令和８年３月 26 日 決定
令和８年８月 31 日 改定

公立さがえ西村山医療センター（仮称）

整備基本計画

令和８年３月26日

山形県立河北病院及び寒河江市立病院の
統合再編・新病院整備に関する協議会

はじめに

「医療の提供」は県民の命と健康を守るための大切なインフラであり、どの地域においても県民の皆様が将来にわたって必要な医療サービスを安心して受けられる体制を構築することが大変重要であります。西村山地域では、地域内の４つの公立病院に医療資源が分散する中でその機能が徐々に低下し、患者の流出や医療人材の確保・育成の困難に伴う医療機能の縮小といった課題がありました。

これを受け、令和４年度に「西村山地域医療提供体制検討会」を設置し、約２年にわたり管内１市４町の首長による議論を行った結果、県と各首長の総意として、県立河北病院と寒河江市立病院を統合再編し、医療資源を集約することが妥当との判断に至りました。

その後、令和６年３月に県と寒河江市が基本合意書を締結し、両病院を統合して早期に新病院を整備することとしました。５月には県と寒河江市の協議会を設置し、地域住民や医療関係者の意見を踏まえて、新病院の基本構想及び基本計画の検討を進めてきました。

昨年３月に策定した基本構想では、新病院整備の方向性・役割・機能、施設整備の基本方針や運営のあり方などを示しました。

本基本計画では、県、寒河江市はもとより、西村山地域の皆様にとって極めて重要な事業となる新病院整備に向けて、建設予定地や運営母体の構成自治体、病院機能の根幹をなす病床数や病棟構成等の基本条件を明確にし、各部門の諸室計画や整備事業計画等を具体化しました。あわせて、新病院の名称は「公立さがえ西村山医療センター（仮称）」とすることとしました。

協議会では、西村山地域全体を俯瞰し、新病院が地域における持続可能な医療提供体制の中核となるよう、次年度以降の設計や建設工事を含め、開院に向けて万全を期してまいります。

結びに、本計画策定に当たり、協議会の部会員として御助言をいただいた山形大学の関係者の皆様をはじめ、貴重な御意見をいただきました山形県医師会並びに関係団体の皆様方に心からお礼申し上げます。

令和８年３月

山形県立河北病院及び寒河江市立病院の
統合再編・新病院整備に関する協議会

山形県知事　吉村美栄子

寒河江市長　齋藤　真朗

目　次

第１章　全体計画
１－１．基本理念と基本方針 …… 1
１－２．役割と機能 …… 1
１－３．診療科構成 …… 5
１－４．病床数と病棟構成 …… 5

第２章　部門別計画
２－１．入院部門 …… 6
２－２．外来部門 …… 8
２－３．救急部門 …… 10
２－４．手術部門 …… 12
２－５．内視鏡部門 …… 13
２－６．看護部門 …… 15
２－７．薬剤部門 …… 16
２－８．放射線部門 …… 17
２－９．リハビリテーション部門 …… 18
２－10．臨床検査部門 …… 20
２－11．栄養部門 …… 22
２－12．地域連携部門 …… 23
２－13．在宅医療部門 …… 25
２－14．事務部門 …… 26
２－15．管理部門 …… 27
２－16．医療安全部門 …… 29
２－17．感染対策部門 …… 30

第３章　部門横断計画
３－１．医療情報システム整備計画 …… 32
３－２．医療機器整備計画 …… 33
３－３．委託計画 …… 33

第４章　施設整備計画
４－１．施設整備方針 …… 34
４－２．建設予定地 …… 35
４－３．敷地利用計画 …… 35
４－４．部門配置計画 …… 36
４－５．構造計画 …… 37
４－６．設備整備計画 …… 38

第５章　整備事業計画
５－１．整備事業費 …… 39
５－２．整備手法 …… 40
５－３．整備事業スケジュール …… 40
５－４．事業収支シミュレーション …… 41

第６章　運営の概要
６－１．構成自治体 …… 42
６－２．運営形態 …… 42
６－３．財政負担 …… 43
６－４．人員移行等計画 …… 43

参考資料
資料１　会議開催等の実績 …… 44
資料２　建設予定地の選定経過 …… 46
資料３　協議会規約 …… 50
資料４　構成機関及び構成メンバー …… 53
資料５　用語集（本文中※の用語説明） …… 57

第１章　全体計画

１-1. 基本理念と基本方針

(1) 新病院の基本理念

私たちは、時代とともに変化する医療ニーズに応えながら、住民の健康と安心を守り支える地域に根差した持続可能な病院を目指します。

(2) 新病院の基本方針

１．患者の権利と意思を尊重し、安全で質の高い医療を提供します。
２．常に専門的な技術や知識の研鑽に努め、患者に寄り添った医療やケアを提供できる人材を育成します。
３．住み慣れた地域での暮らしを支えられるよう、医療・福祉・行政関係者と積極的に連携・協力します。
４．働きやすく、職員が誇りとやりがいを持てる職場環境を作ります。
５．地域で求められる医療を提供し続けられるよう、健全な経営に努めます。

１-2. 役割と機能

(1) 新病院の役割

1）　身近で頼りになる地域密着型病院としての役割

・現２病院が持つ診療分野を維持しつつ、専門医※の集約効果と総合診療科医師※の体制強化並びに両者の連携を生かし、幅広い診療分野や入院治療、一定の手術対応等の多機能を備え、地域で必要とされる医療を提供する役割を担う。
・地域の開業医の高齢化と診療所の減少が懸念される中、住民に身近な医療機関として一定の「かかりつけ医※」としての役割も果たす。

2）　西村山地域に求められる救急医療を支える柱としての役割

・現２病院の医療スタッフの集約により、救急応需体制を堅持し、近隣の二次救急医療機関※と連携しながら、地域外の医療機関で対応されていた患者のうち西村山地域で診るべき患者、特に後期高齢者の軽症・中等症の救急患者の受入れには可能な限り対応する。
・重症・重篤患者は山形市内の三次救急医療機関※へ速やかに繋ぐための役割を担う。

3）　地域包括ケアシステム※の中核病院としての役割

・現２病院が進めている地域の医療・介護・行政関係者との連携の取組みを継承・充実させ、高齢者とその家族が住み慣れた地域で暮らし続けられる「地域包括ケアシステム」の中核として、介護施設や住まいとの間の入退院や在宅療養を支えるための役割を担う。

4）　回復期※の医療が必要な地域住民の受け皿としての役割

・現２病院のリハビリテーションスタッフの集約により、急性期※の治療を終えた患者へのリハビリ・ケア体制を充実させ、脳血管疾患リハビリテーションへの対応を含め、患者の速やかな地域内への受入れを促す役割を担う。

(2) 新病院の機能

1）　総合診療機能

・総合診療科医師を中心として、疾病の予防から治療、リハビリテーションまで患者を継続的に診ながら、健康や生活を見守り支える医療を提供するほか、地域内外の各種サービスと連携・調整するハブ（結節点）となる。

・「まずは診る」ことを基本姿勢として、総合診療科医師がファーストタッチ（どのような検査や処置が必要なのかの見極め）を行うことで可能な限り対応し、迅速な初期診療と専門医への紹介を行う。

2）　救急医療

・西村山地域で対応すべき中等症から軽症の救急患者や、高度急性期※治療が医学的に難しいと判断される高齢者の救急搬送を含め、二次救急医療機関として可能な限り受け入れる。

・現２病院の医師・看護師等の医療スタッフの集約化や、多領域にまたがって診察できる総合診療機能等を生かし、まずは速やかに救急患者を診察した後、新病院での対応が困難な患者は適切な医療機関に紹介するトリアージ※機能の強化に努め、救急応需率の向上を目指す。

・小児救急については、非常勤の小児科医師による外来診療日の確保や総合診療科医師による初期診療などにより、できる限りの充実を目指すほか、安心して子育てできる環境づくりのため、何ができるか引き続き検討する。また、休日や夜間等の時間帯については、診療体制が整っている山形市内の小児二次救急医療機関等との適切な役割分担を目指す。

3）　急性期の診療機能

・地域の病院や診療所から、入院治療や専門的な検査・治療を必要とする患者を積極的に受け入れる。特に、高齢者に多い内科系疾患（誤嚥性肺炎、慢性心不全、尿路感染症等）や外傷（大腿骨骨折等）などの高齢者の総合的な診療ができる体制の充実を目指す。

・全身麻酔を行う手術や緊急手術にも一定程度応じられる体制を目指す。外科領域についても、山形市内の急性期病院で待ち時間が長期化している予定手術のうち対応可能な手術（鼠径ヘルニア等）の積極的な受入れを目指す。

・脳卒中や急性心筋梗塞、高度で専門的な治療が必要ながん等の患者については、山形市内の三次医療機関や基幹病院に速やかに繋ぐよう努める。

4）　外来機能

・現２病院の有する診療科を基本としながら、今後地域に求められる一定のかかりつけ医機能の確保に努める。

・総合診療科を中心に一般内科外来の機能を強化し、患者の疾病のみならずその背景にある広範な健康問題等に対して多角的に診療できる体制づくりに努める。

・小児科については、非常勤医師による外来診療日を確保し、地域の診療所の平日休診日への対応の充実を目指す。

・産婦人科については、産科セミオープンシステム※のもとで妊産婦検診に対応することを目指すほか、安全・安心な出産をサポートするため、何ができるか引き続き検討する。

5）　回復期の診療機能

・急性期医療を終えた患者が住まいに近い地域で速やかな在宅復帰を目指せるよう、リハビリテーションを含めた急性期後の適切な医療を提供するポストアキュート※機能の充実を図り、適切な回復期病床を確保する。

・特に、新たに山形市内急性期病院との脳卒中連携パス※に参加し、リハビリテーション科やリハビリテーションの診療経験を有する総合診療科等の医師、理学療法士、作業療法士等を中心とした脳血管疾患リハビリテーションの体制整備を目指す。

6）　慢性期※の診療機能

・長期的な治療を必要とする患者のうち、医療の必要度が低い患者については、本人や家族が望む診療の提供を行いながら、在宅医療の機能充実により対応する。

7）　在宅医療の機能

・現２病院と同様に訪問診療を提供するとともに、地域の訪問看護（介護）サービス事業所と連携しながら、訪問看護等の提供にも努める。また、地域の医療機関や介護施設等の在宅医療を支援するため、症状が悪化する兆候がみられる患者の早期受入機能や、急性増悪※した患者を受け入れるサブアキュート※機能を充実させる。

・県立河北病院の「地域医療連携ステーション」や寒河江市立病院の「地域医療連携室」が持つ地域連携機能を継承し、地域の医療・介護・行政関係者との情報共有・協働を通して、患者の在宅復帰や日常の療養

を支援する。

- 緩和ケア※については、在宅医療を中心として実施する。ただし、入院ニーズにも対応するため、一般病床において療養環境に配慮しつつ受け入れる。

8）　健康維持・管理に関する機能

- 医師をはじめとする他職種が連携して患者の健康管理を総合的に支援するチーム医療※を基本として、市町が担う保健事業と連携しながら、生活習慣病の重症化予防のためのセルフケアや早期発見、保健指導と受診勧奨、治療を一貫して支援できる体制づくりを目指す。
- 在宅療養者の健康維持・管理のため、訪問看護等の提供に努める。

9）　災害時の機能・感染症対応

- 西村山地域の中核病院として、災害発生時や新興感染症の発生・まん延時にも必要な医療を維持・継続できるよう、山形市内の基幹病院と連携を図りながら必要な体制を整備する。

10）　周辺医療機関との連携

（山形市内の急性期病院との連携）

- 山形市内の急性期病院に救急搬送された西村山地域の患者の転院搬送（いわゆる「下り搬送※」）を積極的に受け入れられるよう、平時から連携強化を図る。
- 山形市内の急性期病院で待ち時間が発生している予定手術のうち対応可能な手術を新病院で積極的に受け入れていけるよう、連携強化を図る。

（西村山地域の町立２病院との連携）

- 慢性期の入院患者の受入れなどについて、西川町及び朝日町の町立２病院との連携・協力体制の整備を図る。
- 町立２病院との中長期的な連携のあり方については、町立病院の機能に関する各町の検討状況に応じて、地域医療を守る観点から、医師等の人材確保や医療従事者のスキルアップ、地域医療連携推進法人※の活用など最適な方策を講じる。

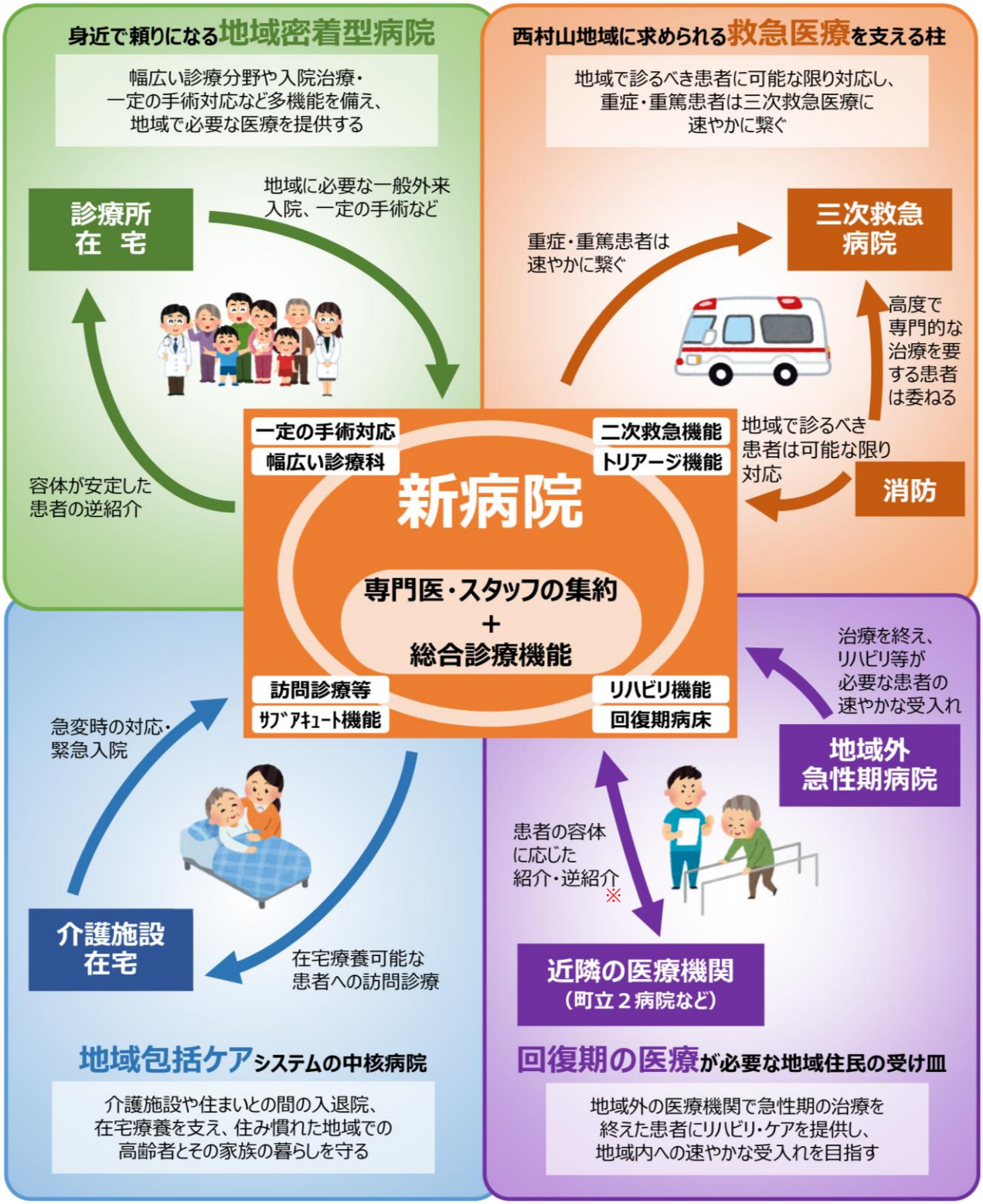
（北村山公立病院との連携）

- 北村山公立病院の医療機能を踏まえながら、例えば一方で対応できない患者を他方が受け入れるなど、連携のあり方について検討する。

11）　教育・研修等の人材育成・確保に関する機能

- 地域医療において中心的な役割を果たすことが期待される総合診療科医師を新病院で育成・確保するとともに、将来的には県内の他の医療機関にも人材派遣・支援していけるよう、専門研修※基幹施設としての認定、研修機能の強化を目指す。
- 研修の可能な診療科においては、大学病院や県立病院など専門医研修の基幹施設や連携施設と協力し、症例研修の場を提供することを目指す。
- 西村山地域内の医療従事者に共同研修の機会等を提供し、地域全体の医療従事者のスキルアップを支援する。
- 医学生や看護学生等の実習生を積極的に受け入れることで地元定着を促し、地域全体の医療従事者の確保を支援する。また、実習生への指導を通した研鑽により、受入れ側の医療従事者のスキルアップを図る。
- 遠隔診療やAI等の先進技術の活用を積極的に進め、地域全体の医療DX※を牽引する。
- タスクシフト・タスクシェア※等の業務負担軽減やキャリア形成支援を充実させ、若手人材の定着を目指す。

図表1：新病院の役割・機能等の全体イメージ



1-3. 診療科構成

- 地域住民に対する医療サービスの確保のため、統合する現２病院の診療科を基本として、内科、脳神経内科、疼痛緩和内科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科、救急科の16診療科※を目指す。
- 上記の診療科の構成・体制については、今後の医師配置・確保の状況や病床規模等に鑑み、開院までの間において必要に応じて見直す。
- 新病院が開院を目指す令和14年を迎えるまでに、定年退職となる医師が複数いること、医師１名体制となっている診療科や非常勤医師により対応している診療科が複数あることが診療科の確保の課題となる。
- 新病院開院までの間、目指す診療科の確保に向けて、医師の主な派遣元である山形大学医学部との連携・協力や、県地域医療対策協議会への要望等により、常勤医師の確保や非常勤医師の継続派遣に取り組む。

※県立河北病院が内科の一部として院内標榜している「総合診療科」は、今後医療法等の改正により標榜診療科に認められた場合には標榜することとする。

1-4. 病床数と病棟構成

(1) 新病院の病床数

- 病床数は、現２病院の入院患者数等から想定される患者数を基礎として、令和32年（2050年）以降の更なる人口減少等による影響を考慮し、一般病床140床とする。

(2) 新病院の病棟構成

- 病棟構成は、現2病院の病棟別患者数や必要となる人員体制等を考慮し、急性期一般病棟※（50床×１病棟）及び地域包括ケア病棟※（45床×２病棟）の３病棟とする。

※病棟構成については、今後の診療報酬改定や病院を取り巻く環境変化等を踏まえて、必要に応じて見直す。

図表2：病棟種別ごとの病床数（病棟構成）

病棟種別	病床数（病棟構成）
急性期一般病棟	50床（50床×１病棟）
地域包括ケア病棟	90床（45床×２病棟）
合計	140床（３病棟）

(3) 個室

- 入院患者にとってより良い療養環境の提供を図るため、各病棟の病室は東北地方の公立病院で初※となる「全室個室」とする。

※令和８年３月現在、県医療政策課調べ。

第２章　部門別計画

２-1. 入院部門

(1) 基本方針

①高齢化により多様な疾患を抱えた患者が増加する現状に対応し、安全で質の高い入院医療を提供する。
②救急患者、基幹病院からのポストアキュート、高齢者施設入所者等の急性増悪に伴うサブアキュート患者を受け入れる機能を整備する。
③在宅復帰支援のためのリハビリテーション機能を充実し、早期退院に向けた多職種連携を円滑に実施できる体制を整備する。
④患者のプライバシー保護と療養環境の質的向上に配慮する。

(2) 運用計画

1）　病床管理

①効率的な病床管理を実施するため、診療科別の病床割当は行わず、混合病棟として柔軟に運用する。
②円滑な入退院を支援するため、入退院支援、地域連携、在宅医療及び患者相談までを包括的に担う「患者総合支援センター」において病床を一元管理し、外来、病棟及び多職種（医師、看護師、医療ソーシャルワーカー及びリハビリテーションスタッフ等）が連携することにより、入院前から退院、在宅への移行まで切れ目のないサポートを提供する。

2）　診察・処置

入院患者への診察・処置は、病室または病棟内の診察・処置室で対応する。

3）　スタッフステーション

医師、看護師、その他医療従事者等がスタッフステーション内で業務が可能なスペースを確保し、多職種連携によるチーム医療を推進する。

4）　食事提供

栄養部門から各病棟への迅速な動線を確保し、配膳方式は中央配膳方式※とする。

5）　感染症対策

①急性期一般病棟は、感染症患者の増加に応じて段階的に区画を変更し、一部を感染症専用エリア（４床程度）として運用する。
②感染症専用エリア内の病室のうち１室は陰圧※対応可能な個室とし、感染症のまん延時には、トイレ付き有償個室を転用する。

6）　その他

不審者の侵入を防ぐとともに、見守りが必要な患者が一人で病棟を離れることがないよう、監視カメラの設置や IC カードを用いた入棟管理等によりセキュリティ環境を確保する。

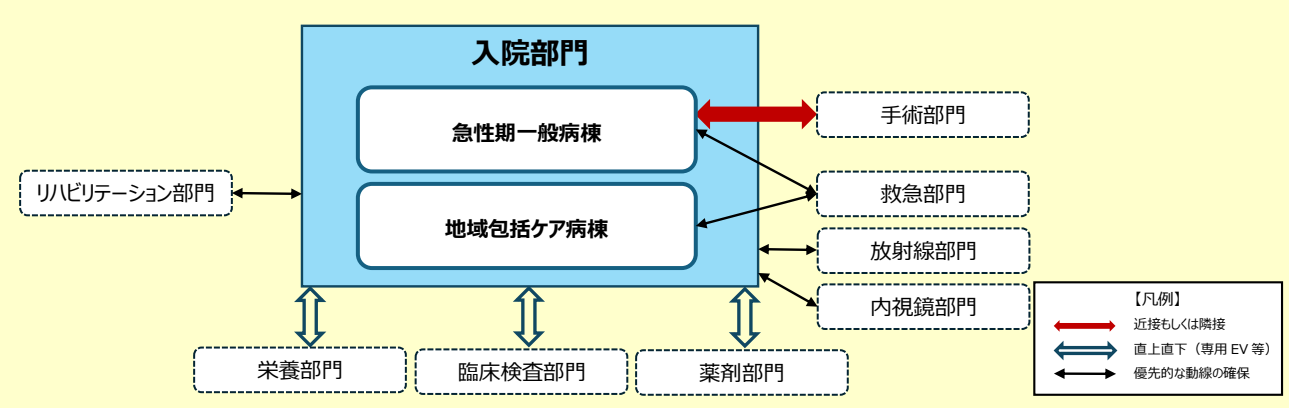
(3) 施設計画

1）　配置条件

①急性期一般病棟は、手術室や救急部門からの患者搬送動線を考慮し、少なくとも手術部門と同一フロアの配置とする。
②病棟は、リハビリテーション部門との連携を重視し、患者・スタッフの動線に配慮する。
③検査患者の移動負担を軽減するため、放射線部門・臨床検査部門・内視鏡部門との患者の動線に配慮する。
④給食・検体・薬剤の搬送負担を軽減するため、栄養部門・臨床検査部門・薬剤部門とはエレベーターを活用

