1,458.8	1,398.0

※ 令和5年4月～令和7年9月の間に各市に所在する病院ごとの入院患者データに基づき推計したものであることから、市域を超えた入院は、計算上、入院先の病院が所在する市の患者数となっている。（医療機関所在地ベース）

出典：令和8年3月 令和7年度第5回上越地域医療構想調整会議資料

図7 上越医療圏の入院患者の将来推計

【新】必要病床数の将来推計（アップデート）

入院患者数の推計をもとに、前ページの推計方法により、将来必要となる病床数等（※）を推計した。

病床数

必要病床数	R7年度 (2025年度)	R12年度 (2030年度)	R17年度 (2035年度)	R22年度 (2040年度)	R27年度 (2045年度)	R32年度 (2050年度)	現在病床数 R8.4.1見込
上越市 ※	1,304	1,302	1,289	1,268	1,223	1,173	1,402 県立中央 530床 上越総合 313床 センター病院 197床 県立穂峰 55床 知命堂 145床 さいがた 162床 (新潟労災除く)
高度急性期、急性期	428	421	409	394	377	358	
回復期（高齢者救急等）	329	329	325	319	309	299	
回復期（回復期リハビリ等）	164	169	174	176	168	157	
慢性期	246	246	244	243	238	233	
介護施設・介護医療院相当	137	137	137	136	131	126	
妙高市 ※	159	163	169	177	173	165	167 けいなん総合 120床 県立妙高 47床
急性期							
回復期（高齢者救急等）							
回復期（回復期リハビリ等）	90	92	96	101	98	94	
慢性期	58	60	62	65	64	61	
介護施設・介護医療院相当	11	11	11	11	11	10	
糸魚川市 ※	225	229	235	233	225	214	259 糸魚川総合 199床 アグリよしだ 60床
急性期（※）	64	64	65	64	62	58	
回復期（高齢者救急等）	77	78	81	81	79	75	
回復期（回復期リハビリ等）	55	58	59	59	56	54	
慢性期	11	11	11	11	11	10	
介護施設・介護医療院相当	18	18	19	18	17	17	
合計	1,688	1,694	1,693	1,678	1,621	1,552	1,828

※ 令和5年4月～令和7年9月の間に各市に所在する病院ごとの入院患者データに基づき推計したものであることから、市域を超えた入院は、計算上、入院先の病院が所在する市の必要病床数となっている。今後も市域を超えた入院は相当程度想定されることから、本推計結果は、各市域で確保すべき病床数とは必ずしも一致しない点に留意が必要。（将来的に各市域で確保すべき病床数は、市内の介護施設や訪問診療等の状況のほか、隣接市に所在する病院等の受入能力や立地条件などを総合的に勘案し、検討する必要がある。）

出典：令和8年3月 令和7年度第5回上越地域医療構想調整会議資料

図8 上越医療圏の必要病床数の将来推計

② 再編後の各病院の病床数

- 将来必要な病床数を踏まえ、調整会議で合意された再編後の各病院の病床数です。センター病院の病床数は、回復期リハビリ等を 110～150 床に、慢性期を 40～47 床にすることとしています。

〔参考〕 将来必要な病床数と各病院の病床数との比較

将来必要な病床数 (2030年度)



	高度急性期 急性期	回復期		慢性期	介護施設・ 介護医療院 相当	合計
		高齢者救急等	回リハ等			
上越市	421	329	169	246	137	1,302
妙高市			92	60	11	163
糸魚川市	64	78	58	11	18	229
合計	485	407	319	317	166	1,694

新中核・新地ケア病院※1
糸魚川総合病院で担う

左記以外の病院群で担う※2

各病院の病床数 (開設者協議の結果)

※1
病床機能区分ごとの集約・機能分化することを前提としながらも、「患者の状況変化（例：赤→オレンジ）にはグラデーションがあるので明確な線引きが難しい」（病院長等による意見交換で挙げた意見）ことによる一定程度の混在が生じ得ることなども勘案し、新中核病院・新地ケア病院は、中心となる医療機能の2割程度の規模を目安に、高齢者救急等（オレンジ）や回復期リハビリ等（黄）の患者を受け入れることができるよう、病床規模を設定した。

※2
既存の病床機能をベースに検討を行った。

※3
将来必要となる病床数は、令和5年4月～令和7年9月をもとに推計していることから、推計ではその影響を反映することができない令和7年度に新たに設置された医療と介護の複合ニーズ等に対応する施設は、「その他」として計上した。

	高度急性期 急性期	回復期		慢性期	介護施設・ 介護医療院 相当	合計
		高齢者救急等	回リハ等			
上越市	430	330	~291	~308	96	~1,455
新中核病院	430	70				500
新回復期病院		260	40			300
センター病院			110~150	40~47		150~197
知命堂			46	99		145
県立柿崎			~55			~55
さいがた				162		162
その他（令和7年4月以降に新設された住宅型施設（※3））					96	96
妙高市	0	0	~107	60	0	~167
けいなん総合			60	60		120
県立妙高			~47			~47
糸魚川市	64	78	117	0	0	259
糸魚川総合	64	78	57			199
よしだ			60			60
医療圏合計	494	408	~515	~368	96	~1,881

出典：令和8年3月 令和7年度第5回上越地域医療構想調整会議資料

図9 上越医療圏の各病院に必要な病床数

③ 改築後の病床数

- 調整会議で合意されたセンター病院の病床数を踏まえ、改築後の病床数については、医療需要や他病院の再編状況の変化等に柔軟に対応できるよう、一部の病棟を活用し、病床数の調整を行い、必要な病床数を確保します。

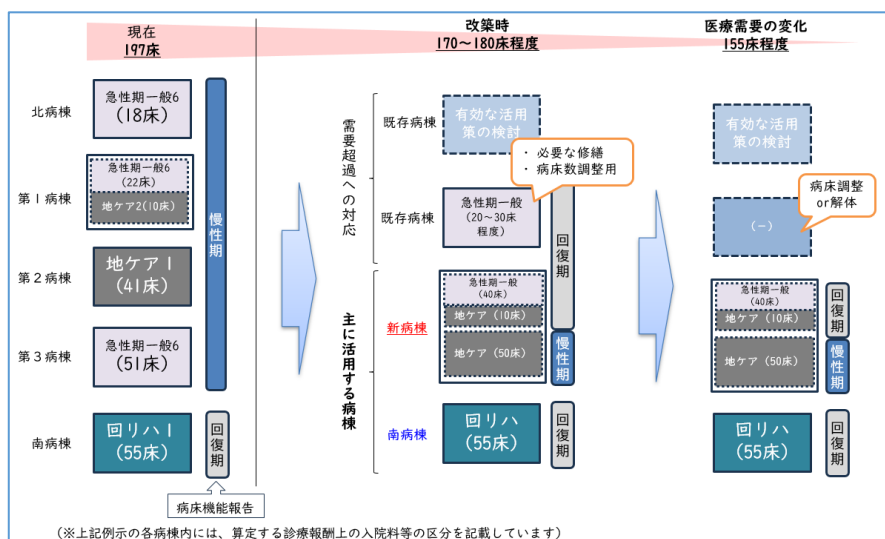


図10 病床機能、病棟構成・病床規模の例

第3章 施設整備計画

1 現況敷地概要

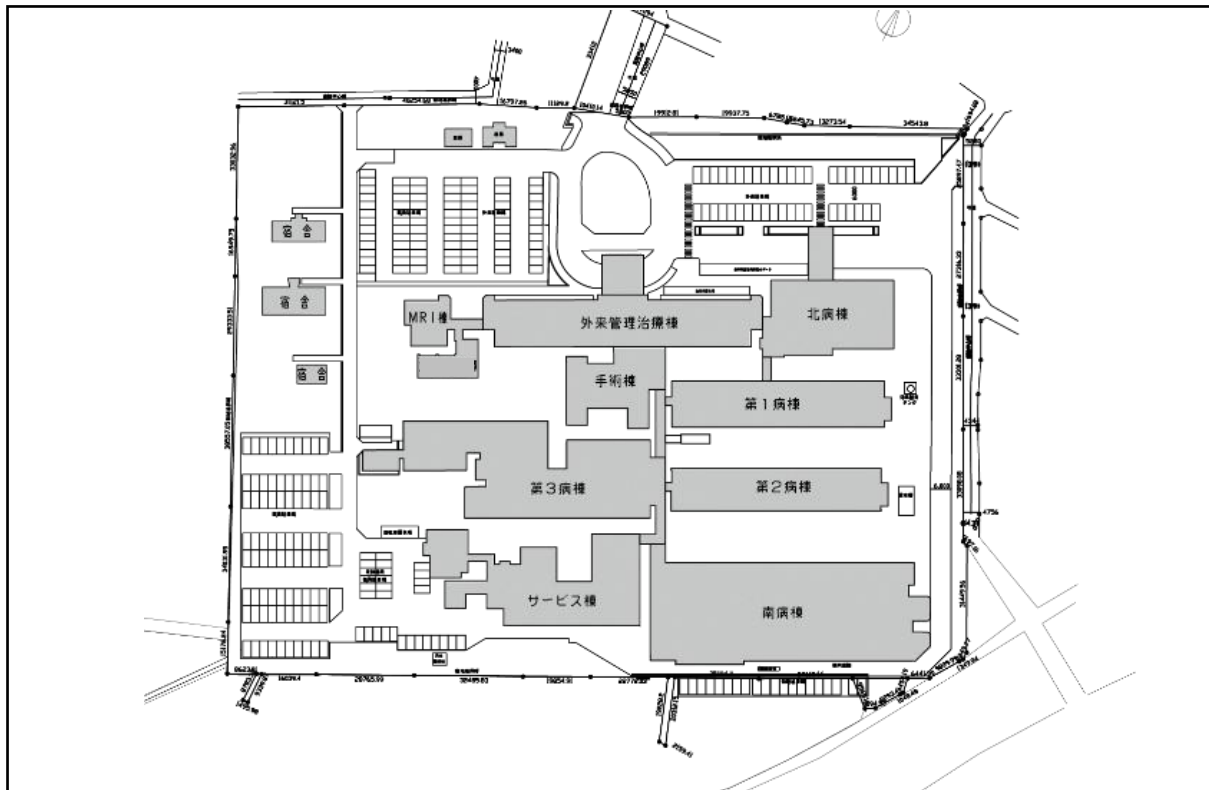


図 11 現況配置図

所在地	新潟県上越市南高田町 6 番 9 号
敷地面積（現況）	36,879 m ²
都市計画区域	市街化区域
地目	宅地
用途地域	第 1 種中高層住居専用地域
容積率	200%
建蔽率	60%
道路斜線制限	1.25L (20m)
隣地斜線制限	1.25L+20m
日影規制	4h、2.5h 測定面 4m
防火・準防火地域	指定なし（建築基準法第 22 条指定区域）
高度地区	指定なし
下水道	公共下水道共用区域
埋蔵文化財包蔵地	指定外
洪水リスク	浸水深 0.5～3.0m の区域
土地リスク	土壌汚染
既存建物のリスク	アスベストの含有

2 計画概要

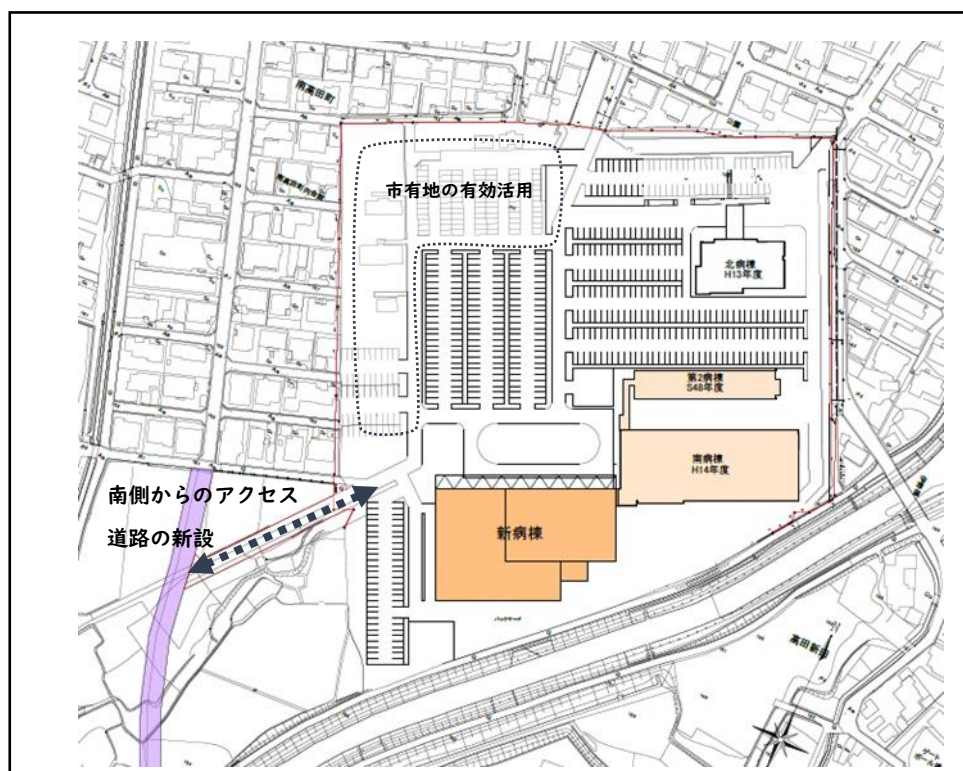
(1) 建物の配置計画

- ・ 前計画では、南病棟を継続して使用することを前提に、現敷地の南側の土地を利活用し、新病棟を建築することにしていました。
- ・ 今般の計画見直しに当たっては、新型コロナウイルス感染症の感染拡大以降の患者数の減少や、調整会議において合意された上越医療圏の医療再編の方向性、建築費の急激な上昇などを踏まえ、経済性にも配慮しながら、現行計画の「①南側案」と、現敷地内に整備する「②中央案」の比較検討を行いました。

① 南側案

ア 配置

- ・ 前計画のとおり、南側の土地に新病棟を建築します。
- ・ 医療需要や他病院の再編状況の変化等に柔軟に対応するため、第2病棟（昭和48年建築）を、病床数の調整に活用し必要な病床数（20床程度）を確保します。



4F			病棟(50床)	
3F			病棟(50床)	
2F			手術・薬局・管理・サーバー・厨房・機械	病棟(55床)
1F		病棟(20~30床)	外来・救急・放射線・医事・検査	リハビリ
	北病棟	第2病棟	新病棟	南病棟

※上記の案内図やフロア構成は、現時点でのイメージであり、設計時に詳しく検討します。

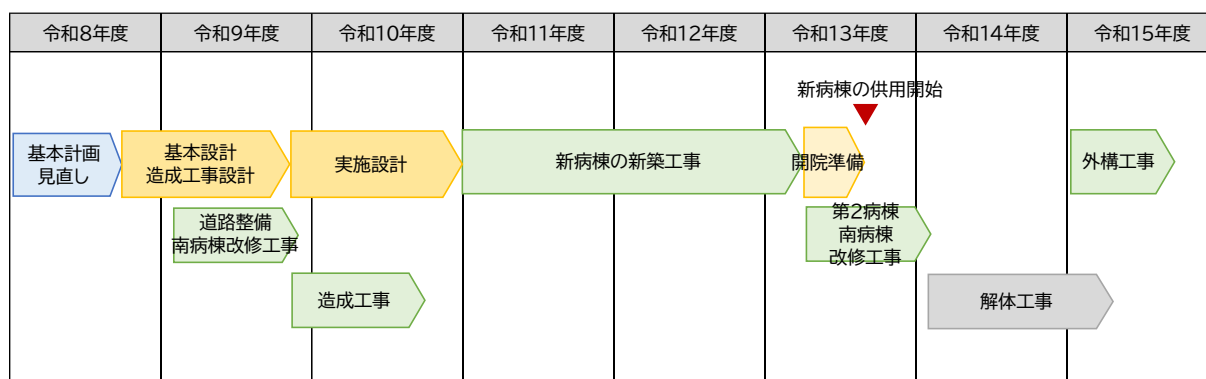
図 12 建物配置計画 (①南側案)

イ 主な特徴

- ・ 現敷地の南側の未利用地に新病棟を建築することから、工事期間中は、現状のとおり、病院運営が可能です。
- ・ 工事期間中における騒音や振動等の影響は比較的に小さいことが想定されます。
- ・ 一方で、病床数の調整用として活用する第2病棟は、築年数が50年を超えていることから、長期間の使用に適さず使用期間が限定的であるため、将来的な医療需要への対応が困難となる可能性があります。
- ・ また、比較的築年数の浅い北病棟と新病棟が離れているため、北病棟を病院機能として一体的に活用することが難しく、既存の病院施設を十分に生かすことができません。
- ・ このほか、新病棟を敷地の南側に建築することから、北側から徒歩や自転車で来院される利用者のアクセス性が低下します。

ウ スケジュール（設計と施工を分離発注する場合）

- ・ 新病棟の供用開始を令和13年11月頃と見込みます。



エ 概算事業費

- ・ 概算事業費は、176.3億円と見込みます。
- ・ 一般的な病院での事例を参考に、新築延床面積を9,900㎡と想定し、建築事業費を積算しました。また、南側の未利用地に整備するため、造成費が必要となります。
- ・ 第2病棟の改修は、老朽化が進んでおり、改修しても長期に活用できないことから、必要最小限の工事を実施することとし、費用を算出しました。

