

| | |
|-----------------------------------|--------|
| 横浜市立港湾病院再整備事業基本構想検討調査（抜粋） | 1 - 4 |
| 横浜市立市民病院再整備計画に関する基礎的研究報告書（抜粋） | 1 - 26 |
| 脳血管医療センター（仮称）整備（友愛病院再整備）基本計画書（抜粋） | 1 - 51 |
| 横浜市小児アレルギーセンターのあり方検討委員会報告書（抜粋） | 1 - 59 |
| 横浜市立大学医学部附属浦舟病院再整備基本構想報告書（抜粋） | 1 - 67 |

横浜市立港湾病院再整備事業
基本構想検討調査

—再整備のための基本構想に向けて—

(抜粋)

平成 2 年 3 月

第3章 港湾病院の現状と問題点

1. 沿革

横浜市立港湾病院は、横浜市開港百周年記念行事の一環として港湾勤労者の保健・医療・福祉の向上のために、昭和37年に開院した。その後、昭和50年に総合病院の承認を受け、現在は一般市民を対象にした医療を提供している。

病院施設は西棟（昭和36年竣工・昭和50年改修）と東棟（昭和49年竣工）の2棟からなる。病院施設の1床当たりの延べ床面積（許可病床数300を使用）は42.9㎡であり、自治体病院の平均値45.3㎡（昭和63年、524病院、平均病床数272床）よりも狭い。また古い施設を増築・改修しているため、施設レイアウトは使いづらいものとなっている。

2. 診療機能

診療科は、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・理学診療科・麻酔科・放射線科・歯科口腔外科の14科からなっている。（脳神経外科は非常勤医師が担当しており、また放射線科には治療機能がない。）

病床数は一般病床285床（許可病床数300：ICU含む）であり、各診療科毎に管理を行っている。但し現状ではICUは設置されていない。

科別稼働病床数

| 診療科名 | 病床数 | 診療科名 | 病床数 | 診療科名 | 病床数 |
|-------------------------|-----|-------|-----|-------|-----|
| 内科 | 91 | 皮膚科 | 4 | 理学診療科 | 19 |
| 小児科 (未熟児病床3床を 含む) | 22 | 泌尿器科 | 11 | 麻酔科 | 2 |
| | | 産婦人科 | 25 | 放射線科 | 0 |
| 外科 | 40 | 眼科 | 7 | 歯科 | 2 |
| 整形外科 | 53 | 耳鼻咽喉科 | 9 | 総計 | 285 |

病棟は6病棟あり、そのうち4病棟が特3類の、2病棟が特2類の基準看護承認を受けている。

救急医療に対しては、南部医療圏の二次応需病院として横浜市の病院群輪番制に参加しているが、公立病院として考えるならば充分と言える回数ではない。

（休日二次：奇数月1回、夜間二次：月3回）

ただし地域医師会との関係は良好であり、再整備事業に対しても好意的である。

3. 患者動向

平成元年度の一日平均患者数は、外来患者が628.7人、入院患者が268.4人（病床利用率94.2%）である。横浜市の昭和63年度平均一般病床利用率が78%であることに比べると、かなり高い。（全国200～400床の公立病院平均一般病床利用率は87%であり、必要病床数算定に使用される病床利用率は83.9%と定められている。）

ただし入院患者に占める重症患者の割合は、他の高機能病院と比較して、低いものと思われる。

科別患者数をみると、外来では内科、理学診療科、整形外科が多く、歯科、産婦人科が少ない（脳神経外科・放射線科・麻酔科は除く）。入院に関しては、病床利用率が高いのは整形外科・理学診療科・内科・外科・泌尿器科である。このうち内科、整形外科、理学診療科は在院日数の短縮化を図っていながらも、高い病床利用率を示している。また各科入院患者の入院期間は、皮膚科、泌尿器科、眼科、耳鼻咽喉科、歯科ではすべて1ヶ月以内となっている。それ以外の科も、理学診療科を除いて入院期間1ヶ月以内が6割以上を占めている。3ヶ月以上の長期入院患者がいるのは内科、小児科、外科、整形外科、理学診療科である。理学診療科は3～6ヶ月が大半を占めており、また外科においては、2年以上の入院患者もみられる。

一方、入院待機患者のうち、一週間以上待機しているものが70名程度存在しているというデータもある。

4. 診療科の特徴

港湾病院の診療機能の特徴として、整形外科がスポーツ整形の分野で著名であることがあげられる。

しかし他の科は、患者層、診療圏、専門外来等から見ると、一般的な診療（民間病院レベルの意）を中心に行っていると推定できる。

このことは、港湾病院の受療動向として、整形外科を受診する若く（10代後半～20代前半が中心）診療圏の広い（神奈川県外にまで達する）患者層と、それ以外の科を受診する60代を中心とした広い年齢構成を持つ近隣の患者層に2分する事ができることから明らかである。

また医師の大半が、横浜市大医学部医局からの派遣であり、ローテーション期間が短いことも1要因であると考えられる。

これらは同時に港湾病院の診療機能が、市直営の総合病院としてはアンバランスである事を明らかにしている。

5. 管理体制と職員

港湾病院の管理体制は、自由度が高く融通がきき、院内の雰囲気は家庭的であるとの回答が幾人かの病院職員から得られている。

しかし病院全職員を対象にしたアンケートでは業務について不満を持つ職員が多いことが明らかになっており、業務内容・体系を再考すべきであろう。

また院内委員会の位置付けも検討しなければならない。

6. 地域との連携

(1) 紹介患者の実績

港湾病院に紹介されてくる患者の3割は、整形外科である。次いで内科、外科、歯科、泌尿器科の順番になっている。

科別の紹介患者の新来患者の占める割合では、放射線科が多い。しかし、これらの患者は全て放射線検査のために紹介されてきたと考えられる。

また港湾病院に紹介されてきた入院患者が新入院患者に占める割合は、眼科で6割、耳鼻科、歯科で3割程度に達している。

それぞれの紹介元のうち、外科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、耳鼻咽喉科、歯科は中区内からの紹介が多い。

(2) 病診連携

地域との連携は地元医師会との協力関係が極めて重要である。

横浜市立港湾病院の場合、地元医師会との関係は良好であり、今回の再整備事業に対しても、地元医師会は賛同の立場をとっている。

7. 病院現状のまとめ

以上のことをまとめると、

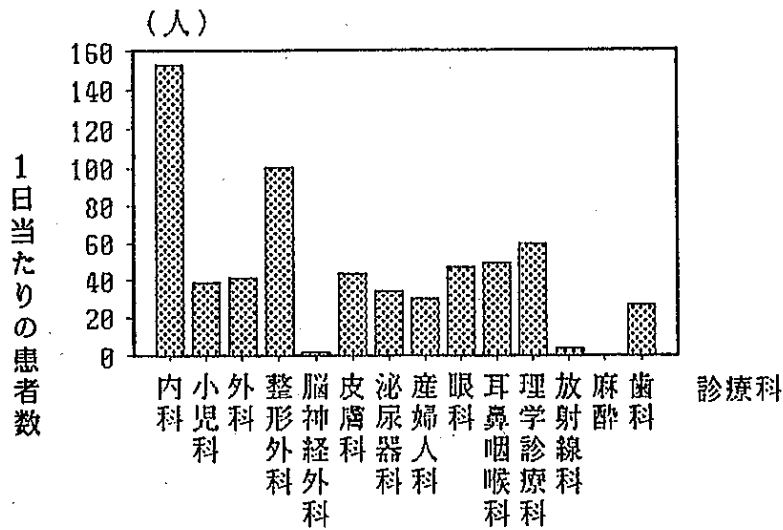
- ・地域医師会から期待されている病院である。
- ・整形外科の専門性が高い（スポーツ整形として）。
- ・整形外科に比べ、他の科は一般医療中心であり、市立総合病院としては診療機能がアンバランスである。
- ・病床は不足ぎみである。
- ・施設が狭い、ICUが設置されていない等、施設・設備面で問題がある。

- ・救急医療への対応が、公立病院としては不十分である。
- ・病院管理体制は自由度が高く、職員関係も良好である。ただし業務に不満を持つ職員も多い。

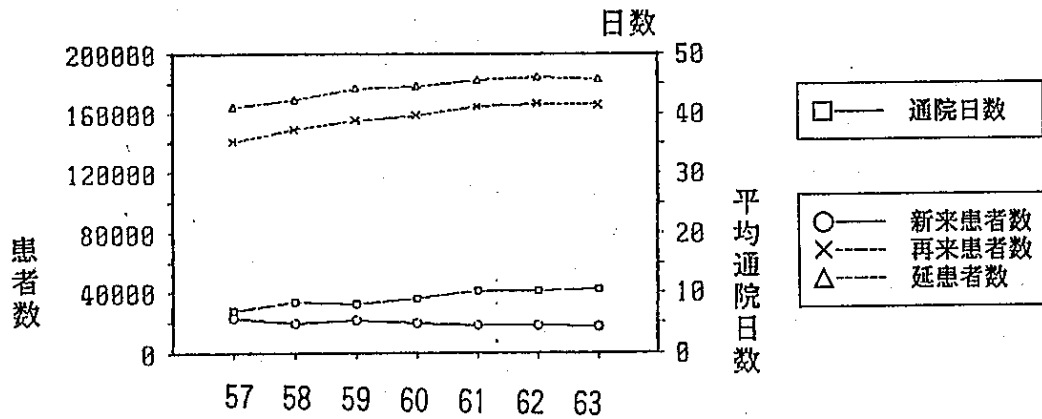
となる。

また港湾病院という名称は、職員の7割以上がふさわしくないと感じている事を考えると、この機会に変更すべきであろう。

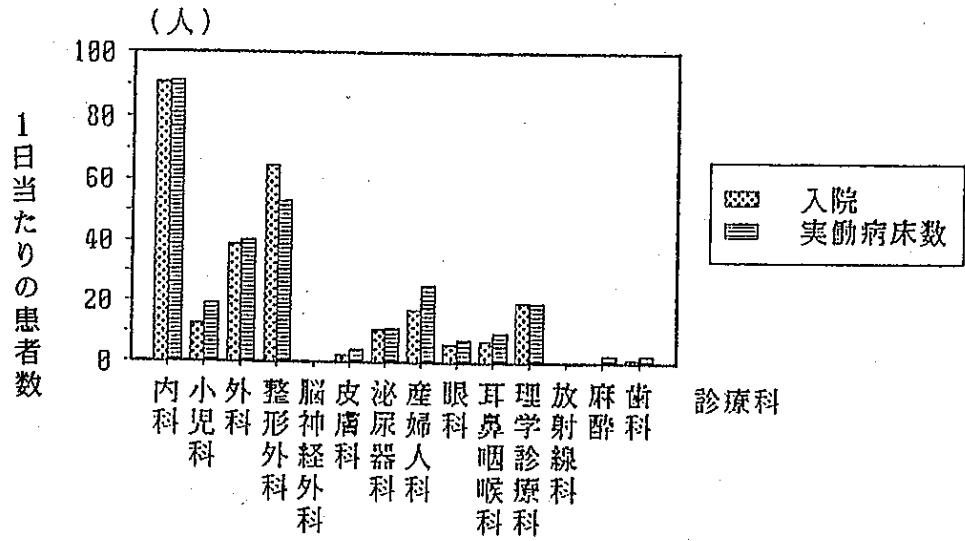
一日当たり外来患者数 (平成元年度)



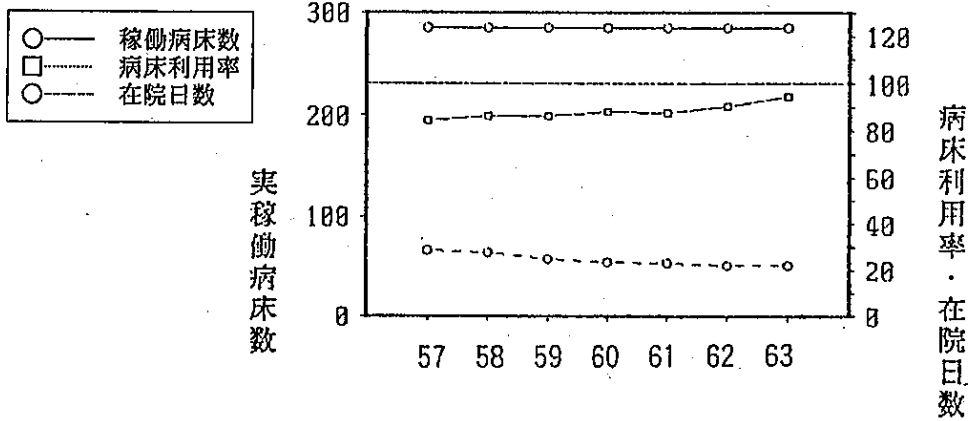
患者数、平均通院日数の年次推移 (外来)



