

# 新病院整備基本計画 (改訂版)

平成24年12月  
松戸市



## はじめに

国保松戸市立病院は、昭和42年に現在地に開院して以来、市民の生命と健康を守るため、安全・安心な医療の提供に努めてまいりました。この間、診療科や病床数の増加に伴い増改築を繰り返し現在に至っておりますが、平成7年1月の阪神淡路大震災を契機に耐震性の低さや、新たな医療環境への対応が困難なことから病院の建替えが検討されることとなりました。

その後、様々な検討を経て平成23年4月に提出された「松戸市立病院建替えに関する答申書」を受け、同年6月に「病院整備構想(案)」を作成し、この中で2つの市立病院を持つ松戸市の特性を活かした病院の整備構想(案)を提案し、新病院建設検討特別委員会をはじめ、市議会、執行部で協議を重ねてまいりました。

本計画は、平成21年4月に策定した、「新病院整備基本計画」を基本とし、東葛北部二次保健医療圏における中核病院として、松戸市立病院をどのような機能・規模で整備していくか、また、新病院開院後の採算性の視点に基づき、その後の医療環境の変化に対する対応や、病院整備構想(案)に提示した急性期病院の機能を実現するための提案、建設予定地である千駄堀予定地の特性に合わせた建築及びインフラの整備について改訂し、新病院の医療機能や規模、運営計画及び施設や設備について具体化していくために策定したものです。

公立病院の運営については全国的に厳しい状況にあり、本市の病院事業においても例外ではありませんが、将来にわたり松戸市民の皆様に対し、安全・安心かつ高度な医療を継続して提供できるよう努めてまいります。



# 目 次

1	松戸市病院事業の現況	1
1.1	国の医療政策の動向	1
1.2	千葉県の医療政策の動向	2
1.3	東葛北部保健医療圏の現状と受療動向	4
1.4	松戸市における病院事業の現状	8
1.4.1	松戸市立病院	8
1.4.2	東松戸病院及び梨香苑	8
2	松戸市病院事業のあるべき姿	10
2.1	診療機能の連携・分担	10
2.1.1	「循環型地域医療連携システム」の基本的な考え方	10
2.1.2	ステージ別患者の分類	12
2.1.3	ステージ別患者の分担	13
2.1.4	シームレスな病院間連携について	14
2.2	松戸市病院事業の在り方	15
2.2.1	自治体病院の役割	15
2.2.2	松戸市病院事業の役割	16
2.2.3	松戸市立病院の役割	17
2.2.4	東松戸病院の役割	18
2.2.5	松戸市立病院の在り方	19
2.2.6	東松戸病院の在り方	19
3	急性期病院の医療運用計画	20
3.1	基本方針	20
3.2	病院の規模等	21
3.2.1	病床数	21
3.2.2	診療科目	21
3.2.3	平均在院日数	21
3.2.4	外来患者数	22
3.2.5	特徴的な機能に基づく指定及び認定取得	22
3.3	部門別計画	23
3.3.1	病棟部門	23
3.3.2	外来部門	25
3.3.3	救命救急部門	26
3.3.4	手術部門	27
3.3.5	放射線部門	27
3.3.6	内視鏡部門	28

3.3.7	臨床検査部門	28
3.3.8	輸血管理部門	29
3.3.9	薬剤部門	29
3.3.10	栄養管理部門	30
3.3.11	リハビリテーション部門	30
3.3.12	臨床工学(ME)部門	31
3.3.13	中央材料部門	31
3.3.14	地域連携部門	32
3.3.15	教育研究センター	32
3.3.16	管理部門	32
3.3.17	災害医療部門	33
3.3.18	医療安全管理部門	34
3.4	院内利便施設	34
3.5	その他付帯施設	35
3.6	業務委託計画	35
3.7	医療機器整備計画	36
3.8	物品管理業務	38
3.9	医療情報システム計画	39
4	急性期病院の建設整備計画	42
4.1	建設整備基本方針	42
4.2	建設整備計画	43
4.2.1	建設地条件	43
4.2.2	法的条件	44
4.2.3	建物概要	44
4.3	施設配置計画等	45
4.3.1	配置計画	45
4.3.2	動線(アプローチ)計画	46
4.3.3	駐車場計画	47
4.3.4	ヘリポート計画	48
4.3.5	断面構成図	49
4.3.6	構造計画	50
4.3.7	設備計画	50
4.4	事業費と事業期間の削減について	52
4.4.1	事業費低減のための具体策	52
4.4.2	事業期間短縮のための具体策	53
5	全体スケジュール	55

6	財政計画 .....	56
6.1	建設に伴う事業費 .....	56
6.1.1	概算事業費と内訳 .....	56
6.1.2	事業費外経費 .....	57
6.1.3	事業費積算の前提条件 .....	57
6.1.4	財源内訳 .....	58
6.1.5	資金調達 .....	58
6.2	事業運営収支予測 .....	59
6.2.1	運営収支積算の前提条件 .....	59
6.2.2	人員配置 .....	61
6.2.3	収益的収支の予測 .....	62
6.2.4	資本的収支の予測 .....	63
6.2.5	一般会計繰入金の予測 .....	63
6.3	事業費に関するコメント .....	64
6.3.1	事業収支予測の評価（収益的収支・資本的収支） .....	64
6.3.2	収益的収支（純損益）の状況 .....	64
6.3.3	収益的収支（繰越欠損金）の状況 .....	65
6.3.4	資本的収支の状況 .....	65
6.3.5	事業費回収の可能性 .....	65
7	本計画の策定にあたり .....	66
7.1.1	外部専門家委員名簿 .....	66
7.1.2	主な打合せ内容 .....	67

（巻末）用語解説 本文中の<sup>(※)</sup>がついた用語について解説しています。





# 1 松戸市病院事業の現況

## 1.1 国の医療政策の動向

少子高齢化の急速な進展による老年人口の増加や財源の減少、生活習慣病の増加による疾病構造の変化や医療技術の進歩、多様化する医療ニーズにより医療を取り巻く環境は急速に変化し、国民医療費についても増加の一途を辿っています。

これまでの医療法の改正につきましても、限りある医療資源<sup>(※)</sup>（<sup>(※)</sup>がついた用語については巻末の用語集に解説を掲載しています。）の効率的配置や医療機能の分化・連携を推進し、医療費の抑制を図ることを主眼として実施されています。

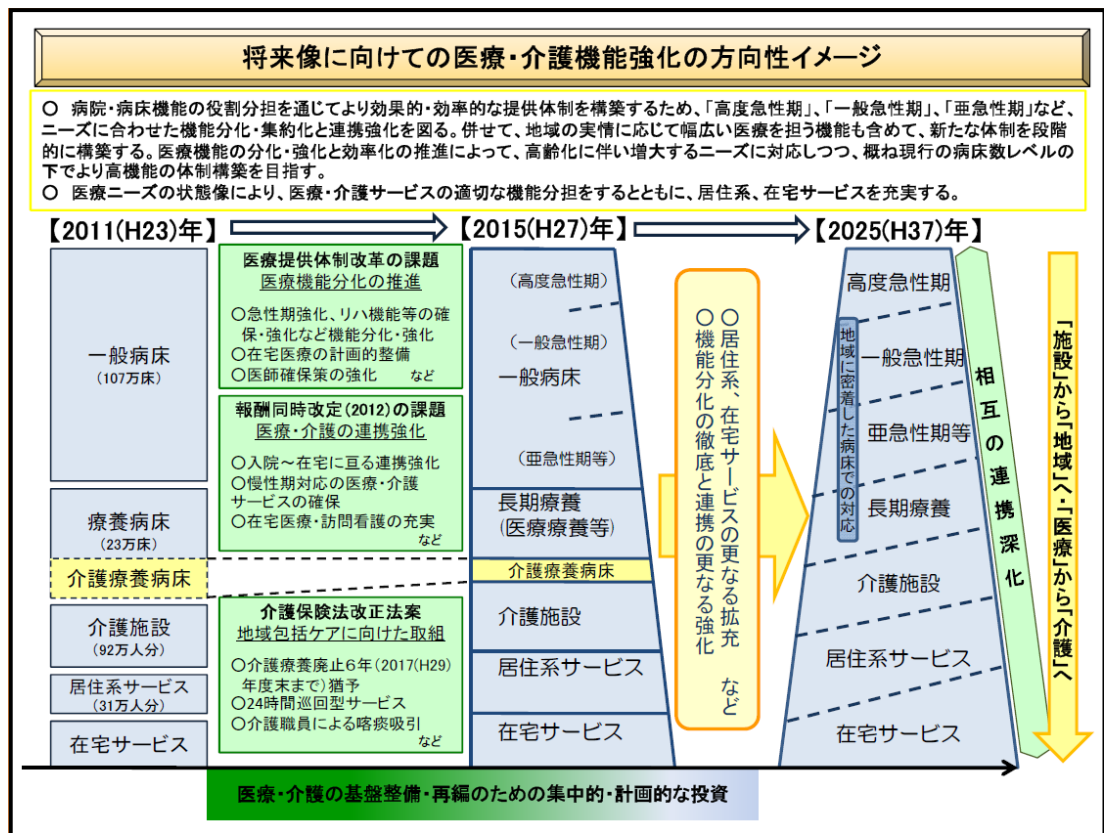
年	制定・改正等	主な内容
昭和23年	医療法制定	○病院の施設基準等を整備 ○医療の量的確保
昭和60年	第一次医療法改正	○医療圏の制定・病床数の規制等の医療計画制度導入
平成 4年	第二次医療法改正	○特定機能病院・療養型病床群の制定 ○広告の規制緩和
平成 9年	第三次医療法改正	○医療提供者側の努力規定 インフォームド・コンセント規定 ○地域医療支援病院の制定 ○療養型病床群
平成12年	第四次医療法改正	○病床区分の見直し(一般病床・療養病床) ○医療計画の見直し ○臨床研修の必修化
平成17年	医療制度改革大綱決定	1. 安心・信頼の医療の確保と予防の重視 2. 医療費適正化の総合的な推進 3. 超高齢社会を展望した新たな医療保険制度体系の実現
平成18年	第五次医療法改正	○患者への医療情報提供推進 ○医療機能の分化・連携の推進 ○医療法人制度改革

図表 1-1 これまでの医療法改正等の経過

現在進められている「社会保障と税の一体改革」においても、2025年の医療のあるべき姿が示され、社会保障改革の医療・介護分野における具体的な改革内容として、急性期をはじめとする医療機能の強化、病院・病床機能の役割分担・連携の推進、在宅医療の充実等を内容とする医療サービス提供体制の制度改革に取り組むこととされ、急性期病床の位置付を明確化し、医療資源の集中投入による機能強化を図るなど、病院・病床の機能分化・強化を推進することや、病診連携、医療・介護連携等により必要なサービスを確保しつつ、一般病棟における長期入院の適正化を推進することが明示されています。

また、併せて示されている「将来像に向けての医療・介護機能強化の方向性イメージ」では『病院・病床機能の役割分担を通じてより効果的・効率的な提供体制を構築するため、「高度急性期」、「一般急性期」、「亜急性期」など、ニーズに合わせた機能分化・集約化と連携強化を図る。併せて、地域の実情に応じて幅広い医療を担う機能も含めて、新たな体制を段階的に構築する。医療機能の分化・強化と効率

化の推進によって、高齢化に伴い増大するニーズに対応しつつ、概ね現行の病床数レベルの下でより高機能の体制構築を目指す。』ことが示されています。



図表 1-2 将来に向けての医療提供体制と取組み(概要)

出典:厚生労働省「社会保障改革に関する集中検討会議」資料

## 1.2 千葉県の医療政策の動向

千葉県では総合的な保健医療供給体制を確立するため、昭和 63 年に「千葉県保健医療計画」を策定し、医療環境を取り巻く環境の変化や少子高齢化の進展に対応するため全面改定や一部見直しを経て、現在では「県民一人ひとりが、健やかに地域で暮らし、心豊かに長寿を全うできる総合的な保健医療福祉システムづくり」を基本理念とし、「質の高い保健医療提供体制の構築」、「総合的な健康づくりの推進」、「保健・医療・福祉の連携確保」、「安全と生活を守る環境づくり」の4つの柱に沿った施策を展開しています。

また、平成 23 年 11 月に策定された「千葉県地域医療再生計画」においても、今後到来する超高齢社会に備え、「医療人材(医師、看護師)の確保・育成」、「在宅医療の充実」、「救急医療<sup>(※)</sup>の整備促進」、「高齢化に伴い増加する疾病や医療需要への対策強化」、「高齢社会に向けた健康教育」を5本の柱として施策を推進するとされており、国の医療政策の動向と同様に、循環型地域医療連携システムの推進や人材の確保・育成による保健医療サービスの充実、個人の主体的な取り組みによる健康づくりの推進を核とした総合的な保健医療の推進が進められています。

(1) 二次保健医療圏の概況

千葉県は、総人口 6,266,608 人、総面積 5,156.61 km<sup>2</sup>、36 市 17 町 1 村から構成されています。この中で医療を完結する地域単位として二次保健医療圏が 9 地区から編成されています。

保健医療圏	人口(人)	面積(k m <sup>2</sup> )	構成市町村
千葉	955,022	272.08	千葉市
東葛南部	1,713,054	253.84	市川市、船橋市、習志野市、八千代市、鎌ヶ谷市、浦安市
東葛北部	1,346,739	358.24	松戸市、野田市、柏市、流山市、我孫子市
印旛	719,158	691.60	成田市、佐倉市、四街道市、八街市、印西市、白井市、富里市、印旛酒々井町、栄町
香取海匝	308,601	716.60	銚子市、旭市、匝瑳市、香取市、香取郡神崎町、多古町、東庄町
山武長生夷隅	467,762	1,161.32	茂原市、東金市、勝浦市、山武市、いすみ市、山武郡大網白里町、九十九里町、芝山町、横芝光町、長生郡一宮町、睦沢町、長生村、白子町、長柄町、長南町、蝦夷郡大多喜町、御宿町
安房	140,297	576.89	館山市、鴨川市、南房総市、安房郡鋸南町
君津	331,173	757.83	木更津市、君津市、富津市、袖ヶ浦市
市原	284,802	368.20	市原市
県計	6,266,608	5,156.60	36 市 17 町 1 村

図表 1-3 千葉県の保健医療圏の概況  
出典：平成 22 年度千葉県年齢別、市町村別人口調査(千葉県) 平成 21 年度全国都道府県市区町村別面積調(国土地理院)

(2) 基準病床

千葉県の病床充足状況は、基準病床数 48,482 床に対し、既存病床数 47,879 床と 603 床の病床不足であるものの、東葛北部保健医療圏における基準病床数は充足されている状況です。

特殊病床(精神・結核・感染症)については県内全体で、精神病床 13 床、感染症病床 1 床が基準病床数より不足しています。

単位:床

保健医療圏	基準病床数 A	既存病床数 B	過不足病床数 B-A
千葉	7,794	7,794	0
東葛南部	11,133	11,133	0
東葛北部	9,600	9,600	0
印旛	5,827	5,827	0
香取海匝	3,369	3,133	▲236
山武長生夷隅	4,017	3,912	▲105
安房	2,039	2,019	▲20
君津	2,508	2,316	▲192
市原	2,195	2,145	▲50
合計	48,482	47,879	▲603

病床区分	基準病床 A	既存病床 B	過不足病床 B-A
精神病床	12,949	12,936	▲13
結核病床	114	218	104
感染症病床	59	58	▲1

図表 1-4 千葉県の基準病床と既存病床の状況  
出典：「千葉県保健医療計画」(平成 23 年 4 月公示)に基づく不足病床数等 平成 24 年 4 月 1 日現在(特殊病床については平成 24 年 3 月 30 日現在)

### 1.3 東葛北部保健医療圏の現状と受療動向

東葛北部保健医療圏は、千葉県の北西部に位置し東京都、埼玉県、茨城県に隣接する南北に長い地理的状況にあります。国保松戸市立病院は、当該医療圏内の松戸市、柏市、流山市、我孫子市、野田市からの患者の他、市川市・鎌ヶ谷市や葛飾区・三郷市などの近隣市区からの患者にも対応しています。

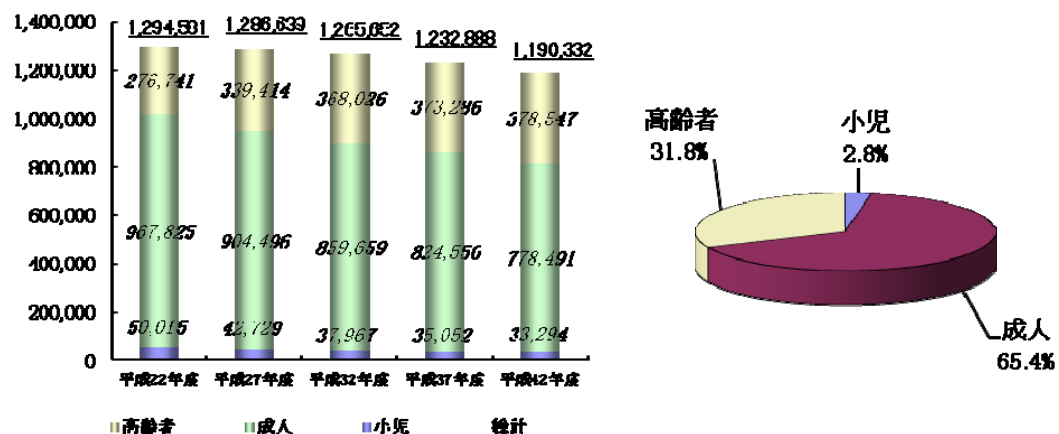


図表 1-5 千葉県における東葛北部保健医療圏の配置と国保松戸市立病院の位置

#### (1) 推計人口

東葛北部保健医療圏の推計人口は、平成 22 年をピークに減少傾向であり、少子高齢化は今後も引き続き進展します。

推計人口（人）



図表 1-6 東葛北部保健医療圏の推計人口 出典：国立社会保障人口問題研究所（平成 20 年度）

(2) 推計患者数

(ア) 受療率（千葉県）

平成 20 年度患者調査千葉県受療率（外来・入院）と前項の東葛北部保健医療圏の将来推計人口（国立社会保障人口問題研究：平成 20 年度）を用い、東葛北部保健医療圏の傷病分類別将来推計患者数を予測します。

傷病分類	入院	外来
	総数	総数
総数	740	5173
I 感染症及び寄生虫症	12	139
II 新生物	96	153
III 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	3	12
IV 内分泌、栄養及び代謝疾患	20	237
V 精神及び行動の障害	164	158
VI 神経系の疾患	46	87
VII 眼及び付属器の疾患	6	127
VIII 耳及び乳様突起の疾患	1	75
IX 循環器系の疾患	148	599
X 呼吸器系の疾患	45	478
X I 消化器系の疾患	41	1126
X II 皮膚及び皮下組織の疾患	7	198
X III 筋骨格系及び結合組織の疾患	30	650
X IV 尿路器系の疾患	25	230
X V 妊娠、分娩及び産じょく	9	3
X VI 周産期に発生した病態	4	1
X VII 先天奇形、変形及び染色体異常	4	8
X VIII 症状、徴候及び診断不明確の状態	10	62
X IX 損傷、中毒及びその他の外因影響	62	212
X X I 健康状態に影響を及ぼす要因等	5	618

図表 1-7 参考 厚生労働省「患者調査 受療率(人口 10 万対)、年齢階級・性・傷病大分類・都道府県別(千葉県:外来・入院)(平成 20 年 10 月実施)」

(イ) 東葛北部保健医療圏（疾病大分類別）

次頁の図表 1-9 は、東葛北部保健医療圏の傷病大分類別の 1 日あたり将来推計患者数の 2010 年、2030 年推計値とその伸び率の推移を分析した結果です。

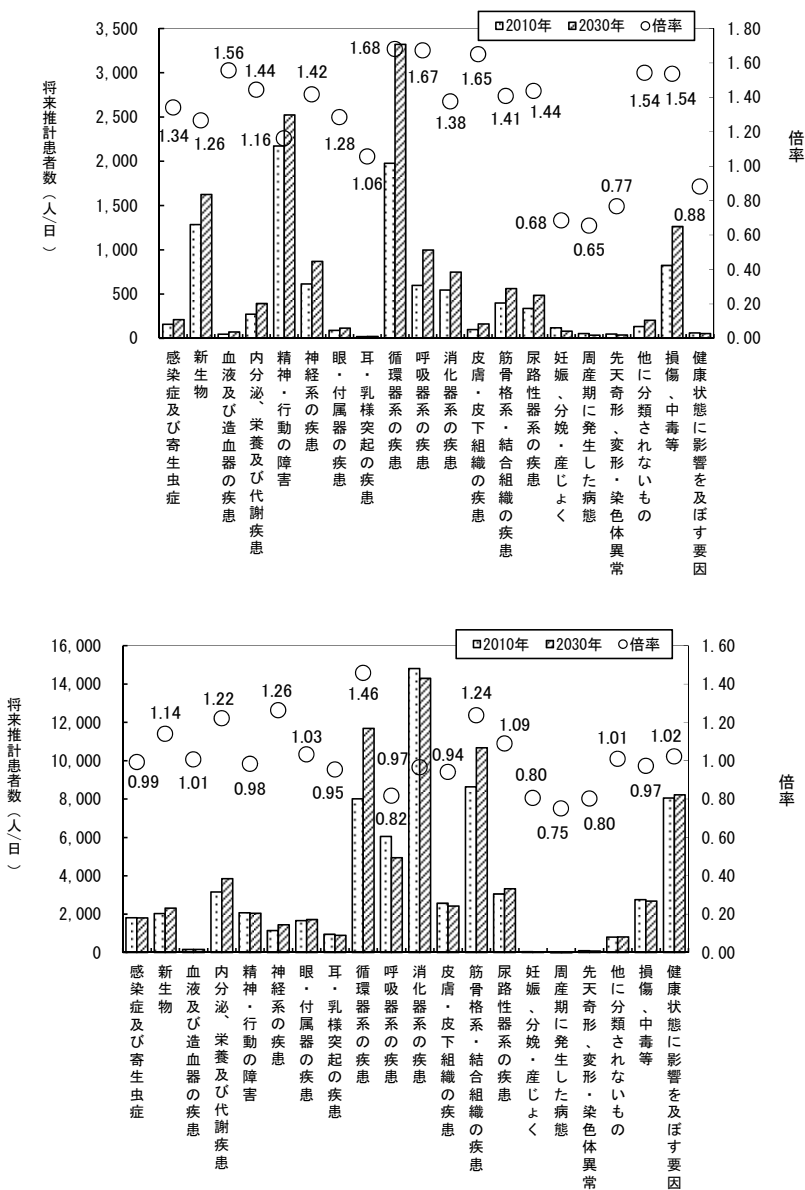
東葛北部医療圏(入院)				東葛北部医療圏(外来)			
	2010年	2030年	倍率	2010年	2030年	倍率	
I 感染症及び寄生虫症	156	209	1.34	1,812	1,798	0.99	
II 新生物	1,284	1,624	1.26	2,032	2,315	1.14	
III 血液及び造血器の疾患	45	70	1.56	161	162	1.01	
IV 内分泌、栄養及び代謝疾患	271	391	1.44	3,160	3,856	1.22	
V 精神・行動の障害	2,173	2,522	1.16	2,077	2,041	0.98	
VI 神経系の疾患	612	867	1.42	1,143	1,443	1.26	
VII 眼・付属器の疾患	88	113	1.28	1,662	1,715	1.03	
VIII 耳・乳様突起の疾患	18	19	1.06	943	899	0.95	
IX 循環器系の疾患	1,977	3,320	1.68	8,021	11,690	1.46	
X 呼吸器系の疾患	597	998	1.67	6,051	4,941	0.82	
X I 消化器系の疾患	543	747	1.38	14,808	14,297	0.97	
X II 皮膚・皮下組織の疾患	97	160	1.65	2,570	2,419	0.94	
X III 筋骨格系・結合組織の疾患	398	560	1.41	8,636	10,681	1.24	
X IV 尿路器系の疾患	337	484	1.44	3,049	3,320	1.09	
X V 妊娠、分娩・産じょく	117	80	0.68	41	33	0.80	
X VI 周産期に発生した病態	52	34	0.65	8	6	0.75	
X VII 先天奇形、変形・染色体異常	47	36	0.77	96	77	0.80	
X VIII 他に分類されないもの	131	202	1.54	801	808	1.01	
X IX 損傷、中毒等	822	1,262	1.54	2,754	2,679	0.97	
X X 健康状態に影響を及ぼす要因	59	52	0.88	8,055	8,229	1.02	
総数	9,824	13,750	1.40	67,880	73,409	1.08	

