

加賀市統合新病院建設基本計画

平成 24 年 8 月

加賀市

はじめに・・・

本市の救急告示病院である 2 つの市立病院（加賀市民病院、山中温泉医療センター）は、開院以来、市民に総合的な医療を提供し、地域の中核病院として重要な役割を担ってきました。しかしながら、急速な少子高齢化、人口減少、医療技術の進歩、多様化する患者のニーズなど両病院を取り巻く医療環境は大きく変化しています。

とりわけ医師・看護師不足により、両病院においては、必要な人員の確保が困難な状況となっています。

旧加賀市と旧山中町の合併後の平成 18 年には、「加賀市地域医療審議会」を設置し、「本市の医療サービスのあるべき姿」を検討しました。また、平成 23 年 2 月に専門家による「加賀市医療提供体制調査検討委員会」を設置し、市民が安心できる医療提供体制を構築するための議論を重ね、同年 11 月に「加賀市医療提供体制基本構想」を策定しました。この基本構想は、市民が安心、安全な医療が受けられる、充実した医療提供体制の構築に向けた方針を示しており、両病院の診療科を継続するとしています。さらに 4 疾病及び高齢者・周産期医療の対応強化、二次救急患者の全てを市内で受け入れる体制づくり、地域の医療機関との連携・分担、医療従事者の人材育成、働きやすい職場環境を目指すこととしています。

基本構想の内容をより具体化するために、平成 24 年 2 月に「加賀市医療提供体制推進委員会」を設置し協議を行うとともに、その下部組織である病院統合協議会、建設部会をはじめとする各専門部会、庁内作業部会において、昼夜を問わず検討を重ねてまいりました。今回策定した「加賀市統合新病院建設基本計画」は、基本理念に「おもいやり」を掲げ、新病院の病床数や新たな機能、部門別計画、建設計画や経営シミュレーション等、建設全般に関する基本的な方針を定めたものです。また、両病院の患者代表をはじめスタッフの意見はもとより、基本計画原案に対する市民意見募集結果などを踏まえ、検討した結果を反映しています。

今後は、業者選定に公募型プロポーザルを実施し、本計画を踏まえて、設計者・施工者から優れた提案がなされることを期待するものです。平成 28 年 4 月の開院に向けて、市民に信頼され最適な医療を提供する統合新病院の整備を進めてまいります。

平成 24 年 8 月 22 日

加賀市長 寺前 秀一

目 次

1	統合新病院の基本理念	1
2	統合新病院整備の基本方針	2
3	部門別計画	3
3-1.	外来部門	3
	①外来 ②救急	
3-2.	診療部門	9
	①手術 ②放射線 ③検査・輸血 ④内視鏡 ⑤透析	
	⑥リハビリテーション	
3-3.	病棟部門	21
	①一般病棟 ②回復期リハビリテーション病棟 ③分娩・周産期	
3-4.	管理部門	29
	①管理運営 ②福利厚生 ③地域連携	
3-5.	供給部門	34
	①薬剤 ②中央材料 ③栄養	
3-6.	共用動線	39
3-7.	その他	40
	①健診センター ②アメニティ設備 ③保育事業 ④災害時対応	
	⑤医療安全対策 ⑥感染対策	
4	医療機器等整備計画	47
5	医療情報システム計画	50
6	物品供給管理システム計画	53
7	建設計画	54
7-1.	統合新病院の規模	55
7-2.	配置計画	57
7-3.	建物の構成	59
7-4.	構造計画	61
7-5.	設備計画	62
7-6.	交通計画	64
7-7.	建設スケジュール	65
8	統合新病院の経営シミュレーション	66

参考資料	7 4
1 加賀市医療提供体制推進委員会 統合新病院建設部会	7 4
1-1. 委員名簿	7 4
1-2. 検討経過	7 5
2 用語解説	7 7

(本文中の※印は用語解説があることを示す)

1. 統合新病院の基本理念

基本理念

「おもいやり」

私たちは、市民とともに、
市民中心の医療を提供し、
市民の健康を守ります

基本方針

1. 信頼される最適な医療を提供します
1. 救急搬送をことわらない体制を目指します
1. 将来を担う優れた医療人を育成します
1. 地域に根付いた医療を実践します

2. 統合新病院整備の基本方針

- (1) 地域の中核病院として南加賀医療圏の他の医療機関や高度医療機関と連携し、南加賀医療圏に適切な医療を提供できる施設として整備する。
- (2) 地域住民の保健・福祉・介護需要に対し、他の関連機関と連携し、適切に対応できる施設として整備する。
- (3) 職員はもとより地域の医療・保健関係機関の人々の医学医療技術の向上のため、教育・研修できる施設として整備する。
- (4) 入院・外来患者の療養環境を確保し、職員が働きやすい施設として整備する。
- (5) 効果的・効率的運営が円滑にでき、将来に渡って持続可能な施設として整備する。
- (6) 災害時に機能する施設として整備する。
- (7) 加賀市としての特色ある医療機関となるよう整備する。

(加賀市医療提供体制基本構想 第3章より抜粋)

3. 部門別計画

3-1. 外来部門

① 外来

ア. 基本方針

- 1) 初診の外来診療は紹介患者を優先とする。ただし、重症度を考慮し柔軟に対応する。
- 2) 再診の外来診療は原則、予約患者とする。
- 3) 医療機関との連絡窓口として地域医療連携部門を充実させ、医療機関からの紹介を増やし、予約に対して迅速に対処する。
- 4) IT化の推進（電子カルテ*導入等）により患者情報を一元管理し、他部門との情報伝達の迅速化及び正確化を図り、待ち時間を短縮する。
- 5) 待ち時間対策を講じ、患者のストレスを軽減する。
- 6) 高齢者や障がい者など、すべての方へ配慮したユニバーサルデザイン*とする。
- 7) 初診患者を適切に科分けできるよう総合案内の機能を充実させる。
- 8) ボランティアを受け入れる場合を想定したスペースの配置についても検討する。

イ. 機能・規模

a. 診療科構成

内科（循環器、呼吸器、内分泌・代謝、腎臓、神経、消化器、リウマチ、血液・腫瘍）、外科（消化器、呼吸器、乳腺、肛門、腫瘍）、整形外科、産婦人科、小児科、眼科、耳鼻いんこう科、皮膚科、泌尿器科、脳神経外科、放射線科、麻酔科、リハビリテーション科、救急科、病理診断科

計15科

b. 外来患者数の想定

平均外来患者数は、1日あたり650人と想定する。

c. 診察

- 1) 診察室の面積、構造については各科において極力統一を図る。ただし、特殊診療科を除く。（産婦人科、小児科、眼科、耳鼻いんこう科、泌尿器科）
- 2) 診察室は、以下の室数とする。
内科系診察室：9室程度
外科系診察室：14室程度（外科4室、整形外科4室、皮膚科2室、脳神経外科3室、麻酔科1室）
特殊診察室：産婦人科2室、小児科2室、眼科1室、耳鼻いんこう科1室、泌尿器科2室
- 3) 各科外来に処置室（様子観察室を兼ねる）を設ける。皮膚科の処置室については光線療法等に対応できること。麻酔科の処置室（処置台2台程度）についてはペインクリニック*等に対応できること。

- 4) 診察室はプライバシー保護を考慮するとともに、密室にならないよう配慮する。
- 5) 診察室は車いす利用者を考慮したスペース、出入口を確保する。ストレッチャー対応が必要な診療科については、各々の診療科の一部をストレッチャー対応の診察室とする。
- 6) 産婦人科外来に、助産師外来や個別指導、乳房マッサージのできる部屋及び産婦人科専用トイレを設ける。
- 7) 準備室は、医療器材を効率よく供給・回収できるよう配慮する。
- 8) 感染症に罹患の恐れがある患者の受付・待合・診察・点滴などを行う部屋を確保する。一般診療と別の動線とする。
- 9) 科にて検体を採取する小児科は検体検査室への検体搬送の効率化を配慮した配置とする。

d. 投薬方式

- 1) 外来調剤は、原則として院外処方とする。
- 2) 院外処方にはFAXコーナーを設ける。
- 3) 特殊処方及び時間外の処方は、院内処方とする。

e. 採血・採尿

- 1) 採血（自己血を含む）は、患者の利便性及び検体搬送や業務の集中に対する効率的な運用を考慮し、中央処置室で行う。ただし小児科については科内にて行う。
- 2) 検尿は患者のプライバシー確保と検体搬送の効率化を考慮し、採尿トイレから検体検査室に直接提出できるものとする。
- 3) 採血室と採尿室は出来るだけ近接した位置に設ける。

f. 注射・点滴

- 1) 注射・点滴は安全性と業務の効率化を考慮し、中央処置室で行う。点滴用に10床程度のベッドを設置し、ベッドの間隔はゆとりをもたせる。
- 2) 小児科は医師による注射や点滴が必要な場合は科内にて行う。
- 3) 外来化学療法は化学療法室にて実施する。ベッド（又はリクライニングチェア）を10～15設置する。薬剤部門からの動線に配慮する。配置は診察室から離れた静かな環境を保てる場所とする。
- 4) 化学療法室から直接入ることのできる専用トイレを設ける。
- 5) 化学療法室内に相談室を設ける。

g. 受付

- 1) 受付は、中央受付とブロック受付*を配置し、機能分離する。
- 2) 来院した最初の窓口となる中央受付、自動再来受付機については来院から診察までの動線に、また会計受付、自動支払機については診察終了してから外来出口までの動線に充分配慮した配置とする。
- 3) 中央受付は紹介患者も扱うため、地域医療連携部門と隣接する。
- 4) 医事業務の事務室は、窓口業務との連携を図りやすいよう中央受付の後方に配置する。

h. 待合方式

- 1) 車いす利用者を考慮したスペースを確保する。
- 2) 外来患者の診察待ちは外待ち形式とし、中待合は設けない。
- 3) 小児科で健診やワクチン接種のため来院した健康な小児と、病気で受診した小児の待合いを区別する。
- 4) 小児科に近接して、プレイルームを設ける。

i. 相談・指導・苦情

- 1) 業務連携のある医療相談、地域医療連携、入院受付窓口は同室内に設ける。
- 2) 相談及び指導室は中央受付付近に集約配置する。
- 3) セカンドオピニオン[※]外来を実施する場合は、診察室を利用する。
- 4) 看護外来は診察室を利用する。
- 5) 入院支援室を設置し、入院予定の患者に説明を行う。（入院説明、情報収集、内服確認、検査やパスの説明など）
- 6) 栄養相談室を設ける。

j. 安全・感染対策

- 1) 感染症に罹患の恐れがある患者と一般患者が交わらないような動線とする。
- 2) 小児科と内科には感染症患者の診察室、待合室を設ける。
- 3) 内科に近い場所には、空気感染患者を一時的に隔離できる陰圧の待合室を設ける。
- 4) 産婦人科の配置は感染症の多い科（内科・小児科・耳鼻いんこう科・皮膚科）の近くを避ける。

k. その他

- 1) 外来部門と放射線部門、中央処置室、内視鏡室、検査室は近接して配置する。
- 2) 小児科近くのトイレは小児にも使いやすい便器等を設置する。

ウ. 運営システム

a. 総合案内

- 1) 総合案内は初めて来院した患者、家族・面会者を中心に対応し、以下の業務を行う。
 - i) 外来患者の受診科相談と案内
 - ii) 診察申込書記入の案内
 - iii) 家族・面会者等からの質問対応
 - iv) 身体に障がいのある方などへの対応
 - v) 患者からのクレーム対応、車いす等の管理
- 2) 紹介患者は紹介窓口を一本化し、返書などのレスポンスの向上を図る。

b. 中央受付

- 1) 中央受付は、以下の窓口を設け、業務を行う。
 - i) 初診窓口：初診患者の受付

- ii) 再診窓口：自動再来受付機の使用方法的説明等
- iii) 会計窓口：精算
- iv) 相談窓口：相談業務

c. ブロック受付

- 1) 一箇所では複数の診療科の受付を行うブロック受付を採用する。ブロック受付では、以下の業務を行う。
 - i) 受付、予約、診療の開始・終了の確認
 - ii) 各種説明業務等
 - iii) 会計入力

d. 診察

- 1) 診察予約は各科が行い、将来的にはメディカルクラーク[※]へ移行することも想定する。

e. 検査・放射線の予約

- 1) 予約の変更・取消等は、各科で対応する。

f. 会計方式

- 1) 収納業務の効率化及び患者の待ち時間短縮のため、自動支払機を設置する。
- 2) 窓口での収納も併せて行い、クレジットカード支払いにも対応する。

② 救急

ア. 基本方針

- 1) 24時間常時救急患者の受け入れを可能とした救急体制を確立し、地域における二次救急医療*機関の役割を果たす。
- 2) 初期救急医療センター機能を有し、初期救急担当医と二次救急担当医が協力して救急業務を行う。
- 3) 感染症患者に対して、十分な対応ができる体制を整える。

イ. 機能・規模

a. ゾーニング*等

- 1) 救急車入口周辺には雨・雪等を防ぐ庇やピロティを設け、救急入口と救急室との間に風除室を設ける。
- 2) 救急車の入出経路は一方通行とする。
- 3) 救急隊が事後検証票等を記載できる待機室を設ける。また、救急隊用の備品収納スペースを確保する。
- 4) 救急患者と一般患者の動線は可能な限り分離する。
- 5) 手術部門とは搬送に配慮した動線とする。
- 6) 集中治療室*への動線に配慮する。
- 7) 放射線部門と隣接させ、薬剤部門と近接させる。
- 8) 検査部門とは業務効率化の点から、搬送の効率性に配慮する。
- 9) 風除室の中に除染室（シャワー室）を設ける。外にも有害化学物質等の除染ができる水道などの設備を設置する。
- 10) 感染症に罹患の恐れがある患者に対しては待合室を区別し、隔離診察室にて対応する。
- 11) 隔離診察室には専用のトイレを設け、トイレは車いすでも出入り可能なスペースを確保する。
- 12) 救急部門として夜間の救急患者を朝まで様子観察する部屋を設ける。
(入院適応の設備)
- 13) 救急室の処置スペースは、ストレッチャー3台が搬入できる広さとする。
- 14) 救急部門に隣接する位置に医師・看護師・研修医の当直室、救急救命士などの実習生の仮眠（休憩）室を隣接する。
- 15) 救急部門に患者家族との面談室を設ける。
- 16) 救急室の近くにカンファレンスルーム*として、医師・看護師・研修医・救急救命士などの実習生が利用できるスペースを確保する。
- 17) 救急部門に初期救急医療センターを併設する。
 - i) 診療時間外に救急車以外の患者の診察・処置を行うスペースを、救急車搬送患者の診察・処置室と区分して設ける。
 - ii) 入口は、救急車入口とは別に、来院患者に分かりやすい位置に設け、内部では連携のとりやすい構造とする。
 - iii) 受付から待合室が見えるデザインとする。
 - iv) 初期救急担当医の控え室を設ける。

- v) 医師会による初期救急医療センターの運営も想定した事務スペースを確保する。

ウ. 運営システム

a. 検査

- 1) 検査部門は救急外来業務と病棟業務を併せた当直体制を構築する。

b. 薬剤

- 1) 薬剤部門は救急外来業務と病棟業務を併せた当直体制を構築する。
- 2) 診療時間外の調剤は、院内処方とする。

c. 放射線

- 1) 放射線部門は救急外来業務と病棟業務を併せた当直体制を構築する。

d. 患者受入体制

- 1) 診療時間内及び診療時間外の救急車搬送患者は、原則として救急外来で診察を行う。
- 2) 診療時間外の救急車以外の患者は初期救急医療センターで受付を行い、院内トリアージ*を実施したうえで、原則として軽症の患者は初期救急医療センターで、それ以外の患者は救急外来で診察を行う。
- 3) 三次救急医療*機関との連携を図り、適切な救急対応を行う。
- 4) 当直は複数の医師で行う。（通常は2名、最大3名の医師が同時に診療を行うことを想定する）

e. その他

- 1) 救急部門の受付には会計機能を設け、休日夜間を問わず会計精算を行う。

3-2. 診療部門

① 手術

ア. 基本方針

- 1) 安全で効率的な運営を行う。
- 2) 特定の診療科や手術に用途を限定せず、柔軟な管理を行う。
- 3) 患者情報の一元化を行い、他部門への迅速かつ正確な情報伝達が行えるように配慮（手術部門管理システム導入の検討、他システムとの連動等）する。

イ. 機能・規模

a. 手術室

- 1) 手術室は6室程度とする。
- 2) 複数のME*機器を使用する手術から、局所麻酔等の手術まで施行できる手術室をバランスよく配置する。
- 3) BCR*は、空気清浄度クラス5を1室、その他をクラス7とする。
(清浄度クラスはJIS B 9920に基づく。)
- 4) 手術件数は、年間約2,500件程度実施可能とする。

b. ゾーニング等

- 1) 清潔器械の動線及び準備スペースに配慮した形状とする。
- 2) 人や物の流れ、空気清浄度を考慮した計画とする。
- 3) 日帰り・外来手術の患者更衣室、トイレを設ける。
- 4) 家族控え室を設ける。
- 5) 患者入口とスタッフ入口は別に設ける。
- 6) 受付窓口、スタッフミーティング室、患者・家族への説明室を設ける。
- 7) 患者、スタッフの移動に十分な廊下幅や機材スペース(2箇所以上)を確保する。ME機器メンテナンススペースを確保する。
- 8) 手術後のリカバリー室は集中治療室とし、近接配置する。
- 9) 手術中及び手術前後に関連する部門（放射線部門、MEエリア等）への動線に配慮する。
- 10) 円滑な検査結果の共有に向けて、検査部門、病理部門と検査結果を共有できるよう搬送の流れについても配慮する。
- 11) 手術部門内に臓器写真撮影・臓器処理・臓器固定用の部屋を設ける。
- 12) 中央材料部門と隣接配置する。
- 13) 手洗いに、水道水による深いステンレス手洗いシンクを設置する。
- 14) 十分な広さの男女医師、看護師用の更衣室、休憩室（横になれるソファまたは簡易ベッドを置けるスペース）、シャワー、トイレを設置する
- 15) ドアの開閉はフットスイッチで行う。

