

市立秋田総合病院
改築基本構想

平成29年3月

地方独立行政法人市立秋田総合病院

はじめに

『すべては患者さんの笑顔のために』

市立秋田総合病院は、昭和2年に「市立秋田診療所」として診療を開始し、以来約90年の長きにわたり、医療ニーズが高度・多様化する中、市民の皆さまへ継続して良質で安全な医療の提供に努めてきました。

現在の本院建物は、建設から30年以上が経過し、施設設備の老朽化が進むとともに医療の高度化、専門化に伴う医療機器の設置スペースが十分に確保できないなど狭隘化が顕著となっています。

こうした中、本院では、昨年度、病院建設検討委員会を院内に設置して、病院のあり方について多角的に検討し、改築場所を現地とする「市立秋田総合病院改築に係る検討報告書」をまとめました。

これを受け、今年度は、保健・医療・福祉関係者や地域住民の代表、行政関係者等の外部委員を交えた「市立秋田総合病院改築基本構想策定委員会」を設置するとともに専門コンサルタントに委託し、新病院における医療機能やそのために必要な施設整備、事業計画等について、専門的見地からの議論・検討を重ね、このたび「市立秋田総合病院改築基本構想」を策定いたしました。

この基本構想策定作業を通して、自治体病院として本院が地域において求められている役割や立ち位置などがより明確になってきました。

患者サポートの充実、急性期医療に加えて、在宅での生活や療養・介護へつなぐ回復期機能の充実、また、感染病床の新たな設置など、新病院に向けて実現すべき機能などの課題は多くありますが、『すべては患者さんの笑顔のために』をスローガンに、新病院建設に向け病院職員一丸となって取り組み、より良質で安全な医療の提供をめざしてまいります。

目 次

はじめに

第1章 周辺環境と本院の状況	1
1 秋田周辺医療圏の医療需給状況	1
2 本院の状況	12
3 病床機能および病床規模	31
4 外来機能の検討	37
5 秋田周辺医療圏および本院に係る課題	38
6 建替えの必要性	39
第2章 全体計画	41
1 新病院の理念と基本方針	41
2 主要な診療機能の取組方針	41
第3章 部門別運営計画	43
1 外来部門	43
2 救急部門	46
3 病棟部門	47
4 薬剤部門	49
5 臨床検査部門	51
6 病理診断部門	53
7 リハビリテーション部門	54
8 放射線部門	55
9 手術部門	56
10 中央材料部門	58
11 臨床工学部門	59
12 透析部門	61
13 内視鏡部門	62
14 栄養部門	63
15 物流部門	65
16 健診部門	66
17 地域連携部門	67
18 医療安全部門	69
19 院内感染対策部門	70
20 管理部門	71
第4章 施設整備計画	73
1 新病院整備概要	73
2 構造・設備整備方針	74
3 新病院施設整備計画	76
4 建設工事の整備手法	79

5 整備スケジュール	80
第5章 医療機器等整備計画	81
1 医療機器整備方針	81
2 今後の取り組みについて	81
3 医療機器等購入計画	82
第6章 医療情報システム整備計画	83
1 基本方針	83
2 現行医療情報システムの状況	84
3 今後の取り組みについて	86
4 新たに検討を要する医療情報システム整備費用概算	89
第7章 事業計画	91
1 概算事業費	91
2 事業収支シミュレーション	93
用語の解説	

第1章 周辺環境と本院の状況

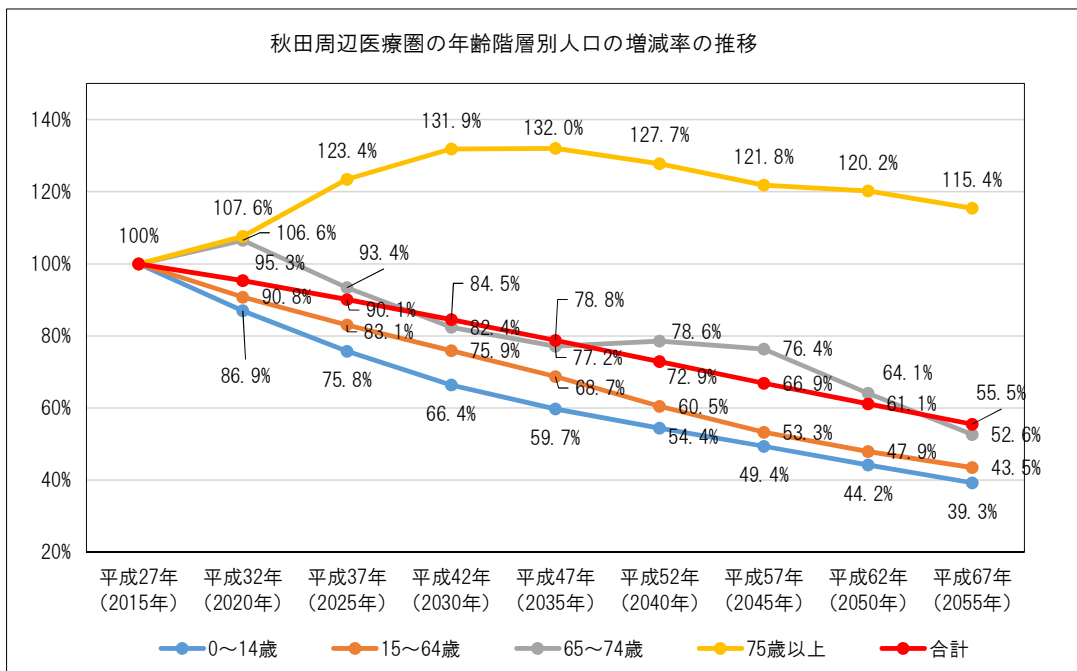
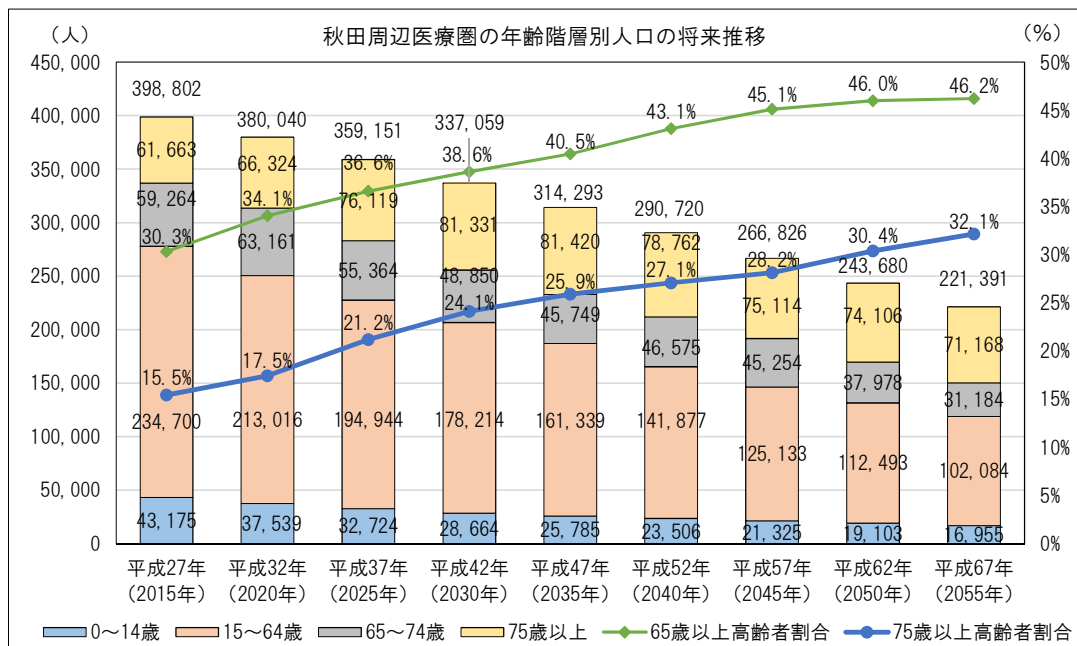
1 秋田周辺医療圏の医療需給状況

(1) 医療圏の概要

秋田周辺医療圏は、中核市である秋田市と、男鹿市、潟上市、南秋田郡の各町村で構成され、秋田県内の8つの二次医療圏の中で最も人口、市町村数が多い二次医療圏です。

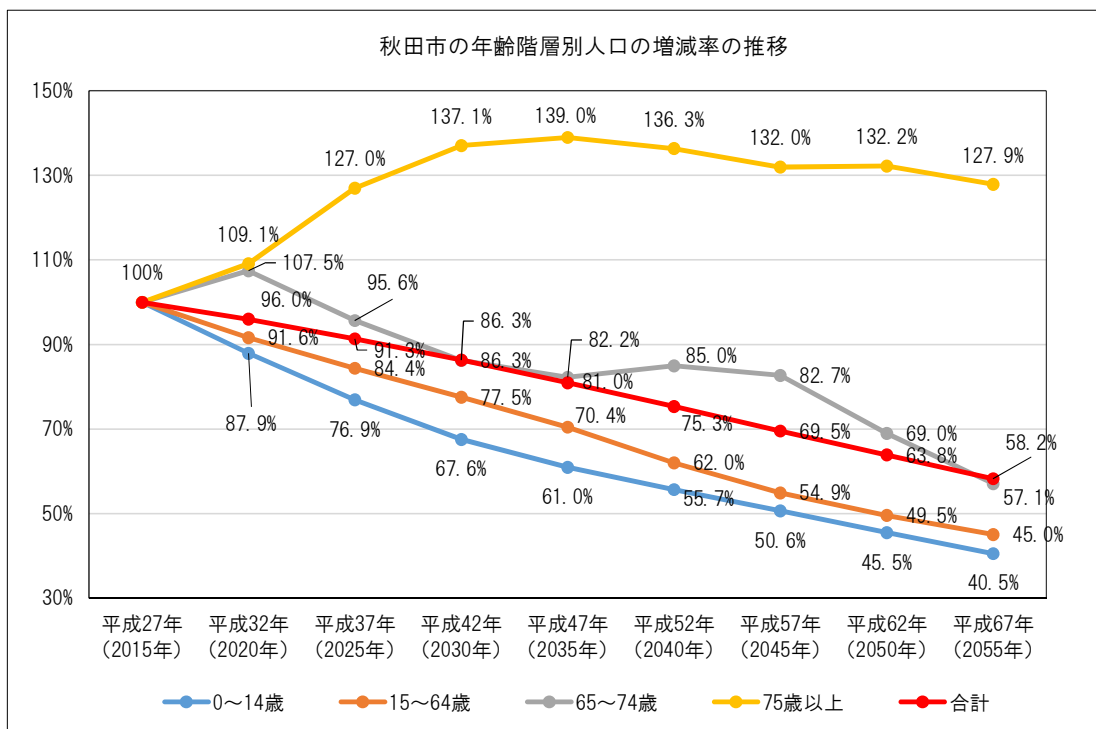
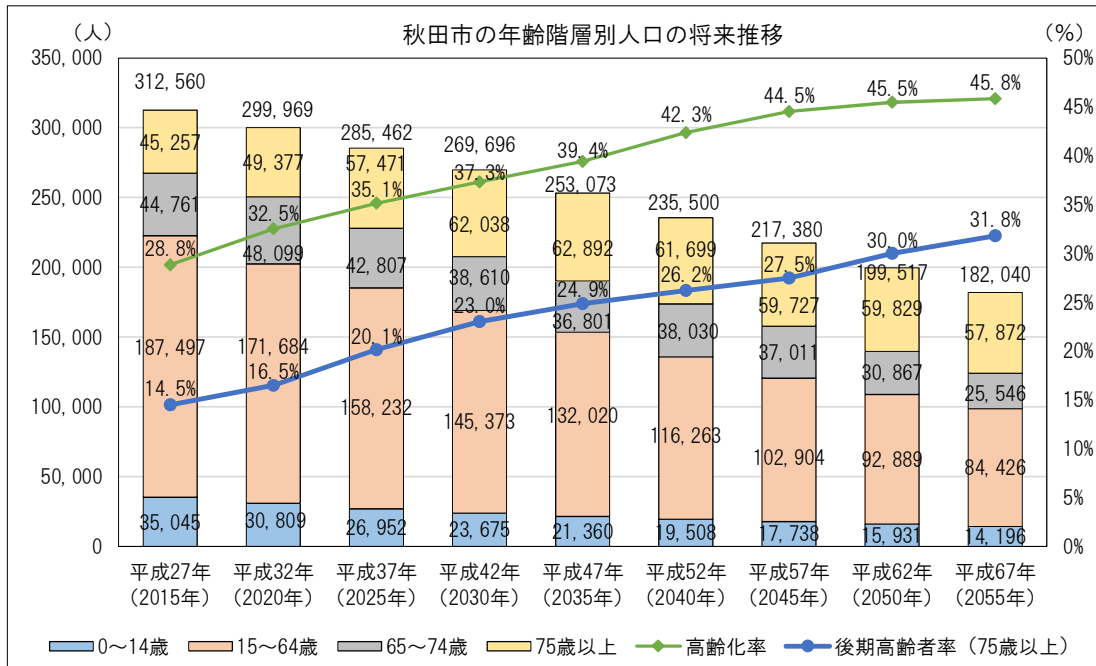
(2) 医療圏および秋田市の人口推移

秋田周辺医療圏の人口は、年々減少し、平成67年には平成27年の55.5%になることが予測されます。一方で高齢化は進み、平成67年には46.2%まで上昇することが予測されます。



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

また、秋田市の将来推計人口では、平成67年には平成27年の58.2%まで減少する一方で、高齢化率は45.8%まで上昇することが予測されます。特に75歳以上人口は、平成62年には30%を超えることが予測されます。



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

※平成57年以降の人口について、国立社会保障・人口問題研究所が行う推計方法と同様の方法を用いて算定した。

ただし、生残率、移動率は2035年→2040年の値で算定し、子ども女性比、0~4歳性比は2040年の値を用い、次の式で算定した。

5~9歳以上：前期の人口×生残率+前期の人口×移動率

0~4歳 男：女性の15~49歳の人口×子ども女性比×0~4歳性比÷(100+性比)

0~4歳 女：女性の15~49歳の人口×子ども女性比×100÷(100+性比)

(3) 病床利用率と平均在院日数

秋田周辺医療圏の平成26年の一般病床の利用率（76.7%）は、秋田県全域（75.1%）、全国（74.8%）と比べ高くなっています。また、平均在院日数（16.9日）は、秋田県全域（18.8日）と比べ短くなっているものの、全国（16.8日）と比べるとやや長くなっています。

二次保健医療圏の病床利用率および平均在院日数

二次保健医療圏	病床利用率（%）			平均在院日数（日）		
		一般病床	療養病床		一般病床	療養病床
大館・鹿角	77.0	64.1	97.4	36.3	17.5	188.0
北秋田	59.8	63.7	50.7	39.7	22.0	36.6
能代・山本	81.6	77.5	89.9	33.2	19.1	245.6
秋田周辺	83.8	76.7	96.0	31.3	16.9	243.2
由利本荘・にかほ	80.8	77.8	96.4	37.9	28.2	209.5
大仙・仙北	86.3	84.2	92.0	33.1	19.5	100.8
横手	81.5	77.1	98.9	25.7	17.0	296.0
湯沢・雄勝	69.4	59.7	85.0	33.7	18.2	116.7
秋田県全域	81.0	75.1	93.4	32.5	18.8	182.9
全国	80.3	74.8	89.4	29.9	16.8	164.6

出典：厚生労働省「平成26年病院報告」

(4) 医療従事者の状況

秋田周辺医療圏の平成26年の人口10万人対医師数（234.9人）は、秋田県全域（163.6人）、全国（165.3人）と比べ多い状況です。

人口10万人対薬剤師数（40.2人）は、秋田県全域（32.1人）、全国（36.7人）と比べ多い状況です。

人口10万人対看護師数（843.7人）は、秋田県全域（718.0人）、全国（604.1人）と比べ多い状況です。

二次医療圏別医療従事者数

単位：人

二次医療圏	大館・鹿角	北秋田	能代・山本	秋田周辺	由利本荘・にかほ	大仙・仙北	横手	湯沢・雄勝	秋田県全域	全国
医師	132.5	21.4	98.5	945.9	155	130.2	152.5	59.8	1,695.8	210,112.4
対人口10万人	117.2	59.2	87.5	234.9	145.2	98.6	163.8	90.7	163.6	165.3
薬剤師	35.8	7	27.5	161.7	34.3	32.2	22.5	12	333.0	46,663.4
対人口10万人	31.7	19.4	24.4	40.2	32.1	24.4	24.2	18.2	32.1	36.7
看護師	727.5	132.1	533	3,397.9	811.2	794.6	753.4	295.3	7,444.6	767,700.8
対人口10万人	643.3	365.2	473.3	843.7	760.1	601.5	809.1	447.8	718.0	604.1

出典：厚生労働省「平成26年病院報告」

(5) 病院の配置状況

ア 病院の概要

秋田周辺医療圏には、本院を含め27病院が設置されており、そのうち、秋田市内には23病院が設置されています。本院は、DPC対象病院のⅢ群、救急告示病院、臨床研修指定病院として認定されています。

秋田周辺医療圏における病院概要

単位：床

市町	病院名称	病床数					DPC 対象 病院	救急 告示 病院	臨床 研修 指定 病院	地域 包括 ケア 病棟 入院料	回復期 リハビ リテー ション 病棟 入院料	
		一 般	療 養	精 神	感 染 症	結 核						
秋田市	市立秋田総合病院	456	374		60		22	Ⅲ群	●	●	●	
	秋田厚生医療センター	479	477			2		Ⅲ群	●	●	●	
	秋田赤十字病院	496	496					Ⅲ群	●	●		
	秋田大学医学部附属病院	613	577		36			I群	●	●		
	秋田県立脳血管研究センター	184	184						●		●	●
	五十嵐記念病院	60	60									
	今村病院	223			223							
	飯川病院	40		40								
	土崎病院	110	68	42							●	
	秋田回生会病院	402			402							
	秋田緑ヶ丘病院	388			388							
	御野場病院	152	30	122								●
	加藤病院	160			160							
	小泉病院	70	27	43							●	
	中通総合病院	450	450					Ⅲ群	●	●		
	白根病院	53	53									
	清和病院	133			133							
	外旭川病院	241	34	207								
	細谷病院	107		107								
	中通リハビリテーション病院	220		220								●
秋田東病院	140			140								
笠松病院	192			192								
秋田県立医療療育センター	100	100										
八郎潟町	湖東厚生病院	100	100								●	
男鹿市	男鹿みなと市民病院	177	177						●		●	
潟上市	杉山病院	280		144	136							
	藤原記念病院	140	140					Ⅲ群	●			
合計		6,166	3,347	925	1,870	2	22					

出典1：東北厚生局「届出受理医療機関名簿」（平成28年7月）

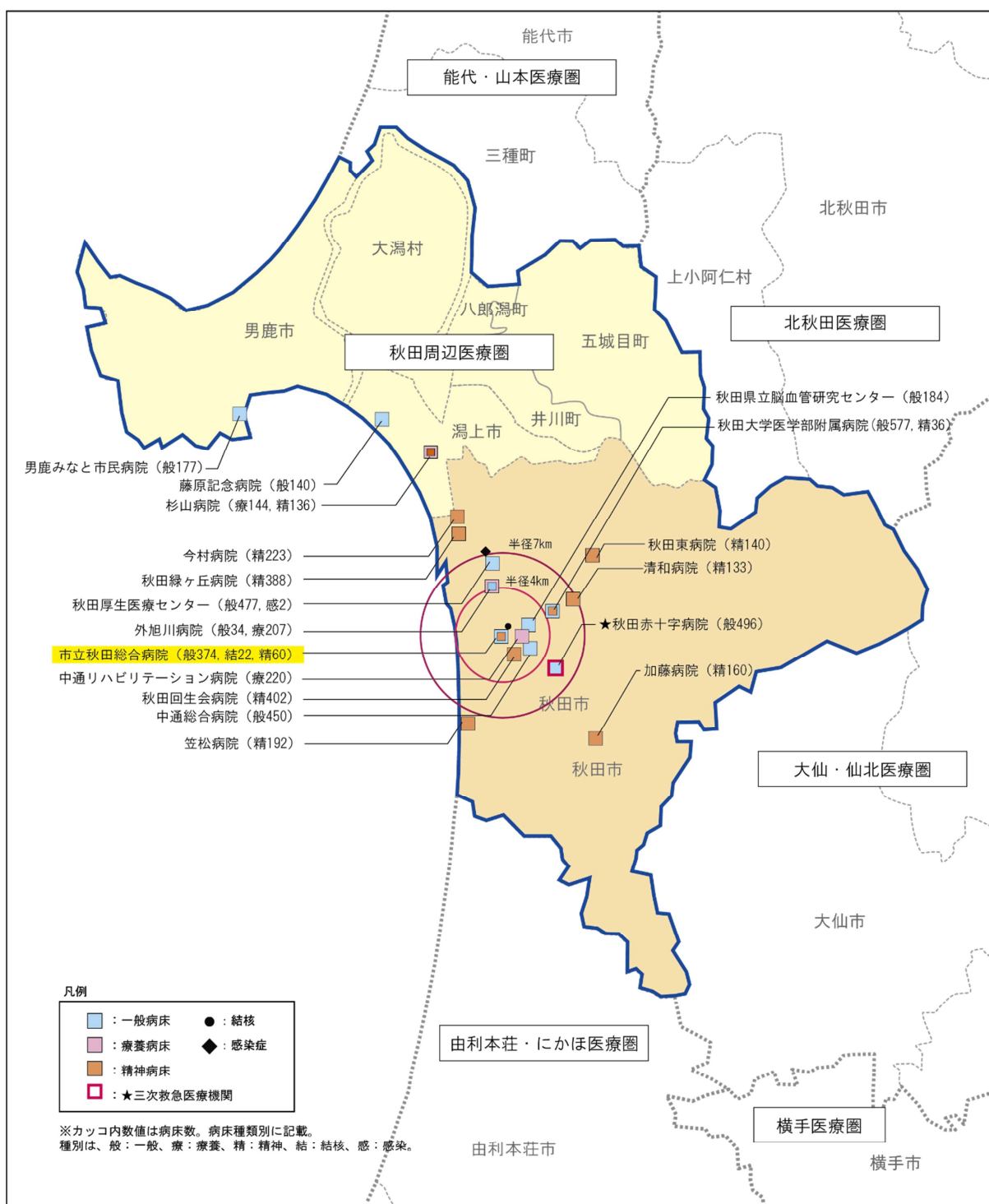
出典2：あきた医療情報ガイド

出典3：DPC評価分科会「機能評価係数Ⅱの内訳」（平成28年現在）

イ 配置状況

秋田周辺医療圏の医療機関の配置は下図のようになっています。本院を中心とした半径4 km圏内には、秋田県立脳血管研究センター、中通総合病院、外旭川病院、秋田回生会病院(精神)、中通リハビリテーション病院(療養)が設置されています。また、半径7 km圏内には秋田大学医学部附属病院、秋田赤十字病院や秋田厚生医療センターなど、比較的近い距離に高機能の医療施設が密集しています。

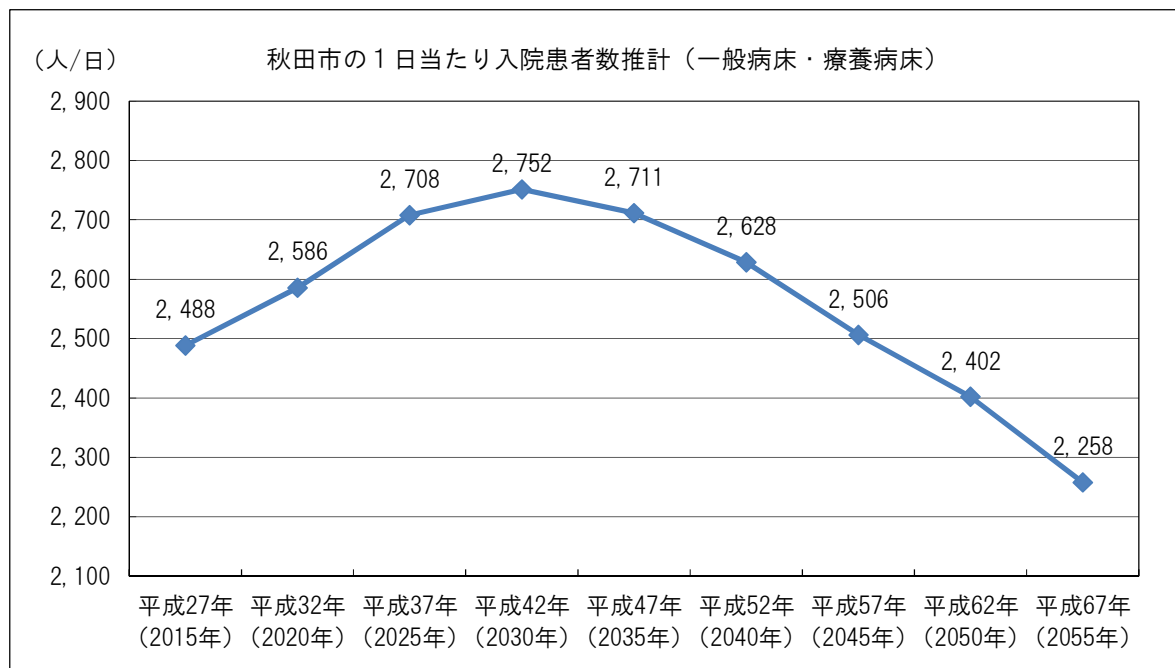
秋田周辺医療圏の病院配置状況



(6) 疾病動向

ア 秋田市における入院患者の将来推計

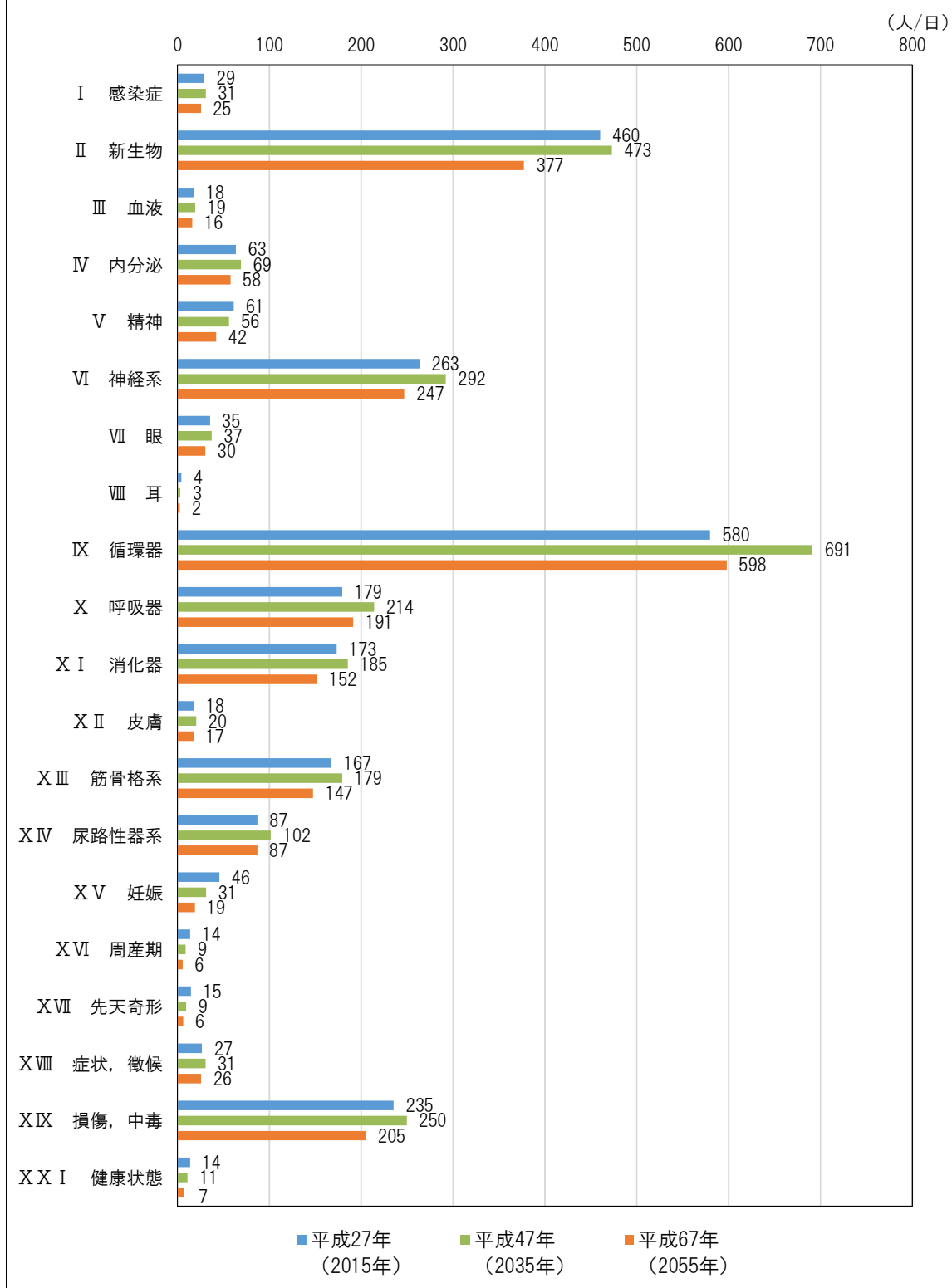
秋田市の1日当たりの入院患者数は、平成42年には2,752人に達し、その後、減少すると推計されます。平成27年と平成67年を疾病分類別に比較すると、特に「循環器系」、「呼吸器系」などが増加し、「新生物」、「神経系」、「消化器」、「筋骨格系」、「妊娠」、「損傷」などが減少すると推計されます。



出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）」
厚生労働省「平成26年度患者調査」

※秋田市の将来推計人口に、平成26年患者調査の秋田県の「性・年齢階級別・傷病大分類別受療率」を乗じて、各年の秋田市の1日当たり入院患者数（一般病床、療養病床）を算出した。

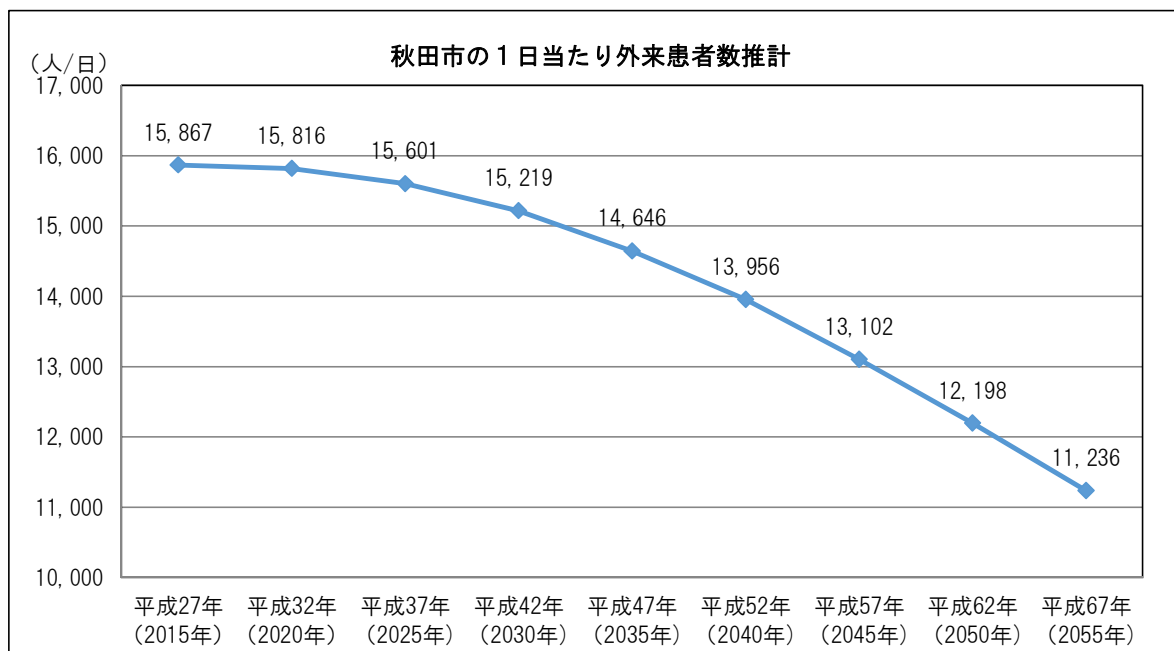
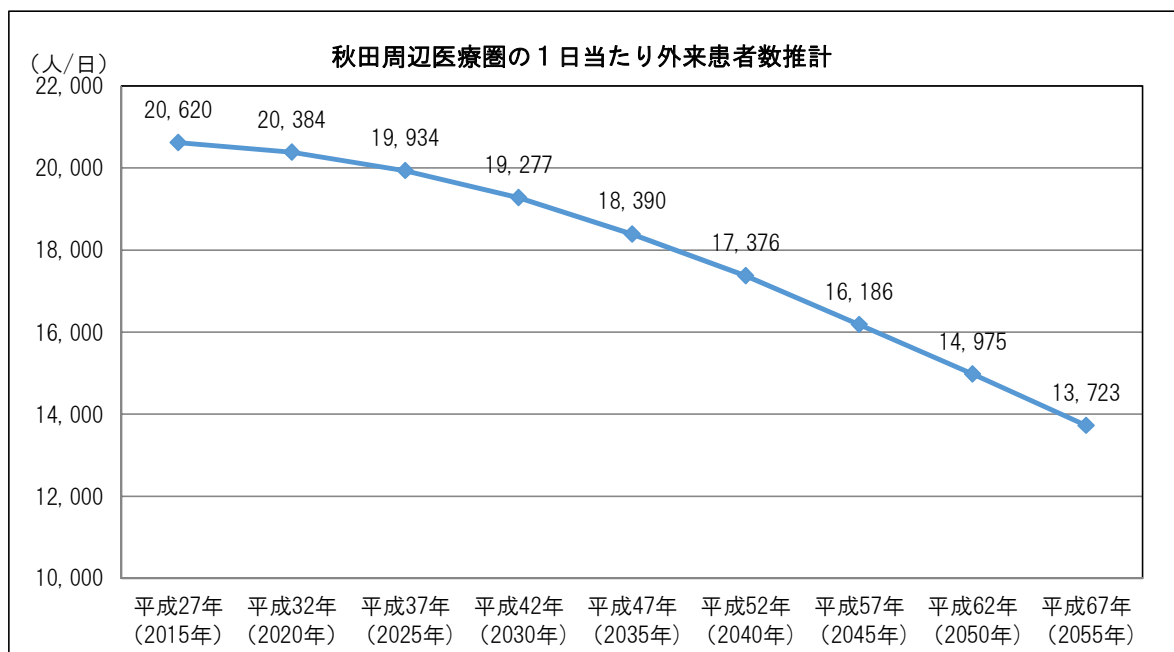
秋田市の傷病分類別入院患者数