図表 1-8 東葛北部保健医療圏将来推計患者数(疾病別) 左図:入院 右図:外来

図表 1-8 に示す通り、傷病分類別の将来推計人口と傷病分類別の受療率からそれぞれの将来推計患者を予測し、傷病大分類別の患者数とします。それぞれの小計をまとめたものを総数としています。

入院における将来推計患者数の総数は 9,824 人から 13,750 人に増加し、倍率では 1.40 倍に増加します。外来では、67,880 人から 73,409 人に増加し、倍率では 1.08 倍に増加する見込みです。

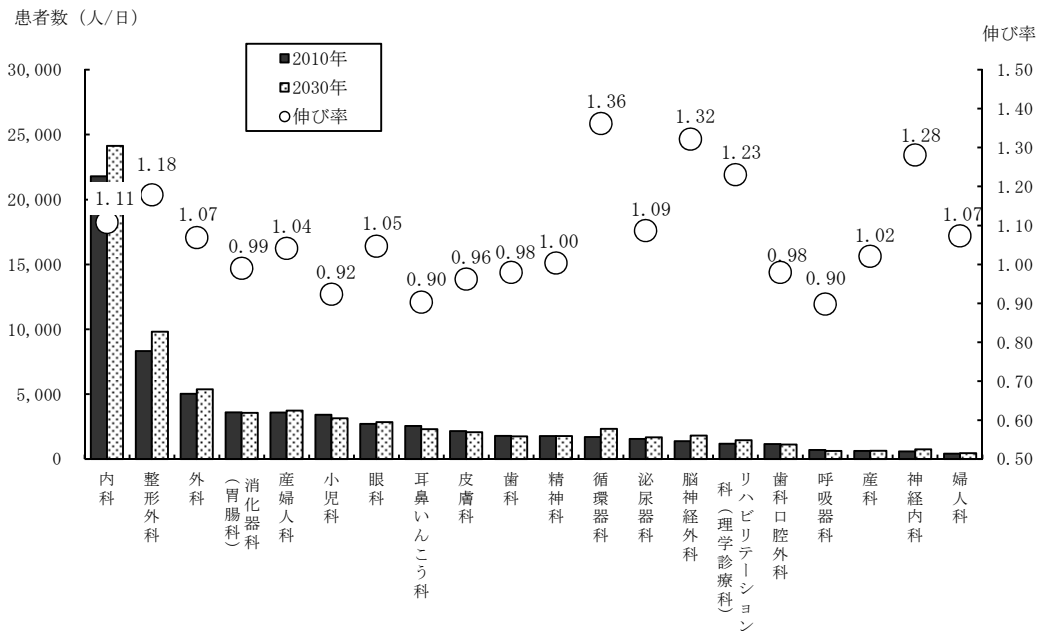
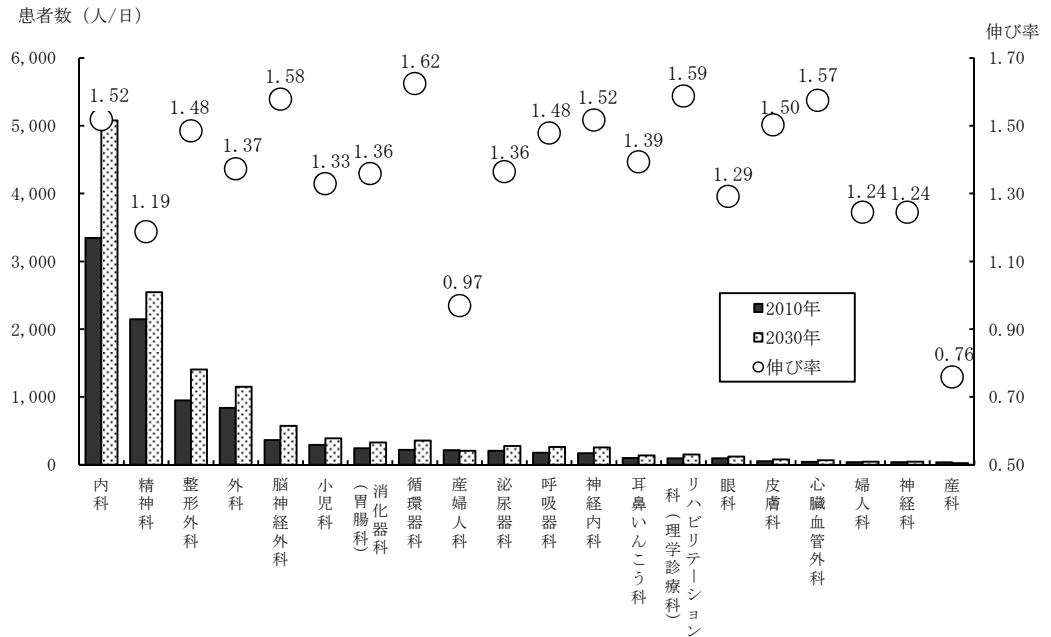
将来推計患者数の 2010 年から 2030 年にかけて大きな伸びを示す疾患(上位 3 位) は入院で、循環器系の疾患(1.68) > 呼吸器系の疾患(1.67) > 皮膚・皮下組織の疾患(1.65)、同様に外来で、循環器系の疾患(1.46) > 神経系の疾患(1.26) > 筋骨格系・結合組織の疾患(1.24) となっています。



図表 1-9 東葛北部保健医療圏将来推計患者数(疾病別) 上図:入院 下図:外来  
出典:国立社会保障人口問題研究(平成 20 年度)、平成 20 年厚生労働省患者調査「受療率」

(ウ) 東葛北部保健医療圏（診療科別）

下記の図表 1-10 は、疾病大分類別の将来推計患者数を診療科別に補正し分析した結果です。将来推計患者数の 2010 年から 2030 年にかけて大きな伸びを示す診療科（上位 3 位）は、入院で循環器科(1.62)＞リハビリテーション科(1.59)＞脳神経外科(1.58)、同様に外来で、循環器科(1.36)＞脳神経外科(1.32)＞神経内科(1.28)となっています。



図表 1-10 東葛北部保健医療圏将来推計患者数(診療科別) 上図:入院 下図:外来  
出典: 国立社会保障人口問題研究(平成 20 年度)、平成 20 年厚生労働省患者調査「受療率」

## 1.4 松戸市における病院事業の現状

松戸市の病院事業は、急性期対応型の国保松戸市立病院（以下、「松戸市立病院」といいます。）、亜急性期から回復期対応型の松戸市立福祉医療センター東松戸病院（以下、「東松戸病院」といいます。）、及び同センター介護老人保健施設梨香苑（以下、「梨香苑」といいます。）の3施設を運営し、市民に欠かせない医療を提供するとともに、松戸市の政策医療を担っています。

市民が健康で健やかに安心して暮らせるよう、松戸市や松戸市医師会、関係医療機関との連携を図り、時代のニーズに合った高度で良質な医療を提供しています。

しかしながら、両病院の施設・設備については、老朽化・狭隘化・機能的な劣化が顕在化していることに加え、一部の施設では耐震性の確保が問題となっていることから、早期の建て替えが懸案となっています。

### 1.4.1 松戸市立病院

松戸市立病院は、昭和25年に松戸市国民健康保険病院として開設され、その後、昭和42年に現在の名称に改称し、現在地に新築移転されました。

その後、医療需要の増加にともない幾多の増改築を重ね、現在の形態となり東葛北部保健医療圏の第三次救急医療機関として救命救急センター<sup>(※)</sup>機能を備えた高度な急性期専門医療を担っています。

また、救命救急医療の他、災害医療、小児医療、感染症などの政策医療を提供しておりますが、中でも小児医療センターは、小児科、小児外科、新生児科の3本柱に加え、平成23年4月に小児心臓血管外科部門を新たに設置し、院内各科や地域の一般診療施設と連携を保ちながら、重症小児疾患の診断と治療を行なっています。

### 1.4.2 東松戸病院及び梨香苑

東松戸病院は、高塚新田の国立診療所松戸病院跡地を利用して、一般病棟200床(平成16年2月12日付で198床)、介護老人保健施設梨香苑を併設し、平成5年10月に開設しました。

東松戸病院は、今後の高齢化社会に備えた「保健・医療・福祉」の連携した包括的医療の拠点とし、在宅で安心して療養ができるように支援する「在宅支援機能」と、質の高い一般診療を行う「地域医療における補完機能」の二つの機能を持つ病院です。さらに、総合診療外来を設置、専門分化した診療科の医療と調整を図りながら、全人的な医療を行うとともに、心身の状態を家庭生活、社会生活に調和させるための総合リハビリテーションを提供し、保健・医療・福祉の円滑な運営に努めています。

市や地域の保健・医療・福祉サービスと密接な連携を図りつつ、在宅で看護及び介護が必要な高齢者及び療養者に対し、訪問看護を提供することにより、在宅



療養者の心身の機能回復を図り、快適な在宅での療養生活を支援する「松戸市東松戸訪問看護ステーション」や、介護保険法に基づき、病院の入院診療を終えて、病状の回復期や安定期にある高齢者等を家庭へ復帰させるために病院と家庭の中間施設として利用者の自立と家庭復帰を図る「梨香苑」を運営しています。

## 2 松戸市病院事業のあるべき姿

### 2.1 診療機能の連携・分担

#### 2.1.1 「循環型地域医療連携システム」の基本的な考え方

##### (1) 医療計画制度と4疾病4事業への取り組み

平成18年6月に成立した医療制度改革関連法において、医療法に定める医療計画制度の見直しが講じられ、医療計画の記載事項として、新たに、「がん」「脳卒中」「急性心筋梗塞」「糖尿病」の4疾病、及び「救急医療」「災害時における医療」「へき地の医療」「周産期医療」「小児医療（小児救急医療を含む）」の5事業（以下、「4疾病5事業」といいます。）に係る医療連携体制に関する事項が追加されました。また、医療連携体制における医療機能に関する情報の提供を推進するとともに、4疾病5事業について、地域の実情に応じた数値目標を定め、当該目標の達成状況についての調査・分析・評価を行うこととされました。また、平成23年の法改正により、これまでの4疾病に加え、近年の職場におけるうつ病、高齢化による認知症など患者数の増加が著しい「精神疾患」が加えられ、「5疾病5事業」の医療体制の構築を推進することとされています。

千葉県においては、平成23年4月に保健医療計画の一部見直しを行う中で、「がん」「脳卒中」「急性心筋梗塞」「糖尿病」の4疾病、及び「救急医療」「災害時における医療」「周産期医療」「小児医療（小児救急医療を含む）」の4事業（以下、「4疾病4事業」といいます。）について急性期から回復期、在宅に至る医療機関の治療と保健・福祉サービスを連動させる「循環型地域医療連携システム」を二次保健医療圏毎に構築し、医療従事者や地域住民に示されたところですが、国の動向を受け、医療法施行規則の一部改正や新たな医療計画作成指針に基づき計画の一部改定が決定され、精神疾患、災害時における医療、在宅医療の医療体制の見直しの方向性が決定されています。

##### (2) 循環型地域医療連携システムの仕組み

地域の限りある医療資源を無駄なく効率的に活用し、効果的な医療提供体制を構築するためには、各二次保健医療圏内の診療所や病院等の医療機関の具体的な役割分担を明確化することにより、患者を中心に置いて、急性期、回復期等の段階に応じた医療連携システムを構築し、患者の疾病の段階に応じて最も適切な医療資源を利用することができる流れを構築することが重要となります。

脳卒中の場合では、①手術など急性期を担当する医療機関（急性期病院等）、②運動機能等の回復期を担当する医療機関（回復期・リハビリテーション病院等）、③通院での治療を担当する医療機関（かかりつけ医・かかりつけ歯科医）などに医療機関の役割が明確化されています。

千葉県では、医療圏ごとに、4疾病4事業において必要とされる医療機能を整理・分類し、役割分担を明確にするとともに、連携の流れを具体的に示した連携

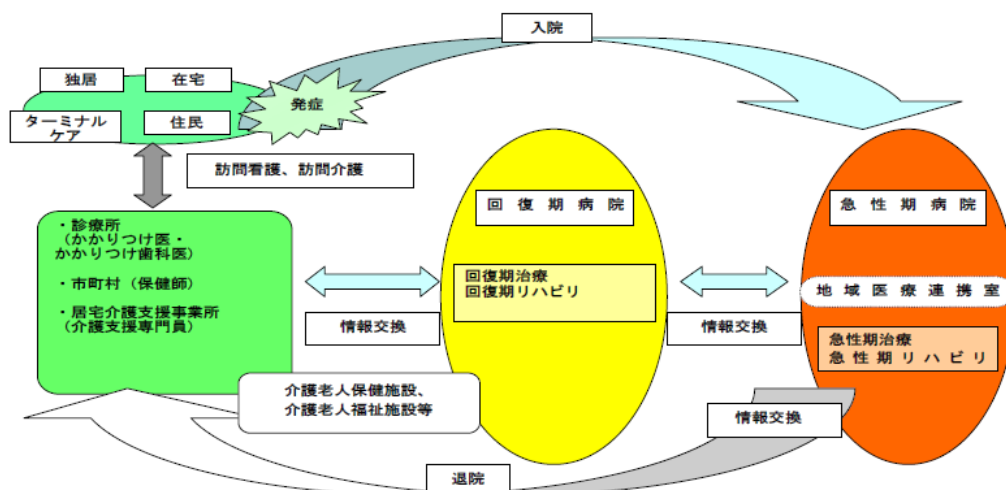
イメージ図と、連携イメージ図に対応した医療機関名を明示しています。

「循環型地域医療連携システム」は、原則として、二次保健医療圏内で完結することを旨とするのですが、各疾病の高度な医療について、全県下1箇所または数箇所程度の配置で、対応可能な医療機関を全県（複数圏域）対応型連携拠点病院として位置付けています。

(3) 循環型地域医療連携システムの効果

- ① 医療機関がそれぞれの役割分担にもとづき地域全体でネットワークを構成することで、地域の限りある医療資源を効果的に活用しながら、患者にとって最も効果的な医療を提供することができます。
- ② 大病院や高機能病院への患者の集中を緩和し、病院の医師をはじめとする医療従事者の疲弊を防止することにつながります。
- ③ 循環型地域医療連携システムが機能することによって、急性期の治療を終え、回復期、地域生活期に至った後には、専門医療機関やかかりつけ医での定期的な診察時の情報が、相互に共有されることが期待されます。
- ④ 地域の医療機関が相互に診療時の情報を共有することにより、急性増悪や合併症の早期発見、効果的な治療につながり、より治療効果が高まるものと期待されます。

循環型地域医療連携システムのイメージ図



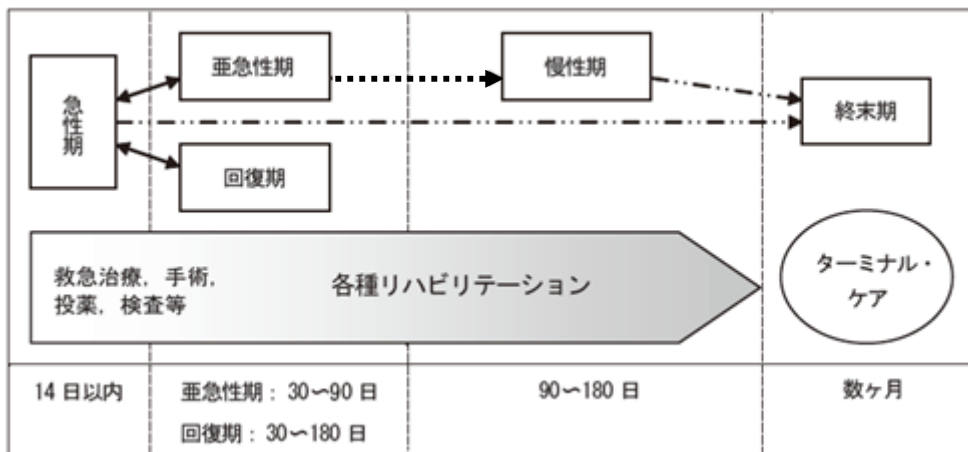
図表 2-1 循環型地域医療連携システムのイメージ図

## 2.1.2 ステージ別患者の分類

患者は、急性期から回復期あるいは亜急性期のいずれかへと病状や疾病によって移行します。

患者が亜急性期へと移行した場合、次の症状ステージである慢性期への移行を考慮に入れた医療供給体制を確立する必要がありますが、以下の図は、基本的な症状ステージの移行の様子を示しています。

症状ステージ別にみた医療は、基本的に「救急治療、手術、投薬、検査等」、「リハビリテーション」、「ターミナル・ケア」の3分類に大別されると考えられます。



図表 2-2 ステージ別患者の分類と病状ステージの流れ

### (1) 急性期

急性期とは、疾病（あるいは傷病）の発症から急激に健康が損なわれた状態にあり、回復期や亜急性期まで移行するまでの期間を意味します。

急性期状態に対応する急性期医療は、病状の進行を止める、あるいは疾病の回復が見込める目処をつけるまでの間提供される医療であり、具体的には手術や抗生物質などの投薬、検査、救急治療、各種処置などが行なわれます。

急性期は発症から概ね14日以内がその目安とされています。

### (2) 亜急性期

亜急性期とは、急性期状態を脱し疾病の状態が安定するまでの期間を意味します。亜急性期医療においては、リハビリテーションが中心となり、薬剤投与あるいはその他の特別な処置の必要性は低くなります。

亜急性期は、急性期を脱した状態から30日から90日の期間が目安とされています。

### (3) 回復期

回復期とは、急性期を脱し、健康な状態やそれに準ずる状態になるまでの期間を意味します。一般的には、薬剤投与や特別な治療行為も少なく、回復期リ

ハビリテーション病棟においてリハビリテーションを中心とした医療を行うこととなります。

回復期の期間は、急性期を脱してから 30 日から 180 日までが目安とされています。

#### (4) 慢性期

慢性期とは、急性期・亜急性期を脱し、不健康状態が安定的に持続する期間を意味しますが、介護が必要なケース（要介護状態）とは区別されます。

慢性期医療は、医療と介護とがミックスされたような状態ですが、主として機能維持リハビリテーションを行うことにより、徐々に医療管理の割合が減少し、介護の割合が増加していく傾向となります。従って、質の良い慢性期医療を提供するためには、医療管理と介護の役割分担が重要となります。

慢性期の期間は急性期・亜急性期を脱してから 90 日から 180 日までが目安とされています。

#### (5) 終末期

終末期とは、治療で回復の見込みがなく、数週間ないし数カ月（およそ 6 ヶ月以内）のうちに死亡することが予期される状態になり、その宣告から死までの期間を指します。

この期間において、患者やその家族は心身ともに最も不安定になりやすく、終末期に対応する終末期医療（ターミナル・ケア）は、自宅あるいは病院や施設での高密度医療、あるいは自宅での QOL<sup>(\*)</sup>を重視した医療のいずれかとなります。

患者やその家族の要望により、アクティブに最期まで治療を続けるか、QOLを重視した治療を続けるかでその医療は分類されることとなりますが、最終的に患者やその家族が意思決定し、その選択を尊重した治療が行なわれることとなります。

### 2.1.3 ステージ別患者の分担

#### (1) 急性期の医療を担う病院の主たる患者

- ・ 主に脳神経外科・多発性外傷などで救急隊により搬送される患者
- ・ 急性心筋梗塞の患者
- ・ がん患者(肺・肝・胃・大腸・乳・子宮がん)の手術・放射線治療・化学療法の治療を目的とする患者
- ・ 小児の重症患者
- ・ ハイリスクの妊婦
- ・ 脳卒中の急性期患者
- ・ 糖尿病専門外来を受診する患者
- ・ 糖尿病専門医との連携による腎症の治療を必要とする患者

