

川崎市立川崎病院
医療機能再編整備基本構想（案）

平成29（2017）年 月

川崎市

はじめに

当院は、平成 13 年の新病院開院以来、市の基幹病院として、高度・特殊・急性期医療、救急医療を中心に、小児から成人・高齢者・妊産婦等に至るまで幅広く医療を提供するとともに、精神科救急医療、感染症医療、災害時医療を担うほか、臨床研修指定病院として医師の育成を行うなど、地域医療水準の向上に寄与してきました。

このような中、平成 27 年 3 月に策定した「市立川崎病院におけるスマート化の基本方針」では、建物の狭隘化の解消と今後の医療ニーズへの適切な対応を図ることを目的とした「医療機能再編整備計画」の検討を進めるとともに、施設・設備等の経年劣化による病院機能低下の回避やエネルギー関連設備の効率化等に向けた取組を推進することとしておりました。

しかしながら、これらの取組による施設・設備等の拡充や維持・補修、更新等については、互いに関係し合いそれぞれの取組に影響があるため、今後の取組の方向性や考え方、あるいは課題等を整理するため、この「医療機能再編整備基本構想」を策定しました。

平成 29 年度には、この基本構想に基づき、医療機能再編整備を具現化するための施設内部の機能構成・人的構成、設備等の更新の考え方などの検討を進め、「医療機能再編整備基本計画」として取りまとめしていく予定です。

目次

第1章	川崎病院を取り巻く状況.....	1
I	医療制度改革と診療報酬.....	1
1	医療制度改革の動向.....	1
2	診療報酬改定の見通し.....	4
II	地域の医療需給の将来推計と課題.....	5
1	地域における医療提供体制.....	5
2	地域における医療需要.....	7
第2章	川崎病院の現状.....	10
1	川崎病院の概況.....	10
2	診療の状況.....	13
3	経営の状況.....	15
4	施設の状況.....	16
第3章	医療機能再編整備の方向性.....	17
I	医療機能再編整備の基本的な考え方.....	17
II	強化・拡充等を検討する具体的な機能等.....	18
1	救急機能.....	18
2	がん診療機能.....	18
3	小児・周産期医療機能.....	19
4	その他政策的医療等と地域連携.....	20
5	手術機能.....	21
6	検査機能等.....	22
7	外来・入院機能.....	22
8	診療サポート機能.....	23
9	医療体制の強化・拡充に伴う人員体制・職場環境整備等.....	23
III	再編整備後にあるべき病院像.....	24

第4章	医療機能再編整備に伴う施設整備の考え方	26
I	施設整備の必要性と基本的な方針	26
1	施設整備の必要性	26
2	基本的な方針	26
3	建物、設備の概況等	26
II	医療機能再編整備とスマート化	28
1	防災機能の強化	28
2	エネルギー使用の合理化	29
3	中長期保全等に係るコストの圧縮	30
用語集	31

第1章 川崎病院を取り巻く状況

我が国では、いわゆる団塊の世代が75歳以上の後期高齢者となり、医療や介護サービスの急増が懸念される平成37（2025）年に向けて、医療機関の機能分化と連携強化による効率的で質の高い医療提供体制の構築や、可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けられるための地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築など、医療・介護サービス提供体制の見直しが進められています。

本市においても、高齢化の更なる進展と人口の増加に伴い医療・介護需要が増大する見込みであり、地域における医療・介護提供体制の確保が課題となっています。

一方、医療需要の増大に伴う医療費の増加が問題となっており、2年に一度行われる診療報酬改定では、今後も医療機関の経営にとって厳しい改定が続くと見込まれることから、当院には、医療ニーズに見合った医療機能の強化・拡充とともに、効率的な病院経営が求められています。

I 医療制度改革と診療報酬

1 医療制度改革の動向

現在の川崎病院の建物が竣工した平成10年以降、医療機関の機能分化と連携強化による効率的で質の高い医療提供体制の構築等を共通テーマに医療法の改正が度重なり行われており、平成26年の第六次改正では、都道府県に対する「地域の医療提供体制の構想（地域医療構想）」の策定や、地域包括ケアシステムの構築による医療・介護の総合的な確保が盛り込まれるなど、「病院完結型」から「地域完結型」への医療提供体制の見直しが進められています。

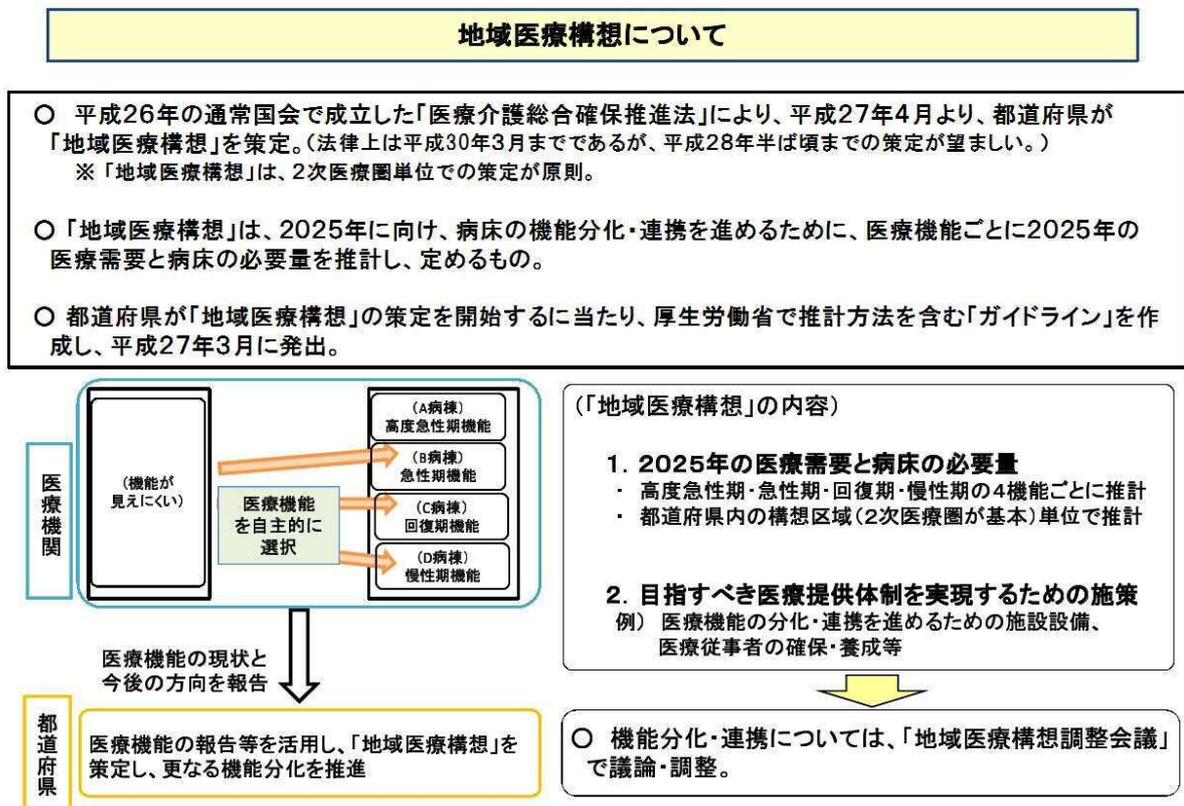
また、医療法に基づき都道府県が策定する医療計画についても、平成18年以降の医療法改正により、広範かつ継続的な医療の提供が必要と認められる五疾病（がん・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病・精神疾患）や医療の確保に必要な五事業（救急医療・災害時医療・へき地医療・周産期医療・小児救急を含む小児医療）、更には居宅等における医療を確保するための目標や必要な施策等を記載するよう見直しが進められるなど、求められる医療提供体制や機能が大きく変わってきました。

（1）地域医療構想について

地域医療構想は、病床の医療機能の現状と今後の方向性について医療機関が都道府県に行った報告をもとに、将来（平成37年）の医療需要と病床の必要量、目指すべき医療提供体制を実現するための施策の方向性を示すもの〔図表1-1参照〕です。

平成28年10月に策定された「神奈川県地域医療構想」では、市内の2つの構想区域において回復期の機能を有する病床の不足が見込まれています〔図表1-2参照〕が、病床機能の確保及び連携の推進にあたっては、「各医療機関の自主的な取組と地域医療構想調整会議を通じた取組を基本」として、必要な支援策等について、引き続き、協議を進めていくとされています。

■図表 1-1 地域医療構想について



出典：厚生労働省 「医療介護総合確保推進法に関する全国会議」（平成26年7月28日開催）配布資料

■図表 1-2 市内構想区域における平成37年の病床数の必要量等

	病床機能	平成27年の病床数 (床)	必要病床数 (床)	構成比	過不足 (床)
・多摩区・麻生区 川崎北部(高津区・宮前区)	高度急性期	1,121	687	13.5%	+434
	急性期	2,085	1,808	35.4%	+277
	回復期	220	1,437	28.2%	△1,217
	慢性期	914	1,171	22.9%	△257
	休棟中など	92	—	—	—
	合計	4,432	5,103	100.0%	△763
幸区・中原区 川崎南部(川崎区・)	高度急性期	190	856	16.1%	△666
	急性期	3,870	2,327	43.7%	+1,543
	回復期	273	1,569	29.5%	△1,296
	慢性期	507	572	10.7%	△65
	休棟中など	71	—	—	—
	合計	4,911	5,324	100.0%	△484

出典：神奈川県地域医療構想（平成28年10月）から作成

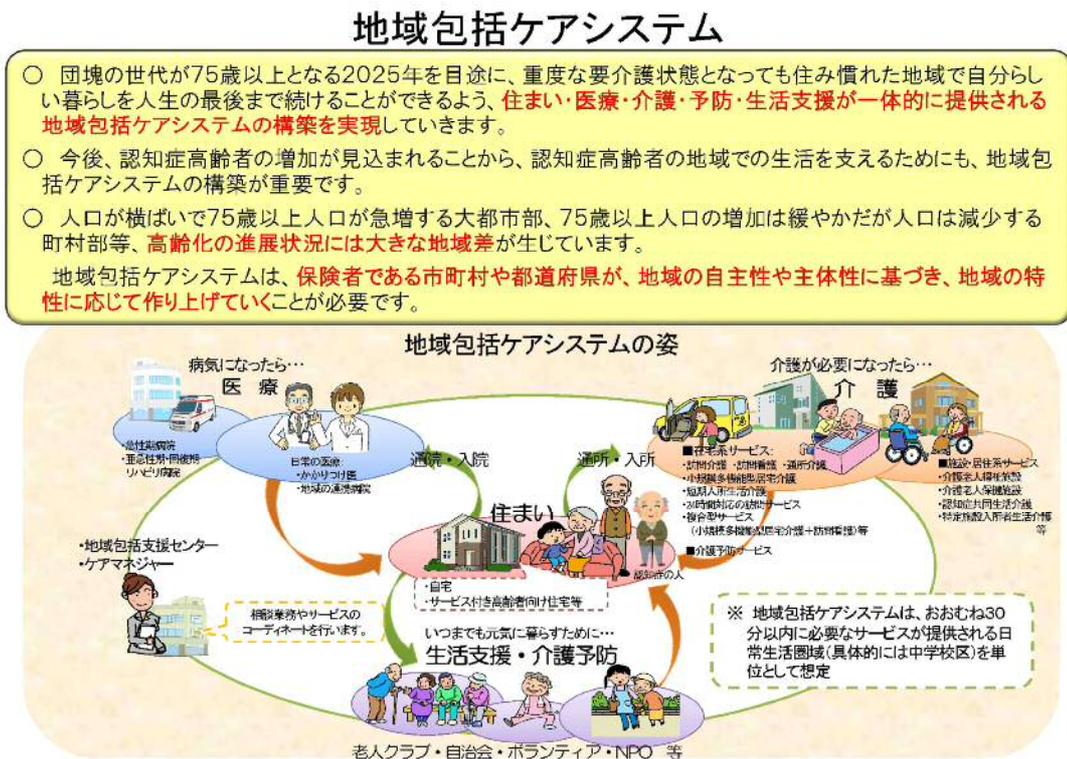
(2) 地域包括ケアシステムについて

「地域包括ケアシステム」とは、平成24年2月に閣議決定された「社会保障と税の一体改革大綱」において示された概念で、介護が必要な状態となっても、住み慣れた地域で在宅を基本とした生活の継続を目指すものです。

