新市立島田市民病院
建設基本計画（案）

平成２７年　月

島田市

目　　次

はじめに 1
１　基本計画策定の主旨と位置付け 1
２　新病院開院までの流れ 1
第１章 周辺環境と本院の状況 2
１　医療政策 2
２　本院の周辺環境 6
３　本院の状況 21
４　本院に係る基本分析・主な課題 49
５　新病院建替えの必要性 54
第２章 全体計画 56
１　新病院の理念と基本方針 56
２　重点機能 56
３　新病院の医療体制 57
４　外来診療機能 58
５　病床機能及び病床規模 59
第３章 建設計画 64
１　新病院整備方針 64
２　敷地概要 66
３　既存施設の利用検討 66
４　構造・設備方針 71
５　新病院建物概要 73
６　建替え手順案 76
７　整備手法（発注方式） 77
８　病院整備スケジュール 78
第４章 部門計画 79
１　外来部門 79
２　救急部門（救急センター） 81
３　健診部門（健診センター） 83
４　人工透析部門 84
５　地域サービス部門 85
６　病棟部門 87
７　薬剤部門 89
８　リハビリテーション部門 91
９　栄養部門 92
１０　中央手術部門 93
１１　中央材料部門 95
１２　臨床工学部門 96

１３ 診療放射線部門 97
１４ 内視鏡部門 100
１５ 臨床検査部門 101
１６ 医事部門 104
１７ 管理運営部門 105
１８ 企画部門 106
１９ 経理部門 106
２０ 物流部門 107
２１ 施設管理部門 107
２２ 医療情報部門 108
２３ 共用部門 109
第５章 医療機器導入計画 111
１ 基本方針 111
２ 主要医療機器整備について 111
第６章 医療情報システム導入計画 113
１ 基本方針（システム導入の考え方） 113
２ 新病院開設時のシステム概念・体系 114
３ 導入スケジュール 115
第７章 物流管理システム計画 116
１ 基本方針 116
２ 物流管理システム構築の考え方 116
３ 動線計画 116
４ 今後の検討内容 117
第８章 人員計画 118
１ 基本方針 118
２ 計画にあたっての考え方 118
３ 人員計画 118
４ 内訳 119
第９章 駐車場整備計画 122
１ 目標整備台数 122
２ 病院建設に伴う駐車場対策 123
第１０章 事業収支計画 126
１ 概算事業費 126
２ 事業収支シミュレーション 127
用語の説明 129

はじめに

１　基本計画策定の主旨と位置付け

市立島田市民病院（以下、本院という。）は、地域の基幹病院として、質の高い医療を行い、市民の命と健康を守るための拠点として存続することが求められています。

一方、少子高齢社会の進展、人口減少、社会保障費の増大、医療技術の高度化、より安全で快適な療養環境への要望等、近年、本院を取り巻く環境は大きく変化しています。このような状況の中で、地域医療の中核を担う本院の役割は、従来にも増して重要となっています。

現病院は、昭和５４年に現在地へ新築移転してから３６年が経過し、耐震性の問題に加え、施設設備の老朽化が進行しています。さらに、施設の狭あい化、動線の複雑化、バリアフリー化への対応の遅れ、患者利便性の低下等、高度な医療を担うことを阻害する要因が生じており、新病院の建設事業を早期に進めることは喫緊の課題となっています。

こうした状況を踏まえ、地域の中核を担う急性期病院として、将来にわたり市民の命と健康を守り、安全で安心な医療を安定的かつ継続的に提供していく新病院を再整備するため、本基本計画を策定します。

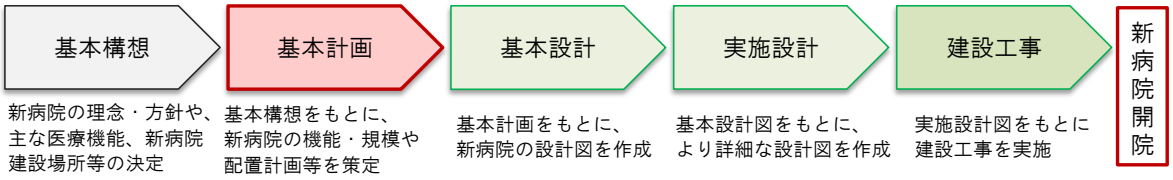
本基本計画では、平成２６年７月に策定された基本構想を受け、新島田市民病院建設事業実施のため、次の内容をとりまとめました。

・課題や条件の整理
・新病院の機能・規模
・配置計画、整備スケジュール
・各部門の運用方針
・概算事業費　等

２　新病院開院までの流れ

新病院建設事業は、次のとおり、段階的に進めていきます。

本基本計画は、「基本構想」を踏まえ策定するものです。今後、本基本計画を踏まえて基本設計・実施設計を行った後、建設工事に着手し、平成３２年度中の開院を目指します。



第１章 周辺環境と本院の状況

１ 医療政策

（１） 国の医療政策の動向

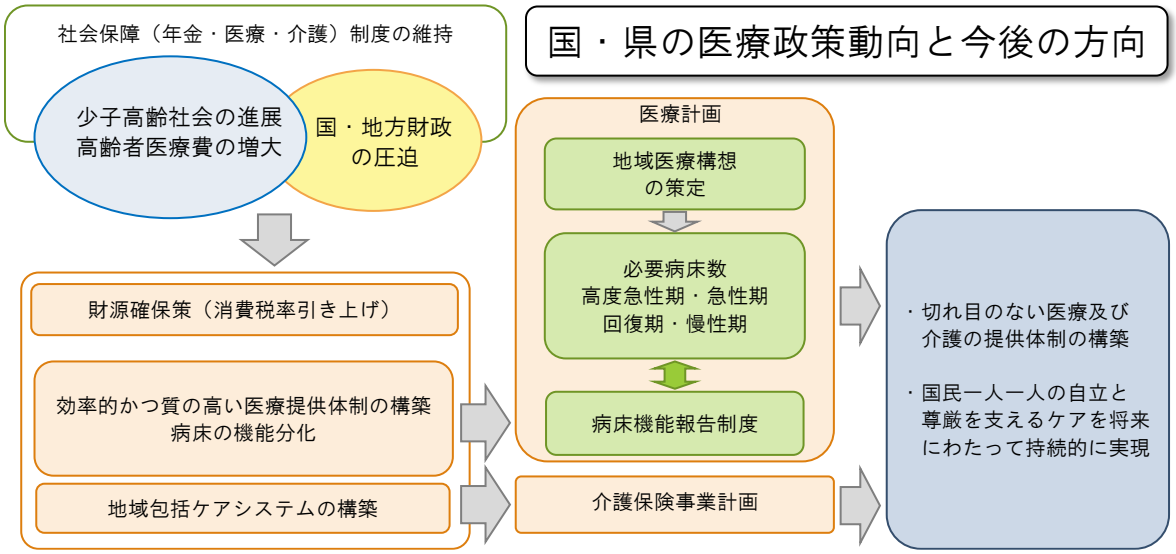
少子高齢社会の進展に伴い、年金や医療、介護などの社会保障費は、毎年急激に増加しており、国・地方の財政の大きな部分を占めています。その一方で、かつてのような高い経済成長率が望めなくなったことから税収は歳出に対して大幅に不足する状況となり、現在では国の歳入の約４割は国債に依存するという状況となっています。

団塊の世代（１９４７年～１９４９年に出生）が７５歳以上となる平成３７年度（２０２５年度）には、平成２４年度（２０１２年度）に１０９．５兆円であった年金、医療、介護等の社会保障給付費は、１４８．９兆円になると予想されています。

このようなことから、国は社会保障制度を将来にわたり継続維持していくため各種の施策や制度改革に取り組んできました。

財源の確保については、平成２４年２月に「社会保障・税一体改革大綱」が閣議決定され、財源確保策として、消費税を段階的に１０％に引き上げることとなりました。

医療・介護サービスの提供においては、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、地域包括ケアシステムの構築といった医療・介護サービス体制の改革が急務となっています。



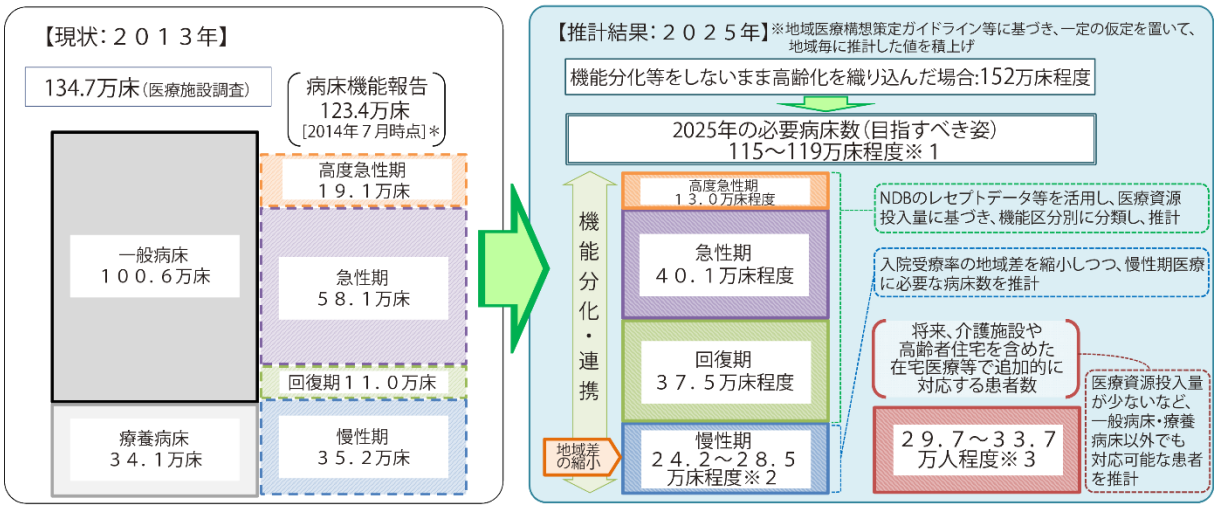
ア 病床の機能分化

病床については、一般及び療養病床を高度急性期、急性期、回復期、慢性期に分け、病状に見合った患者を受け入れるよう機能再編を行い、医療資源の効果的な運用を図る方針です。

医療法改正により、各医療機関は現状と将来の病床機能を報告することが義務付けられました。また、都道府県においては圏域ごとに将来の必要病床を定めることになります。本院もこうした病床機能の整備方針を踏まえた事業展開を図る必要があります。

なお、平成２７年６月１５日には次のような医療機能別必要病床数の推計結果が公表されました。

2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）



＊未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数（134.7万床）とは一致しない。
なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

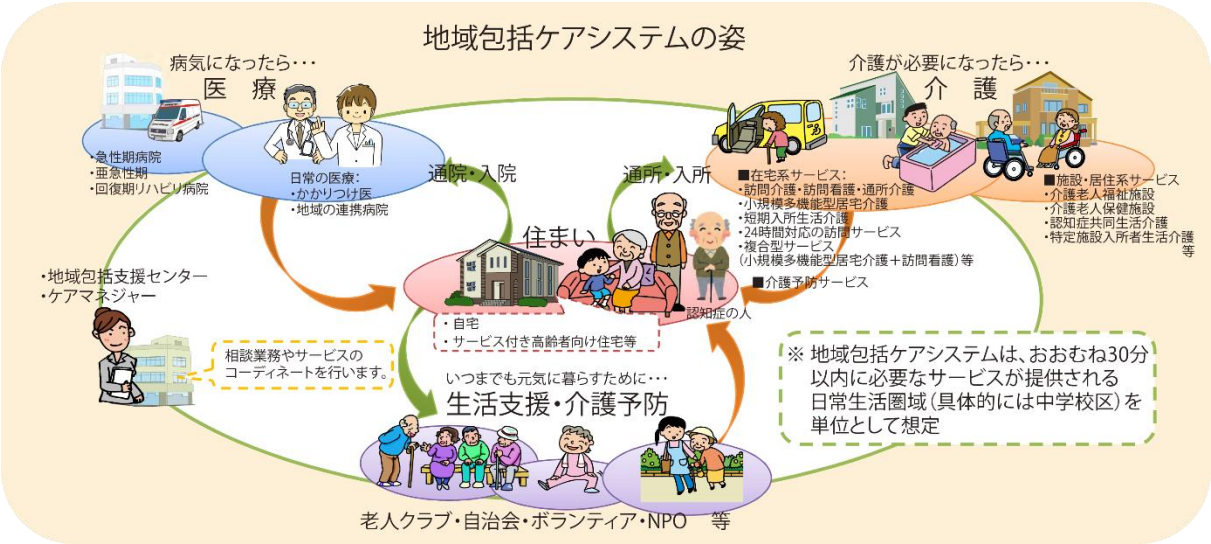
※１ パターンＡ：115 万床程度、パターンＢ：118 万床程度、パターンＣ：119 万床程度
※２ パターンＡ：24.2万床程度、パターンＢ：27.5万床程度、パターンＣ：28.5万床程度
※３ パターンＡ：33.7万人程度、パターンＢ：30.6万人程度、パターンＣ：29.7万人程度

出典：医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会　第１次報告（平成２７年６月１５日）

イ 地域包括ケアシステム

団塊の世代が７５歳以上となる２０２５年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の構築を、国は目指しています。

地域包括ケアシステムは、介護保険の保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていきます。この中で、医療面での連携強化を図ることが本院に求められます。



出典：厚生労働省資料

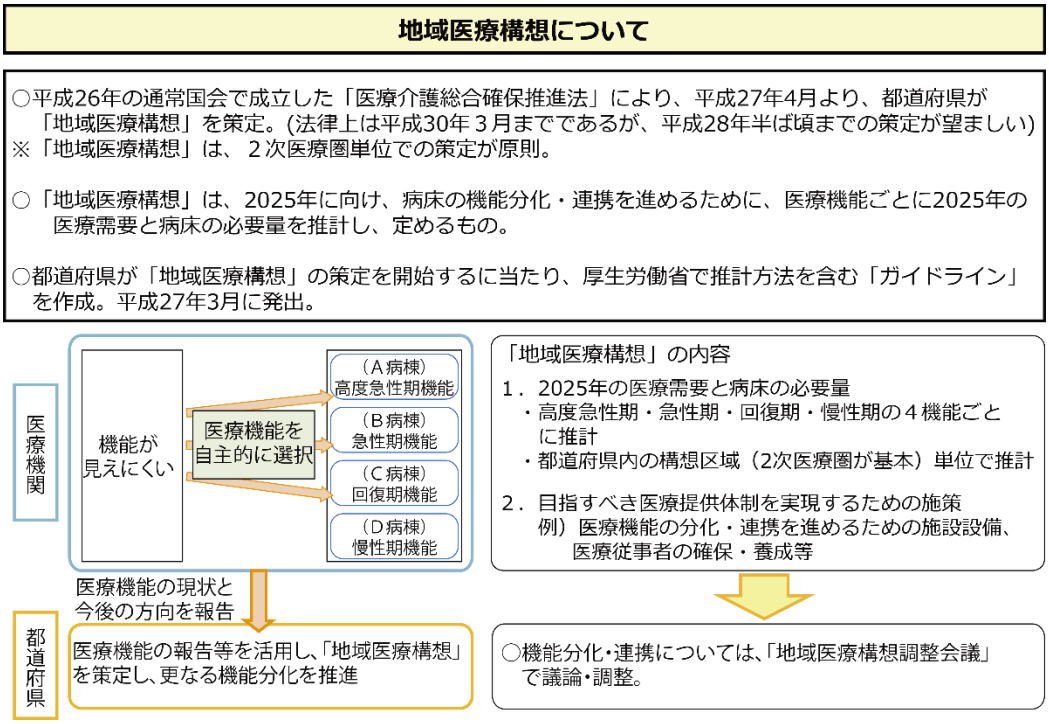
（２） 県の動向

ア 地域医療構想の策定

各都道府県は、国が示す地域医療構想策定ガイドラインに基づき、構想区域ごとの将来的な医療需要と供給量を示した「地域医療構想」の策定を予定しています。この構想に基づき、各医療機関の病床機能の分化と連携が図られることとなります。今後、各医療機関は病棟単位で

病床機能を選択した上で、機能に応じた患者の集約や、必要な体制の構築などを検討することが求められます。

地域完結型の医療の提供においては、それぞれが機能分担・連携を図り、その役割を果たすことが重要になります。



出典：厚生労働省ホームページ

イ 静岡県の保健医療計画の概要

・各都道府県は、医療法と国の指針に従い保健医療計画を定めています。保健医療計画は５疾病（がん、急性心筋梗塞、脳卒中、糖尿病、精神疾患）、５事業（救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療）及び在宅医療について医療連携体制の構築等の方針を示すものです。なお、静岡県は、５疾病以外に喘息と肝炎を加えた７疾病、５事業及び在宅医療を対象として医療連携体制の構築の取組みを進めています。

・平成２７年３月に策定された静岡県保健医療計画は、医師不足や偏在等に起因し、公的病院等での診療科の休廃止や救急医療体制の弱体化など、命を守るために最低限必要な医療の確保が困難な状況に対応し、大規模災害などから「命をまもる医療」の確保を中心に、「発症・重症化予防」、「療養体制の充実」を進める観点から作成されました。

・静岡県保健医療計画では、県内を８つの二次保健医療圏に区分し、上記７疾病５事業への対応を中心に、各圏域に応じた整備が進められてきました。二次保健医療圏とは、主とし

て入院医療に対応し、県民に包括的な保健医療サービスを提供する圏域であり、島田市は志太榛原保健医療圏に属しています。

・志太榛原保健医療圏は、一般病床及び療養病床の基準病床数３，５０７床、既存病床数３，５１０床で、過剰病床数は３床とほぼ均衡のとれた病床整備状況となっています。県全体では基準病床数２８，６２３床、既存病床数３１，８８５床で３，２６２床の病床過剰となっています。

二次保健医療圏名	基準病床数 A	既存病床数 B	差引 B-A
志太榛原	3, 507	3, 510	3
静　岡	6, 166	6, 551	385
中東遠	2, 543	3, 072	529
西　部	6, 155	7, 412	1, 257
富士	2, 625	2, 738	113
駿東田方	5, 979	6, 501	522
熱海伊東	1, 018	1, 132	114
賀　茂	630	969	339
計	28, 623	31, 885	3, 262

出典：静岡県保健医療計画（平成２７年３月）

・志太榛原保健医療圏域内の医療体制は、公立４病院を地域の中核医療機関として構築されてきましたが、平成２０年度以降、これらの病院では内科系を中心に、医師の退職による診療体制の縮小等が相次ぎました。特に縮小規模が大きかった榛原総合病院では、平成２２年３月から指定管理者制度を導入して経営の改善を図っています。他の３病院では、初期臨床研修医の確保、専門医研修ネットワークプログラムへの参加の呼びかけ等により医師確保に努めた結果、医師数が徐々に増加しています。また、民間病院においても一般病床を１００床増床するなど、医療機能の強化が図られています。

・志太榛原保健医療圏は、特に医師等の医療従事者が少なく、医療体制の確保が難しくなりつつあります。当圏域では、平成２２年度から２５年度まで国の地域医療再生臨時特例交付金を活用し、病院間の診療ネットワーク化による医療連携の強化、初期救急医療体制の充実による初期・第二次救急医療の機能分担の推進、地域の医療連携推進体制の整備を行い、圏域内の役割分担と連携強化を図っています。

・静岡県保健医療計画は、平成２７年度から２９年度までの３年間の計画であり、次期改定は平成３０年度からの６年間の計画とすることで、医療計画と介護保険事業支援計画の整合を図ることとしています。

２ 本院の周辺環境

（１） 二次保健医療圏別の病床利用率と平均在院日数

志太榛原保健医療圏の一般病床の利用率（６７．６％）は、静岡県全域（７１．６％）、全国（７５．５％）と比べ低くなっています。平均在院日数（１４．６日）は、静岡県全域（１５．６日）、全国（１７．２日）と比べ短くなっています。

二次保健医療圏	病床利用率（％）			平均在院日数（日）		
		一般病床	療養病床		一般病床	療養病床
志太榛原	74.1	67.6	89.1	25.0	14.6	188.2
静岡	76.1	71.2	90.5	27.9	16.5	232.5
中東遠	76.8	67.0	87.2	31.8	14.1	199.5
西部	82.3	75.8	92.8	29.0	15.0	218.9
富士	77.6	70.0	83.8	32.5	15.3	138.4
駿東田方	75.2	70.1	78.9	28.5	16.0	165.0
熱海伊東	83.6	81.1	88.9	26.7	18.4	211.4
賀茂	86.6	81.2	89.4	72.1	24.4	289.2
静岡県全域	78.0	71.6	87.4	29.3	15.6	195.5
全国	81.0	75.5	89.9	30.6	17.2	168.3

出典：平成２５年病院報告

（２） 医療従事者の状況

志太榛原保健医療圏の平成２５年の人口１０万人対医師数（９４．９人）は、静岡県全域（１２８．１人）、全国（１６２．３人）と比べ少ない状況です。

人口１０万人対薬剤師数（２０．９人）は、静岡県全域（２９．５人）、全国（３５．９人）と比べ少ない状況です。

人口１０万人対看護師数（４００．１人）は、静岡県全域（４９２．０人）、全国（５８６．８人）と比べ少ない状況です。

二次保健医療圏別医療従事者数　　単位：人

二次保健医療圏 / 職種	志太榛原	静岡	中東遠	西部	富士	駿東田方	熱海伊東	賀茂	静岡県全域	全国
医師	442.6	1045.6	378.8	1,385.5	294.5	991.2	158.6	64.8	4,761.6	206,658.6
対人口10万人	94.9	147.3	81.8	162.5	76.8	149.5	146.9	93.1	128.1	162.3
薬剤師	97.4	222.2	97.2	289.2	101.9	232.1	37.7	18.8	1,096.5	45,680.4
対人口10万人	20.9	31.3	21.0	33.9	26.6	35.0	34.9	27.0	29.5	35.9
看護師	1,865.6	3,867.2	1,735	4,751.0	1,501.9	3,876.2	430.1	255.4	18,282.1	747,009.2
対人口10万人	400.1	544.9	374.5	557.3	391.6	584.5	398.4	366.8	492.0	586.8

出典：厚生労働省「平成２５年病院報告」

（３） 志太榛原二次保健医療圏における病院の配置状況

ア 病院の概要

志太榛原保健医療圏には、本院を含め１３病院が設置されています。本院は、ＤＰＣ対象病院のⅢ群、救急告示病院として認定され、救急医療管理加算を届出ています。

志太榛原保健医療圏における病院概要　　単位：床

市町	病院名称	病床数						ＤＰＣ対象病院	救急告示病院	救急医療管理加算	地域包括ケア病棟入院料	回復期リハビリテーション病棟入院料
			一般	療養	精神	感染症	結核					
島田市	市立島田市民病院 ※1	536	467	35	20	6	8	Ⅲ群	●	●		●
牧之原市	榛原総合病院 ※2	450	355	42	53			Ⅲ群	●	●		
吉田町	はいなん吉田病院	180		180								
焼津市	医療法人社団高草会 焼津病院	203			203					●		
	医療法人社団綾和会 駿河西病院	200		200								
	コミュニティーホスピタル 甲賀病院	407	379	28					●		●	●
	岡本石井病院	168	30	138							●	
	焼津市立総合病院	471	471					Ⅲ群	●	●		
藤枝市	医療法人社団八洲会 誠和藤枝病院	228		228								
	藤枝平成記念病院	199	113	86				Ⅲ群				
	医療法人社団聖稜会 聖稜リハビリテーション病院	125		125								●
	医療法人社団凜和会 藤枝駿府病院	170			170					●		
	藤枝市立総合病院	564	564					Ⅲ群	●	●		

出典１：東海北陸厚生局「届出受理医療機関名簿」（平成２７年６月）

出典２：静岡県「静岡県保健医療計画」（平成２７年３月）

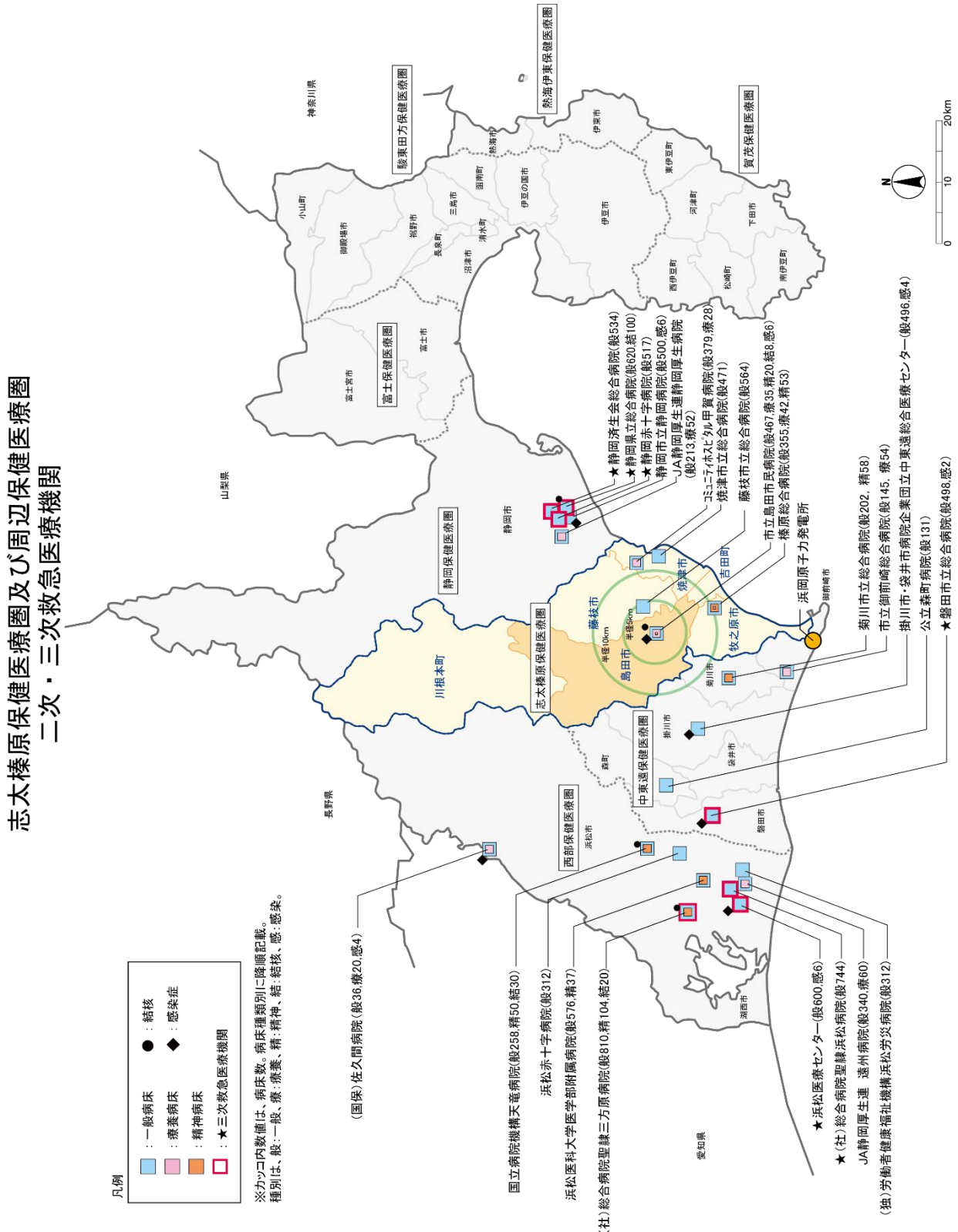
出典３：ＤＰＣ評価分科会「機能評価係数Ⅱの内訳」（平成２７年現在）

※１：市立島田市民病院の現稼働病床数は、一般：467床、療養：35床、感染症：6床、結核：8床、合計：516床
　　精神病床：20床は現在休床中

※２：榛原総合病院の現稼働病床数は、一般：141床、療養：42床、合計：183床

イ 配置状況

志太榛原保健医療圏及び周辺保健医療圏の医療機関の配置は下図のようになっています。本院を中心とした半径５ｋｍ圏内には藤枝市立総合病院、半径１０ｋｍ圏内にははいなん吉田病院、駿河西病院、誠和藤枝病院、藤枝平成記念病院、聖稜リハビリテーション病院、藤枝駿府病院が設置されています。



（４） 志太榛原保健医療圏の病院機能

ア 志太榛原保健医療圏のＤＰＣ対象５病院の機能評価係数

「機能評価係数Ⅱ※」の合計値について、本院は藤枝市立病院に次いで高い値となっており、後発医薬品を除いた病院機能等に係る係数の合計は最も高い値となっています。

志太榛原保健医療圏のＤＰＣ対象病院の機能評価係数比較

医療機関名	保険診療係数	効率性係数	複雑性係数	カバー率係数	救急医療係数	地域医療係数	後発医薬品係数	機能評価係数Ⅱ合計
市立島田市民病院	0.00730	0.00796	0.00736	0.00770	0.01099	0.00841	0.00931	0.0590
藤枝市立総合病院	0.00730	0.00620	0.00719	0.00826	0.01026	0.01032	0.01269	0.0622
焼津市立総合病院	0.00730	0.00557	0.00511	0.00796	0.01209	0.01033	0.00988	0.0583
榛原総合病院	0.00730	0.00748	0.00669	0.00605	0.01809	0.00284	0.00652	0.0550
藤枝平成記念病院	0.00730	0.01461	0.00773	0.00576	0.00230	0.00220	0.01274	0.0526

出典：平成 27 年度　第 1 回　診療報酬調査専門組織・DPC 評価分科会　参考資料　平成 27 年度期機能評価係数Ⅱ

※上表のピンクの網掛けは５病院中最高値であることを、青の網掛けは最低値であることを示す。

※「機能評価係数Ⅱ」：ＤＰＣ対象病院において、「データを適切に管理している（保険診療係数）」「在院日数を短縮化している（効率性係数）」、「様々な患者を受け入れている（複雑性係数）」「様々な疾患に対応できる体制である（カバー率係数）」、「救急医療をしっかり実施している（救急医療係数）」、「地域に適した医療を実施している（地域医療係数）」、「入院医療における後発医薬品を使用している（後発医薬品係数）」ことなどを数値化した加算点。
数値の合計値が高いほど、高度な医療機能を有するとみなされる。

イ 診断群分類別シェア及びシェア

ＤＰＣ対象５病院における診断群分類別の患者数及びシェアは下表のようになります。

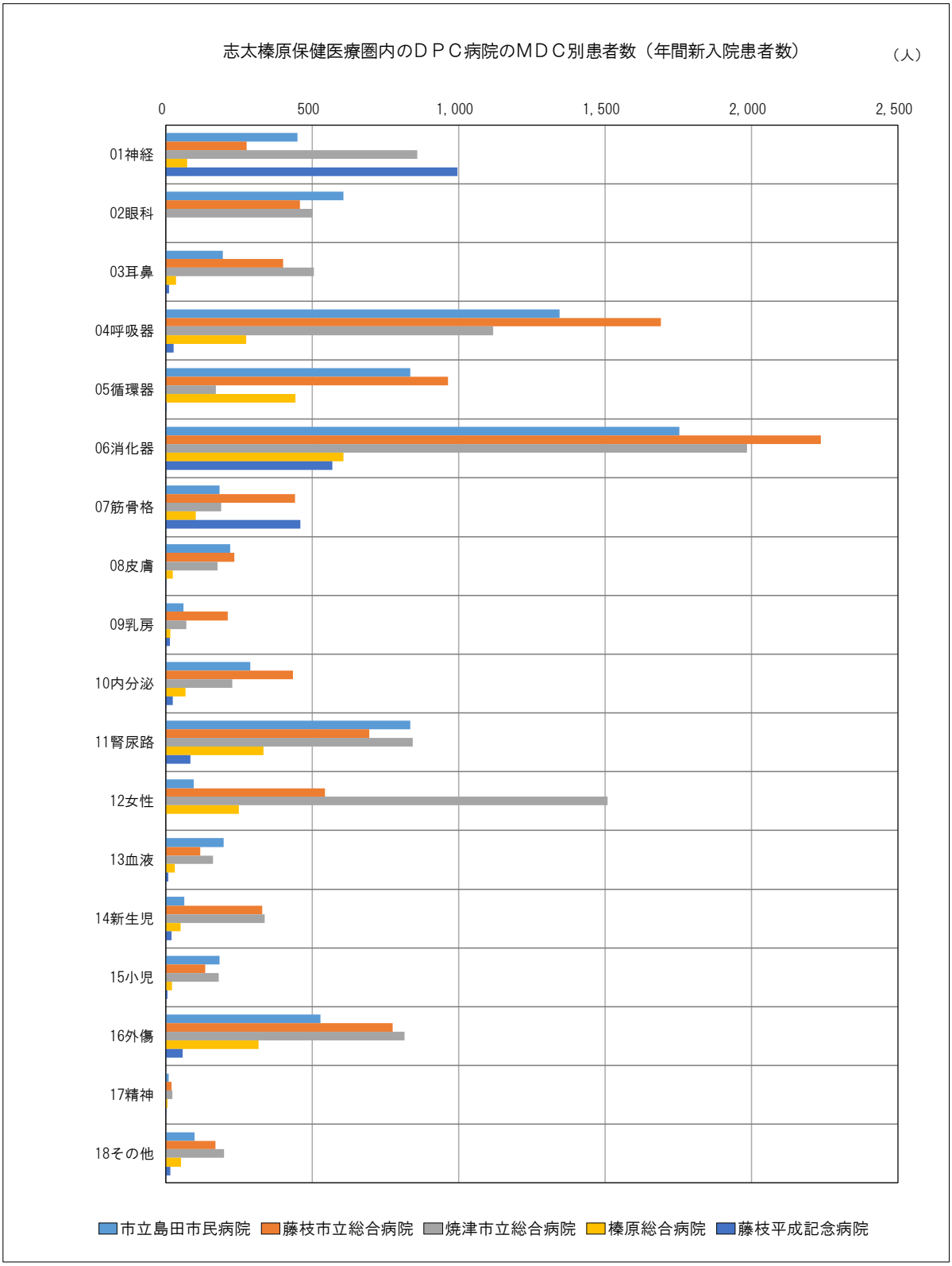
本院の医療圏でのシェアの評価の目安として５病院のＤＰＣ対象病床数割合である２６．２％を設定すると、８診断群で目安を超えています。なかでも「眼科」、「血液」、「小児」は最も高くなっています。また、今後患者の増加が予測される「循環器」、「呼吸器」などでシェアが高くなっています。

診断群分類別患者数及びシェア

単位：人

診断群分類		市立島田市民病院	藤枝市立総合病院	焼津市立総合病院	榛原総合病院	藤枝平成記念病院	総計
MDC01	神経	450	276	858	73	996	2, 653
MDC02	眼科	607	458	502	0	0	1, 567
MDC03	耳鼻科	195	401	506	35	11	1, 148
MDC04	呼吸器	1, 345	1, 690	1, 118	275	26	4, 454
MDC05	循環器	835	963	171	443	3	2, 415
MDC06	消化器	1, 753	2, 237	1, 984	607	569	7, 150
MDC07	筋骨格	184	441	189	102	459	1, 375
MDC08	皮膚	220	234	176	23	1	654
MDC09	乳房	60	211	70	16	14	371
MDC10	内分泌	289	434	226	67	24	1, 040
MDC11	腎尿路	835	694	843	334	84	2, 790
MDC12	女性器	95	543	1, 509	250	0	2, 397
MDC13	血液	198	118	162	31	8	517
MDC14	新生児	63	329	338	51	20	801
MDC15	小児	184	134	181	21	5	525
MDC16	外傷	528	775	815	317	57	2, 492
MDC17	精神	9	19	22	5	1	56
MDC18	その他	98	170	199	52	16	535
全体		7, 948	10, 127	9, 869	2, 702	2, 294	32, 940

		市立島田市民病院	藤枝市立総合病院	焼津市立総合病院	榛原総合病院	藤枝平成記念病院	合計
ＤＰＣ算定病床数		439床	506床	471床	147床	113床	1, 676床
病床割合		26. 2%	30. 2%	28. 1%	8. 8%	6. 7%	100%
MDC01	神経	17. 0%	10. 4%	32. 3%	2. 8%	37. 5%	100%
MDC02	眼科	38. 7%	29. 2%	32. 0%	0. 0%	0. 0%	100%
MDC03	耳鼻科	17. 0%	34. 9%	44. 1%	3. 0%	1. 0%	100%
MDC04	呼吸器	30. 2%	37. 9%	25. 1%	6. 2%	0. 6%	100%
MDC05	循環器	34. 6%	39. 9%	7. 1%	18. 3%	0. 1%	100%
MDC06	消化器	24. 5%	31. 3%	27. 7%	8. 5%	8. 0%	100%
MDC07	筋骨格	13. 4%	32. 1%	13. 7%	7. 4%	33. 4%	100%
MDC08	皮膚	33. 6%	35. 8%	26. 9%	3. 5%	0. 2%	100%
MDC09	乳房	16. 2%	56. 9%	18. 9%	4. 3%	3. 8%	100%
MDC10	内分泌	27. 8%	41. 7%	21. 7%	6. 4%	2. 3%	100%
MDC11	腎尿路	29. 9%	24. 9%	30. 2%	12. 0%	3. 0%	100%
MDC12	女性器	4. 0%	22. 7%	63. 0%	10. 4%	0. 0%	100%
MDC13	血液	38. 3%	22. 8%	31. 3%	6. 0%	1. 5%	100%
MDC14	新生児	7. 9%	41. 1%	42. 2%	6. 4%	2. 5%	100%
MDC15	小児	35. 0%	25. 5%	34. 5%	4. 0%	1. 0%	100%
MDC16	外傷	21. 2%	31. 1%	32. 7%	12. 7%	2. 3%	100%
MDC17	精神	16. 1%	33. 9%	39. 3%	8. 9%	1. 8%	100%
MDC18	その他	18. 3%	31. 8%	37. 2%	9. 7%	3. 0%	100%
全体		24. 1%	30. 7%	30. 0%	8. 2%	7. 0%	100%



出典：厚生労働省　「平成２６年ＤＰＣ導入の影響評価に係る調査」

ウ 循環器系疾患に係る状況

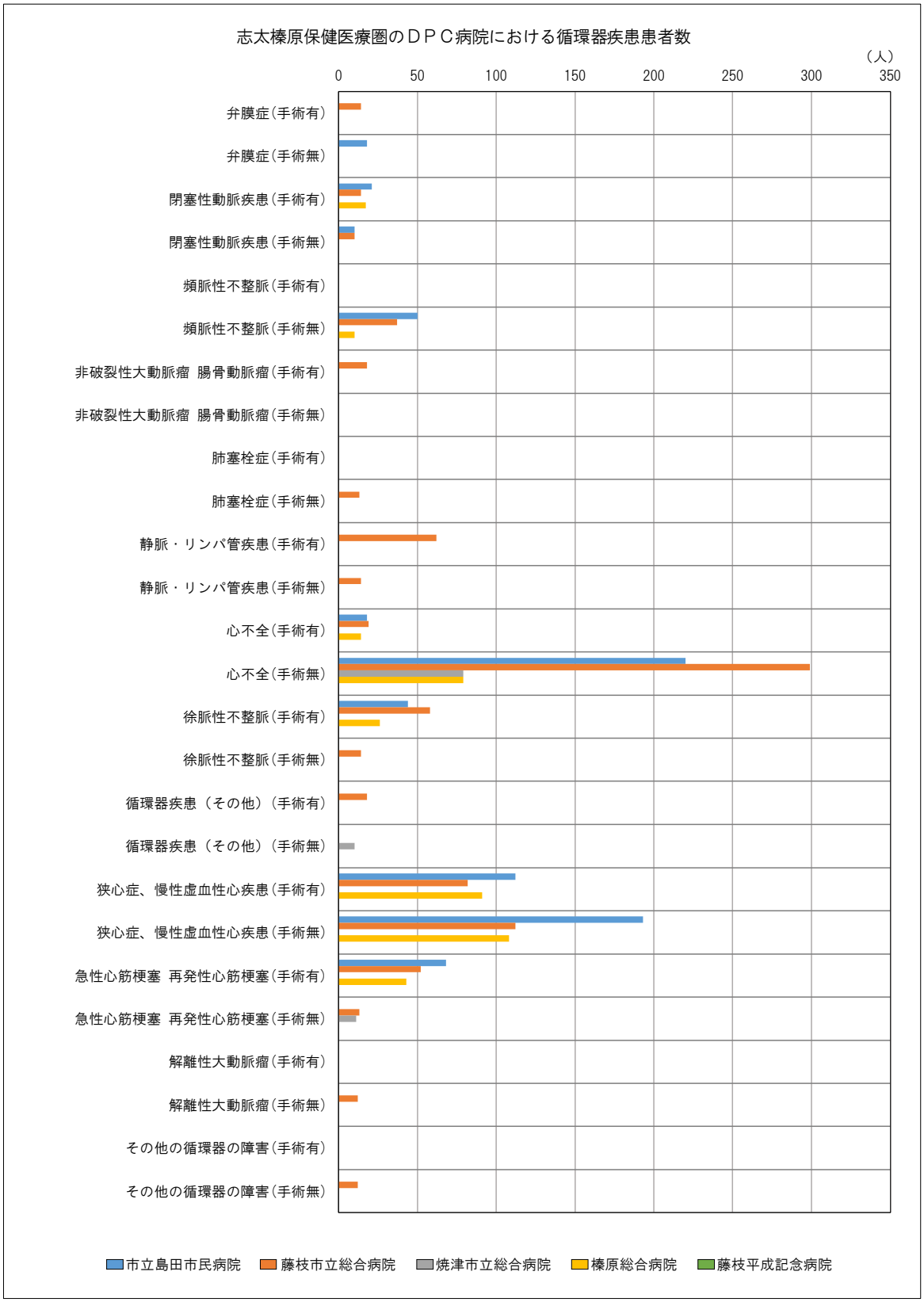
循環器疾患患者数についてＤＰＣ対象５病院の状況をみると、本院は、藤枝市立総合病院に次いで多くなっています。疾患別では、「弁膜症」、「閉塞性動脈疾患」、「狭心症、慢性虚血性心疾患」及び「急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞」で藤枝市立総合病院を上回っています。

高齢化が進む圏域において、今後も循環器系疾患の需要は高まることが想定されるため、新病院においては、循環器系疾患に迅速に対応可能な体制、施設整備が求められます。

志太榛原保健医療圏のＤＰＣ病院における循環器疾患患者数　　単位：人

疾患	手術有無	市立島田市民病院	藤枝市立総合病院	焼津市立総合病院	榛原総合病院	藤枝平成記念病院	合計
弁膜症	手術有		14				14
	手術無	18					18
閉塞性動脈疾患	手術有	21	14		17		52
	手術無	10	10				20
頻脈性不整脈	手術有		0				0
	手術無	50	37		10		97
非破裂性大動脈瘤 腸骨動脈瘤	手術有		18				18
	手術無		0				0
肺塞栓症	手術有		0				0
	手術無		13				13
静脈・リンパ管疾患	手術有		62				62
	手術無		14				14
心不全	手術有	18	19		14		51
	手術無	220	299	79	79		677
徐脈性不整脈	手術有	44	58		26		128
	手術無		14				14
循環器疾患 （その他）	手術有		18				18
	手術無			10			10
狭心症、 慢性虚血性心疾患	手術有	112	82		91		285
	手術無	193	112		108		413
急性心筋梗塞 再発性心筋梗塞	手術有	68	52		43		163
	手術無		13	11			24
解離性大動脈瘤	手術有		0				0
	手術無		12				12
その他の循環器の障害	手術有		0				0
	手術無		12				12
総計		754	873	100	388	0	2,115

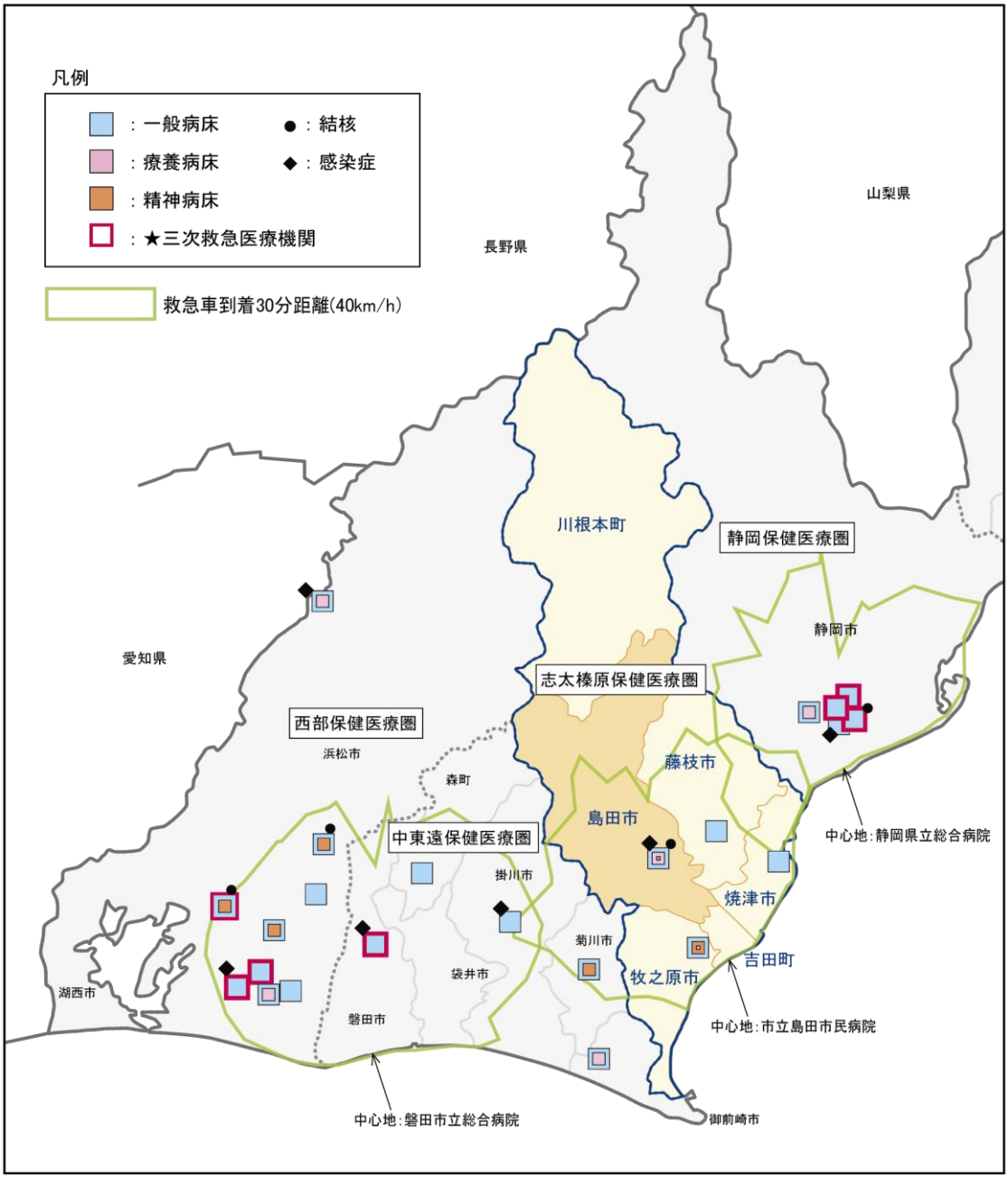
出典：厚生労働省　「平成２６年ＤＰＣ導入の影響評価に係る調査」



出典：厚生労働省　平成２６年ＤＰＣ導入の影響評価に係る調査

エ 医療機関と救急車の３０分到達範囲

志太榛原保健医療圏には救命救急センターが設置されておらず、静岡県保健医療計画では隣接する静岡保健医療圏の県立静岡総合病院、静岡赤十字病院及び静岡済生会総合病院が救命医療を担うこととなっています。いずれの病院も島田市（本院を中心とする。）から救急車で３０分（時速４０ｋｍで算定）以上を要する場所にあるため、一刻を争う救命患者の一部は本院でも対応しています。