イ 秋田周辺医療圏および秋田市における外来患者の将来推計

秋田周辺医療圏の1日当たりの外来患者数は、平成27年の20,620人をピークに減少すると推計されます。平成27年と平成67年を傷病分類別に比べると、特に「循環器系」、「呼吸器系」、「消化器系」が大きく減少しています。

秋田市の1日当たりの外来患者数は、平成27年の15,867人から減少すると推計されます。

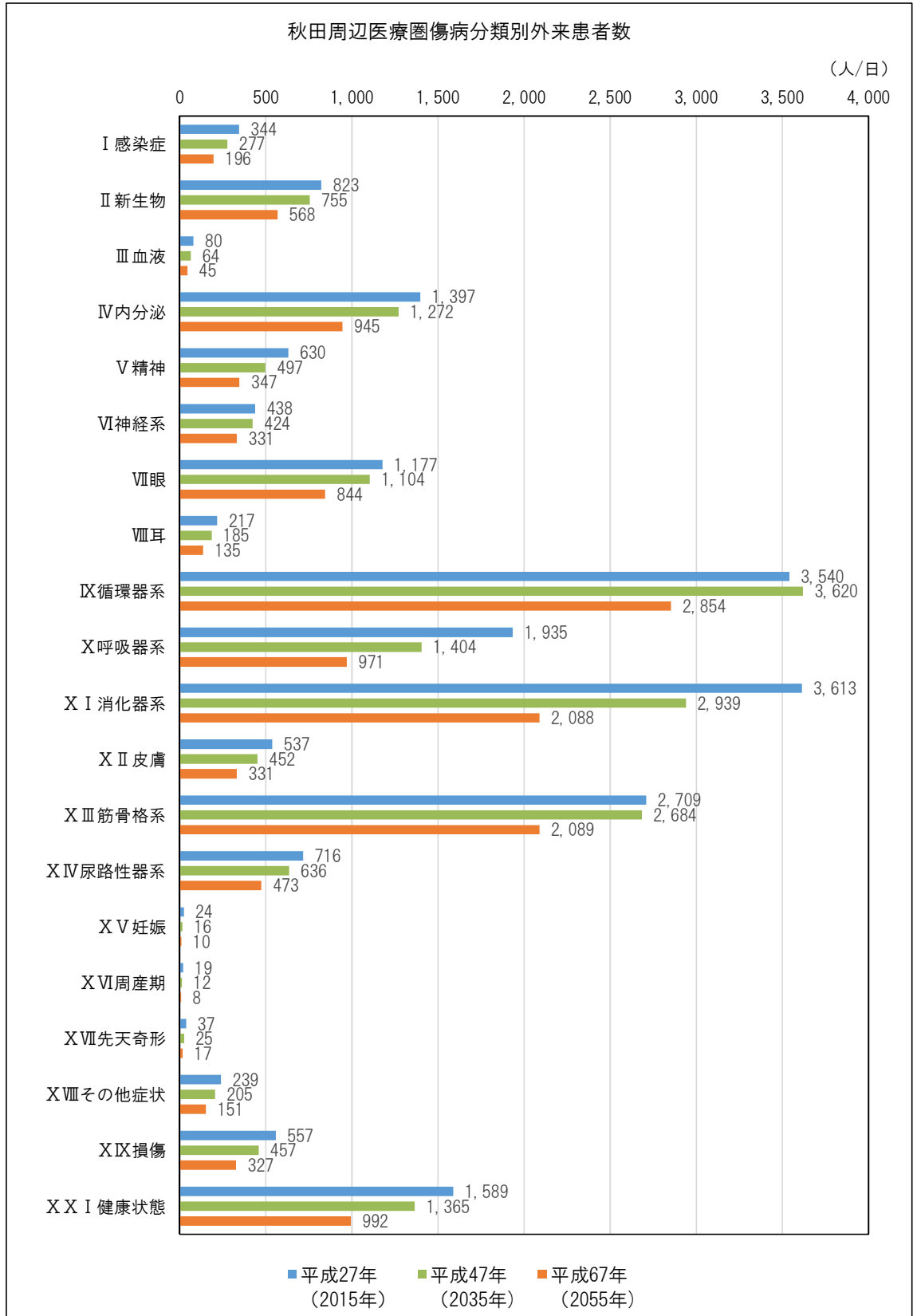


出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）」

厚生労働省「平成26年度患者調査」

※秋田周辺医療圏および秋田市の将来推計人口に、平成26年患者調査の秋田県の「性・年齢階級別・傷病大分類別受療率」を乗じて、各年の秋田市の1日当たり外来患者数を算出。

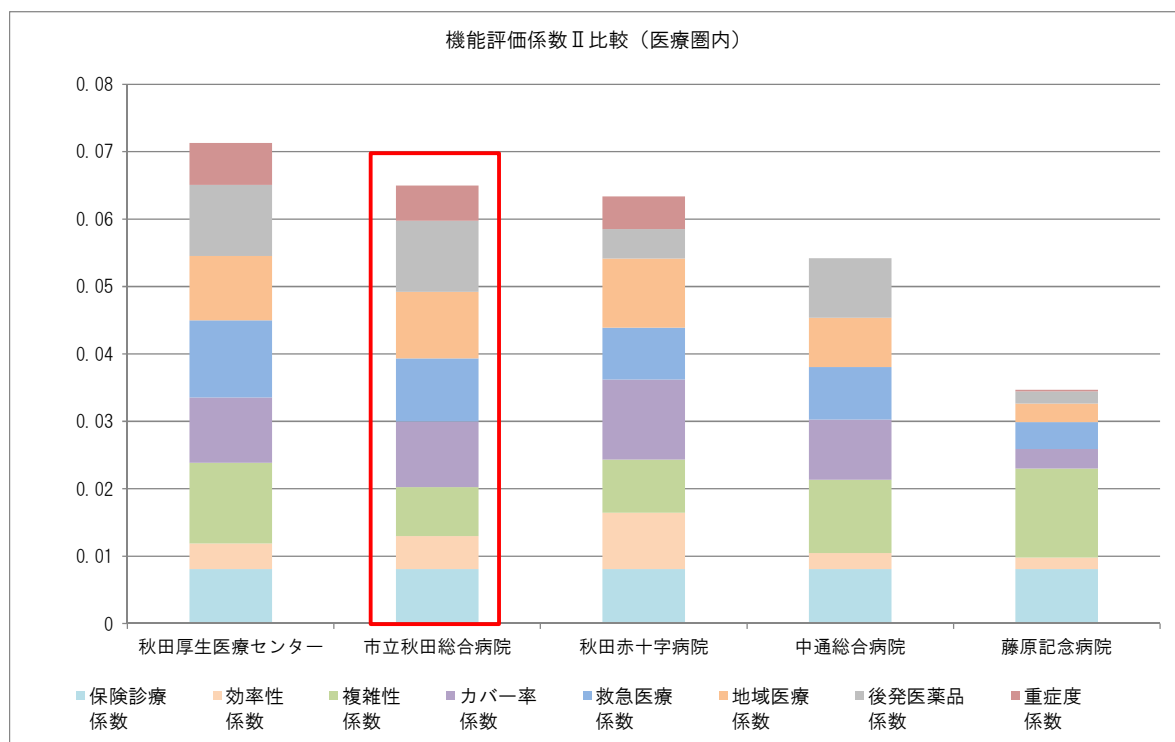
秋田周辺医療圏傷病分類別外来患者数



(7) 医療圏内の病院機能

ア 秋田周辺医療圏のDPC対象5病院（Ⅲ群）の機能評価係数

平成28年度の「機能評価係数Ⅱ※」の合計値について、本院は秋田厚生医療センターに次いで高い値となっており、複雑性係数以外の病院機能に係る係数は医療圏内トップもしくは第二位と高い値となっています。



秋田周辺医療圏のDPC対象病院の機能評価係数比較

	保険診療係数	効率性係数	複雑性係数	カバー率係数	救急医療係数	地域医療係数	後発医薬品係数	重症度係数	機能評価係数Ⅱ合計
秋田厚生医療センター	0.00806	0.00384	0.01196	0.00967	0.01144	0.00955	0.01058	0.00619	0.0713
市立秋田総合病院	0.00806	0.00489	0.00728	0.00974	0.00939	0.00984	0.01058	0.00518	0.0650
秋田赤十字病院	0.00806	0.00840	0.00788	0.01188	0.00765	0.01030	0.00433	0.00483	0.0633
中通総合病院	0.00806	0.00242	0.01083	0.00896	0.00781	0.00729	0.00882	0.00000	0.0542
藤原記念病院	0.00806	0.00178	0.01316	0.00292	0.00399	0.00270	0.00185	0.00020	0.0347

出典：平成28年度 第1回 診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会 参考資料 平成28年度期機能評価係数Ⅱ

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

イ 診断群分類別患者数およびシェア

秋田周辺医療圏のDPC対象等の7病院における診断群分類別の患者数およびシェアは次のようになります。

本院の医療圏でのシェアの評価の目安として7病院の病床数割合である14.1%を設定すると、10診断群で目安を超えています。特に「消化器系」、「腎尿路」、「小児」、「呼吸器系」「耳鼻咽喉科系」の患者割合が高くなっています。

診断群分類別患者数およびシェア

単位：人、%

診断群分類	市立秋田総合病院		秋田大学附属病院		中通総合病院		秋田赤十字病院		秋田厚生医療センター		藤原記念病院		脳血管研究センター		合計
一般病床数	376		577		450		486		477		140		169		2,675
病床割合	14.1%		21.6%		16.8%		18.2%		17.8%		5.2%		6.3%		1
MDC01 神経系	176	5.8%	483	15.9%	493	16.2%	474	15.6%	330	10.9%	38	1.3%	1,043	34.3%	3,037
MDC02 眼科系	1	0.1%	850	52.8%	440	27.3%	39	2.4%	280	17.4%	0	0.0%	0	0.0%	1,610
MDC03 耳鼻咽喉科系	449	25.6%	545	31.1%	108	6.2%	365	20.8%	253	14.4%	19	1.1%	13	0.7%	1,752
MDC04 呼吸器系	1,027	20.2%	717	14.1%	951	18.7%	1,315	25.9%	828	16.3%	233	4.6%	4	0.1%	5,075
MDC05 循環器系	504	16.0%	649	20.7%	746	23.8%	509	16.2%	625	19.9%	98	3.1%	10	0.3%	3,141
MDC06 消化器系	1,851	18.8%	1,629	16.6%	1,530	15.6%	2,328	23.7%	2,164	22.0%	329	3.3%	0	0.0%	9,831
MDC07 筋骨格系	297	12.5%	458	19.2%	311	13.1%	426	17.9%	699	29.4%	101	4.2%	88	3.7%	2,380
MDC08 皮膚	99	11.1%	322	36.1%	59	6.6%	268	30.0%	123	13.8%	22	2.5%	0	0.0%	893
MDC09 乳房	110	20.6%	96	17.9%	77	14.4%	174	32.5%	77	14.4%	1	0.2%	0	0.0%	535
MDC10 内分泌	238	13.0%	354	19.4%	303	16.6%	207	11.3%	632	34.6%	79	4.3%	11	0.6%	1,824
MDC11 腎尿路	728	23.8%	715	23.4%	280	9.1%	609	19.9%	587	19.2%	142	4.6%	1	0.0%	3,062
MDC12 女性生殖器	497	13.8%	1,005	28.0%	411	11.4%	1,159	32.3%	518	14.4%	0	0.0%	0	0.0%	3,590
MDC13 血液	197	18.3%	127	11.8%	202	18.7%	172	16.0%	354	32.8%	21	1.9%	5	0.5%	1,078
MDC14 新生児	151	13.9%	257	23.7%	114	10.5%	460	42.5%	100	9.2%	0	0.0%	1	0.1%	1,083
MDC15 小児	170	33.2%	41	8.0%	52	10.2%	150	29.3%	59	11.5%	40	7.8%	0	0.0%	512
MDC16 外傷	307	12.4%	201	8.1%	561	22.6%	669	27.0%	567	22.9%	124	5.0%	50	2.0%	2,479
MDC17 精神	10	14.1%	3	4.2%	29	40.8%	16	22.5%	1	1.4%	11	15.5%	1	1.4%	71
MDC18 その他	126	18.5%	192	28.2%	134	19.6%	120	17.6%	77	11.3%	28	4.1%	5	0.7%	682
合計	6,938	—	8,644	—	6,801	—	9,460	—	8,274	—	1,286	—	1,232	—	42,635

出典：平成27年度第7回 診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会 参考資料1 (12) 施設別MDC別比率

2 本院の状況

(1) 病院概要

所在地	秋田県秋田市市川元松丘町4番30号	
病床数	456床 内訳 一般:374床・結核:22床・精神:60床	
診療科目等	診療科目	呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、神経内科、血液・腎臓内科、糖尿病・代謝内科、外科、心臓血管外科、脳神経外科、乳腺・内分泌外科、整形外科、精神科、小児科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、放射線科、病理診断科、臨床検査科、救急科、歯科口腔外科、麻酔科、総合診療科（院内標榜）／計26科
	特殊診療	人間ドック 小児科救急外来 セカンドオピニオン外来 等
	受付時間	月曜日～金曜日（土・日・祝日、年末年始（12月29日～31日、1月1日～3日）を除く） 8時00分～午前11時30分
	認定事項	一般病棟：7対1入院基本料 結核病棟：7対1入院基本料 精神病棟：13対1入院基本料
学会認定	<ul style="list-style-type: none"> ・ 日本がん治療認定医機構認定研修施設 ・ 日本感染症学会専門医研修施設 ・ 日本集中治療医学会専門医研修施設 ・ 日本静脈経腸栄養学会認定NST稼働施設 ・ 日本栄養療法推進協議会NST稼働施設 ・ 日本循環器学会循環器専門医研修施設 ・ 日本高血圧学会専門医認定施設 ・ 日本心血管インターベンション治療学会専門医認定医制度研修関連施設 ・ 日本消化器病学会認定施設 ・ 日本超音波医学会専門医制度研修施設 ・ 日本消化器内視鏡学会専門医制度指導施設 ・ 日本肝臓学会専門医制度関連施設 ・ 日本糖尿病学会認定教育施設 ・ 日本呼吸器学会専門医制度認定施設 ・ 日本血液学会認定血液研修施設 ・ 日本内科学会認定医制度教育関連病院 ・ 日本精神神経学会専門医研修施設 ・ 日本小児科学会小児科専門医研修施設 ・ 日本皮膚科学会専門医研修施設 ・ 日本外科学会専門医制度修練施設 ・ 日本消化器外科学会専門医制度修練施設 ・ 日本肝胆膵外科学会高度技能専門医修練施設 ・ 日本乳癌学会認定医・専門医制度認定施設 ・ 日本整形外科学会専門医制度研修施設 ・ 日本泌尿器科学会専門医教育施設 ・ 日本透析医学会専門医制度認定施設 ・ 日本産科婦人科学会専門医制度専攻医指導施設 [施設区分A] ・ 日本婦人科腫瘍学会専門医制度指定修練施設 ・ 日本周産期・新生児医学会周産期母体・胎児専門医補完研修施設 ・ 日本耳鼻咽喉科学会専門医制度研修施設 ・ 日本麻酔科学会麻酔科認定病院 ・ 日本ペインクリニック学会専門医研修施設 ・ 日本病理学会病理専門医制度登録施設 ・ 日本臨床細胞学会認定施設 ・ 日本乳がん検診精度管理中央機構マンモグラフィ検診施設画像認定施設 ・ 日本臨床衛生検査技師会精度保証施設認証制度認証施設 ・ 日本輸血・細胞治療学会I&A認証施設 	
各種指定・認定等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 救急告示医療機関 ・ 基幹型臨床研修指定病院 ・ 協力型臨床研修指定病院 ・ 外国医師臨床修練指定病院 ・ 秋田県肝疾患診療連携拠点病院 ・ 秋田県認知症疾患医療センター（基幹型） ・ 秋田県がん診療連携推進病院 ・ 病院機能評価認定病院（一般病院2・精神科病院） ・ 一般病棟入院基本料7:1 ・ 特定集中治療室管理料 ・ 入院時食事療養（I） 	

出典：市立秋田総合病院 病院ホームページ「病院概要」

(2) 敷地概要

現病院敷地の概要は次のとおりです。

・所在地	秋田県秋田市川元松丘町4番30号
・用途地域	第一種住居地域
・建ぺい率	60%
・容積率	200%
・道路高さ制限	1.25×L1（適用距離20m）
・隣地高さ制限	1.25×L2+20m
・日影規制	5時間・3時間
・その他区域・地区等の指定	準防火地域 秋田市バリアフリー基本構想における重点整備地区

L1：前面道路の反対側の境界線までの水平距離

L2：隣地境界線までの水平距離

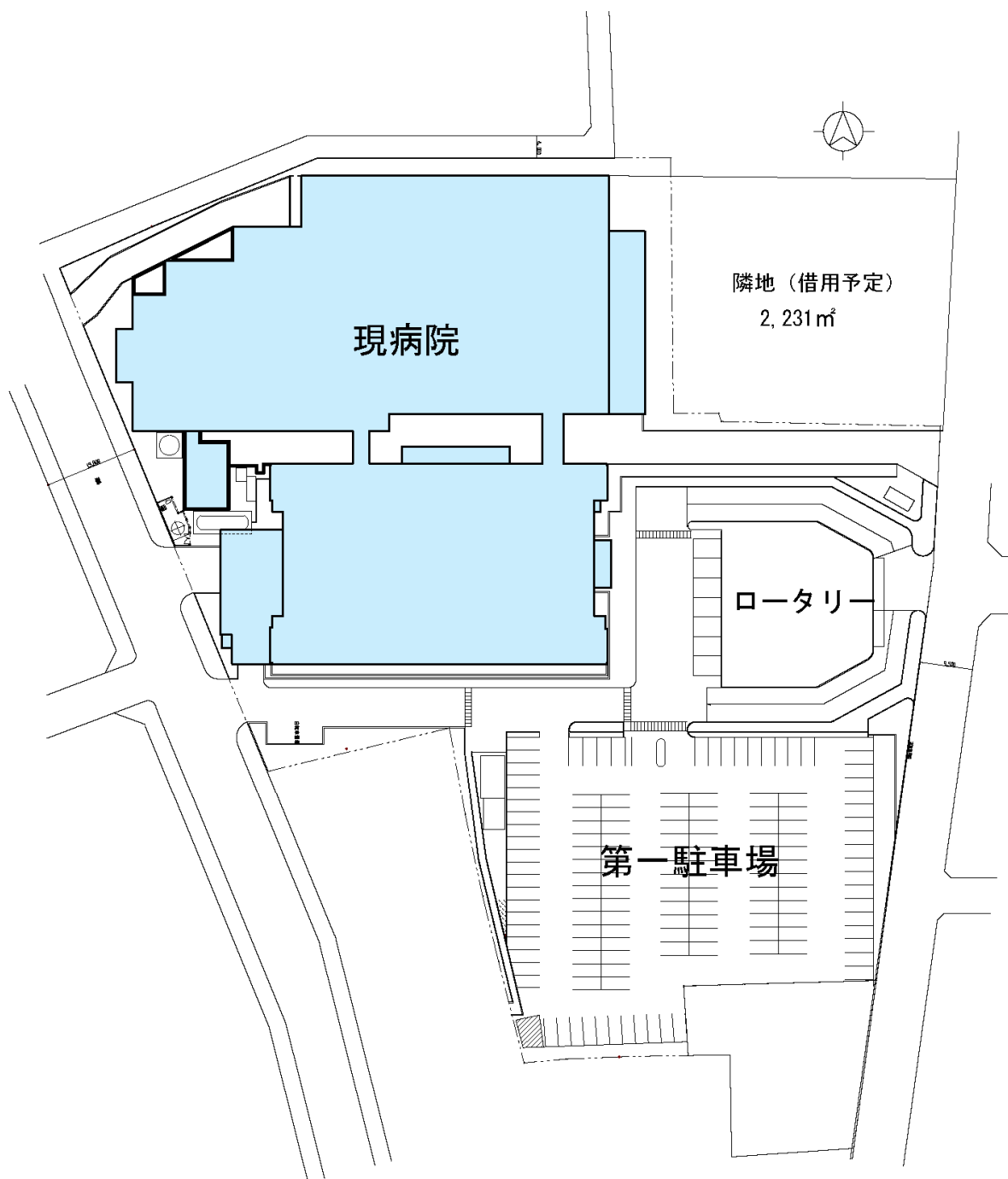
(3) 既存建物概要

現病院建物の概要は、次のとおりです。

病院	敷地面積	15,433㎡
	建築面積	6,164㎡
	延べ床面積	28,707㎡
	診療棟	11,034㎡
	病棟	17,568㎡
	構造	鉄筋コンクリート造 地下1階 地上8階
駐車場	計	262台
	第1駐車場	138台＋身障者用7台
	第2駐車場	78台
	第3駐車場	39台

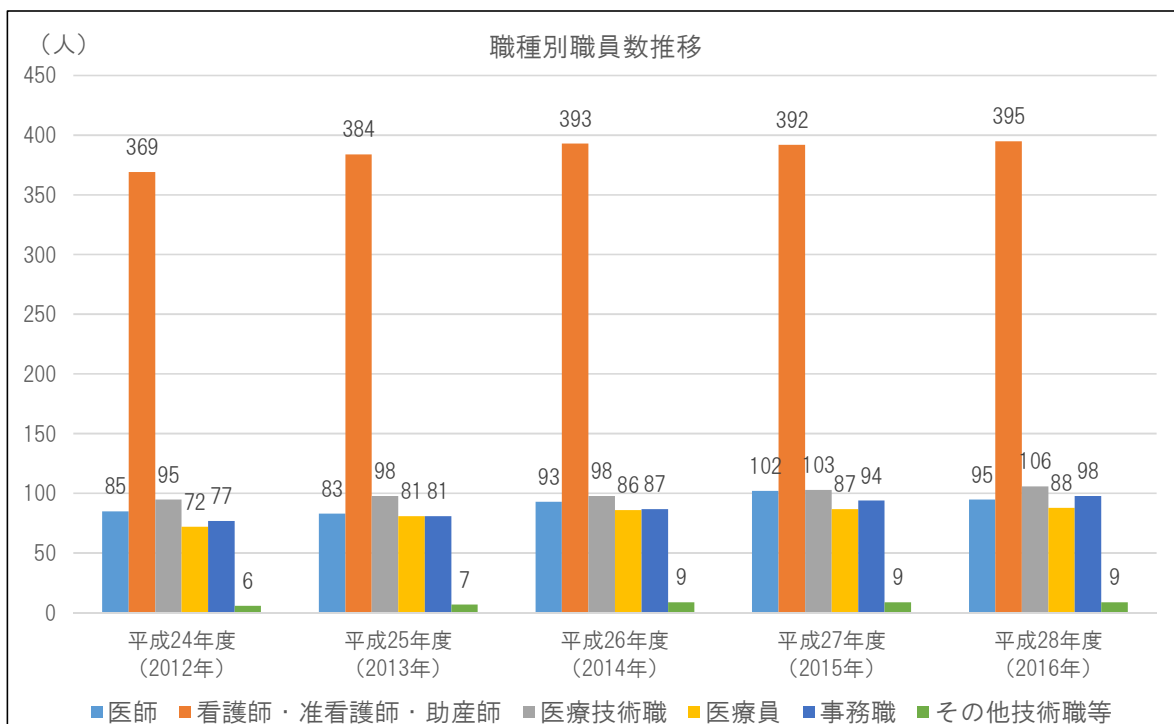
(4) 現病院配置図

現病院の建物配置は次のとおりです。



(5) 職員数の動向

本院の職員数は平成24年度以降増加傾向にあります。増加の主たる要因は医師および看護師数の増加によるものです。医師数は増減がみられますが、平成24年度と比較すると10人増加し、看護師は25人増加しています。



職種別職員数推移

単位：人

区分		平成24年度 (2012年)	平成25年度 (2013年)	平成26年度 (2014年)	平成27年度 (2015年)	平成28年度 (2016年)
医師	医師・歯科医師	85	83	93	102	95
	(研修医)*内書き	(12)	(14)	(18)	(30)	(28)
看護師	看護師	340	355	360	361	365
	准看護師	17	18	17	13	12
	助産師	12	11	16	18	18
医師・看護師 計		454	467	486	494	490
医療 技術職	薬剤師	16	16	18	17	20
	診療放射線技師	15	14	14	15	15
	臨床検査技師	34	34	33	33	31
	理学療法士	9	10	11	11	12
	作業療法士	1	1	1	1	1
	言語聴覚士	1	1	1	1	1
	臨床工学技士	2	3	3	6	7
	視能訓練士	2	3	2	2	2
	歯科衛生士	2	2	2	2	2
	臨床心理士	2	4	2	5	5
	その他技師 ※1	3	3	4	3	3
	栄養士	8	7	7	7	7
医療技術職 計		95	98	98	103	106
事務職		77	81	87	94	98
医療員 ※2		72	81	86	87	88
その他 技術職等	保育士	4	3	4	3	3
	社会福祉士	1	3	3	4	4
	その他技師 ※3	1	1	2	2	2
その他職員 計		6	7	9	9	9
合計		704	734	766	787	791

出典：市立秋田総合病院調べ

※1：歯科技工士、細胞検査士 ※2：看護補助者、助手、薬剤クラーク ※3：地域医療連携室技師、精神保健福祉士

診療科別の医師数は、診療科により増減がみられますが、全体数は、増減を繰り返しながら増加傾向にあります。また、地方独立行政法人化した平成26年度からは、医師数は増加し、特に研修医数は倍増しています。

診療科別医師数推移

単位：人

科名	平成24年度 (2012年)	平成25年度 (2013年)	平成26年度 (2014年)	平成27年度 (2015年)	平成28年度 (2016年)
総合診療科			1	2 (1)	1
呼吸器内科	3	3	4 (1)	3	3
循環器内科	4	4	4	4	5
消化器内科	11	8	10 (2)	10 (2)	9 (2)
糖尿病・代謝内科		2	3 (1)	3 (1)	3 (1)
血液・腎臓内科	4	3	2	3 (1)	3
神経内科	1	1		1	2 (1)
小児科	5	6	6	7	5
皮膚科	2	2	2	2	2 (1)
放射線科	1	1	1	1	1
外科	9	8	8 (1)	9 (1)	9 (2)
心臓血管外科	1	1	1	1	1
整形外科	3	3	3 (1)	3 (1)	3
乳腺・内分泌外科	2	2	2 (1)	2	1
脳神経外科	1	1	1	2	1
泌尿器科	5	5	5	6 (1)	6 (1)
産婦人科	5	4	5 (1)	5 (1)	5 (1)
眼科				1	1
耳鼻咽喉科	2	2	2	2	2
麻酔科	4	4	3 (1)	3 (1)	4 (2)
歯科口腔外科	1	1	1	1	1
精神科	5	5	5	6 (1)	5 (1)
手術室	1	1	1		
病理診断科	1		1	1	1
救急科	1	1	2	3	3
リハビリテーション科	1	1	1	1	1
臨床検査科			1	1	1
その他	12 (12)	14 (14)	18 (18)	19 (19)	16 (16)
合計	85 (12)	83 (14)	93 (27)	102 (30)	95 (28)

※医師数（）内の数字は研修医数再掲

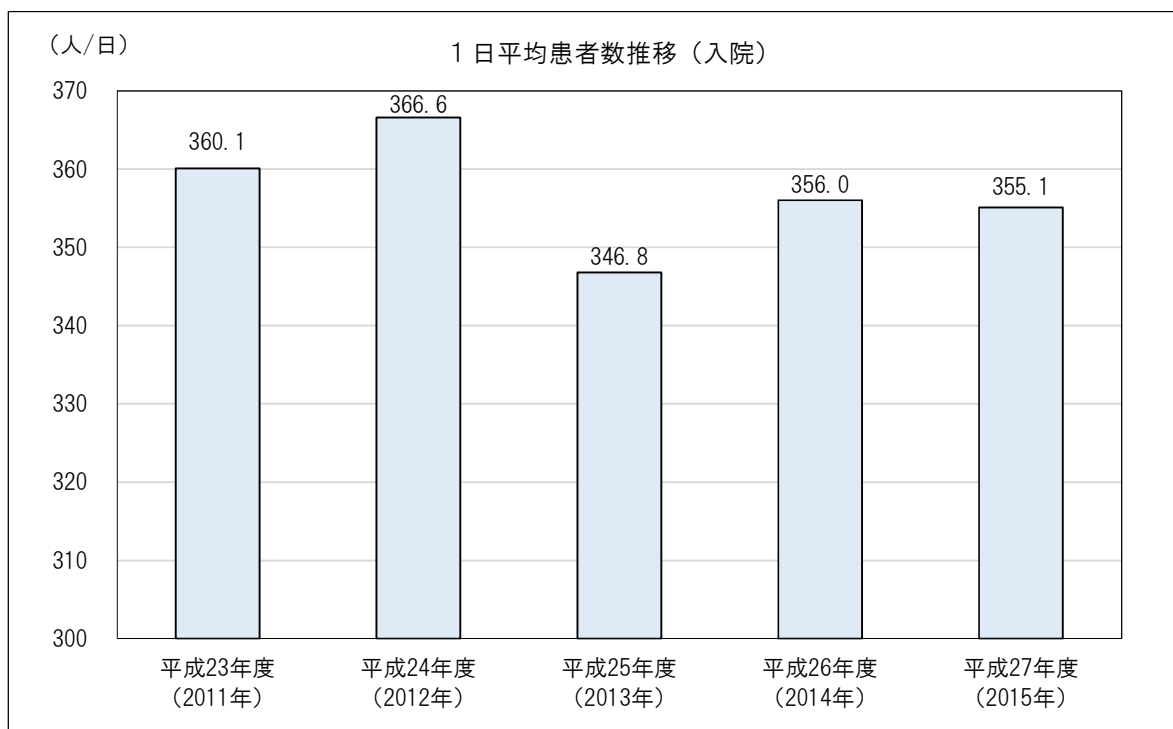
出典：市立秋田総合病院調べ（各年度4月1日現在）

(6) 患者動向

ア 入院患者

(ア) 患者数

1日平均入院患者数について、平成25年度は346.8人まで減少しましたが、以降は増加傾向を示し、平成27年度は355.1人となっています。



診療科別患者数推移（入院）

単位：人

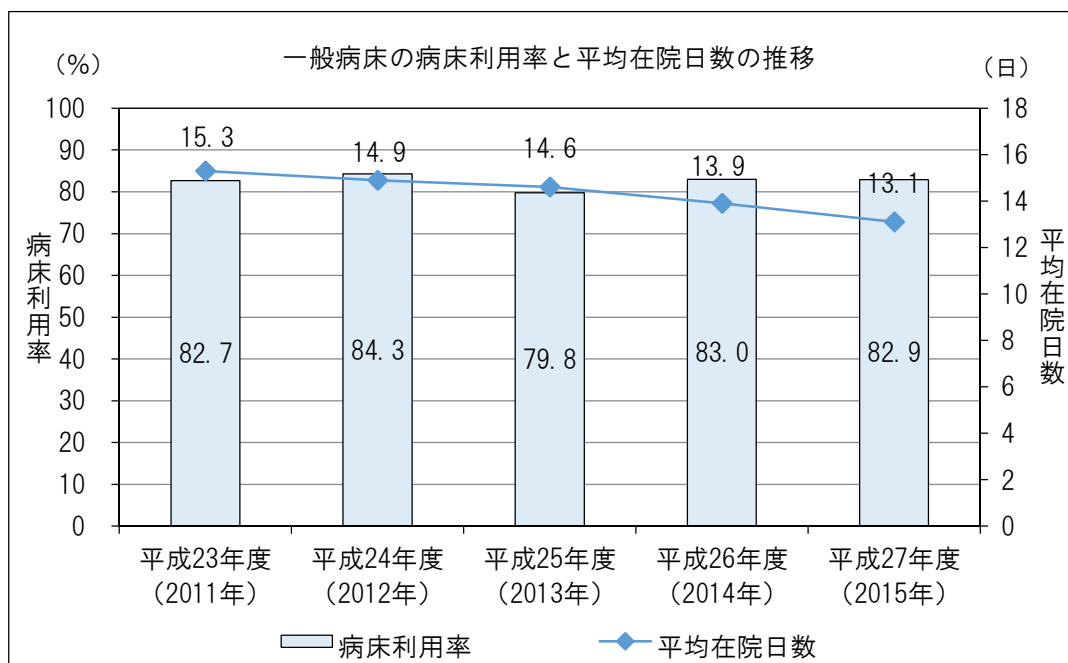
区分	平成23年度 (2011年)		平成24年度 (2012年)		平成25年度 (2013年)		平成26年度 (2014年)		平成27年度 (2015年)	
	患者数	1日平均	患者数	1日平均	患者数	1日平均	患者数	1日平均	患者数	1日平均
循環器内科	11,451	31.3	11,234	30.8	10,699	29.3	10,412	28.5	10,083	27.5
消化器内科	18,460	50.4	19,369	53.1	16,385	44.9	16,816	46.1	18,159	49.6
呼吸器内科	15,710	42.9	16,519	45.3	14,996	41.1	14,997	41.1	13,057	35.7
血液・腎臓内科	7,849	21.4	9,566	26.2	10,551	28.9	9,329	25.6	8,276	22.6
神経内科	1,659	4.5	1,182	3.2	1,121	3.1	1,207	3.3	4,839	13.2
精神科	14,726	40.2	14,717	40.3	14,166	38.8	13,601	37.3	13,290	36.3
小児科	4,963	13.6	5,406	14.8	5,459	15.0	6,096	16.7	6,076	16.6
外科	12,444	34.0	12,560	34.4	11,192	30.7	12,345	33.8	11,559	31.6
整形外科	14,249	38.9	13,041	35.7	11,755	32.2	12,553	34.4	13,691	37.4
皮膚科	1,341	3.7	911	2.5	882	2.4	1,174	3.2	1,062	2.9
泌尿器科	11,849	32.4	11,608	31.8	10,124	27.7	10,065	27.6	9,783	26.7
産婦人科	6,501	17.8	6,837	18.7	6,644	18.2	6,889	18.9	6,959	19.0
眼科	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	768	2.1
耳鼻咽喉科	5,694	15.6	5,480	15.0	4,596	12.6	4,363	12.0	4,320	11.8
放射線科	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
麻酔科	14	0.0	48	0.1	40	0.1	43	0.1	0	0.0
リハビリテーション科	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
脳神経外科	2,557	7.0	2,465	6.8	2,478	6.8	3,727	10.2	2,397	6.5
心臓血管外科	1,587	4.3	1,402	3.8	1,092	3.0	996	2.7	1,187	3.2
乳腺・内分泌外科	752	2.1	1,439	3.9	1,901	5.2	1,957	5.4	1,617	4.4
糖尿病・代謝内科	0	0.0	0	0.0	2,503	6.9	3,361	9.2	2,614	7.1
歯科口腔外科	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
救急科	4	0.0	8	0.0	3	0.0	13	0.0	212	0.6
合計	131,810	360.1	133,792	366.6	126,587	346.8	129,944	356.0	129,949	355.1

