

# 上越市病院事業経営改革プラン



JOETSU CITY

平成29年3月

上越市

---

# 目次

---

I	はじめに	2
(1)	計画策定の趣旨	2
(2)	計画期間	2
(3)	進捗状況の管理	2
II	現状と課題	3
(1)	上越二次保健医療圏域内の状況	3
(2)	病院の概要	5
(3)	経営状況	10
(4)	地域における役割	14
III	目指すべき方向性と経営改善に向けた取組	18
(1)	地域医療構想を踏まえた役割の明確化	18
(2)	経営の効率化	21
(3)	再編・ネットワーク化	27
(4)	経営形態の見直し	27
IV	おわりに	28
V	資料	29
	・新公立病院改革ガイドライン	29
	・用語説明	37

(注)

本改革プランにおける収支の計上区分は、総務省決算統計（地方公営企業決算状況調査表）に準じ、医業収益及び費用に、介護サービス等の附帯事業を含んでいます。

また、指定管理に係る委託料及び交付金のうち、給与費及び材料費はそれぞれの区分に振り替えて計上しています。

# I はじめに

## (1) 計画策定の趣旨

全国の公立病院において、経営状況の悪化や医師不足等のために、医療提供体制の維持が極めて厳しい状況になったことから、平成 19 年 12 月に総務省が公立病院改革ガイドラインを示し、当市はこれに基づき、平成 21 年 3 月に平成 21 年度から平成 25 年度までを計画期間とする改革プラン（以下、「旧改革プラン」という。）を策定し、経営改善に取り組んできました。

しかしながら、総務省では依然として医師不足等の厳しい状況が続いていることを受け、平成 27 年 3 月に「新公立病院改革ガイドライン（以下、「新ガイドライン」という。）」において、公立病院を設置する自治体に、新たな改革プラン（以下、「新改革プラン」という。）を策定することが義務付けられました。

こうした中、上越地域医療センター病院（以下、「センター病院」という。）は、旧国立高田病院の建物及び機能を引継ぎ、平成 12 年 3 月の開設以来、時代のニーズに的確に対応する病院として、回復期や慢性期医療のほか、終末期にある患者への緩和ケア医療の提供を始め、訪問看護事業や訪問リハビリテーション事業など在宅医療の充実にも積極的に取り組むなど、上越地域の地域医療を提供する上で重要な役割を果たしてきました。

センター病院は、平成 22 年度以降は経常黒字を継続しているものの、今後の改築を見据え、経営効率化の取組を一層強化するとともに、地域医療の中核を担う病院として、担うべき役割を明確化し、従前からの機能を維持しつつ、地域に不足している医療を提供していく必要があります。

新改革プランにおいては、このような取組を実効性のあるものとするため、具体的な取組内容と数値目標を定めることとしました。また、策定に当たっては、県が策定する「地域医療構想」との整合を図るとともに、「上越地域医療センター病院の改築に向けた在り方検討委員会」の検討内容を踏まえましたが、病院改築に伴う事業費等については現段階において考慮せずに、数値目標及び収支計画等を作成しました。今後の改築に向けた検討の具体化にあわせて新改革プランに反映していくこととしています。

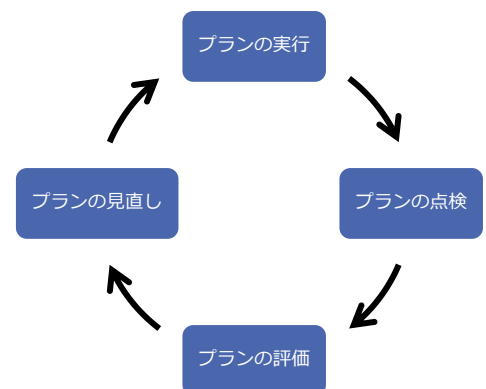
## (2) 計画期間

平成 29 年度から平成 32 年度までの 4 か年を計画期間とします。

## (3) 進捗状況の管理

本改革プランは、毎年度、実施状況を評価し、その結果を公表します。

評価の結果、本プランの見直しが必要な場合は、計画の変更を行います。



## II 現状と課題

### (1) 上越二次保健医療圏内の状況

#### ① 病院配置及び病床数

当市、妙高市及び糸魚川市で構成する上越二次保健医療圏（以下、「上越圏域」という。）の病院（20床以上の病床を有する医療施設）は、14施設となっており、そのうち10施設が上越市内にあります。

平成27年度の新潟県の病床機能報告制度によると、上越圏域における許可病床数は2,367床となっています。上越圏域の人口10万人対病床数は862.8床で、県平均の956.8床を下回っている状況です。

また、センター病院の回復期・慢性期病床は、上越圏域内の18.4%を占めており、地域における回復期・慢性期医療の大きな受皿となっています。

表1 上越圏域内の病院と病床種類別の病床数

市	病院名称	病床数 (床)					合計
		一般病床	感染症病床	療養病床	精神病床	結核病床	
上越市	上越地域医療センター病院	142		55			197
	高田西城病院				270		270
	川室記念病院				171		171
	知命堂病院	46		99			145
	独立行政法人労働健康安全機構 新潟労災病院	273					273
	新潟県立中央病院	524	6				530
	三交病院				144		144
	新潟県立柿崎病院	55					55
	新潟県厚生農業協同組合連合会 上越総合病院	318					318
妙高市	独立行政法人国立病院機構 さいがた医療センター	162			248		410
	厚生連 けいなん総合病院	170					170
糸魚川市	新潟県立妙高病院	60					60
	厚生連 糸魚川総合病院	261					261
	よした病院	60					60

(注) 上越地域医療センター病院を除き、医療機関番号順で表記している。

出典：関東信越厚生局「届出受理医療機関名簿」（平成28年12月1日現在）を基に作成

表2 病床機能報告に基づく機能別病床数（平成27年7月1日現在）

	許可病床数(床)					人口10万対病床数
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計割合	
上越圏域	534	1,032	307	494	2,367	862.8
下越圏域	388	677	217	531	1,813	857.2
新潟圏域	1,600	3,938	763	3,043	9,344	1,019.4
県央圏域	0	1,133	165	629	1,927	848.1
中越圏域	91	2,553	205	1,620	4,469	996.7
魚沼圏域	26	1,152	76	328	1,582	936.6
上越圏域	534	1,032	307	494	2,367	862.8
佐渡圏域	0	354	0	191	545	951.9
新潟県	2,639	10,839	1,733	6,836	22,047	956.8

	許可病床数(床)				
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計
上越圏域	534	1,032	307	494	2,367
上越地域医療センター病院	0	50	55	92	197
新潟県立中央病院	524	0	0	0	524
新潟労災病院	0	317	43	0	360
上越総合病院	10	253	0	50	313
さいがた医療センター	0	0	80	80	160
知命堂病院	0	0	0	145	145
新潟県立柿崎病院	0	55	0	0	55
糸魚川総合病院	0	165	47	49	261
よした病院	0	0	60	0	60
けいなん総合病院	0	110	0	60	170
新潟県立妙高病院	0	60	0	0	60
上田レディースクリニック	0	12	0	0	12
大島クリニック	0	10	0	0	10
愛クリニック	0	0	18	0	18
安藤医院	0	0	0	18	18
上越北陸アイクリニック	0	0	4	0	4

