

3 市立医療センターの施設・設備における現状と課題

(1) 施設概要 (図表 37～40)

- ・敷地面積は 16,619 m²、建物の延べ床面積は 35,902 m²で、敷地のほぼ全体を使用して建築。
- ・建築物は大きくわけて 5 棟あり、病院機能の中心となる本館は 1991 年 (H3) に建築され、34 年が経過しており、外壁の崩落や雨天時の雨漏り等老朽化が進行。
- ・最も古い建物は管理棟・感染症病棟であり、1968 年 (S43) に建築されているが、診療には影響なし。駐車場は立体駐車場を整備しており、320 台駐車可能。
- ・本館には外来や病棟、検査部門、放射線治療部門といった病院の核となる機能を配置。1 階と 2 階が外来と放射線部門など、3 階に手術室と臨床検査部門など、4 階から 8 階には病棟、病棟はナースステーションを中心として南北に分かれた構造。地下には放射線部門と機械室などを配置。

(2) 現状と課題

① 施設の老朽化状況 (図表 41)

- ・建築物の耐用年数については、減価償却資産の耐用年数等によると、鉄骨鉄筋コンクリート造または鉄筋コンクリート造の構造を持つ病院用のものは 39 年。一般的に、耐用年数の 3 分の 1 から 2 分の 1 を経過した時期に、内外装や設備の大規模改修・更新。
- ・病院の場合は、医療を 24 時間提供することから、劣化が早いとされており、大規模改修時には長期の休館が必要。
- ・休院中は、職員の雇用継続のための配置先や金銭的補償が必要。

② 施設の狭隘化 (図表 42)

a 床面積による比較

- ・診療に関する建築物の 100 床あたりの床面積は 6,985 m²。
- ・令和 5 年病院運営実態調査の 500 床から 599 床を持つ一般病院の面積と比較すると、824 m²狭い状況。
- ・医療機器については、臨床工学課での中央管理を進めているが、保守・修理のスペースが狭隘化しており、通路などを保管場所として活用。

b 患者満足度調査の結果 (図表 43, 44)

- ・入院患者については、食事に関すること、トイレ・洗面所に関すること、病棟設備、温度調整の順で低評価。
- ・外来患者については、待ち時間に関すること、駐車場の利便性、待合の雰囲気順で低評価。

c 外来患者への対応 (図表 45)

- ・午前中は中央処置室前に血液検査を待つ患者が集中するため、廊下にソファやパイプ椅子を設置し、待合スペースを確保。
- ・1 階ロビーには構造上、柱が中心にあるため、待合のソファや動線は、柱を避けるように設置しており、順番待ちの列ができる際は、通路の確保が困難。

- ・診療や会計までの待ち時間については、原則予約制としたうえで、自動精算機の増設等の取組により短縮を図っている。

d 救急車の積極的な受入（図表 46）

- ・2021 年（R3）4 月に救急科を開設し、救急車の受入台数の増加を図ってきたが、救急処置室のスペースが課題。
- ・感染症患者や感染症が疑われる患者が救急処置室に入った場合は、他の患者の受け入れを止めざるを得ないなどの課題。

e 患者支援センターの設置（図表 47）

- ・2019 年（R1）に患者支援センターを設置し、多職種が連携して入退院支援に取り組んでいるが、建物のスペースの制約上、分散して配置せざるを得ない状況。
- ・入退院支援は本館 1 階、前方連携は本館 2 階、後方連携は別館 2 階、返書事務は管理棟・感染症病棟の 5 階と分散されており、職員間で患者情報の適時な共有を図るためには集約化が望ましい。

