

小田原市立病院  
今後の医療環境のあり方研究会  
報 告 書

平成28年2月

## はじめに

今後の医療環境のあり方研究会は、平成26年2月に市立病院運営審議会から市長に対してなされた「小田原市立病院の今後のあり方について」の答申において「早期に市立病院の建て替えを検討する必要がある」との意見が付されたことから、現在の市立病院の課題や望まれる姿等について、現場で働く医療従事者の視点で話し合い、今後の計画づくりの参考とするため、同年11月25日に設置し、院内での議論をスタートした。

平成26年度の研究会は、平成26年11月25日、平成27年2月5日、2月18日に開催し、平成27年度の研究会は、平成27年7月17日、8月31日、9月26日、10月16日、平成28年2月26日に開催するとともに、平成27年10月16日には、東海大学医学部附属病院救命救急センターの視察を行った。

委員は、医師3人、医療技術職2人、看護職3人、事務職2人の10人でスタートし、平成27年度には、医師2人、看護職2人、事務職2人を加えた14人で検討を進めた。

主な検討事項は、次のとおりである。

平成26年度は、「市立病院の今後のあり方」に関する答申書の内容確認をするとともに、現病院における課題や今後求められる医療に必要な環境について議論を行った。

平成27年度は、次のスケジュールで議論を行った。

今後の進め方と前回までの振り返り

施設の状況（現施設の課題）

建替の必要性

機能及び規模

東海大学医学部附属病院救命救急センターへの視察

報告書のとりまとめ

この報告書は、「今後の医療環境のあり方研究会」での議論の結果を提言として取りまとめて報告するものであるが、答申「小田原市立病院の今後のあり方について」でも示されているとおり、小田原市立病院は、建設後30年が経過し、狭隘化や設備の老朽化により本来の医療機能の維持が困難な状況である。この提言によって関係者の努力により早期に建替の方向性が示され、小田原市立病院が県西地域の基幹病院としての機能を発揮できることを願うものである。

平成28年2月

小田原市立病院今後の医療環境のあり方研究会

委員長 守 田 誠 司

## 報告書目次

<b>第1章 報告書の趣旨</b> .....	<b>4</b>
1 小田原市立病院の概要 .....	4
2 建替えを必要とする背景 .....	4
<b>第2章 外部環境調査</b> .....	<b>5</b>
1 医療を取り巻く環境 .....	5
2 市立病院を取り巻く環境 .....	11
<b>第3章 市立病院の現状</b> .....	<b>14</b>
1 市立病院の概要 .....	14
2 経営状況 .....	15
3 診療状況 .....	15
4 施設状況 .....	17
<b>第4章 市立病院のあり方</b> .....	<b>21</b>
1 基本的な考え方 .....	21
2 医療への取り組み .....	21
3 建替えの必要性 .....	23
<b>第5章 新病院の内容（視察）</b> .....	<b>26</b>
1 東海大学医学部附属病院救命救急センター .....	26
2 藤沢市民病院 .....	27
3 埼玉県立がんセンター .....	28
<b>第6章 新病院の整備方針</b> .....	<b>30</b>
1 機能及び規模 .....	30
2 施設概要 .....	33
3 提言 .....	36

# 第1章 報告書の趣旨

## 1 小田原市立病院の概要

小田原市立病院は、小田原駅より北に約 1.3 km の住宅地に、昭和 33 年 6 月に市民の健康保持に必要な医療を提供することを目的として診療科 9 科、一般病床 110 床で開設した。

昭和 56 年から昭和 59 年にかけて全面改築工事を行い、診療科 15 科、一般病床 417 床の現施設が完成した。その後も、医療ニーズの多様化に対応するため、救急科や糖尿病内分泌内科などを新設し、平成 27 年 12 月現在、院内標榜のみの診療科（総合診療科、緩和ケア科、検診科）を加えると 28 診療科を備えている。

その間、平成 10 年に災害医療拠点病院（現在は、災害拠点病院）、平成 15 年に基幹型臨床研修病院、平成 17 年に地域周産期母子医療センター、平成 18 年に地域がん診療連携拠点病院の指定を受け、平成 21 年には救命救急センターを開設し、平成 21 年には地域医療支援病院の承認を受けるなど、地域の中核的な役割を担っている。

## 2 建替えを必要とする背景

近年の医療を取り巻く環境は、急速に進む少子高齢化、疾病構造の変化、医療技術の高度化により、大きく変化してきている。地域住民の医療に対する期待と要望は、一般医療はもちろんのこと、高度・特殊医療、救急医療等幅広い分野に増大、多様化しており、医療サービスに対するニーズは量的拡大から質的充実を重視する時代となっている。

しかし、診療機能の拡充に合わせて、順次増改築を行ってきた経緯の中で、建物及び設備は稼働から既に 30 年近く経過し、老朽化による設備等の大規模改修を行うようになってきている。また、診療機能の充実、療養環境改善を図るにあっても、施設の狭隘化といった課題があり、地域住民の医療に対する期待に応えることが、困難な状況になりつつある。

このため、平成 25 年度には、市立病院運営審議会に諮問された市立病院の今後のあり方に関する議論が行われ、その後、とりまとめられた答申では、将来的な方向性と早期建替えの必要性が示された。

また、県内公立病院の再整備が進み、当院は、古い施設の方となっており、看護師等の職員採用にも影響が出始めている。

## 第2章 外部環境調査

### 1 医療を取り巻く環境

#### (1) 医療制度改革の方向性

日本では、昭和36年に確立された世界に冠たる国民皆保険制度のもと、国民がいつでもどこでも必要な医療を受けられるよう、質・量ともに医療の向上が図られ、世界最高レベルの平均寿命と保健医療水準を実現してきた。

しかしながら、高齢化の急速な進展による高齢者人口の増加や生活習慣病の増加等による疾病構造の変化、さらには医療技術の進歩等により、国民医療費は増大し続けていることから、国は国民皆保険を堅持し、医療制度を将来にわたり持続可能なものとするため、医療費の抑制や限りある医療資源の有効活用を図るための医療提供体制の再編に向けた政策を進めている。

国は、「社会保障・税一体改革」に基づき、医療においては、限られた財源と医療人材を効率的・効果的に活用するため、急性期をはじめとする医療機能の強化、病院・病床機能の役割分担・連携の推進、在宅医療の充実などの医療提供体制の再構築に取り組んでいる。医療費適正化の観点から、社会的入院の解消や平均在院日数の短縮等による医療の効率化が図られるとともに、地域の各医療機関が役割を分担し地域全体で医療を完結させる「施設から地域へ」の転換が進む。今後、国は更なる医療機能の選択と集中を進め、より専門的で高度な技術を必要とする急性期医療に人と物を重点配分する政策を進めるものと考えられる。

こうした医療提供体制の実現に向けて、病床機能報告制度の導入や地域医療ビジョンの策定、診療報酬改定、保健医療計画の改定、医療法改正等による誘導が検討されている。

平成24年度の診療報酬・介護報酬の同時改定は、「社会保障・税一体改革」の確実な実現に向けた第一歩と位置づけられ、改定の基本方針においては、改革で示されたあるべき医療・介護の姿を念頭に置き、「負担の大きな医療従事者の負担軽減」「医療と介護等との機能分化や円滑な連携、在宅医療の充実」「がん治療、認知症治療などの医療技術の進歩の促進と導入」に重点配分が行われた。

平成26年には病床機能報告制度が開始され、医療機関は、病棟単位で高度急性期、急性期、回復期、慢性期といった患者の病期に応じた4分類の中から医療機能を選択して報告することとなった。各都道府県は、この報告制度を通じて、地域の各医療機関が担っている医療機能の現状を把握し、地域における医療機能の分化と連携を推進するための地域医療構想を、平成28年10月までに策定する予定で、現在、小田原保健福祉事務所が中心となり、地域医療構想調整部会を設置して、議論を進めているところであり、医療計画に追記することとなっている。

平成28年の診療報酬改定は、「医療介護総合確保推進法」等により進められている医療機能の分化や強化、連携、医療・介護の一体的な基盤整備のほか、平成30年度に予定されている診療報酬と介護報酬の同時改定など、平成37年を見据えた中長期の政策の流れの一環としての位置付けを踏まえた改定を進めていく予定である。

## 医療介護総合確保推進法（概要）

### 【趣旨】

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行う。

### 【概要】

#### 1. 新たな基金の創設と医療・介護の連携強化（医療介護総合確保促進法関係）

都道府県の事業計画に記載した医療・介護の事業（病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等）のため、消費税増収分を活用した新たな基金を都道府県に設置

医療と介護の連携を強化するため、厚生労働大臣が基本的な方針を策定

#### 2. 地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保（医療法関係）

医療機関が都道府県知事に病床の医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）等を報告し、都道府県は、それをもとに地域医療構想（ビジョン）（地域の医療提供体制の将来のあるべき姿）を医療計画において策定