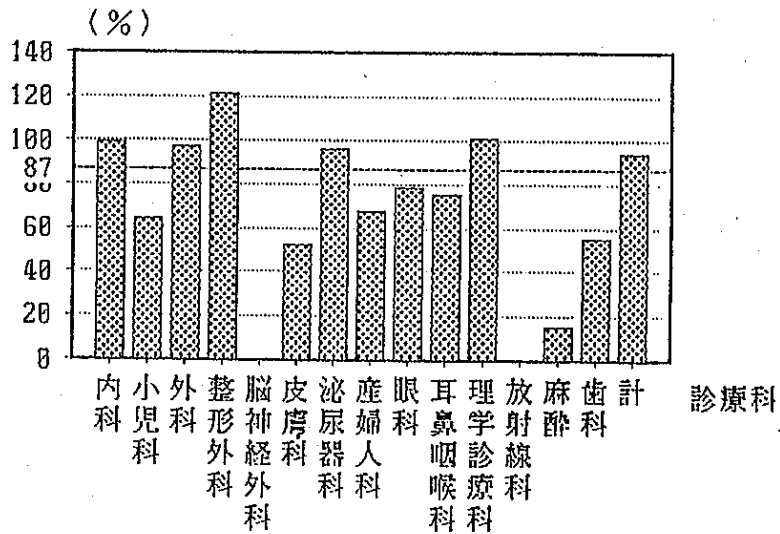
一日当たり入院患者数・稼働病床数



病床数、病床利用率、平均在院日数の年次推移 (入院)



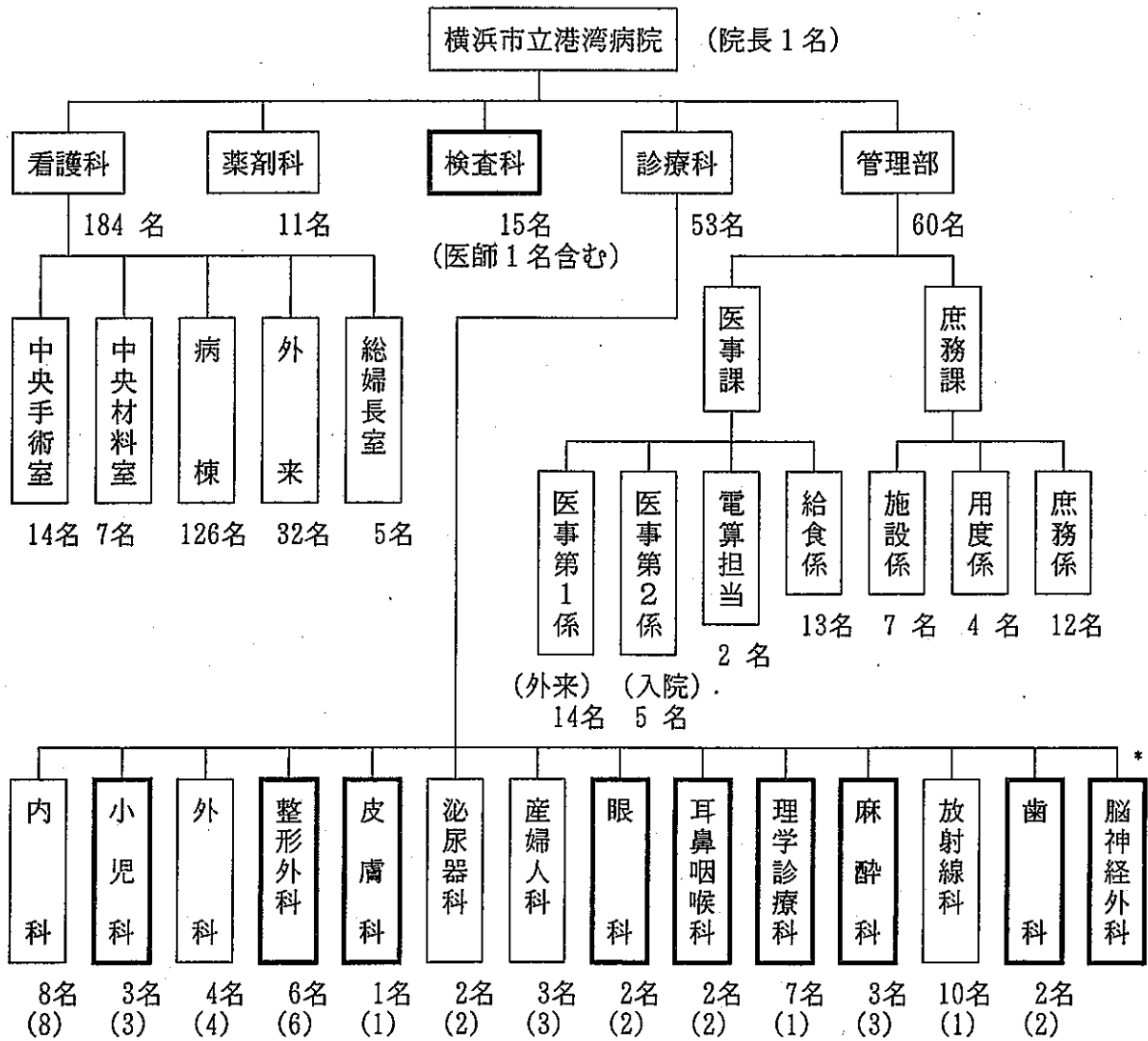
病床利用率 (昭和63年度)



*公的病院 (一般病床200 ~ 400床、甲表) の病床利用率の平均は87%である。: 病院管理研究所調査

港湾病院組織図

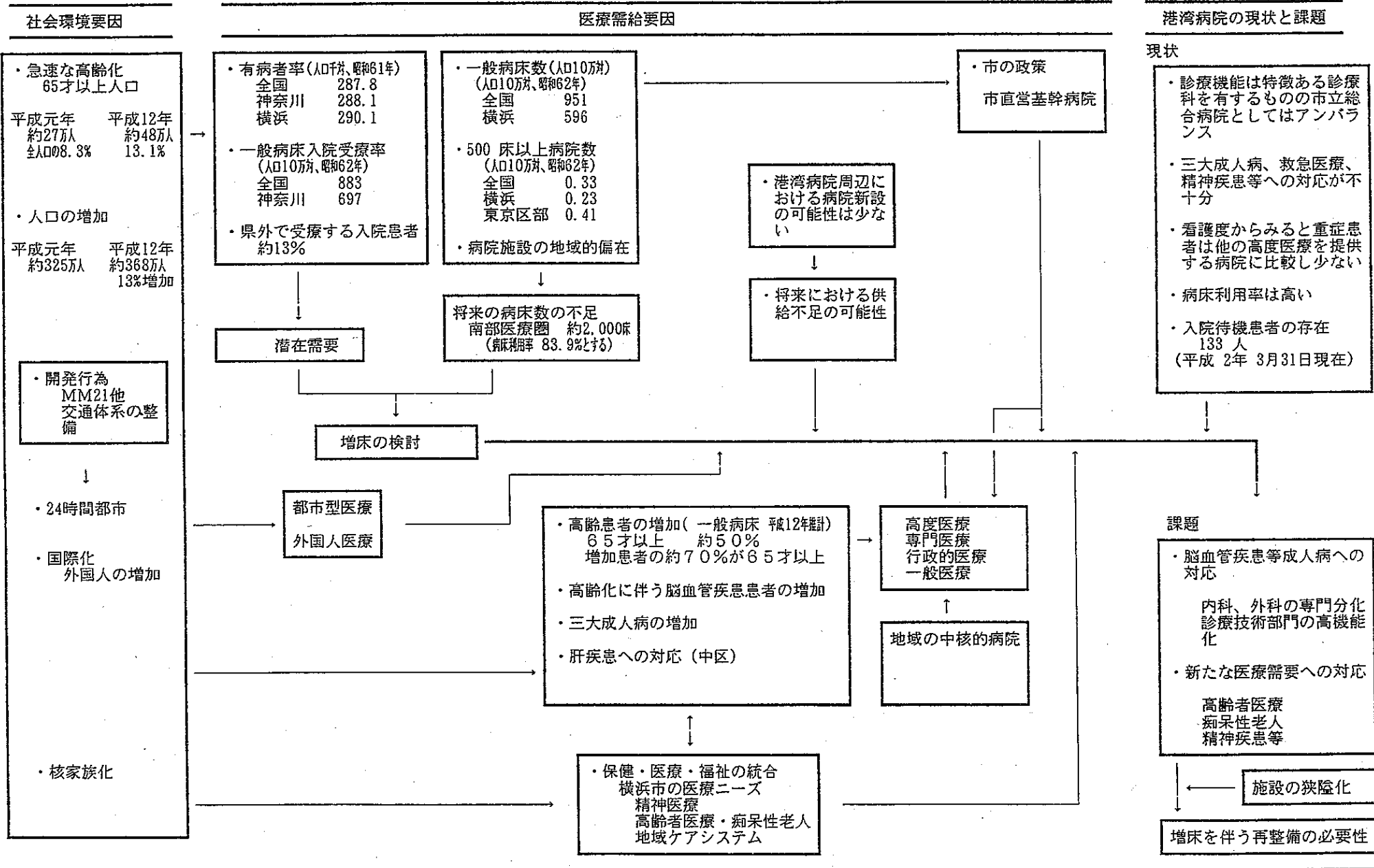
(平成2年3月1日現在)



*脳神経外科は専任なし
 () 内は医師・歯科医師のみ

: 院長が部長を兼務

調査・分析結果の概要



第4章 再整備の必要性と整備の方向

1. 再整備の必要性

社会環境及び医療需給の調査・分析の結果から脳血管疾患をはじめとする三大成人病への対応、肝疾患への対応、アルコール依存症等の精神障害への対応、さらに高齢化への対応が求められる。また将来的には南部医療圏においても病床数が不足することが予想される。

これに対し港湾病院の現状をみると、診療機能面においては、整形外科（スポーツ整形）という特徴ある診療科を有するものの、内科、外科において専門分化が不十分であること、脳神経外科を有するものの非常勤医師による対応であること、また放射線科においては治療機能を持たないこと等、市立総合病院としてみた場合、診療機能面でのアンバランスがみられる。

また患者特性については、上記の診療科の特性もあるが、他の高度医療機関と比較すると重症患者は少ないこと、またICUが設置されていないこと等から高度医療、救急医療等に対し十分な対応がなされているとはいえない。

従って、資料に示す市立病院の類型化に基づき港湾病院を類型化すると一般医療を提供するI型の水準にとどまると考えられ、必ずしも市民の医療ニーズに込えているとはいえない。

近年、他の自治体をもみても都市型の総合病院はⅢ型に位置付けられ整備が図られている。

港湾病院において高度・専門医療の提供を考えると、診療機能面においては内科・外科の専門分化、また診療技術部門の高機能化等が必要になる。

また救急医療及び高齢化社会への対応等の行政的医療の面における機能の拡充も必要である。

そのためには組織体制、運営体制の拡充・強化のみならず、診療科の専門分化及び新部門の設置に伴う増床、および高度医療機器の導入等、施設、設備面での拡充が必要である。

しかし横浜市立港湾病院の現状の施設は既に狭隘化しており、また増改築で非効率的な施設配置となっている。

従って単なる増改築では、市民の医療ニーズに対応することは困難であり、市立病院としての位置付けを明確にし、再整備を図る必要がある。

2. 再整備の方向

2.1 新病院整備の考え方

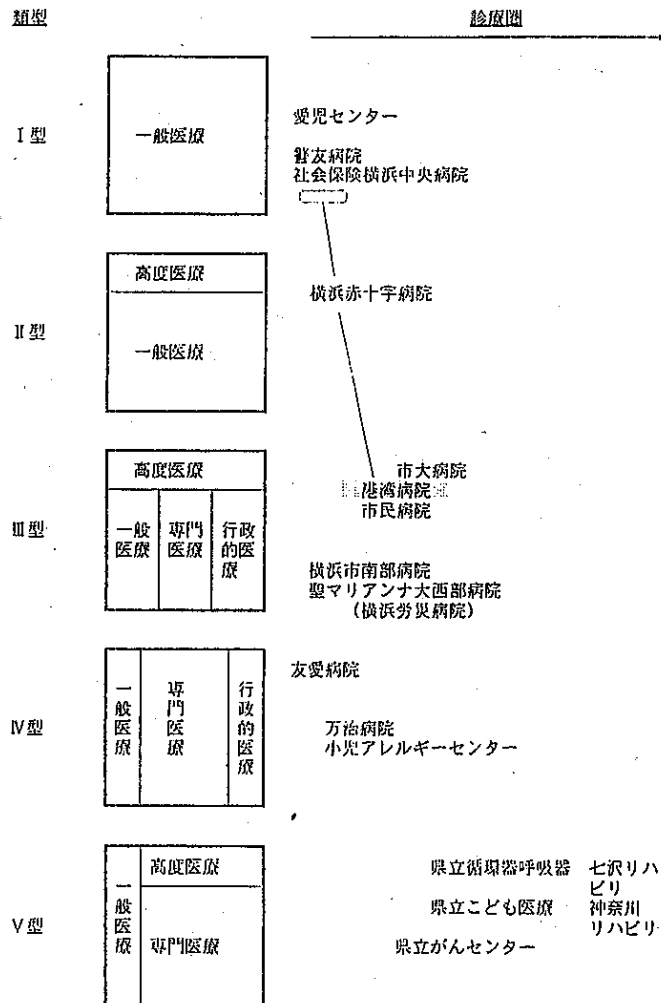
(1) 基幹病院としての整備の方向

横浜市の医療供給システムのなかで、横浜市立大学医学部病院及び市立専門病院は全市域を対象とする病院として、さらに横浜市立市民病院（637床に増床）は市の直営の基幹病院として各々位置付けられている。

