

高度医療・人材育成拠点 基本計画

令和 5（2023）年 9 月
広島県

目次

第1章 新病院の基本的な考え方.....	- 4 -
1 新病院の必要性.....	- 4 -
2 新病院の理念及び基本方針.....	- 5 -
3 新病院の役割	- 7 -
4 新病院の設置に向けて	- 9 -
第2章 新病院の規模・機能.....	- 11 -
1 事業規模.....	- 11 -
2 新病院の主な機能	- 15 -
3 新病院における情報システムのあり方.....	- 22 -
4 経営管理機能のあり方	- 23 -
5 医療従事者の確保・育成	- 23 -
6 病院情報・医療情報の発信.....	- 26 -
第3章 施設整備方針.....	- 27 -
1 安全で質の高い高度急性期・専門医療を提供するために相応しい施設の整備	- 27 -
2 感染症に強い施設の整備	- 28 -
3 災害に強い施設の整備	- 28 -
4 患者満足度の向上	- 29 -
5 実践的な対応能力を持った医療人材を育成するための施設の整備	- 29 -
6 効率化・働き方改革につながる施設の整備	- 30 -
7 職員満足度の向上	- 31 -
8 時代の変化への対応.....	- 31 -
9 経営環境の向上.....	- 32 -
第4章 部門別整備計画	- 33 -
院内各部門の整備計画	- 33 -
第5章 施設基本計画.....	- 88 -
1 計画の骨格	- 88 -
2 配置計画.....	- 92 -
3 建築計画.....	- 94 -
4 構造計画.....	- 103 -
5 設備計画.....	- 106 -

6 災害・感染症対応	- 110 -
7 駐車場計画	- 113 -
8 ヘリポート計画	- 113 -
9 整備手法	- 115 -
第6章 その他整備計画（医療機器整備・物流・業務委託）	- 119 -
1 医療機器整備計画	- 119 -
2 物流システム整備計画	- 122 -
3 業務委託計画	- 124 -
第7章 情報システム整備計画	- 125 -
1 新病院情報システム整備基本計画	- 125 -
2 地域連携プラットフォーム整備基本計画	- 132 -
第8章 地域医療体制確保計画	- 137 -
1 医師循環の基本方針	- 137 -
2 新病院の役割	- 138 -
3 医師循環の仕組み	- 139 -
4 医療従事者の育成・地域への配置の仕組みづくり	- 140 -
第9章 新病院の運営形態	- 141 -
1 運営形態のあり方の検討	- 141 -
2 運営形態の検討に当たっての基本的な考え方	- 142 -
3 各運営形態の制度の比較・検討	- 143 -
4 新病院にふさわしい運営形態	- 146 -
5 地方独立行政法人の運営体制	- 150 -
6 地方独立行政法人の設立に向けて	- 151 -
第10章 財務計画	- 154 -
1 概算事業費	- 154 -
2 人員配置計画	- 155 -
3 収支計画	- 156 -
4 整備スケジュール	- 164 -
付録 用語集	- 165 -

第1章 新病院の基本的な考え方

1 新病院の必要性

本県においては、高齢者人口の増加に伴い、医療・介護ニーズが高まる一方で、多数の症例や研修体制が充実する首都圏の病院に若手医師が集中することで、本県の医師数が減少するとともに、県内では医師の偏在が進行しており、特に中山間地域においては、医師不足が顕在化しています。

また、都市圏において救急搬送先が速やかに決定しない受入れ困難事案の解消や、大規模災害や新興感染症が発生した場合の安定的な医療提供体制の確保、新たな高度・先進医療技術への対応、医療DXの推進など、医療提供体制は広範かつ喫緊の課題を抱えています。

さらに、生産年齢人口の減少や現役医師等の高齢化などにより、医療従事者の確保がこれまで以上に困難となることが予測されることから、本県の医療提供体制を維持していくためには、医師をはじめとした医療従事者を呼び込み、定着しやすい環境を整え、将来の広島を担う医師等を育て、医師不足に悩む中山間地域などの地域医療体制を確保していくことが求められます。

こうした中、本県では、令和4年3月に広島県地域保健対策協議会保健医療基本問題検討委員会から提言のあった「高度医療・人材育成拠点ビジョン」の実現に向けて、広島大学、医師会、関係医療機関等で構成する「高度医療・人材育成拠点ビジョン推進会議」及び分野別の分科会を設置し、昨年11月にこの新たな拠点に必要な医療機能や広島都市圏における医療機能の分化・連携・再編の方向性等を「基本構想」として取りまとめました。

この基本構想では、広島都市圏に所在する、県立広島病院、J R広島病院、中電病院の3病院を中心とした医療機能の再編により、多くの医療資源を集約し、診療体制が充実した新病院において、高度な医療や様々な症例が集積された魅力的な環境を整備することにより、全国から意欲ある若手医師を惹き寄せ、患者の状態に応じた切れ目のない医療を提供する地域完結型医療を実現するとともに、医育機関との連携・協働により、医療人材の派遣・循環体制を構築することを目指しています。

この構想を実現するため、新病院の役割や必要な医療機能、施設整備等について、関係各部門の関係者へのヒアリングやアンケートのほか、大学病院や関係機関と緊密に連携しながら検討を重ね、県立広島病院、J R広島病院、中電病院及び広島県の4者において、新病院の整備に向けた基本計画を策定しました。

新病院は、若手医師への指導・研修体制の充実だけでなく、最新の医療機器等が整った新病院で勤務することにより、医療従事者にとっては自らのスキルアップに繋がるだけでなく、ワーク・ライフ・バランスに配慮され、それぞれの職員がゆとりとやりがいを持って働くことができる環境を実現することも目指しています。

新病院の整備を契機として、将来にわたって、県民の皆様がどこに住んでいても、必要な医療を安心して受けることができる体制の構築に向けて、全力で取り組んでまいります。

2 新病院の理念及び基本方針

(1) 理念

新病院は、次の理念を掲げ、病院の運営を行います。

県民の皆様信頼される基幹病院として、全国トップレベルの高水準かつ安全な医療を提供するとともに、医療人材を育成し、住み慣れた地域で安心して暮らし続けられる広島県の実現に貢献します。

(2) 基本方針

新病院は、病院の理念を実現するための基本的な方向性として、次の方針に基づき病院運営・経営を行います。

ア 県民の信頼に応える病院

【質の高い急性期・高度医療が受けられる病院】

県民の皆様が全国トップレベルの高水準かつ安全な医療を受けられるよう、標準治療が確立された症例のみならず、難易度の高い症例が集積された高度急性期・急性期機能を担う基幹病院を目指します。

また、患者が状態に応じて切れ目なく適切に医療を受けられるよう、地域の医療機関との連携を密にし、紹介・逆紹介を通じて、地域完結型医療の中核を担います。

【快適な療養環境等の整備】

プライバシー保護への配慮やバリアフリー化など、すべての利用者にとって安全で利用しやすい施設・設備を目指します。

障害者差別解消法の理念に沿って、情報アクセシビリティの向上など合理的配慮を的確に行うとともに、思いやりのある病院として、すべての職員が患者に寄り添う心を持って対応するなど、高い接遇力を確保します。

イ 職員にとってやりがいを持って、働きやすい病院

【人材を惹きつける病院】

広島大学等との連携により、多彩で豊富な症例数や充実した指導体制など魅力ある研修体制を整備することで、若手医師をはじめとする医療人材を惹きつける病院を目指します。

【職員にとって働きやすい病院】

職員がゆとりとやりがいを持って働くことができるよう、福利厚生の実施など労働環境を整備します。

また、子育て中の職員が安心して勤務できるよう、病児保育を含め、院内保育所を整備します。

【効率性・経済性を考慮した施設の整備】

省エネルギー対策や再生可能エネルギーの導入など、環境に配慮した施設・設備を検討します。

施設・設備のメンテナンス性やライフサイクルコストを考慮した効率性・経済性の高い施設を整備します。

3 新病院の役割

新病院は、標準治療が確立された症例のみならず、難易度の高い症例が集積された高度急性期・急性期機能を担うハイボリュームセンターとして、県民の皆様に全国トップレベルの高水準かつ、安全な医療を提供します。

また、広島県の医療を支える医療人材の確保・育成や、中山間地域をはじめとする県内全域の地域医療を維持するための体制を構築します。

なお、新病院の整備に当たっては、公立病院に期待される政策的医療への対応を含め、求められる役割を果たすことを第一に考えながら、持続的かつ効率的な運営・経営を実現するため、適切な機能・規模とするとともに、供用開始後の維持管理費等の低減にも配慮します。

(1) 高度急性期医療機能

高度急性期・急性期を担う基幹病院として、多くの医療人材を活用し、最先端かつ多角的な医療技術を用いて、県民の皆様に全国トップレベルの高水準かつ、安全な医療を提供します。

- 小児、救急、がんなど政策医療分野における基幹的機能の整備
- 特定病院群としての基準を満たした医療の提供
- 内科系・外科系診療科が一体となったセンター機能による総合的な医療の提供
- 難易度が高い手術症例への対応

(2) 医療人材育成機能

大学との連携により、高度急性期医療の提供に必要な医療スタッフを確保するとともに、地域の医療の質を強化するため、豊富な症例や充実した指導体制など魅力ある研修体制を整備し、若手医師をはじめとする医療人材を惹きつけ、集積した医療人材の育成機能を充実させます。

医療人材の育成に当たっては、魅力的な教育プログラムを準備するとともに、キャリアに応じて、多様な症例を数多く経験することが重要となります。そのため、新病院では、多種多様な症例を受け入れる環境を整備して医療人材のスキル向上に繋がります。

また、人材育成は、新病院のみならず地域の医療スタッフ、事務スタッフも対象となるため、新病院において関連病院と連携した研修会や研究発表等を通じて情報共有を行うことで、多くの医療スタッフ、事務スタッフの技能向上と地域に対して“顔が見える”連携に向けた基盤づくりを行います。

- 教育研修を統括する組織の整備
- 各診療科において指導を担当する医療スタッフの指導力向上の仕組みづくり
- 救急患者や紹介患者など幅広い症例の受入れによる臨床経験機会の提供
- 職種別のキャリアプランの作成及び大学などの医療スタッフ育成機関との連携による魅力的な研修カリキュラムの作成
- シミュレーションセンターの整備によるトレーニング環境の充実
- 屋根瓦式教育体制によるキャリアの近いスタッフ同士が相互に研修する組織風土づくり

- 積極的な学会への参加を可能とするためのワークシェアや必要経費の負担
- オンラインを活用した地域で働く医療スタッフへの情報発信・研修環境の整備
- 地域の医療機関が参加できる研究会の開催などを通じた相互交流の促進
- 看護師、薬剤師等に対する、高度急性期医療の提供に相応しい医療スタッフの資格取得及び研修の支援
- 他の医療機関への研修派遣や人材交流システムの構築、院内環境の整備

(3) 広島県の医療提供体制を支える機能

大学病院等と連携して県内の拠点病院を中心としたネットワークを構築するとともに、診療情報を共有し、地域医療支援病院として地域完結型の医療を実現するための中核的な機能を担います。

また、大学や広島県地域医療支援センターと連携した中山間地域の医療機関に対する医療人材の派遣・循環の仕組みを構築することにより中山間地域の医療提供体制の維持に努めます。

【地域完結型医療の実現】

- 紹介型外来制による紹介患者の積極的な受入れ
- 高度急性期医療機関にふさわしい検査・診断・治療などの医療機能の整備
- 紹介・逆紹介の推進による医療機能分化の推進
- 地域の医療機関同士で患者情報の共有が可能な連携ネットワークの構築

【中山間地域の医療提供体制の維持】

- 大学医局、地域と連携した医師配置調整の仕組みづくり
- 大学医局間の連携体制・調整の仕組みづくり
- 地域の拠点病院を中心としたネットワークの構築
- 地域内における人的交流やキャリア形成支援体制の整備

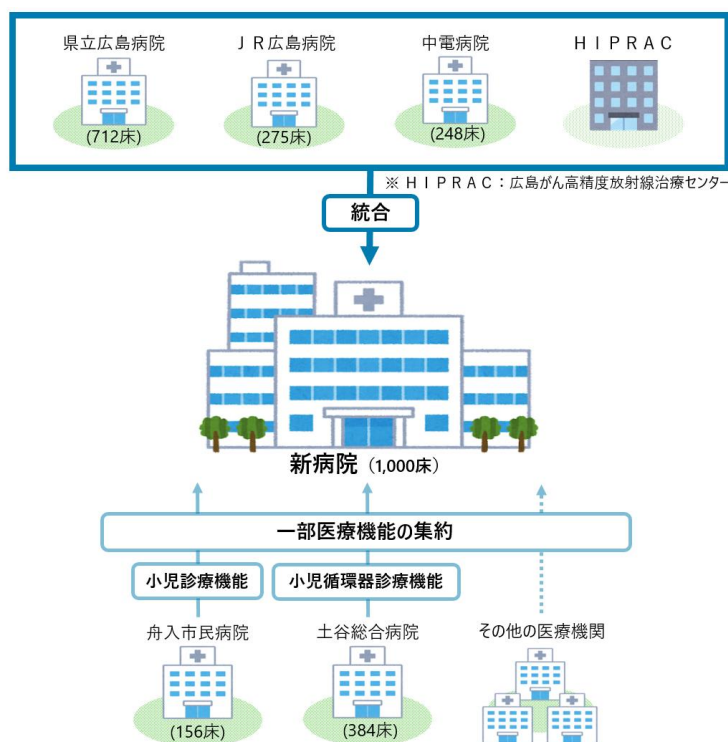
4 新病院の設置に向けて

(1) 新病院の設置に向けた医療機関の再編・連携の考え方

ア 医療機関の統合・再編による機能集約

高度な医療資源が集中する広島都市圏において、適切な機能分化と連携による地域完結型医療を実現するため、将来的な医療需要を見据え、広島都市圏における医療機能の分化・連携のあり方や医療再編の方向性について、今後も広島大学や各地域の医師会など、各関係者と検討を進めます（図表1参照）。

図表1 医療再編のイメージ図



病院名	運営主体	再編・集約の方向性
県立広島病院	公立	・ 4つの医療機関が一体となって、主に高度急性期医療を担う新病院を構築
J R 広島病院	民間	
中電病院	民間	
広島がん高精度放射線治療センター（HIPRAC）	公立	
舟入市民病院	公立	・ 小児救急を含めた小児診療機能を新病院へ集約 ・ 急性期病床の一部を回復期病床へ転換することを検討
土谷総合病院	民間	・ 小児循環器診療機能を新病院へ集約 ・ 急性期病床の一部削減を検討
その他の医療機関	—	・ 新病院への一部医療機能の集約について引き続き検討

広島都市圏において将来にわたって安定的に医療を提供するためには、医療提供体制の再構築が必要であり、上記以外の医療機関を含め、医療再編について引き続き検討を進めます。

イ 広島都市圏における医療連携の方向性

広島都市圏における医療需要や、各医療機関が地域で担っている役割を踏まえ、新病院の整備を契機とする医療提供体制のあり方について引き続き具体的な検討が求められます。

このため、新病院に急性期医療を集約する一方で、救急医療において他の医療機関での対応が難しい患者を受け入れる「断らない救急」の実現や、複合的な疾患を抱える患者に最適な治療を行うため、かかりつけ医を含む各地域の医療機関と緊密に連携を図ります。

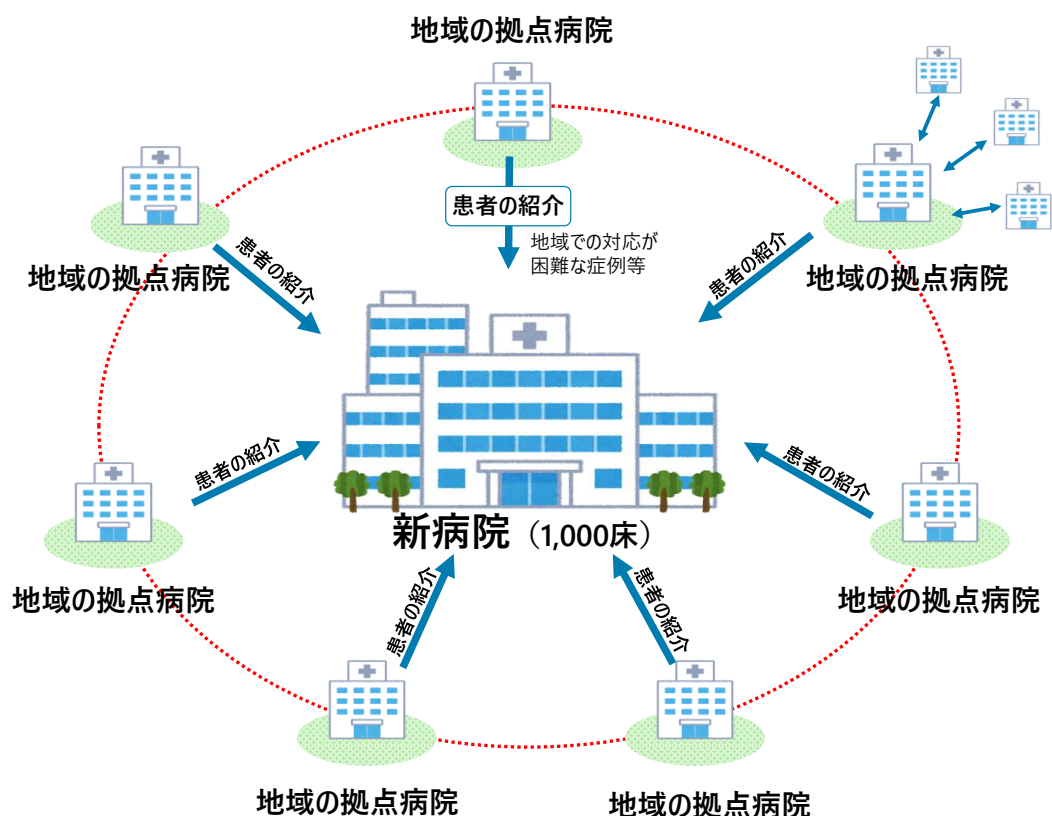
また、急性期治療後の回復期リハビリテーション医療などを担うポストアキュート機能や、今後広島都市圏において需要が高まるが見込まれる在宅・介護施設等において症状が急性増悪した患者に対応するサブアキュート機能を担う医療機関との連携も必要不可欠です。

今後も、新病院の整備と並行して、新病院を含む基幹病院や地域の医療機関との適切な役割分担の下、患者の状態に応じた切れ目のない医療を提供できる体制の構築に取り組みます。

(2) 広島県全域との医療連携

新病院は、県内全域に対して高度医療を展開します。大学病院と連携した県内各地域の拠点病院とのネットワークの構築により、高度急性期・急性期機能のハイボリュームセンターとして拠点病院等でも困難な症例等へ対応するなど、県民に全国トップレベルの高水準かつ安全な医療を提供し、医療連携のネットワークを通じた、広島県内の医療水準の向上に貢献します（図表2参照）。

図表2 地域の拠点病院との連携イメージ図



第 2 章 新病院の規模・機能

1 事業規模

(1) 病床数

新病院の病床数については、本県における年齢階層別の受療率から、将来の人口推計を踏まえた 2035 年時点の医療需要から見込まれる患者数の見通しに加えて、新病院が提供する医療レベルの向上や、集積した医療人材の育成機能の向上、さらには、高齢化に伴う救急医療需要の増加などを加味した上で、県内の高度医療の提供状況を踏まえ、必要十分な病床数として 1,000 床とします。

また、救命救急センターや小児救命救急センターをはじめとした高度急性期・急性期医療を担う拠点病院として、多彩かつ豊富な救急症例等への対応が求められることから、重篤かつ緊急を要する患者に対し、高度・専門的な医療資源を集中的に投入するために必要となる重症系を含む病床数を、以下の観点を総合的に勘案の上、設定しました（図表 3 参照）。

- 再編対象病院における重篤かつ緊急を要する患者の診療実績及び新病院で担う医療機能における疾患別の将来患者推計等を踏まえた見込患者数の試算
- 広島県における小児医療・小児救命救急、総合周産期の高機能病床数の現状と将来の出生数等を踏まえた、拠点病院として必要となる高機能病床数の試算
- 都道府県別、人口規模別の重症系病床整備数（人口 10 万人あたりの ICU 等病床数）との比較
- 同等規模の救命救急センターにおける重症系病床の整備数と病床利用率等の状況 等

図表 3 新病院病床数

一般病床	950 床
重症系病床	(130 床)
内、E－ICU（救命救急集中治療室）	(12 床)
SCU（脳卒中ケアユニット）	(9 床)
E－HCU・CCU（救命救急高度治療室及び心臓血管集中治療室）	(20 床)
S－ICU（外科系集中治療室）	(10 床)
PICU（小児集中治療室）	(6 床)
HCU（高度治療室）	(28 床)
MFICU（母体・胎児集中治療室）	(6 床)
NICU（新生児集中治療室）	(15 床)
GCU（新生児治療回復室）	(24 床)
精神病床（児童・思春期病床を含む）	50 床
総病床数	1,000 床

※ 感染症患者が大幅に増えた場合は、病床の一部を感染症対応病床に転用し、感染症患者の受入れができる体制を整える。

※ 広島県の地域医療構想を踏まえた上で、周辺の医療機関との調整を行い、医療機能の検討を進める。

※ 病床数については、医療需給の変化等を踏まえ変動する可能性がある。

（２）外来患者数

高度急性期・急性期を担う基幹病院として、地域のかかりつけ医との紹介・逆紹介の推進、地域他医療機関との機能・役割分担の推進を図ります。

また、地域連携、地域完結型医療を基本とするため、積極的に逆紹介を行うことを原則とし、フォローアップ外来は最小限にとどめるものとします。

なお、特定の疾患や症状などについて、その分野の専門医が診断や治療を行う「専門外来」や、薬剤師外来、看護師外来、助産師外来等の機能については、新病院で担うべき機能としてより一層の充実を図ります。

上記のことから、新病院の外来患者数は現在の県立広島病院、ＪＲ広島病院、中電病院の外来患者数の内、新病院において継続して対応が必要と想定される患者、また機能再編により今後新病院で対応すべき患者等を合わせ、１日あたり約 1,800 人を基本として想定します。

（３）診療科

新病院の診療科目については、広島大学をはじめとした地域の医療機関との役割分担及び連携体制を踏まえ、現在、再編対象病院が有する診療科を維持しつつ、新病院が備えるべき専門性に合わせた次に掲げる 41 の科目を基本として検討します（図表 4 参照）。

図表 4 新病院の診療科

総合診療科、感染症科、循環器内科、消化器内科、内視鏡内科、呼吸器内科、腎臓内科、リウマチ科、糖尿病・内分泌内科、脳神経内科、臨床腫瘍科、精神神経科、消化器外科、乳腺外科、移植外科、心臓血管外科、呼吸器外科、整形外科、形成外科、脳神経外科・脳血管内治療科、皮膚科、泌尿器科、眼科、耳鼻咽喉科・頭頸部外科、リハビリテーション科、放射線診断科、放射線治療科、歯科・口腔外科、麻酔科、救急科、小児科、小児腎臓科、小児循環器科、新生児科、小児外科、小児感覚器科、産婦人科、生殖医療科、緩和ケア科、病理診断科、ゲノム診療科

※ 医師、医療スタッフの確保状況や今後の医療環境の変化等に応じて適宜見直しを進める。

(4) 施設基準

新病院が取得する施設基準は、現在の県立広島病院が取得している施設基準を維持することを基本とし、高度急性期・急性期を担う基幹病院として、必要となる施設基準を取得することにより、県民に質の高い医療を提供します。

なお、諸室等への条件設定につながる基準については、将来的な取得を視野に入れて新病院の設計段階において整理します。

新病院において、届出を予定している主な内容は以下のとおりです（図表5参照）。

図表5 新病院で届出を予定している主な施設基準

<継続して届け出るもの（面積・諸室・人員配置に係わる主なもの）>

一般病棟入院基本料（急性期一般1）	救命救急入院料
特定集中治療室管理料	ハイケアユニット入院医療管理料
総合周産期特定集中治療室管理料	新生児治療回復室入院医療管理料
小児入院医療管理料	精神病棟入院基本料
急性期充実体制加算	救急医療管理加算
急性期看護補助体制加算	看護職員夜間配置加算
看護補助加算	地域医療体制確保加算
超急性期脳卒中加算	医療安全対策加算
感染対策向上加算	患者サポート体制充実加算
医師事務作業補助体制加算	精神科リエゾンチーム加算
褥瘡ハイリスク患者ケア加算	病棟薬剤業務実施加算
重症者等療養環境特別加算	ハイリスク妊婦管理加算
ハイリスク分娩管理加算	せん妄ハイリスク患者ケア加算
栄養サポートチーム加算	後発医薬品使用体制加算
術後疼痛管理チーム加算	診療録管理体制加算
入退院支援加算	報告書管理体制加算
地域歯科診療支援病院入院加算	精神科急性期医師配置加算
精神科身体合併症管理加算	精神疾患診療体制加算
摂食障害入院医療管理加算	認知症ケア加算
心大血管疾患リハビリテーション料	脳血管疾患等リハビリテーション料
運動器リハビリテーション料	呼吸器リハビリテーション料
がん患者リハビリテーション料	歯科口腔リハビリテーション料

<新たに取得を目指す主なもの>

脳卒中ケアユニット入院医療管理料	精神科救急・合併症入院料
児童・思春期精神科入院医療管理料	放射線治療病室管理加算
無菌治療室管理加算	

(5) 指定医療機関

県立広島病院が認定・指定を受けている医療機関指定を維持することを基本とし、標準治療が確立された症例のみならず、難易度の高い症例が集積された高度急性期・急性期機能を担うハイボリュームセンターとして、また、広島県の医療を支える医療人材の確保・育成や、中山間地域をはじめとする県内全域の医療提供体制を維持するための体制構築に向け、必要な指定医療機関の認定を取得します。

新病院において、届出を予定している主な内容は以下のとおりです（図表6参照）。

図表6 新病院で届出を予定している主な医療機関指定

＜継続して認定・指定を届け出るもの（主なもの）＞

救命救急センター	基幹災害拠点病院
臨床研修指定病院	臨床修練指定病院
地域医療支援病院	総合周産期母子医療センター
地域がん診療連携拠点病院	がんゲノム医療拠点病院
エイズ治療拠点病院	臓器提供施設

＜新たに認定・指定を目指すもの＞

小児救命救急センター	特定行為研修指定研修機関
------------	--------------

2 新病院の主な機能

(1) 救急医療

周辺医療機関と連携した上で 24 時間 365 日救急搬送の受入れに応じる“断らない”体制を構築し、患者の状態に応じた適切な救急医療を提供することにより、広島都市圏の救急医療の“砦”としての役割を担います。また、救命救急センターでは各種センターとの連携により、急性心疾患、脳卒中、多発外傷など多様な救急症例に対応し、地域の二次、三次救急医療を中心に多くの救急患者を受け入れます。また、新病院で受け入れた救急患者について、周囲の医療機関と連携し、円滑に転院が行える体制を構築します。

救急ワークステーションやヘリポート（屋上設置型）を整備し、ドクターヘリによる急患搬送受入れに対応できる機能を備えることにより、広島都市圏だけでなく広島県全域における救急医療の拠点としての機能を担います。

- 周辺医療機関との連携による二次救急、三次救急を中心とした 24 時間 365 日対応の救命救急センター
- 外傷センターによる多発外傷に対する専門的治療の実施
- 救命救急センター、小児救命救急センター、外傷センター、心臓血管センター、脳卒中センター等の連携による救急医療の実施
- 救急救命士等、多職種の医療スタッフが円滑に連携できる体制の整備
- 今後増加する高齢者救急に対応するための周囲の医療機関との連携
- 重症疾患に対応可能なハイブリッド初療室の整備
- ドクターカーの整備
- ヘリポート（屋上設置型）の整備
- 消防局所属の救急救命士と、新病院に勤務する救急救命士との連携・交流を促す救急ワークステーションの設置

(2) 小児医療

小児専門病院と同等の機能を有し、県内の他の医療機関では対応が困難な高度専門かつ特殊な症例等に幅広く対応します。また、小児救急の領域においては、24 時間 365 日対応の E R 機能を併設した小児救命救急センターを整備し、小児の救急疾患に対応します。

また、救急や術後の集中的な対応ができる小児集中治療室（P I C U）を整備し、一般小児科領域から専門性が高い小児領域の医療を提供することにより、広島県における小児救急・小児医療の拠点病院としての役割を担います。

なお、小児がんについては、中四国における小児がん拠点病院である広島大学病院が引き続きその役割を担うこととなるため、連携して取り組むこととします。

- 24 時間 365 日対応の小児救命救急センターの設置
- ウォークインを含めた一次から三次までの小児救急患者への対応
- P I C U（6 床）の整備による救急・術後患者への重点的な対応
- 長期入院患者のための院内学級の整備
- 小児期から成人期に向けての切れ目のない医療の提供

（３）周産期医療

「生殖医療」、「周産期医療」、「新生児医療」、「小児医療」を一連のものとして捉え、妊娠前から妊娠・出産、小児、成人に至るあらゆるライフステージを支える医療を提供します。

また、総合周産期母子医療センターとして、安心して子どもを産み育てることができるよう24時間体制で周産期医療を提供します。

さらに、高齢出産の増加などを考慮し、ハイリスクを抱える妊婦や母体の救命処置対応のための母体・胎児集中治療室（MFICU）、早産児・低出生体重児や呼吸、循環機能などの管理を要する小児等に対応するための新生児集中治療室（NICU）や新生児治療回復室（GCU）を整備します。

- 高機能病床（MFICU 6床、NICU 15床、GCU 24床）の整備
- 緊急搬送が必要となった母体の受入れ
- ハイリスク妊娠への対応
- ドクターカーによる対応を含めた地域医療機関からの新生児緊急搬送への対応

（４）感染症医療

感染症に罹患した患者の回復及び救命のため、流行状況に合わせて柔軟に対応できるよう、病棟の一部を迅速に感染症対応病床に転換できるシステムを構築し、手術室等においては感染症患者に対する治療が可能な陰圧個室を整備します。また、地域の医療機関と連携し、組織的な感染防止対策の基幹的な役割を果たすとともに、広島大学等の協力の下、広島県の感染症対応に寄与する専門職種の人材育成機能を担います。

- 感染制御チームの設置と育成
- 感染症対応の専門職の育成
- 有事に備えた全職員に対する感染症対応研修の実施
- 保健所、地域の医師会と連携したカンファレンスの開催
- 感染症に関するサーベイランスへの参加

（５）災害医療

基幹災害拠点病院として、災害時の重篤救急患者の救命医療や患者が同時多数発生した場合等に必要な医療を提供するため、県内での災害発生時には、広島県と連携し、他県からのDMATの受入れなど、災害医療の最前線としての役割を担います。

また、他県での災害発生時には、新病院に所属するDMATを派遣し、被災地の支援を行います。

- 他県からの医療従事者を受け入れる機能の整備
- 災害発生時に継続診療が可能な設備の整備
- 災害時に患者の受入れが可能なスペースの確保
(通常時の入院患者数の2倍、外来患者数の5倍を想定)
- 複数のDMATチーム体制の整備

- 災害対応部署の組織と災害専任職員の配置
- 災害医療に対する教育・研修の実施（研修室の整備を含む）
- パンデミック感染症の流行状況に合わせた機能改編が可能な病棟・治療室の整備
- 調整本部の設置場所の確保及び設備の整備

（６）へき地医療

中山間地域や島しょ部の医療機関からの派遣要請に基づき、大学病院と連携して新病院から医療スタッフを派遣し、へき地における医療を支えます。

また、遠隔診療・検査に対応した機能を整備し、へき地においても高度な診療・検査を受けられる体制を整備します。

さらに、こうした地域に勤務する医師・医療スタッフが最新の医療技術を取得するための支援を行います。

- へき地医療支援部門の設置
- 総合診療医の育成
- 広島大学・広島県地域医療支援センターと連携したへき地医療機関への医療スタッフの配置体制の整備
- HMネットの活用などによる地域で患者情報を共有できるシステムの導入
- 遠隔診療・検査が可能なシステムの導入
- オンラインを活用した地域で働く医療スタッフへの情報発信・研修環境の整備
- 地域の医療機関を中心とした研究会の開催による交流促進

（７）がん医療

がん医療センターでは、がん診療連携拠点病院として、多職種連携によるチーム医療体制を整備し、手術療法、化学療法及び放射線治療の充実を図るとともに、がんゲノム医療、病理診断、緩和ケアなどを組み合わせた医療の進歩に対応した最新の集学的ながん治療を提供します。

また、先進医療として、遺伝子検査により特定のがんの診断や治療を検討し、個々の患者にとって適切かつ効果的な抗がん剤を選択するオーダーメイド医療を実施することで、治療成績の向上に努めます。

なお、全国的にも症例数が少ない難治性の希少がんについては、大学病院等と連携して対応します。

- 外科的治療のための高機能手術室の整備
- 内科・外科領域での連携が可能な分野別もしくは臓器別のセンター機能の整備
- H I P R A Cとの一体化による最先端の放射線治療の実施
- 新たながん治療法を開発するための臨床研究や治験の実施
- 手術、化学療法、放射線、ゲノム医療などを組み合わせた集学的ながん治療の実施
- がん治療を支援するための支持療法の推進
- がんと診断された時からの緩和ケアの推進
- がん相談支援センターによる社会的背景も含めたがん患者への相談支援

（８）循環器医療

ア 心臓血管センター

循環器内科と心臓血管外科で構成される心臓血管センターでは、急性大動脈解離や大動脈瘤破裂、弁膜症、経皮的冠動脈インターベンション（ＰＣＩ）など、緊急あるいは早期治療を必要とし、かつ難易度が高い、外科的治療あるいは内科・外科合同のハイブリッド治療、カテーテル治療が必要な症例を集積することにより、ハイボリュームセンターとして医療レベルの向上を図ります。

急性期治療後は、回復期を担う医療機関に逆紹介を行うなど、機能分化と連携による地域完結型医療の構築を目指します。

- 心疾患や大血管疾患症例に対するハイブリッド手術室による低侵襲治療の実施、高難度手術への対応
- 血管内（カテーテル）治療の充実に必要な医療機器の整備
- 治療直後からの急性期ベッドサイドリハビリによる早期離床の促進
- クリニカルパスを用いた地域医療機関への逆紹介

イ 脳卒中センター

脳血管疾患に関係する脳神経内科、脳神経外科が連携する脳卒中センターでは、二次輪番病院と連携した上で、複合傷病患者や重症患者など、他の医療機関では対応できない患者を受け入れ、脳卒中をはじめとする幅広い脳血管疾患を対象とした治療を行います。

また、治療直後から速やかに急性期リハビリを開始するとともに、地域連携クリニカルパスを用いて地域の回復期リハビリを担う医療機関との連携体制を構築します。

- 急性期脳梗塞、脳出血、クモ膜下出血等への重点的な対応
- 脳卒中ケアユニット（ＳＣＵ）やハイブリッド手術室等による低侵襲治療の実施、高難度手術への対応
- 血管内（カテーテル）治療・ＩＶＲ（止血等）の積極的实施
- 治療直後からの急性期ベッドサイドリハビリによる早期離床の促進
- クリニカルパスを用いた地域医療機関への逆紹介

(9) 急性期リハビリテーション医療

高度急性期病院として実施する治療と並行して、治療の早い段階でリハビリテーション医療を取り入れることにより、心身機能の早期回復とADLの向上及び活動性の低下防止に努めます。急性期病院におけるリハビリテーション医療のモデルとなるような体制構築を目指します。

- リハビリテーション科医によるリハビリテーション診療を必要とする患者の管理
- 各種センターとの連携による治療早期からのリハビリテーション治療の実施
- 治療開始前の段階からのリハビリテーション計画の立案及び早期リハビリテーション治療の実施
- リハビリテーション室における適時評価の実施と質を担保したリハビリテーション治療の実施
- 病棟のベッドサイド（ICU等の集中治療室の患者も含む）にてリハビリテーション治療を実施できるスペースの確保

(10) 消化器医療

ア 消化器内視鏡センター

消化器内視鏡センターでは、世界トップレベルの広島大学病院の消化器内視鏡診療の実績に基づいた、国内の施設を先導する消化器内視鏡診療を展開します。

- 上部消化管、下部消化管を中心とした内視鏡検査・治療の実施
- 最先端内視鏡（カプセル内視鏡・ファイバースコープ）の整備

イ 消化器センター

消化器センターでは、内科系・外科系が1つのチームとなり、先進医療を含む全国トップレベルの消化器診療を目指します。また、がん医療センター、消化器内視鏡センターと連携した医療を提供します。

- 潰瘍性大腸炎、クローン病などの炎症性腸疾患への対応（IBDセンター）
- 肝胆膵領域の専門的な検査・治療の実施
- 消化器癌に対する低侵襲な腹腔鏡手術の実施
- がん医療センターと連携した消化器がん患者への対応

(11) 呼吸器医療

呼吸器センターでは、呼吸器内科、呼吸器外科、リウマチ科が一体となり、肺がん、間質性肺炎、気管支喘息（重症例）、慢性閉塞性肺疾患（COPD）などの難治性呼吸器疾患に各領域の専門医が対応します。また、先進医療にも取り組み、広島大学病院との連携による全国トップレベルの呼吸器センターを目指します。

- 標準治療が確立した症例から難治性呼吸器疾患まで幅広い症例への対応
- 呼吸器インターベンションなど高度・先進医療の実施
- がん医療センターと連携した肺がん患者への対応

(12) 腎臓医療

腎臓センターでは、高度先進医療を担うため、難病指定疾患（神経内科・消化器内科）の吸着療法や血漿交換、腎移植周術期の特殊血液浄化、重症合併症を有する透析患者を対象とした入院透析を中心に、一部外来維持透析にも対応します。

また、県内唯一の小児腎移植実施施設でもある県立広島病院における多くの腎移植の実績を踏まえ、小児・成人の腎移植を展開します。

- 各種血液浄化療法への対応
- 末期腎不全患者における血液透析及び腹膜透析、腎移植への橋渡しを含めた腎代替療法の推進
- 外科と連携した内シャント管理や腹膜透析カテーテル管理とシャントトラブルに対する I V R や再建手術の実施
- 小児腎不全症例への対応
- ハイリスク患者、小児患者も含めた腎移植の実施

(13) 糖尿病医療

糖尿病診療拠点病院として、周術期患者の血糖管理や、合併症を有する糖尿病患者、重症糖尿病患者への医療提供を中心に、多職種からなるチーム医療を提供するとともに、広島大学の「ひろしまDMステーション」と協調して遠隔医療を行う体制を整備し、糖尿病医療過疎地域の患者に対して、質の高い適切な医療を提供します。

また、糖尿病に関する研修会や症例勉強会等を定期的に行い、地域における糖尿病医療人材を育成します。

- 糖尿病が重症化した患者に対する治療の実施
- 糖尿病合併症患者に対しての他科診療への支援
- 地域における糖尿病の専門医療人材の育成

(14) 緩和医療

高齢化に伴う心不全や呼吸器不全、腎不全患者等の増加により、高度急性期を担う新病院においても、がん患者に対する緩和ケアはもちろん、複数疾患を併存する非がん患者に対する緩和医療のニーズ拡大が予測されます。

このため、緩和ケアセンターでは、県立広島病院、J R 広島病院、中電病院の緩和ケアに従事する専門的な人材が培ってきた知識や経験を活かし、がん患者に限らず非がん患者（呼吸器不全や心不全等の臓器不全）や小児患者への緩和ケア、救急や集中治療段階の急性期医療における緩和ケアコンサルテーション等、多職種による横断的かつ質の高い緩和医療を提供します。

- 多職種からなる緩和ケアチームによる幅広い診療科への包括的かつ横断的な支援
- 緩和ケア外来や緩和ケアに関する相談窓口の設置
- 地域包括ケアの推進による最適な療養の場（地域の緩和ケア病棟、介護施設や在宅等）への円滑な移行
- 地域における緩和ケア専門人材の育成

(15) 精神医療

自傷や身体合併症を有する症例あるいは身体的要因の緊急的鑑別を要する精神疾患患者、民間の精神科病院での受入れが困難な症例については、一般の精神科救急では対応が困難な方を含め、最終的な受入れ機関としての役割を担います（措置入院患者を含む）。また、特に重症例や複雑な背景を持つ児童・思春期症例に対応するため、児童・思春期病床を整備し、受入れ体制の充実を図ります。

- 自傷や身体合併症を有する精神科救急患者の受入れ
- 精神症状の原因となる重大な身体疾患の緊急的鑑別を要する精神科救急患者の受入れ
- 他の診療科と連携した精神疾患を有する患者への対応
- 小児科との併診例や、摂食障害など一般の精神科病院では入院対応が困難な患者への対応
- 高度かつ専門的な児童・思春期精神医療に精通したスタッフの育成・配置

(16) 先進医療

新しい医療・医療機器の開発を目指して、広島大学病院と連携し、特定臨床研究を推進するとともに、「先進医療A（未承認、適応外の医薬品、医療機器の使用を伴わないもの）」と「先進医療B（適応外の医薬品、医療機器の使用を伴う医療技術）」に対して、安全性に配慮の上、国内最先端の医療を提供します。また、その結果をとりまとめ、学会等への報告・発表を通じ、医療技術の進歩に寄与します。

- 高度・先進医療提供のための教育環境の整備、学会参加、臨床試験、臨床治験等の推進
- 治験・臨床研究を支援する部門や中央倫理委員会の設置
- 臨床研究中核病院の取得を目指す広島大学病院との連携による臨床研究機能の整備

(17) ゲノム医療

ゲノム等に関する解析技術やそれらを活用した医学の進歩により、疾病への遺伝要因が明らかになるとともに、個人単位での疾病予防・診断・治療の実現への期待が高まっています。新病院においてもゲノム医療部門を設置し、がん医療、生活習慣病に対応する診療科、小児領域、周産期、生殖医療など幅広い診療科において遺伝性疾患の診断治療に取り組めます。

- 関係診療科との連携によるオーダーメイド医療の実現
- 臨床研究部門と連携した臨床研究の推進
- 遺伝情報の厳密な管理

(18) 歯科・口腔外科医療

他医療機関での対応が困難な症例に対応するとともに、高齢者における誤嚥性肺炎の予防や術後患者の合併症予防及び退院後のQOL向上のため、他診療科や各種チームと連携し入院患者の口腔ケアを行います。

- 顔面外傷や口腔がんをはじめとした高難度口腔外科疾患への対応
- 地域の歯科医療機関では対応が困難な症例に対する歯科診療の実施
- 入院患者、特に周術期患者に対する口腔ケアの実施
- 栄養サポートチーム（NST）、摂食嚥下チーム（SST）との連携

3 新病院における情報システムのあり方

新病院の情報システム整備に当たっては、ICT技術を各領域で横断的に活用することで病院機能を向上させる次世代型のスマートホスピタルの実現を目指して、様々な医療情報の収集・蓄積・利活用可能な環境を整備します。

また、広島県全体での診療情報を利活用可能な地域医療情報ネットワーク（HMネット）と、医療情報を分析・活用するスキルを持ったICT人材の育成や医療情報を利活用した高度な臨床研究を実現するデータ利活用プラットフォームが密に連携したシステムを構築することで、地域連携プラットフォームの実現を目指します。

- ICT技術を活用した次世代スマートホスピタルの実現
- 医療情報の集約によるICT人材の育成、高度な臨床研究機能の実現
- データを取集・蓄積し、利活用できる環境の構築
- ひろしまメディカルDX構想を実現するための地域医療情報ネットワーク（HMネット）との連携が可能なシステム・インフラの整備

4 経営管理機能のあり方

新病院の整備に当たっては、莫大な初期投資コストを伴うことから、開院後、良好な経営状態を維持しなければ、継続的な投資はもとより、病院経営が危ぶまれるおそれがあります。ソフト・ハードの両面において日々進歩する医療技術などの社会の変化に対応し、県民に対して最先端の医療サービスを提供し続けるために、新病院の整備と合わせて、公的な財政支援に依存しない独立経営を目指した体制を構築します。

【収益性向上】

- 救命救急センター及び集中治療室（ICU）等重症系病床の効率的運用
- 入院前から必要となる各種検査の実施・治療計画の策定
- ベッドコントロールの効率化と病棟稼働率を管理する専門部署の設置

【診療効率性向上】

- 高度急性期・急性期医療に特化した施設・設備の活用
- 回復期機能・慢性期機能を担う地域の医療機関等との連携体制の構築
- 関係医療機関との機能分担と地域の医療資源の効率的活用
- 地域の医療機関との役割分担による外来患者数の適正化

【経営立案】

- 経営管理部門の設置による臨床現場に根付いた経営向上策の立案及び経営意識の醸成
- 情報システムを活用したタイムリーなデータ提供・分析
- 病院経営を支える専門事務スタッフの育成
- 開院後の適正な投資計画の策定
- 情報セキュリティマネジメントシステムの構築による情報資産の保護
- 個人情報保護のための管理体制の確立

【その他業務改善等】

- 土日祝における検査体制の構築による医療機器の有効活用の検討
- ICT、AIの活用による業務の効率化
- 遠隔診療の導入による医師の働き方改革の促進
- 適正な職員数の確保による業務分担及びタスクシフトによる医療スタッフの負担軽減

5 医療従事者の確保・育成

（１）医師の確保・育成

新病院に求められる役割を持続的に担っていくためには、必要な医師をどのように確保するかが重要な課題となります。このため、新病院においては次の方針に基づき医師確保・育成を検討します。

ア 広島大学・広島大学病院との緊密な連携

豊富な症例数や充実した指導体制、ライフステージ、ワーク・ライフ・バランスに配慮した勤務形態の整備により、すべての医師にとって魅力的な病院を目指します。

そのためには、県内唯一の医育機関である広島大学・広島大学病院とは、新病院における医師確保・育成の面において緊密な連携が必要となります。広島大学と広島県においては、令和2年11月に締結した覚書に基づき、広島大学・広島県連携会議を設置し、高度で先進的な医療技術を有する人材の育成や、人事交流の促進に向けて、連携・協力して検討を進めてきました。

今後も、新病院の開院に向けて、新病院が担うべき医療機能を実現するために必要な医師の確保や育成に関して、継続的に協議を進め、広島大学病院と新病院がそれぞれの特徴を生かした役割分担の下、高い水準の医療を県民に提供すること、そして県内全域の地域医療を確保するという目標の実現に向けて、緊密な連携を図ります。

イ 魅力的な初期臨床研修環境の整備

広島県全体の適切な医療提供体制を維持していくためには、若手医師の減少傾向に歯止めをかけ、県内で働く若手医師を増やすことが重要となります。このため、新病院では、初期臨床研修医に対して成長のきっかけを提供し続け、医師一人ひとりのキャリアオーナーシップを推進することにより、意欲のある若手医師等を惹きつける病院を目指します。

- 断らない救急を実践する新病院の強みを生かした研修体制
- 高度医療を提供する広島大学の強みと、多彩で豊富な症例を経験できる新病院の強みを生かした研修体制
- 臨床医として必要な知識や基本的手技だけでなく、診療に臨む基本的態度や総合的判断力を習得した上で、研修医それぞれの特性・志向に合わせた柔軟な研修プログラム
- 研修医育成のための評価基準、到達目標等の整備
- 研修医の成長につながる指導医からのビデオレビューなどによる実践的なフィードバック
- 若手医師にとってロールモデルとなるような上級医の確保による充実した指導体制の構築
- 研修医の修練に必要な電子カルテ、IT環境の整備
- 指導的立場の医師に対する処遇改善及び環境整備
- 指導的立場の医療職（医師以外も含め）に対する指導者研修の実施
- 医師だけでなく、病院全体で研修医を育成する体制の整備

ウ 多彩な専攻医研修環境の整備

多彩な症例を扱い、医師に対する指導体制の充実も図る中で、質の高い専攻医を養成する環境を整えます。現在、県立広島病院が基幹施設となっている内科、救急科、総合診療科の専門研修プログラムに加え、その他のプログラムについても基幹施設としての整備を検討し

ます。その場合、広島大学病院、地域の医療機関を連携病院とすることを基本方針とし、今後も引き続き広島大学病院等関係者と具体的な検討を進めていきます。

また、広島県の地域医療確保において必要となる総合診療医を育成するため、広島大学が整備を予定する、総合診療医を養成・確保するための拠点である総合診療医センター（仮称）と連携を図り、人格・臨床能力ともに優れた総合診療医の育成を図ります。

エ 県外からの医師確保

医師にとって魅力的な医療現場を創出し、全国への積極的なリクルート活動を行うとともに、新病院での勤務を希望する医師の目に確実に触れる多彩なPR活動を行うことにより、県外の医師からも選ばれる病院を目指します。

（２）看護師の確保・育成

高度急性期・急性期を中心とした医療を提供する看護体制を整備するため、県立広島病院、J R 広島病院、中電病院及びその他の再編対象病院等の看護師の円滑な受入れを進めるほか、新病院開院前から計画的な採用・交流及び人材育成の仕組みづくりに取り組みます。

また、新病院に必要な認定看護師の育成や、特定行為研修の受講について、県立広島病院、J R 広島病院、中電病院、再編対象病院及び広島大学病院が連携を図った上で実施します。特に手術部門、小児救急を重点領域とし積極的な人材確保・育成を行っていきます。

さらに、多様な勤務形態の導入や看護補助者等へのタスクシフトを図り、職員にとって働きやすい環境を整備し、人材の確保に努めます。

（３）医療技術職の確保・育成

高度急性期・急性期を中心とした医療提供体制を整備するため、薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師及び管理栄養士等の医療技術職について、県立広島病院、J R 広島病院、中電病院及びその他再編対象病院等からの円滑な受入れを進めるほか、新病院開院前から計画的な採用・交流及び必要な研修の仕組みづくりに取り組みます。

