

(仮称)岡山総合医療センター基本計画

平成23年1月

岡山市

【目次】

はじめに

I 基本構想の考え方.....	1
II 医療部門基本計画.....	15
1 基本方針等.....	15
2 外来部門.....	20
3 病棟部門.....	23
4 ER部門.....	25
5 災害医療部門.....	31
6 健康危機管理部門.....	32
7 集中治療部門.....	34
8 手術部門.....	35
9 中央材料部門.....	37
10 病理・検査部門.....	39
11 放射線部門.....	41
12 内視鏡部門.....	43
13 リハビリテーション部門.....	44
14 薬剤部門.....	45
15 栄養部門.....	47
16 健診部門.....	49
17 臨床工学部門.....	51
18 医療サービス部門.....	52
19 管理運営部門.....	55
20 医療安全部門.....	57
21 教育・人材育成部門.....	58
22 福利厚生部門.....	60
23 利便施設部門.....	61
24 物品管理部門.....	62
25 医療機器整備方針.....	64
III 保健・医療・福祉連携部門基本計画.....	65
IV 施設整備計画.....	71
1 施設整備方針.....	71
2 建築計画.....	74
3 構造計画.....	76
4 設備計画.....	76
V 事業計画等.....	81
1 経営方針.....	81
2 整備手法及び整備スケジュール.....	83
3 現市民病院の取り扱い等について.....	84
4 概算事業費.....	85
5 財政シミュレーション.....	85
用語説明	

はじめに

岡山地域の最適な地域医療体制の構築を目指して、本市は、中四国において教育・研究、高度先進医療の中核的存在である岡山大学と連携協議を進めてきた。この連携協議の中で、岡山E Rを特徴とした医療機能と保健・医療・福祉連携機能を備えた「（仮称）岡山総合医療センター構想」が提案された。

この構想の実現に向けて、さらに岡山大学との連携協議を重ねるとともに、議会をはじめ、医療関係団体、市民団体など広く市民の方々との議論を踏まえ、平成22年2月、役割・機能、診療体制などの基本的な事項について取りまとめた、「（仮称）岡山総合医療センター基本構想」を策定した。

この基本構想を踏まえ、センターの立地については、市民が利用しやすく、市民の安心を支える救急医療の実施に適した位置、また、地域全体で救急医療を支えるため、大学病院をはじめとした各医療機関との連携のしやすさ、早期整備の可能性などの観点から、北長瀬表町の市有地を整備地とすることとした。

本基本計画は、（仮称）岡山総合医療センターを整備するにあたり、部門別計画、施設整備計画等、事業化に向けて必要な検討を行い、さらに具体的な事項について取りまとめたものである。

基本構想の考え方

Ⅰ 基本構想の考え方

基本構想では、次のとおり現状と課題を分析し、基本方向と担うべき機能等を示した。これらの考え方を踏まえ、基本計画を策定するものとする。

1 現状と課題

(1) 国の政策動向

医療制度改革

我が国は、国民皆保険制度の下、世界一の平均寿命と高い保健医療水準を維持してきたが、急速に膨らむ医療費に対し、医療制度を将来にわたり安定的に持続させていくため、医療費適正化の推進、生活習慣病対策の推進、医療機能の分化・連携の推進などを主な柱とした、良質かつ適切な医療を効率的に提供するための医療制度改革が進められている。

安心と希望の医療確保ビジョン

医療制度改革を進める上では、将来をしっかりと見据えた長期的なビジョンを持ち、現場の声を聞きながら政策の立案や推進を行うことが必要とのことから、医療従事者等の数と役割、地域で支える医療の推進、医療従事者と患者・家族の協働の推進を3本柱とした、「安心と希望の医療確保ビジョン（平成20年6月）」が示された。その中で、医師養成数の増加、総合的な診療能力を持つ医師の育成、救急医療の充実など具体的な政策が示されている。

医師臨床研修制度の見直し

平成16年4月から始まった医師卒後臨床研修の必修化に伴い、研修医が研修内容や施設が充実した病院を研修先に選択するケースが増加し、大学医局に在籍する医師が不足し、そのため派遣先の病院から医師の引き上げが行われ、とりわけ地方の病院の医師不足が深刻化している。こうした中、医師の臨床研修制度等のあり方について検討が行われ、平成21年4月に研修プログラムの弾力化、募集定員や受け入れ病院のあり方など制度の見直しが行われた。

診療報酬改定

平成22年度の診療報酬改定はプラス0.19%の改定であったが、平成14年度から平成20年度まで4期連続してマイナス改定であった。平成18年度にはマイナス3.16%という過去最大幅の引き下げが行われた。

公立病院改革

公立病院は、地域における基幹的な公的医療機関として、地域医療の確保のため重要な役割を果たしているが、近年、多くの公立病院において、損益収支をはじめとする経営状況が悪化するとともに、医師不足に伴い診療体制の縮小を余儀なくされるなど、その経営環境や医療提供体制の維持が極めて厳しい状況になっている。

このため、総務省は病院事業を設置する地方公共団体に対し、公・民の適切な役割分担のもと、地域において必要な医療提供体制の確保を図り、持続可能な病院経営をめざした公立病院改革を促すため「公立病院改革ガイドライン（平成19年12月）」を示した。ガイドラインでは、地域医療の確保のため自らに期待されている役割を改めて明確にし、経営効率化、再編・ネットワーク化、経営形態の見直しの3つの視点に立った改革を一体的に推進することが必要として、「公立病院改革プラン」を策定することを求めている。これを受け、本市では平成20年度に市立3病院の改革プランを策定した。

(2) 地域医療の現状

需給状況等

本市の医療の需給状況を政令市・中核市と比較すると、医療提供体制（供給）は、人口10万人当たりの病院数、一般病床数、医師数などが比較的上位にランクし、恵まれた状況にある。

需要状況は、人口10万人当たりの1日平均在院患者数が809人と多く、比較的多くの患者が集まる状況にある。また、本市は医療の需要、供給ともに比較的規模が大きいが、病床充足率は平均的で一定のバランスがとれている。

なお、岡山県南東部保健医療圏（岡山市等）の一般病床及び療養病床の既存病床数は、10,684床（H18.4.1現在）で、岡山県保健医療計画における基準病床数9,502床に対し、1,182床多くなっている。

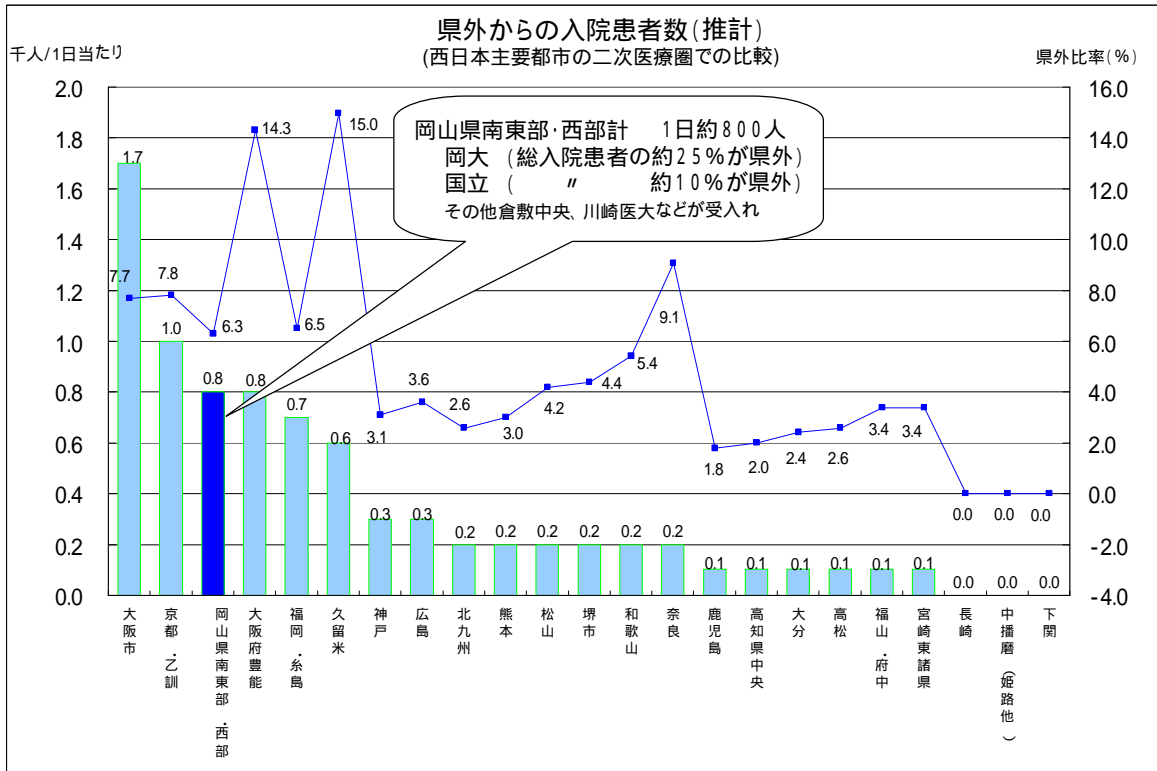
政令市・中核市との比較

区 分		岡山市	政令市との比較 (18市)		政令市・中核市との比較 (52市)	
			平均値	岡山市の 順位	平均値	岡山市の 順位
人口 十万人 当たり	病院数 (一般病床を有する)	6.4	4.6	2位	5.6	14位
	300床以上の病院数 (一般病床を有する)	1.14	1.03	6位	1.10	21位
	一般病床数(病院) (床)	1051.2	784.2	2位	841.6	11位
	病床充足率 (病院の一般病床) (%)	129.9	130.3	9位	128.5	19位
	一般診療所数	94.7	87.5	7位	83.5	13位
	医師数 (人)	354.6	266.7	2位	258.9	6位
	1日平均在院患者数 (病院の一般病床) (人)	809.3	604.1	3位	657.1	14位
実 数	一般病床数(病院) (床)	7,363	11,016	12位	6,214	13位
	1日平均在院患者数 (病院の一般病床) (人)	5,668	8,493	11位	4,830	12位

資料：H19「医療施設調査」、H19「病院報告」、H18「医師・歯科医師・薬剤師調査」
 調査時点では中核市でなかった盛岡市、前橋市、柏市、大津市、尼崎市、西宮市、久留米市を除く
 病床充足率 = (病院の一般病床数) ÷ (病院の一般病床の1日平均在院患者数)

県外からの流入患者の状況(広域拠点性)

県外からの入院患者数は、岡山県南東部保健医療圏(岡山市等)が約500人/日で、岡山県南西部保健医療圏(倉敷市等)と合わせると約800人/日となり、西日本主要都市の医療圏の中でも有数の流入規模となっている。特に高度先進医療を行う岡山大学病院は、総入院患者の約4分の1が県外からの患者であり、本市における医療分野の広域拠点性の中核的存在となっている。

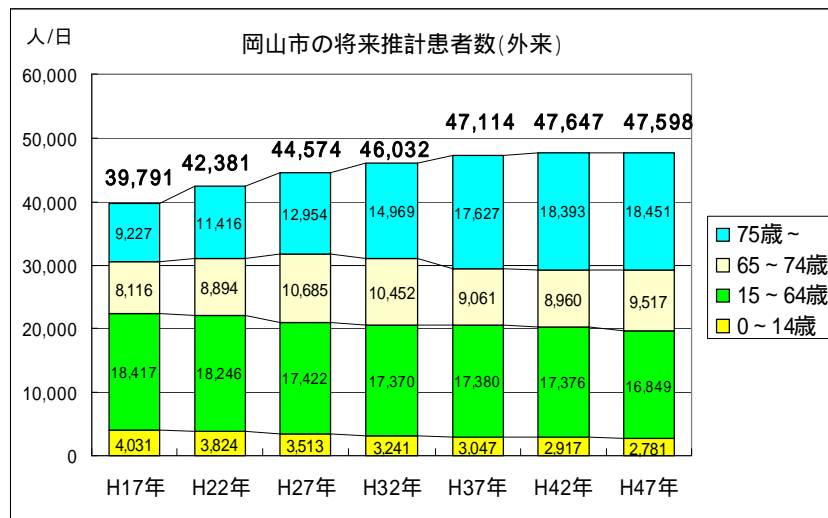
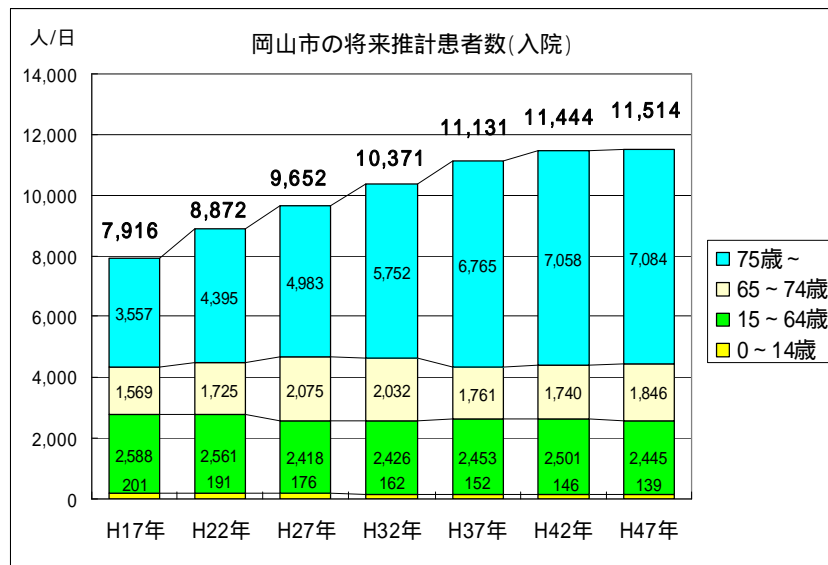


病院(一般病床)の推計入院患者数のうち、県外から流入した患者数を比較
 資料:厚生労働省H17「患者調査」
 岡山県南東部 = 0.5千人/1日当たり 岡山県南西部 = 0.3千人/1日当たり

将来推計患者数

国立社会保障・人口問題研究所「日本の市区町村別将来推計人口」(H20.12)の推計人口と厚生労働省「患者調査」(H17)の岡山県の受療率を用いて、岡山市の将来推計患者数を試算(受療率は一定と仮定)した。

平成47年の推計患者数は平成17年に比べて入院が45.5%、外来が19.6%増加する結果となった。当推計は、市外への流出患者数、市内への流入患者数を考慮していないため、今後も本市の流入超過が続いていくなれば、さらに患者数は増加するものと予測される。



上記推計は、以下の数式で推計した。

将来推計患者数 = AB

(A:性別・年齢階級別推計人口 B:性別・年齢階級別 外来受療率or入院受療率(H17患者調査))

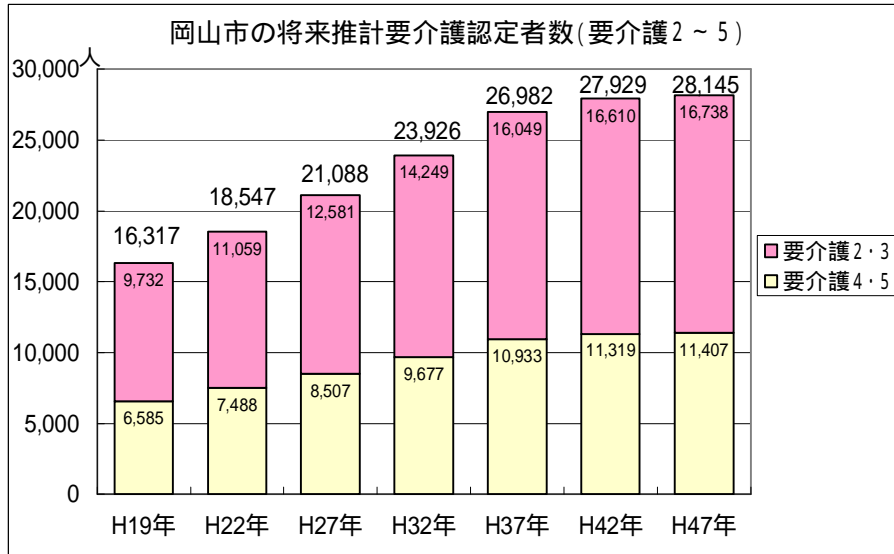
上記推計では、市外への流出患者数、市外からの流入患者数は考慮していない。

性別・年齢階級別推計人口は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の市区町村別将来推計人口」(H20.12)の値を使用した。

将来推計要介護認定者数

国立社会保障・人口問題研究所「日本の市区町村別将来推計人口」(H20.12)の推計人口と岡山市の介護認定率(H19.9)を用いて、岡山市の将来推計要介護認定者数を試算(介護認定率は一定と仮定)した。

高齢化率の上昇に伴って、平成47年の要介護認定者数(要介護2～5)は平成19年比べて72.5%増加する結果となった。



H19年は実数

上記推計は、以下の数式で推計した。

$$\text{将来推計要介護認定者数} = AB$$

(A:性別・年齢階級別推計人口 B:性別・年齢階級別 介護認定率(H19.9未現在))

性別・年齢階級別推計人口は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の市区町村別将来推計人口」(H20.12)の値を使用した。

政策的医療の状況等

ア 救急医療

市内の救急医療体制は、初期（休日夜間急患診療所、在宅当番医等）、2次（病院群輪番制病院等20施設）、3次（救命救急センター1施設）の救急医療施設と、救急車搬送患者を受け入れる救急告示施設（26施設）により整備されている。

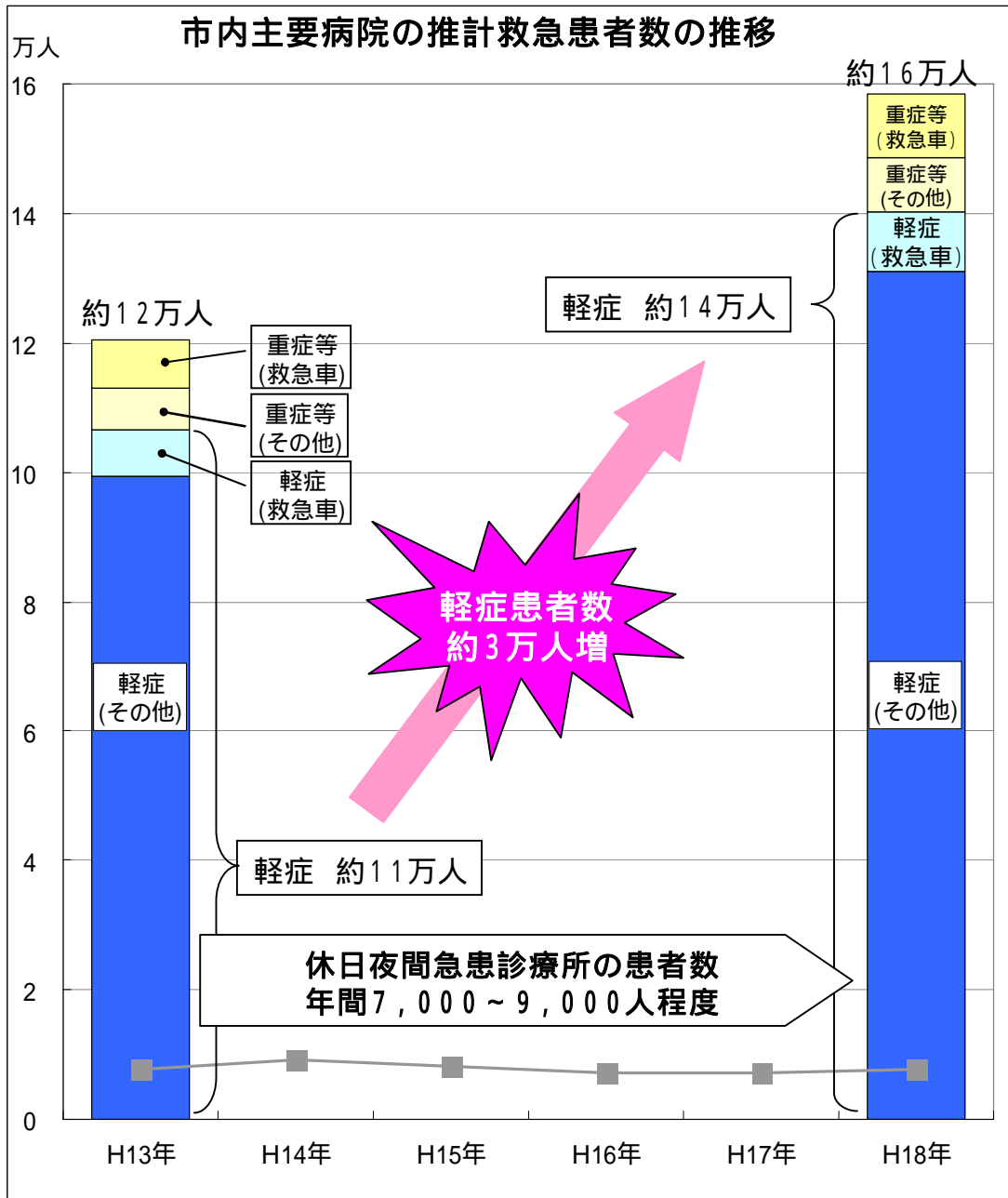
市内主要病院（ ）の総救急患者数は、平成13年度の約12万人に対し平成18年度は約16万人となっており、5年間で3割程度増加していると推計される。その内訳を見ると、9割程度が軽症患者となっている。