ウ. 運営システム

a. 患者搬送

- 1) 手術室への患者搬送は患者負担軽減を図るため、手術室入口での乗せ換え

は行わず、直接手術台まで搬送する。

b. 患者確認方法

- 1) 医療安全のため患者確認が適切に行えるよう配慮する。

c. 検査

- 1) 円滑に検体を搬送できるよう配慮する。隣接配置する部門は人手搬送とする。

d. 放射線

- 1) 手術中の放射線検査のうち、一般撮影はポータブル撮影装置で対応する。CT^{*}、MRI^{*}は放射線部門での対応とする。レントゲンCR読取装置、ポータブル撮影装置、外科用イメージ装置2台を置く放射線専用スペースを確保する。

e. その他

- 1) 業務効率の観点から、靴の履き替えを行わない一足制とする。

② 放射線

ア. 基本方針

- 1) 充実した二次医療を確保するため、より高度な画像情報を医師に提供する。
- 2) 地域医療連携を強化し、他医療機関からの利用増加を図る。
- 3) 緊急検査・迅速検査の一層の充実を図る。

イ. 機能・規模

a. ゾーニング等

- 1) 手術部門との動線に配慮する。
- 2) 救急部門と隣接配置する。
- 3) X線透視を必要とする内視鏡検査を考慮した配置とする。
- 4) 放射線部門が管理する機器は、部門内に集約配置する。
- 5) CTと血管撮影装置は隣接配置する。
- 6) 一般撮影、CT、MRIは外来患者の動線に配慮する。
- 7) 将来の機器増設、入替に配慮し、改修可能な配置とする。
- 8) 放射線部門（放射線科外来及び生理検査室を含む）の総合受付を設ける。
- 9) 放射線科医師の読影室（カンファレンスルームを兼ねる。）は放射線部門の中に設ける。
- 10) 業務効率化のため中央に作業室、検査室を集約配置し、周囲に廊下・待合を配置する。
- 11) 血管撮影及びX線TV検査に医師用の検査着交換用の更衣室を設置する。
- 12) 救急外来業務と病棟業務を併せた当直体制を構築するため、放射線技師の当直室は放射線部門内に設ける。

b. 放射線部門の機器

- 1) 一般撮影装置 3台
 - i) 一般撮影装置はフラットパネルディテクター^{*}とする。
 - ii) 一般撮影室3室は同じ仕様とし、胸部、腹部撮影も考慮したゆとりある部屋とする。
 - iii) 3室の前室に2室ずつ更衣室を設置する。
- 2) 乳房撮影 1式
 - i) マンモグラフィ^{*}装置を1台設置し、フラットパネルディテクターとする。
 - ii) マンモグラフィの専用室を設け、女性にやさしい部屋とする。
 - iii) 1室内にマンモグラフィ専用室、乳房超音波室、マンモトーム室を設け、各部屋は、パーティションにて仕切る。
 - iv) 乳房超音波室に乳房超音波装置を1台設置する。
 - v) 将来的には超音波での乳がん検診も考慮する。
- 3) X線TV撮影装置 2台
 - i) X線TV撮影装置はフラットパネルディテクターとする。

- ii) X線TV撮影室に前室を設ける。
 - iii) 消化器及び泌尿器検査で使用するため、前室に患者更衣室及びトイレを設ける。
 - iv) 1台は簡易アンギオ*対応装置とする。
 - v) 検査室・患者更衣室ともに洗面台を設置する。
- 4) 血管造影装置 2台
- i) 前室を確保し物品の保管、患者待機、患者家族への説明などに使用できるようにする。
 - ii) 血管造影装置のうち1台はバイプレーン心臓用、もう1台はアンギオCT（放射線か、脳神経外科、透析用）とする。
 - iii) 血管造影室とCT室は、操作室を介して繋がっている構造とする。
- 5) CT 2台
- i) 1台は救急室の近くに設置する。もう1台は血管造影室と隣接して設置する。
- 6) MRI 2台
- i) 3Tから1.5Tの機器1台の設置とし、近い将来増設することを視野に入れる。
 - ii) 将来を見据え入れ替えや増設がスムーズに出来る準備としてスペースを確保しておく。
- 7) ガンマカメラ 1台
- i) 専用室を設ける。
- 8) 骨密度測定装置 1台
- i) 専用室を設ける。
- 9) ポータブル撮影装置 3台
- i) 放射線部門に機材庫（ポータブル撮影装置2台の保管）スペースを確保する。
 - ii) 手術室にポータブル撮影装置1台の保管スペースを確保する。
- 10) 外科用イメージ装置 2台
- i) 手術室に外科用イメージ装置2台の保管スペースを確保する。

c. 他部門の機器

- 1) ESWL（体外衝撃波結石破碎装置）を放射線部門に設置する。

d. その他

- 1) 各診断、治療室には医療用酸素や吸引の中央配管を整備するとともに、患者のプライバシーに十分に配慮する。

ウ. 運営システム

a. 読影

- 1) 放射線科にて読影を行う。
- 2) 遠隔読影システムを導入する。

b. 持ち込みフィルム・メディア管理

- 1) 容易に閲覧が可能なように、デジタル保存する。
- 2) 他院からの持ち込みCD、DVD等のメディアはシステム内に取り込んで、院内のビューワーから見ることを出来るようにする。

c. システム

- 1) 完全フィルムレス運用とする。

③ 検査・輸血

ア. 基本方針

- 1) 検査部門では、機能別に組分け、正確で迅速な検査結果を提供し、効率的に業務を行う。(検体検査、生理機能検査、細菌検査、病理検査、輸血検査、健診検査)
- 2) 外注検査は業務効率の観点から費用対効果を適時調査・分析し、委託化が望ましい項目は積極的に外注検査とする。
- 3) 検査の質を確保するため、精度管理に努める。
- 4) 迅速に結果を出せる体制を構築し、患者の待ち時間短縮に寄与する。
- 5) 各部門の集約化を図り、他職種との業務連携向上に努め、経営効率性を考慮した部門運営を行う。
- 6) 感染物、有機物などを考慮した設備、空調を備え、スタッフの安全と健康に配慮した作業環境を確保する。

イ. 機能・規模

a. ゾーニング等

- 1) 検体検査室(緊急検査室を含む)はワンフロアとし、スタッフの業務効率化を図る。
- 2) 検体検査室は換気設備を設置する。また検体検査室内の細菌室・病理検査室は個室とし、両部屋共に換気設備を設置する。
- 3) 検体検査室内に男女スタッフ更衣室、当直室、シャワールーム、カンファレンスルーム、資料室を設ける。
- 4) 中央処置室や採尿用トイレが検体検査室と別階の場合、採血検体と尿検体はダムウェーター*にて搬送する。
- 5) 病理検査室内に病理診断室・標本保管庫を設け十分な広さを確保する。
- 6) 廊下から、検体検査室、細菌室、病理検査室へ繋がるスタッフ用通路を設ける。
- 7) 生理検査室には脳波室、筋電図室等のシールドルーム*、聴力検査等の防音室、スタッフルームを設ける。
- 8) 生理検査室は患者の利便性を考慮し、放射線部門と近接し、受付は放射線部門総合受付で行う。
- 9) 生理検査室は、全室ベッドが出入り可能な構造とする。
- 10) 生理検査室に近接してトイレを設ける。
- 11) 病理検査室は術中迅速検査に対応できるように、手術室とつなぐダムウェーターなどの搬送設備を考慮する。
- 12) 細菌室及び病理検査室に安全キャビネットを備える。
- 13) 救急外来業務と病棟業務を併せた当直体制を構築するため、検査技師の当直室は検体検査部門内に設ける。

b. 検査機能

- 1) 検体検査(生化学・血液・免疫・血清・輸血・一般・血液ガス分析)
- 2) 生理機能検査(心電図・超音波・呼吸機能・筋電図・脳波・無呼吸検査・聴力検査)
- 3) 細菌検査(感受性試験・同定検査・染色顕微鏡検査・迅速検査・院内感染

- 対策業務)
- 4) 病理検査（組織診・細胞診・病理解剖）
 - 5) 輸血検査（血液型・交叉試験[※]・抗体スクリーニング[※]・血液製剤管理業務）
 - 6) 健診業務

c. その他

- 1) 自由診療業務

ウ. 運営システム

a. 生理機能検査

- 1) 放射線部門と連携して業務の効率化を図る。

b. 細菌検査

- 1) 職員の安全に充分配慮したものとする。

c. 病理検査

- 1) 職員の安全を確保するため、ホルマリンを扱う切り出し室を区分し、また有機溶媒などを扱う部屋の換気にも配慮する。

d. 輸血検査

- 1) 血液製剤の発注、管理は、輸血検査部門が行う。

e. 採血・採尿

- 1) 中央処置室での採血受付は、診察券等での自動受付とし、番号での呼び込みを行うことを検討する。
- 2) 検体検査予約のある患者は、再診受付後、ブロック受付を経由することなく、採血・採尿に向かうシステムを検討する。

④ 内視鏡

ア. 基本方針

- 1) 専門性を高め、先進的な内視鏡的処置・治療に積極的に取り組むと共に、各種疾患の早期発見、正確な診断を行う。
- 2) 人間ドック・健診との連携（スタッフ・器材）を図る。
- 3) IT化を図ることでフィルムレスとし、見読性を高める。

イ. 機能・規模

a. ゾーニング等

- 1) 内視鏡センターを設ける。
- 2) 内視鏡センターは外来及び病棟、また救急外来からも患者にとってわかりやすく、アプローチしやすい場所に配置し、患者とスタッフの動線が極力交わらないように配慮する。
- 3) 内視鏡センターは、放射線部門X線TV室に近接し、検査部門超音波検査室、検査部門検体検査室（輸血）との動線に配慮する。
- 4) 内視鏡センター内にトイレを設ける。
- 5) 検査→ファイバー洗浄用シンク→ファイバー洗浄機とファイバー保管庫との、内視鏡センター内での動線に配慮する。
- 6) 受付カウンターを設ける。
- 7) 内視鏡センター内に待合室を設ける。
- 8) ファイバー洗浄スペースを確保する。
- 9) 感染や消毒に配慮した内視鏡保管場所を設ける。
- 10) 回復室を設ける。
- 11) 検査室に隣接した診察室を設ける。
- 12) 物品・ME機器等保管室を設ける。

b. 検査室等

- 1) 内視鏡検査室 7 室程度
上部内視鏡室 3 室程度（うち 1 室は健診用）
下部内視鏡室 3 室程度（うち 1 室は健診用）
気管支鏡検査室 1 室程度
- 2) 前処置室 3 室程度
上部内視鏡用 1 室程度：咽頭麻酔・注射等施行時のリクライニングチェア数台と間仕切りの設置、上部内視鏡検査室と隣接する。
下部内視鏡用 1 室程度：下部内視鏡検査室と隣接する。
気管支鏡用 1 室程度：気管支鏡検査室と隣接する。

ウ. 運営システム

a. 物品管理

- 1) 内視鏡センターにて、機器等の洗浄消毒、保守点検、整備、物品等の維持を行う。

⑤ 透析

ア. 基本方針

- 1) 導入期や合併症など、地域の医療機関では対応が困難な患者に対して、入院にて各種血液浄化療法を提供する。
- 2) 外来では腹膜透析（CAPD^{*}）等の血液浄化療法も提供する。
- 3) 正確で安全な業務の向上に努めるとともに、効率性を考慮した運営体制の確立に努める。
- 4) 患者情報の一元化を行い、他部門への迅速かつ正確な情報伝達が行えるように配慮（透析部門システム導入の検討、他システムとの連動等）する。

イ. 機能・規模

a. ゾーニング等

- 1) 駐車場や時間外出入口（屋根ありで患者送迎の際に雨などに濡れずに乗降できるスペースあり）との動線を考慮して、外来エリアに配置する。また、入院患者にも考慮し、病棟からエレベーター使用にて直接入ることができる動線（ベッド搬送）にも配慮する。
- 2) 受付エリアに近接して下足コーナー、患者休憩室（開放室ではなく畳敷きで横になれるような作りでバリアフリーにも配慮）、患者更衣室（開閉時に内部が見えないような作りで座りながらの更衣ができる程度の広さ）、身障者用トイレ2箇所（うち1箇所には汚物処理室を併設）を設ける。
- 3) 診察室エリア（医師2名程度が使用、入口は2箇所で透析室内外から入室が可能な診察室もの）を設ける。
- 4) スタッフエリアに十分な広さの休憩室とスタッフ用トイレを設ける。
- 5) 機械室エリアに透析機器水処理室、透析液倉庫（外部から直接搬入が可能な入口があり直接雨等に濡れずに積み下ろしが可能なもの）、部門システム用サーバ室を設ける。
- 6) 清潔エリアに洗浄室を設ける。
- 7) 感染物エリアに感染廃棄物室（汚染物の洗浄と患者の目に触れず外部へ廃棄物を搬出できる搬出口あり）を設ける。
- 8) 個室エリアに個人用透析装置付き個室を3室設ける。うち1室は外部入口もある感染対応の仕様とする。
- 9) メンテナンスエリアに器具庫、メンテナンス室、データ処理室（技士2名程度が使用する）を設ける。
- 10) 倉庫（薬品庫）、リネン庫、カンファレンス室兼書籍庫（スタッフ全員が入れる大きさ）、患者食堂（20名程度が同時に食事をとれるスペース）を近接して設ける。

b. 機能・規模

- 1) 40台程度の透析ベッドを設置可能とする。最大50台を設置できるスペース（ワンフロア）を確保する。
- 2) 全ベッドに酸素配管、吸引配管は一部に、圧縮配管は個室のみに設置する。
- 3) 長時間にわたる透析の患者負担に配慮する。（ベッドサイドへのテレビ設

置、食事スペースの確保等)

ウ. 運営システム

a. 食事提供

- 1) 病院側からの食事提供は行わず、患者個人による外部業者からの食事提供を検討する。

⑥ リハビリテーション

ア. 基本方針

- 1) 各診療部門と連携・協力のもと、一般病棟では急性期病院としての早期リハビリテーションサービスを実施し、患者の早期退院を支援する。
- 2) 急性期治療後の回復期リハビリテーション*病棟では、在宅でのより良い生活を目指し、質の高いリハビリテーションを実施する。
- 3) 入院患者を中心にリハビリテーションを実施するが、必要に応じて外来患者のリハビリテーションサービスも行う。
- 4) 患者情報の一元化を行い、他部門への迅速かつ正確な情報伝達が行えるように配慮する。
- 5) 臨床実習施設として質の高い臨床教育を提供する。
- 6) リハビリテーション技術の伝達や情報の発信を通じて、地域社会に貢献する。

イ. 機能・規模

a. ゾーニング等

- 1) 外来及び一般病棟や回復期リハビリテーション病棟からの動線を短くして、患者にとってわかりやすく、アプローチしやすい配置とする。
- 2) 業務の効率性、患者のリスク管理、治療内容を把握するためにリハビリテーション室は、理学療法室・作業療法室・言語聴覚療法室を同一床に配置する。
- 3) 屋外歩行練習及び園芸療法ができるスペースを確保する。

b. 機能

- 1) 以下の諸室を有する。
理学療法室、作業療法室、言語聴覚室、小児治療室、患者トイレ（左右対称の障がい者対応トイレを含む）、診察室、職員更衣室（洗面台付）、カンファレンス室、スタッフ室、高次脳機能検査室、器材室、職員トイレ
- i) 理学療法
 - ・治療ベッド、物理療法機器、評価機器、パワーリハマシン*、平行棒などの設置と直線歩行ができるスペースを確保する。
 - ・集団体操の実施のために、プロジェクターと集団で体操できるためのスペースを確保する。
 - ・理学療法室と作業療法室はオープンスペースとする。
- ii) 作業療法
- iii) 言語聴覚療法
- 2) その他の条件
 - i) 採光が充分得られるように配慮する。
 - ii) 転倒に対して安全性が高い床材や壁等にする。

ウ. 運営システム

a. 施設基準

- 1) 脳血管疾患等リハビリテーションⅠ
- 2) 運動器リハビリテーションⅠ及びⅡ
- 3) 呼吸器リハビリテーションⅠ

b. 人員

- 1) 基本方針を実践するために適正な下記職種を配置する。
 - i) 理学療法士
 - ii) 作業療法士
 - iii) 言語聴覚士

c. リハビリテーション治療の実施

- 1) 急性期病棟では、早期から病室またはリハビリテーション室にて治療を開始する。
- 2) 回復期リハビリテーション病棟では、「しているADL※」の向上を目標に集中的にリハビリテーション治療を行って在宅復帰につなげる。
- 3) 外来診察室で受診後、リハビリテーション室にて治療（物理療法も含む）を実施する。

3-3. 病棟部門

① 一般病棟

ア. 基本方針

- 1) 患者の早期治療及び早期退院を促進する。
(目標：平均在院日数 16 日以内)
- 2) 効率的に病床を利用する (目標：病床利用率*90%以上)。
- 3) 前方・後方連携病院を確保し、地域医療連携に積極的に取り組む。
- 4) 機能別診療体制を整備し、患者中心のチーム医療の充実を図る。
- 5) 病室面積は 1 病床当たり 8 m²以上を確保し、患者の特性を考慮した十分な療養環境を確保する。
- 6) 4 疾病 5 事業といった地域や生活に密着した疾病や、二次救急に対応する急性期入院機能を整備する。
- 7) 様々な病状に対応した集中治療室を整備する。ただし、集中治療室はハイケアユニット*とする。