しやすい配置とする。なお、搬送業務の省力化のため、臨床検査部門・薬剤部門とは小荷物昇降機等での機械搬送も検討する。

図表3：関連部門との配置イメージ



2）　諸室整備

2)-1 病室

①病室は全室個室で整備する。そのうち有償個室は急性期一般病棟に３～４床、地域包括ケア病棟２病棟にそれぞれ２床整備する。
②各病室入口付近に手洗い設備を設置する。
③病室内に酸素、吸引の医療ガス配管設備を設置する。また、急性期一般病棟に整備する重症個室※（２床）には圧縮空気も併せて設置する。
④感染症対応の病室と有償個室にはトイレを整備する。無償個室の患者や面会者のためのトイレは分散配置を基本とし、車椅子対応やオストメイト※対応の多機能トイレも整備する。

2)-2 診察・処置・説明等

①入院患者への診察・処置を行うため、病棟内に診察・処置室を整備する。
②患者及び家族へのインフォームド・コンセント※等を行うため、各病棟に面談室を設ける。
③入院患者が病棟でリハビリテーションができるサテライトリハビリスペースを各病棟内に設ける。

2)-3 スタッフ用諸室

①各病棟のスタッフステーションは、看護動線の短縮と効率的な見守りを可能とするため、病室や廊下を見渡しやすい位置に配置する。
②スタッフエリアに、薬剤師が病棟の担当として業務が可能な作業スペースを設置する。
③適切なチーム医療を提供するため、カンファレンスルームを確保するとともにオンライン会議が迅速に実施できる環境を整備する。
④医療機器や診療材料、備品等の保管のため、各病棟に十分な収納スペースを確保する。
⑤職員の身体的・精神的負担軽減のため、各病棟に十分な広さの休憩室と仮眠室を整備する。
⑥患者用とは別に、スタッフ専用のトイレを整備する。

2)-4 その他

①各病棟に食堂加算を算定できる十分な広さの談話室（食堂・デイルーム）を整備する。
②急性期一般病棟には浴室１室とリフトバス１台、地域包括ケア病棟にはストレッチャー対応の浴室１室とリフトバス１台をそれぞれ設ける。
③廊下はベッドやストレッチャーが余裕をもってすれ違うことができる幅を確保する。またエアマットなどの収納スペース（扉付き）を廊下に確保する。

図表4：病棟別病室構成

病棟	計	個室			個室率	
		有償	無償	(うち重症個室)	全体	有償
急性期一般病棟	50床	3～4床	46～47床	（2床）	100.0%	6.0～8.0%
地域包括ケア病棟①	45床	2床	43床	（0床）	100.0%	4.4%
地域包括ケア病棟②	45床	2床	43床	（0床）	100.0%	4.4%
合計	140床	7～8床	132～133床	（2床）	100.0%	5.0～5.7%

図表5：主な諸室一覧（病床は除く）

区分	室名
各病棟	スタッフステーション、カンファレンス室、師長コーナー、診察・処置室、サテライトリハビリスペース、配膳室（パントリー）、面談室、浴室、談話室（食堂・デイルーム）、リネン庫（清潔）、リネン庫（不潔）、汚物室、廃棄物保管庫、器材室、倉庫、洗濯室、休憩室、仮眠室

2-2. 外来部門

(1) 基本方針

①地域の医療機関との機能分担を前提に、住民が必要とする基本的な外来診療機能を安定的に提供する。
②総合診療科医師を中心に、どの診療科を受診すべきか分からない患者の最初の相談窓口となるとともに、複数の疾患を抱える高齢患者などを包括的に診療する。
③患者総合支援センターと連携しつつ、地域の医療機関からの円滑な紹介・逆紹介体制を構築し、地域完結型医療※の実現に貢献する。
④分かりやすい院内動線とユニバーサルデザイン※の導入により、患者が利用しやすい診療環境を整備する。
⑤業務効率化と患者サービスの向上のため、必要なICT（情報通信技術）の導入を検討する。

(2) 運用計画

1）　案内・受付・会計

①来院者が円滑に受診できるよう、病院エントランス付近に総合案内を配置し、問合せ・相談等に対応する。
②初診・再診の別や紹介状及び予約の有無など、患者の通院状況に応じた個別対応を行い、来院時に患者が迷うことのない明確な受付体制とする。
③再診患者の受付については、自動再来受付機を活用し、効率的な運用を図る。
④効率的な運用を目指して、相互に関連する複数の診療科をまとめたブロック受付を採用する。
⑤プライバシーに十分配慮し、快適性に留意した待合空間を整備する。
⑥会計は、自動精算機や会計後払いシステム※等を導入することを検討し、待ち時間の短縮を目指す。

2）　診察

①診察室は、複数の診療科で共用可能なユニバーサル診察室を基本とし、フリーアドレス制※を導入する。
②ただし、小児科や産婦人科など、診療内容に応じた特性を有する診療科については、専用の診察室及び処置室を設ける。

3）　採血・処置

①採血は、業務の効率化のため、採血室で集約して行う。
②点滴は、人員配置の効率化のため、中央点滴室で集約して行う。
③医師による処置が必要な場合は、各科診察室に隣接した処置室で対応する。

4）　感染症（疑い）患者への対応

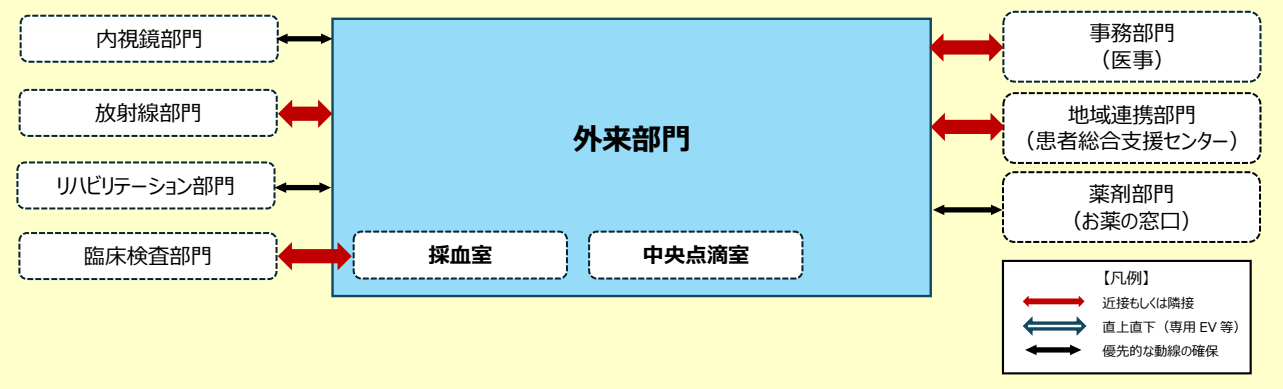
①感染症患者及びその疑いのある患者については、一般患者と動線を分離したエリアで対応する。
②感染症まん延時にも、一定規模の患者の受入れが可能な体制を整備する。

(3) 施設計画

1)　配置条件

①来院者が迷わず円滑に受付できるよう、総合案内・中央受付を病院の主たる入口付近に配置する。
②診療機能の効率化を図るため、中央点滴室は各診察室からアクセスしやすい中央部に配置する。
③患者と職員の移動負担を軽減し、診療の効率性を高めるため、外来診察エリア、中央点滴室、臨床検査部門、放射線部門を同一フロアまたは近接して配置する。
④院内感染を防止するため、感染症が疑われる患者と一般患者の動線が交わらないよう、専用の入口から診察室までを明確に分離する。

図表6：関連部門との配置イメージ



2)　諸室整備

2)-1 案内・受付・会計

①受付業務の効率化のため、自動再来受付機及び自動精算機等の導入を見据え、必要なスペース及び配置計画を検討する。
②患者がゆったりと待機できるよう、中央待合と各診察ブロック前の待合には、十分な広さと座席数を確保する。

2)-2 診察室

①診察室数は、全体で22室整備する。
②診察室は、関連する複数の診療科をブロックにまとめて整備する。
③職員の業務効率と動線を考慮し、診察室の後方に職員専用通路を設置する。
④小児科の専門性を考慮し、子どもが安心して過ごせる専用の待合、診察室、処置室を整備する。
⑤産婦人科のプライバシー保護のため、専用の診察室、内診室を整備する。（待合は他科と共用）
⑥感染症患者及び疑いのある患者に対応するため、救急エリアに感染対応の診察室を整備する。

2)-3 スタッフ用諸室

①診療スタッフが集まり会議や情報共有を行うカンファレンス室を整備する。
②医師事務作業補助者※が執務を行う事務室を整備する。
③上記の職員専用通路などのバックヤード内にスタッフの短時間休憩が可能なコーナーを整備する。

2)-4 その他

①相談室は、プライバシーに配慮し、個室とする。
②トイレは、男女別に加えて、バリアフリートイレを設置する。
③災害発生時における医療提供体制の継続を図るため、外来待合ホール等を一時的な救護スペースとして活用できるよう、非常用電源や医療ガスのアウトレット※を設ける。
④患者・職員の利便性を高めるため、売店及び自動販売機コーナーを設置する。なお、配置場所は外来患者だけでなく入院患者も利用することに配慮して設定する。

図表7：主な諸室一覧

区分	室名
一般外来	診察室（内科系）、診察室（外科系）、処置室
小児科	診察室、処置室、隔離待合室
整形外科	診察室、処置室、ギプス室
皮膚科	診察室、処置室
泌尿器科	診察室、処置室、尿量測定室、膀胱鏡室
産婦人科	診察室、処置室、内診室
眼科	診察室、処置室、検査暗室
耳鼻咽喉科	診察室、処置室、聴力検査室
リハビリテーション科	診察室
診療関連	中央点滴室、採血室
スタッフエリア	カンファレンス室（多目的室）、医師事務作業補助者室
患者支援	総合案内、中央受付、ブロック受付、待合、相談室（共用）、院外処方箋FAXコーナー

2-3. 救急部門

(1) 基本方針

①地域の二次救急医療機関として、軽症から中等症の救急患者を受け入れ、重症・重篤患者については三次救急医療機関と速やかに連携する。
②業務時間内（平日日中）は、総合診療科医師が初期診療を担い、速やかに院内外の専門診療へ繋ぐ。業務時間外（夜間・休日）は、宿日直担当医師が初期診療を担い、必要に応じて常勤医師の協力を得て診療を行う体制を基本に検討する。

(2) 運用計画

1）　受付・会計・待合

①救急搬送患者と業務時間外のウォークイン※患者は専用の救急受付で対応する。なお、外来受付時間終了後から業務時間終了までのウォークイン患者は通常の外来患者と同様に中央受付で対応する。
②業務時間内救急患者の会計は外来会計と同様とし、業務時間外は後日支払い（後日請求書発送も可）とする。
③救急患者待合と一般患者待合は分離する。

2）　診察体制

①救急搬送患者は、業務時間内・外にかかわらず救急外来で対応する。
②外来受付時間外のウォークイン患者についても救急外来で対応する。
③業務時間内は、救急担当の総合診療科医師及び看護師が対応する。
④業務時間外は、宿日直担当医師及び看護師が対応する。

3）　入院受入体制

救急外来での診察後、入院が必要と判断された患者については、基本的に急性期一般病棟内の救急病床※で受け入れる。ただし、場合によっては他病床や地域包括ケア病棟でも受け入れる。

4）　処方

①業務時間内は原則院外処方で対応する。
②業務時間外は院内処方とし、救急部門内で対応する。

5）　検査・放射線

①救急部門で発生した検体は、スタッフ搬送により、速やかに臨床検査部門へ搬送する。ただし、搬送業務の省力化のため、将来的なロボット搬送の導入も検討する。
②業務時間外に発生する検体検査・放射線検査については、臨床検査技師及び診療放射線技師による宿

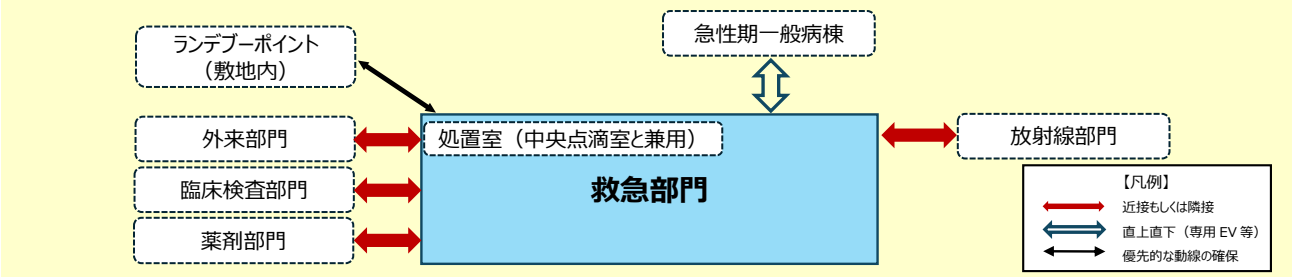
日直体制等で対応する。

(3) 施設計画

1）　配置条件

①迅速な検査・治療を可能にするため、救急部門は放射線部門（CT室等）に隣接して配置する。
②処置室は外来の中央点滴室と兼用で運用するため、外来部門と隣接して配置する。
③緊急入院対応となる患者を病棟に搬送しやすい動線計画とする。
④災害発生時において、ドクターヘリによる患者搬送に備えて設置する敷地内のランデブーポイント※まで患者を搬送しやすい動線計画とする。

図表8：関連部門との配置イメージ



2）　諸室整備

2)-1 診療・処置

①救急初療室を整備し、救急搬送を２名まで受入れ対応可能なスペースを確保する。
②救急外来用の診察室を２室整備し、１室は感染対応用とするが、常時は一般救急外来用として運用する。
③感染症対策として、専用の入口・待合から直接アクセスできる位置に感染対応診察室を整備し、患者とスタッフの動線を分ける。
④処置室は２室整備し、うち１室は外来の中央点滴室と兼用とする。別途設ける１室は、検視用として整備し、家族控室を併設する。

2)-2 スタッフ用諸室

①救急業務に従事する医師・看護師・臨床検査技師・診療放射線技師等のため、救急部門内または近接した場所に当直室と休憩室を整備する。
②救急隊員が報告書の作成や待機に利用できる専用スペースを確保する。

2)-3 その他

①救急患者の入院受入れに優先的に対応するため、急性期一般病棟内に救急病床２床を確保する。
②災害時における多数の傷病者受入れに備え、外来待合ホールを臨時のトリアージスペースとして活用できる計画とする。

図表9：主な諸室一覧

区分	室名
診療	初療室、診察室、処置室
スタッフエリア	休憩室、中央当直室
患者対応	救急受付、救急待合
救急隊	控スペース

2-4. 手術部門

(1) 基本方針

①外科、整形外科、泌尿器科領域を中心に、地域の医療ニーズに応じて、対応可能な範囲で手術を実施する。
②手術器材の適正な管理・供給体制とスタッフの適切な運用体制を構築することで、手術運営の効率化とコストの適正化も踏まえ、安全な手術を提供する。
③患者が安心して手術を受けられるよう、本人及び家族に対し術前・術後に丁寧な説明を行う。

(2) 運用計画

1)　機能・体制

①曜日や時間帯ごとに診療科別の運用枠を設けて、効率的な手術室運営を行う。
②入院患者の手術室への入退室は、独歩、車椅子もしくはベッドによる搬送とする。

2)　周術期管理

①入院手術を予定する患者に対し、入院前に、麻酔科医師による診察と手術室看護師による術前オリエンテーションを外来診察室で実施する。
②手術終了直後のリカバリーは、麻酔からの覚醒までの管理を手術室内で行う。

3)　器材管理

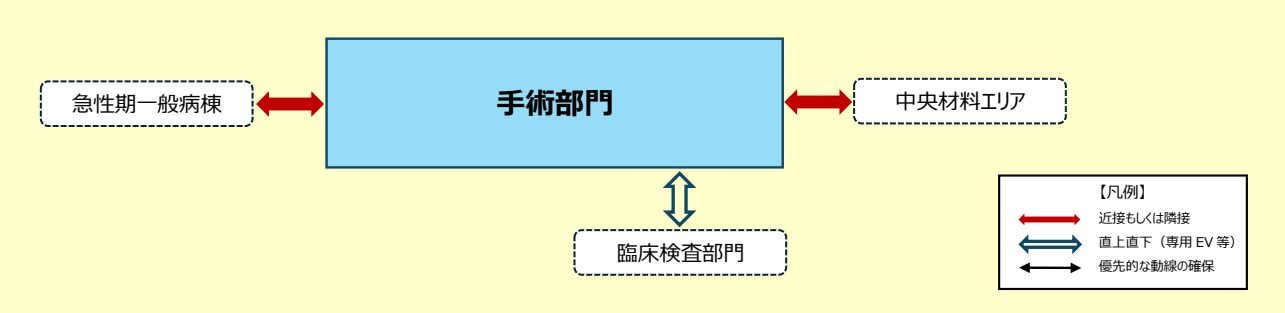
①院内各部署から回収した使用済み医療器材等の洗浄、滅菌、組立て、保管及び払出しの作業を中央材料エリアで一元的に行う。
②医療器材等の使用履歴を追跡できるトレーサビリティの確保に努め、在庫管理を徹底することで、適切な器材管理を行う。

(3) 施設計画

1)　配置条件

①手術室と中央材料エリアは、器材の供給・回収動線を最短化するため、一体的に隣接配置する。
②急性期一般病棟から手術室へのアクセス動線を考慮し、同一フロアで整備する。

図表10：関連部門との配置イメージ



2)　諸室整備

2)-1 受付

①手術患者の受付は、病棟看護師から手術室看護師への申送りや患者確認を行うことができるよう、前室にスペースを確保する。
②各部門から回収した使用済み医療器材等の受付を行うため、中央材料エリアに受付を設置する。

2)-2 手術室

①予定手術及び緊急手術に対応するため、手術室を２室整備する。
②手術室は、多様な手術に対応できる十分な広さと、必要な医療ガス・電気設備を備える。
③整形外科の人工関節置換術等に対応するため、清浄度の高い空調設備を備えた手術室とする。

2)-3 中央材料エリア

①洗浄室、組立室、滅菌室及び既滅菌器材保管庫を、作業工程の流れに沿って配置する。
②洗浄装置や滅菌装置を設置するための十分なスペースの確保と、必要な給排水・換気設備を設ける。

2)-4 手術室周辺

組織片のホルマリン処理を行うため、検体前処理室を整備する。

2)-5 スタッフ用諸室

①入室患者や手術進行状況の把握、スタッフ間の情報共有のため、スタッフステーション（カンファレンス室と兼用）を整備する。
②更衣室は男女別に整備し、それぞれにシャワールームとトイレを設置する。

図表11：主な諸室一覧

区分	室名
手術エリア	手術室、前室（手術ホール）、器材スペース、検体前処理室、説明室
中央材料エリア	洗浄室、組立室、滅菌室、既滅菌器材保管庫
スタッフエリア	スタッフステーション（兼カンファレンス室）、麻酔科医師控スペース、更衣室（シャワールーム、トイレ）、休憩室

2-5. 内視鏡部門

(1) 基本方針

近隣医療機関からの検査依頼にも対応できるよう、上部・下部消化管※を中心とした内視鏡検査・治療を実施できる体制を構築する。

(2) 運用計画

1）　受付

内視鏡部門受付で患者の到着確認、検査前の説明及び同意書の確認等を行う。

2）　前処置

①前処置が必要な外来患者は、部門内の前処置室で処置を行う。
②入院患者で前処置が必要な場合は、病棟で対応する。

3）　観察・リカバリー

①検査・治療後の一時観察を要する患者は、部門内の観察スペースで対応する。
②外来患者で検査終了後にリカバリーが必要な場合は、部門内の観察スペースを利用する。
③入院患者のリカバリーは、病棟で行う。

4）　病理検査

病理検査※への検体搬送は、スタッフによる搬送とする。

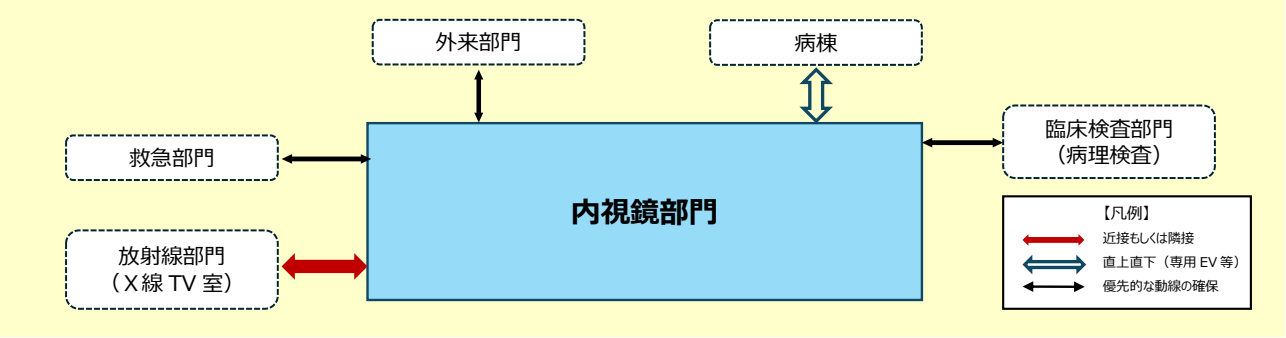
(3) 施設計画

1）　配置条件

①X線透視検査を行うため、放射線部門（X線TV※室）に近接した配置とする。
②内視鏡検査で採取された病理検体を臨床検査部門（病理検査）に効率的に搬送できる配置とする。

③入院患者のベッド搬送がエレベーターにより速やかに行うことができる配置とする。

図表12：関連部門との配置イメージ



2）　諸室整備

2)-1 受付・待合

①内視鏡検査、処置及び治療を受ける患者用の受付を設置する。
②検査待ちの患者用に待合スペースを確保する。

2)-2 更衣室・トイレ・前処置

①患者用更衣室と患者用トイレは、部門内に整備する。
②内視鏡検査前の前処置を行うため、前処置室を整備する。

2)-3 内視鏡検査

内視鏡検査室は、２室整備する。そのうち、１室は処置・治療用の広さを確保する。

2)-4 リカバリー

検査終了後のリカバリーのための観察スペースを確保し、リカバリー用ベッドを１台設置する。

2)-5 洗浄・消毒・収納

①使用済みの内視鏡検査機器及び備品類の洗浄・消毒を行うため、洗浄スペースを確保する。
②洗浄、消毒済みの器材、備品等を収納する器材スペースを確保する。

図表13：主な諸室一覧

区分	室名
診察	内視鏡室、前処置室、観察スペース、洗浄スペース、器材スペース
患者対応	受付、待合、更衣室、トイレ

2-6. 看護部門

(1) 基本方針

①患者、家族に寄り添い、安全で安心な看護を提供し、患者満足度の向上に努める。
②多職種と連携することで、チーム医療を推進し、質の高い看護を提供する。
③看護職員の幅広い知識と技術の習得を目指し、教育体制の充実や資格取得を支援する体制を整備し、習得した知識と技術を看護実践に生かす。

