

5 (仮称)岡山総合医療センターの施設整備にあたっての設定条件の検討

(1) 施設機能

(仮称)岡山総合医療センターの機能を発揮するために現段階で必要とされる施設機能として、以下の点が挙げられる。

救急医療機能

- ・ER部門に必要な面積を確保し、診察室、処置室、経過観察床、陰圧床などを整備する。
- ・放射線部門等救急医療に必要な部門をER部門に隣接させる。
- ・重症患者等への迅速な対応ができるように、ER部門と手術・集中治療部門とのアクセスに配慮する。

教育・人材育成機能

- ・研修医、看護師等医療関係者の研修・実習等に対応するため、研修室、会議室等を整備する。

災害医療機能

- ・災害時の患者収容スペースを確保するとともに、応急用医療資機材等の備蓄倉庫を整備する。
- ・施設を免震構造とし、ライフラインを二重化する。

健康危機管理機能等

- ・第二種感染症指定医療機関として、陰圧の病室や診察室等を整備する。
- ・結核病床として、陰圧の病室等を整備する。
- ・新型インフルエンザ等の大規模発生時に柔軟に対応できる施設機能等について検討する。

保健・医療・福祉連携機能

- ・(仮称)保健・医療・福祉連携ネットワークセンターとして、医療から介護等へのサービス移行支援機能及び健康支援機能を置く。

集中治療部門

- ・ICU(集中治療室)、HCU(高度治療室)、SCU(脳卒中集中治療室)を整備する。

病棟部門

- ・患者ニーズに対応するため、個室の割合を3割にするとともに、多床室は4床室を基本とする。

(2) 施設規模

延床面積

近年に新築した同規模公立病院の平均値を参考に1床当たり79㎡とし、施設に備える追加機能として岡山ER及び保健・医療・福祉連携機能に必要な面積を加えて、病院本体の延床面積を32,700㎡と想定する。

$$(79.0\text{m}^2 \times 400\text{床} + 1,100\text{m}^2 = 32,700\text{m}^2)$$

建築面積

病院本体は、6,500㎡程度(駐車場面積は除く)と想定する。

駐車場

駐車場の整備台数は、公共交通機関の状況によって異なると考えられるが、市内他病院の状況を勘案し、200台～400台程度と想定される。整備にあたっては、敷地状況、整備費用等を考慮して決定する必要がある。

(3) 立地条件

立地条件について、以下の点を考慮して検討する必要がある。

敷地条件

- ・施設機能・規模の条件を満たす敷地を確保できること
- ・候補地周辺に新たな用地確保の必要性がなく、早期に整備できることが望ましい。
- ・将来の増築や建て替えが可能な面積を敷地内に確保できることが望ましい。

救急医療機能の十分な発揮

- ・救急搬送の観点から、幹線道路に近接し、市内各地からのアクセス及び各病院とのアクセスが容易なこと
- ・岡山大学病院とのアクセスが容易なこと

災害医療機能の十分な発揮

- ・災害時の傷病者搬送や物資輸送等のため、市内各地からのアクセスが容易であり、緊急輸送道路に近接していること
- ・自然災害の被災危険性が低いこと

利用者の利便性(交通アクセス)

- ・バスや電車等の公共交通機関の利便性が高いこと
- ・自動車によるアクセスが容易なこと

立地環境

- ・一定の人口集積がある市街地であり、都市機能の集積を図る拠点を形成すべき立地であること

整備期間等

- ・工期の面において、早期整備が可能であること
- ・その他整備に伴う問題点がないか検討する。

(4) ケーススタディ

岡山ERは、地域での医療連携を重視し、各医療機関の役割分担と連携により、地域医療ネットワーク全体で救急医療を支える体制づくりに貢献することを目指している。特に、多発外傷、ハイリスクの周産期救急、重症の小児救急、心臓外科など一部の高度専門治療を要する場合は、岡山大学病院をはじめ他の医療機関との密接な連携が不可欠となる。