- ・ 早期の脳血管リハビリテーションを必要とする患者
- (2) 亜急性期以降の医療を担う病院の主たる患者
- ・ 亜急性期から慢性期領域の患者(急性期病院からの転院患者)
  - ・ 回復期の脳血管リハビリテーションを必要とする患者
  - ・ 糖尿病に起因する腎症、壊疽・壊死の治療を必要とする患者や神経症状をもつ患者(糖尿病専門医との連携による)

#### 2.1.4 シームレスな病院間連携について

区分	病院間の連携に係る主な機能
松戸市立病院 ※急性期医療を担う病院	三次救急医療機関(救命救急センター)として、圏内からの重篤な救急患者(主に多発性外傷、脳卒中など)を受け入れる。
	当院で対応できない特殊医療領域の患者については、大学病院など高度医療機関に責任をもって転送する。
	急性期以降、亜急性期から慢性期領域の患者については、後方支援病院への転院を促す。
	がん患者の手術、放射線治療、化学療法を行い、末期の患者については後方支援病院への転院を促す。
	医師会との連携のもとに、圏域の各病院・診療所と相互間の支援体制を強化し、地域医療支援病院 <sup>(※)</sup> としての機能を果たす。
東松戸病院 ※亜急性期以降の医療を担う病院	プライマリ・ケア <sup>(※)</sup> の領域で、かかりつけ医による診療を補完する機能として、初期の総合診療に対応する。
	専門診療科の診療が必要な患者については、急性期病院へ紹介する。
	急性期以降、亜急性期領域の患者を受け入れる。
	回復期リハビリテーションを必要とする患者を受け入れる。

図表 2-3 病院間の連携に係る主な機能

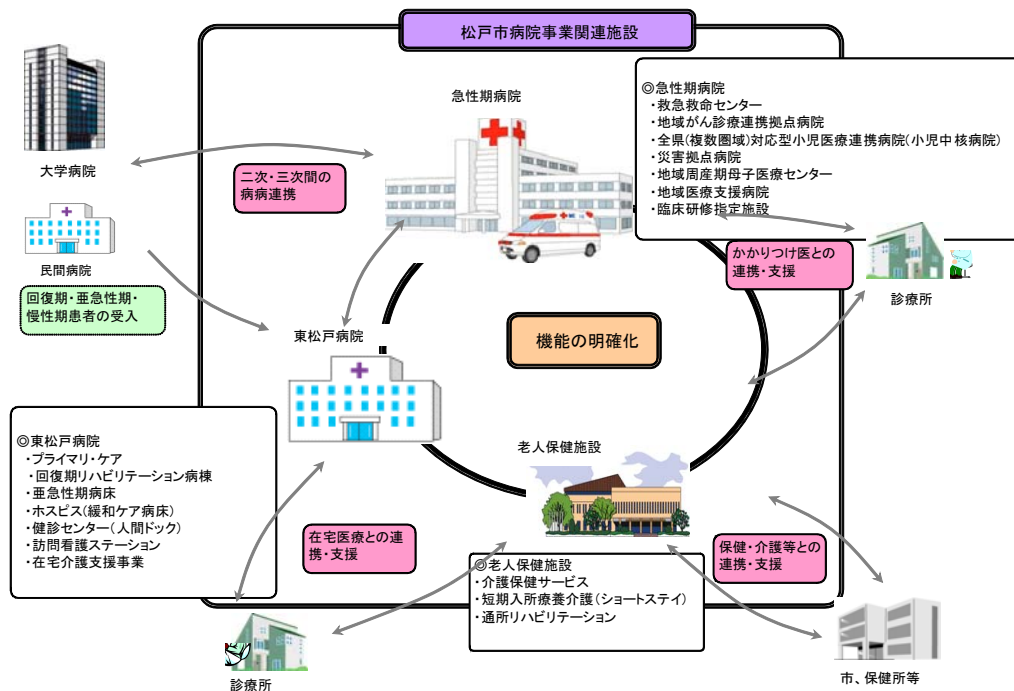
- ・ 急性期を担う病院で一定期間の入院医療を受けた患者が、亜急性期領域以降回復期領域に向けて継続的な治療やリハビリテーションが受けられるよう、後方支援病院との円滑な連携体制による運営を行う。
- ・ 管理局市立病院地域連携課を中心に、圏域の医療機関や福祉関係機関との連携システムの構築と運用体制の強化を図る。

症状ステージがシームレスに移行することから、あるいは患者の容態が急変する可能性もあるために、前後のステージにそれぞれ相互の関係性がみられます。

そのために、それぞれの症状ステージに対応する医療もまたシームレスに進行したり、相互関係を持つこととなります。

以下に、循環型地域医療連携システム概念に基づく図表 2-4「シームレスな

病院間連携をはじめとする松戸市病院事業のイメージ図」を示します。



図表 2-4 シームレスな病院間連携をはじめとする松戸市病院事業のイメージ

## 2.2 松戸市病院事業の在り方

### 2.2.1 自治体病院の役割

自治体病院は、「適正な医療の提供」、「へき地等の医療確保」、「高度・特殊・先駆的医療及び不採算医療等の提供」、「医療・保健・介護との連携」を行い、さらに安定かつ継続的な医療供給を実現するため、健全経営をめざす必要があります。また、地域全体の医療水準や医療技術者の技術水準の向上についても重要な役割を担うこととされています。

#### (1) 適正な医療の提供

自治体病院は、地域住民の要請に基づき医学の進歩に適応した適切な医療の提供を行う。

#### (2) へき地等の医療の確保

自治体病院は、地域住民の医療提供を行うため、他の医療機関で対応が困難な離島、山間部、へき地等への医師の派遣等を行う。

#### (3) 高度・特殊・先駆的医療の提供

自治体病院は、救急医療・がん・循環器・未熟児・臓器移植・リハビリテー

ション・難病等の高度・特殊・先駆的医療の提供、並びに精神・結核・感染等の医療を積極的に推進する。また、臨床研修指定病院は教育機関としての役割、災害拠点病院<sup>(※)</sup>は災害時に必要な人材・資材の確保などの役割を担う。

#### (4) 医療・保健・介護との連携

高齢化社会に対応するため、保健センター・健康管理センター・介護老人保健施設等の保健施設、特別養護老人ホーム・ケアハウス・老人福祉センター等の福祉施設、さらに在宅介護サービス施設等との連携強化に対応する保健・福祉対策の中心的役割を担う。

#### 「自治体病院と他の病院との相違」

自治体病院は、地域住民の健康に責任を持つ自治体の長が議会の議決によって開設されたもので、個人、医療法人、公的・国立等の開設による病院と根本的に相違している。最近、民間病院の経営も急速に悪化してきたことに関連し、自治体病院も国立病院と同等、政策医療を中心に行うべきであるとする意見も聞かれる。しかし、自治体病院はその開設の経緯、立地条件、規模等いずれも千差万別である。各々その役割、使命も一様ではなく、当該地域住民の意向により開設されたものであり、その住民の意向に沿って運営が行われるべきもので、一律に政策医療のみを行う等医療の範囲を限定することは適当ではない。

なお、高度・特殊・先駆的医療その他政策医療は、一般医療が整っていてこそ成り立つものであり、地域住民のほとんどが一般医療の実施を強く望んでいるものである。

参考：全国自治体病院協議会定時総会「全国自治体病院協議会の目指す方向」平成 12 年 5 月  
から抜粋

### 2.2.2 松戸市病院事業の役割

前述してきたとおり、医療を取り巻く環境において、国の政策、県の政策を理解した上で、松戸市病院事業に対する市民の期待に答えるため、どのような病院事業を展開していくかが極めて重要な課題となっています。

松戸市民 48 万人の健康を預かる市内の病院群は、大型の民間医療機関や、約 300 に及ぶ診療所に加え、松戸市病院事業における市立 2 病院の協働作業によって成り立っており、また、全国的にみても医療機関全体の約 6 割が民間医療機関であることから民間医療機関なくして医療を提供することは極めて困難であり、松戸市においても松戸市病院事業だけで市民の命を守っていくことは、同様に困難であると考えられます。

そこで新病院を建設するにあたり、今後は、前記の図表 2-1 に示した「循環型地域連携システム」に基づき、一般医療に加え、政策的な医療を提供する市立病院としての、松戸市病院事業の役割を整理し、将来に渡り必要とされる時代のニーズ、市民のニーズにあった医療を提供していくことが必要となってきます。



現在、松戸市では、前述の「1.4 松戸市における病院事業の現状」に示したとおり、主に救急・急性期を中心とした松戸市立病院と在宅支援機能並びに亜急性期以降の比較的安定した病態の患者の治療に加え、総合リハビリテーションを提供する東松戸病院が存在しています。これら2病院は機能的な統合を果たすより、それぞれの病院毎の機能を充実し、その特徴を活かし、互いに強力で連携することが、「2.1.2 ステージ別患者の分類」に基づいた視点からも有効であると考えられます。

松戸市病院事業の役割は、「民間医療機関と協働しながら松戸市内にできるだけ同質な医療を提供していくことに努めること」、「政策医療においては、その先導的役割を果たすこと」、そして「医療機関として過去から培ってきた医療機能に加え、時代のニーズ、市民のニーズにあった医療を提供していくこと」であり、これらの機能を十分に安全に提供するためには、それぞれの特徴にあった機能を提供しやすい設備・ハードが必要であり、大きな要素となることから、新病院では、救急・急性期を中心とした現状の機能に加え、近未来に提供する事となる医療機能を考慮しながら、それらに対応するためのハードの設えや自由度の高い拡張性が重要になることが考えられます。

### 2.2.3 松戸市立病院の役割

自治体病院として、急性期医療・高度医療を提供するために、他医療機関との連携を一層強化しつつ、地域の中核的な病院として役割を引き続き果たしていくこととなります。また、特に救命救急医療、周産期医療、がん医療、災害時医療や感染症医療を提供し、充実強化を図っていきます。

担うべき役割を果たすため、さらにより良い医療を提供し、かつ、組織が存続し続けるためには、必要な投資を行いつつも健全経営を維持していくことが重要な役割となっています。

以下に、松戸市立病院における特徴的な役割を整理します。

#### (1) 救急医療

三次救急を中心に展開しており、平成22年度における救命救急センター受け入れ件数は1,158件で、内訳として市内からの受け入れが883件(76.2%)、他市からの受け入れが275件(23.8%)となっています。

東葛北部保健医療圏の第三次救急医療機関である東京慈恵会医科大学附属柏病院とともに中核的な役割を担っています。

#### (2) 小児医療

千葉県小児医療の中核病院に位置づけられ、千葉県北西部の広域医療圏における高度で専門的な小児医療を担っています。

小児三次救急医療については、全県(複数圏域)対応型小児医療拠点病院として、千葉大学医学部附属病院、千葉県こども病院、東京女子医科大学八千代医

療センター、旭中央病院とともに役割を担っています。

(3) 周産期医療

分娩リスクの高い妊婦や、高度な新生児医療に引き続き対応していますが、今後、地域周産期母子医療センターの認定取得を目指します。

(4) がん医療

地域がん診療連携拠点病院<sup>(※)</sup>として、地域がん医療水準の向上のため、連携拠点病院や地域の医療機関の医療従事者に対する研修の他、市民に対するがん診療に対する情報を適切に公開するとともに、診療に関する相談等に応じ、必要な情報を提供する役割を担っています。

また、がんの治療において、国立・県立のがんセンター等とも協力し、合併症などを有する患者に対してもきめ細やかな治療を実施しています。

(5) 災害医療

災害発生時に備えた災害拠点病院として、地域の医療機関で対応できない重症者等に対する治療及び入院等の救護などの役割を担っています。

(6) 感染症医療

第二種感染症指定医療機関として、感染症患者の入院医療を提供する役割を担っています。

(7) 臨床研修指定

臨床研修指定病院及び臨床修練指定病院として、医師の育成や医療技術の向上に寄与しています。

また、日本救急医学会指導医指定施設として、救命救急センターが救急医を目指す若手医師の修練施設としての役割を担っている他、多くの診療科の後期研修病院に指定されています。

#### 2.2.4 東松戸病院の役割

前述の「2.1.2 ステージ別患者の分類」に示すように一般的に病気やケガは発症後治癒または軽快するまでに3分類に分けられます。松戸市立病院は、このうち急性期を受け持ち、東松戸病院では、亜急性期以降のステージを受け持つこととなります。軽度の病気やケガは、数日のうちに治ってしまいますが、脳卒中のように急性期での治療の結果や経過によっては、その後さらに180日程度のリハビリテーションや治療が必要となる場合もあります。また、末期のガンの場合、患者の意思によって積極的な治療を止めターミナル・ケアを提供する必要も生じます。いずれにしても短時間に集中的な治療を行う急性期の治療とは異なり、長期間に渡り、患者との関わりが必要となります。従って、東松戸病院の役割は、

病気を有しながらも日常生活を送り、または、民間のリハビリテーション病院では敬遠されがちな患者も含めた、リハビリテーションを治療としている患者に対して日常的に関わることが大きな役割であると考えます。また、在宅支援を行っており地域との関わりが一層必要となっています。病院関連では、松戸市立病院を始めとした急性期病院との連携が不可欠であると考えます。

### 2.2.5 松戸市立病院の在り方

松戸市立病院は、より高度な急性期医療を目指す一方で、地域住民からは一般診療機能的な機能も要求され、本来果たすべき機能・役割に支障をきたしかねない状況が懸念されます。

本来目指すべき高度な急性期医療の活動を阻むような現象が、松戸市に限らず全国的にみられることから、厚生労働省においては病床区分の再編など将来に向けた検討を進めています。

松戸市立病院の建替えにあたっては、単に耐震性の問題のみならず、将来の松戸市立病院が次代の医療ニーズに的確に対応できるよう、国の医療政策の動向を注視し、地域中核病院の役割を果たすために必要となる機能や施設・設備の拡充を図ることが肝要です。

今後の松戸市立病院は、現在の急性期病院の機能をさらに明確化し、将来の高度急性期・総合病院を目指し、専門外来に特化することが考えられますが、現在も行われている医療体制（紹介患者を主とした対応）のさらなる充実を図り、市民のニーズに応えることを基本に受診要望を受入れ、常に医療ニーズと医療機能が適切にマッチングできることが求められます。

### 2.2.6 東松戸病院の在り方

松戸市立病院と東松戸病院との連携を強化するために、両病院運営協議会を設置し協議を重ねていますが、松戸市立病院から東松戸病院への転院が促進され、松戸市立病院の平均在院日数が13日（平成23年度）に短縮された一方で、東松戸病院の病床利用率は非常に高くなっています。

また、回復期のリハビリテーションを実施しながら、実際には病院の施設や設備が古く、現在の回復期リハビリテーション病棟の施設基準取得が困難で、一般病棟としか認定が受けられないために、6ヶ月もリハビリテーションを行わなければならない脳疾患患者の入院についても、在院日数の短縮が要求されるという状況に置かれています。

東松戸病院としては、以上に示す現在の課題を解消するとともに、今後の松戸市立病院の後方支援機能の充実を課題と捉えたとき、亜急性期・回復期の医療に加え日常支援的な医療としてのプライマリ・ケアの充実が必要とされます。

### 3 急性期病院の医療運用計画

#### 3.1 基本方針

- (1) より質の高い急性期に特化した高度急性期医療を提供します。
  - ・ 現在の松戸市立病院を、より質の高い急性期医療に特化した高度急性期医療を主に提供する病院として整備します。
  - ・ 専門領域の医療を駆使し集中的な入院医療を提供し、重症者に対応する高度急性期医療における平均在院日数は、概ね 15～16 日程度、一般急性期医療では 10 日前後を見込みます。
- (2) 第三次救急医療機関(救命救急センター)機能をより充実します。
  - ・ 多発性外傷と脳卒中を主とする内因性の意識障害の領域患者の三次救急を中心に、外傷センター、脳卒中センターの機能を充実します。
  - ・ 消防救急隊と一体となった迅速な救急搬送の受入体制を構築します。
  - ・ 患者集約と医療の早期介入を図るため、ヘリポート<sup>(※)</sup>を整備するとともにドクターカー<sup>(※)</sup>機能を充実します。
- (3) 地域医療水準の向上に寄与するとともに地域に開かれた病院としての機能を充実します。
  - ・ 地域の医療機関との連携をさらに深めるとともに、地域の医療機関等に対する教育・研修や情報提供を強化するなど、新病院の開院に向け地域医療支援病院の認定を取得予定です。
  - ・ 市民に対する健康講座等を定期的で開催するなど、地域に開かれた公立病院として幅広く市民の健康維持増進を支援します。
- (4) より高度な小児医療への対応と周産期医療を充実します。
  - ・ 現在の小児医療センターの機能をより充実しながら、高度な小児・周産期医療に対応します。
  - ・ 全県(複数圏域)対応型小児医療連携拠点病院として、重症小児に対する 24 時間体制での二次・三次救急医療に引き続き対応します。
  - ・ 地域周産期母子医療センターの認定を取得します。
  - ・ 「松戸市夜間小児急病センター」を設置し、医師会との協働により夜間における小児の初期救急医療を提供します。
- (5) 災害に強い病院として整備します。
  - ・ 東日本大震災の教訓を活かし、災害医療拠点病院として、災害発生時にその役割を果たせるよう、一時も機能が停止しない病院として整備します。
  - ・ 災害時に大型ヘリコプターが離着陸できる場所を周辺に確保します。
  - ・ 一定時間の電源を確保するための自家発電機能などバックアップ機能を強化します。
- (6) 今後検討を要する機能について
  - ・ 救急及び急性期において、精神疾患を有している患者が増加傾向にあります。これらに対応できるよう検討します。

## 3.2 病院の規模等

### 3.2.1 病床数

病床数は、600床(一般病床<sup>(※)</sup>592床、感染症病床8床)を予定します。

### 3.2.2 診療科目

診療科は、現在の28科に歯科口腔外科を新設し以下の29科を設置します。

内科	血液内科	循環器内科	消化器内科
神経内科	呼吸器内科	総合診療科	外科
整形外科	脳神経外科	心臓血管外科	呼吸器外科
形成外科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科
泌尿器科	リハビリテーション科	放射線科	皮膚科
麻酔科	精神科	緩和ケア科	化学療法内科
小児科	小児外科	新生児科	小児心臓血管外科
歯科口腔外科			

機能別センターについては、現行の脊椎脊髄センター、人工関節センター、リウマチ膠原病センター、脳卒中センターの他、将来的には、外傷センターの併設を予定しています。

### 3.2.3 平均在院日数

病院の規模、機能を検討するうえで、平均在院日数の想定が大きく影響します。

一般病棟入院基本料の施設基準における現行の10対1入院基本料では平均在院日数が21日以内であることが条件とされています。

本計画では、松戸市立病院の平成22年度における平均在院日数12.9日を参考にしますが、7対1以上の看護配置による専門領域の集中的な入院医療を主に提供していくことから、重症者に対応する高度急性期では15～16日程度、一般急性期では10日前後の平均在院日数を見込みます。

#### 平均在院日数の推移

平成 17年度	平成 18年度	平成 19年度	平成 20年度	平成 21年度	平成 22年度	平成 23年度
15.3日	15.1日	14.6日	14.4日	13.7日	12.9日	13.0日

図表 3-1 平均在院日数の推移  
(出典：平成23年度松戸市病院事業概要)

### 3.2.4 外来患者数

(1) 外来患者数

開院後当面は現行と同等の約 1,000 人／日と設定します。

(2) 新患・再来割合

新患対再来の割合は 1:4 を想定します(平成 21 年度に策定した「新病院基本計画」を踏襲します)。

### 3.2.5 特徴的な機能に基づく指定及び認定取得

新病院の基本方針や目指すべき機能を踏まえ、地域完結型医療の中心的な役割を果たすべく、新たな指定・認定取得を目指します。

- ・ 臨床研修指定病院
- ・ 臨床修練指定病院
- ・ 地域医療研修センター
- ・ 全県(複数圏域)対応型小児医療連携拠点病院
- ・ 第三次救急医療機関(救命救急センター)
- ・ 地域がん診療連携拠点病院
- ・ 災害拠点病院
- ・ 第二種感染症指定医療機関
- ・ 地域医療支援病院(予定)
- ・ 地域周産期母子医療センター(予定)
- ・ 日本医療機能評価機構認定病院

### 3.3 部門別計画

#### 3.3.1 病棟部門

##### (1) 基本方針

高度急性期医療、三次救急医療、小児医療、周産期医療、がん診療、感染症医療、災害医療などの機能を対象に、圏域における中核病院として、地域医療を維持するための病床数を確保し、効率の高い病床管理を行います。

##### (2) 機能及び規模等

###### ① 病床数

病棟構成と病床配分は、患者の重症度や看護度による看護配置計画と照らし合せながら、効果的・効率的な運用ができるよう、院内での調整により設定します。

また、必要に応じ、成人と小児の病床配分についても再検討します。

#### 成人 ※表中の病棟構成と病床数は暫定のものです。

病棟名		内容	病床数	備考
救命・集中治療病棟	ICU (※)	救命	8床	最重症患者、CCU <sup>(※)</sup>
		院内	4床	
	HCU (※)	救命	22床	重症～中等症救急、移行期、リカバリー、SCU <sup>(※)</sup>
		院内	8床	
一般病棟	一般	388床	原則、混合病棟とします。	
	感染症	8床		
合計			438床	

#### 小児・周産期 ※表中の病棟構成と病床数は暫定のものです。

病棟名	内容	病床数	備考
小児医療センター	PICU <sup>(※)</sup>	10床	小児重傷
	HCU	6床	
	一般	70床	急性期・外科系・慢性疾患
一般病棟	NICU <sup>(※)</sup>	18床	新生児重症
	GCU <sup>(※)</sup>	27床	
	MFICU <sup>(※)</sup>	6床	産科重症
	産科	25床	
合計		162床	

