

---

# 東濃中部地域新病院建設基本構想 原 案

---

2022 年 1 月

東濃中部病院事務組合



# 目 次

## 第1章 東濃中部地域の医療環境

1. 上位計画等 .....	1
2. 医療需要 .....	6
3. 医療提供体制 .....	13
4. 入院・通院及び救急搬送の状況 .....	19
5. 両病院の状況 .....	22
6. 現状・課題の整理と新病院に望まれる役割・機能等 .....	29

## 第2章 東濃中部新病院の整備方針

1. 基本理念・基本方針 .....	31
2. 新病院の目指す姿 .....	31
3. 新病院の果たす役割 .....	34
4. 施設整備の基本方針 .....	37



# 第1章 東濃中部地域の医療環境



## 1. 上位計画等

### (1) 医療法

医療法は1948年（昭和23）年に制定されてから40年後に改正され、以降、現在までに6次にわたる改正がなされました。第2次医療法改正以降医療機能の分化が共通テーマとなっており、第5次改正の「医療計画制度の見直しを通じた医療機能の分化・連携の推進」が6次改正の「地域医療構想策定」「地域医療連携推進法人創設」に引き継がれています。

図表1-1 医療法の主な改正点

改正年	対象法	主な改正点
1985年 昭和60年	第1次 医療法改正	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 地域医療計画策定（医療圏・基準病床の設定）の義務化</li><li>・ 医療法人の運営適正化と指導体制の整備（1人医療法人制度の導入）</li><li>・ 老人保健施設の創設</li></ul>
1992年 平成4年	第2次 医療法改正	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 特定機能病院、療養型病床群を規定</li><li>・ 医療に関する情報提供（管理者氏名等の告知義務等）</li><li>・ 医療法人の付帯業務の規定</li></ul>
1997年 平成9年	第3次 医療法改正	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 地域医療支援病院制度の創設</li><li>・ 療養型病床群の診療所への拡大</li><li>・ インフォームド・コンセントの法制化</li></ul>
2000年 平成12年	第4次 医療法改正	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 一般病床から療養病床を独立し、一般病床を結核・精神・感染症・療養病床以外の病床と規定</li><li>・ 臨床研修の必修化</li></ul>
2006年 平成18年	第5次 医療法改正	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 医療計画制度の見直しを通じた医療機能の分化・連携の推進</li><li>・ 医療安全の確保</li><li>・ 医療法人制度の見直し（社会医療法人制度の創設、持分なし法人限定措置）</li></ul>
2015年 平成27年	第6次 医療法改正	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 病院報告制度と地域医療構想策定</li><li>・ 地域医療連携推進法人制度の創設</li><li>・ 医療法人制度の見直し（医療法人の分割等）</li></ul>

### (2) 診療報酬改定

医療法改正が数年に1度不定期に行われているのに対し、診療報酬改定は慣例的に2年に1度行われ、時々の医療提供上の課題に対応しています。

診療報酬改定時に入院基本料が上下しますが、それよりも加算報酬の影響の方が大きい状況です。診療報酬改定の重点配分は救急医療や小児・周産期医療、高額医療機器を用いる手術手技、手厚い看護体制等を対象になされることが多く、これらの医療を提供している大規模病院に有利に働くことが多いと言えます。

図表1-2 近年の診療報酬改定の要点

改定年	改定の要点
2010年 平成22年	<ul style="list-style-type: none"> <li>救急医療、難手術・新規手術等に重点配分</li> <li>回復期リハビリテーション入院料を引き上げ。</li> <li>療養病棟入院基本料を1（20対1）と2（25対1）に区分し、重度の療養患者に手厚い看護体制で対応する病棟に報酬を引き上げ。</li> </ul>
2012年 平成24年	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療従事者の負担軽減、在宅医療の充実等に重点配分</li> <li>7対1入院基本料の平均在院日数を19日から18日に、看護必要度基準を10%から15%に引き上げ。</li> <li>回復期リハビリテーション病棟入院料を従来の2区分から3区分に再編し、報酬を引き上げ。</li> </ul>
2014年 平成26年	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療機関の機能分化（急性期・回復期・慢性期病床の機能に応じた評価）</li> <li>在宅復帰率の導入、地域包括ケア病棟新設（重症度、医療・看護必要度10%以上、在宅復帰率70%以上）、在宅復帰機能強化加算の療養病床（在宅復帰率が50%以上の入院基本料1の療養病棟）新設</li> </ul>
2016年 平成28年	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域包括ケアシステムの推進のため在宅医療・訪問看護の確保やかかりつけ医の評価</li> <li>重症度、医療・看護必要度の要件見直し、在宅復帰率の要件見直し</li> <li>退院支援加算の充実、在宅医療における居住場所に応じた評価</li> </ul>
2018年 平成30年	<ul style="list-style-type: none"> <li>小児医療・周産期医療・救急医療の充実等医療安全の確保に重点配分</li> <li>10対1入院基本料を従来の4段階から6段階に拡幅し、7対1入院基本料を含めて再編・統合。重症度、医療・看護必要度も7対1の30%以上から10対1の27%以上、21%以上、15%以上に細分化。</li> <li>地域包括ケア病棟を従来の2段階から4段階に再編し、自宅からの入院患者割合等を評価</li> </ul>
2019年	<ul style="list-style-type: none"> <li>高額薬品が増えたこと等から薬価基準の見直し</li> </ul>

### (3) 岐阜県保健医療計画

岐阜県第7期保健医療計画（2018年～2023年）においては、東濃医療圏（土岐市、瑞浪市、恵那市、中津川市、多治見市）の一般病床及び療養病床の基準病床数<sup>1</sup>は2,613床と定められており、2017年（平成29年）9月30日現在の既存病床数2,456床は基準病床数を下回っています。県下5医療圏で既存病床数が基準病床数を下回っているのは東濃圏域のみです。

2013年度における東濃圏域居住入院患者総数1,725人のうち東濃圏域の医療機関に入院した患者数は1,375人(79.7%)であり、愛知県に243人(14.1%)、中濃圏域に75人(4.3%)、岐阜圏域に32人(4.3%)が流出しており、流出率は中濃圏域に次いで多い状況です。

保健医療計画に定められた東濃医療圏の主な病院の役割は下表のとおりです。

<sup>1</sup> 基準病床数は圏域の年齢階層別人口等から算出された圏域で必要とされる病床数のことで、医療計画において医療圏ごとに定められています。基準病床を超える増床は原則として認められません。また、次頁の地域医療構想の必要病床数もほぼ同義であり、病床機能別病床数の変更には地域医療構想調整会議での承認が必要です。



図表1-3 東濃医療圏の公的医療機関の役割一覧（2018年4月1日現在）

	救命救急センター	医療機関 救急告示	病院 災害拠点	拠点病院 へき地医療	セーター 周産期医療	療拠点病院 小児救急医療	支援病院 地域医療	がん診療連携拠点病院
土岐市立総合病院		○						
東濃厚生病院		○						
市立恵那病院		○		○				
上矢作病院		○		○				
中津川市民病院		○	○					
坂下病院		○						
県立多治見病院	○	○	○		○	○	○	○
多治見市民病院		○						

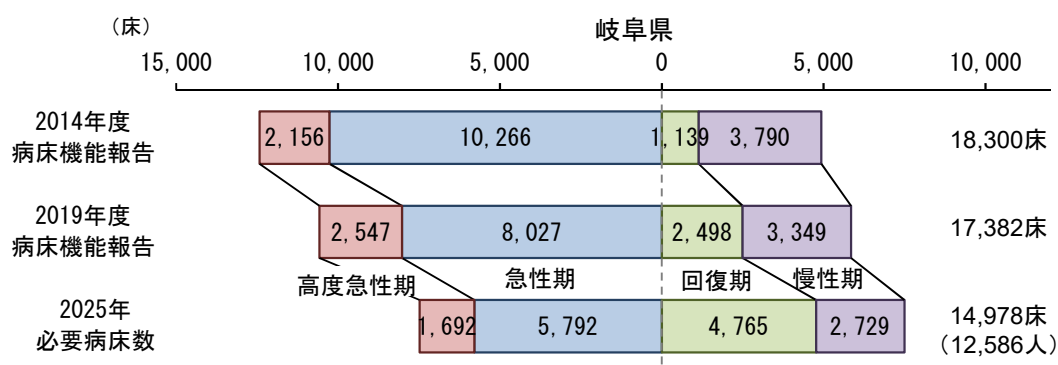
資料；岐阜県「第7期保健医療計画」「第7期保健医療計画の時点修正（令和元年度更新）」

#### (4) 岐阜県地域医療構想

岐阜県地域医療構想では、2019年（令和元年）の病床機能報告に対して2025年の岐阜県の必要病床数は、「高度急性期」が855床過剰（要削減▲34%）、「急性期」が2,235床過剰（要削減▲28%）、「回復期」が▲2,267床不足（要増床+91%）、「慢性期」が620床過剰（要削減▲19%）、全病床は2,404床過剰（要削減▲14%）とされています。地域医療構想に定められた2025年の必要病床数14,978床は、2023年を期限とする保健医療計画の基準病床数15,459床を▲481床（▲3%）下回っています。

東濃医療圏は、「高度急性期」が92床過剰（要削減▲28%）、「急性期」が415床過剰（要削減▲33%）、「回復期」が▲247床不足（要増床+61%）、「慢性期」が▲27床不足（要増床+9%）、全病床は233床過剰（要削減▲10%）とされており、地域医療構想に定められた2025年の必要病床数2,057床は、保健医療計画の基準病床数2,613床を▲556床（▲21%）下回っています。

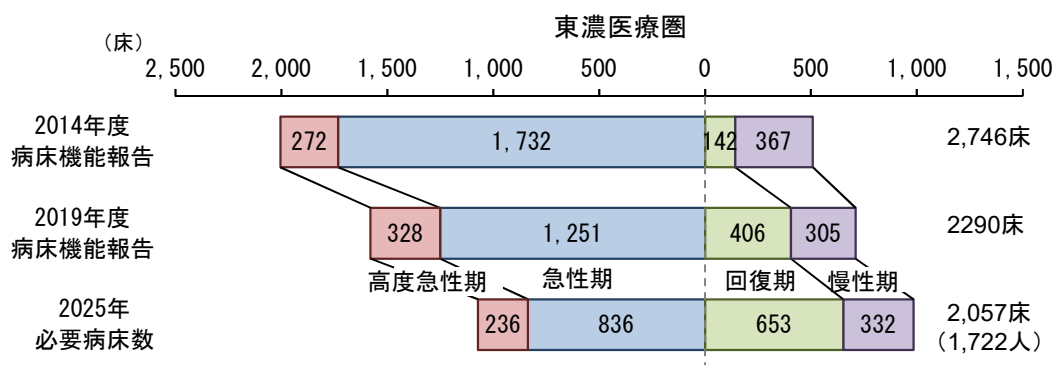
図表1-4 岐阜県と東濃医療圏の病床機能報告稼働病床数と必要病床数



※ 2025年の必要病床数は構想策定時の2013年（平成25年）の患者の流出入を反映した医療機関所在地ベースに基づくものです。

※ 病床機能報告の病床数には休床・無回答は含みません。

※ 必要病床数合計下の（ ）は各機能別病床の設定病床利用率から割り戻した入院患者数。



資料；岐阜県地域医療構想（平成 28 年 7 月）、岐阜県令和元年病床機能報告

## (5) 公立病院（公的病院）に求められる役割

### ① 新公立病院改革プランに示された公立病院の役割と実現のための視点

総務省「新公立病院改革ガイドライン」に示される公立病院の役割は次のとおりです。

- 地域において必要な医療提供体制の確保を図り、その中で公立病院が安定的な経営の下で不採算医療や高度・先進医療等を担う重要な役割を継続的に担う〈公立病院の役割〉
- 地域医療構想を踏まえた役割の明確化、経営の効率化、再編・ネットワーク化、経営形態の見直しの4つの視点に立って改革を進めることが必要〈公立病院改革の視点〉

### ② 地域医療構想における再検討要請医療機関等

第 24 回地域医療構想に関するワーキンググループ（2019 年 9 月 26 日）において、公立病院・公的病院が「診療実績が特に少ない」「構想区域内に一定数以上の診療実績を有する医療機関が2つ以上あり、かつ、お互いの所在地が近接している」と分析された領域について、地域の実情に応じて具体的対応方針の見直しの必要性を検討するように求めるという内容が公表されました。具体的には、地域医療構想調整会議において個々の医療機関の医療提供内容の見直しを行う際には、「医療の効率化の観点から、ダウンサイジングや機能の分化・連携、集約化」「不足ない医療提供の観点から、機能転換・連携」等を念頭に検討を進めることが重要であるとされています。<sup>2</sup>

この際に用いられている下表の評価指標が公立病院・公的病院に求められる提供医療指標ととらえることもできます。

がん	放射線治療法、泌尿器/生殖器、消化器（消化管/肝胆膵）、乳腺、肺・呼吸器
心血管疾患	外科手術が必要な心疾患、急性心筋梗塞に対する心臓カテーテル手術
脳卒中	血栓除去術等の脳血管内手術、開頭血腫除去術等、脳動脈瘤クリッピング術等、超急性期脳卒中加算
救急医療	大腿骨骨折等、救急搬送等の医療
小児医療	小児入院医療管理料・新生児集中治療室管理料等
周産期医療	ハイリスク分娩管理加算、分娩件数

<sup>2</sup> 東濃医療圏では坂下病院、多治見市民病院、市立恵那病院、東濃厚生病院が再検討要請医療機関とされました。

## (6) 医師の働き方改革

2024年度から医師の働き方改革が施行され、医師の時間外労働に上限が設けられるため、医師以外の職種へのタスク・シフティング等を推進する必要があります。

図表1-5 医師の時間外労働規制の概要

区分	医師1人当たりの時間外労働規制	適用条件
A水準： 診療従事勤務医に 2024年度以降に適用 される水準	年 960 時間/ 月 100 時間	2024年4月以降、勤務医は原則適用される
B水準： 地域医療確保暫定特 例水準 (医療機関を特定)	年 1,860 時間/ 月 100 時間 →2035 年度末ま でに年 960 時間/ 月 100 時間に削 減する	2024年4月までに機能分化や医師確保を最大限実行してもなお、削減できない場合は以下の3つの観点から医療機関を特定し適用する ① 地域医療の観点から必須とされる機能を果たすためにやむなく長期間労働となること(例:3次救急医療機関) ② 地域の医療提供体制の構築方針と整合的であること ③ 医師の労働時間短縮に向けた対応が取られていること
C水準： 集中的技能向上水準 (医療機関を特定)	年 1,860 時間/ 月 100 時間 →将来に向けて 縮減方向	C-1:初期・後期研修医が、研修プログラムに沿って基礎的な技能や能力を習得する際に適用 ※本人がプログラムを選択 C-2:医籍登録後の臨床従事6年目以降の者が、高度技能の育成が公益上必要な分野について、特定の医療機関で診療に従事する際に適用

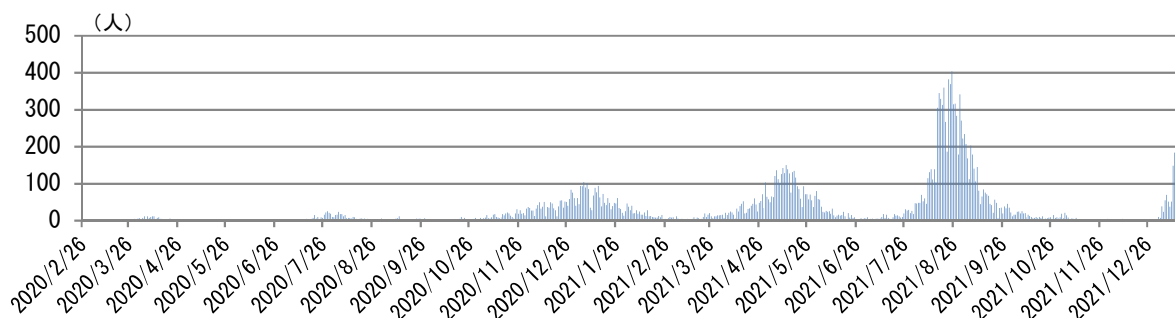
出典：前掲検討会報告書、第3回医師の働き方改革に関する検討会（令和元年10月）

## (7) 新型コロナウイルスの影響

新型コロナ感染者数は増減を繰り返していますが、直近の岐阜県コロナ感染入院患者数は2021年8月末頃をピークに減少しており、入院患者数もほぼ軌を一にして減少しています。

コロナ禍で患者が外来受診を控えるようになり、入院でも院内移動の制限等により早期退院を希望する等、患者の受療行動の変化がみられます。ポストコロナ時代にもこの傾向が変わらないのであれば、外来患者減少を補うための入院機能の強化、個室化等による患者の療養環境改善等の対策が必要になると考えられます。