また、地域中核総合病院整備計画に基づき、南部地域では済生会横浜市南部病院が、西部地域では聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院が既に設置され、北東部地域では横浜労災病院が平成三年に開院予定である。

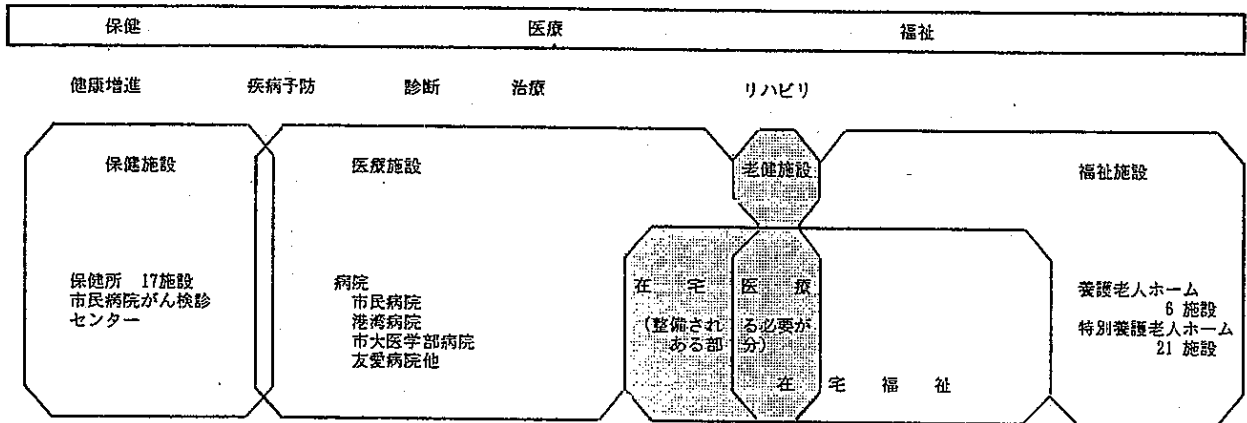
新横浜市立港湾病院は横浜市立市民病院と同様に、下図に示す類型化のⅢ型として専門医療、行政的医療、一般医療及び高度医療を提供する市の直営の基幹病院として位置付け整備することが適切である。

図4-1 市立病院、地域中核総合病院、県立病院及び周辺病院の類型化—整備の方向



(2) 地域における中核的病院として

1) 保健・医療・福祉の連携



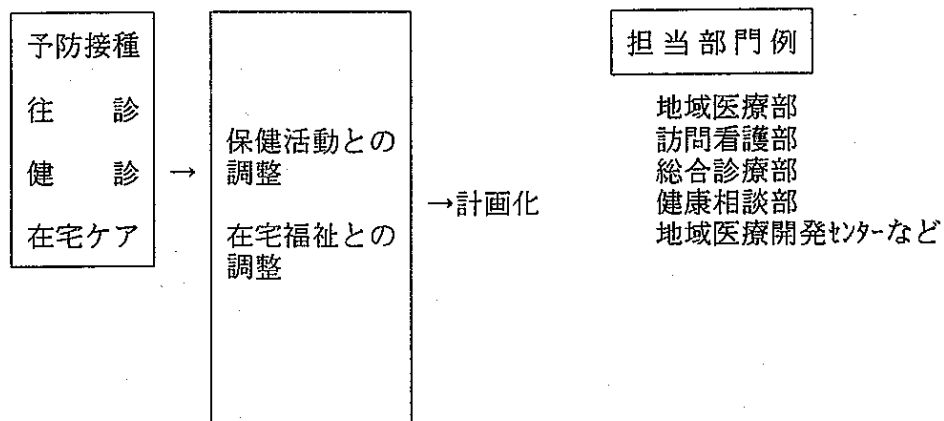
横浜市においては、多くのサービス事業が展開されており、予算も計上されている。しかし、このサービスが効果的・効率的な展開をしているかという点、多くの調査報告書で指摘されている様に問題がある。医療と福祉の連携を考える上で、特に在宅医療の分野、中間施設等の分野における整備が必要であり、そのシステムの受皿として病院にも部分的であるにせよ、機能をもたせる必要がある。すなわち、地域医療のコーディネート機能、教育・研修機能、通院型サービス機能（デイホスピタル、ナイトホスピタル）及び在宅医療等をサポートする機能である。

2) 地域病院としての機能

自治体病院運営は行政の一部門としてとらえられ、病院が住民に対して健康管理圏という概念を持つならばこの健康管理圏は行政単位ともいえる。

しかし、今日、自治体病院は企業会計方式による経営問題等もあり高度・専門病院志向が強い。特に横浜市立港湾病院は独立採算性を建前とした公営企業である。従って病院は住民全体に責任を負わなければならないという建前である公共性と経済性の問題を整理しなければならない。

また、病院の多機能化は、救命救急、教育入院、ターミナル、高齢者医療と様々な医療への対応として必然的なものであるが、各々の機能を融合できない面がコンプレックスを形成してきている。今後、病院医療において地域活動として保健医療を考えた場合、「出ていく医療」という形態を考えるべきである。



例えば、上記のような形態を考えた場合、目の前の地域の問題に公立病院がどう動くべきか、専門病院機能と地域病院機能を融合させた病院として地域住民とどの様に結びついていくかを検討する必要がある。

従って、この「出ていく医療」機能の策定においては地元医師会との十分な連携のもとに、サービスエリアの設定が必要である。

ただし、現在の診療報酬体系では不採算であることも、確認しておく必要がある。

3) 在宅医療の救急対応

在宅医療が普及するためには、医療処置をうけている患者の搬送体制の確立、病態の急変に対する入院応需体制等の確立が必要である。

4) 一般医療の部分の不可欠性

病診連携をコーディネートする意味でも、病院にプライマリケアを担う部分は必要である。病診連携への対応は、市立病院間の病病連携さえ確立されていない現状があり、連携の為の具体的な部門が必要となる。

また、現在の横浜市立港湾病院では各科の連携状態は良いが、システム化されていない面がある。

総合的な全人医療を病院総体として取り組む必要がある。

(3) 都市型病院として

横浜市の市民像として、高度で多様なニーズを持った都市型市民像と、与えられる福祉に満足せず、自ら積極的に豊かな老後を過ごそうとする生活観を持った高齢者像がある。この多様化したニーズに対応する為には、公的・私的サービスの役割分担、連携による効果的、効率的な提供体制が必要となる。このような環境のなかで、病院として取り組むべき対象を見極め、対応する必要がある。

今後は、横浜の市立病院には結核、伝染病に対する行政的医療や福祉的医療のみならず、民間医療機関との役割分担に基づく高度・専門医療も求められる。

特に港湾病院は、横浜市の中心というべき中区に存立し、都心部における医療の確保という使命を与えられている。

都心部の医療は、供給面では昼間は、ほぼ医療需要を満たしていると考えられる。また、高度医療についても公的大規模病院等により、ある一定時間までは保障されている。

しかし、今後MM21計画等にみられる様、横浜市は24時間フルに活動する都市となっていくであろう。従って、夜間の医療供給が不足することも考えられる。

都市型医療への対応として

(1) 夜間診療及び救急（第一次、二次）医療（社会的対応）

(2) 高度医療（脳神経、心疾患等）を行うこと

(3) 成人病対策として、高度な診断機能を生かした人間ドックへの取り組み

などが考えられ、都心特有の医療の確保と同時に最適の医療を提供するものでない

ればならない。

都心に存立する港湾病院としては、都会で生活する人達の生活リズムに即応できる体制と内容を持ち、都市行政の一環を担う位置付けとする。

(4) 国際文化都市横浜にふさわしい病院－外国人医療の充実

横浜市における外国人の数は、国際文化都市としての発展と共に増加している。また、それと共に外国人が病院で診療を受けたり、あるいは入院するケースも近年急激に増加し、一部では様々な問題も引き起こしている。今後更に外国人の増加が予想され、近い将来外国人対応の医療供給システムも必要となる。

横浜市政の一環として、国際都市横浜にふさわしい新病院として外国人対応の医療サービスの充実を図る。

また、横浜は世界に通用する国際都市として身体障害者が支障なく使える街づくりを目指している。港湾病院は国際的に通じる病院として、施設整備面の配慮も十分行わなければならない。

2.2 新病院における採算性について

採算性は、その医療内容によって異なるが、現在の港湾病院は、一般的な医療を行う中で63年度医業収益比率が123.1%である。更に経営努力を要すると考えられる。

新病院においては一般医療では収益を確保できても、公的病院として不採算医療（医療サービスのみでとらえた場合）に取り組む必要性があり、病院として収益を確保する為には一層の経営努力が必要となる。

これに対応する為には、病院においては組織体制の見直し、業務の民間委託化等を図ると共に、市としても市立病院の再編、ネットワーク化とそれに伴う共同利用施設の導入等を図り財政上の支援など、全市的な対応の中で経営効率の向上を図ることが必要である。

2.3 規模について

調査分析のまとめで述べたように医療需要の量的側面として潜在的な医療需要、現病院における入院待機患者の状況、南部医療圏の将来における病床数の不足等への対応があり、質的側面として増加する三大成人病への対応、また、高齢化に伴う脳血管障害、リハビリテーション医療への対応、及び痴呆性老人、精神医療等の新たな問題への対応も迫られている。

新病院が市の基幹病院として、また地域の中核的病院としてより広範な市民に対し、専門医療、行政的医療、一般医療をベースにした高度医療を提供しこれらの医療需要に応じていくためには、現在の300床規模では困難である。

新たに取り組むべき老人性痴呆症センター、精神医療、リハビリテーション医療、救急医療等に必要な病床数は約200床程度となる。これに加え、内科、外科の専門分化（神経内科、脳神経外科、循環器科、心臓血管外科、消化器科、呼吸器科等）により現病院が提供している医療をより高度化、専門化していく上で必要な病床数、また高度化、専門化に伴う診療圏の拡大による患者数の増加を考慮すると約650床前後の病床数が必要となる。

このほかに規模を検討するに当たり下記の要因を考慮する必要がある。

- ・診療科に見合った病床数

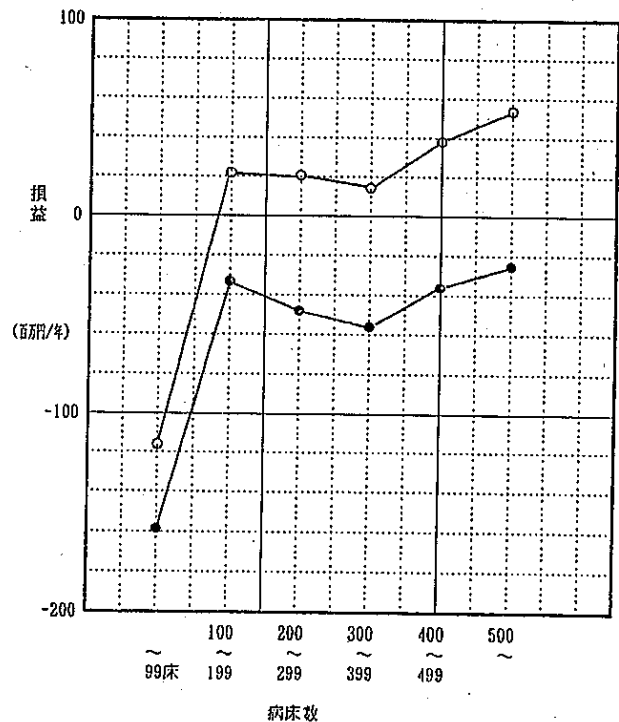
診療科の増設に伴う増床

- ・採算性

300~400床の病院の収益性は低い（表4-2）

- ・スタッフの確保

表4-2 一般病院の病床規模別損益



入院換算患者100人当たり損益（一般病院の病床規模別）
昭和62年 病院経営実態調査

○：医療損益 ●：経常損益

第5章 再整備の構想

1. 計画理念

・新病院の規模・内容は、650床前後の高度・専門医療を行う基幹病院を目指す。外来患者は平均1,300人を想定する。

・保健・医療・福祉のネットワークシステムを担う地域の中核的病院を目指す。

その計画方針として以下の項目を考える。

- (1) 外来機能及び在宅医療支援システムを含む院外活動の充実
- (2) 院内・院外情報システムの開発
- (3) スタッフの為の環境づくり
- (4) 包括的かつ継続した医療の提供

