

上越地域医療センター病院 基本計画

令和2年3月
上越市

はじめに

上越地域医療センター病院（以下「センター病院」という。）は、当市が国立高田病院を引き継ぎ、平成 12 年 3 月に開設いたしました。古くは陸軍の衛戍（えいじゅ）病院の時代から 100 年余りの歴史を重ねる中で、地域に根差した病院として、また、時代のニーズに的確に対応する病院として、回復期や慢性期医療のほか、終末期にある患者への緩和ケア医療の提供を始め、訪問看護事業や訪問リハビリテーション事業等、在宅医療の充実にも積極的に取り組むなど、上越地域の医療体制において重要な役割を果たしてきました。

この間、急速な人口減少と高齢化が進む中であって、市は、センター病院の施設の老朽化への対応と、地域に必要な医療を今後も持続的に提供し、安定経営を維持していくためには、病院が担うべき役割や必要な医療機能、規模等について検討を深める必要があると考え、平成 28 年度に、病院職員や市職員などによる「上越地域医療センター病院の改築に向けた在り方検討委員会（以下「在り方検討委員会」という。）」を設置し、センター病院の今後の方向性について検討を行いました。平成 29 年 7 月には、この在り方検討委員会の成果を踏まえ、診療機能等の方向性を具体化するとともに、地域医療の関係者、関係行政機関の職員、公募市民から成る「上越地域医療センター病院基本構想策定委員会」を設置し、改築の規模や時期、建設予定地の選定など、基本構想の策定に向けた検討を行い、平成 30 年 8 月、新病院整備の方針となる「上越地域医療センター病院基本構想（以下「基本構想」という。）」をまとめたところです。

この「上越地域医療センター病院基本計画（以下「本計画」という。）」は、基本構想をもとに、新病院の機能や規模の再検証のほか、部門別の計画や医療機器の導入計画等を盛り込み、策定したものです。本計画の策定に当たっては、病院職員で構成する部門別のワーキンググループによる検討を進める一方で、市の企画政策部や財務部、都市整備部等の関係課職員による庁内検討チームで検討を行いました。それぞれの立場で、詳細な現状分析や課題の把握等を慎重に進めるとともに、改築事業費や今後増加が見込まれる人件費を見込んだ収支のシミュレーションにより、病院の安定経営に必要となる取組等についても関係者間の議論を深めてまいりました。

人口減少が進み、団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年が間近に迫る中、市では、センター病院が改築後も、将来にわたり地域に必要な良質な医療を提供するとともに、医療・介護・福祉が連携し、市民の皆さんが世代を問わず、安心してすこやかに暮らせるよう安定経営に努めるとともに、市民が利用しやすく、病院職員も働きやすい、より良い病院づくりを目指していきます。

目次

第1章 センター病院の状況と改築の必要性	1
1 センター病院の状況	1
2 改築の必要性	3
第2章 新病院に向けての考え方	4
1 理念と整備基本方針	4
2 地域医療構想を踏まえた新病院の診療機能	4
3 新病院の病床規模	7
4 へき地医療支援	9
第3章 施設整備計画	10
1 現況敷地概要	10
2 計画概要	11
3 構造計画	13
4 設備計画	14
5 仮設計画	15
第4章 整備手法	16
1 整備手法の検討にあたり	16
2 アンケートの実施	16
3 アンケート結果	16
4 整備手法の比較検討	17
5 結論	18
第5章 まちづくり	19
1 想定する敷地概要	19
2 市場調査の実施結果	19
3 まちづくりについての調査	20
第6章 部門別計画	21
1 外来部門	21
2 病棟部門	23
3 救急部門	25
4 手術・中央材料部門	26
5 内視鏡部門	28
6 薬剤部門	29
7 放射線部門	31
8 検査部門	32
9 リハビリテーション部門	34
10 栄養部門	36
11 医療安全管理部門	38
12 感染防止対策部門	39

1 3 健診部門	40
1 4 患者支援部門	41
1 5 在宅医療支援部門	42
1 6 医事部門	45
1 7 管理部門	46
1 8 部門別面積	47
第 7 章 人員配置計画	48
1 新病院における人員配置の基本方針	48
2 計画にあたっての考え方	48
3 人員配置計画	48
第 8 章 医療情報システム導入計画	49
1 基本方針	49
2 システム化の目的	49
3 導入スケジュール	49
4 導入するシステム	49
第 9 章 医療機器導入計画	50
1 基本方針	50
2 新病院で整備する主な医療機器	50
第 1 0 章 事業収支計画	51
1 概算事業費の内訳	51
2 財源の内訳	52
3 事業収支シミュレーション	53
4 経営の改善に向けて	54
第 1 1 章 今後の事業スケジュール	56
用語集	57

第1章 センター病院の状況と改築の必要性

1 センター病院の状況

(1) 病院の概要

施設名（所在地）	上越地域医療センター病院（新潟県上越市南高田町 6 番 9 号）
開設年月日	平成 12 年 3 月 1 日
開設者	上越市
面積	敷地面積 36,879 m ² 、延床面積 13,742.29 m ²
経営形態	平成 12 年 3 月 1 日から 業務委託 平成 18 年 4 月 1 日から 指定管理者制度
診療科目	内科（総合診療科を含む）、外科、整形外科、リハビリテーション科、 肛門外科、児童精神科、麻酔科
病床数	197 床（一般病床 142 床、療養病床 55 床）
医療機能別の病床数	回復期 55 床、慢性期 142 床
附帯事業	訪問看護事業、訪問リハビリテーション事業、居宅介護支援事業、 短期入所事業、地域包括支援センター、障害者相談支援事業所
主な施設基準等	急性期一般入院料 4、回復期リハビリテーション病棟入院料 1、地域包 括ケア病棟入院料 1、救急告示病院
主な設備	【放射線検査装置】一般撮影装置、X線 TV 撮影装置、CT 撮影装置（16 列）、MRI 撮影装置、乳房 X線撮影装置、骨密度測定装置、画像読取装 置、リアルタイムデジタルラジオグラフィー装置 【生理検査装置】超音波診断装置、内視鏡ビデオシステム、呼吸代謝負 荷測定システム

(2) 沿革

明治 41 年	陸軍第 13 師団が高田に駐屯すると同時に衛戍（えいじゅ）病院として創設
昭和 13 年 2 月	高田陸軍病院へ改称
昭和 20 年 12 月	厚生省に移管され、国立高田病院へ改称
平成 12 年 3 月	上越地域医療センター病院開設（内科、外科、整形外科、124 床） ※ 上越市が国から国立高田病院の譲渡を受ける。
平成 14 年 3 月	北病棟（結核病棟、20 床）開棟
平成 14 年 12 月	リハビリテーションセンター開設
平成 15 年 3 月	南病棟（療養病棟、55 床）開棟
平成 16 年 10 月	肛門科開設（平成 21 年 4 月からは肛門外科）
平成 18 年 4 月	指定管理者制度を導入し、一般社団法人上越医師会を指定管理者に指定
平成 20 年 4 月	結核モデル病室（12 床）開棟
平成 21 年 5 月	回復期リハビリテーション病棟開棟
平成 23 年 11 月	在宅医療支援センター開設、訪問看護事業開始
平成 24 年 4 月	訪問看護ステーション開設
平成 24 年 11 月	緩和ケア病床（18 床）開設
平成 25 年 4 月	重症心身障害児（者）等を対象とする短期入所事業開始
平成 27 年 4 月	居宅介護支援事業所開設
平成 27 年 6 月	総合診療科開設（院内標榜）

平成 29 年 10 月	児童精神科開設（非常勤医師による月 1 回の診察・完全予約制）
平成 30 年 4 月	一般財団法人上越市地域医療機構を指定管理者に指定
〃	地域包括支援センター開設
平成 30 年 7 月	麻酔科開設
〃	障害者相談支援事業所開設
平成 30 年 9 月	地域包括ケア病棟開設（41 床）
令和 元年 5 月	センター病院訪問看護ステーション頸北サテライト開設 （上越市国民健康保険くろかわ診療所内）

（3） 病院の現状

① 患者数の推移

・ 1 日当たり外来患者数は増加傾向にあり、平成 30 年度は 161.7 人と過去最多となっています。

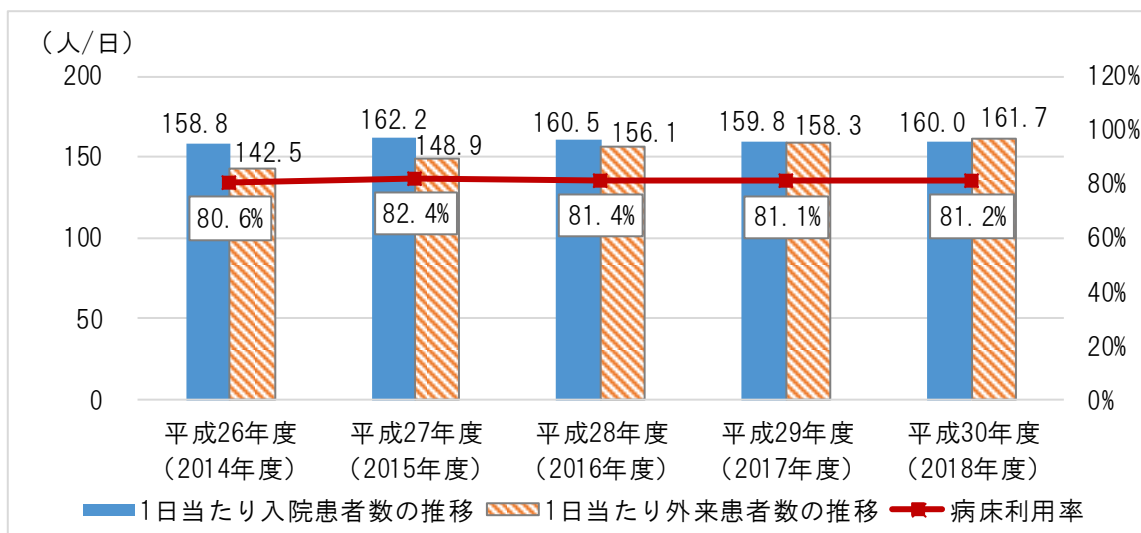


図 1 1 日当たり患者数と病床利用率の推移

② 経営状況

・ 5 年間の経常損益は次のとおりです。

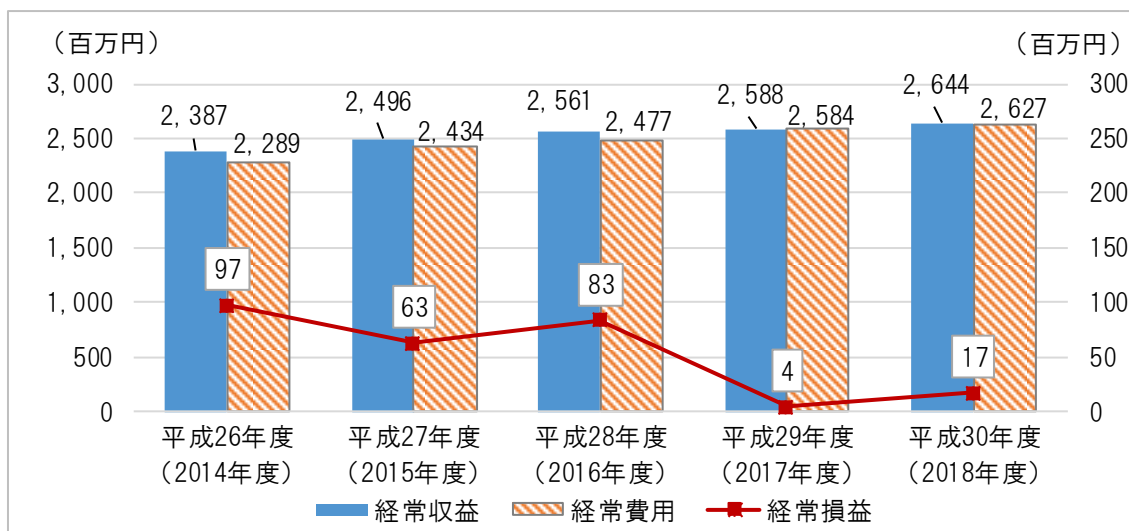


図 2 経常損益の推移

(4) 経営形態について

- ・市では、センター病院の運営について、公の施設の適正かつ効率的な運営を図るため、公設民営による病院経営を基本として、開設当初は一般社団法人上越医師会に業務を委託し、平成 15 年の地方自治法の一部改正を受け、平成 18 年 4 月に指定管理者制度を導入しました。平成 30 年 4 月以降は、センター病院の管理運営を目的に市が設立した一般財団法人上越市地域医療機構を指定管理者として指定し、運営に当たっています。(指定管理期間 令和 10 年 3 月 31 日まで)
- ・今後も一般財団法人上越市地域医療機構を指定管理者とし、民間事業者としてこれまでの運営ノウハウを発揮していただけるよう、市も積極的に関与しながら引き続き財団法人の安定運営にも努めていきます。

2 改築の必要性

- ・現在のセンター病院の建物は、旧国立病院時代に建設された施設と、市が譲渡を受けた後に整備した施設に大別されます。
- ・特に、旧国立病院時代に建てられた第 1・第 2・第 3 病棟及び中央廊下等の施設は、鉄筋コンクリート造の病院に係る法定耐用年数である 39 年を超え、内装や設備関係の老朽化が著しく、屋内外設備の更新が必要となっています。このほか、建物接続部の高低差や外壁等の破損、建物内への漏水等が生じており、機能を維持するために多額の修繕費用が発生しています。
- ・施設基準への適応や大型化する医療機器の導入、ICT 化など、最新の医療環境への対応も困難となっています。
- ・院内の環境も、各部門への動線が長く、患者、医療従事者の双方にとって利用しにくいこと、また、メインとなる通路が建物中心部にある中央廊下 1 本のみであり、清污動線が混在するなど、衛生管理上の課題も顕在化しています。
- ・市では、病院建物及び設備の老朽化がもはや見過ごせない状況にあること、更に今後、増加が見込まれる回復期医療機能の需要への対応や求められる新たな診療機能を考慮する中で、現施設の大規模修繕では対応できないと判断し、平成 27 年度から改築に向けた検討を進めてきました。

第2章 新病院に向けての考え方

1 理念と整備基本方針

(1) 理念

- ・ 私たちは次のことを念頭に『患者中心』の医療に最善を尽くします。
 - 「信頼され開かれた医療」
 - 「協調性のあるチーム医療」
 - 「高齢社会に対応できる医療」
- ・ 誰かのために役立ち、患者さんやご家族から「ありがとう」の言葉をいただける「生活密着型」の病院を目指します。
そのための合言葉を“For The Others”とし、職員が一丸となって努力します。

(2) 整備基本方針

- ① 上越地域の回復期・慢性期機能の中核を担い、病病連携、病診連携の要(かなめ)としての役割を果たしながら、地域住民に必要とされる医療を提供します。
- ② 医療・介護・福祉の連携を強化し、センター病院を中核とする地域包括ケアシステムの構築を進めます。
- ③ 改築後においても、将来にわたり必要とされる医療を持続的に提供できるよう安定経営に努めます。

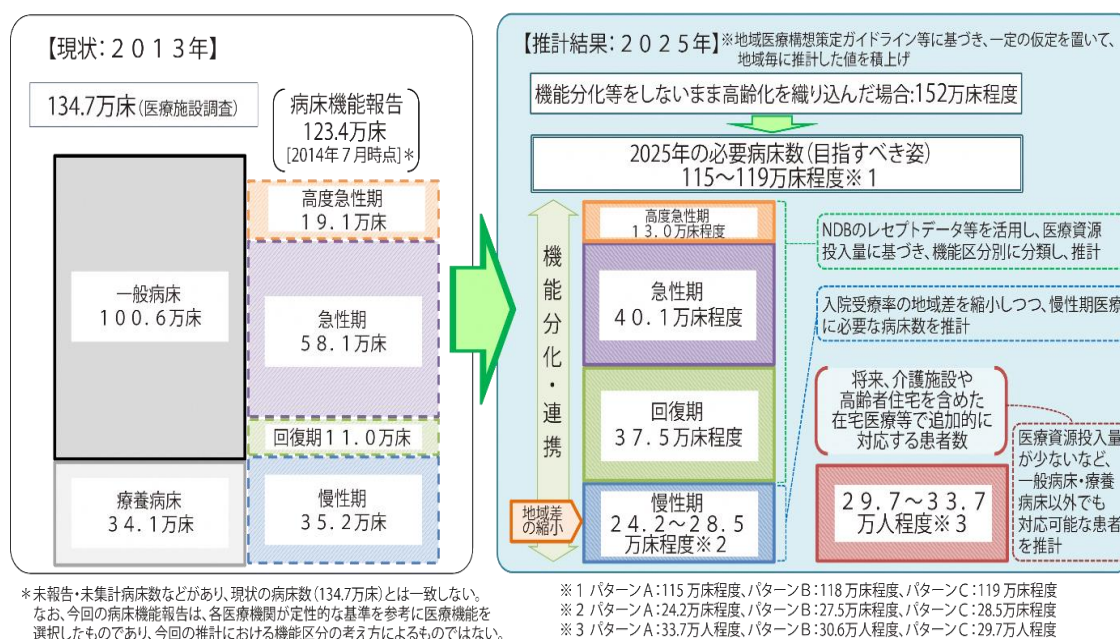
2 地域医療構想を踏まえた新病院の診療機能

(1) 国・県の動向

- ・ 国は、都道府県に対し、団塊の世代が後期高齢者となる2025年に向け、地域ごとに効率的で不足のない医療提供体制の構築を目指す「地域医療構想」を策定するよう求めたことから、これを受けた新潟県は平成29年3月に、急性期・回復期などの病床機能別の適正な病床数などを盛り込んだ「新潟県地域医療構想」を策定しました。
こうした中、国は、全国的に高度急性期・急性期病床の削減が進まず、地域医療構想の実現に沿ったものになっていない状況を踏まえ、高度急性期と急性期機能に特化した診療実績について独自で分析を行うとともに、これを基に、再編統合の必要性について特に議論が必要な公立・公的医療機関を「再検証対象医療機関」として整理し、令和元年9月26日、全国で424、県内で22、上越市・妙高市・糸魚川市の上越圏域においては、上越地域医療センター病院を含む5つの病院を当該医療機関として公表しました。令和2年1月30日付けで、県を通じて、病院開設者及び病院長のほか、市町村長宛てに正式に通知されましたが、依然として再検証の期限や今後の進め方については、示されていません。
- ・ 国はこの公表について、都道府県内の各地域に設置されている地域医療構想調整会議における議論を活性化することなどを目的に、国として高度急性期・急性期機能に着目した客観的なデータを提供し、医療機関が担う急性期機能やそのために必要な病床数などについて再検証を求めるものであり、必ずしも医療機関そのものの統廃合を決めるものではなく、急性期から回復期へと病床機能を転換し、急性期病院との連携を深めることなども含むとしています。