出典：新潟県「平成27年度病床機能報告」

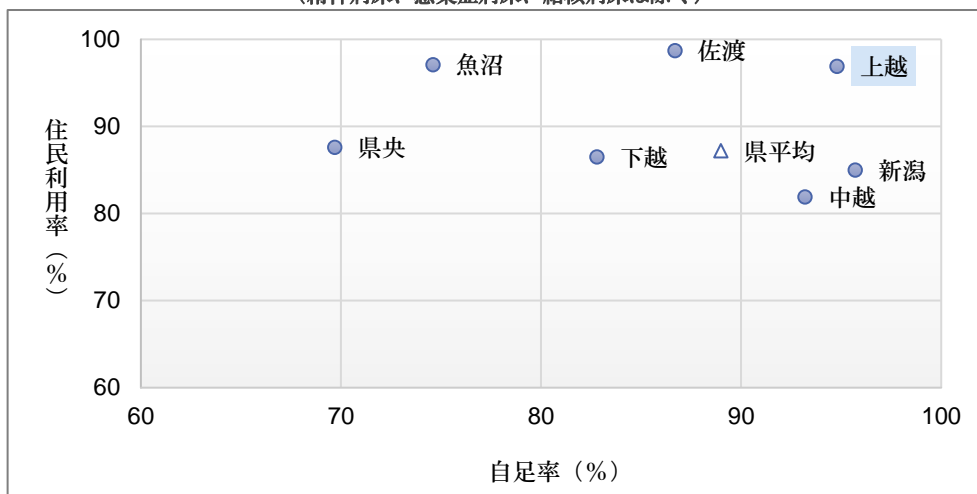
② 圏域別の受療動向

県がまとめた「平成 25 年新潟県保健医療需要調査」における二次保健医療圏ごとの受療動向は次のとおりです。

(ア) 入院患者の受療動向

入院患者の自足率は、上越は 94.8%であり、新潟の 95.7%に次いで高くなっています。また、住民利用率は、佐渡が 98.7%で最も高く、上越は 96.9%で、佐渡、魚沼に次いで 3 番目に高くなっています。

図 1 病院入院患者に係る自足率及び住民利用率の関係  
(精神病床、感染症病床、結核病床は除く)

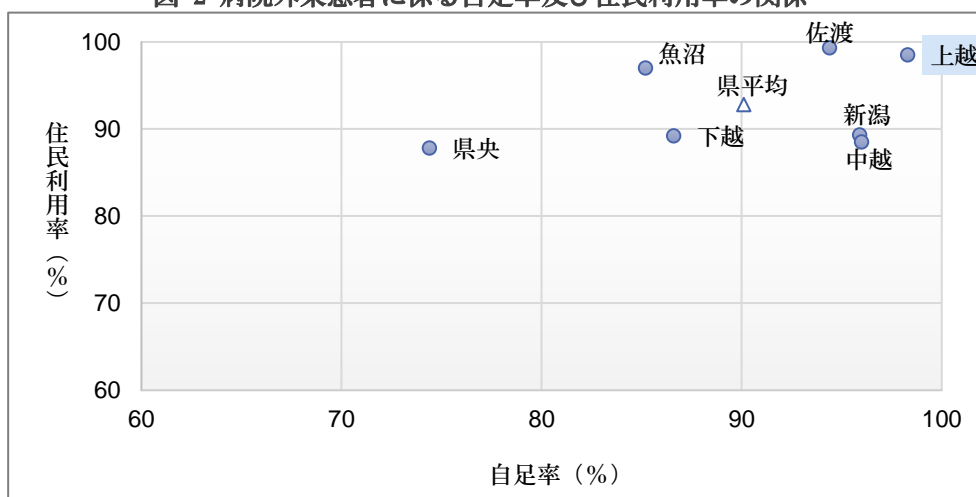


出典：新潟県「平成 25 年新潟県保健医療需要調査」

(イ) 外来患者の受療動向

外来患者の自足率は、上越が 98.3%と最も高く、次いで中越 96.0%、新潟 95.9%となっています。また、住民利用率は、佐渡が 99.3%で最も高く、次いで上越が 98.5%と高くなっています。

図 2 病院外来患者に係る自足率及び住民利用率の関係



出典：新潟県「平成 25 年新潟県保健医療需要調査」

## (2) 病院の概要

### ① 設立の経緯

昭和 20 年以降、全国の国立病院・療養所は、国民病と言われた結核の克服や、がん、循環器病の医療等に大きな役割を果たしてきましたが、人口の減少、高齢化、疾病構造の変化、医学技術の進歩等、医療を取り巻く環境は大きく変化し、また、民間医療機関の整備が進められてきた結果、その在り方が問われるようになりました。

昭和 58 年 3 月、臨時行政調査会から国立病院・療養所が担う役割の明確化及び合理化の推進等の行政改革に関する最終答申が出され、同年 5 月、国立病院・療養所の再編成に関する閣議決定を受けて、センター病院の前身である国立高田病院が国立療養所新潟病院（現・独立行政法人国立病院機構新潟病院（柏崎市））と機能統廃合されることになりました。

これに伴い、昭和 60 年 3 月には「国立高田病院存続・機能付与促進協議会」が設立され、病院の存続と機能の充実に向け、官民あわせて陳情活動を行ってきましたが、平成 10 年 2 月に国から国立高田病院を廃止する旨の通知を受けました。

こうした中、病院の存続に向けた地元住民の強い要望に応え、市では病院を中核とした保健・医療・福祉機能の連携と結核医療の確保を推進する「上越市保健医療福祉総合拠点施設整備構想」を策定し、国立高田病院の医療機能を引き継ぐことを決定して、国から資産を無償で譲受け、平成 12 年 3 月 1 日に上越地域医療センター病院を開設しました。

開設当初は内科、外科、整形外科の 3 診療科、病床数は 124 床でしたが、平成 14 年 3 月に結核病棟 20 床、同年 11 月には高齢化社会に対応するために療養病棟 55 床とリハビリテーションセンターを整備、さらに、平成 16 年 10 月に肛門科を新設し、現在は内科（総合診療科を含む）、外科、整形外科、肛門外科、リハビリテーション科の 5 診療科、病床数は 197 床となっています。

このほかの診療機能としては、平成 23 年 11 月に在宅医療支援センターを開設し、従来から取り組んでいた訪問リハビリテーションに加え、訪問看護事業、訪問診療を開始したほか、平成 24 年 4 月には訪問看護ステーションを開設しました。また、平成 25 年度からは、障害者総合支援法の指定障害福祉サービスとして、重症心身障害児（者）の短期入所事業を行っているほか、平成 27 年度には居宅介護支援事業所を開設するなど、在宅医療や福祉サービスなどの附帯事業にも積極的に取り組んでいます。

運営については、公の施設の適正かつ効率的な運営を図るため、公設民営による病院経営を基本として、開設当初から一般社団法人上越医師会（以下、「上越医師会」という。）に業務を委託してきました。なお、平成 15 年の地方自治法の一部改正を受け、平成 18 年 4 月からは指定管理者制度を導入し、引き続き上越医師会を指定管理者として指定し、現在に至っています。