2. 新病院の医療機能

新病院は市の基幹病院として診療機能を拡充し高度化するとともに、保健・医療・福祉の連携にもとづく地域と密着した医療の提供を図ることを目的とし次の基本機能を整備する。

- (1) 高度・専門医療の提供
- (2) 総合的保健機能の提供
- (3) 地域医療の中核的役割を担う病院（行政的医療への対応を含む）
- (4) 高品質な医療サービスの提供
- (5) 外国人医療の充実
- (6) 防災拠点病院

2.1 高度・専門医療の提供

新病院においては、これまでの実績を踏まえた上で診療機能を拡充し高度化すると共に院内の連携体制をシステム化し、総合的な診療体制を確立する。

そのために次の対応策を具体化する。

- ① 診療機能の専門分化
- ② 専門医療スタッフの適正配置・採用方針の確立
- ③ 外来診療システムの充実、(総合診療部、専門外来)
- ④ 救急医療体制の整備
- ⑤ 中央診療部門の拡充
- ⑥ 高度先進医療機器の積極的導入

2.2 総合的保健機能（包括医療）の提供

新病院では、その高度な診断機能を生かして人間ドック（短期健診サービス）に取り組み、保健所と連携し、情報システムを利用した健康情報と診療情報のデータベース化に取り組むことも検討する。

更に、現在のリハビリテーション機能は脳血管疾患、心疾患をはじめとする疾病、障害に対する早期からのリハビリテーションの重要性、また高度医療機関としての機能を果たす上でのリハビリテーションの重要性、高齢化に伴い今後増加が予想される地域におけるリハビリテーションの需要などに対応していくため、リハビリテーションセンターとして機能の拡充を図る。

また、スポーツ医療への取り組みとして他の機関と連携してスポーツ医学センターの設置を検討する。

2.3 地域医療の中核的役割

包括的医療を提供するにあたり、新病院一病院でこれらのすべての機能を持つことは不可能であり、かつ非効率である。

但し、高度な診断・治療機能を有する病院として、地域の包括医療の要となり地域との連携の下でその役割を果たしていくことは重要である。

また、地域医療システムのなかで高度医療機関としての機能を果たしていくためには、地域住民を始め地域関連機関・施設、医師会との密接な連携体制を構築することが必要である。そのためには、患者の理解に基づく紹介・逆紹介システム、また施設・設備・知識の開放により地域と密着した関係を築き、相互の信頼関係を確立する。また後方病院の確保、在宅医療・訪問看護支援システムの推進等において関連機関・施設との連携を図るために地域保健医療部を設置する。

その必要機能として市衛生局と連携した地域医療情報システムの整備がある。

また、市の痴呆性老人対策の一環として老人性痴呆症センターを設置する。

なお、より質の高い適正な医療を効率的に供給するために、地域の各施設の機能分担と施設相互間の連携を緊密化して、市民のニーズに応えることがこれからの医療のメカニズムであり、病院をオープン化し、その機能の有効活用を図ることが重要となる。

検討項目

オープン化の範囲：病床、外来診療、機器

2.4 高品質の医療サービスの提供（患者・家族サービスの向上）

横浜市民は総体的に高学歴、高所得であり医療に関する知識も豊富と考えられる。すなわち、患者ニーズの多様化及び患者自ら病院を選択する傾向が大きいと考えられる。従って、快適性、利便性、情報の提供といった患者サービスに対する重要性が増す。

新病院においては、迅速な患者情報の処理により常にその情報を患者・家族サービスに反映する。また、マニュアル化などにより常に一定レベル以上の質を保つ。つまり、

- (1) インフォームドコンセントの徹底
- (2) 病院の診療機能を明確化
- (3) “分かりやすさ” “利用しやすさ” の追及
- (4) 快適な療養生活の提供
- (5) 職員の接遇、マナーの向上

などを目標として、医療の質を評価できるQA（Quality Assurance：品質保証）システムへの取り組みを検討する。

2.5 外国人医療の充実

市行政の中で外国人対応のセンター病院と位置付け、スタッフの確保、及び管理・運営を含めた対応を検討する。

2.6 防災拠点病院

防災拠点病院として次の項目に対し施設面、体制面での対応を図る。

- 1) 医療救護体制における救護病院としての位置付け
- 2) 医薬品、医療資機材の備蓄・調達
- 3) 罹災者の搬送体制

ヘリポートの設置、海上・河川からの受け入れ体制

- 4) 救護活動用スペースの確保

3. 経営基盤の確立（業務の合理化、効率化の推進）

3.1 組織体制の整備

経営スタッフの確立を図ると共に組織機構、運営機構、財務機構などの経営体制を整備する。

3.2 業務委託の一元管理システムの導入

複数病院を経営する横浜市の病院経営においては、患者ニーズの多様化、医療技術の進歩等医療を取り巻く環境の変化に対応してより質の高いサービスを継続して提供するためには、共同利用施設の設置などによる設備投資負担の軽減、人件費の抑制、経費の節減等の合理化、効率化の施策が必要となる。その方法としてSMOシステムの導入が考えられる。SMOシステムとは「病院における診断・治療・看護など直接患者に関わる業務、並びに管理職者業務を除いた業務を、院内の情報システムをベースに別組織にて一元管理・運営し、患者サービスの質の向上と病院の総合的且つ経済的効率化を図るためのシステム（SMO：Supply Management Office）」である。

4. 教育・研修・研究活動の充実

4.1 臨床研修指定病院として

医学・医術の急速な進歩、また環境の変化の中で高度医療を提供する病院として常にその水準を維持し発展させ、また市民に信頼される病院として機能していくためには、良質な人的資源の確保が不可欠である。

そのためには、研究活動が行えるような環境を整備すると共に、臨床研修施設として教育・研修システムの充実を図り、市の基幹病院として人材の育成に努める。

4.2 生涯教育の場として

地域の医療従事者が地域医療システムのなかで、その機能と役割を十分に発揮できるように生涯教育の場として港湾病院の施設・設備・機器を開放した教育・研修システムを検討する。

5. 医療情報システムの導入

先にあげた高度医療の提供、包括医療の提供、地域との連携等の整備を図るうえで、また経営状況を分析評価し病院経営の安定化を図るうえで必要な院内・院外の関連する情報量は膨大なものとなってくる。

これらの情報を効率的に処理する上で情報システムの導入は不可欠である。

新病院の医療情報システムの構築に当たっては、以下の項目を目標に患者のための医療情報システムを目指す。

- ・情報の発生源入力

- ・取り込んだ情報の多角的利用
- ・自動化可能な業務の自動化
- ・伝票類の削減（伝票レス化）
- ・現場本位の使い易いシステムの構築
- ・将来を予測したシステムの構築

6. 施設の条件

6.1 敷地条件

(1) 地域選定

現病院の歴史性、医療実績等を踏まえ、新病院の敷地は現病院の近隣にあてがわれることを前提とする。

当地域は市街化が進んだいわゆる土地利用度の高い場所であるため、新病院は機能が集約化された「市街地型」の形態になる。

(2) 立地に関わる条件

1) 環境

幹線道路・鉄道等による騒音・振動、空気汚染、塩害（海に近い場合）、日照障害、また高圧線・変電所による電磁障害等の外圧条件のない様にする。一方、病院の存在が敷地周辺に対して夜間騒音、日照障害等の環境障害などにより「加害者の立場」にもなり得るので、この点も十分に考慮する必要がある。

2) 交通条件

主要幹線道路に近接している、鉄道の駅に近い、乗り合いバスの停留所に近い、または乗り入れる等の条件を検討する。

3) 都市エネルギー

大量の水・電気の供給、特殊排水を含む排水設備等の整備に問題ない事を確認する。

4) 災害対策

地震、水害等の災害時において、病院は多数の「患者」を守ると共に、災害による「負傷者」の救護の役割を併せ持っている。

これを考慮して、病院敷地は災害の受けにくい場所にする。

5) 用途地域

都市計画法による用途地域において、病院は第一種住専、工業、工業専用の3地域には建てられない。

以上5つの立地条件のうち、本計画においては特に(1)環境が切実な問題になると思われる。

病院は、環境問題について「被害者」と「加害者」の相反する立場を併せ持つ複雑さがある。最近の大規模・高機能病院が(2)交通条件を犠牲にしても、郊外に出てしまう傾向にあるのは、市街地の敷地確保の難しさ以外に、こうした環境問題が大きな理由にある。

本計画は市街地である為、この環境問題について全ての事柄をクリアするのは難しく、多少の妥協は止むを得ない。病院外部の外圧要因については、病院内部に影響させない為の建築技術をどう取り入れるかが課題である。

横浜市立市民病院再整備計画
に関する基礎的研究報告書

(抜粋)

昭和55年3月

3. 市民病院再整備の基本方針

3.1 再整備の必要性

3.2 再整備の目標

3.3 計画の内容

3. 市民病院再整備の基本方針

3.1 再整備の必要性

3.1.1 診療機能

医療技術の進歩は目をみはるものがあり、十数年前には不治の病とされていた疾病の中にも、今日、治療が可能になったものも多い。一方、従来、見落されていた症状が、新たな疾病のタイプとして発見されている。

昨今の科学工学技術、特に電子工学や精密機械の分野の技術的進歩とその応用は上記の医療技術を支え、人間の知覚の範囲を拡げ、より精巧な手足となって、医学の発展に大きな貢献をしている。

しかしながら、疾病構造が複雑になるにつれ、また今まではあきらめられていた傷病でも、生命がとりとめられるようになると、新たな問題が生ずるようになったことも事実である。例えば、電子工学技術を駆使し、常時濃厚な監視を必要とする患者や、現在の医療水準をもってしても完治できず症状が慢性化した患者、主要な症状は回復してもその副作用によって苦しまねばならない患者など、医療の取り扱う範囲が拡大し、また専門化していることがあげられよう。また、医師と患者の信頼関係あるいは意思の疎通を欠くことなどから生ずる医療過誤に関連した問題も挙げられる。

国民の生活水準の向上、健康に対する関心、福祉社会への要望など、医療をとりまく諸情勢もこの十数年の間に大きな変化がみられた。従来、疾病の治療だけを主に担っていた医療が、保健・予防のみならずリハビリテーションや福祉の分野までその責任の一端を担う、いわゆる包括医療の概念が普及している。病院もこの包括医療の中心として、上記の専門的あるいは広範囲な医療サービスを提供しなければならなくなってきたといえよう。

さて、前記のような医療とそれをとりまく状況の中で、横浜市立市民病院をみると、昭和35年の創設から今日に至る20年の間、その時々の変化や要請に応じて、前章で述べられているように、診療科の増設・分化、病床の増加、救急・検診・放射線治療など新たな診療業務の付加がおこなわれてきた。

しかし、これらは日々診療を行いながら、既存の組織体の中で、またおそらく、限られた予算的条件の中で実現しなければならなかったため、関係者の多大な労力にもかかわらず、前記の広範囲な医療に対する要請を解決するには、あまりにも制限が多すぎたように思われる。次項で述べるように、これは病院の施設・設備的制約にも大いに関連していることは、事実である。

横浜市立市民病院が横浜市の公的医療機関の一つとして、1章で述べたような地域的医療状況の中で、その責務を果たすためには、現段階でより高い視点から、また、より長期的展望にたって当病院の診療機能を検討し、施設的対応を与えていくことが必要であろうと思われる。

具体的には、現段階で可能な物理的条件を先に出し、予算的措置の可能性を検討し、その中で、横浜市の医療の中で当面充実、優先すべき問題を解決していくことになるかと思われる。

3.1.2 施設・設備

病院が、専用の建築物として独立したのはそう古いことではない。近代医学・医療の進歩に伴い、従来、患者を収容し自然の治癒を待つ施設から、積極的に疾病を診断し治療する場として1世紀ほど前にはじめて目的をもった建築物として病院が計画、建設されるようになった。

前項にも述べたように、その後の医療技術・科学工学技術の進歩は目ざましく、病院施設もその技術を提供する場として、最近の建設技術・環境制御技術を駆使する建築物となってきた。重症な患者が収容され、また、複雑高度な工学技術が導入される病院建築において、患者の安全の確保は当然のこととして、症状にあった環境が整備されなければならない。昨今、問題になってきている医療過誤の問題にしても、その施設的な整備は基本的必要要件であろう。