出典：市立秋田総合病院調べ

(イ) 病床利用率および平均在院日数の推移

本院の一般病床の平均在院日数は、平成23年度以降、徐々に短縮化が進み、平成27年度には13.1日（全国平均16.8日）となっています。

病床利用率は、平成25年度に80%を下回りましたが、平成26年度以降は83%前後で推移しています。



病床利用率の推移

単位：%

年度	平成23年度 (2011年)	平成24年度 (2012年)	平成25年度 (2013年)	平成26年度 (2014年)	平成27年度 (2015年)
一般	82.7	84.3	79.8	83.0	82.9
結核	41.5	41.7	37.1	31.0	33.5
精神	66.8	67.1	64.6	61.8	60.4
全体	78.6	80.0	75.7	77.7	77.5

平均在院日数の推移

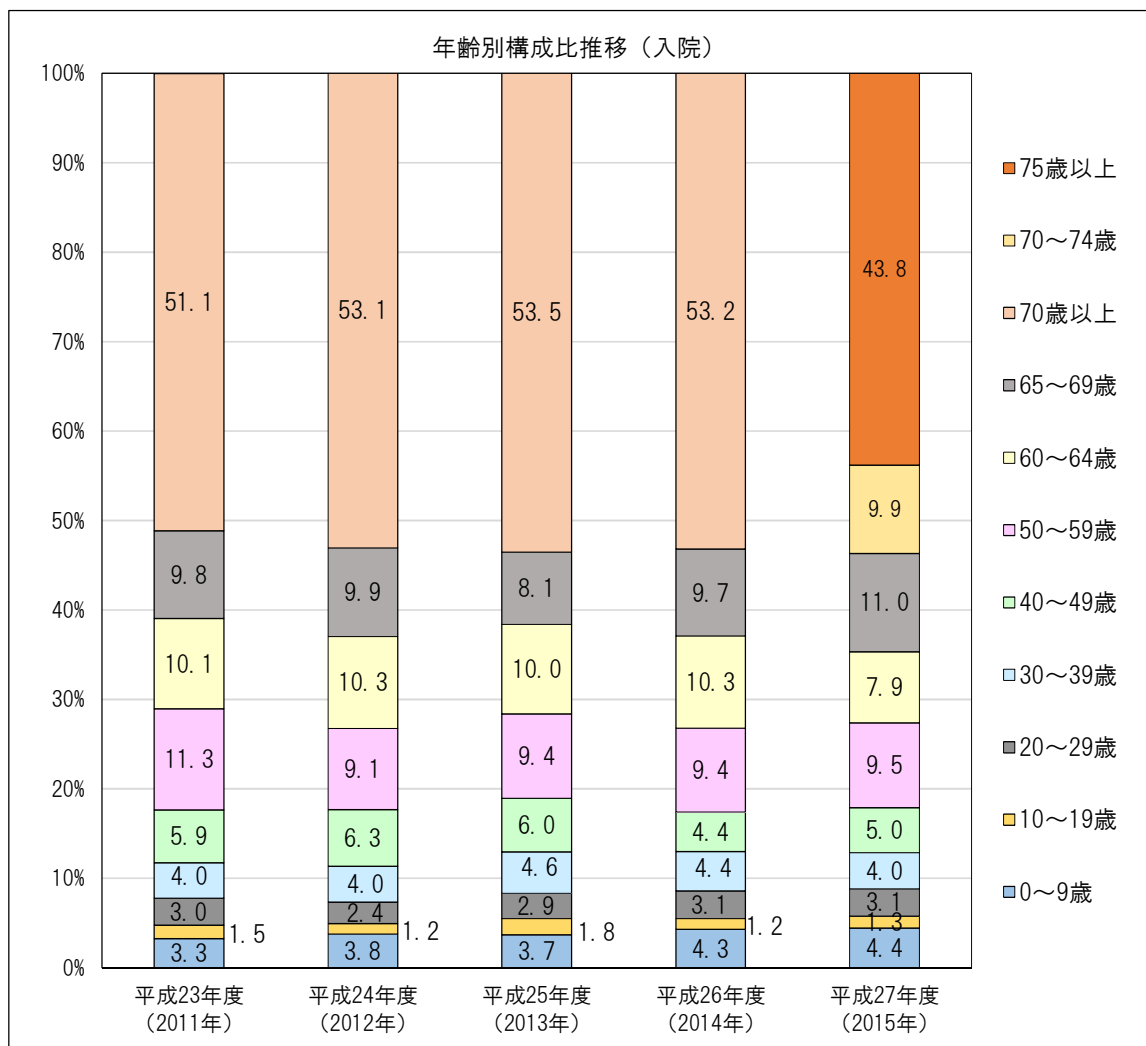
単位：日

年度	平成23年度 (2011年)	平成24年度 (2012年)	平成25年度 (2013年)	平成26年度 (2014年)	平成27年度 (2015年)
一般	15.3	14.9	14.6	13.9	13.1
結核	100.3	127.5	125.7	98.4	113.6
精神	63.8	55.8	51.6	45.4	49.8
全体	17.2	16.7	16.3	15.3	14.5

出典：市立秋田総合病院調べ

(ウ) 年齢別入院患者数

平成27年度の入院患者数の年齢別構成をみると、75歳以上の患者が占める割合が約44%となっています。



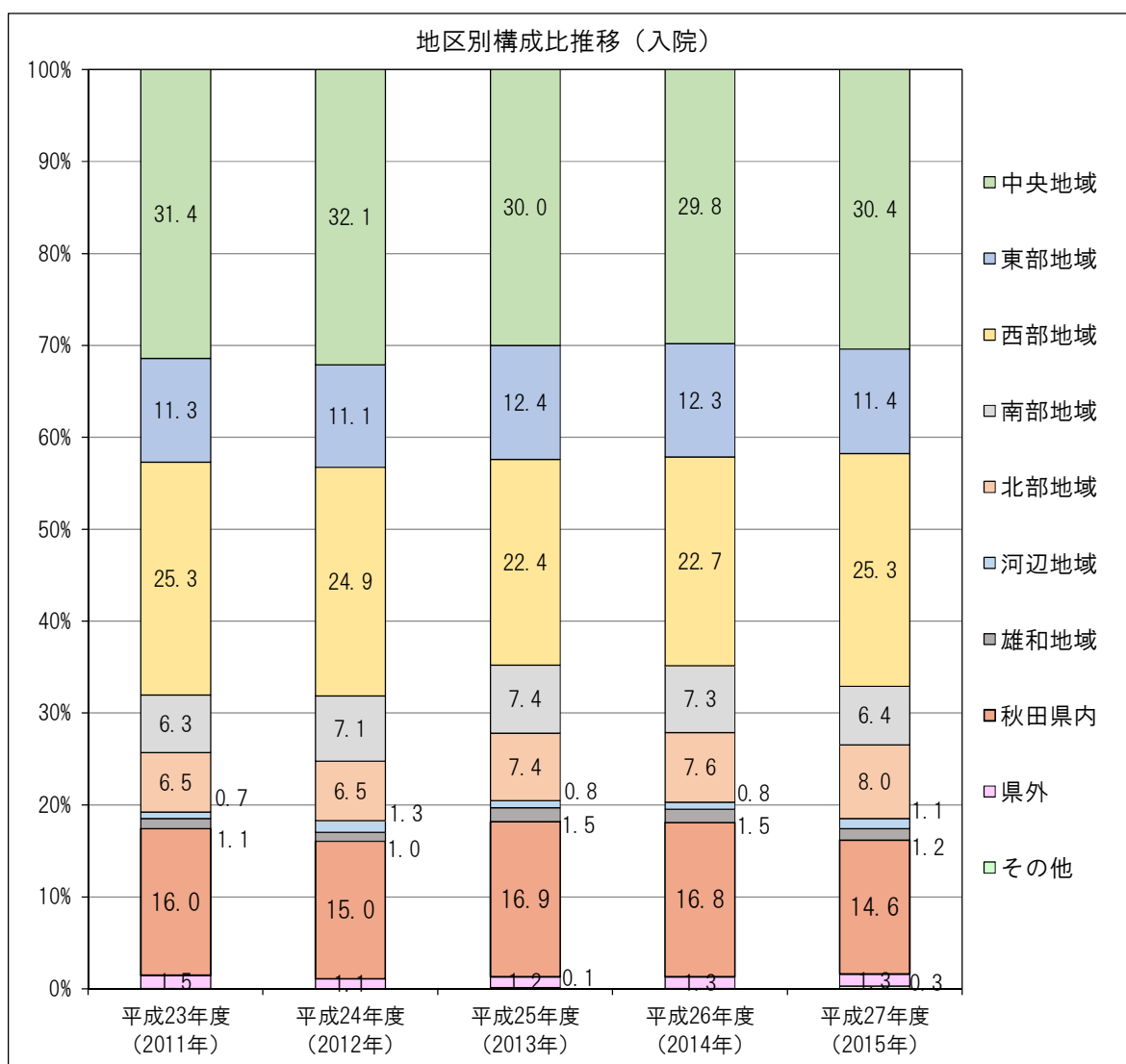
単位：人、%

年齢階級	平成23年度 (2011年)		平成24年度 (2012年)		平成25年度 (2013年)		平成26年度 (2014年)		平成27年度 (2015年)	
	1日平均	構成比	1日平均	構成比	1日平均	構成比	1日平均	構成比	1日平均	構成比
0～9歳	11.8	3.3	13.9	3.8	12.8	3.7	15.2	4.3	15.7	4.4
10～19歳	5.5	1.5	4.3	1.2	6.2	1.8	4.2	1.2	4.8	1.3
20～29歳	10.8	3.0	8.8	2.4	9.9	2.9	10.9	3.1	10.8	3.1
30～39歳	14.3	4.0	14.8	4.0	16.1	4.6	15.8	4.4	14.4	4.0
40～49歳	21.1	5.9	23.2	6.3	20.7	6.0	15.8	4.4	17.9	5.0
50～59歳	40.9	11.3	33.3	9.1	32.7	9.4	33.5	9.4	33.7	9.5
60～64歳	36.4	10.1	37.7	10.3	34.8	10.0	36.8	10.3	28.1	7.9
65～69歳	35.4	9.8	36.3	9.9	28.0	8.1	34.6	9.7	39.1	11.0
70歳以上	183.9	51.1	194.5	53.1	185.6	53.5	189.2	53.2		
70～74歳									35.1	9.9
75歳以上									155.5	43.8
合計	360.1	100	366.6	100	346.8	100	356.0	100	355.1	100

出典：市立秋田総合病院調べ

(エ) 地区別入院患者数

本院の入院患者は、8割強が秋田市内からの来院となっており、そのうち中央および西部地域の患者が全体でも過半を占めています。また、秋田周辺医療圏を含む秋田県内からの入院は15%程度で推移しています。



単位：人、%

区分	平成23年度 (2011年)		平成24年度 (2012年)		平成25年度 (2013年)		平成26年度 (2014年)		平成27年度 (2015年)		
	1日平均	構成比	1日平均	構成比	1日平均	構成比	1日平均	構成比	1日平均	構成比	
秋田市内	中央地域	113.2	31.4	117.8	32.1	104.0	30.0	106.1	29.8	107.9	30.4
	東部地域	40.7	11.3	40.9	11.1	43.0	12.4	43.9	12.3	40.4	11.4
	西部地域	91.2	25.3	91.2	24.9	77.6	22.4	80.9	22.7	90.0	25.3
	南部地域	22.6	6.3	26.1	7.1	25.6	7.4	25.9	7.3	22.7	6.4
	北部地域	23.3	6.5	23.7	6.5	25.5	7.4	26.9	7.6	28.5	8.0
	河辺地域	2.5	0.7	4.7	1.3	2.6	0.8	2.7	0.8	3.8	1.1
	雄和地域	3.9	1.1	3.5	1.0	5.3	1.5	5.2	1.5	4.4	1.2
小計	297.4	82.6	307.8	83.9	283.7	81.8	291.6	81.9	297.6	83.8	
秋田県内	57.4	16.0	54.9	15.0	58.6	16.9	59.7	16.8	51.8	14.6	
県外	5.2	1.5	3.9	1.1	4.1	1.2	4.6	1.3	4.6	1.3	
その他	0.1	0.0	0.0	0.0	0.4	0.1	0.1	0.0	1.0	0.3	
合計	360.1	100	366.6	100	346.8	100	356.0	100	355.1	100	

出典：市立秋田総合病院調べ

(オ) 入院経路

平成27年4月1日～平成28年3月31日の間に入院し退院した患者のうち入院経路の判明した患者について分析すると、紹介履歴のある入院患者が4,561人と最も多く、自院外来からの入院患者は2,669人、救急車搬送による入院患者は991人となっています。

入院経路別患者数 単位：人

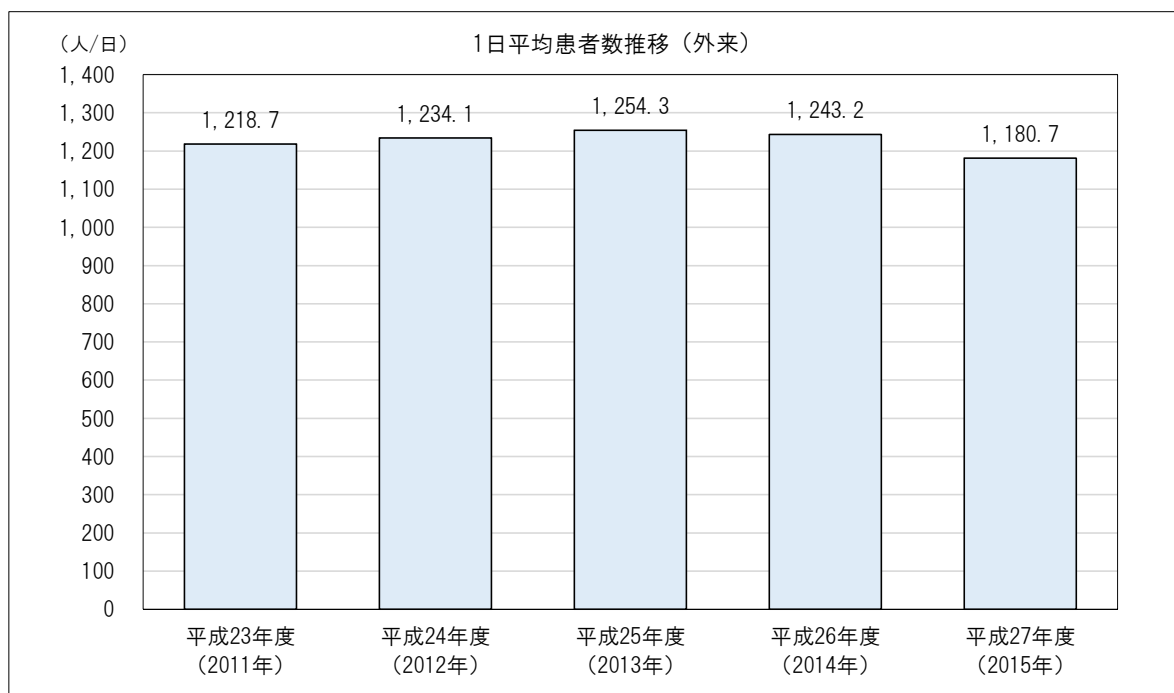
入院経路	患者数	割合
救急車搬送による入院患者	991	12.1%
自院外来からの入院患者	2,669	32.5%
紹介履歴のある入院患者	4,561	55.5%
合計	8,221	100.0%

出典：平成27年度DPC調査様式1

イ 外来患者

(ア) 患者数

平成23年度以降の1日平均外来患者数は、1,180人から1,250人前後で増減しています。



診療科別患者数推移（外来）

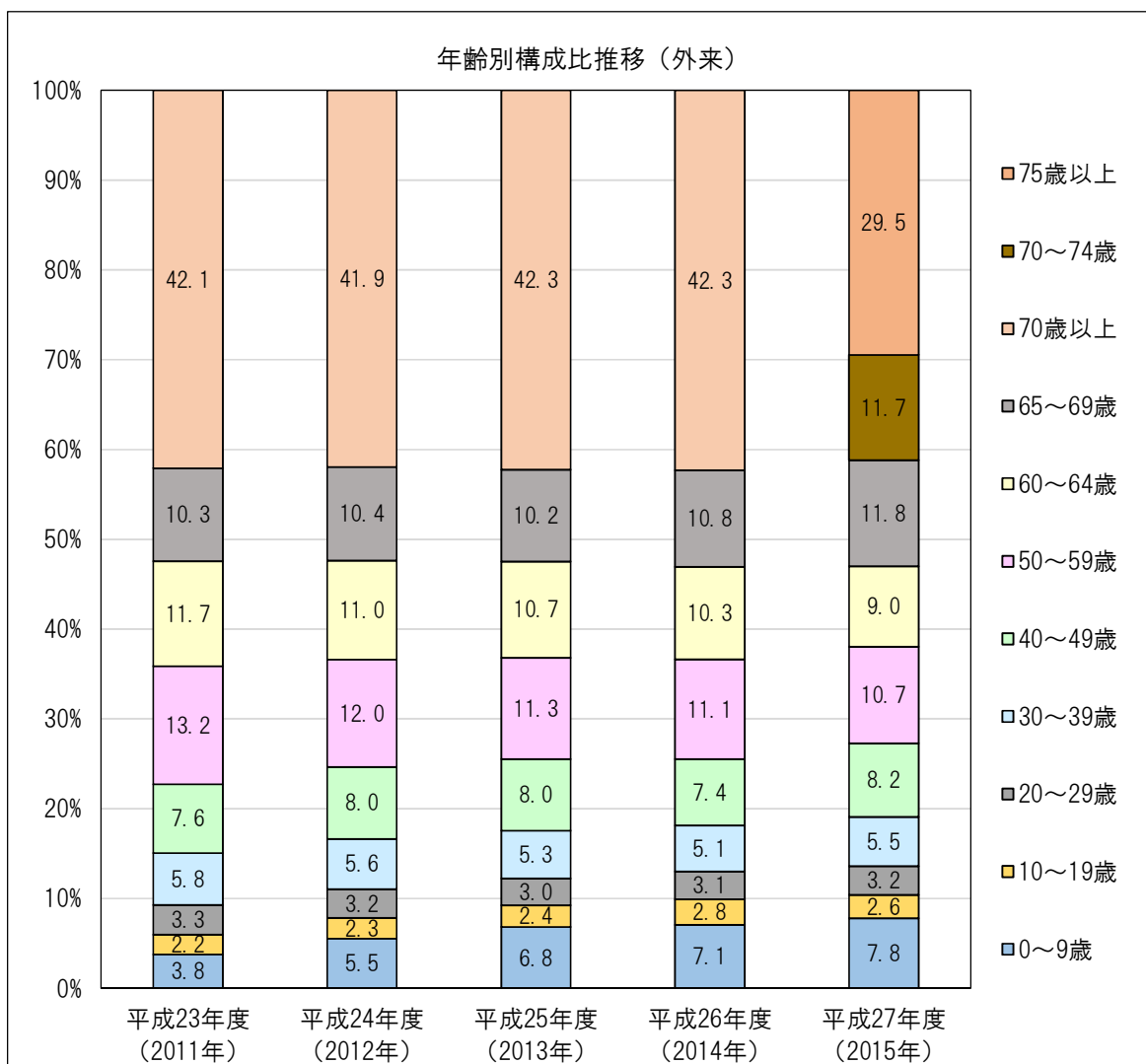
単位：人、%

区分	平成23年度 (2011年)		平成24年度 (2012年)		平成25年度 (2013年)		平成26年度 (2014年)		平成27年度 (2015年)	
	患者数	1日平均	患者数	1日平均	患者数	1日平均	患者数	1日平均	患者数	1日平均
循環器内科	28,911	118.5	25,267	103.1	23,517	96.4	22,467	92.1	20,260	83.4
消化器内科	44,420	182.0	43,963	179.4	28,403	116.4	27,825	114.0	25,681	105.7
呼吸器内科	19,114	78.3	19,327	78.9	18,751	76.8	18,359	75.2	13,702	56.4
血液・腎臓内科	11,530	47.3	11,406	46.6	11,221	46.0	11,712	48.0	11,535	47.5
神経内科	6,160	25.2	5,535	22.6	5,151	21.1	4,835	19.8	6,167	25.4
精神科	23,093	94.6	22,290	91.0	21,464	88.0	21,042	86.2	19,180	78.9
小児科	10,627	43.6	16,022	65.4	19,974	81.9	19,597	80.3	19,179	78.9
外科	11,903	48.8	10,186	41.6	9,161	37.5	8,087	33.1	8,246	33.9
整形外科	16,726	68.5	17,455	71.2	17,181	70.4	15,763	64.6	15,082	62.1
皮膚科	16,426	67.3	16,577	67.7	16,771	68.7	16,190	66.4	14,978	61.6
泌尿器科	26,338	107.9	26,927	109.9	27,026	110.8	27,385	112.2	25,475	104.8
産婦人科	10,041	41.2	10,258	41.9	9,682	39.7	9,696	39.7	9,808	40.4
眼科	5,960	24.4	6,028	24.6	5,313	21.8	5,476	22.4	7,484	30.8
耳鼻咽喉科	12,356	50.6	13,240	54.0	12,794	52.4	12,835	52.6	10,383	42.7
放射線科	13,488	55.3	14,354	58.6	12,792	52.4	13,040	53.4	11,694	48.1
麻酔科	2,553	10.5	2,517	10.3	2,375	9.7	2,586	10.6	2,998	12.3
リハビリテーション科	23,343	95.7	24,579	100.3	26,544	108.8	27,156	111.3	29,935	123.2
脳神経外科	3,717	15.2	3,564	14.5	3,937	16.1	3,895	16.0	3,603	14.8
心臓血管外科	1,941	8.0	1,755	7.2	1,707	7.0	1,693	6.9	1,561	6.4
乳腺・内分泌外科	1,514	6.2	3,705	15.1	4,583	18.8	5,714	23.4	5,662	23.3
糖尿病・代謝内科	0	0.0	0	0.0	19,856	81.4	20,245	83.0	16,683	68.7
歯科口腔外科	7,191	29.5	7,359	30.0	7,828	32.1	7,697	31.5	7,122	29.3
救急科	2	0.0	31	0.1	16	0.1	38	0.2	491	2.0
合計	297,354	1,218.7	302,345	1,234.1	306,047	1,254.3	303,333	1,243.2	286,909	1,180.7

出典：市立秋田総合病院調べ

(イ) 年齢別外来患者数

外来患者の年齢別構成をみると、本院の外来患者の過半数は65歳以上の高齢者となっており、外来患者数に占める高齢者の割合は年々増加傾向にあります。



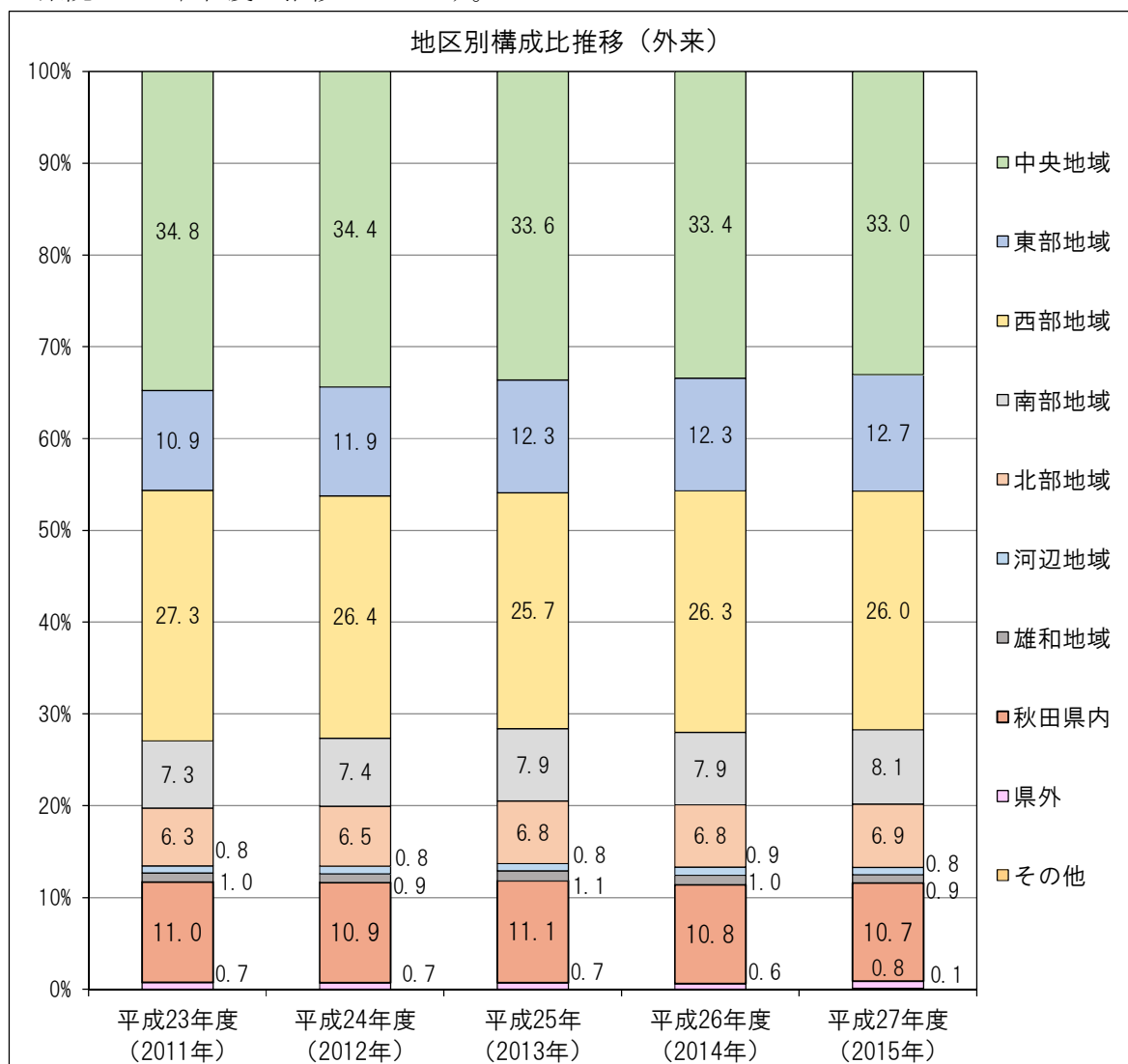
単位：人、%

年齢階級	平成23年度 (2011年)		平成24年度 (2012年)		平成25年度 (2013年)		平成26年度 (2014年)		平成27年度 (2015年)	
	1日平均	構成比	1日平均	構成比	1日平均	構成比	1日平均	構成比	1日平均	構成比
0～9歳	46.1	3.8	68.2	5.5	85.6	6.8	87.9	7.1	92.3	7.8
10～19歳	26.7	2.2	28.5	2.3	30.4	2.4	35.4	2.8	30.5	2.6
20～29歳	40.1	3.3	39.3	3.2	37.5	3.0	38.1	3.1	37.7	3.2
30～39歳	70.7	5.8	69.4	5.6	66.7	5.3	63.8	5.1	64.8	5.5
40～49歳	93.2	7.6	98.8	8.0	99.8	8.0	91.9	7.4	96.8	8.2
50～59歳	160.5	13.2	147.6	12.0	141.6	11.3	138.6	11.1	126.9	10.7
60～64歳	142.3	11.7	136.1	11.0	134.5	10.7	127.6	10.3	105.9	9.0
65～69歳	126.1	10.3	128.5	10.4	128.1	10.2	133.9	10.8	139.5	11.8
70歳以上	513.0	42.1	517.7	41.9	530.1	42.3	526.0	42.3		
70～74歳									138.3	11.7
75歳以上									348.0	29.5
合計	1,218.7	100	1,234.1	100	1,254.3	100	1,243.2	100	1,180.7	100

出典：市立秋田総合病院調べ

(ウ) 地区別外来患者数

本院の外来患者は、9割弱が秋田市内からの来院となっており、そのうち中央および西部地域の患者が全体でも過半を占めています。また、秋田周辺医療圏を含む秋田県内からの来院が10%程度で推移しています。



単位：人、%

区分	平成23年度 (2011年)		平成24年度 (2012年)		平成25年度 (2013年)		平成26年度 (2014年)		平成27年度 (2015年)		
	1日平均	構成比	1日平均	構成比	1日平均	構成比	1日平均	構成比	1日平均	構成比	
秋田市内	中央地域	423.6	34.8	424.2	34.4	421.3	33.6	415.2	33.4	390.0	33.0
	東部地域	132.6	10.9	146.4	11.9	154.1	12.3	153.2	12.3	150.1	12.7
	西部地域	332.9	27.3	325.9	26.4	322.1	25.7	326.8	26.3	307.2	26.0
	南部地域	89.1	7.3	91.8	7.4	99.7	7.9	98.0	7.9	95.7	8.1
	北部地域	76.8	6.3	80.5	6.5	85.5	6.8	84.6	6.8	81.5	6.9
	河辺地域	9.3	0.8	10.2	0.8	9.6	0.8	10.8	0.9	8.9	0.8
	雄和地域	12.0	1.0	11.7	0.9	13.3	1.1	11.8	1.0	10.7	0.9
小計	1,076.2	88.3	1,090.7	88.4	1,105.5	88.2	1,100.4	88.6	1,044.1	88.4	
秋田県内	133.6	11.0	134.5	10.9	139.7	11.1	134.8	10.8	126.4	10.7	
県外	8.7	0.7	8.8	0.7	8.9	0.7	7.6	0.6	8.9	0.8	
その他	0.2	0.0	0.1	0.0	0.2	0.0	0.4	0.0	1.3	0.1	
合計	1,218.7	100	1,234.1	100	1,254.3	100	1,243.2	100	1,180.7	100	

出典：市立秋田総合病院調べ

ウ 救急車搬送患者

(ア) 秋田市の救急搬送件数

秋田市で発生した救急搬送のうち、18%程度を本院で受け入れています。周辺病院の推移をみると、中通総合病院が、リニューアルした平成25年から救急搬送件数が大きく増加しています。