## ② 運用計画

- ・ 救命病棟は、救命救急センターの管理のもとで運用します。
- ・ 集中治療病棟は、院内の重症患者や術後の要観察患者を受入れる集中治療室として ICU と HCU で構成し、それぞれの看護単位で運用します。
- ・ ICU に最重症患者を収容します。また CCU、SCU は ICU に含むものとします。
- ・ HCU は重症から中等症救急患者、ICU から一般病棟への移行期の患者、院内重症患者を受け入れます。また、リカバリーとしても活用します。
- ・ 小児医療センターに PICU を設置し、重症小児患者を収容します。
- ・ 周産期医療センターに、新生児のための NICU と妊産婦のための MFICU を設置し、安心して出産できる環境を整えます。
- ・ 病床利用率 90% を目指します。
- ・ 一般病棟は、患者の受入状況に応じて、柔軟な病床管理をします。
- ・ 感染症病床は、一般病棟と一体的に管理します。
- ・ 地域医療連携局による病床管理や院外医療機関との退院調整機能を充実します。

## ③ 施設計画

- ・ 病室は個室と 4 床室の構成とし、個室は必要に応じて重症個室、クリーンルームなどを適切に配置します。
- ・ 療養環境の多様化、感染防御の観点から 30% 程度の病床を個室として整備します。
- ・ 看護の効率性を考慮し、成人一般病棟における 1 病棟当りの病床数は原則として 42 床とします。
- ・ 血液内科には骨髓移植などの治療のために、クリーンルームを設置します。
- ・ 各病棟にリネン庫を設置します。

## (3) センター化について

### ① 救命救急センター

- ・ 多発性外傷と脳卒中を主とする内因性の意識障害の領域患者の三次救急に対応します。
- ・ 三次救急患者を受入れるための救命救急センター専用の救命病棟を整備します。
- ・ 救命病棟は、集中治療病棟と隣接配置し、それぞれを区画として整備します。
- ・ 精神科身体合併症の救急患者を受入れます。

### ② 小児医療センター

- ・ 全県(複数圏域)対応型小児医療連携拠点病院として、各地域の小児医療センターでは対応困難な小児患者に対する高度医療を行うとともに、三次医療圏における救命救急医療を提供します。
- ・ 重症小児患者や先天性心疾患の成熟児等を受け入れ集中治療を行うための PICU を整備します。
- ・ 小児の救命救急医療を 24 時間体制で提供します。
- ・ 病棟と外来の看護単位を一体として運営します。



- ・ 小児患者が小中学生になるまでフォローアップする体制を確立します。
  - ・ 入院中の小児患者の教育施設として、「院内学級」を設置します。
- ③ 周産期母子医療センター<sup>(※)</sup>
- ・ 分娩リスクの高い妊娠や高度な新生児医療に対応します。
  - ・ 地域周産期母子医療センターの認定を目指します。
  - ・ ハイリスク妊娠に対応するために MFICU を整備します。
  - ・ 周産期医療センターに、NICU と MFICU を設置し、安心して出産できる環境を整えます。
  - ・ NICU 及び、GCU の施設基準に基づいた施設を整備します。
  - ・ 病棟と外来の看護単位を一体として運営します。
- ④ 機能別センターについて
- ・ 本計画の段階では、一般病棟について混合病棟を原則としていますが、今後、各機能別センターの病床配分についても検討します。
- (4) 看護体制について
- ・ 成人の一般病棟は、7 対 1 の看護配置基準での運用とし、看護の効率性と安全性の確保を考慮し、日勤・夜勤に対応できる適正な看護体制を確保します。
  - ・ 成人一般病棟における 1 看護単位当りの病床数は 42 床を基本とします。
  - ・ 業務の標準化や人員体制の確保により、勤務交替による、患者の不安感や従事者の負担を低減します。
  - ・ 看護方式は現行の固定チーム制から、受け持ち制への移行を検討します。
  - ・ 保健師による保健指導・糖尿病教育を充実します。
  - ・ 専門教育を受ける機会を確保し、専門・認定看護師等を育成します。
  - ・ 3 交代・2 交代の選択制等、柔軟な勤務体制で運用します。
  - ・ 臨床実習生の受け入れに対応できる体制を確保します。
  - ・ 地域医療連携局において病床管理・退院調整を行います。

### 3.3.2 外来部門

- (1) 基本方針
- ・ 来院する患者の目的を的確に把握し、専門分化した診療機能を効率的かつ総合的に提供します。
  - ・ 待ち時間の短縮等患者サービスの向上を図ります。
  - ・ アメニティ<sup>(※)</sup>やプライバシーに配慮した施設を整備するとともに運営体制を構築します。
- (2) 機能及び規模等
- ① 運用計画
- ・ 診療科は現行の診療科を基本として設置します。
  - ・ 一般外来と専門外来を分離し、専門外来は、主に外部医療機関からの紹介患者及び専門外来でフォローすべき患者の診療に対応します。
  - ・ 外来化学療法室及び外来輸血療法室を設置し、外来通院治療の充実を図りま

す。

- ・ 患者呼出システムを導入し、患者の診療待ち時の負担軽減やプライバシーの保護を図ります。
- ・ 予約診療制度の拡充による診療待ち時間の短縮を図ります。
- ・ 電話やインターネットによる診療予約システムの導入を検討します。
- ・ 院内の案内を行うボランティアの充実を図ります。

#### ② 施設計画

- ・ 新規患者、再来患者及び紹介患者の受付や入院患者の受付の他、受診科案内、医療相談、診断書交付などに対応できる総合受付を設置します。
- ・ 点滴処置や経過観察を要する検査などを行うための処置室(ベッド数 10 程度)を集約して設置します。
- ・ 中央採血室、中央採尿室を配置し、業務の効率化を図ります。
- ・ 患者のプライバシーに配慮した外来待合スペースを整備します。(女性外来の産科と婦人科の分離など、診療科目固有の特殊性に配慮します。)

### 3.3.3 救命救急部門

#### (1) 基本方針

- ・ 救急患者の迅速なトリアージと適正な治療を行う初期診療から二次、三次医療に適切に対応できる体制を強化します。
- ・ 地域における救命救急センターとしての機能を有し、重症救急患者に 24 時間対応できる体制を充実します。
- ・ ドクターカー機能を充実し、初期診療体制を強化します。
- ・ 災害医療に従事する医師・看護師等の医療従事者への災害医療に関する知識の普及、啓発を促進します。

#### (2) 機能及び規模等

##### ① 運用計画

- ・ 消防救急隊と一体となった迅速かつ安全な救急搬送体制を確保します。
- ・ ドクターヘリ<sup>(※)</sup>による救急患者の受け入れに対応します。
- ・ ドクターカーを導入し医療の早期介入に対応します。
- ・ 災害医療や広域救急に対応できる体制として、DMAT<sup>(※)</sup>をいつでも編成し、救急医の派遣可能な体制を確立します。

##### ② 施設計画

- ・ 救命救急センター、救急・集中治療病棟、手術室、検査室を効率的な動線に配慮して配置します。
- ・ 本棟屋上にドクターヘリが離着陸できるヘリポートを設置します。

### 3.3.4 手術部門

#### (1) 基本方針

- ・ 医療の高度化に対応し、安全かつ効率的に運用できる設備を整備します。
- ・ 術前の患者説明、家族への経過説明等を十分に行い、患者及び家族の不安を緩和する患者本位の医療サービスに努めます。
- ・ 救急手術に24時間対応できる体制を確立します。
- ・ 重症患者の治療現場との連携を密にします。
- ・ 病理部門、輸血部門、放射線部門などとの連携を強化します。

#### (2) 機能及び規模等

##### ① 運用計画

- ・ 手術室は診療科を固定しないフリーアドレス制を採用します。
- ・ 手術室に高精細モニターを導入し、フィルムレスによる画像診断及び検査結果を参照するシステムを導入します。
- ・ 手術室に術野カメラ、I T Vカメラを導入し、効率的な運営を目指すとともに医療の安全性及び透明性を確保します。
- ・ 1名以上の薬剤師を配置し、薬物療法に関する安全性を確保します。

##### ② 施設計画

- ・ 術中に透視や血管撮影、CTを撮影できるハイブリッド型手術室<sup>(※)</sup>を整備します。
- ・ 手術室と中央材料室との効率的な連携を考慮した配置計画及び動線計画を策定します。
- ・ 手術室で使用する機材類を効率的に収納できる器材庫を整備します。

### 3.3.5 放射線部門

#### (1) 基本方針

- ・ 画像診断システムの充実やフィルムレス化の更なる推進により、業務の迅速化・効率化を図ります。
- ・ 救命救急センター等の24時間救急医療体制に対応します。
- ・ 患者の動線の短縮及びアメニティを考慮し、放射線部門の集中化を図ります。

#### (2) 機能及び規模等

##### ① 運用計画

- ・ ERCP<sup>(※)</sup>などのX線透視下内視鏡処置に、スムーズに対応できるようにします。
- ・ 増加の著しい画像の読影依頼に対し、迅速な対処が可能な体制を確立します。
- ・ 24時間救急医療体制に対応した画像診断・IVR（カテーテル操作などによる放射線科的治療）の体制を確立します。

##### ② 施設計画

- ・ 効率的な検査を実施するため、検査装置及び撮影室を集約的に配置します。

- ・ 放射線部門は、救急部門等必要な部門と隣接して配置するとともに、外来・入院患者間や被検査患者と一般患者・来院者の動線が交錯しないよう配置します。
- ・ 将来的な検査機器等の増設や検査室等の増築への対応を考慮した配置を計画します。

### 3.3.6 内視鏡部門

- (1) 基本方針
  - ・ 増加傾向にある内視鏡検査及び処置に対し、安全かつ効率的に実施できる運用体制と施設を整備します。
  - ・ 病病連携、病診連携により、地域医療機関からの紹介患者を積極的に受け入れ、地域医療の高度化に貢献します。
- (2) 機能及び規模等
  - ① 運用計画
    - ・ 内視鏡検査から内視鏡治療までを範囲とする診療領域の拡大に対応します。
    - ・ 放射線による透視下での検査に対応します。
  - ② 施設計画
    - ・ 検査室や処置室の他、患者が使用する諸室についても、プライバシーの確保や動線に配慮して配置します。
    - ・ 透視下による検査への対応を考慮し、放射線部門への隣接等、機能的な位置関係に配置します。

### 3.3.7 臨床検査部門

- (1) 基本方針
  - ・ 正確かつ迅速な検査実施・報告体制を整備し、術中迅速診断についても、遅滞なく行える環境を整備します。
  - ・ 救命救急センター等の24時間救急医療体制に対応します。
- (2) 機能及び規模等
  - ① 運用計画
    - ・ 検体検査、生理機能検査はシステム化を図り、医療情報システムと連動し、迅速な報告体制をさらに充実します。
    - ・ 高度な急性期医療や救命救急センターの24時間救急医療体制に対応します。
    - ・ 地域がん診療連携拠点病院としてがん治療に関する検査体制を充実します。
    - ・ 生活習慣病の早期発見、早期治療に寄与できるよう検査業務を拡充します。
    - ・ 総合予約センターで検査の電話予約ができる体制を構築します。
  - ② 施設計画
    - ・ 検体検査室を中央採血室、中央採尿室に隣接して配置します。
    - ・ バイオハザード対策解剖台の導入等により、解剖室の感染症対策を充実しま

す。

- ・ 透過型電子顕微鏡または走査型電子顕微鏡の導入を検討します。

### 3.3.8 輸血管理部門

#### (1) 基本方針

- ・ 輸血検査と血液製剤管理の一元化により、安全かつ迅速な輸血医療と血液製剤の管理や適正使用を推進します。
- ・ 日本血液学会認定病院として、血液疾患の診療を行い地域医療に貢献します。
- ・ 患者がリラックスし、安全・安心に輸血治療が受けられる環境を整備します。

#### (2) 機能及び規模等

##### ① 運用計画

- ・ 外来での輸血治療に対応します。
- ・ 自己血の採血及び貯血に対応します。
- ・ 採血血液及び血液製剤を一元管理します。血液造血器疾患や悪性腫瘍の造血幹細胞移植による治療を行います。
- ・ 抗がん剤使用時の、末梢血幹細胞移植に使用する幹細胞の採取と提供を行います。

##### ② 施設計画

- ・ 外来での輸血治療に対応できる専用の治療室を整備します。
- ・ 臨床検査部門と隣接して配置します。

### 3.3.9 薬剤部門

#### (1) 基本方針

- ・ 調剤、製剤、医薬品の管理、医薬品情報管理及び薬品試験等を通じ、医薬品の適正な使用、管理や供給体制を充実します。
- ・ 病棟活動、服薬指導、特殊製剤の調剤、医薬品の品質確保、薬歴管理等、薬剤師の専門性を生かした業務をさらに充実します。

#### (2) 機能及び規模等

##### ① 運用計画

- ・ 服薬指導、医薬品情報のための窓口を設置します。
- ・ 患者のプライバシーに配慮した服薬指導、相談等を実施します。
- ・ 高齢者などの正確な服薬が困難な患者に対する、錠剤・カプセル剤の一包化を行います。
- ・ 一包化を効率的に行うため、自動錠剤分包装置等を整備します。
- ・ 小児病棟、救命病棟及び手術室など、薬剤師が必要な病棟・部門にサテライト・ファーマシー<sup>(※)</sup>の設置を検討します。
- ・ 各病棟への、薬剤師の配置を検討します。
- ・ 抗菌剤などの TDM<sup>(※)</sup>を実施し、科学的で合理的な感染症治療に貢献します。

- ・ 全ての化学療法薬の混合調製、プロトコール<sup>(※)</sup>管理は薬局で対応できる体制を構築します。
- ・ 治験薬の研究を医師と協力して行います。

#### ② 施設計画

- ・ 調剤及び製剤業務を中央化し、薬剤部門の機能を集中して配置します。
- ・ 注射薬の供給準備作業などを効率的に実施するために、ピッキング及びセッティングを行う注射薬品室を整備します。

### 3.3.10 栄養管理部門

#### (1) 基本方針

- ・ 栄養管理に基づいた食事療法を行い、患者の早期回復に貢献します。
- ・ 患者に安全でおいしい食事を提供します。
- ・ 給食施設は院内に設置し、食事の提供に関連する業務は委託します。

#### (2) 機能及び規模等

##### ① 運用計画

- ・ 中央調理方式及び中央配膳方式を採用します。
- ・ HACCP<sup>(※)</sup>に基づいた衛生管理を導入し、食事提供に関する安全性を向上します。
- ・ クックチル方式<sup>(※)</sup>及び新調理システムの採用を検討し、適時適温な給食を提供します。
- ・ 外来栄養指導及びNST<sup>(※)</sup>を積極的に推進します。

##### ② 施設計画

- ・ 配膳専用のエレベーターを設置します。

### 3.3.11 リハビリテーション部門

#### (1) 基本方針

- ・ 急性期に特化したベッドサイドでの早期リハビリテーションを実施します。

#### (2) 機能及び規模等

##### ① 運用計画

- ・ 脳神経外科、神経内科、整形外科領域を主とする急性期リハビリテーションに対応できる人員体制を確保します。
- ・ 術後の患者に対し、ベッドサイドでの早期リハビリテーションに対応します。
- ・ 脳神経外科、整形外科領域を主とする急性期リハビリテーションに対応できる人員体制を確保します。
- ・ 外来での通院リハビリテーションを実施します。

##### ② 施設計画

- ・ 脳血管疾患等リハビリテーション料(I)及び、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)の施設基準に基づいた施設を整備し

ます。

- ・ 各病棟との連携を考慮し、エレベーターに近い位置に配置します。
- ・ 通院リハビリテーションへの対応を考慮し、外来部門からもアクセスしやすい位置に配置します。
- ・ リハビリテーションガーデンの整備を検討します。

### 3.3.12 臨床工学(ME)部門

#### (1) 基本方針

- ・ (社)日本臨床工学技師会の「医療機器管理指針」に基づき、医療機器の安全な使用を推進します。
- ・ 医療機器の中央管理を行い、機器の使用効率を高めるとともに、メンテナンスコストの削減を推進します。
- ・ スタッフの充実により救急に24時間対応できる体制を確立します。

#### (2) 機能及び規模等

##### ① 運用計画

- ・ 医療機器管理台帳を整備し、保守点検履歴や修理履歴の管理を行います。
- ・ 医療機器の日常点検については、始業時点検、使用中点検及び終業時点検を実施します。
- ・ 定期点検時は、対象機器ごとの「点検計画書」に基づいた点検を実施します。
- ・ 消毒、滅菌が必要な医療機器及び部品は、中央材料室に適切な方法による処理を依頼します。
- ・ 職員を対象に臨床工学(ME)機器<sup>(※)</sup>に関する教育等を行います。

##### ② 施設計画

- ・ HCU内に人工透析専用スペースを配置します。
- ・ ME室は、機器管理業務と臨床業務を効率的に実施するため、手術部門との近接を考慮して配置します。

### 3.3.13 中央材料部門

#### (1) 基本方針

- ・ 医療材料・医薬品等を物品管理システムの管理対象として、トレーサビリティ<sup>(※)</sup>による安全性の向上や効率的な管理体制を確保します。
- ・ スタンダード・プリコーション<sup>(※)</sup>に基づき、院内感染防止対策を徹底します。

#### (2) 機能及び規模等

##### ① 運用計画

- ・ 洗浄、滅菌業務は中央材料室で一括処理し、再生業務を徹底管理します。
- ・ 滅菌コンテナを採用し、手術器材の基本セット化を推進して、効率的な運用を行います。

## ② 施設計画

- ・ 手術室との効率的な連携を考慮した配置計画及び動線計画を策定します。

### 3.3.14 地域連携部門

#### (1) 基本方針

- ・ 地域医療機関との連携窓口として、紹介及び逆紹介患者の受け入れ、送り出しを行い、サービスの向上を図ります。

#### (2) 機能及び規模等

##### ① 運用計画

- ・ 医療ソーシャルワーカーを配置し、転院・逆紹介等、地域の医療機関・施設との連携を支援します。
- ・ 患者の紹介及び逆紹介のための事前調整や逆紹介先の照会・調整などを行います。
- ・ 連携先機関となる病院や施設の拡大を図ります。
- ・ 地域医療機関、医師会との医療情報交換を行います。
- ・ 紹介元医療機関への来院報告及び診療結果報告等を行います。
- ・ 地域の医療機関と協力し、地域連携パスを積極的に活用します。

##### ② 施設計画

- ・ 相談窓口を隣接して配置します。

### 3.3.15 教育研究センター

#### (1) 基本方針

- ・ 臨床研修を充実します。
- ・ 研修体制を確立し、人材を育成します。

#### (2) 機能及び規模等

##### ① 運用計画

- ・ プライマリ・ケアに対応できる総合診療科医師を育成する体制を確立します。
- ・ 従来の教育体制に加え、呼吸器、循環器、消化器、血液、代謝内分泌等の専門医師の育成体制を強化します。

##### ② 施設計画

- ・ 研究室、研修室、研修医室、会議室を整備します。
- ・ 研修医教育用のセミナー室、学習・資料保管スペースを整備します。
- ・ 医師をはじめとする医療スタッフの教育のためのスペースを確保します。

### 3.3.16 管理部門

#### (1) 基本方針

- ・ 両病院の運営管理を管理局で一元的に行います。



- ・ 経営管理機能を強化します。
- ・ 医療提供の場である施設・設備の安全性と快適性を常時確保します。
- ・ 職員が健康で働きやすい職場環境を提供します。

(2) 機能及び規模等

① 運用計画

- ・ 病院運営における業務目標の達成とともに、健全経営を図ります。
- ・ ボランティアの受入れ体制を充実します。
- ・ ホームページ等の情報提供機能を強化します。

② 施設計画

- ・ 管理部門の諸室は、一部(医事課等)を除き、管理棟内に集約配置します。
- ・ 将来の職員増や新規事業に備え、更衣室などに転用できるフリースペースを確保します。
- ・ 院内全体の職員が休息するリフレッシュスペースを適所に整備します。

### 3.3.17 災害医療部門

(1) 基本方針

- ・ 地震・津波・台風・噴火や NBC 災害<sup>(※)</sup>等の大規模災害発生時に東葛北部保健医療圏の災害拠点病院として災害医療を行います。
- ・ 他地域の災害拠点病院や地域の医療機関・関係機関との災害情報の共有化、被災者等への情報提供など、災害情報に関連する体制を強化します。

(2) 機能及び規模等

① 運用計画

- ・ 大規模災害時にも支障なく医療活動を行うことが可能な体制を確立します。
- ・ 災害時に大型ヘリコプターが離着陸できる場所を周辺に確保します。
- ・ 大規模災害発生時に、即時に DMAT の編成・派遣が可能な体制を確立します。
- ・ 医薬品及び、食糧、簡易ベッド等の物資を備蓄します。
- ・ 災害マニュアルの定期的な見直しや職員への周知を行うとともに、マニュアルに基づいた訓練を実施します。
- ・ 災害医療に従事する医師・看護師等の医療従事者への災害医療に関する知識の普及、啓発を促進します。

② 施設計画

- ・ 災害時のトリアージスペースをメインエントランス周辺に確保し、医療活動に必要な医療ガス配管、給排水設備配管等を設置します。
- ・ NBC 災害に対応するため、除染機能等の設備を整備します。
- ・ ライフラインの供給が停止した際に一定期間機能できる設備を整備します。
- ・ 災害時の応急収容に転用できるスペースを確保します。
- ・ 備蓄物資を収納するためのスペースを確保します。

### 3.3.18 医療安全管理部門

#### (1) 基本方針

- ・ 病院全体で包括的に医療の安全管理及び推進を実施します。
- ・ 人為的ミスが発生しない環境を構築するとともに、ミスが発生した場合にも事故に発展しない組織や体制を構築します。
- ・ 安全管理に関する意識や、安全な業務遂行のための技能の向上を図るため、職員研修を徹底します。
- ・ ユニバーサルデザインや感染管理を優先した施設整備を計画します。

#### (2) 機能及び規模等

##### ① 運用計画

- ・ 「医療安全対策委員会」及び「医療安全推進室」により、院内の安全管理を図ります。
- ・ 医療安全推進室に専任リスクマネージャーを配置し、統括的に院内の安全管理を統括します。
- ・ 各部署のリスクマネージャーによるインシデント(\*)・アクシデントレポートの原因分析をもとに、事故防止対策や再発防止策について検討します。
- ・ 「院内感染対策防止委員会」及び「感染制御チーム(ICT)」、「院内感染対策室」により、病院内の感染管理を推進します。
- ・ 「医療安全対策マニュアル」による医療安全の推進を図るとともに、「医療安全対策文書」を活用し、医療安全に関する情報の共有や意識の向上を推進します。
- ・ 院外研修、各種学会等に職員を派遣し、常に最新の医療安全管理、事故対策に関する知識・情報を習得し、院内の安全管理を推進します。