このため、岡山大学病院をはじめ他の医療機関との連携可能性、すなわちアクセスの容易さが立地における重要な条件となる。

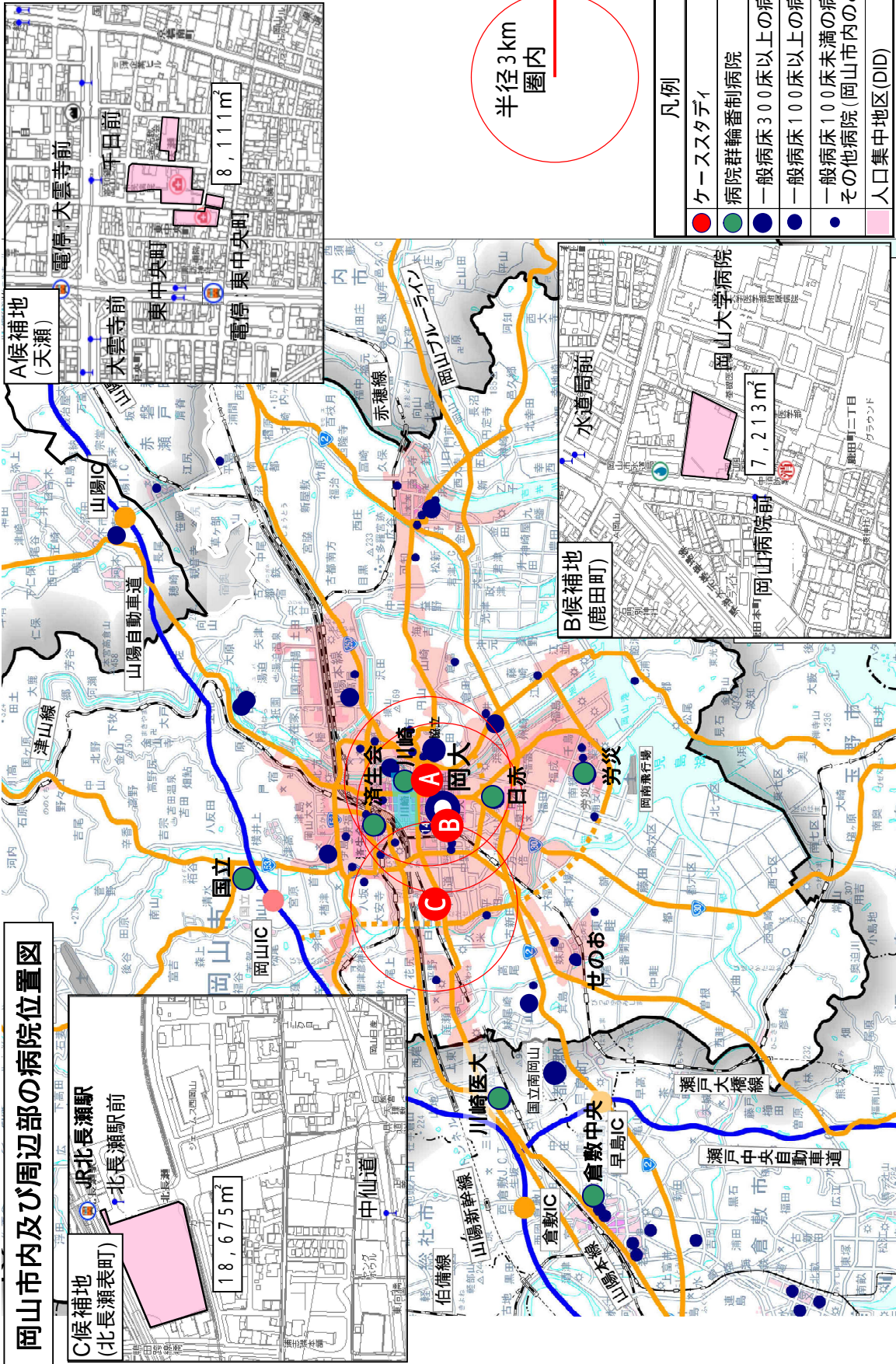
以上の前提のもとに、立地のケーススタディとして、現在の市民病院の敷地に加え、他の医療機関との連携可能性、市内各地からのアクセス、利活用における周辺条件等に問題がないこと、また市有地の有効利用等の観点から候補地を抽出し、比較検討した。