また、市内の救急搬送患者数は、平成15年の2.0万人に対し平成20年は2.4万人となっており、5年間で2割増加している。平成20年の救急搬送患者のうち軽症患者は1.3万人であり全体の52.5%を占めている。

このように、救急医療現場はひっ迫度を増しており、特に2次及び3次救急病院においては、多くの軽症患者を受け入れる一方で、手術・入院を要する重症患者を受け入れる本来の機能を十分発揮できない状態に陥っている。その要因としては、患者自身で症状の程度や診療科を判断できない、又は、患者の費用負担が同程度であるため、患者が症状にかかわらず、より高度な医療機関を受診する傾向があることなどが考えられる。

こうした状況の中、休日・夜間の軽症患者に対して特別料金を徴収し、過密状態となっている救急患者数を抑制して医師の負担を軽減し、重症患者の治療体制の改善を図る救急病院が出てきている。

市内主要病院とは、岡山大学病院、川崎病院、国立岡山医療センター、岡山済生会総合病院、岡山赤十字病院、岡山労災病院、市民病院の7病院



イ 小児(救急)医療

市内の人口10万人当たりの小児科医療施設(病院、診療所)数、小児科に従事する医師数は全国や政令市・中核市の平均より上回っており、一定の水準にある。

小児救急医療体制については、初期救急は岡山市休日夜間急患診療所が休日と平日準夜勤帯に対応し、2次救急は小児救急医療支援病院(国立岡山医療センター、岡山赤十字病院)を中心とした病院群輪番制病院により24時間365日対応できるよう整備が進められている。また、国立岡山医療センターと岡山赤十字病院で市内主要病院全体の4分の3の救急患者を受け入れている。

ウ 産科・周産期医療

市内の人口10万人当たりの産科医療施設(病院数、診療所)数、産科に従事する医師数は全国や政令市・中核市の平均より上回っており、一定の水準にある。

産科・周産期医療体制については、ハイリスクの母体・新生児に高度な周産期医療を24時間体制で提供する総合周産期母子医療センター(国立岡山医療センター)・地域周産期母子医療センター(岡山赤十字病院、岡山大学病院)と地域の産科・小児科をもつ医療施設がネットワークを構築することにより整備が進められている。また、周産期母子医療センターの3病院で、市内主要病院全体の8割弱の救急患者を受け入れている。

エ 感染症医療

県の感染症予防計画において、第一種感染症指定医療機関に岡山大学病院が、第二種感染症指定医療機関に市民病院が指定されている。

また、地球規模で瞬く間に広まった新型インフルエンザに対し、世界保健機関(WHO)は警戒水準を最高度に高め、我が国においても、全国的な流行の拡大がみられた。新型インフルエンザに対する医療提供体制については、県の新型インフルエンザ対策行動計画において、初期対応医療機関に7病院が、協力医療機関に3病院が指定されているが、大規模発生等に対応できる医療提供体制の整備が求められる。

オ 結核医療

市内における結核り患率は、人口10万人当たり18.7（H20年）で全国平均の19.4を下回るものの、前年より0.4ポイント増加している状況にある。

市内の結核病床を有する病院は、市民病院（12床）岡山県健康づくり財団付属病院（46床）であり、隣接する早島町に国立病院機構南岡山医療センター（100床）がある。また、岡山県保健医療計画に定められた結核病床の基準病床数（県全域）より既存病床数の方が多き状況にあり、病床利用率も岡山県40.4%（H19年）岡山市19.8%（H19年）と低い状況にある。

カ 災害医療

災害時にライフラインを確保しつつ、重症患者の治療を行ったり、被災地へ医療チームを派遣したりする災害拠点病院に2病院（岡山赤十字病院、岡山済生会総合病院）が指定されている。今後の災害医療体制については、災害時に患者に安全と適切な医療を提供できる医療施設の充実や専門的訓練を受けた医療チームの確保など体制の強化が求められる。

キ 教育・人材育成

市内主要病院は、臨床研修病院として研修医の受け入れや看護師、臨床検査技師等の実習生の受け入れを行い、地域医療を担う人材の育成に貢献している。

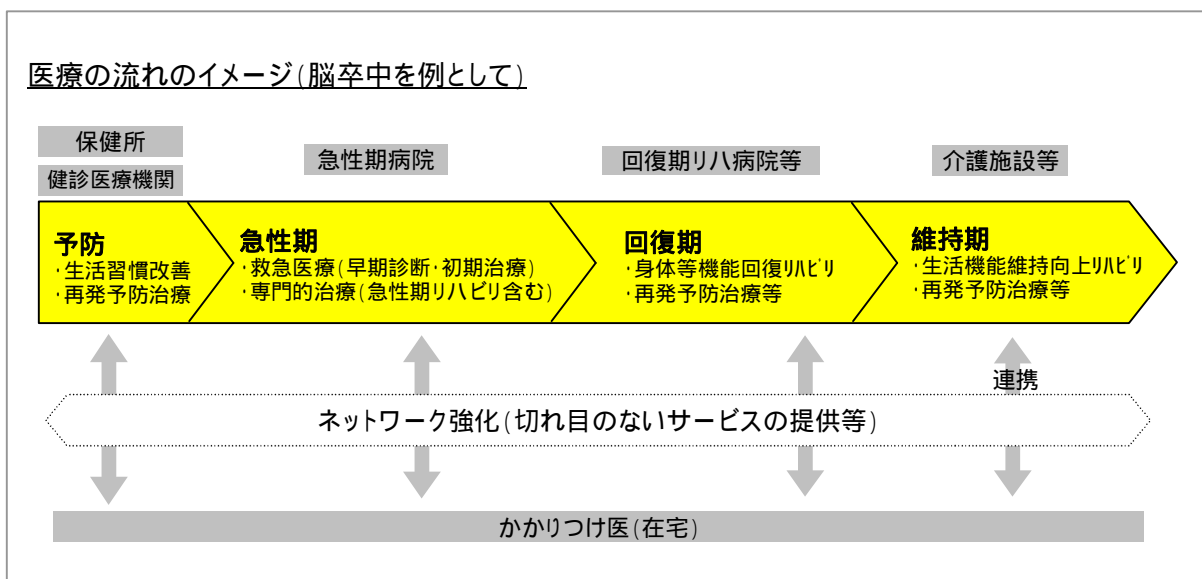
一方、新臨床研修制度に伴い、大学医局に在籍する医師が不足し、地方の医師不足が深刻化することが危惧されており、地域医療を担う人材の養成や地域内への定着を図り、医師を確保していくことが喫緊の課題となっている。

ク 連携体制

地域医療は、医療経営環境の悪化、医師不足など様々な問題を抱え、救急医療など一定の連携体制が構築されている分野においても、医療現場の疲弊が危惧されている。

このような状況の中で、各医療機関の役割分担と連携をさらに促進させ、限りある市内の医療資源を最大限に活かした地域医療ネットワークづくりを進めていく必要がある。

また、医療機関相互、医療機関と介護施設との連携などが個別に行われているが、予防から医療、急性期医療から回復期医療、医療から介護など、患者の状況に応じ、切れ目なく適切に医療・介護等を受けられることができるよう、保健・医療・福祉のさらなる連携の仕組みづくりが求められる。



ケ 情報提供・相談機能

現在、インターネットで救急病院等の情報を検索できる県災害・救急医療情報システム、休日夜間の急病へのアドバイスを行う県小児救急医療電話相談事業が実施され、医療に関する苦情・相談を受ける医療安全支援センター(県及び市)、精神科の電話相談を受ける県精神科救急情報センターが設置されている。さらに平成20年度からは、インターネットで様々な医療機関の情報を提供する県医療機能情報提供システムが実施されており、情報提供・相談体制の整備が進みつつある。

しかし、深夜以降の救急医療機関の情報提供が、市の救急病院案内(電話案内)のみであるなど課題もあり、利用しやすくわかりやすい情報提供や、情報を有機的に提供できる仕組みづくりが求められる。さらに、保健・福祉の情報提供・相談体制との連携も含めて体制の整備が必要である。

(3) 地域医療の課題

本市の地域医療は、恵まれた医療資源により維持されてきたが、医療経営環境の悪化、全国的な医師不足、高齢化に伴う将来的な患者増、救急患者の急増と2次・3次救急病院の機能低下、新型インフルエンザの流行、急性期から在宅まで切れ目のない一貫したサービスの不足など、様々な懸念材料が発生してきており、地域医療の安定的・継続的維持への不安が出てきている。

このような地域医療に対する不安を解消するためには、次の課題を重点的に解決していくことが有効と考えられる。

医療資源を活かしたネットワーク強化(役割分担・連携体制の確立)

- ・ 医療機関同士のネットワーク強化による効率的・効果的な医療体制の確立
- ・ 予防、診療から介護までの切れ目のないサービスの提供
- ・ 相談、情報機能や連携を支援する総合調整機能(コーディネート機能)の強化

強化が必要な分野(救急、健康危機、災害等)への対応

- ・ 24時間365日、市民が安心して受診できる救急医療体制の強化
- ・ 健康危機管理機能、災害医療機能の強化

地域医療を担う医師等の確保

- ・ 教育・人材育成機能の強化等

2 基本方向

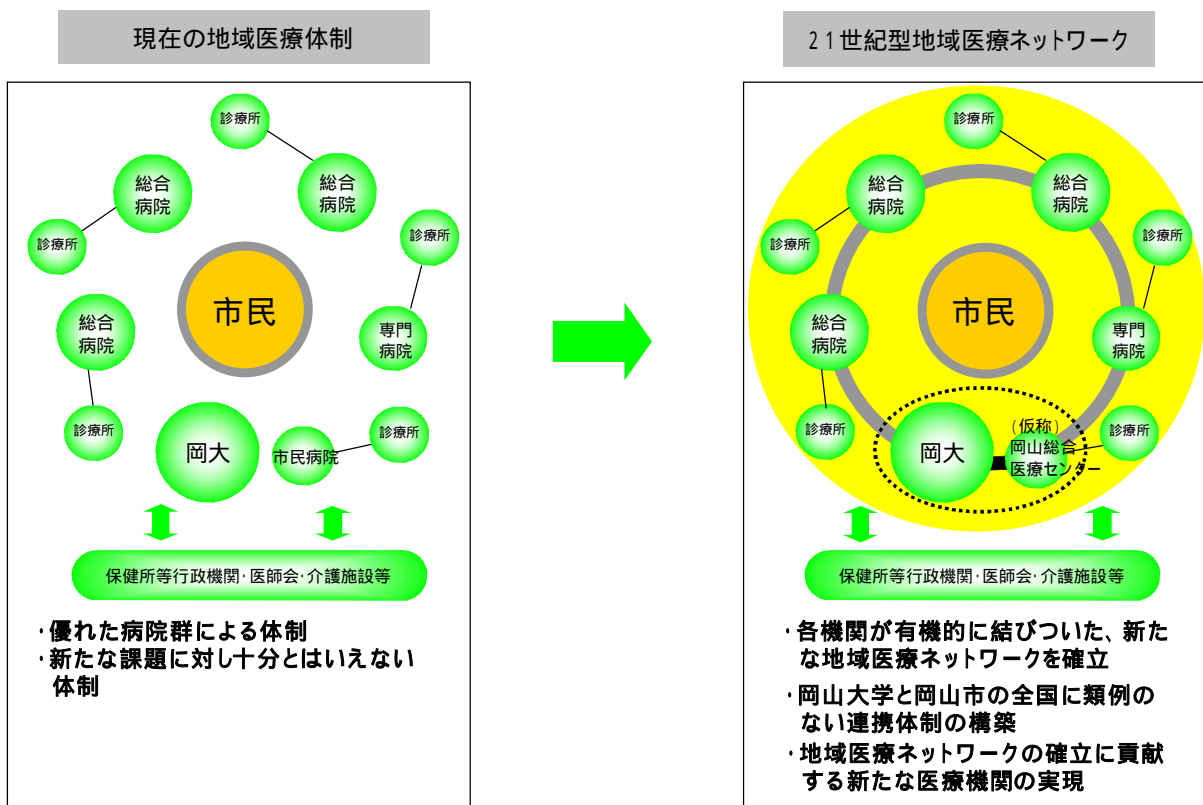
(1) 地域医療ネットワークの確立に貢献する新たな医療機関の実現

本市は、本市の持つ強みである優れた医療資源を最大限に活かしながら、各医療機関の役割分担と連携をさらに促進させ、それらが有機的に結びついた、21世紀型の新たな地域医療ネットワークを確立し、最適な地域医療体制の構築等を進めることにより、市民の安全と安心を支え、さらに、岡山市が中四国の広域圏の人々の幸せに貢献する総合福祉の拠点都市となることを目指している。

この目標を実現するため、本市は岡山大学と保健医療連携に関する協定を平成21年3月に締結し、相互の資源を有効に活用して、全国に類例のない強固な連携体制のもとで協力することとした。

一方、地域医療ネットワークの確立のためには、地域医療の中で十分な対応がとれないなど政策的に必要とされる分野に柔軟に対応し、地域医療ネットワークを支えるとともに、各医療機関の連携をはじめ保健・医療・福祉の連携を促進する調整機能を担う公的な部門が求められている。

こうしたことから、本市は、岡山大学との強固な連携体制のもとで、地域医療ネットワークの確立に貢献し、市民の健康と生命を守り、安全と安心を支える役割を担う新たな医療機関として、(仮称)岡山総合医療センターの実現を図る。



(2) 救急医療(岡山ER)と保健・医療・福祉連携を重点分野とする。

救急医療(岡山ERの構築)

救急医療及び地域医療を担う医師等の教育・人材育成を強化するため、症状にかかわらず救急患者を受け入れ、初期診療を行うER型救急システムを岡山大学と共同して構築する。

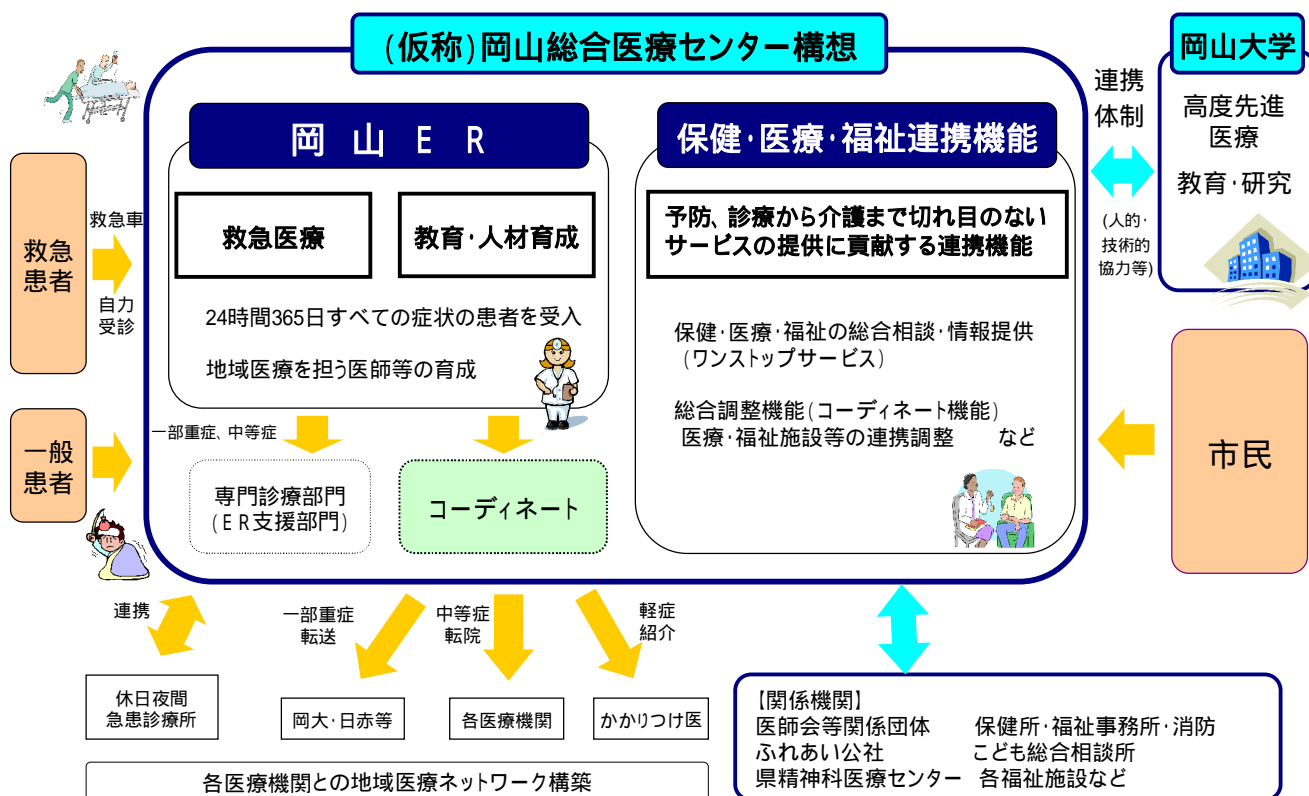
保健・医療・福祉連携

急速に進む高齢化に対応し、市民が安心できる体制づくりを進めるため、保健・医療・福祉の総合相談・情報提供や、各施設の連携調整など予防、診療から介護まで切れ目のないサービスの提供に貢献する。

3 担うべき機能

- ・ 救急医療機能(岡山ERの構築)
- ・ 教育・人材育成機能
- ・ 災害医療機能、健康危機管理機能等
- ・ 地域医療ネットワーク確立に貢献する機能
- ・ 保健・医療・福祉連携機能

(仮称)岡山総合医療センター構想のイメージ



医療部門基本計画

II 医療部門基本計画

1 基本方針等

(1) 基本理念

地域医療ネットワークの確立に貢献し、市民の健康と生命を守り、安全と安心を支える役割を担う新たな医療機関を目指します。

(2) 基本方針

岡山E Rを構築し、市民が安心できる救急医療を提供するとともに、地域医療ネットワーク全体で救急医療を支える体制づくりに貢献します。

市民の健康と生命を守るため、災害時や健康危機時の医療の確保に取り組みます。

地域医療を担う医師等の安定的・継続的確保に貢献するため、岡山大学と共同して教育・人材育成の強化を図ります。

地域医療ネットワークを支える「最後の砦」として、必要な診療基盤を備え、地域医療の中で十分な対応がとれない分野に柔軟に対応し、「ことわらない医療」の実践に努めます。

地域医療ネットワーク確立のため、医療連携を進めるとともに、その基本となる連携として、岡山大学との連携体制を構築します。

質が高く安全な、患者中心の医療を提供するとともに、保健・医療・福祉連携に貢献します。

公的に必要とされる医療を安定的に提供するため、持続可能な経営基盤を確立し、健全で自立した経営を行うとともに、職員が希望と誇りを持ち、充実して働くことのできる魅力ある病院づくりを目指します。

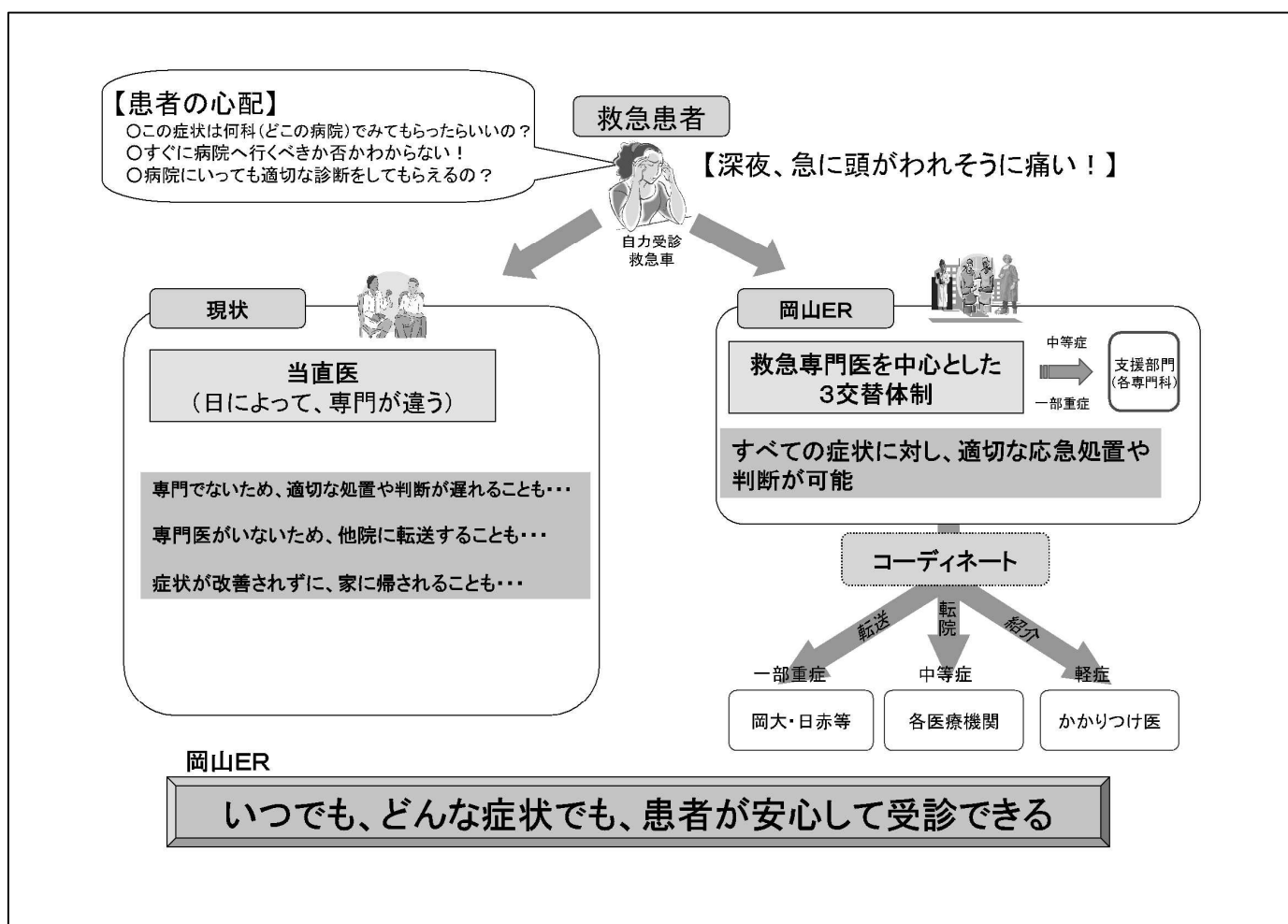
(3) 担う機能

救急医療機能(岡山ERの構築)