図表1-6 岐阜県における新型コロナウイルス陽性者数の推移



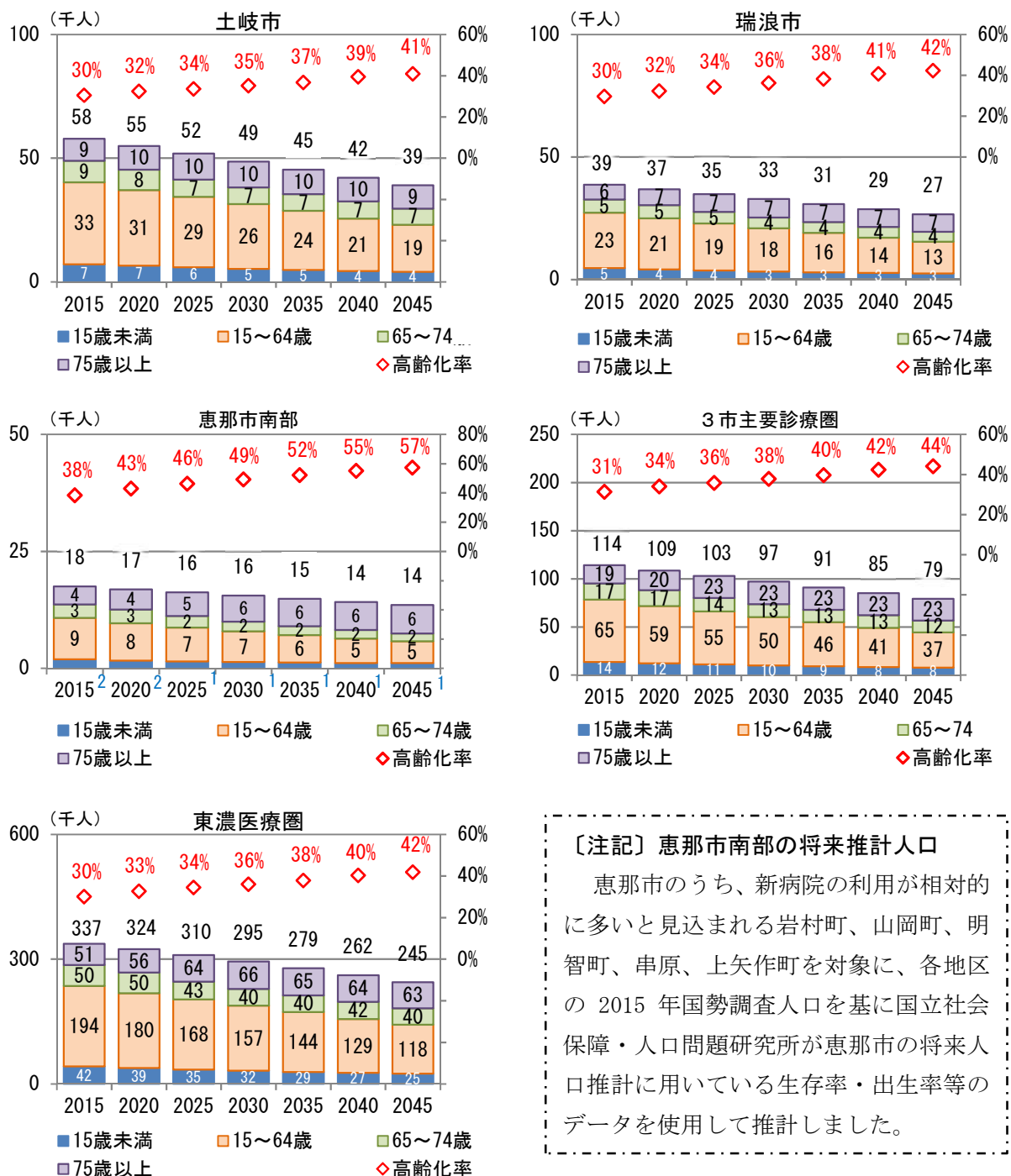
資料：岐阜県オープンデータカタログサイト（2022年1月19日現在）

## 2. 医療需要

### (1) 将来推計人口

東濃中部地域新病院の主な診療圏である土岐市、瑞浪市、恵那市南部（岩村町、山岡町、明智町、串原、上矢作町）及び東濃医療圏（土岐市、瑞浪市、恵那市、中津川市、多治見市）は、いずれの市域も既に人口減少傾向にあり、2030年頃までは入院受療率の高い75歳以上人口が増加する見通しです。

図表1-7 各市域の将来推計人口



#### 〔注記〕 恵那市南部の将来推計人口

恵那市のうち、新病院の利用が相対的に多いと見込まれる岩村町、山岡町、明智町、串原、上矢作町を対象に、各地区の2015年国勢調査人口を基に国立社会保障・人口問題研究所が恵那市の将来人口推計に用いている生存率・出生率等のデータを使用して推計しました。

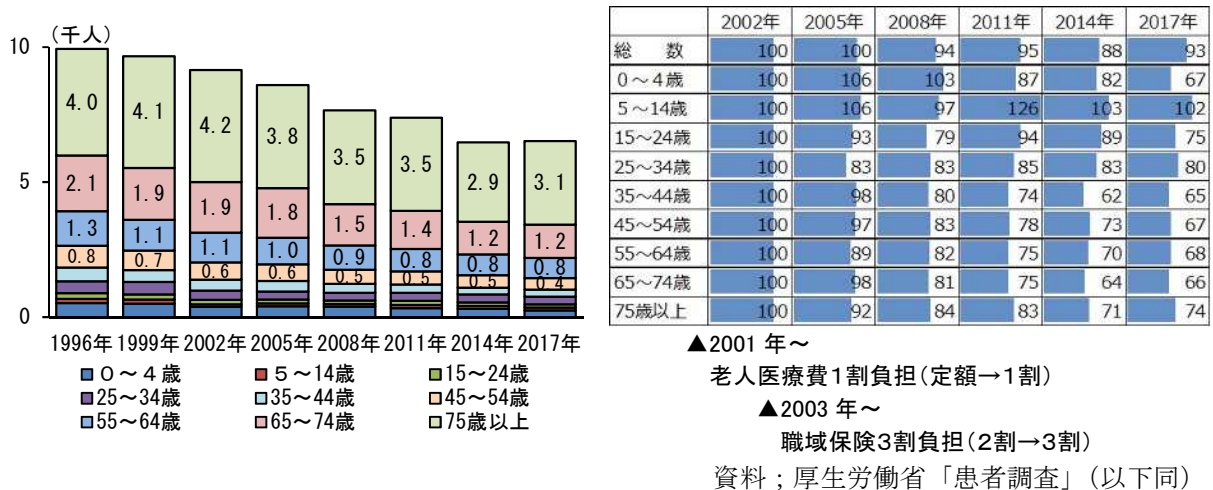
資料；国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（平成30年推計）

## (2) 将来推計患者数

### ① 受療率の推移

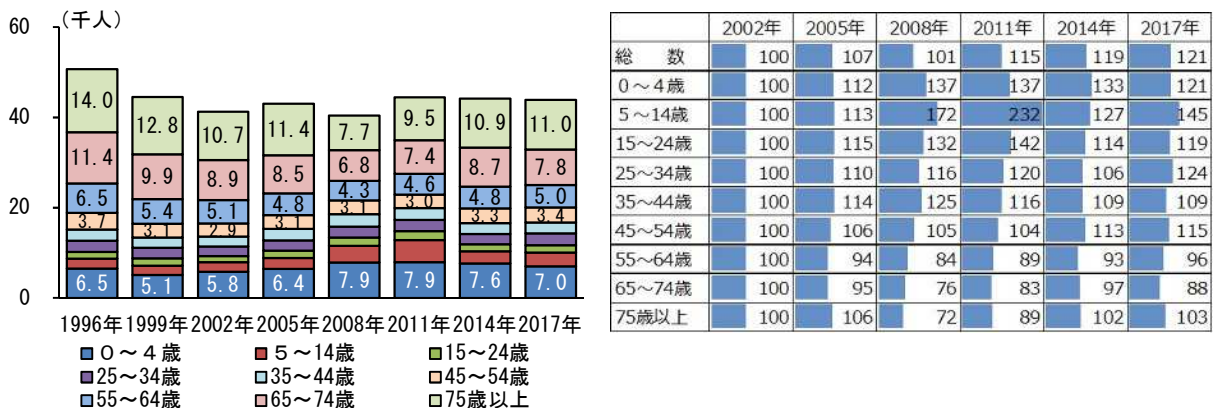
全国的に厚生労働省「患者調査」の受療率（人口 10 万人あたりの 1 日あたりの患者数割合）は、調査のたびに低下しています。在院日数の短縮化、急性期病床の重症度の厳格化、高齢慢性期患者の介護保険への移行等の影響に加え、医療費自己負担率の上昇による受診抑制等の影響と推察されます。岐阜県の入院受療率は 2002 年（平成 17 年）から 2017 年（平成 29 年）にかけて 15 年間で▲6.5%減少し、65 歳以上に限ると▲23.9%減少しました。

図表1-8 岐阜県の入院患者受療率の推移（左：10万人対人数・右：2002年比の変化率）



医科外来患者の受療率は近年ではほぼ横這い状況です。2017年の外来受療率は2002年対比で21.2%上昇しましたが、65歳以上に限ると▲2.4%低下しました。なお、岐阜県下自治体は義務教育終了まで(一部の自治体は高校生まで)子ども医療費を無償化しており、入院・外来とも14歳までの受療率は概ね上昇しています。

図表1-9 岐阜県の外来患者受療率の推移（左：10万人対人数・右：2002年比の変化率）



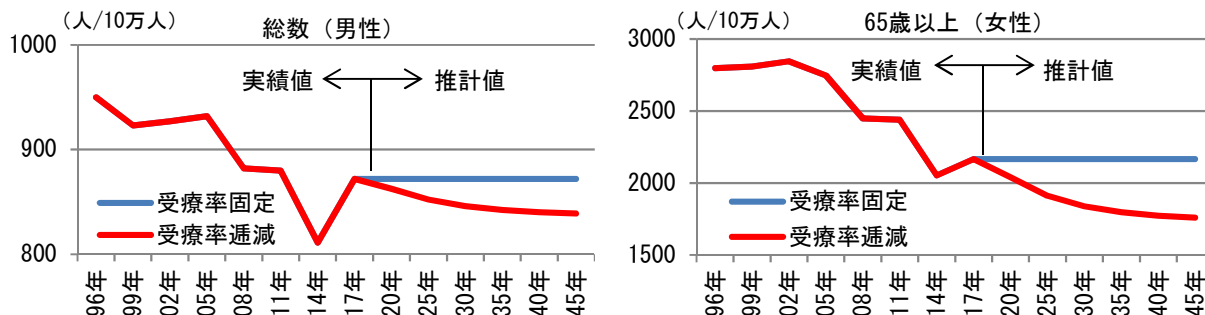
将来の患者数を推計する際に直近の患者調査受療率を将来推計患者数に乗じて算出することが多いですが、今後も在院日数の短縮等が続くと予想され、受療率は過去の性別・年齢階層別の受療率の変化を踏襲して増減すると予測するのが妥当と考えられます。

特に直近の2017年患者調査の受療率は前回の2014年調査よりも上昇しており、2017年



調査の受療率で固定して患者数を予測すると患者数を過大に見込む懸念があります。特に、受療率低下傾向が著しい高齢層ほど直近受療率と過去受療率の変化を踏襲して予測した受療率との乖離が大きくなります。

図表1-10 岐阜県受療率の過去の推移と将来予測受療率

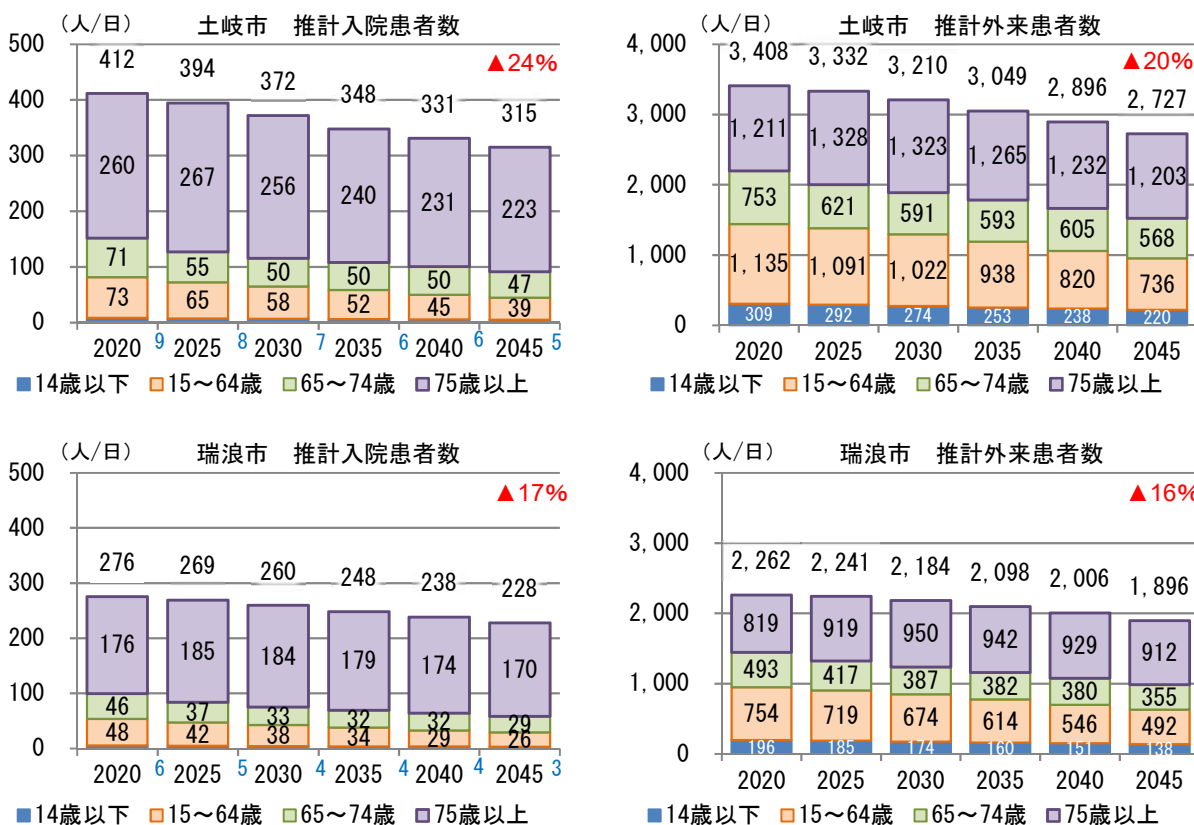


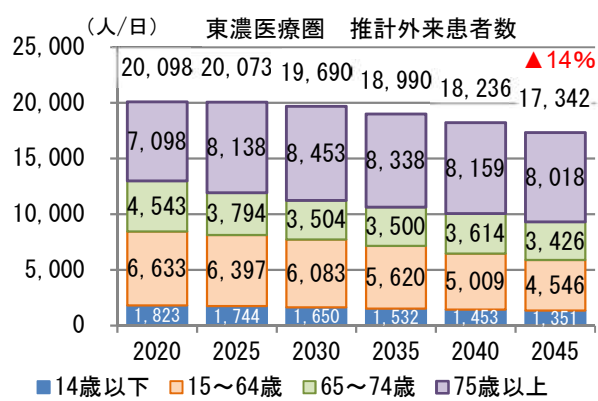
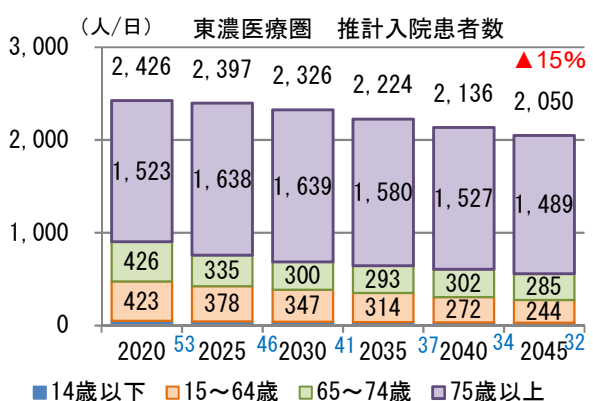
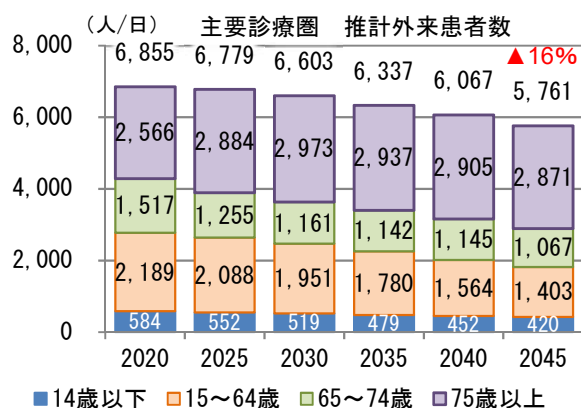
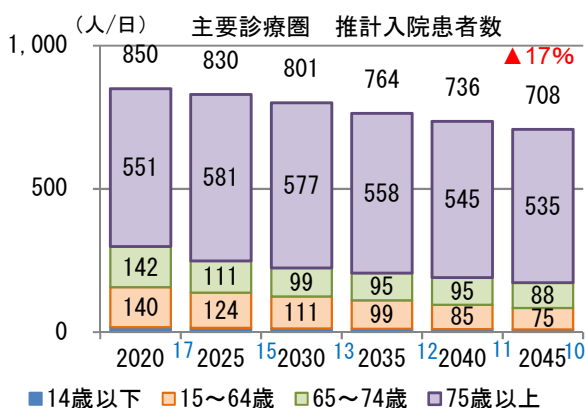
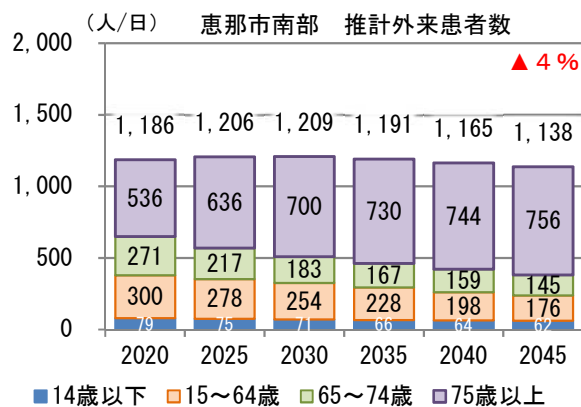
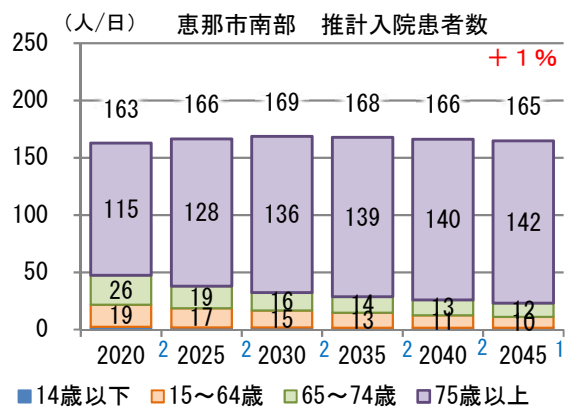
※ 「受療率逡減」は2002年から2017年の15年間の性別・年齢階層別の受療率増減率を年率換算して推計しました。但し、増減率をそのまま使用し続けると直線的に増加・減少するため、増減率を毎年10%ずつ縮小して将来ほど増減率が収束する設定としました。