イ. 機能・規模

a. 病床構成

- 1) 総病床数は 300 床を基本とし、うち、一般病床 (回復期リハビリテーション病床を除く) は 255 床程度とする。
- 2) 一般病床の中に、集中治療室を 10 床以内で設置し、ハイケアユニット入院医療管理料の算定が可能な病床とする。
- 3) 一般病床の中に、重症者室を 18 床程度設置し、集中治療室を除く各病棟に原則として均等に配置する。スタッフステーションからの観察と動線短縮を考慮し、術後や常時行動観察が必要な患者に使用する。

b. 病棟構成

- 1) 病棟看護単位は 40~45 床をベースとして、各病棟の特性に応じた構成とする。集中治療室は単独での看護単位とする。
- 2) 放射線部門・手術部門等は一般病棟と関係しやすい動線計画とする。
- 3) 患者のプライバシーに配慮した施設構成とする。

c. 病室

- 1) 1 床室 (個室) を基本とし、看護動線に配慮した効率的な構成とする。
- 2) 多床室を設ける場合は、患者のプライバシーを考慮した計画とする。
- 3) 療養環境 (採光、空調、遮音、色彩など) に配慮した計画とする。
- 4) スタッフが作業しやすいスペースを確保する。
- 5) 個室は差額個室と差額を徴収しない個室で構成し、その設備内容に違いを持たせる。
- 6) 感染症個室 (陰圧対応) 2 室を内科病棟に設ける。前室を設ける。
- 7) 無菌個室 (簡易型) 1 室を外科病棟に設ける。前室を設ける。

d. 集中治療室

- 1) 集中治療室に家族の待機部屋を隣接する。
- 2) 手術後患者の円滑な搬送を考慮し、手術部門との繋がりに配慮する。
- 3) 薬剤部門及び検査部門との繋がりに配慮する。
- 4) 救急部門からの緊急搬送を考慮した配置計画とする。

e. スタッフステーション

- 1) スタッフステーションはオープンで病棟の中央に位置し、受付コーナーはエレベーターホールを見通せる位置とする。
- 2) 休憩室や仮眠室、勤務交代、引き継ぎを行うスペース、受付コーナー、記録コーナー、医師用スペース、作業準備コーナー、薬歴管理コーナー、多職種事務スペースをスタッフステーション内に設ける。
- 3) 各病棟に仮眠室は2室とし、個室でシャワーつきとする。
- 4) 処置室として、スタッフステーションに近接して処置台を設置できるスペースを確保する。
- 5) インフォームドコンセント※（IC）室としてスタッフステーションに隣接し個室で3箇所程度設ける。
- 6) IC室は看護指導室として、また薬剤師、理学療法士、MSW、栄養士など他職種が指導できるスペースとしても使用できるものとする。
- 7) カンファレンスルームをスタッフステーションに隣接して設ける。
- 8) 点滴のミキシング用処置台や、注射薬、麻薬金庫、滅菌材料棚など収納棚のユニットを設置する。

f. 食堂・談話室

- 1) 病室以外に家族とも食事のできる食堂・談話室を設ける。
- 2) 公衆電話、自動販売機、図書コーナー等を設ける。
- 3) 食堂は食堂加算がとれる面積を有する。
- 4) 洗面台、流し台を設置する。

g. 安全・感染対策

- 1) 各病室に手洗い設備と個人防護具ラックを設置する。
- 2) 汚物処理室には洗浄用シンク、汚物槽（跳ね返り対策必要）、ベッドパンウォッシャー、器材乾燥スペース、オムツ処理機、手洗い設備、個人防護具ラックを必要とする。
- 3) 汚物処理室は感染予防に配慮したもので、動線を考えたシンクや乾燥機を設置する。
- 4) 汚物処理室は十分な消臭対策を行い、廊下や病室からの視界に配慮する。
- 5) 転倒時の外傷を最小限におさえるため床は衝撃吸収性が高く、足音が響かないものにする。

h. トイレ

- 1) 患者用トイレは患者動線や病室配置に配慮した計画とする。車いす利用者も利用できるものとする。
- 2) 蓄尿装置は汚物処理室に隣接するトイレに設置する。

- 3) 職員用については、スタッフステーション内に男女別で、休憩用スペースに隣接配置する。

i. その他

- 1) 廊下の幅はベッドがスムーズに交差できる広さとする。
- 2) 小児科の病棟には小児専用個室と小児用便器、洗面器を設ける。また、プレイルームも設ける。
- 3) 各階に車いすの患者も利用できるシャワー、コインランドリーを設け、介助者にも利用しやすい配置とする。また全病棟の患者及び介助者が利用できる浴室（介助を行いながら使用できるスペースを有する）を一般病棟全体で2箇所程度設ける。
- 4) 機械浴室を病院全体で2箇所程度設ける。（うち1箇所は回復期リハビリテーション病棟内とする。）
- 5) リネン庫は倉庫とは別に設ける。
- 6) 患者や外来者から区分された動線で、職員や物資、患者ベッドなど多目的用途のエレベーターとステーション内に小さめで内服定期処方薬カートなど運搬可能な輸送装置（ダムウェーター等）を設置する。
- 7) 患者の転落対策として、階段の設置場所を考慮する。
- 8) スタッフステーションに職員が不在の場合でも、ナースコールに対応できるようにPHS（夜勤時全職員）と連動させる。

ウ. 運営システム

a. 看護体制

- 1) 一般病棟の看護配置は7対1*とする。
- 2) 集中治療室の看護配置は4対1とする。
- 3) 3交代制との混合で2交代制の運用を検討する。

b. 病床管理

- 1) 病床情報の一元管理を行い、病床利用の管理は看護部門が中心となっていく。

c. 薬剤

- 1) サテライトファーマシー*は設けず、各病棟の共用スペースを活用する。
- 2) 抗がん剤の混注は薬剤部門にて行う。

d. 検査

- 1) 検査は原則として病棟処置室または病室にて行う。

e. 患者搬送

- 1) 患者の移送は負担を軽減するために原則としてベッド搬送とする。

f. 集中治療室運用

- 1) 集中治療室の対象患者は、以下に掲げる状態に準じる状態とする。

- i) 意識障害又は昏睡
- ii) 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪
- iii) 急性心不全（心筋梗塞を含む）
- iv) 急性薬物中毒
- v) ショック
- vi) 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
- vii) 広範囲熱傷
- viii) 大手術後
- ix) 救急蘇生後
- x) その他外傷、破傷風等で重篤な状態

g. 感染症患者対応

- 1) 陰圧の病室は感染対策上必要であると考え、対象疾患は重症インフルエンザ、結核等を想定する。通常は一般病室としても利用する。

h. 開放病床

- 1) 一般病床に、地域の開業医と共用する開放病床（5床程度）の設置を検討する。

i. その他

- 1) スタッフステーション内の多職種事務スペースは病棟師長・薬剤師・MSW等の事務スペースとする。
- 2) カンファレンスルームは、病棟内での実習生の記録・カンファレンスにも使用する。
- 3) 行動観察が常時必要な患者は、ベッドごとスタッフステーションで観察することを想定する。

② 回復期リハビリテーション病棟

ア. 基本方針

- 1) 患者の在宅（日常の生活）復帰を促進する。
- 2) 安全かつ質の高い医療を提供する。
- 3) 地域医療連携に積極的に取り組み、他の急性期病院より回復期患者を受け入れる。
- 4) 回復期患者の特性を考慮した十分な療養環境を確保する。
- 5) 効率的に病床を利用する。（目標：病床利用率90%以上）

イ. 機能・規模

a. 病床構成

- 1) 回復期リハビリテーション病床は45床程度とする。

b. 病棟構成

- 1) 施設基準は回復期リハビリテーション病棟入院料1あるいは2・休日リハビリテーション提供体制加算・リハビリテーション充実加算とする。
- 2) リハビリテーション室と同一フロアにして連携のとりやすい動線とする。
- 3) 患者のプライバシーに配慮した施設構成とする。
- 4) 安全に歩行訓練が出来る計画とする。

c. 病室

- 1) 一般病棟に準じた構成とする。
- 2) 全病室に洗面台を設置する。車いす乗車で利用できる設計とする。
- 3) 病室内にポータブルトイレ、車いす、歩行補助具などの収納ができるスペースを設ける。

d. スタッフステーション

- 1) スタッフステーションはオープンで病棟の中央に位置し、受付コーナーはエレベーターホールを見通せる位置とする。
- 2) 休憩室や仮眠室、勤務交代、引き継ぎを行うスペース、受付コーナー、記録コーナー、医師用スペース、作業準備コーナー、多職種事務スペースをスタッフステーション内に設ける。
- 3) 各病棟に仮眠室は2室とし、個室でシャワーつきとする。
- 4) インフォームドコンセント（IC）室としてスタッフステーションに隣接し個室で3箇所程度設ける。その中の1つは診察室として使用できる機能を持たせる。
- 5) IC室は看護指導室として、また薬剤師、理学療法士、栄養士など他の職種が指導できるスペースとしても使用できるものとする。
- 6) カンファレンスルームをスタッフステーションに隣接して設ける。最大15名程度の人数が入れるようにし、プレゼンテーションができる設備を設置する。

- 7) 点滴のミキシング用処置台や、注射薬、麻薬金庫、滅菌材料棚など収納棚のユニットを設置する。
- 8) MSWコーナーを設ける。

e. 食堂・談話室

- 1) 病室以外に家族とも食事のできる食堂・談話室を設ける。
- 2) 公衆電話、自動販売機、図書コーナー等を設ける。
- 3) 食堂は食堂加算がとれる面積を有する。
- 4) 食堂はレクリエーションに活用する。
- 5) スタッフの目が届きやすい構造とする。
- 6) 洗面台、流し台を設置する。

f. 安全・感染対策

- 1) 各病室に手洗い設備と个人防护具ラックを設置する。
- 2) 汚物処理室には洗浄用シンク、汚物槽（跳ね返り対策必要）、ベッドパンウォッシャー、器材乾燥スペース、オムツ処理機、手洗い設備、个人防护具ラックを必要とする。
- 3) 汚物処理室は感染予防に配慮したもので、動線を考えたシンクや乾燥機を設置する。
- 4) 汚物処理室は十分な消臭対策を行い、廊下や病室からの視界に配慮する。
- 5) 転倒時の外傷を最小限におさえるため床は衝撃吸収性が高く、足音が響かないものにする。

g. 入浴設備

- 1) 機械浴室は病院全体の2箇所程度のうち1箇所を回復期リハビリテーション病棟に設ける。
- 2) 介助浴室を回復期リハビリテーション病棟に1箇所設ける。
- 3) 訓練浴室（家庭用ユニットバス）を1箇所設ける。
- 4) 車いすの患者が利用できるシャワーを設置し、介助者にも利用しやすい配置とする。

h. トイレ

- 1) 個室トイレ（男女別なし、車いす利用者対応）とし、患者動線や病室配置に配慮した計画とする。それとは別に身体障がい者介助用トイレを2箇所設ける。
- 2) 身体障がい者介助用についてはオストメイト対応で、左右のどちらからも使い勝手の良い構造とする。
- 3) 職員用については、スタッフステーション内に男女別で、休憩用スペースに隣接配置する。

i. その他

- 1) 廊下の幅は一般病棟に準じたものとする。
- 2) リネン庫は倉庫とは別に設ける。
- 3) 患者や外来者から区分された動線で、職員や物資、患者ベッドなど多目的用途のエレベーターとステーション内に小さめで内服定期処方薬カートな

- ど運搬可能な輸送装置（ダムウェーター等）を設置する。
- 4) 患者の転落対策として、階段の設置場所を考慮する。
 - 5) スタッフステーションに職員が不在の場合でも、ナースコールに対応できるようにPHS（夜勤時全職員）と連動させる。
 - 6) 試験外泊室を兼ねた日常生活動作訓練室を病棟内に設ける。（キッチン設備、押入れ付の和室、シミュレーション用可動式入浴設備・トイレ設備を有する）
 - 7) 病棟内リハビリテーション室を設け、リハビリに必要な機械・器具を配備する。

ウ. 運営システム

a. 看護体制

- 1) 看護配置は13対1、看護補助者30対1とする。
- 2) 3交代制との混合で2交代制の運用を検討する。

b. 病床管理

- 1) 病床情報の一元管理を行い、病床利用の管理は看護部門が中心となっていく。
- 2) 患者の入棟の可否については、入棟判定会議で決定する。

c. 患者搬送

- 1) 患者の移送は負担を軽減するために原則としてベッド搬送とする。

d. その他

- 1) スタッフステーション内の多職種事務スペースは病棟師長・薬剤師等の事務スペースとする。
- 2) カンファレンスルームは、病棟内での実習生の記録・カンファレンスにも使用する。
- 3) 行動観察が常時必要な患者は、ベッドごとスタッフステーションで観察することを想定する。

③ 分娩・周産期※

ア. 基本方針

- 1) 母子及び家族が安心して療養できるように、セキュリティとプライバシーに配慮する。

イ. 機能・規模

a. 分娩室等

- 1) 分娩件数は年間200～250件と想定し、分娩室は1室、LDR室※（陣痛・分娩・回復）1室とする。
- 2) 陣痛室は2室程度とする。1室は2畳分の畳、又はマットエリアのある部屋とする。
- 3) 新生児室に、他の新生児と区分して保育器2台分のスペースを確保する。保育器はスタッフステーション及び面会者からも見えるところに設置する。
- 4) 手術室との動線が短くなるよう配慮する。

b. 病室

- 1) 病棟1単位の中に産科専用として10床程度の周産期病床を設け、サブスタッフステーションにより運営を行う。
- 2) 病室は母子同室を基本とする。
- 3) 母子同室でない場合にも、新生児と面会できるスペースを設ける。
- 4) 病室は一般病棟に準じた構成とする。

ウ. 運営システム

a. 周産期の運営

- 1) 帝王切開は手術室にて対応する。
- 2) 分娩室は家族が立ち会えるスペースを確保する。
- 3) 院内助産に対応した施設整備を行う。
- 4) 新生児室の療養環境及びセキュリティに配慮する。

3-4. 管理部門

① 管理運営

ア. 基本方針

- 1) 経営会議及び管理会議の一層充実を図り、病院経営の維持または改革・改善に資する事務局体制を構築する。
- 2) 安全かつ快適な院内環境保持のため、施設管理体制の充実を図る。
- 3) 院内で発生する廃棄物の減量に努めるとともに、適正な分別・回収・処理を行う。
- 4) 医師の確保、大学との連携、研修等に配慮した施設整備を行う。
- 5) 医療安全管理体制を構築し、組織全体で万全な医療事故の防止体制、対応体制の整備・確立を図り、安全かつ丁寧な医療の提供に資する。
- 6) 患者の権利を尊重・擁護を第一に考え、安全かつ質の高い医療の提供に資する。
- 7) 整理・整頓・清潔・清掃が行き届いた治療環境の提供を目指す。
- 8) 管理、医局、看護、事務の各部門の意思疎通を図りやすい施設構造とする。

イ. 機能・規模

a. 管理部門

- 1) 事業管理者、院長以下、幹部職員の執務室は連携の取りやすい配置とし、病院運営の効率化を図る。

b. 医局

- 1) 迅速な対応のため、救急外来、病棟、外来への動線に配慮する。
- 2) 医局員数を55人に設定する。
- 3) 事業管理者、院長、副院長などは個室とする。医師間のコミュニケーションのため医局は大部屋としつつ、パーティションなどにより個人のプライバシーに配慮した部屋とする。
- 4) 医局員用の各室は、組織体制の変更に応じて柔軟に対応できる構造とする。
- 5) 研修医室を設ける。
- 6) 医局に隣接して、医局業務補助者の執務室を設ける。
- 7) 医師用に男女別の更衣室（ロッカー室）を設ける。

c. 看護部門

- 1) 看護部門の長の執務室に隣接して、看護部門の幹部職員（病棟師長、外来師長、手術室師長等）がカンファレンスできるスペースを確保する。

d. 事務部門

- 1) 効率的で質の高い業務を行うため、庶務、人事、財務、統計の各部門を集約化し、事務部門の長の執務室と隣接または近接配置する。ただし患者と密接に関わる部門（医療相談・地域医療連携、入院受付窓口等）を除く。
- 2) 紙カルテ及びフィルムの保管は基本的に新病院には置かず、別の場所に必要な分のみ保管する。耳鼻いんこう科、眼科については当面の間、各診療