また、新病院において充実した研修体制及び環境を構築することで、高度急性期医療を支える高度な技術や専門的知識を有する医療技術職の育成に努めます。

さらに、新病院において新たに採用を見込む職種等は、開院前から計画的な採用・育成を検討するとともに、多様な勤務形態を取り入れ、職員にとって働きやすい環境を整備するなど、人材の確保に努めます。

（４）働きやすい環境の整備

職員がゆとりとやりがいをもって働くことができるよう、ワーク・ライフ・バランスや働き方改革に対応するためのアメニティの充実など、働きやすい職場環境を整備します。

ア ワーク・ライフ・バランス、働き方改革への対応

医師の働き方改革を踏まえ、医師や医療従事者の負担軽減や専門性を発揮して担うべき業務に集中できる人員配置やタスクシフト、タスクシェアの取組を進め、ワーク・ライフ・バランスが実現可能な環境を整えます。

イ 職員が働きやすい環境の整備

病院で働くすべての職員が、出産や育児、自身の病気や家族の介護等、ライフステージに応じて時短勤務や育児休暇を取得するなど、多様な働き方が可能な勤務体制・休暇制度を整えることとあわせて、育児中の職員への支援として、病児・病後児への対応を含め、院内保育所を整備します。

また、近年増加傾向にある女性医師が安心して働けるよう、専用の仮眠室、シャワー室等を整備します。

(5) 人材の確保・育成に向けた今後の方針

ア 再編対象病院からの受入れ

新病院に求められる医療を提供するためには、再編対象病院からの円滑な受入れが必要となることから、今後、新病院で勤務することの魅力を感じることができるよう、給与及び休暇制度等の勤務条件や福利厚生、研修体制等についても具体的な内容を検討し、新病院で働く医療従事者の確保を図ります。

また、再編対象病院から受け入れる医療スタッフのみでは不足が見込まれる職種にあっては、開院前から計画的に採用活動を行います。

イ 医療スタッフ確保に向けた具体的検討

新病院において医療従事者を効果的に確保するため、同病院に求められる医療機能を実現できる医療従事者数の試算に基づき、引き続き開院前から新病院運営に必要な医療従事者の確保方策を検討していきます。

6 病院情報・医療情報の発信

県民及び患者に対して、ホームページなどにより、新病院の役割及び機能などの情報を発信するとともに、公開講座やセミナー等を開催することにより、健康づくりや医療に関する知識の普及啓発に努めます。

第3章 施設整備方針

1 安全で質の高い高度急性期・専門医療を提供するために相応しい施設の整備

高度急性期医療や専門医療を提供するために必要な機能を整備し、効率的に医療が受けられるよう、機能的な部門配置を行います。また、地域の回復期機能を担う病院等との連携体制の構築により、患者が早期に退院・社会復帰することが可能な体制を整備します。

(1) 高度急性期病院としての施設・設備の充実

- ・総病床数1,000床規模の病床を備えた高度急性期病院の整備
- ・充分数の手術室の確保（25室）
- ・最先端かつ低侵襲の手術機能の確保（手術支援ロボット室3室、ハイブリッド手術室2室）
- ・集中治療室（ICU）等、重症系病床の整備
- ・複数診療科によるチーム医療体制により最新の医療を提供するセンターの設置
- ・術後早期における急性期リハビリテーション提供体制の整備

(2) 24時間365日“断らない救急”を実現するための施設・設備の充実

- ・関連センターと連携し、高度な救急医療を提供する救命救急センターの整備とER機能を併設した小児救命救急センターの整備
- ・複数診療科、多職種が協働し、迅速な検査、処置ができるスペースの確保と部門配置
- ・多様な救急患者を円滑に受け入れることのできる体制と出入口を含めた動線整備

(3) 生殖医療から周産期、新生児、小児を含む一貫した成育医療提供体制の整備

- ・ハイリスク妊娠・分娩、早産児、低出生体重児及び先天性疾患などを有する児に対応するための諸室の整備（母体・胎児集中治療室（MFICU）、新生児集中治療室（NICU）及び新生児治療回復室（GCU））
- ・小児の術後管理や救急患者に対応するための小児集中治療室（PICU）の整備
- ・児童生徒が入院しながら教育を受けられる院内学級の整備

(4) がん治療機能の集約化による集学的治療の実施

- ・手術・化学療法・放射線治療・ゲノム医療に対応した最先端医療を実践するための関連部門の一体的な整備とカンファレンス研修機能の整備
- ・内科・外科領域での連携が可能な分野別（臓器別）のがん医療センターの整備
- ・隣接するHIPRACとの一体化による最先端の放射線治療の実施
- ・外来化学療法の充実による、患者が日常生活を継続しながら受療可能な環境の整備
- ・今後進歩が予想される新規がん診療への備え

（５）精神と身体の一體的な治療、子どもの心の諸問題への対応

- ・自傷や身体合併症を有するあるいは身体的要因の鑑別を要する精神科救急患者（措置入院患者を含む）の受入れに必要な個室等の整備
- ・児童・思春期医療に対応した病床の整備

（６）医療技術の進展や需要の変化に対応する柔軟性の確保

- ・規模拡大や新しい治療・検査の開発への対応、スタッフ増員等に対応するために将来的な施設改修・増築を考慮した用地利用や構造設備整備

（７）医療の質・医療安全の確保

- ・他病院のスタッフも含めた研修会・研究会等が開催可能となるスペースの確保
- ・医療安全管理部門の拡充及び感染管理室や院長室等関連部門との近接配置

2 感染症に強い施設の整備

周囲の医療機関と連携した上で、新興・再興感染症拡大時に感染症対応と通常の医療を両立して継続できる施設整備を目指します。

新興感染症への即応力強化と一般医療への影響の軽減（ゾーン管理の徹底）

- ・感染症患者の受入れが可能な病床の整備（16床）
- ・感染症の流行状況に合わせて柔軟に受入れ区画を拡充可能な施設の整備
- ・集中治療室（ICU）等における感染症患者の受入れが可能な個室の整備
- ・感染症患者の受入れが可能な陰圧個室・治療室の整備
- ・専用の入口や、初療室から専用エレベーターによる感染症病床へ直結する専用ルートの確保など、可能な限り一般患者と分離した動線の確保
- ・重症患者をICUへ直接搬送できる動線の確保
- ・エビデンスに基づいた清潔・不潔区域の分離（院内感染へ配慮した施設整備）
- ・新興・再興感染症発生時にも職員が安全に勤務できる更衣室や休憩室等のスタッフアメニティを含む施設・設備の整備

3 災害に強い施設の整備

近い将来、発生が予測される南海トラフ大地震や頻発する豪雨災害等、災害発生時においても診療の継続性を確保するための施設整備を行います。

災害対策の強化

- ・地震への備えとして、免震構造の採用
- ・ライフラインの多重化、BCPに基づく災害備蓄
- ・院内の災害対策本部設置を想定した諸室整備
- ・トリアージスペースとしての空地の確保
- ・電気・機械設備の上層階設置及び1階エリアへの防水扉設置等による水害対策の実施
- ・DMA T設置と適切な教育研修が可能な諸室整備

4 患者満足度の向上

高度急性期患者等の心身の負担を軽減し、安心して治療を受けることができる療養環境を整備します。また、疾病の治療成績を向上させ、安全な医療サービスを提供することにより患者満足度の向上に繋がります。

療養環境の充実

- ・患者プライバシーを配慮した諸室の配置
- ・充実した個室の整備
- ・多床室・個室を問わない病室ごとのトイレの整備
- ・車いす患者でも利用可能な多目的トイレの設置
- ・眺望がよいデイルーム・病室の整備
- ・多様なサービス部門の集約（コンビニ、カフェ等）
- ・温度変化が小さい療養環境の整備
- ・安心して療養できる雰囲気を作り出す内装デザインの採用
- ・ベッドサイドで患者が使用できるアメニティ設備の整備
- ・患者が利用できるW i - F i の整備

5 実践的な対応能力を持った医療人材を育成するための施設の整備

医師、看護師、その他の医療スタッフの教育・研修機能を充実させるため、高度急性期・急性期を中心とした豊富で多彩な症例数を確保するとともに、より多くの医療スタッフが症例やデータを共有し、スキルアップにつなげられる諸室を整備します。また、医療スタッフのみならず事務スタッフの育成に必要な研修室等の整備も行います。

（１）医療スタッフ・事務スタッフの育成

- ・研修・育成を統括する部門の設置
- ・カンファレンス室等の充実による症例検討環境の整備
- ・遠方でも研修に参加できるオンライン会議システム、VR活用への対応
- ・実践的な臨床技術を習得するためのシミュレーションセンターの整備
- ・他医療機関や医療スタッフ育成機関からの実習生の受入れ環境の整備

(2) 地域を支える機能の充実

- ・遠隔診療ができるシステムづくりと専用諸室の整備
- ・オンラインなどの活用による院外の医療スタッフ等に対する研修環境の整備

(3) 研修医等の実習機能の充実

- ・医療スタッフ等が利用できるスペース（更衣室、休憩室・自習室）の充実
- ・研修医・専攻医がコミュニケーションをとりやすいラウンジの整備（院外からの研修受入れを想定した余裕を持ったスペースづくり）
- ・実習用諸室の整備（研修医等の交流を促すラウンジ、セミナー室、図書室（文献検索システム）の整備）

6 効率化・働き方改革につながる施設の整備

患者にとっても、病院スタッフにとっても効率性の向上に繋がる、「次世代スマートホスピタル」の実現に向けてシステムの構築・導入を目指します。

(1) 効率的な諸室整備

- ・機能の中央化
例：外来部門の中央処置室、各種検査の中央化、職員の休憩スペース・更衣室の中央化、当直室の中央化 等
- ・機能の共用化
例：外来部門の診察室のフリーアドレス化、当直室・更衣室の集約化

(2) 効率的な施設配置と動線の効率化

- ・スムーズに診療を行うために適切な部門配置
例：救急搬送された患者が速やかに検査・処置・手術可能となる動線の確保 等
- ・患者動線の効率化が実現可能な部門配置
- ・スタッフが効率的に移動可能な部門配置
- ・病棟スタッフの負担軽減につながる病棟内の動線の短縮化
- ・患者が使用するエレベーターと医療スタッフが業務で使用するエレベーターの分離
- ・周辺の道路状況を考慮した効率的な施設配置

(3) 働き方改革・病院におけるDXの推進

- ・DXを推進し、情報通信機能の拡充によるVR、遠隔医療等への対応した諸室整備
- ・情報端末の高度化（通信システム・ナースコール・電子カルテの連動等）に対応した病室の整備
- ・システムを活用した勤怠管理や医療スタッフの所在確認

(4) タスクシフトによる医療スタッフの負担軽減

- ・医師事務作業補助スタッフ等による医療スタッフへの支援のためのスペースの確保

(5) 医療者の研究を支援する機能

- ・治験・臨床研究を支援する部門の設置及び必要な設備の整備
- ・蓄積されるデータを研究に活用できるシステム環境の整備

7 職員満足度の向上

病院で働くスタッフが効率的に業務を行い、快適に過ごすことができる環境整備はスタッフの心身の負担軽減やモチベーションの向上に繋がるだけでなく、他職種間の活発な交流を通じて優れたチーム医療が醸成されることから、職員にとって働きやすい職場環境を整備します。

スタッフアメニティの充実

- ・更衣室及び当直室・宿直室・仮眠室に近接したシャワー室の整備
- ・病院勤務者向けの病児保育を含む保育所の整備
- ・スタッフ間のコミュニケーション促進のためのスタッフコモンズの整備
- ・委託先のスタッフも含めた充実した更衣室・休憩室の整備

8 時代の変化への対応

日本政府は2050年までに温室効果ガスの排出を全体として実質ゼロにする、カーボンニュートラルを目指すことを宣言しており、脱炭素社会の実現は世界的なテーマとなっています。今回の施設整備でもこのことを認識した上で計画を進めていく必要があります。また、超高齢社会であるとともに、多様性が尊重される社会となっていること、また、障害を有する方の利用も考慮して、これからの社会にふさわしい誰もが安心して利用できる施設を整備します。

(1) ゼロカーボンを目指した施設整備

- ・再生可能エネルギーの活用や創エネの推進（太陽光等）と環境意識の醸成
- ・省エネ技術導入によるZEB化

(2) 周辺景観と調和した都市景観軸の形成

- ・カーボンニュートラルを目指した施設整備
- ・広島駅新幹線口と一体感のある魅力的な建物・施設の整備

（３）超高齢社会・多様性への対応

- ・高齢者や障害を有する方でも安心して利用できるバリアフリー建築の実現
- ・高齢者、障害を有する方、海外からの利用も想定したユニバーサルデザインの導入
- ・利用者が迷いにくい内装デザインの採用
- ・ダイバーシティ、LGBTQ+への対応

9 経営環境の向上

将来にわたり診療を継続していくためには、安定的な経営の維持が必須であり、長期的な経営状態の推移を見据えた計画とすることが重要であることから、整備費用を抑えつつ、収益の増加に繋がる施設計画を進めます。

（１）既存建築物等の活用による総事業費の圧縮

- ・隣接するHIPRACとの一体化による放射線治療機器等の医療機器やスペースの有効活用
- ・新病院で継続使用が可能な既存病院保有の医療機器の活用

（２）効率的な諸室整備（再掲）

- ・機能の中央化
例：外来部門の中央処置室、各種検査の中央化、職員の休憩スペース・更衣室の中央化、当直室の中央化 等
- ・機能の共用化
例：外来部門の診察室のフリーアドレス化、当直室・更衣室の集約化

（３）経営管理部門の設置

- ・経営分析機能の集約化
- ・経営幹部と経営管理部門の隣接配置

第4章 部門別整備計画

院内各部門の整備計画

(1) 外来部門

ア 部門整備の基本方針

新病院の部門整備における主な考え方としては、以下のとおりです。

- (ア) 各診療科専門領域の機能を集約した高度な外来診療機能を提供する。
- (イ) 外来部門として中央処置室や各種検査室等、機能を中央化し、診察室もフリーアドレス化等により共用化する。
- (ウ) 各諸室はプライバシーに配慮した諸室を整備する。
- (エ) 動線の最適化により、全ての来訪者にとって安全で利用しやすい外来環境を提供する。また、利用者が迷いにくい内装デザインを採用する。
- (オ) 感染症患者への対応を想定した外来動線、諸室（待合、診察室等）を整備する。
- (カ) 総合案内や患者総合支援センター等を充実させる。また、患者総合支援センターに周術期管理センターを併設する。（入退院支援室と周術期管理センターを一元化して整備する）

イ 運営・諸室整備計画

新病院における運営・諸室整備計画は以下のとおりで、この内容をベースに、新病院の施設整備を進めます。

- (ア) 案内・受付・会計機能
 - a 総合案内、受付から会計までの機能を充実し、患者や患者家族、来訪者の利便性を向上させる。また外国籍患者への対応を想定し、多言語対応サインの導入やICT等の活用を検討する。
 - b 地域医療連携の窓口機能を充実し、患者支援部門と連携し、地域医療機関との相互患者紹介を円滑化する。
 - c 医療従事者や事務職員の業務効率化の観点から、ブロック受付方式を採用する。
 - d 診察や検査、会計の待ち時間短縮、利便性向上を図るための仕組みを導入する。（患者呼び出しシステム（待合表示板、スマホ連動等）、AI問診、オンライン資格確認対応の再来受付機、自動精算機等）
 - e 外来会計は、集中会計方式とする。
- (イ) 診察機能
 - a 多角的な視点で診療を行う総合診療外来と各診療科の専門性を生かす専門外来を中心とした構成とする。
 - b 複数の診療科が臓器別・疾患別に連携した外来診療機能を構成する。
 - c 各科・専門外来の充実と合わせて、薬剤師外来、看護外来、助産師外来等を整備する。
 - d 診察予定に合わせて各科で柔軟な利用が可能なユニバーサル外来（フリーアドレス診察室）を整備する。

(ウ) 患者支援機能

- a 看護師による看護外来、薬剤師による外来服薬指導、管理栄養士による外来栄養指導等のための必要諸室を整備し、各専門職による相談・支援機能を持ち、チーム医療を提供する。
- b 問診室や各種相談室等の充実を図り、プライバシーに配慮した諸室を整備する。
- c 検査後の診察待ちが生じた場合等、外来患者がくつろげる待機スペースを確保する。
- d 患者入院時の入院セット等の手続きスペースを確保する。
- e 周術期管理センターを患者総合支援センターの入退院支援部門と一体化して整備する。また周術期管理センターは麻酔科、歯科診察室等との近接設置を検討する。

(エ) 検査・処置・処方機能

- a 採血、処置、点滴及び小手術の機能は中央化し、専門的な処置は各診療科外来機能とすることで、各診療科の専門機能を効率的に提供する。
- b 中央化においては、中央処置・採血室を整備し、マンパワーの集約等を図る。また中央採血室では、採尿トイレと隣接させ、検体検査室との検体搬送動線に配慮する。
- c 化学療法機能を充実し、外来でのがん治療等への化学療法の拡大に対応する。

(オ) その他

- a 予約センターの整備等、患者総合支援センター機能の充実を図る。
- b 外来診察室は仕様を可能な限り共通化するとともに、医師事務作業補助者等の配置を考慮し、診察室の広さを想定する。
- c 災害発生時に多数の患者が来院した際にも円滑に活動が行えるよう、外来エントランスや廊下にはトリアージや診察などに一時的に使用できるスペースを確保するとともに、酸素・吸引などの配管を整備する。
- d 外来のトイレは男女別に加え、障害者やジェンダーフリー（LGBTQ+）対応等に配慮した多目的・多機能トイレの設置を検討する。
- e 高齢者や小児等の転倒に配慮した床材を採用する。
- f 外来受診時、患者が利用しやすい入口等の場所に車いすや歩行器置き場を設置する。
- g 授乳室やオムツ交換等が行える場所や設備を配置する。
- h 転院患者の搬送などが安全に行えるよう搬送車の待機場所と出入口を確保する。

ウ 部門配置・動線計画

外来部門の部門配置においては、患者の利便性等に考慮し、受付から診察室、検査・処置等へのアクセスに配慮した分かりやすく患者に負担が少ない効率的な外来構成とします。

特に外来診察室から中央処置・採血室との近接配置や、入院手続き等の際に移動が必要となる、患者総合支援センターや周術期管理センターとの動線にも配慮した整備とします。

（２）病棟部門

ア 部門整備の基本方針

新病院の部門整備における主な考え方としては、以下のとおりです。

- (ア) 医療必要度の高い患者のため、重症系病床の拡充を図る。
- (イ) プライバシーを保護し、患者にとってゆとりある療養環境を提供するため、個室と４床室を基本とした病棟とする。
- (ウ) 急性期病院として、各部門と病棟を適切に配置するとともに、複数の職種によるカンファレンスが円滑に行えるスタッフエリアや多職種執務スペース、効率的な動線を確保し、チーム医療を提供する。
- (エ) 病棟スタッフの負担軽減に繋がる病棟内の動線を短縮化するとともに、患者・職員間での動線分離を実施し、安全管理と患者のホスピタリティとのバランスがとれた入院機能を確認する。
- (オ) 教育施設としての機能を考慮し、研修生、実習生用の控室等のスペースを確保する。

イ 運営・諸室整備計画

新病院における運営・諸室整備計画は以下のとおりで、この内容をベースに、新病院の施設整備を進めます。

<共通事項>

- (ア) 病棟単位、病床数、個室数、面積
 - a １病棟は４３床以下を基本とする。その場合の各諸室の基本配分としては、個室・重症個室２３室、４床室５室とする。
 - b 小児病棟には個室・２床室を整備する。
 - c 個室は重症者等療養環境特別加算、室料差額の算定可能割合と合わせて室数を調整する。
 - d 病室の面積は、療養環境加算の算定を前提に、１床当りの床面積は８㎡以上とする。
 - e 病床構成は下記のとおり（図表７参照）。

図表７ 新病院病床数（図表３と同じ内容を再掲）

一般病床	950 床
重症系病床	(130 床)
内、E－ICU（救命救急集中治療室）	(12 床)
SCU（脳卒中ケアユニット）	(9 床)
E－HCU・CCU（救命救急高度治療室及び心臓血管集中治療室）	(20 床)
S－ICU（外科系集中治療室）	(10 床)
PICU（小児集中治療室）	(6 床)
HCU（高度治療室）	(28 床)
MFICU（母体・胎児集中治療室）	(6 床)
NICU（新生児集中治療室）	(15 床)
GCU（新生児治療回復室）	(24 床)
精神病床（児童・思春期病床を含む）	50 床
総病床数	1,000 床

- ※ 感染症患者が大幅に増えた場合は、病床の一部を感染症対応病床に転用し、感染症患者の受入れができる体制を整える。
- ※ 広島県の地域医療構想を踏まえた上で、周辺の医療機関との調整を行い、医療機能の検討を進める。
- ※ 病床数については、医療需給の変化等を踏まえ変動する可能性がある。

(イ) 病棟環境

- a 照明効果、廊下・壁の色彩、廊下の騒音防止等に配慮し、安らぎのある環境づくりに努める。
- b 転倒に配慮し、足音やワゴン・ベッドの移動音が響かない様な床材（緩衝床）とする。ただし、清掃のしやすさやベッド搬送時のスタッフの負担にも配慮する。また、廊下へ採光が入る場合には、患者の視覚を阻害しないように考慮する。
- c スタッフと一般患者の動線・エリアは分離する。
- d 各病棟に、重症個室、処置室、面談室、症例検討用のカンファレンス室、保管庫、器材室、リネン室、看護師長用の執務室（2～3名での面談対応可）等を設置するとともに、学生受入れ対応用の学習室（学生控室）等の充実を図る。また、廊下にストレッチャー、車いす、歩行器等の保管スペースの確保を図る。
- e 病棟内に十分な収納スペースを確保する（不潔リネン、廃棄物、病棟機器、ポータブル撮影装置等）。不潔リネン・廃棄物保管場所は施錠が可能な形式とする。
- f 浴室等の設備としては、機械浴、シャワーとし、一般浴室は設けない。
- g 食事の配膳・下膳用にパントリーを専用エレベーターに近接して設置し、患者動線から離す。また、パントリーに備蓄・冷蔵機能、配膳車充電機能を設置する。
- h 病棟廊下は配膳車が余裕をもって通行できる広さを確保する。
- i トイレは分散トイレ方式とし、4床室を含む各病室に広く安全な患者用トイレを設置する。なお4床室のトイレは洗面所と合わせて病室入口に設け、病室から直接ではなく、廊下側からの出入りとする。また誰でも使用可能な多目的・多機能トイレ、スタッフトイレ、見舞い客用トイレ等も設置する。
- j 汚物処理室等、その他病棟に必要となる諸室の充実を図る。

(ロ) 病室環境

- a 全病室に酸素、吸引、必要な病室に圧縮空気等の配管設備を設置する。
- b 4床室は、明るいベッド環境となるよう患者の療養環境に配慮する。
- c 4床室の入口から各ベッドの動線に配慮した構造とする。

(エ) スタッフステーション

- a スタッフステーションは、スタッフが効率的に業務可能なスペースを確保する。
- b 入院診療における各専門職の相談・支援機能を拡充し、チーム医療を推進する。
- c スタッフステーションに隣接して、休憩室や仮眠室、また手荷物用の個人用ロッカーを設置する。
- d ミキシングや配薬以外の薬剤管理等、病棟薬剤業務の拡充に向け、スタッフステーション内に薬剤調剤室（サテライトファーマシー）を設置する。
- e スタッフステーション内に、医療スタッフの執務スペースを確保する。

- f 病棟に設置する栄養指導室は、他の用途と共用可とするが、棚の設置等、栄養指導媒体の収納場所を確保する。また、栄養指導を優先的に実施できるよう、運用の方法については継続検討とする。
 - g 各病室への看護動線の短縮及び病棟内の見渡しやすさを考慮し、病棟の中心にスタッフステーションを整備する。
 - h 看護師長の執務室兼スタッフ面談室を病棟内に設置する。
- (オ) 安全管理・感染予防
- a 空調設備の強化、非接触型手洗い設備、速乾性手指消毒剤、患者用トイレへの消毒剤の設置等により院内感染防止に努める。
 - b 廊下は転倒が少なく、ワゴンやベッド移動での騒音防止策に配慮した清掃しやすい仕上げとする。また、廊下には必要に応じてコンセントを設置する。
- (カ) その他
- a 動線分離、入退室管理、監視カメラ設置等、病棟セキュリティ環境の充実に図る。
 - b 感染症患者への対応として、搬送動線、諸室（陰陽圧対応）を整備する。
 - c 亡くなった方への対応のため、遺体保冷库（3～4人分）を院内に設置する。

<特殊病棟 特記事項>

- (ア) 精神病床
- a 閉鎖病棟とする。
 - b 自傷や身体合併症を有する精神科救急患者（措置入院患者を含む）に対応する病棟構造や医療スタッフ等の必要な精神医療体制を整備し、受入れに必要な個室を整備する。
 - c 子どもの精神疾患、神経発達症（発達障害）、心身症、不登校、虐待など、子どものこころの諸問題に対応する児童・思春期病床等の必要な精神医療体制を整備する。
 - d 精神病床 50 床の内訳は、精神科救急病床 30 床（保護室 6 室、個室 12 室、4 人室 3 室）、児童・思春期病床 20 床（保護室 3 室、個室 5 室、2 人室 2 室、4 人室 2 室）とする。
 - e 保護室、観察室、個室などの安全面に配慮する。
 - f 精神科救急病床エリアと児童思春期病床エリアは分離し、患者及び来訪者の動線も完全分離を検討する。
 - g 医師や精神保健福祉士等が面接する諸室として、面接室を精神科救急病床エリアに 3 室、児童思春期病床エリアに 2 室整備する。
 - h 病棟内に作業療法スペースを確保し、児童思春期病床エリアにはプレイルームの整備を検討する。
 - i 閉鎖病棟を考慮し、面会者との面会スペースを病棟エリア外に整備する。
※ 今後、医療関係者等の意見を伺いながら、具体的な検討を進める。
- (イ) 感染症病棟 ※ 詳細は感染症部門に記載
- a 病棟内に、感染症患者の受入れを想定した病床を整備する。また、感染拡大時には、対応病床数を拡大（転用）可能な病床を整備する。

- ｂ 感染症患者の受入れを想定した病床には、外来から専用エレベーターによる感染症病床へ直結する専用ルートの確保など、可能な限り一般患者と動線を分離する。

ウ 部門配置・動線計画

病棟部門の部門配置においては、各病床の特性に合わせた配置とします。具体的には高度急性期病棟となる集中治療病床に関しては、手術室や救命救急センターとの動線、感染症病床は外来専用入口からの動線に配慮した配置とします。

精神病棟の部門配置においては、閉鎖病棟の特性に配慮し、他の病棟とは動線を分離した配置とします。精神病棟内においては、精神科救急病床エリアと児童思春期病床エリアに分離し、それぞれの患者や来訪者の動線が交わらないよう分離した配置とします。精神科救急病床においては、急性期の身体合併症を有する患者を診療することを考慮し、救命救急センターや集中治療部門との動線についても確保します。

(3) 集中治療部門

ア 部門整備の基本方針

新病院の部門整備における主な考え方としては、以下のとおりです。

- (ア) 複数の診療領域にわたる重症患者への集中治療機能を提供する。
- (イ) 救急外来部門や手術部門、総合周産期母子医療センター等と連携し、集中治療機能を効率的に提供する。
- (ウ) E-ICU、S-ICU、SCU、PICU、HCU、E-HCU・CCUを設置し、院外・院内問わず患者の集中治療管理を実施する。
- (エ) 運用効率を考慮した集中治療病床を構成する。
- (オ) チーム医療を提供するために必要な諸室を整備する。
- (カ) 医療安全や感染管理に対応した安全性の高い動線及び諸室を整備する。

イ 運営・諸室整備計画

新病院における運営・諸室整備計画は以下のとおりで、この内容をベースに、新病院の施設整備を進めます。

- (ア) 集中治療病床
 - a 高度急性期医療を必要とする重症患者の増加に対応するため、集中治療系病床 85 床（E-ICU：12 床、S-ICU：10 床、SCU：9 床、PICU：6 床（将来対応 2 床）、HCU：28 床、E-HCU・CCU：20 床）を整備する。
 - b 各施設基準の取得に配慮した面積想定とするとともに、スタッフステーション、カンファレンス室、当直室等、必要となる機能・諸室をそれぞれ整備する。特に ICU には、医師控室、看護師控室、当直室を確保する。
 - c S-ICU は、感染管理の観点から、感染症患者の受入を想定し、全室、陰陽圧切り替えが可能な個室とする。そのうち 2 室は、前室のある個室とし、クリーンルームとしての使用も想定する。また、集中治療部門と同フロアにシャワー室を設置する。
 - d 救命救急病床（E-ICU：12 床、E-HCU・CCU：20 床）は、個室（陰陽圧対応）と換気設備を考慮した 4 床室で構成する。
 - e E-ICU、HCU は、全病床にて透析に対応することを想定した設備を整備する。
 - f HCU 28 床は、救急、入院患者の急性増悪、手術後の患者への対応も含めてフレキシブルに運用する。
 - g SCU は、主に脳血管疾患患者を扱う病棟フロアに隣接して整備する。
- (イ) 各病棟におけるその他必要諸室
 - a 各病棟にスタッフルーム（コメディカル含む）、研修者控室を 2 室、休憩室、カンファレンスルーム（電子カルテや動画サーバー等、患者情報が閲覧できる設備の整備を想定する）、説明室（IC 室）を 2 室、家族待合室、家族控室（3～4 人が座って過ごせる）を 2 室、機器保管室、消耗品保管室、汚物処理室、洗浄室、当直室、仮眠室、

トイレ等の必要諸室を整備する。また、スタッフルームには病室監視カメラ及び記録システムを整備する。

- b 汚物処理室、洗浄室等の広さの想定としては、一般・感染ごみの分別、洗浄シンク・ベッドパンウォッシャー等が配置でき、現在の県立広島病院と同程度の広さを確保する。
- c 機器保管室の広さの想定としては、I C Uでは、人工呼吸器、N P P V、輸液ポンプ等の医療機器、H C Uにおいても、機器（エコー、无影灯等）、滅菌物保管、薬剤保管（麻薬保管含む）、リネン保管等が可能な広さをそれぞれ確保する。
- d 薬剤管理室を整備し、クリーンベンチを設置する。
- e 集中治療部門共用として、車椅子患者も使用可能な患者用のトイレを整備する。

(ウ) その他

- a I C Uとフロアを跨ぐ各部門間（救急、放射線部門等）の搬送に考慮し、患者搬送用エレベーターには、E C M O等大型機器を使用しながら搬送可能な大型エレベーターを整備する。

ウ 部門配置・動線計画

集中治療部門の部門配置においては、それぞれの緊急性等に配慮した、より効果的かつ効率的な集中医療を提供するための環境整備として、手術室や救急、総合周産期母子医療センター等の他関連部門との近接・隣接、または専用動線の確保を行います。

また、輸血用血液製剤や麻薬等の搬送・受け渡しを想定した部門配置とします。

(4) 救急部門（救命救急センター・小児救命救急センター）

ア 部門整備の基本方針

新病院の部門整備における主な考え方としては、以下のとおりです。

○救命救急センター

- (ア) 三次救急の基幹病院として救命救急に対応するとともに、広島都市圏の二次輪番病院をバックアップし、他の医療機関が対応できない患者の受入れを実現する。
- (イ) 急性心疾患、脳卒中、外傷など多様な救急症例に対応し、二次、三次救急医療を中心に多くの救急患者を受け入れるため、救命救急センター内に「外傷センター」、「心臓血管センター」、「脳卒中センター」を整備し、複合合併症を含む、様々な疾患に対して関連診療科が連携して迅速かつ高度な医療を提供する。
- (ウ) 高度な知識と技術を兼ね備えた救急医を育成するとともに、一次～二次救急医療においては、地域の医療機関等との連携体制を構築し、新病院単独ではなく、地域として「断らない救急」の実現を推進する。

○小児救命救急センター

- (ア) 中国地方初の「E R機能を併設した小児救命救急センター」を救命救急センター内に整備し、小児集中治療室（P I C U）を含めた高度な救命救急機能を整備する。
- (イ) 小児の一次救急から三次救急まで、24 時間 365 日対応する小児E R機能を整備し、子どもの救急需要に対応する。
- (ウ) 広島都市圏の小児救急機能を充実させるため、小児循環器を含む小児科医等医療スタッフを集約し拠点化を図る。

○共通事項

- (ア) 救命救急センター・小児救命救急センターとして必要となる設備や、医療機器の整備など施設・設備の充実を図るほか、手術室や集中治療室、検査・画像診断など救急医療に必要な諸室・機能等との近接性や関連性に配慮し、効率的な救急医療が行える体制を整備する。
- (イ) ヘリポートやドクターカーの配備に必要な施設の整備についても検討する。
- (ウ) 病院救急救命士の教育・指導に向け、指導救命士の拠点となる救急ワークステーションを整備し、広島圏域の救急応需状況や病院前情報をリアルタイムで把握できるシステムを構築するなど、院内・院外双方のメディカルコントロール体制を強化する。

新病院における運営・諸室整備計画は以下のとおりで、この内容をベースに、新病院の施設整備を進めます。

○救命救急センター

(ア) 救命救急センター（初療・処置・観察）

- a 救命救急センターとして、初療室（三次救急初療室を6室、二次救急初療室を12室、ウォークイン診察室を4室）や観察室（点滴室）（10床程度）、陰圧隔離室を4室、救急外来診察室を2室等整備する。また、三次救急初療室の1室、二次救急初療室の1室、観察室（点滴室）は小児優先とする。
- b 初療室は、心肺蘇生や重症外傷患者の処置、小手術等へ対応可能な設備（無影灯等）を設置する。また、感染症患者への対応を考慮し、換気ができ、個室化可能な造りとする。
- c 救急外来に（初療室に近接）緊急手術室が可能なハイブリッドER（2room型）を整備する。
- d 救命救急センター内もしくは救命救急センターに近接して、一般撮影装置を1台、CTを1台（ハイブリッドERのCT室を想定）整備する。
- e 観察室（点滴室）は10床程度整備し、待合から家族が入ることができるよう動線に配慮する。また、初療室は基本的に医療者だけが入室可能な空間とするため、観察室と初療室、救急車入口等は分離する。
- f 救急外来の待合室は、一般外来患者用の待合室を分けて整備するとともに、感染症患者用の待合室も別途整備する。また、救急受付、待合室へは、院外から直接アクセスできるように一般外来と救急受付にそれぞれ別の出入口を整備する。
- g 救急外来診察室は、産科・婦人科対応のための内診室、耳鼻咽喉科ユニットの設置を想定する。

(イ) 救命救急センター（病棟）

- a 手術室と隣接した場所に救命救急センターの病棟として、E-ICUを12床、E-HCU・CCUを20床設置する。また入院患者の急性増悪、手術後の患者、重篤な身体合併症を有する精神患者への対応を含め、別途整備する病院全体のHCU28床についても一体的に運用し、必要時に救急患者へ対応する。なお、HCUは、E-ICUの入室基準を満たさない患者を入院させる病床として運用を想定する。
- b 救命救急センター病棟は、救命救急センター（外来）と別フロアとする。
- c 感染症外来から直接入室できる動線を考慮する。
- d 救急救命士や研修医を含むチーム医療推進のために多職種間で使用するカンファレンス室を設置する。
- e 透析対応等が可能な設備を整備する。
- f 当直室を同一フロアに設置する。

○小児救命救急センター

(ア) 小児救命救急センター（E R 部門）

- a 小児救命救急センター E R 部門として、診察室を 3 室、処置室を 2 室（採血等検体採取及び点滴等処置室）、観察室（点滴室）を 4 床、陰圧隔離室を 4 室（成人と兼用）整備する。
- b 家族控室、I C 室、カンファレンス室等は成人救命救急センターと兼用とする。

○共通事項

- a 救急車の多重受入れ等に対応した専用の救急搬入動線、入口を確保する。また入口には風除室を設け、台風や風雨等の天候不良時に対応可能な設備を整備する。なお、救急等の機能拡張を考慮し、救急車、緊急車両用の停車スペースは 4 ～ 5 台程度を確保する。
- b 救急車入口には、除染用のシャワーを整備する。
- c 救急ワークステーション、ヘリポート、またドクターカーの配備に必要な施設を整備する。なお、ヘリポートから速やかに救急部門、手術部門、集中治療部門へ搬送可能な専用動線・エレベーターを整備する。
- d 病院救急救命士と救急ワークステーションの指導救命士が、救急車・ドクターヘリの受入れ、外来転院調整等の業務を行う救急室を整備する。救急室には、スタッフ専用の更衣室、仮眠室、シャワー室、休憩室等も併設する。
- e 器材庫にはポータブル機器、除染関連資材及び D M A T 資材等を保管できるスペースを確保する。
- f 救命救急センター（小児含む）・救急病棟等のスタッフ用休憩室、家族待合室、家族控室、カンファレンス室、I C 室、その他多目的使用が可能な個室を整備する。なお、汎用性のある諸室（面談室・控室等）を確保する。
- g ネブライザー使用時の音やエアロゾルの発生リスクを考慮した陰圧管理可能な吸入室を整備する。

○その他

- a 医師・看護師の控室や当直、仮眠室等を整備する。
- b 救急外来の受付には、事務当直スペースを整備する。
- c 救急エリア内に患者・患者家族、職員用にそれぞれトイレ等を整備する。

ウ 部門配置・動線計画

救急部門の部門配置においては、救命救急センター内に、小児救命救急センター、外傷センター、心臓血管センター、脳卒中センターを設置します。

手術室や集中治療部門と同フロアに救命救急センターの病棟（E－I C U、E－H C U・C C U）を設置し、ヘリポートを含めた専用エレベーターによる動線確保を行います。

また、救命救急センターの初療エリアにおいては、放射線部門（C T・M R I）やアンギオ室等への近接性・隣接性を確保します。

小児救命救急センターにおいては、後方病床としての小児病棟への患者搬送動線を確保します。

（５）成育医療センター（総合周産期母子医療センター、小児医療、生殖医療）

ア 部門整備の基本方針

新病院の部門整備における主な考え方としては、以下のとおりです。

- (ア) 成育医療センターとして、総合周産期母子医療センターを中心とした生殖医療から周産期、新生児、小児を含む一貫した医療を提供する。
- (イ) 母体・胎児集中治療室（MFICU）、新生児集中治療室（NICU）及び新生児治療回復室（GCU）を整備し、ハイリスク妊娠・分娩、早産児、低出生体重児及び先天性疾患などを有する児の胎児治療を含めて対応し、広島圏域における周産期医療の中核病院かつ周産期研究及び教育機関として機能する。
- (ウ) 周産期から続く切れ目のない医療を提供するため、心臓血管外科、小児循環器科、脳神経外科、整形外科、耳鼻咽喉科・頭頸部外科、眼科など関係診療科と連携し、専門性の高い医療を提供する。
- (エ) 総合周産期母子医療センターとして、県内の周産期医療機関や地域の産科医療機関と連携しながら、24時間365日院外からの緊急搬送を含め、常に緊急帝王切開を実施できる体制を確保し、ハイリスク分娩に積極的に対応する。整備においては分娩室、手術室、救急の動線確保に配慮した部門配置とする。また、将来ニーズに対応するため、無痛分娩のための硬膜外麻酔施行のために十分な広さを持つ分娩室と安全な無痛分娩が可能な体制を整備する。
- (オ) 円滑に小児医療を提供するため、必要な諸室を整備する。また、小児の安全を確保するため、病棟への入退室管理システムの導入や、防犯カメラ等の病棟セキュリティ設備を整備する。また、外来・病棟ともに、感染性疾患の流行に対応可能な造りとする。
- (カ) 広島県の生殖医療の中心となる拠点病院として高度な生殖医療を提供するとともに、人材育成拠点病院として指導者や若手の医療技術者（医師、胚培養士等）を育成する。
- (キ) 小児・周産期患者家族への負担軽減、小児・新生児患者へのケアの充実を目的に、十分な数の保育士等を配置する。

イ 運営・諸室整備計画

新病院における運営・諸室整備計画は以下のとおりで、この内容をベースに、新病院の施設整備を進めます。

○小児救命救急センター

- (ア) 小児救命救急センター（初療・処置・観察）
 - a 重症エリアは、成人の救急外来と器材の兼用や連携ができるよう隣接配置とし、パーティション等で簡易に間仕切る程度とする。
 - b 軽症エリアは、小児専用エリアとし、感染症を念頭においた間仕切りのある処置室・点滴室を診察エリアに隣接させる。
- (イ) 小児救命救急センター（時間外外来）
 - a 感染症患者の増加時への対応として、換気システムが整った隔離室を確保する。また、陰圧隔離室を兼ねた救急対応が可能な処置室を整備する。

- b 外来部門からP I C Uへの搬送動線は、患者が重症であることから直接搬送できる専用エレベーターを整備し、プライバシー確保と感染対策を考慮する。また、入院病棟への搬送動線は、成人と同様の動線を活用する。

○総合周産期母子医療センター

(ア) 新生児集中治療機能

- a N I C Uを15床（但し16床分の病床設備を整備する）、G C Uを24床整備する。G C Uは、18床をG C U管理料対応とし、6床を母子同室できる部屋（小児入院医療管理料1を想定）のレイアウトとする。また、同室付近にトイレを整備し、G C U面会家族用と共用して使用する。
- b N I C U、G C Uのそれぞれに、感染症対応として陰圧隔離室（暗室対応可能な部屋）を1室整備する。
- c N I C Uは個室及び半個室によりプライバシーを確保し、施設基準に沿った面積を確保する。またセントラルモニターやスタッフステーションから各部屋をカメラで監視・通信できる環境を確保しつつ、眼底検査に対応できる暗室・調光環境を整備する。そのうち、家族が付き添うことができ、重症患者入院時に体外循環を含めた処置が可能な個室（15 m²）を整備する。
- d G C Uにおいてもプライバシーの確保と感染対策を兼ねて、コット間の距離を確保する。なお、ベッドサイドで搾乳や授乳ができる空間を確保し、入室できない親（感染症発症）との面会を可能とするシステムを検討する。また、母子同室の病室のシャワー室は産科病棟と兼用とする。
- e N I C Uは算定基準を満たすため、センター内に当直室等を設置（シャワー併設）する。
- f N I C U内に処置室を整備し、入院時の処置や手術室に降りることができない児への麻酔／手術ができる設備（前室・陽圧環境等）を整備する。
- g その他、注射・調剤室、保育器収容室、病状説明や心理士・看護師等との説明などができる面談室を総合周産期フロアに整備する。
- h ME管理ができる機材室（呼吸器の整備ができるよう酸素と空気の配管を設置）を整備する。
- i N I C U内で早期の小児リハビリに介入できるようマンパワーの集約等を図る。
- j N I C U・G C U内に保育士を配置し、新生児療養環境の向上を図る。
- k N I C U外側に受付を設置し、受付職員を配置する。また、院内全体のセキュリティシステムに則り、N I C Uへ入室する患者家族等の情報を把握できるシステムの構築を目指す。

(イ) 産科診療機能

- a 総合周産期母子医療センターとして、M F I C Uを6床整備する。
- b 超未熟児の出産、多胎出産などのハイリスク分娩に対応した、24時間緊急帝王切開が可能な手術室を手術エリアに整備する。また、迅速安全に超緊急帝王切開への移動・移行ができるよう、分娩室は手術室と同等の設備を整備する。また、創部妊娠の手術などの大量出血が予測される帝王切開や子宮全摘に対応できる動脈塞栓術を行う際には、手術エリアのハイブリッド手術室の利用を想定する。

- c 分娩室を3室整備し、うち、蘇生・麻酔・手術設備を備えた広い分娩室を最低1室（超緊急帝王切開対応）整備する。また、LDR（陣痛・分娩・回復室）を2室整備する。そのうち1室は陰圧とし、感染対応とする。
 - d 陣痛室を2室整備する。
 - e 産科病棟内に内診室、検査・処置室を整備する。
 - f 新生児室を整備し、10名程度の対応を見込む。新生児は基本、母子同室を想定する。
 - g プライバシーに配慮した、十分な広さのある授乳室を整備する。
 - h 産後うつスコアの高い患者や、ケアが必要な患者家族のケアニーズに対応できるようMSWや臨床心理士を効果的に配置し、チーム医療を提供する。
 - i MFICUに当直室を整備する。
- (7) その他
- a 入退室管理システム（IDなどによる制限）の導入や防犯カメラ等の病棟セキュリティを整備し、連れ去り防止対策の徹底を図る。
 - b 救急医療部門内に内診設備を整備し、妊産婦への救急対応を行う。
 - c 調乳業務は栄養部門で実施する。なお、搾乳・母乳管理はセンター内で実施する。

○小児医療

- (7) PICU
- a PICUを6床（うち2室は将来拡張が可能な大きさとする）整備する。PICUはプライバシーが確保できるよう個室化し、必要時には扉を開放してオープンで利用可能な病床として整備する。
 - b PICUの後方病床は、小児科病棟に配置する。
 - c 新興感染症の重症患者は感染症病床での対応を想定する。
 - d 人工呼吸器、NHF、輸液ポンプやシリンジポンプ等を配備する。また感染症患者対応用の換気システムを完備する。
 - e PICU内に当直室を整備する。
- (イ) 病棟環境
- a 小児用病床は、小児入院医療管理料1を算定する専用病棟を想定し、70床程度の2病棟での運用を想定する。
 - b 病棟環境は、術後患者エリア、慢性期疾患患者エリア、感染症患者エリアの順で整備し、各エリアを区分する。また、感染隔離患者用と逆隔離が必要な患者のための個室を整備する。
 - c 病棟は完全看護に対応可能な造りとする。
 - d 小児救命救急センターから一般感染症病室への動線に配慮する。
 - e 小児科病棟はできるだけ個室（トイレ付き）または2人部屋（小児科病棟全体の2割程度）とし、出口側にトイレと洗面を配備する。
 - f 病棟スタッフステーションからの距離を考慮した位置に、貸し出し用の在宅人工呼吸器などの保管場所を整備する。なお、保管場所には監視カメラの設置（必要時に使用）についても検討を行う。

- g 病棟はセキュリティに配慮する。夜間のインターフォン対応が困難なことから、面会は事前許可制とするが、パスカード等の紛失や又貸しのリスクが少ない認証方式の採用を検討する。
 - h 重症病室は、スタッフステーションから近い配置とする。
 - i 処置室を2室（外科用・内科用）整備する。うち、外科用の処置室は、小手術が実施可能な設備（无影灯、手術に対応する処置台等）を配置する。
 - j 非感染かつ慢性疾患の患者を対象としたプレイルーム、術前術後の患者を対象とした第二プレイルームを整備する。また保育士を配置する。
 - k トイレ、シャワー等は、各病室に整備する。また家族と一緒に利用することも考慮し、スペースを確保する。また、慢性期疾患患者エリアに特浴室を整備する。
 - l 付き添い家族用として、病室の他にセキュリティに配慮した休憩用の部屋を整備する。
 - m 就学中の入院患者が病室等でオンライン授業などを受講できるよう、Wi-Fi接続が可能な通信環境を整備する。
- (ウ) 外来環境
- a 小児感染患者は、原則小児救命救急センターで対応する。小児科外来は、原則、非感染患者対応とし、小児専用待合室、プレイルームを配置する。
 - b 診察室は、内科を6室（うち、1室は学校関係者等の対応を想定した広い部屋）、外科を2室、新生児（フローリング部屋）を2室、小児感覚器科を1室整備する。なお、小児感覚器科には耳鼻咽喉科・頭頸部外科を隣接させ、新生児科と小児感覚器科の診察室も隣接とする。
 - c 処置室を3室（うち、1室は点滴室（3ベッド））整備する。
 - d 小児トイレは家族と一緒に利用することを考慮し、通常個室よりも広いスペースを確保する。また車いす対応トイレも整備する。トイレはパスボックスでスタッフエリアと接続し、尿検体の提出が行える設えとする。
 - e 小児のMRI検査時における鎮静剤投与は小児部門に設置する処置室で行い、MRI検査前の観察は放射線部門にて行う。
 - f 小児感覚器科用で、言語聴覚士室を4室設け、うち1室はリハビリテーション部門との共用を想定する。
 - g 小児外来エリアに授乳室を設ける。
- (エ) 院内学級
- a 入院診療をしている小児に対して、医療に合わせ、小児の身体症状に応じた適切な教育を行い、調和のある心身の発達を図ることを目的として、院内学級を整備する。
 - b 5～10名程度を対象とし、小学校、中学校まで対応可能な院内学級を整備する。
 - c 通学の訓練も兼ねて、小児科病棟とは別フロアに整備する。

○生殖医療

(ア) 外来機能

- a 外来診察室を3室、内診室を3室、処置内診室を1室、説明室を3室、問診室を1室整備する。
- b 産科受診患者の動線と交錯しないよう配慮した位置に整備する。
- c 休祝日の外来患者への採血等は、救急外来で対応した後、患者が外来に向かうため、救急外来との動線にも配慮する。

