

青梅市立総合病院

新病院基本計画策定等支援業務

基本計画作成に向けた検討報告書

平成 28 年 3 月

目次

第1章	全体計画検討（全体戦略）	1
1.	地域医療構想等の制度改革動向.....	1
2.	青梅市立総合病院のポジショニング分析.....	3
3.	診療機能の強化、充実に関するセンター化構想検討.....	5
	（1）センター化の目的.....	5
	（2）各センターに関する目的、体制などの検討.....	5
4.	新病院コンセプト（案）	6
	（1）あるべき姿.....	6
	（2）コンセプトの整理.....	6
	（3）新病院の方向性（コンセプト）	7
第2章	主要部門検討	8
1.	各部門整備方針・WGからの提案・要望内容	8
	（1）外来部門整備方針.....	8
	（2）病棟部門整備方針.....	9
	（3）手術・救急・集中治療室系部門整備方針	11
	（4）健康診断部門整備方針.....	12
	（5）在宅医療への対応.....	12
	（6）災害医療への対応.....	13
	（7）医療機器整備方針.....	13
	（8）情報システム整備方針.....	13
	（9）放射線部門整備方針	13
	（10）検査部門整備方針.....	14
	（11）薬剤部門整備方針.....	14
	（12）栄養部門整備方針.....	15
	（13）リハビリテーション部門整備方針.....	16
	（14）臨床工学部門整備方針.....	16
	（15）物流・委託部門整備方針	17
	（16）事務・管理部門整備方針	18
	（17）地域連携・患者支援部門整備方針	19
2.	外来部門検討.....	20
	（1）検討の背景	20
	（2）外来患者数試算結果	20
	（3）【参考】外来抑制のメリット	21
3.	手術部門検討.....	22
	（1）2013年度の実績.....	22

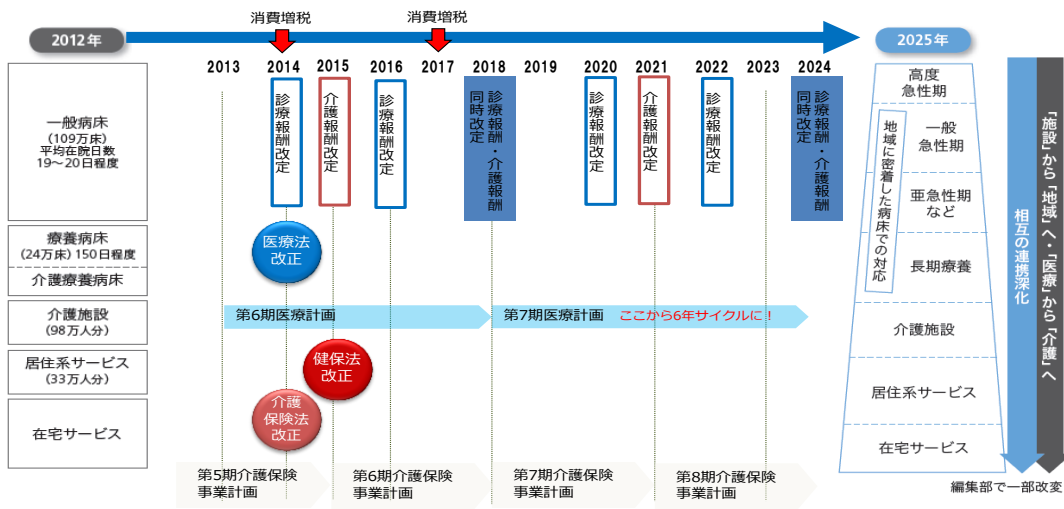
(2)	入院患者予測.....	22
(3)	試算結果.....	23
(4)	【参考】 当院の手術状況	24
(5)	【参考】 手術率について	24
(6)	【参考】 ハイブリッド手術室について	24
(7)	【参考】 外来手術室設置検討資料	25
4.	給食部門検討	27
(1)	主な特徴.....	27
(2)	メリット・デメリット.....	28
(3)	ニュークックチル.....	28
5.	リハビリ部門検討.....	29
(1)	当院のリハビリ実績.....	29
(2)	職員一人当たりの業務単位数.....	29
(3)	他病院事例	30
(4)	【参考】 リハビリ実施スペースの他病院事例	30
6.	患者支援センター部門検討.....	31
(1)	検討内容	31
(2)	患者総合支援センターの基本方針案	31
(3)	患者総合支援センターの施設整備方針案	31
(4)	医療相談室の業務（参考）	31
(5)	他病院の患者サポート部門のレイアウト事例	32
(6)	地域連携室の役割について【参考】	33
第3章	各種計画検討	34
1.	医療機器整備検討.....	34
(1)	当院の医療機器整備に関する特徴：	34
(2)	主要機器リスト（取得価格5千万円以上）	34
(3)	医療機器整備の方針（調達例）	34
(4)	主要機器リスト（取得価格1千万円～5千万）	36
2.	物品物流システム計画検討.....	37
(1)	他事例からの物品管理の問題点	37
(2)	物品購入方式.....	37
(3)	在庫管理と供給方法	38
(4)	主な搬送機器.....	39
(5)	将来の搬送方法事例	40
3.	委託業務検討	41
(1)	当院の委託状況	41
(2)	【参考】 近年の委託化傾向.....	42
第4章	事業収支計画	43

1.	事業費概算 *配置基礎資料含む	43
(1)	事業費総額	43
(2)	検討中の配置計画	44
2.	収支試算 課題の整理	45
(1)	事業収支試算見直しの手順	45
(2)	事業収支試算	47
3.	資金調達	49
(1)	調達方法シミュレーション	49
(2)	他会計負担金のシミュレーション	50
(3)	事業規模を縮小した場合の事業収支シミュレーション	50
4.	地域医療支援病院の取得による影響	51
(1)	地域医療支援病院とは	51
(2)	試算に係る主な前提条件	51
(3)	試算結果	51
5.	建築費動向	52
第5章	病院見学資料	53

第1章 全体計画検討(全体戦略)

1. 地域医療構想等の制度改革動向

国は団塊の世代が後期高齢者になる 2025 年に向けて医療提供体制の整備を進めている。ポイントは医療機関（病院）の機能分化による効率的な医療サービスの提供である。また、医療だけではなく介護も含めた総括的な体制作りである。次のスケジュールが厚生労働省提示の 2025 年のロードマップである。



2025 年の医療提供体制での医療機関の機能分化について、従来は一般病床と療養病床の区分だけであったが、厚生労働省では新たに高度急性期、急性期、回復期、慢性期の 4 区分を示している。

◆ 報告内容

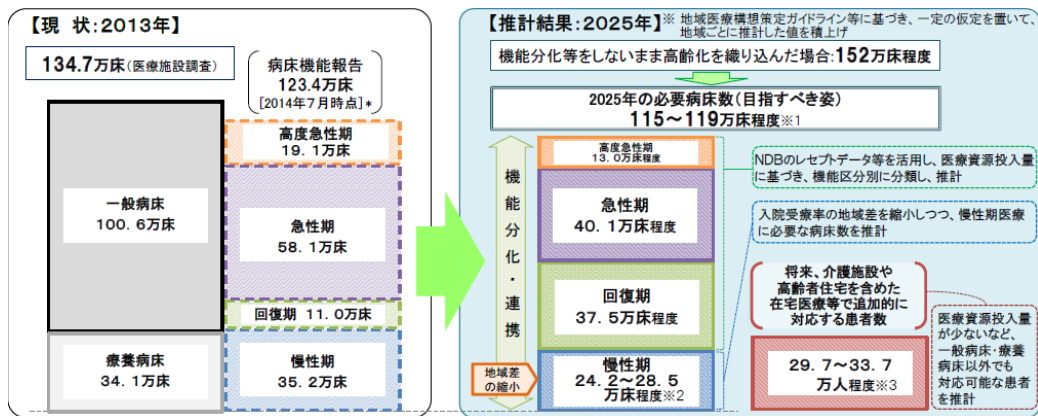
(1) 医療機能

名称	内容
高度急性期機能	○急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能 (例: 救急病棟、ICU、HCU、NICU、GCU、PICU、総合周産期集中治療室 等)
急性期機能	○急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○急性期を経過した患者への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頸部骨折等の患者に対し、ADL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)
慢性期機能	○長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者または難病患者等を入院させる機能



- 「病期(発病以降の時間的経過)」による区分(高度急性期機能は診療密度による区分)
- 医療機関が、病棟ごとに主たる機能を1つ選択して報告
 - … 1病棟で複数の機能をカバーしている場合でも、主な機能を1つ選択
- 当面は定性的な基準を参考に医療機関が自主的に判断
 - … 制度開始前の現段階では定量的な基準を示すことが困難なため。
 - まず現状の実態把握 → 今後、報告データを分析して定量的な基準を検討
- 「現状」の機能と「今後の方向」を報告
 - … 「今後の方向」: 現時点から6年後に予定する機能(平成26年報告時→平成32年に予定する機能)
 - 具体的な機能変更の計画がある場合は変更時期も併せて報告

また、増大する医療費への対応として、医療機関の病床数の削減が見込まれている。国から発表された病床数の見通しでは、2013年と比較すると、全国で15万床から20万床の削減にのぼる。



この提供体制を検討するため、厚生労働省では都道府県に対して地域医療構想を作成するよう指示している。そのスケジュールは次の通りである。

地域医療構想策定後の年間スケジュールのイメージ

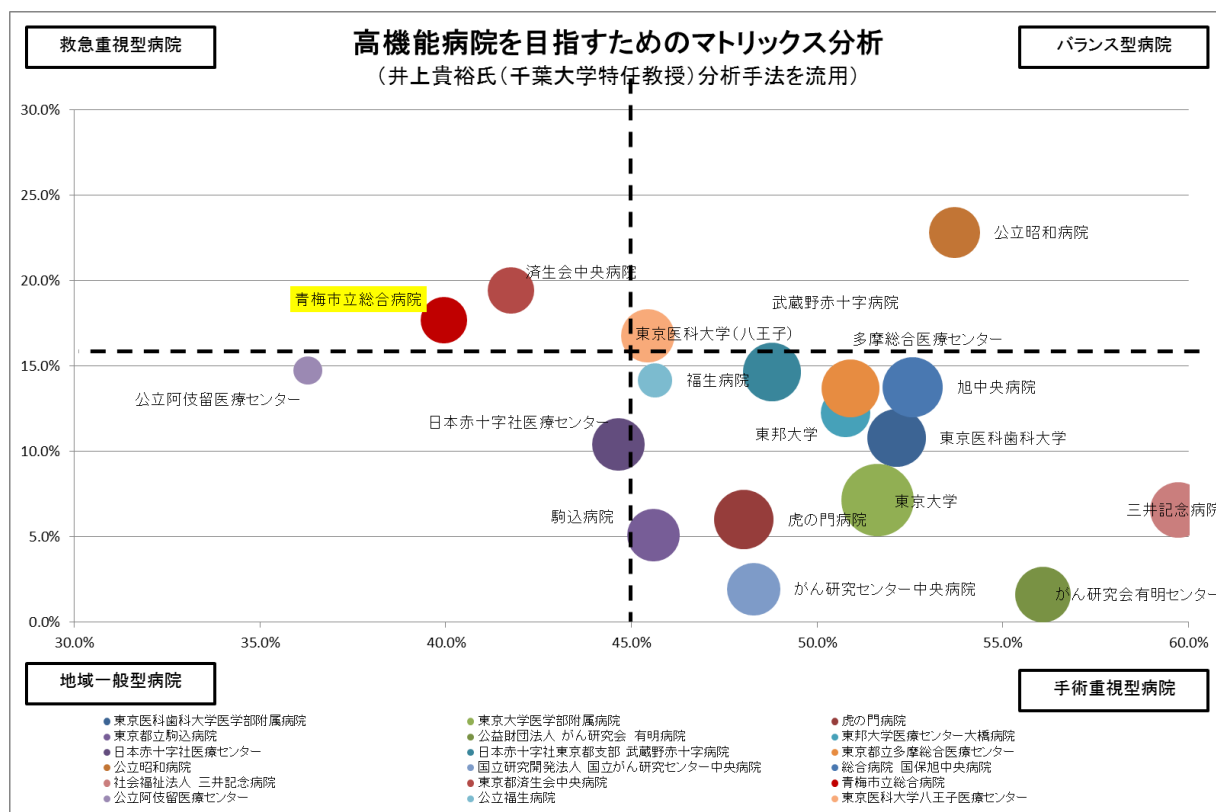
2016年3月	・病床機能報告制度の集計結果の公表	
3月以降	<ul style="list-style-type: none"> 各医療機関が、地域の医療提供体制の需給ギャップなどを踏まえ自院の体制を検討 上記と並行して、都道府県が設置する「地域医療構想調整会議」において、地域の医療関係者らが構想区域単位で必要な調整を行うとともに、地域医療介護総合確保基金の活用についても提案 	<p>医療機関の自主的な取り組み</p> <p>医療機関同士による協議</p>
10月	・病床機能報告制度における報告	
年内	・構想区域における対応を踏まえ、地域医療介護総合確保基金の都道府県計画(案)の取りまとめ	
2017年2月	・都道府県定例議会への2017年度当初予算案に地域医療介護総合確保基金の予算を計上	

(注)このPDCAサイクルを2025年まで毎年回す

2. 青梅市立総合病院のポジショニング分析

2025 年へ向けての医療制度改革に対して、当院は、他の高度急性期病院と比較してどのようなポジショニングをすべきか、どのような課題があるのかを検討した。

まず、他の高度急性期病院及び近隣病院との比較をするため、入院患者に対する救急車搬送件数割合と手術患者割合を縦横軸にした診療機能マトリックスにて分析した。救急車搬送に関しては平均以上になっているが、手術割合については高度急性期病院としては改善の余地があると考えられる。



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 「(15) 手術化学療法放射線療法全身麻酔について」よりアイテック加工

医療機関の経営指標に関しては、当院と同じ機能を持つ、小牧市民病院や公立昭和病院と比較を行った。当院は他の2病院と比べ、手術割合が低いため入院単価が低いものの、公立昭和病院と比べると入院患者・外来患者数ともに多い。

■同規模病院との決算状況比較

平成26年度	青梅市立 総合病院	小牧市民病医院	公立昭和病院
病床数	562 床	558 床	518 床

入院収益(千円)	9,172,283	11,836,033	10,896,367
延入院患者数	157,878 人	182,121 人	149,431 人
一日平均入院患者数	433 人	499 人	409 人
入院単価	58,097 円	64,990 円	72,919 円
病床稼働率(一般病棟)	78.6%	89.4%	80.0%
平均在院日数(一般病棟)	11.7 日	12.1 日	11.4 日

外来収益(千円)	4,137,095	6,148,212	3,593,790
延外来患者数	318,026 人	364,713 人	258,762 人
一日平均外来患者数	1,303 人	1,495 人	1,061 人
外来単価	13,009 円	16,858 円	13,888 円
外来入院比率	2.0	2.0	1.7

出典：「青梅市病院事業決算書」（平成26年度）、「小牧市病院事業会計決算」（平成26年度）
「公立昭和病院年報」（平成26年度）

このように新病院整備に向けて検討を進めながら診療機能強化、充実についても検討した。また、関連部門に関しても他事例などから準備会議で継続検討した。内容は部門検討に記載している。

3. 診療機能の強化、充実に関するセンター化構想検討

昨年度実施した基礎調査、特に近隣急性期病院との連携、競合状況を分析したDPCデータを分析した。その後、新病院整備に向けた診療機能の検討のため、診療科部長を中心にヒアリングを行った。