【ケーススタディの比較表】

条件等		A候補地(天瀬)	B候補地(鹿田町)	C候補地(北長瀬表町)
土地の概要	敷地面積	8,111㎡	7,213㎡	18,675㎡
	現況用途地域 建ぺい率/容積率	病院用地 商業地域(病院可) 80% / 400%	駐車場用地 商業地域(病院可) 80% / 400%	更地 準工業地域(病院可) 60% / 200%
敷地条件	施設に必要な面積が確保できるか 想定延床面積 32,700㎡(病院本体) 想定建築面積 6,500㎡(病院本体)	最大延床面積 約32,400㎡	最大延床面積 約28,800㎡	最大延床面積 約37,300㎡
		最大建築面積 約6,400㎡	最大建築面積 約5,700㎡	最大建築面積 約11,200㎡
	候補地周辺の用地確保の必要性及び早期整備可能性	・周辺用地確保(4,000㎡程度)の必要があり、一定の時間を要す ・埋蔵文化財調査が必要	・周辺用地確保(5,000㎡程度)の必要があり、一定の時間を要す ・埋蔵文化財調査が必要	・周辺用地確保が不要であり、早期整備が可能 ・埋蔵文化財調査は不要
機能の発揮 救急医療	市内各地からのアクセス及び各病院とのアクセスは容易か	中心市街地区域内に位置 幹線道路に近接	中心市街地区域内に位置 幹線道路に近接	市域のやや西側に位置 広域幹線道路等に近接
	岡山大学病院とのアクセスが容易か	岡山大学病院:約0.8km	岡山大学病院:約0.2km	岡山大学病院:約3.2km
機能の発揮 災害医療	市内各地からのアクセスが容易か及び緊急輸送道路に近接しているか等	中心市街地区域内に位置 幹線道路に近接 緊急輸送道路に近接	中心市街地区域内に位置 幹線道路に近接 緊急輸送道路に近接 広域避難場所に隣接	市域のやや西側に位置 広域幹線道路等に近接 緊急輸送道路に近接 広域避難場所に隣接
	自然災害の被災危険性(洪水・津波) 1	洪水:浸水深~1.0m 津波:浸水なし	洪水:浸水深~0.5m 津波:浸水なし	洪水:浸水深~0.5m 津波:浸水深~0.5m
利用者の利便性 (交通アクセス)	JR最寄り駅からの距離	岡山駅 約1.5km	岡山駅 約1.5km	北長瀬駅に隣接
	バス停・電停	バス停:大雲寺前、 東中央町など 電 停:大雲寺前、 東中央町	バス停:水道局前、 岡山病院前	バス停:北長瀬駅前、 中仙道
	道路事情	・国道2号線(6車線)に近接	・県道173号大元停車場線(6車線)に近接	・県道162号岡山倉敷線(4車線)に近接 ・中環状道路(6車線)と岡山西バイパス(外環状道路:6車線)の間に位置
立地環境	一定の人口集積があり、拠点を形成すべき立地か	・人口集中地区に立地 ・中心市街地区域内	・人口集中地区に立地 ・中心市街地区域内	・人口集中地区に立地 ・今後、都市機能の集積を図る新拠点地区
整備期間等	工期(設計~竣工)等	・工期は15年程度 ・工期中、療養環境が悪化 ・建築費が3割程度増加し、複雑で使いにくい建物となる	× 工期は5年程度	工期は5年程度
総合評価		救急及び災害医療機能の発揮や利用者の利便性等において評価できるが、周辺用地確保と工期の長期化により早期整備が困難であり、また建築費が増加する。	救急及び災害医療機能の発揮や利用者の利便性等において評価できるが、周辺用地確保等が必要となり、早期整備が困難である。	救急及び災害医療機能の発揮、利用者の利便性等において評価できる。また、必要面積が確保され、敷地の制約条件が少ないため、早期整備が可能である。

1 洪水:100~150年に1回程度起こる大雨を想定、津波:東南海・南海地震(M8.6)の同時発生を想定

岡山市内及び周辺部の病院位置図



検討結果

救急医療機能及び災害医療機能の発揮や利用者の利便性等においては、3候補地とも一定の評価を得られた。一方、C候補地(北長瀬表町)は、敷地条件の制約が少なく早期整備が可能であることから、早期整備が困難なA候補地(天瀬)及びB候補地(鹿田町)に比して優位性が認められた。したがって、センターの立地場所としては、C候補地(北長瀬表町)が最も望ましいものと考えられる。

現市民病院の取り扱い等について

(仮称)岡山総合医療センターは、現市民病院が有する人的資源、許可病床等を活用して整備するため、センターの開院と同時に病院機能としての現市民病院はその役割を終えることとなる。

また、現在の市民病院の敷地以外に整備する場合は、特に開院以来、利用してくださった地域住民への医療サービスについて、一定の外来診療機能の整備などを検討する必要がある。

(5) 整備手法

想定される整備手法として、従来方式のほかにPFI方式などが考えられる。

一般的にPFI方式は、民間事業者の資金、経営能力及び技術的能力を活用し、長期にわたる包括契約により、業務の効率化やサービスの向上が期待できるものとされている。本事業にPFI方式を導入する場合、導入可能性調査等の手続きにかかる期間が必要となり、また、医療制度等の環境変化などの変動要因に対するリスク分担等の想定も必要となる。さらに、病院PFIの先行事例は少なく、実績評価が難しい状況であることから、PFI方式の導入は慎重な検討が必要と考えられる。