部門に保管する。

- 3) 打合せのためのミーティングルームを設ける。

e. 会議・研修

- 1) 各委員会など多目的に使用できる20人収容規模の会議室を6室程度設ける。一部はME機器に関する勉強会が開催可能な医療配管、給排水等の設備を整備する。
- 2) 会議室・研修室は可動間仕切り等により200人収容規模として使用できるものとする。備え付けのプロジェクターと大きめのスクリーンを設置するなど大規模な講演会が可能な設備を整える。
- 3) 会議室以外に研究・研修など多目的に使用できる10人収容規模の研究室を設ける。
- 4) 臨床研修室を設ける。全部門の職員が24時間使用でき、実技のトレーニングやインターネットでの文献検索、腹腔鏡や挿管などのシミュレーターを配備する。

f. 仮眠室

- 1) 当直業務以外の、夜間の呼び出しや業務延長の際使用する仮眠室及びバス・トイレ等の設備は、スペースを有効利用するため、男女別で集約配置する。

g. 医療安全管理部門

- 1) 医療相談窓口（地域医療連携）と近接し、面談室、カンファレンススペースの設置を検討する。
- 2) 医療安全管理室を設ける。
 - i) 医療事故やインシデント*事例を検討し、医療の改善に資する事故防止対策、再発防止策を検討する。
 - ii) 全ての相談に迅速に対応するため、気軽に相談できる体制とする。
 - iii) 医療安全を組織横断的に担う部門として、医事請求部門、医療情報システム部門、診療情報（病歴管理）部門、地域医療連携室、感染管理部門などと連携を図る。
 - iv) 専従の医療安全管理者、医療安全担当者、事務職員（兼務可）、医療メデイエーターを配置する。

h. 感染対策管理部門

- 1) 感染対策室を設ける。
 - i) 医療安全管理部門と連携が図れる場所とする。

i. その他の管理部門

- 1) 総合受付と近接して医事請求部門、医療情報システム部門、診療情報（病歴管理）部門を配置する。

j. その他

- 1) 長期使用による配管修理及び外壁、窓ガラスの清掃等の利便性を考慮する。
- 2) 防犯管理に配慮した患者出入口、職員通用口を設ける。
- 3) 霊安室を設ける。（あらゆる宗教にも対応できる祭壇にする）

- 4) 霊安室に家族待機室を設ける。
- 5) 剖検室を設ける。
- 6) ボランティア室を設け、病院ボランティアの方の作業や休憩室に利用する。
- 7) 外来職員、病棟職員の更衣室（ロッカー室）を男女別に集約配置する。
- 8) 実習を行う看護学生 60 名程度の更衣室（ロッカー室）、休憩室を設ける。

ウ. 運営システム

- 1) 管理部門、医局及び個人情報を保管する部門においては、入室に際し、認証を必要とする構造設備とする。

② 福利厚生

ア. 基本方針

- 1) 職員の労働意欲の向上を目標に福利厚生を充実させ、より良い職場環境とする。
- 2) 職員宿舎については、原則建設はせず、新病院近くの民間賃貸住宅の借り上げにより確保する。

イ. 機能・規模

a. 機能

- 1) 職員用図書室を設ける。
24時間使用可能、PC環境が整備され、臨床研修室の近隣に設置する。
看護学生が実習施設内図書室として使用することを想定する。
- 2) 職員厚生室を設ける。

③ 地域連携

ア. 基本方針

- 1) 地域医療連携室は、外来及び入院患者の医療・福祉相談、逆紹介患者窓口、入院支援・退院支援の機能を持ち、多職種で共同して調整・相談できるように、室及び窓口を一つにして対応する。
- 2) 地域包括支援センター機能を併設し、福祉面の速やかな対応ができるようにする。

イ. 機能・規模

a. 地域医療連携室の構成

- 1) 地域医療連携室は各外来との動線に配慮し、オープンスペースで入りやすい雰囲気とする。
- 2) 相談窓口は2箇所以上のカウンターを設置する。
- 3) 相談室として個室を3室程度設ける。
- 4) 医療安全管理室と隣接する。
- 5) 総合案内とは別の窓口とする。

ウ. 運営システム

- 1) 市内の診療所から診療や検査予約できるITシステム導入を検討する。

3-5. 供給部門

① 薬剤

ア. 基本方針

- 1) 薬剤の有効性及び安全性、経済性を確保するとともに、適正な薬品の供給と医薬品情報を患者に提供する。
- 2) 入院調剤や医薬品管理等の業務に加え、病棟服薬指導や医薬品情報管理業務の充実を図る。
- 3) 正確、安全、迅速な業務の向上に努め、経営的効率性（SPD^{*}の導入等）を考慮した部門運営を行う。
- 4) 薬学生の実習を積極的に受け入れ、後進の指導・育成に努める。

イ. 機能・規模

- 1) 薬剤部門内に調剤室、注射剤調整室、製剤室、抗がん調製室、TPN^{*}調製室、薬品倉庫、DI室^{*}、スタッフルームを設置し、全てワンフロアとする。
- 2) 調剤室は、調剤支援システム、監査台、冷蔵庫等の設置を前提としたスペースを考慮する。
- 3) 調剤支援システム（錠剤分包機、散剤監査システム、薬袋発行機、薬情発行機、水剤監査システム等）を導入する。
- 4) 注射剤調製室は薬剤倉庫との機能的な配置を考慮する。
- 5) 製剤室は業務に応じたスペースを考慮する。湿式製剤室と乾式製剤室を設ける。
- 6) 抗がん剤調製室は、職員の健康被害防止等の対策を講じること。
- 7) TPN調製室は患者数に応じたクリーンベンチ^{*}等の設置を前提としたスペースを考慮する。
- 8) 薬品倉庫に災害時の医薬品備蓄室を設ける。搬入方法や薬剤部との位置関係を考慮し、通常及び災害時にも十分なスペースを設定する。
- 9) スタッフルームは、薬剤師数に応じた備品が設置できるスペースを考慮する。
- 10) 外来患者専用のお薬相談室を隣接して設ける。
- 11) 薬剤部と外来点滴室は近接配置とする。
- 12) 救急室への動線を考慮した位置に、時間外の薬剤交付窓口を設ける。
- 13) 救急患者用（インフルエンザ等の感染者を含む）の服薬指導室を設ける。
- 14) 治験受け入れの為に治験施設支援機関（SMO）が使用できるような汎用性のある部屋を2部屋設ける。
- 15) 救急外来業務と病棟業務を併せた当直体制を構築するため、薬剤師の当直室は薬剤部門内に設ける。

ウ. 運営システム

a. 搬送方法

- 1) 患者ごとに薬剤を取り揃えた注射カート、薬剤カートで搬送する。
- 2) 薬剤部門、検査部門兼用で各病棟へのダムウェーター等を導入する。
- 3) 外来、病棟へのカート等による定期搬送ルートを考慮する。

② 中央材料

ア. 基本方針

- 1) 安全で効率的な管理・運営が可能な手術器材及び診療材料の管理システムを確立する。
- 2) 使用済み医療材料の滅菌前処理から、滅菌後の保管、そして医療現場への供給に至るまで、一連の物品管理システムを整備し、既滅菌物品の無菌維持・管理を行う。
- 3) 中央材料部門は一部外注化（滅菌業務）を検討する。

イ. 機能・規模

a. ゾーニング等

- 1) 手術器材の搬送を効率化するため、手術室に隣接配置する。

b. 機能

- 1) 中央材料室は洗浄室と組み立て・滅菌・保管室で構成する2層構造とする。
 - i) 仕分・洗浄室
 - ・汚染ゾーンに区分し、使用済器材の回収コーナー、仕分・洗浄コーナーを設ける。
 - ・手術部門への供給回収動線に充分配慮したゾーニングとする。
 - ii) 点検・組立室
 - ・各種器械の点検、組立、セット及び包装を行う。
 - iii) 滅菌装置スペース
 - ・清潔ゾーンに区分し、高圧蒸気滅菌装置及びガス滅菌装置、プラズマ滅菌装置により、滅菌を行う。
 - iv) 既滅菌保管室
 - ・清潔ゾーンに区分し、滅菌済の器材を払い出すまでの一時保管を行う。

ウ. 運営システム

a. セット方式

- 1) 手術器材、診療材料等のセット方式は、中央材料室による中央化とする。

b. 払い出し

- 1) パスボックス※を利用する。

c. 一次洗浄

- 1) 部門ごとでの洗浄は行わず、原則、中央材料室で行う。

③ 栄養

ア. 基本方針

- 1) 食事は適切な内容、適時・適温での提供、選択メニューや特別メニューの導入等を行い、患者サービスの向上を図る。
- 2) 調理方式は、HACCP^{*}（食品の安全を確保する管理手法）を導入し、「大量調理施設衛生管理マニュアル」^{*}を遵守した衛生管理を行う。
- 3) 給食部門は外部委託とし、栄養指導・相談は正規職員により行う。

※「大量調理施設衛生管理マニュアル（厚生労働省 平成9年3月24日衛食第85号別添、最終改正：平成24年5月18日食安発0518第1号）」

イ. 機能・規模

a. 食数

- 1) 入院患者及び、病児・病後児保育を想定する。

b. 調理システム

- 1) 業務効率化を図るため、クックサーバ^{*}とクックチル^{*}（院内型）の併用とする。
- 2) 給食室内では食品の流れが交差しない構造であること。汚染区域と非汚染区域が明確に区別されていること。
- 3) 配膳車は給食室内より専用エレベーター（配膳用と下膳用は同一のものを使用）にて各階へ搬送できる構造であること。また、専用エレベーターは管理区域内に配置し、配膳用と下膳用では扉が異なること。また各階の専用エレベーターは、配膳車を出し入れする際に患者への安全面を考慮し、食堂内あるいは配膳車用スペースに隣接して設ける。

c. 給食室

- 1) 給食室は以下の部屋、スペースを設ける。
 - i) 調理
検収室、下処理室（洗浄スペース）、調理室（配膳スペース、洗浄スペース）、食品保管室
 - ii) その他
給食事務室1室、前室（調理従事者準備室）、休憩室1室、更衣室2室、トイレ2室、収納室1室
- 2) 検収室へは、業者がトラックを横付けでき、搬入の際に食材が雨などにあたらないよう屋根があり、食材納入業者以外の者が侵入できないようセキュリティ設備のある構造とする。

d. 配膳

- 1) 配膳は中央配膳方式とする。
- 2) 衛生面に配慮し、配膳車は配膳用と下膳用を分ける。
- 3) 病棟への配膳は病棟までは給食部門の委託スタッフが搬送し、病棟から病室へは病棟スタッフが配膳する。

- 4) 各階病棟の配膳専用エレベーター付近には、下膳用配膳車置き場を設ける。
- 5) 配膳車を専用エレベーターから病棟へ搬送する際に患者との接触をさけるため、廊下は十分な広さがあり、廊下に車いすなど物が置かれないよう収納スペースを整備する。

e. 栄養相談室

- 1) 栄養相談室は、内科外来付近と内科入院病棟付近に各1室ずつ設け、プライバシーが確保できる構造とする。

f. 栄養事務室

- 1) 栄養指導を行う管理栄養士の事務室を設ける。

ウ. 運営システム

a. 適時・適温給食

- 1) 適時給食を実施する。
- 2) 保温・保冷機能を有する配膳車の導入による適温給食を実施する。

b. メニュー

- 1) 選択メニューを実施し、患者サービスの向上を図る。

c. 栄養指導・相談

- 1) 個人栄養指導ができる環境を整備する。
- 2) 集団栄養指導は、必要な設備の整った共用の部屋で実施する。

3-6. 共用動線

ア. 基本方針

- 1) 不特定多数の人が利用する共用部（廊下、階段、エレベーター等）はバリアフリーとし、すべての人が利用しやすい環境を整備する。
- 2) 車いす利用者に対応した受付カウンターやスペースを設ける。
- 3) 患者動線とスタッフ動線を出来るだけ分離するよう配慮する。

イ. 機能・規模

a. 機能

- 1) エントランスホール*は、明るく開放的な空間とする。
- 2) 患者が利用する廊下は車いす及びベッド搬送のすれ違いを考慮した幅員を十分に確保する。
- 3) バリアフリーに対応した昇降のしやすい階段とする。
- 4) 一般用エレベーターは利用者に分かりやすい位置に配置し、音声誘導や車いす利用者用操作盤等のバリアフリーに対応したものとする。
- 5) 搬送用エレベーターは機器を装着した患者のベッド搬送が可能なかごサイズ及び充分な出入口を確保した計画とする。
- 6) 物品用エレベーターは管理区域内に設け、患者及び外来者の目に触れにくい配置とする。
- 7) 病棟患者（特にベッド移動が必要な患者）が一般の外来患者の目に触れずに手術室、生理検査室、放射線部門（CT、MRIなど）などに移動できるよう配慮する。
- 8) 隣接配置を必要とする部門が上下階の関係となる場合は、ダムウェーターの設置等を検討する。
- 9) 外来が異なる階に分散配置される場合は、エレベーターならびにエスカレーターを整備する。
- 10) 機械室は採用する電気設備及び空調設備等の仕様に応じて、メンテナンス及び将来の更新を考慮した適切な面積の確保と配置計画を行う。
- 11) 設備用シャフト等はメンテナンス及び将来の更新を考慮し、各階で同位置に配置する。
- 12) 案内などの表示は分かりやすいものにする。

ウ. 運営システム

- 1) 患者の呼び込みは、患者のプライバシーに配慮する。視覚や聴覚に障がいのある方の対応も含めて検討する。

3-7. その他

① 健診センター

ア. 基本方針

- 1) 地域住民の健康を予防の立場から守っていくことを基本とし、二次予防（疾病の早期発見・早期治療）のみならず、一次予防（疾病の発生予防）にも対応する。
- 2) 健診機関として精度の高い検査を提供し、スタッフ教育を充実させる。
- 3) 顧客満足を第一とし利用者の満足を得るため、次のことを目標とする。
 - i) 総拘束時間の短縮
 - ii) 待ち時間の有効利用
 - iii) 診察・結果説明・保健指導での人間的信頼関係の形成
- 4) 院内の医療資源を有効に利用するため、放射線部門・内視鏡部門との連携を強化する。

イ. 機能・規模

a. ゾーニング等

- 1) 待合室、医師の診察室、看護師の指導室、栄養指導室を部門エリア内に設ける。
- 2) 一般の患者と分離した動線を設ける。病院内の検査機器を共用で使用するため、放射線部門や内視鏡室に近い場所に設ける。
- 3) 健診センター用の出入口を設け、出入口の近くに駐車場が配備されるよう配慮する。
- 4) 待合室（20人分程度）、更衣室（男女別各10名鍵付きロッカー付）、トイレ（男女別、化粧室付き）、医師診察室2室、看護師等の指導室1室、栄養士の栄養指導室1室、集団指導、特定健診受入のための大部屋（多目的ルーム）1室、受付会計窓口、事務作業室（書類保管室を兼ねる）を部門エリア内に設ける。
- 5) 多目的スペースを設け、健診機能とは別に自由診療の高濃度ビタミンC点滴療法を実施できる環境を整える。

b. 人間ドック・健診数の想定

- 1) 人間ドックは、1日あたり6人受入可能とする。
- 2) 健康診断は、1日あたり40人受入可能とする。

c. 機能

- 1) 人間ドック（日帰り、1泊2日、脳ドック、企業健診を含む）、生活習慣病予防健診、特定健診（集団健診含む）、子宮がん検診、乳がん検診等各種を行う。なお、1泊ドック実施の際の宿泊施設はホテル等の外部施設を活用する。
- 2) 生活習慣病予防健診、特定健診後の保健指導を行う。

- 3) 受診者の動線が短くなる検査機器の配置を行う。
- 4) 受診者のプライバシー保護は、最大限優先する。
- 5) 待ち時間の有効利用のため、アメニティ*ゾーンではリラクゼーションや情報収集が行える計画とする。

ウ. 運営システム

- 1) 受付場所は、一般患者と健診受診者の動線を分け、明確に区分する。
- 2) 受付から会計まで、健診センター内で完結できる計画とする。
- 3) 各検査機器は電子カルテシステムと連携し、検査データを共有できる検診システムとする。
- 4) 予約管理、書類発送、健診結果等の情報を健診センターが一元管理する。

② アメニティ設備

ア. 基本方針

- 1) 病院の利用者並びにスタッフに対して、快適で使いやすい施設、設備を提供する。
- 2) 病院のスタッフにとって働きやすい勤務環境とする。

イ. 機能・規模

a. 機能

- 1) レストランは白山連峰の眺望を活用するなど、快適な空間とする。厨房は共通で、職員と患者の食事スペースは区別する。
- 2) 売店（コンビニエンスストアを含む）、理容室を設ける。
- 3) ATM(使用頻度の高い金融機関)、自販機コーナーを設ける。
- 4) 売店は、患者、外来者、職員が利用でき、車いすとのすれ違いに配慮した棚の間隔を持った利便性、快適性の高い設備とする。
- 5) 患者用の図書・医療情報コーナーを設ける。
- 6) プライバシーの保たれた、車いす対応の電話コーナーを設ける。

ウ. 運営システム

- 1) レストラン・売店は、外部委託での運営を想定する。
- 2) 絵画・パネル展示等、ヒーリングアート*を各所に設置し、待ち時間にかかるストレスの軽減を図る。
- 3) アメニティ向上策としての各種案内表示、植栽等を配備する。

③ 保育事業

ア. 基本方針

- 1) 子育てを行う病院職員の職業生活と家庭生活との両立を支援できるよう、福利厚生の一環として、院内保育施設（夜間保育）を開設する。
- 2) 子育てを行う世代が、安心して継続して仕事につけるよう、病児・病後児を預かる保育施設の開設と運用を検討する。

イ. 機能・規模

a. 機能

- 1) 市民を対象として、病児・病後児保育、児童デイサービスを行うスペースを確保する。
- 2) 職員を対象として、夜間保育を行う。

b. ゾーニング等

- 1) 十分な広さのプレイルームと感染症毎の隔離のための個室を 4 室設ける。
- 2) 事務室、玩具などを収納する倉庫を備える。
- 3) 夜間保育用の別室（病児と接触しない構造）を備える。
- 4) 各室に手洗い洗面台（小児サイズ）を設置する。
- 5) 調乳や食事後の簡単洗浄のための台所、不潔用洗浄槽を備える。
- 6) 職員専用の休憩室、更衣室とトイレを備える。
- 7) 病院の玄関とは別の専用玄関とする。
- 8) 室内の床は、衝撃吸収床で床暖房とする。
- 9) 各室の扉は、子どもの力では開かない抵抗式のものとする。
- 10) 小児用トイレとおむつ交換スペースを設ける。トイレは、感染対策を考えて、4 箇所とする。