厚生労働省では、平成37(2025)年を目途に、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じた地域包括ケアシステムを構築することとしており、地方自治体が地域によって異なる医療・介護の提供状況や高齢者のニーズ等に応じて作り上げていくことが必要となります〔図表1-3参照〕。

本市では、平成27年3月に「川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョン」〔図表1-4参照〕を策定し、本市における地域包括ケアシステムの基本的な考え方や各主体に期待される役割などを明らかにするとともに、地域包括ケアシステムの構築に向けた第1段階として、平成30年3月までに、行政及び事業者、関係団体・機関などの専門組織は、地域包括ケアシステムを構築するために必要な資源・体制、手法等について検討することとされています。

■図表 1-3 地域包括ケアシステム



出典：厚生労働省ホームページから

■図表 1-4 川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョンの概要

～ 一生住みたい最幸のまち・川崎を目指して ～	
【基本理念】川崎らしい都市型の地域包括ケアシステムの構築による、誰もが住み慣れた地域や自らが望む場で安心して暮らし続けることができる地域の実現	
【推進ビジョンの基本的な考え方】	
1. 本市の地域包括ケアシステムは、「全ての地域住民を対象」とする。 2. 本推進ビジョンは、関連する個別計画の「上位概念」として位置付けられる。	
【基本的な視点】	【ロードマップ】
1. 地域における「ケア」への理解の共有とセルフケア意識の醸成	第1段階 平成30年3月末まで ・推進ビジョン（考え方）の共有を進めるとともに、各主体において地域包括ケアシステムの構築に必要な資源・体制・手法等について検討する。
2. 安心して暮らせる「住まいと住まい方」の実現	第2段階 平成37（2025）年まで ・地域において、将来のあるべき姿についての合意形成を図り、各主体がそれぞれの役割に応じた具体的な行動を行う。
3. 多様な主体の活躍による、よりよいケアの実現	第3段階 地域包括ケアシステムの更なる進化 ・基本理念の実現を目指し、時代や社会状況に応じて、常に進化した取組を進める。
4. 多職種が連携した一体的なケアの提供による自立した生活と尊厳の保持の実現	
5. 地域全体における目標の共有と地域包括ケアをマネジメントするための仕組みの構築	

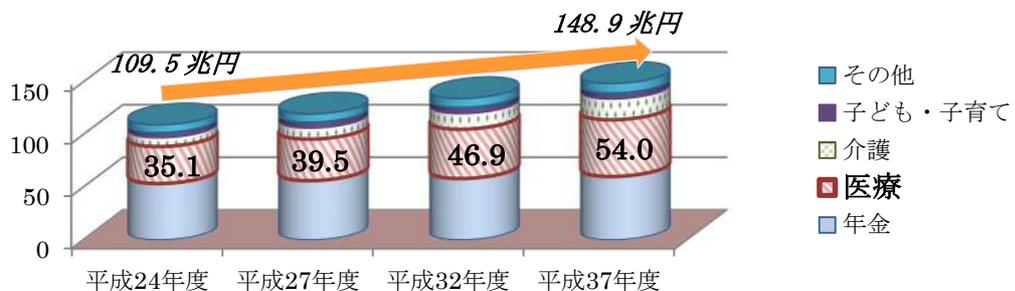
2 診療報酬改定の見通し

「社会保障に係る費用の将来推計について」（厚生労働省）（平成24年3月）〔図表1-5参照〕によると、我が国の社会保障費は、平成24年度で約109.5兆円でしたが、平成37年度には約1.36倍の約148.9兆円になると見込まれています。このうち医療費は、平成37年度までの13年間で約18.9兆円（毎年約1.45兆円）増加する見通しとなっています。

こうした、増大する社会保障費の財源を安定確保するため、国は段階的に消費税率を引き上げており、2年に一度行われる診療報酬改定についてもマイナス改定等、医療機関にとって厳しい内容が見込まれることから、医療機関の経営環境も厳しくなることが考えられます。

このような厳しい経営環境においても、市立病院には地域に必要な医療を提供していくことが求められており、医療機能を充実させながらも病院経営に留意した取組が必要になります。

■図表 1-5 社会保障に係る費用の将来推計



出典：厚生労働省「社会保障に係る費用の将来推計について《改定後（平成24年3月）》」から作成

II 地域の医療需給の将来推計と課題

1 地域における医療提供体制

(1) 主な医療機関

市内の病院は40施設あり、そのうち、診断群分類包括評価（以下、「DPC」という。）の制度に参加し、主に急性期医療を担っていると考えられる病院は15施設あります。

このうち三次救急にも対応する救命救急センターや、周産期の救急医療を担う周産期母子医療センターを有するのは、当院のほか日本医科大学武蔵小杉病院と聖マリアンナ医科大学病院の3施設です。

また、市内には災害拠点病院が6施設、地域医療支援病院が4施設ありますが、当院は、いずれの指定又は承認も受けており、更には、市内唯一の感染症病床を有するなど、幅広い診療領域において市内医療の基幹的な役割を担っています。〔図表1-6参照〕

■図表 1-6 市内DPC制度参加病院における医療機能等の状況 平成28年9月28日現在

区	病院名	一般病床 病床数 (床)	救命救急 センター	第二次 救急輪番 参加病院	災害拠点 病院	周産期 母子医療 センター	地域がん 診療連携 拠点病院	地域医療 支援病院	感染症又 は結核 病床を有 する病院
川崎区	川崎市立川崎病院	663	○	○	○	○	※	○	感染
	太田総合病院	261		○					
	宮川病院	175		○					
	川崎協同病院	267		○					
	日本鋼管病院	347		○					
幸区	川崎幸病院	326		○				○	
中原区	関東労災病院	610		○	○		○	○	
	川崎市立井田病院	343		○			○		結核
	日本医科大学 武蔵小杉病院	372	○	○	○	○			
高津区	総合高津中央病院	260		○					
	虎の門病院分院	300							
	帝京大学医学部附属 溝口病院	400		○	○				
多摩区	川崎市立多摩病院	376		○	○			○	
宮前区	聖マリアンナ 医科大学病院	1,156	○		○	○	○		
麻生区	新百合ヶ丘総合病院	377		○			△		

△神奈川県がん診療連携指定病院

※神奈川県がん診療連携指定病院 申請中

第1章 川崎病院を取り巻く状況

(2) 主な医療機関の診療状況

DPCによる疾患の分類（以下、「診断群分類」という。）で見ると、市内では、呼吸器系疾患（MDC04）、循環器系疾患（MDC05）、消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患（MDC06）、腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患（MDC11）、女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩（MDC12）の件数が高くなっています〔図表 1-7 参照〕。

これを医療機関別のシェアで見ると、当院は総合病院として、あらゆる診療機能を持ちながらも、多くの診断群分類において、上位3位以内のシェアを占めています〔図表 1-8 参照〕。また、5大がん別では、市内の25%を有する「肺の悪性腫瘍」をはじめとして、他のがんについても一定程度のシェアを有しています〔図表 1-9 参照〕。

■図表 1-7 市内 DPC 制度参加病院における診断群分類（MDC）別診療件数

神経系疾患 MDC01	眼科系疾患 MDC02	耳鼻咽喉科系疾患 MDC03	呼吸器系疾患 MDC04	循環器系疾患 MDC05	消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患 MDC06
6,552	4,965	4,799	11,387	11,543	23,585
筋骨格系疾患 MDC07	皮膚・皮下組織の疾患 MDC08	乳房の疾患 MDC09	内分泌・栄養・代謝に関する疾患 MDC10	腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患 MDC11	女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩 MDC12
5,330	1,875	1,244	3,450	7,938	8,594
血液・造血器・免疫臓器の疾患 MDC13	新生児疾患、先天性奇形 MDC14	小児疾患 MDC15	外傷・熱傷・中毒 MDC16	精神疾患 MDC17	その他 MDC18
2,282	3,051	1,492	6,997	171	2,152

出典：平成 27 年度第 7 回診療報酬調査専門組織・DPC 評価分科会資料から作成 ※網掛け：上位 5 項目

■図表 1-8 市内 DPC 制度参加病院における診断群分類（MDC）別シェア上位 5 病院の状況

■ = 川崎病院

	1位	2位	3位	4位	5位
神経系疾患	19%	13%	12%	12%	11%
眼科系疾患	32%	14%	12%	12%	7%
耳鼻咽喉科系疾患	17%	15%	14%	10%	9%
呼吸器系疾患	17%	16%	9%	9%	7%
循環器系疾患	22%	16%	12%	9%	9%
消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患	17%	12%	8%	8%	7%
筋骨格系疾患	19%	18%	10%	10%	8%
皮膚・皮下組織の疾患	21%	17%	15%	9%	8%
乳房の疾患	54%	8%	6%	6%	6%
内分泌・栄養・代謝に関する疾患	22%	20%	9%	9%	7%
腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患	15%	11%	10%	10%	9%
女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩	19%	16%	15%	12%	11%
血液・造血器・免疫臓器の疾患	23%	17%	17%	9%	6%
新生児疾患、先天性奇形	28%	16%	14%	13%	7%
小児疾患	17%	15%	9%	8%	7%
外傷・熱傷・中毒	27%	11%	10%	8%	8%
精神疾患	49%	7%	7%	6%	5%
その他	26%	15%	10%	10%	6%

出典：平成 27 年度第 7 回診療報酬調査専門組織・DPC 評価分科会資料から作成

■図表 1-9 市内 DPC 制度参加病院における 5 大がん別シェア上位 5 病院の状況

 = 川崎病院

	1位	2位	3位	4位	5位
乳房の悪性腫瘍	25%	20%	19%	8%	7%
胃の悪性腫瘍	26%	13%	9%	8%	7%
大腸・直腸肛門の悪性腫瘍	20%	9%	9%	9%	7%
肝・肝内胆管の悪性腫瘍	25%	20%	11%	8%	8%
肺の悪性腫瘍	26%	25%	8%	8%	7%

出典：平成 27 年度第 7 回診療報酬調査専門組織・DPC 評価分科会資料から作成

(3) 域内完結率の状況

域内完結率は、入院患者が居住する医療圏内の医療機関に入院している割合で、医療圏内における入院患者に対し、その需要にどの程度応えられているかの目安となる指標です。

当院が立地する川崎南部保健医療圏の域内完結率は、「一般病床（急性期病床）」が 86.47%、「救急医療」が 87.75%と高くなっていますが、1 割以上の方が域外に流出している状況です。また、5 大がん別で見ても域内完結率は比較的高くはなっていますが、「肝がん」と「乳がん」については、東京都に患者が流出しています〔図表 1-10 参照〕。

■図表 1-10 川崎南部保健医療圏における域内完結率（平成 25 年度）

		域内完結率	川崎北部	横浜北部	東京都	総数(件)
一般病床（急性期病床※）		86.47%	1.85%	5.57%	3.98%	35,510
5 大 が ん	肺がん	79.64%	1.74%	5.07%	11.19%	1,439
	胃がん	82.21%	2.92%	5.93%	8.94%	1,096
	大腸がん	77.50%	2.08%	8.23%	8.33%	960
	肝がん	66.72%	3.34%	6.53%	23.40%	658
	乳がん	71.43%	7.58%	4.37%	16.62%	343
救急医療		87.75%	1.40%	5.25%	3.84%	11,028