整備手法については、発注方式のほか整備費上限枠の設定など様々な方法が考えられ、今後、検討を進めるものとする。なお、建物の建築単価については、地方交付税基準の30万円/m²を上限とするものとする。

(6) 整備スケジュール

基本計画から開院までには、5年程度を要するものと考えられる。

用地整備等に係る期間は含まない。

【想定される整備スケジュール】

	1年目	2年目	3年目	4年目	5年目	6年目
基本計画・ 基本設計	→					
実施設計		→				
建築工事・竣工			→			
開院準備・開院					→	

6 公的に必要とされる医療の提供と適正な市民負担のあり方

(1) 基本的考え方と具体的方策

(仮称)岡山総合医療センターは、本基本構想に示す公的に必要とされる医療を提供することにより、市民の健康と生命を守り、安全と安心を支える役割を担っていかなければならない。

一方、現在の市民病院の経営状況は6年連続で黒字を維持しているものの、収益構造や人件費比率などに課題を抱えている。さらに、急激な医療環境の変化やセンターの整備費負担など将来にわたる経営リスクに対応していかなければならない。

したがって、センターが公的に必要とされる医療を安定的に提供するためには、これらの課題や経営リスクにも対応し得る事業の組み立てを行うことにより、持続可能な経営基盤を確立していく必要がある。

そのうえで、市民負担(一般会計負担)については、より透明性の高い負担内容に見直す一方で、真に公的負担が求められる分野については市民の理解が得られるような負担となるように設定していく必要がある。

このように、適正な市民負担により、公的に必要とされる医療を安定的に提供するためには、持続的な経営基盤の確立と新たな一般会計負担の枠組みづくりが求められる。そのための具体的方策について、次のとおり示すものとする。

【具体的方策】

1 新たな一般会計負担の枠組みづくり

運営部分の負担分野と算出方法の見直し

救急、感染症など公的に必要とされる医療に負担分野を限定し、適正な負担額の算出方法を考案する。

建設部分に対する繰入率の見直し

建設費に対する一般会計からの繰入率について、開業後5年間は50%とし、以降は地方交付税算入額程度の水準を目指す。

退職金の一般会計負担の廃止

現在、退職金の一部を一般会計が負担しているが、事務職員等に係る部分を除き全額を病院事業の負担とする。

2 持続可能な経営基盤の確立

抜本的経営改革

収益性の向上、社会一般の情勢を反映した給与体系への見直し、職員配置の見直しなど抜本的な経営改革を行う。そして、人件費対医業収益比率51%台を目指す。

経営形態

開業時の経営形態については、より効率的・効果的で持続可能な経営基盤を確立する必要があることから、地方独立行政法人(非公務員型)も含め検討を進める。

初期投資額の抑制

建物の建築単価について、地方交付税基準の30万円/m²を上限とする。

医療器械・システム・備品等の投資を40億円以内とする。

(2) 財政シミュレーション

主な設定条件

財政シミュレーションでは、敷地の制約条件が少ないケースで整備すると仮定し、次の条件で持続的経営が可能か検証する。

項目	条件	
規模・事業費	400床(一般387床、感染症6床、結核7床) 延床面積 32,700㎡ (400床×79.0㎡(同規模公立病院平均)+ER等1,100㎡) 事業費 約146億円 (本体工事費98億円、付帯工事費5億円、医療器械・システム・備品等40億円、設計監理費3億円) 建物の建築単価は、地方交付税基準の30万円/㎡とする	
収 支 関 係	積算基礎	H20年度決算値
	収 益	7:1看護体制等により入院収益約5.0億円(9.7%)増 救急患者増加等により外来収益約3.3億円(26.0%)増 個室増加等により差額ベッド料約1.9億円増(約4倍)
	費 用	総人件費抑制(人件費対医業収益比率を51%台を目標に漸次削減) ERの救急医、看護師等増員及び7:1看護体制等による増員により 5.0億円(13.0%)増 退職金は全額病院事業会計負担(年2.6億円)
	一般会計負担金 (運営部分)	約4.4億円(救急・感染結核等)
	一般会計負担金 (建設部分)	1～5年目平均 4.8億円(繰入率 50.0%) 6～10年目平均 1.4億円(繰入率 22.5%)
そ の 他	用地費、現病院の解体撤去費、現有財産の処分収入等は計上していない 地方交付税算入額は現行制度により算出	