(イ) 生殖医療機能

- a 高品質な培養室、高度な医療を可能にする培養機器、凍結保存室等を確保、整備する。胚培養室及び凍結保管に関して施設の拡張を検討する。
- b 培養室等、各室のセキュリティに配慮する。
- c 胚培養室（クラス1,000程度）、採卵室、リカバリー室（5ベッド）、採精室、精液検査室（クラス1,000程度）、凍結保管室（クラス1,000程度）、クリーンルーム前室・手洗い、データ管理室等を整備する。なお、胚培養室、精液検査室、凍結保管室は県立広島病院の倍程度の面積を確保する。
- d 医療ガスは日常的なメンテナンス性に考慮し、個別配管を想定する。そのため個別に管理するための諸室・設備を整備する。また、凍結保管室で使用する液体窒素の保管庫を整備する。
- e 生殖細胞凍結保管センター（長期間の保管施設）の整備を検討する。

(ウ) 病棟機能

- a 採卵後、出血が多い患者等への対応として緊急入院が必要となった場合には、婦人科病棟にて対応する。

ウ 部門配置・動線計画

成育医療センターにおける周産期医療の部門配置は、分娩時の緊急性に配慮し、手術部門、分娩室、NICU動線の短縮を考慮したものとします。

小児医療の部門配置においては、小児救命救急センターや総合周産期母子医療センターとの動線を考慮した配置とします。また、感染性疾患の対応のため、隔離外来から感染個室までの優先的動線を確保します。

生殖医療機能においては、外来患者のプライバシーに配慮した位置に整備し、採血を行う中央処置室等との動線を考慮したものとします。

（６）がん医療部門（がん医療センター）

ア 部門整備の基本方針

新病院の部門整備における主な考え方としては、以下のとおりです。

- （ア） がん診療連携拠点病院として、最新の集学的治療を提供する。またがん患者の身体に負担の少ない低侵襲治療（放射線治療、内視鏡外科手術、ロボット手術）など最新の医療技術を提供する。
- （イ） がん診療機能の充実に向けた人員体制を確保する。また、がんの集学的治療（手術、化学療法、放射線、がんゲノム、病理診断、緩和ケア等）が可能となる多職種連携によるチーム医療体制を整備する。
- （ウ） がん患者に対する支援体制を整備し、患者の治療環境の充実に図る。
- （エ） がん相談支援センターにおいて、がん相談員（看護師・医療ソーシャルワーカー）によるがん相談やがん専門医によるよろず相談を実施する。
- （オ） がんの標準治療の症例を集積するとともに、新たながん治療法を開発するための臨床研究にも積極的に取り組む。

イ 運営・諸室整備計画

新病院における運営・諸室整備計画は以下のとおりで、この内容をベースに、新病院の施設整備を進めます。

- （ア） がん相談支援センター
 - a 患者相談に対応するためのプライバシーに配慮された専用の相談室２室をスタッフ室に隣接して整備する。また、スタッフ室はカンファレンスができるように整備する。
 - b 診療に関する様々な相談（医療・福祉、地域連携、就労支援等）に対応する。
 - c 患者・家族・地域住民が閲覧できる図書・資料掲示コーナーを整備する。
 - d がん相談支援センターは、がん治療に関するエリア（外来通院治療センター等）に近接配置するとともに患者支援センターに隣接させ業務連携を行い、可能な限り一般者（地域の住民）も利用しやすい場所に配置する。
- （イ） がん入院治療センター
 - a 化学療法や放射線治療を集学的に行うがん入院治療センター（病棟）を整備する。ただし、がん診断までの診療と外科手術や内視鏡治療は臓器別の診療体制で対応する。
 - b 入院病棟に放射線治療病室を２室確保する。放射線治療病室では、治療用放射性医薬品の使用を想定し、放射線防護措置・汚染措置を考慮する。
- （ウ） 外来通院治療センター（外来化学療法）
 - a 外来通院治療センターでは３０床対応のスペースを確保する。
 - b 化学療法室のベッド間のスペースを広くし、緊急搬送時に用いるストレッチャーが隣接可能なスペースを用意する。また酸素・吸引配管を約半数のベッドに配置する。
 - c 化学療法室は、スタッフステーションを中心に配置し、隣接して調剤室を配置する。

- d 院内の抗がん剤の調剤は外来通院治療センター内の調剤室で集約して実施する。そのため、外来と入院患者対応を考慮したスペースを確保する。また、病棟への薬の払い出しに際しては、外来通院治療センター内を通行することがないように、動線に配慮する。
 - e 外来化学療法患者の症例の論文指導やチームでのカンファレンスを行うため、カンファレンス室を整備する。
 - f 緩和ケア科の診察室（相談室）は、外来部門の他科の診察室に隣接させて1室整備する。
 - g 外来部門内に緩和ケアチームの執務スペースを設ける。なお、他の専門看護領域で対応する看護外来のチームと合わせた執務スペースと共同で設置する。
- (エ) 放射線治療
- a 放射線治療は、H I P R A Cとの一体化による最先端の治療を提供する。
 - b これまでH I P R A Cが各施設との機能分担や連携を進めてきた成果を活かし、最新の集学的治療の一翼を担うことができるよう、H I P R A Cの建物を改修して活用する。
- (オ) その他
- a チーム医療として緩和医療にあたる。
 - b 院内連携や地域医療機関との連携を通じて、在宅医療を支援する。
 - c 新たながん治療法を開発するための臨床研究や治験を実施する。
 - d 悪性リンパ腫をはじめとした血液疾患等の治療に対応した無菌治療室を2室整備する。

ウ 部門配置・動線計画

がん医療部門の部門配置においては、がん入院治療センターと外来通院治療センター（外来化学療法）それぞれに必要な動線を確保します。

がん入院治療センターは、外来通院治療センターとの連携を想定した動線を確保する他、薬剤部や緩和ケア科、放射線治療部門、その他関連診療科との優先的な動線を確保します。

外来通院治療センターは、外来患者のアクセスを考慮した配置とし、関連診療科の外来診察室エリア（緩和ケア科、薬剤師外来、ゲノム診療科等含む）と隣接することが望ましく、中央処置室や栄養部門、薬剤部、病棟との優先的な動線を確保します。

また、がん相談支援機能（図書・資料閲覧室等）との動線を考慮します。

（７）感染症部門

ア 部門整備の基本方針

新病院の部門整備における主な考え方としては、以下のとおりです。

- (ア) 病院感染対策ガイドラインを遵守した新病院整備（個室化、必要箇所への前室整備、ゾーニングしやすい構造の採用等）とする。
- (イ) 病棟に感染症患者の受入れを想定した病床を整備する。また感染症患者の受入れ病床には感染症外来、救命救急センターからの動線を確保し、陰圧管理できる専用病床を整備する。また、感染症病棟からＩＣＵへの動線も確保する。
- (ウ) 新興・再興感染症拡大時に一般病床から速やかに感染症対応病床に転換できる体制（陰圧制御、個室、検査装置等）を整備する。
- (エ) 院内感染の発生予防及び発生時の対応における中心的な役割を担う。
- (オ) 感染症拡大時に機動的に対応するため、平時から職員に対する感染症対応の研修を実施するとともに、県内医療機関のスタッフに対しても大学病院と連携して研修を実施する。
- (カ) 医療機関や社会福祉施設等におけるクラスター発生に迅速に対応できるよう、広島大学と協同して感染症専門医及び感染症認定看護師等を育成する。また、実地疫学専門家の育成も支援する。
- (キ) 医療機関内のクラスター発生等のリスクや急性期を脱した患者の回復期医療に対応するため、複数の医療機関で感染症患者に対応できる連携体制を構築する。
- (ク) 感染症科を設置するとともに、独立した感染管理部門を設置する。

イ 運営・諸室整備計画

新病院における運営・諸室整備計画は以下のとおりで、この内容をベースに、新病院の施設整備を進めます。

- (ア) 感染対策機能
 - a 各病棟で感染診療ができるよう、個室化や前室の整備を行う。また陰圧個室も効率的に配置する。
 - b 円滑な感染対策医療が行えるよう、ＩＣＴ（感染対策チーム）の運用に必要なマンパワーの集約を図る。
 - c 専用の感染対策室を配置する。
 - d 緊急性のある塗抹検査を行うスペースを感染症外来、救命救急センターに整備する。また、病棟からのアクセスに配慮する。
 - e 一般外来や救急外来に車イス患者等も使用できる採痰ブースを整備する他、車イス患者を救命救急センターに最短経路で搬送できる配置とする。
- (イ) 感染症病棟機能
 - a 院外からの搬送を想定し、感染症外来から直接搬送可能な動線を確保し、エレベーターから隣接した場所に、陰圧管理が可能な感染症個室を配置する。

- b 感染症患者の動線は、救急医療エリアやＣＴ室への動線も考慮する。
 - c 院内感染の発生及び拡大を防止するため、空調設備の強化や、非接触型衛生設備等を設置する。
 - d 感染症流行時に一般病棟を臨時感染症病棟として活用する。また、感染者数に応じて病棟の一部を感染症病棟として対応できるように、病棟コア機能の分離に配慮した配置とする。病床数としては、ワンフロア 90 床（重症 10 床、中等症・軽症 80 床）程度を想定する。なお、診療ユニットが必要となる診療科については、各病棟での対応を想定する。
 - e 臨時感染症病床として活用する病棟（病床）には、各室にトイレ・シャワーを設置することが望ましい。
- (7) その他
- a 保健所、地域の医師会と連携したカンファレンスを開催し、そのための設備を整備する。
 - b サーベイランスを行い、そのためのシステムを整備する

ウ 部門配置・動線計画

感染症外来は救命救急センターに近接して配置することが望ましく、感染症病床への優先的な動線を確保します。

また、感染症病床からＩＣＵへの優先的な動線も確保します。

（８）災害医療部門（災害特別医療支援センター）

ア 部門整備の基本方針

新病院の部門整備における主な考え方としては、以下のとおりです。

- (ア) 基幹災害拠点病院として、人材確保、人材育成・派遣など災害医療体制の強化に貢献する。また免震構造を主とした施設とし、必要な設備、諸室を整備する。
- (イ) 基幹災害拠点病院の要件を充足し、災害医療体制の強化に向けた訓練・研修等を実施するとともに、ロジスティクスの人材育成・派遣など災害医療体制の強化に貢献する。
- (ウ) 災害派遣医療チーム（DMAT）等の派遣体制に加えて、災害医療に専従する部門を確保するとともに、職員全体で災害に対応する意識を醸成し、災害医療人材を育成・確保する。
- (エ) 災害時対応体制を整備する（ヘリポートの整備の検討、災害対策本部の設置場所の想定、DMAT受入れスペース等の準備）。
- (オ) 災害用備蓄倉庫の確保と、災害を見越した建物設備を整備する。
- (カ) 広島大学病院危機医療センターや厚生労働省 DMAT事務局等と連携して災害医療人材育成・研修プログラムを開発する。また、厚生労働省DMAT事務局等との人事交流や国際緊急援助隊事業への積極的な参加により、災害医療のレベルアップ及び若手医療人材の確保を図る。
- (キ) 新病院の事業継続計画（BCP）は、地域連携事業継続計画（CCP）の視点を踏まえ、関係機関と連携し策定する。また、大規模災害対応時の外部人員の受入れも視野に入れた計画とする。災害医療活動の実効性を高めるため、災害拠点病院及び日本赤十字社の職員や医師会会員など、災害医療に参加しうる医療従事者及び地域住民を含めた災害医療の訓練・研修を実施する。

イ 運営・諸室整備計画

新病院における運営・諸室整備計画は以下のとおりで、この内容をベースに、新病院の施設整備を進めます。

- (ア) 基幹災害拠点病院機能
 - a 垂直移動が可能な動線を確保したヘリポートの設置を検討する。
 - b DMATの受入れスペース（平時は別用途で利用可）を確保する。DMATの一時的な待機場所は、50名程度を想定する。
 - c 災害対策本部は病院施設の低層階への配置を検討する。十分なスペースを確保し、全館放送設備を備えるなど、運用時に必要な設備を具備する。また、ボランティア受入れ窓口等のスペースも想定する。
 - d DMATは4チーム以上を基本として編成する。1チーム医師1名、看護師2名、業務調整員1名の構成とする。
 - e 広域災害・救急医療システム（EMIS）や災害時診療概況報告システム（J-SPED）を円滑に運用する。

- f 災害時、自施設の職員以外も多くの支援者が来ることが予想されるため、受援者の待機場所等が必要。そのため、汎用性のある部屋をできるだけ多く確保する。
- (イ) 災害特別医療支援センター
 - a 災害特別医療支援センターとして執務室を1室（20～30 m²程度（3名～4名）、水場（手洗い等）を整備する。
 - b 災害時の緊急会議室（平時は通常の会議室等として使用）を整備する。
※ 災害の規模により、別の会議室等を使用することもある。
 - c インターネット遮断を想定し、高速衛星通信手段の確保可能な南向きの窓のある部屋を整備する。
- (ロ) 災害備蓄機能
 - a 自家発電機（通常時の6割程度の発電容量）を保有し、燃料（4日分程度）を確保する。自家発電機等の設置場所については、地域のハザードマップ等を参考にして検討する。また、受電方式について予備電源確保のための2回線受電を行う。さらに、次世代の発電方法も十分考慮し複数の発電方法を検討する。
 - b 適切な容量の受水槽の保有、停電時にも使用可能な井戸設備の整備、優先的な給水協定の締結等により、災害時の診療に必要な水を確保する。
 - c 災害時における患者の多数発生時（入院患者については通常の2倍、外来患者については通常の5倍程度を想定）に対応可能なスペース及び簡易ベッド等の備蓄スペースを確保する。
 - d 食料、飲料水等の備蓄（3日分程度）または、協定等を結び確保する。なお、食料や物品を備蓄する倉庫は有事の際の動線等を考慮し、配置する。
 - e DMA T活動に関する物品や研修等に関する物品を収納できる倉庫を確保する。
- (ハ) 強風、暴風雨対策機能
 - a 強風、暴風雨により病院玄関や救急出入口が使用できなくなることを防ぐよう、風よけ、雨よけ等の対策を十分に図り、保安電源の確保、照明も考え、実活動を見据えた設計とする。

ウ 部門配置・動線計画

災害医療部門（災害特別医療支援センター）の部門配置においては、救急外来または救命救急センター及び災害対策本部となりうる会議室等、防災センターやDMA T受入れスペースと連携がとりやすい配置計画とします。

(9) 手術・中央材料部門

ア 部門整備の基本方針

新病院の部門整備における主な考え方としては、以下のとおりです。

- (ア) 高齢化に伴う患者数の増加、高度急性期医療、周産期医療の提供による手術件数の増加、診療科の充実に伴う手術件数の増加等、将来を見据えた機能別・手術室数の充実を図る。
- (イ) 高度かつ専門的な手術機能を有し、救命救急センターとの連携による 24 時間 365 日迅速な緊急手術に対応する。
- (ウ) 十分なスタッフを確保し、安全かつ効率的な手術運営を行える環境と設備を整える。また手術内容に応じた 2 つのエリアを設定する。
- (エ) 集中治療や重症管理、周産期医療を行う病床との連携により、重症度に応じた周術期管理を行う。
- (オ) 医療安全や感染管理に対応した安全性の高い動線及び諸室を整備する。
- (カ) 新生児、未熟児から超高齢者という幅広い年齢層、ハイリスク患者、ロボット手術や血管内手術、人工心肺を使った手術へ対応するための手術環境を整備する。

イ 運営・諸室整備計画

新病院における運営・諸室整備計画は以下のとおりで、この内容をベースに、新病院の施設整備を進めます。

- (ア) 手術室機能
 - a 手術室数は 25 室（将来拡張 1 室）を整備する（図表 8 参照）。

図表 8 新病院手術室数

種類	室数	備考	ゾーン
ハイブリッド手術室	2 室	心臓血管用 1 室、脳血管用 1 室 (各室に対応する操作室を設置)	A
ロボット手術対応	3 室	操作性に配慮	A
バイオクリーン	2 室	陰陽圧切り替え	A
感染症・救急対応	2 室	陰圧対応	A
専用手術室（産科）	1 室	帝王切開対応（緊急用）	A
専用手術室（眼科）	2 室	内 1 室、全麻対応室	B
一般（汎用）	13 室	A ゾーン：3 室 B ゾーン：10 室（うち 3 室は外部からの入室）	A・B

※ ゾーンは手術室の区分を示す。

- b 心臓血管や脳外科手術、ロボット手術、胸部外科手術や腹部手術など大掛かりで時間を要する手術を行うゾーン（A ゾーン）と、眼科、耳鼻科、小児外科、整形外科、日帰り手術など短時間で終わり、数をこなす手術ゾーン（B ゾーン）の 2 つのゾーンに

区分する。また、各ゾーンにそれぞれに必要な準備室、物品庫、倉庫、薬品庫などを設置する。Aゾーンのフロアには術後用ICUと回復兼申し送りスペース（4名程度のスペース）、Bゾーンのフロアには、当日入院・日帰り手術ユニット用の回復室（6名程度のスペース）の直結をそれぞれ検討する。

- c 先進医療を担う手術室は、それぞれの機能に合わせた必要面積を確保する。また感染・救急対応、一般手術室においても安全が確保される十分なスペースを確保する。
- d 専門機能に特化した手術室と複数の機能へ対応可能な手術室を効率的に運用し、手術室全体での総合的な機能を確保する。
- e 脳腫瘍の手術を行う手術室は、より安全かつ確実な手術を実施するため、術中にMRIやハイグレードCT等を想定したスペースやゾーニング等を確保する。
- f 医療の進歩・変化への対応が可能な手術室運用を行う。

(イ) 日帰り手術機能（当日入院・日帰り手術ユニット）

- a 当日入院・日帰り手術ユニットを手術室に隣接して設置し、日帰り手術患者対応を一元化するため、受付、専用諸室、専従スタッフ等を整備する。
- b 当日入院手術用の患者待機、経過観察用の設備（看護詰所、回復用ベッド、各種モニター、点滴ブース、洗面・トイレ・シャワー等）を整備する。
- c 日帰り手術のための専用手術室は設置せず、Bゾーン内の汎用手術室や専用手術室を活用し、日帰り手術に対応する。
- d 当日入院・日帰り手術ユニット用の回復室はBゾーンに整備する。
- e 当日入院や日帰り手術患者の術前検査や診察、同意・説明などの術前、術後の対応は患者支援センター内に設ける周術期外来ユニットで行う。

(ウ) 手術部門環境

- a 手術エリアの形状は、中央ホール型により整備する。
- b Aゾーンは回復室を設置せず、各手術室で患者を観察し、手術室内で申し送りをを行い帰室する。術後1時間以上の観察が必要な場合は、術後用の集中治療室に移送する。Bゾーンでは、麻酔覚醒までの間、患者状態を観察できるよう、スタッフルームに隣接して回復室（ベッド3～4台程度）を整備する。なお、回復室には酸素・吸引等の配管設備を確保し、麻酔器も配置する。Bゾーンの回復室では、精神科の電気痙攣療法の実施も想定する。
- c 手術室数に合わせ、十分な器材保管スペース及び診療材料等保管スペースを確保する。特に器材保管スペースについては、手術機能の拡充に合わせ器材の増台が予測されるため、十分な広さを確保する。
- d 各手術室の前に器材コーナー、手洗いコーナーと搬送ベッドなどが置けるスペースを設ける。開心用手術室、ハイブリッド手術室前には人工心肺等の器材配置スペースを設ける。
- e 手術部門内には、スタッフルームの他、多職種が入れるカンファレンス室や更衣室、仮眠室やトイレ等も整備し、手術室数、規模に合わせて充実を図る。なおスタッフステーションは両ゾーンにそれぞれ設置し、ゾーン内の各手術、また全手術室の状況をモニターできる仕様を想定する。

- f 手術件数の増加を見越し、手術部門内に整備する麻酔科室等についても十分な広さを確保する。麻酔科カンファ室と麻酔科休憩室と麻酔科医局は手術部のエリア内に設置する。
 - g 手術部門内に薬剤管理のためのサテライトファーマシーを設置する。
 - h 個室の患者家族説明室、開放型控室等の充実を図り、患者・家族用のトイレについても整備する。
 - i 検体処理や切り出しはホルマリン等の取扱い環境に考慮し、病理部門にて集約して実施することとし、手術部門内に専用室は設けない。なお、病理部門との位置関係によっては、小荷物専用昇降機等の設置を検討する。
- (エ) 周術期外来ユニット
- a 患者支援センター内の機能として術前・術後管理を行う周術期外来ユニットを設け、外来に設置する。
 - b 薬剤チェック、口腔ケア、入院説明などPFMの一環として、麻酔科術前診察も組み込むため、麻酔科医師が行う麻酔科診療・説明、術前診察は周術期管理ユニット内に設けた診察室で行う。
 - c 術後の患者重症度や入院経路及び専門機能に応じて、集中治療病床、救命救急センター等の専門機能との円滑な病床連携を行う。
- (オ) 教育・研修機能
- a 複数の医師及び医療従事者が術中の観察や手術記録を共有できる手術映像情報システムや円滑なカンファレンスが行える仕組み等、チーム医療の円滑化や医療人材の教育・研修が行える環境を整備する。
 - b 初期臨床研修医を指導できるエリアとして、シミュレーターを常備しておき、気道確保や中心静脈穿刺などのトレーニングを受けることができるようにする。
※ 院内の教育・研修センターでの集約対応を想定する。
- (カ) 中央材料部門
- a 原則、部門毎の一次洗浄は行わず、全て中央材料部門での対応とする。
 - b 中央材料部門として、仕分・洗浄室、組立・包装室、既滅菌室、中材事務室、事務室、検収室等を整備する。
 - c 清汚の動線をゾーニングにより明確に区分する。
 - d 中央材料室には、オートクレーブ、プラズマ滅菌装置、洗浄機等を整備する。また、中央材料部門の全自動化を検討する。
 - e 手術器材の保管場所・供給動線については清潔が保てる形で整備する。
- (キ) その他
- a 患者が速やかに手術を実施できるよう、各部署・エレベーターからの動線を確保する。
 - b 検体や物品（診療材料、滅菌器材等）の搬送動線に考慮するとともに、必要に応じた搬送設備を設置する。
 - c 清浄度等に配慮した必要な空調環境を整備するとともに、清汚の動線分離等にも配慮する。

ウ 部門配置・動線計画

手術部門の部門配置においては、術前・術後の動線に配慮した配置を基本とし、院内／術後 I C U ・ H C U（大手術後の患者、ハイリスク患者、合併症発症後の患者の管理）に隣接設置します。

また、病棟へエレベーターでの速やかな患者搬送が可能な配置とする他、検査部門との検体搬送動線や中央材料部との物品搬送動線、ヘリポートからの患者搬送動線等への配慮も行います。

(10) 放射線部門

ア 部門整備の基本方針

新病院の部門整備における主な考え方としては、以下のとおりです。

- (ア) 新病院機能・規模を考慮した放射線機器を導入し、効率的に活用することにより、高度専門医療に対応する。
- (イ) 救命救急センターでの緊急検査対応や手術部門等におけるハイブリッド手術への対応など、より専門性の高い検査機能を確保する。
- (ウ) 放射線治療は、H I P R A Cとの一体化により運用する。

イ 運営・諸室整備計画

新病院における運営・諸室整備計画は以下のとおりで、この内容をベースに、新病院の施設整備を進めます。

- (ア) 放射線部門における導入機器配置等
 - a 新病院機能・規模に応じた放射線機器を導入する。主には、一般撮影装置、C T装置、MR I装置、マンモグラフィ、X線透視装置、歯科用X線撮影装置、アンギオ装置、放射線治療装置等を整備する。
 - ※ 一般撮影装置：7台（うち、1台は救急専用）、C T装置：6台（ハイブリッドE R及びI V R－C Tを除く）、MR I装置：5台、アンギオ装置：6台（うちI V R－C T：1台）、救急部門のハイブリッドE Rを構成するI V R－C T：1台、手術部門のハイブリッド手術室を構成する検査装置：2台、マンモグラフィ：1台、骨密度測定装置：1台
 - b 放射線部門は、救急対応機能の向上のため、救急エリアに近接した配置とする。
 - c C T装置については、高度救急医療、高度専門医療に対応するため、導入の段階において可能な限り高機能、高性能なC T装置の導入を検討する。
- (イ) X線透視室
 - a 婦人科、整形外科、泌尿器科、外科、呼吸器科、小児科等が使用する透視室を6室整備する。
 - b 内視鏡センターと隣接・近接の配置が望ましく、内視鏡センター専用の透視室を2室整備する。
- (ウ) 画像検査機能
 - a 受付から撮影室まで、可能なかぎり患者動線が短くなるようにする。
 - b C T撮影室、一般撮影室、透視撮影室は、救命救急センターから円滑に使用できるような配置とする。なお、各撮影室の配置は、救急外来患者と一般外来・病棟患者の動線を分離した配置を検討する。

- c MRI撮影室は、搬入や磁場の影響を考慮した配置とし、ベッド患者の寝台移動、静脈ルート確保、検査前金属確認等を考慮した前室を整備するとともに、待合室や更衣室等も装置台数に応じた必要数や広さを確保する。
 - d 患者の着替えを想定し、撮影室内に前室を整備する。
 - e 救急用ベッド及び病棟用ベッドが出入り可能な横スライドドアにする。
 - f 各種撮影室には強制換気設備を設置する。
 - g 各種撮影室には撮影用道具収納棚を設置する。
 - h 透視撮影室、CT撮影室には洗面台、汚物流し台を隣接して設置する。
 - i 将来の最新医療機器の新・増設や更新に対応するためのスペースを確保するとともに、外部からの機器入れ替え動線に配慮した場所に整備する。
 - j スタッフの業務効率性を考慮した機器配置及び動線とする。
 - k CT撮影室には、更衣室を整備する。また、ルート確保及びアレルギー発生時対応のため前室を整備する。なお、各CT室とCT操作室は同フロアの近接したエリアに配置する。
 - l 放射線部門の各エリアで画像処理が行える環境と、画像処理専用のスペース（3DLab）を整備する。
- (エ) アンギオ関連
- a アンギオ室と手術室は、エレベーター等で動線が確保されていれば、必ずしも同一フロアに設置する必要はない。
 - b 血管撮影室は、6室整備し、心臓カテーテル、アブレーション、シャントPTA、脳血管造影、腹部血管造影等がそれぞれ柔軟に実施できる血管造影室の運用を構築する。なお、そのうち1室は、IVR-CT装置を整備する。ハイブリッド手術室は、心臓血管用と脳血管用で手術室内に2室整備する。
 - c 必要諸室機能として、撮影室のほかに、患者待合、トイレ（男女別）、説明室、器材庫、各操作室やCPU室等を整備する。
 - d アンギオ室に隣接し、スタッフ休憩室を設置する。
 - e アンギオ室には前室を設置する。また、患者に対して説明を行うIC室を設置する。
- (オ) 放射線治療機能
- a 放射線治療は、HIPRACとの一体化により運用する。
 - b 遠隔操作密封小線源治療装置（RALS）は、HIPRACの一部を改修したうえで必要諸室を整備する。
- (カ) 核医学
- a PET-CTを2台、SPECT-CTを2台整備する。
 - b 患者を入院させるに当たって遮蔽や排水など放射性物質への対応を考慮した病室を用意する。
 - c 診察・治療患者、それぞれの待合スペースを整備する。
- (キ) アイソトープ治療
- a アイソトープ内用療法で必要となる放射線治療室を2室整備する。

(ク) その他

- a 災害拠点病院として、停電時の放射線機器稼働に考慮した非常用電源等を確保する。
- b 感染症患者と一般患者など、各区分に応じた動線を分離する。また機器の共用を前提とし、待合室に関しても十分な広さを確保する。
- c 放射線部門の機能拡張（機器台数）と合わせ、患者用諸室（待合、更衣室、I C室、十分な広さ（車イス患者も想定した）を確保した待合等）、スタッフ用諸室（読影室、休憩室、仮眠室、カンファレンス室等）、患者・スタッフアメニティの充実を図る。
- d 各病棟にポータブル撮影装置の保管場所を整備する。
- e 各種サーバーは、病院全体のサーバー室に集約させる。
- f 放射線装置の荷重に考慮した施設とする。
- g H I P R A Cと一体化した放射線治療の運用を考慮し、放射線治療の外来診察室は、H I P R A Cに確保する。
- h H I P R A Cを改修して各種放射線治療装置を整備する場合、現在のH I P R A Cに設置してある放射線治療装置の中長期での更新計画を考慮し、更新用の空き部屋を確保することなども検討する。

ウ 部門配置・動線計画

放射線部門の部門配置は、救命救急センターにおける迅速な診断を考慮し、救命救急センターと同フロアで隣接した配置とします。また、内視鏡部門とも隣接した配置とし、X線透視撮影の運用を効率的かつ円滑に実施できる部門配置とします。

血管造影室については、放射線部門と一体的に配置するとともに、救命救急センターと隣接した配置とし、集中治療部門との優先的な動線を確保します。

放射線治療部門については、H I P R A Cとの一体化した部門配置を検討するとともに、がんの集学的治療の円滑な連携を考慮し、がん医療部門との近接配置を検討します。

(11) 検査部門・病理診断部門

ア 部門整備の基本方針

新病院の部門整備における主な考え方としては、以下のとおりです。

- (ア) 各検査機能を充実し、高度専門医療への対応機能を確保する。
- (イ) 高度医療・人材育成拠点として、臨床検査を担う内部人材の継続的な確保と育成を強化するとともに、外部委託も有効活用し、正確かつ迅速に結果報告が行える検査実施体制を整備する。
- (ウ) 検査部門は、自動化技術やロボット技術を積極的に活用し、業務効率の向上と患者動線、また検体搬送動線を優先して整備する。
- (エ) 新病院においても臨床検査部門（生化学・免疫学的検査、血液一般検査、微生物検査、輸血検査、病理検査、生理検査、遺伝子検査）についての「ISO 15189（臨床検査室—品質と能力に関する特定要求事項）」の認定取得に向け、要求水準に適応した設備を整備する。
- (オ) 臨床研究部門と密接な連携を行う。

イ 運営・諸室整備計画

新病院における運営・諸室整備計画は以下のとおりで、この内容をベースに、新病院の施設整備を進めます。

- (ア) 検体検査関連
 - a 検体検査、遺伝子検査、細菌検査、輸血検査、病理検査は各検査を機能的に配置し、業務効率の向上を図る。特に輸血検査、病理検査は手術室への近接設置を想定する。
 - b 患者動線と検体搬送動線の分離等、感染管理上の動線分離、また必要に応じた搬送設備（大口径気送管等）を導入する。
 - c 検体検査室については特殊な機器を使用することから、給排水設備及び電源設備に配慮するとともに機器の発熱に考慮した空調設備とし、特に冷凍・冷蔵庫が集中する場合の換気や温度管理を考慮した施設を整備する。
 - d 検査の自動化による効率的な検査運用体制の構築、患者の待ち時間短縮に向け、検体搬送ライン及び分注システムの導入に対応した施設を整備する。
 - e 細菌検査室についてはP3レベル（BSL3）への対応を考慮し、独立した換気、陰圧室と自動ドアで区切られた前室を整備し、フレキシブルなレイアウトとする。
 - f 輸血検査室は、輸血検査室、HLA検査室、移植適合判定検査室、血液製剤保管室（血液保冷室）、休憩室等を確保する。なお、輸血検査室と血液製剤保管室は隣接させるものとする。
 - g 保管検体保存のための冷蔵保管室を整備する。（個々の検査室で冷蔵保管を行うか、集約するかは継続して検討。）

(イ) 生理検査関連

- a 新病院機能・規模に応じた生理検査機器を導入する。また、超音波検査室を核とした「超音波検査センター」を見据えた諸室を整備する。主には、心電図、呼吸器機能、超音波検査室（エコーラボ）、脳波検査室、筋電図検査室、睡眠時呼吸検査室、心肺運動負荷試験、運動負荷心エコー、侵襲的な処置を伴う生理検査のための処置室などを整備する。また、受付と待合は十分なスペースを設け、外来患者の検査が円滑に行えるように広さの確保と配置を行う。なお、入院患者への検査も考慮し、病棟からの動線にも配慮した配置とする。
- b 脳波や聴力等、検査に適した防音室や暗室を設置する。また肺機能検査室には感染対策として換気機能を備えた部屋（機器）を整備する。さらに、必要に応じて更衣室としての前室の設置と、脳波室にはシャワー機能がついた洗面スペースを確保する。
- c 各検査室はプライバシーに配慮した個室とし、検査件数の増減に対応できるような広さと構造とする。また、各検査室は患者動線や業務の効率を考慮した配置とする。さらに、ベッド移動患者の待機スペースを設ける。
- d 各検査室と連続したバックヤードを設置し、物品・資料収納棚や業務効率を考慮した作業スペース及びスタッフ通路（臨床検査技師と患者の動線を分離）を整備する。さらに、バックヤードには洗面台を設置する。
- e 外来患者と入院患者の動線を分離する。
- f 作業効率を考慮し、各検査室個別に調整可能な照明や空調設備を設置する。
- g 酸素・吸引の配管を整備する。
- h その他、カンファレンス室などスタッフ用諸室の充実を図る。
- i 各検査データのデータ管理のため無線LAN環境を構築する。なお、無線の通信障害時の緊急対応にも考慮し、無線LANと合わせて有線LAN環境についても整備する。
- j 各検査機器の効率的な運用と無駄のない配置を実現するため、中央管理を行う。

(ウ) 病理部門

- a 手術室と剖検室、病理検査室は検体搬送に考慮し、換気や清汚の動線分離に配慮する。なお、換気は壁面下部からの換気を検討する。
- b 病理検査室には検体受付・一時保管室を設けるとともに、病理診断室と臨床・病理カンファレンス室は一体で整備し、細胞診診断室、臓器切り出し室や、標本作成室、標本資料保管室、包埋・薄切室、染色室、検体保管庫、毒物・劇物保管庫、休憩室等を設ける。
- c その他、部長室、技師長室、スタッフ共用デスク、検査科全体集合カンファレンス室、冷蔵室、冷凍保管庫、資材保管庫、メディカルクラーク執務室、術中迅速診断時に手術室をモニターで観察できる設備等を整備する。
- d 剖検室と霊安室の優先的な動線を確保する。また、24時間検体処理が行え、検体検査室の当直者でも対応できるよう、検体検査と病理部門が近接配置されることが望ましい。
- e 遺体冷蔵庫を備えた病理解剖室を設置する。また病理検体保管庫については、病理検査室との動線に配慮した上で、十分な広さを確保する。また換気等へ配慮する。なお、病理解剖室は、重症感染例（クロイツフェルト・ヤコブ症候群など）を想定した病理解剖に対応するため重症感染症対策（バイオハザード対応）病理解剖室を整備する。

- f 病理解剖室(剖検室)には、独立した前室を設け、感染対策空調整備、廃液処理設備、男女別更衣室、感染対策シャワールーム、専用トイレ、遺体保存冷蔵庫(3人用)等を整備する。また臨床検査結果や各種画像を確認する、電子カルテ端末の配置を想定する。
 - g 病理標本のデジタル化を推進し、また、遠隔医療に対応する機器・環境整備や、他の病院からの病理診断の依頼を受けるシステムの整備についても検討していく。
- (エ) ゲノム医療
- a 技術の進歩に合わせたゲノム解析を行う。また、ゲノム医療として、遺伝子カウンセリングを行い、がん医療以外(産婦人科、生殖医療、小児、がん医療など)を含め、集約して診療にあたる。
 - b ゲノム診療科として、検査部門内に、ゲノム検査室を整備するとともに、医師、看護師、カウンセラーが使用可能な執務室もしくは執務エリア(エキスパートパネルの解析結果や遺伝子学的検査などの管理と保管)を整備する。
 - c 外来エリアには防音性に配慮したオンライン診療等にも対応したカウンセリング室(オンライン診療室としては院内で共用を検討)を設置する。
- (オ) その他
- a 検査室の配置に合わせて、スタッフルームや休憩室等の必要な諸室を効率的に配置する。なお、広さについては配置される職員数に合わせて適正な広さを想定する。
 - b 検査過程の進捗や情報については中央化し、「検査情報室」の設置を目指す。
 - c 検体検査部門、病理部門、輸血部門、生理検査部門さらにゲノム診療部との連携によるゲノム検査部門を設置する。

ウ 部門配置・動線計画

検査部門は、患者動線と検体搬送動線、職員の効率的な運用に配慮した部門配置とします。また臨床検査部門と救命救急センター、中央採血室、外来部門は検体の搬送に配慮した配置とし、効率的に運用するため、病理診断科の属する病理部門は手術部門と直上・直下を想定します。

(12) 薬剤部門

ア 部門整備の基本方針

新病院の部門整備における主な考え方としては、以下のとおりです。

- (ア) 院外処方の基本とする。
- (イ) 患者の入院から退院後までの薬剤全てに関して安全で有効な切れ目なく、保険薬局との連携も視野に入れた十分な働きが行えるような体制・設備面の充実を図る。
- (ウ) 病棟配置薬剤の管理体制改善、薬剤管理指導業務等の充実に向け、病棟薬剤師業務を実施する。
- (エ) 外来部門に服薬指導室（薬剤師外来）を配置し、服薬指導等へ積極的に対応する。
- (オ) がん医療機能の向上に向け、外来化学療法室に抗がん剤調製室を整備し必要な設備を導入する。
- (カ) 地域との連携にも資するよう、継続的な薬剤師の確保と高度な薬物療法等について知識・技能を備えた人材を育成するための環境整備と支援を行う。

イ 運営・諸室整備計画

新病院における運営・諸室整備計画は以下のとおりで、この内容をベースに、新病院の施設整備を進めます。

- (ア) 薬剤関連諸室
 - a 薬剤関連諸室として、調剤室（注射調剤室含む）、服薬指導室、無菌室、製剤室、備蓄庫等を整備する。また、麻薬管理室や医薬品情報管理室、書類一時保管倉庫等も整備する。
 - b 効率的な運用を図るため薬剤部と調剤室（注射調剤室含む）はワンフロアを基本とする。風雨の吹込みや外部からの侵入などにも考慮し、セキュリティに配慮した配置とする。
 - c 薬剤部のセキュリティ対策の充実のため、ＩＣカード等による入退室管理、カメラ設置等を行う。
 - d 病棟への薬剤搬送動線に考慮し、部門配置によっては、搬送機の導入を検討する。また、薬剤受け渡しのためのパスボックスを設置し、薬剤取り出しのログ管理を行う。
 - e 院外から薬剤部への物品搬送動線の確保を行い、納品薬剤を検品する。また、検品に必要なスペースを確保する。
 - f 薬剤カートを管理できる十分なスペースを確保する。また、医薬品冷蔵庫・常温保管棚の設置や、搬入・払出が行えるスペースを確保する。
 - g 医薬品の常温管理を徹底するために、薬剤部内や薬剤を保管するエリア・諸室をコントロールする空調設備を設ける。
 - h 医薬品情報の収集及び提供体制を整備し、院内における医薬品の適正使用や安全管理を行うため、医薬品情報室（ＤＩ室）を整備する。また、個人情報保護の観点や、MR等による情報提供活動を想定し、MR等が入室可能なエリアを区分する。
 - i 麻薬金庫が設置可能な麻薬管理室を設置する。

(イ) 外来関連諸室

- a 外来患者の処方は原則として院外処方とし、かかりつけ薬局の利用を促進する。
- b 外来患者の抗がん剤等を中心とした薬剤管理指導を促進する。
- c 外来に持参薬鑑別、服薬指導等のための服薬指導室（薬剤師外来）を整備する。また整備に当たっては、患者へのプライバシー確保に考慮する。
- d 外来投薬窓口、救急投薬窓口は薬剤部との優先的な動線を確保する。また外来投薬窓口は会計窓口と近接配置するとともに、車いす利用者や高齢者が利用に配慮する。

(ウ) 病棟薬剤管理

- a 病棟薬剤管理業務の拡充に向け、スタッフステーション内に薬剤調剤室（サテライトファーマシー）を設置する。また、必要病棟にはクリーンベンチを整備する。
- b 入院時における患者持参薬管理から入院中の薬学的管理、退院時の薬剤管理指導等、薬剤師の入院患者への薬剤管理機能を拡充し、チーム医療への参画を促進する。
- c 病棟配置薬に関して、薬品管理装置の導入もしくは各病棟で統一した配置薬棚の設置を検討する。
- d 統一した救急カートを各病棟に配置する。

(エ) その他

- a 外来化学療法室には、安全キャビネット、抗がん剤調製ロボットを設置する抗がん剤調製室を整備する。
- b 薬剤部内にスタッフルーム、休憩室、当直室、男女別のトイレ、シャワー室やカンファレンス室、応接室、相談室の設置を検討する。
- c 薬剤部内に学生研修生受入れ用の研修室・会議室設備を検討する。整備に当たっては、実習生・研修生のPC利用を想定する。
- d 基幹災害拠点病院として、災害備蓄を想定した薬剤保管スペース（3日分）を確保する。

ウ 部門配置・動線計画

薬剤部門は、病棟等への薬剤供給動線、院外からの薬品搬入等へ配慮した部門配置とします。患者動線を考慮し、外来投薬窓口と会計窓口を近接させ、また、救急部門での投薬を想定した動線を確保します。

(13) リハビリテーション部門

ア 部門整備の基本方針

新病院の部門整備における主な考え方としては、以下のとおりです。

- (ア) リハビリテーション科医師と療法士が、多くの職種と協働し、質の高いリハビリテーション医療を提供することで、患者の「機能と活動性」を改善して、患者のADLとQOLを向上させる。これらを通して、合併症の予防と在院日数の短縮や患者満足度の向上に寄与する。
- (イ) 患者の状態に応じて医学的管理を適切に行った上で、発症早期より在宅復帰を見据えて、早期離床、心身機能の回復訓練、日常生活動作訓練などのリハビリテーション治療を実施する。
- (ウ) 発症早期または手術前からリハビリテーション治療を漏れなく実施するために、各診療科からの診療依頼を効率的に運営するシステムの構築を行い、連携を強化する。
- (エ) リハビリテーション施設基準は、人員・設備・経営または病院機能などから総合的に判断し取得する。そのために必要な人員・施設設備を確保する。
- (オ) 疾患別リハビリテーション治療の実施に加え、がん患者や小児患者、障害児（者）、認知症患者へのリハビリテーション治療についても実施する。
- (カ) ADL訓練、家事訓練、高次脳機能訓練、小児リハビリテーション治療へ対応可能な必要諸室を整備する。
- (キ) 急性期医療を担うリハビリテーション部門として、リハビリテーション専門職の継続的確保と適正なりハビリテーション技術等を身につける事ができる教育体制を整備する。
- (ク) 障害を有する小児・成人の医療的な窓口としての役割を担い、リハビリテーション診療を行う。

イ 運営・諸室整備計画

新病院における運営・諸室整備計画は以下のとおりで、この内容をベースに、新病院の施設整備を進めます。

- (ア) 病棟リハビリテーション治療
 - a 病棟内・病室内における早期離床リハビリテーション治療を多職種により進める。病棟は長距離の直線確保し歩行練習や運動等に活用する。また病棟内にはリハビリテーション治療への活用を考慮し、横手すりの設置を検討する。病室は車椅子移乗ができるベッドサイドスペースを確保する。
 - b 施設基準に定められた面積を確保するだけでなく、リハビリテーション実施規模に合わせた面積を確保する。
- (イ) 心臓リハビリテーション治療
 - a 医師、看護師の見守りや同席して心臓リハビリテーションが行えるよう心電図など各種モニターとエルゴメーターやリカンベント型エルゴメーター、レッグプレス（油圧

式)等運動機器を配置した、心臓リハビリテーション室を中央リハビリテーション室内に設置する。

b 外来心臓リハビリテーション治療についても、中央リハビリテーション室に集約する。

(㉒) 小児リハビリテーション治療

a 小児リハビリテーション治療は中央リハビリテーション室内で実施するが、理学療法、作業療法は成人のリハビリテーション治療と訓練室を区分し、言語聴覚療法は個室等の整備により安全なリハビリテーション治療を行える環境を整備する。

b 中央リハビリテーション室内で小児リハビリテーション治療を実施する諸室は患者の行動等を考慮し、物品は高い位置に配置する。

c 小児PT室として、2名が同じ時間帯に使用できる広さを確保し、小児専用の階段を設置する。

d 小児OT室として、個室と感覚統合訓練が行えるような訓練室を整備する。

e 小児ST室として、個室を2～3室整備する。個室はマジックミラー付きの個室とし、うち1室は広めの部屋を確保する。また、鏡張りのプレイルームを確保する。

(㉓) 屋外リハビリテーション治療

a 屋外リハビリテーション治療スペースはバリアフリーな環境に加えてバリアフリーではない環境(階段、スロープ、飛び石や砂利道など、様々な環境下での散歩コースの設置)を整備し、不整地での訓練にも対応できるような環境を整備する。

b 作業療法の一環として、屋外で畑や園芸ができるスペースの設置を検討する。

c 屋外リハビリテーション治療は中央リハビリテーション室から優先的な動線を確保する。また、屋外での緊急連絡も対応できるよう、職員の管理が可能な配置とし、通信環境を整備する。

(㉔) 中央リハビリテーション室の環境

a 照明効果・床・窓・壁の色彩・転倒にも配慮した環境づくりに努める。床材には木材を使用し、照明は理学療法実施時に破損しない対策を行う。また各部屋に手洗い等が可能な洗面台を設置する。

b 中央リハビリテーション室内では、個室、物理療法室、在宅退院を目指した機能訓練室(ADL室としてシンク、浴室・浴槽等)、言語聴覚室(個室)等を区分けして整備する。また、リハビリテーション治療を提供する部屋内に階段、スロープ、引き戸・開き戸、縦手すり等を設置する。個室は遮光カーテンを設置し、簡易聴力検査が可能な防音性を確保する。

※ リハビリテーション室に整備する各機器は今後検討する。(ロボットリハビリテーション機器やドライブシミュレーター、免荷歩行機器、IT・DX機器、電動昇降式プラットフォーム、モジュラー型トイレ、3次元動作解析システム等)

c 受付室、診察室、外来患者待機室も設備する。

d 室内に十分な収納スペースを確保する(歩行器や、物療機器、運動機器、車椅子、書類など)。

e 室内に障害者用の患者用トイレ(オストメイト・おむつ交換設備付)を整備する。

- f 言語聴覚室以外の室内はリスク管理、また多職種連携に考慮し、ある程度見渡せるように整備する。
- (カ) 外来リハビリテーション科診察室
 - a 障害を有する小児・成人の医療的な窓口としての役割を担い、外来リハビリテーション診療を行う。
 - b 義肢装具診療スペースも含めて、診察室を外来部門内にも設ける。
- (キ) スタッフ諸室
 - a 管理職室、スタッフ作業室、ミーティングルーム、スタッフ休憩（控室）、学生の学習室（控室）、スタッフ用トイレを設置する。スタッフ作業室は、リハビリテーション室が見渡せるように配置し、電子カルテや電源等の充実や、スタッフが作業しやすいスペースを確保する。
 - b スタッフ室に隣接して、スタッフ控室（貴重品など保管するロッカーや休憩室）を設置し、施錠はオートロック式とする。
- (ク) 安全管理・感染予防・衛生管理
 - a 個別空調設備、非接触型手洗い設備（温水切り替え）、速乾性手指消毒剤の設置等により院内感染防止に努める。
 - b 緊急時はベッド搬送ができること、またワゴンやベッド、他医療機器等の移動もあるため騒音防止策に配慮する。また必要に応じて廊下・天井にもコンセントを設置する。
 - c リハビリテーション室内に、酸素配管や吸引配管等の設置を検討する。

ウ 部門配置・動線計画

リハビリテーション部門の部門配置においては、病棟から患者が安全に移動しやすい場所での整備を想定します。また屋外リハビリテーションスペースを設置します。

(14) 栄養部門

ア 部門整備の基本方針

新病院の部門整備における主な考え方としては、以下のとおりです。

- (ア) 採用する調理方式に合わせた必要諸室の整備、衛生管理等の充実化を図る。
- (イ) チーム医療としての栄養ケアマネジメントを推進し、栄養管理を通じて患者の治療及び早期回復に寄与する。

イ 運営・諸室整備計画

新病院における運営・諸室整備計画は以下のとおりで、この内容をベースに、新病院の施設整備を進めます

- (ア) 患者給食機能・調理方式
 - a 食事の安全・食事の質・業務効率性のバランスを考慮した調理方式（ニュークックチル方式・再加熱カート利用）を採用する。また、嚥下食や個別対応食、新病院での小児医療やがん拠点病院機能を担う上での給食や患者サービスの充実を目指し、部分的なクックサーバ併用についても引き続き検討する。
 - b 質の高い栄養管理に基づいた患者個々の病状に応じた多様な治療食を提供する。
 - c 患者の嗜好に配慮し、食事を楽しむことを大切にした食事サービスを提供する。
- (イ) 諸室配置場所・必要機能
 - a 新病院での提供食数、調理方式を考慮した必要面積を確保する。
 - b 病棟への給食専用エレベーターを設置する。病棟への給食専用エレベーターは配膳車プールに隣接された配膳用と洗浄室内下膳車プールに近接された下膳用を設置する。
※ 配膳は、調理後2時間以内に喫食ができるようにする。また、下膳用は専用使用時間を確保できれば、共用を検討する。
 - c 厨房等は食材搬送車と検収場の直通スロープを設ける等、該当階までの直通食材搬送ルートを確認する。
 - d 食数管理や献立作成等、給食業務を行う事務室、栄養管理を行う事務室は厨房と同一フロアに整備し、栄養管理科専用（病院管理栄養士・給食職員）の更衣室、休憩室、専用トイレを隣接配置する。
 - e 配膳車、下膳車の搬送ルートは交わらないよう、動線に配慮した厨房設計とする。
 - f 患者用災害備蓄倉庫は浸水被害に影響がない場所に1,000床規模の備蓄食（およそ800食分×9食分収納スペース）を収納できる面積とし、厨房及び病棟へ優先的な動線とする。そのうち1食は各病棟パントリーに分散して配置することを想定した非常食配置場所を確保する。
 - g 温度・湿度管理等、衛生管理面に考慮し、空調は単独空調とする。