概算事業費

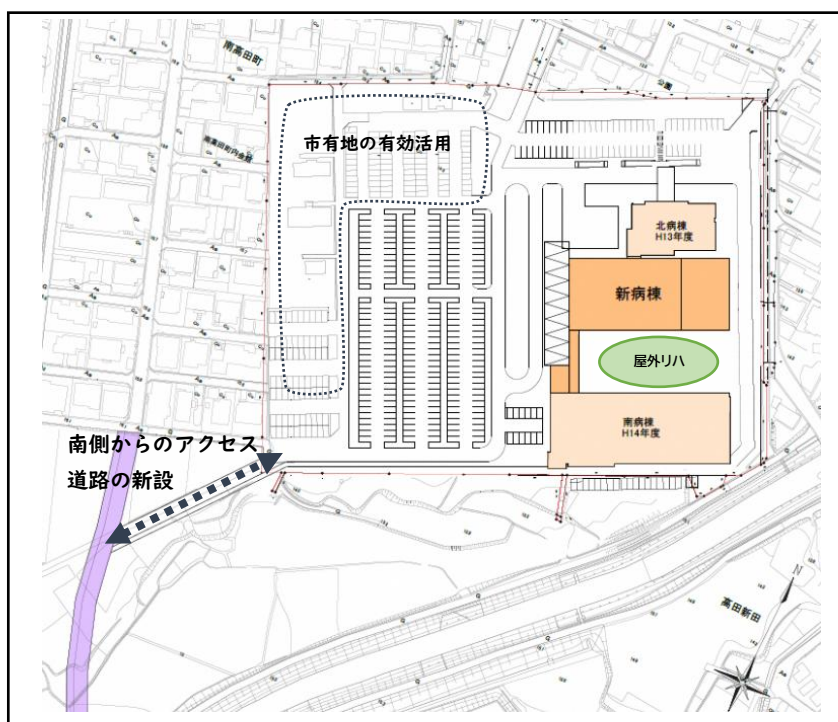
項 目	金額（千円）
建設工事費 （新築延床面積(9,900㎡)×建築単価（1,180千円/㎡））	11,682,000
外構工事費	840,000
造成費	415,000
調査費	109,670
設計監理費	444,800
医療機器・什器等整備費、医療情報システム導入費、ネットワーク工事費	1,672,173

移転費	73,000
既存建物解体費	603,000
改修工事費（南病棟・第2病棟）	1,435,250
先行工事費	20,000
開院支援・コンストラクションマネジメント業務委託費	333,597
合 計	17,628,490

② 中央案

ア 配置

- ・ 第1病棟を先行解体し、南病棟と北病棟の間に新病棟を建築します。
- ・ 医療需要や他病院の再編状況の変化等に柔軟に対応するため、北病棟（平成14年建築）を病床数の調整に活用し、必要な病床数（18床）を確保します。



5F	管理・サーバー		
4F	病棟(50床)		
3F	病棟(50床)		
2F	病棟(18床)	手術・薬局・厨房・機械	病棟(55床)
1F	救急・外来	外来・放射線・医事・検査	リハビリ
	北病棟	新病棟	南病棟

※上記の案内図やフロア構成は、現時点でのイメージであり、設計時に詳しく検討します

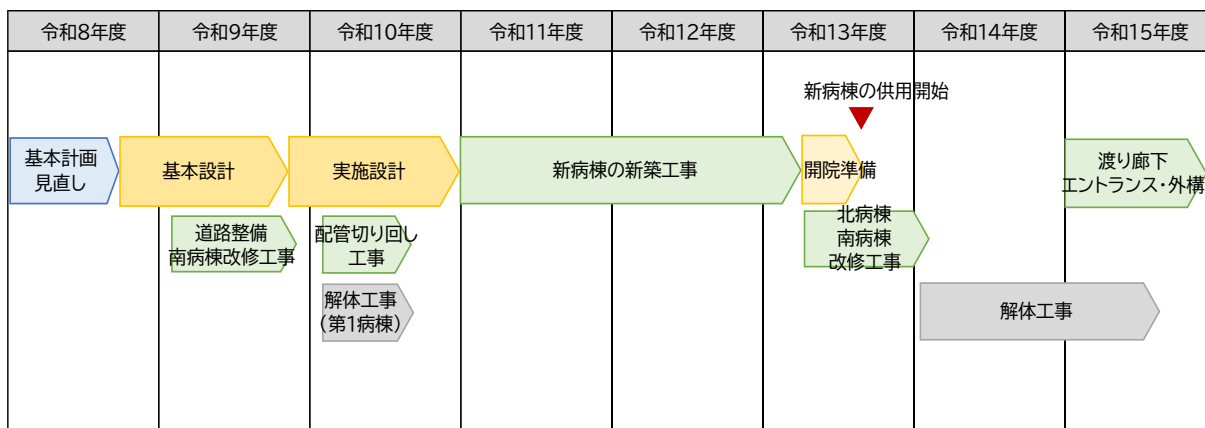
図 13 建物配置計画（②中央案）

イ 主な特徴

- ・ 比較的に築年数の浅い北病棟を病院機能として活用することができるため、長期間、需要超過に対応する病床数を確保できるとともに、病床以外のスペースも確保できることから、新病棟の建築面積を圧縮することができます。
- ・ また、新病棟のエントランスを敷地の中央に設けることができるため、北側や南側の双方向からの病院へのアクセスを確保しやすくなります。
- ・ さらに、造成工事が不要となるなど、整備事業費の縮減につながります。
- ・ 一方で、工事期間中は 165 床で運用することになるため、医療需要が高まる場合においては、他の病院に患者の受入れの協力を求めることが想定されます。
- ・ このほか、北病棟や第2病棟に近接した工事となることから、工事期間中の騒音や振動等の影響が少なからず生じるため、工事内容に応じた転棟対応や利用者の不安軽減に向けたきめ細かな対応が必要になります。

ウ スケジュール（設計と施工を分離発注する場合）

- ・ 新病棟の供用開始を令和 13 年 11 月頃と見込み、「①南側案」と大きな差はありません。
- ・ 整備事業全体の完了時期は、「①南側案」と比較すると、半年程度遅くなります。



エ 概算事業費

- ・ 概算事業費は 164.9 億円と見込みます。
- ・ 北病棟の活用を踏まえ、新築延床面積を 8,800 m²と想定し、建築事業費を積算しました。
- ・ また、造成費が不要となることなどから、「①南側案」と比較し、概算事業費は約 11 億円の減となります。
- ・ 一方で、北病棟の効果的に活用するため、大規模な改修工事を実施することとし、改修費を 18.2 億円と見込みました。

概算事業費

項 目	金額（千円）
建設工事費 (新築延床面積(8,800 m ²) × 建築単価 (1,180 千円/m ²))	10,384,000
外構工事費	840,000
造成費	0
調査費	109,670

設計監理費	475,300
医療機器・什器等整備費、医療情報システム導入費、ネットワーク工事費	1,672,173
移転費	73,000
既存建物解体費	666,000
改修工事費（南病棟・北病棟）	1,816,650
土留め、残土仮置き、先行工事費	120,000
開院支援・コンストラクションマネジメント業務委託費	333,597
合 計	16,490,390

③ 有識者の意見

- ・ 「上越地域医療センター病院基本計画改定に関する有識者会議」において、「①南側案」と「②中央案」のどちらが改築場所として適しているかを委員に意見を伺ったところ、全ての委員から『②中央案』が適している」と回答をいただきました。

【主な意見】

- ・ 事業費の多寡は重要な要素であり、11億円の差で「②中央案」の方がよい。
- ・ 「②中央案」は、敷地内にバランスよく収まっている。また、「①南側案」に比べ、北側からのアクセスがよい。
- ・ 「②中央案」は、比較的あたらしい北病棟を有効活用しているほか、コンパクトにまとまっている。動線が短く、病院職員の働きやすさや、利用者の利便性の面でメリットがある。
- ・ 「②中央案」は、他の病棟との近接工事になるため、利用者や職員に対する工事中の騒音等の影響が懸念される。
- ・ 「①南側案」は、新たに造成する用地の地盤に懸念があるほか、青田川に近接していることから、浸水の心配がある。

④ 結論

- ・ 比較的に築年数の浅い北病棟を有効活用することで、医療需要や他病院の再編状況等の変化に柔軟に対応できる病床を、より長期間にわたり確保できることに加え、病床以外の機能も継続して活用できること、さらに、患者動線、病院へのアクセスおよび事業費の縮減等を総合的に勘案し、新病棟の配置については「②中央案」を採用します。
- ・ 一方で、新病棟は、第2病棟や北病棟との近接工事となり、騒音や振動等の影響が考えられることから、利用者や職員の心理的・身体的な負担軽減に十分配慮し、整備事業を進めます。
- ・ なお、詳細は設計業務において検討します。

(2) 敷地規模

- ・ 現敷地内で整備を行います。
- ・ 長期的な医療需要の変化にも適切に対応できるよう、将来の増改築等を見据えた土地利用と建物配置に配慮します。

(3) 施設計画上の配慮事項

- ・ 整備基本方針の実現に向けて、施設の配置、動線、設備等について、主に次の事項に配慮します。
 - 利用者の利便性や職員の働きやすさに配慮し、関連性の高い諸室や機能を適切に集約するとともに、各部門間の動線の短縮及び交差の抑制を図ります。
 - 将来的な医療需要や医療提供体制の変化に対応できるよう、諸室の機能拡張や用途変更等に配慮し、施設運用の柔軟性を確保します。
 - 院内感染防止や転倒防止及びけがの軽減、ユニバーサルデザインの観点を踏まえ、利用者や職員にとって安全・安心で快適に利用できる施設とします。
 - 災害時にも必要な医療を継続して提供できるよう、利用者の一時的な受入れスペースや必要な設備の配置に配慮します。
 - 省エネルギー化や再生可能エネルギーの導入など、環境負荷の低減に取り組みます。施設管理上の機能性や維持管理のしやすさ、メンテナンスコストの抑制、周辺環境との調和に配慮します。

(4) 既存建物の利活用

- ・ 南病棟及び北病棟は平成 14 年竣工の建物であり、一定の機能や面積が確保できることから、病院施設として現状の機能を活かしながら新病院の計画を行います。また、南病棟、北病棟及び新病棟との円滑な連携や動線の確保を考慮します。
- ・ 適切な療養環境を保持するため、新病棟の整備に合わせて、南病棟と北病棟において必要な改修を行います。
- ・ なお、これらの病棟については、利用者数の動向を踏まえ、必要性に応じ、段階的に縮小・廃止することとします。

(5) 建物規模

- ・ 南病棟及び北病棟を効果的に活用することを前提として、100 床程度の病棟を新たに整備し総病床数では 173 床程度を確保するとともに、新病棟内に外来諸室や手術室、検査諸室、薬局、医局等を配置します。
- ・ 令和 2 年 3 月に策定した基本計画時は、新病院の整備規模を近年建設された他病院の事例を参考に 1 床当たりの面積を 75 m²とし、歯科口腔外科の機能追加やリハビリテーション部門の強化、院内ヒアリング結果の反映から 1,035 m²を加算した 15,810 m²を目標値としていました。
- ・ 今回の基本計画の見直しでは、新病棟の病床数の適正化、歯科口腔外科機能の拡充、病室の個室率の向上などを踏まえ、新病院の整備目標面積を 14,493 m²とし、従前比で 1,317 m²の減とします。

・ 建物規模	14,493 m ²	(前計画時	15,810 m ²)
新病院の新築面積	8,719 m ²		
既存利用する南病棟面積	4,325 m ²		
北病棟面積	1,449 m ²		

(6) 土地利用計画

① アクセス道路

- ・ 南側の主要地方道上越高田インター線から新病院へのアクセス性を高めるため、市道大和三南高田線を経由する新たな道路を新設するとともに、北側からのアクセスについて必要な整備を検討します。

② 施設配置計画

- ・ 南病棟、北病棟を継続して活用することを前提に、新病棟は先行解体する第1病棟の跡地を使用し、南病棟と北病棟の間に整備します。
- ・ 将来的な増改築等を考慮しつつ、病院北側及び西側の住宅地に隣接する病院事業に供さない用地については、まちづくりの視点を踏まえ、民間活力をいかしながら、病院及び周辺地域との相乗効果が期待される土地利用の促進と財源の確保を図るため、民間事業者等への売却などを検討します。

③ 車両動線、駐車場整備計画

- ・ 敷地内に乗合バスやタクシー、自家用車の乗降場所を整備し、乗合バスとタクシーについては待機場所を確保するとともに、各車両の動線に配慮します。
- ・ 駐車場は、現状と同数の350台程度を確保します。
- ・ 病院のエントランス付近の混雑を回避するため、ロータリーを整備します。
- ・ 駐車場の一部は、冬季の堆雪場として利用します。
- ・ 救急患者や感染症が疑われる患者と、他の利用者との交錯をできる限り抑制するよう、動線に配慮します。

④ 浸水対策

- ・ 敷地周辺は、洪水による浸水深が0.5mから3.0mまでの区域に該当します。
- ・ そのため、洪水時においても病院機能を維持できるよう、1階床レベルの設定や病院までのアクセス通路、重要設備の配置等を検討します。
- ・ サーバー室、受変電設備、非常用発電機、薬剤など、病院機能の維持に重要な設備及び医療用備蓄品などについては、浸水リスクを踏まえ、2階以上に配置するなどの対策を検討します。
- ・ 局地的な集中豪雨時における建物内への浸水対策として止水板等の整備を検討します。

3 構造計画

- 耐震性能については、大規模な地震後も構造体の大きな補修を行うことなく建築物を使用できることを目標とし、「官庁施設の総合耐震・対津波計画基準」における構造体の耐震安全性の分類Ⅱ類に基づき整備します。

分類	活動内容	対象施設	耐震安全性の分類 (構造体)
救護施設	<ul style="list-style-type: none"> 被災者の救難、救助及び保護 救急医療活動 消火活動等 	病院及び消防関係施設のうち、災害時に拠点として機能すべき施設	Ⅰ類（主に災害拠点病院） 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。
		病院及び消防関係施設のうち上記以外の施設	Ⅱ類（災害拠点病院以外） 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。

出典：官庁施設の総合耐震計画基準及び同解説 耐震安全性の分類（抜粋）

- 既存の病棟との接続や施設規模、経済性等を考慮し、「耐震構造」を基本とします。
- 具体的な構造計画は、地質調査結果等を踏まえ基本設計時に確定するものとしますが、長スパン化が図れ、内部空間がフレキシブルに利用しやすい構造を積極的に採用します。

	特徴	長所	短所
耐震構造	地震力に対して構造体の骨組で耐える構造。建物の揺れはあっても倒壊しない。	一般的な構造であり、コストが安い。長い工期を必要としない。 既存建物との接続が比較的容易である。	地震による揺れが大きいいため、大きな家具や設備は転倒に備えて固定する必要がある。
制震構造	建物に装着する制震ダンパー等の働きにより、建物の振れを低減させる構造。	免震の構造ほどではないが建物の揺れが抑えられる。 超高層建物に適している。 既存建物との接続が比較的容易である。	制震ダンパーをバランスよく配置するために空間の自由度の制約を受ける可能性がある。 免震構造ほどではないがコストが高い。大地震等災害後に点検費用が必要である。
免震構造	建物と地盤あるいは梁と柱の間に、免震装置を設置し、建物の揺れをやわらかい揺れへと抑制する構造。	最も建物の揺れを抑えることができ、空間の自由度の制約も生じない。 家具等の転倒や散乱を免れるため、業務の復旧が早い。	イニシャルコストが最も高い。免震装置の定期的点検費用が必要である。 大地震等災害後に点検費用及び一部補修費用が必要。 施工の難易度が上がり、かつ工期が長くなる。 既存建物との接続は十分なクリアランスを確保する等の設計上の工夫が必要となる。

4 設備計画

- ・ 各種設備は、安定性・経済性及び保守の容易性を念頭におきながら、利用者や職員にとって良好な環境を提供できるよう整備します。
- ・ 経営の健全化の観点から、初期投資を抑え、かつ設計時に省エネルギー型の設備を検討し、維持管理費を抑制するとともに、環境負荷の低減を図ることができる設備の導入を検討します。

(1) 電気設備

- ・ 大規模地震等の災害時においても電力供給の安全性と信頼性を確保するため、2 回線受電（本線・予備線）を検討します。
- ・ 停電時にも最低 3 日間（72 時間）は、通常時の 6 割程度の電力使用で医療機能を維持できるよう自家発電設備の設置を検討するとともに、必要な燃料を確保します。
- ・ センター病院で策定している事業継続計画（BCP）を考慮した具体的な災害対策が実施できる設備を導入するとともに、改築後には、新しい病院施設に即した事業継続計画へ更新を行います。
- ・ 停電時に瞬断などの急な電源供給停止による医療機器へのダメージ、コンピューターのデータ損失等を防ぎ、安全に停止するまで正常に電力を供給することができるよう無停電電源装置の設置を検討します。
- ・ LED照明や人感センサーなどの省エネルギー化を図ります。