24時間365日、症状にかかわらず救急患者を受け入れ、ER型救急医が初期診療を行い、必要に応じ専門診療部門に引き継ぐ、ER型救急システムを取り入れた「岡山ER」を岡山大学と共同して構築し、市民が安心できる救急医療を提供する。

これにより、救急医療機関(救急告示病院・病院群輪番制病院)のひとつとして、地域における救急医療の一翼を担うとともに、各医療機関の役割分担と連携を促進し、地域医療ネットワーク全体で救急医療を支える体制づくりに貢献する。

【ERのイメージ】



災害医療機能、健康危機管理機能等

市民の健康と生命を守るため、行政機関や他の医療機関と密接に連携しながら、災害時や健康危機時の医療等の確保に取り組む。

災害医療については、大規模災害時における傷病者の受け入れや医療チームの派遣等の医療救護が実施できる体制を構築する。

また、新型インフルエンザの発生など健康危機時に、適切に対応できる院内体制を構築するとともに、第二種感染症指定医療機関として、伝染性の強い感染症患者への医療を提供する。

教育・人材育成機能

地域医療を担う医師等の安定的・継続的確保に貢献するため、岡山地域において医師等の教育機関である岡山大学と共同して教育・人材育成の強化を図る。

このため、岡山E Rを活用した魅力ある研修の場を提供するものとし、医師の臨床研修（初期・後期）や地域の医療関係者に対する研修事業を積極的に実施する。

また、看護師、臨床検査技師、救急救命士等の研修生・実習生の受け入れを積極的に行うとともに、医学生の卒前教育にも協力する。

地域医療ネットワーク確立に貢献する機能

前記の救急医療、災害医療、健康危機管理、教育・人材育成の各機能のほか、急性期医療における地域医療ネットワークを支える「最後の砦」としての機能を担う。このために必要な診療基盤を備え、地域医療の中で十分な対応がとれないなど政策的に必要とされる分野に柔軟に対応し、「ことわらない医療」の実践に努める。

また、地域医療ネットワークの確立を促進するため、他の医療機関との医療連携を推進するとともに、その基本となる連携として、岡山大学との連携体制を構築する。

(4) 診療体制

診療科

次の標榜診療科を基本とする。各診療科においては、岡山E Rを後方で全面的に支援する体制を整備するものとし、必要に応じて体制強化を行う。なお、将来的な医療環境の変化に対して、必要に応じ柔軟に対応していくものとする。

【基本とする標榜診療科】

内科、小児科、心療内科（精神科）、神経内科、外科、整形外科、脳神経外科、産婦人科、眼科、耳鼻いんこう科、皮膚科、泌尿器科、リウマチ科、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科、救急科（18科）

疾患別・臓器別センター

内科系医師、外科系医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師、理学療法士などが横断的に集まり、診断、治療、看護に至るまで一貫した医療の提供を行う疾患別・臓器別センターを設置する。設置する分野については、現在の8センター（脳疾患、肝疾患、血液・腫瘍、血管内治療、リウマチ、糖尿病、消化器疾患、救急）を中心とし、将来的な医療環境の変化に対して、必要に応じ柔軟に対応していくものとする。

集中治療体制

重症救急患者の受け入れ体制や脳卒中の診療体制強化などのため、ICU（集中治療室）、HCU（高度治療室）、SCU（脳卒中集中治療室）の整備を図る。

主な指定等

次の指定及び届出等を基本とする。

- ・ 救急告示病院
 - ・ 病院群輪番制病院
 - ・ 地域医療支援病院（ ）
 - ・ 臨床研修病院
 - ・ 第二種感染症指定医療機関
 - ・ 新型インフルエンザ初期対応医療機関
 - ・ 新型インフルエンザ協力医療機関
 - ・ 開放型病院
 - ・ 脳卒中急性期医療機関（超急性期）
 - ・ 肝炎二次専門医療機関
 - ・ 救急科専門医指定施設（ ） など
- （ ）は、今後指定を目指すもの

病床数

病床数は次のとおりとする。

一般病床	387床（うち、ICU6床、HCU4床、SCU3床）
結核病床	7床
感染症病床	6床
合計	400床

2 外来部門

(1) 基本方針

- ・ 地域医療機関等と密接な連携を図り、患者が満足できる適正で質の高い医療を提供する。
- ・ ブロック受付の採用により受付事務窓口の一本化を図り、受付時間の短縮やプライバシーに配慮した外来を目指す。また、処置室等の集約化により業務の効率化を図る。
- ・ 予約制を原則とし、情報システム等の整備により、待ち時間の少ないスムーズな診療を目指す。
- ・ 明るく開放的な構造で、ユニバーサルデザイン(年齢や身体能力に関わりなく、すべての人々に適合するデザイン)に配慮した患者に優しい外来を目指す。
- ・ 外来治療センターを整備し、外来化学療法を強化する。

(2) 機能

診療科目

次の標榜診療科(18科)を基本とする。各診療科においては、岡山E Rを後方で全面的に支援する体制を整備するものとし、必要に応じて体制強化を行う。なお、将来的な医療環境の変化に対して、必要に応じ柔軟に対応していくものとする。

【基本とする標榜診療科】

内科、小児科、心療内科(精神科)、神経内科、外科、整形外科、脳神経外科、産婦人科、眼科、耳鼻いんこう科、皮膚科、泌尿器科、リウマチ科、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科、救急科

外来患者数

- ・ 1日当たりの外来患者数は、概ね600人程度(E R患者を除く)を想定する。

診察室

- ・ 診察室はフリーアドレス制を原則とするが、特殊な設備が必要な診療科は専用の診察室を設ける。また、将来の患者数の増大等に対応できるスペースを確保する。
- ・ 各診療科は、診療科間の連携に配慮し、複数の診療科ごとにまとめて(ブロック化)配置する。また、ブロック受付を設置し、診療科の受付スタッフの効率的な配置を図る。

- ・ 患者と職員の動線を分離し、分かりやすい動線を確保するとともに、プライバシーの保護や感染防止に努める。

検査(血液・尿・喀痰)・点滴等

- ・ 中央採血・点滴室を配置し、検査の一部、点滴等を集中させ業務の効率化を図る。
- ・ 外来患者の血液・尿・喀痰の採取は、中央採血・点滴室内の採血コーナー、採尿コーナーで行う。検体採取は、臨床検査技師及び外来看護師が行う。歩行困難な患者に対しては、医師または看護師の判断に基づき各診療科処置室で行う。
- ・ 点滴処置や経過観察を要する検査等は、中央採血・点滴室で行う。また、同室内で自己血採血を行う。

化学療法

- ・ 外来治療センターは一般の点滴・処置と分けて配置する。
- ・ 事前の予約により、検査などでの待ち時間ができるだけ短縮されるように工夫する。
- ・ 患者が安全に安心して治療を受けられるように、専任の看護師を配置し、いつでも主治医と連絡を取れる体制をとる。
- ・ 薬剤の調合は、徹底したチェック体制のもと専任の薬剤師が併設した無菌調剤室で医師から指示があった時点ですぐに調剤を開始し、最小限の待ち時間で投与できる体制とする。
- ・ リクライニングチェアと電動ベッドを設置し、アメニティーに配慮する。

外来手術機能

- ・ 中央手術室内に日帰り手術が行える手術室を設置する。
- ・ 手術部門に隣接した術後リカバリールームを日帰り手術患者用としても兼用する。

(3) 運営

診療体制

ア 診療日

a) 診療日

- ・ 土、日曜・祝日及び12月29日～1月3日を除く毎日を基本とする。

b) 診察時間

- ・ 午前：9：00～11：30 午後：14：00～15：30を基本とし、各診療科で設定する。

c) 診療予約制

- ・ 診療科の特徴に配慮した外来診療予約制を原則とする。

d) 地域医療連携

- ・ 紹介患者専用の受付窓口を設け、紹介患者に係る事前診療予約、診察券の発行等を行い、紹介患者の利便性の向上を図る。

イ 処方

- ・ 外来調剤は院外処方箋を発行し、院外調剤を原則とする。

受付方法

ア 初診患者の受付

- ・ 初診患者は、初診受付で受付を行う。

イ 再来患者の受付

- ・ 再来患者の受付は、自動再来受付機と受付窓口の併用で行う。

各診療科の受付

- ・ 各診療科の受付は、複数の診療科をまとめたブロック受付にて対応する。

案内・誘導方法

- ・ 総合案内を設置し、看護師等が案内を行う。
- ・ 診察室への患者誘導は、プライバシーにも配慮しながら番号表示システムを導入する。

会計方法

- ・ 会計窓口と自動支払機を併用して行う。

(4) 配置等

- ・ 放射線部門、生理検査室、内視鏡部門との動線に配慮する。
- ・ 脳神経外科、整形外科とE Rとの動線に配慮する。
- ・ 外来治療センターにおける急変時の対応のため、E R部門との動線に配慮する。

3 病棟部門

(1) 基本方針

- ・ 快適な療養環境の整備等、患者、家族の視点に立った医療サービスを提供する。
- ・ チーム医療の実施、看護サービスの向上により入院機能の充実を図る。
- ・ 患者のプライバシーの確保、アメニティーの向上により患者の快適性、利便性を高める。
- ・ 医療安全面・感染管理面において安全な療養環境を提供する。
- ・ 病棟は科別及びセンター別を基本とし、患者数の少ない科等は混合病棟とするが、今後の患者構成の変化に応じ柔軟に対応する。
- ・ 病床管理体制を充実させ、病床の有効活用を図る。

(2) 機能

病床数

総病床数 400床

- ・ 一般病床 387床（うち、ICU6床、HCU4床、SCU3床）
- ・ 結核病床 7床
- ・ 感染症病床 6床

看護体制

- ・ 一般病床（ICU、HCU、SCU除く）結核病床、感染症病床の看護体制は7：1とする。

病床配分・病棟構成

- ・ 病棟は、1病棟50床以内を基本とする。病棟構成は科別及びセンター別を基本とし、診療科の特性を考慮した構成とする。
- ・ 上記以外に集中治療部門として、ICU6床、HCU4床、SCU3床を整備する。
- ・ 各病棟に観察床をスタッフステーションに隣接して設置する。
- ・ 病棟に救急病床を確保する。
- ・ 無菌治療室を設ける。
- ・ 感染症病床・結核病床は一般病床との混合病棟とするが、各病床の区画を十分に分けるなど適切な施設とする。
- ・ 産科を含む病棟には、LDR室(陣痛・分娩・回復室)を設ける。
- ・ 緩和ケアに対応できる病室を1病棟に集約して設ける。

病室

- ・ 病室は、多床室（4床室）と個室の組み合わせを基本とし、個室の割合は30%程度を目処に検討する。

病室の形態

- ・ 多床室（4床室）は、家具等を活用し、プライバシーに配慮するとともに、ゆとりある空間を確保する。

病室の設備

- ・ 多床室（4床室）には、洗面台を設置する。トイレは病棟内に数ヶ所（集中型）設置する。
- ・ 個室には、洗面台とトイレを設置する。
- ・ 特別室には、洗面台、トイレとユニットバスを設置する。

(3) 運営

食事

- ・ 保温・保冷配膳車を導入し、適時適温給食を実施するとともに、選択メニューの導入や行事食の提供を行う。
- ・ 配膳方式は中央配膳方式とする。
- ・ 早期離床と生活パターンの確保を目的としたデイルームを設置する。
- ・ 病棟に検査後の延食対応の保管スペースを確保する。

薬剤

- ・ 病棟にサテライトファーマシーを設置し、注射薬の混合調製業務を行うとともに、定数配置薬管理のための薬品管理コーナーを設置する。
- ・ 薬剤管理指導業務を積極的に行う。

検査

- ・ 採血は、原則、処置室内の採血スペースで行い、移動できない患者には巡回して対応する。

病床管理

- ・ 入退院管理部門を設置し、病床を一元的に管理することにより、効率的かつ円滑な病床管理を目指す。

4 ER部門

(1) 基本方針

- ・ 24時間365日、症状にかかわらず救急患者を受け入れ、ER型救急医が初期診療を行い、必要に応じ専門診療部門に引き継ぐ、ER型救急システムを取り入れた「岡山ER」を岡山大学と共同して構築し、市民が安心できる救急医療を提供する。
- ・ 救急医療機関（救急告示病院・病院群輪番制病院）のひとつとして、地域における救急医療の一翼を担うとともに、各医療機関の役割分担と連携を促進し、地域医療ネットワーク全体で救急医療を支える体制づくりに貢献する。
- ・ 「岡山ER」を活用した教育・人材育成に岡山大学と共同して取り組むことにより、地域医療を担う医師等の安定的・継続的確保に貢献する。
- ・ 救急医療は病院全体で行うという共通認識を持ち、チームワークによりこれを実践できる院内体制を構築する。

(2) 機能

基本機能

ア 救急初期診療機能

岡山ERでは、次のとおり救急初期診療を行う。

- ・ 救急初期診療部門であるER（救急外来）において、24時間365日、症状の程度・診療科にかかわらず、救急患者を受け入れる。
- ・ ER型救急医を中心としたER部門が、救急患者の救急初期診療（診断・初期治療・方向性の決定（advanced triage））を行う。
- ・ 入院治療、専門治療が必要な場合は、院内専門診療部門又は他の医療機関に引き継ぐ。（ER部門は救急患者の入院治療や手術を行わない。）
- ・ 自力受診(walk in)の患者については、ER型救急医の救急初期診療前にトリアージナースが緊急性の判断を行う。

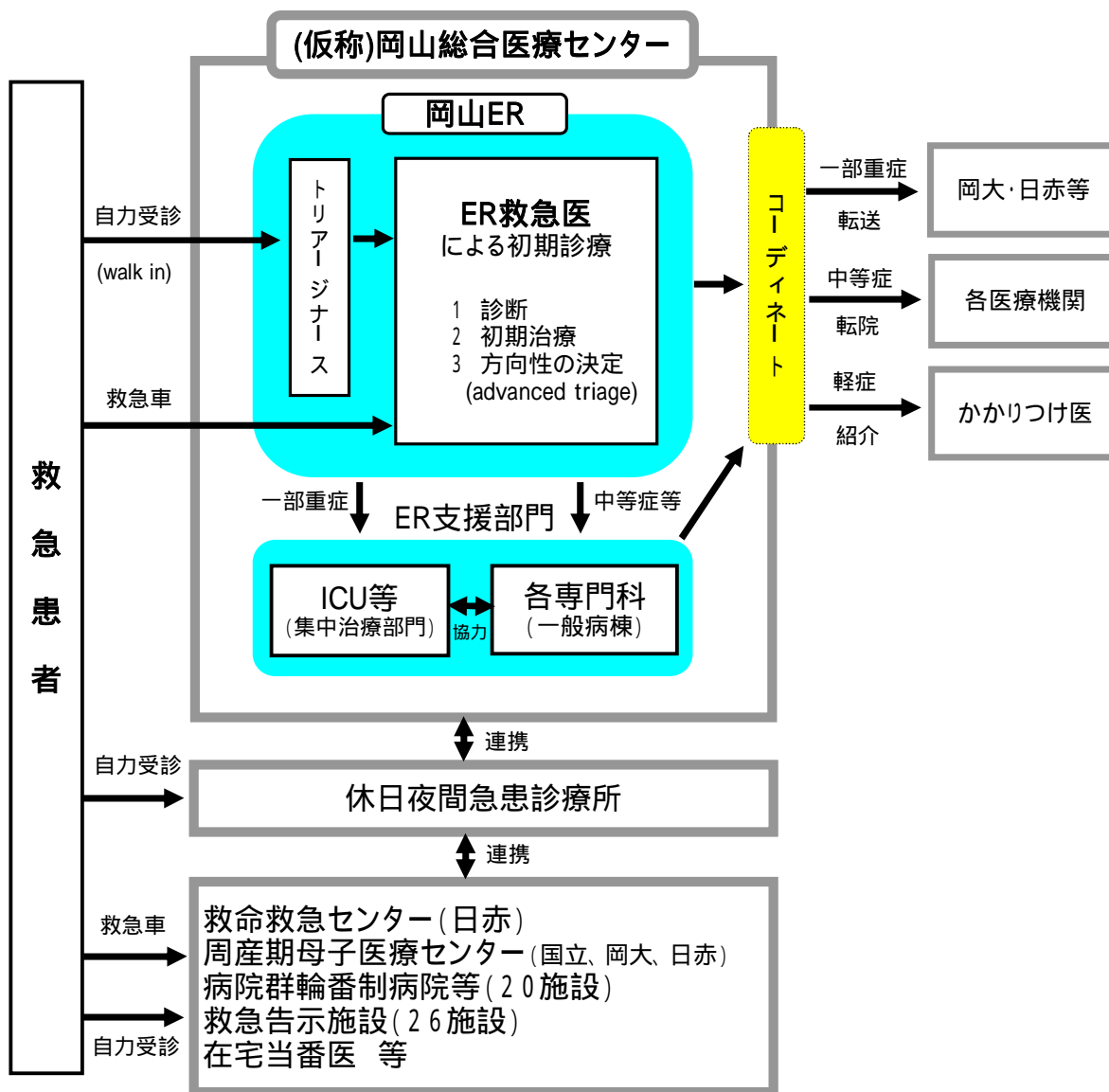
イ コーディネート機能

（仮称）岡山総合医療センターは、救急医療機関（救急告示病院・病院群輪番制病院）のひとつとして、ERを支援する専門診療部門を備え、一定の高度専門治療にも対応する一方で、救急患者を適切な処置後に他の医療機関に引き継ぐコーディネートを積極的に行うものとし、地域での医療連携を重視したERを目指す。

特に、多発外傷の一部、指肢切断、広範囲熱傷、緊急外科手術を要する心疾患等、重症小児救急、ハイリスクの周産期救急、口腔外科領域の疾患など一部

の高度専門治療が必要とされる場合は、岡山大学病院をはじめ適切な医療機関に引き継ぎ、それ以外の場合は院内で対応できるようにする。

岡山ERシステムと地域救急医療体制



ウ 地域医療ネットワーク全体で救急医療を支える体制づくりへの貢献

(仮称)岡山総合医療センターは、次のとおり地域医療ネットワーク全体で救急医療を支える体制づくりに貢献する。

- ・ 岡山大学と連携しながら、医師会や各医療機関等の連携調整機能の一翼を担うとともに、岡山市休日夜間急患診療所との効果的な連携等について協議を進める。
- ・ 岡山大学との連携協定に基づき、岡山 E R から高度な専門治療を要する救急患者を岡山大学病院に引き継ぐことなどにより、救急医療の相互補完による連携体制を構築するため、医科及び歯科領域について協議を進める。
- ・ 救命率向上等のため、病院前救護（救急現場及び救急搬送途上における応急処置）活動を積極的に支援し、メディカルコントロール体制の構築に貢献する。
- ・ 行政機関や医師会等関係団体等と協力しながら、いわゆるコンビニ受診の抑制など受診行動に関する啓発を推進する。

エ ERを活用した教育・人材育成機能

岡山 E R を活用して、次のとおり教育・人材育成機能を担う。

a) 初期臨床研修

初期臨床研修医が E R 型救急医の指導の下で、充実した救急総合診療研修を受けることができる体制を整備し、岡山大学と(仮称)岡山総合医療センター双方の研修医教育に活用する。

b) 後期臨床研修

地域医療を担う救急医、総合医の育成を推進するため、岡山大学と(仮称)岡山総合医療センター双方が共同して岡山 E R を活用した後期臨床研修を実施する。このため、(仮称)岡山総合医療センターを救急科専門医指定施設とし、救急科専門医を養成できる体制を整えるとともに、岡山大学と(仮称)岡山総合医療センターが連携しながら、多様な人材を育成するものとする。

c) 医療関係者・医学生の教育・人材育成

岡山 E R を活用して、地域の医師、看護師、救急救命士、医学生など医療関係者の教育・人材育成を推進する。このため、岡山大学と連携しながら、一次救命処置（BLS）、二次救命処置（ICLS）など救急医療に関する講習会、研修会を実施するとともに、各種実習の受け入れを積極的に行う。

