

小田原市新病院建設基本計画

令和 2 年 12 月

目次

はじめに	1
第1章 全体計画	2
1. 理念・基本方針	2
2. 新病院の使命	2
3. 新病院の目指す姿	3
4. 新病院の役割・機能	4
5. 新病院の基本的事項	8
第2章 部門計画	11
1. (仮称)地域連携・患者支援センター	11
2. 外来部門	12
3. 救急部門(救命救急センター)	13
4. 病棟部門	14
5. 手術部門	16
6. 中央材料部門	17
7. 臨床工学部門	17
8. 放射線部門(画像診断/放射線治療)	17
9. 臨床検査部門(検体検査/生理検査/内視鏡検査)	18
10. 病理診断部門	19
11. 人工透析部門	19
12. 化学療法部門	20
13. リハビリテーション部門	20
14. 薬剤部門	21
15. 栄養部門	21
16. 医療情報管理部門	22
17. 事務管理部門(経営/総務/用度・施設管理/医事)	22
18. 医療安全管理部門	23
19. 感染対策部門	23
第3章 医療機器整備計画	24
第4章 医療情報システム整備計画	28
第5章 物流管理システム計画	30
第6章 業務委託計画	32
第7章 建設計画	33
第8章 整備手法(発注方式)	46
第9章 事業スケジュール	49
第10章 事業収支計画	50
用語の説明	54
資料 小田原市立病院を取り巻く状況	60

はじめに

小田原市立病院（以下「市立病院」という。）は、昭和 33 年に現在地に開設し、昭和 59 年全面改築して以来、小田原市をはじめ 2 市 8 町からなる県西二次保健医療圏^{※1}の基幹病院として地域の医療を守る役割を担ってきました。

しかしながら、改築後 35 年以上が経過し、電気設備や給排水設備など、設備面での老朽化が顕著になるとともに、病室の一床当たりの面積が医療法施行規則の基準を下回っていることなどから、早急な対応が求められています。

こうした状況を踏まえて、再整備を進めるため、平成 30 年に「小田原市立病院再整備基本構想策定検討委員会」を設置し、同医療圏の基幹病院として果たすべき役割や機能、整備の方向性等の基本的な方針を「小田原市立病院再整備基本構想」としてまとめました。

その後、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の感染拡大等社会情勢の変化をきっかけに、外部有識者のご協力をいただき、市立病院の同医療圏における役割や機能について検証しました。

本基本計画は、構想や検証をもとに、新病院の機能・諸室の設定、運用と建設条件を整理し、具体的な設計の指針とするために策定したものです。記載されている内容は現時点で整理したものであり、新病院に必要となる施設・設備等については、今後の医療技術の進歩や医療ニーズの変化等を踏まえ、開院までより具体的な検討を重ねていきます。

そして、新病院に向けての体制づくりと人材育成の準備に本格的に取り組んでまいります。

第1章 全体計画

1. 理念・基本方針

(1) 理念

患者の権利を尊重した患者中心の医療に努めるとともに、地域基幹病院としての機能を発揮し、地域住民から信頼され愛される病院を目指します。

(2) 基本方針

- ① 病院職員としての倫理を遵守し、患者の生命を尊重した安全で安心のできる医療を展開します。
- ② 医療水準の向上に努め、質の高い効率的な医療を提供します。
- ③ 情報の提供に努め、開かれた病院にします。
- ④ 地域の医療機関と連携、協力して地域医療の発展に貢献します。
- ⑤ 病院の健全な経営に努め、良質な医療を継続的に提供します。

2. 新病院の使命

- 地域医療支援病院^{※2}として、地域の医療機関と連携・協力をし、地域の医療ニーズに対応していきます。
- 三次救急^{※3}医療を主体とする高度急性期・急性期^{※4}医療を提供します。
- 総合的な診療機能を有する地域の基幹病院として、市民の安心の確保に努めます。

3. 新病院の目指す姿

(1) 患者に信頼される病院

- ・患者の権利を尊重した、安全で安心できる総合的な医療を提供します。
- ・患者プライバシーへの配慮、療養環境の改善に努め、**患者中心の医療を展開**します。
- ・救急、小児、周産期^{※5}といった公立病院に期待される医療を提供します。
- ・災害時に**災害拠点病院^{※7}**としての機能を発揮することができるよう整備します。

(2) 急性期^{※4}医療を担う病院

- ・引き続き、**高度急性期・急性期医療**を中心として、地域の医療を守り続けます。
- ・高度医療の提供による**重症患者への対応強化**に努めます。
- ・高度な専門知識のある医師、看護師を中心とした多職種による**チーム医療^{※8}**を推進し、重症患者への**医療の質の向上**に努めます。
- ・環境・空間・設備が治療に繋がることを意識して計画された病院とします。

(3) 地域医療連携の強化

- ・県西二次保健医療圏^{※1}での**完結型医療の実現と機能分化**に対応するため、国・県の取組へ協力します。
- ・新病院の使命である**地域医療支援病院^{※2}**として、地域の医療機関の役割分担を尊重し、**地域医療の確保**を支援します。
- ・地域内で解決が求められる課題に対し、市立病院として何ができるかを考慮した上で、**地域の各機関との連携**を図りながら対応していきます。

(4) 働く魅力のある病院

- ・医師や看護師等の医療従事者の確保・定着のため、**魅力ある勤務環境づくり**を進めます。
- ・医療安全の確保や質の高い医療の提供につながる**働き方改革**を進めます。
- ・教育・研修機能を充実して、**医療人材の育成**に努めます。

(5) 経営の健全化

- ・市立病院は、三次救急^{※3}、小児、周産期といった、他病院での代替が困難な医療を提供することから、これらの機能を安定して提供し続けるため、引き続き公設で運営するものとします。
- ・これまでに引き続き、県西二次保健医療圏において高度急性期・急性期医療を守り続けて行くため、「小田原市立病院経営改革プラン^{※9}」に基づく取組を進め、**持続可能な病院経営**に努めます。
- ・医療を必要とする患者に対し十分な医療を提供できる環境を確保するとともに、特別な療養環境の提供^{※6}やがん検診による保険外収益の確保等による**経営の健全化**を進めます。

4. 新病院の役割・機能

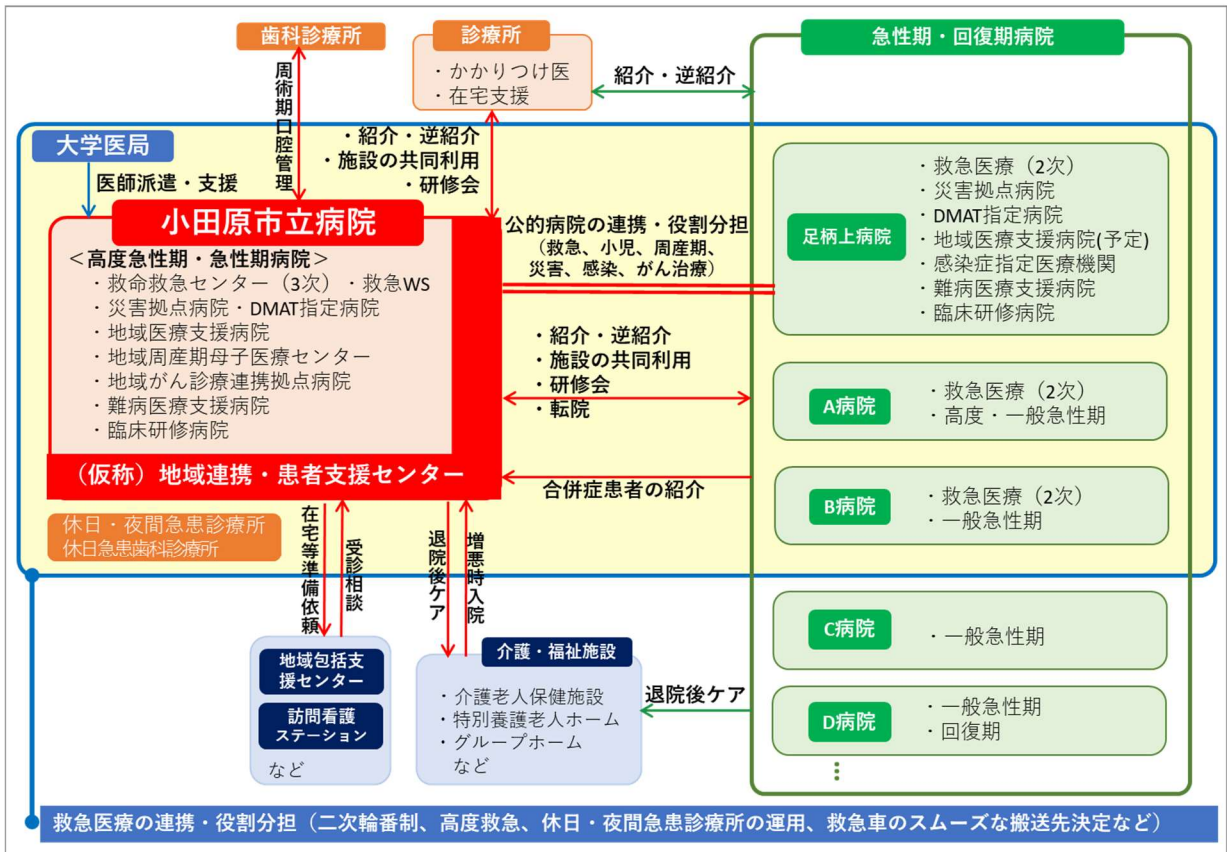
○新病院においては、県西二次保健医療圏^{※1}における公立病院及び基幹病院としての役割を果たせるよう、引き続き現在の役割の維持とそれぞれの機能を充実させていくほか、新たに新感染症などの医療ニーズの変化にも適切に対応していきます。

○医療法に基づく5疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神）5事業（救急、小児、周産期、災害時医療（へき地医療を除く））^{※10}及び在宅医療への対応を図ります。

（1）地域医療支援病院^{※2}

- ・医療連携、入退院支援、在宅療養支援、医療相談等を担う地域医療連携部門等の充実を図り、患者支援を強化するため、地域連携の拠点となる（仮称）地域連携・患者支援センターを設置します。
- ・本院が治療すべき患者に対し、適切な医療を提供できるよう、地域の医療機関との間で紹介及び逆紹介^{※13}の円滑な対応に努めます。
- ・地域医療連携の推進のため、顔の見える関係づくりに努めるとともに、病病連携^{※11}・病診連携^{※12}・医科歯科連携の推進や、地域連携クリティカルパス^{※14}の活用を進めます。
- ・地域の住民が住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるよう、地域包括支援センター、訪問看護ステーション、介護施設等との連携を行い、地域包括ケアシステム^{※15}の構築に努めます。
- ・糖尿病、精神、在宅の各医療については、地域の医療機関と密接に連携し、適切な医療を提供します。
- ・医療機器や病院施設の共同利用の実施のため、地域の医療機関の医師が利用しやすい施設とします。
- ・地域の医療従事者等との研修の機会を充実させるため、研修センター機能を有し、多様な研修会の開催等に努めます。また、おだわら総合医療福祉会館の利用等の連携を図ります。

地域医療連携のイメージ



(2) 救命救急センター（三次救急^{※3}医療機関）

- ・ 県西二次保健医療圏^{※1}唯一の救命救急センターとして、24時間365日受入可能な環境整備を行い、安定的で質の高い救急医療の提供に努めます。
- ・ 急性心筋梗塞や狭心症等の急性冠症候群、脳梗塞や脳出血、くも膜下出血等の脳卒中疾患に対して、救急との連携により24時間体制で早期の診断及び治療を実施します。
- ・ 県西二次保健医療圏において、メディカルコントロール^{※17}の中心的な立場であり、救急隊員の育成・教育・指導を行い、プレホスピタル・ケア^{※18}の質の向上を目指します。
- ・ 救急ワークステーション^{※16}を設置し、救急の処置が必要な場合に、市立病院医師が救急車に同乗して出動する体制を整備します。
- ・ 災害時も含め、重症患者の受入れのため、ヘリポートを設置します。
- ・ 効率的な救急搬送対応について、市消防本部と検討し、搬送時間の短縮に努めます。

(3) 地域がん診療連携拠点病院^{※19}

- ・手術・化学療法・放射線療法等を円滑に実施し、地域の中心となって質の高いがん治療を提供します。
- ・内視鏡検査、超音波検査、CT、MRI、PET/CT^{※20}、SPECT/CT^{※21}等を活用することで早期発見・早期治療を推進します。
- ・がん患者の自己完結率の向上と日常生活やライフスタイルを考慮し、外来通院による化学療法の強化を行っていくため、外来化学療法室^{※22}を拡充します。
- ・放射線療法は、県西二次保健医療圏^{※1}唯一の放射線治療装置設置施設として、引き続き対応します。
- ・年々増加しているがん患者の緩和ケア^{※22}ニーズに柔軟に対応するため、院内・院外の様々な部署や機関との連携体制を構築し、緩和ケア医療の充実に努めます。

(4) 小児医療

- ・県西二次保健医療圏における小児医療の基幹病院として、通常の外来診療だけではなく、地域の医師会との連携の下、小児夜間救急外来も行うことで、24時間体制で新生児や小児救急に対応し、安心して子育てできる環境づくりに貢献します。
- ・NICU^{※24}を備え、産婦人科と共に治療が必要な新生児や未熟児への医療提供体制を維持します。

(5) 地域周産期母子医療センター^{※25}

- ・県西二次保健医療圏唯一の地域周産期母子医療センターとして、自然分娩からハイリスクの分娩まで24時間対応できる体制を維持します。
- ・県西二次保健医療圏では産科医療機関の数が少ないことから、地域の医療ニーズを踏まえた周産期^{※5}医療の提供に努めます。

(6) 災害拠点病院^{※7}

- ・災害発生時に速やかに診療機能の復帰・維持をし、入院患者の安全の確保に努めるとともに、傷病者等の受け入れができる体制を整備します。
- ・他地域における災害発生時に、DMAT^{※26}の派遣や広域からの傷病者等の受け入れなどの医療協力体制を確保します。
- ・災害に対する訓練を、病院全体で日頃から実施し、災害時に円滑で効率的な医療が展開できるよう努めます。
- ・大規模災害時におけるライフラインの途絶や河川氾濫等も想定した上で、医療機能が継続できる構造と設備を備えた施設とします。
- ・緊急性の高い重篤患者や大規模災害時等の患者等の受け入れや搬送に対応できるよう、ヘリポートを設置します。
- ・河川氾濫や土砂崩れ等の災害により、主要幹線道路が分断した場合を想定した救急搬送対応について、市消防本部や他の災害拠点病院等と検討し、患者の受け入れに努めます。
- ・大規模災害時等の仮設病棟の設置余地を確保します。

5. 新病院の基本的事項

(1) 診療科構成

- ・三次救急^{※3}医療機関として、併存症^{※29}や合併症のある重症患者の診療を行うため、現在の診療科のほか、基本構想で検討するとした口腔外科や乳腺外科などの専門外来は、医療ニーズや医療資源の状況等に応じて対応します。
- ・関連する診療科が連携し、専門的な医療チームを形成するセンター化を進めます。

(参考) 令和2年9月1日現在 26診療科

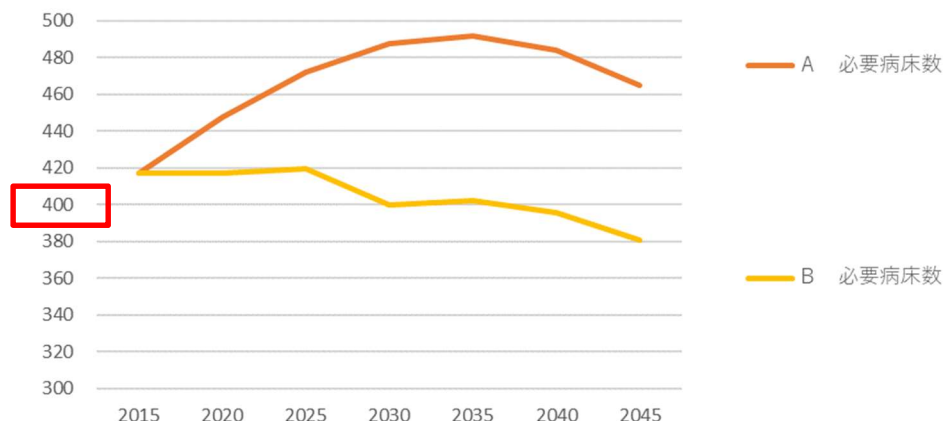
内科、糖尿病内分泌内科、精神科、神経内科、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、腎臓内科、小児科、外科、整形外科、形成外科、脳神経外科、呼吸器外科、消化器外科、心臓血管外科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科、救急科、病理診断科

(2) 病床数

- ・神奈川県地域医療構想における県西二次保健医療圏^{※1}の医療需要は、比較的長期にわたり現状以上の需要となる見込みですが、病床過剰地域のため増床が認められない地域です。
- ・現在、病床利用率^{※28}は約86%（令和元年度）を超え、新たな入院患者の受入に支障をきたしているため、新病院では適切な病床構成やベッドコントロール^{※31}による病床利用率の向上を図りますが、それでも400床程度が必要となります。

年		2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045
	2015年度 入院患者延べ数	12,874						
A 2市8町人口 現状投影	将来推計患者数比率（2市8町） 2015年=100	100.0%	107.3%	113.0%	116.9%	117.9%	116.0%	111.5%
	病床利用率 2015年実績78.6%ベース	78.6%	78.6%	78.6%	78.6%	78.6%	78.6%	78.6%
	平均在院日数 ^{※30} 2015年9.3日ベース	9.30	9.30	9.30	9.30	9.30	9.30	9.30
	A 必要病床数	417	448	472	488	492	484	465
B 2市8町人口 病床利用率・ 在院日数改善	病床利用率 2015年78.6%として、年0.7%改善	78.6%	82.1%	85.6%	92.8%	93.0%	93.0%	93.0%
	新病院開院時2026年に90%まで向上し、93%上限まで改善							
	平均在院日数 2015年実績9.3日から年0.3日削減9.0日下限	9.30	9.05	9.00	9.00	9.00	9.00	9.00
	B 必要病床数	417	417	419	400	402	396	380

必要病床数推計



(参考) 一般病棟の病床利用率^{※28}の向上

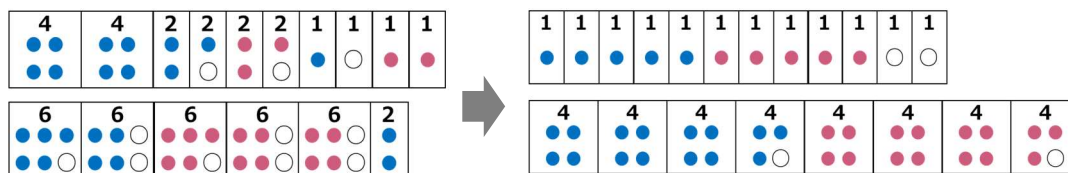
現状は6床室が多く、満床入院が難しいほか、男女比対応が難しい状況です。男女比調整や緊急入院に対応しやすい病室構成として4床室と個室の構成とし、個室率を30%程度とした場合、病床利用率は90%程度に向上します。

【現状】 52床/病棟 個室率7.6%

【整備後(案)】 44床/病棟 個室率27.2%

下図の状況で、利用率78.8%

下図状況で、利用率90.9%



数字:病室病床数 ●:男性入院患者 ●:女性入院患者 ○:空き病床

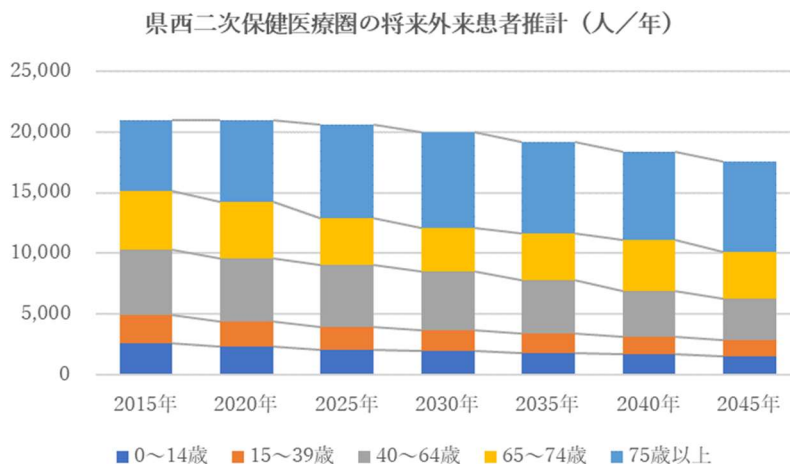
- ・地域において不足している重症病床は、ICU^{※32}を増床し、救急病床と合わせて50床程度とします。

(参考) 令和2年9月1日現在 417床

救命 救急C	ICU	HCU	NICU	小児 入院	個室	2人 部屋	3人 部屋	4人 部屋	5人 部屋	6人 部屋	合計
20床	4床	20床	6床	25床	39床	56床	15床	48床	10床	174床	417床
4.8%	1.0%	4.8%	1.4%	6.0%	9.4%	13.4%	3.6%	11.5%	2.4%	41.7%	100%

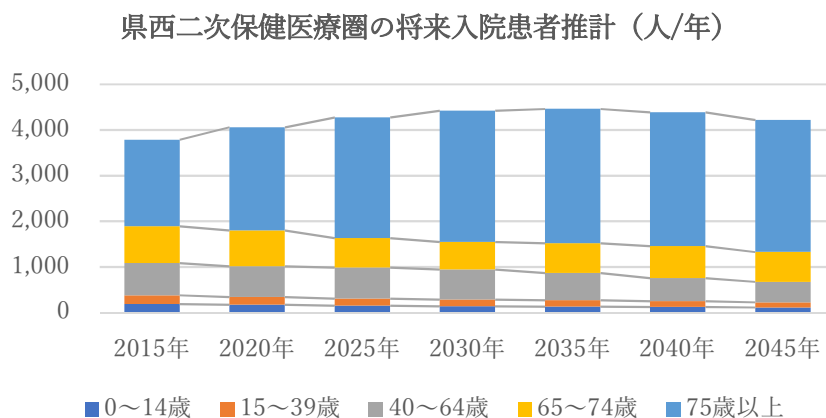
(3) 外来患者

- ・高度急性期・急性期^{※4} 医療を担う病院として必要な医療を提供するため、地域の医療機関との連携により、救急患者、紹介^{※13} 患者や専門外来患者を中心に診療します。



(4) 手術室数

- ・入院患者推計を踏まえ、現状の約 4,000 件に対して 1.2 倍の手術件数を想定した上で、緊急手術への迅速な対応や手術時間変更への対応も考慮し、現在の 8 室から 10 室程度に増やします。



第2章 部門計画

1. (仮称) 地域連携・患者支援センター

(1) 基本方針

- ・診療所や回復期、慢性期の医療を担う病院など地域の医療機関、介護関連施設、在宅療養支援施設等との連携体制を強化します。
- ・医療や福祉、介護等に関する様々な相談や支援に対応する部門を集約し、患者の支援体制を一元化することで、外来受診・入院から退院、転院後まで総合的にサポートします。また、当該関連手続きを支援する機能の付加についても研究します。
- ・地域住民の健康増進の貢献へつながるイベントやシステムを検討します。

(2) 運用・配置

- ・利用者のアクセスや医事部門との連携を考慮し、エントランスに近接して配置します。
- ・相談業務の際に患者プライバシーを確保するため、必要な個室やブース、カウンターを設置します。
- ・地域の医療従事者等に対する研修や講演会等を開催しやすい会議室や講堂を整備します。
- ・入院患者の適正な病床管理を実施するため、ベッドコントロール^{※31}機能を持たせます。
- ・県が推進する地域内の医療・介護情報を関係機関の間で電子的に共有・閲覧できる、地域医療介護連携ネットワーク構築への協力を視野に入れます。

2. 外来部門

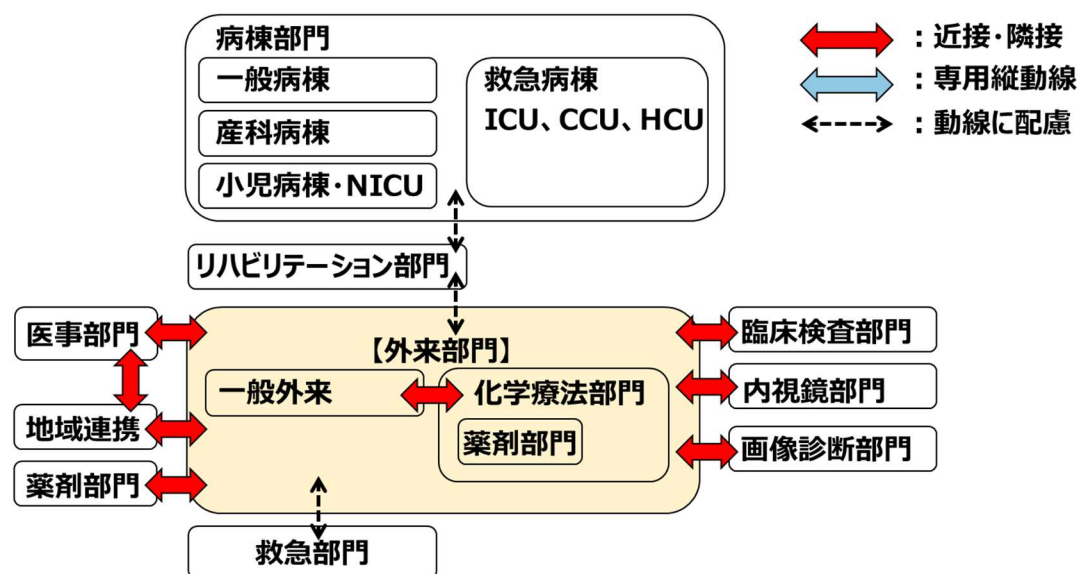
(1) 基本方針

- ・高度急性期^{※4}医療機関として、関連診療科や診療部門との近接配置等、スタッフの連携強化やチーム医療^{※8}を推進し、高度かつ専門性の高い医療を実施します。
- ・患者の待ち時間の短縮、移動負担を軽減する動線やわかりやすい表示、プライバシーやアメニティに配慮した施設として、患者の満足度の向上を目指します。
- ・診察室の配置は、時期・時間・曜日による各診療科の増減や看護師外来、検査説明等にも使えるフレキシブルな使用を可能とし、省スペース化を図ります。
- ・職員配置人数の最適化と業務の平準化を図ります。

