

**1 市 1 町地域医療センター
(東金九十九里地域医療センター)**

事 業 計 画

平成 2 1 年 1 2 月

東 金 市

九 十 九 里 町

1 市 1 町地域医療センター（東金九十九里地域医療センター）事業計画

目次

I 序論

- 1 背景・経緯 1
- 2 地域医療の状況 2

II 基本的な考え方

- 1 基本理念と基本方針 4
- 2 医療センター整備の考え方 5

III 医療部門計画

- 1 救命救急部門 9
- 2 外来部門 12
- 3 病棟部門 16
- 4 中央診療部門 19
- 5 供給部門 28
- 6 管理部門 31

IV 運営方法

- 1 運営形態の比較 33
- 2 運営形態の評価 34
- 3 運営形態の選択 36

V 施設整備計画

1	施設整備方針	37
2	施設整備計画	38
3	敷地の整備状況	39
4	配置計画	39
5	建物配置図（イメージ）	40
6	構造計画	41
7	設備計画	41
8	主要医療機器	42
9	附帯施設	42

VI 事業運営計画

1	事業運営に関する基本的な考え方	43
2	施設運営計画	44
3	資金計画	46
4	収支計画	48

VII 開院までのスケジュール

.....	51
-------	----

(参考)

用語解説	52
検討協議会等の経過	58
地域医療センター計画の取組みの沿革	59
1市1町地域医療センターの検討協議に関する規約	60
1市1町地域医療センターに係る医療専門委員会設置要綱	62
1市1町地域医療センター経営検討会議設置要綱	64
検討協議会等委員名簿	66

I 序論

1. 背景・経緯

山武地域においては、昭和28年の県立東金病院の開設に相前後し、国保成東病院、国保山武郡南病院(現大網病院)などが開設され、以後、公立病院を中心とする医療提供体制が続いてきた。

近年における、医療技術の進歩と高度化の中で、多様な地域の医療ニーズに適切に対応していくため、平成15年度にこれら公立病院の医療機能の分担と連携を図り、限られた医療資源の効率的な運用をするための、「山武地域医療センター構想」が策定された。

平成18年には、この構想を具体化した「山武地域医療センター計画(案)」が作成されたが、平成20年2月に関係市町の意見の不一致から断念されることとなり、その後、東金市、大網白里町および九十九里町による医療センター計画を継続することが検討されたが関係市町の調整が整わず白紙となった。

この間、新医師臨床研修制度の影響などもあり、医師不足が表面化するとともに、救急医療がひっ迫し、地域外への救急患者の搬送が増加するなど、地域医療が危機的な状況を迎えるに至った。

東金市および九十九里町は、千葉県の財政面をはじめとする包括的支援と千葉大学医学部・同附属病院の協力のもと、地域医療の再生と改善を目指し、地域の中核的な医療施設の整備を図るため、地域医療センターの計画策定に取り組むこととなった。

2. 地域医療の状況

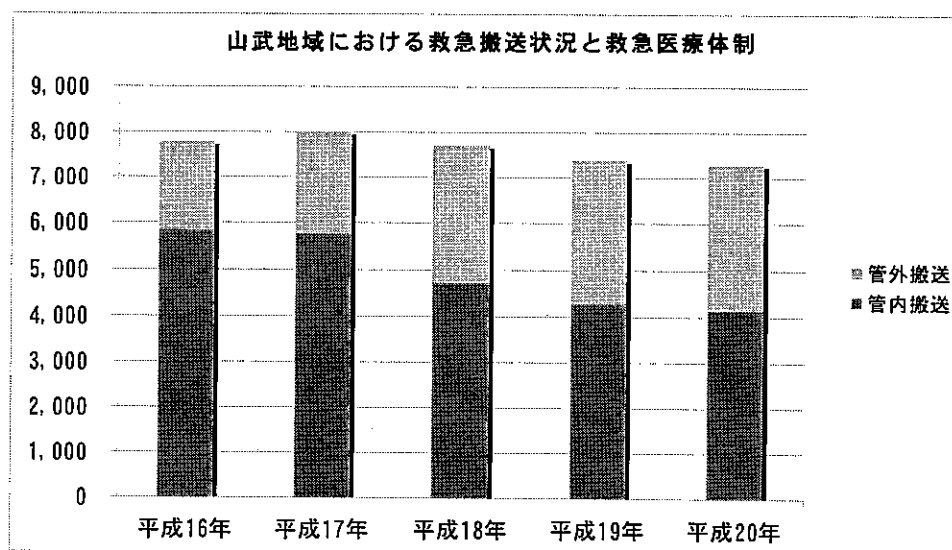
(1) 医療圏における疾病状況

	主要疾患別死亡数			
	悪性新生物 (人口10万対)	心疾患 (人口10万対)	脳血管疾患 (人口10万対)	肺炎 (人口10万対)
圏域	1,371 (293.2)	798 (170.7)	691 (147.8)	407 (87.0)
全県	13,396 (224.5)	6,877 (115.3)	5,211 (87.3)	3,678 (61.6)

(2) 山武地域における救急搬送状況

※山武郡市広域行政組合消防本部データ

	死亡	重症	中等症	軽症	その他	合計	管内搬送	割合	管外搬送	割合
平成16年	153	839	2,866	3,926	4	7,788	5,828	74.8%	1,960	25.2%
平成17年	142	828	3,092	3,931	6	7,999	5,777	72.2%	2,222	27.8%
平成18年	187	789	3,071	3,653	1	7,701	4,753	61.7%	2,948	38.3%
平成19年	189	771	2,989	3,436	3	7,388	4,299	58.2%	3,089	41.8%
平成20年	185	739	3,046	3,312	0	7,282	4,152	57.0%	3,130	43.0%



(参考)

長生地域における
救急搬送状況

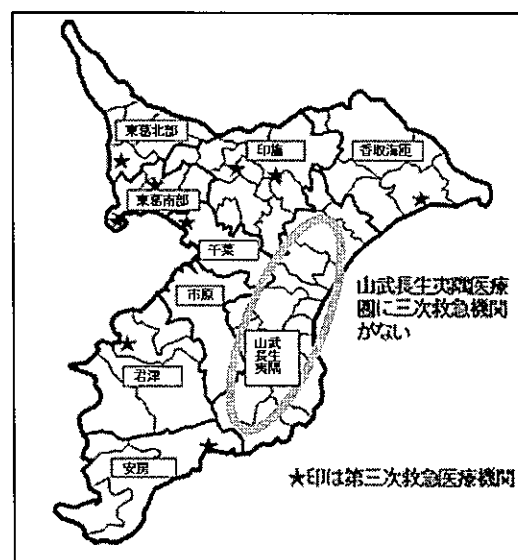
※長生郡市広域市町村圏組合消防本部データ

	管内搬送	管外搬送	時間内	時間外
平成16年	5,090	1,927	4,825	1,810
平成17年	5,756	1,799	5,215	1,968
平成18年	5,073	2,240	5,099	1,924
平成19年	4,369	2,761	4,937	1,942
平成20年	4,424	2,473	4,876	1,795

※時間別搬送件数は年度別

(3) 三次救急医療機関

保健医療圏	三次救急医療機関
千葉	千葉県救急医療センター
東葛南部	船橋市立医療センター 順天堂大学附属浦安病院
東葛北部	国保松戸市立病院
印旛	成田赤十字病院 日本医大千葉北総病院
香取海匝	国保旭中央病院
山武長生夷隅	なし
安房	亀田総合病院
君津	国保君津中央病院
市原	なし



(4) 医療機関の状況

	医療機関数		病床数	
	病院 (人口10万対)	一般診療所 (人口10万対)	一般病床 (人口10万対)	療養病床 (人口10万対)
圏域	25 (5.4)	277 (59.5)	1,679 (360.8)	1,313 (280.8)
全県	289 (4.8)	3,679 (60.9)	32,182 (532.5)	10,742 (177.7)

(5) 医療従事者の状況 (対人口10万人当たり)

医師

	平成14年度	平成16年度	平成18年度
山武	93.6	101.5	92.0
千葉県	147.4	152.0	159.1
全国	206.1	211.7	217.5

薬剤師

	平成14年度	平成16年度	平成18年度
山武	111.5	133.2	140.5
千葉県	165.3	176.5	184.2
全国	180.3	189.0	197.6

助産師

	平成14年度	平成16年度	平成18年度
山武	13.6	10.9	8.5
千葉県	14.4	15.9	16.1
全国	19.1	19.8	20.1

歯科医師

	平成14年度	平成16年度	平成18年度
山武	63.5	62.8	65.6
千葉県	72.5	74.3	77.3
全国	72.9	74.6	76.1

保健師

	平成14年度	平成16年度	平成18年度
山武	25.9	28.8	27.4
千葉県	24.7	25.0	25.7
全国	30.1	30.7	31.3

看護師

	平成14年度	平成16年度	平成18年度
山武	256.9	263.0	250.5
千葉県	378.2	410.2	426.5
全国	552.4	595.0	633.3

山武：千葉県山武健康福祉センター管内

Ⅱ 基本的な考え方

1. 基本理念と基本方針

(1) 基本理念

患者の権利を尊重し、救急医療・急性期医療を核とした地域中核病院として地域住民に信頼される高度で安全な医療を行います。

(2) 基本方針

- 救命救急センターを併設して24時間、365日の救急医療の提供を行います。
- 高度な専門医療の提供を行い、地域住民の生命と健康を守ります。
- 常に安全・安心の医療を行います。
- 患者の権利を尊重し、常に患者第一の医療提供を行います。
- 医療連携を推進し、地域の患者により良い医療を提供します。
- 地域の中核病院として、地域医療機関と密接な連携を図ります。
- 医療従事者の教育・研修に努め、継続的に地域における医療の質の向上を図ります。
- 千葉大学医学部・同附属病院と密接に連携して診療を行います。
- 健全経営に努めるとともに、生き生きとした職場づくりに努めます。
- 地域の保健・医療に貢献するため、地域中核病院としての役割を担います。

2. 医療センター整備の考え方

(1) 位置づけ

ア 山武長生夷隅保健医療圏の現状

千葉県保健医療計画によれば、当該保健医療圏の主要疾病（がん、心疾患、脳血管疾患）死亡数は全県と比較して多い状況であるが、その一方で医師や看護師をはじめとする医療従事者数は全県と比較して少ない状況である。

山武地域の救急搬送状況（山武郡市消防本部管内）をみると、43%が圏域外へ搬送されていることが報告されており、結果として患者搬送に長時間を要している状況である。

また、救命救急センターが整備されていないため、重篤救急患者は印旛あるいは香取海匝、安房、千葉圏域などの三次救急医療機関に依存しており、三次救急医療体制の確立が急務となっている。

イ 医療センターの位置づけ

こうした現状を踏まえ、山武長生夷隅保健医療圏における救急医療を中心とした医療提供体制の整備は不可欠であり、医療センターが提供する医療は救急医療・急性期医療を軸とし、また、地域における救急医療機関相互の連携体制を確保するための中核病院として機能することが求められている。また、救急以外の疾病に対しても中核病院としての役割を担うことが期待されている。

(2) 役割

ア 地域医療機関との連携

地域完結型の医療提供体制の構築を念頭に、医療センター内に設置する地域医療連携室を中心に、千葉県が推進する循環型地域医療連携システム（地域医療連携パス）を活用して患者の紹介・逆紹介を積極的に推進していくものとする。

地域における他の公的病院などとの連携については、将来的な状況（他施設の診療機能や患者ニーズ）を勘案した上で医療センターとの機能分担を進めるものとする。

イ 救急医療の役割分担と連携

医療センター内に救命救急センターを設置し、二次および三次救急医療に対応する。また、病院群輪番制により運営される二次救急医療に対応する。

救命救急センター内の救急外来の一角で、医師会の協力により夜間急病診療所機能を整え、医療センターはその後方ベッドとしての役割を担うものとする。

(3) 医療機能の概要

ア 医療機能

(ア) 救命救急センター機能

脳卒中・急性心筋梗塞・多発外傷・敗血症・急性中毒などの重篤救急患者を常時受け入れる救命救急センター（24時間・365日の救急医療を提供）を設置する。救命救急センター内には、病院全体の general ICUとしての機能も持たせたICU病床を10床、救急患者に対する必要十分な治療を継続的に行うためのハイケアユニット（HCU）病床を10床配置する。

(イ) 臨床研修指定病院としての機能

地域医療の中でも特に急性期疾患を中心とした臨床研修を行うことで、多岐にわたる疾患に対応できる実践力のある医師を養成する。そのために各種学会研修指定病院の認定を目指す。

また、看護師やコメディカル、救急隊などの育成が行えるよう院内を整備する。

(ウ) 4 疾病 4 事業への対応

4 疾病	想定される医療センター機能
がん	がんは死亡原因1位となっていることから、各種がんの早期発見や、担がん患者の急性期合併症に対する治療およびフォローアップなどのがん治療を行うとともに、がんに関する情報提供など地域におけるがん診療の拠点的功能をはたすことを目指す。
脳卒中	脳卒中は救急医療領域でも最重要な疾患のひとつであり、脳卒中对応医療機関を目指す。中枢神経疾患に対する十分な診断能力を確立すると同時に脳卒中に対する血栓溶解療法である t-P A 療法をはじめとする各種治療法を24時間施行可能な医療機関にする。
急性心筋梗塞	急性心筋梗塞も脳卒中と同様に救急医療領域では最重要な疾患のひとつであり、急性心筋梗塞対応医療機関を目指す。また急性心筋梗塞に対する冠動脈カテーテル療法をはじめとする各種治療方法を24時間施行可能な医療機関とする。
糖尿病	糖尿病に対する専門治療・急性増悪時治療を行える医療機関とする。また糖尿病性腎症に関しては、透析療法を必要とするようになった症例に関しては透析療法への導入は行うが、急性期疾患を中心とした医療機関であることより維持透析療法は原則として行わない。

4 事業	想定される医療センター機能
救急医療	脳卒中・急性心筋梗塞・多発外傷・熱傷・急性中毒などの重篤救急患者を常時受け入れる救命救急センターを併設し、さらには千葉県ドクターヘリシステムに対応できるようヘリポートを設置する。また医療センターを拠点として、地域の救急医療体制の再構築を行う。

災害医療	地域災害医療センターの指定を目指す。また災害派遣医療チーム（DMAT）に関しては千葉大学医学部附属病院のDMATと密接な関連のもとこれを医療センター内に構築する。
周産期医療	現在千葉県においては周産期医療を担うマンパワーは極めて不足しているが、医療センターにおいては通常の周産期医療を行い、その上で千葉大学と密接な連携のもと、地域周産期医療センターと同程度の機能を有する病院を目指す。
小児医療	千葉大学との密接な関連のもと地域小児科センターと同程度の機能を有する病院を目指す。特に小児救急に関しては、救命救急センターにおいて、小児科専門医と救急専門医が協力して、小児救急医療に対応出来るようにする。