■病院の概要（平成 29 年 1 月 31 日現在）

施設名（所在地）	上越地域医療センター病院（新潟県上越市南高田町 6 番 9 号）
開設年月日	平成 12 年 3 月 1 日
開設者	上越市
敷地面積	36,879 m <sup>2</sup>
経営形態	平成 12 年 3 月 1 日から 業務委託 平成 18 年 4 月 1 日から 指定管理者制度 ※いずれも上越医師会
診療科目	内科（総合診療科を含む）、外科、整形外科、リハビリテーション科、肛門外科
病床数	197 床（一般病床 142 床、療養病床 55 床）
医療機能別の病床数	急性期 50 床（緩和ケア 18 床を含む）、回復期 55 床、慢性期 92 床 ※平成 27 年度病床機能報告
附帯事業	訪問看護事業、訪問リハビリテーション事業、居宅介護支援事業、短期入所事業
主な施設基準等	10 対 1 入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料 1、救急告示病院
主な設備	【放射線検査装置】一般撮影装置、X 線 TV 撮影装置、CT 撮影装置（16 列）、MRI 撮影装置（1.5 テスラ）、乳房 X 線撮影装置、骨密度測定装置、画像読取装置、リアルタイムデジタルラジオグラフィー装置 【生理検査装置】超音波診断装置、内視鏡ビデオシステム、呼吸代謝負荷測定システム



② 患者の利用状況

入院患者数は増加傾向にあり、平成 28 年度は前年度と比べて減少するものの、1 日平均 159.5 人、延べ 58,225 人を見込んでいます。また、外来患者数も増加傾向にあり、平成 28 年度は前年度と比べて 2.1%増の 1 日平均 152.0 人、延べ 36,936 人を見込んでいます。

平成 28 年 10 月に整形外科の常勤医 1 名が着任したことにより、今後は患者数が増加するものと見込んでいます。

今後は、リハビリテーション科や肛門外科などセンター病院特有の診療機能をいかし、患者数増加に向けた対策を考えていく必要があります。

また、訪問看護ステーションや訪問リハビリテーション、居宅介護支援事業については、利用者が年々増加しています。

表 3 患者数の推移

項 目		24年度	25年度	26年度	27年度	28年度 (見込)	28年度-27年度 増減
入 院	内 科	25,208	26,868	24,507	28,156	26,805	△ 1,351
	外 科	9,433	10,509	10,506	11,460	10,952	△ 508
	整 形 外 科	2,897	2,080	4,807	1,800	2,705	905
	リハビリテーション科	1,563	1,767	1,131	489	531	42
	肛 門 外 科	394	200	226	216	417	201
	療 養	17,285	14,689	16,768	17,097	16,815	△ 282
	結 核	0	0	0	0	0	0
	合 計	56,780	56,113	57,945	59,218	58,225	△ 993
	1 日 平 均	155.6	153.7	158.8	161.8	159.5	△ 2.3
外 来	内 科	12,864	14,007	14,244	15,383	15,581	198
	外 科	7,629	7,473	7,732	8,100	7,592	△ 508
	整 形 外 科	8,319	7,745	7,519	7,687	8,762	1,075
	リハビリテーション科	2,355	2,582	2,794	2,557	2,589	32
	肛 門 外 科	2,703	2,722	2,486	2,453	2,412	△ 41
	合 計	33,870	34,529	34,775	36,180	36,936	756
	1 日 平 均	138.2	141.5	142.5	148.9	152.0	3.1
	診 療 日 数	245	244	244	243	243	0
訪 問 看 護	延 べ 利 用 者 数	1,252	2,461	3,117	4,137	5,103	966
	1 日 平 均	5.1	10.1	12.8	17.0	21.0	4.0
訪 問 リ ハ	延 べ 利 用 者 数	2,829	2,796	3,772	3,911	4,010	99
	1 日 平 均	11.5	11.5	15.5	16.1	16.5	0.4
居 宅 介 護	延 べ 利 用 者 数	-	-	-	77	665	588
	1 日 平 均	-	-	-	0.3	1.8	1.5
短 期 入 所	延 べ 利 用 者 数	-	115	357	344	365	21
	1 日 平 均	-	0.3	1.0	0.9	1.0	0.1

(注) 平成 25 年 10 月から患者数の診療科別の集計方法を変更した。  
(変更前：主治医となる医師の診療科で集計→変更後：患者の症状によって集計)