出典：第 3 回川崎地域地域医療構想調整会議「資料 5-2 川崎地域のデータ分析」（平成 28 年 1 月 20 日）から作成

※急性期病床：一般病床のうち、看護配置基準が 10 対 1、7 対 1 のもの。

2 地域における医療需要

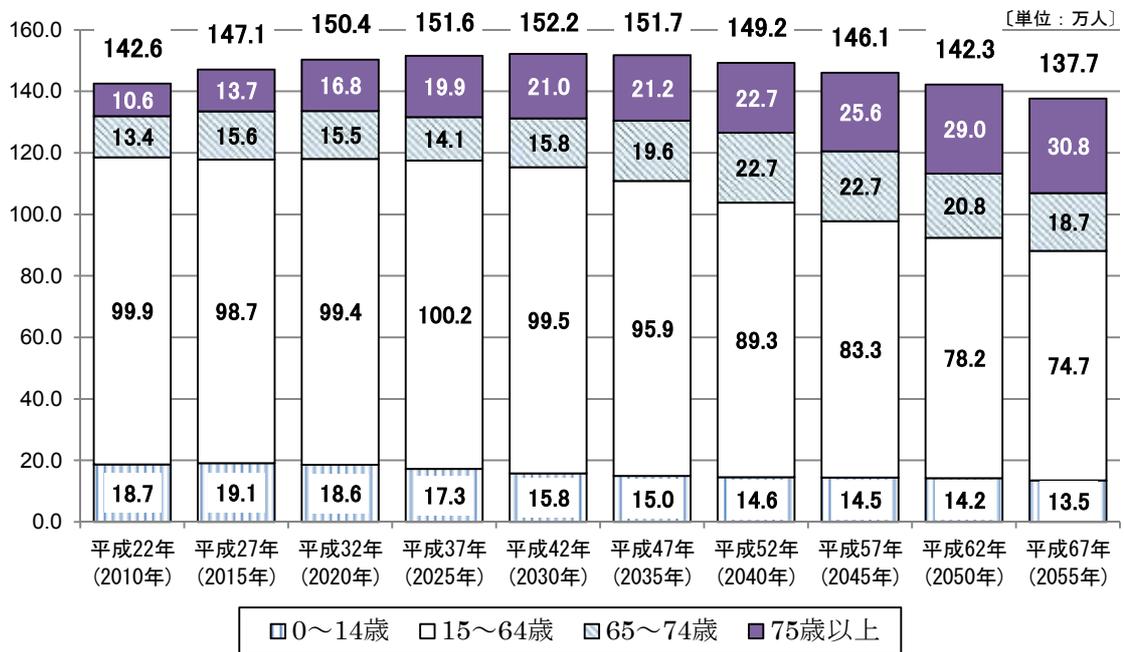
(1) 将来人口推計

本市の人口は、平成 28 年 10 月 1 日時点で 148.9 万人を超えましたが、本市の独自推計では、平成 42 年まで人口は増加し続け 152.2 万人まで到達することが予想されています。

年齢区分別に見ると、「0 歳～14 歳」は平成 27 年、「15 歳～64 歳」は平成 37 年、「65 歳～74 歳」は平成 57 年にそれぞれピークとなっています。また、後期高齢者となる「75 歳以上」の人口は、平成 27 年の 13.7 万人から、平成 67 年には 30.8 万人と倍増することが

予想されています〔図表 1-11 参照〕。

■図表 1-11 本市における年齢3区分別人口の将来推計



出典：川崎市総合企画局「新たな総合計画の策定に向けた将来人口推計について」（平成 26 年 8 月）

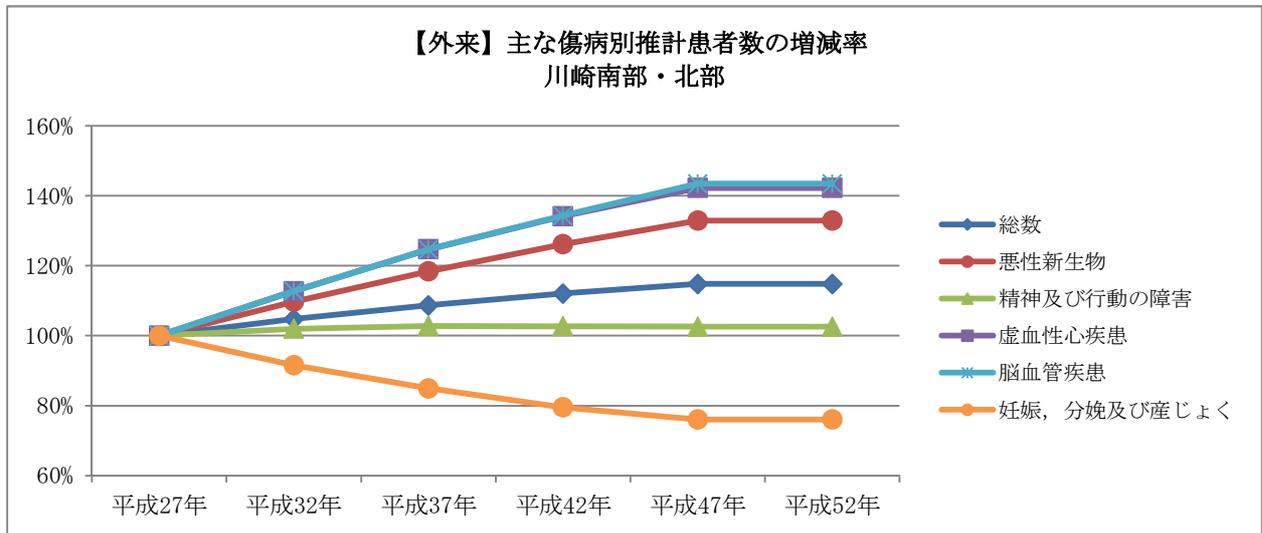
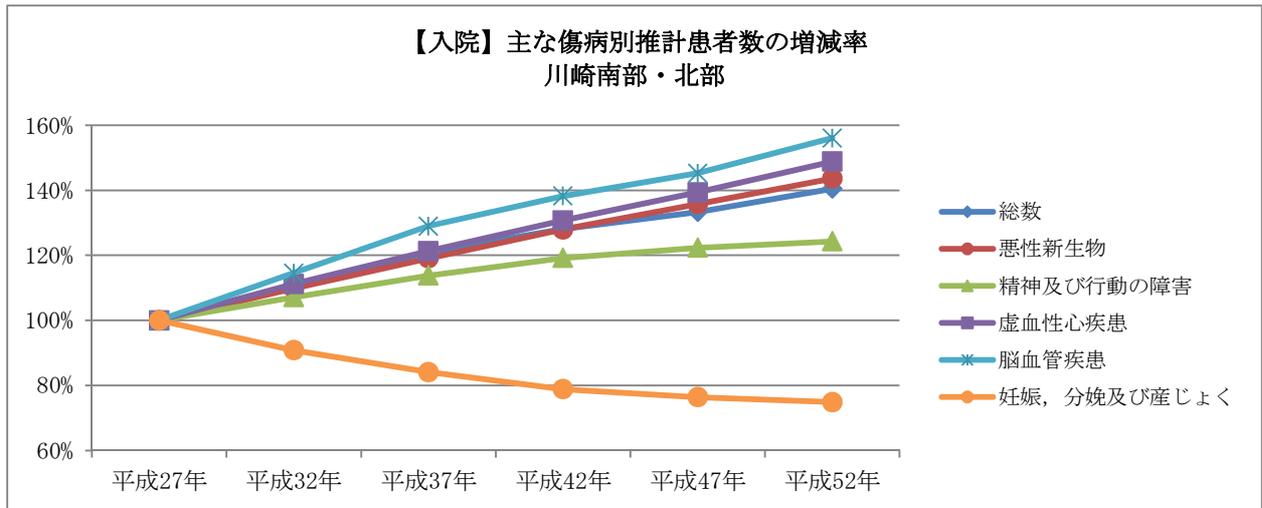
(2) 将来推計患者数

平成 47 年までの本市の将来推計患者数は、平成 27 年と比べると、高齢化の進展に伴い、入院総数が 33%程度、外来総数が 15%程度増加する見込みとなっています。

入院については、平成 47 年までに特に増加する疾患として「脳血管疾患」（45%増）、「虚血性心疾患」（39%増）、「悪性新生物」（36%増）が挙げられます。「妊娠、分娩及び産じょく」は減少する見込みですが、全国的には、高齢出産の増加等を背景としたハイリスク分娩が増加している状況であり、地域周産期母子医療センターである当院に求められる役割は、今後も引き続き大きいものと考えられます。〔図表 1-12 参照〕

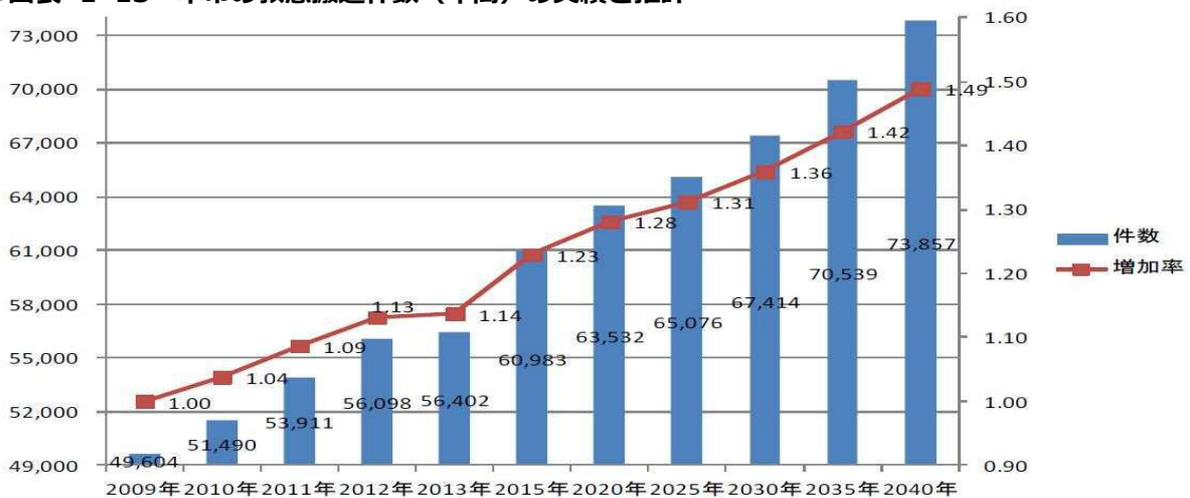
また、神奈川県医療構想によると、将来の救急搬送件数は増加を続け、平成 52 年には平成 27 年と比較して、1.2 倍以上になると予想されています。〔図表 1-13 参照〕

■図表 1-12 主な傷病別推計患者数の増減率【入院・外来】



出典：厚生労働省「平成26年患者調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（平成25年3月推計）から推計

■図表 1-13 本市の救急搬送件数（年間）の実績と推計



出典：神奈川県地域医療構想（平成28年10月）

第2章 川崎病院の現状

当院では、これまで他の市立病院と緊密に連携しながら、医療政策の変化や救急需要の増加など、環境の変化や要望に応じてその機能を強化し、公立病院として、あるいは市の基幹病院として地域医療を支えてきました。平成28年4月1日現在では常勤職員数881名を有し、1日平均1,448人の外来患者と527人の入院患者（いずれも平成27年度実績）を受け入れています。

しかしながら、既存施設内において様々な機能強化を図ってきたことから施設内が狭隘化し、効率的な運用が難しくなっているとともに、平成10年の建物竣工（B、C棟）から18年が経過し、施設・設備の劣化等による機能の低下の回避が必要となっています。

1 川崎病院の概況

当院は市の基幹病院として、地域の中核病院である他の市立病院（井田病院及び多摩病院）と緊密に連携を図り、公共の福祉の増進と経済性の発揮を基本としながら、高度・特殊・急性期医療や、救急医療等を継続的かつ安定的に提供できるよう取り組んできました。また、災害、研修教育等の対応を含めた医療行政施策を推進し、地域医療機関と連携することで、医療資源の有効活用と本市の医療水準の向上に寄与してきました。

現病院施設の運用開始以降は、救命救急センターの開設（平成18年4月）、地域周産期母子医療センターの設置（平成22年4月）のほか、平成28年3月には地域医療支援病院の承認を受け、より一層、地域医療の確保に取り組んでいます〔図表2-1～2-4参照〕。