イ 病床数

医療センターの病床数は、全病床数314床とする。病床種別としては以下を想定する。

病床種別	内訳	備考
ICU病床	10床	救命救急センター内に設置
HCU病床	10床	救命救急センター内に設置
一般病床	294床	
合計	314床	

ウ 診療科と医師配置（常勤医師数）

救急医療、急性期医療を軸とした山武長生夷隅医療圏の中核病院として地域の医療ニーズにも対応できる医師数を配置する。

4疾病、4事業への対応に必要な医師数を配置する。

臨床研修指定病院として必要な医師数を配置する。

◆ 内科（2）	◆ 心臓血管外科（3）	◆ リハビリテーション科（1）
◆ 消化器内科（4）	◆ 整形外科（5）	◆ 放射線科（2）
◆ 神経内科（2）	◆ 脳神経外科（3）	◆ 麻酔科（3）
◆ 呼吸器内科（2）	◆ 皮膚科（1）	◆ 精神科（1）
◆ 循環器内科（4）	◆ 泌尿器科（1）	◆ 歯科口腔外科（1）
◆ 代謝・内分泌内科（2）	◆ 産婦人科（3）	◆ 救急科（5）
◆ 小児科（4）	◆ 眼科（1）	
◆ 外科（5）	◆ 耳鼻咽喉科（1）	22診療科（56人）

エ 保険指定

救急医療指定病院および救命救急センターの指定を受けるとともに、各種法律に基づく指定医療機関の指定を受けるものとする。将来的には、日本医療機能評価機構認定病院、DPC対象病院を目指す。

オ 看護基準

看護基準としての入院基本料1(7:1)の取得を目指す。また、救命救急センター内にgeneral ICUとしての機能も持たせ、救命救急入院料および特定集中治療室管理料の施設基準の取得を目指す。

Ⅲ 医療部門計画

1. 救命救急部門

(1) 部門整備方針

ア 救命救急センター機能

- 脳卒中・急性心筋梗塞・多発外傷・敗血症・急性中毒などの重篤救急患者を常時受け入れる救命救急センター(24時間、365日の救急医療を提供)を併設し、医療センターを拠点とした地域の救急医療体制の再構築・充実を図る。
- 救命救急センター内の救急外来の一角で、医師会の協力により夜間急病診療所機能を整え、医療センターはその後方ベッドとしての役を担う。
- 二次輪番制にも参加し、その後方病床としての役も担う。
- 三次救急に関してはこれを常時引き受けられるような体制を整える。
- 医療センター敷地内にヘリポートを設置し、千葉県ドクターヘリシステムに対応する。
- 地域の病院前救急体制のレベルアップを図るために救急救命士や救急隊員の教育を積極的に行えるようなシステムを救命救急センター内に構築する。また地域メディカルコントロール体制に積極的に参加する。
- 地域住民に対する心肺蘇生法の講習などを消防と協力しながら積極的に行い、地域の救急救助体制全体のレベルアップを図る。
- 救命救急センター内にICU(10床)を開設し、このICUは病院全体general ICUとしての機能も持たせる。

イ チーム医療体制の整備と実現

- 救急部門と各診療科、他職種とが連携し、チーム医療として救急医療を提供することで救急患者の受け入れ促進や医療の質の向上、高度急性期医療の提供を実現させる。
- 小児救急に関しては、救命救急センターにおいて、小児科専門医と救急専門医が協力して、小児救急医療に対応できる体制を構築する。

ウ 適正で効率良い救急医療の実施

- 救命救急センター内で救急患者に対する必要十分な治療が継続的に行えるよう同センター内に専用病床(HCU:10床)を配置する。
- 救命救急センター内での緊急手術の実施を想定し、同センター内に手術室(1室)を設置する。
- 救命救急センターと放射線部門は隣接させ、医療機器と人的配置の効率化を図る。

エ 患者ニーズへの対応

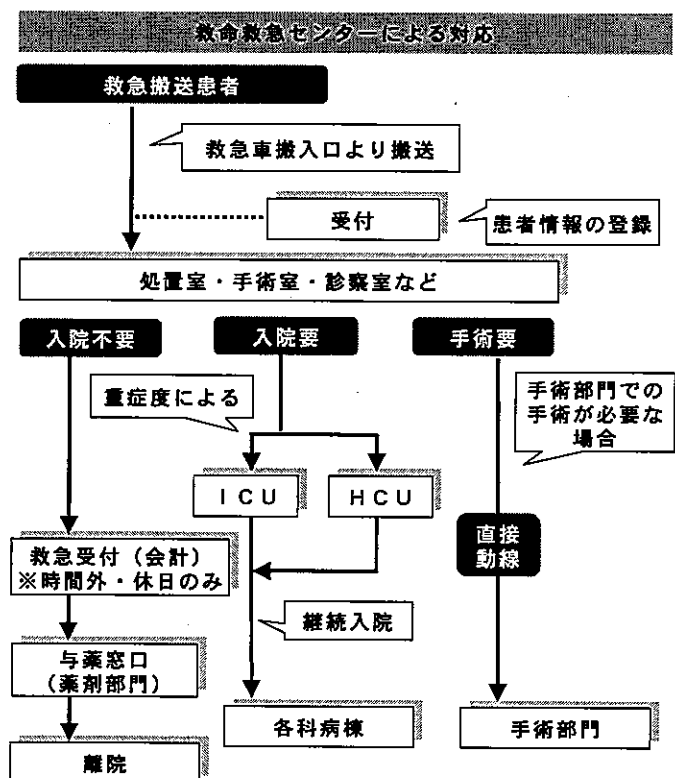
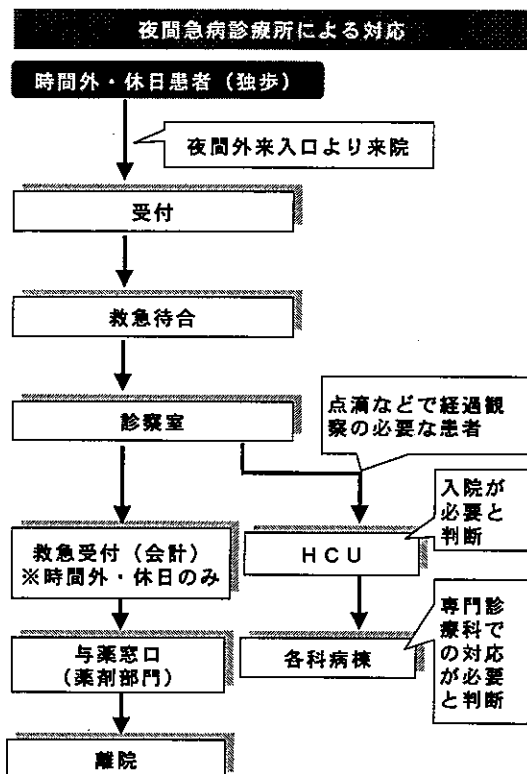
- 患者やその家族への配慮として、家族控え室や面談室を充実させる。また精神科と協力して重症救急患者やその家族に対する精神的なケアを充実させる。

オ 臨床研修医・コメディカルに対する教育

- 救命救急部門においても臨床研修医や救急隊員やコメディカルに対する教育を十分行えるような環境を整えておく。

(2) 運営計画

想定される救急患者の流れ

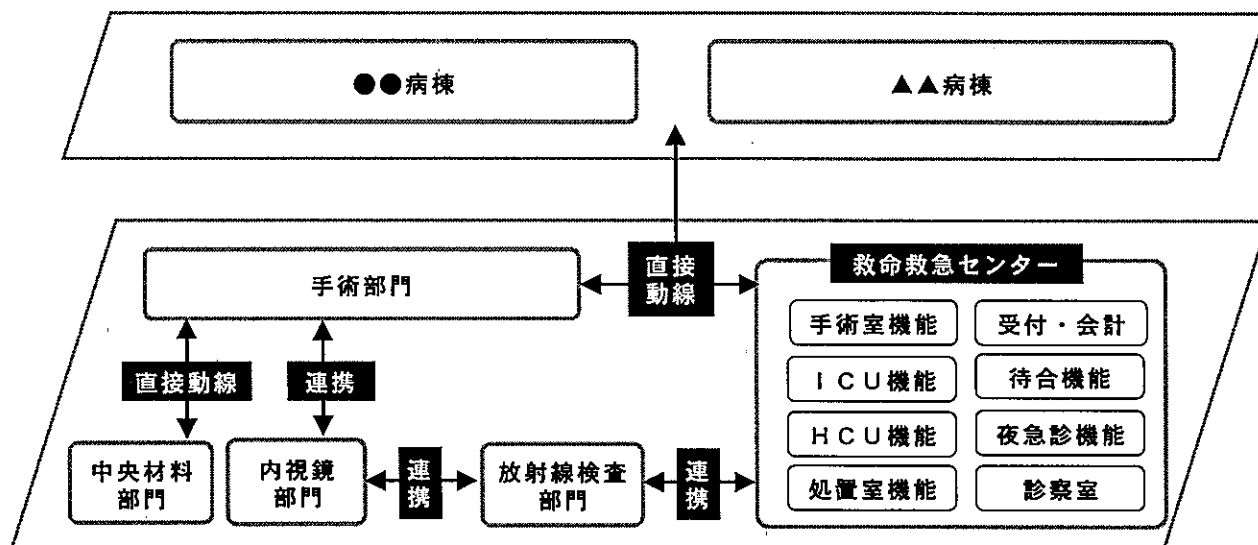


(3) 施設計画

ア 部門配置

- (ア) 救命救急センターは患者搬送動線を考慮し、外部からアプローチしやすい低層階に配置する。
- (イ) 患者動線や高額放射線機器の効率的活用の観点から、放射線部門（特に一般撮影装置、CT、血管撮影装置）は救命救急センターに隣接して配置する。
- (ウ) 救命救急センターと手術部門との連携を考慮し、これらの部門は同一フロアに配置するとともに直接動線を確保する。
- (エ) 医療センター敷地内のヘリポートから救命救急センターへの患者搬送経路を確保する。

＜ 救命救急センターと関連部門の機能的な配置イメージ ＞



イ 諸室構成・設備

(ア) ICU病床

a 救命救急センター内にICU（10床）を開設し、このICUは病院全体のgeneral ICU（全室個室仕様）としての機能も持たせる。

b ICU病床には感染症患者に対応するために隔離室（陰圧個室）を1室設置する。

(イ) HCU（High Care Unit：ハイケアユニット）病床

a 救命救急センター内で救急患者に対する必要十分な治療が継続的に行えるよう同センター内に専用病床（HCU：10床）を配置する。

b HCU病床には感染症患者に対応するために隔離室（陰圧個室）を1室設置する。

c HCU病床とICU病床はスタッフ動線や医療機器の効率的活用を考慮し、近接配置（直接動線の確保）とする。

部門	区分		内訳	
救命救急センター	ICU病床	10床	一般個室	9床
			陰圧個室	1床
	HCU病床	10床	一般個室	2床
			陰圧個室	1床
			オープン	7床

2. 外来部門

(1) 部門整備方針

ア 地域医療機関との連携推進

- 他医療機関（診療所など）との機能分担・相互連携を推進することにより、当該地域における安全で質の高い「切れ目のない」医療提供体制構築に貢献する。
- 機能分担・相互連携を進める上で、医療センターは当該地域における中核病院として紹介患者を中心とした外来診療を行うとともに、一般外来患者の地域医療機関への紹介を積極的に行う。
- 地域医療連携室（仮称）を設置し、他医療機関（診療所など）や福祉施設などの各機関との地域連携ネットワーク構築（地域連携クリティカルパスなどの地域診療計画づくり）の中核的存在として機能させる。

イ 高度・専門的医療の提供

- 当該地域における要望や医療需要に的確に応えられる専門性の高い外来診療機能を整備するため、専門外来機能を充実させる。
- 放射線部門や検体検査・生理検査部門などの検査部門については、外来診療機能の充実を図ること（即応性・迅速性）を考慮した運営体制構築・配置とする。
- 患者ニーズに考慮しながら外来化学療法や日帰り手術などを実施することで、外来診療の高度化・濃密化を図る。

ウ 業務の効率化

- 発生源入力の院内医療情報システム（オーダリングシステム）の導入により、情報の共有化と業務の効率化（二次入力業務の排除、待ち時間の短縮など）を図る。

エ 患者ニーズへの対応

- 患者やその家族がスムーズに目的地にたどり着けるように、わかりやすく負担とならない動線の確保や施設・設備整備を行う。
- 診察や会計の待ち時間短縮を図り、待ち時間を快適に過ごせる療養環境の整備（予約制の確立や医療情報システム整備など）を行う。
- 患者やその家族の診療上の不安を軽減・解消するために、医療相談機能を充実させる。

(2) 運営計画

ア 診療科目(22科)

◆内科	◆心臓血管外科	◆リハビリテーション科
◆消化器内科	◆整形外科	◆放射線科
◆神経内科	◆脳神経外科	◆麻酔科
◆呼吸器内科	◆皮膚科	◆精神科
◆循環器内科	◆泌尿器科	◆歯科口腔外科
◆代謝・内分泌内科	◆産婦人科	◆救急科 (救命救急センター対応)
◆小児科	◆眼科	
◆外科	◆耳鼻咽喉科	

イ 予約制

診察や会計の待ち時間対策として、外来診療の予約制を導入することで、外来患者の診察日や診察時間を分散化させる。また、予約診療の運用を円滑にするために、予約センター機能(所属については今後の検討)を設置し、電話による診察や検査予約の変更およびキャンセルに対応する。

ウ 受付機能

(ア) 総合受付

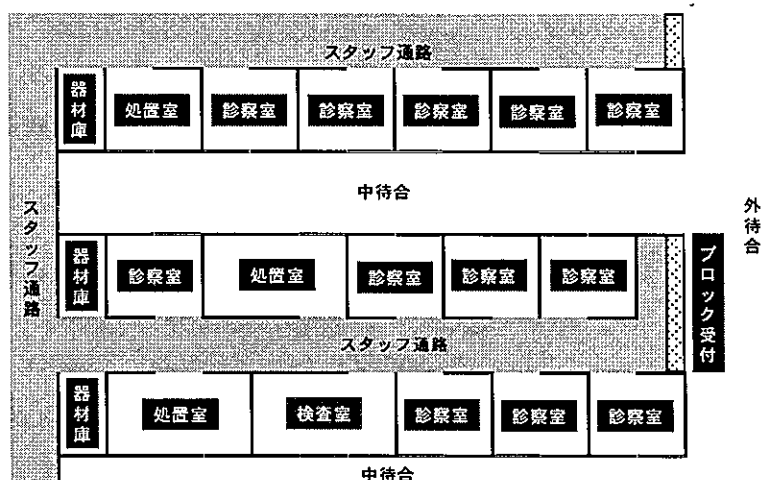
医療センターへ来院した外来患者の受診歴や紹介状の有無により、受付窓口を区分(初診・再診・会計など)することで業務の効率化を図るとともに、患者にとってもわかりやすいものとする。

(イ) ブロック受付

診療科別の受付を複数の診療科でまとめることで受付業務の効率化やスペースの共有化を図る。

(ブロック受付方式)