④ 災害時対応

ア. 基本方針

- 1) 地震時においても診療機能を維持できる施設計画とする。
- 2) 災害時における患者の受け入れを可能な施設、ライフラインの確保した計画とする。
- 3) 災害時に利用できるトリアージスペースを確保する。
- 4) 病院機能が維持できる物資を備蓄する。
- 5) 病院のBCP*に則った施設計画とする。

イ. 機能・規模

a. 備蓄

- 1) 以下のような項目について備蓄できる体制を整える。災害用備蓄庫を設ける。
 - i) 医薬品、食料、飲料水
 - ii) 医療ガス*
 - iii) 調理用燃料
 - iv) ベッドやテント、ポータブルトイレ など
 - v) 感染対策防護具の備蓄
- 2) 上記備蓄物品の想定量は、下記のとおりとする。

外来患者	650人	×災害時5倍	×3日	=延9,750人
入院患者	300人	×災害時2倍	×3日	=延1,800人
職員等	500人		×3日	=延1,500人
				計 延13,050人分

b. トリアージ体制

- 1) 病院の建物外の敷地には、災害時に傷病者のトリアージや簡易テントの張り場所として利用できるスペースを確保する。屋内（エントランスホールなど）との位置関係に配慮する。
- 2) エントランスホールや外来待合室、救急室前フロアの空間は、災害時に、トリアージされた傷病者の受入を可能とする一定の広さとし、災害対応型医療用アウトレット*を備えるものとする。

ウ. 運営システム

- 1) 傷病者受入れ時にプライバシーを確保できるように配慮する。

⑤ 医療安全対策

ア. 基本方針

- 1) 良質で安全な医療を提供し、医療事故を防止する施設、設備とする。

イ. 機能・規模

a. 転倒・転落防止

- 1) 院内全体にスロープを造らないこととする。
- 2) 転倒、転落、撥水性、吸音性等に配慮した床材とする。
- 3) 廊下に物を置かないよう、収納スペースを十分に設ける。
- 4) 廊下、階段、トイレ、浴室、エレベーターなど、患者の動線に配慮して手すりを設置する。

b. 離棟・離院防止

- 1) 離院防止のため、出入口や非常口に監視カメラを設置し防災センター※で監視（録画）できる設備を設置する。
- 2) 離棟防止のため、スタッフステーションの受付から患者や面会者用のエレベーターが観察できることが望ましい。

c. 自殺防止

- 1) ベランダ、吹き抜け、屋上等には、十分な高さのフェンス（手すり）を設置し、飛び降りの防止に努める。

d. 防災・保安

- 1) 院内全体の防災・保安を一元管理する防災センターを設置し、中央監視設備を整備する。

ウ. 運営システム

- 1) 患者認証防止のため、患者確認認証システムを構築する。

⑥ 感染対策

ア. 基本方針

- 1) 院内感染を防止し、安全で清潔な施設、設備構造とする。

イ. 機能・規模

- 1) 感染症に罹患の恐れがある患者と一般患者の動線が交わらないよう配慮する。
- 2) 必要な部門において、感染症に罹患の恐れがある患者と一般患者の診察室、処置室、待合室、病室等を区分する。
- 3) 各部門において、感染性廃棄物を一時的に保管できる適切なスペースを設ける。
- 4) 床と壁の角、トイレの床、流し台等の水周りは埃がたまりにくく清掃の行いやすい構造とする。

4. 医療機器等整備計画

ア. 基本方針

- 1) 安全で安心な医療機器を提供できる環境整備を行う。
- 2) 地域中核医療機関として機能するために必要な医療機器を整備する。
- 3) 原則として、新病院に移設して使用可能な医療機器等は移設する。
- 4) ME機器の保守・管理等の管理業務を一元的に行う体制を整備し、情報システム等の活用により、物品の有効利用と安全性の向上を図る。

イ. 機能・規模

a. ゾーニング等

- 1) ME貸出庫、ME返却庫、ME保管庫、修理・保守スペースで構成するMEエリアを設ける。
- 2) 血液浄化業務（腹水濃縮濾過等）スペースを設ける。
- 3) 医療機器安全管理に関する書類等の保管、医療機器のアリバイ管理、情報管理を行える端末を配置し、作業できるスペースを設ける。
- 4) 関係する各部門（病棟、手術、救急部門）との連携を考慮した配置とする。

b. 主な取扱機器

新病院において使用する主な医療機器等として下記の機器を想定し、各機器の設置、使用、保守、保管などが無理なくできるようスペースの確保などに配慮する。ただし、開院時には可能な限り最新の医療機器等を導入するため、機器の種類は変更があるものとして、今後の技術動向等を考慮すること。

① 外来部門

- 1) 各科ユニット
- 2) 超音波診断装置

② 救急部門

- 1) 人工呼吸器
- 2) 除細動器
- 3) 超音波診断装置
- 4) 心電計
- 5) A C T測定装置
- 6) 大動脈バルーンパンピング
- 7) 心拍出量計
- 8) 各種モニター（ベッドサイドモニター・生体監視装置）
- 9) 無影灯

③ 手術部門

- 1) 手術用顕微鏡
- 2) レーザーメス
- 3) 手術台
- 4) 無影灯
- 5) 麻酔器（モニター含む）
- 6) 外科用イメージ装置

- 7) 内視鏡システム
- 8) 術中記録装置
- ④ 放射線部門
 - 1) 一般撮影装置
 - 2) 乳房撮影装置
 - 3) X線TV装置
 - 4) 血管撮影装置 (バイプレーン心臓用)
 - 5) 血管撮影装置 (アンギオCT)
 - 6) CT
 - 7) MRI
 - 8) ガンマカメラ
 - 9) 骨密度測定装置
 - 10) ポータブル撮影装置
 - 11) 体外衝撃波結石破碎装置
- ⑤ 検査部門
 - 1) 脳波計
 - 2) 心電計
 - 3) 聴力検査装置
 - 4) 生化学分析装置
- ⑥ 内視鏡部門
 - 1) 内視鏡画像ファイリングシステム
 - 2) 上部消化管ビデオスコープ
 - 3) 下部消化管ビデオスコープ
 - 4) 大腸用ビデオスコープ
 - 5) 電子内視鏡システム
 - 6) 内視鏡洗浄装置
- ⑦ 分娩部門
 - 1) 胎児監視システム
 - 2) 分娩監視システム
 - 3) 分娩台
 - 4) 新生児診療システム
 - 5) 保育器
 - 6) 超音波診断装置
- ⑧ 透析部門
 - 1) 血液浄化装置
- ⑨ リハビリテーション
 - 1) 作業療法機器
 - 2) 理学療法機器
- ⑩ 病棟部門
 - 1) ICUベッド
 - 2) 患者監視装置
 - 3) 輸液ポンプ
 - 4) 電動ベッド
 - 5) 人工呼吸器
- ⑪ 薬剤部門

- 1) 全自動錠剤分包機
- 2) クリーンベンチ
- 3) 安全キャビネット

⑫ 中央材料部門

- 1) 高圧蒸気滅菌装置
- 2) EOG滅菌装置
- 3) 蒸気発生器
- 4) プラズマ滅菌装置
- 5) 洗浄機
- 6) 乾燥機

ウ. 運営システム

a. 機能

- 1) ME機器の中央管理及び貸出を行う。
- 2) 機器の保守点検を行う。
- 3) 保守部品と外注修理の手配を行う。
- 4) ME機器のライフサイクル（購入から廃棄まで）に沿った中央管理を行い、無駄のない効率的な運用を行う。
- 5) 各部門で使用される人工呼吸器、輸液ポンプ等のME機器を中央管理し、高額な医療機器の有効利用を進める。

5. 医療情報システム計画

ア. 基本方針

- 1) 患者サービスの向上・診療支援のための迅速な情報提供を目的とした診療・患者情報、会計の機能的な情報システム（院内情報システム）の確立を目指す。
- 2) 電子カルテシステム導入や部門システム間の連動等により、業務の効率化を図るとともに、将来的には地域医療機関との連携システム等も検討する。

イ. 機能・規模

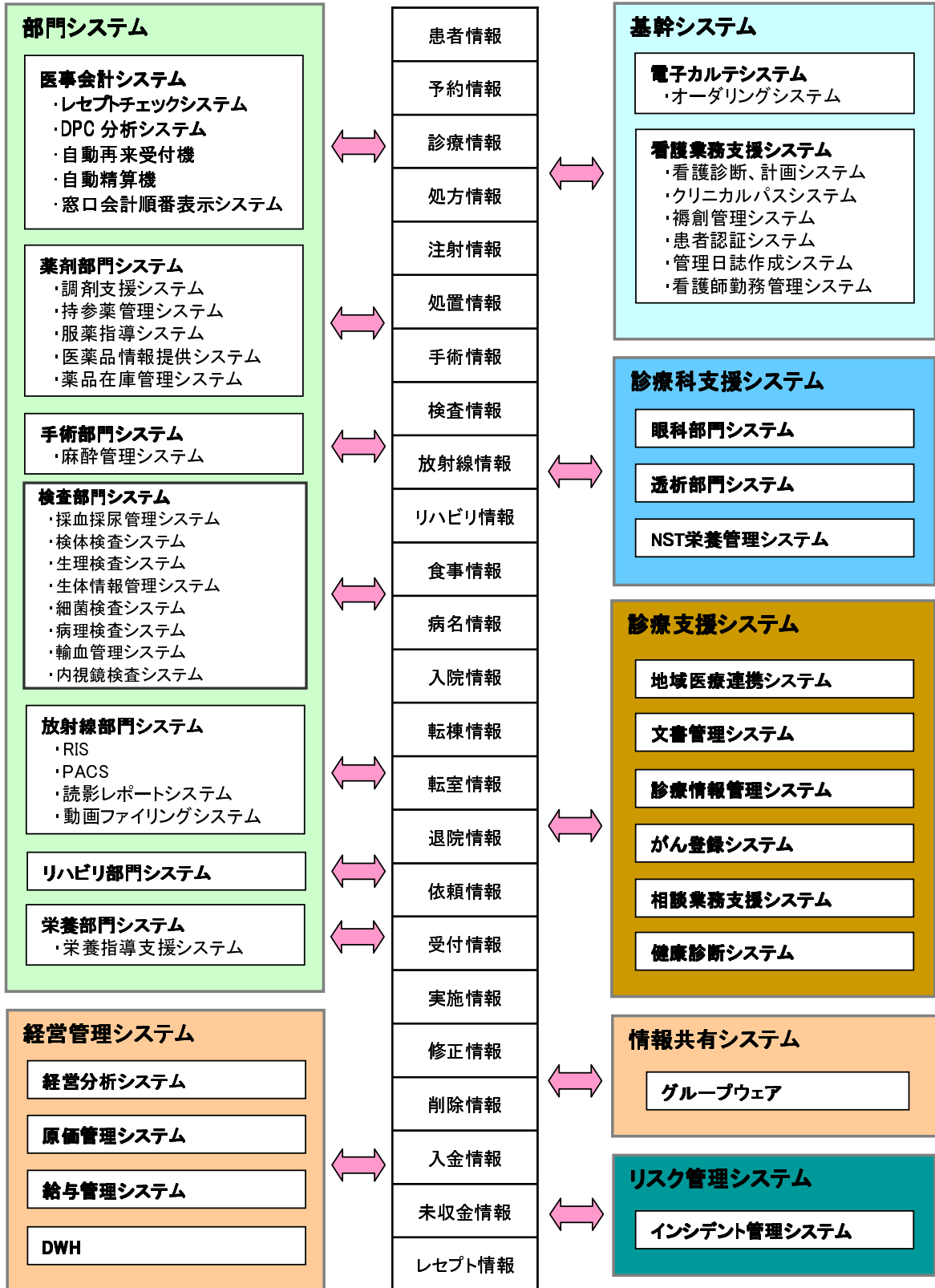
システム名	
基幹システム	電子カルテシステム ・オーダーリングシステム※
	看護業務支援システム ・看護診断、計画システム ・クリニカルパスシステム ・褥創管理システム ・患者認証システム ・管理日誌作成システム ・看護師勤務管理システム
診療科支援システム	眼科部門システム
	透析部門システム
	NST 栄養管理システム
診療支援システム	地域医療連携システム
	文書管理システム
	診療情報管理システム
	がん登録システム
	相談業務支援システム
	健康診断システム
情報共有システム	グループウェア
リスク管理システム	インシデント管理システム
部門システム	医事会計システム ・レセプトチェックシステム ・DPC分析システム ・自動再来受付器 ・自動精算機 ・窓口会計順番表示システム

部門システム	薬剤部門システム ・調剤支援システム ・持参薬管理システム ・服薬指導システム ・医薬品情報提供システム ・薬品在庫管理システム
	手術部門システム ・麻酔管理システム
	検査部門システム ・採血採尿管理システム ・検体検査システム ・生理検査システム ・生体情報管理システム ・細菌検査システム ・病理検査システム ・輸血管理システム ・内視鏡検査システム
	放射線部門システム ・RIS(放射線部門情報システム) ・PACS※(画像保存通信システム) ・読影レポートシステム ・動画ファイリングシステム
	リハビリ部門システム
	栄養部門システム ・栄養指導支援システム
経営管理システム	経営分析システム
	原価管理システム
	給与管理システム
	DWH(データ蓄積検索システム)

- 1) 大量の画像情報を伝送するため基幹部分は高速ネットワークとする。
- 2) 災害時、トラブルに備えて信頼性のあるネットワークを形成する。

以下に医療情報システム計画の概念図を示す。

医療情報システム導入、構築計画概念図



6. 物品供給管理システム計画

ア. 基本方針

- 1) 確実な安定供給を行うとともに、物品の搬送量や臨時搬送の発生を可能な限り減らすことに努める。
- 2) 診療が円滑に行える物品管理・供給システム、そして病院情報システム (HIS<Hospital Information System>:病院情報システム)の構築・導入を柔軟かつ慎重に検討する。

イ. 機能・規模

a. 物品管理システム

- 1) 物品管理部門を集約化し、物品供給を行う。
- 2) 各部門で使用する搬送物品を対象とする院内搬送システムについては、人手搬送と機械搬送の合理的な組み合わせにより、効率的なシステムを構築する。
- 3) 検収コーナー、保管スペース、物品補充作業スペース、事務室等で構成される物品管理エリアを配置する。
- 4) 災害対応を考慮し、3日分の在庫を確保する。

b. リネン

- 1) リネンの洗濯は外部委託を行う。
- 2) 回収室、汚染リネン仕分けスペース、消毒スペース、洗濯コーナー、清潔リネン保管庫、マットレス保管庫等、上記必要諸室にて構成するリネンエリアを配置する。

7. 建設計画

基本方針を実現するために、以下のコンセプトを基本とする。

1. 安全であること

- ・直下型の地震(震度 7 クラス)等の大規模災害時に診療機能を維持継続できる計画とする。
- ・患者、職員のセキュリティ、患者情報の保護等に配慮した計画とする。
- ・院内感染対策に配慮し、医療安全の確保を高めた計画とする。

2. 快適であること

- ・院内生活を快適に過ごすために、美味しい食事の提供など快適なサービスを充実させる。
- ・景色や採光、通風など、院内環境に配慮し、光あふれる静かな癒しの空間を目指した計画とする。

3. 機能的であること

- ・誰もがわかりやすく、使いやすい計画とする。
- ・「人」「物」「情報」の流れに配慮した合理的な部門構成とし、業務の効率化、動線の短縮化に配慮した計画とする。

4. 変化に対応できること

- ・将来の増築、改修、レイアウト変更等に柔軟に対応が可能な計画とする。

5. 経済的であること

- ・健全な経営を実現するため、ライフサイクルコスト[※]を十分に考慮した計画とする。

6. 情報システムに対応できること

- ・患者サービスの充実、業務の効率化、診療支援のための迅速な情報提供を目的とした医療情報システムを計画する。

7. 環境に配慮していること

- ・C A S B E E[※]を指針としてAランク以上の確保を目指し、自然エネルギーの活用及び地球環境保全に配慮した計画とする。

8. 固有のものであること

- ・周辺の景観に配慮し、気候・風土に合った計画とする。
- ・地元資材、伝統工芸を積極的に取り入れた計画とする。(県・市産木材、丸谷焼、山中塗等)

7-1. 統合新病院の規模

(1) 計画規模条件

- 1) 診療科は15科を基本とする。
内科（循環器、呼吸器、内分泌・代謝、腎臓、神経、消化器、リウマチ、血液・腫瘍）、外科（消化器、呼吸器、乳腺、肛門、腫瘍）、整形外科、産婦人科、小児科、眼科、耳鼻いんこう科、皮膚科、泌尿器科、脳神経外科、放射線科、麻酔科、リハビリテーション科、救急科、病理診断科
- 2) 病床数は300床を基本とする。
- 3) 1床当たりの面積は約70㎡以上とする。

(2) 将来建設予定施設

- 1) 病院本体建物の他、看護師養成所の計画敷地として約1,000㎡を想定する。

(3) 敷地の法的条件及び

建設予定地	加賀市作見町地内
敷地面積	約 51,140 ㎡
都市計画区域	都市計画区域内（非線引き区域※）
用途地域	第一種中高層住居専用地域 一部商業地域、近隣商業地域
防火、準防火地域	指定無し
高度地区	指定無し
建ぺい率	60%（第一種中高層住居専用地域） 80%（商業地域、近隣商業地域）
容積率	200%（第一種中高層住居専用地域、近隣商業地域） 400%（商業地域）
前面道路幅員	北側：20m ※南側の都市計画道路（加賀温泉駅前2号線）については、病院建設計画に合わせて見直し予定
道路斜線	1.25L（第一種中高層住居専用地域） 1.5L（商業地域、近隣商業地域）