## ② 将来推計患者数

2002年から2017年にかけての性別・年齢階層別の受療率増減率を踏襲するならば、東濃中部地域新病院の主要診療圏及び東濃医療圏の入院患者数は2045年にかけて減少し、3市主要診療圏では2020年からの25年間で▲17%減少の見込みです。外来患者数も3市主要診療圏では25年間で▲16%減少見込みです。

図表1-11 各市域の精神疾患を除く1日あたり将来推計患者数





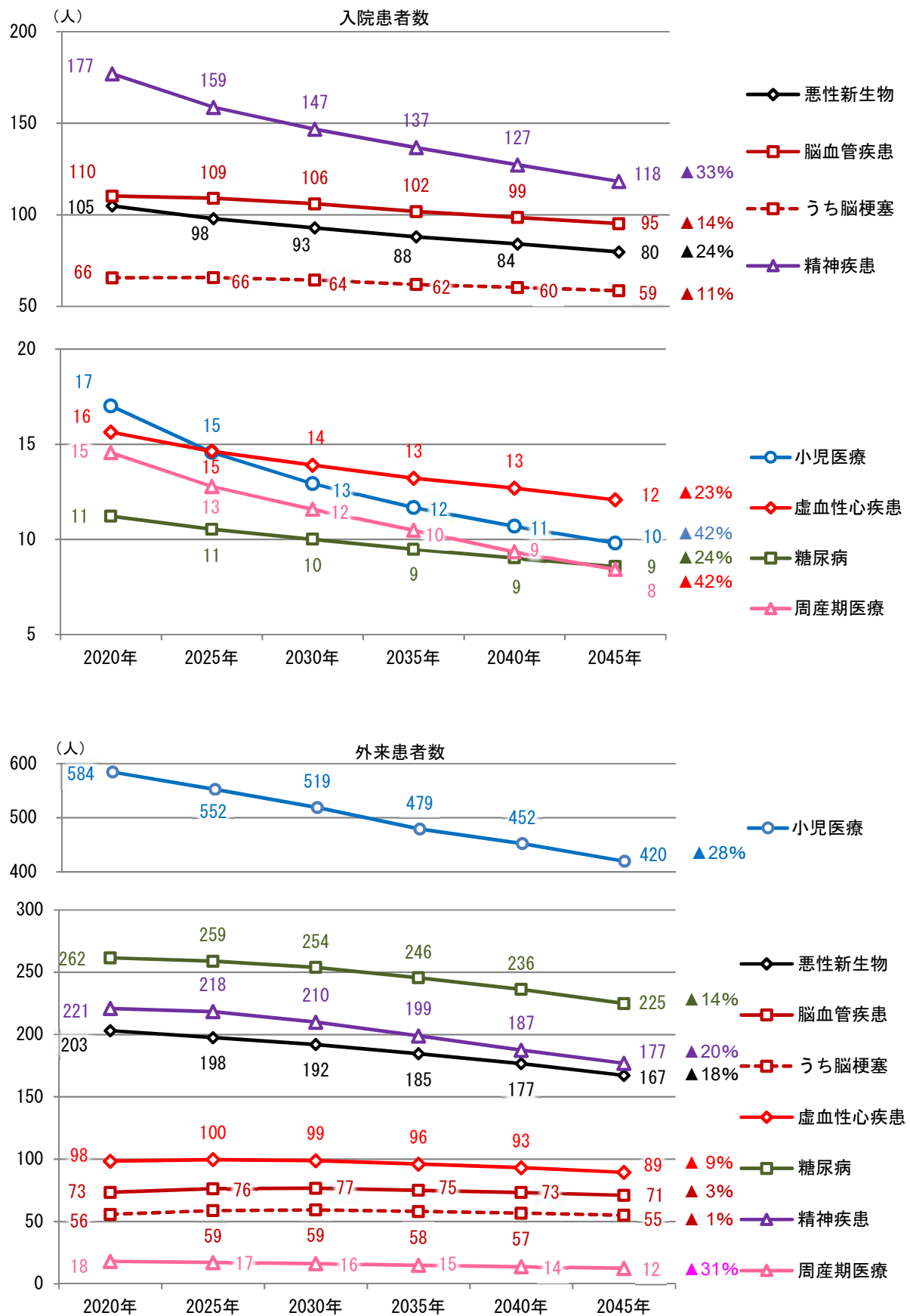
### ③ 5疾患の推計患者数

疾患別の受療率も調査年ごとに疾患独自の増減があります。但し、患者調査の受療率は10万人対で表示されており、疾患別では患者数が少ないため調査年ごとにブレが生じて将来予測の原データとして不適切であるため、上記同様に全傷病の性別・年齢階層別受療率の増減率を用いて毎年10%ずつ縮小する設定で推計しました。

入院患者では小児医療（0～14歳児の精神疾患を除く入院患者を抽出したもので他の疾患と重複）と周産期医療（疾病分類の妊娠・分娩・産褥と周産期医療の合計）は2020年から2045年にかけて▲42%減少し、精神疾患も▲33%減少の見通しです。他の疾患も▲10～▲20%台の減少の見通しです。

外来患者では周産期医療が▲31%、小児医療が▲28%、精神疾患が▲20%、悪性新生物が▲18%、糖尿病が▲14%減少するほかは、▲10%未満の減少にとどまる見通しです。

図表1-12 3市主要診療圏における5疾患の推計患者数





#### ④ 在宅医療対象患者数

東濃医療圏の2025年の在宅医療等対象者数は、岐阜県地域医療構想において4,449人とされています。この内訳は厚生労働省「介護施設、在宅医療等の新たなサービス必要量の推計方法について」（2017年7月28日）と突合すると、療養病床からの移行患者（患者住所地ベースの医療区分1<sup>3</sup>の70%+地域格差解消<sup>4</sup>）の125.6人と一般病床のC3未満<sup>5</sup>からの移行患者数213.0人、ならびに訪問診療受診患者の2,688人の小計3,026人に老健施設等からの移行者1,423人を加えたものということになります。

年齢階層ごとの在宅医療患者出現率が一定なら、2020年の訪問診療受診者は2,688人となり、病院や老健施設等から在宅への移行が進んでいない場合は、5年間で最大1.84倍に増加する計算となります。

2025年の在宅医療対象者は、土岐市が763人、瑞浪市が507人、2市計で1,270人となる見込みです。

図表1-13 東濃医療圏及び各市の2025年における在宅患者数の見通し

	①療養病床小計 ②+③	②医療区分1	③地域格差是正	④一般病床 C3未満	⑤訪問診療	⑥小計 ①+④+⑤	⑦老健施設等からの 移行者	合計 ⑥+⑦	病院からの移行者 ①+④	2020年 25年増加率 ↓
東濃圏域	125.6	120.0	5.6	213.0	2,688	3,026	1,423	4,449	339	1.84
土岐市	21.6	20.6	1.0	36.6	460.9	519.0	244.0	763	58	1.77
瑞浪市	14.3	13.7	0.7	24.2	306.6	345.1	162.2	507	39	1.81
恵那市	20.5	19.6	0.9	34.1	438.1	492.6	231.6	724	55	1.79
中津川市	29.7	28.4	1.3	50.0	636.2	715.9	336.5	1,052	80	1.80
多治見市	39.6	37.8	1.8	68.2	846.1	953.8	448.3	1,402	108	1.95

資料；厚生労働省「2025年の介護施設、在宅医療等の追加的需要的機械的試算」、岐阜県地域医療構想

<sup>3</sup> 療養病床の入院患者は、疾患や状態、医療処置の内容により医療区分1、2、3に分類されており、医療区分1は相対的に医療の必要性が低い患者が該当します。

<sup>4</sup> 療養病床の入院受療率（人口10万人あたりの入院患者数）には地域差があることから、全国平均の入院受療率に是正するための指標が追加されています。

<sup>5</sup> 入院基本料等を除いた処置・投薬等の診療報酬が2,250円/日未満の在宅等においても実施できると判断される医療を受けている患者が該当します。

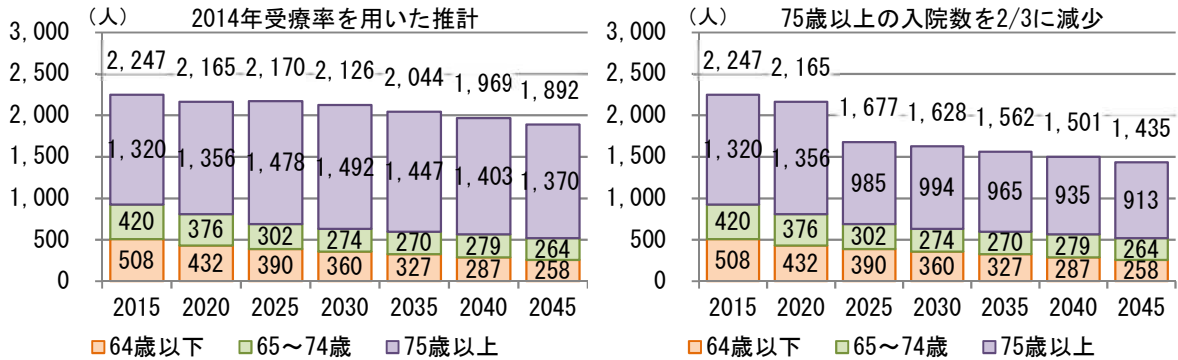
**【推計患者数と地域医療構想必要病床数の関係について】**

地域医療構想には患者の流出入を反映しない患者住所地ベースの必要病床数も示されています。東濃医療圏の2025年の同必要病床数は合計で1,956床とされており、病床機能別の病床利用率で割り戻すと入院患者数は1,658人/日となり、前掲の患者推計の2,397人/日は4割以上も過大な推計ということになります。この乖離は次の理由が考えられます。

**① 使用する年の受療率から生じる差**

地域医療構想は2013年の推計受療率から必要病床数を設定しています。前掲の過去受療率の推移に見るように2014年までは受療率が低下していました。過去15年間の受療率増減率を踏襲した2014年の受療率で推計すると2025年の入院患者数は2,170人/日に減少しますが、それでも地域医療構想の1,658人/日より3割以上過大な推計ということになります。地域医療構想の2025年の1,658人/日に近似するためには2020年から2025年にかけて75歳以上入院患者を一気に2/3に減少させなければならない計算になります。

図表1-14 2014年受療率による東濃医療圏の精神疾患を除く1日あたり将来推計入院患者数



**② 岐阜県地域医療構想の設定から生じる差**

地域医療構想は各都道府県が総合的に判断した結果ですが、必要病床数は過去受療率を踏襲した推計患者数と近似する府県もあれば、推計患者数を上回る府県もあります。岐阜県が設定する人口10万人対の必要病床数は近隣県よりも低く、高齢化率が同水準の長野県の7～8割程度の水準です。地域医療構想の必要病床数に近づけるべく在宅移行を進めなければいけません。現実問題として2017年は受療率が上昇しており、急激な在宅移行にはさまざまな軋轢が懸念されることから、前記の推計患者数を基に本構想を検討します。

(人)	設定患者数	人口	10万人対必要病床数			高齢化率	後期高齢化率
			全人口対	高齢者対	後期高齢者対		
岐阜県	11,009	1,907,818	577	1,842	3,068	31.3%	18.8%
東濃医療圏	1,658	306,542	541	1,574	2,604	34.4%	20.8%
愛知県	40,929	7,434,996	550	2,106	3,510	26.1%	15.7%
尾張北部	3,737	718,415	520	1,945	3,154	26.7%	16.5%
尾張東部	2,668	474,542	562	2,223	3,638	25.3%	15.5%
西三河北部	2,431	492,104	494	2,096	3,660	23.6%	13.5%
長野県	14,148	1,937,623	730	2,201	3,612	33.2%	20.2%
滋賀県	8,381	1,394,593	601	2,188	3,766	27.5%	16.0%

資料；各県地域医療構想、各県推計医人口

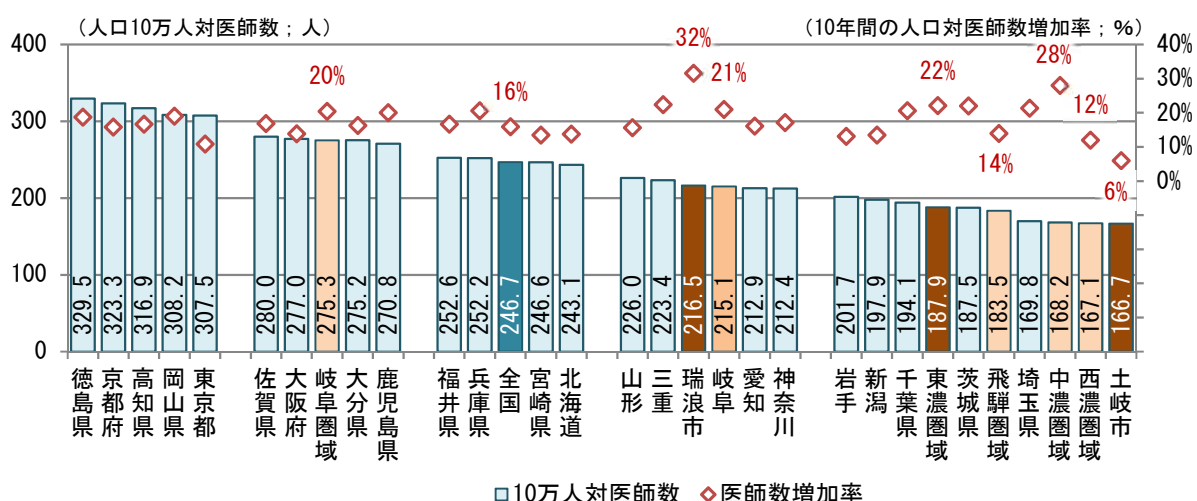
### 3. 医療提供体制

#### (1) 岐阜県・各医療圏の人口あたり医師数

2018年（平成30年）12月31日現在の人口10万人あたりの医療施設従事医師数の全国平均は246.7人ですが、岐阜県は215.1人と全国で37番目に位置します。県内で岐阜県平均を上回るのは岐阜医療圏のみであり、東濃医療圏は187.9人と岐阜県平均を下回ります。瑞浪市は岐阜県平均をわずかに上回りますが、土岐市は全国最下位の埼玉県をも下回る水準です。

また、2008年（平成20年）からの10年間の人口10万人あたりの医療施設従事医師数増減率は、全国平均の16%に対して岐阜県は21%、瑞浪市は32%と相対的に高いですが、土岐市は6%の増加率にとどまります。なお、10年間の増減率は、医師数の増減以外に人口増減の影響も受けています（瑞浪市は2008年の医師数68人から2018年に81人に増加、土岐市は同期間に96人から94人に減少）。