(2) 運用・配置

- ・外来受付は、関連性の高い複数の診療科をブロック化します。
- ・外来診察室は、関連性の高い複数の診療科をブロック化します。また、診療科を固定しないフリーアドレス^{※33}にも対応できるよう標準化します。
- ・各ブロックには、患者エリアと分離したスタッフ専用動線を設けます。
- ・一般的な処置は、中央化を図ります。
- ・感染症患者への対応のため、隔離待合室・診察室を設置します。
- ・待ち時間の短縮やプライバシーに配慮した、わかりやすい診察案内表示システムを導入します。
- ・患者が待ち時間を有効活用できるよう、カフェ・コンビニエンスストア等の利便施設を近接配置します。
- ・臨床検査部門・画像診断部門など関連性の高い部門に近接して配置します。

<外来部門と関連部門の配置イメージ>



3. 救急部門（救命救急センター）

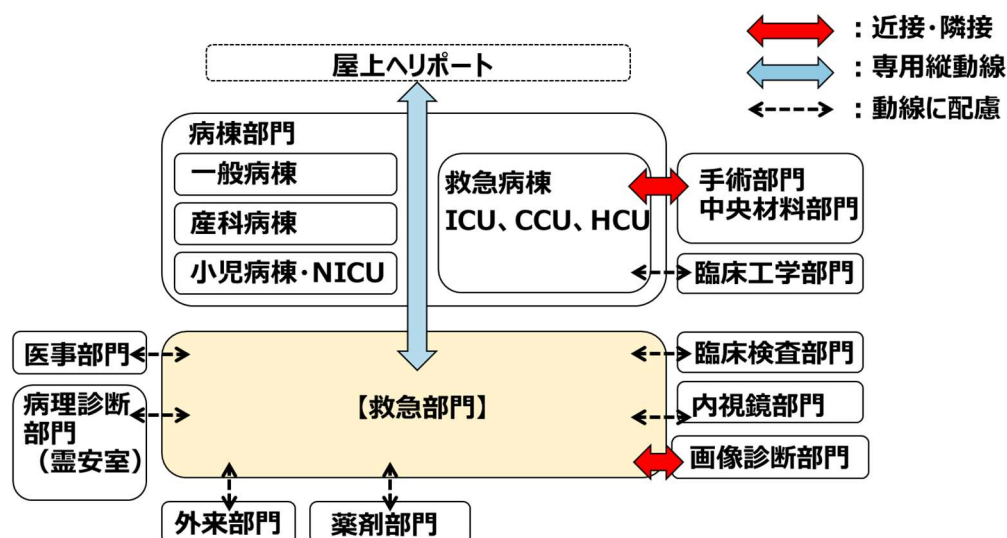
（1）基本方針

- ・県西二次保健医療圏^{※1}の救命救急センター(三次救急^{※3}医療機関)として、24時間365日救急患者の受入れに対応します。
- ・救急患者の円滑な受入れと十分な救命行為を行うための機能や設備、諸室を充足します。
- ・安全かつ迅速に救急患者が搬送できるようにします。

（2）運用・配置

- ・敷地外から救命救急センターへのアプローチは、一般車両の車路とは別に救急車専用の車路を設けます。また、ウォークイン患者出入口と区分した専用の出入口を設けます。
- ・迅速な画像診断を行うため、専用の一般撮影装置・CT装置を設置します。
- ・救急外来の産科患者対応のための内診台のある診察室、医師・臨床研修医・看護師・救急隊等をサポートするための諸室を整備します。
- ・感染症患者への対応のため、隔離待合室・診察室・トリアージ^{※34}スペースなどを設置します。また、初療室の1室は、直接外部又は風除室へアクセスできる陰圧個室とします。
- ・災害時の対応として、待合エリアや共用エリアに医療ガスアウトレットや非常用発電機電源を設置します。
- ・血管撮影装置^{※35}や画像診断部門に近接して配置します。
- ・救急病棟や屋上ヘリポートへの患者搬送動線は、スタッフ専用の廊下・エレベータを介して、安全かつ迅速に搬送できる動線を確保とします。なお、スタッフ専用エレベータの1台は、屋上ヘリポートへ直接アクセスできるようにします。
- ・院内各部門への患者搬送動線は、安全かつ迅速であるとともにプライバシーに配慮した動線を確保します。

<救急部門と関連部門の配置イメージ>



4. 病棟部門

(1) 基本方針

- ・高度急性期^{※4}医療機関として、質の高い機能を十分に発揮できる環境を整備します。
- ・入院患者や家族のプライバシーやアメニティに配慮することで、療養環境・治療効果の向上と患者満足度の向上を図ります。
- ・男女比調整や緊急入院などの新規入院患者を受け入れやすくするため、ベッドコントロール^{※31}が容易な病室構成やレイアウトの標準化を図り、病床利用率^{※28}の向上に繋がります。
- ・チーム医療^{※8}・臨床研修をサポートするスペースの充実を図ります。
- ・医療安全、感染症対策のほか、スタッフの働きやすさに配慮します。

(2) 運用・配置

① 共通事項

- ・一般病棟・小児病棟・産科・婦人科病棟の病室は、1床あたり8㎡以上の面積を確保します。また、4床室と個室を基本とした病床構成とし、個室率は30%を下限として大幅に高めます。
- ・患者の管理がしやすく、各病室へ短時間で移動できる位置にスタッフステーションを配置します。
- ・ユニバーサルデザイン^{※36}を採用し、転倒・転落に備えた床材、壁材等の採用や、病棟の窓からの転落防止にも配慮します。また、患者の安全・安心、感染防止につながるディテールとします。
- ・患者のプライバシーに配慮した病室、相談室、説明室、患者のアメニティに配慮した食堂、談話室などのスペースを確保します。
- ・有意義な看護を可能とするナースコールシステムを導入します。
- ・入院患者の安全を確保するため、各病棟の出入口部分にはセキュリティ設備を配置します。
- ・ベッドのすれ違いや給食配膳車、車椅子利用者に配慮した廊下幅とします。
- ・人工呼吸器等を付けたベッド搬送が可能な大型のエレベータを設置します。
- ・患者・一般来院者と職員・物流の動線分離や、薬剤等の供給部門からアクセスしやすい効率的な搬送動線を確保します。

② 救急病棟・集中治療病棟（ICU^{※32}、CCU^{※37}、HCU^{※38}）

- ・救急病棟、ICU、CCU、HCUは、1フロアに集約配置することで、効率的な医療提供の実現と、適切でスムーズな転棟を実現します。
- ・ICU、CCU、HCU等の集中治療室は、看護単位区分が明確となるように区画します。
- ・救急ICUは、一般ICUと区分します。
- ・ICU、CCU、救急病棟には、感染症患者への対応のため、個室を整備します。
- ・説明室、リネン庫、器材等スペースは共用化します。
- ・手術部門に隣接して配置します。

③ 一般病棟

- ・早期回復を促進するため、各病室でのベッドサイドリハビリテーションや、病棟内リハビリテーションの実施に配慮したスペースを確保します。

④ 小児病棟・NICU^{※24}

- ・NICUは、小児病棟に隣接して配置します。
- ・NICUには、家族を中心としたケア（ファミリーセンタードケア）を目的とした、家族が宿泊できる室を整備します。
- ・小児入院医療管理料の算定要件を満たすプレイルームを確保します。
- ・感染症患者への対応のため、個室を整備します。

⑤ 産科・婦人科病棟

- ・陣痛室・分娩室・回復室が一体となったLDR^{※39}室を設けます。
- ・分娩室は、プライバシーに配慮した個室とします。

5. 手術部門

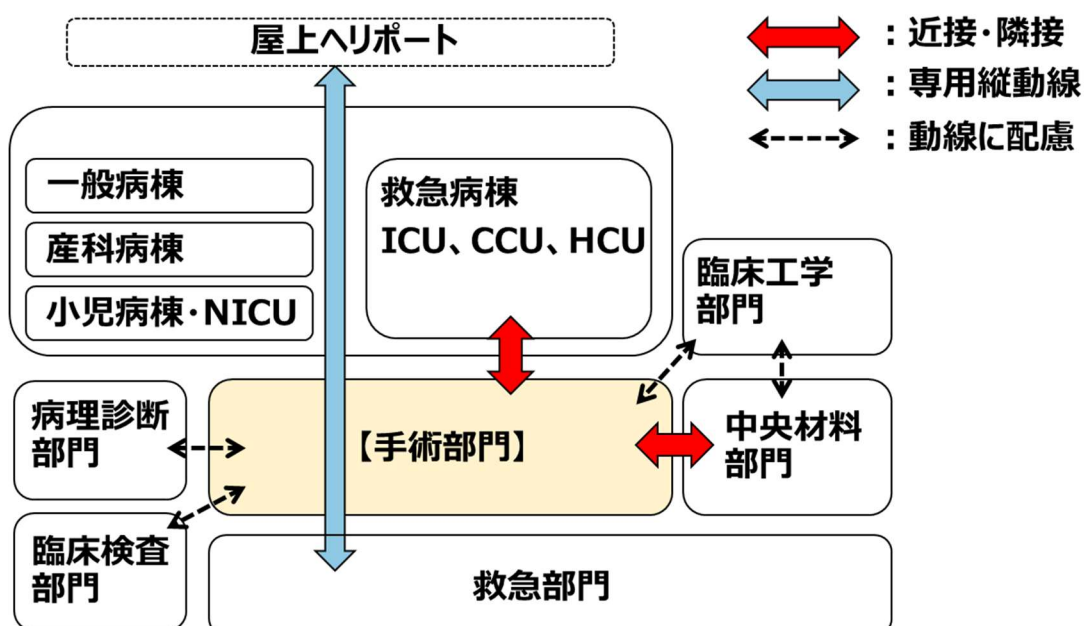
(1) 基本方針

- ・高度急性期^{※4} 医療機関として、専門性の高い手術を安全かつ効率的に実施できる施設と運用体制を整備します。
- ・救命救急センターを有する医療機関として、緊急手術に迅速に対応できる体制を整備します。
- ・ハイブリッド手術^{※40} やロボット手術^{※41} などの先進的な医療技術の導入可能な拡張性のある計画とします。
- ・手術エリアは、感染管理・清潔管理が徹底できる環境とします。
- ・患者・家族への十分な説明の実施と不安を和らげる環境とします。

(2) 運用・配置

- ・診療科ごとに固定せず、手術時間に依りて割り当てる運用が可能となるようフリーアドレス^{※33} 化を基本とします。
- ・感染症対策のため、陰陽圧の切り替えが可能な手術室を整備します。
- ・中央ホール型の手術エリア構成を基本とし、患者動線・器材動線を十分に確保します。
- ・器材スペース、器材庫、展開室等の必要諸室を十分に確保します。
- ・十分なスタッフ体制をサポートする控室等を確保します。
- ・プライバシーに配慮した説明室や家族待合室を確保します。
- ・中央材料部門に隣接して配置し、清潔・不潔ワンウェイの専用動線を確保します。
- ・救急病棟に近接して配置します。
- ・病棟への患者搬送動線は、安全かつ効率性に配慮した動線を確保します。

<手術部門と関連部門の配置イメージ>



6. 中央材料部門

(1) 基本方針

- ・院内全ての滅菌業務を中央化し、滅菌物の一元管理と保管の効率化と適正化を図ります。
- ・清潔、不潔エリアの明確な区分と運用により、感染管理・清潔管理が徹底できる環境とします。

(2) 運用・配置

- ・滅菌物の一次洗浄・消毒・組立・滅菌・払出しの一連の作業を安全かつ円滑に行うため、ワンウェイの動線を可能とするエリア構成とします。
- ・在庫管理の徹底と一元化を図るため、病棟への供給は定数カート交換方式の採用を検討します。
- ・手術部門、臨床検査部門等からの滅菌物搬送に迅速に対応するため、気送管設備^{※42}による運用を図ります。
- ・手術部門に隣接して配置し、清潔・不潔ワンウェイの専用動線を確保します。

7. 臨床工学部門

(1) 基本方針

- ・高度急性期^{※4}医療機関として、医療機器全般の稼働準備や点検操作等、安全かつ質の高い技術提供を行います。
- ・医療機器の保守・管理を円滑に行える環境を確保します。
- ・職員に対して、医療機器の操作や安全管理の教育及び医療安全情報等の提供を行います。

(2) 運用・配置

- ・一般病棟の医療機器の管理と保守点検を行う ME 室^{※43}を整備します。
- ・各部門への迅速な対応を行うため、搬送用エレベータにアクセスしやすい配置とします。

8. 放射線部門（画像診断／放射線治療）

(1) 基本方針

- ・一般撮影、X線透視撮影、CT検査、MRI検査、血管造影検査、マンモグラフィ検査、骨密度検査等を実施します。
- ・地域がん診療連携拠点病院^{※19}として、PET/CT^{※20}、SPECT/CT^{※21}による核医学検査を実施するとともに、リニアック^{※44}装置による高度な放射線治療を実施します。
- ・高度医療に対応できる医療機器の導入や更新等を行います。
- ・救命救急センターへの迅速な診断画像の提供を図ります。
- ・安全かつ安心して撮影や検査を受けられる体制を整備します。

(2) 運用・配置

- ・業務の効率化を図るため、集約して配置します。
- ・診察室、更衣室、説明室等の諸室は、患者のプライバシーに配慮します。
- ・血管撮影装置^{※35}や画像診断部門は、救命救急センターに近接して配置します。
- ・外来部門、手術部門、救急部門、病棟部門からアクセスしやすい動線を確保します。

9. 臨床検査部門（検体検査／生理検査／内視鏡検査）

(1) 基本方針

- ・高度急性期^{※4}医療機関として、質の高い診療情報を提供する臨床検査の実施を図ります。
- ・迅速で精度の高い検査結果を提供するための検査機器を導入します。
- ・検査機器の自動化、システム化による効率化を図ります。
- ・患者のプライバシーに配慮し、感染リスクの軽減に努め、安全かつ安心して検査が受けられる環境を整備します。

(2) 業務概要

- ・検体検査室は、血液検査、生化学検査、免疫血清学的検査、一般検査、細菌・微生物検査、輸血検査、遺伝子・染色体検査を実施します。
- ・生理検査室は、心電図検査、呼吸機能検査、脳波検査、血圧脈波検査、重心動揺検査、超音波検査、聴力検査、内視鏡検査を実施します。

(3) 運用・配置

- ・内視鏡を利用した造影検査等の実施のため、内視鏡検査室に隣接してX線TV室を整備します。
- ・採血室には、十分な待合スペースを確保します。
- ・輸血に関わる保管・管理・全自動検査等の一元管理を行い、24時間体制で緊急時にも対応できるよう整備します。
- ・救急部門等からの検体の緊急検査に迅速に対応するため、気送管設備^{※42}による運用を図ります。
- ・検体検査室、生理検査室、内視鏡検査室は、外来部門及び病棟部門に近接して配置します。

10. 病理診断部門

(1) 基本方針

- ・高い診断体制のもと、迅速で正確な組織診断、細胞診断を実施します。(他施設からの持ち込みを含む)
- ・ホルマリン・キシレン等の有機溶剤管理・排気に配慮し、健康障害防止対策を図ります。

(2) 運用・配置

- ・病理検査室は、手術室、内視鏡検査と連携が取りやすい配置と搬送動線を確保します。
- ・術中の迅速診断に対応しやすい搬送設備を整備します。
- ・剖検室は、病棟及び霊安室からの動線に配慮します。

11. 人工透析部門

(1) 基本方針

- ・入院患者を中心とした人工透析を行います。
- ・合併症患者及び合併症予防に対する各診療科との連携を強化します。

(2) 運用・配置

- ・透析ベッドは、現状（13床）と同等数を配置します。
- ・術後及び重症患者の対応が可能なスペースを確保します。
- ・患者のプライバシーに配慮し、安心して受診できる環境を整備します。
- ・感染症患者への対応のため、個室を整備します。
- ・重症病床の透析設備を充実します。

1 2. 化学療法部門

(1) 基本方針

- ・地域がん診療連携拠点病院^{※19}として、質の高いがん治療を提供するため、化学療法部門の充実を図ります。
- ・外来通院による化学療法を実施し、患者のQOL^{※45}の向上に努めます。
- ・患者のアメニティ、プライバシーに配慮した安全かつ快適な環境を提供します。

(2) 運用・配置

- ・化学療法用のベッドは、現状の9床から16床程度に増やします。
- ・適切な広さの待合スペースを確保します。
- ・患者の急変時の対応に配慮した配置と環境を整備します。
- ・患者数の増加に備え、抗がん剤調製室の近接配置を検討します。

1 3. リハビリテーション部門

(1) 基本方針

- ・理学療法 (PT) ・作業療法 (OT) ・言語聴覚療法 (ST) を実施する体制を整備し、脳血管障害・頭部外傷・呼吸器疾患・内科疾患・外科周術期^{※46}患者などの早期回復をめざした早期リハビリテーションを実施します。

(2) 運用・配置

- ・心大血管疾患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 I、集団コミュニケーション療法料の施設基準を満たす施設とします。
- ・病棟内には、各病室でのベッドサイドリハビリテーションや、病棟内リハビリテーションの実施に配慮したスペースを確保します。
- ・屋外での歩行訓練などが実施できる施設とします。
- ・病棟との患者搬送に配慮した位置に配置します。

14. 薬剤部門

(1) 基本方針

- ・質の高い医療を支え、チーム医療^{※8}の中で充実した臨床薬剤業務の実施と、患者の満足度を高める薬剤情報提供を実施します。
- ・通院患者からの薬に関する相談窓口の充実やかかりつけ医との連携強化により、安全で適切な処方の実施と服薬指導を強化します。
- ・全入院患者を対象とした薬剤管理指導を行います。
- ・患者への処方、服薬指導、情報提供等、部門の必要性に応じて薬剤師を配置する体制構築・運用を図ります。
- ・薬の待ち時間の短縮や薬剤師業務範囲の軽減のため、敷地内薬局用地の貸し付けも視野に入れます。

(2) 運用・配置

- ・安全な薬品保管・管理を実現するため、原則、薬剤科内で薬品の一元管理を行います。
- ・患者の利便性へ配慮した受渡し窓口を配置します。なお、救命救急センターに隣接されない場合は、処方を行う窓口を救命救急センターに隣接して設けます。
- ・調剤機器などの大型化に対する適正なスペースを確保します。
- ・病棟部門や外来化学療法室^{※22}などの薬物療法を行う部門には、薬剤師を配置します。
- ・外部からの効率的な薬剤搬送動線を確保します。
- ・病棟部門への円滑な搬送動線の確保と臨時・緊急時は気送管搬送設備による運用を図ります。
- ・医薬品情報管理室は、院内のスタッフがアクセスしやすい位置に配置します。
- ・治験管理室は、外来エリアに配置します。

15. 栄養部門

(1) 基本方針

- ・適切な衛生環境を整え、患者への安全、安心な食事サービスの充実を図ります。
- ・栄養バランスのとれたおいしい食事を提供します。
- ・業務の効率化と安全性の確保を両立します。
- ・入院患者・外来患者に対するきめ細やかな栄養指導を強化します。
- ・栄養サポートチーム（NST）による適切な栄養指導により早期退院・転院を支援します。

(2) 運用・配置

- ・HACCP^{※47}の概念に基づいた大量調理施設衛生管理マニュアルを遵守した厨房とします。
- ・厨房内の安全な動線を確保します。
- ・調理方式は、ニュークックチル^{※48}を導入します。
- ・調乳室の病棟部門への配置を検討します。
- ・病棟への給食搬送動線や食材・食品ゴミの搬送動線に配慮します。

16. 医療情報管理部門

(1) 基本方針

- ・電子カルテシステムや各部門システム等の医療情報システムの運用・管理を行い、業務の効率性の向上を図ります。
- ・診療記録を統括管理し、医療の質や安全性の確保に努めます。
- ・蓄積された診療情報から必要時に適切な情報を提供し、業務の効率化を図ります。

(2) 運用・配置

- ・医療情報システムの構築及び管理運営に関する業務を行います。(導入・メンテナンス・ヘルプデスク業務等)
- ・診療記録の質的・量的管理を行います。
- ・診療情報データの二次利用に関するデータ作成業務を行います。
- ・患者の会計業務が円滑に実施できるよう、医事部門に隣接して配置します。なお、セキュリティを担保するため、患者が利用するエリアとは区分された位置に配置します。

17. 事務管理部門（経営／総務／用度・施設管理／医事）

(1) 基本方針

- ・質の高い医療の提供を支援するため、安定した病院運営及び健全な経営の実現を図ります。
- ・経費の効率的執行、材料費の適正執行に留意し経営の健全化に努めます。
- ・診療報酬の請求チェック体制を強化し、制度の向上を図ります。
- ・病院運営に精通した専門スタッフの育成を強化します。

(2) 運用・配置

- ・経営部門、総務部門は、病院長室や医局に近接した位置に配置します。
- ・医事部門は、(仮称) 地域連携・患者支援センターと連携を取りやすい位置に配置します。

18. 医療安全管理部門

(1) 基本方針

- ・安全管理委員会、医療安全管理室を中心に、病院全体の医療安全に取り組みます。
- ・医療事故の発生の予防と安全・安心な医療の提供のため、医療安全に関する情報を収集し、全職員に周知します。
- ・医療事故が発生した場合は、患者や家族への対応を行うとともに、速やかに内容を検証し対策立案を行います。

(2) 運用・配置

- ・医療安全管理室は、管理部門のエリアに配置します。

19. 感染対策部門

(1) 基本方針

- ・感染対策委員会、感染対策チーム（ICT^{※49}）を中心に、病院全体の感染対策と指導に取り組みます。
- ・引き続き感染防止対策加算1、感染防止対策地域連携加算を取得し、地域医療機関と連携を行います。

(2) 運用・配置

- ・感染対策室は、管理部門のエリアに配置します。

第3章 医療機器整備計画

1. 整備方針

- ・ 県西二次保健医療圏^{※1}における基幹病院として、質の高い医療提供体制を充実するために必要な医療機器を整備します。
- ・ 現有の医療機器は、耐用年数・使用状況・劣化度を総合的に評価し、使用可能な機器は極力移設し有効利用します。
- ・ 医療機器の稼働率を高め、有効利用を図るために、部門間での共同利用が可能な機器は共用化を検討します。
- ・ 医療機器の導入にあたっては、病院経営への影響を軽減するとともに、医療機器の同時期の陳腐化を防ぐために、調達時期をずらし更新時期の平準化を図ります。

2. 現在の主な医療機器

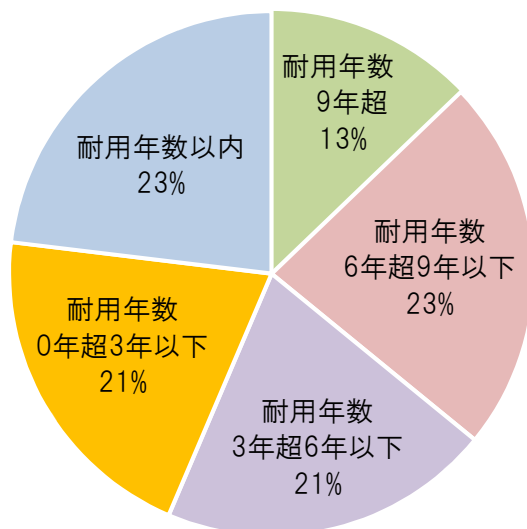
- ・ 新病院では、現在の機能を継続しつつ、求められる機能を強化するために、現在導入している医療機器は、原則として新病院でも整備します。
- ・ 導入する医療機器の種類は、今後の医療情勢の変化や医療技術の動向、医師の充足状況などに対応し、柔軟に検討を行います。

