

公立河北中央病院新病院建設基本構想(案)に関するパブリックコメントへのご意見並びに回答

1.意見募集期間 令和8年3月12日(木)～25日(水)
 2.提出方法 メール、郵便、FAX、窓口提出
 3.意見数 3名 8件

No.	該当ページ	章				ご意見(段落で区分・原文ママ)	回答
		全体	1章	2章	3章		
01	P37				○	案について、ひととおり目を通しました。中央公園が候補地と聞いてビックリしました。老朽化で移転とは聞いていましたが、新たに土地を見つけて新設するのだろうかと思っていました。今も毎日中央公園には多くの子どもたちが訪れ、遊んでいます。案37ページの現病院跡地の活用についてと書かれていますが、公園か、子どもたち～お年寄り皆にとって居場所となるような施設をお願いしたいと思います。かほつくるのような町民無料の遊び場がこの町にはありません。小学生は学校からの指導で校区外へ大人がいないと出てはいけなと言われていす。校区内の一番大きな公園が無くなることで携帯やゲーム依存になる子も増えるように思います。役場内に悩んでいる子や親向けにこども家庭支援センターというのができたと聞きました。でも悩む前に健康な子どもたちが健全に遊べる場がもっと必要なのではと思います。	いただきましたご意見を参考に、今後、具体的な計画を進める中で、公園の役割や子どもたちの遊び場の確保、現病院跡地の活用の方についても検討いたします。
02	P12				○	①診療科目等について 精神科もしくは心療内科の設置、児童の発達相談、療育支援があると良い 居宅介護支援事業の他、障害の専門窓口、ソーシャルワーカーがあると良い 構想 P12④には、障害福祉と書かれているが、内容が一切示されていない。精神科受診者は全国的にも年々増加しており(P13～14)、不登校・ひきこもりなどの課題とも密接である。また、インクルージョン、広義のメンタルヘルス観点からも町民がアクセスしやすい環境づくりを望む。	いただきましたご意見を参考に、今後、具体的な計画を進める中で、診療科目についても検討いたします。
03	P16				○	②地域のサロン機能、食事がとれる場所もあると良い 共生社会の実現にむけて、高齢者・子どもはもとより障害者・生活困窮者など様々町民が自然に集まれる場所であってほしい。	いただきましたご意見を参考に、今後、具体的な計画を進める中で、併設機能についても検討いたします。
04	-				○	③災害時の福祉避難所、非常電源などの設備 在宅医療が必要な方にとっての非常電源は生命に直結すること、環境変化に弱い障害特性を持った人を対象に、個別避難計画を活用したニーズの把握と安心して過ごせる環境の整備を望む。	いただきましたご意見を参考に、今後、具体的な計画を進める中で、災害時における福祉避難所の機能や非常電源の確保につきましても検討いたします。
05	-				○	④中央公園に変わる大きな公園の確保 子どもの遊び場、町民の交流、健康のためにも公園の移転を望む	いただきましたご意見を参考に、今後、具体的な計画を進める中で、現在の公園に代わる遊び場や広場のあり方につきましても検討いたします。
06	-				○	河北中央病院建設の構想には賛同するものの、基本構想の中で地域の医療、開業医との連携についての考え、原状が不十分である。又、移転先に問題がある。 今、津幡町の開業医の高齢化、後継者不足などから廃業となっている医療病院があり、私たちがまず病気になる時行く地域の開業医の確保が重要である。そして地域医療の連携として河北中央病院は必要であると思う。 羽咋市や中能登町が地域の開業医の団地又は通りなどに取り組み、連携の形が地域で暮らす方々の安心になる。私が考えるに、地域の開業医団地なる構想で、津幡町に開業しやすい病院の団地の中に河北中央病院を移転することで将来の健康の安心がある。 あくまでも(例) 井上の荘～星稜大学の土地に開業団地を建ち、その中心に河北中央病院があるみたいな構想。今、急ぐのではなく20年、30年後を考えた地域の医療の核にするべき！	いただきましたご意見を参考に、今後、具体的な計画を進める中で、地域医療との連携につきましても検討いたします。

No.	該当ページ	章				ご意見（段落で区分・原文ママ）	回答
		全体	1章	2章	3章		
07	-					<p>パブリックコメントは何のために 募集期間があまりにも短すぎる 本当に町民の声を聞く気があるのか？ なぜこの3月末の時期なのか？ なぜこのパブコメをLINEやメールで周知しないのか？</p>	<p>本意見は、パブリックコメント制度の運用に関するご意見であるため、考慮外といたします。</p>
08	-				○	<p>今、移転先になってい津幡町中央公園の問題点 駐車場の問題を上げながら、駐車場がせまくなると思われる 交通を役場などと集約することで、交通の混雑、渋滞などが考えられる 広く町の構想を考えるべきである</p>	<p>いただきましたご意見を参考に、今後、具体的な計画を進める中で、交通動線や駐車場の規模・配置等について検討いたします。</p>

公立河北中央病院
新病院建設基本構想
【案】

令和8年3月



石川県 津幡町

目 次

序 章. はじめに.....	1
(1) 基本構想策定の経緯.....	1
(2) 基本構想の位置づけ.....	1
第1章. 新病院基本方針策定に向けた検討.....	3
(1) 国の医療政策の動向.....	3
(2) 県の医療政策の動向.....	3
(3) 新病院の基本方針.....	4
(4) 津幡町における将来人口推計及び医療・介護需要.....	5
(5) 新病院の診療機能と地域における役割.....	9
(6) 将来的な医療・介護需要の見通しと医療提供体制への影響.....	10
(7) その他の診療機能.....	10
(8) 病床規模の検討.....	12
第2章. 病院を取り巻く環境の分析と課題の検証.....	20
(1) 現病院の現状と課題 — 施設・設備・機器.....	20
(2) 現病院の現状と課題 — 運用面.....	21
(3) 当院の現状と課題 — 財務諸表.....	22
(4) 現病院の現状と課題 — 各種経営指標.....	23
(5) 現病院の現状と課題 — 受療動向分析.....	24
(6) 医療圏内の医療機関数の状況.....	26
(7) 当院を取り巻く病院経営環境の整理.....	27
(8) その他の課題と対応策.....	33
第3章. 新病院の施設整備方針.....	36
(1) 新病院建設候補地の選考.....	36
(2) 新病院建設候補地.....	37
(3) 概算事業費.....	37
(4) 整備手法、事業範囲、事業方式等.....	38
(5) 整備スケジュール.....	39

序 章. はじめに



序 章. はじめに

(1) 基本構想策定の経緯

公立河北中央病院（以下「当院」という。）は、昭和26年（1951年）に開設され、令和3年（2021年）4月に現在の名称へ変更しました。津幡町唯一の一般急性期病院として、救急医療の受入れや健康診断を担うとともに、急性期医療と在宅療養をつなぐ中間的な役割を果たしています。

公立病院には、救急医療や新興感染症への対応、災害医療などの政策的医療を継続して担う使命があります。特に、新型コロナウイルス感染症の流行を通じて、感染症拡大時においても通常医療と感染症医療を両立できる体制整備の必要性が改めて認識されました。

当院は、国の医療費抑制政策等の影響により厳しい経営環境に置かれてきましたが、これまで策定した改革プラン（2012年、2017年）の着実な実行により経営改善を進めてきました。2020年度以降は、新型コロナウイルス関連補助金を除いても最終黒字を維持しており、こうした安定した経営状況を背景として、津幡町において2024年度から新病院の新築に関する検討を開始しました。新病院の整備にあたっては、手狭な現地での建て替えではなく、交通アクセスに優れ、防災性が高く、将来にわたり必要な施設規模を確保できる十分な用地を有する場所への移転新築を決定しています。

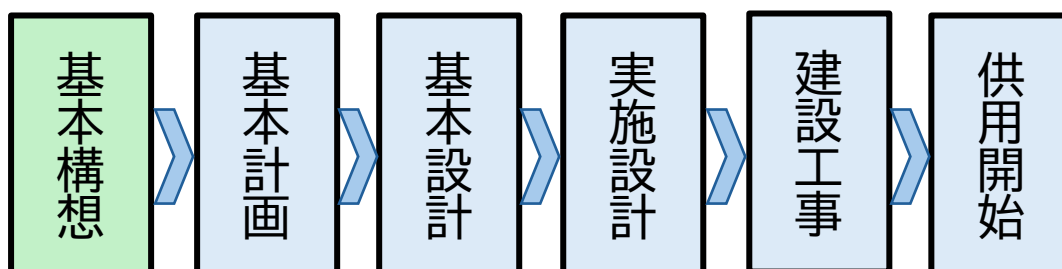
当院は、津幡町民の生活を支える中核医療機関として、質の高い地域医療と安全・安心な医療を提供し、住民から信頼され選ばれる病院を目指しています。その実現には、医療DX（デジタルトランスフォーメーション）の推進をはじめ、安定した医業収益の確保に向けた適時・適切な施設・設備投資が不可欠です。

これらの背景を踏まえ、将来にわたり地域医療を担い続けるため、新病院整備に向けた基本理念、機能、規模及び整備方針を示す「新病院基本構想」を策定しました。

(2) 基本構想の位置づけ

基本構想は、目指す病院像を明らかにすることで新病院の基本的な考えを示し、今後策定される「基本計画」「基本設計」「実施設計」において、より詳細な検討・設計を行う際の指針となるものです。

■新病院 検討の流れ



第1章. 新病院基本方針策定に向けた検討



第1章. 新病院基本方針策定に向けた検討

(1) 国の医療政策の動向

国においては、人口減少や少子高齢化が進行する中、将来の医療需要の変化を見据えつつ、新興感染症の再拡大や大規模災害等の緊急事態にも機動的かつ弾力的に対応できる、質が高く効率的で持続可能な医療提供体制の構築を進めています。そのため、地域医療構想の推進や地域包括ケアシステムの深化、医師の働き方改革への対応などの各種施策が一体的に進められています。

地域医療構想については、2025年を見据えた病床の機能分化・連携の取組が進められてきましたが、現在はその検証・見直しを踏まえ、2040年頃を見据えた新たな地域医療提供体制の検討が進められています。

また、2024年4月から医師の働き方改革が全面施行され、医師にも時間外労働の上限規制が適用されています。これにより、医師不足が課題となっている公立病院においては、診療体制の維持や救急医療の確保に一層の工夫が求められ、タスク・シフト/シェア^{*}の推進や業務効率化などへの対応が重要となっています。

公立病院の経営強化は、こうした国の医療政策の動向や医療環境の変化を的確に踏まえながら、地域における役割を明確にしつつ、持続可能な経営基盤の確立を図る必要があります。

※タスク・シフト/シェア…医療現場において、特定の職種（主に医師）が担ってきた業務を、他の医療職へ移管（シフト）または共同実施（シェア）すること。

(2) 県の医療政策の動向

①石川県医療計画

医療計画は、医療法に基づき都道府県が策定する「医療提供体制の確保に関する計画」であり、地域の実情に応じた医療提供体制を構築することを目的としています。

石川県では、2024年度に、2029年度までの6年間を計画期間とする「第8次医療計画」を策定しています。ただし、当医療計画策定中に令和6年能登半島地震が発生したため、震災の影響を踏まえた対応や、その他必要な事項については、計画の中間年である2026年度を目途に見直しを行うこととされています。

②地域医療構想

地域医療構想は、今後の医療機能ごとの需要とそれに基づく病床の必要量などを推計するとともに、目指すべき医療提供体制の実現に向けた施策の方向性を示すものです。

2025年・2040年を見据えた医療提供体制に関する構想であり、石川県医療計画の一部となります。医療と介護を総合的に確保する取組を進めるため、石川県長寿社会プラン等との整合性を図ることとされています。