図表1-15 岐阜県・各医療圏の人口あたり医師数・10年間の増減率



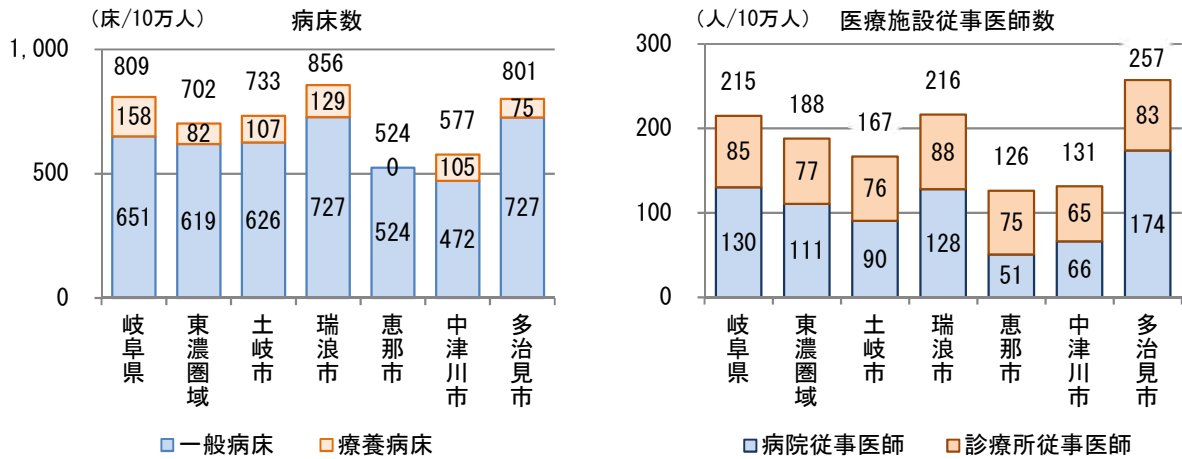
資料；厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計（調査）」（平成30年、平成20年）、岐阜県推計人口（各年）

#### (2) 東濃医療圏の人口あたり病床数・医師数

2019年（令和元年）10月1日現在の人口10万人あたり一般病床数は、土岐市は626床と県平均よりもやや少なく、瑞浪市は727床と県平均より多い状況です。療養病床はともに県平均を下回っています。

また、2018年（平成30年）12月31日現在の人口10万人あたりの医療施設従事医師数は、土岐市は167人と県平均を2割以上下回り、瑞浪市は県平均と同水準です。瑞浪市は診療所従事医師数が県平均をやや上回っていますが、土岐市は病院従事医師数、診療所従事医師数とも県平均を下回っています。

図表1-16 人口10万人あたり病床数（左図）と医療施設従事医師数（右図）



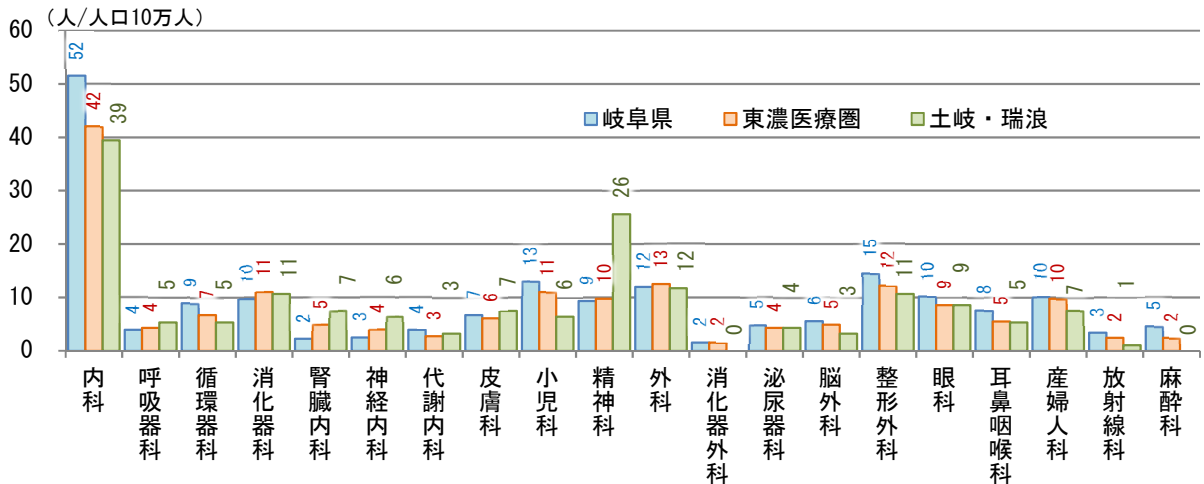
資料；厚生労働省「令和元年 医療施設調査」「平成30年 医師・歯科医師・薬剤師統計」、岐阜県推計人口

### (3) 東濃医療圏の主たる診療科の人口あたり医師数

統計上、診療所も含んだ医師数になりますが、土岐市・瑞浪市を合算すると呼吸器内科、消化器内科、腎臓内科、神経内科、及び精神科において当該診療科を主たる診療科とする人口10万人あたりの医師数が県平均を上回っています。

逆に、小児科、消化器外科、麻酔科の人口10万人あたり医師数は県平均の半分以下の水準です。

図表1-17 人口10万人あたりの主たる診療科医師数



※産婦人科は産婦人科、産科、婦人科合計

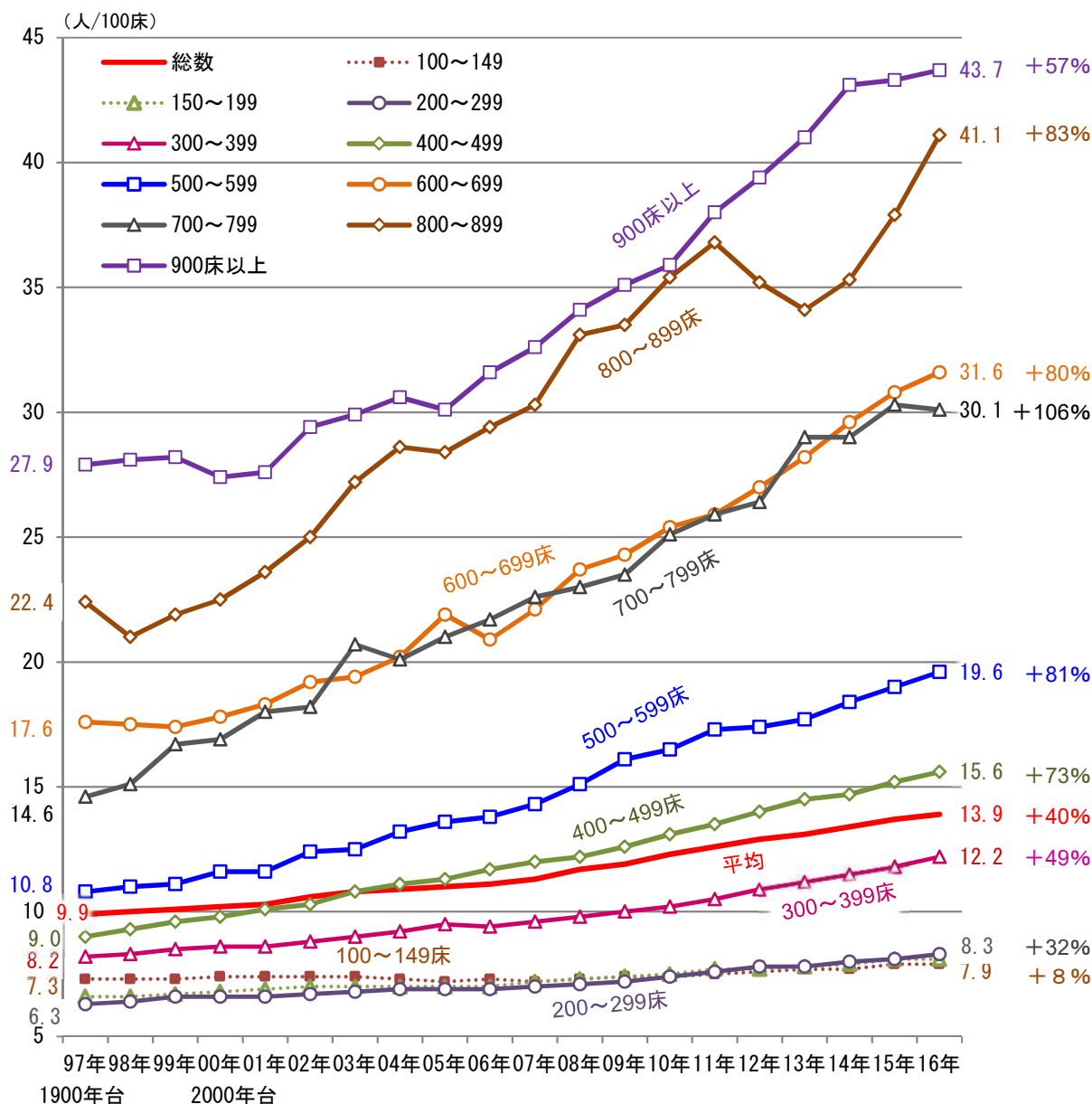
資料；前掲「医師・歯科医師・薬剤師統計」、岐阜県推計人口

#### (4) 病床規模別医師数

病院の100床あたり医師数は、600床以上の病院の増加率が高く、400床以上の病院では全体平均を上回っています。300床台の病院は全体平均の増加率と同水準ですが、300床未満の病院は全体平均を下回っています。

新病院は400床程度の想定であり、稼働病床が300床未満の現両病院の病床規模に比べて医師が採用しやすくなるものと期待されます。

図表1-18 病床規模別医師数の推移



※本データは2017年分以降公表されていません

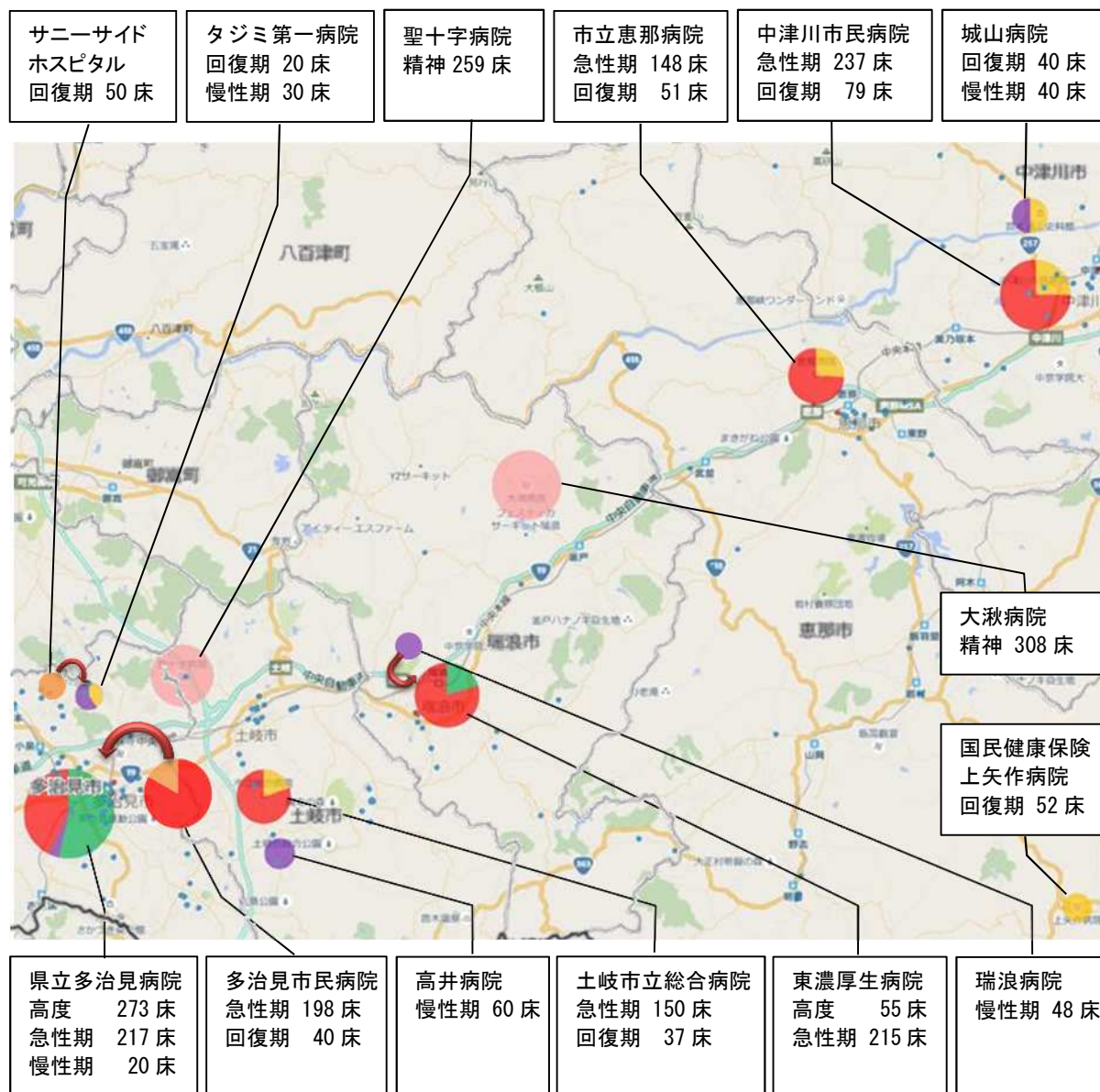
資料；厚生労働省「病院報告」



## (5) 医療機関の配置状況

東濃医療圏の主要病院の多くは国道 19 号線に沿うように立地しています。診療所も国道 19 号線沿いや駅周辺に立地するものが多いですが、各集落にも分散しています。

図表1-19 東濃医療圏の医療機関配置



〔凡例〕 ● 高度急性期 ● 急性期 ● 回復期 ● 慢性期 ● 精神  
● 有床診療所 ● 無床診療所

※ 瑞浪病院と多治見市民病院、サニーサイドホスピタルは、円グラフが他病院と重なるため位置を動かして表示

資料；一般病院及び診療所は、岐阜県令和元年病床機能報告（稼働病床数）、精神科病院は、東海北陸厚生局「届出受理医療機関名簿」（2021年9月1日現在。許可病床数）エクセル 3D-Map で作成

## (6) 病床機能別の提供状況

東濃医療圏の医療機関について、2019年（令和元年）病床機能報告で病床機能別の稼働状況を分析したところ、次の特性が見られます。

- 高度急性期病床は、県立多治見病院が病床利用率平均を引き上げている面がありますが、医療圏平均の稼働率 86.6%に対して東濃厚生病院は 63.3%とやや低い状況です。
- 急性期病床は、県立多治見病院の病床利用率 86.3%を除いては 80%未満であり、東濃厚生病院は平均を約 1 割下回ります。
- 回復期病床は民間病院が平均を引き上げているものの医療圏平均は 82.2%にとどまり、土岐市立総合病院は平均を 1 割以上下回ります。
- 慢性期病床も民間病院が平均を引き上げているものの医療圏平均は 77.5%にとどまりません。県立多治見病院の慢性期は緩和ケア病床ですが、病床利用率は 46%と低水準です。

図表1-20 医療圏の各市・主要病院の機能別病床利用率・平均在院日数

	医師数	高度急性期			急性期		
		病床数	利用率	在院日数	病床数	利用率	在院日数
土岐市小計	46.1人		-	-	150床	79.3%	18.5日
土岐市立総合病院	40.1人		-	-	150床	79.3%	18.5日
瑞浪市小計	46.6人	55床	63.3%	12.5日	227床	65.4%	16.1日
東濃厚生病院	42.0人	55床	63.3%	12.5日	215床	66.6%	17.5日
恵那市小計	28.8人	0床	-	-	148床	76.0%	13.6日
中津川市小計	66.8人	0床	-	-	255床	77.4%	10.4日
多治見市小計	211.9人	273床	91.2%	8.4日	448床	79.6%	9.0日
県立多治見病院	146.9人	273床	91.2%	8.4日	217床	86.3%	8.2日
多治見市民病院	38.0人		-	-	198床	74.3%	13.5日
東濃圏域 合計	400.2人	328床	86.6%	8.8日	1,228床	76.1%	11.3日

	回復期			慢性期			全病床	
	病床数	利用率	在院日数	病床数	利用率	在院日数	病床数	利用率
土岐市小計	37床	69.7%	33.4日	60床	90.5%	129.1日	247床	80.6%
土岐市立総合病院	37床	69.7%	33.4日		-	-	187床	77.4%
瑞浪市小計		-	-	48床	50.8%	234.4日	330床	63.0%
東濃厚生病院		-	-		-	-	270床	65.9%
恵那市小計	103床	77.5%	36.5日	36床	83.9%	129.0日	287床	77.5%
中津川市小計	119床	85.5%	20.4日	45床	86.0%	95.8日	419床	80.6%
多治見市小計	110床	87.2%	49.6日	90床	76.2%	43.0日	921床	83.6%
県立多治見病院		-	-	20床	46.3%	18.2日	510床	87.4%
多治見市民病院	40床	78.7%	54.2日		-	-	238床	75.1%
東濃圏域 合計	369床	82.2%	30.7日	279床	77.5%	78.4日	2,204床	78.8%