(2) 空気調和設備

- ・ 利用者及び職員の快適性に配慮するとともに、エネルギーロスを減らすため、できる限り個別コントロールができる空調システムを導入します。
- ・ メンテナンスのしやすい機器を採用する等、維持管理費が抑えられる設備を整備します。

(3) セキュリティ設備（保安・防災）

- ・ 病院内の各種設備の稼働状況を監視するための中央監視設備を設置し、有効活用する既存施設も含め防災面、保安面の一元的管理を行います。
- ・ 病院内の防犯体制を強化するため、監視カメラ等を整備するとともに、セキュリティを確保するため、ICカード等による入退室管理システムの導入を検討します。

(4) 給排水衛生等設備

- ・ 効率的でメンテナンスのしやすい設備を整備するとともに、雨水の有効活用など節水に配慮した設備の導入を検討します。
- ・ 医療ガス設備については、病室、手術室、処置室等に配置するほか、災害時等に多数の患者が発生した場合にも対応できるようエントランスホールや講堂等への配置を検討します。

(5) 昇降機・搬送設備

- ・ 新病院における人・物品等の昇降量・用途を適切に把握し、利用者用、寝台用、物品搬送用など用途に合わせ効率的に昇降機・搬送設備等を整備します。
- ・ 物品の搬送は、エレベーターを利用した院内職員による人手搬送を基本としますが、階層が分かれることで緊急での搬送が想定される物品の円滑な輸送に支障が生じる場合には、機械搬送（小荷物専用昇降機等）の導入を検討します。

5 仮設計画

(1) 新病棟建築時

- ・ 工事車両の出入りは市道大和三南高田線を利用することとし、工事着手前に、同路線から工事区域までのアクセス道路を整備します。
- ・ 工事範囲と利用者や職員の動線を分離し、施設利用時の安全性の確保を図ります。
- ・ 設計期間中に第1病棟の解体工事を先行実施するなど、工期短縮を図ります。
- ・ 工事期間中、病院用地の南側部分については、仮設ヤードとしての使用を検討します。

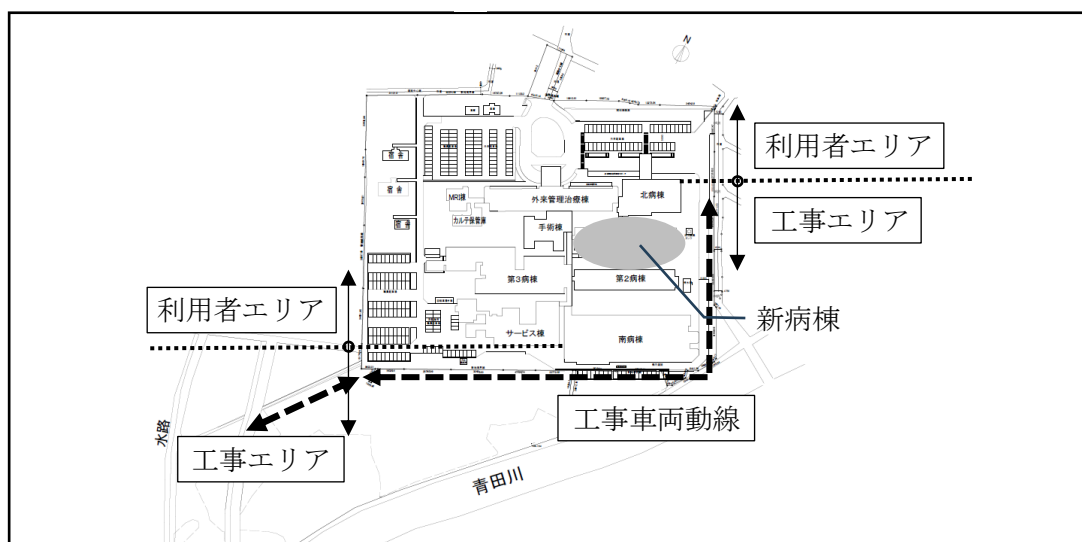


図 14 仮設計画図（第1病棟解体及び新病棟建築時）

(2) 既存建物解体時

- ・ 新病棟のメインエントランスは西側を基本としますが、解体工事が完了するまでは北病棟からの動線を確保します。
- ・ 新病棟建築後の既存建物解体時においても、工事用車は、市道大和三南高田線から整備するアクセス道路を利用することとして動線を分離し、施設利用時の安全性の確保を図ります。

第4章 整備手法

1 整備手法の検討にあたり

- ・ 複雑な病院改築においては、整備に係る条件の優先順位によって、採用すべき発注方式が異なりますが、次の条件を基に整備手法を検討しました。

- ① 発注者の意見反映
- ② 事業期間の短縮
- ③ 事業費の縮減
- ④ 地元事業者の整備事業への参画

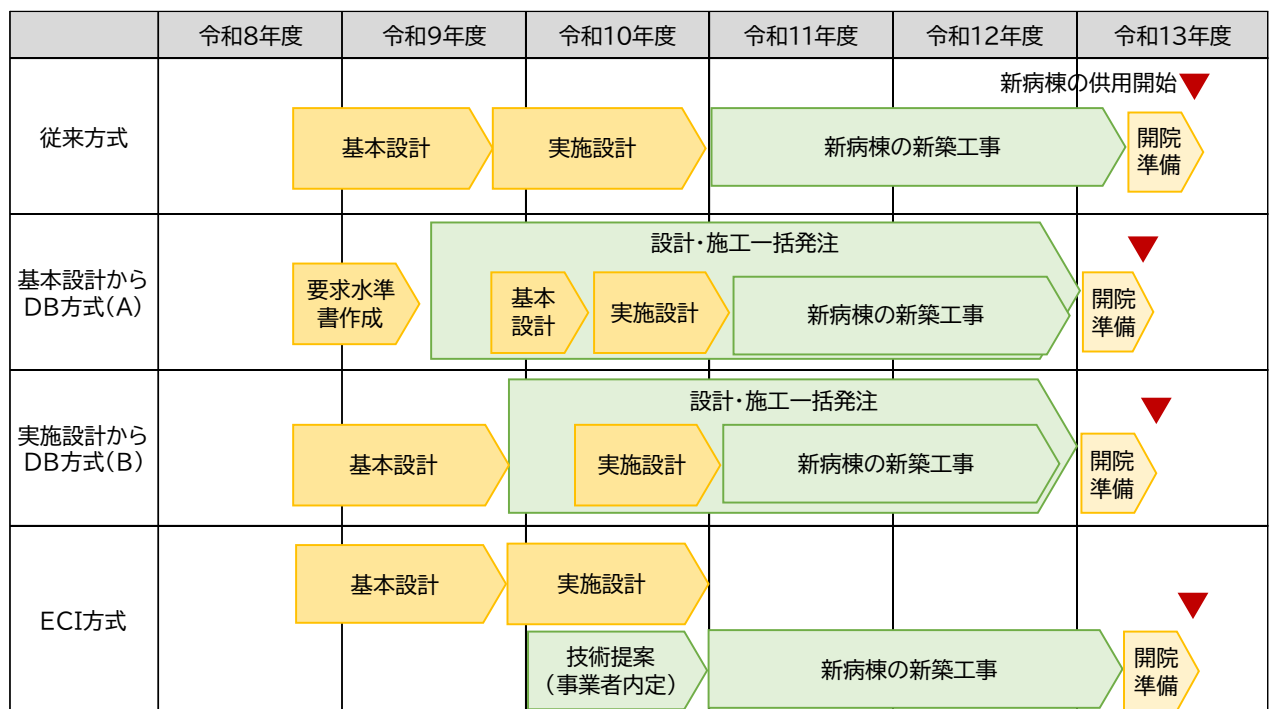
2 整備手法の比較検討

- ・ 従来方式、基本設計からのDB方式、実施設計からのDB方式、ECI方式、それぞれの概要を比較し、センター病院の改築に相応しい発注方式を検討しました。
- ・ 現時点の事業スケジュールを比較した結果、整備手法の違いによる新病棟の供用開始時期に大きな差はないと見込んでいます。

発注方式	従来方式	基本設計からのデザイン・ビルド(DB)方式(以下、「DB方式A」)	実施設計からのデザイン・ビルド(DB)方式(以下、「DB方式B」)	アーリー・コントラクター・インボルブメント(ECI)方式
概要	・ 設計と施工を分離発注する方式	・ 基本設計から施工までを包括発注する方式	・ 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	・ 設計と施工を分離発注する方式 ・ 実施設計を委託後、施工予定者を選定し、実施設計の段階から施工者が関与する方式
発注者の意見反映	<ul style="list-style-type: none"> ・ 発注者、設計者、施工者の役割が明確。 ・ 発注者による工事監理の厳格化が可能であるため、病院特有の要求性能を確保しやすい。 ・ 設計中、施工中でも発注者ニーズが反映しやすい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 従来方式、ECI方式に比べ、発注者のニーズが反映しにくく、品質確保にも不安がある。 ・ 特に複雑な病院建築においては発注者側の要望が反映しにくい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 基本設計は設計事務所が行うため、規模や配置構成等の発注者ニーズを比較的に反映できる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ DB方式に比べ、厳格な工事監理が可能で、設計中、施工中でも発注者ニーズが反映しやすい。
	◎	△		○
事業期間の短縮	<ul style="list-style-type: none"> ・ 設計単価と実勢価格の乖離が生じやすく、入札不調のリスクがある。 ・ 設計完了後に施工者を選定するため工事に係る工程は比較的に明確 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 早期に施工事業者を決定するため、事業期間の中で設計内容も含め調整を行いやすい。 ・ 要求水準書の作成や事業者選定に相当な時間と経費を要する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 比較的早い段階で施工事業者を決定するため、事業スケジュールの調整が行いやすい。 ・ 要求水準書の作成や事業者選定に相当な時間と経費を要する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 契約時に金額が合わなかった場合、工事着工が遅れる。
	△	◎		○

事業費 縮減効果	<ul style="list-style-type: none"> 適正な設計額の設定と透明性が確保できる。 競争入札による価格競争性が高い。 施工者提案による設計内容の変更が行いにくいいため、高値傾向となりやすい。 	<ul style="list-style-type: none"> 施工者のノウハウを設計段階から採用できるため、VE提案や施工合理化による工事費縮減が期待できる。 事業者選定後は実質的な価格競争が働きにくく、工事費の妥当性検証が難しい。 設計変更の単価設定が、施工者主体となるため、コスト増のリスクがある。 	<ul style="list-style-type: none"> 施工者のノウハウを設計段階から採用できるため、VE提案や施工合理化による工事費縮減が期待できる。 事業者選定後は実質的な価格競争が働きにくく、工事費の妥当性検証が難しい。
	△	◎	○
地元事業者の整備事業への参画	<ul style="list-style-type: none"> 設計によっては、建築工事、電気設備工事、機械設備工事が分離発注できるため、地元事業者の参画機会を確保しやすい。 	<ul style="list-style-type: none"> 設計及び施工を同一企業が受注する場合があります、地元事業者の参画の機会が減る可能性がある。 更に、工法・資材が全国標準化されやすく、その結果、地元メーカー・地元資材業者の参画機会が減少する可能性がある。 	<ul style="list-style-type: none"> 建築工事、電気設備工事、機械設備工事の一括契約が一般的であり、地元専門工事業者が元請として参画する機会が減少する。 病院整備においては設計協力及び施工段階での一体的なマネジメントが求められることから、総合建設会社を中心とした一括発注が採用されることが多い。このため、地元設備事業者等の参画機会が減少する。 技術協力段階から対応できる企業が限定される。
	◎	△	○

※上記「◎、○、△」は、各項目を整備手法ごとに相対的に評価したものです。
 ※上記「従来方式」欄は、施工者を競争入札により決定する場合を想定しています。



※ 上記の各方式スケジュールには、工事等の各工程に係る事業者選定期間を含みます

図 15 各整備手法の工程比較

3 アンケートの実施

- ・ 昨今の建設業界では、データセンターや半導体関連工場などの大型プロジェクトに加え、再開発事業の増加により、建設需要が高まる一方、技能労働者の不足や資材価格・労務費の高騰が続いています。その結果、工事費の上昇や入札不調などが生じ、事業執行への影響が顕在化しています。
- ・ そのため、円滑かつ着実な事業の進捗を図る観点から、県内外の設計事務所や建設会社を対象に、最適な設計・施工に係る発注方式を検討するため、アンケート調査を実施しました。

4 アンケート結果

(1) 調査対象、回答数

		調査件数	回答数	回答率
「医療施設」分野の実績が多い 設計事務所	県内	11 社	8 社	72.7%
	県外	13 社	12 社	92.3%
	計	24 社	20 社	83.3%
「医療施設」分野の実績が多い 建設会社	県内	15 社	12 社	80.0%
	県外	11 社	11 社	100.0%
	計	26 社	23 社	88.5%

※ 調査期間：令和 8 年 6 月 12 日～令和 8 年 7 月 10 日

(2) 本事業に対する関心について

- ・ 設計事務所及び建設会社ともに、本事業に対して概ね関心を示す回答が得られました。
- ・ その中で、全国規模の建設会社では、「大変関心がある」との回答が全体の 9%にとどまり、「関心がある」との回答も 55%であり、両者を合わせると 64%が関心を示したものの、強い関心を示した割合が限定的でした。
- ・ 「関心がない」又は「あまり関心がない」と回答した理由として、専門事業者（サブコン）を含む施工体制の構築や、必要な従業員の配置が困難であることに加え、現在の建設市況を踏まえると、想定する事業費内での施工は難しいとの懸念が挙げられました。こうした回答の背景には、大型プロジェクトの増加などに伴う建設需要の高まり、技能労働者の不足、資材価格・労務費の上昇といった建設市場を取り巻く状況があるものと考えられます。

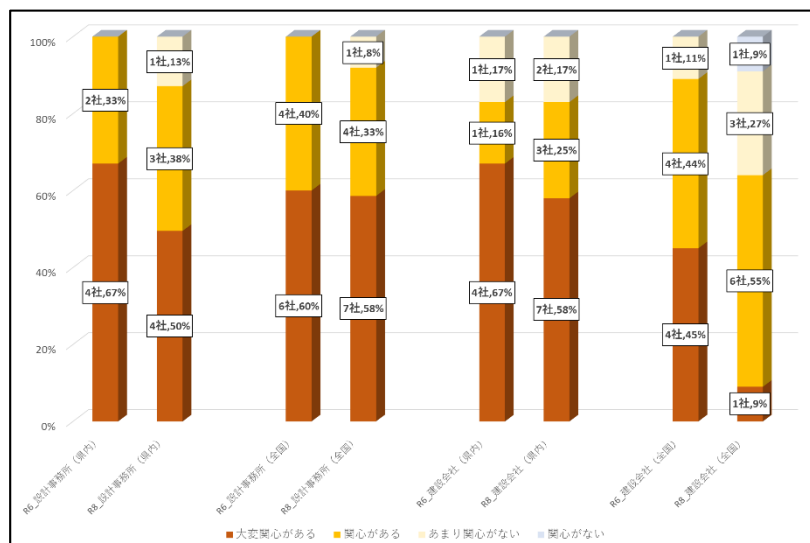


図 16 設計事務所及び建設会社へのアンケート結果（本事業への関心）

(3) 各発注方式に対する設計事務所及び建設会社の応札意向について

- ・ 県内の設計事務所では、設計業務に応札する可能性が高いとした割合は、「従来方式」が 50%で、その他の発注方式では 50%以下でした。
- ・ これに対し、全国規模の設計事務所では、「従来方式」が 100%、「E C I 方式」が 75%と高く、「D B 方式」は 25%にとどまりました。
- ・ また、県内の建設会社では、建設工事に応札する可能性が高いとした割合は、「従来方式」が 92%と最も高く、その他の発注方式はいずれも 50%以下でした。
- ・ 全国規模の建設会社では、「従来方式」が 64%と最も高く、その他の発注方式は 27～55%でした。
- ・ 以上のことから、設計事務所及び建設会社のいずれにおいても「従来方式」を採用した場合に、それぞれを担う業務・工事に応札する可能性が高い傾向が確認されました。一方、その他の発注方式については、事業者の区分や方式によって応札意向に差が見られました。