医師確保支援を行う地域医療支援センターの機能を法律に位置付け

#### 3. 地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化（介護保険法関係）

在宅医療・介護連携の推進などの地域支援事業の充実とあわせ、予防給付（訪問介護・通所介護）を地域支援事業に移行し、多様化

地域支援事業：介護保険財源で市町村が取り組む事業

特別養護老人ホームについて、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える機能に重点化

低所得者の保険料軽減を拡充

一定以上の所得のある利用者の自己負担を2割へ引上げ（ただし、一般の世帯の月額上限は据え置き）

低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などを追加

#### 4. その他

診療の補助のうちの特定行為を明確化し、それを手順書により行う看護師の研修制度を新設

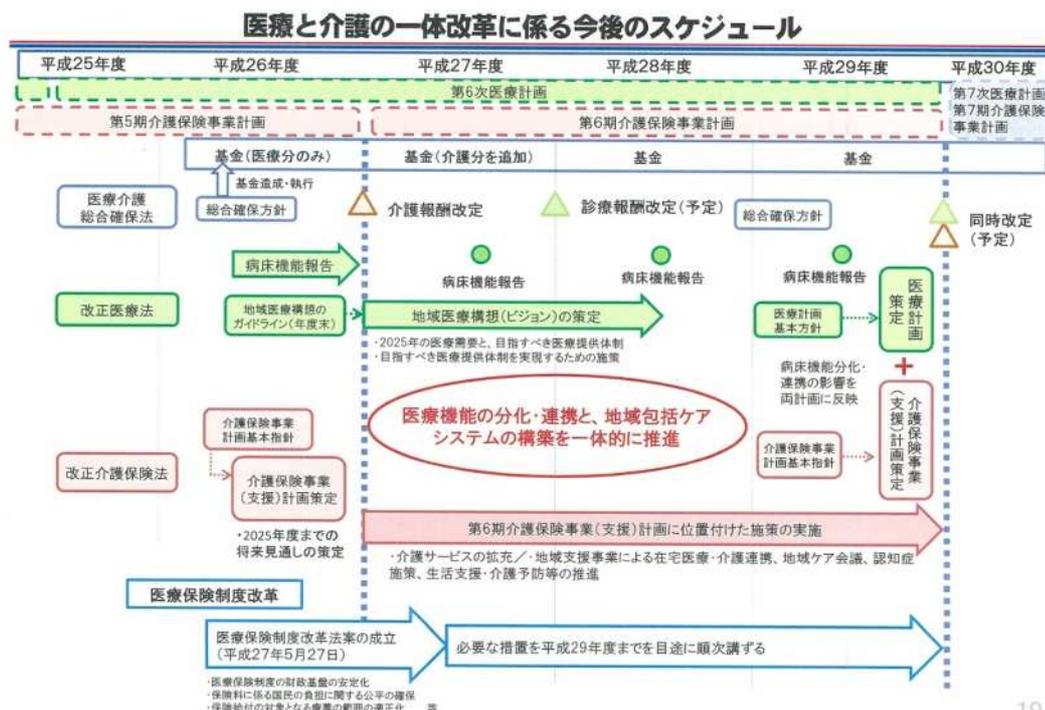
医療事故に係る調査の仕組みを位置づけ

医療法人社団と医療法人財団の合併、持分なし医療法人への移行促進策を措置

介護人材確保対策の検討（介護福祉士の資格取得方法見直しの施行時期を27年度から28年度に延期）今後の関連施策見直しの方向性

### 【施行期日】

平成26年6月25日。ただし、医療法関係は平成26年10月以降、介護保険法関係は平成27年4月以降など、順次施行



## (2) 第6次医療法改正

厚生労働省は、2025年に向けて高度急性期から在宅医療・介護までのサービス提供体制を、整合性を持って一体的に確保するため、医療法改正案や介護保険法改正案などを一括法案として平成26年の通常国会で可決した。医療機関の病床機能の分化・連携を推進するための施策や医療と介護の一体的推進のための現行制度の見直し、医師・看護師の確保策やチーム医療の推進、医療安全を推進するための施策など、医療法改正案には医療提供体制の改革を推進するための重要事項が盛り込まれている。

### 1) 機能分化・連携を進める取組み

医療機関が自主的に病棟ごとの医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）を選択して、都道府県に報告する病床機能報告制度が創設される。平成26年度10月から開始されて、制度で得られる情報に基づき、都道府県は2025年に向けて目指すべき医療提供体制の姿を平成27年度から平成28年度にかけて地域医療ビジョンとして策定する。地域医療ビジョンを実現するため、医療機関や医療保険者などの関係者が参加する協議の場を設置し、医療機能ごとの必要量の整備に向けて、病床の新規開設や病床転換などについて協議する。協議の場への参加や合意事項への協力を医療機関の努力義務として、医療法に明記される予定である。協議の場での合意事項に従わない場合は、都道府県は医療機関名の公表、補助金の交付対象や福祉医療機構の融資対象からの除外、地域医療支援病院・特定機能病院の承認の取り消しなどの措置を講ずることができる。協議の場が機能しなくなり、医療機関の自主的な取り組みだけでは機能分化・連携が進まなくなった場合、都道府県知事は未稼働病床の削減や不足する医療機能の病床への転換を要請できる。

### 2) 人材の確保と定着のための取組み

医師の地域・診療科間の偏在解消に向けて取り組むことを目的に、都道府県により「地域医療支援センター」を設置することが努力義務として医療法に規定される。センター機能を強化し、医師不足病院への医師派遣を知事が要請できることが明記される。また、地域医療対策協議会に参加する特定機能病院や地域医療支援病院、医療従事者を養成する大学に対しては、偏在解消に向けた施策への協力を努力義務として規定する。

医師等、他の資格職と比較しても潜在率が高いとされる看護職員の復職支援強化を目的に、看護師等免許保持者について情報の届出制度が創設される。看護職の資格保持者は、情報を地域のナースセンターに届出し、登録することが義務化される。ナースセンターが、離職後も一定の「つながり」を確保し、ライフサイクルを通じて、適切なタイミングで復職研修等必要な支援を実施する。ナースセンターは医師会や病院団体などで構成されるナースセンター運営協議会などと協議しながら、人材確保の施策を進める。

医師・看護師等の医療スタッフの離職防止や医療安全の確保等を図るため、各医療機関がPDCAサイクルを活用して計画的に勤務環境改善に向けた取り組みを行うための仕組み（勤務環境改善マネジメントシステム）を創設する。さらに、こうした取り組みを行う医療機関に対して、都道府県ごとに、医療機関に対する勤務環境改善を支援するための「勤務環境改善支援センター」を設置し、総合的な支援体制を構築する。個々の医療機関のニーズに応じて、労務管理面、診療報酬面、経営や人事などワンストップで総合的・専門的にアドバイスを行う。

### 3) チーム医療の推進のための取組み

看護師が診療の補助として一定の医行為（特定行為）を実施するための研修制度が創設される。研修修了者が医師の包括的指示と事前に策定するプロトコルに沿って特定行為を実施することが認められるようになった。

診療放射線技師が実施する検査に伴い必要となる行為についても、チーム医療を推進する観点から、業務範囲等の見直しが検討されている。例えば、CT 検査、MRI 検査等において造影剤自動注入器を用いた造影剤投与や、下部消化管検査に際して、カテーテル挿入部（肛門）を確認の上、肛門よりカテーテルを挿入する行為が新たに加えられた。

### 4) 医療の安全と質向上のための取組み

全ての病院、診療所、助産所を対象に、医療事故を調査し、原因究明と再発防止に役立てるための制度が創設された。診療行為に関連した死亡事例（行った医療又は管理に起因して患者が死亡した事例であり、行った医療又は管理に起因すると疑われるものを含み、当該事案の発生を予期しなかったものに限る。）を調査対象とし、発生した場合は速やかに医療機関内に事故調査委員会を設置し、原因究明に取り組む。調査結果は新たに創設される第三者機関に報告し、第三者機関は報告書を収集・分析し、再発防止のために周知する。院内事故調査の方法など、制度の具体的な運用方法については、厚生労働省がガイドラインを策定し、当院でも、院内事故調査委員会が設置されたところである。

## (3) 平成 28 年度診療報酬改定の動向

平成 27 年 12 月 7 日に、社会保障審議会（医療保険部会、医療部会）は「平成 28 年度診療報酬改定の基本方針」を発表した。改定に当たっての基本認識は、超高齢化社会における医療政策の基本方向として、平成 37 年に向けて、制度の持続可能性とあらゆる世代の国民一人ひとりが状態に応じた安全・安心で良質・効率的な医療の享受を基本の方向性とし、「地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点」を重点課題としている。

平成 28 年度診療報酬改定では、診療報酬全体（ネット）の改定率は、マイナス 0.84% で、医科がプラス 0.56%、調剤がプラス 0.17% となりました。薬価と材料価格があわせてマイナス 1.33% となった。

### 1) 7 対 1 一般病床入院基本料算定病床の絞り込み

上述の平成 37（2025）年あるべき医療の姿を実現するため、増えすぎた 7 対 1 入院基本料を算定する病床の絞り込みが行われる。7 対 1 入院基本料の平均在院日数要件については、平成 24 年度診療報酬改定において、19 日以内から 18 日以内に引き上げられた。平成 26 年度診療報酬改定では、平均在院日数要件は 18 日以内に据え置かれていて、平成 28 年度の診療報酬改定においても変更がない予定である。7 対 1 入院基本料においても特定除外制度を見直し、90 日超え入院患者を算入することや、短期滞在手術基本料の対象を拡大し、計算から除外することになっている。90 日を超えて入院する患者を対象として、出来高算定とするが、平均在院日数の計算対象とし、90 日を超えて入院する患者を対象として、原則として療養病棟と同等の報酬体系（医療区分及び ADL 区分を用いた包括評価）とされた。

また、平成 24 年度診療報酬改定では、重症度、看護必要度の基準を満たす患者の割合が 10% 以上から 15% 以上に引き上げられた。平成 26 年度診療報酬改定では、評価項目見直しにより新

たに重症度、医療・看護必要度に名称が変更され、現行の15%以上を維持することが非常に難しい状況になった。さらに、平成28年度診療報酬改定では、7対1入院基本料の一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」について、急性期に密度の高い医療を必要とする状態が適切に評価されるよう項目及び基準の見直しが行われて、C項目として、手術等の医学的状況に係る得点の新設された。その一方、重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の入院割合が、15%から25%に引き上げられている。

この他、退院支援の取組の評価として在宅復帰率（自宅のみならず、地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む。）や回復期リハビリテーション病棟入院料等への転棟・転院も含む。）の算定に、在宅復帰機能強化加算がある有床診療所入院基本料等を算定する病棟や病室等を加えたほか、その割合が75%以上から80%以上に引き上げられる。

## 2) その他注視すべき改定が検討されている主な項目

今後の高齢化の進展を見据え、医療機能分化・強化、連携に係る取組として、医療従事者の負担軽減のため、医師事務作業補助体制加算の引上げや看護補助体制加算の強化が図られている。また、地域包括ケアシステム推進のための取組強化が進められ、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の機能の評価として、小児かかりつけ診療科に係る評価を新設するとともに、患者が選択したかかりつけ薬剤師が服薬指導等の業務を行った場合の評価が新設される。