③ がん診療機能

a がんセンター（図表 48）

- ・がん診療の多様化に対応するため、高度の専門性を維持しつつ、診療科の垣根を超えた総合的な診療体制・チーム医療を充実させ横断的な対応ができる「がんセンター」を設置。
- ・機能は院内各所に分散配置されており、患者の利便性向上や各部門の一層の専門性を発揮するためには、集約化が必要。

b 外来化学療法センターのスペースの拡大、がん相談支援センター（図表 49）

- ・外来化学療法センターのベッド 24 床、リクライニングチェア 3 床はほぼ満床。患者が安全・安心に過ごせる快適なスペースの確保が課題。
- ・がん相談支援センターは正面玄関付近に配置。わかりやすい場所にあるものの、プライバシーに配慮した個室ブースの確保が必要。相談件数は増加傾向。

c 手術室の増室及びスペースの拡大、ロボット支援手術（図表 50）

- ・手術室 10 室中、緊急対応用に 2 室を常時確保しておく必要があり、通常 8 室で運用。
- ・稼働率はほぼ 100%であり、医療機器の更新などを踏まえ、手術室スペースの拡充が必要。
- ・手術支援ロボットを 2 台導入。指導者であるプロクター医師 6 名。臍頭十二指腸切断術や直腸切除・切断術などのハイレベルな手術を実施。今後は、こうした高度な医療機器の導入にも対応できるフレキシブルな手術室の導入が望ましい。

④ 感染症医療（図表 51）

- ・感染症病棟は本館とは別の棟に設置。
- ・感染者の隔離といった面では完全に分離できる一方、検査や分娩、手術の際には、感染者用のルートがないため、通路を通行止めにして搬送。
- ・感染拡大を防ぐ観点からは、バックヤードを通すなど、一般患者と感染症患者の動線を別個に確保することが望ましい。

- ・陰圧個室については、前室の広さが十分でなく、ベッド搬入時に陰圧状態を保つことが困難な状況。

⑤ 災害対応（図表 52）

- ・所在地は、ハザードマップによると河川氾濫時に 3～5m の浸水の可能性がある。
- ・非常用発電装置を含め、電源設備、機械室、ボイラー室、防災管理室などを本館の地下に設置。
- ・河川が氾濫した際には、水没し電源喪失の危険があるため、止水板や排水ポンプを設置して対応。発電装置や電源設備等については、建て替え以外での移設は困難。

（３）まとめ

① 施設・設備面からみた新病院の方向性（図表 53）

a 県内トップクラスのがん診療のさらなる充実

- ・がん診療部門の集約（がんセンター部門の同一フロアへの設置）。
- ・手術室の増設、高度化・大型化する医療機器に対応した手術室スペースの拡充。
- ・外来化学療法センターの治療スペースや緩和ケア外来の診察室の拡充。

b 安全・安心で質の高い政策医療の提供

- ・ハイリスク患者の受入に対応する機能を維持しつつ、個室の増室・トイレ・シャワー設備の設置など療養環境の改善と、NICU・GCU・MFICU の格納スペースの拡充・設備の更新。
- ・感染症医療への対応を強化するため、患者の安全・安心を確保した陰圧個室の設置、患者動線の分離。

c 急性期の地域医療を担いつつ、将来的な医療需要の変化に対応

- ・救急処置室の拡充や中央処置室、臨床検査スペースの拡充。
- ・患者支援センター機能の集約、プライバシーに配慮した相談スペースの拡充。
- ・将来的な医療需要の変化に対応できるフレキシブルな構造。

d 有事の際にも質の高い医療を提供できる機能を維持

- ・災害拠点病院の機能を発揮するためのトリアージスペースの確保、本部機能設置場所の確保。
- ・災害に対応可能な電源の確保や給排水、空調設備等の配置。
- ・医療提供機能を維持するための免震構造の採用。

② 新病院の規模と施設のあり方（図表 54）

a 機能・規模面

強みであるがん診療および政策医療の機能を更に充実させるとともに、将来の医療需要を見据えた適正な病床数に見直す。

- ・がんセンターとして質の高いがん診療の提供と、高度化に対応する専門人材の育成。
- ・がんゲノム医療をはじめ、先進的な医療の提供を図るための大学病院・地域の病院との連携強化。
- ・地域における医療水準の向上につながる治験・臨床研究の推進。