図 3 入院患者数と病床利用率の推移（単位：人、％）

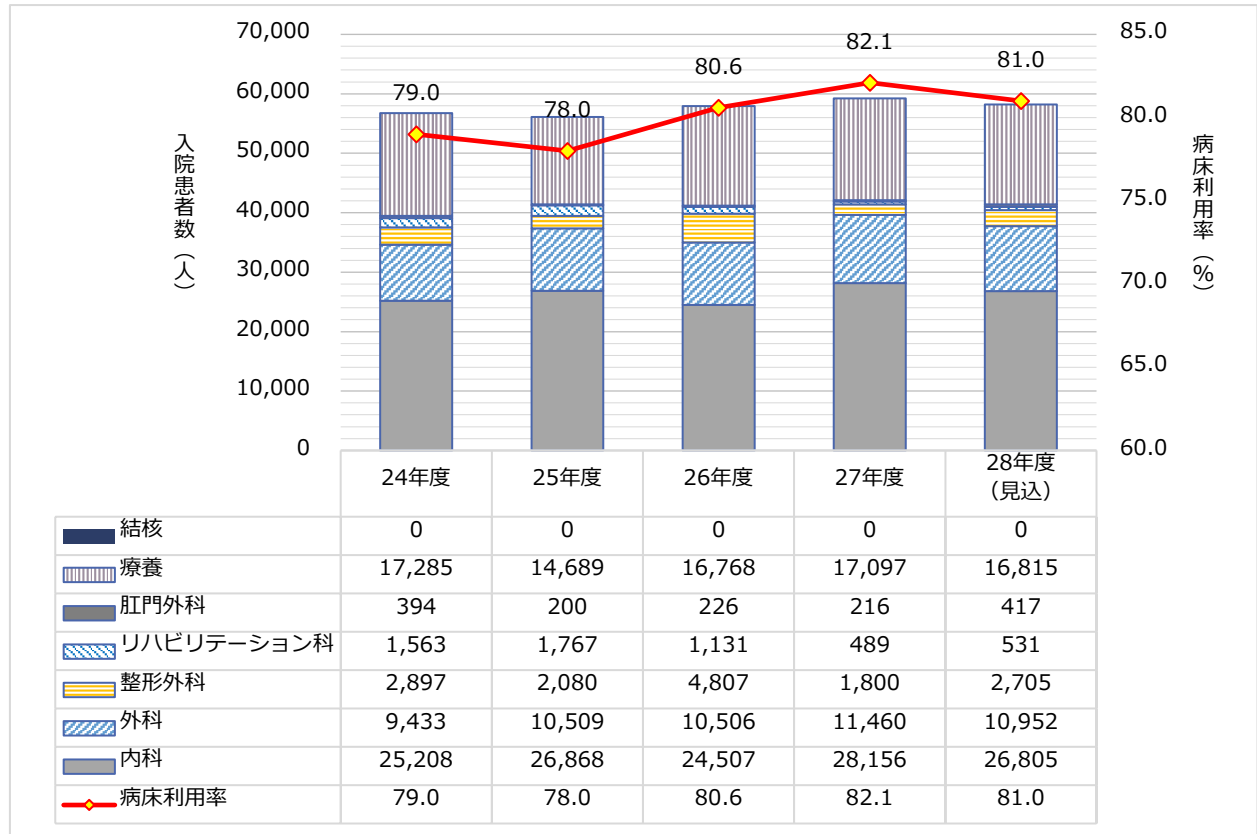


図 4 外来患者数の推移（単位：人）

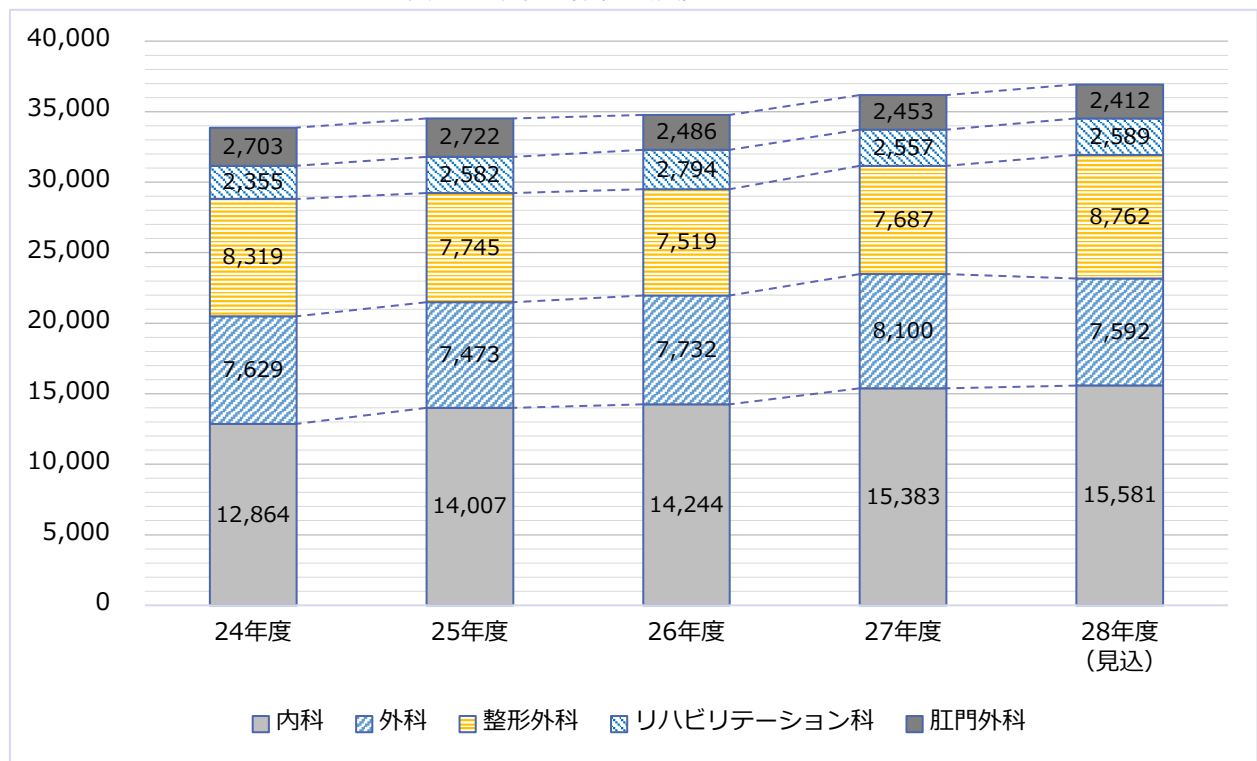
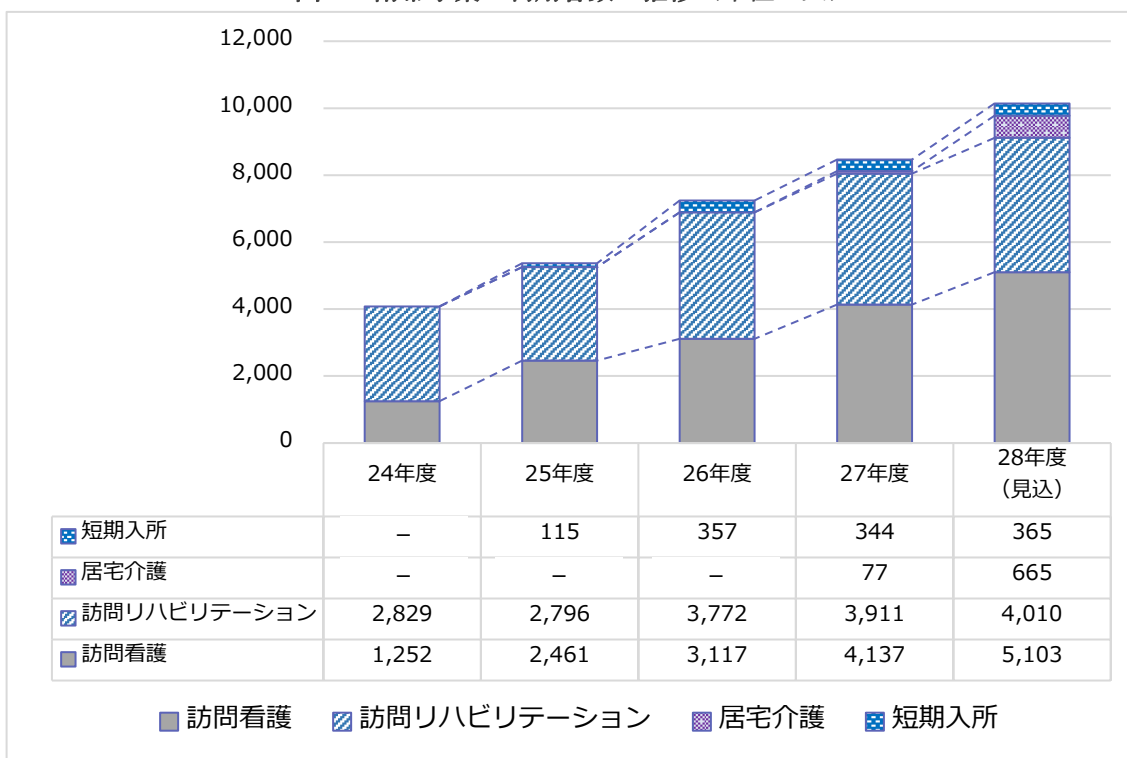


図 5 附帯事業の利用者数の推移（単位：人）



### ③ 職員数の推移

センター病院の医師数（常勤換算）は、平成 28 年 4 月時点では 12.9 人と、医療法における医師の配置標準数の 11.625 人を上回る状況となっていますが、引き続き、医師の招へいの取組はもとより、組織を強化し、戦略的に取り組むことが必要です。

一方で看護師は、平成 23 年度から看護職員奨励金制度を導入し、看護師養成施設の在学に要する修学費用の助成に取り組んでいることなどにより安定的に確保していますが、年齢構成や常勤、非常勤等のバランスを考慮した計画的な採用や配置計画の見直しに取り組む必要があります。