- 再検証対象医療機関として公表された病院は、がんや脳卒中等の手術件数のほか救急車の受入れ件数、周産期医療としての分娩件数等の診療実績が特に少ないこと、また、自動車での移動時間が20分以内の近接した距離にこれらの診療機能の実績を有する医療機関が2つ以上あることを理由に対象とされたものです。センター病院については、病床機能報告では急性期として50床届け出ていることから、分析対象となった診療の実績が少ないため、必然的に再検証対象に該当したものと捉えています。この度、国が再検証の対象として公表した病院については、センター病院を含めて、地域に密着した中小規模の病院が地域医療を確保するために行っている医療の実績が評価されず、結果的に病床規模の小さく、また、住民にとって身近な医療機関ほど、再検証の対象に該当しています。
- センター病院については、既に県立中央病院から急性期を脱した患者を数多く受け入れるなど、回復期・慢性期機能を担う病院として、急性期病院との連携や機能分担が確立され、実績を積んでいるだけでなく、基本構想の策定過程の中で、「上越地域の回復期・慢性期機能の中核を担い、病院と病院の連携である病病連携・病院と診療所の連携である病診連携の要としての役割を果たしていく必要がある」との方向性を定めており、本計画においても変わるものではありません。

2025年の医療機能別必要病床数の推計結果(全国ベースの積上げ)



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

出典：医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会 第1次報告(2015年6月15日)

図3 全国における必要病床数の推計結果

<新潟県地域医療構想(平成29年3月策定)について>

○地域医療構想とは・・・

団塊の世代が後期高齢者となる2025年(令和7年)に向け、患者の状態に応じた、質の高い医療を効率的に提供する体制を確保するため、将来の病床数や入院患者数の推計と、それに対して必要となる医療提供体制を確保するための施策の方向性を取りまとめるものであり、医療法に基づき都道府県が策定し、医療計画の一部として位置付けています。

表 1 上越圏域の病床数、入院患者数の現状及び将来推計 (単位：床)

	2014年①		2025年推計②		差し引き (①-②)
	H26 病床機能 報告	H26 病院報告	新潟県独自推計		
	病床数	入院患者数	病床数	入院患者数	病床数
全体	2,373	1,790	2,136	1,812	237
高度急性期	534	-	219	164	315
急性期	1,168	-	721	562	447
回復期	236	-	716	644	▲480
慢性期	435	-	480	442	▲45

(2) 上越地域医療センター病院の病床機能報告

・センター病院の診療実態に応じて報告内容を見直し、令和元年には、197床を回復期 55床と慢性期 142床と報告しました。

センター病院の病棟			北病棟 18床 第1病棟 32床	第3病棟 51床	南病棟 55床	第2病棟 41床
病床機能報告上の届出	平成 26年 2014年	急性期 50床 回復期 96床 慢性期 51床	急性期 50床 (18床+32床)	慢性期 51床	回復期 55床	回復期 41床
	平成 30年 2018年	急性期 50床 回復期 55床 慢性期 92床	急性期 50床 (18床+32床)	慢性期 51床	回復期 55床	慢性期 41床
	令和元年 2019年	回復期 55床 慢性期 142床	慢性期 50床 (18床+32床)	慢性期 51床	回復期 55床	慢性期 41床
(参考)						
診療報酬上の病棟別届出 (1床当たりの平均診療単価 平成 30年度実績)			急性期一般入院料 4 (約 28,700円)		回復期リハビリ テーション 病棟入院料 1 (約 36,000円)	地域包括ケア 病棟入院料 1 (約 33,700円)

※地域包括ケア病棟 平成 30年 9月～

3 新病院の病床規模

(1) 必要病床数の算定

① 上越二次保健医療圏の状況

ア 上越二次保健医療圏（上越市・妙高市・糸魚川市）における将来人口推計（年齢層別）

- ・ 圏域における総人口は、2015年の274,348人に対し、2045年の推計は186,758人と87,590人減り、31.9%の減少率となります。
- ・ 特に減少する年齢層は0歳から44歳までの世代で、40%以上の減少率となる一方、増加しているのは75歳以上の年齢層で、4.7%増加率となります。
- ・ 二次保健医療圏においても、年齢層別の人口推計の分析で少子高齢化が進む傾向がみられました。

(単位：人)

年齢階層	0-4歳	5-14歳	15-24歳	25-34歳	35-44歳	45-54歳	55-64歳	65-74歳	75歳以上	合計	参考 65歳以上 計
2015年①	9,919	23,675	21,737	25,267	34,044	33,583	39,186	40,328	46,609	274,348	86,937
2025年	8,004	19,040	18,022	21,590	25,080	33,085	32,553	36,170	53,092	246,636	89,262
2045年②	5,522	12,996	11,801	14,545	17,844	21,083	23,990	30,159	48,818	186,758	78,977
対2015年人口 ②-①	▲4,397	▲10,679	▲9,936	▲10,722	▲16,200	▲12,500	▲15,196	▲10,169	2,209	▲87,590	▲7,960
対2015年増減率	▲44.3%	▲45.1%	▲45.7%	▲42.4%	▲47.6%	▲37.2%	▲38.8%	▲25.2%	4.7%	▲31.9%	▲9.2%

(出典：国立社会保障・人口問題研究所、日本の地域別将来推計)

イ 上越二次保健医療圏における1日当たりの推計入院患者数（傷病分類別）

- ・ 全ての傷病分類において、2015年に対し2045年では人口減少と比例して入院患者数が減少傾向にあります。
- ・ 特に減少する傷病分類は、妊娠・周産期などで40%以上の減少率となる一方、減少率が低い傷病分類は、内分泌、循環器、呼吸器などで、数%～10%程度の減少率と推測されます。

上越二次保健医療圏の1日当たりの推計入院患者数（独自推計）

平成27 (2015)①	令和2 (2020)	令和7 (2025)	令和12 (2030)	令和17 (2035)	令和22 (2040)	令和27 (2045)②	対2015年 人数②-①	対2015年 増減率
2,259人	2,256人	2,257人	2,214人	2,126人	2,018人	1,903人	▲356人	▲15.8%

(参考) 2015年の上越二次保健医療圏における1日当たりの推計入院患者数(人)

(傷病分類別・年齢階級別)

	0-4歳	5-14歳	15-24歳	25-34歳	35-44歳	45-54歳	55-64歳	65-74歳	75歳以上	合計
I 感染症	1	1	0	1	1	1	4	5	14	28
II 新生物	2	0	2	4	11	21	45	81	108	274
III 血液	1	0	0	0	0	0	1	3	6	12
IV 内分泌	0	0	0	0	2	2	4	11	30	49
V 精神	0	4	6	23	52	85	119	153	118	560
VI 神経系	1	3	3	7	12	17	29	51	148	272
VII 眼	0	0	0	0	0	1	3	5	9	18
VIII 耳	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
IX 循環器系	0	1	0	0	5	14	23	54	233	330
X 呼吸器系	10	5	1	1	2	4	6	22	143	194
X I 消化器系	0	1	1	3	5	7	13	22	50	101
X II 皮膚	0	0	0	0	0	0	2	1	11	16
X III 筋骨格系	1	2	1	1	3	5	10	24	41	88
X IV 泌尿器系	1	1	1	1	2	4	5	16	42	72
X V 妊娠	0	0	2	11	4	0	0	0	0	16
X VI 周産期	12	0	0	0	0	0	0	0	0	12
X VII 先天奇形	6	2	1	1	1	0	1	1	1	12
X VIII 症状、徴候	1	0	0	0	0	1	2	2	12	19
X IX 損傷、中毒	1	2	3	5	6	9	18	25	102	171
X X I 保健サービス等	0	0	1	2	2	0	1	2	4	14
合計	38	23	22	63	108	171	284	479	1,071	2,259

※各数値は小数点以下第1位を四捨五入して表記しているため、各数値の総和が合計と一致しない場合がある。

(出典：新潟県医療需要調査の受療率)

② センター病院の状況

ア センター病院の1日当たりの推計入院患者数の推計（独自推計）

- ・ センター病院の1日当たりの推計患者数のピークは2025年の167.7人と推計されます。

（単位：人）

年度	平成30 (2018)①	令和2 (2020)	令和7 (2025)	令和12 (2030)	令和17 (2035)	令和22 (2040)	令和27 (2045)②	比較③ (②-①)	比較 (③/①)
一般病棟	85.9	86.7	88.3	87.7	84.6	80.5	76.2	▲9.7	▲11.3%
地域包括ケア病棟	31.1	31.5	32.4	32.4	31.3	29.8	28.3	▲2.8	▲9.0%
回復期リハビリ病棟	45.4	45.8	47.0	47.0	45.4	43.1	40.9	▲4.5	▲9.9%
合計	162.4	164.0	167.7	167.1	161.3	153.4	145.4	▲17.0	▲10.5%

※平成30年度は9月から開始した地域包括ケア病棟を1年分に換算

イ 必要病床数

- ・ 上記の推計入院患者数を基に目標病床利用率85%（参考：平成30年度センター病院年間平均病床利用率81%）で必要病床数をシミュレーションすると、ピーク時は197床となります。

年度	平成30 (2018)	令和2 (2020)	令和7 (2025)	令和12 (2030)	令和17 (2035)	令和22 (2040)	令和27 (2045)
必要病床数	191床	193床	197床	197床	190床	181床	171床

(2) 新病院の病床規模

① 地域の医療提供体制の現状

- ・ 上越二次保健医療圏の一般病床・療養病床（精神病床を除く）を有する医療機関の一覧は次のとおりとなりますが、医療従事者の不足等の理由により稼働していない病床があります。

医療機関名称	病床機能報告 病床数	稼働 病床数
上越地域医療センター病院	197	197
糸魚川総合病院	261	261
よしだ病院	60	60
新潟県立妙高病院	60	60
新潟県厚生農業協同組合連合会けいなん総合病院	170	120
新潟県厚生農業協同組合連合会上越総合病院	318	318
独立行政法人国立病院機構さいがた医療センター	162	162
新潟県立中央病院	524	524
医療法人知命堂病院	145	145
独立行政法人労働者健康福祉機構新潟労災病院	360	227
新潟県立柿崎病院	55	55
有床診療所（計6機関）	85	55
合計	2,397	2,184

出典：新潟県ホームページ 平成30年度病床機能報告の結果（2018年7月1日時点の上越医療圏域）の詳細

② 新病院の病床数

- ・ 必要病床数の推計結果と地域の医療提供体制の課題を踏まえ、原則として新病院の病棟構成及び病床数は、次のとおりとします。

一般病棟、地域包括ケア病棟	: 142 床
回復期リハビリテーション病棟	: 55 床
合計	: 197 床

4 へき地医療支援

- ・ 中山間地に位置している 9 か所の市立診療所（歯科含む）は、医師の高齢化や人口減少等による患者数の減少などの課題を抱えています。
- ・ 常勤医師が不在となり、後任医師の確保に苦慮している状況もあり、医師の確保が喫緊の課題となっていることから、センター病院から市立診療所への医師等の派遣を継続的に行うなど、へき地医療を支える病院としての役割を果たしていくこととし、へき地医療拠点病院の指定を目指します。
- ・ 市立診療所の医師とセンター病院の医師とが意見交換を行いながら、双方向の連携の在り方について協議していきます。

<センター病院と市立診療所の連携による取組の実践>

- ・ センター病院から市立診療所に医師を派遣
- ・ 市立診療所の医師及び歯科医師が専門性をいかし、センター病院の診療の一部を担う
- ・ センター病院を運営する指定管理者が市立診療所を運営
- ・ センター病院の訪問看護ステーションのサテライトを市立診療所内に設置

第3章 施設整備計画

1 現況敷地概要

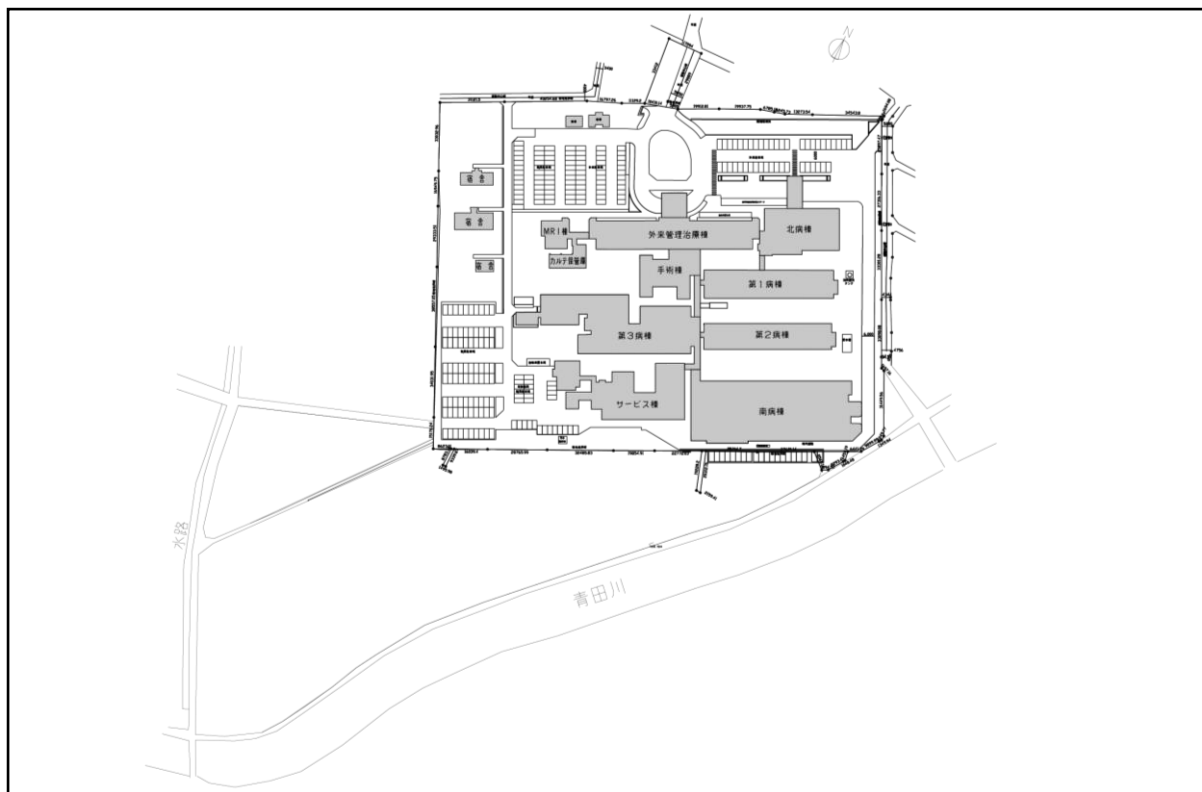


図4 現況配置図

所在地	新潟県上越市南高田町6番9号
敷地面積（現況）	36,879 m ²
都市計画区域	市街化区域
地目	宅地
用途地域	第1種中高層住居専用地域
容積率	200%
建蔽率	60%
道路斜線制限	1.25L (20m)
隣地斜線制限	1.25L+20m
日影規制	4h、2.5h 測定面4m
防火・準防火地域	指定なし
高度地区	指定なし
下水道	公共下水道共用区域
埋蔵文化財包蔵地	指定外
洪水リスク	浸水深さが0.5m未満の区域
土地リスク	土壌汚染
既存建物のリスク	アスベストの含有