(ウ) 栄養指導等への対応

- a 患者の病状、生活状況に応じた栄養食事相談を実施する。
- b 患者支援部門との連携による患者入退院時の適切な時期での栄養指導を行う。
- c チーム医療へ積極的に関与し、患者への栄養ケアマネジメントを推進する。
- d 外来栄養食事指導室は、全室個室とし、部門システムが備わった電子カルテを完備し、外来化学療法室、周術期管理センター・患者支援センターに隣接した場所に設置する。情報通信機器を用いた外来栄養指導を行えるようにテレビ電話等の機器が整備された部屋とする。
- e 病棟には管理栄養士病棟配置を見据え、算定要件である栄養スクリーニング、栄養管理計画書作成や食事調整、栄養指導等に必要時即対応するため、電子カルテを完備した管理栄養士作業スペース、栄養指導室を整備（各フロア）する。病棟に設置する栄養指導室は、他の用途と共用可とするが、棚を設置等、栄養指導媒体の収納場所を確保する。また、栄養指導を優先的に実施できるよう、運用の方法については継続検討とする。
- f 集団栄養食事指導（15 人程度を想定）は、院内に設置される複数の多目的会議室等を活用することを想定する。
- g 栄養管理、給食管理を行う各事務所及びカンファレンス室を厨房と隣接した場所に整備する。

(エ) その他

- a 調乳室及び哺乳瓶洗浄室を、小児救命センター及び成育医療センターに隣接した場所に設置し、調乳室には母乳・粉乳作業スペースを区分する。洗浄室には洗浄機器・滅菌機器を設置する。調乳室内には前室を設け、粉乳室・母乳室別々の入口を設ける。ただし、母乳管理の運用方法が変更される場合は、母乳室を別途整備する。
- b 各病棟に給茶機を設置する。管理方法については、継続検討とする。
- c 透析患者等の遅食対応のため、各病棟に衛生面等を考慮した施錠可能な保管場所を設け、電子レンジ、冷蔵庫等を配置し、患者サービスの向上を図る。
- d 病棟廊下は配膳車が十分に通れる幅を確保する。

ウ 部門配置・動線計画

栄養部門の部門配置においては、食材・厨芥等の搬出入を考慮した場所へ設置します。病棟への配膳・下膳は搬送用エレベーターを区分することを前提とし、厨房から病棟までの直通動線を確保した配置とします。

(15) 臨床工学部門

ア 部門整備の基本方針

新病院の部門整備における主な考え方としては、以下のとおりです。

- (ア) 生命維持管理装置を中心とした専門医療機器の運用管理を行い、高度専門医療に係る医療機器管理機能を提供する。
- (イ) 医療機器の安定的な機能確保と効率的な保守・更新管理を行うとともに、医療機器に関する院内への情報発信を行い、安全な医療機器管理機能を提供する。
- (ウ) “断らない救急”の実現に向け、救命救急センターや集中治療室への臨床工学技士の配置等、体制面を強化する。

イ 運営・諸室整備計画

新病院における運営・諸室整備計画は以下のとおりで、この内容をベースに、新病院の施設整備を進めます。

- (ア) 高度医療機器操作・管理機能
 - a 救命救急センター、手術部門、集中治療部門、アンギオ部門、透析部門、NICUにおける診療支援として、生命維持管理装置等の操作や高度医療機器の運用管理を行う。
 - b 高度医療機器の操作に関する他のメディカルスタッフへの院内教育を行い、医療安全を確保する。
 - c 医療機器の使用・管理に関する情報発信を行い、院内の医療機器の適正使用を促進する。
- (イ) 中央管理機器の保守・更新・貸出管理機能
 - a 対象機器の保守点検、消耗品交換、修理、更新を管理し、医療機器の安定的な機能を確保する。
 - b 対象機器の貸出管理を行い、医療機器の効率的な運用を促進する。
 - c 臨床工学部（ME室、貸出、返却スペース）は新病院における病床規模、また将来の機器増加等を見据え、ゆとりのある諸室整備とする。
 - d 中央管理機器以外の各科で使用する機器の点検計画の策定及び計画的な更新を行い、医療機器の安定的な機能を確保する。
- (ウ) 業務範囲
 - a 内視鏡手術への対応やカテーテルデバイス治療等、臨床工学技士の業務範囲の拡大を考慮し、人員配置の検討、教育体制等の整備・検討を行う。
 - b 高気圧酸素治療装置、入院透析急性血液浄化、人工心肺、自己血回収業務、補助循環業務、植込みデバイス業務、ロボット手術、人工すい臓、RFA、神経モニタリング業務、アンギオのアブレーション業務、PCI、CAS（脳外科）、PTA、アフェレーシス、遠隔モニタリング等へ対応する。
 - c 医用テレメータ等を安全に使用するための管理を行う。

(エ) その他

- a 植込みデバイス等の機器チェックを行うために、循環器外来付近に諸室を整備する（諸室は他の用途との兼用可とする）。
- b 多くの機器や材料が必要となる救命救急センターや手術室、カテーテル治療室における保管場所を確保する。
- c 高気圧酸素治療装置は安全性に配慮しつつ外来フロアに配置し、個人用2台の設置を想定する。またその他必要スペースとして更衣室（2名分）、必要物品の保管スペースを確保する。なお、受付については外来受付との兼用を前提とする。

ウ 部門配置・動線計画

臨床工学部門の部門配置においては、緊急時の対応に考慮し、救命救急センターとの近接もしくは隣接配置を検討するとともに、手術部門との直上直下での接続など、動線を考慮した配置とします。またME機器室は病院全体の機器を管理する部門として、機器の貸出返却・修理など、病棟や外来、各部署（腎臓センターやアンギオ室、集中治療部門）からのアクセス性に考慮し、エレベーター等への動線にも配慮します。

なお、臨床工学部門には貸出機器保管室やME機器管理室等を整備し、その他、救命救急センター、手術部門、集中治療部門には機材保管庫をそれぞれ設置します。

(16) 腎臓センター

ア 部門整備の基本方針

新病院の部門整備における主な考え方としては、以下のとおりです。

- (ア) 腎臓センターは、腎臓内科、透析・移植外科及び小児腎臓科が科を越え協力し、急性・慢性腎臓病（CKD）患者の治療を行う。
- (イ) 新病院においては高度先進医療を担うため、難病指定疾患（神経内科・消化器内科）の吸着療法や血漿交換、また透析導入患者や腎移植周術期の特殊血液浄化の増加、透析患者の内科系・外科系合併症の急性期検査処置・手術等の増加に対応する。
- (ウ) 合併症を有する等、地域の透析医療機関では透析導入が困難な患者に対応する。
- (エ) 小児救命救急センターの新設に合わせ、小児腎不全医療のさらなる充実を図る。また、小児の腹膜透析、腎臓移植例の増数が予測されるため、小児腎臓科、小児外科（特に下部尿路障害の合併がある症例）、移植外科との連携を図る。

イ 運営・諸室整備計画

新病院における運営・諸室整備計画は以下のとおりで、この内容をベースに、新病院の施設整備を進めます。

- (ア) 腎臓センター
 - a 腹膜透析診察あるいは腎代替療法選択の相談室として利用できる諸室を診察室・相談室とする。
 - b 腹膜透析（PD）、腎移植を推進するために、看護師による腎代替療法選択外来室を整備する。
 - c 在宅PD患者（約20名程度を想定）の外来処置室、診察室を整備する。
 - d 医師、外来・病棟看護師、薬剤師、栄養士、リハビリテーション科、臨床工学技士及び医療福祉士などとの連携を強化する。多職種合同カンファレンスや退院前カンファレンス、腎臓病教室で使用する会議室（30名程度収容）を整備する。
 - e 腎臓センター内に、約1週間分の薬剤や材料を保管できる「備蓄庫」を整備する。
 - f 腎臓センターに隣接した場所に、車イス患者も利用できるトイレを整備する。
 - g 腎臓センターの出入口は、感染対策や非常時の対応等を考慮し、2箇所整備する。
 - h 腹膜透析外来や療法選択外来用の診察室を整備する。
 - i 外来透析患者用の更衣室を整備する。
- (イ) 人工透析室の規模、ベッド数
 - a 30床（うち、特殊血液浄化用3台）整備する。また、感染症患者対応用陰圧個室5室を整備する。
 - b 透析ベッドは、感染に配慮した十分な間隔を確保して配置する。
 - c 新病院規模に応じた必要諸室として、処置室や相談室、カンファレンス室、ME準備室、車いす等に対応したトイレ等を整備する。
 - d 感染症患者を隔離状態で血液浄化可能な設備（患者導線、換気設備等）を整備する。
 - e ベッド搬送を想定したスペースを確保する他、車イスを置くスペース（約10台）を確保する。

(㉞) 救急・集中治療患者への対応

救急・集中治療患者への対応は、原則として救命救急センター・集中治療部門にて対応する。但し、腎臓センターとして人材や機材の応援要請には対応する。

(㉟) 入院患者への対応

各診療科と協力・連携し、血液浄化が必要な他疾患での入院患者に対して、血液浄化を実施する。

ウ 部門配置・動線計画

透析部門の部門配置においては、入院患者に対する透析のため患者搬送が行いやすい場所に整備します。

また、臨床工学部門、薬剤部門、物品管理部門、放射線部門、外来、HLA検査センター救命救急センター、CCU病床への優先的な動線を確保します。

(17) 内視鏡部門（内視鏡センター）

ア 部門整備の基本方針

新病院の部門整備における主な考え方としては、以下のとおりです。

- (ア) 内視鏡検査及び内視鏡治療において、専門チーム体制と高機能な機器による最先端の検査・治療技術を提供する。
- (イ) 専門職を集約したセンター機能として整備し、安全な検査・治療と患者サービスを提供する。
- (ウ) 地域の医療機関からの検査受入れを円滑に行う仕組みを整備し、高度な検査・治療機能を地域全体で効率的に運用する。
- (エ) 患者のプライバシーに配慮した施設を整備する。
- (オ) 内視鏡センターとして、機器購入、メンテナンス、洗浄と履歴管理の一元化を検討する。
- (カ) 中央部門の内視鏡センターとして救急医療との良好な動線を確保し、24 時間体制の他科緊急内視鏡を幅広く実施する（消化器、呼吸器、泌尿器、耳鼻科など）。
- (キ) 中山間地域の病院とリアルタイムに接続し、内視鏡画像の検討や治療アドバイスをを行う。

イ 運営・諸室整備計画

新病院における運営・諸室整備計画は以下のとおりで、この内容をベースに、新病院の施設整備を進めます。

(ア) 想定規模

内視鏡センターの諸室数は、今後の件数増加を見越し、以下の室数を想定する。

- a 内視鏡室を 10 室（うち、3 室は内視鏡治療・緊急内視鏡・超音波内視鏡に使用する広さの部屋を確保）、カプセル内視鏡室を 1 室整備する。
- b 透視下内視鏡室を 2 室（隣接する放射線部門に近接配置し、検査・治療に当たって十分な広さを確保）整備する。
（消化器内視鏡、気管支鏡（感染症用－陰圧対応）、泌尿器等その他診療科）
- c 回復室（20 ベッド程度のスペース）を整備する。
- d 前処置室を 2 室（上部用（4～8 名程度）、下部用（20 名程度））整備する。
- e 前処置用トイレを男女別に各 10 室（うち 2 室は多目的・多機能トイレ）整備する。
- f 専用待合（外来）・専用入口（外来、入院）を整備する。
- g 大腸検査後患者や吐血患者のため、シャワー室（車椅子・ストレッチャー対応）を整備する。
- h 検体処置室（病理組織）、処理室（検体保存、写真撮影、ホルマリン保管等）を整備する。
- i 洗浄・保管室等を整備する。なお、洗浄・保管室は、院内の内視鏡の一元管理を見越した広さとする。

(イ) 内視鏡検査・診断機能

- a 上部・下部消化管内視鏡検査から、内視鏡的逆行性胆管膵管造影検査（E R C P）、超音波内視鏡検査、気管支鏡を用いた検査等、専門チーム体制による最新の内視鏡検査・診断を行う。
- b 救命救急センターと連携し、救急患者への迅速な内視鏡検査を行う。
- c 検査終了後のリカバリースペースを確保することにより、内視鏡部門内で完結できる体制を整備する。

(ウ) 内視鏡治療機能

- a 内視鏡的粘膜下層剥離術（E S D）、胆・膵疾患に対する治療等、低侵襲な消化器疾患治療を行う。
- b 超音波内視鏡下穿刺術（E U S－F N A）等の最先端の医療技術を積極的に導入し、内視鏡治療を拡充する。

(エ) その他

- a エコー室、診察室（説明室）、所見室、受付（クラーク控え室）等を整備する。
- b シャワー室、カンファレンス室、会議室、機械保管庫、資料保管室。消化器センター医師控え室（内科、外科、腫瘍科、放射線科などの情報交換室）を整備する。
- c 救急医療機能の強化に対応するため、内視鏡画像・透視画像の院内外への伝達システムを構築し、院内での情報共有の円滑化を図ると共に、中山間地域を含む地域医療機関との連携体制を整備する。

ウ 部門配置・動線計画

内視鏡部門は、入院患者・外来患者それぞれのプライバシーと利便性と動線を考慮した部門配置とするとともに、救急対応や透視下処置の実施を考慮し、救急部門及び放射線部門と同一フロアでの近接した配置とします。また、病理検体の搬送に必要な業務動線を確保します。

(18) 患者総合支援センター

ア 部門整備の基本方針

新病院の部門整備における主な考え方としては、以下のとおりです。

- (ア) 地域連携室と入退院支援室、また病床管理室の一体的な運用により、入院決定時から退院後まで一貫した運用が可能な組織として整備する。
- (イ) 患者相談に関する窓口機能を一元化し、ワンストップサービスとして提供する。
- (ウ) 入退院に関する各種説明・手続きを集約し、院内の情報連携による各専門職の関与を計画的に行うことで、円滑な入退院を支援する。
- (エ) 地域の医療機関との連携を促進し、病診・病病連携の強化による効果的な医療提供体制を確立する。

イ 運営・諸室整備計画

新病院における運営・諸室整備計画は以下のとおりで、この内容をベースに、新病院の施設整備を進めます。

- (ア) 地域連携機能
 - a 地域医療機関との連携を推進するセンターとして、連携する医療機関との相互患者紹介や介護・福祉サービス、行政も含めた関係機関との情報交換等を行うことで、地域とともに患者及び患者家族を支える役割を担う。
 - b カンファレンスや勉強会の開催など、地域医療機関や介護・福祉サービス等との連携の拠点としての機能を担うとともに、地域カンファレンス開催を通じた連携推進を図り、地域へ情報発信する。また、地域での講演活動等を行う窓口機能を担う。
 - c 患者・患者家族の不安や悩みなどにも対応する窓口を設置するなど、総合的な相談窓口機能を担うとともに、院内各部門と連携した患者への支援活動を行う。
 - d 患者と医療者間でトラブルが発生した際の渉外対応として、医療メディエーターを配置する。
 - e 地域医療支援病院として、開放病床等で勤務する医師用の執務スペースを設ける。
- (イ) 入退院支援機能
 - a 患者の身体的・社会的・精神的な状況等を入院前から把握・対応することで、計画的な退院を支援する。
 - b 周術期管理センターと一体化し入院時における各種説明・手続き、入院時の各専門職による薬剤・栄養等の指導を集約化することで、円滑な入院を支援する。
 - c プライバシーに配慮した入退院支援・相談用の相談室を 13～14 室、受付カウンターを 3～4 ブース（入院セット申込含む）、待合を整備する。
 - d 入院中の身体的・心理的・社会的問題の調整支援、退院・社会復帰支援、経済的問題（療養費、介護保険制度、社会福祉制度等）の各種相談等へ総合的に対応する。
 - e 介護・福祉サービス及び行政機関との連携を密に行い、必要な患者への介護・福祉サービスや各種制度の利用・手続きを支援する。

(ウ) 病床管理室機能

病床管理室として、ベッドコントロール、転院受入れ、訪問看護指示書や地域連携パス（脳卒中・大腿骨）の管理等を行う。

(エ) 予約センター（受診予約）機能

外来予約等の変更に伴う連絡窓口を集約し、予約センターを設置する。

(オ) スタッフ諸室

- a 患者総合支援センターに、センター長室兼面談室（執務スペースと来客対応スペースを確保）、地域連携機能・入退院支援機能・病床管理機能・予約センター機能を集約した執務室を設ける。
- b 地域カンファレンスに対応する専用カンファレンス室（15～16名規模）を整備する。
- c 患者総合支援センタースタッフが使用する休憩室を確保する（病院の全体方針と合わせて、集約した休憩スペースがあれば共用可）。

ウ 部門配置・動線計画

地域連携部門は、地域連携での紹介や入院等のために来院された患者から分かりやすい位置となるように総合受付に近接させた配置とします。

(19) 臨床研修機能

ア 部門整備の基本方針

新病院の部門整備における主な考え方としては、以下のとおりです。

- (ア) 研修医の相談や研修管理を行う、臨床研修センターを整備する。
- (イ) 多職種が利用可能なシミュレーションセンターを整備する。

イ 運営・諸室整備計画

新病院における運営・諸室整備計画は以下のとおりで、この内容をベースに、新病院の施設整備を進めます。

- (ア) 臨床研修等機能
 - a 臨床研修センターを設置し、研修医が気軽に相談できる場所や研修管理を行う。また、臨床研修センターは大学との機能連携強化を想定したものとする。
 - b 臨床研修等機能として、シミュレーションセンター、カンファレンスルーム、医学図書室及びオンライン講義が受講可能な環境を有する講義室等の諸室を整備するとともに、ICT機材等を整備する。
 - c 研修室、看護実習室等の機能を有したシミュレーションセンターを整備し、研修医及び多職種の医療スタッフが自主的に利用しやすい環境を整備する。
 - d 指導の充実を図るため、面談室を3室配置し、プライバシーに配慮した造りとする。
 - e 地域診療所や各病院とWeb会議、Web研修等に活用可能なオンラインルームを整備する。
 - f 研修医室の充実を図り、研修医室内に休息スペースや本棚、男女別ロッカールームなどを整備する。また、研修医・専攻医がコミュニケーションをとりやすいラウンジを整備（院外からの研修を受け入れるための余裕を持ったスペースづくり）する。
- (イ) その他
 - a 地域診療所や各病院とWeb接続し、相談等ができる環境を整備する。
 - b 地域の教育のための研修会（ACLS・BLS・PALS・NCPR・JMECC・JPTECなど）の開催を想定する。
 - c 医学・医療に関する情報や学術論文、専門誌等がオンライン上で参照可能なサービスを利用できる学習環境を整備する。

ウ 部門配置・動線計画

臨床研修機能の部門配置においては、研修医及び多職種が自主的に利用しやすいよう配慮し、医局・研修医室への優先的な動線を確保します。

また、研修医等への指導に使用する面談室は、臨床研修機能と優先的な動線を確保しますが、研修医等のプライバシーに配慮した位置に配置します。

(20) 臨床研究等機能

ア 部門整備の基本方針

新病院の部門整備における主な考え方としては、以下のとおりです。

- (ア) 高度急性期医療や専門医療を提供する拠点病院としての臨床研修環境（研修管理部署、研修施設）の充実を図り、臨床研究、治験の円滑な推進及び質の向上を支援する。
- (イ) 臨床研究部門として、適切な臨床研究、治験が実施できる諸室を整備する。

イ 運営・諸室整備計画

新病院における運営・諸室整備計画は以下のとおりで、この内容をベースに、新病院の施設整備を進めます。

- (ア) 臨床研究等機能
 - a 臨床研究部門として院内の臨床研究・治験業務を集約する部門を設置し、院内及び外部スタッフを含め、臨床研究・治験を実施する部門として事務室（20名程度は業務可能なスペース）を整備する。また、各種ミーティングが可能なスペースを整備する。
 - b 臨床研究では利益相反委員会・研究事務局・倫理審査委員会など研究を支援する部署の設置を検討する。
 - c 治験・臨床研究の開始から終了までに、多くの必須保管資料があるため、一括で保管管理できる施設、設備を整理する。また、機密文書管理の為、十分なセキュリティ対策を行う。
 - d 治験、臨床研究が優先的に使用できる部屋（中央処置室（もしくは化学療法室）にプライバシーに配慮された治験用ベッド・待機場所・同意説明する場所、病棟での治験等に対応できる個室（未使用時は共有可）を整備する。
 - e 良性疾患・悪性疾患どちらの治験、臨床研究にも対応するため、がん通院治療センターと連携を考慮した配置とする。
 - f 治験、臨床研究のモニタリング、監査、SDV（Source Document Verification：直接閲覧）を行う部屋を整備し、電子カルテを設置する。
 - g 臨床研究、治験の支援として、施設内の機器制度管理を行う。

ウ 部門配置・動線計画

臨床研究等機能の部門配置においては、治験を受ける患者の動線に配慮し、外来部門と近接又は隣接して配置します。

また、治験試薬の管理等に配慮し、薬剤部門と直上直下の位置に配置します。

その他、各種検査部門、事務部門との動線を考慮した位置とします。

(21) 医療安全部門

ア 部門整備の基本方針

新病院の部門整備における主な考え方としては、以下のとおりです。

- (ア) 安全な医療を推進するために多職種・組織横断的な活動により、病院全体で医療安全に取り組む風土を醸成する。
- (イ) 医療安全に関する情報管理体制の強化、プライバシーに配慮した諸室（共用の相談・面談室、書類保管スペース等）を整備する。
- (ウ) 職員向け医療安全研修の企画・運営・実施を図る。

イ 運営・諸室整備計画

新病院における運営・諸室整備計画は以下のとおりで、この内容をベースに、新病院の施設整備を進めます。

- (ア) 医療安全機能
 - a 情報共有、業務対応での連携に配慮し、医療安全管理室と感染対策室は大部屋同室で整備する。また医療安全管理室のスタッフエリアは専任・専従担当者及び兼務職員が作業可能な配置とする。
 - b プライバシーに配慮された患者相談・相談室を共用で整備する。
 - c 医療安全管理室はセキュリティ管理及び入室ログ管理を徹底するとともに、室内に施錠可能な保管庫を設置する。
 - d 病院関係者の出入りを想定し、管理部門への配置とする。
 - e 医療安全管理者は複数名対応の交代制とし、医療安全管理体制の強化を図る。
 - f 医療事故に係る対応や医療事故調査制度に係る対応を実施する。
 - g 感染対策室と積極的な連携を図る。
- (イ) その他
 - a 定期的なカンファレンスを行えるよう、共用可能なカンファレンスルームを整備する。
 - b 職員向け医療安全研修を実施するため、共用の会議室（200名程度収容可）を整備する。
 - c 患者安全に考慮し、緩衝床の整備や病棟においては、広く安全なトイレ・洗面所を設置する。
 - d 安全性向上のためにI o T技術を活用する。

ウ 部門配置・動線計画

医療安全部門の部門配置においては、情報共有、業務対応での連携に配慮し、医療安全管理室と感染対策室は大部屋同室で整備します。

また、管理部との連携にも考慮し、管理部との近接または隣接整備を検討します。

その他、病棟との連携にも考慮し、病棟との直上直下での配置や外来患者への対応に考慮した外来部門（患者相談室）との優先的な動線の確保についても配慮します。

(22) 看護部門

ア 部門整備の基本方針

新病院の部門整備における主な考え方としては、以下のとおりです。

- (ア) 看護部を司る管理部門として、医療チームの一員として多職種と協同しながら、質の高い安全・安心な看護サービスの提供を通じ、患者満足度の向上・診療の質の向上・病院経営の向上に寄与する。
- (イ) 他職種と高い密度で連携し、アウトブレイク等、医療上の非常事態時・災害時に速やかな決断ができる体制を構築する。
- (ウ) 急性期医療を担う看護部として、看護師の継続的確保と適正な看護実践能力を身につけることができる教育体制を整備する。
- (エ) 全ての看護職員にとって働きやすい勤務形態の整備等、働き方の多様性に対応する。
- (オ) 地域との連携を図れる専門性の高い人材を育成し、地域の医療サービスの質を強化する。

イ 運営・諸室整備計画

新病院における運営・諸室整備計画は以下のとおりで、この内容をベースに、新病院の施設整備を進めます。

- (ア) 管理機能
 - a 看護部門全体を統括する機能として、看護部関連諸室（看護部長室（来客・面接用に応接セットを完備）、副看護部長室（副看護部長、看護部事務職員も利用））を整備する。看護部内に看護部キャリアサポート室を設置し、教育担当副看護部長・教育担当看護師長を配置する。
 - b 看護部門の管理だけでなく、他部門と連携を図る。
 - c プライバシーに配慮された面談室を確保し、各部門の看護師との面談や人事考課実施時に活用する。
 - d 勤怠管理・看護師のキャリア管理等のDX化を推進する。
 - e 看護部内に看護補助者の管理部門を設置する。
 - f 看護補助者の更衣室・控室を整備する。
 - g 病院全体の看護師の配置状況をタイムリーに把握し、適材適所な人員配置ができるようなシステム構築を目指す。
- (イ) 特定看護師・専門看護師・認定看護師等
 - a 急性期医療を担う医療機関に必要な特定看護師・専門看護師・認定看護師等の確保・育成に努める。
 - b 特定看護師・専門看護師・認定看護師等がそれぞれの専門性を発揮できる環境を整備する。
 - c 看護専門外来（助産師外来、心不全外来、フットケア外来、ストーマ外来等）を実施するため、必要諸室を整備する。

- d 看護部で横断的に活動している高度専門看護師のワークスペースを確保する。会議やミーティングは共有会議室を活用する。
- e スペシャリスト育成のため、資格取得や研修受講などに係る助成制度のさらなる充実について検討する。

(ウ) 教育機能

- a 看護学生、助産学生等の臨床実習を積極的に受け入れ、必要となる更衣室（20名程度を想定）、カンファレンス室、控室、実習生用当直室（共用可）等を整備する。
- b 研修会の開催などを通じて、地域の医療従事者と顔を合わす機会を作ることによって、地域全体の看護力の向上に寄与する。地域との交流を促進させるためのオンライン設備の充実を図る。
- c 在職者に対する教育カリキュラムを整備し、キャリア・技量に応じた適正な研修が受けることができる体制を整備する。また、地域の大学・専門学校等で指導者として勤務する看護教員が現場勤務経験を再度履修できる制度の整備を検討する。
- d 教育部門専従の管理者を配置する。また、教育機能の拡充に合わせて、特定行為の教育に向けた人員配置、事務員の配置を検討する。

ウ 部門配置・動線計画

看護部門の部門配置においては、院長室をはじめとした幹部諸室や事務機能、会議室等と隣接させ、病院全体の決定・伝達が速やかに行える部門配置とします。

また、病棟、外来へのアクセスやキャリアサポートセンター、シミュレーション室と連携が行える部門配置とします。

(23) 事務部門

ア 部門整備の基本方針

新病院の部門整備における主な考え方としては、以下のとおりです。

- (ア) 病院運営を支える部門として、各部門・部署の関係性を考慮した部門配置とし、効率的な業務運営を目指すとともに、事務部門職員の育成を両立させる。
- (イ) ICTを積極的に活用し、効率的な業務遂行ができる体制の構築と、ペーパーレスでの運用を目指す。また、働き方改革の一環として、将来的にリモートワークの導入や事務諸室のフリーアドレス化を目指す。
- (ウ) 職員数に応じた適切な休憩室・更衣室を確保する。また、委託先のスタッフも含めた更衣室・休憩室を整備する。
- (エ) スタッフ間のコミュニケーション促進のためのスタッフコモンズを整備する。
- (オ) 患者・家族、職員、各種業者の動線を可能な限り分離し、セキュリティエリア等を明確に設定することにより安全な施設運営を目指す。

イ 運営・諸室整備計画

新病院における運営・諸室整備計画は以下のとおりで、この内容をベースに、新病院の施設整備を進めます。

- (ア) 法人本部機能
 - a 法人本部機能を院内に設置する。
 - b 法人本部の組織・機能・規模等は継続検討とする。
- (イ) 幹部諸室・医局
 - a 院長・副院長等については個室を整備する。
 - b 主任部長室は個室ではなく大部屋で整備する。
 - c 医局は集合医局とし、オープンな雰囲気とすることでスタッフ間のコミュニケーションを活性化させる。
 - d 来訪者と打ち合わせができるスペースを確保し、管理区域への出入りを制限することでセキュリティを高める。
 - e 女性医師や研修医の休憩スペースの確保についても全体計画と合わせて検討する。
- (ウ) 医事機能（医事係、外来担当、入院担当）
 - a 適正な医業収益確保に向けて診療報酬請求業務を行う。
 - b 患者が円滑に受診できるよう受付動線等の管理を行う。
 - c 施設基準の届出を適切に行い、経営企画課と連携して、新規届出の拡大・拡充を図る。
 - d 診療記録及び診療情報を適切に管理し、その情報を活用する。

- (エ) 経営企画機能（経営企画係、改善担当）
 - a 病院運営の経営分析及び病院の現状把握により、経営に関する企画立案を行う。
 - b 経営向上に向けた活動の旗振り役として機能し、他部門と積極的に連携を図る。
 - c 医事係と連携し、新病院の医療機能に対応した施設基準の取得を適切に行う。
- (オ) 管財機能（施設係、用度係）
 - a 診療に必要な物品を調達する。
 - b 診療材料、薬剤をはじめ、日常診療に支障がない在庫を院内に保有し、管理する。診療材料はS P D管理を前提とする。S P Dは「院外倉庫方式」を想定する。
 - c 資材搬入に必要となる駐車スペースを確保する。
 - d 物品の効率的な配送ができるよう物品の積降場所及び備蓄を含む物品庫との動線を考慮した場所に物品管理（S P D）センターの事務室を整備する。また病棟等の配送先の保管場所への動線に配慮し、運搬専用エレベーターや専用の搬入搬出路の配置及び設置を検討する。
 - e 「警備（防災センター）」や「清掃」、「給食」等、委託業者の契約・管理を行う。
 - f 多目的会議室等を複数設置し、取引先との打合せや入札室、各種工事業者の控室等としても利用する。
- (カ) 総務機能（庶務係、管理係、研修担当）
 - a 人事に関する情報の一元管理を行う。
 - b 補助金の申請等を行う。
 - c 働き方改革に対応し、ワーク・ライフ・バランスを勘案した勤怠管理を行う。
 - d 財務諸表の作成等、決算に関する処理を行う。
- (キ) 医療情報機能（システム係、D P C・医療情報係）
 - a 電子カルテをはじめとする医療情報システムに関する管理を行う。
 - b 各種サーバーの集約管理を行う。また将来的な拡張を想定した十分なスペースを確保する。
 - c 診療上、必要となる端末及びプリンターを適正数配置する。
 - d ミーティングスペース（室員・ベンダー・他部署職員を交えてするスペース）や休憩室、常駐S E作業室（スペース）を確保する。
- (ク) メディカルアシスタント機能
 - a 医師の外来診察時の電子カルテ入力サポートや書類作成等を行う。
 - b 医局秘書としての機能も有する。
 - c メディカルアシスタント部門の管理・監督者の執務室を確保する。
 - d メディカルアシスタントの作業場所を確保する。
- (ケ) 患者アメニティ・患者サービス
 - a 患者が利用できるW i - F i環境を整備する。
 - b コンビニ・カフェ等、患者アメニティを整備する。
 - c 適正な駐車台数を確保する。
 - d 理美容室を整備する。

(コ) 職員アメニティ

- a 委託先スタッフを含めた職員数に応じた適切な数と広さを考慮した上で、可能な限り集約（中央化）して整備する。各部門における貴重品等の管理については、鍵付きの収納スペースを確保する等、備品等の設置で対応する。
- b 集合研修を行えるような多目的会議室（200 席程度を想定）を整備する。多目的会議室では地域住民向けの講演会の実施や、災害発生時の拠点としても活用する。
- c 多目的会議室は、通常時は可動式間仕切り壁等でセパレートでき、複数の会議室として使用できる仕様を想定する。
- d 職員の休憩室・食事場所を適正に確保する。
- e 必要な職員用駐車場（通勤利用）を確保する。

(カ) 廃棄物管理

- a 廃棄物を適正に管理し、各部門内及び病院全体で集約化する。
- b 感染性廃棄物を適正に処理し、二次感染を予防する。

(キ) その他

- a 院内保育所を新病院の職員数にあわせた規模で整備する。
- b 救急車、来院者、職員及び業者、タクシー、福祉車両等それぞれ余裕のある駐停車スペースや積降スペースを確保する。またスペースや動線を分離する。
- c 身体障害者用駐車場や思いやり駐車場を病院へアクセスしやすい場所に設置する。
- d 受水槽は必要容量を準備するとともに、可能であれば免震構造内（建物内）への設置を検討する。
- e マニフォールド室も想定以上の浸水被害を考慮し 2 階等への設置を検討する。
- f エネルギーセンター（仮称）を配置し、全館のインフラを中央管理・監視できるようにする。
- g 基幹災害拠点病院として、必要な備蓄を行う。

ウ 部門配置・動線計画

事務部門の部門配置においては、院長等幹部職員との連携が可能な部門配置とします。また、災害や設備トラブルが発生した際に連携を図れるように防災センターとの連携が行いやすい配置とします。

医事課は、外来エリアの総合受付に隣接して配置します。

医事課と医療情報室は、同一フロアに配置もしくは近接して配置することが望ましいですが、スペース等の制約から実現が困難な場合は、医療情報室は事務部門エリアに配置します。

管財課は、搬入業者等との打合せ等が頻繁に発生することや防災センター、中央監視室との連絡共有が頻回にあること等を考慮し、SPD倉庫や搬入口、防災センター、中央監視室への優先的な動線を確保します。

第5章 施設基本計画



J R広島駅からの全景イメージ

1 計画の骨格

施設基本計画においては、第3章施設整備方針の以下の9つの方針を踏まえ、敷地条件や周辺環境を考慮した計画を目指します。

- ①高度急性期・専門医療の提供、②感染症への備え、③災害への備え
- ④患者満足度の向上、⑤医療人材の育成、⑥効率化と働き方改革
- ⑦職員満足度の向上、⑧時代の変化への対応、⑨経営環境の向上

(1) 建設予定地

建設予定地は広島駅の北側の新幹線口周辺地区であり、概要は以下のとおりです。

位 置：広島県広島市東区二葉の里3丁目1番1

J R広島駅新幹線口から約300m

敷地面積：26,137.75 m²

周辺道路：〔南側〕14.0m（市道）、〔東側〕9.6m（市道）

〔北側〕11.2m（市道）、〔西側〕14.0m（市道）

（２）建設予定地の主な法規制等

建設予定地は北側に第一種住居地域と接した近隣商業地域であり、主な法規制は以下のとおりです。

ア 用途地域（容積率・建蔽率）

近隣商業地域（300%・80%）

※ 「広島駅新幹線口周辺地区内の容積率緩和に係る認定」により、敷地内に有効空地进行を確保することで、容積率緩和を受ける計画とする。

イ 日影規制

北側道路中心より北側は第一種住居地域のため日影規制あり。対象は高さが10mを超える建築物、測定日は冬至、測定面は地盤面から4m。なお、建築基準法第56条の2の許可を受ける想定とし、反対側の道路境界に3時間以上の日影を生じさせない計画とする。

ウ 二葉の里地区まちづくりガイドライン

JR広島駅から二葉山への眺望の確保（二葉山軸）、二葉の里歴史の散歩道と連続した空間の確保（歴史・文化軸）などガイドラインに沿った計画とし、エリアマネジメント推進調整会議へガイドラインに基づく開発調整を行う必要がある。

エ 広島駅新幹線口周辺地区（B地区）地区計画

建築物の高さは道路中心線までの水平距離の5倍を超えないこと、壁面位置は北側道路から10m以上、東・南・西側道路から2.5m以上の距離を確保する。また、広島市が定める運用方針に従って企画提案書の提出、都市計画変更手続きを行う必要がある。

オ 周知の埋蔵文化財包蔵地

広島東練兵場（第二次世界大戦時軍用施設配置図より）の跡地であることが分かっている。広島市文化振興課に文化財の協議を行うと共に試掘調査等が必要となる場合がある。

（３）施設整備の基本方針

施設整備の基本方針としては、土地利用、安全性、近隣対策及び建築計画の４項目について、以下のとおりとします。

ア 土地利用

- （ア） 建築用地、将来の増築や建替え用地、付属建物用地等を機能的に連携させ、かつ十分な面積を確保する。
- （イ） 建物周辺に将来の改変に対応できる空地为「増築スペース」として確保する。

イ 安全性

- （ア） 人（患者、職員等）と車（一般、救急、物品搬入等）の動線を分離するなど、安全に配慮する。
- （イ） 災害時や緊急時のトリアージ、被災者の避難場所、受入れ経路を確保する。
- （ウ） 自然災害（豪雨、台風、地震など）対策に配慮する。

ウ 近隣対策

- （ア） 騒音や風害、夜間の光漏れ、覗き・臭気防止、日影対策などに配慮する。
- （イ） 周辺地域との間に緩衝帯を設け、感染防止やセキュリティに配慮する。
- （ウ） 道路混雑への対策や生活道路への進入制限など、病院開設による周辺環境の悪化を軽減する。

エ 建築計画

- （ア） 地域の気候・風土を踏まえた建築計画とする。
- （イ） 想定最大浸水深を考慮し、極力地下を設けない計画とする。
- （ウ） バリアフリー法（高齢者、障害者等の移動等の円滑化の促進に関する法律）及び広島県福祉のまちづくり条例に適合し、高齢者や障害者に配慮した計画とする。
- （エ） 建築物省エネ法（建築物のエネルギー消費性能の向上に関する法律）に適合するだけでなく、ZEB Oriented（ $B E I \leq 0.7$ ）を目標とし、省エネに配慮した計画とする。

(4) 新病院の延べ面積

新病院棟の施設規模は1,000床に対して延べ面積約96千㎡とします。

新病院棟の他に、立体駐車場、院内保育所、駐車場渡り廊下及びHIPRAC上空通路等を含めた延べ面積約115千㎡とします（図表9参照）。

上記とは別に、延べ面積で約4千㎡の拡張可能な増築スペースを確保します。

図表9 新病院の延べ面積

施設名	延べ面積	備考
新病院棟	約96千㎡	
立体駐車場	約18千㎡	
その他施設等	約1千㎡	院内保育所、駐車場渡り廊下、HIPRAC上空通路等
合計	約115千㎡	

なお、上記延べ面積はあくまで基本計画段階での想定であり、今後、設計段階における詳細な検討により、変動することがあります。

(5) 新病院の部門別面積

新病院棟の部門別面積は、第4章の部門別計画と他県の類似する県立病院の医療機能他に供する面積を踏まえ、約96千㎡を目標とします。

【参考】 新病院棟の面積イメージ

部門名等		面積
病棟部門	一般病棟、重症系病床	約41千㎡
外来部門	一般外来、救急外来	約6千㎡
診療部門	放射線、手術、生理・検体・病理検査、内視鏡、化学療法	約13千㎡
供給部門	薬剤、栄養、中材、SPD、ME、ごみ庫等	約4千㎡
管理部門	事務系諸室、医局、受付・患者支援、多目的ホール等	約29千㎡
—	外部スロープ等	約3千㎡
合計		約96千㎡

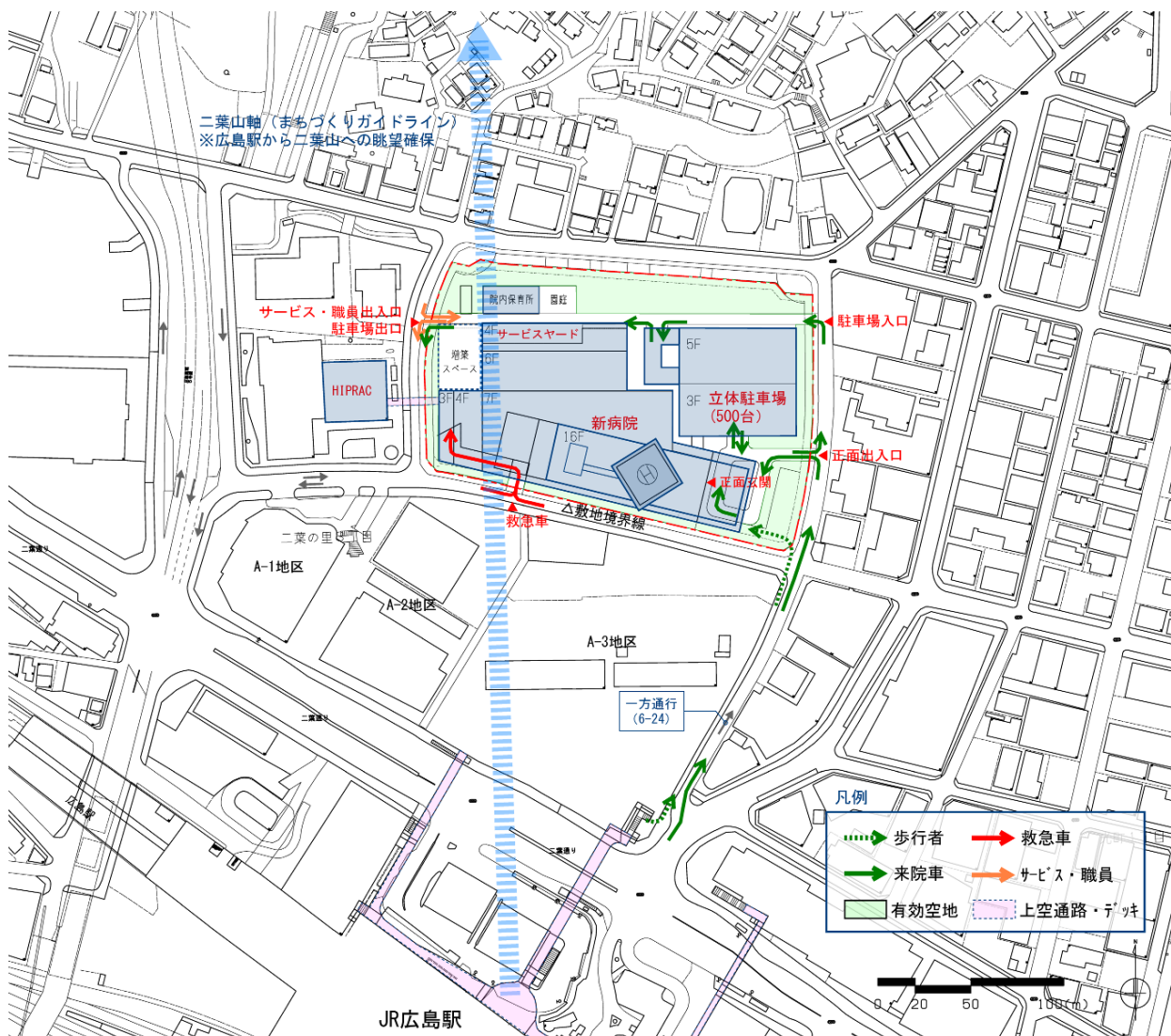
2 配置計画

(1) 土地利用ゾーニング

土地利用のゾーニングは日影規制など敷地の規制を守り、利便性・機能性を考慮して以下のとおりとします（図表 10 参照）。

- ア 新病院棟の位置は、日影規制や近隣から適切な距離の確保、既存病院を継続利用しながら工事ができること等を考慮し、敷地南側に配置する。
- イ 病院玄関前は地域に開放された広場として整備し、地域の良好な環境形成に寄与するとともに、災害時のトリアージにも利用する。
- ウ 患者の利便性・視認性を考慮し、病院玄関北側に立体駐車場を整備する。
- エ 西側は病院を支える供給部門とし、食品、診療材料、医薬品等の物品の搬出入、廃棄物処理を集約して整備する。
- オ 院内保育所は、緑豊かな保育環境で病院から一定の距離を確保できる北側に整備する。

図表 10 土地利用ゾーニングイメージ図



(2) 建物概要と動線計画

新病院敷地内は新病院棟、立体駐車場、院内保育所、駐車場渡り廊下、H I P R A C 上空通路等で構成します。建物概要と動線計画の考え方は以下のとおりとします。

ア 建物概要

〈新病院敷地内〉

- (ア) 新病院棟：地上 16 階、地下 1 階、鉄骨造、免震構造
- (イ) 立体駐車場：地上 5 階 鉄筋コンクリート造、鉄骨造、免震構造
- (ウ) 院内保育所：地上 2 階 耐震構造
- (エ) その他施設等：駐車場渡り廊下、H I P R A C 上空通路等

〈新病院敷地外〉

- (オ) H I P R A C：地上 2 階、地下 1 階、鉄筋コンクリート造、耐震構造

イ 動線計画の考え方

- (ア) 敷地内交通動線については、以下のとおりとする。
 - ・患者や面会者等の来院者は、東側から、病院玄関、駐車場へ誘導する。
 - ・職員、サービス車両は西側からの出入りを設定する。
 - ・出入口を分散させることで、歩車分離・分散、構内混雑緩和等、安全を確保する。また、周辺道路の交通渋滞の緩和に配慮する。
- (イ) 救急車は敷地南側道路からの単独動線とし、機動性を高める。
- (ウ) 病院玄関前車寄せは、風雨を避けるピロティ形式とする。
- (エ) ヘリポートは、水害時及び周辺地域の将来開発も考慮して屋上設置とする。

3 建築計画

(1) 階別構成

新病院棟は、高層部に病棟機能、低層部に診療機能を配置し、運用の効率化と診療機能の集約化を図ります（図表11参照）。

ア 新病院棟 高層部（5階～16階）病棟

- (ア) 静かで眺望に優れた5階から16階に1フロア2病棟、4床室と個室を標準構成とする病棟を設ける。
- (イ) 5階東に分娩、MF ICU、NICU、GCUの産科病棟、7階東にSCUを設ける。病棟西側は救急搬送専用エレベーターと感染搬送専用エレベーターを配置し、低層部と8階精神科病棟、9階感染病床を連絡する。
- (ウ) 病棟中央に患者や面会者が自由に利用できるエレベーターを設け、患者搬送や物品搬送、スタッフ移動用のエレベーターはセキュリティエリア内に配置し、高層の病院として必要な垂直動線を確保する。

イ 新病院棟 低層部（地階～7階）診療・外来・供給・管理部門

- (ア) 1階東側にエントランスホールを設け、3階外来フロアまでの吹抜けにより視認性を高めることで、患者が迷うことなく外来部門へ行けるよう誘導する。
- (イ) 1階西側はセキュリティエリアとして、供給部門を設ける。
- (ウ) 外来部門は1階のエントランスホールからエスカレーターとエレベーターで誘導した3階に配置する。また、中央処置室、検体検査室、病理検査室、化学療法室及び生殖医療室と同一フロアとすることで、患者にとってわかりやすい構成とする。
- (エ) 感染症患者は1階玄関横の屋外用エレベーターで2階へ上がり、屋外通路から感染症外来に直接入室後、感染搬送専用エレベーターで感染症対応病棟へ直接連絡する。
- (オ) 救命救急センターは想定最大浸水深以上となる2階に配置し、救急搬送専用エレベーターで屋上ヘリポート、手術部門及び集中治療部門と直結させる。また、スロープによる救急搬送患者、立体駐車場からのウォークイン患者のみならず、駅からの歩行者通路も将来接続可能とし、時間外患者のアプローチを行う。
- (カ) 放射線・血管造影・内視鏡・生理検査は救命救急センターと同一フロアの2階に配置し、患者の迅速な検査移動とスタッフ連携に配慮する。
- (キ) 手術部門はS-ICU・PICU・E-HCU・E-ICU・HCUの各集中治療室とともに周術期フロアとして4階に集約する。
- (ク) 事務・管理部門は病院の職員の移動や施設管理に配慮して、病院建物の中央となる6～7階に設ける。
- (ケ) リハビリと人工透析部門は入院患者の移動に配慮して、病棟から近い7階に設ける。

別棟となるHIPRAC棟は上空通路によって新病院棟の3階と接続し、リニアックの利用患者とスタッフの移動を安全確実に行える計画とする。

現 J R 広島病院の構造躯体を活用し、最大約 500 台を駐車可能な立体駐車場に改修（減築、スロープ増築）する計画とする。

[illegible]