限られた医師数の中で機能強化・充実を図るには、内科外科の連携が図れ、チーム医療を推進するのに適しているセンター化を望む意見が多く挙がった。

(1) センター化の目的

- ① 内科・外科等診療科の枠を超えた臓器別・疾患別診療の専門性が向上できる。
- ② 臓器別・疾患別のチーム医療による医療情報の共有化や迅速化・診療の効率化が図れる。
- ③ 特定の専門分野への特化によるスタッフの専門性の向上（人材確保・育成）。
- ④ 専門分野への特化による患者や医局、コメディカル等への対外的なアピール力の向上。
- ⑤ センター化による集患効果や患者・収益規模が大きいことによる病院経営への貢献。

(2) 各センターに関する目的、体制などの検討

内科、外科の連携体制が取れる重点領域としての臓器別センターと、疾患に焦点を当てた診療科単独の専門センター、施設を中心とした施設系のセンターの3系統の視点で検討した。

	センター	目的(方針)	組織体制とその課題	検討事項
重点領域	救命救急センター (既存)	・医療圏唯一の3次救急(救命救急)の実施 ・ICU増床等の集中治療室系の再整備 ・軽症患者のトリアージ *救急のあり方提起	(体制整備) ・1次救急へ医師会と医療機関協力 ・救急医と研修医確保(ER型研修) ・他科の当直等への協力体制	・集中治療室(院内ICU)等の整備 ・ICU/HCUと重症個室の役割分担 ・集中治療エリアのオープン化
	心血管センター	・循環器疾患患者に対する救命救急対応 ・増加する患者のための総合治療体制の整備 ・専門外来の機能強化(不整脈、血管外科等)	循環器や麻酔医、看護師、PTOT、薬剤師 栄養士等のハートチームでの医療	・専門外来強化の体制づくり ・ハイブリッド手術や心カテ室の整備 ・心臓リハビリの更なる強化
	脳神経センター (既存)	・脳構想・脳卒中を中心とした緊急治療 ・脳血管内治療の充実 ・脳神経系疾患の集中治療室整備	・(外科と内科との連携強化) ・脳神経系医師、看護師、PTOT、ST、 MSWのチーム医療 等	・血管内手術医の確保 ・院内ICU(脳神経)を中心とした施設整備 ・ハイブリッド手術室整備と医師招聘
	消化器病センター	・がんを中心とした治療注力(肝炎は減少傾向) ・内視鏡部門との連携強化 ・低侵襲手術(鏡視下)等の先進医療実施	がんを中心とした外来から内視鏡、化療 までの幅広い連携体制構築	・ハイブリッド手術室等の施設整備 ・施設整備や高度医療に伴う医師増員 ・内視鏡部門との連携と隣接配置
	呼吸器センター	・医療圏での高度呼吸器治療センターを目指す ・難治疾患(間質性肺炎等)や肺がんへの対応 ・低侵襲(胸腔内手術等)の適応拡大	呼吸器内科・外科、放射線科、病理診断 科、薬剤師、看護局での組織的なチーム	・呼吸器外科医(2名体制)の確保 ・呼吸器疾患の合併症患者への対応 ・手術待ち期間の短縮化(他科の協力)
専門領域	糖尿病・甲状腺センター	・専門外来充実(透析予防指導、フットケア等) ・人工透析の実施と他診療科との連携 ・スタッフの資格取得と活躍の場の提供	糖尿病に対する医師や看護師、薬剤師など 保有資格に基づいたチーム医療の実施	・専門外来の拡大 ・関連診療科の協力体制構築 ・看護師、薬剤師等の資格取得推進
	血液浄化センター	・血漿交換療法等の特殊治療の推進 ・合併症入院患者の受入推進 ・シヤント手術や透析トラブルへの対応	救急、泌尿器、外科、整形外科等の連携強 化と医師や看護師等のチーム医療	・外科系処置ができる施設整備 ・血液浄化療法の充実(救急等関連) ・他診療科との協力による合併症対応
	リウマチ・膠原病センター	・生活支援を含めた完結型のリウマチ治療 ・外来化学療法(生物学的製剤)への対応	患者支援をコアにした医師、看護師、薬剤 師、MSW等のチーム医療	・外来化学療法の整備 ・他診療科との協力とスタッフ教育 ・広報を含めた外部への情報発信強化
	血液疾患治療センター	・近隣医療圏を含めた基幹病院としての役割 ・自家幹細胞移植の導入(常勤医獲得前提) ・無菌室増室等の施設整備	医師確保を中心とした看護師、薬剤師、臨 床工学技士等のチーム医療	・中堅クラスの医師確保 ・無菌室増室等の整備 ・幹組織採取の施設整備
施設整備	外来治療センター (化学療法センター)	・施設整備によるがん相談や地域連携の一体化 ・がんに対する集学的治療や緩和ケアでの連携	医師、看護師、薬剤師、MSW、臨床工学 士、栄養士、PTOT 等	・外来化学療法を中心とした設備集約 ・化学療法室施設整備と腫瘍内科医の確保 ・患者支援体制の整備と推進
	外来手術センター	・患者ニーズに基づいた日帰り手術の実施 ・医療制度改革を見据えた外来手術推進 (白内障、ポリペク、ヘルニア等)(検討中)	・外科系医師、麻酔医、看護師 等	・受付や説明室等の施設整備 ・緊急時対応の体制づくり

4. 新病院コンセプト(案)

(1)あるべき姿

西多摩保健医療圏における中核病院として救命救急や高度急性期医療を患者さん中心に実践する

- ・ 地域中核病院として地域医療をリードする。
- ・ 公立病院として三次救急や周産期、小児医療を提供する。
- ・ 総合病院の特徴である循環器、がんなどの専門医療を充実する。

高度急性期医療の継続的提供のための健全経営を目指す

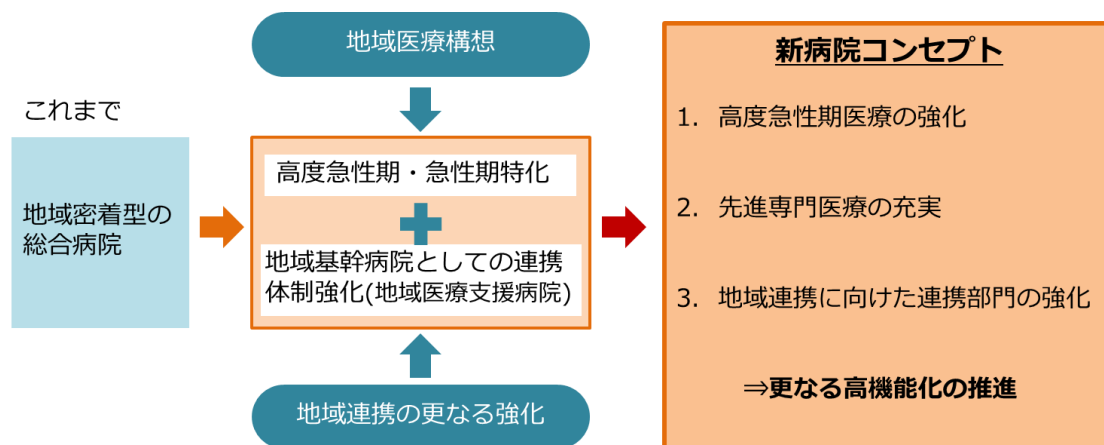
- ・ 各種加算の取得、D P C II 群の認定等、経営優良病院としての健全経営を維持する。

職員が働きがい・生きがいを見出せる環境を整備する

- ・ 高度医療機器・設備の整備、トレーニングラボ、ラウンジやレストラン等、職員の夢や理想を叶えられる病院を目指す。

(2)コンセプトの整理

医療制度改革を通じて青梅市立総合病院に求められる役割も微妙に変化している。以前は地域密着型の市民に親しまれる医療を提供する機能が重視されたが、2025年に向けての医療提供体制の整備である地域医療構想では、西多摩保健医療圏での高度急性期、急性期の役割をより明確に担う必要がある。そのような視点から次のようにコンセプトを整理した。



このコンセプトを新病院の診療機能（施設基準）に置き換えると、地域医療支援病院や DPC II 群の承認などを目標とすべきと考えられる。

新病院での診療機能（施設基準）

1. 高度急性期病院（現行診療機能から）
2. 3次救急病院（救命救急センター）
3. 地域がん診療連携拠点病院
4. 地域周産期連携病院（東京都）
5. 災害拠点病院

（新病院での目標機能）

1. 地域医療支援病院（西多摩医療圏で唯一）
2. DPC II 群承認（大学並みの診療機能）

（3）新病院の方向性（コンセプト）

あるべき姿、基本構想書で行った SWOT 分析の結果を踏まえた新病院の方向性は、以下のとおりである。

★機会を生かし強みをさらに強化する

地域中核病院として救命救急やがん治療等高度急性期、政策的医療を提供する。

→救命救急センターや高度がん医療、小児救急医療の更なる強化... ⇒高度急性期医療の強化

強みのある診療機能と総合力を生かし高度専門医療を提供する。

→循環器、糖尿病、血液浄化等の高度専門医療を更に整備... ⇒先進専門医療の充実

★機会・強みを生かして、弱み・脅威を補完する

近隣病院や診療所との連携による効率的な医療提供体制を推進する。

→地域医療機関との連携による医療提供体制の整備... ⇒地域連携に向けた連携部門の強化

第2章 主要部門検討

1. 各部門整備方針・WGからの提案・要望内容

(1) 外来部門整備方針

① 基本構想時

- ・ 外来患者 1,000 人/日に対応する十分な診察室・処置室を確保する。
- ・ 診察室のフリーアクセス化を推進する。
- ・ 受付から会計まで患者の移動負担を軽減する分かりやすい動線・案内表示計画とする。
- ・ 患者・職員・物品の動線区分の明確化・患者の療養環境の向上・待ち時間の効率的活用のためのアメニティ施設を整備する。
- ・ 患者総合支援センターを設置し、患者を外来から入院、退院、転院、在宅医療まで一括して支援する。
- ・ 相談室の個室化や、廊下等の通過動線とは区別した待合室の配置など、患者プライバシーに配慮した設計とする。
- ・ 感染症の疑いのある患者については、可能な限り外来での滞在時間を短縮可能な設計とする。

② 各部門の整備方針と WG からの要望・提案内容

1) 診察室・処置室

- ・ 消化器・循環器等をセンター化し、専門性を高める。
- ・ 現在よりも外来診察室・処置室面積を大きくする。
- ・ 外来エリアに薬剤部の出張スペースを設置する。
- ・ 無菌室を整備する。

2) その他諸室

- ・ 患者・職員・物品の動線を分ける。
- ・ 相談室は個室とする。
- ・ 待合室は廊下等の通過動線と別にする。
- ・ 職員の休憩スペースを確保する。
- ・ 会議室などスペースに余裕のある施設にする。
- ・ 医事課と地域連携室の動線を短くする。

(2) 病棟部門整備方針

① 基本構想時

- ・ 患者が安心・安全な入院生活を行える療養環境を整備する。
- ・ 4床室と個室を基本とした病棟構成とする。
- ・ 患者のプライバシーの確保、重症患者のケア、療養環境の向上に配慮し、可能な限り多くの個室を整備する。
- ・ 重症個室を各フロアに配置することにより重症患者のケア向上を図る。
- ・ 特別の療養環境の提供に係る病床を総病床数の30%整備する。
- ・ ベッドサイドリハビリテーションの実施に配慮したスペースを確保する。
- ・ 患者・職員・物品の動線区分を明確化する。

② 各部門の整備方針とWGからの要望・提案内容

1) 全体

- ・ 清掃・衛生管理が容易に行える施設にする。
- ・ 1病棟単位を40床前半までとする。
- ・ 心臓血管センター・消化器センターなどセンター化を進める。
- ・ 各病棟にハイケアユニットを整備する。
- ・ 警備等セキュリティ・安全環境の強化をする。

2) スタッフステーション

- ・ 病棟に医事課職員・薬剤師・栄養師を常駐配置する。
- ・ カンファレンススペースを確保する。
- ・ ラウンジ面積を拡大・備品の強化をする。

3) 病室

- ・ 患者のプライバシーの確保、重症患者のケア、療養環境の向上に配慮し、現病院よりも個室率を増加させた病棟構成とする。
- ・ 各病床の面積拡大と機能を充実する。(窓、スライド式ドア、各部屋にトイレ、洗面所等)

4) 感染症

- ・ 感染隔離病室を充実する。
- ・ 感染症患者の病室入室までの隔離した動線を確保する。

5) 血液内科

- ・ 血液内科病棟に無菌室を設置する。

6) 緩和ケア

- ・ 緩和ケア病棟を開設する。

7) 小児科

- ・ 入院児専用プレイルームを整備する。

- ・ 小児病棟へ患児保育士を配置する。

8) 精神科

- ・ 精神科スタッフステーション前にラウンジを設置する。
- ・ 精神科病棟内に土いじりなどを行う屋外作業スペースを設置する。

9) 産科

- ・ 妊娠⇒出産⇒育児を通し続けられる病院にする。
- ・ 産婦人科病棟へ診察室を設置する。
- ・ 妊産褥婦の指導・教育用スペース(母親学級・ヨガ教室など)を確保する。
- ・ 周産期病棟と小児病棟の近接化する。
- ・ 陣痛・分娩室内で家族と過ごせるスペースや産婦が分娩体位を選べる空間(畳部屋)を確保する。

10) その他諸室

- ・ 患者家族のための設備を充実する。(24時間対応の家族控室設置など)

11) 運営

- ・ 退院支援・在宅医療の充実を行う。
- ・ 土日休日の予約入院訪問看護ステーションを設置する。(訪問看護の開始)
- ・ 現場での洗浄業務を廃止する。(ビン、ネブライザー、マットレスなど)

12) システム

- ・ 病棟定数配置薬の管理システムを導入する。
- ・ 患者監視システム(モニター)などを導入する。
- ・ 院内無線 LAN を整備する。
- ・ 病棟設備の電子化 (入口ネームプレート、PHS、売店注文、食事選択など)

(3) 手術・救急・集中治療室系部門整備方針

① 基本構想時

- ・ 手術室を 10 室程度に増室する。将来的に 2-3 室の増室が可能な設計とする。
- ・ ハイブリッド手術室・ロボット（ダヴィンチ）手術室を整備し、先端医療・先進医療に対応する。
- ・ 院内 ICU を増床し、救命救急センターを再編する。
- ・ 救命救急センターと手術・集中治療室部門、放射線部門等は、近接配置する。また、直通のエレベーターで接続するなど、連携に配慮した部門配置とする。

② 各部門の整備方針と WG からの要望・提案内容

1) 手術室

- ・ 入口を複数設け、職員と患者、清潔・不潔材料を区分けする。
- ・ カード等を使用し、セキュリティを強化する。
- ・ エントランススペースを設け、ドアは時間差 2 重扉にする。
- ・ 中央廊下の清潔・不潔材料動線や中央ホールを作るかについては今後検討する。⇒継続検討
- ・ 手術室は各科専用とし、9~10 室整備し、将来増設可能スペースを用意する。また、前室設置を検討する。⇒要検討
- ・ 手術室の中にはハイブリット手術室（CT・アンギオ・術中照射）、陰圧室、クリーンルーム、ロボット手術室を整備し、先端医療・先進医療に対応する
- ・ リカバリールームは PACU（麻酔回復室）を検討する。⇒要検討
- ・ 外来手術室は手術エリア外に整備する。
- ・ 薬剤師が手術室内で調剤できるようにする。
- ・ 倉庫・機材倉庫を整備し廊下に機材を置かない構造にする。
- ・ 手術予定や進行状況を管理するシステムを導入する。
- ・ 使用機材や薬品が自動で分かるシステムを導入する。