2 計画概要

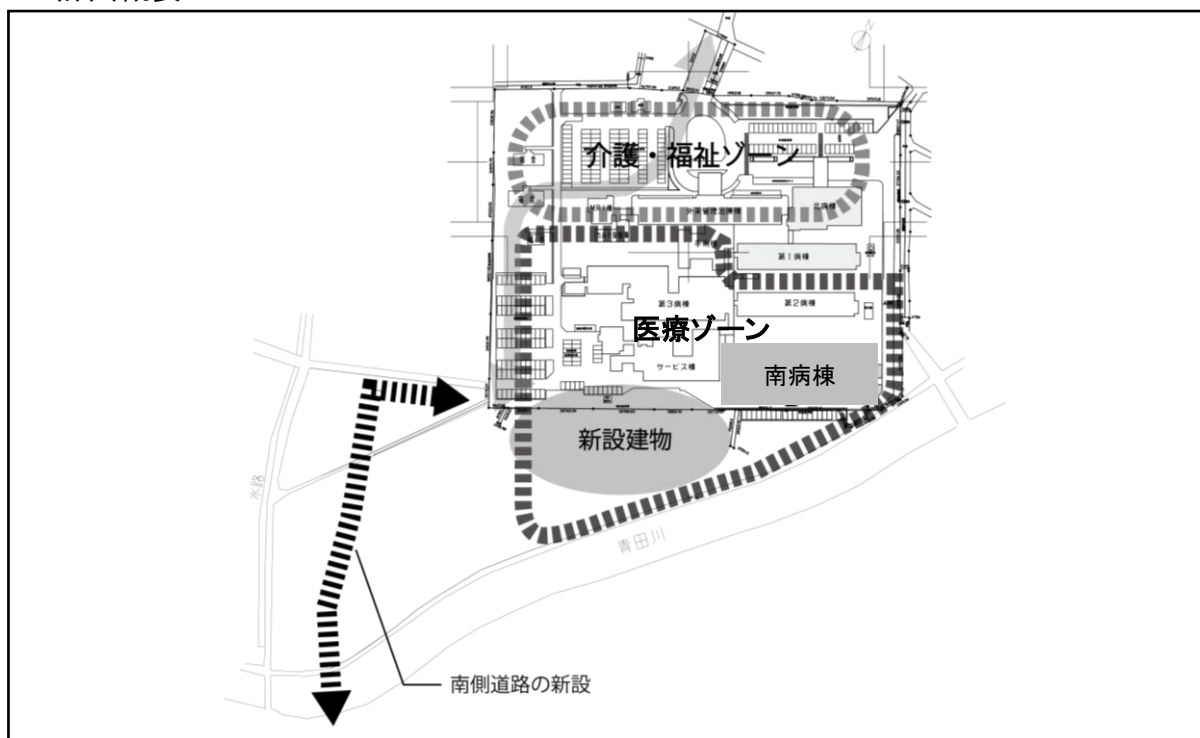


図 5 計画敷地

(1) 敷地規模

- 敷地は現況敷地の南側の土地を活用し、敷地規模は約 30,000 m²とします。

(2) 既存建物の利活用

- 南病棟は平成 14 年竣工の建物であり、療養環境として十分に面積が確保された建物であるため、病院施設として現状の機能を活かしながら新病院の計画を行います。
- 北病棟は南病棟と同時期に建設した建物ですが、新設する建物との連携を考慮した場合、動線等の課題が大きいため、周辺既存建物も含め他用途としての活用を今後検討します。

(3) 建物規模

- 回復期リハビリテーション病棟 (55 床) 及びリハビリテーションセンターを含む南病棟は継続して活用することを前提とし、新病院では 142 床を新たに整備することで、総病床数 197 床とします。
- 基本構想時は、新病院の整備規模を近年建設された他病院の事例を参考に 1 床当たりの面積を 75 m²とし、リハビリテーション部門の強化のための面積として 953 m²を加算した 15,728 m²を目標値としていました。
- 基本計画では、上記の目標値をもとに院内ヒアリングを行った結果、新病院の整備目標面積を 15,810 m²としました。

敷地規模	約 30,000 m ²	(基本構想時 約 30,000 m ²)
建物規模	15,810 m ²	(基本構想時 15,728 m ²)
新病院の新築面積	11,485 m ²	
既存利用する南病棟面積	4,325 m ²	

(4) 土地利用計画

① アクセス道路

- ・ 県道 85 号（主要地方道上越高田インター線）からアクセスしやすいように南側道路の新設を計画します。
- ・ 北側道路は拡幅整備を検討します。

② 土地利用計画

- ・ 医療ゾーン（センター病院）と介護・福祉ゾーンを整備し、医療・介護・福祉の連携による「病院を拠点としたまちづくり」を発展的に推進します。
- ・ 病院建物は南病棟との連携や 1 期工事を考慮し、敷地南側に配置します。

③ 車両動線、駐車場整備計画

- ・ 敷地内にバス、タクシー、自家用車の乗降場所を整備し、バスとタクシーについては待機場所を確保します。
- ・ 現病院の解体後には駐車場台数 400 台～500 台程度を計画します。
- ・ 駐車場入り口の混雑を回避するためのロータリーを確保します。
- ・ 駐車場の一部は冬季の堆雪場として利用します。

④ 浸水対策

- ・ 敷地周辺は洪水による浸水深さが 0.5m 未満の区域に該当します。
- ・ そのため洪水時に病院機能を維持できるように、1 階レベルの設定や病院までのアクセス通路、発電設備の設置位置等を検討します。
- ・ その他、瞬間的な集中豪雨時の建物内への浸水対策として止水板等を整備します。

3 構造計画

- 耐震性能については、大きな地震の後も、構造体の大きな補修をすることなく建築構造物を使用できることを目標とし、「官庁施設の総合耐震・対津波計画基準」における構造体の耐震安全性の目標分類Ⅱ類に基づいた整備をします。

分類	活動内容	対象施設	耐震安全性の分類 (構造体)
救護施設	<ul style="list-style-type: none"> 被災者の救難、救助及び保護 救急医療活動 消火活動等 	病院及び消防関係施設のうち、災害時に拠点として機能すべき施設	Ⅰ類（主に災害拠点病院） 大地震後、構造体の補修をすることなく建築物を使用できる
		病院及び消防関係施設のうち上記以外の施設	Ⅱ類（災害拠点病院以外） 大地震後、構造体の大きな補修をすることなく建築物を使用できる

出典：官庁施設の総合耐震計画基準及び同解説 耐震安全性の分類（抜粋）

- 既存の南病棟との接続や施設規模、経済性等を考慮し、「耐震構造」を基本とします。
- 具体的な構造計画は、地質調査結果等を踏まえ基本設計時に確定するものとしますが、長スパン化が図れ、内部空間がフレキシブルに利用しやすい構造を積極的に採用します。

	特徴	長所	短所
耐震構造	地震力に対して構造体の骨組で耐える構造。建物の揺れはあっても倒壊しない。	一般的な構造であり、コストが安い。長い工期を必要としない。既存建物との接続が比較的容易である。	地震による揺れが大きいいため、大きな家具や設備は転倒に備えて固定する必要がある。
制震構造	建物に装着する制震ダンパー等の働きにより、建物の振れを低減させる構造。	免震の構造ほどではないが建物の揺れを抑えられる。超高層建物に適している。既存建物との接続が比較的容易である。	制震ダンパーをバランスよく配置するために空間の自由度の制約を受ける可能性がある。免震構造ほどではないがコストが高い。大地震等災害後に点検費用が必要である。
免震構造	建物と地盤あるいは梁と柱の間に、免震装置を設置し、建物の揺れをやわらかい揺れへと抑制する構造。	最も建物の揺れを抑えることができ、空間の自由度の制約も生じない。家具等の転倒や散乱を免れるため、業務の復旧が早い。	イニシャルコストが最も高い。免震装置の定期的点検費用が必要である。大地震等災害後に点検費用及び一部補修費用が必要。施工の難易度が上がり、かつ工期が長くなる。既存建物との接続は十分なクリアランスを確保する等の設計上の工夫が必要となる。

4 設備計画

- ・ 各種設備は、安定性・経済性及び保守の容易性を念頭におきながら、患者や利用者、職員にとって良好な環境を提供できるよう整備します。
- ・ 経営の健全化の観点から、初期投資を抑え、かつ設計時に省エネルギー型の設備を検討し、維持管理費を抑制するとともに、環境負荷の低減を図ることができる設備の導入を検討します。

(1) 電気設備

- ・ 大規模地震等の災害時においても電力供給の安全性と信頼性を確保するため、2回線受電（本線・予備線）を検討します。
- ・ 停電時にも最低3日間（72時間）は、通常時の6割程度の電力使用で医療機能を維持できるよう自家発電設備を設置するとともに、必要な燃料を確保します。
- ・ 基本設計着手までにセンター病院で事業継続計画（BCP）を策定し、具体的な災害対策について定めます。
- ・ 停電時に瞬断などの急な電源供給停止による医療機器へのダメージ、コンピューターのデータ損失等を防ぎ、安全に停止するまで正常に電力を供給することができるよう無停電電源装置を設置します。
- ・ LED照明や人感センサーなど、省エネルギー化を図ります。

(2) 空気調和設備

- ・ 患者及び職員アメニティに配慮するとともに、エネルギーロスを減らすため、できる限り個別コントロールができる空調システムを導入します。
- ・ メンテナンスのしやすい機器を採用する等、維持管理費が抑えられる設備を整備します。

(3) セキュリティ設備（保安・防災）

- ・ 病院内の各種設備の稼働状況を監視するための中央監視設備を設置し、防災面、保安面の一元的管理を行うものとします。
- ・ 病院内の防犯体制を強化するため、監視カメラ等を整備するとともに、セキュリティを確保するため、ICカード等による入退室管理システムの導入を検討します。

(4) 給排水衛生等設備

- ・ 効率的でメンテナンスのしやすい設備を整備するとともに、雨水の有効活用など節水に配慮した設備の導入を検討します。
- ・ 医療ガス設備については、病室、手術室、処置室等に配置するほか、災害時等に多数の患者が発生した場合にも対応できるようエントランスホールや講堂等にも配管します。

(5) 昇降機・搬送設備

- ・ 新病院における人・物品等の昇降量・用途を適切に把握し、利用者用、寝台用、物品搬送用など用途に合わせ効率的に昇降機・搬送設備等を整備します。
- ・ 物品の搬送は、エレベーターを利用した院内職員による人手搬送を基本としますが、臨時・緊急での搬送が想定される物品については、機械搬送（小荷物専用昇降機等）の導入を検討します。

5 仮設計画

(1) 新設建物建設時

- ・旧宿舎は先行して解体し、工事期間中の工事車両動線や作業スペースを確保します。
- ・1期工事とすることで、基本構想時の想定より、工期短縮を図ることが可能です。
- ・工事期間中は、患者や救急搬送動線に影響が及ばないよう工夫します。

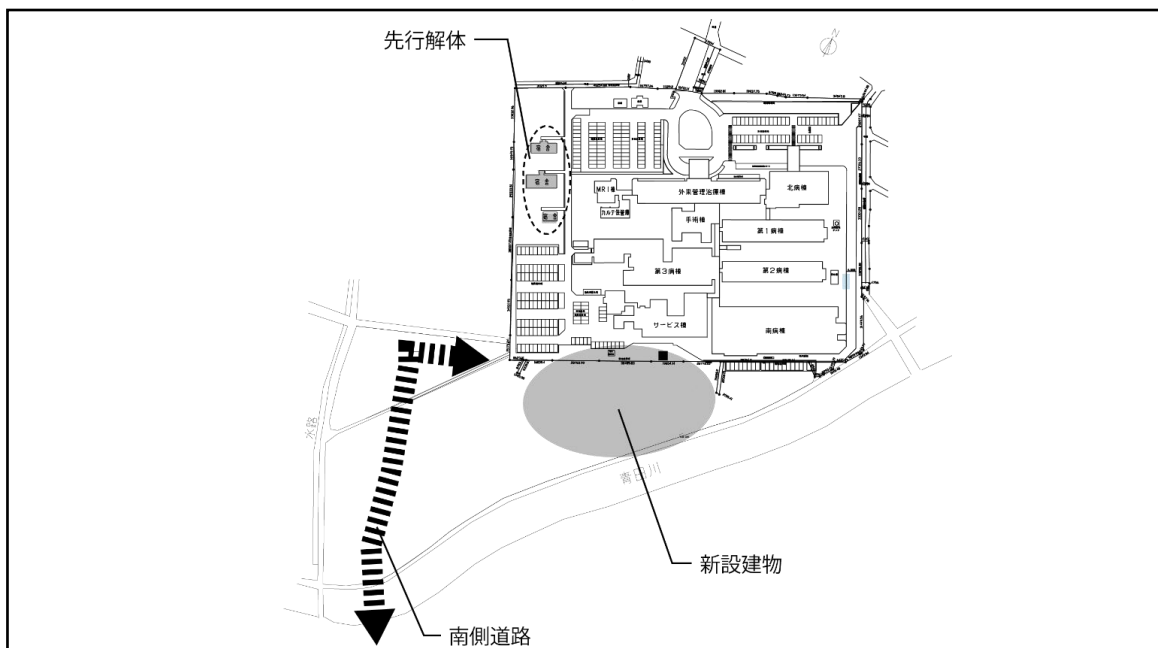


図 6 仮設計画図 (新設建物建設時)

(2) 既存建物解体時

- ・新設建物のメインエントランスは北側を基本としますが、解体工事が完了するまでは西側からの仮設エントランスの動線を確保します。
- ・南病棟への接続は仮設通路整備も検討します。

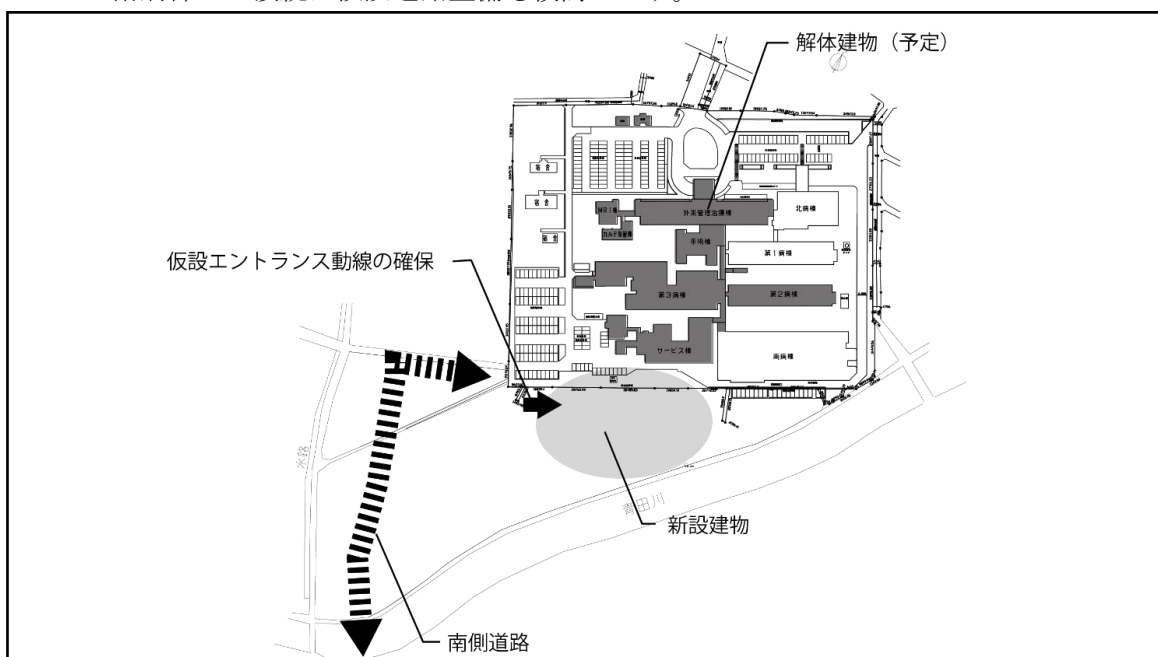


図 7 仮設計画図 (既存建物解体時)

第4章 整備手法

1 整備手法の検討にあたり

・複雑な病院改築においては、整備に係る条件の優先順位によって、採用すべき発注方式が異なりますが、整備手法の検討に当たり、次の条件を基に整備手法を検討しました。

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

2 アンケートの実施

- ・昨今の建設業界の動向として、東京オリンピック、東北大震災復興、消費税の増税など、建設工事発注の急激な増大により、工事費の急騰や労務者不足を引き起こし、入札不調・不落札が社会問題化されています。
- ・そのため、県内・県外の設計事務所や建設会社を対象に、最適な設計・施工の発注方式を検討するためのアンケート調査を実施しました。

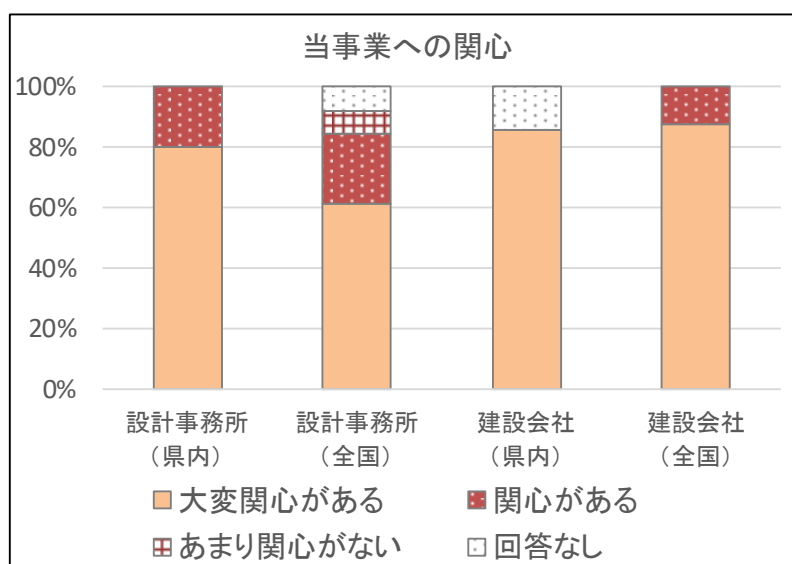
3 アンケート結果

(1) 調査対象

- ・設計事務所は「医療施設」分野の実績が多い18社（配布数20社、県内外合計）を調査対象としました。建設会社も同様に「医療施設」分野の実績が多い15社（配布数19社、県内外合計）を調査対象としました。