診療体制

ア 診察日・診療時間

24時間365日

イ 受け入れ

- ・ 受診を希望する救急患者は、いつでも、どのような症状でも決して断らず受け入れ、適切な救急医療を提供することを目標とする。
- ・ 救急初期診療後に、一部の高度専門治療を要する場合は、岡山大学病院をはじめ適切な医療機関に引き継ぐ。
- ・ 年間救急患者数3万人程度を目安として体制を整備するとともに、他の医療機関との連携を図っていく。

ウ 診療体制

- ・ ER部門（救急科）には、救急科専門医を3名以上配置し、ER専任後期研修医（又は各専門科医）を含め、3交替制が可能な人員体制とする。
- ・ 患者数の多い準夜勤帯の体制を充実させる。
- ・ 救急科専門医を中心に、充実した臨床研修（初期・後期）を行うことができる体制を整える。
- ・ ER部門（救急科）にトリアージナースほか専任看護師を配置する。
- ・ 各専門科の夜間・休日体制は、ICU当直、病棟当直（内科系・外科系）のほか、各科オンコール体制とする。
- ・ 検査・薬剤部門は、24時間365日体制で、単純X線、CT、MRI、血液検査などの必要な検査、調剤を行うことができるようにする。

(3) 運営

ER部門の役割

ア 救急初期診療

- ・ ER部門は、次の流れで救急初期診療を行う。
 - 1 受付
 - 2 自力受診（walk in）の患者はトリアージナースが緊急性の判断を行う。また、救急搬送患者は原則としてER救急医が対応する。
 - 3 ER診察室で初期診療（診断・初期治療・方向性の決定）
（他院より紹介など専門科が明らかな場合は状況に応じて各専門科対応）

4 方向性の決定

かかりつけ医を紹介して帰宅させる。

入院治療・手術が必要な場合は、各専門科（病棟当直又はオンコール対応）に引き継ぐ。

一部の高度専門治療を要する患者は、必要な処置後、速やかに適切な医療機関に引き継ぐ。

一時的な経過観察が必要とされる場合は、E R内経過観察床に收容し、一定時間後再診する。経過観察床は最長翌朝までの運用とし、翌朝に入院が必要と判断された場合は、各専門科に引き継ぎするか、他の医療機関へ紹介するかを決定する。

- ・ 救急指令室からのホットラインを受けることができるようにする。

イ 教育・人材育成、救急医療マネジメント

E Rにおける研修医等の教育・人材育成を担うとともに、災害医療機能等を含む救急医療全般の院内マネジメントを行う。

専門診療部門(各診療科)の役割

- ・ 入院治療、手術が必要な救急患者への専門治療を行う。
- ・ 集中治療部門は、各専門科と協力しながら、重症患者の集中治療を行う。
- ・ 入院患者は、I C U（6床）、H C U（4床）、S C U（3床）、病棟内救急病床のいずれかに入院させて治療を行う。
- ・ 診療科を特定できない患者は、内科（総合診療部門）が受け入れる。
- ・ 各専門科医師はE Rの救急初期診療に参加する（多忙時及び定期的参加）。

検査・薬剤部門の役割

ア 検査部門

- ・ 24時間365日体制で、単純X線、C T、M R I、血液検査など必要な検査を行うことができるようにする。
- ・ 必要な医療機器等・・・C T、M R I、単純X線、心エコー、腹部エコー、内視鏡など

イ 薬剤部門

- ・ 24時間365日体制で、調剤や薬品管理を行うことができるようにする。ただし、軽症救急患者の処方については、昼間は院外処方を原則とし、夜間休日は院内処方のほか、可能な範囲で院外処方も併用する。

(4) 配置等

- ・ E R 部門と放射線部門、薬剤部門、内視鏡部門を隣接させ、手術部門、集中治療部門、輸血部門との連携に配慮する。
- ・ 大規模災害を想定し、救急車の搬入スペースを確保する。

5 災害医療部門

(1) 基本方針

- ・ 大規模災害に備え、行政機関や他の医療機関と密接に連携しながら、傷病者の受け入れや災害派遣などの医療救護が実施できる体制を構築する。
- ・ 災害医療研修、災害医療救護訓練を積極的に実施する。
- ・ 患者収容スペースの確保、応急用医療資機材等の備蓄、施設の免震化、ライフラインの二重化など大規模災害に対応できる施設整備を行う。

(2) 機能

基本機能

- ・ 大規模災害時に、傷病者の受け入れを積極的に行う。また、隣接する広域避難場所との連携を想定した医療救護体制の構築を検討する。
- ・ 必要に応じ医療チームの災害派遣を行う。

災害医療対応施設

ア 施設の構造

- ・ 施設は免震構造とする。

イ 備蓄倉庫

- ・ 非常用食料（患者用）及び災害用の各種備品、簡易ベッド等を備蓄する倉庫を設ける。

ウ 設備

- ・ 受水槽は耐震構造とし、長期断水時に必要な量を確保する。
- ・ 停電時の非常用電源として、発電装置を整備する。

エ その他

- ・ 大規模災害時のトリアージスペースを確保する。
- ・ 大量傷病者にも対応するため、外来スペース等に簡易ベッドが置けるスペースを確保するとともに、医療ガス等の配管を整備する。
- ・ 災害医療の研修に必要な研修室等を整備する。
- ・ 屋外施設について、駐車場や災害時に患者を収容する可能性のあるスペースへのライフラインの整備について検討する。

(3) 運営

- ・ 災害時の通信手段の確保を図る。
- ・ 災害医療研修、災害医療救護訓練を積極的に実施する。

6 健康危機管理部門

(1) 基本方針

- ・ 新型インフルエンザの発生など健康危機時に、関係機関と連携しながら、適切に対応できる院内体制を構築する。
- ・ 第二種感染症指定医療機関として、二類感染症、新型インフルエンザ等感染症患者への医療を提供する。
- ・ 健康危機に対応する訓練等を実施する。
- ・ 陰圧の病室や診察室等必要な設備を整備する。
- ・ 結核病床においては、排菌患者の手術や合併症対応を中心とする結核医療を提供する。

(2) 機能

主な指定等

- ・ 第二種感染症指定医療機関（感染症病床 6 床）
- ・ 新型インフルエンザ初期対応医療機関
- ・ 新型インフルエンザ協力医療機関
- ・ 結核病床 7 床

感染対策

- ・ 一般患者との動線を明確に分離するとともに、陰圧の診察室等を設置し、より確実な感染防止策を講じる。
- ・ 感染防止のため、空気の清浄度による清潔・不潔区域を設定し、各室の空気圧差の制御や換気を適正に行うなど、適切な空調管理を行う。
- ・ 感染症病床を含む混合病棟を必要に応じて区画できるようにするなど、健康危機時への対応を検討する。

(3) 運営

- ・ 感染対策や業務の標準化・統一化を図るため、責任者を配置し、組織横断的な対策を講じる。
- ・ 患者発生及び感染の拡大によるパンデミックまでを想定した新型インフルエンザ対策等の訓練を行政機関と協力しながら実施する。
- ・ 訓練を通じ、マニュアルの検証及び関係機関とのさらなる連携強化を図り、新型インフルエンザ等の発生に備える。

(4) 配置等

- ・ 感染症病床及び結核病床は、一般病床との混合病棟とするが、病棟内での区画を適切に分ける。
- ・ E R 部門にある感染症専用陰圧診察室等からの専用エレベーターによる動線を確保する。

7 集中治療部門

(1) 基本方針

- ・ 重症患者に対する集中的な治療とケアを行うにふさわしい体制、施設を整備する。
- ・ 各部門と連携を図り、高度・専門的な医療機能を安定的に提供する。
- ・ 院内感染の防止に配慮する。

(2) 機能

- ・ 集中治療部門の病床構成は次のような機能とする。
 - ・ ICU（6床） HCU（4床） SCU（3床）
- ・ 集中治療部門は、患者のプライバシーと看護効率の両面に配慮したレイアウト及び構造等とする。
- ・ 集中治療部門は多床室を基本とし、ICUのうち1床は個室（陰陽圧対応）とする。
- ・ 将来的に拡張できるスペースを確保する。
- ・ 手術部門に隣接して麻酔回復用のリカバリールームを設置する。

(3) 運営

- ・ 入退出基準を作成し、救急及び術後患者の受け入れ等について、効率的な運用を図る。
- ・ 緊急性のある検査は集中治療部門内で行う。
- ・ 集中治療部門内の撮影はポータブル撮影装置により行う。
- ・ 患者の栄養摂取や診療支援については、薬剤部門や臨床工学部門と連携を図る。

(4) 配置等

- ・ 集中治療部門は手術室と同一フロアで隣接して配置し、術後患者の動線を短縮する。また、ER部門との連携にも配慮した配置とする。

8 手術部門

(1) 基本方針

- ・ 高度医療に対応した施設、設備と体制を確保し、今後増加が予想される日帰り手術にも対応できるように関連諸室を整備する。
- ・ 動線計画、空調管理、手術設備等について清潔管理等に十分留意し、院内感染防止や手術の安全性確保を図る。
- ・ 手術部門はE R部門からの動線に配慮し、緊急手術にも対応できるようにする。
- ・ 的確なスケジュール管理のもと効率的な手術室の運用を図る。

(2) 機能

手術室

- ・ 手術室 6 室程度及び外来手術室 1 室を配置する。
- ・ スタッフや大型機材が移動・運搬できる広さを確保する。

リカバリールーム

- ・ 術後リカバリールーム（日帰り手術を含む）を設置する。

日帰り手術

- ・ 日帰り手術を積極的に実施する。

(3) 運営

手術室の運用

- ・ 手術室の使用時間は、緊急手術の場合を除いて、8:30～20:00とする。
- ・ 手術室の利用は、基本的に曜日ごとに使用する科を定めるが、外来診療体制を考慮する。
- ・ 各手術室の運用については、各科の手術件数等に応じ業務効率が最も高くなる最適な運用を図る。

検査

- ・ 必要な検査機器を配置するとともに、検体検査室、病理検査室への動線は業務効率を考慮し、安全・迅速に行える配置とする。

滅菌

- ・ 手術器具のセット化を継続し、緊急時の少量の器材を滅菌できる緊急滅菌設

備を設ける。

放射線設備

- ・ ポータブルのX線撮影装置、外科用イメージを整備し、撮影は原則として放射線技師が行う。

(4) 配置等

- ・ 手術部門とE R部門との患者搬送動線に配慮する。
- ・ 手術部門と集中治療部門は隣接させ、術後の患者搬送が迅速に行える配置とする。
- ・ 手術部門と各病棟とは、患者用エレベーターで結ぶなど、搬送動線に配慮する。
- ・ 手術部門と中央材料部門は隣接配置し、供給・回収動線を最短にする。
- ・ 将来の手術増に対応できるスペースを確保する。

9 中央材料部門

(1) 基本方針

- ・ 院内で使用する滅菌物、手術・処置の機器類の適切な管理を行う。
- ・ 適切な滅菌機器を整備するとともに、器材等の管理方法を整備し、業務の効率化を図る。
- ・ 厳密な清污管理を行い、院内感染を防止する。

(2) 機能

対象物品

- ・ 手術室、病棟、外来等の院内で使用する滅菌器材について、一次洗浄から消毒・セット組み立て・滅菌・払い出し業務まで一元化して行う。

手術器材

- ・ 手術部門への供給方法はコンテナ（セット方式）を採用し、術式ごとのセット化を行う。
- ・ 器材の供給・回収は適切な院内感染防止対策を講じる。

(3) 運営

器材の供給・回収

- ・ 手術部門に供給するコンテナ等は中央材料部門から手術部門に供給する。
- ・ 使用済みの器材は、原則として一次処理なしで中央材料部門が手術部門から回収する。
- ・ 病棟・外来・中央診療部門への滅菌物の供給・回収は、定期の定数配置方式で行う。

洗浄・滅菌

- ・ 器材の洗浄は、洗浄ラックに整理してウォッシャーディスインフェクターで行い、オートクレーブ等で滅菌する。

緊急時の対応

- ・ 手術室の緊急時の滅菌は、手術部門の緊急滅菌コーナーで必要最小限の器材を滅菌する。

(4) 配置等

- ・ 中央材料部門と手術部門は隣接配置し、供給・回収動線を最短にする。
- ・ 清污管理のため、中央材料部門と手術部門は清潔・不潔専用の動線を確保する。

10 病理・検査部門

(1) 基本方針

- ・ 正確で迅速な検査結果の提供を目指す。
- ・ 患者と接点がある場所においてはプライバシーに配慮するとともに、緊張や不安を与えることなく常に患者の立場にたった環境づくりを目指す。
- ・ 24時間365日の検査体制により、緊急性のある検査や輸血に迅速に対応する。
- ・ 院内検査と委託検査のバランスの最適化を図り、業務の効率化とコスト管理を行う。また、各種検査に使用する試薬・診療材料等を最適化し、在庫管理の徹底によりコスト低減を図る。

(2) 機能

検体検査

- ・ 一般、生化学・血清、血液、輸血の各検査機能を、可能な限り同じフロアに集約して配置し、業務の効率化を図るとともに、必要な検査データがいつでも即時に報告できるように外注検査を含め、一元的に管理する。

輸血検査

- ・ 血液製剤・アルブミン製剤の発注・保管・出庫、移植関連検査、輸血検査等、全てを24時間365日、臨床検査部のスタッフが一元管理する。
- ・ 輸血の安全体制を重視し、輸血検査データはコンピュータ管理により厳重な照合を行う。

細菌(微生物)検査

- ・ 感染症の原因となっている細菌の種類や、原因となる菌に有効な抗生物質を調べるとともに、感染症情報を院内に提供し、院内感染対策に役立たせる。

生理検査

- ・ 心電図・呼吸機能・超音波・脳波などの生理機能検査を実施し、検査結果を電子カルテに反映させる。

病理検査

- ・ 手術室に隣接して配置し、手術中の病理検査について、正確、迅速な病理診断を行うとともに、患者への結果報告や相談に対応する。

(3) 運営

採血・採尿

- ・ 外来患者の採血・採尿は、中央採血・点滴室の採血コーナー、採尿コーナーで行い、入院患者の採血は病棟で行う。
- ・ 中央採血・点滴室の採血コーナー、採尿コーナーにおける検体採取は、臨床検査技師及び外来看護師が行う。

検査の報告

- ・ 電子カルテ化に伴い、可能な限り、検査結果をはじめとする画像情報、病理診断・所見などが参照できるシステムを構築し、迅速報告に努める。

緊急検査

- ・ 24時間365日体制で緊急検査に対応する。

検体の搬送

- ・ E R、中央採血・点滴室の採血コーナー、採尿コーナー、病棟などからの検体の搬送について、時間外や緊急時も含め、迅速で効果的なシステムの構築に努める。特に、E Rとの間における検体搬送用システムの設置を検討する。

(4) 配置等

- ・ 検体検査室（一般・血液・生化学・輸血）は集約し、可能な限り同じフロアに配置する。
- ・ 中央採血・点滴室の採血コーナー、採尿コーナーと検体検査室との検体搬送が迅速に行える配置とする。
- ・ 輸血部門は、E R部門との連携に配慮する。
- ・ 手術室、病理検査室は同じフロアに配置する。

11 放射線部門

(1) 基本方針

- ・ 患者にやさしい検査を実施するとともに、画像診断技術の向上を図る。
- ・ 高度医療に対応し、E R 部門、集中治療部門との間において、効率的な動線の確保を図る。
- ・ P A C S（医用画像情報システム）により、画像のデジタル保管を行うとともに、電子カルテでの参照画像の閲覧を可能とし画像情報の電子化を推進する。
- ・ 高度医療機器の将来的な導入や更新等が容易にできる設備、構造、レイアウトに配慮するとともに、業務の効率化を図るため、放射線部門は集約して配置する。
- ・ 地域医療連携の推進のため、かかりつけ医の要請に応じ医療機器の共同利用を進める。

(2) 機能

放射線診断、核医学診断等については、次の機能を整備する。

放射線診断等

- ・ 一般撮影装置、X線TV装置、マンモグラフィー撮影装置、血管造影装置、MRI、CT、骨密度撮影装置

核医学診断

- ・ SPECT（ガンマカメラ）

内視鏡部門

- ・ X線TV装置

手術部門

- ・ 外科用ポータブル撮影装置、外科用イメージ

病棟

- ・ ポータブル撮影装置

ER 部門

- ・ ポータブル撮影装置

(3) 運営

検査体制

- ・ 検査受付を集約し、患者にとって分かりやすく効率的な体制とする。
- ・ 血管造影検査、C T、M R I 検査は予約制を基本とするが、緊急症例には即時対応できるようにする。
- ・ 放射線科医師と各診療科が協力してカンファレンスを実施し、画像診断の精度向上を図る。
- ・ 24時間365日体制で緊急検査に対応する。

読影

- ・ 読影室を設置し、放射線科医師による読影を行う。

画像参照・結果報告

- ・ 電子カルテ上で画像情報と医師の所見を参照可能とするため、P A C S（医用画像情報システム）により放射線部門の全ての画像情報はデジタル保存とし、迅速な情報伝達を実施する。

(4) 配置等

- ・ 放射線部門を集約し、E R 部門に隣接して配置する。また、集中治療部門との動線に配慮する。
- ・ 放射線部門と内視鏡部門を隣接させ、効率的な動線を確保する。
- ・ 外来患者の放射線部門までの動線がわかりやすく、短距離となるように配慮する。
- ・ 高度医療機器の将来的な導入や更新等が容易にできるスペースを確保する。
- ・ 結石破碎装置は泌尿器科外来に設置する。

1.2 内視鏡部門

(1) 基本方針

- ・ 内視鏡的治療の技術革新により、より高度な治療に対応するとともに安全で患者に負担の少ない検査の実施を目指す。
- ・ 感染症対策として、全検査ごとの洗浄、高レベル消毒を徹底させる。
- ・ 患者のプライバシーに配慮するとともに、職員が効率的に業務を行えるような動線計画を考慮する。
- ・ 内視鏡の画像情報はデジタル保存で一元管理し、診療をはじめ研修・教育等に活用する。

(2) 機能

- ・ 消化管内視鏡（食道・胃・十二指腸・大腸・小腸）装置、超音波内視鏡装置などを設置し、内視鏡検査を行うとともに、各種治療を実施する。

(3) 運営

検査・治療体制

- ・ 患者にとって分かりやすく効率的な受付体制とするため、検査の受付及び機能を集約する。

画像の保管・参照

- ・ 内視鏡画像については、画像サーバーで一括管理し、画像情報を参照できるようにシステムを構築する。

機器管理

- ・ 内視鏡洗浄室を整備し、内視鏡機器等の洗浄消毒、保守点検、整備、物品等の維持管理は内視鏡部門で行う。

(4) 配置等

- ・ 内視鏡部門と放射線部門のX線TV室は隣接させ、効率的な動線を確保する。
- ・ 救急における内視鏡検査を考慮し、ER部門と隣接させる。

13 リハビリテーション部門

(1) 基本方針

- ・ 整形疾患と脳血管疾患を中心とした入院患者の急性期リハビリテーションを提供する。
- ・ 超急性期リハビリテーションは肺炎予防と早期離床を目指し、病室リハビリテーションを短時間頻回に行う。
- ・ 回復期・維持期のリハビリテーションについては、地域の医療機関や施設との連携を進めることにより対応する。

(2) 機能

運動器、脳血管疾患等、呼吸器などの急性期リハビリテーションを行う。

(3) 運営

診察

- ・ リハビリテーション部門内に併設した診察室を設ける。

治療、訓練

- ・ 専門分野として、理学療法・作業療法・言語聴覚療法等に分かれ、互いに連携をとりながら医師を中心としたチーム医療を実践する。
- ・ 超急性期から病室リハビリテーションを開始し、早期回復・早期離床を図る。

その他

- ・ 医師を中心に、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師等が評価し、立案したリハビリテーション計画に基づき実施する。

(4) 配置等

- ・ 理学療法室・作業療法室・言語聴覚療法室を同じフロアとし、患者の動線に配慮する。

14 薬剤部門

(1) 基本方針

多職種によるチーム医療の一員として、医薬品の適正使用を通じて患者の薬物治療への参画、患者の安全性の確保、QOLの向上に貢献するよう努める。

- ・ 薬剤業務の効率的な運営と患者サービスの充実を図る。
- ・ DPC導入に伴う後発医薬品の選定と導入を推進する。
- ・ 薬剤管理指導業務を積極的に行うとともに、外来化学療法に積極的に関わりを持つ。
- ・ 医薬品を安全で効果的に使用するため、管理と情報提供の充実を図る。
- ・ 院内における在庫を随時見直し、在庫の適正化を図る。
- ・ 24時間365日体制で、調剤や薬品管理を行うことができるようにする。