(3) 新病院の基本方針

①ミッション（存在意義、使命）

「地域に密着した医療を提供し、安心して暮らせるまちづくりに貢献します。」

②ビジョン（目指すべき将来像）

- ・地域の健康長寿社会を実現します。
- ・医療・介護・福祉・保健の分野で密接な連携を構築します。
- ・公立病院として公益性をもった医療を提供します。
- ・地域の超高齢社会を支えます。
- ・質の高い地域医療、安全・安心の医療を提供します。
- ・住民から親しまれ、選ばれる病院を目指します。
- ・職員が誇りとやりがいを持って働ける病院であり続けます。
- ・地域を支える優れた医療人を育成します。

③バリュー（職員が共有する価値観、行動指針）

[公立病院としての責務]

- ・利益ではなく公益性を追求します。

[密接な地域連携]

- ・地域の医療・介護・福祉・保健の分野で密接に連携します。

[直接的な住民との関わり]

- ・疾病の知識と予防の啓発活動をします。
- ・住民と顔の見える関係を築きます。

[深い思いやり]

- ・家族に接するような深い思いやりを持って患者さんに接します。
- ・患者さんの権利を尊重します。

[安全で質の高い医療の追求]

- ・質の高い医療を提供するため、努力し続けます。
- ・医療の安全を最大限に配慮します。

[継続的な改善努力]

- ・常に創意工夫、情報収集に努め、改善し続けます。

[最高のチーム力とスキルアップ]

- ・多職種による最高のチーム力で取り組みます。
- ・職員一人一人がスキルアップに努めます。
- ・優れた人材育成のため、職員を教育します。

[医療の発展への貢献]

- ・臨床研究・臨床試験に取り組みます。
- ・積極的に学術活動を行います。

(4) 津幡町における将来人口推計及び医療・介護需要

①津幡町における将来人口推計

国立社会保障・人口問題研究所の将来推計人口によると、令和2年国勢調査時点を起点とした2050年までの津幡町における将来人口推計は下表のとおりとなっています。

■津幡町における将来人口推計

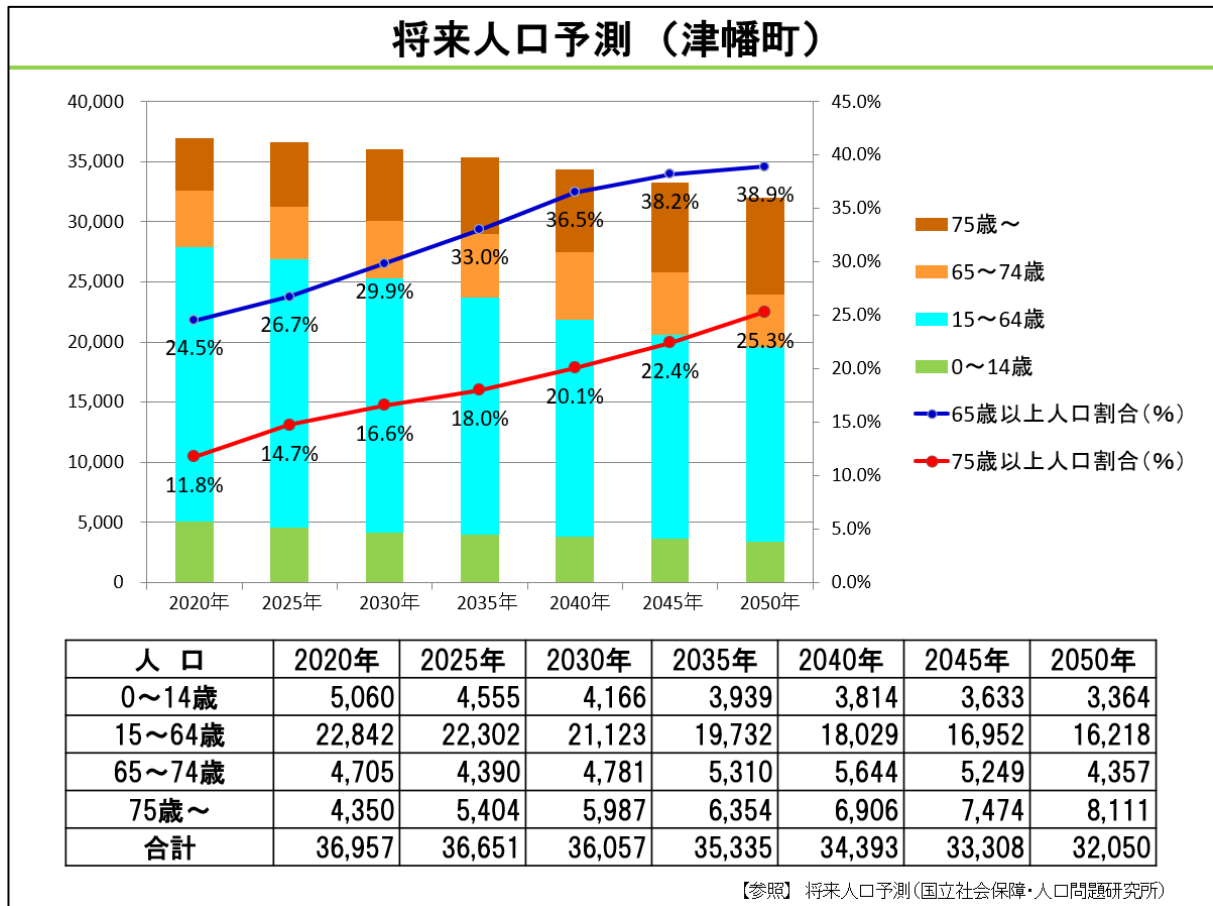
(単位：人)

	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	2050年
0～4歳	1,450	1,274	1,243	1,227	1,143	1,058	962
5～9歳	1,717	1,541	1,359	1,332	1,318	1,234	1,146
10～14歳	1,893	1,740	1,564	1,380	1,353	1,341	1,256
15～19歳	2,067	1,970	1,804	1,624	1,429	1,403	1,391
20～24歳	1,821	1,594	1,513	1,381	1,240	1,092	1,073
25～29歳	1,845	1,825	1,598	1,517	1,378	1,240	1,090
30～34歳	1,798	1,931	1,903	1,725	1,638	1,482	1,338
35～39歳	2,022	1,913	1,993	1,987	1,838	1,752	1,594
40～44歳	2,400	2,075	1,952	2,020	2,024	1,886	1,802
45～49歳	3,043	2,431	2,096	1,973	2,038	2,048	1,917
50～54歳	2,843	3,018	2,409	2,074	1,954	2,016	2,031
55～59歳	2,721	2,852	3,030	2,418	2,081	1,961	2,027
60～64歳	2,282	2,693	2,825	3,013	2,409	2,072	1,955
65～69歳	2,252	2,239	2,643	2,781	2,975	2,385	2,055
70～74歳	2,453	2,151	2,138	2,529	2,669	2,864	2,302
75～79歳	1,689	2,271	1,987	1,979	2,349	2,490	2,679
80～84歳	1,218	1,486	2,013	1,758	1,758	2,101	2,245
85歳～	1,443	1,647	1,987	2,617	2,799	2,883	3,187
(再掲) 0～14歳	5,060	4,555	4,166	3,939	3,814	3,633	3,364
(再掲) 15～64歳	22,842	22,302	21,123	19,732	18,029	16,952	16,218
(再掲) 65～74歳	4,705	4,390	4,781	5,310	5,644	5,249	4,357
(再掲) 75歳～	4,350	5,404	5,987	6,354	6,906	7,474	8,111
合計	36,957	36,651	36,057	35,335	34,393	33,308	32,050
65歳以上人口割合	24.5%	26.7%	29.9%	33.0%	36.5%	38.2%	38.9%
75歳以上人口割合	11.8%	14.7%	16.6%	18.0%	20.1%	22.4%	25.3%

(参照) 国立社会保障・人口問題研究所の将来推計人口

上記データに基づき、将来人口推計における年齢階層別の分布並びに高齢化率をグラフにすると、次のとおりとなります。

■津幡町における将来人口推計と高齢化率（グラフ）



②医療・介護需要予測

医療・介護需要の予測において最も重要な要素は、地域の人口構造の変化です。前項のとおり、津幡町では総人口が減少する一方で、75歳以上の後期高齢者人口は増加すると見込まれています。これに伴い、医療需要（特に入院医療）および介護需要の増加が見込まれます。

津幡町における2050年までの医療・介護需要予測を数値化するにあたり、以下の要素を踏まえた推計を行いました。

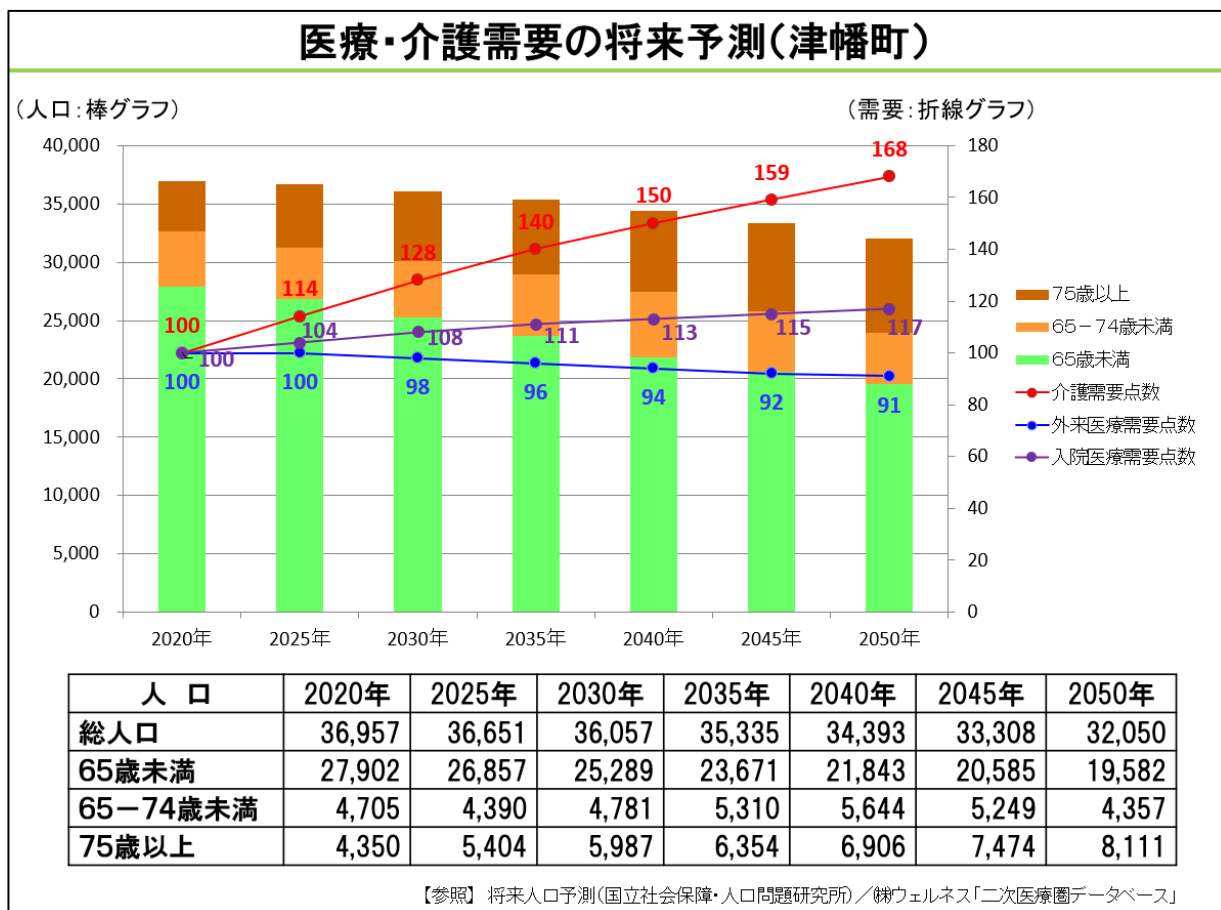
・総人口の減少

2050年までに総人口は2020年比で約13.2%減少し、外来診療や一般病床の需要全体に対して抑制的な影響を及ぼします。

・高齢者人口の継続的な増加

65歳以上人口は2050年までに2020年比で約37.6%増加する予測となっており、特に75歳以上人口はさらに高い増加率を示しています。これが入院医療需要と介護需要の主要な増加要因となります。