(2) 事業に対する関心について

- ・設計事務所及び建設会社ともに、本事業に対しておおむね関心があるという回答でした。

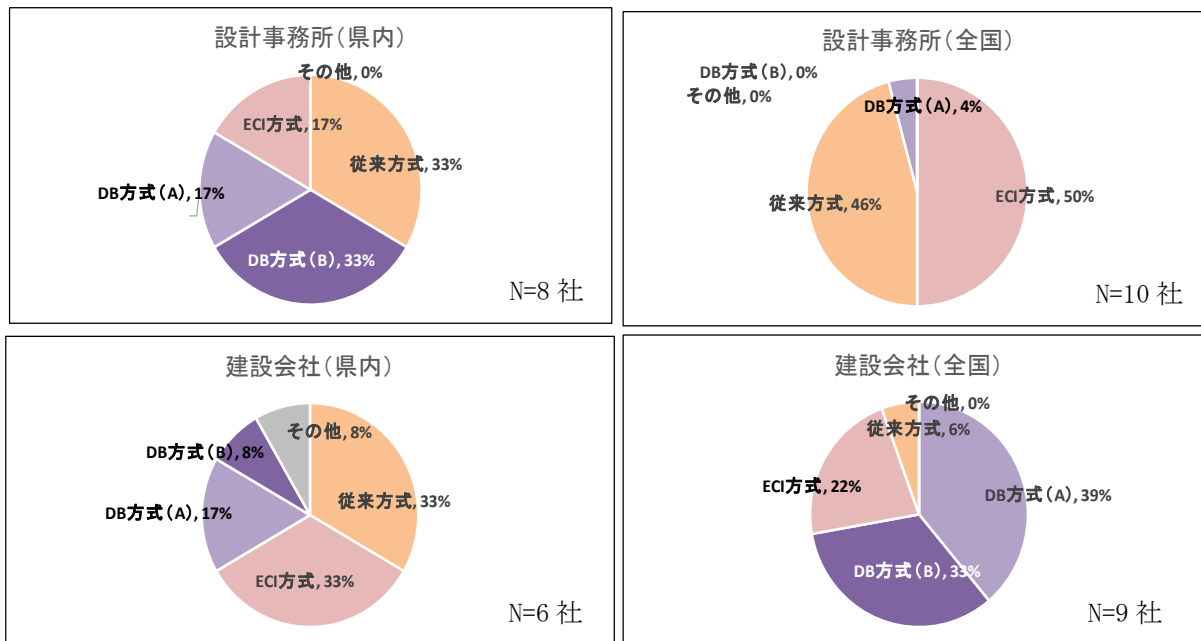


(3) アンケートにおいて望ましいとされた発注方式

- ・全国の設計事務所及び県内の建設会社は、従来方式やE C I 方式を比較的望ましい発注方式として評価しています。
- ・一方で、全国の建設会社は、DB方式が望ましいと評価しています。

※DB方式 (A) : 基本設計から施工までの一括方式

DB方式 (B) : 実施設計から施工までの一括方式



※上記グラフは、アンケートにおいて、4つの発注方式に1位から4位まで順位をつけていただき、1位と2位をまとめたもの。

4 整備手法の比較検討

- ・従来方式、DB方式、E C I方式、それぞれの概要を比較し、センター病院の改築に相応しい発注方式を検討しました。

発注方式	従来方式	デザイン・ビルド (DB) 方式	アーリー・コントラクター・インボルブメント (ECI) 方式
概要	・設計と、施工を分離発注する方式。	・設計と施工を包括発注する方式（基本設計から一括、実施設計から一括、両方のパターンあり）。	・設計と施工を分離発注する方式。 ・実施設計を委託後、施工予定者を選定し、実施設計の段階から施工者が関与する方式。
病院建設事業における前例	・従来からの発注方式であり、病院改築においても前例が多い。	・比較的新しい発注方式ではあるが、病院改築においても多数の前例がある。	・病院改築において、前例が少ない。
施主が要望する仕様(性能)の確保	・発注者による工事監理の厳格化が可能。 ・設計中、施工中でも発注者ニーズが反映しやすい。	・従来方式、ECI方式に比べ、 <u>発注者のニーズが反映しにくく、品質確保にも不安がある。</u> ・特に複雑な病院建築においては <u>発注者側の要望が反映しにくくなってしまふ。</u>	・DB方式に比べ、厳格な工事監理が可能で、設計中、施工中でも発注者ニーズが反映しやすい。

発注方式	従来方式	DB方式	ECI方式
入札不調の 予防	・設計単価と実勢価格の乖離が生じやすく、入札不調のリスクがある。	・施工を含めた長期契約となるため、建設費の変動を懸念して入札不調となる可能性がある（物価スライド条項が必須）。	・入札不調リスクの軽減と入札期間の短縮が可能。
工期短縮効果	・施工者が関与しない設計者単独での設計となり、施工性を考慮した設計とされない（施工技術が拘束される）可能性があるため、工期短縮が図りにくい。	・施工者のノウハウを設計段階から採用できるため、工期短縮が期待できる。ただし、基本設計時点で、ある程度精度の高い積算が求められる。	・施工者のノウハウを設計段階から採用できるため、工期短縮が期待できる。ただし、基本設計時点で、ある程度精度の高い積算が求められる。
工事費縮減 効果	・施工者提案による設計内容の変更が行いにくいいため、高値傾向となりやすい。	・施工者のノウハウを設計段階から採用できるため、工事費縮減が期待できる。 ・ <u>設計変更の単価設定が、施工者主体となるため、コスト増のリスクがある。</u> ・工事監理、コスト管理が不十分となる可能性がある。	・施工者のノウハウを設計段階から採用できるため、工事費縮減が期待できる。

5 結論

- ・病院整備の特殊性を踏まえた上で整備に係る条件を整理し、アンケートの結果から判断した場合、センター病院の改築に相応しい発注方式は、従来方式とECI方式であると考えています。
- ・これらの検討結果を基本とし、従来方式の場合は、入札・契約方式について入札時VE方式¹の採用も検討します。

¹ 入札時に入札参加者から施工方法等に関する提案を募集する方法のこと。

第5章 まちづくり

センター病院の改築にあたり、病院を中心とする医療・介護・福祉が連携した魅力あるまちづくりに向け、土地や建物の有効活用を検討します。

1 想定する敷地概要

- ・ 病院と近接した以下のエリアでのまちづくりを想定します。

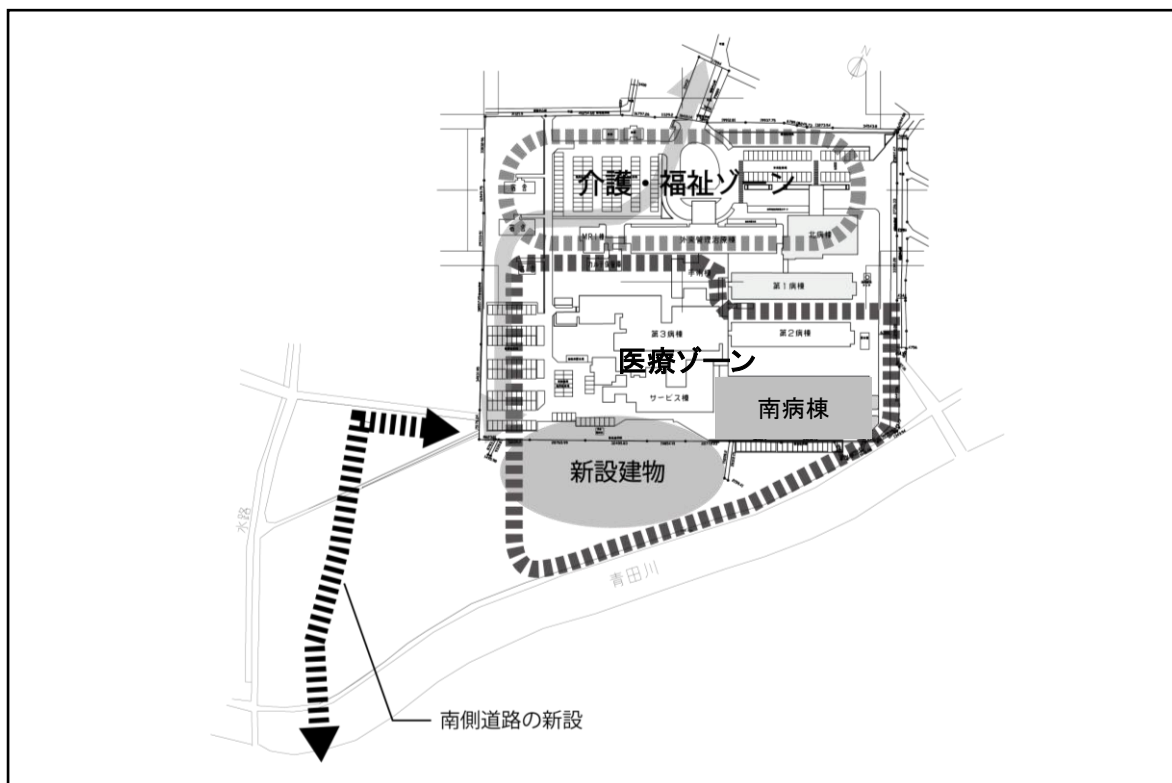


図 8 土地利用計画図

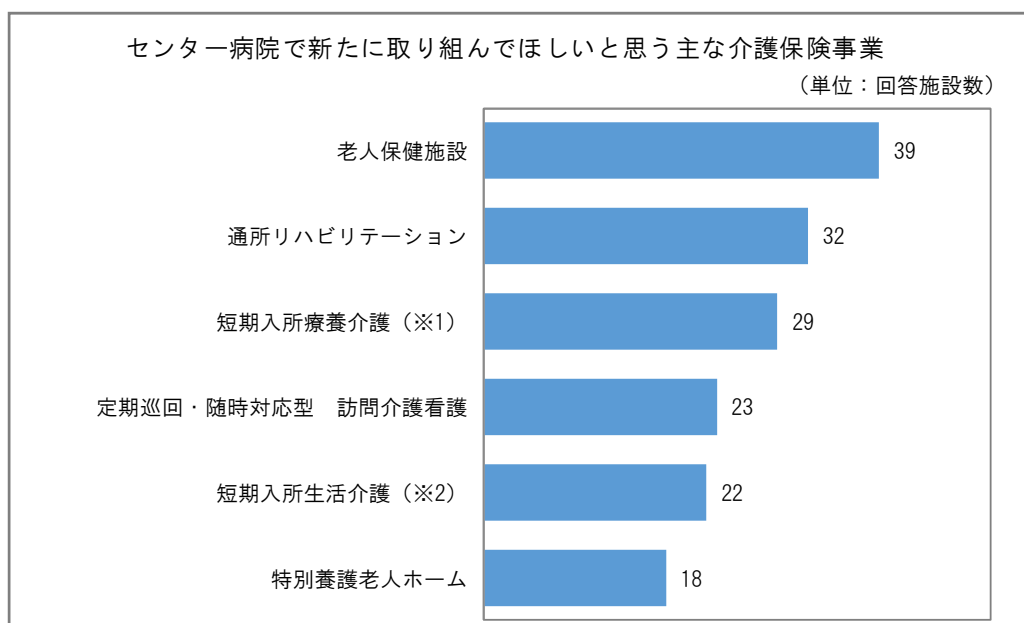
2 市場調査の実施結果

- ・ 民間事業者等を対象に、センター病院の改築に向けた建物及び敷地、周辺土地等の利活用に関する「サウンディング型市場調査」を実施しました。
- ・ 病院内及び敷地内・周辺の土地における事業の様々な提案がありました。提案内容の概要は、次のとおりです。

病院内への設置・整備の提案	病院内保育所 金融機関 コミュニティカフェ 院内売店 病院食提供方法の見直し 病院施設の省エネルギー化 病院施設のセキュリティ対策
病院の敷地及び周辺の土地への設置・整備の提案	調剤薬局の整備 介護用品のショールーム 介護保険関係施設 障害福祉サービス（グループホーム、放課後等デイサービス、児童発達支援事業等） メディカルフィットネス

3 まちづくりについての調査

- ・ 地域の介護福祉施設を対象に、センター病院に求める介護保険事業に関するアンケート調査を実施しました。今後、調査結果を考慮しながら、民間事業者等を交えたまちづくりの検討を進めていきます。



(※1) 老人保健施設や療養病床を持つ医療機関が、医学的管理のもと介護や日常生活上の世話等を提供するもの

(※2) 特別養護老人ホーム等が介護等の日常生活上の世話等や機能訓練を提供するもの

第6章 部門別計画

1 外来部門

(1) 部門方針

- ・ 現状の診療科を継続するとともに、関係機関との連携強化により利用者の利便性向上を図ります。
- ・ 各診療科や部門の医療従事者が協働し、チーム医療を推進するとともに質の高い医療の提供に尽力します。
- ・ 安心して入院ができるよう外来と病棟との情報共有と連携の推進を図ります。

(2) 機能及び規模

① 診療科目

- ・ 新病院開設時には、医療法で定める標準医師数を満たす必要があることから、診療科にこだわることなく、医師確保を最重要課題として取り組みます。その上で現在の診療科（内科、外科、整形外科、リハビリテーション科、肛門外科、児童精神科、麻酔科）を維持するとともに、地域に不足する医療を踏まえた診療科の設定を検討します。

② 外来患者数

- ・ 1日当たりの外来患者数は、160人程度を想定します。

③ 診察室

- ・ 診察室の効率的な利用のため、一部診療科を特定しない診察室（フリーアドレス診察室）を設け、患者数や医師数に応じて振り分けを行います。
- ・ 感染症対策のための隔離された診察室を設置し、一般患者と出入り口を分離します。

④ 注射・点滴・処置

- ・ 外来患者の注射・点滴・処置は中央処置室で行い、必要に応じて各科処置室も使用します。
- ・ 処置室のベッド数は6床程度整備します。
- ・ 感染患者の隔離ができる施設・設備とします。

⑤ 検査

- ・ 外来患者の採血は中央採血室で行います。【新規】
- ・ 採尿・採痰等は採尿室及び採痰ブースで行います。

⑥ 外来化学療法

- ・ 外来化学療法室は2床程度整備します。
- ・ 化学療法室内に無菌調剤室を整備し、調剤を行います。

(3) 運営計画

① 診療体制

ア 診療日

- ・ 土、日、祝日及び年末年始（12月29日～1月3日）を除く毎日

イ 受付時間

- ・ 午前：8:30～11:30
- ・ 午後：13:00～15:00（診療科による）
- ・ 夕方外来：16:30～18:00（一部の曜日）

ウ 診察時間

- ・ 午前：9:00～12:00
- ・ 午後：13:30～15:30
- ・ 夕方：16:30～18:30（一部の曜日）

エ 診療予約制

- ・ 原則予約制とし、患者の利便性向上と待ち時間短縮を図ります。
- ・ 予約の受付・変更は、電話でも対応します。
- ・ 初診患者の当日診察（一部の診療科）も可能とします。

② 受付方法

ア 初診患者の受付

- ・ 初診患者は受付窓口で受付を行います。

イ 再来患者の受付

- ・ 再来患者の受付のため、自動再来受付機を導入します。【新規】

③ 各診療科の受付

- ・ 各診療科の受付は、関連診療科ごとのブロック受付で行います。【新規】

④ 処方

- ・ 外来調剤は院外処方を基本とし、時間外救急をはじめとした一部院内処方にも対応します。
- ・ 市内調剤薬局への FAX コーナーを設置します。

⑤ 会計

- ・ 中央会計とし、自動精算機及び会計窓口での支払いとします。【新規】

(4) 諸室及び配置

① 主な諸室

外来諸室	各科診察室、フリーアドレス診察室、感染症用診察室、ブロック受付、中央処置室（点滴室）、各科処置室（外科・整形外科）、面談・指導室、カンファレンス室、栄養指導室、待合、トイレ 等
化学療法室	化学療法室、無菌調剤室 等

② 主な諸室の条件、部門の配置

- ・ プライバシー保護のため、中待合室は設置しない方針とします。
- ・ 処置室、採尿室・採痰ブース及び中央採血室と検体検査室の検体搬送の動線に配慮します。
- ・ 面談・指導室の一部はフットケアが実施できるよう、流し台を完備します。
- ・ 必要な診療科においては、ストレッチャーでの診察が可能な広さを確保します。

2 病棟部門

(1) 部門方針

- ・ 急性期医療の提供体制を維持するとともに、地域包括ケア病棟の拡充を目指し、在宅支援への関わりを強化します。
- ・ 医療安全面・感染管理面において安全な療養環境を提供します。
- ・ 病床管理体制を整備し、円滑なベッドコントロールと病床の有効活用を図ります。