- ・周産期医療や感染症医療、災害医療といった政策医療において、常にフロントラインで対応する機能。
- ・周辺病院の状況も踏まえ、将来の医療需要を見据えた適正病床数へダウンサイジング。

b 施設・設備面

質の高い医療を有事においても提供しつつ、将来の医療需要に応じて、医療機能の変更や診療科の拡大・縮小に柔軟に対応できるフレキシブルな構造を採用。

- ・質の高い医療を安全・安心に提供できる施設。
- ・患者も職員も満足度の高いユニバーサルデザインな施設。
- ・将来のレイアウト変更に備えた内部柱の少ない構造や配管・配線類の変更を容易にする二重床など、医療需要の変化に柔軟に対応できる構造。
- ・災害への強靭性を持ち、災害発生時にも質の高い医療を提供できる免震構造。

【構成員からの主なご意見等】

- ・がんを中心とした病院の将来計画、病床計画を策定する際、がん患者と非がん患者の入院割合の将来的な変化をどのように計画に織り込むかが、重要なポイントになる。
- ・適正な病床数にダウンサイジングするにあたり、医療の需要面だけではなく、周辺病院との機能分化や連携といった、医療の供給面も勘案する必要がある。
- ・医療に関する調査・研究や医師等の人材確保・育成には、診療機能の強化に加え、魅力的な建物や設備も必要である。
- ・院内感染の防止には、十分なスペースの確保が必要である。特に、がん患者は感染症に罹患しやすいため、がん治療のための個室を設けることが望ましい。
- ・病床数をダウンサイジングしても、病床の個室化が進んでいるため、1床あたりのスペースは減らないのではないかな。
- ・ランニングコストを削減するために、環境面に配慮した設備の導入を検討してはどうか。
- ・病床数のダウンサイジングも大事だが、外来医療についても、経営的には一定の縮小が望ましい。
- ・医療機器等を更新する際は、現在保有している機器等の稼働件数や稼働率を、同様の診療機能を有する他病院と比較し、必要性を精査することが肝要。
- ・経営面にも配慮しなければならないが、地域医療支援病院のない区への移転も視野に入れる状況にあるのではないかな。

4 市立医療センターの役割・機能・経営面を踏まえた病院規模と施設のあり方

(1) 市立医療センターの規模

① 今後の医療需要

a 北九州二次医療圏における推計入院患者数（図表 55）

- ・ 2030 年（R12）から 2040 年（R22）をピークに減少傾向。
- ・ 循環器系、神経系、損傷/中毒、呼吸器系の入院患者数は、2035 年（R17）には、2025 年（R7）と比較して 6%から 14%増加するものの、2050 年（R32）には、2025 年（R7）と比較して 3%の減少から 6%の増加で推移。その他の主な疾患における入院患者数は、2025 年（R7）以降、大きく変わらない見込み。

b 北九州二次医療圏における推計外来患者数（図表 56）

- ・ 2025 年（R7）から 2050 年（R32）にかけて減少傾向。
- ・ 呼吸器系の外来患者数は、主な疾患の中では最も減少割合が高く、2050 年（R32）には、2025 年（R7）と比較して 22.4%の減少する見込み。一方、最も減少割合の低い循環器系は 10.2%の減少する見込み。

c 北九州二次医療圏におけるがん有病数の推計（全部位）の推移（図表 57）

- ・ 75 歳以上のがん有病数は今後増加する見込みであり、高齢化するがん患者の受入対応が求められる。
- ・ 0 歳から 54 歳のがん有病数は、将来にかけて減少する見込み。
- ・ 65 歳から 74 歳のがん有病数は、2040 年（R22）から 2044 年（R26）まで増加し、その後は減少する見込み。
- ・ 75 歳以上のがん有病数は、2030 年（R12）から 2034 年（R16）にかけ 1.16 倍に増加したのち、横ばい傾向となる見込み。