##### ② 施設計画

- ・ 転倒や転倒しても事故につながりにくい建築材料を選定し、転倒・落下事故を低減します。
- ・ 適切な明るさと広さを確保するとともに、疲労しにくい環境を整備し、人為的ミスを防止します。
- ・ 感染管理に留意し、洗浄度の区分の差異や不要な動線の交錯を考慮し各部門を配置します。
- ・ 院内感染の防止を考慮して、空調、吸排気設備や給排水設備を計画します。

## 3.4 院内利便施設

- ・ コンビニエンスストア形態の売店を設置します。
- ・ 来院者用及び職員用のレストランを設置します。
- ・ ATM（現金自動預払機）を設置します。
- ・ 郵便局出張所の設置を検討します。
- ・ 診療費自動支払機の導入を検討します。

- ・ 病棟・外来スペースへのWi-Fiスポット設置を推進します。
- ・ 市民公開講座等を開催する講堂を整備します。
- ・ ミニコンサート等が開催できるスペースを確保します。

### 3.5 その他付帯施設

- ・ 院内保育所については、現行の付属保育所を活用します。
- ・ 職員駐車場を確保します（運用方式については今後協議します）。
- ・ 医師住宅及び看護師寮については、現行の資産を活用し、更新時期を迎えた施設については順次借り上げ方式への移行を検討します。
- ・ 看護専門学校は、現施設で引き続き運営します。

### 3.6 業務委託計画

#### (1) 基本方針

- ・ 患者に対するサービスや業務の質の維持・向上を図るとともに、コストのさらなる削減を追求します。
- ・ 社会環境や医療を取り巻く環境の変化にも対応できるよう、現行の契約形態や契約期間について再検討します。
- ・ 医療行為及び病院運営の基幹となる業務を除き、経営戦略面からの積極的な委託業務化を推進します。

#### (2) 主要委託業務

##### ① 業務委託の目的

- ・ 自院の弱い機能を補う
- ・ 経費の削減を図る
- ・ 自院の要員不足を補う
- ・ 外部専門企業の高い技術力を活用する
- ・ 目的に応じて柔軟に委託先を活用する

##### ② 委託業務の概要

業務	概要
検体検査 (政令 8 業務)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 患者より採取した検体の検査を外部の登録衛生検査所に委託する</li> <li>・ 院内委託と外部委託のいずれも選択可能</li> </ul>
滅菌消毒 (政令 8 業務)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 手術用器械及び処置用器械類の洗浄、消毒、滅菌の一連の業務を行う。</li> <li>・ 院内委託と外部委託のいずれも選択可能</li> </ul>
患者給食 (政令 8 業務)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 管理栄養士の管理下で、入院患者の食事提供業務を行う。</li> </ul>
ME 機器保守管理 (政令 8 業務)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ME 機器(電子医用機器)の保守点検及び軽微な現状復旧のための修理業務を行う。</li> <li>・ 院内委託と外部委託のいずれも選択可能</li> </ul>

業務	概要
医療ガス供給設備保守 点検業務 (政令 8 業務)	・医療の用に供するガスの供給設備の保守点検業務(高圧ガス保安法の規定により高圧ガスを製造または消費する者が自ら行わなければならないものを除く)。
寝具類の洗濯 (政令 8 業務)	・入院患者の療養に供する寝具類(シーツ、枕カバー、包布などの洗濯) ・マットレス、布団、枕の消毒、乾燥 ・院内委託と外部委託のいずれも選択可能
施設管理 (政令 8 業務：清掃業務のみ対象)	・清掃、設備管理、保安警備等を対象とする所謂ビルメンテナンス業務 ・設備管理は対象となる設備の特性から各専門業者に分離発注する形態と一業者に包括する形態がある。 ・包括化による効率性と経済効果が期待される分野といえる
医療事務	・医事課の管理下で、医療行為の内容に基づく診療報酬算定・請求業務を行う。
院内物流	・SPD システムの導入に伴う院内の物流管理業務を行う ・診療材料等の調達を含む場合と役務のみを行う形態がある

図表 3-2 委託業務概要一覧

### 3.7 医療機器整備計画

#### (1) 基本方針

- ・ 高度急性期医療に対応する先進的な高度医療機器群を整備します。また診療機能に見合った整備計画を策定し、過度な医療機器の購入を抑制します。
- ・ 放射線・検査機器等の建築と条件に多大な影響を及ぼす機器については、導入機種及び時期の検討を施設計画と併せて実施します。
- ・ 想定する機器は現時点での主要な機器構成を参考としてし、実際の導入計画時には医療情勢や患者ニーズを踏まえ、詳細な機器構成を見直します。
- ・ 機器の選定及び台数等の設定に関しては、予測される診療件数や同規模の他病院事例等を参考に、効率的な整備計画を策定します。
- ・ 機器を設置する諸室の配置については、人や物の動線の安全性・効率性を考慮して策定します。

#### (2) 整備計画

- ・ 臨床工学(ME)部門による ME 機器の一元管理を行い、医療機器の利用効率を向上します。
- ・ 既存病院で使用中の医療機器のうち、転用が可能な機器は優先的に利用するとともに、新病院整備のスケジュールを勘案し、更新時期の先送りや段階的な整備等、複数年に渡る戦略的な整備計画を策定します。
- ・ 機種や数量の選定については、患者数・検査件数等を考慮し、さらに費用対効果を十分に勘案したうえで計画します。
- ・ 機器の選定・調達時には、インシヤルコストのみならず、保守点検費用までを含めた当該機器のライフサイクルコストを考慮して計画します。

- ・ 機器の調達については、従来の買い取り方式に加え、リース方式等の契約方法を検討します。
- (3) 主要医療機器
- 以下に現時点で計画する主な医療機器を示します。

(画像診断用機器)

MRI
CT
多目的血管造影装置
心臓血管造影装置
X線TV装置
X線一般撮影装置
マンモ撮影装置
SPECT
PET-CT

(放射線治療用機器)

高精度照射対応リニアック
シミュレータ CT
放射線治療計画システム

(手術関連用機器)

ハイブリッド手術用アンギオ装置
ロボット内視鏡手術装置
外科用イメージ装置
人工心肺装置
麻酔管理システム
術野画像システム

(検査用機器)

多項目生化学検査装置
血液学的検査装置
免疫検査測定装置
輸血管理システム
細菌検査装置

(調剤用機器)

アンプル自動払い出し装置
自動錠剤分包機
調剤監査システム

(情報システム関連機器)

PACS
生理機能検査ファイリングシステム
重傷病棟管理システム
透析監視システム

(その他機器)

感染対策剖検台
---------

図表 3-3 主要医療機器一覧

### 3.8 物品管理業務

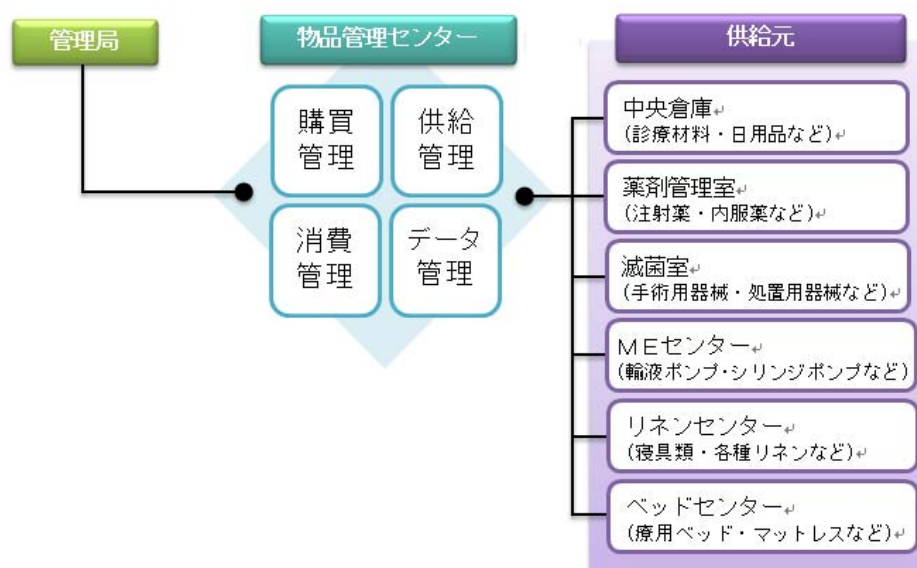
(1) 基本方針

- ・ 院内の物品・物流を一元管理するとともに、在庫管理・購買管理・消費管理のシステム化を図り、病院経営の合理化に寄与する SPD システム<sup>(※)</sup>を導入します。
- ・ 物品管理関連業務については、物品の安定供給及び質の確保を優先したうえで、費用対効果を十分に考慮した委託化を行います。

(2) 物品管理業務の運用

- ・ 物品管理センターを設置し、病院内の物品及び物流管理の一元化を図ります。
- ・ 各種物品の管理を集中化することにより、物品管理関連業務の効率化を図り、使用部門における業務の軽減を図ります。
- ・ 物品管理情報システムを構築することにより、管理精度を向上させ、在庫管理の適正化、不良在庫の削減を図ります。
- ・ 在庫管理、購買管理、消費管理を、物品管理情報システムで一元管理し、科学的手法により分析、評価することにより、病院経営の健全化を図ります。
- ・ 消費管理の徹底を図り、診療報酬請求漏れを防止するとともに、DPC<sup>(※)</sup>に対応することも踏まえ、原価管理に反映します。
- ・ 物品管理関連業務については、委託化による業務の効率化及び運営費の軽減を図ります。

## 物品管理の運用イメージ



図表 3-4 物品管理の運用イメージ

### 3.9 医療情報システム計画

#### (1) 基本方針

- ・ 患者に正確でわかりやすい診療情報の提供を実現するシステムを構築します。
- ・ 医療従事者における情報共有や正確性・利便性の向上により、医療の質や精度を向上します。
- ・ 地域医療連携を推進するため、地域の医療機関との診療情報の共有を実現するシステムを構築します。
- ・ 地域の災害拠点病院として診療機能を維持するため、災害時に止まる事のない災害に強い情報システムを構築します。
- ・ 将来を見越した、機能とコストとのバランスのとれた情報システムを構築します。

#### (2) 医療情報システムの個別機能

##### ① 医療・診療情報の提供に関する機能

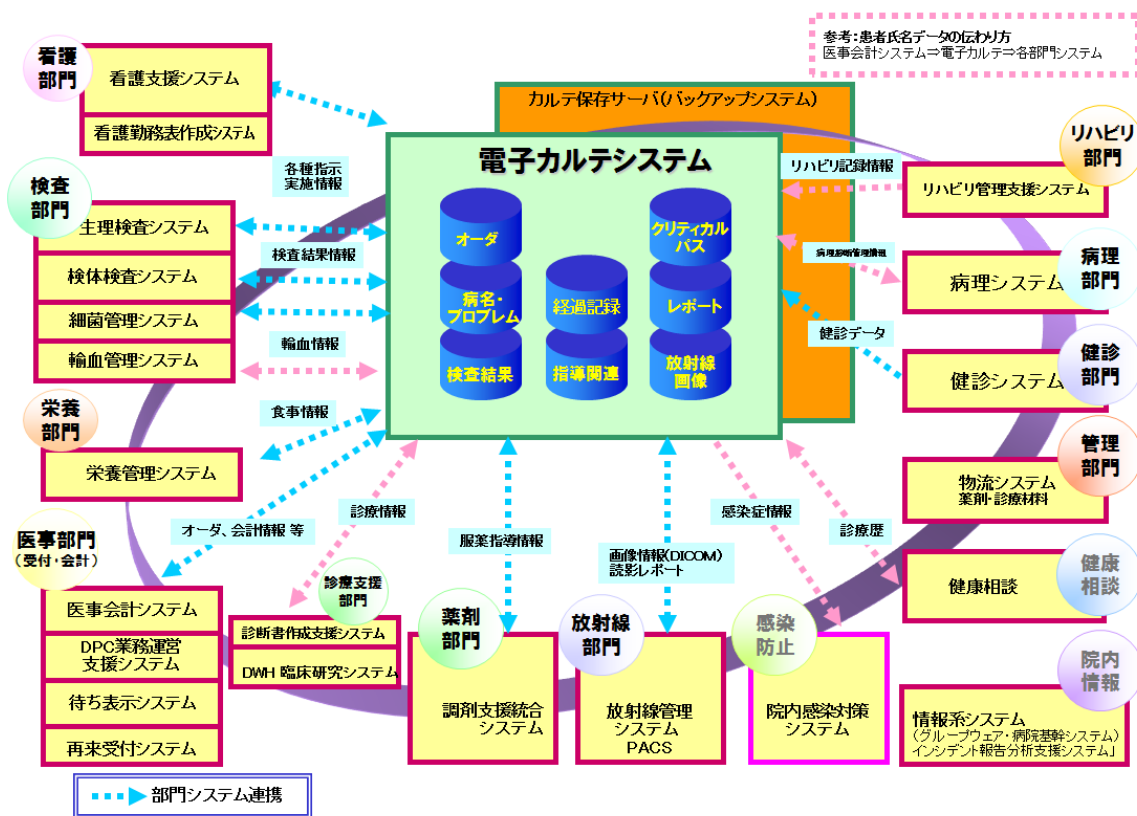
- ・ 最新の診療情報をリアルタイムに医療従事者間で共有し、医療の質の向上を図ります。
- ・ 各診療科における診察や検査を効率的に実施するとともに、正確な情報伝達、医療事故の防止を図ります。
- ・ 松戸市立病院と東松戸病院をネットワーク接続し、医療情報システムを共用することで両病院での診療情報等を共有するとともに、システム構築・保守に係る費用を削減します。
- ・ 病棟内のベッドサイドで携帯端末等を利用し診療情報にアクセスできる環

境を構築します。

- ・ DWH<sup>(※)</sup>システムを再構築し、診療情報等の蓄積による分析結果を活用します。
- ② 患者の利便性向上に関する機能
- ・ 外来患者の待ち時間の削減、プライバシーの保護、検査等での院内移動時の利便性向上のため、待ち時間表示システムと連動し、無線 LAN を活用した院内携帯端末の採用を検討します。
  - ・ 医療情報システムと連動したインターネット診療予約システムの導入を検討します。
  - ・ 患者や来院者の利便性向上のため、病棟・外来スペースへの Wi-Fi スポット設置を推進します。
- ③ 地域医療支援に関する機能
- ・ 地域医療連携システムの構築や、既存の電子医療情報ネットワークの拡充等により、地域の医療機関や福祉関連施設との診療情報の共有を図ります。
  - ・ 紹介・逆紹介患者の診療情報を共有し、地域医療連携を推進します。
  - ・ 医療情報システムを活用し、在宅医療の支援を通じ地域医療を支援します。
- ④ 病院経営支援に関する機能
- ・ 電子カルテ<sup>(※)</sup>システム、医事会計システム、物流管理システム等の医療情報システムにより蓄積されたデータを総合的に分析し、病院経営改革に活用します。
  - ・ 医療情報システム、SPD システムの連携により、医療材料・薬剤・物品等の調達計画策定の正確性を向上します。
- ⑤ 災害に強い情報システムの構築
- ・ 災害発生時にシステムの破損やデータ消失が発生しないよう、システムの冗長化、データ遠隔地保管等のバックアップの多重化を図るとともに、データセンター運用についても検討します。
  - ・ 災害発生時における情報システムの業務継計画（BCP）を策定し、マニュアルの整備、定期的な訓練を実施します。
  - ・ 広域災害救急医療情報システム（EMIS）を構築し、患者受け入れの可否、被災状況、災害医療に関する情報共有を管理します。
  - ・ 災害発生時に院内情報システムを継続して稼働するため、情報システム用の非常用自家発電装置を設置します。
- ⑥ 効率的な情報システム構築
- ・ 医療情報システムのハードウェアについては可用性・運用性・コスト性を考慮しサーバ仮想化技術を積極的に採用します。
  - ・ 法整備の方向性に注視し、クラウドコンピューティングによる情報システム運用を検討します。
  - ・ 院内ネットワークの構成については、ネットワークの可用性、運用性、コスト性を精査したうえで適切な方式を採用します。また、ネットワークの多重化についても物理的な多重化ではなく、ネットワーク仮想化技術を活用します。



- ・ 院内におけるネットワークについては医療機器への影響を調査したうえで、無線ネットワークを導入します。
- ・ 緊急時の処置の対応や治療の効率性の向上のため、十分なセキュリティ対策を講じたうえで、院外からの院内ネットワークへの限定的なアクセスを検討します。
- ・ ネットワークの分離・セキュリティ対策を確立したうえで、基幹医療情報システム端末からのインターネットアクセスを可能にします。
- ・ 法改正対応等のシステム改修や保守費用の削減を図るため、パッケージソフトを活用してシステムを構築します。
- ・ 既存病院のシステム更新・新病院開院時期を考慮し、効率の良いシステム更新計画に基づいたシステム更新を実施します。
- ・ SI 事業者を活用し、調達事務の効率化・調達コストの低減を図ります。
- ・ システムへのログインや電算室等の重要区画への入室には従来のパスワード認証に加え生体認証装置を活用することで情報漏えいや重要情報への不正アクセスの防止等、セキュリティの向上を図ります。



図表 3-5 医療情報システムの全体イメージ

## 4 急性期病院の建設整備計画

### 4.1 建設整備基本方針

新病院の建設整備にあたっては、以下の項目を基本方針として計画を策定します。

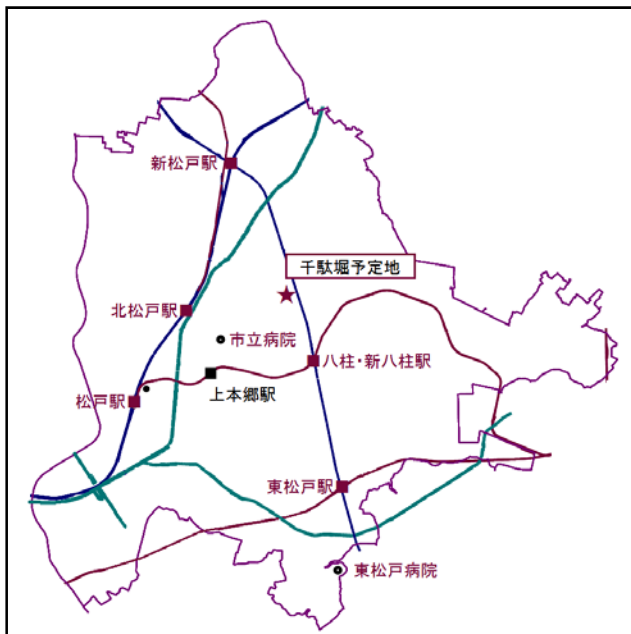
- (1) 安心・安全性を最大限考慮した施設を整備します。
  - ① 高齢者、障害者に配慮した施設を整備します。
  - ② 患者動線と職員動線を分離した施設を整備します。
  - ③ 院内感染の防止など、医療安全に配慮した施設を整備します。
  - ④ セキュリティやプライバシーに配慮した施設を整備します。
  
- (2) 快適性・利便性の高い施設を整備します
  - ① 安らぎと温かみを感じられる療養環境を備えた施設を整備します。
  - ② 諸室構成が分かり易く利用し易い施設を整備します。
  
- (3) 経済性・効率性を考慮した施設を整備します。
  - ① 職員動線の短縮等、業務効率を向上する施設を整備します。
  - ② イニシャルコスト及びランニングコストを低減できる整備手法を計画します。
  - ③ 医療環境の変化に柔軟に対応できる施設を整備します。
  
- (4) 災害拠点病院機能を継続して提供できる施設を整備します。
  - ① 災害時の診療・救護活動に対応できる施設を整備します。
  - ② 災害発生時に、一時も機能が停止しない病院を整備します。
  
- (5) 周辺環境に配慮した施設を整備します。
  - ① 周辺地域の居住環境や自然環境などに十分に配慮した施設を整備します。
  - ② 既存樹木の保全と敷地内緑化に努め、緑あふれる施設を整備します。
  
- (6) 地球環境に配慮した施設を整備します。
  - ① 地球温暖化防止(二酸化炭素排出抑制:減 Co2)に配慮した施設を整備します。
  - ② 省エネルギー(自然エネルギーの活用など)に配慮した施設を整備します。

## 4.2 建設整備計画

### 4.2.1 建設地条件

- (1) 所在 松戸市千駄堀地先
- (2) 全事業地（開発行為対象）面積 約 69,800 m<sup>2</sup>
- (3) 建築敷地申請対象面積 約 54,300 m<sup>2</sup>
- (4) 計画地位置図

- ・ 概要図



- ・ 詳細図



#### 4.2.2 法的条件

(1) 都市計画区域の内外の別等	都市計画区域内、市街化調整区域
(2) 用途地域	指定なし
(3) 地区計画区域	地区計画区域外
(4) 防火地域	指定なし
(5) 高度地区	指定なし
(6) 宅地造成等規制区域	規制区域内
(7) 駐車場附置義務	規制なし
(8) 下水道処理区域	処理区域外（近接本管の延長により放流可）
(9) 基準容積率	100%
(10) 基準建ぺい率	50%
(11) 絶対高さ制限	規制なし
(12) 道路斜線	道路斜線勾配 1.25（適用距離 20m）
(13) 隣地斜線	隣地斜線勾配 1.25（立上り+20m）
(14) 北側斜線	規制なし
(15) 日影規制	市街化調整区域内は規制なし 北東側の第一種低層住居専用地域内への日影規制については、規制あり（4 時間、2.5 時間 測定面 1.5m）
(16) 前面道路	新設 15m 道路（本開発行為にて築造予定）