また、技師や療法士等の医療スタッフについても、診療機能の維持、充実を図るうえでは欠かせないことから、安定的な人材確保に努めていく必要があります。

表 4 センター病院の職種別職員数の推移（常勤換算、各年 4 月 1 日現在）

（単位：人）

	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年
医師	9.9	12.9	10.8	10.8	12.9
看護師※	105.5	112.2	110.2	113.2	112.0
薬剤師	2.0	3.0	3.0	3.0	4.0
放射線技師	3.0	2.0	3.0	3.0	3.0
検査技師	4.0	5.0	5.0	5.0	5.0
療法士	25.0	27.0	27.0	29.0	29.0
管理栄養士	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
上記以外	42.0	51.6	52.3	52.2	51.0
合計	192.4	214.7	212.3	217.2	217.9

※看護師には、准看護師・看護助手を含まない。

※訪問看護、訪問リハビリ、居宅介護の職員は上表には含まない。

### (3) 経営状況

#### ① 経常収支等の状況

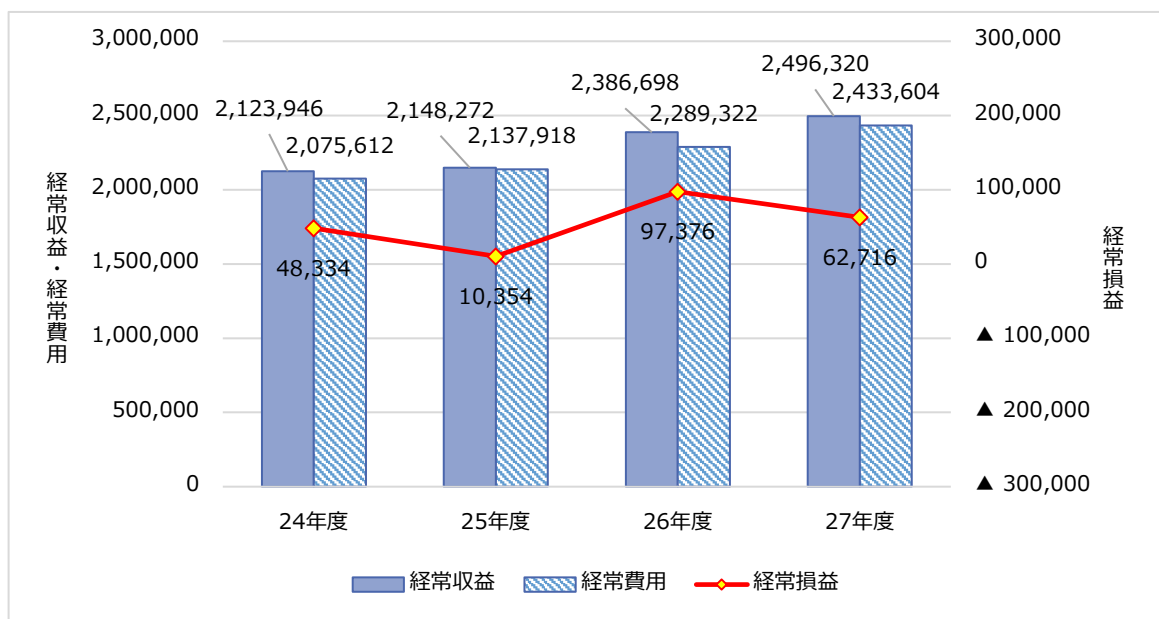
新ガイドラインにおいて、「公立病院が、地域の医療提供体制の中で、適切に役割を果たし良質な医療を提供していくためには、一般会計から所定の繰出しが行われれば『経常黒字』となる水準を早期に達成し、これを維持することにより、持続可能な経営を実現する必要がある。」とされ、「不採算医療等を提供する役割を確保しつつ、対象期間中に経常黒字（すなわち経常収支比率が100%以上）化する数値目標を定めるべき」としています。

センター病院の経常収支は、平成12年の開設以降、赤字で推移していましたが、患者数の増加等により、平成22年度以降は経常黒字となっており、国が求める安定経営の水準に達しています。

一方で、特別損益を含めた純損益の推移をみると、平成24年度と26年度の収支は特別損失が生じたことにより赤字となっています。

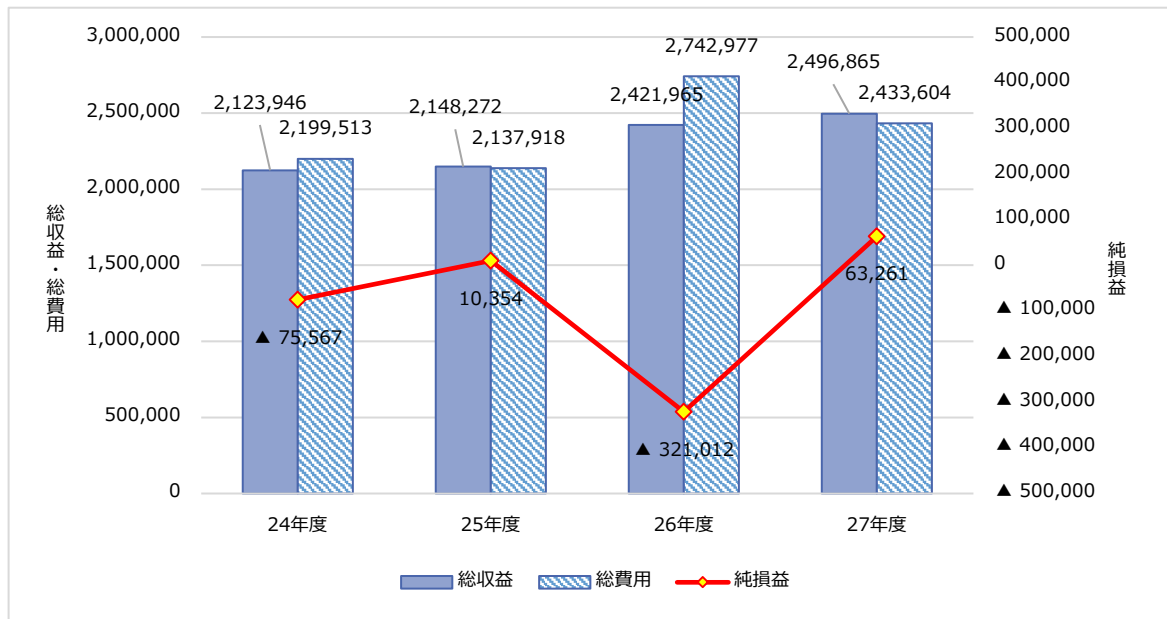
経常黒字は、平成21年3月に策定した旧改革プランにより、経営改善の取組を着実に進めてきたことによる効果の表れですが、厳しさを増す外部環境を考えれば、今後も収支改善に向けた費用分析と更なる経営改善に努めていく必要があります。

図6 経常損益の推移（単位：千円）



出典：地方財政状況調査（決算統計）

図 7 純損益の推移 (単位: 千円)