< 現有している主な医療機器（取得価格 1,500 万円以上） >

部門	機器名称	経過年数
放射線部門	一般 X 線撮影装置	1
	X 線テレビ撮影装置	16
	泌尿器用 X 線テレビセット	18
	全身撮影用 X 線断層撮影装置 (CT)	3
	全身用 X 線コンピューター断層撮影装置 (CT)	12
	多目的 X 線血管撮影装置 ^{※35} (アンギオ)	16
	循環器用 X 線透視診断装置 (アンギオ)	7
	磁気共鳴断層撮影装置 (1.5 テスラ MRI)	15
	磁気共鳴断層撮影装置 (3 テスラ MRI)	7
	電気生理学用心臓カテーテルモニタリング装置	10
	陽電子断層撮影装置 (PET/CT ^{※20})	15
	単光子断層撮影装置 (SPECT/CT ^{※21})	13
	放射線治療装置 (リニアック ^{※44})	19
	放射線診断情報管理システム	2
	医用画像管理システム	9
手術部門	手術用顕微鏡	7
	脳外科用手術顕微鏡	16
	耳鼻科用手術顕微鏡	14
	眼科用天井懸架顕微鏡	16
	脳神経内視鏡システム	9
	腹腔鏡手術用装置	15
	超音波診断装置	9
	人工心肺装置	9
	小血管画像データ処理システム	9
	手術室映像配信システム	9
	手術室管理システム及び放射線診療情報管理システム	2
	薬剤部門	全自動錠剤分包機及び調剤支援システム
薬袋・薬情印刷システム		12
注射薬自動払出システム		7
その他	外科用 X 線撮影装置	2
	光干渉断層撮影システム	4
	心臓カテーテル検査装置	8
	心臓超音波診断装置	15
	内視鏡検査システム	8
	過炭化水素プラズマ滅菌器	18
	生体情報モニタリングシステム	11
	三次元画像解析システム	6
	ナビゲーションシステム	4
	生化学免疫自動分析装置	4

- ・主な医療機器の耐用年数の経過年数の割合は次のとおりとなり、耐用年数以内の医療機器の割合は約4分の1、耐用年数を6年以上経過した機器が約3分の1となっています。

<医療機器の耐用年数の経過年数>



3. 強化する医療機器

- ・技術革新や医療情勢の変化に対応するため、次の医療機器の導入を想定します。
- ・ハイブリッド手術^{※40}システムや手術支援ロボット等の医療機器の導入を検討します。

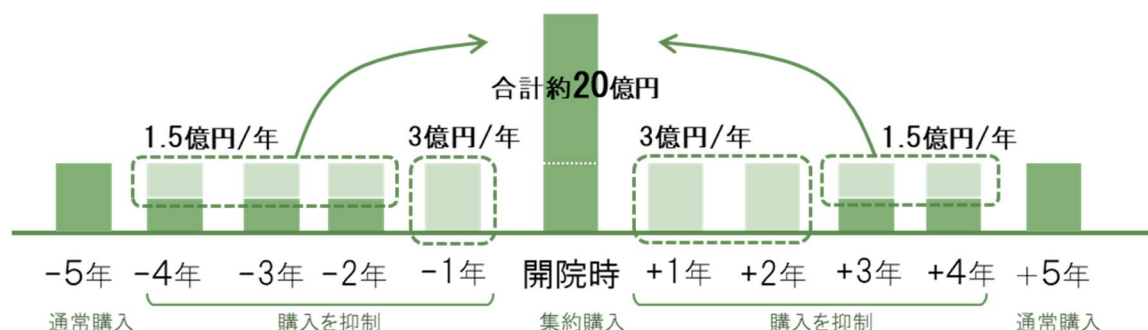
強化・充実する機能	機器整備の方向性
救命救急センター	・専用のCT装置と一般撮影装置の整備
心臓血管疾患、脳卒中の診断・治療	・血管撮影装置 ^{※35} の増設

4. 購入時期・購入費

- ・医療機器の購入時期は、新病院の設計・工事工程及び移設計画や現有の医療機器の劣化度を考慮し計画します。

購入時期	対象機器
新病院 開院前	新病院開院前に購入可能な機器 ・移設費用の負担が少ない機器
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・建設工事に影響する機器) ・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 ・医療機能の拡張により購入が必要となる機器
新病院 開院後	新病院開院後でも購入可能な機器 ・診療上、開院後でも問題ない機器

- ・現病院の年間の医療機器購入費は平均3億円程度となっており、新病院開院の前後4年分の機器の購入を開院時に集約することで、開院時に約20億円分の医療機器の更新が可能となります。



- ・耐用年数を9年以上経過している機器が、現保有機器の15%程度あることから、それらの更新に8億円程度必要と考えます。
- ・これらのことから、家具、備品、ネットワーク関係等を含めた医療機器購入費は40億円程度となる見込みですが、ランニングコストもしっかりと考慮して計画します。

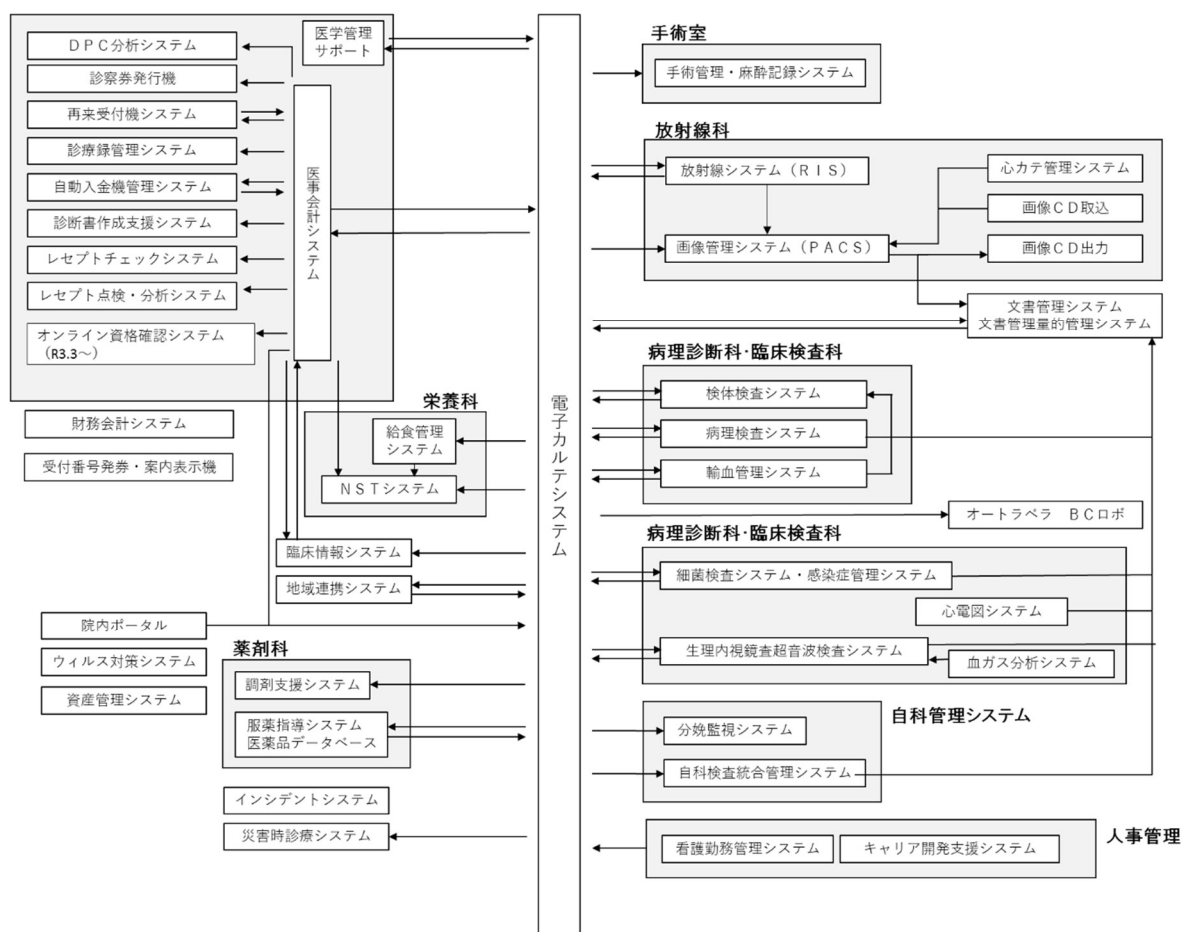
第4章 医療情報システム整備計画

1. 基本方針

- ・新病院の整備に伴い、患者サービスの向上や業務の効率化を図るために、導入する医療情報システムの拡充やデジタル化の推進を図ります。
- ・将来の医療情報環境の変化を見据えたシステム構築及び施設計画とします。

2. 現状の医療情報システム

- ・現在導入している医療情報システムは次のとおりです。



- ・基幹システムとなる電子カルテシステムは、新病院への移転後も直ちに円滑な医療を提供できるように配慮します。

3. 新たに導入を検討する医療情報システム

- ・「診察案内表示システム」「ナースコールシステム」は、導入を前提とした建築計画を検討します。
- ・県が推進する「地域医療介護連携ネットワークシステム^{※50}」は、県や地域の医療機関・福祉施設の動向により対応します。

部門	名称	概要
外来	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、プライバシーを保護しつつ、呼び間違いをなくすとともに、待ち時間の短縮、有効活用が可能となるシステム
病棟	ナースコールシステム	ナースの呼び出し機能だけでなく、電子カルテと連携し、ベッドのセンサーシステム（心拍・呼吸数、温度、湿度、体重、離床管理）までを連携できるシステム。この機能により、患者状態の異常通知を集中監視できるようになり、ハンディ端末との連携で、有意義な看護が可能となる。
地域連携	地域医療介護連携ネットワークシステム	地域内の医療・介護情報を関係機関の間で電子的に共有・閲覧できる。

第5章 物流管理システム計画

1. 基本方針

- ・各部門の業務において、物品の効率的な管理、搬送が実現できるよう、搬入、納品、払出し等の動線、保管スペース、関連部門の配置等を考慮し、施設管理と運用の両面における最適な体制を構築します。
- ・人による搬送業務の集約化と機械による搬送設備の有効活用により、院内での搬送業務の効率化を図ります。
- ・物品・材料等の在庫管理の徹底と職員コスト意識の醸成を図ります。

2. 運用

- ・業務の効率化と管理の一元化を実現するため、SPD^{※51}部門の中央化を図ります。
- ・滅菌器材の一元管理やコンテナ化等による効率的な手術支援体制を検討します。
- ・職員・搬送用エレベータは、患者用エレベータと区分し、物流動線と患者動線が重ならないようにします。また、搬送用エレベータの専用使用時間帯や優先度を検討します。
- ・人による搬送業務の分担の適正化を図るとともに、気送管設備^{※42}や小荷物昇降機を適切に配置します。

<搬送業務の分担イメージ>

搬送物		定時搬送 ※1	臨時搬送 ※2	緊急搬送 ※3
診療材料	現状	SPD	病棟クラーク・看護師・看護助手	看護師・用度部門
	計画	SPD	SPD	看護助手等
事務用品・雑貨 (用度部門)	現状	クラーク・看護師・看護助手	クラーク・看護師・看護助手	用度部門
	計画	SPD	SPD	看護助手等
薬剤	現状	準備はSPD OP室はSPD 病棟はボックスコンベア	薬剤師・看護師	薬剤師・看護師
	計画	SPD	気送管	気送管
麻薬	現状	—	—	薬剤師・看護師
	計画	—	—	薬剤師・看護師
輸血	現状	—	—	看護師・臨床検査科当直
	計画	—	—	看護師・臨床検査科当直
中材滅菌物	現状	中材委託業者 セット業務は看護師	中材委託業者 セット業務は看護師	看護師・用度部門
	計画	SPD	気送管	気送管
ME 機器	現状	出張透析は臨床工学技士 病棟は看護師 ポータブルレントゲンは 診療放射線技師	—	出張透析は臨床工学技士 病棟は看護師 ポータブルレントゲンは 診療放射線技師
	計画	臨床工学技士	—	看護助手等
検体	現状	看護師・看護助手	看護師・看護助手	臨床検査技師・看護師
	計画	SPD	気送管	気送管
病理検体	現状	—	—	看護師・小荷物昇降機
	計画	—	—	看護師又は病理診断科
食事	現状	配膳：給食委託業者・看護助手 下膳：看護助手	—	—
	計画	給食委託業者	—	—
リネン	現状	洗濯：納品場所までリネン委託業者 カーテン：中央監視部門	洗濯：納品場所までリネン委託業者 カーテン：中央監視部門	—
	計画	リネン委託業者	看護助手等	—
医ガス ボンベ	現状	防災センター委託業者	防災センター委託業者	防災センター委託業者
	計画	SPD	看護助手等	看護助手等
廃棄物 ゴミ	現状	清掃委託業者	—	—
	計画	清掃委託業者	—	—

※1 定時搬送：定められた時間帯に、一定量をまとめて搬送することをいう。

※2 臨時搬送：緊急度は低く、おおよその時間帯に到着すればよい搬送をいう。

※3 緊急搬送：緊急度は高く、直ちに到着しなければならない搬送をいう。

第6章 業務委託計画

1. 基本方針

- ・高度化、多様化する医療ニーズに応えるため、病院外部から専門的な知識・技術を導入します。
- ・業務委託により、業務効率の向上と患者サービスの向上、費用の適正化を図り、経営の健全化に寄与します。

2. 対象業務・運用

- ・現状の委託状況を踏まえて、関連業務の包括委託契約等を含め、更に検討を進めます。
- ・電気や熱源等のエネルギーの供給及び設備の保守管理等を一括して委託する「ESP（エネルギーサービスプロバイダー）」等の導入については、設計段階において検討します。

<現状の主な委託状況>

部門等	業務名	業務概要
施設系	電話交換	外線受信、発信時等の電話交換業務等の委託
	施設警備	車両の入出庫監視、患者等の病院の出入りの確認や巡回警備等を委託
	施設保守・管理	電気設備、空調設備、給排水設備、防災設備、医療ガス供給設備、昇降機設備、ナースコール設備等の運転操作、日常点検、定期点検等を委託
	院内清掃	院内全般の清掃を委託
	寝具類洗濯	入院患者が使用した寝具類や職員のユニフォームの洗濯等を委託
	廃棄物等処理業務	医療廃棄物、廃プラスチック類、一般ごみ等処理を委託
医事系	医事関係	外来受付、入退院受付、診療報酬請求及び収納、医事会計、休日・夜間受付、予約センター等の医事業務を委託
	電子カルテシステム運用・保守管理	電子カルテシステムを含む情報システムの運用、メンテナンス、操作補助を委託
診療系	診療材料	診療材料の発注、在庫管理、各部署への搬送等を委託
	医薬品	医薬品の発注、在庫管理、各部署への搬送等を委託
	滅菌	手術室、外来、病棟等で使用された医療用器具等の滅菌を委託
	検体検査	院内でできない検体検査等を外部検査センターへ委託
	調理	患者給食の献立作成、調理、食器洗浄等を委託
その他	院内保育所	院内保育所の運営

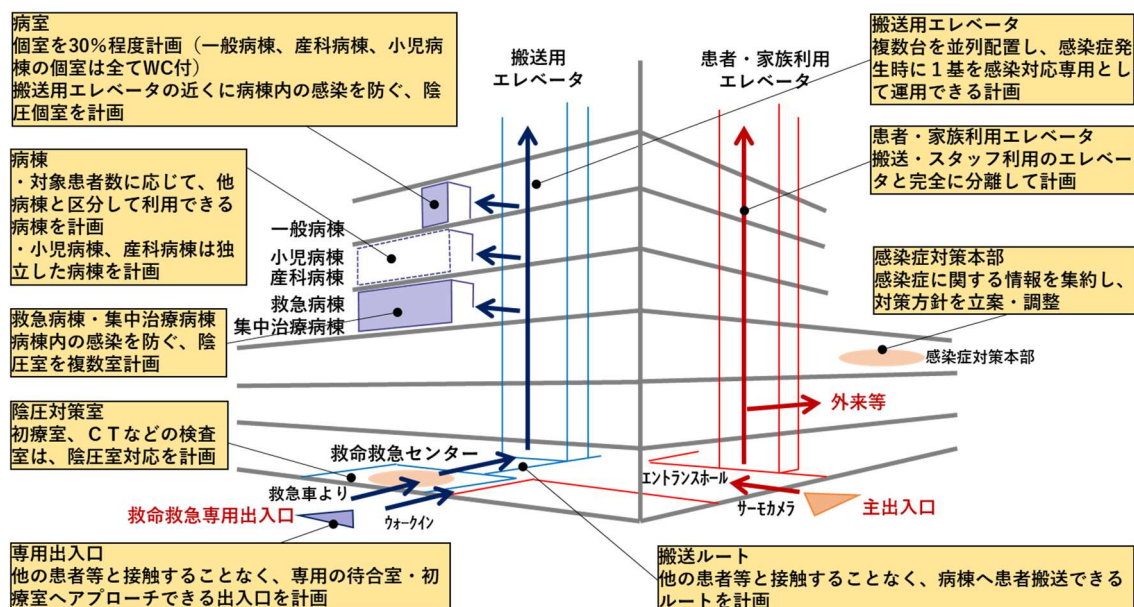
第7章 建設計画

1. 新病院の整備方針

(1) 患者中心の施設整備

- ・総合案内、総合受付、外来受付は、初めての来院でも患者に分かりやすいよう、業務内容を明確化します。
- ・ユニバーサルデザイン^{※36}の採用や分かりやすい配置、スムーズな動線の確保により、様々な利用者に対応できる施設とします。
- ・高齢者や障害者等、多様な利用者の視点に立ち、バリアフリーの施設とします。
- ・明るく落ち着いたデザインを採用し、療養環境の向上に資する施設とします。
- ・患者が待ち時間を有効活用できるよう、カフェ・コンビニエンスストア等の便利施設を外来部門に近接配置します。
- ・医療安全や感染管理、プライバシーの保護に配慮した安心・安全な医療環境を備える施設とします。なお、入院患者と家族が感染症のリスクを負わずに顔が見える環境を整備します。

<感染対策施設計画のイメージ>



(2) 地域の医療を守る施設整備

- ・当院に求められる役割や機能が十分に発揮できる施設とします。
- ・地域の医療機関や福祉施設等との連携を促進する施設とします。
- ・医療制度の改革や医療技術の進歩、医療ニーズの変化に対応できる施設とします。
- ・ICT^{※49}/IOT^{※52} や AI^{※53} 等の将来の技術革新や働き方の変化に柔軟に対応できる施設とします。

(3) 職員が育つ・働きやすい施設整備

- ・機能的な施設配置と効率的な業務動線を確保します。
- ・職員のスキル向上のための教育訓練や部門間・他職種間のコミュニケーションと情報共有を推進する施設とします。
- ・カンファレンス^{※54}室は、部門ごとの配置を基本としますが、スペース有効利用のための共用化にも取り組みます。
- ・会議室、更衣室は、必要数を院内に集約配置します。
- ・アメニティ機能が充実した施設とします。
- ・子育て中の職員が安心して勤務できるよう、24時間体制の院内保育所を維持します。
- ・セキュリティ対策の充実を図り、安全・安心して働ける施設とします。

(4) 災害に強い施設整備（災害拠点病院^{※7}）

- ・大規模災害時におけるライフラインの途絶や河川氾濫等も想定したうえで、医療機能が継続できる構造、電気設備や給排水衛生設備等を備えた施設とします。
- ・緊急性の高い重症患者や大規模災害時における患者等の受入及び搬送に対応できるよう、ヘリポートを設置します。
- ・災害時を想定した備蓄スペース・DMAT^{※26}の活動拠点スペース、トリアージ^{※34}スペースや処置スペース、医療ガス設備などを適切に配置した施設とします。

(5) 経済性を考慮した施設整備

- ・関連する機能のブロック化・共用化・集約化により、スペース効率と効率的な人員配置が可能となる施設とします。
- ・省エネルギー設備・機器類の採用や運用により地球環境に配慮した施設とします。
- ・長寿命化を図る構造・建材や施設・設備のメンテナンス性を考慮し、ライフサイクルコスト^{※55}が低減する施設とします。
- ・費用対効果を踏まえ、保有している医療機器の新病院への移設を検討します。
- ・官民連携事業手法（PPP）^{※56}を活用した駐車場の整備・運営など、最も有用な事業手法を検討します。

2. 敷地及び建築条件等

(1) 建設地

- ・新病院の位置は、患者の利便性や医療従事者の確保のため公共交通を利用してアクセスしやすい場所であること、救命救急センター機能を発揮するため救急車による患者搬送が迅速に行える場所であること、災害拠点病院^{※7}機能を発揮するためヘリポートの設置要件に適合した場所である必要がありますが、現地は、患者や医療従事者の良好なアクセス性、救急車搬送の迅速性、ヘリポート設置要件への適合性など、建設地に求められる位置的要件が整っています。
- ・現地は、看護師宿舎（50戸）・院内保育所など既存施設の利用も可能であり、経済性・早期建設の実現性のメリットがあります。
- ・建設地について外部有識者からは、「患者や医療従事者のアクセス、救急車の搬送時間、他の病院との診療圏への配慮のため、河川氾濫リスクを考慮しても現地が最適ではないか」「近隣の工場跡地では、アクセス等の問題、大きな都市計画を練らないと厳しいので現地建替えて仕方がないのではないか」等の評価をいただきました。
- ・また、新病院に求められる役割・機能についても、外部有識者や小田原市立病院運営審議会の意見を踏まえて整理し、当該役割・機能を備えた規模の病院（ベースプラン）が、市立病院の敷地内に建設できることを確認しました。
- ・以上のことから、建設地は現地とします。また、次の視点に留意し建設計画を整理します。

< 現地建替えにおける計画の視点 >

- ・現在の病院機能を維持しながら建設するプロセスとする。
- ・河川氾濫リスクを考慮する。
- ・救急搬送に対して迅速性を保つ。
- ・道路の付替え・拡幅や敷地内の適正な空間配置による良好なまちづくりに貢献する。
- ・工事中の交通環境や騒音等に配慮した計画とする。

< 建設地の位置図 >

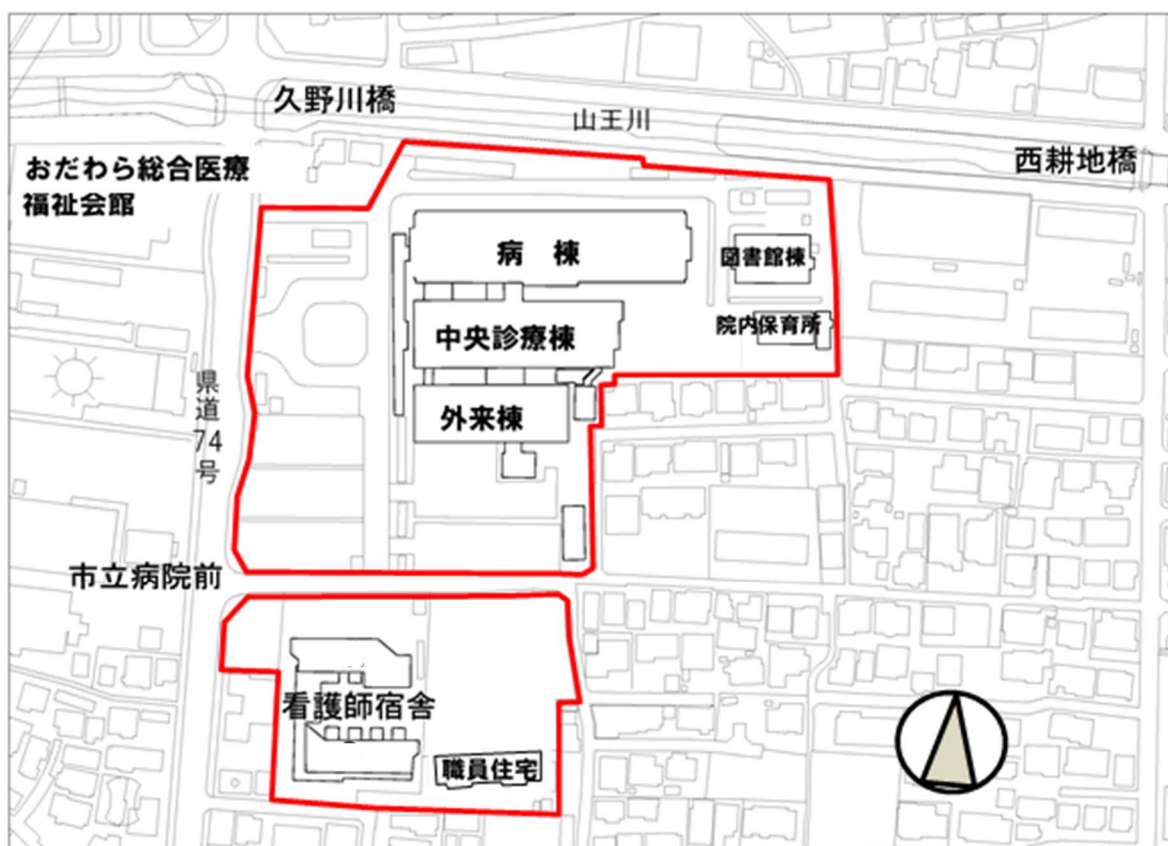


小田原市久野46番地外

(2) 敷地の概要

所在地	小田原市久野 46 番地外
敷地面積	28,780.40 m ² (北側: 21469.69 m ² 南側: 7310.71 m ²)
用途地域	第一種住居地域 (建ぺい率 60%、容積率 200%)
防火地域	準防火地域
高度地区	第 2 種高度地区
日影規制	3 時間、5 時間 測定面 4m
道路斜線制限	1 : 1.25
隣地斜線制限	20m+1 : 1.25
前面道路	県道 74 号 (幅員 15m) 他
景観計画	該当 (市全域)
開発許可	区画形質の変更に該当