② 患者構成（図表 58）

- ・ 高齢の入院患者が多く、今後も高齢患者が増加する見込み。
- ・ 入院患者のうち 75 歳以上の割合が最も高く、半数以上が 65 歳以上。
- ・ がんの入院患者については、約 7 割が 65 歳以上。

③ 病床利用状況（図表 59）

- ・ 新型コロナウイルス感染症の影響により落ち込んだ入院患者数、入院診療単価、病床稼働率等の指標数値は近年いずれも向上。
- ・ 平均在院日数を短縮し、かつ患者数を減らすことなく運用しており、病床稼働率は緩やかに増加。急性期病院が目指すべき高単価・高回転の病床運用に向けて機能強化。
- ・ 政策病床 60 床を除く直近 3 年間の最大使用病床数は 440 床程度。常時 15 床以上空床。

④ 病床規模の考え方（図表 60）

適正な病床数については、強みであるがん診療および政策医療の機能を維持しつつ、現在の稼働状況や将来の人口推移と医療需要、周辺病院の状況を踏まえた上で、経営状況等も勘案しつつ持続可能で安定した医療を適切に提供するため、経時的な検討が必要。

- ・ 増加する 75 歳以上の高齢がん患者への対応が必要。

- ・市立医療センターの患者は、入院・外来ともに半数以上ががん患者であることから、今後もがん診療を中心としつつ、がんに伴随する疾患にも対応する診療体制の確保が必要。
- ・地域の医療環境を踏まえ、他病院では診療が困難な疾病に対応できる専門性の高い診療機能を維持。
- ・安全・安心で質の高い政策医療（周産期母子医療、感染症医療、災害医療）の提供を継続。
- ・地域の周辺病院の状況を踏まえながら、現在の稼働率や将来の医療需要を考慮し、経営効率の高い病床数にダウンサイジング。

⑤ 床面積の考え方（図表 61）

- ・近年建築された公立病院の 1 床あたり建物総延床面積の平均（99.41 m²）は、市立医療センターの約 1.4 倍。
- ・1990 年（H2）から 2000 年（H12）までに建築された公立病院と、2001 年（H13）から 2025 年（R7）までに建築された公立病院の 1 床あたりの建物総延床面積の平均を比較すると、22.3%の増加。
- ・市立医療センターと同程度の面積規模で、近年建築された公立病院の 1 床あたり建物総延床面積の平均（99.41 m²）を確保するためには、病院規模の大幅な見直しが必要。

（2）市立医療センターの今後の施設のあり方（整備の方向性）

① 今後の施設に必要な要素（図表 62）

a 望ましい立地

有事の際にも質の高い医療を継続的に提供できるよう、災害の影響を受けにくく、かつ患者にとって利便性の高い場所。

b 求められる機能

ア がん診療をはじめとした質の高い医療の提供と高度化に対応する専門人材の育成ができる機能。

- ・がん診療部門の集約による各部門の連携強化と効率的に専門性を発揮できる環境整備。
- ・手術室の増設、高度化・大型化する医療機器に対応した手術室スペースの拡充。

イ 安全・安心で質の高い政策医療を提供できる機能。

- ・個室の増室など療養環境の改善と NICU・GCU・MFICU の格納スペース拡充、設備更新。
- ・感染症医療への対応強化のため、患者の安全・安心を確保した陰圧個室の設置、患者動線の分離。

