

仙台赤十字病院・宮城県立がんセンター統合新病院
基本計画

令和 8 年 1 月 21 日
仙台赤十字病院

目次

第1章 統合の経緯と背景

1. 仙台赤十字病院と宮城県立がんセンターの概要	1
2. 沿革と協議までの経緯	4
(1) 仙台赤十字病院	
(2) 宮城県立がんセンター	
3. 統合の背景	6
(1) 地域医療構想の実現に向けた持続可能な医療提供体制の構築	
(2) 仙台医療圏における政策医療の課題	
(3) 仙台赤十字病院の現状と課題	
(4) 宮城県立がんセンターの現状と課題	
(5) 統合の背景	
4. 新病院に期待される役割と建設予定地	19
(1) 新病院に期待される役割	
(2) 建設予定地	
(3) 水害の想定と対策	

第2章 新病院の構想及び工事概要

1. 整備計画の基本構想	26
(1) 基本方針	
(2) 病床規模・病床種別	
(3) 診療科	
(4) 新病院における基本的な医療機能と各種指定	
2. 整備計画の概要	29
(1) 整備計画概要	
(2) 建物別整備計画	
(3) 建物・部門配置	
(4) 開院時期	

第3章 部門別基本計画

1. 部門計画 . . . 32

- (1) 外来部門
- (2) 救急部門
- (3) 病棟部門
- (4) 総合周産期母子医療センター部門
- (5) HCU 部門
- (6) 手術部門
- (7) 中央滅菌部門
- (8) 内視鏡部門
- (9) 放射線部門
- (10) 検査部門
- (11) 化学療法部門
- (12) リハビリテーション部門
- (13) 薬剤部門
- (14) 栄養部門
- (15) 臨床工学部門
- (16) 患者サポートセンター部門
- (17) 事務管理部門
- (18) 情報システム部門
- (19) 災害対策部門

2. 医療機器・情報システム整備計画 . . . 81

- (1) 整備方針
- (2) 医療機器
- (3) 情報システム

3. 事業収支計画 . . . 83

- (1) 概算事業費
- (2) 財源
- (3) 事業収支計画

第1章 統合の経緯と背景

1. 仙台赤十字病院と宮城県立がんセンターの概要

	仙台赤十字病院	宮城県立がんセンター
名称	仙台赤十字病院	宮城県立がんセンター
創立	大正 13 年 (1924 年) 10 月 18 日	昭和 42 年 (1967 年) 4 月 1 日 (平成 5 年 (1993 年) 4 月 宮城県立成人病センターから 改称)
開設者	日本赤十字社 社長 清家 篤	地方独立行政法人 宮城県立病院機構 理事長 山田 秀和
管理者等	院長 八重樫 伸生	総長 山田 秀和 院長 佐々木 治 研究所長 安田 純
所在地	仙台市太白区八木山本町二丁目 43 番 3	名取市愛島塩手字野田山 47 番地の 1
理念	人道博愛に基づいて医療を行 い、 全ての人の尊厳をまもる	患者さんの視点に立ち、 良質かつ先進的医療を提供し、 がん専門病院としての 使命を果たします
基本方針	1. 総合的な診療、特殊性のある 診療、災害救護活動等を通じて 地域に貢献します 2. 患者さんの諸権利を尊重し、 的確な説明の後に同意を頂いて 診療します 3. 根拠に基づいた医療を、正確、 誠実に行います 4. 日々研鑽を積み、高度な専門 知識と確実な医療技術を身に つけます 5. 患者さんはじめ地域の皆様方 のご意見を尊重して、病院の改 善に努めます 6. 全職員が協力して、安全な管 理と、健全な運営を目指し、働 きがいのある病院にします	1. 患者さんの権利と安全を最優 先した医療を行います 2. がんの予防・治療・研究を推 進し、社会に役立てます 3. 患者さん及び地域医療と連携 し、がん情報の普及に努めます 4. がん医療の人材を育成します

	仙台赤十字病院	宮城県立がんセンター
許可病床数	350床 (稼働302床) ※令和7年9月30日付けで389床→350床	373床 (稼働333床) ※令和7年9月1日付けで383床→373床
敷地面積	61,081 m ²	69,289 m ²
建物 延べ面積	地上8階、地下1階 29,098 m ²	地上7階、地下2階 34,160 m ²
駐車場	297台	812台
標榜診療科目	22科 内科、腎臓内科、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、糖尿病代謝科、精神科、外科、整形外科、皮膚科、泌尿器科、小児科、小児外科、産科、婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、麻酔科、放射線科、歯科口腔外科、病理診断科	26科 血液内科、腫瘍内科、呼吸器内科、消化器内科、頭頸部内科、緩和ケア内科、腫瘍循環器科、精神腫瘍科、糖尿病・代謝内科、呼吸器外科、消化器外科、乳腺外科、整形外科、形成外科、脳神経外科、泌尿器科、婦人科、頭頸部外科、皮膚科、眼科、放射線診断科、放射線治療科、麻酔科、病理診断科、歯科、臨床検査科
主な 指定・認定	<ul style="list-style-type: none"> 二次救急指定病院 地域医療支援病院 総合周産期母子医療センター 地域災害拠点病院 宮城県DMAT指定病院 地域小児医療センター 臨床研修指定病院 紹介受診重点医療機関 日本医療機能評価機構病院機能評価3rdG:Ver.2.0認定 	<ul style="list-style-type: none"> 都道府県がん診療連携拠点病院 がんゲノム医療連携病院 紹介受診重点医療機関 日本医療機能評価機構病院機能評価3rdG:Ver.2.0認定 日本適合性認定協会 ISO15189認定
主な 基準 サービス	<ul style="list-style-type: none"> 急性期一般入院料1 (7:1) 総合周産期特定集中治療室管 	<ul style="list-style-type: none"> 専門病院入院基本料 (7:1) 緩和ケア病棟入院料1

	仙台赤十字病院	宮城県立がんセンター
	理料 1. 母体・胎児集中治療室管理料 (MFICU) 2. 新生児集中治療室管理料 (NICU) • 新生児治療回復室入院医療管理料 (GCU) • 小児入院医療管理料 4 • ハイケアユニット入院医療管理料 1 (HCU) • 地域包括ケア病棟入院料 2	

2. 沿革と協議までの経緯

(1) 仙台赤十字病院

- 大正 13 年 (1924 年) 仙台市北一番丁に日本赤十字社宮城県支部診療所として開所
- 昭和 18 年 (1943 年) 仙台赤十字病院と改称 (150 床)
- 昭和 20 年 (1945 年) 横須賀海軍仙台赤十字病院と改称
柴田郡川崎村青根温泉に分院を設置
仙台空襲により全て焼失
一時的に愛子国民学校に移転
次いで青根温泉分院に移転
仙台市東八番丁の製糸工場の一部を借用し、移転 (100 床)
- 昭和 31 年 (1956 年) 仙台市清水小路 (現在の青葉区五橋) に仙台赤十字病院併設
県立仙台病院を新築 (200 床)
- 昭和 36 年 (1961 年) 県立仙台病院が廃止され、改めて仙台赤十字病院となる
- 昭和 39 年 (1964 年) 新病棟を増築 (307 床)
- 昭和 53 年 (1978 年) 八木山の移転用地を買収
- 昭和 57 年 (1982 年) 現在地に開院 (415 床)
- 平成 6 年 (1994 年) 増築増床 (484 床)
- 平成 14 年 (2002 年) 東北初の総合周産期母子医療センターを開設
- 平成 21 年 (2009 年) 結核病床を閉鎖 (400 床)
- 令和 7 年 (2025 年) 病床変更 (389 床から 350 床)

当地への移転から 30 年が経過する平成 24 年 (2012 年) には、本館建物の構造的な老朽化、設備機器等の経年劣化、さらには狭隘化などにより必要な機能を維持することが困難になり、新築移転あるいは現在地での建て替えについて数年をかけて具体的に検討したが、様々な制約などから計画自体が保留となった。

その後、平成 26 年 (2014 年) に仙台市立病院が同じ仙台市太白区へ移転したため診療圏が競合したり、建物が免震構造でないため令和 3 年 (2021 年) の福島県沖地震および宮城県沖地震、令和 4 年 (2022 年) の福島県沖地震により建物に被害を受け、長期にわたって診療・入院の一部が再開できなかつたことなどにより、厳しい経営環境に置かれてきた。そのような状況下でも、建て替えや新築移転などの機会を模索してきた。

（2）宮城県立がんセンター

- 昭和 35 年（1960 年） 前身の宮城県立成人病センターの建設を計画
- 昭和 42 年（1967 年） 開設（50 床）
- 昭和 62 年（1987 年） 全面改築の整備に着手
- 平成 5 年（1993 年） 宮城県立がんセンターと名称変更、研究所を併設し、東北唯一のがん専門病院としてスタート（308 床）
- 平成 7 年（1995 年） 6 階病棟診療開始（358 床）
- 平成 14 年（2002 年） 緩和ケア病棟診療開始（383 床）
- 平成 18 年（2006 年） 「都道府県がん診療連携拠点病院」に指定
- 平成 23 年（2011 年） 開設者を宮城県から地方独立行政法人宮城県立病院機構へ移行
- 平成 25 年（2013 年） 集学治療棟を開棟し、トモセラピー、PET - CT 等の高度医療機器導入
- 平成 30 年（2018 年） 「がんゲノム医療連携病院」に指定
- 令和 7 年（2025 年） 病床変更（383 床から 373 床）

平成 31 年（2019 年） 1 月には、建物の老朽化に伴う対応、がん医療の均てん化を踏まえた医療機能の分化や連携、医療環境の変化を踏まえた政策医療としてのがん医療のあり方のほか健全経営の観点から、宮城県立がんセンターの担うべき役割について検討するため、がん医療に係る有識者で構成する「県立がんセンターのあり方検討会議」が設置された。当会議による議論が重ねられ、令和元年（2019 年）12 月に「宮城県立がんセンターの今後のあり方に関する報告書」としてとりまとめられた。

報告書では、宮城県立がんセンターを取り巻く環境が変化し、より高度ながん医療を提供することが求められる一方、「がん医療の均てん化により主要 5 大がんなどは他病院との競合が発生しており、医療ニーズの多様化や国の医療制度の変化の対応に加え、今後、高齢化等により増加する合併症への対応など治療が高度化することを踏まえて、『がんを総合的に診療できる機能を有する病院*』とすることが必要」とする点や、「地域バランスを考慮しながら、地域医療構想の趣旨を踏まえ、他の医療機関との連携・統合についても検討を行うべき」、「立地場所については、県民のアクセスや経営の改善を考慮し、検討を行うべき」などの提言がなされた。

* 従来の総合病院ではなく、高齢化するがん患者に対し、高度化するがん医療を至適に提供できる診療体制を有する病院を意味する。

3. 統合の背景

（1）地域医療構想の実現に向けた持続可能な医療提供体制の構築

少子高齢化と人口減少の進展等により、今後、限られた医療資源の中で、政策医療の課題を解決しながら、適切な医療や介護を将来にわたり持続的かつ安定的に提供していく必要がある。そのためには、将来的に必要となる医療機能等を見据え、地域の医療機能の補完・連携を一層進めることができると想定され、国では、地域医療構想の実現に向けた取組や医療従事者の働き方改革、医師偏在対策の3つの改革が進められている。

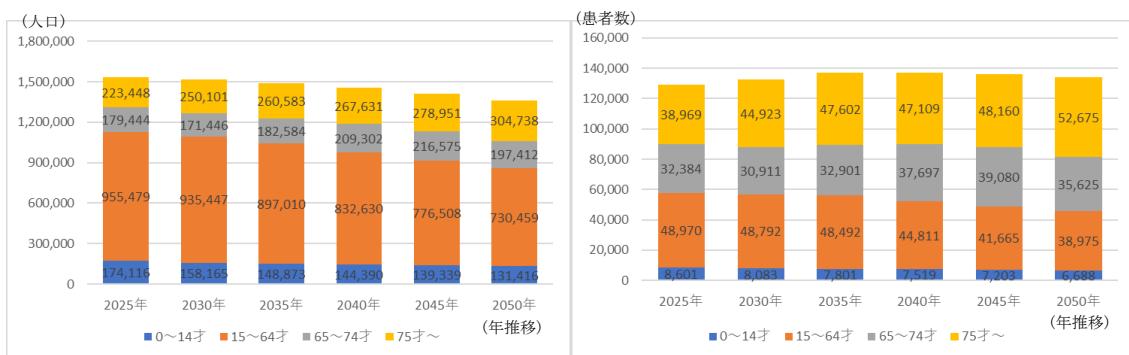
宮城県においても、地域の医療提供体制の将来の目指すべき姿である「地域医療構想」を策定し、県内4つの構想区域ごとに各医療機能の将来像を見定めながら、各地域にふさわしいバランスの取れた医療機能の分化と連携に向けた取組を推進している。

（2）仙台医療圏における政策医療の課題

宮城県によると、仙台医療圏では、急性期病院が仙台市内に集中し、急性期病床が過剰であるほか、病院機能の地域的偏在があり、特に、救急医療や周産期医療、災害医療などについては黒川地域、名亘地域（名取市・岩沼市・亘理町・山元町。以下同じ。）の機能が手薄となっていることが指摘されている。今後は、地域バランスの取れた病院の適正配置と、拠点病院の整備による診療内容の充実や医療従事者の確保を図り、県民にとって質の高い医療を安定的に供給できる医療提供体制が必要とされている。

※仙台医療圏内の急性期病棟を持つ医療機関一覧は別添資料表1を参照

■仙台医療圏の5カ年ごとの推計(左：人口推計、右：患者推計)



出典：人口問題研究所【市区町村別】日本の将来推計人口(令和5年推計)、厚生労働省「DPC公開データ（診断群分類別患者数等の集計）」

■仙台医療圏における各施設の指定状況

No.	名称	がん	救急	災害	周産期
	分類 1	都道府県 がん診療連携拠点病院	高度救命救急センター	基幹災害拠点病院	総合周産期 母子医療センター
	分類 2	地域 がん診療連携拠点病院	救命救急センター	地域災害拠点病院	地域周産期 母子医療センター
1	東北大学病院	◎	◎	○	◎
2	東北労災病院	○		○	
3	宮城県立がんセンター	◎			
4	NHO仙台医療センター	○	○	◎	○
5	仙台市立病院		○	○	○
6	総合南東北病院			○	
7	仙台赤十字病院			○	◎
8	東北医科薬科大学病院	○		○	
9	仙台オープン病院			○	
10	坂総合病院			○	
11	宮城県立こども病院				○
12	東北公済病院				○

出典：宮城県地域医療計画

分類 1 「◎」、分類 2 「○」

ア. 救急医療

・ 救急搬送受入機能が仙台市内に集中

救急搬送受け入れは、特に仙台市内への搬送割合が人口割合に比べても高く、救急搬送受入機能が仙台市内に偏在しているため、地域バランスの確保が必要となっている。

・ 救急搬送に時間要する地域の搬送時間短縮が急務

仙台医療圏の消防本部ごとの救急搬送時間に関しては、仙台市消防本部を除く全ての消防本部で県平均を上回っている状況にあり、改善が必要である。

■仙台医療圏の現状（仙台市と仙台市外の内訳）※時点更新内容は別添資料表 2 を参照

	救急受入件(件)	割合(%)	人口(人)	割合(%)
仙台市の医療機関	54,983	86.8	1,099,000	71.3
(仙台赤十字病院)	1,995	3.1	—	—
仙台市外の医療機関	8,364	13.2	441,446	28.7
(塩釜地区)	5,063	8.0	180,983	11.7
(あぶくま)	2,684	4.2	88,124	5.7
(黒川地域)	358	0.6	93,211	6.1
(名取市)	259	0.4	79,128	5.1
合計	63,347	100.0	1,540,446	100.0

出典：病床機能報告（令和4年度）、令和4年人口動態統計（確定数）の概況（宮城県版）

※無床診療所を除く



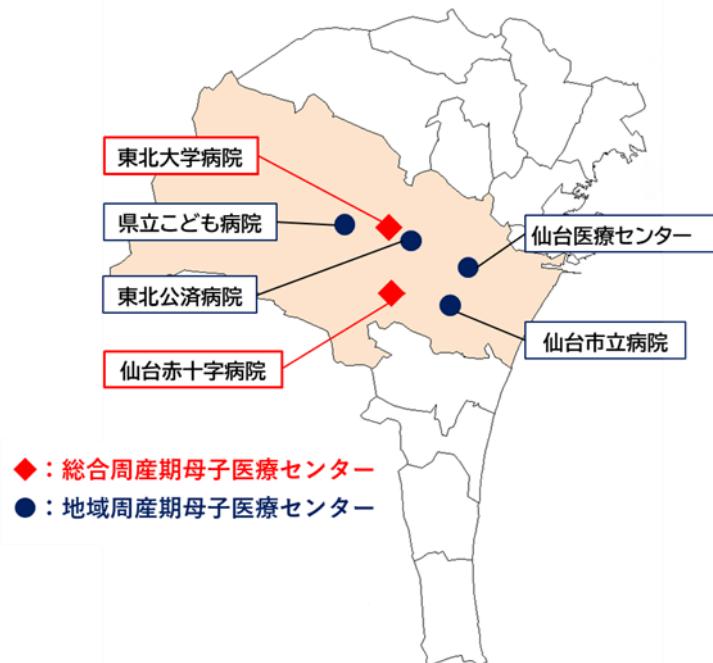
出典： 総務省消防庁「救急救助の現況」消防本部提供データ（令和4年）から宮城県作成 ※基本合意時までの状況を示すため令和4年度データを使用

イ. 周産期医療

- 周産期母子医療センターが仙台市内に集中

仙台医療圏の周産期医療については、重症例の受入や相談などを行う周産期母子医療センターが仙台市内に集中しており、全県を視野に持続可能でバランスの取れた周産期医療体制の確保が喫緊の課題となっている。

また、分娩取扱医療施設が減少する中で、周産期母子医療センターが果たす役割は大きくなっており、周産期母子医療センターを中心とした地域ごとの連携体制が必要となっている。