(2) 機能

外来調剤

- ・ 外来調剤は、原則として院外処方とするが、救急患者や一部外来処方に対応できるようにする。夜間休日の対応は院内処方のほか、可能な範囲で院外処方も併用する。
- ・ がん化学療法に対する抗がん剤の混注業務は、専任の薬剤師が外来治療センターに併設した無菌調剤室で実施する。
- ・ 服薬指導・相談の充実を図る。

入院調剤

- ・ 入院処方薬は定期・臨時を含め、分包化の充実を継続する。
- ・ 注射薬自動調剤システム（ピッキングマシン）により入院患者1人分ずつのセット化を行う。
- ・ 病棟にサテライトファーマシーを設置し、混注業務と定数配置薬の管理に利用する。
- ・ 病棟の薬剤に関しては担当薬剤師が責任を持ち管理する。

化学療法薬剤の調製

- ・ ミキシングルーム（クリーンベンチ含む）安全キャビネット等の設備を備え、抗がん剤等の調製を行う。また、抗がん剤の作用や投与スケジュール、副作用に関して説明を行う。

製剤業務

- ・ 治療上有効で必要ではあるが、採算面から市販されていないものや特殊な薬（安定性が悪く用事調製が必要なものなど）は、医師からの特殊製剤依頼書により、あらかじめ院内委員会で審議・承認後、製剤・供給を行う。
- ・ 滅菌製剤、一般製剤、散剤、軟膏

TDM・解析業務

- ・ 服薬指導業務の一環として、特定薬剤治療管理（薬物血中濃度モニタリング：TDM）に積極的に関わり、その結果や臨床所見から用法・用量を調節していく。

医薬品情報管理業務

- ・ 医薬品情報管理（DI）室を整備し、適正使用の為に必要な医薬品情報を収集・整理・評価・保管・提供する体制を整備する。

薬剤管理指導業務

- ・ 医師及び看護部門の理解と協力のもとに、服薬指導を積極的に行う。また、持参薬の管理も行う。

治験管理

- ・ 治験管理室を薬剤部門に設置し、医薬品の開発に係わる治験業務が安全かつ適切に行われるように、CRC（治験コーディネーター）業務、治験薬の管理、関係資料の作成・管理等の業務の充実を図る。

(3) 配置等

- ・ ER部門への薬品の供給を考慮し、隣接させる。

15 栄養部門

(1) 基本方針

- ・ 入院患者の治療の一環として、患者ニーズの多様化に対応しつつ、安全で治療に役立つ食事を提供する。
- ・ 患者への個別対応を充実するとともに、信頼される栄養・食事の相談及び指導を行う。
- ・ 入院患者の栄養状態を把握・改善し、治療の効果を高めるため、NST（栄養サポートチーム）活動の充実を図る。

(2) 機能

食事提供

ア 食事

- ・ 保温・保冷配膳車を導入し、適時適温給食を実施する。
- ・ 配膳方式は中央配膳方式とし、専用エレベーターを設け、下膳は下膳車で対応する。
- ・ 厨房はHACCP（危害分析重要管理点）に基づき、衛生環境の充実を図る。
- ・ 選択メニューの充実を図り、週3回以上実施する。
- ・ 特別メニュー、行事食等を実施する。
- ・ 各病棟に病棟食堂（デイルーム）を設けるとともに、患者のアメニティーを考慮する。

イ 調理方式

- ・ 調理方式は、院内クックチルシステムの導入を検討する。

ウ 配膳方式

- ・ デイルームでの食事提供を基本とするが、デイルームで食事がとれない患者には、病棟スタッフが患者のベッドサイドまで食事を配る。

栄養管理・指導

- ・ 入院患者への栄養管理は、管理栄養士が中心に行う。
- ・ 低栄養の入院患者の栄養管理は、医師、看護師、管理栄養士、薬剤師、言語聴覚士などで構成するNST（栄養サポートチーム）を編成して行う。
- ・ 個別栄養食事指導および集団栄養食事指導は、それぞれの疾患に応じた指導

を実施する。

- ・ 地域連携をより一層図るため、栄養セミナーを開催する。

(3) 配置等

- ・ 調理室はドライシステムとし、衛生管理に配慮するとともに、物品・食材等の搬入や各病棟への配膳・下膳の動線を考慮した配置とする。

16 健診部門

(1) 基本方針

- ・ 医師、保健師、看護師、管理栄養士、理学療法士のスタッフがIT機器を活用し、「健診」から「情報提供」、「動機付け支援」、「積極的支援」までを幅広くかつ綿密に行う。
- ・ 院内における運動指導のみならず、公的機関との連携により、高度な運動支援も可能とする。
- ・ 一般診療部門と区別した健診部門において、特定健診と特定保健指導を行うこととする。
- ・ 受診率の向上や健診の質の向上を図り、市民の健康増進、生活の質の向上、国民医療費の適正化に貢献する。

(2) 機能

健診内容

- ・ 日帰りドック、一泊二日ドック、脳ドック、企業検診等を実施する。また、がん検診、特定健康診査、特定保健指導等にも対応する。

健診機能

- ・ 健診部門では、身体測定、血圧、採血・採尿などを実施し、その他の検査は、検査部門や放射線部門、内視鏡部門などで実施する。

(3) 運営

受付

- ・ 専用受付を設け、待合室を設置する。
- ・ 予約管理を一元化し、運用の効率化を図る。

検査

- ・ 採血コーナー、採尿室を設置し、採取した検体（尿、血液）は検査部門に搬送して検査を行う。

診察

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

教育・指導

- ・ 結果説明、健康相談指導は専用の相談室で実施する。
- ・ 栄養指導や生活指導が必要な場合は、管理栄養士などが行う。

(4) 健診システム

- ・ 電子カルテ、医事会計システム、オーダーリングシステムとの接続を前提に受診者情報および検査データ等の取り込み、結果報告書の自動作成等が行えるシステムを導入し他部門との連携を図る。

(5) 配置等

- ・ 外来部門と隣接させた場所に専用のスペースを設ける。
- ・ 放射線部門、検査部門等との動線に配慮する。

17 臨床工学部門

(1) 基本方針

- ・ 院内で使用する医療機器を臨床工学部門で中央管理し、保守点検・保管・貸出を行うことにより、医療機器の安全性の確保と、保守管理の効率的な運用を図る。
- ・ 医療機器の保守管理のほか、生命維持管理装置の操作など、臨床工学技士の特性を活かした業務を行う。
- ・ 新しい医療機器の技術や導入機器を院内に周知させるとともに、職員への操作訓練教育等を行う。

(2) 機能

医療機器の管理

- ・ 臨床工学部門では、保管の機器及び院内各部署で使用する全ての医療機器を保守管理の対象とする。また、医療機器管理台帳での貸出管理、所在管理などを継続して行う。
- ・ 保守点検修理等のマニュアルに基づいて、迅速な対応を図る。

医療機器に関する教育・研修

- ・ 人工呼吸器、血液浄化装置、補助循環装置などに加え、全部門における全医療機器について定期的に研修を実施する。

臨床技術の提供

- ・ 臨床工学技士の特性を活かし、人工呼吸器、補助循環装置等の操作支援を行う。

(3) 運営

貸し出しの管理方法等

- ・ 効率的な貸出管理を行うため、無人の貸出システムを採用する。
- ・ 全ての医療機器は、総務課（用度・経理担当）と共用のシステムで管理等を行う。

(4) 配置等

- ・ 臨床工学室は緊急時等に迅速に対応するために、手術部門、集中治療部門、血管造影室、E R、病棟への動線に配慮するとともに、院内の各部署からアクセスしやすい配置とする。

18 医療サービス部門

(1) 基本方針

地域医療連携

- ・ 急性期から回復期、維持期に至るまで、切れ目のないサービスを提供する体制づくりに貢献するため、ひとつの医療機関として、他の医療機関やかかりつけ医、介護施設等との連携を推進する。
- ・ 患者の紹介・逆紹介を推進するとともに、疾患別の地域連携クリティカルパスの普及に努める。
- ・ かかりつけ医等に対する在宅医療に関する支援（急性増悪時の受け入れ、情報提供等）、開放病床の設置、医療機器の共同利用、医療関係者の研修など地域医療を支援する役割を担うものとし、地域医療支援病院の指定を目指す。

医療相談等

- ・ 外来患者、入院患者、患者家族に対して、治療を続けていく上で生じる様々な問題に係る相談に応じるとともに、患者の社会復帰に関する総合的な情報の提供を行うなど、患者サービスの一層の充実を図る。

入退院管理

- ・ 安心して入院でき、信頼される病院づくりを念頭に、効率的かつ円滑な病床管理を目指す。このため、病床を一元的に管理する体制を整備する。

(2) 地域医療連携担当

業務内容

- ・ 紹介患者の診療予約（初診）及び検査等の予約
- ・ C T ・ M R I の受託契約の受付
- ・ 開放病床登録医事務
- ・ 紹介の初診患者の診察券事前発行、専用窓口での来院時の受付対応
- ・ 退院支援
- ・ 地域医師会、地域医療従事者との交流窓口
- ・ 統計事務 等

運営

- ・ 紹介患者専用の受付窓口にて受付対応を行う。また、事前に診療予約や一部検査予約、診察券の発行等を行い、紹介患者の利便性の向上を図る。

- ・地域の医療機関や院内の担当医師との連絡調整を図り、退院支援を迅速に行うとともに、地域連携クリティカルパスの普及を積極的に推進する。
- ・患者紹介・逆紹介に係る情報を収集・分析し、医療従事者に適切な情報を提供する。
- ・連携先の医療機関に対し、当院の機能や診療体制、手術件数、症例数など、有益な情報を積極的に提供する。
- ・登録医や紹介元のかかりつけ医と当院医師による症例検討会などを企画し、開催する。

情報化

- ・オーダリングシステムと電子カルテの情報連携を前提に、予約の取得、予約票の発行、紹介状の返書管理、礼書発行、入退院報告、紹介率・逆紹介率の統計業務等を行う。また、医師による情報提供書を作成に対応する。

(3) 医療相談担当

業務内容

社会福祉士を配置し、外来患者、入院患者、患者家族に対して、治療を続けていく上で生じる様々な問題(心理的・社会的悩みや医療費支払等の経済的な相談、各種医療・福祉制度)に係る相談に応じる。

(4) 入退院管理担当

業務内容

- ・入院計画、退院計画に基づく入退院管理
- ・入院患者受付窓口業務
- ・入院に関する手続き、入院生活の説明 等

運営

ア 入院時及び退院時

- ・入院時、退院時の説明並びに手続きを行う。
- ・退院後も引き続き他の医療機関や自宅での療養が必要な患者のために、医療・福祉機関との連絡調整を図り、退院患者の転院先の紹介をする。

イ 病床管理

- ・病床を一元的に管理することにより、効率的かつ円滑な病床管理を目指す。

(5) 配置等

- ・ 紹介患者の受け入れや患者・家族、地域のかかりつけ医等の利便性を考慮し、外来部門に隣接して配置する。また、紹介患者専用の受付を設ける。

19 管理運営部門

(1) 医事

医事

ア 基本方針

- ・ 受付、会計等の医事業務を効率化するとともに、患者サービスの向上に努める。
- ・ 正確で迅速な医療費の請求を行うことにより、健全経営に貢献する。

イ 業務内容

- ・ 患者の受付（初診、再診）
- ・ 医療費の請求 等

ウ 配置

- ・ 患者、職員の動線を最小化するため、医事の執務場所を一元化する。

医療情報

ア 基本方針

- ・ 電子カルテ及び各部門システムによる情報システムの充実により、業務の効率化を図るとともに、個人情報保護の面からセキュリティの確保を図る。

イ 業務内容

- ・ 院内情報処理システムの管理、運営、開発
- ・ コンピュータ関連機器の管理、運営 等

ウ 配置

- ・ サーバー室に隣接して設置する。

(2) 診療情報管理

基本方針

- ・ 1患者1IDで診療記録を永年保存し、管理の徹底とともに迅速に提供できる体制を構築する。
- ・ 診療情報開示体制を整備し、市個人情報保護条例に則り対応する。
- ・ 診療記録に基づき構築されたデータベースを活用し、臨床評価指標や病院経

営に役立つ分析結果を報告する。

業務内容

- ・ 診療録の編纂業務、診療情報管理システムの入力業務、診療録の管理、診療録開示に係る業務、各種医療統計業務 等

配置

- ・ 医事と隣接するとともに、医療サービス部門と近接させる。

(3) 経営企画

基本方針

- ・ 健全な経営を継続するため、情報システムで集約されるデータを活用し、経営計画の立案を目指す。

業務内容

- ・ 収集した経営情報についての分析・評価を行い、経営分析を行う。
- ・ 将来を見据えた体制整備、医療機器の導入、施設整備など病院の経営計画を立案する。

配置

- ・ 経営企画と総務を隣接させる。

(4) 施設管理

基本方針

- ・ 施設の安全性と快適性を確保することにより、患者に良質な医療環境を提供するとともに、職員にとっても働きやすい職場環境を提供する。

業務内容

- ・ 保守管理及び営繕
- ・ 施設関連業務委託の管理
- ・ 保安、警備及び防災の管理

20 医療安全部門

(1) 基本方針

- ・ 医療の安全性を保つことが出来る施設・設備を整備する。
- ・ 医療事故等を未然に防ぐことができる環境を確保する。
- ・ 院内研修や医療事故防止対策に積極的かつ組織的に取り組むことにより、医療安全・医療事故防止・院内感染対策を推進する。

(2) 機能

- ・ 医療安全管理者を設置し、医療安全管理委員会及び医療安全管理推進会議を主催する。
- ・ 医療安全に関する職員への教育・研修、情報の収集と分析、対策の立案、事故発生時の初動対応、再発防止策立案、発生予防および発生した事故の影響拡大の防止等に努める。

(3) 配置等

- ・ 医療安全部門は医療サービス部門に隣接させる。

2.1 教育・人材育成部門

(1) 基本方針

- ・ 地域医療を担う医師等の安定的・継続的確保に貢献するため、岡山地域において医師等の教育機関である岡山大学と共同して教育・人材育成の強化を図る。
- ・ 臨床研修指定病院及び各学会専門医等教育施設として、E Rを活用した医師の臨床研修（初期・後期）を推進するとともに、地域の医療関係者に対する研修事業を積極的に実施する。
- ・ 看護師、臨床検査技師、救急救命士等の研修生・実習生の受け入れを積極的に行うとともに、医学生の卒前教育にも協力する。
- ・ 院内研修会の開催や、院外の学会・研修会への参加、報告や論文を通じ、院内スタッフの教育・研修を積極的に進める。
- ・ 住民・患者に対する研修・講演会等の実施又は実施支援を行う。
- ・ 上記を実践するために、「教育研修センター」を設置する。

(2) 機能

対象研修等

ア 院外対象

- ・ 岡山大学の初期臨床研修医の受け入れ
- ・ 医学生の卒前教育
- ・ 地域医療関係者研修
- ・ 薬剤師・看護師・臨床検査技師・救急救命士等の実習・研修
- ・ 市民・患者に対する研修・講演会等

イ 院内職員対象

- ・ 医師臨床研修（初期・後期・専門医）
- ・ 看護部（新人・経験者）研修
- ・ 医療技術スタッフ研修
- ・ 事務職及び非常勤職員研修
- ・ 院内研究発表会・勉強会

業務内容

教育研修センターとして組織化し、次の業務を行う。

- ・ 院内外の教育実施担当部署との調整
- ・ 研修医・実習生への説明会の支援

- ・ 院内研修活動の情報収集及び情報の一元管理
- ・ 教育実施部署と調整し、年間での教育・研修計画の策定
- ・ 専門資格取得のための教育・研修機会の提供（情報提供含む）
- ・ 医学教育用・看護教育用機材等の整備及び管理
- ・ 研修室・講義室・会議室の手配や準備

2.2 福利厚生部門

(1) 基本方針

- ・ 各部門の業務遂行に配慮し、働きやすい環境整備に努める。
- ・ 会議室、当直室、スタッフルーム等の十分な確保に努め、プライバシーの確保やセキュリティー対策に配慮する。

(2) 機能

会議室

- ・ 会議室は、フレキシブルに対応できる構造とするとともに、会議に必要な映像機器等を整備する。また、必要に応じ電子カルテの情報コンセント等を整備する。

更衣室

- ・ 職員、委託業者、実習生等の更衣室は、男女別に整備するとともに、セキュリティー対策を万全とする。

当直室

- ・ 当直室は、男女別に個室で整備するとともに、セキュリティー対策を万全とする。

医局

- ・ 同一フロアに配置し、大部屋を基本とする。
- ・ 作業やディスカッション用スペースを設ける。
- ・ 研修医専用・実習生専用部屋を設置する。

院内保育

- ・ 院内保育（事業所内保育施設（認可外））を実施するものとし、必要な施設を整備する。

図書室(院内)

- ・ 医局から近い場所に設置し、入室セキュリティーを強化する。

2.3 利便施設部門

(1) 基本方針

- ・ 各種利便サービスを提供し、患者、来院者、職員が院内で快適に過ごせる環境づくりに努める。
- ・ 特に入院患者については、必要な物・サービスが院内で調達・利用できるよう配慮する。

(2) 機能

- ・ 売店（コンビニエンスストア方式）、コーヒーショップ、一般用レストラン、職員用食堂、ATM、自動販売機、コインランドリー、公衆電話、コインロッカー等を設置する。
- ・ 駐車場（障害者用含む）、タクシープール、駐輪場等を整備する。

2.4 物品管理部門

(1) 基本方針

- ・ 院内で使用される物品（医薬品、診療材料等）の購買、管理、搬送、消費までの流れを一元的に管理する物品管理システムを構築し、医療の安全性を確保するとともに、正確で迅速な供給及び在庫の適正化を図る。
- ・ 物品等の搬送や保管の効率化を図ることにより、各部門の業務効率の向上に寄与する。
- ・ 物品の標準化や診療報酬請求漏れ防止等により、健全経営に寄与する。
- ・ E R等における緊急時の検体、輸血液等の搬送を迅速に行うことができる仕組みを整備する。
- ・ 災害用備蓄品の管理を適切に行い、大規模災害発生時に必要部門への確な供給ができる仕組みを整備する。

(2) 機能・運用

医薬品、診療材料・消耗品等

- ・ 診療材料・消耗品等は中央倉庫で一元管理し、医薬品は薬剤部門の薬品庫等で一元管理する。
- ・ 物品管理情報システムにより、物品管理の効率化、情報の集約化を図るとともに、データを各種統計分析等に活用する。
- ・ 医薬品、診療材料・消耗品等の管理は、次の方針によるもととし、運用については、今後、病院施設設計等を踏まえて適切な方法を検討する。

ア 購買管理・在庫管理

- ・ 物品の使用期限の管理を適切に行うことで、品質を確保する。
- ・ 不良在庫を縮減し、在庫量の適正化を図る。
- ・ 購買管理情報を一元化し、同種同効果品の標準化を進め、在庫点数の圧縮を図る。

イ 供給管理

- ・ 使用部門ごとに使用品目の適切な在庫量を設定する定数管理を必要に応じて行う。また、定数の定期的な見直しを実施する。
- ・ 院内における搬送用カート、物品棚等の共通化を図る。

ウ 搬送管理

- ・ 搬送は人手搬送を基本とする。臨時・緊急での搬送が見込まれる物品は、緊急性、搬送物の種類、使用部門等を勘案しながら、機械搬送の導入等を検討する。
- ・ 動線の短縮（部門間隣接・近接含む）専用エレベーター設置など専用動線の確保、動線の単純化を図り、搬送時間を圧縮することにより、物品管理業務の効率化を図る。
- ・ 職員及び患者や来院者との動線分離、清潔・不潔物品の動線分離、供給と回収の動線分離について、時間帯による分離を含め配慮する。

エ 消費管理

- ・ 医療の安全性を確保するため、物品の取り違いなどの防止対策を徹底する。
- ・ 物品管理情報システムと医事会計システムを連携させ、特定保険医療材料の診療報酬請求漏れが防止できる仕組み等を導入する。
- ・ 特定保険医療材料や医薬品の消費実施入力による使用時点管理が行える仕組みを構築するとともに、データを患者別原価計算等に活用する。

その他物品等

- ・ その他物品等の運用については、今後、病院施設設計等を踏まえて適切な方法を検討する。
- ・ 搬送管理については、前項の方針に準ずるものとし、特にE R等における検体、輸血液等の緊急搬送について配慮する。

(3) 配置等

- ・ 中央倉庫、薬剤部門(薬品庫)、栄養部門は搬入口との動線に配慮するとともに、専用エレベーターを設置する。
- ・ 大量の物品を消費する病棟部門、手術部門との動線に配慮する。

2.5 医療機器整備方針

(1) 部門別基本計画に沿った医療機器整備

部門別基本計画に基づき、将来の医療環境・医療需要の変化等を考慮し、必要性を勘案しながら整備すべき医療機器を検討する。開院後も状況に応じて機器の増設が可能になるようにスペースの確保をしておく。

(2) 機器適正台数の検討、仕様の標準化

機器整備・機種選定においては、部門間での共同利用が可能な機器は、機器の稼働率向上を前提として機器の適正配置を考慮する。また、今後は、仕様・操作性等を考慮し、仕様の標準化についても検討する。