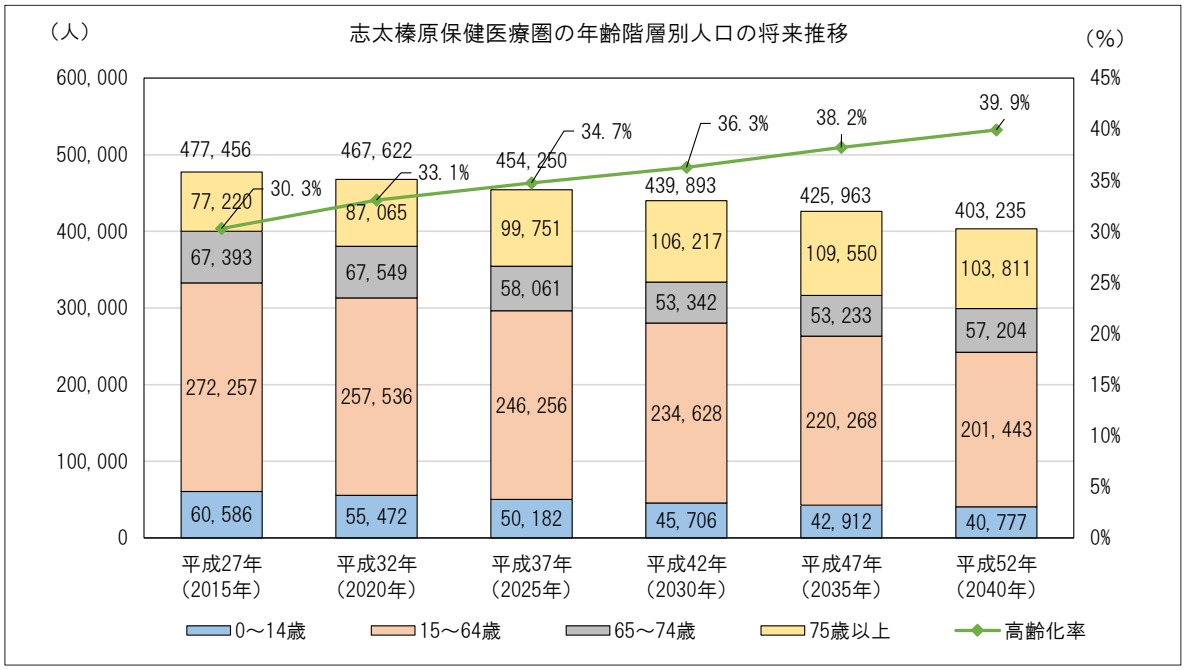


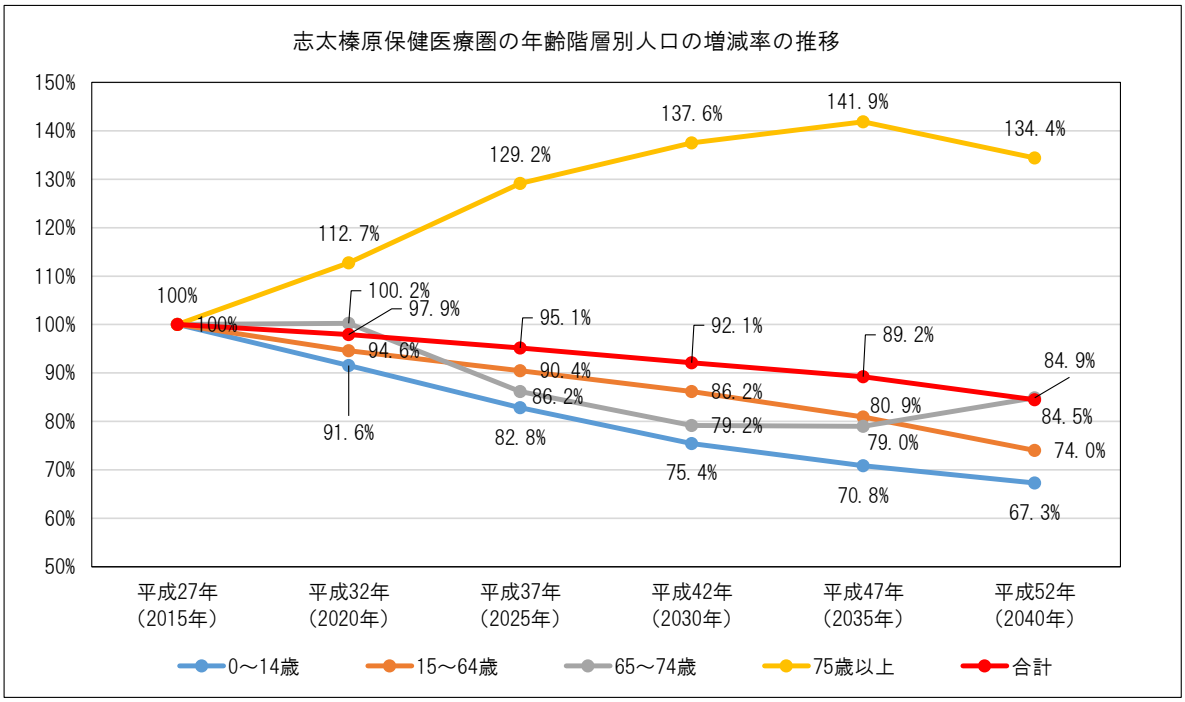
（５） 将来的な医療需要予測

ア 志太榛原保健医療圏及び島田市における将来推計人口

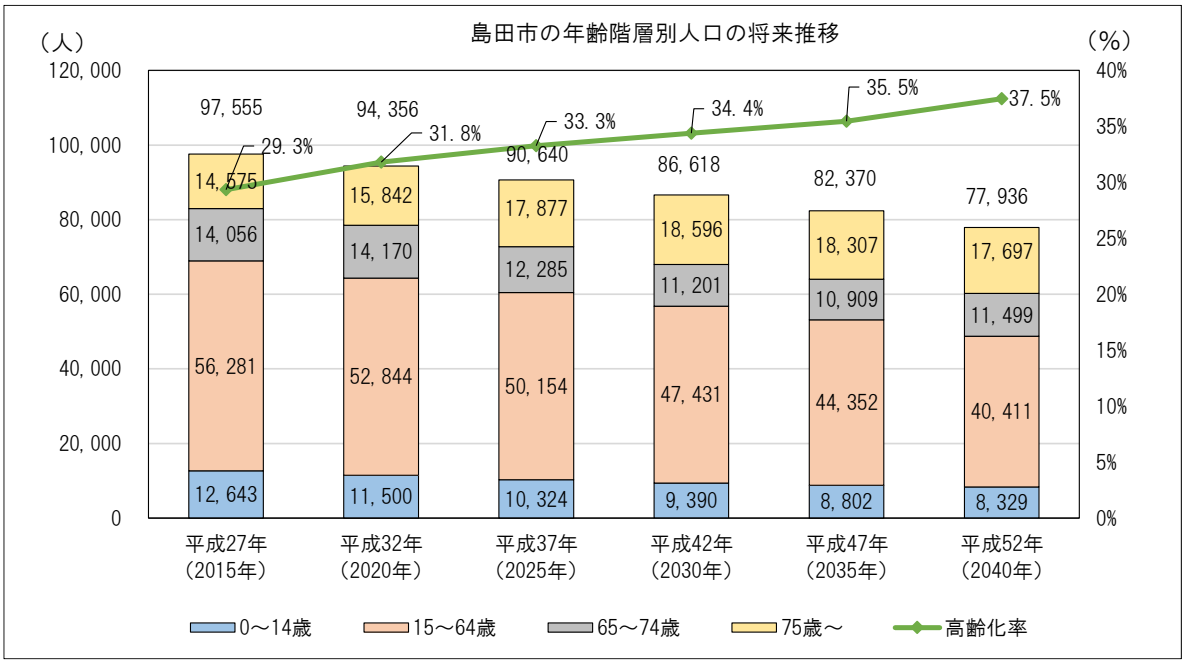
志太榛原保健医療圏の人口は、年々減少し、平成５２年には平成２７年の８４．５％になることが予測されています。

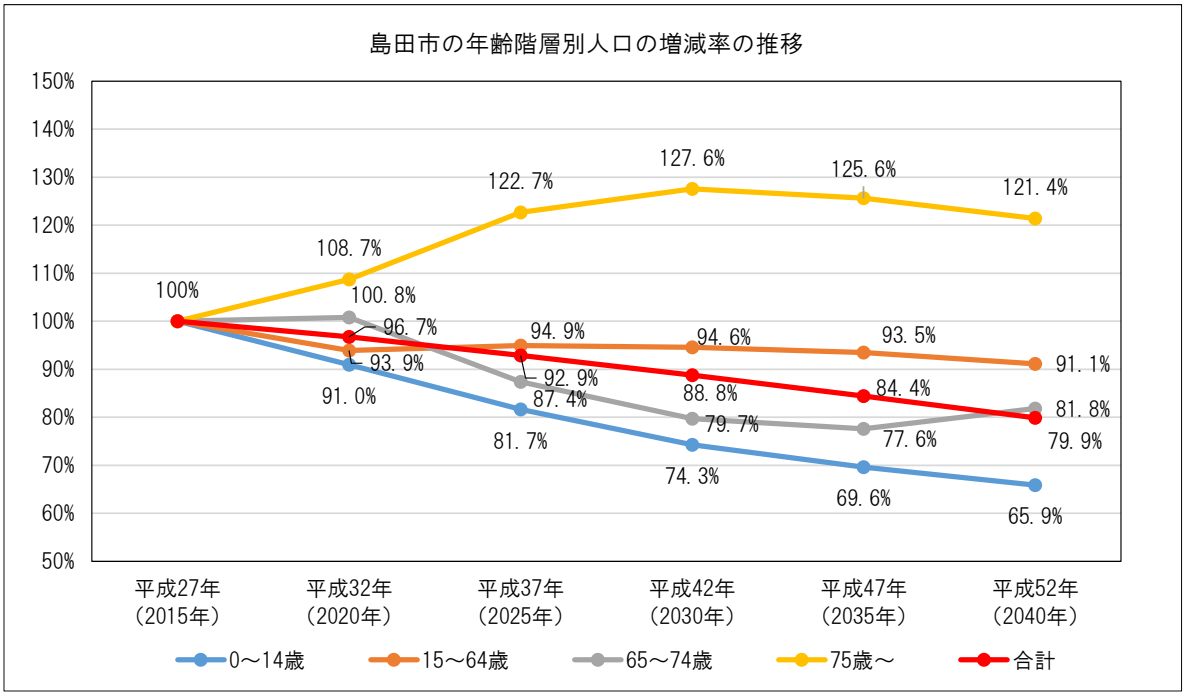
また、島田市の将来推計人口では、平成５２年には平成２７年の７９．９％まで減少する一方で、高齢化率は３７．５％まで上昇することが予測されています。特に７５歳以上人口は、平成４２年まで増加することが予測されています。





出典：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２５年３月推計）」



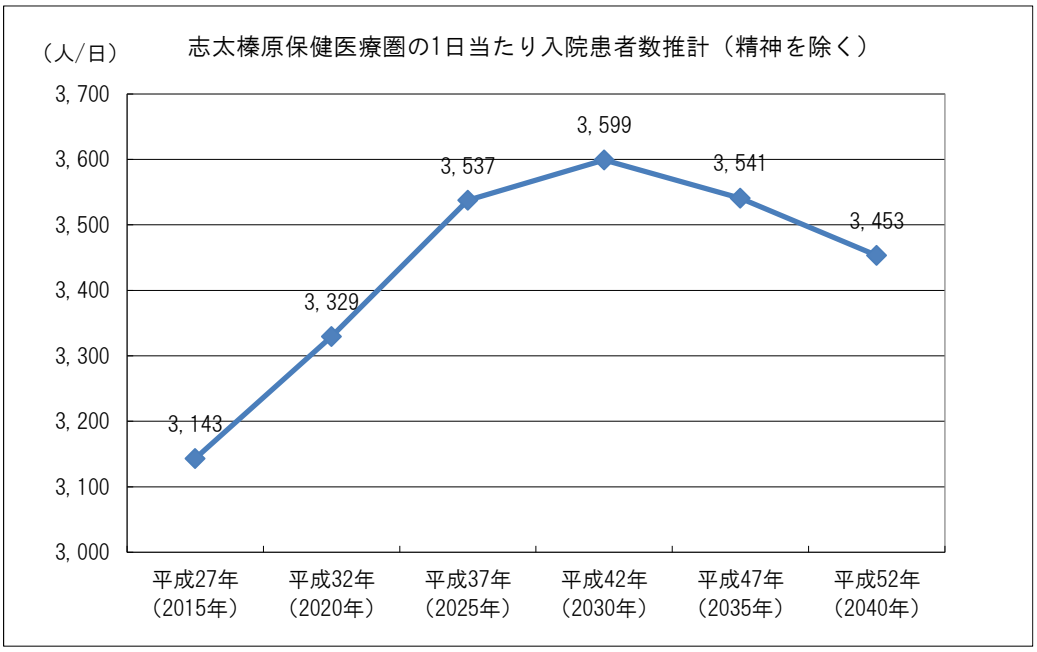


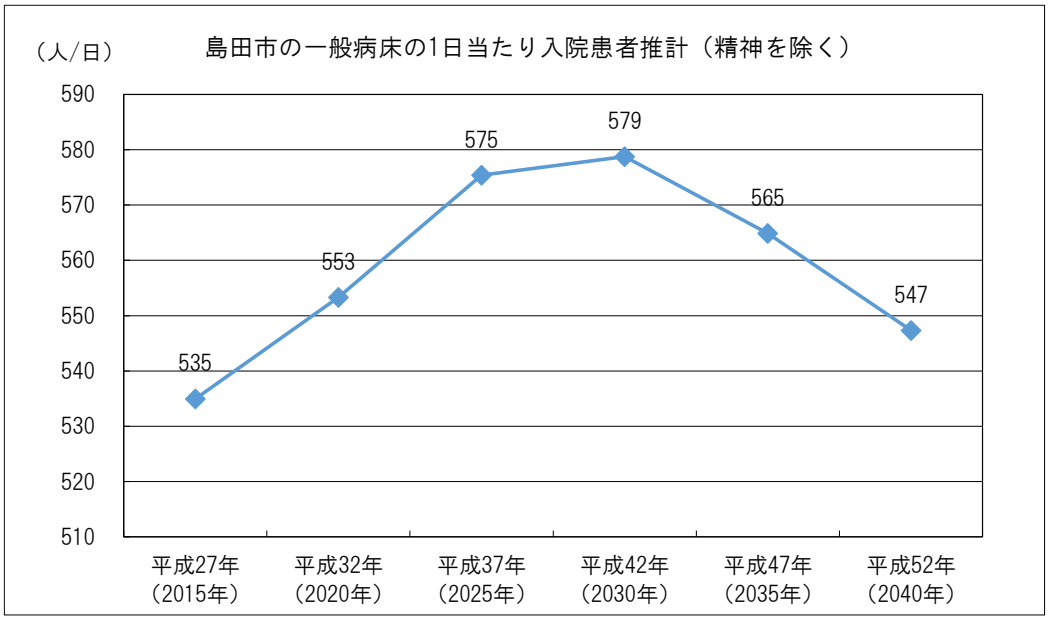
出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成２５年３月推計）」

イ 志太榛原保健医療圏及び島田市における入院患者の将来推計

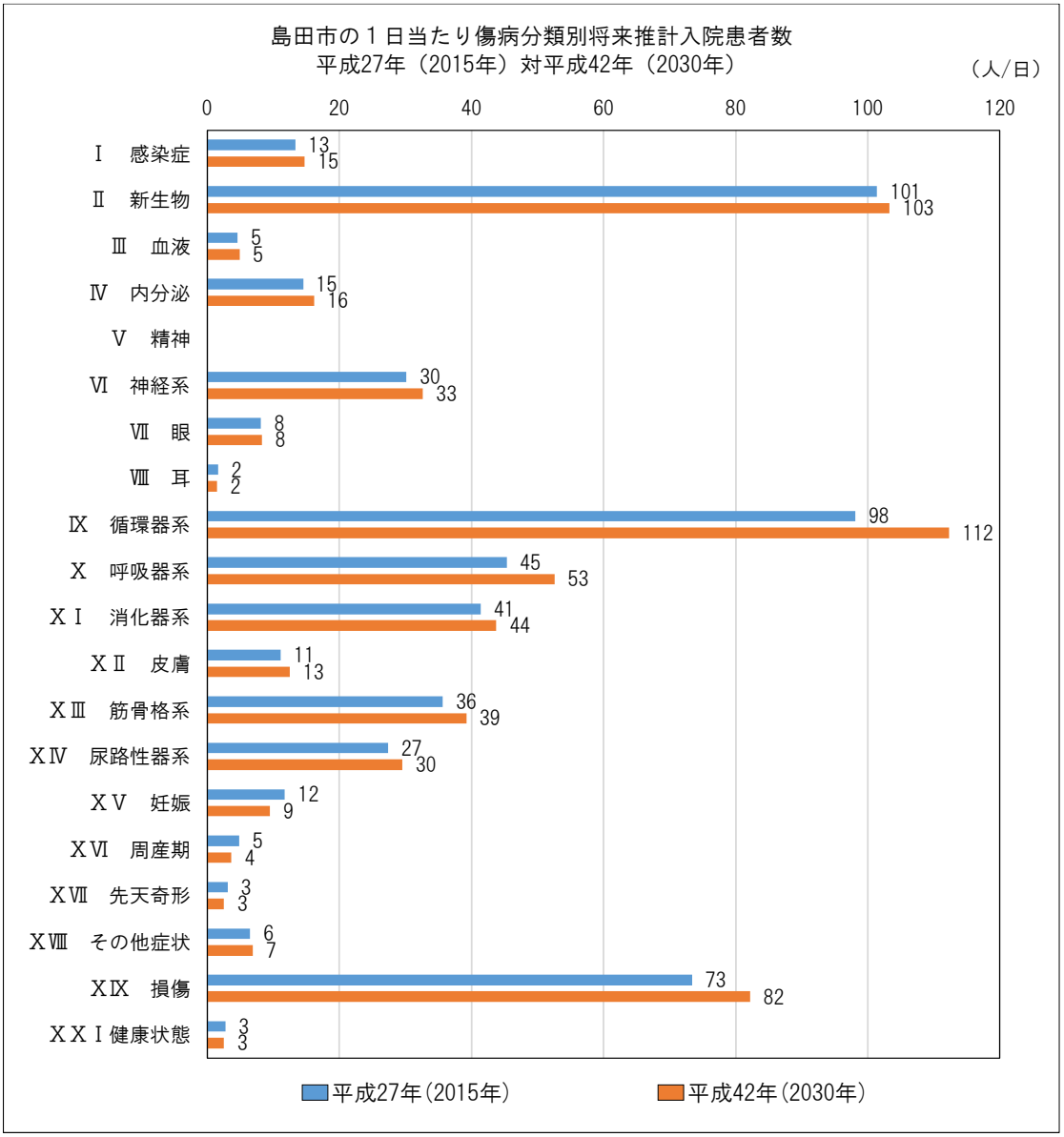
志太榛原保健医療圏の１日当たりの入院患者数※は、平成３７年（２０２５年）には３，５３７人に達し、その後、平成４２年まで増加すると推計されます。

島田市の１日当たりの入院患者数※は、平成３７年（２０２５年）には５７５人に達し、その後、平成４２年まで増加すると推計されます。平成２７年と平成４２年を疾病分類別に比較すると特に「循環器系」、「損傷」、「呼吸器系」などが増加し、「妊娠」などが減少しています。





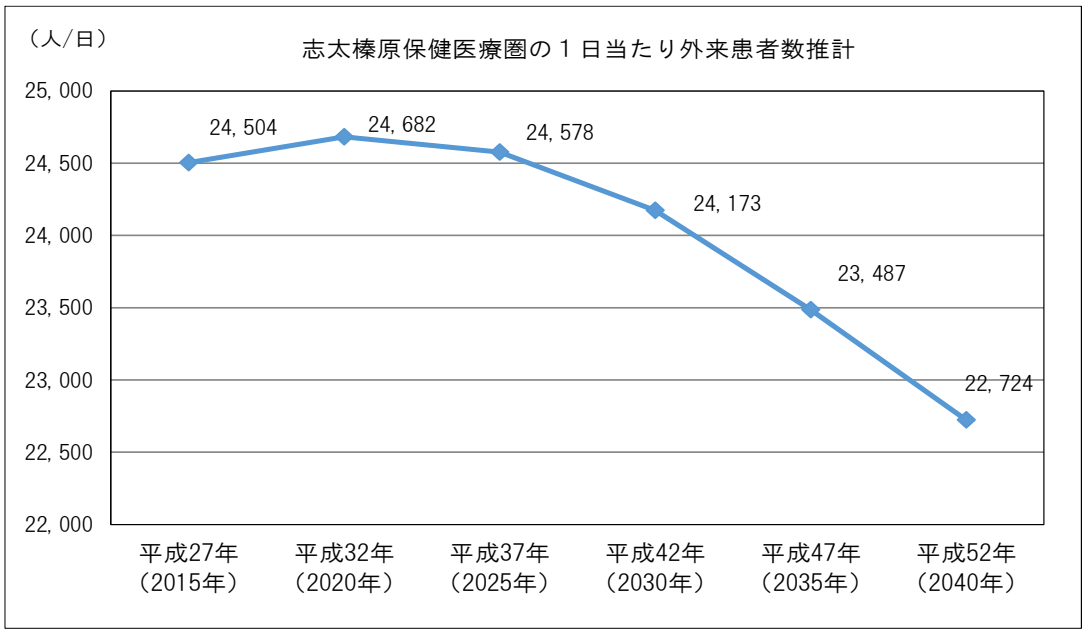
※将来推計人口に平成２３年患者調査の静岡県の性・年齢階級別・傷病大分類別入院受療率（人口１０万対）を乗じて算出（一般病床の平均在院日数は平成２５年に対し１０％短縮するものとして推計）

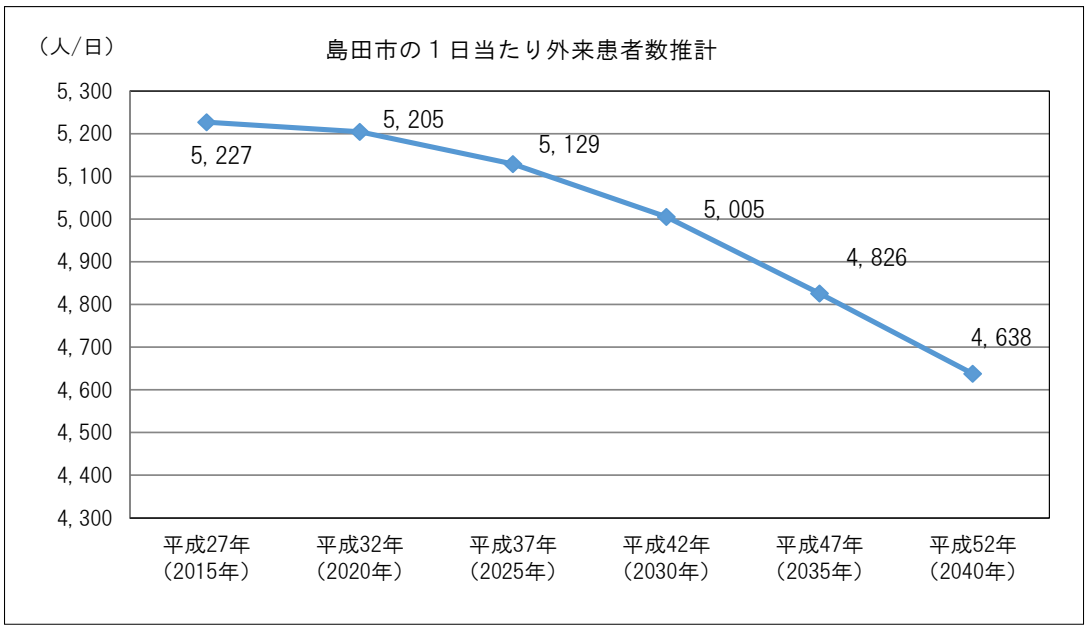

島田市の１日当たり傷病分類別将来推計入院患者数
平成27年（2015年）対平成42年（2030年）
（人/日）
0
20
40
60
80
100
120
Ⅰ　感染症
13
15
Ⅱ　新生物
101
103
Ⅲ　血液
5
5
Ⅳ　内分泌
15
16
Ⅴ　精神
Ⅵ　神経系
30
33
Ⅶ　眼
8
8
Ⅷ　耳
2
2
Ⅸ　循環器系
98
112
Ⅹ　呼吸器系
45
53
ⅩⅠ　消化器系
41
44
ⅩⅡ　皮膚
11
13
ⅩⅢ　筋骨格系
36
39
ⅩⅣ　尿路性器系
27
30
ⅩⅤ　妊娠
12
9
ⅩⅥ　周産期
5
4
ⅩⅦ　先天奇形
3
3
ⅩⅧ　その他症状
6
7
ⅩⅨ　損傷
73
82
ⅩⅩⅠ健康状態
3
3
平成27年(2015年)
平成42年(2030年)

ウ 志太榛原保健医療圏及び島田市における外来患者の将来推計

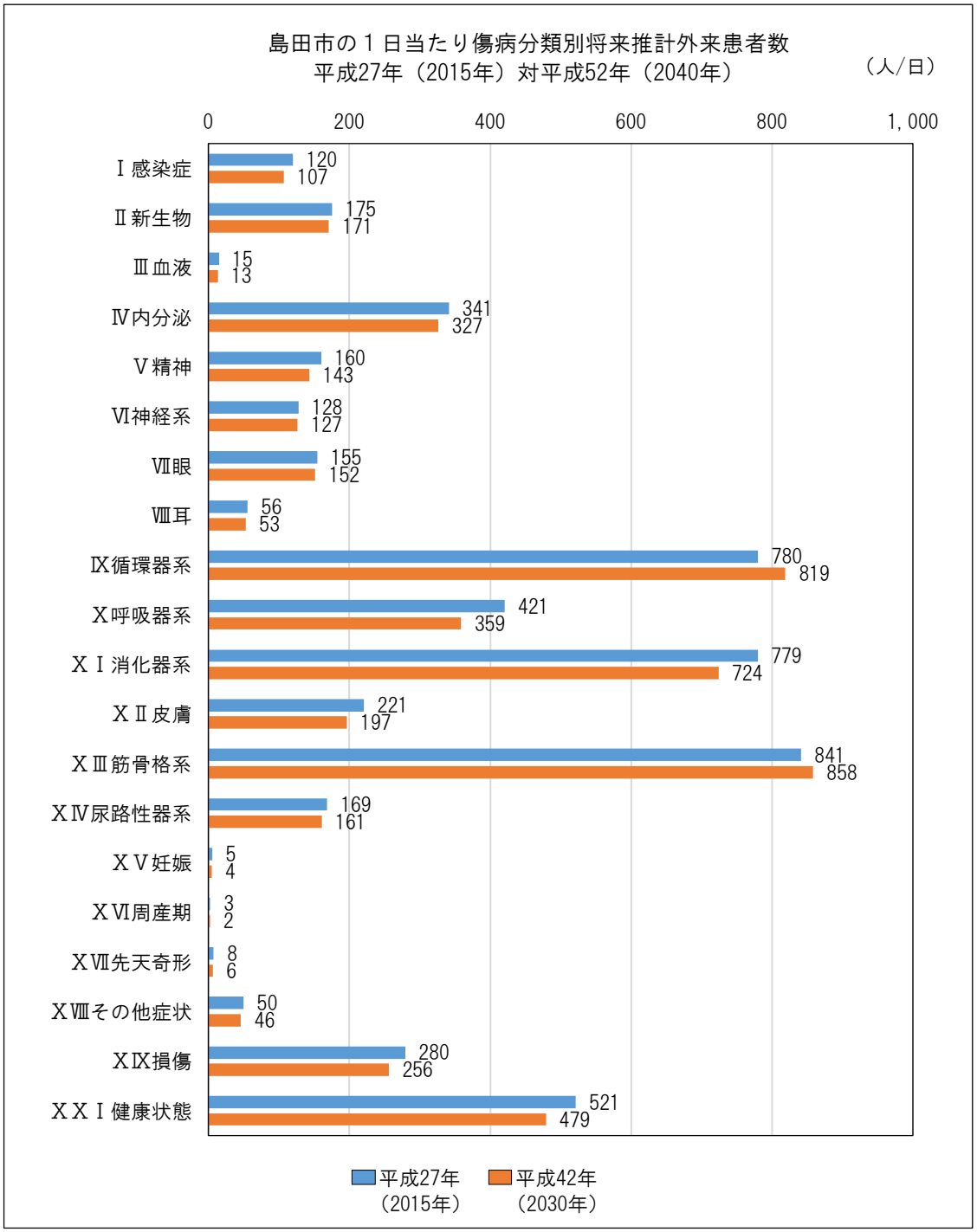
志太榛原保健医療圏の１日当たりの外来患者数※は、平成３２年の２４，６８２人をピークに減少すると推計されます。

島田市の１日当たりの外来患者数は、平成２７年の５，２２７人から減少すると推計されます。平成２７年と平成４２年を傷病分類別に比べると、「循環器系」、「筋骨格系」は微増していますが、他は減少しています。





※将来推計人口に平成２３年患者調査の静岡県の性・年齢階級別・傷病大分類別外来受療率（人口１０万対）を乗じて算出


島田市の１日当たり傷病分類別将来推計外来患者数
平成27年（2015年）対平成52年（2040年）
（人/日）
0
200
400
600
800
1,000
Ⅰ感染症
120
107
Ⅱ新生物
175
171
Ⅲ血液
15
13
Ⅳ内分泌
341
327
Ⅴ精神
160
143
Ⅵ神経系
128
127
Ⅶ眼
155
152
Ⅷ耳
56
53
Ⅸ循環器系
780
819
Ⅹ呼吸器系
421
359
ⅩⅠ消化器系
779
724
ⅩⅡ皮膚
221
197
ⅩⅢ筋骨格系
841
858
ⅩⅣ尿路性器系
169
161
ⅩⅤ妊娠
5
4
ⅩⅥ周産期
3
2
ⅩⅦ先天奇形
8
6
ⅩⅧその他症状
50
46
ⅩⅨ損傷
280
256
ⅩⅩⅠ健康状態
521
479
平成27年（2015年）
平成42年（2030年）

３ 本院の状況

（１） 病院概要

所在地		静岡県島田市野田1200-5
病床数		536床 内訳　一般：433床、回復リハ：34床、療養：35床、結核：8床、精神：20床※、感染症：6床 ※　精神科病棟は平成19年4月から休止
診療科目等	診療科目	内科、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、腎臓内科、神経内科、糖尿病・内分泌内科、 心療内科、漢方内科、緩和ケア内科、外科、呼吸器外科、脳神経外科、整形外科、形成外科、 精神科、血液内科、小児科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻いんこう科、放射線科 リハビリテーション科、病理診断科、臨床検査科、救急科、麻酔科及び歯科口腔外科 他に院内標榜科として、総合診療科、脳卒中科、輸血療法科、健康管理科
	特殊診療	人間ドック、ＣＣＵ、人工透析
	受付時間	土、日曜・祝日及び12月29日～1月3日を除く毎日　午前7時30分～午前11時
	認定事項	一般病棟：７対１入院基本料 結核病棟：７対１入院基本料
学会認定		・日本内科学会認定医制度教育病院 ・日本がん治療認定医機構認定研修施設 ・日本循環器学会認定循環器専門医研修施設 ・日本心血管インターベンション治療学会研修関連施設 ・日本呼吸器学会認定医制度認定施設 ・日本呼吸器内視鏡学会専門医制度認定施設 ・日本胸部外科認定医認定制度指定の関連施設 ・呼吸器外科専門医合同委員会認定修練施設 ・日本消化器病学会教育関連施設 ・日本消化器内視鏡学会専門医制度指導施設 ・日本消化管学会胃腸科指導施設 ・日本消化器外科学会指定修練施設関連施設 ・日本消化器外科学会専門医修練施設 ・日本腎臓学会研修施設 ・日本透析医学会専門医制度認定施設 ・日本糖尿病学会専門医制度認定教育施設 ・日本血液学会専門医研修施設 ・日本皮膚科学会認定専門医研修施設 ・日本核医学会専門医教育病院 ・日本人間ドック学会人間ドック専門医研修施設 ・日本東洋医学会研修施設 ・日本高血圧学会専門医認定施設 ・日本外科学会外科専門医制度修練施設 ・日本乳癌学会認定医・専門医制度関連施設 ・日本大腸肛門病学会関連施設 ・日本整形外科学会専門医制度研修施設 ・日本形成外科学会専門医制度教育関連施設 ・日本脳神経外科学会専門医認定制度研修施設 ・日本脳卒中学会専門医認定制度研修教育病院 ・日本泌尿器科学会専門医教育施設 ・日本周産期・新生児医学会周産期新生児専門医暫定研修施設 ・日本眼科学会専門医制度研修施設 ・日本麻酔科学会認定麻酔指導病院 ・日本口腔外科学会認定医制度研修機関 ・日本病理学会研修登録施設 ・日本病理学会研修認定施設 ・日本救急医学会救急科専門医指定病院 ・日本臨床細胞学会認定施設 ・日本臨床細胞学会教育研修施設 ・日本病態栄養学会認定栄養管理・ＮＳＴ実施施設 ・日本静脈経腸栄養学会・ＮＳＴ稼働施設 ・日本栄養療法推進協議会・ＮＳＴ稼働施設 ・日本静脈経腸栄養学会・栄養サポートチーム専門療法士実地修練施設 ・認定臨床微生物検査技師制度研修施設 ・地域包括医療・ケア認定施設 ・マンモグラフィ検診施設画像認定施設
各種指定・認定等		・保険医療機関 ・国民健康保険療養費取扱機関 ・労災保険指定病院 ・母体保護法指定医 ・厚生労働省臨床研修指定病院 ・身体障害者福祉法指定医 ・生活保護法指定医療機関 ・結核予防法指定病院 ・養育医療指定病院 ・外国医師臨床修練指定病院 ・被爆者一般疾病医療機関 ・静岡県指定自立支援医療機関 ・第二種感染症指定医療機関 ・救急告示病院 ・静岡県覚せい剤施用機関 ・静岡県指定地域肝疾患診療連携拠点病院 ・エイズ診療拠点病院 ・災害拠点病院 ・地域医療支援病院 ・小児慢性特定疾患治療取扱病院 ・静岡県指定地域がん診療連携推進病院 ・人間ドック健診施設機能評価認定 ・優良人間ドック健診施設指定

出典：市立島田市民病院「市立島田市民病院年報　平成２５年度」

（２） 敷地概要

現病院敷地の概要は次のとおりです。

・所在地	静岡県島田市野田1200番地の5	
・用途地域	第一種中高層住居専用地域	準住居地域
・建ぺい率	60%	60%
・容積率	150%	200%
・道路高さ制限	1.25×L1（適用距離20m）	
・隣地高さ制限	1.25×L2＋20m	
・日影規制	4時間・2.5時間	
・その他区域・地区等の指定	なし	

L1：前面道路の反対側の境界線までの水平距離

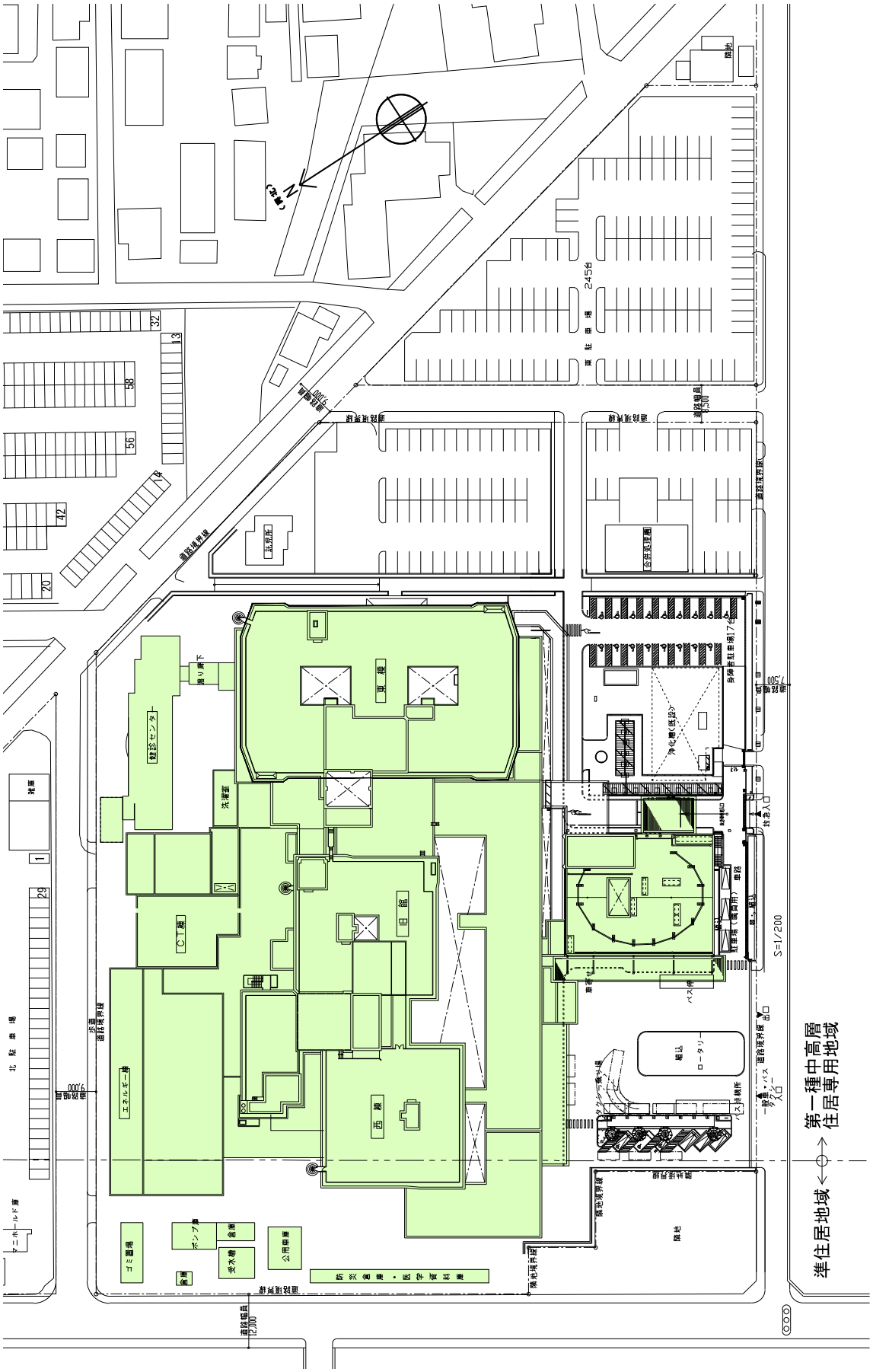
L2：隣地境界線までの水平距離

（３） 建物概要

◇病院施設		
病院	敷地面積	45,583.43㎡
	延べ床面積	34,999.29㎡
	構造	鉄筋コンクリート造 地上５階
		塔屋２階建
	病院の 延べ床面積	31,721.10㎡
	本館	18,119.34㎡
	東館	13,601.76㎡
併設施設		
健診センター	延べ床面積	1,225.97㎡
	構造	鉄骨造地上３階建
救急センター	延べ床面積	2,052.22㎡
	構造	鉄骨造地上３階建
駐車場	917台	

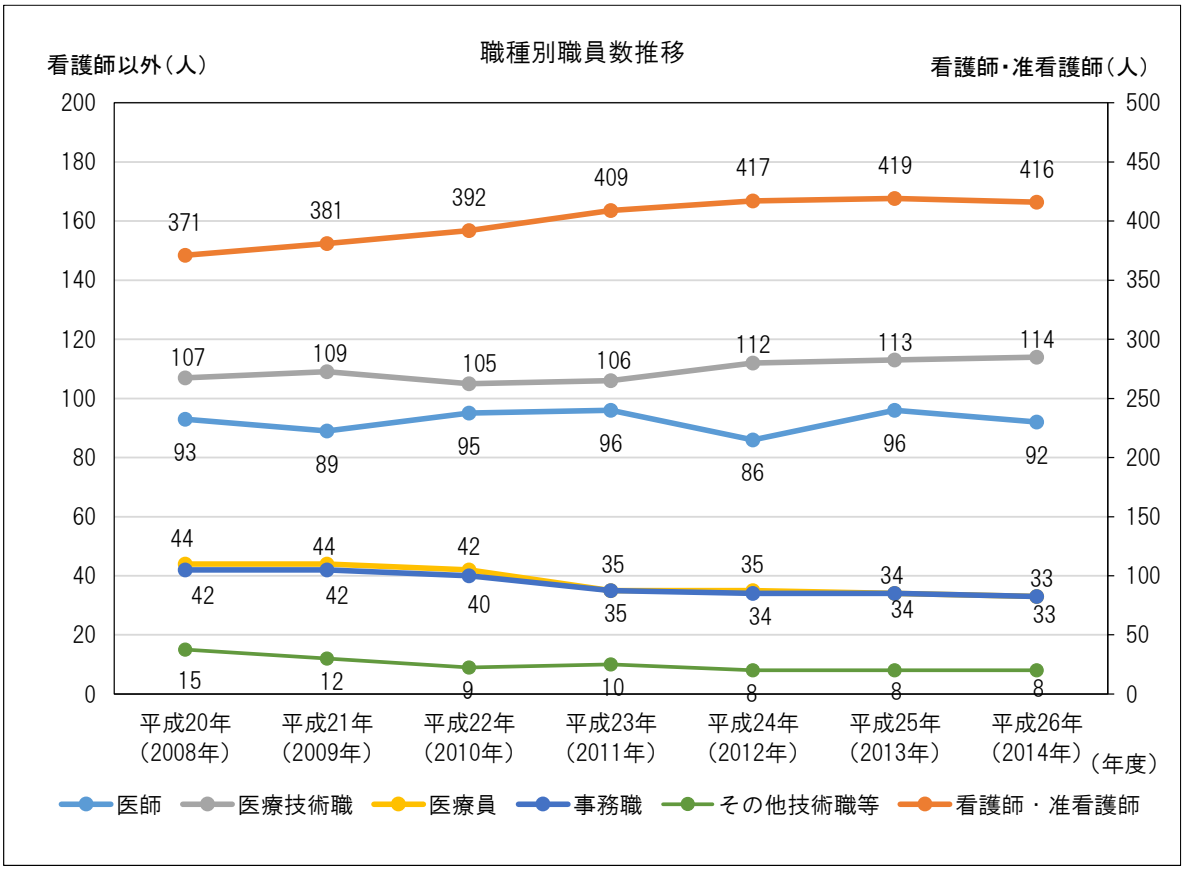
◇附属施設		
院内保育所	延べ床面積	231.32㎡
	構造	鉄骨造（一部木造） 平屋建
医師住宅	59戸（研修医宿舎を含む）	
看護専門学校	敷地面積	5,291.04㎡ （テニスコートを含む）
	延べ床面積	3,023.2㎡
	構造	鉄筋コンクリート造 地上３階建

（４） 現病院配置図


N
（真北）
東駐車場 245台
北駐車場
経診センター
東棟
旧館
西棟
CT棟
エネルギー棟
洗濯室
倉庫
ゴミ置場
ポンプ室
受水槽
公用車庫
会計受付棟
浄化槽(嫌気ろ床)
身障者駐車場17台
救急入口
ロータリー
乗降場
バス停
タクシー乗り場
バス待機所
一般・バス
タクシー
入口
出口
隣地
道路境界線
敷地境界線
S=1/200
準住居地域 ←→ 第一種中高層
住居専用地域

（５） 職員数の動向

本院の職員数は平成２０年度以降平成２５年度まで増加してきましたが、平成２６年度は若干減少しています。増加の主たる要因は看護師数の増加によるものです。医師数は増減がみられ、特に平成２４年度は前年度に比べ１０人減少しています。



職種別職員数推移　　単位：人

区分		平成20年（2008年）	平成21年（2009年）	平成22年（2010年）	平成23年（2011年）	平成24年（2012年）	平成25年（2013年）	平成26年（2014年）
医師	医師・歯科医師	93	89	95	96	86	96	92
	（研修医）＊内書き	(29)	(22)	(23)	(20)	(21)	(31)	(26)
看護師	看護師	364	373	385	403	411	416	413
	准看護師	7	8	7	6	6	3	3
医師看護師　計		464	470	487	505	503	515	508
医療技術職	薬剤師	20	20	19	19	21	22	23
	診療放射線技師	24	24	24	24	24	24	24
	臨床検査技師	29	29	27	27	28	27	27
	理学療法士	8	9	9	8	9	10	11
	作業療法士	6	6	6	6	6	6	6
	言語聴覚士	2	3	3	4	4	4	3
	臨床工学技士	5	5	5	5	6	6	6
	視能訓練士	3	3	2	3	3	3	3
	歯科衛生士	2	2	2	2	2	2	2
	臨床心理技師	1	1	1	1	1	1	1
	マッサージ師	1	1	1	1	1	1	1
	栄養士	6	6	6	6	7	7	7
医療技術員　計		107	109	105	106	112	113	114
事務職		42	42	40	35	34	34	33
医療員		44	44	42	35	35	34	33
その他技術職等	診療録管理士	3	3	2	2	2	2	1
	介護福祉士	4	2	1	1	0	0	0
	その他技師	8	7	6	7	6	6	7
その他職員　計		15	12	9	10	8	8	8
合計		672	677	683	691	692	704	696

出典：市立島田市民病院調べ

医師数は、診療科により増減がみられます。平成２４年度は、眼科は医師が在籍しない状況、また呼吸器内科は６名が３名に減少という状況となりました。

診療科別医師数推移　　単位：人

科名	平成20年度（2008年）	平成21年度（2009年）	平成22年度（2010年）	平成23年度（2011年）	平成24年度（2012年）	平成25年度（2013年）	平成26年度（2014年）
総合診療科	19 (16)	19 (16)	17 (14)	16 (14)	16 (14)	20 (18)	18 (16)
呼吸器内科	10 (3)	7	9 (2)	6	3	2	4 (2)
循環器内科	10 (2)	7 (1)	7 (1)	10 (1)	9 (1)	8 (1)	7
消化器内科	5	3	4	5	6 (1)	6 (2)	6
糖尿病・内分泌内科	0	3 (2)	3 (1)	4 (2)	4 (1)	4 (2)	4 (1)
血液内科	2 (1)	1	1	1	0	1	1
腎臓内科	1	2	2	3	2	1	3 (1)
漢方内科	0	1	1	1	0	1	1
緩和ケア内科	1	1	1	1	0	0	0
小児科	4 (1)	3	4 (1)	3	3	3	3
皮膚科	1	1	0	2	2 (1)	2	3 (1)
健康管理科	1	1	1	1	1	0	0
放射線科	0	0	2	3	3	3	2
化学療法室	0	0	0	0	1	1	1
外科	8 (1)	8 (1)	8 (1)	7 (1)	5 (1)	7 (1)	7 (1)
整形外科	7	7	8 (1)	8	7	8 (2)	6 (1)
形成外科	2 (1)	2	2	2	3 (1)	3 (1)	2
脳神経外科	5 (1)	5	3	3	3	4 (1)	3
呼吸器外科	0	4 (1)	3	3	2	3	3
泌尿器科	3	3	3	3	4 (1)	4 (1)	4
産婦人科	2 (1)	1	1	1	1	1	1
眼科	2 (1)	2	3	3 (1)	0	2 (1)	2 (1)
耳鼻咽喉科	2	0	0	0	0	1	1
麻酔科	4 (1)	4 (1)	6 (2)	6 (1)	5	5	4 (1)
歯科口腔外科	2	1	1	1	2	2	2
病理診断科	0	1	1	1	2	2 (1)	2 (1)
リハビリテーション科	1	1	1	1	1	1	1
救急科	0	1	1	1	1	1	1
臨床検査科	1	0	0	0	0	0	0
計	93 (29)	89 (22)	93 (23)	96 (20)	86 (21)	96 (31)	92 (26)