〈ブロック受付イメージ〉



エ 受待合機能

待合内に待合表示システムを設置することによって患者に対して「待ち時間の見通し」情報を提供するなどの待ち時間を快適に過ごすための環境整備を行う。

オ 処方

診療時間内の外来患者への処方は、原則院外処方とする。ただし、院内製剤については例外として、院内処方による対応とする。

カ 採血・処置

採血業務は中央化（検体検査エリアに隣接配置）する。また、外来処置・点滴業務についても中央化することで、業務の効率化と物品の集約的配置を図る。（小児科などの一部の診療科を除く）

（３）施設計画

ア 部門配置

- （ア）外来患者動線を考慮し、外来診察室エリアはエントランスホールや受付に近接配置とする。
- （イ）放射線部門や中央検査部門などの院内各部門とのアクセスが容易となるような配置とする。
- （ウ）医療連携室および医療相談室は、業務内容的に互いの連携が必要となるため、外来部門内の同一エリアに配置する。

イ 諸室構成・設備

（ア）エントランスホール

エントランスホールは車椅子の患者や高齢者に配慮してバリアフリー設計とし、患者がくつろいで待つことができるように、明るくゆとりのある空間とする。また、災害時にトリアージスペースとして活用できるように十分な広さを確保する。医療ガス（酸素、吸引など）や非常用電源設備を整備する。

（イ）受付

外来患者数に対応した再来受付機、自動支払機を適当数設置し、窓口業務の効率化を図る。また、会計待合表示システムを設置することによって患者に対して「待ち時間の見通し」情報を提供するなどの待ち時間を快適に過ごすための環境整備を行う。

（ウ）診察室

- a 診察室数は１日当りの外来患者数の想定から、４０ブース程度を想定する。なお、外来部門内の診察室は、診療科（一部の特殊診療科を除く）で固定せず、フレキシブルな運用とする。
- b 診察室への呼び込みは、基本的に待合表示システムによるものとする。ただし、眼科などの一部の診療科では、マイクによる呼び込みや直接呼び込みを併用する。

（エ）外来化学療法室

外来化学療法を実施するための専用室を設置する。また、外来化学療法室内には個室仕様で５床程度設置し、リラックスしながら治療を受ける環境を整備する。

(オ) アメニティ

- a 外来患者用トイレを適切な場所に適当数設置する。
- b 患者および病院職員、その他病院利用者のために、コンビニエンスストアなどの売店やレストランを設置する。
- c 患者の利便性を考慮し、銀行や郵便局などのＡＴＭ機や公衆電話、コインロッカーなどを設置する。

＜ 外来部門への設置が想定される患者スペースとアメニティ ＞

区分	諸室
患者スペース	相談室（指導室）、患者用トイレ、授乳室、プレイルーム
サービス関連	外来食堂（カフェテリア）、売店（コンビニエンスストア）、ＡＴＭ機、公衆電話、コインロッカー、自動販売機、院外処方ＦＡＸエリアなど

3. 病棟部門

(1) 部門整備方針

ア 急性期医療の提供

- 救命救急センターを中心として、救急医療、急性期医療に軸足を置いた地域中核病院としての医療を展開する。
- 24時間、365日救急患者を受け入れ、必要な治療が行えるような体制を構築する。
- 救命救急センターを経由して入院してくる重症患者や院内で発生する重症患者に対し高度で適切な集中治療を提供出来るようICU機能を充実させる。
- 将来DPC制度が導入された場合、急性期病院では平均在院日数のさらなる短縮化が想定される。こうした環境下で必要十分な看護を実現するために、入院基本料1(7:1)に対応する看護師配置とする。

イ チーム医療体制の整備と実現

- 診療に際し、院内の各職種がその専門性・特色を最大限に活かすために、各専門職種により構成されるチーム医療の実現(合同カンファレンスや症例検討会の実施)を推進する。
- 院内および地域連携クリティカルパスの普及やIT化による多職種間での患者情報の共有により、明確なゴール設定とスムーズな連携を確立させる。
- MSW(メディカル・ソーシャル・ワーカー)や看護部による協力(地域医療連携室(仮称))により、退院後の療養先との連携を確保し、退院後の継続医療体制を確保する。
- 急性期リハビリテーションを充実させ、可及的早期な自立を図る。

ウ 業務の効率化

- 病床の効率的活用を目的として、院内の空床情報を一元管理する病床管理体制を構築し、緊急入院患者や地域からの紹介患者の受け入れを積極的に進める。
- 患者情報の一元化・共有化を行い、蓄積されたデータの二次利用も考慮した診療支援機能を有する医療情報システムを構築し、業務の効率化を図る。

エ 患者ニーズへの対応

- 十分な個室数を設定するとともに、多床室についても個室を感じさせる構造とすることで入院患者のプライバシーとアメニティを保てる環境を確保する。
- インフォームドコンセントを得るための説明や医療相談機能、医療情報提供サービスの充実により、患者やその家族の意思決定を支援できる体制を構築する。

オ 臨床研修医・コメディカルに対する教育

- 入院診療部門においても臨床研修医やコメディカルに対する教育を十分行えるような環境を整えておく。

(2) 運営計画

ア 病棟構成

(ア) 病床種別と病床数

病床種別	内訳	備考
ＩＣＵ病床	10 床	救命救急センター内に設置
ＨＣＵ病床	10 床	救命救急センター内に設置
一般病床	294 床	
合計	314 床	

(イ) 基準階（１フロアあたり）における病棟構成

基準階における病棟構成として、１フロアあたり２病棟（２看護単位）を基本とする。また、基準病棟（１病棟あたり）における病床数は、患者看視の容易さや医療スタッフの効率的な動線確保などの観点から、４０床台前半で想定する。

イ 看護体制

(ア) 急性期病院としての平均在院日数のさらなる短縮化の中で、適切な看護を実現するために、入院基本料１（７：１）に対応する看護師配置とする。

(イ) 一般病棟における夜勤体制は、急性期病院として適切な看護ケアを実現できる体制構築および看護職員にとっての働きやすい職場づくりを念頭に、２交代制を基本とする。ただし、入院患者の重症度が高い病棟においては３交代制を想定する。

ウ 病床管理

病床管理の効率的なシステムを確立させ、在院日数の短縮や病床利用率の向上など、病床の有効な稼働を図る。

(3) 施設計画

ア 部門配置

(ア) スタッフステーションは病室へのアクセスが容易で、廊下の視認性が良好なエリアに配置する。また、看護師確保や業務効率、物品管理の観点から、分散型スタッフステーションの設置を想定しない。

(イ) 各病棟に設置する差額個室は、可能な限り多床室の患者動線やエリアと区分した配置とする。また、重症個室については、スタッフステーションに近接配置とする。

イ 諸室構成・設備

(ア) 病室

a 差額個室

一般病棟の差額個室数は、一般病床数に対して２０％程度を想定する。差額個

室は附帯設備のグレードに合わせて複数パターン設置する。

b 重症個室

各病棟に重症者用の個室を適当数設置し、経過観察が容易となるようにスタッフステーションに近接配置する。

c 多床室

多床室は基本的に4床構成とし、患者アメニティに配慮した構造とする。

d その他

医療センターでは骨髄移植の実施を想定しないため、嚴重な無菌病室の設置は想定しない。なお、外来化学療法室の設置といった癌化学療法への対応を想定していることから、準無菌病室の設置を想定する。

(イ) スタッフステーション

スタッフステーションのカウンターは患者やその家族などとのコミュニケーションを考慮したオープンカウンター方式とし、スタッフステーション内に以下の作業エリアなどを設ける。

区分	諸室	付属設備	備考
スタッフ ステーション	受付		オープンカウンター方式
	作業・準備エリア	薬品・診療材料保管エリア	
	事務作業（OA）エリア		
	病棟師長執務エリア		
	搬送機エリア		

(ウ) アメニティ

a 入院中の食事や面会者などとの歓談ができるスペースとして、病棟食堂（デイルーム）を設置する。また、電子レンジや冷蔵庫など設置したパントリーとしての機能も付設させる。

b 患者アメニティを考慮し、患者用トイレは分散トイレ（いくつかの多床室に対して1か所配置）とする方向で検討する。

(エ) 研修生スペース

臨床研修指定病院として、研修生を受け入れるスペースを1フロアあたり1室程度設置する（研修医用および看護薬学など学生用として別個に設置）。

4-1. 中央診療部門 手術部門

(1) 部門整備方針

ア 高度・専門医療の提供

- 救命救急センターとの連携を考慮した直接動線の確保や緊急手術への対応など、急性期医療に貢献できる業務体制を構築する。
- 外科系各診療科一般手術に対応するとともに、緊急の脳血管・心臓血管手術や顕微鏡下手術、内視鏡下手術、バイオクリーン（無菌）手術などの特殊手術にも対応し、高度医療の提供に貢献する。

イ 効率的な手術室運営

- 手術室は特定の診療科に用途を限定しない柔軟な管理とすることで効率的な手術室運営を実現する。
- 器具器材管理や術後再生・廃棄処理を効率的に実施するために、手術室は中央材料部と円滑な連携が図れる配置とする。
- 麻酔科医および手術部門の看護師が働きやすい環境づくりに努める。

ウ 患者ニーズへの対応

- 当該医療圏域における患者ニーズを考慮しながら、日帰り手術を含む緊急内視鏡手術などを実施することで外来診療の高度化・濃密化を図る。
- 患者・家族待合室や術前・術後説明室を配置し、適切なインフォームドコンセントを取得しやすくする。

エ 安全性の確保

- 感染や患者誤認などの医療事故防止を考慮した施設・設備、運営体制を構築し、患者の安全性を確保する。

(2) 運営計画

ア 手術室の機能と規模

手術室名	室数	備考
一般手術室	5 室	日帰り手術兼用
バイオクリーン手術室	1 室	高度清潔区域（クラス100）・陽圧
救命救急センター内手術室	1 室	救命救急センターからの直接動線確保

イ 手術室の運用

- (ア) 各外科系診療科一般手術、緊急の脳血管・心臓血管手術や顕微鏡下手術、内視鏡下手術、バイオクリーン（無菌）手術などの特殊手術にも対応する。
- (イ) 手術室は特定の診療科に用途を限定しない柔軟な管理とする。

- (ウ) 一般手術室は看護単位や業務効率を考慮し、日帰り手術用の手術室としても運用する。

ウ 一足制

手術室入室時に履き替えをしない「一足制」を導入することで、円滑なスタッフ活動や業務効率の向上、迅速な手術患者の入退室を実現する。

(3) 施設計画

ア 部門配置

- (ア) 救命救急センター（ICU病床および救命救急センター内手術室）との連携を考慮し、手術部門は救命救急センターと同一フロアに配置するとともに、直接動線を確保する。

- (イ) 日帰り手術室は、看護単位や業務効率を考慮し、手術部門内の手術室を兼用する。

- (ウ) 効率的な滅菌器材供給を考慮し、中央材料部（中央滅菌業務）との直接動線を確保する。

イ 諸室構成・設備

(ア) 清污管理

手術部門の諸室は、「高度清潔区域」「清潔区域」「準清潔区域」「一般区域」および「汚染管理区域」とする明確なゾーニングを設定し、人や物の流れをコントロールする。

(イ) 乗せ換え

患者搬送における安全性の確保（患者取り違い・乗せ換え時の事故防止）の観点から、ベッドまたは病棟搬送車による手術室内までの直接搬送が可能となるレイアウト（乗せ換えホールを配置しない）とする。

4-2. 中央診療部門 薬剤部門

(1) 部門整備方針

- 医薬分業の推進により、服薬指導や薬歴管理、他職種との協働による薬剤調製、副作用情報・薬剤適正使用方法に関する情報提供などの病棟業務を薬剤部門の中心的な業務と位置付ける。
- 薬剤師による夜間・休日体制を構築（当直体制）することにより、救命救急センターにおける24時間365日の救急医療提供をサポートする。

(2) 運営計画

想定される業務概要

業務	概要
調剤業務	外来調剤業務、入院調剤業務、注射薬調剤業務を行う。
製剤業務	院内製剤の調製、予製および注射薬剤の混合調整などを行う。
病棟薬剤管理指導業務	入院患者への服薬指導、薬歴管理を行う。
医薬品管理業務	医薬品の品質および数量管理、保管、院内各部門への供給業務を行う。
医薬品情報管理（D I）業務	院内医療従事者および患者への医薬品に関する情報提供を行う。
薬物血中濃度管理（TDM）業務	薬物血中濃度モニタリング（データ管理）による診療支援を行う。
治験管理業務	「医薬品の臨床試験の実施に関する基準（GCP）」に則って治験を行う。

※ 救命救急センター内での調剤・調製・薬品管理が行えるように救命救急センター内に薬剤師を配置する。

※ 薬剤部学生などの病院実習に対応できるようにする。

(3) 施設計画

部門配置

ア 外来患者動線（院内製剤の与薬）および時間外・休日の救急患者動線を考慮した部門配置とするとともに、薬剤部門内に与薬窓口を設置する。

イ 薬剤部門は、外来・病棟などの各部門への医薬品供給および外部からの医薬品搬入が効率的に行えるような配置とする。

4-3. 中央診療部門 中央検査部門

(1) 部門整備方針

- 正確で迅速な検査データおよび新しい検査方法や試薬情報、基準値の変更などに関する臨床検査情報の提供を行う。また、高精度な検査機器・部門システムの確保、精度管理による質の向上に努める。
- 臨床検査技師による24時間業務提供体制(夜間休日時間帯の緊急検査および外来至急検査への即応)を構築し、救命救急センターにおける高度・急性期医療提供へ貢献する。また、そのためにスタッフ全員の技術力向上や均質化を図る。

(2) 運営計画

想定される業務概要

業務	概要
検体検査	一般検査、血液検査、生化学検査、免疫血清検査、細菌学検査、薬物血中濃度測定、中央採血・採尿室業務
生理機能検査	循環器系検査、脳神経系検査、呼吸器系検査、超音波検査、耳鼻咽喉科検査、眼科検査
病理検査	病理組織検査、細胞診検査、術中迅速検査、病理解剖
輸血管理	輸血検査、血液製剤管理、自己血輸血管理

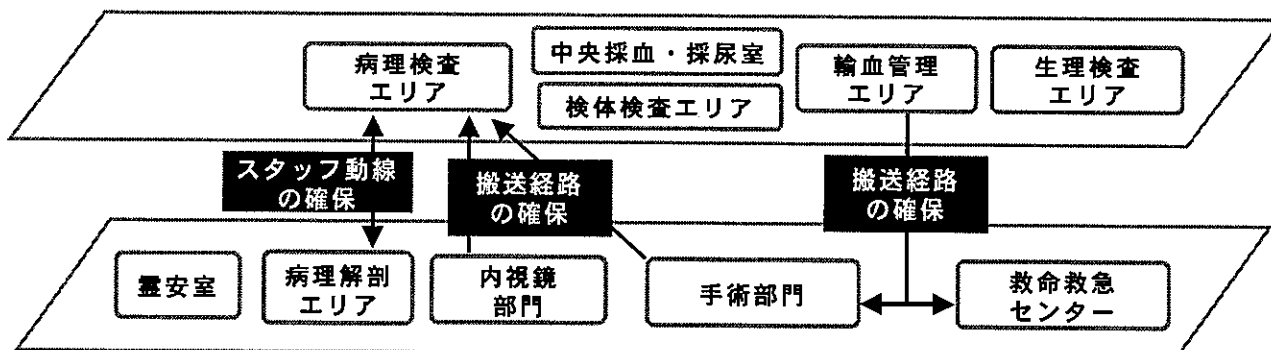
(3) 施設計画

部門配置

ア 臨床検査技師の効率的配置や業務効率を考慮し、検体検査エリア・生理機能検査エリア・病理検査エリアと近接配置させる。また、検体検査エリアと輸血管理エリアとは隣接配置とする。