<敷地概要図>



3. 建築計画

(1) 建築規模

病床規模	400 床程度
延床面積	約 40,000 m ² (病院本体)
付帯施設	ヘリポート、駐車場、院内保育所 (既設)、医療ガスボンベ庫

(2) 駐車場規模

- ・外来駐車場の必要台数は、令和元年度に実施した駐車場利用状況調査において、ピーク時には外来駐車場台数 272 台に対して 30 台程度の入庫待ち車両が発生していたことや、将来の外来患者数の動向を考慮して、300 台程度を想定していますが、令和 2 年 4 月の利用状況調査では、外来駐車場の有料化による不正駐車車両の排除等により、ピーク時の利用台数は 200 台程度に減少しているため、設計段階において精査し必要台数を確保します。
- ・職員駐車台数は、令和 2 年度に県営住宅用地を借り上げ、計 126 台分を確保していますが、現在の利用台数を考慮し、新病院では 110 台程度を想定します。
- ・業者駐車台数は、現在の利用台数が 10 台程度のため、新病院でも 10 台程度を想定します。

	外来駐車台数	職員駐車場台数	業者駐車場台数
令和元年度	272 台	96 台	10 台
計画	200 台～300 台程度	110 台程度	10 台程度

(3) 施設配置計画（実際の配置は設計段階で決定します）

① 道路配置計画

- ・発生交通量が多い施設の一般車両の出入口は、幹線道路の円滑な交通流の確保や安全上の観点から、幹線道路から直接の場合は左折イン・左折アウトが原則となりますが、利用者の利便性の確保の観点から、接続道路を配置して当該道路に一般車両の出入口を設けます。
- ・幹線道路と右折交通量の多い接続道路との交差点は、信号交差点とし、ピーク時の右折車両台数が滞留可能な長さの右折レーンを設置します。
- ・信号交差点の間隔は、円滑な交通流を阻害しないよう、150m以上離すこととなります。
- ・右折レーンを設置する場合、生活道路から右折レーンを跨ぐ右折ができなくなることや横断歩道の位置に配慮します。
- ・信号交差点（横断歩道を含む）の位置は、民地駐車場の出入口を避ける必要があります。
- ・接続道路を新たに整備する場合は、道路構造令に適した幅員や線形とします。
- ・建設敷地は、十分な医療機能を提供するため、最大限確保します。
- ・以上の観点から接続道路を配置する計画とします。

② 施設配置計画

- ・新病院の本体施設は、既存病院の機能を維持しながら工区分けせず完成する計画を目指します。
- ・敷地への主なアプローチは、自家用車は南側の接続道路から、救急車は県道側からとし、車両動線を分離する計画とします。
- ・駐車場は、既存病院施設の解体後に、平面及び立体駐車場を配置する計画とします。（必要駐車台数により変更する場合があります。）
- ・ロータリーは、来院車両が利用しやすく、障がい者等の乗降機能を備えた構造とし、エントランス前に配置する計画とします。
- ・院内保育所は、存置利用する計画とします。
- ・敷地周囲は、緑地・空地等を配置する計画とします。
- ・敷地内薬局の出店余地を考慮した配置計画とします。
- ・ヘリポートは、新病院の屋上に設置する計画とします。

<施設配置イメージ図>



※この図はイメージであり、実際の配置は設計段階で決定します。

(4) 階層構成 (実際の階層構成は、設計段階で決定します)

- ・ 関連部門を近接・隣接し、患者動線と職員動線を区分する断面構成とします。
- ・ 地階は原則設けず、1階フロアレベルが浸水しない計画とします。

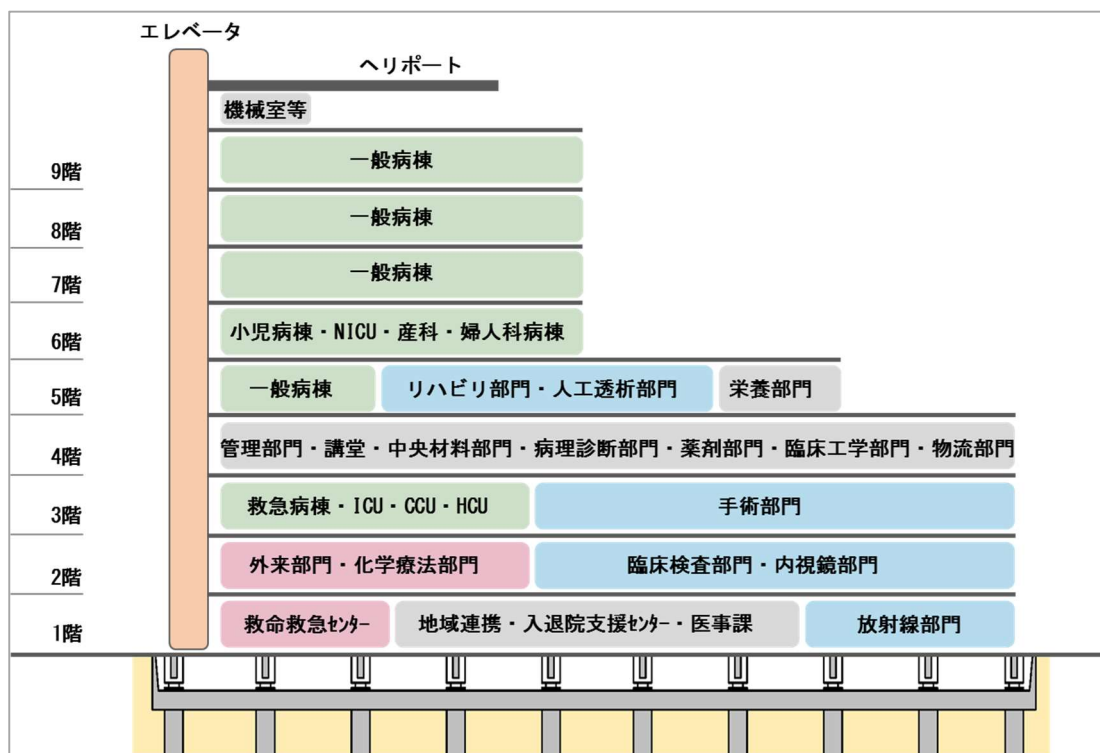
① 低層階

- ・ 1階には、救命救急センターを配置し、血管造影室、放射線部門を近接配置するほか、救急病棟・手術部門・集中治療病棟への迅速な搬送ができるよう、搬送用エレベータを近接配置し、最上階のヘリポートにも直接患者搬送できる計画とします。
- ・ 総合案内、総合受付、(仮称)地域連携・患者支援センターは、エントランス付近に配置する計画とします。
- ・ 外来部門と臨床検査、内視鏡、放射線の各部門は、外来患者がわかりやすく移動しやすい動線計画とします。
- ・ 病棟と放射線、臨床検査の各部門は、移動しやすい動線計画とします。
- ・ 手術部門と集中治療病棟は、1フロアに集約配置します。

② 高層階

- ・ 主に病棟を配置します。
- ・ 産科・婦人科病棟、小児科病棟・NICU^{※24}は、1フロアに集約配置します。

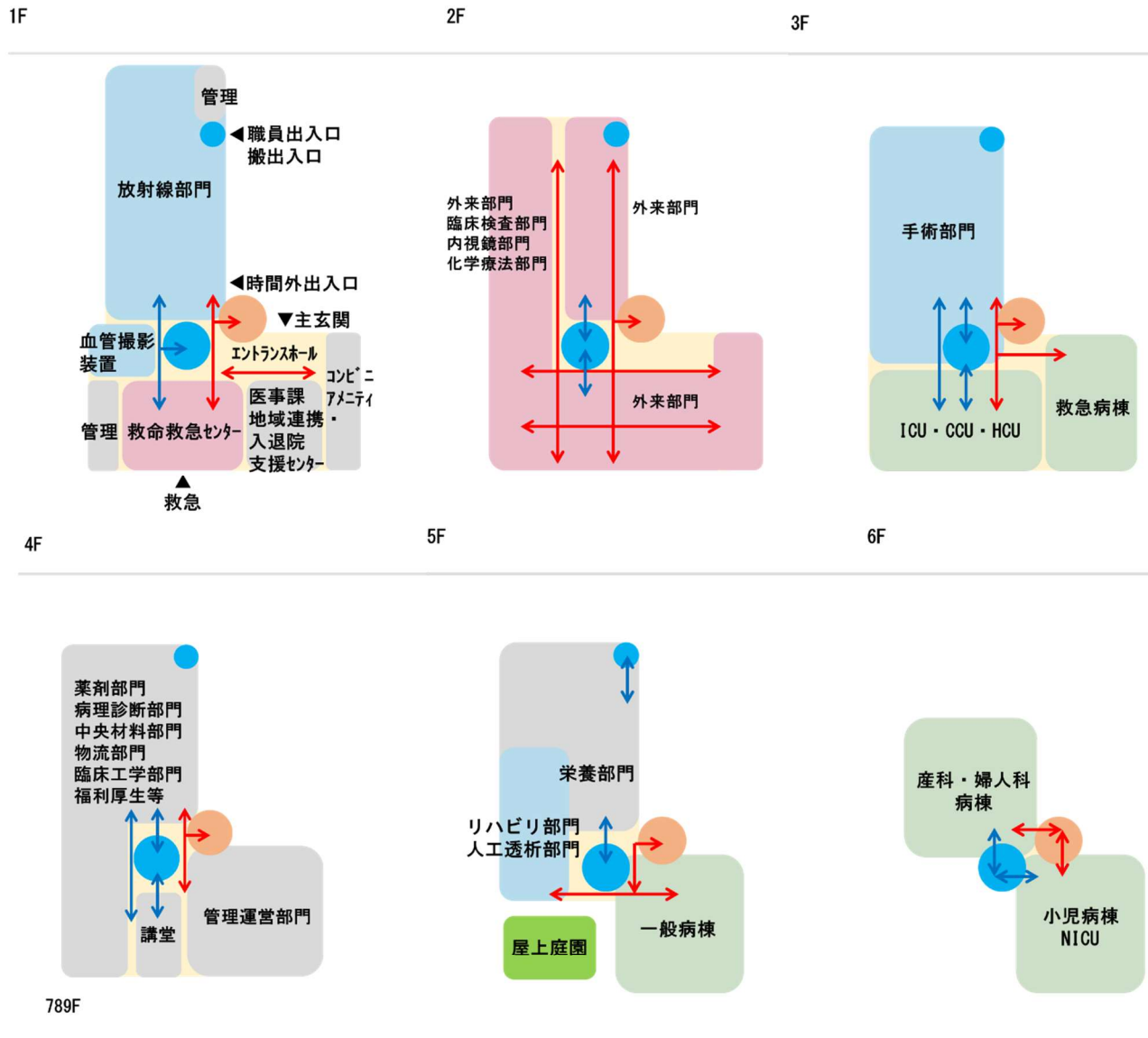
<断面イメージ図>



※この図はイメージであり、実際の階層構成は設計段階で決定します。

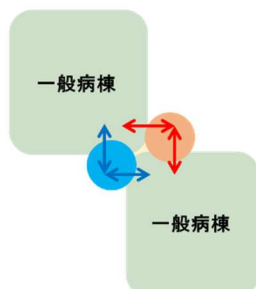
(5) 各階ゾーニング計画 (実際のゾーニングは、設計段階で決定します)

・関連部門を近接・隣接し、患者動線と職員動線を区分するゾーニングイメージを示します。



凡例

- : 患者・来院者用エレベータ・階段
- ↔ : 患者動線
- : 職員用エレベータ・階段
- ↔ : 職員動線



※この図はイメージであり、実際のゾーニングは設計段階で決定します。

5. 構造・設備計画

(1) 構造計画

① 基本方針

- ・災害拠点病院^{*7}として、地震災害後において速やかに医療機能を復帰・維持し、傷病者等の受け入れができる体制を整え、実施する役割を担います。そのため、大地震時においても構造躯体の損傷を生じることなく、建物内の医療機器、家具、什器の転倒等による二次災害を防止する構造形式として、「免震構造^{*57}」を採用します。

② 耐震設計方針

- ・新病院の構造体の耐震安全性のグレード目標は、「官庁施設の総合耐震・対津波計画基準」(国土交通省)に準拠し、I類相当とします。(重要度係数^{*58} I = 1.5 相当)
- ・非構造部材はA類、建築設備は甲類相当とします。
- ・水害に対して、免震ピット内の免震装置への浸水を防ぐ機構を計画します。
- ・建設予定地の地盤、地震環境を考慮した模擬地震動の作成により、安全性の確認を図ります。
- ・設備、医療機器等の振動が、患者や病院職員等へ悪影響を与えないよう、構造体の剛性を十分確保する計画とします。
- ・医療機器の更新や変化に対応するフレキシビリティに配慮した構造計画とします。

<耐震安全性の分類と目標>

部位	分類	耐震安全性の目標
構造体	I類	大地震動後、構造体の補修をすることなく建築物を使用できることを目標とし、人命の安全確保に加えて十分な機能確保が図られる。
	II類	大地震動後、構造体の大きな補修をすることなく建築物を使用できることを目標とし、人命の安全確保に加えて機能確保が図られる。
	III類	大地震動により構造体の部分的な損傷は生じるが、建築物全体の耐力の低下は著しくないことを目標とし、人命の安全確保が図られる。
建築非構造部材	A類	大地震動後、災害応急対策活動等を円滑に行ううえ、又は危険物の管理のうえで支障となる建築非構造部材の損傷、移動等が発生しないことを目標とし、人命の安全確保に加えて十分な機能確保が図られる。
	B類	大地震動により建築非構造部材の損傷、移動等が発生する場合でも、人命の安全確保と二次災害の防止が図れている。
建築設備	甲類	大地震動後の人命の安全確保及び二次災害の防止が図られているとともに、大きな補修をすることなく、必要な設備機能を相当期間継続できることを目標とする。
	乙類	大地震動後の人命の安全確保及び二次災害の防止が図られていることを目標とする。

(2) 設備計画

① 基本方針

- ・一般社団法人 日本医療福祉設備協会(HEAJ)「病院設備設計ガイドライン電気設備編、衛生設備編、空調設備編、BCP^{※59}編」を元に、計画規模や病床、入院患者、施設カテゴリー、災害対策ポイントから、電気・機械設備で対応するBCPグレード設定を行います。
- ・「カテゴリーⅢ：入院患者の療養環境については最低限のレベルで維持し、インフラの途絶でも被災者への医療行為ができる限り行う方針を持つ施設」として、BCP対策を行います。

<対策設定のポイント>

施設カテゴリー	カテゴリーⅢ 地域災害医療センター
災害時の対応の目的	入院患者・スタッフの安全、入院患者の容態悪化防止、可能な限り救急外来や外来診療の受け入れ、制限付き医療行為
災害対策の考え	災害時医療への積極的対応、入院患者の院内治療の継続、重症患者の院内治療
生かす病院機能	病室・スタッフステーションに加えて「医用室のカテゴリーA・B・一部C」で、手術室系統、ICU ^{※32} 関連 (ICU、GICU 等)、救急 (院内)、透析系統、さらに、入院患者の医療維持に必要な薬剤や放射線・検査系統や厨房

② 電気設備計画

- ・大規模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、電源は本線・予備線の別系統による2回線以上の受電とします。
- ・停電時にも最低3日間(72時間)の必要最低限の医療が継続できるよう、非常用発電設備を、浸水の影響を受けない位置に設置するとともに燃料確保を計画します。
- ・停電時の瞬断など急な電源供給停止による医療機器へのダメージやコンピューターのデータ損失を防ぐため、必要な個所には無停電電源装置(UPS装置)を設置します。
- ・LED照明や人感センサーの採用、点灯区分等の適切なエリア設定を行うことにより、省エネルギー化を図ります。
- ・将来の改修の際に、業務への影響を最小限とする施設計画とします。

③ 空気調和設備計画

- ・各室の特性に応じて、適正な空気清浄度の設定や陰陽圧の計画を行います。
- ・患者及び職員の快適性の確保と、エネルギーロスの縮減のため、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するとともに、空間ゾーニングの適正化を図ります。
- ・維持管理が行いやすい機器を採用するなど、保守費用の低減につながる計画とするとともに、環境への配慮を行います。
- ・将来の改修の際に、業務への影響を最小限とする施設計画とします。

④ 給排水衛生設備計画

- ・給水については、飲用・医療用は水道水の利用を基本としますが、非常時には井水を飲用水として使用可能とするための井水処理システムの採用も設計段階で検討します。その他雑用水はランニングコスト低減のため、井水も利用します。
- ・災害時に必要となる飲用・医療用・給食用水は3日分の水量の確保を計画します。災害時ライフラインが途絶した際に生活排水を貯留できる、緊急排水槽を設置します。
- ・将来の改修の際に、業務への影響を最小限とする施設計画とします。

⑤ 医療ガス設備計画

- ・医療ガス設備は、病室、手術室、処置室等に配置するほか、災害時に患者収容スペースとして使用できるよう、エントランスホールや講堂等へ設置します。
- ・将来の改修の際に、業務への影響を最小限とする施設計画とします。

⑥ 昇降搬送設備計画

- ・エレベータは、一般用と患者搬送・職員・物品搬送用に分け、適切な台数と大きさを検討し、動線に配慮した配置とします。
- ・外来部門には患者の利便性を考慮し、搬送能力の高いエスカレータを設置します。
- ・業務の効率化や職員の負担を軽減するため、必要な部門に搬送設備（気送管、小荷物昇降機等）を整備します。

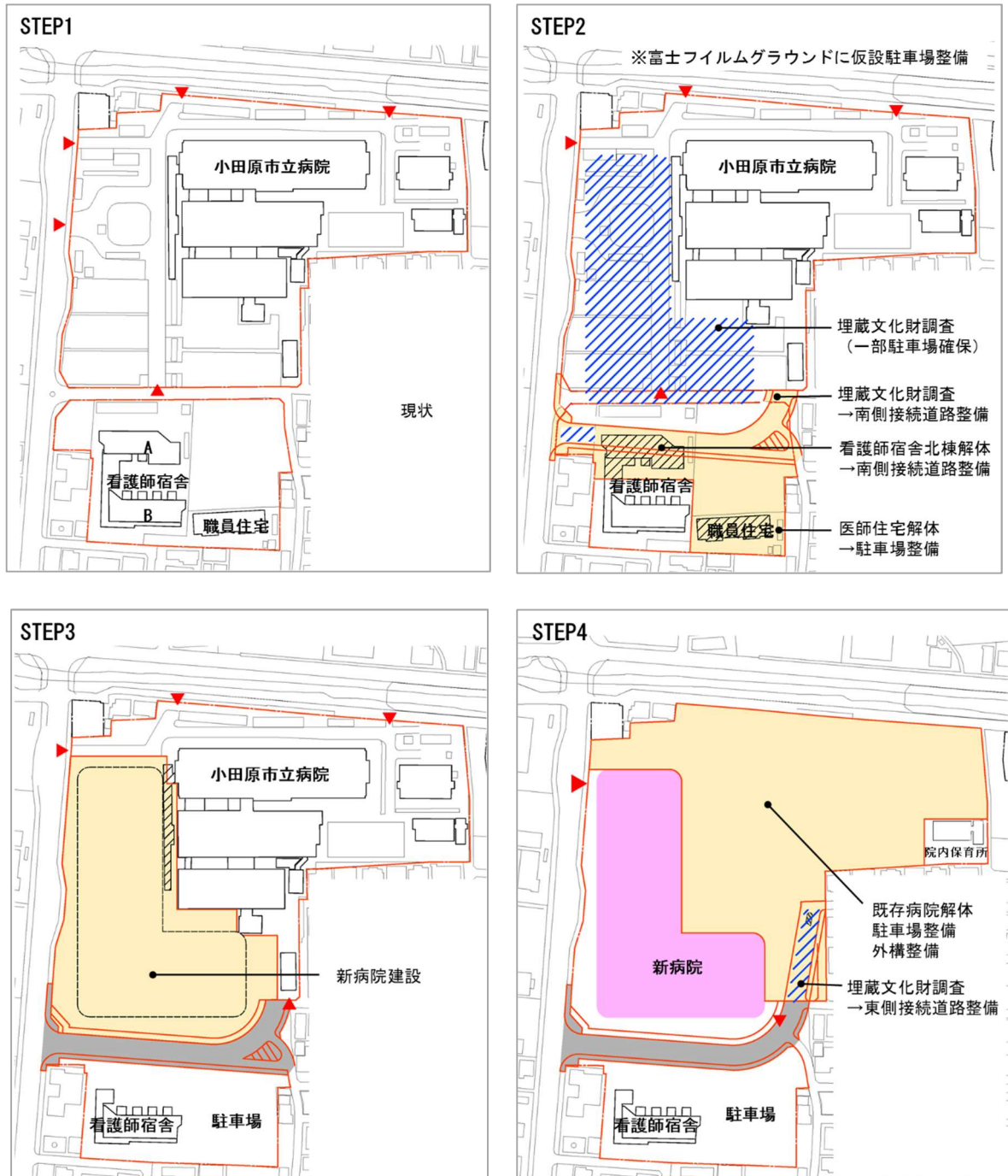
⑦ 防災、保安・セキュリティ関連設備計画

- ・人の出入りを監視するカメラを必要な箇所に設置します。
- ・重要なエリアへの出入りを管理するためICカードによる入退出管理システムの導入を検討します。
- ・病院内の各種設備の稼働状況を一元管理するため中央監視設備を設置します。

6. 整備手順

※実際の整備手順は、設計段階で決定した建物配置計画に基づき決定します。

- ・現地での建替えにあたっては、限られた敷地の中で、病院の運営を行いながら工事を進める必要があり、診療機能に与える影響を最小限とするため、以下の様な建替え手順を想定します。



凡例 □ : 計画地 ▲ : 病院出入口 ■ : 工事エリア

第8章 整備手法（発注方式）

1. 整備手法の検討

・本事業の特徴を踏まえて、設計施工分離発注方式と設計から施工者が関与する方式（ECI方式、基本設計からのDB方式）について、比較整理しました。

発注方式	設計施工分離発注方式	ECI方式	基本設計からのDB方式
概要	●設計事務所が実施設計までを行う。その後入札、及び総合評価方式による施工者選定を実施。	●設計事務所が基本設計まで行った段階でプロポーザル方式により施工予定者を選定。それ以降は設計事務所が行う実施設計に施工予定者が技術協力を行う。	●発注用計画書を作成し、その後、プロポーザル方式等により設計施工者を選定。基本・実施設計及び施工を施工者もしくは設計者・施工者JVが一括して行う。
リスク	●施工者選定後の品質・コスト・納期の変動リスクは少ない。 ●入札不調が生じると、スケジュール遅延や大幅な設計変更を要する。	●設計主体が設計事務所のままなので、施工者側でのコストマネジメントをさせづらい。	●早期にコスト・スケジュールの見通しを立てやすく、リスクの低減が図れる。 ●基本計画レベルでの発注のため発注条件が不明確な場合は受注者協議による変更リスクがある。
医療制度の変更等の対応	●対応は可能。 ●仕様発注のため、設計変更(契約変更)の手続が必要となり、増額変更が生じやすい。	●対応は可能。 ●仕様発注のため、設計変更(契約変更)の手続が必要となり、増額変更が生じやすい。	●対応は可能だが、要求水準書(性能)を改変する特別な変更を生じた場合の調整を要する。 ●設計施工者の都合による一方的なスペックダウンへの対応が必要。
建設費の縮減	●競争環境が強く働けば安価な入札が実現する。 ●近年は安易な安値受注が避けられる傾向にあり入札不調となる可能性がある。	●目標金額に向けた設計仕様に調整することで、コスト上昇を抑えることが可能だが、設計者と施工者の考え方を合致させる必要がある。	●目標金額に向けた設計仕様に調整することで、コスト上昇を抑える効果が最も期待できる。
	●どの施工者でも対応可能な一般的な構工法・仕様となるため、工事の入札までコスト縮減効果が見込めない。	●構造計画、資材調達計画によるコストダウンが可能だが、設計者と施工者の考え方を合致させる必要がある。	●各社独自技術の採用や資材調達計画、施工効率と建築計画の両立が図られることによるコストダウンが図れる。
	●設計会社の想定による施工計画が前提となるため、工事の入札までコスト縮減効果が見込めない。	●施工効率の上がる計画へ調整を行うことでのコストダウンが図れる。	●施工効率と建築計画の両立が図られることによるコストダウンが図れる。
工期の短縮	●計画内容が固まっているため、施工者からの工期縮減提案の余地がない。	●施工者からの工期縮減提案はある程度受入れ可能だが、設計者と施工者の考え方を合致させる必要がある。	●施工者からの工期縮減提案の自由度は非常に高い。 ●設計と調達・準備工を並行して行えるため、工期短縮に繋がる。
※本事業の特殊要因	●設計者だけでは、コスト・工期縮減に繋がる最適な計画が導き出しにくい。	●施工予定者が早期に設計に関与することで、コスト・工期縮減に繋がる計画が実現できるが、関与範囲や効果が限定的。	●施工者自らが効率的な設計を行うことで、コスト・工期縮減に繋がる最適な計画が実現できる。