c 必要な構造

ア 災害時にも医療提供機能を維持するための免震構造。

イ 将来的な医療需要の変化に対応できるフレキシブルな構造。

- ・将来のレイアウト変更に備えた内部柱の少ない構造、配管・配線類の変更が容易な二重床の採用。

② 市立医療センターの現在地（図表 63）

- ア 現在は小倉都心部に所在し、公共交通機関も発達していることから患者にとっての利便性は極めて高い。
- ・ JR 小倉駅から南南西に約 900m（徒歩 12 分）。
 - ・ 小倉北区内であれば自家用車で約 15 分以内、小倉南区、門司区からは都市高速道路使用で約 30 分以内と利便性が高く、駐車場（320 台）は、午前中に満車の状態が発生。
 - ・ JR 小倉駅直結のモノレールで約 2 分。
 - ・ 市立医療センター前のバス停には、小倉南区、八幡東・西区、門司区方面からのバスが停車。
- イ 利便性が高い一方で、現在地は北九州市防災ハザードマップにおいて河川氾濫時に 3 ～5 メートルの浸水の可能性。

③ 現地建替についての調査（2022 年（R4）実施）（図表 64）

本館は建て替え、別館は大規模改修（一部建替、一部改修）。

a 本館の改修が困難である理由

- ・ 現在地下 1 階に配置されている非常用発電装置等の設備、機械室、ボイラー室、防災管理室等の移設は、大規模改修では対応不可能（建替以外では不可能）。
- ・ 手術室の増設や高度化・大型化する医療機器に対応した手術室スペースの拡充などの医療需要の変化への対応や施設の狭隘化への対応不可能。
- ・ 一般的な建物機能の回復方法である、冷温水管、給排水設備、消火設備等の全面更新を行うためには、1～2 年の休院が必要となり、地域医療へ与える影響大。

b 現駐車場・管理棟部分に新病院を建設

c 別館は大規模改修を行い、管理部門として活用

- ・ 工事中は一部診療制限の可能性はあるが、工期や工程を工夫することで医療提供体制を大幅に制限することなく建替えが可能。
- ・ 限られたスペースでの工事となるため、建替え工事が長期（約 10 年間）に及ぶ。

④ 現地建替と移転建替の比較（図表 65）

a 現地建替

ア メリット

- ・ 場所が変わらず、混乱が少ない。
- ・ 新病院建設地の確保や調整が不要。
- ・ 現病院は小倉都心部に所在し利便性は高い。

イ デメリット

- ・ 現地は浸水の可能性があるとされている。
- ・ 工事期間の長期化。
- ・ 工事期間中に一部診療制限の可能性あり。
- ・ 必要な床面積を確保するには高層化が必要となる。
- ・ 建替え期間中の駐車場の確保について一定の配慮が必要。

b 移転建替

ア メリット

- ・診療制限なく建替えが可能。
- ・災害に強い立地や構造にできる。
- ・現地建替と比較し工期が短い。
- ・狭隘化へ対応した改修が可能。

イ デメリット

- ・新病院建設地の確保や調整が必要。
- ・移転により患者に混乱が生じる恐れ。
- ・新病院の場所によっては利便性に対応が必要。

【構成員からの主なご意見等】

- ・移転建替を選択する場合、候補地が不明のまま建て替えの議論をすることは難しい。現地建替は現実的かもしれないが、移転建替に比べて大変だと思う。
- ・現地建替を検討する際は、近年建て替えた他病院を参考にして、課題等を把握すると良い。
- ・患者の減少傾向に合わせ、個室を増やすことはとても重要。
- ・市立医療センターの現在地は、水防法に基づく洪水浸水想定区域内にあるため、水害を考慮すると、現地建替はリスクが伴う。
- ・高齢患者の多くが抱える併存疾患への対応は重要。様々な疾患に対応可能な新病院を期待している。
- ・万が一一大規模災害が起きた場合、現施設で診療を続けることは厳しいと思う。被災時にも災害拠点病院として機能できるように建て替えなければならない。
- ・耐震構造では、震度の大きな地震があった際、ひび割れや設備の支障が生じるため、点検等が必要になる。地震による被災を想定し、可能な限り、設備等への損傷が少なくなる免震構造が望ましい。
- ・建て替えにあたっては、フレキシブルな構造にするだけでなく、安全性に配慮しながら、長寿命化も視野に入れて検討した方が良い。
- ・新病院における NICU や MFICU の必要病床数は、新たな保健医療計画の中で地域における必要病床数が決まらないと、算定が難しいのではないかな。
- ・必要な床面積の確保や交通の利便性を考慮すると、移転候補地を探すのは困難なため、現地建替も視野に入れるべきではないかな。
- ・近年建築された公立病院の 1 床あたり平均床面積は広大化している。現地建替だと、病床数を大幅にダウンサイジングしても、建物が高層化すると、経費が高額になるのではないかな。利便性が良く、広大な移転先候補地があれば移転建替が望ましい。
- ・耐震構造の市立医療センターを、大規模改修により免震構造にすることは非現実的。