包括医療の概念から病院を改めて見直してみると、上記の治療の場以外に患者の入院生活の場としての病院を考えねばならない。特に、その中心となる病棟の施設的整備が重要課題となる。病院施設が、予防・保健ならびにリハビリテーション機能の一端を担うことになれば、入院診療だけでなく、検診、保健教育、機能回復からメディカルソーシャルワークなど、広範囲な業務を担う場としても考えていかねばならない。また、前記のような高度な診療機能を実現するための高価な医療施設を有効に利用するためにも、早期離床、平均入院期間の短縮を促進し、限られた病床の回転率を高める必要がある。これは一方では、外来診療への需要を高める結果ともなり、外来診療部門の拡充が不可欠となる。これには、救急医療の充実も含まれよう。

昭和35年に竣工した建物は当時の病院管理学を基盤にし、面積の上でもまた部門の構成の面でも、水準の高い施設であった。前述の如く、その後の外的な条件の変化に応じて、その時々増改築が行われ今日の姿になった。その間の病院当局者と設計当事者が払った多大な苦勞に敬意を払うことにためらいを覚えないが、やはり、限られた敷地的、予算的、そして組織的な条件下で行われたため必ずしもそれぞれの計画が当施設全体として、将来を見通し、一貫したものとはいえないように思われる。包括医療実現の一環として、医療施設の多様化を反映して同一敷地内に計画された身障者福祉センター、がん検診センターなどと保育所建設も加えて、もはや増築の余地を残さない結果となっている。

創設当時は近代的病院建築であった当病院も、20年を経て、多くの部分が老朽化し、特に設備的には耐用年限を過ぎていていると思われるものが多くみられ、その点検・維持に要する勞力・費用も無視できない。面積的にも前述のように、1床当り 37 m^2 を切る状態であり、最近の病院施設水準からみると極めて狭く、高度の医療機能をもつ病院としては、驚くべきほど低い施設水準と言わざるを得ない。面積の狭さは、病棟においては一般の生活水準、住居水準に対して低い病室環境にせざるを得なくなっており、今日の看護水準、技術の向上も実現できない病棟施設になっている。外来診療の重要さが求められるにもかかわらず、面積の狭隘さは待合室の混雑をはじめ、患者サービスの質の低下や診療機能への支障を招いている。更に、次々と開発される医療技術を導入するに際しても、面積の不足は基本的な障害である。

面積の狭さに加えて、度重なる増改築によって、当初明快であった各関連部門間の動線も複雑に交叉するようになり、患者の案内に大きな障害になっているだけでなく、診療機能を支えるサービス関係の物や人の動線も長く、複雑化し、非常に効率の悪い状態を生みだしている。また多くの部屋が当初の用途から他の用途に変更され、面積的にも部屋の形状からも決して良い状態とはいえない。更に、火災等に対する防火区画、避難経路の観点からも、理想的状況からはほど遠く、災害時の混乱が危惧される。

以上のような現状の上にとって、冒頭に述べたような地域の中核になる公的病院として、高度な医療水準、効率的な病院運営、良好な看護、入院および外来患者の施設環境を回復するためには、従来おこなわれてきたような小規模な手直し、増築では対応できないことは明白である。

現在の施設とその敷地をみると、前述のような問題を解決するためには、新しい敷地をみつけ、全面的に移転する方策も考えられる。しかし、横浜市およびその周辺の用地獲得の困難さ、予算的制約に加えて、現市民病院の立地条件、特に患者の利用の容易さを重視するとき、たとえ広大な敷地が得られたとしても市街地から離れることは、最良の解決法とは思われない。

したがって、唯一の解決手段は、現敷地において診療を続けながらできる範囲内での、最良の解決法を見出すことである。しかし、この再整備計画は将来の見通しの上に立ち、全院的な抜本的計画でなければならず、この意味で既存の施設の条件敷地的条件にあまりこだわらずに、ある程度自由な発想をしていかねばならないと思われる。これは、施設のみならず現在の院内の組織、診療・看護・管理体制並びにサービスシステムの再検討も含まれよう。

3.2 再整備の目標

前述のように、当市民病院が今後果たすべき役割は多大であり、市民が期待するところも大きい。また、これを実現するためには、大規模な再整備計画の立案と実施が必要であることも述べた。

しかし、かくなる大きな目標を実現するためには多大な費用がかかると共に、長い年月も必要であろう。したがって、現実には実行可能な予算の裏付けをもち、最も切迫した必要性があり、かつそれを有効に実現しうる当面の目標を設定することが妥当であろうと思われる。

以下は、このような観点から設定した目標であり、この目標を中心にして計画の具体化を図ることが重要である。

① 高度医療水準の確保

市の基幹病院として、適切な高度医療機能を具備する。即ち、高度な診療機能のすべてを当市民病院が備えるのではなく、近隣の他の医療施設との協力体制の強化を含めて、総合的に、地域の医療水準の向上に寄与する。

② 特殊・専門診療体制の拡充

現在、地域的にも欠損あるいは弱い専門分野の充実を計る。特に、救急医療サービス体制を整備する。

③ 入院診療の充実

現在の病床数不足の解消、新しい診療体制に伴う入院病床の確保を考慮する。

④ 患者サービス面の改善

外来診療におけるサービスの向上、入院診療における施設改善を含めて、当病院を利用するすべての患者に対してふさわしい環境を提供する。

⑤ 病院運営の効率化

高度・複雑化する診療機能を支え、患者サービスの向上と職員の業務環境の改善を計る。

3.3 計画の内容

3.3.1 計画の具体的骨子

前節で掲げた当面の再整備計画の目標を達成するためには、市民病院の現状を踏まえつつ、より具体的な計画に置きかえる必要がある。

このような計画内容の検討のため、さまざまな作業をおこなったが、その詳細は4章 診療機能に関する考察、5章 建築規模に関する考察、6章 全体システムに関する考察 として提示してある。

この節では、その計画内容のまとめをおこなっている。

- ① 診療科目の拡充をおこなう。
- ② 救急医療を充実させる。
- ③ ICU・CCUを設置する。また、NICUの設置の検討をおこなう。
- ④ 血液透析室を設置する。
- ⑤ 検査・放射線等の診療機能を向上させる。
- ⑥ 外来診療部の混雑解消を計る。
- ⑦ 病床規模を600床とする。
- ⑧ 看護単位規模の適正化と病床管理の充実をはかる。
- ⑨ 病棟の入院施設環境の向上、看護作業環境の改善をはかる。
- ⑩ 人の動線と物の搬送システムの適正化をはかる。
- ⑪ 情報およびコミュニケーションシステムを確める。
- ⑫ 全体の面積を30,000 m^2 とし、一床当り50 m^2 の水準を確保する。
- ⑬ 各部門の面積規模の適正化をはかる。
- ⑭ 病院施設における安全の確保をはかる。
- ⑮ 将来の成長と変化に対応できる建築形態を実現する。

3.3.2 診療科の拡充

現在の市民病院の標榜診療科目は、13科であるが（表－2.3.1参照）、脳神経外科の新設の可能性があるが、その他麻酔科（ペインクリニック）や循環器診療の充実も考えられる。ただ、これらについては更に今後の検討が必要であろう。

再整備後の外来予想患者数を一応850人/日と設定すると、外来診療編成を現状に準じ一部新設診療科を加えた科の予想診療ユニットを表－4.1.3に示した。なお、特殊専門外来の診療は午後におこなうものとしている。

診療科目については4.1診療科目を参照されたい。

3.3.3 救急医療の充実

夜間救急医療センターの二次応需病院として、当病院の役割は、桜木町より比較的近いことと、公的な市民病院であることによって、その役割は重要である。現在、外来で扱っている一次救急も含め、救急部の構成を検討し、30床程度必要とされる(4.2.3 参照)救急病床の扱い方、その運営について、十分な検討が必要となる。

その主な検討項目は、以下のよう考えられる。

1) 救急部の組織について

- ① 職員体制： 担当医師(レジデントを含む)、看護婦、パラメディカルスタッフ、事務職員
- ② 他部門との連携： 手術部、ICU、CCU、検査部、放射線部、薬局等

2) 患者と病床の管理について

- ① 経過観察ベッドを設けるか、または、直接病棟に収容か。
- ② 単独に1看護単位を構成するか、または、各病棟に分散させるか。

なお、救急医療サービス関係については、4.5 救急医療体制 を参照されたい。

3.3.4 ICU・CCU・NICUの設置

ICU(Intensive Care Unit)は、PPC(Progressive Patient Care:看護度別看護単位構成)による病棟区分のうち、最も重点看護を要する部門であり、CCU(Coronary Care Unit)は、主に心疾患の患者を重点的に観察・看護する部門といえよう。わが国でも近年その普及が著しく、重症者の集中管理による効率化、一般病棟での看護作業の正常化などその効用は大きい。当再整備計画でも、これらの設置は不可欠の目標であるが、これが実際に最大限に機能を発揮するためには、全診療科間の協力体制の確立が必要であり、事前の十分な検討が要望される。

なお、ICU・CCUに関する資料と考察は、4.3.3に詳しい。

NICU(Neonatal Intensive Care Unit)は、新生児を対象にしたICUである。従来、未熟児に対しては、専ら児の成長を助ける観点から看護がおこなわれてきたが、近年、小児内科・小児外科そして新生児医学の急速な進歩により、低出生体重児のみならず重症新生児に対しても、積極的な医療行為がおこないうるようになった。NICUはこれらの活動の場として、今回の再整備計画においても、産科・分娩部そして小児の看護単位とそれらの連携を考える際、NICUの設置に対する検討が必要とおもわれる。

なお、NICUの現況については4.3.4に詳しい。

3.3.5 血液透析の導入

腎臓の機能のうち、血液のろ過作用を代行するものとして、透析装置が病院に導入されてから久しい。特に、急性腎不全に対して、ある一定期間人工的に透析をおこなうことによって、腎機能の回復が期待できる。

今回、再整備に当り、中核病院としては、各種の腎機能障害に対して血液透析装置の導入は、当然考慮すべき事柄といえよう。

腎機能の回復が望めない慢性腎不全患者に対しては、最終的には腎移植によらざるを得ないが、わが国の現状では、腎提供者の数が非常に少なく長期透析を必要とする状況がみられる。当病院ではその性格上、急性腎不全患者を主体とせざるを得ないと思われるが、他の腎臓治療関係の医療施設との連携を密にしていくことが要求されよう。

詳しくは、4.6を参照されたい。

3.3.6 検査・放射線等診療施設の改善

疾病の診断をおこない、治療方法を検討し実施することは近代医学の基本であるが、近年、その診断を助けるものとして、各種の検査、放射線診断装置の開発と普及は、目覚ましいものがある。

それを反映して多くの病院において、その検査部と放射線診断部の拡充は著しく、外来部門および入院部門の双方から利用される中心となる部門とみなされている。

検査部の中においても、一般、生化学、血液、血清、細菌、病理などそれぞれ専門化が進み、また、患者の生体を検査する生理機能検査部門も次第に独立する傾向がみられる。再整備計画においてもこれらの傾向を適確に把握し、適切な配置と面積を与えるよう検討が望まれる。

放射線診断部は、病棟からの利用はもちろんのこと多数の外来患者が利用する部門であり、質、量共にその効率が期待されるようになっている。

放射線診断機器の種類と能力も多種多様であり、再整備後の病院が果たすべき診療機能に合わせた導入計画が必要となる。更に既に建設中のがん検診センターに設置される同種の機器との関連も考慮する必要があるだろう。

また、救急医療充実に伴い、救急部門との密接な関係が要望されよう。

核医学診断部門は、現在既に存在しているが、必ずしも理想的な部門配置とはいえない。放射線治療部門の拡充とあわせて、放射線関係諸施設のあり方を検討することになるだろう。

3.3.7 外来診療部の改善

現在も外来診療部門の混雑は相当なもので、患者の長い待ち時間は無視できない。

当病院における外来部門を中心にした人の動きについては、一日断面調査をおこなったが、その結果については6.2.4に詳しい。

入院病床ならびに診療科が増加し、診療機能も充実すれば当然外来患者は増加する傾向にある。

今回の再整備計画にあたっては、これらを考慮し外来診療を能率よくかつ快適に実施しうるような管理側、施設側からの総合的な検討が必要であろう。この中には言うまでもなく、病歴、会計、調剤などの関連業務の再検討も含まれよう。

3.3.8 病床規模の増大

病院病床数の決定要因として、さまざまな項目があげられることは、4.2 病床数で詳しく述べている。しかし現実には敷地、各種法規等外部からの制約があり、需要側からの要因のみでは規定できない。

当病院の場合これらの制約からみると、現在の400床に対し、200床程度の増床が上限であり、逆にこの200床が主にどのような性格の入院病床となるかを検討することが重要になってくる。

検討の詳細は4.2に譲るが、結論として「救急医療の充実」に伴うもの、「がん検診業務」に伴うがん患者のためのもの、現在既に存在している「入院待ち患者」の緩和を目指したもの、そして「ICU・CCU」など特殊な診療業務に伴うものが主体となることがわかった。