(2) 部門別配置構成の考え方

部門別の配置構成については、第3章施設整備方針及び第4章部門別整備計画を受けて、以下のとおり整備します(図表12参照)。

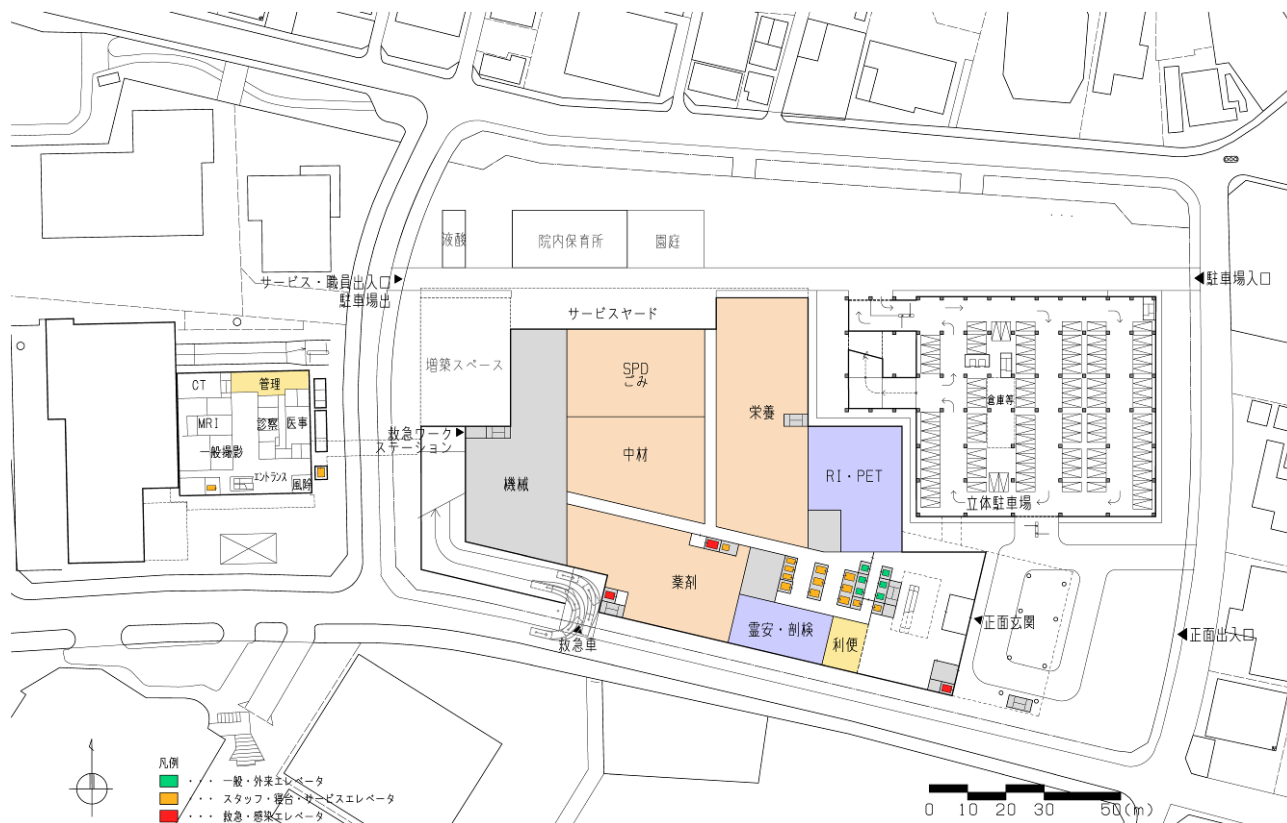
ア 全体の考え方

- (ア) 多様な診療機能を効果的・効率的に運営するため、それぞれの部門の機能や関連を考慮して計画する。
- (イ) 新病院棟における部門配置構成のゾーニングイメージを各階ごとに設定する。

イ 1階ゾーニング構成

- (ア) JR広島駅に近い敷地南東に車寄せとメイン玄関を設ける。エントランスホールには3層吹抜けのエスカレーターと一般利用のエレベーターを配置する。
- (イ) 1階は周辺地盤よりも0.3m以上レベルを上げることで、内水氾濫から守る。
- (ウ) RI・PET室は放射線管理区域として区画し、防水堤を設けて水害から守る。
- (エ) 霊安・剖検室は病棟や救急と寝台エレベーターでつなぎ、家族の利用にも配慮した位置に設ける。
- (オ) 西側と北側に供給部門を設け、北側のサービスヤードと中央のエレベーターに接続する。

図表12-1 1階ゾーニングイメージ図



ウ 2階ゾーニング構成

- (ア) 想定最大浸水深以上となる2階に救命救急センターを設け、救急車は1階南側の専用出入口からスロープでアクセスする。手術・集中治療室や屋上ヘリポートとは大型の救急搬送専用エレベーターで接続する。
- (イ) 感染症外来は救命救急センターに隣接させ、外部からの直接入退室とし、感染搬送専用エレベーターで直接接続する。
- (ウ) 救命救急センター内に一般撮影、CT、血管造影撮影室及び内視鏡検査対応室を内包させる。また、放射線部門、血管造影部門、内視鏡センター及び生理検査を隣接させ、迅速医療に備える。
- (エ) 24時間運用するフロアとして、医事課、患者総合支援センター及び守衛室を設け、立体駐車場や駅への歩行者通路との接続を可能とする。
- (オ) 動線の要となる2階に総合案内・総合受付のほか、患者総合支援センター、周術期管理センター及び入退院支援センターを集約する。

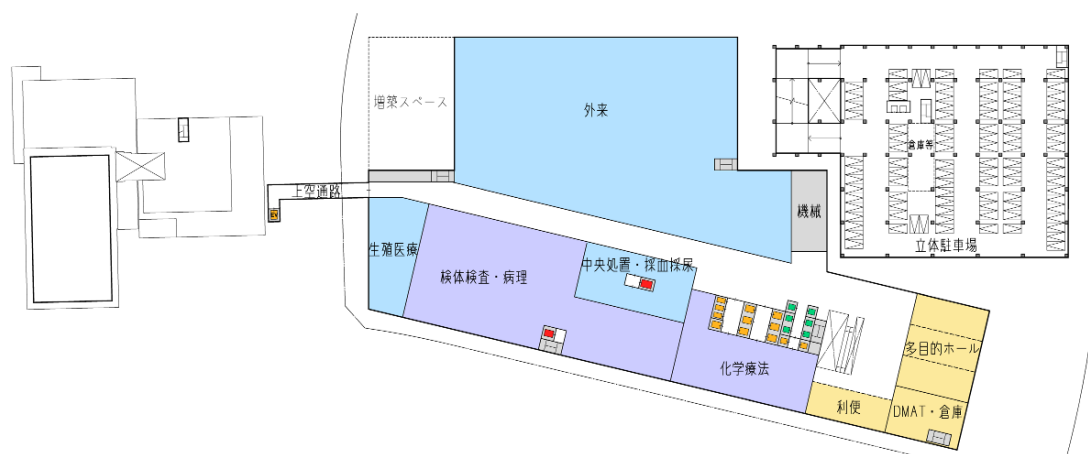
図表 12-2 2階ゾーニングイメージ図



エ 3階ゾーニング構成

- (ア) 外来フロアとして中央処置室、検体・病理検査室、化学療法室、生殖医療室を設ける。
- (イ) 生殖医療室はプライバシーに配慮して落ち着いた西端に設ける。
- (ウ) 多目的ホールは、通常時は県民への講座など医療情報の発信と、外来時間外には職員の会議研修に使用する。災害時にはDMATの拠点や災害管理指令センターとして使用できるよう整備する。
- (エ) 西側のHIPRAC棟と接続する上空通路は、道路に対する必要高さを確保して3階で接続する。

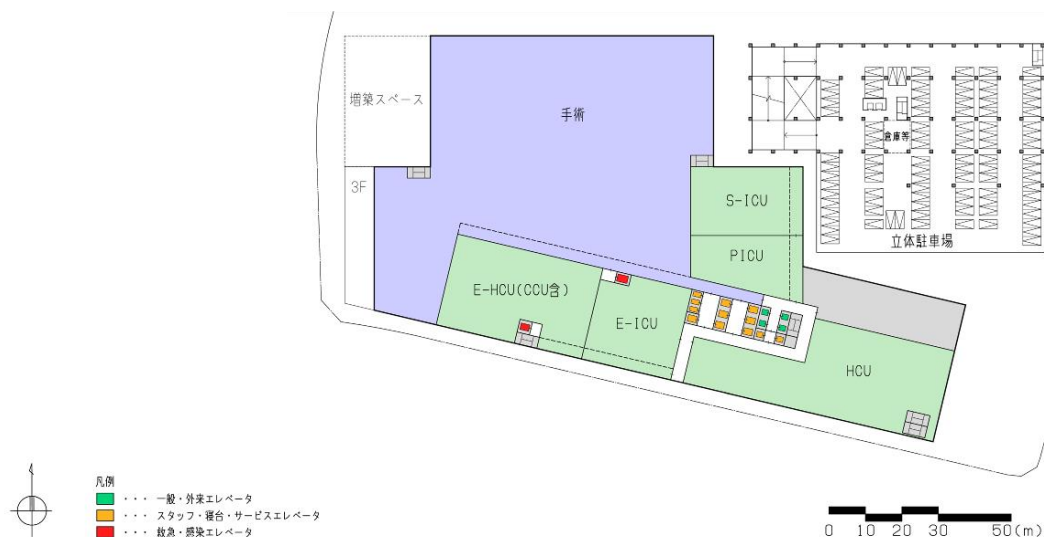
図表 12-3 3階ゾーニングイメージ図



オ 4階ゾーニング構成

- (ア) 手術室とS-ICU・PICU・E-HCU・E-ICU・HCUを集約する。
- (イ) 各室は中央のエレベーターを中心として配置し、動線の短縮化を図る。
- (ウ) 見舞いなどの一般動線と、迅速性やプライバシーが必要な患者搬送、物流・職員動線は可能な限り分離する。

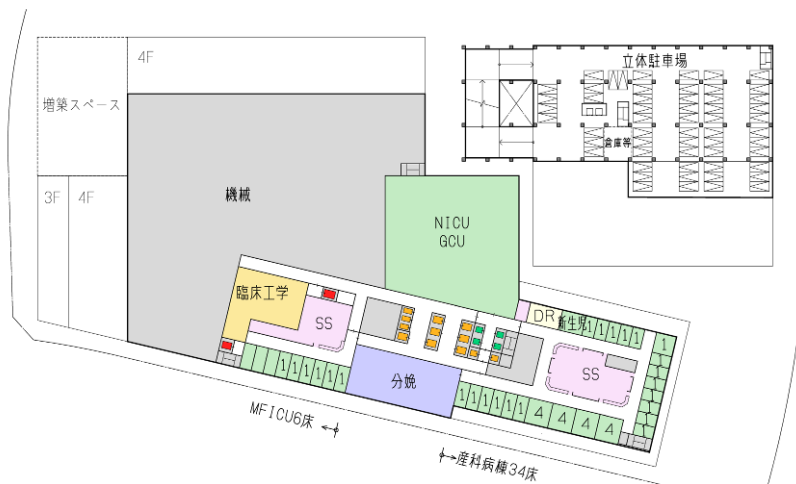
図表 12-4 4階ゾーニングイメージ図



カ 5階ゾーニング構成

- (ア) 周産期フロアとして東側を産科病棟とし、分娩室・MFICU・NICU・GCUを設ける。
- (イ) 臨床工学室はスタッフ専用エリアに設ける。
- (ウ) 設備機械諸室はエネルギーセンターとして、5～7階に吹抜けによる高さも確保しながら集約する。

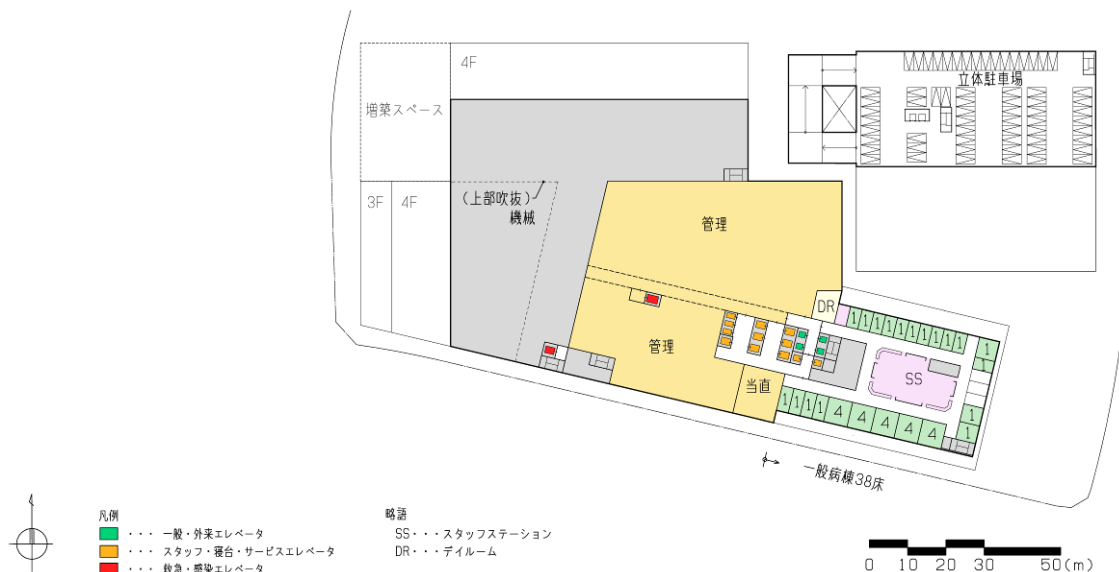
図表 12-5 5階ゾーニングイメージ図



キ 6階ゾーニング構成

- (ア) 西側は管理フロアとして、事務系と医局系諸室を集約する。
- (イ) 東側は一般病棟とする。

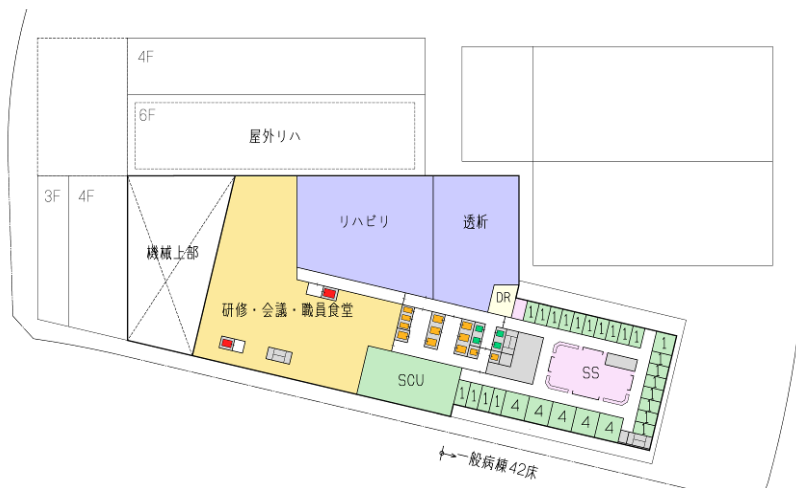
図表 12-6 6階ゾーニングイメージ図



ク 7階ゾーニング構成

- (ア) 病棟からの利用を主とするリハビリ・人工透析を設ける。
- (イ) 西側には医局・管理部門と内部階段で接続して会議・研修と職員食堂を設ける。
- (ウ) 東側は一般病棟とする。

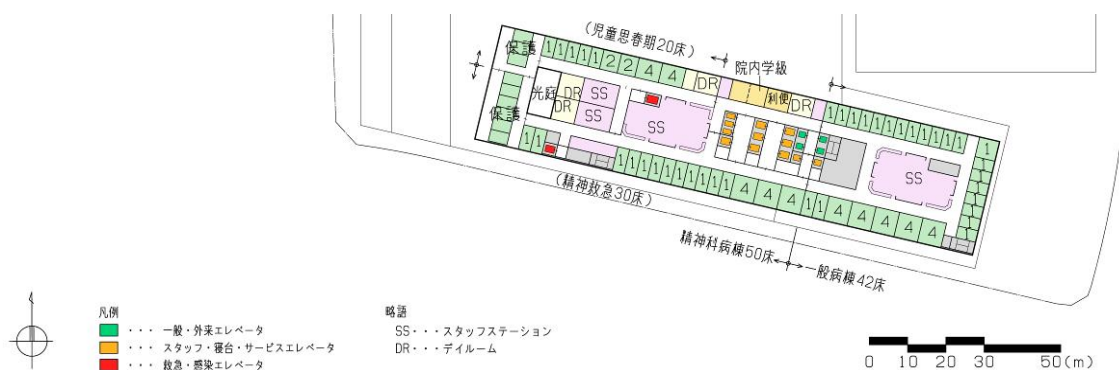
図表 12-7 7階ゾーニングイメージ図



ケ 8階ゾーニング構成

- (ア) 西側は、児童思春期病棟と精神救急病棟をまとめる。救命救急センターから救急搬送専用エレベーターで直結させる。
- (イ) 東側は一般病棟とする。
- (ウ) 病棟外のエリアに院内学級を設ける。

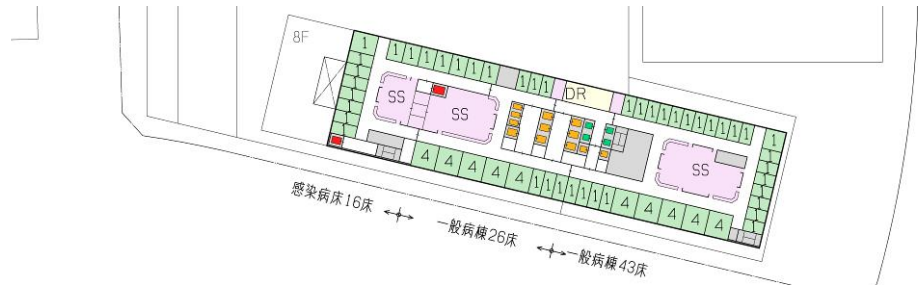
図表 12-8 8階ゾーニングイメージ図



コ 9階ゾーニング構成

- (ア) 感染外来から専用エレベーターで搬送可能な感染病床を西側に配置する。
- (イ) パンデミック時には西側病棟全体またはフロア全体が感染症病棟に転用可能な設備を配置する。

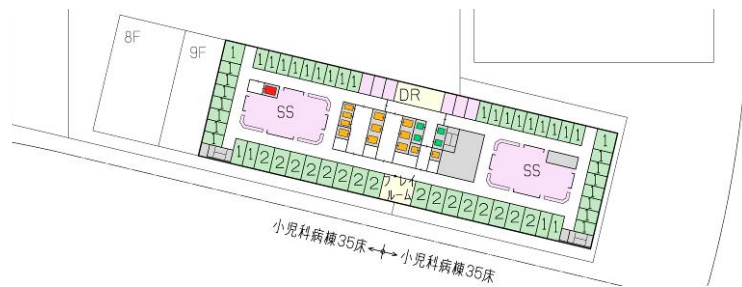
図表 12-9 9階ゾーニングイメージ図



サ 10階ゾーニング構成

- (ア) 1床室と2床室で構成する小児科病棟とする。

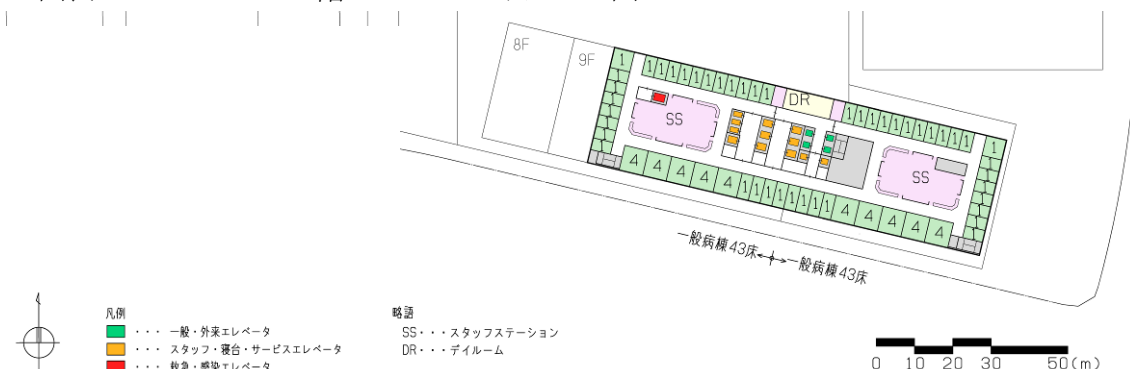
図表 12-10 10階ゾーニングイメージ図



シ 11階～16階ゾーニング構成

- (ア) 標準階として、急性期一般病棟を東と西の2病棟で設ける。
- (イ) 病棟は4床室と1床室で構成する。

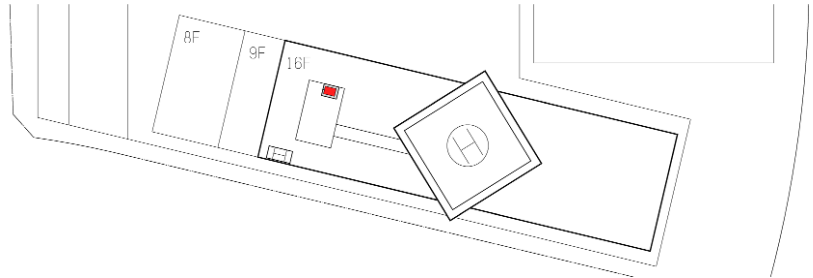
図表 12-11 11～16階ゾーニングイメージ図



ス R階ゾーニング構成

(ア) ヘリポートを設け、救命救急センターと大型の救急搬送専用エレベーターで接続する。

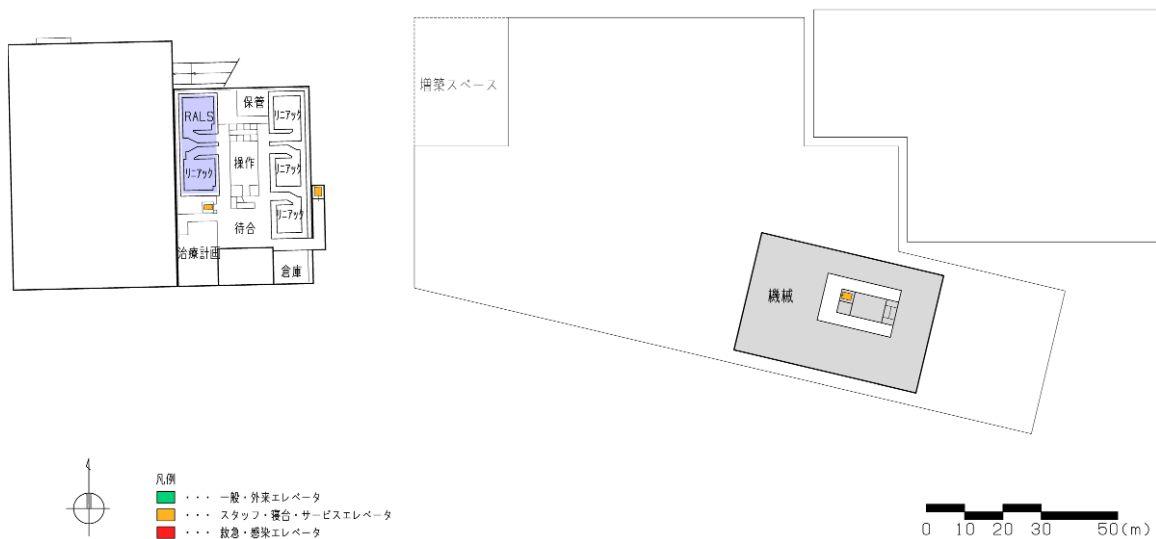
図表 12-12 R階ゾーニングイメージ図



セ 地階ゾーニング構成

(ア) R I 等、各種排水処理用の設備など、必要最小限の設備機械室を設ける。

図表 12-13 地階ゾーニングイメージ図



4 構造計画

耐震性能目標

ア 耐震性能目標の考え方

構造計画は耐震性能目標に応じて行います。耐震性能目標は、想定する強さの地震が発生した際に、被災後の建物の状態（被害、機能維持、補修の程度）をどの程度にとどめるかの方針です。以下にその基本的な考え方を整理します。

- (ア) 想定する地震の強さは、建築基準法の設定に合わせて中地震を震度 5 弱程度、大地震を震度 6 強程度と設定する。さらに、建築基準法の想定以上の地震として震度 7（1995 年兵庫県南部地震程度あるいは大地震の 1.5 倍程度）を設定する場合もある。
- (イ) 被災後の建物の状態としては無被害～大破までの 5 段階で区分が一般的であり、区分に応じた被害の程度、機能維持の程度、要する修復の程度を図表 13 に示す。
- (ウ) 官庁施設の総合耐震・対津波計画基準では、大地震に対しての建物の状態を【小破】～【軽微な被害】程度にすることを目標としている（図表 13、14 参照）。

図表13 地震による建物の状態

状態区分 (JSCA 性能設計)	損傷限界▶	性能限界余裕度Ⅰ▶	性能限界余裕度Ⅱ▶	性能限界▶	
	無被害	軽微な被害	小 破	中 破	大 破
被害の程度	構造骨組に変形は残らない	構造骨組にはほとんど変形は残らず、構造強度に影響はない	構造骨組に若干の残留変形が認められ、耐震性は多少低下するが、余震には耐える	構造骨組は鉛直荷重支持能力を保持するが、構造強度に影響を及ぼす変形が残る	構造骨組が大損害を被るが、落床・倒壊はしない。ただし、余震による倒壊の危険性がある
	仕上材等の一部は外観上の軽微な損傷を受けることがあるが、他はほぼ損傷を受けない	仕上材等は若干の損傷を受けるが、使用性は損なわれない	仕上材等はある程度の損傷を受ける	仕上材等は相当の損傷を受け、脱落する可能性がある	仕上材等が広範囲にわたって損傷・脱落を生じる
機能維持の程度	機能維持	主要機能確保	指定機能確保	限定機能確保	機能喪失
	建築物としての機能がほぼ完全に維持される	主要な業務遂行のための機能は確保される	基本的活動維持のためにあらかじめ指定された機能が確保され、避難所として利用できる	業務活動維持のための機能を失うが、限定された区画内で最低限の救急活動等の緊急対応が可能である	地震時には人命が損なわれないが、地震後に建物に立ち入ることは危険で、緊急対応活動の不可能になる
要する修復の程度	修復不要	軽微な修復	小規模修復	中規模修復	修復困難 (大規模修復)
	構造骨組の修復は不要である	構造骨組の強度確保のための補修は要しない	構造骨組には直ちに補強・補修を要しない	構造強度の低下に対する応急補強・補修を要する	構造骨組の完全な復旧は困難になる
	仕上材等の外観上からの補修を要する場合がある	仕上材等は軽微な補修を施せば、建物の機能回復ほぼ完全に回復することが可能である	小規模な修復によってほぼ完全に当初の機能が回復される	中規模な修復によってほぼ完全に当初の機能が回復される	大規模な補強・補修により業務活動は再開できるが、当初機能の完全回復は困難である

※ JSCA性能設計説明書2017年版、一般社団法人日本建築構造技術者協会（JSCA）

図表14 官庁施設の総合耐震・対津波計画基準（平成25年）

耐震安全性の分類	重要度係数(Ⅰ)	大地震時の層間変形角の目標値		耐震安全性の目標	適用される建築物の用途例
Ⅰ類	1.5	RC造 SRC造 鉄骨造	1/200 1/200 1/100	大地震動後、構造体の補修をすることなく建築物を使用できることを目標とし、人命の安全確保に加えて十分な機能確保が図られるものとする。	災害応急対策活動に必要な施設 危険物を貯蔵する又は使用する施設のうち特に重要な施設
Ⅱ類	1.25			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ものとする。	災害応急対策活動に必要な施設 危険物を貯蔵する又は使用する施設 多数が利用する施設
Ⅲ類	1.0			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ものとする。	Ⅰ類、Ⅱ類に該当しない施設

イ 構造体の耐震性能目標の設定

「基幹災害拠点病院」として、大地震発生後にも病院機能を維持するために必要なすべての施設が十分な耐震性能を有し、医療の継続・応急対応活動に対応できる施設とする必要があります。各棟の機能から下記のように耐震性能目標を設定します。

(ア) 新病院棟

病院機能の中核施設として、大地震後にも構造体の補修をすることなく、十分な機能確保を可能にするため、Ⅰ類の性能を目標とする。さらに、建物の損傷だけではなく、医療機器や家具・什器などを地震時の激しい揺れから守るため免震構造を採用する。

(イ) 立体駐車場

J R広島病院を改修する立体駐車場については、既存建物の構造が免震構造のためⅠ類相当の性能を保有していると考えられるが、改修後の性能目標は改修設計内容に応じて設定していくことが望ましい。

(ウ) 院内保育所

教育施設である幼稚園同等と捉え、文部科学省の構造設計指針を参考に国公立の文教施設同等のⅡ類の性能を目標とする。

※ 「建築構造設計指針（平成21年版）」、文部科学省大臣官房文教施設企画部

(エ) 駐車場渡り廊下

新病院棟と立体駐車場間の渡り廊下は、立体駐車場に災害用の備蓄倉庫を設けることを想定し、Ⅰ類の性能を目標とする。

(オ) H I P R A C 上空通路

大地震後にも構造体の補修をすることなく、十分な機能確保を可能にするため、Ⅰ類の性能を目標とする。

(カ) H I P R A C

H I P R A C 上空通路との接続部について、改修を行う。

構造体力上の危険性が增大しない改修計画とし、原則構造体の改修は行わないこととする。

ウ 非構造部材及び設備機器の耐震性能目標の設定（図表 15、16 参照）

構造体の耐震性能目標に合わせて、非構造部材及び設備機器の耐震性能目標を下記のように設定します。

- (ア) 新病院棟及び院内保育所、駐車場渡り廊下、立体駐車場
大地震発生後も病院機能を維持する必要がある施設のため、非構造体（外壁、扉、ガラス、天井、間仕切り等）や設備機器についても、大地震後にも病院機能が維持出来る非構造部材：A類、建築設備：甲類とする。
- (イ) 上記(ア)以外の棟
大地震後に人命の安全確保及び二次災害の防止が図られる非構造部材：B類、建築設備：乙類とする。
- (ウ) H I P R A C
改修部分の性能目標は、改修設計内容に応じて設定する。

図表 15 非構造部材の耐震安全性の目標

分類	対象とする施設	耐震安全性の目標
A類	災害応急対策活動に必要な官庁施設 危険物を貯蔵又は使用する官庁施設 施設事例 ・病院であって、災害時に拠点として機能すべき施設 ・放射性物質若しくは病原菌類を貯蔵又は使用する施設 ・石油類、高圧ガス、毒物、劇薬、火薬類等を貯蔵又は使用する施設	施設の外部及び活動拠点室、活動支援室、活動通路、活動上重要な設備室、危険物を貯蔵又は使用する室等における建築非構造部材については、 <u>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ものとする。</u> また、機能の停止が許されない室においては、要求される機能に応じた検討を行う。
B類	上記以外の官庁施設	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られていることを目標とする。

図表 16 建築設備の耐震安全性の目標

分類	対象とする施設	耐震安全性の目標
甲類	災害応急対策活動に必要な官庁施設 危険物を貯蔵又は使用する官庁施設 施設事例 ・病院であって、災害時に拠点として機能すべき施設 ・放射性物質若しくは病原菌類を貯蔵又は使用する施設 ・石油類、高圧ガス、毒物、劇薬、火薬類等を貯蔵又は使用する施設	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、 <u>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。</u>
乙類	上記以外の官庁施設	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。

5 設備計画

(1) 設備計画の9つの方針

設備計画は、第3章施設整備方針及び第4章部門別整備計画を踏まえた下記の9つの方針を基に整備します。

ア 高度急性期・専門医療の提供

将来の機能拡張や機器更新に柔軟に対応するため、予備スペースや適切な機器搬出入の動線確保する。また、改修しやすい設備システムの構築と設備機器配置を検討する。

イ 感染症への備え

- (ア) 空調換気設備は、適切な換気回数及び清から汚への空気の流れを保つ計画とする。
- (イ) パンデミック時には、必要な個所に換気量の増強や陰圧化ができる機能を備える。
- (ウ) センサーや自動水栓など非接触技術の積極的な採用により、接触による感染リスク低減に配慮する。

ウ 災害への備え

- (ア) 病院機能の維持に必要な重要設備（熱源・電気室など）は、高潮・河川氾濫による水害を避けるため、2階以上に配置するとともに十分な耐震性能を有する計画とする。
- (イ) 災害等のライフライン途絶時であっても、非常用電源、無停電電源設備及びエネルギーインフラの多重化（電気・都市ガス・重油等）並びに水冷式熱源と空冷式熱源の併用、井水・雨水利用及びコジェネレーションシステム導入等の検討により、病院の機能を維持できる計画とする。
- (ウ) 設備機器の多重化や発電機対応等により、設備機器の保守点検時及び故障時等であっても、機能を停止できない諸室の室機能が確保される計画とする。

エ 患者満足度の向上

快適で安全な療養環境を支えるため、適切な空調温湿度、通信機能及び照度を維持できる設備配置等を計画する。

オ 医療人材の育成

会議室・多目的ホール等は、会議・研修・実習を効率的かつ効果的に実施できるよう、必要な映像音響設備を整備する。

カ 効率化と働き方改革

情報通信システムは、高度化する情報端末、クラウド化及びロボット等の導入に柔軟に対応できるシステム構築となるよう計画する。

キ 職員満足度の向上

職員の研修・会議エリアは、スタッフ間の連絡や情報収集のためにW i - F i を構築可能な計画とする。

ク 時代の変化への対応

最新の高効率・省エネルギー技術を採用し、建物のエネルギー消費を抑えることにより、Z E B O r i e n t e d を目指す計画とする。

ケ 経営環境の向上

自然エネルギーを利用したシステムを採用し、ランニングコスト（光熱水費）を削減する計画とする。

（２）電気設備

ア 引込・受変電設備

（設備計画の９つの方針のうち、関連項目 ア、ウ）

- (ア) 地震・台風・交通事故などの災害等に備え、地中引込方式を計画する。
- (イ) 系統電源停電時及び保守点検時に備えるため、引込の二回線化及び受電部分の二重化を計画する。
- (ウ) 保守点検等の停電を伴う作業については、高圧系統を複数に分割し、部分的な停電で実施できる計画とする。
- (エ) 館内各所に電源を効率よく供給するため、複数の電気室を分散配置する計画とする。

イ 非常用発電機設備

（設備計画の９つの方針のうち、関連項目 ウ）

- (ア) 停電時の病院機能維持のため、防災用及び保安機器用の非常用発電機を計画する。
- (イ) 保守点検や更新工事の際にも電源を維持するため、複数構成及び仮設電源車を接続可能な計画とする。

ウ 無停電電源設備

(設備計画の9つの方針のうち、関連項目 ウ)

- (ア) 電力停止が許されない機器について、停電時の非常用発電機電源への切換え対応として、無停電電源装置を計画する。
- (イ) 無停電電源設備の故障、保守点検、更新工事の際にも電源供給を停止させないため、複数構成及びバックアップ容量を持たせる計画とする。

エ 太陽光発電設備

(設備計画の9つの方針のうち、関連項目 ク、ケ)

新病院棟屋上または立体駐車場屋上に太陽光発電設備を計画する。

オ 電気自動車充電設備

(設備計画の9つの方針のうち、関連項目 ク)

電気自動車への対応として、搬入車両スペース等に急速充電設備を設置し、立体駐車場には一般充電設備または急速充電設備を設置する計画とする。

カ 情報通信設備

(設備計画の9つの方針のうち、関連項目 オ、カ、キ、ク)

- (ア) 不審者の発見及び安全確認のため、敷地内及び館内に監視カメラを設置し、監視及び録画可能なシステムを計画する。
- (イ) スタッフ及び関係者がセキュリティレベルに応じた入館・入室管理を行える入退室管理システムを計画する。
- (ウ) 来院者の利便性向上及び安全確保のため、立体駐車場には駐車場管制設備を計画する。
- (エ) 会議・研修・実習を効率的かつ効果的に実施できるよう、会議室・多目的ホールに大画面の映像音響設備を計画する。
- (オ) 通信キャリアや専門業者による携帯電話不感知対策設備や医療機器更新等の将来対応として、高速無線通信技術に対応できる機器スペース、配線ルート及び電源を計画する。
- (カ) 病院内の医療情報・部門システムのサーバー類、ネットワーク機器類のため、適切な機器スペース、配線ルート及び電源を計画する。

(3) 空調設備

ア 熱源設備

(設備計画の9つの方針のうち、関連項目 ア、ウ、ク、ケ)

- (ア) エネルギーインフラ途絶時でも、非常用電源、耐震性の高い中圧ガス及び重油等の備蓄燃料等の複数のエネルギー源により、災害に強い熱源設備を計画する。
- (イ) 故障時や保守点検時を考慮し、予備機を設置する等の予備的要素を持つ計画とする。
- (ウ) 断水時の運転を考慮し、水冷式熱源に偏らず、空冷式熱源を併用する計画とする。
- (エ) 高効率熱源・インバーター機器等の効率的で経済性の良い機器の採用を計画する。
- (オ) 蒸気供給箇所は最小限(厨房、中材、洗濯滅菌等)とし、蒸気が必要箇所の近くに蒸気熱源設備を配置するよう計画する。

- (カ) 水蓄熱システムやコージェネレーションシステムの導入を検討する。コージェネレーションシステムでは、発電時の排熱を空調や給湯に利用する等、エネルギーの有効利用を図る。
- (キ) 太陽熱利用や自然換気等の自然エネルギーを活用し、ランニングコスト（光熱水費）を削減する計画とする。

イ 空調換気設備

（設備計画の9つの方針のうち、関連項目 ア、イ）

- (ア) 用途や使用時間等を考慮し、適切な空調設備を配置する計画とする。
- (イ) 医療福祉設備協会の病院設計ガイドライン（HEAS）に規定される清浄度のレベル設定や、医療加算等の施設基準を確認し、HEPAフィルター、高性能フィルター等、フィルターの適正な使い分けを行う。
- (ウ) 空気の流れを適正に管理し、感染対応に配慮した計画とする。

ウ 自動制御・中央監視設備

（設備計画の9つの方針のうち、関連項目 ア、カ、ク、ケ）

- (ア) 新病院棟に設ける中央監視設備にて、設備の集中監視を行う。
- (イ) 空調及び衛生設備システムの自動化、省力化及び省エネ化を目的として、自動制御設備を計画する。
- (ウ) 各種エネルギーの使用状況をモニタリング（見える化）することで、設備システム運用の最適化を図る。

（４）給排水衛生設備

ア 給水設備・給湯設備

（設備計画の9つの方針のうち、関連項目 ア、イ、ウ、ケ）

- (ア) 給水供給は上水（飲用系）・雑用水（トイレ洗浄系）の2系統給水とし、上水の受水槽は2階以上へ設置する等、水害対策に配慮した計画とする。
- (イ) 雑用水は地下躯体を利用した雑用水槽を水源とし、ポンプ室が浸水深以下となる場合は防水扉等の水害対策を検討する。
- (ウ) 上水の受水槽及び雑用水槽で災害時の節水想定で3日以上を備蓄し、必要に応じて塩素濃度を管理する設備の導入を検討する。
- (エ) 水道使用量削減及び災害時を考慮し、井水・雨水利用を検討する。
- (オ) 節水及び感染対策として、手洗いは原則自動水栓として計画する。
- (カ) 給湯用エネルギー量削減を目的として、太陽熱利用給湯システムを検討する。

イ 排水設備

（設備計画の9つの方針のうち、関連項目 ア、ウ）

- (ア) 災害時や公共下水途絶時にも排水が可能なよう、地下躯体を利用した緊急汚水槽を設ける計画とする。
- (イ) 排水系統は、汚水・RI・感染・高温・検査（pH中和系統）・厨房排水に分け、それぞれ適正な処理を行ったうえで排水する計画とする。

ウ 消火設備

(設備計画の9つの方針のうち、関連項目 ア、ウ)

- (ア) 消火設備は、消防法及び条例に準拠した消火設備を設置する。
- (イ) サーバー室等は、不活性ガス消火設備の自主設置を検討する。

エ 医療ガス設備

(設備計画の9つの方針のうち、関連項目 ア、イ、ウ)

- (ア) 医療ガスは、災害時に備え10日以上を備蓄する想定で容量を算定する。
- (イ) 水害対策として、吸引ポンプ及びコンプレッサーは2階以上に設置する。
- (ウ) 医療ガスの吸引設備は、院内感染や汚染拡大防止の観点から、感染系統と一般系統を別系統とする、治療用空気を利用したエジェクター方式の吸引及び専用のポータブル吸引器等を検討する。
- (エ) 吸引排気については汚染に配慮し、吸引フィルターを設置する。また、排気放出先は換気の取り入れ口や窓、開口部、人から離れた場所となるよう検討する。

オ 厨房器具設備

(設備計画の9つの方針のうち、関連項目 ア、ウ、カ、ク)

- (ア) 食事の安全性と品質及び業務効率性のバランスを考慮し、ニュークックチル方式を計画する。
- (イ) 個別食対応や患者サービスの充実のため、部分的なクックサーブ併用も検討する。
- (ウ) 災害時を考慮し、調理器具は電気熱源とガス熱源を併用する計画とする。

カ 都市ガス設備

(設備計画の9つの方針のうち、関連項目 ア、ウ)

- (ア) 都市ガス設備は、震災時にも信頼性が高い中圧ガスを引込む計画とする。
- (イ) 敷地内に専用ガバナを設け、諸設備に適したガス圧力に変換し供給する。

6 災害・感染症対応

(1) 災害・感染症への備え

ア 地震への備え

- (ア) 計画地付近で想定される最大震度は南海トラフ巨大地震等発生時の6弱であり、最大震度の地震が発生した場合、液状化危険度も極めて高いと想定される。
- (イ) 大地震後も建物全体において医療機能を維持し、家具・備品の転倒や損傷を抑えることができる「免震構造」を採用する。

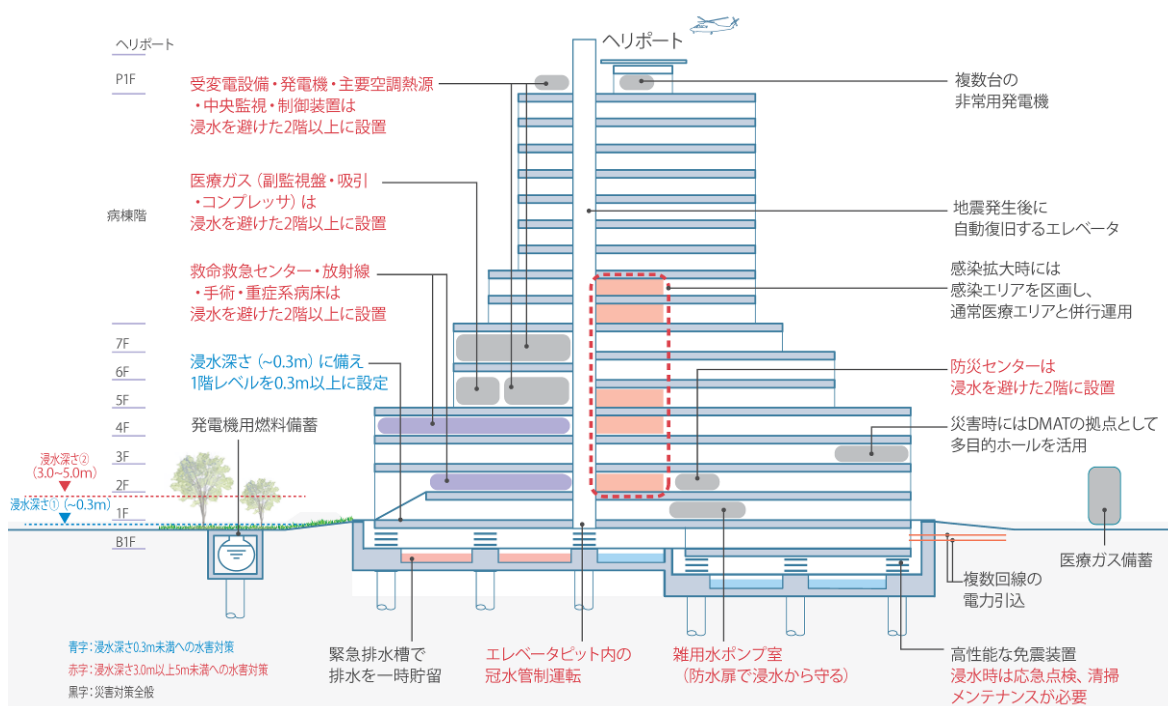
イ 水害への備え

- (ア) 計画地で想定される最大浸水深は、想定最大規模の高潮による 3.0m 以上 5.0m 未満である。また、発生確率が高いゲリラ豪雨による内水氾濫や津波による浸水深は 0.3m 未満が想定される。
- (イ) 計画地で想定される水害に対して、下記の 2 段階で対策する。
- (ウ) ゲリラ豪雨による内水氾濫や津波による浸水深 0.3m 未満への対策として、建物の 1 階レベルを周辺地盤から 0.3m 以上高く設定し、浸水しない計画とする。
- (エ) 高潮や河川氾濫による想定最大規模の浸水深 3.0m 以上 5.0m 未満への対策として、救命救急センター、手術、病床、重要診察機器（放射線装置など）及び重要設備諸室を 2 階以上に設置し、浸水被害を最小限に抑える計画とする。

ウ 感染症への備え

- (ア) 感染症の発生に備え、感染症対応エリアをあらかじめ設定し、諸室配置や仕様（陰圧など）を決定する。
- (イ) 感染拡大時には I C U や病棟の一部を区画して感染症対応エリアとし、感染搬送専用エレベーターによって感染症診察室（2 階）から直接搬送できる計画とする。
- (ウ) 重症系病床には、前室付きの陰圧病室を 1 室以上設ける計画とする。
- (エ) 一般病棟、待合、診察室、人工透析室、手術室及び放射線撮影室（救急対応）等において、陰圧切替え可能な室を必要に応じて設ける計画とする。

図表 17 様々な災害から医療を継続する対策イメージ



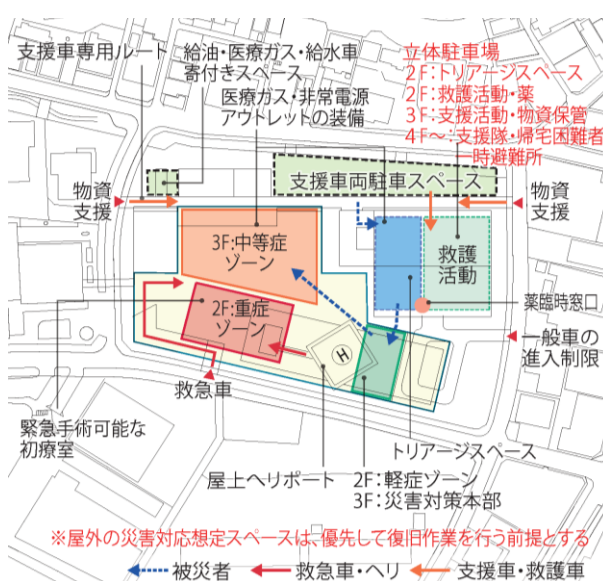
(2) 災害時の医療活動について

- ア 災害対応スペースをあらかじめ設定し、急な災害発生に迅速に対応する計画とする。
- イ 玄関車寄せにトリアージスペースを設定し、大災害時には入館を制限して病院内の混乱を防ぎ、継続的な災害医療活動を支える計画とする（図表 18－1 参照）。
 なお、1階の浸水が想定される大水害時には、立体駐車場の2階をトリアージスペースに設定するなど、状況に応じた対応が可能な計画とする（図表 18－2 参照）。
- ウ ヘリポート、手術、I C U、救命救急センター等の救急医療機能を救急搬送専用エレベーターで直結し、迅速な医療提供を支える計画とする。
- エ 玄関ホールを軽症ゾーン、外来エリアを中等症ゾーン、救命救急センターを重症ゾーン、立体駐車場を薬払出しや救護活動拠点に利用する計画とする。
- オ 敷地北側は支援隊エリアとし、車両の駐車、支援隊の活動や生活用のテント設置等、迅速な支援体制の展開を支える計画とする。
- カ 仮設トイレ用のマンホールや、電源・給水等のエネルギー供給車両の寄り付きを設定する。
- キ 液状化対策として、敷地内通路を地盤改良するなど地震発生後に建物と敷地内通路に段差を生じさせない対策を行う。

図表 18－1 災害医療活動イメージ(大地震時)



図表 18－2 災害医療活動イメージ(水害時)



7 駐車場計画

来院者の車両利用数及び周辺道路環境を考慮し、適切な交通動線を計画します。

1日あたりの来院者数（外来患者数）を1,800人と想定し、来院者向けの必要駐車台数は約400台とします。

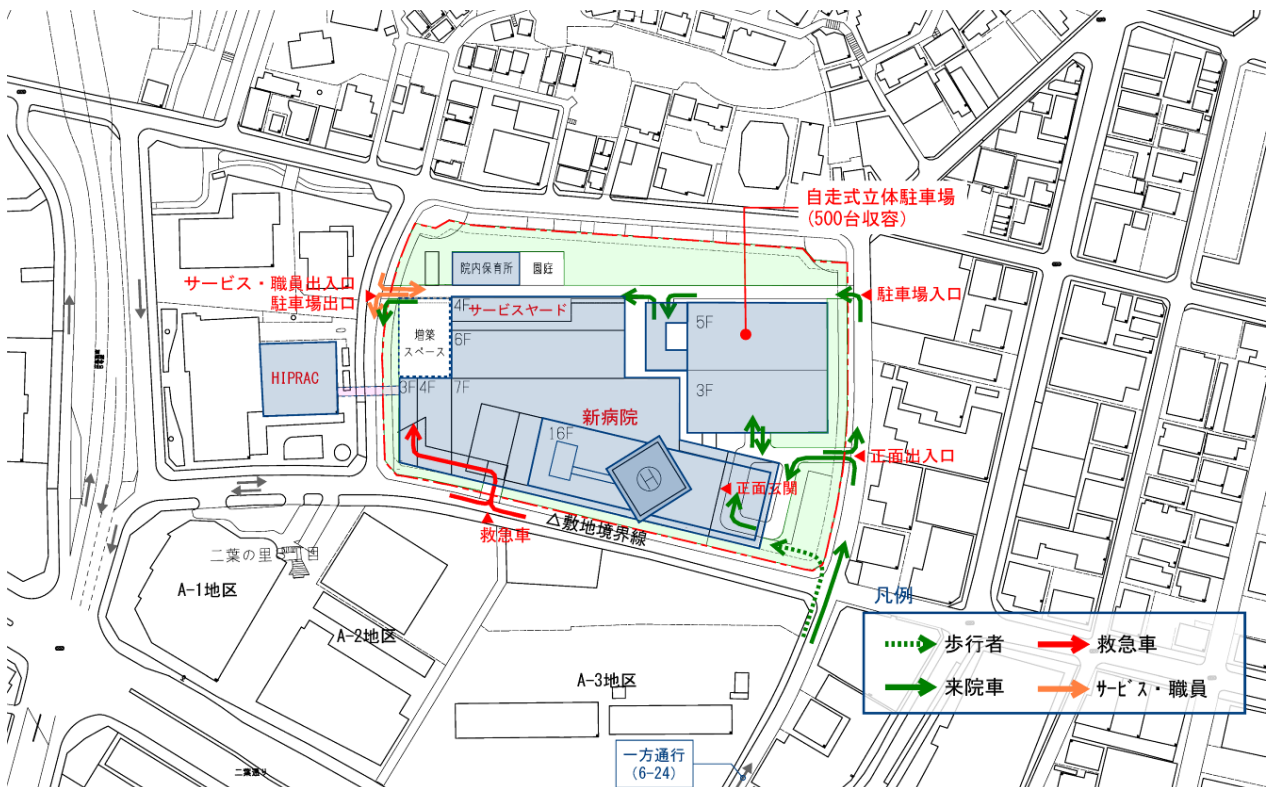
駐車場は新病院棟玄関や車寄せとの位置関係から、約 500 台を収容する自走式立体駐車場を敷地北東側へ配置します。また、バリアフリー駐車場や福祉タクシー等の駐車スペースは、新病院棟玄関に近い立体駐車場内に確保します。