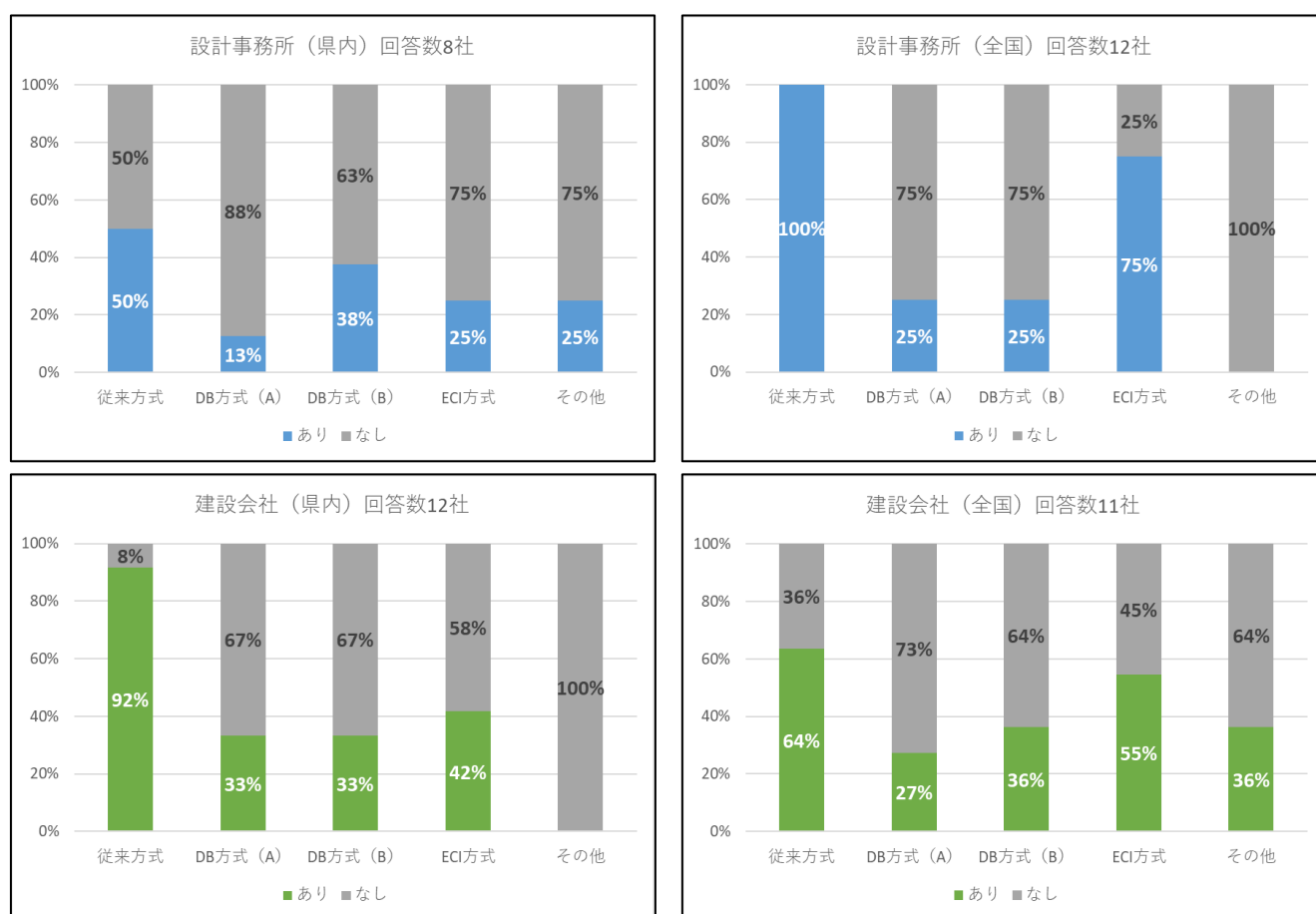


図 17 設計事務所及び建設会社へのアンケート結果（応札の意向）

5 結論

- ・ 施設に求める機能・品質の確保、地域経済への波及効果、入札参加者の確保、価格競争性等を総合的に勘案し、「従来方式」(設計・施工分離発注する方式)を採用します。
- ・ DB方式及びECI方式には、施工者の技術力を早期に活用できる利点がある一方、価格の透明性の確保、発注者意向の反映、地元事業者参画の面で課題があります。本事業において、医療機能に係る要求性能を確実に実現するとともに、事業の透明性及び地域経済への波及効果を確保することが重要であるため、従来方式が適していると判断しました。
- ・ 一方、従来方式には、建設工事の入札不調により事業スケジュールが遅延するリスクがあります。このため、建設会社を対象としたサウンディング調査を継続的に実施し、施工条件や市場動向、応札意向などを把握するとともに、発注時期や工事内容等の情報を適時に提供し、入札参加者を確保しながら事業を進めます。
- ・ また、従来方式を前提に、施工段階における民間事業者の技術提案を活用し、コスト縮減や施工上の工夫を図る観点から、入札時VE方式¹の導入についても検討します。

¹ 入札時に、入札参加者から請負代金額の低減を可能とする施工方法等の提案を募集する方式のこと。

第5章 部門別計画

新病院の整備にあわせ、各部門の機能や設備等の充実を図ります。

1 外来部門

(1) 部門方針

- ・ 現状の診療科を継続するとともに、関係機関との連携強化により利用者の利便性向上を図ります。
- ・ 各診療科や部門の職員が協働し、チーム医療を推進するとともに質の高い医療の提供に尽力します。
- ・ 安心して入院ができるよう外来と病棟との情報共有と連携の推進を図ります。

(2) 機能及び規模

① 診療科目

- ・ 新病院の開設時には、医療法に定める標準医師数を満たす必要があることから、特定の診療科に限定せず、医師確保を最重要課題として取り組みます。
- ・ その上で、現在の診療科である内科、整形外科、リハビリテーション科、麻酔科、脳神経外科及び歯科口腔外科については維持します。
- ・ 一方で、医師の確保が困難な状況にあることから、現在休診となっている外科、肛門外科及び児童精神科については、診療実態を踏まえて廃止することとし、婦人科についても、新病院の開設にあわせて廃止することとします。
- ・ また、開業医の減少が見込まれる中、地域で不足する医療機能を踏まえた診療科の設定について検討します。

② 外来患者数

- ・ 1日当たりの外来患者数は、170人程度を想定します。

③ 診察室

- ・ 診察以外の活用も見据え、現状と同程度の10室程度を基本とします。
- ・ 診察室の効率的な利用や将来の医療需要の変化、診察以外の活用にも柔軟に対応するため、診療科を特定しない診察室（フリーアドレス診察室）を設け、患者数や医師数に応じて運用を調整します。（歯科口腔外科は除く）
- ・ 感染症対策のための隔離された診察室を設置し、一般患者と出入り口を分離します。

④ 注射・点滴・処置

- ・ 外来患者の注射・点滴・処置は中央処置室で行います。
- ・ 感染患者の隔離ができる施設・設備とします。

⑤ 検査

- ・ 外来患者の採血は中央採血室で、採尿は採尿室で行います。

⑥ 健診、健康教室

- ・ 周辺の事業所に勤めている方や地域住民を対象に、外来部門で一般健診等を行います。

- ・ 地域住民の健康増進及び発症予防のため、医師やリハビリ職員、管理栄養士、薬剤師等が地域に出向き行っている健康講座を引き続き実施します。また、新たな依頼へは、診療に支障をきたさない範囲において対応します。

⑦ その他

- ・ 外来化学療法室は現在化学療法を実施していないため、実態に合わせ整備しないこととします。

(3) 運営計画

① 診療体制

ア 診療日

- ・ 土、日、祝日及び年末年始（12月29日～1月3日）を除く毎日

イ 受付時間

- ・ 午前：8:30～11:30
- ・ 午後：13:00～15:00（診療科による）

ウ 診察時間

- ・ 午前：9:00～12:00
- ・ 午後：13:30～15:30

エ 診療予約制

- ・ 原則予約制とし、患者の利便性向上と待ち時間短縮を図ります。
- ・ 予約の受付・変更は、電話でも対応します。
- ・ 初診患者の当日診察（一部の診療科）も可能とします。

② 受付方法

ア 初診患者の受付

- ・ 初診患者は、受付窓口で受付を行います。

イ 再来患者の受付

- ・ 再来患者は、自動再来受付機で受付を行います。

③ 各診療科の問診・診察

- ・ 問診や身体測定等が必要な場合は、事前に看護職員が行います。
- ・ 各診療科の診察は、診察室で行います。

④ 処方

- ・ 外来患者への調剤は、原則、院外処方とし、院内処方が必要な場合は医事部門で処方箋を受け渡します。また、時間外救急等の一部では、院内処方を実施します。
- ・ 市内調剤薬局へのFAXコーナーを設置します。

⑤ 会計

- ・ 中央会計とし、自動精算機及び会計窓口での支払いとします。

(4) 諸室及び配置

① 主な諸室

外来諸室	ブロック受付、フリーアドレス診察室、中央処置室（点滴室）、歯科口腔外科診察室、技工室（歯科口腔外科）、面談・指導室、日帰り手術患者用リカバリー室、カンファレンス室、栄養指導室、計測室、待合スペース、感染患者用スペース 等
------	--

② 主な諸室の条件、部門の配置

- ・ フリーアドレス診察室で診療を行うため、患者への案内に配慮した構造や設備とします。
- ・ 処置室、採尿室及び中央採血室と検体検査室の検体搬送の動線に配慮します。
- ・ 面談・指導室の一部はフットケアが実施できるよう、流し台を完備します。
- ・ ストレッチャーでの診察が可能な広さを確保します。
- ・ 感染症が疑われる患者専用の出入口や駐車スペース、待合・診察室の整備を検討します。

2 病棟部門

(1) 部門方針

- ・ 回復期リハビリ等を強化し、急性期を脱した回復期・慢性期の患者を受け入れます。
- ・ 高齢者をはじめとした救急搬送の受入れ等の救急医療の提供体制を維持します。
- ・ 地域包括ケア病床の拡充を目指し、在宅支援への関わりを強化します。
- ・ 医療安全面・感染管理面において安全な療養環境を提供します。
- ・ 病床管理体制を整備し、円滑なベッドコントロールと病床の有効活用を図ります。
- ・ 緩和ケアの実施に当たっては、対応方針を丁寧に説明するとともに、医師や看護師等のチーム医療体制により、患者の意思を尊重した医療を提供します。

(2) 機能及び規模

① 病床機能及び病床数

- ・ 新病棟の供用開始時における、病棟別の機能及び病床数を次のとおり想定します。

病棟名	病棟機能	病床数
北病棟	一般病棟	18 床
新病棟 1	一般病床・地域包括ケア病床の混合病棟	50 床
新病棟 2	地域包括ケア病棟	50 床
南病棟	回復期リハビリテーション病棟	55 床
計		173 床

- ・ これまでと同様に、一部の病床を緩和ケア的に運用し、疾患に関わらず緩和ケアを必要としている患者を受け入れます。

② 看護体制

- ・ 以下の看護体制を想定します。

一般病床	10 対 1
地域包括ケア病床	13 対 1
回復期リハビリテーション病床	13 対 1

③ 病床配分・病棟構成

- ・ 1 看護単位を 50 床程度とし、医療需要の変化に応じて柔軟な病床の活用を図ります。
- ・ 施設基準については、現時点では急性期一般入院料 6、地域包括ケア病棟入院料 1、回復期リハビリテーション病棟入院料 1 の取得を想定します。

④ 病室の形態

- ・ 病室は、4 床室と個室の組み合わせを基本とし、個室の割合は 40%程度とします。
- ・ 多床室においてもプライバシーの確保に努めるとともに、将来の個室化などに対応できる構造とします。

⑤ 病室の設備

- ・ 病室は、全室個別に管理できる空調設備とします。

- ・ 特別室の個室にはシャワー設備の設置を検討します。
- ・ 感染対策に配慮した病室の整備を検討します。

(3) 運営計画

① 食事

- ・ 配膳方式は中央配膳²とし、温冷配膳車を利用して適温給食を提供します。
- ・ 患者サービスの向上のため、選択メニューやイベントメニューを実施します。

② 薬剤

- ・ 入院患者を対象に薬剤管理指導を実施します。

③ 検査

- ・ 定時採血・臨時採血は看護師が行うことを基本とし、採血容器は検査部門が準備する方針とするため、病棟と検査部門間の検体搬送の動線に配慮します。

(4) 諸室及び配置

① 主な諸室

新築する病棟	4 床室、1 床室、薬剤準備室、処置室、一般浴室、特殊浴室、脱衣室、洗濯室、デイルーム兼食堂、病棟リハビリスペース、車いす置き場、ストレッチャー置き場、面談室 等
職員用諸室	スタッフステーション、休憩室、仮眠室、リネン庫、器材庫、汚物処理室等

② 主な諸室の条件、部門の配置

- ・ 患者用トイレは各病室に設置します。
- ・ 病室の洗面所は、車いすで使用可能なものとします。
- ・ 特殊浴室の脱衣所は、ベッド2台が十分に入る広さを確保します。
- ・ スタッフステーションは病棟の中央に配置し、病棟内の視認性と看護動線に配慮します。
- ・ 常時監視が必要な重症者用の個室は、スタッフステーションとの視認性を確保します。
- ・ 将来の医療需要の変化や制度改正等に応じて、必要な施設基準の取得や病床機能の変更に柔軟に対応できる施設とします。

² 中央のメイン厨房で調理・盛り付けの全ての作業を行い、温冷配膳車や再加熱カートで直接病室に食事を届ける方式。中央配膳方式のほかには、病棟の各階にサテライト厨房を設け、メイン厨房から搬送された患者食の調理作業の一部と盛り付けを行い、病床に配膳する病棟配膳方式がある。

3 救急部門

(1) 部門方針

- ・ 地域の救急医療体制を維持し、二次救急病院として病院群輪番制を担います。
- ・ 高齢者をはじめとする救急患者のうち、手術を必要とせず、一般的な入院治療により対応可能な患者（肺炎、尿路感染症、心不全、感染症等）に対し、初期診療や入院治療を行います。
- ・ 緊急性・専門性が高い症状や診断が困難な症例等の重篤な救急患者については、他の医療機関との連携にて対応します。
- ・ 急性期病院に救急搬送された患者のうち、対応可能な患者は、急性期病院と連携を図り、受入を行います。

(2) 機能及び規模

① 診療日・診療時間

- ・ 夜間・休日も含めた 24 時間体制とします。

② 対象患者

- ・ 一次救急及び二次救急医療患者を対象とします。

③ 体制

- ・ 夜間は、当直医師 1 名、当直看護師 1 名を配置します。
- ・ 休日は、日直医師 1 名、日直看護師 1 名を配置します。

(3) 運営計画

① 処方

- ・ 時間内は院外調剤を基本とします。
- ・ 夜間・休日の調剤は原則として院内調剤とします。

② 検査、放射線

- ・ 夜間・休日の検査に関しては、臨床検査技師、診療放射線技師のオンコール体制で対応します。

③ 注射、処置

- ・ 救急患者への注射、処置は救急処置室で行います。

④ 会計

- ・ 会計は、医事部門の会計窓口で対応します。

(4) 諸室及び配置

① 主な諸室

救急外来	救急処置室、救急診察室、風除室 等
------	-------------------

② 主な諸室の条件、部門の配置

- ・ 放射線部門との動線に配慮します。

-
- ・ 救急車が一方通行で通り抜けられる動線を確保するとともに、救急車が停車し乗降する場所には屋根や風除室等を整備し、防雨・防風雪対策を講じます。
 - ・ 救急患者と他の患者の入口を分離し、外来患者等との動線が交錯しないよう配慮するとともに、ストレッチャーが出入りしやすい間口を確保するなど、救急部門へスムーズに受け入れができる構造とします。
 - ・ 発熱等の感染が疑われ救急患者は、感染対策用の救急診察室で対応します。
 - ・ 時間外受付は、時間外出入口からアクセスしやすい場所に設置します。

4 手術・中央材料部門

(1) 部門方針

- ・ 手術部門は、センター病院に適した施設・設備とするとともに、日帰り手術にも対応できるように手術室及び関連諸室を整備します。
- ・ 歯科口腔外科の手術を中心に実施し、必要に応じて緊急的な手術に対応します。また、歯科口腔外科では、顎変性症や障害者歯科治療など、一般歯科では治療困難な疾患の治療を実施します。
- ・ 患者及び職員の安全確保のため、最新の感染制御の考えに基づき、動線計画、空調管理、手術設備などについて精査し、最適な施設・設備とします。
- ・ 将来的な手術需要に対応可能な設備とします。

(2) 機能及び規模

① 手術室数

- ・ 手術の円滑な実施と緊急時対応のため、手術室数は2室を基本とします。

② 手術室の形態

- ・ 中央ホール型とします。
- ・ 手術室は、患者の安全を確保するために余裕をもって職員の移動や機材の運搬ができるスペースを確保します。

③ 中央材料室

- ・ 器材の在庫管理を徹底し、補充作業の効率化を図ります。
- ・ 洗浄、滅菌場所の分けを行うなど、医療機器の安全管理を徹底します。

④ 中央倉庫（診療材料倉庫）

- ・ 診療材料等の在庫管理を徹底し、補充作業の効率化を図ります。

(3) 運営計画

① 手術室の運用

- ・ 予定手術のほか、緊急手術に適切に対応できるよう運用します。

② 患者の搬送方法

- ・ ウォークインやベッド直送を基本とします。
- ・ 患者の乗せ換えが必要な際は、手術室前の中央ホールで行います。

③ リカバリー

- ・ 術後のリカバリーは、病棟で行います。
- ・ 日帰り手術のリカバリーは、外来のリカバリー室を使用します。

④ 検査

- ・ 必要な検査機器の配置について検討するとともに、検査部門と円滑な連携を図ります。
- ・ 検査部門内の機器の充実のため、手術部門内には検査機器を配置しない方針とします。