以上をまとめると計200床の増床が必要となる。

| | |
|-----------|------|
| 救急病床 | 30床 |
| がん病床 | 60床 |
| 一般病床 | 100床 |
| ICU・CCU病床 | 10床 |
| 合計 | 200床 |

なお、上記のうち、救急病床についてはこれだけ単独で1看護単位を構成するか、あるいは30床のベットを各病棟に分散させるかについては、今後救急体制を含めた検討が必要である。また、がん病床は一般病棟に分散して配置されることになる。

3.3.9 病床管理の改善

病棟の計画は、看護単位をいかに設定するかが基本となる。看護単位の種類も、従来広く用いられていた診療科別に対して、昨今ではICUに代表されるような看護度による区分、小児や老人病棟に代表されるような年齢別、あるいは、急性とか慢性といった入院期間別などさまざまな分類の軸による病棟の種類が混在しているのが現況である。診療科別に近いものとして臓器別なども考えられている。(4.4.1を参照)

当病院の現状は、診療科別が主体となっているが、再整備後にICUが設置されることになると、何らかの意味で看護度による病棟種別の概念が導入されることになろう。この概念はPPCにその源を発するが、わが国におけるPPCの実状については、4.3.2に詳しい。

年齢別の看護単位区分においても、特に新生児と小児は近年独立する傾向がみられる。小児病棟は小児科病棟とは異なり、疾病あるいは診療科を超えて患者をまとめたものであり、今後再整備にあたり、小児病棟の確立は重要な課題となろう。

看護単位の規模をみると、病棟の建築的形態、看護体制とその数などその規定要因は多いが、現在のところ一般病棟においては40～50床を一応の目安にすればよかろうと思われる。なお、看護単位規模の考え方については4.4.2、を参照されたい。

3.3.10 入院施設および看護作業の環境向上

近年、わが国の病院の水準、特に診療関係の諸施設は、欧米と比べて遜色のないものになってきている。しかし、病棟をとってみると、まだまだその水準は低いと言わざるを得ない。

当病院の病棟は、それぞれ昭和35年ならびに昭和42年に建設され、既に20年、ならびに13年を経過している。施設自体の老朽化もさることながら、全体の面積的制約のため個室が当直室に用いられたり、デイルームが看護関係の施設として転用されたり、その内部は必ずしも能率的な看護ができ、入院患者が快適な入院生活を送れるものとは言い難い。

当再整備計画において、現在、わが国の病院が遅れをとっている部門の一つである病棟を整備することにより、今後の病院建築における問題を先取りしていく視点が要望されると思われる。

3.3.11 動線と物流システムの確立

高度な診療機能もそれを支える各種サービスがなければ成立し得ない。また、病院全体の効率的運営には、各部門間、部屋間を動く人や物の流れを適切にさばく全体システムが必要である。

このようなシステムを確立するためには、現実の病院のなかでどのような人がどのような方法で、何時、どこからどこまで動いているかを的確にとらえてみる必要がある。また、物に関しても、病院の中で動く物の種類にはじまり、その量、搬送方法、時間などを理解せずには問題の解決にはならない。実際のいくつかの病院でおこなわれた調査結果や、今回当病院でおこなわれた大規模な関連調査の概要は、6.2 に詳しい。

再整備計画にあたり、現実の問題を把握し、どこをどのように改善すれば良い結果が得られるかを検討することは、欠くべからざることであり、これに基づいて、新しい院内の人と物の流れを司さざるシステムの確立が必要となる。

3.3.12 情報システムの確立

複雑な人と物の流れを制御すると同時に、院内で動くさまざまな情報を正確に、能率よくさばくことは近代的な病院の基本要件の一つと言える。

多種多様なコミュニケーション装置の適正な導入の検討と共に、近年、医療の分野で大規模に導入されはじめたコンピューターを病院の業務に如何に適合させるかを考慮することが必要となろう。

わが国における病院へのコンピューター導入の状況については、6.3.1 に詳しく述べているが、現在のところ業務サイズに合わせたミニコンピューターによるモデューラシステムが運営体制と費用の点から最も妥当と思われる。

病院特有の情報として病歴がある。病歴の管理は秘守義務、医学への貢献など他の情報とは一種異なった性格をもっている。一方、この病歴をどのように管理し、必要な箇所へどのようにその情報を提供するかは、病院の特に外来診療部門の計画と大きなかかわりを生ずる。

患者の来院した時点からどのように受付け、記録をおこない、病歴を作成し、保管し、搬送して回収するかは病院外来の診療体制とのかかわりの中で、今後共検討すべき項目であろう。病歴についての現状と今後の基本的方針については6.3.2に述べてある。

3.3.13 全体面積規模の確保

高度な診療機能の確立にせよ、患者や職員に対する豊かな環境の整備にせよ、その可否は容器である建物の床面積に最終的に帰因することが多い。

現在、1床当り37 m^2 に満たないが、これでは到底充分とはいえない。しかしながら、一方、現敷地で既存の建物をおある程度生かしながら再整備を進めることを考えると、おのずから全体面積規模に限度があることも事実である。いくつかの検討を経て、今回最終的には30,000 m^2 が再整備後の全体面積としては最大限であろうという結論が得られた。

これは、600床という別の観点からの病床規模への要求と照らしてみると、1床当り50 m^2 という数値になる。この1床当りの面積規模の妥当性を検証するとき、わが国の最近の同種の病院の実例を参考にすることは有効である。これらについては、5.1 および5.2 に詳細に示しているので重複はしないが、基本構想段階の一応の目安としてはまずまずであろうという結論が得られた。

3.3.14 各部門面積規模の適正化

全体の面積規模が与えられても、それらを院内の各部門にどの程度割りあてるかによって、病院全体が正常な働きをするかどうかが決まるといっても過言ではない。

具体的な室のレイアウトや部門内の配置を今後基本設計の段階で進めることにより、最終的には適当な各部門の面積が得られることになり、また各部門の面積の割合はその病院の敷地や既存の建物、更にどのような建築形態を採用するかによって若干異なるため、不確定な要素も多い。

しかしながら基本設計の前段階で、各部門に一応の目安としてある規模を与えておくことにより、設計の最終段階で大幅な変更をすることを避けうるし、また、実際の作業を進める上でも有効な目安となる。

この場合も、現実の病院における実例を分析することが有意義であり、この作業の結果、一応の目安になる案を得ることができた。これらについては5.3に詳しく述べられている。

3.3.15 安全の確保

心身共に弱い状態にある患者をかかえている病院において、安全に対するきめのこまかい考慮は、必須の条件と言えよう。特に火災や地震など災害時における対策は、日頃から十分に検討しておくべき事柄と言えよう。

従来、災害時の安全の問題はその重要性が認識されながら、日常の業務に流されて、なかなか本腰が入らないことも事実である。建築の設計に対しても、ともすると機能の追求に追われ、安全を意識はしていても、最終的には法令を守ることのみで終わってしまいがちである。

当再整備計画においては上記のような傾向を考えた上で、あえて最初の段階から安全の問題を考えておくことが必要と考えた。いままでの災害に対する病院における安全の問題に関する研究をもとに、いくつかの基本的考え方を6.4に示した。

設計の前段階からこれらのことを考慮に入れておくことによって、実際に日常業務と最も矛盾の少ない形で、災害時の基本的な安全を確保することができると思われる。

3.3.16 成長と変化への対応

病院建築が他の建物と最も異なるものの一つは、頻繁におこなわれる増改築を許容しなければならないことであろう。現実には、当市民病院をみると2章でも示したように、過去20年のあいだに数多くの増改築がおこなわれている。

ある意味では、今回の再整備計画もその大規模なものの一つであると言えるが、過去におこなわれてきたと同じような増改築が今後も当然おこなわれていくことを否定できる要素は、どこにも見当たらない。したがって、今回の再整備計画が大規模であるが故に、今後の見通しの上に立った計画でなければならないし、建築的・設備的にもこのことを十分に考慮に入れたものでなければならないと思われる。

6.5には、これらのことに関連して若干の考察をおこなっている。

脳血管医療センター（仮称）整備

（友愛病院再整備）

基本計画書

（抜粋）

平成5年10月

第1 理念と運営目標

1 理念

センターの開設及び将来の展望に当たり、理念を次のように定める。

「早期治療と一貫したリハビリテーションによる可能性への挑戦」

2 運営目標

センターの運営に当たり、その目標として次の3項目を掲げる。

- (1) 質の高い医療を提供するとともに、高度で先進的な取組を行う。
- (2) 専門病院としての機能を生かし、他の保健・医療機関などと連携を図り、地域の保健・医療の発展に貢献する。
- (3) チーム医療を行う専門スタッフと患者・家族が心をつなぐにして、生活の質的向上を目指す。

第2 基本的な機能

1 対象疾患

センターでは、脳梗塞・脳出血・クモ膜下出血等の脳血管疾患を主体に、多発性硬化症・重症筋無力症・筋萎縮性側索硬化症・脊髄小脳変性症・パーキンソン病・ハンチントン舞踏病などの変性性神経疾患にも対応する。ただし、乳幼児、小児の脳血管疾患及び変性性神経疾患については、他の医療機関で対応することとし、対象外とする。

2 診療方針

(1) 診療方針

今後高齢化の進展とともに増加が見込まれる三大成人病の一つであり、寝たきりの最大原因である脳血管疾患に対し、早期治療と一貫したリハビリテーションを実施することにより、寝たきりの患者を少なくすることを目指す。

(2) 診療科目及び診療体制

神経内科，脳神経外科，理学診療科（以下「リハビリテーション科」という。），内科，放射線科，麻酔科を設置する。

また，専門病院として，内科的・外科的治療と同時にリハビリテーションに取り組むなど，専門スタッフによるチーム医療を行う。

なお，入院患者の精神科，整形外科，皮膚科，泌尿器科，婦人科，眼科，耳鼻咽喉科，歯科の疾患については，非常勤の医師がコンサルテーションを行う体制とする。

3 対象疾患患者の予測

(1) 脳血管疾患患者数

ア 平成4年の全市の救急車による搬送件数（搬送中の死亡患者数を除く。）

| | |
|------------|---------|
| (ア) 脳梗塞 | 1,590 人 |
| (イ) 脳出血 | 837 人 |
| (ウ) クモ膜下出血 | 250 人 |
| (エ) 一過性脳虚血 | 648 人 |
| (オ) 高血圧脳症 | 206 人 |
| (カ) その他 ※ | 852 人 |
| 計 | 4,388 人 |

(※ 詳細不明頭蓋内出血, 全般性虚血性脳血管疾患, 脳動脈炎, ウイリス動脈輪閉塞症等)

イ 平成4年における全市発症患者数の予測（搬送中の死亡患者数を除く。）

友愛病院入院患者の入院経路の割合より推計（資料-2「脳卒中入院患者の経路別割合」）

6,215 人（資料-4「脳血管医療センター救急患者需要推計」）

ウ 平成10年における全市の救急車による搬送件数予測（搬送中の死亡患者数を除く。）

過去7年間の搬送数の伸び率と横浜市60才以上の人口割合の伸び率により
回帰分析（資料-3「救急車搬送件数推計」）

7,356人

エ 平成10年における全市発症患者数の予測（搬送中の死亡患者数を除く。）

友愛病院入院患者の入院経路の割合より推計（資料-2「脳卒中入院患者の経路別割合」）

10,423人（資料-4「脳血管医療センター救急患者需要推計」）

オ 平成4年から平成10年までの全市発症患者数の増加数予測（搬送中の死亡患者数を除く。）

10,423人 - 6,215人 = 4,208人

以上の増加数を基に, 病床規模などの検討を行う。

4 病床規模

センターは、平成4年から平成10年までの脳血管疾患発症患者の増加予測数等及び敷地条件から病床数を算出する。

(1) 救急入院患者を対象とする病床数

ア 対象患者数

センターは、救急車で搬送される患者（主として南部医療圏が中心）を対象として、平成10年における需要増加分を想定すると1,467人がその対象数となる。

（資料－3「救急車搬送件数推計」、資料－4「脳血管医療センター推計患者数1」、資料－5「救急車搬送件数行政区別医療圏別比率」）

そのうち、軽症者は入院対象外とし、平成2～4年の消防局の症度別比率の平均より軽症者の占める数195人を除いた1,272人をセンターの入院対象とする。

（資料－6「疾病症度別救急車搬送実績」、資料－7「脳血管医療センター救急患者需要推計2」）

イ 救急病床数

救急で入院を要する患者を専用を受け入れる病床とし、平均在院日数を7日とし、急性期との弾力的な運用をすることとして、病床利用率を100%とすると救急患者受入れ病床数は、25床となる。