(2) 機能及び規模

① 病床数

- ・ 病棟種別の病床数は次のとおりとします。

一般病棟（緩和ケア病床を含む）、地域包括ケア病棟	142 床
回復期リハビリテーション病棟	55 床
合計	197 床

※センター病院は現在、緩和ケア病棟としての施設基準を満たしていないものの、北病棟の一般病床 18 床を主にがんの終末期患者などの緩和ケア的な利用に充てています。

上越地域には、施設基準を満たす緩和ケア病棟がないことから、センター病院では、これまでと同様に、一部の病床を緩和ケア的に運用し、疾患に関わらず緩和ケアを必要としている患者を受け入れていきます。

○緩和ケア病棟の主な施設基準とは・・・

- ・ 入院患者は主として悪性腫瘍の患者又は後天性免疫不全症候群に罹患している者であること。
- ・ 24 時間連絡を受ける体制を確保していること。
- ・ 連携する医療機関の医師、看護師又は薬剤師に対して、実習を伴う専門的な緩和ケアの研修を行っていること。
- ・ がん診療連携の拠点となる病院若しくは公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれらに準ずる病院であること。
- ・ 当該病棟内に緩和ケアを担当する医師が常勤していること。

② 看護体制と方式

ア 看護体制

- ・ 以下の看護体制を想定します。

一般病床	10 対 1
地域包括ケア病床	13 対 1
回復期リハビリテーション病床	13 対 1

③ 病床配分・病棟構成

- ・ 病棟は 1 看護単位 47～48 床程度（回復期リハビリテーション病床は 55 床）とし、診療科の特性を考慮した混合病棟とします。
- ・ 施設基準は、急性期一般入院料 4、地域包括ケア病棟入院料 1、回復期リハビリテーション病棟入院料 1 の取得を想定します。

④ 病室の形態

- ・ 病室は、4床室と個室の組み合わせを基本とし、個室の割合は30%程度とします。
- ・ 緩和ケア病床は、全て個室とします。
- ・ 重症者等療養環境加算に係る病室を4床程度整備します。
- ・ 多床室においてもプライバシーの確保に努めるとともに、将来の個室化などに対応できる構成とします。

⑤ 病室の設備

- ・ 病室は冷暖房完備とし、全室個別で管理できる空調設備とします。【新規】
- ・ 室料差額を算定する個室はトイレ・シャワー・洗面台を完備するとともに、家族も付き添える十分な広さを確保します。
- ・ 重症心身障害児（者）の短期入所受入れのための病室は、必要時にモニタリング可能な設備とし、スタッフステーションに近接した配置とします。【拡充】

(3) 運営計画

① 食事

- ・ 配膳方式は中央配膳²とし、温冷配膳車を利用して適温給食を提供します。
- ・ 患者サービスの向上のため、選択メニューやイベントメニューを実施します。

② 薬剤

- ・ 入院患者を対象に薬剤管理指導を実施します。

③ 検査

- ・ 定時採血・臨時採血は看護師が行うことを基本とし、採血容器の準備は検査部門が実施する方針とします。
- ・ 病棟と検査部門間の検体搬送の動線に配慮します。

(4) 諸室及び配置

① 主な諸室

基準病棟	4床室、1床室、陰圧室、薬剤準備室、処置室、一般浴室、特殊浴室、脱衣室、洗濯室、ダイルूम兼食堂、病棟リハビリスペース、車いす置き場、ストレッチャー置き場、面談室、トイレ、多目的トイレ 等
職員用諸室	スタッフステーション、休憩室、仮眠室、看護師長室、リネン庫、器材庫、汚物処理室、職員用トイレ

② 主な諸室の条件、部門の配置

- ・ 患者用トイレは各病室に設置します。
- ・ 病室の洗面所は車いすで使用可能なものとします。
- ・ 特殊浴室の脱衣所は、ベッド2台が十分に入る広さを確保します。
- ・ スタッフステーションは病棟の中央への配置とし、看護動線に配慮します。
- ・ 重症個室は、スタッフステーションとの視認性を確保します。

² 中央のメイン厨房で調理・盛り付けの全ての作業を行い、温冷配膳車や再加熱カートで直接病室に食事を届ける方式。中央配膳方式のほかには、病棟の各階にサテライト厨房を設け、メイン厨房から搬送された患者食の調理作業の一部と盛り付けを行い、病床に配膳する病棟配膳方式がある。

3 救急部門

(1) 部門方針

- ・現在の救急医療体制を維持し、二次救急病院として病院群輪番制を担います。
- ・重篤な救急患者については他医療機関との連携にて対応を図ります。

(2) 機能及び規模

① 診療日・診療時間

- ・夜間・休日も含めた24時間体制とします。

② 対象患者

- ・一次救急及び二次救急医療患者を対象とします。

③ 体制

- ・夜間は、当直医師1名、当直看護師1名を配置します。
- ・休日は、日直医師1名、日直看護師1名を配置します。

(3) 運営計画

① 処方

- ・時間内は院外調剤を基本とします。
- ・夜間・休日の調剤は原則として院内調剤とします。

② 検査、放射線

- ・夜間・休日の検査に関しては、臨床検査技師、診療放射線技師のオンコール体制で対応します。

③ 注射、処置

- ・救急患者への注射、処置は救急処置室で行います。

④ 会計

- ・時間内の会計は、外来の会計窓口で対応します。
- ・時間外の会計は、原則として預かり金制とします。

(4) 諸室及び配置

① 主な諸室

救急外来	救急処置室、風除室 等
------	-------------

② 主な諸室の条件、部門の配置

- ・放射線部門及び内視鏡部門との動線に配慮します。
- ・救急車入口と正面玄関は分離し、患者動線が交錯しないよう配慮します。
- ・救急処置室と中央処置室（点滴室）は隣接配置とし、扉を介して患者を搬送できる構造とします。

4 手術・中央材料部門

(1) 部門方針

- ・ 手術部門は、センター病院に適した施設・設備とするとともに、日帰り手術にも対応できるように手術室及び関連諸室を整備します。
- ・ 患者及び医療従事者の安全性確保のため、最新の感染制御の考えに基づき、動線計画、空調管理、手術設備などについて精査し、最適な施設・設備とします。
- ・ 将来的な手術需要に対応可能な設備とします。

(2) 機能及び規模

① 手術室数

- ・ 手術室数は1室とし、将来の手術需要の拡大に対応可能な予備室1室を整備します。

② 手術室の形態

- ・ 中央ホール型とします。
- ・ 手術室は、患者の安全を確保するために余裕をもって職員の移動や機材の運搬ができるスペースを確保します。

③ 中央材料室

- ・ 器材の在庫管理を徹底し、補充作業の効率化を図ります。
- ・ 洗浄、滅菌場所の区分けを行うなど、医療機器の安全管理を徹底します。

(3) 運営計画

① 手術室の運用

- ・ 手術室は麻酔科が中心となって管理運営を行います。
- ・ 予定手術のほか、緊急手術にも迅速に対応できるよう運用します。
- ・ 麻酔器2台、生体情報モニター1台を整備し、患者の安全性を確保します。

② 患者の搬送方法

- ・ ウォークインやベッド直送を基本とします。
- ・ 患者の乗せ換えが必要な際は、中央ホールで行います。

③ リカバリー

- ・ 術後のリカバリーは、病棟で行います。
- ・ 日帰り手術のリカバリーは、外来の中央処置室（点滴室）を使用して対応します。

④ 検査

- ・ 必要な検査機器の配置について検討するとともに、検査部門と円滑な連携を図ります。
- ・ 検査部門内の機器の充実のため、手術部門内には検査機器を配置しない方針とします。

⑤ 放射線

- ・ 手術中の放射線撮影は、診療放射線技師が行います。
- ・ ポータブルのX線撮影装置、外科用イメージを整備します。

⑥ 中央材料室

ア 洗浄・滅菌

- ・ 内視鏡等の使用部門で洗浄を行う一部の物品を除き、対象物品の一次洗浄からの実施を基本とします。
- ・ 滅菌方法は高圧蒸気滅菌及びプラズマ滅菌とします。

イ 回収・供給

- ・ 使用済み対象物品の回収、滅菌物の供給を行います。
- ・ 病棟、救急処置室の器材は定数配置をし、管理を行います。

ウ 診療材料

- ・ 中央倉庫（診療材料倉庫）を中心に効率的な運用を行います。
- ・ 各部署への定数配置を基本に、払出発注、在庫管理を行います。

（４） 諸室及び配置

① 主な諸室

手術室	手術室、予備室、前室、器材庫、患者更衣室、トイレ、待合室
中央材料室	洗浄室、組立・滅菌室、既滅菌室、中央倉庫（診療材料倉庫）
職員用諸室	職員更衣室、職員控室

② 主な諸室の条件、部門の配置

- ・ 手術室は中央材料室と隣接配置とします。
- ・ 部門内の清潔不潔の区分けや動線に配慮し、ワンウェイ化を図ります。
- ・ 入院手術患者と日帰り手術患者との動線が交錯しないように配慮します。

5 内視鏡部門

(1) 部門方針

- ・ 診療機能の進歩や低侵襲の医療技術の普及を踏まえ、専門職員を中心に安全かつ良質な内視鏡検査・治療を行います。
- ・ 患者のプライバシーに配慮するとともに、職員が効率的に業務を行えるような動線計画とします。
- ・ 器材の滅菌・消毒を適切に行い、感染事故の防止に努めます。

(2) 機能・規模及び運営計画

① 内視鏡室数

- ・ 内視鏡室 2 室（上部・下部）

② 内視鏡検査・処置

- ・ 上部消化管、下部消化管内視鏡検査及び治療を実施します。
- ・ 内視鏡検査・治療は原則、予約制とします。
- ・ 夜間・休日はオンコール体制で対応します。

③ 前処置・回復

- ・ 前処置室にて麻酔などの直前の処置を行います。
- ・ リカバリーは外来の中央処置室（点滴室）等で対応します。

(3) 諸室及び配置

① 主な諸室

内視鏡室	内視鏡室（上部・下部）、洗浄室、汚物処理室、器材庫、前処置室、患者更衣室、待合室、トイレ 等
------	--

② 主な諸室の条件、部門の配置

- ・ 下部消化管内視鏡検査・治療のために室内にトイレを設置します。
- ・ 生理機能検査室、放射線部門と近接配置とし、外来患者の動線に配慮します。
- ・ 生理機能検査室、放射線部門と近接配置とし、待合室は共用とします。

6 薬剤部門

(1) 部門方針

- ・ 医薬品安全管理の責任者の設置や講習会への参加により、医薬品の適正使用を図り医療安全に努めます。
- ・ 医薬品の安全で効果的な使用のための管理と情報提供の充実を図ります。
- ・ 日本病院薬剤師会が奨めている病棟業務の拡充を目指すとともに、回復期機能を有する病院の薬剤科としての在り方を検討します。
- ・ 外来業務についても入院患者と同等の業務の展開を目指します。

(2) 機能及び規模

① 外来調剤

- ・ 外来調剤は院外処方とし、時間外救急などの一部は院内処方にも対応します。
- ・ かかりつけ薬局・薬剤師と連携し、より適正な薬物療法を提供します。

② 入院調剤

- ・ 入院処方薬は定期・臨時を含め、医師の指示に基づき一包化を実施します。
- ・ 注射薬は患者毎にセット化し提供します。
- ・ 他医療機関等と連携し、安全、シームレスな薬物療法を提供します。

③ 製剤業務

- ・ 市販されておらず治療上不可欠な剤型の薬剤については、薬剤部で安全性を十分に考慮した上で調製を行います。

④ 医薬品情報管理業務

- ・ 毎月1回、医薬品安全管理委員会で医薬品情報の提供を行います。
- ・ 医療従事者や患者からの問い合わせに対しても迅速に対応します。
- ・ フォーマリラー³の導入を検討します。【新規】

⑤ 薬剤管理指導業務

- ・ 診療科及び看護部門の理解と協力を得て、薬剤管理指導業務を実施します。
- ・ 持参薬及び常用薬の確認及び患者・家族への面談、診療情報提供書や入院時各種検査結果をもとに、患者の病態や生活に適した薬物療法の処方提案を行います。
- ・ 各病棟に薬剤師を配置し、病棟薬剤業務実施加算の取得を目指します。【新規】
- ・ 将来的には訪問薬剤管理指導の実施を検討します。【新規】

³ 「医療機関における患者に対して、最も有効で 経済的な医薬品の使用における方針」のこと。治療の標準化を目的とした医薬品の使用指針であり、医薬品安全管理と経済面への貢献が期待できる。

(3) 諸室及び配置

① 主な諸室

薬局	薬局、薬剤事務室、医薬品情報管理室、無菌調剤室、薬局長室 等
----	--------------------------------

② 主な諸室の条件、部門の配置

- ・ 浸水対策のため、医薬品倉庫を含めて薬局は2階以上への設置とします。
- ・ 医薬品倉庫は外部からの動線に配慮し、搬入の円滑化を図ります。
- ・ 薬受け渡し窓口を医事課に設置し、薬剤師が薬品説明、受け渡しを行います。

7 放射線部門

(1) 部門方針

- ・ 円滑な画像診断を実施するとともに、外来、病棟等との迅速な連携を図ります。
- ・ 患者が安心して撮影や検査を受けられるように、患者の快適さやプライバシーに配慮した施設設備とします。

(2) 機能及び規模

- ・ 現状と同数程度の撮影機器を整備します。

機器名	台数
CT	1 台
MRI	1 台
一般撮影装置	2 台
X線 TV 装置	1 台
マンモグラフィー装置	1 台
骨密度測定装置	1 台
ポータブル撮影装置	1 台

(3) 運営計画

① 検査体制

- ・ 外来患者の動線短縮のため、生理機能検査室及び内視鏡室と受付を集約します。
- ・ CT 及び MRI の読影は外部委託を基本とします。

② 緊急撮影

- ・ 時間外の緊急撮影は、オンコール体制にて対応します。

(4) 諸室及び配置

① 主な諸室

放射線撮影室	CT 検査室、MRI 室、一般撮影室、X線 TV 室、骨密度測定室、マンモグラフィー撮影室、操作室兼読影室、CPU 室、患者用トイレ、オンコール用更衣室 等
--------	--

② 主な諸室の条件、部門の配置

- ・ 透視下内視鏡検査・治療の実施のため、内視鏡室との動線に配慮します。
- ・ 各撮影室に十分な広さの更衣スペースを整備します。
- ・ ストレッチャーが相互通行できる廊下幅を確保します。
- ・ 職員の動線に配慮し、操作室の集約化を想定します。

8 検査部門

(1) 部門方針

- ・ 業務の効率化のため、検体検査、輸血検査、細菌検査の配置の一元化を図ります。
- ・ 患者の採血、輸血、検査等におけるチェック体制の向上を図るとともに、感染予防に十分配慮し、安全で精度の高い検査を提供します。
- ・ 現在、院内受託（FMS[Facility Management System]）方式⁴を採用している項目は継続します。

(2) 機能及び規模

① 検体検査

- ・ 一般検査、臨床化学検査、血液検査を実施します。
- ・ 各検査機能を、検体検査室内に集約して配置し、業務の効率化を図ります。
- ・ 検査結果の迅速な報告体制に対応するため、電子カルテシステムと連動した検査結果の報告体制を確立します。

② 生理機能検査

- ・ 超音波検査、心電図、ホルター心電図、呼吸機能検査、脈波検査、24時間血圧測定、簡易睡眠時無呼吸検査、終夜睡眠時無呼吸検査などの生理機能検査を実施します。

③ 輸血検査

- ・ 血液型検査、交差適合試験、不規則抗体のスクリーニングや同定など輸血に必要な検査を実施します。

④ 細菌検査

- ・ 一般細菌検査、抗酸菌検査において、塗抹検査、培養検査、薬剤感受性試験などを実施します。

⑤ その他検査

- ・ 血液ガス検査を実施します。

(3) 運営計画

① 検体検査

- ・ 検体検査は臨床検査技師（一部医師・看護師）が院内で実施します。ただし、特殊な検査、頻度の少ない検査、院内で実施することが経済的でない検査は外部への委託を基本とします。
- ・ 臨床検査技師のオンコール体制を継続し、24時間緊急検査にも対応します。

② 検体の採取

- ・ 外来の採尿・採痰は、採尿室及び採痰ブースで行うか、患者が自宅で採取し持参します。
- ・ 外来患者の採血は中央採血室で行い、全自動採血管準備装置の導入により採血容器の準備業務の効率化を図ります。【新規】

⁴業者が、生化学や血液の自動分析機器とその専用試薬を一括提供し、検査件数による契約単価に応じて、病院から業者に支払う方式。

③ 生理機能検査

- ・ 生理機能検査は臨床検査技師が実施します。
- ・ ホルター心電図、24 時間血圧測定、簡易睡眠時無呼吸検査、終夜睡眠時無呼吸検査は予約制とし、その他の検査に関しては随時実施します。

④ 輸血

- ・ 血液製剤の発注・管理・払い出しは臨床検査技師が行い、夜間・休日は、当直看護師が担当します。
- ・ 検査部門における輸血管理の一元化を図り、輸血管理料の算定を目指します。【新規】

⑤ その他検査

- ・ 血液ガス検査は、医師が採血し、検査室にて即時実施します。

(4) 諸室及び配置

① 主な諸室

検体検査	検体検査室（一般検査・生化学検査・輸血管理）、細菌血清検査室、洗浄滅菌室、倉庫、中央採血室、採尿室、喀痰室、検査科事務室
生理機能検査	生理機能検査室、超音波検査室、倉庫