立体駐車場と新病院棟を渡り廊下で接続し、バリアフリーの動線を確保します。

敷地内に一定の長さの車両専用道路を設け、ピーク時の入出庫における車両の滞留が一般道路側へ発生しないよう配慮した計画とします。

職員やサービス車両の動線は来院者用と分離し、利便性と安全に配慮した計画とします（図表 19 参照）。

図表 19 駐車場及び動線イメージ図



8 ヘリポート計画

基幹災害拠点病院として救命救急活動、災害支援活動に対応するヘリポートを設置します。

高層ビルの建ち並ぶ広島駅前都心部の立地とヘリの運航目的を念頭に、飛行場外離着陸場として新病院棟の屋上部分へ整備します（図表 20 参照）。

ヘリポートの大きさは、ドクターヘリ、消防防災ヘリ、警察ヘリ、海上保安庁ヘリ、自衛隊ヘリ等、県内及び中国地方で運行するヘリコプターの機種や新病院棟の施設計画への影響を考慮し、24m×24mとします（図表 21 参照）。

ヘリコプターの進入飛行経路については、周辺環境への影響に配慮して複数の経路を検討し、関係運航者との協議の上、適切に設定します。

ヘリポートには航空法に準拠した夜間照明（航空灯火）を設置します。

図表 20 ヘリポート種別の比較

	飛行場外離着陸場	非公共用ヘリポート
使用用途	・救命救急活動 ・災害支援活動 ・上記を想定した訓練	・設置者が認めた飛行 ・左記の他VIP輸送、医療ツーリズムに使用
設置費用	○	△ 消火設備や手続き費用が増加 + 約 80,000 千円
都心部での設置可能性	○	△ 経路設定の規定が厳しく制約あり
他のドクヘリ基地病院事例数	57 件	9 件

図表 21 ヘリポートサイズの比較

所属等	ヘリポートサイズ				
	15m×15m	21m×21m	24m×24m	28m×28m	40m×40m
広島県ドクターヘリ	○	○	○	○	○
広島県防災ヘリ	×	○	○	○	○
広島市消防ヘリ	×	○	○	○	○
中国地方ドクヘリ	○	○	○	○	○
中国地方消防防災ヘリ	×	○	○	○	○
広島県警察ヘリ	×	○	○	○	○
陸上自衛隊ヘリ	×	△ UH-1 (多用途ヘリ)	△ UH-1 (多用途ヘリ)	△ UH-1 (多用途ヘリ)	○ CH47 チヌーク (物資輸送ヘリ)
海上自衛隊ヘリ	×	×	△ SH-60J (救難ヘリ)	○ MCH-101 (掃海ヘリ)	○
東京消防庁ヘリ	×	×	○ EC225 (特別救難隊ヘリ)	○	○
設置時の制約等	○ 特になし	○ 特になし	○ 特になし	×	×
				日影規制により 病院形状に 制約あり	日影規制により 病院形状に 制約あり
工事費（目安）	80 百万円	120 百万円	150 百万円	180 百万円	230 百万円
採 用			◎		

○は所属のヘリコプターが全て、△は所属のヘリコプターの一部が着陸できることを表す。

平成 26 年に改正された公共工事の品質確保の促進に関する法律の一部を改正する法律（公共工事品確法）第 14 条において、「発注者は、入札及び契約の方法の決定に当たっては、その発注に係る公共工事の性格、地域の実情等に応じ、この節に定める方式その他の多様な方法の中から適切な方法を選択し、又はこれらの組合せによることができる」ことが規定されました。

国土交通省では、平成 27 年 5 月に「公共工事の入札契約方式の適用に関するガイドライン」を作成し公共工事の性格、地域の実情等に応じた多様な入札契約方式の適用が進められ、品確法の趣旨が自治体レベルでも広く浸透し、地方公共団体が抱える様々な事業の課題解決に最適な入札契約方式が選定されるよう「多様な入札契約方式の活用に向けて（第 2 版）」がまとめられました。

従前の自治体立病院の施設整備においては、長らく従来方式と言われる設計・施工分離方式が主体で進められていましたが、建築コストの低減や工事品質の向上を目的として多様な入札契約方式の中に設計・施工一括方式（以下、「デザインビルド方式」もしくは「DB 方式」という）及び設計段階から施工者が関与する E C I 方式（以下、「E C I 方式」という）が示されました。この内容に基づき、自治体立病院の整備においてもこれらの整備手法を採用する事例が数多く見られるようになりました。

特に、病院の施設整備における建築費は、単に初期投資費用の増加に直結するだけでなく、借入金の増大による償還金負担、支払い利息及び減価償却額の負担増等、開院後の病院経営に大きく影響するものであり、少しでも低減化できる工夫が必要なことから、デザインビルド方式や E C I 方式を採用した事例では、一定の評価がなされています。

一方、東日本大震災の復興や東京オリンピック開催に伴う作業員の不足等に伴う建築単価の高騰化にはじまり、近年ではウクライナ情勢や円安を起点とした世界的なインフレによる建設資材の高騰、全国的な建設需要の増大による建設現場での人材不足等を要因とした建設費の上昇は未曾有の増加幅となっており、現時点においても価格低下の傾向が見られていません。

さらに 2024 年に開始される建設業の時間外労働上限規制をはじめとした工期延長及び工期延長に伴う各種経費の増加を踏まえると、当面は建設費が下落するとは考えにくい状況です。

このような現状を踏まえ、新病院棟整備に最適な整備手法については、メリット・デメリットを考慮して検討します。

(1) 整備手法の概要

今回の施設整備で考えられる整備手法の概要は以下のとおりです（図表 22 参照）。

図表 22 整備手法の概要

手法	概要
従来方式	設計者と施工者を分離して発注する方式であり、自治体立の施設全般に従前より採用されている手法である。 建築工事と設備工事を一体的に発注する手法、建築工事と設備工事の受託者を分ける分離発注、工区を分離する等、多様な発注方法が可能となる。
E C I 方式	基本設計終了後、技術協力者（施工候補者）を選定し、実施設計段階から施工者が技術協力を行う方式。 技術協力者が持つノウハウを実施設計に活かすことによって、建設費の抑制や工事期間を短縮する効果が期待される。
デザインビルド方式 （D B 方式）	設計と施工を一括発注し、早期に施工者を決定する方式。 基本設計から設計・施工者を選定する手法と基本設計は従来どおり行い、実施設計から設計・施工者を選定する手法がある。
P F I 方式	P F I 法（民間資金等の活用による公共施設等の整備等の促進に関する法律）に基づく発注方式である。 施設整備だけでなく、開院後の運営（ただし、医療行為は対象外）を民間の資金、経営能力及び技術的能力を活用して行う手法である。 ただし、上記 3 種類の整備方式と異なり、全国的にも病院整備で実施された事例は限られる。

(2) 整備手法におけるメリット・デメリット

今回の新病院棟整備に当たって、①全体工程への影響、②工事工期の短縮効果、③コスト削減効果、④発注者（病院スタッフを含む）の意向の反映、⑤発注者の業務負担の5つの重要な視点からメリット・デメリットを整理した結果は以下のとおりです（図表 23 参照）。

図表 23 整備手法ごとの評価

	全体工程への影響	工事工期の短縮効果	コスト削減効果	発注者の意向の反映	発注者の業務負担	評価結果
従来方式	実施設計図書で発注を行うため、要求水準書などの作成の必要がなく、全体工程が最も短い（開院想定） 2030 年中	建設会社が技術提案を検討する余地が少ないため、工事工期の短縮効果が期待できないが、設計段階で一定の工期を短縮可能	設計段階で一定の工期を短縮可能だが、仕様書発注方式のため、受注後に施工者の技術力を生かしたコスト削減が行いにくい	同一設計事務所が基本設計・実施設計を行うため、発注者の意見を継続して反映しやすい	設計者が常に発注者をサポートし、工事発注支援や設計変更による精算調整も行うため、発注者の負担が少ない	
	○	△	△	◎	○	○
ECI方式	基本設計終了後、ECI 発注図書の作成期間が必要だが、工期短縮が可能（開院想定） 2030 年中	技術協力者の提案を得ながら実施設計を行うため、工事工期の短縮効果が大きく期待できる	技術協力者の提案を得ながら実施設計を行うため、技術協力者の技術力を生かしたコスト削減が期待できる	同一設計事務所が基本設計・実施設計を行うため、発注者の意見を継続して反映しやすい	要項作成、質疑対応、提案の可否判断など、発注者の負担が大きいが、設計者が支援することができる	採用
	○	○	◎	◎	○	◎
DB方式（実施設計から）	基本設計終了後、DB 発注図書の作成期間が必要（開院想定） 2031 年中	施工者の技術提案により、実施設計・工事工期の短縮効果が期待できる	基本設計をもとに施工者が技術力を活かして実施設計を行うためコスト削減効果（施工者積算）は不透明である	実施設計以降の発注者意見が反映しにくい性能発注方式であり、品質確保に発注者の管理能力が求められる	施工者が作成する設計仕様やコスト状況について、発注者が詳細部まで確認することが困難	
	×	○	△	×	×	×
DB方式（基本設計から）	基本計画終了後、DB 発注のための要求水準書の作成期間が必要（開院想定） 2031 年中	施工者の技術提案により、基本設計・実施設計・工事工期の短縮効果が期待できる	基本設計から施工者が技術力を活かして設計を行うためコスト削減効果（施工者積算）は不透明である	基本設計以降の発注者意見が反映しにくい性能発注方式であり、品質確保に発注者の管理能力が求められる	施工者が作成する設計仕様やコスト状況について、発注者が詳細部まで確認することが困難	
	×	○	△	×	×	×
PFI方式	基本計画終了後、PFI 発注のための可能性調査期間、要求水準書の作成期間が必要（開院想定） 2032 年中	PFI 事業者の技術提案により、基本設計・実施設計・工事工期の短縮効果が期待できる	事業者の創意工夫を生かした事業計画の立案が可能だが、コスト削減効果（施工者積算）は不透明である	基本設計以降の発注者意見が反映しにくい性能発注方式であり、品質確保に発注者の管理能力が求められる	施工者が作成する設計仕様やコスト状況について、発注者が詳細部まで確認することが困難	
	×	○	△	×	×	×

（３）新病院整備における発注方式

建築費の高騰が続くと予測されるためコスト削減効果が期待できるもの、または地域医療体制を守るためにもスケジュールへの影響が軽微なものを整備手法として選択する必要があります。

さらに、新病院整備における施工の難易度に着目すると①ＪＲ病院を減築し駐車場へ改修すること②工事期間中もＪＲ病院を運用すること③大規模工事における長期間の人材・資材の調達④経営収支計画上のさらなるコスト縮減⑤ＺＥＢの実現⑥ロボット搬送等を活用した生産性の向上などが挙げられます。

こうした施工条件等も含めて前述のメリット・デメリットの評価から総合的に判断した結果、新病院整備ではＥＣＩ方式を想定し検討を進めることとします。

第6章 その他整備計画（医療機器整備・物流・業務委託）

1 医療機器整備計画

（１）基本方針

新病院における医療機器整備の基本方針は、以下のとおりです。

- （ア） 新病院が、広島県の新たな中核医療機関として、高度急性期・急性期医療を提供するために必要となる医療機器を整備します。
- （イ） 医療資源の適正活用の観点から、目指す医療機能に合わせた整備仕様の適正化、院内部門間での共同運用などによる整備台数の適正化を図り、新病院の健全経営に配慮します。また、費用対効果の観点から、新病院開院時に整備すべき内容と、将来的に整備する内容の精査を図ります。
- （ウ） 現在、使用している医療機器については、求められる性能や使用状況を踏まえ、新病院でも継続使用が可能なものは、原則として新病院に移設し有効活用します。
- （エ） 医療機器を取り巻く技術革新を踏まえ、A I等の活用により、医療従事者の負担軽減や、治療精度の向上、医療安全への寄与を図ります。
- （オ） 将来的に新たな医療機器や技術の導入が行いやすい施設・設備を整備します。

(2) 主要医療機器

ア 施設整備方針に基づく医療機器整備の基本的な考え方

医療機器整備計画においては、新病院の「施設整備方針」に基づき、以下の観点に配慮することとします（図表 24 参照）。

図表 24 施設整備方針に基づく医療機器整備の基本的な考え方

新病院の「施設整備方針」	医療機器整備計画において特に留意する主な内容
1 安全で質の高い高度急性期・専門医療を提供するために相応しい施設の整備	
高度急性期病院としての機能充実	・機能充実に必要な手術室・手術機能の確保 (手術支援ロボット・術中画像診断機能)
24 時間 365 日“断らない救急”を実現するための機能の充実	・救命救急センター、小児救命救急センターの充実に必要な機能 (初期治療・診断のための機器類)
生殖医療から周産期、新生児、小児を含む一貫した成育医療提供体制の整備	・ハイリスク妊娠・分娩、超低出生体重児の治療・管理、先天性疾患などを有する児の治療、小児の術後管理等に必要な機能の確保
がん治療機能の集約化による集学的治療の実施	・手術・化学療法・放射線治療・ゲノム医療など、がん集学的治療を実践するために必要な機能(治療装置、ゲノム検査機器類)
精神と身体の一體的な治療、子どもの心の諸問題への対応	・児童思春期医療の提供や、身体合併症精神科患者への治療に必要な機能
医療技術の進展や需要の変化に対応する柔軟性の確保	・各種医療機器の整備にあたり、スペース・設備条件について一定程度の余力を設けた設計
2 感染症に強い施設の整備	・新興・再興感染症流行時に備えた機能 (検査機器、空調管理等)
3 災害に強い施設の整備	・災害発生時に想定される医療需要に対応する機能 (簡易ベッド、治療・管理機器類等)
4 患者満足度の向上	・患者の療養環境向上に資する機能 (快適性に配慮した家具・什器、ベッドサイド環境等)
5 実践的な医療人材を育成するための施設の整備	・実践教育に必要なシミュレーター機器、遠隔医療に必要なシステム・機器類
6 効率化・働き方改革につながる施設の整備	・A I 等を活用した診療支援機能を備えた機器類
7 職員満足度の向上	・職員の勤務環境向上に資する機能 (快適性・業務効率に配慮した機器・什器等)
8 時代の変化への対応	・省エネやダイバーシティに配慮した機器・什器等の整備 ・可能な限りの現有品の有効活用を通じた、地球環境への配慮

イ 主な大型医療機器の整備内容

新病院に整備する主な大型医療機器の内容は以下のとおりです。以下に記載するもの以外は、部門別整備計画に掲げる内容に準じて整備を行います。なお本内容は、今後設計・建築などの各段階において適宜内容を精査し、経営面等に配慮した適切な整備に努めます（図表 25 参照）。

図表 25 主な大型医療機器の整備内容

部門名	機器種別	想定整備数
放射線部門 (診断)	一般撮影装置	7 台
	X線透視装置（内視鏡センター専用を含む）	8 台
	骨密度測定装置	1 台
	マンモグラフィ	1 台
	アンギオ装置（心臓用・頭腹部・多目的用を含む）	6 台
	C T 装置	6 台
	M R I 装置	5 台
	S P E C T－C T 装置	2 台
	P E T－C T 装置	2 台
放射線部門 (治療)	放射線治療装置（リニアック装置）	3 台
	遠隔操作密封小線源治療装置（R A L S）	1 台
検査部門	自動分析装置等	一式
	検体搬送ライン・分注システム	一式
薬剤部門	自動注射薬払出装置	一式
手術部門	術中画像診断・治療装置 （ハイブリッド手術用アンギオ装置）	2 台
	手術支援ロボット	3 台
	手術室関連機器 （シーリングペンダント・手術映像管理システム）	一式
救急部門	画像診断・治療装置（ハイブリッド E R 用アンギオ装置）	1 台
集中治療部門	集中治療・管理関連機器 （生体情報モニタシステム・I A B P・P C P S・人工呼吸器等）	一式

※ 整備数については、今後の患者数等の分析を踏まえ、調整する。

2 物流システム整備計画

(1) 基本方針

新病院の物流システム整備の基本方針は、以下のとおりです。

- (ア) 今後予測される人口構造や社会の変化に対応し、働きやすい病院づくりを行うため、技術の活用等を通じて、効率的な院内物流の仕組みを整備します。
- (イ) 品目ごとに効率的な物品管理方式を検討することにより、管理の効率化、材料等調達費用の低減を図り、健全な病院経営に努めます。

(2) 物品搬送手段の整備

ア 物品搬送手段の整備に関する基本的な考え方

新病院での物品搬送手段の整備においては、以下の観点に配慮することとします。

- (ア) 医療従事者が本来業務に注力できる環境づくりが図られること
- (イ) 新病院開院後も長く活用し、かつ環境変化への対応が可能であること
- (ウ) 費用対効果（初期投資／ライフサイクルコスト）に配慮されていること
- (エ) 建築面への影響に配慮されていること

イ 物品搬送手段

新病院で想定する主な搬送手段は以下のとおりとします。なお、詳細については今後設計段階で検討することとします。

- (ア) 機械搬送設備の導入範囲
 - a 大容量のものを自動搬送する設備として「自律式搬送ロボット」の活用を想定する。ただし、新病院開院当初での導入範囲（搬送先部署・搬送対象物等）については、今後運用や費用対効果を踏まえて検討する。また、新病院の設計においては、病院全体で搬送ロボットが利用できるよう、建築面に配慮した計画とする。（廊下幅・エレベーター整備台数への配慮等）
 - b 小規模のものを多頻度に搬送する手段として、病院全体の必要な箇所に、気送管設備を導入する。気送管ステーションを配置する場所は、主に病棟部門、手術部門、臨床検査部門、薬剤部門、外来部門、救急部門、中央診療部門（一部）、事務管理部門、臨床研究等部門などを想定し、詳細は設計時に決定することとする。
 - c その他、必要な箇所に垂直小荷物搬送機を部分的に導入し、具体的な整備箇所は設計時に必要性を踏まえて決定する。

(イ) 物品品目ごとの搬送手段の考え方

院内で発生する物品について品目ごとの搬送手段の考え方は以下のとおりです。整備される機械搬送設備は最大限に利活用する方針とし、機械搬送がなじまない範囲等は人手による搬送とします（図表 26 参照）。

図表 26 部署・品目ごとの搬送手段の方針

部署・品目		搬送手段方針
薬剤	定期	機械（ロボット）を中心に検討
	臨時緊急	
検体 採血管	定期	機械（気送管）を中心に検討
	臨時緊急	
病理		機械（ロボット）を中心に検討
輸血		
滅菌器材		人手を中心に、機械搬送の活用可能性は今後検討
診療材料		人手を中心に、機械搬送の活用可能性は今後検討
給食	配膳	人手搬送
	下膳	人手を中心に、機械搬送の活用可能性は今後検討
書類等		機械（気送管）を中心に検討（書類は原則電子化を推進）
ME 機器類		人手を中心に、機械搬送の活用可能性は今後検討
廃棄物		人手搬送

ウ 物流管理方式

新病院で発生する物流について、品目ごとに適切な管理方式を設定し、効率的・効果的な運営を図ります。

(ア) 物品品目ごとの物流管理方式

- 診療材料・消耗品等は、「SPD」の仕組みによる管理を基本とし、管理システムを活用しながら効率的に管理する。管理システムについては、新規技術の導入などを検討し、少人数で効果的に管理できる仕組みを検討する。
- 薬剤は、薬剤部門で管理を行い、採用医薬品については所定の委員会で承認する。また、注射薬の払い出しや各病棟・外来への搬送業務をSPD業務に組み込むことで、人員の共有化、薬剤師及び搬送の効率化を行うことも検討する。
- 鋼製小物は、中央材料部門で管理を行い、物品及び滅菌品質の管理を行う。
- 医療機器のうち、院内全体で中央管理する品目については、臨床工学部門で管理を行う。管理対象とする品目については今後検討とする。
- リネン類（寝具・白衣等）については、外部委託（寝具等洗濯業務委託）を活用しながら、事務部門で管理する。委託による管理対象とする品目や委託する業務の範囲については今後検討とする。

(イ) 診療材料の在庫管理方式

- 診療材料の保管方式については、物品管理業務委託業者による院外倉庫を活用した「院外倉庫方式」を基本とする。ただし、緊急時に使用する材料等の保管スペースや、物品供給のための作業に要するスペースは、院内に必要分確保する。
- 診療材料は「消化払い方式」の導入を検討し、院内不良在庫の圧縮を図りやすい環境を確保する。また、地域の医療機関と共同で調達・管理を行う体制の構築を検討し、調達費用の圧縮等、効率化しやすい環境を確保する。
- なお、共同調達体制を設ける範囲については、診療材料・医薬品・医療機器・試薬など、各種品目から費用対効果等を踏まえて、幅広く検討することとする。

3 業務委託計画

(1) 基本方針

新病院の業務委託計画の基本方針は、以下のとおりです。

- (ア) 民間事業者のノウハウ等を効果的に活用することで、病院職員・医療職が本来業務に注力しやすい環境を構築するとともに、サービス水準の向上を図ります。
- (イ) 業務委託範囲や内容については、病院職員との役割分担や費用対効果等を含めて精査し、業務委託費用の最適化と健全経営の推進に配慮します。

(2) 主な業務委託範囲

ア 主な業務委託範囲

新病院において主に業務を委託する範囲は以下のとおりです。今後、設計・建築及び運用検討を通じて、業務委託化の効果等を精査し、業務委託化する範囲等を決定することとします。また、契約形態（委託、派遣など）についても、各業務の特性等を鑑み今後適切に選択するものとします（図表 27 参照）。

図表 27 主な委託業務範囲

政令業務	その他業務
・ 検体検査 ・ 滅菌消毒 ・ 患者給食 ・ 患者搬送 ・ 医療機器の保守点検 ・ 医療用ガス供給設備の保守点検 ・ 寝具類洗濯 ・ 院内清掃	・ 医事・受付業務（委託範囲等要精査） ・ 物品・物流管理 ・ 情報システム管理保守 ・ 医療機器の整備・管理・更新 ・ 看護補助 ・ 患者利便施設 （売店・カフェ・レストラン等） ・ 建築設備保守管理 ・ 環境衛生管理 ・ 職員被服管理 ・ 保安警備業務（駐車場管理を含む） ・ 給食業務

イ その他配慮すべき事項

関連する業務を同一委託に含める「包括化」については、効率性や費用対効果等を鑑み、導入是非・範囲を今後検討します。

また、院内に常駐する委託事業者職員にかかる業務及び更衣等に必要なスペースを院内に確保します。

第7章 情報システム整備計画

1 新病院情報システム整備基本計画

(1) 情報システム整備の基本方針

新病院における情報システムのあり方を踏まえ、情報システム整備の基本方針としては、次のとおりです。

ア 新病院における情報システムの整備の基本方針

- (ア) 時代の変化に合わせた最新のICT技術を各領域で横断的に活用することで病院機能を向上させ、次世代スマートホスピタルを実現する
 - ・医療の質向上
 - ・医療安全の確保
 - ・中央診療部門の機能強化による医療の効率化
 - ・チーム医療の促進（患者エンゲージメントの向上）
 - ・業務効率化等による働き方改革への支援
 - ・病院経営の安定化
- (イ) 医療情報の集約によるICT人材教育、高度な臨床研究機能を実現する
 - ・リアルワールドデータを効率的に集約し利活用できるシステム基盤・体制整備
 - ・高度な医学教育・研究活動に資する病院機能・体制整備
 - ・医療情報を活用できるICT人材の教育機能・体制整備
 - ・創薬や新規医療機器開発などを推進する機能・体制整備
- (ウ) 医療情報ICT基盤の構築により、データを収集・蓄積し、利活用できる環境を整備する
 - ・RPAなどのソフトウェアロボット関連技術、IoTなどのデバイス関連技術、AIなどによる医療サービスの高付加価値化
 - ・PHRや電子処方箋、オンライン資格確認等に対応できる機能整備
- (エ) 情報セキュリティ対策を実施し、安全性及び事業継続性が担保された情報システムを実現する
 - ・ランサムウェア含むウイルス対策や外部からの不正アクセス対策
 - ・最新の情報セキュリティ技術を採用した安全なシステム・インフラの整備
 - ・万が一の情報セキュリティインシデント発生に備えたBCPの策定による可用性の確保

イ 医療機能の分化・連携・再編における情報システムの整備方針

ひろしまメディカルDX構想を実現するために、地域医療情報ネットワーク（HMネット）と連携が可能なシステム・インフラを整備する。

（２）情報システム整備の考え方

新病院における情報システム整備の考え方については、次のとおりです。

ア 全体

次世代スマートホスピタルを実現するために、次のようなシステムを整備する。

（ア）医療の質向上

- ・医療情報の利活用環境整備による診療フェーズに対する適切な情報提供を図るため、データ利活用プラットフォームの整備やオンライン診療が可能なシステムを整備する。

（イ）医療安全の確保

- ・医療情報の利活用環境整備による各種チェック機能の充実とヒューマンエラー削減を図るため、デジタル処方箋の活用やA I 画像解析プログラム等を整備する。

（ウ）チーム医療の促進（患者エンゲージメントの向上）

- ・コミュニケーションの自由度と確実性を向上させ、タイムリーな情報共有を実現するため、患者のスマートフォンを活用した問診・同意書の取得や院内職員間でのメッセージ交換が可能なシステムとする。

（エ）業務効率化による働き方改革

- ・医療情報システムへの入力作業のタスクシフトを図るとともに、入力した情報は同様の内容を再度入力することなく活用が可能な、全体最適化されたシステムとする。また、受付業務の効率化やR P A等により事務作業の効率化を推進する。

（オ）病院経営の安定化

- ・病院経営の４資源である人的資源、物的資源、財政的資源、情報資源をマネジメントし、経営指標を可視化することで、病院経営の持続可能性を高めることが可能なシステムを整備する。

（カ）人材教育、高度な臨床研究機能の実現

- ・高度医療・人材育成拠点としての教育支援や臨床研究支援を行うため、仮想空間でのシミュレーションや教育用症例データベース等を整備する。

（キ）医療情報 I C T 基盤の整備

- ・高度医療を提供するための I C T 基盤として、利用者認証や仮想サーバー・仮想ストレージ基盤等を整備する。

（ク）地域医療情報ネットワーク（HMネット）との連携

- ・データ利活用プラットフォームを構築し、個人の特定が可能な認証基盤を利用することで、地域の医療機関等の医療情報の共有が可能な地域医療情報ネットワーク（HMネット）の機能を最大化する環境を整備する。

イ 部門別

外来・入院診療を支える中央診療部門の機能を最大化するため、各部門について次のようなシステムを整備する。

(ア) 外来部門

- ・予約の最適化、受付から診察、会計までを一連で行える患者動線や待ち時間の短縮化を考慮した診察呼び出しを行う患者案内システムや、Web 問診等、患者にとって利用しやすい外来環境とするためのシステムを整備する。

(イ) 病棟部門

- ・スマートベッドから送られるバイタル情報を電子カルテシステムへ自動収集する等、医療安全面や業務効率化を見据えたシステムとする。また、アメニティとして患者が自由にインターネット接続できる無線ネットワーク環境を整備する。

(ウ) 集中治療部門

- ・複数の診療領域にわたる重症患者への集中治療機能を効率的に提供するため、救急部門や手術部門、成育医療センター等と連携し、情報の共有化が行えるシステムとする。

(エ) 救急部門

- ・二次、三次救急を中心に担う県の基幹病院として救命救急に対応するために必要なシステムを整備する。

(オ) 感染症部門

- ・新興・再興感染症流行時の感染対策に対する業務支援を可能とするシステムを整備する。

(カ) 災害医療部門

- ・基幹災害拠点病院として、災害発生時における診療や、災害状況の収集、情報活用を円滑に行うために必要となるシステム、インフラ、サービスを整備する。

(キ) 手術・中央材料部門

- ・高度専門的な手術機能に対応し、安全かつ効率的な手術運営を行うための業務システムや手術映像を配信するインフラを整備する。

(ク) 放射線部門

- ・高度専門医療を担う病院の放射線部門として行う放射線検査、放射線治療などの画像診断に必要なシステムを整備する。

(ケ) 検査部門・病理診断部門

- ・高度専門医療を担う病院の検査部門・病理診断部門として必要となる各検査業務に対する業務支援システムを整備する。

(コ) 薬剤部門

- ・高度専門医療を担う病院の薬剤部門として必要となる、入院から退院後までの調剤業務に関する業務支援や、服薬指導、医師の処方に対する監査支援など、薬剤に関する業務支援システムを整備する。

- (サ) リハビリテーション部門
- ・高度専門医療を担う病院のリハビリテーション部門として必要となる業務支援システムを整備する。
- (シ) 栄養部門
- ・高度専門医療を担う病院の栄養部門として必要な、栄養管理や栄養指導、NST等の業務支援システムを整備する。
- (ス) 臨床工学部門
- ・生命維持管理装置を中心とした専門医療機器の運用管理を行い、医療機器管理機能を提供するために必要なシステムを整備する。
- (セ) 患者総合支援部門
- ・地域医療連携における紹介患者の前方から後方連携に至るまで、必要な情報をシームレスに連携しリアルタイムに把握することが可能なシステムを整備する。
- (ソ) 臨床研修部門
- ・高度医療・人材育成拠点として充実した研修を行うためのシステムやネットワークインフラ等を整備する。
- (タ) 臨床研究部門
- ・高度急性期医療や専門医療を提供する拠点病院としての臨床研究、治験に関する業務を実施するためのシステムを整備する。
- (チ) 医療安全部門
- ・医療安全に関する情報管理を実施するためのシステムを整備する。
- (ツ) 看護部門
- ・質の高い安全・安心な看護サービスを提供し、患者満足度の向上・診療の質の向上・病院経営を向上するためのシステムを整備する。
- (テ) 事務部門
- ・高度医療・人材育成を行うための病院運営を支える事務部門として、経営支援・医事会計・物流・人事系システム等のシステムを整備する。
- (ト) その他（特殊診療科等）
- ・前項までの各部門以外の整形外科・眼科・耳鼻咽喉科・頭頸部外科・歯科・口腔外科、泌尿器科、婦人科等において必要なシステムを整備する。

ウ その他

(ア) 成育医療センター

- ・生殖医療から周産期、新生児、小児を含む一貫した医療を提供するために必要なシステムを整備する。

(イ) がん医療部門（がん医療センター）

- ・がん診療連携拠点病院としてがんの集学的治療（手術、化学療法、放射線、がんゲノム、病理診断、緩和ケア等）に必要なシステムを整備する。

(ウ) 腎臓センター

- ・透析が必要な患者への高度急性期医療に必要なシステムを整備する。

(エ) 内視鏡部門（内視鏡センター）

- ・内視鏡検査及び内視鏡治療において最先端の検査・治療技術を提供するために必要なシステムを整備する。

（３）新病院ネットワーク整備の考え方

新病院におけるネットワーク整備の考え方については、次のとおりです。

ア 基幹系ネットワーク（診療系ネットワーク）と外部接続系ネットワーク（インターネット系ネットワーク）の論理分離

平成 27 年 6 月 17 日（老発 0617 第 1 号、保発 0617 第 1 号）「個人情報の適切な取扱いに係る基幹システムのセキュリティ対策の強化について（依頼）」及び令和 5 年 5 月に厚生労働省から発行されている「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン（第 6.0 版）」（以下、「安全管理ガイドライン」）等を踏まえ、基幹系ネットワーク（診療系ネットワーク）と外部接続系ネットワーク（インターネットに直接接続可能なネットワーク）を論理的に分離して設計・構築する。

イ 全館無線 LAN 対応及び診療時におけるインターネット参照環境の整備

基幹系ネットワーク（診療系ネットワーク）と外部接続系ネットワーク（インターネット系ネットワーク）は、全館において無線 LAN 対応可能とし、各診療部門で電子カルテシステムをはじめとする診療系システムとインターネット参照が同時にできる環境を整備する。また、患者用アメニティとして患者が自由にインターネット接続できる無線ネットワーク環境を整備する。

医療機器、職員、患者の所在管理を想定した、無線 LAN を活用した所在管理システムの環境の整備については、今後の検討とする。

ウ 医療安全、職員の働き方改革の視点

医療安全・患者サービス強化・働き方改革の観点より、スタッフ間の情報共有ツール及び内線電話として、スマートフォンを配備するための音声統合されたネットワーク網を整備する。

エ セキュリティ対策、地域連携のための院外とのネットワーク接続

遠隔診療や地域医療ネットワーク構築への対応には、院外へのネットワーク接続が必要となる。このため、情報セキュリティを十分に確保し、ランサムウェア含むウイルス対策や外部からの不正アクセス対策等を行い、安全に外部接続や院内無線の利用ができる環境を構築する。

院外とのネットワーク接続は、安全管理ガイドライン等に準拠したセキュアネットワークを構成し、フィルタリングによる Web サイト閲覧、院外からの用途に限定した端末による基幹系ネットワーク（診療系ネットワーク）へのアクセス、地域連携のための院外関連施設との情報交換等の連携が行える構成とする。

オ 救急・災害医療分野に有効なネットワーク基盤の確立と体制・機能強化

災害時でも最低限の情報システム機能を提供できる冗長性を備えた基幹系ネットワーク構成とする。

また、災害時でも院外の外部ネットワークにもシームレスにつなげることができるネットワークを整備する。

（４）診療情報等の取扱い

新病院での診療を円滑に継続するためには、一体となる医療機関の患者ＩＤを統合し、診療データを移行する必要があります。

ア 患者ＩＤの統合方針

患者ＩＤを統合するために、各病院の患者ＩＤを名寄せする。患者ＩＤを統合する際には、新病院の患者ＩＤとして新規に患者ＩＤを発番する方針とする。具体的な名寄せの方法、患者ＩＤ発番方法は、今後の検討とする（図表 28 参照）。

図表 28 今後の検討事項

No.	項目	課題
1	名寄せの方法	仮名氏名、漢字氏名、性別、生年月日、住所等による名寄せ、HMナンバーを使用した名寄せ等、名寄せ方法を検討する。
2	名寄せを行う時期、具体的方法	開院前の名寄せ開始時期や、名寄せ窓口の開設（事務局設置）、ＩＤ統合のためのデータベース構築方法等を検討する。
3	新病院の患者ＩＤ体系	名寄せ後の新病院の患者ＩＤへの変換方法を検討する。

イ 診療録等の原本（データ、紙媒体）の移行方針

法的保存義務のある診療録等の原本（データ、紙媒体）は、統合後も管理、保存を継続する必要がある。新病院統合時には電子データは可能な限り移行し保存することとするが、紙媒体については、現存する各病院分の紙媒体を保存するために新病院内に広大なカルテ保存庫を設けることはせず、法的保存義務のない紙媒体は可能な限り削減した状態で病院統合を行う方針とする。

また、データ移行に当たっては、法令等が要求する保存期間を確保しつつ、更新後のシステム運用に支障をきたさないことを目的としたＤｏ利用等が行えるよう、移行データの再利用が可能となる移行方式を採るものとする。各病院のデータは、「ア 患者ＩＤの統合方針」で示したとおり、新たに発番した患者ＩＤに変換を行った上でデータを移行する方針とする。

統合前の各病院で作成された診療録等の原本についての管理責任者、保存期間、保存場所、削減方法等の他、臨床研究、治験に関する原資料の保存方法についても検討する必要がある。

(1) 地域連携プラットフォーム整備の基本方針

さらに、国の医療DX推進に関する工程表に基づき、構築するマイナポータル等と連携し、様々な医療・ヘルスケア分野から医療情報を収集・蓄積することで、創薬や医療機器開発の促進、予防医療への対応、県民向けヘルスケアサービスの展開等、医療を基点とした地域創生のための仕組みづくりにも貢献することを目指します。

図表 29 地域連携プラットフォーム



（２）課題と課題解決の方向性及び整備方針

地域連携プラットフォームは、新病院だけでなく広島県全体で医療情報を利活用可能な環境を構築するものです。関係者からのヒアリング等において挙げられた診療情報の共有や利活用にかかる課題等の解決に資するよう整備することとします。

ア 課題と課題解決の方向性

（ア）診療

＜医療分野の課題＞

- ・ 各医療機関内における医療情報の電子化は進んでいるが、施設間の切れ目のない医療情報連携が必要である。
- ・ 医療資源の少ない地域に対し、地域の中核病院からの遠隔医療が実施できる環境の整備が必要である。
- ・ 施設内の情報システム間連携において、診療情報の手作業による多重入力が行われており、医療安全、働き方改革の観点で課題がある。

＜救急／災害分野の課題＞

- ・ 救急搬送、災害時のDMA T活動における情報共有ツールは他県に先駆けて進んでいるが、医療情報システムとの連携ができておらず多重入力の解消が課題となっている。
- ・ 災害レベルの診療継続危機を医療機関にもたらすランサムウェアへの感染を含めて、災害時等の地域医療の継続性を維持するための医療情報データバックアップ環境の提供や、システム復旧に向けて一時的に必要となるサーバーや端末リソースの地域としての確保が必要である。

＜保健分野の課題＞

- ・ 自治体が保有する保健・医療・介護情報が限定的な利用にとどまり、効果的な施策立案へ活かしきれていない。

＜介護分野の課題＞

- ・ 介護情報等に係る連携等は、紙とFAXと電話連絡という従来型の方法によって運用されICTの活用が進んでいない。

＜人材の育成の課題＞

- ・ 保健・医療・介護のいずれの分野においてもICTを利活用できる人材が不足している。

＜診療における課題解決の方向性＞

- ・ これらの課題を解決する手段として、国の動向を注視したうえで現在運用されているHMネットを機能拡張し、多業種サービスとの連携やシステム相互関係性の強化、災害時に有効なネットワーク確立、新たなデータ利活用ニーズに対応した「個別同意取得を簡便かつダイナミックに行える機能」を有する地域連携プラットフォームの構築を推進する。

(イ) 臨床研究

<課題>

多くの施設から臨床データの収集を要する臨床研究では、対象症例の探索や収集したデータのバリデーション、症例データ収集にかかるシステムの構築等、時間とシステム構築コストが大きいという課題がある。

<課題解決の方向性>

低コストで効率よく大規模に症例データを収集できるデータ利活用プラットフォームを構築し、多施設臨床研究に対して利用することで、新病院や広島大学病院、地域の中核病院等において、臨床研究等を実施しやすい環境を提供できる。また、それにより、新たな治療の開発や創薬、医療機器の開発が推進される。

(ウ) 人材教育

<課題>

全国から医師や医療従事者を呼び込むためには、充実した教育環境だけではなく、研修を受ける時間帯や場所の制限を受けず、いつでも効率よく、効果的な教育が受けられる教育環境が重要となる。

<課題解決の方向性>

地域連携プラットフォームを通じ、新病院や広島大学病院、地域の中核病院等において生成された教育症例データを匿名化し、大規模症例データベースとして登録、参照できる機能を実装する。さらに、距離の概念を超えた各種医療関係手技の教育環境として、VR／ARを活用したシミュレーターによる遠隔教育環境を整備する。

(エ) 産業

<課題>

収集したデータの規模や網羅性、データ提供者への簡便かつダイナミックな個別同意取得が行えないことで、データ二次利用の推進が妨げられている。

<課題解決の方向性>

データ利活用プラットフォームを通じて収集された医療・ヘルスケアデータを活用することで、創薬や医療機器開発の促進、予防医療への対応、県民向けヘルスケアサービスの展開等、県民のために付加価値の高いサービスを提供することが期待できる。また地域連携プラットフォームとしての持続可能性を高めるために、ビジネスモデルの構築可能性を検討する。

イ 課題を解決する手段としてのデータ利活用プラットフォームの構築

地域医療情報ネットワーク（HMネット）を機能拡張し、新病院と広島大学病院間での施設間連携を実装検証したうえで、地域の中核病院等へ「スマートホスピタルパッケージ」として展開を目指す。また、システム構築に留まらず、収集されたヘルスケアデータを利活用できる人材教育やデータ利活用を主たる業務とする組織化もあわせて検討する。

（３）地域連携プラットフォーム整備の考え方

地域連携プラットフォームの整備の、具体的なシステム構成の検討に当たっては、次の７項目を重点ポイントとします。

ア 関連地域全体の医療機関等と連携した地域医療情報ネットワーク（HMネット）の機能拡充に貢献

- ・ HMネットの基盤を活かした医療DXに対応する情報インフラの整備
- ・ 患者を一意に特定できる地域医療IDとしてHMナンバーの活用の検討

イ 新病院と広島大学病院、地域中核病院等を中心とした症例データベースを構築することで臨床研究・人材教育を推進するとともに、ヘルスケア産業に貢献

- ・ HMネット参画機関等を対象とした大規模データ収集を可能とするデータ利活用プラットフォームの構築
- ・ 症例データベースを利用したAI（人工知能）の開発と社会実装

ウ 関連地域全体の健康づくり、地域医療・介護をICT技術によって支援し、医療・介護の質向上、働き方改革、医療費の適正化等を推進

- ・ 健康・医療・介護情報等を収集・蓄積・活用できるヘルスケアマネジメントモデルの構築

エ 救急・災害医療分野に有効なネットワーク基盤の確立と体制・機能強化

- ・ 救急医療や自然災害、パンデミック等で活用できる危機データ管理体制の強化

オ 関連医療機関等の医療情報を共有できる地域医療情報ネットワーク（HMネット）の機能拡張

- ・ 施設横断的に相互運用性を確保したデータ連携・認証基盤の構築

カ 出生から死亡までの生涯に渡る健康・医療・介護情報等の記録（PHR等）を収集・蓄積できる仕組み・体制整備

- ・ 健康・医療・介護情報等やヘルスケアサービスの有用性の理解を得られるためのPHRサービスそのものの利便性
- ・ 連続的な記録としてデータ管理するための基盤づくり

- ・HL7 FHIRなどの標準規格を活用し、必要なデータを集約する機能に特化したオープンAPIによるヘルスケア情報連携サービスの促進

(4) 国の医療DX推進に関する工程表との整備計画の関連

「医療DX推進本部」より、「医療DXの推進に関する工程表」が発表されました。この工程表では、基本的な考え方として①国民のさらなる健康増進、②切れ目なく質の高い医療等の効率的な提供、③医療機関等の業務効率化、④システム人材等の有効活用、⑤医療情報の二次利用の環境整備、の5点が掲げられています。

地域連携プラットフォームの整備計画としては、この工程表との関係性を十分に検討し、国が整備する機能との多重実装がないよう、新病院との連携に関する機能定義と地域連携プラットフォームの機能定義を継続検討します。

第8章 地域医療体制確保計画

1 医師循環の基本方針

医師の配置・循環の仕組みについては、県内若手医師の減少や医師の地域偏在などの課題に対応し、地域の医療提供体制を維持・確保するため、大学医局、県、広島県地域医療支援センター、地域の医療機関、広島県医師会等の関係機関との連携により、次の方針により段階的に整備していきます。

(1) 医師配置調整の仕組みづくりに向けた方針

ア 地域ニーズの集約・調整

これまでは、それぞれの関連病院等から各医局に対して個別に医師派遣の要望を行い、その要望に基づき、医師が派遣されていたため、地域の医師配置の全体最適が図られていない課題がありました。

今後は、各地域に拠点病院を中心とした地域医療ネットワークを構築し、拠点病院が地域全体の必要な医師数や課題を集約・調整し、新たに設置する組織体に提出することで、地域全体のニーズを把握する仕組みを構築します。

イ 配置要望の妥当性及び配置結果の検証

これまでは、中山間地域等、地域のニーズや課題に即した適切な医師配置がなされていることを第三者的に確認する仕組みがなかったため、地域の医師配置が適切であるかの検証が十分ではありませんでした。

今後は、各地域から提出された配置要望の妥当性の確認、地域への配置方針の検討、各人事権者の配置案の確認や配置結果の検証などを行う組織体を設置することで、より適切な医療提供体制の維持・確保に努めます。

ウ 各人事権者間の連携・調整

これまでは、各医局間や医局と県の間における医師配置の情報共有はあまりされておらず、必ずしも地域のニーズに応えられていない側面がありました。

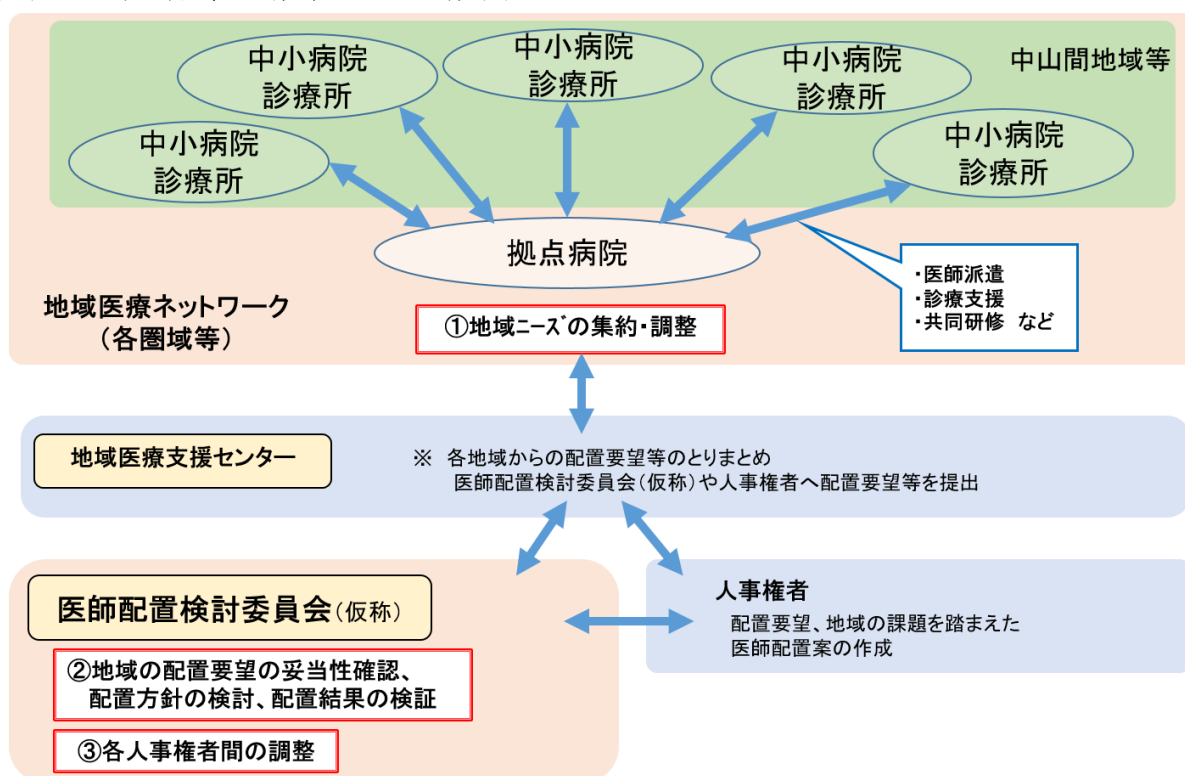
今後は、それぞれの人事権者間の配置情報の共有・調整を図ることで、地域に真に必要とされている医師の配置・循環に努めます。

(2) 地域医療ネットワークの構築に向けた方針

これまで、芸北地域や備北地域において、地域の拠点となる病院を中心としたネットワークを構築し、診療応援や広域的な人材育成など、地域の医療提供体制を維持・確保する取組を実施してきました。

今後は、こうした取組をその他の地域にも拡大するとともに、地域ニーズの集約・調整や地域内の人的交流、研修・研鑽支援、総合診療ができるキャリアの形成、指導医派遣の仕組みを整備し、地域内での相互協力体制の強化に取り組めます（図表 30 参照）。

図表 30 医師配置・循環における機能図



2 新病院の役割

(1) 若手医師を惹きつける魅力的な環境整備

新病院においては、広島大学等との連携により、豊富な症例の集積や多くの指導医の配置など医療人材の育成機能の充実による魅力的な研修体制を整備し、若手医師をはじめとする多くの医療人材を惹きつけます。