出典：白地図専門店「宮城県（市町村の境界線も記載）」（白地図）を加工して作成

ウ. 災害医療

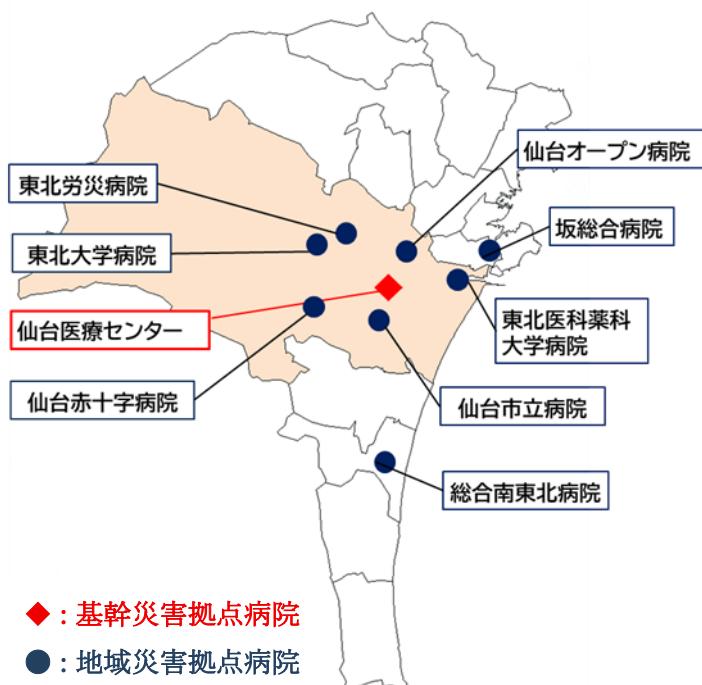
・ 災害拠点病院が仙台市内に集中

仙台医療圏においては、9つの災害拠点病院のうち、7つが仙台市内に集中しており、仙台医療圏南部及び北部の体制が手薄になっていることから、名亘地域や黒川地域の体制強化が必要である。

また、大規模災害発生時に求められる広域的な医療提供体制の確保という点において、拠点病院を分散することにより、災害拠点病院が同時に被災するリスクを低減する視点も重要である。

医療圏	災害拠点病院	
仙南医療圏	公立刈田総合病院、みやぎ県南中核病院	
仙台医療圏	仙台市内	◎仙台医療センター、仙台市立病院、東北大学病院、仙台赤十字病院、東北労災病院、東北医科薬科大学病院、仙台オープン病院
	仙台市外	総合南東北病院、坂総合病院
大崎・栗原医療圏	大崎市民病院、栗原市立栗原中央病院	
石巻・登米・気仙沼医療圏	登米市立登米市民病院、石巻赤十字病院、気仙沼市立病院	

◎は基幹災害拠点病院、それ以外は地域災害拠点病院



出典：白地図専門店「宮城県（市町村の境界線も記載）」（白地図）を加工して作成

エ. がん医療

・ がん医療の均てん化

がん医療の均てん化により、主要 5 大がんなどは病院間での競合が発生しており、医療ニーズの多様化や国の医療制度の変化への対応などを見据え、持続的ながん医療の提供に向け、がん診療連携拠点病院等と一般の病院との役割分担の明確化や連携体制の構築などが必要である。

・ 高い技術を必要とするがん医療の集約化

少子高齢化・人口減少という今後の人団動態の変化を踏まえ、合併症への対応やゲノム医療による新たな治療法の推進など、がん医療の高度化が求められていることから、他のがん診療連携拠点病院等との役割分担・連携による機能の集約化が必要である。

オ. 新興感染症対策

・ 医療措置協定に基づく新興感染症への対応

新型コロナウイルス感染症への対応経験を踏まえ、新興感染症等の感染拡大における医療について、感染拡大に対応可能な医療機関・病床、医療スタッフ等の確保が求められるほか、感染拡大時にゾーニング等の観点から活用しやすい病床や感染症対応に転用しやすいスペースの確保に必要な施設・設備の整備、対応可能な医療スタッフの確保が必要となっている。

さらに、感染症流行初期段階から、迅速かつ円滑に医療提供体制を構築するため、医療措置協定に基づく病院間および行政との連携体制の強化が重要となっている。

（3）仙台赤十字病院の現状と課題

ア. 診療機能

急性期病院として必要な診療機能を整えることに苦心しており、特に救急医療やがん医療については課題がある。

救急体制については、二次救急指定病院として仙台市病院群当番制事業に参加しているが、週 1 回の外科の当番に留まっており、十分に協力できていない。当番日以外の平日夜間および土日祝祭日は、内科もしくは外科の当直医 1 名体制となっており、救急患者の受け入れに可能な限り努めているものの、令和 5 年度は救急の要請件数 5,325 件に対して 2,716 件お断りをしていることから、当直医の専門外の患者は受け入れが出来ていない状況である。

がん治療については、がんを総合的・専門的に治療できる医師が少ないため、患者は東北大学病院や宮城県立がんセンターへ紹介しており、当院ではがん治療を十分に提供できていない。

周産期医療については、宮城県内では数少ない総合周産期母子医療センターとし

てハイリスク妊娠・分娩・新生児集中治療を24時間体制で提供している。

■患者数5カ年の状況(外来・入院・手術・救急)

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
外来患者数(人)	147,543	130,504	130,227	125,930	125,497
入院患者数(人)	97,759	84,606	84,871	81,253	88,842
手術件数(件)	-	2,360	2,304	2,370	2,540
救急件数(件)	-	1,864	1,995	2,212	2,609

出典：赤十字医療施設経営概要（令和5年度）

新型コロナウイルスの影響を受けて、外来・入院患者数はともに令和2年度は大幅に減少することとなったが、入院患者や手術・救急件数はコロナ5類移行後の令和5年度から増加している。反対に外来患者数が減少傾向にある。

イ. 施設の状況

本館建物は、建築後40年以上が経過し（昭和57年（1982年）建築）、構造的な老朽化、設備機器等の経年劣化が進んでいる。また、40年以上前の医療状況に合わせて設計建築されたもので、その後の医療環境の変化に伴い増築工事等を行い対処してきたが、新たな診療機能の導入や機器の更新等に対応できなくなっている。

免震構造でないこともあり、平成23年（2011年）3月の東日本大震災で被災し、復旧工事にて補修したものの、今後起こり得る地震に対して万全とはいえない状況にある。実際、令和3年（2021年）2月の福島県沖地震および同年3月の宮城県沖地震、さらに令和4年（2022年）3月の福島県沖地震により建物に被害を受け、長期にわたって診療・入院が一部使用できなかった。災害拠点病院としての機能を維持するためにも、病院建物の免震化など、早急な改善が必要である。

また、時代の変化に伴って個室ニーズの高まりに対応するために、病室を6床室から4床室に改修し、多床室の半個室化や浴室、トイレ、洗面室等の改善等にも努めているが、個室率は14.7%と低率にとどまっている。特に新型コロナウイルス感染症にかかる対応では、個室が不足することにより患者の受け入れや対応に困難を伴った。

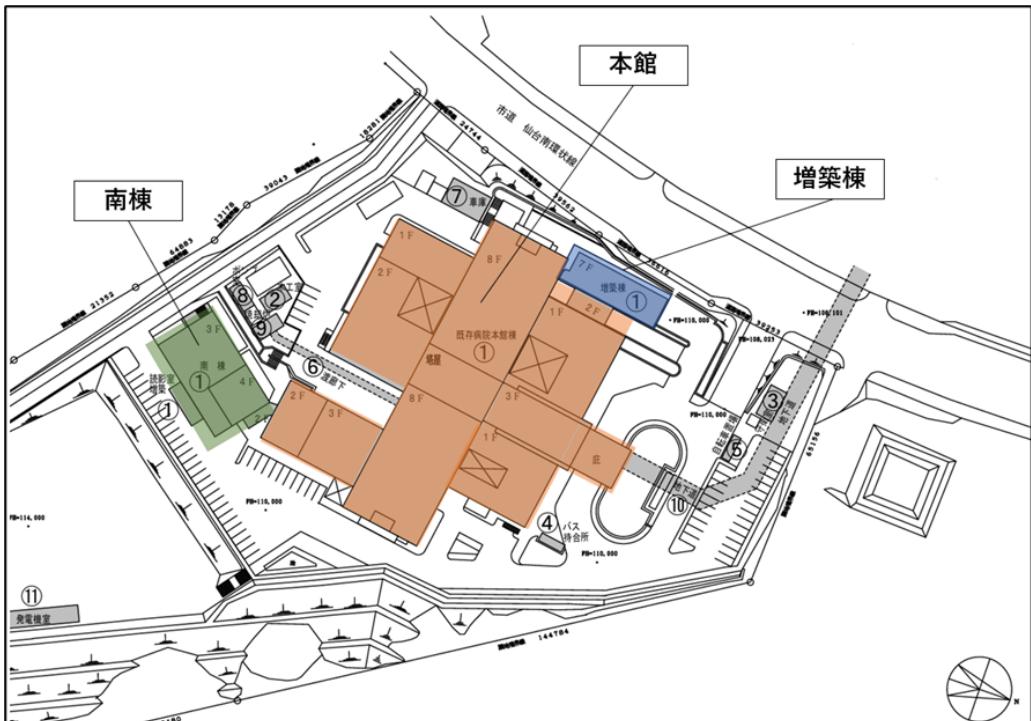
感染症への対応やリスクの低減、プライバシー確保など個室需要が高いものの個室の増設もできず、快適な療養環境の確保が課題となっている。

医療の高度化等に伴う近代的な大型医療機器の設置による診療機能の拡充や診察室等の増設、個室化による療養環境の改善に十分対応できない状況にある。なかでも総合周産期母子医療センターは、建物の狭隘化により県の周産期医療の中核施設として機能を維持することが困難な状況にあり、施設の拡張が課題となっている。

医療情報管理体制については、電子カルテシステムの導入、PACS、部門システム、インターネット等を更新・拡充しながら運用しているが、建物の狭隘化や構造上の問題、ソフト統一性・互換性の問題があり、病院経営、診療業務に資するための新たな医療情報システム環境の整備が困難になっている。

以上のとおり、施設の老朽化・狭隘化が進み、将来的な建て替えが喫緊の課題となっている。

■現状(平面図)



出典：仙台赤十字病院既存建物部門別面積(2013年)より作成

■現状(立面図)

本館	南棟	増築棟
(1982年建築)	(1994年建築)	(2008年建築)
8階 病棟		病棟
7階 病棟		病棟
6階 病棟		病棟
5階 病棟		病棟
4階 (総合周産期母子医療センター)	機械室	
3階 中央手術室 管理部門	院内保育所	管理部門 (事務室)
2階 外来 健診センター 検査部門 栄養相談室等	リハビリテーション科 (理学・作業療法室)	管理部門 (医局)
1階 総合受付 外来 救急外来 中央採血室 放射線部門 薬剤部門 防災センター等	放射線科撮影室 (MRI室・CT室) 内視鏡室	外来
地下 腎センター 職員食堂等		

出典：仙台赤十字病院 HP「全館概要」より作成

ウ. 経営状況(別添資料表3を参照)

長らく赤字基調で推移していたが、経営改善を進め、赤字幅の減少に努めてきた。令和2年度、3年度は新型コロナウイルス感染症患者対策事業運営費補助金等により収益を確保できたが、令和4年度には同補助金等の減少により再び赤字基調へシフトしている。

ここ数年、入院診療収益は増収を続けているが、令和5年度にあっては、外来患者の減少が響き、大きな減収となった。

令和5年度から経営戦略室を設置し、病院経営の改革および組織風土改革に取り組んでおり、改善の傾向がある。

(4) 宮城県立がんセンターの現状と課題

ア. 診療機能

都道府県がん診療連携拠点病院として、東北大学病院との機能分担や連携体制の構築により、宮城県のがん征圧拠点として、主に県南部のがん医療の中心的役割を担ってきたが、近年はがん医療の均てん化により主要5大がんなどは他病院と競合している。

高齢化等により合併症を有するがん患者が増加しており、それに対応するため、「がんを総合的に診療できる機能を有する病院」とすることが必要である。

■患者数5カ年の状況(外来・入院・手術・放射線治療・外来化学療法)

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
外来患者数(人)	86,645	80,883	81,621	84,595	84,155
入院患者数(人)	105,153	92,679	88,858	92,273	90,343
手術件数(件)	1,441	1,449	1,625	1,671	1,679
放射線治療 (照射実人数)	752	698	664	774	868
外来化学療法 (加算算定件数)	7,188	5,908	6,572	8,802	8,955

出典：宮城県立病院年報（令和5年度）、宮城県立がんセンター年報（令和5年度）

新型コロナウイルスの影響を受けて、外来・入院患者数はともに令和2年度に減少することとなったが、令和4年度は外来・入院患者数ともに持ち直してきている。

手術件数については、高性能手術支援ロボットでの手術実施に努めた結果、令和

3年度から1,600件程度で推移している。

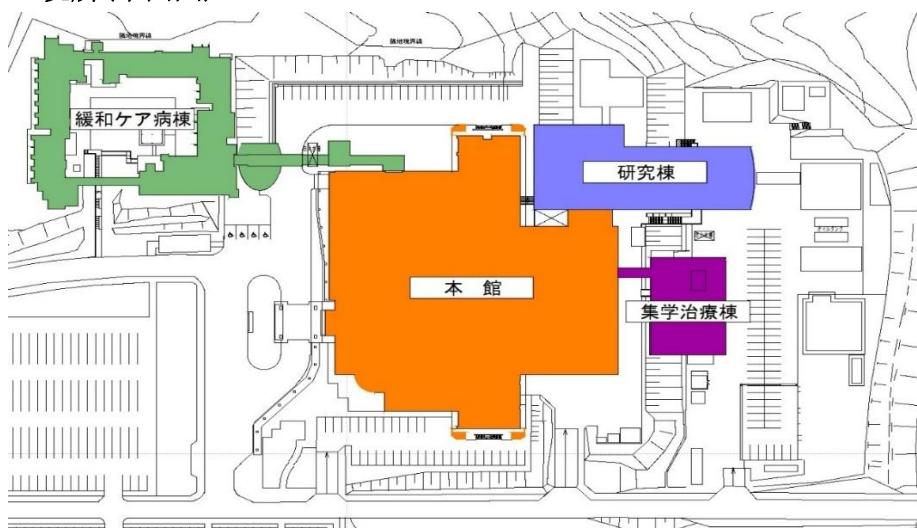
放射線治療照射実人数、外来化学療法加算算定件数については、新型コロナウィルスの影響を受けて、令和2年度に減少することとなったが、令和4年度以降は令和元年度の水準を上回り、増加傾向にある。

イ. 施設の状況

築30年以上が経過し（平成4年（1992年）築）、病院施設の老朽化により、修繕工事を必要とする部分が増加している。また、電気設備などの各種設備については、耐用年数を大幅に超過しているものもあり、経年劣化が進行している。

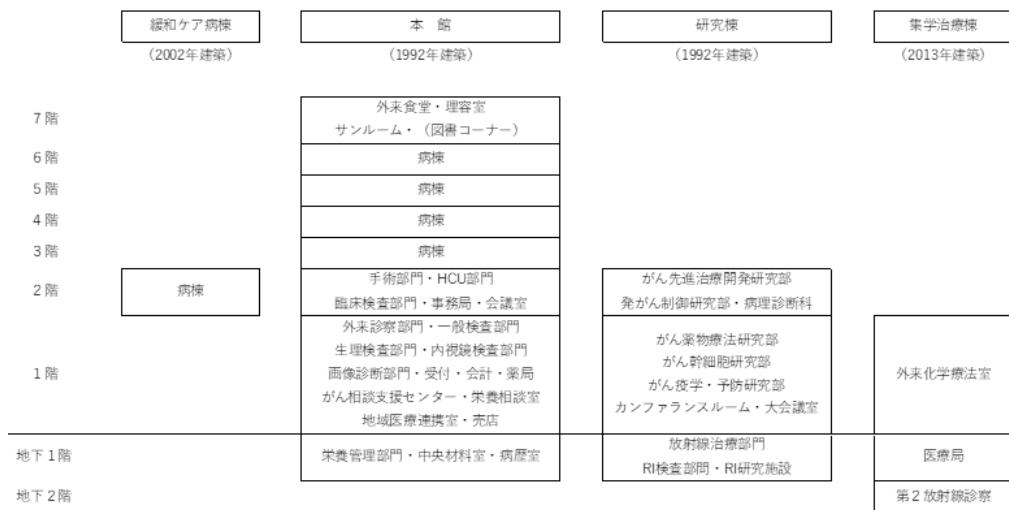
現地にがんを総合的に診療できる機能を拡充できるスペースがなく、将来的な建て替えを検討する必要がある。

■現所（平面図）



出典：宮城県立がんセンター配置図（2022年）より作成

■現状(立面図)



出典：宮城県立がんセンターHP「がんセンター全体図」より作成

ウ. 経営状況(別添資料表4を参照)

病院の経営状況については、県からの運営費負担金も含めた収支は黒字基調で推移していたが、新型コロナウイルス感染症の影響で落ち込んだ入院患者数がコロナ禍前の水準に戻っておらず、直近の3年において赤字となっている。

令和6年度においては、収益を確保するための各種取組を実施するとともに、経費削減に向けてより一層取り組んだ結果、令和5年度と比較して経常収支は改善傾向にある。

(5) 統合の背景

宮城県では、前述の「宮城県立がんセンターの今後のあり方に関する報告書」で提言のあった「がんを総合的に診療できる機能を有する病院」の実現に向けて、令和2年（2020年）7月31日に仙台赤十字病院、東北労災病院、宮城県立がんセンターの3病院の連携・統合に係る検討を開始することとして日本赤十字社、独立行政法人労働者健康安全機構、地方独立行政法人宮城県立病院機構、東北大学、宮城県の5者で合意した。

協議の中で、がん医療、周産期医療、救急医療、災害医療、さらには新興感染症対策などの政策医療の課題（（1）（2）に関連）について整理された。それらを踏まえながら、少子高齢化や人口減少が進む中、限られた医療資源で適切な医療を将来にわたり、持続的かつ安定的に提供していくための方向性が議論された。令和3年（2021年）9月9日に、宮城県は、「政策医療の今後の方向性として、「政策医療の課題解決に向けた県立病院等の今後の方向性について」を公表した。