シミュレーション結果

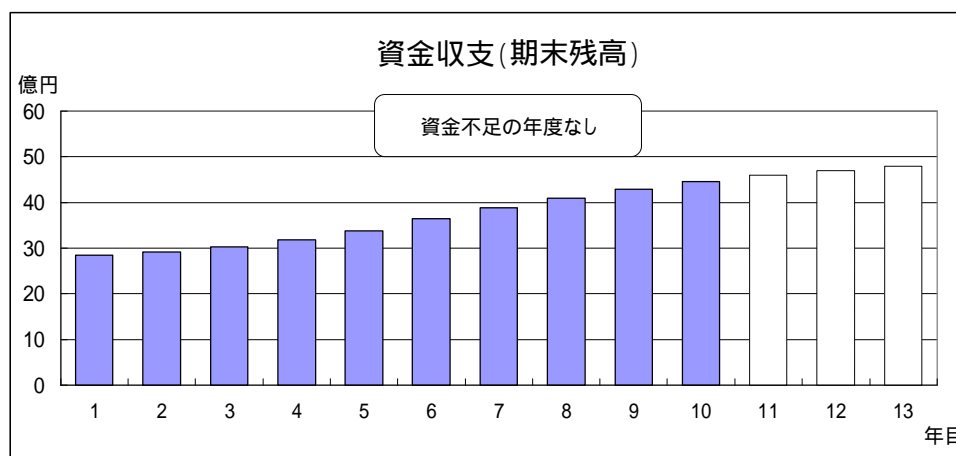
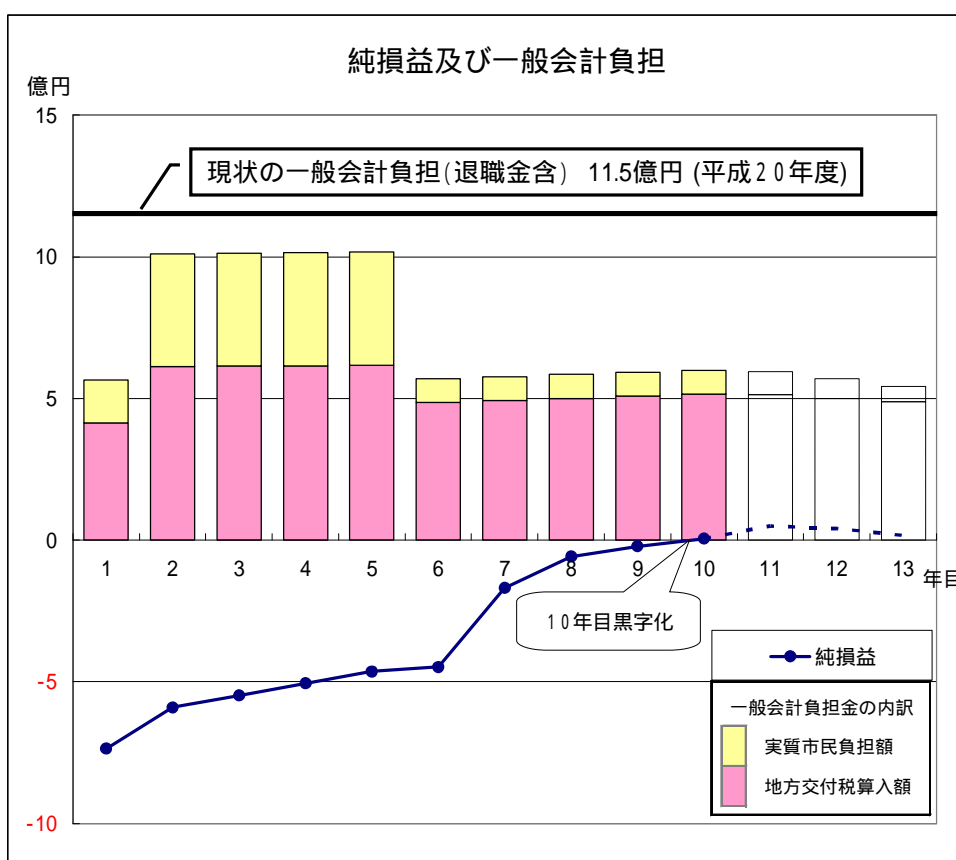
開院後10年間の収支を試算した結果、開院から6年目までは新規購入する医療器械の減価償却費等により赤字は大きくなるが、7年目からは赤字が縮小し、開業10年目に黒字化する。以後、概ね安定的に推移することが確認できた。

資金収支については期末残高が不足する年度がなく、運営に必要な資金は安定的に確保できることが確認できた。

【財政シミュレーション結果】

(単位:億円)