※既存敷地内の限定されたエリアで診療を継続する工事

2. 本事業独自の整備手法

- ・既存敷地内の限定されたエリアで診療を継続しながらの施工など現場の制約が多い場合には、施工者独自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により、建設費の縮減・工期の短縮にも繋がる発注方式とする必要があります。
- ・大規模な病院建設事業は、計画から完成まで長期間を要するため、その間に生じる医療制度の変更や医療技術の進歩に柔軟に対応できる契約方式とする必要があります。
- ・このことから、本事業は、「設計と施工を一括した発注方式（基本設計からのDB方式）」をベースとし、当該方式で懸念される【リスクへの対応】や【医療制度の変更等への対応】ができる本事業独自の取組を行います。

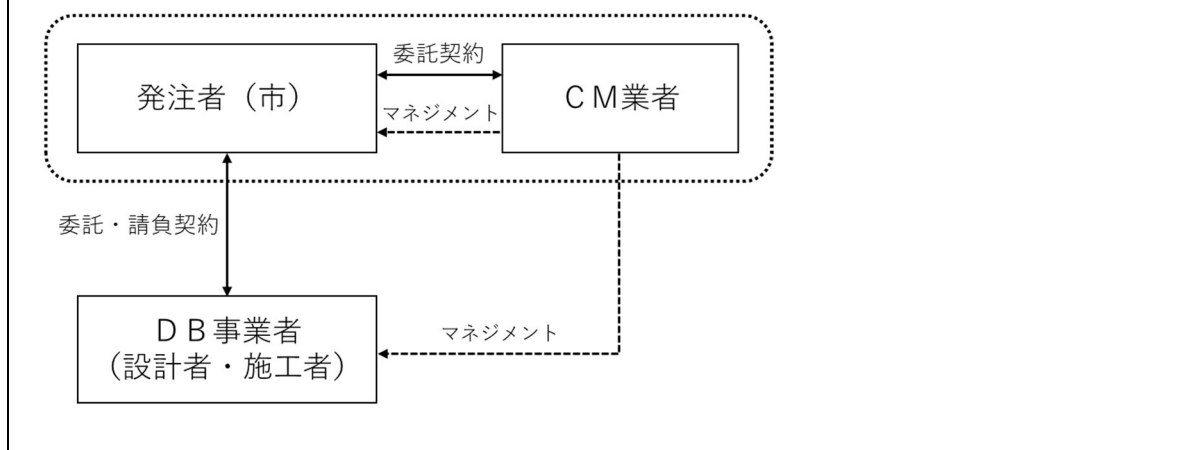
【リスクへの対応】

- ・院内スタッフへの十分なヒアリングによる予備的な設計と概算事業費の算出を行い、発注条件が明確な要求水準書等を作成する。なお、当該要求水準書等の作成は、病院建設のノウハウを有するCM（コンストラクション・マネジメント）^{※60}業者の支援により精度の高いものとする。

【医療制度の変更等への対応】

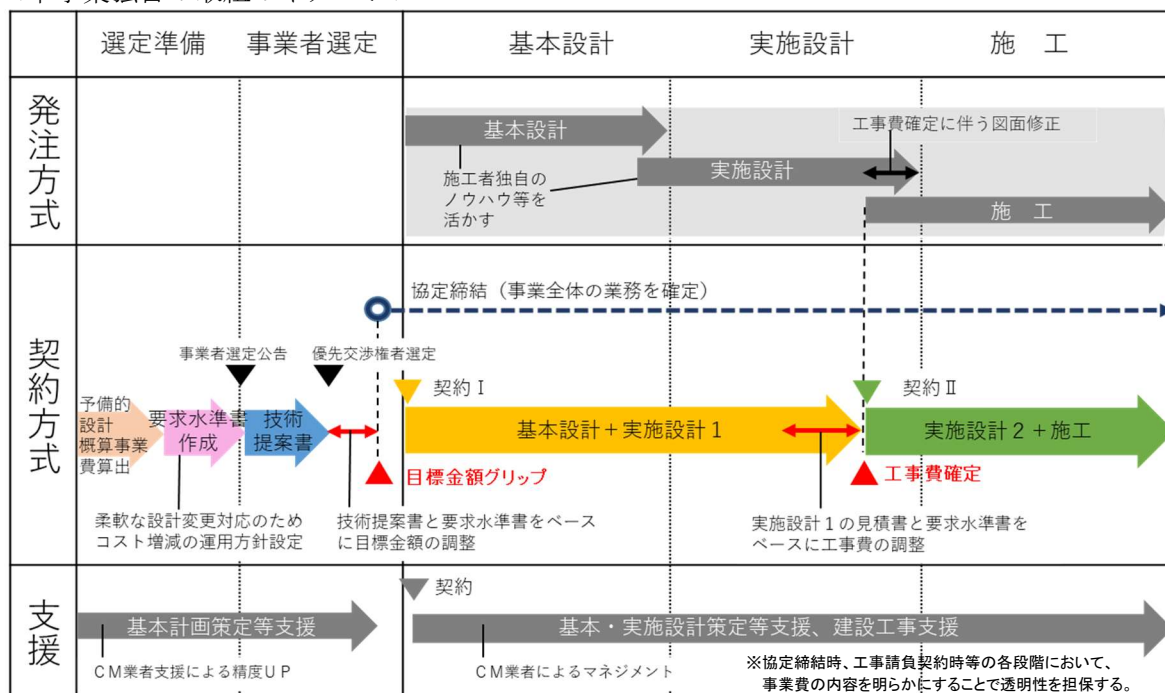
- ・医療制度の変更等への対応については、要求水準（性能規定）にとらわれずに柔軟に設計変更への対応が行えるよう、あらかじめコスト増減管理の運用方針を定める。
- ・設計から完成までの各段階において、工程管理、品質管理、コスト管理等の各種マネジメント業務をCM業者の支援により実施（下図参照）するものとする。

<CM方式のスキーム図>



- ・また、契約方式は、技術提案（提案価格を含む）による総合的な評価に基づき優先交渉権者として選定された者と、事業全体の業務の確定と目標金額を定める協定の締結並びに設計の委託契約を締結した後、設計の過程で基本協定に基づき価格等の交渉を行い、交渉が成立した場合に工事施工の契約を締結する2段階方式とします。

<本事業独自の取組のイメージ>

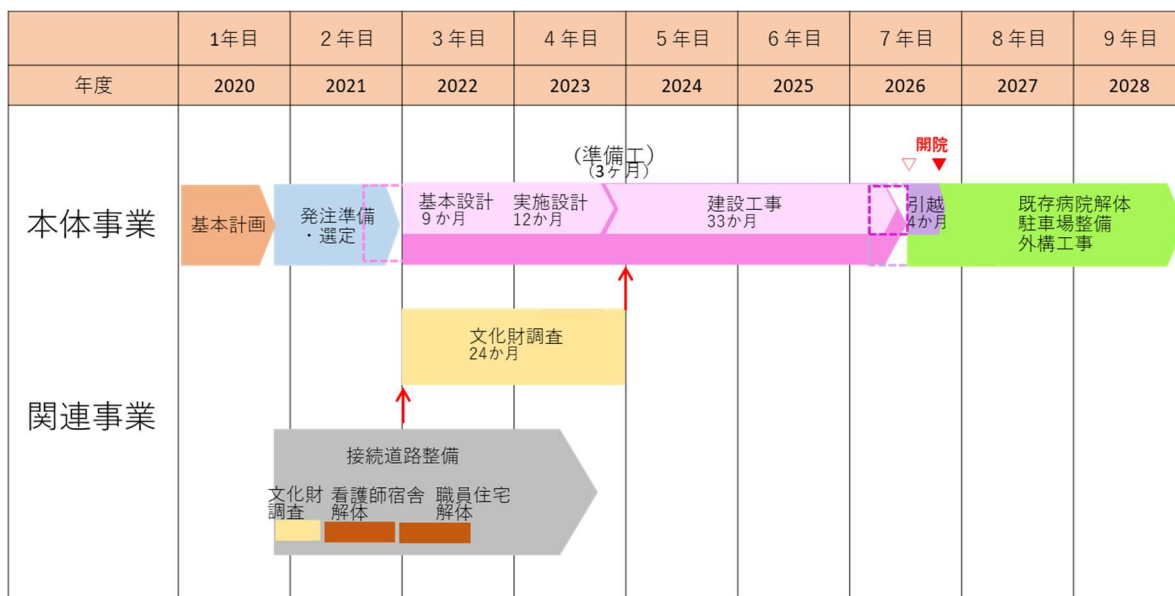


- ・発注にあたっては、解体工事、外構工事等付帯工事の分割発注等による地元建設事業者の受注機会の確保や、現場運営における建設事業者以外の業種の活用等、地域経済に広く貢献できる方式を検討します。

第9章 事業スケジュール

- ・事業スケジュールについては、建設業における週休2日制推進等の休日確保や適正な工期設定の取組、文化財調査規模の拡大等の状況を踏まえ、2026年度の開院を目指します。なお、早期発注や事業間調整等による早期の開院に取り組みます。

<事業スケジュール>



第10章 事業収支計画

1. 整備事業費

- ・基本計画策定時点における概算整備事業費の総額は288億円となります。
- ・現時点の概算であり、基本計画以降の設計・工事の各段階において具体的な検討を進める中で、増減が発生することが想定されます。
- ・厳しい財政状況を踏まえ、国や県の補助金等の確保に努めるほか、基本設計からのDB方式をベースとした本事業独自の整備手法による事業費の縮減や官民連携事業手法（PPP）^{※56}の活用した駐車場整備・運営など経済性を考慮した施設整備も検討していきます。

(1) 本体事業費

- ・本体事業費の総額は約276億円となります。

		税込金額	備考
1. 本体工事費	本体工事費	198億円	
2. 付帯工事費	駐車場整備・外構工事	15億円	
	仮設駐車場整備工事		
3. 解体工事等	既存病院解体工事	12億円	
	看護師宿舎解体工事		R2 予算
4. 設計費等	基本・実施設計業務	10億円	
	工事監理業務		
	基本・実施設計・工事支援業務		
5. 調査費等	地質調査費	0.5億円	R2 予算
	環境影響調査費等		R2 予算
6. 医療機器等	医療機器等整備費	40億円	
合計		276億円	

(2) 関連事業費

項目	税込金額	備考
1. 付替道路設計業務及び築造工事	1.1億円	一部 R2 予算
2. 埋蔵文化財調査費	10.5億円	一部 R2 予算
3. 職員住宅解体工事	0.5億円	

(3) 本体事業費の財源内訳

- ・本体事業費の財源は、その大部分について病院事業会計が借り入れる企業債^{※61}となる見込みです。
- ・借り入れた企業債の元利償還金は、総務省の定める繰出基準において、市の一般会計が1/2を負担することができると定められています。なお、元利償還金については、国が定める基準額の25%について地方交付税措置がなされることとなっています。

<想定される財源>

財源	金額	説明
企業債	257 億円	<ul style="list-style-type: none"> ・実施設計費、工事費、医療機器整備費等に充当するため、病院事業会計が借り入れを行う企業債です。 ・事業費の95%程度と見込みます。
病院事業会計負担分	128.5 億円	<ul style="list-style-type: none"> ・建設改良費やこれに充当するために起こした企業債の元利償還金の1/2は一般会計から繰り出すことができます。
一般会計負担分	128.5 億円	
病院事業会計資金	19 億円	<ul style="list-style-type: none"> ・設計費、工事費、医療機器整備費等の支払いに充てる、病院事業会計が所持する資金です。

2. 本体事業費の収支シミュレーション

(1) 試算の設定条件

① 医業収益

ア 入院診療単価

- ・開院後 69,000 円 (参考：67,178 円 (令和元年度))

イ 外来診療単価

- ・開院後 15,000 円 (参考：13,303 円 (令和元年度))

ウ 入院患者数

- ・県西二次保健医療圏^{※1}の将来患者数推計による増減及び在院日数短縮を加味し入院患者数を設定します。

エ 外来患者数

- ・県西二次保健医療圏の将来患者数推計による増減をもとに外来患者数を設定します。

② 医業費用

ア 職員給与費

- ・令和元年度の実績値、新病院の病床数や医療機能に応じた職員数をもとに算定します。

イ 材料費

- ・令和元年度の実績をもとに医業収益との比率を用いて算定します。

(2) 試算結果

- ・収益的収支は、これまでの当院の経営実績を参考に、今後想定される、患者数、診療単価等の収益及び給与費、材料費等の費用等を試算しました。
- ・開院後5年目までは、新病院で整備する医療機器の減価償却費の影響等により損失が生じていますが、6年目以降は経営が安定する見込みです。
- ・資本的収支は、主に、新病院の整備事業費のための借入れ（企業債^{※61}）に対する元金償還金（資本的支出）と、元金償還金に充てるための一般会計^{※62}負担金（資本的収入）です。
- ・一般会計負担金は、病院事業全体で、約15～23億円で推移する予定です。

	R9年度 (2026)	R10年度 (2027) (開院1年目)	R11年度 (2028) (開院2年目)	R12年度 (2029) (開院3年目)	R13年度 (2030) (開院4年目)	R14年度 (2031) (開院5年目)	R15年度 (2032) (開院6年目)	R16年度 (2033) (開院7年目)	R17年度 (2034) (開院8年目)	R18年度 (2035) (開院9年目)	R19年度 (2036) (開院10年目)	
収益的 収支	病院事業収益(a)	14,100	15,281	15,316	15,360	15,394	15,376	15,354	15,334	15,313	15,293	15,225
	医業収益	12,707	13,827	13,864	13,901	13,937	13,922	13,906	13,891	13,875	13,860	13,797
	医業外収益	1,393	1,454	1,452	1,459	1,457	1,454	1,448	1,443	1,438	1,433	1,428
	病院事業費用(b)	14,452	15,815	15,962	15,897	15,575	15,596	14,740	14,767	14,793	14,840	14,824
	医業費用	13,650	14,796	14,947	14,865	14,548	14,575	13,801	13,838	13,874	13,931	13,926
	医業外費用	802	1019	1015	1032	1027	1021	939	929	919	909	898
	経常損益(c)=(a)-(b)	▲ 352	▲ 534	▲ 646	▲ 537	▲ 181	▲ 220	614	567	520	453	401
	特別損益(d)	▲ 166	▲ 2950	▲ 92	▲ 92	▲ 92	▲ 92	▲ 92	▲ 92	▲ 92	▲ 92	▲ 92
純損益(c)+(d)	▲ 518	▲ 3484	▲ 738	▲ 629	▲ 273	▲ 312	522	475	428	361	309	
資本的 収支	資本的収入(e)	11,389	173	1,587	401	656	976	588	529	645	544	544
	資本的支出(f)	12,217	397	2,371	893	1,246	1,851	1,029	939	1,125	1,046	1,103
	収支(e)-(f)	▲ 828	▲ 224	▲ 784	▲ 492	▲ 590	▲ 875	▲ 441	▲ 410	▲ 480	▲ 502	▲ 559
一般会計負担金	1,491	1,553	2,122	1,947	2,061	2,375	1,933	1,869	1,888	1,874	1,869	

用語の説明

番号	掲載頁	用語	用語の説明
※1	P1、3、 4、5、6、 8、13、 24、52	県西二次保健医療圏	二次保健医療圏とは保健・医療・福祉の連携と施策の効果的な展開を図る地域的単位。限られた医療資源の適正な配置と機能連携を図り、医療提供体制の充実を推進するための地域的単位として、自然的条件及び社会的条件も踏まえ、都道府県が保健医療圏を設定する。県西二次保健医療圏は、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、湯河原町の2市8町で構成する
※2	P2、3、 4	地域医療支援病院	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、紹介患者に対する医療提供、医療機器等の共同利用の実施等を通じて、第一線の地域医療を担うかかりつけ医、かかりつけ歯科医等を支援する能力を備え、地域医療の確保を図る病院
※3	P2、3、 5、8、13	三次救急	二次救急（24時間体制で救急患者の受入れができる等の病院）では対応できない重症及び複数診療科領域にわたる重篤な救急患者に対して行う高度専門的な医療
※4	P2、3、 10、12、 14、16、 17、18	急性期（高度急性期）	急性の疾患が発症して間もない時期のことで、病状が安定しておらず密度の高い対応が必要とされる状況。特に密度の高い対応が必要な場合を「高度急性期」という
※5	P3、4	周産期	妊娠22週から出生後7日未満の期間を指す。この期間は合併症の発症や分娩時の急変等、母子ともに身体・生命にかかわる事態が発生する可能性が高くなる
※6	P3	特別な療養環境の提供	1人当たりの面積を広くするなど患者の入院環境の向上を図るために備えた個室病室等
※7	P3、6、 34、35、 42	災害拠点病院	災害時に初期救急医療体制の充実強化を図るための医療機関。原則、二次保健医療圏に1か所指定される
※8	P3、12、 14、21	チーム医療	1人の患者に対して、様々な職種の医療専門職がそれぞれの専門スキルを発揮し、連携・協働して治療やケアを行うこと
※9	P3	小田原市立病院経営改革プラン	平成27(2015)年3月31日付で総務省から示された「新公立病院改革ガイドライン」に基づき、平成29(2017)年3月に作成した小田原市立病院の経営改革の方針を示した計画

※10	P4	5 疾病 5 事業	5 疾病は、患者数が多い、死亡者数が多いなど、継続的な医療サービスの提供と医療機関の連携が必要とされる5つの病気。5 事業は、地域ごとに医療施設や医療従事者の確保が不可欠とされる5つの医療領域
※11	P4	病病連携	急性期病院と回復期病院や療養期病院、リハビリテーション病院等の病院が機能を分担し効率よく医療を行う体制
※12	P4	病診連携	日常的な診療などは地域の診療所（かかりつけ医）が行い、専門的な検査や入院治療を行う病院がそれぞれの役割、機能を分担し、連携することで、効率の良い医療を行うこと
※13	P4、10	紹介／逆紹介	病院と地域の診療所又は病院同士が行う連携。必要に応じ、診療所等から専門医や医療設備の充実した病院に患者を紹介し、病状が落ち着いたら紹介元の診療所等で診療を継続する仕組み（逆紹介）
※14	P4	地域連携クリティカルパス	診療を行う複数の医療機関が、それぞれの役割を分担して治療を行うために作成する診療計画
※15	P4	地域包括ケアシステム	団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、「住まい」「医療」「介護」「予防」「生活支援」が一体的に提供される仕組み
※16	P5	救急ワークステーション（救急WS）	救急救命士等の救急隊員と救急車を病院に派遣し、救急要請があった際に、必要に応じて医師が救急車に同乗することで、傷病者の迅速な治療が可能になるほか、現場を通じて救急隊員の知識や技術の向上に繋げる仕組み
※17	P5	メディカルコントロール	救急救命士に対する指示体制及び救急隊員に対する指導・助言体制や救急救命士の病院実習等を行うシステム
※18	P5	プレホスピタル・ケア	急病人等を病院に運ぶ前に行う応急手当て
※19	P6、17、20	地域がん診療連携拠点病院	がんの治療について、地域の医療機関と緊密な連携を図り、継続的に質の高いがん医療を提供する病院
※20	P6、17、25	P E T / C T	Positron Emission Tomography-CT：陽電子放出断層撮影のことで、放射線を出す検査薬を投与し、その薬が発する放射線を特殊なカメラを使って外部から検出し画像化する装置
※20	P6、17、25	S P E C T / C T	Single Photon Emission Computed Tomography-CT：単一光子放射断層撮影のことで、放射線を出す検査薬を投与し、体内での分布を検出し、その情報をコンピューターで演算処理し人体の輪切りの像に再構成する装置
※22	P6、21	外来化学療法室	通院により外来でがん化学療法を受ける治療室

※23	P6	緩和ケア	がん患者の治療に関して、終末期に限らず診断の早期から治療と並行して身体的・精神的・社会的苦痛や不安などを和らげ、QOLを改善することを目的に行われる医療的ケア
※24	P6、15、40	N I C U	Neonatal Intensive Care Unit：新生児集中治療室のことで、低体重児や、先天性の病気などで集中治療を必要とする新生児を対象とした設備と医療スタッフを備えた集中治療室
※25	P6	地域周産期母子医療センター	産科、小児科を備え、周産期に係る医療を常時提供する医療機関
※26	P6、34	D M A T	Disaster Medical Assistance Team：医師、看護師、医療技術職等で構成され、大規模災害や多傷病者が発生した事故等の現場で活動する災害派遣医療チーム
※27	P7	感染症指定医療機関	感染症予防法で規定されている感染症の中で、危険性が高く特別な対応が必要な感染症の患者を治療する医療施設。特定感染症指定医療機関、第一種感染症指定医療機関、第二種感染症指定医療機関、結核指定医療機関があり、厚生労働大臣または都道府県知事により指定される
※28	P8、9、14	病床利用率	病床がどの程度効率的に稼働しているかを示す指標
※29	P8	併存症	別の病気を併存している状態。合併症と同義として扱われることがあるが、合併症はある病気が原因となって起こる別の病気を示す
※30	P8	平均在院日数	患者が入院してから退院するまでの日数を一定の期間で平均したもの
※31	P8、11、14	ベッドコントロール	病床を効率的に運用するため、入院患者のスムーズな受け入れの調整や、退院情報を把握し病床を効率よく稼働させる管理・調整業務
※32	P9、14、43	I C U	Intensive Care Unit：集中治療管理室のことで、重篤な症状を呈している患者や手術直後で状態の安定していない患者を、集中的に治療・管理する室
※33	P12、16	フリーアドレス	席や診察室などを固定せず、自由に場所を選び仕事や診療を行うこと
※34	P13、34	トリアージ	災害発生時等多数の傷病者が同時に発生した場合等に、傷病者の緊急度や重症度に応じて搬送や適切な処置を行うための優先順位を決定すること
※35	P13、18、25、26	血管撮影装置	動脈又は静脈からカテーテルと呼ばれる細い管を目的の血管や臓器まで挿入し、造影剤を注入して血管の状態を撮影する装置

※36	P14、33	ユニバーサルデザイン	できるだけ多くの人にとって使いやすく、わかりやすく設計されたデザイン
※37	P14	CCU	Coronary Care Unit：冠疾患集治療室のことで、主に狭心症や心筋梗塞など心臓血管系の重症患者を対象とする急性期の集中治療室
※38	P14	HCU	High Care Unit：ハイケアユニットのことで、ICUやCCUと並ぶ重症集中ケアユニットの一つ
※39	P15	LDR	Labor Delivery Recovery：1つの部屋で陣痛、分娩、回復を行うことができるように整備した分娩室
※40	P16、26	ハイブリッド手術	手術台と心・血管X線撮影装置を組み合わせ、手術室と心臓カテーテル室、それぞれ別の場所に設置されていた機器を組み合わせることにより、最新の医療技術に対応できる手術
※41	P16	ロボット手術	内視鏡下手術ロボットであるダ・ヴィンチ等、ロボットのアームに取り付けられた微小な手術器具を体にあけた小さな穴から体内に挿入して行う手術
※42	P17、18、30	気送管設備	専用の筒の容器を管の中に入れ、圧縮空気若しくは真空圧を利用して輸送する設備
※43	P17	ME室	MEとはMedical Engineerのことで臨床工学技士を示す。ME室には臨床工学技士が所属しており、病院全体の医療機器の保守点検・修理などを行う部門
※44	P17、25	リニアック	放射線治療用のX線や電子線を発生させる装置で、装置から発生するX線や電子線を外部照射して行うがん治療
※45	P20	QOL	Quality of Life：一人ひとりの人生の質や社会的に見た生活の質を指し、どれだけ人間らしい生活・自分らしい充実した生活を送り、幸福を見出しているかの尺度としてとらえる概念
※46	P20	周術期	手術中だけでなく、手術前、手術後を含めた期間
※47	P21	HACCP	Hazard Analysis Critical Control Point：危害分析重要管理点のことで、食品製造の全ての工程において、起こりうる危害をあらかじめ分析し、それをコントロールすることによって最終食品の安全性を確保する衛生管理手法
※48	P21	ニュークックチル	加熱調理した食品を短時間に急速冷却して、盛り付けたままチルド保存し、食事提供時に再加熱して提供する方式
※49	P23、33	ICT	Infection Control Team：感染制御チームのことで、病院において感染管理を担当する医師、看護師、検査技師、薬剤師等で構成されたチーム

※50	P29	地域医療介護連携ネットワークシステム	神奈川県が県民に適切な医療、訪問看護サービス、介護サービスを提供するため、患者の同意を得た上で、病院、診療所（医科・歯科）、薬局、訪問看護事業者、訪問介護事業者等の機関間において、当該患者の医療情報を電子的に共有・閲覧できる仕組み
※51	P30	S P D	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
※52	P33	I O T	Internet of Things：物がインターネットを通じて情報をやりとりすることで、遠隔から認識・計測・制御などを可能にする仕組み
※53	P33	A I	Artificial Intelligence：人工知能のことで、学習・推論・判断といった人間の知能のもつ機能を備えたコンピューターシステム
※54	P34	カンファレンス	会議を意味する言葉。医療機関では関連スタッフが、情報の共有、患者の病状や治療方針などについて話す会議
※55	P34	ライフサイクルコスト（LCC）	建物の建設費用だけでなく、「維持管理」「修繕」「解体」に要する一連の費用
※56	P34、50	官民連携事業手法（PPP）	Public Private Partnership：行政が行う各種行政サービスを、行政と民間が連携し民間の持つ多種多様なノウハウ・技術を活用することにより、行政サービスの向上、財政資金の効率的使用や行政の業務効率化等を図ろうとする考え方や概念
※57	P42	免震構造	建物上部構造と基礎の間に積層ゴムやダンパーなどの免震装置を設置し、地震のエネルギーや揺れを吸収、低減し、建物や室内の破壊、損傷を防ぐ構造
※58	P42	重要度係数	建物の設計時に地震力を割増す係数。建物の用途によって大地震時に要求される性能は異なり、一般の建物は、大地震時に損傷を受けるものの倒壊はせずに人命を守ることを設計目標とする
※59	P43	B C P	Business Continuity Plan：事業継続計画のことで、災害や事故など不測の事態を想定して、企業等の事業継続や早期復旧の視点から対応策をまとめたもの