(2) 運用計画

1）　管理

①看護部門全体の取り組むべき方向性、人材育成及び労務環境の改善等の管理を行う。
②看護部門の管理に加えて、他部門との連携を図ることによりチーム医療を推進する。

2）　教育・研修

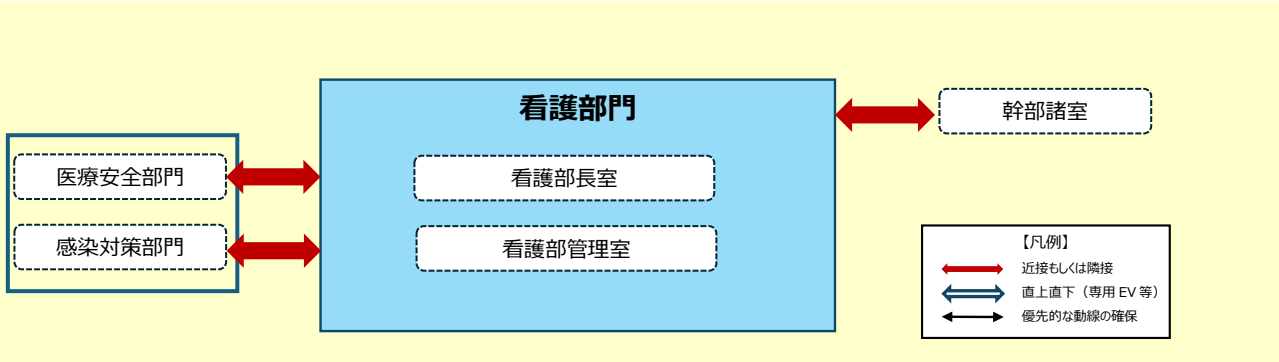
①経験年数に合わせた育成計画を作成し、看護師・看護補助者の院内教育を行う。
②認定看護師※や専門看護師※等の資格取得と、看護管理者の育成に向けた支援を行う。

(3) 施設計画

1）　配置条件

①看護部長室と看護部管理室は院長室をはじめとした幹部諸室と隣接させ、コミュニケーションが図れるようにする。
②業務の効率化を図るため、看護部長室と看護部管理室は医療安全部門及び感染対策部門と近接もしくは隣接した配置とする。

図表14：関連部門との配置イメージ



2）　諸室整備

①看護部長室と、副看護部長・看護師長が執務にあたる看護部管理室を一体的なエリアとして整備する。
②看護部管理室内に、看護部長・副看護部長・看護師長が打合せできるスペースを確保する。

図表15：主な諸室一覧

区分	室名
スタッフ関連	看護部長室、看護部管理室、会議室（共用）

2-7. 薬剤部門

(1) 基本方針

①薬剤師の専門性を生かし、医薬品の適切な供給と適正使用を推進するとともに、安全で効果的な薬物療法の提供に努める。
②院内の各部門と密に連携し、チーム医療の推進に貢献する。
③医薬品情報の適切な管理と最新の知見の収集・整理を行うことにより、医療従事者や患者からの問合せに迅速に対応できる体制を整え、院内への情報提供を通じて適正使用を支える。
④医薬品の購入・払出し及び在庫の一元管理を適切に行い、安定供給と効率的な運用を図る。

(2) 運用計画

1）　調剤業務

①外来患者への処方は原則院外処方とする。
②外来院内処方及び入院患者への調剤業務は、薬剤部門内の調剤室で行う。

2）　患者指導

①院内処方の外来患者、救急患者への服薬指導は、薬剤を渡すお薬の窓口で対応する。
②入院患者への薬剤管理指導及び持参薬鑑別※等の病棟薬剤業務は、病棟担当薬剤師が実施する。
③入院確定時、外来部門と連携し、使用中の薬の確認や持参薬鑑別報告書の作成を行う。必要に応じて手術前中止薬の説明等も行う。

3）　薬剤搬送

①薬剤部門から、病棟、救急部門、手術部門等の各部門への薬剤搬送は、スタッフによる搬送を基本とする。
②病棟への緊急・臨時薬剤搬送は、病棟スタッフによる搬送を基本としつつ、搬送業務の省力化のため、小荷物昇降機等での機械搬送も検討する。

4）　医薬品情報管理

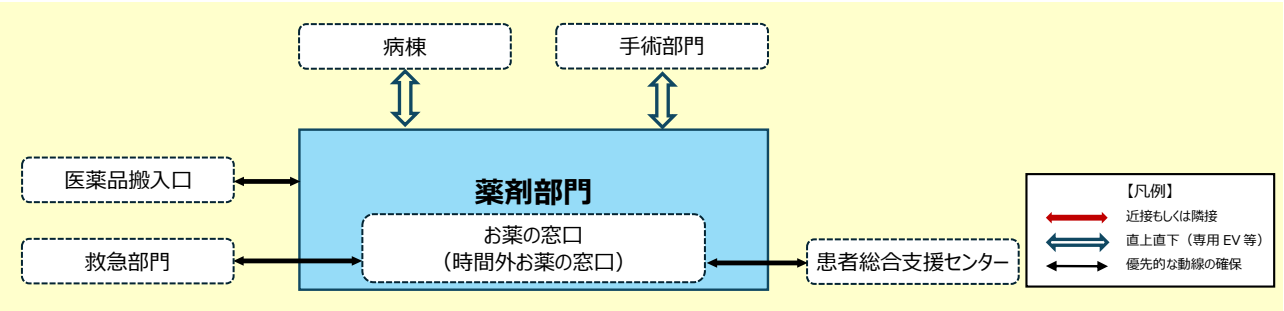
医薬品情報管理室において、医薬品情報の収集と適切な情報提供を実施する。

(3) 施設計画

1）　配置条件

①調剤、製剤、医薬品管理等の業務に必要な機能は同一フロアに集約配置する。
②院内処方や救急外来患者への薬渡し窓口は、患者総合支援センターや救急部門との患者の動線を考慮した上で、薬剤部門内に配置する。
③手術室や病棟への薬剤搬送の効率化のため、エレベーターを活用しやすい配置を基本としつつ、小荷物昇降機等での機械搬送も検討する。
④医薬品は院外から搬入されるため、搬入口からの動線を考慮した配置とする。

図表16：関連部門との配置イメージ



2）　諸室整備

2)-1 薬剤業務関連

①調剤室は、全自動薬剤分包機、全自動錠剤分包機等を設置できる広さを確保する。
②入院患者への指導を効率的に行うため、病棟に間仕切りなどで仕切られた薬剤業務を優先的に行うスペース（電子カルテ設備完備）を確保する。
③無菌調剤を行うための無菌室、院内製剤を行うための製剤室を整備する。
④院内処方や救急外来患者に薬剤を渡すためのお薬の窓口を設置する。
⑤医薬品を保管するための薬品庫を部門内に設置する。
⑥院内製剤に対応するため、製剤室に高圧蒸気滅菌器、無菌室にクリーンベンチ※を設置する。
⑦化学療法（注射）に対応するため、製剤室に安全キャビネット※を設置する。

2)-2 スタッフ用諸室

①医薬品情報を収集・管理するため、医薬品情報管理室を整備する。
②部門内に薬局長室、薬剤師が事務作業を行う事務室を整備する。

図表17：主な諸室一覧

区分	室名
調剤	調剤室、無菌室、製剤室
スタッフエリア	医薬品情報管理室、薬局長室、事務室
患者対応	お薬の窓口

2-8. 放射線部門

(1) 基本方針

①CT※、MRI※、マンモグラフィーを含むX線撮影装置などの画像診断機器を整備し、迅速かつ高精度な画像情報を提供することで、診療の質の向上に貢献する。
②近隣医療機関との設備・機器等の共同利用や受託検査を円滑に行う体制を構築し、医療機器を地域全体で効率的に運用する。
③放射線診療における被ばく線量の適正管理と安全な医療提供を徹底する。

(2) 運用計画

1）　受付

放射線部門受付は、患者にとって分かりやすく、効率的な受付を行うため、画像診断機器ごとの検査受付を一つに集約し、患者確認や検査案内の対応を行う。

2）　撮影・読影

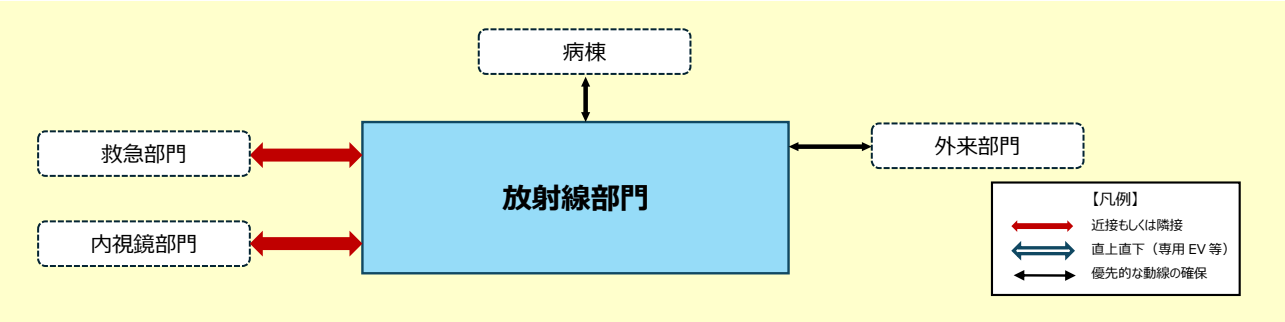
①業務時間内（平日日中）は予約検査を基本とし、救急患者や入院患者の緊急検査にも対応する。
②宿日直体制等により、業務時間外（夜間・休日）も対応できる体制とする。
③救急患者及び入院患者のベッド搬送にも対応可能とする。
④読影は、部門内の読影室で行う。

(3) 施設計画

1）　配置条件

①救急搬送患者の緊急検査への迅速な対応を行うため、救急部門と隣接した配置とする。
②患者と職員双方の移動負担を軽減するため、外来、病棟のいずれからもアクセスしやすい配置とする。
③X線TV装置と内視鏡を組み合わせた検査を行うため、内視鏡部門と隣接した配置とする。

図表18：関連部門との配置イメージ



2）　諸室整備

2)-1 受付・待合・更衣室

①患者案内の効率化を図るため、放射線部門受付は１箇所に集約して整備する。
②一般撮影装置の待合には混雑時でも十分患者が座れるだけの椅子を配置するほか、複数の車椅子患者が待機できるスペースを確保する。
③患者用更衣スペースは検査室ごとに確保する。

2)-2 撮影・読影

①各検査室に操作室を隣接配置し、動線の効率化を図る。
②将来の機器更新に備え、全ての検査室には大型医療機器の搬入・搬出経路を確保する。
③放射線科医師が画像診断を行う読影室は、読影業務に適した環境を整備し、迅速な急変時対応ができるよう、CT・MRI検査室近くに配置する。
④造影検査における処置・経過観察等を行う処置室を整備する。

2)-3 スタッフ用諸室

部門スタッフが事務作業を行うための事務室を部門内に設け、業務状況にあわせ迅速に対応できる環境を整備する。

図表19：主な諸室一覧

区分	室名
診療	一般検査室、X線TV室、乳房検査室、骨密度測定室、CT検査室、MRI検査室、読影室、放射線科診察室、処置室、機器保管室
スタッフエリア	事務室
患者対応	受付、待合、更衣スペース

2-9. リハビリテーション部門

(1) 基本方針

①患者の在宅や社会への円滑な復帰を支援するため、周術期※や発症早期の患者に理学療法※、作業療法※及び言語聴覚療法※を速やかに開始することで、廃用症候群※の予防と早期の機能回復を図る。また、急性期での治療を終えた患者に質の高いリハビリテーションを実施する。
②脳血管疾患をはじめとした種々の疾病への介入にあたり、医師や看護師・ソーシャルワーカー等の多職種と連携することで、患者一人ひとりの状態に応じた包括的なリハビリテーション計画を作成し、その計画を元に、各種リハビリテーション（理学療法、作業療法、言語聴覚療法）を提供する。
③外来リハビリテーション及び訪問リハビリテーション（必要に応じて実施予定）は、身体機能の維持・回復及び

住み慣れた地域での生活をそれぞれ支援することを目的に、地域の医療機関での対応が困難な専門性の高い介入対応が必要となる患者や術後のフォローアップを中心に実施する。

(2) 運用計画

1）　施設基準

理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士を配置し、以下の疾患別リハビリテーション施設基準の取得を目指す。

- 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
- 廃用症候群リハビリテーション料Ⅰ
- がん患者リハビリテーション料

2）　受付

患者受付を設置し、患者の到着や身体状況の確認を行う。

3）　診察

医師による診察は、外来部門の診察室で実施する。

4）　リハビリテーション

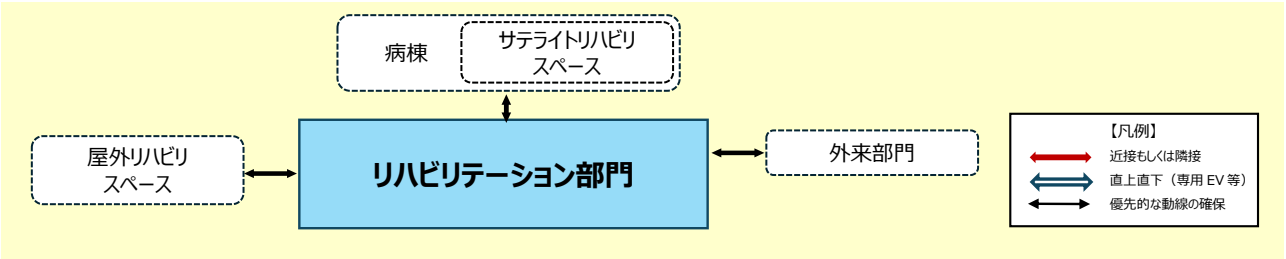
①入院患者のリハビリテーションは、患者の状況に応じ、リハビリテーション室もしくは病棟（サテライトリハビリスペース、病室（ベッドサイド含む）、談話室、廊下等）で可能な限り早期から開始する。
②外来患者のリハビリテーションは、リハビリテーション室で実施する。
③定期的に多職種カンファレンスを開催し、患者の進捗状況を共有するとともに、リハビリテーション計画の評価・見直しを行う。

(3) 施設計画

1）　配置条件

①地域医療部門との連携や屋外リハビリスペースの確保を想定し、1 階フロアへの配置とする。
②入院患者がエレベーターにより容易に移動できる配置とする。
③外来患者についても動線が長くならない配置とする。

図表20：関連部門との配置イメージ



2）　諸室整備

2)-1 受付・待合

①患者受付を設置する。
②外来患者とその付添い者用の待合スペースを確保する。

2)-2 リハビリテーション室

①明るく開放的な空間（照明・窓）を確保し、スタッフが見渡しやすい環境を整備する。
②診療報酬上の各種リハビリテーション料の施設基準を満たせる面積を確保する。
③リハビリテーション室（機能訓練※室、物理療法※室、ADL※スペース、作業療法室、水治療法※室、言語聴覚療法室などに区分）や屋外リハビリスペースを整備する。
④各病棟には、早期離床・日常生活動作訓練等が実施できるサテライトリハビリスペースを整備する。

2)-3 トイレ・更衣室

リハビリテーション部門内に車椅子でも利用できるバリアフリートイレを整備する。

2)-4 スタッフ用諸室

計画書の作成やカンファレンスを行う事務室は、全職種（スタッフ全員）が入れるスペースとし、訓練全体を見渡せる位置に整備する。

図表21：主な諸室一覧

区分	室名
診療	リハビリテーション室（機能訓練室、物理療法室、ADLスペース、作業療法室、水治療法室、言語聴覚療法室、器材室）、屋外リハビリスペース
（病棟）	サテライトリハビリスペース
スタッフエリア	事務室、多目的室
患者対応	受付、待合、トイレ

2-10. 臨床検査部門

(1) 基本方針

①全ての検査は患者のために実施するものであることを常に意識して、質の高い検査体制を構築する。
②適正な精度管理のもと、生理検査※・検体検査※・病理検査・細菌検査を正確かつ迅速に実施し、信頼性の高い検査データを提供する。
③多職種と連携したチーム医療の実践や、採血・輸血等の安全管理体制を強化し、医療事故の防止と医療の質向上を図る。

(2) 運用計画

1）　受付

検査（採血・採尿）受付・生理検査受付は患者に分かりやすい場所に集約し、受付・検査案内の対応を行う。

2）　採血・採尿

①外来患者の採血は、外来部門にある中央採血室で臨床検査技師と外来看護師が協力して行うことを基本とする。
②外来患者の採尿は、専用トイレから臨床検査部門に直接提出する運用とする。
③入院患者は、採血・採尿ともに病棟で実施する。

3）　検体搬送

①病棟から臨床検査部門への検体搬送は、小荷物昇降機を用いた機械搬送を検討する。
②手術室・救急部門などからの検体搬送は、スタッフによる搬送とする。ただし、搬送業務の省力化のため、将来的なロボット搬送の導入も検討する。
③検体の種類に応じた適切な搬送方法の選択や自動分注ライン※の導入を通じて、迅速かつ効率的な搬送

体制を構築する。

4）　検査

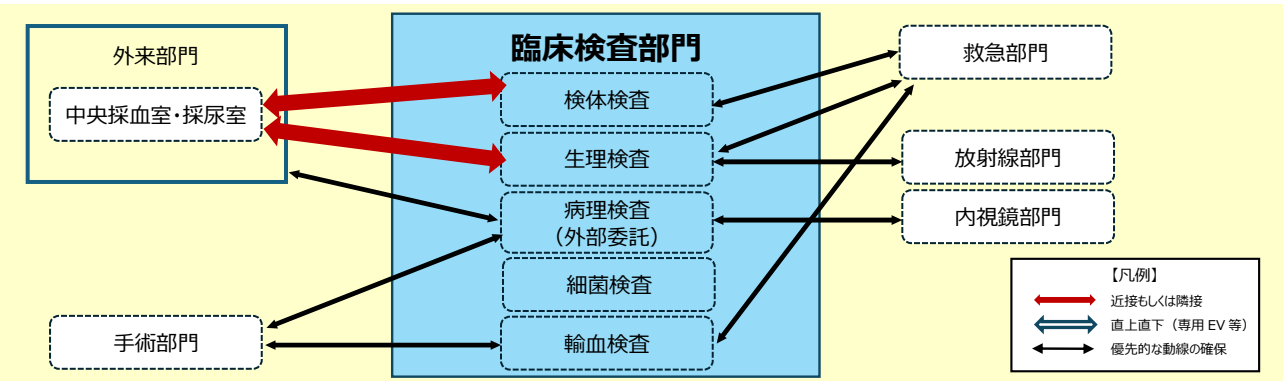
各種検査については、状況に応じ外来部門、救急部門その他関連部門と連携して効率的に対応するほか、宿日直体制等により、業務時間外（夜間・休日）も対応できる体制とする。

(3) 施設計画

1）　配置条件

①検体検査、生理検査を同一フロアに集約配置し、業務の効率化を図る。
②検体検査室は、外来部門にある中央採血室及び採尿室と隣接した配置とし、検体搬送の動線に配慮する。
③生理検査室は、外来部門にある中央採血室と近接配置し、両室の受付と待合は一体的なエリアとして整備する。

図表22：関連部門との配置イメージ



2）　諸室整備

2)-1 検体検査等

①検査（採血・採尿）受付には、検査待ち及び採血後の患者のための十分な待合スペースを確保する。
②中央採血室は、患者の待ち時間を短縮できるよう、複数ブース（４～５個）を整備する。また、車椅子の患者も入室しやすいよう、十分なスペースを確保する。
③検体検査（一般、血液、生化学、免疫、輸血）、細菌検査を行う諸室を整備する。
④病理検査委託業者から返却された病理標本※の保管を行うため、病理標本保管室を整備する。

2)-2 生理検査

①心電図、呼吸機能検査、脳波検査、超音波検査等の各生理検査を行う諸室を整備する。
②生理検査室内に更衣スペースを確保する。
③心電図室、超音波室、呼吸機能検査室は、患者動線と業務効率を考慮して患者とスタッフの出入口は別に設ける。
④生理検査エリア内にポータブル心電計、PWV（脈波伝播速度）検査※等を配置できるフリースペースを確保する。

2)-3 スタッフ用諸室

スタッフエリアに、スタッフが各種検査に関する事務作業を行うための事務室を整備する。

図表23：主な諸室一覧

区分	室名
採血・採尿	採血室、採尿用トイレ
検体検査等	検体検査室（輸血検査室含む）、細菌検査室、無菌室、洗浄室、病理標本保管室
生理検査	心電図室、超音波室、呼吸機能検査室、負荷心電図室、筋心電図室（脳波室含む）
スタッフエリア	事務室
患者対応	受付、待合、更衣スペース

2-11. 栄養部門

(1) 基本方針

①衛生管理を徹底し、安全・安心で満足度の高い食事を提供する。
②個々の患者の栄養管理や栄養食事指導を充実させ、多職種によるチーム医療の一員として早期介入を行い、栄養改善に努める。
③在宅患者に対して、嚥下機能や生活背景に応じた訪問栄養指導を必要に応じて実施する。

(2) 運用計画

1）　給食管理

1)-1 調理

①給食提供方式は、クックサーブ※及び院内ニュークックチル※の併用を想定する。
②安全で衛生的な食事を提供するため、院内厨房において清潔区域と汚染区域を明確に区分の上、動線の交差を防ぐとともに、適正な温度管理のもと、調理業務を行う。
③患者の病態、嚥下・咀嚼能力、アレルギー等に応じた食事形態に対応し、調理・盛付を行う。

1)-2 配膳・下膳

①配膳方式は、中央配膳方式とし、栄養部門スタッフが配膳カートを各病棟のパントリーまで業務用エレベーターで搬送する。
②下膳は、下膳カートをパントリーに配置し、栄養部門への搬送は栄養部門スタッフが担当する。

2）　栄養管理

2)-1 栄養指導

①外来患者への栄養相談は、患者総合支援センター内の相談室（栄養指導室）で実施する。
②入院患者への栄養指導は、病室や病棟内の相談室等で実施する。
③集団栄養指導は、会議室等の共有スペースを活用して実施する。