⑤ 放射線

- ・ 手術中の放射線撮影は、診療放射線技師が行います。
- ・ ポータブルのX線撮影装置、歯科口腔外科用イメージ（Cアーム）を整備します。

⑥ 洗浄・滅菌室

ア 洗浄・滅菌

- ・ 内視鏡等の使用部門で洗浄を行う一部の物品を除き、対象物品の一次洗浄から滅菌までの実施を基本とします。
- ・ 使用済器材の洗浄、滅菌前エリアと滅菌後の清潔エリアを明確に区別します。

イ 回収・供給

- ・ 使用済み対象物品の回収、滅菌物の供給を行います。
- ・ 病棟、救急処置室の器材は定数配置をし、管理を行います。

⑦ 中央倉庫（診療材料倉庫）

ア 診療材料

- ・ 中央倉庫（診療材料倉庫）を中心に効率的な運用を行います。
- ・ 各部署への定数配置を基本に、払出発注、在庫管理を行います。
- ・ 診療材料の使用（消費）情報を把握し、効率的かつ安全性に配慮した運用を検討します。

（４） 諸室及び配置

① 主な諸室

手術室	手術室、前室、器材庫、トイレ、待合室
中央材料室	洗浄室、組立・滅菌室、既滅菌室、診療材料倉庫
職員用諸室	職員更衣室・控室、シャワー室

② 主な諸室の条件、部門の配置

- ・ 手術室は中央材料室と隣接配置とし、術具等が手術室に直接配送される構造とします。
- ・ 部門内の清潔不潔の区分けや動線に配慮し、ワンウェイ化を図ります。
- ・ 入院手術患者と日帰り手術患者との動線が交錯しないように配慮します。

5 内視鏡部門

(1) 部門方針

- ・ 診療機能の進歩や低侵襲の医療技術の普及を踏まえ、専門職員を中心に安全かつ良質な内視鏡検査・治療を行います。
- ・ 患者のプライバシーに配慮するとともに、職員が効率的に業務を行えるような動線計画とします。
- ・ 器材の洗浄・消毒を適切に行い、感染事故の防止に努めます。

(2) 機能・規模及び運営計画

① 内視鏡室数

- ・ 内視鏡室（上部・下部各1室）を整備します。
- ・ 器材の使用履歴の管理を行い、感染対策・安全対策に考慮した運用を実施します。

② 内視鏡検査・処置

- ・ 上部消化管、下部消化管内視鏡検査及び治療を実施します。
- ・ 内視鏡検査・治療は原則、予約制とします。

③ 前処置・回復

- ・ 前処置室にて麻酔などの直前の処置を行います。
- ・ リカバリーは外来の中央処置室（点滴室）等に対応します。

(3) 諸室及び配置

① 主な諸室

内視鏡室	内視鏡室（上部・下部）、洗浄室、汚物処理室、器材庫、前処置室、患者更衣室・待合室（又はスペース）、トイレ 等
------	--

② 主な諸室の条件、部門の配置

- ・ 下部消化管内視鏡検査・治療のために室内にトイレを設置します。
- ・ 生理機能検査室、放射線部門と近接配置とし、外来患者の動線に配慮します。
- ・ 生理機能検査室、放射線部門と近接配置とし、待合室は共用とします。

6 薬剤部門

(1) 部門方針

- ・ 医薬品の安全で効果的な使用のための管理と情報提供の充実に図ります。
- ・ 日本病院薬剤師会が奨めている病棟業務の拡充を目指すとともに、回復期機能を有する病院の薬剤科としての在り方を検討します。
- ・ 外来業務についても入院患者と同等の業務の展開を目指します。
- ・ 他職種とのタスクシェアを推進し、医師や看護師の業務の負担軽減を図るとともに、より充実した薬物療法を行います。

(2) 機能及び規模

① 外来調剤

- ・ 外来調剤は院外処方とし、時間外救急などの一部は院内処方にも対応します。
- ・ かかりつけ薬局・薬剤師と連携し、より適正な薬物療法を提供します。
- ・ 医師や看護師等からの相談に速やかに対応するとともに適切で安全な薬物療法の提供を行います。

② 入院調剤

- ・ 入院処方薬は定期・臨時を含め、医師の指示に基づき一包化を実施します。
- ・ 注射薬は患者毎にセットし提供します。
- ・ 他医療機関等と連携し、安全、シームレスな薬物療法を提供します。

③ 製剤業務

- ・ 市販されておらず治療上不可欠な剤型の薬剤については、薬剤部で安全性を十分に考慮した上で調製を行います。
- ・ 注射ミキシング業務はクリーンベンチ下で行い、安全で効率のよい注射薬の提供を検討します。

④ 医薬品情報管理業務

- ・ 毎月1回、医薬品安全管理委員会で医薬品情報の提供を行います。
- ・ 患者や職員からの問い合わせに対しても迅速に対応します。
- ・ フォーミュラリー³の導入を検討します。

⑤ 薬剤管理指導業務及び病棟薬剤業務

- ・ 診療科及び看護部門と連携し、薬剤管理指導業務を実施します。
- ・ 病棟におけるタスクシェアを推進し、他職種と連携しながら安全な医薬品管理と薬物療法の実施を目指します。
- ・ 持参薬及び常用薬の確認及び患者・家族への面談、診療情報提供書や入院時各種検査結果をもとに、患者の病態や生活に適した薬物療法の処方提案を行います。
- ・ 各病棟に薬剤師を配置し、薬物療法の有効性・安全性の向上を目指します。

³ 「医療機関における患者に対して、最も有効で経済的な医薬品の使用における方針」のこと。治療の標準化を目的とした医薬品の使用指針であり、医薬品安全管理と経済面への貢献が期待できる。

- ・ 将来的には訪問薬剤管理指導の実施を検討します。

(3) 諸室及び配置

① 主な諸室

薬局	薬局、薬剤事務室、医薬品情報管理室、無菌調剤室 等
----	---------------------------

② 主な諸室の条件、部門の配置

- ・ 浸水対策のため、医薬品倉庫を含めて薬局は2階以上への設置とします。その際、外来患者への院内処方を行う場合もあることから、薬の受け渡しを行う会計窓口との動線に配慮します。
- ・ 医薬品倉庫は外部からの動線に配慮し、搬入の円滑化を図ります。

7 放射線部門

(1) 部門方針

- ・ 効率よく、安全に画像診断を実施するとともに、外来、病棟等との迅速な連携を図ります。
- ・ 患者が安心して撮影や検査を受けられるように、患者の利便性やプライバシーに配慮した施設設備とします。

(2) 機能及び規模

- ・ 現状と同数程度の撮影機器を整備します。

機器名	台数
C T 撮影装置	1 台
M R I 装置	1 台
一般撮影装置	2 台
X 線 T V 装置	1 台
骨密度測定装置	1 台
ポータブル撮影装置	2 台
外科用 X 線装置 (C アーム)	1 台
歯科用 X 線装置	1 式

(3) 運営計画

① 検査体制

- ・ 外来患者の動線短縮のため、生理機能検査室及び内視鏡室等と受付を集約します。
- ・ C T 及び M R I の読影は外部委託を基本とします。

② 緊急撮影

- ・ 時間外の緊急撮影は、オンコール体制にて対応します。

(4) 諸室及び配置

① 主な諸室

放射線撮影室	C T 検査室、M R I 室、一般撮影室、X 線透視室、骨密度測定室、操作室兼読影室、C P U 室、患者用トイレ、オンコール用更衣室、歯科用 X 線撮影室 等
--------	---

② 主な諸室の条件、部門の配置

- ・ 透視下内視鏡検査・治療の実施のため、内視鏡室との動線に配慮します。
- ・ 各撮影室は、ベッドから移乗できる動線の確保や更衣スペースを整備します。
- ・ ストレッチャーが相互通行できる廊下幅を確保します。
- ・ 職員の動線に配慮し、操作室の集約化を想定します。

8 検査部門

(1) 部門方針

- ・ 業務の効率化のため、検体検査、輸血検査、細菌検査の配置の一元化を図ります。
- ・ 患者の採血、輸血、検査等におけるチェック体制の向上を図るとともに、感染予防に十分配慮し、安全で精度の高い検査を提供します。
- ・ 現在、院内受託（FMS [Facility Management System]）方式⁴を採用している項目は継続します。

(2) 機能及び規模

① 検体検査

- ・ 一般検査、臨床化学検査、血液検査を実施します。
- ・ 各検査機能を、検体検査室内に集約して配置し、業務の効率化を図ります。
- ・ 検査結果の迅速な報告体制に対応するため、電子カルテシステムと連動した検査結果の報告体制を確立します。

② 生理機能検査

- ・ 超音波検査、心電図、ホルター心電図、呼吸機能検査、脈波検査、24 時間血圧測定、簡易睡眠時無呼吸検査、終夜睡眠時無呼吸検査などの生理機能検査を実施します。

③ 輸血検査

- ・ 血液型検査、交差適合試験、不規則抗体のスクリーニングや同定など輸血に必要な検査を実施します。

④ 細菌検査

- ・ 一般細菌検査、抗酸菌検査において、塗抹検査、培養検査、薬剤感受性試験などを実施します。
- ・ 各種感染症における迅速検査（PCR 等含む）を実施します。

⑤ その他検査

- ・ 血液ガス検査を実施します。

(3) 運営計画

① 検体検査

- ・ 検体検査は臨床検査技師（一部医師・看護師）が院内で実施します。ただし、特殊な検査、頻度の少ない検査、院内で実施することが経済的でない検査は外部への委託を基本とします。
- ・ 臨床検査技師のオンコール体制を継続し、24 時間緊急検査にも対応します。

② 検体の採取

- ・ 外来患者の採尿は、採尿室で行います。

⁴ 業者が、生化学や血液の自動分析機器とその専用試薬を一括提供し、検査件数による契約単価に応じて、病院から業者に支払う方式。

- ・ 採痰ブースは結核病棟がないため実態に合わせ設置しないこととします。外来患者の採血は中央採血室で行い、全自動採血管準備装置により採血容器の準備業務の効率化を図ります。

③ 生理機能検査

- ・ 生理機能検査は臨床検査技師が実施します。
- ・ ホルター心電図、イベント心電図、24 時間血圧測定、簡易睡眠時無呼吸検査、超音波検査、終夜睡眠時無呼吸検査は予約制とし、その他の検査に関しては随時実施します。
- ・ 持続陽圧呼吸療法（C P A P）による遠隔モニタリングを実施します。

④ 輸血

- ・ 血液製剤の発注・管理・払い出しは臨床検査技師が行います。
- ・ 輸血管理を一元化とし、輸血管理料を算定します。
- ・ 自己血輸血の保管・管理を実施します。

⑤ その他検査

- ・ 血液ガス検査は、医師が採血し、検査室にて即時実施します。

（４） 諸室及び配置

① 主な諸室

検体検査	検体検査室（一般検査・生化学検査・血液検査・輸血検査）、細菌検査室、洗浄滅菌室、倉庫、中央採血室、採尿室、検査科事務室、更衣室等
生理機能検査	生理機能検査室（超音波検査室含む）、倉庫

② 主な諸室の条件、部門の配置

- ・ 患者の利便性を考慮し、生理機能検査室は外来部門・放射線部門と同一階とします。また、生理機能検査室、放射線部門、内視鏡部門の受付は集約化を図ります。
- ・ 検体検査室と中央採血室が上下階に分かれる場合、小荷物専用昇降機を整備します。
- ・ 患者の動線確保と個人情報保護のため、中央採血室と採尿室を隣接します。
- ・ 検査機器からの廃液処理に対応する排水口を整備します。

9 リハビリテーション部門

(1) 部門方針

- ・ 地域で最大規模のリハビリテーション機能を活かし、質の高いリハビリテーションを提供し、上越地域のリハビリテーションに貢献します。
- ・ 脳神経外科医の専門的知見に基づくリハビリテーションに加え、心不全のリハビリテーションの実施を検討するなど、回復期機能のさらなる強化に取り組みます。

(2) 機能及び規模

① 主な対象疾患等

- ・ 主な対象疾患等は以下のとおりです。
 - 脳血管疾患（脳出血、脳梗塞、くも膜下出血、頭部外傷 等）
 - 運動器疾患（骨折、脊髄損傷 等）
 - 呼吸器疾患（肺炎、COPD 等）
 - 廃用症候群（内科・外科疾患の安静後 等）
 - 小児疾患（脳性麻痺、染色体異常、その他の精神運動発達遅延 等）
 - 循環器疾患（心不全）

② 人員・設備等

- ・ 充実した疾患別リハビリテーションを提供するため、必要な人員・設備等の整備を目指します。

③ 入院リハビリテーション

- ・ 入院リハビリテーション患者は1日当たり100人程度を想定します。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟では、365日体制でリハビリテーションを提供します。
- ・ センター病院に直接入院した患者をはじめ、地域連携パス等により転院したリハビリテーションが必要な回復期患者や生活期において医療的ケアが必要で入院した患者等を対象に、リハビリテーションを実施します。
- ・ 患者が住み慣れた地域で暮らせるよう、地域の特性を考慮し、個性を尊重したリハビリテーションを提供し、在宅医療支援部門のスタッフと連携しながら円滑な退院を目指します。

④ 外来リハビリテーション

- ・ 外来リハビリテーション患者は1日当たり50人程度を想定します。
- ・ 身体の状態や生活環境に合わせた装具・車椅子を作成するための評価等を実施します。
- ・ 地域のニーズに合わせて、小児・成人外来リハビリテーションの拡充を検討します。

⑤ 訪問リハビリテーション

- ・ 上越市と妙高市の一部を対象に訪問リハビリテーションを実施します。
- ・ 運動機能や精神機能のリハビリテーションに加え、コミュニケーションや摂食嚥下機能のリハビリテーションの拡充を検討します。

⑥ 通所リハビリテーション

- ・ 短時間の通所リハビリテーションの開設については、周辺施設からサービスが提供されている状況を踏まえ、実施は見送ることとします。

(3) 運営計画

① 評価・治療

- ・ 身体機能評価、精神機能評価、高次脳機能評価、復職評価等を行います。
- ・ ドライブシミュレータ等を用いて、脳梗塞・脳出血等の病気後、脳外傷後の患者の運転再開支援のための評価・治療を実施します。
- ・ 摂食・嚥下機能の評価を実施します。
- ・ 必要に応じて退院前の家屋調査等の評価を実施します。
- ・ 評価結果を踏まえ、他職種との評価会議（カンファレンス）を定期的に開催します。

② 退院前指導等

- ・ 退院後の生活を見据え、退院前カンファレンス等を実施し、必要に応じて退院前の家屋調査や家族への介護指導、介護サービスへの助言を行います。

(4) 諸室及び配置

① 主な諸室

リハビリテーションセンター	理学療法室、作業療法室、言語聴覚室、小児治療室、ADL室、木工金工室、評価室、スタッフルーム、カンファレンス室、車いす用トイレ 等
---------------	---

② 主な諸室の条件、部門の配置

- ・ 言語聴覚室は、静かな環境で検査・訓練が実施でき、発声練習の音が外に漏れないような防音構造を基本とします。
- ・ 理学療法室と作業療法室は、通路や隣室から観察しやすいオープンな構造を基本とし、感染症に対応できるよう、ゾーニング対策を講じます。
- ・ 感染症への対策と業務効率化の視点から、新病棟には、リハビリテーションが実施できる専用のスペースを各病棟に整備します。
- ・ 安全な環境において屋外リハビリテーションが実施できるよう、自家用車や来院患者の動線と区別された専用のリハビリテーションコースの設置を検討します。

10 栄養部門

(1) 部門方針

- ・ 衛生上安全であり、かつ患者に喜ばれる給食を提供します。
- ・ 患者の病態に応じた適切な治療食の提供を行うとともに、栄養食事指導の積極的な実施により、患者の病状の早期回復や栄養状態の改善を目指します。
- ・ 大量調理施設衛生管理マニュアルに準じた厨房・設備とし、効率的な動線を整備します。

(2) 機能及び規模・運営計画

① 食事提供

ア 食事

- ・ 配膳方式は中央配膳方式とします。
- ・ 適時給食を実践するために、提供時間は「朝 7:30、昼 12:00、夕 18:00」とします。
- ・ 温冷配膳車の利用により適温給食を実践します。
- ・ 各病棟に患者のアメニティを考慮し、病棟食堂（デイルーム）を設け、円滑な水分補給の実現を検討します。

イ 調理方式

- ・ 施設内給食とします。
- ・ 調理業務の効率化及び負担軽減を図るため、調理方式の見直しを検討します。

ウ 配膳方式

- ・ 中央配膳により、栄養部門職員が各病棟まで温冷配膳車で搬送します。
- ・ 配下膳は、業務用エレベーターを利用するとともに、衛生に配慮した動線を明確にします。
- ・ 病棟内に下膳車設置のためのスペースを確保します。

② 栄養食事指導

ア 個別栄養指導

- ・ 管理栄養士が外来患者への栄養食事指導を行います。
- ・ 入院患者への栄養食事指導においては、医師、薬剤師、看護師等と協働して栄養計画を作成します。
- ・ 栄養食事指導は、平日 9:00～17:00 に原則予約制で対応します。
- ・ 将来的に、在宅患者訪問栄養食事指導や居宅療養管理指導の実施を検討します。