■図表 2-1 市立3病院の機能



■図表 2-2 川崎病院の概要

許可病床数	713床（一般 663床、精神 38床、感染 12床）			
面積	敷地面積 19,702.97㎡、建築面積 6,173.29㎡、延床面積 49,925.49㎡			
駐車台数	179台			
規模・構造	A棟（外来棟）：地上4階、S造 B棟（病棟、ヘリポート）：地下1階、地上15階、塔屋2階、SRC+S造 C棟（中央診療棟）：地上5階、SRC造			
診療科目	内科、呼吸器内科、消化器内科、消化器外科、循環器内科、リウマチ科、精神科、神経内科、小児科、外科、脳神経外科、整形外科、形成外科、呼吸器外科、心臓血管外科、皮膚科、泌尿器科、産科、婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、放射線治療科、放射線診断科、病理診断科、歯科、歯科口腔外科、麻酔科、救急科 計29科			
常勤職員数	医師	127名	理学療法士	6名
	歯科医師	2名	作業療法士	4名
	薬剤師	22名	言語聴覚士	3名
	助産師	28名	視能訓練士	2名
	看護師	583名	臨床工学技士	6名
	歯科衛生士	2名	一般事務職	28名
	栄養士	8名	医療事務職	2名
	臨床検査技師	23名	社会福祉職	3名
	診療放射線技師	30名	電気職	2名
	合計			881名

（平成28年4月1日現在）

■図表 2-3 各階構成図



■図表 2-4 施設の沿革

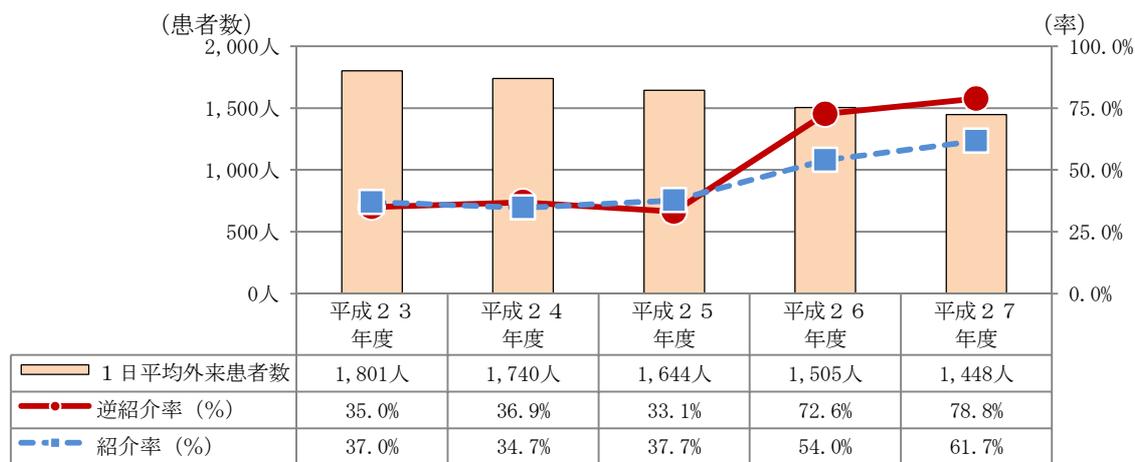
昭和 11 年 12 月	伝染病院として開院。名称は「川崎市立病院」。
昭和 12 年 3 月	「川崎市立新川病院」と改称
昭和 20 年 6 月	総合病院となり「川崎市立川崎病院」と改称
昭和 32 年 8 月	総合病院の名称使用許可
昭和 39 年 4 月	地方公営企業法の一部適用
昭和 40 年 8 月	救急病院指定
昭和 41 年 4 月	院内保育所開設
昭和 43 年 7 月	臨床研修病院指定
昭和 53 年 9 月	集中治療室（ICU）開設
昭和 56 年 6 月	病床数 733 床に変更
平成 7 年 7 月	新病院着工
平成 10 年 3 月	災害医療拠点病院指定
平成 10 年 10 月	病棟・中央診療棟竣工
平成 10 年 11 月	医療情報システム稼動
平成 11 年 1 月	新生児特定集中治療室（NICU）開設（平成 13 年 1 月一時休止）
平成 12 年 3 月	外来棟竣工
平成 13 年 4 月	新病院開院
平成 14 年 4 月	精神科救急 24 時間体制の開始 川崎市南部小児急病センター開設
平成 17 年 4 月	病院局の設置、地方公営企業法の全部適用
平成 18 年 4 月	救命救急センター開設
平成 20 年 6 月	市内救急医療派遣事業（Kawasaki ONE PIECE）開始
平成 21 年 1 月	新医療情報システム稼動
平成 21 年 4 月	新生児特定集中治療室（NICU）再開
平成 21 年 7 月	川崎DMAT設置病院として指定
平成 22 年 4 月	神奈川県周産期救急医療システム中核病院として指定 地域周産期母子医療センターとして認定
平成 22 年 12 月	卒後臨床研修評価機構認定
平成 23 年 3 月	神奈川DMAT指定病院として指定
平成 24 年 8 月	病床数を 713 床（一般 663、精神 38、感染 12）に変更
平成 24 年 11 月	7：1 看護配置基準への移行 ER 初療ベッドを 10 床に増設
平成 24 年 12 月	卒後臨床研修評価機構更新
平成 25 年 3 月	新生児回復治療室（GCU）を 12 床から 18 床に増床
平成 25 年 4 月	リウマチ膠原病・痛風センター設置
平成 28 年 3 月	地域医療支援病院名称承認

2 診療の状況

(1) 外来患者数の推移

平成23年度以降の5年間では、1日平均外来患者数は、平成23年度には1,801人だったところ、地域の診療所等との機能分化を進めてきた結果緩やかな減少傾向にあります。一方、紹介率・逆紹介率は向上しており、地域医療連携を強化した結果が表れています〔図表2-5参照〕。

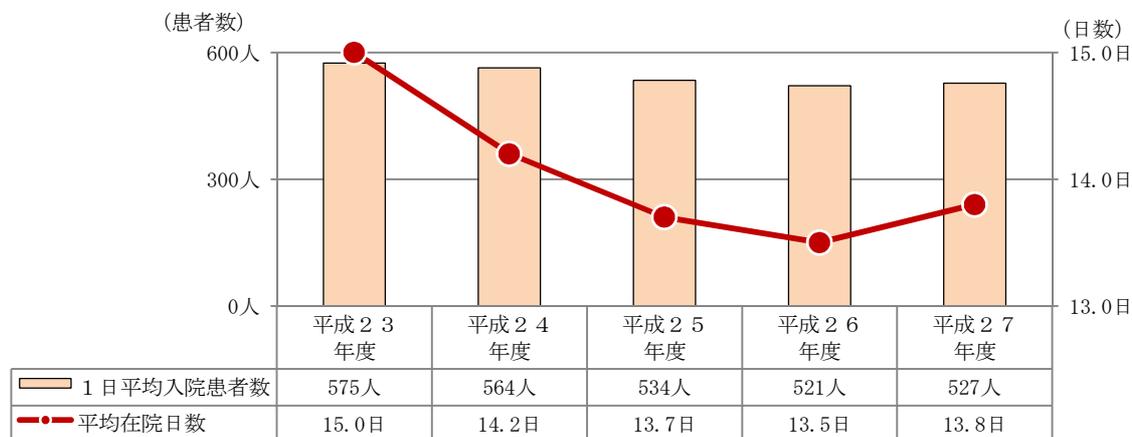
■図表 2-5 外来患者数と紹介・逆紹介率の推移グラフ



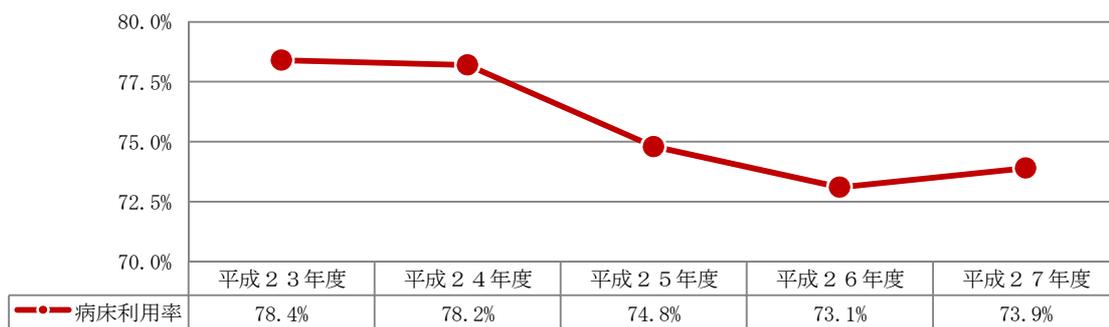
(2) 入院患者数の推移

平成23年度以降の5年間では、クリニカルパスの強化・充実、退院支援加算が取れる体制づくりなど、後方病診連携を進めることで平均在院日数が15.0日から13.8日へと短縮されました。その結果、1日平均入院患者数は、平成23年度の575人から527人まで減少し、病床利用率も低下しています〔図表2-6～2-7参照〕。

■図表 2-6 入院患者数と平均在院日数の推移



■図表 2-7 病床利用率推移



(3) 主な診療実績の推移

① 救急部門

救急患者については、総数は大幅に減少していますが、そのうち入院治療が必要な患者数は微減となっています。

救急車受入台数については、他の医療機関の受入が増加している影響などから、当院への受入要請自体が減少傾向にあります。当院は、本市の南部地域で唯一の重症三次救急に対応する救命救急センターを有し、現状の限られた受入れ体制の中で、「断らない救急」を掲げ一次から三次救急まで受け入れています。

このうち、三次救急及び二次救急に関する救急車受入台数は、この5年間はほぼ同水準で推移していますが、いずれも応需率は大幅に改善しています。特に高度な救命処置が必要な重症・重篤患者（三次救急）では、ほぼ断ることなく受入を行っています〔図表2-8参照〕。

■図表 2-8 救急患者数の推移

	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
救急患者 総数	32,824人	32,322人	30,392人	27,743人	27,059人
うち外来	29,096人	28,724人	26,903人	24,433人	23,686人
前年比	—	98.7%	93.7%	90.8%	96.9%
うち入院	3,728人	3,598人	3,489人	3,310人	3,373人
前年比	—	96.5%	97.0%	94.9%	101.9%
救急車受入台数 総数	7,786台	8,128台	7,928台	7,332台	7,075台
うち救命救急センター取扱分	6,862台	7,308台	7,082台	6,456台	6,066台
うち三次救急患者	1,419人	1,514人	1,444人	1,754人	1,533人
応需率	93.0%	97.5%	97.4%	97.4%	99.0%
うち二次救急患者	1,220人	1,293人	1,440人	1,217人	1,187人
応需率	79.3%	84.4%	83.7%	82.0%	89.6%

② その他診療実績の推移

入院患者数の減少などに伴い、「手術（中央手術室）」や「リハビリ」などは減少傾向となっていますが、地域医療連携の取組を推進した結果、「手術（外来手術室）」や「放射線（CT）」は増加傾向となっています〔図表2-9参照〕。

■図表 2-9 診療実績推移

		平成 23 年度	平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度
手術	中央手術室	4,612 件	4,844 件	4,755 件	4,558 件	4,436 件
	外来手術室	1,007 件	816 件	1,087 件	1,045 件	1,089 件
内視鏡	上部内視鏡	5,650 件	5,511 件	5,837 件	5,457 件	5,540 件
	下部内視鏡	2,274 件	2,234 件	2,256 件	2,072 件	2,119 件
放射線	C T	22,191 件	22,701 件	21,432 件	21,693 件	21,594 件
	MR	8,474 件	8,537 件	8,228 件	7,768 件	8,595 件
	治療	7,659 件	6,977 件	6,857 件	5,685 件	7,390 件
外来化学療法	治療患者数	2,616 人	2,985 人	3,018 人	2,854 人	2,371 人
周産期	分娩件数	1,104 件	1,152 件	1,102 件	1,065 件	1,030 件
	川崎市民割合	71.2%	74.9%	76.8%	76.1%	78.0%
	帝王切開割合	23.5%	20.8%	25.8%	27.2%	27.6%
リハビリ	理学療法	32,779 件	28,835 件	26,510 件	25,420 件	24,484 件
	作業療法	16,914 件	14,207 件	15,855 件	15,608 件	11,993 件
	言語聴覚療法	6,623 件	3,856 件	2,912 件	2,192 件	4,051 件
がん登録	総件数 (年)	—	1,303 件	1,380 件	1,205 件	1,306 件