2) 麻酔科エリア

- ・ 手術エリアに中央コントロール室を設置し、手術状況全般を把握する。
- ・ 手術エリア周辺に麻酔科医局・控室を設置する。

3) 中央材料室

- ・ 洗浄・組立・包装・保管の区画をしっかりと設け、清潔・不潔エリアを区別する。
- ・ 手術室とは縦横動線でつながっていればよい。
- ・ 滅菌は院内で行うか外注するか議論の必要がある。⇒要検討

4) 集中治療室

- ・ GICU、CCU、SCU、HCU、NICU 等集中治療室の整備を行う。
- ・ 陰圧管理のできる集中治療室を設置する。

5) 救命救急センター

- ・ 広い廊下の確保、ベッドとして使える待合椅子、待合室の細やかな温度調節を行う。
- ・ 救急外来診療ブース(個別・重症)、経過観察ブースを増室する。
- ・ 救急外来診療ブースと経過観察ブースの同一フロアに設置する。
- ・ 小児と成人は同じフロアで診察を行う。
- ・ 薬剤部を救急外来と近接配置する。
- ・ 救急外来にトリアージブースを設置する。
- ・ 看取り個室を配置する。
- ・ DMAT、救急待機室、機材室を設置する。
- ・ 待ち時間表示、番号案内表を設置する。

6) 患者サービス

- ・ 検案室まで人目に触れないルートを設置する。
- ・ インターネット・メールによる診療予約・案内(外来・救急外来)を行う。
- ・ 受付と会計窓口を別々に設置する。
- ・ 入院受付センターを設置する。
- ・ 患者家族用待機室(休憩できるスペース)を確保する。
- ・ 患者家族の術中待合室を設置する。
- ・ 術経過情報が提供できるシステムを提供する。
- ・ 予約手術患者は術前説明を外来で行い、手術前日入院を全症例で行えるようにする。

7) 配置

- ・ 手術室と産婦人科、中央材料室、薬剤部門、病理部門、検査部門は近接配置する。

(4) 健康診断部門整備方針

基本構想時

- ・ 健康診断部門は、青梅市の健診事業の状況を踏まえ、市健診担当部門と協議し対応を検討する。⇒要検討

(5) 在宅医療への対応

基本構想時

- ・ 外来部門に設置する患者総合支援センターにおいて、患者の退院支援と共に、在宅医療への移行を支援する。高齢化に伴う在宅医療のニーズの増加、自宅復帰困難者の入院長期化の予防に対応するため、看護師、社会福祉士等が中心となり、市福祉部門、地域医療機関、介護・福祉施設等との連携を強化し、退院後の在宅医療への円滑な移行を支援する。
- ・ 在宅医療への対応強化と共に、退院支援の強化によって病床回転率を向上させ、急性期医療が必要な患者への病床を確保することを目指す。

(6) 災害医療への対応

基本構想時

- ・ 西多摩地域の災害拠点病院として、必要な施設・設備を整備する。
- ・ ヘリポートを維持し、広範な地域の重症患者への対応、大規模災害時の患者搬送・スタッフの派遣等に活用できる計画とする。
- ・ 大規模災害時に多数発生する患者受入れスペース及び簡易ベッドを整備する。
- ・ 救命救急医療設備・医療ガス設備を整備し、食糧・医薬品の十分な備蓄を維持する。
- ・ 災害時に現場へ DMAT を派遣するなど、引き続き災害拠点病院としての役割を果たす。

(7) 医療機器整備方針

基本構想時

- ・ 西多摩保健医療圏の中核病院として、高度急性期医療を提供するために必要な高度医療機器を導入する。
- ・ 現病院から移設可能な医療機器については可能な限り移設し、事業費の抑制を図る。
- ・ 新規購入機器、移設機器の範囲については、今後継続的に検討する。⇒要検討

(8) 情報システム整備方針

① 基本構想時

- ・ 情報システム整備の基本的な目的として、業務の効率化を図ると共に、医療の質及び患者サービスの向上、経営健全化等を目的とする。
- ・ 病院総合情報システムを前提に、高度医療を提供するにあたって必要な各種部門システムを整備する。
- ・ 病院総合情報システムの導入範囲については、今後継続的に検討する。⇒要検討

② 各部門の整備方針と WG からの要望・提案内容

- ・ 災害対策としてデータのバックアップスペースを設ける。
- ・ 院内全ての医療情報の入出力を行う部署を創設する。
- ・ 将来のデータ量増加に備えサーバー室を広めに設定する。

(9) 放射線部門整備方針

各部門の整備方針と WG からの要望・提案内容

1) 放射線エリア

- ・ 高度で小型な画像設備を充実させる。

- ・ 現在新棟にある医療機器は新設棟へ移動させ、1エリアに収める。
- ・ 心臓カテーテル室を1エリアにまとめる。
- ・ 使用しない機材・装置用倉庫を整備する。
- ・ 各撮影室専用廊下と待合エリアを整備する。
- ・ 回診型X線装置専用置場を設置する。
- ・ 画像入出力専門の部署を創設する。⇒要検討
- ・ 入院患者専用待合エリア・専用エレベーターを整備する。⇒要検討
- ・ 待合エリアはアメニティを充実する。

2) 放射線医療

- ・ 放射線医薬品による治療を開始する。
- ・ ハイブリット手術室を設置する。
- ・ エコーガイド下穿刺（救急外来の処置）等の新たな画像機器を導入する。

(10) 検査部門整備方針

各部門の整備方針と WG からの要望・提案内容

1) 検査エリア

- ・ 会議スペースや小部屋を利用し、必要に応じて臨床検査技師による患者への結果説明を行う。
- ・ 外来採血部門・検体検査部門・生理検査部門をワンフロアに集約し、外来エリアに近接配置する。
- ・ 待合エリアは外来・検査兼用とし、共有スペースを増やす。
- ・ 輸血部門内に貯血エリアを設ける。
- ・ 物流システムを充実させ部門間の物品搬送を容易にする。

2) 検体検査

- ・ 車椅子患者エリアを設置する。
- ・ 採血の様子が視野に入らないよう患者プライバシーが確保されたエリアを整備する。
- ・ 採血台を増加し、採血待ち時間の短縮を目指す。

3) 生理検査

- ・ 心電図室・エコー室を増設し、待ち時間短縮を目指す。
- ・ ベッド毎に搬入できる設計にする。

(11) 薬剤部門整備方針

各部門の整備方針と WG からの要望・提案内容

1) 薬剤部関連業務

- ・ 医薬品に関わる業務を全て薬剤師が行えるよう整備を行う。
- ・ 外来・救急外来・外来点滴室・医事課・手術室・病棟・外来治療センター（化学療法室）と

近接配置する。

- ・ 落ち着いて抗がん剤治療を受けられる環境を整備する。
- ・ お薬相談室を設置し、外来患者や退院後薬剤、管理ができない患者への支援を行う。
- ・ 放射性医薬品の調剤を開始する。
- ・ 主要薬剤の血中濃度をすぐに測定できる体制を整備する。
- ・ 休日に抗がん剤調剤が行える体制を整備する。
- ・ 注射セット室・薬品庫・化学療法調剤室を薬剤エリアに集約する。
- ・ 病棟や手術室にサテライトファーマシーを設置し薬剤師を常駐させる。
- ・ 院外処方箋内容を事前にチェックできる体制を整備する。
- ・ 院外薬局と情報共有など連携が取れる体制を整備する。

2) 物品搬送

- ・ 物流システムを充実させ、薬品補充・薬品搬送を簡単にする。
- ・ 薬品による医療事故を無くすため、バーコードシステムを導入する。
- ・ オーダリングシステムを再構築し、薬剤やマンパワーの無駄を減らす。
- ・ 注射薬配置管理システムを導入し、在庫や有効期限切れ・過剰在庫・手術時の会計取り漏れを防ぐと共に素早く補薬できるよう整備する。
- ・ 薬剤エリア・各病棟に注射カート用のスペース・注射セットを行う部屋を整備する。

(12) 栄養部門整備方針

各部門の整備方針と WG からの要望・提案内容

1) 栄養士業務

- ・ 病棟に栄養士が常駐できるスペースを用意し、病棟栄養指導を強化する。
- ・ N S T 外来を設置し、入院前から周術期における栄養療法や在宅療法における退院後の栄養サポートを行う。

2) 給食業務

- ・ 患者・職員食堂を充実させ、治療食・ヘルシーメニュー等の提供、家庭・地域での療養・健康づくり、職員の健康・満足度向上に役立つ施設整備を行う。
- ・ 再加熱カート若しくは調理済み食品を利用した調理法を導入する。
- ・ 配膳車専用エレベーターを設置し、動線混雑を防ぐ。
- ・ 災害用備蓄倉庫を分散配置する。
- ・ 衛生面を考慮した調理場を整備する。
- ・ 食材の無駄をなくすため、両開きの保存庫を設置する。
- ・ 栄養部門エリアはカートが十分に通過できる廊下幅

(13) リハビリテーション部門整備方針

各部門の整備方針と WG からの要望・提案内容

1) 全体

- ・ 全患者へ平等で継続的なリハビリテーションを提供できるよう施設・機材・人員を有効に活用する。
- ・ 各疾患リハビリテーション料（I）の施設基準をクリアできるようにする。
- ・ 早期退院・転院できるようチーム医療を実践するにあたり、多職種でのカンファレンスが行える部屋を整備する。
- ・ リハビリスタッフ研究用の部屋を整備する。
- ・ 地域とのつながりを持ったリハビリテーションの提供を行う。

2) リハビリテーションエリアでのリハビリ

- ・ 入院・外来ともに患者を受け入れる。
- ・ 十分なリハビリ器具が設置できるスペースを確保する。（自転車・上肢用エルゴメーター、トレッドミル、訓練用階段・呼吸器機能検査機器、血ガス検査機器等）
- ・ 作業療法士用工作室・キッチンなどの機械化、電子化等を行う。
- ・ リハビリテーションエリア内には用具の収納庫や入浴室、面談室、指導、カンファレンス用スペースを整備する。

3) 病棟でのリハビリ

- ・ 各病棟で自主的にリハビリを実施できる病棟設計にする。
- ・ ADL訓練・嚥下リハビリなどベッドサイドでのリハビリ実施が可能な病棟設計にする。
- ・ 精神科病棟では園芸・作物づくり・散歩など屋外でのリハビリを充実する。

4) 外来でのリハビリ

- ・ リハビリテーション医による外来診察や療法士による機能評価を行うスペースを整備する。
- ・ 退院後外来通院リハビリができる施設を整備する。
- ・ 回復期・慢性期でも可能な範囲でリハビリテーションサービスを提供する。

(14) 臨床工学部門整備方針

各部門の整備方針と WG からの要望・提案内容

1) 全体

- ・ 救急センター・手術室・心臓カテーテル室・血液浄化センターと近接配置する。
- ・ 現病院よりスペース増やすことで管理する機器を増やすことが可能になる。
- ・ 院内全ての医療機器を一元管理する委託先（PFI）の検討をする。⇒要検討
- ・ 病棟にある医療機器の貸出・機器改修・点検保守を委託する。
- ・ 機器カルテと電子カルテを接続し、機器の管理を行う。
- ・ ME機器全てにICタグを添付し、位置情報・在庫情報を管理する。

2) 血液透析

- ・ 感染症患者も含めワンフロアで透析を行える設計にする。
- ・ 患者間のプライバシーを確保できる設計とする。
- ・ ベッドの一部は個室・人工呼吸器が使用可能なベッドとして使用する。
- ・ 感染症隔離個室とは別に、外来や超音波装置下でシャントP T Aが施行可能な処置用個室を整備する。
- ・ 透析用シャント管理・処置室を設置する。
- ・ 夜間緊急透析に対応できるよう専用当直室を整備する。

3) 手術室

- ・ 心肺手術用の手術室は広く取り、ハイブリット手術室を使用する。
- ・ 術前患者導入時や術後及びO P C A G患者の様子をスタッフ待機室に映像配信する装置を導入する。
- ・ 術室情報を工学室等に映像配信する装置を導入する。

4) 心臓カテーテル室

- ・ 室内に休憩室を設置する。
- ・ 室内に材料保管庫を設置する。
- ・ 操作室をワンフロアにまとめた設計とする。
- ・ ペースメーカー専用外来を隣接する。

(15) 物流・委託部門整備方針

各部門の整備方針と WG からの要望・提案内容

1) 全体

- ・ 病院全体で物品搬送システムを使用できる設計にする。
- ・ 患者・職員、清潔（配膳車等）・不潔（清掃業者等）で動線を分ける必要がある。

2) 病棟

- ・ 病棟に物品ストックエリアを設けるべきか検討する。⇒要検討

3) 手術

- ・ 手術室面積を拡大し、機器類を十分に配置できるようにする。
- ・ 使用頻度の低い手術器械も手術エリアに保管できるよう倉庫を準備する。

4) 中央倉庫

- ・ S P Dが管理する中央倉庫を持ち、各病棟に在庫を持たない設計にする。（各病棟は必要に応じて電子端末で発注を行う。）
- ・ 物流システムを再構築し、過剰在庫のためのスペースを削減する。
- ・ 物品搬送は中央倉庫から各部門へ人手・機械搬送を行う。
- ・ リネン類は中央倉庫にて管理し、必要に応じて払い出す。

- ・ 薬品管理を1カ所で行う。(中央倉庫管理かは未定) ⇒要検討
- 5) MEセンター
- ・ 医療機器の一括管理(貸出・返却・保守・点検・修理)を行うME管理センターを創設する。
⇒継続検討
- 6) 災害対応
- ・ 立地の問題上、災害に備えた院内在庫を確保する必要がある。

(16) 事務・管理部門整備方針

各部門の整備方針とWGからの要望・提案内容

1) 施設全体・外構

- ・ バス停を敷地内に取り込む。
- ・ 現病院の桜や西多摩の借景を活かした建物整備を行う。
- ・ 災害拠点病院として防災会議室・災害時利用可能な多目的スペース・講堂の整備を行う。
- ・ 外来会計と書類受付機能を同一エリアにて行う。
- ・ 屋根のある駐車場を整備し、降雪の影響を受けないようにする。
- ・ 駐車場から病院まで円滑に移動できる動線を整備する。
- ・ 車寄せを整備し、ストレッチャーでも楽に乗降できるようにする。
- ・ 免震構造・制震構造など比較を行い、安全性やコスト面で優れたものを採用する。
- ・ 将来を見据え、余裕があり、レイアウト変更が容易な設計にする。
- ・ 新棟の使い方について、管理棟に改修するなどの検討を行う。⇒要検討
- ・ 内装材は長時間の仕様でも汚損が目立たないものを使用する。

2) 受付・待合・廊下

- ・ 待合で横になれる待合スペースを確保する。
- ・ 待合では患者が立って待たないよう十分な座席数を設置する。
- ・ 患者手荷物を預かるロッカーを設置する。
- ・ 受付はローカウンターを導入し、カウンターに荷物置き場を設置する。

3) 動線

- ・ 通路を広くし、全体的に明るく開放的な空間を整備する。
- ・ 患者に病院の配置が分かりやすい設計にする。
- ・ 外来患者・入院患者・スタッフの動線を分ける。
- ・ 外来患者は受付から診療科へうまく流れる設計とする。
- ・ 車椅子で利用できるエスカレーターを設置する。