隣地斜線	1. 25L+20（第一種中高層住居専用地域） 2. 5L+31（商業地域、近隣商業地域）
北側斜線※	なし
日影規制※	4時間（5m 超え 10m 以内） 2.5時間（10m を超える範囲）
地区計画	加賀温泉駅前作見地区地区計画 ※病院建設計画に合わせて見直し予定
緑化率	法定緑化率 3%以上 ※加賀市緑化推進条例を遵守すること
下水道処理区域	処理区域外 ※H25 年度工事、H26 年度供用開始
景観計画区域	景観形成地域
眺望景観保全地域	地域外
電波障害防止区域	区域外 ※建築計画により近隣周辺に電波障害を及ぼす恐れがある場合には、基本設計時に調査を要す。

7-2. 配置計画

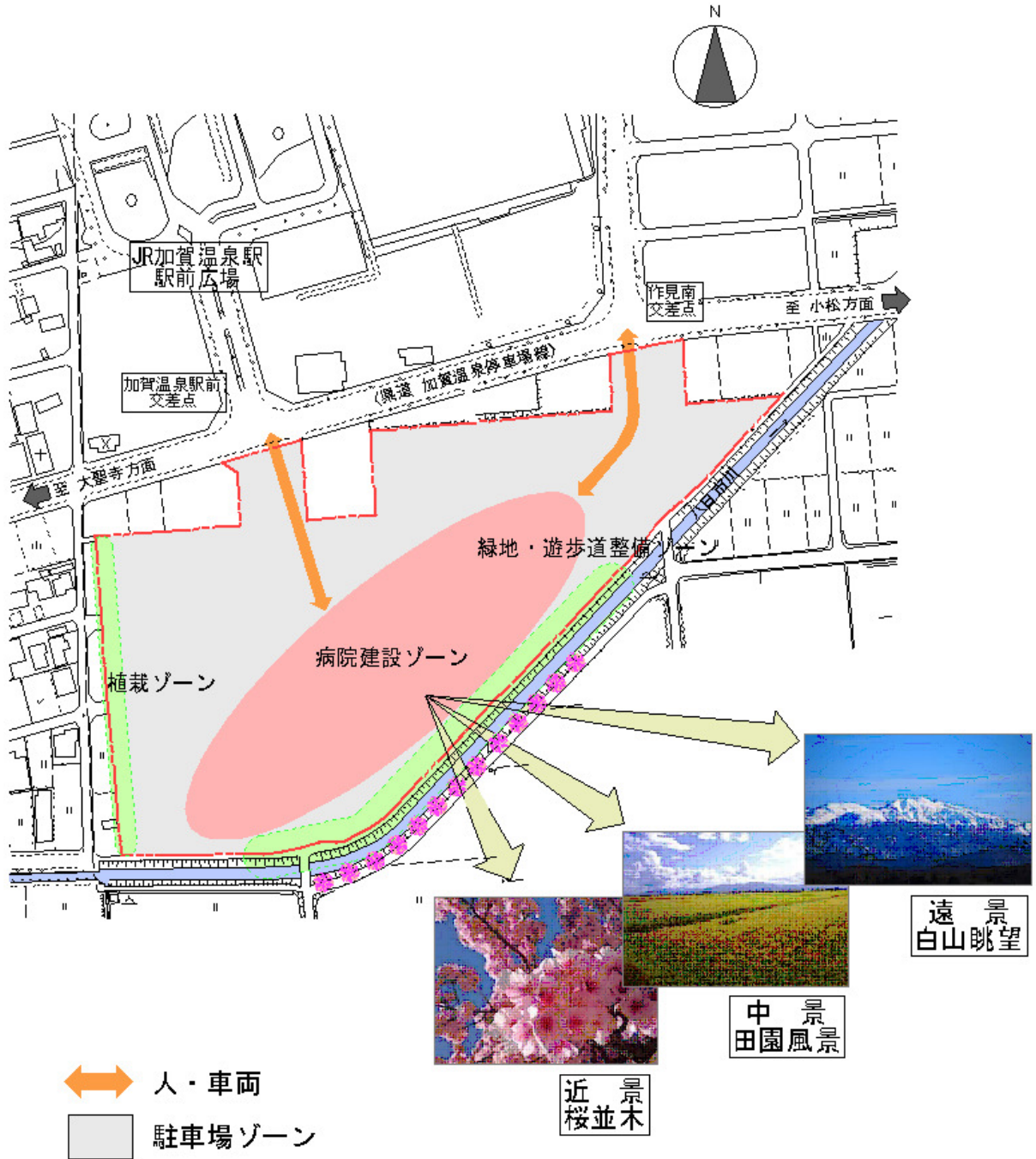
(1) 建物

- 1) 病院本体の建物は、敷地内で将来の増築等が可能なスペースを確保する。
- 2) 敷地内で将来建設予定の看護師養成所等の建設スペースを想定し、病院本体及び駐車場等のバランスを考慮して配置する。
- 3) 敷地の南側に近景として「八日市川沿いの桜並木」、中景として「田園風景」、遠景として「白山眺望」など優れた景観要素を取込み、周辺の環境と調和するとともに、地域のシンボルとなるよう配慮する。

(2) 駐車場等

- 1) 駐車場の規模は患者用、職員用合わせて900台程度とする。
- 2) 駐車場から病院に来院者が移動しやすいよう、利便性に配慮した配置計画とする。
- 3) 遊歩道や緑地等の整備も含め、患者・来院者のコミュニケーションスペースとして利用できる空間を確保する。

配置概念図



※上図は、建設予定地における建物配置等を示したものであり、全体計画において何ら拘束するものではない。

7-3. 建物の構成

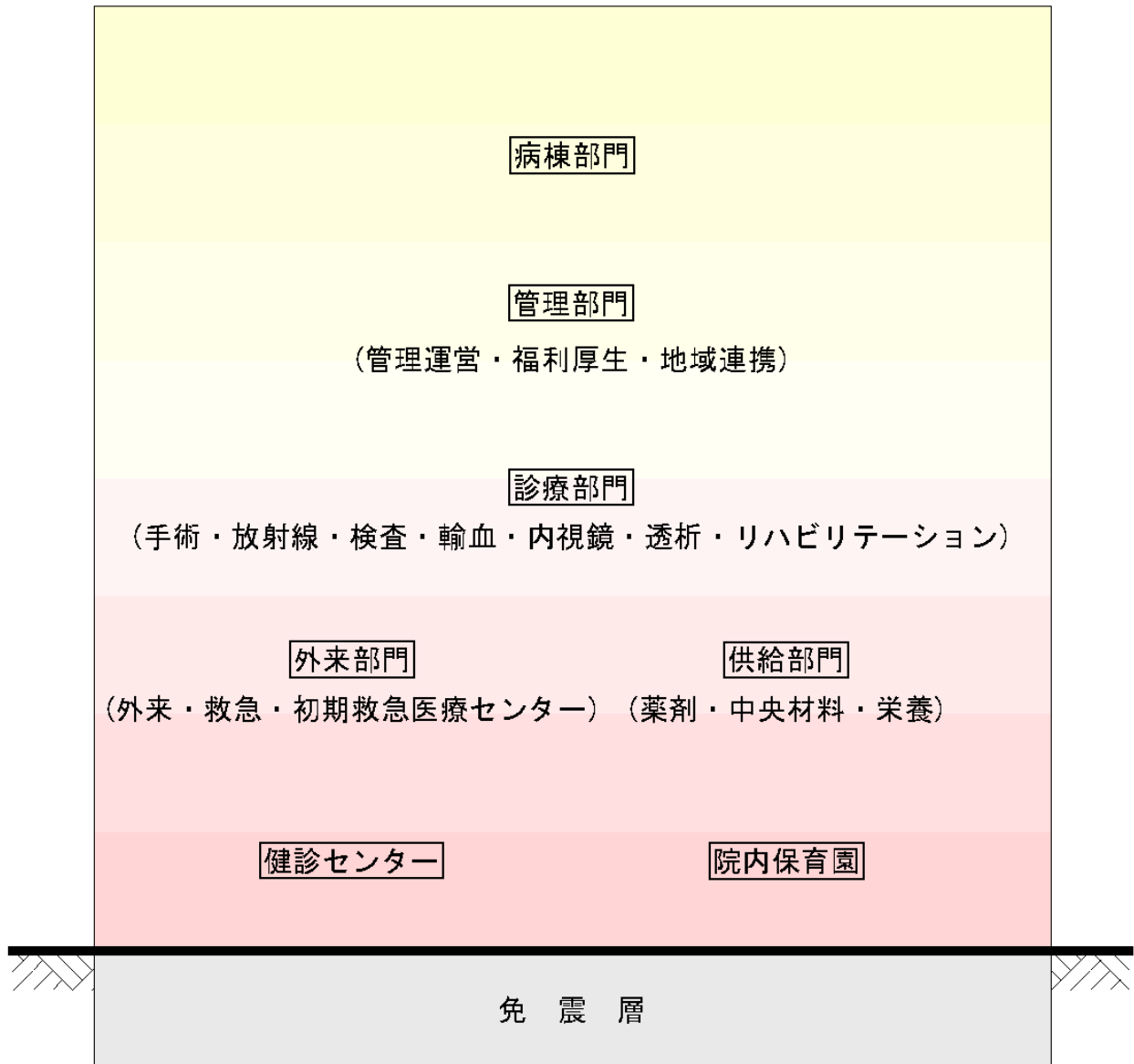
(1) 構成

- 1) 外来者の利便性を最優先に、外来部門、診療部門及び管理部門等を配置する。
- 2) 初期救急医療センターを設ける。
- 3) 健診センターを設ける。
- 4) 院内保育園*を設ける。
- 5) 救急はアクセス道路からスムーズにアプローチできる位置に設ける。
- 6) 災害時のトリアージスペースとして十分な広さのエントランスホールや通路を確保する。
- 7) 一般患者動線と別に、時間外、職員用、救急用、健診用等の専用出入口を設ける。
- 8) 一般患者、来院者用のエレベーターと業務（サービス）用エレベーターを分離する。業務（サービス）用エレベーターの一部は救急、手術部門を結ぶ位置に設け、救急医療体制に配慮する。
- 9) 一般来院者、入院患者の利便性を考慮し、商業施設(売店、自販機、ATM等)を設ける。

(2) その他

- 1) 集中豪雨や津波等による浸水時に医療を継続できるよう、地下は計画しない。

構成概念図



※上図は、部門配置概念を示したものであり、全体計画において何ら拘束するものではない。

7-4. 構造計画

(1) 耐震性能

- 1) 「官庁施設の総合耐震計画基準」*により、病院本体の構造体は耐震安全性の分類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もの)を基本とする。
- 2) 建築非構造部材*の耐震安全性はA類(大地震動後、災害応急対策活動や被災者の受け入れの円滑な実施又は危険物の管理のうえで、支障となる建築非構造部材の損傷、移動等が発生しないこと)を基本とし、建築設備の耐震安全性は甲類(大地震動後の人命の安全確保及び二次災害の防止が図られると共に大きな補修をすることなく、必要な設備機能を相当期間継続できるもの)を基本とする。

※「官庁施設の総合耐震計画基準(平成19年12月18日 国営計第76号、国営整第123号、国営設第101号)」

(2) 構造方式

- 1) 地震時における構造体損傷を最小にとどめ、BCP(事業継続計画)に対応できるよう、免震構造*とする。ただし、中間免震*は採用しない。
- 2) 将来の医療の変化に対応できるロングスパンを基本とする。
- 3) 基本設計時に地質調査結果等を踏まえ、最終的に構造方式を確定させる。

7-5. 設備計画

(1) 電気設備

- 1) 電気系統ライフラインは、2回線受電とする。
- 2) 信頼性の高い非常用発電機を採用する。また、燃料備蓄は3日間以上運転できる量を確保し、各部門に安定して電力を供給できるようにする。
- 3) 患者の生命維持に関連する精密医療機器や情報関連機器に対して、安定して電力を供給できる無停電電源装置*を設置する。
- 4) トイレ・階段等に人感センサーを設置し、照明設備の入切を制御するなど省エネに配慮する。

(2) 空調設備

- 1) 医療安全環境の確保及び病室毎の温湿度調整といった院内衛生環境向上に配慮する。
- 2) 諸室の用途に応じて、脱臭除去等の排気処理を行う。
- 3) 地球温暖化対策を講じた省エネルギーシステム実現と自然エネルギー（地中熱、太陽光等）を積極的に取り入れ、積極的な活用を検討する。
- 4) 災害時に病院機能が維持できる空調機能及び熱源計画を採用する。また、燃料は必要かつ十分な量を備蓄する。

(3) 給排水衛生

- 1) 給水系統ライフラインは、2系統とする。
- 2) 災害時を想定して、飲料用、透析患者用として緊急貯水槽を設置する。貯水容量は3日以上を想定し、井水設備での対応も検討する。
- 3) 給排水設備における上水（飲用、医療用）は、水道水を利用し、雑用水（便所洗浄水等）には井水や雨水利用システムを検討する。
- 4) 災害時に下水道管の破断などにより排水できない場合を想定し、汚水貯留槽の設置を検討する。
- 5) 災害時の排泄対応として、災害用マンホールトイレ*を設置する。

(4) 情報通信関連

- 1) 基幹LAN配線やネットワーク構成機器は、災害時にも安定利用が可能な信頼性の高いシステムを導入する。
- 2) 衛星電話の保有、衛星回線のインターネットに接続できる環境の整備及び広域災害・救急医療情報システム（EMIS）へ確実に情報を入れる体制を整備する。

(5) 防災・保安・建物設備管理

- 1) 院内の各種設備の運転と状況監視を行う中央監視設備を整備し、院内全体の防災、保安を一元管理する。
- 2) 院内各所の監視、セキュリティ関連設備として、映像監視及び、出入管理システムを導入する。
- 3) ビル・エネルギー管理システム（BEMS*）を機能させ、各種エネルギー使用量の計測、統計処理、分析及び診断ができるものとする。

(6) 昇降搬送設備

- 1) 各昇降機搬送設備は、院内動線確保及び病院機能を支える重要な設備となることから、安全性、信頼性、耐震性の高い設備とする。
- 2) エレベーターについては、一般用、業務専用（患者搬送、給食等）、スタッフ用を設置する。
- 3) ゾーニング、動線を考慮し、外来患者用にエスカレーターを検討する。

7-6. 交通計画

(1) アクセス道路

- 1) 統合新病院へのアクセス道路は、県道加賀温泉駅停車場線及び市道C第432号線とし、一般車両は主に加賀温泉駅前交差点を、救急・サービス車両は主に作見南交差点を進入出路とする。
- 2) 円滑な交通を確保するため、関係機関（道路管理者・公安委員会）と協議し、アクセス道路における右折専用レーンの設置、進入出路の信号機設置を検討する。

(2) 敷地内通路等

- 1) 来院者の利便性向上の為、関係機関と協議し、路線バスの敷地内乗入の確保を目指す。
- 2) 進入出路を含む敷地内通路やロータリー等は、バスやタクシーなどが円滑に乗入できるとともに、車いす、歩行者などの交通弱者に配慮した幅員、構造とする。
- 3) 作見南交差点からの進入路は、現在農道利用されているため、病院利用だけでなく通行機能もあわせて検討する。

7-7. 建設スケジュール

(1) 業者選定方式

- 1) 業者の創造力や技術力等の提案を期待するため、公募型プロポーザル方式※とする。

※公募型プロポーザル方式：発注者が業者の参加を公示により広く募り、技術提案書などの提出を求め、提出された技術提案書などをもとに審査をすること。

(2) 発注方式

- 1) より良い病院を建設することはもとより、財政負担を軽減するため、下記の財源の活用期限を考慮し、設計施工一括方式（共同設計施工※）とする。

※共同設計施工：設計事務所と建設会社が一体となり、設計・施工まで行うこと。

- ① 地域医療再生基金
- ② 再編債
- ③ 合併特例債

(3) プロポーザル募集（公告）時期

- 1) 平成24年10月上旬

(4) 開院時期

- 1) 平成28年4月

(5) 建設スケジュール表

区 分	平成23年度	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
基本計画		→				
造成工事			→			
基本設計			→			
実施設計			→			
建築確認				→		
建築工事				→		
開院準備					→	
開 院						←

8. 統合新病院の経営シミュレーション

(1) 建設事業費と財源構成

本計画による統合新病院の建設事業費は次のとおり見込んでいる。

建設事業費については、一般病室の個室化に伴う面積の増加や新災害拠点病院基準への対応、初期救急医療センターの設置、医療機器の増加と消費税増への対応のため、加賀市医療提供体制基本構想に比べ474百万円の増加となる。これらの増加分については、地域医療再生基金(1,470百万円)の活用により対応し、残る基金については起債の減額のために建設工事費に充当し、一般会計や病院事業会計からの返済額を減らす。

(百万円)

項目	概要	事業費	財源構成				
			病院事業債	一般会計からの繰入金		地域医療再生基金	自己資金
				再編債	合併特例債		
建設工事費	本体・外構・駐車場 (設計費等含む)	6,436	3,637	32	1,176	1,470	121
医療機器等	医療機器・医療情報システム	2,300	1,613		537		150
用地費等	用地取得、造成・基盤整備	1,479	1,080	345	14		40
合 計		10,215	6,330	377	1,727	1,470	311