※病床利用率＝延入院患者数÷病床数÷365日で算出。稼働病床ベース

※（平均）在院日数＝延入院患者数÷（入院患者数＋退院患者数）÷2で算出

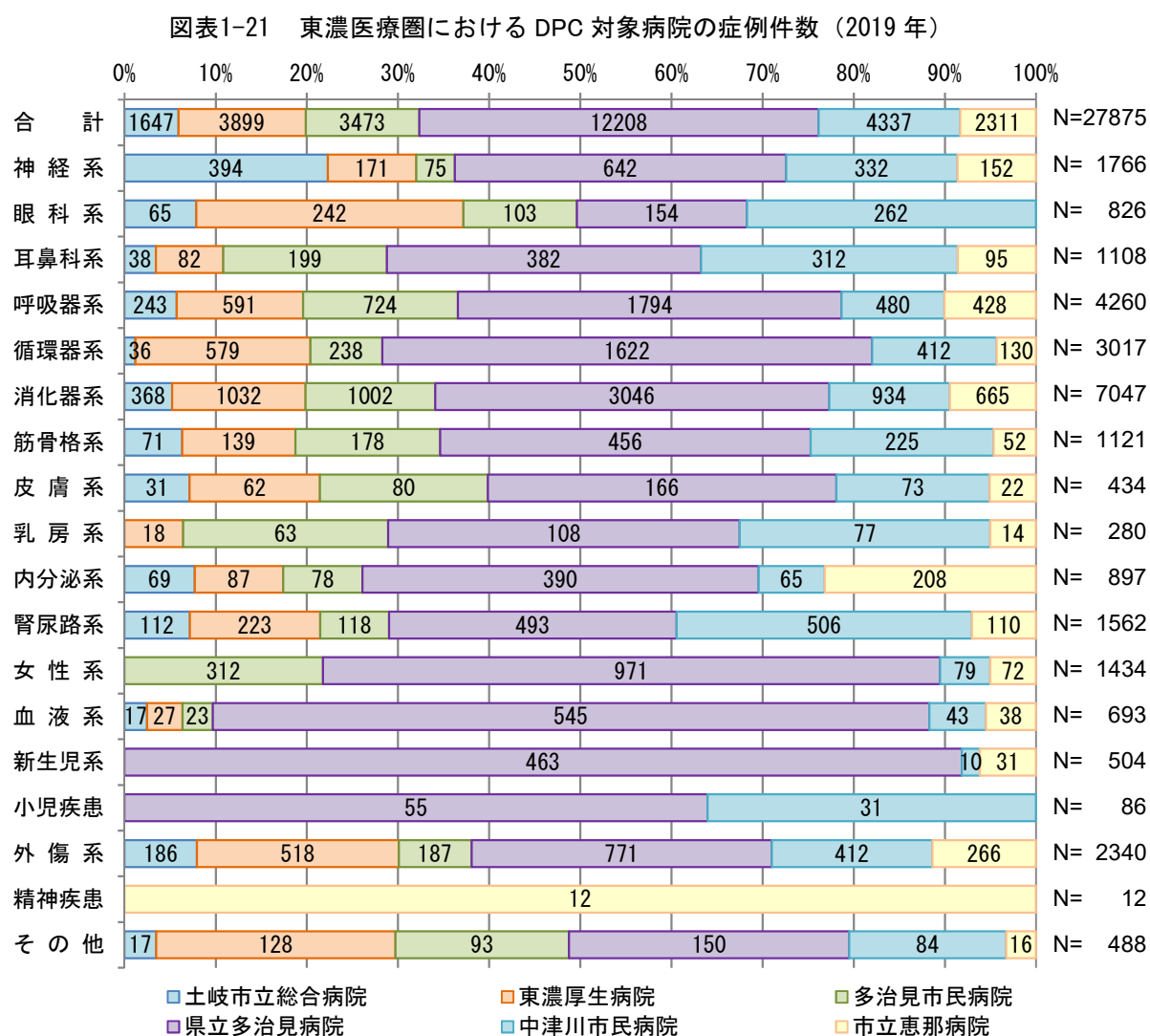
※各市小計には有床診療所を含む（入院実績のない診療所は除く）

資料；岐阜県令和元年病床機能報告

## (7) DPC 対象病院の症例件数

東濃医療圏の DPC 対象病院の症例件数を比較すると、土岐市立総合病院と東濃厚生病院の合算では、眼科系、神経系、外傷系のシェアが 30%を超えて高く、循環器系、皮膚科系、腎尿路系、その他（敗血症、手術・処置等の合併症等）も 20%台と相対的に高い状況です。また、呼吸器系、消化器系、筋骨格系、内分泌系も 10%台後半で一定のシェアを確保しています。

一方で異常分娩を含む女性生殖器系、新生児系、小児疾患、精神疾患は実績が 10 件未満であり、乳房系（乳がん等）、血液系（白血病等）は 1 桁台です。



資料；厚生労働省「2019 年 DPC 導入の影響評価に関する調査」



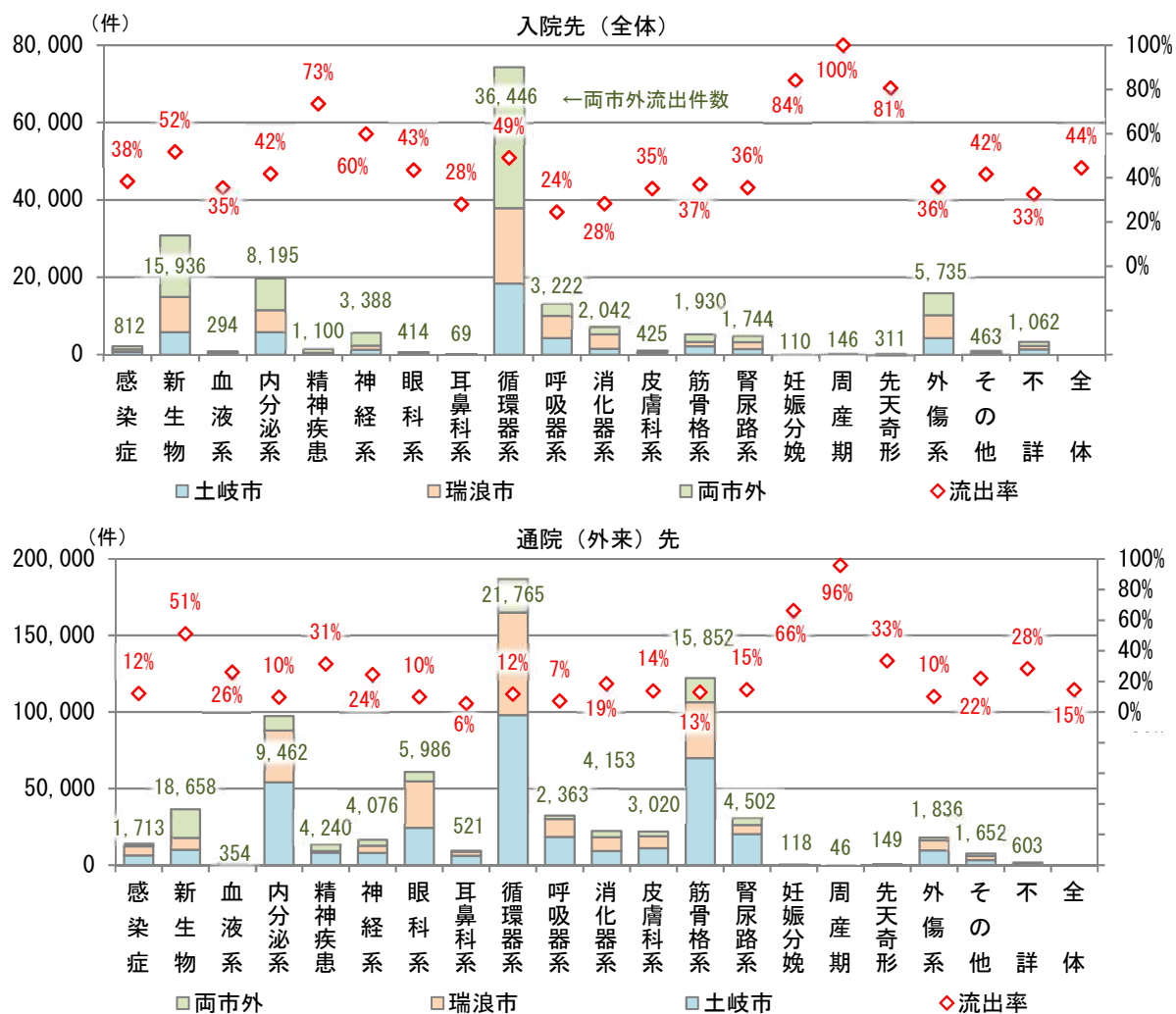
#### 4. 入院・通院及び救急搬送の状況

##### ① 入院・通院状況

2019 年度（令和元年度）の国民健康保険・高齢者医療制度被保険者レセプトによる土岐市及び瑞浪市の居住者の入院・通院（外来）先から、次の点が指摘できます。

- 入院・通院とも妊娠分娩（異常分娩等）と周産期の疾患（胎児・新生児の病気等）の両市外への流出率が非常に高く、両市内医療機関ではほとんど対応できていないことがわかります。但し、妊娠分娩と周産期の疾患合計の両市外への流出件数<sup>6</sup>は入院・通院とも 200 件台であり、入院の全流出件数 83,844 件の 0.3%、通院の全流出件数 101,069 件の 0.2% と全流出件数に占める割合は限定的です。
- 一方、循環器系疾患（狭心症、心不全、高血圧症等）と新生物（がん）、内分泌系疾患（糖尿病、甲状腺障害等）は入院・通院とも両市外への流出件数が多く、また筋骨格系疾患（関節障害、脊柱障害等）は通院の流出件数が多く、両市内の医療機関で一定の医療が提供できているものの、医療提供量や専門医療の提供が不足していることが窺われます。

図表1-22 両市民の入院・通院先地域



資料；国民健康保険・後期高齢者医療制度被保険者レセプトデータ

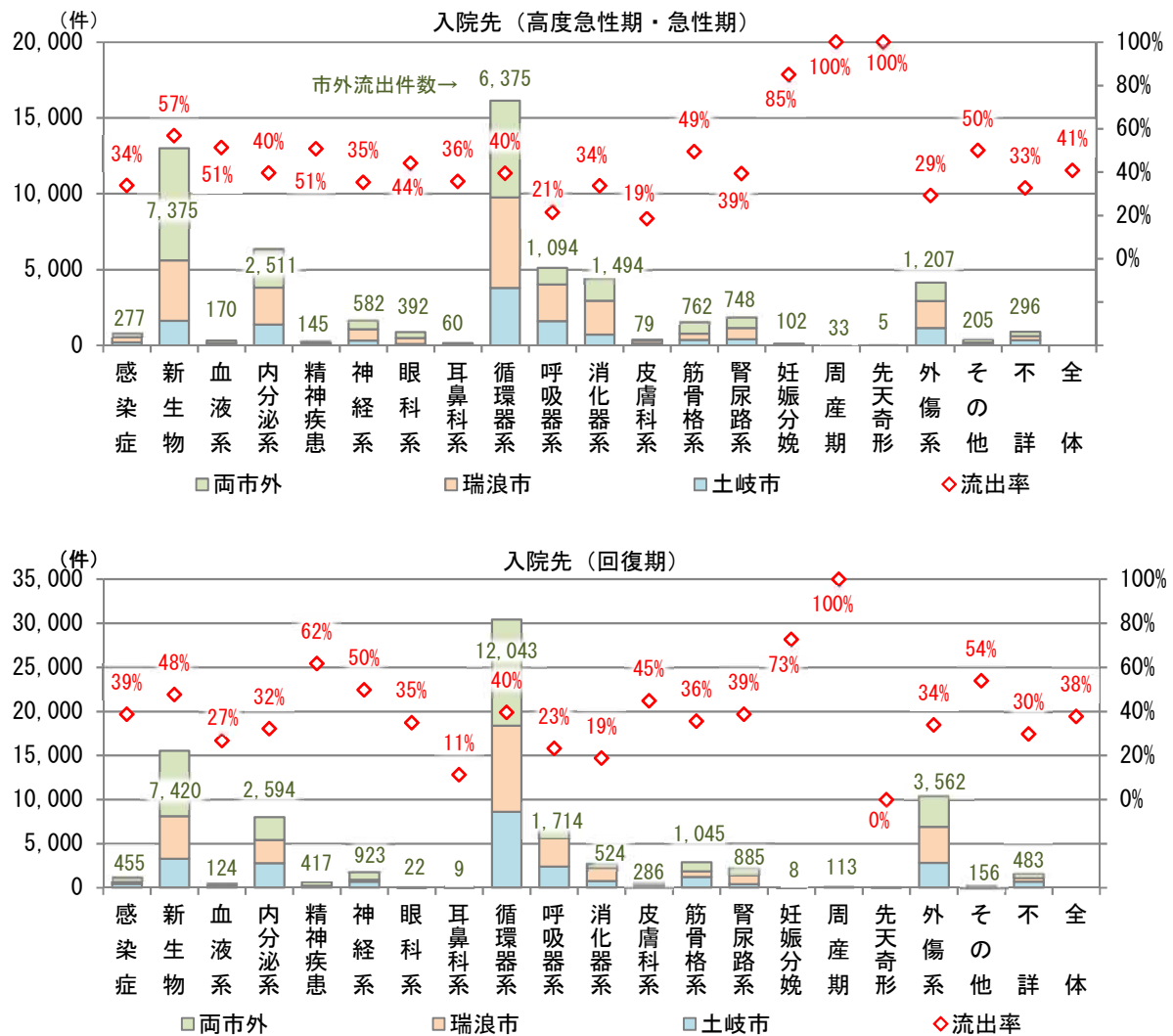
<sup>6</sup> レセプト件数は、入院では入院から退院するまでを1件と数え、通院（外来）では1主要疾患の月間の通院を通して1件と数えます。

主要傷病（傷病大分類）の流出状況は次のとおりです。

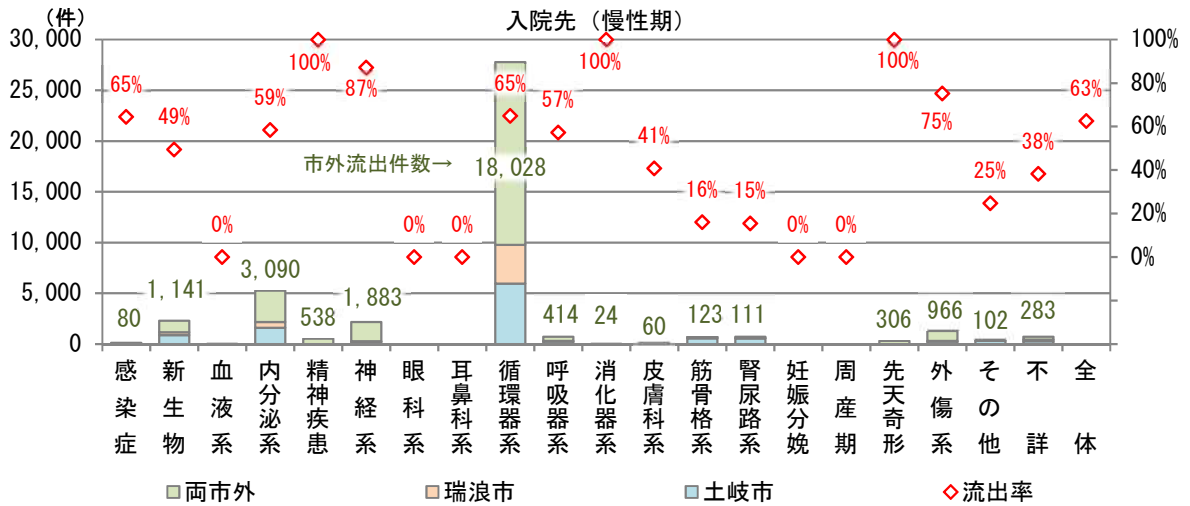
新生物	消化器系以外の呼吸器系等の悪性新生物の流出が相対的に多い状況です。
内分泌系	糖尿病は2市でも対応していますが、流出も多い状況です。
神経系	脳血管疾患の流出が相対的に多く、脳梗塞の流出も多い状況です。
循環器系 <sup>7</sup>	2市で対応している傷病と同程度の傷病が流出しています。
腎尿路系	尿路結石症の流出が相対的に多い状況です。
周産期医療	妊娠及び胎児発育に関する障害等が特に多く流出しています。

また、入院基本料・医療資源投入量から推定した病床機能別の入院先地域（両市外流出状況）は次のとおりであり、新生物は高度急性期・急性期の流出が相対的に多く、循環器系疾患は慢性期の流出が相対的に多い等の特徴が見られます。

図表1-23 両市民の病床機能別入院先地域



<sup>7</sup> 国民健康保険・高齢者医療制度被保険者レセプトデータでは診療対象のすべての疾患が記載されており、主傷病と副傷病の区分がないため合併症患者は全疾患をカウントしています。中高年層は高血圧症等の循環器系疾患を併発していることが多いため、循環器系の件数及び市外流出件数が多くなっています。