この中には、重篤患者、術後患者用のICUを6床程度含む。

（計算式）

$$1,272人/年 \times 在院7日 \div 365日 \div 病床利用率100\%$$

ウ 急性期病床数

救急を専用を受け入れる病床からの転棟患者を受け入れる病床とし、平均在院日数を23日、病床利用率を95%とすると急性期病床数は、85床となる。

（計算式）

$$1,272人/年 \times 在院23日 \div 365日 \div 病床利用率95\%$$

エ 安定期病床数

救急入院患者数から急性期における治癒患者数、死亡患者数、寝たきり等で他施設へ転院する患者数887人（※）を差し引いた数385人に対し、平均在院日数60日、病床利用率90%とすると、救急入院患者に対する安定期病床数は、70床となる。

※ 治癒患者数 700人／年（救急隊の搬送患者のうち、要入院患者で3週間未満の入院と診断された割合55%による算出）

※ 死亡患者数 148人／年（「在院日数データブック」の疾患別死亡率により算出）

※ 転院患者数 39人／年（「脳卒中の早期リハビリテーション」の退院患者のうち、全介助の占める割合により算出）

（計算式）

$$\{1,272 - (700 + 148 + 39)\} \times \text{在院60日} \div 365 \text{日} \div \text{病床利用率90\%}$$

(2) 安定期から入院又は他施設から転院してくる患者を対象とする病床数

友愛病院の年間入院患者数は、入院待ち患者も含めて338人である（平成4年度実績）。これに対し、平均在院日数90日、病床利用率90%とすると、必要病床数は、95床となる。

（計算式）

$$338 \text{人} / \text{年} \times \text{在院90日} \div 365 \text{日} \div \text{病床利用率} 90\%$$

(3) その他

予防機能としての医療的ショートステイ用の病床数を25床確保する。

以上より、需要動向からみた場合300床が必要病床数となる。また、敷地条件からみて1床当たり約90㎡を目標とした場合27,000㎡となり、その面からも適正な病床数となる。

5 施設の特徴

(1) 部門連携重視の配置

チーム医療を基盤とした病院機能とするために、施設の全体計画において、関係する部門では相互連携しやすい配置となるよう考慮する。

また、診療部門等が分かりやすいよう、診療動線を明確にする。

(2) 質の高い医療のための機器・施設

画像診断装置などの高度医療機器が十分機能するように配慮するとともに、将来新しい機器を導入また入れ替えができる施設となるよう考慮する。リハビリテーション施設は、患者の取組意欲を高めるような、広さ・設備を配慮する。

(3) ゆとりとやすらぎの療養環境

脳血管疾患による身体機能の麻痺した患者の治療，リハビリテーションに伴い患者に関わる通路幅，部屋の面積を十分とるようにするとともに，四季の行事・誕生日のお祝いなど患者の療養生活に配慮し，患者が意欲的に治療に取り組めるようにする。

(4) 安全性の確保

地震・水害等の自然災害又は不慮の事故により，全施設が機能麻痺することなく，生命維持機能をはじめ不可欠とされる病院機能の安全性を考慮する。

また，施設内の清潔管理・運用が十分できるようにし，院内感染等の対策に当たる。

(5) 省エネルギー対策

病院設備の進歩に伴って，病院の光熱水費が増大している中，省エネルギー対策を建築形態においてもまた設備機能においても十分に検討するようにする。

(6) 環境的配慮

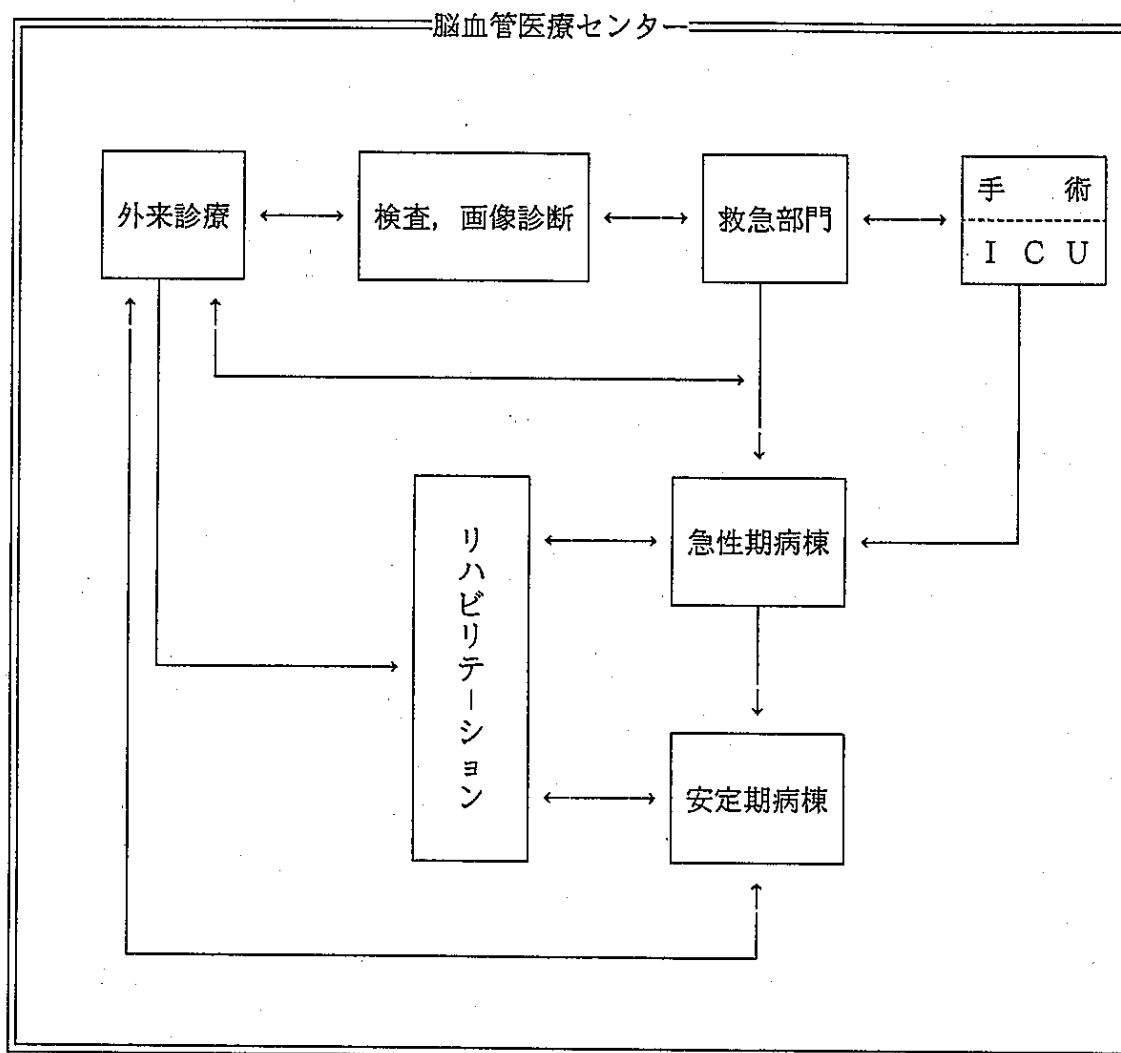
当施設に起因する日照障害，夜間騒音等の影響が付近住民に対して及ばないようになるとともに，既存の桜並木など緑の保全にも配慮する。

(7) 施設の将来変化

医療環境の変化などによる施設の改造が可能となるように，建築構造・設備に配慮する。

6 施設構成

センターの診療機能は、救急部門、病棟（急性期病棟、安定期病棟）；外来診療の3つが基軸となる。さらに、これらに検査、画像診断、手術、リハビリテーションなどが付随する。



第5 併設施設等

1 老人保健施設

(1) 基本方針

センターを有効に機能させるために、併設施設として、同一敷地内に80床規模程度の老人保健施設を設置することで、家庭への中間施設としての役割を果たし、患者の早期社会復帰を図る。(80床の設定の前提として、入所期間3か月を想定)なお、運営は、センターと一体とする。

(2) 家庭復帰への中間施設機能

センターから家庭へ復帰する際の中間施設としての機能と役割を担う。

センターの患者で、入院治療は必要としないが、なおリハビリテーション、看護及び介護を必要とする高齢者に対応するため、老人保健施設を併設し引き続きリハビリテーションなどを提供する。これにより長期にわたって患者が安心して療養できるようにするとともに、家庭への受入準備ができるようにする。

(3) 在宅ケア支援としてのショートステイ・デイサービス機能

リハビリテーションについて高度な機能を持つセンターが老人保健施設を設置し、その医療資源を活用してショートステイ・デイサービスに取り組むことにより、在宅での療養を支援し寝たきりにならないようにする。また、今後の老人保健施設による在宅支援機能の先駆的役割を目指す。

老人保健施設の定義：疾病、負傷等により、寝たきりの状態にある老人又はこれに準ずる状態にある老人（その治療の必要の程度につき厚生省令で定めるものに限る。）に対し、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療を行うとともに、その日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設

老人保健施設の対象者：

- (1) 70歳以上のもの
- (2) 65歳以上70歳未満のものであって、厚生省令で定めるところにより、政令で定める程度の障害の状態にある旨の当該市町村長の認定を受けたもの

横浜市小児アレルギーセンター
のあり方検討委員会

報告書
(抜粋)

平成 11 年 3 月

Ⅲ 小児アレルギーセンターの今後のあり方

1 アレルギー疾患に対する医療機能整備

(1) 医療機能整備の基本的考え方

アレルギー疾患診療対象範囲の拡大(重症化・難治化する成人層まで拡大/小児から大人まで)

アレルギー疾患は幅広い年齢層に広がっており、喘息やアトピー性皮膚炎では、むしろ成人での疾患の重症度が高く、難治化しているという報告もある。

今後は診療対象範囲を拡大し、全ての年齢層の患者に対応できる施設として整備する必要がある。

小児から大人まで生活様式に応じた一貫した医療の提供

通学・通勤している患者では、平日の昼間に受診をすることが困難な場合があり、症状が悪化して初めて受診したり、途中で治療を断念したりするなど、治療の継続性が保てない状況がある。このような状況をできる限り少なくするためには、より少ない回数で、より効果的な治療を行うことができる専門性の高い病院として機能するとともに、患者と家族にとって、受診しやすい環境や効率的な医療提供方法などについて検討する必要がある。

疾患の複合化に対応できる包括的診療体制の整備

アレルギー疾患では、いくつかの症状(疾患)が複合化するケースが多い。患者動向を見てもいくつかの病院、診療所を渡り歩くケースがあり、症状の悪化につながっている。

今後は、それぞれの疾患に適切に対応できる専門医を確保し、複合化するアレルギー疾患に対して包括的に治療できる体制を整備する必要がある。

また、近年は、治療が長期化するため、アレルギー疾患と心理的要因との関連が指摘されており、心のケアも必要とされている。今後は、心のケアに対応できる専門家を確保する必要がある。

患者に対して十分な説明ができる体制の整備

医療機関アンケートによると、多くの医師は、診療を行っていくうえで、患者に丁寧に説明する時間的余裕がないことを治療上の課題としている。このことは、患者にとって医療を提供する側に対する不満・不信感につながり、不適切な素人療法へと向かい、症状の悪化に繋がる場合がある。

今後は、患者一人ひとりにきめ細かな対応ができ、納得が得られる十分な説明、適切な患者・家族教育ができる体制を整備する必要がある。

地域医療機関との連携

アレルギー疾患に対して、適切かつ効果的に医療等を提供するにあたっては、地域医療機関相互の役割分担と連携を図る必要がある。

救急医療体制の整備

喘息死の現状を見ると、我が国の死亡率は他国に比べて高く、自宅または搬送中での死亡例が多いことが特徴となっている。喘息死を減少させるためには、患者及び家族に対する教育の重要性が指摘されている。

救急医療については、現在の横浜市における第一次から第三次の救急体制を踏まえ、引き続き検討を行う必要がある。

(2) 外来機能の拡充

診療科目の整備

アレルギー疾患の現状は、小児気管支喘息に限らず、アトピー性皮膚炎や花粉症などでも多くの市民が苦しんでおり、また、様々な疾患が複合化する傾向が見られる。このため、一貫した医療を総合的に提供できる施設の整備が必要であり、それぞれの疾患に対応できる診療体制を確保する必要がある。

また、アレルギー疾患における心理的側面の関わりも指摘されており、精神科医等の専門スタッフによる心理的ケアの充実も必要である。

ただし、効率的な経営の確保や患者に対する専門的な医療提供の必要性を考えると、特に重症化の傾向にあるアトピー性皮膚炎や気管支喘息を主たる診療疾患とし、その他のアレルギー疾患や心理的ケアについては、患者動向等を見定めて適切な対応を図ることも必要である。

なお、今後、アレルギー疾患に対する専門的な医療の提供を重点的に行うこととし、これまで診療してきた、腎疾患や肥満症・糖尿病などのいわゆる小児成人病については、他の医療機関で対応するなど役割分担を明確にすることが必要である。

◆ 想定される診療科目

アレルギー科

内科、小児科、皮膚科、耳鼻咽喉科、眼科、精神科

日常生活の相談・指導機能の充実

喘息では、最近の治療薬の進歩・開発により、以前は重症で入退院を繰り返した患者が今は外来でコントロールできる場合が少なくない。しかし、薬の効果が大きくなればなるほど、その正しい使用が重要となる。