2)-2 チーム医療

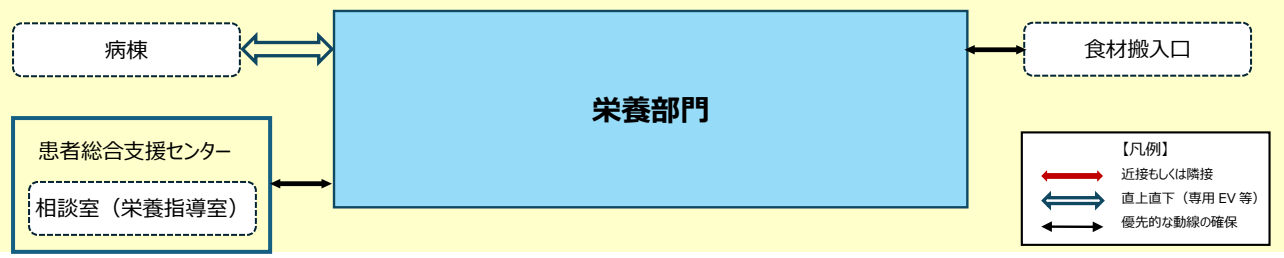
チーム医療の一員として、医師、看護師、薬剤師及びリハビリテーションスタッフ等の他職種と密接に連携し、多職種カンファレンス等に参加しながら、入院早期から適切な栄養評価及び栄養介入を実施する。

(3) 施設計画

1）　配置条件

①栄養部門は、病棟への配膳・下膳や食材搬入・廃棄物等の搬出が円滑に行うことができる場所に配置する。
②病棟への配膳・下膳のため、業務用エレベーターと近接配置とする。

図表24：関連部門との配置イメージ



2）　諸室整備

2)-1 栄養指導

患者総合支援センター内の相談室のうち１室は、ミニキッチンやダクト（換気扇）を整備し、多人数に対応した栄養指導室とする。

2)-2 厨房関連

①厨房は、調理室、検収室、食品庫、下処理室、洗浄室、盛付・配膳室、配膳プール等を整備する。
②配膳プールには、必要台数のカートを設置可能なスペースを確保する。

2)-3 スタッフ用諸室

①栄養指導・調理等に関わる事務的作業を行う事務室を整備する。
②管理栄養士・調理師用の更衣室（男女別）と休憩室を栄養部門内に整備する。
③部門内にスタッフ専用のトイレを整備し、更衣室や休憩室を含め大量調理施設衛生管理マニュアル※に則った構造とする。

2)-4 その他

①災害備蓄用の食料を３日分（患者・職員用）保管するための倉庫を整備する。
②各病棟には、配膳・下膳カートを設置できるパントリーを整備する。

図表25：主な諸室一覧

区分	室名
厨房	調理室、検収室、食品庫、下処理室、洗浄室、盛付・配膳室、配膳プール
スタッフエリア	事務室、物品庫、更衣室、休憩室、トイレ
患者対応	相談室（栄養指導室）
その他	備蓄倉庫

2-12. 地域連携部門

(1) 基本方針

①患者総合支援センターの機能の一つとして、地域連携部門を整備する。
②現２病院が培ってきた地域との関係性・連携体制を継承・発展させ、患者が入院前から退院後まで、切れ目のない支援を受けられるより良い体制を構築し、地域医療に引き続き貢献する。
③地域の医療機関、介護施設と連携し、入退院支援や逆紹介等を通して地域完結型の医療体制を推進する。
④地域の行政機関（市町、地域包括支援センター等）や社会福祉事業所、保険薬局等との定期的な情報交換の場を通じて「顔の見える関係」を構築し、円滑な連携を図る。
⑤院内の多職種（医師、看護師、医療ソーシャルワーカー等）と連携し、患者一人ひとりに最適な療養計画を提供する。
⑥患者や家族が抱える様々な不安（身体的・心理的・社会的課題）に対し、ワンストップで対応できる総合

相談窓口としての機能を提供する。

(2) 運用計画

1)　地域医療連携

①近隣医療機関からの紹介患者の診察や検査の予約対応を行う。
②転院が必要な患者について、受入れ医療機関と情報共有や調整を行う。
③地域の医療機関や介護・福祉サービス、行政機関と連携し、相互紹介や情報交換、調整支援を実施する。

2)　入退院支援

①予定入院患者または家族に対し、入院前から看護師や医療ソーシャルワーカー等が面談を行い、患者のADLや生活環境等を確認する。
②入院が決まった患者の情報を確認し、入院についての注意事項等の説明を行い、必要に応じ、手術前中止薬などの説明や食物アレルギーの確認も行う。
③入院当日の受付業務（患者登録及び情報収集）は、地域連携部門で実施する。
④入院時から退院後を見据えた支援を実施し、早期の在宅移行や施設入所のサポート、転院受入れ医療機関への転院支援を行う。

3)　病床管理

病院全体の入退院状況を確認することで空床状況を把握し、入院部門と連携を図ることで効率的な病床管理を実施する。

4)　患者相談

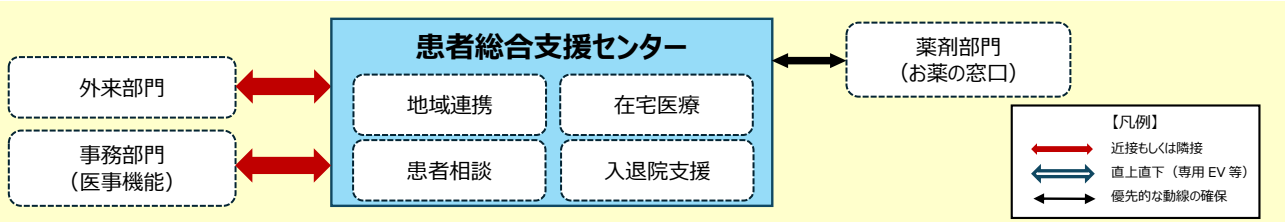
在宅医療への移行に関する調整をはじめ、各種サービスの活用・経済的な相談など、医療・介護・福祉に関する支援を一体的に行う。

(3) 施設計画

1)　配置条件

①患者や地域の医療・福祉関係者がアクセスしやすいよう、正面玄関付近の視認性が高い場所に配置する。
②紹介患者を外来部門に円滑に誘導できるよう、外来部門と近接して配置する。
③外来受付や事務部門（医事機能）と隣接させることで、情報連携の強化と業務の効率化を図る。
④情報連携の強化と業務の効率化のため、在宅医療部門と同じ患者総合支援センター内に配置する。

図表26：関連部門との配置イメージ



2)　諸室整備

2)-1 受付

①入退院支援や医療福祉相談等の総合窓口として、オープンな受付カウンターを設置する。
②受付カウンターには、同時に複数の患者に対応できるよう、ブースを２～３個設置する。
③紹介状持参患者のための専用ブースを設ける。

2)-2 説明・相談

①患者や家族に対する説明や相談を受ける際に、プライバシーを確保するため、個室の相談室を５室整備する。

②一部の相談室は、車椅子での利用や家族が同席することを想定し、十分な広さを確保する。

2)-3 スタッフ用諸室

地域連携部門に所属する多職種のスタッフが業務を行うための事務室を整備する。

図表27：主な諸室一覧

区分	室名
患者支援	受付、相談室（共用）
スタッフエリア	事務室

2-13. 在宅医療部門

(1) 基本方針

①患者総合支援センターの機能の一つとして、在宅医療部門を整備する。
②退院患者や地域の在宅療養患者に対して、訪問診療を提供するとともに、必要に応じて訪問看護、訪問リハビリテーション及び訪問栄養指導を実施する。
③地域のケアマネジャーや訪問看護ステーション等と連携し、カンファレンス等への積極的な参加を通じて、在宅療養患者の支援に向けた情報共有を行う。

(2) 運用計画

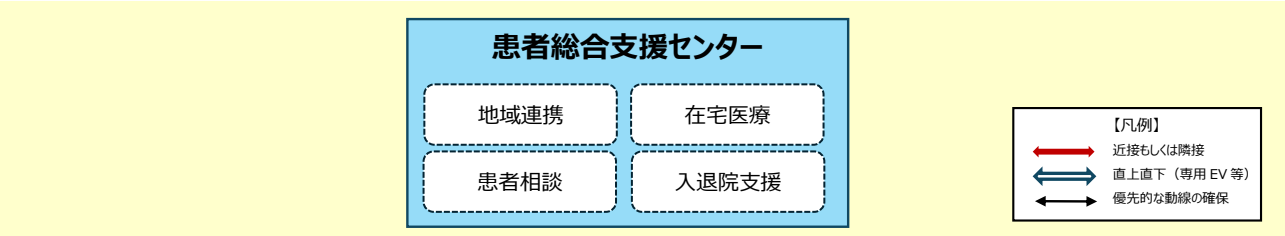
①訪問診療担当医師は、総合診療科医師のローテーションによる担当を基本とする。
②訪問日時の調整や必要書類の作成など、医師や看護師等のサポート業務は事務職員等が行う。
③在宅医療に使用する医療材料、衛生材料及び薬剤等の物品は、部門内に保管場所を設けず、他部門に保管されている場所から、必要に応じて持ち出して使用する。

(3) 施設計画

1）　配置条件

情報連携の強化と業務の効率化のため、地域連携部門と同じ患者総合支援センター内に配置する。

図表28：関連部門との配置イメージ



2）　諸室整備

①訪問計画の作成、記録等を行うための事務室を整備する。
②患者や家族に対して、プライバシーを保護し十分な説明や相談ができる相談室を設ける。また、相談室は地域連携部門と共用とする。

図表29：主な諸室一覧

区分	室名
スタッフエリア	事務室、相談室（共用）

2-14. 事務部門

(1) 基本方針

①質の高い医療の提供と健全経営に資するため、効率的かつ専門性の高い事務部門を構築する。
②電子カルテシステムを中核とする医療情報システムを導入し、診療情報を適切に管理・活用することで、医療の質の評価・改善、収益向上・費用抑制などの経営改善を図る。
③受付や会計などの手続きを円滑化することで、患者サービスの向上を図り、患者の待ち時間短縮や満足度向上に貢献する。
④働き方改革への対応など職員の良好な勤務環境を整備するための計画や取組みを推進する。

(2) 運用計画

1）　総務

①医療法に基づく許認可申請や届出など、病院運営に必要な業務を行う。
②人事評価制度の運用や労務管理など、人事関連業務を一元的に管理する。
③医療機器等の購入・管理が適切に判断・実施される体制を整備する。
④院内の快適な環境を維持するため、建物・設備の保守点検や修繕計画の立案・実施により、施設の適切な維持管理を行う。

2）　医事

①患者が円滑に受診できるよう、受付・保険情報の確認・患者登録などの窓口業務を行うとともに、正確かつ丁寧な会計業務を行う。
②診療報酬明細書（レセプト）の作成・請求を正確に行い、査定や返戻にも適切に対応する。
③診療記録（カルテ）の点検・保管・貸出管理を徹底し、質の高い診療記録を維持するとともに、情報開示に対応する。
④セキュリティやプライバシー保護を維持・強化しながら、医療情報システムを適切に管理・運用することで、業務の一層の効率化や医療情報の共有迅速化を図る。
⑤安全で質の高い医療を提供するため、法令に基づき、施設基準の届出を適切に行う。

3）　経営企画

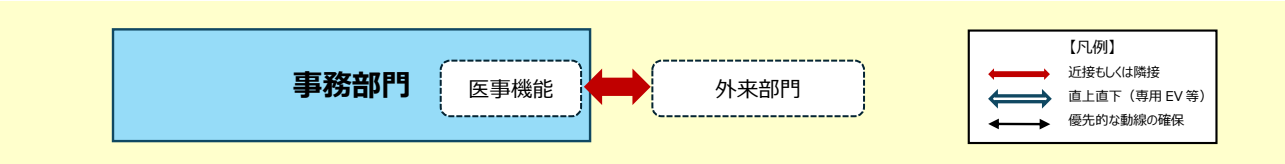
①病院運営の健全化に向けて、必要なデータを収集・分析し、経営状況を把握・確認する。
②財政基盤の安定を図るため、予算の編成から執行管理、決算書の作成までの財務業務を適切に行う。

(3) 施設計画

1）　配置条件

①医事機能は、患者受付や会計業務を通じて患者との接点が多いため、患者からの視認性が高い正面玄関付近、さらに外来部門からのアクセスのよい場所に配置する。
②医事機能（正面玄関付近）とその他の事務部門（患者・家族等の外部者による立入りを制限）は、可能な限り集約配置し、集約配置が難しい場合は各々の業務上効率の高いエリアに配置する。
③サーバー室は、浸水対策として２階以上で、かつ、患者・家族等の外部者の立入りが制限されたエリア（管理部門等）に配置する。

図表30：関連部門との配置イメージ



2）　諸室整備

2)-1 事務部門共用

事務室は、業務の効率性等を考慮し、事務部門を集約したオープンな大部屋として整備する。

2)-2 医療情報管理

将来的な DX の動向を見据えるとともに、部門システムや参照サーバーの設置のため、必要最小限のサーバー室をセキュリティ対策・災害対策を講じて整備する。

図表31：主な諸室一覧

区分	室名
医事課	総合受付 、会計窓口、カルテ庫、病歴室
事務部門共用	事務室、多目的室、書庫、事務用品等保管庫
診療情報管理	サーバー室

2-15. 管理部門

(1) 基本方針

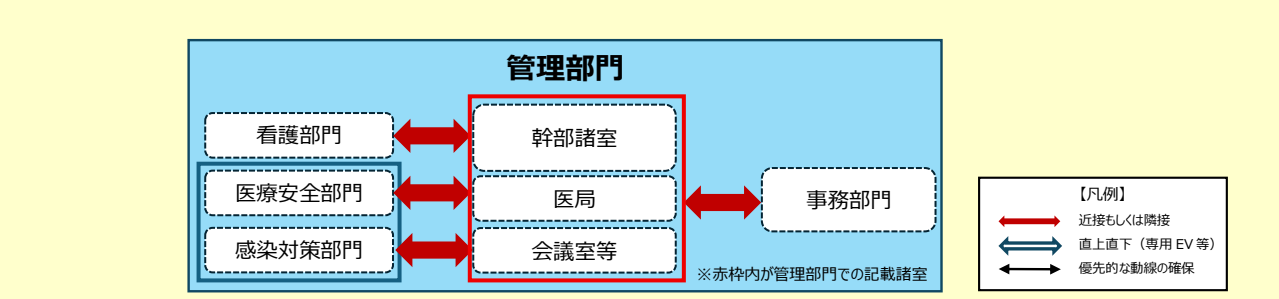
①持続可能な病院運営の推進に向けて、効率的な管理体制を整備する。
②災害や感染症の拡大、サイバー攻撃など有事にも対応できるよう、事業継続計画（BCP）※の策定と体制整備を進める。
③快適な待合環境や、売店・イートインスペースなどのアメニティの充実を図り、患者満足度の向上に努める。
④多職種が利用できる休憩スペースの整備や福利厚生の充実を図り、職員が働きやすく、魅力ある職場づくりを推進する。
⑤診療の質や業務効率の向上に資するICT（情報通信技術）の活用を推進する。
⑥サイバーセキュリティ対策や情報漏えい防止のための体制整備に取り組み、医療情報の安全な管理と信頼性の確保を目指す。
⑦入退室管理や認証機能などの施設セキュリティ対策を導入し、不正侵入などを防止することで、安全・安心な医療環境を実現する。
⑧適正な人事評価と計画的な研修を通じて職員の意識を高め、能力・専門知識の向上を図る。
⑨医療事故発生時を含めた法的諸問題については、弁護士等の専門家に速やかに相談できる体制を整備する。

(2) 施設計画

1）　配置条件

①管理者（企業長）、院長をはじめとした病院幹部諸室を管理エリアとして集約して配置する。
②医局、看護部門、事務部門、医療安全部門、感染対策部門についても、管理エリア内に集約して配置する。
③管理エリアは、基本的には患者・家族等の外部者の頻繁な出入りを想定しないため、診療エリアとは明確に区画できるエリアに整備する。

図表32：関連部門との配置イメージ



2）　諸室整備

2)-1 医局・研修室

①医局は大部屋方式を基本として、固定席を設置する。
②医局内には、オンラインカンファレンスに対応するための個室ブースを整備する。
③医局内に研修医用の席を整備する。

2)-2 スタッフ共用諸室

①更衣室は、病院全体で原則中央化して配置し、セキュリティに配慮する。更衣室には、パウダールーム、シャワールーム、トイレを設ける。
②当直室は、病院全体で原則中央化して救急エリア付近に配置し、医師、看護師、臨床検査技師、診療放射線技師、その他の職員を対象に全体で８～10室程度配置する。
③休憩室は、病院全体で原則中央化して職員ラウンジを整備する。医局、病棟、手術・中材、栄養部門は部門内に休憩室を設ける。

2)-3 会議機能

①最大200人規模の大会議室を整備する。大会議室は、可動式の間仕切りにより小会議室３つに区分できる構造とする。
②その他、小会議室（10～20人規模）を3室整備する。
③管理エリアには、来客者用の応接室を配置する。

2)-4 教育・研修関連

①医局に近接する配置で、図書室を整備する。
②全職種対応の実技研修室を整備する。
③看護実習生などの受入れの際の控室を整備する。

2)-5 災害対策

①食料・飲料などを備蓄できる倉庫を設置する。
②災害発生時の災害対策本部立上げスペース及びDMAT※受入れスペースに転用可能な場所として管理部門内の会議室を活用する。
③災害時の患者受入れスペースに転用可能な場所としてリハビリテーション室を活用する。

2)-6 サービス施設

①売店を院内に設置し、近接してイートインスペース（個別ブースの仕切り）を設ける。
②調剤薬局FAXサービス、入院セットの取扱い、ATM、公衆電話、情報コーナー、フリーWi-Fi、ランドリー、散歩ができる院内回廊等の整備を検討する。

2)-7 その他

①警備員室（防災センター共用）は、時間外出入口付近に整備する。
②委託職員休憩室を整備する。

図表33：主な諸室一覧

区分	室名
幹部諸室	管理者（企業長）室、院長室、事務局長室、看護部長室、看護部管理室
医師	医局
共用	応接室、実技研修室、図書室、印刷室、会議室、職員ラウンジ（休憩室）、中央当直室、中央更衣室、実習生等控室
アメニティ	売店（イートインスペースを併設）
その他	警備員室、施設管理担当作業室、医師事務作業補助者控室、職員団体事務室、備蓄倉庫、感染対策物品庫、書類保管庫、共用外部倉庫（車庫）、委託職員休憩室、霊安室

2-16. 医療安全部門

(1) 基本方針

①患者や家族、職員の安全を確保するため、組織的に医療安全管理体制の整備・強化に努める。
②インシデント・アクシデント※の情報を確実に収集・分析できる体制を構築し、未然防止及び再発防止に向けた仕組みを整備する。
③ICT（情報通信技術）を積極的に活用し、ヒューマンエラー※の予防と情報共有の効率化を図ることで、医療の安全性と信頼性を高める。
④全ての職員を対象に医療安全に関する教育・研修を継続的に実施し、全職員の安全意識と対応力の向上を目指す。
⑤プライバシーに配慮した相談スペースを整備し、患者・家族及び職員が安心して相談ができる環境づくりを目指す。
⑥医療事故が発生した場合は、病院長の責任のもと医療安全部門が中心となり事実確認・検証・説明・報告を行い、原因分析及び再発防止策を院内で共有する。

(2) 運用計画

1）　医療安全管理

①医療安全部門に担当者を配置し、医療安全管理体制を整備する。
②医療事故の防止、医薬品・医療機器の安全管理等の対策を講じ、安全な医療提供体制を確立する。
③医療安全に関連した情報（インシデント・アクシデントレポート）を収集・分析し、職員にフィードバックすることにより、医療事故の防止と医療安全の質向上に繋げる。
④全職員を対象とした医療安全研修を定期的（年２回以上）に実施する。
⑤医療事故が発生した際は、迅速な対応と指導を行い、再発防止に努める。
⑥地域の医療機関と連携し、医療安全管理体制に関する相互評価を行う。

2）　相談対応

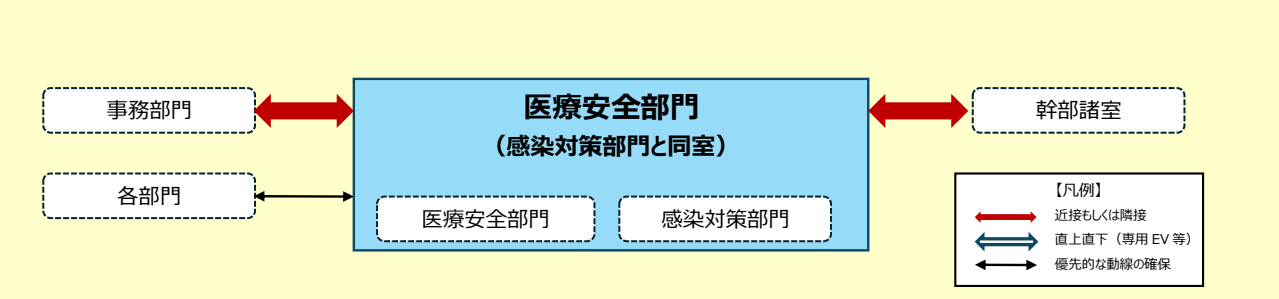
①医療行為に関する患者や家族からの相談に対応する。
②相談対応の際には、プライバシーに配慮した相談室を利用する。

(3) 施設計画

1）　配置条件

医療安全部門は感染対策部門と同室とし、幹部諸室がある管理エリア内に集約して配置するとともに、どの部門からもアクセスしやすい場所に配置する。

図表34：関連部門との配置イメージ



2）　諸室整備

①医療安全部門の執務スペースとして、医療安全管理室を整備する。
②相談業務を実施する諸室は、他部門と共用の相談室等を利用する。

図表35：主な諸室一覧

区分	室名
スタッフ関連	医療安全管理室（感染対策室と同室）、相談室（共用）、会議室（共用）

2-17. 感染対策部門

(1) 基本方針

①安全で質の高い医療を提供するため、院内感染対策の充実と継続的な改善に取り組む。
②地域の医療機関、医師会、保健所及び高齢者施設等と連携し、新興感染症の発生・まん延時においても持続的に医療を提供できる体制を構築する。
③薬剤耐性菌対策及び抗菌薬の適正使用を推進し、地域全体の感染制御体制の向上に貢献する。

(2) 運用計画

1）　分析・評価・対応

①感染防止に係る日常業務を担う感染制御チーム（ICT）※を部門内に編成し、医師または看護師を院内感染管理者として配置する。
②週 1 回、院内を定期的に巡回し、院内感染事例の把握と感染防止対策の実施状況の確認・指導を実施する。
③院内感染事例及び発生率に関するサーベイランス※情報を継続的に収集・分析し、結果を評価する。
④院内感染の増加（アウトブレイク※）が確認された場合には、病棟ラウンドの所見やサーベイランスデータをもとに改善策を速やかに講じる。