イ 集団栄養指導

- ・ 糖尿病患者に栄養指導を行います。
- ・ 糖尿病教育入院のタイミングに合わせて指導を実施します。

(3) 諸室及び配置

① 主な諸室

厨房	入荷室、ゴミ庫、備品庫、検収室、冷蔵室、冷凍室、食品庫、下処理室、調理室、チルド庫、カートプール、洗浄室、前室 等
事務室	栄養事務室、更衣室、休憩室、トイレ、検食室

② 主な諸室の条件、部門の配置

- ・ 災害時を想定し、非常食倉庫の設置場所に配慮します。
- ・ 食材搬入業者の搬入動線に配慮します。
- ・ 栄養指導室は外来と近接配置とします。
- ・ 栄養指導室には、簡易的な調理実習ができるスペースを確保します。
- ・ 集団栄養指導は、車いす患者 5 人程度に対応できるよう、会議室等の利用を想定します。

1 1 医療安全管理部門

(1) 部門方針

- ・ 医療安全及び医療の質の向上を図ります。
- ・ 職員の意識向上を図るとともに、院内における安全文化の醸成に努めます。

(2) 機能及び規模・運営計画

① 医療安全管理

- ・ 医療安全対策の企画、立案、評価を行います。
- ・ 専任の医療安全管理者を配置します。

② 安全管理に関する教育研修

- ・ 医療事故防止を目的に、全職員を対象に医療安全研修会を年2回以上実施し、職員の安全管理意識の向上、啓蒙・啓発に努めます。
- ・ BLS・AEDの実践訓練などロールプレイングや、実際に器材を使用しての事故想定訓練を計画・実施します。
- ・ 医療安全管理委員会への医師の参画、研修の運営への支援体制を整え、医療安全への取り組みを強化します。

③ インシデント・アクシデント報告の管理

- ・ 事例の収集・集計・分析・調査を行い、改善策や再発防止策の検討を行います。
- ・ インシデント・アクシデント報告は、当該事例を発見した者が第一次報告をし、当該部署内でのカンファレンスにおける改善策についての協議の後に第二次報告（詳細報告）を行います。
- ・ 必要時には医療安全管理者もカンファレンスに出席し、協議に参加します。
- ・ 院内で共有すべき事例については、医療安全管理委員会で協議を行います。

④ 院内巡視

- ・ 医療安全管理者は、定期的に院内を巡回して情報収集と実態調査・確認を行い、部門ごとの改善点について検討し、指導を行います。
- ・ 各月のテーマを決めて、月1回医療安全管理委員が院内の巡回・評価・指導を実施します。

(3) 諸室及び配置

① 主な諸室

医療安全管理	医療安全管理室（兼感染対策室）
--------	-----------------

② 主な諸室の条件、部門の配置

- ・ 医療安全管理室は感染対策室と同室とします。
- ・ 管理諸室との配置に配慮します。

1 2 感染防止対策部門

(1) 部門方針

- ・ 医療関連感染の発生を未然に防止するとともに、発生した感染症が拡大しないように可及的速やかに制圧・終息を図ります。
- ・ 清潔・不潔の動線を分化し、感染防止対策を強化します。

(2) 機能及び規模・運営計画

① 感染防止対策

- ・ 院内は清掃のしやすい環境を整備し、清潔の維持に努めます。
- ・ 医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師等で構成される感染対策チームが主体となって感染防止対策に取り組みます。

② 感染防止に関する教育研修

- ・ 感染防止対策のために、全職員を対象に医療関連感染についての研修会を年 2 回以上実施し、職員の意識の向上や啓発に努めます。

③ 院内巡視

- ・ 毎週 1 回を目安に各部署に対して院内巡視を行い、改善指示・指導を実施します。

(3) 諸室及び配置

① 主な諸室

感染対策	感染対策室（兼医療安全管理室）
------	-----------------

② 主な諸室の条件、部門の配置

- ・ 感染対策室は医療安全管理室と同室とします。
- ・ 管理諸室との配置に配慮します。

1 3 患者支援部門

(1) 部門方針

- ・ 地域医療連携、入退院支援、医療相談等の機能を適切に提供し、総合的な患者支援に取り組みます。
- ・ 他の医療機関との入退院支援に係る連携や、地域の介護施設等との連携窓口としての役割を担い、地域医療連携を推進します。
- ・ 患者及び家族の抱える経済的、心理的、社会的問題に対する支援を行います。

(2) 機能・規模及び運営計画

① 地域医療連携

- ・ 紹介・逆紹介の窓口業務、返書の確認業務、退院支援業務を実施します。

② 入退院支援

- ・ 医事部門と隣接した位置に窓口を設置し、入退院支援業務を行います。
- ・ 空床を利用した重症心身障害児（者）の短期入所の受入調整を行います。

③ 医療福祉相談

- ・ 患者及び家族にとってわかりやすい医療相談窓口の設置を検討します。
- ・ 患者及び家族のプライバシーを考慮した面談室を設置し、生活上の問題や社会復帰等に関する個別相談に応じます。

(3) 諸室及び配置

① 諸室構成

患者支援センター	地域医療連携室、医療福祉相談窓口、面談室 等
----------	------------------------

② 主な諸室の条件、部門の配置

- ・ 医事部門と地域医療連携室は近接配置とし、病院利用者にもわかりやすい配置とします。また、正面出入口付近など、利用者が相談しやすい場所への設置を検討します。
- ・ 患者、利用者の混乱防止のため、地域包括支援センターとの配置の分けを図ります。
- ・ 入院患者、外来患者両者の動線に配慮します。

1 4 在宅医療支援部門

(1) 部門方針

- ・ 退院後も患者が住み慣れた地域で自分らしい生活が続けることができるよう、各部門が連携し、在宅医療、介護・福祉サービスを提供します。
- ・ 部門内の各事業がそれぞれに連携がとりやすいよう、オープンスペースとなるような設置を検討します。
- ・ 緩和ケア病床、回復期リハビリテーション病棟及び地域包括ケア病棟との連携を強化します。

(2) 機能・規模及び運営計画

① 訪問診療

ア 対象地域

- ・ 上越市及び妙高市の一部

イ 業務内容

- ・ 在宅医療支援センター各事業と連携し、患家へ定期的に訪問し診療を行います。
- ・ 訪問診療に従事する医師数に応じて緊急往診にも対応します。

② 訪問リハビリテーション

ア 対象地域

- ・ 上越市及び妙高市の一部

イ 業務内容

- ・ 在宅訪問リハビリテーションを実施します。
- ・ サービス担当者会議や退院前カンファレンス、退院前訪問指導へ参加します。
- ・ 地域のリハビリ職種や多職種との連携・交流を目的とした勉強会を開催します。

③ 訪問看護ステーション

ア 対象地域

- ・ 上越市及び妙高市の一部
- ・ サテライトステーションは、柿崎区、吉川区及び頸城区を対象とします。

イ 業務内容

- ・ 健康状態の観察、服薬管理、リハビリテーション、点滴、注射など、医療処置、食事・排泄の介助、療養生活の相談とアドバイス等を行います。
- ・ サービス担当者会議、退院前カンファレンスに参加します。
- ・ 定期的に訪問診療担当医・外来看護師とカンファレンスを行います。

④ 居宅介護支援事業

ア 対象地域

- ・ 上越市及び妙高市の一部

イ 業務内容

- ・ 介護支援専門員が、利用者の心身状況や環境に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、ケアプラン（居宅介護サービス計画）を作成します。
- ・ 利用者及び家族の状況やケアプランの実施状況等を把握するため、継続的にモニタリング・訪問を行います。
- ・ 要介護認定者やその家族からの求めがある場合、在宅介護サービス、地域密着型サービス、施設サービス等について相談支援を行います。

⑤ 地域包括支援センター

ア 対象地域

- ・ 高田 2（南本町 1～3 丁目、南新町、南高田町、東城町 1～3 丁目、南城町 1～4 丁目、本町 1～2 丁目、仲町 1～2 丁目、寺町 1 丁目、大町 1～2 丁目）、和田地区

イ 業務内容

- ・ 介護保険法に定められる地域包括支援センターの業務に基づき、地域の高齢者に対する総合相談支援や権利擁護、地域の支援体制づくり、介護予防の必要な援助等を行い、高齢者の保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援します。
- ・ 市からの委託事業として、障害者等相談支援業務及び生活困窮者支援業務を行います。

⑥ 障害者相談支援事業所

ア 対象地域

- ・ 上越市及び妙高市

イ 業務内容

- ・ 指定計画相談支援・指定障害児相談支援サービス提供時におけるサービス等利用計画や障害児支援利用計画の作成、担当者会議の開催及びモニタリングを実施します。
- ・ 放課後等デイサービス事業所や生活介護事業所、短期入所事業所、居宅介護事業所、就労支援事業所、学校、病院等との連絡調整を行います。
- ・ 地域課題や社会資源開発等のための自立支援協議会との連携を図ります。

（３） 諸室及び配置

① 主な諸室

在宅医療支援センター	訪問リハビリテーション事業所、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、障害者相談支援事業所、相談室
------------	---

② 主な諸室の条件、部門の配置

- ・ 面談室はプライバシーを考慮した設備とします。
- ・ 地域包括支援センターは、正面出入口付近など、利用者が相談しやすい場所への設置を検討します。

15 医事部門

(1) 部門方針

- ・ 医療費等の請求の適切化、最大化に取り組みます。
- ・ 窓口の接遇向上に努めます。
- ・ 他部門との連携や情報共有を通じて、業務改善及び経営改善に取り組みます。
- ・ 支払い方法の多様化を検討し、利便性の向上を目指すとともに、未収金の発生防止の強化を図ります。

(2) 機能及び規模・運営計画

① 案内・誘導

- ・ プライバシーへの配慮、患者サービスの向上のため、診察番号表示システムの導入を検討します。

② 会計業務

- ・ 外来診療、入院診療、健診等の費用計算を行います。
- ・ 主要な患者動線上に設置する自動精算機と、会計窓口の双方で会計収納を行います。
- ・ 会計表示板を設置します。

③ 医事相談業務

- ・ プライバシーに配慮した面談のできる医事相談窓口を設置し、診療費の支払いに関する円滑な相談対応につなげます。
- ・ 事務職員の専門性の向上を目指し、研修等への参加を支援します。

④ 医事業務

- ・ 診療報酬請求・レセプト点検、診療報酬に係る施設基準の届出、未収金リスト作成・督促電話・督促状の送付、医事統計の調製・管理、診療報酬情報の発信等を行います。

⑤ 診療情報管理業務

- ・ 診療録の管理と監査を行い、適正な医療が施行されているか検証します。
- ・ 適切なDPCコーディング、病歴管理を行います。
- ・ 診療データから各種データ管理や抽出を行い、今後の医療に役立てます。
- ・ 個人情報の適正管理と漏えい防止を徹底します。

(3) 諸室及び配置

① 主な諸室

医事課	医事課事務室、受付窓口、相談窓口、面談室 等
-----	------------------------

② 主な諸室の条件、部門の配置

- ・ 患者支援センターと近接配置とします。
- ・ 医事受付と外来診療費計算以外は、受付から見えないような構造とします。

16 医療情報システム部門

(1) 部門方針

- ・ 電子カルテを含む医療情報システムの構築及び保守管理を適切に行うとともに、診療報酬制度や医療提供体制に応じたマスタ管理を行い、円滑な診療業務を支援します。また、デジタル技術を活用し、業務の効率化を図ります
- ・ 情報セキュリティ対策を徹底し、個人情報保護に十分配慮した安全かつ安定的なシステム運用環境を整備します。

(2) 機能及び規模・運営計画

① システムの管理

- ・ 電子カルテを含む医療情報システムの構築及び運用管理を行うとともに、情報端末及びネットワーク機器の管理、情報セキュリティマネジメントを実施します、
- ・ 24 時間 365 日の安定稼働を確保するため、システムを適切かつ効率的に運用・管理し、業務効率の向上及び安全性の確保を図ります。

② データ活用

- ・ 診療データ等を活用した評価・分析を行い、医療の質の向上と効率的な病院運営に寄与します。

③ 導入している主なシステム

現行のシステム	
医事・会計システム（医科・歯科統合版）	栄養管理システム
リハビリ部門システム	医薬品システム
医療安全管理ソフト	介護支援ソフト
検体・細菌検査システム	看護管理日誌
勤務予定表作成システム	医療画像システム P A C S
給与システム	病歴管理システム
電子カルテシステム	看護業務支援システム
画像検査システム	地域連携・紹介状管理システム
病院会計システム	画像レポート作成システム
勤怠管理システム	DWHシステム
診断書作成システム	医療用語入力支援システム
新病棟建築時に導入を予定するシステム	
自動精算機	外来患者案内システム

④ 医療情報システムの更新

- ・ 改築時期を見据え、電子カルテシステムの更新について検討します。

(3) 諸室及び配置

① 主な諸室

医療情報	サーバー室、医療情報管理室兼S E 室、システム系器材庫 等
------	--------------------------------

② 主な諸室の条件、部門の配置

- ・ サーバー類の保護及び安定稼働を確保するため、適切な空調管理及びセキュリティ対策を備えたサーバー室を整備します。

17 管理部門

(1) 部門方針

- ・ 安定した医療の提供を継続するため、医師等の職員の確保に取り組みます。
- ・ 職員が働きやすい職場環境の向上に努めます。
- ・ 防災、災害対応の強化のため、災害発生時の医療機関としてのあり方を明確にし、その役割を果たします。
- ・ 患者及び家族が安心して医療が受けられ、地域住民から愛される病院を目指します。
- ・ 安定的かつ健全な病院経営の実現に向けて取り組みます。
- ・ 医師の負担軽減を図るため、外来・病棟部門への医師事務作業補助者の配置を推進します。

(2) 機能及び規模・運営計画

① 総務業務

- ・ 以下の業務を実施します。
 - ア 人事、労務管理に関すること
 - イ 給与計算、社会保険手続き、福利厚生に関すること
 - ウ 予算、支出事務、契約事務に関すること
 - エ 他医療機関、施設、地域住民等への広報誌発行やホームページの管理
 - オ 医師等の職員の確保
 - カ 経営改善に関すること

② 施設管理業務

- ・ 施設、設備の維持管理や業務委託の管理を行います。

③ 関連諸室の管理

- ・ 講堂、会議室、応接室、更衣室、医局等の管理を行います。
- ・ 限られた諸室を効率よく使用するための管理を行います。

④ 福利厚生施設の管理

- ・ 昼食や休憩がとれる休憩室を設置します。
- ・ 医学書やインターネットからの情報収集等、職員が学習可能な図書室を整備します。

(3) 諸室及び配置

① 主な諸室

研修・会議室	講堂、会議室、カンファレンス室、倉庫（講堂用）、ボランティア室、学生控室
幹部諸室	理事長室、院長室、看護部長室、事務長室、応接室
医局、当直室等	医局（大部屋1室）、当直室、仮眠室、シャワー室 等
事務全般	事務室、営繕倉庫、湯沸室、宿直室、サーバー室、物品庫、委託職員室、非常用倉庫、清潔・不潔リネン室、カルテ庫 等
更衣室等	更衣室、ユニフォーム置き場
利便施設・福利厚生	スタッフオープンスペース、図書室、売店・イートインスペース
その他	霊安室、機械室

② 主な諸室の条件、部門の配置

- ・ 職員更衣室を集約化します。
- ・ 職員通用口は1か所へ集約します。
- ・ 講堂はパーティション等で分割可能な構造とし、多用途への使用を想定します。

18 へき地医療支援

- ・ 中山間地に位置する9か所の市立診療所（歯科含む）は、人口減少等による患者数の減少や医師の高齢化など、様々な課題を抱えています。
- ・ 中でも、常勤医師の辞任等に伴い、後任医師の確保に苦慮している診療所もあることから、医師の確保が喫緊の課題となっています。
- ・ こうした状況を踏まえ、へき地医療を支える医療機関の一つとしての役割を果たすため、医療従事者が不足する市立診療所に対し、引き続き、センター病院から医師や看護師等を派遣します。
- ・ あわせて、市立診療所の医師とセンター病院の医師が意見交換を行い、双方向の連携の在り方について協議を進めます。

＜センター病院と市立診療所の連携による取組＞

- ・ センター病院から市立診療所等へ医師、看護師等の派遣を継続的に実施します。
- ・ 市立診療所を拠点とし、訪問介護を継続的に実施します。
- ・ 市立診療所の診療をオンラインでセンター病院の医師が担うことを検討します。
- ・ へき地医療を支える病院としての役割を果たし、へき地医療拠点病院の指定を目指します。
- ・ 市立診療所の患者数が減少していることを踏まえ、診療所医師がセンター病院で診療の一部を担うなど、双方向の連携を検討します。