	1年目	2年目	3年目	4年目	5年目	6年目	7年目	8年目	9年目	10年目	10年 間 平均	(参考) H20 年度
純 損 益	-7.4	-5.9	-5.5	-5.1	-4.6	-4.5	-1.7	-0.6	-0.2	0.0	-3.5	2.4
当年度資金収支	3.7	0.7	1.1	1.5	1.9	2.7	2.4	2.2	1.9	1.6	2.0	6.1
一般会計負担 a	5.7	10.1	10.1	10.1	10.2	5.7	5.8	5.8	5.9	6.0	7.5	11.5
うち〔運営部分〕	4.4	4.4	4.4	4.4	4.4	4.4	4.4	4.4	4.4	4.4	4.4	4.3
うち〔建設部分〕	1.2	5.7	5.7	5.7	5.7	1.3	1.4	1.4	1.5	1.6	3.1	5.2
地方交付税算入額 b	4.1	6.1	6.1	6.2	6.2	4.9	4.9	5.0	5.1	5.2	5.4	3.8
実質市民負担額 a-b	1.5	4.0	4.0	4.0	4.0	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	2.2	7.7



用語説明

用語	説明
advanced triage	アドバンスドトリアージ(advanced triage)とは、救急患者の方向性の決定ことで、帰宅させるのか、入院させるのか、入院させるのならどの科にどの時点で引き継ぐのかを判断すること。
CPA	心肺停止状態のこと。cardiopulmonary arrestの略。
CT	コンピューター断層撮影法。X線装置とコンピューターを組み合わせることで人体の横断面を映像化する方法。また、その装置。Computed Tomographyの略。
DMAT	災害派遣医療チーム。災害の急性期(概ね48時間以内)に活動できる機動性を持った、専門的な訓練を受けた医療従事者で編成されたチーム。Disaster Medical Assistance Teamの略。
DPC	急性期入院医療の診断群分類に基づく1日当たりの包括評価制度。診断と治療行為等を組み合わせた分類(診断群分類)により診療報酬を包括して支払うもの。Diagnosis Procedure Combinationの略。
ER型救急医 (ERドクター)	全ての救急患者を横断的に診て救急初期診療を行う能力を有する医師。以下を基本的条件とする。 ERの専任医師であり、各科の業務を兼任しない。 手術、入院患者、専門外来には関与しない。 全ての救急患者(全ての科)の初期診療(診断・初期治療・方向性の決定(advanced triage))を行う能力を有する。 (日本救急医学会HPより)
ER型救急医療	ERはemergency roomの略で、救急室、あるいは救急外来を意味する言葉。本来、ER型救急医療は北米型救急医療モデルのことであり、以下の特徴を有する。重症度、傷病の種類、年齢によらずすべての救急患者をERで診療する、救急医がすべての救急患者を診療する、救急医がERの管理運営をおこなう、研修医が救急診療する場合には、ERに常駐する救急専任医が指導をおこなう、救急医はERでの診療のみを行い、入院診療を担当しない。 北米と医療体制の異なる本邦では、厳密に北米型救急医療モデルを遂行している医療施設は少ないため、医療施設によって上記の一部を満たすさまざまな診療形態がER型救急医療と呼称されている。(日本救急医学会HPより)
HCU	高度治療室。高度な治療を必要とする患者を治療する治療室。ICUと一般病棟の間に位置づけられる。High Care Unitの略。
ICU	集中治療室。重症の患者を重点的に治療する治療室。Intensive Care Unitの略。
MRI	磁気共鳴断層撮影法。X線を使用せず、磁場と電波を使って体の中を見る画像診断装置。Magnetic Resonance Imagingの略。
PFI方式	公共施設等の建設、維持管理、運営等を民間の資金、経営能力及び技術的能力を活用して行う新しい手法。Private Finance Initiativeの略。
SCU	脳卒中集中治療室。脳梗塞、脳出血、くも膜下出血の患者を治療する治療室。Stroke Care Unitの略。
t-PA療法	脳梗塞に対し、血管に詰まる血栓を溶かす薬剤を使用する療法。発症して3時間後までに投与すれば有効とされる。tissue Plasminogen Activatorの略。
医師臨床研修制度	診療に従事しようとする医師が受けなければならない研修。平成16年に導入された制度(平成21年見直し)で、2年以上、臨床研修病院等での研修が必要とされている。
一次救命処置(BLS)	急病患者に対して行う救命処置。心停止の場合は、心臓マッサージと人工呼吸を指す(現在では、AEDの使用を含む)。Basic Life Supportの略。
一般病床	精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床以外の病床。