イ 外来患者動線に考慮し、中央検査部門は低層階に配置する。

〈 中央検査部門の機能的な配置イメージ 〉



4-4. 中央診療部門 放射線検査部門

(1) 部門整備方針

- デジタル画像処理システムを整備し、高精度診断と画像データのユビキタス化と保存の効率化を実現する。
- 診療放射線技師による24時間業務提供体制を構築し、救命救急センターにおける高度・急性期医療提供へ貢献する。また、そのためにスタッフ全員の技術力向上や均質化を図る。

(2) 運営計画

想定される業務概要

区分	業務
放射線診断	一般撮影、透視撮影、血管撮影、コンピュータ断層撮影（CT）、磁気共鳴断層撮影（MRI）
核医学	体外計測（in vivo検査）

※ 泌尿器科医師体制などを考慮し、体外衝撃波結石破碎治療の実施は想定しない。

(3) 施設計画

ア 部門配置

- (ア) 放射線技師の機能的動線と効率的運用、放射線管理区域としての扱いを考慮し、放射線技師が関与する放射線機器は、ポータブル撮影装置以外は原則として、放射線部門内に集合配置させる。
- (イ) 救命救急センター機能を考慮し、放射線部門（特に一般撮影装置、CT、血管撮影装置）は救命救急センターに隣接して配置する。

イ 諸室構成・設備

区分	機器・設備	備考
放射線診断	一般撮影装置	
	X線TV撮影装置	
	乳房撮影装置	
	血管撮影装置	心臓血管用（パイプレン）1台、多目的用（コーンビーム）1台
	コンピュータ断層撮影装置	64列、320列各1台を想定する。
	磁気共鳴断層撮影装置	1.5T、3.0T各1台を想定する。
	ポータブル撮影装置	
核医学	ガンマカメラ	
画像処理・保管	CRシステム	
院内画像伝送	PACS	

4-5. 中央診療部門 内視鏡部門

(1) 部門整備方針

- 消化管出血に対する内視鏡下止血術や急性の胆膵疾患治療などの緊急内視鏡に対応できる体制を構築することで医療センターの救命救急機能の一翼を担うとともに、関連部門との連携により、安全で質の高い内視鏡医療の提供を目指す。

(2) 運営計画

想定される業務概要

業務	概要
内視鏡検査・治療	内科、消化器内科、呼吸器内科および外科などの複数の診療科で共通して行う消化管内視鏡検査・治療、気管支鏡検査を行う。

(3) 施設計画

ア 部門配置

内視鏡検査・治療後の患者のリカバリーに対する看護師配置や業務効率を考慮し、内視鏡部門は手術部門と近接配置させる。

イ 諸室構成・設備

- (ア) 内視鏡検査室は、消化管用（上部と下部共用）として3室、気管支鏡用として1室を設置する。なお、消化管用の内視鏡検査室のうち、1室は処置室として転用できる仕様とする。
- (イ) 患者プライバシーに配慮した更衣室や専用トイレ、洗面所を内視鏡部門内に配置するとともに、内視鏡検査室についても個室化を図る。

4-6. 中央診療部門 リハビリテーション部門

(1) 部門整備方針

- 早期離床・早期退院に向けた日常生活動作の改善のためのベッドサイドリハビリの実施を主体とすることで急性期医療の提供に貢献する。また、リハビリテーションの施設基準についても急性期医療の提供に合わせた体制整備とする。

(2) 運営計画

ア 施設基準

- 脳血管等リハビリテーション料（Ⅰ）
- 運動器リハビリテーション料（Ⅰ）
- 呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）

イ 想定される業務概要

業務	概要
理学療法	基本的動作能力の回復を目指すための訓練
作業療法	応用的動作能力または社会適応能力の回復を目指すための訓練
言語聴覚療法	認知機能や音声機能、言語機能などの維持向上を図るための言語訓練や検査、指導など

(3) 施設計画

諸室構成・設備

脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）、呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）の施設基準に合致した諸室・設備を整備する。

4-7. 中央診療部門 栄養部門

(1) 部門整備方針

- 急性期・高度医療を提供するにあたり、患者の病態に応じた適切な治療食を提供することで、患者のQOL向上のための食事環境の向上を図る。
- 管理栄養士による個別の栄養指導実施体制を構築し、重症患者や急性期患者に対して十分な栄養管理が行えるようにする。
- 栄養指導やNSTの確立などの診療に直結する業務以外の業務（一般食の調理業務など）については可能な限り民間業者への委託とする。

(2) 運営計画

ア 想定される業務概要

業務	概要
栄養指導	患者の栄養状態を良好に保ち、患者の自己管理能力を高めるため、医師の指示に基づき、指導を必要とする患者及び患者家族に対して栄養指導を行う。
栄養管理	各入院患者の疾患及び病態に即した栄養管理計画書を作成し、早期治癒及び退院に寄与する。また、NST活動の中核的役割を担い、栄養治療に伴うリスク管理及び栄養治療のレベルアップを図る。
給食管理	治療の一環として医師の指示に基づき、患者の疾患及び病態に即した治療食を提供する。また、患者サービスの一環として、患者給食の適時適温、選択メニューの充実と質の向上を図る。

イ 調理方式

調理方式については、病院内の厨房の利用のみならず、病院外の調理加工施設による新調理法（クックフリーズや真空調理、クックチルなど）の導入も含め、今後の検討とする。

4-8. 中央診療部門 臨床工学部門

(1) 部門整備方針

- チーム医療の一員として、救命救急センターや手術部門などの臨床活動への積極的な参画をすることにより、業務を通じた臨床各科や他職種との連携を推進する。
- 医療事故の防止や医療機器の効率的な配置を目的として、医療機器の標準化（機種）に努め、医療センター内共通使用機器については中央管理とすることで、各医療機器の使用実績などを把握する。

(2) 運営計画

想定される業務概要

業務	概要
臨床医学業務	人工呼吸器や人工心肺装置、その他の生命維持装置などに対する臨床技術を提供する。
ME機器管理業務	医療センター内で使用する医療機器を対象に、保守や点検、修理、供給管理などの中央管理を行う。また、医療機器操作や取扱い方法の教育を行う。

5-1. 供給部門 物品管理部門

(1) 部門整備方針

- 院内における物品や情報の流れを一元管理するために、物品管理部門（中央倉庫の設置）を組織し、院内の物品管理業務を中央化する。
- 経営的な観点から、血液製剤などの専門的な知識を要する物品や管理上嚴重な注意が必要な物品の管理・供給業務を除き、それらの支援および一般的な物品の管理・供給業務については外部委託化を想定する。

(2) 運営計画

想定される業務概要

業務	概要
購買管理	購買計画を立案・策定し、それらに基づいた購買物品の発注及び検収を実施する。また、業者と購入契約を締結し、常に適正な購入価格を実現する。
在庫管理	院内共通使用品目を対象に、定数管理対象物品として中央倉庫にて一元管理を行う。なお、特定部署でのみ使用される品目は、該当部署で在庫管理を行うが、検収については中央倉庫を介すものとする。
供給管理	供給方法を対象物品（品目）ごと及び供給部署ごとに「ラベル管理方式」「定数補充方式」「請求補充方式」などに分類し、適時適量の供給管理を行う。また、在庫回転率に応じた定数配置を行い、定期的に定数見直しを実施、適正在庫を維持する。

5-2. 供給部門 中央材料部門

(1) 部門整備方針

- 中央材料部門は院内における再生滅菌物を一元管理する専門部門として位置付け、中央材料滅菌室にて外来・病棟・手術部門からの依頼滅菌物の洗浄・滅菌を行う。
- 経営的な観点から、管理業務以外の中央材料滅菌業務については外部委託化を想定する。
- 再生滅菌物の滅菌・消毒業務における臨床現場での一次洗浄を廃止し、中央材料部門で対応することで、院内感染防止対策や各部門スタッフが臨床業務に傾注できる環境の整備に貢献する。

(2) 運営計画

想定される業務概要

業務	概要
再生滅菌	院内から回収された再生滅菌器材について、仕分・洗浄・組立・滅菌または消毒といった一連の再生滅菌業務を行う。
在庫管理	院内再生滅菌器材の保管や返却・破損・廃棄処理、棚卸に関して一元管理を行う。また、在庫回転率に応じた定数配置を行い、定期的に定数見直しを実施、適正在庫を維持する。

(3) 施設計画

諸室構成・設備

区分	機器・設備
洗浄装置	ウォッシャーディスインフェクター、超音波洗浄装置、カート洗浄装置、チューブ洗浄装置
滅菌装置	高圧蒸気滅菌装置、酸化エチレンガス滅菌装置、低温プラズマ滅菌装置、ウォッシャーステリライザ
その他	乾燥機

5-3. 供給部門 リネン部門

(1) 部門整備方針

- 院内で使用するリネン類を中央管理し、衛生管理を徹底する。また、各部門の必要に応じて安定的にリネン類を供給する。
- 経営的な観点から、管理業務以外のリネン業務（リネン類の洗濯・管理など）については外部委託化を想定する。

(2) 運営計画

想定される業務概要

業務	概要
リネン類管理 洗濯業務	院内で使用するリネン類を中央管理し、院内各部門への安定供給および適正な清潔維持管理を行う。また、洗濯業務は院外実施を原則とする。

6. 管理部門

(1) 部門整備方針

- 管理部門は、経営環境情報の収集や医療資源の調達、施設の効率的な維持管理、病院管理といった病院運営・経営の中核を担う部門として機能する。
- 人事制度などの運営面での職員に対する配慮や施設・設備の安全性と快適性を常時確保することにより、職員が働きやすい環境を整備する。

(2) 運営計画

ア 管理部門の組織体制

病院管理者および事務組織などの具体的な病院運営体制については今後の検討とする。

イ 医療連携

- (ア) 医療センターは当該地域における中核病院として紹介患者を中心とした外来診療を行うとともに、一般外来患者の地域医療機関への紹介（逆紹介）を積極的に行う。
- (イ) 他医療機関（診療所など）や福祉施設などの各機関との地域連携ネットワーク構築（地域連携クリティカルパスなどの地域診療計画づくり）に寄与する。
- (ウ) 地域医療連携室（仮称）を設置し、医療連携活動推進の中核的存在として機能させる。

ウ 医療情報管理

医療情報システムの構築を前提として、管理技術者を配置の上、下記の業務を行うことを想定する。

業務概要

医療情報システムの運用・維持、研修・トレーニング、システム企画の立案、統計資料の作成といった医療情報システムの運営管理を行う。また、診療情報の収拾・管理・活用に係る業務（診療情報管理）を行う。

エ 教育・研修

- (ア) 臨床研修指定病院として、地域医療の中でも特に急性期疾患を中心とした臨床研修を行うことで、多岐にわたる疾患に対応できる実践力のある医師を養成する。
- (イ) 各種学会教育関連施設として、医療の各分野の認定専門医や救急隊員、コメディカルも含めた医療従事者の育成を行う。
- (ウ) 地域住民や患者に対する一般公開講座などの実施も想定する。
- (エ) 職員研修として、接遇研修やリスクマネジメント研修、採用者オリエンテーション、中堅職員研修会などを実施する。

(3) 施設計画

ア 部門配置

(ア) 医局

- a 医局は病棟および外来部門の両方とアクセスが容易となる配置とする。
- b 各診療科部長に対して個室仕様の部長室を中央医局に近接配置する。規模や具体的な設備については今後の検討とする。

(イ) 地域医療連携室（仮称）

- a 医療連携室および医療相談室は、業務内容的に互いの連携が必要となるため、同一エリア内に配置する。
- b 医療相談室は病棟および外来診療部門の両方とのアクセスが容易となる配置とするとともに、相談者のプライバシーに配慮した構造とする。

イ 諸室構成・設備

(ア) 医局

- a チーム医療の推進や院内連携を考慮し、各診療科の医師が交流しやすい中央医局とする。
- b 麻酔科医師や救急科医師といった手術部門や救命救急センターに常時待機する必要がある診療科については、それぞれの部門内に医師控え室（ラウンジ）を設置する。

(イ) 医療情報管理

- a システム機器配置場所に適切に電源を整備する。
- b サーバ室などには適切な空調設備を整備する。また、同時に非常用電源を供給し、停電時も非常用電源システムを稼働させることができるようにする。

(ウ) 会議室

- a 会議室は広いスペースを可動壁で仕切ること、使用目的に沿った柔軟な運用が可能となる構造とする。会議室の設置数や規模については今後の検討とする。
- b 会議室のうち1室程度はパンデミック発生時に簡易の隔離室として利用できるような設備を整備する。
- c 会議室とは別に各種の講習会やセミナーが開催できる講堂の設置も検討する。

Ⅳ 運営方法

1. 運営形態の比較

医療センターの経営形態の選択肢として、「公営企業型一般地方独立行政法人（以下「一般地方独立行政法人」という。）」「地方公営企業（全部適用）」「指定管理者制度」「PFI方式（BTO）」が挙げられる。各経営形態の概要については以下のとおりである。

なお、経営形態の選択肢として「民設民営（誘致）」も考えられるが、期待される政策医療の確実な担保が困難であること、誘致に対する期間が長期にわたることから、検討対象から除外するものとした。

一般地方独立行政法人		地方公営企業（全部適用）	
制度概要	● 住民の生活、地域社会および地域経済の安定など公共上の見地からその地域において確実に実施されることが必要な事務および事業であって、地方公共団体が自ら主体となって直接に実施する必要のないもののうち、民間の主体に委ねた場合には必ずしも実施されないおそれのあるものとして地方公共団体が認めるものを効率的かつ効果的に行わせることを目的として設立する法人。	● 地方公共団体が直接地域住民の福祉の増進を目的として、経営する企業。経営の基本原則は、経済性の発揮と公共の福祉の増進。 ● 住民に必要なサービスを提供し、料金収入により則として独立採算制で運営されるもの。	
特徴	● 法人は設置団体から提供された財産や資金をもとに、議会が承認する中期目標、中期計画に基づき病院経営。 ● 年度予算、事業計画は法人の自主裁量。法人は中期目標、中期計画に対する責任を負う。 ● 勤務する医師その他の職員はすべて非公務員。定数制限はない。	● 地方公共団体が直接病院を建設して経営。 ● 予算と決算には議会の審議、採決が必要。 ● 勤務する職員は地方公務員だが、団体交渉権を有する。 ● 条例で定数管理。	