その中で、新たに県から仙台医療圏の病院再編として、「仙台赤十字病院と宮城県立がんセンターの統合」及び「東北労災病院と宮城県立精神医療センターの合築」という2つの枠組みが提案された。そのうち、「仙台赤十字病院と宮城県立がんセンターの統合」の枠組みでは、2病院を統合して、周産期医療および救急医療、災害医療、新興感染症対策を強化し、がんを総合的に診療できる拠点病院を整備することとされた。

日本赤十字社としては、県から提案された再編統合案に対し、赤十字医療施設および公的医療機関として、県の政策医療上の課題にどのように貢献できるかという視点で協議・検討した。その結果、当院が今後将来にわたって継続的に地域医療に貢献するために、県からの提案を日本赤十字社として受け入れることとし、令和5年（2023年）12月22日に日本赤十字社社長、宮城県知事、地方独立行政法人宮城県立病院機構理事長の3者により「仙台赤十字病院と宮城県立がんセンターの統合に向けた基本合意書」を締結した。

〔基本合意の概要〕

令和5年（2023年）12月22日

病床規模	400床程度
開院時期	令和10年度中を目途とする※
運営形態	設置および運営は日本赤十字社

主な機能	救急医療	想定する診療圏は仙台市内隣接エリアを含む仙台医療圏南部とし、断らない二次救急により同地域の救急医療提供体制の強化に貢献する
	周産期医療	仙台赤十字病院に設置されている総合周産期母子医療センターの機能を引き継ぎ、県の周産期医療に貢献する
	がん医療	がん診療連携拠点病院として、宮城県立がんセンターが担っている機能について東北大学と補完・連携を進め、他のがん診療拠点病院とともに県内のがん政策において必要な機能を維持する
	災害医療	災害拠点病院として貢献する
	新興感染症対応	新興感染症の感染拡大時における地域の感染症対応に貢献する

※なお、開院時期については、基本合意後の関係者間の協議を踏まえ、令和 12 年度を目指とする想定に変更した。

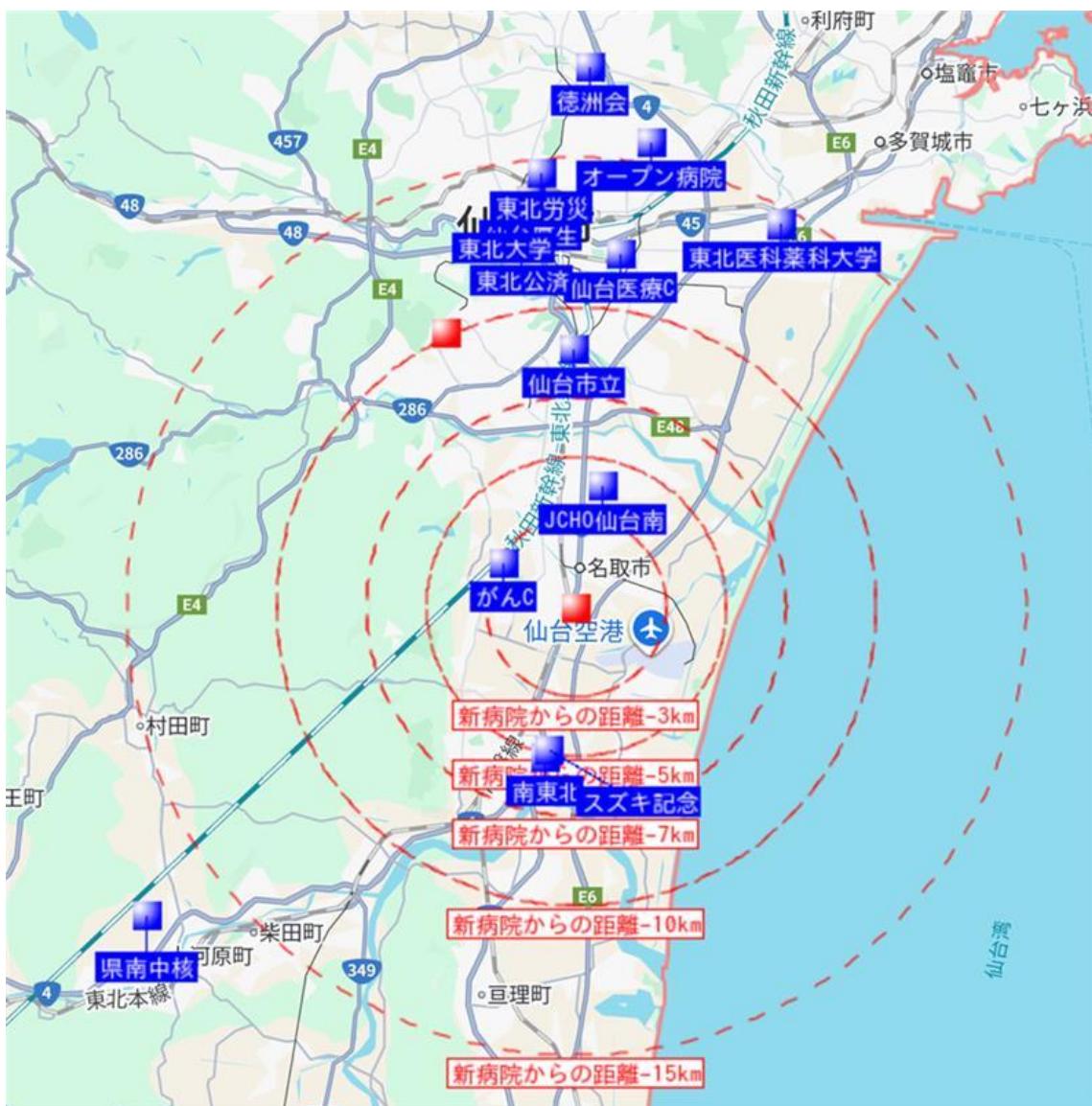
その後、県は厚生労働省に対し、国が地域医療構想の実現に向けて助言や集中的な支援を行う「重点支援区域」への指定を申請し、令和 6 年（2024 年）1 月 16 日、仙台構想区域、医療機能再編等の対象となる医療機関として仙台赤十字病院および宮城県立がんセンターが選定された。

令和 6 年（2024 年）4 月からは、新病院が担うべき医療機能などについて、宮城県・地方独立行政法人宮城県立病院機構・東北大学・日本赤十字社の関係者において新病院の整備に向けた協議を重ね、基本構想の策定に必要な事項について合意がなされた。その後、令和 6 年（2024 年）11 月に新病院の基本構想を策定・公表した。

4. 新病院に期待される役割と建設予定地

名取市は仙台医療圏の南部に位置し、岩沼市及び亘理町、山元町とともに名亘地域を構成しているが、仙台医療圏の救急医療、周産期医療、災害医療などの政策医療に関する機能については仙台市内に集中し、名亘地域は手薄な状況となっている。

そのような中で、名取市から宮城県に対し、新病院の整備地として、名取市植松入生の土地を無償貸与する提案があり、医療需要や交通アクセス、政策医療の課題解決につながるかなどを総合的に勘案した結果、当該地を建設予定地とすることとした。



出典：Google 地図データ©2024/jSTAT MAP にて作成

■名取市の5カ年ごとの推計(左:人口推計、右:患者推計)



出典：人口問題研究所【市区町村別】日本の将来推計人口(令和5年推計)、厚生労働省
「DPC公開データ（診断群分類別患者数等の集計）」より作成

■新病院予定地から半径10km圏内の主な医療機関

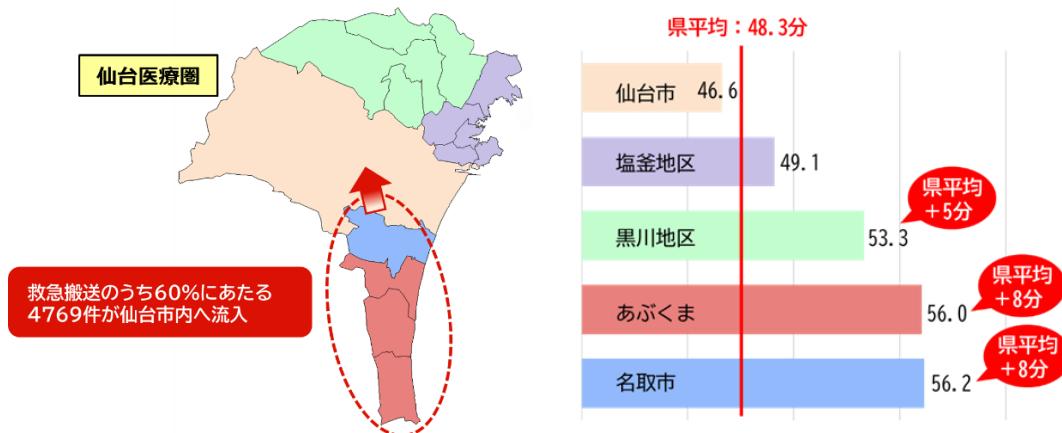
市区町村	病院名	許可病床数(床)				
		総計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
太白区	仙台市立病院	467	180	287	0	0
太白区	仙台西多賀病院	440	0	50	50	340
岩沼市	総合南東北病院	271	91	130	50	0
太白区	広南病院	209	12	128	19	50
太白区	JCHO 仙台南病院	190	0	150	40	0
太白区	長町病院	45	0	45	0	0
岩沼市	スズキ記念病院	59	0	59	0	0
若林区	河原町病院	23	0	23	0	0

出典：厚生労働省 病床機能報告（令和5年度）※休棟中、療養病床、精神病床は除外

(1) 新病院に期待される役割

ア. 救急医療

名取市・あぶくまの両消防本部が所管する名亘地域では、近くに救急搬送に対応できる病院が少ないため、令和5年（2023年）には救急患者の60パーセントに当たる4,769件が仙台市内の病院に搬送されている。さらに、名亘地域の救急搬送時間が県平均時間よりも8分ほど長くなっている。搬送時間の短縮が課題となっている。（県平均48.3分、あぶくま消防本部56.0分、名取市消防本部56.2分）



出典：総務省消防庁「救急救助の現況」消防本部提供データ（令和5年）から宮城県作成

これらの課題に対して、名取市に新病院を整備することで、名亘地域における救急受入機能の強化を図り、名亘地域をはじめとする仙台医療圏全体の救急搬送体制の改善が期待される。

また、新病院が建設予定地に整備された場合の救急搬送時間の試算では、搬送距離などの条件を基に機械的に試算したものではあるが、当該所要時間が8分以上短縮される予測である。

消防本部（局）	現場出発から病院収容までに要する時間		短縮時間 a - b
	現在（実績）(a)	建設予定地 (b)	
名取市	17分3秒	8分16秒	8分47秒
あぶくま	20分52秒	12分25秒	8分27秒

※現在（実績）は、令和2年における各消防本部（局）の搬送実績を基に、独自に集計した数字

※建設予定地は、令和2年の個々の搬送実績における「現場出発から病院収容

までに要した時間」と「現場出発から建設予定地までに要する時間（シミュレーション時間）」を比較して、搬送時間が短い方を画一的に採用して集計。候補地比較のための一つの見方として用いたものであって、仮想的な搬送時間のため、症状や重症度、受け入れ先の状況に応じた実際の搬送時間とは異なるもの。

出典：令和4年度仙台医療圏地域医療構想推進業務について（宮城県公表資料）

イ. 周産期医療

新病院は、仙台赤十字病院が指定を受けている総合周産期母子医療センターの機能を引き継ぐことを想定しており、名取市に整備されることで、広域的にバランスの取れた周産期医療体制を構築することができる。

また、県南地域では、みやぎ県南中核病院が現在分娩を休止していることから、緊急時には仙台市内まで搬送しているケースが多いため、新病院が県南地域の医療機関と連携・補完することで、安心して子どもを産むことのできる体制の維持・充実も期待される。

ウ. がん医療

がん診療連携拠点病院として、宮城県立がんセンターが担っている機能については、東北大学をはじめ、他のがん診療連携拠点病院及び宮城県がん診療連携推進病院と役割分担・連携することで、県全体のがん医療の水準を維持することができる。さらに、効率的で質の高いがん医療を提供できる体制を構築することで、がん患者の高齢化に伴う合併症への対応など、がん医療のニーズ変化に伴う対応が期待される。

エ. 災害医療

仙台医療圏で名取市以南の災害拠点病院は総合南東北病院のみであり、広域的な応援体制の観点からも、地理的なバランスの取れた災害拠点病院の配置が必要となっている。

災害発生時には、名取市以南の地域の災害拠点病院として、総合南東北病院とともに災害対応にあたることで、同地域における災害医療体制の強化につながるものと期待される。



出典：宮城県公式 HP【仙台医療圏の病院再編】新病院の方向性

才. 新興感染症

宮城県内において、新型コロナウイルス感染症が拡大した当時、重症病床を確保していた病院は仙台市に集中しており、名亘地域には当該病院がなかった。そのため、同地域における重症の新型コロナウイルス感染症の患者は主に仙台市への搬送が必要な状況であった。

令和6年（2024年）4月に、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」が改正され、県と医療機関との間で「医療措置協定」が締結された。新興感染症の発生やまん延時の円滑な対応に資する必要があることから、名取市に重症病床を確保する病院を整備し、名亘地域の対応体制の拡充が期待されている。

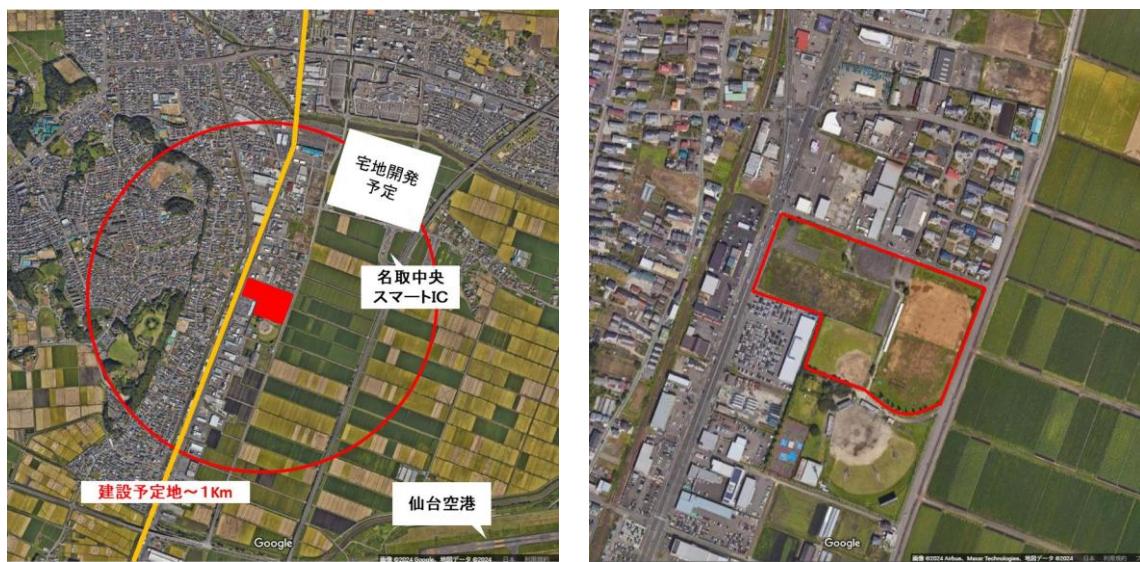
※医療措置協定に指定される仙台医療圏内の病院一覧は別添資料表5を参照

(2) 建設予定地

名取市植松入生 47,781.15 m² 名取市からの無償貸与（予定）



(地理院地図電子国土 web を加工して作成)



(Google 地図データ©2024 を加工して作成)

最寄り駅等	距離 (約)	車での 所要時間 (約)
仙台東部道路 名取中央スマート IC	1.3km	3分
JR 館腰駅	1.3km	3分
仙台空港アクセス線 杜せきのした駅	2.0km	5分
JR 名取駅	2.9km	7分

(3) 水害の想定と対策

[水害ハザードマップ]

建設予定地の一部において、最大クラスの津波が悪条件下において発生した場合、想定される浸水深は最大3メートルとなる。1000年に1回程度発生する最大規模の降雨の際には、周辺の名取川水系増田川及び川内沢川で洪水の発生が想定され、その浸水深は最大0.5メートルとなる。

こうした状況を踏まえた防災の観点から、嵩上げ工事による造成などの対策を行っていく。

■津波浸水想定（出典：「ハザードマップポータルサイト」）



■洪水浸水想定（出典：「ハザードマップポータルサイト」）



第2章 新病院の構想及び工事概要

1. 整備計画の基本構想

(1) 基本方針

- ア. 赤十字らしい地域医療を提供します。
- ・ 「人間のいのちと健康、尊厳を守る」という理念に基づき、他の医療機関と機能分化・連携しながら公的医療機関として地域医療を支えます。

- イ. 断らない二次救急医療を目指します。
- ・ 専門的で高度な救急医療を確立し、地域の救急患者を積極的に受け入れ、断らない二次救急医療を目指します。

- ウ. 安心・安全な出産ができる周産期医療を提供します。
- ・ 正常分娩対応に加えて、母体の救命救急への対応、ハイリスク妊娠・分娩に対する医療、高度な新生児医療等を担います。

- エ. 最適ながん医療を提供します。
- ・ がん患者を総合的に診療できる病院として、患者さんを優先して、良質かつ先進的ながん医療を提供します。

- オ. 災害医療を充実させます。
- ・ 災害発生時には病院機能を維持しつつ傷病者を積極的に受け入れると同時に、医療救護活動にも注力します。

(2) 病床規模・病床種別

全体病床数は400床とする。

(内訳)

- ・ 一般病床 : 359床
- ・ 母体・胎児集中治療室 (MFICU) : 6床
- ・ 新生児集中治療室 (NICU) : 9床
- ・ 新生児治療回復室 (GCU) : 14床
- ・ 高度治療室 (HCU) : 12床

(3) 診療科

標榜診療科は35科とする。

(内訳)