- ・ 建替を検討する際、災害対策・患者と医療従事者双方の利便性・移転費用などの評価軸を設け、メリット・デメリットを分析すると、詳細な議論が可能になる。
- ・ ダウンサイジングの対象は主に非がん患者の受入病床になると思うが、がんの合併症の診療に貢献する診療科は残す必要があることを踏まえ、適正な病床数を検討する必要がある。
- ・ 外来機能といっても、化学療法などは入院機能の代替となるなど、密接に関連しているので、入院・外来のダウンサイジングの際は考慮する必要がある。

IV 参考資料

1 市立病院等の医療提供体制のあり方に関する検討会 構成員名簿

(五十音順、敬称略)

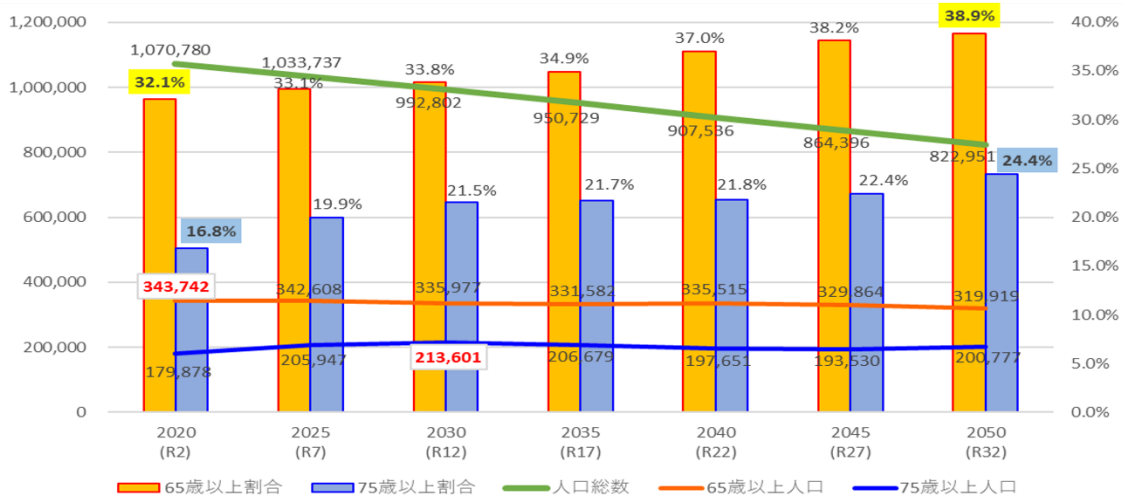
構成員名	役 職
あない けんのう 穴井 堅能	公益社団法人北九州市医師会 会長
おがた ひろや 尾形 裕也	九州大学 名誉教授
かとう きよこ 加藤 聖子	九州大学大学院 医学研究院生殖病態生理学分野 教授
き ど まさえ 城戸 將江	北九州市立大学 国際環境工学部 教授
しもの のぶゆき 下野 信行	九州大学病院 総合診療科 教授
たなか いっせい 田中 一成	地方独立行政法人静岡県立病院機構 本部参与 (静岡県立総合病院 名誉院長)
なかにし よういち 中西 洋一	地方独立行政法人北九州市立病院機構 理事長
はい えいしゅ 裊 英洙	慶應義塾大学大学院 特任教授
まつなが ひろ み 松永 裕己	北九州市立大学大学院マネジメント研究科 教授・研究科長
まつむら よう 松村 洋	一般社団法人北九州市小倉医師会 会長
むとう まさき 武藤 正樹	社会福祉法人日本医療伝道会衣笠病院グループ理事