4) 事務室

- ・ 事務室を広くし打合せ場所や書庫・倉庫を整備する。
- ・ 事務手続き説明場所を整備する。

5) アメニティ

- ・ アメニティとして駐車場に公園的スペース・院内に水槽・音楽が聴ける癒しの空間、祈りをささげられるスペースを設ける。
- ・ コンビニ・コーヒーショップなど患者アメニティを充実させる
- ・ 職員食堂・休憩場所を整備する
- ・ 病院職員向けの病児保育施設を設置する。
- ・ 外来患者用更衣室、飲食場所を提供する。

6) エネルギー

- ・ 太陽光発電等を取り入れた場合のコスト比較を行い効果的発電の検討をする。⇒継続検討
- ・ 光熱水費削減につながる空調方式、照明設備、コジユネ等を検討する。⇒継続検討
- ・ 災害時のことを考え、熱源・厨房、井水利用等を検討する。⇒継続検討

(17) 地域連携・患者支援部門整備方針

患者相談支援センター

- ・ 各種問い合わせ窓口を明確化し、対象患者・医療従事者に分かりやすい体制を作る。
- ・ 看護専門外来の強化と拡充を行う。
- ・ 患者支援センター内にて、入院予約時アネムネ聴取、地域連携、退院調整、医療相談、医療費相談、がん相談、他職種カンファ（栄養相談、お薬相談、退院後リハビリ相談）、外来患者クレーム対応にまとめて配置され、共用の相談室を設置する。
- ・ 院内・院外スタッフの話し合いに機能的なカンファレンス室を小部屋と大部屋の 2 種類設ける。
- ・ 在宅療養管理指導料や退院前訪問指導料などが加算できるよう施設整備を行う。
- ・ 地域介護職員の育成が行える施設を整備する。
- ・ F A X 紹介患者の待ち時間を解消できる施設整備を行う。
- ・ 受付で紹介状を取り扱い、患者の手間を省く。
- ・ グリーフケアが行える施設整備を行う。
- ・ 近隣施設と勉強会、症例検討会、懇親会などが行える部屋を設ける。

※今後更にWGから具体的な意見等を聞き、検討必要事項は継続検討します。

2. 外来部門検討

(1) 検討の背景

青梅市立総合病院は全国的にも外来患者数が多い病院であり、今後一層の入院医療への傾注を図るためには、外来患者数の適度な抑制が必要である。

一方、外来患者の過度な抑制は病院経営へ悪影響を与える可能性があるため、入院患者数とのバランスに配慮した検討が求められる。

他病院の外来患者数の動向や、過去の外来患者数を確認し、新病院の外来患者数を試算する。

(2) 外来患者数試算結果

外来部門については、患者数の将来動向について、以下の4条件にて試算を行った。

- ① 病床数 500 床、病床利用率 85%、平均在院日数を 12.5 日とした場合
- ② 医業収益が黒字の病院の入院外来比率を適用した場合（192.8%）
- ③ ②の初診患者率上昇を受け初診患者入院率を仮に 35%とした場合
- ④ 新病院の基本構想に合わせ 1 日当たり外来患者数 1,000 人とした場合

1.入院収益指標	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	試算①	試算②	試算③	試算④
延入院患者数(人)	167,656	166,736	164,620	162,401	154,778	174,688	174,688	174,688	174,688
新入院患者数(人)	11,388	11,589	11,554	11,492	11,369	13,975	13,975	13,975	13,975
1日平均入院患者数(人)	459.3	456.8	451.0	444.9	424.0	42.5	42.5	42.5	42.5
病床数(床)	562	562	562	562	562	500	500	500	500
病床利用率(%)	81.7%	81.3%	80.3%	79.2%	75.5%	85%	85%	85%	85%
平均在院日数	13.7	13.4	13.2	13.1	12.6	12.5	12.5	12.5	12.5

2.外来収益指標	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	試算①	試算②	試算③	試算④
延外来患者数	318,169	324,353	325,119	317,587	317,661	390,844	336,798	271,514	245,000
入院外来患者比率(%)	189.8%	194.5%	197.5%	195.6%	205.2%	205.2%	192.8%	155.4%	140.3%
初診患者数(人)	50,837	48,648	47,613	46,522	46,759	57,477	49,529	39,929	36,029
初診患者入院率(%)	22.4%	23.8%	24.3%	24.7%	24.3%	24.3%	28.2%	35.0%	38.8%
1日平均外来患者数(人)	1314.7	1334.8	1332.8	1296.3	1301.9	1,595	1,375	1,108	1,000
平均通院回数	6.3	6.7	6.8	6.8	6.8	6.8	6.8	6.8	6.8

- ・ 試算①では現状の初診患者入院率を用いて新病院での病床数・利用率変更による患者増を反映した。この試算では、外来患者数は平成 25 年度より増加する結果となる。
- ・ 試算②では入院外来比率を医業収支黒字病院の平均値を使用した。この試算では入院外来患者比率が減少するのに伴い外来患者が減少し、初診患者入院率が上昇する。
- ・ 試算③では初診患者数入院率を仮に 35%と置いて試算した。この試算では、新入院患者数を以前の想定のままとしているため、初診患者数が減少し、その結果外来患者数が減少する。
- ・ 試算④では 1 日平均外来患者数を 1,000 人にした場合の初診患者入院率と入院外来患者比率を試算した。その結果、入院外来患者比率は 157.9% (▲47.3)、初診患者入院率 38.8% (+14.5%) であった。



以上のことから、外来患者を抑制するためには入院外来比率を減少させつつ、初診患者入院率を上昇させることが重要になってくる。

(3)【参考】外来抑制のメリット

1日当たり外来患者数を減少させるには下記4点のポイントが挙げられる。

- ① 地域連携を強化し、軽症患者を抑制する。
- ② 平均通院回数を抑制し、1度の診療密度を濃くする。
- ③ 入院の可能性の高い2次・3次救急患者を多く受け入れる。
- ④ 入院が必要と判断したら入院を推奨し、検査・治療を行う。

これらを行う事で、高度急性期治療を求める患者に必要な診療を行う事ができるようになる。医師を必要以上に外来へ配置する必要がなくなり、手術件数の増加や、職員同士だけでなく、患者や患者家族とのコミュニケーションに多くの時間が取れるようになり、職員の流出や訴訟等のリスクを減らすことにもつながると考える。

3. 手術部門検討

新病院整備により機能強化された場合、手術件数の変化や必要手術室数を検討した。2013年の現状は入院患者に対する手術の率は30.1%である。今後入院患者予測は、東京都の疾病大分類受療率×将来推計患者数で算出した入院患者予測を使用した。

パターン1は、現状の入院患者に対する手術率30.1%が変わらないとした場合、手術件数は2040年4,018件と予測され、それを現状の手術室回転数の1.7回転とした想定では、必要手術室数は9.5室である。

一方、パターン2は、外科系を中心に機能が強化された場合、他の外科系が強い高度急性期病院と同等の入院患者に対する手術率が40%に向上し、手術室回転率も2.0回転に業務効率化が図られたと想定すると、2040年の手術件数は5,342件で、必要手術室数は10.9室である。

今後診療機能強化の検討を進め手術室数を検証していく予定である。

(1)2013年度の実績

2013年度入院患者数	2013年度手術件数	手術率
11,369名	3,420件	30.1%

出典：病院受領データ

(2)入院患者予測

西多摩保健医療圏の将来推計患者数を算出すべく下記の試算を行った。

計算式：入院疾病大分類別受療率（東京都） × 将来推計患者数（西多摩保健医療圏）

	2013年度 実績	2020年 (推計)	2025年 (推計)	2030年 (推計)	2035年 (推計)	2040年 (推計)
実入院患者数(年間)	11,369	13,130	13,814	13,939	13,612	13,355

(3) 試算結果

① パターン1：現状投影型

			2013年 度実績	2020年 (推計)	2025年 (推計)	2030年 (推計)	2035年 (推計)	2040年 (推計)
実入院患者数(年間)	人	(a)	11,369	13,130	13,814	13,939	13,612	13,355
手術件数	件	実績:b 推計(a*c)	3,420	3,950	4,156	4,193	4,095	4,018
入院患者に対する手術の率	人	c=b/a	30.1%	30.1%	30.1%	30.1%	30.1%	30.1%
診療日数 (手術室稼働日)	日	休診日は除く (土日祝)	240	240	240	240	240	240
診療日の手術件数 (休日診療)	件	(d) b-診療日数	3,295	3,825	4,031	4,068	3,970	3,893
診療日の手術室回転率	率	(e)	1.7	1.7	1.7	1.7	1.7	1.7
診療日数 (手術室稼働日)	日	(f) 再掲	240	240	240	240	240	240
必要手術室	室	d÷e÷f	8	9.4	9.9	10.0	9.7	9.5

② パターン2 入院患者に対する手術の率、回転率向上

			2013年 度実績	2020年 (推計)	2025年 (推計)	2030年 (推計)	2035年 (推計)	2040年 (推計)
実入院患者数(年間)	人	(a)	11,369	13,130	13,814	13,939	13,612	13,355
手術件数	件	実績:b 推計(a*c)	3,420	4,267	4,835	5,227	5,445	5,342
入院患者に対する手術の率	人	c=b/a	30.1%	32.5%	35.0%	37.5%	40.0%	40.0%
診療日数 (手術室稼働日)	日	休診日は除く (土日祝)	240	240	240	240	240	240
診療日の手術件数 (休日診療)	件	(d) b-診療日数	3,295	4,142	4,710	5,102	5,320	5,217
診療日の手術室回転率	率	(e)	1.7	1.8	1.8	1.9	2.0	2.0
診療日数 (手術室稼働日)	日	(f) 再掲	240	240	240	240	240	240
必要手術室	室	d÷e÷f	8	9.6	10.9	11.2	11.1	10.9

(4)【参考】当院の手術状況

診療科名	手術件数 (25年度)	院内構成比	医師数*	医師1人 当り件数	500床クラス 1人当り件数
外科	1,028	30.1%	10.1	101.8	80~120
眼科	330	9.6%	3.5	94.3	120~200
胸部外科	171	5.0%	4	42.8	30~50
産婦人科	650	19.0%	10.1	64.4	50~120
歯科	68	2.0%	1.4	48.6	—
耳鼻咽喉科	267	7.8%	3.4	78.5	60~100
消化器科	6	0.2%			—
整形外科	487	14.2%	3.4	143.2	80~120
精神科	14	0.4%	5.2	2.7	—
脳血管外科	124	3.6%	4	31.0	30~50
泌尿器科	266	7.8%	3.3	80.6	80~120
麻酔科	9	0.3%	1.9	4.7	—
総計	3,420	100.0%	50.3	68.0	—

*医師数、平成26年4月時点（非常勤は常勤換算したものを合算）

*年報では皮膚科232件手術・生検を実施したことになる。（25年）

(5)【参考】手術率について

新病院での手術件数を算出するにあたり、ベンチマーク病院を抽出した。

施設名	基礎データ			件数			比率	
	総病床 数	手術室 数	推定 回転数	入院患 者	手術	全身 麻酔	手術	全身 麻酔
27病院の平均	—	11.8	2.4	13,109	6,354	3,148	48.5%	24.1%
青梅市立総合病院	562	8	2.0	9,610	3,941	1,303	41.0%	13.6%
(平均との差)	—	—	—	3,499	2,413	1,845	7.5%	10.5%

(6)【参考】ハイブリッド手術室について

基本計画ではハイブリッド手術室の導入についての意見も聞かれる。

① ハイブリッド手術室のメリット

- より安全に手術を実施できる。従来のカテーテル治療において患者が急変し開腹手術が必要になった際、その場でカテーテル治療から外科手術への移行ができる。
- 据え付け型の血管撮影装置があるため高解像度の画像が撮影できる。ポータブル装置だと2回に分けなければならなかった撮影範囲を据え付け型なら1日撮影でき、被曝量と造影剤投与量を抑えられる。

② ハイブリット手術室のデメリット

- 採算に合わない。ハイブリット手術室を導入した病院の多くがTAVR手術のみを実施しており、採算に合っていない。TAVR実施施設になることで、他の手術の紹介患者が増えること期待し、先行投資している医療機関が多い。

③ 他病院の使用事例

施設ごとに異なる活用方法

施設名	慶應大学病院	榊原記念病院	済生会熊本病院
使用科	心臓外科、一般外科、循環器内科、脳神経外科	循環器内科、心臓血管外科、循環器小児科、血管外科	循環器内科、脳神経外科、神経内科、放射線科
特徴	横長のレイアウトの手術室。特注の手術台(カテーテル治療台の機能も備えている)に、シングルアームの据え付け型血管撮影装置が設置されている。	正方形の手術室。特注の手術台(カテーテル治療台の機能も備えている)とCTも撮影可能なシングルアームの据え付け型血管撮影装置が設置されている。	据え付け型血管撮影装置は2方向から撮影可能なバイプレーン。特注のカテーテル治療台(手術室のように傾斜させる機能などがある)。
使用状況	<p>脳アングイロイル塞栓術など 17% TAVR 50% バルーン大動脈弁形成術 33%</p>	<p>診断造影 7% 不整脈アブレーション 26% 末梢血管インターベンション手術 5% 大動脈ステントグラフト 6% コイル塞栓術 3% TAVR(治療) 1% アンブロックアー心臓中核欠損閉鎖 5% 心臓ペースメーカー ICD・CRTD などの植え込み 30% その他 16%</p>	<p>皮下埋没型中心静脈ポート 3.2% アンブロックアー心臓中核欠損閉鎖 6.5% 不整脈カテーテルアブレーション 3.2% 頭部血管造影 6.5% バルーン大動脈弁形成術 6.5% TAVR 9.7% 経皮中冠動脈形成術 3% 心臓ペースメーカー ICD・CRTDなどのデバイス植え込み・交換 54.8% 肝動脈塞栓療法 3.2% フォゴットー塞栓除去術 3.2%</p>

(7)【参考】外来手術室設置検討資料

首都圏の600床民間高度急性期病院の外来手術について、参考として掲載する。

① 日帰り手術室開設の経緯

当初、この病院は赤字経営や平均在院日数の長期化という問題を抱えていた。その問題を解決するため、海外医療施設の日帰り手術室に着目し、スタッフを派遣し視察・実施に向けた教育を受けさせた。その後、日帰り手術を開始し、年を追うごとに患者が増加し日帰り手術病棟*を拡大していった。

現在、日帰り手術を導入したことにより平均在院日数は短縮し、地域の病院への逆紹介率、医業収支の向上に一役買っている。

※日帰り手術病棟では、全診療科の日帰り手術患者、1泊、2泊の手術も受け入れている。

基準病棟としてはカウントせず、リカバリー室としての扱い。

② 日帰り手術室患者フロー

日帰り手術センター → 手術室 → リカバリー室 → (病棟) → 退院

※日帰り手術を専門として扱っているため、通常の病棟業務とは切り離されている。(容体が悪くなった場合は入院扱いとして病棟に上がる。)


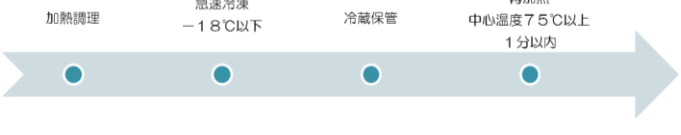


③ 実績

	H22	H23	H24
日帰り手術件数(件)	2,787	3,880	3,816
窓口収入(千円)	142,263	169,619	171,723
患者一人あたりの窓口収入(円)	51,045	43,716	45,001