指定管理者制度		PFI方式（BTO）	
制度概要	● 公の施設の設置の目的を効果的に達成するために必要があると認めるときに、当該公の施設の管理を行わせる法人その他の団体であって当該地方公共団体が指定するもの。 ● 委託にあたり議会の議決が必要。	● PFI事業者が施設を建設（Build）した後、施設の所有権を行政に移管（Transfer）した上でPFI事業者がその施設の運営（Operate）を行う方式。	
特徴	● 既存の病院や建設予定の病院を民間法人（医療法人など）に運営委託。 ● 地方公共団体は指定管理者を選定し、事業者と協約を通じて適正な管理を維持しつつ、事業者のノウハウを活用し、サービスの提供や効率化をとが期待できる。	● PFI事業者が病院施設を建設、長期にわたり施設・機器などの維持管理と医療の周辺業務を行う。 ● PFI契約の特別議決が必要。 ● 医療の提供や病院経営は地方公共団体によることが基本。	

2. 運営形態の評価

各経営形態について、自立的な運営が可能な病院経営とするための課題別に評価を行った。

課題	公営企業型一般地方独立行政法人	地方公営企業（全部適用）
建設費の抑制	● 発注契約は公共ルールに拘束されないため、民間に準拠した発注契約を行うことにより建設費の抑制が期待できる。 ● 経営は独立採算を基本とするため、経営に与える影響を考慮した発注となり、これが結果的に建設費抑制に作用する。	● 公共団体の公的施設として他病院と遜色のない、医療機能以上に過度な施設となる傾向がある。 ● 公共発注のため、病院建設の積算や入札手続きは、公共ルールによるため、建設費などは高止まりの傾向となる。
高額医療機器の導入	● 経営は独立採算を基本とするため、費用対効果を重視した導入検討や機種選定が行われる。 ● 民間病院の発注などを参考に機器の価格やメンテナンス経費全般から選定、発注などが可能となり、全体経費の抑制が期待できる。 ● 予算運用の柔軟性があるため、経営を見据えて必要な機器を導入できる。	● 費用対効果の検討が不足したまま導入が決定される傾向がある。 ● 建設工事同様、予定価格、入札手続きは公共ルールによるため高止まりの傾向となる。 ● 機器購入は地方公共団体の長が調整し、議決された予算に拘束される。
医師・看護師の確保	● 法人独自の給与体系や柔軟な勤務形態などの採用により、必要な人材の確保が容易となる。 ● 定数制限がなく、中期計画で定める予算の範囲内で必要数が確保できる。	● 硬直的な給与体系、勤務形態であり、職種を問わず全体として平等な給与であるため、特定の人材が集めにくい。 ● 定数条例により、医療制度の変更に応じた職員配置が困難。
病床利用率の確保	● 経営資源の柔軟かつ効率的運用により病床利用率の向上が期待できる。	● 給与体系や勤務形態の改善に向けた意思決定が遅く、結果的に医師などが確保できず、病床利用率が低下する例がある。
適切な人件費水準の設定	● 病院の経営実績や職員の業績を踏まえたインセンティブのある給与体系が可能。 ● 採用や定数管理も病院の経営とのバランスで設定することが可能。	● 病院の経営実績や職員の業績に関係なく、他の公務員と同一の水準を保障。

課題	指定管理者制度	PFI方式（BTO）
建設費の抑制	● 病院施設は公共側が提供するため、公的施設として建設した病院と遜色のない、医療機能以上に過度な施設となる傾向がある。 ● 発注契約は公共施設として行われるため、建設費などは高止まりの傾向となる。	● PFIは施設整備から運営まで民間事業者が行うため、建設費のみの比較が困難。 ● 公共団体の設定する要求水準によって整備されるため、要求水準の内容によっては医療機能以上に過度な施設となる恐れがある。
高額医療機器の導入	● 建物に固定、附属する医療機器は、原則公共団体に導入整備する必要がある。 ● 非固定の医療機器は指定管理者との間で機器購入について役割や経費負担の協議が前提。 ● 公共が負担する機器は、建設工事同様、発注契約は公共ルールによるため、高止まりの傾向となる。	● 建物同様、高額医療機器の購入とメンテナンスもPFI契約に包含されるため、医療機器購入のみ、通常の公共発注と比較することは困難。
医師・看護師の確保	● 受託された民間法人の採用、配置となる。	● 経営は公共が行うため、公立病院と同様になる。
病床利用率の確保	● 受託者がその経営の中で努力。	● 医療行為は公共が行うため、現状の公立病院と同様となる。
適切な人件費水準の設定	● 受託された民間法人の給与水準による。	● 経営は公共が行うため、公共が行う業務にかかる人件費水準は公立病院と同様となる。 ● PFI事業者が行う業務（政令8業務や維持管理業務）にかかる人件費は委託費となる。

3. 運営形態の選択

各運営形態の制度概要や特徴、1市1町で整備運営していく上での課題から評価した結果、以下の理由により、医療センターの運営形態として一般地方独立行政法人が最も適していると判断した。

- 一般地方独立行政法人は、予算運用の柔軟性があるため、病院建設や医療機器導入にあたり、経営を見据えての柔軟な発注契約の方式の採用が可能であり、イニシャルコストの圧縮が期待できる。
- 一般地方独立行政法人は、組織・人事・給与・勤務体系などについて独自に経営に即した体系を定めて運営できる。このため、必要とする人材に応じた対応や処遇がとりやすく、医師などの確保が容易となる。
- 地方公営企業は政策医療を担保しやすい反面経営の柔軟性に乏しく、また、指定管理者制度では公共側での施設整備となるため、建設費などの抑制効果が期待できないとともに、引き受ける指定管理者自体の確保が困難であり、さらに、千葉大との連携も期待できない。PFI制度は民間からの資金調達を活用する制度であるが、公的資金調達制度が整っている病院事業の場合に施設整備などの費用対効果の有利性の評価が困難であることと医療提供は地方公営企業のままとなり、経営面のメリットが発揮できないなど、それぞれに制度的特徴を有するが、課題に対する整理比較では、一般地方独立行政法人に優位性が認められる。

V 施設整備計画

1. 施設整備方針

(1) 継続した医療機能の確保

医療センターは、救命救急センターを併設し、24時間、365日の救急医療の提供を行うため、大地震時などの災害時においても、継続した医療機能を確保できる計画とする。(地域災害医療センター)

(2) 研修・教育機能への配慮

医師やコメディカルなど医療従事者の研修機能に配慮した計画とする。

(3) 柔軟性の確保

技術革新による医療環境の変化および社会状況の変化による病院機能の将来的な拡充およびプランの変更へ対応できる柔軟性を確保した計画とする。

(4) ユニバーサルデザインの導入

壁の色・内部空間の構成要素全体で誘導するウェイファインディングデザインなど、施設利用者の立場にたったユニバーサルデザインを導入していく。

(5) 機能の確保と効率化の追求

病院の機能を確保しつつ、医療従事者動線の短縮化や物品搬送の整理およびIT化の導入などを行うことで効率化に取り組む。

(6) 環境との均衡のとれた(エコロジカル)経済性の高い(エコノミカル)施設の整備

環境負荷の低減に配慮することを含め、イニシャルコストのみならずライフサイクルコストの低減を目指した施設整備とする。

2. 施設整備計画

(1) 建設用地

施設名称	東金九十九里地域医療センター
計画地	千葉県東金市丘山台三丁目6番1、6番2、7番1の一部、7番2
敷地面積	約80,400㎡ (公簿上60,404.48㎡ + 約20,000㎡) (平地面積 約49,500㎡)

(2) 計画規模

本計画にて整備予定の内容は以下のとおりである。原則として、エネルギー棟、防災備蓄倉庫は別棟とするともに病院本棟の地階は想定しない。

病院本棟 計画規模	病床数：314床 延面積：約25,000㎡（病院本棟） 1床あたりの面積：約80㎡
駐車場	約740台（外来患者＋職員）
その他附属建物 (別棟)等	エネルギー棟 防災備蓄倉庫 医師・看護師宿舎（45戸） 保育所 ドクターヘリ・ヘリポート（地上設置型）

(3) 敷地の法的条件等

都市計画区域	都市計画区域
用途地域	準工業地域
建ぺい率	60%
容積率	200%
道路斜線	1. 5 L（適用距離20m）
隣地斜線	2. 5 L + 31m
日影規制	—
地域地区	小野山田地区地区計画 東金市地区計画の区域内における建築物の制限に関する条例
前面道路	東金市道5156号線 幅員約16m
敷地面積	約80,400㎡（平地面積 約49,500㎡）
建設地盤の高さ	標高 約75m（上段） 68.5m（下段）

3. 敷地の整備状況

計画地周辺のインフラの整備状況は以下のとおりである。

造成の有無	造成済み
上水	山武郡市広域水道企業団からの供給
下水	東金市公共下水道処理区域
電力	東京電力からの供給（特別高圧配電は別途協議が必要）
ガス	東金市営ガスからの供給
電話	N T T が敷設（光ファイバー対応可）

4. 配置計画

（1）敷地現況

本敷地は、東金市役所の西方約 5 k m の位置にある企業団地「千葉東テクノグリーンパーク」内の一角にある造成地で、最南部に位置している。

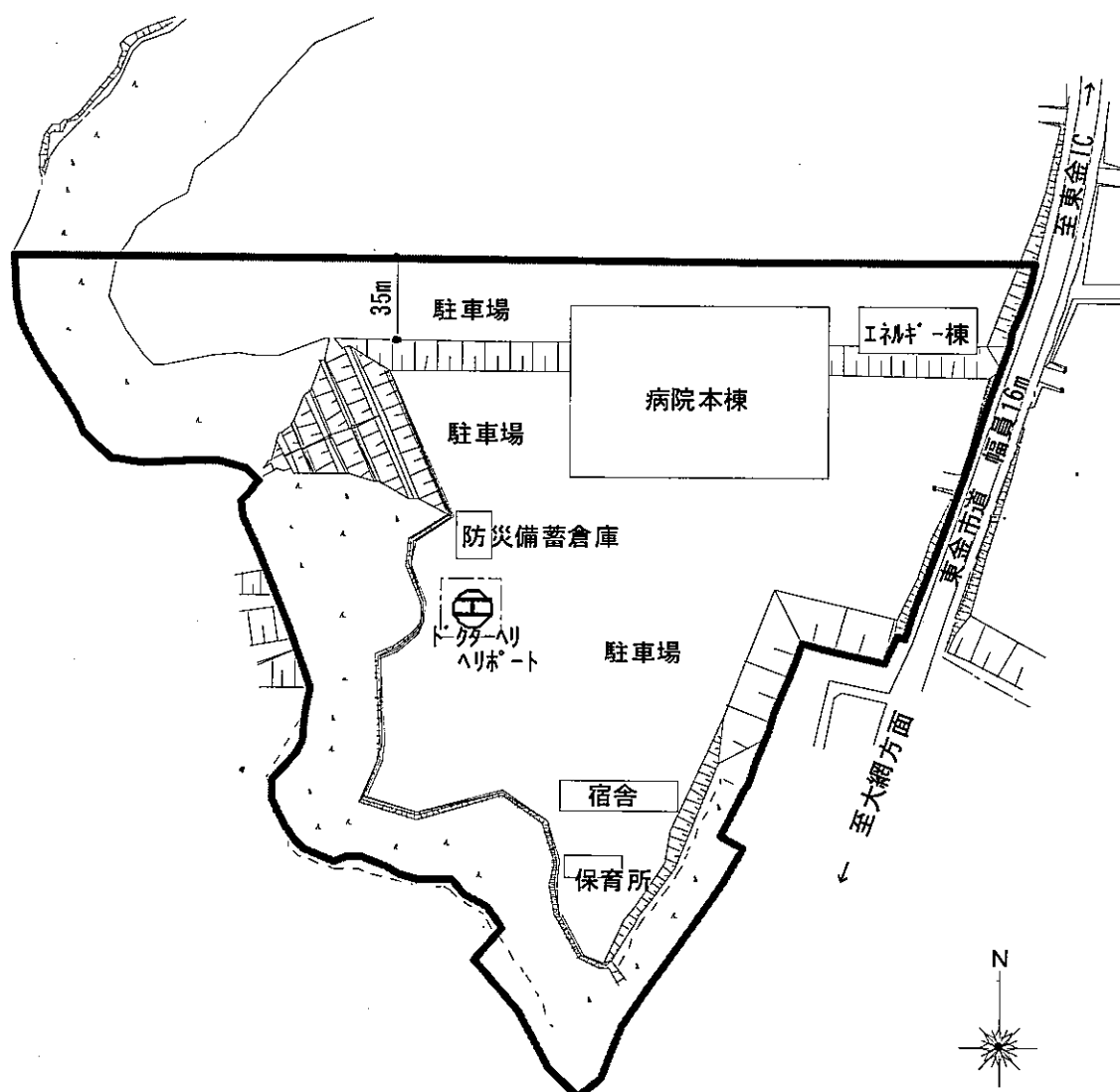
敷地南側を占める大半が標高 約 7 5 m、敷地北側を東西方向に帯状に占める一部が標高 約 6 8 . 5 m の 2 段に造成された敷地である。また、敷地南方には、季美の森ゴルフ場、西方には開発された住宅団地 『季美の森』が展開している自然に恵まれた環境である。

（2）配置計画の基本方針

- ア 地域の救急医療の拠点病院であるため、救急車およびヘリコプターによる救急患者の搬入が迅速かつスムーズな対応が可能な配置計画とする。
- イ 病院の立地上、外来患者・職員の来院通勤手段は、自家用車・タクシーによることが想定されるため、敷地内駐車場については、これらを区分した配置計画とする。また、定期運行バス・タクシー乗り入れのためのロータリーを整備する。
- ウ 敷地が 2 段構成である特性を生かし、外来者・救急車動線とサービス動線を立体的に分離することにより、敷地内交通計画の安全性・効率性が図れる計画とする。
- エ 敷地内には、病院のほかに宿舍・保育所を計画しているため、居住環境・安全性に配慮した計画とする。
- オ ドクターヘリ・ヘリポートは、原則として地上設置型とし、航空法第 7 9 条ただし書きの『場外離着陸場』の許可を得るものとし、離着陸にともなう『安全空域』を確保した配置計画とする。

5. 建物配置図（イメージ）

建物配置図（イメージ）



※配置イメージは、今後行われる基本設計により、変更があります。

6. 構造計画

(1) 耐震性能

耐震性能は、『官庁施設の総合耐震計画基準および同解説』に準拠し、病院本棟の構造体については、災害応急対策活動に必要な救護施設という観点から耐震安全性の分類はⅠ類とする。

(2) 構造方式

災害時を含め、24時間、365日の救急医療の提供を行うため、病院本棟の構造方式については、免震構造等の採用についても検討するものとする。

7. 設備計画

(1) 信頼性と安全性

継続した高度な専門医療の提供を行うとともに安全・安心の医療を行うため信頼性・安全性を確保する。

(2) 適切な災害対策

災害発生後は、医療の重要度に応じて病院の機能を維持できる計画とする。

(3) 最適な医療環境・衛生環境の維持と感染防止

施設利用者の快適環境を目指すとともに医療効果を促進する環境を作り、感染防止にも貢献する設備とする。

(4) 地球環境の保護を前提とした省エネルギー計画

施設利用者に対して医療環境および衛生環境を適正に維持し、併せて快適性にも留意した省エネルギー計画とする。また、1次エネルギーの削減等地球環境保護を前提としたものとする。