2）　抗菌薬使用の管理

院内の抗菌薬使用状況を把握し、必要に応じて指導する。定期的に抗菌薬ラウンド※を実施する。

3）　教育・マニュアル整備

①感染対策に関するマニュアルを適時に作成・改訂し、職員への周知徹底を図る。
②感染対策を目的とした職員研修会を年 2 回開催する。

4）　職業感染防止

標準的な感染予防対策に加え、針刺し事故などを含む職業感染予防対策を実施する。

5）　地域連携

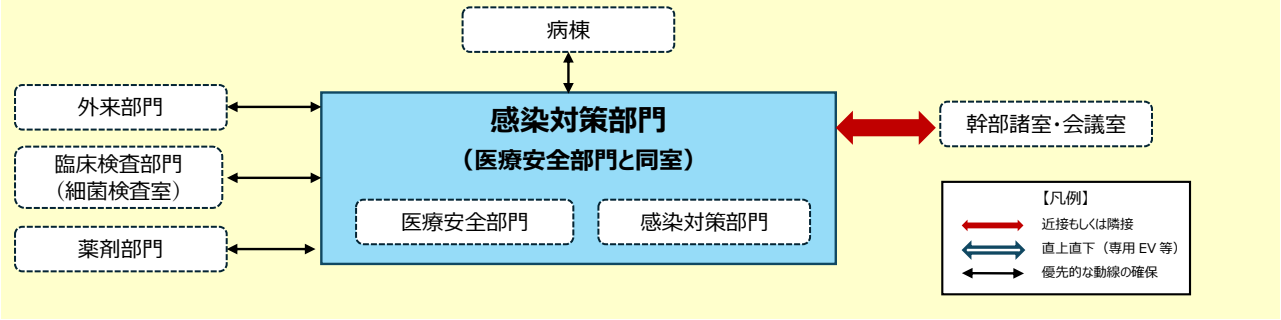
感染症の発生に備え、保健所、地域医療機関及び高齢者施設等との連携体制を構築する。

(3) 施設計画

1）　配置条件

①感染対策部門は医療安全部門と同室とし、幹部諸室がある管理エリア内に集約して配置する。
②業務の関連性から外来部門、臨床検査部門、薬剤部門からもアクセスしやすい場所に配置する。

図表36：関連部門との配置イメージ



2）　諸室整備

①感染対策部門の執務スペースとして、感染対策室を整備する。
②ICTメンバーや他部門スタッフとのカンファレンスを行うため、他部門共用の会議室を整備する。

図表37：主な諸室一覧

区分	室名
スタッフ関連	感染対策室（医療安全管理室と同室）、会議室（共用）

第３章　部門横断計画

第２章に掲げた各部門に共通する医療情報システム、医療機器及び委託に関しては、次の各基本方針に基づき、次年度以降導入準備に着手する。

３-1. 医療情報システム整備計画

(1) 医療情報システムの整備における基本的な考え方

- 医療の質・安全性を確保しつつ、ノンカスタマイズを原則とし、医療情報システムの整備範囲と機能等を精査し、過剰な投資を避けることで効率的な整備を図る。
- 現２病院におけるシステムの整備範囲と機能が大きく異なるため、その機能や運用を精査した上で新病院の医療機能に基づいたシステム要件を検討する。
- システム要件によって現行の運用を変更する必要も生じるため、各部門と十分連携して検討する。

(2) 地域医療連携の推進のための医療情報の標準化

- 厚生労働省が推進する標準規格（SS-MIX2、HL7 FHIR※等）を採用し、患者の診療情報を地域の医療機関と安全に共有できる環境を整備することで、地域医療連携を推進する。

(3) 利便性と効率性の向上のための医療 DX の推進

- 患者利便性の向上や職員の業務負担軽減に資するデジタル技術の積極的な導入を検討し、医療 DX を推進する。

(4) 医療情報の安全管理とセキュリティ対策の推進

- 厚生労働省が定める「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に基づき、サイバー攻撃対策や情報流出の防止、さらには災害時の診療継続に対応できるよう、医療情報を安全に管理する体制の整備と情報セキュリティ対策を推進する。

(5) 診療情報の確実な移行

- 新病院においても患者に継続的かつ質の高い医療を提供できるよう、現２病院が保有する診療情報のデータについては、移行の対象範囲や方法、費用等を十分検討した上で、確実な移行に努める。

3-2. 医療機器整備計画

(1) 地域医療ニーズへの的確な対応

- 西村山地域における医療提供体制を支える中核的な役割を果たす病院として、求められる急性期医療や回復期医療を提供するために、必要となる診療機能を満たす医療機器を整備する。

(2) 医療資源としての活用

- 整備した医療機器は地域の医療資源として活用し、近隣医療機関からの検査依頼等を積極的に受け入れることで医療機器の稼働率向上を目指す。

(3) 医療機器整備費用の最適化

- 新病院で想定される患者数・使用頻度を踏まえ、整備台数・仕様を精査し、医療機器整備費用の最適化を図る。
- 移設による診療機能への影響が懸念される大型医療機器は、新規購入を基本とし、それ以外の医療機器に関しては、移設することを基本に整備費用の抑制を図る。
- 大型医療機器のうち、現２病院において新病院開院までの間に更新が必要となるものについては、新病院への移設を前提とした年次更新計画を策定する。
- 現２病院の医療機器に関する現地調査を行い、新病院で使用する機器について、新規購入か既存機器の移設かを判定し、対象医療機器を特定する。

3-3. 委託計画

(1) 現在の委託状況の評価を踏まえた見直し

- 現２病院で実施されている委託業務の範囲・内容を整理・評価し、新病院において見直しの上、適切に設定する。

(2) 外部委託の積極的な活用

- 安定した病院運営を継続するため、民間事業者の専門性やノウハウを生かせる業務については、積極的に外部委託の導入を検討する。

(3) 公正で透明性のある委託事業者の選定

- 公正で透明性の高い競争環境を確保した上で、専門的な知識と技術を持つ事業者を選定する。
- 現２病院における委託業務契約期間について、新病院の開院時期等を踏まえ、十分に調整する。

第４章　施設整備計画

4-1. 施設整備方針

・ 新病院の施設整備方針は、基本構想において下記の「医療機能」「患者（療養環境）」「職員（勤務環境）」「経営者」「環境（まちづくり）」「防災・感染症対策」の６つの視点から整理した。

・ 近年、公的施設に対する環境負荷低減の要求と、脱炭素社会実現への社会的責務が一層高まっていることを踏まえ、新病院の施設整備においては、「ZEB Oriented※」の基準達成を目指すことを、下記のとおり基本方針に追記（下線部分）する。

図表38：施設整備の基本方針

視点	基本方針
1．医療機能の視点	●中等度から比較的軽度な救急患者の受入れや一般入院・外来患者の対応、さらに回復期の入院患者に必要な医療機能を十分に発揮できるスペースを確保します。 ●将来的な医療機能の変化に柔軟に対応できる施設を整備します。 ●医療安全や感染対策などに配慮した安全・安心な施設を整備します。
2．患者（療養環境）の視点	●高齢者から子ども、障がいを持つ方など様々な利用者を想定したユニバーサルデザインを取り入れます。 ●分かりやすいサイン計画と、移動の負担が少ない患者動線に配慮した部門配置を計画します。 ●快適で良好な療養環境と患者プライバシーを確保します。
3．職員（勤務環境）の視点	●職員の効率的な業務動線や休憩スペースなどに配慮した働きやすい施設を整備します。 ●職員同士の自然なコミュニケーションを促す工夫や先進技術の活用等を推進し、魅力ある職場環境づくりを目指します。 ●医師・看護師等の医療従事者の人材確保・育成のための教育・研修環境を整備します。 ●働き方改革の推進に対応した勤務環境に配慮します。
4．経営者の視点	●将来的な増築・建替え等への対応も考慮した敷地利用計画を推進します。 ●開院後の設備メンテナンス費や施設維持費等を十分に考慮した経済性の高い施設を整備します。 ●「ZEB Oriented」の基準を満たすことを目標とし、省エネルギーによる環境への配慮とライフサイクルコスト※を両立させた施設を整備します。
5．環境（まちづくり）の視点	●地域の医療機関との連携や地域住民との交流を促進するために、地域に開かれたオープンな施設を整備します。 ●「ZEB Oriented」の基準を満たすことを目標とし、CO2削減など環境にやさしい、持続可能な社会の実現に寄与する施設を整備します。 ●周辺のまちづくり構想と連携し、地域経済の活性化に寄与する施設を整備します。
6．防災・感染症対策の視点	●大規模災害等の発生に備え、運用（ソフト面）と建築設備（ハード面）の両面からの対策を検討します。 ●災害時を想定したライフラインを確保し、災害後にも病院機能を維持するための設備を整備します。

4-2. 建設予定地

・ 建設予定地は現寒河江市立陵東中学校敷地とする。※建設予定地の選定経過は巻末参考資料参照。

図表39：建設予定地の概要

所在地	寒河江市大字西根字下堰
敷地面積	29,905㎡（南側市道及び西側市道拡張後約29,000㎡）
建ぺい率	60%
容積率	200%
用途地域	第１種中高層住居専用地域
前面道路	（南側）市道　石川西洲崎線 （西側）市道　文化センター石川線　　※いずれも拡張予定あり
防災情報	浸水想定区域外 土砂災害警戒区域外

図表40：建設予定地の位置及び航空写真

出典：国土地理院地図を加工

出典：国土地理院撮影の空中写真（令和元年撮影）を加工

4-3. 敷地利用計画

(1) 施設規模要件

・ 病院建物は１床当たり 90 ㎡を目安とし、延床面積は約 12,600 ㎡と想定する。

(2) 施設配置要件

・ 周辺の住環境に配慮し、病院建物と隣地との間に適切な距離を確保するため、緩衝帯を設ける。
・ 現寒河江市立陵東中学校敷地がランデブーポイントに指定されていることを踏まえ、ドクターヘリの円滑な離発着に対応可能なスペースを確保する。
・ ランデブーポイントの配置に際しては、駐車車両等への影響を考慮した防風対策を検討する。
・ 冬期間の降雪に備え、十分な広さの堆雪場を確保する。

- 路線バスやタクシーなど公共交通機関等の乗入れを想定し、転回スペースや待機スペース、雨雪を避けることのできる乗降スペースを確保する。
- 車両の滞留を防ぎ、円滑な動線を確保するため、車寄せやロータリー、送迎スペース、サービスヤード※等を適切に配置する。

(3) 駐車場整備要件

- 来院者（患者及び面会者）用と職員用を合わせて、480 台以上の駐車スペースを確保する。

(4) 交通動線要件

- 利用者の安全を最優先に、敷地内外における歩行者及び車両の動線に配慮した計画とする。
- 隣接する市道から敷地内、駐車場から病院建物へのアクセスは、歩行者・車両共に利便性の高い配置とする。
- 救急車両については、病院内へ迅速に搬送できる動線を確保する。
- 敷地内では、来院者・救急車両・職員及びサービス業者の動線を分離し、特に救急車両の出入口と通路は専用とする。
- 敷地周辺の交通混雑緩和のため、寒河江市が周辺市道の改良を行う。

4-4. 部門配置計画

(1) 基本方針

- 病院建物内の部門配置は、医療の安全性・効率性及び患者利便性の向上を基本とし、急性期から回復期まで一体的に機能する病院として、各部門の連携を重視した構成とする。
- 各部門の配置は、診療・看護をはじめ、薬剤、検査、放射線、リハビリテーションなど多職種・多部門が協働しやすい環境を整備し、業務の円滑化とチーム医療の推進を図る。
- 動線計画においては、患者・職員・物品の動線を可能な範囲で分離し、交錯を最小限に抑えることで、感染防止と業務効率の両立を目指す。
- 将来の医療機能の変化や設備更新にも対応できるよう、一定の拡張性と柔軟性を持つゾーニングとし、長期的な運用のしやすさにも配慮する。

(2) フロア構成の考え方

- 各階の主要機能を明確化し、診療動線の短縮と運営効率の最大化を図るゾーニングとする。
- 下記の階層構成及び部門配置は、現時点での機能的整理に基づく概略的な計画（仮案）であり、今後基本設計段階で各部門関係者との詳細検討を経て、適宜見直すものとする。

1）　低層フロア

- 外来患者の利便性を重視し、主たる入口近傍に総合案内・受付を配置する。
- 外来部門、救急部門及び薬剤・検査・放射線・リハビリテーション部門等の中央診療部門を同一フロアまたは近接させ、診療の効率化を図る。
- 感染症患者専用動線を設け、一般患者と交差しない構造とする。

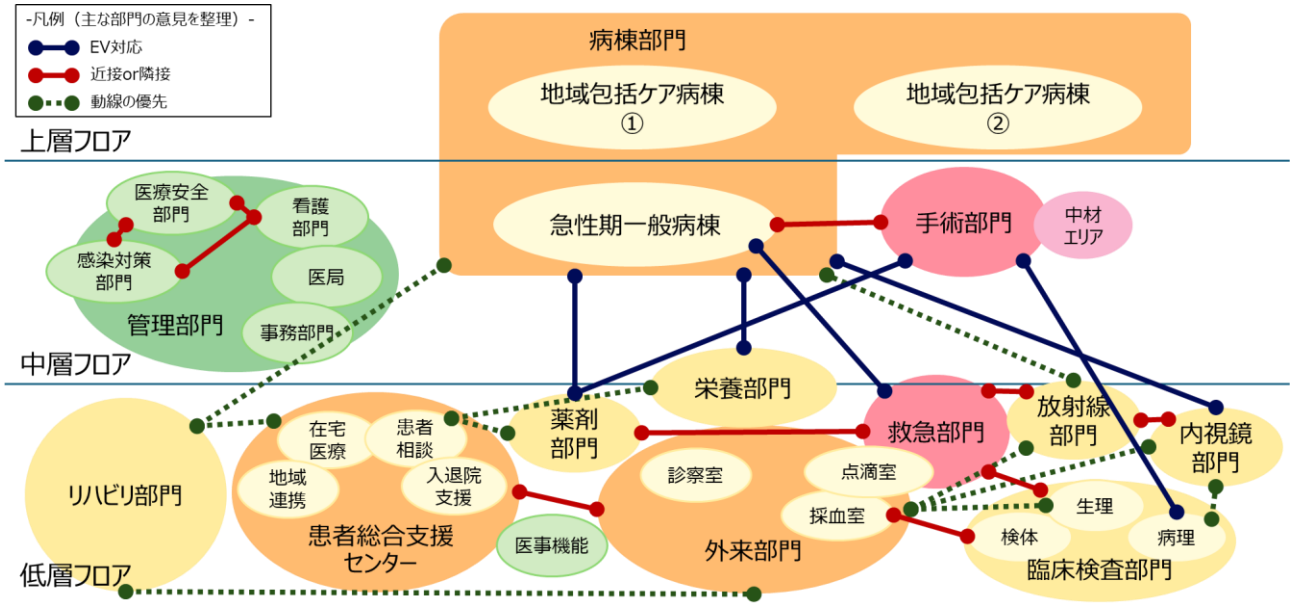
2）　中層フロア

- 急性期患者の搬送効率を考慮し、急性期一般病棟と手術部門を同一フロアに配置する。
- 医局、看護部及び事務部門などの管理部門を隣接配置し、職員間の情報共有と管理運営の効率化を図る。

3）　上層フロア

- 地域包括ケア病棟の 2 病棟を同一フロアに配置し、共通のリハビリスペース・浴室・デイルームを中央に配置することで、病棟間でのスタッフ連携を容易にし、患者の生活機能回復支援やリハビリテーションの効率化を図る。

図表41：部門配置関連図（イメージ案）



※部門の要望をもとにした、現時点での配置関連図であり、階層や配置はあくまでもイメージである。

4-5. 構造計画

- 震度６強から７に達する程度の大地震発生後も構造体の大きな補修をすることなく建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を図るものとする。
- 耐震性能は「官庁施設の総合耐震・対津波計画基準」によるものとし、耐震安全性能分類は以下のとおりとする。

  ・構造体　　Ⅱ類※

  ・建築非構造部材　A類※

  ・建築設備　　甲類※

- 耐震構造※の採用を基本設計において検討する。

4-6. 設備整備計画

(1) 設備整備に共通する基本方針

- 新病院が目指す医療機能を十分に発揮し、かつ、患者及び病院関係者にとって安全・安心、快適な環境を確保する設備計画とする。
- ライフサイクルコストの最小化を図るため、維持管理の効率化と費用軽減に配慮する。
- 低炭素社会の実現に向け、太陽光を有効活用するなど環境負荷低減に配慮した計画とする。

図表42：各設備に共通する基本方針

視点	基本方針
1．環境に配慮した設備計画	●環境負荷の低減に配慮した設備計画とする。 ●省エネルギーを考慮し、省電力、高効率・節水型機器の採用を検討する。
2．維持管理に配慮した計画	●日常のメンテナンスや改修及び機器更新が容易な計画とする。
3．ライフサイクルコストの低減	●長寿命な機器や、汎用性の高い材料を使用するなどライフサイクルコスト低減に配慮した計画とする。
4．災害時等に備えた事業継続性の確保	●地震や火災などの災害やライフラインの途絶時に備え、バックアップや経路の二重化を図るなど、エネルギーや水等の安定供給を考慮した計画とする。

(2) 設備ごとの計画

1）　電気設備

- 災害等による電力の途絶や停電時の瞬断に備え、非常用自家発電設備及び無停電電源装置を設け、必要箇所に電源を供給する計画とする。
- 診療内容や使用する医療機器に応じたコンセント、照明等を設ける計画とする。

2）　空調設備

- 運転時間帯や温湿度等、部門や諸室の特性に応じた空調設備とし、快適性に配慮した計画とする。
- 陰陽圧や空気清浄度等、諸室の特性に応じた空調設備とし、安全性を確保した計画とする。

3）　衛生設備

- 諸室の利用用途に応じた、給排水設備、医療ガス等を計画する。
- 安全性・衛生性を確保し、感染対策やメンテナンス性に配慮した計画とする。

4）　搬送設備

- 昇降機設備は用途に応じた区分・台数を計画する。
- 検体搬送は平面・断面計画に応じ小荷物専用昇降機の設置を検討する。

第５章　整備事業計画

５-1. 整備事業費

- 新病院の施設規模や施設整備計画を踏まえ、建設工事費や医療機器・情報システムの整備費などを含む整備事業費の概算として、総額 160 億円程度を見込む。
- 事業費については、設計段階等において更に精査する。

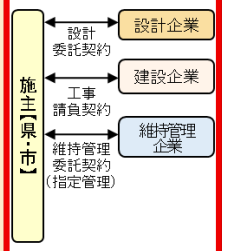
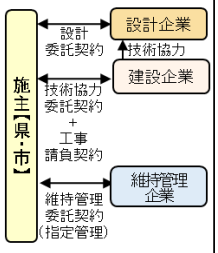
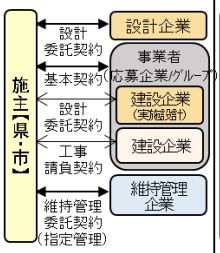
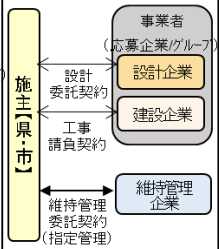
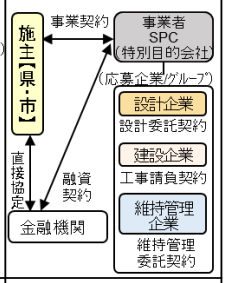
図表43：整備事業費の概算

費用区分	概算費用	考え方
１．用地取得費	9.3億円	令和６年公示価格から設定（34.4千円/㎡） ※基本構想試算額
２．建設工事費	119.7億円	病床数140床×延床面積90㎡/床×工事単価950千円/㎡ ＜基本構想時の考え方＞ 病床数148床×延床面積85㎡/床×工事単価650～750千円/㎡ 増額理由：基本構想策定時からの物価上昇及び今後の物価上昇を考慮。
３．設計費・工事監理費	6.0億円	近年の事例から設定した割合（建設工事費の５％）により算定。 地質調査等の一般的調査費を含む。
４．医療機器	11.2億円	病床数140床×１床当たり医療機器費8,000千円
５．医療情報システム	7.0億円	病床数140床×１床当たり医療情報システム費5,000千円
６．什器備品費	1.4億円	病床数140床×１床当たり什器備品費1,000千円
７．移転費	0.5億円	病床数140床×１床当たり移転費400千円
８．開院準備関係費	1.7億円	コンサルティング費用（開院・統合に向けた、運用計画、医療機器、医療情報システム整備、委託計画、開院前リハーサルなど）
合計	156.8億円	

5-2. 整備手法

・ 新病院の整備手法は、設計段階で性能や仕様を精査・確定し建設費の見積もりを高い精度で行った上で建設業者を選定することができ、要求性能の確実な実現と建設費の透明性を担保できる可能性が最も高い「従来方式（設計・施工分離方式）」を採用する。

図表44：整備手法の比較

比較項目	従来方式（設計施工分離方式）	ECI方式（Early Contractor Involvement）	DB方式（基本設計先行型）	DB方式（一括発注型）	PFI方式（BTO）
事業スキーム					
①要望事項の実現性 性能確保の確実性	◎ 高い	○	○	△	△ 低い
②コスト削減効果	△（競争原理が働く場合は◎）	○（DB一括発注方式に比べて効果薄）	○（DB一括発注方式に比べて効果薄）	◎（建設費高騰傾向が強いときは△）	◎（建設費高騰傾向が強いときは△）
③コスト変動リスク	◎（低い）	○（やや低い）	○（やや低い）	△（建設費高騰傾向が強いときは高い）	△（建設費高騰傾向が強いときは高い）
④工期（設計・施工）	○	◎	○	◎	△
⑤コストや工期の確定時期	遅い（実施設計完了後）	（実施設計完了後）	（基本設計完了後）	（基本設計前）	早い（基本設計前）

※ただし、近年の建設費高騰に伴い、コスト確定後の増額変更も多発しており、コスト確定時期の有効性は薄れている

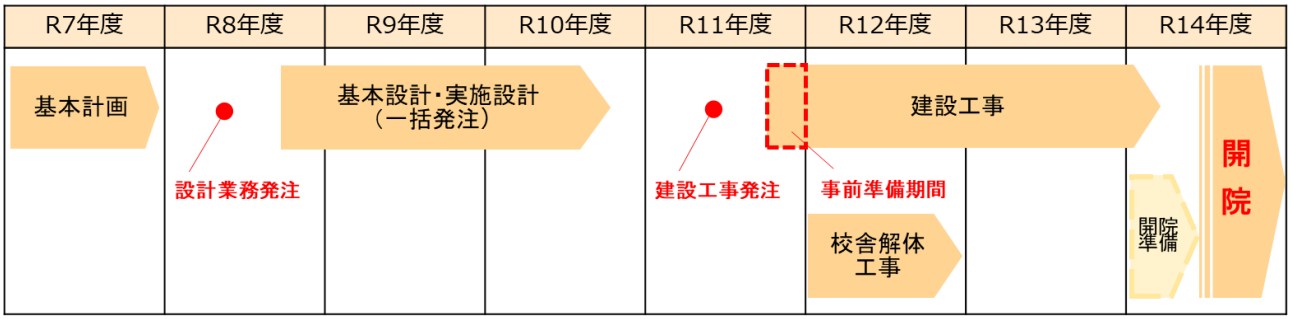
5-3. 整備事業スケジュール

・ 令和８年度から基本設計に着手し、実施設計、建設工事を経て、令和 14 年中の開院を目指す。

・ 昨今の建設業界における人材不足や資材価格の高騰等により、入札への参加が得られにくい、あるいは工期の確保が難しいといった事態が懸念されるため、建設工事期間に余裕をもたせることで、建設業者の選定や工事進行に支障が生じないよう配慮する。