退院支援に関しては、積極的な退院支援を行うため病棟への退院支援職員の配置などが評価される。

特定集中治療室等における重症患者に対する評価の充実と簡素化を図るため、ハイケアユニット入院医療管理料及び特定集中治療室管理料の重症度、医療・看護必要度の見直しが行われる。ハイケアユニット入院医療管理料は、重症度・看護必要度が「A項目（モニタリング処置等）3点以上、かつB項目（患者の状況等）7点以上の患者が8割以上」であることが要件になっているが、平成28年度診療報酬改定では、B項目の得点が4点以上に引き下げられ、項目内容も一般病棟用の評価と統一されている。また、特定集中治療室管理料は、重症度が「A項目3点以上、かつB項目3点以上の患者が9割以上」であることが要件になっているがA項目が4点以上に引きあげられたものの、患者割合は、8割以上に引き下げられた。

## (4) 主な指定/承認要件の改正

### 1) 地域医療支援病院の承認要件の改正

厚生労働省「特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会」の報告書を受け、厚生労働省の省令改正及び関連通知により、平成26年4月1日より新たな承認要件が施行された。主な改正点は以下の2点である。

1点目は、紹介・逆紹介率の計算式が変更される。紹介率 = 紹介患者数 / 初診患者数、逆紹介率 = 逆紹介患者数 / 初診患者数とし、紹介率の分子から救急搬送患者数を除くこととした。また、実態調査等を踏まえ、「紹介率80%以上」「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」のいずれかの基準を満たす必要がある。

2点目は、救急搬送患者受け入れ数が新たな要件となり、「救急搬送患者数/救急医療圏人口\*1,000 2」「医療機関の年間救急搬送患者受け入れ数 1,000」のいずれかの基準を満たす必要がある。

## 2) がん診療連携拠点病院の指定要件の改正

がん治療の質の向上、高度診療に関する一定の集約化などを目的に、がん診療連携拠点病院の指定要件が強化される。情報の可視化、術中迅速病理診断、放射線治療の提供が義務化される。また、院内がん登録を行う常勤かつ専従の人員配置を要件としている。がん登録事業は、現行では国指定のがん診療連携拠点病院を中心に協力医療機関のみ届け出ているが、がん治療の質向上を目的に法制化（平成25年12月成立、平成28年1月より義務化）される。今後、診療情報管理士の役割はますます増大する。

がん診療連携拠点病院の指定要件を満たさなくなった場合の受け皿として、地域がん診療病院と特定領域がん診療連携拠点病院が新たに整備される。前者は、拠点病院の指定がない医療圏を中心に、がん医療を担う医療機関を他医療圏の拠点病院とグループで指定する。後者は、特定のがん種に関して多くの診療実績を有する医療機関を拠点病院とグループで指定する。

平成25年度は1億円、平成26年度は3億円の予算事業で、緩和ケア推進事業により、がん診療連携拠点病院を中心に、緩和ケアセンターや緩和ケアの整備が進められた。緩和ケアセンターは、全てのがん患者やその家族等に対して、診断時からより迅速かつ適切な緩和ケアを切れ目なく提供するため、これまでの「緩和ケアチーム」、「緩和ケア外来」、「緩和ケア病棟」等を統括する院内組織である。医師・看護師・薬剤師・医療ソーシャルワーカー等を中心とした多職種が連携した緩和ケアに関するチーム医療を提供する。「将来的には全てのがん診療を行う施設への普及を図る」とされており、平成26年度には地域がん診療連携拠点病院にも対象が拡大された。

## (5) 自治体病院の役割

公立病院の果たすべき役割は、へき地医療、救急医療、小児医療、周産期医療、災害医療、精神医療、高度・先進医療等の「地域において提供されることが必要な医療のうち、採算性等の面から民間医療機関による提供が困難な医療を提供すること」とされており、地域医療の確保のため重要な役割を果たしている。そのような中で、平成19年の「地方公共団体の財政の健全化に関する法律」の成立、「公立病院改革ガイドライン」の策定に伴い、地方公共団体が経営する病院事業は、一層の健全経営が求められることになった。

総務省「地方公営企業年鑑」(平成25年度)によると、平成25年度において、全国に公立病院は839病院あり、一般病床の総数は165,826床である。全国の病院総数に占める割合は11.3%であるが、全国の救命救急センターのうちの36.3%(平成24年12月現在)、災害拠点病院では42.6%(平成24年4月現在)、周産期母子医療センターでは38.6%(平成24年4月現在)を公立病院が担っている。

病院事業の経営状況をみると、「公立病院改革ガイドライン」が策定されて以降は、より健全経営に向けた取り組みが促進されており、経常収支が黒字となっている病院の割合は、改革プラン策定前の平成20年度には29.1%だったものが、平成25年度には44.6%となった。

経営形態の見直しについては、平成 21 年度から平成 25 年度までの 5 年間で、227 の公立病院が、法の全部適用や地方独立行政法人化、指定管理者制度の導入、民間譲渡、診療所化などの見直しを実施しており、経営形態の見直しを通じて達成しようとした所期の目的が果たされるよう、今後も継続した経営改革を実行していくことが求められる。

他会計繰入金は 7,164 億 98 百万円で、前年度（7,032 億 99 百万円）に比べ 131 億 99 百万円、1.9%増加している。このうち、収益的収入分は 5,184 億 89 百万円で、前年度（5,246 億 38 百万円）主に比べ 61 億 49 百万円、1.2%減少しており、そのものは、救急医療、精神科病院、リハビリテーション医療などの不採算医療及び周産期医療などの高度・特殊医療に対する繰入金となっている。また、資本的収入分は 1,980 億 9 百万円で、前年度（1,786 億 62 百万円）に比べ 193 億 47 百万円、10.8%増加しており、その主なものは、建設改良のための企業債償還金及び企業債を充当しない建設改良費に対する繰入金となっている。

収益的収入に占める繰入金の割合は、13.1%（前年度 13.3%）となっており、これを経営主体別にみると、町村立 21.4%、都道府県立 17.3%、指定都市立 13.9%、組合立 10.3%、市立 10.3%の順となっている。資本的収入に占める繰入金の割合は、34.5%（前年度 31.7%）となっており、これを経営主体別に見ると、町村立 42.1%、組合立 37.3%、指定都市立 34.7%、市立 34.6%、都道府県立 32.1%の順となっている。

## 2 市立病院を取り巻く環境

### (1) 県西医療圏の概要

神奈川県には「神奈川県保健医療計画」で定められた二次保健医療圏が 11 あり、市立病院が属する県西保健医療圏（以下「県西医療圏」という。）は、小田原市をはじめとする近隣の 2 市 8 町（小田原市、南足柄市、中井町、大井町、松田町、山北町、開成町、箱根町、真鶴町、湯河原町）で構成されている。県西医療圏は、県内医療圏の中で最も面積が広いのに対し、最も人口が少なく、また高齢化率は、横須賀・三浦医療圏に次いで 2 番目に高くなっている。

平成 26 年 7 月現在の県西医療圏の病院数は 21 施設、一般診療所数は 222 施設（うち有床診療所数は 8 施設）、歯科診療所数は 190 施設で、人口 10 万人当たりの施設数で見ると、病院、診療所数ともに全国平均を下回っているものの、神奈川県平均を上回っている。

また、県西医療圏の病床総数（病院病床及び一般診療所病床の合計）は 4,170 床（人口 10 万人対換算 1161.39 床）であり、人口 10 万人当たりで見ると、神奈川県平均（815.80 床）を上回っているものの、全国平均（1214.25 床）を下回っている。

県西医療圏の人口 10 万人対医師数は、全国及び神奈川県平均を下回っており、県内 11 医療圏中 2 番目に少なくなっている。

病院入院患者の県西医療圏への流入割合は 26.9%、県西医療圏からの流出割合は 27.9%で、全国の 333 医療圏中（宮城県石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県の 4 医療圏を除く）それぞれ 90 番目、159 番目の高さである。入院患者についてみると、主に静岡県熱海伊東医療圏からの流入と、湘南西部医療圏への流出がみられるが、比較的完結した医療を提供できている二次医療圏である。

## (2) 県西医療圏の将来推計人口及び将来推計患者数

県西医療圏の人口は平成 22 年の 35.9 万人から平成 52 年の 27.5 万人まで、今後 30 年間で約 8.4 万人減少することが推計されている。一方で、高齢者人口（65 歳以上人口）は約 2 割増加し、高齢化率は平成 22 年の 24.6%から平成 52 年の 38.4%まで 13.8 ポイント上昇することが推計されている。

県西医療圏の 1 日平均入院患者数は平成 22 年の 2,733 人から平成 42 年の 3,317 人まで増加し、その後減少に転じて平成 52 年には 3,065 人となることが試算される。

県西医療圏の 1 日平均外来患者数は平成 22 年の 20,265 人から平成 37 年の 21,016 人まで増加し、その後減少に転じて平成 52 年には 18,984 人となることが試算される。

## (3) 県西医療圏の課題

### 1) 救急医療

県西医療圏における二次救急は、市立病院を含む 10 病院が広域二次病院群輪番制で対応しており、三次救急についても市立病院が対応している。

県西医療圏においては、今後、脳血管疾患の患者が増加することが見込まれることを考慮すると、救急医療体制の強化が求められ、広域二次病院群輪番制の維持及び広域二次病院群と三次救急を担う市立病院との連携、強化を図る必要がある。

また、高齢化の進展に伴い、精神疾患を抱える急性期の患者への対応を県西医療圏において図っていくことが求められている。

### 2) 周産期医療及び小児医療

県西医療圏では、市立病院が地域周産期母子医療センターの指定を受けており、NICU を 6 床有している。また、分娩実施施設は、市立病院を含めて 4 施設存在する。

県西医療圏における出生数は減少傾向にあり、平成 19 年度の出生数（2,692 件）と平成 23 年度の出生数（2,514 件）を比較すると 178 件（6.6%）減少している。

また、県西医療圏の小児科診療所数は 18 か所で、県内の医療圏の中で最も少ない状況であり、休日・夜間の小児救急医療については、休日・夜間急患診療所（小田原市保健センター）足柄上休日急患診療所（開成町）、市立病院で対応している。