また、アレルギー疾患では、その原因物質を同定し、それに近づかないような生活を送ることも重要となってくる。

市民アンケートによると、「疾患の原因」、「なりやすい環境」、「予防する方法」などが、関心のあることの上位を占めており、正しい情報や生活指導の提供が求められている。

しかし、医療機関アンケートによると、「患者に丁寧に説明する時間的余裕がない」ことが治療上の課題として最も多くなっており、診察において、患者個々の生活指導にまで及ばないことがうかがえる。

このような状況の中で、アレルギー疾患に対する専門的な医療を提供するにあたっては、日常生活の相談・指導機能の充実が必要である。

- ◆ 充実が必要な相談・指導機能
食事栄養指導、生活環境指導・相談、生活指導 など

診療日・診療時間の拡大・弾力的設定

市民アンケートでは、アレルギー疾患について、困ったこと、悩んだこととして、「平日は仕事や学校などがあり、通院する時間がない」が3番目に多くなっており、また、「夜間診療や休日診療」については、70%以上の市民が必要と答えている。

一方、医療機関アンケートでは、対応が難しいこととして、「夜間・休日の一般外来の実施」が最も多くなっており、治療上の課題として、「治療が長期化してしまうため患者が来なくなってしまう」という回答が比較的多くなっている。

治療が長期化する傾向にあるアレルギー疾患では、患者の様々なライフスタイルにあわせた医療の提供が求められている。

これらを踏まえ、今後、患者本位の医療の提供を一層実現するため、診療日を拡大するとともに、職員の現在の勤務体制にとらわれず、市民が受診しやすい診療時間の設定等も検討する必要がある。

(3) 入院機能の見直し

新たな入院機能

現センターは、長期慢性疾患を患う子供にとって一定の役割を担ってきたが、喘息では、治療ガイドラインの策定や治療薬の進歩などにより、入院需要は減少してきている。

現センターでも、喘息の入院患者は徐々に減少し、昭和57年度の60.0人をピークとし、ここ2ケ年では25人程度となっている。

市民アンケートにおいても、アレルギー疾患で「入院している（したことがある）」と答えた者は、アレルギー疾患の症状がある（あった）者のうち、約4%（52人）にとどまっている。52人中、喘息で入院した者は41人となっている。また、アレルギー疾患で入院したことがある者のうち、80%弱が2週間以内の入院期間であり、入院期間が2ヶ月以上の者は1人となっている。

アレルギー疾患の治療には、アレルゲンの同定や日常生活指導などの患者教育が重要視されているにもかかわらず、市民アンケートでは、医療機関に対する不満で「症状や治療の説明が不十分」という回答が最も多くなっている。

患者にとっては、一日も早く家庭や社会に復帰を果たすことが大切であり、入院期間はできる限り短くすることが必要である。

そのため、基本的には、現在の長期療養型の入院機能を見直し、短期入院を原則とする必要がある。

- 短期検査・教育入院；外来診療だけでは対応が困難な、きめ細かい診療を行う。アレルゲンの同定を行うための検査、そして、そこから導かれる日常生活に対する指導・教育、薬の正しい使用方法の説明など、必要な期間だけ入院し、効果的な治療を行う。
- 保護者同伴入院；患者が幼い場合など、必要に応じて保護者も同伴で入院し、患者とともに、日常生活に対する指導・教育を受ける。

福祉、教育との連携

いわゆる社会的入院によって、入院期間が長期化している場合には、福祉分野との連携を進め、社会生活への円滑な復帰を促すことも必要である。

なお、入院児童に対しては、「入院する患者にとって望ましい教育の保障方法」とは何かといった、より広い視点から、新たな検討が必要と思われる。

2 臨床研究機能

臨床と直結した調査・研究機能

医療機関アンケートや市民アンケートによると、アレルギー疾患に対する臨床上の研究機能の整備が望まれている。良質で適切な医療を効率的に提供するためには、疫学的な基礎調査をはじめ、臨床の場において患者・家族に対する十分な説明、いわゆるインフォームドコンセントを通じた治療の実績を積み、アレルギー疾患に対する総合的、一般的な治療の研究を重ねていくことが不可欠である。

具体的な機能としては、臨床データの蓄積・整理・分析、疾患の原因の究明などであるが、国や大学病院、他の医療機関などとの幅広いネットワークのなかで対応していく必要がある。

また、臨床研究の成果については、地域医療水準の向上に役立てるため、医療機関や市民などに対し、情報公開を積極的に進めていく必要がある。

3 情報提供機能

患者、市民及び医療機関に対する正確な情報の提供

長期化・慢性化するアレルギー疾患においては、自己管理下で治療・服薬を確実に継続することが重要である。市民アンケートでは、アレルギー疾患についての悩みの中で「様々な情報があり何を信じていいのかわからない」ことを始め、情報に関するものが多くなっている。患者を取り巻く周囲の人も含めた教育・知識の普及を図るためには、保健所や地域医療機関などと連携し、「患者や家族を対象とした勉強会」や「市民向けの講演会」を開催したり、あるいは、インターネットの活用などにより、アレルギー疾患に関する正確な情報を幅広く提供することが必要である。

また、医療機関アンケートにおいて、74%が治療方法などを医療機関に提供する施設を必要と回答していることも踏まえ、今後は、「医療機関向けの研修活動」などを行い、地域医療のレベルアップに貢献することも重要な使命だと考える。

4 地域医療機関及び保健分野との連携

病診・病病連携，保健所・学校健診との連携・支援の促進

アレルギー疾患に対する専門的医療を提供する施設として，地域の医療機関との適切な役割分担を図ることにより，病診・病病連携を推進する必要がある。

地域の診療所などから重症患者を積極的に受け入れると同時に，地域医療機関では困難な原因物質の同定を行うことができる検査機能の充実，さらには，地域医療機関の医師に対する研修活動を実施し，適切な治療方法を普及することにより地域医療のレベルアップを図ることも，連携を促進するうえで重要な役割となる。

また，疾患の予防，早期発見という視点で，保健所や学校健診との連携や支援も行う必要がある。

5 人材確保・育成

優秀な人材の確保・育成

医療機関が，その本来の機能を発揮し，発展していくためには，そこで働くスタッフの資質が最も重要な要素となる。

専門医やその他の必要な職種など優秀なスタッフを確保するためには，これまでのやり方にとらわれず，広く人材を求めていくとともに，他の医療機関との積極的な人事交流が可能となる方法を検討する必要がある。

また，医師や他の医療従事者の卒前・卒後教育の場として，人材育成に積極的に取り組む必要がある。

6 効率的な病院運営の確保

アレルギー疾患の患者数が増加する中で、アレルギー疾患に関する医療提供体制の充実に対して市民の期待は大きい。

しかし、昨今の厳しい財政状況を踏まえると、アレルギー疾患に対する医療提供体制を整備するためには、これまでの経緯にとらわれない新たな発想の転換を行い、効率的かつ弾力的な病院運営や執行体制を確立することが、市民本位の医療につながるものであり、市民の期待に応えることになる。

7 施設の整備

医療機能や情報提供機能などを充実し、アレルギー疾患に対し専門的な医療を提供していくためには、機能に応じた適切な施設を整備する必要がある。施設を整備するにあたっては、地域医療機関との連携、人材確保及び効率的な病院運営など様々な角度から整備の手法も含めて検討する必要がある。

横浜市立大学医学部附属浦舟病院再整備基本構想報告書

(抜粋)

平成 5 年 3 月

第1章 基本方針

| | |
|--------------|---|
| 1. 目的 | <p>新しい時代の医療ニーズに見合った患者本位の高度かつ先進的な医療を提供する大学附属病院として機能が果たせるよう再整備を行う。</p> <p>① 市民ニーズに合致した最新の医療を提供するとともに快適な療養環境を確保するなど患者側に立った心あたたまる病院運営を行う。</p> <p>② 患者サービスに徹し看護業務に専念できる看護支援体制の確立を図る。</p> <p>③ 疾病構造の変化、高齢化の進行等に伴う医療の成長と変化に迅速に対応できる施設とする。</p> <p>④ 働きやすい職場環境の整備と経営の効率化及び省力化を図る。</p> |
| 2. 位置付け | <p>市民医療に徹した地域医療の基幹病院として、救命救急医療及び高度な専門・先進医療を実施する大学附属病院。</p> |
| 3. 管理機能 | <p>病院運営については専任の病院長が指揮監督する。</p> |
| 4. 疾患別センター機能 | <p>① 既設の救命救急センターはICU等を充実し重症患者の受け入れ体制を強化する。</p> <p>② 既設の熱傷(やけど)センターは治療に併せて機能の拡充を図る。</p> <p>③ ハイリスク(危険度の高い)妊娠に伴う妊婦、胎児、新生児を管理する周産期(母子救急)医療を行う。</p> <p>④ 難病の原因解明、診断・治療法の開発のためセンター化し充実する。</p> <p>⑤ 法定伝染病、集団食中毒、エイズ、輸入感染症、難治性感染症など新たな感染症への対応のため機能を充実する。</p> <p>⑥ 精神科救急を必要とする精神疾患患者の診断、治療を行う。</p> <p>⑦ 高齢化や生活環境の変化などにより心臓病や脳血管障害の患者増が予想されるため循環器系疾患(特に心臓血管)の予防、救急、治療、リハを含めた包括的医療を行う。</p> <p style="text-align: right;">→ 救命救急センター → 熱傷(やけど)センター → 周産期(母子救急)センター → 難病センター → 感染症センター → 精神疾患(精神科救急)センター → 心臓血管センター</p> |
| 5. 診療体制 | <p>① 大学附属病院として診療機能を附属病院(福浦)と浦舟病院で分担する。</p> <p>② センター及び専門診療科により高度な専門・先進医療を維持していく。</p> <p>③ “ ” は講座制の枠を越えた総合医療として横断的診療を行う。(内科の臓器別診療等)</p> <p>④ 病院長は病床を管理下に置き医療需要や病床利用率などにより年度ごとに見直しを行う。</p> <p>⑤ 救急医療については原則として第3次救急医療施設として位置付け2次応需病院、その他の医療施設からの患者を受け入れる。</p> |
| 6. 看護体制 | <p>① 高度医療に対応できる専門性の高い看護を提供する。</p> <p>② 患者中心の質の高いケアを実践するため外来・病棟の継続看護の確立を図る。また地域との連携を密に行うことで患者の社会復帰を援助する。</p> |
| 7. 教育機能 | <p>① 医師(特別職、研修医)の卒後教育の場として専門医の育成などを行う。</p> <p>② 救急医療等必要な学生教育を行う。</p> <p>③ 看護婦の養成及び教育を行う。またその他医療技術者の教育を行う。</p> <p>④ (地域)医師の生涯教育の場として症例検討、技術研修、情報提供(高度医療機器の共同利用、病床の開放)等を行う。</p> |
| 8. 研究機能 | <p>① 新しい医療技術(予防、診断、治療、成因解明、人工臓器、移植、院内製剤等)の開発のための研究を行う。</p> <p>② 大学附属病院として高度かつ先進的医療を実践するため附属病院(福浦)との一体的研究を行う。</p> |

9. 両病院の
機能分担

| | | | |
|--------|---|--|---|
| 区 分 | 横浜市立大学医学部附属浦舟病院 | 横浜市立大学医学部附属病院 | |
| 位置付け | 市民医療に徹した地域医療の基幹病院として、救命救急医療及び高度な専門・先進医療を実施する医学部附属病院 | 優秀な医師の供給源として講座制に基づき、教育・研究・診療を行う医学部附属病院 | |
| 機 能 | 教育 | <ul style="list-style-type: none"> ① 医師の卒後教育を行い専門医(認定医)を育成する。 (病院勤務教員が技術の向上を図るとともに卒後教育等を行う。) ② 救命救急医療など必要な学生教育を行う。 ③ 地域医師の生涯教育を行う。 (症例検討会、技術研修会の開催、高度医療機器の共同利用、病床の開放 = オープン化) | <ul style="list-style-type: none"> ① 学生及び大学院生の教育を行う。 (主として講座教員が学生教育を行う。) ② 特別職診療医、臨床研修医及び専門医(認定医)の教育を行う。 ③ 医療技術者の養成を行う。 ④ 諸外国からの研修生の受け入れを行う。 ⑤ 市・区の医師会の研修会等へ講師を派遣する。 (臨床医学実習講座、学術講演会等) |
| | 研究 | 附属病院と連携した医療の実践に即した研究 | 医学部(基礎医学)と連携した臨床医学の研究 |
| | 診療 | 疾患別センター及び専門診療科により講座制の枠を越えた総合医療として横断的な診療を行う。 また臓器別診療により患者本位の高度な専門医療を提供する。 | 講座別診療による高度医療を実施する。 |