・ 発注主体については、設計に必要な調査等は寒河江市、設計は県、建設は新病院の運営母体とする。

図表45：新病院開院までのスケジュール



5-4. 事業収支シミュレーション

(1) 主な試算条件

1）　全般

・ 試算に用いる診療報酬や職員給与費などの基礎数値は、現行基準及び現２病院の直近の実績をもとに設定する。

2）　収益

・ 入院収益は、目標とする病床稼働率※を急性期一般病棟 85%、地域包括ケア病棟 95%と設定し、現２病院の実績をもとに病棟別に算定した想定入院診療単価を設定して算定する。

・ 外来収益は、現２病院の実績をもとに新病院の想定外来患者数及び外来診療単価を設定して算定する。

・ 繰入金は、総務省の繰出基準※に基づき個別に算定する。

3）　費用

・ 現２病院の実績をもとに新病院の診療規模・機能等を踏まえ個別に算定する。

(2) 事業収支シミュレーション

・ 前項の試算条件をもとに、新病院開院後の事業収支シミュレーションを行った結果、令和 18 年度で経常損益は黒字となる。（図表 46 参照）

・ 本事業収支シミュレーションは、基本計画時点の想定であり、社会情勢の変化などにより今後変動する可能性がある。

図表46：シミュレーションの結果（単位：百万円）

勘定科目		R14 年度	R15 年度	R16 年度	R17 年度	R18 年度
総収益		4,077	4,453	4,594	4,782	4,941
	うち医業収益	3,006	3,011	3,006	3,006	3,006
	うち医業外収益	1,071	1,442	1,588	1,775	1,935
総費用		4,820	4,831	4,825	4,820	4,823
	うち医業費用	4,375	4,377	4,375	4,375	4,375
	うち医業外費用	445	454	451	446	448
損益	医業損益	▲1,369	▲1,366	▲1,369	▲1,369	▲1,369
	経常損益	▲744	▲378	▲232	▲39	119

※　それぞれの項目で百万円未満を四捨五入しているため、内訳と合計が一致しない場合がある。
※　開院年度のR14年度は仮に１年分の収支としている。

第６章　運営の概要

６-1. 構成自治体

- 運営母体の構成自治体は県及び寒河江市とする。
- 今後、西村山４町の全部又は一部から新病院の運営に対する参画の意向が示された場合は、県及び寒河江市並びに参画意向を示した自治体の間において、参画条件等の協議を行うこととする。

６-2. 運営形態

(1) 新病院の運営形態

- 新病院の運営形態は、構成自治体が病院経営や医療人材の確保に直接的に関与することで安定的な経営基盤の構築やスムーズな職員移行等が期待できる「一部事務組合※」とする。

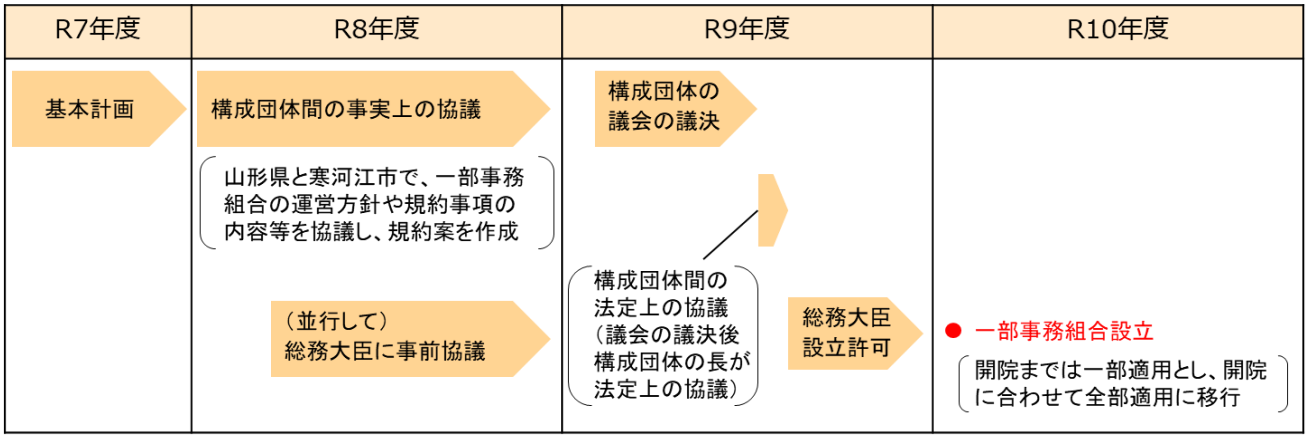
(2) 地方公営企業法の適用範囲

- 新病院開院時の一部事務組合は、事業の経営全般にわたって地方公営企業法が定める組織運営や会計処理、職員の身分取扱いなどを適用する「全部適用（企業団）※」とし、新たに設置する管理者（企業長）※のもと、自立性の高い病院運営と機動的な体制の確保を目指す。

(3) 運営母体の設立手続き及び設立時期

- 病院建設工事の発注をはじめとする開院準備を行うことを目的に、新病院の開院に先行して一部事務組合（地方公営企業法の一部適用）を設立する。
- 当該一部事務組合は、構成自治体における組合の運営方針や組合規約等に関する協議、組合設立議案の議決、総務大臣による設立許可など所要の手続きを経て、令和 10 年度当初の設立を目指す。

図表47：一部事務組合の設立スケジュール



(4) その他

- 一部事務組合が病院運営に係る業務に加え、議会事務や監査事務などの法人業務に対応するため、一部事務組合の設立前から必要な事務に対応する。併せて、新病院への円滑な移行に向けた準備を進める。

1）　一部事務組合で使用する業務システムの導入検討

・ 財務会計や労務管理を担うシステムは、利便性と費用対効果の両面を踏まえ、構成自治体の既存システムの活用を含め最適なものを選定し、一部事務組合の設立に合わせた導入を検討する。

2）　円滑な移行に向けた準備

・ 開院当初から新病院の診療や業務等が円滑に行われるよう、開院までの間、一部事務組合及び現２病院で統合に向けた協議・調整等を行う。

6-3. 財政負担

・ 県及び寒河江市の財政負担については、総務省が定める繰出基準を基本とする整備・運営にかかる経費、そのほか出資金及び開院準備関係費等を負担する。

・ 負担割合は、現 2 病院の役割・機能や西村山地域内の人口等を総合的に勘案し、県が 65%、寒河江市が 35%とし、令和８年度から適用する。

・ 負担対象とする経費の範囲及び負担額の積算方法等の詳細については、県及び寒河江市が協議して別途定める。

6-4. 人員移行等計画

・ 現２病院から新病院への職員の移行手順・手続き、及び職員の移行によってもなお不足する人員の補充方法については、次年度以降、構成自治体間で協議の上、整理することとなるが、基本的な考え方は以下のとおりとする。

【基本的な考え方】

①現２病院に勤務※1する職員を新病院の開院時に移行すること（希望者を選考により採用することを想定）を基本としながら、

②不足する人員がある場合には、構成自治体から職員派遣※2することとし、

③新規採用職員の確保状況に応じて、職員派遣は縮小する。

※１　県の場合には県立河北病院を含む県病院事業局のほか知事部局等に勤務する職員も対象とする。

※２　医療職にあっては県からの職員派遣を基本とする。

・ 一部事務組合を設立する令和 10 年度以降、新病院の開院までの間において、一部事務組合が上記①に必要な手続きを執ることとする。

参考資料

資料１　会議開催等の実績

会議等	日時・場所等	主な協議項目等
第４回 医療機能部会	令和７年４月23日（水） 17:30～19:20 県立河北病院	・基本構想の振返り ・年間スケジュール及び検討体制 ・全体計画（素案） ・診療・看護WGにおける検討内容
第４回 総務管理部会	令和７年５月22日（木） 17:30～19:20 寒河江市立病院	・基本計画の方向性 ・部会の進め方 ・小WGの役割 ・部門別横断計画（素案） ・事業収支シミュレーション
診療・看護WG （内科系、外科系、看護）	令和７年５月23日（金）、27日（火）、30日（金）、６月12日（木）、16日（月）、17日（火）	・現２病院の現状 ・新病院の方向性 ・新病院の病床数・病棟構成 ・新病院の付帯事業 ・新病院における診療・看護のあり方 ・今後の両病院間（診療科、看護部等）での交流のあり方
第６回 合同部会	令和７年５月26日（月） 17:30～18:35 県立河北病院	・基本計画の方向性 ・部会の進め方 ・建設予定地選定の進め方 ・建設候補地の評価基準・評価方法の設定 ・建設候補地の評価
第７回 合同部会	令和７年５月29日（木） 書面開催	・建設候補地の評価
総務管理WG （運営・人員小WG）	令和７年５月29日（木）、７月１日（火）、24日（木）、８月27日（水）、9月30日（火）、10月27日（月）	・運営形態（地方公営企業法の適用、運営母体の設立時期・手続き） ・人員移行等計画、必要人員規模 ・給与等勤務条件
第５回 運営委員会	令和７年６月２日（月） 15:00～16:00 寒河江市ハートフルセンター	・WGの設置等 ・新病院建設候補地の評価結果 ・新病院建設候補地の絞込み
総務管理WG （横断・収支小WG）	令和７年６月４日（水）、７月２日（水）、７月24日（木）、８月26日（火）、９月18日（木）、10月28日（火）、11月６日（木）	・医療情報システム整備計画 ・医療機器整備計画 ・委託計画 ・業務システム ・事業収支シミュレーション ・構成自治体 ・財政負担
意見交換 （４町推薦団体）	令和７年６月５日（木） 河北町役場	・対象：河北町推薦団体（地域医療と県立河北病院を考える会、河北町区長会役員、河北町議会議員 他） ・内容：「第５回運営委員会」
意見交換 （寒河江市民）	令和７年６月20日（金） 寒河江市市民文化センター 寒河江市ハートフルセンター	・対象：寒河江市民向け説明会（２回） ・内容：新病院建設候補地の評価
第２回 協議会	令和７年７月10日（木） 15:30～16:10 ホテルシンフォニーアネックス	・新病院の建設予定地 ・新病院運営母体の構成自治体
第５回 医療機能部会	令和７年７月24日（木） 17:30～20:00 県立河北病院	・診療・看護WGの開催結果 ・休日・夜間の初期救急体制の検討状況 ・全体計画（案） ・新病院の病棟個室整備のあり方 ・部門別WGにおける検討内容（予定） ・部門別計画（素案） ・山形大学医学部ヒアリングの実施計画
意見交換 （山形大学医学部）	令和７年８月５日（火）、18日（月）、19日（火）、25日（月）	・対象：山形大学医学部19講座 ・内容：新病院の検討状況
第８回 合同部会	令和７年９月３日（水） 17:30～19:30 県立河北病院	・新病院と町立２病院との連携のあり方検討会の設立 ・前回の医療機能部会での継続検討事項等 ・各ＷＧの検討状況 ・施設整備計画 ・整備事業計画

□西村山地域新病院整備　基本計画

会議等	日時・場所等	主な協議項目等
部門別WG （入院、外来、救急・手術、薬剤、臨床検査、放射線、リハビリテーション、看護、その他）	令和７年９月11日（木）、12日（金）、18日（木）、10月１日（水）７日（火）、９日（木）、29日（水）、30日（木）、令和８年３月３日(火)、４日(水)、６日(金)、10日(火)、18日(水)	入院、外来、救急、手術、内視鏡、看護、薬剤、放射線、リハビリテーション、臨床検査、栄養、地域連携、在宅医療、事務、管理、医療安全、感染対策の各部門別計画 ・基本方針 ・部門概要 ・運用計画 ・施設計画（配置条件、諸室整備等）
第６回 医療機能部会	令和７年11月18日（火） 17:30～18:45 県立河北病院	・部門別WGにおける検討の経過と結果 ・部門別計画（案） ・移行計画の取扱い ・部門配置のイメージ ・先行事例調査
第５回 総務管理部会	令和７年11月27日（木） 17:30～18:15 県立河北病院	・総務管理WGにおける検討結果 ・部門横断計画（案） ・事業収支シミュレーション（案） ・運営の概要（案）
第９回 合同部会	令和７年12月15日（月） 17:30～19:40 県立河北病院	・事業収支シミュレーション（総務管理部会結果報告） ・施設整備計画（案） ・基本計画（素案）
意見交換 （山形大学医学部）	令和７年12月22日（月）、令和８年１月６日（火）、７日（水）、８日（木）	・対象：山形大学医学部19講座 ・内容：「基本計画素案」
第10回 合同部会	令和８年１月８日（木） 17:30～18:15 Web開催	・基本計画（素案） ・今後の進め方 ・次年度検討体制
意見交換 （西村山４町）	令和８年１月９日（金）、13日（火）、14日（水）	・対象：西川町・朝日町・河北町・大江町の町長、副町長又は担当課長 ・内容：「基本計画素案」
意見交換 （県医師会）	令和８年１月13日（火）	・対象：会長 ・内容：「基本計画素案」
意見交換 （現病院職員）	令和８年１月13日（火）、14日（水）	・対象：県立河北病院・寒河江市立病院の職員 ・内容：「基本計画素案」
意見交換 （県医師会）	令和８年１月14日（水）	・対象：会長、理事 ・内容：「基本計画素案」
第６回 運営委員会	令和８年１月16日（金） 15:00～16:00 ホテルシンフォニーアネックス	・各部会の検討状況 ・基本計画（案） ・今後の進め方
意見交換 （寒河江市西村山郡医師会）	令和８年１月20日（火）	・対象：会長、理事等 ・内容：「基本計画案」
意見交換 （山形市内急性期病院）	令和８年１月21日（水）	・対象：山形市立病院済生館・県立中央病院・山形済生病院の院長等 ・内容：「基本計画案」
意見交換 （北村山公立病院）	令和８年１月21日（水）	・対象：院長等 ・内容：「基本計画案」
意見交換 （県看護協会）	令和８年１月22日（木）	・対象：会長、常任理事等 ・内容：「基本計画案」
意見交換 （県薬剤師会）	令和８年１月26日（月）	・対象：会長等 ・内容：「基本計画案」
意見交換 （町立病院）	令和８年１月29日（木）	・対象：西川町立病院・朝日町立病院の院長等 ・内容：「基本計画案」
意見交換 （寒河江市民）	令和８年２月３日（火）	・対象：寒河江市民向け説明会（２回） ・内容：「基本計画案」
意見交換 （各種会議）	令和８年２月３日（火）	・対象：山形県保健医療推進協議会 ・内容：「基本計画案」
意見交換 （各種会議）	令和８年２月10日（火）	・対象：寒河江市国民健康保険運営協議会 ・内容：「基本計画案」
意見交換 （各種会議）	令和８年３月11日（水）	・対象：村山地域医療構想調整会議 ・内容：「基本計画案」
第３回 協議会	令和８年３月26日（木） 15:30～16:10 ホテルシンフォニーアネックス	・基本計画

資料２　建設予定地の選定経過

・令和６年度に決定した７箇所の建設候補地について、客観的な評価基準に基づき優先順位を付けた上で、令和７年６月２日に開催した運営委員会において３箇所に絞り込みを行った。

図表48：評価に関する基本的な考え方（抜粋）

評価の視点	○基本構想に掲げる立地条件上重視する７つの視点を「評価の視点」として設定する。 ○評価の視点には優先順位を付ける。 第一順位　①交通アクセス　②災害動向 第二順位　③診療エリアの継承　④まちづくり 第三順位　⑤敷地要件　⑥将来への柔軟性　⑦整備費用
評価項目	○評価の視点ごとに「評価項目」を複数設ける。 ○各評価項目には評点を付与するための客観的な評価基準を設定する。 ○評価の視点の優先順位が高いものほど、より多くの評価項目を設ける。
評価方法	○土地自体の特性を評価する明確な基準のある項目は「絶対評価」とする。 ○それ以外は相対的に序列が付く「相対評価」とする。 ○相対評価には「偏差値」を用いる。
評価基準に基づく配点	○各評価項目の評点は５点から１点までの配点の５段階評価を基本とする。 ○例外として、立地条件上不利になる内容の場合には減点評価を行う。 ○評価の視点⑥将来への柔軟性は、将来の可能性という視点の特性に鑑み、５段階評価に寄らず加点評価（１点）とする。
最終的な評価方法	○全評価項目の合計点数により評価し、合計点数の高いものから順に建設候補地に優先順位を付ける。

図表49：評価方法の補足

<table>
<tr><td>評価基準の相違点</td><td>○絶対評価を行う項目は、評価基準（評価に用いる指標値等と配点ごとの値の間隔）を個別に設定する。
○相対評価を行う項目は、共通の評価基準として偏差値を用いる。
○偏差値 50（＝平均値）付近を３点とし、配点ごとの値の間隔を４pt に設定する。

絶対評価の例：浸水想定区域
<table>
<tr><th>配点</th><th>評価基準</th></tr>
<tr><td>５点</td><td>０m</td></tr>
<tr><td>４点</td><td>０～0.5m</td></tr>
<tr><td>３点</td><td>0.5～３m　敷地のごく一部のみ</td></tr>
<tr><td>２点</td><td>0.5～３m　敷地の半分程度</td></tr>
<tr><td>１点</td><td>0.5～３m　敷地全体</td></tr>
</table>
相対評価（共通）
<table>
<tr><th>配点</th><th>評価基準</th></tr>
<tr><td>５点</td><td>偏差値 56 以上</td></tr>
<tr><td>４点</td><td>偏差値 52 以上　56 未満</td></tr>
<tr><td>３点</td><td>偏差値 48 以上　52 未満</td></tr>
<tr><td>２点</td><td>偏差値 44 以上　48 未満</td></tr>
<tr><td>１点</td><td>偏差値　　44 未満</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>偏差値の求め方</td><td>○偏差値は、母集団全体の得点分布における評価対象の位置を示すもので、以下の計算式で求められる。
偏差値　＝（指標値－指標値の平均）÷標準偏差×10＋50
標準偏差　＝ $\sqrt{\frac{\sum(x_i-\mu)^2}{n}}$
n ＝母数
x_i＝個々の指標値
μ＝指標値の平均</td></tr>
</table>

図表50：評価項目ごとの考え方と評価基準

評価の視点１　交通アクセス		
評価項目	考え方	評価基準
１－① 高速道路 IC からの距離	山形市内等への救急搬送や通勤のし易さを考慮し、最寄りの IC からの距離が近いほど評価を高くする。	偏差値 56 以上：５点、　52 以上 56 未満：４点、 48 以上 52 未満：３点、　44 以上 48 未満：２点、 44 未満：１点
１－② 国道からの距離	通院のし易さを考慮し、最寄りの国道からの距離が近いほど評価を高くする。	同上
１－③ 救急搬送圏内のカバー人口	迅速に救急搬送する必要性を考慮し、救急搬送圏内のカバー人口が多いほど評価を高くする。	同上
１―④ ２町立病院との距離	２町立病院との医療連携のし易さを考慮し、２町立病院との距離が近いほど評価を高くする。	同上
１－⑤ 県立中央病院との距離	山形市内の基幹病院の中でも特に西村山地域から近い県立中央病院への転院搬送のし易さを考慮し、県立中央病院との距離が近いほど評価を高くする。	同上
１―⑥ 公共交通機関の発着場からの距離	公共交通機関での通勤・通院のし易さを考慮し、最寄りの公共交通機関の発着場からの距離が近いほど評価を高くする。	同上
１－⑦ 周辺の事故発生件数	交通環境の良さを考慮し、周辺の交通事故発生件数が少ないほど評価を高くする。	同上

評価の視点２　災害動向		
評価項目	考え方	評価基準
２－① 浸水想定区域	水害対策（盛土や止水板設置、防水建材の使用等）による費用の掛かり増しや災害時の診療機能停止の可能性を考慮し、浸水想定被害が少ないほど評価を高くする。	０ｍ：５点、０ｍ～0.5ｍ（床下浸水、大人の膝まで浸かる程度）：４点 0.5ｍ～３ｍ（１階天井まで浸水する程度）：敷地のごく一部のみ：３点 0.5ｍ～３ｍ（１階天井まで浸水する程度）：敷地の半分程度：２点 0.5ｍ～３ｍ（１階天井まで浸水する程度）：敷地全体：１点
２－② 想定最大震度	地震被害の抑制を考慮し、敷地所在地の想定最大震度が小さいほど評価を高くする。	５弱：５点、　５強：４点、　６弱（鉄筋コンクリ造の場合、壁梁柱等部材にひび・亀裂が入る可能性）：３点、　６強（鉄筋コンクリ造の場合、壁梁柱等部材にひび・亀裂が多くなる）：２点、　７以上（同上かつ１階・中間階が変形しまれに傾くものあり）：１点
２－③ 震度６以上の地震発生確率（30 年以内）	地震被害の抑制を考慮し、敷地所在地の震度６以上の地震発生確率が低いほど評価を高くする。	０～0.1%：５点、　0.1～３%：４点、　３～６%：３点、 ６～26%：２点、　26～100%：１点
２－④ 地盤状況	地震被害の抑制を考慮し、敷地地盤の液状化危険度が低いほど評価を高くする。	液状化危険度ランク対象外：５点、液状化の危険度は低い：４点、 液状化の危険度あり（小）：３点、液状化の危険度あり（中）：２点、 液状化の危険度あり（大）：１点
２－⑤ 活断層	断層のずれが発生した場合、断層の直上の構造物等に多大な被害が生じるため、敷地内に活断層がなければ評価を高くする。	敷地内に現在確認されている活断層はない：５点 敷地内に現在確認されている活断層がある：１点
２－⑥ 土砂災害	土砂災害防止法に基づく土砂災害関連警戒区域の指定がある場合、構造規制や避難体制整備義務がある場合があるため、敷地が土砂災害特別警戒区域・警戒区域に該当しなければ評価を高くする。	無し：５点、　急傾斜地の崩壊・土石流・地すべりのうち、警戒区域が１箇所以上：４点、　急傾斜地の崩壊・土石流・地すべりのうち、特別警戒区域が１箇所：３点、　急傾斜地の崩壊・土石流・地すべりのうち、特別警戒区域が２箇所以上：２点、　新たな「土砂災害が発生するおそれのある箇所」に１箇所以上該当：－２点
２－⑦ 災害発生時の迂回路の確保可能性（災害×交通）	大雨等による洪水災害発生時もいわゆる「陸の孤島」になることなく、患者の受入れや他院への転院搬送を安全に行うことができるよう、敷地内外の交通アクセスを確保しやすい敷地ほど高く評価する。	６ｍ以上の接道が２本以上確保可能：５点、　６ｍ以上の接道が１本確保可能：４点、　４ｍ以上６ｍ未満の接道が２本以上確保可能：３点、 ４ｍ以上６ｍ未満の接道が１本確保可能：２点、　４ｍ以上の接道を１本も確保できない：１点