※：医師数（）内の数字は研修医（卒後１～５年目の医師）数再掲
出典：島田市民病院調べ（各年度３月３１日現在）

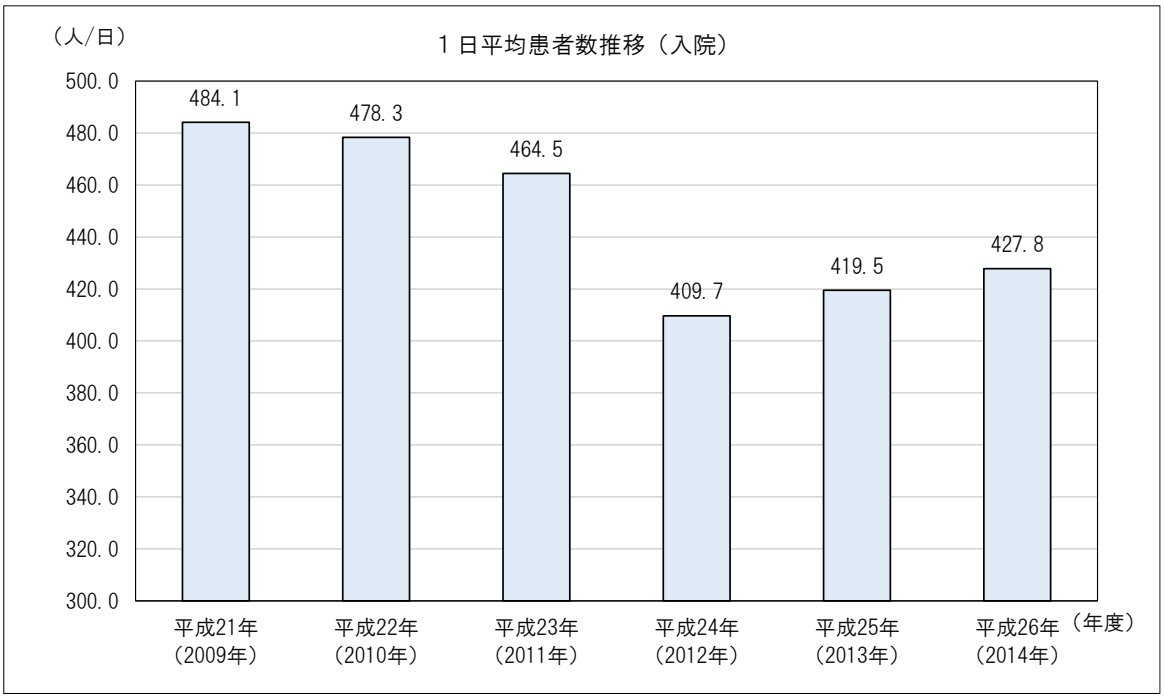
（６） 患者動向

ア 入院患者

（ア） 患者数

１日平均入院患者数は平成２０年度以降増減がみられ、平成２４年度は４１０人まで減少しましたが、以降は増加傾向を示し、平成２６年度は４２８人となっています。

診療科別にみると、平成２４年度は医師が不在となった眼科及び医師が減少した呼吸器内科・呼吸器外科の減少が大きくなっています。



診療科別患者数推移（入院）　　単位：人

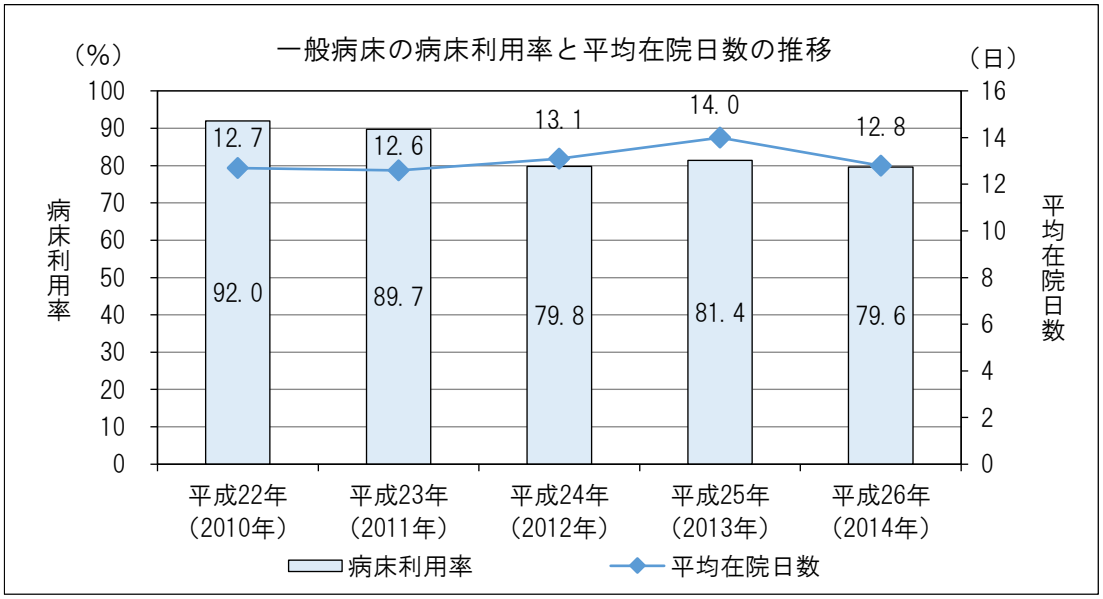
区分	平成21年度（2009年）		平成22年度（2010年）		平成23年度（2011年）		平成24年度（2012年）		平成25年度（2013年）		平成26年度（2014年）	
	患者数	1日平均	患者数	1日平均	患者数	1日平均	患者数	1日平均	患者数	1日平均	患者数	1日平均
血液内科	7,541	20.7	6,693	18.3	8,366	22.9	6,220	17.0	6,247	17.1	6,111	16.7
糖尿病・内分泌内科	5,422	14.9	5,605	15.4	7,029	19.2	6,708	18.4	5,463	15.0	5,227	14.3
輸血療法科	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
神経内科	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
透析	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
心療内科	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
消化器内科	17,532	48.0	15,748	43.1	17,938	49.0	19,997	54.8	21,411	58.7	20,910	57.3
循環器内科	18,190	49.8	14,824	40.6	16,597	45.3	15,735	43.1	15,826	43.4	15,968	43.8
小児科	6,704	18.4	6,996	19.2	5,629	15.4	5,155	14.1	3,950	10.8	3,698	10.1
外科	13,885	38.0	12,856	35.2	14,707	40.2	11,530	31.6	13,090	35.9	14,029	38.4
整形外科	25,897	70.9	28,782	78.9	25,774	70.4	25,116	68.8	25,573	70.1	26,465	72.5
形成外科	1,811	5.0	1,559	4.3	1,712	4.7	1,625	4.5	1,312	3.6	1,707	4.7
脳神経外科	4,952	13.6	6,331	17.3	4,686	12.8	3,995	10.9	4,646	12.7	4,408	12.1
皮膚科	165	0.4	281	0.8	2,179	6.0	1,893	5.2	1,625	4.5	1,802	4.9
泌尿器科	5,306	14.5	4,993	13.7	4,812	13.1	4,683	12.8	5,988	16.4	5,596	15.3
産婦人科	3,637	10.0	3,323	9.1	2,539	6.9	2,387	6.5	2,227	6.1	2,207	6.1
眼科	3,183	8.7	4,263	11.7	3,267	8.9	2,395	6.6	2,642	7.2	3,287	9.0
耳鼻いんこう科	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1,304	3.6	1,962	5.4
呼吸器内科・呼吸器外科	39,917	109.4	40,176	110.1	31,689	86.6	20,619	56.5	18,508	50.7	19,795	54.2
精神科	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
放射線科	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
歯科口腔外科	1,414	3.9	1,183	3.2	955	2.6	1,087	3.0	1,323	3.6	1,104	3.0
健康管理科	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
腎臓内科	4,667	12.8	6,237	17.1	6,930	18.9	5,895	16.2	6,390	17.5	7,637	20.9
緩和ケア内科	226	0.6	548	1.5	585	1.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0
リハビリ科	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
内科	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
脳卒中科	15,809	43.3	13,766	37.7	14,147	38.7	14,161	38.8	15,256	41.8	13,889	38.1
漢方内科	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
救急科	432	1.2	419	1.1	470	1.3	330	0.9	338	0.9	352	1.0
合計	176,690	484.1	174,583	478.3	170,011	464.5	149,531	409.7	153,119	419.5	156,154	427.8

出典：市立島田市民病院調べ

（イ） 病床利用率及び平均在院日数の推移

一般病床（回復期リハビリテーション病棟を除く。）の平均在院日数は平成２５年度の１４．０日を除き１２日後半から１３日前半で推移しています。

病床利用率は平成２２年度、２３年度は９０％前後でしたが、平成２４年度以降は８０％前後で推移しています。



病床利用率の推移　　単位：%

年度 / 病床区分	平成22年（2010年）	平成23年（2011年）	平成24年（2012年）	平成25年（2013年）	平成26年（2014年）
一般病床等	92. 0	89. 7	79. 8	81. 4	79. 6
結核病床	0. 0	0. 0	0. 0	0. 0	17. 0
療養病床	100. 5	96. 1	81. 9	81. 3	78. 6
回復期リハビリテーション病床	94. 3	88. 5	71. 5	80. 3	80. 6
精神病床（平成19年4月より休止）	0. 0	0. 0	0. 0	0. 0	0. 0
全体（精神病床除く）	92. 7	90. 3	79. 4	81. 5	77. 7

平均在院日数の推移　　単位：日

年度 / 病床区分	平成22年（2010年）	平成23年（2011年）	平成24年（2012年）	平成25年（2013年）	平成26年（2014年）
一般病床	12. 7	12. 6	13. 1	14. 0	12. 8
結核病床	66. 0	77. 2	222. 3	93. 4	55. 2
療養病床(医療)	51. 7	47. 1	49. 1	53. 8	42. 5
回復期リハビリテーション病床	36. 0	37. 4	35. 9	40. 0	43. 3
精神病床（平成19年4月より休止）	0. 0	0. 0	0. 0	0. 0	0. 0
全体（精神病床除く）	15. 1	14. 9	15. 2	16. 3	14. 9

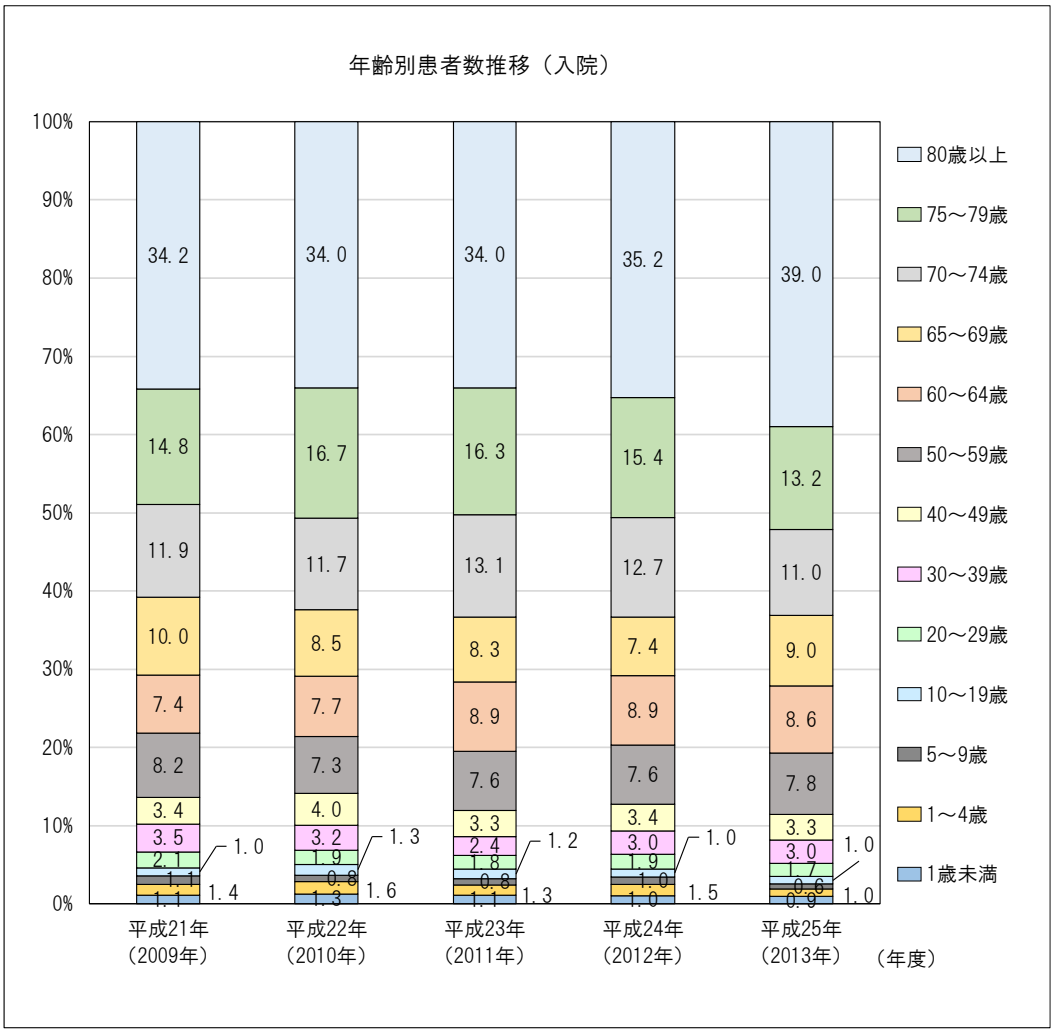
出典：市立島田市民病院調べ

（ウ） 在宅復帰率

平成２６年度の本院の在宅復帰率は９７．１％で、退院先のほとんどは「自宅」となっています。今後は高齢者のみの世帯も増え、自宅への退院が困難となる可能性があり、退院患者の療養環境を充実させていくためにも、医療・介護の連携を中心とし、国が描いた在宅支援のシステム（地域包括ケアシステム）の実現が急務となります。

（エ） 年齢別患者数推移

平成２１年度から２５年度の入院患者数の年齢別構成の推移をみると、２３年度以降８０歳以上の割合が増加しています。平成２５年度の年齢別割合は、「８０歳以上」が３９．０％、「７５～７９歳」が１３．２％、「７０～７４歳」が１１．０％、「６５歳～６９歳」が９．０％で６５歳以上の割合が約７２％となっています。



年齢別患者数推移（入院）　　単位：人、％

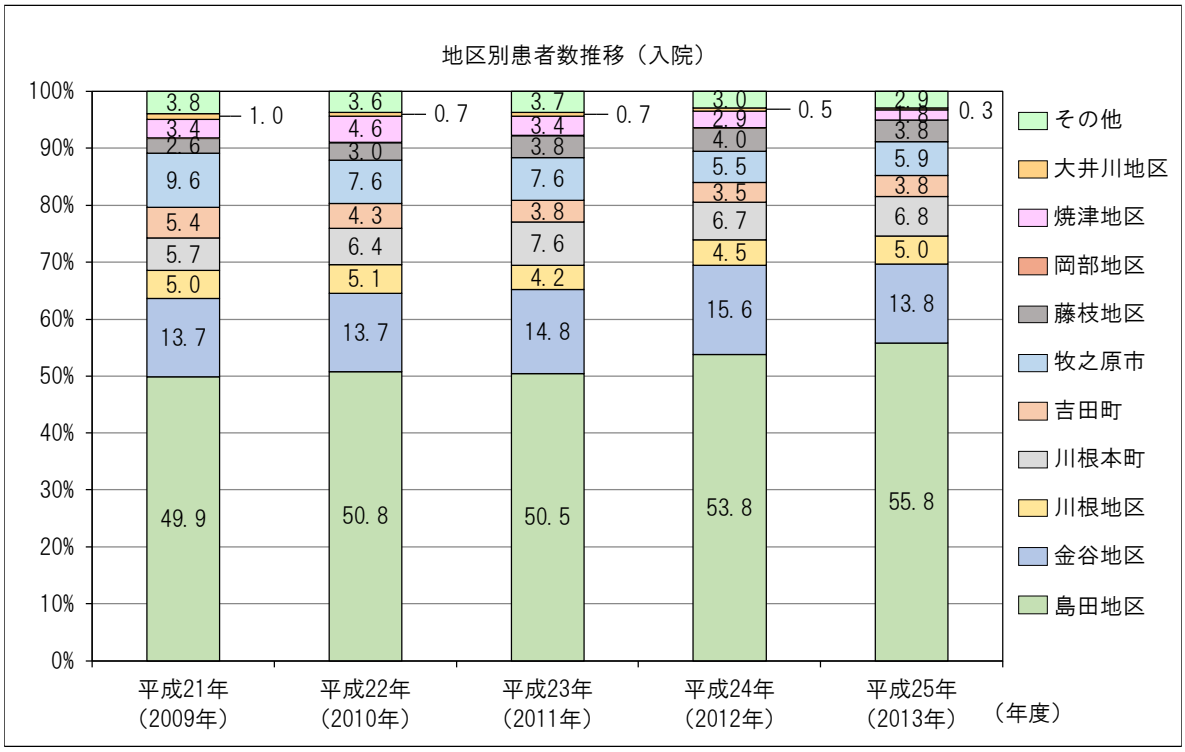
年齢階級	平成21年度（2009年）		平成22年度（2010年）		平成23年度（2011年）		平成24年度（2012年）		平成25年度（2013年）	
	1日平均	構成比	1日平均	構成比	1日平均	構成比	1日平均	構成比	1日平均	構成比
1歳未満	5.5	1.1	6.0	1.3	5.1	1.1	4.0	1.0	3.9	0.9
1～4歳	6.5	1.3	7.5	1.6	6.2	1.3	6.1	1.5	4.0	1.0
5～9歳	5.2	1.1	4.0	0.8	3.5	0.8	3.9	1.0	2.7	0.6
10～19歳	4.9	1.0	6.3	1.3	5.6	1.2	4.1	1.0	4.0	1.0
20～29歳	10.1	2.1	8.9	1.9	8.2	1.8	7.9	1.9	6.9	1.6
30～39歳	17.0	3.5	15.4	3.2	11.3	2.4	12.2	3.0	12.6	3.0
40～49歳	16.7	3.4	19.2	4.0	15.5	3.3	13.9	3.4	13.8	3.3
50～59歳	39.6	8.2	34.8	7.3	35.1	7.6	31.2	7.6	32.7	7.8
60～64歳	36.0	7.4	36.9	7.7	41.4	8.9	36.3	8.9	36.2	8.6
65～69歳	48.2	10.0	40.6	8.5	38.4	8.3	30.5	7.4	37.8	9.0
70～74歳	57.5	11.9	56.2	11.7	60.7	13.1	52.2	12.7	46.1	11.0
75～79歳	71.6	14.8	79.7	16.7	75.6	16.3	63.0	15.4	55.2	13.2
80歳以上	165.3	34.1	162.8	34.0	157.9	34.0	144.4	35.2	163.6	39.0
計	484.1	100.0	478.3	100.0	464.5	100.0	409.7	100.0	419.5	100.0

出典：市立島田市民病院調べ

（オ） 地区別患者数推移

平成２１年度から２５年度の入院患者数の地区別構成の推移をみると、２４年度以降から島田市島田地区の患者数割合が増加傾向にあります。

平成２５年度は、島田市内が約７５％となっており、地区別では、「島田市島田地区」が最も多く約５６％となっています。



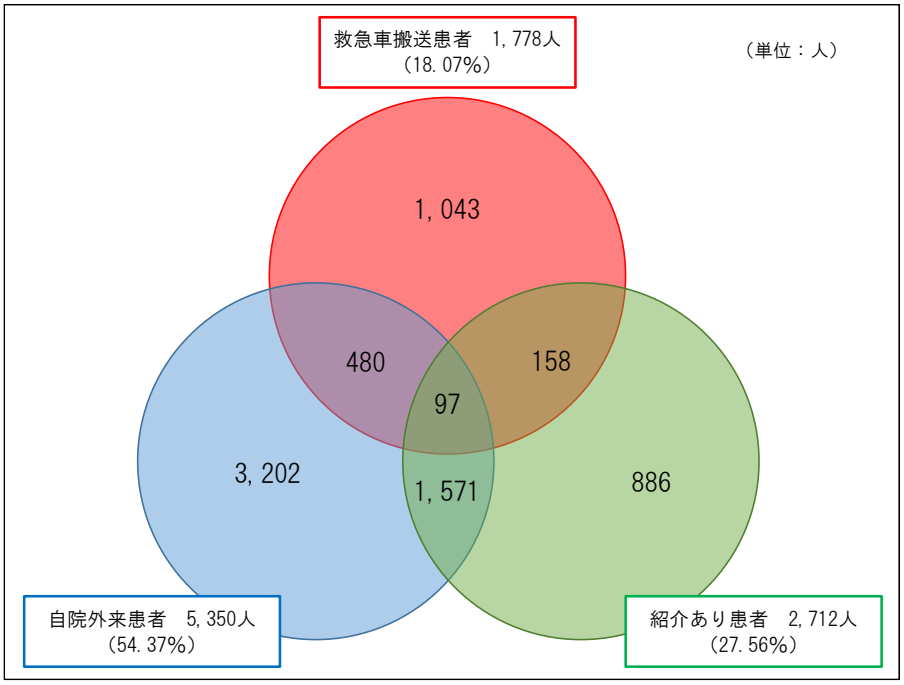
地区別患者数推移（入院）　　単位：人、％

区分		平成21年度（2009年）		平成22年度（2010年）		平成23年度（2011年）		平成24年度（2012年）		平成25年度（2013年）	
		1日平均	割合	1日平均	割合	1日平均	割合	1日平均	割合	1日平均	割合
島田市	島田地区	241.4	49.9	242.9	50.8	234.4	50.5	220.3	53.8	234.2	55.8
島田市	金谷地区	66.3	13.7	65.5	13.7	68.7	14.8	64.1	15.6	58.0	13.8
島田市	川根地区	24.0	5.0	24.6	5.1	19.5	4.2	18.3	4.5	21.0	5.0
川根本町		27.6	5.7	30.4	6.4	35.2	7.6	27.3	6.7	28.7	6.8
吉田町		25.9	5.4	20.7	4.3	17.6	3.8	14.3	3.5	15.8	3.8
牧之原市		46.3	9.6	36.2	7.6	35.1	7.6	22.6	5.5	24.6	5.9
藤枝市	藤枝地区	12.7	2.6	14.5	3.0	17.6	3.8	16.2	4.0	16.0	3.8
藤枝市	岡部地区	0.1	0.0	0.9	0.2	0.4	0.1	0.7	0.2	0.3	0.1
焼津市	焼津地区	16.3	3.4	21.9	4.6	15.7	3.4	11.9	2.9	7.4	1.8
焼津市	大井川地区	4.9	1.0	3.3	0.7	3.2	0.7	1.9	0.5	1.3	0.3
その他	その他	18.6	3.8	17.4	3.6	17.1	3.7	12.1	3.0	12.2	2.9
合計		484.1	100.0	478.3	100.0	464.5	100.0	409.7	100.0	419.5	100.0

出典：市立島田市民病院調べ

（カ） 入院経路

平成２５年４月１日～平成２６年３月３１日の間に入院し退院した患者８，８７０人のうち入院経路の判明した７，４３７人について分析すると、自院外来患者が５，３５０人（５４．３７％）と最も多く、救急車搬送患者は１，７７８人で１８．０７％、紹介患者は２，７１２人（救急車搬送、自院外来患者も含む）で２７．５６％となっています。



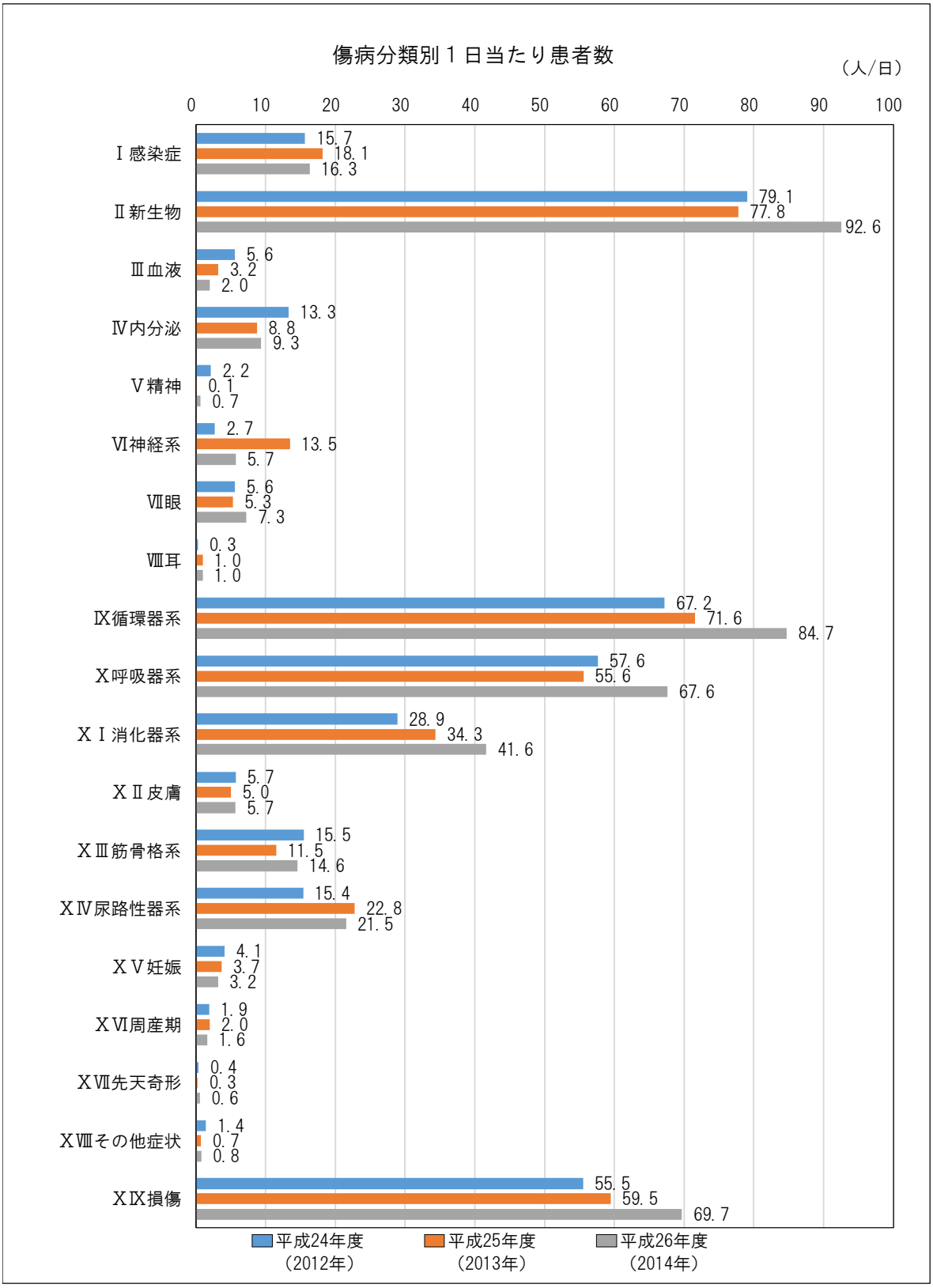
入院経路別患者数　　単位：人

	入院情報	患者数	割合
1	救急車による搬送患者	1, 043	14. 02%
2	他院よりの紹介のある患者	886	11. 91%
3	自院外来からの入院患者	3, 202	43. 05%
4	救急車による搬送患者かつ 他院よりの紹介のある患者	158	2. 12%
5	自院外来からの入院患者かつ 救急車による搬送患者	480	6. 45%
6	他院よりの紹介のある患者かつ 自院外来からの入院患者	1, 571	21. 12%
7	救急車による搬送患者かつ 他院よりの紹介のある患者かつ 自院外来からの入院患者	97	1. 30%
	計	7, 437	100%
	その他経路不明	1, 433	
	総計	8, 870	

出典：市立島田市民病院調べ
（平成２５年４月～２６年３月中に入院し退院した患者数）

（キ） 傷病分類別患者構成

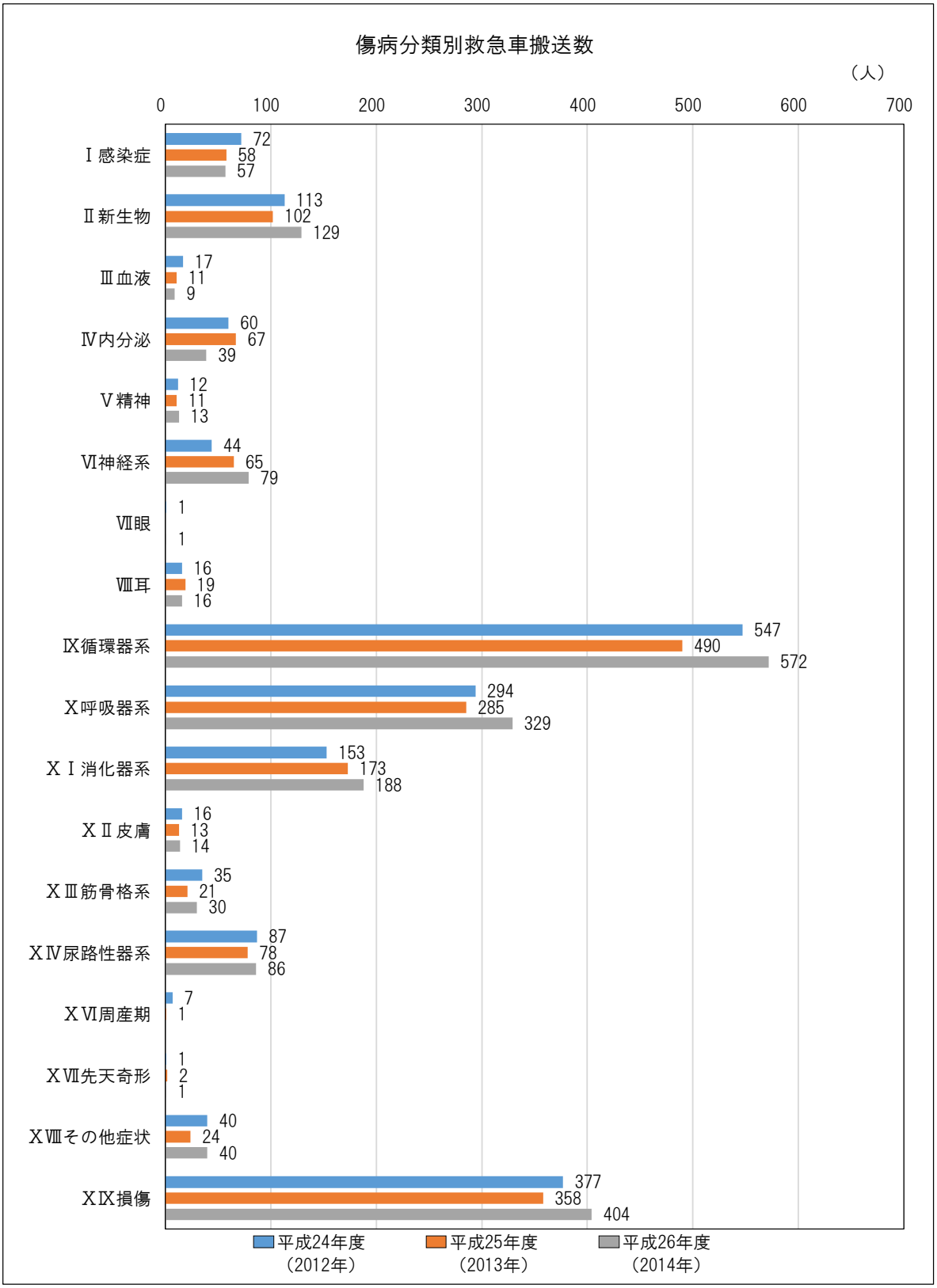
平成２４年度から平成２６年度の１日当たり患者数の推移をみると、「新生物」、「循環器」、「呼吸器系」、「消化器系」、「損傷」などが増加しています。これは、島田市の将来推計患者と同様の傾向にあります。



出典：市立島田市民病院調べ

（ク） 傷病分類別救急車搬送数

平成２４年度から平成２６年度の本院に救急搬送される患者の疾病分類別内訳の推移をみると、「新生物」、「神経系」、「循環器系」、「呼吸器系」、「消化器系」、「損傷」などが増加しています。

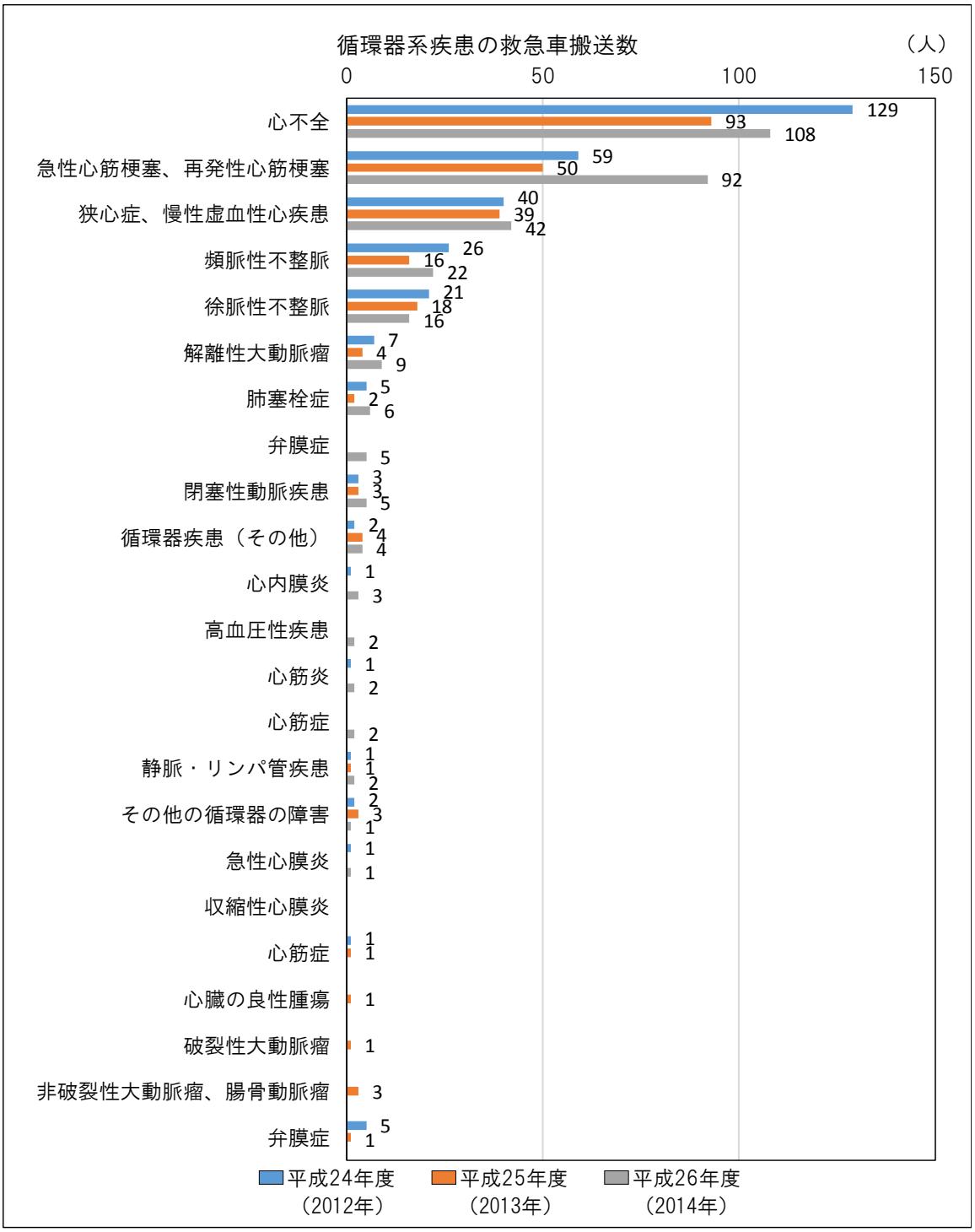


出典：市立島田市民病院調べ

（ケ） 循環器系疾患の救急車搬送数

平成２４年度からの循環器系疾患の救急搬送される患者の疾病分類別内訳をみると、平成２６年度には「急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞」が増加しています。

循環器系疾患全体をみると全入院患者数の３４．５％が救急車搬送となっており、特に「急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞」は約７３％が救急車搬送となっています。



出典：市立島田市民病院調べ

循環器系疾患の救急車搬送数

単位：人

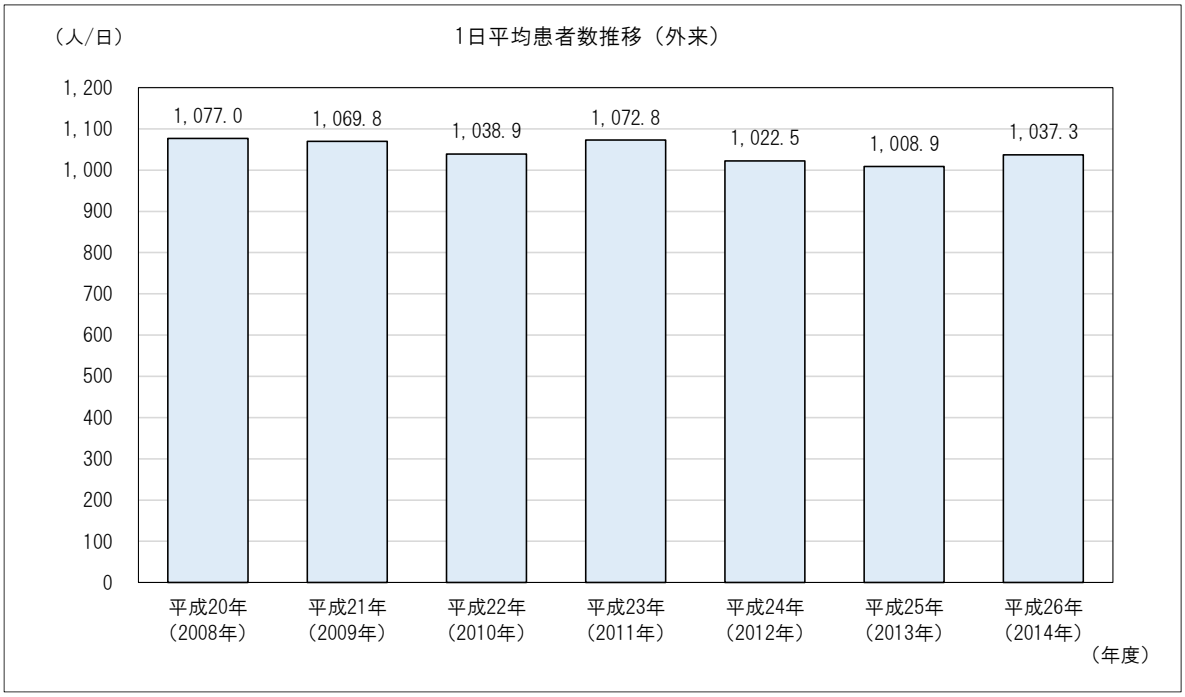
疾患	平成24年度（2012年）		平成25年度（2013年）		平成26年度（2014年）		
	搬送者数	患者数	搬送者数	患者数	搬送者数	患者数	搬送者割合
心不全	129	336	93	261	108	272	39.7%
急性心筋梗塞（続発性合併症を含む）再発性心筋梗塞	59	87	50	79	92	126	73.0%
狭心症、慢性虚血性心疾患	40	357	39	311	42	306	13.7%
頻脈性不整脈	26	74	16	65	22	65	33.8%
徐脈性不整脈	21	56	18	55	16	51	31.4%
解離性大動脈瘤	7	12	4	9	9	14	64.3%
肺塞栓症	5	9	2	5	6	9	66.7%
弁膜症（連合弁膜症を含む）					5	17	29.4%
閉塞性動脈疾患	3	27	3	33	5	25	20.0%
循環器疾患（その他）	2	7	4	10	4	8	50.0%
心内膜炎	1	2		4	3	6	50.0%
高血圧性疾患		1			2	4	50.0%
心筋炎	1	1			2	4	50.0%
心筋症（拡張型心筋症を含む）					2	7	28.6%
静脈・リンパ管疾患	1	8	1	9	2	12	16.7%
その他の循環器の障害	2	3	3	5	1	3	33.3%
急性心膜炎	1	2		2	1	5	20.0%
収縮性心膜炎						1	0.0%
心筋症	1	3	1	1			0.0%
心臓の良性腫瘍			1	1		1	0.0%
破裂性大動脈瘤			1	1			0.0%
非破裂性大動脈瘤、腸骨動脈瘤		7	3	5			0.0%
弁膜症	5	16	1	19			0.0%
小計	304	1,008	240	875	323	937	34.5%

出典：市立島田市民病院調べ

イ 外来患者

（ア） 患者数推移（外来）

平成２０年度以降の１日平均外来患者数は、１，０００人～１，０８０人前後で増減しています。平成２４年度は前年度と比べ約５０人減少しており、医師の減少等のあった眼科、呼吸器内科・呼吸器外科で減少しています。



診療科別患者数（外来）　　単位：人、%

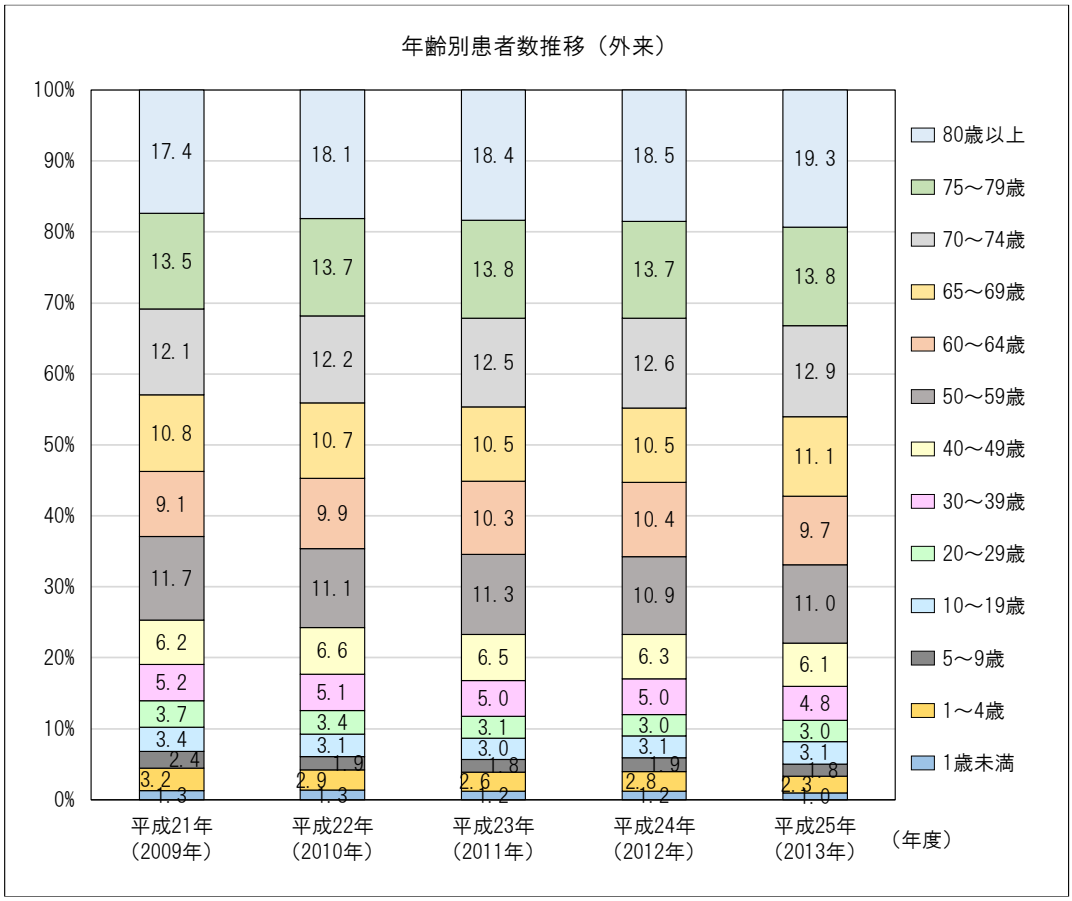
区分	平成20年度（2008年）		平成21年度（2009年）		平成22年度（2010年）		平成23年度（2011年）		平成24年度（2012年）		平成25年度（2013年）		平成26年度（2014年）	
	患者数	1日平均	患者数	1日平均	患者数	1日平均	患者数	1日平均	患者数	1日平均	患者数	1日平均	患者数	1日平均
総合診療科	2,705	11.1	2,777	11.5	2,560	10.5	2,142	8.8	2,137	8.7	2,168	8.9	2,385	9.8
血液内科	7,821	32.4	8,364	34.6	9,376	38.6	10,571	43.3	9,254	37.8	7,393	30.3	5,747	23.6
糖尿病・内分泌内科	3,941	16.2	9,702	40.1	12,194	50.2	14,047	57.6	14,008	57.2	12,943	53.1	12,430	50.9
輸血療法科	133	0.5	206	0.9	206	0.9	236	1.0	67	0.3	0	0.0	0	0.0
神経内科	1,907	7.8	1,719	7.1	1,634	6.7	1,628	6.7	1,558	6.4	1,472	6.0	1,433	5.9
透析	6,337	26.1	5,640	23.3	5,466	22.5	8,199	33.6	10,177	41.5	10,858	44.5	11,252	46.1
心療内科	1,463	6.0	1,255	5.2	1,269	5.2	1,158	4.7	1,145	4.7	880	3.6	789	3.2
消化器内科	31,000	127.6	25,763	106.5	19,273	79.3	23,062	94.5	24,528	100.1	25,518	104.6	26,101	107.0
循環器内科	28,147	115.8	28,912	119.5	30,285	124.6	31,306	128.3	30,838	125.9	30,845	126.4	30,481	124.9
小児科	16,983	69.9	15,986	66.1	14,192	58.4	14,111	57.8	13,891	56.7	11,319	46.4	12,721	52.1
外科	14,748	60.7	14,985	61.9	15,117	62.2	16,515	67.7	12,454	50.8	11,973	49.1	12,376	50.7
整形外科	27,201	111.9	25,254	104.4	21,648	89.1	22,276	91.3	22,152	90.4	22,393	91.8	21,659	88.8
形成外科	6,014	24.7	5,936	24.5	5,892	24.3	5,695	23.3	5,873	24.0	5,694	23.3	5,879	24.1
脳神経外科	8,096	33.3	9,227	38.1	9,363	38.5	7,060	28.9	6,015	24.5	6,041	24.8	5,351	21.9
皮膚科	7,656	31.5	8,987	37.1	10,184	41.9	13,101	53.7	16,846	68.8	19,019	78.0	20,816	85.3
泌尿器科	13,410	55.2	13,100	54.1	13,205	54.3	13,947	57.2	14,779	60.3	14,318	58.7	14,170	58.1
産婦人科	7,591	31.2	6,893	28.5	6,590	27.1	6,206	25.4	5,985	24.4	5,803	23.8	6,012	24.6
眼科	18,309	75.3	17,654	73.0	15,878	65.4	14,544	59.6	9,611	39.2	9,526	39.0	13,667	56.0
耳鼻いんこう科	9,233	38.0	1,004	4.1	1,213	5.0	1,066	4.4	831	3.4	3,072	12.6	4,613	18.9
呼吸器内科･呼吸器外科	21,692	89.3	26,116	107.9	27,634	113.7	26,394	108.2	19,887	81.2	15,492	63.5	15,149	62.1
精神科	36	0.1	34	0.1	30	0.1	24	0.1	15	0.1	19	0.1	20	0.1
放射線科	2,880	11.9	3,240	13.4	3,856	15.9	3,856	15.8	4,791	19.5	5,622	23.0	5,219	21.4
歯科口腔外科	7,190	29.6	7,759	32.1	8,485	34.9	7,795	31.9	8,753	35.7	9,149	37.5	9,356	38.8
健康管理科	599	2.5	565	2.3	486	2.0	363	1.5	352	1.4	406	1.7	558	2.3
腎臓内科	3,732	15.4	3,945	16.3	4,074	16.8	4,738	19.4	4,211	17.2	3,696	15.2	4,107	16.8
緩和ケア内科	1,709	7.0	1,671	6.9	1,431	5.9	1,120	4.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0
リハビリ科	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
内科	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
脳卒中科	192	0.8	146	0.6	129	0.5	195	0.8	238	1.0	189	0.8	175	0.7
漢方内科	0	0.0	519	2.1	1,000	4.1	1,048	4.3	960	3.9	869	3.6	916	3.8
救急科	10,979	45.2	11,531	47.6	9,783	40.3	9,362	38.4	9,157	37.4	9,486	38.9	9,709	39.8
合計	261,704	1,077.0	258,890	1,069.8	252,453	1,038.9	261,765	1,072.8	250,513	1,022.5	246,163	1,008.9	253,091	1,037.7

出典：市立島田市民病院調べ

（イ） 年齢別患者数推移（外来）

平成２１年度から２５年度までの外来患者数の年齢別構成比の推移をみると、６５歳以上の高齢者の割合が増加傾向にあります。

平成２５年度の年齢別割合は、「８０歳以上」１９．３％、「７５～７９歳」１３．８％、「７０～７４歳」１２．９％、「６５歳～６９歳」１１．１％で、６５歳以上が外来患者全体の約５７％となっています。