用語	説明
陰圧床	院内感染を防ぐために、病室の内部の気圧をその外部の気圧より低くすることによって、外部に感染症の病原体を拡散させないようにしている病床。
オンコール体制	当直などの勤務体制ではないが、緊急の際には呼び出せるように自宅等に待機している体制。
回復期医療	病勢の進行が停止して治療に向かってゆく期間の患者に対する医療。
開放型病院 開放病床	開放型病院とは、病院の施設や機能を地域医療機関の医師に開放している病院。開放型病床は、この病院施設等の開放の一環として、病床の一部を診療所のかかりつけ医に開放し、病院の医師と共同して治療を行うもの。
ガス壊疽	ガス産生菌(メタンや二酸化炭素などのガスを作る細菌)の感染により、筋肉に壊死を起こす疾患。
肝炎二次専門医療機関	肝がんに対する治療が可能な専門医療機関。
感染症病床	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に規定する一類感染症、二類感染症、新感染症等の患者を入院させるための病床。
冠動脈バイパス手術	つまった冠動脈(心臓壁をとりまく動脈)に新しく血液が流れるように迂回した道(バイパス)をつくる手術。
基準病床数	病院の病床及び診療所の療養病床の適正配置を図ることを目的として、都道府県が定める病床数。一般病床及び療養病床は県内に5つある二次保健医療圏ごとに、精神病床、感染症病床及び結核病床は県全域で定められている。
救急医療施設	比較的軽症な救急患者に対応する初期救急医療施設(市内では、休日夜間急患診療所・在宅当番医など)、入院治療を必要とする重症救急患者に対応する2次救急医療施設(市内では、病院群輪番制病院・協力病院当番制病院)、重篤な救急患者に対応する3次救急医療施設(市内では、救命救急センター)がある。
救急科専門医	病気、けが、やけどや中毒などによる急病の方を診療科に関係なく診療し、特に重症な場合に救命救急処置、集中治療を行うことを専門とする。初期臨床研修修了後、日本救急医学会の定めるカリキュラムに従い3年以上の専門研修を修め、資格試験に合格した医師。(日本救急医学会HPより)
救急科専門医指定施設	救急科専門医を育成するための施設として、日本救急医学会が認定した施設。
救急告示施設	救急隊より搬送される傷病者に関する医療を担当する医療機関として、都道府県知事が告示した救急病院又は救急診療所。
休日夜間急患診療所	休日夜間の救急患者に対し応急の医療を行うための診療所。市内においては、岡山市が開設し、医師会が管理運営しており、休日及び平日夜間の小児科と、休日の内科がある。
急性期医療	急性増悪を含む発症間もない患者に対する医療。
急性期リハビリテーション	発症からできる限り早い段階で行われるリハビリテーション。
許可病床	病院開設者が都道府県知事から許可を受けた病床。
緊急輸送道路	大規模な地震が起きた場合、避難・救助をはじめ、物資の供給、諸施設の復旧等広範な応急対策活動を広域的に実施するために定めた道路。緊急時において、交通規制をすることがある。
経過観察床	ER内において患者の経過を観察するための病床。

用語	説明
経皮的冠動脈形成術	狭心症や心筋梗塞等の治療法。冠動脈(心臓壁をとりまく動脈)の狭窄部位にバルーンが付いたカテーテルを挿入して、狭窄部位を拡張する。最近では、ステントと呼ばれるチューブの金属で冠動脈内部を支える方法が用いられる。
結核病床	結核患者を入院させるための病床。
結核罹患率	1年間に発病した結核患者数の人口に対する比率。人口10万人当たりで示される。
血管内治療	血管内に挿入した医療機器によって行われる治療。
県南東部保健医療圏	岡山市、瀬戸内市、備前市ほか県南東部の地域に設定された二次保健医療圏で、主として病院の病床の整備を図るべき地域単位。
広範囲熱傷	熱傷した広さが、その人の体の全表面積(熱傷体表面積)の15～20%以上のもの。
災害拠点病院	災害時に多発する多発外傷、広範囲熱傷等の重篤救急患者の救命医療を行うための高度の診療機能、患者等の受入れ及び搬出を行う広域搬送への対応機能、自己完結型の医療救護チームの派遣機能等を有する地域災害医療センターと、さらにこれらの機能を強化し、医療救護要員の訓練・研修機能を有する基幹災害医療センターがある。
資金収支	(流動資産) - (流動負債)で計算される値。資金繰りの状態を示す。
指肢切断	指や上肢や下肢の一部が体から切り離されたこと。
周産期医療	妊娠22週以降から出生7日までの時期の母体や胎児、新生児に対する医療。
周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センターは、常時の母体及び新生児搬送受入体制を有して母体又は胎児におけるリスクの高い妊娠に対する医療、高度な新生児医療等の周産期医療等を行うことのできる医療施設。 地域周産期母子医療センターは、周産期に係る比較的高度な医療行為を行うことができる医療施設。
受療率	厚生労働省の患者調査において、推計患者数を人口10万当たりであらわした数。 受療率(人口10万当たり) = 推計患者数 / 国勢調査人口 × 100,000
小児救急医療支援病院	内科医等への小児初期救急医療に係る研修、小児初期救急医療機関からの相談、紹介患者の受け入れ等を行う医療施設。
新型インフルエンザ協力医療機関	第一種感染症指定医療機関の病床数を超えて患者が発生した場合等に患者を入院させる医療機関。
新型インフルエンザ初期対応医療機関	新型インフルエンザを疑う患者の医療を行う医療機関。
心筋梗塞	冠動脈(心臓壁をとりまく動脈)の閉塞による心筋の虚血とそれに引き続いて心筋壊死が生じた状態。
診療報酬	診療行為の対価として医療機関に支払われる料金。2年おきに改定が行われている。
第一種感染症指定医療機関	エボラ出血熱、ペストなど的一类感染症、急性灰白髄炎、ジフテリアなどの二類感染症又は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。
第二種感染症指定医療機関	急性灰白髄炎、ジフテリアなどの二類感染症又は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。