■津幡町における医療・介護需要の将来予測



医療需要（外来／入院）、介護需要共に、2020年を100とし、2050年まで5年ごとの需要予測を数値化しました。

外来医療需要については、高齢者人口の増加と総人口の減少という相反する二つの要因が診療科ごとに異なる影響を与えるため、年齢階級別の需要を考慮して算出しました。(詳細は後述) その結果、2025年以降は人口減少に伴って需要も減少し、2050年には2020年比で9%減少と予測されます。

入院医療需要については、外来医療に比べて高齢者（特に75歳以上）の割合が非常に高いため、75歳以上人口の増加にほぼ比例して需要が増加すると見込まれます。試算の結果、入院医療需要は2050年までに2020年比で17%増加するという見通しを算出しました。

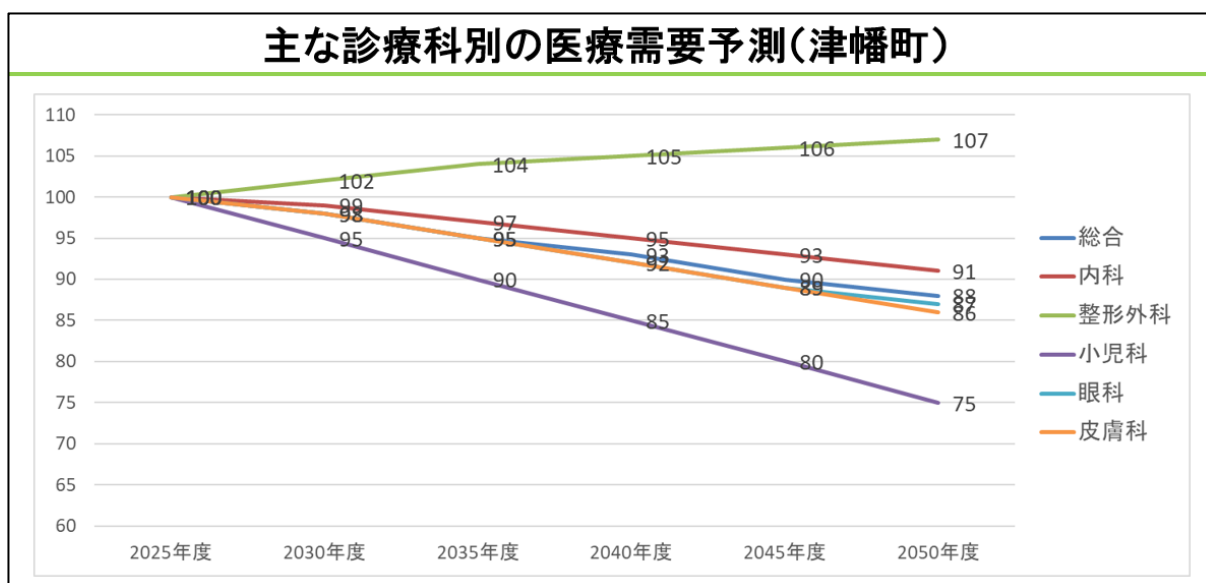
介護需要について、介護保険サービス（要介護認定）の利用率は、主に75歳以上の人口に強く関連します。75歳以上人口の急増を背景に、介護需要は2020年を基準として2050年までに約68%増加するという見通しを算出しました。医療需要と比較して高い増加率を示しており、地域で最も整備が求められる分野となります。

③診療科別の医療需要予測

年齢階層別の医療需要予測は、診療科によっても異なります。津幡町の急激な高齢化・少子化という人口構造の変化に、石川県の外来受療率を適用して算出した、2020年を起点とする将来の推計患者数を数値化しました。

■津幡町における主な診療科別の医療需要予測 ※2025年を100とした場合

診療科	2025年度	2030年度	2035年度	2040年度	2045年度	2050年度
総合診療科	100	98	95	93	90	88
内科	100	99	97	95	93	91
整形外科	100	102	104	105	106	107
小児科	100	95	90	85	80	75
眼科	100	98	95	92	89	87
皮膚科	100	98	95	92	89	86
歯科	100	97	94	91	87	83



外来需要は、人口の高齢化と総人口の減少という相反する二つの要因が診療科ごとに異なる影響を与えるため、年齢階級別の需要を考慮する必要があります。

2050年時点で増加予測となっている診療科は整形外科のみですが、その要因としては筋骨格系疾患の受療率は65歳以上で非常に高く、高齢者人口の増加がそのまま需要増加に直結することにあります。

その他の診療科は総人口減少の影響を受け、特に小児科は少子化により最も減少傾向が大きいと予測されます。

(5) 新病院の診療機能と地域における役割

新病院の基本構想を策定するにあたり、これまで分析を行ってきた将来人口予測や医療・介護需要を踏まえた診療サービスを検討する必要があります。その前提として重要なポイントが、どの診療科を標榜し、どの程度の診療サービスを提供するのかという点にあります。

主な診療科別の将来需要予測は既述のとおりですが、それ以外の診療科（眼科、皮膚科、耳鼻咽喉科など）への対応も考慮しておく必要があります。特に、地方都市の中核的病院という重要な役割を担っている当院にとって、これらの診療科は地域完結型医療の観点からも不可欠です。しかし、医師の偏在や若手医師の都市部集中により、維持が最も困難な分野となっています。

今後の方向性は、「外部連携の最大化」と「病院機能の最適化」の二つの柱で進める必要があると考えます。

①外部連携の最大化と人的資源の確保

自院のみで常勤体制を維持することが困難な場合、地域のニーズに応じた柔軟な医師確保と連携体制を構築する方法があります。現状でも近隣の大学病院等から非常勤医師の派遣を受け、専門性の高い診療や特殊な検査にも対応していますが、その体制を維持・継続して行くことは最優先課題です。

②オンライン診療の積極導入

特に皮膚科や眼科（経過観察）など、遠隔での画像診断や問診が有効な分野でオンライン診療を導入することも有力な手段です。これにより、軽症患者や慢性疾患のフォローアップを自宅から行うことができ、医師の負担を軽減しつつ、地域患者のアクセス性を向上させることができます。

③病院機能の最適化と他職種によるサポート

医師が本来の専門業務に集中できるよう、業務の分担と効率化を徹底し、診療科の魅力を高めます。例えば、看護師・検査技師へのタスク・シフト/シェアや、眼科における視能訓練士、耳鼻咽喉科における言語聴覚士など、専門職種の育成・採用を強化する方法があります。

慢性疾患の管理や術前後の検査、一部のスクリーニング業務をこれら他職種に委譲し、医師の負担を軽減することも有用です。

④救急外来機能との連携の明確化

中核病院の役割として、現在救急対応を行っていない診療科（耳鼻咽喉科の緊急止血、眼科の外傷など）のオンコール体制^{*}を整備します。ただし、軽症の初診患者は地域のかかりつけ医や初期救急で対応を依頼し、当院は高度・専門的な治療に特化する機能分化を推進します。

^{*}オンコール体制…通常勤務時間外でも呼び出しに応じて対応できる待機体制

(6) 将来的な医療・介護需要の見通しと医療提供体制への影響

これらの予測結果が津幡町の医療・介護提供体制に与える影響を考慮しつつ、将来の医療提供体制を検討するにあたり重要な要素は以下のとおりと考えます。

①地域密着型の「かかりつけ医機能」としての役割強化

外来全体は減少するものの、整形外科など高齢者に特化した診療科の需要は増加します。病院機能は、外来患者の減少に伴い外来部門の効率化が求められる一方で、高齢者・多疾患を扱う入院部門の強化（特に回復期・慢性期病床の需要増）が不可欠となります。

②地域包括ケアシステムへの参画

介護需要が2020年比で68%増と突出して増加するため、医療と介護の連携が極めて重要となります。医療から介護への移行や、高齢者の在宅生活を支えるための訪問診療・訪問看護など、在宅医療サービスの充実に向けた整備及び他事業所との連携が重要課題となります。

③担い手（医療・介護従事者）不足

将来人口予測において、15歳以上64歳以下を中心とする生産年齢人口は2050年までに約29%減少する予測となっています。高齢者関連（入院・介護）の分野で需要が増える一方で、サービスを提供する側の労働力は不足するため、医療・介護施設はDXや業務効率化、地域内での機能分化・連携強化を通じて、限られた資源（人）で需要を賄う戦略が強く求められます。

(7) その他の診療機能

①高齢者救急の充実

新病院は、公立病院としての使命を継続し、二次救急医療の役割を堅持しつつ、「断らない救急」を掲げて積極的な救急受け入れを行うことが求められています。

高齢化が進む地域において、新病院が担うべき救急医療機能は、石川中央医療圏の医療構想において「地域包括ケアを支える病院」として位置づけられています。

重症急性期患者は金沢市内の基幹病院が担いますが、当院は主に軽症・中等症の高齢者患者（サブアキュート）の救急受け入れを担い、地域で完結する医療提供を目指す必要があります。

そのため、救急患者の安全を確保するための救急エリアと手術室の効率的な動線の確保が必要です。また、救急搬送時の的確な診断のためには、CTのみならずMRIの整備（新規導入）も必要不可欠です。

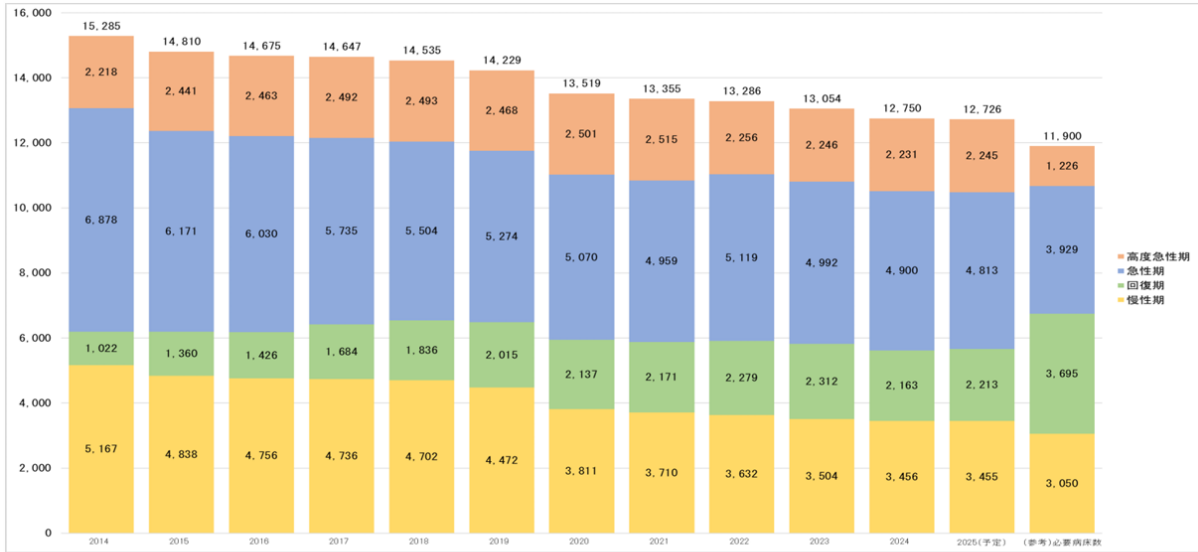
一方で、救急医療の拡充に向けて、救急隊との連携効率を高め、救急応需率の向上を図ることも検討すべきです。