※ 看護師養成所の整備は含んでいない。

※ シミュレーションにおける病院事業債・再編債・合併特例債の利率は、用地・建物 1.7% 30 年償還、機器 1.1% 5 年償還で計算した。

※ 統合新病院の公募型プロポーザルの結果や設計等により、事業費及び財源構成が変更されることがある。

(2) 経営シミュレーション

経営シミュレーションについては、基本構想における経営シミュレーションを基本とし、本計画に基づくように条件設定を変更した。

基本構想と同様に病院経営において最も大きな要因となる病床稼働率について、次の2パターンで試算した。

＜パターンA＞

医療提供体制基本構想において、適正病床数を算出するための患者数見込みから計算した稼働率

＜パターンB＞

医業損益は赤字になっても、一般会計からの基準内繰入金を含めて内部留保金（キャッシュ期末残高）が、各年度約5億円を確保できるようにした場合の稼働率

シミュレーション結果まとめ

シミュレーション (条件と結果)		パターンA 患者数見込みによる病床稼働率の場合	パターンB 運営可能な最低病床稼働率の場合
シミュレーション 条件	共通条件	病床数 300床（一般病床 255床 回復期リハビリテーション病棟 45床） 入院平均単価 一般病棟 42,000円/人・日 回復期リハビリテーション病棟 32,890円/人・日 外来平均単価 11,504円/人 外来患者数 1年目 600人/日 2年目以降 650人/日 職員数 統計値から算出した適正職員数+病床数変更による必要職員の増（看護師4名・リハビリ5名） 内部留保金残高 平成27年度末 10億円	
	変化条件	稼働率 患者数の見込みから計算した稼働率 (1年目 一般病床 85% 回復期リハビリ病棟 88%) (2年目以降 一般病床 90% 回復期リハビリ病棟 90%)	稼働率 内部留保金と基準内繰入金で運営が可能な最低稼働率 (1年目 一般病床 76% 回復期リハビリ病棟 88%) (2年目以降 一般病床 81% 回復期リハビリ病棟 90%)
	シミュレーション 結果	<p>4年目から黒字</p>	<p>一般会計繰入で対応できる赤字で推移</p>
	<p>純損益</p>	<p>7年目から黒字</p>	
	<p>キャッシュ期末残高</p>	<p>5年目に最小になり、その後ゆるやかに増加</p>	

パターンAの詳細な条件設定は次ページの図「パターンAの条件設定」のとおりとした。

一般病床の入院平均単価については、平成23年度の実績単価を用いて計算したが基本構想とほぼ同じ金額となったため、その単価を採用した。

回復期リハビリテーション病棟の入院平均単価については、入院料として回復期リハビリテーション病棟入院料1の算定を目指すこととしているが、重症患者の割合が一定以上であることなど病院の努力だけでは解決できない条件があることから、状況によっては算定できないおそれもあるため、シミュレーションでは下位の回復期リハビリテーション病棟入院料2の算定を想定している。ただし、休日もリハビリテーションを実施し、1日6単位を標準とした充実したリハビリテーションを実施することとしていることから、休日リハビリテーション提供加算及びリハビリテーション充実加算の算定を想定している。

一般病床の稼働率については、1年目は移転等のため稼働率85%と下がるものの、2年目以降は患者見込みから一般病床で230人程度の入院患者が見込まれることから稼働率90%と見込んでいる。

回復期リハビリテーション病棟の稼働率については、加賀市民病院と山中温泉医療センターの現在の入院者数から高い稼働率が見込まれ、1年目は88%、2年目からは90%の稼働を見込んでいる。

職員給与費については、全国の公立病院の統計調査から300床の平均的職員数を適正職員数とし、加賀市民病院の平成28年度見込み一人当たり人件費を乗じて算出している。ただし、看護師数については許可病床数より稼働病床数の影響を受けやすく、統計調査の職員数はおおよそ稼働率70%での職員数であることから上記の見込み稼働率90%に換算した職員数を採用した。さらに、本計画において、一般病棟の病床数が255床に増加したことから看護師を4人増加したものとし、回復期リハビリテーション病棟において回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準取得を目指すためリハビリスタッフを5人増加したものとして職員給与費を計算している。

その他経費については、職員宿舎を建設せず、統合新病院周辺において民間賃貸住宅を借り上げる方針であることから、既に含まれている既存職員宿舎の運営費に加え年間15,000千円を加算している。

パターンAの条件設定

【パターンA】患者数見込みによる病床稼働率の場合

(単位: 百万円)

	1年目	2年目	備考
1. 医業収益	5,728	6,074	
入院収益	3,798	4,004	3年目以降は手術症例が増えてくることを予想して、一般病棟のみ0.5%ずつ収益が増加すると仮定する。
【平均単価】			
一般病棟	42,000	42,000	平成23年度加賀市民病院の入院単価(回復期リハビリテーション病棟を含む)の実績38,468円に病床数増加による手術収入3,155円(病院経営分析調査報告より200~299床のデータを引用)を加算する。さらに救急受入れ増による救急医療管理加算やハイケアユニットの施設基準の取得による効果を鑑みて平均単価42,000円と設定する。
回復期リハビリテーション病棟	32,890	32,890	入院基本料2+運動器リハビリ・脳血管疾患等リハビリ合計6単位+早期加算(2割の患者)+食事+休日リハ加算+充実加算
【病床利用率】			
一般病棟	85.0%	90.0%	3年目以降は2年目の稼働率を維持するものとする。 (参考: 2病院の在院患者数の合算値224人(255床で87.8%) 平成23年度実績)
回復期リハビリテーション病棟	88.0%	90.0%	3年目以降は2年目の稼働率を維持するものとする。
外来収益	1,877	1,817	
【外来平均単価】	11,504	11,504	病院経営分析調査報告より200~299床と300~399床の平均値を使用
【1日あたり外来平均患者数】	600人	650人	外来の診療日数は243日で設定
その他医業収益	253	253	
他会計負担金	50	50	救急医療に関する負担金
室料差額収益	86	86	病床の30%を有料個室とし(90床)、室料差額の平均値(5,250円/日)とし有料個室としての稼働病床をそのうち50%として算出
その他	117	117	医療相談・紹介なし初診料・文書料・健診料・受託検査施設利益等
2. 医業費用	6,023	6,111	
職員給与費	3,556	3,574	①2人当直体制を構築するために内科系・外科系の医師の当直は月3回以下とする。よって当直が出来る医師は最低内科系・外科系ともに15人ずつ必要になる。 ②当直は内科系・外科系以外の医師も参加するものとする。 ③統計値より300床の適正職員数を算出し、加賀市民病院の一人当たり人件費(平成28年度見込み値)を乗じ算出する。一般病棟が255床に増加したこと及び回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準取得を目指すことによるに伴う看護師、リハビリスタッフの増を考慮する。 ④昇給などを加味し、毎年対前年比0.5%UPとする
材料費	1,324	1,403	一般病棟3%、回復期病棟12.5%(重症度が高くなるため、+2%)、外来10%とする。 全体の材料比率は24.2%
減価償却費	469	460	減価償却費は、以下の通り設定する。 ①システム機器は5年で償却する。 ②医療機器は6年で償却する。 ③4年目から6年目にかけては各1億円、7年目以降は各1億1千万円を投資額とし、医療機器は6年、施設に関する投資分については15年で償却する。 ④現2病院の機器に関する減価償却費も加味する(平成28年度以降の残金分)。
その他経費	674	674	加賀市民病院と山中温泉医療センターの経費の合計を300床換算した数値に職員宿舍の借上料を加算する。 ※山中温泉医療センターの経費から統合によって重複するであろう経費を削除した(広告費、地代、車両関係費、通信費 等)
3. 医業利益又は医業損失	▲ 295	▲ 37	
4. 医業外収益	273	272	
他会計補助金	10	10	加賀市民病院の平成23年度実績を使用
他会計負担金	214	214	保健衛生費に関する負担金(300床×712千円)
その他医業外収益	49	48	建設費の償還利息にかかる一般会計からの繰入
5. 医業外費用	162	161	
支払利息	98	97	建設費の償還利息
その他医業外費用	64	64	加賀市民病院の平成23年度実績を使用
6. 経常利益又は経常損失	▲ 184	74	
7. 特別利益	0	0	
他会計繰入金	0	0	
固定資産売却益	0	0	
8. 特別損失	10	10	貸倒損失(未収金)が年1,000万円計上する。
9. 純利益又は純損失	▲ 194	64	

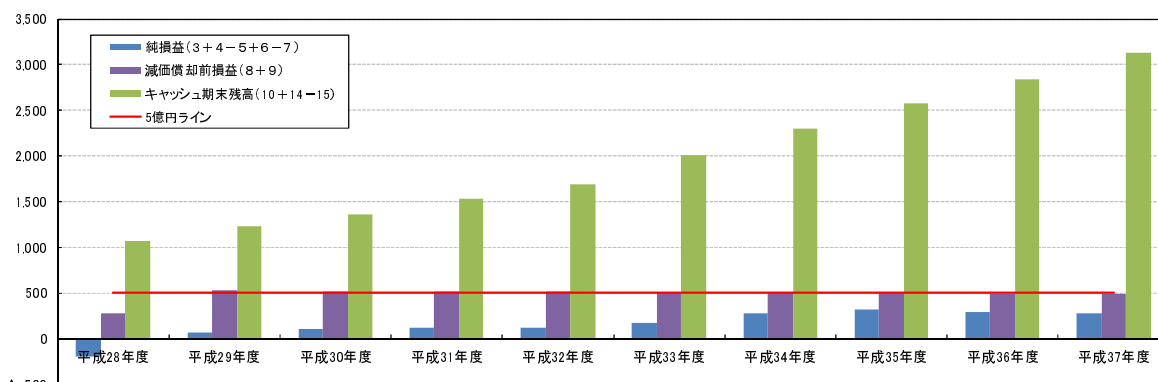
これらの条件でシミュレーションを行った結果は図「パターンAのシミュレーション結果」のとおりとなった。医業損益は4年目から黒字となり、純損益は2年目から黒字となることが見込まれる。また、キャッシュフローは1年目から増加が見込まれ、安定的な経営が可能と言える。

パターンAのシミュレーション結果

① 収益の収支

(単位:百万円)

	1年目 平成28年度	2年目 平成29年度	3年目 平成30年度	4年目 平成31年度	5年目 平成32年度	6年目 平成33年度	7年目 平成34年度	8年目 平成35年度	9年目 平成36年度	10年目 平成37年度
1 医業収益	5,728	6,074	6,092	6,110	6,127	6,145	6,163	6,181	6,199	6,218
2 医業費用	6,023	6,111	6,094	6,092	6,118	6,084	5,989	5,975	6,015	6,054
3 医業損益(1-2)	▲ 295	▲ 37	▲ 2	17	9	61	174	206	185	164
4 医業外収益	273	272	270	267	265	263	262	261	260	259
5 医業外費用	162	161	156	151	147	144	142	140	137	135
6 特別利益	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7 特別損失	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
8 純損益(3+4-5+6-7)	▲ 194	64	101	123	117	171	285	318	298	278
9 医業費用のうち減価償却費	469	460	419	393	395	337	218	180	195	209
10 減価償却前損益(8+9)	275	524	520	516	512	508	503	497	492	487
11 累積損益(前年度10+8)	▲ 194	▲ 130	▲ 30	94	211	382	667	984	1,282	1,560



② 資本的収支

(単位:百万円)

	1年目 平成28年度	2年目 平成29年度	3年目 平成30年度	4年目 平成31年度	5年目 平成32年度	6年目 平成33年度	7年目 平成34年度	8年目 平成35年度	9年目 平成36年度	10年目 平成37年度
12 資本的収入	0	198	215	321	333	189	213	226	240	242
13 資本的支出	0	397	429	543	566	279	316	343	370	374
14 収支不足(12-13)	0	▲ 198	▲ 215	▲ 221	▲ 233	▲ 89	▲ 103	▲ 116	▲ 130	▲ 132

③ 旧病院建設に係る残債

15 旧病院支払元利金(病院会計負担分)	201	174	164	129	118	107	105	103	99	64
----------------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	----	----

④ キャッシュ期末残高 H27末=1,000

16 キャッシュ期末残高(10+14-15)	1,073	1,225	1,367	1,532	1,694	2,006	2,301	2,579	2,842	3,134
------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

(参考)一般会計実質負担額(交付税を除いた額)

	平成22年度 決算額	1年目 平成28年度	2年目 平成29年度	3年目 平成30年度	4年目 平成31年度	5年目 平成32年度	6年目 平成33年度	7年目 平成34年度	8年目 平成35年度	9年目 平成36年度	10年目 平成37年度
新病院 建設分		38	186	199	202	209	98	105	112	119	119
旧病院 残債分	203	132	121	115	91	85	80	79	79	76	48
計	203	170	307	314	294	295	178	184	190	194	166

(参考)公立病院改革プランに基づく数値目標

	1年目 平成28年度	2年目 平成29年度	3年目 平成30年度	4年目 平成31年度	5年目 平成32年度	6年目 平成33年度	7年目 平成34年度	8年目 平成35年度	9年目 平成36年度	10年目 平成37年度
経常収支比率(%) (目標100%以上)	97.0%	101.2%	101.8%	102.1%	102.0%	102.9%	104.8%	105.4%	105.0%	104.7%
職員給与比率(%) (目標60%以下)	62.1%	58.8%	59.0%	59.1%	59.2%	59.3%	59.5%	59.6%	59.7%	59.8%
病床利用率(%) (目標70%以上)	85.5%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%

※ 各項目で四捨五入して表示しているため表示上の計算が合わない場合があります。

パターンBの詳細な条件設定は次ページの図「パターンBの条件設定」のとおりとした。

一般病床の稼働率については、1年目は稼働率76%、2年目以降は稼働率81%とパターンAに比べて9%の減となると見込んでいる。その他の要件については、パターンAの要件に準じて設定している。

これらの条件でシミュレーションを行った結果は図「パターンBのシミュレーション結果」のとおりとなった。医業損益は黒字化に至らないものの、7年目からは一般会計繰入金で補填できる程度の赤字で推移し、純損益は7年目から黒字となることが見込まれる。また、キャッシュフローは5年目に最小となり、その後緩やかに増加が見込まれる。公立病院の経営としては、健全運営を可能とする最低限の状態と言える。

AとBのどちらのパターンであっても、市の一般会計からの実質的負担額（国からの交付税を除いた額）は開院後2年目から5年目まで3億円前後で推移するが、その後は平成22年度の水準と同じ約2億円前後となる見込みであり、市の財政への影響は限定的と言える。

パターンBの条件設定

【パターンB】運営可能な最低病床稼働率の場合

(単位: 百万円)

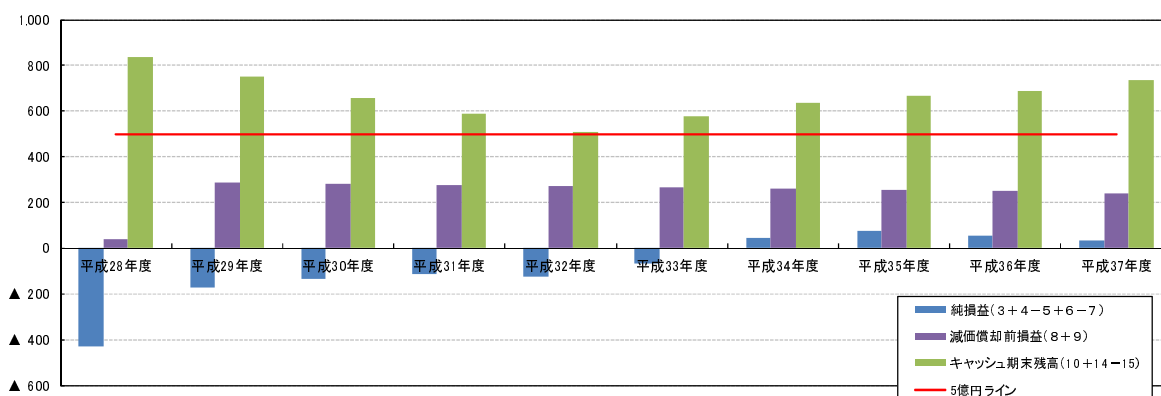
	1年目	2年目	備考
1. 医業収益	5,376	5,723	
入院収益	3,446	3,653	3年目以降は手術症例が増えることを予想して、一般病棟のみ0.5%ずつ収益が増加すると仮定する。
【平均単価】			
一般病棟	42,000	42,000	平成23年度加賀市民病院の入院単価(回復期リハビリテーション病棟を含む)の実績38,468円に病床数増加による手術収入3,155円(病院経営分析調査報告より200~299床のデータを引用)を加算する。さらに救急受入れ増による救急医療管理加算やハイケアユニットの施設基準の取得による効果を鑑みて平均単価42,000円と設定する。
回復期リハビリテーション病棟	32,890	32,890	入院基本料2+運動器リハビリ・脳血管疾患等リハビリ合計6単位+早期加算(2割の患者)+食事+休日リハ加算+充実加算
【病床利用率】			
一般病棟	76.0%	81.0%	3年目以降は2年目の稼働率を維持するものとする。 (参考: 2病院の在院患者数の合算値224人(255床で87.8%) 平成23年度実績)
回復期リハビリテーション病棟	88.0%	90.0%	3年目以降は2年目の稼働率を維持するものとする。
外来収益	1,677	1,817	
【外来平均単価】	11,504	11,504	病院経営分析調査報告より200~299床と300~399床の平均値を使用
【1日あたり外来平均患者数】	600人	650人	外来の診療日数は243日で設定
その他医業収益	253	253	
他会計負担金	50	50	救急医療に関する負担金
室料差額収益	86	86	病床の30%を有料個室とし(90床)、室料差額の平均値(5,250円/日)とし有料個室としての稼働病床をそのうち50%として算出
その他	117	117	医療相談・紹介なし初診料・文書料・健診料・受託検査施設利益等
2. 医業費用	5,907	5,995	
職員給与費	3,556	3,574	①2人当直体制を構築するために内科系・外科系の医師の当直は月3回以下とする。よって当直が出来る医師は最低内科系・外科系ともに15人ずつ必要になる。 ②当直は内科系・外科系以外の医師も参加するものとする。 ③統計値より300床の適正職員数を算出し、加賀市民病院の一人当たり人件費(平成28年度見込み)を乗じ算出する。一般病棟が255床に増加したこと及び回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準取得を目指すことによるに伴う看護師、リハビリスタッフの増を考慮する。 ④昇給などを加味し、毎年対前年比0.5%UPとする
材料費	1,208	1,287	一般病棟3%、回復期病棟12.5%(重症度が高くなるため、+2%)、外来10%とする。 全体の材料比率は24.2%
減価償却費	469	460	減価償却費は、以下の通り設定する。 ①システム機器は5年で償却する。 ②医療機器は6年で償却する。 ③4年目から6年目にかけては各1億円、7年目以降は各1億1千万円を投資額とし、医療機器は6年、施設に関する投資分については15年で償却する。 ④現2病院の機器に関する減価償却費も加味する(平成28年度以降の残金分)。
その他経費	674	674	加賀市民病院と山中温泉医療センターの経費の合計を300床換算した数値に職員宿舍の借上料を加算する。 ※山中温泉医療センターの経費から統合によって重複するであろう経費を削除した(広告費、地代、車両関係費、通信費等)
3. 医業利益又は医業損失	▲ 531	▲ 273	
4. 医業外収益	273	272	
他会計補助金	10	10	加賀市民病院の平成23年度実績を使用
他会計負担金	214	214	保健衛生費に関する負担金(300床×712千円)
その他医業外収益	49	48	建設費の償還利息にかかる一般会計からの繰入
5. 医業外費用	162	161	
支払利息	98	97	建設費の償還利息
その他医業外費用	64	64	加賀市民病院の平成23年度実績を使用
6. 経常利益又は経常損失	▲ 420	▲ 162	
7. 特別利益	0	0	
他会計繰入金	0	0	
固定資産売却益	0	0	
8. 特別損失	10	10	貸倒損失(未収金)が年1,000万円計上する。
9. 純利益又は純損失	▲ 430	▲ 172	