県西医療圏には児童精神科医がいないため、小児期、思春期など発達段階に応じた心の問題に対応できていない状況である。

今後も、安心して子どもを産み、育てる環境を整備するため、周産期医療、小児医療の充実を図っていく必要がある。

### 3) がん・脳血管疾患・心疾患に関する医療

県西医療圏における、がんと脳血管疾患による死亡率（人口 10 万人当たりの死亡者数）は、全国や神奈川県と比較して高い状況にある。

がんや脳血管疾患は、生活習慣に起因していることが多いため、生活習慣の改善や検診、健康診査の受診促進に向けた取り組みが必要である。

県西医療圏では、市立病院が地域がん診療連携拠点病院の指定を受けてがん医療の基幹病院となっているが、緩和ケア病床を有する病院は民間 1 施設のみである。がん治療と並行して行

う緩和ケアの重要性が高まっていることから、今後、患者やその家族などから増えるニーズに対応していく必要がある。

平成 42 年までは、がんや脳血管疾患、心疾患の患者数については増加が見込まれるため、県西医療圏における診療機能の充実を図る必要がある。

#### **4) 在宅医療**

高齢化の進展に伴い、在宅医療・療養へのニーズの増加が見込まれるため、入院医療機関と在宅医療に係る医療機関などとの連携による退院支援、医療・福祉従事者などの協働による日常の療養支援、自宅での看取りを可能とする医療、介護体制など、在宅医療の現状や在宅医療・療養患者のニーズなどを見極めながら、地域の実情に応じた在宅医療の提供体制を構築する必要がある。

## 第3章 市立病院の現状

### 1 市立病院の概要

市立病院は、昭和33年6月に市民の健康保持に必要な医療を提供することを目的として診療科9科、一般病床110床で開設した。

昭和56年から昭和59年にかけて全面改築工事を行い、診療科15科、一般病床417床の現施設が完成した。その後も、医療ニーズの多様化に対応するため、救急科や糖尿病内分泌内科などを新設し、平成25年4月現在、院内標榜のみの診療科（総合診療科、緩和ケア科、検診科）を加えると28診療科を備えている。

市立病院の敷地面積（宿舍分を除く）は21,268.26㎡であり、延床面積は23,561.99㎡である。昭和33年に開設され、昭和56年から昭和59年にかけて全面改築工事を行ったものの、施設の老朽化が進み、また医療技術の進歩に伴い医療機器が大型化しているため、現施設での対応は困難になりつつある。

開設	昭和33年6月24日
病床数	一般417床
主な指定・承認	平成10年3月 災害医療拠点病院の指定 （平成24年12月から災害拠点病院に名称変更） 平成15年10月 管理型臨床研修病院の指定 平成17年1月 地域周産期母子医療センターの指定 平成18年8月 地域がん診療連携拠点病院の指定 平成21年4月 救命救急センターの開設 平成21年10月 地域医療支援病院の承認
施設概要	敷地面積：21,268㎡ 延床面積：23,562㎡
	本館（病棟） 中央診療棟 外来診療棟
	駐車場 収容台数 272台
職員数	594名 [うち医師数97名 看護師396名]
診療科	28科 内科 総合診療科 糖尿病内分泌内科 腎臓内科 心身医療科 神経内科 呼吸器内科 消化器内科 循環器内科 小児科 外科 整形外科 形成外科 脳神経外科 呼吸器外科 心臓血管外科 皮膚科 泌尿器科 産婦人科 眼科 耳鼻いんこう科 リハビリテーション科 放射線科 麻酔科 救急科 病理診断・臨床検査科 緩和ケア科 検診科 (院内標榜科を含む)

(平成27年4月1日現在)

## 2 経営状況

小田原市立病院の経常収支は、医業外収益として一般会計からの負担金があるため、平成 21 年度以降黒字を維持してきたが、平成 26 年度は、公営企業会計制度の改正に伴う影響もあり、赤字に転落した。

また、医業収支は平成 21 年度まで赤字が続いていたが、平成 22 年度には診療報酬のプラス改定の影響もあり、黒字を達成した。入院収益、外来収益は増加傾向にあったものの、平成 25 年度以降は、減少傾向に転じ、また、医業費用の約 55% を占める給与費が職員数の増加に伴い増加しており、平成 23 年度以降は再び赤字となっている。

そこで、平成 26 年度からは、部門別病院原価管理と全員参型の経営改善に取り組んでいる状況である。

項目	昭和61年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	全国平均
医業損益(千円)	260,809	34,798	431,785	498,418	639,892	605,234	-
当年度純損益(千円)	490,389	714,740	265,087	180,408	100,046	39,680	-
医業収支比率(%)	104.6 (-)	100.3 (103.1)	96.1 (98.5)	95.5 (98.8)	94.3 (97.3)	94.8 (97.4)	94.5
総資本経常利益率(%)	4.6	8.8	4.4	3.6	2.2	4.1	0.5
医業収益経常利益率(%)	8.3 (-)	7.5 (7.3)	3.9 (3.8)	3.2 (3.0)	1.9 (1.9)	3.5 (3.4)	0.9
総収益に対する医業収益(%)	89.0	90.4	89.9	90.4	90.4	88.6	-
総収益に対する他会計負担金(%)	9.8	8.7	8.7	8.7	8.8	10.3	13.1
医業収益に対する人件費(%)	46.5	54.0	57.7	56.8	56.7	56.3	53.2

( )の数値は、医業収益に他会計負担金の一部を加えた場合の数値である。

医業収支比率 = 医業収益 ÷ 医業費用 × 100 医療活動の収益性を示す。100%を超え、高いほど収支の状態が良い。

総資本経常利益率 = 経常利益 ÷ 平均総資本 × 100 投下資本に対する経常の収益性を示す。高いほど経営状態が良い

医業収益経常利益率 = 経常利益 ÷ 医業収益 × 100 資金調達活動を含めた経常的な企業活動の収益性を示す。高いほど経営状態が良い。

## 3 診療状況

常勤医師数は、平成 19 年度の 58 人から平成 23 年度の 86 人に約 5 割増加している。平成 26 年度には 100 人まで増えた。また、非常勤医師数(常勤換算)を含めた医師数は、平成 19 年度の 91.5 人から平成 23 年度の 106.0 人へと約 1.6 割増加している。平成 26 年度には、123.3 人となった。

入院延患者数は平成 20 年度から平成 22 年度まで増加していたが、平成 22 年度以降はやや減少傾向である。新入院患者数も平成 19 年度から平成 22 年度まで増加していたが、平成 22 年度以降はやや減少傾向である。また、外来延患者数は平成 20 年度から増加傾向にある。しかし、平成 23 年度をピークに減少傾向となっている。

入院診療単価は平成 19 年度から平成 23 年度にかけて上昇傾向にあり、平成 23 年度は 57,989 円となり、平成 24 年度は、60,219 円と 6 万円台になった。一方で、外来診療単価は平成 21 年度から平成 22 年度にかけて上昇したものの、平成 23 年度で 9,576 円と同規模黒字病院の 12,439 円と比較して低かった。平成 24 年度からも上昇傾向で、平成 26 年度は、10,278 円と 1 万円台となっている。

### 職員数

#### 職員数の推移（各年度末）

区分	昭和61年度		平成20年度		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		平成26年度	
医師	54	11	66	54	81	51	85	49	86	60	94	43	97	51	100	51
看護職員	242	23	335	87	353	102	365	132	384	127	381	140	386	109	386	107
医療技術職員	58	4	61	18	67	22	67	23	70	21	74	23	76	24	78	22
事務職員	31	7	20	21	21	24	22	26	22	25	23	30	26	19	28	20
その他職員	25	22	2	31	1	33	1	24	1	29	0	34	0	33	0	23
計	410	67	484	211	523	232	540	254	563	262	572	270	585	236	592	223

黄色は、臨時職員の人数

#### 入院診療及び外来診療の1日平均患者数の推移

区分		昭和61年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	全国平均
入院	1日平均患者数(人)	395.9	366.9	357.9	348.3	332.4	343.9	330.0
	1日1人平均診療収益(円)	23,827	57,349	57,989	60,219	62,099	62,498	48,164
外来	1日平均患者数(人)	1167.6	1,208.4	1,216.7	1,208.1	1,187.6	1,184.2	846.0
	1日1人平均診療収益(円)	6,853	9,657	9,576	9,627	9,911	10,278	11,664

#### 患者数及び病床利用率の推移

区分	昭和61年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	全国平均
延患者数(人)	488,946	427,572	427,866	423,103	411,120	414,458	-
入院(人)	144,516	133,930	131,000	127,120	121,341	125,511	-
外来(人)	344,430	293,642	296,866	295,983	289,779	288,947	-
病床利用率(%)	95.8	88.0	85.8	83.5	79.7	82.5	77.0

## 4 施設状況

現病院施設は、高度医療や急性期医療を提供する基幹病院として、また災害時の拠点病院としての機能を提供してきたが、施設の全面改築後30年が経過し、老朽化や狭隘化等により、診療機能や療養機能面で、次のような施設上の課題が生じてきている。その現況を確認したが、その状況は、別紙のとおりである。

### (1) 診療機能に関する課題

#### 1) 動線に関すること

- ・ 集中治療系の諸室が分散配置されており、人員配置や患者動線の面でも効率が悪い。
- ・ 集中治療室と救命救急センター病床と連携ができていない。
- ・ 病院内の動線が患者と職員・一般と同じになっている。
- ・ 救命救急センターに搬送する患者の搬送路と、通常の通路とが同一で危険である。
- ・ CT等の検査室への導線が長い。
- ・ 救命救急センター病床が同一階ではなく7階と2階に分かれている。
- ・ 外来化学療法室は後付で構築された部屋であるため、動線が悪い。
- ・ 手術室から移動する患者が長時間エレベータを待っていることがあるなど、エレベータ数が足りていない。また、エレベータが旧式で昇降速度が遅い。
- ・ ナースステーションから最先端の病室までの導線が長すぎる。



#### 2) 手術室、診察室、検査室、執務室等に関すること

- ・ 現状の外来エリアの配置から、診察室や看護外来専用室等の増室が難しい状況である。
- ・ 病室は医療法上の最低面積(6.4㎡)は確保されているが、療養環境加算(8㎡以上)は確保できていない。
- ・ 現行の集中治療室の面積要件が合わない
- ・ 手術室は、手狭で清潔・不潔のルートがわかれていない。
- ・ 手術室には汚染器械のカウント場所や器械展開用の部屋がない。
- ・ 排管が古く虫の発生がしやすい
- ・ 救命救急センターにシャワールームや除染場所がない。
- ・ 1階の放射線科南側にMRI撮影室(2室)、外来循環器内科の場所に心臓血管撮影室を増築し、医療機能を拡張したが、今後の医療機器の更新はスペース上困難である。