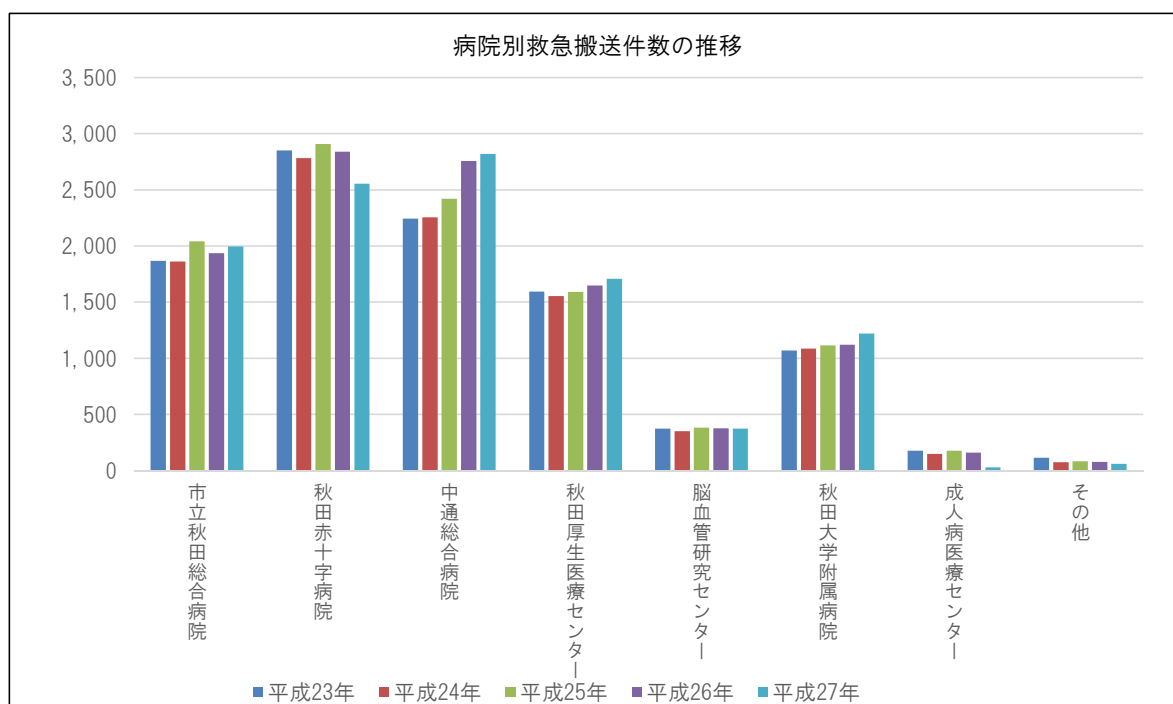
病院別救急搬送件数の推移

単位：件

搬送先施設	平成23年		平成24年		平成25年		平成26年		平成27年	
市立秋田総合病院	1,869	18.2%	1,861	18.4%	2,042	19.0%	1,936	17.7%	1,995	18.5%
秋田赤十字病院	2,851	27.7%	2,782	27.5%	2,908	27.1%	2,838	26.0%	2,554	23.7%
中通総合病院	2,245	21.8%	2,256	22.3%	2,420	22.6%	2,757	25.3%	2,819	26.2%
秋田厚生医療センター	1,593	15.5%	1,554	15.4%	1,591	14.8%	1,647	15.1%	1,707	15.9%
脳血管研究センター	373	3.6%	353	3.5%	383	3.6%	376	3.4%	373	3.5%
秋田大学附属病院	1,071	10.4%	1,088	10.8%	1,115	10.4%	1,120	10.3%	1,221	11.3%
成人病医療センター	177	1.7%	148	1.5%	176	1.6%	159	1.5%	30	0.3%
その他	114	1.1%	75	0.7%	85	0.8%	78	0.7%	60	0.6%
合計	10,293	100.0%	10,117	100.0%	10,720	100.0%	10,911	100.0%	10,759	100.0%

出典：秋田市消防本部年報（各年1月～12月）

※成人病医療センター：平成27年3月31日閉院



(イ) 診療科別救急搬送件数

本院の救急搬送件数は、整形外科、消化器内科、循環器内科の占める割合が高くなっています。推移をみると、平成25年度に減少したものの、その後は増加傾向にあります。

診療科別救急搬送件数

	平成23年度 (2011年)		平成24年度 (2012年)		平成25年度 (2013年)		平成26年度 (2014年)		平成27年度 (2015年)	
循環器内科	263	12.8%	261	12.7%	259	12.8%	235	11.4%	199	9.4%
消化器内科	369	18.0%	340	16.5%	311	15.4%	295	14.3%	291	13.8%
呼吸器内科	102	5.0%	114	5.5%	108	5.3%	117	5.7%	95	4.5%
血液・腎臓内科	38	1.9%	38	1.8%	54	2.7%	35	1.7%	39	1.8%
精神科	109	5.3%	133	6.5%	123	6.1%	158	7.7%	124	5.9%
小児科	83	4.0%	98	4.8%	127	6.3%	120	5.8%	107	5.1%
外科	74	3.6%	81	3.9%	88	4.3%	77	3.7%	72	3.4%
整形外科	361	17.6%	339	16.5%	356	17.6%	318	15.4%	325	15.4%
皮膚科	13	0.6%	18	0.9%	16	0.8%	19	0.9%	13	0.6%
泌尿器科	104	5.1%	88	4.3%	100	4.9%	100	4.8%	73	3.5%
産婦人科	23	1.1%	33	1.6%	15	0.7%	21	1.0%	16	0.8%
眼科	1	0.0%	1	0.0%	0	0.0%	1	0.0%	2	0.1%
耳鼻咽喉科	126	6.1%	143	7.0%	131	6.5%	150	7.3%	140	6.6%
麻酔科	43	2.1%	45	2.2%	59	2.9%	34	1.6%	1	0.0%
神経内科	26	1.3%	53	2.6%	45	2.2%	41	2.0%	102	4.8%
脳神経外科	140	6.8%	172	8.4%	123	6.1%	151	7.3%	103	4.9%
心臓血管外科	95	4.6%	8	0.4%	15	0.7%	16	0.8%	12	0.6%
乳腺・内分泌外科	9	0.4%	4	0.2%	6	0.3%	5	0.2%	1	0.0%
糖尿病・代謝内科	2	0.1%	2	0.1%	0	0.0%	51	2.5%	45	2.1%
歯科口腔外科	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.0%	1	0.0%
救急科	70	3.4%	84	4.1%	87	4.3%	117	5.7%	349	16.5%
合計	2,051	100%	2,055	100%	2,023	100%	2,062	100%	2,110	100%

出典：市立秋田総合病院調べ

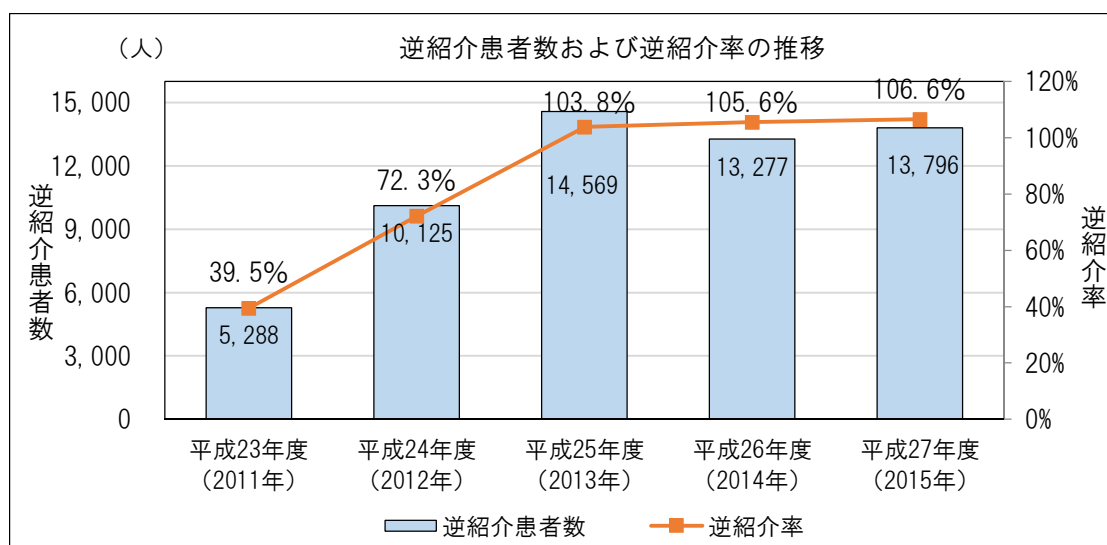
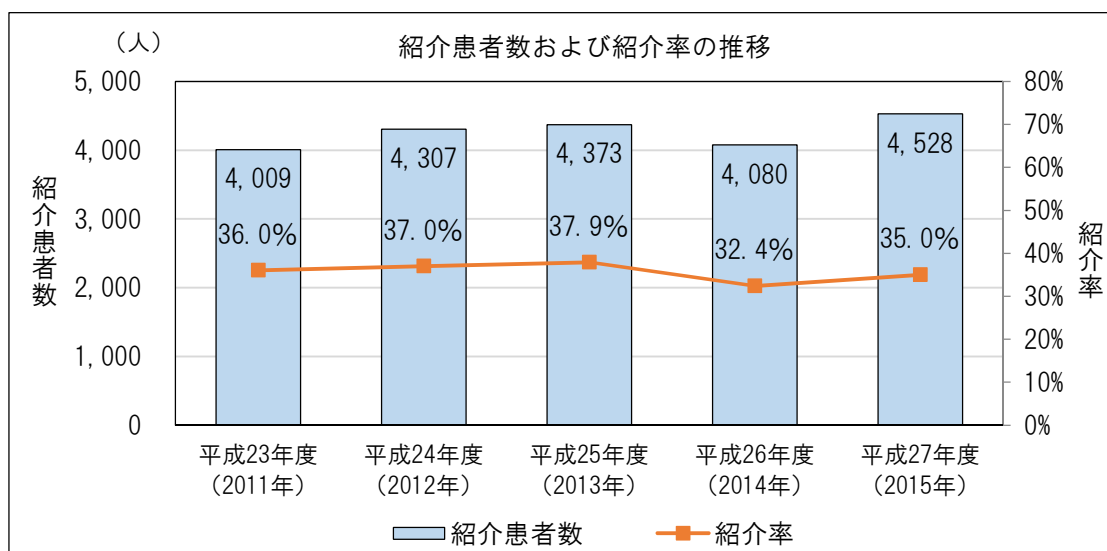
※秋田市救急隊以外からの搬送を含む。

エ 紹介患者

(ア) 紹介患者数・逆紹介患者数の推移

平成23年度からの紹介患者数は約4,000人から4,500人で増減しています。平成27年度の紹介率は35.0%となっており、地域医療支援病院の指定要件（紹介率が50%以上）には達していません。

逆紹介患者数は増加傾向にあり平成27年度は約13,800人となっています。本院の逆紹介率は非常に高く、100%超で推移しています。



紹介患者および逆紹介患者推移

項目	年度	平成23年度 (2011年)	平成24年度 (2012年)	平成25年度 (2013年)	平成26年度 (2014年)	平成27年度 (2015年)
紹介患者数 (人)		4,009	4,307	4,373	4,080	4,528
紹介率 (%)		36.0	37.0	37.9	32.4	35.0
逆紹介患者数(人)		5,288	10,125	14,569	13,277	13,796
逆紹介率 (%)		39.5	72.3	103.8	105.6	106.6

出典: 市立秋田総合病院調べ

※地域医療支援病院用の計算方法による。

(7) 経営状況

経営状況における分析については、次の留意事項があります。

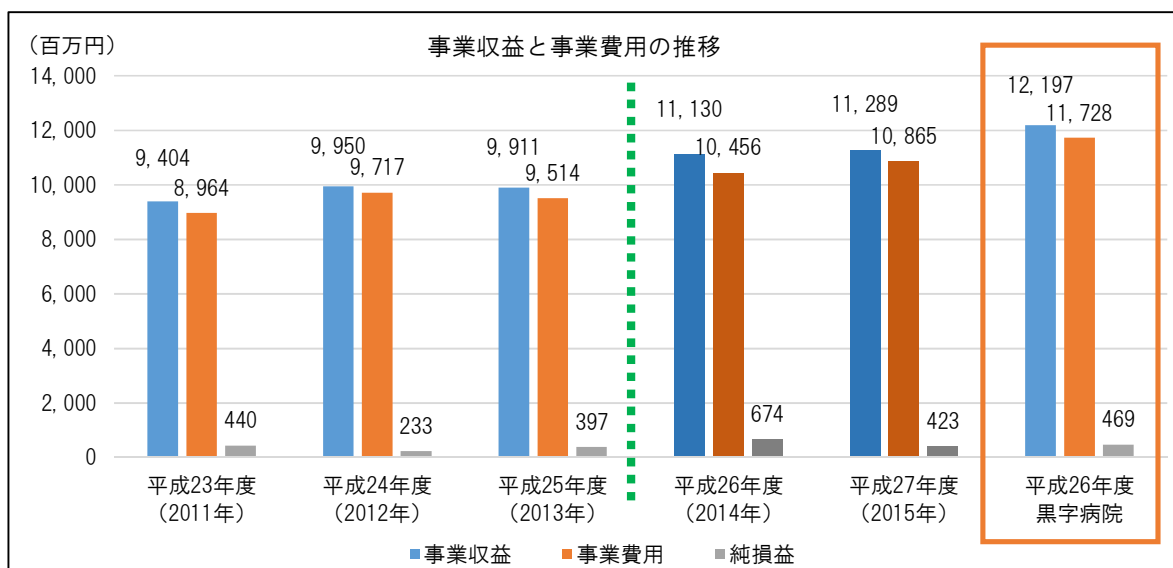
- ① 平成25年度までは、地方公共団体（秋田市）が運営する病院として、地方公営企業会計基準によりますが、平成26年度からは、地方独立行政法人に移行し、地方独立行政法人会計基準となっているため、単純比較はできません。
- ② 比較指標（黒字病院）は、「地方独立行政法人市立吹田市民病院（431床）」、「地方独立行政法人下関市立市民病院（436床）」、「地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館（450床）」を設定しています。

ア 事業収益と事業費用の推移

事業収益は増加傾向にあり、平成23年度は約9.4億円でしたが、平成27年度は約11.3億円となっています。事業費用は事業収益と同様に増加傾向にあり、平成23年度は約9.0億円、平成27年度は約10.9億円となっています。

平成23年度から平成25年度の純利益は、約4.4億円から約2.3億円の間で増減し、地方独立行政法人化した平成26年度は約6.7億円、平成27年度は約4.2億円となっています。

※地方独立行政法人会計の「資産見返運営費負担金戻入」、「資産見返補助金等戻入」、「資産見返物品受領額戻入」は事業収益に含む。

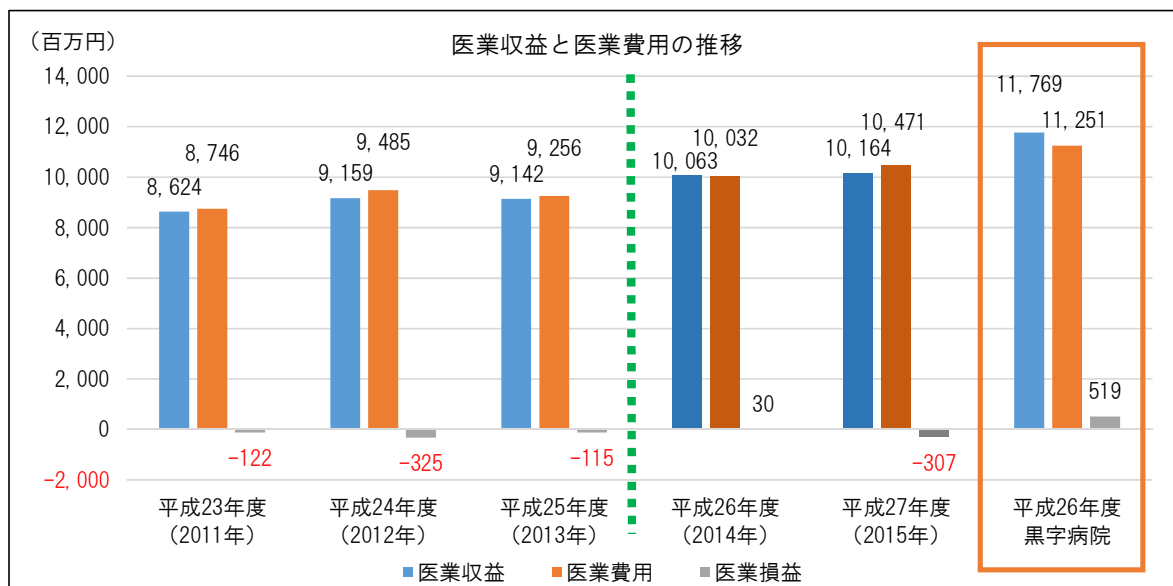


出典：地方公営企業年鑑、病院経営分析比較表（地方独立行政法人）、市立秋田総合病院調べ

イ 医業収益と医業費用の推移

医業収益および医業費用は、事業収益および事業費用と同様の傾向で推移し、損益は次のようになっています。

※地方独立行政法人会計の「資産見返運営費負担金戻入」、「資産見返補助金等戻入」、「資産見返物品受領額戻入」は医業収益に含む。

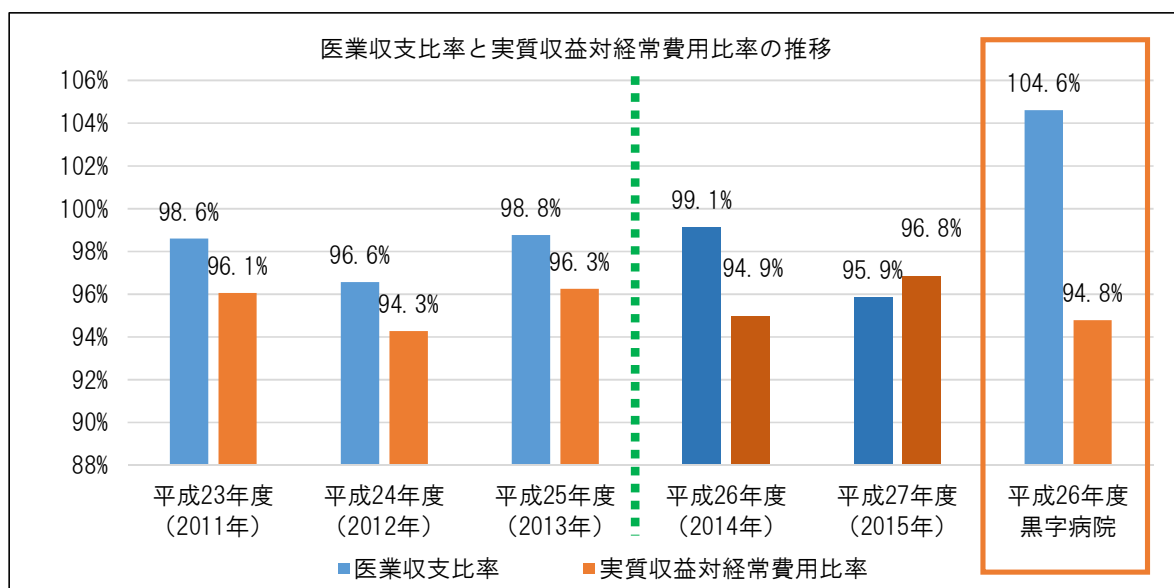


出典：地方公営企業年鑑、病院経営分析比較表（地方独立行政法人）、市立秋田総合病院調べ

ウ 医業収支比率と実質収益対経常費用比率の推移

平成23年度の医業収支比率は、約99%でしたが、平成27年度は約96%となっています。

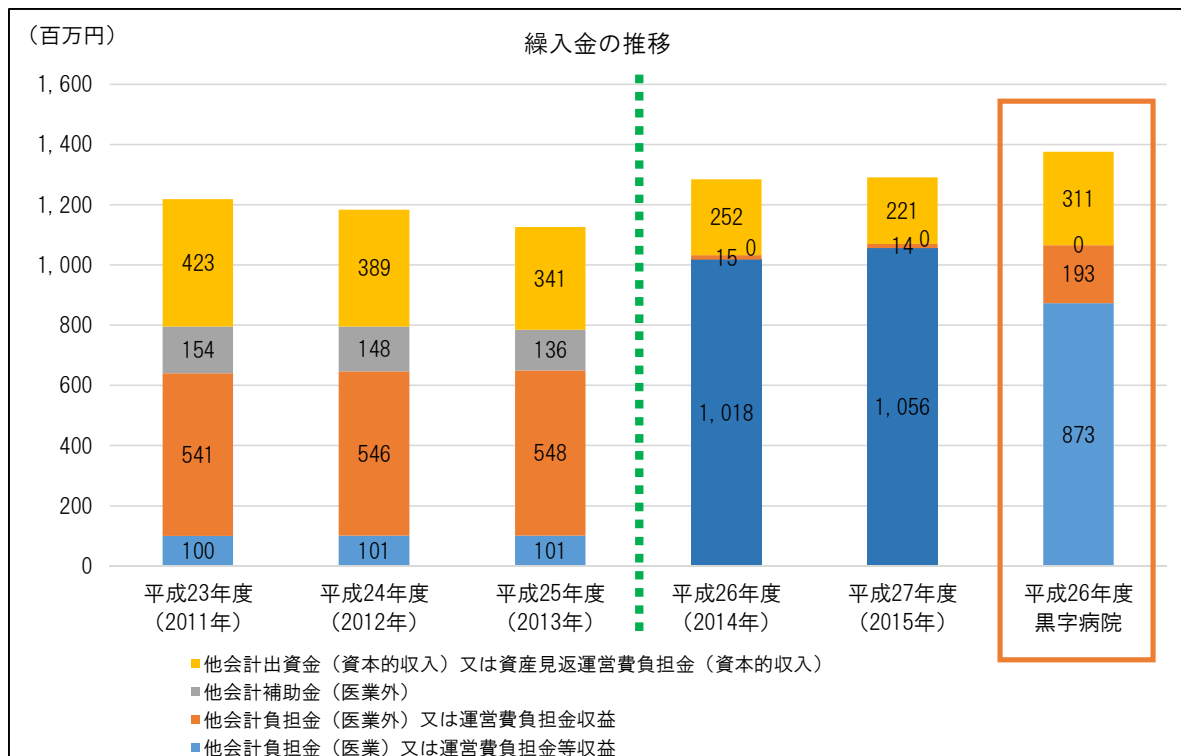
実質収益対経常費用比率は、平成23年度以降、94%から97%の間で推移しています。これは比較指標（黒字病院）とほぼ同水準となっています。



出典：地方公営企業年鑑、病院経営分析比較表（地方独立行政法人）、市立秋田総合病院調べ

エ 繰入金の推移

繰入金（資本的収入を含む）については、平成23年度から平成25年度までは約11億円から約12億円となっていました、平成26年度以降は、約13億円となっています。



出典：地方公営企業年鑑、病院経営分析比較表（地方独立行政法人）、市立秋田総合病院調べ

3 病床機能および病床規模

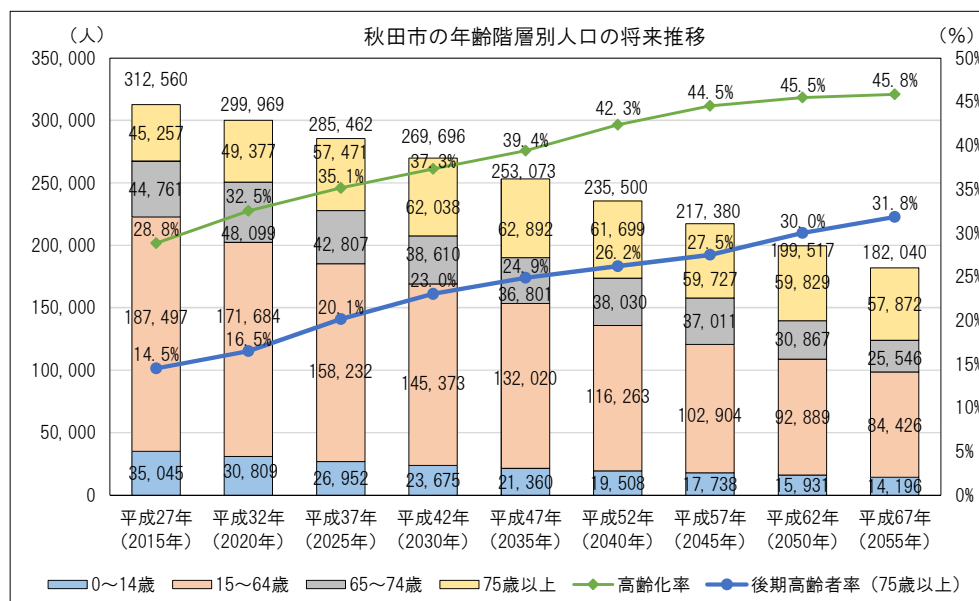
(1) 必要病床数の推計

ア 一般病床

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

(ア) 将来推計人口

秋田市の将来推計人口は次のように推計されます。(再掲)



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

(イ) 秋田市の一般病床の患者数の推計

秋田市の将来推計人口に平成26年患者調査の秋田県の「性・年齢階級別・傷病大分類別受療率」を乗じて、各年の秋田市の1日当たり入院患者数（精神病床、結核病床、感染病床を除く。）を推計します。

この入院患者数に全国の病床区分ごと（一般病床、医療保険適用病床、介護保険適用病床）に入院している患者の割合を乗じて、秋田市の傷病分類別入院患者数を推計すると次のようになり、平成27年には2,427人の入院患者が推計されます。

傷病分類	平成27年 (2015年)	平成32年 (2020年)	平成37年 (2025年)	平成42年 (2030年)	平成47年 (2035年)	平成52年 (2040年)	平成57年 (2045年)	平成62年 (2050年)	平成67年 (2055年)
I 感染症及び寄生虫症	29	30	31	31	31	30	28	27	25
II 新生物	460	475	483	483	473	456	432	406	377
III 血液及び造血系の疾患並びに免疫機構の障害	18	19	20	20	19	19	18	17	16
IV 内分泌、栄養及び代謝疾患	63	66	70	70	69	67	64	62	58
VI 神経系の疾患	263	273	290	296	292	283	270	261	247
VII 眼及び付属器の疾患	35	37	38	38	37	36	34	32	30
VIII 耳及び乳突突起の疾患	4	4	4	3	3	3	3	3	2
IX 循環器系の疾患	580	617	668	693	691	677	650	631	598
X 呼吸器系の疾患	179	190	206	214	214	210	202	199	191
XI 消化器系の疾患	173	179	186	188	185	179	170	162	152
XII 皮膚及び皮下組織の疾患	18	19	20	21	20	20	19	19	17
XIII 筋骨格系及び結合組織の疾患	167	175	182	183	179	174	166	158	147
XIV 泌尿器系の疾患	87	91	99	103	102	98	93	91	87
XV 妊娠、分娩及び産じょく	46	41	37	34	31	28	24	21	19
XVI 周産期に発生した病態	14	12	10	9	9	8	7	6	6
XVII 先天奇形、変形及び染色体異常	15	13	12	10	9	8	8	7	6
XVIII 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	27	28	30	31	31	29	28	27	26
XIX 損傷、中毒及びその他の外因の影響	235	243	251	253	250	242	230	219	205
XXI 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用	14	13	12	12	11	10	9	8	7
合計	2,427	2,525	2,648	2,693	2,655	2,575	2,456	2,356	2,216

出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）」
厚生労働省「平成26年度患者調査」

(ウ) 本院の入院患者数の推計

平成27年度に本院の一般病床（ICU含む）を利用した1日平均患者数をみると、秋田市内の患者は270人となっています。

単位：人

	入院患者数	月平均	1日平均
秋田市	98,707	8,226	270
その他	18,396	1,533	50
合計	117,103	9,759	320

出典：平成27年度DPC様式1

(イ) で示したように平成27年の秋田市の一般病床の入院患者数は2,427人と推計され、秋田市の入院患者のうち本院に入院している患者の割合は11.1%（270人÷2,427人）となります。

秋田市の入院患者数のうち本院に入院する患者数の推計は、秋田市の推計患者数に、11.1%を乗じた値（平成27年の場合には2,427人×11.1%≒270人）となります。

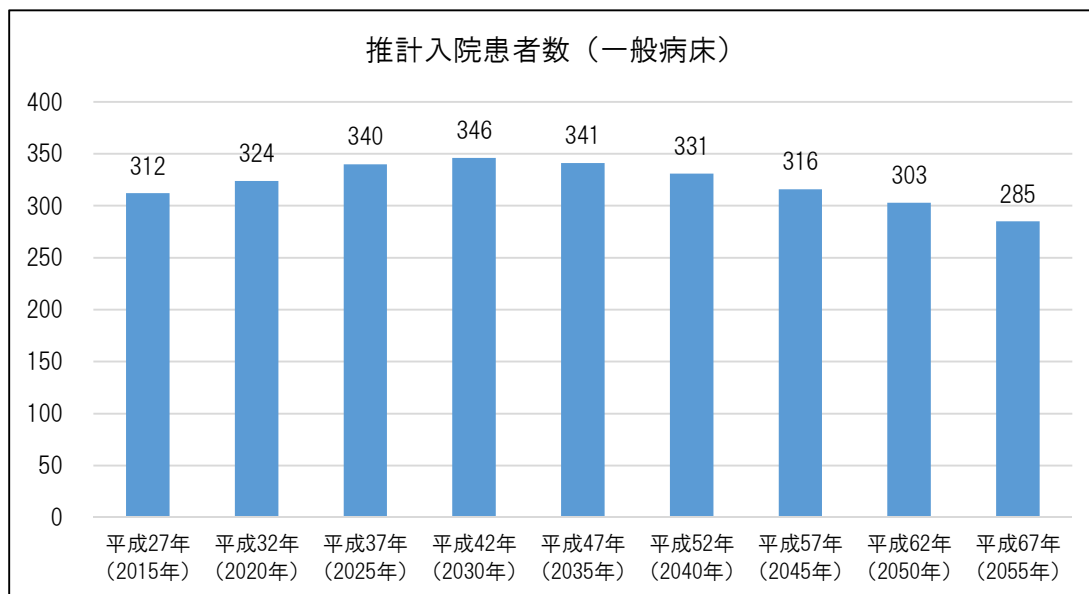
また、平成27年度の本院の入院患者のうち、秋田市の入院患者割合は84.3%（98,707人÷117,103人）であることから、秋田市以外からの患者を含めた総患者数は、秋田市内からの患者数を84.3%で割り戻した値（270÷84.3%≒320人）となります。

さらに、平成27年度の実績に基づき調整を加え、本院の将来入院患者数を推計すると次のようになります。

秋田市の傷病分類別将来推計入院患者数（一般病床数）

単位：人

入院	平成27年 (2015年)	平成32年 (2020年)	平成37年 (2025年)	平成42年 (2030年)	平成47年 (2035年)	平成52年 (2040年)	平成57年 (2045年)	平成62年 (2050年)	平成67年 (2055年)
秋田市の将来推計入院患者数 A	2,427	2,525	2,648	2,693	2,655	2,575	2,456	2,356	2,216
市内住民の本院入院患者 B = A×11.1%	270	281	294	300	295	286	273	262	246
本院の推計入院患者数 C = B÷84.3%	320	333	349	355	350	340	324	311	292
平成27年度実績による調整 D = C×82.9/85.1	312	324	340	346	341	331	316	303	285



(エ) 必要病床数の推計（ICU病床と地域包括ケア病床を含む病床数）

病床利用率90%および95%、平均在院日数11.8日（平成27年度の13.1日に対し10%の短縮を見込む。）と想定した場合の、本院の入院患者数を推計すると次のようになります。

病床利用率と平均在院日数の要因を考慮した場合、入院患者数のピークは平成42年頃が見込まれ、病床利用率95%の場合で327床が必要と推計されます。

以上の推計より、一般病床数（ICU・地域包括ケア病床を含む）は、330床程度を整備することで、ニーズに対応できると考えられます。

単位：人

必要病床数の算定	平成27年 (2015年)	平成32年 (2020年)	平成37年 (2025年)	平成42年 (2030年)	平成47年 (2035年)	平成52年 (2040年)	平成57年 (2045年)	平成62年 (2050年)	平成67年 (2055年)
平均在院日数 現在と同様(13.1日)	312	324	340	346	341	331	316	303	285
平均在院日数短縮 -10%(11.8日)	281	292	306	311	307	298	284	273	257
病床利用率 95%(11.8日)	296	307	322	327	323	314	299	287	270
病床利用率 90%(11.8日)	312	324	340	346	341	331	316	303	285

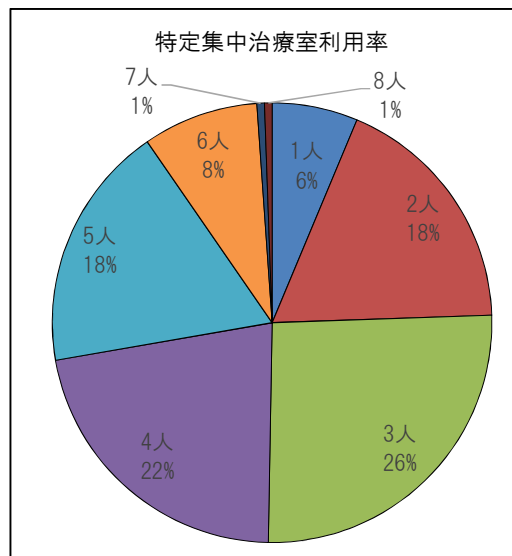
イ 集中治療室（ICU）

(ア) ICUの稼働状況

平成27年度のICU入院患者数は、年間1,403人となっており、その中の1,303人が「特定集中治療室管理料」の対象患者となっています。1日平均入院患者数は3.6人となり、病床利用率は59.5%となります。

ICUの稼働状況は下図右の様になっており、5床以上稼働している日数は28%です。

	ICU入院患者数	特定集中治療室管理料取得患者数
年間	1,403	1,303
1日平均入院患者数	3.8	3.6
利用率	63.9%	59.5%



(イ) 新病院でのICUの整備

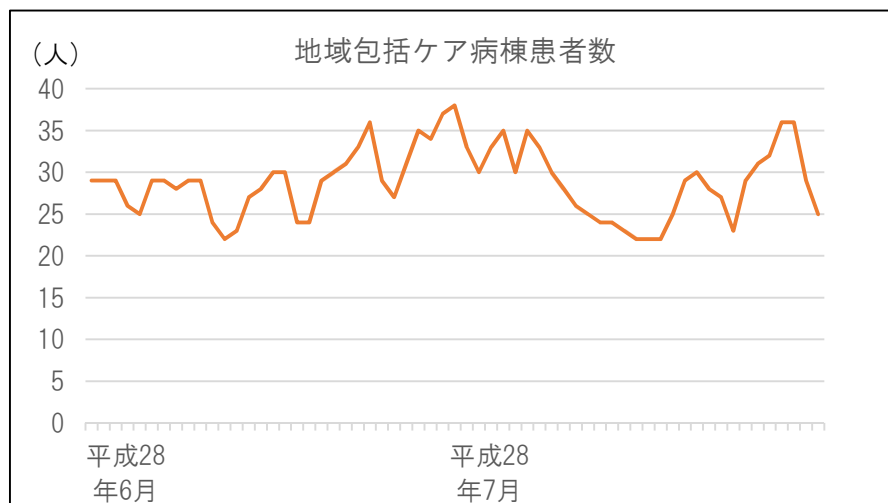
本院の基本方針の1つである「地域の中核的な公的医療機関として、高度・専門医療を提供する」ことを目指すうえで、ICU等の高度急性期病床は現状と同様の6床程度を整備することの重要性は高いと考えられます。