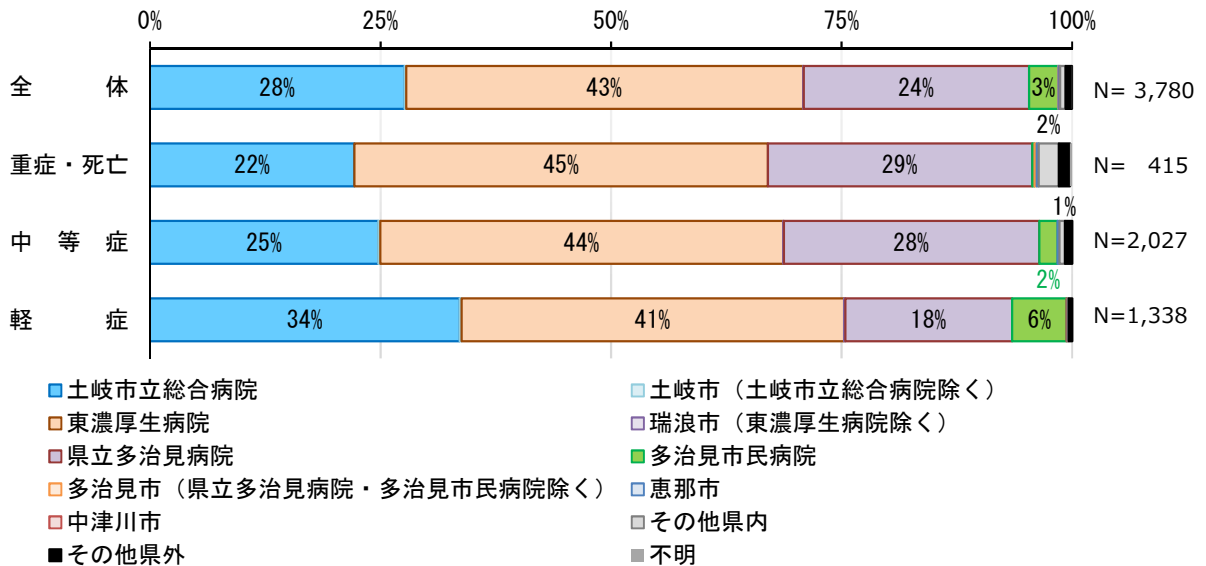


資料；同上

## ② 救急搬送状況

2019 年度（令和元年度）の救急搬送データによる土岐市及び瑞浪市で発生した救急搬送先は、全体の 71%を両市内の医療機関が占めていますが、29%が県立多治見病院等の両市外医療機関に流出しています。中でも軽症の 25%、中等症の 31%が両市外に流出しており、2次救急医療の強化が求められます。

図表1-24 重症度別の両市からの救急搬送先割合



資料；救急搬送データ

## 5. 両病院の状況

### (1) 両病院の概要

両病院の概要は次のとおりです。

	東濃厚生病院	土岐市立総合病院
許可病床数	270 床（稼働病床数 270 床）	350 床（稼働病床数 187 床）
基本診療料	急性期一般入院料 1 270 床	急性期一般入院料 1 150 床 地域包括ケア病棟入院料 2 37 床
標榜診療科	内科、循環器内科、神経内科、小児科 外科、皮膚科、整形外科、産婦人科、 眼科、耳鼻咽喉科、泌尿器科、放射線 科、麻酔科、リハビリテーション科 脳神経外科、アレルギー科、病理診断 科、消化器内科、血管外科 (19 診療科)	内科、神経内科、呼吸器内科、消化器 内科、循環器内科、糖尿病・内分泌内 科、血液内科、腎臓内科、リウマチ・ アレルギー科、小児科 外科、整形外科、脳神経外科、心臓血 管外科、皮膚科、泌尿器科、婦人科、 眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーショ ン科、放射線科、歯科、麻酔科、精神 科 (24 診療科)
関連施設	訪問看護ステーション 居宅介護支援事業所	訪問看護ステーション 老人保健施設 (定員；一般 60 名、認知症 40 名、通 所リハビリテーション 25 名)

### (2) 職員数の推移

#### ① 土岐市立総合病院

土岐市立総合病院では 2017 年度末（平成 29 年度末）に複数の内科系医師が退職し、その後も医師の減少が続いています。また、医師減少に伴い 1 病棟を休床したことを受けて 2018 年度から看護師数も減少しています。一方、2017 年度は介護福祉士や看護助手（介護員）等を増員したことで全職員数が増加しています。

#### ② 東濃厚生病院

東濃厚生病院でも医師数は徐々に減少していますが、その他の職種については大きな変化はありません。

図表1-25 土岐市立総合病院の職員数の推移

(人)	2016年	2017年	2018年	2019年	2020年
医師	28	33	25	22	22.6
歯科医師	1	1	1	1	1
薬剤師	7	8	8	8	5
診療放射線技師	13	13	13	10	10
臨床検査技師	11	11	11	9	9
理学療法士	8	9	9	9	9
作業療法士	5	6	7	7	6
言語聴覚士	2	2	2	2	1
臨床心理士	1	1	1	1	1
臨床工学技士	6	6	6	6	6
助産師	0	0	0	0	0
看護師	138	140	141	129	98
准看護師	5	7	8	8	8
歯科衛生士	2	2	1	1	1
視能訓練士	2	2	2	2	2
看護助手(介護員)	0	4	4	4	10
介護福祉士	0	15	17	17	9
事務職員	18	22	21	20	13.5
栄養士	2	3	3	3	3
計	249	285	280	259	215.1
非常勤医師	8.6	8.3	10.0	10.5	13.1
研修医	9.6	6.7	5.8	8.6	9
その他非常勤職員	149.5	158.1	139.8	135.3	76

※土岐市立総合病院の非常勤職員が多いのは、事務職員、看護助手、看護師・准看護師が各々30人前後おり、その他の職種も正職員を非常勤職員で補っているためです。

図表1-26 東濃厚生病院の職員数の推移

(人)	2016年	2017年	2018年	2019年	2020年
医師	32	30	28	26	25.4
薬剤師	10	9	9	9	8
保健師	13	16	18	18	16
助産師	0	0	0	0	0
看護師	177	174	176	184	175
准看護師	10	9	6	6	6
診療放射線技師	12	12	12	12	12
臨床検査技師	11	12	11	11	11
理学療法士	10	11	10	11	11
作業療法士	5	4	5	5	5
栄養士	4	4	4	5	4
その他医療技術員	9	9	8	9	9
事務員	24	24	25	26	23.5
その他職員	15	15	14	16	11
計	332	329	326	338	316.9
非常勤医師	6.3	5.7	6.5	7.3	8.2
その他非常勤職員	16.8	13.8	14.6	15.4	20.5

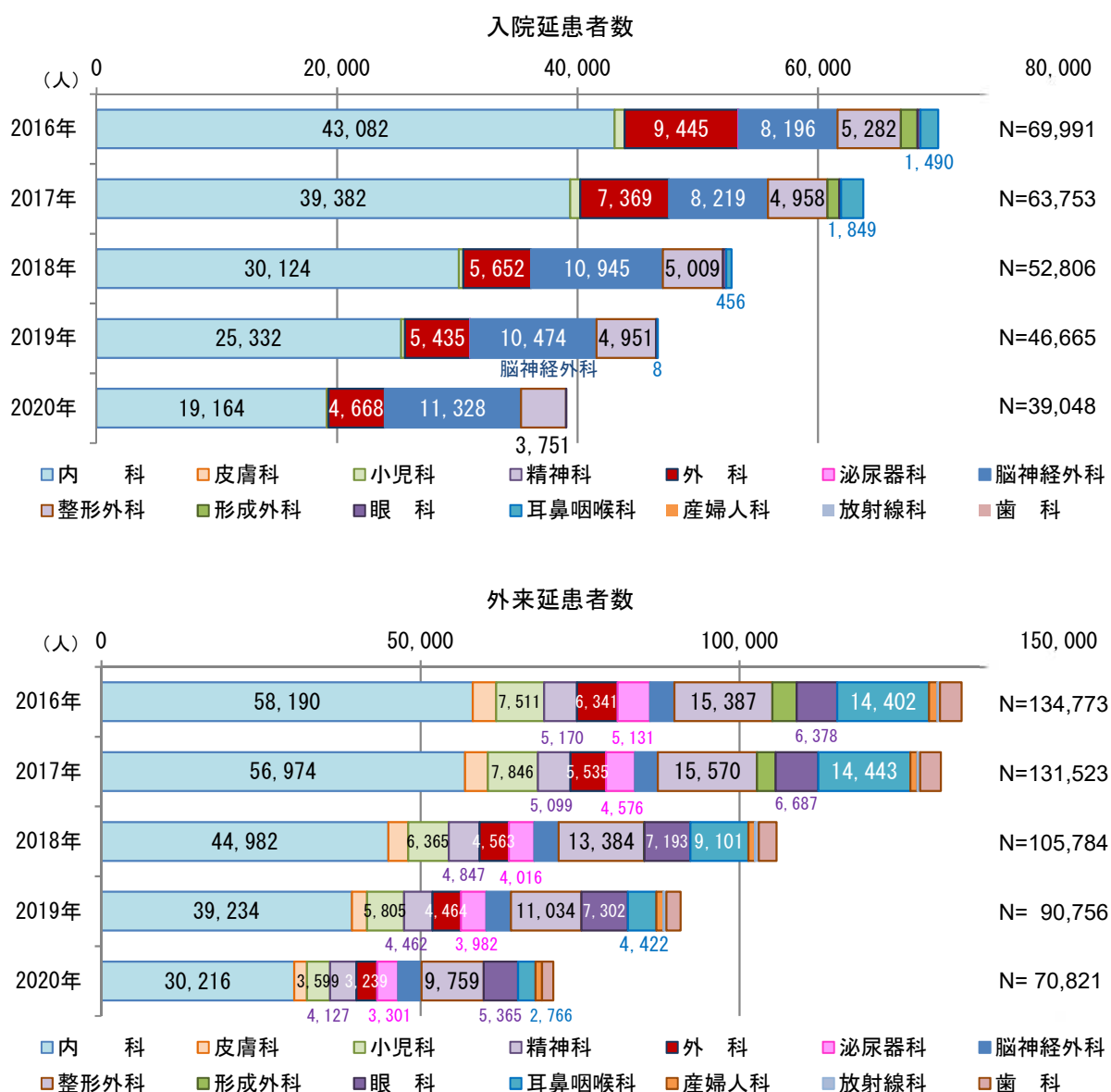
### (3) 患者数の推移

#### ① 土岐市立総合病院

土岐市立総合病院では2017年度末(平成29年度末)の複数医師の退職の影響もあり、2018年度以降は内科を中心に入院・外来とも患者数が急激に減少しており、2020年度はさらに新型コロナの影響の追い打ちを受けました。なお、患者数の増減は土岐市立総合病院の医師数だけではなく、周辺医療機関の医療提供状況等の様々な影響を受けています。

土岐市立総合病院は、脳神経外科の入院患者数が多いことが特徴です。

図表1-27 土岐市立総合病院の入院延患者数(上段)と外来延患者数(下段)の推移

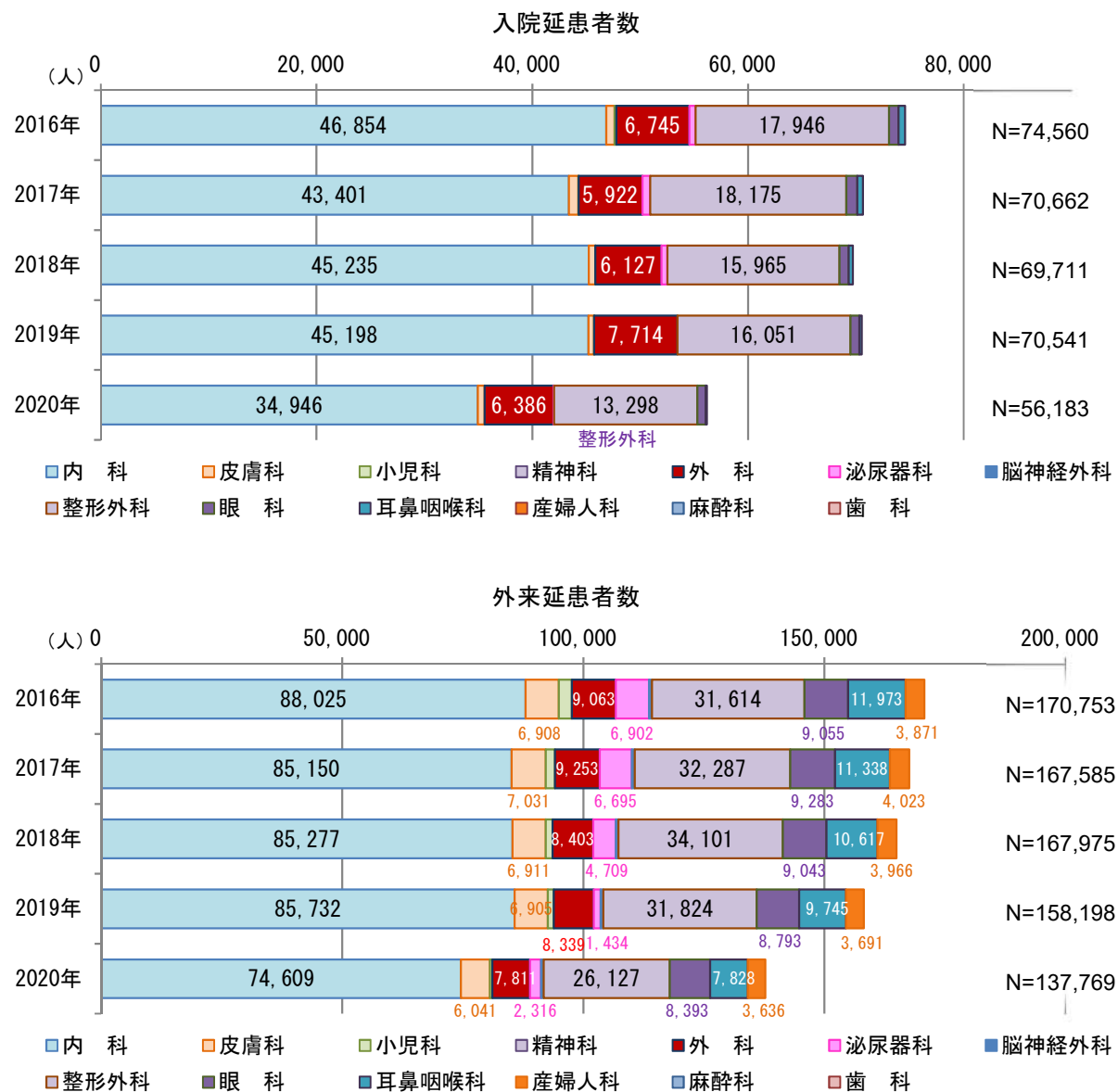


## ② 東濃厚生病院

東濃厚生病院は2019年（令和元年度）までの延患者数は比較的安定していましたが、2020年度は新型コロナウイルスの影響を受けて内科をはじめとする各科で延患者数が減少しました。

東濃厚生病院は、整形外科の患者数が多いことが特徴です。

図表1-28 東濃厚生病院の入院延患者数（上段）と外来延患者数（下段）の推移





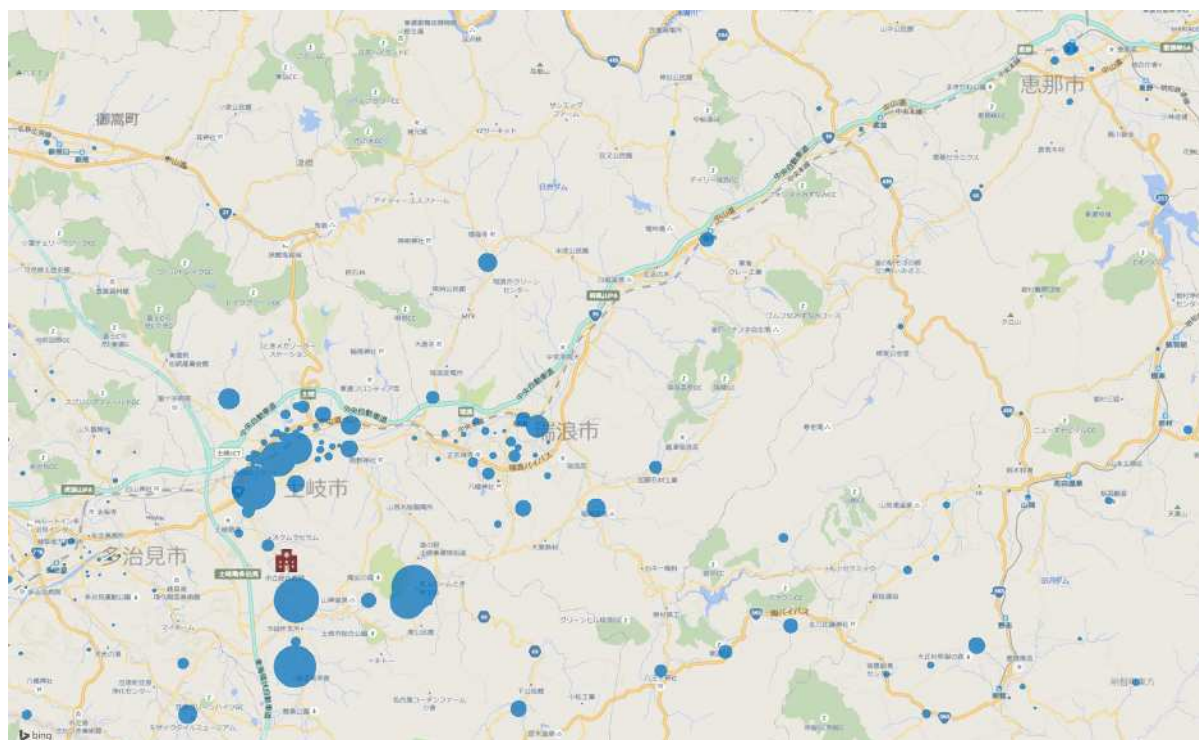
#### (4) 両病院の住所地別患者数

##### ① 土岐市立総合病院

2020 年度（令和 2 年）度の土岐市立総合病院の入院実患者数を地図上にプロットすると病院周辺の地区からの患者が大半を占めていることが分かります。

また、地区別の 1 日あたり入院延患者数を地区推計入院患者数と比較すると、土岐市の下石、曾木、駄知、鶴里、肥田の病院近隣地区では推計患者数の半数程度が土岐市立総合病院に入院していることが分かります。