②在宅復帰支援

在宅復帰支援は、新病院が地域包括ケアシステムの中核として果たすべき回復期機能の要であり、最も重視すべき数値目標の一つです。

石川県では回復期機能の病床が2,163床（2024年10月時点）と必要病床数3,695床に対して1,532床不足している状況にあるため、新病院では地域包括ケア病床を積極的に活用し、急性期治療後の患者（ポストアキュート）を速やかに受け入れ、在宅復帰に向けたリハビリテーションを充実させる必要があります。

■石川県病床機能報告の年次推移



	病床数の推移 (床)			2024年の病床の状況および2023年との比較								
	2014	2024	増減 2024-2014	1日あたり在床患者数 (人/日)			平均在床日数 (日)			病床稼働率 (%)		
				2023	2024	増減 2024-2023	2023	2024	増減 2024-2023	2023	2024	増減 2024-2023
高度急性期	2,218	2,231	▲13	1,529.5	1,556.9	▲27.4	9.7	9.5	▲0.2	68.1	69.8	▲1.7
急性期	6,878	4,900	▲1,978	3,389.2	3,433.2	▲44.0	11.8	11.4	▲0.4	68.0	70.1	▲2.1
回復期	1,022	2,163	▲1,141	1,750.1	1,671.8	▲78.3	26.4	25.4	▲1.0	76.7	77.3	▲0.6
小計	10,118	9,294	▲824	6,668.9	6,661.9	▲7.0	13.0	12.5	▲0.5	70.1	71.7	▲1.6
慢性期	5,167	3,456	▲1,711	2,810.6	2,929.7	▲119.1	221.5	209.5	▲12.0	80.2	84.8	▲4.6
合計	15,285	12,750	▲2,535	9,479.5	9,591.6	▲112.1	18.0	17.6	▲0.4	72.8	75.2	▲2.4
休棟等	166	611	▲445	-	-	-	-	-	-	-	-	-

令和7年11月25日 石川中央医療圏地域医療構想調整会議資料より抜粋

数値目標として掲げている在宅復帰率90%以上の維持には、入院初期からの多職種による退院支援（栄養管理や口腔ケアを含む）を強化することが不可欠です。特に今後増加が見込まれる循環器系、外傷・骨折、呼吸器系の医療需要に対応した診療体制の充実とスタッフの教育・研修を計画的に行う必要があります。

③在宅医療

津幡町では75歳以上人口が増加する2040年以降に在宅医療のニーズがピークを迎えることが予測できるため、新病院は在宅療養を支えるための後方支援機能のさらなる強化が求められます。(P2・3参照)

当院は2024年2月に単独型での「機能強化型」在宅療養支援病院の届出を行っており、新病院建設後もこの機能を維持・強化することが重要です。

在宅患者の病状急変時（急変時の対応）に備え、24時間対応可能な連携体制と、入院医療機関としての円滑な受入れといった後方支援体制の構築が不可欠であり、在宅医療を支える多職種チームの連携を円滑にするため、「いしかわ診療情報共有ネットワーク」などの医療情報システムの利活用が求められます。

④介護保険・障害福祉サービス

新病院の建設は、医療提供に留まらず、地域の超高齢社会を支える医療・介護・福祉・保健の密接な連携体制を構築する機会としても重要です。新病院の検討において、院内に福祉・健康部門等の行政サービスを提供する機能の一部整備を図り、町民生活の利便性向上を目指す必要があります。これにより、医療と介護・福祉の相談が一体的に行える体制が構築されます。

地域包括ケアシステムの中核として、在宅医療の後方支援を強化するため、居宅介護支援事業所等との連携強化も既に行われています。

高齢者施設との連携においては、さらに連携を強化し、急変時の受け入れ体制を明確化するため、「協力対象施設入所者入院加算」の届出など、診療報酬改定に対応した連携を継続・強化することが必要です。

(8) 病床規模の検討

①地域の人口推移、医療・介護需要の分析

当院が所在する津幡町は、今後人口減少が予想されています。しかし、高齢者人口は2050年頃までは増加傾向にあり、これに伴い、地域の医療需要と介護需要は共に増加することが予測されています。

特に、今後入院患者数の増加が見込まれる領域としては、「循環器系」「外傷・骨折」「呼吸器系」が挙げられており、これらの医療需要増に対応するための診療体制の充実が必要とされています。

また、高齢化の進展に伴い、訪問診療のニーズも全国的に増加しており、津幡町においては75歳以上高齢者が増加する2040年以降にピークを迎えることが予測できます。

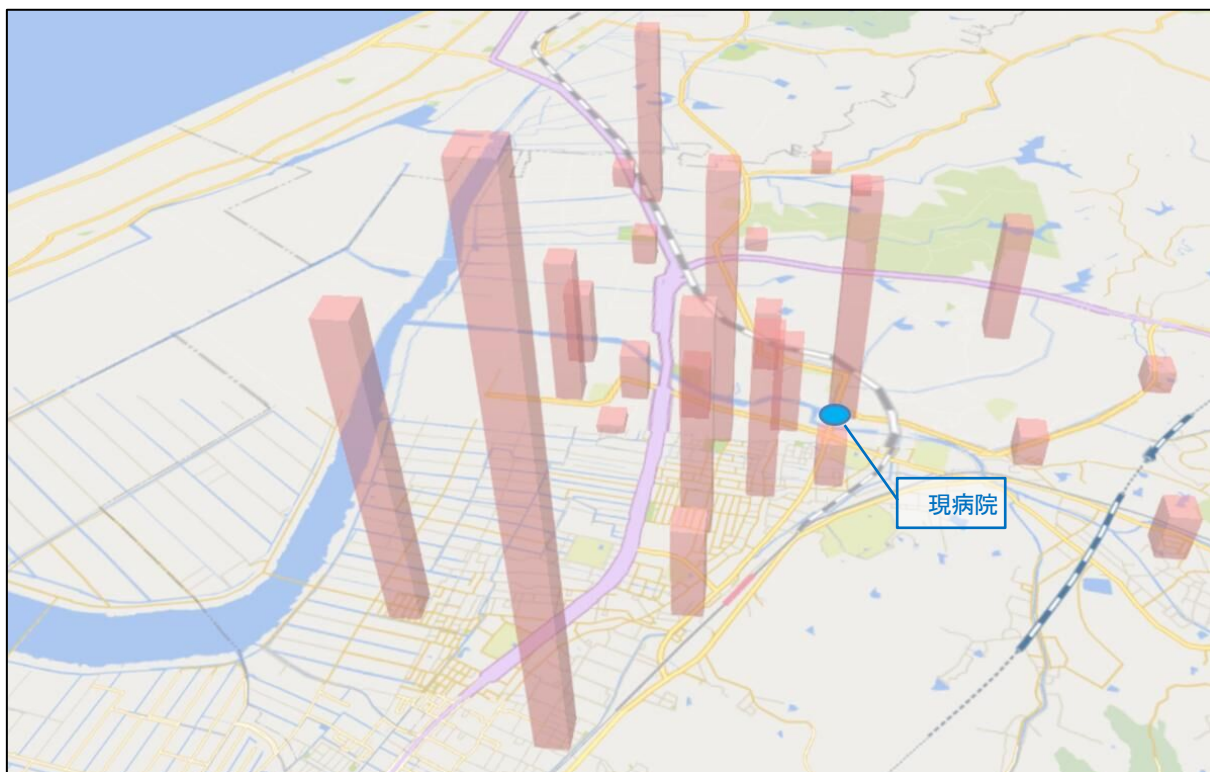
(P2・3参照)

■津幡町における医療需要 ①1日当たり推計患者数(入院)

地区	人口	1日当たり推計患者数(入院)													
		精神科	整形	循環器	神経系	がん	呼吸器	消化器	泌尿器	内分泌	眼科	感染症	皮膚科	耳鼻咽喉科	計
河北郡津幡町太田	5,322	11.6	10.0	9.2	7.3	6.9	4.0	2.9	2.1	1.7	1.2	0.7	0.4	0.1	58.0
河北郡津幡町潟端	3,338	7.3	6.2	5.7	4.6	4.3	2.5	1.8	1.3	1.1	0.7	0.5	0.3	0.1	36.4
河北郡津幡町庄	3,232	7.0	6.0	5.6	4.5	4.2	2.4	1.7	1.3	1.0	0.7	0.5	0.3	0.1	35.2
河北郡津幡町津幡	2,826	6.2	5.3	4.9	3.9	3.6	2.1	1.5	1.1	0.9	0.6	0.4	0.2	0.1	30.8
河北郡津幡町北中条	2,601	5.7	4.9	4.5	3.6	3.4	2.0	1.4	1.0	0.8	0.6	0.4	0.2	0.1	28.4
河北郡津幡町能瀬	2,486	5.4	4.6	4.3	3.4	3.2	1.9	1.3	1.0	0.8	0.5	0.3	0.2	0.0	27.1
河北郡津幡町横浜	2,003	4.4	3.7	3.4	2.8	2.6	1.5	1.1	0.8	0.6	0.4	0.3	0.2	0.0	21.8
河北郡津幡町井上の荘	1,792	3.9	3.4	3.1	2.5	2.3	1.3	1.0	0.7	0.6	0.4	0.3	0.1	0.0	19.5
河北郡津幡町緑が丘	1,537	3.4	2.9	2.6	2.1	2.0	1.2	0.8	0.6	0.5	0.3	0.2	0.1	0.0	16.8
河北郡津幡町加賀爪	1,122	2.4	2.1	1.9	1.5	1.4	0.8	0.6	0.4	0.4	0.2	0.2	0.1	0.0	12.2
河北郡津幡町南中条	1,093	2.4	2.0	1.9	1.5	1.4	0.8	0.6	0.4	0.3	0.2	0.2	0.1	0.0	11.9
河北郡津幡町川尻	946	2.1	1.8	1.6	1.3	1.2	0.7	0.5	0.4	0.3	0.2	0.1	0.1	0.0	10.3
河北郡津幡町清水	792	1.7	1.5	1.4	1.1	1.0	0.6	0.4	0.3	0.3	0.2	0.1	0.1	0.0	8.6
河北郡津幡町中須加	696	1.5	1.3	1.2	1.0	0.9	0.5	0.4	0.3	0.2	0.2	0.1	0.1	0.0	7.6
河北郡津幡町中橋	593	1.3	1.1	1.0	0.8	0.8	0.4	0.3	0.2	0.2	0.1	0.1	0.0	0.0	6.5
河北郡津幡町浅田	570	1.2	1.1	1.0	0.8	0.7	0.4	0.3	0.2	0.2	0.1	0.1	0.0	0.0	6.2
河北郡津幡町東荒屋	555	1.2	1.0	1.0	0.8	0.7	0.4	0.3	0.2	0.2	0.1	0.1	0.0	0.0	6.0
人口500人未満の地区(69)	5,453	11.9	10.2	9.4	7.5	7.0	4.1	2.9	2.1	1.7	1.2	0.8	0.4	0.1	59.4
津幡町合計	36,957	81	69	64	51	48	28	20	14	12	8	5	3	1	403

・人口は令和2年国勢調査
 ・推計患者数は令和5年患者調査・受療率より算出

■津幡町における医療需要 ①1日当たり推計患者数(入院) グラフ



■津幡町における医療需要 ②1日当たり推計患者数(外来)