3 経営の状況

平成 26 年度は、会計基準の改正による退職給付引当金の一括計上等により、一時的な損失を計上することとなりましたが、それ以外の年度は、純利益は 8～12 億円で推移しています。

医業収益は、平成 24 年度の 172 億円をピークに減少傾向でしたが、平成 27 年時点で 167.6 億円と微増となりました。費用面では、平成 26 年度の退職給付引当金計上等により一時的に費用全体の額は増加していますが、それ以外の年度では、ほぼ横ばいとなっています。〔図表 2-10 参照〕。

■図表 2-10 決算概況

収益的収支		(単位：百万円)				
区分		平成 23 年度	平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度
収益	(ア)	19,950	20,809	20,291	20,036	20,102
	医業収益 (イ)	16,453	17,242	16,707	16,620	16,758
	入院収益 (再掲)	11,013	11,613	11,225	11,106	11,292
	外来収益 (再掲)	4,275	4,370	4,359	4,196	4,175
	医業外収益 (ウ)	3,491	3,564	3,582	3,373	2,816
	他会計繰入金 (再掲)	4,037	4,173	4,077	3,178	3,129
	特別利益	7	3	1	43	529
費用	(エ)	18,655	19,795	19,432	23,364	19,247
	医業費用 (オ)	17,565	18,783	18,364	18,365	18,165
	医業外費用 (カ)	820	815	779	947	928
	特別損失	271	197	289	4,051	153
経常損益	(イ+ウ)-(オ+カ)	1,559	1,208	1,147	680	480
純損益	(ア-エ)	1,295	1,014	858	▲3,328	856

※端数処理 (四捨五入) の関係で、表の合計が一致しない場合があります。

4 施設の状況

当院では、現在の施設整備以降、医療政策の変化や救急需要の増加など、環境の変化等に応じて機能を強化するための整備や増員を行ってきたことや、建物竣工から18年を経過していることから、施設面等での狭隘化と老朽化が課題となっています。

(1) 施設の狭隘化

現病院施設の運用開始以降、既存施設内において、救命救急センター（平成18年4月）や地域周産期母子医療センター（平成22年4月）の整備をはじめとする医療機能の強化・拡充に加え、こうした医療機能への対応や質の向上を図るための医療従事者の確保・増員を進めてきた結果、施設が狭隘化となっており、効率的な医療提供や安全性の向上の面で、十分な対応ができておらず、加えて、現在不足する医療機能を拡充するスペースの確保が困難となっています。

また、整備時と比べて、1病床当たりの必要面積の基準が拡充されたり、感染症病棟の個室化の運用が通知されるなど、法的には問題はないものの、現行制度に合致していないものも発生しています。

病院施設の面積を評価するひとつの指標として、1病床当たりの面積がありますが、当院では1床あたり約70㎡のところ、平成17年度に竣工した多摩病院は約78㎡、平成26年度に竣工した井田病院は約86㎡であり、狭隘であることが分かります。

病院利用者の視点からも、施設の狭隘化は問題となっており、平成28年度に実施した患者満足度調査に寄せられた設備に関する意見の多くは、「待合席が狭い、少ない」「会計待合の椅子を増やしてほしい」「売店が狭い」など、施設の狭隘に関するものでした。また、医療の高度化・専門化に伴う、処置室・診察室の不足による、外来待ち時間の問題についても、患者満足度を下げている要因となっており、病院利用者に快適な受診環境を提供するためにも、施設の狭隘化の対策が必要となっています。

こうしたことの解消、あるいは今後増大する医療需要に対応するためには、求められる医療機能に見合った、効率的で効果的なスペースの確保が最大の課題となっています。

(2) 施設の老朽化

当院の現在の建物は、建築後18年が経過し、老朽化も進んでいます。

病院機能に著しい影響を及ぼす恐れのある設備については、機能停止前に計画的に更新を進める必要があります。

また、躯体そのものに影響の出る恐れのある大規模修繕等についても、耐用年数、劣化状況等を考慮しながら計画的に進める必要があります。

なお、設備については、建物と比較して耐用年数が短く、一般的に15年を超えると改修・更新の時期とされますが、24時間365日稼働している病院の設備については、更に劣化の進行が早くなります。また、オフィスビルと比較して建築コストに占める設備の割合が高い病院は、設備の更新等に多額の費用を要するという特徴があります。

第3章 医療機能再編整備の方向性

当院が、市の基幹病院としてこれまで担ってきた高度・急性期医療や政策的医療等について、今後増加する医療需要を見据えながら引き続き的確に対応するとともに、医療機能の分化・連携強化、あるいは地域包括ケアシステムの構築などによる「病院完結型」から「地域完結型」への医療提供体制の見直し等に対応するため、ハード（施設・設備、医療器械など）、ソフト（提供する医療機能、医療従事者など）両面での、医療機能の再編整備を進めます。

I 医療機能再編整備の基本的な考え方

次に掲げる4つの柱に基づき、医療機能再編整備について検討します。

（1）人口増と高齢化に伴う医療需要の変化への的確な対応

市の基幹病院として、人口の増加に伴う医療需要の伸びや、高齢化に伴い増加が見込まれている疾患等の医療需要に対して的確に対応できるよう医療機能の強化・拡充を進めるとともに、誰もが安心して住み慣れた地域で暮らすことができるよう、地域包括ケアシステムの推進に向けた取組を進めます。

（例 救急機能、がん診療機能、認知症医療、リハビリテーション機能、地域医療連携の強化・拡充 など）

（2）政策的医療の推進

その性質や地域の医療提供体制の状況などから、行政の積極的な関与が期待され、行政が主体となって担うべき医療で、社会環境の変化により強化・拡充が求められる分野については、医療提供体制や医療機能の強化・拡充を進めます。

（例 感染症医療、精神科救急の強化・拡充 など）

（3）先進的医療、高度・特殊医療の推進

高度・急性期医療を担う市の基幹病院として、地域医療水準の向上を図るため、先進的医療機能の導入を推進するとともに、医療ニーズに応じた高度・特殊医療の強化・拡充を進めます。

（例 手術、検査機能、小児・周産期医療、殿町地区・大学病院との連携の強化・拡充 など）

（4）変化する市民ニーズへの対応

プライバシーへの配慮、より良い快適性・利便性を求める風潮の高まりなど、変化する市民ニーズに対応するための療養環境の改善を進めます。

（例 外来・入院機能、診療サポート機能の強化・拡充 など）

II 強化・拡充等を検討する具体的な機能等

Iに掲げた4つの柱に基づき、次の9項目について強化・拡充等の方策を検討し、平成29年度に策定する「川崎市立川崎病院医療機能再編整備基本計画」において、その内容を具現化していきます。

1 救急機能

(1) 救急機能

地域における救急医療の需要は、高齢化の進展に伴い、今後増加すると見込まれていることから、救命救急センターを有する市の基幹病院として、三次救急患者をはじめとし、一次救急から三次救急まで「断らない救急」の機能を一層強化することを検討します。

救急搬送患者の効率的な受入についての体制とともに、処置ベッドの拡充など、必要なスペース・機器等の、施設面での整備についても検討します。

また、高齢化の進展に伴い、顕著な増加が見込まれている脳疾患・心疾患に対する救急医療についても、その対策について検討します。また、消防局との連携によって、医師が救急車に同乗すること等により、院外で救命活動を行うプレホスピタル救急体制の構築に向けても、検討します。

(2) 災害時救急機能

通常時より多くの患者を効率よく診療することが求められる災害時において、災害拠点病院として、医療従事者が十分に力を発揮し、救急医療を提供できる体制・設備についても、検討します。

2 がん診療機能

今後、増加が見込まれているがん患者が、病状に応じた適切な医療が受けられるよう、がん診療機能の強化・拡充を進めます。

高度・先進的な機器・設備の計画的な導入及び更新により、検査・治療機能の向上を図るとともに、緩和ケアチームによるがん疼痛緩和の実施や、がん相談などの患者支援機能についても、強化・拡充を検討します。

(1) 内視鏡センター

近年、内視鏡による治療・処置の範囲が拡大しており、内視鏡医療に対する評価が高まっている中、現在の内視鏡室は、狭隘のためストレッチャー等での患者の受け入れに時間を要しており、また、十分な検査台、待合室、回復室、前処置室等の確保ができていないため、効率性や患者等に配慮した環境整備の観点から、早急に必要な整備が求められています。

今後、がんの早期発見・早期治療の観点から、内視鏡医療に対するニーズが増加していくことが考えられることから、診療科間の一層の連携等による実施体制強化を進めるとともに、必要な設備、機器、人員体制について検討します。併せて、夜間・休日における緊急内視鏡

第3章 医療機能再編整備の方向性

検査実施を進めるための体制整備についても検討します。

(2) がんに対する薬物療法体制

近年、新たな抗がん剤の開発が急速に進んでおり、がん患者の増加と同時に、新たな化学療法の適応拡大が見込まれることから、今後、増大が見込まれる、外来化学療法の提供体制の強化・拡充について検討します。

患者に対して快適な治療環境を提供する観点から、患者プライバシーの確保等、療養環境の改善について配慮するとともに、急変時にも対応できるよう、目の届きやすい治療ベッド配置や、関連部門との連携体制などについて、検討します。

3 小児・周産期医療機能

本市の傷病別将来推計では、妊娠・分娩及び産じょくの患者数〔図表 1-12 参照〕は減少傾向にあります。全国的には高齢出産の増加からハイリスク妊娠、ハイリスク出産が増加していることなどから、地域周産期母子医療センターとして、緊急搬送患者の受入体制と機能の強化・拡充について検討します。

(1) 婦人科・産科部門

近年増加している、母体搬送を含めたハイリスク症例の受入れを強化するため、外来・分娩室など、部門内諸室のスペースの拡充等について検討し、効率性や安全性の向上を図ります。また、その際には、妊産婦のプライバシーの確保等も含め、家族が付き添って安心してお産ができる環境の整備に努めます。

また、婦人科内視鏡手術の適応拡大と手技向上が図れるよう、ハード・ソフト両面で検討します。

(2) 新生児部門

ハイリスク出産に対応するため、現在6床を有するNICU（新生児特定集中治療室）について、地域医療ニーズ及び現状の実効面積等を踏まえ、適正な病床数に増床することや必要な機能エリアの確保等を検討します。併せて、後方病床となるGCU（新生児回復治療室）の適正数等について検討するとともに、必要な体制の確保等が可能な場合には、MFICU（母体胎児集中治療室）の整備についても検討します。

また、NICUをフォローアップする外来診察室の充実についても検討します。

(3) 小児科部門

本市南部の夜間・休日における小児一次医療を担う川崎市南部小児急病センターとして、また、市の基幹病院として、より重症な小児患者も含めた受入の強化に向けて検討します。

感染症患者が多い等、小児医療の特性に鑑み、重症度・年齢層・感染症毎の診療が可能な

第3章 医療機能再編整備の方向性

少人数病室への転換を含めた病棟整備・運用構築等を図ることにより、院内感染対策を強化する等、幅広い医療ニーズへの対応を強化します。

病棟・病室については、関連部門・病棟との距離・配置に留意するとともに、陰圧管理病室の整備等を通じて、重症患児の受入れ拡大を図ります。

4 その他政策的医療等と地域連携

(1) 感染症医療機能

当院は市内唯一の第2種感染症指定医療機関であることに加え、今後、本市川崎区と東京都大田区（羽田空港）を結ぶ羽田連絡道路の完成（平成32年度予定）に伴い、新興感染症も含めた感染症患者に関する応需要請の増加が見込まれていることから、第1種感染症指定医療機関の指定も視野に入れ一層の強化を進めます。

病棟については、既存の多床室の個室化や、それに併せた病床の整備を進めるなど、患者受入体制の強化に向けた施設・設備整備を検討します。また、外来についても、感染症患者に対応した診察室の整備について検討します。

(2) 精神科救急等

市内には精神病床のみを有する病院は比較的多くありますが、精神病床を有する総合病院は当院も含め2施設のみであるため、精神疾患を有する身体合併症患者の治療をはじめ、高度・特殊な治療や処置などの地域医療ニーズに対応できるよう、ハード・ソフト両面での体制の整備を進めます。