年齢別患者数推移（外来）　　単位：人、％

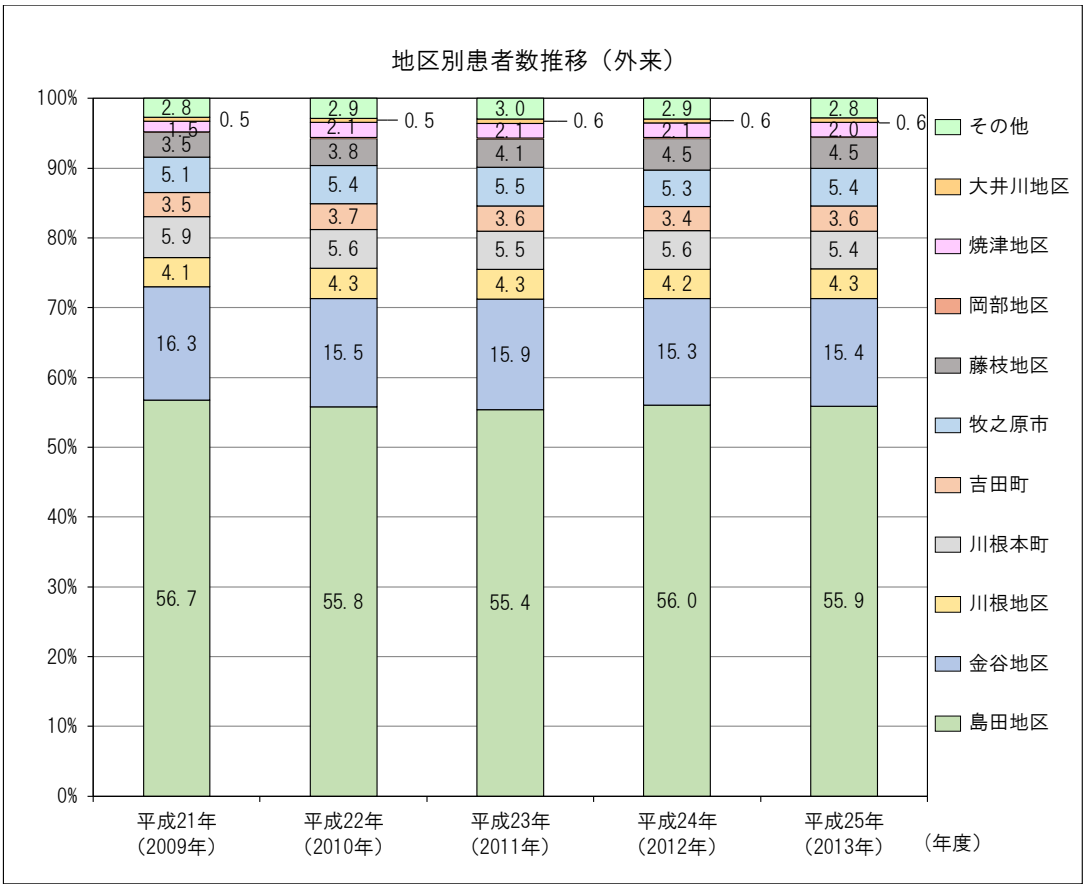
年齢階級	平成21年度（2009年）		平成22年度（2010年）		平成23年度（2011年）		平成24年度（2012年）		平成25年度（2013年）	
	1日平均	構成比	1日平均	構成比	1日平均	構成比	1日平均	構成比	1日平均	構成比
1歳未満	13.9	1.3	13.7	1.3	13.3	1.2	12.0	1.2	9.7	1.0
1～4歳	33.9	3.2	29.6	2.8	28.2	2.6	28.7	2.8	23.4	2.3
5～9歳	25.3	2.4	19.8	1.9	19.4	1.8	19.9	1.9	17.8	1.8
10～19歳	35.9	3.4	32.4	3.1	32.4	3.0	31.4	3.1	31.2	3.1
20～29歳	39.7	3.7	34.9	3.4	33.1	3.1	30.3	3.0	30.7	3.0
30～39歳	55.5	5.2	53.2	5.1	53.3	5.0	51.4	5.0	48.4	4.8
40～49歳	66.8	6.2	68.7	6.6	69.9	6.5	64.5	6.3	61.7	6.1
50～59歳	125.4	11.7	114.9	11.1	120.8	11.3	111.9	10.9	111.2	11.0
60～64歳	97.8	9.1	102.7	9.9	110.8	10.3	106.8	10.4	97.5	9.7
65～69歳	115.9	10.8	110.9	10.7	112.5	10.5	107.7	10.5	112.4	11.1
70～74歳	129.6	12.1	127.3	12.3	134.2	12.5	129.1	12.6	130.1	12.9
75～79歳	144.0	13.5	142.8	13.7	148.0	13.8	139.6	13.7	139.6	13.8
80歳以上	186.1	17.4	188.0	18.1	196.9	18.4	189.2	18.5	195.2	19.3
計	1,069.8	100.0	1,038.9	100.0	1,072.8	100.0	1,022.5	100.0	1,008.9	100.0

出典：市立島田市民病院調べ

（ウ） 地区別患者数推移（外来）

平成２１年度から２５年度までの外来患者の地区別構成の推移をみると、ほぼ同様の構成で推移しています。

平成２５年度の患者数は､｢島田市島田地区｣が５５．９％､｢島田市金谷地区｣が１５．４％と両地区で約７１％を占めています。



地区別患者数推移（外来）　　単位：人、％

区分		平成21年度（2009年）		平成22年度（2010年）		平成23年度（2011年）		平成24年度（2012年）		平成25年度（2013年）	
		1日平均	割合	1日平均	割合	1日平均	割合	1日平均	割合	1日平均	割合
島田市	島田地区	606.6	56.7	580.1	55.8	593.9	55.4	573.1	56.0	563.9	55.9
島田市	金谷地区	174.5	16.3	161.0	15.5	170.3	15.9	156.2	15.3	155.3	15.4
島田市	川根地区	44.3	4.1	44.5	4.3	45.6	4.3	42.6	4.2	42.9	4.3
川根本町		63.3	5.9	58.2	5.6	59.2	5.5	56.8	5.6	54.8	5.4
吉田町		37.0	3.5	38.6	3.7	38.2	3.6	35.0	3.4	36.4	3.6
牧之原市		54.5	5.1	56.6	5.4	59.4	5.5	53.8	5.3	54.0	5.4
藤枝市	藤枝地区	37.4	3.5	39.9	3.8	43.6	4.1	46.0	4.5	45.0	4.5
藤枝市	岡部地区	1.0	0.1	2.0	0.2	1.6	0.1	1.4	0.1	1.2	0.1
焼津市	焼津地区	16.0	1.5	22.3	2.1	22.8	2.1	21.6	2.1	20.4	2.0
焼津市	大井川地区	5.6	0.5	5.7	0.5	6.3	0.6	6.0	0.6	6.4	0.6
その他	その他	29.6	2.8	30.0	2.9	31.9	3.0	30.0	2.9	28.6	2.8
合計		1,069.8	100.0	1,038.9	100.0	1,072.8	100.0	1,022.5	100.0	1,008.9	100.0

出典：市立島田市民病院調べ

ウ 救急車搬送患者

（ア） 島田市の救急搬送件数

島田市や川根本町等で発生した救急搬送件数のうち、９０％以上を本院が受け入れています。島田市内の平成２６年の救急搬送件数は、「軽症」が１，９１９件で全体の５４％を占め、次いで「中等症」１，１９２件（３４％）、「重症」４０５件（１１％）となっています。

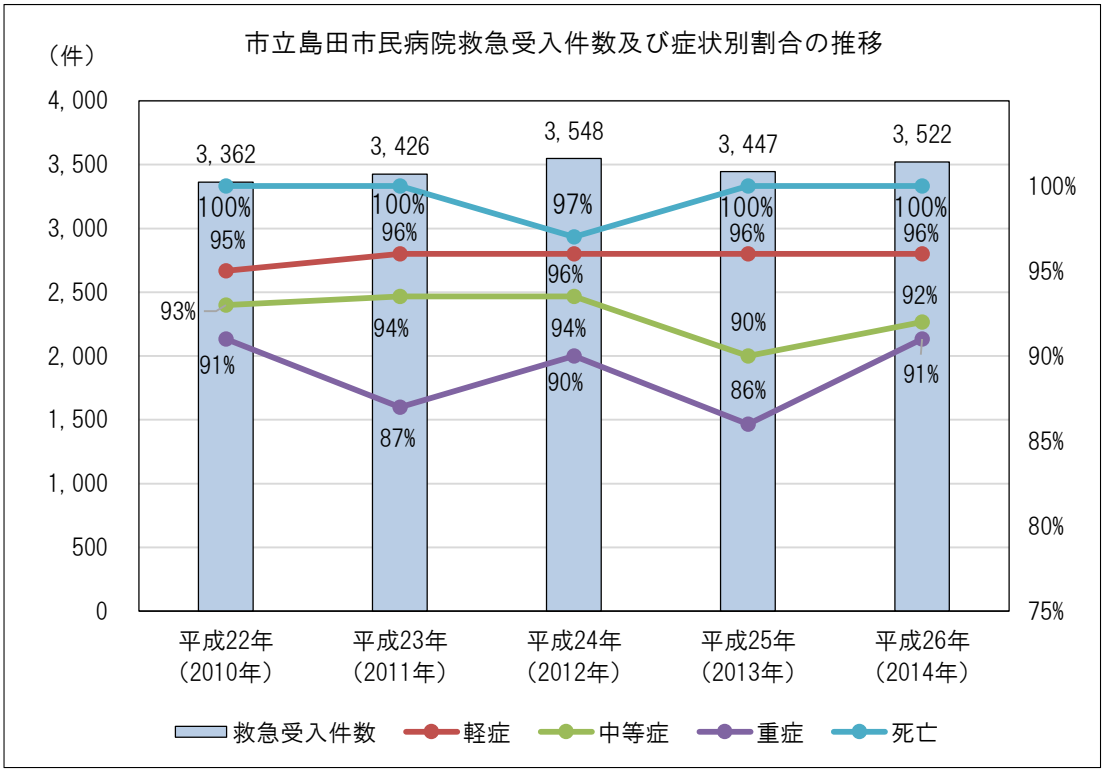
救急搬送件数（全件数）の搬送先施設　　単位：件

搬送先施設	軽症	中等症	重症	死亡	合計	割合
市立島田市民病院	1, 919	1, 192	405	6	3, 522	94%
	54. 5%	33. 8%	11. 5%	0. 2%	100%	
藤枝市立総合病院	28	26	6	0	60	2%
焼津市立総合病院	16	15	5	0	36	1%
榛原総合病院	4	0	0	0	4	0%
静岡市立病院	0	7	7	0	14	0%
藤枝平成記念病院	6	10	1	0	17	0%
その他	19	39	22	0	80	2%
合計	1, 992	1, 289	446	6	3, 733	100%

出典：島田市消防本部（平成２６年）

（イ） 救急受入件数・傷病程度別シェアの推移

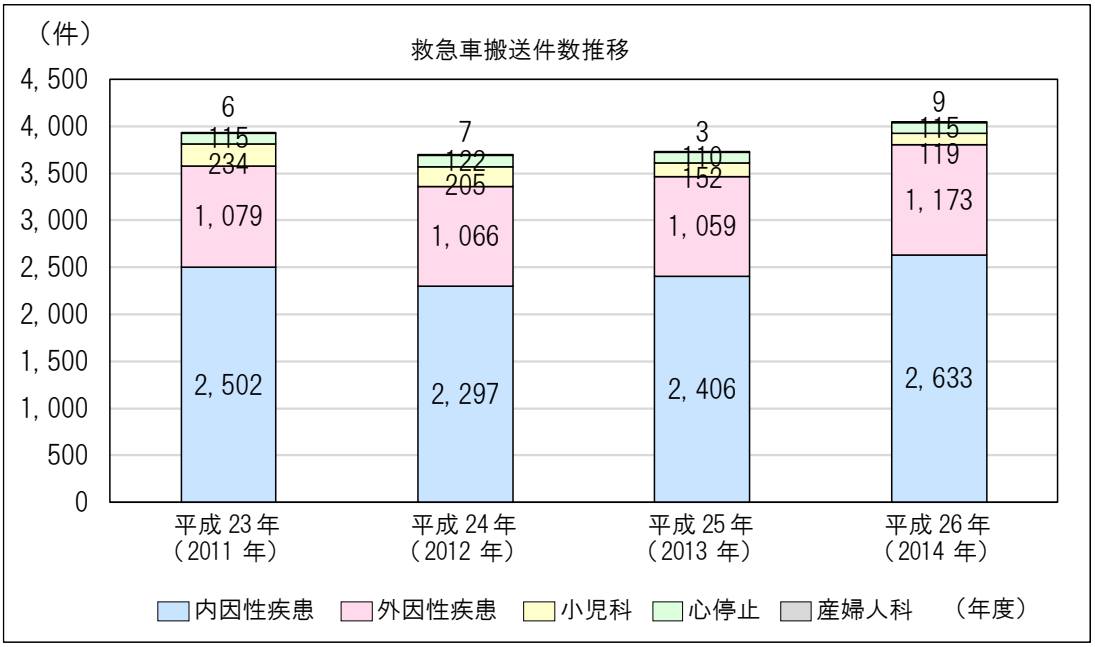
本院の救急搬送受入件数は３，５００件程度で推移し、島田市内の救急搬送割合は９０％を超えており、市民の救急医療においても重要な役割を担っています。



出典：島田市消防本部

（ウ） 救急車搬送件数の推移

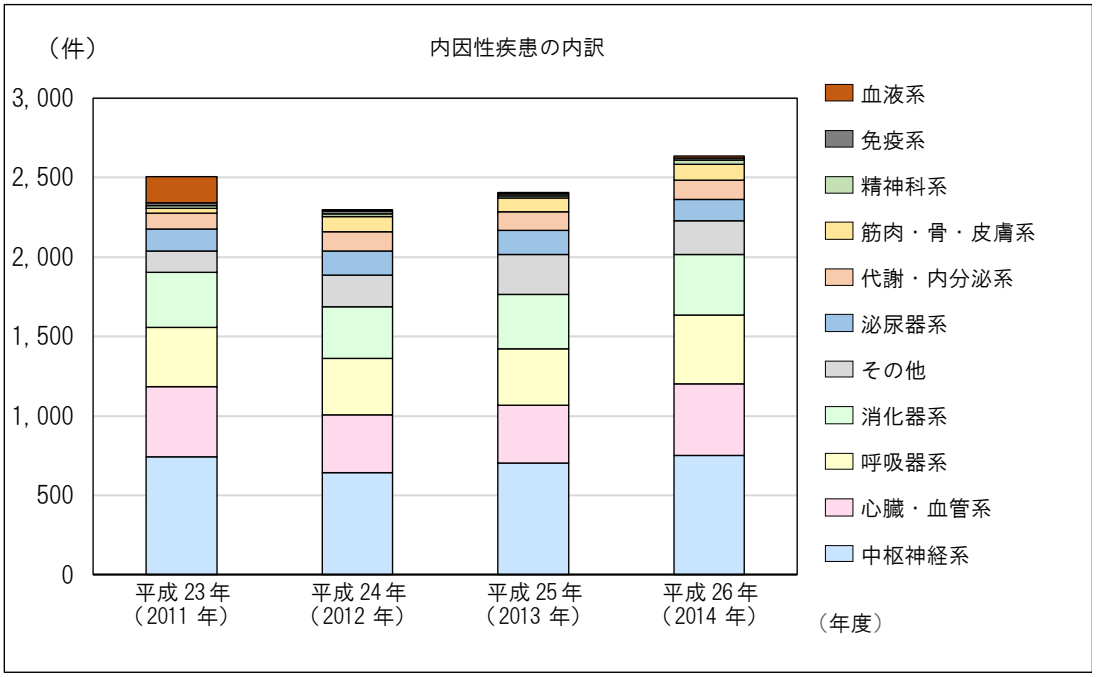
平成２４年度以降、救急搬送件数は増加傾向にあり、平成２３年度から平成２６年度までの救急車搬送件数の内訳をみると、内因性疾患及び外因性疾患によるものが全体の約９割を占めています。



出典：市立島田市民病院調べ

（エ） 内因性疾患の内訳

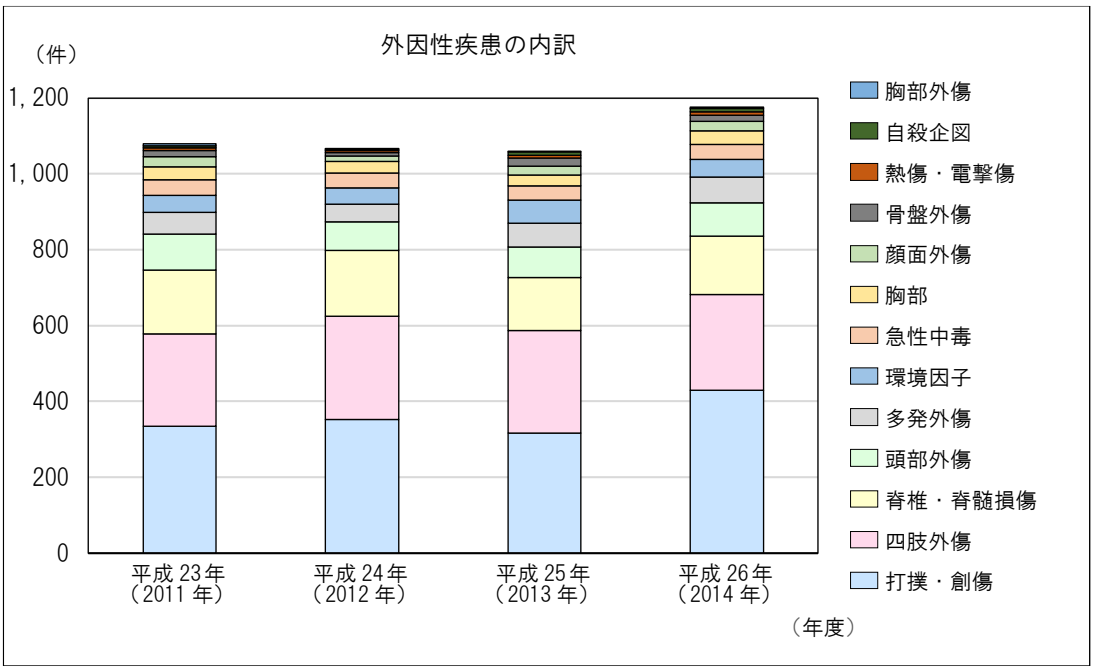
平成２３年度からの内因性疾患の救急搬送件数の内訳をみると、「中枢神経系」、「心臓・血管系」、「呼吸器系」、「消化器系」の占める割合が大きくなっています。平成２４年度以降、「泌尿器系」などが減少し、「中枢神経系」、「心臓・血管系」、「呼吸器系」、「消化器系」が増加しています。



出典：市立島田市民病院調べ

（オ） 外因性疾患の内訳

平成２３年度からの外因性疾患の救急搬送件数の内訳をみると、「打撲・創傷」、「四肢外傷」、「脊椎・脊髄損傷」の占める割合が大きくなっています。



出典：市立島田市民病院調べ

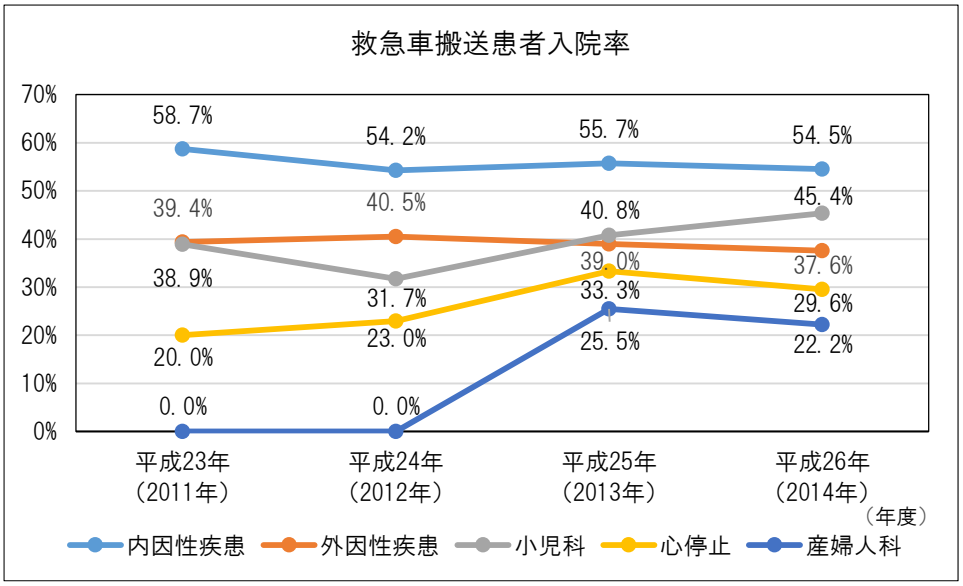
内因性疾患及び外因性疾患の救急搬送件数内訳の推移

単位（件）

疾患区分		平成23年（2011年）	平成24年（2012年）	平成25年（2013年）	平成26年（2014年）
内因性疾患					
	中枢神経系	745	643	703	753
	心臓・血管系	438	363	365	447
	呼吸器系	375	358	355	434
	消化器系	344	325	341	381
	その他	137	199	251	211
	泌尿器系	135	152	151	135
	代謝・内分泌系	102	120	118	122
	筋肉・骨・皮膚系	30	94	86	99
	精神科系	18	19	13	27
	免疫系	14	15	13	13
	血液系	164	9	10	11
	内因性疾患　計	2502	2297	2406	2633
外因性疾患					
	打撲・創傷	333	352	316	429
	四肢外傷	244	273	271	253
	脊椎・脊髄損傷	169	172	139	153
	頭部外傷	94	75	81	89
	多発外傷	59	48	63	67
	環境因子	44	43	61	46
	急性中毒	42	39	37	40
	胸部	33	30	29	36
	顔面外傷	26	14	23	26
	骨盤外傷	17	9	21	16
	熱傷・電撃傷	7	5	8	8
	自殺企図	6	5	8	8
	胸部外傷	5	1	2	5
	外因性疾患　計	1, 079	1, 066	1, 059	1, 176
	合計	3, 581	3, 363	3, 465	3, 809

（カ） 救急車搬送患者入院率

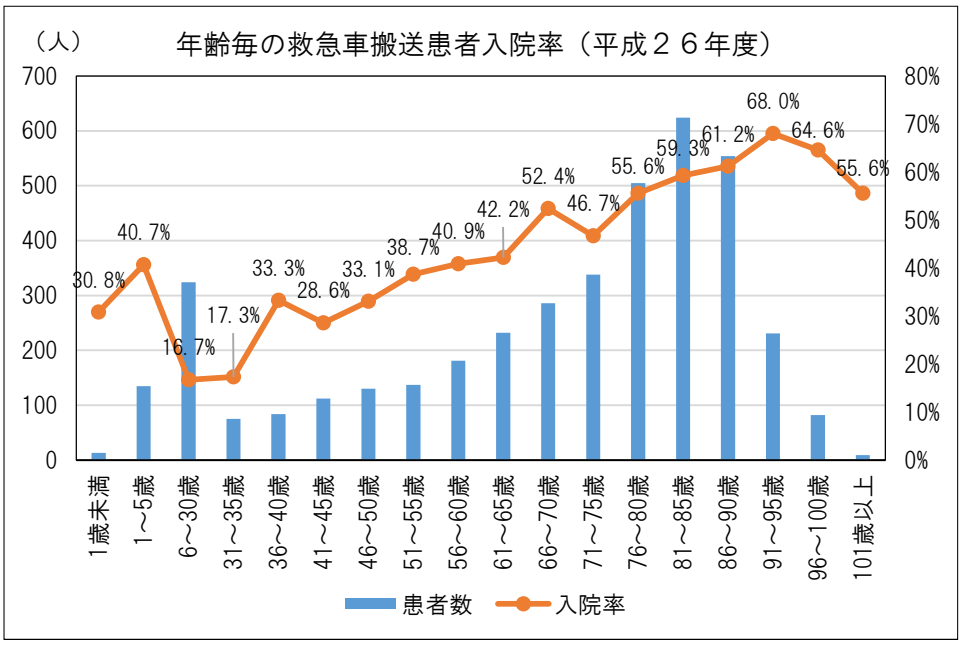
救急車搬送された患者のうち、救急処置後に入院を必要とした患者の割合を示す入院率の推移をみると、内因性疾患及び外因性疾患は微減傾向にあるものの、小児科の入院率は平成２４年度以降、増加しています。



出典：市立島田市民病院調べ

（キ） 年齢毎の救急車搬送患者入院率

平成２６年度の年齢毎の患者は、８１～８５歳が６２４人と最も多く、救急車搬送患者入院率をみると、６５歳以上の高齢者が多く、全体の約６５％を占めています。



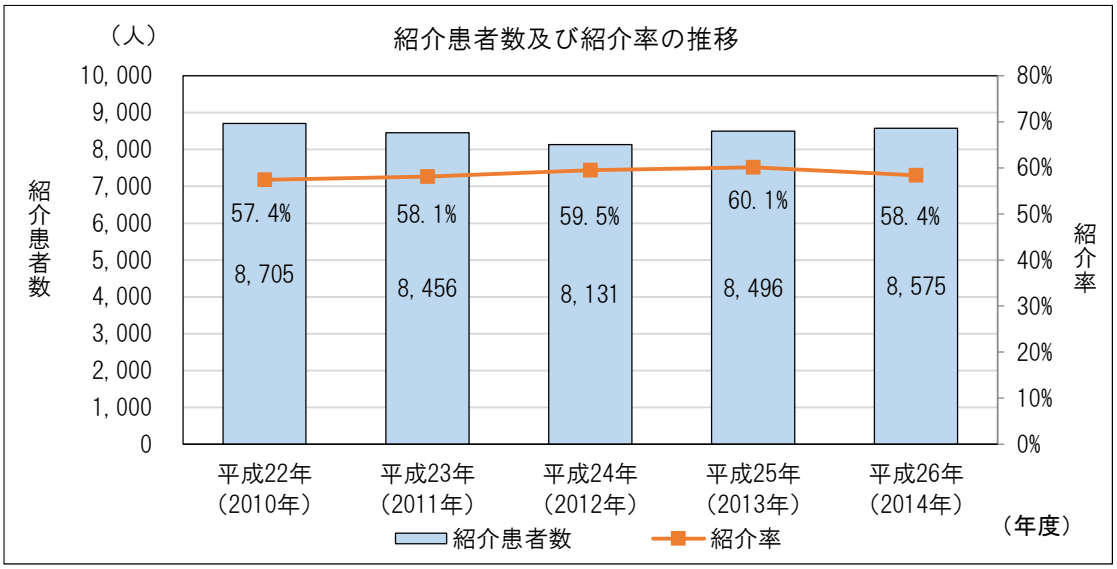
出典：市立島田市民病院調べ

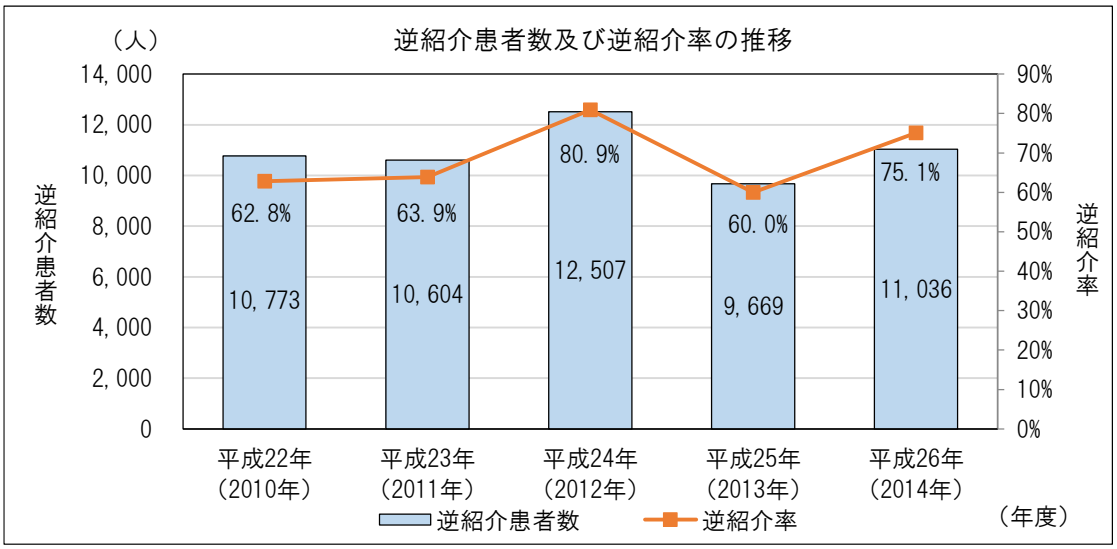
エ 紹介患者

（ア） 患者紹介・逆紹介件数推移

本院は平成２３年９月に地域医療支援病院として承認されています。平成２２年度からの紹介患者数は約８，１００人から８，７００人で増減しています。紹介率は増加傾向で平成２５年度は６０．１％となっています。平成２６年度は算定方法が変更されたこともあり５８．４％となっています。

逆紹介患者数は約９，６００人から１３，０００人で増減しています。逆紹介率は増加傾向でしたが、平成２５年度は前年度より約２０ポイント減少し６０．０％となりましたが、２６年度は７５．１％と回復しています。





紹介率及び逆紹介率の推移

項目＼年度	平成22年（2010年）	平成23年（2011年）	平成24年（2012年）	平成25年（2013年）	平成26年（2014年）
紹介患者数（人）	8, 705	8, 456	8, 131	8, 496	8, 575
紹介率（%）	57. 4	58. 1	59. 5	60. 1	58. 4
逆紹介患者数(人)	10,773	10,604	12,507	9,669	11,036
逆紹介率(%)	62.8	63.9	80.9	60.0	75.1

出典：市立島田市民病院調べ

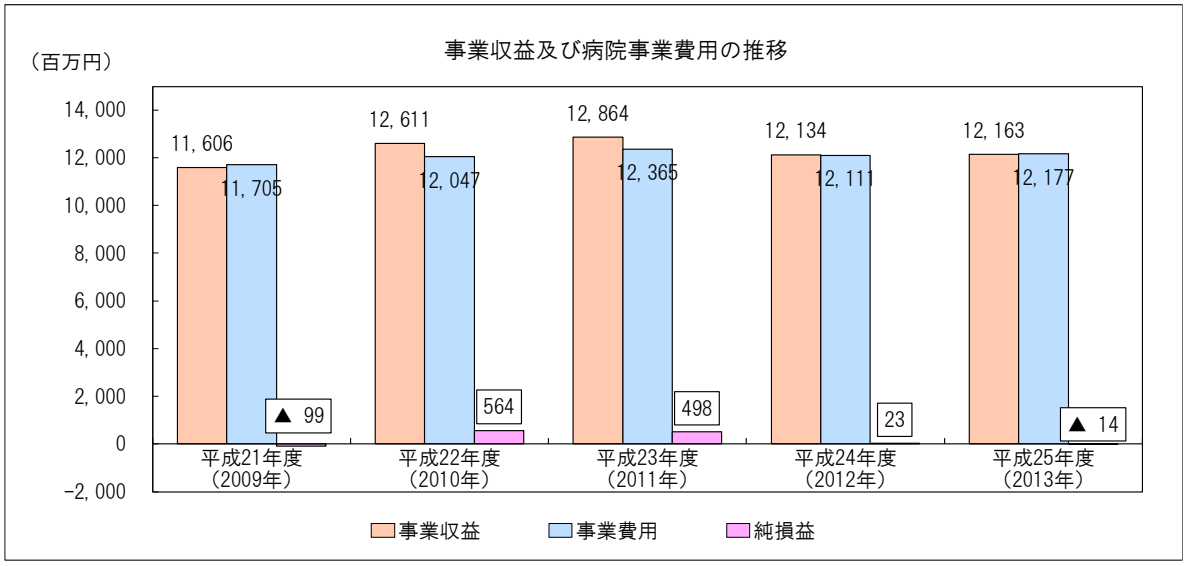
（７） 経営状況

ア 事業収益と事業費用の推移

事業収益は平成２１年度から増加し、平成２３年度は約１２８億円でしたが、平成２４年度は約７億円減少し約１２１億円となり、平成２５年度も同程度の値となっています。

事業費用は事業利益と同様の傾向で平成２３年度は約１２４億円、平成２４年度は約２億５千万円減少し１２１億円となり、平成２５年度も同程度の値となっています。

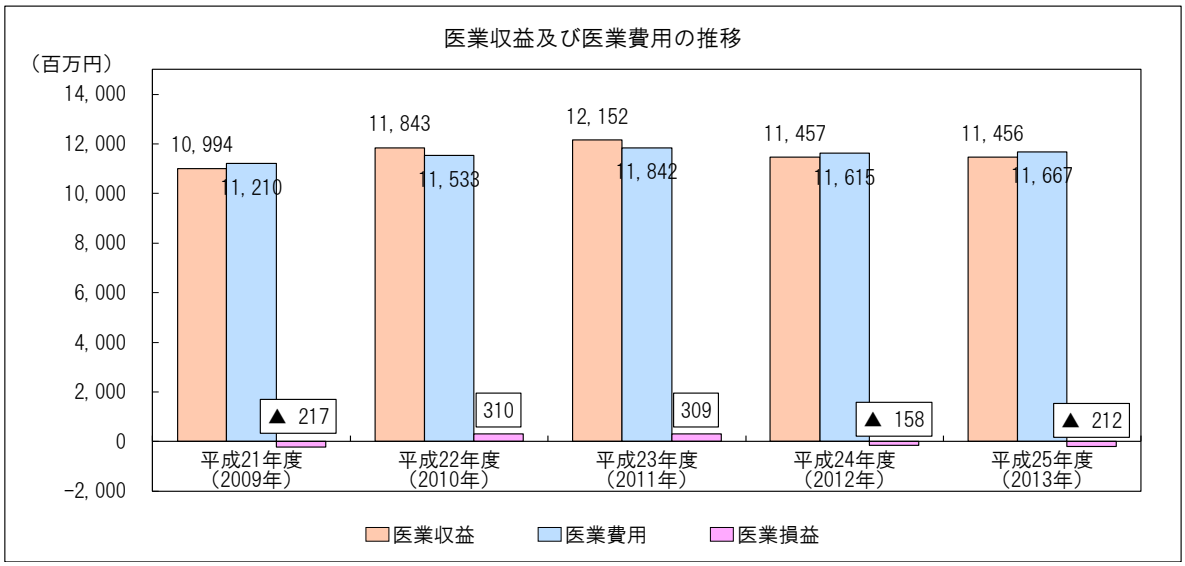
平成２２年度、２３年度は約５億円の利益を計上しましたが、平成２４年度は約２千３百万円と減少し、平成２５年度は約１千４百万円の損失となっています。



出典：地方公営企業年鑑

イ 医業収益と医業費用の推移

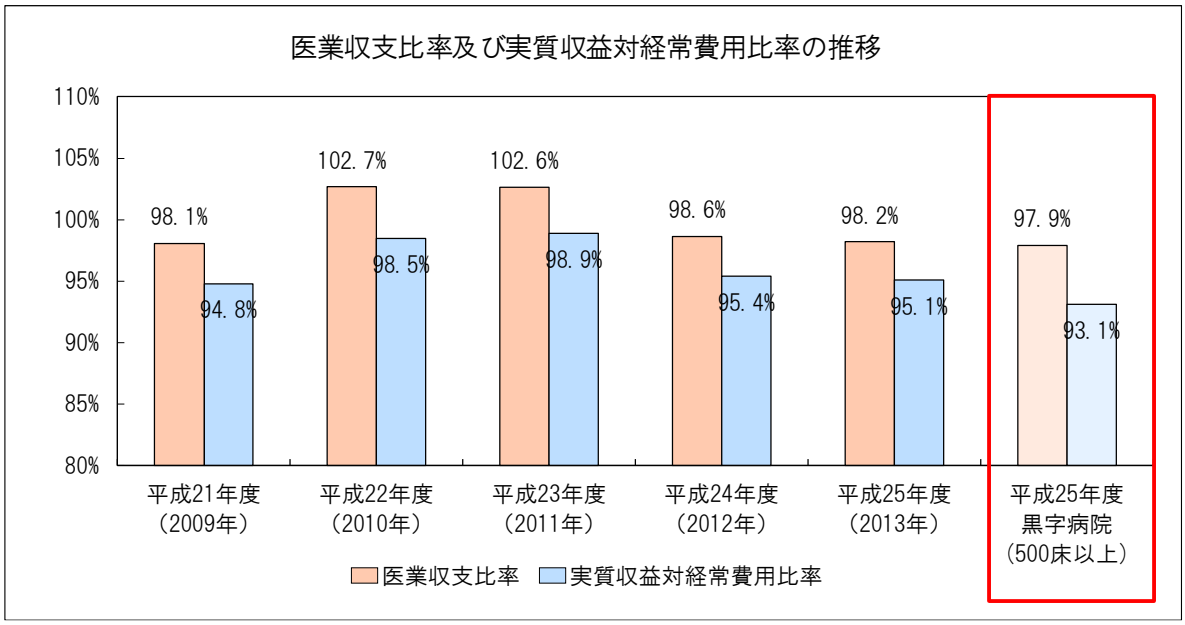
医業収益、医業費用は事業収益、事業費用と同様の傾向で推移し、平成２２年度、２３年度は約３億円の利益を計上しましたが、平成２４年度は約１．５億円、平成２５年度は約２億円の損失となっています。



出典：地方公営企業年鑑

ウ 医業収支比率と実質収益対経常費用比率の推移

実質収益対経常費用比率は、平成２３年度には９８．９％となりましたが、平成２４年度、２５年度は９５％台に低下しています。これは比較指標（平成２５年度地方公営企業年鑑：病床５００床以上黒字）の９３．１％を上回っています。

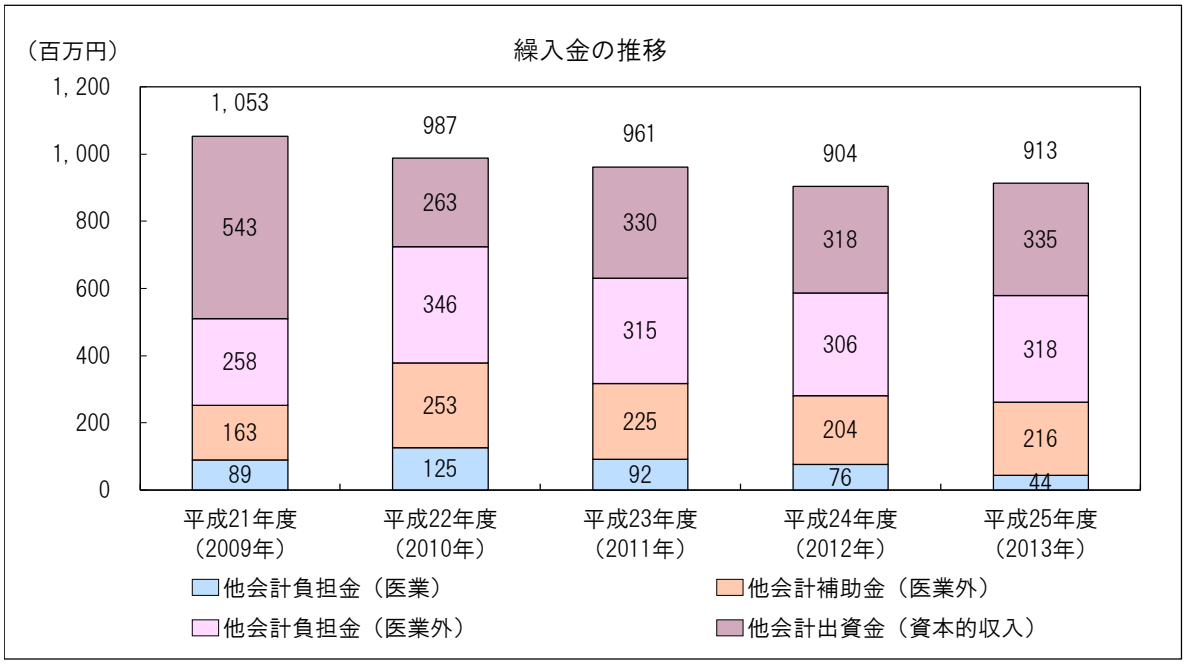


出典：地方公営企業年鑑

エ 繰入金、剰余金の推移

（ア） 繰入金の比較

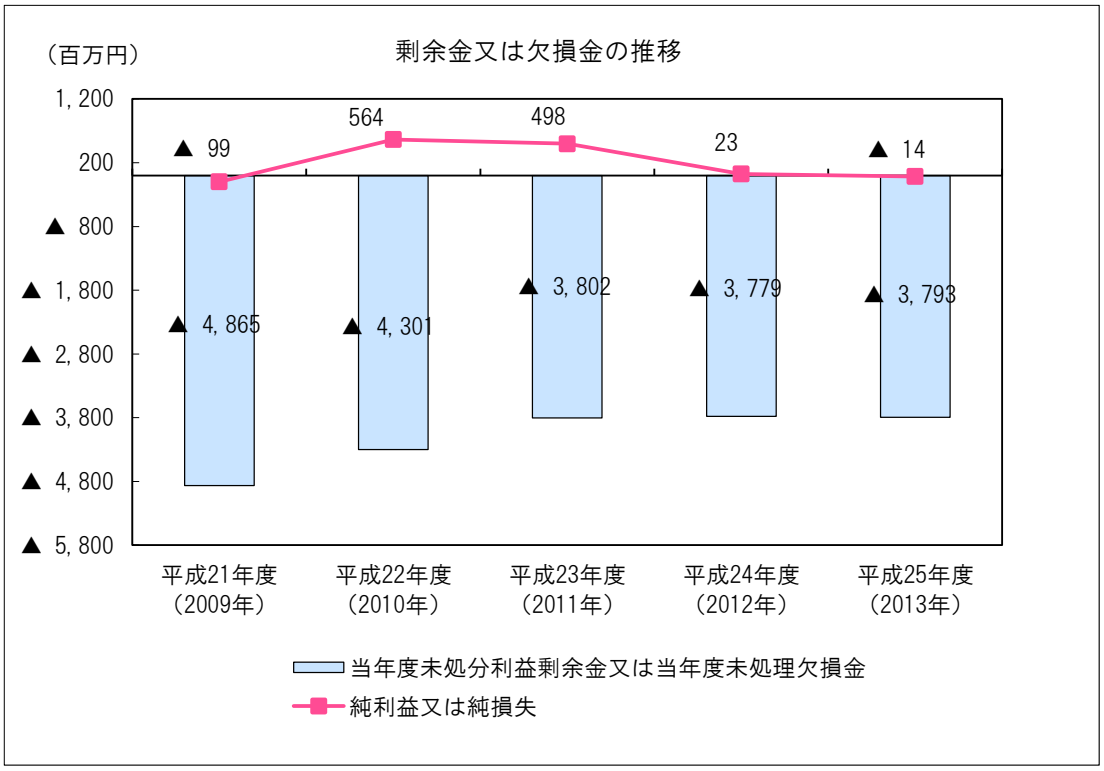
繰入金（資本的収入含む）については、平成２１年度以降減少していましたが、平成２５年度は２４年度に比べ約１千万円増加し約９．１億円の繰り入れが生じています。



出典：地方公営企業年鑑

（イ） 剰余金又は欠損金の推移

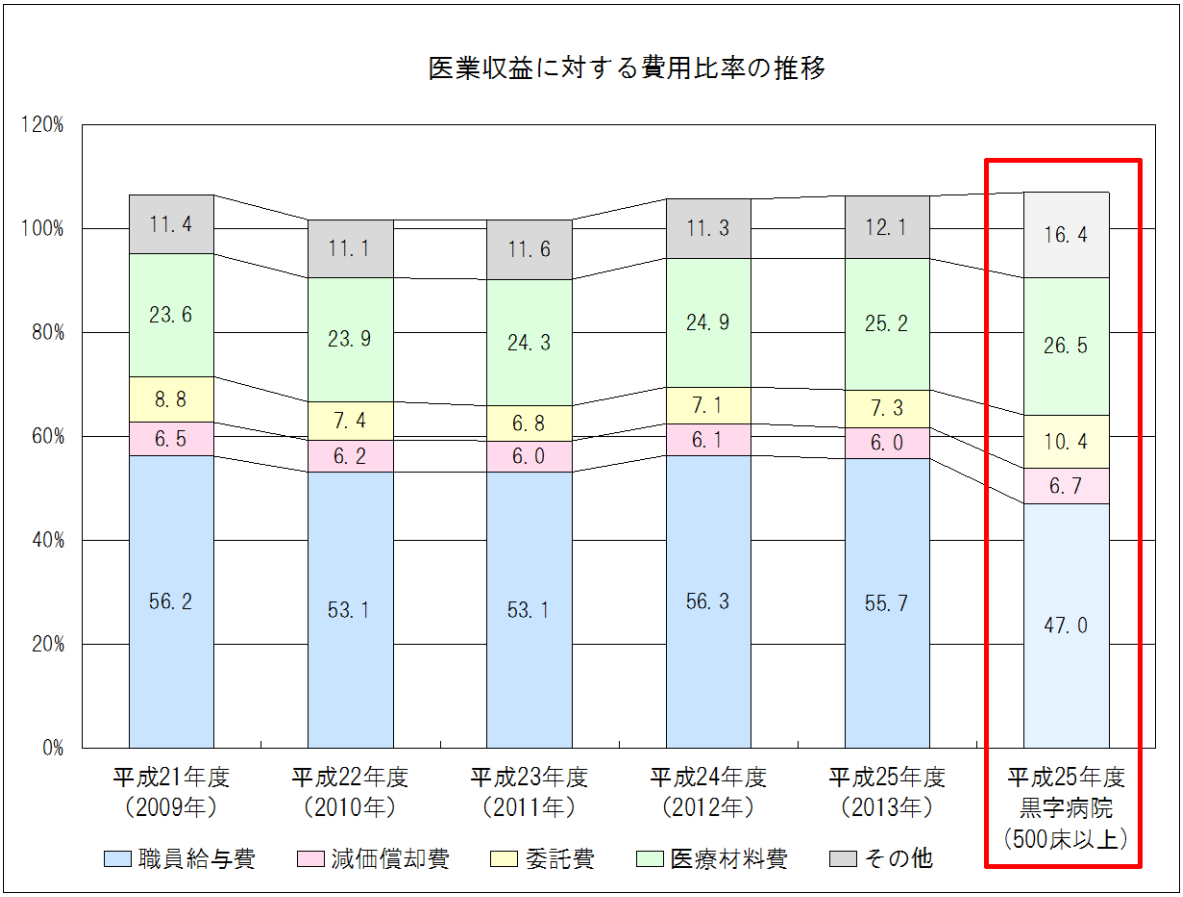
平成２２年度から２４年度までは純利益を計上していることから、欠損金は改善し平成２２年度に４８．７億円であったものが、平成２５年度は３７．９億円まで減少しています。



出典：地方公営企業年鑑

オ 医業収益に対する費用比率の推移と比較

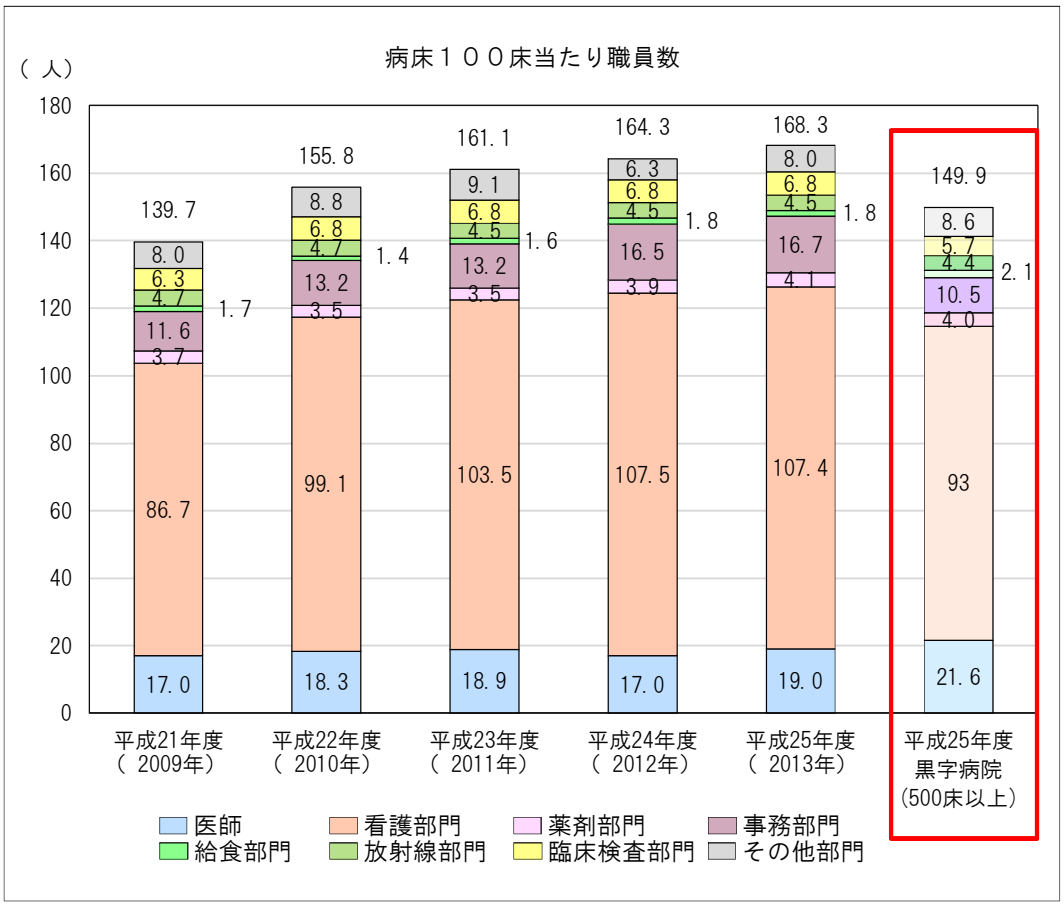
医業収益に対する費用構成比率をみると、職員給与費比率は平成２２年度、２３年度は医業収益が増加したこともあり低下していますが、平成２４年度、２５年度は約５６％となっています。医療材料費比率は平成２１年度以降微増加傾向にあり、平成２５年度は２５．２％となっています。本院は療養病床を含むため、単純な比較はできませんが、一般病床５００床以上の黒字病院と比較すると、職員給与費比率は約９ポイント上回っています。委託料比率は約３ポイント、その他は約４ポイント下回っています。