#### 4.2.3 建物概要

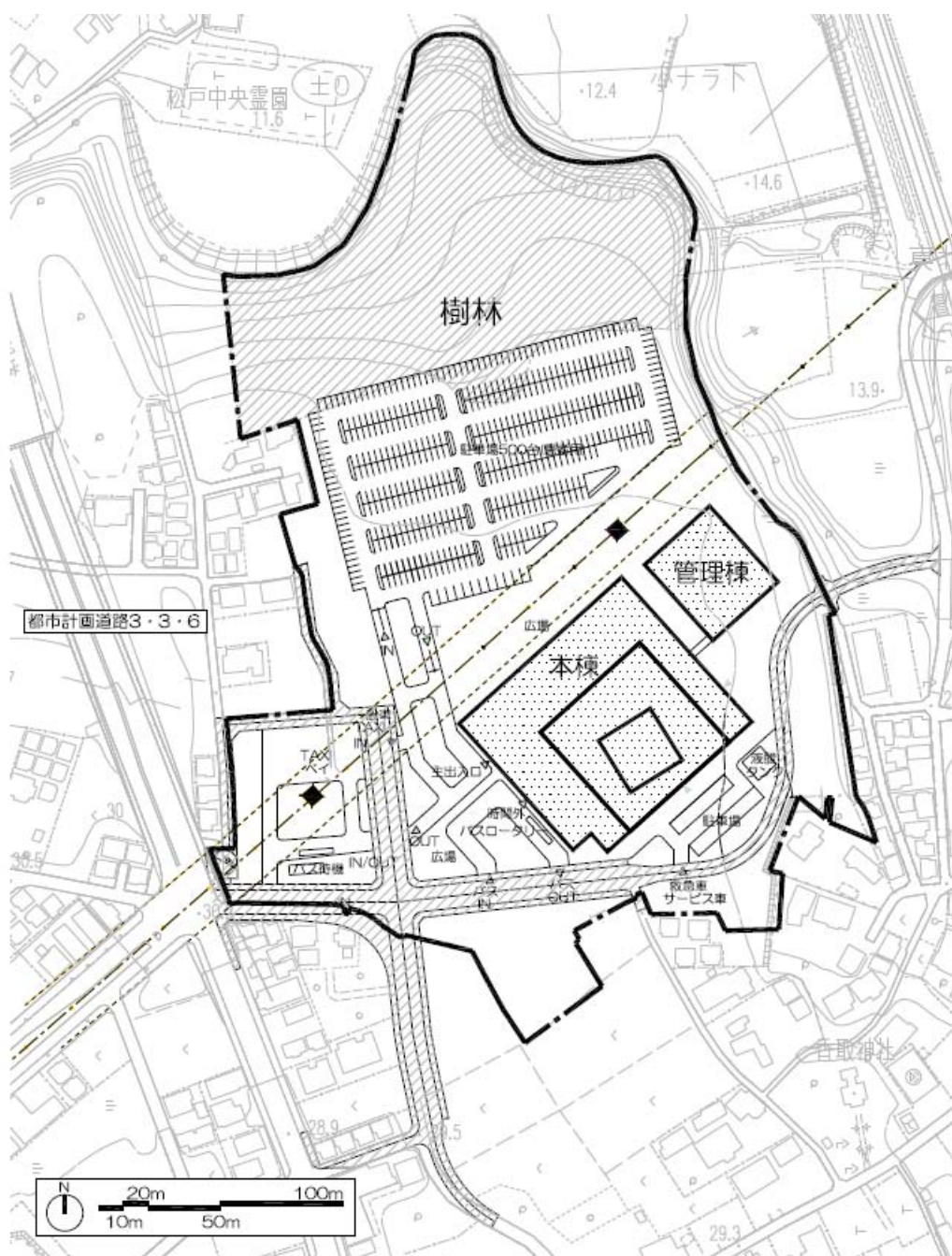
(1) 建築面積	8,500 m <sup>2</sup>
(2) 延べ面積	45,000 m <sup>2</sup>
(3) 建築物の高さ	44m
(4) 階数	9 階 + PH + HP
(5) 構造	本棟：鉄筋コンクリート造・免震構造 管理棟：鉄骨造・耐震構造

※今回の土地利用計画を含む建物概要については、関係機関との協議等により設計段階で変更が予想されます。

## 4.3 施設配置計画等

### 4.3.1 配置計画

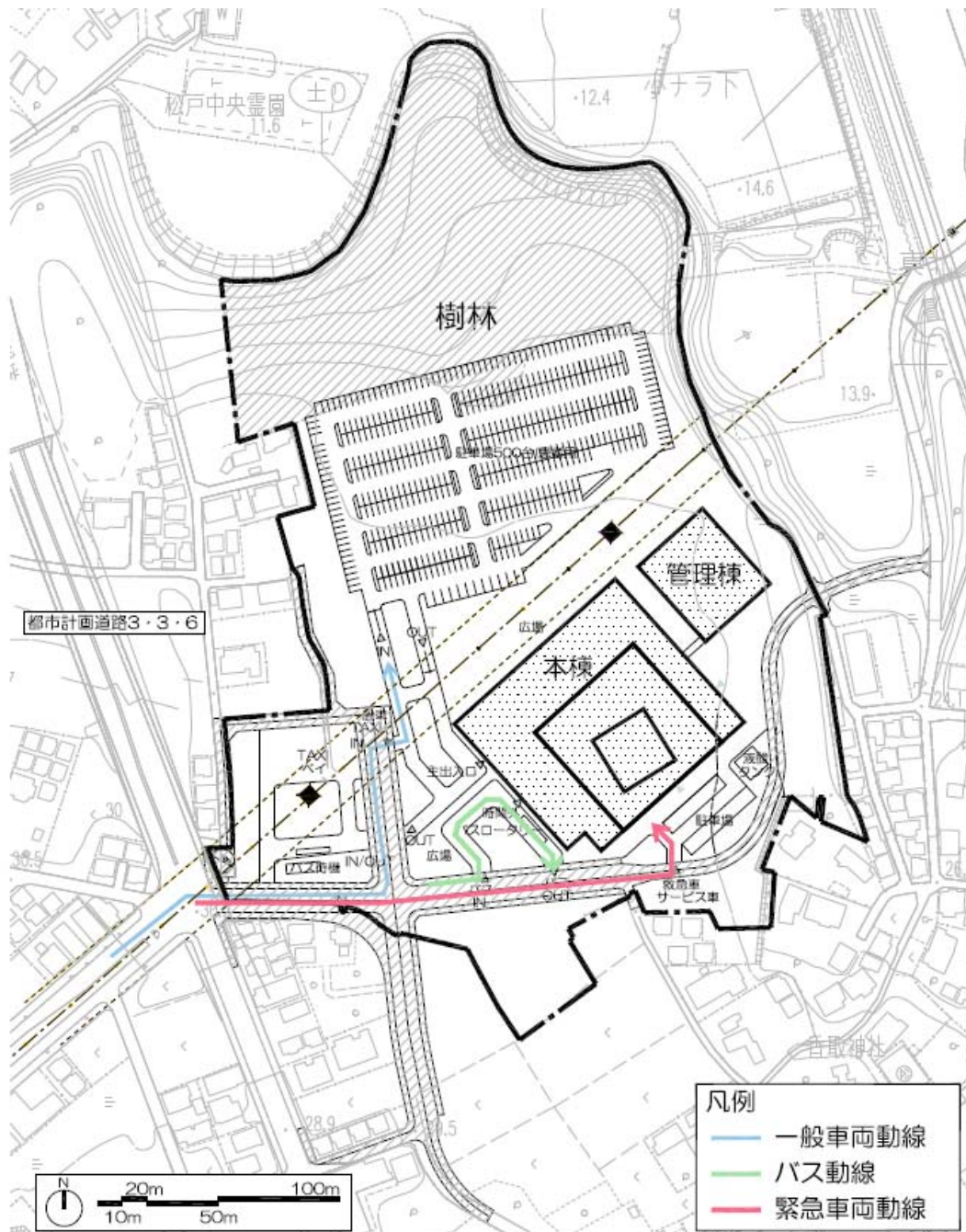
- ・ 緑地の保全を図るため、本棟及び管理棟を南側に配置します。
- ・ 本棟及び管理棟の全周に構内通路を設け、利便性を高めます。
- ・ 病棟部分は、送電線との安全な距離を確保して配置します。
- ・ 本棟及び管理棟は、地下階のない建物を整備します。



図表 4-3 建物配置計画図 (イメージ)

#### 4.3.2 動線(アプローチ)計画

- ・ 一般車、バス、救急車の動線を明確に分離し、安全な車両動線を確保します。
- ・ 一般車及びバスのロータリーに面して主出入口と時間外出入口を設置し、患者動線を明確にします。
- ・ 救急車の緊急搬送を迅速に行うため、救急・サービス車両の出入口を一般車及びバスの出入口と分離します。



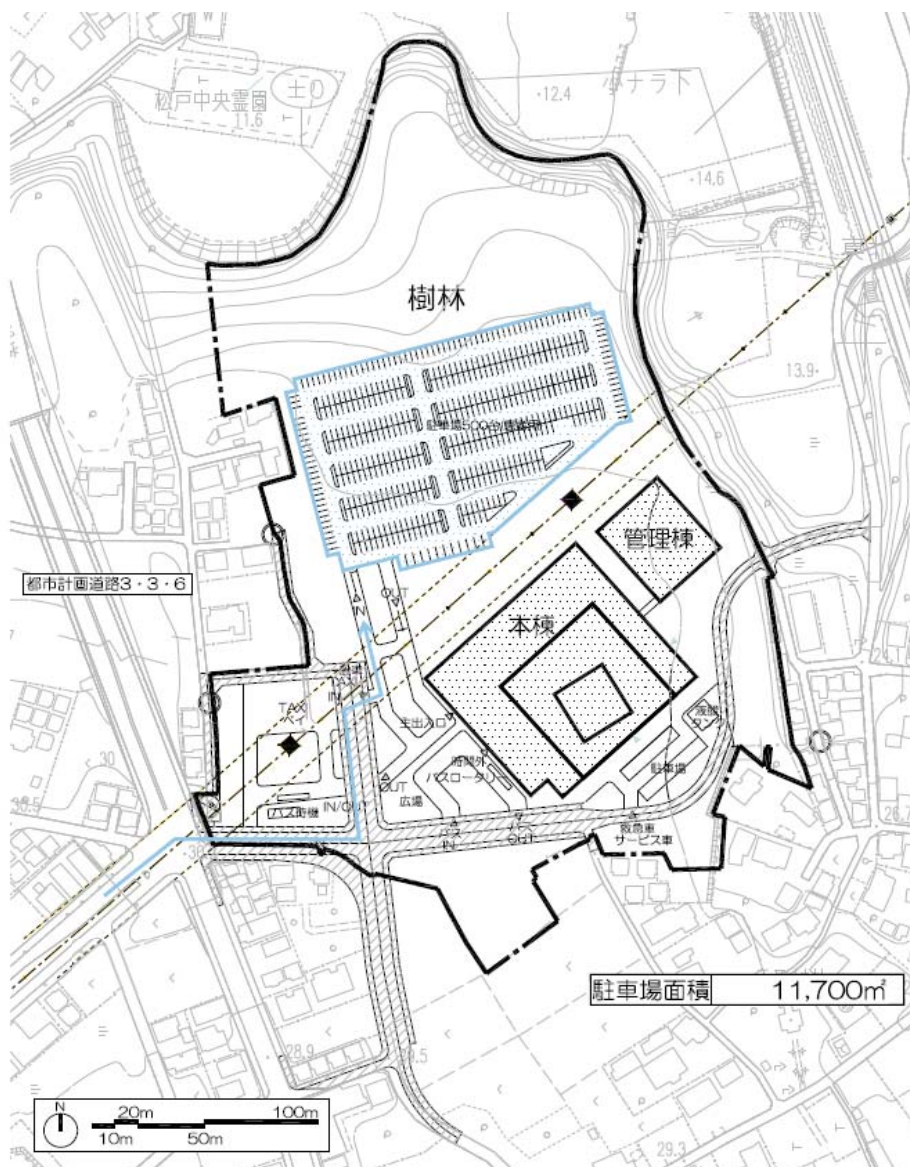
図表 4-4 動線(アプローチ)計画 (イメージ)

### 4.3.3 駐車場計画

- ・ 敷地内に平面駐車場を整備します。
- ・ 障害者用駐車場を主出入口に近い場所に設けるなど、障害者の利便性に配慮します。
- ・ 来院者の安全に配慮した歩行スペースを確保します。
- ・ 駐車台数は、500 台程度を整備します。

使用目的別に以下のとおり必要台数を想定します。

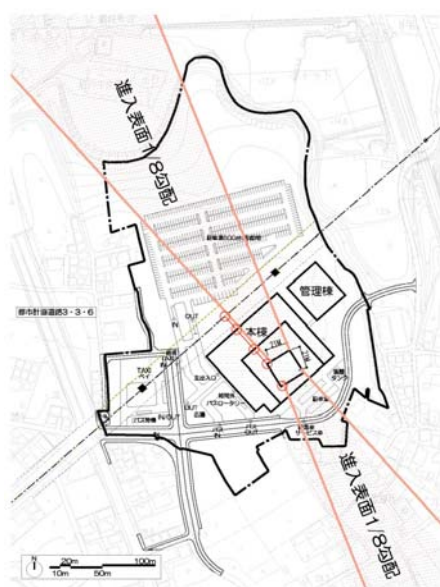
使用目的	台数
外来患者用、入院患者見舞者用	430
入退院患者用	45
業務用(給食関連、清掃関連、医材・医薬品関連など)	15
病院管理用	10
合計	500



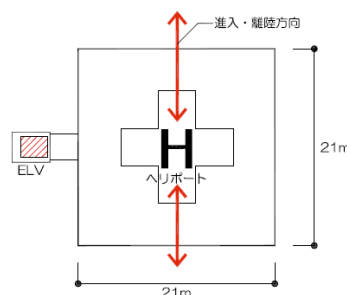
図表 4-5 駐車場計画図 (イメージ)

#### 4.3.4 ヘリポート計画

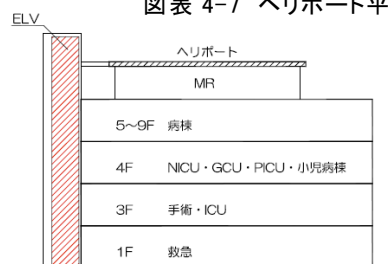
- (1) 災害拠点病院指定要件の一つとして「原則として、病院敷地内にヘリコプターの離着陸場を有すること。」があり、これを受けて新病院の屋上にヘリポート(正式には飛行場外離着陸場となります。)を設置します。
- (2) 現段階において、ヘリポートの設置基準(障害物件の制限表面)を満足する空域を確保できることを確認しています。
- (3) 進入方向については、新病院候補地と比較的近い場所に位置する民間総合病院に対するドクターヘリ等の飛行ルートが東西方向となっていることを確認していることから、東西方向の飛行ルートとの重複を避け、ほぼ南北方向に180度の進入方向としていますが、今後の作業段階のなかで、実際の飛行運用を想定し航空に関する専門業者等からの意見を聴取しながら、安全性を考慮し最適な飛行ルートに変更される可能性があります。
- (4) ドクターヘリで搬送された患者を1階の救命救急センター、3階の手術・ICU、4階のNICU・GCU・PICU等に迅速に搬送するため、緊急用エレベーターを設置します。



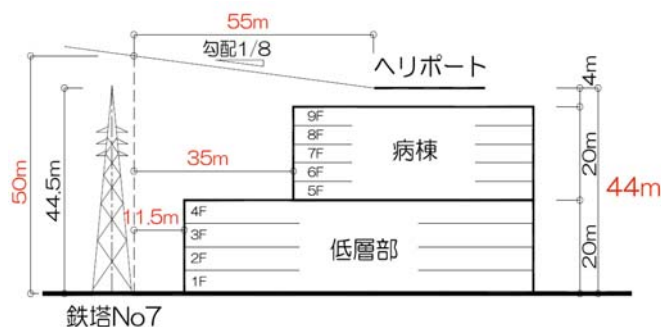
図表 4-6 ヘリポート計画図 (イメージ)



図表 4-7 ヘリポート平面図 (イメージ)



図表 4-8 搬送図 (イメージ)



図表 4-9 ヘリポート断面図 (イメージ)

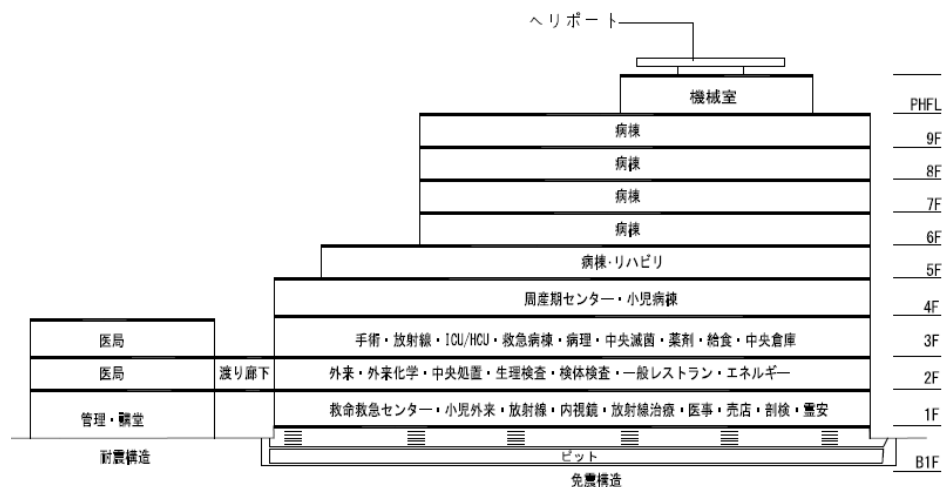


### 4.3.5 断面構成図

- ・ 2階には、小児科を除く外来、中央処置、生理検査の各部門を配置します。
- ・ 1階には、小児外来部門と救命救急センターを隣接して配置します。
- ・ 救命救急センターに放射線や内視鏡などの画像診断部門を隣接して配置し、緊急検査に対応します。
- ・ 放射線診断や内視鏡などの画像診断機器を隣接して配置します。
- ・ 2階の採血・採尿室に隣接して検体検査部門を配置します。
- ・ 手術患者の検体を迅速に搬送するため、3階の手術部門と2階の検体検査部門との間に専用の搬送機を設置します。
- ・ 3階の手術部門に隣接し、放射線、病理、中央滅菌の各部門を配置し、連携を高めます。
- ・ 術後の患者を迅速に搬送するため、手術部門にICU、HCU及び救命病棟を隣接して配置します。
- ・ 4Fは周産期母子医療センターと小児病棟とを1フロア化して配置し、スタッフの連携を高めます。

階数	本棟面積	管理棟面積	
PHFL	500㎡		小計14,700㎡
9F	2,800㎡		
8F	2,800㎡		
7F	2,800㎡		
6F	2,800㎡		
5F	3,000㎡		
4F	5,500㎡		小計30,300㎡
3F	6,800㎡	1,500㎡	
2F	6,500㎡	1,500㎡	
1F	7,000㎡	1,500㎡	
小計	40,500㎡	4,500㎡	
合計			45,000㎡

図表 4-10 面積表



図表 4-11 階層構成図 (イメージ)

#### 4.3.6 構造計画

建物の構造については、将来発生が予想される首都直下型地震や東京湾北部地震等の大規模災害発生時に、救命救急センター及び災害拠点病院として診療機能が維持できることを条件として計画します。

##### (1) 耐震性能

耐震性能は、「官庁施設の総合耐震計画基準及び同解説」に準拠し、病院本棟及び管理棟は耐震性能の分類Ⅰ類を基準として整備し、大地震発生後も構造体の補修をすることなく使用できるものとしします。

##### (2) 構造方式

大規模地震による構造体の損傷を最小限にとどめ、内部空間及び設備機器の稼働を確保し、医療機器の転倒被害を最小限にするための構造体の性能が必要になることから、病院本棟は技術的評価の高い免震構造方式を、管理棟は耐震構造方式を採用します。

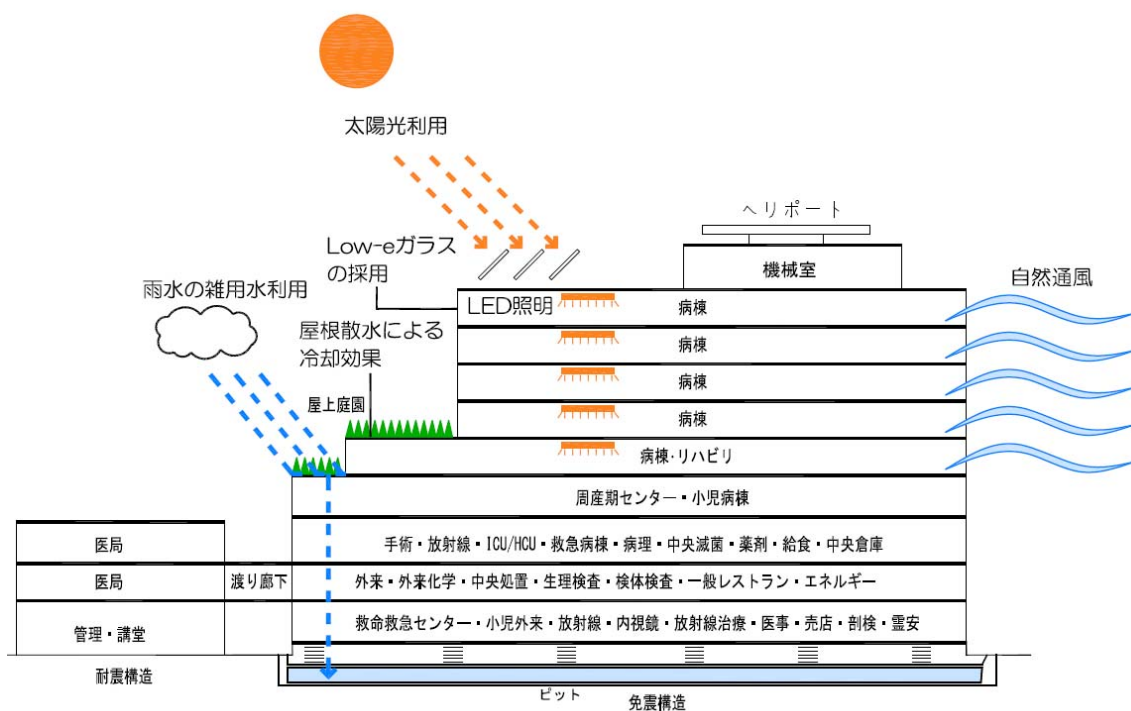


図表 4-12 免震構造（イメージ）

#### 4.3.7 設備計画

(1) 環境への配慮については下記の項目について検討します。

- ・ 自然エネルギーを利用した太陽発電パネル及び太陽集熱パネルの配置。
- ・ 植栽等への散水時の雨水の再利用。
- ・ LED照明の利用による照明負荷の低減。
- ・ エネルギーセンターにおける院内照明の一括管理。
- ・ バルコニーの配置による日射負荷の低減。
- ・ 屋上緑化による断熱性能の向上と病室の照り返しの防止。
- ・ 外壁の南面、西面の窓ガラスへの、Low-Eガラス<sup>(※)</sup>をはじめとする複層ガラスの採用による熱負荷の低減。