- ・ 内科系
内科、消化器内科、呼吸器内科、循環器内科、血液内科、リウマチ・膠原病内科、腎臓内科、糖尿病・内分泌科、腫瘍内科、神経内科、精神科、緩和ケア内科
- ・ 外科系
消化器外科、呼吸器外科、乳腺外科、頭頸部外科、耳鼻咽喉科、泌尿器科、整形外科、形成外科、脳神経外科
- ・ その他
産科、婦人科、小児科、小児科（新生児）、皮膚科、眼科、歯科口腔外科、麻酔科、救急科、リハビリテーション科、病理診断科、放射線治療科、放射線診断科、臨床検査科

※診療科別入院・外来の実施方針は別添資料表6を参照

（4）新病院における基本的な医療機能と各種指定

ア. 救急医療・・・二次救急医療機関

想定する診療圏は仙台医療圏南部及び仙台市隣接エリアとする。診療圏における断らない二次救急医療体制の構築に向けて、既存医療機関との補完・連携を図りながら救急体制を整える。さらに診療圏内で発生する救急患者の仙台市内への搬送を抑制する。

イ. 周産期医療・・・総合周産期母子医療センター

仙台赤十字病院に設置されている総合周産期母子医療センターの機能を引き継ぐ。県南部地域を中心に、妊娠、出産から新生児に至る専門的な医療を提供する。

ウ. がん医療・・・地域がん診療連携拠点病院、がんゲノム医療連携病院

地域がん診療連携拠点病院として、宮城県立がんセンターが担っている機能について東北大大学と補完・連携を進め、他のがん診療連携拠点病院及び宮城県がん診療連携推進病院とともに、県内のがん政策において必要な機能を維持する。

がんゲノム医療連携病院として、がんゲノム医療を提供するとともに、低侵襲外科手術、高度の放射線治療に代表される先進的な治療を行う。

今後、高齢化等により増加する合併症などに対応可能ながん患者を総合的に診療できる病院として、臓器横断的診療体制によるがん診療及びがん患者が抱える心理的負担への専門的対応などを行う。

エ. 災害医療・・・地域災害拠点病院、DMAT 指定医療機関

災害発生時にも病院機能を維持しつつ、傷病者の受け入れや救護班・DMAT の派遣を行う。また、救護班要員および DMAT 隊員を養成し、日頃からの訓練や救護活動を通して、病院スタッフ全員に赤十字の一員としての自覚と行動を促す。

オ. 新興感染症対応・・・協定指定医療機関

宮城県の感染症対策の方針を踏まえ、病床の確保や発熱外来の実施等を行う協定指定医療機関を想定し、改正感染症法に基づき宮城県と「医療措置協定」を締結し、感染症流行時には、この協定に基づき対応する。

カ. 地域医療・・・地域医療支援病院、紹介受診重点医療機関

地域に根ざした医療を推進するために、かかりつけ医へのサポートと連携を通じ、地域医療機関との医療機能の分担と機能強化を図る。また、医療・介護・福祉の各機関との連携も強化する。

キ. 人材育成・・・臨床研修指定病院

地域の医療提供体制を維持するため、意欲のある若手医師を惹きつける病院を目指し、宮城県や東北大学等と連携して人材の確保、育成、循環の仕組みを整備する。

医師だけでなく、医療職、事務職など全てのスタッフが成長とやりがいを持って仕事に取り組める環境づくりを行う。

■新病院で取得予定の主な入院料等

- ・ 急性期一般入院料 1 (7 : 1)
- ・ 総合周産期特定集中治療室管理料
 - 1. 母体・胎児集中治療室管理料(MFICU)
 - 2. 新生児集中治療室管理料(NICU)
- ・ 新生児治療回復室入院医療管理料(GCU)
- ・ 小児入院医療管理料 4
- ・ ハイケアユニット入院医療管理料 1 (HCU)
- ・ 地域医療支援病院入院診療加算
- ・ がん拠点病院加算
- ・ 急性期充実体制加算 2
- ・ 感染症対策向上加算 1
- ・ 臨床研修病院入院診療加算

2. 整備計画の概要

※現時点での想定であり、基本設計段階以降の検討によって変更の可能性あり

（1）整備計画概要

ア. 建物構成

主機能を配置する本棟と放射線治療や核医学の機能を配置する別棟の2棟構成とし、建物間は専用の渡り廊下で接続させる想定とする。

イ. 延べ床面積

本棟、別棟を含めて、31,080 m²程度（77.7 m²/床）を想定する。

（2）建物別整備計画

ア. 本棟

地下無し・地上7階程度の建物とし、免震構造を想定する。部門間での位置関係は「第3章 部門別基本計画」を参照とする。

イ. 別棟

地下無し・地上1階建ての建物とし、耐震構造の可能性も含めて想定する。

（3）建物・部門配置

ア. 全体

利用者のプライバシーや安心・安全・快適性を確保し、機能連携を重視し効率的な運用が可能な部門配置とする。併せて利用者と職員・サービス動線が錯綜しないよう明快な動線計画とすることで、全体規模をコンパクトに抑えつつ合理的な計画とする。

なお、イ～キに記載する各階の配置については、設計時に再検討する。

イ. 1階

メインエントランスホール、健診部門、放射線部門、救急部門、靈安室の他、職員更衣室や調理室、中央倉庫などを配置する。

利用者用のメインエントランスの他、救急・時間外出入口、靈安出口、職員やサービス用の出入口を設ける。

受水槽や医療ガスなど、外部に設置する設備機器については災害時にも医療機能を維持することを考慮した配置とする。

ウ. 2階

受付や待合を含む外来部門を配置し、患者サポートセンターを隣接させる。生理検査や中央処置室についても外来部門と近接させ、患者動線に配慮する。

外来部門内は特殊診療科を除き、可能な限り各診察室の稼働率を高められるよう、標準的な診察室を均一に配置すると共に、利用者のプライバシーにも配慮したレイアウトとする。

薬剤部と化学療法室、生理検査と検体検査室、患者サポートセンターと医事課など、連携が深い部門については近接・隣接させることで、安全で効率的な運用が可能な計画とするほか、臨床工学部門など多くの部門と連携する部門については中央のエレベーターコア部分に近い位置に配置する。

電気室など重要設備については2階以上の階に設置する。

エ. 3階

手術室、HCU、総合周産期母子医療センターをワンフロアに集約し、女性専用の混合病棟を配置するほか、関連する中央材料室や病理検査室についても近接させ、安全で効率的な運用に配慮する。

オ. 4階

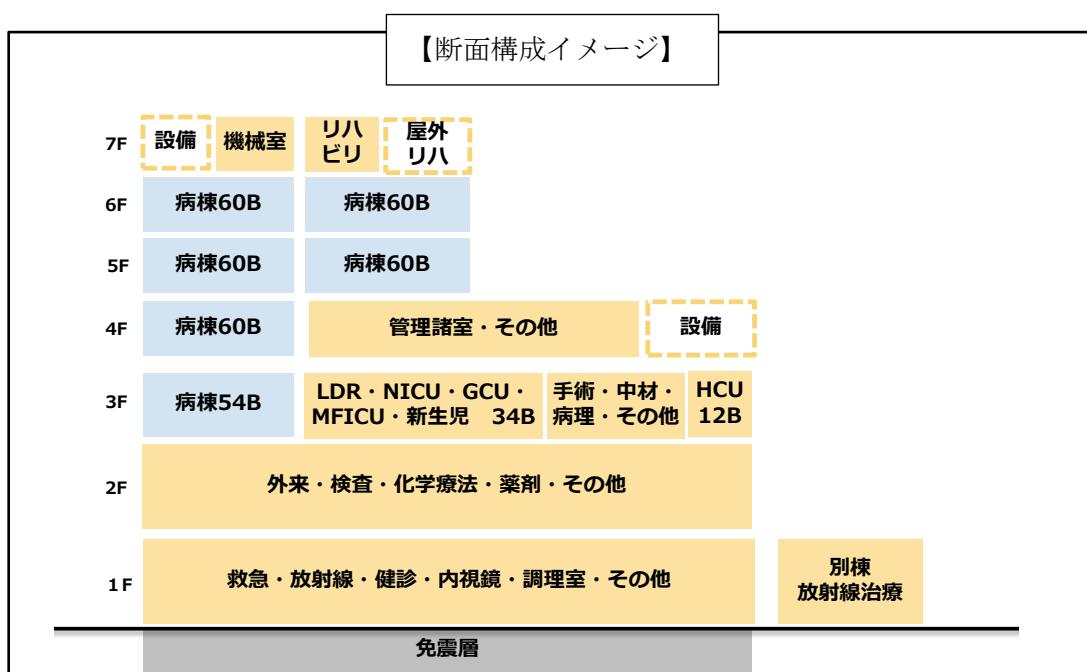
病棟と管理諸室、会議室、サーバー室等を配置する。当直室についてはこのフロアに集約するほか、必要に応じて各部門に設ける。

カ. 5階・6階

病棟は1フロア2看護単位、個室率は30%とし、コンパクトな病棟計画とする。

キ. 7階

設備室のほか、リハビリテーション室を配置する。リハビリテーション室は屋外でリハビリテーションができるスペースも併設する。



（4）開院時期

開院は令和 12 年度（2030 年度）中を目指とする。

第3章 部門別基本計画

1. 部門計画

外来部門

(1) 基本方針

- ア. 救急医療、がん診療、周産期医療をはじめとした広い分野の高度急性期・急性期医療を永続的に地域へ提供する。
 - イ. 感染症の流行時にも診療機能の低下を最小限に抑え、診療を継続できる施設とする。
 - ウ. 質の高い医療を快適な空間で、短時間のうちに受けられる外来を目指す。

(2) 基本的事項

- ア. 診療科目 内科、消化器内科、呼吸器内科、循環器内科、血液内科、リウマチ・膠原病内科、腎臓内科、糖尿病・内分泌科、腫瘍内科、消化器外科、呼吸器外科、乳腺外科、頭頸部外科、耳鼻咽喉科、泌尿器科、放射線治療科、放射線診断科、整形外科、形成外科、脳神経外科、神経内科、精神科、産科、婦人科、小児科、小児科（新生児）、皮膚科、眼科、歯科口腔外科、麻酔科、救急科、リハビリテーション科、緩和ケア内科

イ. センター化 関連のある診療科に配慮し、ブロック構成を設定する。なお、センターとしての院内表記はしない。

- ウ. 想定外来患者数 1日あたり平均患者数 662人

【設定方法】

- ・ 建設予定地から半径 7 km を診療圏と仮定
 - ・ 診療圏内の患者総数を算出（人口と受療率より）
 - ・ 患者総数に対し、診療圏内医療機関（精神除く）の規模や距離感を考慮した重みづけ係数を掛け合わせ、新病院患者数を算出
 - ・ 医療受給バランスが同程度の他医療圏の自己完結率をかけて、流入入の影響を見込んだ新病院患者数を設定

- 工. 外来方式 特殊診療科を除き、標準仕様の診察室を整備する。

(3) 運用

ア. 総合案内

- 事務職員及び看護師の配置を想定し、1～2名分程度のスペースを確保する。
- 受診相談・案内、家族・面会者などの質問対応、身体の不自由な方への対応など実施する。
- 外来受診患者の診察申込書記入案内等は、外来フロアで実施する。

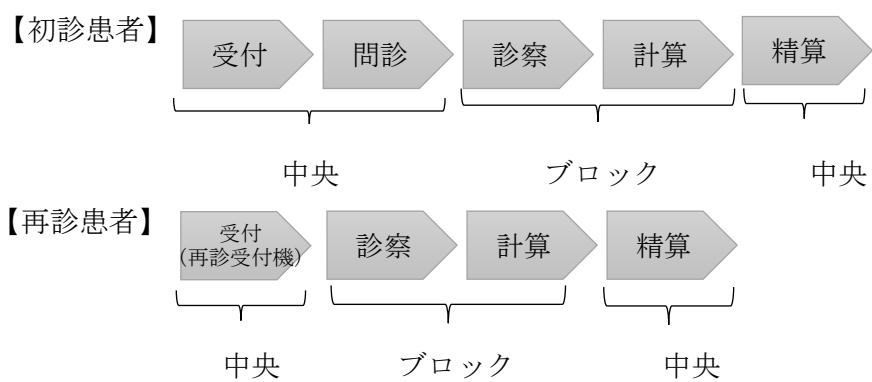
イ. 受付方式

中央受付

- カウンター数：5～6（初再診2～3、会計1、文書1、その他1）
- 初診受付 初診患者の受付各種業務を対応する。
※紹介患者の受付やそれに伴う業務は患者サポートセンターで対応する。
- 再診受付 再診患者は原則、再来受付機を利用し再診受付を実施する。
再来受付機で対応できない患者は中央受付で受付する。
- 会計受付 会計は原則、自動精算機の利用を想定する。
自動精算機で対応できない患者は中央受付の会計窓口で精算する。
- 再来受付機3台、自動精算機3台の設置を想定する。
- 文書受付 文書発行は文書受付で実施する。

ブロック受付

- 受付（到着確認含む）、問診表の受取・確認、診察室への振分け等業務を実施する。
- 計算受付 診察終了患者の計算受付を実施する。
なお、計算業務については2階医事課で対応する。



ウ. 救急・時間外受付

- 時間外の救急患者、患者家族の受付をする。

エ. 問診方法

- ・ 問診はタブレットの活用を想定する。(タブレットでの対応が難しい場合は紙で対応する。)
- ・ 初診患者は中央受付付近、再診患者のうち問診が発生する場合はブロック受付でそれぞれ対応する。
- ・ 血圧・身長・体重測定は各ブロックに設ける計測コーナーで実施する。

オ. 会計方法

- ・ 多様な支払方法への対応を目指す。
- ・ 後払い会計の導入を検討する。

カ. 待合

- ・ 待合室は外待合と中待合とし、診察待ちとしての内待合は設けない。
- ・ 患者が院内のどこにいても診察の順番が分かる呼び出しシステム（ページングシステム）又は患者個人の情報端末を使用したアプリでの呼び出しを導入する。診察室前の待合スペースの他に、院内で待機できるスペース（ラウンジスペース等）を確保する。
- ・ 診察室への呼び出しは、呼び出しシステム（ページングシステム）又は患者個人の情報端末と各診察室前の機械表示を想定する。（必要に応じてマイクでの呼び出しも行う。）
- ・ 待合以外においては、中央受付とブロック受付、ラウンジスペースに大画面モニターを設置し、診察進捗状況を表示する。
- ・ 診察室付近には車椅子が2台程度待機できるスペースを設ける。また正面玄関付近には来院患者が利用する車椅子約25台分の専用保管スペースを設ける。
- ・ インスリンや経管栄養の対応は、空いている診察ブース等を使用して実施する。
- ・ 授乳室等の個室を設置する。

キ. 処方箋

- ・ 原則、院外処方とする。ただし、時間外・救急に加えて、院外にて対応できない患者（サリドマイド系薬剤を含む処方箋を受ける患者等）、ならびに在宅患者・治験参加中の患者においては院内処方とし、院内の薬剤部窓口で対応する。
- ・ 院外処方箋の発行は各診察室で実施する。（電子処方箋の動向を踏まえて適宜修正）
- ・ 院外処方箋FAXコーナーは設置を想定する。（地域薬剤師会と協議）

ク. 予約

- 原則、全診療科において予約診療を想定する。
- 外来受診後の次回診療予約は診察室で対応する。
- 紹介による予約取得は患者サポートセンターで実施する。
- 初診患者における外来受診前の予約変更は患者サポートセンターで実施する。
- 各科外来受診後(再診患者)の予約変更はブロック受付(診療科)で対応する。なお、予約センターの設置については基本設計以降に継続検討とする。
- 各種検査の予約は診察室で医師が実施する。

診察予約のパターンと対応窓口は下記参照

パターン		対応窓口
電話の場合	紹介 (紹介元施設)	患者サポートセンター
	初診 (受診相談)	総合案内
	再診 (予約取得)	各ブロック
	再診 (予約変更・取消)	各ブロック
来院時	紹介	患者サポートセンター
	初診	各ブロック
	再診	各ブロック

ケ. 相談・指導

- 各ブロックに汎用性のある多目的室を設置し対応する。
- 看護専門外来は専用診察室を設ける想定とする。室内に処置ベッドを配置する。

コ. 患者サポートセンター

- 患者・家族の各種相談機能を集約化する。
- 入退院センターを設置し、入退院手続きを集約化する。
- 患者紹介、予約取得業務を集約化する。

サ. 中央採血・処置

- 中央処置室受付で処置、点滴等の受付を一括して行う。
- 点滴・処置用として中央処置室に内科・外科用ベッド5台、リクライニングチェア1台のスペースを設ける。医師が実施する処置は各ブロック処置室で実施する想定とする。
- 中央採血室を外来エリアと近接配置し、各診療科実施以外の患者は原則、全て中央採血室で採血を実施する。
- 中央採血室に自動採血管準備システム（自動受付機）を設置する。

- ・ 採痰は中央採血室の別途採痰コーナーで実施する。

シ. 診察室の構造

- ・ 診察室はベッド・ストレッチャー・車椅子での入室が可能な幅とする。
- ・ 遮音性に配慮したつくりとする。
- ・ 診察室・処置室内の視界の保護を意識したつくりとする。入口は施錠可能とする。バックヤード側は基本的に扉を設ける。
- ・ 診察室内もしくはバックヤード（スタッフ動線）に入力補助者の作業スペースを確保する。
- ・ 診察室と処置室（内診室）間の行き来がしやすいつくりとする。

ス. 感染対策

- ・ 感染症診察室を3室（内科外来：2室、救急外来：1室）及び専用待合を設ける。なお、救急外来付近に設置する感染症診察室は前室、および外部から直接入れる出入口を設置する。
※小児科用の感染症診察室は設置する想定とする。内科外来に設置する2室は陰圧対応の多目的な部屋とする。
- ・ 平日の日中：院内に入ってから感染の疑いが出た場合
小児科、内科付近の隔離室（診察も兼ねる）で対応する。
- ・ 平日の日中：感染の疑いが事前にわかっている場合
内科付近の隔離室もしくは正面玄関の隔離スペースに外部から直接来てもらい対応する。いずれも対応できない場合は救急外来の感染症診察室で対応する。
※平日の日中は受診科もしくは担当の医師、看護師が対応する。