② 主な諸室の条件、部門の配置

- ・ 患者の利便性を考慮し、生理機能検査室は外来部門・放射線部門と同一階とします。
- ・ 検体検査室と中央採血室が上下階に分かれる場合、小荷物専用昇降機の整備を検討します。
- ・ 生理機能検査室、放射線部門、内視鏡部門の受付は集約化を図ります。

9 リハビリテーション部門

(1) 部門方針

- ・ 退院後の在宅介護を見据えた介護指導を提供し、在宅復帰に向けた支援を行います。
- ・ 地域住民や時代のニーズに沿ったリハビリテーションを追求し、総合的なリハビリテーションの提供に努めます。
- ・ 小児患者のニーズに対応可能な特殊なリハビリテーションの環境を整備します。

(2) 機能及び規模

① 主な対象疾患等

- ・ 脳血管障害（脳出血、脳梗塞、SAH等）
- ・ 運動器障害（骨折、脊髄損傷等）
- ・ 呼吸器疾患（COPD、肺炎等）
- ・ 廃用症候群（開腹術後、肺炎後、内臓疾患等の安静後等）
- ・ がん
- ・ 小児疾患（脳性麻痺、遺伝子疾患、四肢欠損等）

② 施設基準

- ・ 以下の施設基準の取得を前提に、必要な人員・設備等の整備を目指します。
 - a. 回復期リハビリテーションの施設基準（I）
 - b. 脳血管疾患等リハビリテーション料（I）
 - c. 運動器リハビリテーション料（I）
 - d. 呼吸器リハビリテーション料（I）
 - e. 廃用症候群リハビリテーション料（I）
 - f. がんリハビリテーション料（将来的に心大血管リハビリテーションの施設基準取得も検討します。【新規】）

③ 入院リハビリテーション

- ・ 365日体制でリハビリテーションを提供します。
- ・ 入院リハビリテーション患者は1日当たり60～100人程度を想定します。
- ・ 入院患者に対する急性期リハビリテーション、地域連携パス患者や回復期病棟入院患者に対する回復期リハビリテーション、緩和ケアリハビリテーションを実施します。
- ・ 入院患者の早期リハビリテーションや症状に応じた治療訓練を行い、家庭復帰・社会復帰のためのADL（日常生活動作）訓練に積極的に取り組みます。
- ・ 地域性を考慮し屋外菜園を利用した作業療法を取り入れます。
- ・ 安全な屋外のリハビリコースを利用した屋外歩行練習を行います。【新規】

④ 外来リハビリテーション

- ・ 外来リハビリテーション患者は1日当たり15～20人程度を想定します。
- ・ 小児外来リハビリテーション、成人外来リハビリテーション、装具外来を実施します。

⑤ 訪問リハビリテーション

- ・ 上越市と一部妙高市を対象に在宅訪問リハビリテーションを実施します。

⑥ 通所リハビリテーション

- ・ 短時間の通所リハビリテーションの開設を目指します。【新規】

(3) 運営計画

① 評価

- ・ ドライブシミュレーターによる運転再開のための評価・支援を行います。
- ・ 在宅復帰後の自宅環境に近い設備を利用して動作評価を行います。
- ・ 嚥下機能の評価・訓練を実施します。
- ・ 関連職種による評価会議（カンファレンス）を定期的で開催します。
- ・ 身体機能評価、高次脳機能障害の評価、復職評価を行います。

② 退院指導・介護相談

- ・ 看護師や地域の保健・医療・福祉の関係機関等と連携し、退院予定患者及び家族に対し、退院後の患者に対する介護方法の指導及び介護サービスの助言・紹介等を行います。

(4) 諸室及び配置

① 主な諸室

リハビリテーションセンター	理学療法室、作業療法室、言語聴覚室、小児治療室、ADL 室、木工金工室、評価室、スタッフルーム、カンファレンス室、器材庫、水治療室、装具室、外来患者用ロッカー室、トイレ 等
---------------	--

② 主な諸室の条件、部門の配置

- ・ 言語聴覚室は、静かな環境で検査・訓練が実施でき、発声練習の音が大きく外に漏れないような防音構造を基本とします。
- ・ リハビリテーション部門の評価室（理学療法・作業療法・言語聴覚療法）は、静かな環境で、かつ通路又は隣室から観察しやすい構造とします。
- ・ 児童精神科患者へのリハビリテーション提供に向けて、小児治療室の拡充を想定します。

【拡充】

10 栄養部門

(1) 部門方針

- ・ 衛生上安全であり、かつ患者に喜ばれる給食を提供します。
- ・ 患者の病態に応じた適切な治療食の提供を行うと共に、栄養食事指導の積極的な実施により、患者の病状の早期回復や栄養状態の改善を目指します。
- ・ 大量調理施設衛生管理マニュアルに準じた厨房・設備とし、効率的な動線を整備します。

(2) 機能及び規模・運営計画

① 食事提供

ア 食事

- ・ 配膳方式は中央配膳方式とします。
- ・ 適時給食を実践するために、提供時間は次のとおりとします。
朝 7:20、昼 12:00、夕 18:00 頃
- ・ 温冷配膳車の利用により適温給食を実践します。
- ・ 各病棟に患者のアメニティを考慮し病棟食堂（デイルーム）を設けます。
- ・ 朝食のみ副菜の選択を可能とします。
- ・ 緩和ケア患者の食事のリクエスト式を継続します。

イ 調理方式

- ・ 施設内給食とします。
- ・ クックサーブ⁵を基本とし、調理負担軽減を目的に、ニュークックチル⁶、クックチル⁷の導入を検討します。【新規】

ウ 配膳方式

- ・ 中央配膳により、栄養部門職員が各病棟まで温冷配膳車で搬送します。
- ・ 業務用のエレベーターを設置するとともに衛生に配慮した動線を明確にします。
- ・ 病棟内に下膳車設置のためのスペースを確保します。

② 栄養食事指導

ア 個別栄養指導

- ・ 管理栄養士が外来患者への栄養食事指導を行います。
- ・ 入院患者への栄養食事指導においては、医師、薬剤師、看護師等と協働して栄養計画を作成します。
- ・ 栄養食事指導は、平日 9:00～17:00 に原則予約制で対応します。
- ・ 将来的に訪問栄養指導、居宅療養指導の実施を検討します。

イ 集団栄養指導

- ・ 糖尿病患者に食品交換表の使い方、外食・間食についての指導を行います。
- ・ 糖尿病教育入院のタイミングに合わせて指導を実施します。

⁵ 食事を提供する直前に加熱調理した食品を、温かいまま盛り付け、提供する方式。

⁶ 加熱調理した食品を短時間に急速冷却して、盛り付けたままチルド保存し、食事提供時に再加熱して提供する方式。

⁷ 加熱調理した食品を短時間に急速冷却して、チルド保存し、食事提供時に再加熱して盛り付け、提供する方式。

(3) 諸室及び配置

① 主な諸室

厨房	入荷室、ゴミ庫、備品庫、検収室、冷蔵室、冷凍室、食品庫、下処理室、調理室、チルド庫、カートプール、洗浄室、前室
事務室	栄養事務室、職員更衣室、休憩室、トイレ、検食室

② 主な諸室の条件、部門の配置

- ・ 災害を想定し、非常食倉庫の設置場所に配慮します。
- ・ 食材搬入業者の搬入動線に配慮します。
- ・ 栄養指導室は外来と近接配置とします。
- ・ 栄養指導室には、簡易的な調理実習ができるスペースを確保します。
- ・ 集団栄養指導は、車いす患者 10 人程度に対応できるよう、会議室等の利用を想定します。

1 1 医療安全管理部門

(1) 部門方針

- ・ 医療安全及び医療の質の向上を図ります。
- ・ 職員の意識向上を図るとともに、院内における安全文化の醸成に努めます。

(2) 機能及び規模・運営計画

① 医療安全管理

- ・ 医療安全対策の企画、立案、評価を行います。
- ・ 専従の医療安全管理者を配置します。

② 安全管理に関する教育研修

- ・ 医療事故防止を目的に、全職員を対象に医療安全研修会を年2回以上実施し、職員の安全管理意識の向上、啓蒙・啓発に努めます。
- ・ BLS・AEDの実践訓練などロールプレイングや実際に器材を使用しての事故想定訓練を計画・実施します。
- ・ 医療安全管理委員会への医師の参画、研修の運営への支援体制を整え、医療安全への取り組みを強化します。

③ インシデント・アクシデント報告の管理

- ・ 事例の収集・集計・分析・調査を行い、改善策や再発防止策の検討を行います。
- ・ インシデント・アクシデント報告は、当該事例を発見した者が第一次報告をし、当該部署内でのカンファレンスにおける改善策についての協議の後に第二次報告（詳細報告）を行います。
- ・ 必要時には医療安全管理者もカンファレンスに出席し、協議に参加します。
- ・ 院内で共有すべき事例については、医療安全管理委員会で協議を行います。

④ 院内巡視

- ・ 医療安全管理者は、定期的に院内を巡回して情報収集と実態調査・確認を行い、部門ごとの改善点について検討し、指導を行います。
- ・ 各月のテーマを決めて、月1回医療安全管理委員が院内の巡回・評価・指導を実施します。

(3) 諸室及び配置

① 主な諸室

医療安全管理	医療安全管理室（兼感染対策室）
--------	-----------------

② 主な諸室の条件、部門の配置

- ・ 医療安全管理室は感染対策室と同室とします。
- ・ 管理諸室との配置に配慮します。

1 2 感染防止対策部門

(1) 部門方針

- ・ 医療関連感染の発生を未然に防止するとともに、発生した感染症が拡大しないように可及的速やかに制圧・終息を図ります。
- ・ 清潔・不潔の動線を分化し、感染防止対策を強化します。

(2) 機能及び規模・運営計画

① 感染防止対策

- ・ 院内は清掃のしやすい環境を整備し、清潔の維持に努めます。
- ・ 医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師等で構成される感染対策チームが主体となって感染防止対策に取り組みます。

② 感染防止に関する教育研修

- ・ 感染防止対策のために、全職員を対象に医療関連感染についての研修会を年2回以上実施し、職員の意識の向上、啓蒙・啓発に努めます。

③ 院内巡視

- ・ 毎週1回を目安に各部署に対して院内巡視を行い、改善指示・指導を実施します。

(3) 諸室及び配置

① 主な諸室

感染対策	感染対策室（兼医療安全管理室）
------	-----------------

② 主な諸室の条件、部門の配置

- ・ 感染対策室は医療安全管理室と同室とします。
- ・ 管理諸室との配置に配慮します。

1 3 健診部門

(1) 部門方針

- ・ 地域住民のニーズに沿って健診機能の充実を図るとともに、診療部門との連携を強化し、効率的な業務システムを確立します。
- ・ 地域住民の健康を守るため、予防医療と早期発見に努め、住民の健康管理を支援します。
- ・ 健康教室に関する取り組みを積極的に行い、地域住民の健康増進、疾病予防、介護予防を推進します。

(2) 機能・規模及び運営計画

① 対応健診内容

- ・ 一般健診
- ・ 事業所健診【新規】

② 運営

- ・ 健診受診者と一般外来患者との動線の交錯が最小限となる配置とします。

(3) 諸室及び配置

① 主な諸室

健診	診察室、計測室、待合 等
----	--------------

② 主な諸室の条件、部門の配置

- ・ 診察室は個別に整備し、検査室等は一般外来患者と共有とします。
- ・ 放射線部門・検査部門との動線に配慮します。
- ・ 外来患者と健診受診者の動線がなるべく交錯しない配置とします。

1 4 患者支援部門

(1) 部門方針

- ・ 地域医療連携、入退院支援、医療相談等の機能を適切に提供し、総合的な患者支援に取り組みます。
- ・ 紹介・逆紹介の窓口となり、地域医療連携を推進します。
- ・ 患者及び家族の抱える経済的、心理的、社会的問題に対する支援を行います。

(2) 機能・規模及び運営計画

① 地域医療連携

- ・ 初診の紹介患者の診療予約、外来予約の変更受付、紹介・逆紹介の窓口業務、返書の確認業務、退院支援業務を実施します。

② 入退院支援

- ・ 医事部門と隣接した位置に窓口を設置し、入退院支援業務を行います。

③ 病床管理

- ・ 患者支援部門が中心となって病床管理を行います。
- ・ 空床を利用した重症心身障害児（者）の短期入所の受け入れ調整を行います。

④ 医療相談

- ・ 患者及び家族にとってわかりやすい医療相談窓口の設置を検討します。
- ・ 患者及び家族のプライバシーを考慮した面談室を設置し、生活上の問題や社会復帰等に関する個別相談に応じます。
- ・ 看護師、医療福祉相談員による在宅介護についての講演会や、患者及び利用者の在宅介護についての談話会を設ける「在宅介護を応援するカフェ」を月1回実施します。

(3) 諸室及び配置

① 諸室構成

患者支援センター	地域医療連携室、医療相談窓口、面談室
----------	--------------------

② 主な諸室の条件、部門の配置

- ・ 医事部門と地域医療連携室は近接配置とし、病院利用者にもわかりやすい配置とします。
- ・ 患者、利用者の混乱防止のため、地域包括支援センターとの配置の区分けを図ります。
- ・ 入院患者、外来患者両者の動線に配慮します。

15 在宅医療支援部門

(1) 部門方針

- ・ 各部門との連携がとりやすいよう、オープンスペースとなるような設置を検討します。
- ・ 緩和ケア病床、回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟との連携を強化します。
- ・ 障害者相談支援事業においては重症心身障害児（者）の短期入所機能との連携を強化し、在宅療養を支援します。

(2) 機能・規模及び運営計画

① 訪問診療

ア 対象地域

- ・ 上越市と一部妙高市

イ 業務内容

- ・ 在宅医療支援センター各事業と連携し、患家へ定期的に訪問し診療を行います。
- ・ 訪問診療に従事する医師数に応じて緊急往診にも対応します。

② 訪問リハビリテーション

ア 訪問地域

- ・ 上越市と一部妙高市を対象とします。

イ 業務内容

- ・ 在宅訪問リハビリテーションを実施します。
- ・ サービス担当者会議や退院前カンファレンス、退院前訪問指導へ参加します。
- ・ 地域のリハビリ職種や多職種との連携・交流を目的とした勉強会を開催します。

③ 訪問看護ステーション

ア 訪問地域

- ・ 訪問地域は、旧上越市、板倉区、清里区、三和区、浦川原区、大潟区、頸城区、中郷区、妙高市（旧新井市）を対象とします。
- ・ サテライトステーションは、柿崎区、吉川区を対象とします。

イ 業務内容

- ・ 健康状態の観察、服薬管理、リハビリテーション、点滴、注射など、医療処置、食事・排泄の介助、療養生活の相談とアドバイス等を行います。
- ・ サービス担当者会議、退院前カンファレンスに参加します。
- ・ 定期的に訪問診療担当医・外来看護師とカンファレンスを行います。

④ 居宅介護支援事業

ア 対象地域

- ・ 上越市と一部妙高市

イ 業務内容

- ・ 介護支援専門員が、利用者の心身状況や環境に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、ケアプラン（居宅介護サービス計画）を作成します。
- ・ 利用者及び家族の状況やケアプランの実施状況等を把握するため、継続的にモニタリング・訪問を行います。
- ・ 要介護認定者やその家族からの求めがある場合、在宅介護サービス、地域密着型サービス、施設サービス等について相談支援を行います。

⑤ 地域包括支援センター

ア 対象地域

- ・ 南本町 1～3 丁目、南新町、南高田町、東城町 1～3 丁目、南城町 1～4 丁目、本町 1～2 丁目、仲町 1～2 丁目、寺町 1 丁目、大町 1～2 丁目、和田地区

イ 業務内容

a. 総合相談支援業務

- ・ 地域の高齢者にどのような支援が必要か把握し、地域における適切なサービス、機関又は制度の利用に繋げる等の支援を行います。

b. 権利擁護業務

- ・ 地域生活に困難な状況にある高齢者が、地域において尊厳のある生活を維持し、安心して生活ができるよう専門的・継続的な視点から支援します。

c. 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

- ・ 地域の高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、主治医、介護支援専門員、多職種、他関係機関との連携により包括的・継続的なケアマネジメントを実現するための後方支援を行います。

d. 介護予防ケアマネジメント業務

- ・ 地域の高齢者の自立保持のため、利用者の主体的な活動と参加意欲を高めることを目指し、介護予防事業に関するケアマネジメントを行います。

⑥ 障害者相談支援事業所

ア 対象地域

- ・ 上越市内

イ 業務内容

- ・ 指定計画相談支援・指定障害児相談支援・地域移行支援・地域定着支援のサービス提供時におけるサービス等利用計画の作成、担当者会議の開催及びモニタリングを実施します。
- ・ 放課後等デイサービス・生活介護事業所・短期入所施設・居宅介護事業所・就労支援事業所・学校・病院等との連絡調整を行います。
- ・ 地域課題や社会資源開発等のための自立支援協議会との連携を図ります。

(3) 諸室及び配置

① 主な諸室

在宅医療支援センター	訪問看護ステーション、訪問リハビリテーション事業所、居宅介護支援事業所、障害者相談支援事業所、地域包括支援センター、相談室
------------	---