※60	P47	CM（コンストラクション・マネジメント）	Construction Management： 施設建築の専門知識を有するCMr（コンストラクションマネジャー）が、技術的な中立性を保ちながら、発注者の視点・立場に立って、発注・設計・施工等の各フェーズでマネジメントを行う建設生産システム
※61	P51、53	企業債	地方公共団体が地方公営企業の建設改良等に要する資金に充てるために起こす債務
※62	P51、53	一般会計	国及び地方公共団体の会計は一般会計と特別会計からなっており、一般会計とは基本的活動を行うのに必要な歳入、歳出を経理する会計のこと

資 料

小田原市立病院を取り巻く状況

目次

1. 小田原市立病院の概要.....	61
2. 医療の動向.....	65
3. 県西二次保健医療圏の状況.....	71
4. 市立病院の状況.....	75

1. 小田原市立病院の概要

(1) 沿革

昭和 32 年	4 月	小田原市久野 46 番地に第 1 期病院建設工事着手
昭和 33 年	6 月	診療開始 9 科 一般病床 110 床
昭和 34 年	4 月	伝染病棟(45 床)の診療を受託 総病床数 155 床
昭和 35 年	4 月	第 2 期増築工事完成 総病床数 261 床(一般 216 床、伝病 45 床)
昭和 37 年	4 月	結核病棟完成 54 床 総病床数 315 床
昭和 43 年	7 月	皮膚泌尿器科を皮膚科と泌尿器科に分離し 10 診療科
	10 月	第 3 期増築工事完成 総病床数 337 床 (一般 238 床、結核 54 床、伝染 45 床)
昭和 47 年	9 月	結核病棟を一般病棟に改造工事完成 52 床
	12 月	結核病棟廃止、一般病棟に転用、総病床 345 床(一般 300 床、伝病 45 床)
	12 月	第 4 期病院増築工事完成(1 階薬局部、2 階図書室、会議室、事務室)
昭和 49 年	4 月	看護婦不足のため、5 病棟を 3 病棟に縮小
昭和 50 年	4 月	3 病棟を 4 病棟に再開
	11 月	4 病棟を 5 病棟に再開
昭和 56 年	12 月	市立病院改築工事着手
昭和 58 年	3 月	市立病院改築第 1 期工事(本館)完成
	3 月	図書館棟(旧伝染病棟)改築工事完了
	4 月	循環器科を設置し 11 診療科となる
	4 月	新病棟移転(許可病棟数 417 床)、321 床を使用(2 病棟未開棟)
昭和 59 年	3 月	市立病院改築第 2 期工事(中央診療棟)完成
	4 月	消化器科、脳神経外科及び麻酔科を開設し 14 診療科となる
	9 月	6 階西病棟及び 7 階西病棟を開棟、417 床を使用
	9 月	中央診療棟使用開始
	10 月	市立病院託児所新築工事完成
	12 月	市立病院改築第 3 期工事(外来診療棟)完成
	12 月	外来診療開始
昭和 60 年	3 月	市立病院外構工事完成 市立病院改築工事完了
	6 月	県周産期救急医療対策事業基幹病院の指定を受ける
昭和 61 年	4 月	精神科を新設し 15 診療科となる
昭和 62 年	1 月	外来患者用駐車場 40 台増設
昭和 63 年	4 月	臨床研修指定病院の指定を受ける
平成元年	4 月	理学診療科を新設し 16 診療科となる
平成 2 年	10 月	磁気共鳴断層撮影室増築工事完了
	11 月	看護婦宿舎第 1 期工事(50 室)完成

平成 4 年	4 月	看護婦宿舎第 2 期工事 (50 室) 完成
平成 6 年	4 月	呼吸器科を新設して 17 診療科となる
平成 9 年	1 月	理学診療科をリハビリテーション科に名称変更
平成 10 年	3 月	県から災害医療拠点病院の指定を受ける (H24. 12～災害拠点病院に名称変更)
	4 月	心臓血管外科を新設して 18 診療科となる
平成 11 年	1 月	院外処方箋の発行開始
	3 月	伝染病床 (15 床) を廃止する
	12 月	心血管撮影室運用開始 (増築)
平成 12 年	4 月	小児深夜救急の開始
	9 月	原則院外処方の開始
平成 15 年	10 月	厚生労働省から管理型臨床研修病院の指定を受ける
平成 16 年	9 月	外来化学療法室を開設 (模様替え)
平成 17 年	4 月	神経内科及び形成外科を新設し 20 診療科となる
	7 月	呼吸器外科を新設し 21 診療科となる
平成 18 年	2 月	磁気共鳴断層撮影室増築工事完了
	4 月	P E T がん検診開始
	8 月	地域がん診療連携拠点病院の指定を受ける
平成 19 年	1 月	手術室増設工事完了 (第 7 手術室)
	3 月	救急センター改修工事完了
平成 20 年	7 月	糖尿病内分泌内科、救急科及び病理診断・臨床検査科を新設し 24 診療科となる
平成 21 年	4 月	救命救急センター開設
	10 月	地域医療支援病院の承認を受ける
平成 22 年	1 月	手術室増設工事完了 (第 8 手術室)
	4 月	腎臓内科を新設し 25 診療科となる
平成 26 年	2 月	病院運営審議会から答申「小田原市立病院の今後のあり方について」
	3 月	神奈川 D M A T 指定病院の指定を受ける
平成 28 年	7 月	消化器外科を新設し 26 診療科となる
平成 30 年	4 月	耳鼻いんこう科を耳鼻咽喉科に名称変更
	4 月	病理診断・臨床検査科を病理診断科に名称変更
	12 月	再整備基本構想の策定
令和 2 年	3 月	救命救急センター増床 (8 床) 工事完了。20 床になる

(2) 現病院の施設概要

名称	小田原市立病院
住所地	神奈川県小田原市久野 46 番地
病床数	417 床
診療科	内科 腎臓内科 糖尿病内分泌内科 精神科 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 消化器外科 心臓血管外科 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 救急科 麻酔科 計 26 診療科
主な指定・承認等	神奈川県災害医療拠点病院（平成 10 年 3 月） （平成 24 年 12 月から災害拠点病院に名称変更） 管理型臨床研修病院（平成 15 年 10 月） 地域周産期母子医療センター（平成 17 年 1 月） 地域がん診療連携拠点病院（平成 18 年 8 月） 救命救急センター（平成 21 年 3 月） 地域医療支援病院（平成 21 年 10 月） 神奈川 DMAT 指定病院（平成 26 年 3 月） 等
施設概要 (病院本体)	敷地面積 21,268 m ²
	延床面積：23,562 m ² 本館（病棟） 地上 9 階（PH 2 階含む）地下 1 階 中央診療棟 地上 4 階（PH 1 階含む）地下 1 階 外来診療棟 地上 3 階（PH 1 階含む）
	駐車場収容台数：368 台 [患者用 272 台、職員用 96 台]
職員数	正規職員：618 名 [医師 91 名、看護師 397 名、准看護師 2 名、 医療技術職 102 名、事務職 26 名] 臨時職員：258 名 [医師 47 名、研修医 20 名、看護師 40 名、看護補助員 42 名、 医療技術職 39 名、事務職 34 名、その他 36 名] 委託職員：220 名 [医事、清掃、警備、車両、防災センター、中央監視、 中央材料室滅菌、洗濯、薬品 S P D、診療材料 S P D、 患者給食] 合 計：1,096 名

(平成 30(2018)年 4 月 1 日現在)

(3) 施設の現況

① 老朽した建物

- ・市立病院の建物は、竣工から 35 年以上経過しており、外壁・内壁のひび割れ、天井からの漏水など、老朽化による影響が散見される。



② 狭い病室

- ・最近建築された病院の多床室は 4 床室以下となっているが、現病院には、6 床室が 29 室（174 床）ある。また、現病院の多床室の 1 床あたりの面積は 5.3 m²（6 床室）～6.1 m²（2 床室）であり、現病院の建築後に改正された医療法施行規則の基準 6.4 m²を下回っている。



③ 狭い外来診療棟等

- ・現病院は、当初、診療科 15 科を配置していたが、その後の医療ニーズの多様化に対応するため、現在では 26 診療科となっている。待合室や通路等の一部をパーティションで仕切るなどして対応している。



④ 機能の分散

- ・地域の三次救急医療に対応するため、後から病棟 1 階に救命救急センターを設けたが、救急部門と画像診断、内視鏡、手術等各部門と近接しておらず、救急患者の迅速対応性に劣る。

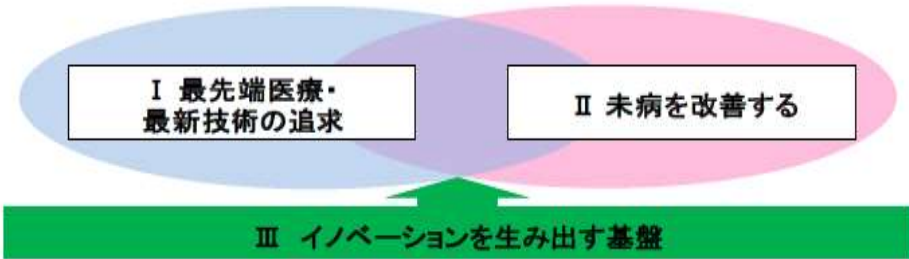
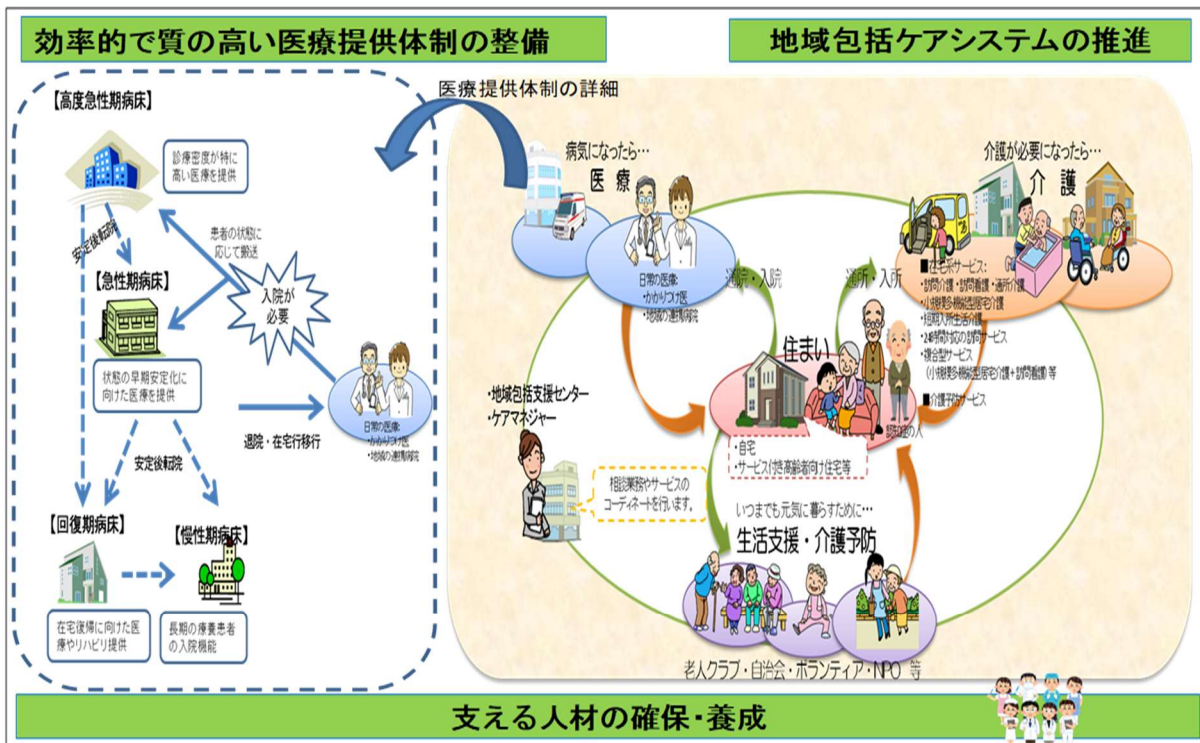
2. 医療の動向

(1) 神奈川県保健医療計画

① 保健医療計画の基本的事項

- ・今後見込まれる更なる少子高齢化の進展に対し、県は、医療法第30条の4第1項に基づく医療計画として、総合的な保健医療施策を示した「神奈川県保健医療計画(第7次計画)」を平成30(2018)年3月に策定しました。
- ・これは、医療法の規定により策定する法定計画であり、県民が身近なところで、質の高い医療を安心して受けられるよう、県の保健医療システムの目指すべき目標と基本的方向を明らかにするものです。

【神奈川の将来のめざすすがた (イメージ)】



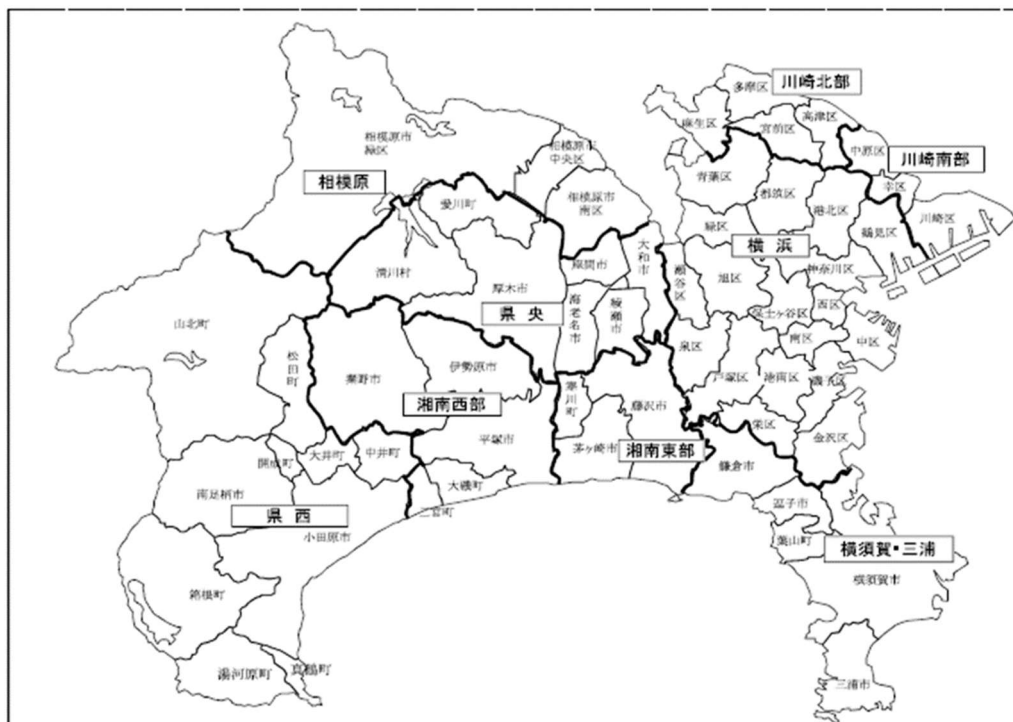
出典：神奈川県保健医療計画（令和2年3月改定）

② 計画推進に向けた医療機関・医療関係者の役割

- ・自ら病床機能の分化に取り組むほか、他の医療機関や介護施設等との連携を強化するなど、将来の医療需要に対応した医療提供体制の整備に協力し、県民へ質の高い医療サービスを提供するとしています。

③ 二次保健医療圏

- ・保健医療圏とは、健康づくりから疾病の予防、治療、社会復帰までの総合的な保健医療体制を整備するための地域的単位です。
- ・二次保健医療圏は、一般的な入院医療への対応を図り、保健・医療・福祉の連携した総合的な取り組みを行うために市町村域を超えて設定する圏域です。



出典：神奈川県保健医療計画（令和2年3月改定）

④ 基準病床数

- ・基準病床数は、病床を整備するための目標であるとともに、基準病床数を超える病床の増加を抑制する基準です。

〈基準病床数及び既存病床数(一般病床・療養病床)〉

	基準病床数	既存病床数	過不足
県西二次保健医療圏	2,809床	3,155床	346床

出典：神奈川県保健医療計画（令和2年3月改定）

⑤ 事業別の医療体制の整備・充実

- ・県内どこでも安心して医療が受けられるよう、医療機関が連携し、医療提供体制の整備・

充実を図るとしてあります。

- 総合的な救急医療
- 精神科救急医療
- 災害時医療
- 周産期医療
- 小児医療

⑥ 疾病別の医療連携体制の構築

- ・5疾病（がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患）について、症状の経過や病態に応じた適切な医療・介護・福祉を提供するとともに、切れ目のない医療機関等の連携体制の構築に取り組むとしてあります。

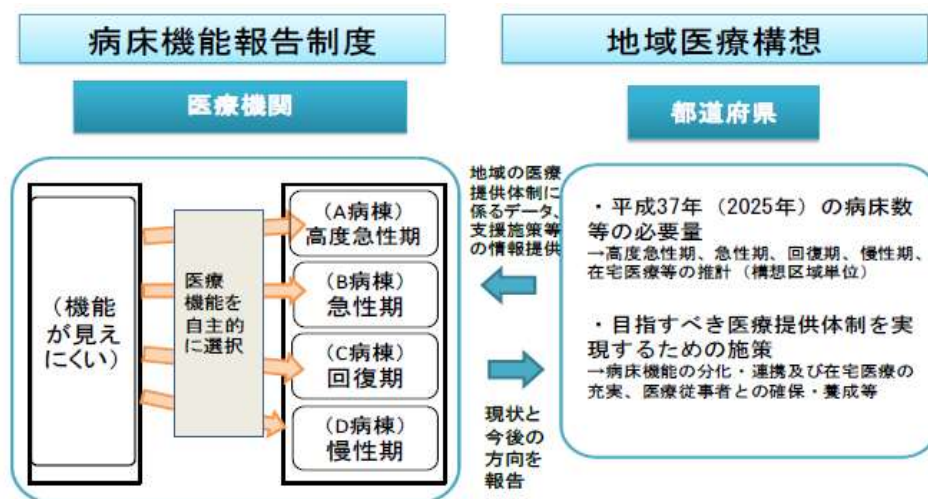
(2) 神奈川県地域医療構想

- ・団塊の世代が高齢者となる2025年のあるべき医療提供体制の構築に向けた長期的な取組みの方向性を示した「神奈川県地域医療構想」を平成28年10月に策定し、保健医療計画の一部に位置付けられました。

① 地域医療構想

- ・医療介護総合確保推進法の制定により改正された医療法（昭和23年）の規定により、平成26年から、各医療機関が担う病床機能を明らかにする病床機能報告制度が始まり、都道府県には、地域の医療提供体制の将来あるべき姿を示す「地域医療構想」の策定が義務づけられました。

【病床機能報告制度と地域医療構想】



出典：神奈川県地域医療構想（平成30年3月改定）

- ・神奈川県地域医療構想では、「誰もが元気でいきいきと暮らしながら、必要なときに身近な地域で質の高い医療・介護を安心して受けられる神奈川」を基本方針とし、高齢化の進展に伴い、医療ニーズが増大する中において、地域の限られた資源を有効に活用し、効率的で質の高い医療体制を構築することを目的として、2025年のあるべき医療提供体制の構築に向けた長期的な取組みの方向性を示しています。

- ・「神奈川県地域医療構想」では、県内を9区域に分け、各構想区域における将来の医療提供体制に関する構想をまとめるとともに、各構想区域の今後の方向性について示されています。

〈県西二次保健医療圏における2025年の必要病床数〉

	医療需要(人/日)	必要病床数(床)	構成割合
高度急性期	202	269	(10%)
急性期	606	777	(29%)
回復期	777	863	(32%)
慢性期	710	772	(29%)
合計	2,295	2,681	(100%)

出典：神奈川県地域医療構想（平成30年3月改定）

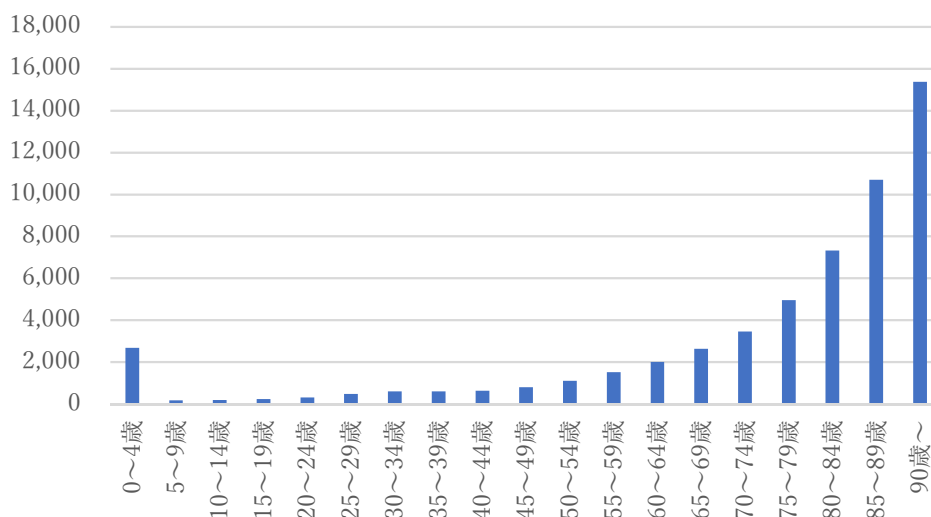
② 県西二次保健医療圏において示された主な方向性

- 必要なときに誰もが身近な地域で質の高い医療・介護を安心して受けられる社会の実現を目指し、「地域の住民の医療は地域で診る」という「**地域完結型医療**」を目指していきます。
- 高度急性期医療、急性期医療**については、地域において必要な救急や急性期疾患等、これまでに構築されてきた地域完結を目指した医療提供体制の維持・確保に向けた取組みを推進します。
- 在宅医療**の充実に向けても、後方支援のための急性期や回復期の病床機能の確保が重要です。そのため、救急医療を含めた医療提供体制の維持・確保とともに、急性期医療や回復期医療との連携強化を進めます。
- 救急医療**の需要は、高齢化を中心に今後も増加することが想定されていることから、初期、二次、三次救急を担う医療機関間及び消防と医療機関との連携強化などに取り組み、患者が速やかに適切な救急医療を受けられる体制構築を進めます。
- 限られた医療物資を効率的に運用し、住民に適切な医療サービスを提供するため、休日・夜間の一次救急と二次、三次救急医療機関のスムーズな連携体制の構築やかかりつけ医の普及、慢性、急性期疾患に対する各医療機関の連携の強化を目指します。
- 小児医療や周産期医療**については、必要な機能の確保や連携体制構築に向けた取組みを推進します。
- 県西部地震の発生など、災害時**において迅速かつ的確な救護を実施し、要援護者をはじめ、被災者の健康を確保するため、関係機関の連携強化を図るとともに、医療救護体制や医薬品供給体制、衛生対策の整備・充実に取り組みます。

(3) 受療率の状況

① 入院患者の受療率 (全国・年齢階級別)

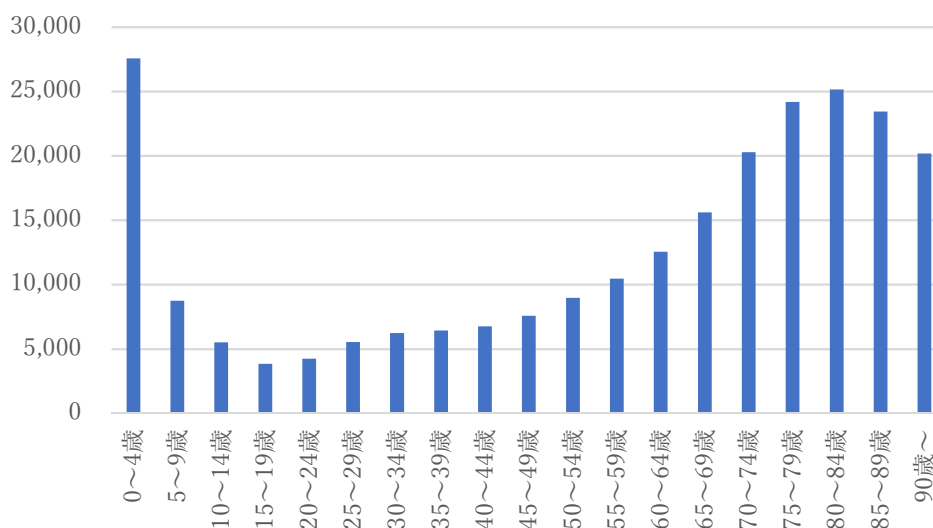
全国の入院患者の年齢階級別の受療率 (人)



出典：患者調査(2017年10月) 人口10万人当たり受療率(患者数)