(5) 効率的で経済的な運転・保守

運転・保守は、医療環境および衛生環境を適正に維持し、かつ効率的で経済的なものとする。また、点検および保守作業のしやすさに配慮した計画とする。

8. 主要医療機器

医療センターに想定される救命救急センターの機能を発揮するために必要な医療機器のうち建築与件に影響を及ぼす医療機器として、現時点で以下を想定する。

医療機器	備考
磁気共鳴診断装置（MRI）	1. 5テスラ、3. 0テスラ
コンピュータ断層撮影装置（CT）	64列、320列
一般撮影装置	
X線TV装置（FPD）	
血管撮影装置	心臓血管用、多目的用
乳房撮影装置	
ガンマカメラ	

9. 附帯施設

（1）初期研修医・看護師宿舎

病院からの呼出対応や災害発生時の対応を考慮し、初期研修医宿舎は医療センターの敷地内に確保する。また、看護師の安定的確保を考慮し、看護師宿舎も併せて整備する。施設規模としては、現時点において医師（15戸）、看護師（30戸）の全45戸の整備を想定するが、必要戸数については敷地外における整備も含め今後とも継続して検討していく。

（2）保育所

女性医師や看護師などの女性職員にとって働きやすい環境づくりを考慮し、医療センター敷地内に院内保育所を確保する。施設規模としては、20名定員とし、定員増による将来の増築を考慮した計画とする。

V I 事業運営計画

1. 事業運営に関する基本的な考え方

事業運営に関する基本的な考え方として、自立的な経営が可能となるよう施設整備から運営にわたり以下の点を考慮する。

(1) 償還可能な施設整備

施設整備にかかる事業費は、計画・設計・施工・維持管理までを考慮したトータルライフサイクルコストの観点を重視するものとし、さらに費用対効果や医療の質的観点も踏まえ、総合的に適正か否かを判断する。また、地方独立行政法人での事業化のメリットを活かし、民間的な発注契約方式を取り入れイニシャルコストの縮減を図り起債償還や減価償却費の負担軽減を目指す。

(2) 健全な収支構造

医療制度の改革や、医療を取り巻く環境の変化に対応していくためには経営の健全化に積極的に取り組む必要がある。このため、目標管理や適正な実績評価、業績主義による人事管理、財務運営の柔軟性といった独立行政法人としてのメリットを活用して健全な収支構造の構築を目指す。

(3) 医療の継続性の確保

地域において高度・専門化する急性期医療を継続的に提供するためには、最新の医療機器・設備や多くの専門職員を配置する必要となるが、そのためには多額の資金が必要となる。このため、医療センターには、医療提供により得られた収益を再投資の資源として留保し、自己再生産を可能とする経営体質の構築を目指す。

(4) 市町の適正な財政負担

医療センターでは4疾病4事業分野について一定の役割を担うこととしているが、これらは総じて不採算な領域であるとされており、その継続的な医療の提供には市町からの適切な繰入負担が必要となる。このため、地域医療の確保に必要な医療については繰入基準に従った、市町による適正な財政負担を想定する。

2. 施設運営計画

(1) 段階的な開棟計画

医療センターでは救命救急センター内の病床（ICU病床：10床・HCU病床：10床）を除く、一般病床294床の病棟構成として7病棟を想定している。しかしながら、以下の点を考慮し、開院後3年間という期間の中で段階的なオープンを目指すものとする。

	平成26年度	平成27年度	平成28年度
開設想定病床数	146床	230床	314床

ア 医療提供体制の整備

医師や看護師など医療従事者の確保と開院当初の医療需要の動向を鑑みつつ、段階的に医療提供体制を整備することを想定する。

イ 医療の質の確保

病院は医師や看護師、検査技師など様々な職種による専門職で構成されており、チーム医療を実践には、それぞれの専門技術者や各部門の有機的連携が不可欠である。そのため、段階的な開棟計画の下で徐々に組織力を高め、病院としての総合力を十分発揮できるよう医療の質を担保していく必要がある。

(2) 外部委託

ア 外部委託化の方針

政令8業務をはじめ医療の周辺分野には種々の専門領域があるが、患者サービスの向上や医療の質の確保、経営資源の重点化の観点から、外部委託することが適切な業務は専門事業者を活用する。これにより医療センターとしては直接的な医療に関わる活動や経営に関わる企画・管理業務に専念し、これらに関わる人材の確保と育成を行う。

- | | | |
|----------|-------------|----------------|
| ● 設備管理 | ● 食事供給 | ● 医療事務 |
| ● 警備 | ● 医療機器の保守点検 | ● SPD業務 |
| ● 環境衛生管理 | ● 医療ガスの保守点検 | ● 総合医療情報システム保守 |
| ● 植栽管理 | ● 洗濯 | ● 一般管理 |
| ● 滅菌消毒 | ● 清掃 | ● 廃棄物処理関連 |

(3) 医療情報システム構築

ア 病院におけるITのあり方

院内業務の迅速化や共有化など医療の質の向上や安全性の確保や原価計算など経営情報を的確に把握するためには医療情報システムは不可欠である。

このため、今後、施設整備の進展に合わせて医療センター全体の情報化計画を策定し、運営マニュアルなど各部門の具体的運営方針の検討に並行して基本設計を行う。このIT計画策定に当たっては、医療の高度化や情報機器やシステムの陳腐化、診療報酬体系の改定などへの対応を踏まえリースを前提とする。

(主なITシステム)

システム(機能)			費用(概算整備費)
基幹システム	電子カルテシステム (オーダリング、レセコンなど)		100床当たり100～500百万円 (検証結果報告書)
部門システム	ME系	検査、放射線手術、内視鏡	100床当たり88～385百万円 (検証結果報告書)
	供給系	薬剤、中材・SPD、給食	

イ 整備方針

開院時に最低限必要なシステムと開院後順次整備しても差し支えないシステムを区分するとともに、段階的整備についても導入費用と維持管理費用および所要人員などのコストと、医療の質の向上や医療の安全・安心の確保、経営に係る意思決定情報の提供、業務の効率化・省力化への寄与などの便益との費用対効果を検証する。

導入に当たっては、医療情報基幹システムと医療機器に接続する部門システム、外部との地域医療ネットワークをどこまで、いつ連携させるかなどが導入工程や費用に大きく影響することに留意する。

3. 資金計画

(1) 資金計画

(単位：百万円)

費用区分	金額	財 源 内 訳			備 考
		一般財源	病院事業債	補助金	
土地購入費	934		934		
調査・測量費	10	10			
建 築 費	病院建築費	7,159	6,192	967	80㎡/床、285千円/㎡
	医師・看護師宿舍建築費	363	363		医師用15戸、看護師用30戸
	保育所建築費	64	64		20人定員 木造 平屋建
	エネルギー棟建築費	158	158		RC造 平屋建
	防災備蓄倉庫建築費	22	22		S造 平屋建
	外構工事費	250	250		舗装、植栽等
	工事雑費（別途工事等）	273	43	230	電話通信関係設備工事費、 防犯システム、映像・音響シ ステム等
	小 計	8,288	43	7,278	967
設計・監理費	349	77	272		
設 備 整 備 費	医療機器	2,000	1,800	200	
	備品類	210		210	
	小 計	2,210	1,800	410	
そ の 他	移転費	10	10		
	開院前人件費	429	429		
	開設準備費	80	80		IT計画、運営マニュアル策定等
	諸税	149	149		不動産取得税・固定資産税・ 都市計画税
	支払利息	111	111		開院前起債償還（利息分）
	小 計	779	779		
合 計	12,571	910	10,284	1,377	

※ 標示単位未満の数値があるため合計は一致しない場合あり

(2) 年度別資金計画

(単位:百万円)

項目		金額	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度
土地購入費		934	934	-	-	-
調査・測量費		10	10	-	-	-
建築費	病院建築費	7,159	-	-	3,580	3,580
	医師・看護師宿舍建築費	363	-	-	-	363
	保育所建築費	64	-	-	-	64
	エネルギー棟建築費	158	-	-	-	158
	防災備蓄倉庫建築費	22	-	-	-	22
	外構工事費	250	-	-	-	250
	工事雑費(別途工事等)	273	-	-	-	273
	小計	8,288	-	-	3,580	4,708
設計・監理費		349	77	140	66	66
設備整備費	医療機器※	2,000	-	-	-	2,000
	備品類	210	-	-	-	210
	小計	2,210	-	-	-	2,210
その他	移転費	10	-	-	-	10
	開設前人件費	429	39	54	89	247
	開設準備費	80	20	20	20	20
	諸税	149	-	20	7	122
	支払利息	111	-	17	19	76
	小計	779	59	111	136	474
合計		12,571	1,080	251	3,782	7,459
財源内訳	補助金	1,377	-	-	484	894
	病院事業債	10,284	934	140	3,163	6,048
	一般財源	910	146	111	136	517
合計		12,571	1,080	251	3,782	7,459

※医療機器は開設後3年間で10億円整備

表示単位未満の数値があるため合計は一致しない場合あり

4. 収支計画

(1) 収支に関する条件設定

開院後の段階的な開棟計画に従って職員数や患者数、患者単価などが変化する。

(診療体制の段階的開設)

	数値仕様	説 明
人員体制	初年度 215人	常勤職員数（非常勤医師、初期研修医を除く。）
	2年目 306人	
	3年目 398人	
	4年目 428人	
	5年目 428人	
開設病棟	初年度 146床	3病棟126床、救命救急センター20床
	2年目 230床	5病棟210床、救命救急センター20床
	3年目 314床	7病棟294床、救命救急センター20床

(収入)

	数値仕様	説 明
入院患者単価	初年度 36,000円/人・日	救命救急センターを有する同規模の国立病院の患者単価、関東地方の同規模類似病院（公立）の患者単価を参考に設定。
	2年目 40,000円/人・日	
	3年目 43,000円/人・日	
	4年目 45,000円/人・日	
	5年目 45,000円/人・日	
病床利用率	一般病棟（初年度） 70%	対開設病床数 一般病床・HCUの2年目 80% 一般病床・HCUの3年目 80% 一般病床・HCUの4年目 85%
	救命救急センター（初年度） ICU 70%	
	（初年度） HCU 70%	
外来患者数	初年度 412人	
	2年目 531人	
	3年目 726人	
	4年目 770人	
	5年目 770人	
外来患者単価	初年度 7,000円/人・日	地域医療連携を推進している同規模の国立病院の患者単価、関東地方の同規模病院（公立）の患者単価を参考に設定。
	2年目 8,000円/人・日	
	3年目 9,000円/人・日	
	4年目 10,000円/人・日	
	5年目 10,000円/人・日	

(支出)

	数値仕様	説 明
医師数 （後期研修医を含む）	初年度 30人（常勤）	
	2年目 42人（常勤）	
	3年目 56人（常勤）	初期研修医7
	4年目 56人（常勤）	初期研修医7
	5年目 56人（常勤）	初期研修医7
看護師数	初年度 129人	ICU・HCU 35、病棟72、外来等22
	2年目 190人	ICU・HCU 35、病棟125、外来等30
	3年目 256人	ICU・HCU 40、病棟175、外来等41
	4年目 286人	ICU・HCU 55、病棟189、外来等42
	5年目 286人	ICU・HCU 55、病棟189、外来等42
給与費平均 医師 看護師	15,814千円/年 5,185千円/年	公私病院連盟の全国の病院の平均給与を基礎とする。 全国の病院の平均給与に2,000千円を加算。 全国の病院の平均給与に300千円を加算。

(2) 収支計画

収支推計表

(単位: 百万円)

区 分	26年度 1年目	27年度 2年目	28年度 3年目	29年度 4年目	30年度 5年目	31年度 6年目	32年度 7年目	33年度 8年目	34年度 9年目	35年度 10年目	10年累計
収入	2,662	4,767	7,038	7,417	7,531	7,522	7,856	7,580	7,610	7,941	67,925
営業収益(A)	2,228	4,050	6,157	6,885	6,882	6,893	6,973	7,010	7,026	7,026	61,129
うち医業収益	2,105	3,807	5,662	6,392	6,392	6,392	6,392	6,392	6,392	6,392	56,319
うち入院収益	1,343	2,672	3,927	4,359	4,359	4,359	4,359	4,359	4,359	4,359	38,456
うち外来収益	721	1,061	1,633	1,924	1,924	1,924	1,924	1,924	1,924	1,924	16,885
うち運営費交付金	114	233	484	483	480	491	571	608	624	624	4,710
営業外収益(B)	133	135	133	132	126	119	115	114	110	106	1,222
資本収入	300	582	748	400	524	511	769	457	474	809	5,574
うち運営費交付金	0	115	142	163	213	126	109	104	111	126	1,210
支出	4,078	5,940	7,620	7,846	8,073	7,739	7,747	7,464	7,457	7,807	71,771
営業費用(C)	3,560	4,959	6,434	6,977	7,012	6,838	6,620	6,659	6,630	6,629	62,319
うち医業費用	3,560	4,959	6,434	6,977	7,012	6,838	6,620	6,659	6,630	6,629	62,319
うち給与費	1,659	2,329	3,079	3,263	3,263	3,263	3,263	3,263	3,263	3,263	29,909
うち材料費	547	990	1,472	1,662	1,662	1,662	1,662	1,662	1,662	1,662	14,643
うち経費	673	905	1,092	1,189	1,225	1,214	1,151	1,153	1,151	1,150	10,904
うち減価償却費	681	735	790	863	863	699	544	581	554	554	6,863
営業外費用(D)	218	220	218	215	205	194	187	185	180	174	1,995
資本支出	300	761	968	654	856	708	939	619	647	1,005	7,457
経常損益(A+B-C-D)	▲ 1,416	▲ 994	▲ 362	▲ 176	▲ 210	▲ 20	280	279	326	330	▲ 1,963
(参考)経常損益累計	▲ 1,416	▲ 2,411	▲ 2,772	▲ 2,948	▲ 3,158	▲ 3,178	▲ 2,898	▲ 2,620	▲ 2,293	▲ 1,963	
単年度資金収支	▲ 735	▲ 438	208	434	321	482	654	697	707	688	3,017
年度末資金残高	▲ 735	▲ 1,173	▲ 965	▲ 532	▲ 211	271	925	1,622	2,329	3,017	
(参考)減価償却費累計	681	1,416	2,206	3,069	3,931	4,630	5,175	5,756	6,309	6,863	

表示単位未満の数値があるため合計は一致しない場合あり

1 市 1 町の運営費交付金

(単位: 百万円)