医師・看護師の配置やICUの入室基準の厳格化なども考慮して、「特定集中治療室管理料」ではなく「ハイケアユニット入院管理料」への変更や、患者数の状況によりICUの減床などの可能性を含め、継続検討とします。

ウ 地域包括ケア病床

(ア) 稼働状況

本院では平成28年6月より、39床を地域包括ケア病床として運用を開始しており、平成28年7月末までの2か月間の稼働状況をみると、延べ入院患者数は1,596人、1日あたり平均入院患者数は26.1人となっています。



(イ) 対象患者

本院に入院している患者のうち、地域包括ケア病床に入院する対象となる患者は、在院日数が長く^{※1}・医療資源の投下が少ない患者^{※2}を想定します。

上記2つの条件に当てはまる患者は、1日平均60.6人(延べ22,213人)となります。

※1：本院の平均在院日数が13.1日であるため、16日以上60日未満（DPC算定上の入院期間Ⅱの範囲）とする。

※2：本院の一人当たりの入院単価が29,245円であるため、30,000円以下を想定する。

単位：人

		入院日数					
		5日未満	6～10日	11～15日	16～20日	21～60日	61日以上
入院単価	25,000円未満	1,712	667	903	1,193	8,550	3,853
	25,001～30,000円	1,317	4,444	4,290	3,538	8,932	1,631
	30,001～35,000円	1,945	4,042	3,386	1,802	4,435	779
	35,001～40,000円	5,219	3,425	1,549	1,072	2,255	343
	40,001～45,000円	4,450	2,572	1,147	677	1,327	388
	45,001～50,000円	6,199	2,215	628	334	826	291
	50,000円以上	13,218	3,099	1,093	666	1,743	496

出典：平成27年度Dファイル

注：精神・結核を除く

(ウ) 地域包括ケア病床の設定

秋田県が策定する地域医療構想における秋田周辺医療圏の病床機能は次のとおりであり、当地域は回復期を担う機能（必要病床数1, 120床に対し、平成27年度病床機能報告数287床）が不足しています。

また、(イ)より地域包括ケア病床の1日平均患者数は60.6人が見込まれるため、新病院においては、地域包括ケア病床を拡張し、現在の制度下※で最大の60床を整備してもニーズが見込まれます。

※「地域包括ケア病棟入院管理料」の施設基準において、「特定集中治療室管理料」を取得している医療機関が届出できる地域包括ケア病棟は1病棟に限る。また、1病棟当たりの病床数に係る取扱において、1病棟当たりの病床数は原則として60床以下を標準とする。

秋田周辺地域の平成37年に必要と推計される病床数

医療機能	平成37年（2025年）		
	医療需要 （人/日）	必要と推計される病床	
		病床数（床）	構成比（%）
高度急性期	360	480	11.9%
急性期	1,098	1,408	35.0%
回復期	1,008	1,120	27.9%
慢性期	932	1,013	25.2%
計	3,398	4,021	100%

【参考】病床機能報告

平成27年度 病床機能報告	
病床数（床）	構成比（%）
658	14.9%
2,426	54.8%
287	6.5%
1,059	23.9%
4,430	100%

出典：秋田県地域医療構想

エ 精神病床

本院の精神病床は許可病床数60床で運用していますが、個室が少ないために、個別対応が必要となる身体合併症を伴った精神疾患を有する患者を十分に受け入れることが出来ない状況（稼働率58.3%）となっています。

新病院では、精神科病棟の個室率を高めることで身体合併症を伴った精神疾患患者を広く受け入れられるようになることから、1日当たり10人程度の患者数増を見込み、かつ稼働率を90%とした場合、精神病床は50床程度でも現在のニーズに対応できると考えられます。

現病院

	病床数	1日患者数	稼働率	備考
精神病床	60床	約35床	58.3%	個室率が低い



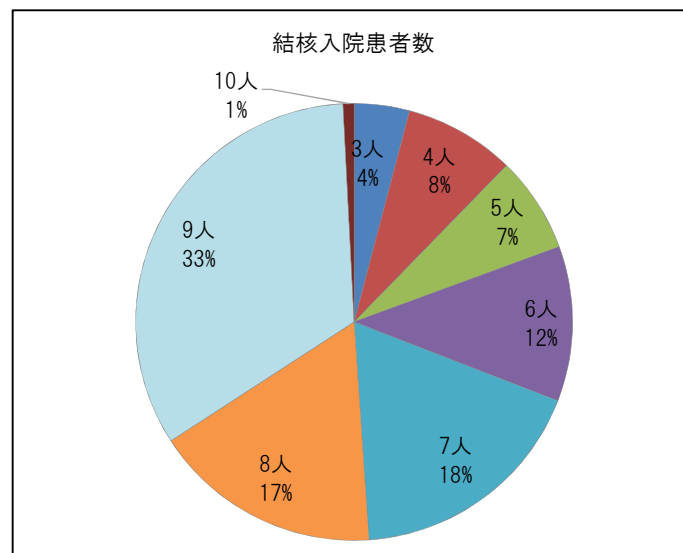
新病院

	病床数	1日患者数	稼働率	備考
案①	40床	35床	87.5%	対象患者は現在と同様
案②	50床	45床	90.0%	身体合併症増に対応

※案②は1日当たり10人程度の精神疾患・身体合併症患者の増加を見込んだ場合

オ 結核病床

本院の結核病床の平成27年度の稼働状況は次のようになっています。入院患者は最大でも10人であり、若干変動を想定しても12床程度でもニーズに対応できると考えられます。しかしながら結核病床の病床数については、県の医療計画との調整が必要なため、継続検討とします。



カ 感染症病床

秋田周辺医療圏では第二種感染症指定病床が4床不足（結核病床を除く）しており、本院に対して県から感染症病床の確保を要望されています。自治体病院として地域に不足している医療機能の確保の必要性は認識しますが、財政負担等もあるため継続検討とします。

(2) 病床規模

以上の検討内容および看護単位等を考慮し、今後さらに検討を進めるための現段階における新病院の病床数のフレームは、次のとおりとします。

・ 一般病床	330床程度
(集中治療室)	6床程度)
(一般病床)	264床程度)
(地域包括ケア病床)	60床程度)
・ 精神病床	50床程度
・ 結核病床	12床程度
・ 感染症病床	4床程度 (第2種)
合計	396床程度

※病床数については、秋田県との協議や地域医療構想調整会議の討論等を踏まえた今後の検討により変更が生ずる場合があります。

4 外来機能の検討

(1) 想定外来患者数

平成27年度の本院の1日平均外来患者数は、1,181人となっています。本院でも秋田市の将来推計外来患者の減少割合と同程度で減少すると仮定した場合、次のように推計されます。

将来推計外来患者数（1日あたり）

単位：人

外来	平成27年 (2015年)	平成32年 (2020年)	平成37年 (2025年)	平成42年 (2030年)	平成47年 (2035年)	平成52年 (2040年)	平成57年 (2045年)	平成62年 (2050年)	平成67年 (2055年)
秋田市の将来推計外来患者数	15,867	15,816	15,601	15,219	14,646	13,956	13,102	12,198	11,236
本院の推計外来患者数	1,181	1,177	1,161	1,133	1,090	1,039	975	908	836

上記のように外来患者数は減少していくことが想定されるため、需要に応じた外来規模での運用を行います。

(2) 外来診療科目

診療科目は現状と同様の次の26科とします。

呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、神経内科、血液・腎臓内科、糖尿病・代謝内科、外科、心臓血管外科、脳神経外科、乳腺・内分泌外科、整形外科、精神科、小児科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、放射線科、病理診断科、臨床検査科、救急科、歯科口腔外科、麻酔科、総合診療科（院内標榜）

5 秋田周辺医療圏および本院に係る課題

(1) 基本分析からの課題

ア 医療需要

平成67年の秋田市の人口は平成27年と比較し、約42%減少するものの、受療率の高い65歳以上の高齢化率は約2倍近く上昇すると推計されます。特に75歳以上の高齢化率は平成62年には30%を超えることが推計されます。

これより、入院医療需要を推計すると、平成42年の2,752人をピークに減少し、平成62年には平成27年の推計患者数を下回ると推計されます。

傷病分類別では、「循環器系」、「呼吸器系」疾患が微増するものの、その他の疾患は減少することが推計されます。

秋田市の入院医療需要は大きく減少することがないことから、引き続き適切な機能・規模を維持していく必要があります。

イ 救急医療

(ア) 一般救急

秋田周辺医療圏のうち、秋田市内には秋田県全域の三次救急を担う病院の3施設（秋田大学医学部附属病院、秋田赤十字病院、秋田県立脳血管研究センター）が集中しています。

また、秋田周辺医療圏内には本院を含む8つの救急告示病院（うち6つが秋田市内）が集中しているため、これらの病院群との円滑な連携を図ることが求められます。

今後も高齢化の進展により救急患者数の増加が見込まれることから、それに対応可能な機能の充実が求められます。

(イ) 小児科救急

本院は、平日は24時間、休日は9時30分から22時30分まで小児科医が常駐して初期診療にあたっているため、引き続き小児初期救急体制を維持していく必要があります。

ウ 精神疾患

現在、本院の精神病床は許可病床数60床で運用していますが、個室が少ないために、個別対応が必要となる身体合併症を伴った精神疾患を有する患者を十分に受け入れることが出来ない状況（稼働率58.3%）となっています。

新病院では、精神科病棟の個室率を高めることで身体合併症を伴った精神疾患患者を広く受け入れられるようになることから、1日当たり10人程度の患者数増を見込み、かつ稼働率を90%とした場合、精神病床は50床程度でも現在のニーズに対応できると考えられます。

エ 災害時における医療

秋田周辺医療圏には、4つの災害拠点病院（秋田大学医学部附属病院（基幹）、秋田厚生医療センター、秋田赤十字病院、県立脳血管研究センター）が配置されており、本院はその後方支援を担う災害協力医療機関に位置付けられています。

また、本院はDMAT指定病院として、2チームの災害派遣医療チーム（DMAT）が整備されています。

大規模地震や水害等の突発的かつ広域的な大災害時においても医療活動が継続できるよう、引き続き重要な役割を担っていく医療体制が必要となります。

6 建替えの必要性

本院は、将来にわたって秋田周辺医療圏の医療を担っていく必要がある中で、次のような施設面の課題を抱えているため、早期に建替えを進める必要があります。

(1) 建物の老朽化

本院は、昭和59年に竣工し、すでに建築後30年以上が経過し、各所で老朽化が見られ、漏水などを始めとする不具合が頻繁に生じている状況にあります。また、耐用年数（税法上の減価償却年数39年）からみても、建替えの検討が必要な時期を迎えています。

(2) 建物の狭あい化

病院全体や病棟部門の1床当たり面積、手術部門の手術室1室当たり面積は、近年の同規模病院と比較すると不足している状況です。病室が狭いことや1室当たり6床の多床室が多いため、現行の医療法上の基準による診療報酬の加算が取得できない状況にあります。

また、プライバシー保持が十分にできない点や、きめ細かな空調管理ができないために苦情が後を絶たない点、トイレが狭く車椅子での利用に向かない点など、患者のアメニティが十分確保されていないため、早期に改善を図る必要があります。

(3) 医療技術の高度化への対応

医療の高度化、専門化に伴う医療機器の設置スペース等が十分に確保できなくなっており、更なる医療の充実のためには、より多くのスペースや機能的な施設整備が必要です。

(4) 職員の環境の改善

職員の執務室や会議室等の面積不足、室数の不足等により、円滑かつ効率的な業務執行の妨げになっています。休憩室や更衣室を集約化して面積効率を高める一方で、執務空間の拡張や会議室の増設が必要です。

(5) 高齢化の進展等への早期の対応

「高齢化の進展等に伴う疾病構造の変化などを踏まえ、良質な医療を効率的に提供する体制を確立するため、入院医療を提供する体制の整備、医療における情報提供の推進および医療従事者の資質の向上を図る。」として、平成13年3月に第4次医療法改正が行われました。

その際、一般病床の基準については、病床面積および廊下幅が建設当時の基準（病床面積4.3㎡、廊下幅：片廊下1.2m、中廊下1.6m）の約1.5倍である病床面積6.4㎡以上、廊下幅：片廊下1.8m、中廊下2.1mになっています。

高齢化の進展等に応えるため、できるだけ早期に当該基準を満たし、良質な医療を効率的に提供できる体制の整備を進める必要があります。

第2章 全体計画

1 新病院の理念と基本方針

(1) 理念

市立秋田総合病院は、すべての人々の幸福のため、良質で安全な医療を提供し続けます。

(2) 基本方針

1. 常に医療水準の向上に努め、地域の中核病院として多様化する医療への要望に応えます。
2. 患者さんの権利や意思を十分に尊重し、診療情報の提供による相互理解に基づく医療を行います。
3. 医療の安全のさらなる向上に努め、患者さんが安心できる医療を行います。
4. 職員にとり働きがいのある就労環境の整備に努め、質の高い医療人を育成します。
5. 業務の改善と効率的な運営に努め、健全で安定した経営基盤を確立します。

2 主要な診療機能の取組方針

上記の理念と基本方針のもと、地方独立行政法人制度の持つ自律性や柔軟性を最大限発揮し、効率的な業務運営を行うとともに、地域の中核的な公的医療機関として、がん診療をはじめとした高度・専門医療や救急医療、小児・周産期医療など、地域に必要な医療を継続的に提供することにより、市民の健康の維持および増進に努めます。

(1) 5 疾病における本院の医療体制

ア がん

秋田県がん診療連携推進病院として、引き続き、がんに対する難易度の高い外科的治療をはじめ、低侵襲の非外科的治療、化学療法および放射線治療を行うとともに緩和医療を効果的に行い、集学的治療を実施します。

イ 脳卒中

脳卒中をはじめとした脳血管疾患に対しては、救急医療に対応する体制を維持するとともに、急性期および回復期リハビリテーションの充実に努めます。

ウ 急性心筋梗塞

24時間対応可能な冠動脈カテーテル治療とその後のICUでの管理により、更なる救命率の向上を目指します。

エ 糖尿病

チーム医療による食事療法、運動療法、薬物療法等の糖尿病治療を提供するとともに、予防目的を含めた糖尿病教室を引き続き定期的を開催することにより、生活習慣の改善につながるよう患者の意識啓発等の推進に努めます。

オ 精神疾患

市内における総合病院で唯一の精神科の閉鎖病棟を引き続き運営します。
また、高齢化に伴い身体合併症を有する患者が増加していることから、身体合併症を有する精神疾患の対応病院としてその役割が増大しており、今後も急性期入院治療をはじめとす

る総合病院に求められる精神医療の充実に努めます。

(2) 5事業における本院の医療体制

5事業のうち、本院では、これまで担ってきた次の4事業について、引き続き事業を継続します。

ア 救急医療

高齢化に伴い、今後、さらに増加することが予想される高齢救急患者に迅速かつ適切に対応するため、心筋梗塞、急性腹症、脳卒中などへの緊急対応も可能な二次救急医療機関として、24時間365日の対応を継続します。

新病院整備にあたっては、救急部門に隣接した救急病棟の設置や救急処置室の拡充、医療機器の整備など施設設備の充実・強化を図るほか、小児科救急や手術室、集中治療室、内視鏡部門、放射線画像診断、検体検査など、救急医療に必要な諸室・機能等との近接性や関連性に配慮し、効率的な救急医療が行える体制を整備します。

イ 災害時における医療

大規模な災害や事故などの発生時に被災地に駆けつけ救急医療を行うために組織した災害派遣医療チーム（DMAT）の2チーム体制を維持します。

また、災害時には、災害協力医療機関として、秋田市保健所・秋田市医師会等の関係機関や災害拠点病院と協力して対応に当たることとし、災害時対応訓練の強化と災害備蓄品の整備を行います。

さらには、病院間災害支援協定を締結している仙台市立病院および山形市立病院済生館との連携を維持し、災害時の人的・物質的援助を優先的に提供しあうこととします。

ウ 周産期医療

緊急母体搬送の受入れを行うほか、合併症妊娠、切迫流産、重症妊娠中毒症の管理を行うなど、正常分娩以外にも対応し、安全で快適な出産環境を提供します。

エ 小児医療

市内の小児科医等との連携により、小児科医が平日は24時間、休日は9時30分から22時30分まで常駐して初期診療を行う小児科救急を引き続き実施します。

新病院整備にあたっては、救急部門に隣接配置し、救急担当看護師等のバックアップ体制のもと、迅速な医療を提供できる体制整備を行うとともに、アレルギー外来の充実を図り、秋田市の目指す「子どもを生き育てやすい環境づくり」の一翼を担います。

(3) 地域医療への取組

地域の医療機関等との連携を強化するとともに、医療機関等を対象とした研修会等を開催するなど地域医療水準の向上に努めます。

また、市民向け健康講座の定期的な開催や各種健康情報の発信などにより、地域に開かれた市民病院として市民の健康維持増進を支援します。

第3章 部門別運営計画

新病院における運営上のポイントは、次のとおりです。

- ① 患者窓口を「患者サポートセンター（仮称）」に一元化し、患者の利便性の向上を図ります。
- ② 外来は、ブロック受付、フリーアドレス診察室の採用により、効率的な運営を行います。
- ③ 病室の個室率を高め、入院環境の向上を図るとともに病床利用率の向上を図ります。
- ④ 救急部門に隣接した救急病棟を設置し、夜間に搬送される患者の、よりスムーズな受け入れと安心・安全な入院環境を提供します。
- ⑤ 更衣室や休憩室を集約化することで、他職種とのコミュニケーションを図る機会を増やし、チーム医療の質の向上を図ります。

1 外来部門

(1) 基本方針

- ・ 接遇改善に取り組み、優しい心で接するとともに、安全で確実な診療を提供します。
- ・ 関連する診療科をブロック化し、連携した医療を提供します。
- ・ 安全で適切な医療を提供するため、チーム医療を展開するとともに、患者に対して充実した説明を行います。
- ・ 患者の意向を重視した安全で適切な医療・看護を提供します。
- ・ 地域医療機関等との機能分担による連携を充実させ、病状の安定した患者は地域への紹介に努めます。
- ・ 患者の待ち時間の短縮、案内表示の工夫など、患者サービスの向上に努めます。
- ・ 多様化する患者ニーズに合わせた外来診療を充実させます。

(2) 機能・規模および運営

ア 想定患者数

- ・ 医療需要動向から、外来患者数は減少していくことが想定されるため、需要に応じた外来規模での運用を行います。

イ 診療科目

- ・ 診療科は次のとおりとします。

診療科 (医療法)	呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、神経内科、血液・腎臓内科、糖尿病・代謝内科、外科、心臓血管外科、脳神経外科、乳腺・内分泌外科、整形外科、精神科、小児科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、放射線科、病理診断科、臨床検査科、救急科、歯科口腔外科、麻酔科 ／計25科
院内標榜科	総合診療科

- ・ 一般外来に加えて、専門外来・特殊外来を実施し、これらの診察室はフリーアドレスとし、共用化できるように検討します。（ストーマ外来を除く）
糖尿病フットケア外来、子どもの心診療外来、緩和ケア外来、プレママ外来、母乳外来、ウィルス性肝炎外来、炎症性腸疾患・IBD外来、もの忘れ外来、禁煙外来、呼吸リハ

ビリテーション外来、遺伝カウンセリング外来、ストーマ外来、スポーツ整形外来など

ウ 診療受付時間

- ・ 新規患者（月～金）：8：00～11：30
- ・ 再来患者（月～金）：8：00～11：30

エ 診療開始時間

- ・ 原則として9：00とします。

オ 患者受付

（ア） 総合受付および再来受付

- ・ 来院時に患者が迷わない、分かりやすい受付を構築します。
- ・ 患者の受診歴等に応じて、患者基本情報の入力、診察券の発行、診療科登録、来院情報の入力等を行います。
- ・ 再来患者の受付に対し、再来受付機の導入を検討します。
- ・ 受付には必要なスタッフを配置し、患者の受付、会計業務や各種問合せへの対応等を行います。

（イ） 会計窓口

- ・ 診療計算は各ブロック受付で行い、精算は中央の会計窓口で行います。

（ウ） 患者サポートセンター（仮称）

- ・ 総合案内で来院者に対する総合的な案内を行います。
- ・ 病院のエントランス付近にスタッフを配置し、受診科相談等を行います。
- ・ 予約変更等の問い合わせ、入院退院の説明、紹介状持参患者の受付や医療福祉相談等をワンストップで対応します。
- ・ 診察後、必要な検査説明や指導、相談に対応できるように指導・相談室を整備します。

カ 診察

（ア） 受付

- ・ 複数の外来をまとめたブロック受付を設置し、外来の混雑解消と患者利便性の向上を図ります。

（イ） 診察

- ・ 診察室に診療科特有の設備等が必要な場合を除き、診察室は、特定の診療科専用とせず、広さや設備を統一し、共用化（フリーアドレス化）を図ります。

キ 処置

（ア） 注射センター

- ・ 点滴・注射については、注射センターで実施します。看護師による十分な経過観察を行い、安全性を高めます。

（イ） 各科処置室

- ・ 注射センターで対応ができない処置や各診療科の特性に応じた処置を想定し、ブロック

ごとに処置室を設置します。

ク 採血

- ・ 採血は、採血室で主に臨床検査技師が行います。ただし場合によって、看護師も対応します。

ケ 化学療法

- ・ 外来の抗がん剤点滴治療は外来化学療法室で行います。
- ・ 15床分（ベッド6台、リクライニングチェア9台）の設置スペースを確保します。

(3) 部門配置計画

- ・ 外来診察室から注射センター、中
- ・ 中央採血室、生理検査室（心電図等）、放射線部門（一般撮影等）への患者動線に配慮した配置とします。
- ・ 患者動線と職員動線の分離を考慮します。
- ・ 特に整形外科は、放射線部門との効率的な動線を考慮します。
- ・ 外来化学療法室に抗がん剤調製室の隣接配置を検討します。

2 救急部門

(1) 基本方針

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

(2) 機能・規模および運営

ア 診療日・診療時間

- ・ 診察は年中無休で対応します。
- ・ 救急車の搬送受け入れは24時間対応とします。
- ・ 自己来院する患者の診療時間は、平日17:00～翌朝8:30、土・日・祝日24時間とします。

イ 対象患者

- ・ 緊急で重篤な症状の患者を対象とします。

ウ 体制

- ・ 診療時間内は、救急チームが初期対応し、必要に応じて各診療科の医師が対応します。
- ・ 時間外は、当直医が対応します。
- ・ 当直以外の診療科も、必要に応じてオンコールで医師が対応します。

エ 受付・会計対応

- ・ 時間内の会計は、原則として会計窓口で行います。
- ・ 時間外の会計は救急受付で行い、休日・夜間も含めて24時間会計処理できる体制整備を検討します。

オ 処方

- ・ 時間内の処方は院外処方を基本とし、時間外は院内調剤とし宿直の薬剤師が対応します。

カ 検査、放射線

- ・ 当直の検査技師、放射線技師が対応します。

(3) 部門配置計画

- ・ 救急部門は、迅速な救急車搬送が可能なように、外部からの動線に配慮した部門配置とします。
- ・ 救急部門は、救急病棟および小児科救急外来、放射線部門と隣接配置とし、内視鏡部門に近接配置とします。
- ・ ICU、病棟、手術部門等と連携し、円滑に治療のできる部門配置とします。特にICUへの動線は直結する専用エレベーターを設置します。
- ・ 大規模災害や多傷病者が発生した際の、トリアージスペースや患者動線などを考慮した配置とします。
- ・ 救急部門から霊安室への動線に配慮した部門配置とします。
- ・ 救急部門に隣接して薬剤部（夜間投薬窓口）の配置を検討します。

3 病棟部門

(1) 基本方針

- ・ 医療安全および院内感染対策が考慮された療養環境を提供します。
- ・ プライバシーの確保、アメニティの向上により患者の快適性、利便性を高めます。
- ・ チーム医療の実施、看護サービスの向上により地域の中核病院としての入院機能の維持・向上を図ります。
- ・ 病床管理体制を充実し病床の有効活用を図ります。

(2) 機能・規模および運営

ア 想定病床数

一般病床	330床 (ICU 6床、地域包括ケア病床 60床、一般病床 264床)
精神病床	50床
結核病床	12床
感染症病床	4床 (第2種)
計	396床

イ 看護体制

一般病床	7 : 1
ICU	2 : 1
地域包括ケア病床	13 : 1
精神病床	13 : 1
結核病床	7 : 1
感染症病床	7 : 1

ウ 病棟構成

- ・ 医師、看護師、薬剤師、栄養士等、多職種が連携しやすいスタッフステーションおよび諸室を整備します。
- ・ カンファレンス室を整備し、病棟カンファレンスを一層充実させるなど、チーム医療を推進するための病棟環境を整備します。
- ・ 一般病棟は1看護単位あたり60床程度とし、診療科の特性を考慮した混合病棟を基本とします。
- ・ 救急部門に隣接した救急病棟（7対1看護体制の一般病棟）を配置し、夜間に搬送される患者のよりスムーズな受け入れ態勢と安心・安全な入院環境を提供します。
- ・ 重症室はスタッフステーションに隣接させます。
- ・ 周産期病床・小児病床・NICU機能およびその後方病床は近接して配置します。
- ・ 産婦人科病棟および小児科病棟は母子同室を基本とします。
- ・ 病棟でのリハビリテーションが実施可能なスペースを確保します。
- ・ 病棟のセキュリティの強化を図ります。

エ 病室

- ・ 病室は、個室、2床室、4床室の組み合わせを基本とし、個室率を高めることとします。
- ・ 周産期病床には通常の分娩室・陣痛室を設置します。
- ・ 感染症病室は「感染症医療機関の施設基準に関するガイドライン」に基づいた構造とします。

オ 病室の構造・設備

- ・ 特別室は、洗面台、トイレ、シャワー、応接セットを設置します。
- ・ 差額室料を徴収する個室には洗面台とトイレを設置し、多床室には洗面台を設置します。
- ・ 多床室においても間仕切り家具等を活用し、プライバシーの確保に努めます。また、将来の病床数の変更に対応しやすいよう整備します。
- ・ 4床室の患者を対象としたトイレは、車いす介助にも配慮した広さとします。
- ・ 2床室は、特に窓側のベッドでの検査やベッド搬送に支障のない広さとします。

カ 食事

- ・ 日常生活サイクルや患者の希望に配慮した適時適温給食を実施します。
- ・ 配膳方式は中央配膳とします。
- ・ 早期離床、アメニティを考慮し、病棟食堂の設置を検討します。

キ 薬剤

- ・ 入院患者を対象とした薬剤管理指導業務は、個室および相談室等で実施します。

ク 検査

- ・ 採血された検体の回収は、搬送機による搬送を継続します。

ケ リハビリテーション

- ・ 自宅退院を目標に専門性を活かしてケアにあたり、生活に密着したリハビリテーションを実施します。
- ・ 各病棟でリハビリテーションカンファレンスを行い、看護計画に反映します。

コ 病床管理

- ・ 入退院管理機能を拡充し、患者サポートセンター（仮称）において病床管理と入退院事務を一元化し、病床利用率の向上を図ります。

(3) 部門配置

- ・ 手術室やICUへの迅速搬送が可能となる各病棟に救急専用エレベーターの設置を検討します。
- ・ ICUは手術部門に隣接配置し、清潔区域内での移動を可能とするとともに、救急部門とエレベーターで直結します。
- ・ 夜間に搬送される患者のスムーズな受け入れと安心・安全な入院環境を提供するため、救急病棟を救急部門に隣接配置します。

4 薬剤部門

(1) 基本方針

- ・ 患者の安全確保を目的とし、積極的に疑義照会を行います。
- ・ 医薬品に関連する事故を防止し、安全性の向上に努めます。
- ・ 医療者間の連携を高め、より適切な薬物療法の提供に努めます。
- ・ 医薬品情報の収集と提供により医薬品の適正使用推進を図ります。
- ・ 医薬品の適切な保管管理、在庫管理に努めます。
- ・ 患者およびその家族に信頼される薬剤師を育成します。
- ・ 自己研修を強化し、領域別専門分野を開拓します。

(2) 機能・規模および運営

ア 調剤業務

- ・ 外来調剤は原則として院外処方とします。救急患者や一部外来処方には、調剤室に投薬窓口を設置し対応します。
- ・ 院内処方の投薬には、十分な説明・指導・確認等を行います。
- ・ がん化学療法に対する抗がん剤の混注業務は、無菌調製室で実施します。
- ・ 外来患者の持参薬鑑別に対応します。(患者サポートセンター機能を調整)

イ 注射業務

- ・ 注射処方に基づき個別に監査を行い、投薬毎にセットして搬送します。

ウ 製剤業務

- ・ 調製に当たっては、薬剤部で安全性と安定性を十分に考慮し調製を行います。
- ・ 院内製剤業務は、「滅菌製剤」、「無菌製剤」、「注射剤」、「一般製剤」、「軟膏」等、院内製剤審査委員会で承認された製剤品を対象とします。
- ・ クリーンルーム、クリーンベンチ、安全キャビネット等の専用の設備を備え、TPN(高カロリー輸液法)、抗がん剤等の無菌調製を行います。
- ・ がん化学療法の調製は、100%室外排気型安全キャビネットを導入し、抗がん剤等の無菌調製および職員の曝露を防止します。また、外来化学療法室はパスボックスにより受渡しが可能となるよう、抗がん剤の無菌調製室への隣接化を検討します。

エ TDM業務

- ・ 病棟薬剤業務の一環として、特定薬剤治療管理(薬物血中濃度モニタリング:TDM)に積極的に関わります。

オ 医薬品情報管理業務

- ・ 医薬品情報管理(DI)室を設置し、薬品情報の収集、院内への情報提供を行う体制を整備します。
- ・ 医療従事者や患者からの問い合わせに対しても迅速に対応します。

カ 薬剤管理指導業務および退院時指導

- ・ より質の高い薬物療法を提供するため、薬剤管理指導業務を行います。
- ・ 多職種と連携し、退院患者の指導を行います。
- ・ 入院患者の持参薬確認を行います。

キ 病棟薬剤業務

- ・ チーム医療のもと、病棟薬剤業務を行います。
- ・ 病棟においては、投薬・注射状況の把握、2種以上の薬剤を同時に投与する場合における投与前の相互作用の確認、患者等に対するハイリスク薬等に係る投与前の詳細な説明等を行います。

ク 治験管理

- ・ 治験業務の充実を図ります。

ケ 教育・研修

- ・ 薬剤師の専門性を生かし、栄養サポートチーム（NST）、院内感染対策チーム、褥瘡、緩和ケア、糖尿病管理等のメンバーとしてチーム医療にも積極的に参加します。
- ・ 各種市民教室で講師を務めます。（肝臓、糖尿病、呼吸、うつ病、腎臓、感染、がんサポート等）

コ 医薬品管理

- ・ 定期的に有効期限をチェックし、期限切れにならないよう有効利用します。
- ・ 災害時に必要な医薬品をリストアップし、一定量の在庫を確保します。
- ・ 定期的に棚卸しを実施し、デッドストックを防止します。

(3) 部門配置計画

- ・ 薬剤部門は化学療法室および救急部門に近接し、外来部門との動線に配慮します。
- ・ 患者のプライバシー確保に配慮し、投薬窓口と個室を近接させます。
- ・ サテライトファーマシーを設置する場合は、情報共有のため病棟のスタッフステーションと隣接させます。
- ・ 無菌調製室は外来化学療法室への隣接を検討します。
- ・ 業務を円滑に実施できるように、必要なスペースを確保するとともに、できる限りワンフロアで完結するよう検討します。
- ・ 医薬品の備蓄スペースを別途近接して確保します。

5 臨床検査部門

(1) 基本方針

- ・ 患者の目線に立ち、超音波センター、生理検査、採血室への誘導をわかりやすくし、検査効率を高めます。
- ・ 採血待ち時間、生理検査待ち時間を短縮することにより患者満足度向上に努めます。
- ・ 検体取り違い、患者取り違いを防止できる体制を充実します。
- ・ 24時間体制で精度の高い検査を迅速に提供します。

(2) 機能・規模および運営

ア 検体検査

- ・ 一般、生化学・血清、血液、輸血、細菌の各検査機能を、検体検査室内に集約して配置し、業務の効率化を図ります。
- ・ 緊急・迅速検査に対応するため、検体搬送用小荷物専用昇降機や気送管等の利用を考慮します。
- ・ 外来患者の採血・採尿は、採血室、採尿トイレで行います。

イ 輸血検査

- ・ 血液型検査、不規則抗体、交叉試験の自動化およびシステム化による安全な輸血体制を確立します。
- ・ 血液製剤の購入、在庫、使用を一元的に管理し、血液製剤に関する記録を保管・管理します。

ウ 細菌検査

- ・ 迅速検査法などにより病原体検査の迅速化を図るとともに、院内感染対策に役立て、感染症診断・治療に有用な検査を実施します。
- ・ 適切な空調管理を行うなど、院内感染防止を考慮した構造、設備とします。