- ・ 注射薬保管室では、独自の空調設備が無く全館空調に依存しているため温度管理が難しい。
- ・ 現在の放射線科の撮影室は、全面改築時の外来の人数の予測を大幅に超えており、撮影室の不足により、患者さんを待たせてしまっている状況である。
- ・ カンファレンスを行うのに、ふさわしいスペースが確保できていない状況である。



## (2) 療養環境に関する課題

### 1) プライバシーに関すること

#### 【病棟】

- ・ 6人部屋は、患者1人当たりの病床面積が小さくプライバシーの面で問題がある。
- ・ 病棟に面談室や説明室が少なく、プライバシーが確保できていない。
- ・ 産婦人科、小児科の病棟のセキュリティが守られていない。



#### 【外来】

- ・ 救命救急センターには、患者待合ホールが狭く、患者家族への説明場所もない。
- ・ 診察室のプライバシーの確保（外来患者の増加に対応するため、一部に仮設の外来診察室を増築したが、待合室に声が漏れる）
- ・ 救命救急外来には診察室が1つしかない。



#### 【手術室】

- ・ 手術中の家族待合室の環境改善（家族待合室と言語訓練室の隣接により、不安な気持ちで手術終了を待つ患者家族の心理状態にそぐわない笑い声等が聞こえる）



#### 【その他】

- ・ トイレがカーテンのみで仕切られており、プライバシー的に問題である。

### 2) 衛生関連設備に関すること

#### 【病棟】

- ・ 現在の特別室の内容は、差額費用を支払うだけの価値がない。
- ・ シャワー室は、床面は平らでなく、タイルは滑りやすい。さらに手すりもなく、薄暗いため、転倒事故が起こる危険性がある。



- ・ 入院患者が使える給湯室の設置がされていない。
- ・ トイレのバリアフリー化（手すりの設置、洋式トイレの増設など）が不十分である。

#### 【外来】

- ・ 洋式トイレが、外来エリアの各階に1式ずつしか整備されていない。
- ・ 待合室で、車椅子に対応した通路幅が確保されていない。
- ・ 内視鏡検査、生体検査後の休憩室（ベッド）が必要であるが、確保されていない。
- ・ 感染管理の外来や病室がなく、無菌治療室もない。



### (3) その他施設に関する課題

#### 1) バックヤードに関すること

- ・ 中央手術室で手術室が5室から7室に増設されたことにより、機器室、リネン庫などの倉庫スペースが減らされ、全体として狭くなっている。また次の患者の待機スペースがない。
- ・ 1病棟約50床において看護配置7:1で運用するには、スタッフステーションや器材庫が狭い。
- ・ 各病棟に収納スペースが少ないことから、廊下にストレッチャー、車いす、カート等があふれており、患者やスタッフの通行上、障害になっている。
- ・ D M A Tの待機場所や荷物保管場所がない。



#### 2) その他の施設に関すること

- ・ 救急車の寄り付きが狭く、屋根の出が少ないため、ストレッチャーが雨に濡れる。
- ・ ドクターヘリの発着場が整備されていない。
- ・ 並列する2基のエレベータへの群管理システムの搭載（多くの利用者が2基それぞれのボタンを押すため、途中階に不要に停止し、待ち時間が長くなる）がされていない。
- ・ 医師の増員により、一部の医師の医局は旧感染症病棟を利用している。
- ・ 市立病院は、基幹型臨床研修病院に指定されているが、研修医室は旧感染症病棟を利用している。
- ・ 食堂における一般利用者用の区画と職員用の区画が分離されていない。
- ・ 学生のカンファレンスルームがない。



- ・仮眠室がない。
- ・コーヒーショップやコンビニ等の利用者の利便施設の充実していない。

### 3) 駐車場等

- ・外来患者の車が外来受診の時間帯において集中し、駐車場の待ち時間が発生するとともに、周辺道路が渋滞になることもある。
- ・駐車場混雑時には導入路が埋まり、救急車の迅速な進入を妨げる状況になる。
- ・バス停が数十メートル離れた位置にあり、利用者に不便な状況である。

### 4) 老朽化

- ・建物接合部にある当直室で雨漏りや薬局内階段の溶接外れが起きる等、現在の建物は老朽化している。
- ・建物の屋上の水漏れシートに張り替えの必要性がある。
- ・床は湿式であり、塗床仕上げとなっているが、経年により塗床がはがれている。
- ・排水グレーチング部が一部破損している。
- ・設備機器が30年間更新なしで稼働しており、耐用年数が超えた機器が大半である。

### 5) 災害時対応

- ・赤コンセントの容量が不足しているため、停電や災害時に薬剤科のシステムを稼働できない。
- ・薬剤庫が地下にあり、水害時や大規模災害時に薬が確保できない。

## (4) 現況の調査

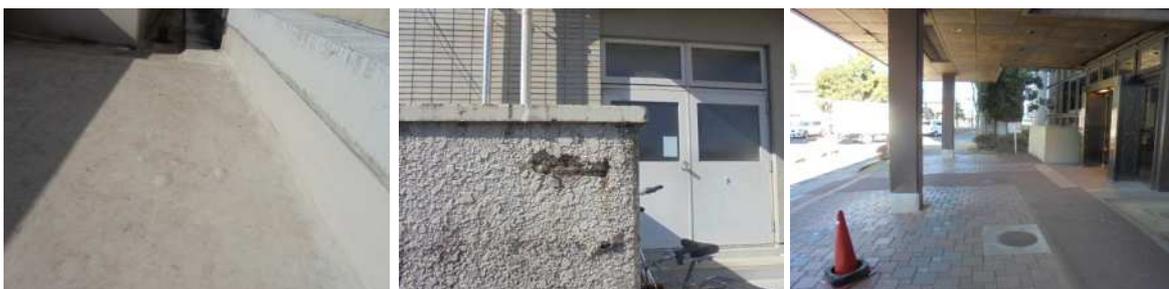
### 1) 設備について

屋上や天井裏にある空調設備等の配管は1系統しかなく、建設以来1度も交換をしていない。天井内の配管に水漏れが生じて、天井にしみができている。



### 2) 屋上及び外壁について

屋上の防水シートも劣化がきており、交換しなくてはならない。また、外壁の隙間から水が浸入し、埋め込まれている金属線が錆びて膨張し、壁を壊している。



## 第4章 市立病院のあり方

### 1 基本的な考え方

「小田原市立病院の今後のあり方について」の答申の考え方に沿うものとする。

- (1) 患者に信頼される病院
- (2) 急性期医療を担う病院
- (3) 地域医療連携の強化
- (4) 経営の健全化

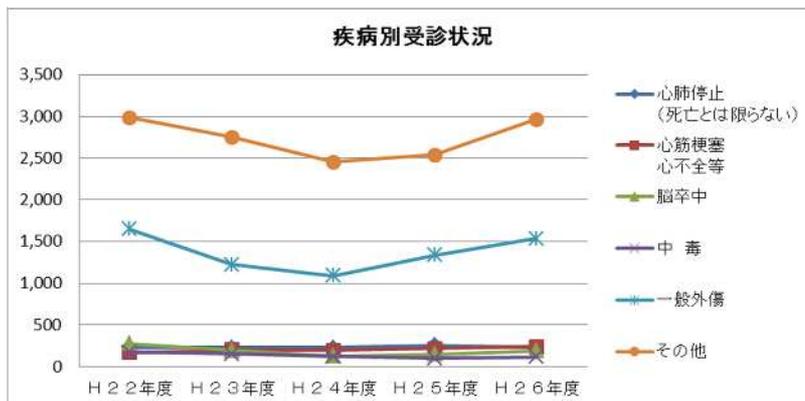
### 2 医療への取り組み

#### (1) 救急医療

救急医療については、県西地域の3次救急を担うためには、救急患者の専用搬送入口の設置や処置に係る導線の確保、診察室の構造など、救命救急センターの機能強化、充実を図る必要がある。また、手術室が手狭になっているために、その1室あたりの床面積を広くするとともに、清潔・不潔エリアの区分け、バックヤードの確保や通路の広域化が必要となっている。

なお、急性期医療を充実させるために、救命救急センター病室、ICU、HCUの増床も不可決である。

救急搬送実績



## 手術件数

区 分	昭和61年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度
手術件数 (局麻除く。)	1,730	2,780	2,788	2,995	2,977	2,829

## (2) 小児医療及び周産期医療

安心して子どもを生み育てることができる環境を整備するため、引き続き、小児深夜救急医療に取り組むなど、小児医療に積極的に取り組んでいくとともに、周産期医療については、県西医療圏における出生数は減少していることや、分娩実施施設が限られていることなどから、今後も、地域周産期母子医療センター、神奈川県周産期救急医療システム受入病院として地域の中核的な役割を果たしていく必要がある。そのために、NICU、GCUの増床が必要である。

区 分	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度
分 娩 件 数	739	815	826	775	882
周産期救急受入件数	40	34	31	41	54
小児深夜救急医療 対 応 件 数	3,079	2,825	2,753	2,594	2,558

## (3) がん・脳血管疾患・心疾患に関する医療

がんについては、地域がん診療連携拠点病院として高度ながん治療を担い、地域のがん治療水準の向上に努めていく必要がある。また、がんの種類や進行度に応じて、手術療法、放射線療法、化学療法、または、これらを組み合わせた集学的治療の強化、低侵襲治療の技術革新や外来治療の増加への対応、がんと診断された時から身体的及び精神的苦痛に対する患者とその家族への緩和ケアの充実も求められる。そのため、化学療法室の増床や緩和ケア病棟の設置が必要となる。

また、脳血管疾患、心疾患については、患者の来院後の速やかな専門的診療が求められるため、急性期の医療にふさわしい体制整備と病院機能の充実を図る必要がある。

区 分	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度
外来化学療法室患者数	968	1,011	1,135	1,183	1,477
がん登録数	636	738	700	765	857