セ. 災害対策

- ・ 災害時の大規模な患者受け入れを想定し、中央受付（中央ホール）に医療ガス、非常用電源を確保する。
※詳細については災害部門を参照とする。

ソ. その他

- ・ スタッフ用休憩室及び職員トイレの設置を設計段階以降に改めて確認する。

救急部門

(1) 基本方針

- ア. 仙台医療圏南部において断らない二次救急医療を目指す。
- イ. 様々な医療機関、救急隊と連携しながら地域の救急医療を支える。
- ウ. 診療圏内で発生する救急患者の仙台市内への搬送を抑制する。
- エ. 多くの患者に対応できるようトリアージ機能を強化し、経過観察が安全にできる機能を持つ。

(2) 基本的事項

ア. 診療機能

- ・ 24時間・365日救急医療を実施する。
- ・ 救急車台数は年間4,000件想定する。
- ・ 内科系1名、外科系1名(救急医)

※救急医2名(専門医・初期)の配置も想定

(3) 運用

ア. 患者受入区分

- ・ 原則、救急部門は時間内の救急搬送患者および時間外の患者を対象とする。
- ・ 時間内の救急患者の診療は次のとおりとする。

	外来時間内		受付終了後(午後)	
	受付	診察	受付	診察
救急車搬送患者	救急受付	救急部門	救急受付	救急部門
救急車以外	外来受付	外来部門	救急受付	救急部門

※診療科ごとに終了時間は異なるため、基本設計以降に精査する。

イ. 出入口・動線の考え方

- ・ 救急車や自家用車がアプローチしやすい位置に、救急車・救急患者専用の出入口を設置する。
- ・ 救急車の車寄せは2台分の広さを確保する。
- ・ 救急車搬送患者とウォークイン救急患者の動線は分離させる。
- ・ 感染対策として、感染患者専用の出入口・診察室(陰圧室)を設置する。
- ・ 救急入口に汚染除去室を整備する。

ウ. 救急外来

- ・ 初療室ストレッチャーを3~4台配置できるスペースを確保する。
- ・ 経過観察用ベッドを9ベッド整備し、うち2室は個室とする。

- ・ 特殊診療科は救急部門内に設けず、外来部門の診察室を利用する。
- ・ 外傷例の対応を想定し、救急部門内に小手術が可能な部屋（陰圧）を整備する。

エ. 他部門との連携

- ・ 検査部門、薬剤部門、放射線部門は中央対応を想定する。
- ・ 検査部門、薬剤部門、放射線部門は救急と病棟を併せた夜勤体制とする。
- ※ 血管造影装置を使用する場合は、放射線技師2名体制が望ましい。
(1名はオンコール体制とする)
- ・ 夜間調剤の払い出しが救急部門にて実施する。

オ. 受付・会計

- ・ 時間内・時間外とも救急受付に医事当直を配置し、当日精算を原則とする。

カ. 運用面からの配置計画

- ・ 放射線部門（一般撮影・CT）は、緊急性のある患者対応および資機材の移動を考慮し、救急外来と隣接した配置とする
- ・ 手術部門は緊急エレベーターで直結できるように、縦動線で接続する。
- ・ ICU・HCU等の重症病床は患者の搬送動線を考慮した配置とする。
- ・ 検査・輸血部門は、検体の移動等を考慮し、専用の搬送設備を設ける。
- ・ 内視鏡部門は緊急検査を考慮し、動線に配慮する。
- ・ 薬剤部門は時間外の院内処方を考慮し、動線に配慮した配置とする。
- ・ 職員の従事環境配慮のため、職員用休憩室、職員用トイレの配置は設計段階以降に改めて確認する。

病棟部門

(1) 基本方針

- ア. ベッドコントロールがしやすく、隔離やゾーニングが容易な感染症に強い病棟を整備する。
- イ. プライバシーが確保され、良好な療養環境を提供することで患者に選ばれる病院となるための病棟とする。
- ウ. 医療者の動線と患者の動線が交わらず、働きやすく管理しやすい病棟とする。
- エ. 十分なセキュリティが確保された病棟とする。
- オ. 今後到来する少子高齢化・人口減少などによる地域の医療ニーズの変化に対し、柔軟に対応できる病棟とする。
- カ. 一般病棟内で緩和ケアチームのバックアップにより適切な緩和ケアを提供する病棟とする。

(2) 基本的事項

ア. 病床数

許可病床数 400 床

病床種別	新病院	現行 仙台赤十字 病院	現行 宮城県立 がんセンター
一般	359 床	302 床	340 床
ICU/HCU	12 床	6 床	8 床
MFICU	6 床	6 床	—
NICU	9 床	12 床	—
GCU	14 床	24 床	—
緩和ケア	—	—	25 床
計	400 床	350 床	373 床

※仙台赤十字病院は令和7年9月30日付で39床減少し、一般病床が341床→302床。許可病床が389床→350床となった。

※宮城県立がんセンターは令和7年9月1日付で10床減少し、一般病床が350床→340床。許可病床が383床→373床となった。

イ. 看護体制

- ・ 看護配置 一般病棟は急性期一般入院料1の基準を満たす配置とする。
- ・ 看護体制 2交代制または3交代制にて設計段階以降に改めて確認する。
- ・ 看護方式 セル看護方式含め、検討する。

ウ. 病室構成

- ・ 個室率 30%程度とする。
- ・ 病室構成 個室・4床室によって構成する。
- ・ 重症病室 重症系ユニットに加え、各病棟スタッフステーション付近に重症個室（重症者等療養環境特別加算）を2室程度設置する。
- ・ 感染病室 通常感染は個室対応とし、必要時陰圧対応の部屋を利用する。
また、感染病室には透析用の水回り設備を設ける。
※基本的に各病棟に1～2床陰圧対応の個室を設置する（特定科は別途）
- ・ 無菌病室 血液内科が入る病棟において、個室6室、4床室2室は陽圧空調を設ける。なお、個室は無菌治療室管理加算1を取得する。
- ・ RI病室 将来的な需要を見込み、遮蔽壁や個別水回り配管を整備する。
RI病室を1室整備する。

エ. 病棟構成 ※病室構成は継続検討事項のため、今後変更の可能性あり

病棟	設置階	許可 病床	病室構成			
			差額 病床	重症 個室	感染 個室	4床室
ICU/HCU	3階	12床				
NICU		9床				
MFICU		6床				
GCU		14床				
病棟1		59床		4室	1～2室	10室
病棟2	4階	60床		4室	1～2室	10室
病棟3	5階	60床		4室	1～2室	10室
病棟4		60床		4室	1～2室	10室
病棟5	6階	60床		4室	1～2室	10室
病棟6		60床		4室	1～2室	10室
計		400床		24室	6～12室	60室

(3)運用

ア. 入退院・会計関係

- ・ 一般病棟の病床管理は患者サポートセンターに集約する。
- ・ 各病棟はカード式セキュリティ等により、入退室管理を実施する。
- ・ 退院会計は中央受付、会計受付で実施する。

イ. 診療業務関係

- ・ 処置は、原則として病棟処置室もしくは病室で実施する。
- ・ 各病棟に設置する処置室は汎用的なものにする。産科・婦人科・頭頸部外科のみ特殊ユニットを設置する。
- ・ 蕁尿は汚物処理室で実施する。対象診療科は、内科・泌尿器科とする。
- ・ 面談室を各病棟2室以上設置する。

ウ. スタッフステーション

- ・ カウンターは視認性・安全確保のため、セミオープンとする。
- ・ 申し送りスペースおよび医師・看護師・その他多職種共用の端末入力スペースを設ける。
- ・ 看護師長の執務スペースを確保する。

エ. 看護業務関係

- ・ 動くことが困難な患者の移動はベッド・ストレッチャーで搬送する。
- ・ ナースコールはスマートフォン、電子カルテ等と連動させる。
- ・ 病室入室時の感染対策として、病室廊下側には手指消毒、グローブ、エプロン、マスク、アイシールドを配置する。
- ・ マットレスは院内中央倉庫と病棟での管理とする。
- ・ 看護動線上、アクセスしやすい位置に汚物処理室を配置する。
- ・ 病棟フロアに仮眠室と仮眠室とは別に休憩室を整備する。

オ. コメディカル業務関係

- ・ 病棟配膳は、中央配膳方式とし、各フロアにパントリーを設置する。
- ・ 原則、病室内での食事とし、デイルームは病棟食堂加算が取得できる広さを確保する。
- ・ 病院として給茶は実施せず、個人負担とする。
- ・ スタッフステーション内に薬剤師1～2名分の事務作業スペースを確保する。また、管理栄養士の常駐のスペースを設置し、事務職員の作業スペースも同様に確保する。
- ・ 診療科に応じて、必要な機材を保管するスペースを確保する。
- ・ 処置室又は病室に、検査を実施できるスペースを確保する。
- ・ 病棟リハビリテーション室は、急変リスクが高い循環器内科が入る病棟と感染リスクが高い血液内科が入る病棟（無菌エリア）に設置する。その他の科はデイルームに隣接したスペースに平行棒等を設置し活用する。

カ. 患者療養環境関係

- 病室環境

室名	付属設備等
4床室	手洗い、トイレ
個室	手洗い、トイレ、シャワー、その他（机・イス）
重症個室	手洗い
感染個室	手洗い、トイレ、シャワー

※ 個室は、料金等グレードに応じて付属設備の差別化を図る。

- トイレは分散型とし、多床室は廊下側に入口を設置する。
- スマートベッドシステム（ベッドサイドモニター）の導入を検討する。

キ. 患者・家族関係諸室

- 各病棟にユニットシャワーを2ヶ所設ける。
- 病棟エリアに洗髪台を設ける。出張理容もエリアの洗髪台を活用する。
- コインランドリーは病棟フロアに1～2台分のスペースを確保する。
- 入院セットの在庫保管棚を設置する。
- 患者・家族の使用中・使用済み物品の管理のためのスペースを確保する。

総合周産期母子医療センター部門

(1) 基本方針

- ア. 総合周産期母子医療センターとして県南部地域を中心に、妊娠、出産から新生児に至る専門的な医療を提供する。
- イ. 仙台赤十字病院に設置されている総合周産期母子医療センターの機能を引き継ぐ。
- ウ. 母子及び家族のプライバシーと利便性、感染対策、セキュリティを考慮した安全・安心な病棟環境を整備する。
- エ. 周産期病棟は1フロアで構成し、効率的な配置・動線を計画する一方、患者の容態を考慮し、ゾーニングは明確に区分けする。

(2) 基本的事項

ア. 病床種別・病床数

- ・ NICU 9床、GCU14床、MFICU 6床を同一フロアに整備する。
- ・ 女性専用の混合病棟は、産科と流産、不妊症の患者が極力交わらないようにベッドコントロールにて調整を行う。※物理的な仕切り等は設けない。
- ・ NICU は新生児特定集中治療室管理料を算定、GCU は新生児治療回復室入院医療管理料を算定、1フロアで見渡せるつくりとする。MFICU は総合周産期特定集中治療室管理料を算定する。

イ. 陣痛室・分娩室

- ・ LDR(特殊分娩室)は4室整備し、陣痛・分娩の対応はLDRにて行う。
※許可病床には含めない。
- ・ LDRのうち1室は、特殊分娩室とする。予定帝王切開症例や手術室に運べるレベルの緊急帝王切開症例は中央手術室で実施するが、それ以外の緊急時使用を想定し、特殊分娩室を整備する。将来的には合併症妊婦患者や無痛分娩などのハイリスク症例の実施も検討する。
- ・ 陣痛から産後2時間はLDRで経過をみて、病室に戻る運用を想定する。
- ・ 出産時の家族立会は可能とする。

ウ. 新生児室

- ・ 新生児室は15人分のスペース(うち5床は病児新生児用の病床とする)を整備し、新生児(病児新生児含む)の管理を行う。授乳室と隣接し、シャワーブースを2つ(うち1室は新生児室内)整備する。
- ・ 健康な新生児は原則、母子同室とする。
- ・ 新生児の連れ去り等に備え、十分なセキュリティを設ける。

エ. NICU・GCU

- ・ NICU は分娩室から直結する動線を確保する。
- ・ NICU・GCU の各部屋は医療用ポンプ・モニター等の多くの機器を設置できるよう十分な間隔を確保し、空気の対流が少なく常時湿度・温度管理のできる空調設備を配置する。さらに外気温度差を考慮して結露対策を講じる。調光可能な設備とする。
- ・ NICU の暗室は感染患者対応を想定し、陰圧設備を設ける。

オ. MFICU

- ・ MFICU は全室個室とし、うち 1 室は陰圧対応とする。

(3) 運用

ア. 救急対応

- ・ 救急外来と総合周産期母子医療センターはエレベーターによる縦動線を確保する。
- ・ 外来時間外の緊急処置は病棟の処置室で実施する。
(救急外来に専用ユニットは設けない)

イ. 手術対応

- ・ 手術室と総合周産期母子医療センターは同一フロアの配置とする。通常の帝王切開は手術室にて実施するが緊急時等は必要に応じて LDR で実施する。
- ・ 流産処置は手術室で実施する。

ウ. 調乳

- ・ 総合周産期母子医療センター、一般病棟（産科）にそれぞれ調乳室を整備する。
- ・ 栄養部門で調乳されたミルクを病棟の調乳室に搬送し、分注・保管のうえ、患者に提供する。また、哺乳瓶の洗浄・保管も調乳室で行う。

エ. サテライトファーマシー（クリーンベンチの設置）

- ・ 夜間における処方変更の頻度を考慮し、病棟内にクリーンベンチを設置する。
- ・ 原則、クリーンベンチの操作は病棟スタッフが実施する想定とする。

HCU 部門

(1) 基本方針

- ア. 院外からの重篤な救急患者受け入れと、院内急変患者や手術後の患者に対して各種医療機器を用いて積極的な治療を行う。
- イ. 高度急性期、急性期医療に関する機能を十分に発揮できるようにチーム医療の充実、診療の専門性を高め、高度医療を提供する。

(2) 基本的事項

- ・ 病床数 12 床
- ・ ハイケアユニット入院医療管理料の施設基準を取得することを前提に整備する。
- ・ 救急搬送された重症患者および一般病棟で管理することが困難な患者の容体を管理する。
- ・ 個室 4 床、オープンフロア 8 床で構成する。
- ・ 個室は全て陰圧対応とする。
- ・ 12 床のうち、4 床は将来 ICU 対応 (20 m²確保) として想定する。
- ・ スタッフステーションは全体を見渡すことが可能な位置に設置する。
- ・ HCU 全床に急性期の透析患者受入が可能な設備を設ける。
- ・ 必要な機材を保管する十分な広さの器材庫を確保する。

(3) 運用

ア. 運用面からの配置計画

- ・ 術後重症患者の搬送を考慮し、手術室と HCU は清潔エリアで直結する。
- ・ 救急外来からの入院受入を考慮し、エレベーターでスムーズに搬送できる動線を確保する。
- ・ 医療機器のメンテナンス及び搬送の利便性に考慮し、HCU と臨床工学部門の動線確保に配慮する。

イ. その他

- ・ 夜間に緊急入院した重症患者は基本的には HCU で受け入れる。

手術部門

(1) 基本方針

- ア. 年間約4,000件を想定した手術件数に対応できる施設の拡充を図る。
- イ. ロボット手術などに対応可能な手術室を整備し、手術の高度化・複雑化・低侵襲化に対応できる、安全で質の高い医療を提供する。
- ウ. 術前・術後訪問の充実、手術における患者環境の整備、患者家族への経過説明等、患者や患者家族の痛みや不安の緩和に努め、患者側の立場に立った医療サービスを提供する。
- エ. 各診療科医師・麻酔科医師・看護師などが共同してチーム医療を推進するとともに、安全で質の高い周術期医療を提供する。
- オ. 計画的なスケジュール管理と適正な人員・器械などの配置により、効率的な運営と手術のスムーズな受け入れを図る。

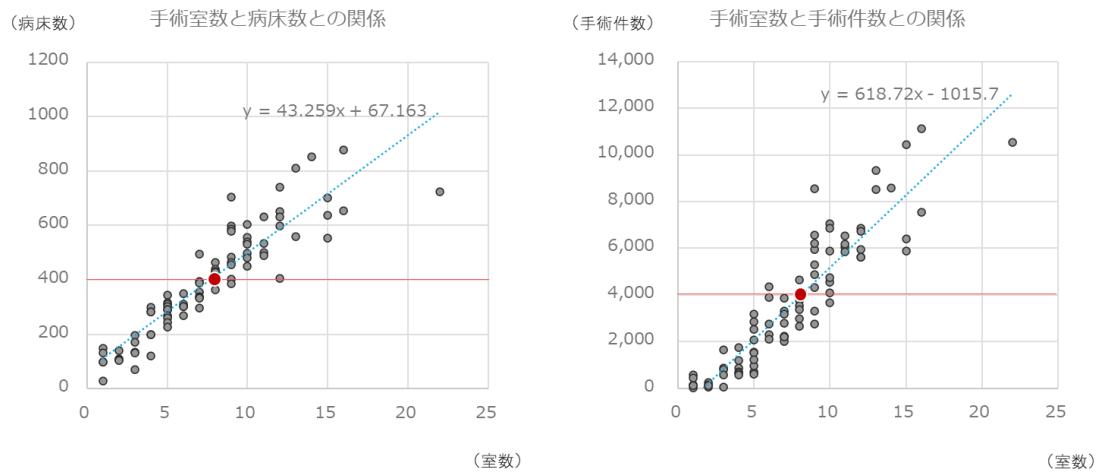
(2) 基本的事項

- ア. 想定手術件数 年間4,000件

- イ. 手術室数 9室

手術室数は全国の赤十字病院における手術室数と病床数との関係、及び手術室数と手術件数との関係資料より傾向分析の上、9室と想定した。

	清潔度	必要寸法	その他(特殊設備等)
手術室1	class100		B C R手術室
手術室2	class100		B C R手術室
手術室3	class10,000	8m×8m	ロボット手術室
手術室4	class10,000	7m×7m	ロボット手術室
手術室5	class10,000	7m×7m	汎用手術室(感染手術対応)
手術室6	class10,000	7m×7m	汎用手術室
手術室7	class10,000	7m×7m	汎用手術室
手術室8	class10,000	7m×7m	汎用手術室
手術室9	class10,000	7m×7m	外来手術室