出典：地方公営企業年鑑

カ 病床１００床当たり職員数の比較

病床１００床当たり職員数は平成２１年度以降増加傾向にあり、看護部門、事務部門で増加がみられます。指標（平成２５年度地方公営企業年鑑：病床５００床以上黒字）に対し、看護部門は約１４ポイント、事務部門約６ポイント高く、医師は約３ポイント低くなっています。



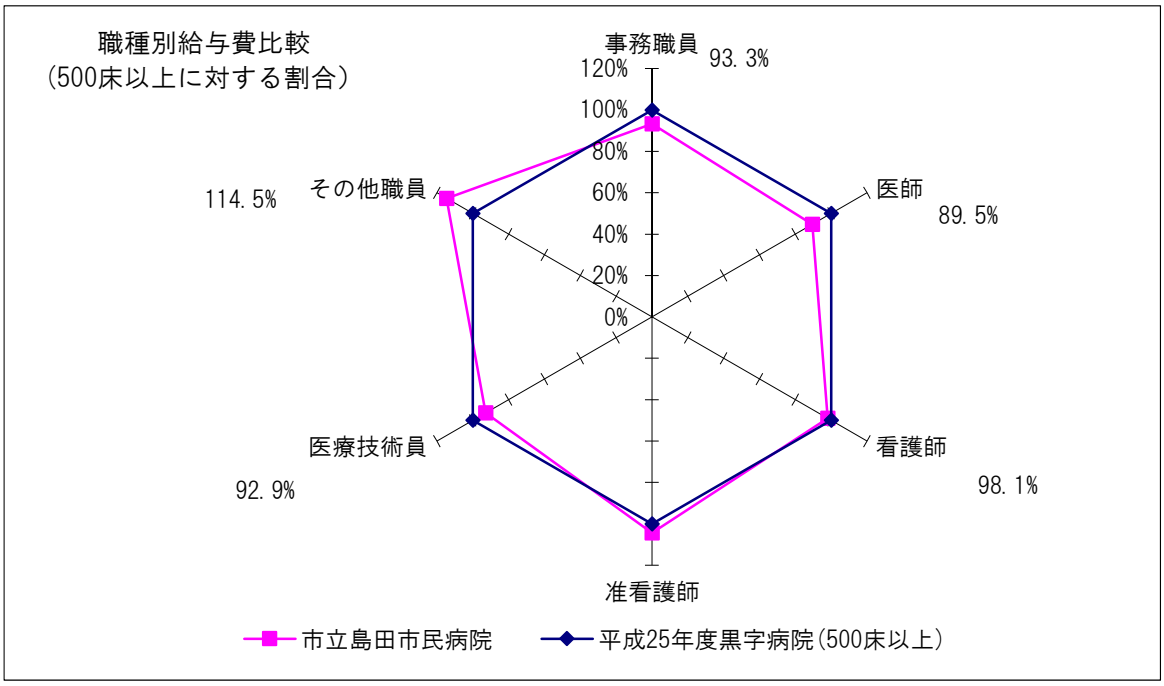
出典：地方公営企業年鑑

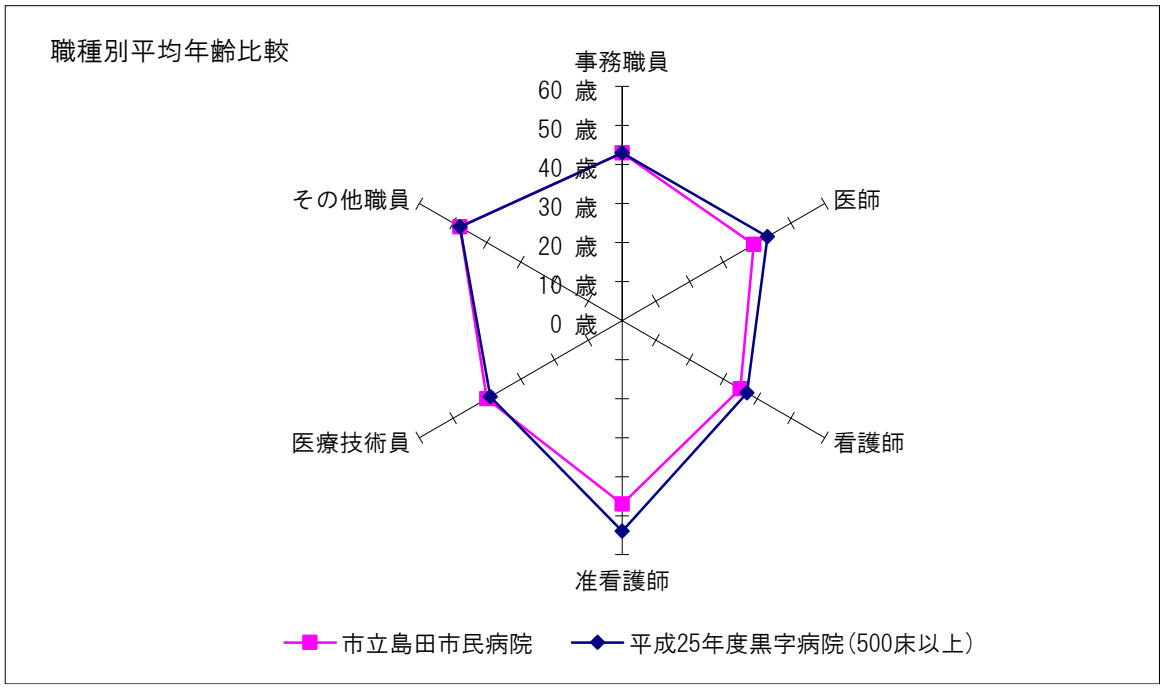
※本院の１００床当たり職員数については、医療秘書、非常勤及び嘱託等職員を含んでいます。

キ 職種別給与費の比較

平成２５年度の本院の職種別給与を指標（平成２５年度地方公営企業年鑑：病床５００床以上）と比べると、その他職員、准看護師で上回り、それ以外の職種は下回っています。

また、職種別平均年齢は、医師、看護師、准看護師で下回り、その他の職種は同程度となっています。





出典：地方公営企業年鑑

４ 本院に係る基本分析・主な課題

（１） 本院の周辺環境に係る基本分析

ア 志太榛原保健医療圏の状況

・志太榛原保健医療圏では、基準病床３，５０７床に対し、既存病床３，５１０床とほぼ均衡のとれた病床整備状況となっています。

・志太榛原保健医療圏の一般病床の利用率（６７．６％）は、静岡県全域（７１．６％）、全国（７５．５％）と比べ低くなっています。

・志太榛原保健医療圏の平均在院日数（１４．６日）は、静岡県全域（１５．６日）、全国（１７．２日）と比べ短くなっています。

・志太榛原保健医療圏の人口１０万人対医師数（９４．９人）は、静岡県全域（１２８．１人）、全国（１６２．３人）と比べ少ない状況です。

・志太榛原保健医療圏の人口１０万人対薬剤師数（２０．９人）は、静岡県全域（２９．５人）、全国（３５．９人）と比べ少ない状況です。

・志太榛原保健医療圏の人口１０万人対看護師数（４００．１人）は、静岡県全域（４９２．０人）、全国（５８６．８人）と比べ少ない状況です。

・志太榛原保健医療圏内の医療機関は、本院を含めて１３病院であり、病院群輪番制病院（二次救急医療）は４病院、災害拠点病院は３病院となっています。

・本院を中心とした半径５ｋｍ圏内には、藤枝市立総合病院が設置されています。

・志太榛原保健医療圏の人口は、年々減少し、平成５２年には平成２７年の８４．５％になることが予測されています。

・島田市の将来推計人口では、平成５２年には平成２７年の７９．９％まで減少する一方で、高齢化率は３７．５％まで上昇することが予測されています。特に７５歳以上人口は、平成４２年まで増加することが予測されています。

イ 推計患者数

（ア） 入院患者

・志太榛原保健医療圏の１日当たりの入院患者数は、平成３７年（２０２５年）には３，５３７人に達し、その後、平成４２年まで増加すると推計されます。

・島田市の１日当たりの入院患者数は、平成３７年（２０２５年）には５７５人に達し、その後、平成４２年まで増加すると推計されます。平成２７年と平成４２年を疾病分類別に比較すると特に「循環器系」、「損傷」、「呼吸器系」などが増加し、「妊娠」などが減少しています。

（イ） 外来患者

・志太榛原保健医療圏の１日当たりの外来患者数は、平成３２年の２４，６８２人をピークに減少すると推計されます。

・島田市の１日当たりの外来患者数は、平成２７年の５，２２７人をピークに減少すると推計されます。平成２７年と平成４２年を疾病分類別に比較すると「循環器系」、「筋骨格系」は微増しますが、他は減少しています。

（２） 本院の状況に係る基本分析

ア 職員数の動向

・本院の職員数は平成２０年度以降、平成２５年度まで増加してきましたが、平成２６年度は若干減少しています。増加の主たる要因は看護師数の増加によるものです。医師数については、増減はあるものの一定数を確保し、医療機能の確保に努めています。

イ 病院の患者動向

（ア） 入院

・１日平均入院患者数は平成２０年度以降増減がみられ、平成２４年度は４１０人まで減少しましたが、以降は増加傾向を示し、平成２６年度は４２８人となっています。診療科別にみると、平成２４年度は医師が不在となった眼科及び医師が減少した呼吸器内科・呼吸器外科の減少が大きくなっています。

・一般病床（回復期リハビリテーション病棟を除く。）の平均在院日数は平成２５年度の１４．０日を除き１２日後半から１３日前半で推移しています。

・病床利用率は平成２２年度、２３年度は９０％前後でしたが、平成２４年度以降は８０％前後で推移しています。

・平成２１年度から２５年度までの入院患者数の年齢別構成の推移をみると、２３年度以降８０歳以上の割合が増加しています。平成２５年度の年齢別割合は、「８０歳以上」が３９．０％、「７５～７９歳」が１３．２％、「７０～７４歳」が１１．０％、「６５歳～６９歳」が９．０％で６５歳以上の割合が約７２％となっています。

・平成２１年度から平成２５年度の入院患者数の地区別構成の推移をみると、２４年度以降から島田市島田地区の患者数割合が増加傾向にあります。平成２５年度は、島田市内が約７５％となっており、地区別では、「島田市島田地区」が最も多く約５６％となっています。

・平成２４年度から平成２６年度の１日当たり患者数の推移をみると、「新生物」、「循環器」、「呼吸器系」、「消化器系」、「損傷」などが増加しています。これは、島田市の将来推計患者と同様の傾向にあります。

・平成２４年度から平成２６年度の本院に救急搬送される患者の疾病分類別内訳の推移をみると、「新生物」、「神経系」、「循環器系」、「呼吸器系」、「消化器系」、「損傷」などが増加しています。

（イ） 外来

・平成２０年度以降の１日平均外来患者数は、１，０００人～１，０８０人前後で増減しています。平成２４年度は前年度と比べ約５０人減少しており、医師の減少等のあった眼科、呼吸器内科・呼吸器外科で減少しています。

・平成２１年度から２５年度までの外来患者数の年齢別構成比の推移をみると、６５歳以上の高齢者の割合が増加傾向にあります。平成２５年度の年齢別割合は、「８０歳以上」１９．３％、「７５～７９歳」１３．８％、「７０～７４歳」１２．９％、「６５歳～６９歳」１１．１％で、６５歳以上が外来患者全体の約５７％となっています。

・平成２１年度から２５年度までの外来患者の地区別構成の推移をみると、ほぼ同様の構成で推移しています。平成２５年度の患者数は、「島田市島田地区」が５５．９％、「島田市金谷地区」が１５．４％と両地区で約７１％を占めています。

ウ 救急搬送状況

・島田市や川根本町等で発生した救急搬送件数のうち、９０％以上を本院が受け入れています。島田市内の平成２６年の救急搬送件数は、「軽症」が１，９１９件で全体の５４％を占め、次いで「中等症」１，１９２件（３４％）、「重症」４０５件（１１％）となっています。

・本院に救急搬送される疾患は、内因性疾患の占める割合が大きくなっています。また、平成２４年度以降、「中枢神経系」、「心臓・血管系」、「呼吸器系」、「消化器系」が増加しています。

・平成２６年度の年齢毎の救急車搬送患者入院率をみると、６５歳以上の高齢者が多く、全体の約６５％を占めています。

エ 経営状況

・実質収益対経常費用比率については、平成２３年度には９８．9%であったが平成２５年度で９５．１％に低下しているが、比較指標となる平成２５年度地方公営企業年鑑の病床５００床以上の黒字病院の平均値９３．１％を上回っています。

・繰入金（資本的収入含む）については、平成２１年度以降減少していましたが、平成２５年度は平成２４年度に比べ約１千万円増加し、約９億１千万円の繰り入れが生じています。

・職員給与費比率は、平成２２年度、平成２３年度は医療収益が増加したこともあり低下していますが、平成２４年度、平成２５年度は約５６％となっています。

・医療材料費比率は平成２１年度以降微増傾向にあり、平成２５年度は２５．２％となっています。

オ 連携状況

・本院は平成２３年９月に地域医療支援病院として承認されています。平成２２年度からの紹介患者数は約８，１００人から８，７００人で増減しています。紹介率は増加傾向で平成２５年度は６０．１％となっています。平成２６年度は算定方法が変更されたこともあり５８．４％となっています。

・逆紹介患者数は約９，６００人から１３，０００人で増減しています。逆紹介率は増加傾向でしたが、平成２５年度は前年度より約２０ポイント減少し６０．０％となりましたが、２６年度は７５．１％と回復しています。

カ 診療実績

・本院の医療圏でのシェアの評価の目安として、志太榛原保健医療圏内のＤＰＣ対象の５病院の病床数割合である２６．２％を設定すると、８診断群で目安を超えています。なかでも「眼科」、「血液」、「小児」は最も高くなっています。また、今後患者の増加が予測される「循環器」、「呼吸器」などでシェアが高くなっています。

・高齢化が進む本圏域において、今後の需要が高まることが想定される循環器疾患患者数のＤＰＣ対象の５病院の状況をみると、本院は、藤枝市立総合病院に次いで多くなっています。疾患別では、「弁膜症」、「閉塞性動脈疾患」、「狭心症、慢性虚血性心疾患」及び「急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞」で藤枝市立総合病院を上回っています。

（３） 基本分析からの課題

国や県の医療政策動向や本院を取り巻く状況等を踏まえ、今後の新病院における課題を以下のとおり整理します。

ア 医療需要

平成４７年の島田市の人口は平成２７年と比較し、約１６％減少するが、受療率の高い６５歳以上の高齢者はほぼ横ばいで推移すると推計されます。これから、入院医療需要を推計すると、平成４２年の５７９人をピークに減少し、平成６２年には現状の推計患者数５３５人を３０人程度下回ると推計されます。

傷病分類別では、循環器疾患、損傷、呼吸器系疾患が増加すると推計されます。

島田市の入院医療需要は大きく減少することがないことから市内で唯一の病院である本院は、適切な機能・規模を維持していく必要があります。

イ 急性期医療

国が示す病床機能の分化という方針の中で、引き続き市民の命と健康を守る市内唯一の総合病院として存続していくためには、急性期を中心とする医療に重点を置いた地域医療の中核を担っていくことが求められます。

ウ 救急医療

志太榛原保健医療圏には救命救急センターが設置されていないこと、また隣接する保健医療圏の救命救急センターからの３０分圏内にカバーされていないことから、志太榛原保健医療圏内の病院がその機能を担っていると考えられます。

本院は島田市消防本部管内（島田市及び川根本町）の救急搬送事案の約９５％を受入れています。特に「急性心筋梗塞」、「狭心症、慢性虚血性心疾患」などの迅速な対応が求められる患者を多く受け入れています。

今後も高齢化により救急患者数の増加が見込まれることから、対応した機能の充実が求められます。

エ 災害時における医療

「災害拠点病院」、「救護病院」、「静岡ＤＭＡＴ指定病院」、「初期被ばく医療機関」として、南海トラフ地震等の大規模地震や水害等の突発的かつ広域的な大災害時においても医療活動が継続できるよう、引き続き重要な役割を担っていく医療体制が必要となります。

オ 小児医療、周産期医療、へき地の医療等

小児救急医療、小児専門医療、正常分娩等を担い、近隣の診療所等も支援しつつ市民が安心できる質の高い医療を引き続き行う必要があります。

カ 人材育成等

地域で求められる医療を安定的に提供していくためには、医師、看護師をはじめとする医療従事者の確保が必要となります。

特に医師の確保は医療の提供、患者数の増減に大きく影響することから負担の軽減策、研修環境の整備、勤務環境の整備等を図り魅力ある病院づくりをすることが重要となります。

キ 医療圏内の連携推進

当市においては本院を除き療養病床が無く、地域完結型の医療を推進していく中で急性期の治療を終えた患者の療養環境について圏域の課題として検討していく必要があります。

また、患者の在院日数の短縮を図るためには、圏域内での各医療機関の役割分担と連携を一層強化していく必要があります。

平成２６年度の本院の在宅復帰率は９７．１％で、退院先のほとんどは「自宅」となっています。今後は高齢者のみの世帯も増え、自宅への退院が困難となる可能性があり、退院患者の療養環境を充実させていくためにも、医療・介護の連携を中心とし、国が描いた在宅支援のシステム（地域包括ケアシステム）の実現が急務となります。

５ 新病院建替えの必要性

将来にわたって志太榛原保健医療圏の医療を担う本院は、以下のような施設面の課題を抱えているため、建替えを進める必要があります。

（１） 災害拠点病院としての耐震性の不足

現在の病院本館については、静岡県が独自に策定した東海地震に対する公共建築物の耐震性能判定基準では「耐震性能がやや劣る建物」、「倒壊する危険性は低いが、かなりの被害をうけることも想定される」建物に該当しています。

大規模地震等の突発的かつ広域的な大災害時においても医療活動が継続できるよう、早期に十分な耐震性を確保した新病院整備を行うことが必要です。

（２） 建物の老朽化

本館は築３６年（昭和５３年１２月竣工）、東館は築２７年（昭和６３年３月竣工）が経過し、施設設備の老朽化が進行しています。また、新たな医療機器の導入による狭あい化、増改築を繰り返してきたことによる動線の複雑化、バリアフリー化への対応の遅れによる療養環境の悪化等、高度な医療を担うことを阻害する要因が生じています。

さらに、平成１７年から建替えに向けた検討が行われていることに伴い、既存建物への改修投資が抑えられているため、より一層老朽化が進行している状況にあります。特に給水・給湯配管及び排水管等は、たびたび漏水が発生しており、速やかな対応が必要です。

（３） 建物の狭あい化

病院全体や病棟部門の１床当たり面積、手術部門の１室当たり面積を、近年の同規模病院と比較すると不足している状況です。

また、病室が狭いため現在の医療法上の基準による診療報酬の加算が取得できない状況にあります。特に、療養環境加算の取得にあたっては、一般病床における１床当たりの病室面積は８㎡以上であることが求められますが、現状では、東館病棟の６床室が１床当たり約６㎡であり、基準を満たしていないことから、病室面積の拡大が必要です。

平成２５年度に実施した患者アンケートでは、病室、病棟内の環境（ベッド周り、病室の照明・換気・空調等）について、十分な「満足」が得られていないという回答がみられたことから、１人当たりの専有面積の狭い６床室の廃止や、トイレ、浴室等のバリアフリー化の推進、外来診察室等におけるプライバシーの確保等の課題に対する早急な対応が求められています。

１床当たり面積の比較	本院	他病院平均
病院全体	５９．１８㎡	７７．２０㎡
病棟部門	２４．７６㎡	２７．２８㎡
１室当たり面積の比較	本院	他病院平均
手術部門	１２７㎡	１９０．１㎡

出典：日本医療福祉建築協会　平成２０年「病院の部門別面積に関する研究」

（４） 動線の複雑化

医療の高度化や医療環境の変化に対応するために行ってきた新たな医療機器の導入や度重なる増改築の結果、患者・職員・物品搬送動線の複雑化が著しい状況となっています。その結果、部門配置のわかりにくさや業務の非効率性を招いています。新病院は、機能の集約化等の工夫により、動線を短縮化し、患者の利便性の向上及び業務の効率化を図る必要があります。

（５） 医療技術の高度化への対応

医療技術の高度化や診療報酬制度の変化に柔軟に対応するため、病棟や手術室等の拡充を図る必要があります。

第２章 全体計画

１ 新病院の理念と基本方針

（１） 理念

地域医療に貢献する。

（２） 基本方針

１．質の高い医療を実践する。
２．地域の医療、保健・福祉機関と連携する。
３．患者の権利を尊重し、医の倫理を遵守する。
４．優れた医療人を育成する。
５．健全経営を行う。

２ 重点機能

新病院が果たすべき役割及び備える重点機能として、次の５つの方針を掲げます。

（１） 地域医療連携と急性期医療体制の実践

静岡県保健医療計画に定められた志太榛原保健医療圏域における７疾病５事業ごとの医療連携体制を踏まえ、県がん診療連携推進病院、地域肝疾患診療連携拠点病院の役割や急性心筋梗塞の救急医療などについては、引き続き重点的に担っていくとともに、病病連携、病診連携の下に、急性期医療を行います。

（２） 政策的医療への取組

救急医療（小児救急医療を含む）をはじめ、感染症や結核など、公立病院でなければ担えない不採算部門の医療を行います。

（３） 災害拠点病院及び第二種感染症指定病院としての医療機能の確保

緊急災害時や新型ウイルス感染流行などに対応できる医療機能を確保します。また、災害拠点病院として、重症患者に対する高度な救命医療や広域搬送への対応機能、自己完結型の医療救護チームの派遣等の機能が求められるため、これらの機能を整備するとともに、災害発生時には、市や医師会等の関係機関と協力しながら医療活動を行います。

（４） 回復期リハビリテーション病床の保持

回復期リハビリテーション病床を確保し、本院に入院後の急性期を脱した患者への総合的なリハビリテーションを行います。

（５） 地域の中核的な教育・研修機関としての取組

地域医療支援病院として、病診連携を強化するとともに、地域の医療従事者に対する研修等を実施し、地域の医療レベルの向上に貢献します。

３ 新病院の医療体制

（１） ７疾病における本院の医療体制

ア がん

「静岡県地域がん診療連携推進病院」として、医療を行います。

イ 脳卒中

「救急医療」を担う医療機関、「身体機能を回復させるリハビリテーション」を担う医療機関として、「生活の場における療養支援」を担う診療所等と連携します。

ウ 急性心筋梗塞

「急性心筋梗塞の救急医療」を担う医療機関として、病病連携及び病診連携をします。

エ 糖尿病

「糖尿病の専門治療・急性憎悪時治療」を担う医療機関として、医療を行います。

オ 喘息

「喘息の専門治療」を担う医療機関として、初期・安定期治療を行うかかりつけ医を中心に病病連携及び病診連携をします。

カ 肝炎

「地域肝疾患診療連携拠点病院」として、専門治療を担い、「肝疾患かかりつけ医」と連携します。

キ 精神疾患

精神科専門病院等、近隣医療機関及び関係機関と連携して対応に努めます。

（２） ５事業における本院の医療体制

ア 救急医療

「第二次救急医療機関」であるが、圏域内にとって第三次救急医療機関がないため、重篤な救急患者の治療にも対応します。

イ 災害時における医療

「災害拠点病院」、「救護病院」、「静岡ＤＭＡＴ指定病院」「初期被ばく医療機関」として、災害時に重要な役割を担います。

ウ へき地の医療

インターネット回線を利用した診療ツールを使い近隣の町の診療所を支援します。

エ 周産期医療

「正常分娩」を担い、県立こども病院（総合周産期母子医療センター）、焼津市立総合病院及び藤枝市立総合病院（地域周産期母子医療センター）、榛原総合病院（産科救急受入医療機関）と連携します。

オ 小児医療

「入院小児救急医療」、「小児専門医療」を担い、先天性の重度患者は県立こども病院と連携します。

４ 外来診療機能

（１） 想定外来患者数

平成２０年度から平成２６年度の１日当たり外来患者数の平均は１，０４７人となっています。また、島田市の外来患者数推計の結果では外来患者数は減少傾向にありますが、新病院では、診療所等からの紹介患者の増加及び透析病床を増設するため、外来患者数は微増を見込み約１，０５０人程度とします。

（２） 外来診療科目

診療科目は次の３０科とします。

内科、呼吸器科内科、消化器内科、循環器内科、腎臓内科、神経内科、糖尿病・内分泌内科、心療内科、漢方内科、緩和ケア内科、外科、呼吸器外科、脳神経外科、整形外科、形成外科、精神科、血液内科、小児科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻いんこう科、リハビリテーション科、放射線科、病理診断科、臨床検査科、救急科、麻酔科、歯科口腔外科

また、院内標榜科は次の３科とします。

総合診療科、脳卒中科、健康管理科

（３） 外来透析機能の充実

人工透析を必要とする患者数の増加に対応するため、人工透析ベッドを増床し、新たに人工透析センターを設置します。

５ 病床機能及び病床規模

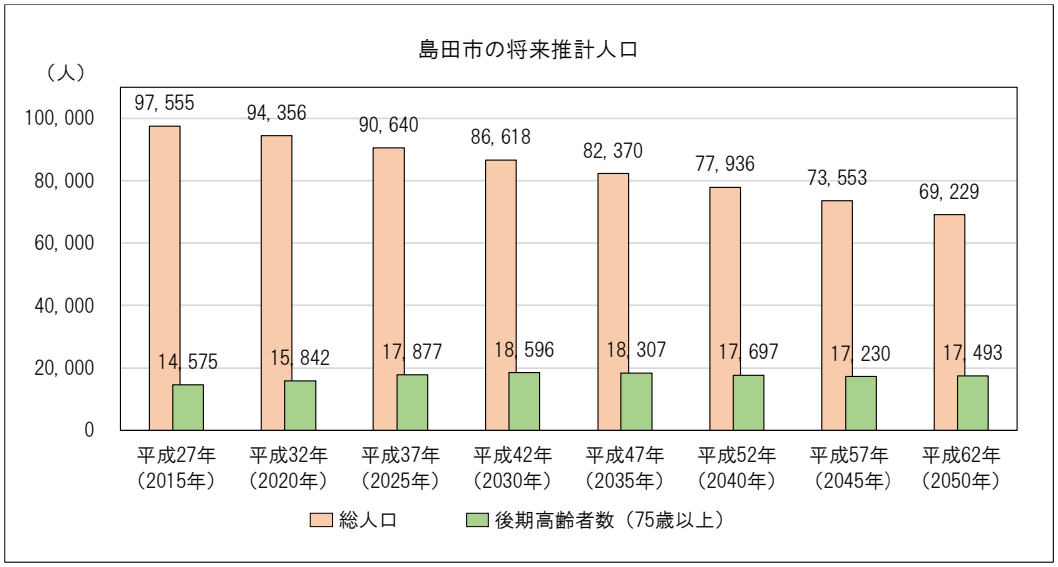
（１） 推計入院患者数

ア 一般病床

将来推計人口、静岡県の受療率、本院の地域別来院患者の状況等から次のように必要病床数を推計しました。

（ア） 将来推計人口

島田市の将来推計人口は次のように推計されています。



出典：国立社会保障・人口問題研究所

（イ） 島田市の患者数の推計

島田市の将来推計人口に平成２３年患者調査の静岡県の性・年齢階級別・傷病大分類別受療率を乗じて各年の島田市の１日当たり入院患者数（一般病床、療養病床、精神病床、結核病床を含む。）を推計します。

（ウ） 島田市の一般病床の患者数の推計

この入院患者数に全国の一般病床に入院している患者の割合を乗じて、島田市の一般病床の傷病分類別入院患者数を推計すると次のようになります。

島田市の傷病分類別将来推計入院患者数（一般病床）　　単位：人

傷病分類	平成26年（2014年）	平成27年（2015年）	平成32年（2020年）	平成37年（2025年）	平成42年（2030年）	平成47年（2035年）	平成52年（2040年）	平成57年（2045年）	平成62年（2050年）
Ⅰ　感染症及び寄生虫症	13. 4	13. 3	13. 9	14. 6	14. 8	14. 4	14. 0	13. 1	12. 8
Ⅱ　新生物	102. 0	101. 4	103. 5	104. 1	103. 3	100. 4	97. 4	92. 1	89. 1
Ⅲ　血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	4. 7	4. 6	4. 7	4. 9	4. 9	4. 8	4. 6	4. 4	4. 2
Ⅳ　内分泌，栄養及び代謝疾患	14. 6	14. 5	15. 2	16. 0	16. 2	15. 9	15. 4	14. 6	14. 2
Ⅵ　神経系の疾患	30. 4	30. 2	31. 3	32. 6	32. 6	31. 8	30. 7	29. 1	28. 2
Ⅶ　眼及び付属器の疾患	8. 1	8. 1	8. 4	8. 4	8. 3	8. 1	7. 9	7. 5	7. 3
Ⅷ　耳及び乳様突起の疾患	1. 6	1. 6	1. 7	1. 6	1. 5	1. 5	1. 5	1. 4	1. 4
Ⅸ　循環器系の疾患	98. 2	98. 1	103. 4	110. 3	112. 3	110. 1	106. 9	100. 8	98. 2
Ⅹ　呼吸器系の疾患	45. 4	45. 3	47. 9	51. 6	52. 6	51. 5	49. 9	46. 6	45. 6
ⅩⅠ　消化器系の疾患	41. 7	41. 4	42. 6	43. 8	43. 8	42. 6	41. 4	39. 1	37. 9
ⅩⅡ　皮膚及び皮下組織の疾患	11. 2	11. 1	11. 6	12. 3	12. 5	12. 2	11. 8	11. 1	10. 8
ⅩⅢ　筋骨格系及び結合組織の疾患	35. 8	35. 6	37. 2	38. 9	39. 2	38. 3	37. 2	35. 2	34. 2
ⅩⅣ　尿路性器系の疾患	27. 5	27. 4	28. 4	29. 4	29. 5	28. 9	28. 1	26. 5	25. 8
ⅩⅤ　妊娠，分娩及び産じょく	12. 5	11. 8	10. 6	10. 0	9. 5	9. 0	8. 4	8. 3	7. 5
ⅩⅥ　周産期に発生した病態	5. 1	4. 9	4. 2	3. 9	3. 7	3. 5	3. 3	3. 1	2. 8
ⅩⅦ　先天奇形，変形及び染色体異常	3. 2	3. 1	2. 9	2. 7	2. 5	2. 4	2. 3	2. 2	2. 1
ⅩⅧ　症状，徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	6. 5	6. 5	6. 6	6. 8	6. 9	6. 7	6. 5	6. 1	5. 9
ⅩⅨ　損傷，中毒及びその他の外因の影響	73. 9	73. 4	76. 7	81. 1	82. 2	80. 5	78. 0	74. 0	71. 9
ⅩⅩⅠ　健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用	2. 9	2. 8	2. 6	2. 6	2. 5	2. 4	2. 3	2. 2	2. 1
合計	538. 8	535. 0	553. 3	575. 4	578. 8	564. 9	547. 3	517. 5	502. 0

（エ） 本院の入院患者数の推計

平成２６年（２０１４年）の一般病床（回復期リハビリテーション病棟を除く。）の地区別患者数は島田市内の患者が２７１人となっています。

地区別入院患者数　（単位：人）

区分	入院患者数	月平均	一日平均
島田市	98, 977	8, 248	271
その他	37, 479	3, 123	103
合計	136, 456	11, 371	374

（ウ）で示したように平成２６年（２０１４年）の島田市の一般病床の入院患者数は５３８人と推計されますので、島田市の入院患者のうち本院に入院している患者の割合は５０．４％（２７１人÷５３８人）となります。

また、本院の入院患者に占める島田市の入院患者割合は７２．５％（２７１人÷３７４人）となります。

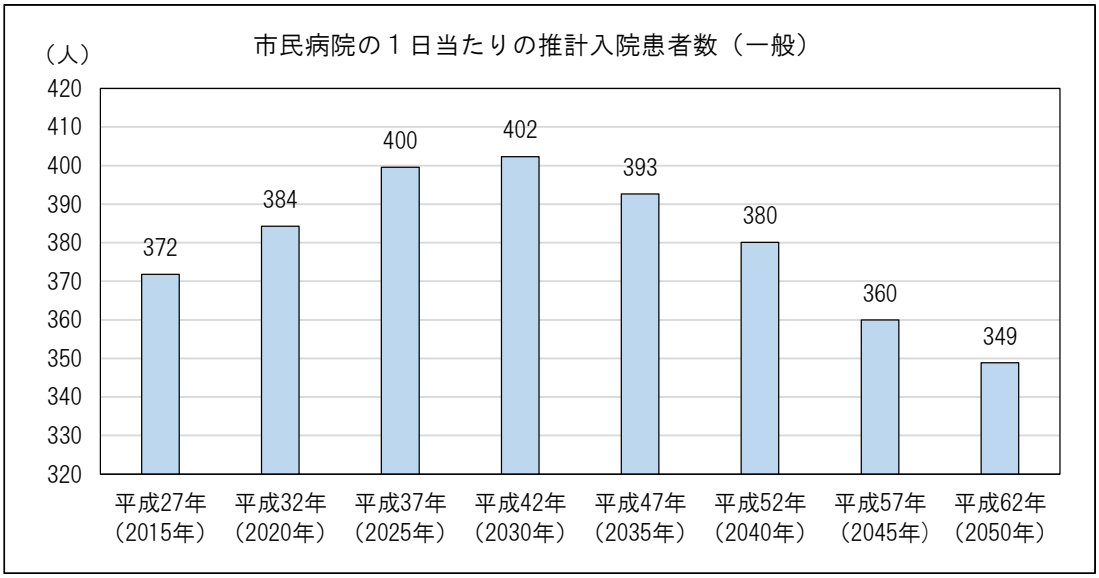
島田市の入院患者数のうち本院に入院する患者数の推計は（ウ）の島田市の推計患者数に本院に入院する割合５０．４％を乗じた値（平成２７年の場合には５３５人×０．５０４＝２７０人）となります。

次に、島田市内から本院に入院している患者の全患者に占める割合は７２．５％であることから、島田市以外からの患者を含めた総患者数は島田市内からの患者数を７２．５％で割り戻した値（２７０÷０．７２５＝３７２人）となります。

各年について、本院の患者数を推計すると次のようになります。

将来推計入院患者数（一般病床）　単位：人

区分	平成27年（2015年）	平成32年（2020年）	平成37年（2025年）	平成42年（2030年）	平成47年（2035年）	平成52年（2040年）	平成57年（2045年）	平成62年（2050年）
島田市の将来推計患者数 A	535	553	575	579	565	547	518	502
市内住民の市民病院入院患者数 B＝A×５０．４％÷１００	270	279	290	292	285	276	261	253
市民病院の推計入院患者数 C＝B÷７２．５％×１００	372	384	400	402	393	380	360	349



（オ） 必要病床数の推計（病床稼働率と平均在院日数の要因を考慮）

病床利用率を９０％、平均在院日数を１２．３日（平成２６年の１３．７日に対し１０％の短縮を見込む。）で各年の本院の入院患者数を推計すると次のようになります。また、必要病床数はピーク時で４０１床となります。

将来推計必要病床数（一般病床）　　単位：人

区分	平成27年（2015年）	平成32年（2020年）	平成37年（2025年）	平成42年（2030年）	平成47年（2035年）	平成52年（2040年）	平成57年（2045年）	平成62年（2050年）
市民病院の推計入院患者数　Ｃ	372	384	400	402	393	380	360	349
必要病床数 Ｃ÷病床稼働率（９０％）×（１００－平均在院日数短縮率（１０％））	371	383	399	401	392	379	359	348

イ 回復期リハビリテーション病床

回復期リハビリテーション病床は、新病院においても引き続き、急性期を脱した患者の身体機能回復等に必要な病床となります。本院の回復期リハビリテーション病床の患者数の状況、将来推計患者数から次のように回復期リハビリテーション病棟の必要病床数を算定しました。

（ア） 回復期リハビリテーション病棟の患者数

平成２６年４月から平成２７年１月の１日平均入院患者数は一般病棟が３６８人、回復期リハビリテーション病棟が２８人となっています。一般病棟の患者数に対しその７．７％が回復期リハビリテーション病棟に入院していることになります。

回復期への転棟比率

区分	延患者数	一日平均
一般病棟	112,605人	368人
回復期リハビリテーション病棟	8,622人	28人
回復期への転棟比率	7.7%	

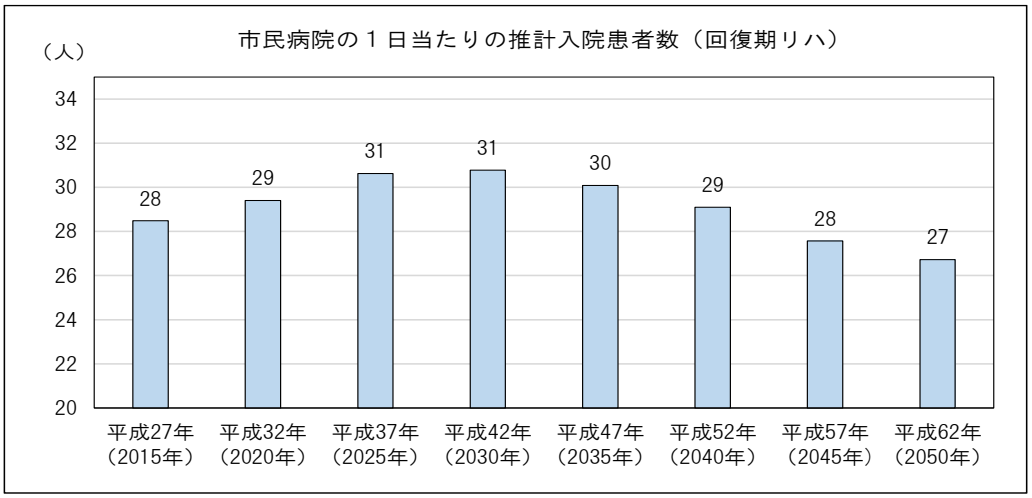
※平成２６年４月～平成２７年１月の病棟別入院延患者数

（イ） 将来推計患者数と回復期リハビリテーション病棟の患者数

本院の将来推計入院患者数を基に、一般病棟の患者数に対するリハビリテーション病棟の患者数の割合から各年の回復期リハビリテーション病棟の患者数を推計すると次のようになります。

将来推計必要病床数（回復期リハビリテーション病床）　　単位：人

区分	平成27年（2015年）	平成32年（2020年）	平成37年（2025年）	平成42年（2030年）	平成47年（2035年）	平成52年（2040年）	平成57年（2045年）	平成62年（2050年）
市民病院の一般病床推計入院患者数　Ｃ	372	384	400	402	393	380	360	349
市民病院のリハ病床推計入院患者数　Ｄ＝Ｃ×７．７％÷１００	28	29	31	31	30	29	28	27



（ウ） 病床数の推計

病床稼働率及び平均在院日数は平成２６年と同程度と見込み（病床稼働率は８２．９％（平成２６年４月～平成２７年１月の病床稼働率）、平均在院日数は４５．６日（平成２６年４月～平成２７年２月の平均在院日数）、各年の必要病床数を推計すると３７床となります。

新病院の必要病床数（回復期リハビリテーション）　　単位：人

区分	平成27年（2015年）	平成32年（2020年）	平成37年（2025年）	平成42年（2030年）	平成47年（2035年）	平成52年（2040年）	平成57年（2045年）	平成62年（2050年）
市民病院のリハ病床推計入院患者数 Ｄ＝Ｃ×７．７％÷１００	28	29	31	31	30	29	28	27
必要病床数 Ｄ÷８２．９％×１００	34	35	37	37	36	35	33	32

ウ 療養病床

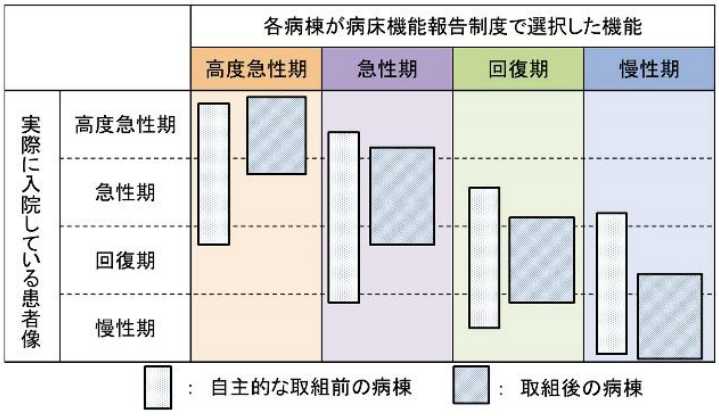
本院における療養病床は、一般的な療養病床と異なり、他の急性期病院からの受入れを主とするものではなく、本院に入院している患者の退院調整機能の役割を果たしています。

また、国は２０２５年を目標に医療機能の分化を進める方針を示しており、本院も急性期医療に重点をおくよう方向性を明確にしていく必要があります。このような国の方針が診療報酬に反映されていくことを考慮すると、一般病床と療養病床を併設するケアミックス型の病院を維持していくことは、経営的にも困難が予想されます。さらに、医師を確保するうえでも、今後、急性期病院としての位置付けを明確にすることが重要となります。

以上のことから、本院では療養病床は整備しない方針とします。

今後、市としては、医療と介護の連携をより一層推進する国の方針に従って、在宅医療の強化と地域包括ケアシステムの整備に努め、療養病床の補完を図ります。さらに、患者の受け入れに関して、療養病床を持つ圏域内の医療機関等と本院との間に協力関係を結ぶなど、新病院開院までに具体的な代替機能を整備できるよう努めます。

【患者集約のイメージ】



出典：地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会第８回（平成２７年２月１２日）

エ 精神病床

現在、医師不在で休床している状態であり、将来的にも医師確保の見通しが立たず、また看護師の確保も困難な状況にあるため空き病床となる可能性が高く、新病院において精神病床を運営していくことは難しいと判断しました。このため、精神病床は整備しない方針とします。

今後は、隣接する圏域等も含め、本院のような急性期病院と精神科専門病院間の連携を密にし、診療協力を行うなど治療に支障が出ないよう努めます。

（２） 病床規模

以上の検討内容及び看護単位を考慮し、新病院の病床数は次のとおりとします。

一般病床	４０５床程度（４５床／病棟　×９病棟）
回復期リハビリテーション病床	４０床程度
合計	４４５床程度

※病床数については、今後、静岡県が策定する地域医療構想により変更が生ずる場合もあります。

※結核病床及び感染症病床については、県と協議の上、一般病床の中で一定数を整備します。

第３章 建設計画

１ 新病院整備方針

（１） 救急患者に迅速に対応できる病院整備

今後の高齢化の進展に伴い、増加が予想される救急患者に迅速かつ適切に対応できるよう、救急部門と手術部門を直結した動線を確保します。

（２） 患者に優しい病院

ア すべての患者にとって快適で利用しやすい病院

市民からの意見を踏まえ、新病院は癒し・くつろぎを提供できる環境を整備します。

また、誰もが利用しやすいユニバーサルデザインの考え方に基づいたサイン計画・内装デザインの採用や、エレベーターや階段の効果的な配置、段差の解消など、年齢や障害の有無にかかわらず、すべての患者にとって利用しやすい施設とします。

イ わかりやすい病院

外来・診察室等の各診療部門をわかりやすく配置し、利用しやすい部門配置計画とします。

ウ プライバシーと療養生活の質の向上に配慮した病院

外来診察室・処置室・病室・相談室等でのプライバシーの確保に重点を置くとともに療養生活の質の向上に配慮した病院とします。

（３） 職員にとって働きがいのある病院

病院職員にとって魅力的な病院とは、働きがいのある病院であって、それは安心して診療に専念できる職場環境が整備されていることを意味しています。そのような病院整備を行うことで、優秀な医療従事者が確保でき、より高い医療水準を維持することが可能となります。

このため、業務効率の向上を図る部門配置計画や職員アメニティスペースを確保する一方で、更衣室や職員休憩室、当直室などを集中配置し、省スペース化を図ります。

また、医局や事務室をそれぞれ大部屋に集約し、スタッフ同士の情報共有が図りやすい施設整備を行い、より質の高いチーム医療の実践を目指します。

（４） 利便性向上のための整備

ア 駐車場の整備

患者用駐車場は、必要かつ十分な駐車スペースを確保します。

イ 公共交通関係施設の整備

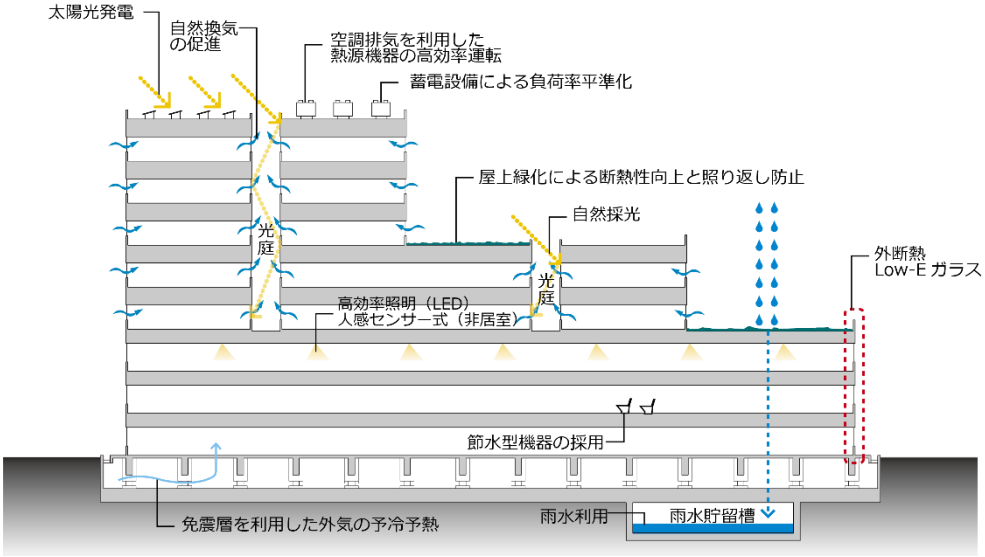
バス等の大型公共交通機関の乗り入れや、タクシー・自家用車等の動線を踏まえ、全体的な交通量の緩和・安全性が確保できるような施設整備とします。

（５） 災害に対応した施設整備

災害拠点病院として、災害に備えた施設構造や必要な設備の整備に努めます。特に将来的に発生が予想されている南海トラフ地震等に備え、建物の免震化やライフラインの確保など、震災時にも医療を継続できる施設整備を行います。

（６） 環境とライフサイクルコストに配慮した施設整備

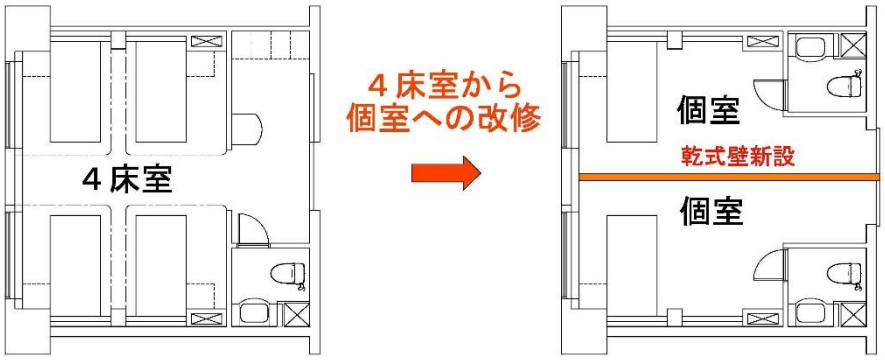
環境への配慮から建物内にできる限り自然光を採り入れ、自然エネルギーの活用を図るとともに、建物の高断熱化、高気密化により空調負荷等を低減できる施設整備を行うこととします。また、省電力・長寿命の照明の採用、節水型衛生設備等、経済性、耐久性、維持管理の容易性等に優れた設備を整備します。