② 外来患者の受療率 (全国・年齢階級別)

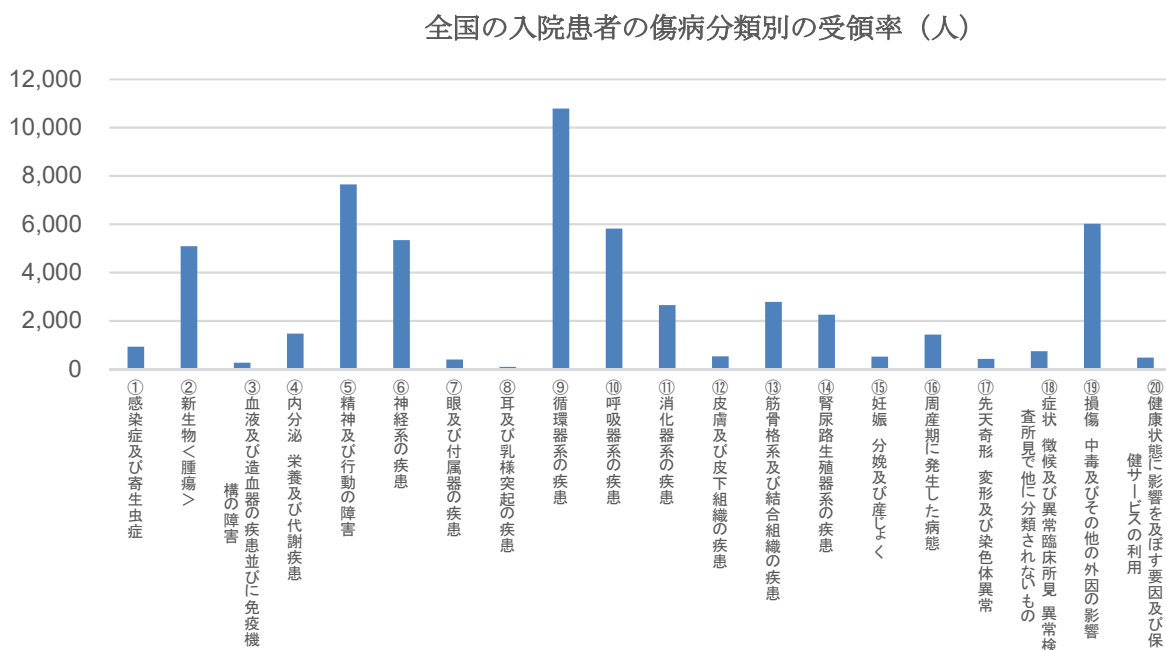
全国の外来患者の年齢階級別の受療率 (人)



出典：患者調査(2017年10月) 人口10万人当たり受療率(患者数)

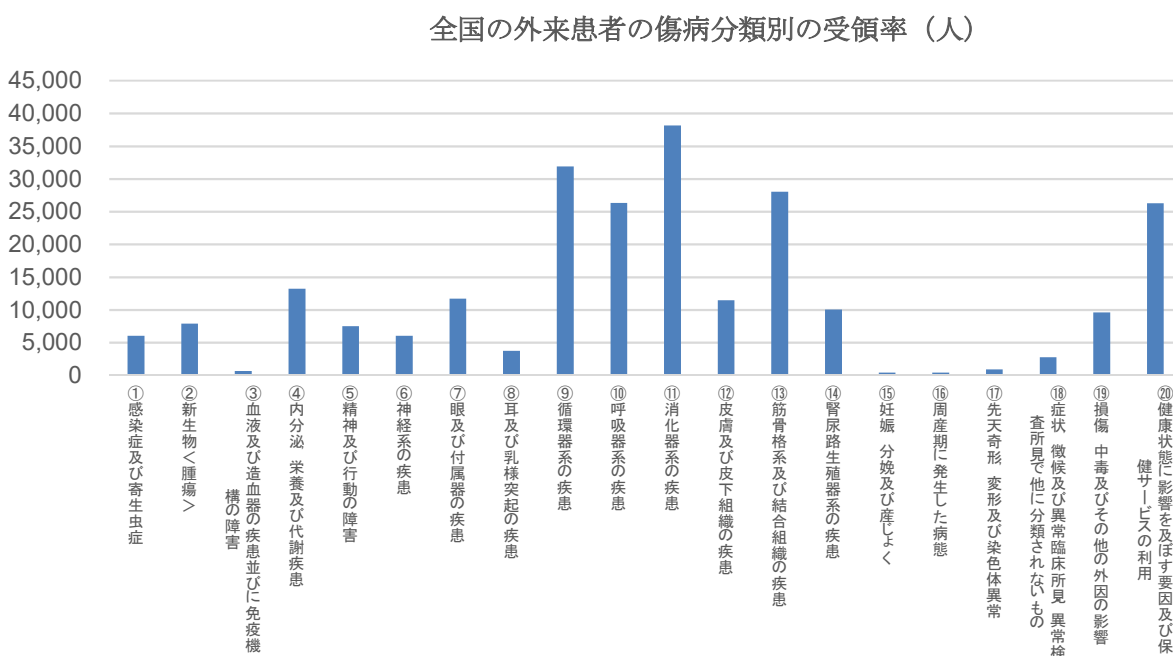
※「受療率」とは、ある特定の日に疾病治療のために、すべての医療施設に入院あるいは通院、または往診を受けた患者数と人口10万人との比率を現した数

③ 入院患者の受療率（全国・傷病分類別）



出典：患者調査(2017年10月) 人口10万人当たり受療率（患者数）

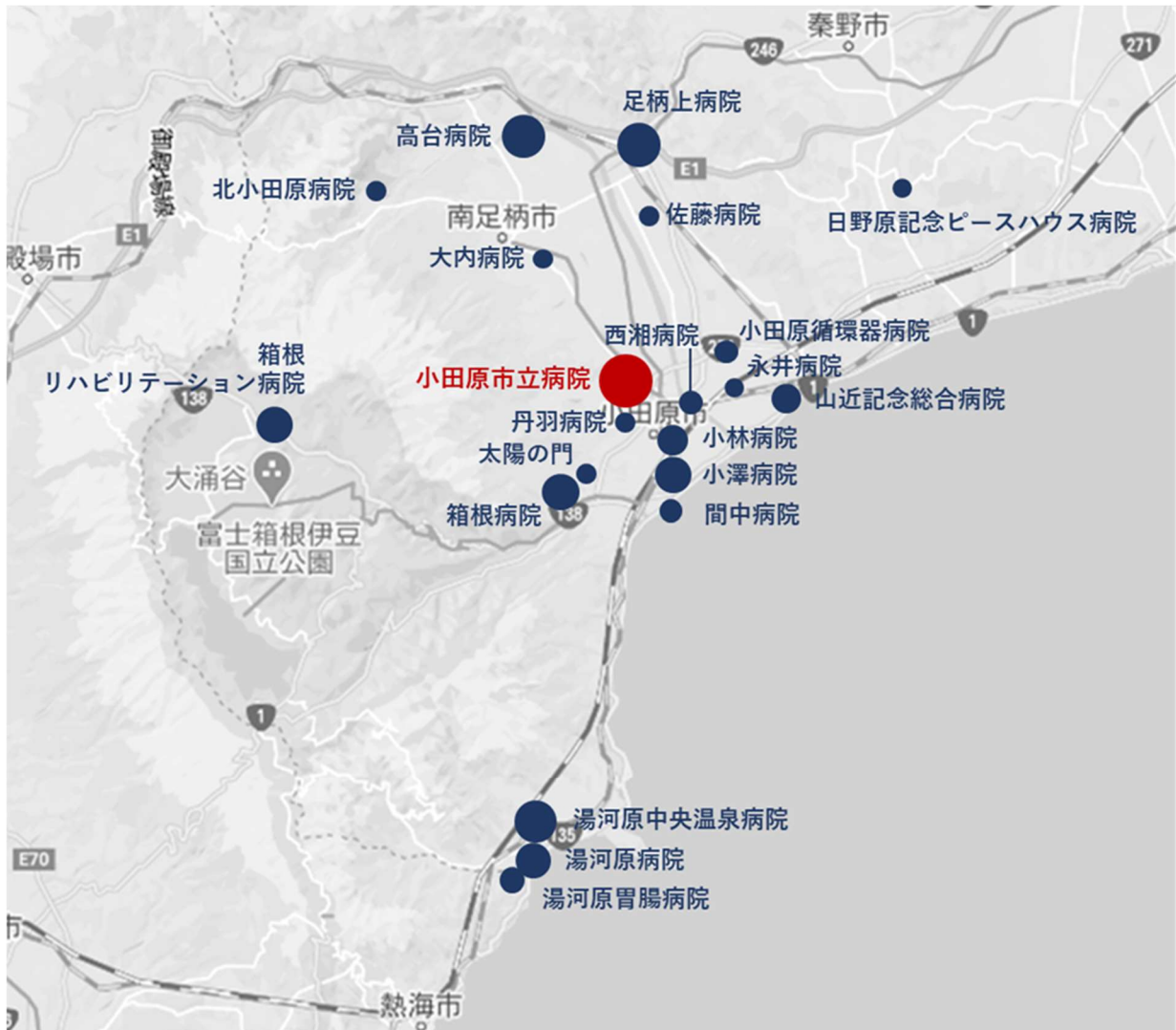
④ 外来患者の受療率（全国・傷病分類別）



出典：患者調査(2017年10月) 人口10万人当たり受療率（患者数）

3. 県西二次保健医療圏の状況

(1) 県西二次保健医療圏の病院分布状況



※円の大きさは、病床数を示す

(2) 県西二次保健医療圏の病院の病床機能等一覧

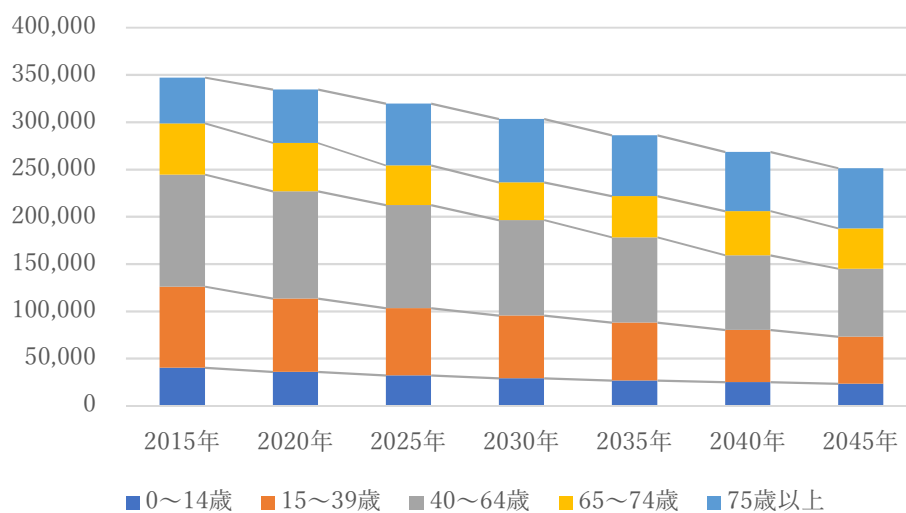
No.	種別	病院名	市町村名	病床機能						① 三次救急	② 二次救急	③ 救急告示 病院	救急車の 受入件数	災害 拠点	地域医療 支援病院	地域がん 診療連携 拠点病院	周産期 救急医療 システム 受入病院	感染症 指定 医療機関	エイズ 拠点病院	
				全体	高度 急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟中											
①	公 立 ・ 公 的	小田原市立病院	小田原市	417	270	147				○	○	○	5,566	○	○	○	○			
②		神奈川県立足柄上病院	松田町	290	46	152	60		32		○	○	3,283	○				○	○	
③		箱根病院	小田原市	199				180	19				6							
④		湯河原病院	湯河原町	199		157	42					○	436							
⑤		小澤病院	小田原市	202		202					○	○	1,853							
⑥		山近記念総合病院	小田原市	152		152					○	○	950							
⑦		小田原循環器病院	小田原市	97	7	90						○	655							
⑧		湯河原胃腸病院	湯河原町	108		58		50			○		238							
⑨		小林病院	小田原市	163		56	47	60			○	○	229							
⑩		大内病院	南足柄市	53		53					○	○	123							
⑪		丹羽病院	小田原市	51		51					○	○	518							
⑫		永井病院	小田原市	45		45						○	4							
⑬		西湘病院	小田原市	102		45		57			○	○	1,555							
⑭		間中病院	小田原市	90		45	45				○	○	275							
⑮		ライフ・プランニングセンター 日野原記念ベースハウス病院	中井町	22		22							0							
⑯		湯河原中央温泉病院	湯河原町	345				345					0							
⑰		高台病院	開成町	310				310					0							
⑱		箱根リハビリテーション病院	箱根町	192			51	100	41				0							
⑲		北小田原病院	南足柄市	55				55					2							
⑳		太陽の門	小田原市	52				52					0							
㉑		佐藤病院	大井町	30				30					0							
合計(21病院)				3,174	323	1,275	245	1,239	92				15,693							

出典：第7次神奈川県保健医療計画、H30年度病床機能報告結果

(3) 県西二次保健医療圏の人口の動向

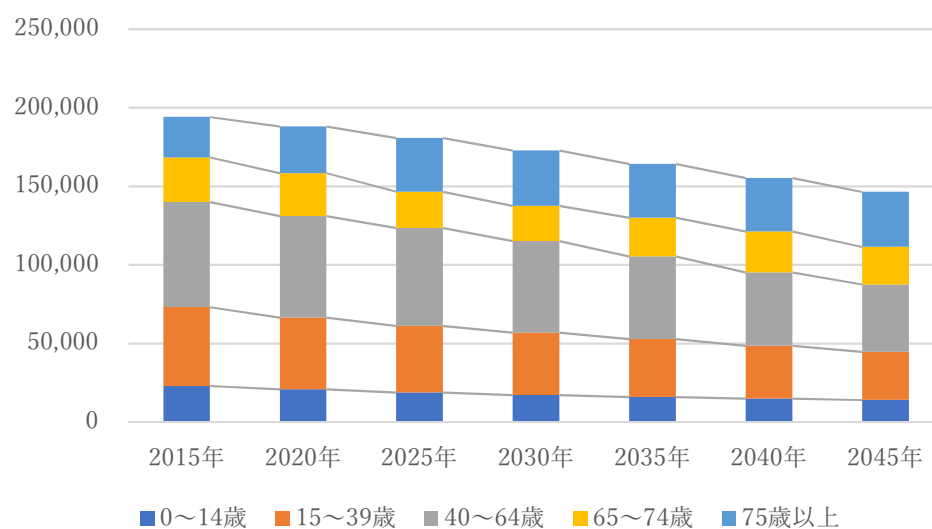
- ・市立病院は「神奈川県保健医療計画」で定められた二次保健医療圏のうち、県西二次保健医療圏に属しています。
- ・県西二次保健医療圏は、小田原市をはじめとする2市8町（小田原市、南足柄市、中井町、大井町、松田町、山北町、開成町、箱根町、真鶴町、湯河原町）で構成されており、県内の医療圏においては最も面積が広い一方（県面積の約1/4、26%）、最も人口が少ない（県人口の3.8%）医療圏です。

県西二次保健医療圏の人口推移



出典：国立社会保障・人口問題研究所（2018年3月推計）

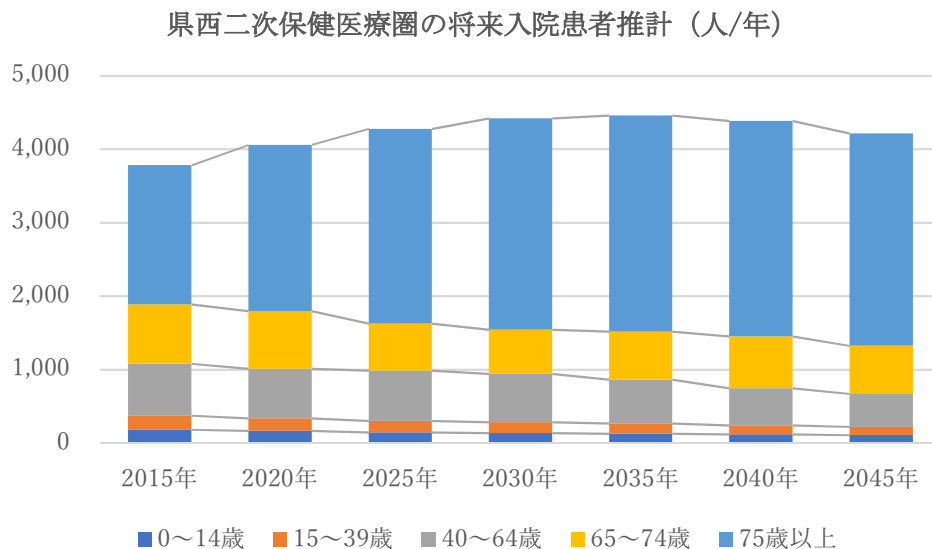
小田原市の人口推計



出典：国立社会保障・人口問題研究所（2018年3月推計）

(2) 県西二次保健医療圏の年齢階層別患者数の将来推計

① 入院患者

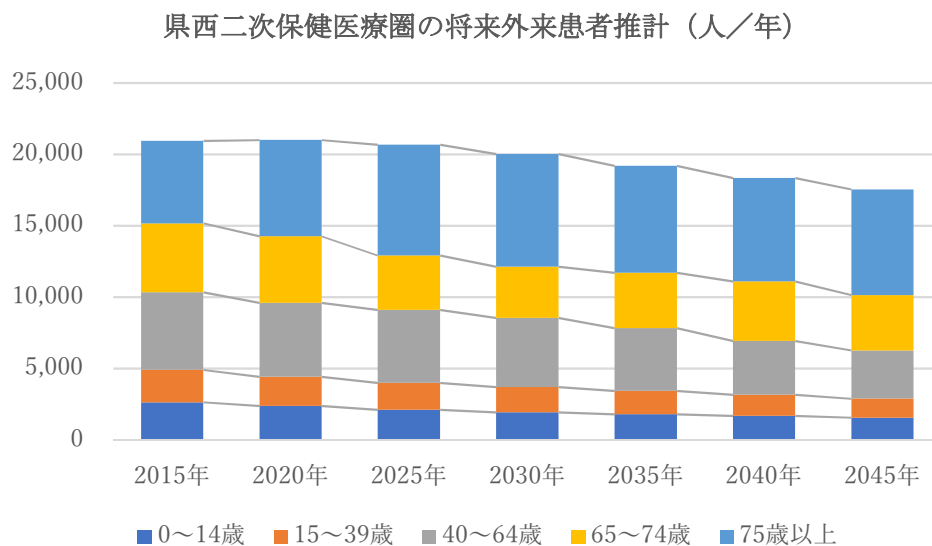


将来人口推計と受療率に基づく推計

出典：国立社会保障・人口問題研究所（2018年3月推計）

患者調査(2017年10月) 人口10万人当たり受療率(患者数)

② 外来患者



将来人口推計と受療率に基づく推計

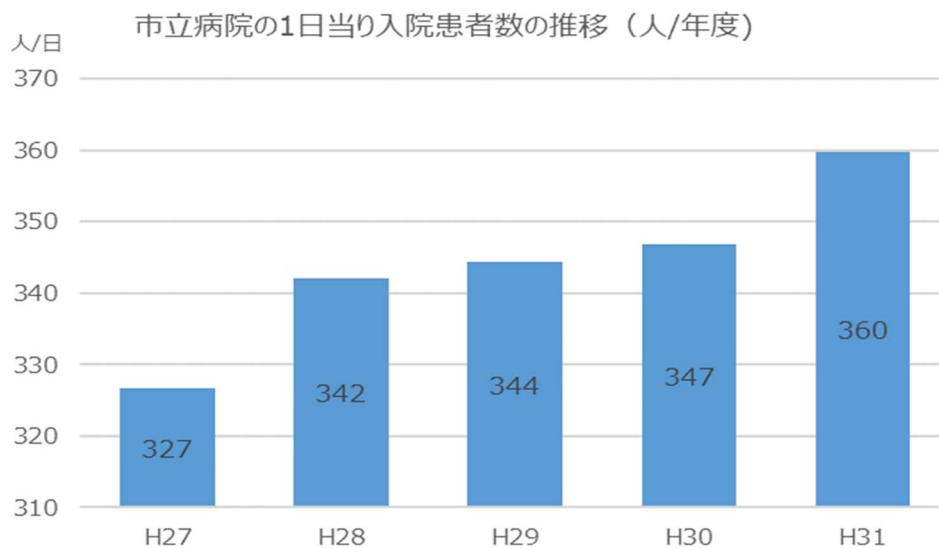
出典：国立社会保障・人口問題研究所（2018年3月推計）

患者調査(2017年10月) 人口10万人当たり受療率(患者数)

4. 市立病院の状況

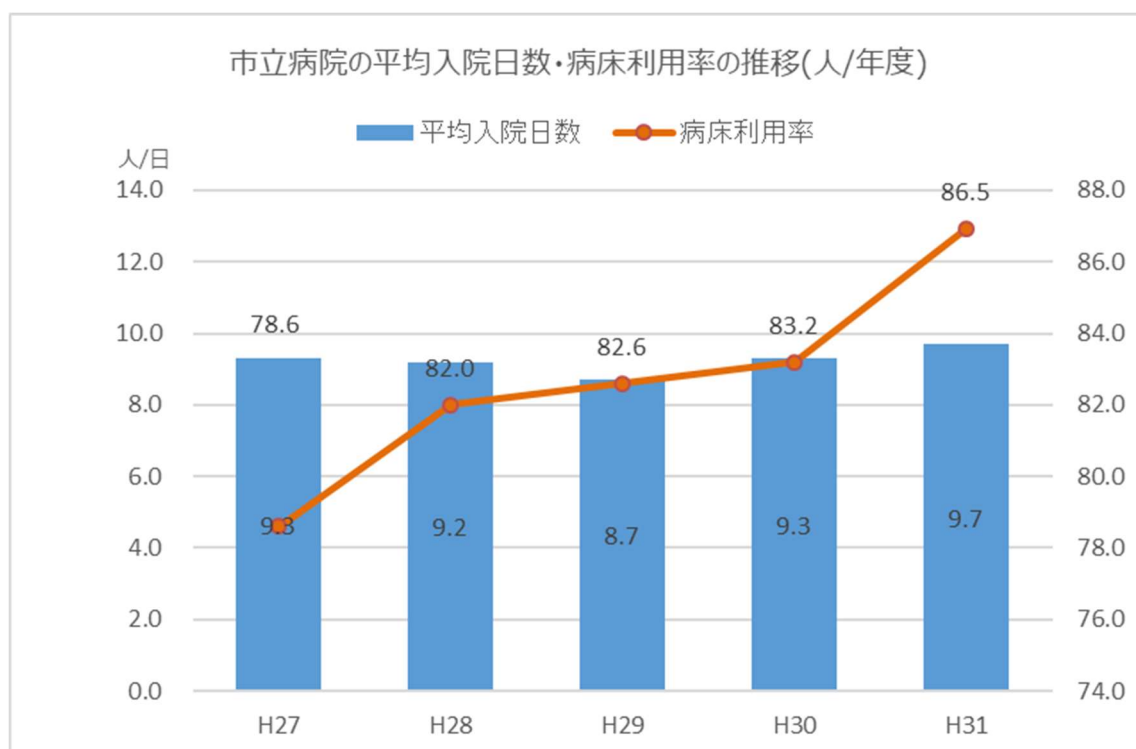
(1) 患者動向 (入院)

① 入院患者数



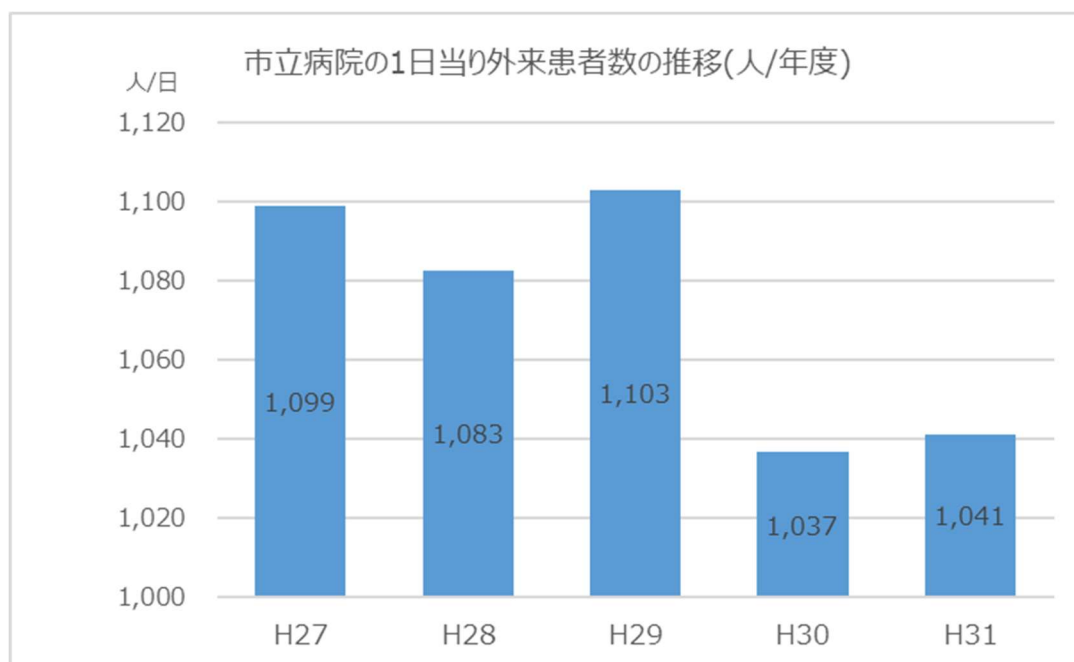
出典：小田原市立病院調べ

② 平均入院日数・病床利用率



出典：小田原市立病院調べ

(2) 患者動向 (外来)