初期臨床研修において、新病院での研修を中心とするコースに加え、地域の医療機関とのたすき掛けコースも整備します。

また、高度急性期・急性期を中心とした多彩な症例を扱い、医師に対する指導体制の充実も図ることから、新病院が基幹病院となって専門研修プログラムを整備する場合は、広島大学病院や地域の医療機関を連携病院とすることを基本的な方針とします。

引き続き、新病院の開院まで、広島大学病院等関係者との協議を継続して行い、魅力的な研修プログラムの整備に向けた具体的な検討を進めます。

（２）中山間地域に勤務する医師への支援体制

中山間地域に勤務する医師が最新の医療を習得できるよう、新病院と中山間地域の病院との間でオンライン会議システムの活用によりリアルタイムにつながり、治療方針等に関するアドバイスを行える体制を整備するなど、中山間地域で勤務する医師に対する教育支援体制を充実させます。

また、広島県の地域医療の確保に対して期待されている総合診療医の育成において、広島大学（広島大学病院）が整備を予定している「総合診療医センター（仮称）」と連携を図り、多彩で豊富な臨床経験ができる場としての役割を担うとともに、地域の拠点病院との連携を図っていきます。

（３）全国の医師に対する適切なＰＲ活動

医師にとって魅力的な医療現場を創出するため、新病院での勤務を希望する医師の目に確実に触れる多彩なＰＲ活動や、全国への積極的なリクルート活動を行うことにより、県外の医師からも選ばれる病院を目指します。

３ 医師循環の仕組み

医師循環の仕組みについては、医師循環の基本方針に基づき、次の取組について、段階的に整備を行います。

（１）医師配置調整の仕組みづくり

人事権者が連携し、医師循環の基本方針に基づいた配置調整の仕組みを整備します。

ア 地域ニーズの集約・調整を行う仕組みの整備

地域の拠点病院を中心としたネットワークを整備し、ネットワーク内に会議体を設置し、地域における必要な医師や地域の課題を集約・調整していきます。

イ 医師配置検討委員会（仮称）の設置

地域のニーズに即した、地域で必要とされている医師の配置・循環を実現するため、地域からの配置要望の妥当性の確認や地域からの要望・課題を踏まえた人事権者間の調整、人事権者が作成した配置案の確認及び配置結果の改善に向けての検証を行う組織として、「医師配置検討委員会（仮称）」を設置します。

特に、各人事権者間の連携・調整については、配置情報の共有・連携・調整が行えるような仕組みを検討していきます。

（２）地域医療ネットワークの構築

芸北地域や備北地域で取組が進んでいる地域医療ネットワークの構築については、各地域における医療資源の状況など、地域によって特性が異なるため、各地域の実情に即して早急に進めていきます。その際には、地域医療連携推進法人制度の活用も検討していきます。

また、県の東部地域においては、岡山大学の関連病院も含めて段階的にネットワークを構築できるように努めていきます。

地域医療ネットワークの機能、取組内容等は次のとおりです。

ア 地域ニーズの集約・調整（再掲）

地域の拠点病院を中心としたネットワークを整備し、ネットワーク内に会議体を設置し、地域における必要な医師や地域の課題を把握・集約し、地域として配置要望等を行います。

イ 地域内の人的交流、研修・研鑽支援

地域内の拠点病院から中小病院、診療所への診療支援（遠隔による支援含む）、代診医の派遣、当直支援を行う仕組みやオンラインを活用した地域内の医師の共同研修等によるスキルアップ支援の仕組みを整備します。

ウ 総合診療ができるキャリアの形成

地域で「急性期医療」と「地域包括ケア」の両面を担う人材の育成を進めます。

このため、拠点病院への総合診療科の設置を進めるとともに、都市部と地域及び地域内での医師の循環を進めることにより、様々な診療を経験し、キャリアの形成を図ることができるようにします。

また、地域医療に関心のある中堅・ベテラン医師の学び直しや支援体制の構築を進めます。

エ 指導医の派遣

若手医師を地域へ配置するには、地域においても必要な指導を受けられる体制を構築することが必要です。このため、地域への指導医の派遣や地域での指導医の育成、指導医が地域で孤立・疲弊しない仕組みを検討していきます。

4 医療従事者の育成・地域への配置の仕組みづくり

地域の医療提供体制を維持・確保し続けるためには、医師だけでなく看護師や薬剤師等の育成及び地域への配置の仕組みも重要となります。

このため、こうした医療スタッフが地域においても最新の医療技術を習得可能な研修環境の整備や、地域の医療機関等に専門的なスキルを持った医療スタッフを配置するための具体的な仕組みについて、各医療関係団体等と協議・検討を行います。

第9章 新病院の運営形態

1 運営形態のあり方の検討

有識者で構成する「高度医療・人材育成拠点の運営形態のあり方検討会」において、新病院に期待される役割、求められる主な機能等を踏まえ、高度医療・人材育成拠点ビジョンにおいて提示された地方公営企業法全部適用、地方独立行政法人、指定管理者制度の3つの運営形態の中から、新病院の運営形態に関して、「一般地方独立行政法人（非公務員型）」とすることが望ましいとの提言がなされました。

県では、この提言を踏まえ、高度・専門医療や最先端の医療の提供、医師等の育成・派遣の拠点として県全域の医療提供体制を確保していくことなど、新病院の役割を果たしつつ、持続可能な病院経営を行っていくために最もふさわしい運営形態について、次のとおり検討を行いました。

「高度医療・人材育成拠点のあり方検討会」の提言（概要）

- 新病院の運営形態は、新病院に期待される役割である政策医療、高度医療、医師や看護師等の医療人材の育成・循環機能という広域行政の課題への対応に加え、複数の医療機関との再編・統合を伴うものであることから、次の3点を備えている必要がある。
 - ・政策医療の実施を担保することができること。
 - ・予算執行、定数管理、給与制度等において柔軟な対応が可能であること。
 - ・持続可能な病院経営のための仕組みが担保されていること。
- 高度医療・人材育成拠点ビジョンには、新病院の運営形態として、地方公営企業法全部適用、地方独立行政法人、指定管理者制度の3つが想定されているが、次の理由により、新病院の運営形態は一般地方独立行政法人（非公務員型）とすることが望ましい。
 - ・知事が中期目標を定め、地方独立行政法人に指示することで、政策医療の実施を担保できること。
 - ・中期目標、中期計画の範囲内で、柔軟な病院経営が可能であること。
 - ・知事や県議会、評価委員会による評価とチェック機能や、業務実績の評価結果の反映状況の公表など業務の透明性の確保が、地方独立行政法人法によって義務づけられており、合理性と効率性を備えた仕組みが十分に機能し、持続可能な病院経営が期待できること。

2 運営形態の検討に当たっての基本的な考え方

(1) 検討の前提条件

運営形態の検討に当たっては、「高度医療・人材育成拠点の運営形態のあり方検討会」による提言を踏まえ、次の3つの条件を満たす必要があります。

(前提条件)

【政策医療の実施を担保することができること】

- ・高度急性期・急性期医療を担う基幹病院として、救急、小児、周産期、災害医療、感染症への対応など、政策医療の実施を担保することができること。

【予算執行、定数管理、給与制度等において柔軟な対応が可能であること】

- ・最新の医療機器の導入など、迅速かつ柔軟な予算執行が可能であること。
- ・病院運営の機動性や経済性を発揮できる財務・契約の仕組みがあること。
- ・複数の医療機関との再編・統合による人員の受入れ等への対応が可能であること。
- ・医療環境の変化に応じた人員体制の充実や病院の運営を支える優れた医療従事者の確保に資する給与制度の構築などに、迅速かつ柔軟に対応できること。
- ・県全域への医師等の派遣・交流への対応が可能であること。

【持続可能な病院経営のための仕組みが担保されていること】

- ・新病院の役割を安定的かつ継続的に果たしていくための仕組みと実効性を高める手段が確保されていること。

(2) 検討対象とする運営形態

高度医療・人材育成拠点ビジョンでは、想定される運営形態として、地方公営企業法全部適用、地方独立行政法人、指定管理者制度が提示され、「高度医療・人材育成拠点の運営形態のあり方検討会」において、提示のあった運営形態を中心に検討がなされました。

この3つの運営形態は、県が設置・設立団体となる運営形態であり、県の医療政策を推進していく上でとり得る運営形態であることから、検討の対象とします。

なお、地方独立行政法人は、職員に公務員の身分が付与される「特定地方独立行政法人（公務員型）」と職員に公務員の身分が付与されない「一般地方独立行政法人（非公務員型）」に分類されます。

「特定地方独立行政法人（公務員型）」は、職員が公務員の身分を有するため、他の医療機関での診療が制限されるなどの制約があり、県全域への医師等の派遣・交流への対応を十分に行うことができないため、「一般地方独立行政法人（非公務員型）」を検討の対象とします（図表 31 参照）。

図表 31 各運営形態の概要

区分	制度概要
地方公営企業法 全部適用	◆常に企業の経済性を発揮するとともに、その本来の目的である公共の福祉を増進するように運営するための制度 ◆地方公営企業の業務を執行し、当該業務の執行に関し地方公共団体を代表する管理者を設置することにより、人事・予算などに係る権限が付与され自立的な経営が期待できる
地方独立行政法人	◆公共上の見地から、確実に実施されることが必要な事業で、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事業について、地方公共団体が法人を設立し、効率的・効果的な業務運営を行うための制度 ◆法人独自の給与制度や予算・契約制度などを活用して、自律的・弾力的な経営が期待できる
指定管理者制度	◆地方公共団体が法人等に公の施設の管理を行わせる制度 ◆民間的な経営手法の導入が期待できる

3 各運営形態の制度の比較・検討

それぞれの運営形態について、法や国の公開資料、先行自治体の事例等を踏まえ、前提条件を満たしているかといった観点から比較・検討を行いました。

ア 地方公営企業法全部適用

【政策医療の実施を担保することができること】

- ・ 県の一組織として病院を運営するため、政策医療を安定的かつ継続的に提供することが可能である。
- ・ 採算をとることが困難な医療に要する経費については、一般会計で負担する仕組みが法定化されている。

【予算執行、定数管理、給与制度等において柔軟な対応が可能であること】

（予算執行）

- ・ 予算執行に至るまでに、予算の要求・調整・編成、議会の議決といったプロセスを経る必要があるため一定の時間を要し、また、年度途中では、予算の範囲内での執行が求められる。
- ・ 地方自治法に基づく契約制度や予算単年度主義の会計制度の制約がある。

（定数管理等）

- ・ 地方公務員法に基づく選考手続きが必要であり、再編・統合対象となる医療機関から新病院へ移行する職員の受入れに課題が残る。
- ・ 職員定数は条例で定めており、改正する場合、議案の作成・調整、議会の議決といったプロセスを経る必要があり、一定の時間を要し、また、時期の制約を受ける。

- ・ 県の一組織であり、事務職員については県全体で人事異動を行うため、病院経営に関するノウハウの蓄積や専門性を有する職員の確保・育成に課題が残る。
- ・ 地方公務員法に基づく職務専念義務や営利企業等への兼業の制限など、他の医療機関での診療や民間企業との連携など、人材交流に制約がある。

(給与等)

- ・ 制度上、独自の給与制度の設計は可能であるが、国や他の地方公共団体との均衡が求められるため、独自の給与制度の設計は難しく、優れた医療従事者を確保するための給与制度の構築などに課題が残る。

【持続可能な病院経営の仕組みが担保されていること】

- ・ 県や議会による関与の仕組みが確保されており、県の医療政策を実現するための指示を行うことが可能である。

イ 地方独立行政法人

【政策医療の実施を担保することができること】

- ・ 県から独立した法人となるが、議会の議決を経て定める中期目標を通じて、政策医療の実施を指示することが可能である。
- ・ 採算をとることが困難な医療に要する経費については、設立団体が負担する仕組みが法定化されている。

【予算執行、定数管理、給与制度等において柔軟な対応が可能であること】

(予算執行)

- ・ 予算執行については、法人の規程等で独自に設定することができるため、中期目標・中期計画の範囲内で迅速かつ柔軟な対応が可能である。
- ・ 地方自治法に基づく契約制度や予算単年度主義の制約がなく、機動性や弾力性が向上し、多様な契約手法の設定・活用など、経済性を発揮することが可能である。

(定数管理等)

- ・ 採用数や採用職種については、法人独自の規程に基づいた上で、その裁量により採用が可能となるため、再編・統合対象となる医療機関から新病院へ移行する職員の円滑な受入れや医療環境の変化に応じて弾力的に決定することが可能である。
- ・ 法人独自に配置・育成計画を策定し、病院実態に見合った専門性の高い職員を計画的に育成することが可能である。
- ・ 服務管理等については、法人の規程等で独自に設定することができるため、他の医療機関での診療や民間企業との連携など、人材交流の円滑な実施が可能である。

(給与等)

- ・ 給与等については、法人の規程等で独自に設定することができるため、優れた医療従事者の確保に資する柔軟な給与制度の構築が可能である。

【持続可能な病院経営の仕組みが担保されていること】

- ・中期目標、中期計画の作成や事業実績の外部評価が法定化されており、知事や議会による関与が確保された仕組みであり、県の医療政策を実現するための指示を行うことが可能である。

ウ 指定管理者制度

【政策医療の実施を担保することができること】

- ・県との協定により、政策医療など必要な業務の実施をあらかじめ定めることが可能である。
- ・採算をとることが困難な医療に要する経費については、指定管理料により担保することが可能である。
- ・一方で、病院の規模や医療の水準、内容等から、指定管理者となる医療法人等を確保することや、指定期間満了後に事業者が変更となる可能性があり、安定的かつ継続的な政策医療の実施に課題が残る。

【予算執行、定数管理、給与制度等において柔軟な対応が可能であること】

(予算執行)

- ・指定管理者である医療法人等の会計規程による予算執行となるため、協定の範囲内で迅速かつ柔軟な対応が可能である。
- ・地方自治法に基づく契約制度や予算単年度主義の制約がなく、機動性や経済性を発揮した弾力的な契約が可能である。

(定数管理等)

- ・採用数や採用職種については、指定管理者である医療法人等の規程で独自設定することができるため、医療環境の変化に応じて弾力的に決定することが可能である。
- ・指定期間の範囲内で、指定管理者が独自に配置・育成計画を策定し、病院実態に見合った専門性の高い職員を計画的に育成することが可能である。
- ・サービス管理等については、指定管理者である医療法人等の規程で独自に設定することができるため、他の医療機関での診療や民間企業との連携など、人材交流の円滑な実施が可能である。
- ・一方で、現在の病院職員や再編・統合対象となる医療機関の職員が指定管理者に引き継がれる保証はなく、職員の処遇に課題が残る。

(給与等)

- ・給与等については、指定管理者である医療法人等の規程で独自に設定することができるため、優れた医療従事者の確保に資する柔軟な給与制度の構築が可能である。

【持続可能な病院経営の仕組みが担保されていること】

- ・県や議会による関与の仕組みが確保されており、県の医療政策を実現するための指示を行うことが可能である。

4 新病院にふさわしい運営形態

(1) 比較・検討の前提条件を満たす運営形態

運営形態の比較・検討を行った結果は次のとおりです。

【政策医療の実施を担保することができること】

- ・地方公営企業法全部適用と地方独立行政法人は、安定的かつ継続的な政策医療の実施と財源措置の仕組みが確保されている。
- ・一方で、指定管理者制度は、指定管理者となる医療法人等の確保など、安定的かつ継続的な政策医療の実施に課題が残る。

【予算執行、定数管理、給与制度等において柔軟な対応が可能であること】

- ・地方独立行政法人は、予算単年度主義にとらわれない予算執行や多様な契約手法などを活用し、より効率的・効果的に病院を運営することができる。
- ・また、再編・統合対象となる医療機関から新病院へ移行する職員の円滑な受入れなど柔軟な対応が可能である。
- ・加えて、医療環境の変化に応じた人材の確保・配置を機動的に実施することにより、新病院の役割を果たすための基盤を確かなものとすることができる。
- ・あわせて、専門性を評価するなど病院の実情に合った柔軟な給与制度や県全域への医師等の派遣・交流、働き方改革に資する柔軟な勤務形態など、職員の専門性を高め活用する勤務条件をきめ細かく整備することができる。
- ・こうした仕組みを通じて、安定した経営基盤の構築、医療従事者の確保や専門性の向上などを実現することにより、質の高い安全・安心な医療を提供することが可能である。
- ・一方で、地方公営企業法全部適用は、地方自治法の制約を受けるため、迅速かつ柔軟な予算執行や経済性を発揮することができる契約手法の活用などに課題が残る。
- ・また、地方公務員法の制約を受けるため、再編・統合対象となる医療機関の職員の処遇や人材交流に課題が残る。
- ・加えて、医療環境の変化に応じた人員体制の充実や病院の運営を支える優れた医療従事者の確保に資する給与制度の構築などに課題が残る。
- ・指定管理者制度は、再編・統合対象となる医療機関の職員の処遇に課題が残る。

【持続可能な病院経営の仕組みが担保されていること】

- ・地方公営企業法全部適用、地方独立行政法人、指定管理者制度は、持続可能な病院経営を行っていく上で、県や議会による関与の仕組みとその実効性を高める手段が確保されている。

(2) 新病院の運営形態

新病院の役割を果たしつつ、持続可能な病院経営を行っていくための仕組みや財源措置、それを支える効率的・効果的な病院の運営、医療機関との再編・統合による人員の受入れの面から総合的に判断すると、地方独立行政法人が、比較・検討の前提条件を満たしている運営形態であると考えます。

また、他の地方公共団体が設立している地方独立行政法人においても、病院の実情に応じた給与制度の構築、予算単年度主義にとらわれない柔軟な財務・契約制度の活用など、病院の運営に有効な仕組みが構築されていることが示されています。

こうしたことから、新病院の役割を果たしつつ、持続可能な病院経営を行っていくためには、地方独立行政法人が最もふさわしい運営形態であると言えます（図表 32～34 参照）。

図表 32 公立病院の運営形態

運営形態 種別		地方公営企業法 全部適用	地方公営企業法 一部適用	指定管理	地方独立 行政法人	計
運営 形態	都道府県 (構成比)	117	17	11	46	191
		61.3%	8.9%	5.8%	24.1%	100.0%
	指定都市 (構成比)	11	3	8	20	42
		26.2%	7.1%	19.0%	47.6%	100.0%
	市町村 (構成比)	208	226	50	32	516
		40.3%	43.8%	9.7%	6.2%	100.0%
	一部事務組合等 (構成比)	46	46	10	2	104
		44.2%	44.2%	9.6%	1.9%	100.0%
	計 (構成比)	382	292	79	100	853
		44.8%	34.2%	9.3%	11.7%	100.0%

出典：総務省「令和3年地方公営企業年鑑」

図表 33 近年の地方独立行政法人の設立状況

設立団体		設立時期	法人名	概要
都道府県	埼玉県	令和3年4月1日	地方独立行政法人 埼玉県立病院機構	「埼玉県立病院の在り方検討委員会」からの報告書を受け、少子高齢化などの医療環境の変化に迅速に対応し、県民により適切な医療サービスを提供するためには、弾力的かつ効率的な病院経営ができる地方独立行政法人であると判断し、県立4病院を一体として地方独立行政法人化
	東京都	令和4年7月1日	地方独立行政法人 東京都立病院機構	「都立病院経営委員会」からの提言を踏まえ、高齢化の更なる進展等、医療環境が大きく変化していく中であっても、都立病院が、行政的医療の安定的な提供や地域医療の充実への貢献等の役割を将来にわたって果たし続けるため、都立8病院と公社6病院・東京都がん検診センターを一体として地方独立行政法人化
市町村	たつの市	令和2年4月1日	地方独立行政法人 たつの市民病院機構	「たつの市民病院経営形態検討委員会」から提出された答申書を受け、急速な高齢化の影響等から今後予想される医療環境の変化に対応するために、職員への影響を最小限に留め、病院運営の自由度を増すことができる地方独立行政法人へ運営形態を変更
	玉野市	令和3年4月1日	地方独立行政法人 玉野医療センター	地域医療の維持を図るため、市立玉野市民病院（公立）と玉野三井病院（民間）を経営統合し、新たに地方独立行政法人を設立
	香取市	令和4年4月1日	地方独立行政法人 香取おみがわ医療センター	人口減少、少子高齢化が急速に進み、必要とされる医療の内容にも変化が生じ、その変化に柔軟に対応していかなければならない状況にあり、そのような中であっても、地域に根ざした医療を提供するという役割を将来にわたり確実に果たしていくため、地方独立行政法人へ運営形態を変更

出典：各設立団体のHPを元に広島県作成

図表 34 【参考】（各運営形態の制度比較）

区分	地方公営企業法全部適用	地方独立行政法人（非公務員型）	指定管理者制度
開設者	・ 広島県	・ 広島県	・ 広島県
運営主体	・ 広島県	・ 広島県が設立する地方独立行政法人	・ 民間（広島県が指定管理者に指定した団体等）
運営責任者	・ 病院事業管理者	・ 理事長	・ 指定管理者
根拠法令	・ 地方公営企業法	・ 地方独立行政法人法	・ 地方自治法
県の関与	・ 病院事業管理者の任免 ・ 予算の調製 ・ 議案の提出 等	・ 理事長、監事の任免 ・ 中期目標の作成、変更 ・ 中期計画の認可 ・ 業務実績に関する評価 ・ 中期目標終了時の評価 ・ 財務諸表の承認 等	・ 指定管理者の指定、指定取り消し ・ 事業報告書の受理
議会の関与	・ 予算の議決 ・ 決算の認定 ・ 条例制定、改正の議決 等	・ 定款の作成、変更の議決 ・ 中期目標の作成、変更の議決 ・ 中期計画の作成、変更の議決 ・ 重要財産の処分等の議決 等	・ 指定に関する条例制定、改正の議決 ・ 指定管理者の指定の議決 等
組織・定数	（組織） ・ 条例で設置及び経営の基本を定め、その他は事業管理者が企業管理規程で定める （定数） ・ 条例で定める	（組織） ・ 理事長、監事以外の内部組織は理事長が定める （定数） ・ 法人の定める規程（独自に随時採用が可能）	（組織） ・ 基本協定締結時に組織体制に関する計画書を地方公共団体が審査 （定数） ・ 指定管理者の定める規程（独自に随時採用が可能）
職員の任命	・ 病院事業管理者	・ 理事長	・ 指定管理者
職員の身分	・ 地方公務員	・ 地方独立行政法人の職員（非公務員）	・ 指定管理者の職員（非公務員）
労使関係	・ 団結権 あり ・ 団体交渉権 あり ・ 争議権 なし	・ 団結権 あり ・ 団体交渉権 あり ・ 争議権 あり	・ 団結権 あり ・ 団体交渉権 あり ・ 争議権 あり
職員の給与	・ 条例で定める（国・自治体の給与等を考慮し決定）	・ 法人の定める規程（独自の給与体系の構築が可能）	・ 指定管理者の定める規定（独自の給与体系の構築が可能）
予算制度	・ 地方自治法等の規定による（予算単年度主義）	・ 法人の定める規程	・ 指定管理者の定める規程
資金調達	・ 企業債を発行	・ 設立団体からの借入	・ 独自調達
契約制度	・ 地方自治法等に基づく	—	—
経費負担	・ 原則として独立採算 ・ 国の繰出基準に基づく繰入金として措置（地方公営企業法第 17 条の 2）	・ 原則として独立採算 ・ 国の繰出基準に基づく運営費負担金として措置（地方独立行政法人法第 85 条）	・ 原則として独立採算 ・ 地方公共団体からの委託料
評価制度	—	・ 地方独立行政法人評価委員会による評価	—

図表 34（続き）

（各運営形態の制度の比較・検討）

- ・高度医療・人材育成拠点の運営形態のあり方検討会」による提言において、新病院の運営形態に備えておくべきとされた3つの条件について、法律や制度の面から運営形態ごとに比較
- ・検討対象とする運営形態は、「地方公営企業法全部適用」、「地方独立行政法人」、「指定管理者制度」

【比較・検討欄】

- ・・・法律や制度により仕組みが担保されており、様々な取組に迅速かつ柔軟に対応することが可能である
- ▲・・・法律や制度に一定の制約があり、病院運営に当たって課題が残る

前提条件		地方公営企業法 全部適用	地方独立行政法人 (非公務員型)	指定管理者制度
① 政策医療の実施を担保することができること。	・高度急性期・急性期医療を担う基幹病院として、救急、小児、周産期、災害医療、感染症への対応など、政策医療の実施を担保することができること。	○	○	▲
② 予算執行、定数管理、給与制度等において柔軟な対応が可能であること。	(予算執行) ・最新の医療機器の導入など、迅速かつ柔軟な予算執行が可能であること。	▲	○	○
	・病院運営の機動性や経済性を発揮できる財務・契約の仕組みがあること。	▲	○	○
	(定数管理等) ・複数の医療機関との再編・統合による人員の受入れに応じた職員の採用や受入れ職員の給与保証等への対応が可能であること。	▲	○	▲
	(給与等) ・医療環境の変化に応じた人員体制の充実や病院の運営を支える優れた医療従事者の確保に資する給与制度の構築などに、迅速かつ柔軟に対応できること。	▲	○	○
	・県全域への医師等の派遣・交流への対応が可能であること。	▲	○	○
③ 持続可能な病院経営のための仕組みが担保されていること	・新病院の役割を安定的かつ継続的に果たしていくための仕組みと実効性を高める手段が確保されていること。	○	○	○

5 地方独立行政法人の運営体制

(1) 県立広島病院と J R 広島病院の一体的な運営

第1章で述べたとおり、高度な医療が集中する広島都市圏において、適切な役割分担と連携による地域完結型医療を実現するため、医療機関を再編・統合し、J R 広島病院が立地する広島市東区二葉の里に新病院を整備します。

新病院の開院は2030年を予定しており、2025年にJ R 西日本・J R 広島病院から土地の取得・病院事業の譲渡を受けて、新病院の建設工事に着手するとともに、新病院開院までの間、J R 広島病院を運営していきます。

開院時には県立広島病院とJ R 広島病院・中電病院・H I P R A Cを新病院へ統合するとともに、その他の再編対象病院の機能を新病院へ集約し、それに伴う人員などを受け入れていきます。

こうしたことから、県立広島病院とJ R 広島病院の運営に当たっては、新病院の開院を見据え、救急医療や高度医療などの医療機能を高めていくことや、地域医療連携の充実などに一体となって取り組むことができる運営体制でなければなりません。

また、若手医師など医療人材の確保・育成や経営改善・投資などの課題に、迅速かつ的確に対応していくためには、組織としてスピード感のある意思決定とその取組を推進する統一的ガバナンスが求められます。

これらのことを踏まえると、新病院開院前から県立広島病院とJ R 広島病院は一体的な運営を行っていく必要があります、その運営形態は前述したとおり、地方独立行政法人での運営がふさわしく、さらには、地方独立行政法人のメリットであるガバナンスの発揮と効率的・効果的な病院経営をより一層実現していくためには、同一の運営主体のもと一体的に運営していくべきであると言えます。

なお、新病院に統合する中電病院とは、新病院開院までの間、中電病院が安定的な事業運営を継続できるよう、医師の確保や相互の患者紹介等により連携を強化していきます。

(2) 県立安芸津病院の運営

県立安芸津病院は、東広島市安芸津町及び周辺地域（竹原市、大崎上島町、呉市安浦町）を主な診療圏とし、地域の「健康寿命の延伸」をキーワードに、病気の予防から治療、在宅への復帰まで、地域と一体となって地域住民の健康を支える取組を進めています。

また、竹原地区二次救急輪番制度を担う病院として、救急医療を提供するほか、地域で不足している小児科や婦人科など12診療科にわたる幅広い医療、内視鏡検査ステーションによるがん検診、関係団体と連携した地域包括ケアシステムに係る取組など県立安芸津病院の持つ機能を地域で活用しています。

一方、主に外来診療を提供している旧棟の耐震性能が不足していることから、耐震化対応が急務となっています。

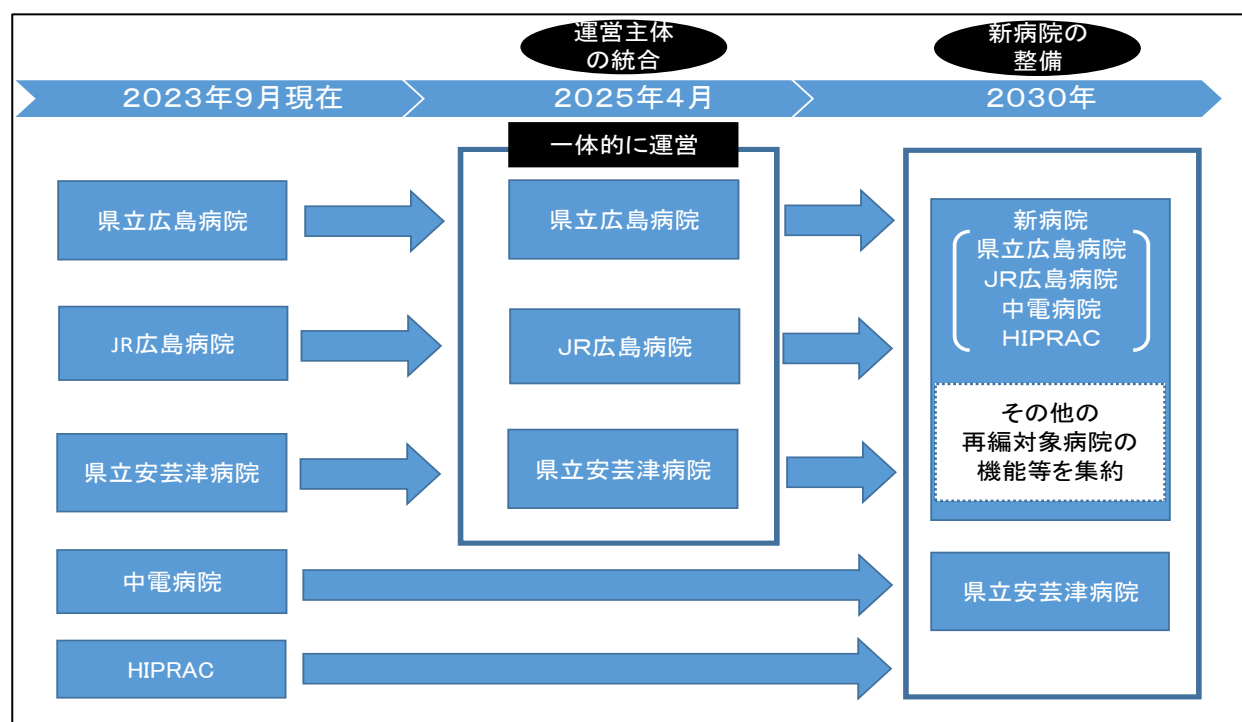
現在、県立安芸津病院の周辺地域では、人口減少や高齢化が進展しており、県立安芸津病院単独での医療人材の確保は困難な状況にあります。県立広島病院からの人事交流により、職員数を維持しています。

また、両病院を一体で運用することにより、薬品の共同購入においてスケールメリットを拡

大しているほか、職員に対して多様な働き方を提供することを通じた人材育成も行っています。

これらのことを踏まえると、新病院と県立安芸津病院は一体的な運営を行っていくことが望ましく、両病院の効率的・効果的運営を実現していくためには、同一の運営主体のもと一体的に運営していくべきであると言えます（図表 35 参照）。

図表 35 再編・統合スキーム



6 地方独立行政法人の設立に向けて

（１）地方独立行政法人広島県立病院機構（仮称）の設立

2025年4月に地方独立行政法人を設立し、新病院（整備前の県立広島病院、JR広島病院を含む）及び県立安芸津病院を一体的に運営します（図表 36 参照）。

【法人化の範囲】

- 県立広島病院、JR広島病院、県立安芸津病院の3病院を1法人で運営

【設立時期】

- 2025年4月1日

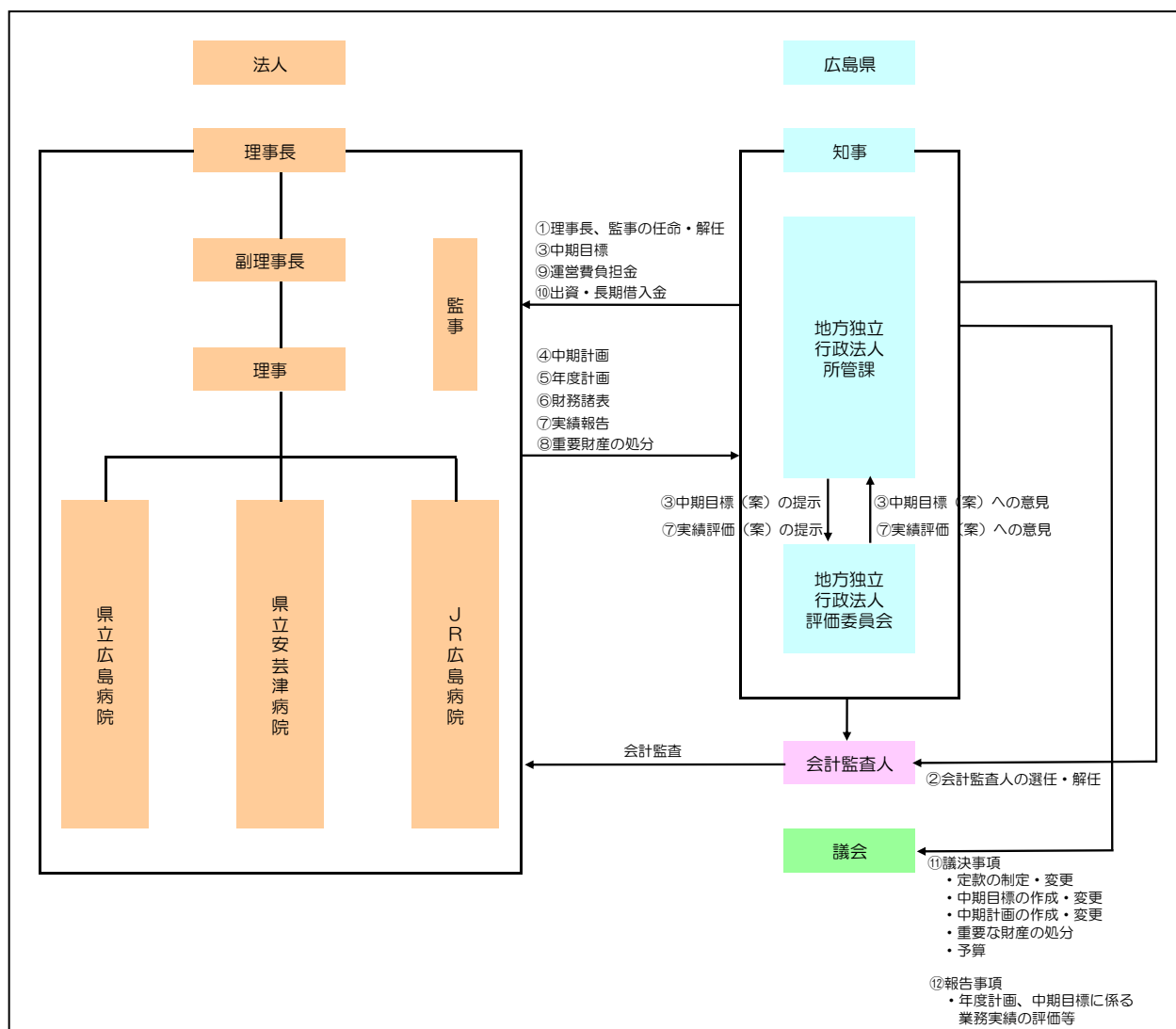
【法人の種別】

- 一般地方独立行政法人

【法人の名称】

- 地方独立行政法人広島県立病院機構（仮称）

図表 36 地方独立行政法人設立時の組織及び県・議会との関係性（イメージ）



【県との関係】

- ① 「理事長」、「監事」は知事が任命・解任（法第 14 条、17 条）
- ② 法人の会計監査を行う「会計監査人」は知事が選任・解任（法第 36 条、39 条）
- ③ 知事は「中期目標」を作成し法人に指示（法第 25 条）
- ④ 法人は「中期目標」を達成するための「中期計画」を作成し、知事が認可（法第 26 条）
- ⑤ 法人は「中期計画」に基づき作成する「年度計画」の知事への届出（法第 27 条）
- ⑥ 法人が毎年度作成する「財務諸表」を知事が承認（法第 34 条）
- ⑦ 知事は「評価委員会」から意見を聴いた上で業務実績の評価等を実施（法第 28 条～30 条）
- ⑧ 重要財産の処分は知事が認可（法第 44 条）
- ⑨ 不採算医療等に係る必要な経費を「運営費負担金」として県が負担（法第 85 条）
- ⑩ 「出資」元、「長期借入」先は県に限定（法第 6 条、41 条）

※ 本項目における「法」とは地方独立行政法人法のことをいう。

【議会との関係】

（議決事項）

- ⑪「定款」の制定・変更、中期目標・中期計画の作成・変更、重要な財産の処分、予算（運営費負担金及び県の出資、長期借入金）（法第6条～8条、25条、41条、44条、83条、85条）

（報告事項）

- ⑫年度計画、中期目標に係る業務実績の評価等（法第28条～30条）

（２）設立に向けた取組

地方独立行政法人の設立に当たっては、条例・規則等の規定の整備をはじめ、法人の組織運営体制の構築、人事・給与・財務会計制度の構築やそれに即した事務系システムの導入、法人運営の基礎となる中期目標や目標を達成するための具体的な計画である中期計画の作成など、様々な準備・手続きが必要となります。

特に、法人の組織運営体制や人事・給与・財務会計制度は、地方独立行政法人のメリットを最大限生かしていくという観点から、検討を進めていく必要があります。

また、法人設立後の県の役割は、法人に対して公立病院としての役割が十分になされるよう求めるとともに、広域行政への課題対応など、必要な政策立案機能を発揮していくことであり、そのための県の組織体制のあり方についても検討を行っていく必要があります。

さらに、法人の設立による統合対象病院の運営形態の変更は、身分移管を伴う重大な変更であるため、各病院の職員等に対する十分な説明を行うことなどにより、円滑に職員を受入れ、統合を進める必要があります。

このため、法人設立までの間、こうした様々な準備・手続きや法人の組織運営体制などの検討に当たっては、県民や職員、再編対象病院、その他関係医療機関等の声を十分に聞きながら丁寧かつ着実に進めていきます。

【主な取組】

- ・組織運営体制の検討・構築
- ・人事・給与・財務会計制度、事務系システムの検討・構築
- ・定款（案）の作成
- ・中期目標（案）、中期計画（案）、年度計画（案）の作成
- ・評価委員会の設置
- ・承継する財産の内容、重要財産の指定など関係条例（案）の作成
- ・総務省への地方独立行政法人の設立認可申請

第 10 章 財務計画

1 概算事業費

(1) 概算事業費

本計画の内容を踏まえた新病院整備に向けた概算事業費は、次のとおりです。

なお、建築資材・人件費などの原価高騰、物価上昇等により事業費の変動が発生する可能性があります。収支計画への影響を精査し、持続的な経営の可能性を確認しつつ、事業を推進します（図表 37 参照）。

図表 37 概算事業費 (単位：億円)

項目	事業費	備考
土地購入費用	約 180	
J R 広島病院資産譲渡	約 50～60	
基本設計・実施設計	約 20	
建築工事等	約 850～950	新病院等整備費 既存棟駐車場改修費 等
医療機器・システム	約 170	既存医療機器を活用しつつ高度医療提供に必要な機器・システムを導入
県立広島病院建物解体費	約 30	
合計	約 1,300～1,400	

※ 各項目における事業費は四捨五入していることから、合計と一致しない。

(2) 想定される財源

新病院の財源は、その大部分が病院事業債（特別分）となる見込みです（図表 38 参照）。この他、広島県地域医療介護総合確保基金を活用した一般会計からの補助金（図表 39 参照）など、活用可能な財源を確保し、実質負担の抑制に努めます。

図表 38 財源別内訳 (単位：億円)

財源	金額
病院事業債	約 1,240～1,350
一般会計補助金	約 30
病院事業資金	約 20
一般会計負担金	約 5
合計	約 1,300～1,400

※ 各項目における金額は四捨五入していることから、合計と一致しない。

図表 39 財源概要

財源	概要
病院事業債（特別分）	急性期機能の集約など、機能分化・連携強化に伴う施設・設備の整備費等について対象とし、その元利償還金の 40%について普通交付税措置。 ※ （特別分）が活用できない、建物の更新や医療機器の再投資部分については、元利償還金の 25%に普通交付税が措置される、通常の病院事業債を活用。
一般会計補助金	（一般会計において広島県地域医療介護総合確保基金を活用）複数医療機関間で合意した再編計画に基づき実施される、病床再編に伴い必要となる施設・設備整備に対する補助

2 人員配置計画

本計画の内容を踏まえた人員配置計画は、次の考え方から、計 2,300～2,400 名の配置を想定しています。なお今後、設計・建築及び運用検討を通じて、事業収支計画との整合を図りつつ人員配置計画の精査を行います。

ア 医師

高度医療・人材育成拠点の整備目的を踏まえ、統合対象病院の合計人数以上の医師を確保するとともに、高度急性期・急性期医療の実践に必要な人数として、全国の大規模・高機能病院と同等程度の人数配置を想定する。

イ 看護職員・看護補助者

- (ア) 病棟配置の職員については、本計画の病床数・病棟構成と施設基準を踏まえて、必要となる人数を配置する。
- (イ) その他診療部門等に配置する職員数は、同機能病院での配置事例を踏まえ、本計画で定める部門別診療規模・内容に応じた人数を配置する。

ウ 医療技術員

統合対象病院の合計人数を基本に、本計画で定める部門別診療規模・内容に応じた人数を配置する。

エ 事務職員

統合対象病院の合計人数を基本に、本計画で定める部門別診療規模・内容に応じた人数を配置する。

オ その他

高度医療・人材育成拠点の趣旨に基づき救急救命士を配置し、診療機能向上と人材育成の推進を図る。

3 収支計画

(1) 収支計画の策定条件

新病院開院前においては、県立広島病院、J R 広島病院、県立安芸津病院を同一法人で運営しつつ、新病院の建設を進め、2030 年中頃に新病院を開院することを想定して、新病院開院後 20 年目までの収支計画を策定しました。

ア 新病院開院前の設定条件

現在の県立広島病院、J R 広島病院、県立安芸津病院の運営実績を基礎として、新病院までの収支を設定しました。新病院開院時点の繰越金は約 16 億円の見込みとなります。なお、繰越金については、統合対象病院の運営状況により大きく変動するため、引き続き運営状況を精査するとともに、既存病院の経営改善を着実に実施します。

(ア) 収入

県立広島病院、J R 広島病院、県立安芸津病院それぞれの直近の決算値を基礎として、新病院移行に向け、一定の入院患者の確保などの経営改善を図りつつ、将来の収益を算出する。また、新病院関連については、運営費負担金収益として、新病院の設計、建設や設備投資に対する償還利息などに対し、一般会計から繰り入れる収入を見込む。

(イ) 支出

県立広島病院、J R 広島病院、県立安芸津病院それぞれの直近の決算値を基礎として、J R 広島病院職員の給与費については県立広島病院の単価により見込んだ上、新病院関連の設計・建設にかかる経費とその償還利息等を見込み算出する。なお、県立広島病院の既存建物の簿価については、新病院整備時まで全額減価償却を行う設定とする。

イ 新病院の収支計画設定条件

○収入

(ア) 入院収益

a 入院患者数

県立広島病院をはじめとした再編対象病院（ＪＲ広島病院、中電病院等）において、高度急性期・急性期医療が提供される入院患者の将来推計や類似病院の事例等を基に、一定の病床稼働率を見込み、一日当たりの入院患者数を 875 人に設定する。

b 入院診療単価

統合・再編対象病院の高度急性期・急性期医療の患者の単価を基礎に、機能等に連動して向上する診療報酬を考慮し単価を見込む。

(イ) 外来収益

a 外来患者数

県立広島病院の入院患者に対する外来患者の比率を、フォローアップ外来の抑制により 1 割程度抑制し、1 日当たりの外来患者数を 1,800 人に設定する。

b 外来診療単価

重症度の高い患者や術前検査の外来実施の割合を高めることなどにより、外来患者の一日当たり単価を現在の県立広島病院と同等に設定する。

(ウ) その他医業収益

診断書作成やセカンドオピニオン等に係る料金、差額ベッド代を見込む。

(エ) 運営費負担金収益

病院の建設や設備投資に対する元利償還金や政策的医療の実施に係る経費などに対し、一般会計から繰り入れる収入を見込む。

(オ) 補助金等収益

がん診療連携拠点病院や周産期母子医療センター等の役割を担うことに対する補助金収入を見込む。

○支出

(ア) 給与費

a 人数については、人員配置計画に基づき設定する。

b 職員 1 人当たりの給与は、県立広島病院の職種別単価の実績から設定する。

(イ) 材料費

令和 4 年度の県立広島病院の入院・外来収益に対する材料費の割合を基礎として費用を見込む。

(ウ) 経費

令和 4 年度の県立広島病院の経費を基礎として、新病院の面積、病床数、職員数などから経費を見込む。

(エ) 減価償却費

高度急性期・急性期医療等、病院に求められる医療機能を提供できる施設・設備・機器の整備や、開院後も機器更新等に係る減価償却を見込む。

(オ) 金利

土地や建築等の借入に対する金利は地方公共団体金融機構の30年長期貸付利率(1.15%(令和5年7月末現在))からリスクを考慮し設定する。

(カ) 特別利益・損失

新病院開院予定の令和12年度に県立広島病院からの移転にかかる費用を見込む。開院から約1年経過時点の令和13年度に現在の県立広島病院の建物処分費用を見込む。また、現在のJR広島病院建物の立体駐車場改修による評価減を改修工事完了予定である令和13年度に見込む。

○資金計画

(ア) 資金収入・資金支出

業務・投資・財務活動から算出する。また、県立広島病院からの移転後に、土地売却収入及び県立広島病院建物に対する病院事業債の繰上償還を計上する。

図表 40 設定条件等

収入				支出			
病床数	病床稼働率	入院単価	外来単価	職員数	給与費 (入院外来 収益対比)	材料費 (入院外来収 益対比)	金利
1,000床	87.5%	約94,500円	約26,500円	約2,300~2400人	約49%	約32%	1.5% (30年固定)

(2) 収支計画

上記の前提条件に基づく収支計画等のシミュレーション(20年平均)は次のとおりです。なお、繰越金残高は開院後20年目に約34億円となる見込みです。本シミュレーションは現時点で想定される内容に基づくもので、今後事業の各段階で検証を重ね、精度を高めていく必要があり、また、社会情勢等により変動する可能性があります。(図表41参照)

図表 41 収支計画

(単位:億円)

	収入			支出		純利益	資金収支
		うち入院収益		うち人件費	うち経費		
20年平均	474	302	462	204	47	12	0.5

ア 収支計画・資金計画について

新病院開院時及び1年目は、移転費用等により、純損益の赤字が大きく見込まれますが、その後は純利益の確保とともに、資金収支の恒常的な黒字化を行う見込みです。

イ 県負担金について

運営費負担金から国からの交付税措置額を除く県の実質負担額については、新病院開院後、1年間で約8.5億円（初年度は年度途中で開院のため約4.3億円）の負担が見込まれます。また、新病院開院前の県の実質負担は、新病院の土地、建設や設備投資に対する償還利息などに対し、約19億円、起債対象外の基本設計で約5億円の負担を見込んでいます。

運営費負担金のうち、建設に要する経費については、大規模な社会福祉施設、医療施設等の建設に要する経費の財源に充てるために積み立て、取り崩しを行っている、大規模社会福祉施設等建設基金を活用します。

（３）収支計画実現のための戦略

新病院における経費は、その事業収入をもって充てることが原則であることから、持続可能な病院経営に向けた経営戦略を策定し、病院経営を着実に進めます。また、経営戦略を達成するためのPDCAの文化が根付いた組織風土の醸成や各種達成目標（進捗）の可視化など、経営戦略を実行するための仕組みを構築します。

ア 収入

（ア）医療機能の分化・連携

目標とする患者数を確保し、一人当たりの単価を上げていくためには、他の医療機関との効率的、効果的な医療連携を行うための取組が不可欠となっている。そのため、医療機関や患者に対して積極的かつ効果的な情報発信を行うとともに、連携先の医療機関の確保・拡充を行うことで、新病院と医療機関の相互理解を進め、患者の状態に応じた適切な医療を地域全体で提供するシステムを構築する。

- 新病院が提供する対応可能な医療や医療実績などのPRのためのパブリシティや機関誌等の発行
- 医療・介護・健診などの地域医療機関とのデータベースの共有による紹介・逆紹介の促進
- 地域医療連携室への専任スタッフの配置などによる地域医療機関等への営業活動
- 後方医療機関等と転院後の患者の状態を共有し、転帰の課題を検証する会議の開催（アライアンス連携協議会）

(イ) 救急医療の体制確保

重症病床（ＩＣＵなど）や各種センター機能等を整備し、これまで県立広島病院が担ってきた三次救急医療機関の役割を強化して、より広域から重篤な救急患者を受け入れるハード・ソフト面での体制を整える。これにより、二次救急輪番医療機関において受入れが困難である患者を、新病院で受け入れる「断らない救急」を実現し、高度急性期・急性期の患者に対して積極的に入院・外来医療を提供する。