図表1-29 土岐市立総合病院の 2018 年度～2020 年度の入院実患者の分布



※円の大きさは実患者数の多さを示しています。円の位置は地図情報上の郵便番号所在位置です。

資料；土岐市立総合病院レセプトデータをエクセル 3D-map で作成

図表1-30 土岐市立総合病院の 2020 年度の地区別 1 日あたり延患者数と地区内推計シェア

	地区	延患者数	推計患者数	推計シェア	
土岐市	泉	33.2 人	126.7 人	26.2%	
	下石	22.2 人	46.6 人	47.6%	
	曾木	3.9 人	7.8 人	50.7%	
	駄知	25.8 人	55.2 人	46.9%	
	妻木	13.5 人	47.1 人	28.6%	
	鶴里	4.9 人	11.0 人	44.6%	
	土岐津	20.6 人	64.8 人	31.7%	
	肥田	22.3 人	52.5 人	42.5%	
瑞浪市	瑞浪	14.7 人	89.4 人	16.4%	
	土岐	5.1 人	51.1 人	9.9%	
	明世	3.4 人	15.7 人	21.7%	
瑞浪市	稲津	2.6 人	89.4 人	3.0%	
	陶	4.6 人	31.6 人	14.7%	
	日吉	2.6 人	20.7 人	12.5%	
	釜戸	2.2 人	25.7 人	8.5%	
	大湫	0.1 人	6.3 人	2.2%	
	恵那市	明智町	6.3 人	52.3 人	12.1%
		山岡町	5.9 人	38.0 人	15.5%
		串原	1.2 人	8.0 人	15.5%
		岩村町	0.4 人	42.9 人	0.9%
	上矢作町	0.7 人	21.4 人	3.1%	

※延患者数、推計患者数は 1 日あたり

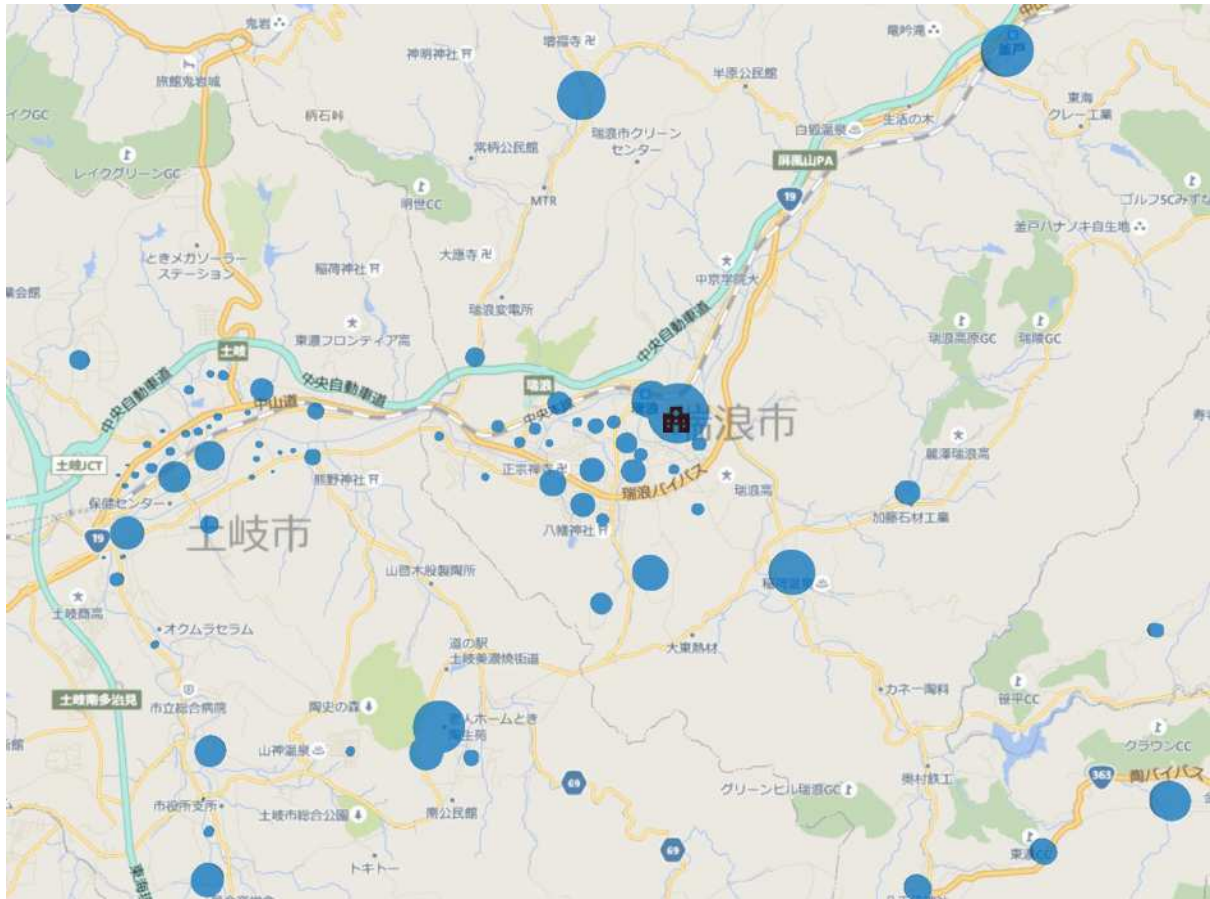


## ② 東濃厚生病院

東濃厚生病院も病院周辺の地区からの患者が多いことは同様です。

地区別の1日あたり入院延患者数を地区推計入院患者数と比較すると、病院周辺の地区のシェアが相対的に高く、特に恵那市南部の地区はその傾向が顕著です。

図表1-31 東濃厚生病院の2018年度～2020年度の入院実患者の分布



資料；東濃厚生病院レセプトデータをエクセル3D-mapで作成

図表1-32 東濃厚生病院の2020年度の地区別1日あたり延患者数と地区内シェア

	地区	延患者数	推計患者数	推計シェア	
土岐市	泉	15.7人	126.7人	12.4%	
	下石	5.1人	46.6人	10.9%	
	曾木	0.8人	7.8人	10.2%	
	駄知	10.8人	55.2人	19.6%	
	妻木	4.5人	47.1人	9.6%	
	鶴里	0.4人	11.0人	3.9%	
	土岐津	6.7人	64.8人	10.3%	
	肥田	5.7人	52.5人	10.8%	
瑞浪市	瑞浪	22.9人	89.4人	25.6%	
	土岐	11.7人	51.1人	23.0%	
	明世	4.1人	15.7人	26.0%	
	恵那市	稲津	7.9人	89.4人	8.8%
		陶	6.8人	31.6人	21.6%
日吉		5.7人	20.7人	27.6%	
釜戸		6.4人	25.7人	24.8%	
大湫		0.8人	6.3人	12.7%	
明智町	9.4人	52.3人	18.0%		
山岡町	6.1人	38.0人	16.0%		
串原	1.0人	8.0人	13.0%		
岩村町	0.7人	42.9人	1.6%		
上矢作町	0.1人	21.4人	0.4%		

※延患者数、推計患者数は1日あたり

図表1-33 各市の地区位置関係図



## 6. 現状・課題の整理と新病院に望まれる役割・機能等

### (1) 現状・課題の整理

- 岐阜県の人口あたり医師数は全国 37 位と少ない中、東濃中部（土岐市・瑞浪市）は県平均をも下回っており医師不足が顕著です。
- 病院勤務医師は規模の大きな病院に集まりやすい傾向が見られます。さらに 2024 年に医師の働き方改革が施行されると、当直等の医師業務を分担しやすい規模の大きな病院への医師集約化が進む可能性があります。
- 東濃中部では限られた医師を土岐市立総合病院と東濃厚生病院に分散しているため、1 病院で提供できる診療機能が限られており、また、医師の負担が大きいことから安定した医師採用が困難になっています。
- 特に、内科系医師が複数退職した土岐市立総合病院は従来どおりの診療体制が組めないために患者数減少を招いています。この結果、両病院等で対応できない患者は多治見市や名古屋市の医療機関に流出しています。

### (2) 新病院に望まれる役割・機能等

- 両病院を統合すると単純計算で医師数は非常勤医師を含めて常勤換算で 60 人台半ばとなり、循環器科や脳神経外科等の一方の病院の診療提供体制が弱い診療機能も相互に補完して提供できるようになります。また、既に統合した先行事例では、統合 3 年後に医師数が統合前に比べて 3 割以上増えた病院も少なくないことから、統合後の新病院では単に 2 病院を合算する以上の診療機能の強化が図られ、東濃中部圏域から流出している患者も地元で診療できるようになると期待されます。
- 新病院では 29% が市外に流出している救急医療の強化に加え、循環器系疾患や新生物、内分泌系疾患等の市外流出件数の多い疾患ならびに妊娠分娩、周産期医療等の両市外流出率の高い疾患への対応が望まれます。
- また 2025 年には、いわゆる団塊世代が 75 歳以上の後期高齢者となり、回復期医療や在宅医療の需要が増すと予測されています。新病院は急性期医療から回復期、慢性期、在宅医療を切れ目なく提供する地域医療体制の中心的役割を担うことが期待されます。
- 現状では両病院が十分な診療機能を果たせていない面があるため、周辺病院や診療所にも負担をかけている可能性があります。統合後には重症患者や専門医療が必要な患者は主として統合新病院が受け持ち、周辺病院や診療所との機能分化を図りつつ、地域住民・患者にとっても、地域の医療機関にとっても望ましい医療提供体制が構築されることが期待されます。



## **第2章 東濃中部新病院の整備方針**



## 1. 新病院の基本理念

新病院の基本理念及び基本方針は次のとおりです。

### (1) 基本理念

地域住民の「頼りがいのある病院」を目指します

### (2) 基本方針

#### ① 患者さんの人権を尊重し良質で安心安全な医療を提供します。

- 誰にでも公平で平等な医療を提供します。
- プライバシーに配慮し快適な環境で医療を行います。
- 十分なコミュニケーションをとり納得の得られる医療を提供します。
- 患者さんの利便性が高くきめの細かい医療を行います。

#### ② 地域社会から信頼される医療を行います。

- 災害・救急・へき地など地域の中核病院としての役割を果たします。
- 専門性の高い医療は他医療機関との役割分担を行い、地域内で対応可能な体制を整えます。
- 地域住民の健康維持・増進を目指した予防医療に取り組みます。

#### ③ 医療の発展に貢献できる病院を目指します。

- 高度で先進的な医療技術を常に導入する体制を整えます。
- 限られた医療資源を有効活用するため、オンライン・ICT（Information and Communication Technology；情報通信技術）等の技術を導入します。
- 大学病院、基幹病院と連携しスタッフや専門医の教育、育成を行います。
- 大学病院と連携し医学の発展に寄与します。

## 2. 新病院の目指す姿

新病院では次に示す将来像を目指します。

### (1) 良質で安心安全な医療の提供

- 患者さんの信頼を得られる良質な医療を提供するとともに、医療安全や感染対策を徹底した安心安全な体制を構築します。
- 患者さんの人権を尊重し、公平で公正な医療を提供します。
- 患者さんの不安や疑念を和らげられるように十分なコミュニケーションをとり、患者さんやご家族の納得の得られる説明を心がけます。
- 患者さんが治療方法を選択できるようにセカンドオピニオンを推奨します。
- 地域中核病院として高度で先進的な医療提供や地域に不足する診療機能の充足に努め、周辺病院や医師会、歯科医師会と連携して可能な限り地域内で完結できる医療提供体制を目指します。

## (2) 救急医療、へき地医療、在宅医療、予防医療、医療連携体制の推進

- 住み慣れたまちに安心して暮らし続けられるように予防医療、救急医療から在宅医療まで切れ目なく提供できる医療体制の構築を目指します。
- 急性期入院経過後は回復期リハビリ等へスムーズに移行し、近隣医療機関との連携を進めて早期の在宅復帰を促進します。
- 救急患者は24時間・365日の受け入れを基本とし、応需率向上を図ります。
- 医療資源が乏しい地域でも安心して暮らし続けられるように、遠隔医療技術や巡回診療車等を活用して、へき地医療を支援します。
- 在宅医療提供医療機関との円滑な連携を図り、必要時には新病院で受診・入院ができる体制を構築します。
- 健康診断や保健指導の充実を図るとともに、地域住民向け健康講座等を通して生活習慣の改善等を支援します。
- 新病院では対応が難しい専門医療や慢性期医療、在宅医療等は周辺の医療機関との連携体制を推進し、地域内で必要な医療が受けられる体制を構築します。
- 行政や介護事業所、福祉施設等とも連携を強化し、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステム推進の中心的な役割を果たします。

## (3) 大規模災害発生時における地域の中核病院としての診療機能の維持

- 大規模災害時にも診療を継続提供できるように事業継続計画（BCP; Business Continuity Planning）に基づく定期的な訓練を実施して備えます。
- 病院施設は大規模災害に耐えられる構造とし、非常用電源・燃料、非常用水・排水設備、食料・薬剤等の3日以上 の備蓄設備を備えます。
- 24時間いつでも災害派遣医療チーム（DMAT; Disaster Medical Assistance Team）が被災地に緊急出動し、被災地区の傷病者の受け入れ・搬送が可能な体制を目指します。

## (4) 新興感染症拡大時における速やかに感染症患者を受け入れる体制整備

- 新型コロナウイルス等の新興感染症拡大時に速やかに感染症患者を受け入れられる体制を目指します。
- 常時、感染症への対応が可能となる感染症外来を整備します。
- 感染症が疑われる患者さんと他の患者さんとの動線や病棟・諸室を区分する等の医療安全及び感染症防止対策を徹底して安心・安全な医療提供環境を追求します。

## (5) 医学研究、教育に対する大学病院との連携の推進

- 初期臨床研修医の6～8人確保を目指します。また、専門医制度における基幹病院を目指し、研修教育を充実させ若手医師の定着を進めます。
- 大学医学部の院外実習に積極的に協力し卒前教育の充実を図ります。
- 医局との連携により、医師派遣を充実させます。



(6) 職員育成・人材確保の推進

- 院内外での研修の充実を図るとともに、特定の領域における高い専門性を持つ専門看護師や認定看護師等の育成に取り組みます。
- 看護師のスキルアップ及び医師の負担軽減等を目的に看護師の特定行為研修の認定施設を目指します。
- 薬剤師や技師、療法士等の各職種についても最新の医療技術や接遇方法を習得する研修を推奨し、絶えず最新で良質な医療を提供できるように育成に取り組みます。
- 外国人技能実習制度を活用し、発展途上国への技能移転により国際貢献を図るとともに、看護補助者（介護員）の採用に努めます。