区 分	1年目	2年目	3年目	4年目	5年目	6年目	7年目	8年目	9年目	10年目	10年累計
医療センターへの 実質負担額	134	134	134	134	134	134	211	247	263	263	1,787
運営に係る交付税 措置相当額	0	131	384	384	384	384	384	384	384	384	3,205
施設に係る交付税 措置相当額	49	153	177	195	239	158	141	136	141	153	1,542
合 計	183	418	695	714	757	676	736	767	788	800	6,533

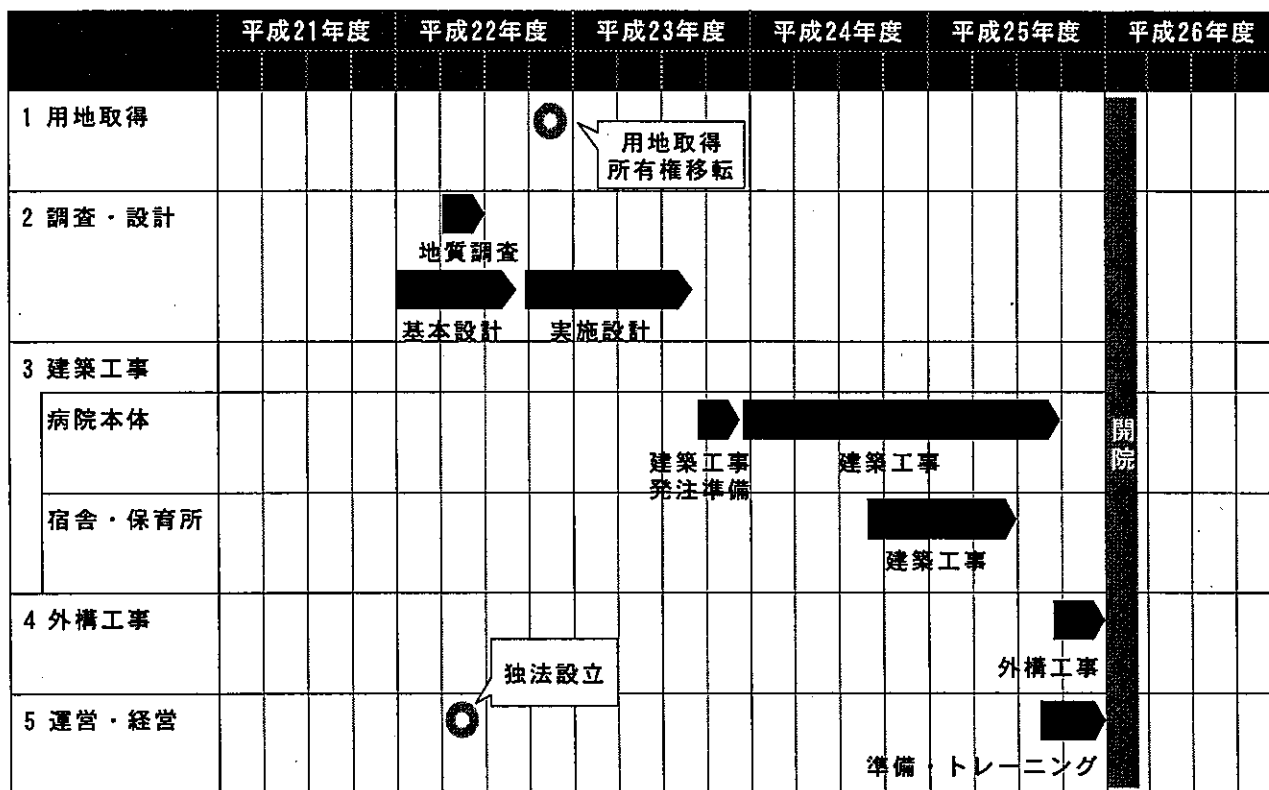
基金 (県の財政支援のうち10年分割交付分を病院会計と区分して経理)

(単位: 百万円)

区 分	1年目	2年目	3年目	4年目	5年目	6年目	7年目	8年目	9年目	10年目	10年累計
収入(県支援金)	718	718	718	718	718	718	718	718	718	718	7,183
県からの10年分割補助(元金部分)	577	590	604	618	632	647	662	678	693	709	6,411
県からの10年分割補助(利子部分)	141	128	114	100	86	71	56	41	25	9	772
支出	38	206	245	275	347	219	193	185	194	214	2,116
元金償還への繰出	0	167	206	237	311	184	160	152	162	183	1,764
収益的収支への繰り出し	38	39	38	38	36	34	33	33	32	31	352
基金残高	680	1,192	1,665	2,108	2,479	2,979	3,505	4,038	4,562	5,067	

VII 開院までのスケジュール

本計画では、医療センターの開院日を平成26年4月と設定する。また、開院に向けたスケジュールは、以下のとおりとする。



用語解説

新医師臨床研修制度：1 ページ

2003 年から開始された新人医師の研修制度。新人医師にとっては、出身大学医学部以外の任意の医療機関で研修できるようになったが、大学医局スタッフの減少による地域医療機関からの医師の引き上げ、研修先として選択される診療科に偏りが生じたことによる産婦人科・小児科などの診療科での医師不足といった問題が生じている。2010 年度から一部制度が改定されることになっている。

三次救急：3 ページ

軽症で帰宅できるような救急患者への医療提供体制を初期救急、入院および手術などを必要とする救急患者への医療提供体制を二次救急という。二次救急では対応できない複数診療科領域にわたる重症救急患者に対して高度専門的な医療を総合的に提供する医療体制を三次救急という。

療養病床：3 ページ

精神病床、感染症病床、結核病床以外の病床で、主に長期にわたり、療養を必要とする患者を入院させるための病床。

地域中核病院：4 ページ

地域の医療連携の中核を担う病院。

救命救急センター：4 ページ

急性心筋梗塞、脳卒中などの二次救急で対応できない複数診療科領域の重篤な患者に対して高度な医療技術を提供する三次救急医療機関。

医療連携：4 ページ

患者の病状に合った医療を適切に提供するために病院や診療所がそれぞれ機能分担し、患者を紹介しあう仕組み。

山武長生夷隅保健医療圏：5 ページ

山武・長生・夷隅地域を対象とする、千葉県の二次保健医療圏の一つ。二次保健医療圏とは、特殊な医療を除く病院の整備を図るべき地域的単位として設定された圏域を意味する。

循環型地域医療連携システム：5 ページ

複数の医療機関が協力して、患者にとって、最も使いやすく効果的な医療提供体制を提供することを目的に、患者が自分の病期にとって最も適切な医療機関を受診し、生活の質を確保したまま自宅に戻って療養を続ける医療システム。当該医療圏にて患者が多い糖尿病治療について、県立東金病院で実践されている。

逆紹介：5 ページ

患者を紹介する場合、他の医療機関から当医療センターへ行う場合を「紹介」、当医療センターから他の医療機関（高次医療機関を除いた診療所やクリニックなど）へ行う場合を「逆紹介」という。

病院群輪番制：5 ページ

地域内の病院群が共同連帯し、輪番制方式により休日・夜間などにおける重症救急患者の入院治療を実施する体制。

general ICU (Intensive Care Unit)：6 ページ

呼吸・循環・代謝などの重要臓器の急性臓器不全患者に集中治療を行う総合的な集中治療室。特定の診療領域の患者のみでなく、各種の領域の重症患者を全て受け入れる集中治療室。

ハイケアユニット：6 ページ

集中治療室から一般病棟に移行するまでの間のステップダウン病床として位置づけられる病床。特定集中治療室管理料の対象患者に準じた状態の患者を対象とする。

コメディカル：6 ページ

医師と協働して患者の治療・ケアにあたる医療スタッフの総称。看護師や保健師、薬剤師、療法士、臨床検査技師、管理栄養士などの医療従事者。

t-PA 療法：6 ページ

血栓溶解薬の一種である組織型プラスミノゲン・アクチベータ(t-PA)を用いて、脳動脈の血栓や冠動脈の血栓を溶解する治療法。現在は主として脳梗塞に行われており、脳梗塞発症後3時間以内に静脈よりこの溶解剤を投与する必要がある。超急性期血栓溶解療法である。

冠動脈カテーテル療法：6 ページ

大腿動脈または上腕動脈からガイドワイヤーを先行して挿入し、それを介してカテーテルを挿入、冠動脈に造影剤を注入し、病変部位や病巣の状態を診断した上で、血栓溶解剤をこのカテーテルを経由して投与したり、バルーンカテーテルに入れ替えて物理的に血栓を除去する治療法。

透析療法：6 ページ

腎不全に対して人工腎臓として用いる治療方法。人工の高分子膜でできた細い管の中に血液を流し、外部に透析液を流して治療を行う。膜を通して体内の老廃物の除去や必要な物質の取り込みなどの腎臓機能の一部を代行する治療方法。

ドクターヘリシステム：6 ページ

事故・急病や災害などの発生時に、消防機関・医療機関などからの要請に対し、ただちに医師などを同乗し、ヘリコプターで救急現場などに出動するシステム。

地域災害医療センター：7 ページ

災害時における高度の診療機能、広域搬送への対応機能、医療救護チームの派遣機能、応急用資器材の貸出し機能などの災害医療支援機能を有する災害拠点病院。

災害派遣医療チーム（DMAT: Disaster Medical Assistance Team）：7 ページ

災害の急性期に活動できる機動性を持ち、トレーニングを受けた医療チームのことであり、被災現場での治療、救命措置、トリアージなどを行う。

地域周産期医療センター：7 ページ

産科と小児科などを備え、周産期に係る比較的高度な医療行為を行うことができる医療施設。

日本医療機能評価機構：7 ページ

専門的な知識を有する審査員が第三者の立場で医療機関を多角的に審査し、評価する組織。医療機関が質の高い医療サービスを提供するための支援という観点から第三者評価（病院機能評価事業）を行っている。

DPC（Diagnosis Procedure Combination）：7 ページ

病名や手術の有無などによって病気の種類を分類し、その分類ごとに1日当りの医療費を設定した診療報酬制度。診断群分類包括評価と呼ばれる。

メディカルコントロール：9 ページ

医療行為が医師以外の専門職に委ねられる場合に、医師がその医療行為に対して指示・指導・助言・検証を行って、医療の質を保証すること。現時点では主として救急救命士や救急隊員が行う病院前救急救助活動に対して、医師がその質を担保するシステムのことを指す。

地域連携クリティカルパス：12 ページ

急性期病院から回復期病院を経て早期に患者が在宅復帰できるように、診療にあたる全ての医療機関などで役割分担を設定し、共有して用いる診療計画。

外来化学療法：12 ページ

がんなどの治療のために行われる抗癌剤を中心とした薬物療法を外来で実施すること。患者のQOLという観点などから近年増加傾向にある。

オーダリングシステム：12 ページ

検査・処方などに係る情報伝達システム。医療現場における一部の業務を電子化し、病院業務の省力化などを目指すもの。

バリアフリー設計：14 ページ

車椅子の利用者などが不自由なく移動できるように建築物の障害を除去すること。階段のスロープ化や廊下やトイレへの手すり設置、エレベータのボタン位置への配慮などがある。

トリアージスペース：14 ページ

患者の容態や緊急度に応じて治療の優先順位を判断するためのスペース。

MSW (Medical Social Worker)：16 ページ

疾病を有する患者などが、地域や家庭において自立した生活を営むことができるように、社会福祉の立場から、患者や家族の抱える心理的・社会的な問題の解決・調整を援助し、社会復帰の促進を図る専門職。

インフォームドコンセント：16 ページ

治療および検査、手術などに際して、医師が病状や治療方針、副作用などについてわかりやすく患者やその家族に説明し、患者や家族が納得した上で、同意すること。ないしは提出する同意書のこと。

(核医学) Invivo 検査：23 ページ

ガンマ線という放射線を放出する極少量の放射性同位元素（医薬品）を体内に投与し、X線検査などでは知ることができない機能情報を画像化することができる検査

体外衝撃波結石破碎治療：23 ページ

衝撃波を発生させる装置を用いて衝撃波エネルギーを体内の結石に照射し、結石を砕く治療方法。尿管結石や胆嚢結石に用いられている。

ガンマカメラ：23 ページ

(核医学) invivo 検査にて用いられる医療機器。ガンマ線を計測して放射性同位元素（医薬品）の体内分布画像を撮影する。

CR システム (Computed Radiography)：23 ページ

X線画像情報をコンピュータで読み取り、それらをデジタル画像として保管・処理するシステム。

PACS (Picture Archiving and Communication System)：23 ページ

CR や CT、MRI などの画像撮影装置から受信した画像データを保管・閲覧・管理するための医療用画像管理システム。

QOL (Quality of life)：26 ページ

「生活の質」「生命の質」「人生の質」。人が人としての生きがいや人生に対する満足感を得ながらより良い人生を送ること。

NST (Nutrition Support Team) : 26 ページ

栄養管理が必要な患者に対して医師や看護師、管理栄養士、薬剤師などの専門スタッフがチームとなって患者の栄養支援を行うこと。

クックフリーズ : 26 ページ

加熱調理した食材を急速冷凍して-18℃以下で冷凍保存し、必要時に再加熱して提供できる状態にする調理法。

真空調理 : 26 ページ

下処理した食材と調味液などを一緒に真空パックに入れて機械的に脱気させ、湯煎などで真空パックごと低温加熱処理する調理法。

クックチル : 26 ページ

加熱調理した食材を急速冷凍してチルド帯で保存し、必要時に再加熱して提供できる状態にする調理法。

ウォッシャーディスインフェクター : 29 ページ

外科的処置などで用いられた治療器具などの洗浄・消毒を行うための洗浄・消毒装置。

ウォッシャーステリライザ : 29 ページ

感染症器材の処理において使用する高圧蒸気洗浄・滅菌装置。

パンデミック : 32 ページ

世界的に流行する感染症。感染爆発。汎発流行。

ユニバーサルデザイン : 37 ページ

あらゆる年齢や性別、体型、障害の有無やレベルにかかわらず、誰にでも使いやすいデザインであること。

ライフサイクルコスト : 37 ページ

製品や構造物などにおいて、調達・製造、使用、廃棄といった全期間に要する費用

政令 8 業務 : 44 ページ

医療法第 15 条の 2 において、「当該業務を適正に行う能力のある者として厚生省令で定める基準に適合するものに委託しなければならない」と定められている業務。検査業務、滅菌または消毒業務、食事の提供業務、搬送業務、医療機器の保守点検業務、医療ガス供給設備保守点検業務、洗濯業務、清掃業務を総称して政令 8 業務という。