地区	人口	1日当たり推計患者数(外来)													計
		消化器	整形	循環器	呼吸器	内分泌	眼科	泌尿器	がん	皮膚科	精神科	神経系	感染症	耳鼻咽喉科	
河北郡津幡町太田	5,322	46.8	39.9	26.0	23.2	17.5	14.4	14.1	11.7	10.9	10.3	7.1	6.0	3.6	231.4
河北郡津幡町湯端	3,338	29.4	25.0	16.3	14.6	10.9	9.0	8.8	7.3	6.8	6.5	4.5	3.8	2.2	145.1
河北郡津幡町庄	3,232	28.4	24.2	15.8	14.1	10.6	8.7	8.6	7.1	6.6	6.3	4.3	3.7	2.2	140.5
河北郡津幡町津幡	2,826	24.9	21.2	13.8	12.3	9.3	7.6	7.5	6.2	5.8	5.5	3.8	3.2	1.9	122.9
河北郡津幡町北中条	2,601	22.9	19.5	12.7	11.3	8.5	7.0	6.9	5.7	5.3	5.0	3.5	2.9	1.7	113.1
河北郡津幡町能瀬	2,486	21.9	18.6	12.1	10.8	8.2	6.7	6.6	5.4	5.1	4.8	3.3	2.8	1.7	108.1
河北郡津幡町横浜	2,003	17.6	15.0	9.8	8.7	6.6	5.4	5.3	4.4	4.1	3.9	2.7	2.3	1.3	87.1
河北郡津幡町井上の荘	1,792	15.8	13.4	8.7	7.8	5.9	4.8	4.7	3.9	3.7	3.5	2.4	2.0	1.2	77.9
河北郡津幡町緑が丘	1,537	13.5	11.5	7.5	6.7	5.0	4.1	4.1	3.4	3.2	3.0	2.1	1.7	1.0	66.8
河北郡津幡町加賀爪	1,122	9.9	8.4	5.5	4.9	3.7	3.0	3.0	2.5	2.3	2.2	1.5	1.3	0.8	48.8
河北郡津幡町南中条	1,093	9.6	8.2	5.3	4.8	3.6	3.0	2.9	2.4	2.2	2.1	1.5	1.2	0.7	47.5
河北郡津幡町川尻	946	8.3	7.1	4.6	4.1	3.1	2.6	2.5	2.1	1.9	1.8	1.3	1.1	0.6	41.1
河北郡津幡町清水	792	7.0	5.9	3.9	3.5	2.6	2.1	2.1	1.7	1.6	1.5	1.1	0.9	0.5	34.4
河北郡津幡町中須加	696	6.1	5.2	3.4	3.0	2.3	1.9	1.8	1.5	1.4	1.4	0.9	0.8	0.5	30.3
河北郡津幡町中橋	593	5.2	4.4	2.9	2.6	1.9	1.6	1.6	1.3	1.2	1.2	0.8	0.7	0.4	25.8
河北郡津幡町浅田	570	5.0	4.3	2.8	2.5	1.9	1.5	1.5	1.2	1.2	1.1	0.8	0.6	0.4	24.8
河北郡津幡町東荒屋	555	4.9	4.2	2.7	2.4	1.8	1.5	1.5	1.2	1.1	1.1	0.7	0.6	0.4	24.1
人口500人未満の地区(69)	5,453	48.0	40.8	26.6	23.8	17.9	14.7	14.5	11.9	11.2	10.6	7.3	6.2	3.7	237.1
津幡町合計	36,957	325	277	180	161	121	100	98	81	76	72	50	42	25	1,607

・人口は令和2年国勢調査
 ・推計患者数は令和5年患者調査・受療率より算出

■津幡町における医療需要 ②1日当たり推計患者数(外来) グラフ



②新たな地域医療構想における病床の適正規模と機能分化

当院は、石川中央医療圏の地域医療構想調整会議において「地域包括ケアシステムの中核」として明確に位置づけられています。この役割を果たすため、主に以下の医療機能が求められています。

- ・ポストアキュート（急性期治療後の受け入れ）
- ・サブアキュート（軽症・中等症急性期）
- ・回復期リハビリテーション
- ・在宅医療の後方支援

石川中央医療圏全体では、2025年の必要病床数と比較して、回復期機能が1,265床不足している状況にあり、当院が回復期機能を強化することの重要性が示されています。

基本構想において、当院の病床数は現状維持の60床（急性期一般病床／地域包括ケア病床）を想定していますが、地域医療構想の実現に資するため、病床数の適正規模については基本計画で検討を実施します。

③病院施設の効率化と質の向上への対応

1) 看護配置基準からの必要面積の効率化

新病院の施設規模の設定にあたっては、他院の建替え事例などを参考に、効率性と将来の機能拡充を両立させる検討が必要です。一般的に、効率的な病棟運用を実現するため、新病院では、効率的な看護配置を前提とした病棟構成が検討の基本となります。例えば、金沢市立病院の事例では、1床当たり延床面積を75㎡～85㎡と想定し、効率化を目指しています。

2) 個室ニーズの高まりへの対応

新病院整備の基本的な考え方の一つとして、「すべての患者にとって、安全・安心で利用しやすい病院づくり」が掲げられており、特に快適な療養環境の提供が重視されています。

これには、患者のプライバシーに配慮し、誰もが安心できる病院づくりを目指すことが含まれます。新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえ、感染拡大時にも対応できるよう、陰圧対応個室病室の整備など、感染症医療対応力の強化も不可欠です。質の高い療養環境の提供のため、個室化のニーズに対応した設計が求められます。

④地域の超高齢社会を支えるための併設機能

地域の中核的病院として、当院は地域住民とともにつくる未来型自治体病院である必要があります。これは医療だけでなく、福祉、介護、保健の分野で密接な連携を構築し、地域の超高齢社会を支えることを目指すものです。

その実現を図るには、次に挙げるような取り組みも検討が必要です。

1) 居宅介護支援事業所の整備

新病院は、地域包括ケアシステムの中核として、在宅医療の後方支援機能をこれまで以上に強化することが求められており、居宅介護支援事業所等との連携強化は数値目標にも掲げられています。よりスムーズな医療・介護の連携を図るためには、居宅介護支援事業所を院内に併設することも要検討事項となります。

■津幡町における居宅介護支援事業所の状況



2) 通所リハビリテーション事業所の充実

当院では2015年から通所リハビリテーション事業所を開設しており、短時間通所リハビリ（1～2時間）を提供していますが、現状では病院のリハビリテーション室の一部で医療保険リハビリ患者と混在する形でサービス提供を行っています。

新病院では、送迎やスタッフ動線を考慮して独立した通所リハビリテーションのスペースを確保し、サービス提供の質と量をさらに充実させることが求められます。

■津幡町における通所リハビリテーション事業所の状況



3) 有料老人ホーム等の併設（連携）

医療・介護・福祉・保健の分野で密接な連携を構築するため、現状でも高齢者施設との連携は「協力対象施設入所者入院加算」の届出等により推進されています。

新病院では、在宅医療を後方支援する機能のさらなる強化が求められるため、高齢者施設との機能的連携は必須です。

また、長期入院患者や独居高齢者の受け皿として高齢者住宅（有料老人ホーム等）を併設することも、安全で効率的な医療・介護サービス提供にも有効な対策です。

■津幡町における高齢者住宅の状況



4) 院内保育所の併設・連携

院内保育所の併設は、職員が働きやすい病院づくりの一環として、育児と仕事の両立を支援することが可能になります。これは、医師・看護師等の確保と定着を促進するための重要な要素です。

特に発熱などで医療的ケアが必要な場合でも預かることが可能な「病児保育」は職場のマンパワー確保に有効です。

既述のように、新病院が患者の受診を目的としての来院だけでなく、当院の新築移転が、今後の活気ある「まちづくり」へ繋がり、地域の元気を生み出す中心拠点となるよう、基本計画でさらなる検討を行います。

第2章. 病院を取り巻く環境の分析と課題の検証



第2章. 病院を取り巻く環境の分析と課題の検証

(1) 現病院の現状と課題 — 施設・設備・機器

①病院建物本体

- 当院は、1976年（昭和51年）9月の病院大規模改築で整備された管理棟と、1992年（平成4年）3月に増築された本館で構成されています。大規模改築から約50年、本館増築から33年以上経過しており、老朽化による様々な問題が発生しています。
 - ・手術室の設備（手術台、照明等）の老朽化
 - ・給排水管の劣化による水漏れや赤水、詰まりなどの発生
 - ・空調の冷暖房効率悪化による室温管理能力の低下、光熱費増大
 - ・換気機能の低下による感染症リスクの増大
 - ・エレベーターの故障頻度の増加による患者・医療スタッフの移動困難
 - ・バリアフリー・災害対策面での遅れ
 - ・古い様式のトイレなど、現在の基準に適さない設備が存在
 - ・防災設備（火災報知器やスプリンクラー、非常用電源など）の老朽化による正常作動不可リスク

■現病院建物配置と施設概要



<施設概要>

①本館（1992年竣工）	RC構造	5階建て（一部地階）	延べ床面積3,984㎡
②管理棟（1976年竣工）	RC構造	3階建て	延べ床面積1,972㎡
③第1駐車場（36台）		496㎡	
④第2駐車場（74台）		1,407㎡	
⑤第3駐車場（29台）		581㎡	

②病院としての設備

- 2001年に施行された第4次医療法改正により、一般病床の1床当たり床面積は6.4㎡以上が基準となっています。この基準は新築または大規模改修までは経過措置とされていますが、改正から約25年が経過しており、患者のプライバシーに対する意識の高まりに加え、医療面における動線の確保や、患者の精神的圧迫感・閉塞感の解消のためにも十分な面積の確保が望ましいと考えます。
- 設備の老朽化や療養環境の悪化は、患者満足度を低下させ、近隣の新しい病院に患者が流出する原因となります。
- 病院本体の老朽化・狭小化は、医療安全面での問題も引き起こします。
- 現状では高度医療機器がCTしかなく、最新の医療機器（MRIなど）の導入・設置するスペースや電力が不足しており、高度な医療提供の妨げとなっています。
- 老朽化が進むと、建物の修繕や設備の更新に多額の費用がかかり、経営を圧迫します。さらに狭く古い施設は、医療従事者にとって働きやすい環境とは言えず、人材の確保や定着が難しくなることがあります。

(2) 現病院の現状と課題 — 運用面

①動線や必要スペースの課題

- 60床が2フロアに分かれていることにより、特に夜間において看護・ケアの動線の分散による非効率性、医療安全面に課題があります。
- 放射線科・検査が救急外来のある1階ではなく2階にあることにより、検査を行う場合には救急搬送患者のエレベーター搬送が必要になり、救急処置の遅れやエレベーターの混雑が発生しています。
- 観察室がないことで、手術後間もない患者など重点的な観察が必要な患者の看護に支障を来たしています。
- 病棟においてトイレ付の個室が4室しかなく、アメニティ環境が整った病室が不足しています。
※公立病院は許可病床数の3割まで（当院の場合は20床まで）の個室を設置することが認められています。

②サービス提供上の課題

- 地域の在宅医療提供体制の中心的機能を担う病院として、在宅医療・訪問サービス（訪問診療・訪問看護・訪問リハビリ）への対応のさらなる充実が必要となっています。
- 現病院においては、駐車場台数が不足しており、外来患者や来院者の利便性に課題が生じています。特に診療時間帯には満車となることが多く、円滑な利用に支障を来たしています。
- 正面玄関のアプローチが低いため、町営バスが病院建物に寄れず、患者送迎サービスに支障を来たしています。