## (4) 災害医療

東海地震や神奈川県西部地震などの発生が危惧される中で、災害拠点病院として災害時に多発する重篤救急患者への医療救護活動が充分に行える機能を確保する必要がある。そのため、病院施設の免震化等やDMAT隊を受け入れ、災害時に事業継続できるだけの医療スタッフが待機することができるための施設整備が必要である。

## (5) その他の医療等

外来機能については、急性期病院としての機能の充実を図る観点から、県西医療圏における医療ニーズを踏まえ、難治性、専門性の高い分野に比重を移すことも検討する必要がある。また、入院機能についても、急性期リハビリテーション機能の充実を図るとともに、回復期・慢性期を担う地域医療機関との連携を強化して患者の容態がある程度回復し、または病状が安定したら、かかりつけ医に逆紹介する体制を強化することが重要である。そのためには地域医療連携室を1階の窓口に設置するとともに、システム整備など、連携強化のための取組が必要である。

病棟機能については、急性期機能を基本とするが、国の動向や県西医療圏における医療提供体制などを見据えながら全体的な病棟配置の中で各診療科が連携しやすいあり方を検討する必要がある。そのために現在の施設基準にあった病床エリアの確保、リハビリテーション室の拡張が必要である。

## 3 建替えの必要性

市立病院の今後のあり方を踏まえ、現施設における課題をみると、経年した建物が大型化する医療機器の更新、電子化の普及、診療報酬の改定等に伴う諸室条件の変化、増員職員の働きやすい環境に向けた整備に対応しきれない状況が発生していると判断できる。

その要因としては、現病院の延床面積は、附帯施設を除き23,561.99㎡であり、1床当たり換算すると56.5㎡/床である。しかし、昨今の再整備を行った同規模の自治体病院は約80.0㎡/床を超えており、100㎡を超えている病院も出てきている。比較すると現病院は約23.5㎡/床狭いことがあげられる。加えて、現病院の敷地形状及び現施設の建て方から、増築しても院外・院内の諸室配置、動線計画が職員配置、患者サービス面など効率的な運営が行うことは困難な状況である。

### (1) 老朽化への改善

- ・耐用年数を超えた設備が多く、安全を確保することができない。
- ・また、今後のメンテナンスにも多額の費用が見込まれ、施設の運用効率を高め、ランニングコスト抑制を目指す設備に更新するためには現施設での改修では限界がある。
- ・厨房においては、昨今の厨房はH A C C Pに準拠した衛生管理を行うことを前提に、乾式床を採用することが多いが、改修する場合、現厨房の稼働中は補修が不可能なことから、仮設厨房の設置、院外調理センター等からの配送等の検討が必要になる。
- ・現在のロータリーでは、路線バスが転回することは難しいため、バスを利用して来院する患者・家族の利便性を向上できない。

### (2) 災害時の対応改善

- ・災害拠点病院として大地震に備え、揺れに耐えられる構造等、医療機能の継続が可能となる建物とする必要がある。
- ・洪水などの災害で冠水した場合においても、非常用発電機が使用不可を防ぐための構造又は配置とする必要がある。

### (3) 医療水準の向上

- ・既に増改築が繰り返されたことにより、一部の部門(集中治療室(ICU)、冠疾患集中治療室(CCU)の分散配置、放射線部門の分散配置)が分散した配置となっており、スタッフの動線が非効率的であること、中央化可能な医療機器の分散配置等が存在し、急性期医療を担っていくためには配置計画自体の改善が求められる。

### (4) 施設の狭隘化

- ・救命救急センターにおいて十分な救命行為を行うためには、初療室の拡充に加え、スタッフのステーションの充足、器材置き場の設置等、救命救急センターとして必要な諸室の充足が求められる。また、患者家族のためには待合ホール、患者家族への説明室の充足が求められる。
- ・病棟においては、薬剤師が病棟業務に傾注するためのスペースや、チーム医療実践に向けたカンファレンス室、家族説明室等のスペースの確保が求められる。
- ・臨床研修指定病院として、各種研修の実施などのためにカンファレンスの充足、診療エリアの充足が求められる。

### (5) 快適な療養環境の確保

- ・病室は個室率を高め、多くても4人部屋までとするほか、病室も仕切り方を工夫するなど、プライバシーのみならず、アメニティに配慮するとともに、広さと設備を充実する必要がある。
- ・病院内は壁面に手すりを設置したり、駐車場から玄関までのアプローチがしやすいように、できる限り、段差を解消し、移動しやすくするようバリアフリー化が求められている。
- ・診察室も十分な広さを保ち、また、広い待合室を設けるなど、車椅子でも安全に診療が受けられるような配慮が必要である。
- ・病棟内のトイレやシャワー室なども工夫し、入院患者が、安全で快適な療養をすることができるよう、その確保に努める必要がある。

### (6) 感染対策等

- ・病院における感染対策は、大きな課題となっているため、感染防止ために最新の理論を取り入れた施設の構造にすることが望ましい。特に、感染症患者を他の患者を区分けし、接触させずに、診療、入院、療養ができるゾーニングを要し、また、医療スタッフも不必要な清潔・不潔が交差しない動線・部門配置を行うとともに、手洗設備などの設置や陰圧、陽圧などの空調設定ができる設備構造、気密性が高く、気流に配慮した構造にするなどの配慮が必要となる。

### (7) 安全(セキュリティ)対策

- ・電子的なシステムだけでなく、施設の構造としてセキュリティを確保する必要がある。特に救命救急センターを有し、24時間365日、病院施設内に人が滞留することがあり、また、NICUや小児病棟なども有する当院は、施設への侵入を防ぐための施設構造にする必要がある。
- ・高齢化率が高くなっている中で、患者の転倒、転落防止対策などの安全対策に向けてユニバーサルデザインの建築設計が必要となっている。
- ・院内事故防止のために、建築設計や床素材、照明などにも配慮する必要がある。

## (8) 職員等の勤務環境の改善

- ・ 24時間365日、休みなく稼働する病院は、職員の勤務上の負担やストレスを極力抑えることが、良質な医療の提供と、医療事故防止に繋がる。そこで、医局やスタッフステーションの充実のほか、病院内に男女別の宿日直室やシャワー室の設置のみならず、休憩室や更衣室を設置すること必要となる。
- ・ 病院の機能上、実習生を受け入れているため、実習生が快適に実習できる環境を整備することが、将来の人材の確保に繋がる。

## (9) アメニティ施設の充実

- ・ 病院は、患者さん、スタッフが毎日休みなく滞在し、また、見舞いに来院する者など、多くの人が集まる場所となっている。また、外来受診する患者やその付き添い者も滞留するなど、滞在時間の長い施設となっている。そこで、コンビニエンスストアやカフェ、レストランなどのアメニティ施設のエリアを広げ、その充実を図ることが必要である。

## (10) ヘリポートの設置

- ・ 災害拠点病院としての機能を維持するため、ドクターヘリ等が離発着できるように病院施設の屋上又は敷地内にヘリポートを設置する。

## 第5章 新病院の内容(視察)

### 1 東海大学医学部附属病院救命救急センター

東海大学医学部附属病院の救命救急センターを視察した。救急車から直接アクセスができるように専用の入口を有し、感染対策のためのスペースがある。また、診察室自体も区切られてなく、広い空間になっている。

ICU、HCUの病床は広くとられていて、スタッフステーションからも見渡せるようになっている。また、スタッフステーションのエリアも非常に広い。



また、エネルギー棟が別に設置している。



東海大学医学部附属病院の概要

標榜科	35科(各診療科ご案内)		
許可病床数	804床	建物概要	地上14階 地下1階
手術室	22室	集中治療室(ICU)	約70床
法令による医療機関の指定	特定機能病院、臨床研修病院、がん診療連携拠点病院、エイズ治療拠点病院、災害拠点病院、地域災害医療センター、神奈川DMAT指定病院、高度救命救急センター、総合周産期母子医療センター、肝疾患医療センター、認知症疾患医療センター、難病治療研究センター、造血幹細胞移植推進拠点病院		
高度救命救急センター施設	(1) 1階 救急処置室、救急診察ブース〔6ブース〕、緊急手術室、スタッフステーション、家族控室、医師控室、救急隊員控室、CT、MRI、血管撮影室、単純X線撮影室 (2) 2階 E-ICU(救急専用集中治療室)19床 熱傷センター3床 E-HCU(救急専用重症治療室)36床		

東海大学医学部附属病院ホームページから

区分	平成 23 年度	平成 24 年度	平成 25 年度
病床数	804	804	804
病床稼働率 (%)	99	99	98
外来患者数 (延べ)	733,245	725,637	714,055
外来患者数 (1日平均)	2705.7	2697.5	2644.6
入院患者数 (延べ)	291,119	290,130	287,923
入院患者数 (1日平均)	795.3	794.8	788.8
平均在院日数	12	12	12
手術件数	11,680	11,622	11,770
紹介率	55.3	56.3	59.1
逆紹介率	-	-	-

東海大学医学部付属病院ホームページから

## 2 藤沢市民病院

藤沢市民病院で内覧会が開催され、管理部門及び病棟を見学した。

今回見学した新棟の概要

- ・ 新東館 (鉄筋コンクリート造、地上 8 階建て、免震構造)
- ・ 外来診察室を 1・2 階に配置し、他に 1 階に総合受付、各種相談室、コンビニエンスストア、2 階にカフェなどを配置
- ・ 3 階はMRI、CT、内視鏡、心電図などの検査室を配置
- ・ 4 階は市民講習室や会議室その他事務室など管理部門を配置
- ・ 5 階は栄養室、物品管理センターなど供給部門を配置
- ・ 6 階から 8 階までは 1 フロアに 2 看護単位を配置した病棟



## 藤沢市民病院の概要

開設年月日	昭和 46 年 10 月 1 日
病床数	536 床（一般 530 床、感染症 6 床）
診療科目	内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、神経内科、糖尿病・内分泌内科、血液内科、リウマチ科、皮膚科、小児科、小児科（新生児）、精神科、緩和ケア内科、外科、呼吸器外科、心臓血管外科、消化器外科、泌尿器科、脳神経外科、整形外科（リウマチ科）、形成外科、眼科、耳鼻咽喉科、産婦人科、リハビリテーション科、放射線診断科、放射線治療科、麻酔科（ペインクリニック）、病理診断科、臨床検査科、救急科、小児救急科、歯科口腔外科
職員数	760 人
敷地面積	37,019m <sup>2</sup>
病院建物	鉄骨鉄筋コンクリート造り 地上 9 階、地下 1 階 43,988.98m <sup>2</sup>
認定・指定等	地域医療支援病院、救命救急センター、地域がん診療連携拠点病院、小児救急医療拠点病院、臨床研修指定病院、県周産期救急医療中核病院、災害拠点病院、第二種感染症指定医療機関、救急告示病院、日本医療機能評価機構認定病院（Ver.6.0）、DPC 対象病院