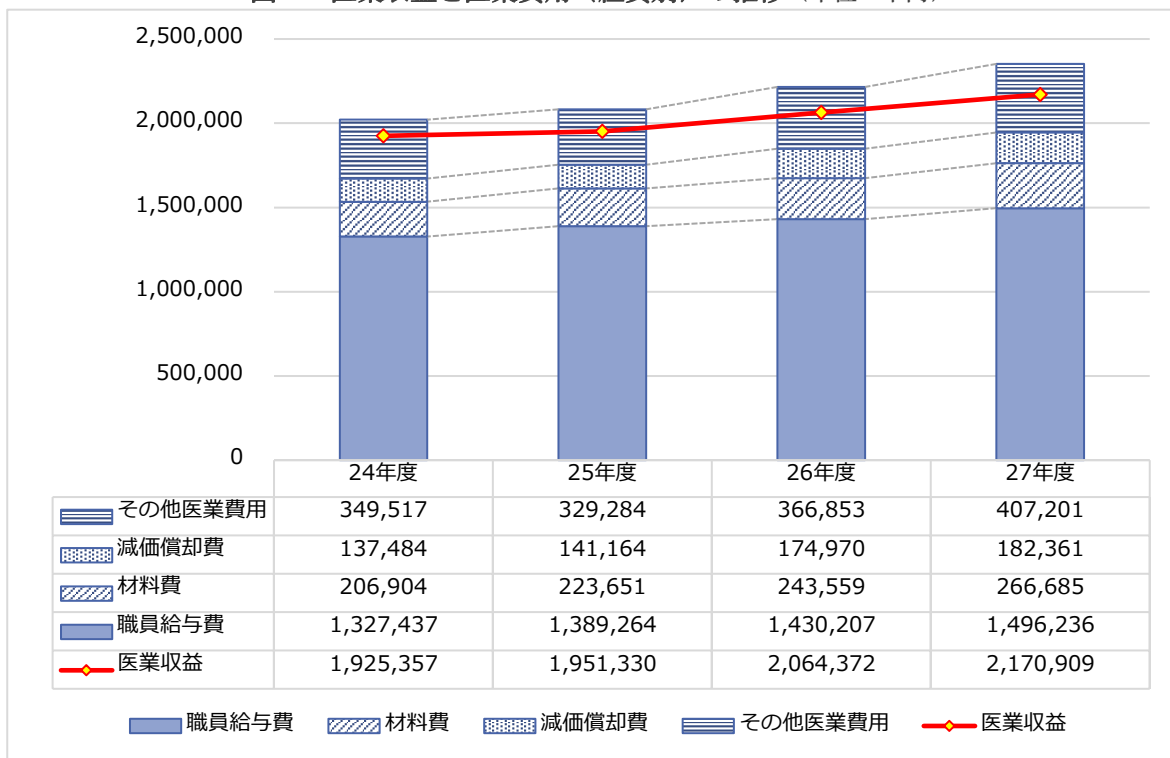
出典: 地方財政状況調査 (決算統計)

② 医業収益、医業費用の傾向

センター病院の医業損益の推移をみると、医業収益が年々増加していますが、同時に医業費用も増加していることから、赤字の状態が継続し、医業損益は悪化傾向にあります。

医業費用は、職員給与費や材料費などそれぞれが増加している状況です。

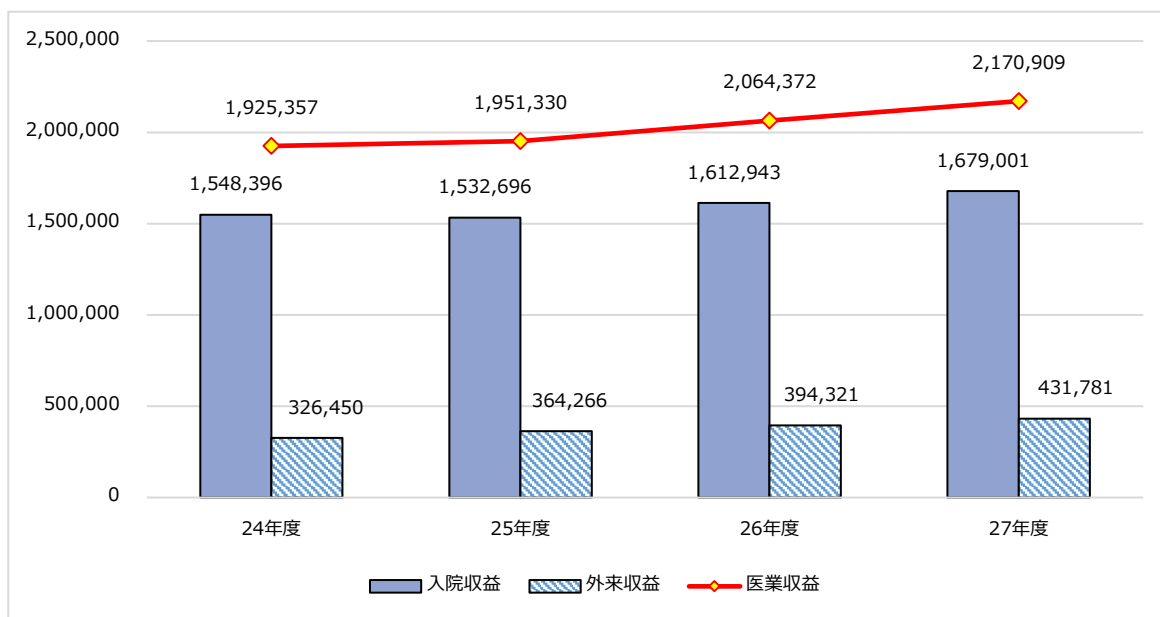
図 8 医業収益と医業費用 (経費別) の推移 (単位: 千円)



出典: 地方財政状況調査 (決算統計)、指定管理業務実績報告

医業収益の約 8 割は入院収益が占めており、患者数の増加とともに入院収益、外来収益は増加傾向にあります。

図 9 医業収益の推移（単位：千円）



出典：地方財政状況調査（決算統計）

### ③ 全国及び類似平均との比較

経営指標等を見ると、経常収支比率は近年 100%を上回っています。一般会計からの繰入金等の医業外収益を含む経常収支は黒字を維持しています。

また、医業収支比率は、平成 27 年度決算で 92.3%となっており、類似平均（病床数 100 床以上 200 床未満の病院）と比較して上回っているものの、近年は比率が悪化する傾向にあります。その要因としては、医業収益の増加を上回る医業費用の増加があります。

病床利用率は、全国平均、類似平均を上回るとともに、近年は向上しています。

平均在院日数は長期化の傾向にあり、収益に影響を与えることから留意していく必要があります。

医業収益に対する割合では、医療材料費は類似平均を下回っているものの、職員給与費は 70% 近くと高く、医業収益の向上と給与体系及び水準の見直しによる改善が必要です。