評価の視点３　診療エリアの継承		
評価項目	考え方	評価基準
３－① 現２病院からの距離	現県立河北病院及び現寒河江市立病院の利用患者の通院継続のし易さを考慮し、現２病院からの距離が近いほど評価を高くする。	偏差値 56 以上：５点、　52 以上 56 未満：４点、 48 以上 52 未満：３点、　44 以上 48 未満：２点、 44 未満：１点、
３－② 患者重心からの距離	現２病院の患者の通院のし易さを考慮し、現２病院の患者重心（入院）からの距離が近いほど評価を高くする。	同上
３－③ 人口重心からの距離	新病院が西村山地域全域から利用されることを考慮し、より多くの住民をカバーする診療エリアとするため、西村山地域の人口重心からの距離が近いほど評価を高くする。	同上

３－④ 周辺の診療所及び高齢者施設の開設状況	診療所及び高齢者施設との連携を考慮し、周辺により多くの診療所及び高齢者施設等が開設しているほど評価を高くする。	同上
３－⑤ 訪問診療圏内のカバー人口	訪問診療を効率的に行うことを考慮し、訪問診療圏内のカバー人口が多いほど評価を高くする。	同上

評価の視点４　まちづくり		
評価項目	考え方	評価基準
４－① 西村山圏域都市計画区域マスタープラン上の位置づけ	医療、福祉等の都市機能を適正に配置し、人口規模に即した効率的な都市づくりに資するよう、人口が集中しやすいエリアほど評価を高くする。	骨格的都市軸かつ住宅系かつ拠点：５点、 骨格的都市軸・住宅系・拠点のいずれか２つ：４点、 骨格的都市軸・住宅系・拠点のいずれか：３点、 上記以外：２点、 自然環境保全ゾーン：－１
４－② 建設候補地所在自治体における都市計画マスタープラン上の位置づけ	建設候補地所在自治体のまちづくりに寄与するよう、人口が集中しやすいエリアほど評価を高くする。	中心市街地活性化エリア（寒河江市）またはにぎわい拠点（河北町）であって商業系用途地域または住宅系用途地域である用地：５点、 商業系用途地域または住宅系用途地域である用地：４点、 商業系用途地域または住宅系用途地域に該当しない用途地域内の用地：３点、 都市計画区域かつ用途地域外：２点、 都市計画区域外：１点
４―③ 土地利用規制の状況	用途地域の規制等が厳格な場合、必要敷地面積が増えたり、病院建設ができない場合があるため、土地利用規制が少ない区域ほど評価を高くする。	商業地域（高さ制限無。容積率 40/10、建蔽率８/10、建築可能面積最大）：５点、 １・２種中高層住居専用地域、１・２種住居地域、準住居地域、近隣商業地域・準工業地域（高さ制限無。容積率 20/10、建蔽率６/10or８/10）：４点、 用途地域外（高さ 10m 超は届出）：３点、 １・２種低層住居専用地域、工業地域、工業専用地域（用途地域変更しなければ病院建設不可）：２点、 地区計画区域内（地区計画区域内の場合は規制（病院建設不可、高さ制限、壁面の位置の制限、垣又は柵の構造の制限）があるため）：－１点
４－④ 利便施設の有無	患者・職員の生活の利便性を考慮し、小売店からの距離が近いほど評価を高くする。	偏差値 56 以上：５点、　52 以上 56 未満：４点、 48 以上 52 未満：３点、 44 以上 48 未満：２点、 44 未満：１点
４－⑤ 騒音等による住環境への配慮	周囲で騒音の影響を受ける世帯数(半径 500m 以内)が少ないほど評価を高くする。	同上

評価の視点５　敷地要件		
評価項目	考え方	評価基準
５－① 敷地形状	建物の配置のし易さを考慮し、敷地形状が整形地であるほど評価を高くする。	必要敷地面積（27 千㎡）が矩形で確保可能：５点、 必要建築面積（４千㎡）＋将来の建替え面積（４千㎡）が矩形で確保可能：４点、 必要建築面積（４千㎡）が矩形で確保可能：３点、 必要建築面積（４千㎡）が不整形で確保可能：２点、 造成が必要：－１
５－② 接道状況	車両の進入のし易さを考慮し、土地周囲に幅員が広い接道が多いほど評価を高くする。	６m以上の接道が２本以上：５点、 ６m以上の接道が１本：４点、 ４m以上６m未満の接道が２本以上：３点、 ４m以上６m未満の接道が１本：２点、 ４m以上の接道が１本も無い：１点
５－③ 工事期間中の影響度	工事期間中の騒音・振動等によるトラブル発生の可能性を考慮し、周囲に懸案となり得る隣接施設が少ないほど評価を高くする。	周辺（半径 200m）に下記施設が何もない場合を満点５点とし、隣接地に次の施設がある場合をそれぞれ減点 ・住宅　－１ ・店舗または保育施設、教育施設　－１ ・現地建替え－２
５－④ 用地確保の円滑性	施設整備を出来る限り滞りなく進めるため、整備スケジュールに影響が出ない敷地ほど評価を高くする。	いずれも該当なし：５点、 用地取得、農地転用など期間を要する申請が必要、埋蔵文化財包蔵地に敷地の全部または一部が該当のいずれか１つ：４点、 用地取得、農地転用など期間を要する申請が必要、埋蔵文化財包蔵地に敷地の全部または一部が該当のいずれか２つ：３点、 用地取得、農地転用など期間を要する申請が必要、埋蔵文化財包蔵地に敷地の全部または一部が該当のいずれか３つ：２点、 重要遺跡地に敷地の全部又は一部が該当：１点

評価の視点６　将来への柔軟性		
評価項目	考え方	評価基準
６－① 敷地内での建替え可能性	将来の建替えを敷地内で実施できる場合、用地取得費用や敷地の選定が不要かつ患者への影響も小さくなるため、将来の建替え敷地が確保できる敷地を優先する。	31,000 ㎡以上（総敷地 27 千㎡＋建築４千㎡が賄え、敷地内建替えが可）：１点、 31,000 ㎡未満（敷地内建替えまでは不可）：０点
６－② 基幹道路の拡張や延長の予定	基幹道路の拡張や延長により、主要道路の結節点や高速道路 IC からの移動時間の短縮や混雑の解消が見込まれる敷地を評価する。	周辺の基幹道路の拡張や延長の予定あり：１点、 周辺の基幹道路の拡張や延長の予定なし：０点
６－③ 周辺の開発の容易さ	病院建設に伴う周辺の開発が容易な場合は加点する。	商業系地域または準工業地域の用途地域を含む：１点、 商業系地域または準工業地域の用途地域を含まない：０点

６－④ 隣地取得の可能性	敷地の拡張が可能な場合は加点する。	隣地取得の可能性あり：１点、 隣地取得の可能性なし：０点

評価の視点７　整備費用		
評価項目	考え方	評価基準
７－① 用地取得想定コスト	用地取得コスト※は整備費に直結するため、用地取得コストが低い敷地を優先する。 ※新病院の運営母体が土地を取得すると仮定し、公有地・民有地を問わず、一定の方法により取得価格を試算する。	偏差値 56 以上：５点、　52 以上 56 未満：４点、 48 以上 52 未満：３点、 44 以上 48 未満：２点、 44 未満：１点
７－② インフラ整備状況	インフラの整備は新病院の整備費用に直結するため、インフラの整備が必要ない敷地を優先する。	インフラは全て整備済み：５点、 電気・ガス・水道・下水道のうち１つが未整備：４点、 電気・ガス・水道・下水道のうち２つが未整備：３点、 電気・ガス・水道・下水道のうち３つが未整備：２点、 電気・ガス・水道・下水道のうち４つが未整備：１点
７－③ 立地適正化計画に基づく施設整備に対する支援の有無	立地適正化計画に基づき定められている、市町村等が行う公共施設の整備に対する支援を受けることは、整備費の削減につながるため、より交付率が高い事業が該当する敷地を優先する。	都市構造再編集中支援事業：国費 50%(都市機能誘導区域、地域生活拠点)：５点、 都市構造再編集中支援事業：国費 45%(居住誘導区域等)：４点、 都市再生整備計画事業（社会資本整備総合交付金）：国費 40%：３点、 適用無し：１点
７－④ 不採算地区病院に対する特別交付税措置の適否	不採算地区に該当し、不採算地区病院の条件に当てはまる場合、特別交付税措置を受けられ、整備費の削減につながるため、不採算地区病院に該当する敷地を優先する。	不採算地区病院　第１種　に該当：５点、 不採算地区病院　第２種　に該当（人口３万人未満）：４点、 不採算地区病院　第２種　に該当（人口３万人以上人口６万人未満）：３点、 不採算地区病院　第２種に該当（人口６万人以上人口 10 万人未満）：２点、 不採算地区に該当しない：１点

図表51：評価結果一覧

評価の視点	評価項目	①陵西中敷地		②陵東中敷地		③陵南中敷地		④寒河江市立病院敷地		⑤河北病院敷地		⑥中央工業団地西側		⑦ほなみ団地東側	
1.交通アクセス	① 高速道路ICからの距離	1	22	2	23	5	22	5	25	2	21	2	23	3	21
	② 国道からの距離	5		4		1		1		5		5		4	
	③ 救急搬送圏内のカバー人口	1		4		4		4		3		3		5	
	④ 2町立病院との距離	5		2		4		4		1		5		2	
	⑤ 県立中央病院との距離	1		4		5		5		2		1		5	
	⑥ 公共交通機関の発着場からの距離	4		4		1		5		5		2		1	
	⑦ 周辺の事故発生件数	5		3		2		1		3		5		1	
2.災害動向	① 浸水想定区域	1	19	5	30	5	27	2	20	5	25	5	26	2	21
	② 想定最大震度	2		2		2		2		2		2		2	
	③ 震度6以上の地震発生確率	3		3		3		3		2		3		3	
	④ 地盤状況	2		5		2		2		5		5		3	
	⑤ 活断層	5		5		5		5		5		5		5	
	⑥ 土砂災害	5		5		5		5		5		3		5	
	⑦ 災害発生時の迂回路の確保可能性	1		5		5		1		1		3		1	
3.診療エリアの継承	① 現2病院からの距離	1	7	5	22	3	16	5	20	5	13	1	11	4	20
	② 患者重心からの距離	1		5		1		1		5		2		4	
	③ 人口重心からの距離	3		3		4		5		1		5		2	
	④ 周辺の診療所及び高齢者施設の開設状況	1		5		3		4		1		2		5	
	⑤ 訪問診療圏内のカバー人口	1		4		5		5		1		1		5	
4.まちづくり	① 西村山圏域都市計画区域マスタープラン上の位置づけ	3	14	4	20	4	18	4	16	4	18	3	15	2	13
	② 都市計画マスタープラン上の位置づけ	2		4		4		4		2		2		2	
	③ 土地利用規制の状況	3		4		4		2		3		3		3	
	④ 利便施設の有無	1		3		5		5		5		2		5	
	⑤ 騒音等による住環境への配慮	5		5		1		1		4		5		1	
5.敷地要件	① 敷地形状	5	16	5	18	5	18	2	13	4	15	5	15	5	14
	② 接道状況	3		5		5		5		5		3		3	
	③ 工事期間中の影響度	3		3		3		1		1		5		3	
	④ 用地確保の円滑性	5		5		5		5		5		2		3	
6.将来への柔軟性（加点項目）	① 敷地内での建替え可能性	0	0	0	2	1	1	0	1	1	3	1	1	1	2
	② 基幹道路の拡張や延長の予定	0		1		0		0		0		0		1	
	③ 周辺の開発の容易さ	0		1		0		0		1		0		0	
	④ 隣地取得の可能性	0		0		0		1		1		0		0	
7.整備費用	① 用地取得想定コスト	5	12	4	16	1	13	3	15	4	12	5	10	2	7
	② インフラ整備状況	3		4		4		4		4		1		1	
	③ 立地適正化計画に基づく施設整備に対する支援の有無	1		5		5		5		1		1		1	
	④ 不採算地区病院に対する特別交付税措置の適否	3		3		3		3		3		3		3	
	総計（点）	90		131		115		110		107		101		98	
※評価の結果順位は下段のとおり。		7位		1位		2位		3位		4位		5位		6位	

※得点上位３箇所（赤線囲み）に絞り込むことを決定。

・ 令和７年７月 10 日に開催された協議会において、３箇所に絞り込まれた建設候補地の中から、山形県知事と寒河江市長の協議により、新病院の建設予定地は「現寒河江市立陵東中学校敷地」に決定した。

資料３　協議会規約

山形県立河北病院及び寒河江市立病院の統合再編・新病院整備に関する協議会規約

（設置）

第１条　西村山地域における医療提供体制の再構築を目指し、山形県立河北病院と寒河江市立病院の統合再編及び新病院整備に関する協議を行うため、山形県立河北病院及び寒河江市立病院の統合再編・新病院整備に関する協議会（以下「協議会」という。）を設置する。

（協議会を設ける地方公共団体）

第２条　協議会は、山形県及び寒河江市がこれを設ける。

２　協議会の意思決定は、山形県知事及び寒河江市長の協議により行う。

（協議事項）

第３条　協議会は、山形県立河北病院と寒河江市立病院の統合再編及び新病院整備に関する協議を進めるため、次に掲げる事項について協議を行う。

（１）基本構想及び基本計画の策定

（２）上記の策定に際し必要となる診療機能、立地条件及び運営形態等

（３）その他、協議会が必要と認める諸課題

（運営委員会）

第４条　協議会に、協議事項に係る検討、調整及びその他協議会の運営を行うため、運営委員会を置く。

２　運営委員会の委員は、別表１に掲げる者をもって充てる。

３　運営委員会に委員長を置き、山形県健康福祉部長をもって充てる。

４　委員長は、運営委員会を統括し、運営委員会を代表する。

５　委員長に事故あるとき又は欠けたときは、委員長があらかじめ指名した委員がその職務を代理する。

６　運営委員会は、委員長が招集し、その会議の議長となる。

７　運営委員会は、必要に応じて、河北町、西川町、朝日町及び大江町の副町長又は医療・健康福祉担当課長職にある者の陪席参加を求めることができる。

８　運営委員会は、必要に応じて委員以外の者の出席を求め、意見を聴くことができる。

（部会）

第５条　運営委員会に、専門的事項に係る検討及び調査を行うため、部会を置く。

２　部会は、医療機能部会、総務管理部会及び合同部会とする。

３　前項に定める各部会の検討及び調査項目は、別表２のとおりとする。

４　各部会の部会員は、山形県及び寒河江市並びに山形大学の職員の中から、委員長が指名した者をもって組織する。

５　部会に部会長を置き、部会員の中から委員長が指名する。

６　部会は、第７条に定める事務局長が招集し、その会議を進行する。

７　部会で調査検討した結果については、部会長が運営委員会に報告するものとする。

８　部会は、必要に応じて部会員以外の者の出席を求め、意見を聴くことができる。

（ワーキンググループ）

第５条の２　委員長は、必要に応じて検討が必要な項目ごとに、部会にワーキンググループを置くことができる。

２　ワーキンググループの構成員は、山形県及び寒河江市の職員の中から、委員長が指名した者をもって組織する。

３　ワーキンググループに代表者を置き、構成員の中から委員長が指名する。

４　ワーキンググループは、代表者が招集し、その会議を進行する。

５　ワーキンググループで検討した結果については、代表者が部会に報告するものとする。

（関係者との意見交換の場）

第６条　西村山地域における医療提供体制のあり方及び新病院整備について、意見を徴するため、随時、関係者との意見交換の場（以下「意見交換の場」という。）を設ける。

２　意見交換の場は、別表３に掲げる組織に属する者のうちから必要と認める者をもって構成する。

３　意見交換の場は、必要に応じて前項に定める者以外の者の意見を聴くことができる。

（事務局）

第７条　協議会の事務を総理させるため、協議会に事務局を置く。

２　事務局は、山形県健康福祉部医療政策課（以下「医療政策課」という。）、山形県病院事業局県立病院課（以下「県立病院課」という。）及び寒河江市健康増進課内に置く。

３　事務局に、事務局長、事務局次長及び事務局員を置く。

４　事務局長は、医療政策課西村山医療体制企画主幹の職にある者を、事務局次長は、医療政策課課長補佐（西村山医療体制企画担当）、県立病院課長及び寒河江市健康増進課長の職にある者を、事務局員は医療政策課、県立病院課及び寒河江市健康増進課の職員をもって充てる。

（その他）

第８条　この規約に定めるもののほか、協議会に関し必要な事項は、委員長が別に定める。

附則

この規約は、令和６年５月２１日から施行する。

附則

この規約は、令和７年４月１日から施行する。

別表１（第４条関係）

山形県	病院事業管理者 健康福祉部長 医療統括監 村山保健所長 山形県立河北病院長
寒河江市	副市長 病院事業管理者 寒河江市立病院長 福祉国保課長（併）市立病院新病院計画主幹 寒河江市立病院副院長（兼）事務長

別表２（第５条関係）

部会	検討及び調査項目
医療機能部会	全体計画（役割・機能、診療科構成、病床数・病棟構成） 部門別計画（部門別の運営方針、諸室構成等）　等
総務管理部会	部門横断計画（医療情報システム、医療機器、委託計画） 整備事業計画のうち事業収支シミュレーション 運営形態（構成自治体、財政負担） 人員移行等計画　等
合同部会	部会全体のとりまとめ 施設整備計画（建設予定地、敷地利用計画、基本計画図、構造・設備計画） 整備事業計画（整備事業費、整備手法、整備事業スケジュール）　等

別表３（第６条関係）

意見交換の場	山形大学 山形県医師会 寒河江市西村山郡医師会 山形県看護協会 山形県立中央病院 河北町 西川町 朝日町 大江町 上記団体が推薦する団体

資料４　構成機関及び構成メンバー

令和８年３月現在

協議会

山形県知事	吉村美栄子
寒河江市長	齋 藤 真 朗

運営委員会

山形県	病院事業管理者	阿 彦 忠 之
	健康福祉部長	酒 井 雅 彦
	医療統括監	森 野 一 真
	村山保健所長	藤 井 俊 司
	山形県立河北病院長	佐 藤 敏 彦
寒河江市	副市長	猪 倉 秀 行
	病院事業管理者	久保田洋子
	寒河江市立病院長	後 藤 康 夫
	福祉国保課長（併）市立病院新病院計画主幹	小 林 弘 之
	寒河江市立病院副院長（兼）事務長	山 田 良 一

部会

			合同部会	医療機能部会	総務管理部会
山形県	山形県立河北病院長	佐 藤 敏 彦 ※	○	○	
	山形県立河北病院副院長	秋 葉 次 郎	○	○	
	山形県立河北病院副院長（兼）事務局長	佐 藤 寿 紀	○	○	○
	山形県立河北病院副院長（兼）看護部長	髙 橋 弘 美	○	○	
	山形県立河北病院事務局次長	岩 澤 信 治	○		○
	山形県立河北病院医療経営主幹	森 居 俊 明	○	○	○
	医療政策課西村山医療体制企画主幹	石 垣 幸 一	○	○	○
	村山総合支庁保健企画課医薬事主幹	稲 村 典 子	○	○	
	県立病院課長	大 江 敏 宏	○	○	○
	県立病院課運営企画主幹	片 桐 貴 文	○		○
	県立病院課課長補佐（運営企画担当）	伊 藤 雅 良	○		○
寒河江市	病院事業管理者	久保田洋子 ※	○	○	
	寒河江市立病院長	後 藤 康 夫 ※	○	○	
	寒河江市立病院院長代理	千 葉 純 哉	○	○	
	寒河江市立病院総看護師長	後 藤 智 子	○	○	
	寒河江市立病院副院長（兼）事務長	山 田 良 一 ※	○	○	○
	寒河江市立病院経営企画室長	菖 蒲 郁 雄	○	○	○
	総務課長	今 野 育 男	○		○
	みらい協働課長	石 橋 慶 幸	○		○
	みらい協働課まちづくり推進主幹	村 上 英 広	○		○
	財政課長	小 林 博 之	○		○
	財政課施設マネジメント推進室長	芳 賀 憲 之	○		○
	福祉国保課長（併）市立病院新病院計画主幹	小 林 弘 之 ※	○	○	○
	健康増進課長	黒 田 美 紀	○	○	○
山形大学	医学部内科学第二講座教授	上 野 義 之	○	○	
	大学院医学系研究科医療政策学講座教授	村 上 正 泰	○	○	

※は運営委員会委員を兼ねる

事務局

山形県	医療政策課西村山医療体制企画主幹	石 垣 幸 一 ※
	医療政策課課長補佐（西村山医療体制企画担当）	後 藤 幸 英
	医療政策課西村山医療体制企画専門員	飯 野　弘
	医療政策課主査	石 山　悟
	医療政策課主査	田 中　透
	医療政策課主査	大 瀧 淳 史
	医療政策課主査	児 玉 浩 平
	医療政策課主任主事	北 澤　峻
	県立病院課長	大 江 敏 宏 ※
寒河江市	健康増進課長	黒 田 美 紀 ※
	健康増進課課長補佐	白田由紀子

※は部会員を兼ねる

WG（ワーキンググループ）

（１）診療･看護WG

●は当該ＷＧの代表者を選出する所属
★は各ＷＧの代表者

（１）－１　内科系WG

山形県	山形県立河北病院副院長	秋 葉 次 郎
	山形県立河北病院総合診療科長	深 瀬　 龍
	山形県立河北病院医療経営主幹	森 居 俊 明
寒河江市●	寒河江市立病院副院長★	大 沼　 寛
	寒河江市立病院副院長	寺 下 正 樹
	寒河江市立病院副院長（兼）事務長	山 田 良 一
	寒河江市立病院経営企画室長	菖 蒲 郁 雄

（１）－２　外科系WG

山形県●	山形県立河北病院整形外科長★	大 樂 勝 之
	山形県立河北病院外科長	滝 口　 純
	山形県立河北病院医療経営主幹	森 居 俊 明
寒河江市	寒河江市立病院診療部長（兼）ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ室長	高 野 満 夫
	寒河江市立病院副院長（兼）事務長	山 田 良 一
	寒河江市立病院経営企画室長	菖 蒲 郁 雄