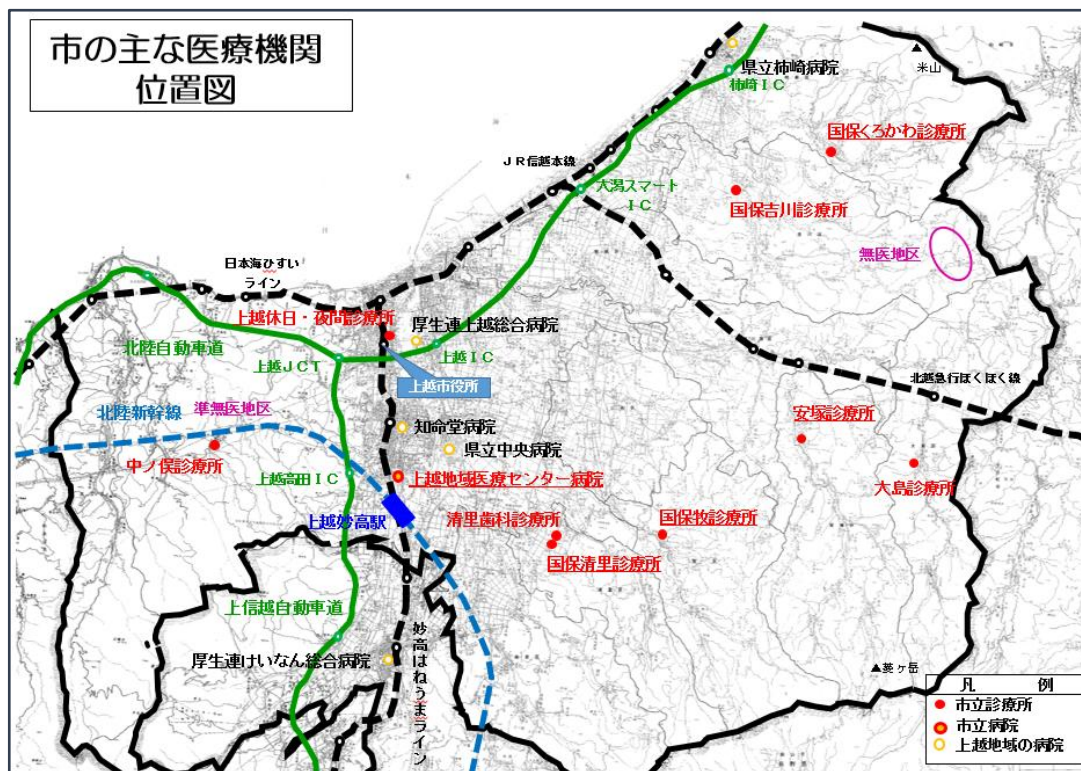


図 18 市内の主な医療機関と市立診療所の位置図

第6章 人員配置計画

1 新病院における人員配置の基本方針

- ・ 質の高い医療提供のため、職員を継続的に確保します。
- ・ 健全経営を目指し、医療提供体制や業務量に応じた適切な人員配置とします。
- ・ 一方で、各部門における業務改善やデジタル技術の活用等を通じて、業務の効率化・省力化を推進するとともに、将来的な病床数の減少を見据え、適正な人員配置を計画的に進めます。

2 計画にあたっての考え方

(1) 医師及び歯科医師

- ・ 医師については、開院時に、医療法施行規則第19条に基づく標準医師数として、非常勤医師を含めた常勤換算で11.21人以上を確保することから、必要な医師数を維持できるよう、引き続き医師確保に係る取組を進めます。
- ・ 歯科医師についても、医療法施行規則第19条に基づき、標準医師数として非常勤を含めた常勤換算で3人以上を確保することから、必要な歯科医師数の維持できるよう、引き続き歯科医師の確保に係る取組を進めます。
- ・ 地域ニーズを踏まえ、必要な診療科を維持するため、医師及び歯科医師の確保に取り組めます。

(2) 看護師・准看護師

- ・ 病床機能や病床規模に応じて必要な看護師を確保しつつ、配置人数の適正化を図ります。

(3) 医療技術員・事務職員

- ・ 今後の医療提供体制の変化に応じて適宜見直しを行います。

3 人員配置計画

- ・ 医療需要の変化等に応じて病床数の見直しを段階的に進めるため、病院の職員数（非常勤職員を除く）は次の人数を想定します。
- ・ 病棟構成や病床数の変化に応じて、適正な人員配置を行います。

職 種 (非常勤職員を除く)	5 病棟構成 197 床 (令和 8. 4. 1 現在)	4 病棟構成 173 床
医師	14 人	11 人程度
歯科医師	3 人	3 人程度
看護師・准看護師	135 人	117 人程度
看護補助者	37 人	33 人程度
医療技術員（薬剤師・診療放射線技師・臨床検査技師・管理栄養士・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・歯科技工士・歯科衛生士等）	79 人	78 人程度
事務職員（医療クラークを含む）	25 人	22 人程度
保健師・社会福祉士・介護、相談支援専門員	14 人	14 人程度
合 計	307 人	278 人程度

第7章 医療機器整備計画

1 基本方針

- ・ 新病院の病床数や想定される利用者数に見合う医療機器を選択し、過不足のないよう適正台数の整備を行います。
- ・ 移転に伴い多額の移設費用が発生する機器や設計と条件に大きく影響する機器は、優先的に新病院整備時に更新します。
- ・ 一方、移設が比較的容易かつ継続使用可能な機器は、新病院に移設します。

2 新病院で整備する主な医療機器

- ・ 新病院での整備を想定する主な医療機器は次のとおりです。

新病院で整備する主な医療機器（移設する機器を含む）

放射線部門	C T 撮影装置、MR I 装置、一般撮影装置、X線TV装置、骨密度測定装置、ポータブル撮影装置、歯科パノラマ装置 等
リハビリテーション部門	運動療法機器一式、電気治療機器一式、ADL入浴装置、小児用感覚統合遊具一式、ドライブシュミレーター 等
薬剤部門	錠剤・散薬分包機、薬用保冷庫、集塵機付き調剤台、錠剤・散薬監査システム、クリーンベンチ 等
手術・中央材料部門	無影灯、麻酔器、内視鏡ビデオシステム、電気メス、プラズマ滅菌装置、ウォッシャーディスインフェクター、高圧蒸気滅菌器 等
臨床検査部門	生化学分析装置、血球計数分析装置、血液ガス分析装置、細菌検査装置、抗酸菌検査装置、超音波診断装置、睡眠時無呼吸検査装置、ホルター心電図解析装置、血圧脈派検査装置 等
病棟部門	ベッドサイド表示器 等
外来	歯科ユニット 等

第8章 事業収支計画

1 概算事業費

- ・ 新病院の整備に係る概算事業費として、約 164.9 億円を見込みます。なお、概算事業費は、物価や労務単価の変動等により変更となる可能性があります。
- ・ 設計段階で詳細に積算します。

概算事業費

(単位：千円)

項 目		算出根拠	金 額（税込）※1		
			基本構想 （H30. 8）	前計画 （R2. 3）	本計画 （R8. 12 予定）
建設工事費		〔本計画〕 新築延床面積（8,800 m ² ）×建築単価（1,180 千円/m ² ）	5,231,400	5,253,100	10,384,000
病院建設費					
外構工事費		〔本計画〕 28,000 m ²	300,000	423,500	840,000
用地取得費※2			142,000	53,000	0
調査費		測量、地質調査、土壌汚染調査、開発設計	0	73,700	109,670
造成費※2		調整池整備費用を含む	400,000	320,000	0
設計監理費（官庁施設の設計業務等積算基準に基づく）		基本設計、実施設計、工事監理	209,300	357,700	475,300
医療機器整備費		医療機器整備計画に基づく試算	1,008,000	986,800	1,152,173
什器等整備費		什器、看護備品、家電 等	0	113,900	200,000
医療情報システム導入費			295,500	419,500	100,000
ネットワーク工事費			50,000	47,000	220,000
移転費			16,600	31,300	73,000
既存建物解体費		解体面積 7,400 m ² ほかアスベスト除去費用等（単価：税込 90 千円/m ² ）	290,500	631,400	666,000
改修工事費 （既存病棟）		防水、外壁改修、空調設備更新、 法適合工事	0	100,000	1,816,650
土留め、残土仮置き、 先行工事費			—	—	120,000
開院支援・コンストラクションマネジメント業務委託費			—	—	333,597
合 計			7,943,300	8,810,900	16,490,390

※1 基本構想時の税込み金額は、税率 8%で算出しています。また、基本構想及び前計画は十万円未満を切り上げて表記しています。

※2、※3 基本構想及び前計画では、現敷地の南側の用地を取得し造成することを想定した費用を計上しています。

<基本構想時と前計画策定時の比較による主な増額要因>

- ・ 解体費（外壁に含まれるアスベスト除去費用） 約 340,900 千円
- ・ 設計監理費（単価見直しによるもの） 約 148,400 千円
- ・ 消費税率の改正（2%分の額） 約 147,100 千円

<前計画策定時と本計画改定時の比較による主な増額要因>

- ・ 建築単価の上昇等による建築工事費 約 5,130,900 千円
（歯科口腔外科の機能追加、個室率の上昇等の機能面の変更を含む）
- ・ 工事面積の増加、物価上昇による外構工事費 約 416,500 千円
- ・ 物価上昇によるネットワーク工事費 約 173,000 千円
- ・ 施設の長寿命化や北病棟の追加等の改修工事費 約 1,716,650 千円
- ・ 本改定に合わせた項目追加（土留め等、開院支援等） 約 453,597 千円

○外壁塗材に含有するアスベストに対する安全性について

（「建築物等の解体等に係る石綿ばく露防止及び石綿飛散漏えい防止対策徹底マニュアル」から情報を引用）

- ・ 石綿含有仕上塗材（外壁塗材等）の主材中に含まれる石綿繊維は、合成樹脂やセメントなどの結合物によって固められており、仕上塗材自体は塗膜が健全な状態では石綿が発散するおそれない。しかし、石綿含有仕上塗材の除去に当たっては、これを破断せずに除去することが困難であるため、除去方法によっては含有する石綿が飛散するおそれがある

2 財源

- ・ 国・県補助金、病院事業債、内部留保及び市一般会計繰入金等を財源とし、新病院の整備を行います。このうち、病院事業債が全体の約9割を占めています。
- ・ 合併特例債は、新病棟の供用開始時期を令和13年度と見込むことから、活用しない一方、地域医療構想に基づく病床数の見直しを実施することから、病院事業債（特別分）の活用を想定します。
- ・ 今後も国・県等に対する要望活動を行うなど、活用可能な補助制度等の財源確保に努め、病院事業会計及び一般会計の負担軽減を図ります。

（単位：千円）

項 目	対象事業等	金額（税込）
国庫補助金	国土交通省 都市構造再編集集中支援事業	1,050,000
県補助金	厚生労働省 地域医療介護総合確保基金 （病床機能再編支援事業）	38,304
病院事業債	実施設計、工事監理、各種工事、医療機器・什器等整備費、医療情報システム導入費、ネットワーク工事費、既存建物解体費から国・県補助金分を除いた金額	14,855,200
内部留保・ 一般会計繰入金 等	調査費、基本設計、移転費、開院支援・コンストラクションマネジメント業務	546,886
合 計		16,490,390

3 事業収支シミュレーション

(1) 経営改善の取組

センター病院は、令和元年度決算以降、病院事業会計において厳しい経営状況が続いており、市の一般会計から多額の繰入金を受け入れています。令和6年度決算以降は、純利益を計上していますが、実際は、収支不足を補うため、一般会計から4億円を超える交付税が措置されない繰入金を追加で受け入れ、病院事業の持続性を確保している状況にあります。

このため、改築後も安定的な経営を確保できるよう、令和7年度から、病院経営の専門事業者の助言・指導を活用した収支改善に取り組んでいます。

さらに、令和8年4月から、脳神経外科及び歯科口腔外科の診療を開始したことに加え、令和8年度診療報酬改定の影響により、一定程度の収支改善が見込まれており、中長期的な経営改善の取組を進めることにより、新病院の整備に係る事業費を除き、令和13年度には経常損益が黒字に転じる見通しです。

今後も、整備後の安定した経営基盤の確立に向け、引き続き収益の確保及び費用の削減に向けた取組を推進します。

＜中長期的に取り組む経営改善策＞

- 入院患者の増加（ベットコントロールの最適化や病病連携・病診連携等の強化 等）
- 生産性の向上（リハビリテーション単位数の向上 等）
- 新たな施設基準の取得、人員の適正配置
- 光熱水費等の削減 等

表1 病院事業会計の収支シミュレーション（改築に係る事業費を除く）
（単位：百万円）

年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	令和12年度	令和13年度
収益計	2,695	2,811	3,290	3,323	3,308	3,285	3,260	3,247
医業収益	2,472	2,509	2,987	3,040	3,032	3,037	3,034	3,042
医業外収益	223	302	304	283	276	247	227	205
特別利益	0	0	0	0	0	0	0	0
費用計	3,111	3,147	3,595	3,467	3,445	3,354	3,294	3,233
医業費用	3,078	3,116	3,539	3,424	3,405	3,331	3,274	3,215
医業外費用	33	31	56	43	41	23	20	18
特別損失	0	0	0	0	0	0	0	0
経常損益	▲416	▲336	▲305	▲144	▲138	▲69	▲34	14
令和6年度からの改善額	—	80	111	272	278	347	382	430

※交付税対象外繰入金を除く

※ 令和6年度は決算額、7年度は決算（見込）額、令和8年度は予算額、令和9年度以降は設定条件に基づき試算したシミュレーション

(2) 新病院整備後の事業収支シミュレーション

改築に係る概算事業費や想定される財源を基に実施した、新病棟の供用開始後10年間にわたる事業収支を試算した結果は、以下（表2）のとおりです。

中長期的な経営改善の取組により、病院の運営自体の収支改善には一定の目途が立つものの、改築事業の実施に伴い、多額の減価償却費や支払利息などの負担が生じます。

このため、補助制度の活用による財源確保、交付税措置率の高い有利な借入れ及び交付税措置のある市一般会計からの運営費に対する繰入れ^{※1}を行っても、なお収支の悪化は避けられず、経常損失が継続する試算結果となっています。

特に、医療機器、什器備品及び医療情報システムに係る病院事業債の元利償還などにより、令和15年度から令和18年度までは、経常損失が最大9.8億円に達し、令和19年度以降も毎年度3.5億円前後の経常損失を計上する見込みです。

経常損益には、現金の出入りが伴わない非資金取引が含まれていることから、これらの取引の収支を補填財源として見込んだとしても、運営に必要な一定の内部留保を維持するためには、毎年度、収支不足が生じることとなります。

表2 病院事業会計の収支シミュレーション

○病院運営に係る収支

(単位：百万円)

		開院 1年目	開院 2年目	開院 3年目	開院 4年目	開院 5年目	開院 6年目	開院 7年目	開院 8年目	開院 9年目	開院 10年目
年度		令和14年度	令和15年度	令和16年度	令和17年度	令和18年度	令和19年度	令和20年度	令和21年度	令和22年度	令和23年度
①	収益計	3,657	3,908	4,352	4,082	4,062	3,884	3,831	3,830	3,818	3,805
	うち、繰入金※1	395	305	452	444	435	426	422	414	406	398
	費用計	4,322	4,892	5,171	4,628	4,530	4,233	4,157	4,156	4,131	4,127
	経常損益	▲666	▲984	▲819	▲546	▲468	▲349	▲326	▲327	▲312	▲323
②	補填財源の当年度発生額※2	500	507	471	192	71	133	89	54	49	39
	収支不足額	▲166	▲477	▲348	▲354	▲397	▲216	▲237	▲273	▲263	▲284

○病院の整備・更新に要する繰入金の額

③ 繰入金※3	78	363	375	410	507	208	260	304	312	320
---------	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

※1 病床割や救急告示病院、病院事業債利払いの一定割合の繰入のこと（交付税措置あり）

※2 減価償却費、固定資産除却費、長期前払消費税額償却、長期前受金戻入の非資金損益から生まれる損失の補填財源のこと

※3 病院事業債元本償還の一定割合の繰入のこと（交付税措置あり）

(3) 改築後の安定的な病院運営に向けた今後の取組

収支不足額の全額を一般会計からの繰入で補う場合には、表3のとおり、交付税措置額を除く市の実質的な負担額は、令和18年度までは年間6～7億円で推移し、令和19年度以降は年間4～5億円前後となると想定されます。

一般会計の負担軽減を図りながら病院事業の持続性を確保するためには、今後も一層の経営改善に取り組み、経常損失を圧縮するとともに、改築事業に伴う収支不足を補う財源を病院事業において可能な限り確保していきます。

あわせて、国や県に対し、新たな補助制度の創設や財政支援の拡充を要望するなど、財源確保の見通しを立てながら、改築に向けた取組を進めます。

さらに、センター病院が改築後も安定した経営を続け、地域に必要な医療を提供していけるよう、患者等の受入状況や病院が地域で果たす役割、経営状況などについて、外部の専門家から定期的に助言をいただく仕組みづくりを検討します。

表3 一般会計からの繰入金の見通し

(単位：百万円)

		開院 1年目	開院 2年目	開院 3年目	開院 4年目	開院 5年目	開院 6年目	開院 7年目	開院 8年目	開院 9年目	開院 10年目
年度		令和14年度	令和15年度	令和16年度	令和17年度	令和18年度	令和19年度	令和20年度	令和21年度	令和22年度	令和23年度
繰入金	繰入金合計 (A)	639	1,145	1,175	1,208	1,339	850	919	991	981	1,002
	交付税対象外分 (②)	166	477	348	354	397	216	237	273	263	284
	交付税対象分※1 (①+③)	473	668	827	854	942	634	682	718	718	718
財源	交付税措置額 (B)	333	463	553	570	623	445	473	493	493	493
	実負担額 (A)-(B)	306	682	622	638	716	405	446	498	488	509