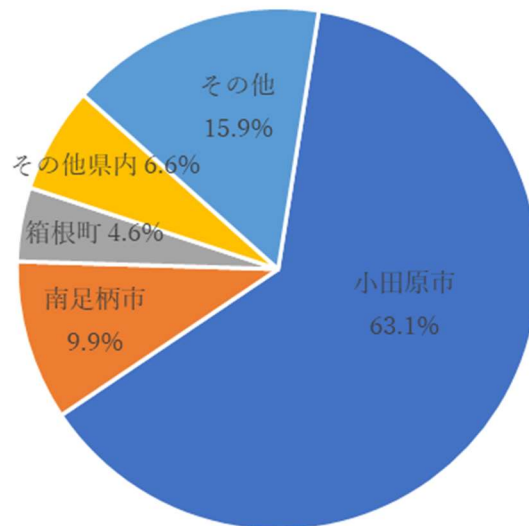


出典：小田原市立病院調べ

(3) 住所地別患者数

① 住所地別入院患者数（市外含む）（令和元年度）

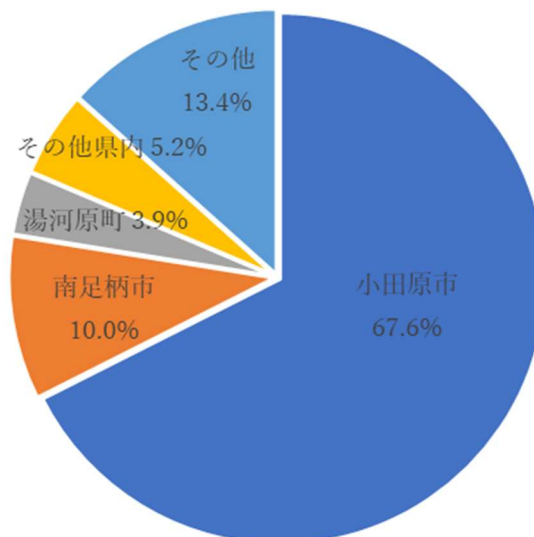
診療圏	患者数（人）	構成比（%）
県西	123,206	93.44%
小田原市	83,173	63.1%
南足柄市	13,053	9.9%
中井町	555	0.4%
大井町	3,639	2.8%
松田町	2,165	1.6%
山北町	1,495	1.1%
開成町	3,324	2.5%
箱根町	6,032	4.6%
真鶴町	2,703	2.0%
湯河原町	7,067	5.4%
その他県内	8,653	6.6%
合計	131,859	100%



出典：小田原市立病院調べ

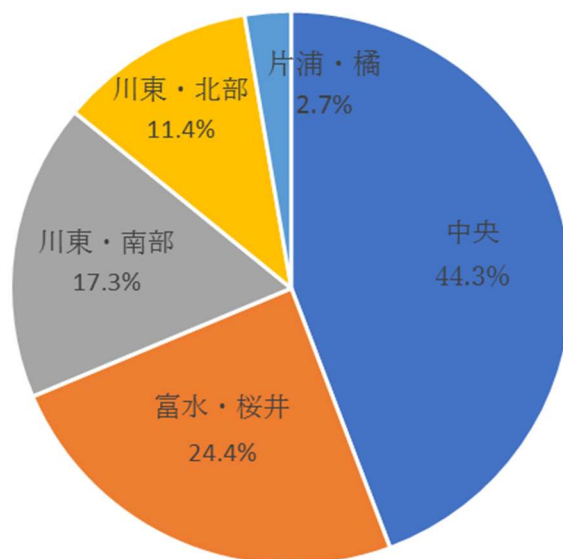
② 住所地別外来患者数（市外含む）（令和元年度）

診療圏	患者数（人）	構成比（%）
県西	200,388	94.78%
小田原市	142,828	67.6%
南足柄市	21,131	10.0%
中井町	721	0.3%
大井町	5,618	2.7%
松田町	2,751	1.3%
山北町	2,205	1.0%
開成町	6,161	2.9%
箱根町	7,076	3.3%
真鶴町	3,733	1.8%
湯河原町	8,164	3.9%
その他県内	11,044	5.2%
合計	211,432	100%



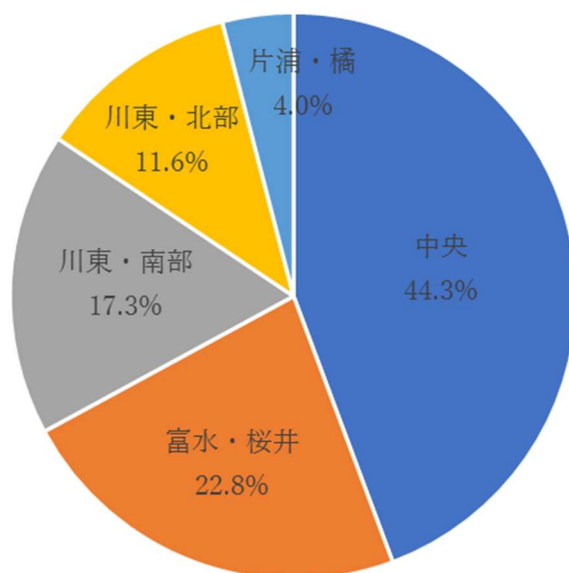
出典：小田原市立病院調べ

③ 住所地別入院患者割合



出典：小田原市立病院調べ

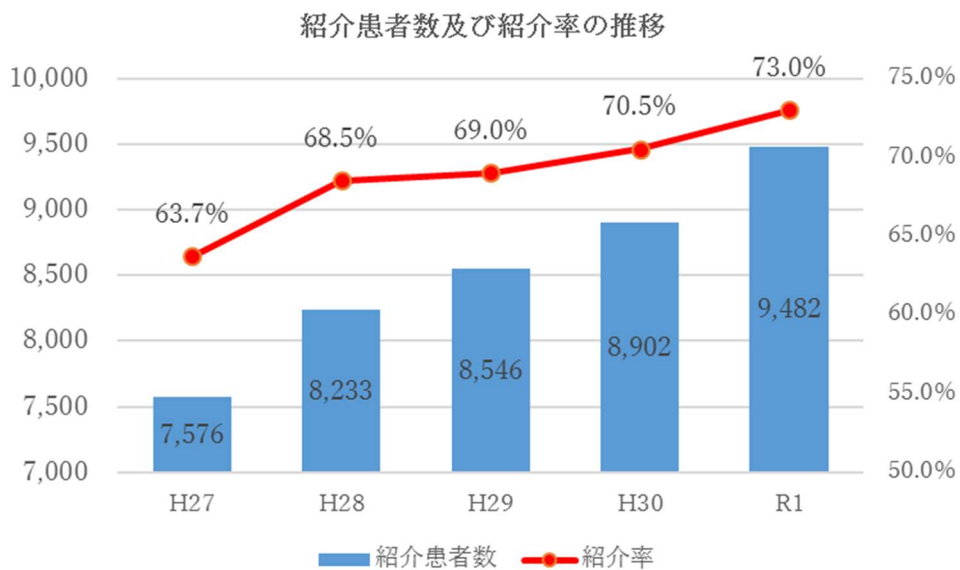
④ 住所地別外来患者割合



出典：小田原市立病院調べ

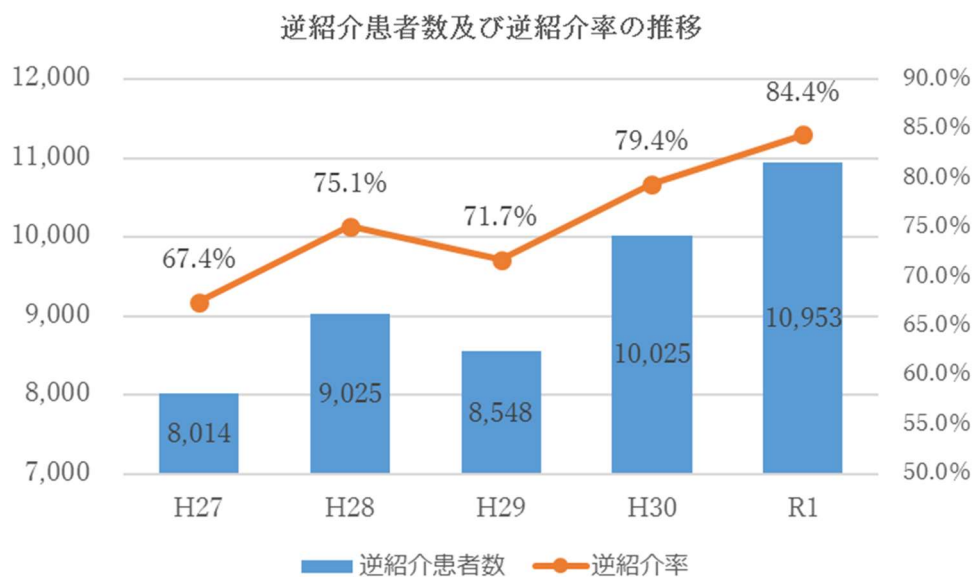
(4) 来院経路（紹介・逆紹介）

① 紹介患者数及び紹介率の推移（年度）



出典：小田原市立病院調べ

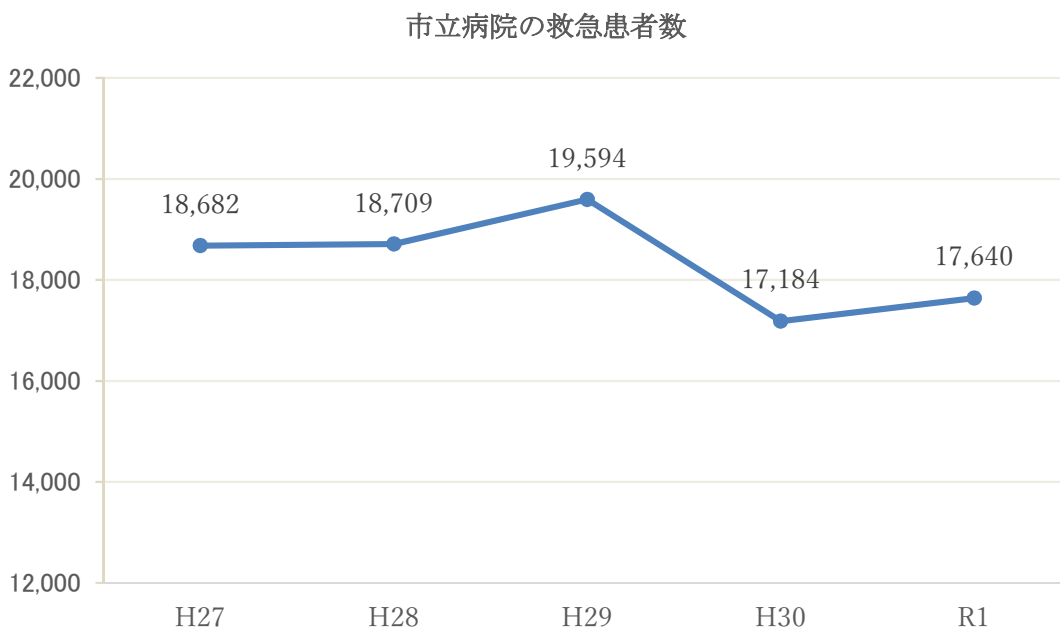
② 逆紹介患者数及び逆紹介率の推移（年度）



出典：小田原市立病院調べ

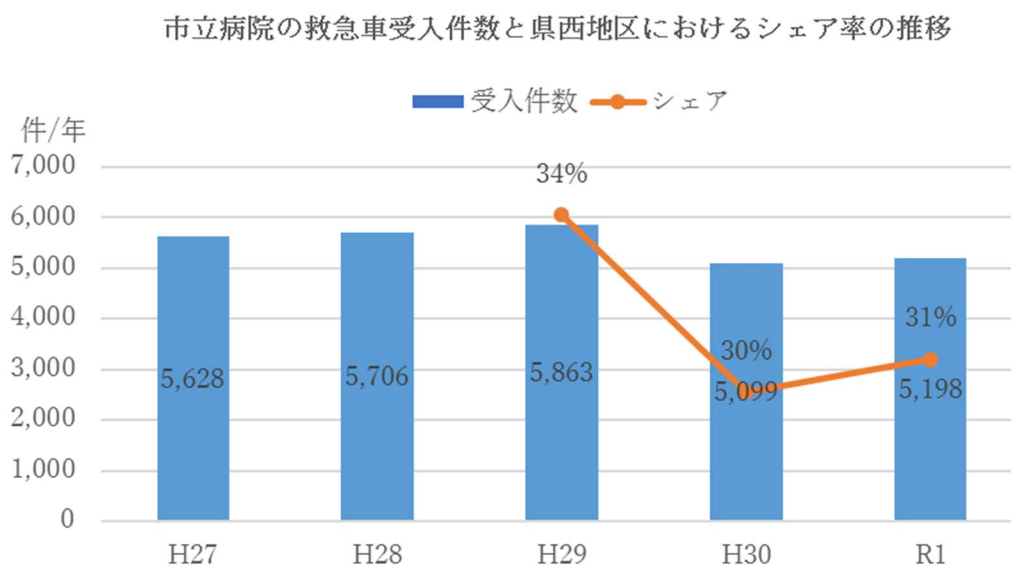
(5) 救急受け入れ状況

① 救急患者数



出典：小田原市立病院調べ

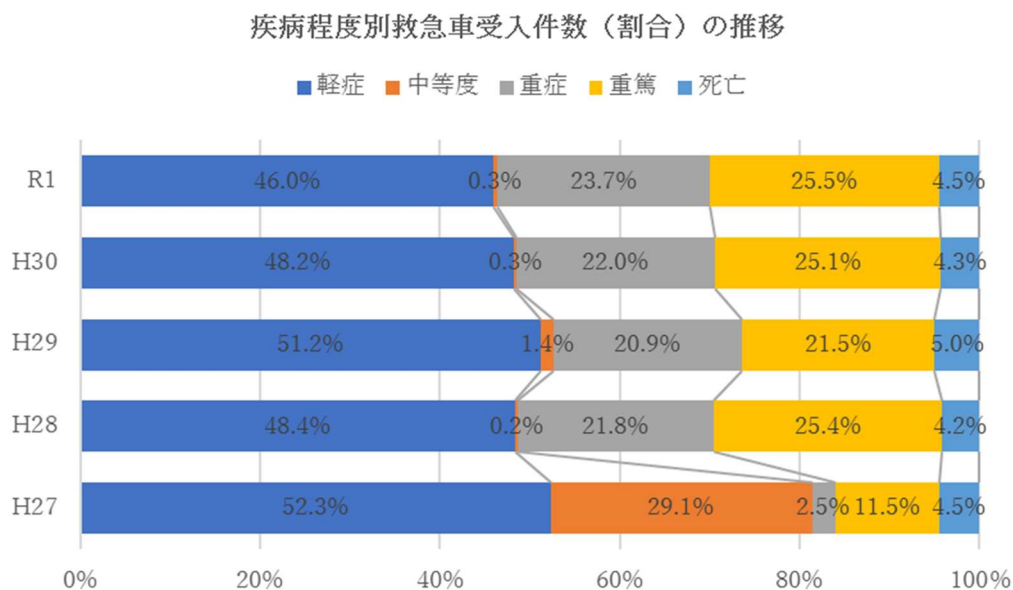
② 救急車受入件数と県西地区におけるシェア率の推移



出典：小田原市立病院調べ

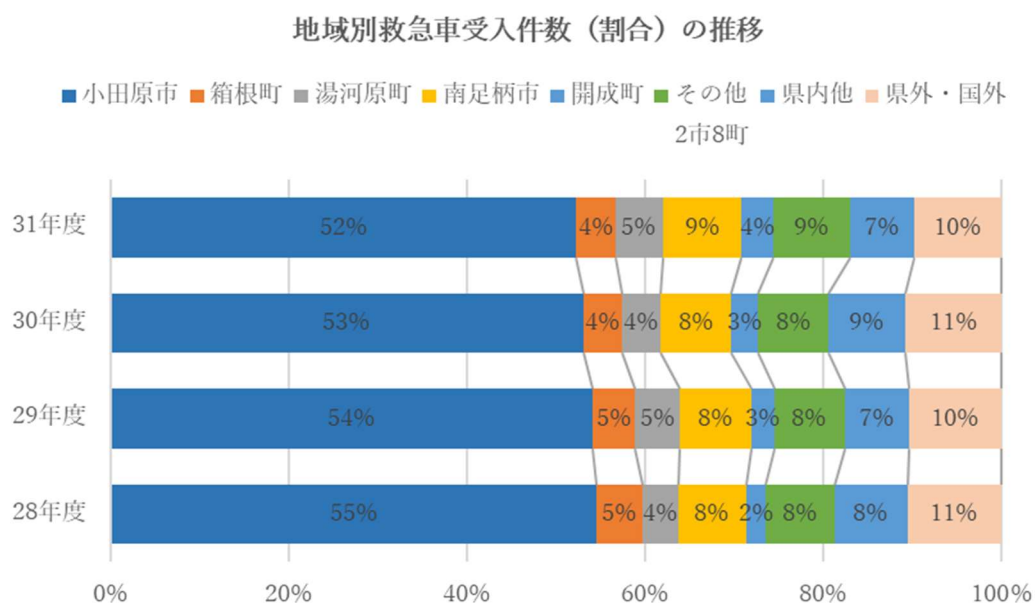
※シェア率は平成 29～31 年度分の小田原消防のみの数値

③ 疾病程度別救急車受入割合の推移（年度）



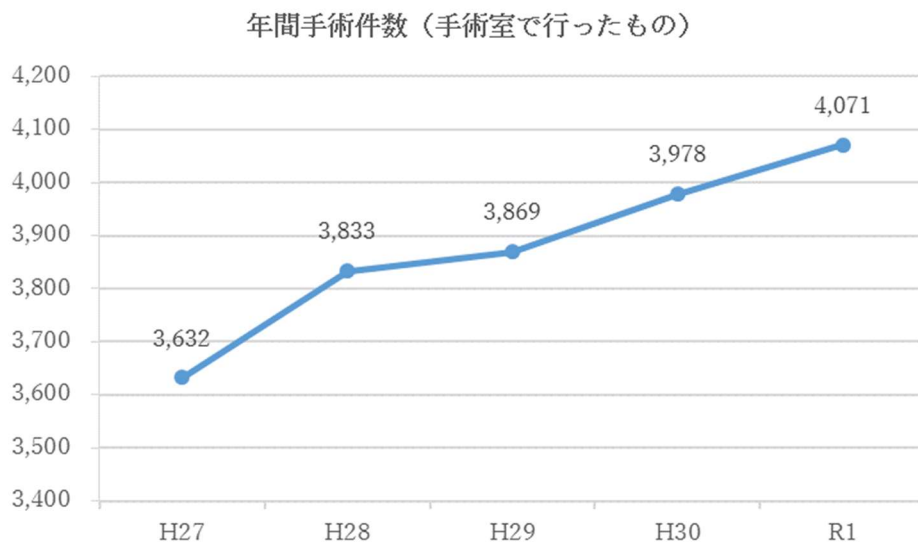
出典：小田原市立病院調べ

④ 地域別救急車受入件数の推移（年度）



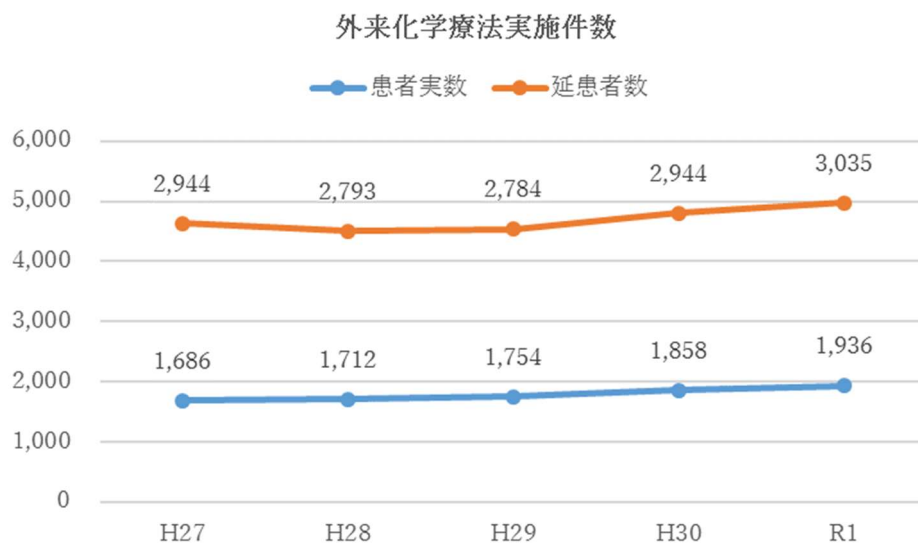
出典：小田原市立病院調べ

(6) 手術件数の推移 (年度)



出典：小田原市立病院調べ

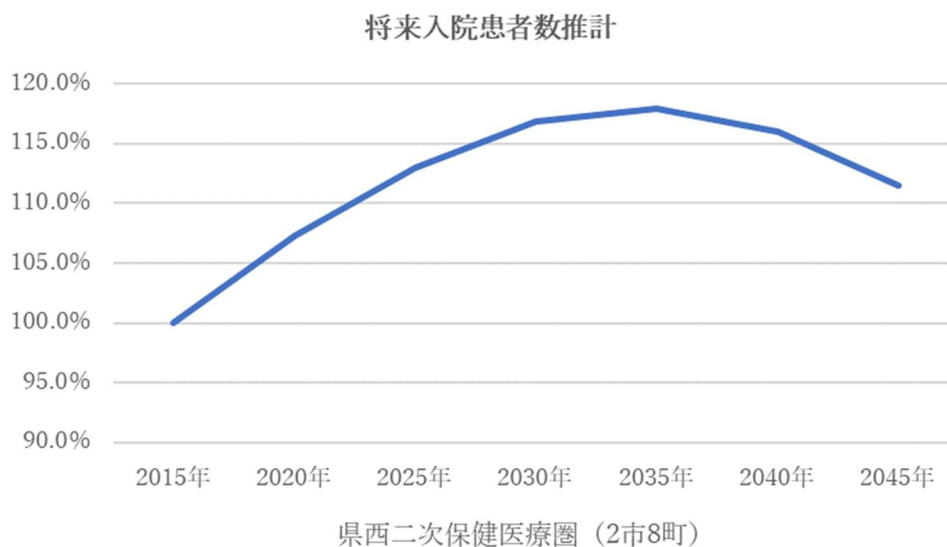
(7) 外来化学療法件数の推移 (年度)



出典：小田原市立病院調べ

(8) 将来患者推計 (入院・外来)

① 入院患者推計

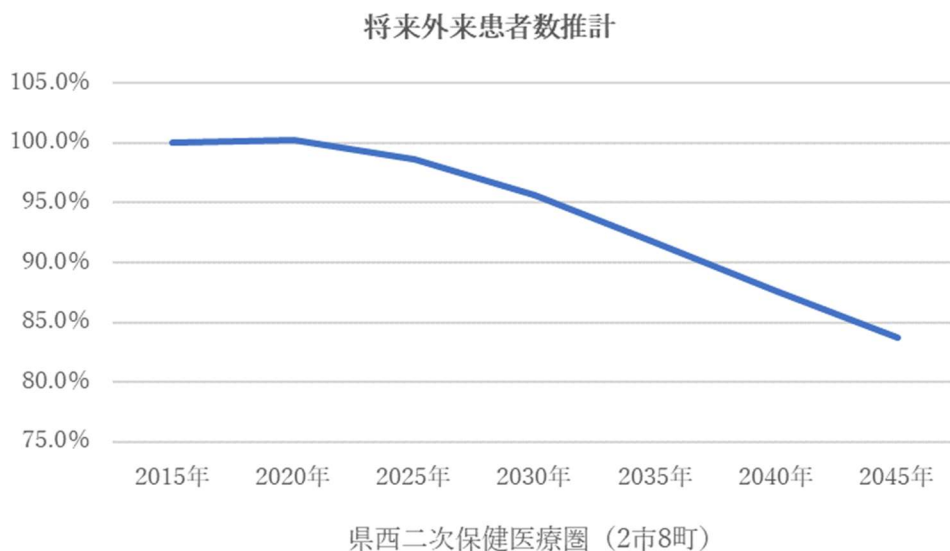


将来人口推計と受療率に基づく推計

出典：国立社会保障・人口問題研究所 (2018年3月推計)

患者調査(2017年10月) 人口10万人当たり受療率 (患者数)

② 外来患者推計



将来人口推計と受療率に基づく推計

出典：国立社会保障・人口問題研究所 (2018年3月推計)

患者調査(2017年10月) 人口10万人当たり受療率 (患者数)