(3) 当院の現状と課題 — 財務諸表

①公立病院では数少ない経常黒字病院

- 2025年8月6日に公表された全国自治体病院協議会「令和6年度決算状況調査」によると、経常収支が赤字の病院が会員病院の約86%となっており、これは統計開始以降最多となっています。民間病院の経営実態調査においても赤字病院の増加が問題となっている中、当院は令和6年度のみならず、平成30年度から連続で経常黒字を達成している数少ない公立病院の一つとなっています。

(4) 現病院の現状と課題 — 各種経営指標

- 入院患者数は対前年比で8%以上増加しており、入院収益増に大きく貢献しています。病床利用率は全国平均の71.3%（病院報告）を大きく上回る91.5%を記録しています。
- 外来患者数も同様に対前年比8%以上となっており、医業収益増加、経常収支プラスの原動力となっています。
- 患者数増加に比例して、手術件数、リハビリ実施単位数、検査件数などの実績も対前年比で増加となっています。

■当院における患者数など経営指標の令和6年度実績（対前年比）

項目	R5	R6	増減率
延入院患者数	19,702人	21,355人	108.4%
1日平均入院患者数	54.0人	58.5人	108.4%
病床稼働率	90.0%	97.5%	108.4%
病床利用率	84.6%	91.5%	108.2%
退院患者数	1,178人	1,307人	111.0%
入院日当円	39,186円	38,929円	99.3%
延外来患者数	39,537人	42,697人	108.0%
1日平均外来患者数	162人	175人	108.0%
外来日当円	11,616円	11,265円	97.0%
手術件数	212件	222件	104.7%
リハ提供単位数	49,719単位	51,205単位	103.0%
画像診断件数	9,433件	10,184件	108.0%
検体検査件数	304,602件	337,658件	110.9%
生体検査件数	896件	1,127件	125.8%
健診利用者数	3,916人	4,344人	110.9%

(5) 現病院の現状と課題 — 受療動向分析

- 地域連携による機能・役割分担の推進により、地域の開業医からの紹介患者数及び当院から地域の開業医への逆紹介患者数は共に増加傾向にあります。
- 救急車搬送件数・時間外入院件数は、2019年度が102件だったのに対して、2024年度が350件と対応力が強化されています。しかしながら、今後さらに増加することが予測される高齢者の救急搬送患者の受入体制を充実させるためには人員面・施設設備面での強化が必要不可欠です。

■ 当院における紹介患者数・救急受入件数などの令和6年度実績（対前年比）

項目	R5	R6	増減率
紹介患者数	1,177人	1,253人	106.5%
逆紹介患者数	866人	1,051人	121.4%
救急車受入件数	374件	350件	93.6%
時間外入院患者数	211人	200人	94.8%

■ 地区別推計患者数と地区別占有率（入院）

地区(人口順)	人口 (※1)	推定入院患者数 (※2)	当院患者数 (※3)	占有率(シェア)
河北郡津幡町太田	5,322	67.2	6	8.9%
河北郡津幡町湯端	3,338	42.1	4	9.5%
河北郡津幡町庄	3,232	40.8	10	24.5%
河北郡津幡町津幡	2,826	35.7	9	25.2%
河北郡津幡町北中条	2,601	32.8	3	9.1%
河北郡津幡町能瀬	2,486	31.4	2	6.4%
河北郡津幡町横浜	2,003	25.3	5	19.8%
河北郡津幡町井上の荘	1,792	22.6	0	0.0%
河北郡津幡町緑が丘	1,537	19.4	3	15.5%
河北郡津幡町加賀爪	1,122	14.2	6	42.4%
河北郡津幡町南中条	1,093	13.8	2	14.5%
河北郡津幡町川尻	946	11.9	5	41.9%
河北郡津幡町清水	792	10.0	6	60.0%
河北郡津幡町中須加	696	8.8	2	22.8%
河北郡津幡町中橋	593	7.5	0	0.0%
河北郡津幡町浅田	570	7.2	1	13.9%
河北郡津幡町東荒屋	555	7.0	1	14.3%
人口500人未満の地区(69地区)	5,453	68.8	27	39.2%
津幡町合計	36,957	466.6	92	19.7%

※1 令和2年国勢調査 町丁別人口

※2 令和5年度患者調査 入院受療率(石川県)より推計

※3 河北中央病院医事データ(令和7年3月実績)

■地区別推計患者数と地区別占有率（外来）

地区(人口順)	人口 (※1)	推定外来患者数 (※2)	当院患者数 (※3)	占有率(シェア)
河北郡津幡町太田	5,322	2,519.3	150	6.0%
河北郡津幡町湯端	3,338	1,580.1	75	4.7%
河北郡津幡町庄	3,232	1,529.9	131	8.6%
河北郡津幡町津幡	2,826	1,337.7	192	14.4%
河北郡津幡町北中条	2,601	1,231.2	76	6.2%
河北郡津幡町能瀬	2,486	1,176.8	102	8.7%
河北郡津幡町横浜	2,003	948.2	77	8.1%
河北郡津幡町井上の荘	1,792	848.3	35	4.1%
河北郡津幡町緑が丘	1,537	727.6	91	12.5%
河北郡津幡町加賀爪	1,122	531.1	67	12.6%
河北郡津幡町南中条	1,093	517.4	42	8.1%
河北郡津幡町川尻	946	447.8	35	7.8%
河北郡津幡町清水	792	374.9	104	27.7%
河北郡津幡町中須加	696	329.5	17	5.2%
河北郡津幡町中橋	593	280.7	14	5.0%
河北郡津幡町浅田	570	269.8	21	7.8%
河北郡津幡町東荒屋	555	262.7	23	8.8%
人口500人未満の地区(69地区)	5,453	2,581.3	393	15.2%
津幡町合計	36,957	17,494.3	1,645	9.4%

※1 令和2年国勢調査 町丁別人口

※2 令和5年度患者調査 外来受療率(石川県)より推計

※3 河北中央病院医事データ(令和7年3月実績)

(6) 医療圏内の医療機関数の状況

- 一般診療所数は全国では右肩上がりの傾向にあり、直近10年間で4,648施設増加しています。その一方で、津幡町では新規開業・閉院はあるものの、施設数は17～18施設で概ね安定しています。
- 病院数は一般診療所とは反対に減少傾向にあり、直近10年間で419施設減少しています。津幡町では当院とみずほ病院の2病院があり、この状況は10年以上変動していません。

■全国の医療機関数の年次推移

年度	一般診療所		病院	
	施設数	前年比	施設数	前年比
2016年	101,154 施設	+340	8,460 施設	▲34
2017年	101,529 施設	+375	8,421 施設	▲39
2018年	101,921 施設	+392	8,375 施設	▲46
2019年	102,403 施設	+482	8,318 施設	▲57
2020年	102,681 施設	+278	8,272 施設	▲46
2021年	103,426 施設	+745	8,223 施設	▲49
2022年	104,401 施設	+975	8,175 施設	▲48
2023年	105,282 施設	+881	8,140 施設	▲35
2024年	105,744 施設	+462	8,081 施設	▲59
2025年	105,802 施設	+58	8,041 施設	▲40

※施設数は各年4月1日時点

(7) 当院を取り巻く病院経営環境の整理

①2024年度診療報酬改定の影響

2024年度診療報酬改定は、「医療従事者の賃上げ」と「ポストコロナの医療体制への移行」が大きな柱となりました。

●ベースアップ評価料の新設

看護師や薬剤師、医療技術職等の賃上げ原資を確保するための評価料が新設され、当院のような公立病院や地域密着型病院にとって、人材流出を防ぐための不可欠な原資となりました。

●地域包括ケア病棟の要件厳格化

在宅からの患者受け入れ（サブアキュート）実績がより厳しく問われるようになりました。当院の強みである地域包括ケア機能において、救急車や介護老人保健施設（老健）、高齢者施設等からの入院を高く評価する初期加算へと改定されました。

●リハビリ・栄養・口腔の一体的管理の推進

入院初日からリハビリテーションと栄養管理をセットで行うことが強く推奨され、体制が整っていない病院は診療報酬算定上で不利になる仕組みが導入されました。

●医療DXの推進（書面から電子へ）

電子処方箋の導入やマイナ保険証の利用率に応じた評価（医療DX推進体制整備加算）が始まり、初期投資や運用の変更を余儀なくされました。

②2026年度診療報酬改定が与える影響予測

2024年度診療報酬改定では「治す医療から、支える医療へ」という方針が打ち出されました。2025年を過ぎてさらに高齢化が進む中、団塊の世代も減少を迎える2040年頃を見据え、2026年6月に行われる診療報酬改定では「支え、つなぐ医療」と示され、社会保障制度の安定性・持続可能性を確保すべく下記の内容を中心とした改定がより一層加速するものと予測されます。

●「地域包括医療病棟」への再編圧力

2024年度に新設された「地域包括医療病棟」への移行、あるいは既存の地域包括ケア病棟の役割分担がさらに明確化される可能性があります。高齢者の救急受入機能がより高く評価される一方、単なるリハビリ待ちの病床は評価が下げられるリスクがあります。

●成果（アウトカム）重視の評価体系

リハビリテーションの効果や、ADL（日常生活動作）がどれだけ改善して自宅に戻れたかという「結果」に対する配分が強化される見込みです。

●物価高騰と人件費増への対応（さらなる賃上げ）

光熱費や資材価格の上昇、そして2024年度に続く第2段階の賃上げ対応が焦点となります。資金的に脆弱で財政基盤の弱い小規模病院にとっては、基本診療料（入院基本料など）の底上げがなされるかが死活問題となります。

●在宅医療・訪問診療との連携強化

病院が「外」に出ていく動きがさらに評価されると予想されます。訪問看護や訪問診療を自前で持つ、あるいは地域の診療所との密なデジタル連携（情報共有）が、紹介・逆紹介の加算に直結する流れが強まります。

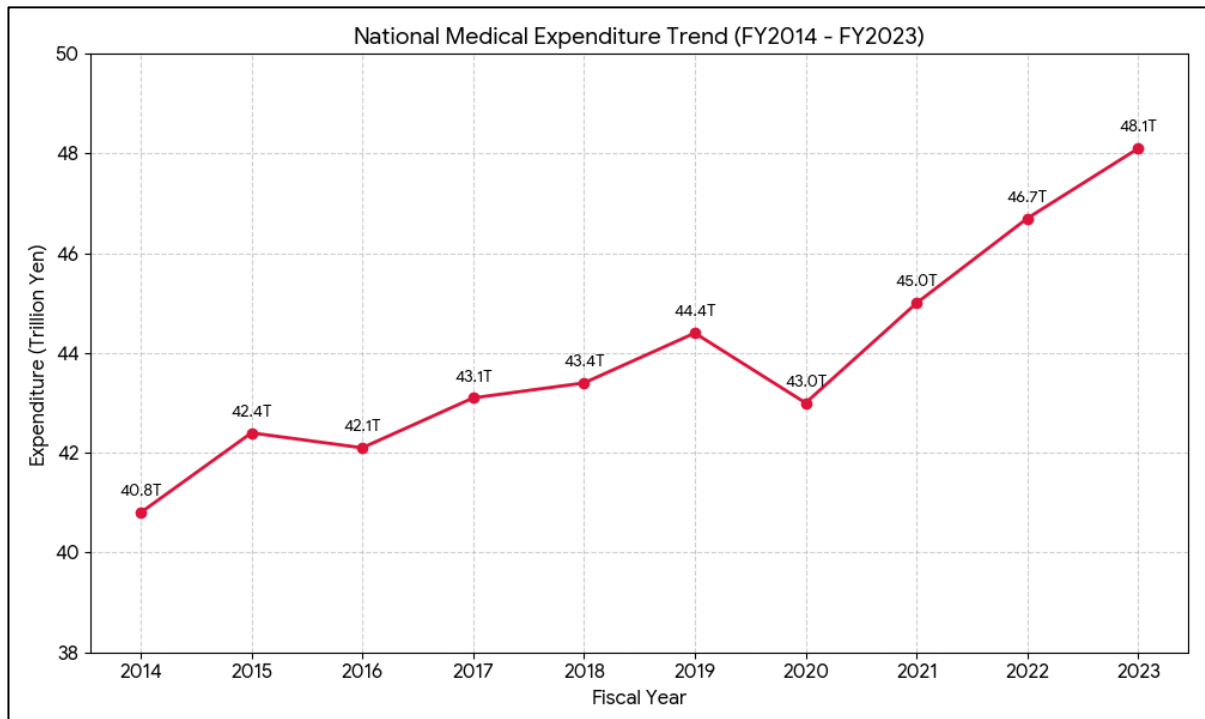
③医療費の動向

●直近10年間の国民医療費は、高齢化の進展や医療技術の高度化を背景に増加傾向が続いています。2013年度に初めて40兆円を突破し、直近の2023年度（令和5年度）は48.1兆円となりました。10年前の2014年度（40.8兆円）と比較すると、この10年間で医療費は約7.3兆円（約18%）増加したことになります。