(3) 現行機器の有効利用

現有する医療機器の使用状況や耐用年数等を考慮し、新病院でも使用可能な機器については新病院に移設することを前提として無駄のない整備計画を進める。

(4) 購入時期の平準化

大型医療機器の購入については、市内の他の施設での保有状況や費用対効果等を考慮し総合的に判断する。また、新病院が開院する前後においても、整備すべき機器については、年度の整備予算に合わせて計画的に調達し、機器購入時期の平準化に努める。

保健・医療・福祉連携部門基本計画

III 保健・医療・福祉連携部門基本計画

1 基本方針

市民が安心していきいきと暮らせる岡山型福祉を実現するため、予防、診療から介護まで切れ目のないサービスを受けられる仕組みづくりを推進します。

2 機能

保健・医療・福祉分野については、

制度が複雑であるとともに相談窓口が多岐に分かれており、市民がどこに相談したらよいかわかりにくい

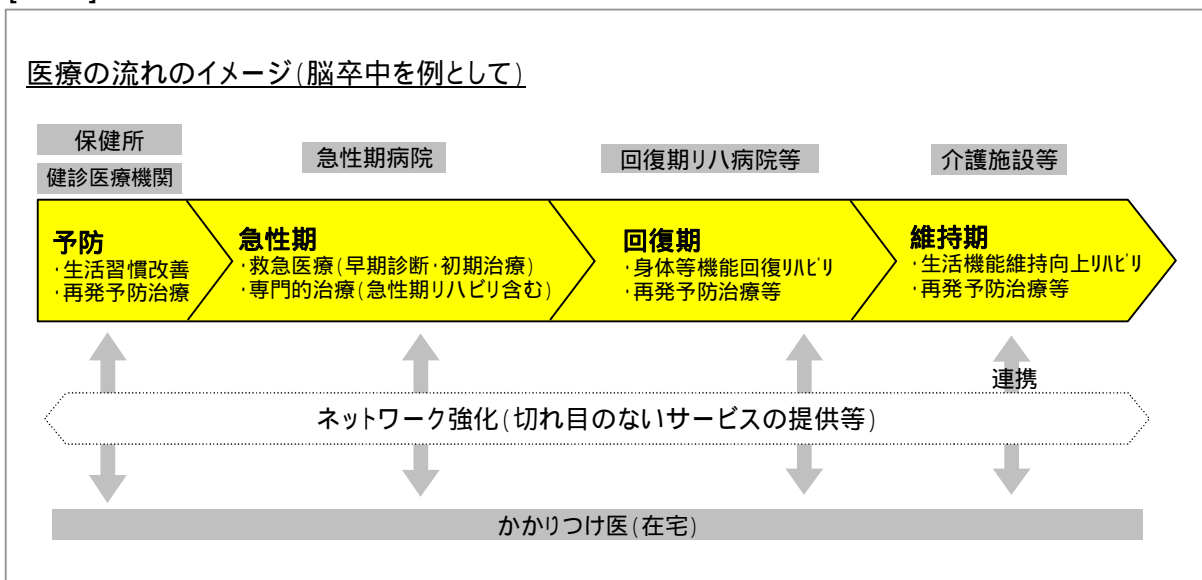
病院や福祉施設など各サービス提供機関の情報が十分共有されていない

急性期医療から回復期医療、医療から介護等、状況が変わる際に、支援の内容・制度も変わり、保健・医療・福祉関係者(*1)間で必ずしも十分な連携が図られていない

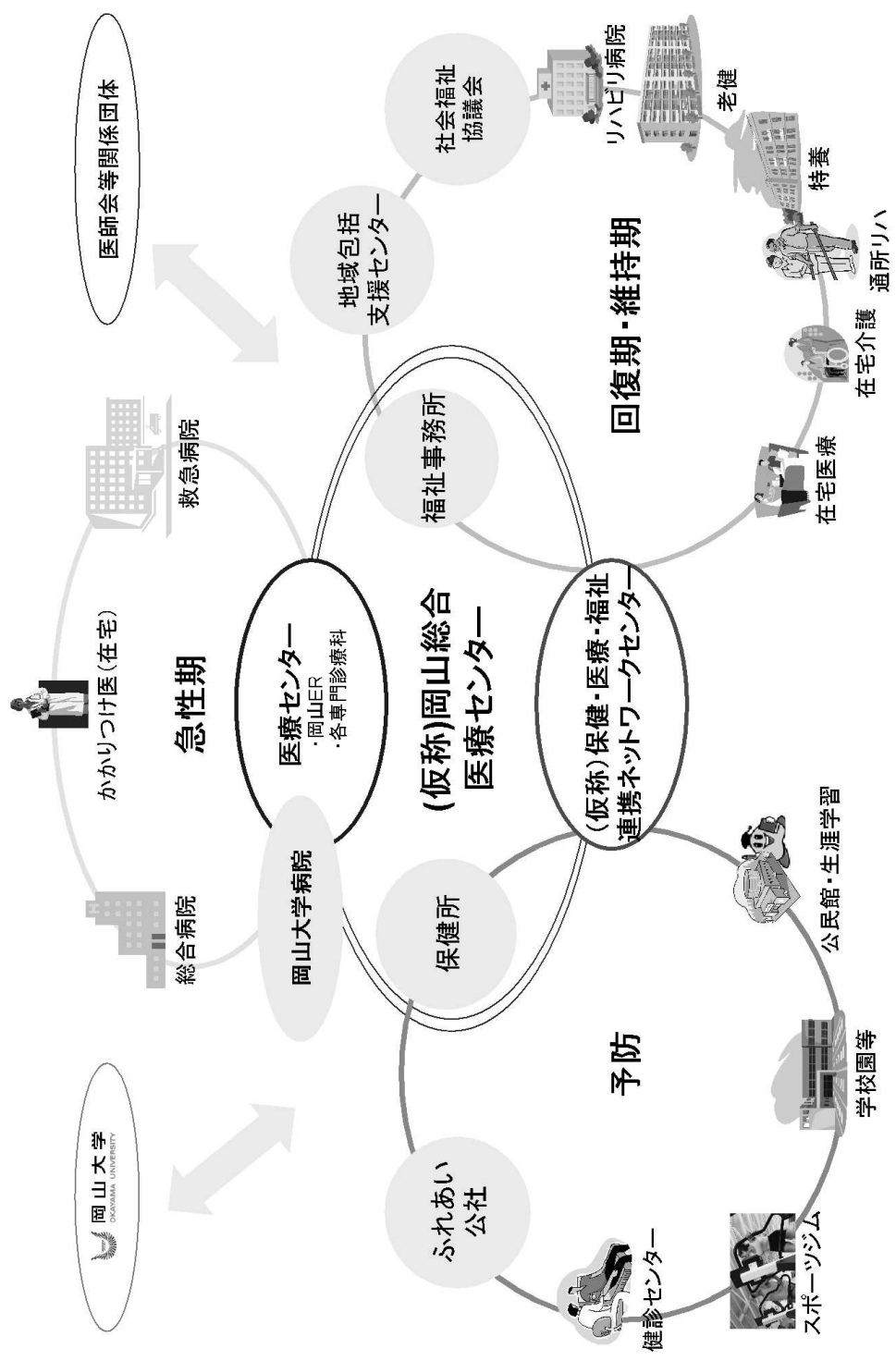
などの状況がある。

このため、市民に必要な情報を分かりやすく提供するとともに、保健・医療・福祉関係者間での情報共有が可能となるよう、総合相談・情報提供及び総合調整機能を担う。

[再掲]



(仮称)岡山総合医療センター構想の保健・医療・福祉連携イメージ



(1) 総合相談・情報提供((仮称)保健・医療・福祉連携ネットワークセンター)

- ・ 市民及び保健・医療・福祉関係者に対して、健康増進、急性期医療から回復期医療及び医療から介護への移行等、予防、診療から介護までの幅広い分野の相談を受け付ける。
- ・ 相談者の状況やニーズに応じて、最も適切な窓口を案内する。
- ・ 疾病予防や介護予防など、予防に関する情報を提供する。
- ・ 研修会・講習会の情報、医療・福祉施設や各種サービス等の情報(例えば、往診できる診療所の情報、保健・医療・福祉関係機関(*2)で対応可能な医療行為の情報等)を提供する。

(2) 総合調整

保健・医療・福祉関係者間の顔の見える関係づくり(ひとづくり)

- ・ 保健・医療・福祉関係者の連携には信頼関係の構築が不可欠なことから、関係者に対する研修会、意見交換会を開催するなど、関係者間の顔の見える関係づくりを行う。
- ・ 関係者間の連携を支援するマニュアルや連携事例集の作成に向けて取り組む。
- ・ 保健福祉ネットワーク協議会(*3)での対応事例について、情報交換会を開催するなど、情報共有を図るための支援を行う。

連携体制の構築への支援(しくみづくり)

- ・ 地域連携を進めるクリティカルパス等に関する保健・医療・福祉関係者に対し、他地域での事例紹介や協議の場を提供するなど、情報交換できる環境を整える。
- ・ 連携体制の構築に向けて、保健・医療・福祉関係機関や保健・医療・福祉関係団体(*4)と協議・検討を行う。

3 運営

- ・ 「総合相談・情報提供」機能は、市民が利用しやすい配置とする。
- ・ 「総合相談・情報提供」機能は、保健・医療・福祉分野の幅広い相談に対応できる体制を整えるため、専門的知識を有する案内人(コンシェルジュ)を365日配置する。また、ICTを活用した情報提供等も検討する。

機能の内容や実施体制については、更に検討を行う。

* 1 保健・医療・福祉関係者

医療機関の地域連携担当者や福祉施設のケアマネージャー等、保健・医療・福祉のサービス提供に関わっている関係者

* 2 保健・医療・福祉関係機関

医療機関、福祉施設、介護事業者等、保健・医療・福祉のサービス提供に関わっている機関

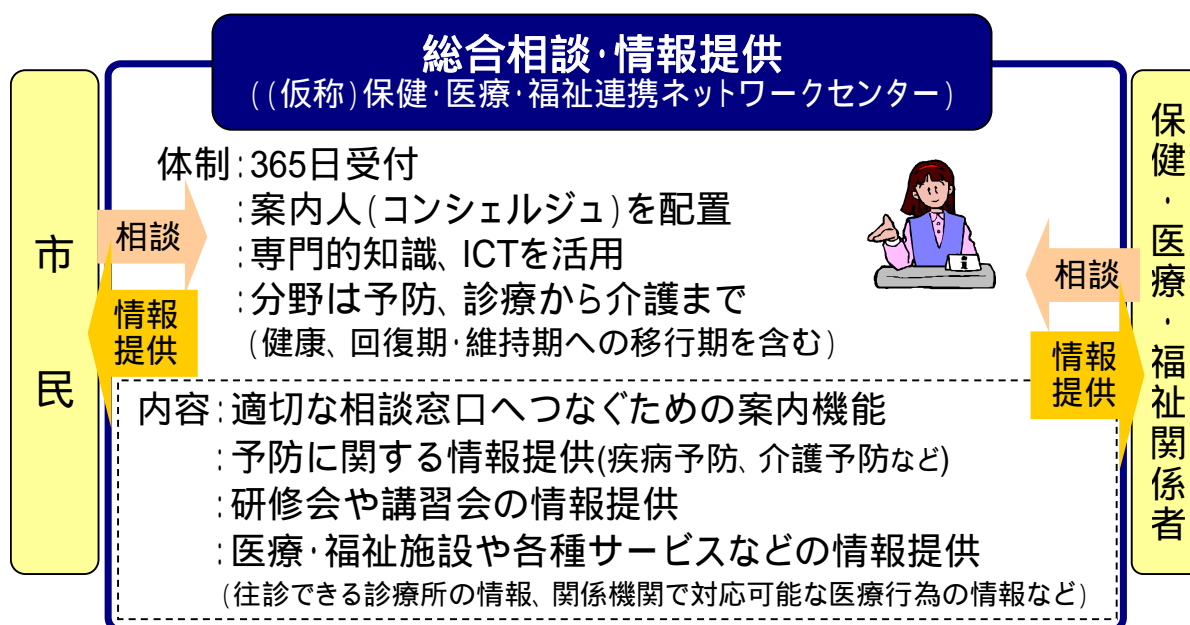
* 3 保健福祉ネットワーク協議会

市内 6 福祉区の福祉事務所、保健センター、社会福祉協議会、地域包括支援センターで構成される協議会

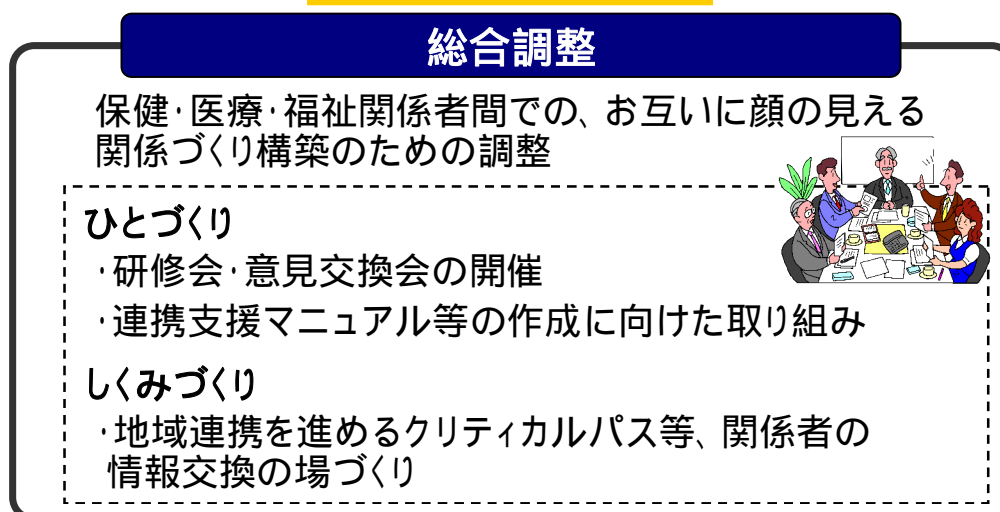
* 4 保健・医療・福祉関係団体

保健・医療・福祉に係る医師会等の団体

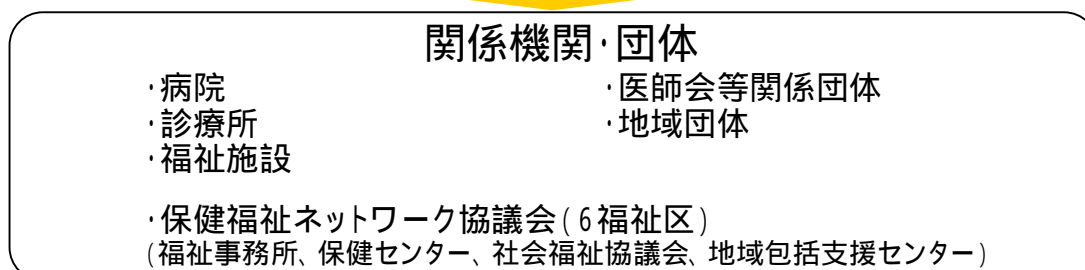
保健・医療・福祉連携機能のイメージ



情報提供



情報収集 協議・検討
情報提供



施設整備計画

IV 施設整備計画

1 施設整備方針

(1) 整備方針

救急医療、災害医療、健康危機管理、教育・人材育成、保健・医療・福祉連携の各機能を発揮できる施設整備

- ・ E R 部門を充実し、その機能が十分発揮出来るための施設配置計画を行う。
- ・ 大規模地震等の災害被災後も病院機能を維持できる構造とする。また、電気、ガス、水道などのライフラインについても、災害時に対応した設備とする。
- ・ 災害時を想定して、外来待合室などにおいても患者収容可能な設備として、医療ガス、吸引装置の配管を行い、災害時に対応できる機能を確保する。また、応急用医療資機材等の備蓄倉庫を整備する。
- ・ 第二種感染症指定医療機関として、必要な病室・設備を整備するとともに、患者専用動線の確保を図る。また、施設面における健康危機時の対応についても検討する。
- ・ 教育研修センターに講義や実習が可能な施設の整備を行う。
- ・ 保健・医療・福祉連携機能は、市民が親しみやすく利用しやすい施設計画とする。

患者、来院者、スタッフに配慮した施設整備

- ・ 患者にとって快適な療養環境に配慮するとともに、患者や来院者にとって分かりやすく利用しやすい施設計画とする。また、患者のプライバシーにも十分配慮した施設とする。
- ・ 当センターの位置する西部新拠点地区におけるユニバーサルデザインの理念に基づくまちづくりの推進を考慮し、外構を含む施設のバリアフリー化を進め、患者や来院者が利用しやすい施設とする。
- ・ 病室の静寂や採光などの療養環境の整備や、分かりやすい案内表示など患者サービスに十分配慮した施設とする。
- ・ 各部門の効率的な機能連携や医療機器の効率的な運用が可能な配置とするとともに、福利厚生施設等も機能的に配置した、スタッフが働きやすい施設とする。

環境とライフサイクルコストに配慮した施設整備

- ・ コストがかかり浸水の危険性が有る地下階は設けないものとするなど、経済

性を十分考慮した施設とする。

- ・ 初期投資を抑え、かつ省エネルギー効果の高い設備を整備する。このため、建物の高断熱化、高气密化により空調負荷低減を図るほか、省電力・長寿命の照明の採用など、エネルギー効率が良く、環境負荷を低減できる設備を採用して、ライフサイクルコストの低減を図る。
- ・ 経済性、耐久性に優れ、メンテナンスの容易な機器・材料を使用する。
- ・ 雨水・井水など水の循環利用について検討する。
- ・ 敷地内緑化について、本市の目指す「緑のボリュームアップ」に貢献する計画とするなど、都市緑化や地域の環境向上に配慮した施設計画とする。
- ・ 病院建物本体の建築単価については、30万円/m²を上限とする。

将来の医療変化への対応が可能な施設整備

- ・ 建物の長寿命化を考慮するとともに、将来の医療環境の変化に対応できるよう、柱スパンの長大化、耐震壁の適正配置、主要配管の配管スペースの余裕確保などを図る。
- ・ 医療機器、設備更新に配慮した施設整備とする。

その他

- ・ セキュリティーに十分配慮した施設計画とする。
- ・ 敷地からの雨水排水を自然浸透させるなど、周辺に与える負荷の軽減に十分配慮する。

(2) 施設規模

病院施設

近年に新築した同規模公立病院の平均値を参考に1床当たり79m²とし、施設に備える追加機能として岡山ER、保健・医療・福祉連携機能、院内保育に必要な面積を加えて、病院本体の延床面積は33,000m²程度を基本とする。また、病院建物本体の建築面積は、外来診療機能のわかりやすさなど市民サービスの面から7,000m²程度を基本とする。

付帯設備

駐車場は自走式立体駐車場を中心に500台程度確保できるように整備する。駐輪場については、適切な台数を確保する。

(3) 敷地の法的条件等

所在地	岡山市北区北長瀬表町三丁目20番101他		
敷地面積	18,584 m ²		
都市計画区域	市街化区域		
用途地域	準工業地域		
建ぺい率	70% (60% + 角地緩和)	最大	約13,000 m ²
容積率	200%	最大	約37,200 m ²
防火地域	-		
道路斜線	1.5 L (摘要距離20m)		
隣地斜線	2.5 L + 3.1 m		
北側斜線	なし		
日影規制	なし (岡山市建築基準法施行条例)		
その他条件	自動車駐車場附置義務条例適用地区 (周辺地区)		
	東側道路 幅員	2.7 m	
	南側道路 幅員	1.7 m	
	自然災害の被災危険性		
	洪水：浸水深	～0.5 m	
		(100～150年に1回程度起こる大雨を想定)	
	津波：浸水深	～0.5 m	
		(東南海・南海地震(M8.6)の同時発生を想定)	