出典：赤十字医療施設経営概要（令和5年度）より

ウ. 中央ホール型のプランとする。

（3）運用

ア. 動線・運用関連

- ・患者は乗換なしで直接手術台まで移動する。
- ・患者搬送に使用したベッドは、ベッドプールで待機する。
- ・麻酔導入は手術室内で実施する。
- ・術後のリカバリーはスタッフステーションの近くに2ベッド程度確保する。
- ・日帰り手術は外来で診察後に手術室に移動する。手術後のリカバリーは、外来部門にて実施する。
- ・手術セットや器械の展開作業は、手術室で実施する。
- ・手洗いの水は水道水とし、手洗い場は部門内に2～3ヵ所設置する。

イ. 患者説明

- ・医師による説明は、手術エリア近接の説明室または病棟で実施する。また、家族待合は部門内に設置せず、連絡端末を使用した呼び出しにて声掛けをする。

ウ. 医療情報関連

- ・手術室管理システム（麻酔管理システム）を導入する。
- ・術野カメラ、術中カメラを設置する。術中カメラの配信先はスタッフステーション・手術ホール・麻酔医室・休憩室・ME管理室等とする。

エ. 運用面からの配置計画

- ・ HCU は手術部門と清潔ゾーンで直結する配置とする。
- ・ 救急外来からの緊急手術患者の受入れに備え、エレベーターを近接配置する。
- ・ 検体搬送を考慮し、病理検査部門は同一フロアで近接とする。
- ・ 洗浄滅菌機材の搬入を考慮し、中央材料部門とは隣接配置とする。

中央滅菌部門

(1) 基本方針

- ア. 器材の回収、洗浄、滅菌、供給を確実かつ迅速に実施し、関連部門の診療を支援する。
- イ. 器材の管理を徹底することで医療安全を確保し、院内感染を防止する。
- ウ. 中央滅菌部門を集約し、手術器材のセット化の実施など、診療部門の効率的な稼働を支援する。
- エ. 中央滅菌部門は、要滅菌器材の洗浄・組立て・滅菌・派出業務を一元化するとともに、各部門への安定的かつ効率的な滅菌材料の供給体制を構築する。
- オ. 手術や診療、治療で使用する器材の洗浄・滅菌をスピーディーかつ確実に行い、安全な滅菌器材を提供し、病院の診療をサポートする。

(2) 基本的事項

- ア. 主要設備の台数

機器	台数
ジェットウォッシャー	3台
チューブ洗浄機	2台
高压蒸気滅菌装置(オートクレーブ)	3台
プラズマ滅菌装置	1～2台
EOG	1台
浸漬用恒温槽	2台
高温乾燥機	4台
チューブ乾燥機	3台
流し台	2台

(3) 運用

- ア. 中央材料室

- ・ 中央材料室は業務委託（院内/院外洗浄・滅菌業務）とする。

※現在、仙台赤十字病院では 75%程度を院外滅菌対応としている。宮城県立がんセンターでの運用状況を踏まえると、ダヴィンチの機材は院内滅菌対応が求められるが、その他機材は一定数の院外滅菌対応が可能なため、60～75%程度の院外滅菌率が見込まれる。

- ・ 洗浄室→組立室→既滅菌室の3層構造とする。
- ・ 院内の一次洗浄は、中央材料室で中央化する。
- ・ 滅菌後の器材は中央材料室で保管する。
- ・ 手術器材・材料のセット組みは中央材料室で実施する。

- ・ 滅菌物の外来・病棟への供給は、パスボックスで払い出す。

■滅菌処理点数比較表

仙台赤十字病院	合計	備考	県立がんセンター	合計	備考
院内合計_2024	114,985 件	470 点/日処理	院内合計_2024	119,021 件	490 点/日処理
院外合計_2024	355,637 件	1,463 点/日処理	院外合計_2024	-	-
総合計_2024	470,622 件	1,930 点/日処理	総合計_2024	119,021 件	490 点/日処理
手術件数_2024	2,677 件	平均 11 件/日	手術件数_2024	2,184 件	平均 9 件/日

出典：仙台赤十字病院、宮城県立がんセンター令和6年度実績

内視鏡部門

(1) 基本方針

- ア. 専門性を高め、各種疾患の早期発見、正確な診断を行い、先進的な内視鏡的処置・治療に積極的に取り組む。
- イ. 患者への十分な検査説明やオリエンテーションを実施し、感染リスクの軽減に努め、安全・安心な検査・治療環境を提供する。

(2) 基本的事項

- ア. 検査室は上部3室・下部2室とし、別途、放射線透視台を2室設置する。放射線透視装置2台の内、1台は可動性のある2管球やCアームの装置の設置を設計段階以降に改めて確認する。

	仙台日赤	がんC	A病院	B病院	C病院	D病院	統合新病院
内視鏡室数	4	7	5	4	4	3	5
うち、上部内視鏡	2	3	-	-	-	-	3
うち、下部内視鏡	2	2	-	-	-	-	2
うち、特殊内視鏡	-	2	-	-	-	-	-
内視鏡件数/年	2,293	5,057	6,916	7,356	8,585	3,826	5,512
うち、上部内視鏡	1,191	3,196	4,860	5,981	6,260	3,143	3,290
うち、下部内視鏡	1,102	1,861	2,056	1,375	2,325	683	2,222
気管支鏡件数	73	108	-	-	48	38	135

出典：新病院と同規模同機能程度の病院HPより作成

イ. 検査室は放射線透視台を含め、全て陰圧とする。

ウ. 想定件数

上部：3,290件/年、下部：2,222件/年、気管支鏡：135件/年

※両病院実績合算値の75%

エ. 内視鏡の指導施設認定の基準を満たす施設を整備する。

オ. 対応範囲

・ 消化器内視鏡検査

上部消化管内視鏡（食道、胃、十二指腸）

小腸内視鏡

大腸内視鏡

超音波内視鏡 (EUS)

検査

観察、拡大観察、色素散布、生検採取（バイオプシー）、超音波内視鏡下穿刺吸引術（EUS-FNA）

治療

ポリープ切除術（ポリペクトミー）、粘膜切除術（EMR）、粘膜下層剥離術（ESD）
静脈瘤結紮術（EVL）、静脈瘤硬化療法（EIS）、異物摘出術、止血術、拡張術、
消化管ステント留置術（上部・下部）、胃瘻造設・交換

- 胆膵内視鏡検査

内視鏡的逆行性胆管膵管造影（ERCP）およびERCP関連手技

検査

観察、生検、細胞診、経口胆道鏡（POCS）、経口膵管鏡（POPS）、管腔内超音波（IDUS）

治療

乳頭バルーン拡張術（EPBD、EPLBD）、乳頭括約筋切開術（EST）、胆管結石除去術（碎石、採石）、胆管・膵管・ステント留置術（EBD）、経鼻胆道・膵管ドレナージ術（ENBD、ENPD）、術後腸管に対するERCP）

- 超音波内視鏡（EUS）/超音波内視鏡関連手技

検査

観察、エラストグラフィー、造影（適応外）、超音波内視鏡下穿刺吸引術（EUS-FNA）

治療

超音波内視鏡下囊胞・膿瘍ドレナージ（EUS-CD、AD）、超音波内視鏡下胆道ドレナージ（EUS-BD）、超音波内視鏡下膵管ドレナージ（EUS-PD）

特殊な内視鏡処置

消化管ステント留置術（十二指腸）、十二指腸乳頭部切除術（EP）

- 気管支鏡検査

経気管支生検（TBB）、経気管支肺生検（TBLB）、気管支肺胞洗浄（BAL）、管・気管支ステント、異物除去、高周波凝固法（APC、高周波スネア）、気管支充填（EWS）、クライオ生検等

超音波気管支鏡

ガイドシース併用気管支腔内超音波断層法（EBUS-GS）、超音波気管支鏡ガイド下針生検（EBUS-TBNA）等

局所麻酔下胸腔鏡

(3) 運用

ア. 各内視鏡室への動線と待合が交差しないように配慮する。

イ. 前処置

- ・ 上部と下部の前処置室は分けて整備する。
- ・ 腸管洗浄剤内服室は4室整備する。
- ・ 前処置は自宅もしくは院内に分けて実施する。入院患者は病棟で実施する。
- ・ 下部内視鏡前処置室内にトイレを設ける。

ウ. トイレ

- ・ 部門内に個室トイレを設置する。前処置用4室、リカバリー室内1室、多目的トイレ2室、患者用トイレ2室、職員用トイレ2室の計11室設置する。

エ. リカバリー室を整備し、ストレッチャーを5台設置する。

オ. 洗浄・消毒

- ・ 内視鏡部門で使用した内視鏡ファイバーは内視鏡部門で洗浄し、手術室で使用した内視鏡ファイバーは中央滅菌室にて洗浄する。その他の部門は各部門で洗浄する。
- ・ 各部門の内視鏡ファイバーは、使用部門にて保管する。

カ. 防音もしくは待合室と距離を設ける。

キ. 説明室は2室以上設置する。

ク. 運用面からの配置計画

- ・ 前処置室、検査室、リカバリー室の間は看護師が管理しやすい動線を計画する。
- ・ 内視鏡検査室とリカバリー室の間はベッド移動が容易な広さを確保する。
- ・ 放射線透視台を部門内に設置するため、放射線部門との近接配置または動線に配慮する。

放射線部門

(1) 基本方針

- ア. 医療技術の質向上と専門知識習得を目指し、自己研鑽に努め、安心安全な医療が提供出来るよう努める。
- イ. 緊急検査・治療に対応出来る人材の充実をはかり、体制を一層強化する。
- ウ. 高額医療機器更新において計画的な更新をめざす。
- エ. 多種多様なモダリティに対応出来る人材育成をはかる。
- オ. 後継者育成において、継続的に専門性を探究できる人材育成を行う。

(2) 基本的事項

ア. 放射線機器の台数

機器	台数	備考
一般撮影	4台	うち3室は2管球の装置を整備 4室とも、立位・臥位用の診察台を整備
骨密度測定装置	1台	
乳房撮影	1台	
透視撮影	4台	内視鏡：内1台は2管球 or Cアーム 放射線：標準的な装置2台整備
CT	3台	1台救急用
MRI	2台	1.5T 1台、 3T 1台
血管撮影装置	2台	内1台はIVR-CTを放射線部門に設置
SPECT	1台	別棟で整備予定 ※SPECT-CT 将来導入を想定しシールド対応
PET-CT	1台	別棟で整備予定
ポータブル撮影装置	4台	病棟、手術、ICU、NICU
歯科用パノラマ装置	2台	パノラマ1台、デンタル1台を1部屋に設置
リニアック	2台	別棟で整備予定
CTシミュレーター	1台	治療計画専用として設置 ※別棟で整備予定
Cアーム(外科用)	3台	

イ. 装置のグルーピング

グループ	機器
A	一般撮影、CT、MRI、その他（骨密度測定、乳房撮影、透視撮影、歯科用パノラマ、ポータブル撮影装置）、Cアーム、血管撮影
B	リニアック・CT シミュレーター、SPECT（将来対応：SPECT-CT）、PET-CT

（3）運用

ア. 受付

- 受付は2カ所設置する。
 - 一般/CT/MRI エリア
 - 治療/核医学エリア
- 持ち込み画像はデジタル保存を想定し、患者サポートセンターでの取り込みを実施する。

イ. 待合

- 患者待合は各モダリティやエリアに分けて適切な席数を確保する。
- 患者呼び込み方法は、案内表示システムでの呼び出しとする。導入が難しい場合は放送設備または口頭呼び出しとする。

ウ. 放射線診断（グループ A）

- 読影室は1ヵ所に集約し、4名程度が各々、1台の読影端末 PC で作業できる広さを確保する。
- 放射線診断科の診察室について、1室の設置を設計段階以降に改めて確認する。
- 患者用更衣室について、CT、MRI は各々で集約設置、その他撮影室は部屋毎に2スペースずつ設置する。（血管撮影装置室除く）
- 造影検査用の血管確保用の部屋を整備する。

エ. 放射線治療（グループ B）

- 外来診察室を3室整備し、診察や処置に対応する。
- 治療計画室は6名程度が各々、1台の治療計画装置（PC）で作業できる広さを確保する。
- 放射線治療、核医学用の更衣室を男女用に2部屋（各部屋2名程度の更衣スペース）を整備する。

才. その他

- ・ A グループと B グループ（エリア）に患者急変時用の回復室を整備する。
- ・ 操作室は、装置のグループごとに集中して設置する。
- ・ サーバーは中央のサーバー室に整備する。ただし、バックアップサーバー室は放射線部門内に設置する。
- ・

カ. 運用面からの配置計画

- ・ 救急患者の検査を迅速に行うため、一般、CT、血管撮影は救急外来と隣接する。
- ・ 放射線技師が効率的に対応できるよう、グループの各放射線装置は同一エリアに整備する。
- ・ 放射線治療は休日照射のための時間外診療時の患者導線に配慮した配置とする。

検査部門

(1) 基本方針

- ア. 質の高い急性期医療を支え、正確かつ迅速な診療情報を提供する。
- イ. 品質管理を徹底する。
- ウ. 地域がん診療連携拠点病院としての役割やチーム医療の強化を行う。
- エ. 災害医療と新興感染症対応を強化する。
- オ. 次世代を担う人材育成と持続可能な検査体制の構築を行う。

検査部門（検体検査）

(1) 基本的事項

- ア. 検査機能の範囲（院内自前検査の対応範囲）
血液検査、一般検査、生化学検査、免疫検査、輸血検査、細菌検査、遺伝子検査

(2) 運用

ア. 検査室

- ・ 検査室は原則、ワンフロアとする。
- ・ 血液検査・一般検査・生化学検査・免疫検査・輸血検査は同じ部屋内でエリア分けする。
- ・ 遺伝子検査は個室とし、安全キャビネットとクリーンベンチを1台ずつ設置する。
- ・ 血液管理室は個室とし、輸血検査エリアと隣接する。
- ・ 細菌検査は前室を設け陰圧の個室とし、屋外排気型安全キャビネットを2台設置する。

イ. 採血・採尿

- ・ 採血・採尿は同一の受付窓口とし、自動採血管準備システム（自動受付機）による受付とする。なお、自動受付が困難な患者はスタッフが対応する。
- ・ 患者持ち込み検体は、採血受付で受け付ける。
- ・ 採血待合は25席程度のスペースを確保し、案内表示システムで呼び込み、順番が来たら口頭で案内する。
- ・ 採血は、車いす対応が可能な中央採血7ブース、採血ベッド2台とする。
- ・ 採尿トイレは、男性用、女性用、車イス用の3つに分けて整備する。
- ・ 採痰は中央採血室に設けられた、陰圧およびHEPAフィルターが完備された採痰コーナーで実施する。
- ・ 自己血採血は中央処置室で実施する。

ウ. 運用面からの配置計画

- ・ 検体や血液製剤の運搬業務を省力化するため、救急室や手術室、中央処置室、病棟との配置に配慮する。検体搬送は機械搬送(小荷物専用昇降機等)を活用する。

検査部門 (生理検査)

(1) 基本的事項

ア. 検査機能の範囲

心電図、負荷心電図、ホルタ一心電図、呼吸機能検査、聴力検査、エコー検査など。

(2) 運用

ア. 検査室

- ・ 検査室は以下を想定する。

室名	室数	その他(付属室・特殊設備等)
心電図室	3室	個室またはそれに準ずるスペース うち1室はマスター負荷の実施を 想定
エコー室	4～5室	個室またはそれに準ずるスペース、 経食道エコーを行う場合はプローブの洗浄・滅菌をするスペースの確 保 ※共用可能な洗浄スペースが近く にある場合は併用
呼吸機能検査室	1室	換気設備
ホルタ一解析室/エコレポ ート	1室	

イ. 受付・待合

- ・ 受付窓口を設置し、スタッフが受付対応する。
- ・ 待合は20～25人程度とし、ベッドやストレッチャー患者の動線を考慮する。混雑時は運用でカバーする。

ウ. 運用面からの配置計画

- ・ バックヤードから検査担当者が各部屋へ入退室でき、待合室・バックヤード双方からベッドやストレッチャーでの緊急搬送がスムーズにできるレイアウトとする。
- ・ 患者はバックヤード側が見えない、バックヤードから患者が見えないなど、患者のプライバシーが確保できるレイアウトとする。

検査部門（病理検査）

（1）基本的事項

ア. 検査機能の範囲

病理組織検査、術中迅速組織検査、細胞診検査、病理解剖、分子病理診断など。

（2）運用

ア. 病理検査

- ・ 排気および感染対策に配慮した排気設備を備える。
- ・ 手術室で採取した検体のホルマリン固定は、病理部門で実施する。
- ・ 検体処理室と細胞標本作成室には安全キャビネットをそれぞれ1台ずつ設置する。
- ・ 手術検体処理は、病理検体処理室にて、病理部門もしくは手術担当医が実施する。
- ・ 保管期間まで病理部門もしくは倉庫に標本を保管するスペースを確保する。

イ. 靈安・解剖

- ・ 病理解剖室は感染対策に対応した部屋とする。
- ・ 病理解剖室には遺体冷蔵庫を1台設置する。
- ・ 靈安室は1室とする。

ウ. 運用面からの配置計画

- ・ 術中に摘出された組織の対応や術中迅速組織検査・ホルマリン固定のため、手術部門と隣接する。
- ・ 病理解剖室は病理部門とは別の場所に設置し、靈安室と近接とする。

化学療法部門

(1) 基本方針

- ア. 外来と調剤機能を集約することにより、患者の利便性向上と業務の効率化を図る。
- イ. 有害事象発生時に対応できる見通しの良い空間とする。

(2) 基本的事項

- ・ 外来化学療法ベッドは 15 ベッドとする。
- ・ 暗幕対応の個室を 1 室設置する。
- ・ 抗がん薬などの調製は、化学療法エリアで実施する。

(3) 運用

ア. 実施場所

- ・ 入院患者のがん薬物療法は、入院病室で実施する。
- ・ 外来患者のがん薬物療法は、化学療法室で実施する。

イ. 採血

- ・ 外来化学療法前の採血は、外来の中央採血室で実施する。

ウ. 診察

- ・ 外来化学療法前の診察は、原則、各診療科が実施する。

エ. スタッフステーション

- ・ スタッフステーションは原則集約配置とし、患者が見通せる配置とする。

オ. 運用面からの配置計画

- ・ 薬剤部門と隣接もしくは縦関係で接続し、薬剤師が混注した抗がん薬などを、パスピックス経由もしくは機械搬送(小荷物専用昇降機等)で受け取れる配置とする。
- ・ 患者にわかりやすい動線のため、各診療科外来との配置に配慮する。