4. 給食部門検討

給食部門の調理・配膳方法について、それぞれの特徴、メリット・デメリットを調査した。

(1) 主な特徴

方式	主な特徴
クックチル	<p>食材を加熱調理後、水や冷風で急速冷却し冷蔵により運搬・保管し、提供時に再加熱する方式。</p> 
クックフリーズ	<p>食材を加熱調理後、急速冷凍し、冷凍により運搬・保管し、提供時に再加熱して提供する方式</p> 
クックサーブ	<p>食材を加熱調理後、冷凍又は冷却せず速やかに提供する方式。</p> 
真空梱包	<p>食材を真空包装のうえ、低温にて加熱調理後、急速冷却・冷凍により運搬・保管し、提供時に再加熱して提供する方式。</p> 

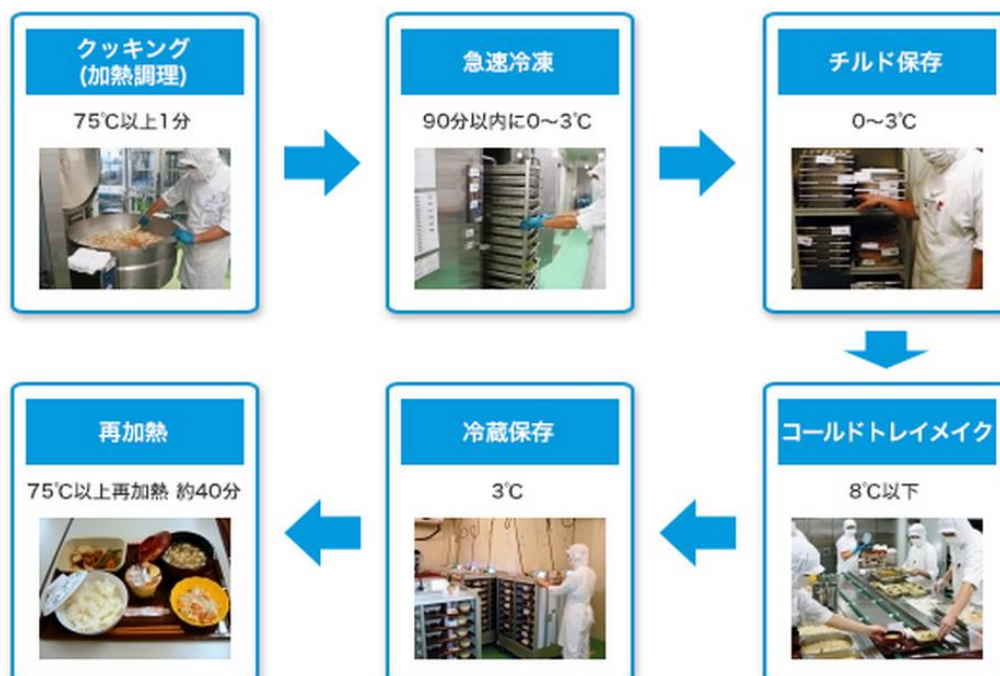
(2) メリット・デメリット

調理方式	メリット	デメリット
クックチル クックフリーズ	<ul style="list-style-type: none"> 大病院であっても調理後2時間以内に提供しやすい。 給食提供前に病棟へカートを置いておくことで、動線が混みにくい。 	<ul style="list-style-type: none"> イニシャル・ランニングコスト共に増加する。 食品やカート洗浄室等、現状よりも多くの面積が必要になる。 病院用のレシピが少ない。 1度冷やすため、味が落ちてしまう。
クックサーブ	<ul style="list-style-type: none"> 再加熱しておらずおいしい。 厨房面積や調理機器等の必要コストが少ない。 	<ul style="list-style-type: none"> 新しさがない。 早朝より多くの職員が必要になる。
真空調理法	<ul style="list-style-type: none"> ファミレスなどでも使われており、味をある程度担保できる。 真空状態なので大量保管しやすい。 	<ul style="list-style-type: none"> 通常職以外のレシピが確立されていない。 真空調理できない料理が多数ある。

(3) ニュークックチル

クックチルには、スチームコンベクションオーブンを使用したものと、再加熱カートを使用したもの（ニュークックチル）がある。

◎ニュークックチルの仕組み



5. リハビリ部門検討

(1) 当院のリハビリ実績

当院の平成 25 年度リハビリ実績は次のとおりである。

診療行為名称		点数	患者数	リハビリ回数
脳血管疾患等リハビリテーション料(II)口以外 ※実患者数420名				
A	脳血管疾患等リハビリテーション料(II)口以外 + 急性期加算 + 初期加算	270	295	3,464
B	脳血管疾患等リハビリテーション料(II)口以外 + 急性期加算	230	240	3,294
急性期リハビリ対象者(A + B)		-	535	6,758
C	脳血管疾患等リハビリテーション料(II)口以外	200	208	4,067
合計(A + B + C)		-	743	10,825
脳血管疾患等リハビリテーション料(II)廃用症候群 実患者数389名				
A	脳血管疾患等リハビリテーション料(II)廃用症候群 + 急性期加算 + 初期加算	265	1	2
B	脳血管疾患等リハビリテーション料(II)廃用症候群 + 急性期加算	220	0	-
急性期リハビリ対象者(A + B)		-	1	2
C	脳血管疾患等リハビリテーション料(II)廃用症候群	190	388	4,838
合計(A + B + C)		-	389	4840
運動器リハビリテーション料(I) ※実患者数307名				
A	運動器リハビリテーション料(I) + 急性期加算 + 初期加算	250	244	1,633
B	運動器リハビリテーション料(I) + 急性期加算	205	231	1,658
急性期リハビリ対象者(A + B)		-	475	3,291
C	運動器リハビリテーション料(I)	175	146	1,476
合計(A + B + C)		-	621	4767
呼吸器リハビリテーション料(I) ※実患者数9名				
A	呼吸器リハビリテーション料(I) + 急性期加算 + 初期加算	245	5	18
B	呼吸器リハビリテーション料(I) + 急性期加算	200	3	16
急性期リハビリ対象者(A + B)		-	8	34
C	呼吸器リハビリテーション料(I)	170	4	46
合計(A + B + C)		-	12	80

リハビリテーション科の患者数は 1,765 人、リハビリ実施単位数は 20,512 件であった。

リハビリテーション科合計	患者数	単位数
脳血管疾患等リハビリテーション料(II)口以外	743	10,825
脳血管疾患等リハビリテーション料(II)廃用症候群	389	4,840
運動器リハビリテーション料(I)	621	4,767
呼吸器リハビリテーション料(I)	12	80
リハビリテーション科合計	1,765	20,512

(2) 職員一人当たりの業務単位数

そこから職員一人当たり業務量を算出すると、当院では平均 10.7 単位のリハビリを実施している。

職員一人あたりの業務量算出		当院
職 種	PT	4
	OT	2
	ST	2
	合計	8
リハビリ想定日数(土日祝除く)		240
職員一人あたりの業務単位数 リハビリ単位数合計 ÷ リハビリ職員数 ÷ リハビリ日数		10.7

(3) 他病院事例

職務に応じたリハビリの実施単位、時間は次のとおりである。

＜参考＞役職別業務割合		リハ		リハ以外
		単位	時間	時間
森ノ宮病院	部長	10	3時間20分	4時間25分
	科長	12	4時間	3時間45分
	主任	15	5時間	2時間45分
	若手(5年目程度まで)	18	6時間	1時間45分
相澤病院	科長	9	3時間	4時間25分
	主任	13.5	4.5時間	3時間15分
	リーダー	16	5時間20分	2時間25分
	若手(5年目程度まで)	17	5時間40分	2時間5分

出典：日経ヘルスケア2014年2月号

(4)【参考】リハビリ実施スペースの他病院事例

項目	青梅市立 総合病院 (562床)	A県立病院 (450床)	T厚生病院 (606床)	I市立病院 (500床)	N大学病院 (1035床)	N市立 大学病院 (808床)
理学療法	158 m ²	260 m ²	374 m ²	320 m ²	300 m ²	358 m ²
作業療法	55 m ²	60 m ²	151 m ²	66 m ²	105 m ²	102 m ²
計	213 m ²	320 m ²	525 m ²	386 m ²	405 m ²	460 m ²
施設基準	運動器リハ (I)	運動器リハ (I)	運動器リハ (I)	運動器リハ (I)	運動器リハ (I)	運動器リハ (I)
	脳血管疾患等 リハ(II)	脳血管疾患等 リハ(I)	脳血管疾患等 リハ(I)	脳血管疾患等 リハ(I)	脳血管疾患等 リハ(I)	脳血管疾患等 リハ(I)
	呼吸器リハ (I)	呼吸器リハ (I)	呼吸器リハ (I)	呼吸器リハ (I)	呼吸器リハ (I)	呼吸器リハ (I)
	心大血管疾患 リハ(II)	心大血管疾患 リハ(I)	心大血管疾患 リハ(I)			

6. 患者支援センター部門検討

(1) 検討内容

近年、患者支援の立場から紹介患者の対応や医療相談等の窓口を一体化し、患者の利便性を高めるとともに医療スタッフの情報共有や動線に配慮した「患者総合支援センター」を立ち上げる事例が増えている。それらを踏まえて、地域連携部門を中心とした患者サポート部門の考え方について、運用面から検討する。

(2) 患者総合支援センターの基本方針案

- 地域の中核的病院として、地域連携室が患者の紹介・逆紹介の手続きをシステム化し円滑に行うことにより、地域医療機関との連携の強化と機能分担を図る。
- 地域連携室(専任者)と医療相談室(MSW複数)、入退院の支援などを手がけるコーディネーターにより分担して連携支援を行っており、登録医との関係構築の構築を積極的に行っている。
- 患者や家族の医療、福祉に関する様々な相談に対応できる体制を整備する。
- 入院の手続きから退院調整、退院後のフォローまで、病院として患者を一元的に管理する。
- 病床管理部門をこのセンターに置くことにより、入院患者の入院管理の状況を把握でき、地域連携部門と協働で退院を見据えた管理が可能になる。
- 研修、指導、教育体制の確立を図り、定期的に訪問看護、他機関との交流等を行う。
- 行政、地域の在宅支援施設及び介護福祉施設との密接な連携を行い、早期の退院や転院、施設入所による在院日数の短縮を図る。
- ボランティアと連携し、きめ細かく満足度の高い紹介患者のためのサービスを提供する。
- 高度医療機器の共同利用の促進を図る。
- 効率性の観点から、医療福祉部門は、地域連携室と隣接して配置することが必要である。
- 医療福祉部門は、医療相談に対応するため、外来エリアに隣接して配置し、相談者のプライバシーが守られるようなつくりが必要である。
- 患者図書スペースは、外来フロアに設置することにより、外来患者への診察の待ち時間対策として、活用している病院がある。

(3) 患者総合支援センターの施設整備方針案

- 地域連携室は、紹介、逆紹介の患者に対応するため、受付エリアに隣接して配置を検討する。
- 医療福祉相談室は、地域連携との関連性が強く、それに関する相談にも対応するため、地域連携室に隣接して配置を検討する。また、相談者のプライバシーが守られるようなつくりとする。

(4) 医療相談室の業務(参考)

① 療養中の心理的・社会的問題の解決、調整援助

入院、入院外を問わず、生活と傷病から生ずる心理的・社会的問題の予防や早期の対応を行なうため、社会福祉の専門的知識及び技術に基づき、これらの諸問題を予測し、患者やその家族からの

相談に応じ、必要な援助を行う。

② 退院援助

生活と傷病や障害の状況から退院・退所に伴い生じる心理的・社会的問題の予防や早期の対応を行なうため、社会福祉の専門的知識及び技術に基づき、これらの諸問題を予測し、退院・退所後の選択肢を説明し、相談に応じ、解決、調整に必要な援助を行う。

③ 社会復帰援助

退院・退所後において、社会復帰が円滑に進むように、社会福祉の専門的知識及び技術に基づき、援助を行う。

④ 受診・受療援助

入院、入院外を問わず、患者やその家族等に対する受診、受療の援助を行う。

⑤ 経済的問題の解決、調整援助

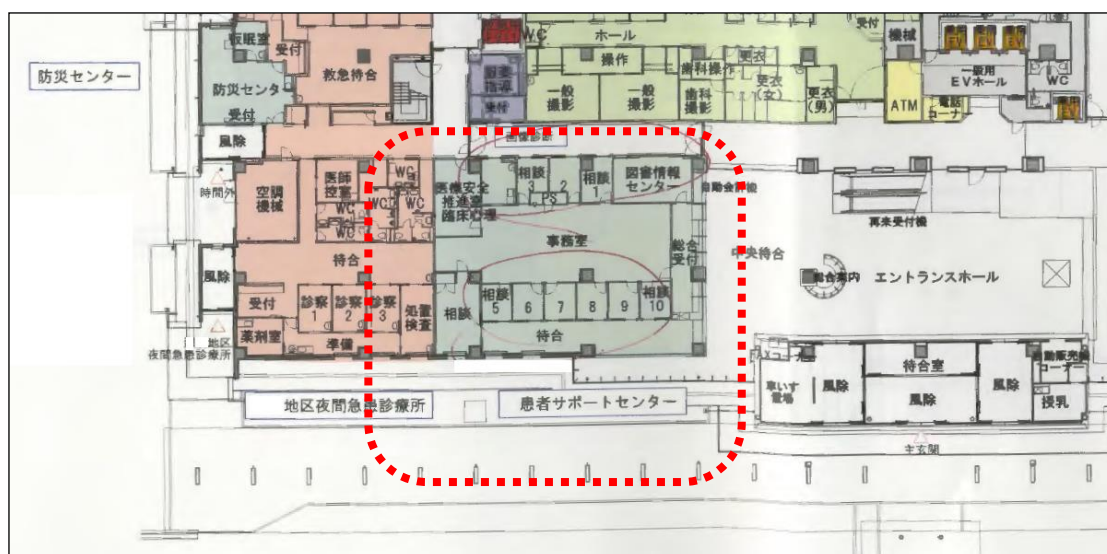
入院、入院外を問わず、患者が医療費、生活費に困っている場合に、社会福祉、社会保険等の機関と連携を図りながら、福祉、保険等関係諸制度を活用できるように援助する。

⑥ 地域活動

患者のニーズに合致したサービスが地域において提供されるよう、関係機関、関係職種等と連携し、地域の保健医療福祉システムづくりに参画を行なう。

(5) 他病院の患者サポート部門のレイアウト事例

事例病院では、患者サポートセンターとして、エントランス内に、総合受付、地域連携、入院手続き、退院支援、医療相談、栄養相談、患者図書館まで、患者支援の幅広い部門を統合しセンター化している。このゾーニングの中央に事務室を配置して、スタッフ間の情報交換やコミュニケーションが円滑にできるよう配慮する。特に、入院手続きと退院支援が同じフロアになり、情報が共有化されることによるメリットがあるとの話を聞いた。事務室を囲むように相談室 10 室が配置され、スタッフの動線は短い。



(6) 地域連携室の役割について【参考】

医療サポート部門を立ち上げるには、地域連携室が紹介患者を管理することが前提となる。旧来の連携室の機能と比較すると次のとおりとなる。

① 地域連携室が、紹介状の管理等だけを行っているパターン（旧来）

- 紹介患者を特別扱いしない運用であり、過去に整備された病院が、このような運用をしているケースが多い。
- 紹介状の管理、紹介患者の管理は各医師に任せられ、紹介元の医師へのお礼状、紹介患者の症状についての連絡は、各医師に任せられる。
- 医師の業務量は多いため、きめ細かい紹介患者、紹介元医師に対する対応が遅くなる。
- 紹介患者の対応が良くないと、患者の満足度が下がり、結果として紹介元の医師にも良くない。このケースでは、外来受付との近接性を考慮する必要はあまりない。