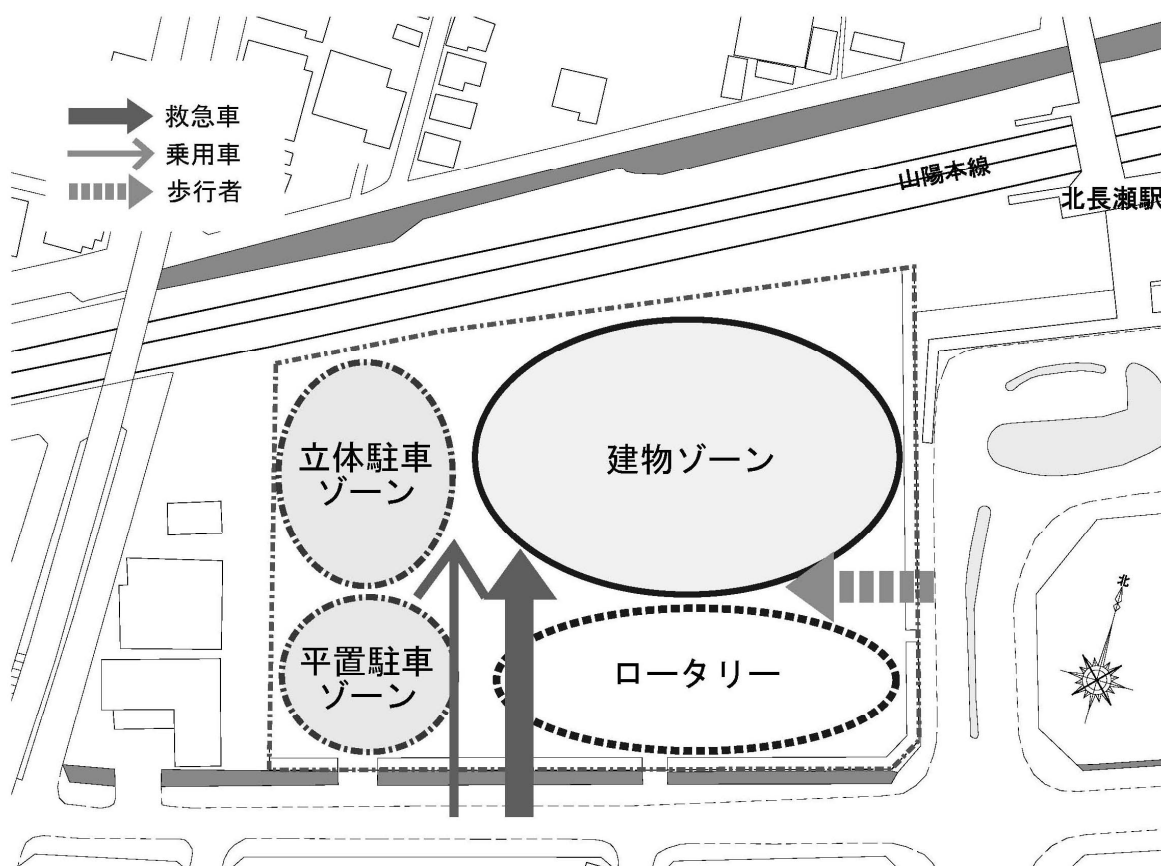
2 建築計画

(1) 配置計画

本敷地は約18,600㎡の面積を有する長方形で平坦な形状である。病院本体の建物は、建物及び駐車場の位置のバランスを考慮して配置する。また、JR山陽本線に隣接していることから、防振・防音性能に配慮する必要がある。

本敷地への主な入口は、車両は駅前ロータリーの交通に支障のないように敷地南側とし、歩行者はJR北長瀬駅及びロータリーバス停等からの来院が容易になるよう、敷地東側に歩行者用入口を設ける。

建物配置の基本的な考え方は、病院本体の建物は敷地東側に、駐車ゾーンを敷地西側に配置することを基本とし、車両動線と歩行者動線が交錯しないようにする。また、大規模災害時には駐車スペースやロータリースペース等をトリアージスペースとして利用できる施設配置とする。



配置イメージ図

(2) 建物の階別構成

計画建物は地下階を設けず、低層部と高層部で構成された基壇型を基本とする。また、出来るだけシンプルでコンパクトな断面構成とし、各階の構成は以下を基本とする。

低層部

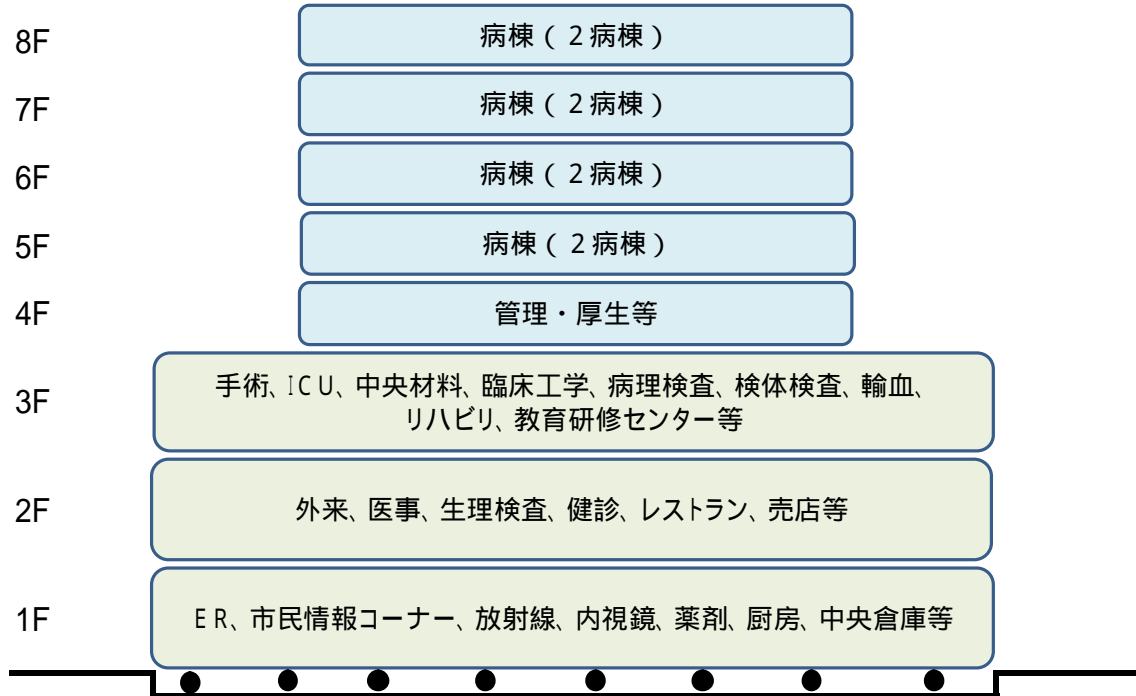
1階には、ER部門及びER部門との連携が必要な放射線部門、内視鏡部門、薬剤部門の他、市民情報コーナー、外部からの物品搬出入の多い厨房、中央倉庫、機械室等を配置する。

2階には、外来部門を中心として配置する。

3階には、手術部門、ICU部門、中央材料部門等を配置する。

高層部

病棟を5～8階に配置し、1フロア2看護単位の構成とする。また、低層部との中間となる4階には管理部門等を配置する。



断面イメージ図

3 構造計画

(1) 耐震性能

病院建物の耐震性能は、「官庁施設の総合耐震計画基準及び同解説」における耐震性の分類 類とし、大規模地震等の災害後、構造体の補修をすることなく建築物を使用できるものに整備する。

駐車場施設は分類 類とし、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生じないものに整備する。

また、「岡山県建築物耐震対策基本方針」に準拠した計画とする。

(2) 構造方式

大規模地震時における構造体損傷を最小にとどめ、内部空間及び設備機器稼働を確保し、医療機器転倒被害を最小限にするための構造体としての性能が必要となることから、現時点で技術的評価の高い免震構造(基礎免震)を採用する。

(3) 浸水対策

浸水想定0～0.5m未満区域であるため、1F Lを現G L + 500mm以上とし、免震層等の水没を防止する。

ゲリラ豪雨等に対して、屋上と敷地内の排水は時間降水量に余裕を持たせた計画とする。

(4) 将来対応

病院は機能の変化が大きい建物であるため、耐震壁の適正配置、ロングスパン化等を図り、将来の変化への対応に配慮した施設計画とする。

4 設備計画

各種設備は、安定性・経済性及び保守の容易性を重視して整備し、医療安全及び患者や来院者、スタッフにとって良好な環境を提供するとともに、災害時においても最低限必要なエネルギーの供給が確保できる内容とする。

また、病院経営の健全化の観点からは初期投資を抑え、かつ省エネルギー型の設備を積極的に導入し、維持管理費を抑制するとともに、環境負荷の低減を図る。

(1) 電気設備計画

安全性の高い設備の構築

病院各部門の需要に対して信頼性の高い電源を、安全に供給することを目的とすると共に、災害時の対応にも十分配慮する。

- ・ 商用電源の受電方式は、信頼性の高い二方向 2 回線方式を検討する。
- ・ J I S 規格「病院電気設備の安全基準；JIS T 1022」に適合した設備（医用接地、非接地配線方式、非常電源）とする。
- ・ 商用電源の停電に備え、非常用発電機、無停電電源装置を整備する。非常用発電機は、信頼性、容量、発電エネルギーの種別及び燃料供給方法を勘案した機能を整備する。
- ・ 医療用重要負荷への電源供給の信頼度をより高めるために、電源幹線の多重化を図る。
- ・ 防災面での安全性を高めるため、関連準拠法規外の設備（防災無線、災害時優先電話等）の採用を検討する。

省エネルギー・省力化の推進

省エネ・省力化が可能で信頼性の高いシステムを導入することにより、光熱水費と保守管理業務量を低減させ、ランニングコストの軽減が図れる施設整備とする。

- ・ 中央監視装置の導入により、設備機器の適正運転及び少人数による建物管理を可能とする。
- ・ 省エネルギータイプの変圧器、LED等照明器具などを検討すると共に、自然エネルギー（昼光等）を有効に活かした照明計画とする。
- ・ 地球温暖化対策推進事業に基づき、太陽光発電の導入について検討する。（病院建物本体の建築単価 30 万円 / m²外とする。）

設備更新への対応等

将来の設備の更新・負荷変動、情報設備の充実にも対応でき得る設備計画とする。

- ・ 主要機器室には将来の増設スペースを配慮する。
- ・ 医療的・情動的に重装備な諸室は、十分な容量の配線方式とする。
- ・ 将来の設備更新に配慮すると共に、日常のメンテナンスのし易さ等にも十分配慮する。

(2) 機械設備計画

安全性の高い設備の構築

- ・ 空調、衛生設備については、院内感染の防止等に十分配慮したものとする。
- ・ 災害時における医療活動の継続性の確保のため、耐震性に配慮するなど安全性の高い設備とする。

省エネルギー・省力化の推進

室内環境を損なうことなく、省エネルギーシステムとしての工夫を行う。

また、設備機能の質的向上に伴い、保守・管理作業が複雑化し、増大化してきている中、保守管理の容易な機器の選定及び自動化により省力化を図る。

- ・ 細分化した空調ゾーニングを行う。
- ・ 中間期における外気冷房を検討する。
- ・ 熱源機器の台数の制御を行う。
- ・ 廃熱回収設備の採用を検討する。
- ・ 外気取入量の最適化を図る。
- ・ 効率的な監視・制御設備を検討する。
- ・ 保守管理が容易な設備を検討する。
- ・ 主要大型機器の中央化と、小型機器の分散化を図る。

設備更新への対応

設備更新が医療機能を維持しながら安全かつ容易に行える設備計画とする。

設備シャフトを適切に配置し、余裕のあるシャフト、大きな点検口を確保する等、設備の修繕、更新のしやすい設備計画とする。

(3) 防災・保安・セキュリティー関連設備

センター内の電気設備、機械設備、防災設備の運転と保安の状態監視を一括して行うため、中央監視設備を防災センター内に整備し、院内全体の防災・保安を一元管理する。また、人の出入りの監視やセキュリティー関連設備として、必要な場所に監視カメラ等のITV設備を設置し、出入りの管理については、ICカード、各種センサー、生体識別システム等の導入を検討する。

(4) 昇降搬送設備

昇降機設備

- ・ 院内における人・物品等の昇降量・用途を適切に把握し、来院者用、寝台用、物品搬送用など用途に合わせ効率的に整備する。
- ・ E R部門と手術部門・集中治療部門間に専用エレベーターを設ける。
- ・ E R部門の感染症患者専用診察室等と感染症病床との間に専用エレベーターを設ける。
- ・ 外来診療部門にはエスカレーター及び外来専用エレベーターの設置を検討する。

搬送設備

- ・ 物品等の搬送については、エレベーターを利用した人手による搬送を基本とするが、緊急・臨時搬送設備として搬送設備等の導入も検討する。

事業計画等

V 事業計画等

1 経営方針

(仮称)岡山総合医療センターは、本計画に示す公的に必要とされる医療を提供することにより、市民の健康と生命を守り、安全と安心を支える役割を担っていかねばならない。

一方、現在の市民病院の経営は、収益構造や人件費比率などに課題を抱えている。さらに、急激な医療環境の変化やセンターの整備費負担など将来にわたる経営リスクに対応していかねばならない。

したがって、センターが公的に必要とされる医療を安定的に提供するためには、これらの課題や経営リスクにも対応し得る事業の組み立てを行うことにより、持続可能な経営基盤を確立していく必要がある。

そのうえで、市民負担(一般会計負担)については、より透明性の高い負担内容に見直す一方で、真に公的負担が求められる分野については市民の理解が得られるような負担となるように設定していく必要がある。

このように、適正な市民負担により、公的に必要とされる医療を安定的に提供するためには、持続的な経営基盤の確立と新たな一般会計負担の枠組みづくりが求められる。

このため、基本構想に示された次の具体的方策に基づき、今後、抜本的な改革に取り組むものとする。

(1) 持続可能な経営基盤の確立

抜本的経営改革

収益性の向上、社会一般の情勢を反映した給与等への見直し、職員配置の見直しなど抜本的な経営改革を行う。そして、人件費対医業収益比率51%台を目指す。

経営形態

開業時の経営形態については、より効率的・効果的で持続可能な経営基盤を確立する必要があることから、地方独立行政法人(非公務員型)も含め検討を進める。

初期投資額の抑制

建物の建築単価について、地方交付税基準の30万円/m²を上限とする。
医療器械・システム・備品等の初期投資を40億円以内とする。

(2) 新たな一般会計負担の枠組みづくり

運営部分の負担分野と算出方法の見直し

救急、感染症など公的に必要とされる医療に負担分野を限定し、適正な負担額の算出方法を考案する。

建設部分に対する繰入率の見直し

建設費に対する一般会計からの繰入率について、開業後5年間は50%とし、以降は地方交付税算入額程度の水準を目指す。

退職金の一般会計負担の廃止

退職金について、事務職員等に係る部分を除き全額を病院事業の負担とする。
(平成22年度から実施済み)

2 整備手法及び整備スケジュール


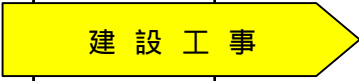

(1) 整備手法

想定される整備手法は、従来方式のほかにDB方式(設計・施工一括発注方式)、PFI方式が考えられる。本事業においては、整備期間短縮の観点、建築単価の上限設定により事業費を抑制する方針であること、複雑な病院設計において発注者の意向をより反映させる観点などから総合的に勘案し、整備手法を従来方式とし、設計については基本設計と実施設計を一括発注する方式とする。

(2) 整備スケジュール

整備スケジュールは、次のとおり想定し、平成27年度の早い時期の開院を目指す。

【整備スケジュール】

	23年度	24年度	25年度	26年度	27年度
設計					
建設工事					
開院準備					○開院

3 現市民病院の取り扱い等について

(仮称)岡山総合医療センターは、現市民病院が有する人的資源、許可病床等を活用して整備するため、センターの開院時には、現市民病院は病院機能としての役割を終えることとなる。

しかしながら、開院以来、現市民病院を利用し、支えていただいた地域住民等の方々にご安心いただけるよう、一定の外来診療機能をもつ医療サービス提供の体制整備などを検討する必要がある。

この体制整備については、今後も地域住民等との協議を重ねながら、さらに具体的な検討作業を進めるものとする。

また、跡地全体の活用についても、中心市街地の活性化や安全・安心等の観点から有効利用の方法を検討するものとする。

4 概算事業費

センター整備に係る概算事業費は、次のとおり見込むが、可能な限り事業費の抑制に努めるものとする。また、財源は企業債、自己資金等を想定する。

【センター整備に係る概算事業費】

用地取得費	9.4 億円
病院建物本体工事費	99.0 億円
付帯工事費及び設計監理費	12.1 億円
医療器械・システム・備品等	36.2 億円
合 計	156.7 億円

上記には、移転費、各種負担金、事務費、人件費等は含まない。

病院建物本体工事費は、建築単価 30 万円 / m²にて積算

5 財政シミュレーション

(1) 主な設定条件

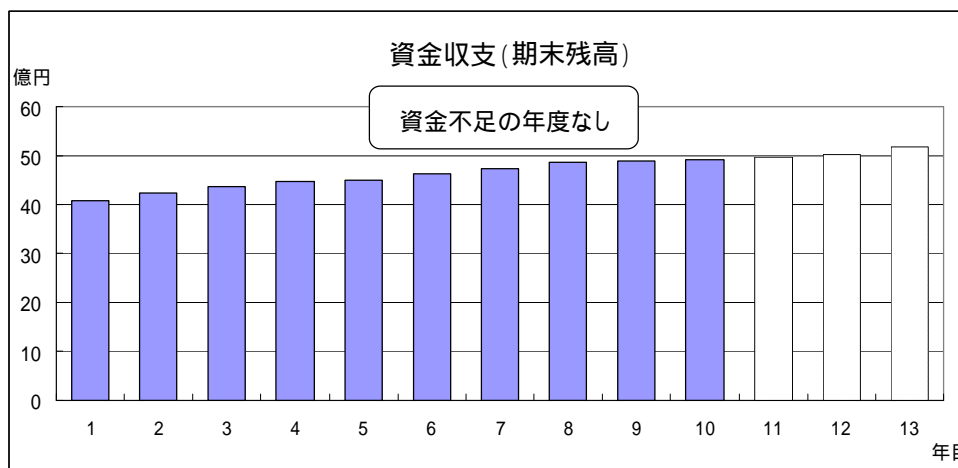
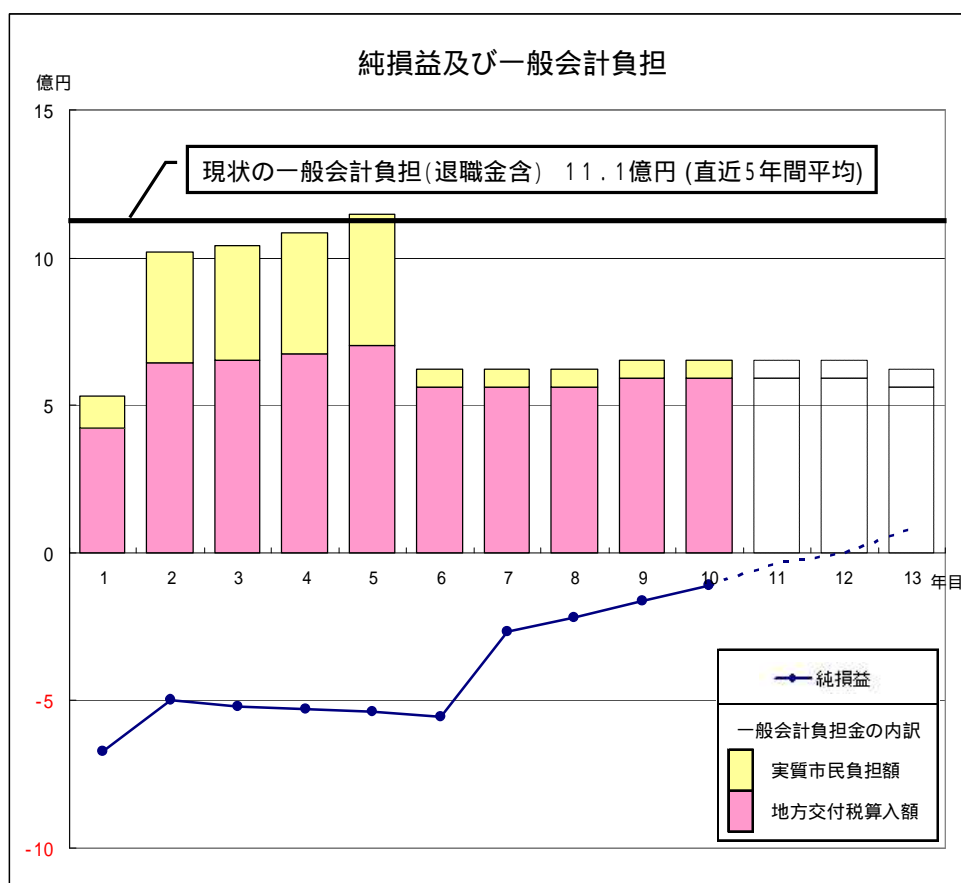
次の条件により、持続的経営が可能か検証する。

項 目		条件	
規模・事業費		病床数 400床(一般387床、感染症6床、結核7床) 延床面積 33,000m ² 概算事業費 約156.7億円	
収支 関係	積算基礎	H21年度決算値 (収益は、H22年度のDPC適用等に伴い補正) (費用は、後発医薬品の導入効果等に伴い補正)	
	収 益	7:1看護体制等により入院収益約7.3億円(14.7%)増 救急患者増加により外来収益約1.6億円(10.4%)増 個室増加等により差額ベッド料約1.8億円増(約4.5倍)	
	費用	給与費	総人件費抑制(人件費対医業収益比率を51%台を目標に漸次削減) ERの救急医・看護師等増員及び7:1看護体制等による増員により、 5.6億円(14.7%)増 退職金は、病院事業負担
		材料費	入院・外来収益のアップ率に比例
		経 費	面積増等を考慮しながら必要経費を計上
		減価償却費	初期投資分及び一定の追加投資分を設定し計上
	一般会計負担金 (運営部分)	約4.4億円(救急・感染結核等)	
一般会計負担金 (建設部分)	1～5年目平均 5.2億円(繰入率 50.0%) 6～10年目平均 1.9億円(繰入率 22.5%)		
そ の 他		現病院の解体撤去費、現有財産の処分収入等は計上していない 地方交付税算入額は現行制度により算出	

(2) シミュレーション結果

開院後10年間の収支を試算した結果、開院から6年目までは新規購入する医療器械の減価償却費等により赤字は大きくなるが、7年目からは赤字が縮小し、その後黒字化する見込みである。さらに、資金収支については期末残高が不足する年度がなく、運営に必要な資金は安定的に確保でき、持続的経営が可能なが確認できた。