※上図は、環境配慮に対する施設整備のイメージを示したものであり、具体的な対策等は設計段階で検討します。

（７） 将来変化を見据えたフレキシビリティの確保

医療制度や医療技術は日々変化・進歩しています。病院建物はそれらの変化に合わせて柔軟な対応が求められるため、柱割の長スパン化や間仕切り壁の乾式化など、フレキシビリティを確保した施設整備を行います。



２ 敷地概要

敷地の概要は次のとおりです。

・所在地	静岡県島田市野田1200番地の5	
・用途地域	第一種中高層住居専用地域	準住居地域
・建ぺい率	60%	60%
・容積率	150%	200%
・道路高さ制限	1.25×L1（適用距離20m）	
・隣地高さ制限	1.25×L2＋20m	
・日影規制	4時間・2.5時間	
・その他区域・地区等の指定	なし	

L1：前面道路の反対側の境界線までの水平距離
L2：隣地境界線までの水平距離

３ 既存施設の利用検討

本院は、増築・竣工年度の異なる建物が複数現存するため、比較的新しい東館、健診センター棟、救急センター棟について今後の利用方針を検討しました。

（１） 東館

ア 現況の課題

（ア） 耐震性能

・東館は昭和６３年に竣工しており、新耐震基準で設計されていますが、免震構造ではありません。

（イ） 老朽化の状況

・数年前より建替え計画があったため、既存建物への改修投資が極力抑えられており、老朽化が進行しています。
・特に給水・給湯・配水管等の設備配管の老朽化については全面的な大規模改修が必要な状態・時期を迎えています。
・漏水事故等については、最小限の補修で対応している状況です。
・病棟階のエレベーターホールは、降雨強風時に漏水が発生するため、吸水マットが床に常設されており、衛生管理面でも課題がみられます。
（平成２４年４月～平成２５年８月の間に病院全体で６４か所の雨漏れが報告されており、内１９か所は東館で発生しています。また、空調機器の故障も５８か所で発生し、内１５か所は東館で発生しています。）

（ウ） 狭あい化の状況

a 病棟部門

・東館病棟部門の病棟全体（廊下等を含む）の１床あたり面積は２１．１㎡であり、近年の同種・同規模病院の２７．２８㎡と比べると、狭あい化している状況がみられます。
・多床病室では６床室が残っており、６床室の面積は療養環境加算で求められる１室の必要面積８㎡/床が取得できない広さとなっています。（現状６．４㎡/床）

b 手術部門

・東館手術部門の１室あたりの面積は、１２７㎡で、近年の同種・同規模病院での手術部門面積の平均値１９０．１㎡と比べると、狭あい化している状況がみられます。

出典：日本医療福祉建築協会　平成２０年「病院の部門別面積に関する研究」

（エ）　アメニティの状況

・病室、病棟内の環境についての院内アンケートの結果では、全ての項目（ベッド周り、病室の照明・換気・空調・他）で『普通』の回答が最多であり、老朽化、狭あい化により「満足」が得られていないという状況が伺えます。

・施設への要望として散歩コース、トレーニングルーム、公園などの患者が体を動かすことの出来る場所や、患者と面会者がくつろげる場所（喫茶室、談話室、図書室など）の要望が寄せられています。

・外来診察室間の間仕切りが、一部カーテン等で仕切られているため、隣室の会話が洩れてくるなどプライバシー上の課題がみられます。

イ 東館利用の検討内容

上記の状況を踏まえ、東館利用の前提条件を次のように定めました。

・計画病床数は全体（新病棟＋東館改修病棟）で４４５床とする（一般病床４０５床、回復期リハビリテーション病床４０床）。

・災害拠点病院としての機能強化が求められるため、災害時に求められる医療機能は新病院（免震建物）内に整備する。

・東館の病棟、病室等の改修内容は、設備を含め新建物の病棟と同等レベルの環境を目標とする。

・東館は内部をほぼ躯体のみの状態とした改修工事を想定する。

・病棟として利用を検討する場合は、４床室と個室の組合せとし、１看護単位は新病院での病棟計画４５床程度、個室率３０％程度を目標とする。

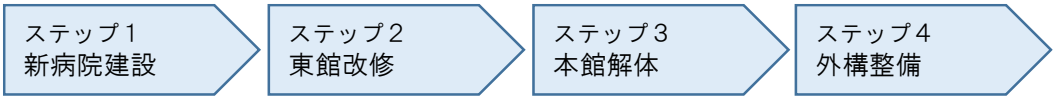
・４床室の１室あたりの広さは、療養環境加算を取得できる８㎡/床×４床＝３２㎡を目標とする。

ウ 建替え計画検討比較

（ア）　東館を利用する場合

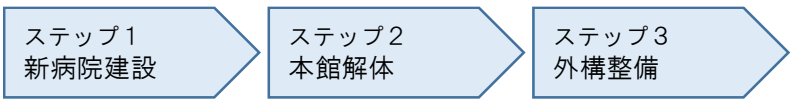
「東館を利用する場合」の建替え手順は、次のとおりとなります。

東館の改修が必要となるため、整備にかかる手順は「東館を利用しない場合」に比べて複雑となるため、工事期間も長くなります。



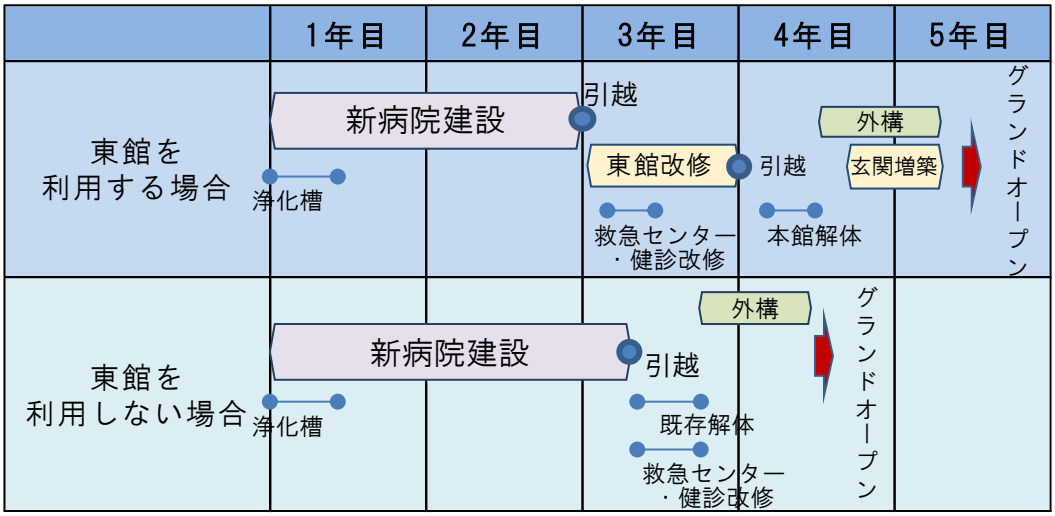
（イ）　東館を利用しない場合

「東館を利用しない場合」の建替え手順は、次のとおりとなります。東館の改修が不要なため、整備にかかる手順は「東館を利用する場合」に比べて少なくなり、工事期間も短くなります。



エ 工事期間の比較

東館を利用する場合と東館を利用しない場合（１期に全てを新築案）の工事工程を比較すると、「東館を利用する場合」の方が１年程度長くなります。



オ 工事費概算の比較

「東館を利用する場合」と「東館を利用しない場合」の工事費概算を比較すると、「東館を利用する場合」の方が、老朽化した設備配管の修繕にかかる費用を合計すると約１０．７億円程度高めとなります。

カ 東館利用継続のメリット・デメリット

	東館を利用する場合	東館を利用しない場合
工事期間	浄化槽着工後　５．５年	同　４．５年
工事費概算	約１８０．８億円	約１７０．１億円
	上記、概算金額は「東館利用・未利用」による差が生じる項目の比較であり、総工事費ではない。	
メリット	・東館を再利用する分、新病院の新築面積を縮減できる。 ・新病院に配置される機能の、必要な面積確保が容易となる。 ・東館を解体しないで再利用が可能となる。	・病院機能を一体的に集約配置できる。 ・全ての機能を免震建物に収容可能で、災害に強い病院が完成される。 ・駐車場が広く（駐車台数を多く）確保できる。 ・将来建替スペースとして利用可能な前面駐車場が確保される。
デメリット	・免震構造では無い東館は災害を受けた場合でも災害医療に直接影響が少ない機能に限定した範囲での有効利用に限られる（管理部門、病棟部門、等）。 ・機能規模の増進が図られないため、改修工事費に対する起債の利用は困難であることが予想されるため、今後の病院経営に対し大きな負担となる。 ・東館に病棟の一部を入れた場合、新病院と病棟が分かれてしまい、スタッフ動線・配膳動線等、非効率となる部分が複数生じる。 ・既存東館に正面入り口を増築し、正面性としての設えが必要となる。 ・東館改修工事中は本館と新病院が分離される（仮設通路等が必要）。	・既存東館を解体する必要がある。

キ 東館利用に関する方針

東館を利用することで新病院の新築面積の縮小化及び建設費用の縮減に繋がると考え、東館の利用について「建替え計画」「工事期間」「工事費概算」等について多面的に検討しましたが、再利用にあたっては躯体のみを残した大規模な改修が必要であり、費用の縮減に繋がらないと判断しました。また、次に示すデメリットなども考慮して再利用はしない方針とします。

・昭和６３年に竣工しており、開院時には躯体自体が３２年を経過した建物となること。
・免震構造でないため手術室、外来、検査、放射線部門などの主要な医療機能の配置は好ましくなく、フロアーの有効活用が限定的になってしまうこと。
・病棟が分断されスタッフ動線や物品及び給食の配膳動線などが悪くなるため効率が低下すること。
・新病院建設後に東館の改修工事が必要となり工期が長くなること。
・機能増進が図られないため改修工事に対する起債の利用が期待できないこと。

（２） 救急センター棟

救急センター棟は、比較的新しい建物（平成１７年竣工）であるため、今後も有効利用を図ります。想定される利用方法として、１階は人工透析部門、２階は既存のまま講堂や医局、当直室等としての利用を検討しています。

（３） 健診センター棟

健診センター棟（平成１２年竣工）は、救急センター棟と同様に今後も有効利用を図ります。想定される機能としては、実習生控室及び更衣室、会議室、カンファレンス室、委託職員休憩室、ＤＭＡＴ用災害備蓄庫、紙カルテ庫等が挙げられますが、具体的な有効利用案については今後の検討課題とします。

４ 構造・設備方針

（１） 構造

耐震性能については、人命確保に加え、大地震後においても構造体の大きな補修をすることなく病院運営が継続できることを目標とし、「官庁施設の総合耐震計画基準及び同解説」における構造体の耐震安全性の目標分類Ⅰ類に基づいた整備をします。

また、震災時においても医療機器等の転倒被害を最小限に留め、内部空間及び設備機器稼働を確保し、災害拠点病院として継続的に医療を提供できるよう「免震構造」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。

（２） 設備

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、患者や来院者、スタッフにとって良好な環境を提供するとともに、災害拠点病院として、災害時にも途切れることなく医療を行うために必要なエネルギーの供給が確保できるよう整備します。

また、経営の健全化の観点から、初期投資を抑え、かつ省エネルギー型の設備を積極的に導入し、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。

ア 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を設置するとともに、必要な燃料を確保します。

また、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を設置します。

このほか、ＬＥＤ照明や人感センサー等など、省エネルギー設備を整備します。

イ 空気調和設備

患者及び職員アメニティ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。

また、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。

ウ 給排水衛生等設備

現病院は給排水設備の劣化が著しい状況にあり、それが病院建替えの要因の１つとなっているため、新病院においては、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を整備します。

また、大雨の際にも病院敷地が冠水することが無いよう、十分な雨水貯留槽を病院敷地内に整備します。

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会議室等にも配管します。

エ 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、来院者用、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。エスカレーターは、外来患者用を想定しますが、利用する際の安全性等を考慮し、十分な仕様の検討を行います。

物品の搬送は、エレベーターを利用した院内スタッフによる人手搬送を基本としますが、臨時・緊急での搬送が想定される物品については、機械搬送（気送管、小荷物専用昇降機等）の導入を検討します。

５ 新病院建物概要

（１） 新病院建物規模

近年の同規模他病院の事例における延べ床面積は、医療機器の大型化や患者の療養環境、職員の職場環境の改善などを図るため、１床当たり８０㎡程度で整備されています。

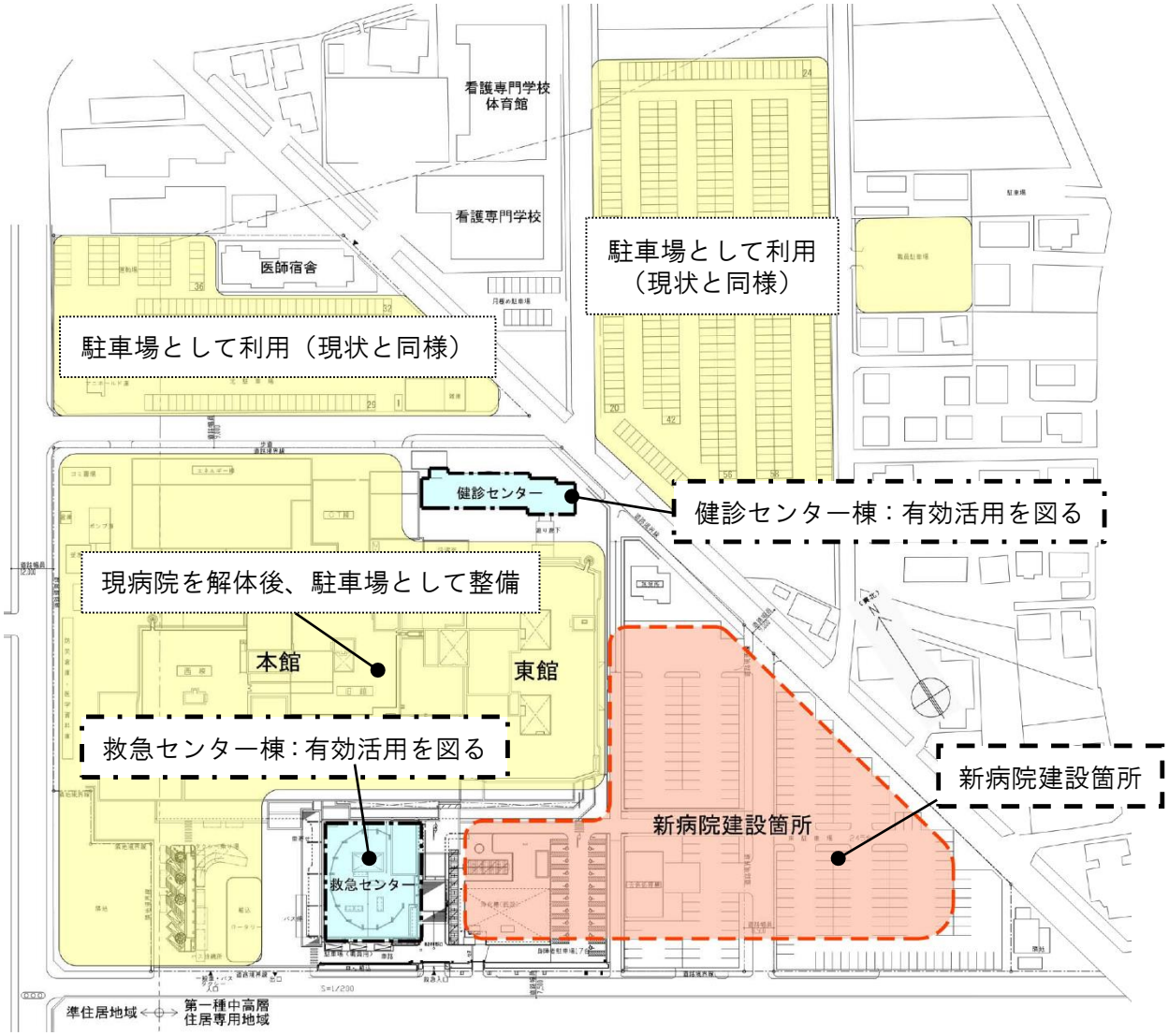
本院の新病院建物規模は、１床当たり面積の目標値を８０㎡とし、延べ床面積は約３５，６００㎡（既存救急センター約２，０００㎡を含む。）程度を想定します。また、建設可能なスペースの中で配置を検討すると、建物高さは７階～８階建てとなります。

また、病院整備後の駐車場は約９６０台を目標とします。

（２） 新病院建物配置

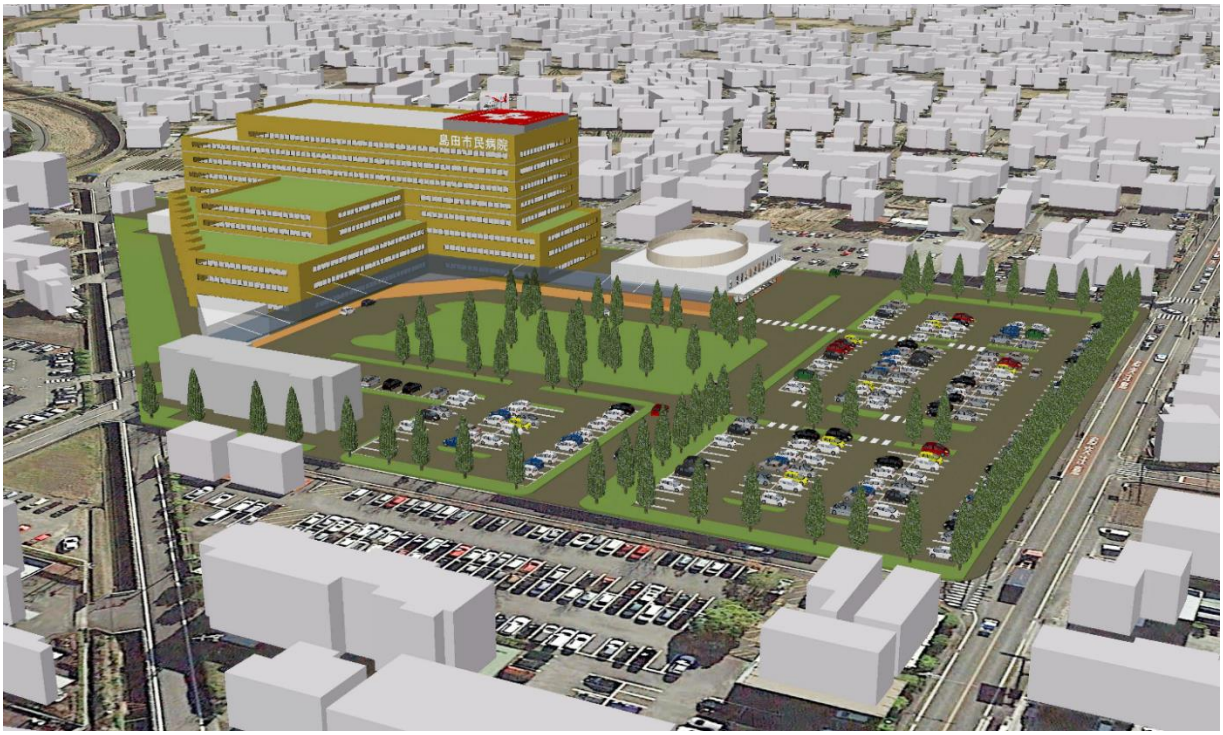
新病院の敷地範囲については、現有敷地案と東北隣地へ拡張した敷地案を検討した結果、敷地を拡張する場合、大規模な道水路の付け替えや、民有地の買収等、整備スケジュールに不確定な課題が生じてしまうことから、原則として現有敷地の範囲で建替えを行う方針とします。

新病院は、現有敷地内の東駐車場付近に建設する方針とします。また、既存本館及び東館跡地は駐車場として整備します。



（３） 建物イメージ図

※建物配置からイメージしたものであり、設計に基づくものではありません。



（国道１号バイパス側から市街地方面を望む。）

（４） 軟弱地盤に対応した病院整備

新病院建設予定地は、平成２４年度島田市民病院地質調査の結果報告において、次のように評価されているため、今後の設計段階で詳細な地質調査を実施し、具体的な対策を検討するものとします。

・新病院建設に伴う１～２ｍ程度の盛土や工事中の地下水の低下等により、地盤が沈下する可能性がある。

・地表面から約２０ｍの厚さで軟弱な粘性土層が堆積し支持力不足や地盤沈下が懸念される地盤のため、直接基礎による病院等の大規模建築物の建設は不適であるが、基礎工法に地盤改良又は杭基礎を採用することにより、病院等の大規模建築物を建設することが可能である。

（５） ヘリポート設置位置

ヘリポートの具体的な設置場所としては、地上設置案と新病院屋上設置案を想定し、検討を行いました。

ヘリポートが必要な時に安定した運用を可能とするためには、風向き等の影響を考慮し、勾配の緩やかな離陸ルートを２方向とも確保できることが必要となります。

地上面設置案の場合、飛行ルート内に高層の建物が建設されてしまうと、その飛行ルートは利用できなくなってしまいます。ヘリポートの設置に関しては、周辺建物の高さ等を制限する強制力がないため、将来にわたり周辺建物の影響に左右される可能性があります。

一方で、新病院屋上設置案の場合、周辺に超高層建物が建設されなければ、周辺地域からの影響を考慮する必要がなく、長期的に安定した飛行ルートを確保することが可能となります。

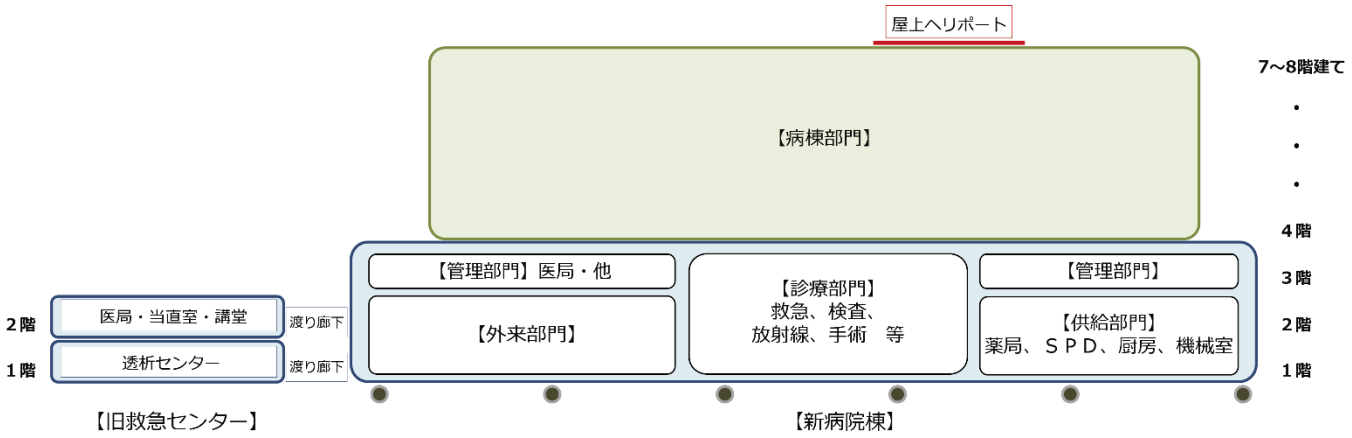
また、地上設置案の場合、ヘリコプターからの吹き降ろしの風や騒音についても懸念さ

れますが、新病院屋上設置案であれば、そのどちらについても周辺への影響を軽減することが可能となります。

従って、本事業においては、新病院の屋上階にヘリポートを設置する方針とします。

（６） 建物内の部門配置イメージ

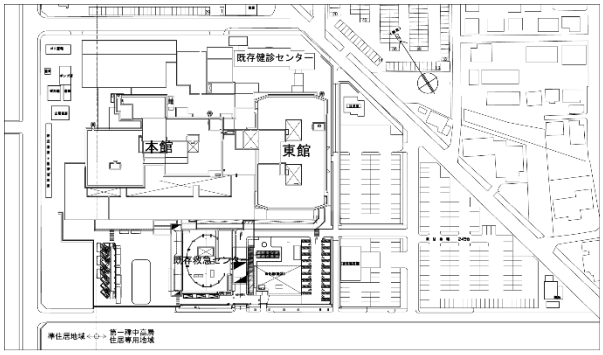
救急センター機能を新病院に取り込み、屋上ヘリポートや手術室等との動線を効率化する等、来院者の利便性や職員の働きやすさなどを考慮した構成とします。この図はあくまでイメージを示したものであり、実際の建物構成は、設計段階で決定します。



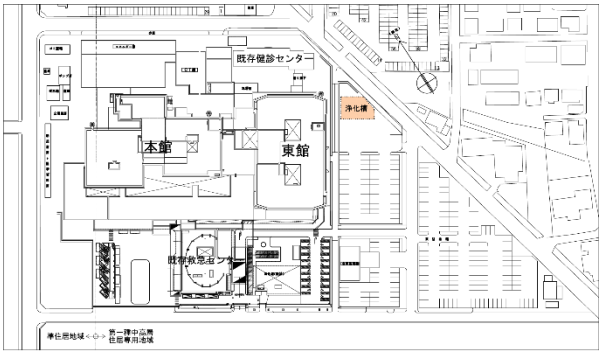
6 建替え手順案

建替えにあたっては、限られた敷地の中で、病院運営を行いながら工事を進める必要があるため、極力、診療機能に影響を与えないよう、下図のような建替え手順を想定します。

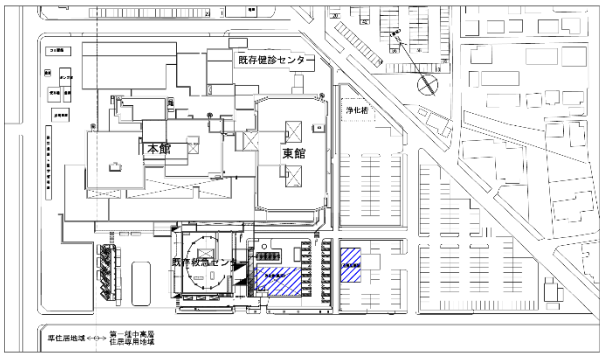
現状



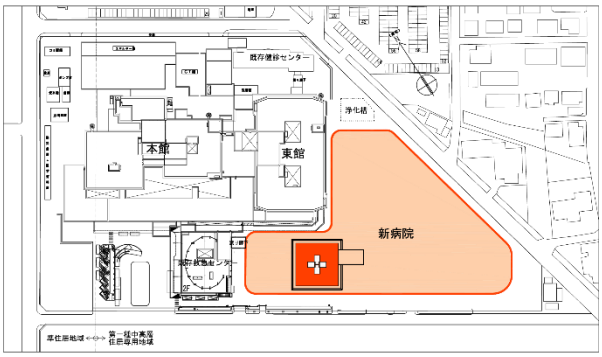
①浄化槽新設



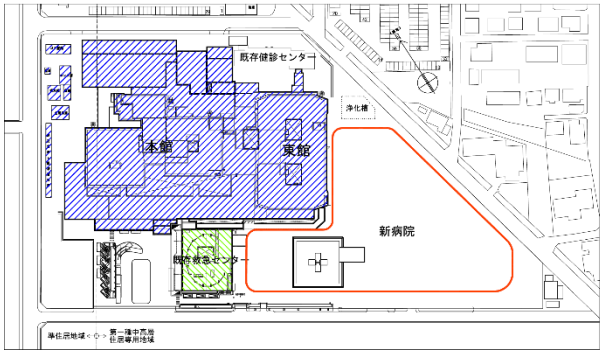
②既存浄化槽解体



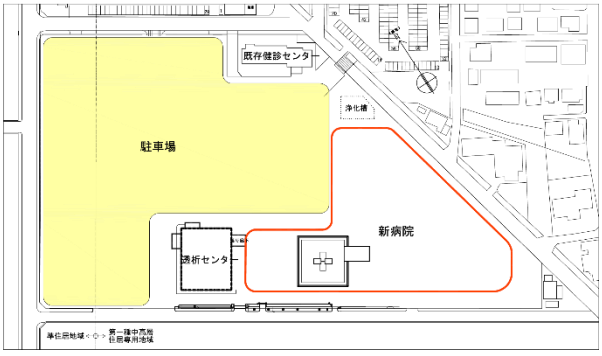
③新病院建設工事着工・新病院開院



④救急センター改修
本館・東館解体



⑤外構整備



※上図は現在の建物配置等から想定される一般的な建替え手順を示したものであり、設計に基づくものではありません。

7 整備手法（発注方式）

新病院建設事業においては、次に例示する病院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。

①事業費の削減
②整備期間の短縮化
③設計と工事に対する責任の明確化
④建築品質への影響
⑤現場医療ニーズの反映

上記を踏まえ、今後の検討が必要となる主な建築整備手法とその概要は下表のとおりです。

方式	概要	メリット	デメリット
従来方式	・設計（基本設計・実施設計）と施工を分離発注する方式。	・発注者による工事監理の厳格化が可能。 ・発注者ニーズを反映しやすい。 ・コスト管理が明確	・施工技術が拘束される。 ・配置技術者、協力企業を事前に手配できない。
ＤＢ方式 ※1 （設計施工一括発注方式）	・基本設計完了後、実施設計と施工を包括発注する方式。	・施工者ノウハウを設計段階から採用できるため、コスト縮減、工期短縮が可能。 ・配置技術者、協力企業を事前に手配できる。 ・工事入札不調リスクの軽減と入札期間の短縮が可能。	・工事監理が不十分となる。 ・コスト面での透明性が保たれにくい。 ・ＥＣＩ方式に比べ、発注者ニーズを反映しにくい。 （品質確保に不安がある。）
ＥＣＩ方式 ※2 （施工予定者技術協議方式）	・設計（基本設計・実施設計）と施工を分離発注する方式。 ・実施設計を委託後、施工候補者を選定し、実施設計段階から施工者が関与する方式。	・施工者ノウハウを設計段階から採用できるため、コスト縮減、工期短縮が可能。 ・配置技術者、協力企業を事前に手配できる。 ・工事入札不調リスクの軽減と入札期間の短縮が可能。 ・ＤＢ方式に比べ、厳格な工事監理が可能で、発注者ニーズを反映しやすい。	・病院建設事業の事例が少ない。 ・新たな発注方式のため、実際の運用方法について標準化されておらず、事務が煩雑になりがちである。 ・実施設計に加わる関係者が多いため、協議・調整に時間を要する。

※1：ＤＢ＝Ｄｅｓｉｇｎ　Ｂｕｉｌｄ
※2：ＥＣＩ＝Ｅａｒｌｙ　Ｃｏｎｔｒａｃｔｏｒ　Ｉｎｖｏｌｖｅｍｅｎｔ

新病院建設事業は、①軟弱地盤、②現地建替え、③敷地の制約、④病院運営を継続しながらの施工といった課題を抱えています。

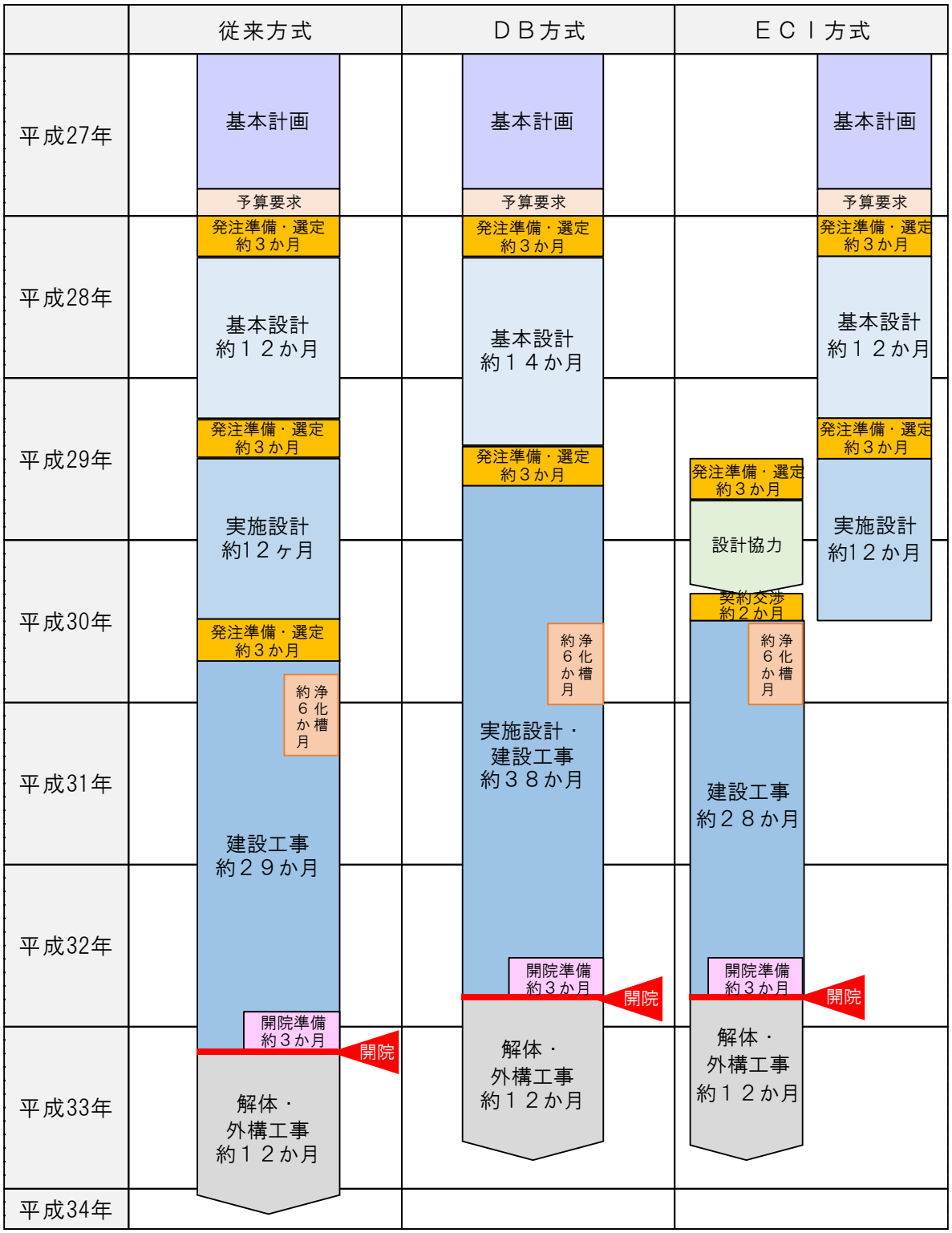
このことを踏まえ、今後の建設業界の動向を注視しながら、また、多様な入札契約方式モデル事業※3における国土交通省の支援を通じ、最適な入札・契約方式について検討を進めます。

※３：多様な入札契約方式モデル事業…公共工事の品質確保の促進に関する法律の一部を改正する法律の施行により、選択可能となった多様な入札契約方式について検討を行う地方公共団体に対し、国土交通省が専門家（支援事業者）を派遣し、自治体支援を行う事業。

８ 病院整備スケジュール

従来方式、ＤＢ方式、ＥＣＩ方式で整備事業を行った場合の標準的なスケジュールは、下図のとおりであり、平成３２年度中の開院を目指します。

なお、開院年次までのスケジュールについては、国の医療政策の動向や、地域医療構想における当院の役割機能、整備方式の選定により変更される可能性があります。



第４章 部門計画

１ 外来部門

（１） 部門方針

・セカンドオピニオンなど多様化する患者ニーズに合わせた外来診療を行います。
・接遇改善に取り組み、優しい心で接するとともに、安全で確実な診療を提供します。
・予約制度や情報システム等の整備により、待ち時間の短縮化を図ります。
・ブロック化や業務の中央化・集約化により効率化を図ります。
・患者のプライバシーの確保に努めます。
・地域医療機関等との連携を充実させます。

（２） 機能及び規模

ア 診療科目

・診療科は３０科（他に院内標榜３科）を基本とします。
・二次救急機能を維持するために、下表の診療科とします。

区分	診療科
診療科（医療法）	内科、呼吸器科内科、消化器内科、循環器内科、腎臓内科、神経内科、糖尿病・内分泌内科、心療内科、漢方内科、緩和ケア内科、外科、呼吸器外科、脳神経外科、整形外科、形成外科、精神科、血液内科、小児科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻いんこう科、リハビリテーション科、放射線科、病理診断科、臨床検査科、救急科、麻酔科、歯科口腔外科
院内標榜科	総合診療科、脳卒中科、健康管理科

イ 外来患者数

・１日当たりの外来患者数は、１，０５０人程度を想定します。

ウ 診察室

（ア） 診察室数

・内科等の一部の診療科でフリーアドレス制を採用し、合計で５０室程度の診察室を配置します。

（イ） 診察室の形態、配置

・各診療科は、内科系や外科系など、関連する診療科ごとにまとめて診察室を配置し、患者にとって受診しやすい形態とします。
・ブロック受付を設置し、受付スタッフの効率化を図ります。
・分かりやすい患者動線を確保するとともに、プライバシーの保護や感染防止に努めます。
・可能な限り患者と職員の動線を分離し、分かりやすい動線を確保します。

エ 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（小児科は除く）。
・注射・点滴・処置用ベッドは１３床とし、うち３床を発熱患者用として確保します。

（３） 運営

ア 検査（血液・尿・喀痰）

・外来患者の血液・尿・喀痰の採取は、中央化した採血・採尿室で行います。
・患者の状態に合わせて、医師または看護師の判断に基づき各診療科処置室で行います。
・採血・採尿室での検体採取は、検査技師及び看護師が行います。

イ 化学療法

・外来の抗がん剤注射・点滴治療は外来化学療法室にて行います。
・外来化学療法室に抗がん剤調整室を隣接します。
・ベッドを中心に１０床程度配置します。

ウ 外来手術機能

・中央手術室内に日帰り手術が行なえる手術室を設置します。
・手術部門内にリカバリーベッドを２床程度配置します。
・上記以外に、日帰り手術患者の観察には中央処置室のベッドも利用します。

（４） 体制

ア 診療体制

・診察日：土曜日、日曜日・祝日及び年末年始（１２／２９～１／３）を除く毎日

イ 受付時間・診察時間

・受付時間：午前８時～午前１１時
・診察時間：午前８時３０分から１７時（診療終了）
※原則、上記時間となりますが、科別に例外があります。

ウ 診療予約制

・診療予約制度を充実させ、患者の利便性向上と待ち時間短縮を図ります。
・対象患者は、再来患者及び紹介患者とします。

エ 地域連携

専用窓口を設け紹介患者については、次のような優遇化を図ります。
・紹介時の予約取り（初診予約）
・診察券（ＩＤカード）の事前発行

オ 処方

・外来調剤は院外処方箋を発行し、院外調剤を原則とします。
・院外処方箋ＦＡＸコーナーを設置し、調剤薬局への処方箋送付の便宜を図ります。

カ 初来院患者の受付

・初来院患者は新患受付で受付を行います。

キ 再来患者の受付

・再来初診患者の受付は自動再来受付機で行い、再来予約患者は直接ブロック受付に行きま

す。

ク 各診療科の受付

・各診療科の受付は、複数の診療科をまとめたブロック受付にて対応します。

ケ 案内・誘導方法

・総合案内を設置し、看護師等が案内を行います。
・診察室への患者誘導は、プライバシーに配慮するため番号表示システムを導入します。

コ 会計方法

・会計待ち時間の短縮化を図り、患者の利便性を向上させる観点から、自動支払機を導入します。

（５） 諸室及び配置

ア 部門及び諸室の配置

・人工透析部門と腎臓内科を近接させます。
・診療放射線部門と整形外科・泌尿器科を近接させます。
・循環器内科と生理検査室を近接させます。
・採血・採尿室と検査室の検体搬送の動線を考慮します。
・外科外来、血液内科等と外来化学療法室は近接配置となるよう考慮します。

イ 主要諸室

・感染症患者対応の診察室を確保します。
・小児科とは別に内科、皮膚科等に対応するため、３室程度独立した感染症患者専用待合室・診察室を設けます。
・各診療ブロックに問診専用スペース（防音完備）を複数室確保します。
・小児科にキッズルームを設置します。
・泌尿器科外来にＥＳＷＬ（結石破砕装置）及び泌尿器科専用のＸ線ＴＶ装置を設置します。
・歯科口腔外科外来にＸ線撮影装置を設置します（パノラマ撮影装置は診療放射線部門に設置）。

２ 救急部門（救急センター）

（１） 部門方針

・第二次救急医療機関の中核施設の一つとして、救急医療に対して積極的な役割を担います。
・救急搬送患者は基本的に全ての症例を受け入れます。
・緊急で重篤な症状の患者を対象に、２４時間の受け入れ態勢を整備します。

（２） 診療日・診療時間

・診察日は３６５日とします。
・救急車の搬送受け入れは２４時間対応とします。
・自己来院する患者の診療時間は、平日１７：００～翌朝８：３０、土・日・祝日２４時間とします。

（３） 対象患者

・緊急で重篤な症状の患者を対象とします。

（４） 体制

・診療時間内は、救急チームが初期対応し、必要に応じて各診療科の医師が対応します。
・時間外は、原則全診療科の医師が内科系、外科系の当直に従事し、当直医が対応します。
・当直以外の診療科も、必要に応じてオンコールにて医師が対応します。
・ドクターヘリを積極的に受け入れる体制とします。

（５） 病床

・観察ベッドは３～５床とします。
・時間外の救急入院患者は、各科の病床で対応します（ＩＣＵの運用状況にあわせ柔軟に対応)。

（６） 運営

ア 受付・会計対応

・時間内の会計は、原則として外来の計算・会計窓口で行います。
・時間外の会計は救急受付にて行い、休日・夜間も含めて２４時間会計処理できる体制を考慮します。

イ 処方

・時間内の処方は院外処方を基本とし、時間外は院内調剤とし宿直の薬剤師が対応します。
・土・日・祝日の日勤帯は院外処方（近隣薬局が当番制）とします。

ウ 検査、放射線

・当直の検査技師、放射線技師が対応します。

（７） 諸室及び配置

ア 部門及び諸室の配置

・救急部門は現救急センター棟ではなく、新病院建物に配置し、屋上に設置するヘリポート及び手術部門と直結する専用エレベーターで接続します。
・救急外来は、外来部門と隣接し、病棟部門・診療放射線部門・手術部門等と連携し、円滑に治療のできる施設配置とします。
・救急車の動線は一般車両とは別とし、一方通行を前提とします。
・循環器内科と救急部門は隣接させます。
・救急部門に隣接して薬剤部（夜間お薬受け渡し窓口）を配置します。
・救急部門の霊安室（検死室）は人目に付かない配置とします。
・時間外診療患者と救急搬送患者の付き添いの待合室は分離した配置とします。
・患者用エレベーターは人工呼吸器等を装着した患者の搬送ができる大きさとするほか、職員用、作業者用（ゴミ）の専用化を考慮したエレベーターを設置します。

イ 主要諸室

・受付・事務室、初療室、トリアージ室、診察室、処置室、中央処置室、ナース休憩室、リネ

ン庫、汚物処理室・ゴミ庫、霊安室、器材庫、除染室　等

３ 健診部門（健診センター）

（１） 部門方針

・健診センターは、新病院内に整備します。
・市民の疾病予防、健康増進に資するため、地域中核病院として地域保健医療の向上に努め、市民の健康の保持・増進に寄与することを目的とします。
・健診機能の充実を図るとともに、診療部門との連携を強化し、効率的な業務システムを確立します。
・受診者のニーズに応じた健診項目の設定、結果説明及び健康指導を実施するとともに、継続的な健診受診体制の確立と積極的な精密検査受診の推進を図ります。

（２） 機能

ア 健診内容

・日帰りドック、脳ドック、企業検診等を実施します。また、がん検診、特定健康診査、特定保健指導等にも対応します。

イ 健診機能

・健診部門では、身体測定、血圧、採血などを実施し、その他の検査は、臨床検査部門や診療放射線部門、内視鏡部門などで実施します。

（３） 運営

ア 受付

・専用受付を設け、専用待合室を設置します。
・予約管理を一元化し、運用の効率化を図ります。

イ 検査

・院内の採血コーナー、採尿室を利用し、採取した検体（血液）は検査部門に搬送して検査を行います。

ウ 診察

・健診部門の診察室で健診担当医師が行います。
・婦人科検診は、外来の婦人科診察室で行います。

エ 会計

・会計は中央で行います。

オ 教育・指導

・結果説明、健康相談指導は専用の相談室で実施します。
・栄養指導や生活指導が必要な場合は、管理栄養士などが行います。

（４） 健診システム

・電子カルテ、医事会計システム、オーダリングシステムとの接続を前提に受診者情報及び検査データ等の取り込み、結果報告書の自動作成等が行えるシステムを導入し他部門との連携を図ります。

（５） 諸室及び配置

ア 部門及び諸室の配置

・専用のスペースを設け、外来部門と隣接させるとともに、診療放射線部門、臨床検査部門等との動線に配慮します。

イ 主要諸室

・健診受付、事務室、診察室、計測コーナー、保健指導室　等

４ 人工透析部門

（１） 部門方針

・人工透析を必要とする患者数の増加に対応するため、人工透析ベッドを増床し、新たに人工透析センターを設置します。
・患者中心の医療・看護サービスを実施する体制を整備します。
・透析室の環境アメニティについて配慮を行います。

（２） 機能及び規模

ア 対象患者

・入院患者及び外来患者を対象に血液透析を行います。
・腹膜透析（ＣＡＰＤ）の外来管理指導を実施します。

イ 透析ベッド数

・ベッドを中心に３０床（うち、感染患者用１床）を設置します。
・将来４０床に増床可能なスペースを確保します。
・オンラインＨＤＦ（血液濾過透析）の設置を考慮します。

（３） 運営

ア 実施体制

・毎日、午前１クール、午後１クールの２クールで実施することを基本とします。
・各診療科と連携をとるとともに、合併症の予防に努めた血液透析を行います。

イ 情報化

・透析装置と接続可能な部門システムを導入し、電子カルテシステムとの連携により、入力の効率化や医事業務の自動化を図ります。

（４） 諸室及び配置

ア 部門及び諸室の配置

・原則として、現救急センター棟の１階を利用する方針とします。
・腎臓内科外来と隣接させます。

・人工透析室は、通院透析患者の利便性を図るため、専用出入り口を設置するなど、一般の外来患者と動線が交錯しないように工夫するとともに、入り口からの動線が短くなるよう配慮します。
・感染対策用の個室を整備します。
・感染面を考慮しベッド間隔は充分確保し、カーテン等の設置によりプライバシー保護と患者監視を両立させます。
・透析センターはプライバシーに配慮し、外部からのアクセスや夜間透析の管理が容易で、他の患者等との交錯がないようにします。

イ 主要諸室

・透析室、機械室、患者用更衣室、患者控え室、薬品・医療材料倉庫、看護師控え室、外来患者待合室、腎臓内科診察室、患者用トイレ、調剤室、ＣＡＰＤ処置室　等

５ 地域サービス部門

（１） 部門方針

・地域医療機関との連携・機能分担により医療資源の効率化を図ります。
・地域の医療従事者との交流により地域の医療水準の向上を図ります。
・保健・福祉との連携の接点としての役割を果たします。
・患者の社会復帰に対し、総合的な情報を提供します。
・患者が尊厳ある人生を送ることができるよう、医療と介護等の連携を密に図り看護サービスを提供します。
・安心して入院できる信頼された病院を念頭に、関係部門と連絡を密にし、円滑な病床運用、空き病床を最小限にします。病床利用率は９０％を目標とし、土・日の空床を防ぎます。

（２） 地域連携

ア 業務内容

・紹介患者の診療予約（初診）及び検査等の予約を行います。
・初診患者の診察券事前発行、専用窓口での来院時の受付を行います。
・逆紹介患者への案内、各種手続きを行います。
・地域医師会、地域医療従事者との交流窓口業務を行います。
・市と連携してフォーラム等を開催します。