レセコン：45 ページ

レセプトコンピュータの略。レセプト（診療報酬明細書）を作成するためのコンピュータ。

SPD (Supply Processing & Distribution)：45 ページ

物品（診療材料や薬品など）の標準化や物流・業務の効率化を図ることにより、購買管理・在庫管理・搬送管理・消費管理などを一元管理する物流管理システム。

検討協議会等の経過

日 時	会 議	主な会議内容
H. 21. 1. 14	<u>第 1 回検討協議会</u>	発足会議、協議会設置規約確認、正副会長選任、今後予定の確認等
"	第 1 回医療専門委員会	発足会議、委員会設置要綱確認、副委員長選任、今後予定の確認等
H. 21. 2. 14	第 2 回医療専門委員会	基本コンセプト・4 疾病 4 事業・診療科目に関する協議、先進事例報告等
"	第 1 回経営検討会議	発足会議、会議設置要綱報告、今後作業の打合せ
H. 21. 3. 6	第 3 回医療専門委員会	基本コンセプト・4 疾病 4 事業・診療科目についての継続協議等
H. 21. 3. 9	第 2 回経営検討会議	自立的経営を想定した病院の経営モデル、経営主体、候補地の検討
H. 21. 3. 13	第 4 回医療専門委員会	基本コンセプト・4 疾病 4 事業・診療科目についての継続協議等
H. 21. 3. 17	<u>第 2 回検討協議会</u>	医療専門委員会と経営検討会議で検討されてきた基本的医療機能、経営形態、経営主体、予定地の合意
H. 21. 3. 23	第 3 回経営検討会議	経営収支の検討
H. 21. 5. 25	第 4 回経営検討会議	経営形態の検討比較
H. 21. 6. 2	第 5 回医療専門委員会	医療機能の検討(救命救急機能、予定医師数、主要医療機器の扱い、人材確保の考え)
H. 21. 6. 24	第 5 回経営検討会議	経営形態の継続検討(公営企業型一般地方独立行政法人を経営の主体とする)
H. 21. 7. 1	第 6 回医療専門委員会	取得する保険指定、看護基準、附属施設の扱い、段階的病床開設、地域医療連携
H. 21. 7. 13	<u>第 3 回検討協議会</u>	検討経過と本年度のスケジュール、医療機能、経営形態
H. 21. 8. 7	第 6 回経営検討会議	概算整備費と財源内訳、資金調達、土地利用計画に伴う課題、経営収支シミュレーション、事業スケジュール
H. 21. 8. 12	第 7 回医療専門委員会	基本理念・基本方針(素案)、主要部門の基本方針(案)、附属施設(宿舍、院内保育所)の規模設定、事業スケジュール
H. 21. 9. 8	第 7 回経営検討会議	全体事業費、資金調達、経営シミュレーション
H. 21. 9. 29	第 8 回医療専門委員会	基本理念・基本方針、主要部門の整備方針の確認、部門計画(案)、医療機能に対する建設整備等の課題、エイズ治療拠点病院
H. 21. 10. 12	第 9 回医療専門委員会、 第 8 回経営検討会議 合同会議	事業計画(原案)協議
H21. 10. 19	<u>第 4 回検討協議会</u>	事業計画(案)協議

地域医療センター計画の取組みの沿革

平成15年度

山武地域医療センター構想

○構想の主眼

- ・ 一般的医療の地域完結、地域医療の底上げ
- ・ 救急等の医療拠点創設、病診連携
- ・ 9市町村による広域運営体制の構築

平成16～17年度

山武地域医療センター基本計画

第1回～8回基本計画策定委員会

- 整備・運営についての基本方針作成
- 中央病院の建設予定地を東金市に
- 事業主体を行政組合に決定
- 基本計画案を協議

H. 18. 3. 24

中央病院開設許可申請を提出

平成18年度

H. 18. 4. 5 山武地域医療センター病院開設許可

H. 18. 7. 10 基本計画案を修正

H. 19. 2. 13 市町長会議 ○修正案を一部修正

H. 19. 3. 26 第9回基本計画策定委員会

平成19年度

H. 20. 2. 15 市町長会議

○センター長の権限を巡り合意解消、計画断念

H. 20. 2. 26 1市2町による知事への支援要請

平成20年度

H. 20. 5. 26 1市2町地域医療センター準備会合

○センター長候補者として平澤名誉教授紹介

H. 20. 6. 6～13 九十九里町、東金市予算可決、大網白里町予算否決

H. 20. 10. 6 大網白里町再び予算否決

H. 20. 10. 14 1市1町より県に可能性検討申し出

H. 20. 10. 24-28 県より約85億円の支援含む試案提示される。

H. 20. 10. 31 病床配分申請(病院開設計画書)届出

H. 20. 11. 6-28 県試案に対する専門コンサルタントの検証委託

○検証により整備事業費、経営や運営の課題が整理

H. 20. 12. 18-19 九十九里町議会、東金市議会 医療センター検討予算議決

H21. 1. 14 第1回検討協議会

H21. 3. 17 第2回検討協議会 医療機能コンセプト等とりまとめ

平成21年度

H21. 7. 13 第3回検討協議会 詳細医療機能、独法経営方針とりまとめ

H21. 10. 19 第4回検討協議会 医療センター事業計画(案)とりまとめ

1 市 1 町地域医療センターの検討協議に関する規約

(趣旨)

第 1 条 東金市及び九十九里町（以下「1 市 1 町」という。）は、千葉県及び千葉大学の支援のもと、地域医療の向上と救急医療体制の充実を推進するため、地域医療センターの検討と協議に関し必要な事項を次のとおり定める。

(協議組織等の設置)

第 2 条 1 市 1 町による地域医療センターに関する検討と協議を行うため、1 市 1 町地域医療センター検討協議会（以下「協議会」という。）を設置する。

2 1 市 1 町による地域医療センターに関する専門的事項を調査検討するため、必要に応じ専門家等による専門委員会を設ける。専門委員会に関し必要な事項は、別に定める。

(所掌事項)

第 3 条 協議会は、地域医療センターに関する次の事項を行う。

- (1) 地域医療を踏まえた具体化の検討と協議
- (2) 経営、医療機能等に関する検討等
- (3) 病院開設計画、病院開設許可申請に関する調査、調整等
- (4) その他目的達成に必要な事項

(組織)

第 4 条 協議会は、以下の者をもって組織する。

- (1) 1 市 1 町の長
 - (2) 1 市 1 町の議会の代表
 - (3) 地元選出の県議会議員
 - (4) 千葉県健康福祉部長及び千葉県病院局長
 - (5) 地域医療センター長候補者
 - (6) 千葉県医師会及び山武郡市医師会の代表
 - (7) 千葉大学を代表する者
 - (8) 県立東金病院長
 - (9) 1 市 1 町の長が指名する者
- 2 協議会に会長及び副会長をそれぞれ 1 人置くものとし、会長及び副会長は、委員の互選により選任する。

(会議)

第 5 条 協議会の会議は、会長が招集する。ただし、会長に事故あるとき又は欠けたときは、副会長が招集する。

(庶務)

第6条 協議会等の庶務を行うため東金市を幹事団体とし、代表してその事務を行うものとする。

(経費の負担)

第7条 協議会等の運営に必要な経費は、補助金等を除き1市1町が負担する。

- 2 前項の負担の割合は、均等割10%、財政力割40%、人口割50%とする。ただし、端数の処理については、1市1町の長の協議により定めるものとする。
- 3 前2項の規定にかかわらず、協議を進めていく上で特別の事情が生じた場合の取り扱い、1市1町の長が定めるところによるものとする。

(予算の執行)

第8条 予算の執行は、幹事団体となる東金市において行うものとする。

- 2 九十九里町は、前条の規定による負担金を東金市に納入する。
- 3 前項の負担金の納入の時期については、1市1町の長の協議により定める。

(事務)

第9条 事務の執行場所は、東金市役所庁舎内とする。

- 2 事務に従事する職員は、1市1町の長が当該市町の職員等のうちから指名する者をもって充てる。この場合において、当該職員に係る給料、諸手当等は、その属する市町が支給する。
- 3 前項に定めるもののほか、関係市町の職員以外の者を事務に従事させる場合の扱い及びその他必要な事項は、1市1町の長が協議して別に定める。

(解散の場合の措置)

第10条 収支は、この規約に基づく協議が終了した日をもって打ち切り、1市1町でこれを清算する。

- 2 協議の終了により協議会等が解散し、新たな組織に移行する場合の財産等の扱いについては、1市1町の長の協議により定める。

(みなし規定)

第11条 この規約施行前に1市1町の間で合意して事前に着手した事項は、この規約の相当規定により執行されたものとみなす。

(委任)

第12条 この規約に定めるもののほか、協議会等に関し必要な事項は、1市1町の長が協議して定める。

附 則

この規約は、平成20年11月26日から施行する。

1 市 1 町地域医療センターに係る医療専門委員会設置要綱

(趣旨)

第 1 条 この要綱は、1 市 1 町地域医療センターの検討協議に関する規約第 2 条第 2 項の規定により設置する専門委員会に関し必要な事項を定める。

(医療専門委員会の設置)

第 2 条 1 市 1 町による地域医療センターに係る医療機能の専門的検討を行う組織として、医療専門委員会(以下「委員会」という。)を設置する。

(所掌事項)

第 3 条 委員会は、1 市 1 町による地域医療センターに係る次の医療関係事項について検討を行う。

- (1) 病床数、診療科目その他の医療機能
- (2) 医療機能に対応する医師、看護師等の医療スタッフ体制とその確保策
- (3) 医療機能に対応する関係設備、機器等のあり方やその整備手法
- (4) 救急その他の拠点機能、専門機能、研修機能等のあり方
- (5) その他必要な医療機能に附帯する事項

(組織)

第 4 条 委員会は、以下の者をもって組織する。

- (1) 地域医療センター長候補者
 - (2) 千葉大学から推薦された者
 - (3) 山武郡市医師会の代表
 - (4) 千葉県健康福祉部技監
 - (5) 千葉県病院局副局長
 - (6) 県立東金病院長
 - (7) 山武健康福祉センター長
 - (8) 医療関係の市民活動をしている者
- 2 委員会に委員長及び副委員長をそれぞれ 1 人置くものとし、委員長は前項第 1 号に規定する委員とし、副委員長は委員長の指名する者とする。

(会議)

第 5 条 委員会の会議は、委員長が招集し、会議の議長となる。

2 委員会の会議は、委員長が委員の意見を集約し決定するものとする。

(庶務)

第 6 条 委員会の庶務は、1 市 1 町地域医療センター検討協議会の事務局が行う。

(委任)

第 7 条 この要綱に定めるもののほか、委員会の運営に関し必要な事項は、委員長が

別に定める。

附 則

この要綱は、平成21年1月14日から施行する。

附 則(平成21年5月1日改正)

この要綱は、平成21年5月1日から施行する。

1 市 1 町地域医療センター経営検討会議設置要綱

(設置)

第 1 条 1 市 1 町地域医療センターの検討協議に関する規約第 2 条第 1 項に規定する 1 市 1 町地域医療センター検討協議会(以下「協議会」という。)の補助組織として、1 市 1 町地域医療センターに係る経営上の諸課題の整理とその解決策を検討するため、1 市 1 町地域医療センター経営検討会議(以下「経営検討会議」という。)を設置する。

(所掌事項)

第 2 条 経営検討会議は、1 市 1 町地域医療センターの自立的な経営を確立していくため次の事項を検討し、必要に応じ協議会等に報告するとともに、その結果を事業計画等に反映させるものとする。

- (1) 病院施設整備とその事業化手法
- (2) 病院経営の適正化策
- (3) 効果的な県、市町等の財政支援の手法
- (4) 事業主体、予定地等の選定検討
- (5) その他経営関連事項

(組織)

第 3 条 経営検討会議は、次の者をもって組織する。

- (1) 地域医療センター長候補者
- (2) 東金市及び九十九里町の次の業務を所管する職員等で、各首長が指名する者
 - ア 総務関係
 - イ 企画財政関係
 - ウ 保健医療関係
- (3) その他病院経営に識見を有する者として東金市及び九十九里町の各首長が協議して選任したもの

2 経営検討会議の議長は、原則として前項第 1 号に規定する者をもって充てる。ただし、当該者の不在その他の理由によりこれによりがたい場合にあっては、出席者の中から互選によりその都度議長を選出することができる。

(会議)

第 4 条 会議は協議会の事務局が招集する。

2 経営検討会議は、議長が出席者の意見を集約し取りまとめるものとする。

(庶務)

第 5 条 経営検討会議の庶務は、検討協議会の事務局が行う。

(委任)

第6条 この要綱に定めるもののほか、経営検討会議の運営に関し必要な事項は、その都度議長が定める。

附 則

この要綱は、平成21年2月10日から施行する。

検討協議会委員名簿

	委 員 名
東金市長	志賀 直温
九十九里町長	川島 伸也
東金市議会議長	今関 正美 (～H. 21. 4. 30) 石渡 徹男 (H. 21. 5. 1～)
東金市議会副議長	石渡 徹男 (～H. 21. 4. 30) 布施 栄亮 (H. 21. 5. 1～)
九十九里町議会議長	古川 定雄 (～H. 21. 9. 17) 大矢 吉明 (H. 21. 9. 18～)
九十九里町議会副議長	細田 一男
千葉県議会議員	伊藤 丈
千葉県議会議員	石橋 清孝
千葉県議会議員	阿井 伸也
千葉県健康福祉部長	小川 雅司 (～H. 21. 4. 30) 戸谷 久子 (H. 21. 5. 1～)
千葉県病院局長	小田 清一
地域医療センター長候補者 (千葉大学名誉教授)	◎平澤 博之
千葉県医師会副会長	田那村 宏
山武郡市医師会長	○田畑 陽一郎
千葉大学を代表する者 (千葉大学教授)	横須賀 收
千葉県立東金病院長	平井 愛山
東金市区長会連合会長	織本 雄二
九十九里町自治区連絡協議会長	浅野 秀夫

◎会長／○副会長

医療専門委員会委員名簿

	委 員 名
地域医療センター長候補者 (千葉大学名誉教授)	◎平澤 博之
千葉大学から推薦された者 千葉大学教授 (消化器内科長) 〃 (肝胆膵外科長) 〃 (救急部長)	横須賀 收 宮崎 勝 織田 成人
山武郡市医師会長	○田畑 陽一郎
千葉県健康福祉部技監 (千葉県健康福祉政策課長)	野村 隆司
千葉県病院局副病院局長	本橋 誠
千葉県立東金病院長	平井 愛山
山武健康福祉センター長	中村 恒穂
医療関係市民活動者	藤本 晴枝

◎委員長／○副委員長

経営検討会議委員名簿

	委 員 名
地域医療センター長候補者 (千葉大学名誉教授)	◎平澤 博之
東金市企画政策部長	石田 光男 (～H21. 3. 31) 石橋 輝喜 (H21. 5. 1～)
東金市総務部長	古川 浩一
東金市市民福祉部長	松島 正行
九十九里町総務課長	戸村 和幸
九十九里町企画財政課長	松井 義郎
九十九里町健康福祉課長	小安 英則
千葉県健康福祉政策課主幹 千葉県健康福祉政策課長	高田 秀一 (～H21. 4. 30) 永井 俊秀 (H21. 5. 1～)
有識者 (社) 全国社会保険協会連合会参事 千葉県病院局佐原病院事務局長	近藤 俊之 氏原 強

◎議長

その他計画策定にご協力いただいた方

千葉大学医学部附属病院 腫瘍内科、第一内科 臓器制御外科、中央手術部 救急集中治療医学、救急部・集中治療部 看護部 副看護部長	吉川 正治 竹内 男 仲村 将高 石原 照子
---	---------------------------------