図表 4-13 環境断面図 (イメージ)

(2) エネルギーセンターの整備について下記の項目について検討します。

- ・ 外部のエネルギー供給事業者への委託によるエネルギーセンターの整備及び運営。
- ・ 大規模発生時における病院業務の継続のため、コージェネレーションシステム（常用発電+排熱利用）の採用による、自立エネルギーの確保や維持管理コストの削減。

(3) 空調設備・給排水衛生設備

- ・ 院内における診療機能や入院患者の療養環境を重視した室内の温湿度管理を任意に調整できる設備を整備します。
- ・ 給排水設備については節水機能を付加し、省エネルギー化を図るとともに、衛生器具や配管類を壁付けにし、床全面の清掃を容易にすることで感染防止を図ります。

(4) 防災・保安設備

- ・ 防災・保安・セキュリティについては、病院施設の24時間の稼働状況に応じた適切な管理が施されるよう、病院の運営システムと建築・設備設計を並行して行い、機能性と安全性の両面を確保できるように工夫します。
- ・ 病院及び関連施設におけるセキュリティの向上を図るため、重要区画の入退室管理システムや院内セキュリティシステムを整備します。
- ・ 院内の電源や情報システムのネットワークについては、セキュリティの向

上のため隠ぺい配管します。また効率的な配管を行うため、システム構成や配置・規模を考慮し、設計の初期段階から反映させます。

- ・ メインエントランス周辺を災害時のトリアージ<sup>(※)</sup>スペースとして使用できる広さを確保するとともに、医療ガス配管、給排水設備配管を整備します。

#### (5) 搬送設備

- ・ 院内物流に関しては、人手による定期搬送を主とし、物品管理センター（SPD）が搬送機能を一元管理しますが、定期搬送の補完及び緊急搬送時の対応を考慮し、機械搬送設備の整備についても今後の運用計画策定と合わせて検討します。

## 4.4 事業費と事業期間の削減について

### 4.4.1 事業費低減のための具体策

#### (1) 建設費について

##### ① DB方式による契約の効果について

- ・ 公募型プロポーザルによるDB(Design and Build)方式<sup>(※)</sup>での業者選定の採用が効果的と考えます。
- ・ 複数の候補業者から合理的かつ経済的な実施設計や施工技術に関する技術提案を求め、それを評価することにより、最良の業者を選定することができます。
- ・ 業者の所有する建設工事に関する材料・仕様・コスト等に関する様々な知識をフィードバックさせることにより、より現実に即した合理的な設計の提案を受けることが期待できます。
- ・ 業者側に実施設計に関わるリスクを移転できるため、着工後に追加工事が頻発し事業費が予見不可能になる可能性は極めて低いと考えられます。

##### ② DB方式への対処方法について

- ・ DB方式(設計・施工一括発注方式)の課題として、品質性能の確認が設計・施工分離発注方式よりも不明瞭になりがちであり、チェックバランス機能が働きにくい点を考慮し対策を講じることが必要となります。このため、建築の質の確保とコスト削減のバランスのとれた整備を実現するための手段として、発注者の補助者・代行者として第3者の専門職に委託し、設計・施工者との工程管理、予算管理等に関する業務調整を行い整備事業のマネジメントを行うCM(Construction Management)方式<sup>(※)</sup>の併用も効果的と考えます。
- ・ 設計内容に客観的な技術的検討を加え、適正な品質の確保を推進することが可能となります。
- ・ プロジェクトの工期や予算の管理を専門家に委託することにより、オーバー

スペックの見直しや工期短縮の検討による予算超過防止が期待できます。

病院名	病床数	工事種別	開院予定	発注方式の分類
佐賀県立病院	436	移転新築	H24. 12	(1) 基本設計
仙台市立病院	500	移転新築	H25. 3	(2) 実施設計 (3) 施工
新多治見市民病院	250	移転新築	H24. 6	(1) 基本設計 (2) 実施設計＋施工 (一括発注)
埼玉県立がんセンター新病院	500	移転新築	H25. 8	
大崎市民病院	500	移転新築	H25. 9	
藤沢市民病院	536	現地建替	H27. 10	(1) 基本設計＋実施設計 ＋施工(一括発注)

図表 4-14 DB 方式の事例

(2) その他

① 設計費の抑制策について

- ・ 基本設計及び実施設計については、本事業と同類あるいは類似の案件等での業務経験を有している者を選定することが賢明と考えます。
- ・ 経験から習得・蓄積した知識や情報等を、効率よく活用(再利用)することで、設計業務に費やす人件費が縮減できることから、設計費用の低減が期待できます。

② 初期設備投資額の抑制策について

- ・ 病院運営に関わる各業種の委託業者の選定にあたり、当該業務に必要となる設備整備を含めた企画提案型を採用し、原則として複数年にわたる基本契約とすることが、初期設備投資額を圧縮する施策として効果的と考えます。

#### 4.4.2 事業期間短縮のための具体策

(1) 建設期間について

① DB 方式による契約の効果について

- ・ 本整備事業をより効率的にスピード感をもって推進するために、公募型プロポーザルによる DB 方式を採用し、業者を選定します。
- ・ 複数の候補業者から合理的かつ経済的な実施設計や施工技術に関する技術提案を求め、それを評価することにより最良の業者を選定します。

② 工法等について

- ・ 本棟(病棟)の形状をシンプル化します。
- ・ 一部に鉄骨造を採用します。
- ・ バルコニーや外壁に PC<sup>(※)</sup>板、ALC<sup>(※)</sup>板等の工業二次製品を利用します。
- ・ 内部間仕切り壁は乾式壁を採用し、コストダウンを図ります。

(2) その他

① 設計期間の短縮について

- ・ 基本設計及び実施設計の委託業者については、本事業と同類あるいは類似の

案件等での業務経験を有している者を選定することが賢明と考えます。

- ・ 経験から習得・蓄積した知識や情報等を、効率よく活用(再利用)することで、設計業務に費やす総体工数が縮減できることから、設計期間の短縮が期待できます。

② 全体工期の短縮化について

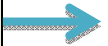






- ・ 基本設計後、DB方式の採用により実施設計と施工を一体化し、設計期間中に準備工事を行うなど実施設計期間と施工期間をオーバーラップさせることで、プロジェクトに要する全体工期の短縮が期待できます。

③ 開院準備の効率化について

- ・ 運営システム、情報システム、委託化計画の検討に早期から着手するとともに、外部委託による関連業務の効率化により、開院までの準備を着実に推進することで、竣工後から最短期間で開院を迎えることが可能となります。

## 5 全体スケジュール

設計等の準備から開院までは、下記のとおり予定します。

項目	年度単位(1 枠が 12 ヶ月)					
	1	2	3	4	5	6
基本計画 (調査)						
道路設計・用地確保等						
基本設計						
実施設計						
建設工事						
引越・開院前リハーサル						
開院・稼働						

## 6 財政計画

### 6.1 建設に伴う事業費

#### 6.1.1 概算事業費と内訳

概算事業費

(単位：千円)

項目	金額（税込）
事業費総計	12,780,066
(1) 用地費	229,194
(2) 建設費	11,707,200
(3) 設計・監理委託費	455,672
(4) 諸雑費	268,000
(5) 埋蔵文化財調査	120,000

<内訳>

項目	条件	金額（税込）
(1) 用地費	借り上げ	229,194
(2) 建設費		11,707,200
1) 本体工事費（本棟）	40,500㎡	9,720,000
2) 本体工事費（管理棟）	4,500㎡	900,000
3) 本体外構費	あら造成、伐採、土留め、駐車場整備等	877,200
4) インフラ負担費用	上下水道、ガス、電気等	210,000
(3) 設計・監理委託費		455,672
1) 基本設計費	本体工事費（管理棟含む）の0.6%	63,720
2) 実施設計費	本体工事費（管理棟含む）の2.4%	254,880
3) 監理委託費	建設費の1%	117,072
4) その他調査費	地質、家屋、電波、ヘリポート 等	20,000
(4) 諸雑費（移設費用等）		268,000
1) 移転・移設費用	引越し費用等	198,000
2) その他経費	移行準備費	70,000
(5) 埋蔵文化財調査費	予備調査、本調査	120,000



### 6.1.2 事業費外経費

項目	条件	金額（税込）
器材整備費		2,085,000
1) 医療機器費	1床：700万円で設定。整備総体医療機器のうち6割程度を移設して残りを整備する。	1,680,000
2) 備品費	1㎡：2万円で設定。整備総体備品のうち約5割程度を移設して残りを整備する。	405,000
その他関連事業費		675,000
1) 道路整備費	用地の買上、整備 等	675,000

※建設に伴う事業費及び事業外経費の総額は、15,540,066千円となります。

※用地費は、建設期間中の借地料を見込んでおりますが、今後、30年間の借地料や途中買上げの企業債償還金を想定した場合は3,586,917千円となります。また、30年後の事業用地の取得割合は約4割となります。

※医療情報システムについては、開発経費等の一時経費を含んだ総額をリース料として開院後の経費に計上しておりますが、開発費を一時経費として想定した場合、500,000千円となります。

※上記の用地費及び情報システム開発費を含めた建設に伴う事業費及び事業外経費の総額は、19,397,789千円となります。

### 6.1.3 事業費積算の前提条件

下記の全条件に従って、建設事業費等経費を算定します。

(1) 財政計画上の条件

延べ面積 45,000 ㎡ (75 ㎡/床)、病床数 600 床の病院で計画します。新病院は、本館 (40,500 ㎡) と管理棟 (4,500 ㎡) を整備します。

(2) スケジュール

- ① 平成 24～25 年      基本設計
- ② 平成 26～29 年      実施設計・建設工事
- ③ 平成 29 年          開院

(3) 建設事業費

① 建設費

新築本館部分 (40,500 ㎡) の工事単価は、24.0 万円/㎡として算定しています。管理棟は (4,500 ㎡) の工事単価は、20.0 万円/㎡として算定しています。

② 諸経費

引越し費用、移行準備費等を見込んでいます。

③ 埋蔵文化財調査費

予備調査、本調査費用を見込んでいます。

(4) 財源

財源に関しては、病院建設にともなう補助金、企業債及び市の財源で賄います。

① 補助金の額

新病院計画にあわせて県補助金は 1,600,000 千円を見込んでいます。

② 企業債について

・事業対象

建設工事費、実施設計、監理委託費は概ね企業債で対応します。

・期間及び利率

建物 30年償還（元金は5年据置） 利率2%

6.1.4 財源内訳

事業費内訳

(単位：千円)

項目	事業費	財源内訳		
		県補助金	企業債	市財源
用地費	229,194			229,194
新築工事費	10,620,000	1,600,000	9,020,000	
本体外構費	877,200		877,200	
インフラ負担費用	210,000			210,000
基本設計費	63,720			63,720
実施設計費	254,880		254,800	80
監理委託費	117,072		117,000	72
その他調査費	20,000			20,000
移転・移設費用	198,000			198,000
その他経費	70,000			70,000
埋蔵文化財調査費	120,000			120,000
計	12,780,066	1,600,000	10,269,000	911,066

※県補助金及び企業債については松戸市による試算であり、関係機関との協議等を経たものではありません。

6.1.5 資金調達

新病院の資金調達は、市財源と企業債及び補助金にて行います。

(単位：千円)

項目	条件、補足等	金額
市財源	一般会計からの繰入金 791,066 千円及び一般会計執行分 120,000 千円とする。	911,066
補助金	千葉県からの補助金 1,600,000 千円とする。	1,600,000

項目	条件、補足等				金額
企業債	下記設定にて算出した。借入利率は近年の利率から推計して設定した。				10,269,000
	平成 26 年	設計	257,100 千円	借入利率 2% (元利均等、30 年償還)	
	平成 27 年	建物	3,199,200 千円	借入利率 2% (元利均等、30 年償還)	
	平成 27 年	設計	40,900 千円	借入利率 2% (元利均等、30 年償還)	
	平成 28 年	建物	6,698,000 千円	借入利率 2% (元利均等、30 年償還)	
	平成 28 年	設計	73,800 千円	借入利率 2% (元利均等、30 年償還)	
合計					12,780,066

## 6.2 事業運営収支予測

### 6.2.1 運営収支積算の前提条件

下記の収支計画における主要な設定条件をもとに収益的収支と資本的収支を算定しています。

項目	前提条件	
	工事前・工事中の収支の考え方	竣工後の収支の考え方 (平成 29 年度～)
入院収入	入院診療単価・患者数共に平成 23 年度の決算見込みを基本として、診療報酬の過去の改定率から 2 年毎に +0.5% としています。平成 25 年度から手術件数拡大による増収を見込んでいます。	入院診療単価は、平成 23 年度の決算見込みを基本として積算しています。ただし、診療報酬の過去の改定率から開院後 10 年間は 2 年毎に +0.5% と開院時に 7 対 1 看護配置、地域医療支援病院取得、総合入院体制加算、手術件数の拡大による増収を見込んでいます。また、病床利用率は、平成 29 年度は、移転等により 75.0% とし、2 年目に 85.0%、3 年目に 90.0% を見込んでいます。
外来収益	外来診療単価・患者数共に平成 23 年度の決算見込みを基本として算定しています。	外来診療単価・患者数ともに平成 23 年度の決算見込みを基本として 1,000 人/日を見込んでいます。

項目	前提条件	
	工事前・工事中の収支の考え方	竣工後の収支の考え方 (平成 29 年度～)
室料差額料	平成 23 年度決算見込みの対医業収益比率で算定しています。	室料差額個室の割合を近年整備した病院を参考に 27%として算定しています。 ※室料差額は現行と同様。
一般会計繰入金	政策医療等に要する経費に対する繰入金は、平成 23 年度の決算見込みとしています。施設整備に係る企業債元利償還金に対する繰入金は、1/2 とします。	政策医療等に要する経費に対する繰入金は、平成 23 年度の決算見込みとしています。施設整備に係る企業債元利償還金に対する繰入金は、1/2 とします。
給与費	平成 23 年度の決算見込みとします。 看護師は、平成 29 年度から看護配置を 7 対 1 とするため平成 26 年度から平成 28 年度で各年度 20 人の増員を見込んでいます。	平成 23 年度の決算見込を基に算定します。 医師は、平成 29 年度に 24 人、平成 31 年度に 10 人の増員を見込んでいます。 看護師は、平成 29 年度に 30 人、平成 30 年度に 18 人の増員を見込んでいます。
材料費	平成 23 年度決算見込みの対医業収益比率で算定しています。	平成 23 年度決算見込みの対医業収益比率で算定しています。 材料費として、医薬品費、診療材料費、医療消耗品費を見込んでいます。
経費	平成 23 年度決算見込みの対医業収益比率で算定しています。	平成 23 年度実績の対医業収益の比率で算定しています。 経費として、光熱水費、委託料、使用料及び賃借料（借地料、システム賃借料等）などを見込んでいます。
減価償却費	定額法によって、取得の翌年度から行います。	定額法によって、取得の翌年度から行います。
資産減耗費	平成 23 年度決算見込みの対医業収益比率で算定しています。	平成 23 年度決算見込みの対医業収益比率で算定しています。
研究研修費	平成 23 年度決算見込みの対医業収益比率で算定しています。	平成 23 年度決算見込みの対医業収益比率で算定しています。
特別損失	紙敷の設計委託料等を特別損失として算定しています。	解体する施設（1 号館）の残存価格と解体費用を特別損失として算定しています。

## 6.2.2 人員配置

医師については、入院患者数の増加に伴い増員を見込みます。看護師（准看護師含む）については、特殊病床（HCU、MFICUなど）が増加することや平成29年から一般病床において7:1看護を実施するために、段階的に人材の確保をしていく計画としています。事務職員、その他医療技術職員については平成23年度の人数を維持することとします。

医師・看護師の人員推移

区分（年度）		H24	H25	H26～ H28	H29	H30	H31	H32～
		基準	設計等	工事	開院	—	—	—
医師	人数	106	106	106	130	130	140	140
	前年比	0	0	0	24	0	10	0
看護師 (准看護師含む)	人数	489	489	509～ 549	579	597	597	597
	前年比	0	0	60	30	18	0	0
	看護配置	10:1	10:1	10:1	7:1	7:1	7:1	7:1
医療技術員	人数	126	126	126	126	126	126	126
その他職員	人数	4	4	4	4	4	4	4
事務職員	人数	50	50	50	50	50	50	50

## 6.2.3 収益的収支の予測

(単位:百万円)

項目	平成 24年度	平成 25年度	平成 26年度	平成 27年度	平成 28年度	開院 平成 29年度	平成 30年度	平成 31年度	平成 32年度	平成 33年度	平成 34年度	平成 35年度
総収益	14,532	14,553	14,598	14,646	14,747	15,500	16,973	17,796	17,922	17,929	17,985	18,090
医業収益	13,051	13,075	13,124	13,174	13,250	13,935	15,407	16,236	16,367	16,378	16,439	16,547
入院収益	9,214	9,239	9,289	9,339	9,414	9,824	11,295	12,125	12,256	12,267	12,328	12,328
外来収益	3,466	3,466	3,466	3,466	3,466	3,687	3,687	3,687	3,687	3,687	3,687	3,795
その他医業収益	371	370	369	369	370	424	425	424	424	424	424	424
医業外収益	1,213	1,210	1,206	1,204	1,229	1,297	1,298	1,292	1,287	1,283	1,278	1,275
その他収益	268	268	268	268	268	268	268	268	268	268	268	268
総費用	14,515	14,347	14,513	14,677	14,906	17,838	17,450	17,883	17,916	17,907	17,917	17,886
医業費用	13,655	13,721	13,896	14,066	14,244	15,974	16,651	17,095	17,136	17,137	17,157	17,133
給与費	8,069	8,069	8,217	8,364	8,511	9,119	9,252	9,413	9,413	9,413	9,413	9,413
材料費	2,979	2,984	2,995	3,007	3,024	3,180	3,516	3,706	3,736	3,738	3,752	3,776
経費	2,184	2,188	2,196	2,204	2,217	2,502	2,731	2,862	2,883	2,885	2,894	3,055
その他	38	38	38	39	39	39	39	39	38	38	39	40
減価償却費	385	442	450	452	453	1,134	1,113	1,075	1,066	1,063	1,059	849
医業外費用	358	351	343	338	389	525	526	515	505	496	486	480
特別損失	247	18	18	18	18	1,084	18	18	18	18	18	18
その他費用	255	257	256	255	255	255	255	255	257	256	256	255
当期純損益	17	206	85	-31	-159	-2,338	-477	-87	6	22	68	204
剰余金又は欠損金	-2,888	-2,681	-2,594	-2,625	-2,784	-5,121	-5,598	-5,684	-5,677	-5,654	-5,585	-5,380

(単位:百万円)

項目	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	平成 42年度	平成 43年度	平成 44年度	平成 45年度	平成 50年度	平成 58年度
総収益	18,181	18,143	18,201	18,198	18,231	18,193	18,189	18,185	18,215	18,179	18,160	18,121
医業収益	16,642	16,608	16,670	16,670	16,704	16,670	16,670	16,670	16,704	16,670	16,670	16,670
入院収益	12,424	12,390	12,452	12,452	12,486	12,452	12,452	12,452	12,486	12,452	12,452	12,452
外来収益	3,795	3,795	3,795	3,795	3,795	3,795	3,795	3,795	3,795	3,795	3,795	3,795
その他医業収益	423	423	423	423	423	423	423	423	423	423	423	423
医業外収益	1,271	1,267	1,263	1,260	1,259	1,255	1,251	1,247	1,243	1,241	1,222	1,183
その他収益	268	268	268	268	268	268	268	268	268	268	268	268
総費用	17,799	17,778	17,794	17,785	17,789	17,769	17,761	17,753	17,739	17,522	17,469	17,349
医業費用	17,053	17,040	17,063	17,061	17,068	17,054	17,054	17,054	17,048	16,835	16,822	16,778
給与費	9,413	9,413	9,413	9,413	9,413	9,413	9,413	9,413	9,413	9,413	9,413	9,413
材料費	3,798	3,791	3,805	3,805	3,812	3,805	3,805	3,805	3,812	3,805	3,805	3,805
経費	3,071	3,066	3,076	3,076	3,075	3,069	3,069	3,069	3,075	3,063	3,057	3,052
その他	39	38	38	38	39	38	38	38	39	38	39	38
減価償却費	732	732	731	729	729	729	729	729	709	516	508	470
医業外費用	472	465	457	450	448	441	433	425	417	413	374	297
特別損失	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18
その他費用	256	255	256	256	255	256	256	256	256	256	255	256
当期純損益	382	365	407	413	442	424	428	432	476	657	691	772
剰余金又は欠損金	-4,997	-4,632	-4,224	-3,810	-3,368	-2,942	-2,514	-2,082	-1,603	-946	2,440	8,348

## 6.2.4 資本的収支の予測

(単位:百万円)

項目	平成 24年度	平成 25年度	平成 26年度	平成 27年度	平成 28年度	開院 平成 29年度	平成 30年度	平成 31年度	平成 32年度	平成 33年度	平成 34年度	平成 35年度
資本的収入 A	546	772	988	4,649	10,446	773	789	760	768	804	843	682
企業債	300	300	557	3,540	8,752	451	300	300	300	300	443	300
他会計出資金	226	452	411	465	698	302	469	440	448	484	380	362
他会計負担金	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
国(県)補助金	0	0	0	624	976	0	0	0	0	0	0	0
資本的支出 B	772	1,037	1,296	4,967	11,194	1,076	1,258	1,200	1,217	1,289	1,222	1,044
建設改良費	355	542	715	4,364	10,543	506	355	355	355	355	498	355
企業債償還金	397	475	561	583	631	550	883	825	842	914	704	669
その他	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
差引不足額 B-A	226	265	308	318	748	303	469	440	449	485	379	362