イ 運営

・院内の担当医師に紹介患者の診療情報を提供するとともに、診療予約や一部検査予約等を行い、紹介患者の利便性を図ります。
・入院患者を逆紹介するために、検査結果や治療状況、転帰等の診療情報の提供を迅速に行えるように院内の担当医師との連絡調整を図ります。
・病院機能や診療体制、手術件数、症例数など、有益な情報を積極的に提供します。
・患者紹介・逆紹介に係る地域医療機関等の情報を収集、分析、データベース化し、医療従事者に情報を提供します。
・登録医や紹介元のかかりつけ医と本院の医師による症例検討会などを企画・開催します。
・周辺医療機関との連携強化のため、地域連携部門の体制強化を図ります。

（３） 情報化

・オーダリング・電子カルテとの情報連携を前提に、連絡文書作成状況チェック、診療報酬算定に向けたチェック、統計業務の機能強化を図ります。

（４） 医療相談

ア 業務内容

・患者及び家族の個別相談に対応します。
・経済的問題の解決・調整援助を行います。
・療養中の患者の心理的・社会的問題の解決、調整援助を行います。
・受診、受療援助を行います。
・退院（社会復帰）援助を行います。

イ 運営

・外来患者、入院患者、患者家族に対して、心理的・社会的悩みや医療費支払等の経済的な相談、各種医療、福祉制度に係る相談などを行います。
・入院患者の在宅医療への移行を支援するために、地域医療機関や訪問看護ステーション等と連携し、在宅看護の体制づくりを支援するとともに、在宅移行後の在宅看護・介護に関する相談、疾病予防・健康管理・看護方法の説明や実技の指導等を行います。

（５） 入退院管理

ア 業務内容

・入退院管理室の設置による病床管理と入退院事務の一元化を図ります。
・入退院機能を強化し、病床利用率の向上を図ります。
・医療情勢の変化に伴う病床のあり方の調査・検討をします。

イ 運営

（ア） 入院

・入院に関する手続き、入院生活についての説明をします。
・病棟とのベッドの調整をします。
・入院時の受け入れ案内をします。

（イ） 退院

・退院スケジュールの確認及び整理をします。
・退院請求書の確認をします。

（ウ） 病床管理

・転棟、病室情報の確認及び整理をします。
・病床稼働状況に関する統計情報の作成及び定期報告をします。

（６） 諸室及び配置

ア 部門及び諸室の配置

・地域医療サービスセンターは、紹介患者の受け入れや患者・家族、地域のかかりつけ医等

の利便性を考慮し、外来の医事部門に隣接させるとともに、患者プライバシーにも配慮します。

・入退院係は、入院患者の受付、案内の効率化を図るため、外来部門と隣接させます。

イ 主要諸室

・受付カウンター、紹介患者専用受付、入退院係用受付窓口、事務所スペース、入退院係用事務室、遠隔診療室、相談室（うち１室は多人数用）、倉庫、給湯室

６ 病棟部門

（１） 部門方針

・医療安全面及び感染管理面において安全な療養環境を提供します。

・プライバシーの確保、アメニティの向上により患者の快適性、利便性を高めます。

・チーム医療の実施、看護サービスの向上により地域の中核病院としての入院機能の維持・向上を図ります。

・病床管理体制を充実し病床の有効活用を図ります。

（２） 機能及び規模

ア 病床数

一般病床	３９１床（このうちＩＣＵ６床は将来対応）
回復期リハ病床	４０床
結核病床	８床（呼吸器科病棟に併設）
感染症病床	６床（併設する病棟は未定）
計	４４５床

イ 看護単位と看護体制

一般病床	：入院基本料	７：１
回復期リハ	：特定入院料	１５：１看護／３０：１看護補助
感染症病床	：入院基本料	７：１（一般病床と同じ）
結核病床	：入院基本料	７：１

ウ 病床配分・病棟構成

・一般病棟は一看護単位を４４～４５床とし、診療科の特性を考慮した混合病棟を基本とします。

・ＩＣＵは将来的に６床整備します。

・ＣＣＵは重症室として、循環器内科病棟に２床設置します。

・重症室はスタッフステーションに隣接させます。

・周産期病床・小児病床・ＮＩＣＵ相当の機能及びその後方病床は近接して配置します。

・産婦人科病棟及び小児科病棟には母子同室の部屋を１室設置します。

・付添いのいない小児の病室はスタッフステーションに隣接して設置します。

エ 病室

・病室は、個室と４床室の組み合わせを基本とし、個室の割合は診療科の要望によることと

します。
・感染症病床、結核病床、小児科病床は個室割合を増やします。
・周産期病床には通常の分娩室・陣痛室に加えＬＤＲ室（陣痛・分娩・回復室）を設置します。
・一般病床における一部の個室は、空気感染対策に対応します。

オ 病室の形態
・多床室においては、ベッド周りでの医療スタッフの看護のしやすい病室とします。
・感染症病室は「感染症医療機関の施設基準に関するガイドライン」に基づいた構造とします。

カ 病室の設備
・特別室は、洗面台、トイレ、シャワー、応接セットを設置します。
・差額室料を徴収する個室には洗面台とトイレを設置し、多床室には洗面台を設置します。
・患者用インターネットの利用への対応を検討します。

（３） 運営計画

ア 食事
・日常生活サイクルや患者の希望に配慮した適時給食を実施します。
・保温保冷配膳車を導入し、適温給食を実施します。
・配膳方式は中央配膳とします。
・早期離床、アメニティを考慮し食堂加算のとれる病棟食堂を設置します。
・選択メニュー制を採用します。

イ 薬剤
・薬剤師の病棟薬剤業務の拠点として、１病棟に１か所ずつ、利用しやすい場所にサテライトファーマシーを配置します
・看護師が協力して注射剤の混合調製を実施します。
・全入院患者を対象に薬剤管理指導業務を実施します。

ウ 検査
・採血された検体の回収は、原則として病棟を巡回して行います。
・感染症病棟には検査室を設置します。

エ リハビリテーション
・自宅退院を目標に専門性を活かしてケアにあたり、生活に密着したリハビリテーションを実施します。
・回復期リハビリテーション病棟の機能訓練室は看護室から見える場所に配置します。
・各病棟でリハビリテーションカンファレンスを行い看護計画に反映します。

オ 病床管理
・入退院管理室を設置し事務部門と連携して病床管理と入退院事務を一元化し、利用率の向上を図ります。

・入院当日の入院患者待合スペースを充実します。

（４） 諸室及び配置

ア 部門及び諸室の配置

・４床室の患者を対象としたトイレは、病棟に２か所程度設け、車いす介助にも配慮した広さとします。
・患者が血圧等の自己管理ができるように、各病棟に説明室を兼ねたオープンスペースを設置します。

イ 主要諸室

・スタッフステーション（スタッフ休憩室含む）、プレイルーム（小児病棟に設置）、サテライトファーマシー、処置室（共通）、カンファレンス室、クリーン病室（血液内科：４室４床）、病状説明室兼指導室、面会室、病棟食堂兼デイルーム、下膳車スペース、シャワー室、器材保管庫、リネン庫、汚物処理室、車いすトイレ、職員用男女トイレ、調乳室（小児病棟）、仮眠室　等

７ 薬剤部門

（１） 部門方針

・組織医療と患者本位の良質な医療提供の一環として、薬物療法の効果が充分に発揮できるように、患者の安全と安心を第一に考え、医薬品適正使用を推進します。
・薬剤業務の効率的な運営と患者サービスの充実を図ります。
・他職種、他部門との円滑な業務連携を推進します。
・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を図ります。
・高度専門化する薬剤業務に対応しうる専門知識の習得に努めます。
・薬剤及びその調達コストの適正管理を行います。

（２） 機能及び規模

ア 外来調剤

・原則として院外処方としますが、救急患者や一部外来患者は院内処方とし、調剤室にお薬受け渡し窓口を設置し、薬を渡します。
・院内処方の薬の受け渡しには、患者のプライバシー確保のため、お薬受け渡し窓口に近接して個室を設置し、説明・指導・確認等を行います。
・がん化学療法に対する抗がん剤の混注業務は、抗がん剤調製室で実施します。

イ 入院調剤

・サテライトファーマシーにて、服薬指導及び病棟薬剤管理を行います。
・病棟で衛生的で安全な混注作業を行います。
・入院処方薬は定期・臨時を含め分包化の充実を継続します。
・注射薬はピッキングマシンの導入によりセット化を行います。

ウ ＴＰＮ、化学療法薬剤の調整

・クリーンルーム、クリーンベンチ、安全キャビネット等の専用の設備を備え、ＴＰＮ（高

カロリー輸液法)、抗がん剤等の調製を行います。

エ 製剤業務

・薬剤部で安全性と安定性を十分に考慮し調製を行います。
・院内製剤は「滅菌製剤」、「一般製剤」、「散剤」、「軟膏」等とします。

オ ＴＤＭ・薬品試験業務

・薬剤管理指導業務の一環として、特定薬剤治療管理（薬物血中濃度モニタリング：ＴＤＭ）に積極的に関わります。
・薬品試験は専門の部屋で行います。

カ 医薬品情報管理業務

・医薬品情報管理（ＤＩ）室を設置し、薬品情報の収集、院内への情報提供を行う体制を整備します。
・医療従事者や患者からの問い合わせに対しても迅速に対応します。
・ＤＩ室とは別に、医療情報担当者と面談できるスペース（面談室）を確保します。

キ 薬剤管理指導業務

・チーム医療のもと、薬剤管理指導業務及び病棟薬剤業務を行います。
・外来患者向けに服薬指導・相談の充実を図ります。
・入院患者の持参薬確認は、お薬受け渡し窓口と隣接した受付カウンターを設置（問診も実施）します。

ク 治験管理

・治験管理室を薬剤部門に設置し、治験業務の充実を図ります。

ケ 教育・研修

・薬剤師の専門性を生かし、ＮＳＴ（栄養サポートチーム)、感染対策チーム、褥瘡、緩和ケア、糖尿病のメンバーとしてチーム医療に積極的に参加するとともに、勉強会を開催します。

（３） 諸室及び配置

ア 部門及び諸室の配置

・諸室は外来部門に近接させ、外来化学療法室と薬剤部門は隣接させます。
・サテライトファーマシーは、情報共有のため各病棟のナースステーションと隣接させます。
・抗がん剤調製室は外来化学療法室に隣接させます。
・患者のプライバシー確保に配慮し、お薬受け渡し窓口と相談室を近接させます。
・サテライトファーマシーに電子カルテやインターネット端末を整備します。
・混注作業を行う作業スペースを病棟に確保します。

イ 主要諸室

・調剤室、お薬受け渡し窓口（表示装置含む)、注射室（注射用倉庫・カートプール含む)、製剤室（ドラフトチャンバー含む)、医薬品情報室、治験管理室、倉庫、無菌室、薬局員室（薬

局長室)、相談室、薬務室、当直室

８ リハビリテーション部門

（１） 部門方針

・訪問リハビリテーション部門の開設を目指します。
・急性期病院として、質の高いリハビリテーションを提供します。
・各診療科の主治医と連携してリハビリテーションを提供します。
・急性期からリハビリテーションを提供します。
・社会復帰へ向けた回復期リハビリテーションを提供します。
・地域の医療機関の関係施設との連携を強化します。
・職員の専門特化、資質及び接遇の向上のためのスタッフ教育を行い、より患者の満足度を上げるように努めます。

（２） 機能及び規模

ア 対象疾患等

・全ての入院患者を対象とします。外来患者については実情に応じて実施します。

イ 機能及び施設基準

次の施設基準の取得を前提に、必要な人員、設備等の整備を目指します。
・脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）
・運動器リハビリテーション料（Ⅰ）
・呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）
・回復期リハビリテーション病棟入院料
・心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）
・がん患者リハビリテーション料
・摂食機能療法
・集団コミュニケーション療法料

（３） 運営

ア 診察

・リハビリ室に併設した診察室（個室）を設けます。

イ 治療、訓練

・多職種のスタッフが互いに連携をとり、医師を中心としたチーム医療を実践します。
・急性期からリハビリテーションを開始し、早期離床・早期回復を目標として実施します。
・回復期・維持期のリハビリテーションは、社会復帰を目標として実施します。
・訪問リハビリテーションは、在宅退院された方の社会参加を目標として実施します。

ウ その他

・評価・実施計画に基づくリハビリテーションを施行するとともに、地域の保健・医療・福祉施設と連携を強化します。

（４） 諸室及び配置

ア 部門及び諸室の配置

・諸室は診療科、病棟と効率的な機能連携のできる配置とします。
（優先度１：整形外科外来　優先度２：地域連携室）
・屋外への移動を考慮した配置とします。
・理学療法、作業療法、言語療法の受付を一括して行える諸室配置とします。
・災害時の被災者等の収容を想定した諸室配置とします。

イ 主要諸室

・診察室、理学療法室、作業療法室、言語療法室兼高次脳機能評価室（４室＋回復期リハ病棟に１室)、小児リハビリ室、水治療スペース、日常動作訓練室、患者用トイレ、スタッフルーム　等

９ 栄養部門

（１） 部門方針

・入院患者へ患者満足度の高い、おいしい食事の提供を目指します。
・院内調理を原則とした中央配膳方式による食事の提供を基本とし、適時適温の食事サービスを万全な衛生管理のもとで提供します。
・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。

（２） 機能及び規模

ア 食事提供

（ア） 食事

・配膳方式は中央配膳方式とし、配膳は専用エレベーターを使用します。
・適時給食を実践するために、次のとおりとします。
朝食：　７：３０～　８：００
昼食：　１２：００～１２：３０
間食：　１０：００及び１５：００
夕食：　１８：００～１８：３０
・保温・保冷配膳車の利用により適温給食を実践します。
・選択メニューを実施します。
・行事食等を実施し、配膳は通常の保温・保冷配膳車を利用します。

（イ） 調理方式

・原則として、施設内給食とします。
・厨房設備は、調理環境、ランニングコスト、災害時の対応などを考慮します。
・調理用熱源は、電気とガスとのハイブリット方式とします。
・一部クックチル方式による調理を導入し、将来的にはクックチル方式による食事の提供を増やします。
・クックチル方式の導入により、保冷・再加熱用機器の設置スペースに配慮した面積を確保します。

・調乳については、現状の調理実績を考慮し、栄養士が病棟へ出向いて調製します。

（ウ） 配膳方式

・中央配膳により、栄養部門の従事者が各病棟まで温冷配膳車で食事を配膳し、病棟スタッフと協力して配膳下膳を行います。
・下膳には専用の下膳車を使用します。

イ 栄養食事指導

・外来患者への栄養食事指導は管理栄養士が行い、定期的に通院する外来患者への栄養食事指導は、外来受診時に実施します。
・入院患者への栄養食事指導は管理栄養士が行い、医師、薬剤師、看護師等と共同して栄養計画を作成し行います。
・集団栄養食事指導を実施します。
・地域連携の一環として、セミナーに参加します。

ウ ＮＳＴ

・医師、看護師、管理栄養士、薬剤師、臨床検査技師などで構成するＮＳＴ（栄養サポートチーム）を編成し、低栄養患者へのラウンド及びカンファレンス、個別対応栄養計画作成、再評価等を行います。

（３） 諸室及び配置

ア 部門及び諸室の配置

・調理室は、大量調理施設衛生管理マニュアルを遵守するとともに、食材等の搬入や、各病棟への配膳・下膳の動線を考慮した配置とします。
・糖尿病教室等、集団指導を行う場所は、利用者が分かりやすい所に設置します。
・患者のアメニティを考慮し各病棟に食堂（デイルーム）を設けます。

イ 主要諸室

・厨房、食品庫、冷蔵室、検収室、洗浄室、栄養指導室（外来に設置）、食事指導室（入院患者用で病棟相談室と兼用で可）、集団指導ができる部屋、スタッフ関連諸室（男女別更衣室含む）、備蓄倉庫（各病棟階に分散）　等

１０ 中央手術部門

（１） 部門方針

ア 高度医療への対応

・中央手術部門は、本院に適した施設、設備とするとともに、日帰り手術にも対応できるような手術室及び関連諸室を整備します。

イ 安全性の確保

・患者及び医療従事者の安全性確保のため、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。

ウ 機能的な配置

・中央手術部門は各部門からの動線に配慮し、緊急手術にも対応できるように機能的な配置とします。

エ 効率的な運用

・的確なスケジュール管理を行い、緊急手術にも迅速に対応できるソフト及びハードの体制を整備します。

（２） 機能及び規模

ア 手術室数

・手術室は９室（うち無菌手術室１室）とします。
・各科の手術に対応できる手術室を整備します。
・手術室は将来的なロボット手術等の拡張性も考慮し、大部屋２室（６０㎡以上)、通常の大きさの手術室７室（５０㎡程度）とします。
・外来手術室は、手術室の部屋を固定せず柔軟に運用します。

イ 手術室の形態

・手術部門の配置計画は、「中央ホール型」を基本として検討を行います。
・手術部門は、一足制を基本として、検討を行います。
・手術室は、患者の安全を確保するために、スタッフや大型器材が余裕をもって移動・運搬できる広さのスペースを確保します。
・器械展開室・器材室についても機器の搬送・メンテナンスに十分対応できるスペースを確保します。
・手術室・手術室の廊下については機器・器材等の荷重に対応できる床材とします。

ウ 患者の搬送方法

・患者乗せ換えは行いません。

エ リカバリールーム

・術後リカバリーベッドは２床とします。
・リカバリーベッドは手術部門スタッフステーションと患者搬送用エレベーター等の動線に考慮した配置とします。

オ 日帰り手術

・日帰り手術は可能な範囲で実施します。

（３） 運営

ア 手術室の運用

・手術室の利用は、基本的に曜日ごとに使用する科を定めます。
・手術室の使用時間は、８：３０～１７：３０を厳守します（緊急手術の場合はこの限りではない)。
・各診療科の手術件数等に応じ、業務効率が最も高くなる最適な手術室運用をします。
・緊急手術に迅速に対応できるように、余裕を持った予定手術の組み方を行います。
・患者の安全性を確保するため、麻酔器、生体情報モニター等の手術用医療機器の保守管理

を徹底します。
・手術室は監視カメラにてモニターします。
・術野保存用のカメラ等により、手術のモニター、記録・保存を考慮します。
・生体情報モニターは麻酔科控室にて監視し、情報を保存できる体制を整備します。

イ 検査
・血液ガス分析装置等により迅速に検査ができるようにします。

ウ 滅菌
・手術器具のセット化を進め、原則として手術部門内での滅菌は実施しませんが、緊急時に少量の器材を滅菌できる緊急滅菌コーナーを設けます。

エ 放射線設備の整備
・放射線撮影は放射線技師が行います。
・ポータブルのＸ線撮影装置、外科用イメージ装置を整備します。
・各手術室に電子カルテ・術中画像を確認できるモニターを設置します。

オ 維持管理
・手術室内外を清潔に保つため、術後の清掃を徹底します。

（４） 諸室及び配置

ア 部門及び諸室の配置
・屋上ヘリポートや各病棟、救急センターと患者搬送用エレベーターで結ぶなど、搬送動線に配慮します。
・臨床工学部門を隣接配置します。
・輸血用血液製剤が迅速に供給されるように輸血室との配置を考慮します。
・血管造影室との患者動線に配慮します。
・ＩＣＵ（集中治療病床）と隣接させます。

イ 主要諸室
・麻酔科医関連諸室（麻酔科控え室、診察室等）
・スタッフ関連諸室（職員更衣室（男女別）、シャワー室、カンファレンス室、休憩室等）
・患者・家族関連諸室（患者家族控室、家族説明室、患者更衣室（男女別）等）
・標本整理のためのスペース（ホルマリン使用・写真撮影）
・機器展開室、器材室、薬品庫、リネン庫等

１１ 中央材料部門

（１） 部門方針

・各部門から発生する器材について、洗浄から組立・滅菌までを一元化し、各部門への安定的かつ効率的な滅菌材料の供給体制を構築します。
・使用期限情報などの情報管理の向上を図り、業務の効率化を推進します。

（２） 機能及び規模

・器材の仕分け、洗浄・点検、組立、滅菌、保管、セット作成、供給を行います。

・各部門の滅菌物の保管状況や定数を把握し適正な機材の量の検討を行います。

（３） 運営

・実施時間は８：３０～１７：３０を基本とします。

（４） 諸室及び配置

ア 部門及び諸室の配置

・中央手術部門と中央材料部門は、隣接配置を基本とします。

イ 主要諸室

・返却室、洗浄室、未滅菌室、既滅菌材料室、機材展開室　等

１２ 臨床工学部門

（１） 部門方針

・医療機器に関する十分な経験・知識を有する医療機器安全管理責任者を配置し、医療機器の保守点検計画を策定し、医療機器を安全に管理します。

・院内で使用する共同利用医療機器は臨床工学（ＭＥ）部門で中央管理し、保守点検、保管、貸出を行い、保守管理の合理化、有効活用、効率的な運用を図ります。

・高度化が進む生命維持管理装置等のＭＥ機器を正常に稼動させるため、医師の指示の下に補助循環装置、血液浄化装置等の操作と保守点検を行います。

・医療機器の使用方法や動作チェック等の教育や研修を行い、新しい技術や機器の導入について院内に周知します。

（２） 機能及び規模

ア 医療機器の管理

（ア） ＭＥ機器の保守管理

・ＭＥ機器管理室を設け、ＭＥ部門保管の機器及び院内各部署で使用するＭＥ機器全般を、保守管理の対象とします。

・ＭＥシステムでデータベース化を継続して行い、貸出管理、所在管理なども行います。

（イ） 医療機器安全情報の収集

・医療機器に係る安全情報を収集し、必要に応じて職員に周知します。

イ 管理の対象機器

・人工呼吸器、輸液・シリンジポンプ、空気圧式マッサージ器、除細動器、ＩＡＢＰ、血液浄化装置、ＰＣＰＳ、手術室医療機器、保育器、ＡＥＤ　等

ウ 医療機器に関する教育・研修

・職員を対象に、ＭＥ機器の操作、使用方法、動作チェック、点検・保守に関する教育と研修を行うとともに、新しい技術やＭＥ機器について必要に応じて情報提供を行います。

エ 臨床技術の提供

・臨床工学技士が補助循環装置、血液浄化装置、人工呼吸器等の操作・保守点検、診療業務の支援を行い、必要に応じて治療の介助を行います。

（３） 運営

ア 貸し出しの管理方法等

（ア） ＭＥ機器の管理

・ＭＥ機器を熟知した医療機器安全管理責任者を配置し、機器の保守計画の策定と実施、保守点検記録の保存を行います。

・ＭＥ機器管理室で共同利用が可能なＭＥ機器は、ＭＥシステムで保管、保守点検、貸し出し、所在管理等を継続して行います。

（イ） 保守点検

・共同利用機器について清掃、点検、簡単な修理等を行うとともに、使用部署でのトラブルに対応し、必要に応じてメーカーに修理依頼を行います。

イ 臨床支援

・人工透析、手術、病棟などの臨床の場における医療機器等の操作、点検等の業務を行い、必要に応じて治療に必要な物品の説明や治療の介助を行います。

（４） 諸室及び配置

ア 部門及び諸室の配置

・臨床工学部門とＩＣＵ・中央手術部門は近接させます。

・緊急時等に迅速に対応するために、病棟に直結するエレベーターに近接させます。

イ 主要諸室

・臨床工学室、ＭＥ機器貸出・返却室（別室もしくは仕切り対応）、技師室　等

１３ 診療放射線部門

（１） 部門方針

ア 画像診断の充実

・ＣＴ、ＭＲＩ、ＲＩ、血管撮影装置等による画像診断を充実させるとともに、外来、救急センター、手術部門、病棟との間において、迅速な対応を図ります。

イ ＰＡＣＳ（放射線画像管理システム）

・放射線画像管理システム（電子化された画像の保存・配信を行うシステム）を整備し、フィルムレス化を図るとともに、放射線科医師の読影、レポート作成等により、効果的・効率的な運用に努めます。

ウ 設備構造、レイアウト

・高度医療機器の将来的な導入や更新等が容易にできる設備、構造、レイアウトに配慮するとともに、業務の効率化を図るため、診療放射線部門は集約して配置します。

エ 在庫管理の適正化

・撮影や検査に必要となる物品について、在庫管理の適正化を図り、業務の効率化につなげます。

オ 患者への配慮

・患者が安心して撮影や検査を受けられるように、患者の快適さ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

ア 放射線診断

・一般撮影、パノラマ撮影、Ｘ線ＴＶ撮影、マンモグラフィ、心臓・血管撮影、ＭＲＩ、ＣＴ、骨密度測定

イ 超音波診断

・超音波検査

ウ 核医学診断

・ＳＰＥＣＴ（ガンマ・カメラ）撮影

エ 放射線治療

・リニアック装置、ＣＴシミュレーター

オ 中央手術部門

・外科用ポータブル撮影、外科用イメージ撮影

カ 病棟

・ポータブル撮影

キ 救急センター

・一般撮影、ＣＴ撮影、ポータブル撮影

ク 健診センター

・一般撮影、Ｘ線ＴＶ撮影、マンモグラフィ検査、超音波検査

（３） 運営

ア 検査体制

・放射線科医師のもとで、各診療科と協力してカンファレンスを実施し、画像診断の精度向上を図ります。
・検査の予約は、効率的なシステムを構築します。
・検査受付を１か所に集約し、患者にとって分かりやすく効率的な受付体制とします。
・検査等は２４時間体制とし、時間外の検査は当直技師が対応します。
・周辺の診療所等からのＣＴ、ＭＲＩの依頼に対応できるようにします。

イ 治療

・がん治療などにおいて、効果的に治療効果が得られるよう、手術や化学療法の実施時期を踏まえ、適切な時期に放射線治療を行い、集学的治療を実践します。

ウ 読影

・読影室を設置し、放射線科医師による読影を行います。

エ 画像参照・結果報告

・ＰＡＣＳの導入により診療放射線部門の全ての画像情報はデジタル保存とし、フィルムレス化を図るとともに、電子カルテ上で画像情報と医師の所見を参照できるなど、迅速な情報伝達を実施できるシステムを構築します。

・周辺の診療所等から依頼のＣＴ、ＭＲＩ結果のオンライン配信を目指します。

オ その他

・ＲＩＳ（放射線部門情報システム）の導入により、検査予約管理、照射録管理、医事会計、読影レポート、画像管理等をシステム化します。

（４） 諸室及び配置

ア 部門及び諸室の配置

・診療放射線部門を集約し、救急部門、臨床検査部門、内視鏡部門、泌尿器科外来を隣接させ、効率的な動線を確保します。

・受付を中心とした撮影室の配置とします。

・全ての操作室、撮影室は個別空調とします。

・血管撮影室はエレベーターに近接させます。

・読影室はＣＴ、ＭＲＩ室に近接させます。

・ＲＩ室は汚染等を考慮し、排水処理施設を隣接させます。

イ 主要諸室

（ア） 画像診断

・一般撮影室、Ｘ線ＴＶ室、マンモグラフィ室、心臓・血管撮影室、ＭＲＩ室、ＣＴ室、骨密度測定室、読影室、ポータブル置場（病棟）

（イ） 超音波検査

・腹部超音波検査室

（ウ） 核医学診断

・ＳＰＥＣＴ（ガンマ・カメラ）、処置室、準備室、操作室、更衣室

（エ） 放射線治療

・ライナック室、ＣＴシミュレーター室、処置室、診察室（昇降式のベッドを設置）、耳鼻科ファイバー検査室（内診台）、エコー室、患者用更衣室、待合室、休憩室、患者用トイレ

（オ） その他

・放射線科スタッフステーション（問診、看護相談、処置スペース）兼カンファレンス室、受付、操作室、患者用更衣室、リカバリー室（カテ・Ｘ線ＴＶ後）、準備室、処置室、前室、機械室、器材庫、トイレ（患者用、職員用）、当直室（男女別）、更衣室（男女別）、その他スタッフ関連諸室、測定器置場、倉庫、放射線室技局兼ミーティングルーム　等

１４ 内視鏡部門

（１） 部門方針

ア 機能の強化

・今後の需要増加が予想される内視鏡を用いた検査・治療に対応するため、機能充実、体制の整備を図ります。

・患者の肉体的負担や経済的負担を軽減するために、治療的内視鏡の活用を拡大します。

イ 効率的な配置

・内視鏡部門は、患者とスタッフの動線や効率的な機器の使用を考慮し、診療放射線部門に隣接して設置することを基本とします。

・救急センターにおける内視鏡処置が円滑に遂行できるよう動線に配慮します。

ウ 画像情報の一元管理

・内視鏡の画像情報はデジタル保存で一元的に管理し、診療をはじめ研修・教育・臨床研究等に活用します。

エ 内視鏡機器の整備

・カプセル内視鏡などの新しい内視鏡機器に対応できる環境整備について検討します。

（２） 機能及び規模

ア 検査・治療機能

・消化管内視鏡（食道・胃・十二指腸・大腸・小腸）装置、気管支内視鏡装置、胆管膵管内視鏡装置、超音波内視鏡装置などを設置し、内視鏡検査・治療を実施します。

・カプセル内視鏡など内視鏡技術の導入に努めます。

イ 検査機器

・内視鏡装置

・超音波内視鏡

・Ｘ線ＴＶ

（３） 運営

ア 検査・治療体制

・各検査の受付を集約し、患者にとって分かりやすく効率的な受付体制とします。

・日帰り手術を実施します。

イ 読影

・読影は診察室内の高精細端末により各診療科医師が行います。

ウ 画像の保管・参照

・内視鏡ファイリングシステムを導入し、電子カルテ上で画像情報と医師の所見を参照できるなど、迅速な情報伝達を実施できるシステムを構築します。

エ 機器管理

・内視鏡洗浄室を整備し、内視鏡機器等の洗浄消毒、保守点検、整備、物品等の維持管理は内視鏡部門で行います。

（４） 諸室及び配置

ア 部門及び諸室の配置

・診療放射線部門と内視鏡部門を隣接させ、効率的な動線を確保します。
・救急における内視鏡検査等も考慮し、救急部門と近接させるなど、動線に配慮します。

イ 主要諸室

・内視鏡室、Ｘ線ＴＶ室（結核患者対応用陰圧空調設備）、リカバリー室、トイレ（検査室内）、説明室（診察室兼）、患者用更衣室、前処置室、洗浄室（内視鏡保管庫設置）、ラウンジ（大腸検査前）　等

１５ 臨床検査部門

（１） 部門方針

・医療過誤の観点から、患者の採血、輸血、検査等を行う場合のチェック体制を確立し、感染予防に充分考慮し、安全で精度の高い検査を提供します。
・迅速に検査結果を各科に報告できる体制を整備します。
・患者の目線に立ち、放射線室、生理検査、採血室への誘導をわかりやすくし、検査効率を高めます。

（２） 機能及び規模

ア 検体検査

・一般、生化学・血清、血液、輸血、細菌の各検査機能を、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。
・緊急・迅速検査に対応するため、検体搬送用小荷物専用昇降機及び気送管設備等の利用を考慮します。

イ 輸血検査

・血液型検査、不規則抗体、交叉試験の自動化及びシステム化による安全な輸血体制を確立します。

ウ 細菌（微生物）検査

・適切な空調管理を行うなど、感染防止を考慮した構造、設備とします。

エ 生理検査

・超音波、心電図、呼吸機能、脳波などの生理機能検査を実施します。

オ 病理検査

・迅速かつ正確に病理組織・細胞診断の提供を行います。
・通常の病理組織・細胞診検査をはじめ、術中迅速病理組織・診断を実施します。
・バイオハザード、有機溶媒対策の充実を図ります。
・搬送システムは手術室と接続します。

（３） 運営

ア 採血・採尿

・外来患者の採血・採尿は、採血室、採尿トイレで行います。

イ 検査の報告

・迅速報告に努め、検査結果をはじめ、画像情報、病理診断・所見などは、電子カルテ上で参照できるシステムとします。

ウ 緊急検査

・２４時間体制とし、時間外の検査は、当直技師が対応します。

エ 輸血検査

・血液製剤の購入・在庫・使用を一元的に管理し、血液製剤に関する記録を保管・管理します。

オ 細菌（微生物）検査

・迅速検査法などにより病原体検査の迅速化を図るとともに、感染防止対策に役立て、感染症診断・治療に有用な検査を実施します。
・バイオセーフティーレベル「レベル３」の菌を取り扱います。

カ 生理検査

・循環器系疾患をはじめとする高度医療に対応できるように、診断や治療に有用な検査を実施します。

キ 病理検査

・通常の病理組織・細胞診検査をはじめ、術中迅速病理組織・診断を実施するとともに、病理解剖及びＣＰＣ（臨床病理症例検討会）を実施するほか、各診療科と連携し症例検討を行います。

ク 検体の搬送

・時間外や緊急時のために迅速で効果的な搬送システムの構築に努めます。

ケ 試薬管理

・試薬の管理は、検査部門で行います。

（４） 諸室及び配置

ア 部門及び諸室の配置

（ア） 部門全体

・臨床検査部門は、外来患者の利便性を考慮し、採血・採尿室と近接させます。上下階にまたがる場合は、小荷物専用昇降機などの搬送設備を設けるとともに、職員の動線を考慮します。

・一般、生化学・血清、血液、輸血検査の検査室と細菌（微生物）検査室を集約し、機能的に配置します。

・救急センター、手術室への輸血用血液製剤が迅速に供給できる配置とします。

・患者の動線に配慮し、検査室、生理検査室、放射線室は近接させます。

・各検査の待合いスペースが外来待合と重ならないような配慮をします。

・調光、空調のコントロールが出来る環境設備とします。

（イ） 採血・採尿

・各室はプライバシーに配慮し、車イス・ベビーカー・ストレッチャー利用患者にも使いやすい広さを確保します。

・採血場所と検査の業務場所の区分を明確にします。

（ウ） 細菌（微生物）検査

・細菌検査室（洗浄室含む）、輸血検査室を検査室に近接させます。

・二重ドア、前室、ＨＥＰＡフィルター等を設置し、バイオセーフティーレベル「レベル３」の菌を取り扱うための環境を確保します。

・細菌検査室は入退室管理ができるようＩＣチップ等を用いたセキュリティ管理を検討します。

（エ） 病理検査

・病理検査室は、術中検査に対応するために手術部門に近接させます。

・解剖室は霊安室に隣接させ、病棟から搬入しやすいようにエレベーターに近接させるとともに、極力人目につかないように配慮します。

・病理検査室の排水・感染対策については解剖室に準じた設備（バイオセーフティーレベル「レベル３」）とします。

イ 主要諸室

（ア） 検体検査

・検体検査室、洗浄室、貯蔵（冷蔵）室２室、技局、当直室、血液製剤保存室、感染性廃棄物保管室　等

（イ） 採血・採尿

・採尿用トイレ（外来の採血・採尿室内に男女別に設置）、多目的トイレ、患者相談室、検査説明室、採血ブース８ブース（内２ブースは車イス等の利用を考慮した広さを確保）、急変患者処置スペース、採血管準備システム設置スペース、安静後採血用スペース　等

（ウ） 細菌（微生物）検査

・細菌（微生物）検査室、抗酸菌室、遺伝子検査室、処理滅菌室、培地作成室、フラン室（培養室）、暗室　等

（エ） 生理検査

・多目的室、心エコー・血管エコー検査室、脳波・筋電図室（シールドルーム）、肺機能検査室（防音性）、ＯＡＥ検査室（防音性・光の調整が出来る部屋）、負荷心電図室（ＲＩシンチ含む）、研修医レクチャー（心臓エコー）用の部屋（生理検査室に近接）、ホルター心電図解析室

・多目的室内に以下を整備します。（健診センターは除く）
心電図、ＡＢＩ（血圧脈波検査装置）検査、ＦＭＤ（血流依存性血管拡張反応）検査　等

（オ）　病理検査

・病理検査室：組織切り出し室、細胞診鏡検室、染色室、自動免疫染色室、薄切室、標本整理室、遺伝子検査室、カンファレンス室、資材置き場、病理診断室、技師室

・解剖関連室：解剖室、準備室、前室、臓器保管室、シャワー室、更衣室

（カ）　輸血室

・自己血採血室、末梢幹細胞処理及び保存室

１６　医事部門

（１）　部門方針

・患者が安心して診療を受けることができるように受付、会計等の業務において、患者サービスの向上を図ります。

・病院収入の確保のために、診療報酬の請求漏れの対策や減点の防止を行うとともに、正確かつ迅速な診療報酬請求業務を行います。

・患者の待ち時間短縮のために、医事会計システムを電子カルテやオーダリングと連携させ、迅速かつ正確に業務を進めます。

・診療報酬改定に対応するための情報提供・対策を行います。

（２）　機能及び規模

・受付、会計、診療報酬請求、医事統計、ＤＰＣ、診断書・証明書の受付、未収金の回収、医事に関する企画・立案　等

（３）　運営

ア　総合案内

・看護師又は事務職員が案内業務（院内案内、受診科相談等）を行います。

イ　新患受付

・初来院患者の受付業務を行います。

ウ　再来受付

・再来初診患者の受付は自動再来受付機により行い、再来予約患者は各ブロックに直接行き、受付を行います。

エ　書類受付窓口

・診断書等の各種書類の受付を行います。

オ　外来会計

・保険の確認、外来診療費の計算、確認を行います。

カ　入院会計

・保険の確認、入院診療費の計算、確認、請求書の発行を行います。

キ　支払窓口

・料金支払い窓口又は自動支払機により、料金を収納し、領収書、予約券、薬の引換券の発行を行います。

（４） 諸室及び配置

ア 部門及び諸室の配置

・正面玄関及びメイン駐車場に近接させます。
・受付カウンターはオープン方式とし、患者来院時間の集中度に応じて受付スタッフ数を増減できる計画とします。
・受付カウンターは車いす患者に配慮し、近接して自動受付機、支払窓口、薬の受け渡し窓口、院外処方箋ＦＡＸコーナーを設置します。
・支払窓口に近接して自動支払機を設置します。

イ 主要諸室

・医事事務室、受付窓口、支払窓口　等

１７ 管理運営部門

（１） 部門方針

・病院の生活関連施設・設備を充実させ、医療の質、患者サービス及び療養環境の向上を図ります。
・職員の意識高揚をはかり、能力や専門的知識の向上に配慮します。
・患者のサポート並びに院内のさまざまな活動に協力してもらうボランティアを活用します。
・医療安全管理体制を確立し、適切かつ安全で質の高い医療サービスの提供を図ります。

（２） 機能及び規模

ア 総務

・文書の収受、発送及び分類管理、儀式及び公印保管、渉外事務、許認可事項の届出及び申請、消防防災計画、院内保育所管理、一般寄付金及び特定寄付金募集・申請・受領、その他の部、科等及び係等に属さないもの。

イ 人事管理

・職員の定数及び配置、職員の服務、労働関係規程取扱、労働組合、職員の任免及び給与並びに分限及び懲戒、職員の給与計算資料作成、職員の研修、福利厚生及び健康管理、臨床研修、その他職員に関すること。

ウ 医療安全

・医療事故の予防・再発防止対策及び発生時の適切な対応、医療安全管理対策委員会の開催、医療安全管理のための講習及び研修の実施、インシデントレポートの集計等。

（３） 運営

・健全で持続可能な運営を維持するための病院管理を行う。

（４） 諸室及び配置

ア 部門及び諸室の配置

・ドクターヘリ対応のヘリポートを屋上に設置します。
・病院の管理運営を効率的・効果的に行うために、動線に配慮し関連する諸室を集約します。
・災害拠点病院として、十分な広さの災害時用備蓄倉庫（最低３日分の食糧・飲料水を備蓄）及び災害対策本部機能をもった会議室を設けます。
・災害時のライフラインの確保対策として、電力の２回線受電、自家発電設備（１５００ＫＶＡ）等の設置を検討します。
・内外関係者とのミーティングができるスペースを確保します。

イ 主要諸室

・事務室、災害時用備蓄倉庫、災害本部対策会議室、屋上ヘリポート、研修ルーム、湯沸室　等

１８ 企画部門

（１） 部門方針

・医療情勢に関する情報の収集、施策の企画及び内外との調整、広報等を行い、持続可能な病院運営を目指します。

（２） 機能及び規模

・病院運営に係る施策の企画及び調整、広報等。

（３） 運営

・他部門との連携により、診療情報を活用し、企画を行います。

（４） 諸室及び配置

ア 部門及び諸室の配置

・病院の企画立案を効率的・効果的に行うために、動線に配慮し関連する諸室を集約します。

イ 主要諸室

・事務室、書庫、倉庫　等

１９ 経理部門

（１） 部門方針

・予算管理及び財務分析等を徹底し、健全な経営の実現を目指します。

（２） 機能及び規模

・予算の調整及び決算書の作成、現金出納及び保管、財務分析、小切手及び有価証券等の出納、保管、原価計算等

（３） 運営

・予算管理及び財務分析等を効率的に行います。

（４） 諸室及び配置

ア 部門及び諸室の配置

・各諸室には財務会計端末使用環境を整備します。

イ 主要諸室

・事務室、書庫、倉庫　等

２０ 物流部門

（１） 部門方針

・必要な物品、材料等を効率的に調達し、円滑な病院運営を目指します。

（２） 機能及び規模

・器械器具備品及び消耗備品の購入及び管理、被服及び寝具の購入管理、試薬の購入、診療材料の購入、払出し及び管理、印刷物の発注、業者との取引交渉、購買監査対応、物品の修理、改造、不要物品の処分、その他用度事務に関する企画、立案等。

（３） 運営

・効率的かつ効果的な物品等の購入を行い、円滑に物品等の搬入・搬出を行います。
・備蓄品を定期的に更新する運用を確立させます。

ア 洗濯・リネン

・患者寝具、職員ユニフォーム等は、院外への委託とします。
・タオル、術衣等は院内処理（院内委託）で行います。
・寝具・リネン類については定期搬送します。
・寝具の交換を清潔に行えるように、環境を整備します。

イ マットレス・ベッド

・マットレス洗浄、マットレス消毒、ベッド洗浄は委託とします。

（４） 諸室及び配置

ア 部門及び諸室の配置

・物資の搬入と廃棄物の搬出の動線が交錯しないように専用エレベーター等を確保します。
・備蓄倉庫は原則１か所に集約し、埃が溜まらないような清潔な環境で保管します。また、薬品に対応した保冷庫も整備します。
・内部調整及び物流システムに使用するための電子カルテ閲覧環境を整備します。

イ 主要諸室

・事務室、ＳＰＤ用（医療材料、日用品、リネン、消耗品）及びリネン用の倉庫、廃棄備品保管庫　等

２１ 施設管理部門

（１） 部門方針

・患者に良質な医療環境を整備します。
・職員にとって働きやすい職場環境を提供します。
・災害拠点病院としての責務を果たすべく、災害時に対応できるための施設、設備を充実させます。
・全職員が一丸となって省エネルギーに取り組める環境を整えます。

（２） 機能及び規模

・病院財産の保守管理及び営繕、病院の工事請負及び業務委託の管理、病院内外の保安、警備及び防災設備の管理、清掃・環境衛生、土地・建物・付属施設の営繕保守、機械室等の運営管理

（３） 運営

ア 清掃・環境整備

・清掃は委託とします。

イ 警備

・警備は委託とします。

ウ 設備運転管理

・設備運転管理は委託とします。

エ 廃棄物

・廃棄物は安全かつ適切に処理するとともに、リサイクル、リユース、リデュースの推進を図り、減量に努めます。

（４） 諸室及び配置

ア 主要諸室

・中央監視室、事務室、守衛室、委託控室（清掃、警備、設備運転管理）、委託仮眠室（警備、設備運転管理）、職員トイレ、倉庫、外部倉庫、エネルギー供給のための機械室（電気室、発電機室等）、医療ガス機械室、廃棄物庫（一時保管場所、医療廃棄物保管庫）、車庫、液酸タンクスペース　等

２２ 医療情報部門

（１） 部門方針

・医療情報部門は、医療情報システム管理及び診療情報管理の両部門で構成します。
・医療情報システム管理及び診療情報管理は、患者サービスの向上、質の高い医療の実践及び健全な病院経営への改善を目指します。
・診療情報の漏洩等の取り扱いには十分配慮を行い、個人情報保護に努めます。
・医療情報システムが安定稼動するためのハードウェア、ソフトウェア及び運用体制について十分考慮します。

（２） 機能及び規模

・診療情報管理は、診療録管理体制加算１の施設基準に相当するレベルの規模とします。
・医療情報システム管理は、診療録や指示伝票等のペーパレス化及び放射線画像のフィルムレス化を実現します。

（３） 運営

ア 診療情報等管理

・診療記録の全てを保管・管理します。
・中央病歴管理室を設置し、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」（平成２５年１０月１０日政社発１０１０第１号）に準拠します。
・診療録管理部門（診療情報管理係）を設置します。
・診療記録の保管・管理のための規定を明文化します。
・患者に対し診療情報の提供を行います。
・診療記録管理者を配置します。
・ＩＣＤ１０、ＭＤＣ等の疾病分類による入院統計を行います。
・保管・管理した診療記録を疾病別に検索・抽出します。
・全診療科において退院時要約（退院サマリ）を、全患者について作成します。
・職員の利便性に優れた図書の管理を行います。

イ 医療情報システム管理

・電子カルテシステム（オーダリング、医事会計、看護支援等を含む）、放射線（画像・業務）部門システム、検査システム及び薬剤（調剤）システム等の導入、操作教育、運用、保守、移行等を行います。

（４） 諸室及び配置

ア 部門及び諸室の配置

・医療情報部門に関わる諸室は、医局及び管理部門等との連携に配慮した配置とします。
・現病院では複数か所に点在するサーバー室群を、新病院開設時には一か所に集約します。
・効率のよい業務遂行のため、医療情報室及びサーバー室は隣接させます。
・効率のよい業務遂行のため、中央病歴管理室、中央病歴管理室倉庫及び図書室は、隣接させます。
・サーバー室は、温度、湿度、防振、防塵、防水、防炎、電源障害、機器転倒、電源等ケーブル収容及びセキュリティに配慮します。

イ 主要諸室

・医療情報室（情報システム係の居室、機器修理室、サーバー監視室及びスキャナ室の各機能を備えること）、サーバー室、中央病歴管理室、中央病歴管理室倉庫、図書室　等

２３ 共用部門

（１） 部門方針

・職員の意識高揚をはかり、能力や専門的知識の向上に配慮します。

（２） 機能及び規模

ア 福利厚生施設

・医師や看護師等の確保のため、院内保育所や医師住居の運用を継続します。

イ 利便施設・設備

・外来患者、入院患者、患者家族などの来院者のための利便施設・設備を整備します。

（３） 諸室及び配置

ア 主要諸室

・会議室、応接室、医局、管理者室、院長室（個室）、副院長室（個室）、看護部長室（個室）、部科長室、医師以外の全職員を対象とした男女別更衣室（シャワールーム付）、委託業者用の更衣室、当直室、仮眠室、休憩スペース（談話室含む）、図書室、職員用レストラン　等

・駐車場、駐輪場、レストラン、売店（コンビニ形式）、喫茶（コーヒーショップ）、ＡＴＭコーナー、コインランドリー、公衆電話、ポスト、理美容、自販機コーナー、外来患者用コインロッカー、待合いロビー・イベントスペース（災害時用スペースに代替）、トイレ　等

第５章 医療機器導入計画

１ 基本方針

現在の医療水準及び新病院での医療を行う上で必要な機器について、次の方針に基づき整備することとします。

（１） 現行機器の有効利用

現有の医療機器のうち、使用可能な機器については極力新病院に移設することとします。

（２） 機器調達資金の平準化

新病院開院時に更新が必要な医療機器については、購入時期を平準化し、病院経営への影響を極力軽減します。

（３） 仕様の標準化・共通化／機器適正台数での整備

機器整備・機種選定に当たっては、必要に応じ別途、選定委員会を設置し、部門間での共同利用が可能な機器について仕様・操作性等、十分な調整を行い、適正数での機器整備を行います。また、保守契約費用の低減化も考慮した機器の選定を行います。

２ 主要医療機器整備について

（１） 機器整備の優先順位のつけ方

医療機器整備については、「基本方針」に示した内容としますが、各部門、各科との意見調整（要望書記入及びヒアリング等）の上、順位付けを行います。

機器整備順位のランクは、下表のとおり、優先順位の最も高い「A」から、優先度の低い「D」までの４階級５段階とします。

<table>
<tr><th>ランク</th><th colspan="2">具体的な内容</th></tr>
<tr><td rowspan="2">A</td><td colspan="2">新施設に予め設置しておくことが望ましい機器
（中央材料部門、滅菌機器・洗浄機器、シーリングペンダント　他）</td></tr>
<tr><td colspan="2">移設検討可能だが、機器イニシャルコストに対し移設費用が高い等、
移設を行うメリットが少ない機器
（解剖台、安全キャビネット、無影灯、実験台　他）</td></tr>
<tr><td>B</td><td colspan="2">医療機能の拡張により購入が必要となる医療機器</td></tr>
<tr><td>C１</td><td rowspan="2">診療放射線部門等、複数部門との関連のある医療機器</td><td>重設備機器（放射線機器、検査装置等
100Vコンセント以外の設備を要する機器）</td></tr>
<tr><td>C２</td><td>一般設備機器（100Vコンセントのみ）</td></tr>
<tr><td>D</td><td colspan="2">その他医療機器</td></tr>
</table>