エ 生理機能検査

- ・ 循環器系疾患をはじめとする高度医療に対応できるように、診断や治療に有用な、超音波、心電図、呼吸機能、脳波などの生理機能検査を実施します。

オ 検査報告

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

カ 緊急検査

- ・ 24時間体制とし、時間外の検査は、当直技師が対応します。

キ 検体の搬送

- ・ 時間外や緊急時のために迅速で効果的な搬送システムの構築に努めます。

ク 試薬管理

- ・ 試薬の管理は、検査部門で行います。

(3) 部門配置計画

- ・ 検体検査、生理機能検査等の機能を集約し、機能的な配置を検討します。
- ・ 臨床検査部門は、注射センター・救急外来・外来部門(泌尿器科)との動線に配慮し、スムーズな連携が図れる配置とします。
- ・ 外来患者、健診利用者の動線を考慮した部門配置を検討します。

6 病理診断部門

(1) 基本方針

- ・ 細胞診断、組織診断等により最終診断としての病理診断を的確に行います。
- ・ 臨床各科とのカンファレンスに症例の病理所見を提示し、適切な診療を提供します。
- ・ 病理相談のセカンドオピニオンを実施します。

(2) 機能・規模および運営

- ・ 通常の病理組織・細胞診検査をはじめ、病理解剖およびC P C（臨床病理症例検討会）を実施する等、各診療科との連携に努めます。
- ・ 手術部門と機能的な連携をもち、手術中における正確かつ迅速な病理診断に努めます。
- ・ 外来エリアに病理診察室（共用）を設けて、患者への結果報告や相談への対応を検討します。

(3) 部門配置計画

- ・ 病理検査室は、術中検査に対応するために手術部門と隣接または近接を検討します。
- ・ 搬送設備（オートリフト等）は、臨床検査室や手術部門との接続を検討します。
- ・ 検査室および剖検室は、院内感染防止および換気に十分配慮した設備とします。

7 リハビリテーション部門

(1) 基本方針

- ・ 各診療科の主治医と連携してリハビリテーションを提供します。
- ・ 地域の医療機関の関係施設との連携を強化します。
- ・ 職員の専門特化、資質および接遇の向上のためのスタッフ教育を行い、より患者の満足度を上げるように努めます。
- ・ 病気予防、健康増進のためのリハビリテーションを提供します。
- ・ 他職種との積極的な連携を図り、チーム医療に貢献します。
- ・ 365日リハビリテーションの実施を目指します。

(2) 機能・規模および運営

ア 対象疾患等

- ・ 全ての入院患者を対象とします。外来患者においては実情に応じて実施します。
- ・ 健康な人に対する運動器リハビリテーションの実施について検討します。

イ 施設基準

- ・ 次の施設基準の取得を前提に、必要な人員、設備等の整備を目指します。
- ・ 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）
- ・ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）
- ・ 運動器リハビリテーション料（Ⅰ）
- ・ 呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）
- ・ がん患者リハビリテーション料
- ・ 認知症患者リハビリテーション料
- ・ ADL維持・向上等体制加算
- ・ 摂食機能療法

ウ 治療・評価

- ・ 対象者の総合的な評価を行い、それに基づいてリハビリテーションを実施します。
- ・ 多職種のスタッフが互いに連携をとり、医師を中心としたチーム医療を実践します。
- ・ 急性期からリハビリテーションを開始し、早期離床・早期回復を目標として実施します。
- ・ 回復期・維持期のリハビリテーションは、社会復帰を目標として実施します。
- ・ 訪問リハビリテーションの実施について、在宅退院された方の社会参加を目標として検討します。

エ その他

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

(3) 部門配置計画

- ・ 外来診療科、病棟と効率的に連携できる部門配置とします。
- ・ 理学療法、作業療法、言語療法の受付を一括して行える諸室配置とします。
- ・ 屋外で歩行練習などを実施できるスペースの確保を検討します。

8 放射線部門

(1) 基本方針

- ・ 外来部門、救急部門、手術部門、病棟との間において、迅速な対応を図ります。
- ・ 高度医療機器の将来的な導入や更新等が容易にできる設備、構造、レイアウトに配慮するとともに、業務の効率化を図るため、放射線部門は集約して配置します。
- ・ 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・規模および運営

ア 画像診断

- ・ C T検査、MR I検査、R I検査、X線撮影（一般、歯科、乳房、X線TV、ポータブル、外科用イメージ等）、血管撮影、骨密度測定等の機器を整備し、検査を行います。

イ 放射線治療

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

ウ 検査体制

- ・ 検査等は24時間体制とし、時間外の検査は当直技師が対応します。
- ・ 各診療科と協力してカンファレンスを実施し、画像診断の精度向上を図ります。
- ・ 検査の予約は、効率的なシステムを構築します。
- ・ 医療機関からのC T、MR I検査の依頼に対応できるようにします。

エ 読影

- ・ 読影室を設置し、放射線科医師による読影を行います。

オ 画像参照・結果報告

- ・ P A C S（医用画像情報システム）による放射線部門の全ての画像情報はデジタル保存とし、フィルムレス化を図るとともに、電子カルテ上で画像情報と医師の所見を参照できるなど、迅速な情報伝達を実施できる体制とします。

カ その他

- ・ R I S（放射線部門情報システム）による検査予約管理、被ばく管理、照射録管理、医事会計、読影レポート、画像管理等を行える体制とします。
- ・ I C Tを活用した医療機関との情報共有を図ります。

(3) 部門配置計画

- ・ 放射線部門は、救急部門、内視鏡部門と隣接配置します。
- ・ 高度医療機器の将来的な導入や更新等が容易にできるよう配慮した部門配置とします。
- ・ 業務の効率化を図るため、放射線部門はできる限り同一フロアに配置します。ただし、心臓カテーテル検査室は、I C Uに隣接配置します。
- ・ 検査受付を1か所に集約し、患者にとって分かりやすく効率的な受付とします。
- ・ 操作室を中心とした撮影室の配置とします。
- ・ R I室は汚染等を考慮し、排水処理施設を隣接させます。

9 手術部門

(1) 基本方針

- ・ 的確なスケジュール管理を行い、緊急手術にも迅速に対応できる運用および施設面での体制を整備します。
- ・ 患者および医療従事者の安全性確保のため、最新の院内感染対策の考えに基づき、動線計画、空調管理、手術設備などについて検討し、最適な施設・設備とします。
- ・ 本院に適した施設、設備とするとともに、日帰り手術にも対応できるような手術室および関連諸室を整備します。
- ・ 中央手術部門は各部門からの動線に配慮し、緊急手術にも対応できるように機能的な配置とします。

(2) 機能・規模および運営

ア 手術室

- ・ 手術室は8室を整備し、適切な運用方法を検討します。
- ・ 将来的な拡張性も考慮した汎用性の高い手術室の整備を検討します。
- ・ 清浄度の高い手術や感染対策を考慮した手術室のレイアウトおよび空調管理を考慮した手術室を整備します。
- ・ 中央ホール型を基本としたレイアウトとします。
- ・ 手術室は、患者の安全を確保するために、スタッフや大型器材の移動・運搬に対応できる広さのスペースを確保します。
- ・ 器械展開室・器材室についても機器の搬送・メンテナンスに対応できるスペースを確保します。
- ・ 手術室およびその廊下については、機器・器材等の荷重に対応できる床材とします。

イ 手術室の運用

- ・ 手術室の使用時間は、8：30～17：00とします（緊急手術を除く）。
- ・ 手術室の利用は、基本的に曜日ごとに使用する科を定めることとしますが、各科の手術件数等に応じ、業務効率が最も高くなる最適な運用を行います。
- ・ 緊急手術に迅速に対応できるように、余裕を持った予定手術の組み方を行います。
- ・ 日帰り手術はできる限り実施します。
- ・ 患者の安全性を確保するため、麻酔器、生体情報モニター等の手術用医療機器の保守管理を徹底します。
- ・ 術野保存用のカメラ等により、手術のモニター、記録・保存を考慮します。
- ・ 生体情報モニターは麻酔科控室で監視し、情報を保存できる体制を整備します。

ウ 検査

- ・ 迅速な検査に対応できるよう血液ガス分析装置等や搬送設備の設置を検討します。

エ 滅菌

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

オ 放射線設備の整備

- ・ ポータブルのX線撮影装置、外科用イメージ装置を整備します。

カ 維持管理

- ・ 手術室内外を清潔に保つため、術後の清掃を徹底します。

(3) 部門配置計画

- ・ ICUと隣接するとともに、救急部門や病棟との患者搬送動線に配慮します。
- ・ 臨床工学部門と隣接し、部門内で接続可能な配置を検討します。
- ・ 中央材料部門の隣接配置を原則とします。上下階とする場合は、専用エレベーター等で物品の回収、供給を行います。
- ・ 術中病理検査に対応できるよう病理検査室との隣接または近接を検討します。
- ・ 輸血用血液製剤を迅速に供給させるために臨床検査部門との動線を考慮します。
- ・ 血管造影室との患者動線に配慮します。

10 中央材料部門

(1) 基本方針

- ・ 各部門から発生する器材について、洗浄から組立までを一元化し、各部門への安定的かつ効率的な滅菌材料の供給体制を構築し、緊急手術にも対応します。
- ・ 適正在庫や使用期限情報などの情報管理の向上を図り、業務の効率化を推進します。
- ・ 清潔性、物品の円滑な搬送、スタッフの移動など全てに対応できる動線を確保します。

(2) 機能・規模および運営

- ・ 院内物品を一元管理し、洗浄・消毒・乾燥・検査・組立・包装・滅菌・払出保管の一連の業務を行います。
- ・ 各部門の滅菌物の保管状況や定数を把握し適正な機材の量の検討を行います。
- ・ 器材の仕分け、洗浄・点検、組立、滅菌、保管、セット作成、供給・管理を行い、原価計算に基づく標準化を図ります。
- ・ 緊急手術に対応できるよう器材管理を行います。
- ・ 業務の委託化を図り、原則8：00～19：00の運営を基本とします。

(3) 部門配置計画

- ・ 手術部門と中央材料部門は、隣接配置を原則とします。上下階とする場合は、専用エレベーター等で物品の回収、供給を行います。
- ・ 作業フローに準じ清潔・不潔区域のゾーニングを検討し適正な物品管理を行います。
- ・ 洗浄・消毒・乾燥・検査・組立・包装・滅菌・払出保管の一連の作業動線を確保します。

1 1 臨床工学部門

(1) 基本方針

- ・ 医療機器に関する十分な経験・知識を有する医療機器安全管理責任者を配置し、医療機器の保守点検計画を策定し、医療機器を安全に管理します。
- ・ 院内で使用する共同利用医療機器は臨床工学部門で中央管理し、保守点検、保管、貸出を行い、保守管理の合理化、有効活用、効率的な運用を図ります。
- ・ 高度化が進む生命維持管理装置等の臨床工学機器を正常に稼働させるため、医師の指示の下に補助循環装置、血液浄化装置等の操作と保守点検を行います。
- ・ 医療機器の使用方法や動作チェック等の教育や研修を行い、新しい技術や機器の導入について院内に周知します。

(2) 機能・規模および運営

ア 医療機器の保守管理

- ・ 臨床工学機器を熟知した医療機器安全管理責任者を配置し、機器の保守計画の策定と実施、保守点検記録の保存を行います。
- ・ 臨床工学部門保管の機器および院内各部署で使用する臨床工学機器全般を、保守管理の対象とします。
- ・ 臨床工学システムでデータベース化を行い、共同利用が可能な機器は、臨床工学システムで保管、保守点検、貸し出し、所在管理等を継続して行います。
- ・ 共同利用機器について清掃、点検、簡単な修理を行うとともに、使用部署でのトラブルに対応し、必要に応じてメーカーに修理依頼を行います。

イ 医療機器安全情報の収集

- ・ 医療機器に係る安全情報を収集し、必要に応じて職員に周知します。

ウ 管理の対象機器

- ・ 人工呼吸器、輸液・シリンジポンプ、空気圧式マッサージ器、除細動器、I A B P、血液浄化装置、P C P S、手術室医療機器、保育器、A E D 等

エ 医療機器に関する教育・研修

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

オ 臨床技術の提供

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

カ 臨床支援

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

(3) 部門配置計画

- ・ 手術部門、I C U部門に隣接し、内部動線で接続可能なように配置します。

-
- ・ 緊急時等に迅速に対応するために、病棟に直結するエレベーターに近接させます。
臨床工学部門と病棟部門の効率的なスタッフ動線に配慮します。

1 2 透析部門

(1) 基本方針

- ・ 各診療科と連携を図るとともに、合併症の予防に努めた血液透析を行います。
- ・ 患者中心の医療・看護サービスを実施する体制を整備します。
- ・ 透析室の環境アメニティについて配慮を行います。

(2) 機能・規模および運営

ア 対象患者

- ・ 入院患者および外来患者を対象に血液透析を行います。

イ 透析ベッド数

- ・ ベッドを中心に25ベッド程度（うち、感染患者用2ベッド）を設置します。
- ・ オンラインHDF（血液濾過透析）を設置します。
- ・ 院内感染対策として、個室を設けます。個室以外のベッド間隔は充分確保し、カーテン等の設置によりプライバシー保護と患者監視を両立させます

ウ 実施日

- ・ 月・水・金曜日は3クール、火・木・土曜日は2クールで実施することを基本とします。

(3) 部門配置計画

- ・ 病棟とのスタッフ動線・外来患者の動線を考慮した配置とします。

1.3 内視鏡部門

(1) 基本方針

- ・ 今後の需要増加が予想される内視鏡を用いた検査・治療に対応するため、機能充実、体制の整備を図ります。
- ・ 患者の肉体的負担や経済的負担を軽減するために、治療的内視鏡の活用を拡大します。
- ・ ニーズに対応し苦痛が少ない検査を行うため、外来鎮静を安全に行えるように、体制の整備を図ります。
- ・ 大腸の前処置が安全に行えるように準備室（トイレを含む）の整備を図ります。

(2) 機能・規模および運営

ア 検査・治療機能

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

イ 検査機器

- ・ 内視鏡装置、超音波内視鏡、X線TV（放射線部門に設置）による検査を行います。

ウ 検査・治療体制

- ・ 各検査の受付を集約し、患者にとって分かりやすく効率的な受付体制とします。
- ・ 検査の前処置が、効率的、安全に行えるよう複数のトイレを設置します。
- ・ 検査時の患者さんのプライバシー（着がえや貴重品）を確保できるロッカールームなどの整備を図ります。
- ・ 日帰り手術（処置）を実施します。
- ・ 鎮静処置後の安全確保のため、モニター管理のできるリカバリールームでの観察ができる体制を検討します。

エ 読影

- ・ 読影は診察室内の高精細端末により各診療科医師が行います。

オ 画像の保管・参照

- ・ 電子カルテ上で画像情報と医師の所見を参照できるなど、迅速な情報伝達を実施できるシステムを継続します。

カ 機器管理

- ・ 内視鏡洗浄室において内視鏡機器等の洗浄消毒、保守点検、整備、物品等の維持管理を継続します。
- ・ その他の内視鏡器具は、中央材料部門で洗浄を行います。

(3) 部門配置計画

- ・ 放射線部門と内視鏡部門は隣接し、効率的な動線を確保します。
- ・ 救急における内視鏡検査等も考慮し、救急部門との近接配置とします。
- ・ 効率的な処置ができるよう消化器内科外来と近接し、患者と医師の動線の短縮化を図ります。
- ・ 患者の動線と医療関係者の動線が交錯しないような諸室配置とします。

1.4 栄養部門

(1) 基本方針

- ・ 入院患者へ患者満足度の高い、おいしい食事の提供を目指します。
- ・ 院内調理を原則とした中央配膳方式による食事の提供を基本とし、適時適温の食事サービスを万全な衛生管理のもとで提供します。
- ・ 患者の病態に応じた適切な治療食の提供を行うとともに、栄養食事指導の積極的な実施により、患者の病状の早期回復や栄養状態の改善を目指します。

(2) 機能・規模および運営

ア 食事提供

(ア) 食事

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

(イ) 調理方式

- ・ 原則として施設内給食とし、調理方式はクックサーブ方式を継続します。
- ・ 厨房設備は、調理環境、ランニングコスト、災害時の対応などを考慮します。
- ・ 調理用熱源は、電気とガスとのハイブリット方式を検討します。
- ・ 調乳は、栄養部門内の調乳室で実施します。

(ウ) 配膳方式

- ・ 中央配膳により、栄養部門の従事者が各病棟まで温冷配膳車で食事を配膳し、病棟スタッフ（看護助手）が配膳・下膳を行います。
- ・ 下膳は専用の下膳車で実施します。

イ 栄養食事指導

- ・ 外来患者への栄養食事指導は管理栄養士が行い、定期的に通院する外来患者への栄養食事指導は、外来受診時に実施します。
- ・ 入院患者への栄養食事指導は管理栄養士が行い、医師、薬剤師、看護師等と共同して栄養計画を作成し行います。
- ・ 入院患者に限らず、広く市民を対象とした「市民教室」において講師を務めます。
- ・ 地域連携の一環として、セミナーに参加します。

ウ 栄養サポートチーム（NST）

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

(3) 部門配置計画

- ・ 調理室は、大量調理施設衛生管理マニュアルを遵守するとともに、食材等の搬入や、各病棟への配膳・下膳の動線を考慮した配置とします。
- ・ 栄養部門は、衛生管理に配慮した配置および厨房設備を整備します。

1 5 物流部門

(1) 基本方針

- ・ 必要な物品、材料等を効率的に調達し、円滑な病院運営を目指します。
- ・ 材料および消耗品等の一元管理による効率的な調達と安定供給による円滑な病院運営を目指します。

(2) 機能・規模および運営

- ・ 備品および消耗品の購入および管理、診療材料の購入、払い出し管理、業者との取引交渉、購買監査対応を行います。
- ・ 材料および消耗品の購入・使用・在庫管理等を効率的に行い、経済効果を高めます。
- ・ 業務委託を基本とし、物品等の円滑な払出・管理・削減を行います。
- ・ SPDシステムによる取扱い物品の範囲の拡大を検討します。
- ・ 各種リネン類、マットレス等の管理は一括して行い、清潔、不潔の区分を明確にします。
- ・ 定数在庫の消費期限管理を徹底し、デットストックを削減します。
- ・ 備蓄品を定期的に更新する運用の確立を目指します。

(3) 部門配置計画

- ・ 物資の搬入と廃棄物の搬出の動線が重ならないように専用エレベーター等の確保を検討します。混載配送も検討して動線を確保します。
- ・ 材料（用度）、薬剤、滅菌材料、リネン等、混載配送の可能性について検討調整し、混載可能なゾーニングの検討を行います。
- ・ 備蓄倉庫は原則1か所に集約し、薬品に対応した保冷库も設置します。

1.6 健診部門

(1) 基本方針

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

(2) 機能・規模および運営

ア 健診内容

- 一日ドック（日帰り）、二日ドック（オプションで脳ドック）を実施します。
- また、がん検診、特定健康診査、特定保健指導、企業健診等にも対応します。

イ 健診機能

- ・ 健診部門では、身体測定（体重、身長等）、血圧、採血などを実施し、その他の検査は、検査部門や放射線部門、内視鏡部門などで実施します。

ウ 受付

- ・ 専用受付・専用待合室の設置を検討します。
- ・ 健診部門の予約管理を一元化し、運用の効率化を図ります。

エ 検査

- ・ 採血コーナー、トイレ(採尿)を設置し、採取した検体は、検査部門に搬送して検査を行います。

オ 診察

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

カ 会計

- ・ 会計は中央の会計窓口で行います。

キ 教育・指導

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

(3) 部門配置計画

- ・ 専用のスペースを設け、外来部門と隣接させます。
- ・ 放射線部門、生理検査部門等との動線に配慮します。

1.7 地域連携部門

(1) 基本方針

- ・ 入院医療から在宅療養への円滑な移行や安定的な在宅療養生活の継続のために、患者・家族の意思決定を支援し、また、在宅のみならず転院や施設入所など様々な療養環境でも多職種が有効に連携できるようにコーディネートします。
 - ・ 診断から治療、その後の療養生活や社会復帰などにまつわる諸問題に対する相談、支援および情報提供を行います。
 - ・ 地域医療機関等との連携・機能分担により医療資源の効率化を図ります。
 - ・ 地域の医療従事者との交流により地域の医療水準の向上を図ります。
 - ・ 保健・福祉との連携の接点としての役割を果たします。
 - ・ 患者の社会復帰に対し、総合的な情報を提供します。
- ※患者サポートセンター（仮称）の検討に合わせ、患者支援機能の拡充を図ります。

(2) 機能・規模および運営

ア 地域連携機能

(ア) 窓口業務

- ・ 紹介、逆紹介に係る窓口業務（診療予約および検査等の予約等）
- ・ 紹介患者の情報登録、診察券作成、オーダーの入力
- ・ 患者来院時の受付・案内、（紹介状等のスキャン） 等

(イ) 地域連携に係る連絡・調整業務（退院調整含む）

- ・ がん診療など地域医療機関への診療情報の提供
- ・ 地域連携クリティカルパス、がん連携クリティカルパスの推進に係る業務
- ・ 秋田ハートフルネットの運用
- ・ ハローワークとの連携による就労支援（がん患者、長期療養患者等） 等

イ 相談機能・退院調整機能

(ア) 医療相談

a 各種医療制度に係る相談および支援に関する相談

- ・ 各種病院への転院について

b 在宅療養支援に関する相談

- ・ ケアサービス、ケアマネージャーとの調整について
- ・ かかりつけ医、訪問看護ステーションの紹介、連携について

c 医療福祉相談

- ・ 介護施設等への入所について
- ・ 医療費等の経済的問題について
- ・ 福祉事務所との連絡調整等について

(イ) 看護相談（適切な科への振り分け業務含む）

- ・ 看護や介護に関すること
- ・ 診療、治療に関すること
- ・ 医療、福祉に関すること
- ・ 医療安全に関すること
- ・ お薬や栄養に関すること

- ・ 受診に関すること
- ・ 患者サポートに関すること

(ウ) がん相談支援センター

- ・ がんの病態、標準的治療方法などがん診療およびがんの予防・早期発見等に関する一般的な情報の提供
- ・ 医療従事者の専門とする分野・経歴など、地域の医療機関および医療従事者に関する情報の収集、提供
- ・ がん患者の療養上の相談
- ・ 地域の医療機関および医療従事者等におけるがん医療の連携協力体制の事例に関する情報の収集、提供
- ・ その他がんの相談支援に関すること

(エ) 基幹型認知症疾患医療センター

- ・ 精神保健福祉士による医療相談
- ・ 認知症の鑑別診断と治療方針の決定
- ・ 周辺症状と身体合併症への急性期対応
- ・ 地域の医療従事者向けの研修会の開催や情報発信

(オ) 予約センター

- ・ 外来予約の管理および変更、開業医からの予約等

(3) 部門配置計画

- ・ 患者・家族、地域のかかりつけ医、紹介患者の受入れ等の利便性に配慮し、エントランスホールからわかりやすい位置に配置するとともに、患者プライバシーにも配慮します。

18 医療安全部門

(1) 基本方針

- ・ 患者を尊重し信頼される病院を目指すため、すべての職員参加のもと、医療安全の推進体制を整備します。
- ・ インシデント・アクシデントの収集・分析を行う、院内外の情報を収集、再発予防策を検討、安全対策の成果の確認と見直しに努め、安全文化の醸成を図ります。
- ・ 医療事故の発生防止のため、職員の意識向上を図るとともに、医療安全対策や医療技術研鑽のため、教育・研修機能の充実を図ります。
- ・ 医療事故調査報告制度に基づき、医療安全対策委員会で医療事故の原因分析および再発防止に努めます。

(2) 機能・規模および運営

- ・ 医療安全管理業務として、主に次の業務を行います。

業務範囲	業務詳細
<ul style="list-style-type: none">・ 医療安全管理に関すること・ 医療安全対策に関すること・ 医療事故および医療過誤に関すること	<ul style="list-style-type: none">・ インシデント、アクシデントレポートの収集・分析・ 医療事故の報告・ 医療事故の対応・ 医療安全対策文書による院内情報配信・ 各種マニュアルの点検・ 医療安全対策委員会の開催・ 医療安全の内部監査・ 職員研修

(3) 部門配置計画

- ・ 他部署との積極的な連携を図れるよう、管理部門内に配置します。

19 院内感染対策部門

(1) 基本方針

- ・ 院内感染対策に対する意識向上を図り、チーム医療の一員として院内感染対策を実践できるよう、病院全体に共通する院内感染対策に関する内容についての研修会を年2回以上開催するほか、必要に応じて実施します。
- ・ 院内感染の発生の予防およびまん延の防止に努め、感染症等が発生した際の院内への迅速な情報提供および対策を検討します。
- ・ 院内感染対策の推進のため「院内感染対策マニュアル」を作成・配布し、職員への周知徹底を図ります。また、マニュアルは定期的な見直し・改訂を行い、よりよい感染対策の実践に努めます。

(2) 機能・規模および運営

ア 院内感染対策に関する組織

- ・ 感染制御医師を感染管理室長とし、院内感染管理者や感染制御看護師を配置して院内感染対策に係る次の組織を統括します。

(ア) 院内感染対策委員会

- ・ 院内感染予防および院内感染対策の充実と強化を図るため、病院長を委員長とした院内感染対策委員会を設置し、院内感染対策に関わる全般について審議・承認・諮問を行います。

(イ) 院内感染対策チーム

- ・ 院内感染対策の実践的活動を行うものとして、院内感染対策チームを設置し、院内感染対策に関わる全般について組織横断的に取り組むとともに、院内感染対策委員会に対し活動の報告・提案・提言を行います。

(ウ) 感染対策リンクナース委員会

- ・ 1看護単位に1名の院内感染対策リンクナースを置き、院内感染対策チームおよび感染制御看護師と連携を図り、現場での院内感染対策の実践モデルとして感染防止活動を行います。

(エ) 院内感染管理者

- ・ 院内感染対策を効果的に実行するための中心的な役割を担い、医療チームの中で仲介役を果たします。また、他の医療施設、行政、第三者機関等との院内感染対策に関する連絡・調整窓口となります。

(オ) 感染制御看護師

- ・ 院内感染対策委員会、院内感染対策チーム、院内感染対策リンクナースの一員として、院内感染対策に関する効果的・効率的な企画立案、環境調整および評価を行うとともに、自らが役割モデルとして組織横断的に、院内感染対策に関わる全般について活動を行います。

(3) 部門配置計画

- ・ 他部署との積極的な連携を図れるよう、管理部門内に配置します。

20 管理部門

(1) 基本方針

- ・ 病院業務の円滑な運営を推進するために、管理部門を設置します。
(病院全体の事務管理および施設管理業務を統括する。)
- ・ 一部業務の外部委託を含め効率的な運営体制を積極的に取り入れ、効率化を図ります。
- ・ 院内各部門の協力のもと、病院経営の更なる健全化に努めます。
- ・ 女性職員のための働きやすい環境を整備します。
- ・ 病院の組織、施設および設備の効率的な管理運営に努め、病院利用者や職員等のための快適な環境づくりを図ります。
- ・ 設置場所、構造等に配慮した各種サービス施設を設置し、患者、来院者および職員等の利便性の向上を図ります。
- ・ 利便施設等については、可能な限り、収益向上への寄与を図ります。
- ・ 診療情報および個人情報を適切に管理します。

(2) 機能・規模および運営

ア 総務業務

- ・ 人事・労務管理、経理・財務管理など病院運営全体に係る総合調整を一元的に行います。
- ・ 一部業務の外部委託を含め効率的な運営体制を積極的に取り入れます。

イ 医事業務

- ・ 現行の全科予約制度を維持しつつ、予約率の向上を図ります。
- ・ 受付や会計は、予約システムや医事システム等を活用して患者を待たせない運用を行います。
- ・ 病院収入の確保のために、正確かつ迅速な診療報酬請求業務を行うとともに、未収金の発生防止と早期回収に努めます。
- ・ 医療クラークを配置し医師の負担軽減に努めます。

ウ 施設管理業務

- ・ 各部門が円滑に業務を遂行できるように、適切な施設の維持管理に努めます。
- ・ 患者が安心・安全に療養ができるよう、院内表示の効果的な配置や防犯体制を強化します。
- ・ 災害備蓄用の医薬品および食材料を適正に管理し、大規模災害発生時に対応できる体制を整備します。

エ 診療情報管理業務

- ・ 診療記録の点検整理や疾病・手術情報等の登録を行うとともに、これら診療情報を統計処理し診療現場に還元します。また、がん登録等の充実に努めます。
- ・ 患者サービスの向上や質の高い医療の提供、業務の効率化を目指し、施設整備と併せ医療情報システムの効果的な整備に努めます。
- ・ 各種診療情報や物品管理情報を元に原価計算等の経営分析を行い、意思決定の迅速化を図ります。
- ・ 臨床指標となる項目の施行状況を定期的に調査し、質の高い医療サービスの向上に努めます。

(3) 部門配置計画

- ・ 管理部門はスタッフエリア内に配置し、幹部諸室に近接して配置します。
- ・ 医事部門は中央窓口、地域連携部門に隣接して配置します。
- ・ 職員諸室や利便施設、研究施設、機械室等は、院内の必要な場所・効果的な場所に適宜配置します。

第4章 施設整備計画

1 新病院整備概要

(1) 新病院整備方針

新病院は、次の方針に基づき整備します。

ア 患者さんの笑顔のための施設整備

本院は、秋田市が全国に先駆けて取り組んでいる「エイジフレンドリーシティ構想」の実現に向けて、「秋田市エイジフレンドリーパートナー」に登録されており、高齢者や障がい者などにやさしい取り組みを行っています。新病院においても、高度な機能を有する急性期病院でありながら、癒しやくつろぎを提供できる環境を整備します。

また、「秋田市バリアフリー基本構想」における重点整備地区内に位置しており、「エイジフレンドリーシティ構想」および関連する諸計画の実現に向けて、患者のプライバシーを確保した病室や診察室の整備、誰もが利用しやすいユニバーサルデザインの考え方に基づいたサイン計画・内装デザインの採用、エレベーターや階段の効果的な配置、段差の解消など、年齢や障がいの有無にかかわらず、すべての患者にとって利用しやすい施設とします。

イ 人が育つ働きがいのある施設整備

多様な機能を効果的に発揮するため、関連する部門の近接性やつながり、人や物の流れを考慮した業務効率の向上を図る部門配置を行い療養環境の整備と業務効率性を高めるとともに、患者動線と職員動線が交錯しないよう配慮します。

また、より高い医療水準を維持するため、診療に専念できる職場環境を整備し、優秀な医療従事者の安定的な確保と、人が育つ環境整備に努めます。

具体的には、カンファレンス室や会議室、その他職員アメニティスペースの充実を図る一方で、職員更衣室や職員休憩室などを集中配置し、省スペース化を図ります。

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

ウ 多様化する医療の変化に対応可能な施設整備

医療制度や医療技術は日々変化・進歩しています。病院建物はそれらの変化に合わせて柔軟な対応が求められるため、柱割の長スパン化や間仕切り壁の乾式化など、フレキシビリティを確保した施設整備を行います。具体的には将来変化が多く予想される外来部門、手術部門、放射線部門等においては、内部空間の間仕切り等を柔軟に変更しやすい長スパン構造とし、大きな空間変化が想定されない病棟部門は、経済性を優先したスパンの採用を検討します。

エ 経営の視点を考慮した施設整備

新病院建設に伴う将来の経営負担を軽減するため、建設コストの低減を図ります。

また、長寿命化を図る構造計画や、省エネルギー設備の採用など、ライフサイクルコスト削減のための計画的な初期投資についても検討します。

オ 地球環境に配慮した施設整備

地下水や太陽光等の自然エネルギーの有効活用、二酸化炭素の排出量の抑制など地球環境にやさしい施設整備を進めます。

(2) 建設規模

新病院の建設規模は、日本医療福祉建築協会「病院の部門別面積に関する研究報告書」による400床～500床規模の6病院の平均値を参考とし、1床当たり80㎡、延べ床面積は、32,000㎡程度を目標面積と設定します。

なお、目標面積については、現段階での目安とする数値であり、設計段階における諸室の共用化や集約化、動線の効率化などの工夫により、できる限りコンパクトとなるよう検討します。

部門	JIHA報告書より 6病院平均(400床～520床)
病棟	26.7 ㎡/床
外来	6.1 ㎡/床
診療	11.7 ㎡/床
手術	
供給	9.3 ㎡/床
管理	7.5 ㎡/床
動線	14.4 ㎡/床
その他(健診等)	1.1 ㎡/床
合計	76.8 ㎡/床

出典：日本医療福祉建築協会（JIHA）平成20年
「病院の部門別面積に関する研究報告書」

2 構造・設備整備方針

(1) 構造

耐震性能については、人命確保に加え、大地震後においても構造体の大きな補修をすることなく病院運営が継続できることを目標とし、「官庁施設の総合耐震・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Ⅰ類に基づいた整備をします。

また、震災時においても医療機器等の転倒被害を最小限に留め、内部空間および設備機器稼働を確保し、災害協力医療機関として継続的に医療を提供できる構造とします。

具体的な構造計画は、地質調査結果等を踏まえ基本設計時に確定するものとしますが、長スパン化が図れ、内部空間がフレキシブルに利用しやすい構造を積極的に採用します。

(2) 設備

各種設備は、安定性・経済性および保守の容易性を念頭におきながら、患者や来院者、スタッフにとって良好な環境を提供するとともに、災害協力医療機関として、災害時にも途切れることなく医療を行うために必要なエネルギーの供給が確保できるよう整備します。

また、経営の健全化の観点から、初期投資を抑え、かつ省エネルギー型の設備を積極的に導入し、維持管理費を抑制するとともに、環境負荷の低減を図ることができる設備の導入を検討します。