② 主な諸室の条件、部門の配置

- ・ 面談室はプライバシーを考慮した設備とします。
- ・ 地域包括支援センターは、利用者の利便性を考慮し、1階への配置を原則とします。

16 医事部門

(1) 部門方針

- ・ 医療費等の請求の適切化、最大化に取り組みます。
- ・ 窓口の接遇向上に努めます。
- ・ 他部門との連携や情報共有を通じて、業務改善、経営改善に取り組みます。

(2) 機能及び規模・運営計画

① 案内・誘導

- ・ プライバシーへの配慮、患者サービスの向上のため、診察番号表示システムの導入を検討します。【新規】

② 会計業務

- ・ 外来診療、入院診療、健診等の費用計算を行います。
- ・ 会計窓口にて会計計算を行います。
- ・ 待ち時間短縮、利便性向上のために自動精算機の導入を検討します。【新規】
- ・ 会計表示板を設置します。

③ 医事業務

- ・ 診療報酬請求・レセプト点検、診療報酬に係る施設基準の届出、未収金リスト作成・督促電話・督促状の送付、医事統計の調製・管理、診療報酬情報の発信等を行います。
- ・ 外来・病棟部門へ医師事務作業補助者を配置します。【拡充】

④ 医事相談業務

- ・ 医事相談窓口を設置し、患者にわかりやすい配置とします。
- ・ 事務職員の専門性の向上を目指し、研修等への参加を支援します。

(3) 諸室及び配置

① 主な諸室

医事課	医事課事務室、受付窓口、相談窓口、スキャナー室 等
-----	---------------------------

② 主な諸室の条件、部門の配置

- ・ 患者支援センターと近接配置とします。
- ・ 医事受付と外来診療費計算以外は、受付から見えないような構造とします。

17 管理部門

(1) 部門方針

- ・ 安定した医療の提供を継続するため、医師と医療従事者の確保に取り組みます。
- ・ 職員が働きやすい職場環境の向上に努めます。
- ・ 防災、災害対応の強化のため、災害発生時の医療機関としてのあり方を明確にし、その役割を果たします。
- ・ 患者及び家族が安心して医療が受けられ、地域住民から愛される病院を目指します。
- ・ 電子カルテを含む医療情報システムを整備することで、医療安全・医療の質の向上と業務の効率化を図ります。【新規】

(2) 機能及び規模・運営計画

① 総務業務

- ・ 以下の業務を実施します。
 - ア 人事、労務管理に関すること
 - イ 給与計算、社会保険手続き、福利厚生に関すること
 - ウ 予算、支出事務、契約事務に関すること
 - エ 他医療機関、施設、地域住民等への広報誌発行やホームページの管理
 - オ 医師と医療従事者の確保

② 施設管理業務

- ・ 施設、設備の維持管理を行います。
- ・ 業務委託の管理を行います。

③ 関連諸室の管理

- ・ 講堂、会議室、応接室、更衣室、医局等の管理を行います。
- ・ 限られた諸室を効率よく使用するための管理を行います。

④ 福利厚生施設の管理

- ・ 昼食や休憩がとれる休憩室を設置します。
- ・ 医学書やインターネットからの情報収集等、職員が学習可能な図書室を整備します。【新規】
- ・ 院内保育所の開設を検討します。【新規】

(3) 諸室及び配置

① 主な諸室

研修・会議室	講堂、会議室、倉庫（講堂用）、ボランティア室、学生控室
幹部諸室	院長室、副院長室、看護部長室、事務長室、応接室
医局、当直室等	医局、当直室、仮眠室、シャワー室、
事務全般	事務室、営繕倉庫、湯沸室、宿直室、サーバー室、医療情報管理室兼SE室、物品庫、医療機器管理室、委託職員室、電話交換室、非常用倉庫、清潔・不潔リネン室、カルテ庫、物品庫
更衣室等	更衣室、ユニフォーム置き場
利便施設・福利厚生	スタッフオープンスペース、図書室、売店・イートインスペース、院内保育所
その他	霊安室、機械室

② 主な諸室の条件、部門の配置

- ・ 職員更衣室は集約化します。
- ・ 職員通用口は一か所へ集約します。
- ・ 講堂はパーテーション等で分割可能な構造とし、多用途への使用を想定します。

1 8 部門別面積

- ・ 日本医療福祉建築協会の区分に則って部門別面積を整理すると次のとおりとなります。

区分	該当部門	面積 (㎡)
病棟部	病棟部門	6,458
外来部	外来部門、救急部門	865
診療部	検査部門、放射線部門、リハビリテーション部門、 外来部門 (化学療法)、内視鏡部門、手術部門	2,574
供給部	薬剤部門、中央材料部門、栄養部門 等	1,349
管理部	管理部門、医事部門、医療安全管理部門、感染防 止対策部門、患者支援部門、在宅医療支援部門	1,671
共用部	玄関ホール、動線部	2,735
部門外	健診部門、院内保育	158
合計		15,810

第7章 人員配置計画

1 新病院における人員配置の基本方針

- ・ 質の高い医療提供のため、職員を継続的に確保します。
- ・ 健全経営を目指し、医療提供体制や業務量に応じた適切な人員配置とします。

2 計画にあたっての考え方

(1) 医師

- ・ 医師については、開院時には、医療法施行規則第19条に基づき、標準医師数として非常勤を含めた常勤換算で13.76人以上を満たす必要があることから、医師確保に向けた取り組みを継続していきます。

(2) 看護師・准看護師

- ・ 病床機能や病床規模に応じて必要な看護師を確保するとともに、配置人数の適正化に努めます。

(3) 医療技術員・事務職員

- ・ 現在の配置人数の維持を基本とし、今後医療提供体制の変化に応じて適宜見直しを行います。
- ・ 医師の負担軽減のため、医師事務作業補助者の増員を検討します。

3 人員配置計画

- ・ 新病院の職員数（非常勤医師除く）は次の人数を想定します。

医師	10人以上
看護師・准看護師	138人
医療技術員 (薬剤師・診療放射線技師・臨床検査技師・管理栄養士・ 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士)	62人
事務職員(社会福祉士・介護支援専門員含む)	25人
その他(介護福祉士・助手)	35人
合計	270人

第8章 医療情報システム導入計画

1 基本方針

- ・ 現行の医事会計システムや各種部門システム等の情報システムの更新を契機に、新たに中核システムとして電子カルテシステムを導入するとともに、各種情報システムをネットワークで統合した医療総合情報システムを構築します。

2 システム化の目的

センター病院における情報化の目的を次のように定めます。

- ・ 医師による発生源入力によって正確な指示を伝達しこれに基づき実施する。
- ・ 多職種での情報共有により、チームによる医療の提供を行う。
- ・ 患者認証、入力チェック等により医療安全に寄与する。
- ・ 医療の評価を行い、良質な医療を提供し、病院経営に寄与する。
- ・ 医療情報を二次利用することで医療内容を分析でき明日の医療に繋がる資料とする。
- ・ 経営指標として病院経営の分析資料とする。
- ・ 地域医療構想に基づき、関連する医療機関との医療情報を連携する基盤とする。

3 導入スケジュール

- ・ 医療総合情報システムの導入スケジュールについては、国が創設し今後運用が行われる「医療情報化支援基金」の補助要件や、センター病院の経営収支の状況などを踏まえて検討を行います。

	令和2年度 (2020年度)	令和3年度 (2021年度)	令和4年度 (2022年度)	令和5年度 (2023年度)	令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度) 新病院開院
先行導入する場合	→					移設
改築と同時に導入する場合					整備	稼働

4 導入するシステム

- ・ 現行のシステム及び新たに導入する医療情報システムは次のように想定します。

現行のシステム	
医事会計システム	診断書作成システム
リハビリ部門システム	栄養管理システム
医療安全管理ソフト	医薬品システム
検体・細菌検査システム	介護支援ソフト
重症度、医療・看護必要度ソフト	看護管理日誌
勤務予定表作成システム	医療画像システム
給与システム	病歴管理システム
新たに導入を予定しているシステム	
電子カルテシステム	看護業務支援システム
文書管理システム	紹介管理システム
画像検査システム	画像レポート作成システム
ファイル共有システム	外来患者案内システム
会計システム	DWHシステム
医療用語入力支援システム	デジタルカメラファイリング

第9章 医療機器導入計画

1 基本方針

- ・ 新病院の病床数や想定される患者数に見合う医療機器を選択し、過不足のないよう適正台数の整備を行います。
- ・ 移転に伴い多額の移設費用が発生する機器や設計と条件に大きく影響する機器は、優先的に新病院整備時に更新をします。
- ・ 現有の医療機器のうち、移設が比較的容易かつ継続使用可能な機器は、極力新病院に移設をします。

2 新病院で整備する主な医療機器

- ・ 新病院での整備を想定する主な医療機器は次のとおりです。

新病院で整備する主な医療機器

放射線部門	CT 撮影装置、MRI 装置、一般撮影装置、X線 TV 装置、マンモグラフィー装置、骨密度測定装置、ポータブル撮影装置、外科用イメージ
リハビリテーション部門	上下肢渦流浴装置、重心動揺計、歩行訓練用階段、マイクロ波治療器、低周波治療器、ADL 入浴装置、言語学習能力診断検査、小児用感覚統合遊具一式【新規】
薬剤部門	錠剤分包機、散薬分包機、薬用保冷庫、集塵機付き調剤台、錠剤・散薬監査システム、注射カート
手術・中央材料部門	无影灯、麻酔器、内視鏡ビデオシステム、電気メス、ウォッシャーディスインフェクター、プラズマ滅菌装置、高圧蒸気滅菌器
臨床検査部門	生化学分析装置、血球計数分析装置、血液ガス分析装置、細菌検査装置、抗酸菌検査装置、超音波診断装置、睡眠時無呼吸検査装置、ホルター心電図解析装置、血圧脈派検査装置

第10章 事業収支計画

1 概算事業費の内訳

- ・ 新病院の建設に係る概算事業費として、約 88 億円を見込みます。

概算事業費

(単位：千円)

項目	算出根拠	金額(税込) ※1	
		基本構想時	基本計画
建設工事費			
病院建設費(外構工事費含む)	新築面積 11,485 m ² (単価：税込 460 千円/m ²) ほか改修工事 500 m ² 、外構工事 19,250 m ² ※地盤の状況、物価上昇、労務単価の変動により建築単価は増減する。	5,531,400	5,776,600
用地取得費		142,000	53,000
調査費		0	73,700
測量、地質調査、土壌汚染調査、開発設計			
造成費	調整池整備費用を含む	400,000	320,000
設計監理費(官庁施設の設計業務等積算基準に基づく)		209,300	357,700
基本設計、実施設計、工事監理			
医療機器整備費	医療機器整備計画に基づく試算	1,008,000	986,800
什器等整備費	什器、看護備品、家電等	0	113,900
医療情報システム導入費		295,500	419,500
ネットワーク工事費		50,000	47,000
移転費		16,600	31,300
既存建物解体費	解体面積 8,200 m ² (単価：税込 33 千円/m ²) ほかアスベスト除去費用等	290,500	631,400
合計		7,943,300	8,810,900

※1 十万円未満を切り上げて表記している。基本構想時の税込み金額は、税率 8% で算出した金額である。

<基本構想時と比較した主な増額要因>

- ・ 解体費（外壁に含まれるアスベスト除去費用） 約 340,900 千円
- ・ 設計監理費（単価見直しによるもの） 約 148,400 千円
- ※消費税率改正（2%分の額）約 147,100 千円

※外壁塗材に含有するアスベストに対する安全性について

（平成 29 年 5 月 30 日付 環水大大発第 1705301 号 環境省水・大気環境局大気環境課長名で発信の「石綿含有仕上塗材の除去等作業における石綿飛散防止対策について」から情報を引用）

- ・ 石綿含有仕上塗材（外壁塗材等）の主材中に含まれる石綿繊維は合成樹脂やセメントなどの結合物によって固められており、仕上塗材自体は塗膜が健全な状態では石綿が発散するおそれがあるものではない。
- ・ しかし、仕上塗材の除去等に当たっては、これを破断せずに除去することが困難であるため、除去等の方法によっては含有する石綿が飛散するおそれがある。

2 財源の内訳

- ・ 国庫補助金、合併特例債及び病院事業債、内部留保等を財源とし、新病院の整備を行います。

（単位：千円）

項目	対象事業	金額（税込）※1
国庫補助金	国交省 社会資本整備総合交付金	1,050,000
合併特例債	調査費等・基本設計費・解体費・医療機器什器整備費・ネットワーク工事費以外の事業費から補助金を除いた金額の25%	1,346,000
病院事業債	造成費、実施設計費、工事監理費、建設工事費、医療機器整備費、什器等整備費、ネットワーク工事費から国庫補助金と合併特例債充当分を差し引いた事業費	6,236,200
内部留保等		178,700
合計		8,810,900

※1 十万円未満を切り上げて表記している。

3 事業収支シミュレーション

(1) 事業収支シミュレーションにおける設定条件

・ 新病院開院後の事業収支について、次のような設定条件に基づき試算を行いました。

① 収益試算の設定条件

区分		設定条件
医業収益	入院収益	病床利用率：(平成 30 年度実績に基づく) 一般病棟 : 80% 地域包括ケア病棟 : 83% 回復期リハビリテーション病棟 : 80%
		診療単価：(平成 30 年度実績に基づく) 一般病棟 : 約 28,700 円 地域包括ケア病棟 : 約 33,700 円 回復期リハビリテーション病棟 : 約 36,000 円
		外来収益
		介護事業収益
		室料差額
	その他医業収益	過去 5 年間の平均額
医業外収益		過去 5 年間の平均額 (長期前受金戻入は補助金、減価償却費等から試算)
特別利益		見込まない

② 費用試算の設定条件

区分		設定条件
医業費用	給与費	現状の職員数を基本に試算
	材料費	材料費対医業収益比率 : 10.4% (平成 30 年度実績に基づく)
	経費	過去 5 年間の平均額
	引当金繰入額	退職給付引当金繰入額はシミュレーション額を採用
	減価償却費	区分別に以下の償却年度で計上 病院本体 (建築) : 39 年 病院本体 (設備) : 15 年 医療機器、什器備品 : 5 年 医療情報システム : 5 年
	資産減耗費	南病棟・北病棟を除く既存の固定資産の除却費用
医業外費用	その他医業外費用	過去 5 年間の平均額
特別損失		開院時の移転費用

(2) 事業収支シミュレーション結果の概要

・ 設定条件に基づき試算したシミュレーション結果は次のとおりです。

(単位：百万円)

開院からの年数	開院 1年目	開院 2年目	開院 3年目	開院 4年目	開院 5年目	開院 6年目	開院 7年目	開院 8年目	開院 9年目	開院 10年目
年度	令和7 (2025)	令和8 (2026)	令和9 (2027)	令和10 (2028)	令和11 (2029)	令和12 (2030)	令和13 (2031)	令和14 (2032)	令和15 (2033)	令和16 (2034)
病院事業収益	3,223	2,967	2,969	2,972	2,972	2,823	2,824	2,868	2,866	2,868
医業収益	2,413	2,413	2,415	2,420	2,421	2,415	2,417	2,416	2,415	2,418
医業外収益	810	554	554	552	551	408	407	452	451	450
特別利益	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
病院事業費用	3,563	3,256	3,243	3,256	3,252	2,946	2,952	3,046	3,054	3,052
医業費用	3,375	3,101	3,088	3,102	3,100	2,824	2,831	2,918	2,927	2,926
医業外費用	157	155	155	154	152	122	121	128	127	126
特別損失	31	0	0	0	0	0	0	0	0	0
経常損益	▲ 309	▲ 289	▲ 274	▲ 284	▲ 280	▲ 123	▲ 128	▲ 178	▲ 188	▲ 184

4 経営の改善に向けて

(1) 収支悪化の要因

① 人件費の増加（職員数の増加）

・ 収益の増加はあるものの、平成 26 年度以降、人件費が増加し続けており、収支の悪化に影響しています。

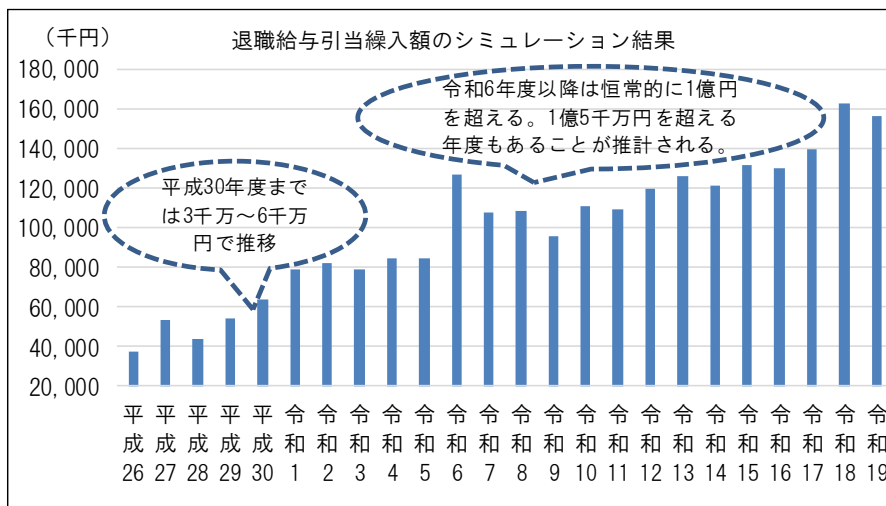
(単位：千円)