（１）－３　看護WG

山形県	山形県立河北病院副院長（兼）看護部長	髙 橋 弘 美
	山形県立河北病院副看護部長	佐藤貴美子
	山形県立河北病院看護師長	東海林敦子
	山形県立河北病院看護師長	松 田 徳 子
寒河江市●	寒河江市立病院総看護師長★	後 藤 智 子
	寒河江市立病院副総看護師長	佐竹美智代
	寒河江市立病院副総看護師長（兼）第2病棟看護師長	尾 形 和 美
	寒河江市立病院地域連携室（兼）看護科副総看護師長	渡 邉 ひろみ

（２）部門別WG

（２）－１　入院WG

山形県	山形県立河北病院内科長	安 達　 徹
	山形県立河北病院副看護部長	佐藤貴美子
	山形県立河北病院看護師長	東海林敦子
	山形県立河北病院看護師長	松 田 幸 恵
	山形県立河北病院医事主査	小 野 直 美
	山形県立河北病院栄養管理主査	押 野 綾 子
寒河江市●	寒河江市立病院診療部長★	伊 藤　 誠
	寒河江市立病院内科医長	和田輝里子
	寒河江市立病院副総看護師長（兼）第2病棟看護師長	尾 形 和 美
	寒河江市立病院地域連携室（兼）看護科副総看護師長	渡 邉 ひろみ
	寒河江市立病院第３病棟看護師長	渡 邊 智 子
	寒河江市立病院経営企画副主幹	保立美枝子
	寒河江市立病院主任医療情報員	三 條 友 里
	寒河江市立病院副栄養士長	江 﨑 千 明

（2）－2　外来WG

山形県●	山形県立河北病院副院長★	秋 葉 次 郎
	山形県立河北病院副看護部長	石 沢 美 嘉
	山形県立河北病院看護師長	髙 橋 由 佳
	山形県立河北病院医事経営専門員	若 木 大 介
	山形県立河北病院地域医療専門員	村 岡 さゆり
	山形県立河北病院主任社会福祉士	鈴 木 彩 花
	山形県立河北病院薬局長	高 橋 和 枝
	山形県立河北病院放射線技師長	清 野 かおる
	山形県立河北病院検査技師長	金 子 紀 子
寒河江市	寒河江市立病院診療部長	服 部 悦 子
	寒河江市立病院内科医長	和田輝里子
	寒河江市立病院外来棟看護師長	山 口 郁 子
	寒河江市立病院医事係主任	武 田 崇 史
	寒河江市立病院副総看護師長	佐竹美智代
	寒河江市立病院診療主幹（薬局･地域医療連携担当）	明 石 英 史
	寒河江市立病院薬局長	田 中 久 美
	寒河江市立病院放射線技師長	小 林 吉 和
	寒河江市立病院検査技師長	秋 葉 克 美

（2）－3　救急･手術WG

山形県●	山形県立河北病院整形外科長★	大 樂 勝 之
	山形県立河北病院外科長	滝 口　純
	山形県立河北病院麻酔科長	横 尾 倫 子
	山形県立河北病院看護師長	髙 橋 由 佳
	山形県立河北病院看護師長	鈴 木 崇 文
	山形県立河北病院医事担当主事	鈴 木 達 朗
	山形県立河北病院臨床工学主査	笹生亜紀子
寒河江市	寒河江市立病院副院長	松 田 雅 彦
	寒河江市立病院外来棟看護師長	山 口 郁 子
	寒河江市立病院手術･中央材料室看護師長	白 田 久 美
	寒河江市立病院手術･中央材料室主任看護師	菅 井 里 美
	寒河江市立病院医事係長	鈴 木 志 乃
	寒河江市立病院主任医療情報員	三 條 友 里

（2）－4　薬剤WG

山形県●	山形県立河北病院薬局長★	高 橋 和 枝
	山形県立河北病院副薬局長	齋 藤 正 子
	山形県立河北病院薬剤専門員	後 藤 恵 子
寒河江市	寒河江市立病院薬局長	田 中 久 美
	寒河江市立病院薬事副主幹	小 嶋 文 良

（2）－5　臨床検査WG

山形県●	山形県立河北病院検査技師長★	金 子 紀 子
	山形県立河北病院臨床検査専門員	三部美穂子
	山形県立河北病院臨床検査主査	最上久美子
	山形県立河北病院臨床検査主査	富　樫　ルミ
	山形県立河北病院主任臨床検査委技師	阿 部 光 展
寒河江市	寒河江市立病院検査技師長	秋 葉 克 美
	寒河江市立病院主任臨床検査技師	渡辺美貴子

（2）－6　放射線WG

山形県●	山形県立河北病院放射線技師長★	清 野 かおる
	山形県立河北病院副技師長	齋 藤　亮
	山形県立河北病院診療放射線専門員	浦 山 淳 子
寒河江市	寒河江市立病院放射線技師長	小 林 吉 和
	寒河江市立病院主任放射線技師	後 藤　健
	寒河江市立病院主任放射線技師	大久保　匠

（２）－７　リハビリWG

山形県	山形県立河北病院整形外科長	大 樂 勝 之
	山形県立河北病院リハビリテーション技師長	武 田 輝 美
	山形県立河北病院理学療法士	石 本　亮
	山形県立河北病院作業療法士	長 岡　愛
	山形県立河北病院言語聴覚士	守 屋 理 沙
寒河江市●	寒河江市立病院診療部長（兼）リハビリテーション室長★	高 野 満 夫
	寒河江市立病院リハビリテーション技師長	渡 邉 桂 一
	寒河江市立病院主任理学療法士	長 橋 明 誉
	寒河江市立病院副技師長	安 藤 香 織
	寒河江市立病院主任言語聴覚士	佐 藤 裕 子

（３）総務管理WG

（３）－①運営母体設立手続き（給与等勤務条件含む）小WG

山形県●	山形県立河北病院事務局次長	岩 澤 信 治
	県立病院課運営企画主幹★	片 桐 貴 文
	県立病院課管理主査	太 田 隆 明
寒河江市	寒河江市立病院副院長（兼）事務長	山 田 良 一
	福祉国保課長（併）市立病院新病院計画主幹	小 林 弘 之
	総務課長	今 野 育 男
	財政課施設マネジメント推進室長	芳 賀 憲 之

（３）－②部門・職種別人員計画素案小WG

山形県●	山形県立河北病院事務局次長	岩 澤 信 治
	県立病院課運営企画主幹★	片 桐 貴 文
	県立病院課管理主査	太 田 隆 明
寒河江市	寒河江市立病院副院長（兼）事務長	山 田 良 一
	福祉国保課長（併）市立病院新病院計画主幹	小 林 弘 之
	総務課長	今 野 育 男
	財政課施設マネジメント推進室長	芳 賀 憲 之

（３）　－③部門横断計画（情報システム、機器、委託）小WG

山形県●	山形県立河北病院医療経営主幹	森 居 俊 明
	県立病院課運営企画主幹★	片 桐 貴 文
	県立病院課課長補佐（ＤＸ担当）	倉 橋　徹
	県立病院課経営施設主査	戸田惣一郎
寒河江市	寒河江市立病院経営企画室長	菖 蒲 郁 雄
	財政課施設マネジメント推進室長	芳 賀 憲 之
	デジタル戦略課長	佐 藤 倫 久
	みらい協働課長	石 橋 慶 幸

（３）－④積上げ式収支シミュレーション（財政負担の基となる繰出基準ルールを含む）小WG

山形県●	山形県立河北病院医療経営主幹	森 居 俊 明
	県立病院課運営企画主幹★	片 桐 貴 文
	県立病院課経営施設主査	戸田惣一郎
寒河江市	寒河江市立病院経営企画室長	菖 蒲 郁 雄
	福祉国保課長（併）市立病院新病院計画主幹	小 林 弘 之
	財政課長	小 林 博 之
	みらい協働課まちづくり推進主幹	村 上 英 広

資料５　用語集

頁	用語	解説
1	専門医	高度な知識や技術を持ち、特定の診療分野で認定を受けた医師のこと。
1	総合診療科医師	日常的に頻度の高い傷病や診療科を特定しにくい多様な主訴に対して、特定の臓器にとらわれず横断的に診断・治療を行う医師のこと。
1	かかりつけ医	健康に関することを何でも相談でき、必要に応じて専門医や介護・福祉サービスへ繋ぐ等、地域医療・保健・福祉の担い手として包括的に患者を支える医師のこと。
1	二次救急医療機関	入院治療や緊急手術を必要とする患者に対応する救急医療を行う医療機関のこと。
1	三次救急医療機関	二次救急医療機関よりも高度及び専門的な救急医療体制を整備している医療機関のこと。
1	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暮らしを最期まで続けられるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される体制のこと。
1	回復期	急性期を脱し、患者の身体機能の回復を図る時期のこと。この時期には、リハビリテーションや合併症の予防が必要。
1	急性期	病気が発症した直後や、症状が急激に悪化した時期のこと。この時期には、迅速な診断と治療が必要。
2	高度急性期	急性期の中でも、特に重症な患者に対し、救命救急病棟や集中治療室（ICU）等で、極めて密度の高い医療を提供する時期のこと。
2	トリアージ	多数の傷病者が発生した場合に、適切な搬送、治療等を行うため、傷病の重症度に応じて優先順位をつけること。
2	産科セミオープンシステム	妊産婦の利便性と安全性の観点から、妊婦健診は通いやすい地域の診療所で受け、分娩は設備が整った病院で行う医療連携の仕組みのこと。山形県においては、妊娠33週までは自宅や職場に近い診療所で妊婦検診を受け、34週～産後１か月は希望する総合病院に通院・入院し、分娩を行っている。
2	ポストアキュート	病気発症後や手術等の急性期における治療を終えた患者が退院に向けたリハビリ等を必要としている状態のこと。
2	脳卒中連携パス	脳卒中の患者を対象に、急性期病院から回復期病院等を経て早期に自宅に帰れるような診療計画を作成し、地域の医療機関で役割分担や情報を共有し、患者を支えるための仕組みのこと。
2	慢性期	病状は比較的安定しているが、長期的な治療やケアが必要な時期のこと。この時期には、継続的な医療や介護を通じて、患者が生活を維持するための支援が必要。
2	急性増悪	患者の症状が急激に悪化すること。
2	サブアキュート	在宅や介護施設で症状が急に悪化し、入院や治療を必要とする状態のこと。
3	緩和ケア	がん等の生命に関わる病気の患者とその家族に対し、身体や心の問題に対応して生活の質を向上させるアプローチのこと。
3	チーム医療	一人の患者に対して多職種の医療従事者がそれぞれの専門性を生かし、情報を共有しながら連携して最適な医療を提供すること。

頁	用語	解説
3	下り搬送	高度な医療機関で状態が安定した患者を、リハビリや継続治療を行うために連携する地域の病院へ転院搬送すること。
3	地域医療連携推進法人	地域での医療機能の分担や連携を進める目的で、医療機関や介護施設等を運営する設立母体の異なる法人が共同参画する法人のこと。
3	専門研修	初期臨床研修を終えた医師が、専門医資格の取得を目指して受ける研修のこと。
3	医療DX	保健・医療・介護の各段階において発生する情報やデータをデジタル技術で共有・標準化し、より良質な医療やケアを受けられるようにする取組みのこと。
3	タスクシフト・タスクシェア	タスクシフトは、ある職種が担っていた業務の一部を他職種に移管すること。 タスクシェアは、ある職種が担っていた業務の一部を他職種と分担して遂行すること。
4	紹介・逆紹介	診療所等が専門的な治療が必要な患者を病院へ紹介すること、病院での状態が安定した患者を地域の診療所へ再度紹介すること（逆紹介）。
5	急性期一般病棟	手術や救急搬送が必要な、病気の発症直後や重症の患者を主として受け入れる病棟のこと。
5	地域包括ケア病棟	急性期治療を終えた患者や、自宅で療養中に症状が悪化した患者を受け入れ、在宅復帰に向けた医療やリハビリテーション、退院支援を集中的に行う病棟のこと。
6	中央配膳方式	中央の調理場で調理から盛り付けまでを一括して行い、配膳車等で各病棟の患者へ運ぶ仕組みのこと。
6	陰圧	新型コロナウイルス感染症等、空気感染のリスクを低減するため、室内の空気が外へ漏れ出さないよう、部屋の気圧を室外よりも低く設定した状態のこと。
7	重症個室	重症患者や手術後で継続的な観察を要する患者などを対象とし、一般病室よりも観察性や医療対応に配慮された病室のこと。
7	オストメイト	様々な病気や障がい等が原因で、腹部に排泄のためのストーマ（人工肛門・人工膀胱）を造設した人のこと。
7	インフォームド・コンセント	医療従事者が患者に対して医療内容とその選択肢・利益・不利益等を十分に説明し、患者が理解に基づき自発的に意思決定できるよう支援するプロセス。
8	地域完結型医療	地域の医療機関や介護施設が役割を分担して連携し、身近な地域全体で切れ目のない医療を完結する仕組み。
8	ユニバーサルデザイン	年齢、性別、障がいの有無等にかかわらず、全ての人が利用しやすいようあらかじめ環境を整備すること。
8	会計後払いシステム	患者が事前にクレジットカード情報等を登録しておくことで、診療終了後に会計計算を待たずにそのまま帰宅し、後日自動で決済される仕組みのこと。
8	フリーアドレス制	ユニバーサル診察室を採用し、診察室の編成を患者数、医師数により変えることができる運用方法のこと。
9	医師事務作業補助者	医師の指示の下で、診断書等の文書作成代行、電子カルテへの入力及び診療に関するデータ整理等、医師の事務作業をサポートする職種のこと。
9	アウトレット	病室や手術室の壁に設置された、酸素、吸引及び治療用空気等の医療ガスを取り出すための接続口のこと。

頁	用語	解説
10	ウォークイン	救急外来を受診する患者のうち、救急車を利用せず、徒歩や自家用車、タクシー等を使って自力で来院する患者のこと。
10	救急病床	救急告示医療機関が法令で確保を義務付けられている、救急患者を優先して受け入れるための病床のこと。
11	ランデブーポイント	ドクターヘリが患者引継ぎを行うため、あらかじめ設定した臨時離着陸場のこと。
13	上部・下部消化管	口から肛門までの消化管のうち、食道・胃・十二指腸を「上部」、それより下の小腸と大腸を「下部」と区分した呼び方のこと。
13	病理検査	患者から採取した臓器や組織、細胞等を顕微鏡で観察し、病気の有無や種類、進行度等を診断する検査のこと。
13	X線TV	X線を連続的に照射し、体内の状態をテレビモニターでリアルタイムに観察・撮影できる装置のこと。
15	認定看護師	感染管理、緩和ケア等、特定の看護分野において熟練した技術と知識を有し、水準の高い看護を実践できると認められた看護師のこと。
15	専門看護師	がん看護、在宅看護等、特定の専門看護分野において卓越した看護実践能力を有すると認められた看護師のこと。
16	持参薬鑑別	飲み合わせの確認や、入院中の治療薬との調整を行うため、患者が自宅から持ってきた薬（持参薬）の種類、用法、残数等を確認すること。
17	クリーンベンチ	薬剤、輸液等を細菌汚染から守るため、フィルターを通した清浄な空気を吹き出し、作業台の内部を無菌状態に保つ装置のこと。
17	安全キャビネット	抗がん剤等を取り扱う際に作業者を守るため、作業台の内部を陰圧（外より気圧が低い状態）に保ち、有害な物質が外へ漏れるのを防ぐ装置のこと。
17	CT	X線を利用して身体の断面を撮影し、コンピュータ処理によって画像化する検査装置のこと。
17	MRI	強力な磁石と電波を利用して、身体の内部をあらゆる角度から断面画像として撮影する検査装置のこと。
18	周術期	手術が決定した時点から、手術直前の準備、手術中、そして術後の回復を経て退院し、社会復帰するまでの一連の期間のこと。
18	理学療法	病気やけが等で身体機能が低下した患者に対し、運動、電気、温熱等の物理的手段を用いて、起き上がる・歩く等の基本的動作能力の回復を図るリハビリテーションのこと。
18	作業療法	身体や精神に障がいがある患者に対し、手芸や工作等の作業を通じて、応用的動作能力や社会的適応能力の回復を図るリハビリテーションのこと。
18	言語聴覚療法	発声、聴覚、嚥下機能に障がいがある患者に対し、機能改善を通じて、生活の質を高める支援を行うリハビリテーションのこと。
18	廃用症候群	病気やけがによる長期の安静で活動性が低下し、心身の機能が低下した状態のこと。
20	機能訓練	病気や障がい、加齢等で低下した身体機能の回復や維持を目指して、リハビリテーション、生活に関する相談・助言を通じて行われる訓練のこと。

頁	用語	解説
20	物理療法	電気、光線、超音波、温熱、寒冷等の物理的なエネルギーを体に加えることで、痛みの緩和、血行の改善、筋肉の緊張緩和等を図る治療法のこと。
20	ADL	日常生活を送るために必要な基本的動作を指し、「起居・移乗・移動・食事・更衣・排泄・入浴・整容」などの動作で構成される。患者の身体機能や生活状況を評価する指標として用いる。
20	水治療法	関節への負担を軽減した運動や痛みの緩和等を目的とし、温水や冷水、蒸気等の温度刺激や、浮力・水圧・抵抗といった水の物理的作用を利用して行う治療法のこと。
20	生理検査	心電図、脳波、超音波、呼吸機能検査等、患者の身体を直接対象として、その機能や状態を調べる検査のこと。
20	検体検査	患者の体から採取した血液、尿、便、細胞等の検体を対象に行う検査のこと。
20	自動分注ライン	検体や薬品等の液体を、検査項目ごとに必要な量だけ量り取り、別の容器へ自動で分け入れるシステムのこと。
21	病理標本	手術や検査で患者から採取した臓器や組織、細胞等を、顕微鏡で観察できるように加工・保存したもの。
21	PWV（脈波伝播速度）検査	心臓から押し出された血液の拍動が動脈を伝わる速度を計測し、血管が硬いほど拍動が速く伝わる性質を利用し、動脈の硬さを評価する検査のこと。
22	クックサーブ	食材を下処理・調理し、温かいうちに盛り付けて、すぐに患者へ提供する従来の給食調理方式のこと。
22	ニュークックチル	調理した料理を急速冷却して保存し、冷たい状態で皿に盛り付けた後、専用の配膳車等で食べる直前に再加熱して提供する給食システムのこと。
23	大量調理施設衛生管理マニュアル	集団給食施設等での食中毒発生を防ぐため、HACCP（健康被害を引き起こす可能性のある要因を科学的根拠に基づき管理する方法）の概念に基づき、原材料の管理や加熱温度、調理器具の洗浄方法等の重要管理事項を定めた厚生労働省の通知のこと。
27	事業継続計画（BCP）	自然災害や感染症の拡大等の緊急事態が発生した際に、病院の機能を維持し、診療等の重要業務を中断させない、または早期に復旧させるためにあらかじめ定めておく計画のこと。
28	DMAT	大規模災害や事故の現場に急行し、早期に活動できるよう専門的な訓練を受けた災害派遣医療チームのこと。
29	インシデント・アクシデント	患者に傷害が及ばなかった「ヒヤリ・ハット」事例（インシデント）と、実際に患者に影響が生じた医療事故（アクシデント）のこと。
29	ヒューマンエラー	うっかり間違い等、人間に起因して生じた間違いのこと。
30	感染制御チーム（ICT）	多職種で構成され、病棟等の現場への定期的な巡回による確認・指導、抗菌薬の適正使用管理やマニュアル整備等を通じて、組織横断的に病院内の感染対策を担うチーム（Infection Control Team）のこと。
30	サーベイランス	感染症の発生状況や薬剤耐性菌の検出情報を継続的に収集・分析し、その結果を医療現場や関係機関へ迅速に還元する仕組みのこと。

頁	用語	解説
30	アウトブレイク	一定期間内に、同一病棟や医療機関等の特定の場所において、通常よりも高い頻度で感染症が集団発生すること。
30	抗菌薬ラウンド	耐性菌の出現を防ぐため、病棟など現場を定期的に巡回し、抗菌薬が適切に使用されているかを確認・指導すること。
32	標準規格（SS-MIX2、HL7 FHIR）	異なるメーカーの電子カルテや部門システム間でも、患者の情報を円滑に交換・共有できるよう定められた共通のルールのこと。SS-MIX2は日本独自の保存形式、HL7 FHIRはWeb技術を活用した次世代の国際規格。
34	ZEB Oriented	外皮（屋根、外壁等）の高性能化及び高効率設備による省エネルギーに加え、一定の未評価技術を用いた更なる省エネルギー措置を講じた建築物のこと。病院の場合、一次エネルギー消費量を基準一次エネルギー消費量から30%以上削減することが求められる。
34	ライフサイクルコスト	病院の建替えに関わる建設費等の初期費用に加え、開院後の維持管理費や解体処分費等、病院の建設から解体までの全期間にわたる費用の合計額のこと。
36	サービスヤード	建物側面等の外部に面して設けられる、車両の出入りや荷物の搬入等を行うための作業スペースのこと。
37	構造体Ⅱ類	施設の構造体（基礎、壁、柱等）について、地震発生後に大規模補修を行うことなく建築物を使用できることを目標とし、人命の安全と機能の確保が可能となる安全性を備えた分類のこと。
37	建築非構造部材A類	施設の建築非構造部材（仕上げ材、内装材等）について、地震発生後に災害応急対策活動や危険物の管理上支障となる損傷等が発生しないことを目標とし、人命の安全と十分な機能の確保が可能となる安全性を備えた分類のこと。
37	建築設備甲類	施設の建築設備（電気、ガス、給排水、換気、冷暖房設備等）について、地震発生後、人命の安全確保及び二次災害の防止が図られているとともに、大きな補修をすることなく、必要な設備機能を相当期間継続できる安全性を備えた分類のこと。
37	耐震構造	大地震時の変形を制限するため、施設の構造体（基礎、壁、柱等）の耐力（強さ）を高め、安全性を確保した構造のこと。
41	病床稼働率	病院の病床が有効に活用されているか判断する指標のこと。 病床稼働率＝（在院延患者数＋退院患者数）/（稼働病床数×診療日数）
41	繰出基準	地方公共団体の一般会計が公営企業会計に対して本来負担すべき経費について、総務省が示した基本的な考え方のこと。
42	一部事務組合	都道府県や市町村等が事務の一部を共同で処理するため、地方自治法に基づき設立する特別地方公共団体のこと。
42	全部適用（企業団）	地方公営企業が地方公営企業法に定める全ての規定（総則、組織、財務、職員の身分取扱等）を適用すること（病院事業においては、財務規定等は当然に適用され、条例で定めることにより全ての規定を適用することができる）。また、地方公営企業の経営に関する事務のみを共同処理する一部事務組合を企業団と呼ぶ。
42	管理者（企業長）	地方公営企業の業務を執行するために置かれる責任者のこと。企業団においては企業長と呼ぶ。

編集：山形県立河北病院及び寒河江市立病院の
統合再編・新病院整備に関する協議会事務局

山形県健康福祉部医療政策課
山形県病院事業局県立病院課
寒 河 江 市 健 康 増 進 課