(単位:百万円)

項目	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	平成 42年度	平成 43年度	平成 44年度	平成 45年度	平成 50年度	平成 58年度
資本的収入 A	675	679	682	951	685	689	693	697	946	709	734	688
企業債	300	300	300	572	300	300	300	300	545	300	300	300
他会計出資金	355	359	362	359	365	369	373	377	381	389	414	368
他会計負担金	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
国(県)補助金	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
資本的支出 B	1,030	1,038	1,045	1,311	1,051	1,058	1,066	1,074	1,327	1,099	1,147	1,056
建設改良費	355	355	355	627	355	355	355	355	600	355	355	355
企業債償還金	655	663	670	664	676	683	691	699	707	724	772	681
その他	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
差引不足額 B-A	355	359	363	360	366	369	373	377	381	390	413	368

## 6.2.5 一般会計繰入金の予測

(単位:百万円)

項目	平成 24年度	平成 25年度	平成 26年度	平成 27年度	平成 28年度	開院 平成 29年度	平成 30年度	平成 31年度	平成 32年度	平成 33年度	平成 34年度	平成 35年度
負担金	1,064	1,061	1,056	1,054	1,079	1,147	1,148	1,142	1,138	1,133	1,128	1,125
3条負担金	1,044	1,041	1,036	1,034	1,059	1,127	1,128	1,122	1,118	1,113	1,108	1,105
基準内	1,044	1,041	1,036	1,034	1,059	1,127	1,128	1,122	1,118	1,113	1,108	1,105
基準外	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4条負担金	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
基準内	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
基準外	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
出資金	226	452	411	464	698	302	469	440	448	484	380	362
基準内	226	265	308	319	343	302	469	440	448	484	380	362
基準外	0	187	103	145	355	0	0	0	0	0	0	0
基準内計	1,290	1,326	1,364	1,373	1,422	1,449	1,617	1,582	1,586	1,617	1,508	1,487
基準外計	0	187	103	145	355	0	0	0	0	0	0	0
負担金・出資金計	1,290	1,513	1,467	1,518	1,777	1,449	1,617	1,582	1,586	1,617	1,508	1,487

(単位:百万円)

項目	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	平成 42年度	平成 43年度	平成 44年度	平成 45年度	平成 50年度	平成 58年度
負担金	1,121	1,117	1,114	1,110	1,109	1,105	1,101	1,097	1,093	1,092	1,072	1,033
3条負担金	1,101	1,097	1,094	1,090	1,089	1,085	1,081	1,077	1,073	1,072	1,052	1,013
基準内	1,101	1,097	1,094	1,090	1,089	1,085	1,081	1,077	1,073	1,072	1,052	1,013
基準外	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4条負担金	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
基準内	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
基準外	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
出資金	355	359	362	359	365	369	373	377	381	389	414	368
基準内	355	359	362	359	365	369	373	377	381	389	414	368
基準外	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
基準内計	1,476	1,476	1,476	1,469	1,474	1,474	1,474	1,474	1,474	1,481	1,486	1,401
基準外計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
負担金・出資金計	1,476	1,476	1,476	1,469	1,474	1,474	1,474	1,474	1,474	1,481	1,486	1,401

## 6.3 事業費に関するコメント

本財政計画における建設に伴う事業費の回収の可能性及び事業運営収支予測については、公認会計士の監修による下記の評価を受け協議・検討を行ったものです。

### 6.3.1 事業収支予測の評価（収益的収支・資本的収支）

新病院は医業収益が約 166 億円程度、医業費用が約 170 億円程度の規模を想定しています。

収益的には、入院収益が開院初年度から 3 ヶ年程度をかけて従来の病院の約 90 億円台前半から 94 億円台の水準から増加し、新病院開院 3 年目の平成 31 年度からは約 120 億円台の水準を超過する規模にて安定します。

外来収益は従来の病院の水準（約 34 億円程度）からやや増加し、開院初年度から平成 34 年度にかけて約 36 億円台の水準とした後は平成 35 年度からは 37 億円台の水準にて推移します。

これらの要因を受けながら、医業損益は開院初年度、一時的に約 20 億円を超過する損失が大きく発生しますが、その後は損失規模が急激に減少し、平成 36 年度以降は約 4 億円から 3 億円台の損失規模となります。

### 6.3.2 収益的収支（純損益）の状況

新病院開院までは医業外収益は概ね毎年度約 12 億円台前半の規模であり、医業外費用は 3 億 4 千万円から 3 億 8 千万円程度の規模となっております。この結果、各年度 8 億円を超過する医業外収益となっております。

純損益は新病院開院までの 5 年間においてはやや不安定な様相を呈し、平成 25 年度は約 2 億円程度の純利益となるものの、平成 28 年度は約 1 億 5 千万円程度の純損失が発生します。

新病院開院後は各年度とも医業外収益は概ね 12 億円台の水準で推移します。また、医業外費用は新病院開院直後の 5 億円台から徐々に減少し、平成 33 年度以降は 4 億円台まで減少します。この結果、医業外収支超過額は開院時の約 7 億 7 千万円から平成 45 年度の 8 億 3 千万円程度まで緩やかに増加します。

医業損益にこれらの諸要因を加算して、新病院開院初年度（平成 29 年度）は 23 億円を超える純損失が一時的に多く発生します。その後は損益状況が急速に改善し、平成 32 年度からは純利益となります。純利益はその後毎年度増加する傾向を維持し平成 38 年度以降には 4 億円を超える純利益が毎年度発生する状況となります。



### 6.3.3 収益的収支（繰越欠損金）の状況

新病院開院初年度（平成 29 年度）は 23 億円を超える純損失が生じるため約 51 億円程度の繰越欠損状態となります。その後さらに 2 年間に於いて発生する純損失により平成 33 年度まで繰越欠損金が 56 億円を超える水準となります。その後は繰越欠損金が減少傾向に転じて平成 36 年度には 40 億円台、平成 39 年度には 30 億円台、平成 41 年度以降は 20 億円台、平成 44 年度以降は 10 億円台にまで減少します。

### 6.3.4 資本的収支の状況

新病院開院初年度である平成 29 年度が約 3 億円程度の不足額となります。翌年度から平成 33 年度までは各年度約 4 億円から約 5 億円程度の不足となります。その後平成 34 年度以降はおおよそ各年度約 3 億円台後半の不足額が生じています。これらの不足額は、過年度分損益勘定留保資金により補填します。

### 6.3.5 事業費回収の可能性

全体としてのキャッシュフローは、新病院開院初年度の平成 29 年度の約 5 億円の支出超過を除いては、翌年度以降はすべて収入超過となります。

平成 34 年度以降においては毎年度の収入超過が 8 億円以上の状況が概ね定着します。事業費回収は、新病院事業費の全額回収後において 100 億円を超える回収超過額が残ることが予測されます。

しかしながら、今後、新しい地方公営企業会計制度の適用や消費税率の引き上げ等による『病院事業に及ぼす負担の増加』に対して適切に対処していくことが、新病院の事業費回収を将来的に確実に実施していくための極めて重要かつ大きなポイントとなります。

## 7 本計画の策定にあたり

本計画の策定にあたり、外部専門家委員会を開催し、下記の内容について協議・検討を行いました。

### 7.1.1 外部専門家委員名簿

氏名（敬称略）	所 属
岩崎 榮 （委員長）	NPO 法人 卒後臨床研修評価機構 専務理事 公益財団法人 医療科学研究所 理事
近藤 俊之	社団法人 全国社会保険協会連合会 常務理事
石川 誠	医療法人社団 輝生会 理事長 船橋市立リハビリテーション病院 指定管理者代表
河口 豊	学校法人 大阪滋慶学園 滋慶医療科学大学院大学 医療管理学研究科 教授
宇都 由美子	国立大学法人 鹿児島大学大学院 医歯学総合研究科医療シ ステム情報学 准教授 鹿児島大学 医学部・歯学部附属病院 医療情報部 部長 株式会社 かがしま医療ITセンター 代表取締役社長
笥 淳夫	学校法人 工学院大学 建築学部建築デザイン学科 医療安全管理学専攻 教授
正木 義博	社会福祉法人 恩賜財団済生会済生会支部 神奈川県済生会 業務担当理事

### 7.1.2 主な打合せ内容

打合せ日	主な議題
第1回 平成24年 4月26日	テーマ1 看護配置7：1について テーマ2 松戸市が3病院有することの妥当性について テーマ3 急性期と慢性期を統合しない理由について テーマ4 高度急性期機能を有する病院を整備することが市民病院の概念とそぐわない理由 テーマ5 建設費、総事業費の削減策について テーマ6 病院用地の優位性について テーマ7 民間医療機関、公立医療機関の違いについて テーマ8 病院機能についての検証
第2回 平成24年 6月22日	テーマ1 回復期リハビリテーションについて テーマ2 病棟看護、外来看護について テーマ3 松戸市が2病院有することの妥当性について テーマ4 2病院の情報システム（電子カルテを想定）について テーマ5 共通事項について



## 用語解説

英字

ALC	Autoclaved Lightweight Concrete の略。 高温高圧蒸気養生して作った軽量気泡コンクリート。 断熱性・耐火性に優れ、内外壁・屋根・床などに使用される。
CCU	Coronary Care Unit の略。 心筋梗塞や狭心症などの、冠状動脈疾患を主として取り扱う集中治療室。
CM 方式	Construction Management の略。 「建設生産・管理システム」の一つであり、発注者の補助者・代行者である CMr（コンストラクション・マネージャー）が、技術的な中立性を保ちつつ発注者の側に立って、設計の検討や工事発注方式の検討、工程管理、コスト管理などの各種マネジメント業務の全部または一部を行うもの。
DB 方式	Design and Build の略。 設計・施工一括発注方式(デザインビルド方式)。 設計の中に工事施工者の知識・技術・ノウハウを最大限に活用することで工期短縮やコスト抑制を図ることが可能となる。
DMAT	Disaster Medical Assistance Team の略。 災害派遣医療チーム。医師、看護師、業務調整員（医師・看護師以外の医療職及び事務職員）で構成され、大規模災害や多傷病者が発生した事故などの現場に、急性期（おおむね 48 時間以内）に活動できる機動性を持った、専門的な訓練を受けた医療チーム。
DPC	Diagnosis Procedure Combination の略。 「診断群分類」を意味し、患者毎に傷病名や年齢、意識障害レベル、手術、処置の有無などの治療行為を組み合わせたもの。 厚生労働省が定めた 1 日あたりの金額からなる包括評価部分(投薬、治療、処置、入院基本料等)と出来高評価部分(手術、麻酔、リハビリテーション等)を組み合わせて計算する支払い方式を DPC 包括支払い方式と呼ぶ。
DWH	Data WareHouse（データウェアハウス）の略。 直訳すると「データの倉庫」を意味する。 一般的には「時系列に蓄積された大量の業務データの中から、各項目間の関連性を分析するシステム」のことを意味しますが、医療分野では、「院内で発生する膨大な医療情報を蓄積し、その情報を診療や臨床研究、経営などに活用するためのシステム」とされている。

ERCP	Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography の略。 内視鏡的逆行性膵管胆道造影内視鏡。膵管や胆道に造影剤を注入し、カテーテルを挿入することで胆管や膵管を造影する手技。
GCU	Growing Care Unit の略。 継続保育室、新生児治療回復室を意味する。NICU で容態が安定した新生児が退院準備をする施設。
HACCP	Hazard Analysis and Critical Control Point の略。 1960 年代に米国で宇宙食の安全性を確保するために開発された食品の衛生管理の方式で、食品を製造する際に工程上の危害を起こす要因（ハザード；Hazard）を分析しそれを最も効率よく管理できる部分（CCP；必須管理点）を連続的に管理して安全を確保する管理手法。
HCU	High Care Unit の略。 特定集中治療室等を退室後も継続して集中的治療が必要な患者に対して、一般病棟より手厚い体制を整えている治療室。
ICU	Intensive Care Unit の略。 集中治療室または集中治療病棟。 重症、手術後、あるいは救急で重篤な患者など、生命に危険のある患者を対象に循環・呼吸・代謝などを全身的に管理して集中的な治療及び観察を行う。
Low-E ガラス	Low Emissivity ガラスの略称で低放射を意味する。 板ガラスの表面に特殊金属膜をコーティングしたもので、この Low-E 膜が遠赤外線反射率を高める。複層ガラスに使用することで放射による熱伝達を低減し、高断熱性能を実現できる。
ME 機器	Medical Engineering（医用工学）機器。治療や診断・監視に使用される医療機器の総称。
MFICU	Maternal Fetal Intensive Care Unit の略。 母体・胎児集中治療管理室。 重症妊娠中毒症、合併症妊娠、胎児異常等、母体または胎児におけるハイリスク妊娠に対応するための施設。
NBC 災害	核（Nuclear）、生物（Biological）、化学物質（Chemical）が原因となる特殊災害。
NICU	Neonatal Intensive Care Unit の略。 極小体重の未熟児や重篤な呼吸・循環器障害をもつ新生児を扱う集中治療室。

NST	Nutrition Support Team の略。 栄養サポートチーム。 患者が必要とする栄養や摂取経路は個々の症例、疾患や病態によって異なるため、栄養管理も個々の症例・病態に応じて適切に実施すべきという考え方。その実施のために医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、臨床検査技師などの職種で栄養サポートチームが組織される。
PC	Precast Concrete の略。 専用工場などであらかじめ柱・梁・床版などの部材を制作した後、現場に運搬して設置する部材及び工法のことを指す。
PICU	Pediatric Intensive Care Unit の略。 小児集中治療室のことで、難病疾患をもつ小児患者や、救急搬送された重篤な小児患者を収容する。
QOL	Quality Of Life の略。 人の生活の質を指し、ある人がどれだけ人間らしい、望みどおりの生活を送ることが出来ているかを計るための尺度として働く概念。
SCU	Stroke Care Unit の略。 脳卒中集中治療室。 脳神経内科(→神経学)に属し、NCU(脳神経外科集中治療室)も設置されている病院もある。
SPD	Supply Processing & Distribution の略。 医療機関内で消費される物品(医療材料)等に関して、在庫管理、購買管理、供給・加工・配送・消費等のプロセスとこれに伴う情報を一元化して管理する物流管理手法。
TDM	Therapeutic Drug Monitoring の略。 治療効果や副作用に関する様々な因子をモニタリングしながら、それぞれの患者に個別化した薬物投与を行うこと。多くの場合には薬物の血中濃度を測定する。

#### ア行

アメニティ	療養環境の快適性を指す。 日常生活施設の設置や、病棟・病室のインテリアの充実、絵画や植物の配置等を、患者サービスの1つとして工夫することや、職員が働く職場環境についても改善されつつある。
一般病床	医療法上の定義として、精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床以外の病床のこと。
医療資源	医師や看護師をはじめとする医療等の従事者や、医療機器や病床等を指す。

インシデント	<p>実際には事故に至らなかったが、重大事故に至る恐れがあった潜在的な事例のこと。</p> <p>医療の分野においては、誤った医療行為などが患者に実施される前に発見できた事例や、患者に影響を及ぼすことがなかった事例を指す。これらを集計し対策することで、医療ミスや医療事故の発生の防止に役立てられている。</p>
--------	---

カ行

がん診療連携拠点病院	<p>がん患者の生存率を高める目的で、全国に整備された病院。</p> <p>「都道府県がん診療連携拠点病院」は都道府県に概ね1箇所、「地域がん診療連携拠点病院」は二次保健医療圏に1箇所整備するとされている。</p>
救急医療（体制）	<p>都道府県が作成する医療計画に基づいた、「重症度」に応じて初期（第一次）、第二次、第三次救急医療の3段階体制をとること。救急指定病院はどの段階までを対応するか想定した患者受け入れ体制をとっている。</p> <p>○初期（一次）救急医療 入院治療の必要がなく、外来で対処しうる帰宅可能な患者への対応。各都道府県に数ヶ所ずつ設置され、「休日夜間急患センター」「救急（休日）歯科診療所」の他、在宅当番医（当番病院・診療所）が対応する。</p> <p>○二次救急医療 入院治療や手術を必要とする患者への対応。病院群輪番制（複数の救急指定病院が当番病院を決めて救急医療を行う）に参加する病院や、センター方式／共同利用型病院（中核となる救急指定病院に当番で他の病院や開業している医師が集まり、救急医療に当たる）により、夜間及び日曜、祝日、年末年始などの診療を行う。</p> <p>○三次救急医療 二次救急医療まででは対応できない一刻を争う重篤な救急患者への対応、複数診療科にわたる特に高度な処置が必要な患者への対応。救命救急センター、高度救命センター等が対応する。</p>
救命救急センター	<p>重篤な救急患者に高度な医療を提供する医療機関。二次では対応できない複数の診療科領域にわたる重篤な救急患者に対し、高度な医療を総合的に提供する三次救急医療機関のこと。</p>
クックチル	<p>加熱調理した食品を短時間に急速冷却して冷蔵保存し、提供時に再加熱する調理システムのこと。</p> <p>専用の急速冷却機を使って料理の中心温度を細菌の繁殖しにくい温度まで短時間で下げるため、衛生上安全な状態で長時間保存でき、食品そのものの劣化を最小限に抑えることも可能で、再加熱後の味や風味の劣化も少ないとされている。</p>



サ行

災害拠点病院	災害時の救急医療の拠点となる病院。 県内や近県で災害が発生し、通常の医療体制では被災者に対する適切な医療を確保することが困難な状況となった場合に、県知事の要請により傷病者の受け入れや医療救護班の派遣等を行う。
サテライト・ファーマシー	satellite は衛星、pharmacy は薬局を意味し、「主となる薬剤部から離れて存在する薬局」を意味する。 病棟や救命・救急外来部門等にサテライト・ファーマシーを設置し、専属の病棟薬剤師が常駐し、注射薬・抗がん剤の混合調製、処方監査や服薬指導・病棟薬品管理を実施する事例もある。
周産期母子医療センター	切迫早産や妊娠中毒症、胎児の先天異常などのリスクの高い出産に対応し、母子を産前産後にわたってケアする医療施設。 母体・胎児集中治療管理室（MFICU）や新生児集中治療室（NICU）を備え、容態が急変した母子を24時間体制で受け入れる。 施設基準により「総合周産期母子医療センター」と「地域周産期医療センター」の2種類がある。
スタンダード・プリコーション	「標準予防策」を意味する。 医療現場において「推定される感染病態に関わらず、全ての人々の血液、体液は感染性のあるものとして扱うべきである」という考え方に基づいて、マスクなどの防護や手洗い方法などの感染予防策を標準化すること。

タ行

地域医療支援病院	国の「医療は患者の身近な地域で提供されることが望ましい」との観点から、地域における第一線の医療機関である「かかりつけ医」を支援し、精密な検査及び入院・手術などの急性期医療を提供する医療機関を「地域医療支援病院」として都道府県知事から名称使用を承認された医療施設のこと。
地域完結型医療	治療の全てを1つの医療機関で行う「医療機関完結型」に対し、医療機関の相互の役割分担や連携によって、救急などの急性期、リハビリテーションなどの慢性期や介護を地域全体で切れ目なく必要な医療を提供する体制のこと。
電子カルテ	医師が診察の経過等を記入していた従来の紙のカルテを電子データに置き換え、電子媒体上のシステムでデータベース化し、記録・管理すること。カルテ以外にも画像や検査、オーダリング機能、看護サマリー等を含める場合もある。 物理的な管理が不要になることやテキストとして保存することでの検索性、ネットワーク化による任意の場所でのカルテ呼び出し・参照などの利点がある。

ドクターカー	医師が同乗し現場や搬送途上に出動し治療を行う自動車。患者監視装置等の医療機器を搭載する。 その機能により、救急車型ドクターカー・乗用車型ドクターカーや新生児搬送用ドクターカーに分類される。
ドクターヘリ	救急専用の医療機器等を装備したヘリコプターに救急医療の専門医及び看護師が同乗し、消防機関等の要請により救急現場に向かい、救急現場から医療機関に搬送する間、患者に救命医療を行うことのできる救急専用ヘリコプターのこと。
トリアージ	災害時・非常時など医療人材や器材・医薬品などの医療機関の機能に制約が生じる際に、病気やケガの緊急度や重症度を判定し治療や後方搬送の優先順位を決定すること。
トレーサビリティ	物品の流通経路を生産段階から最終消費段階まで、固体またはロットごとに識別して追跡が可能な状態やシステムを意味する。

#### ハ行

ハイブリッド型手術室	より正確な治療環境を実現するために、手術室内あるいは隣接して血管撮影装置等の画像診断装置を設置した施設。血管撮影装置を併設したタイプのハイブリッド手術室は脳神経外科、血管外科などを中心に、注目され始めている。 併設する機器は血管撮影装置の他、CT、MRI、手術支援機器、周辺設備などを高度に統合させたものがある。
プライマリ・ケア	病気の初期診療、第一次医療。国民のあらゆる健康上の問題、疾病に対し、総合的・継続的、そして全人的に対応する地域の保健医療福祉機能。近接性・包括性・協調性・継続性・責任性を理念として提供される、総合性と受診のしやすさを特徴とするヘルスケアサービスのこと。
プロトコール	病気やの状況に合わせて、予め定められた基準となる治療方針に基づき、決められた治療計画のこと。
ヘリポート	ヘリコプター専用に整備された離着陸場。 本書におけるヘリポートは航空法に規定される場外離着陸場（空港とその他の飛行場（空港等）以外に一定の条件を満たし、国土交通大臣の許可を得ることで離着陸を行うことができる施設）であり、ドクターヘリが救急患者の搬送で緊急に離着陸する場所のことを指す。

**新病院整備基本計画（改訂版）**

平成24年12月

発行 松戸市総務企画本部病院建設事務局  
〒271-0064  
松戸市上本郷3978  
TEL 047-703-5855