用語	説明
多発外傷	身体を、頭部・頸部・胸部・腹部・骨盤・四肢などと区分した場合に、複数の身体区分に重度の損傷が及んだ状態をいう。
地域医療支援病院	紹介患者に対する医療提供、病床や医療機器の共同利用の実施、地域の医療従事者の研修等を通じ、かかりつけ医等を支援する機能を備え、地域医療の確保を図る病院。
地域連携クリティカルパス	疾病別に、疾病の発生から診断、治療、リハビリ、在宅療養までを、複数の医療機関・施設にまたがって作成する一連の診療計画。
地方独立行政法人	住民の生活、地域社会及び地域経済の安定等の公共上の見地からその地域において確実に実施されることが必要な事務及び事業であって、地方公共団体が自ら主体となって直接に実施する必要のないもののうち、民間の主体にゆだねた場合には必ずしも実施されないおそれがあるものを効率的かつ効果的に行わせるため、地方公共団体が設立する法人。 役員及び職員に地方公務員の身分を与える必要があるものを特定地方独立行政法人(いわゆる公務員型)といい、それ以外を一般地方独立行政法人(いわゆる非公務員型)という。
中等症	傷病の程度が入院を必要とするもので重症(傷病の程度が3週間以上の入院を必要とするもの)に至らないもの。
トリアージナース	walk in(自力で救急室を訪れた)の患者の緊急性の判断を行う看護師。
内因性	病気を引き起こす原因が外的なものでなく、体の内部異常に起因するものを示す。
二次救命処置(ACLS)	一次救命処置(BLS)に引き続き行う、器具・薬剤を用いた救命処置。心停止に至らないように行う診断治療や、心拍再開後の維持療法も含まれる。Advanced Cardiovascular Life Supportの略。
脳卒中	脳に一過性又は持続性の虚血が出血が生じたもの。脳梗塞、脳出血、くも膜下出血などに分類される。
脳卒中急性期医療機関(超急性期)	脳卒中の患者の発症後3時間以内にt-PA静脈内投与等の専門的な治療を開始できるなど、超急性期の専門的な診療が24時間可能な医療機関。
破傷風	破傷風菌感染によっておこる疾患。菌体外毒素により、神経障害を中心とした症状がみられる。
病院群輪番制病院	二次保健医療圏域内の2次救急医療を担う病院が相互に連携し、休日又は夜間を輪番で担当することにより、重症救急患者の医療を確保するため診療を行う病院。
病床利用率	ベッドの利用の程度を示す指標。厚生労働省の病院報告では、次の算式。 (年間在院患者延数) ÷ ((月間日数 × 月末病床数)の1月～12月の合計) × 100
平均在院日数	患者の入院期間の平均を示す指標。厚生労働省の病院報告では、次の算式。 (年間在院患者延数) ÷ (年間新入院患者数 + 年間退院患者数) × 1/2
免震構造	地震の際に建物の振動を緩めるように設計した建築物の構造。
ライフライン	都市生活に不可欠な水道・電気・ガスなどの供給システム。
リウマチ	からだのあちこちの関節に炎症が起こり、関節が腫れて痛む病気。進行すると関節の変形や機能障害が起こる。関節リウマチ。
療養病床	主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床。
臨床研修病院	医師の臨床研修を行うために、厚生労働大臣が指定する病院。