また、本市では、4区市（神奈川県、川崎市、横浜市、相模原市）の協調により措置入院（三次救急）や医療保護入院（二次救急）の応需体制を整備していますが、市内で対応できる病院が少ないことなどから、市外の医療機関で受け入れることが多くなっており、精神科救急の基幹病院として受入体制の強化に向け、必要な病床や診察室等の整備、体制の確保について検討します。

(3) 認知症医療

高齢化の進展に伴い、認知症疾患に対する診療機能の強化は急務となっていることから、専門医や専門看護師の確保・育成を進め、院内の支援体制の確保を検討します。

また、地域における認知症医療の中核機関としては、都道府県又は指定都市が指定する「認知症疾患医療センター」がありますが、市内では既に2施設が指定を受け充足している状況であるため、今後の医療需給を注視しながら、新たな指定が必要となった場合に対応できるよう、体制の確保を検討します。

(4) リハビリテーション機能

今後高齢化に伴って増加するリハビリテーション需要に対応するため、患者の早期退院及

第3章 医療機能再編整備の方向性

び在宅復帰に向けたソフト・ハード両面にわたる実施体制の充実を進め、発症早期からのリハビリテーション施行や、入院に伴う運動機能低下等の予防への積極的な介入を強化します。

特に、リハビリテーション実施スペースについては、効率性と安全性の向上を目指し、既存リハビリ室の拡充と、病棟内での実施場所の確保と、最新リハビリ機器への更新による診療機能の強化・拡充について検討します。

(5) 地域連携機能

地域医療支援病院として、地域において求められる基幹病院の役割（高度・専門医療）を踏まえ、紹介予約・検査予約などの地域医療連携機能をより充実させ、紹介患者がストレスなく、効率的な診察・検査等が受けられる体制や仕組みを検討します。また、かかりつけ医の情報提供や検索の手伝いを支援する紹介予約センターの体制や機能の拡充等について検討します。

また、本市の地域包括ケアシステムの中で、行政をはじめとして、地域医療機関や、訪問看護ステーション、介護施設等の、地域の医療・福祉・介護との連携をより一層進めることで、退院患者が住み慣れた地域で安心して暮らすことができるよう、連携強化のための仕組み作り、体制強化について検討します。

(6) キングスカイフロント・大学病院との連携

本市では、産業・技術などの集積と京浜臨海部の強みを活かしたライフイノベーションの推進に向け、キングスカイフロント（川崎区殿町地区）を中心に、生命科学・健康医療分野における世界最高水準の研究開発から新産業を創出する国際戦略拠点の形成が図られるとともに、再生医療や、ナノテクノロジーを用いた医療技術、医療機器などの具体的な研究開発が進められています。

こうした研究開発をより一層推進していくため、当院も本市の行政機関の一つとして、臨床研究支援体制等の強化について検討を進めるなど、こうした研究開発との連携・協力が可能となるよう取組を進めます。併せて、関連大学病院との連携による臨床研究の推進についても、検討します。

5 手術機能

地域における高度急性期・急性期医療を担う基幹病院として、増大する救急やがん患者等への対応を強化し質の高い医療を提供するため、手術機能の一層の強化について検討します。

(1) 低侵襲手術等

高齢患者が増加することから、手術に伴う患者の身体への負担を軽減できる「内視鏡やカテーテルなどを用いた低侵襲手術」などへの対応強化に向け、必要な設備の整備や人材の確保・育成を進めるとともに、より迅速で、正確かつ安全なカテーテル手術を行うことを目的

第3章 医療機能再編整備の方向性

とした、いわゆる「ハイブリッド手術室」をはじめとした、より高度な手術に対応するための先進的な設備の導入について検討します。

また、増加する日帰り手術については、地域医療ニーズを踏まえて適切な対応ができるよう体制の確保・整備を進めます。

(2) 施設・体制面の整備

今後のニーズ等を踏まえた適正な手術室の室数・スペースについて検討を進めるとともに、術後管理に使用する集中治療室（ICU）等についても、必要数やプライバシーに配慮した個室化等を検討します。

また、救命救急センターにおける緊急手術に対応した必要な設備や医療機器の整備、診療体制の拡充等について検討します。

手術機能の強化等に伴い増加する医療機器を適切に管理するため、メンテナンスに必要なスペースや人員の確保を進めます。

6 検査機能等

地域医療連携の推進などに伴い各種検査の需要が増えており、また、近年の検査等機器の進歩は目覚ましいことから、検査機能の充実と質の向上を図るため、必要な検査スペースの確保や新たな検査機器の整備などハード面での強化・拡充について検討します。

(1) 放射線診断・治療機能

がん診療の質の向上のため、大型検査機器・治療機器等の計画的な更新を進めます。

がんの早期診断に威力を発揮するPET-CTについては、市内では北部地域に1台のみが整備されているだけであり、南部地域でのニーズが高く既存施設内での整備が可能であることから、早期の導入に向けて検討します。

また、がん患者の増加に伴い放射線治療のニーズも増えてくると考えられますが、新たな放射線治療機器の整備に当たっては設置スペースの確保や遮蔽・防護のための壁厚確保などの課題があることから、引き続き設置の可否も含めて検討します。

(2) 検査機能

増加する医療ニーズに対し、検査の迅速性・効率性や安全性を一層高める必要があることから、検査科内の諸室について、適正な運用・保管スペースや必要な設備の整備に向けて検討します。特に生理検査室や採血室については、車椅子利用やプライバシーへの配慮も含めた環境整備を進めます。

7 外来・入院機能

より効率的な診療の提供と、将来にわたる地域の医療ニーズ及び当院に求められる診療機能分

担・役割に応じた、外来機能、入院機能の一層の充実を図ります。

(1) 施設面の対応

診察室・処置室については、紹介患者の増加に伴い患者一人当たり診察時間や処置等が増加していることから、適正な広さや部屋数の確保、更にはプライバシーへの配慮も含めた見直しを進めます。また、患者待合、患者の飲食・休憩スペース等について、患者サービスの視点から適正な在り方について検討するとともに、効率的な患者動線の確保や案内・受付窓口数の適正化など、外来混雑の緩和に向けた施設面での改善を進めます。

(2) 運用面での対応

各診療科の区割り等を見直し外来診察室の効率的な運用を図るとともに、紹介予約・検査予約などの地域医療連携機能をより充実させ、紹介患者がストレスなく、効率的な診察・検査等が受けられる体制や仕組みを検討します。

(3) 未稼働病床の活用

入院患者の減少等に伴い、効率的な運用のため、一部利用されていない病床があることから、それらの病床についても、今後増大する医療ニーズに対応するために、この医療機能再編整備の中で、活用に向けて検討します。

8 診療サポート機能

良質な医療を効果的・効率的に提供するため、相談部門、管理部門などの診療サポート機能を強化します。

患者にやさしい病院づくりの一環として、各種相談部門の一元化やプライバシーに配慮した相談室の設置、わかりやすい診療・施設案内に取り組むほか、診療に関するデータ管理や統計処理機能の強化、保存文書等の外部保管化等による院内スペースの適正化などを進めます。

このほか、病院来訪者が利用する駐車場や駐輪場については、設備や機器等の老朽化、不法駐輪対策、駐輪スペースの拡大といった視点から見直しを進め利用者の利便性向上を図るとともに、効果的な管理運営方法についても検討します。

9 医療体制の強化・拡充に伴う人員体制・職場環境整備等

医療機能再編整備に伴い必要となる人員体制や組織等について検討し、職員定数の見直しに向けた所要の整備を行います。併せて、将来にわたって安定して人材の確保ができるよう、院内保育所や会議室の充実、執務スペース、休憩・当直宿泊スペースの確保等、職員が働きやすい職場環境の整備を推進し、同時に各種学会の指定を受ける教育病院として、職員の教育・研修環境の充実についても検討します。

III 再編整備後にあるべき病院像

医療機能再編整備の具現化に当たっては、単に医療機能の強化・拡充といった内容に留まらず、次に掲げる6つのあるべき病院像を踏まえながら、病院事業の本来目的である「公共の福祉の増進」に資するよう、検討を進めることとします。

- (1) 患者、家族にとって「最も幸せな」医療を提供できる病院
 - ・ 単なる医学的判断だけでなく、全人的医療を提供する観点から、患者及び家族にとって「最も幸せな医療」を提供します。
 - ・ 「最も幸せな医療」を提供するため、地域の医療機関との連携をより一層進めます。
 - ・ 医療技術・救急患者受入能力を向上させ、市の基幹病院として、種々の種類・重症度の傷病に対応できる機能、特に高度・専門医療を中心とした機能を一層強化します。
- (2) 患者に優しい病院
 - ・ 院内表示の分かりやすさ、院内のバリアフリー、患者に優しいアメニティづくり等に配慮し、患者に優しい病院を目指します。
 - ・ がん相談支援センター（がん相談専門員）や、がんサロンの設置、相談窓口の一本化などを通じて、患者が相談・利用しやすい体制を強化します。
 - ・ 病院ホームページのリニューアルと内容の充実などを通じて、病院の医療機能をはじめとした患者が必要とする情報を積極的に発信します。
 - ・ 低侵襲治療を推進し、できるだけ患者に負担をかけない治療を一層強化します。
- (3) 全職員が協力し、切磋琢磨し、働く喜びを共有できる病院
 - ・ 複数の医療専門職が連携するチーム医療などを通じて、全職種が一体となって、患者の生活の質（QOL）の維持・向上に努めます。
 - ・ 診療を通じた、患者の喜びこそが全職員の喜びとなることを全職員で意識共有し、日々の業務における充実感の達成に結びつく職場を目指します。
 - ・ 病院運営にすべての職員が参画でき、また、委員会活動等を通じ、職員の病院診療・地域医療等に対する思いをくみ取る仕組みづくりを推進します。
- (4) 市民の健康と福祉を守る人材を育成できる病院
 - ・ 人材育成計画に基づき、医療に関わる高度な知識と経営感覚を兼ね備えた職員の育成を進めます。また、臨床研修指定病院として医師をはじめ、看護職員など、将来本市の医療を担う医療従事者の指導・育成を行います。
 - ・ 学会等への参加や論文作成等の「学ぶ姿勢」や、医療技術の向上実績を評価する仕組みづくりを通じて、学ぶことのインセンティブ向上を図ります。
- (5) 医療・医学の発展に寄与し、人類、社会に広く貢献できる病院
 - ・ 市の基幹病院として、地域医療・医学の発展に対する責任を有しています。臨床研究や治験について一層の取組を進めるとともに、大学や研究機関などとの連携を推進強化し

ます。

(6) 災害に強い病院

- ・ 災害拠点病院として、地震や水害、火災、大規模事故などを予め想定し、運用面、施設面で備えることにより、災害発生時に地域の医療機関を支援し、地域の医療救護活動において中心的な役割を果たす機能を強化します。

第4章 医療機能再編整備に伴う施設整備の考え方

医療機能再編整備に当たっては、経営面にも配慮し、既存建物の有効活用を前提とした増築・改修を検討します。また、「市立川崎病院におけるスマート化の基本方針」（以下、「スマート化の基本方針」という。）に掲げる、エネルギー使用の合理化などその他の取組についても、医療機能再編整備と整合を図りながら推進していきます。

I 施設整備の必要性と基本的な方針

1 施設整備の必要性

当院は、既存建物の完成後に救命救急センターや地域周産期母子医療センターなどの整備と、それに伴う医療従事者の大幅増員など医療機能を拡充してきたことから、既存建物内でこれ以上の拡充を行うことは難しい状況となっています。今後高齢化の進展とともに増大する医療需要に的確に対応していくためには、増築等によりスペースを確保していく必要があります。

2 基本的な方針

良質な医療を継続的かつ安定的に提供していくため、「川崎市立病院中期経営計画 2016－2020」に基づき、経営の効率化を積極的に進めていますが、増大する社会保障費を抑制するため、今後診療報酬改定等による厳しい経営環境も想定されることから、引き続き経営基盤の強化に取り組んでいく必要があります。

そのため、更なる機能拡充に当たっては、既存建物を最大限有効活用することを前提とした増築・改修を検討し、経営状況を踏まえて実施していく必要があります。

また、平成 26 年度に策定したスマート化の基本方針では、防災機能の強化、エネルギー使用の合理化、予防型の中長期保全などの取組を進めることとしており、それらの取組とも整合を図りながら、経費の縮減や財源確保にも努めます。