100 床当たりの職員数では、病床機能の違いはありますが、特に医師の数が全国平均、類似平均を下回っており、医師確保に向けた取組が必要です。

表 5 経営指標等

経営指標等	センター病院				全国平均 (26年度)	
	24年度	25年度	26年度	27年度	内類似平均 100床以上 200床未満	
1. 経常収支比率 (%)	102.3	100.5	104.3	102.6	102.9	103.2
2. 医業収支比率 (%)	94.1	92.6	93.2	92.3	94.3	88.8
3. 病床利用率 (%)	78.5	78.0	80.6	82.1	76.9	70.6
一般	75.6	79.9	79.4	81.0	78.4	68.4
療養	86.1	73.2	83.5	84.9	78.9	81.1
結核	-	-	-	-	18.1	3.3
精神	-	-	-	-	58.1	80.4
感染	-	-	-	-	0.5	-
4. 平均在院日数 (一般病床のみ)	21.7	22.3	26.8	26.3	18.6	21.5
5. 患者数						
(1) 1日平均患者数 (人)						
入院	156	154	159	162	202	100
外来	138	142	143	149	482	253
(2) 外来入院患者比率 (%)	64.0	65.5	63.7	61.1	165.4	178.4
(3) 職員1人1日当たり患者数 (人)						
医師						
入院	13.2	13.1	14.7	14.7	4.3	7.7
外来	11.7	12.0	13.2	13.5	7.0	13.7
看護部門						
入院	1.3	1.2	1.2	1.3	0.9	1.1
外来	1.1	1.1	1.1	1.2	1.5	2.0
6. 収入						
(1) 患者1人1日当たり診療収入 (円)						
ア. 入院	27,270	27,314	27,836	28,353	49,121	30,761
イ. 外来	8,989	9,918	10,691	11,934	13,091	9,598
(2) 職員1人1日当たり診療収入 (円)						
医師	435,302	440,437	509,199	524,627	301,685	367,610
看護部門	41,491	41,980	41,980	45,683	65,151	53,960
7. 費用						
(1) 患者1人1日当たり薬品費 (円)	1,455	1,701	1,893	1,933	3,530	1,890
(2) 入院患者1人1日当たり給食材料費 (円)	-	-	-	-	337	327
(3) 薬品使用効率 (%)	91.6	97.6	100.8	93.3	94.8	112.1
8. 医業収益に対する割合 (%)						
(1) 医療材料費						
薬品	7.7	8.3	8.6	9.1	12.5	10.1
その他	3.1	3.2	3.2	3.2	11.2	7.4
計	10.7	11.5	11.8	12.3	23.7	17.5
(2) 職員給与費	68.9	71.2	69.3	68.9	50.9	54.1
9. 検査等の状況						
(1) 患者100人当たり検査件数 (件)	284.4	211.8	211.5	221.9	519.4	306.0
(2) 患者100人当たり放射線件数 (件)	14.1	13.8	13.7	14.4	26.9	18.6
(3) 検査技師1人当たり検査件数 (件)	66,183	39,333	40,114	53,250	80,350	65,300
(4) 検査技師1人当たり検査収入 (千円)	31,565	26,195	28,930	33,907	32,785	35,100
(5) 放射線技師1人当たり放射線件数 (件)	4,379	6,388	4,335	4,604	5,360	4,853
(6) 放射線技師1人当たり放射線収入 (千円)	28,640	44,530	32,925	31,471	27,028	22,002
10. 室料差額の状況						
室料差額対象病床数対総病床数の割合 (%)	25.9	25.9	25.9	25.9	15.7	14.8
11. 100床当たり職員数 (人)						
(1) 医師	6.0	6.0	5.5	5.6	17.4	8.8
(2) 看護部門職員	62.8	62.8	66.5	64.3	83.6	62.2
(3) 薬剤部門職員	1.5	2.0	2.0	2.0	3.7	2.7
(4) 事務部門職員	6.4	7.5	7.5	7.3	11.9	10.6
(5) 給食部門職員	0.5	0.5	0.5	0.5	2.7	3.0
(6) 放射線部門職員	1.5	1.0	1.5	1.5	3.9	2.8
(7) 臨床検査部門職員	2.0	2.5	2.5	2.0	5.0	3.5
(8) その他職員	22.8	22.8	25.4	23.9	9.1	9.3
(9) 全職員	103.7	105.2	111.4	107.1	137.3	102.9

(注) 全国平均は、自治体病院のうち精神病床のみを有する病院及び結核病床のみを有する病院を除く一般病院で黒字の病院であり、急性期機能が中心の病院も含む。

出典：地方公営企業年鑑（総務省自治財政局）

## (4) 地域における役割

### ① 回復期、慢性期医療

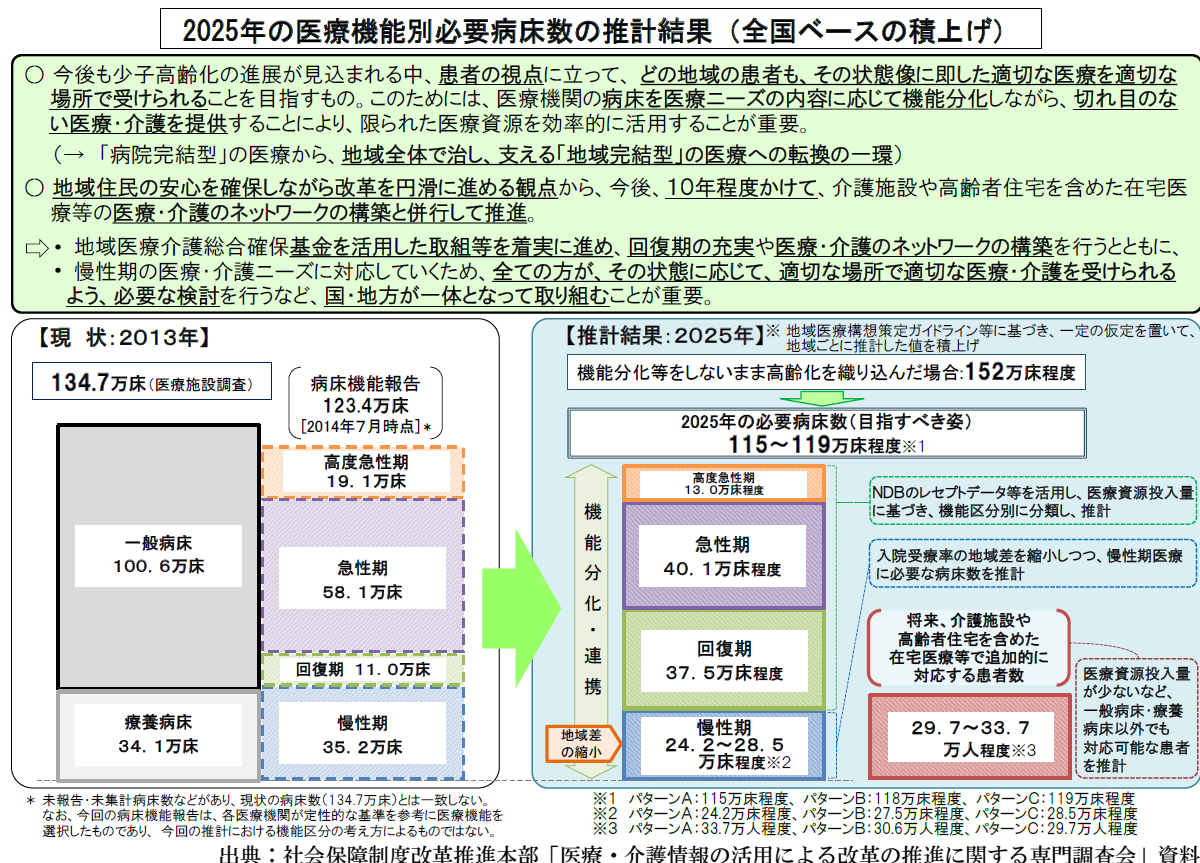
平成 27 年 6 月に、国の社会保障制度改革推進本部が設置した「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」が公表した「2025 年の医療機能別必要病床数の推計結果」によると、2014 年の病床機能報告と比較して、2025 年の高度急性期及び急性期の必要病床数は国内全体で 53.1 万床程度となり、現状の 77.2 万床では過剰となる一方で、回復期の必要病床数は 37.5 万床程度となり、現状の 11.0 万床では不足が見込まれています。