リハビリテーション部門

(1) 基本方針

- ア. ここで診てもらいたいと思える医療の提供を行う。
- イ. 始まりが未来を変える。急性期からの本格的なリハビリテーションを。おわりが未来へ繋げる。スムーズな在宅支援を進める。
- ウ. 広く、早く、密に、つなげる。
- エ. 多職種の力を結集し、未来を支えるリハビリテーションを地域とともに実現する。

(2) 基本的事項

- ア. 実施人数は一日当たり入院患者約 120 人、外来患者約 30 人を想定する。

イ. 施設基準は以下を取得する。

- ・ 脳血管疾患等リハビリテーション（I）
- ・ 運動器リハビリテーション（I）
- ・ 呼吸器リハビリテーション（I）
- ・ 心大血管リハビリテーション（I）
- ・ がん患者リハビリテーション
- ・ 廃用症候群リハビリテーション

(3) 運用

ア. 実施場所

- ・ 基本的には、リハビリテーション室に集約してリハビリテーションを実施する。
- ・ 病棟ではベッドサイドリハビリテーションを実施するとともに、急変リスクが高い循環器内科が入る病棟と感染リスクが高い血液内科が入る病棟（無菌エリア）に病棟リハビリテーション室を確保する。その他の科はデイルームに隣接したスペースに平行棒等を設置し活用する。
- ・ 病棟の廊下を活用した歩行訓練など、動きたくなる Movable な病棟を実現する。
- ・ 屋外にてリハビリテーションが実施できる場所を確保する。
- ・ 外来患者の心大血管リハビリテーションはリハビリテーション室にて実施する。
- ・ 外来患者のリハビリテーションは外来専用室を設けるのではなく、リハビリテーション室にて実施する。

イ. リハビリテーション室

- ・ 理学療法と作業療法は、大部屋のリハビリテーション室をエリアで分けて利用し、一角にトイレや浴室などを整備した ADL コーナーを設置する。

※ 施設基準を満たす設備を整備する。

- ・ 感染患者の対応は血液内科・循環器内科病棟のリハビリテーション室で実施する。
- ・ 言語聴覚室は2～3室設置する。
- ・ 小児の発達検査を実施する部屋を1室設置する。
- ・ 測定機器が設置可能なスペースを確保する。
- ・ リハビリテーション室併設の倉庫スペースを確保する。他部門と共有可能なものは中央管理とする。
- ・ 運動負荷試験のCPXの設置スペースを確保する。

ウ. 診察

- ・ 将来的にはリハビリテーション専門医の確保も視野に入れて、部門内に多目的に活用可能な診察室を1室設置する。
- ・ 心大血管リハ領域、整形外科領域、小児領域、特殊外来（リンパ浮腫例、外来化学療法室例、産後ケア領域、各種運動指導加算への対応など）の機能を持った外来部門内の多目的な部屋を活用する。

エ. 運用面からの配置計画

- ・ 入院患者が主な対象ではあるが、外来患者の利用もあるため、中央のリハビリテーション室は患者動線に配慮した視認しやすい位置に整備する。

オ. 休日リハビリテーションの実施

- ・ 将来的な休日リハビリテーションの導入を検討する。

薬剤部門

(1) 基本方針

- ア. チーム医療の一員として、患者へ最適な薬物治療を提供する。
- イ. 薬剤業務関連支援システムの整備、機器設備の適切な配置、薬剤師以外のスタッフの活用を通して業務効率化と作業負担の軽減を図り、薬剤師として専門性に特化した業務に専念することで病院経営と医療安全に貢献する。
- ウ. 迅速な医薬品情報の収集・評価・発信を行い、医薬品の適正使用とリスク最小化活動を担う。
- エ. 患者のプライバシー及び身体的負担に配慮した薬剤師面談環境を整備し、最適な薬剤指導に繋げる。
- オ. 災害時に必要な薬剤の在庫管理を定期的に行い、災害発生時に迅速に対応できるように備える。

(2) 基本的事項

- ・ 外来処方は原則院外処方とする。
- ・ 院内処方の対象は院外にて対応できない患者ならびに在宅薬剤、治験患者、夜間の救急外来等を想定する。
- ・ 調剤関連エリアはワンフロア化し業務効率化を図ると共に、院内他職種が薬剤部にアクセスし易い環境を整える。
- ・ 病棟フロア各階のスタッフステーション内に薬剤師の執務スペースを設置し、各病棟に病棟担当薬剤師を1～2名配置して、病棟薬剤業務及び薬剤管理指導を実施する。
- ・ 抗がん薬等の Hazardous drugs (ハザーダス・ドッグ；以下 HD) の調製は化学療法エリアで実施する。

(3) 運用

ア. 外来

- ・ 院外対応できない患者ならびに在宅薬剤等への薬の受け渡しは原則として「薬剤受付」で行うが、時間外救急など一部の院内処方は、薬剤部が搬送し、患者に面で渡す運用を想定する。((2)参照。)
- ・ 外来の薬剤管理指導は、薬剤部門内に1室、がん薬剤師外来として2室（腫瘍内科診察室隣接および、外来診察エリア）の計3か所に専用室を設ける。車椅子患者や家族等の付き添いも考慮したスペースを確保する。
- ・ 入院前薬剤師外来（術前休止薬のチェックを含む）の実施場所は、患者サポートセンター内とする。

イ. 入退院

- ・ 入院患者の持参薬確認は、病棟で薬剤師が確認する。
- ・ 退院に際し、かかりつけ薬局等との連携を患者サポートセンターで行うことを検討する。

ウ. 病棟・手術室

- ・ 注射薬は、定時のカート交換方式を想定し、臨時・緊急分は SPD スタッフ、病棟スタッフによる人手搬送もしくは機械搬送（小荷物専用昇降機等）とする。
- ・ 病棟搬送用カートは 1 病棟あたり 4～6 台を想定し、カートプールは薬剤部内に確保する（予備分カートプールは薬剤部外に倉庫を確保する）。
- ・ 内服薬は、定時内服薬として曜日を決め、週に一回払い出し（SPD スタッフもしくは機械搬送）、臨時・緊急分は SPD スタッフ、病棟スタッフもしくは機械搬送（小荷物専用昇降機等）とする。
- ・ 病棟での薬剤管理指導はベッドサイドもしくは病棟内に整備する説明室（共用）で実施する。
- ・ HCU に薬剤師を常駐させ、病棟薬剤業務実施加算 2 の取得を検討する。
- ・ 手術室に薬剤師を配置し、麻薬や毒薬、麻酔薬等の適正管理を行う。

エ. HD（抗がん薬等）

- ・ HD（抗がん薬等）の調製は、薬剤師が実施し、使用部門のスタッフが搬送する。
※薬剤部と化学療法室は隣接配置もしくは縦動線で接続する。
- ・ HD（抗がん薬等）の調製は、専用の区域に設置された生物学的安全キャビネット（以下 BSC）で行う。BSC は十分な台数を設置し、クラス II タイプ B2（JIS 規格）を用いる。
- ・ 抗がん薬はレジメン管理を含めた適切な医薬品管理を行い、個別最適化を図る。

オ. TPN 製剤、院内製剤

- ・ TPN 製剤、院内製剤の無菌調製は、クリーンルーム内のクリーンベンチで行う。

カ. サテライトファーマシー

- ・ 病棟にて薬剤師 1～2 名程度の執務スペースを確保する。
以下の業務を想定する。
薬剤の鑑別・入力、医師への処方提案、薬剤管理指導準備・記録作成、患者向け資材準備・印刷等、病棟スタッフからの相談応需。

キ. 運用面からの配置計画

- ・ HD（抗がん薬等）のスムーズな受け渡しのため、外来化学療法室と隣接もしくは縦動線で接続する。職業性曝露に十分配慮し、HD（抗がん薬等）の調製は入院・外来問わずBSCで行う（（3）エ 参照）。
- ・ 夜間・休日の薬品払い出しを考慮した位置に配置する。
- ・ 薬剤部と病棟間の注射薬搬送カートの運搬ルートを考慮した動線を確保する。
(薬剤部と病棟エレベーターまでのアクセスなど。)
- ・ 薬剤師用当直室は、夜間・緊急時の薬品払い出し対応や、麻薬・毒薬・向精神薬管理等の必要性から、薬剤部内への設置を検討する。
- ・ 医薬品の納品ルートを確保する。

栄養部門

(1) 基本方針

- ア. 食事を治療における重要な要素と位置づけ、栄養管理・栄養指導体制を充実させる。
- イ. 患者の病態に応じた食事内容・食形態良質な適時適温の提供を実施する。
- ウ. 管理栄養士をはじめ医療スタッフと連携した栄養サポートチーム (NST) を編成し、患者の栄養状態の維持・改善の取り組みを実施する。
- エ. 危害分析重要管理点 (HACCP) の概念に準拠し、大量調理施設衛生管理マニュアルに適した厨房設備を設置する。
- オ. 周産期・がん・災害・地域医療支援病院としての栄養管理を充実させる。
- カ. 積極的な研究発表、研修・学会等への参加により、専門性の高い管理栄養士の育成に努める。

(2) 基本的事項

ア. 納食管理業務

- ・ 食数は1食あたり278食で想定する。
※新病院1日あたりの入院患者数と既存施設における入院患者食事提供割合より試算。年間304,756食を想定
- ・ 厨房内業務は委託し、院内調理方式とする。
- ・ 調理システムはニュークックチル方式を採用する。
- ・ 厨房システムはドライシステムを採用する。
- ・ 厨房の熱源は災害対策の観点より事業継続性を考慮した最適な手法を検討する。
- ・ 空調は厨房単独で動かせる設備を整備する。

イ. 栄養管理業務

- ・ 管理栄養士を病棟配置し、入院中の栄養管理に従事する。病棟のステーション内に常駐スペースを設ける。
- ・ 病棟での栄養指導は各病棟の多目的室を使用し実施する。
- ・ 外来部門に専用の栄養相談室を2室設置する。患者動線に考慮し、プライバシーに配慮したスペースとする。
- ・ 外来化学療法室に管理栄養士の常駐のスペースを設置する。
- ・ 入院前栄養指導は、外来栄養相談室又は患者サポートセンターにて実施する。
- ・ 将来対応として患者サポートセンターに管理栄養士を常駐させ、栄養アセスメントや食物アレルギー問診の実施を想定する。
- ・ 集団栄養指導を実施する場合に使用できる部屋（大会議室等）を確保する。
- ・ NST、褥瘡チーム、緩和ケアチーム、摂食嚥下チームなどの医療チームには、施設基準に合わせて管理栄養士を配置する。

(3) 運用

ア. 食数管理と献立作成

- ・ 給食管理はすべて電子カルテと連携している給食システムにて運用する。
- ・ 約束食事箋に基づいた食事のオーダーは電子カルテより実施する。
- ・ 献立作成・食数管理は給食システムを利用し作成・管理する。
- ・ アレルギー食や嚥下困難等による特別対応食は、患者サポートセンター・病棟スタッフと協力し、詳細な情報把握により適切な給食提供を実施する。
- ・ 特別食加算算定対象の食事に関しては、医師の指示の下、管理栄養士が代行入力を実施する。

イ. 配膳方式

- ・ 中央配膳方式とする。
- ・ 朝食は7:30～8:00、昼食は12:00、夕食は18:00とする。
- ・ 適温食対応ができるよう再加熱カートを使用する。
- ・ 配膳・下膳専用エレベーターは設置せず、共用のエレベーターにて配達する。ただし、配膳・下膳のためにエレベーター専用使用の時間帯を設けることとし、衛生面への配慮から配膳・下膳に使用するエレベーターは汚染物運搬には使用しないものとする。
- ・ 病棟の各フロアにパントリーを設ける。
- ・ 選択メニューに対応する。
- ・ 遅延食は病棟管理としパントリーの冷蔵庫に保管する。
- ・ 納入は実施しない。※患者の個人負担とする。

ウ. 調乳

- ・ 調乳は厨房にて実施し、総合周産期母子医療センター、一般病棟(産科)に配達する。

エ. 非常時対応

- ・ 非常食は患者用4日分を想定する。
- ・ 備蓄用の食料管理は栄養部門で管理する。期限切れが近くなった場合は給食に使用する。備蓄用の食料管理庫は病棟階(フロア毎)と厨房階に設置する。
- ・ 栄養部門以外のスタッフも取り出せるよう、備蓄用の食料管理庫は独立した部屋とする。
- ・ 災害時等においてインフラの停止を想定し、非常用電源へ切り替え可能な厨房電化設備とする。
- ・ エレベーターが停止した場合の配膳ルートを確保する。

オ. 運用面からの配置計画

- ・ 食事の配膳動線を考慮し、病棟エレベーターとの位置に配慮する。
- ・ 各種ごみの運搬は衛生区域を通らず、動線を短縮するため、ごみ集積場所と位置関係に配慮する（厨房内図面において）
- ・ 給食提供に関する必要伝票、献立及び、栄養管理報告書等の各種届出書類を5年間保管できるスペースを確保する。
- ・ 厨房内に委託スタッフ用の休憩室、更衣室、トイレを設置する。

臨床工学部門

(1) 基本方針

- ア. 医療機器の専門職として、知識と技術の向上に努め、安全で質の高い医療を提供する。
- イ. ME 機器の適正な管理に努め、安全で効率的かつ経済的な運用を目指す。
- ウ. 医療機器の適正な使用方法の提供および教育を行う。
- エ. 患者中心の医療を実践するため、多職種と緊密に連携する。

(2) 基本的事項

- ・ ME 機器の中央化により、効率的な運用・物品管理をする。
- ・ 手術部門と別フロアとなるため、手術エリアにサテライト ME 管理室を設置する。

(3) 運用

ア. 臨床工学部門の機能

機能	ME
ME 機器の中央管理・貸出	○
機器の台帳管理	○
機器の定期点検	○
修理・外注修理手配	○
使用方法の指導	○
購入時の情報提供	○
ME 機器の臨床技術提供・取扱説明、指導	○
購入時の機種選定委員会への情報提供	○

イ. 取扱機器

- ・ 臨床工学部門での管理

人工呼吸器、患者監視装置（モニター類）、血液浄化装置（RO 水、供給装置）、輸液ポンプ、シリンジポンプ、除細動器、IABP、低圧持続吸引器、AED、超音波検査、離床センサー、エアマット、保育器、パルスオキシメーター、血圧計、経腸栄養ポンプ、フットポンプ、CHDF、酸素療法装置、体外式ペースメーカー、ネブライザー、加温加湿器、HEPA フィルター搭載機器、内視鏡機器、電気メス、手術支援ロボット（ダヴィンチ）、採取機器類

ウ. 運用面からの配置計画

- ・ ME 機器の中央管理をするため貸出し、返却、点検、保管する十分な広さを確保する。また病棟などからアクセスしやすい位置に配置する。

患者サポートセンター部門

(1) 基本方針

- ア. 患者支援と地域医療連携に関する機能を一元化し、地域包括ケアシステムの推進に向けて、地域と患者に対し多職種の連携及び協働によるチーム医療を提供する。
- イ. 多職種・他施設と連携し、患者が住み慣れた地域で継続して生活できるように支援をする。
- ウ. ベッドコントロールに関する機能を集約し、情報を一元化することで、効率的な病床運営を実現し、高稼働率を維持する。

(2) 基本的事項

- ・ 患者サポートセンターの主な機能は①入退院センター、②前方連携・退院調整、③患者相談・がん相談支援センター、④ベッドコントロールとする。
- ・ 患者サポートセンターの執務室は25～30席程度を設ける。
- ・ 相談室は半個室（上部開放）5室、完全個室3室の計8室とする。その他、患者説明用カウンターを3～4ブース設置する。
- ・ ベッドコントロールは患者サポートセンターの機能に集約する。

(3) 運用

ア. 地域医療連携機能

- ・ 地域医療機関との機能分担と連携を図る。（医療情報の共有や病診連携・病病連携の強化など）
- ・ 紹介患者の予約取得、院内・外からの問い合わせ対応、登録医の受付、返書管理等、連携に関する事務手続きの管理をする。

イ. 入退院支援機能

- ・ 入院に関する手続きや入院説明に関する機能を提供するとともに、患者の身体的・社会的・精神的不安を把握し、退院後を含めたサポートを計画的に実施する。
- ・ 早期退院に向けて、退院先を含めた退院調整をする。
- ・ ベッドコントロールセンターを整備し、病床管理業務を集約する。
- ・ 入院当日の受付は患者サポートセンターまたは医事課にて実施する。

ウ. 総合相談機能

- ・ 患者または家族の療養に関する心理的・社会的不安、経済的不安に対する相談及び調整援助、退院・社会復帰援助などに関する各種相談に応じる。
- ・ がん患者または家族に対する専門的な相談、がんサロン、患者図書コーナー等、情報提供の機会を整備する。

- ・ 患者図書コーナーはがんサロンに併設して設置する。

エ. 運用面からの配置計画

- ・ 患者サポートセンターの業務を連携して行えるよう、医事課と隣接した配置とする。
- ・ 入退院センターは、入り口に受付カウンターを設置し、中待合エリアを設置する。
- ・ 各相談室は、事務諸室エリアから直接入れるように設置する。
- ・ 患者サポートセンター内で入院前薬剤師外来（術前休止薬のチェックを含む）を実施することができる配置とする。

事務管理部門

(1) 基本方針

- ア. コンプライアンスを遵守したセキュリティ・個人情報保護・感染対策・労働環境を確保しつつ、業務の効率化を目的とした事務管理部門の集約を図る。
- イ. 病院組織及び施設・設備の効率的な管理・運営に努め、病院利用者や職員等のための快適な療養環境・職場環境づくりを図る。
- ウ. ICT 等の IT 技術を積極的に取り入れ、時代に即した施設を目指す。