ア 電気設備

大規模地震等の災害時においても電力供給の安全性と信頼性を確保するため、2回線受電（本線・予備線）を維持します。

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。特に、手術室、ICU、人工透析に必要な電力は、自家発電設備において100%の供給可能なよう整備することを検討します。

また、停電時に瞬断などの急な電源供給停止による医療機器へのダメージ、コンピューターのデータ損失等を防ぎ、安全に停止するまで正常に電力を供給することができるよう無停電電源装置を設置します。

このほか、LED照明や人感センサー等など、省エネルギー設備を整備します。

イ 空気調和設備

患者および職員アメニティに配慮するとともに、エネルギーロスを減らすため、できる限り個別コントロールができる空調システムを導入します。

また、メンテナンスのしやすい機器を採用する等、維持管理費が抑えられる設備を整備します。

ウ 給排水・衛生等設備

新病院においては、効率的でメンテナンスのしやすい設備を整備するとともに、雨水の有効活用など節水に配慮した設備を整備します。

医療ガス設備については、病室、手術室、処置室等に配置するほか、災害時等に多数の患者が発生した場合にも対応できるようエントランスホールや会議室等への配管も検討します。

エ 昇降機・搬送設備

新病院における人・物品等の昇降量・用途を適切に把握し、来院者用、寝台用、物品搬送用など用途に合わせ効率的に昇降機・搬送設備等を整備します。

医療品や診療材料等の搬送を効率的かつ確実に行うとともに、職員の負担を軽減するため、必要に応じて搬送設備（気送管、小荷物専用昇降機等）等を整備するものとします。

オ 防災、セキュリティ関連設備

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、管理部門等の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。

3 新病院施設整備計画

(1) 配置計画

昨年度、院内で検討した「市立秋田総合病院改築に係る検討報告書」（以下、「検討報告書」という。）において、現地建替えによる整備方針が決定しています。新病院の具体的な建設位置は、来年度以降の設計段階で決定されますが、一定の制限のある敷地内でケーススタディすると、一例として次のように想定されます。

ア 建物配置

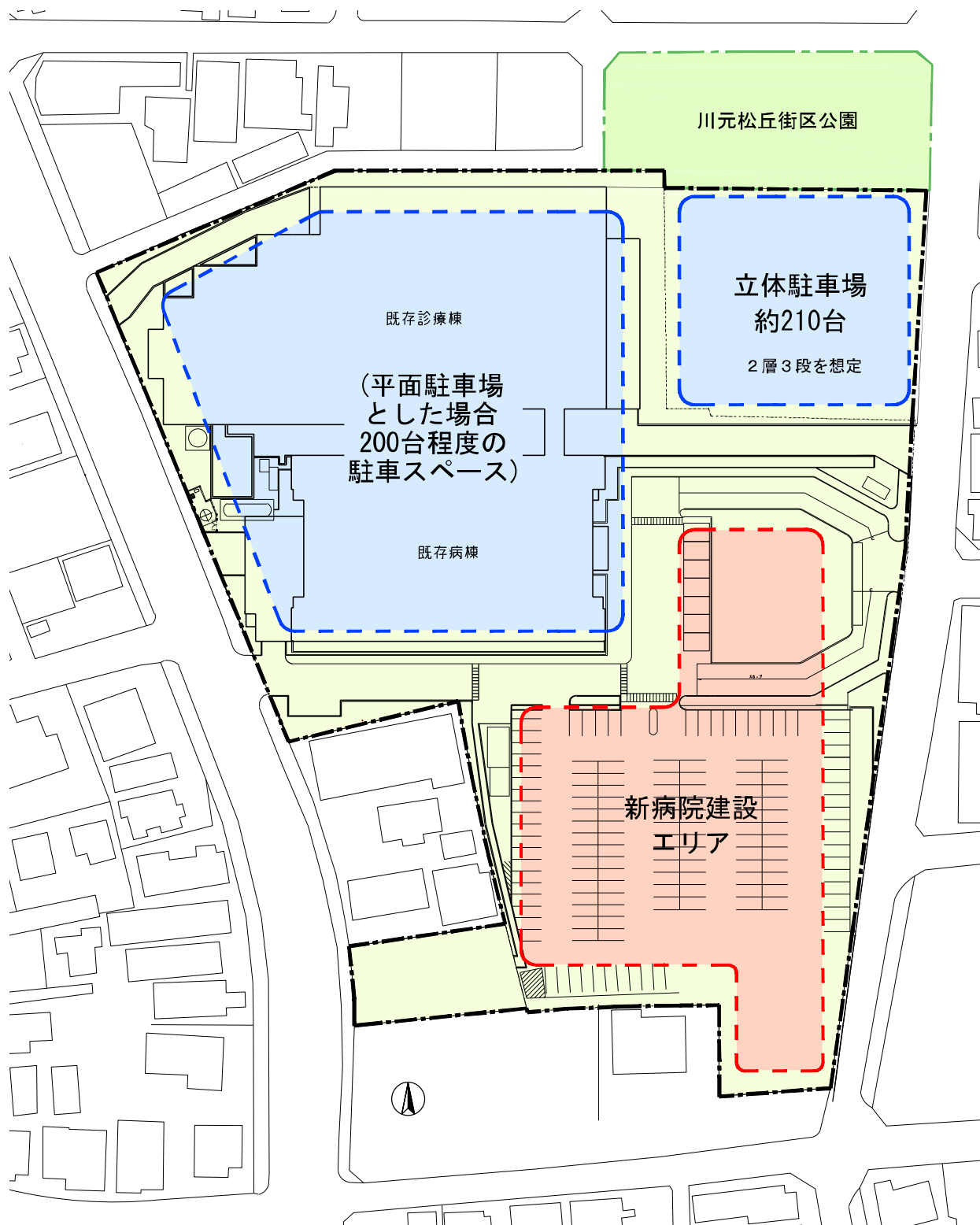
- ・ 現病院の診療にできる限り影響を与えない位置に計画します。
- ・ 将来の増築および更なる建替えスペースを確保し、新病院はコンパクトな平面計画を基本とします。
- ・ 立体駐車場は、工事期間中の駐車スペースの確保に加え、来院者の利便性の確保の観点からできるだけ多くの台数を設置します。
- ・ 敷地への主なアプローチは、周辺の道路状況や新病院における駐車場およびロータリーの配置を考慮し、敷地西側の道路を想定します。
- ・ 新病院のロータリーは、災害時、患者が多数発生した場合のトリアージスペース等として活用できるよう配慮します。
- ・ 敷地に高低差があることから、メインエントランスは2階部分を想定します。

イ 自動車等の動線、駐車場

- ・ 救急車、来院者車両、サービス車両の動線を原則分離し、機能性と安全性に配慮します。
- ・ 敷地内の救急車動線はできる限り短く計画します。
- ・ 現病院解体後には、駐車幅にゆとりを持たせた十分な台数の駐車場を整備します。
- ・ 敷地内にはバス、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。
- ・ 駐車場入り口の混雑を回避するため滞留スペースを確保します。

(2) 施設整備イメージ

下図は、前述した配置計画および現在の建物配置等から想定される建設範囲の一例を示したものであり、建物形状、駐車台数等については、今後の設計段階で決定します。



※現在、市有地である敷地北東の川元松丘街区公園については、病院敷地としての利用の可能性を検討中です。川元松丘街区公園を病院敷地に含めることができた場合、建ぺい率の緩和、将来的な病院建替え敷地の拡張などのメリットが考えられるため、市および近隣住民との調整を図るとともに、不足気味の駐車場など効果的な活用方法を検討します。

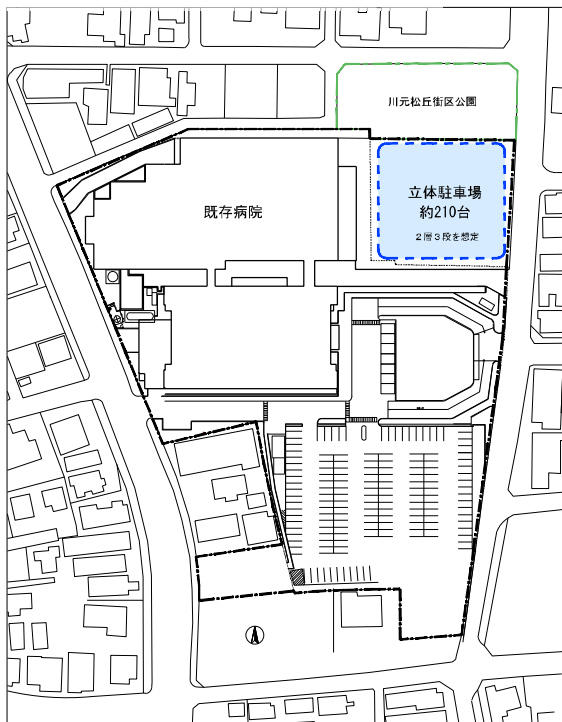
(3) 建替え手順

建替えにあたっては、限られた敷地の中で病院運営を行いながら工事を進める必要があるため、下図のような建替え手順を想定します。

なお、下図は建設工程の一例を示したものであり、具体的な建設工程、敷地の利用方法、建物形状等については、今後の設計段階で決定します。

①立体駐車場整備

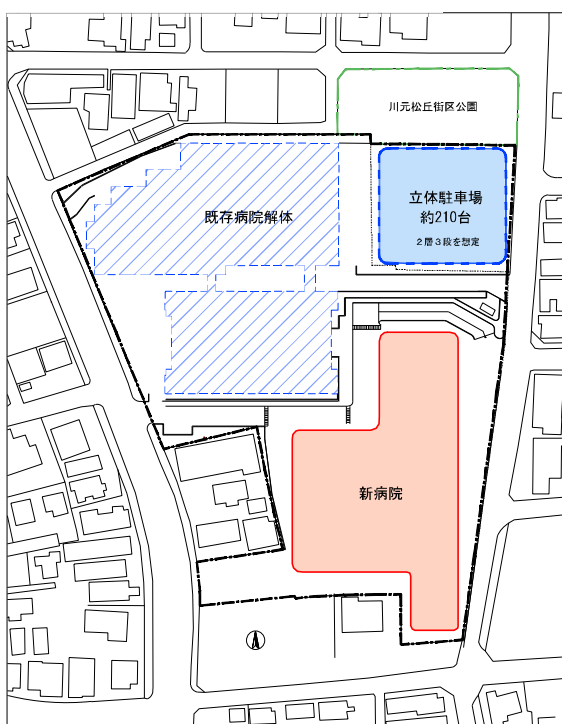
既存設備配管切り回し工事



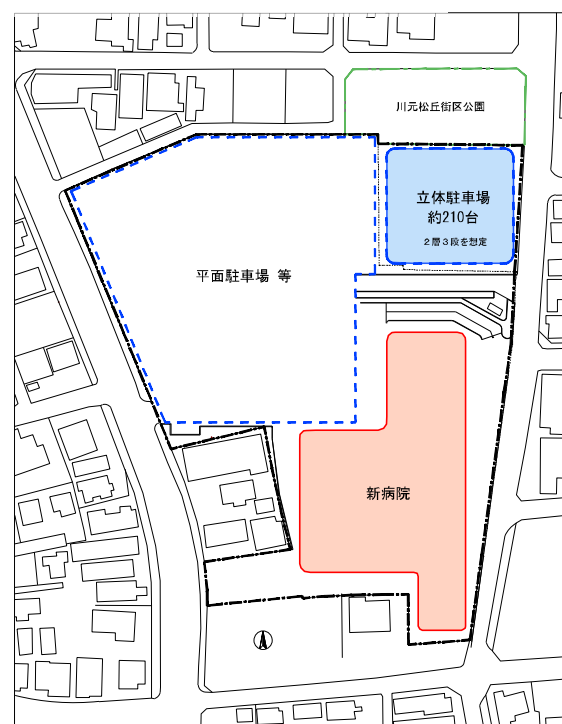
②新病院建設



③既存病院解体



④外構工事・付帯施設建設



4 建設工事の整備手法

(1) 各整備手法の概要と比較

検討報告書では、基本構想以降の新病院の整備手法について、①設計・施工分離発注方式（以下、「従来方式」という。）、②設計・施工一括発注方式・③詳細設計付工事発注方式（以下、「DB方式」という。）、④施工予定者技術協議方式（以下、「ECI方式」という。）の4つの手法を挙げているため、次のように比較検討を行いました。

	①設計・施工分離発注方式 (従来方式)	②設計・施工一括発注方式 ③詳細設計付工事発注方式 (DB方式)	④施工予定者技術協議方式 (ECI方式)
概要と特徴	設計（基本設計・実施設計）と施工を分離発注する方式	②設計・施工一括発注方式は、基本設計からの設計業務と施工を一括発注する方式 ③詳細設計付工事発注方式は、基本設計後の実施設計と施工を一括発注する方式	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関与する方式
	設計者が実施した設計によって確定した工事の仕様を契約の条件として提示して発注する方式	施工者のノウハウを反映した現場条件に適した設計や、施工者の固有技術を活用した合理的な設計を図る方式	設計や施工の難易度が高く、設計者だけでは仕様を確定が困難な事業に対応する方式
発注者意向の反映	・設計および施工段階で、発注者の意向を反映させやすい。	・基本設計の意図を十分に反映しない、コスト優先の提案になる可能性があり、発注者側の管理能力が求められる。	・実施設計を行う主体は設計者であり、ECI事業者の協議により行うため、発注者の意向を反映させやすい。
	◎	△	◎
設計変更への対応	・設計者は施工者の利益と関係なく対応できる。	・施工性や施工者の利益率向上が主眼となる可能性がある。	・ECI事業者の提案内容を採用した場合、施工予定者の利益向上が主眼となる可能性がある。
	◎	△	○
設計段階でのコスト縮減効果	・VE提案等を評価することでコスト縮減効果を期待できる。	・施工性を考慮した設計提案および施工会社の持つ特殊工法等を、実施設計段階から採用することで、コスト縮減効果が期待できる。	・施工性を考慮した設計提案および施工会社の持つ特殊工法等を、実施設計段階から採用することで、コスト縮減効果がやや期待できる。
	△	◎	○
建設費の縮減効果	・競争原理が働くため、入札により建設費の縮減効果が期待できる。	・早期に工事費および施工者を確定させるため、競争原理が働きにくい。	・早期に工事費および施工者を確定させるため、競争原理が働きにくい。
	○（建設単価安定時） △（建設単価上昇時）	△	△
地域経済への貢献度	・地元企業が実施可能な業務量が最も大きくなることが期待できる。	・大手の元請施工者特有の技術を採用する場合、地元企業が実施可能な業務が減少する場合がある。	・大手の元請施工者特有の技術を採用する場合、地元企業が実施可能な業務が減少する場合がある。
	○	△	△
工期短縮効果	・施工者決定後に、施工計画を策定する上で、設計内容の検証が必要となる。	・施工性を考慮した設計および施工会社の持つ特殊工法等を、実施設計段階から採用することで、工期短縮効果が期待できる。	・施工性を考慮した設計および施工会社の持つ特殊工法等を、実施設計段階から採用することで、工期短縮効果がやや期待できる。
	△	◎	○
入札不調のリスク	・建設市場の規模が縮小傾向であれば、入札不調のリスクは大きく低減される。	・建設市場の規模が拡大傾向の場合において、入札不調のリスクヘッジとして多く採用されてきた経緯があり、入札不調のリスクは最も小さい。	・施工予定者を選定し、実施設計に関与させるため、入札不調リスクを低減できる。 ・ECI事業者が応札しない場合、実施設計の修正が必要となる。
	○（建設単価安定時） △（建設単価上昇時）	◎	○
考察	・発注者の意向を設計に反映させやすい。 ・入札時に競争原理が働くときは、建設費の縮減効果が期待できる。 ・地元産業の活用が期待できる。 ・建設単価の安定時には入札不調のリスクが低い。	・元請施工者の利益確保が主眼となりやすく、発注者の意向を設計に反映しにくい。 ・施工者特有のノウハウを実施設計から採用することでコスト縮減効果と工期縮減効果が期待できる。 ・入札不調のリスクが低い。 ・建設単価の安定時にはメリットが十分に期待されない。	・DB方式と比較すると、発注者の意向を設計に反映させやすい。 ・施工者特有のノウハウを実施設計から採用することで、コスト縮減効果と工期縮減効果が期待できる。 ・施工予定者が早期に関与するため、入札不調のリスクが低減される。

(2) 本事業の特徴による比較

各整備手法については、前項のような違いがありますが、本事業においては特に次の点を重視した整備手法の検討を行いました。

- ・病院建築の特殊性を踏まえ、発注者の意向を設計に反映させやすいこと。
 - ・東日本大震災以後、上昇傾向にあった建設市場の状況が安定傾向にあることから入札不調のリスクが低く、競争原理が働くことによる建設費の縮減が期待できること。
 - ・特殊な設計や施工者独自の工法の採用が必要な敷地条件ではないため、地元企業が実施可能な業務量が増加し、地域産業の活用が期待できること。
- これらを踏まえ、それぞれの方式を整理すると次のような違いが見られます。

①従来方式

従来方式は、発注者側の当初の意向を設計に反映しやすいこと、建設単価が安定している現在の状況下では、適切な予算設定のもと入札を行うことで競争原理が働き、建設費の縮減が期待できます。

また、本事業は特殊な設計や施工者独自の工法の採用が必要な敷地条件ではないこと。他の整備手法と比較すると、地元企業が実施可能な業務量が最も大きくなることが期待できます。

②DB方式

DB方式は、建設単価が急上昇した時期にコスト削減を図るための手法として有効であったものの、現状のように高止まりとはいえ建設コストが落ち着きを見せている状況下では、施工者側の工事コストが優先されやすく、発注者の意向が反映されにくいという可能性があること、本事業は特殊な設計や施工者独自の工法の採用が必要な敷地条件ではないことから、本事業においては積極的に選択すべき手法ではないと考えます。

③ECI方式

ECI方式は、設計や施工の難易度が高く、設計者だけでは仕様を確定できない場合に採用されることが多く、DB方式と比べて発注者の意向を反映しつつ、コストダウンや工期短縮が期待できる手法ですが、本事業は特殊な設計や施工者独自の工法の採用が必要な敷地条件ではないこと。また、早期に工事費およびECI事業者を特定するため、競争原理が働きにくいという可能性が考えられます。

これらを総合的に判断し、本院の建替整備事業にあたっては、従来方式を基本に整備を進めることとします。ただし、基本設計中に、建設市場の変動などがあつた場合には、再度、従来方式とともにECI方式による整備についても検討を行うこととします。

5 整備スケジュール

今後の標準的な整備スケジュールは、次のとおりであり、平成34年度中の新病院の開院を目指します。

	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
整備スケジュール	選定 基本設計	実施設計	選定	建設工事		開院 解体・外構

なお、開院年次までのスケジュールについては、国の医療政策の動向等により変更される可能性があります。

第5章 医療機器等整備計画

1 医療機器整備方針

医療環境や医療需要の急速な変化を十分に考慮し、質の高い医療の提供および診療機能の充実を図るため、次の整備方針に基づき医療機器を整備します。

(1) 調達資金の平準化

新病院での移設を考慮した購入計画のもと、開院までの各年度に購入する機器については、購入時期を平準化し、病院経営への影響を軽減および医療機器の同時期の陳腐化を防止します。

(2) 現有機器の有効活用

現有の医療機器は、耐用年数・使用状況・劣化度を総合的に判断のうえ、移設を原則とします。

2 今後の取り組みについて

医療機器整備・調達計画の策定に向けて、今後、次の取組みを実施するとともに、新病院で医療の質を落とさない配置および調達計画を策定します。

(1) 後戻りしない医療機器整備計画

ハード側（建物）の工程と医療機器調達計画の整合性を図ります。

(2) 院内ヒアリングの実施

新病院医療機器マスターリストを基に各部署にヒアリングを実施し、各現場要望と医療機器事業予算を精査し、効率的な調達計画を策定します。

(3) 予算額に応じた調達案の策定

地域ニーズ・病院経営を念頭に置き、整備予算内に収まるスケールメリットを最大限に発揮できる調達案を策定します。

3 医療機器等購入計画

(1) 新規購入機器

新病院の機能に応じて新規に導入する医療機器、新病院整備にあわせてリニューアルを行う什器備品等の調達費用の概算は、次のとおりです。

項目	費用（税込）	備考
医療機器	約10.3億円	・高精度放射線治療装置 等
什器・備品等	約3.8億円	・什器・備品・家電 ・看護備品 ・厨房機器
医療機器移設費	約0.6億円	
合計	約14.7億円	

(2) 年度別購入計画

医療機器整備については、上記の新規購入機器のほか、病院経営への影響を軽減および医療機器の同時期の陳腐化を防止するため、購入時期を平準化した調達を行います。

購入時期を平準化した年度別購入計画について、建築躯体や設備に影響する重設備機器や、購入費用に対して移設費用が多額となる機器は、新病院開院時期に合わせた調達を行い、それ以外の機器については、開院前後の数年での平準化調達の対象とします。

購入時期	詳細内容
新病院 開院時	新病院開院時に合わせた購入が望ましい機器 ※重設備機器（躯体設備に影響する機器・建築工事に影響する機器）や、 移設費用が高額な機器 ※耐用年数超過のため、新病院での更新が望ましい機器 等
新病院 開院前後	新病院開院前後でも整備可能な機器 ※開院前：移設費用の負担が少ない機器 等 ※開院後：診療上、開院後でも問題ない機器 等

今後、事業予算全体とのバランスや年度毎の医療機器更新計画を考慮しながら効率的かつ効果的な調達を行います。

また、各部門へのヒアリングや医療情報システムとの調達区分の精査といった調達調整を行います。

第6章 医療情報システム整備計画

1 基本方針

(1) 患者に優しい病院機能の提供

診察待ち時間の案内や、疾病等の情報が提供できる仕組みを検討します。

(2) 安全で安心なシステムの構築

患者の診療情報やマイナンバーなどの機微な情報が安全に管理でき、システムの利用者が安心して使用できる情報システムを目指します。

(3) 医療環境の変化に対応できる機能の構築

診療報酬の改定や病床機能分化などにも柔軟に対応できる情報システムを目指します。

また、長期間（システム稼働後10年間程度）利用できるよう、柔軟に対応できる仕組みを検討するとともに、システム構成の変化にも最小限の負担で対応できるシステム環境を目指します。

(4) 診療データの効率的な利用

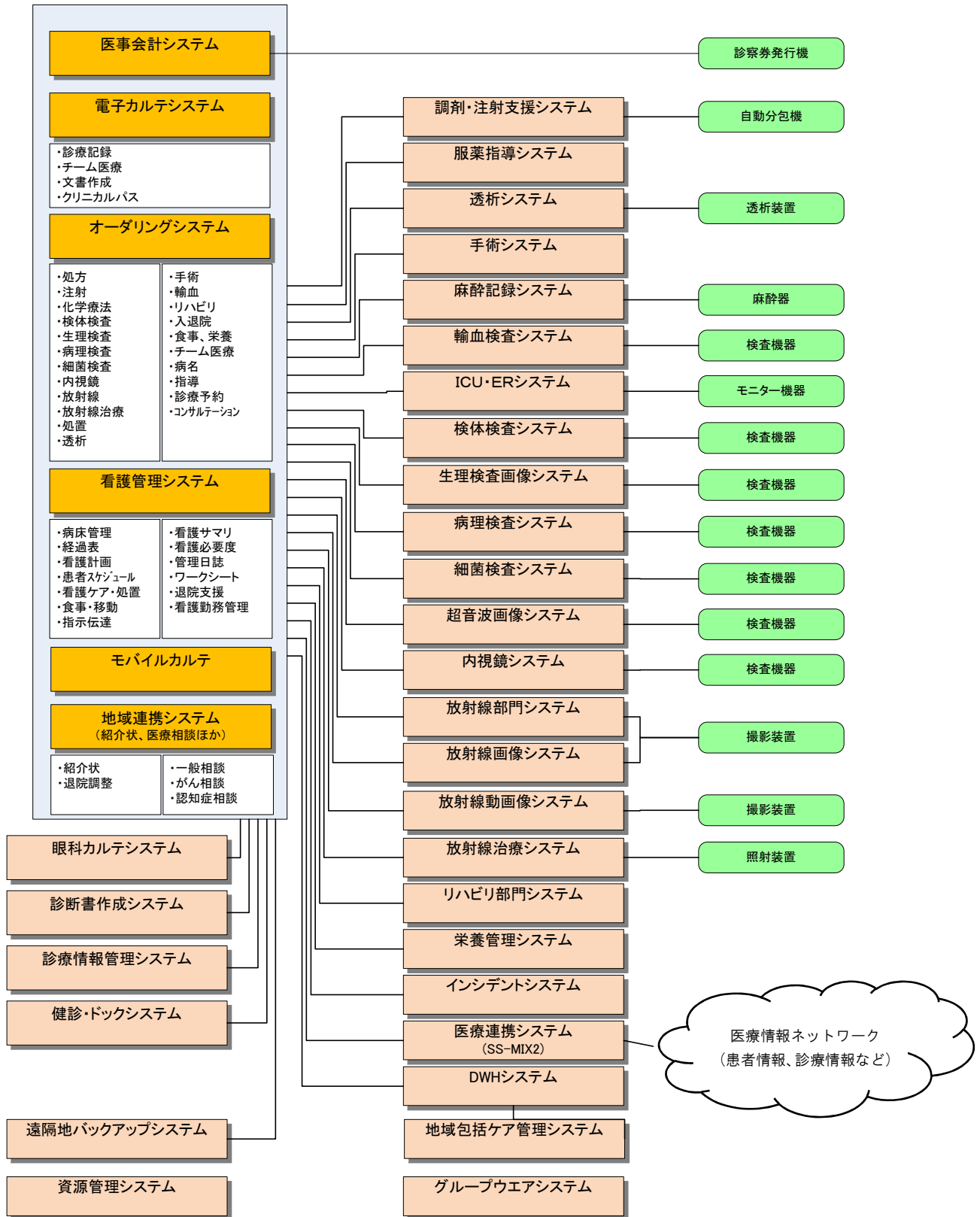
電子カルテ、医事会計システムのみならず、情報システム全体のデータを一元的に蓄積し活用できる仕組みを検討し、「経営的支援」「業務改善支援」「臨床研究支援」に貢献できる情報システムを目指します。

また、生涯健康医療電子記録（EHR、PHR）への取組みを検討し、地域医療や保健・介護・福祉分野にも対応できる情報システムを目指します。

2 現行医療情報システムの状況

(1) 医療情報システム構成図

本院では、平成27年3月に電子カルテシステムを導入し、次のような医療情報システムにより構成されています。



(2) ネットワーク構成

院内には以下の4系統のネットワーク網が整備されており、それぞれの業務に合わせて運用されています。また、安全管理上これら各ネットワークに接続された機器同士は直接通信することが出来ない仕組みとなっています。

①医局系ネットワーク

医師用のインターネットとして、医局系のPC機器が接続されている。

②情報系ネットワーク

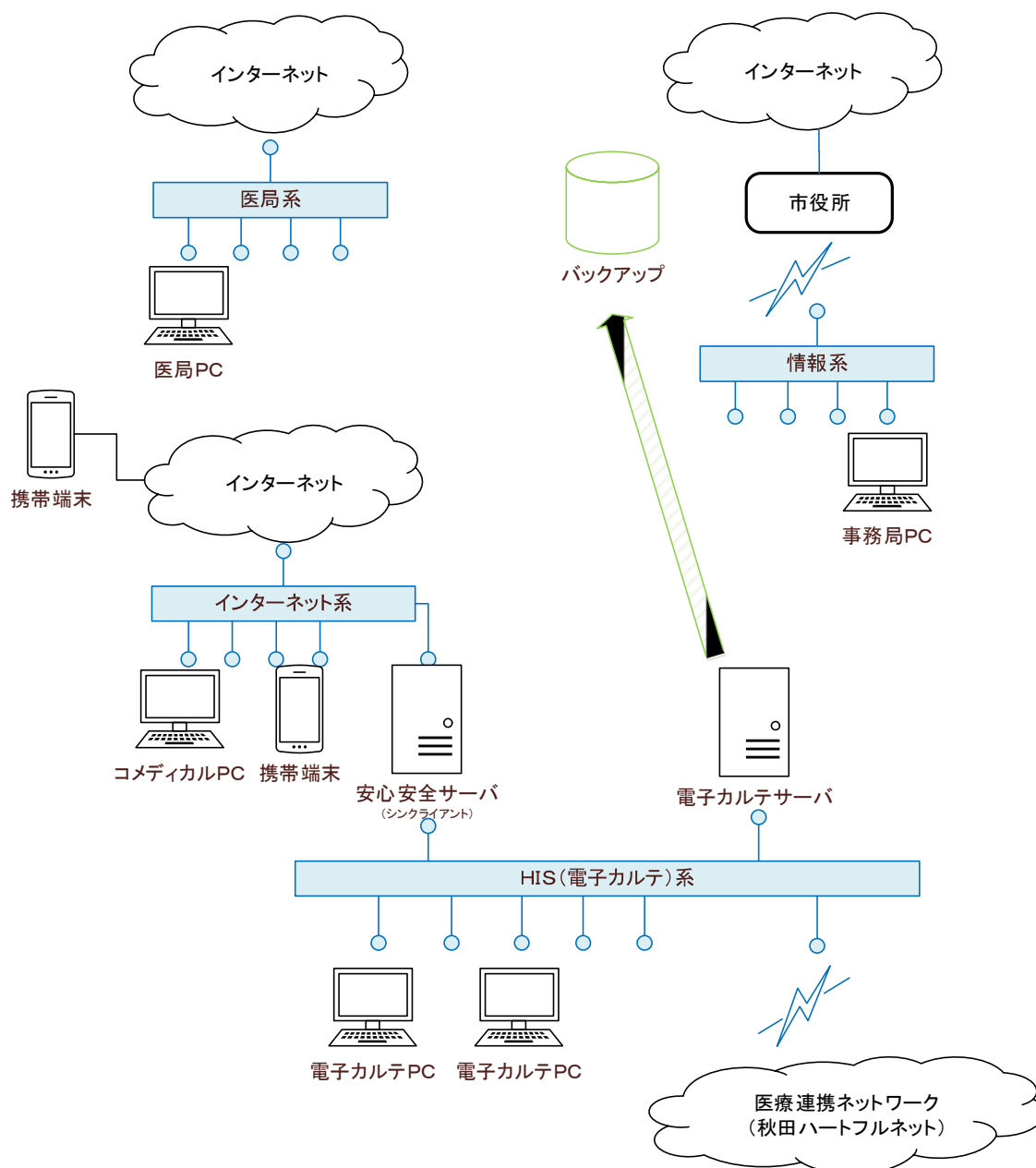
市役所（行政）用として、主に事務系のPC機器が接続されている。

③インターネット系ネットワーク

主に医療職用インターネットとして、「モバイルカルテ」「安心安全インターネット接続システム」で構成されている。

④HIS（電子カルテ）系ネットワーク

診療業務用として電子カルテ関連のサーバ、PC機器が接続されている。



3 今後の取り組みについて

医療情報システムの整備計画・調達計画の策定にあたっては、基本方針を踏まえるとともに、新病院での病院職員の業務効率の向上を目指します。

(1) システム整備計画の策定

医療情報システムは、日々、開発・進化が進んでいる分野であり他病院での導入状況等を踏まえ、先進的なシステムを限られた予算内で最大限の導入が出来るよう検討します。

新たに開発・販売される部門システムや新機能について引き続き情報収集を行うとともに、費用対効果についても検証し、新病院に最も適したシステム化の範囲を検討します。

新病院における医療情報システムの構築期間として、1～1.5年程度が必要となるため、開院1.5～1年前の段階でシステムの仕様を決定する必要があります。

ア 新機能・新技術導入の検討

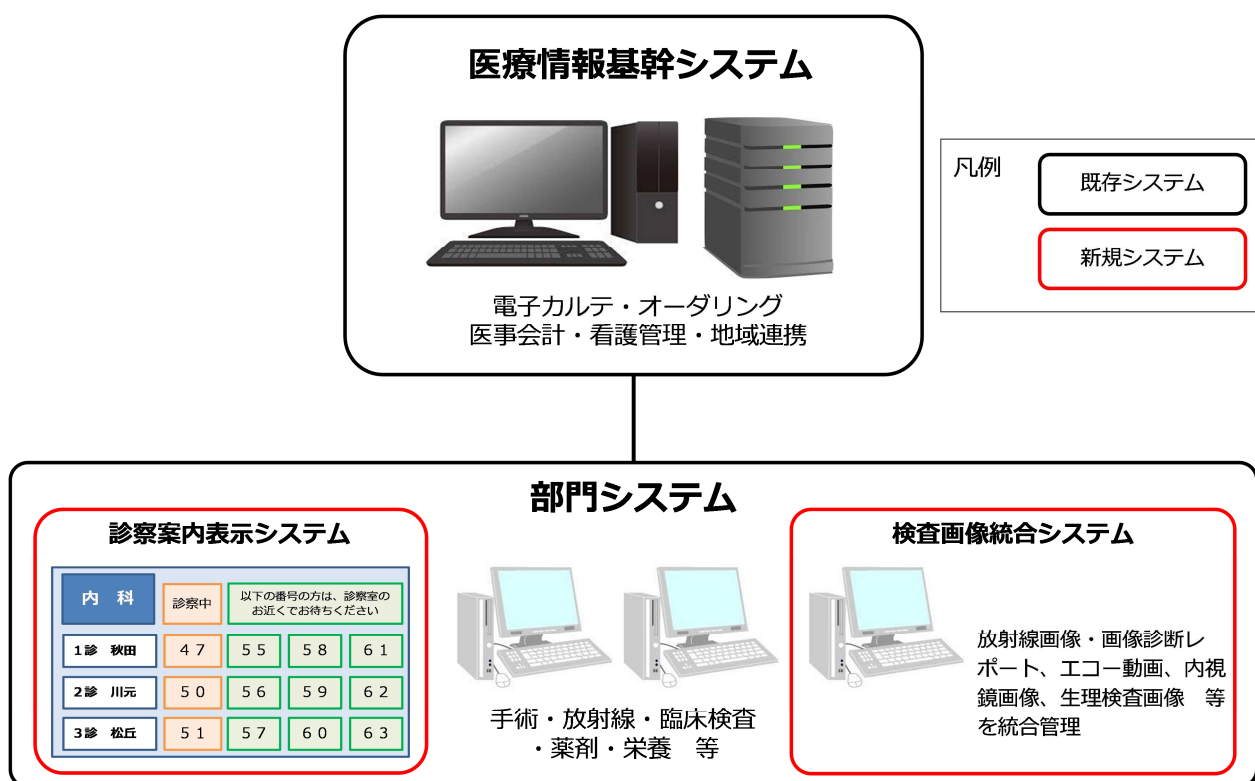
現時点では医療機関での導入実績も少なく、導入に係る費用も高額であるが、新病院稼働時には普及が進むことで一般的となり、情報システムの効率的な運用と安全管理に寄与することが想定できる新機能・新技術を検討します。