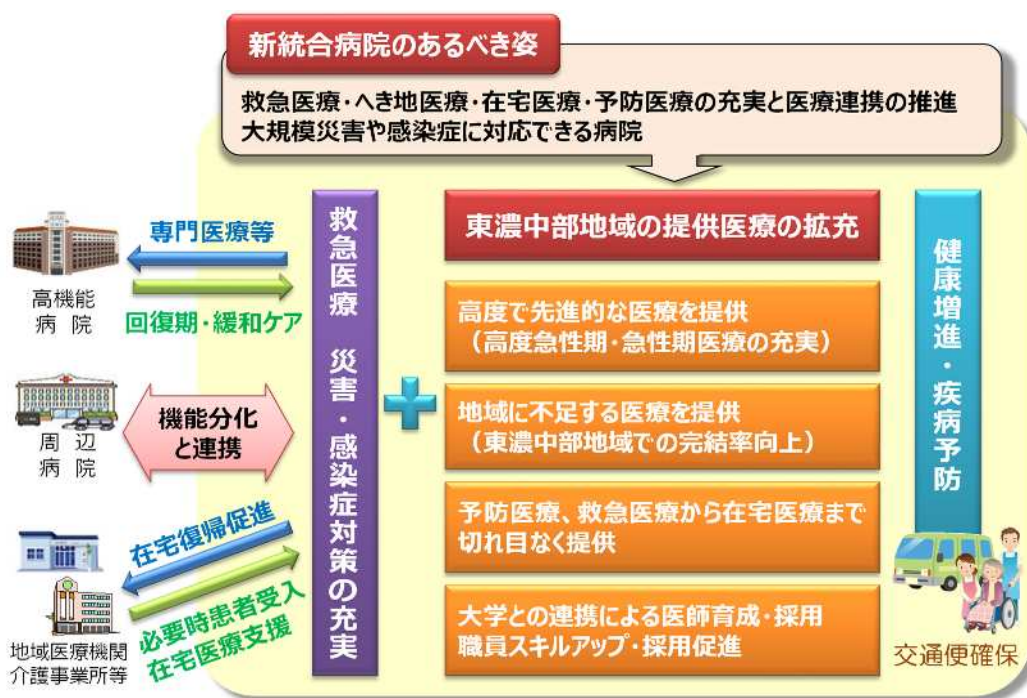
(7) 働きやすい職場環境の推進

- 職員の尊厳を守り、公平・公正に対処する職場環境を目指します。
- 医師の働き方改革の時間外勤務時間上限を遵守するために、医師事務作業補助者や特定行為研修を修了した看護師等によるワークシェアリング等を推進します。
- 他職種についてもライフワークバランスのとれた職場環境となるように必要人員の採用を進めます。
- 院内保育施設等の必要機能を充実させ、働きやすい環境を整備します。

(8) 健全経営に基づく先進的な機器・情報システム等の導入

- 先進的な医療機器・情報システム等を遅滞なく更新し、職員の採用・研修等に十分な予算を確保できるように健全な経営に努めます。
- 職員には経営情報を公開し、職員は経営状況を理解した上で各部署や自分自身の目標達成に尽力し、地域中核病院として高水準で良質な医療を提供します。

図表2-1 新病院の目指す姿



### 3. 新病院の果たす役割

医療制度改革及び地域医療構想の方向性を見据え、利用可能な医療資源を有効活用し、地域住民に対して安心安全な医療を提供します。

医師採用の状況に応じ、新病院では診療機能のセンター化を図り、それぞれの分野ごとに以下の方針の下での役割を果たします。

#### (1) がん診療への対応

- 消化器内科、消化器外科合同による消化器病センターを設置し、消化器がんに関する診断、内科的・外科的治療、化学療法、放射線治療を行います。
- 乳腺外科の開設に努め、乳がん患者の治療を行います。
- 呼吸器疾患、婦人科疾患、泌尿器科疾患、頭頸部疾患におけるがん治療については医師採用（確保）状況に応じて対応し、大学附属病院等の高度医療機関と連携して術前後の化学療法、放射線治療等を行います。
- 緩和ケア病床を整備し、チーム医療による専門的な医療を提供します。
- がんリハビリテーション、緩和ケアを行います。
- ゲノム解析を行い、患者さんの遺伝子情報に基づく最適の治療を行います。

#### (2) 脳卒中への対応

- 神経内科・脳神経外科合同による脳卒中センターを設置し、東濃圏域全体の脳卒中（脳梗塞、脳出血、くも膜下出血）等の急性期医療に対応します。
- 地域医療機関ならびに行政、消防との連携及びネットワークの構築を進め、速やかな治療が行えるシステムを構築します。
- リハビリテーション専門医の採用に努め、回復期を含めたリハビリの強化を行います。
- 地域住民に脳卒中に対する啓発を行います。

#### (3) 急性心筋梗塞・心不全への対応

- 循環器科による心臓病センターを設置し、虚血性心疾患（急性心筋梗塞、狭心症、虚血性心不全）等の急性期医療等に対応します。急性心筋梗塞のカテーテル治療、心不全急性増悪等の治療を積極的に行います。
- 脳卒中への対応と同様に関連機関とのネットワーク化により速やかな治療が行えるシステムを構築します。
- 心不全療養指導士、心臓リハビリテーション指導士等を含めチーム医療を展開します。

#### (4) 糖尿病をはじめとする内分泌・代謝疾患への対応

- 糖尿病センターを設置し、東濃圏域全体の糖尿病患者の管理、コントロールを行います。
- 腎臓内科、循環器内科、血管外科等と連携し早期に合併症の予防やコントロールを行います。
- 糖尿病療養指導士、フットケア指導士等とのチーム医療により、外来管理、栄養指導、教育入院の充実を図ります。

- 行政、医師会と連携し、糖尿病治療の啓発に努めるとともに、地域の開業医との情報共有による圏域の糖尿病患者のデータベースを作成し、センターとして全体の管理を行います。
- データベースを基に大学と連携し疫学的なリサーチも行います。

#### (5) 精神疾患への対応

- 外来診療に対応し、入院診療は近隣の精神病院と連携し対応します。
- 小児科における発達障害診療と連携し、継続的な治療を行います。

#### (6) 救急医療への対応

- 東濃中部圏域唯一の二次救急医療機関として、小児を含む二次救急患者の受け入れを行います。
- 脳梗塞超急性期の患者については東濃圏域全体からの受け入れを目指します。
- 外科的緊急手術患者は遅滞なく対応します。
- 1次救急については休日急病診療所との連携を強化します。

#### (7) 災害医療への対応

- 医療拠点だけでなく、避難拠点としての役割を担います。
- 災害派遣医療チーム（DMAT）を整備し、局地災害に対し医療チームの派遣を行えるように努めます。
- 行政、保健所、医師会等とのスムーズな連携、事業継続計画（BCP）の策定及び訓練を行います。

#### (8) へき地医療への対応

- 山間地域が多い地理的環境、かかりつけ医の高齢化等に伴う医療環境の弱体化を鑑み、遠隔診療・AI問診等を取り入れ、へき地医療を行います。
- 医師の採用に努め、へき地診療所へ医師を派遣し、地域医療に貢献します。
- 巡回診療車を活用し、医療資源が乏しい地区への巡回診療を行います。

#### (9) 周産期医療への対応

- 東濃中部圏域で分娩を行える施設がないことから、産科の早期開設を目指します。
- 新生児医療も伴うため、当面は正常分娩のみを対象とし、大学医局に対して当直医師を含めた産科医の派遣を求め、併せて小児科医、麻酔科医、泌尿器科医の充実を目指します。

#### (10) 小児医療への対応

- 小児の急性期医療の入院機能の充実を図ります。
- 東濃圏域全体の発達障害児に対する専門的かつ継続的な医療を提供し、精神科との連携及びリハビリテーションの充実を図ります。
- 学校等の教育機関と連携し、小児の発達や健康増進に対し家庭を含めて定期的なアドバイス、チェックを行えるシステムを構築します。

#### (11) 新興感染症等の感染拡大時への対応

- 感染症への対応が可能となる感染症外来を整備します。
- 感染症拡大時に入院受け入れが可能な病床を整備します。

#### (12) 在宅医療への対応

- 在宅医療に係る機関との円滑な連携を図り、切れ目のない継続的な医療体制を確保します。
- 両病院で実施している訪問看護ステーションを引き継ぎ、24 時間対応の訪問看護を提供します。
- 在宅で療養されている患者さんが、緊急時にスムーズに受診・入院ができる体制をかかりつけ医との間で整えます。

#### (13) 予防医療への対応

- 健康管理センターを併設し、がん等の早期発見、予防医療に努めます。
- 行政や事業所（企業）等と連携し、若年層から高齢者までの生活習慣病対策や健康づくり事業に取り組みます。
- 企業健診から住民健診まで幅広い受診者を受け入れる施設健診（人間ドック）を行います。
- 巡回検診車を活用した市町村・企業健診を行います。

#### (14) その他の診療センター

- 運動器センター、人工透析センター、リハビリテーションセンターならびに外来化学療法センター、救急医療センター等を設置し、他診療科や各部門と協力の下で患者さん中心の医療を提供します。
- 地域医療連携室、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所等をセンター化し、かかりつけ医、訪問診療医、介護事業所等との連携をよりスムーズに行います。

#### (15) 付帯事業・その他

- 訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、健診センターを設置します。
- 病児保育室・病後児保育室を設置します。
- アメニティー施設を民間活力の導入も視野に入れて整備します。施設の構成及びその他の付帯施設及び整備手法は基本計画で検討します。
- 調剤薬局は敷地内または近傍に誘致します。
- 利用者の足の便を確保するためのコミュニティバス等についても実現に向けて関係機関と調整します。
- 現両病院の跡地利用、既存の介護老人保健施設の取扱いについては、別途検討します。

※ 本文に記載のセンター名は仮称であり、基本計画等の検討段階において正式名称を決定します。

## 4. 施設整備の基本方針

### (1) 建設予定地

建設予定地は土岐市肥田町浅野の土岐市有地の 8.9ha（平地部分は約 5.1ha）であり、土岐市駅の東南方面約 2 kmの丘陵地に位置します。

最寄りの幹線道路は東へ約 600mの県道 69 号ですが、新病院開院予定の 2025 年（令和 7 年）を目途に肥田浅野朝日町交差点から梅の木公園方面に至る道路が延伸され、建設予定地を経て肥田受水地付近で肥田下石線（県道 392 号）と結ばれる予定です。

図表2-2 建設予定地の位置と周辺状況



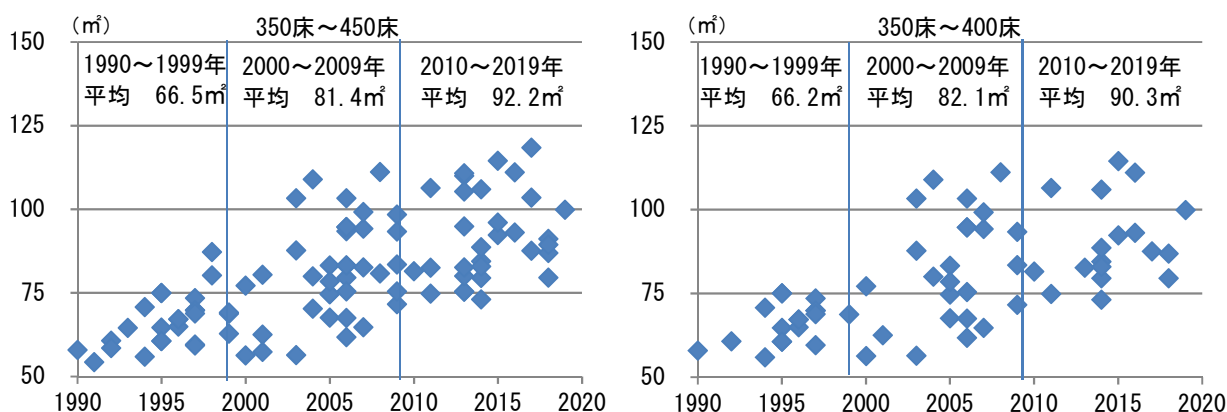
資料 ; Google map

## (2) 病床数及び施設規模

新病院の病床数は「東濃中部の医療提供体制検討会」において東濃医療圏の地域医療構想策定時点の病床数（2,746床）と2025年の必要病床数（2,057床）の比（75%）を両病院合計の稼働病床数（平成30年2月時点の546床）に乗じて概算推計された400床程度を目安に、基本計画において新病院の集患可能性を精査して検討します。なお、病棟は高度急性期病床・急性期病床・回復期病床で構成する予定です。

病院施設の規模は、他公立病院の1床あたり面積を参考に、基本計画において各部門の適正面積や部門配置計画等を精査して検討します。

図表2-3 同規模公立病院の1床あたり面積



- ※ 子ども病院・がん病院・精神科病院等の専門病院ならびに病棟のみの新增築は除きます。
- ※ 当該規模の病院には高度急性期病床と急性期病床のみで構成される県立病院等の広域圏基幹病院が含まれ、手術室や放射線治療室等が多い影響を受けて300床規模の病院に比べて1床あたり面積が広がっています。東濃中部地域新病院は回復期病床等を含むため、上グラフの1床あたり面積ほどは必要ないと推測されます。

資料；日本医療福祉建築協会データベース

## (3) 施設の整備方針

施設の整備についての基本的な考え方は次のとおりです。

### ① 利用者・職員の動線を考慮した運用効率の高い施設

- 子どもや高齢者、視覚障害を含む障がいのある人でも使いやすいバリアフリーの施設構造とします。
- 施設内の移動距離が短い効率的な部署・諸室配置とします。
- 患者さん等のご利用者や職員の動線が交差しない運用効率の高い施設構成とします。
- 敷地内または近傍に調剤薬局を誘致し、患者さん等の移動負担の軽減を図ります。
- 患者さん等が利用できるアメニティー施設を整備し、利用者の利便性を高めます。

### ② 利用者のプライバシーに配慮した施設

- 患者さん等のプライバシー保護のために相談室・説明室を十分に確保します。
- 病棟・病室もプライバシーが守れる造りとします。



### ③ 災害対策の行き届いた施設

- 災害拠点病院同様に、大規模地震、気候変動に伴う台風、豪雨等による災害時においても診療継続ができる構造とし、災害拠点病院に求められる3日以上 の 備蓄品を収納する備蓄庫や給排水設備、自家発電設備等を備えた施設とします。
- 災害時に傷病者を収容できるホールを整備します。

### ④ 感染症対策の行き届いた施設

- 感染症が疑われる患者さんと他の患者さんとの動線や病棟・諸室を区分できる施設構造とします。
- 感染患者用の陰圧室や換気システム等の感染症患者受入に必要な諸室・設備を整備します。感染症対策及び療養環境向上等のために病棟の個室を一定量確保します。

### ⑤ 省エネルギー化の推進

- 施設・設備のメンテナンスがしやすく、ライフサイクルコストを抑制できる経済性の高い施設を整備します。
- 地球温暖化対策と病院運営上のエネルギーコストを抑制できる省エネルギー化の施設・設備とします。

図表2-4 新病院の整備方針



#### (4) 整備スケジュール

2025年(令和7年)の開院を目指して次の整備スケジュール案で整備を進める予定です。

図表2-5 整備スケジュール案

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度
基本構想・基本計画	■				
基本設計・実施設計		■			
用地造成等		■ 測量・造成設計・規制解除	■		
建設工事			■		
計画道路整備		■	■		
開院					★

※ 設計・工事の期間は下記の発注方式により異なります。

#### 5. 新病院の発注方式

従来主流であった設計・施工分離方式に代わり、設計と施工を一括発注する方式を採用する公立病院が増えています。一括発注方式により工期短縮化や工費縮減が可能となると考えられることから、各工法のメリット・デメリットを踏まえ、新病院整備に最適な発注方式を選定します。

図表2-6 各発注方式の比較一覧

従来方式 〔設計・施工 分離発注〕	基本計画	基本設計	実施設計	施工	調達	工事	業務が分割されるため、選定期間が長い。設計に工法が反映されないため、工事期間やコストがかかる。	
DB方式① 〔基本設計 一括型〕	基本計画	選定期間 準備期間	基本設計	実施設計	施工	調達	工事	設計会社と施工会社を一括選定。設計に工法が反映され、工事期間・コストの縮減が可能。
DB方式② 〔基本設計 先行型〕	基本計画	基本設計	実施設計	施工	調達	工事	基本設計に従い、実施設計会社と施工会社を一括選定(建設会社が実施設計をする可)。上記と同様の効果。	
ECI方式 〔施工予定者 技術協議〕	基本計画	基本設計	実施設計	施工	技術協力	調達	工事	施工会社は工事優先交渉権者として設計会社に技術協力する。上記と同様の効果がある。
PFI方式 〔民間資金 等活用〕	基本計画	要求水準 書作成等	基本設計	実施設計	施工	調達	工事	PFI事業者は施設の維持管理等を行うためトータルコストは縮減の可能性があるが、コンソーシアム形成等に時間を要す。

DB方式 ; Design-Build 設計・施工を単一事業者(グループ)に一括発注し、建設会社の技術力を反映させてコスト縮減・工期短縮を図る

ECI方式 ; Early Contractor Involvement 設計段階から建設会社が技術欲を設計内容に反映させ、コスト縮減・工期短縮を図る

PFI方式 ; Private Finance Initiative 民間活力を利用して公共施設の建設・維持管理・運営を行う方式

※ いずれの発注方式も実施設計後の建築確認申請の受審期間が2～3か月必要です。

※ 免震構造とする場合は、構造計算結果によっては大臣認定の受審期間が別途数か月程度必要になりますが、DB方式やECI方式で建設会社の認定済み免震工法を用いて設計する場合はこの期間が不要になります。

※ 工事前の調達とは、建築確認前に調達可能な杭等の資材調達や施工図の作成等の作業を指します。