(2) 基本的事項・運用

ア. 職員管理

- ・ IC カードによる出退勤ならびに入退室管理システムを導入する。
 - ・ 院内施設利用時における多様な支払方法に対応する。
 - ・ 会議室等の施設使用予約管理等に管理システムの活用を想定する。
- 勤怠管理システム、財務管理システム、人事（給与）管理システム

イ. 管理系諸室

- ・ 院長室、副院長室、看護部長室、事務長室、薬剤部長室は個室で設置する。
- ・ 会議室、応接室、面談コーナーを設置する。

ウ. 医局

- ・ 130 人程度が入る医局を整備する。
- ・ 部長室はパーテーションで区切られた半個室を診療科分（35 室程度）整備する。
- ・ 研修医室を整備する。座席はフリーアドレス方式を採用し、12 席以上を整備する。

エ. 看護部諸室

- ・ 看護部事務室を設置する。4 人程度の執務スペース、および、15 人程度が集まって申し送り等を実施できるスペースを検討する。
- ・ 看護部長室は看護部事務室に併設して設置する。
- ・ 医療安全室および感染管理室、専門・認定看護師室をそれぞれ設置する。各諸室は 2 名程度の執務スペースと簡易ミーティングスペースを確保する。

オ. 事務諸室

- ・ 事務室は集中配置方式を想定し、大部屋内で部署ごとに設置する。
- ・ 診療録関連およびがん登録関係の書類を管理する部屋は個室とする。
- ・ 医事課は、患者サポートセンターと隣接配置とする。

カ. 会議室

- ・ 大会議室 1 室、中会議室 1 室以上、小会議室 2 室以上、応接室 1 室以上の設置を想定する。
- ・ 外部業者対応場所として面談コーナーを 2 か所程度の設置を設計段階以降に改めて確認する。

キ. 職員所要室

- ・ 職員更衣室は医師、栄養部門、手術部門を除き、原則中央化する。職員数分（750 人程度を想定）のロッカーが入る広さを想定し、男女に分けて確保する。また、委託職員用更衣室は 150 人程度のスペースを男女に分けて設置する。なお、職員用更衣室と委託職員用更衣室の集約方針は、確保できる面積に影響されるため基本設計段階で再協議とする。
- ・ 当直室は一部の部門を除き、原則中央化し、18 室以上整備する。
→救急部門 2、HCU 2、総合周産期母子医療センター 2、検査部門 2、放射線部門 1、薬剤部門 1、事務管理部門 1 / フリー 7 で 18 室と想定
- ・ 職員の休憩室、カンファレンス室は一部の部門を除き各部門に整備するのではなく、スタッフコモンズとして集約して設置する。

ク. 駐車場

- ・ 駐車場を 1,000 台程度確保する。
- ・ 内訳は、外来用 500 台、職員用 500 台とし、その他に業者搬入用や、公用車、救急車などの駐車スペースを確保する。

ケ. 厚生施設

- ・ 職員食堂の設置を想定する。
- ・ コンビニエンスストアを院内に設置する。
- ・ 敷地内にバス停、タクシー乗り場を設置する。
- ・ その他、以下の厚生施設などの設置を検討する。
コインランドリー、ATM コーナー、自動販売機、図書・情報コーナー（患者用）、職員用図書室、電話コーナー、フィットネス施設（リハビリテーション室内）、展望室など

コ. 教育・研修

- ・ シミュレーションセンターは会議室との兼用設置とし、特定看護研修やスキルラボとして活用できるように整備する。

サ. 治験・臨床研究管理室

- 院内に事務室を整備する。(室員 9 名程度)
- 治験文書保管庫を確保する。(10cm 幅のファイルを 600 冊程度収納)
- 依頼者による直接閲覧可能な設備(電子カルテ等)を備えた独立したモニタリングルームを設置する。
- 外部 CRC 作業室(治験施設支援機関からの CRC が業務を行うための独立した部屋(終日使用))を整備する。(4~6 名程度)

シ. SPD

- 院内物品搬送や在庫管理・発注を対象に、SPD システムを導入する。
- 院外倉庫方式を採用する。

ス. リネン

- リネン類は原則、院外洗濯とし外部委託を採用する。
- 清掃用モップや雑巾類の洗濯のためのスペースを院内に設ける。(洗濯機 2 台、乾燥機 1 台程度の設置を想定)。
- 洗濯スペースは外部業者の搬出入を考慮した位置に設置する。
- 患者が使用するためのコインランドリーは、原則、病棟フロアに 2 病棟共有で 1~2 台整備する。なお、使用頻度の高い病棟の設置台数は基本設計段階で再協議とする。
- 入院患者が使用する患者衣は入院セット業者と契約し、患者と業者間で直接使用契約をする。
- 職員ユニフォーム(医師除く)は洗濯付きリース方式を採用し、院外洗濯した上で、更衣室に配達する。
- カーテンは洗濯付きリース方式を採用する。

セ. 外部委託方針

項目	新病院想定			
	病院 職員	人材 派遣	委託 (院内)	委託 (院外)
検体検査	○			○※一部
医療機器保守点検/修理	○			○
薬品 SPD			○	
SPD			○	院外倉庫
洗濯				○
ベッドメイク	○		○	

患者給食			○	
職員食堂			○	
廃棄物・リサイクル管理				○
滅菌・消毒			○	○
受付			○	
医事(計算)	○			
病歴管理	○			
医療情報システム	○		○	○
電話交換			○	
建物管理(設備点検/保守)			○	
守衛			○	
清掃	○		○	
駐車場管理				○
植栽管理				○
医ガス保守点検				○
在宅酸素供給装置点検/保守				○
床頭台				○
入院セット			○	

情報システム部門

(1) 基本方針

- ア. 主要な装置については二重化や冗長化の対応を行い、止まらないネットワーク環境を構築する。
- イ. ランサムウェア対策やネットワーク監視、不正接続防止システムの採用など、サイバーセキュリティ対策を考慮したネットワーク環境を構築する。
- ウ. 職員が業務で利用する院内ネットワークは物理的に統合し(用途によって認証 VLAN を用いて論理的に分離)、患者サービスとして提供するネットワークとは分離する。
(Dynamic VLAN の導入を設計段階以降に検討する)
- エ. 患者サービスの向上と職員の業務負荷軽減に寄与するシステム導入を検討する。
- オ. デジタル技術を活用することで、医療の質や効率を向上させることを目的とする医療 DX の導入を検討する。

(2) 基本的事項

- ア. 情報システム部門は、医療情報システムの構築及び管理運営に関する業務を行う。
(新規導入システムの検討、既存システムの更新・保守・運用支援業務など)
- イ. サーバー室
 - ・ サーバー室は、原則集中配置とする。
 - ・ 仮想サーバーを採用し、部門システムなどを仮想サーバーで管理することによりサーバー室の省スペース化を図る。
 - ・ サーバー室は防災上の観点から 2 階以上のスタッフエリアに配置する。
 - ・ サーバー室の床構造は OA フロアとする。
 - ・ 空調設備は、床置き型送風機を設置する。
 - ・ サーバー室は、イナート系（窒素ガス）またはフッ素系の消火設備を採用する。
 - ・ セキュリティの観点から、入退室管理を実施する。
 - ・ 入退室管理は、病院全体のセキュリティ方針に合わせた認証方式を採用する。（IC カードによる認証方式など）
 - ・ サーバー室は、情報システムの更新を考慮した充分な広さを要望する。
- ウ. 情報システム室
 - ・ サーバー室に隣接またはサーバー室近傍に情報システム室を設置する。
(情報システム室は、サーバー室近傍の事務室内への設置も可とする)
 - ・ 情報システム室では、情報システムの管理を担当する病院スタッフが執務をする。
- エ. SE 室
 - ・ サーバー室に隣接して SE 室を設置する。

- ・ SE 室では、情報システム全般の運用管理及び保守作業を実施する。
- ・ SE 室は、常駐スタッフとベンダーSE を合わせて 4～6 名程度が作業可能なスペースを要望する。

オ. 操作研修環境

- ・ 新規採用職員に対するシステム操作の習熟を図るため、会議室等にネットワークや電源設備などのインフラを準備し、端末やプロジェクトを持ち込んで操作研修が実施できる環境を構築する。(15～20 名が操作研修を行える広さ)

カ. システム更新時のベンダーSE 室

- ・ システム更新時にはベンダーSE が常駐して作業を行うベンダーSE 室が必要になるが、作業期間や作業人数に応じて、会議室等の占有利用や一時的にプレハブ事務所を設置することで対応する。

キ. その他

- ・ 情報システムベンダーや医療機器ベンダーが、リモートメンテナンス用に VPN 接続できる環境を構築し、院外からアクセスするベンダーの一元管理を実施する。
- ・ 電子カルテデータの外部保存など、BCP 対策について検討する。

災害対策部門

(1) 基本方針

- ア. 地域災害拠点病院としての機能を強化し、様々な災害に対応できる「災害に強い」病院づくりを行う。
- イ. 地域災害拠点病院、DMAT 指定医療機関として必要な施設・設備の充実を図る。
- ウ. 災害に関して、他医療機関に対する医療教育関連の機能を整備する。

(2) 想定される災害

新病院は以下の災害を想定した機能を整備する。

- ア. 地震
- イ. 津波
- ウ. 風水害
- エ. 火山災害
- オ. 化学災害・細菌災害
- カ. その他（土砂災害・原子力災害・市街地火災・雪害・ため池決壊による災害・事故災害・林野火災）

(3) 運営計画

ア. 地域災害拠点病院の指定要件

地域災害拠点病院として、以下の指定要件を満たす。(指定要件より施設関連を一部抜粋)

- ・ 災害時における患者多数発生時※に対応可能なスペース及び簡易ベッド等の備蓄スペースを有する。
(※入院患者：通常時の 2 倍 外来患者：通常時の 5 倍程度を想定する。)
- ・ 病院機能を維持するために必要な施設が免震構造を有する。
- ・ 通常時の 6 割程度の発電容量のある自家発電機等を保有し、3 日分程度の備蓄燃料を確保する。
- ・ 風水害が生じた際、止水板等の設置による止水対策を講じ、自家発電機等の高所設置、排水ポンプ設置等による浸水対策を講じる。
- ・ 災害時に少なくとも 3 日分の病院の機能を維持するための水を確保する。
- ・ ヘリコプターの離着陸場を設置する。※設置場所は継続検討
- ・ 衛星電話を保有し、衛星回線インターネットが利用できる環境を有する。また赤十字無線など複数の通信手段を確保する。
- ・ 広域災害・救急医療情報システム (EMIS) に参加し、災害時に情報を入力する体制を有する。
- ・ DMAT や医療チームの派遣に必要な医療資器材等の搭載が可能である緊急車両を有す

る。

イ. 災害対応機能

- ・ 本部機能

院内災害対策本部と DMAT 活動拠点本部は、連携のとれる配置を想定する。また、設置場所は外部動線に配慮した位置とする。

- ・ 情報収集機能

災害時に近隣病院の状況や行政等の情報を収集し、関係機関との連携を強化する。

- ・ 患者受入スペース

トリアージスペースは、正面玄関周辺でスペース確保可能なエリアとする。各エリアは相互連携可能な配置とする。

入院患者の一時受入は、病棟や廊下、その他スペース確保可能な複数の手段によって、必要な受入可能人数を収容する。

外来患者の一時受入は、外来診察の待合スペースとする。

各受入エリアには、スペースのほか、医療ガス設備・コンセント（電源）を設置する。

大規模災害発生時には病院全体で患者の受入スペースを確保する。

- ・ ライフライン

電気は、通常時の 6 割程度の発電容量のある自家発電機能および、3 日分程度の備蓄燃料を整備する。また、機器によっては無停電電源装置など、必要な設備を設置する。

水は、受水槽やペットボトル備蓄などにより、病院機能を 3 日間維持する量を確保する。

- ・ 備蓄

災害に備え、以下の備蓄が可能な倉庫を整備する。（以下は一部）

患者用食料（4 日分）、職員用食料（3 日分）、飲用水、簡易ベッド、

ストレッチャー、担架、各診療エリアの材料、発電機、寝袋、救護服・ビブスなど。

（※その他、外部からの応援物資の設置スペースを考慮する。）

- ・ その他

災害発時の避難経路を確保し、出口の開口は広めにする。

災害時の院外からの応援スタッフ・ボランティア等のスペースを整備する。

災害時のために屋外にマンホールトイレを設置する。

ウ. 災害派遣機能

非常時の参集場所は、情報が集約される場所とする。

災害派遣時の更衣場所は、個人装備置き場と同一とする。

派遣時の機材スペースは、車両積み込みしやすい場所とする。

(4) 各災害の対応

ア. 地震

- ・ 病院建物は免震構造を想定するが、別棟を整備する場合は耐震構造も想定する。
- ・ 揺れによる什器の転倒や機器の落下などの防止対策をする。
- ・ エレベーターの緊急停止時、なるべく早期に復旧対応可能な体制を整備する。

イ. 風水害

- ・ ハザードマップ上での浸水深さ予測 (0.5~3.0m) から、水害に備え 2階以上に病院機能継続に必要な部門を配置する。
(※例：サーバー室（電子カルテ）、その他ライフライン系 等)

ウ. 化学災害・細菌災害

- ・ 化学薬品を搭載した車両事故には、救急部門に設置する除染室を活用し、温度調節可能なシャワー対応とする。
- ・ 大規模事故の発生時は、駐車場でのテント設置対応を想定し、排水対応に配慮する。

(5) 災害医療教育

- ・ 災害医療教育は、病院の会議室で行うことを想定し、インターネット環境などの設備を整備する。

2. 医療機器・情報システム整備計画

(1) 整備方針

- ア. 地域の中核病院として、救急医療・周産期医療・がん医療等の強化・充実を進めるために必要な医療機器、情報システムを整備する。
- イ. 新病院統合に伴う医療機器/情報システムの整備にあたっては、現有機能の維持を基本とし、その上で、近年の医療技術の目覚ましい発展を鑑み、AI 等の活用により医療従事者の負担軽減や治療精度の向上、医療安全への寄与を図ることができる医療機器/情報システムを積極的に導入する。
- ウ. 病院経営の観点から、目指す医療機能に合わせて整備仕様の適正化、院内部門間での共同運用などによる整備台数の適正化を図り、新病院の健全経営に配慮する。また、現在両病院で使用している医療機器や情報システムは、求められる性能や使用状況を踏まえ、新病院統合後も継続使用が可能なものは、原則として移設し有効活用することを検討する。

(2) 医療機器

新病院で調達する主な医療機器は以下のとおりとする。また、以下に記載するもの以外は、部門別計画に掲げる内容に準じて整備を行う。

整備台数や整備内容については、今後設計・建築などの各段階において適宜内容を精査し、経営面等に配慮した適切な整備に努める。

部門	整備機器
放射線	CT撮影装置
	一般撮影装置
	X線TV装置
	MRI装置
	血管造影装置
	RI装置
手術	放射線治療装置
	手術関連機器一式（無影灯、シーリングペンダント等）
中央滅菌	手術支援ロボット関連機器一式
	洗净・滅菌装置一式 ※一部、院外滅菌を想定した内容
薬剤	薬剤部関連装置一式
検査・病理・剖検	検体・輸血・細菌検査関連装置一式
	生理検査関連装置一式
	病理検査関連機器、解剖台等機器一式

外来	外来診察室周辺機器一式
	歯科外来ユニット、パノラマ撮影装置
	化学療法室関連機器一式（15床分）
病棟	病棟ベッド（一般・重症系管理用）等病棟機器一式
	生体情報モニター
内視鏡	内視鏡装置、内視鏡洗浄装置等
リハビリテーション	リハビリ機器一式
ME	その他中央管理機器一式
その他	什器、看護備品等

医療機器等整備費について、現時点では新病院の諸室情報（部門別計画等）より想定される医療機器を、現有医療機器調査内容と近年開設された同規模病院の導入機器情報を参考として想定される医療機器の調達予算金額を積上げ、放射線装置に関しては導入時期を踏まえた移設想定、超音波画像診断装置やエネルギーデバイス等の機器毎や、部門・部署ごとの移設比率を想定し試算した。今後は新病院開院にむけて、各部門担当者とのヒアリングを重ね、整備内容を精査する想定とする。

（3）情報システム

新病院に導入する主な情報システムは以下のとおりとする。また、以下に記載するもの以外は、部門別計画に掲げる内容に準じて整備を行う。

整備内容については、医療機器と同様に適宜内容を精査し、経営面等に配慮した適切な整備に努める。

システム	備考
電子カルテ	カルテ、オーダリング、看護支援
医事	会計、自動精算、POS レジ、地域連携等
部門システム	放射線、検査、リハビリ、給食、薬剤、健診、内視鏡等
ナースコール	
ネットワーク	有線、無線
電話	固定電話、移動電話

情報システム整備費について、両施設における現有システム比較表および各部門へのアンケート調査結果に基づく新病院想定リストに対し、近年開設された他施設事例（同規模同機能）を参考とした金額を積み上げて試算した。医療機器と同様に、今後は各部門担当者とのヒアリングを重ね、整備内容を精査する想定とする。

3. 事業収支計画

（1）概算事業費

新病院整備に必要となる概算事業費は以下の設定とする。なお、近年は物価上昇などにより病院建設工事の入札が成立しない事例も見受けられるため、今後の社会情勢も見据えながら設計段階においてさらに精査する必要がある。

項目	内容	金額（税込）
1. 設計・監理費	基本設計、実施設計、設計監理	12 億円
2. 建設工事費	病院本体、駐車場、外構工事	339 億円
3. 医療機器等整備費	医療機器、什器備品等	59 億円
4. 情報システム整備費	電子カルテ、部門システム、ネットワーク等	33 億円
5. その他	初度調査費、移設費、解体費等	43 億円
合計		486 億円

（2）財源

項目	内容	金額
1. 補助金	地域医療介護総合確保基金 宮城県による財政支援 医療提供体制施設整備交付金	266 億円 108 億円 3 億円
2. 借入金	日本赤十字社	108 億円
合計		486 億円

（3）事業収支計画

今後の経営状況に応じて隨時見直しを図り、健全経営を維持できる計画とする。

※別添資料表7を参照