この中で、Ａランク機器、Ｂランク機器は、開院時での機器整備を想定し、Ｃランク、Ｄランク機器は、開院前、開院時、開院後での整備資金の標準化の対象機器と想定します。

（２） 医療機器・什器購入年度別購入計画

機器調達資金の平準化による年度別購入計画は次のとおりです。

単位：千円

年度	Ｃ１・Ｃ２・Ｄランク機器	Ａ Ｂランク機器	予算差額対策	什器備品（一括予算）	看護備品（一括予算）	家電等	鋼製小物等	合計	備考
平成28年度（2016）	194, 000							200, 000	
平成29年度（2017）	198, 600							198, 600	
平成30年度（2018）	199, 000							199, 000	
平成31年度（2019）	198, 945							198, 945	
平成32年度（2020）	183, 140	3, 068, 880		120, 600	106, 800	13, 350	102, 600	3, 595, 370	開院
平成33年度（2021）	198, 910							198, 910	
平成34年度（2022）	193, 100							193, 100	
平成35年度（2023）	196, 220		1, 288, 565					196, 220	
平成36年度（2024）	199, 500							199, 500	
平成37年度（2025）	195, 500							195, 500	
平成38年度（2026）	199, 000							199, 000	
平成39年度（2027）	198, 000							198, 000	
平成40年度（2028）	197, 800							197, 800	
平成41年度（2029）	197, 150							197, 150	
平成42年度（2030）	194, 860							194, 860	
合計	2, 943, 725	3, 068, 880	1, 288, 565	120, 600	106, 800	13, 350	102, 600	7, 644, 520	
機器のみ合計		7, 301, 170		機器＋備品　総合計			7, 644, 520		

※主要医療機器整備リストから除外する機器

次の機器等はリストに含まないものとします。

・移設備品、ＭＲＩシールド工事費、厨房調理器具機器備品、医療情報システム、ネットワーク機器及び配線、無停電電源装置など病院全体の電気・機械設備関連機器、ブラインド・カーテン類、モニュメント・絵画等の装飾芸術品　等

※主要医療機器整備リストは、開院までの間、随時の見直しが必要となります。

（３） 主要医療機器整備リストにおいて優先度の低い機器及び整備対象外機器の扱い

整備に当たり優先度の低い機器及び整備対象とならなかった機器で、開院時に整備が必要な機器については、今後、機器の詳細仕様の精査、適正配置数量の見直し等を図り、設計（基本設計、実施設計）及び工事段階での判断により調達調整を行います。

第６章 医療情報システム導入計画

１ 基本方針（システム導入の考え方）

医療の質や患者利便性の向上、業務の合理化等を目的として、新病院開院時（平成３２年度）に医療情報システムの拡張を図ります。

（１） システムの更新

・電子カルテシステムや放射線画像管理システム等の各医療情報システムは、５年保守＋ハードウェア１年延長保守の６年保守（６年稼動）を原則とします。

・新病院開設（平成３２年度）前に更新時期が来るシステムについては、現病院でシステム更新（先行導入）を行い、新病院開設時にはシステムを移設します。

・新病院開院前に更新するシステムは、次のとおりとします。

更新年度	システム名
平成２７年度	放射線画像管理システム（ＰＡＣＳ）
〃	放射線業務管理システム（ＲＩＳ）
平成２８年度	病院情報システム（電子カルテ）
〃	検査システム
〃	薬局（調剤）システム

（２） システムの拡張機能

・現病院からの移設に伴い必要となる作業と併せて次の拡張機能を整備します。

拡張機能	概要
スマートフォンを用いた ＩＰ電話（ＰＨＳの代替）	・電子カルテ系データネットワークを利用して院内の電話網を構築します。 ・ＰＨＳ利用をスマートフォン利用に変更します。
スマートフォンを用いた ナースコール（病室からの看護師呼出し）連動	・ナースコールをスマートフォンに転送します。 ・現行のＰＨＳによるナースコール連動に替わる機能となります。
スマートフォンを用いた 看護支援業務	・入院患者の注射等実施登録など３点認証（患者、注射指示内容、注射実施者の３点チェック）をします。
外来待ち時間案内表示	・外来患者の診察待ち状況や会計待ち状況を、待合室や診察室前で画面表示します。
入院患者位置情報管理	・監視カメラと顔認証機能を用いて、病棟から外に出る患者がいたら、パトライトおよびスマートフォンに通知します。
新病院への機器移設	・既存サーバー室からサーバーおよびネットワーク機器の移設をします。 ・既存端末の移設および動作確認をします。 ※現病院からの移設に伴い必要となる作業です。
新病院のネットワーク工事	・新病院で医療情報システムネットワークの配線工事をします。 ※現病院からの移設に伴い必要となる作業です。
新病院サーバー室構築	・新病院開設時に、サーバー室を新病院に開設するための空調や電源などの条件設定をします。

2 新病院開設時のシステム概念・体系

新病院開院後の医療情報システムの体系は次のように想定します。

３ 導入スケジュール

開院までの導入スケジュールは次のとおりです。

開院６ヶ月前	開院４ヶ月前	開院２～１ヶ月前	新病院開院（当月）
・医療機器インタフェースの仕様確認 ※１	・ネットワーク工事 ・医療機器との事前接続テスト（工場） ※２	・医療機器搬入 ・医療機器との事前接続テスト（現地） ※３	・医療情報システム移設 ・医療機器との接続

※１：インタフェースに特注が入る場合は、新病院開設の半年以上前から調整が必要な場合があります。

※２：接続実績のない医療機器の場合は、機器販売業者の工場等で事前接続テストを行います。

※３：医療情報システムは、現病院設置状態で接続テストを実施します。接続テストのために、新病院と現病院間でネットワークを敷設する必要があります。

第７章 物流管理システム計画

１ 基本方針

（１） 物品の標準化

診療材料を中心に同種同効品の採用による物品の標準化を引き続き推進し、品目数を抑制することにより、在庫点数を圧縮し、不要在庫（不動在庫・期限切れ）を更に縮減します。

（２） 物品管理用ハードウェア（コンポーネント）の共通化

現在各部署で使用されている物品棚は造り付けが多いため移設ができず、また様々な仕様の棚が多いため、救急や放射線、病棟等各部署で使用される物品棚（物品管理用コンポーネント）については共通化を図り、部署が違っても同じように使えるように、使い勝手を向上させます。

（３） 効率的な動線計画

物品等の供給・回収業務の効率化を目的として、物品搬送動線の短縮化と単純化を図ります。

（４） 消費管理と物品請求のシステム化

消費管理を確実に管理できるような体制をより一層推進し、部門別原価計算や患者別の原価計算への反映を図ります。

（５） 物流部門の集約と現状の運用踏襲

物流部門を可能な限りエレベーターの付近に集約し、供給・回収業務を効率的に行うことができるように必要な諸室・設備を効果的に整備します。

新病院においても、メールボックス室や滅菌器材払出し用のパスボックス等を活用し、払い出しシステムを踏襲したシステムを導入します。

２ 物流管理システム構築の考え方

（１） 効率的な運用システム

部門のコスト意識を醸成し、診療材料の部署在庫定数の設定を厳格に行い、部署在庫の削減を図ります。

・在庫量、在庫金額の削減
・期限切れ、不良在庫、不要な在庫の削減
・在庫管理、搬送、物品請求、発注など物品に関わる業務の削減
・保険請求漏れの削減
・院内在庫状況、購入状況、使用状況の把握
・物品管理環境の整理整頓（院内美化）

３ 動線計画

効率的な動線計画の実現については次のポイントを考慮し動線計画に反映させます。

（１） 専用動線の確保（エレベーターの分離含む）

清潔・不潔物品の動線を分離する工夫や給食専用エレベーター設置の他、患者と職員・物品の動線を出来る限り分離させる配慮をします。

また、薬剤部で時間外当直等の保安面を考慮し、臨時払い出し用にパスボックスを設置します。(病棟との専用搬送機で、ある程度のボリュームがある医薬品が搬送できる場合は不要)

（２） 動線の長さ（部門の隣接・近接含む）

搬送頻度の多い部門を隣接・近接（上下階含む）させ、必要に応じて搬送設備を導入するなどして、短い動線で運用できるような配慮をします。

（３） 動線の交錯（搬送時間帯で分離も可能）

物品の供給動線と回収動線を分離できる工夫を検討し、物理的な分離の他、搬送時間帯をずらすことによる分離も考慮します。

（４） 搬送設備

搬送設備については、現状導入されている気送管（大口径）設備を中心に、適切な部署に搬送ステーションを配置する方向で基本設計時に検討します。また、リフト式昇降機についても、建築プランとの兼ね合いで導入が必要な場合もありますが、輸液など重量物はエレベーターによる人手搬送を主体とします。

４ 今後の検討内容

新病院に向けた今後の物流管理システムの構築は、「設計・工事に反映させるもの」、「医療情報システムにおける物品管理システム（情報システム）に反映させるもの」、「運用体制を前提（外注等）とするもの」に分け、次の各段階において検討を行います。

項目	内容
１．基本計画	①システムの基本方針 ②システム構想（概念）の確定 ③搬送設備の検討 ④システム事業費の検討
２．設計段階	①部署別運営計画 （供給元・供給先業務分担） ②動線計画の検討 ③スペースプランの検討
３．運営詳細検討段階 （工事段階）	①運営仕様書（運営を外注する場合） ②ハードウェア条件設定 ③物品管理システム（情報システム）仕様書 ④特殊材料（直納品・委託在庫）の運用
４．運営準備段階	①データベース設定（定数・供給頻度） ②物品のアロケーション（配置） ③運営トレーニング（リハーサル）
５．運営段階	（定数の見直し等）

第８章 人員計画

１ 基本方針

・質の高い医療の提供を念頭においた人員配置とします。
・健全経営を目指し、業務量に対応した適切な人員配置とします。
・優れた医療人の育成を目指した人員配置とします。

２ 計画にあたっての考え方

（１） 医師・歯科医師

より質の高い医療の提供を図るため同規模病院相当の医師・歯科医師の確保を目指します。

（２） 看護師・准看護師

病床規模の縮減、人工透析部門の増床等に対応して適切に配置し、急性期医療の提供に必要な看護師を確保します。

（３） 医療技術部門、事務部門等

業務量の変化が見込まれる人工透析部門等の増員を見込みます。

（４） 医療員

療養病床の廃止等に伴う減員を見込みます。

３ 人員計画

病床数の減少、機能の変更等の条件を加味し、次のように職員数を計画します。新病院では、医師は開院後数年をかけて１００人程度を確保できるよう目標とします。

職種・部門	職員数	
	現病院 （平成27年4月1日時点）	新病院開院後
病床数	536床	445床
医師・歯科医師	93人	100人
看護師部門	434人	417人
医療技術部門等	110人	112人
薬剤部門	23人	23人
放射線部門	24人	24人
臨床検査部門	28人	28人
リハビリテーション部門	23人	23人
視能訓練士	3人	3人
歯科衛生士	2人	2人
臨床心理技師	1人	1人
臨床工学技士	6人	8人
事務職	38人	38人
医療員	33人	21人
病棟	28人	16人
外来他	5人	5人
その他職員	16人	16人
栄養士	7人	7人
診療録管理士	1人	1人
その他技師	8人	8人
計	724人	704人

４ 内訳

（１） 医師

・患者数からみた必要医師数

平成２６年度の入院患者数は１日平均約４２８人、外来患者数は約１，０３７人です。新病院では、病床数は縮小しますが利用率の向上を見込むことから大きな変動は無いと想定しています。従って、業務量に大きな変化はないと想定され、少なくとも現状と同程度以上の医師数が必要です。

・同規模病院との比較からみた必要医師数

平成２５年度地方公営企業年鑑から４００床～４９９床の自治体病院で療養病床、精神病床を持たない４２病院の１００床当たり医師数をみると、全病院の平均は２１．７人、実質収益対経常費用比率※９０％以上の病院の平均は２３．１人、９０％未満の病院の平均は１９．１人となっています。

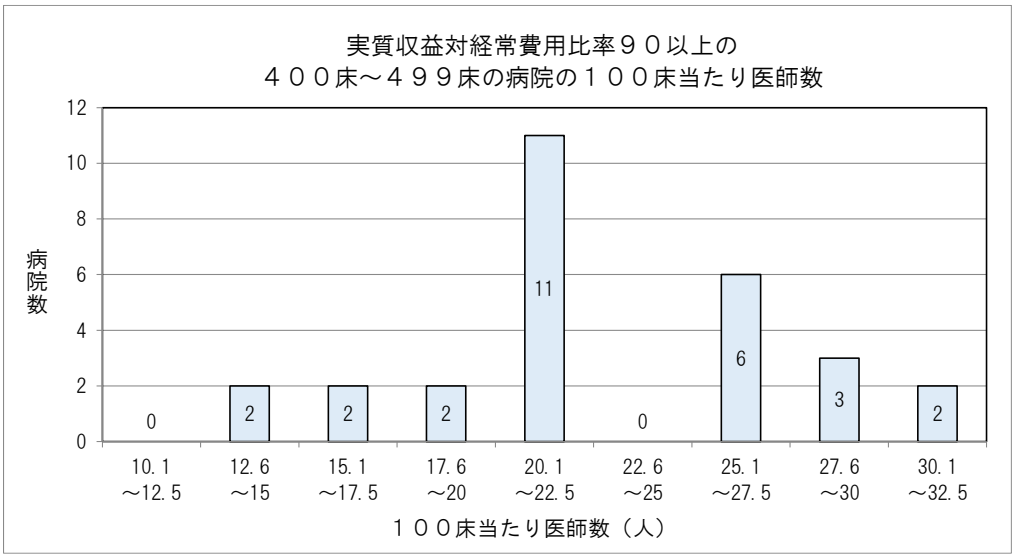
本院は、実質収益対経常費用比率は９５．１％ですが、１００床当たり医師数は１９．０人と平均より低い値となっています。

今後、より質の高い医療の提供、健全経営を目指していくためには、医師の充実が必要です。

実質収益対経常費用比率９０％以上の病院の１００床当たり医師数をみると、２０．１人から２２．５人の病院数が多くなっています。

この値を１００床当たり医師数の目安とし、新病院の病床数４４５床に換算すると、９０人から１０１人となります。

新病院では開院後数年をかけて１００人程度が確保できるよう目標値として設定します。



出典：平成２５年度地方公営企業年鑑

※実質収益対経常費用比率：経常費用が経常収益から他会計繰入金を引いた実質収益によって、どの程度賄われているかを示す指標。比率が高い方がより収益性が高い。

算定式：（経常収益－他会計繰入金）÷経常費用×１００

（他会計繰入金は特別利益に係るものを除く。）

（２） 看護師

ア 管理部門

看護管理　５人

イ 病棟

（ア） 算定条件

次の条件で算定します。

病棟	病床数	勤務体制	
１病棟～９病棟	各４５床	７対１	３交代
１０病棟 回復期リハ病棟	４０床	１３対１	３交代
計	４４５床		

（イ） 病棟看護師数の算定

一般病床４０５床において、７対１入院基本料※を算定するのに必要な看護師数を算出します。

日勤・準夜・深夜の３交代の勤務体制において必要な看護師数を計算すると、理論値として、看護師２９６人、看護補助者１６人となります。今後、病棟構成や勤務体制などを検討する段階で、必要に応じて見直します。

病棟（現行病棟名）	病床数		患者数（90%利用率）	入院基本料又は特定入院料	1日当たり看護職員数①	看護体制			勤務者数					平成27年4月1日現在	入院基本料又は特定入院料	看護補助	平成27年4月1日現在
	許可	稼働	ア	イ	ア/イ×３	準夜（夜勤）②	深夜③	日勤 基準数又は①－（②＋③）=④	A 夜勤体制から算定	B 日勤帯を含む体制から算定 ②、③、④で算定	A、Bの大きい方の値で設定	師長	合計		イ	1日当たり看護職員数① ア/イ×３	医療員
１病棟	45	45	40.5	7：1	18	3	3	12	23	30	30	1	31				
２病棟	45	45	40.5	7：1	18	3	3	12	23	30	30	1	31				
３病棟	45	45	40.5	7：1	18	3	3	12	23	30	30	1	31				
４病棟	45	45	40.5	7：1	18	3	3	12	23	30	30	1	31				
５病棟	45	45	40.5	7：1	18	3	3	12	23	30	30	1	31				
６病棟	45	45	40.5	7：1	18	3	3	12	23	30	30	1	31				
７病棟	45	45	40.5	7：1	18	3	3	12	23	30	30	1	31			7	7
８病棟	45	45	40.5	7：1	18	3	3	12	23	30	30	1	31			5	5
９病棟	45	45	40.5	7：1	18	3	3	12	23	30	30	1	31				
１０病棟（回復期リハ）	40	40	36.0	13：1	9	2	2	5	16	15	16	1	17		30：1	4	7
病棟計	445	445	400.5						223	285	286	10	296	310		16	19

利用率：　一般病棟　90%

月平均勤務日数：三交代　18.5（365日-土日・104日-年次休暇・夏季休暇20日-国民の休日・14日-年末年始・5日）/12

夜勤回数　：　三交代　8.0

療養病棟　9

計　28

※入院患者７人に対して、看護師１人以上を配置する体制で取得できる診療報酬。

ウ 増員を見込む部門

人工透析部門はベッド数を１９台から３０台に増床するため、５人の増員を見込みます。

エ 現状と同様の人員配置とする部門

外来部門、救急部門、外来化学療法部門、手術部門、地域医療サービスセンター、放射線部門については、新病院の患者数は現行と大きな変化がないことから現行の職員数と同数で設定します。

オ 産休・育休等職員数

現行の全看護師数に対する産休・育休等看護師数の割合６％で見込みます。

部門別看護師・准看護師数一覧

部門	部署	新病院 職員数合計 想定	新病院 職員数合計 増減（平成27年4月と比較）	備考
看護部	外来：看護師	34	0	
	准看護師	2	0	
	救急外来：看護師	16	0	
	人工透析室：看護師	14	5	現病院19床⇒新病院30床
	中央手術室：看護師	21	0	
	内視鏡室：看護師	8	3	
	病棟看護師	295	▲ 15	
	病棟准看護師	1	0	
	看護管理：看護師	5	0	
	産休・育休看護師	24	▲ 2	
	看護部小計			
	看護師	409	▲ 17	
	准看護師	3	0	
地域医療サービスセンター				
	看護師	4	0	
医療安全管理室				
	看護師	1	0	
総合計				
	看護師	414	▲ 17	
	准看護師	3	0	

（３） 医療技術部門、事務部門等

ア 増員を見込む部門

臨床工学技士は人工透析部門のベッド数が増えることから２人の増員を見込みます。

イ 減員を見込む職種

療養病棟に配置されている医療員は療養病床を廃止することから、減員を見込みます。

ウ 現状と同様の人員配置とする部門・職種

薬剤部門、臨床検査部門、放射線部門、リハビリテーション部門、栄養士等その他職員については、新病院の患者数は現行と大きな変化がないことから現行の職員数と同数で設定します。

第９章 駐車場整備計画

１ 目標整備台数

（１） 来院者用駐車台数　５４１台

ア ピーク率の算出

ピーク率Ａ＝ピーク時の駐車台数Ｂ　／（駐車場利用調査日の外来患者数Ｃ×自動車利用率Ｄ）

ピーク率（来院者）　Ａ	ピーク時の駐車台数（来院者）　Ｂ	駐車場利用調査日の外来患者数　Ｃ	自動車利用率（来院者）　Ｄ
５７．９％	４４１台	※1　９４１人	※2　８１．０％

※１：駐車場利用調査実施日（平成２７年２月２４日）の外来患者数（時間内）

※２：平成２４年度島田市民病院患者アンケート報告書の自動車利用率

イ 来院者用目標整備台数の算出

目標整備台数Ｅ＝１日平均目標外来患者数Ｆ×自動車利用率Ｄ×駐車場利用のピーク率Ａ×（１＋余裕分Ｇ）

目標整備台数（来院者用）Ｅ	１日平均外来患者数　Ｆ	自動車利用率　Ｄ	駐車場利用のピーク率　Ａ	余裕分　Ｇ
５４１台	※3　１０５０人	８１．０％	５７．９％	※4　１０．０％

※３：新病院での想定外来患者数

※４：余裕分として１０％を想定

（２） 職員用駐車台数　３７８台

職員用駐車台数は、駐車場利用調査で確認された台数の最大値（３８９台）より、新病院における人員計画（職員減少率▲２．８％）を考慮し、３７８台を目標整備台数とします。

（３） 業者用駐車台数　４５台

業者用駐車台数は、病院資料「職員駐車場使用者データ」より、４５台を目標整備台数とします。

（４） 全体の目標整備台数及び必要整備面積　９６４台　２８，９２０㎡

上記により、新病院全体の目標整備台数は、来院者用５４１台、職員用３７８台、業者用４５台の合計９６４台とします。

来院者用駐車台数	職員用駐車台数	業者用駐車台数
５４１台	３７８台	４５台

全体の目標整備台数
９６４台

必要整備面積は、１台当たりの駐車場面積を３０㎡とし、３０㎡／台×９６４台＝２８，９２０㎡です。

なお、駐車スペースの配置は、今後の設計段階において具体的に検討します。

出典：日本交通計画協会編『駅前広場計画指針』　技報堂出版　自家用車駐車場の原単位

２ 病院建設に伴う駐車場対策

現在の東駐車場及び障害者用駐車場２は、新病院の建設予定地になっていることから、建設時に使用不能となるため、代替駐車場を確保する必要があります。

（１） 現在の駐車場利用について

本院は、７か所に駐車場を整備しており、合計９１３台の駐車台数を有しています。現駐車場の内訳と利用状況は次のとおりです。

駐車場別駐車台数

駐車場名称	駐車台数（台）	利用状況
①北東駐車場１	392	来院者５割、職員等５割の割合で使用している。
②北東駐車場２	35	主に職員等が利用している。
③北駐車場	177	来院者６割、夜勤を行う職員等４割の割合で使用している。
④東駐車場	241	主に来院者が利用している。
⑤南駐車場	41	主に職員等が利用している。
⑥障害者用駐車場１	10	主に来院される障害者が利用している。
⑦障害者用駐車場２	17	主に来院される障害者が利用している。
計	913	

既存駐車場別位置図

	駐車場名称	駐車台数（台）
①	北東駐車場１	392
②	北東駐車場２	35
③	北駐車場	177
④	東駐車場	241
⑤	南駐車場	41
⑥	障害者用駐車場１	10
⑦	障害者用駐車場２	17
	計	913

（２） 新病院建設場所と対策が必要となる駐車場台数について

新病院は、前項の④東駐車場（２４１台）と⑦障害者用駐車場２（１７台）の場所に建設される計画であることから、２５８台分の駐車スペースを病院周辺の他の土地に確保する必要があります。

また、代替駐車場が必要となる期間は、新病院本体工事着工（平成３０年度）から外構工事完了(平成３３年度）までの約４年間となります。

（３） 駐車場対策の基本的な考え方

病院建設に伴う駐車場対策の基本的な考え方は、次のとおりです。

①患者用の駐車台数は、極力病院隣接地で既存の整備された駐車場で確保することを最優先とします。

②医師、看護師（夜勤）及び技術職（夜勤）の駐車台数は、安全・治安を考慮し病院隣接地で確保します。

③事務職及び臨時職員等の駐車台数は、仮設駐車場で確保します。

④業務用車両については、現在も特定の駐車場がない状況であることから本館北側の搬入スペースを利用します。

⑤新たに整備する駐車場については、原則、公共用地を整備し、又は借地して仮設駐車場とします。

⑥コミュニティバスの増便等、公共交通機関による代替策を検討します。

（４） 代替駐車場について

工事中の代替駐車場として想定されるのは、次のとおりです。

・中央公園駐車場など近隣公共施設の駐車場の一部借用

・国道１号バイパス高架下の利用

・近隣遊休農地等の借り上げ（一時転用）　等

第１０章 事業収支計画

１ 概算事業費

（１） 事業費の考え方

新病院の建設に係る概算事業費は約２４７億円を見込みます。

・建設工事費は、直近の同規模自治体立病院の平均建設単価に、延べ床面積を乗じて算出します。

（２） 概算事業費

事業費区分	費用	備考
土地関連費	約 １．１ 億円	敷地内水路付け替え、地質調査費、測量費等
設計・監理費	約 ４．３ 億円	基本・実施設計費、工事監理費等
建設工事費	約 １９９．０ 億円	本体建設工事費、外構工事費、解体費 軟弱地盤対策費等
設備整備費	約 ４０．８ 億円	医療機器・什器・備品費、ネットワーク工事等（医療機器移設費含む。）
その他の経費	約 １．８ 億円	移転費用及び患者移送費、新病院運用計画策定費等
計	**約２４７．０億円**	

※延べ床面積や建設単価は、基本設計、実施設計の各段階において、具体的な検討を進める中で、増減する可能性があります。引き続き事業費の精査に努めていきます。

（３） 財源内訳

事業費内訳	事業費	備考
企業債 （病院事業債）	約 １６９．０ 億円	建設工事、医療機器整備、実施設計等の費用に対し、病院事業会計において借り入れを行う地方債の金額。
一般会計繰出金 （合併特例債分）	約 ５５．６ 億円	市が借り入れる合併特例債を財源として、病院事業会計に繰り出す金額。
一般会計繰出金 （現金）	約 １１．２ 億円	解体費、外構工事費、移転費用等の経費の１／２を市の一般会計から病院事業会計へ繰り出す金額。
病院事業会計 （現金）	約 １１．２ 億円	解体費、外構工事費、移転費用等の経費について、病院事業会計で負担する金額。
計	**約２４７．０億円**	

２ 事業収支シミュレーション

新病院開院後の病院経営の見通しについて、一定の設定条件に基づき試算を行いました。

（１） シミュレーションにおける設定条件

ア 医業収益

（ア） 入院診療単価

・開院時（平成３２年度） ：５４，５００円

・平成３８年度まで段階的に増額し、平成３８年度以降は５５，５００円

（参考：平成２６年度実績 ：５２，１５６円）

（イ） 外来診療単価

・開院時（平成３２年度） ：１６，５００円

・平成３８年度まで段階的に増額し、平成３８年度以降は１８，０００円

（参考：平成２６年度実績 ：１６，１１７円）

（ウ） １日平均入院患者数

・一般病床※ ：３４５人

・回復期リハビリテーション病床 ： ３４人

※結核病床及び感染症病床を除く。

（エ） １日平均外来患者数

・１，０５０人

（参考：平成２６年度実績 ：１，０３８人）

イ 医業費用

（ア） 職員給与費

・新病院の病床数や医療機能に応じた職員数を基に、職種別の給与単価を用いて算定します。

（イ） 材料費

・平成２６年度の実績を基に医業収益との比率を用いて算定します。

（ウ） その他費用

・平成２６年度の実績を基に算定します。

・平成３２年度は本館及び東館の解体撤去に係る費用を特別損失として計上します。

ウ その他

・平成２９年度から消費税が１０％となることを見込みます。

・看護専門学校の運営に係る収支は除きます。

（２） 収支シミュレーションの概要

（１）の設定条件に基づき、開院後の事業収支シミュレーションを行いました。

経常利益は、平成３８年度までは、新病院開院時において集中的に整備する医療機器の減価償却費（平成３３年度～平成３７年度）や企業債の支払利息の増加（平成３２年度以降）により赤字となりますが、平成３９年度以降は、黒字に転じる見込みです。

損益計算書　　単位：百万円

	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度	平成36年度	平成37年度	平成38年度	平成39年度	平成40年度	平成41年度
Ⅰ　病院事業収益　（ａ）	13,116	12,776	12,863	12,971	13,057	13,112	13,193	13,209	13,204	13,182
１　医業収益　（ｂ）	11,828	12,039	12,128	12,237	12,324	12,382	12,467	12,487	12,486	12,467
２　医業外収益　（ｃ）	765	737	735	734	733	730	726	722	718	714
３　特別利益	523	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ⅱ　病院事業費用　（ｄ）	15,650	13,734	13,800	13,870	13,915	13,923	13,317	13,169	13,148	13,153
１　医業費用　（ｅ）	11,674	12,635	12,718	12,788	12,850	12,865	12,344	12,213	12,208	12,223
２　医業外費用　（ｆ）	892	1,099	1,082	1,083	1,065	1,058	973	955	940	930
３　特別損失	3,084	0	0	0	0	0	0	0	0	0
医業利益　ｂ－ｅ	154	△ 596	△ 590	△ 551	△ 526	△ 483	123	274	278	244
経常利益　ｂ＋ｃ－ｅ－ｆ	27	△ 958	△ 937	△ 899	△ 858	△ 810	△ 124	41	56	29
当年度純利益　ａ－ｄ	△ 2,534	△ 958	△ 937	△ 899	△ 858	△ 810	△ 124	41	56	29

キャッシュ・フロー計算書　　単位：百万円

	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度	平成36年度	平成37年度	平成38年度	平成39年度	平成40年度	平成41年度
１ 業務活動によるキャッシュ・フロー	116	798	835	894	941	978	1,007	1,046	1,053	1,053
２ 投資活動によるキャッシュ・フロー	△ 6,634	△ 634	△ 475	△ 316	△ 200	△ 235	△ 250	△ 450	△ 450	△ 265
３ 財務活動によるキャッシュ・フロー	6,132	338	△ 98	△ 338	△ 610	△ 764	△ 406	△ 104	△ 76	△ 292
資金増減額	△ 386	503	262	241	131	△ 21	351	492	527	495
資金期末残高	5,319	5,822	6,084	6,325	6,456	6,434	6,786	7,278	7,806	8,301

※収支シミュレーションは、現時点における設定条件に基づき算定してあります。

用語の説明

Ｎｏ	用語	説明
1	ＣＣＵ	Coronary Care Unit:冠疾患集中治療室。主に急性心筋梗塞等の冠状動脈疾患の急性危機状態の患者を収容し、厳重な監視モニター下で持続的に管理する治療室。
2	ＣＴ	Computed Tomography：コンピューター断層撮影。人体のある断面を映像化し、病変などを検査する装置。
3	ＣＴシミュレーター	放射線治療を実施する前に最適な照射範囲や方向を決め、治療計画を作成する際、照射範囲や位置を決定するのに使用される装置。
4	ＤＭＡＴ	Disaster Medical Assistance Teams:大地震及び航空機･列車事故といった災害時に被災地に迅速に駆けつけ、救急治療を行うための専門的な訓練を受けた医療チーム。
5	ＤＰＣ（診断群分類包括評価）	Diagnosis Procedure Combination:入院患者の診療報酬額について、従来の出来高払いではなく、診断群分類に従った定額払いをする包括評価制度。患者が該当する診断群分類(DPC)の点数に入院日数と病院ごとの係数を乗じて算定する診療報酬点数に、出来高部分の点数を加えたものが、その患者の入院医療費となる。この計算方式が適用されるのは、入院基本料や検査、投薬、注射、画像診断などで、手術、高額な処置、リハビリテーションなど技術料部分は、従来通りの出来高払い方式が適用される。
6	ＨＥＰＡフィルター	High Efficiency Particulate Air Filter:高い清浄度を保つクリーンルーム用の超高性能フィルター。
7	ＩＡＢＰ（大動脈内バルーンパンピング）	Intra-aortic Balloon Pumping：バルーンカテーテルを患者の胸部下行大動脈に留置し、心臓の圧補助を行う補助循環装置。
8	ＩＣＤ１０大分類	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems(ICD):「疾病及び関連保健問題の国際統計分類」。異なる国や地域から、異なる時点で集計された死亡や疾病のデータの体系的な記録、分析、解釈及び比較を行うため、世界保健機関憲章に基づき、世界保健機関(WHO)が作成した分類。
9	ＩＣＵ	Intensive Care Unit:重症患者を収容･管理し集中的に治療を行う部門、集中治療室。
１０	ＩＰ電話	Internet Protocol 電話:インターネット網を利用した電話。なお院内における IP 電話は情報セキュリティの観点からインターネットは介さず、電子カルテネットワーク網を利用しての院内電話を意味する。

Ｎｏ	用語	説明
１１	ＬＤＲ室	Labor Delivery Recovery 室:陣痛、分娩、回復を１つの室で行うことができるようにした室。
１２	ＭＤＣ	Major Diagnostic Category:DPC 傷病名分類を大きく１６種類にまとめたもの。
１３	ＭＥ機器	Medical Engineering:医用工学(ME)を応用して開発された機器。人工呼吸器、高圧治療装置、人工心肺装置、血液浄化装置など多種多様な医療機器。
１４	ＭＲＩ	Magnetic Resonance Imaging:核磁気共鳴の物理現象を応用して、人体の断層撮影や含有物質の同定を行う方法。また、その装置。磁気共鳴映像法。
１５	ＮＩＣＵ	Neonatal Intensive Care Unit:新生児特定集中治療室の略。新生児の治療に必要な保育器、人工呼吸器等を備え、24時間体制で集中治療が必要な新生児のための治療室。
１６	ＮＳＴ	Nutrition Support Team:栄養サポートチームの略。栄養管理を症例個々や各疾患治療に応じて適切に実施することを意味し、医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、臨床検査技師などの多職種で実践するチーム。
１７	ＰＡＣＳ（医用画像情報システム）	Picture Archiving and Communication System:画像を電子保存し、オンラインで配信するシステム。
１８	ＰＣＰＳ（経皮的心肺補助法）	Percutaneous Cardiopulmonary Support:一般的に遠心ポンプと膜型人工肺を用いた閉鎖回路の人工心肺装置により、大腿動静脈経由で心肺補助を行うもの。
１９	ＰＨＳ	Personal Handyphone System:簡易型小型無線電話。
２０	ＲＩ検査	Radio Isotope:核医学検査のこと。被検体内に放射性同位元素(RI)で標識した薬剤を投与し、ＲＩから放出されるガンマ線を体外から測定することで体内ＲＩ分布を画像化する検査。
２１	ＲＩＳ（放射線部門情報システム）	Radiology Information System:主に放射線機器による検査と治療の予約から検査結果までの管理を行うシステム。
２２	ＳＰＤ	Supply Processing & Distribution:物品(診療材料や薬品等)の標準化や物流･業務の効率化を図ることにより、購買管理･在庫管理･搬送管理･消費管理等を一元管理する物流管理システム。
２３	ＳＰＥＣＴ（ガンマ・カメラ）	Single Photon Emission Computed Tomography:微量の放射線（ガンマ線）を放出する放射線元素を含んだ薬剤を静脈注射し、ガンマ・カメラにより検出した薬剤の濃度分布をコンピューター処理により画像化する装置。
２４	アメニティ	患者にとって、居心地の良い快適な療養環境や院内環境。

Ｎｏ	用語	説明
２５	インシデントレポート	医療現場で、患者に傷害を及ぼすことはなかったが、日常診療の現場でひやりとしたり、はっとしたりした経験(インシデント)に関する報告書。事例を分析し、類似するインシデントの再発や、医療事故･医療過誤の発生を未然に防止することが主な目的。
２６	一般病床	病床の種別の一つ。精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床以外の病床をいい、主として急性期の患者を入院させるためのもの。
２７	医薬品情報（ＤＩ）室	Drug Information:薬に関する多くの情報を収集･整理し、医療関係者や患者等に対しそれぞれの立場にたって最も必要な情報を提供する業務を行う室。副作用の防止など、薬が安全かつ最適に使用されるために重要な役割を果たす。
２８	医療情報システム	電子カルテシステムやオーダリングシステム及びそれらのシステムと接続する院内各部門システム、並びに電子カルテシステムやオーダリングシステム及び各部門システムに接続する診療科等の各部署の接続機器の総称。
２９	院内標榜科	医療法第６条の６第１項及び医療法施行令第３条の２に規定する標榜科目以外の診療科名を院内においてのみ標榜する科目。
３０	オーダリングシステム	検査・処方などに関する情報伝達システム。医療現場の一部業務を電子化し、病院業務の省力化と、サービス提供の短縮化を目指すもの。
３１	オンコール	自宅等に待機することにより、緊急時に呼び出せる状況になっていること。
３２	介護予防	要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。
３３	回復期	主に急性疾患において、発症間もない病状の不安定な時期を過ぎて安定している、あるいは緩やかに快方に向かっている時期。
３４	回復期リハビリテーション病床	回復期リハビリテーション病棟の病床で、寝たきりの防止と在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行う病床。リハビリテーション科を標榜していることや専従の医師、理学療法士、作業療法士を配置している等の基準がある。
３５	外来化学療法	主に抗がん剤の投与によるがん治療を、入院せずに外来で通院しながら行えるようにした療法。
３６	かかりつけ医	身近な地域で患者の体調や病歴を把握し、診療行為だけでなく健康の相談や症状等により専門医の紹介を行う医師。

Ｎｏ	用語	説明
３７	カバー率係数	機能評価係数Ⅱにおける評価指標の１つ。様々な疾患に対応できる総合的な体制について評価するもの。
３８	看護体制	看護配置基準の１つ。入院患者と看護職員の比率により定められる基準。例　７：１看護体制、１０：１看護体制　等。
３９	看護単位	病院の看護体制を形成する一要素で、看護の機能を管理する目的で、看護の対象と看護要員を区分する単位。
４０	感染症病床	「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」（平成１０年法律第１１４号）に規定する一類感染症、二類感染症（結核を除く）、新型インフルエンザ等感染症及び指定感染症並びに新感染症の患者を入院させるための病床。
４１	カンファレンス	主に患者についての問題点の討議、検討、治療方針や看護方針を立て、実践評価を行うこと。
４２	基準病床数	医療法第３０条の４第２項第１２号に規定された、病床の適正配置や適正な入院医療の確保を目的とした病床数。一般病床及び療養病床については二次保健医療圏別に、精神病床、結核病床、感染症病床については三次保健医療圏別に定められている。
４３	逆紹介（逆紹介率）	地域の開業医がいわゆる「病院」に患者を紹介するのとは逆に、病院の方から症状の安定した患者を開業医に患者を紹介すること。逆紹介率とは、紹介された患者のうち、紹介医療機関のもとに返した患者の比率。
４４	救急医療係数	機能評価係数Ⅱにおける評価指標の１つ。救急医療の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価
４５	救急告示病院	病院の開設者からの申し出により、都道府県知事が当該地域の状況及び病院の要件等を勘案して認定･告示された病院。主な要件として、救急医療に関する技量を有する医師が常時診療に従事し、救急医療を行うための施設･設備を有する。また、患者搬送に容易な場所にあり、患者搬入に適した構造を有し、救急患者のための専用病床又は優先使用病床を有する。
４６	救護病院	市町が指定する医療救護施設。災害による負傷者を主な対象者とし、中等症、重症患者の受入れ、重症患者の災害拠点病院への搬送及び広域搬送への対応を行う。
４７	急性期	急性疾患や慢性疾患の急性増悪で、病状が安定しておらず、高度の医療設備、多くのスタッフによる医療行為や全身管理が必要な時期。

Ｎｏ	用語	説明
４８	急性期医療	病気になって直後の時期（通常、発症から７日間程度）における医療。この時期には人的、物的に集中した医療行為が行われ、高度の医療設備、多くのスタッフが必要となり全身管理が必要となる。
４９	クックチル方式	調理方法の一つで、加熱調理した食品を短時間に急速冷却して、チルド保存し、必要な時に再加熱する方式。
５０	軽症・中等症・重症・死亡	総務省消防庁が示す症状、区分の内容。軽症とは、傷病の程度が入院加療を必要としないもの。中等症とは、傷病の程度が入院を必要とするもので重症に至らないもの。重症とは、傷病の程度が３週間以上の入院を必要とするもの。死亡とは、初診時において死亡が確認されたもの。
５１	結核病床	結核の患者を入院させるための病床。
５２	血管撮影装置	血管に造影剤を注入し、血管を写し出し病変の有無を調べたり、治療を行ったりするためのＸ線撮影装置。
５３	構造体の耐震安全性の目標分類Ⅰ類	大地震動後、構造体の補修をすることなく建築物を使用できることを目標とし、人命の安全確保に加えて十分な機能確保が図られるもの。
５４	後発医薬品係数	機能評価係数Ⅱにおける評価指標の１つ。入院医療における後発医薬品の使用を評価するもの。
５５	効率性係数	機能評価係数Ⅱにおける評価指標の１つ。各医療機関における在院日数短縮の努力を評価するもの。
５６	高齢化率	65 歳以上の人口の全人口に占める割合。
５７	災害拠点病院	災害時に多発する重篤救急患者の救命医療を行うための高度の診療機能、被災地からの重症傷病者の受入れ機能、傷病者等の受入れおよび搬出を行う広域搬送への対応機能、自己完結型の医療救護チームの派遣機能、地域の医療機関への応急用資器材の貸出し機能を有し、災害時の拠点となる病院。
５８	サテライトファーマシー	主となる薬剤部から離れて、病棟内に存在する薬局。医師や看護師と協力し患者に適切な薬物療法が行われることを目的とする。
５９	第三次救急医療機関	第二次救急では対応できない複数診療科領域にわたる重症救急患者に対して高度専門的な医療を総合的に提供する医療機関。
６０	静岡県地域がん診療連携推進病院	国が指定する「がん診療連携拠点病院」とほぼ同等の医療機能、専門医等を配置している、静岡県知事が指定する病院。

Ｎｏ	用語	説明
６１	静岡ＤＭＡＴ指定病院	平成１８年４月７日付け厚生労働省医政局指導課長通知「日本ＤＭＡＴ活動要領について（通知）」に基づき県が指定するＤＭＡＴ指定医療機関。
６２	志太榛原二次保健医療圏	静岡県地域医療再生計画に定める保健医療圏で、島田市、藤枝市、焼津市、牧之原市、吉田町、川根本町を構成市町とする。
６３	周産期医療	妊娠後期から新生児早期（妊娠 22 週から出生後７日目）までのお産にまつわる時期に母体、胎児、新生児を総合的に管理して母と子の健康を守る医療。
６４	受療率	ある特定の日に疾病治療のために、すべての医療施設に入院あるいは通院、又は往診を受けた患者数と人口 10 万人との比率。
６５	紹介（紹介率）	地域の開業医が、高度な医療や検査を必要とする患者を病院に紹介すること。 紹介率は、診療報酬点数表（一般病院の場合）において、（他医療機関からの紹介患者数+救急車で搬送された患者）/初診患者全体×１００と定義される。初診患者の数は、時間外･休日又は深夜に受診した６歳未満の小児患者を除く。
６６	初期救急医療体制	軽症で帰宅できるような救急患者への医療体制。
６７	初期被ばく医療機関	原子力施設近隣において汚染の有無にかかわらず搬送されてきた患者に対して一般の救急診療の対象となる傷病への対応を含む初期診療を行う医療機関。
６８	褥瘡	床ずれ。
６９	診療報酬改定	医療機関等が提供した医療サービスに対する対価として支払われる報酬を、医療行為別に点数（１点=１０円）として定められており、概ね２年に１度行われる改定。
７０	スマートフォン	次世代携帯電話。電話機能のほかにアプリと呼ばれるプログラムを動かして、パーソナルコンピューター並みの機能を有する。
７１	セカンドオピニオン	患者が検査や治療を受けるに当たり、主治医以外の医師に意見を求めること。複数の専門家の意見を聞くことで、より適した治療法を患者自身が選択していくべきという考え方に沿ったもの。
７２	第三次救急医療機関	第二次救急では対応できない複数診療科領域にわたる重症救急患者に対して高度専門的な医療を総合的に提供する医療機関。

Ｎｏ	用語	説明
７３	第二次救急医療機関	入院及び手術等を必要とする救急患者への医療提供を行う医療機関。
７４	第二種感染症指定病院	二類感染症、新型インフルエンザ等感染症の患者の入院を担当させる医療機関として都道府県知事が指定した病院。
７５	地域医療支援病院	紹介患者に対する医療の提供、医療機器等の共同利用の実施等を通じて、かかりつけ医等を支援する能力を備えることを、都道府県知事が承認する病院。
７６	地域医療係数	機能評価係数Ⅱにおける評価指標の１つ。地域医療への貢献を評価するもの。
７７	保健医療計画	都道府県が二次保健医療圏ごとに作成する、地域特性に応じた保健医療の基本的な指針や保健医療提供体制の整備に関する基本計画。
７８	中央配膳	主厨房で調理･盛り付けをし、病棟へ運ぶ配膳方法。
７９	デイルーム	談話室。
８０	電子カルテ	従来医師・歯科医師が診療の経過を記入していた紙カルテを電子的なシステムに置き換え、電子情報として一括してカルテを編集・管理し、データベースに記録するシステム。
８１	登録医	患者の紹介、逆紹介や開放型病床の利用による共同診療などで、病院と連携を図り、患者に一連の継続した医療を提供できるように協力体制を組んでいる地域の医師。
８２	ドクターヘリ	救急医療用の医療機器等を装備した専用ヘリコプター。救急医療の専門医及び看護師が同乗し、現場等から医療機関に搬送するまでの間、救命医療を行うことができる。
８３	トリアージ	災害発生時などに多数の傷病者が発生した場合に、適切な搬送、治療等を行うために、傷病の緊急度や程度に応じて優先順位をつけること。
８４	バイオセーフティーレベル	細菌・ウイルスなどを取り扱う実験施設の分類。
８５	病床利用率	ベッドの利用の程度を示す指標。 病床利用率(%)=入院患者延数÷許可病床延数×１００。
８６	病診連携	かかりつけの診療所の医師と病院の医師が連携して診療を行うこと。精密検査や入院が必要な場合は病院へ紹介が行われ、入院治療が必要なくなった場合、病院から診療所へ紹介することにより、双方の医師が連携しながら治療すること。
８７	病病連携	病院間で連携して治療を行うこと。急性期病院、療養型病院などの各病院の特性と病状に応じた医療の提供ができるように病院間で行う連携。

Ｎｏ	用語	説明
８８	複雑性係数	機能評価係数Ⅱにおける評価指標の１つ。各医療機関における患者構成の差を１入院あたり点数で評価するもの。
８９	フリーアドレス制	特殊な設備を保有する診療科を除き、診療科毎に診察室を特定しないで、患者数や医師数に応じて診察室を振り分け、診察室を効率的に使用する方法。
９０	ブロック受付	外来の受付形態の一つで、内科系や外科系、小児科と産婦人科など、関連性のある診療科の診察室をそれぞれひと固まりのブロック単位にまとめ、そのブロックごとの受付。
９１	平均在院日数	患者が入院してから退院するまでの日数を一定の期間で平均したもの。
９２	へき地医療	交通条件及び自然的、経済的、社会的条件に恵まれない山間地、離島その他の地域のうち、医療の確保が困難である地域で行われる医療。無医地区、無医地区に準じる地区、へき地診療所が開設されている地区等が含まれる。
９３	放射線治療	Ｘ線やガンマ線、電子線などの電磁波をがん細胞へ照射することによって、がん細胞を死滅させる治療方法。近年では陽子や炭素の原子核を治療に用いることも可能となり、それぞれ「陽子線治療」、「重粒子線治療」とよばれている。
９４	保健医療圏	保健･医療･福祉の連携と施策の効果的な展開を図る地域単位。限られた医療資源の適正な配置と機能連携を図り、医療提供体制の充実を推進するための地域単位として、自然的条件及び社会的条件も踏まえ保健医療圏を設定する。また、二次保健医療圏は医療法第 30 条の 3 第 2 項第 1 号の規定に基づき主として病院の病床の整備を図る地域的単位として設定され、療養病床及び一般病床の基準病床数を設定する。
９５	保険診療係数	機能評価係数Ⅱにおける評価指標の１つ。ＤＰＣデータの提出を含めた適切な保険診療実施・取組を評価
９６	マンモグラフィ	乳房のＸ線撮影装置。
９７	有機溶媒	水に溶けない物質を溶かす、常温常圧で液体の有機化合物の総称。エタノール、ベンゼン、アセトン、クロロホルムなど。有機溶剤。
９８	ライナック	放射線治療用のＸ線や電子線を発生させる直線加速器。
９９	ライフサイクルコスト	製品や建物に係る生涯コストのこと。製品や建物の企画･設計に始まり、完成（竣工）、運用を経て、寿命がきて処分するまでを製品（建物）の生涯と定義して、その全期間に要する費用を意味する。

Ｎｏ	用語	説明
１００	リカバリー室	術後、麻酔から覚醒し、呼吸･脈拍･血圧等が安定回復するまで、患者を観察する室。
１０１	療養病床	精神病床、感染症病床、結核病床以外の病床で、主に長期にわたり、療養を必要とする患者を入院させるための病床。