藤沢市民病院ホームページから

### 3 埼玉県立がんセンター

埼玉県立がんセンターの手術室を見学した。手術室は、12室で、手術件数が3,375件（H26）平均稼働率が51.0%となっている。また、ICUが8床で、ICU利用件数が804件で通年利用率が68.7%となっている。HCUが16床で、HCU利用件数が1,127件、通年利用率は28.9%となっている。



### 手術室エリア



### 埼玉県立がんセンターの概要

開設年月日	昭和 50 年 11 月に開設し、平成 25 年 12 月新築移転		
病床数	503 床		
診療科目	内科，呼吸器内科，消化器内科，血液内科，乳腺内科，緩和ケア内科，頭頸部外科，胸部外科，消化器外科，脳神経外科，乳腺外科，整形外科，形成外科，皮膚科，泌尿器科，婦人科，眼科，放射線科，病理診断科，精神腫瘍科，麻酔科，歯科口腔外科		
敷地面積	80,597m <sup>2</sup>	建築面積	13,888m <sup>2</sup>
延べ床面積	61,070m <sup>2</sup> （本館棟） 868m <sup>2</sup> （付属棟）		
病院建物	地下 1 階 / 地上 11 階 高さ 48.67m 鉄筋コンクリート造（免震構造）		
認定・指定等	臨床研修病院、がん診療連携拠点病院、特定疾患治療研究事業委託医療機関、D P C 対象病院、小児慢性特定疾患治療研究事業委託医療機関		

埼玉県立がんセンターのホームページから

## 第6章 新病院の整備方針

「小田原市立病院の今後のあり方について」の答申をもとに、我々が考える新病院の整備方針(案)を示す。

### 1 機能及び規模

#### (1) 診療機能

県西医療圏における基幹病院として、3次の救命救急センターを有し、地域周産期母子医療センターや地域がん診療連携拠点病院としての機能を有するため、入院診療を中心に急性期医療や高度医療を担う役割を果たすべきである。そのためには、複数の診療科、他職種による「チーム医療」を推し進め、更なる医療の質の向上を図るほか、地域医療機関との機能分担及び連携を推進する。また、5疾病5事業に係る医療体制の維持を行う。

#### (2) 医療政策に関わる5疾病5事業の提供

新病院の医療政策に関わる5疾病5事業の提供について、それぞれに担うべき機能は以下のとおりである。

##### 1) 5疾病への対応

###### がん医療

- ・手術、化学療法、放射線療法を中心とする医療の提供
- ・内視鏡検査による早期発見・早期治療の推進
- ・緩和ケア医療の充足

###### 急性心筋梗塞医療

- ・早期診断、早期治療の実施
- ・心臓カテーテル等による血管内診断及び治療の実施
- ・CCUによる集中治療、管理の実施

###### 脳卒中医療

- ・早期診断、早期治療の実施
- ・急性期リハビリテーションの実施
- ・SCUの設置

- ・血管内治療の実施

###### 糖尿病医療

- ・重症な糖尿病患者に対応チーム診療

###### 精神医療

- ・心疾患、脳血管疾患等、合併症を持つ精神疾患患者への対応

##### 2) 5事業への対応

###### 救急医療

- ・県西医療圏内唯一の救命救急センターとして、365日24時間断らない医療提供を目指す。

#### 小児医療

- ・小児夜間救急外来を行い、24時間対応による受入れ可能で集学的医療の提供

#### 周産期医療

- ・地域周産期母子医療センターとして24時間対応のため受入れ可能で集学的医療の提供

#### 災害時医療

- ・災害拠点病院として、災害時において、広域からの患者受け入れの実施

#### 在宅医療

- ・地域の医療機関と連携して在宅医療受診患者の容体急変時に対する入院加療の実施

### (3) 診療科構成

診療科構成については、「あり方報告書」を踏まえ、原則として現在の28診療科(院内標榜)を維持する。

今後、強化が求められる機能については継続的に検討し、臓器別の診療科構成や専門外来の新設も視野に入れて検討する。

### (4) 病床規模

病床数については、今後、県西医療圏の総人口は徐々に減少する推計値が示されているが、「受療率の高い高齢者人口の増加に伴い入院患者数は当面増加すること」、「小田原市唯一の自治体病院として救急医療、小児医療や周産期医療を担い、市民の安全・安心を守る責務があること」、「地域医療支援病院として、地域医療機関に対し、医療の質の向上に貢献していく必要があること」等を踏まえ、現在の417床を維持する。

### (5) 部門配置の考え方

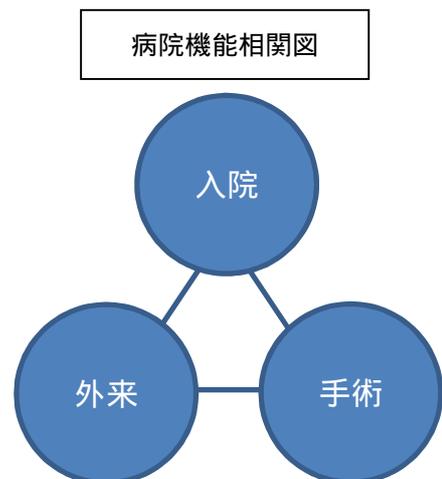
病院本来の機能である入院、外来、手術を中心にし、診療や検査などが速やかに行われるように、機能的な配置を行う。そのためには経営工学の専門家に意見を求め、経営上の観点からの導線も考慮した機能配置をする。

#### 1) 外来(医事・地域連携含む)

医事・地域医療連携部門は、患者窓口機能も有しているため、1階に配置する方向で検討する。

#### 2) 救急初療・外来・救命救急センター

救急車での患者搬送後、直ちに処置、検査が求められるケースが多いことから、救急車から直接搬送できるように1階に配置する方向で検討する。また、手術部門・集中治療部門との動線を考慮する。



### 3) 外来化学療法室

患者が社会生活を送りながら、治療を続けることができるように化学療法室の拡充を検討する。また、薬剤科と近接する1階に配置する方向で検討する。

### 4) 病棟部門

看護配置の効率性を考えて、1看護当たり40床から45床程度を基本に検討する。病室には収納スペースやプライベートエリアの確保、車椅子の収納、トイレ等も設置する。

### 5) 集中治療部門

術後に集中治療の必要な患者の移送リスクを排除し、迅速に入室できるように、手術部門や救命救急センターと同一フロアに配置する方向で検討する。

### 6) 周産期部門

機能上、手術部門・集中治療部門と隣接させる方向で検討する。

### 7) 手術部門

入院患者のプライバシー保護の観点から、病棟との間に外来フロアを挟むことを避けるため、病棟の直下階に配置する方向で検討する。

### 8) 放射線部門

緊急検査に必要な一般撮影装置、CT装置、血管造影装置は救急と外来の双方から動線が短くなるよう検討する。

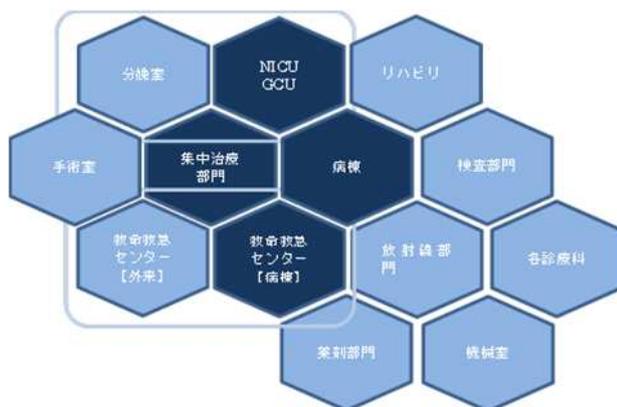
放射線治療、核医学については、壁を厚くするなどの対策が必要なため、1階に配置する方向で検討する。また、機器の入れ替えをスムーズに行えるよう考慮する。

### 9) 検査部門

患者動線を考慮すると、生理検査は外来から近い場所に配置方向で検討する。

検体検査は、生理検査と同じく臨床検査技師が活躍する場であり、人的配置面での効率化を考慮すると、生理検査と隣接させる方向で検討する。

病床配置イメージ図



入院



外来



手術

また、術中迅速病理診断に対応するため、手術室との動線（小型搬送機等による縦動線を含む）を確保する方向で検討する。

### 10) 薬剤部門

薬剤師の業務が病棟へとシフトしてきているが、院内処方に対応している外来患者も一部いるため、外来の近くに配置する方向で検討する。

### 11) 透析、リハビリ

患者動線を考慮すると、外来から近い場所に配置する方向で検討する。

### 12) 中央滅菌

既滅菌器材・未滅菌器材の搬送を考慮し、手術室とエレベータ等による縦動線で繋がるよう配置する方向で検討する。

### 13) 機械室

電気設備は浸水等による故障を避けるため、メンテナンスを考慮して別棟でエネルギー棟に設置する方向で検討する。

## (6) 事業継続のための施設

24時間365日体制で、病院の機能を稼働してくためには、勤務職員の働きやすい環境整備や非常時に人員を確保するための施設の設置が必要である。そのために、カンファレンスルームや更衣室、当直室の設置はもとより、シャワー室や休憩室なども整備する。また、将来の医療スタッフ確保のためにも、実習生のカンファレンスの場所を用意する。さらに、災害時に事業継続するためのスタッフ確保に向けて、隣接する場所に、職員住宅や保育室を整備する。

## (7) アメニティ施設の設置

病院を利用する患者やその家族等のために、コンビニエンスストアやカフェショップなどのアメニティ施設を設置する。その際には、行政財産の貸付などにより、入札で病院にとって良い条件の事業者を選定していく。