新機能・新技術の選定には、情報システム運用の実態を精査し、費用対効果が十分に見込めるものとします。

(ア) 新病院で想定されるシステム案

新病院開院時の導入を検討するシステム	概要	期待される効果
診察案内表示システム	診察待ちや会計待ちの順番を表示することで、呼び間違いをなくすとともに、待ち時間の負担軽減・有効利用が可能となる。	<ul style="list-style-type: none"> 患者の待ち時間の負担軽減 プライバシー保護
検査画像統合システム	放射線検査、内視鏡検査、生理系検査（超音波、心電図などを含む）、病理検査など、異なる部門システムの検査の状態が一覧で把握できるようになり、医療者の業務負担軽減や診療計画立案への支援が図られる。	<ul style="list-style-type: none"> 業務効率の向上 診療・診断レベルの向上
将来的な導入を検討する新技術	概要	期待される効果
サーバ機器の仮想化	物理的なサーバ機器の中で、複数の仮想サーバ（電子カルテ、医事会計、部門システムサーバなど）を動作させることで、サーバ機器の集約、処理能力の有効活用が図られる。	<ul style="list-style-type: none"> 省エネルギー 機器の効率的な運用 機器の保守費用削減 機器の稼働率向上
クライアントの仮想化	クライアント機器の処理をサーバ側で行い、処理結果をクライアント機器に転送する（ホスト集中型の処理形態）ことで、クライアントの集約、資源・処理能力の有効活用が図られる。	<ul style="list-style-type: none"> 効率的な管理、運用 安全性の向上 （物理的な機器に情報が残らない）
ネットワークの仮想化	ネットワーク機器を仮想化することで、物理的なネットワークを一切変更することなくネットワーク構成の柔軟な変更が可能となる。	<ul style="list-style-type: none"> 効率的な管理、運用 安全性の向上

新病院でのシステム構成例



イ 診療情報標準化の検討

医療情報を広域で利用可能にし、「1 人生涯 1 カルテ」が実現すれば、患者情報が共有化されることによりチェック機能が向上し、医療過誤や医療事故の減少が期待されます。他の医療機関へ紹介される際の負担が軽減したり、自宅から自分の電子カルテを安全に閲覧することが可能となります。そのためには医療情報に関する標準化が課題となっています。

また、政府も医療分野における ICT の活用を推進する方針を掲げており、その一環として、医療や介護現場での情報共有により患者の利便性を高める地域医療連携の取組の推進や、医療情報の分析により健康管理を行うサービスの発展を目指しています。

これらのニーズにも対応できるよう、診療情報の標準化に関する動向を定期的に確認し、情報や機能を継続的に検討します。

ウ システム基盤技術の検討

今後、インターネットを介した診療情報参照型地域医療連携（連携医療機関に診療情報を提供し、また連携医療機関の診療情報を参照する）、電子署名を用いた電子診療情報提供書や、電子処方箋の発行などが普及することが考えられます。これらの需要に対し、安全かつ効率よく業務運用できる情報基盤の整備が求められます。

(2) システム調達計画の策定

現在導入されている各システム機能の有効利用およびシステム切り替え時の病院職員の業務負担の軽減が可能なシステム調達案を策定します。

システム調達にあたっては、システム機能などが継続的に追加され、政策医療など将来の医療環境変化にも対応でき、原則ノンカスタマイズで運用可能なシステムの採用を検討します。

また、部門システムの整備については、医療情報システムと医療機器整備予算で区分して調達を行う場合があるため、関連する要因を明確にし、引き続き検討を行います。

ア システム調達方式の検討

システムの一括調達または個別調達により、得られる効果と課題は次のとおりです。病院職員の業務負担が少なく、新病院に適したシステムの調達方法を検討します。

システムの調達方式	効果	課題
システム一括調達	<ul style="list-style-type: none"> ■システム全体の最適化が図れる 病院の規模や役割、システム予算、要求内容などを総合的に勘案したシステムが調達できる。 ■病院職員の業務負担が小さい Sler*が各システム間の連絡や調整を行うので、病院職員の業務負担が少なくなる。 ・システム調達や契約の業務 ・各システム間での連絡、調整（接続やデータ移行、課題管理など） ・障がい発生時の問題点切り分け、担当ベンダへの連絡など <p>*Sler：システム統括ベンダ（病院では主として電子カルテベンダが担うことが多い。）</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■各部署が要求するシステムが選定されない可能性がある システム全体の費用、要求内容などによって、各部門システムや機能が選定される。 ■調達、運用費用が高い システム調達時、保守費用時などに Sler の費用が加算される。
各システムの個別調達	<ul style="list-style-type: none"> ■各部署が求める最適のシステムが選定される システム調達担当の業務負担は高くなるが、価格を抑え、かつ高機能なシステムの調達が期待できる。 	<ul style="list-style-type: none"> ■システム全体の最適化が図れない可能性がある 病院の規模や役割とはバランスのとれないシステムが選定される可能性がある。また必要なシステムが選定されない可能性もある。 ■病院職員の業務負担が大きい 各システムベンダとの連絡、調整を病院職員が負うことになる。 ・システム調達や契約の業務 ・各システム間での連絡、調整（接続やデータ移行、課題管理など） ・障がい発生時の問題点切り分け、担当ベンダへの連絡など

イ 予定金額算出方式の検討

入札時の金額は、医療情報システムの運用に係る全ての費用（データ移行費用および保守費用を含む）とし、システムを維持管理する上でのコストも含め、総合的に評価できる仕組みを検討します。

ウ システム調達時支援要員の検討

各システムベンダからの情報収集、各部門からの要求事項を盛り込んだ要求仕様書の作成、システム評価基準の策定など、システム調達担当者の業務を支援する要員の投入を検討します。

4 新たに検討を要する医療情報システム整備費用概算

新たに導入する医療情報システムの整備費用概算は次のとおりです。

項目	新規導入システム費（税込）
・ 診察案内表示（患者案内表示） ・ 検査画像統合システム	約1.5億円

※別途、電子カルテシステム等の更新費用が必要となる。

今後、現行システム更新のタイミング等を踏まえ、効率的かつ効果的な調達計画を策定します。

第7章 事業計画

1 概算事業費

(1) 概算事業費

新病院建設に掛かる概算事業費は、約186.6億円を見込みます。

基本構想において検討を進めた建設規模や医療機器、医療情報システムの整備に必要な費用について次のように算出しました。

検討報告書		基本構想		
項目	金額	項目	金額(税込)	備考
①本体 工事費	※2 124億円 138億円 158億円	①本体 工事費	147.2億円	■延床面積32,000㎡、建設単価46万円/㎡
②外構 工事費	3億円	②外構 工事費	2.9億円	■他病院事例に基づき2.2万円/㎡を想定 外構面積13,200㎡ (敷地面積約19,200㎡-本体建築面積約4,000㎡- 立駐建築面積約2,000㎡)
③什器・ 備品等	20億円	③医療機器 ・什器 ・備品等	14.7億円	■他病院事例に基づき、購入機器費用を積算 ①新規導入機器 ②什器、備品、家電、鋼製小物、厨房機器 ③医療機器移設費
④設計 委託費	※2 2.8億円 3.0億円 3.3億円	④設計 委託費	5.7億円	■他病院事例に基づき、設計委託費用を積算 ①測量、地質調査等、敷地の事前調査費 ②標準設計業務費用は、「官庁施設の設計業務等積 算基準」による ③上記、積算基準以外の業務(建築模型、パース等)
⑤解体費	8.6億円	⑤解体費	9.5億円	■他病院事例に基づき3.3万円/㎡
⑥駐車場 整備費	2.8億円	⑥駐車場 整備費	4.8億円	■他病院事例に基づき、整備費用を積算 ①立体駐車場設計費 ②立体駐車場建設費
—	—	⑦医療情報 システム	1.5億円	■他病院事例に基づき、新導入システム費用を積算
—	—	⑧患者 移送費	0.3億円	■他病院事例に基づき、患者移送費を積算
計	※2 162億円 176億円 196億円	計	※1 186.6億円	消費税は、平成30年度まで8%、平成31年度から 10%を想定

※1：「第4章施設整備計画 3新病院施設設備計画」で検討している川元松丘街区公園が活用可能となった場合、その関連整備費が別途必要となる。(概算事業費186.6億円には含まれていない。)

※2：検討報告書では、建設規模の想定により概算費用が異なる。想定延床面積はそれぞれ27,000㎡、30,000㎡、34,400㎡である。

①本体工事費

新病院の建設規模32,000㎡について、近年の他病院事例を参考に、46万円/㎡を想定し、本体工事費を算出しました。

②外構工事費

敷地面積より新病院および立体駐車場の建築面積を除く面積に、他病院事例を参考に2.2万円/㎡を設定し、概算費用を算出しました。

③医療機器・什器・備品等

新たに導入する医療機器（高精度放射線治療機器等）、病院のリニューアルに合わせた什器類の購入や現病院から新病院への移設費用などを想定しました。

また、現有医療機器については購入時期を平準化し、新病院開院前後の数年間をかけて調達を行います。

④設計委託費

標準設計業務費用は国土交通省の「官庁施設の設計業務等積算基準」により算出しました。また、設計を進めるにあたり必要となる標準業務以外の項目については、他病院での採用例を参考に概算費用を算出し、検討報告書の費用から増額しました。

⑤解体費

「公共施設等の解体撤去事業に関する調査結果」（平成25年12月総務省自治財政局地方債課）や他病院事例を参考に、想定単価を1㎡当り3.3万円と設定し、概算費用を算出しました。

⑥駐車場整備費

2層3段で約210台を収容する立体駐車場の整備にあたり、新病院建物との接続性を考慮した配置および構造を想定し、検討報告書の費用から増額しました。

⑦医療情報システム

新たに導入するシステム整備にかかる費用を、他病院事例を参考に算出しました。

⑧患者移送費

現病院から新病院に、入院中の患者を安全に移送するための費用を、他病院事例を参考に算出しました。

(2) 財源内訳

事業費の財源内訳は、次のとおりです。

この段階では、十分な精査ができないため、便宜上、病院事業債の割合を大きくしています。

今後、補助金の対象となり得る事業、病院事業債対象外となる事業等を精査する必要があります。

	事業費	病院事業債	その他
①本体工事費	147.2億円	147.2億円	
②外構工事費	2.9億円	2.9億円	
③医療機器・什器・備品等	14.7億円	14.7億円	
④設計委託費	5.7億円	4.7億円	1.0億円
⑤解体費	9.5億円	9.5億円	
⑥駐車場整備費	4.8億円	4.8億円	
⑦医療情報システム整備費	1.5億円	1.5億円	
⑧患者移送費	0.3億円	0.3億円	
合計	186.6億円	185.6億円	1.0億円

2 事業収支シミュレーション

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

(1) 収支シミュレーションにおける主な条件設定

ア 医業収益

(ア) 入院診療単価

入院診療単価は、過年度の入院単価の推移や平均在院日数の短縮による医療提供密度の向上等から、今後も増加することが期待されるとともに、同規模病院の診療単価と比較しても実現可能な水準として、平成27年度から年率0.5%増加すると設定しました。(平成27年度実績 48,863円)

(イ) 外来診療単価

外来診療単価は、平成27年度実績 10,682円に固定して設定しました。

(ウ) 延入院患者数

新病院における延入院患者数は、「第1章 周辺環境と本院の状況の3 病棟機能および病床規模」で算出した入院患者推計を基に設定しました。

(エ) 延外来患者数

新病院における延外来院患者数は、「第1章 周辺環境と本院の状況の4 外来機能の検討」で算出した外来患者推計を基に設定しました。

イ 医業費用

(ア) 人件費

平成28年4月1日現在の職員数をベースとしました。患者減少が著しくなる平成25年度以降については、人件費対医業収益比率を57%とし、各年度の医業収益を乗じて人件費を算定しました。

(イ) 材料費、経費

材料費は、平成26年度および平成27年度における材料費対医業収益比率の平均値に、各年度の医業収益を乗じて材料費を算定しました。

経費は、新病院における延床面積の増加等を考慮して算定しました。

(ウ) 減価償却費

減価償却費は、耐用年数に基づき算定しました。

建物	39年
立体駐車場	31年
設備	15年
外構	15年
医療情報システム	5年
医療機器	5年

(2) 収支シミュレーションの概要

前記の概算事業費および条件設定に基づき事業収支を試算した結果、次のとおりとなりました。

平成34年度の開院当初は、減価償却費の額が大きいため、赤字となりますが、平成39年度からは黒字に転じ、利益累計でも表にはありませんが、平成51年度には黒字への転換が想定されます。

平成63年度からは本体の大規模修繕や患者減少などにより単年度赤字となっていますが、事業期間中の利益累計は黒字となるため、起債の償還にも問題はなく、安定的な経営が可能であると想定されます。

損益計算書

単位：百万円

	平成34 年度	平成35 年度	平成36 年度	平成37 年度	平成38 年度	平成39 年度	平成40 年度	平成41 年度	平成42 年度	平成43 年度
I 病院事業収益	10,677	10,850	11,805	11,887	12,037	12,179	11,338	11,419	11,494	11,619
1 営業収益 (a)	10,451	10,587	11,544	11,636	11,797	11,951	11,119	11,203	11,276	11,404
2 営業外収益 (b)	225	263	261	251	241	228	219	217	218	216
3 特別利益 (c)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II 病院事業費用	11,409	12,176	12,183	12,159	12,137	12,147	10,908	11,061	11,245	11,388
1 営業費用 (d)	10,196	11,574	11,588	11,581	11,579	11,575	10,351	10,437	10,660	10,794
2 営業外費用 (e)	1,213	602	596	577	557	572	556	623	585	594
3 特別損失 (f)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
経常利益 a+b-d-e	△ 732	△ 1,326	△ 379	△ 272	△ 99	32	430	359	248	232
当年度純利益 a+b+c-d-e-f	△ 732	△ 1,326	△ 379	△ 272	△ 99	32	430	359	248	232
利益累計	△ 732	△ 2,058	△ 2,437	△ 2,709	△ 2,808	△ 2,776	△ 2,346	△ 1,987	△ 1,739	△ 1,507

	平成48 年度	平成53 年度	平成58 年度	平成63 年度	平成68 年度	平成72 年度
I 病院事業収益	11,900	11,753	11,353	10,884	10,634	10,298
1 営業収益 (a)	11,702	11,576	11,202	10,752	10,503	10,170
2 営業外収益 (b)	198	177	151	132	131	128
3 特別利益 (c)	0	0	0	0	0	0
II 病院事業費用	11,779	11,297	11,159	11,140	10,917	10,629
1 営業費用 (d)	11,224	10,775	10,597	10,538	10,525	10,249
2 営業外費用 (e)	555	522	563	603	392	380
3 特別損失 (f)	0	0	0	0	0	0
経常利益 a+b-d-e	121	456	193	△ 256	△ 283	△ 331
当年度純利益 a+b+c-d-e-f	121	456	193	△ 256	△ 283	△ 331
利益累計	△ 969	1,203	3,245	3,608	1,952	488

用語の解説

掲載頁	用語	説明
1、3、4、 5、8、10、 11、20、 24、35、 36、38、 39	秋田周辺医療圏	秋田県医療保健福祉計画において定める秋田市、男鹿市、潟上市および南秋田郡の各市町村により構成される二次医療圏をいう。なお、医療圏とは、都道府県が病床の整備を図るに当たって設定する地域的単位のこと、そのうち二次医療圏とは、特殊な医療を除く一般的な医療サービスを提供する医療圏であって、地理的条件等の自然的条件および日常生活の需要の充足状況、交通事情等の社会的条件を考慮し、一体の区域として病院における入院に係る医療を提供する体制の確保を図ることが相当であると認められるものを単位として設定される医療圏をいう。
3、6、18、 31、32、 33、37、 39、47	一般病床	病床の種別の一つ。精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床以外の病床をいう。
3、18、 33、43、 48	病床利用率	ベッドの利用の程度を示す指標。 病床利用率(%) = 入院患者延数 ÷ 許可病床延数 × 100
4、10、 11、21、 34	D P C	Diagnosis Procedure Combination:入院患者の診療報酬額について、従来の出来高払いではなく、診断群分類に従った定額払いをする包括評価制度。患者が該当する診断群分類(D P C)の点数に入院日数と病院ごとの係数を乗じて算定する診療報酬点数に、出来高部分の点数を加えたものが、その患者の入院医療費となる。この計算方式が適用されるのは、入院基本料や検査、投薬、注射、画像診断などで、手術、高額な処置、リハビリテーションなど技術料部分は、従来通りの出来高払い方式が適用される。
4、38	救急告示病院	病院の開設者からの申し出により、都道府県知事が当該地域の状況及び病院の要件等を勘案して認定・告示された病院。主な要件として、救急医療に関する技量を有する医師が常時診療に従事し、救急医療を行うための施設・設備を有する。また、患者搬送に容易な場所にあり、患者搬入に適した構造を有し、救急患者のための専用病床又は優先使用病床を有する。
10	後発医薬品	先発医薬品と同一の有効成分を同一量含み、同一経路から投与する製剤で、効能・効果、用法・用量が原則的に同一であり、先発医薬品と同等の臨床効果・作用が得られる医薬品をいう。研究開発に要する費用が低く抑えられることから、先発医薬品に比べて薬価が安くなっている。

掲載頁	用語	説明
12	病院機能評価認定病院	<p>公益財団法人日本医療機能評価機構が行う病院の評価事業の認定を受けた病院をいう。</p> <p>「患者の権利と医療の質および安全の確保」、「療養環境と患者サービス」などについて、病院運営の専門家が評価する。受審の準備を進めることで、医療の質の向上やサービス改善が進むとともに、第三者の評価により現状が客観的に把握でき、改善すべき点が明確にされるなどの効果がある。</p> <p>当院では、平成17年9月に認定を受け、平成23年7月および平成28年1月に更新の認定を受けている。</p>
12、41	秋田県がん診療連携推進病院	<p>がん診療の一層の充実を図り、秋田県民に安心で適切な医療を提供するため、診療や研修および情報の収集・提供についての整備要件を満たしている病院について知事が指定するもので、当院は、平成22年3月31日付けで指定を受け、平成26年4月に更新されている。</p>
12	臨床研修指定病院	<p>医学部を卒業し、医師免許を取得した医師が、基本的な診療能力を身につけられるよう、医師として義務付けられている2年以上の研修を実施できる体制を持った病院として厚生労働大臣から指定された病院をいう。各診療科には、研修医を指導するために必要な設備が備わっており、十分な指導力のある指導医が配置されている。</p>
13、73	バリアフリー	<p>高齢者や障がい者などが生活していくうえで、社会参加を困難にしている物理的、社会的、制度的、心理的な全ての障壁（バリア）となるものを取り除くこと。</p>
27	地域医療支援病院	<p>医療施設機能の体系化の一環として、患者に身近な地域で医療が提供されることが望ましいという観点から、地域医療を担う、かかりつけ医やかかりつけ歯科医を支援する病院をいう。紹介患者に対する医療の提供（かかりつけ医等への患者の逆紹介を含む。）、医療機器の共同利用の実施、救急医療の提供および地域の医療従事者に対する研修の実施がその役割とされており、これらについての一定の要件を満たす病院に対して都道府県知事が承認する。</p>
32、33、41、46、47、48、55、57、59、75	ICU	<p>Intensive Care Unit:重症患者を収容・管理し集中的に治療を行う部門、集中治療室。</p> <p>通常の医療設備では十分管理できない重症疾患や大手術後の患者を対象として、24時間連続監視のもとに、必要に応じ迅速な救急処置を講じよう、病院内の一区域に設定された特殊治療施設のことをいい、集中治療室と呼ばれることもある。</p>
33、34、35、37、47	地域包括ケア	<p>重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されるケアシステム。</p>

掲載頁	用語	説明
33、41、 54、68、 73	急性期	急性疾患や慢性疾患の急性増悪で、病状が安定しておらず、高度の医療設備、多くのスタッフによる医療行為や全身管理が必要な時期。
35、37	地域医療構想	医療介護総合確保推進法の施行に伴い、限られた医療資源を効率的に活用し、切れ目のない医療・介護サービスの体制を築くため、都道府県による策定が義務化された医療構想。将来の医療需要と病床の必要量を推計し、地域の実情に応じた方向性を定めていく。
35、41、 54	回復期	主に急性疾患において、発症間もない病状の不安定な時期を過ぎて安定している、あるいは緩やかに快方に向かっている時期。
37、47、 70	看護単位	病院の看護体制を形成する一要素で、看護の機能を管理する目的で、看護の対象と看護要員を区分する単位。
38、42	災害拠点病院、災害協力医療機関	災害時に多発する重篤救急患者の救命医療を行うための高度の診療機能、被災地からの重症傷病者の受入れ機能、傷病者等の受入れおよび搬出を行う広域搬送への対応機能、自己完結型の医療救護チームの派遣機能、地域の医療機関への応急用資器材の貸出し機能を有し、災害時の拠点となる病院。災害協力医療機関は、災害拠点病院の医療活動を補完し、救命救急医療の提供又は転送患者等の収容等の他、災害医療情報の収集・提供を行う医療機関。
38、42	災害派遣医療チーム(DMAT)	大規模災害や多数の傷病者が発生した事故などの現場に、急性期(おおむね48時間以内)に活動できる機動性を持った、専門的な訓練を受けた医療チームをいう。医師、看護師および業務調整員(医師・看護師以外の医療職および事務職員をいう。)で構成され、応急処置・救命措置・トリアージなど現場での災害時医療をはじめ、災害地外の病院への広域医療搬送、被災地の病院支援などの活動を行う。
38、42、 46	小児科救急	当院においては、秋田市立夜間休日応急診療所が担っていた小児科初期診療部門について、平成24年9月にその機能を強化して引き継ぎ、平日は24時間、土・日・祝日は9:30から22:30までの間、小児科医師が診察を行っている。
39、47、 48、61、 73、75	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、都市計画および環境行政の根底にある価値観とされている。
41	5疾病	がん・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病および精神疾患の5つの疾病をいう。患者数が多く死亡率も高いこれらの疾患は、その経過に対応したきめ細かな治療やケアが必要になるとして、都道府県が策定する医療計画の中に重点対策を盛り込むことが医療法等により定められている。

掲載頁	用語	説明
41	低侵襲	侵襲とは、肉体の通常の状態を乱す外部からの刺激のことを指し、その刺激が少ないことをいう。 がん治療における低侵襲治療としては、内視鏡治療や鏡視下手術、放射線治療、化学療法などがある。
41、45、49、50、55	化学療法	抗がん剤による治療法。
41、55	集学的治療	外科的治療・内科的治療・放射線治療など複数の治療法を組み合わせる治療法をいう。
41	冠動脈カテーテル治療	手や足の血管からカテーテルを冠動脈に挿入し、狭くなっている場所を拡張させる治療法をいう。具体的には、先端に風船のついたカテーテルを冠動脈の狭窄部に挿入し、風船を膨らませることで狭窄部を拡張し、冠動脈の血流の増加を図るもので、近年では、網目状の金属を使用して血管内に突出した病変を血管外方に圧排する「ステント」もよく使用されている。
41	閉鎖病棟	病棟の出入り口が常時施錠され、職員に解錠を依頼しない限り、入院患者や面会者が自由に出入りできない構造を有する病棟。
42	急性腹症	急激に発症し、激しい腹痛を伴う数多くの疾患の総称で、早急に診断・治療（多くは手術）を必要とする。原因としては、消化器疾患に限らず婦人科疾患、泌尿器科疾患なども含まれる。
42、46	二次救急医療機関	事故や急病等による傷病者を救急隊が緊急に搬送する医療機関として知事が認定・告示した救急告示病院のうち、入院や手術を要する症例に対する医療を行う医療機関をいう。
42	健康講座	当院では、市民の健康に寄与することを目的に、「肝臓教室」、「呼吸教室」、「うつ病教室」、「糖尿病教室」、「緩和ケア教室」、「腎臓教室」、「感染予防教室」、「市民健康講座」等の市民向けの健康講座等を定期的に開催している。
43、44	ブロック受付	外来の受付形態の一つで、内科系や外科系、小児科と産婦人科など、関連性のある診療科の診察室をそれぞれひと固まりのブロック単位にまとめ、そのブロックごとの受付。
43、44	フリーアドレス	特殊な設備を保有する診療科を除き、診療科毎に診察室を特定しないで、患者数や医師数に応じて診察室を振り分け、診察室を効率的に使用する方法。
46、47	トリアージ	災害時などで人材や医療器材・医薬品などの医療機能に制約が生じる際に、重症度や治療の緊急度を判定し治療や後方搬送の優先順位を決定すること。

掲載頁	用語	説明
47	看護体制	看護配置基準の1つ。入院患者と看護職員の比率により定められる基準。例 7:1看護体制、10:1看護体制等。
47、48、53、55、63、73	カンファレンス	主に患者についての問題点の討議、検討、治療方針や看護方針を立て、実践評価を行うこと。
47	N I C U	Neonatal Intensive Care Unit:新生児特定集中治療室の略。新生児の治療に必要な保育器、人工呼吸器等を備え、24時間体制で集中治療が必要な新生児のための治療室。
49	持参薬	患者が入院時に病院に持参する普段使用している薬をいい、持参薬の確認をすることで、継続服用すべき薬剤の把握や重複投与の防止が可能となる。
49	クリーンルーム、クリーンベンチ、安全キャビネット	クリーンルームとは、空気中の浮遊塵埃が限定された清浄度レベル以下に管理され、必要に応じて温度・湿度等を一定の基準に制御する部屋。クリーンベンチとは、塵埃や雑菌の混入を防ぎ、クリーンな環境に保つための作業台。安全キャビネットとは、装置内部の菌や微生物が空気中に漏れることを防ぐことが出来、かつ無菌作業も行える装置。
49	バスボックス	クリーンルーム等に物品だけを出し入れするための専用設備。
49	医薬品情報管理(DI)室	Drug Information:薬に関する多くの情報を収集・整理し、医療関係者や患者等に対しそれぞれの立場にたつて最も必要な情報を提供する業務を行う室。副作用の防止など、薬が安全かつ最適に使用されるために重要な役割を果たす。
50	治験	新しい医薬品や医療機器の製造販売に関して、有効性と安全性(副作用など)を確認し、製造や輸入などの承認を厚生労働省から得るために行われる、治療を兼ねた臨床試験をいう。
50、63	栄養サポートチーム(NST)	Nutrition Support Team:栄養サポートチームの略。栄養管理を症例個々や各疾患治療に応じて適切に実施するため、医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、臨床検査技師などの多職種で実践するチーム。
50	サテライトファーマシー	主となる薬剤部から離れて、病棟内に存在する薬局。医師や看護師と協力し患者に適切な薬物療法が行われることを目的とする。
53	セカンドオピニオン	医師の診断や治療法について、患者が別の医師の意見を求めることをいう。
55	C T	Computed Tomography:コンピューター断層撮影の略。人体のある断面を映像化し、病変などを検査する装置。
55	M R I	Magnetic Resonance Imaging:核磁気共鳴の物理現象を応用して、人体の断層撮影や含有物質の同定を行う方法。また、その装置。磁気共鳴映像法。

掲載頁	用語	説明
55、87	ICT	Information and Communication Technology：情報通信技術の略であり、従来のIT(Information Technology)とは同じ意味をもつ。 医療情報システムでは、院内を超えたコンピューターの利活用時に「ICT」を区別して使われる場合がある。
59	臨床工学機器	Medical Engineering:医用工学(ME)を応用して開発された機器。人工呼吸器、高圧治療装置、人工心肺装置、血液浄化装置など多種多様な医療機器がある。
59	除細動器、AED	不整脈に対し、電気的な刺激を与えることで除細動や同期性通電を行う医療機器。AED(Automated External Defibrillator:自動体外式除細動器)は、その一種。
59	IABP	Intra-Aortic Balloon Pumping:大動脈内バルーンポンピング。急性心筋梗塞後などの心臓の左心室が機能不全を起こしたとき、心臓の働きを補助する機械的補助循環法の一つ。
59	PCPS	Percutaneous Cardiopulmonary Support:経皮的心肺補助法。一般的に遠心ポンプと膜型人工肺を用いた閉鎖回路の人工心肺装置により、大腿動静脈経由で心肺補助を行うもの。
65	SPD	Supply Processing & Distribution:物品(診療材料や薬品等)の標準化や物流・業務の効率化を図ることにより、購買管理・在庫管理・搬送管理・消費管理等を一元管理する物流管理システム。
67	地域連携クリティカルパス	クリティカルパス(クリニカルパスともいう。)とは、良質な医療を効率的かつ安全・適正に提供するための手段として開発された診療計画表のことであり、地域連携クリティカルパスとは、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、治療を受ける医療機関で共有して用いるために作成する診療計画表である。診療に当たる複数の医療機関が、役割分担を含め、あらかじめ診療内容を患者に提示し、説明することにより、患者が安心して医療を受けることができる。
67、68	かかりつけ医	身近な地域で患者の体調や病歴を把握し、診療行為だけでなく健康の相談や症状等により専門医の紹介を行う医師。
68	基幹型認知症疾患医療センター	「認知症疾患医療センター」とは、認知症患者とその家族が住み慣れた地域で安心して生活ができるための支援の一つとして、認知症疾患における鑑別診断、地域における医療機関等の紹介、医療相談などを行う専門医療機関をいう。当院では、平成28年10月1日より認知症疾患医療センターの基幹型としての指定を受け、上記機能に加え、特に周辺症状と身体合併症への急性期対応を担っている。

掲載頁	用語	説明
69	インシデント・アクシデント	<p>インシデントとは、医療行為や管理面で、間違いに事前に気付いたり、誤った行為があっても患者にほとんど害が及ばなかった事例で、一般的に「ヒヤリ・ハット」と言われている事例を含む。</p> <p>一方、アクシデントとは、医療行為や管理面において発生する人身事故の事例を指す。アクシデントには患者ばかりでなく医療従事者が被害者である場合も含み、また、廊下で転倒した場合のように医療行為とは直接関係しないものも含む。</p>
71、82、83、84、86、88、89、91、92、93	医療情報システム	<p>医療に関する患者情報（個人識別情報）を含む情報を扱うシステムという意味で、電子カルテシステムやオーダーリングシステムおよびそれらのシステムと接続する各部門システムをいう。</p>
73	エイジフレンドリーシティ	<p>世界的な高齢化・都市化・都市の高齢化に対応するために、2007年、WHO（世界保健機関）で提唱されたプロジェクトで「高齢者にやさしい都市」という意味。エイジフレンドリーパートナーとは、高齢者や障がい者などにやさしい取組を継続して行うとして秋田市が登録した企業・事業者等。</p>
73	ユニバーサルデザイン	<p>障がいの有無などにかかわらず、すべての人が快適に利用することができるように製品や建造物、環境などをデザインすること。</p>
73	ライフサイクルコスト	<p>製品や構造物の取得、維持・管理、廃棄に至るまでの費用の総額。</p>
74	構造体の耐震安全性の目標分類Ⅰ類	<p>大地震動後、構造体の補修をすることなく建築物を使用できることを目標とし、人命の安全確保に加えて十分な機能確保が図られるもの。</p>
83	生涯健康医療電子記録	<p>個人の生涯にわたる医療情報を、地域・国家レベルで共有し、個人の健康管理や疾病予防に活用できる仕組みでありPHR(Personal Health Record)もしくはEHR(Electoral Health Record)とも略される。</p> <p>地域連携クリティカルパスの普及、地域完結型ケアの実現に寄与できる。</p>

掲載頁	用語	説明
84、89	電子カルテシステム	<p>狭義に「電子カルテ」という場合は、医師法（昭和23年法律第201号）および歯科医師法（昭和23年法律第202号）により規定され、5年間の保存が義務付けられた医師の診療録自体の電子化を指すが、この狭義の電子カルテとオーダエントリーシステム（検査オーダ、処方、画像・検査結果参照、医事会計その他の比較的事務的色彩の強く定型化が可能な作業について電子化したシステムをいう。）とは、単一の端末上で操作されることがほとんどであるため、本構想においてはこれらを併せて「電子カルテシステム」と呼称する。</p>
86	仮想化	<p>1台の物理的なコンピューター上で論理的なコンピューターを複数台稼働させることができる技術。 実装例としては、サーバ機器を仮想化するサーバの仮想化、ネットワーク配線を仮想化するネットワークの仮想化、PC上のアプリケーションやPC上のデスクトップを仮想化するクライアントの仮想化などがある。</p>
86	クライアント	<p>情報ネットワークに接続されるデスクトップ型PCや、ノート型PC、プリンター、タブレット機器などを指す。電子カルテクライアントとは、患者の診療情報を入力・参照・印刷する際に利用される機器の総称。</p>