2020年度のコロナ禍による一時的な減少を除けば、ほぼ一貫して増加傾向にあり、特に直近2年間は年間1.4兆円～1.7兆円規模の急激な伸びを見せています。

この傾向は高齢者の増加による医療需要の増加がピークを迎える2040年頃までは続くことが予測されており、その医療需要に対応する医療提供体制の整備が必要となっています。

■国民医療費の動向（2014年度～2023年度）



出典：厚生労働省「国民医療費の概況」

- 『平日（時間内）』は、軽症・中等症のかかりつけ患者（高齢者等）を受け入れ、『休日・夜間（時間外）』は、「救急の拠点病院」と連携・役割分担を行いながら「救急患者の受け入れ」が求められています。

病院機能の整理 ①

令和5年度第2回石川中央
地域医療構想調整会議 資料

増加する高齢者の救急患者を受け入れるため、救急医療を担う病院の機能を整理

- ・ 3次救急、3次救急に準ずる病院 → 救急の拠点となる病院
- ・ 2次救急病院 → 地域包括ケアを支える病院

(1) 救急の拠点となる病院

- ・ 重症度、傷病の種類、年齢に関わらず、365日24時間、救急搬送を断らない
- ・ 軽症・中等症患者は地域包括ケアを支える病院が対応できない場合に受け入れ
- ・ 急性期治療の終了後に継続的な管理が必要な患者を含めて円滑な転院を促進

(2) 地域包括ケアを支える病院

- ・ 軽症・中等症患者を中心に救急を受け入れ（サブアキュート）
- ・ 継続的な管理が必要な患者を含めて、救急の拠点となる病院から転院を速やかに受け入れ、在宅復帰に向けたリハビリを実施（ポストアキュート）
- ・ 地域の高齢者施設との連携強化により、円滑な退院（施設への入所）と急変時の受け入れを実施（在宅医療の後方支援機能）
- ・ 在宅医療の担い手が不足する地域においては、訪問診療や看取りも実施

<救急型> 救急の拠点となる病院とともに休日・夜間も救急を受け入れる
<連携型> 日中の救急受け入れや転院を中心に受け入れる

26

病院機能の整理②

令和5年度第2回石川中央
地域医療構想調整会議 資料

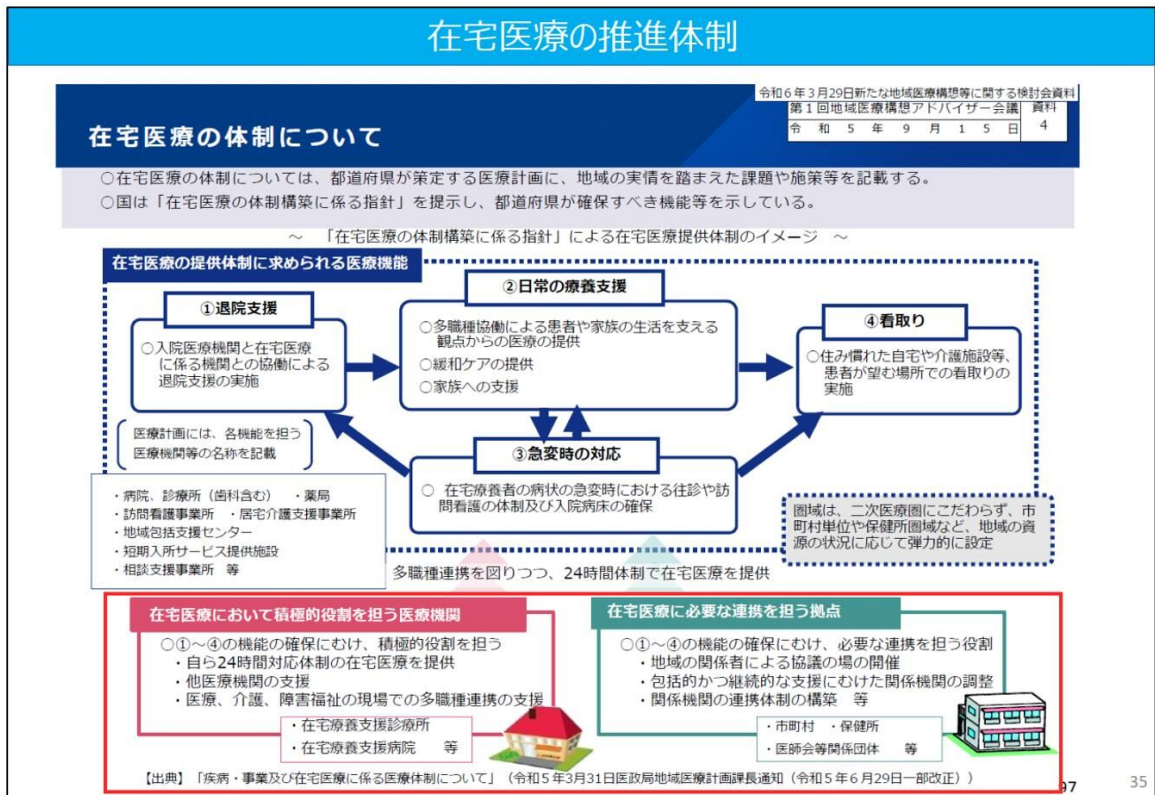
<平日の昼間>
「救急の拠点となる病院」は年齢を問わず重傷者を中心に受け入れ、
「地域包括ケアを支える病院」は、主に軽症・中等症のかかりつけ患者（高齢者等）を受け入れる

<休日・夜間>
「救急の拠点となる病院」と「地域包括ケアを支える病院(救急型)」が救急搬送を受け入れ、
軽症・中等症患者については、翌日以降、「地域包括ケアを支える病院（連携型）」等に転院搬送する

27

「2024年度 石川県地域医療構想調整会議資料」より一部抜粋

- 入院から在宅への誘導がさらに進んでいく中、「退院後の在宅支援」及び「在宅医療を望む患者」には万が一の入院対応が可能な病床を有しつつ、複数の医師体制による『在宅療養支援機能』が、ますます重要となります。
- 当院は在宅医療において「積極的役割を担う医療機関」の位置づけです。



在宅医療において積極的役割を担う医療機関

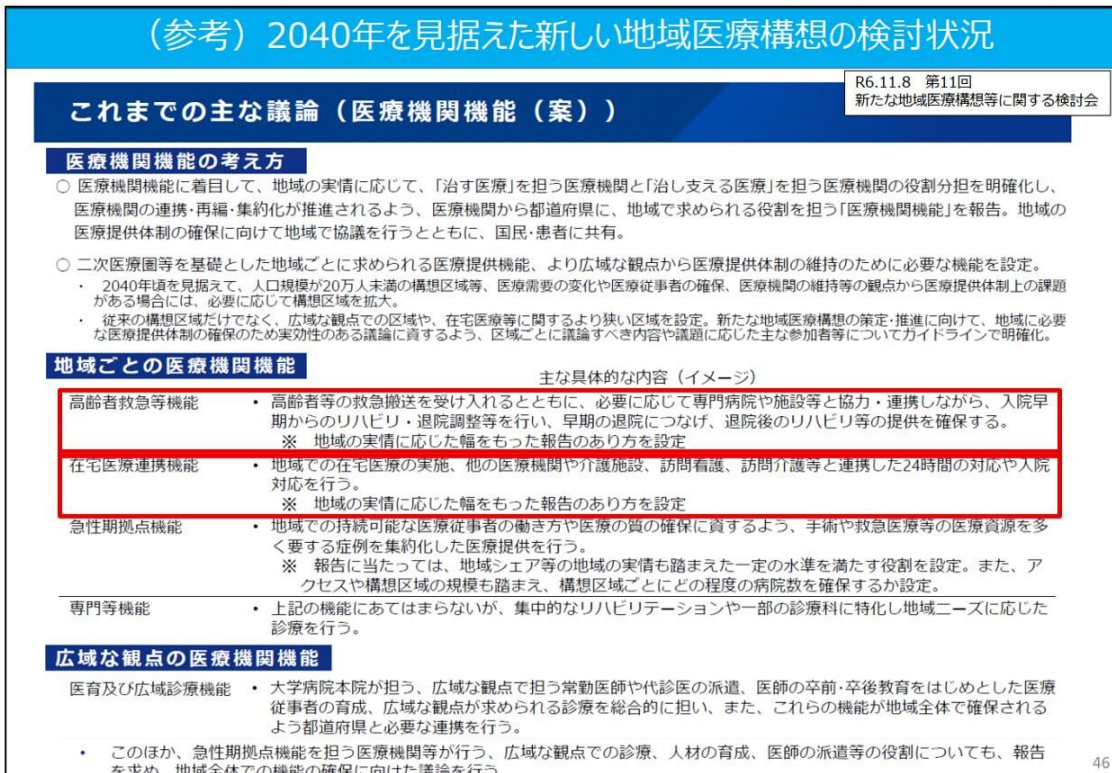
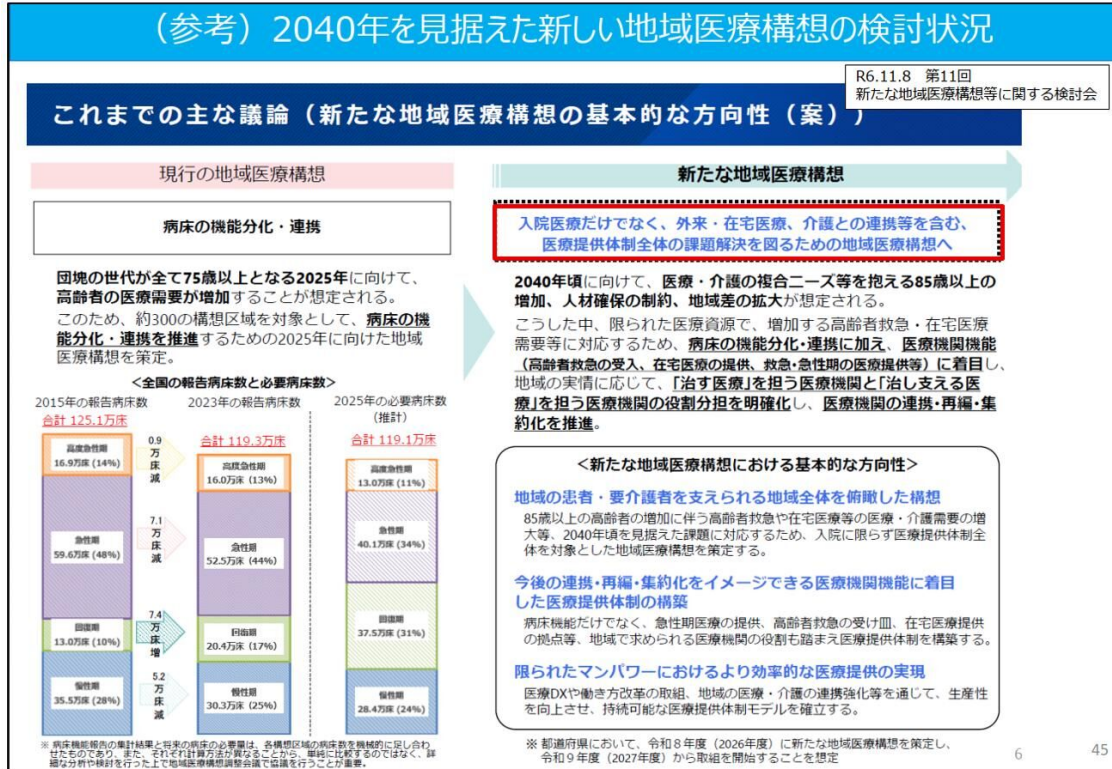
・在宅療養支援診療所・病院、在宅医療後方支援病院が「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」として介護施設を含む、在宅患者の急変時の対応を行う