パターンBのシミュレーション結果

① 収益的収支

(単位:百万円)

	1年目	2年目	3年目	4年目	5年目	6年目	7年目	8年目	9年目	10年目
	平成28年度	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	平成36年度	平成37年度
1 医業収益	5,376	5,723	5,738	5,754	5,770	5,786	5,802	5,819	5,835	5,851
2 医業費用	5,907	5,995	5,978	5,975	6,001	5,965	5,870	5,856	5,894	5,933
3 医業損益(1-2)	▲ 531	▲ 273	▲ 239	▲ 221	▲ 230	▲ 179	▲ 68	▲ 37	▲ 59	▲ 82
4 医業外収益	273	272	270	267	265	263	262	261	260	259
5 医業外費用	162	161	156	151	147	144	142	140	137	135
6 特別利益	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7 特別損失	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
8 純損益(3+4-5+6-7)	▲ 430	▲ 172	▲ 136	▲ 115	▲ 122	▲ 69	43	75	54	33
9 医業費用のうち減価償却費	469	460	419	393	395	337	218	180	195	209
10 減価償却前損益(8+9)	39	288	283	278	273	267	261	255	248	242
11 累積損益(前年度10+8)	▲ 430	▲ 602	▲ 738	▲ 853	▲ 975	▲ 1,044	▲ 1,001	▲ 926	▲ 873	▲ 840



② 資本的収支

(単位:百万円)

	1年目	2年目	3年目	4年目	5年目	6年目	7年目	8年目	9年目	10年目
	平成28年度	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	平成36年度	平成37年度
12 資本的収入	0	198	215	321	333	189	213	226	240	242
13 資本的支出	0	397	429	543	566	279	316	343	370	374
14 収支不足(12-13)	0	▲ 198	▲ 215	▲ 221	▲ 233	▲ 89	▲ 103	▲ 116	▲ 130	▲ 132

③ 旧病院建設に係る残債

15 旧病院支払元利金(病院会計負担分)	201	174	164	129	118	107	105	103	99	64
----------------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	----	----

④ キャッシュ期末残高 H27末=1,000

16 キャッシュ期末残高(10+14-15)	838	753	658	586	508	580	633	669	687	733
------------------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

(参考) 一般会計実質負担額(交付税を除いた額)

	平成22年度 決算額	1年目	2年目	3年目	4年目	5年目	6年目	7年目	8年目	9年目	10年目
		平成28年度	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	平成36年度	平成37年度
新病院 建設分		38	186	199	202	209	98	105	112	119	119
旧病院 残債分	203	132	121	115	91	85	80	79	79	76	48
計	203	170	307	314	294	295	178	184	190	194	166

(参考) 公立病院改革プランに基づく数値目標

	1年目	2年目	3年目	4年目	5年目	6年目	7年目	8年目	9年目	10年目
	平成28年度	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	平成36年度	平成37年度
経常収支比率(%) (目標100%以上)	93.1%	97.4%	97.9%	98.3%	98.2%	99.0%	100.9%	101.4%	101.1%	100.7%
職員給与費比率(%) (目標60%以下)	66.1%	62.5%	62.6%	62.7%	62.9%	63.0%	63.1%	63.3%	63.4%	63.6%
病床利用率(%) (目標70%以上)	77.8%	82.4%	82.4%	82.4%	82.4%	82.4%	82.4%	82.4%	82.4%	82.4%

※ 各項目で四捨五入して表示しているため表示上の計算が合わない場合があります。

参考資料

1. 加賀市医療提供体制推進委員会 統合新病院建設部会

1-1. 委員名簿

氏名	所属	職名
いなさか とおる 稲坂 暢	加賀市医師会	顧問
かわぶち こういち ◎ 川淵 孝一	東京医科歯科大学大学院	教授
きたむら きよし 北村 聖	東京大学医学教育国際協力研究センター	教授
こばし かずのり 小橋 一功	加賀市民病院	副院長
しまさき せいこう 嶋崎 正晃	山中温泉医療センター	管理者
ながさわ やすし ○ 長澤 泰	工学院大学	副学長
もろ まさとし 毛呂 正俊	MORO設計監理室	代表

◎部会長 ○副部会長

(50音順)

1-2. 検討経過

第1回会議（平成24年3月8日）加賀市役所 会議室 301

- ・ 統合新病院建設部会の進め方について
- ・ 基本理念について
- ・ 統合新病院整備の基本方針について
- ・ 建築の基本コンセプト(案)について
- ・ 講話「(仮)公立病院の成功の鍵」と題して〈毛呂委員〉

第2回会議（平成24年3月29日）加賀市役所 会議室 302

- ・ 基本理念(素案)について
- ・ 建築の基本コンセプト(案)について
- ・ 建設計画(案)について

第3回会議（平成24年4月25日）加賀市役所 会議室 302

- ・ 建設計画(案)について
- ・ 発注計画について【協議事項】

第4回会議（平成24年5月22日）加賀市役所 会議室 302

- ・ 部門別計画(案)について

第5回会議（平成24年6月26日）加賀市役所 会議室 301

- ・ 医療機器等整備計画(案)について
- ・ 医療情報システム計画(案)について
- ・ 物品供給管理システム計画(案)について
- ・ 基本計画(素案)について

第6回会議（平成24年7月17日）加賀市役所 会議室 302

- ・ 加賀市統合新病院建設基本計画基本計画(素案)の最終とりまとめについて
- ・ 統合新病院経営シミュレーションについて
- ・ 加賀市統合新病院建設基本計画基本計画(原案)の承認について

第7回会議（平成24年8月8～9日）持ち回り開催

- ・ 建設基本計画（原案）に対する意見募集の結果について
- ・ 女性アドバイザー一部会（第1回）について
- ・ 加賀市統合新病院建設基本計画（案）について

2. 用語解説

■ア行

【アウトレット】

屋内配線の出口として設けられているコンセント。

【アメニティ】

快適性を生み出す空間。

【アンギオ】

血管造影装置（アンギオグラフィー）。造影剤を血管に注入しながら撮影することで、病変の有無を調べ、治療を行うための装置。

【医療ガス（設備）】

患者の治療や生命維持のため、医療用ガス（薬事法で規定するガス性医薬品）や、薬事法で医薬品に規定されていない医療ガスを、医療設備内に供給する設備。

【インシデント】

日常診療の場で、誤った医療行為などが患者に実施される前に発見されたもの、あるいは誤った医療行為などが患者に実施されたが、結果として患者に影響を及ぼすには至らなかったもの。

【院内保育】

夜勤等により一般の保育園の利用が困難な場合もあるため、病院設置者が病院内、もしくは病院隣接場所に設置する保育施設

【インフォームドコンセント】

十分に説明を受けた上で同意すること。

【エントランスホール】

大きな建物の玄関を入った所にある広間。玄関ホール。

【オーダーリングシステム】

手書きで作成していた伝票や、処方箋の内容を、コンピューターに入力することによって、処方箋処理から医事会計までを電子化するシステム。

■カ行

【回復期リハビリテーション】

急性期の治療やリハビリテーションを終え、社会復帰を目指す患者に対して日常生活動作訓練を中心に行うリハビリテーション。

【カンファレンスルーム】

主に職員が症例検討会、治療方針、評価会議などに使用する会議室の一種。

【北側斜線】

北側に隣接する土地の日照を考慮した、建築基準法に定める建築物の高さ制限。

【クックサーブ】

従来から行われている調理法で、加熱等の調理後、すぐに提供できる調理法。

【クックチル】

調理加熱後、急速冷却することにより、食中毒の危険性を減らし、一定期間の保存ができるようにした調理法。

【クリーンベンチ】

生物学、生化学的な研究に用いられる、埃や環境微生物の混入を避けながら作業を行う（無菌操作）ための装置。

【建築非構造部材】

外壁及びその仕上げ、窓等の開口部、間仕切及び内装材、天井及び床材、家具・事務機器。

【交叉試験】

血液型不適合による輸血の副作用を未然に防ぐために行われる検査。

【抗体スクリーニング】

患者血清中に、自然抗体である抗A、抗B以外の抗体があるかないかを調べる検査。

■サ行

【災害用マンホールトイレ】

井戸水等を活用して排泄物を下水道本管に直接流す仕組みの仮設トイレ。災害時はマンホールの蓋を外し、テント・便器を設置して使用する。

【サテライトファーマシー】

主となる薬剤部から離れて存在する薬局。

【3次救急医療】

高度な医療が必要であり2次医療圏内での医療が困難なレベル。2次救急では対応できない重篤な患者に対する高度な救急医療。

【シールドルーム】

電磁波の外部からの侵入や内部からの漏洩を低減するために、金属板や金網などで覆った部屋。

【しているADL】

実生活で実行しているADL。（日常生活行為）

【周産期】

妊娠22週から生後満7日未満までの期間。

【集中治療室】

呼吸、循環、代謝その他の重篤な急性機能不全の患者の容態を 24 時間体制で管理し、より効果的な治療を施すことを目的とした室。

【セカンドオピニオン】

よりよい決断をするために、当事者以外の専門的な知識を持った第三者に求めた「意見」、又は「意見を求める行為」。

【ゾーニング】

空間を機能や用途別にまとめて、いくつかの小部分に分けること。

■タ行

【ダムウェーター】

食品など物品を運ぶための小型エレベーター。

【中間免震】

特定の階に免震装置を設置し、装置設置階より上部を免震化し、同時に下階にかかる負担を軽減する工法。

【電子カルテ】

病院で医師が記録する診療録（カルテ）を、コンピューターを用いて電子的に記録・保存するシステム。紙カルテに比べ、保存や管理が容易であり、必要なときにすぐに閲覧することが出来るなどのメリットがある。

【トリアージ】

時間的・資源的制約があつて任務や課題のすべてを実施・完了できないとき、一定の基準に従つて着手の優先・非優先を判断すること。通常、災害医療などで使われる言葉で、傷病者（患者）を重症度と緊急性によって選び分ける作業。

【7 対 1 看護配置】

入院患者 7 人に対し、看護師 1 人を配置する看護体制。

【2 次救急医療】

入院治療や手術を必要とする程度の患者に対応する救急医療。

■ハ行

【ハイケアユニット】

高度で緊急を要する医療を行うための病室。ICUより軽度な患者を収容する。

【パスボックス】

クリーンルームに物品、工具などを出し入れするための専用ボックス。

【パワーリハビリテーション（マシン）】

病気や老化から引き起こされる、神経や筋肉の不活動な部分に対して、刺激を与え、立つ・歩くなどの基本的な動きを楽にしていくためのリハビリテーションの手法の一つ。またその専用のトレーニングマシンを言う。

【病床利用率】

病床が平均してどの程度利用されているかを示す指標。

【日影規制】

日照を確保することを目的とした、日影による建築物の高さの制限。

【非線引き区域】

市街化区域と市街化調整区域とに区分されていない都市計画区域。

【ヒーリングアート】

人の心を癒すことを目的とした芸術。

【フラットパネルディテクター】

X線をデジタル信号に変換する装置。

【ブロック受付】

複数の診療科・外来診察室の患者に対応する受付。

【ペインクリニック】

主として疼痛を主訴とする疾患の診療部門であり、神経ブロックによる治療を中心に行う医療機関あるいは診療科。

【防災センター】

病院内の火災等の監視と消防設備等の制御並びにセキュリティなどを管理する機能を備えた施設。

■マ行

【マンモグラフィ】

人の乳房をX線撮影する手法又は、そのための乳房X線撮影装置。

【無停電電源装置】

入力電源が遮断された場合も、一定時間、接続されている機器に対して、停電することなく電力を供給し続ける電源装置。

【メディカルクラーク】

医師が行う診断書作成等の事務作業を補助するスタッフ。

【免震構造】

地震の揺れを吸収して、地震のエネルギーを建物に伝わりにくくした構造。

■ヤ行

【ユニバーサルデザイン】

年齢や障がいの有無などにかかわらず、最初からできるだけ多くの人が利用可能であるようにデザインすること。

■ラ行

【ライフサイクルコスト】

建物を企画・設計・建築し、その建物を維持管理して、最後に解体・廃棄するまでの、建物の全生涯に要する費用の総額。

■アルファベット

【A D L (Activities Of Daily Living の略)】

食事・更衣・移動・排泄・整容・入浴など生活を営む上で不可欠な基本的行動。

【B C P (Business Continuity Planning の略)】

大規模災害などの緊急事態に遭遇した場合において、損害を最小限にとどめつつ、中核となる事業の継続あるいは早期復旧を可能とするために、平常時に行うべき活動や緊急時における事業継続のための方法、手段などを取り決めておく計画。

【B C R (Biological Clean Room の略)】

手術室などの医療施設におけるクリーンルームを言い、空気清浄度が確保された部屋。

【B E M S (Building and Energy Management System の略)】

設備全体の省エネ監視・省エネ制御を自動化・一元化するシステム。これにより建物内のエネルギー使用状況や設備機器の運転状況を一元的に把握できる。きめ細かな監視制御によって、人手をかけることなく、建物全体のエネルギー消費を最小化できる利点がある。

【C A P D (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis の略)】

携行式連続腹膜透析。腹膜にチューブを挿入し、体内の老廃物を交換する腎不全の治療法。

【C A S B E E (Comprehensive Assessment System for Built Environment Efficiency の略)】

建築物環境配慮システム。建築物の環境性能を総合的に評価し、また、わかりやすく環境配慮の取組に関する情報を提供するための評価ツール。「Sランク（素晴らしい）」から、「Aランク（大変良い）」「B⁺ランク（良い）」「B⁻ランク（やや劣る）」「Cランク（劣る）」の5段階に分類される。

【C T (Computed Tomography の略)】

コンピューター断層撮影装置。人体のある断面を映像化し、病変などを検査する装置。

【D I 室 (Drug-Information の略)】

医薬品の情報管理をする場所。

【H A C C P (Hazard Analysis Critical Control Point の略)】

危害分析重要管理点。食品の原料の受け入れから製造・出荷までの工程において、危害の発生を防止する重要ポイントを継続的に監視・記録する手法。

【LDR室】

陣痛（**Labor**）、分娩（**Delivery**）、回復（**Recovery**）の略語で、陣痛室・分娩室・回復室が一体となった個室。

【ME（Medical Engineering の略）】

医療に役立つ工学技術。生命維持管理装置を中心とする治療に用いられる医療機器。

【MRI（Magnetic Resonance Imaging の略）】

核磁気共鳴画像装置。核磁気共鳴の物理現象を応用して、生体内の内部情報を画像化する装置。

【TPN（Total Parenteral Nutrition の略）】

食事が経口から摂取できない患者が生命を維持するために必要なエネルギー、栄養を中心静脈から供給する高カロリー輸液。

【PACS（Picture Archiving and Communication System の略）】

医療画像保存通信システム。

【SPD（Supply Processing & Distribution の略）】

物品の供給、在庫、加工などの物流管理を中央化および外注化することにより、診療現場の物品を柔軟かつ円滑に管理しようとする方法。

加賀市統合新病院建設基本計画

発行 平成 24 年 8 月

加賀市 医療提供体制推進室

〒922-8622 石川県加賀市大聖寺南町二 41 番地

TEL 0761-72-7822 FAX 0761-72-7807

E-mail iryoud@city.kaga.lg.jp