- 高度な救急医療を提供する救命救急センターの整備
- ＥＲ機能を併設した小児救命救急センターの整備
- 重症疾患に対応可能なハイブリッド初療室の整備
- 新病院と消防局との連携を促す救急ワークステーションの設置
- 統合・再編病院のスタッフの集約、広島大学からの医師派遣及び研修医による救急医療体制の整備
- デジタル技術を活用した救急搬送支援システムの導入による効率的な救急患者の受入れ

(ウ) 手術実施体制の確保

高度急性期・急性期機能を充実していく上で、一定の手術件数の確保や高難度手術の実施は欠かすことが出来ない視点となりうる。また、収益面においても手術が与える影響は非常に大きく、地域のニーズに対応出来るハード・ソフト両面での実施体制の確保ならびに医療機能の分化・連携を通じた対象患者の集患に努める。

- 25室の手術室と130床の重症系病床の確保
- 手術支援ロボットやハイブリッド手術室など最先端かつ低侵襲の手術機能の整備
- 複数診療科によるチーム医療体制により最新の医療を提供する診療センターの設置

(エ) 効率的な病床管理の実現

限られた病床を収益につなげていくに当たっては、効率的な病床管理の実現が必要不可欠となる。具体的には、ＤＰＣ制度に対応しつつ多くの重症患者受入れを行うために、診療科別や疾患別レベルでの在院日数の管理徹底を推進する。病床管理運用方針の院内徹底やクリニカルパスの積極的な活用、入退院支援部門の体制整備等を通じて、これらの取組を強化する。

- 病床利用状況をリアルタイムで把握できるシステムの構築
- 疾患ごとの、入退院ルールや診療手順の明確化と徹底

(オ) 適正な診療報酬の算定

新病院では、高度急性期病院として多岐にわたる施設基準の届出や診療報酬項目の算定が想定される。２年に１度の診療報酬改定への対応など、変化する医療制度や診療報酬体系を正確に把握し、対応していくことが求められることから、適正な診療報酬算定を推進するための運用体制を構築する。

- 査定減や返戻レセプトなどが生じた際の事例照会を行う専門委員会の設置
- 事務の流れの統一化や研修会の開催
- 病院経営管理士の配置など、医事課職員のスキル向上による診療報酬請求漏れの解消

イ 支出

(ア) 人件費

人件費については、優秀な人材確保、職員のモチベーションや生産性向上の観点も踏まえ、制度を設計する。職員数の視点からは、各職種の業務量や新病院の診療機能、業務委託との兼ね合いも加味し、適切な配置職員数を実現する。また、生成A IやR P Aなどの活用によるタスクシフトを推進する。

(イ) 材料費

材料費については、単価の抑制と適切な在庫管理という2つの視点から費用を抑制する。単価の抑制ではベンチマークに基づく価格交渉のみならず、共同購入の仕組みへの参画などを進め、スケールメリットを生かした購買手法も整備する。それと同時に、安価な同等品の採用も積極的に推進する。在庫管理では、在庫状況の可視化も含め、職員の意識徹底を図る。

(ウ) 委託料

委託料については、業務特性や将来性等の視点から業務委託と直営のあり方を精査し、適切な業務委託範囲とすることで経常的な委託料の抑制を図る。

また、委託可と判断された業務については、それぞれの業務特性に応じて価格抑制のポイントを抑えた仕様や契約手法となるよう調整し、契約交渉を組織的に展開する。

(4) 既存病院の経営改善

新病院の経営を開院から早期に軌道に乗せるためには、同一法人となる県立広島病院、J R広島病院、県立安芸津病院の経営について、新病院開院に向けて、より一層の改善を図ることが重要となります。

そのため、各病院の現状や経営改善の取組等を点検して、必要な収益向上や経費節減の方策を着実に講じるとともに、診療機能の向上に必要な設備投資や体制整備等について積極的に行います。実際の方策実行に当たっては、現状の診療特性や経営環境に留意しつつ、設立母体の病院別に重点取組事項を定めていくこととします。（各病院における連携先医療機関の拡充など）

- 職場でチームを編成し、品質管理の業務改善や課題解決に取り組む（T Q M活動）
- 病院内の整理・整頓・清掃などの評価や報告会を開催し、ヒューマンエラーや無駄の削減などに取り組む（5 S活動）
- 地域の医療機関への積極的訪問による患者紹介・逆紹介の推進や医療機能の強みや特色をP R

(5) リスクへの備えについて

事業計画においては、様々なリスクが生じる可能性があることから、リスクへの備えについて検討を行いました。

ア イニシャルコストなどに対するリスクへの備え

概算事業費や金利については、建築工事費の更なる上昇や金利上昇など、外的要因による収支悪化リスクが存在することから、基本計画をベースとして、今後も収支改善のための取組を継続する。

(ア) 主なリスク

項目	リスク	影響額
建築単価	過去の建築単価の上昇傾向を踏まえ、3年後の上昇リスクを+約10%増(3年間)として試算	約100億円
借入金利	借入期間30年(据置5年)の金利が設定数値の1.5%から2.0%に上昇した場合のリスクを試算	約100億円

(イ) 収支改善に向けた取組

項目	内容
投資額の精査	・建築工事費について、設計段階以降もコスト圧縮手法や規模について引き続き精査 ・医療機器について、移設対象機器、整備機器の性能、整備台数等を引き続き精査
人件費の最適化	・最適配置や人数について引き続き精査
補助金等の活用	・対象となる補助金等の最大限の活用 ・医療介護総合確保基金や交付税措置の増額について引き続き国へ要望
医業収益の向上	・新病院の機能評価係数向上等による収益の確保 ・機能強化による広域的な集患

イ 新病院開院後のリスクへの備え

入院患者の減少や入院単価の伸び悩みなどにより収支が悪化した場合には、県全体の歳出抑制を伴う一般会計からの繰出を要するリスクもあることから、持続可能な経営に向けた戦略を着実に進め、収支の悪化の影響が最低限に留まるよう努める。

(ア) 入院患者が見込みを下回った場合への対応

戦略的な広報展開やPR活動の徹底、連携先病院の確保や連携強化など患者増に向けた取組の強化とともに、支出の抑制策等を講じる。

a 収支計画（病床稼働率 87.5%）からの変動による 1 年間の収支影響額

稼働率	収入(a)	支出(b)	収支影響額(a)-(b)
85.5%	約▲7 億円	約▲2 億円	約▲5 億円
83.5%	約▲14 億円	約▲4 億円	約▲10 億円

※ 収入は入院収益の減、支出減は入院・外来収益に連動する材料費の減等を試算

b 入院患者が見込みを下回った場合の収支悪化への対応

戦略的な広報展開や P R 活動の徹底、連携先病院の確保や連携強化など患者増に向けた取組の強化とともに、支出の抑制策等を講じる。

項目	対応
経費の抑制	・患者数の減を踏まえた、給食、外注検査、廃棄物、リネンの委託費などの抑制 ・建物の修繕・更新等についての計画的な実施による抑制 ・病院運営に直接的な影響が少ない諸経費（図書費・旅費交通費など）の削減
投資の抑制	・医療機器の再投資の一部抑制

※ 入院患者数実績が想定稼働率を大きく下回る場合などにおいては、患者数に応じて、最適配置や開設病棟数精査などを検討する。

(イ) 入院単価が見込みを下回った場合への対応

a 収支計画（入院単価 約 94,500 円）からの変動による 1 年間の収支影響額

単価	収入(a)	支出(b)	収支影響額(a)-(b)
▲2,000 円	約▲7 億円	約▲2 億円	約▲5 億円
▲4,000 円	約▲13 億円	約▲4 億円	約▲9 億円

※ 収入は入院収益の減、支出減は入院・外来収益に連動する材料費の減等を試算

b 入院単価が見込みを下回った場合の収支悪化への対応

入院単価が目標未達時の状況に応じた対応とともに、支出の抑制策等を講じる。

〈入院単価向上の取組〉

課題	対応
在院日数の長期化	診療科別・疾患別等での在院日数管理の厳格化～更には病床稼働率維持のための新規入院患者確保促進
手術件数目標未達	地域医療機関等との情報共有や連携強化を通じて、該当患者確保の推進強化
救急受入目標未達	同上

〈収支悪化への対応の取組〉

項目	対応
経費の抑制	・ 建物の修繕・更新等についての計画的な実施による抑制 ・ 病院運営に直接的な影響が少ない諸経費の削減
投資の抑制	・ 医療機器安全管理委員会（仮称）における、機器の稼働状況や費用対効果を考慮した投資等の再考
その他	・ 光熱費の節約など固定費を変動費にする取組 ・ 新電力への切り替え ・ 診療材料の共同購入（参加医療機関の増加） ・ 機器設備のメンテナンスコストの見直し（保守契約→損害保険）

4 整備スケジュール

新病院の建設に当たっては、基本計画において取りまとめた部門別整備計画や施設基本計画の内容をもとに、医療関係者等の意見を伺いながら、基本設計及び実施設計において、引き続き具体的な検討を進めることとします。

新病院開院は2030年度を見込んでおりますが、既存病院の改修による、駐車場の整備完了については、2031年度を見込んでいます。

なお、整備スケジュールは現時点での見込みであり、基本設計・実施設計において詳細なスケジュールの検討を行います（図表42参照）。

図表42 整備スケジュール（見込み）

2023年度 令和5年度	2024年度 令和6年度	2025年度 令和7年度	2026年度 令和8年度	2027年度 令和9年度	2028年度 令和10年度	2029年度 令和11年度	2030年度 令和12年度	2031年度 令和13年度
基本計画 ■	基本設計・実施設計 ■				新病院建築工事 ■		● 新病院開院	
契約手続 ■			着工準備・ 契約手続 ■				既存病院棟改修 ■	

付録 用語集

あ

▶アイソトープ治療

放射性同位体（ラジオアイソトープ：R I）を含む薬を用いて病気の治療を行う方法のこと。

▶アフエレーシス

専用の医療機器を使用し、血液などの体液を体外へ取り出し、病気の原因物質を分離して除去する血液浄化療法の一種。

▶アブレーション

不整脈やがんなどの治療に用いられ、異常な組織や器官を焼灼や凍結などで破壊する医療技術のこと。

▶アンギオ

正式には「アンギオ・グラフィー」と言い、「血管造影法」と呼ばれる。造影剤と言われるX線不透過の薬剤を注入して血管の形状をレントゲンに写し、血管の狭窄、詰まり、膨らみ、破れ等を見て診断を行う技術。

い

▶一般撮影

X線を用いて行う、胸部、腹部、骨格系、歯等の撮影の総称。

▶一般病床

病院や診療所における病床を機能別に分類したもののうちの一つの名称であり、主に急性疾患の治療に対応するための病床のこと。

▶遺伝子検査

DNAの情報を読み取り、がんなどの病気のリスクや体質などの遺伝的傾向を知る検査のこと。

▶陰圧

内部の室内圧が外部より低くなる状態を示し、感染の拡散を防ぐために使用する。

う

▶ウォークイン

救急車以外の徒歩や自家用車などで直接救急外来を受診すること。一般に軽症であることが多い。

え

▶エアロゾル

空気中に漂う微細な粒子のこと。

▶栄養スクリーニング

低栄養あるいはそのリスクがある対象者を簡便・迅速な方法で抽出すること。

▶エキスパートパネル

がん遺伝子パネル検査で得た結果について、臨床上の意味を医学的に解釈するための会議のこと。

▶エルゴメーター

運動負荷心電図検査法の1つで、サドルにまたがり、胸に心電図の電極をつけ、ペダルをこぐことで、心電図の変化やその他循環器系指標をみる自転車型の装置をいう。

▶遠隔医療

「情報通信機器を活用した健康増進、医療に関する行為のこと」と定義されており、オンライン診療や遠隔画像診断、遠隔病理診断等がある。

▶遠隔操作密封小線源治療装置（RALS）

放射性同位体（R I）を封入したカプセル（密封小線源）を、遠隔操作で患者の体内に挿入する放射線治療装置のこと。集中的かつ効率的に腫瘍へ放射線を照射できることから、放射線による副作用の低下、医療従事者への放射線被ばくの低減を期待できる。

お

▶オーダーメイド医療

個々の患者の体質や病気のタイプに合わせた治療のこと。

▶オートクレーブ

定高压蒸気滅菌器とも呼ばれ、内部を高温高压にすることで、器具に付着している全ての菌を除去する装置のこと。

▶オープンAPI

APIとはApplication Programming Interfaceの略で、アプリケーションから機能やデータを利用するための窓口。オープンAPIは、これを外部に公開し、外部システムと連携できるようにしたものという。

▶オストメイト

病気や事故等により、排泄のためにストーマ（人工肛門や人工ぼうこう）を腹部に増設した患者をいう。排泄物を一時的に受ける装置をストーマ部位に装着している。

か

▶カーボンニュートラル・脱炭素社会

気候変動の原因となっている温室効果ガスの排出を全体としてゼロにすること。二酸化炭素等の温室効果ガスの「排出量」から、植林、森林管理などによる「吸収量」を差し引いて、合計を実質的にゼロにすること。

▶回復期機能

急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADL（日常生活における基本的動作を行う能力をいう。）の向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能。

▶核医学

放射性同位体（R I）を含む薬を体内に投与し、病気の診断や治療をする専門分野のこと。

▶カテーテル

体内に挿入して、検査や治療等を行うための柔らかい細い管のこと。心臓の血管等にカテーテルを挿入し、薬剤を注入したり、血管を拡張したりすることで、治療や検査を行う。

▶カプセル内視鏡

小型カメラや照明を内蔵した錠剤大のカプセルであり、精神的・身体的苦痛を伴わず、小腸や大腸を撮影することができる。

▶がんゲノム医療

主にがん組織を用いて、遺伝子を網羅的に調べ、個々の患者の遺伝子情報に基づいて行う医療のこと。

▶完全看護

家族等の患者付添いを求めるのではなく、看護師及び看護補助者にて看護を行うこと。

▶カンファレンス

医療を提供するスタッフ間で、情報の共有や共通理解、問題解決を図るために開催する会議のこと。

▶緩和ケア

生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、疾患の早期より、痛み、身体的問題、心理社会的問題、精神的な問題に関して適正な評価を行い、それが障害とならないように予防したり対処したりすることで、QOL（Quality of Life、生活の質）を改善するための方法。

き

▶基幹災害拠点病院

災害拠点病院とは、各都道府県に災害時における医療救護活動の拠点となる病院を設置し、被災現場において応急救護を行う救護所や救急病院、救急診療所等との円滑な連携のもとに、災害時における重症患者の適切な医療を確保することを目的に知事が指定している。災害拠点病院の中でも、原則として県に一つ指定される基幹災害拠点病院には、災害医療人材への訓練や研修の実施などの任務が課せられている。

▶企業債

地方公共団体が地方公営企業の建設、改良事業などの資金調達のために行う借入金。

▶気送管

圧縮空気又は真空圧によって管路内に空気を流し、気送子と呼ばれるカプセルに医薬品や書類等を入れて搬送する装置のこと。

▶救急応需

消防本部による医療機関への傷病者の搬送依頼に対して、医療機関が要請に応じて受け入れること。

▶救急救命士

国家資格の一つ。医師からの具体的な指示のもと、重度傷病者が現場から病院や診療所に搬送されるまでの間または搬送先から入院するまでの間に救命救急措置を行うことができる。

▶急性期機能

急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能。

▶救急ワークステーション

救急隊員の知識や技術の向上を目的とした教育拠点をいう。医療機関と消防機関が連携し、病院内で救急処置の実習や救命処置を行う。

く

▶クックサーブ

食材を加熱等の調理後すぐに提供する調理システムをいう。

▶クラウド

クラウドコンピューティングの略であり、ネットワークを介してクラウド事業者のサービスの提供を受けるシステムをいう。

▶クリーンベンチ

空気中や周囲の塵、埃、微生物等の混入を防ぎ、清潔な状態で作業するための装置のことをいう。

▶クリニカルパス

ある疾患に対して、入院から退院までの間に受ける治療や検査等の標準的な経過をスケジュールにまとめたもの。患者・医療スタッフの双方が診療情報を共有することができ、良質で均一的な医療を提供できる。

け

▶研修医

一般的に初期臨床研修医のことを指す。医師が診療に従事するには、2年間の臨床研修を受ける必要があり、臨床研修を受けている医師のことを臨床研修医という。

▶建蔽率

敷地面積に占める建築面積の割合のこと。採光、通風の確保や防火上の観点から定められている。建築基準法の既定の範囲で、都市計画ごとに上限が設けられている。

こ

▶高気圧酸素治療装置

大気圧より高い気圧環境の中に患者を収容し、高濃度の酸素を吸入することによって、脳梗塞や減圧症といった疾患の治療を行う装置のこと。

▶高精度放射線治療

高い精度で放射線を照射することが可能で、誤差精度2ミリ以内の正確な放射線照射を実現した治療法。具体的な治療法は、定位放射線治療（SRS、SRT）、強度変調放射線治療（IMRT）、画像誘導放射線治療（IGRT）など。

▶高度急性期医療

急性期の患者に対し、当該患者の状態の早期安定化に向けて、診療密度の特に高い医療を提供すること。

▶後方病床

集中治療をする必要はないが観察が必要であり、一般病棟への転棟が困難な患者を受け入れる病床のこと。

▶公立病院

都道府県や市町村といった自治体が運営する病院のこと。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。

▶合理的配慮

障害者の日常生活又は社会生活における様々な制限をもたらす原因となる社会的障壁を取り除くため、その実施に伴う負担が過重でない場合に、特定の障害者に対して、個別の状況に応じて講じられるべき措置のこと。

▶コジェネレーションシステム

2つのエネルギーを同時に生産し供給する仕組みをいう。例として、発電装置で電気をつくり、発電時に排出される熱を給湯や暖房等に利用する方法などがある。

▶コット

新生児用の可動式ベッドのこと。

▶コメディカル

医師を除く医療専門職種（看護師、診療放射線技師、臨床検査技師等）の総称のこと。

さ

▶サーベイランス

調査監視のことをいう。特に感染症サーベイランスは、医療機関による「病原体（病気の原因となる菌やウイルス）の検出」と「患者発生報告」から成り立っており、流行している病原体の検出状況及び特性を確認し、適切な感染症対策を立案することを目的としている。

▶在院日数

患者が入院している期間のこと。特に平均在院日数が指標として用いられる。在院日数が短いと、院内感染や日常生活動作の低下を予防でき、医療の質が向上するといわれている。

▶細菌検査

尿や便等から、病気の原因となっている菌を検出し、どのような薬が効果があるのかを調べる検査のこと。

▶在宅医療

住み慣れた家庭や地域で安心して療養が受けられるよう在宅で医療を行うこと。医師による訪問診療、看護師による訪問看護、理学療法士等による訪問リハビリテーション、歯科医師による訪問歯科診療等がある。

▶サブアキュート機能

主として、在宅・介護施設等から来院した患者のうち、症状が急性増悪した患者に提供する医療機能のこと。

▶三次救急

救急医療の指標で、三次救急医療は一次救急や二次救急では対応が困難な重篤疾患や多発外傷等に対する救急医療のこと。

し

▶次世代スマートホスピタル

院内のDXを推進し、業務効率化や働き方改革、医療安全の向上を図ることを目的とした次世代構想を有する病院のこと。

▶施設基準

厚生労働大臣が定めた医療機関の機能や設備、診療体制、安全面やサービス面等の基準のこと。

▶シャント

動脈と静脈をつなぎ合わせた血管のこと。血液透析の場合、シャントを作ることで大量の血液を人工腎臓に送ることができる。

▶集学的治療

手術療法、放射線療法、薬物療法などの複数の治療法を組み合わせる治療法。

▶周産期医療

「周産期」とは、妊娠22週から出生後7日未満までの期間であり、母体・胎児や新生児の生命に関わる事態が発生する可能性がある。「周産期医療」とは妊娠、分娩に関わる母体及び胎児管理と出生後の新生児管理を主に対象とする医療のことをいう。

▶周術期

手術中だけでなく入院から手術そして回復までの、手術前、手術中、手術後を含めた期間のこと。

▶重症系病床

重症度の高い患者や救急搬送、緊急手術を必要とする患者に対し、集中的な治療を行う病室のこと。

▶紹介・逆紹介

紹介とは、日常的な診療を行っているかかりつけ医が、入院や専門的な治療、検査が必要と判断した場合に、紹介状（診療情報提供書）を記載して患者に他の病院を紹介することをいう。逆紹介とは、病院にて病状が安定した患者を、紹介元の地域の診療所等の医療機関に紹介することをいう。

▶情報アクセシビリティ

高齢者や障害者を含めて、誰もが必要な情報を支障なく利用できること。

▶褥瘡

褥瘡（じょくそう）とは、「寝たきりなどで、体重が圧迫されている場所の血流が悪くなったり滞ったりすることで、皮膚の一部が損傷すること」であり、「床ずれ」のことである。脊髄損傷患者や小児、がん患者等は褥瘡のリスクが高い。

▶処置室

血圧測定や注射、採血を行う場所のこと。

▶新興感染症

最近新しく認知され、局地的にあるいは国際的に公衆衛生上の問題となる感染症のこと。

▶心大血管疾患リハビリテーション料

心筋梗塞、狭心症、心臓手術後の患者に対して、疾患の治療のみならず再発の予防も考慮した総合的なリハビリテーションに対して取得できる診療報酬のこと。

▶診療報酬

診療行為やサービスに対する対価として支払われる費用のこと。

す

▶スタッフコモンズ

スタッフ間の連携・交流、食事や休憩を取るスペースのこと。

▶スタッフステーション

医療スタッフが診療事務処理、調査研究、教育などを行うスペースのこと。

▶スマートベッド

患者の心拍数・呼吸数、睡眠・覚醒などの状態を独自のセンサーにより非装着で連続測定するほか、さまざまな生体情報を一元管理するベッドのこと。

せ

▶政策医療

不採算医療など、国が医療政策を担うべき医療分野として厚生労働省が定めたもの。

▶精神科身体合併症

精神疾患で入院した患者のうち、身体疾患も併せ持つ患者のこと。

▶精神科リエゾンチーム

身体疾患で入院患者が何らかの精神心理面の問題を抱えた場合に、精神医療と身体医療をつなぎ、担当各科の医師や看護師と連携しながら支援を行うチームのこと。

▶精神病床

医療法が定める病床種別のうち、精神疾患を有する患者を入院させるための病床のこと。

▶専攻医

医師国家資格に合格した医師で、専門医資格を取得するために専門研修プログラムに登録または参加している医師のこと。

▶先進医療

厚生労働大臣が定める高度の医療技術を用いた療養のうち、公的医療保険の対象になっていないもの。

▶せん妄

原疾患や投与した薬剤、環境変化の影響などを原因として、一時的に意識障害や認知機能の低下が起こる状態。

そ

▶総合周産期母子医療センター

妊産婦や新生児に必要な医療を提供する施設のうち、ハイリスク出産等に対応した医療体制・設備を整備した拠点施設のことで、厚生労働省が定める指針に基づいて都道府県が認定するもの。

▶総合診療医

総合的な診療能力を有する医師のこと。日常的に頻度が高く、幅広い領域の疾病と傷害等について、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的に提供する医師。

▶ゾーニング（ゾーン管理）

都市計画や建築プランの検討において、空間を用途ごとに分ける考え方のこと。転じて、病院等の医療施設においては感染の危険性の有無等に応じて物品や職員、患者を別の空間で管理すること。

た

▶耐震構造

地震による揺れに耐えうる建物構造のうち、柱を強固に作るなどして建物自体の強度を高めたもののこと。

▶ダイバーシティ

直訳は多様性（Diversity）。性別や身体的特徴、言語や宗教などにおいて様々な背景をもつ人々が集まった状態のこと。転じて、組織や集団において互いの個性を尊重し、受入れることをさす。

▶タスクシフト・タスクシェア

医師やその他の医療従事者、事務職員など、職種を超えて業務管轄範囲を移管（シフト）したり、共同で実施（シェア）したりすること。

ち

▶地域医療支援病院

一定数の病床を有し、救急医療の提供や在宅医療の支援、地域の医療関係者への研修実施や地域の医療機関に対する情報提供、医療機器等を他施設との共同利用に供する機能を持つ病院で、医療法に基づき都道府県知事が承認した病院のこと（平成9年の医療法改正により創設）。

▶地域医療情報ネットワーク

医療機関の機能分担や連携を進め、効率的な医療連携を全県で行うためにICTを活用した患者の診療情報などの医療情報を複数の医療機関で共有するネットワーク。当計画においては、HMネットを指す。

▶地域完結型医療

患者が県外を含めた遠方の医療機関を受診することなく、必要な医療を地域内で受けられるよう、地域の複数の医療機関がそれぞれの特徴を生かして役割分担すること。

▶地域がん診療連携拠点病院

がん診療の拠点として厚生労働省により指定された病院のこと。専門的ながん医療の提供、がん診療協力体制の整備、がん患者に対する相談支援及び情報提供等を担う。

▶地域包括ケアシステム

高齢者が住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるように、医療、介護、予防、住まい、生活支援が一体的に提供される体制のこと。

▶地域連携プラットフォーム

地域医療情報ネットワーク（HMネット）及びデータ利活用プラットフォームを活用した、健康づくり、診療情報の共有、医療の高度化への対応、地域医療支援、医療費適正化、救急・災害対策、医療・介護連携の促進等、「ひろしまメディカルDX構想」の実現を目指すための仕組み。

▶超音波内視鏡下穿刺術（EUS-FNA）

Endoscopic Ultrasound-Fine Needle Aspiration の略。
超音波内視鏡を用いて、消化管を経由して胸腹部や骨盤内の腫瘍を観察し、消化管内から腫瘍細胞を採取する検査のこと。

て

▶低出生体重児

2,500g未満の体重で生まれてきた新生児のこと。

▶低侵襲治療

食道・胃などの消化管から挿入する内視鏡や皮膚から腹腔鏡や胸腔鏡を挿入して行う手術など、体の負担の少ない治療方法のこと。

▶データ利活用プラットフォーム

新病院、広島大学病院、地域の医療機関等の保健・医療・介護情報を収集し、症例データベースを構築したうえでAIの開発や創薬、ヘルスケア産業向けのデータ利活用を可能とする仕組み。

と

▶ドクターカー

医師・看護師が同乗して医療機関搬送前の現場へ直接出動する車両のこと。救急医療を行うために必要な医療機器を搭載する。

▶ドクターヘリ

救急医療の専門医や看護師等が搭乗するヘリコプターのこと。救急医療を行うために必要な医療機器等を搭載する。

▶特定行為研修指定研修機関

看護師が医師の診療の補助のため、特定行為（実践的理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門適式及び技能が特に必要とされる医療行為）を行うために必要となる研修を実施する医療機関のこと。

▶トリアージ

患者の疾病の緊急度や重症度に基づき、治療等の実施の優先順位を決定して選別を行うこと。

な

▶内視鏡的逆行性胆管膵管造影検査（E R C P）

endoscopic retrograde cholangiopancreatography の略。

内視鏡カメラを口から入れて、胆管や膵管に細いチューブで造影剤を注入し、胆嚢や胆管及び膵管の異常を観察する検査のこと。

▶内視鏡的粘膜下層剥離術（E S D）

Endoscopic Submucosal Dissection の略。

消化器系のがんに対して、内視鏡を用いて粘膜層から粘膜下層までを剥離し、病変のある部分を一括切除する治療法のこと。早期がんの中でも特に早期の病変を治療することに適している。

に

▶二次救急

救急医療の指標で、二次救急医療は入院による治療や緊急手術が必要な患者に対する救急医療をさす。

▶二次輪番病院

二次救急の指定を受けた複数の病院のこと。二次救急の指定を受けた複数の病院が当番制で救急患者の受け入れ・診療を行うという方法を病院群輪番制という。

▶ニュークックチル方式

調理後速やかに中心温度 3℃以下まで冷却。チルド状態で盛り付け、再加熱カート内にて保管・管理し、食事提供時間に応じ再加熱行い提供する調理法のこと。

▶認定看護師

日本看護協会の認定看護師認定審査に合格し、特定の看護分野において、熟練した看護技術と知識を有することが認められた看護師のこと。認定分野は、救急看護、訪問看護、緩和ケア、摂食・嚥下障害看護、感染管理など 21 分野におよぶ。

ね

▶ネブライザー

薬液を細かい霧状にして気管支や肺へ送り込むための医療機器で、主に喘息や肺炎の治療に用いられる。

は

▶バイオクリーン

高性能フィルターを通して空気を清浄化し、無菌的・無塵的環境を作る技術のこと。

▶バイオハザード対応

病原微生物による感染等によって人間が被害を受けないよう、専用の設備を用いて物理的に封じ込めたり、燻蒸殺菌を行ったりして対処すること。

▶ハイブリッド手術室

手術台に放射線撮影装置等を組み合わせた手術室のこと。

▶ハイボリュームセンター

診療分野において症例数の多い病院のこと。

▶ハイリスク妊婦

妊娠中から出産後において、医学的なリスクが高いと評価された妊産婦のこと。

▶ハイリスク分娩

母子の生命や健康に重大な影響を与える可能性のある分娩のこと。

▶ハザードマップ

地震や水害等の自然災害による被害が発生した際に想定される被災範囲とその危険度を示した地図のこと。

▶働き方改革

就業機会の拡大や意欲・能力を存分に発揮できる環境を作るため、多様な働き方を選択できるようにすること。特に医師については長時間労働が問題視され、令和6年4月より労働時間の上限設定や労務管理の更なる徹底、医師の業務負担軽減が求められる。

▶パンデミック

感染症が国・地域を越えて大規模に流行すること。

ひ

▶病理検査

疾患の診断や病因を究明するため、手術や検査のために患者から採取した臓器、組織、細胞等を検査すること。

▶広島県地域保健対策協議会

昭和 44（1969）年に設立した医療・保健に関する懸案事項の調査・協議を行う常設の組織。広島県医師会、広島大学、広島市、広島県で構成している。

▶ひろしまメディカルDX構想

HMネットが蓄積してきた「強み」を活用・強化しながら新たなデジタル技術を活用し、適切な医療・介護サービスを効果的・効率的に提供するため、DXの先駆けとなるべく、医療機関、薬局、介護保険事業所、行政、保険者、消防機関、大学等の関係機関が、広島県地域保健対策協議会の医療情報活用推進専門委員会で検討した結果をとりまとめ、今後 5 年先、10 年先をも見据えたイノベーションの指針として令和 3 年 4 月に策定したもの。

<https://www.citaikyo.jp/other/pdf/20210423_medicaldx.pdf>

ふ

▶ファイバースコープ

光ファイバー等の硝子繊維を束ねて作られた非常に細い内視鏡の一種。

▶フォローアップ外来

治療や検査を受けた患者の予後を観察するための外来診察のこと。

へ

▶閉鎖病棟

常時内外から施錠され、医療上の理由から入院患者や面会者が自由に出入りできないような構造をとった病棟のこと。

▶へき地医療

山間部や離島など、医療体制・設備を整えることが困難な地域で行われる医療のこと。

▶ベッドサイドリハビリ

手術直後の患者や病状の重い患者が、身体的機能の衰えなどを防止する目的で、ベッド上や病室内で行う基本的なリハビリテーションのこと。

▶ベッドパンウォッシャー

ポータブルトイレ等の汚物を洗浄・消毒するために用いる医療機器のこと。

ほ

▶放射線治療装置

放射線を照射することで（がん細胞等）を死滅させる治療装置のこと。

▶保護室

精神科病棟において、激しい興奮状態にある患者や自傷・他害の可能性のある患者を一時的に入室させ、患者自身や他の患者の安全を確保するために保護・観察する部屋のこと。

▶ポストアキュート機能

リハビリテーション等、主に急性期を経過した患者に必要となる医療を提供する機能のこと。

ま

▶マニフォールド室

医療ガスを供給するために必要となる設備室のこと。

▶マンモグラフィ

乳がん等の早期発見のために用いるX線を利用した検査装置のこと。

む

▶無影灯

影を作らないようにした照明器具のこと。手術室等で用いられる。

▶無菌治療室

無菌状態を保つための設備を設けた病室のこと。主に血液疾患等を治療するための病室で、感染症に罹患・重症化しやすい状態にある患者を感染症から守るために用いられる。

め

▶メディエーター

院内での苦情や事故発生時の初期対応の際に、患者や家族、遺族らと医療者らの当事者間の対話を促進し、損なわれた信頼関係の回復と、相互の関係改善に資する場を提供することを橋渡しする「対話仲介者」の役割を担うスタッフのこと。

▶メディカルクラーク

病院等での全般的な医療事務業務を担当する事務職員のこと。

▶免震構造

地震による揺れに耐えうる建物構造のうち、建物と地盤・基礎との間に特殊なゴム等で作られた支承を設置することで、建物に伝わる地震の振動を低減する構造のこと。

ゆ

▶ユニバーサルデザイン

性別や身体的特徴、言語や宗教などの個人差にかかわらず、できるだけ全ての人が使いやすいように製品や環境をデザインする考え方。

よ

▶容積率

敷地面積に対して建物の延床面積が占める割合のこと。

ら

▶ライフサイクルコスト

構造物の計画、設計から建設、維持・管理、解体撤去、廃棄にいたる費用のこと。

▶ランサムウェア

ファイルを暗号化することで利用不可能な状態にした上で、そのファイルを元に戻すことと引き換えに金銭等を要求する悪意のあるソフトウェア。

り

▶リアルワールドデータ

実臨床を反映した電子的な医療情報のこと。

▶リニアック

高エネルギーのX線・電子線を用いてがん組織に対して照射し、治療する放射線治療装置のこと。

▶臨床検査技師

国家資格の一種。医師又は歯科医師の指示の下に、微生物学的検査、血清学的検査、血液学的検査、病理学的検査、寄生虫学的検査、生化学検査及び厚生労働省令で定める生理学的検査を行う医療技術者のこと。

▶臨床研修

医師免許取得後に行う研修のこと。平成16年（2004年）の新医師臨床制度以降、診療に従事しようとする医師は2年以上の臨床研修が必修化された。

れ

▶レセプト

医療機関が保険者に提出する月ごとの診療報酬明細書のこと。

ろ

▶ロジスティクス

被災地域内での医療活動を円滑に行えるよう、情報収集、連絡、調整などの業務のほか、通信、移動手段、医薬品の準備、宿泊地などを確保する、医療チームを支える役割のこと。

▶ロボット手術

ロボットアームに取り付けた手術器具を遠隔操作装置で操作する方式で行う手術のこと。

2

▶2回線受電

電力会社から常時供給と予備電源の2回線を受電する方式のこと。地震等の災害により常用供給が断線した場合に、予備電源による受電を可能とする。

A

▶ACLS

Advanced Cardiovascular Life Support の略。
病院等の医療機関において、医師や救急救命士が行う高度な心肺蘇生のこと。

▶ADL

Active of Daily Living の略。

日常生活における必要不可欠な基本的な行動、指標を指す。「日常生活の基本行動」と訳されることが多く、具体的には「食事・更衣・排せつ・移動・入浴」などの行為のことで、高齢化や障害の程度を表す指標。

▶A I

Artificial Intelligence の略。

人工知能の略。コンピュータがデータを分析し、推論・判断、最適化提案、課題定義・解決・学習などを行う、人間の知的能力を模倣する技術を意味する。

B

▶B C P

Business Continuity Planning の略。

災害時などの緊急事態を想定し、事業資産の損害を最小限にとどめつつ、中核となる事業の継続あるいは早期復旧を可能とするために、平常時に行うべき活動や緊急時における事業継続のための方法、手段などを取り決めておく計画のこと。

▶B L S

Basic Life Support の略。

心肺停止または呼吸停止に対する、専門的な器具や薬品などを使う必要が無い心肺蘇生のこと。

C

▶C A S

Carotid Artery Stenting の略。

頸動脈が動脈硬化等により狭くなることによって、脳に十分な血液が届かなくなる頸動脈狭窄症を治療する方法の一つ。

▶C C P

Community Contingency Planning の略。

広域災害時を想定し、単独の医療機関での完結的な対応のみならず、地域としての医療機能維持を考慮した連携計画のこと。

▶C C U

Coronary Care Unit の略。

急性心筋梗塞をはじめとする重篤な心臓疾患患者の救命を目的とした集中管理治療室のこと。

▶C O P D

Chronic Obstructive Pulmonary Disease の略。

慢性閉塞性肺疾患と呼ばれ、代表的な慢性呼吸器疾患の一つ。

▶C T

Computed Tomography（コンピュータ断層撮影）の略。

X線を発する管球とX線検出器がドーナツ状の架台内を回転しながらデータ収集し、人体の輪切り画像をコンピュータによって再構成する装置。

D

▶D I 室

Drug Information 室の略。

医療関係者や患者に医薬品に関する情報を提供し、医薬品を適正に使用するための情報を収集する部屋。

▶DMAT

Disaster Medical Assistance Team の略。

災害の急性期に活動できる機動性を持ち、専門的な訓練を受けた自己完結型災害派遣医療チーム。

▶D P C

Diagnosis Procedure Combination の略。

日本独自の診断群分類（診断と処置（手術、検査等）を組み合わせた分類）を診療報酬の支払いに応用した 1 日当たり包括支払い方式のこと。

▶D X

Digital Transformation の略。

デジタル技術を活用して、生活に関わるあらゆる分野（仕事、暮らし、地域社会、行政）において、ビジネスモデル、オペレーション、組織、文化などの在り方に変革を起こすこと。

E

▶E C M O

ExtraCorporeal Membrane Oxygenation の略。

重症呼吸不全患者または重症心不全患者に対して行われる生命維持法のこと。

▶E－H C U

Emergency-High Care Unit の略。

救命救急高度治療室と呼ばれ、E－I C U に入院していた患者のうち容態が落ち着いてきたが、経過観察が救急部門内で必要な患者に、治療や看護を提供する治療室。

▶E－I C U

Emergency-Intensive Care Unit の略。

救命救急集中治療室であり、重篤な患者や手術を必要とする状態にある患者を集中的に治療する治療室。

▶E M I S

Emergency Medical Information System の略。

広域災害救急医療情報システムのこと。

▶E R

Emergency Room の略。

重症度、傷病の種類、年齢に関わらず全ての救急患者を診察・診療する部屋のこと。

G

▶GCU

Growing Care Unit の略。

出生時・出産後に生じた問題が解決・改善した新生児の経過を観察及び治療を継続するための治療室のこと。

H

▶HCU

High Care Unit の略。

高度治療室と呼ばれ、ICUに入院していた患者のうち比較的容態が落ち着いてきたが、経過観察が必要な患者に、治療や看護を提供する治療室。

▶HEPAフィルター

空気中からゴミ、塵埃などを取り除き、清浄空気にする目的で使用するエアフィルタの一種。

▶HIPRAC

広島がん高精度放射線治療センター（Hiroshima High-Precision Radiotherapy Cancer Center）の略称。

広島県、広島市、広島県医師会、広島市内4基幹病院の共同事業として運営する放射線治療の専門施設のこと。

▶HL7FHIR

米国のHL7協会が開発した医療情報交換のための新しい標準仕様（規格）のこと。日本では、日本HL7協会、日本医療情報学会（NEXEHR S研究会日本実装検討WG）等が普及にむけて活動しはじめている。

▶HLA検査室

Human Leukocyte Antigen の略。

ヒト白血球抗原検査室とも呼ばれる。免疫系に関する検査を行う部屋。

▶HMネット

ひろしま医療情報ネットワークのこと。

医療機関の機能分担や連携を進め効果的な医療連携を全権で行うために、ICT技術を活用した患者の診療情報などの医療情報を複数の医療機関で共有するネットワーク。

I

▶IABP

Intra-Aortic Balloon Pumping の略。

大動脈内バルーンパンピングの略称で、心臓のポンプ機能が低下した患者をサポートする補助循環法の一種。

▶IBDセンター

Inflammatory Bowel Disease の略。

炎症性腸疾患であるクローン病や潰瘍性大腸炎などの診療・研究・教育を行う部門のこと。

▶IC

Informed Consent の略。

医療職による十分な説明のもと、患者やその家族が病状や治療等について理解、同意し、受ける医療を選択するという、「説明と同意」のプロセスのこと。

▶ I C T

Information and Communication Technology の略。
情報通信に関する技術の総称。特にネットワーク通信による情報の共有を図る技術の意味で用いられる。

▶ I o T

Internet of Things の略。
自らの状態や周辺状況を感知し、通信し、何かしらの作用を施す技術が埋め込まれた物理的なモノ（物体）のインターネットのこと。

▶ I S O 15189

国際標準化機構（I S O : International Organization for Standardization）が発行した臨床検査室の品質と能力に関する要求事項に関する国際規格のこと。検査室や検査結果の質を管理するために必要な仕組みや管理方法や正しい検査結果を出すために必要な能力や方法に関する要求事項がまとめられている。

▶ I V R

InterVentional Radiology の略。
一般的にカテーテル治療や血管内治療とも呼ばれる。超音波、C T等でリアルタイムに観察しながら体内に細い管であるカテーテルや針を入れて診断、治療する方法。

▶ I V R - C T

InterVentional Radiology-Computed Tomography の略。
アンギオ（血管造影）とC Tが一体型となったシステムであり、患者は撮影室間を移動することなく、血管造影検査、C T検査、I V Rを迅速かつ安全に行うことができる複合装置のこと。

J

▶ J M E C C

Japanese Medical Emergency Care Course の略。
心肺停止時や緊急を要する急病患者に適切に対応できるようにするためのシミュレーション・プログラムのこと。救急医療に接することが少ない内科系の医師や研修医を対象としている。

▶ J - S P E E D

日本の災害医療チームが使用する診療記録及び報告の標準様式のこと。

▶ J P T E C

Japan Prehospital Trauma Evaluation and Care の略
外傷（骨折や打撲による損傷など）の現場から病院への搬送までの一連の過程において、習得すべき知識及び体得すべき技能を盛り込んだ活動指針のこと。

L

▶ L D R

Labor/Delivery/Recovery の略。
陣痛室・分娩室・回復室が一体となった部屋。

▶LGBTQ+

Lesbian Gay Bisexual Transgender Questioning(Queer)の略。女性同性愛者、男性同性愛者、両性愛者、心身の性が異なる人、性的指向・性自認が定まらない人であり、これらの定義に定まらない多様な人々のこと。

M

▶ME

Medical Engineer の略。

臨床工学技士のことで、国家資格の一つ。医師の指示の下、生命維持管理装置（人工呼吸器、透析装置、人工心肺装置など）の操作や保守点検を行う医療機器の専門家のこと。

▶MFICU

Maternal Fetal Intensive Care Unit の略。

母体・胎児集中治療室のこと。重い妊娠高血圧症候群、前置胎盤、合併症妊娠、切迫早産や胎児異常など、ハイリスク出産の危険度が高い母体・胎児に対応するための設備や医療スタッフが配置される。

▶MR

Medical Representative の略。

医薬情報担当者のこと。医薬品の適正使用のため医療従事者を訪問するなどにより、医薬品の品質、有効性、安全性などに関する情報の提供、収集、伝達を主な業務として行う専門家のこと。

▶MRI

Magnetic Resonance Imaging（磁気共鳴画像法）の略。

磁力と電磁波の力によって、人体のあらゆる部分の断面像を撮ることができる画像診断装置のこと。

▶MSW（医療ソーシャルワーカー）

Medical Social Worker（医療ソーシャルワーカー）の略。

社会福祉士資格、または精神保健福祉士資格という国家資格取得者の総称としてソーシャルワーカーという呼称があり、その中でも医療機関で働いている人たちのこと。

N

▶NCPR

NeonatalCardio-Pulmonary Resuscitation の略。

「すべての分娩に新生児蘇生法を習得した医療スタッフが新生児の担当者として立ち会うことができる体制」の確立を目指した普及事業。胎外呼吸循環（出生前は胎盤から酸素を得るが、出生後は呼吸によって酸素を得る）の移行がうまくできない新生児に対する心肺蘇生法を学ぶ講習会の開催を主としている。

▶NHF

Nasal High Flow の略。

呼吸補助のために患者に酸素を高い流量で酸素を供給する療法のこと。

▶NICU

Neonatal Intensive Care Unit の略。

新生児集中治療室のこと。低体重児や先天的に重篤な疾患がある新生児に対応するための設備や医療スタッフが配置される。

▶NPPV

Non-invasive Positive Pressure Ventilation の略。
呼吸困難な患者に対してマスクやフェイスシールドを使用し、気道に陽圧をかけて呼吸を支援する治療法。

▶NST

Nutrition Support Team の略。
患者に対する最適な栄養管理の提供を活動目的とする医療チームのこと。医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、歯科医師などさまざまな職種がチームに参加し、多角的な視点を持って患者さまの栄養状態の改善をサポートする。

O

▶OT

Occupational Therapist の略。
国家資格の一つ。作業療法士の略称であり、ハビリテーションの一種で、作業を通して日常生活に参加できるようにすることを目的とした専門家。

P

▶P3レベル（BSL3）

BioSafety Levels3 の略。
高い感染性を持つ微生物や病原体を安全に取り扱うための安全対策レベルのこと。

▶PALS

Pediatric Advanced Life Support の略。
小児患者を対象とし、病院等の医療機関において医師や救急救命士が行う高度な心肺蘇生のこと。

▶PCI

Percutaneous Coronary Intervention の略。
狭心症、急性心筋梗塞による心臓の冠動脈の狭窄、閉塞病変に対して、血管の内側から狭窄病変を拡張するカテーテルを使った低侵襲的な治療法の総称。経皮的冠動脈インターベンションとも呼ばれる。

▶PCPS

Percutaneous Cardiopulmonary Support の略。
経皮的心肺補助法とも呼ばれ、機械的循環補助の一つ。

▶PD

Peritoneal Dialysis の略。
腹膜透析のことであり、腹膜を透析膜として利用して、血液をきれいにする方法。

▶PDCAサイクル

Plan Do Check Action の略。
計画、実行、評価、改善のプロセスを順に実施するマネジメントサイクルの1つ。

▶PET

Positron Emission Tomography の略。
陽電子放射断層撮影法の略称であり、がんの有無や広がり、転移、治療効果などを調べる画像診断法。

▶P F M

Patient Flow Management の略。

入院予定の患者について情報を事前に把握し、入退院含め病床の管理の効率性を高めること。

▶P H R

Personal Health Record の略。

生涯にわたる個人の保健医療情報（健診（検診）情報、予防接種歴、薬剤情報、検査結果等診療関連情報及び個人が自ら日々測定するバイタル等）のこと。電子記録として本人等が正確に把握し、自身の健康増進等に活用することが期待される。

▶P I C U

Pediatric Intensive Care Unit の略。

重症の患者を収容し、集中的に治療やケア及び重症疾患の全身管理を行う病院の診療部門である I C U（集中治療室）の一つで、P I C Uは小児患者を専門に扱う治療室のこと。

▶P T

Physical Therapist の略。

国家資格の一つ。理学療法士の略称であり、身体機能や運動能力を改善するための治療を行う専門家。

▶P T A

Percutaneous Transluminal Angioplasty の略。

下肢動脈や鎖骨下動脈、頸動脈や腎動脈、透析シャントなど末梢動脈の狭窄や閉塞に行う治療のこと。

Q

▶Q O L

Quality Of Life の略。

人生の内容の質や社会的にみた「生活の質」「人生の質」のことを指し、個人の日常生活における幸福感や満足度を指す概念のこと。

R

▶R P A

Robotic Process Automation の略。

これまで人間が行ってきた定型的なパソコン操作をソフトウェアのロボットにより自動化すること。

S

▶S C U

Stroke Care Unit の略。

急性期の脳血管障害（脳梗塞・脳出血・くも膜下出血）の患者を受け入れる専用の病棟で、脳卒中を発症早期から 24 時間体制で集中的に治療する治療室。

▶S D V

Source Document Verification の略。

治験を評価する際に、医療機関のカルテなどの記録を直接閲覧して照合し、報告や治験の記録が信頼性のあるものなのかどうかを検証すること。

▶S－I C U

Surgical-Intensive Care Unit の略。

外科系集中治療室と呼ばれ、手術後の患者や外科的処置が必要な患者を集中的に治療する治療室。

▶S P D

Supply Processing Distribution の略。

医療現場の要望により的確に医療消耗品等を各部署に供給し、期限切れ・過剰在庫の解消、請求・発注業務の軽減、保険請求漏れ等を防止し、病院経営をサポートするシステム。

▶S P E C T

Single Photon Emission Computed Tomography の略。

ガンマカメラで体内から放出される放射線を測定し画像にする装置のこと。

▶S P E C T－C T装置

S P E C T装置とX線C Tが一体となった装置のこと。

▶S S T

Swallowing Support Team の略。

多職種連携のもとそれぞれの専門性を生かして日々の摂食嚥下機能評価、嚥下リハビリを行うチーム。

▶S T

Speech Therapist の略。

国家資格の一つ。言語聴覚療法を行う言語聴覚療法士のことであり、言語や聴覚、嚥下などに障害を持つ方に対して、リハビリテーションを提供する専門家のこと。

V

▶V R／A R

V R (Virtual Reality:仮想現実)とは、コンピュータで仮想的な世界を構築し、ユーザーがその場にいるような体験ができるテクノロジーのこと。A R (Augmented Reality:拡張現実)とは、現実の風景に様々な情報を付加して見せることで現実を拡張するテクノロジーのこと。

X

▶X線透視装置

体の中を透視し、検査するための装置。バリウムなどの造影剤を飲み込んで行う胃透視検査、大腸の中に造影剤を入れて検査する注腸検査などで使用する。

Z

▶Z E B

Net Zero Energy Building の略。

快適な室内環境を実現しながら、建物で消費する年間の一次エネルギーの収支をゼロにすることを目指した建物のことで、エネルギー削減の程度等により、Z E B、Nearly Z E B、Z E B Ready、Z E B Oriented の4段階が定義される。