② 地域連携室が、紹介状の管理、紹介患者の対応を行うパターン

- 外来窓口の隣に、ブースと椅子を設けて紹介患者専用の椅子を設け差別化する。
- 紹介患者は、他の患者と運用を分け待たせない運用にして、満足度を向上させる。
- この場合は、「予約患者」より「紹介患者」の方が優先するために、連携室に大きな権限をもたせる必要がある。ある病院では、副院長に地域連携室長になってもらい大きな権限を与え、紹介患者の管理、登録医の管理を行っている。
- 紹介患者の管理は、紹介元の医師にも症状等を報告する必要があるために、高度な権限を持つ医師が良い。
- 紹介患者を優遇策は、待ち時間短縮だけでなくコンシェルジュを活用する。
- 紹介患者が退院するときにも、MSWと連携して、紹介患者を手厚く管理する。

- 経営の視点から見ても、症状の軽い患者を避けるために、紹介患者優先の施策をとる病院が増加している。外来患者数を適正化し、病床利用率を向上させる方策が効果的であるからである。
- 厚生労働省は、急性期病院での外来患者を絞る傾向にあるので、医療政策も反映している。
- 他病院の事例では、榊原記念病院、順天堂大学病院は、紹介患者優先の運用が行われている。

第3章 各種計画検討

1. 医療機器整備検討

(1) 当院の医療機器整備に関する特徴:

- ① 高度急性期に対応した医療機器が揃っている。
- ② 高度医療機器は比較的 新しい機器が多く、スペックが高いものが多い。
- ③ 各機器のデジタル化が図られ、先進的な機器が多くある。

(2) 主要機器リスト(取得価格 5 千万円以上)

No.	医療機器名称	取得価格	取得年月	耐用想定期間	買替予定年①	買替予定年②	備考
1	血液浄化療法システム	88,055,260	H12・04・30	8年	H20	H28	耐用想定期間超過
2	磁気共鳴画像診断装置	161,500,000	H16・09・24	10年	H26	H36	耐用想定期間超過
3	アンギオCT装置	177,000,000	H16・12・28	10年	H26	H36	耐用想定期間超過
4	PET/CT装置	190,000,000	H18・06・28	10年	H28	H38	
5	マルチスライスCT装置	109,000,000	H18・10・30	8年	H26	H34	耐用想定期間超過
6	CRシステム	93,000,000	H19・09・20	10年	H29	H39	
7	X線心血管造影装置システム	103,043,927	H21・12・22	10年	H31	H41	
8	遠隔制御内照射装置(RALS)	94,000,000	H22・03・11	10年	H32	H42	
9	コンピュータ断層撮影装置(マルチスライスCT)	81,900,000	H22・11・25	8年	H30	H38	
10	リニアック本体(インジェクター、レーザーポインター)	174,243,000	H24・03・28	10年	H34	H44	
11	リニアック定位照射システム	119,301,000	H24・03・28	10年	H34	H44	
12	3テスラMRI装置	214,020,000	H25・03・06	10年	H35	H45	
13	血管撮影装置	156,190,476	H26・03・19	10年	H36	H46	
14	FPD式一般X線撮影装置	54,500,000	H27・02・27	10年	H37	H47	
15	注射薬自動払出システム 払出装置	71,986,300	H27・03・18	10年	H37	H47	

(3) 医療機器整備の方針(調達例)

新病院開院を 10 年後と想定した場合、1 度に更新調達するのではなく、3 回程度に分けた調達が望ましい。

- ① 調達回数を分け、各調達に新病院での目玉となる機器を整備する。
- ② 調達時期をずらすことで、陳腐化の一斉化を防ぐ。
- ③ 1 部のグレードアップだけでなく、院内の医療機器全体のグレードアップを計画的に行うことが出来る。

【年度毎調達例】

平成 29 年度 調達機器		調達予定額
1	血液浄化療法システム一式	90,000,000
2	磁気共鳴画像診断装置(1.5T)	150,000,000
3	アンギオ CT 装置	180,000,000
4	マルチスライス CT(64 列)	100,000,000
計		520,000,000

平成 32 年度 調達機器		調達予定額
1	PET/CT 装置	190,000,000
2	CR システム→FPD?	100,000,000
3	X線心血管造影装置システム	110,000,000
4	コンピュータ断層撮影装置(マルチスライスCT)	82,000,000
計		482,000,000

平成 36 年度(開院調整) 調達機器		調達予定額
1	遠隔制御内照射装置(RALS)	94,000,000
2	リニアック本体(インジェクター、レーザーポインター)	175,000,000
3	リニアック定位照射システム	120,000,000
4	3 テスラ MRI 装置	215,000,000
5	血管撮影装置	157,000,000
6	FPD 式一般X線撮影装置	55,000,000
7	注射薬自動払出システム 払出装置	72,000,000
計		888,000,000

(4) 主要機器リスト(取得価格 1 千万円～5 千万)

No.	医療機器名称	取得価格	取得年月	No.	医療機器名称	取得価格	取得年月
1	レーザー光凝固装置	¥15,005,452	H09・03・17	26	眼科手術用顕微鏡	¥18,700,000	H22・09・28
2	一般撮影用X線装置	¥18,675,474	H09・09・30	27	逆浸透精製水製造システム	¥15,790,000	H23・03・07
3	ラルストロンCアーム装置	¥15,409,671	H12・06・30	28	透析通信システム	¥15,359,239	H23・03・07
4	低温プラズマ滅菌装置	¥23,591,078	H13・08・07	29	X線一般撮影装置	¥10,720,000	H23・03・25
5	超音波ビデオスコープシステム	¥13,702,059	H14・06・27	30	X線一般撮影装置	¥10,720,000	H23・03・25
6	超音波白内障・硝子体手術装置	¥13,107,502	H14・10・08	31	X線一般撮影装置	¥10,720,000	H23・03・25
7	超音波診断装置	¥18,876,010	H15・09・24	32	人工心肺装置	¥44,142,857	H23・03・28
8	超音波診断装置	¥15,415,408	H16・03・23	33	デジタルX線TVシステム	¥33,642,000	H23・03・30
9	内視鏡ビデオシステム	¥11,692,640	H16・03・24	34	自動錠剤分包機	¥10,600,000	H23・03・31
10	手術顕微鏡	¥19,000,000	H16・10・12	35	人工腎臓装置複数人用透析液供給装置	¥10,120,000	H23・12・27
11	心電図・電気生理検査解析装置	¥33,300,000	H16・12・20	36	リニアック64スライスCT(レーザーポインター含)	¥43,789,000	H24・03・28
12	立体画像診断装置(CARTOシステム)	¥41,500,000	H18・02・28	37	リニアック治療計画装置	¥22,687,000	H24・03・28
13	X線テレビ装置	¥42,857,000	H18・03・30	38	PET/CT読影用ワークステーションsyngo via本体	¥22,450,000	H24・03・28
14	SPECT装置	¥42,280,000	H18・06・28	39	IABP(大動脈内バルーンポンピング)	¥11,800,000	H24・08・09
15	高圧蒸気滅菌装置	¥11,200,000	H19・02・13	40	脳神経外科手術用ナビゲーションユニット	¥39,354,000	H25・01・24
16	低温プラズマ滅菌システム	¥19,000,000	H19・03・26	41	VISERA ELITE ビデオスコープシステム	¥15,770,000	H25・02・28
17	電子内視鏡システム	¥12,760,000	H19・03・27	42	3テスラMRI装置 画像解析用ワークステーション	¥15,180,000	H25・03・06
18	高圧蒸気滅菌装置	¥10,000,000	H20・01・15	43	3テスラMRI装置 既存1.5ステラアップグレード	¥24,800,000	H25・03・06
19	体外衝撃波結石破碎装置	¥36,000,000	H20・02・18	44	電子内視鏡システムEVIS LUCERA	¥14,300,000	H25・03・21
20	ハイビジョン特殊光対応電子内視鏡システム	¥12,345,200	H21・06・19	45	生体情報システムサーバ	¥12,124,000	H25・09・30
21	超音波診断装置	¥18,000,000	H21・09・18	46	乳腺X線撮影装置	¥39,823,000	H26・03・11
22	循環器画像管理システム	¥30,711,182	H21・12・22	47	レポートシステムバージョンアップ(X線心血管造影装置機能拡張)	¥10,343,000	H26・03・19
23	臨床ポリグラフ(パルスオキシメータ含む)	¥22,300,527	H21・12・22	48	超音波診断装置	¥10,300,000	H26・12・25
24	エンサイトEPワークステーション	¥18,058,295	H21・12・22	49	FPD式回診用X線撮影装置	¥12,600,000	H27・02・13
25	移動型X線Cアームイメージング装置	¥31,680,000	H22・03・29				

2. 物品物流システム計画検討

物品管理と最新トレンドについて情報収集を行った。

(1) 他事例からの物品管理の問題点

区分	現状（方式）	問題点
在庫管理	<ul style="list-style-type: none"> 使用部署による在庫管理 	<ul style="list-style-type: none"> 不良不同在庫の発生 過剰在庫の発生 倉庫スペース 発送・管理にかかる人手
購買管理	<ul style="list-style-type: none"> 経験、勘、目視による請求 安心在庫による過剰請求 使用部署による業者への直接発注 	<ul style="list-style-type: none"> 購買費のロス 購買窓口の分散化 支払管理、対策の遅れ
消費管理	<ul style="list-style-type: none"> 保険請求対象品の払出量と医事会計上の請求料の未照合 	<ul style="list-style-type: none"> 請求漏れの発生
品質管理	<ul style="list-style-type: none"> 使用部署による品質管理 収納、保管場所の分散化 	<ul style="list-style-type: none"> 滅菌有効期限切れ物品の発生 院内クレームの窓口が不明瞭
搬送管理	<ul style="list-style-type: none"> ナースおよび助手による物品搬送 	<ul style="list-style-type: none"> 看護業務レベルの低下
管理全般	<ul style="list-style-type: none"> 管轄は事務部（用度係、資材課など） 専門家の不在 	<ul style="list-style-type: none"> 物品マスターの不備 価格交渉力の不足 院内感染等安全問題に発展する可能性も

これらを外注化することで病院職員は自身の職域に集中することを目的とした仕組みがSPD業務（総合物流管理）である。

SPD業務では、病院内で流通する「物」について組織・施設・情報を集中的・一元的に管理することにより、効率化を図る。

⇒対象(狭義)：診療材料

⇒対象(広義)：医薬品、日用品、滅菌物、リネン等

(2) 物品購入方式

① 預託方式

病院は物品を選定し、業者へ預託指示し、それに基づき業者は病院に納品する。病院には、期間内に使用・消費義務が発生する。

「預託方式」の場合病院指定の物品を定期サイクルで補充することが出来る。一方で使用中止、不稼働在庫になった場合は、補充用物品も含め全額支払いする義務が発生する。

② 消化払い

病院は、倉庫から払い出された分のみ支払い、期限切れ在庫の処分は業者が行う。

③ 院外倉庫方式

病院は倉庫を持たず、院外の倉庫から物品が供給される。(岐阜市民病院等)

(3) 在庫管理と供給方法

運用時には、複数の在庫管理方法と供給方法を組み合わせる。

区分		供給方式	運用方法	
定数	定時	定数量	定数交換方式 (トレー/カート)	定数化物品をセットしたモジュールを 使用中のモジュールと定時交換。
			定数レベルカード方式	残数があるレベルになった時点で、 補充以来カードを供給部門に送付。 供給部門は定時に低数量を提供。
			手術別セット供給方式	あらかじめ各手術別にセット下された 滅菌物セットをモジュール化し、 手術スケジュールに従い供給。
			定数補充方式	定時に定数化物品の数量を提示に供給。
	随時	請求料	臨時払出方式	定数化物品の不足が生じた際に、伝票で使用物品を供給。
非定数	定時	請求料	定時払出方式	伝票、台帳等により請求された物品を提示に供給
	随時		臨時払出方式	伝票により請求された物品を随時供給。

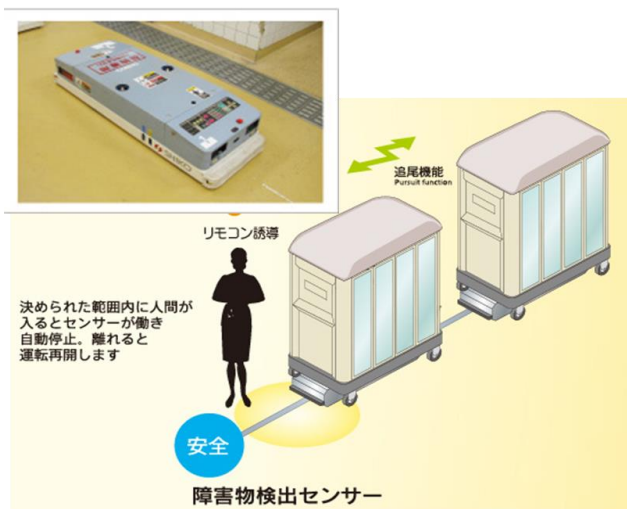
(4) 主な搬送機器

項目		大口徑気送管システム	トレイ搬送システム	小荷物専用昇降機 (自動搬出入装置付)	中型搬送システム (自動棚収納装置付)
イメージ図		 気送子 ステーション	 トレイ ステーション	 トレイ ステーション	 トレイ ステーション
設備概要		<ul style="list-style-type: none"> 各ステーションを管路で結び、搬送物を積載した気送子が空気の吸引・圧送を利用して高速搬送する設備。 ステーションの設置スペースが小さく、又天井内の配管も自由度が高い。 	<ul style="list-style-type: none"> 各ステーションを結んだレールを台車が走行し、搬送を行う設備。 常時水平を維持する為、デリケートな薬剤・抗がん剤・検体・ME機器も搬送可能。 走行レールが複線の為、随時搬送物の送信が可能。 	<ul style="list-style-type: none"> 各ステーションをリフト式で垂直のみの搬送を行う設備。 常時水平を維持する為、デリケートな薬剤・抗がん剤・検体・ME機器も搬送可能。 搬送トレイの自動搬出機能を備えており、1～2個のボックスの待機が可能。 	<ul style="list-style-type: none"> 各ステーションを水平はベルトコンベア、垂直をリフトで結び、トレイで搬送を行う設備。 病院内で使用している ISO トレイをそのまま搬送可能。
主仕様	最大搬送重量	3K g	5K g	50K g	30K g
	搬送速度	4.0～5.0m/秒	水平： 1.5～2.0m/秒、垂直： 0.5m/秒	垂直： 0.75m/秒	水平： 0.5m/秒 垂直： 1～2m/秒
	搬送容量 (mm)	250mm～400mm ×110φ	249 L × 347 D × 98H	600 L × 400 D × 200H(mm)	550 L × 350 D × 155H(mm)
	搬送容積 (ℓ)	2.4ℓ～3.8ℓ	8.5ℓ	48.0 ℓ	29.8ℓ
対象物 (臨時) 【※1】	薬剤	△	○	○	○
	検体	○	○	○	○
	血液製剤	△	○	○	○
	滅菌器材	×	△	○	○
	診療材料	△	△	○	○
	ME機器	×	△	○	○