年度	平成 26	平成 27	平成 28	平成 29	平成 30	令和 1 (見込)	令和 2 (予算)
人件費（千円）	1,442,168	1,520,365	1,577,548	1,646,443	1,732,556	1,834,596	1,868,924
前年比率	—	105.4%	103.8%	104.4%	105.2%	105.9%	101.9%
経常損益	97,376	62,716	83,274	4,151	17,383	▲89,417	▲81,552

② 退職給与引当金の増加

・ センター病院が開設されてから 20 年が経過し、以降、勤続年数が 20 年を超える退職職員が多くなることから、退職給与引当金が増加する傾向にあります。

・ 現在の職員数と退職給与支給率をもとに将来の退職給与引当繰入額のシミュレーションを行うと、次のグラフのとおりとなり、令和 6 年度以降は恒常的に 1 億円を超えることが推計されます。



(2) 経営改善策

- ・ センター病院の安定した経営基盤の確立を目指し、今後は収益増加や経費削減に向けた取り組みを推進していきます。主な実施項目は、次のとおりです。

- ① 緩和ケア病棟の施設基準取得
- ② 新病院における地域包括ケア病床の増床の検討
- ③ 人員配置の適正化

- ・ 上記の取り組みによって収益増加が達成された場合、医療機器や医療情報システムの減価償却が終了する開院6年目以降、黒字を計上するシミュレーションとなります。

(単位：百万円)

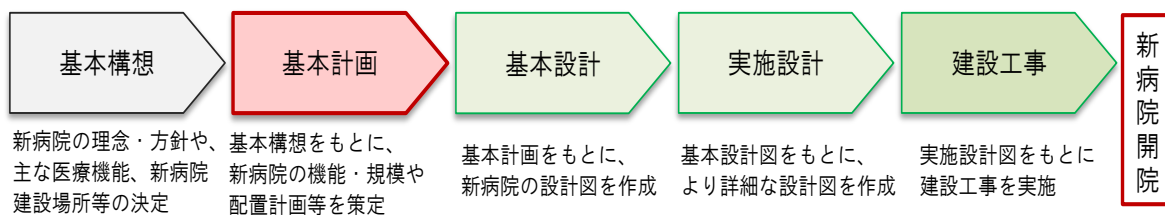
開院からの年数	開院 1年目	開院 2年目	開院 3年目	開院 4年目	開院 5年目	開院 6年目	開院 7年目	開院 8年目	開院 9年目	開院 10年目
年度	令和7 (2025)	令和8 (2026)	令和9 (2027)	令和10 (2028)	令和11 (2029)	令和12 (2030)	令和13 (2031)	令和14 (2032)	令和15 (2033)	令和16 (2034)
増収が達成された 場合の経常損益	▲ 97	▲ 77	▲ 63	▲ 72	▲ 68	88	84	34	24	28

第11章 今後の事業スケジュール

- ・ 病院改築に向けては、今年度中に基本計画を策定し、基本設計へと進めることとしていましたが、基本計画の策定過程において、改築事業費や増加傾向にある退職給与引当金を含む人件費の現状分析を行い、その結果を踏まえた収支シミュレーションを行ったところ、病院事業会計の収支が悪化していくことが判明しました。一方で、新たな収入確保策や経費削減に取り組むことにより、収支の改善を図ることが可能であると見込むことができました。
- ・ 改築後も安定的な病院運営を図っていくため、令和2年度を「経営改善検証期間」と位置付けて収支改善の取組を実践し、検証を行います。検証の結果、必要があれば基本計画の見直しを行い、基本設計へと進めていきます。
- ・ 「経営改善検証期間」を設けることにより、基本設計の着手は遅れますが、基本構想時よりも工事期間を短縮することにより、開院予定は、基本構想時と同様の令和7年度を予定しています。工事期間を短縮できる要因として、基本構想時には新設する建物の整備に支障となる現在のエネルギー供給棟の移設工事と解体工事を行った後に、本体工事に着手し、工事期間を4年間で想定していましたが、基本計画の策定過程において、現病院の南側敷地において供給棟を移設せずに、1期工事で整備することで2年間に短縮することができると見込んでいます。

	令和1年度 (2019年度)	令和2年度 (2020年度)	令和3年度 (2021年度)	令和4年度 (2022年度)	令和5年度 (2023年度)	令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)
基本構想時	基本計画	基本設計	供給棟建設	供給棟解体	建設工事		開院
基本計画	基本計画	経営改善 検証期間	基本設計	実施設計	建設工事		開院

(参考) 新病院開院までの流れ



用語集

【英数字】

◆BLS

Basic Life Support：心肺停止または呼吸停止に対する一次救命処置のこと。

◆COPD

Chronic Obstructive Pulmonary Disease：慢性閉塞性肺疾患のこと。

◆DB（デザイン・ビルド）方式

Design Build：設計と施工を一括で発注する方式。

◆ECI（アーリー・コントラクター・インボルブメント）方式

Early Contractor Involvement：実施設計を委託後に施工候補者を選定し、実施設計段階から施工者が設計に関与する方式。

◆FMS

業者が、生化学や血液の自動分析機器とその専用試薬を一括提供し、検査件数による契約単価に応じて、病院から業者に支払う方式。

◆SAH

Subarachnoid Hemorrhage：くも膜下出血のこと。

◆VE方式

Value Engineering：目的物の機能を低下させずにコストを縮減するための技術であり、計画・設計内容と同等以上の機能や品質を確保しつつ、工事費の縮減を可能にする改善提案のことをいう。入札時 VE 方式とは、入札時に入札参加者から施工方法等に関する提案を募集する方法のことである。

【あ行】

◆アメニティ

「快適性」、「快適な環境」、「魅力ある環境」などと訳され、19世紀後半以来イギリスにおいて形成されてきた環境についての思想であり、都市計画及び環境行政の根底にある価値観とされている。

◆イニシャルコスト

設計費用や建築費用など建物が完成するまでに必要な費用。

【か行】

◆回復期機能

医療機能の一つ。急性期を経過し症状が安定に向かう患者に対して、在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。

特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨近位部骨折等の患者に対し、ADL（日常生活動作）の向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリ

テーション機能) のこと。

◆簡易睡眠時無呼吸検査

いびきや呼吸状態を測定できる簡易検査機器を受診者が持ち帰り、自宅での睡眠中に測定を行う方法。

◆緩和ケア

世界保健機関（WHO）において次のように定義している。

「生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処（治療・処置）を行うことによって、苦しみを予防し、和らげることで、クオリティー・オブ・ライフ（QOL：生活の質）を改善するアプローチである。」

日本では、「がん対策推進基本計画（平成 24 年 6 月閣議決定）」において、「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」が重点的に取り組むべき課題として位置付けられている。”

◆救急医療

- ・一次救急医療：入院治療の必要がなく、外来で対処可能な軽症患者を対象とする医療。
- ・二次救急医療：入院治療や手術を必要とする重症患者を対象とする医療。
- ・三次救急医療：一刻を争う重篤な患者を対象とする医療。

◆救護施設

被災者の救難、救助及び保護や救急医療活動、消火活動等を行う病院及び消防関係施設。

◆急性期機能

医療機能の一つ。急性期（症状が急激に現れる時期）の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能。

◆給排水衛生等設備

建物内の水廻り（トイレ・厨房・浴室等）に配水するための給水・給湯や排水設備、排水処理設備や建物内の防災設備。

◆クックサーブ

食事を提供する直前に加熱調理した食品を、温かいまま盛り付け、提供する方式。

◆クックチル

加熱調理した食品を短時間に急速冷却して、盛り付けたままチルド保存し、食事提供時に再加熱して提供する方式。

◆ケアプラン（居宅介護サービス計画）

介護支援専門員が利用者の希望及び利用者についてのアセスメントの結果等に基づいて作成するものであり、サービスの種類、内容、留意事項等が記載されている。

◆経常収支

医業活動から生じる収益である医業収益と企業債利息に対する繰入金など医業以外の収益で

ある医業外収益から、医業活動に伴う費用である医業費用と企業債利息など医業外の費用である医業外費用を除いた収支。次の計算式により算出する。

$$\text{経常収支} = (\text{医業収益} + \text{医業外収益}) - (\text{医業費用} + \text{医業外費用})$$

◆経常損益

継続的な経営活動から生じる経常収益と経常費用を記載し、その差額を算出したものをいう。

◆空気調和設備

室内の温度・湿度・清浄度を、機械を使って調整するための建築設備。

◆クリアランス

地震による大きな揺れが発生した際に、建物側と地面側の構造物や設備がぶつからないように空けられた隙間。

◆建蔽率

敷地面積に対する建築面積（建坪）の割合。日照、通風、採光、防災等の市街地環境の維持のため、敷地内に一定の空地を確保するための規定。（建築基準法）

◆高圧蒸気滅菌

密封された装置内で、一定の温度と圧力の飽和水蒸気で加熱することによって微生物を殺滅する方法。

◆交差適合試験

輸血による副作用を防止する目的で、輸血を受ける患者の血液とドナーの血液を混合することで適合するかどうかを確認する検査。

◆構造体

建築構造を支える骨組みにあたる部分。基礎、基礎ぐい、壁、柱、小屋組、土台、斜材（筋かい等）、床版、屋根版又は横架材（梁など）など。

◆高度地区

都市計画法に定められた、用途地域内における市街地の環境維持や土地利用の増進を図るため、建築物の高さの最高限度又は最低限度を定める地区。

【さ行】

◆事業継続計画（BCP）

Business Continuity Plan：災害や事故など不測の事態を想定して、医療継続の視点から対応策をまとめたもの。

◆止水板

浸水被害を軽減するため、建物などの出入口や水の侵入経路に取り付ける板。

◆指定管理者制度

公の施設の管理・運営を、営利企業・財団法人・NPO 法人など法人、その他の団体に包括的に

代行させることができる制度。

◆終夜睡眠時無呼吸検査

睡眠時無呼吸症候群（Sleep Apnea Syndrome：SAS）の検査として、睡眠中に脳波や呼吸の状態、心電図、いびき、酸素飽和度など多くのセンサーを取り付けて一晩中連続して記録する方法。

◆制震ダンパー

粘弾性ゴムや油圧を使った器具で地震の揺れを分散する装置。

◆生体情報モニター

心電図・呼吸・血圧・体温などの生体情報（バイタルサイン）を継続的に測定し、記録する装置。

◆全自動採血管準備装置

受信した検査オーダーの項目に対し、あらかじめ装置に登録された採血管の中から適応した採血管を自動的に選択し、バーコードラベルへの印字・貼り付けを行う装置。

【た行】

◆耐震性能

建築物が地震エネルギーをどれだけ吸収できるか、揺れにどれだけ耐えられるかを表す能力。

◆地域医療構想

団塊の世代が75歳以上となる2025年（令和7年）に向け、患者の状態に応じた、質の高い医療を効率的に提供する体制を確保するため、将来の病床数や入院患者数の推計と、それに対して必要となる医療提供体制を確保するための施策の方向性を取りまとめるものであり、医療法に基づき都道府県が策定し、医療計画の一部として位置付けるもの。

◆地域包括ケアシステム

団塊の世代が75歳以上となる2025年をめどに、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい、医療、介護、予防、生活支援を一体的に提供するためのシステム。社会保障制度改革国民会議が構築を提唱している。介護保険の保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要とされている。

◆地域連携パス

急性期病院から回復期病院を経て早期に自宅に帰れるような診療計画を作成し、治療を受ける全ての医療機関で共有して用いるもの。

◆地目

不動産登記法により登記官によって、その土地を総合的、客観的に判別し、認定した「土地の用途」のこと。地目を設定する際は、土地の現況やその利用目的によって判断される。現在は全部で23区分ある。

◆中央配膳

中央のメイン厨房で調理・盛り付けの全ての作業を行い、温冷配膳車や再加熱カートで直接病床に食事を届ける方式。中央配膳方式のほかには、病棟の各階にサテライト厨房を設け、メイン厨房から搬送された患者食の調理作業の一部と盛り付けを行い、病床に配膳する病棟配膳方式がある。

◆電気設備

電気を安定的に供給するために発電から送配（送電）までの設備、電気を使用する機器などの電気設備・電気工作物、及び電話や情報通信などの通信設備、消防用設備、防犯設備等の設備

◆道路斜線制限

建築基準法に定められた、建築物の高さを制限する斜線制限の1つ。建築物の道路に面する一定部分の高さを制限することで、道路自体の採光や通風と、周辺の建物の採光や通風を同時に確保することを目的としている。

◆都市計画区域

一体の都市として総合的に整備・開発・保全する必要がある区域や、住宅都市、工業都市等として新たに開発・保全する必要があるとして、都道府県により指定される区域のこと。

【な行】

◆二次保健医療圏

医療法第30条の4第2項第12号の規定に基づく区域で、特殊な医療を除く病院の病床の整備を図るべき地域的単位のこと。医療機関相互の機能分担に基づく連携による包括的な保健医療サービスを提供し、住民が短時間でこれらの保健医療サービスを受けることが可能となる圏域である。センター病院は、上越二次保健医療圏に属しており、同圏域は上越市のほか、妙高市、糸魚川市の3市で構成されている。

◆ニュークックチル

加熱調理した食品を短時間に急速冷却して、盛り付けたままチルド保存し、食事提供時に再加熱して提供する方式。

【は行】

◆日影規制

日照を確保することを目的した、日影による建築物の高さの規制。

◆病院輪番制

地域内の病院が共同連帯して、輪番方式により休日・夜間等における重症救急患者の診療を受け入れる体制を整備する事業。

◆標準医師数

適正な医療を提供するために、医療施設や病床区分ごとに一定水準以上の医師を確保することから、病院及び療養病床を有する診療所において、医師の配置標準数が定められている。一般病院における必要な医師数は次の計算式により算出する。

①医師の配置標準数＝精神病床及び療養病床の入院患者数／3＋精神病床及び入院病床以外の入院患者数＋外来患者数／2.5

(①が52までは医師3人。ただし、上記の計算結果が52を超える場合には②による。)

②医師の配置標準数＝(①－52)／16＋3

◆病床機能報告

「病床機能報告制度」とは、一般病床・療養病床を有する病院・診療所が当該病床において担っている医療機能について、病棟単位で高度急性期機能、急性期機能、回復期機能、慢性期機能の4区分からひとつを選択し、その他の具体的な報告事項と合わせて都道府県に報告するもの。

◆病診連携

地域内の病院と診療所が連携して患者の診療に当たる地域連携の形態の一つ。必要に応じて、患者を診療所から専門医や医療設備の充実した病院に紹介し、高度な検査や治療を提供する。その後、快方に向かった患者は元の診療所で診療を継続する。

◆病病連携

地域内の病院同士が連携して患者の診療に当たる地域連携の形態の一つ。自院にない診療科を持つ病院や療養型・リハビリテーション病院、特定機能病院等と連携を図り、それぞれの機能特性をいかした医療を提供するものである。

◆防火・準防火地域

都市計画法において「市街地における火災の危険を防除するため定める地域」として指定される地域。

◆フォーミュラリー

「医療機関における患者に対して、最も有効で経済的な医薬品の使用における方針」のこと。治療の標準化を目的とした医薬品の使用指針であり、医薬品安全管理と経済面への貢献が期待できる。

◆プラズマ滅菌

発生した過酸化水素ガスプラズマを用いて微生物を不活化する滅菌方法。

◆フリーアドレス診察室

特殊な設備を保有する診療科を除き、診療科毎に診察室を特定しないで、患者数や医師数に応じて振り分けを行う診察室。

◆ブロック受付

外来の受付形態の一つで、内科系や外科系など、関連性のある診療科の診察室をそれぞれひとつまとめたブロック単位にまとめた受付。

◆ホルター心電図

携帯用の小型心電計を用いて、24時間心電図を記録し解析することで、日常生活における心臓の動き（拍動）を捉えるための検査。

【ま行】

◆埋蔵文化財包蔵地

古墳等の外見により判るもののほか、口伝・表面採集・過去の発掘等によって、既に遺跡として知られている土地。

◆慢性期

医療機能の一つ。長期にわたり療養が必要な重度の障害のある人（重度の意識障害のある人を含む）、筋ジストロフィー患者や難病患者等を入院させる機能。

◆無停電電源装置

停電などによって電力が断たれた場合にも電力を供給し続ける電源装置。

◆免震装置

建物と地面又は建物の中に入れ、建物の揺れ周期を延長する。地震の「周期が短く速い揺れ成分」との共振を回避して、建物の揺れを和らげる技術。

【ら行】

◆隣地斜線制限

建築基準法に定められた、建築物の高さを制限する斜線制限の1つ。隣地の日照や採光を確保することを目的としている。

【や行】

◆容積率

建物の延べ面積（延床面積）の敷地面積に対する割合。都市計画区域及び準都市計画区域内において、用途地域の種別や建築物の構造に応じて、容積率の限度を定めている。（建築基準法）

◆用途地域

都市計画法の地域地区のひとつで、用途の混在を防ぐことを目的としている。住居、商業、工業など市街地の大枠としての土地利用を定めるもので、第一種低層住居専用地域など13種類がある。

上越地域医療センター病院基本計画

令和2年3月

上越市健康福祉部健康づくり推進課地域医療推進室

〒943-8601 新潟県上越市木田1丁目1番3号

電話 025-526-5111 FAX 025-526-6116