## 2 施設概要

### (1) 延床面積

延床面積については、1床当たり100㎡以上を目指し、検討する。

近年建替えられた同規模病院の1床当たり面積は80㎡超となっている状況や具体的に新病院で整備する医療機能等も踏まえながら、適正な延床面積について検討していくこととする。

### (2) 駐車場台数

1日平均入院(退院)患者数や外来患者数、職員数が現状程度を維持すると想定した場合、新病院で必要となる駐車場台数は、約560台(患者用、職員用、納入業者用の合計)と試算された(現病院では、380台分が整備されている)。平面駐車場を想定した場合、現病院敷地内で560台までの

整備は困難と考えられるため、立体駐車場の整備で確保するか、有料駐車場化することで、公共交通機関の利用者による必要も検討する。

但し、他病院では、敷地面積や投資可能な予算上の制約により、実際には試算された必要台数分に満たない駐車場を整備していることから、駐車場の整備台数については今後も検討する。

### (3) 建設地

新病院の建設地については、市立病院が55年近く現在地で診療を続けて市民に親しまれてきたこと、また、市内の市有地で広い面積を土地がないことなどを考えると、まずは現地建替えから検討をしていくこととなるが、これまで検討してきた市立病院の機能や駐車場の必要台数の確保、現地建替えに伴う建設期間の長期化と、段階的な建設計画に伴う診療制限による診療収益低下やスタッフの雇用問題等に鑑みると、現在地での建替えは厳しく、ある程度の規模を有する土地や高さ規制が緩和可能な場所で、救急車のアクセスやヘリコプターの離発着に障害がなく、入院している患者の療養環境が保たれるところがあれば、移転による新設が望ましい。

#### 1) 現病院敷地の条件について

現敷地の条件は以下のとおりである。

現敷地条件	
用途地域	第1種住居地域
高度地区	第2種高度地区(最高高さ15mまで)
防火地域	準防火地域
敷地面積	21,268.26 m <sup>2</sup>
基準建蔽率	60%
基準容積率	200%

#### 2) アプローチ計画上の条件について

現病院敷地においては、「小田原市地域公共交通総合連携計画」(小田原市生活交通ネットワーク協議会(平成25年3月))によると、「市立病院など利用者の多い医療機関について、将来的には玄関口で乗降できるよう検討を進める。」とされていることから、新病院の建設には路線バスの転回スペース(ロータリー)や進入・退出経路に配慮したアプローチ計画とする必要がある。

#### 3) 周辺環境への影響について

現病院敷地は、第2種高度地区(最高高さ15mまで)に指定されており、「小田原都市計画高度地区の運用基準」(以下「運用基準」という。)に基づき、見付面積や日影時間等の周辺環境に配慮した建物の配置及び形状とする必要がある。

なお、現病院は最高高さ28.8mとなっており、既に第2種高度地区の最高高さを超えている建物(既存不適格建築物)である。新病院への建替えを現敷地で検討する場合には、これらを踏まえた高度地区に関する取扱いについて緩和措置等も含めて、市都市計画課と協議を進めながら検討していく必要がある。

(参考) 高度地区に関する取扱いについて(「小田原都市計画高度地区の運用基準」抜粋)

a 既存不適格建築物の高さの緩和

既存不適格建築物(高さの基本最高限度を超えるもの)の建替え、増築、改築及び移転で、周辺の市街地環境の維持に支障ないものとして市長があらかじめ建築審査会の意見を聞いた上で認められたものについては、基本最高限度を当該建物の高さの範囲で緩和する。

b 周辺の市街地環境の維持に支障ないものの定義

建替え又は基本最高限度を超える増築若しくは改築(以下「建替え等」という。)については、既存不適格建築物に係る制限が次のアからウまでの制限ごとに、それぞれ定める要件を全て満たしていること。

ア 高度地区の表に掲げる第2種高度地区の制限

(ア) 建替え等の後の建築物の敷地の面積は、既存不適格建築物のものを下回らないこと。  
ただし、公共施設の整備等により変更が生じた場合は、この限りではない。

(イ) 建替え等の後の建築物の絶対高さ制限を超える部分の見付面積の合計が、原則として従前の既存不適格建築物のものを超えないなど、周辺市街地への圧迫感や不調和等を増大させないこと。

(ウ) 建替え等の後の建築物の日影時間が、従前の不適格建築物のものを超えないなど、周辺市街地の住環境を悪化させないこと。

(エ) 建替え等の後の建築物の敷地は、その面積の3パーセント以上が緑化されること。  
既存不適格建築物(高さの基本最高限度を超えるもの)の建替え、増築、改築及び移転で、周辺の市街地環境の維持に支障ないものとして市長があらかじめ建築審査会の意見を聞いた上で認められたものについては、基本最高限度を当該建物の高さの範囲で緩和する。

### 3 提言

#### (1) 主旨

これまでの内容を踏まえて、現病院施設では、県西地域の基幹病院としての様々な機能病院の機能を維持していくことは、施設面のみならずスタッフの確保の観点からも限界を迎えている。そこで、今後の医療環境のあり方研究会としては、移転による早急な建替えを提言する。また、そのために必要な機能を設置することができる規模の適切な建設用地の確保を要望する。

#### (2) 理由

まず、現病院施設は、昭和59年度に完成し、構造体としては、新耐震基準となっている。しかし、建替えの必要性の中でも述べたが、施設の狭隘化はもっとも顕著であり、当時15診療科であったものが、現在は25診療科（院内標榜を含むと28診療科）にまで増加し、スタッフの増とともに必要スペースの確保が困難である。また、高度化する医療に対応するための医療機器の導入等において、施設自体の狭隘化が顕著になってきていて、診療にも影響を与えている。

次に、業務継続の観点から見た施設の状況において、電気設備や空調、給排水管などの人で譬えると循環器に当たる部分が、現在の建物を建設した当時のもので、耐用年数を大幅に超えてしまっている。しかし、それぞれ1系統しかない中では、24時間365日間、稼働をし続ける小田原市立病院では、これらを遮断して交換することは不可能である。

また、国家機関の建築物等とされている「官庁施設の総合耐震計画基準及び同解説」によると、構造体の耐震安全性について、病院施設のうち災害時に拠点として機能すべき施設は施設機能の確保を求める水準として新耐震基準の1.5倍の耐震安全性を確保することを目標とするとされている。

医療施設は、災害時の救護活動の拠点となる重要な施設として、大地震動後もその業務を継続することが求められていることから、大地震動等の不測の事態に対する施設の信頼性を向上させ、大地震動後の施設機能の確保を図るため、一般施設より構造体の耐震安全性を一定程度割増しすることの検討も必要であると考えられる。

そして、災害拠点病院として、構造体だけではなく、病院機能の維持に必要な高度な医療機器等の重要機器を含む建物内の設備や備品類を大地震動から守るため、免震構造の病院が求められてきている。

さらに、これまで変化する医療ニーズに対応するため、度重なる改築によって、機能を付加してきたため、病院内の動線や病室の構造が高度急性期医療を提供するためには無駄が多く、経営効率の面から考えても、必要な収入が得られず、むしろ余分な支出を伴っている状況である。また、近年の医療施設において、国からも求められ、重要視されている感染対策や医療安全を確保するための施設としても厳しい環境となっており、そのためのランニングコストが増加している状況である。

こうしたことから、建替えを検討するにあたっては、現地再建又は移転新設となるが、3次救命救急センターを有し、地域の中核的な役割を担っている病院であるため、業務を中断することなく、建替えを進めていかななくてはならない。この場合には、現地再建とすると、現地のスペースでは、そのために必要な建設用地を確保することが困難で、建設期間中の駐車場も余裕がないことから、診療制限をしながらの建替えにならざるを得ない。そのため、騒音により入院を控える患者も多く

なるほか、建設期間も伸びて、大幅な収入減や支出増が見込まれるだけでなく、制限時に余剰となるスタッフの処遇をどうするのか、制限された用地で、動線を考慮し十分な機能を確保した病院を建設できるのかも課題となる。

こうしたことから、適切な建設用地を確保することができるのであれば、移転新設が最も理想的な建替えの方法であると考えます。

### (3) 資金確保に向けた経営改善の取組み

ただし、建替えを検討していく中では、今後の病院収支の状況を考えなければならない。病院事業への一般会計からの負担額が10億円を超えている中でも、平成26年度は経常損失となり、平成27年度も経常損失を計上する可能性が高い。こうした中で、平成29年度の消費増税や、今後の診療報酬改定の方向性、オリンピックをはじめ、建設ラッシュに伴う建設コスト高などの外的な影響を考慮すると、このままの経営状態で建替えを行うと、200億近くの起債の多額の償還金の支払いや、減価償却費増に伴う費用増などで、新病院開院後から経営難に陥る可能性が高いと考えられる。そのため、病院の建替えに向けては、小田原市立病院の経営改善を強力に進め、医業収支の黒字化を目指すとともに、保有現金の増や起債償還額の減少に努めることが急務であると感じている。今回、医療職の立場からの提言をするにあたっては、単に建替えの必要性を提言するだけでなく、小田原市立病院に携わる当事者として、今後の医療環境のあり方研究会のメンバーを中心に、引き続き検討を進め経営改善に取り組んでいきたいと考えている。

具体的には、平成26年度から始まった部門ミーティングを軸に、更なる経営意識を向上させるとともに、職員の考えを広く吸い上げ病院運営に反映させる「職員提案制度の導入」、改善の効果を病院内に広げるとともに改善に携わった職員を称え改善を推進する組織風土を目指す「実績褒賞制度の導入」を行っていく。また、総務省が平成28年度中の施行を求めている新公立病院改革プランの策定にあたっては、事務職員だけではなく、今回のメンバーとの協働による策定作業など、実(じつ)を伴う改革活動に取り組む予定である。

また、医業収益増はもちろんのこと、県内8市公立病院(平塚市民病院、茅ヶ崎市立病院、藤沢市民病院、横須賀市立市民病院、横須賀市立うわまち病院、三浦市立病院、厚木市立病院、大和市立病院)では既に導入済みの駐車場の有料化など、医業外の収益確保にも積極的に取り組みたい。

なお、この改革には、医師職の皆さんにも積極的に協力していただくなど、病院職員が一丸となって進める必要があり、そのためには病院長の強いリーダーシップが不可欠であることを付記するものである。