【※1】 … 評価凡例 ○：搬送可能 △：搬送可能だが一部搬送不可能 ×：搬送不可能

(5) 将来の搬送方法事例

将来的に、少子化の影響を受け労働人口は減少する。機械搬送だけでなく、ロボット搬送も注目されている。



シコウ
アイシステム



パナソニック
病院内自律搬送ロボットHOSPI（ホスピー）

3. 委託業務検討

栄養管理業務、清掃業務、滅菌消毒業務・物流管理業務の委託化について検討した。

(1) 当院の委託状況

当院では、ほとんどの一般的な委託業務は一部及び全部委託を実施している。今後、現在の委託範囲について精査し、新病院での委託化計画の準備を行う。

業務 ※政令8業務	全 部 委 託	一 部 委 託	委 託 無 し	概要
①検体検査※		○		人体から排出又は採取された検体について、一部の検体検査、細菌検査を外部検査センターにて行う業務
②滅菌消毒※		○		医療機関内又は外部滅菌センターにおいて、医療機関で使用された医療用器械、器具等の滅菌を行う業務
③患者等給食※		○		入院している患者、妊産婦等に対して、食事の提供、盛り付け、配膳、食器洗浄等を行う業務
④患者搬送※			○	患者、妊婦、産婦またはじょく婦の医療機関相互間の搬送の業務およびその他の搬送の業務で重篤な患者について医師または歯科医師を同乗させて行うもの。
⑤医療機器保守点検※		○		医療機関内における医療機器（画像診断システム、生体現象計測・監視システム、治療用・施設用機器、理学療法機器等）の動作確認、校正、清掃、消耗品の交換、修理を行う業務
⑥医療用ガス供給設備 保守点検※	○			配管端末器、ホースアセンブリ、警報の表示板、送気配管、供給源設備等、医療用ガス供給設備の点検、予備付属品の補充（補修等の工事は除く）等を行う業務
⑦寝具類洗濯※	○			入院している患者、妊産婦等が使用した寝具類（ふとん、毛布、シーツ、枕、病衣等）の洗濯、乾燥、消毒を行う業務、医療機関で使用される寝具類、ユニフォーム、おむつのリネンサプライを行う業務
⑧院内清掃※	○			施設全般における清掃を行う業務
⑨医療廃棄物処理	○			分別されている廃棄物の回収、運搬、中間処理、最終処理を行う業務（感染性廃棄物等を含む）
⑩医療事務		○		外来受付、診療報酬請求、医事会計等を行う業務及びこれらの業務に係わる要員の養成、研修を行う業務
⑪院内情報コンピュー タシステム		○		情報システム（電子カルテシステム、各診療支援部門のシステム、医事会計、管理系の財務会計、給与計算、健診等）の運用、メンテナンスを行う業務

業務 ※政令8業務	全 部 委 託	一 部 委 託	委 託 無 し	概要
⑫医療情報サービス			○	診療、検査、医薬品等に関する情報提供を行うサービス。
⑬院内物品管理		○		使用される物品（医薬品、診療材料、医療消耗器具備品、一般消耗品等）の発注、在庫管理、各部署への搬送等を行う業務
⑭医業経営コンサルティング		○		医療機関開設に係わる支援、医療圏の市場調査・分析、財務や税務に関する指導・相談、その他医療機関の運営に係わる指導を行う業務
⑮在宅医療酸素供給装置保守管理	○			在宅酸素療法に使用する酸素供給装置の点検、消耗品の補充、清掃（修理は除く）を行う業務

(2)【参考】近年の委託化傾向

平成21年度から24年度の推移をみると、全国的に病院の業務委託化は進んでいると言える。

業務	平成21年度 (n=960)	平成24年度 (n=1,137)	傾向	当院委託実施状況		
				全 部 委 託	一 部 委 託	委 託 無 し
①検体検査	95.5	95.9	→		○	
②滅菌消毒	20.7	25.6	↑		○	
③患者等給食	62.3	67.9	↑		○	
④患者搬送	8.5	7.9	↓			○
⑤医療機器保守点検	73.5	83.1	↑		○	
⑥医療用ガス供給設備保守点検	85.1	88.1	↑	○		
⑦寝具類洗濯	97.4	97.5	→	○		
⑧院内清掃	81.7	83.8	↗	○		
⑨医療廃棄物処理	96.9	96.9	→	○		
⑩医療事務	31.8	35.7	↗		○	
⑪院内情報コンピュータ・システム	33.3	35.7	↗		○	
⑫医療情報サービス	4.3	6.0	↗			○
⑬院内物品管理	16.8	21.1	↑		○	
⑭医業経営コンサルティング	1.4	13.7	↑↑		○	
⑮在宅医療酸素供給装置保守管理	48.3	45.5	↓	○		

出典：平成24年度医療関連サービス実態調査結果の概要

資料1 医療関連サービス委託率の推移

第4章 事業収支計画

1. 事業費概算 * 配置基礎資料含む

(1) 事業費総額

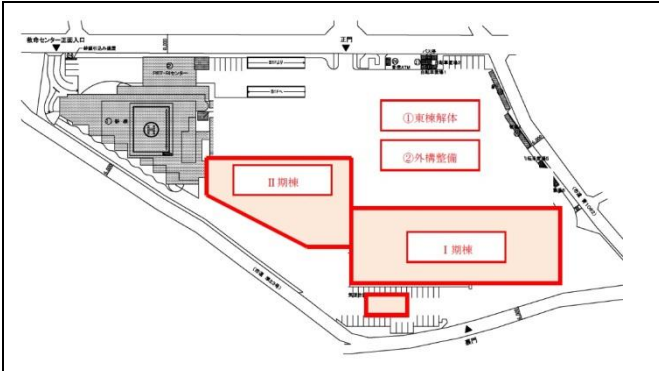
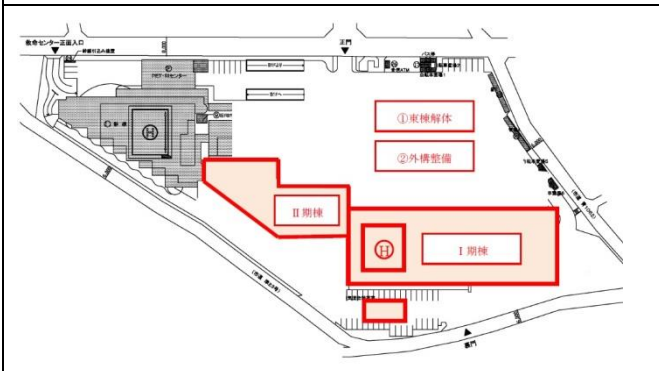
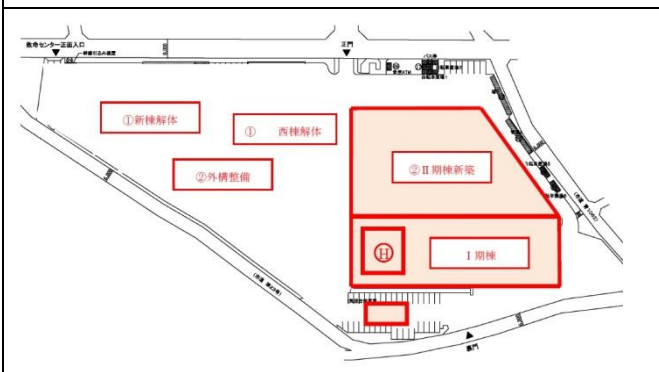
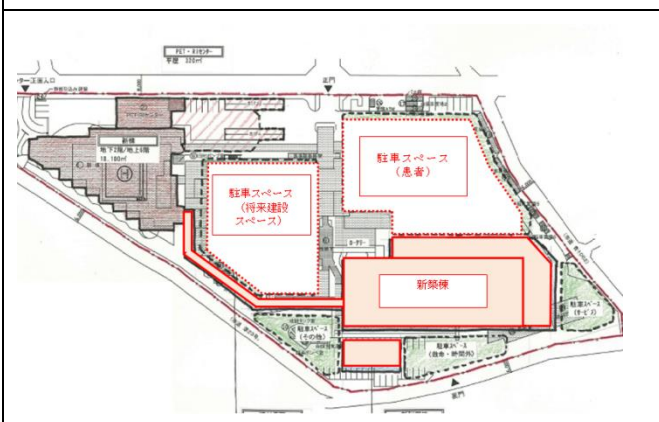
現時点では、事業費総額は次のとおり試算している。今後、診療機能が明らかとなる過程で随時見直すものとしている。

単位：百万円

	事業費	うち借入金
業務費	682	682
解体費 (29,500 m ³)	660	
仮設 (255 m ² +切廻し)	110	
改修 (約 7,800 m ²)	2,448	
新築 (31,500 m ²)	15,585	15,585
立体駐車場 (2,700 m ²)	0	
医療機器整備費	5,030	5,030
情報システム整備費	2,515	2,515
予備費	2,162	2,162
合計	29,192	25,974

(2) 検討中の配置計画

配置計画については、将来の医療需要、当院の目指すべき方向性、診療科ヒアリング、費用対効果等を踏まえ、引き続き複数案を検討している。

 <p>①東棟解体 ②外構整備 II期棟 I期棟</p>	<p>A案</p> <ol style="list-style-type: none"> ①新棟及び PET・RI センターを残して建替え。 ②医師宿舎は敷地外に移転。 ③南棟機能の移転先改修の後、南棟解体。空気を確保し順次建替え。 ④工事期間中は仮設渡り廊下で各棟を接続。
 <p>①東棟解体 ②外構整備 II期棟 I期棟</p>	<p>B案【基本構想】</p> <p>A案の懸念事項であった救急動線短縮案。</p> <ol style="list-style-type: none"> ①新棟及び PET・RI センターを残して建替え。 ②医師宿舎は敷地外に移転。 ③南棟機能の移転先改修の後、南棟解体。空気を確保し順次建替え。 ④救命センター（外来・病棟含む）は I 期棟・II 期棟へ移転。※ヘリポートも I 期棟へ新設
 <p>①新棟解体 ①西棟解体 ②外構整備 ②II期棟新築 I期棟</p>	<p>C案【参考】</p> <p>A B 案共通の懸念事項である動線の長さについてさらに考慮した案</p> <ol style="list-style-type: none"> ①新棟及び PET・RI センター含め全建物建替え。 ②医師宿舎は敷地外に移転。 ③南棟機能の移転先改修の後、南棟解体。空気を確保し順次建替え。 ④工事期間中は仮設渡り廊下で各棟を接続。
 <p>駐車スペース （将来建設スペース） 駐車スペース （患者） 新築棟</p>	<p>D案</p> <p>新棟を活用し、新築棟を 1 棟とした案。</p> <ol style="list-style-type: none"> ①新棟及び PET・RI センターを残して建替え。 ②医師宿舎は敷地外に移転。 ③南棟機能の移転先改修の後、南棟解体。空気を確保し新築棟を建替え。

2. 収支試算 課題の整理

事業収支計画は基本構想、基本計画、運営計画策定等の各フェーズに合わせて適宜検証し、整備計画の資金計画等の精度を高める。

(1) 事業収支試算見直しの手順

① 課題

現行の事業計画は、それまでの医療政策の流れを受け試算したものであるが、地域医療構想や新たな政策動向を踏まえ事業収支の試算を見直し、適正な投資計画を作成する。

② 見直しのポイント

決算書をベースとした事業収支試算を作成。

1) 平成 26 年度決算を基準年度とした事業収支へ修正する。⇒一部会計基準の変更を反映する。

2) 収益面

- ・ 新入院患者数：医療圏（診療圏）の人口×受療率から試算
- ・ 平均在院日数：将来的に 10～11 日
- ・ 延入院患者数：平均在院日数×新入院患者数
- ・ 診療単価（入院・外来）：整備による収益増を反映（報酬改定単価増を見込まず）
- ・ =58,000 円（H26）をベースに増収効果を見込んだ。（増収効果 1+増収効果 2+・・・）

3) 費用面

- ・ 職種別平均給与の設定：想定される職種別職員増減に応じた給与の算出
- ・ 減価償却費計画（既存・新規）：既存減価償却費 11 億円+整備による増加

4) 概算事業費：総額 292 億円

- ・ 工事費：189 億円
- ・ 医療機器：50 億円
- ・ 情報システム：25 億円 他
- ・ 立体駐車場の扱い 他、事業費増の要因洗い出し

5) 補助金の可能性

- ・ 医療介護総合確保基金：現状では人材中心、一部施設
- ・ 公立病院新改革プラン：再編・ネットワーク化
- ・ 許可病床削減時の普通交付税：5 年間の加算措置

③ 入院患者数と病床規模の試算

1) 新入院患者の試算

2013年度の疾病分類別退院患者に対し、2013年から2035年にかけての推計患者増加率を乗じ、2035年時点の推計退院患者数を12,871人と試算した。この患者数に精神病床の患者数を合計し、退院患者≒新入院患者約13,000人と試算した。

傷病分類	2013年			西多摩 増減率 2013年 →2035年	2035年		
	1日当たり 延患者数	在院日数 の平均	退院 患者数		退院 患者数	在院日数 の平均	1日当たり 延患者数
I 感染症及び寄生虫症	11.3	15.1	273	117.9%	322	12.1	10.7
II 新生物	95.4	15.3	2,277	113.2%	2,577	13.3	93.6
III 血液及び造血器の疾患等	5.1	17.6	106	121.1%	128	14.6	5.1
IV 内分泌、栄養及び代謝疾患	11.5	11.0	380	126.6%	481	9.8	13.0
V 精神及び行動の障害	0.2	7.6	12	104.0%	12	7.1	0.2
VI 神経系の疾患	10.7	19.3	202	122.3%	247	14.2	9.6
VII 眼及び付属器の疾患	3.4	4.1	303	120.5%	365	4.1	4.1
VIII 耳及び乳様突起の疾患	0.5	5.0	40	97.1%	39	4.9	0.5
IX 循環器系の疾患	70.3	12.1	2,119	130.8%	2,771	10.2	77.7
X 呼吸器系の疾患	40.4	14.5	1,015	131.4%	1,334	12.1	44.1
XI 消化器系の疾患	38.0	10.6	1,313	117.6%	1,544	9.3	39.5
XII 皮膚及び皮下組織の疾患	1.9	14.0	49	125.3%	61	11.1	1.9
XIII 筋骨格系及び結合組織の疾患	18.9	21.3	324	122.4%	397	16.9	18.3
XIV 尿路器系の疾患	17.3	11.1	567	123.7%	701	9.5	18.2
XV 妊娠、分娩及び産じょく	40.6	13.6	1,088	71.9%	782	10.4	22.2
XVI 周産期に発生した病態	4.6	8.5	196	69.1%	135	8.3	3.1
XVII 先天奇形、変形及び染色体異常	0.5	4.9	37	75.0%	28	4.9	0.4
XVIII 他に分類されないもの	1.0	6.8	56	123.9%	69	5.7	1.1
XIX 損傷、中毒及びその他の外因の影響	27.5	15.2	660	126.1%	832	12.4	28.2
XXI 健康状態に影響を及ぼす要因等	0.9	7.4	42	102.5%	43	7.4	0.9
総計	400.0	13.2	11,059	118.5%	12,871	11.1	392.5

出典：2013年度DPC提出データ、国立社会保障・人口問題研究所 市区町村別将来推計人口 平成25年3月推計、厚生労働省 平成23年患者調査を基に作成

2) 公立病院における黒字病院の実態調査

規模	500床以上			200床以上500床未満			200床未満		
	黒字	赤字	計	黒字	赤字	計	黒字	赤字	計
病院数	65	26	91	111	144	255	173	274	447
黒字率	71.4%			43.5%			38.7%		