	在宅療養支援診療所数		在宅療養支援病院数		在宅療養後方支援病院	
	施設数	人口10万人あたり	施設数	医療機関名	施設数	医療機関名
能登北部	輪島市	2	8.3	1	市立輪島病院	
	珠洲市	1	7.7	1	珠洲市総合病院	
	能登町	1	6.4	0		
	穴水町	1	13.2	1	公立穴水総合病院	
能登中部	七尾市	5	10.2	1	北村病院	1 恵寿総合病院
	羽咋市	7	34.7	1	公立羽咋病院	
	志賀町	0	0.0	1	町立富来病院	
	宝達志水町	2	16.3	1	町立宝達志水病院	
	中能登町	2	11.7	0		
石川中央	金沢市	65	14.5	10	金沢聖霊総合病院、KKR北陸病院、金沢西病院、みらい病院、石野病院、安田内科病院、宗広病院、金沢有松病院、伊藤病院、金沢古府記念病院	8 金沢赤十字病院、JCHO金沢病院、城北病院、金沢市立病院、済生会金沢病院、浅川総合病院、金沢医療センター、石川病院
	かほく市	4	11.1	0		
	白山市	16	14.2	2	公立つぎ病院、新村病院	1 公立松任石川中央病院
	野々市市	11	20.3	2	池田病院、南ヶ丘病院	
	津幡町	1	0.0	1	公立河北中央病院	
	内灘町	3	11.5	0		
南加賀	小松市	10	9.4	3	東野病院、森田病院、小松ソフィア病院	1 やわたメディカルセンター
	加賀市	13	20.5	0		1 加賀市医療センター
	能美市	8	16.1	2	寺井病院、能美市立病院	
	川北町	1	16.2	0		
県全体	153	13.7	27		12	
(参考) 全国	14,506	11.6	—		—	

人口は、R5.10.1時点の住民基本台帳より (出典) 東海北陸厚生局 (R6.10月時点)

「2024年度 石川県地域医療構想調整会議資料」より一部抜粋

- 厚生労働省は、超高齢社会・人口減少を見据え、現在も引き続き病床削減を積極的に進めています。2027年度の第8次医療計画では、入院医療だけでなく、外来、在宅、介護との連携を含む『新たな地域医療構想』へと変革が予定されています。
- 新たな地域医療構想では、当院の役割として、今後最も需要（ニーズ）が期待される『高齢者救急機能』及び『在宅医療連携機能』が求められると推測されます。



「2024年度 石川県地域医療構想調整会議資料」より一部抜粋

(8) その他の課題と対応策

当院において経営改善を推進するにあたり、主に公立病院であることに起因して発生している障壁となっている課題もあります。

●医療スタッフの確保（予算上の制約）

質の高い医療提供には、医師や看護職員、医療技術職員の増員が不可欠ですが、現行の予算枠（定員枠）では十分な確保が困難な状況にあります。例えば、セラピストの増員が制限されていることで、リハビリテーションの提供体制が不十分となり、診療報酬上の加算獲得や早期退院の促進といった経営体質の強化の機会を損失しています。

●経営管理部門における業務の継続性

事務職員の定期的な人事異動により、病院経営に特化した知識やノウハウを持つ人材が定着しにくい構造となっています。経営分析や戦略立案には中長期的な視点が必要ですが、担当者の交代によって業務の継続性が損なわれ、実効性のある経営改善策が停滞する要因となっています。

目まぐるしく変化する診療報酬改定への適時・適切な対応に向けて、民間病院でも事務部門の人材育成には特に力を入れています。今は、病院経営の成否は事務部門が鍵を握っていると言っても過言ではありません。

●医療DXへの対応

ICTやAIの活用による業務効率化は喫緊の課題ですが、導入にかかる初期投資の予算不足に加え、システムを運用・管理できる専門的人材が不足しています。この結果、現場の事務負担軽減やデータ活用による経営判断が十分に行えていない現状があります。

以上のとおり、人材の確保・定着および投資体力の不足が相互に影響し、経営改善を阻む要因となっています。これらの課題に対する改善策として、新病院建設計画と並行して以下のような取り組みを検討することを提言します。

①「選択と集中」による戦略的な人材投資

全ての職種を一律に増員するのではなく、リハビリテーション部門のように「増員による診療報酬の増収が、人件費を上回る」ことが見込める職種を特定し、投資対効果を明確にした上で予算枠（定員枠）の拡大を図ります。また、セラピストの充実によって早期退院を促し、病床回転率を高めることで、結果として病院全体の収益性を改善させる好循環を構築します。

②経営管理部門の専門性確保

人事異動による業務の断絶を防ぐため、プロパー職員の中から経営専門職（医事・企画等）の長期育成枠を設けます。人事異動に左右されない安定した経営管理体制を維持することが可能となります。

③スモールスタートによるDXの実装と連携

高額なシステム導入を一度に行うのではなく、クラウド型の業務効率化ツールやAI音声入力など、安価で導入効果が即座に現れるものから着手します。専門人材の不足については、周辺自治体や近隣病院とのシステム共同利用、あるいは地域のIT企業とのパートナーシップ契約により、保守・管理の負担を最小化しつつ最新技術の恩恵を享受する体制を目指します。

第3章. 新病院の施設整備方針



第3章. 新病院の施設整備方針

(1) 新病院建設候補地の選考

新病院の移転建設候補地は、下記に示す建設候補地に求められる視点において、検討・評価を行いました。

〈新病院建設候補地に求められる視点〉

①都市計画・まちづくりとの整合性、町の将来像に沿った立地

立地適正化計画との整合性、公共施設の集約・再編のしやすさ

②防災・危機管理の観点、災害時に機能し続けられる医療拠点

災害時の救急搬送・緊急動線の確保、町災害対策本部との連携容易さ

ライフラインの確保・復旧の優先度

③医療提供体制・連携のしやすさ、将来の医療ニーズへの対応

行政（福祉・介護・生活支援）との連携、

将来的な機能拡張・診療体制変更への柔軟性

④用地条件・事業実施のしやすさ、現実的な整備、事業リスクが低い

整備スケジュールへの影響、用地造成・インフラ整備の必要性

⑤財政面・コスト面、将来的な町の財政負担の妥当性

用地取得費の有無・規模、国・県補助事業の活用可能性

(2) 新病院建設候補地

前述の建設候補地に求められる視点に基づき総合的に検討した結果、新病院の建設候補地は津幡町役場に隣接する津幡中央公園（津幡町字横浜地内）としました。当該用地は現病院と同一地区に位置し、役場および消防署に近接していることから、災害時には指揮命令系統や救急活動との連携が極めて図りやすい立地条件を備えています。また、行政機能との医療機能を近接して配置することにより、町の中核拠点としての一体的かつ持続可能なまちづくりが期待できます。なお、新病院の整備後における現病院跡地の活用については、地域のまちづくりや公共的ニーズ等を踏まえ、その有効活用の可能性について基本計画で検討を行います。

■航空写真



(3) 概算事業費

新病院整備に要する事業費については、近年整備された同規模病院の整備実績や建設コストの動向を踏まえるとともに、今後想定される資材価格等の上昇も織り込んだ上で概算を算定しています。病床数を60床とした場合、現時点では総額約42億円を想定しています。

なお、本事業費は構想段階における概略的な試算であり、今後策定する基本計画、基本設計及び実施設計の各段階において施設内容等を精査する中で、改めて積算を行います。あわせて、経済情勢や建設市場の動向等によっては、事業費が変動する可能性があります。

(4) 整備手法、事業範囲、事業方式等

病院建設における事業方式は、設計、建設、維持管理、運営などの各業務を個別に発注するのか、あるいは一括して発注するのかといった契約形態の違いや、それぞれの業務を公的主体と民間事業者のいずれが担うかによって分類されます。代表的な手法としては、従来方式（設計・施工分離発注方式）やデザインビルド方式（DB方式）、PFI方式などが挙げられます。どの方式を採用するかについては、事業費の縮減効果、工期、リスク分担、維持管理の効率性等を総合的に比較・検証した上で、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。

①従来方式（設計・施工分離発注方式）

設計と施工を別々の事業者と契約する最も一般的な方式です。まず設計業者に設計を依頼し、その後、設計に基づいて施工業者を公募・選定します。設計の自由度が高く、発注者（自治体）が細部までコントロールしやすい反面、設計段階で建設コストや工期を確定させることが難しく、設計と施工の連携不足が生じるリスクがあります。

②DB方式（Design-Build方式）

設計と施工を一つの事業者に一括して発注する方式です。設計と施工のノウハウが一体化されるため、コスト削減や工期短縮が期待できます。ただし、発注者の設計への関与度が低くなるため、要求性能を明確にすることが重要です。

③ECI方式（Early Contractor Involvement方式）

設計の初期段階から施工者（建設会社）が関与し、設計に技術協力を行う方式です。施工者のノウハウを設計に活かすことで、コストや工期の精度の高い見積りが可能となります。DB方式よりも柔軟な発注が可能で、より質の高い建物を目指すことができます。

④PFI方式（Private Finance Initiative）

公共施設の整備、運営、維持管理を民間の資金、経営能力、技術的能力を活用して行う手法（PPP：官民連携の一種）です。設計・建設だけでなく、長期的な維持管理や運営も含めて民間事業者が担うことで、効率的でサービス水準の高い施設整備が期待できます。建設費用を事業期間にわたって分割して支払うため、発注者（自治体）の初期投資負担が軽減され、財政負担が平準化されます。

⑤BT0方式（Build-Transfer-Operate）

施設完成後に所有権を公共に移転し、その後、民間事業者が運営・維持管理を行う方式です。公立病院のPFIでは最も一般的な方式となります。

⑥BOT方式（Build-Operate-Transfer）

事業期間中は民間事業者が施設を所有し、期間終了後に公共に移転する方式です。

⑦CM方式 (Construction Management)

発注者の代理人として専門家（コンストラクション・マネジャー）が技術的な中立性をもって、設計・発注・施工の各段階をマネジメントする方式です。発注者の専門知識や人員が不足している場合に、円滑なプロジェクト推進を支援します。

(5) 整備スケジュール

新病院の整備スケジュールについては、2026年度以降に基本設計、実施設計、および建設工事へと順次着手し、開院を目指していきます。また、現病院の老朽化への対応を優先し、事業期間の短縮も視野に入れ、最適な発注方法を検討していきます。