3 建物、設備の概況等

(1) 敷地条件と増築可能面積

用途地域等	： 近隣商業地域（建蔽率 80% 容積率 300%）		
敷地面積	： 19,702.97 m ²		
現 状	： 建築面積	6,173.29 m ²	延床面積 49,925.49 m ²
増築可能面積	： 建築面積	9,589.08 m ²	延床面積 9,183.42 m ²

(2) 増築・改修に係る制約

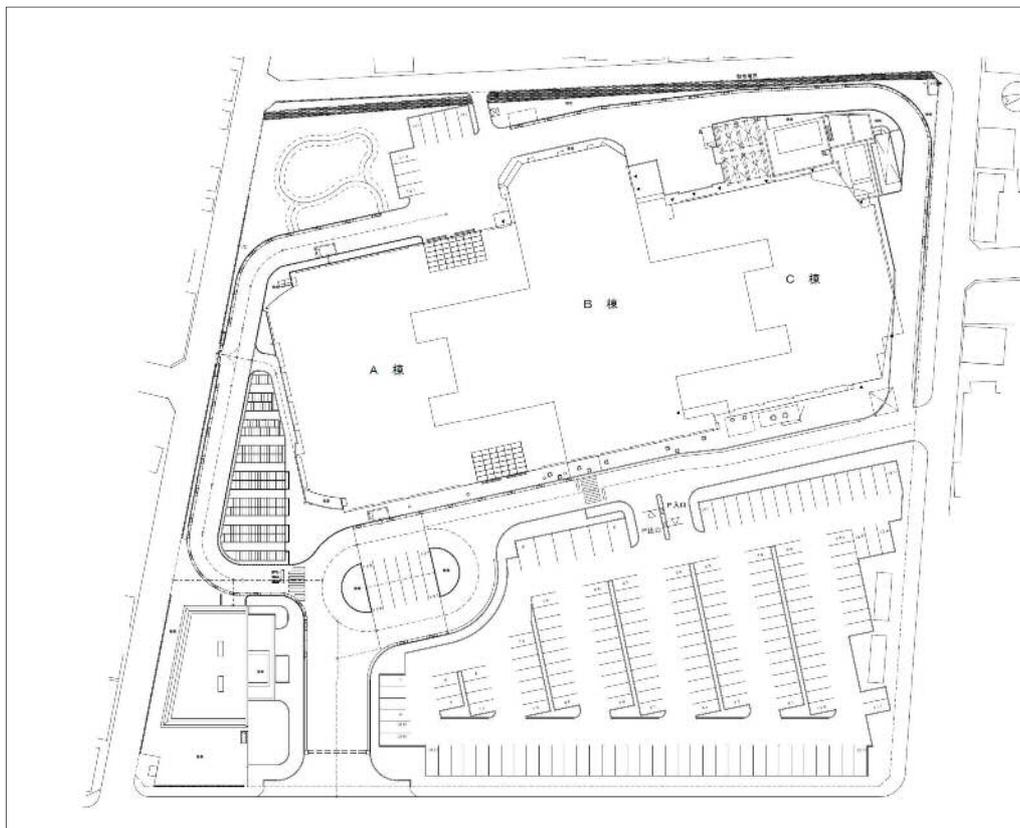
① 増築に係る建築基準法等からの制約

- ・ 増築可能な建築面積は、最大建築面積から現状建築面積を引いた約 9,600 m²です。ただし、病院敷地には、駐車・駐輪スペースの確保や増築・改修工事の作業スペース確保も考慮し、立体駐車場の整備も検討する必要があります。
- ・ 増築可能な延床面積は、最大延床面積から現状延床面積を引いた約 9,200 m²です。ただし、増築に伴い電力会社からの受電が増加し、特別高圧受電となる場合には、受電設備設置のための大きなスペースと多額の費用が必要になります。

② 既存棟の改修に係る建築基準法からの制約

- ・ B棟は、特殊な構造のために建築基準法の一般的な基準ではなく、国土交通大臣の認定により建築許可を受けている建物です。床面積が増加する改修などを行う場合は、再度の大臣認定を受ける必要があり、構造計算等に多額の費用と再認定許可まで数年の期間を見込む必要があります。〔図表 4-1 又は P11 図表 2-3 参照〕
- ・ 増築棟の整備内容や既存棟の改修内容に応じて、既存施設の現行法規への適合性の調査と対策の検討が必要となります。エレベーターについては現行基準に合わせた検討を行います。

■図表 4-1 川崎病院の敷地平面図



II 医療機能再編整備とスマート化

スマート化の基本方針では、医療機能再編整備の検討とともに、防災機能の強化やエネルギー使用の合理化、施設・設備の経年劣化による病院機能低下の回避等に向けた取組を推進することとしていますが、それぞれの取組は相互に影響を与える関係にあり、また、二重投資を回避するためにも、整合を図りながら推進していく必要があります。

1 防災機能の強化

災害拠点病院として、災害派遣医療チーム（DMAT）等を保有し、重症・重篤な傷病者の受入れなど、災害時の医療救護活動において中心的な役割を担う病院として位置づけられており、災害発生時の孤立化（物資供給や電力の途絶など）に備え、必要な食料、飲料水、医薬品等の備蓄や、エネルギーセキュリティの向上に取り組む必要があります。

(1) 想定される災害

① 地震

- ・ 我が国は世界的にも地震大国であり、30年以内に大規模地震が発生する確率は極めて高いものとなっています。
- ・ 平成25年3月に市が作成した「川崎市津波ハザードマップ」では、本市に最大の津波被害をもたらす慶長型地震において、当院周辺で0.15m～0.5mの浸水が想定されていましたが、その後の県の調査により慶長型地震による浸水の被害は及ばないことが判明しています。

② 水害

- ・ 平成28年5月に国土交通省が公表した新たな基準による「多摩川洪水浸水想定区域図」では、当院周辺で0.5～3mの浸水が想定されています。
- ・ 平成21年4月に国土交通省が公表した「東京湾の大規模高潮浸水被害想定」のシナリオE・F（室戸台風級・温暖化による水位上昇を考慮）では、当院周辺で0.5m未満の浸水が想定されています。

(2) 検討すべき対策

① 地震

- ・ 新耐震基準（昭和56年の建築基準法の改定耐震基準）以降に設計された建物で、耐震性能は確保されています。また、これまでも敷地内給水管の耐震化等にも取り組んでいます。
- ・ 津波よりも被害想定がより深刻な多摩川洪水浸水想定への対応を優先して検討します。

② 水害

- ・ 浸水による医療機能停止を回避するため、建物内への浸水を防ぐ防潮板・貯留方法・排水設備の整備等について検討します。
- ・ これまでも地下にあった非常用発電機用給油ポンプの地上移設など、非常時の電力確保策を推進してきましたが、地下に集中的に設置されているその他のエネルギー関連設備の更新に当たっても、より安全な場所への移設などを検討します。

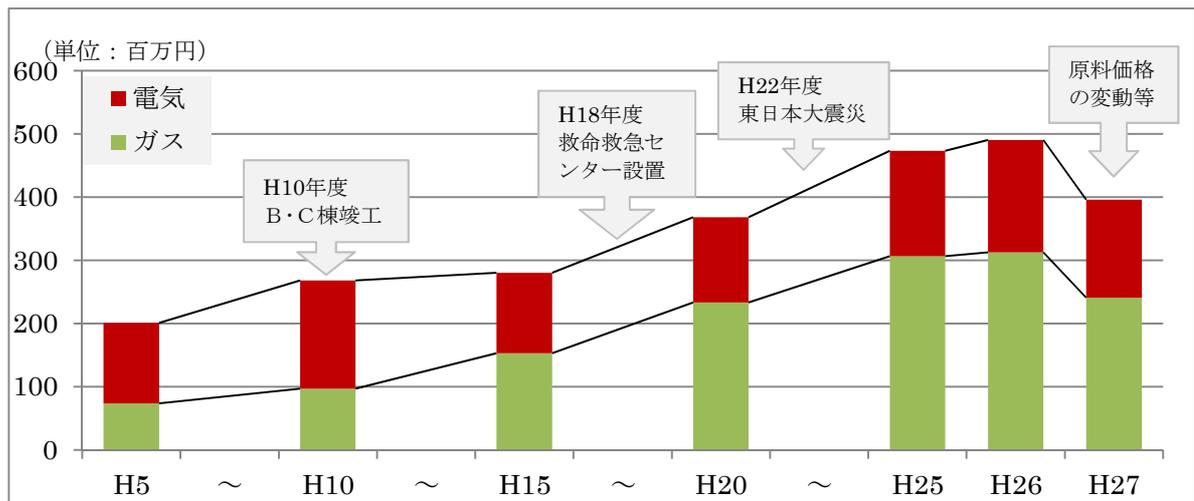
2 エネルギー使用の合理化

(1) 現状

当院は、高度急性期の医療を担う市の基幹病院として、24時間365日稼働しているエネルギー需要の高い施設です。〔図表4-2参照〕

建築後18年が経過し、老朽化も進んでいることから、配管等も含めたエネルギー設備も更新のタイミングにきています。

■図表 4-2 光熱費の推移



(2) 検討すべき設備対応等

- ・ これまでも空調2次ポンプのインバーター化など、地球温暖化対策と経営コストの削減に取り組んできましたが、医療機能強化に伴う増築・改修に当たっては、エネルギー関連設備の更なる高効率化を検討します。
- ・ 医療機器の高度化等に伴う電力需要にも的確に応えられるよう、将来想定される電力量を供給できる電気設備の整備などについても検討します。

3 中長期保全等に係るコストの圧縮

(1) 現状

B棟・C棟の竣工から18年が経過し、建物、設備の経年劣化も進行しています。安全・安心で質の高い医療を継続的に提供していくため、予防保全型の計画的な修繕・更新により病院機能の低下を回避する必要があります。

(2) 病院特有の課題

一般的に病院は、建築コストに占める設備の割合が高く、さらに24時間365日稼働しているため、設備の劣化の進行が早くなり、それだけ修繕・更新にかかるコストも大きくなります。

また、病院は一般の建築物のように機能を止めて設備の修繕・更新を行うことができず、仮設備の設置が必要になることが多くなります。また施工上も、患者への安全措置や時間的な制約が大きくなるなど、工事費用も高くなりやすいという課題があります。

(3) 予防的な修繕・更新の考え方と財源確保

① 医療機能再編整備等との整合

- ・ 予防的な修繕・更新工事に当たっては、医療機能再編整備に伴う既存棟の改修工事と整合を図り、二重投資を回避しながら計画的に実施します。
- ・ 機能移転等の機会を捉えた修繕工事等により、機能低下を回避しつつ、仮設費の圧縮にも努めます。
- ・ エネルギー関連設備の更新に当たっては、医療機能再編整備とも整合を図り、電力需要や熱需要等を検討するほか、高効率設備の導入と最適な運用管理によるエネルギー使用の合理化と経営コストの縮減に努めます。また、災害拠点病院としての防災機能強化のため、地上階への設置なども含め、浸水対策についても併せて検討します。

② 財源確保の検討

- ・ 大規模な修繕・更新工事に当たっては、医療機能強化や防災機能強化等と併せて実施することにより、起債の活用を検討します。
- ・ エネルギー関連設備の更新に当たっては、効率化により削減されるエネルギーコスト等を財源とした、民間資金の活用についても検討します。

③ 医療機器の更新等についての考え方

- ・ 老朽化した高額医療機器の更新等に当たっても、設備の更新と同様に計画的に進めていく必要がありますが、医療の高度化や将来的な地域の医療需要に対応するため、医療機能再編整備の方向性や採算性を踏まえた機器の置き換えについても検討します。

用語集

【あ行】

ER

Emergency Room の略。救急救命室のこと。

陰圧管理病室

空気感染する可能性のある細菌等が、外部に流出しないように、室内の気圧を低く管理することができる病室のこと。結核等の治療室として使用される。

一次（初期）救急

軽症患者（帰宅可能な程度の病状の患者）に対する救急医療のこと。

医療保護入院

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律で定められた入院形態の一つ。精神保健指定医が入院を必要と判断している場合、本人の同意がなくても、保護者の同意によって入院させることができる制度のこと。