出典：「地方公営企業年鑑（平成25年度版）」を加工

- 黒字経営を維持するためには500床以上が必要

3) 入院推計患者数からの病床数試算

- ・ 13,000人×平均在院日数(12.5日)=延患者数見込(162,500人)
- ・ 162,500人÷365日≒445人
- ・ 445人÷病床利用率(90%)=494床

4) 想定病床規模：上記のことから500床程度と試算した。

(2) 事業収支試算

- 【A案】 目標的計画…収益が高めに推移すると仮定した場合
⇒詳細な事業収支試算は「別添資料①【A案】 目標的計画」参照
- 【B案】 現実的計画…収益が現状と同程度に推移すると仮定した場合
⇒詳細な事業収支試算は「別添資料②【B案】 現実的計画」参照

① 【A案】 目標的計画

■増収要因と診療単価への影響

整備が完了し、すべてがフルオープンする平成38年度（2026年）の概況

延入院患者数（人）	162,500人	
基準診療単価（円）…A	58,103円	平成26年度実績
整備による増収分（円）…B	16,550円	
想定診療単価（円）…A+B	74,653円	

							総額 (千円)	患者1人当たり 単価増加額 (円)
整備による増収①～④							2,689,359	16,550
①特定入院料の増収							802,315	4,937
	新病院将来		現行		増加件数	想定増収額 (円)	小計 (千円)	
	病床数	稼働率	病床数	稼働率				
NICU（新生児集中治療室）	3	90.0%	3	88.3%	0.1	63,732	1,220	
GCU（新生児回復治療室）	12	90.0%	0	0.0%	10.8	15,699	61,883	
HCU（高度治療室）	8	90.0%	0	0.0%	7.2	28,407	74,654	
SCU（脳卒中集中治療室）	6	90.0%	0	0.0%	5.4	20,220	39,854	
救命救急センター	30	70.0%	30	46.5%	11.3	112,074	460,454	
ICU（集中治療室）	6							
緩和ケア	10	90.0%	0	0.0%	9.0	50,000	164,250	
②手術料収入の増加							1,736,542	10,686
	手術収益（将来） 10室×1.8回転			H26年度手術収益（実績） 手術室（眼科除く）			小計（千円）	
	想定件数	想定単価 (円)	小計（千円）	件数	単価 (円)	小計（千円）		
	4,410	689,000	3,038,490	2,554	509,768	1,301,948	1,736,542	
③DPC機能評価係数Ⅰ向上分							139,064	856
④DPC機能評価係数Ⅱ向上分							11,438	70
⑤室料差額収益増収分							252,080	1,551
	新病院想定				H26実績		小計 (千円)	
	室数	単価（円）	稼働率	収益				
個室A	5	15,000	88.5%	24,230				
個室B	20	10,000	88.5%	64,612				
個室C	35	7,000	88.5%	79,150				
個室D	35	6,000	88.5%	67,843				
個室E	55	5,000	88.5%	88,842				
合計	150	6,700		324,677		72,597	252,080	

② 【B案】現実的計画

■増収要因と診療単価への影響

整備が完了し、すべてがフルオープンする平成38年度（2026年）の概況

延入院患者数（人）	162,500人	
基準診療単価（円）…A	58,103円	平成26年度実績
整備による増収分（円）…B	10,335円	
想定診療単価（円）…A+B	68,438円	

							総額 (千円)	患者1人当たり 単価増加額 (円)
整備による増収①～④							1,679,478	10,335
①特定入院料の増収							625,924	3,852
	新病院将来		現行		増加件数	想定増収額 (円)	小計 (千円)	
	病床数	稼働率	病床数	稼働率				
NICU（新生児集中治療室）	3	90.0%	3	88.3%	0.1	63,732	1,220	
GCU（新生児回復治療室）	0	0.0%	0	0.0%	0.0	0	0	
HCU（高度治療室）	0	0.0%	0	0.0%	0.0	0	0	
SCU（脳卒中集中治療室）	0	0.0%	0	0.0%	0.0	0	0	
救命救急センター	30	70.0%	30	46.5%	11.3	112,074	460,454	
ICU（集中治療室）	6							
緩和ケア	10	90.0%	0	0.0%	9.0	50,000	164,250	
②手術料収入の増加							903,052	5,557
	手術収益（将来） 10室×1.5回転			H26年度手術収益（実績） 手術室（眼科除く）			小計	
	想定件数	想定単価 (円)	小計	件数	単価 (円)	小計		
	3,675	600,000	2,205,000	2,554	509,768	1,301,948	903,052	
③DPC機能評価係数Ⅰ向上分							139,064	856
④DPC機能評価係数Ⅱ向上分							11,438	70
⑤室料差額収益増収分							94,404	581
	新病院想定				H26実績		小計 (千円)	
	室数	単価 (円)	稼働率	収益				
個室A	5	15,000	45.5%	12,463				
個室B	20	10,000	45.5%	33,234				
個室C	35	7,000	45.5%	40,712				
個室D	35	6,000	45.5%	34,896				
個室E	55	5,000	45.5%	45,697				
合計	150	6,700		167,001	72,597		94,404	

3. 資金調達

元金均等償還方式と元利均等返済方式の比較するため、平成 25 年度作成の事業収支シミュレーション結果を使い、現状の事業収支シミュレーションをA案とし、資金調達の方法を変更したものをB案として比較した。

A案＝施設整備に伴う収益額を高め想定

B案＝収益額はそのままとし、資金調達方法を元金均等返済方式から元利均等方式へ変更

(1) 調達方法シミュレーション

① 利息額の比較

利息A案とB案では、元利均等方式であるB案は利息額が 32 億円となり、A案と比較し 6.1 億円高くなる。

	利息総額 (単位：千円)	償還方式
A案	2,622,806	元金均等方式
B案	3,229,925	元利均等方式
差	▲607,120	

② 償還額の比較

A案と比較し、B案では初年度（平成 35 年度）償還金額が 4.7 億円少なく済む。キャッシュは 11 年間で 8.5 億円の余裕が生まれる。

	借入額 単位：千円	平成 35 年度 2023 年度 8 年目	平成 45 年度 2033 年度 18 年目	...	18 年間の償還総額
A案	25,974,144	1,854,079	817,004	...	16,332,318
B案	25,974,144	1,383,143	913,383	...	15,479,071
差		470,937	▲96,379		853,247

(2) 他会計負担金のシミュレーション

償還額に対する財政措置を財源とした他会計負担金増額の試算をした。単純計算では、当該施設整備に伴う他会計負担金の増額は、借入金 260 億円の 25% = 62.5 億円と試算される（毎年 2～5 億円の他会計負担金財源）。

※新公立病院改革ガイドラインの再編・ネットワーク化に伴う整備への財政措置の重点化のうち、通常整備の財政措置 25%を根拠とした。

■他会計負担金が増額した場合の収支効果

A案純損益に、当該他会計負担金増額分を加算した場合の最終損益は、黒字化する年度が増え、平成 45 年度の累積欠損金も当初▲47 億円から 10 億円と改善される。

黒字分は再び建築改良積立金等の利益剰余金へ積立てることとなり、更に次期の建替えに備える原資となる。

(3) 事業規模を縮小した場合の事業収支シミュレーション

先の他会計負担金は総事業費 300 億円に対し、62.5 億円分の増額をお願いするものであったが、これとは別に、「仮に総事業費が 250 億円となった場合」の事業収支シミュレーションを作成した。ただしこれは事業費の規模感を把握するための試算であり、事業費を 250 億円とすることを目的としたものではない。

※総事業費は 300 億円から 250 億円へ一律 85.6%削減されるものとした。

※総事業費が 250 億円に削減されても、収益には影響のないものとして試算した。

■試算結果

事業費総額を 300 億円から 250 億円へ削減した場合、減価償却費の削減を主因とし、純利益は 2 億円の差が出る。これらが長期的に積み上がることで、平成 45 年度時点の累積欠損金は▲47 億円から▲14 億円へ 33 億円ほどの改善が見込まれる。

4. 地域医療支援病院の取得による影響

(1) 地域医療支援病院とは

地域医療支援病院の主な役割は、地域の中核病院として地域の診療所・クリニック等では対応の困難な専門的な治療や高度な検査、手術等を行い「地域完結型医療」の中心的役割を担うものである。施設の共同利用、地域医療従事者の研修なども行う。

紹介率 80%以上あるいは紹介率 65%以上かつ逆紹介率 40%以上、紹介率 50%以上かつ逆紹介率 70%以上を原則としている。

(2) 試算に係る主な前提条件

- 1) 地域医療支援病院化に伴い、特定選定療養費を徴収する。（一般病床 500 床以上の地域医療支援病院に義務付けられる初診時の選定療養費（5,000 円を想定）。）
- 2) その他の事業収支に係る条件はこれまでと同じとする。

(3) 試算結果

地域医療支援病院の入院診療加算分で約 79,658 千円、特定選定療養費の増額分で 5,698 千円の合計 85,356 千円の増収が見込まれる。

■地域支援病院を取得し、特定選定療養費（5,000 円想定）を徴収するケースの増収額（単位：千円）

地域医療支援病院入院診療加算分	79,658
特定選定療養費	5,698
合計	85,356

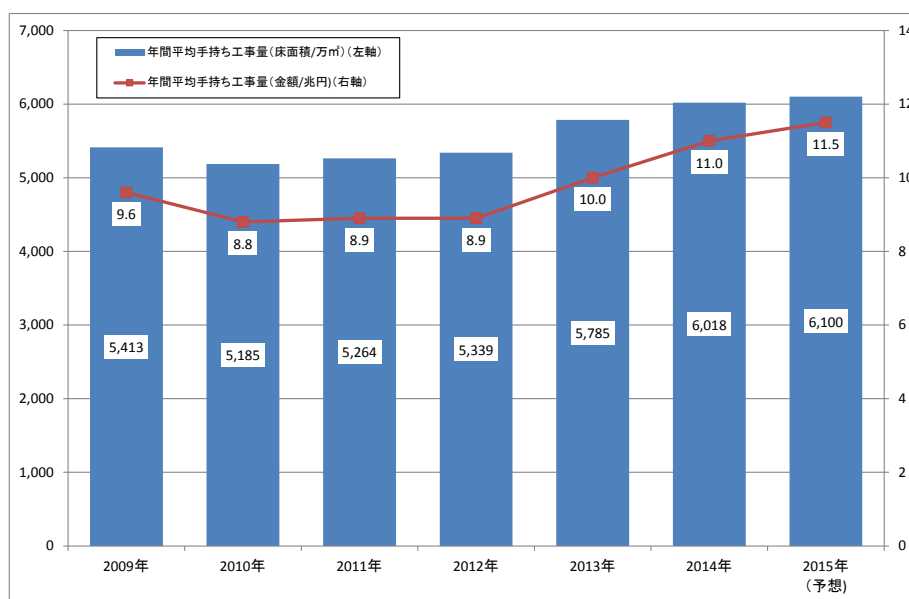
5. 建築費動向

建築業界の需要の現状は、消費税増税の反動減や省エネ住宅ポイント制度などの政策により住宅需要が増大している。また、再開発事業により大型オフィスの着工が相次いでいる。なお、建設物価（鉄などのコスト）は減少している。

一方建築業界の供給状況は、依然技能労働者の不足による手持ち工事量の消化不良がおきており、建築価格は高止まりしている。

このようなことから、リーマンショック以降、買い手市場であったが、東日本大震災以降は売り手市場が続いている。サトウファシリティーズコンサルタツの佐藤代表によると、大手・準大手は2～3年の長期大型工事を潤沢に抱えていることから現在の手持ち工事が減り始めるのは、2017年～2018年であると予想している。（公共行事予算の執行が速いため、工事費のピークが早まるとの予測もある）

建築業界の現状（日経アーキテクチャより抜粋）



第5章 病院見学資料

新病院建設の参考となる可能性のある病院を集めた（竣工年度順）。

<p>土浦協同病院（茨城県土浦市） 917床 【新病院】救急医療やがん医療、小児・周産期医療、その他専門的高度先進医療の推進と保健・福祉活動も視野に入れ、地域に密着した日本トップレベルの病院を目指す。【竣工：2015年10月】</p>	<p>中東園総合医療センター（静岡県） 500床 災害時を考慮した耐震・耐火性に優れ、非常時にも自立できる業務・生活施設 【竣工：2013年5月】</p>	<p>千葉西総合病院（千葉県松戸市） 608床 心臓カテーテル治療実績 4年連続日本一、無柱のICU、「短い動線」「見通しの良さ」「すばやい動き」を実現した死角の無い病院。 【竣工：2013年3月】</p>
<p>新東京病院（千葉県松戸市） 373床 日本で有数の循環器病院、ベッドの利用率が95%に達し、手術は4室の手術室で年間2,500件以上 【竣工：2012年9月】</p>	<p>那須赤十字病院（栃木県） 460床 各種動線を明確に分離、免震棟と耐震棟の分割、国内初C A S B E E「Sランク」取得病院 【竣工：2012年5月】</p>	<p>伊勢赤十字病院（三重県） 655床 低層5階建て、病棟の中心にオープンカンファレンス、日本初1フロア8看護単位 【竣工：2011年8月】</p>
<p>足利赤十字病院（栃木県） 555床 分棟型建築、一般病床全室個室、次世代型グリーンホスピタル 【竣工：2011年4月】</p>	<p>国保旭中央病院（千葉県旭市） 763床 基幹災害医療センターとしての機能強化、高度先進医療機器による診療機能の充実、ターミナルケア、在宅看護、養護・特別養護老人ホーム、老人保健施設、健診センターなど包括的な地域医療を提供。 【竣工：2011年3月】</p>	<p>公立昭和病院（東京都小平市） 518床 2014年8月 地方公営企業法の一部適用から全適用に変更となり、設置者名も昭和病院組合から「昭和病院企業団」に改称。 【竣工：2010年3月】</p>
<p>済生会横浜市東部病院（神奈川県） 560床 ハード救急も担う精神科、重症心身障害児（者）施設も併設、疾患別センター制を導入 【竣工：2006年11月】</p>	<p>湘南鎌倉総合病院（神奈川県） 619床 アメニティを重視、ERに手術室、動線混雑を避ける為、5階まではエスカレーターと3台のエレベーター、高層棟には6台のエレベーター 【竣工：2006年6月】</p>	<p>がん研有明病院（東京都） 700床 外科手術・放射線治療それにごがん化学療法が主な柱となり、手術部・中央診断治療部(放射線治療科など)、化学療法科などが一体となって治療法を提案。 【竣工：2005年3月】</p>

<p>榊原記念病院（東京都） 320 床 国際水準の循環器医療、高機能病院として、ベッドサイドナーシングを追求 【竣工：2003 年 9 月】</p>	<p>茅ヶ崎市立病院（神奈川県茅ヶ崎市）401 床 ハートビル法の認定、熱源はガスを中心としたコージェネレーションシステム、 【竣工：2003 年 3 月】</p>	<p>災害医療センター（東京都） 390 床 東日本地域における広域災害拠点病院、燃料・水・食料等の備蓄、自立しうるエネルギー供給システム、トリアージスペース 【竣工：1995 年 7 月】</p>
<p>聖路加国際病院（東京都） 520 床 患者プライバシーの確保、全病室トイレ・シャワー付きの個室、JCI 認証取得病院 【竣工：1992 年 2 月】</p>		

以上