2 市立病院等の医療提供体制のあり方に関する検討会 開催経過

開 催	時 期	議 題
第1回	令和6年11月1日	市の地域医療の現状、市の政策医療、市立病院機構の概要
第2回	令和6年12月24日	医療センターに求められる役割（担うべき政策医療：周産期母子医療・感染症医療）、役割を果たすために必要な機能（診療科など）
第3回	令和7年4月14日	医療センターの施設・設備における現状と課題
第4回	令和7年6月23日	医療センターの役割・機能・経営面を踏まえた病院規模と施設のあり方
第5回	令和7年8月8日	医療センターの老朽化対策に関する主な意見

3 図表

図表 1：北九州区域（北九州市、中間市、遠賀4町）の人口及び高齢者の推移

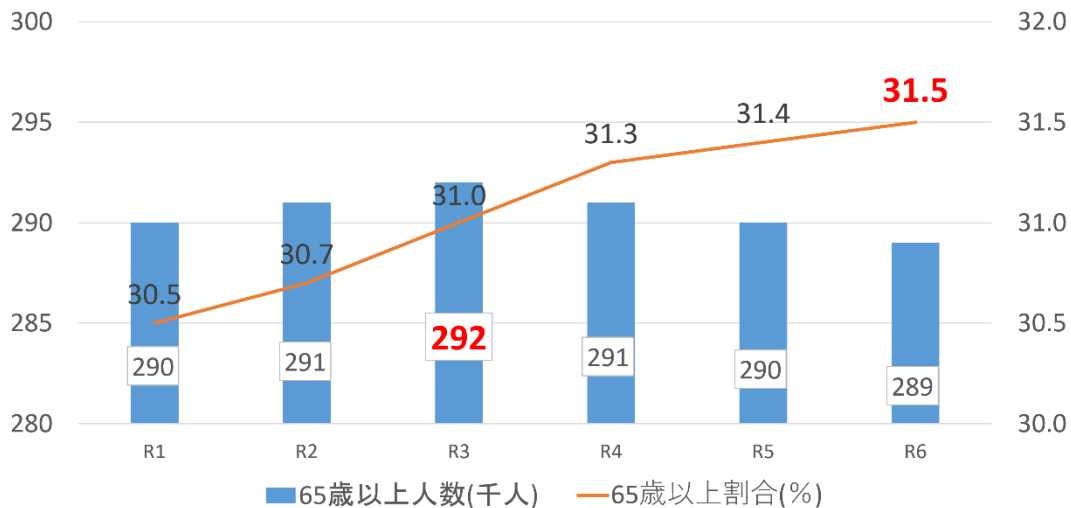


65歳以上割合・75歳以上割合は人口÷人口総数で算出

出典:国立社会保障・人口問題研究所（令和5年12月）

- ・総人口は年々減少
- ・高齢者(65歳以上)人口は、2020年をピークに減少、割合は年々増加
- ・後期高齢者(75歳以上)人口は、2030年をピークに減少、割合は年々増加

図表 2：北九州市の高齢者（65歳以上）の推移



出典:住民基本台帳による毎年3月31日現在

- ・本市の高齢者人口は、令和3年の292千人をピークに減少へ転じる
- ・総人口に占める割合は、継続増加 令和6年は31.5%で、令和元年度比1 P増