※1 交付税対象分のうち、一定割合が交付税措置される

(4) 事業収支シミュレーションにおける設定条件

- ・ 新病院開院後の事業収支シミュレーションを、次のような設定条件に基づき行いました。

①収益の試算

区 分		設定条件
医業収益	入院収益	病床利用率：(経営改善支援での検討結果に基づく) 表 1：令和 8 年度当初予算に準ずる (84%) 表 2、表 3：病床利用率 92% 診療単価：(R8.6 診療報酬改定に基づく) 一般病棟：約 37,300 円 地域包括ケア病棟：約 37,900 円 回復期リハビリテーション病棟：約 39,900 円
	外来収益	1 日当たり外来患者数：170 人 診療単価：約 10,400 円
	介護事業収益	令和 8 年当初予算に準ずる
	室料差額	室料差額算定個室 30%で試算
	その他医業収益	令和 8 年当初予算に準ずる
	他会計負担金	交付税対象分：救急告示病院分相当額 その他令和 8 年当初予算に準ずる
医業外収益	下記区分以外	令和 8 年当初予算に準ずる
	長期前受金戻入	補助金、病院事業債等から試算
	他会計負担金	交付税対象分：病床割相当額 交付税対象外分：内部留保額が 1 億円を下回らない額
特別利益		現病院除却費に対する繰入

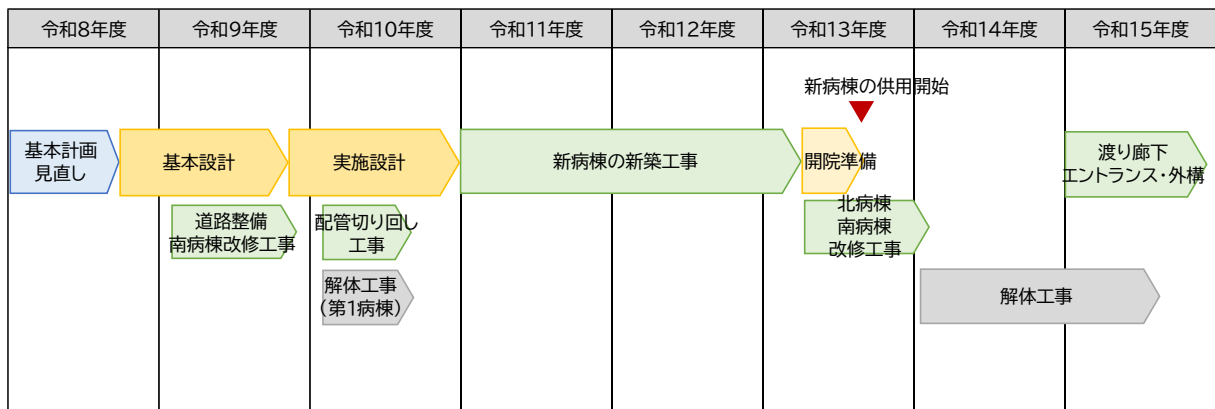
②費用等の試算

区 分		設定条件
医業費用	給与費	現状の職員数及び将来の人員配置計画により試算
	材料費	令和 8 年当初予算を基に患者一人当たり費用から試算
	経費	令和 8 年当初予算を基に患者一人当たり費用から試算
	引当金繰入額	退職給付引当金繰入額はシミュレーション額を採用
	減価償却費	対象別に以下の耐用年数で計上 病院本体（建築）：39 年 病院本体（設備）：15 年 医療機器、什器備品：5 年 医療情報システム：5 年
	資産減耗費	南病棟・北病棟を除く既存の固定資産の除却費用
医業外費用	その他医業外費用	支払利息、長期前払消費税償却等
特別損失		現病院除却費
病院事業債の借入条件		5 年償還（1 年据え置き）：2.0% 10 年償還（2 年据え置き）：2.6%

	30 年償還（5 年据え置き）：3.0%
--	----------------------

第9章 今後の事業スケジュール

- ・ 前計画では、収支の悪化が見込まれたことから、令和2年度を経営改善検証期間と位置づけ、基本設計については令和3年度に着手することとしていました。
- ・ しかしながら、その後、新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響による患者数の減少に加え、物価の高騰や人件費の上昇により、収支がさらに悪化したことから、基本設計への着手を延期し、経営改善に取り組んできました。
- ・ 今後の中長期的な経営改善の取組等により、本業の収支改善に一定の見通しを持ったことから、本計画策定後に基本設計へ着手することとします。
- ・ 事業スケジュールについては、新病棟の供用開始時期を令和13年11月頃と、改修工事や解体を含めた整備事業の完了時期を令和15年度末頃と想定しています。



※上記の各スケジュールには、工事等の各工程に係る事業者選定期間を含みます。

上越地域医療センター病院基本計画

令和 8 年〇月改定

上越市健康福祉部地域医療推進課

〒943-8601 新潟県上越市木田1丁目1番3号

電 話 025-526-5111 FAX 025-526-6116

地域自治区制度の設置目的を踏まえた考え方の整理

自主自立のまちづくりの推進

自分たちのまちを自分たちの活動で良くしていく。

自らつくり育てたまち

市政に地域の声を届ける

地域の課題を議論し、地域の意見を市政に反映させる。

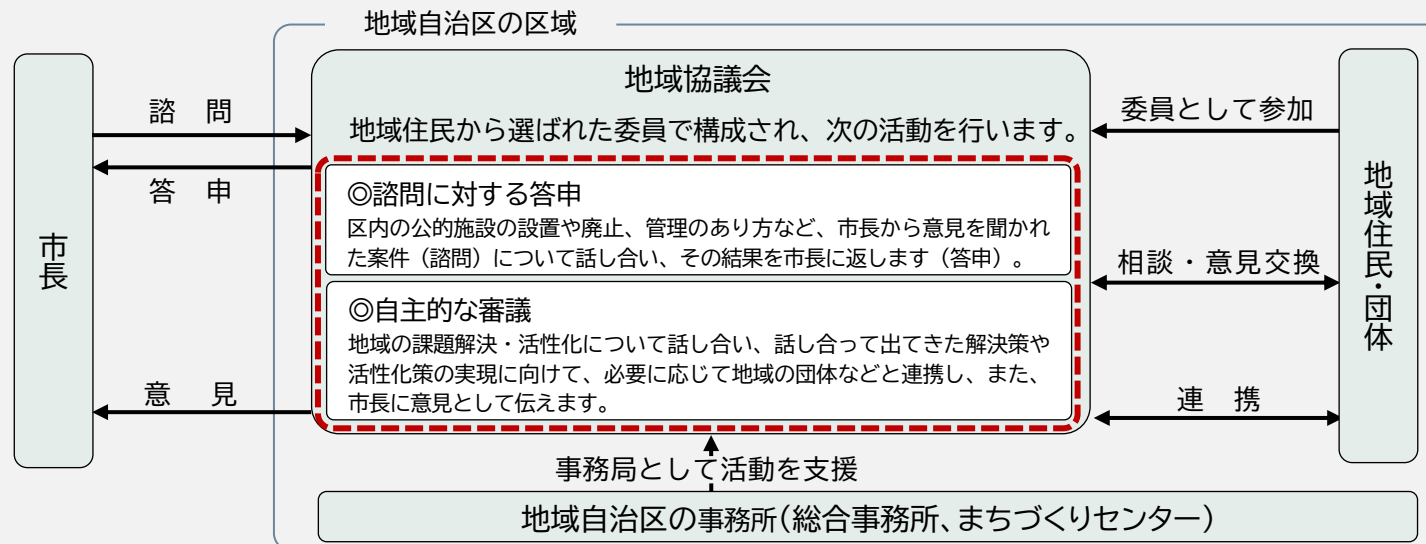
自らの思いが反映したまち

地域に愛着と誇りを持って
暮らしていくことが
できるまちをつくっていく

- ✓ 地域自治の推進に向けて、地域が主体となって地域の課題や将来像を考え、その実現に向けて地域自らが取り組み、行政はその取組を支援する役割を担う。
- ✓ 地域の課題や将来像について継続的に議論してきた地域協議会には、地域で活動する実行組織(地域の団体)と連携しながら、地域づくりに関わっていただくことを期待したい。

制度設計への反映

- ✓ 新たな制度の設置に伴う地域ビジョンの作成と補助金の提案内容の評価は、地域協議会の「自主的な審議」の延長線上にある活動であるとともに、市の施策等の決定に先立ち意見を聴く意味合いから「諮問に対する答申」と同様の性質を持っている。
- ✓ このことから、市からの「依頼」という形でこれらの業務を地域協議会にお願いしたい。



参考資料

【地域協議会委員の手引き抜粋】

地域協議会には、地域住民としての観点から地域の課題や地域の活性化などについて話し合い、話し合いの結果を地域に説明したり、話し合った内容を地域団体等との連携・調整により取り組んだりするとともに、市長に意見として伝えること等を行う役割があります。

また、区内にある公の施設の設置や廃止、管理の在り方などについて、市長から意見を聴かれた事項（諮問）について話し合い、その結論を市長に返す（答申）役割も持っています。

【上越市地域自治区の設置に関する条例】

（地域協議会の権限）

第7条 地域協議会は、次に掲げる事項のうち、市長その他の市の機関により諮問されたもの又は必要と認めるものについて、審議し、市長その他の市の機関に意見を述べることができる。

- (1) 地域自治区の事務所が所掌する事務に関する事項
- (2) 前号に掲げるもののほか、市が処理する地域自治区の区域に係る事務に関する事項
- (3) 市の事務処理に当たっての地域自治区の区域内に住所を有する者との連携の強化に関する事項

2 市長は、上越地域合併協議会が作成した新市建設計画を変更しようとする場合及び市の施策に関する重要事項のうち次に掲げる事項を決定し、又は変更しようとする場合においては、あらかじめ、地域協議会の意見を聴かなければならない。

- (1) 地域自治区の区域内の重要な公の施設の設置及び廃止に関する事項
- (2) 地域自治区の区域内の重要な公の施設の管理の在り方に関する事項
- (3) 市が策定する基本構想等のうち、地域自治区の区域に係る重要事項

■ 過去の類似事例

地域活動支援事業における提案事業の審査（H22～R4）、「地域活性化の方向性」の策定（R4～R5）についても、同様の依頼を実施

令和 8(2026)年 9 月 3 日

高田区地域協議会
委員 各位

高田区地域協議会
委員 澁市 徹

＜話し合いのための参考資料＞

上越市地域にぎわい事業補助金の高田区における提案事業を
高田区地域協議会が評価することに関する問題点の検討のために

1. はじめに

上越市は、持続可能な地域づくりの推進に向け、「地域にぎわい事業補助金」¹制度の検討を進めています。その制度案では、市民が作成した提案事業の審査や評価に地域協議会に関わることが想定されていることが、令和8年6月15日と7月27日の高田区地域協議会において報告されました。さらに、8月17日に市が主催した地域協議会会長会議において、市は、「市からの『依頼』という形でこれらの業務を地域協議会にお願いしたい。」と説明しました。ここでは、これらの会議の中で判明した様々な問題を整理し、私たちの話し合いのために、重要であると考え5点について、私見を述べます。

2. 問題とは

まず、第 1 の問題は、地域協議会の設置と権限を規定している「上越市地域自治区の設置に関する条例(平成 20 年条例第 1 号)」は、地域協議会がこのような提案内容の審査や評価を担うことを規定していないことです。条例第 7 条第 1 項は、地域協議会の権限を、「地域協議会は、次に掲げる事項のうち、市長その他の市の機関により諮問されたもの又は必要と認めるものについて、審議し、市長その他の市の機関に意見を述べることができる。」と定めています。条例で規定する「次に掲げる事項」とは：(1) 地域自治区の事務所が所掌する事務に関する事項；(2) 前号に掲げるもののほか、市が処理する地域自治区の区域に係る事務に関する事項；及び、(3) 市の事務処理にあたっての地域自治区の区域内に住所を有する者との連携の強化に関する事項、です。

すなわち、条例は、地域協議会の権限(又は業務²)を、「市から諮問されたもの、又は、(地域協議会が自ら³)必要と認めたものについて審議し意見を述べること」としています。しかし、条例は「事業の提案内容の審査や評価」に関することには触れていません。

これに対して市は、「新たな制度の設置に伴う地域ビジョンの作成と補助金の提案内

¹ 「(仮称) 協働・共創まちづくり事業」は、8月25日からこの名称に変更されました。

² 私の見解です。

³ 条文を理解し易くするために、私が付したものです。これが「自主的審議事項」と言えます。

容の評価は、地域協議会の『自主的な審議』の延長線上にある活動であるとともに、市の施策等の決定に先立ち意見を聴く意味合いから『諮問に対する答申』と同様の性質を持っている。」としています。そして、「このことから、市からの『依頼』という形でこれらの業務を地域協議会にお願いしたい。」としています。⁴

この市の難解な主張は、前掲の条例にある「地域協議会の権限」の規定に合致していません。むしろ、新たな補助金制度の実施に必要な「地域ビジョンの作成」及び「補助金の提案の評価」を、地域協議会の役割・業務とするために、今の条例を意図的に解釈しているものと言えます。このように、市が、市議会が制定した条例の規定に反するような解釈をすることは、認められないと考えます。そのような新しい役割・業務を地域協議会の権限としたり、あるいは、それらの業務を地域協議会に「諮問」ではなく「依頼」したいのであれば、市はこの条例を改正すべきです。

第2の問題は、地域協議会の役割・業務に関する市の解釈が、十数年の間に変化してきたことです。平成22(2010)年度から令和4(2022)年度までは、地域活動支援事業が市の補助事業として実施されてきました。この間の令和2(2020)年8月3日に市が発行した「上越市における自治の取組—上越市自治基本条例と地域自治区の・地域協議会」によると、地域協議会の役割には、「地域活動支援事業の『①採択方針の決定、及び②提案事業の審査』」が含まれていました(P43)。これらの役割を地域協議会が担うことは、前述した条例の規定に反していたと考えられます。

その後、地域活動支援事業は、令和5(2023)年度から地域独自の予算事業に引き継がれ、現在まで実施されています。地域協議会は、この間、地域独自予算の提案事業の審査・評価に関与していません。したがって、現在、市は条例の規定に従っているものと考えられますが、市が検討を進めている制度案がそのまま実施されれば、条例の規定に反することになります。

第3の問題は、このような状況の中で、現在の地域協議会委員の選任が令和6(2024)年3月から4月に行われました。この時点では地域独自予算補助事業が実施中で、その中では、市職員が提案事業の審査・評価を行っていました。したがって、令和6年に地域協議会委員に応募した者は、審査などの仕事を実際に担うことは考えていませんでした。このように、選任時に想定していなかった業務を、委員の同意を得ずに追加することは不合理であり、その様な行為は法的には無効と考えます。

第4の問題は、地域協議会委員の負担が大きく増えることです。令和4(2022)年度まで高田区地域協議会が審査などを担っていた「地域活動支援事業」では、提案事業が約

⁴ 下線を付した市の説明は、8月17日開催の地域協議会会長会議で配布された追加資料2の「制度設計への反映」で述べられているものです。

20件もあり、高田区地域協議会委員はこれらの審査などに大変な労力を要していました。このため、今回の市の説明の際には、地域協議会が審査や評価に関わることに反対する意見が出されました。その後、市の検討が進み、令和8年7月27日の高田区地域協議会において、地域協議会は提案事業の「審査」ではなく「評価」を担うことに変更されました。しかし、市民が多く時間と労力を費やして準備した提案事業を評価し、市の予算の使用に関する決定をするためには、事業の審査・評価は慎重で丁寧に行わねばなりません。したがって、提案事業を個別に審査や評価することは、委員の大きな負担となることに変わりはありません。

第5の問題は、この新制度について地域協議会に重要な役割を求めるのであれば、その内容についてあらかじめ地域協議会と十分な協議が行われるべきですが、地域協議会に意見が求められたことはありませんでした。地域協議会は、市長の諮問機関ですが、その役割に係る事柄を十分な事前の協議がなく進める市の態度は非常に遺憾です。

3. まとめ

以上をまとめますと、高田区地域協議会が提案事業の審査や評価に関わることは、次の5つの問題点を含んでいます：

- ① 市の条例が規定していない地域協議会の役割を追加しようとしていること；
- ② 令和5年度以降、市は、条例の規定にしたがってきましたが、いま、条例を一方的に解釈して、地域協議会委員の役割に新たなものを追加しようとしていること；
- ③ 地域協議会委員の選任時の役割に無かった役割が、市によって、条例改正をせずに地域協議会委員の役割に追加されようとしていること；
- ④ 提案事業の審査・評価の労務は地域協議会委員にとって大きな負担となること；
- ⑤ 市は、この検討中の新制度における地域協議会委員の役割の検討を、地域協議会に十分な相談・協議をする事なく進めてきたこと。

これらの諸問題は、これから高田区地域協議会の活動に大きく影響をするものです。したがって、私は、高田区地域協議会の委員の皆様、「提案事業の評価を高田区地域協議会が担うこと」について検討・討議するときには、これらの諸問題を十分に考慮していただくようお願いします。