今回のシミュレーション結果では、基本構想において示した開院10年目黒字化が達成できていないが、今後、所要の改革に取り組むことにより、開院10年目黒字化を図るものとする。



【財政シミュレーション結果表】

(単位:億円)

		1年目	2年目	3年目	4年目	5年目	6年目	7年目	8年目	9年目	10年目	10年 間 平均	(参考) H21 年度
損益 計算書 (収益的 収支)	収益	81.9	84.4	84.3	84.3	84.3	83.5	83.5	83.5	83.5	83.5	83.7	69.7
	医業収益	79.6	81.5	81.5	81.5	81.5	81.5	81.5	81.5	81.5	81.5	81.3	67.5
	内入院収益	55.6	57.2	57.2	57.2	57.2	57.2	57.2	57.2	57.2	57.2	57.0	48.1
	内外来収益	16.2	16.6	16.6	16.6	16.6	16.6	16.6	16.6	16.6	16.6	16.5	13.7
	医業外収益	2.3	2.9	2.8	2.8	2.8	2.1	2.0	2.0	2.0	2.0	2.4	2.1
	特別利益	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	費用	88.7	89.3	89.5	89.6	89.6	89.1	86.2	85.7	85.1	84.6	87.7	70.3
	医業費用	83.5	84.1	84.3	84.5	84.6	84.1	81.2	80.8	80.3	79.8	82.7	67.8
	内給与費	43.3	43.2	43.1	43.1	43.0	42.9	42.8	42.7	42.6	42.5	42.9	36.1
	内材料費	19.0	19.5	19.5	19.5	19.5	19.5	19.5	19.5	19.5	19.5	19.4	18.8
	内経費	10.9	11.0	11.1	11.1	11.1	11.2	11.2	11.2	11.2	11.2	11.1	8.9
	内減価償却費	10.0	10.2	10.4	10.6	10.8	10.3	7.6	7.2	6.8	6.4	9.0	3.9
	医業外費用	4.9	4.9	4.9	4.8	4.8	4.7	4.6	4.6	4.6	4.5	4.7	2.2
	特別損失	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3
純 損 益	-6.7	-5.0	-5.2	-5.3	-5.4	-5.6	-2.7	-2.2	-1.6	-1.1	-4.1	-0.6	
資本的 収支	収 入	1.5	5.8	6.1	6.5	7.2	2.7	2.7	8.1	3.0	3.1	4.7	6.0
	支 出	1.5	10.1	10.6	11.6	12.9	7.0	7.1	12.6	8.6	8.7	9.1	7.2
	収 支	0.0	-4.3	-4.6	-5.0	-5.7	-4.4	-4.4	-4.5	-5.6	-5.7	-4.4	-1.2
資金 収支	当年度資金収支	3.9	1.5	1.3	0.9	0.4	1.1	1.2	1.2	0.3	0.4	1.2	2.3
	年度末資金収支	40.8	42.4	43.7	44.7	45.1	46.2	47.4	48.6	48.9	49.3	-	25.3
一般会計負担 a		5.3	10.2	10.4	10.9	11.5	6.2	6.2	6.2	6.5	6.5	8.0	9.6
うち〔運営部分〕		3.9	4.5	4.5	4.5	4.5	4.5	4.5	4.5	4.5	4.5	4.4	4.5
うち〔建設部分〕		1.4	5.7	5.9	6.4	7.0	1.7	1.7	1.8	2.0	2.0	3.6	4.3
地方交付税算入額 b		4.2	6.5	6.5	6.8	7.0	5.6	5.6	5.6	5.9	5.9	6.0	4.2
実質市民負担額 a-b		1.1	3.8	3.9	4.1	4.4	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	2.0	5.4

H21年度の一般会計負担には、一般会計負担金のほか、一般会計が負担した退職金約0.9億円を含む。

用語説明

advanced triage

アドバンスドトリアージ (advanced triage) とは、救急患者の方向性の決定ことで、帰宅させるのか、入院させるのか、入院させるのならどの科にどの時点で引き継ぐのかを判断すること。

C R C (治験コーディネーター)

治験業務の円滑な進行と運営を支援する専門家。治験を実施する医療機関において被験者・医師・治験依頼者 (製薬会社) 間の調整役となり、治験に関する医学的判断を伴わない業務全般にかかわる。clinical research coordinator の略。

C T

コンピュータ断層撮影法。X線装置とコンピュータを組み合わせることで人体の横断面を映像化する方法。また、その装置。Computed Tomography の略。

D B 方式

設計と施工を一括発注する方式。

D P C

急性期入院医療の診断群分類に基づく1日当たりの包括評価制度。診断と治療行為等を組み合わせた分類 (診断群分類) により診療報酬を包括して支払うもの。Diagnosis Procedure Combination の略。

E R 型救急医 (E R ドクター)

全ての救急患者を横断的に診て救急初期診療を行う能力を有する医師。以下を基本的条件とする。

E R の専任医師であり、各科の業務を兼任しない。

手術、入院患者、専門外来には関与しない。

全ての救急患者 (全ての科) の初期診療 (診断・初期治療・方向性の決定 (advanced triage)) を行う能力を有する。

(日本救急医学会HPより)

E R 型救急医療

E R は emergency room の略で、救急室、あるいは救急外来を意味する言葉。本来、E R 型救

急医療は北米型救急医療モデルのことであり、以下の特徴を有する。重症度、傷病の種類、年齢によらずすべての救急患者をERで診療する、救急医がすべての救急患者を診療する、救急医がERの管理運営をおこなう、研修医が救急診療する場合には、ERに常駐する救急専従医が指導をおこなう、救急医はERでの診療のみを行い、入院診療を担当しない。

北米と医療体制の異なる本邦では、厳密に北米型救急医療モデルを遂行している医療施設は少ないため、医療施設によって上記の一部を満たすさまざまな診療形態がER型救急医療と称されている。(日本救急医学会HPより)

FL

Floor line (フロアライン) の略で、床のラインを指す。Floor level (フロアレベル) ともいう。

GL

Ground line (グランドライン) の略で、地面のラインを指す。Ground level (グランドレベル) ともいう。

HACCP (危害分析重要管理点)

食品の製造や加工に当たり、その一連の工程において、特に重点的に管理する必要のある箇所を全て記録することにより、異常が認められた場合に即座に解決できるようにする食品衛生管理の考え方。Hazard Analysis and Critical Control Point の略。

HCU

高度治療室。高度な治療を必要とする患者を治療する治療室。ICUと一般病棟の中間に位置づけられる。High Care Unit の略。

ICT

情報通信技術。ネットワーク通信による情報・知識の共有。Information and Communication Technology の略。

ICU

集中治療室。重症の患者を重点的に治療する治療室。Intensive Care Unit の略。

ITV設備

産業・工業・業務用などにテレビカメラを利用し特定の場所に限って用いるテレビジョン方式をいう。遠方あるいは人間の視野外の場所などの状況を見ることが目的で、防犯、確認、監

視に役立っている。

M R I

磁気共鳴断層撮影法。X線を使用せず、磁場と電波を使って体の中を見る画像診断装置。Magnetic Resonance Imaging の略。

P A C S (医用画像情報システム)

画像を電子保存し、オンラインで配信するシステムのこと。Picture Archiving and Communication System の略。

P F I 方式

公共施設等の建設、維持管理、運営等を民間の資金、経営能力及び技術的能力を活用して行う新しい手法。Private Finance Initiative の略。

Q O L

「生活の質」という意味で、より充実した生活を送るために、生活の質や人生の質を重視し、肉体的、精神的、社会的に良好な状態を保つ、あるいは向上を目指す考え方のこと。Quality of life の略。

S C U

脳卒中集中治療室。脳梗塞、脳出血、くも膜下出血の患者を治療する治療室。Stroke Care Unit の略。

S P E C T

シングルフォトン断層法のこと。微量の放射能(ガンマ線)を放出する放射線元素を含んだ薬剤を静脈注射し、ガンマカメラにより検出した薬剤の濃度分布を、コンピュータ処理により画像化する装置。Single Photon Emission Computed Tomography の略。

T D M

薬物治療の際に血中濃度を測定することにより適切な投与量を決定することや、血中濃度を薬効や副作用と対比させることにより治療成績の向上を図るもの。Therapeutic drug monitoring の略。

X線TV装置

身体の透視像を観察しながら撮影する装置。胃、腸、その他造影剤を用いた検査に利用する。

アメニティー

患者にとって、居心地の良い快適な療養環境や院内環境などのこと。

アルブミン製剤

アルブミン製剤は、人の血液の血漿に含まれるアルブミンを原料としてつくられる薬。さまざまな原因で血液中のアルブミンが少なくなったときに起こる症状を改善するために使われる。

医師臨床研修制度

診療に従事しようとする医師が受けなければならない研修。平成16年に導入された制度(平成21年見直し)で、2年以上、臨床研修病院等での研修が必要とされている。

一次救命処置(BLS)

急病患者に対して行う救命処置。心停止の場合は、心臓マッサージと人工呼吸を指す(現在では、AEDの使用を含む)。Basic Life Supportの略。

一般病床

精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床以外の病床。

陰圧

院内感染を防ぐために、病室の内部の気圧をその外部の気圧より低くしている状態。

ウォッシャー・ディスインフェクター

自動洗浄・除染・乾燥装置のこと。感染症の有無に関わらず、使用後の器材の一次処理と洗浄を同時に行う装置。

栄養サポートチーム(NST)

NST(Nutrition Support Team)ともいい、入院中の患者の喫食状態が悪くなったときに、その原因や栄養状態を把握し適切な栄養投与によって全身状態の改善を図るために、医師、看護師、薬剤師、管理栄養士などが支援するチームのこと。

オーダーリングシステム

診療現場で医師が直接パソコンを操作し、処方や検査予約のオーダーを入力し、その内容が薬局や検査等に伝達されるとともに会計にも利用されるシステム。

オートクレーブ

高圧蒸気滅菌器のこと。培地・培養液などの滅菌、培養用器具・容器類の滅菌、ガラス・金属器具類滅菌を行う。

オンコール体制

当直などの勤務体制ではないが、緊急の際には呼び出せるように自宅等に待機している体制。

回復期医療

病勢の進行が停止して治癒に向かってゆく期間の患者に対する医療。

開放型病院・開放病床

開放型病院とは、病院の施設や機能を地域医療機関の医師に開放している病院。開放型病床は、この病院施設等の開放の一環として、病床の一部を診療所のかかりつけ医に開放し、病院の医師と共同して治療を行うもの。

外来化学療法

抗がん剤の投与によるがん治療を、入院せずに外来で通院しながら行えるようにした療法。

肝炎二次専門医療機関

肝がんに対する治療が可能な専門医療機関。

感染症病床

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律に規定する一類感染症、二類感染症、新感染症等の患者を入院させるための病床。

カンファレンス

一般的には、学術的な会議や研究会などのことを意味する。医療の分野では、職種ごとに行う勉強会や、様々なテーマごとに関連する職種が集まって行う勉強会などがある。

基準病床数

病院の病床及び診療所の療養病床の適正配置を図ることを目的として、都道府県が定める病床数。一般病床及び療養病床は県内に5つある二次保健医療圏ごとに、精神病床、感染症病床及び結核病床は県全域で定められている。

救急医療施設

比較的軽症な救急患者に対応する初期救急医療施設（市内では、休日夜間急患診療所・在宅当番医など）、入院治療を必要とする重症救急患者に対応する２次救急医療施設（市内では、病院群輪番制病院・協力病院当番制病院）、重篤な救急患者に対応する３次救急医療施設（市内では、救命救急センター）がある。

救急科専門医

病気、けが、やけどや中毒などによる急病の方を診療科に関係なく診療し、特に重症な場合に救命救急処置、集中治療を行うことを専門とする。初期臨床研修修了後、日本救急医学会の定めるカリキュラムに従い３年以上の専門研修を修め、資格試験に合格した医師。（日本救急医学会ＨＰより）

救急科専門医指定施設

救急科専門医を育成するための施設として、日本救急医学会が認定した施設。

救急告示施設

救急隊より搬送される傷病者に関する医療を担当する医療機関として、都道府県知事が告示した救急病院又は救急診療所。

休日夜間急患診療所

休日夜間の救急患者に対し応急の医療を行うための診療所。市内においては、岡山市が開設し、医師会が管理運営しており、休日及び平日夜間の小児科と、休日の内科がある。

急性期医療

急性増悪を含む発症間もない患者に対する医療。

急性期リハビリテーション

発症からできる限り早い段階で行われるリハビリテーション。

クックチルシステム

加熱殺菌した食品を急速に冷却し、チルド（０～３℃）の温度帯で保管し、必要なときに最終加熱して提供する調理システムのこと。少ない人数で大量の調理が可能になり、調理作業の標準化が図れ、厨房設備も軽装備化できるなどの利点がある。

クリーンベンチ

無菌実験台といい、ウイルス、大腸菌、培養細胞などの取扱いにおいて、外部からの雑菌の混入、外部への生物汚染を防ぐ工夫がされている実験台。

経過観察床

E R内において患者の経過を観察するための病床。

外科用イメージ

手術中に透視像を観察するための装置。

結核病床

結核患者を入院させるための病床。

結核り患率

1年間に発病した結核患者数の人口に対する比率。人口10万人当たりで示される。

血管造影

血管に造影剤を注入して形状をレントゲンに写す方法。血管の狭窄やつまり、破れ等の診断を行うほか、血管の先にある各臓器の腫瘍なども写し出し、治療方針を決めることができる。

血管内治療

血管内に挿入した医療機器によって行われる治療。

県南東部保健医療圏

岡山市、瀬戸内市、備前市ほか県南東部の地域に設定された二次保健医療圏で、主として病院の病床の整備を図るべき地域単位。

広範囲熱傷

熱傷した広さが、その人の体の全表面積（熱傷体表面積）の15～20%以上のもの。

災害拠点病院

災害時に多発する多発外傷、広範囲熱傷等の重篤救急患者の救命医療を行うための高度の診療機能、患者等の受入れ及び搬出を行う広域搬送への対応機能、自己完結型の医療救護チームの派遣機能等を有する地域災害医療センターと、さらにこれらの機能を強化し、医療救護要員の訓練・研修機能を有する基幹災害医療センターがある。

サテライトファーマシー

主となる薬剤部から離れて、病棟内に存在する薬局のことで、患者に適切な薬物療法が行われることを目的とする。

資金収支

(流動資産) - (流動負債) で計算される値。資金繰りの状態を示す。

指肢切断

指や上肢や下肢の一部が体から切り離されたこと。

施設基準

医療法で定める医療機関および医師等の基準のほかに、保険診療の一部について医療機関の機能や設備、診療体制等の基準を定めることにより、安全面やサービス面等を評価したもの。

周産期医療

妊娠 22 週以降から出生 7 日までの時期の母体や胎児、新生児に対する医療。

周産期母子医療センター

総合周産期母子医療センターは、常時の母体及び新生児搬送受入体制を有して母体又は胎児におけるリスクの高い妊娠に対する医療、高度な新生児医療等の周産期医療等を行うことのできる医療施設。

地域周産期母子医療センターは、周産期に係る比較的高度な医療行為を行うことができる医療施設。

受療率

厚生労働省の患者調査において、推計患者数を人口 10 万当たりであらわした数。

受療率 (人口 10 万当たり) = 推計患者数 / 国勢調査人口 × 100,000

小児救急医療支援病院

内科医等への小児初期救急医療に係る研修、小児初期救急医療機関からの相談、紹介患者の受け入れ等を行う医療施設。

新型インフルエンザ協力医療機関

第一種感染症指定医療機関の病床数を超えて患者が発生した場合等に患者を入院させる医療機関。

新型インフルエンザ初期対応医療機関

新型インフルエンザを疑う患者の医療を行う医療機関。

診療報酬

診療行為の対価として医療機関に支払われる料金。2年おきに改定が行われている。

第一種感染症指定医療機関

エボラ出血熱、ペストなどの一類感染症、急性灰白髄炎、ジフテリアなどの二類感染症又は新型インフルエンザ等感染症の患者の入院を担当させる医療機関。

第二種感染症指定医療機関

急性灰白髄炎、ジフテリアなどの二類感染症又は新型インフルエンザ等感染症の患者の入院を担当させる医療機関。

多発外傷

身体を、頭部・頸部・胸部・腹部・骨盤・四肢などと区分した場合に、複数の身体区分に重度の損傷が及んだ状態をいう。

地域医療支援病院

紹介患者に対する医療提供、病床や医療機器の共同利用の実施、地域の医療従事者の研修等を通じ、かかりつけ医等を支援する機能を備え、地域医療の確保を図る病院。

地域包括支援センター

介護保険法で定められ、地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、地域住民の保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援する機関。センターには、保健師、ケアマネージャー、社会福祉士が置かれ、専門性を生かして相互連携しながら業務にあたる。

地域連携クリティカルパス

疾病別に、疾病の発生から診断、治療、リハビリ、在宅療養までを、複数の医療機関・施設にまたがって作成する一連の診療計画。

治験

新しい薬を開発するためには、薬の候補物質について動物で効果や毒性を調べるだけでなく、人での効き目（有効性）や副作用（安全性）を確認するためのもの。治験は厚生労働省が定め

た基準（医薬品の臨床試験の実施の基準：GCP）に従って行われる。

地方独立行政法人

住民の生活、地域社会及び地域経済の安定等の公共上の見地からその地域において確実に実施されることが必要な事務及び事業であって、地方公共団体が自ら主体となって直接に実施する必要のないもののうち、民間の主体にゆだねた場合には必ずしも実施されないおそれがあるものを効率的かつ効果的に行わせるため、地方公共団体が設立する法人。

役員及び職員に地方公務員の身分を与える必要があるものを特定地方独立行政法人（いわゆる公務員型）といい、それ以外を一般地方独立行政法人（いわゆる非公務員型）という。

中等症

傷病の程度が入院を必要とするもので重症（傷病の程度が3週間以上の入院を必要とするもの）に至らないもの。

電子カルテ

従来、医師や歯科医師が診療の経過を記入していた紙のカルテを電子的なシステムに置き換え、電子情報として一括して編集・管理しデータベースに記録する仕組みのこと。

ドライシステム

床に水を流さずに乾いた状態で調理や洗浄作業を行う方式。特長は、高温多湿や細菌やカビの繁殖を抑制し、害虫の発生防止にも効果的であることや、床からの跳ね水による食品への食中毒菌の二次汚染を防げることなどが挙げられる。

トリアージナース

walk in（自力で救急室を訪れた）の患者の緊急性の判断を行う看護師。

二次救命処置（ICLS）

突然の心停止に対する救命処置。医療従事者のための蘇生トレーニングコース。Immediate Cardiac Life Support の略。

脳卒中

脳に一過性又は持続性の虚血か出血が生じたもの。脳梗塞、脳出血、くも膜下出血などに分類される。

脳卒中急性期医療機関（超急性期）

脳卒中の患者の発症後 3 時間以内に t PA 静脈内投与等の専門的な治療を開始できるなど、超急性期の専門的な診療が 2 4 時間可能な医療機関。

パンデミック

限られた期間にある感染症が世界的に大流行すること。

病院群輪番制病院

二次保健医療圏内の 2 次救急医療を担う病院が相互に連携し、休日又は夜間を輪番で担当することにより、重症救急患者の医療を確保するため診療を行う病院。

病床利用率

ベッドの利用の程度を示す指標。厚生労働省の病院報告では、次の算式。

$(\text{年間在院患者延数}) \div ((\text{月間日数} \times \text{月末病床数}) \text{の} 1 \text{月} \sim 12 \text{月の合計}) \times 100$

フリーアドレス制

特殊な設備を保有する診療科を除き、診療科毎に診察室を特定しないで、患者数や医師数に応じて診察室を振り分け、診察室を効率的に使用方法のこと。

ブロック受付

外来の受付形態の一つで、内科系や外科系、小児科と産婦人科など、関連性のある診療科の診察室をそれぞれひと固まりのブロック単位にまとめ、そのブロックごとに受付を配置すること。

マンモグラフィー撮影装置

乳房撮影専用 X 線診断装置のこと。乳房の触診でしこりが見つかった時などに、がんかどうか調べるために行なう検査で用いられる。腫瘍の有無、大きさや形、石灰化の有無がわかる。

ミキシングルーム

化学療法剤（注射薬）の溶解・混合などの調整を行なう場所。

免震構造

地震の際に建物の振動を緩めるように設計した建築物の構造。

ライフサイクルコスト

建物などの費用について、設計から竣工、運用を経て、修繕、解体処分するまでを建物の生涯と定義して、その全期間に要するトータルの費用。

ライフライン

都市生活に不可欠な水道・電気・ガスなどの供給システム。

リウマチ

からだのあちこちの関節に炎症が起こり、関節が腫れて痛む病気。進行すると関節の変形や機能障害が起こる。関節リウマチ。

リカバリールーム

回復室のこと。術後、麻酔から覚醒し、呼吸・脈拍・血圧等が安定回復室まで、患者を観察する室。

療養病床

主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床。

臨床研修病院

医師の臨床研修を行うために、厚生労働大臣が指定する病院。