【か行】

回復期

患者の容態が危機状態（急性期）から脱し、身体機能の回復を図る時期のこと。その医療を提供する病床を回復期病床という。

化学療法

がん治療において化学療法は、抗がん剤などの薬を用いて行う治療法のこと。注射や内服により、がん細胞の増加抑制や破壊を目的とする。

カテーテル

検査や治療を行うため、血管や尿管などに挿入する医療用の中空の管のこと。薬の点滴や体液の排出の他、先端に医療器械を付け、治療にも使われる。

神奈川県がん診療連携指定病院

診療体系や診療従事者、医療施設、研修体制、情報提供体制などの基準が、がん診療連携拠点病院と同レベルの病院について、神奈川県知事が独自に指定する病院。

がん診療連携拠点病院

がんに関する診療の体制や設備、情報提供、他の医療機関との連携などについて、国が定めた基準を満たし、都道府県の推薦をもとに厚生労働大臣が承認した病院。都道府県に1か所の都道府県がん診療連携拠点病院と概ね二次保健医療圏に1か所の地域がん診療連携拠点病院がある。

がんサロン

がん患者やそのご家族などが集まり、交流や情報交換をする場のこと。地域がん診療連携拠点病院である井田病院には設置済み。

がん相談支援センター

がんに関する情報提供、相談に乗る窓口。全国のがん診療連携拠点病院を中心に設置されている。

がん登録

「地域がん登録」とは、地域の居住者に発生したすべてのがんを把握することにより、がんの罹患率と地域レベルでの生存率等を計測する仕組みで、主に都道府県単位で行われている。「全国がん登録」とは、日本でがんと診断されたすべての人のデータを、国で1つにまとめて集計・分析・管理する新しい仕組みで、2016年1月から始まった。

緩和ケア

悪性腫瘍（がん）の患者等に対して苦痛や症状を和らげるとともに、患者及びその家族の心のケアを行うこと。「がん対策推進基本計画」（2012年6月厚生労働省）では、「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」を、重点的に取り組むべき課題の1つとして取り上げている。

緩和ケアチーム

緩和ケアを提供するために、身体症状の緩和を担当する医師、心のつらさを和らげる医師、看護を担当する看護師（認定看護師）、薬剤師、栄養士、臨床心理士、ソーシャルワーカーなどが、

主治医、病棟看護師と協力してがん患者さんとその家族を支援する専門のチームのこと。

逆紹介・逆紹介率

患者の「逆紹介」とは、専門的な治療を終え症状が安定した患者を、日常生活圏域で医療管理を行うため、地域の病院や診療所等に紹介すること。逆紹介率とは、初診患者（救急患者等を除く）の中で逆紹介患者がどの程度いるかを表す割合。逆紹介率は、次の計算式により算出する。

$$(\%) = \frac{\text{逆紹介患者数}}{\text{初診患者数（救急患者等を除く）}} \times 100$$

救命救急センター

人口 100 万人あたり 1 か所程度整備することとされており、都道府県知事が指定する。24 時間体制で、脳卒中、心筋梗塞及び頭部損傷など生命にかかわる重篤な救急搬送患者を受け入れ、高度な救命医療を行う。

急性期

手術後の患者のように、状態が不安定であって、症状の観察などの医学的な管理や、傷の処置などの治療を日常的に必要としている状況のこと。こうした状況の患者に対して高度で専門的な治療を行う病院を急性期病院という。療養期（慢性期）はこうした治療が終わり、病状が安定している状態を表す。

空調 2 次ポンプのインバーター化

空調ポンプのうち、冷凍機やボイラーなどの熱源機器側のものを 1 次ポンプ、空調機などの熱交換器側のものを 2 次ポンプという。また、ポンプなどの回転数を制御し、消費電力を削減する装置をインバーターといい、これを既存の設備に新たに設置することをインバーター化という。

クリニカルパス

入院中に行う標準的な治療や検査、ケアなどをタイムスケジュールで表した疾患別の診療計画書のこと。患者にとっては入院生活の内容がわかり不安軽減となり、均質の医療が提供される。医療スタッフにとっては、治療スケジュールが共有化されるため、チーム医療の推進に繋がる。クリティカルパスともいう。

経常損益

医業活動から生じる収益である医業収益と企業債利息に対する繰入金など医業以外の収益である医業外収益から、医業活動に伴う費用である医業費用と企業債利息など医業外の費用である医業外費用を除いた収支。次の計算式により算出する。

$$\text{経常損益} = (\text{医業収益} + \text{医業外収益}) - (\text{医業費用} + \text{医業外費用})$$

Kawasaki ONE PIECE [かわさきワンピース]

「市内救急医療派遣事業」により、市域内で発生した災害や事故現場に急行し、迅速で適切な救命措置等を行う医師及び看護師で編成された医療チームの通称。名称は、Operator、Nurse、EMS、Precisely、Integrated、Emergency、Care、Experts の頭文字から取っている。

高度急性期

急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する期間のことであり、その医療を提供する病床を高度急性期病床という。

【さ行】

災害拠点病院

災害対策基本法に基づいて都道府県知事が指定する病院で、県内や近県で災害が発生し、通常の医療体制では被災者に対する適切な医療を提供することが困難な場合に、都道府県知事の要請により、傷病者の受入れや災害派遣医療チーム（DMAT = Disaster Medical Assistance Team）の派遣を行う病院。

再生医療

病気やけがで損なわれた臓器や組織の働きを、体外で培養した細胞や組織を使い、再生させる医療。

三次救急

重症患者（集中治療室に入院する程度の病状の患者）に対する救急医療のこと。なお、精神科救急医療における「三次救急」とは、自傷他害のおそれがあるため警察に保護され、通報によって診察が必要と判断されたもの。

紹介・紹介率

患者の「紹介」とは、地域の病院・診療所が精密検査や高度・専門的な治療が必要な患者を、その機能を有する病院に紹介すること。紹介率とは、初診患者（救急患者等を除く）の中で紹介患者がどの程度いるかを表す割合。紹介率は、次の計算式により算出する。

$$(\%) = \frac{\text{紹介患者数}}{\text{初診患者数（救急患者等を除く）}} \times 100$$

周産期母子医療センター

「総合周産期母子医療センター」とは、母体・胎児集中治療管理室を含む産科病棟及び新生児集中治療管理室（NICU）を備えた医療機関であり、常時、母体・新生児搬送受入体制を有し、母体の救命救急への対応、リスクの高い妊娠に対する医療及び高度な新生児医療等の周産期医療を行うことができる医療機関のこと。「地域周産期母子医療センター」とは、産科・小児科（新生児）を備え、周産期に係る比較的高度な医療行為を常時担う医療機関のこと。

新生児集中治療管理室（NICU）

Neonatal Intensive Care Unit の略。未熟児等の重篤な状態の新生児に対して、集中治療を行うための治療室のこと。

新生児治療回復室（GCU）

Growing Care Unit の略。NICU と比較して、ある程度状態が安定した未熟児等の新生児について経過を観察するための治療室のこと。

措置入院

精神障害が原因で本人や他人を傷つける恐れがある場合、本人の同意がなくても精神科病院に入院させることができる仕組み。

【た行】

第一種感染症指定医療機関

一類感染症、二類感染症、新型インフルエンザ等感染症の患者の入院を担当させる医療機関と

して都道府県知事が指定した病院。

第二種感染症指定医療機関

二類感染症、新型インフルエンザ等感染症の患者の入院を担当させる医療機関として都道府県知事が指定した病院。

地域医療支援病院

地域の病院や診療所などの支援を担うことを目的として、都道府県知事が承認する病院。病床数が 200 床以上の病院であること、紹介率、逆紹介率が一定の基準以上であること、他の医療機関に対して医療機器や病床を提供し共同利用することなどが承認の要件となっている。

地域医療連携

地域における病院、診療所、あるいは医師、看護師等の医療資源を有効活用するため、軽症患者の診療、安定した慢性疾患患者の経過観察及び日常的な健康管理は診療所で行い、精密検査や入院治療、あるいは高度・専門的治療は病院で行うことにより機能分担を図ること。

D P C [ディーピーシー]

Diagnosis Procedure Combination : 急性期医療に係る、入院 1 日あたりの定額支払い制度の評価の基本となる診断群分類のこと。D P C 制度参加病院は、急性期入院医療を提供している病院であることとされている。

D M A T [ディーマット]

Disaster Medical Assistance Team の略で、災害派遣医療チームともいう。医師、看護師及び業務調整員で構成され、大規模災害や事故などの現場で活動できるよう、専門的な訓練を受けた医療チームのこと。川崎 D M A T は市域における大規模災害等の際に活動する。

【な行】

ナノテクノロジー

物質をナノメートル(nm、1nm = 10 億分の 1m)の単位で制御し、機能をもつ材料等の創出、応用などを行うこと。

二次救急

中等症患者（一般病棟に入院する程度の病状の患者）に対する救急医療のこと。なお、精神科救急医療における「二次救急」とは、精神症状の著しい悪化により入院治療が適当と判断されたもの（自傷他害のおそれのないもの）。

認知症疾患医療センター

都道府県及び政令指定都市が設置し、認知症に関する専門医療相談をお受けると同時に、地域の医療機関との連携によって、地域の認知症医療に対応する病院。

認定看護師

必要な教育課程を修了し、特定の看護分野において、熟練した看護技術と知識を用いて看護ケアを実践できる看護師として、公益社団法人日本看護協会が認めた者。

【は行】

ハイブリッド手術室

手術台と放射線撮影装置を組み合わせた治療室のことで、手術室において透視下でのカテーテルによる血管内治療など、最新の医療技術への対応が可能となる。

病床利用率

病院のベッドの利用状況の割合。次の計算式により算出する。100%に近いほど空いているベッドが少ない状態で利用されていることとなります。

$$(\%) = \frac{\text{入院延べ患者数}}{\text{病床数} \times 365 \text{日}} \times 100$$

プレホスピタル救急

病院前救急のこと。重篤な傷病者に対して、病院へ搬送する前に、救命救急士や、医師等により、現場で救命活動を行うこと。

平均在院日数

患者が入院している期間の平均日数のこと。適切な医療を患者の病態に合わせて効率的に提供しているかを表す尺度となる。

P E T - C T

P E T検査とは「Positron Emission Tomography 陽電子放射断層撮影」の略で、放射性薬剤を体内に注入し、がん細胞の目印とするP E T検査とC T画像を組み合わせることにより、従来よりも小さながんの位置を正確に調べることができる装置のこと。

訪問看護ステーション

看護師、准看護師、保健師、助産師、理学療法士、作業療法士、言語療法士等が自宅療養をしている利用者を訪問し、医療保険・介護保険のさまざまな在宅ケアサービスを提供する事業所。

保健医療圏

病床の整備等を図るために医療法に基づいて都道府県が定める地域区分で、神奈川県は保健医療計画によって一次から三次まで設定されている。「一次保健医療圏」は日常的な医療が提供される区域、「二次保健医療圏」は比較的専門性がある入院を含む医療を提供するために市区町村域を超えて設定する区域、「三次保健医療圏」は高度・特殊医療等を確保することを目的に県全域を範囲として設定されている。

母体胎児集中治療室 (M F I C U)

(Maternal-Fetal Intensive Care Unit) の略。前置胎盤や重い妊娠高血圧症候群など、リスクの高い母体・胎児に対応するための設備のこと。

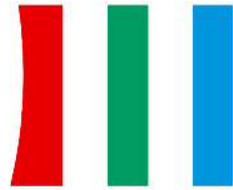
【ら行】

ライフイノベーション

生命に係るこれまでにない革新的な技術等の創造のこと。厚生労働省では、日本発の革新的な医薬品・医療機器等の創出により、健康長寿社会を実現するとともに、国際競争力強化による経済成長に貢献することを目指すライフイノベーションを推進している。

臨床研修指定病院

医療法に基づき、医師免許を取得した医師が卒後2年間研修を行う場として、厚生労働大臣が適当と認め指定する病院。



Colors, Future!

いろいろって、未来。

川崎市