また、慢性期病床は 24.2～28.5 万床程度となり、現状の 35.2 万床では過剰になると見込まれていますが、将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数として 29.7～33.7 万人程度が見込まれています。慢性期機能については、療養病床から介護施設等への転換など、医療需要の中に在宅医療等で対応する患者を一定数見込むという前提に立った上で推計しているため、地域における医療、介護の多様な状況を踏まえ、慢性期の病床数は、ある程度の幅を持った数値となっています。

このことから、将来に向けて回復期医療や在宅医療のニーズは高まるものと予想されます。また、慢性期医療についても、回復期医療や在宅医療との機能分化を図ったうえで、機能を発揮していくことが求められています。

センター病院の回復期・慢性期病床は全病床数（197 床）の 4 分の 3 に当たる 147 床となっており、回復期・慢性期医療を中心とした地域の後方支援病院として各医療機関と連携しています。引き続き、センター病院が回復期・慢性期医療を担う地域医療の中核的な役割を果たしていくことが必要です。

図 10 2025 年の医療機能別必要病床数の推計結果



## ② リハビリテーション機能

センター病院では、平成 14 年度に療養病棟を開棟し、平成 14 年 12 月に同病棟 1 階にリハビリテーションセンターを、また平成 15 年 3 月には同病棟 2 階に療養病棟 55 床を開設しました。平成 21 年 5 月には、回復期リハビリテーション病棟としての施設基準を取得し設備の充実を図ったほか、平成 26 年 9 月からは 365 日リハビリテーションを行う体制を整え、リハビリテーション機能の充実を図ってきました。

また、市内の急性期病院との地域連携パスにより、脳卒中後及び大腿骨近位部骨折術後の回復期リハビリテーションを行っているほか、手術後等のリハビリテーションや小児リハビリテーションにも取り組んでいます。さらに近年は、がん患者に対するがんリハビリテーションの認定を取得し、緩和ケア医療の一翼も担っています。

センター病院のリハビリテーション機能は、地域において急性期病院の後方支援的機能としての大きな役割を担っており、更に機能を充実していく必要があります。

## ③ 在宅医療

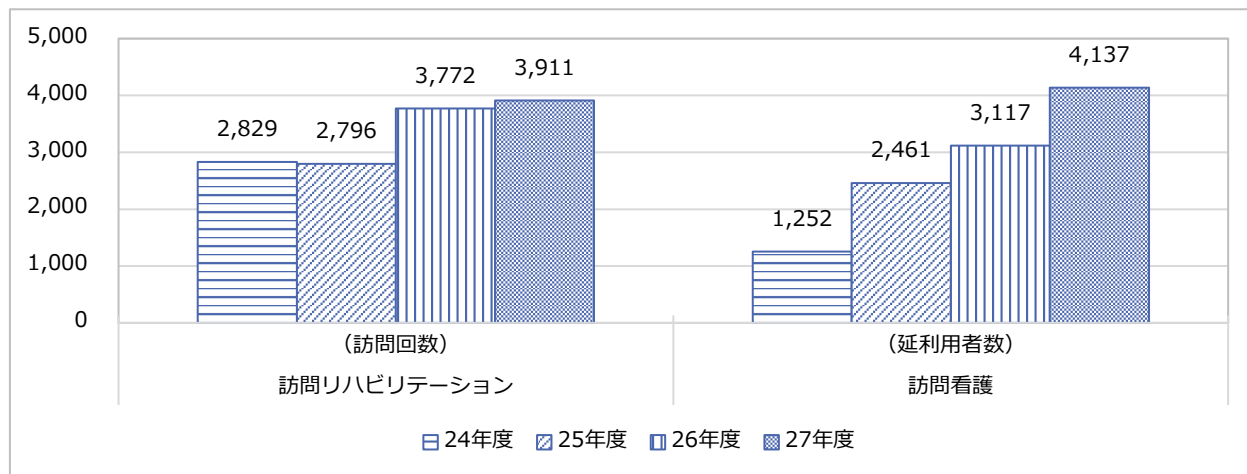
センター病院では、病院機能を活用した在宅医療への取組として、平成 23 年 11 月に在宅医療支援センターを設置し、従来から取り組んでいた訪問リハビリテーションに加え、訪問看護事業、訪問診療を開始したほか、平成 24 年 4 月には訪問看護ステーションを開設し、訪問看護事業を他の施設等からも利用できるような受入れ体制を強化しました。さらに、平成 27 年 4 月には居宅介護支援事業所を開設し、在宅医療の支援体制の強化を図っています。

また、訪問看護や訪問リハビリテーションについては、スタッフの増強に伴い、利用者数が年々増加しています。

在宅医療支援センターでは、訪問リハビリテーション、訪問診療、訪問看護ステーションが連携し、患者が住み慣れた自宅で自分らしい生活をするようにサービスの提供を行っています。また、平成 27 年度に開設した居宅介護支援事業所では、居宅介護支援専門員による居宅サービス計画（ケアプラン）の作成や支援サービスの紹介、給付管理のほか、利用者の自宅を訪問し、利用者本人の状態や家族の意見等を把握しながら、サービス内容の調整を行っています。

在宅医療のサービス利用件数は増加傾向にあり、高齢化の進展に伴いその需要は今後増加すると見込まれるため、現状の在宅医療支援体制を維持していくとともに、多様なニーズに対応するためのサービス提供の在り方についても検討していく必要があります。

図 11 センター病院における在宅医療支援サービス利用実績（単位：件、人）





### ④ 緩和ケア

センター病院では、平成 20 年度から休棟となっていた北病棟を改修し、平成 24 年 11 月に緩和ケア病床（18 床）を開設しました。

また、住み慣れた地域で過ごしたいという患者ニーズに対応するため、訪問診療や訪問看護等による在宅での緩和ケアにも取り組んでいます。

地域における緩和ケアの取組としては、がん診療連携拠点病院（県立中央病院、新潟労災病院）や、がん診療連携拠点病院に準じる病院（上越総合病院）に緩和ケアチームが設置されているものの、緩和ケア病床を有しているのは上越圏域内でセンター病院のみであることから、今後も引き続き取り組んでいく必要があります。

### ⑤ プライマリ・ケア

センター病院では、平成 27 年 6 月、院内標榜により内科から総合診療科を独立しました。総合診療科では、患者がどこの診療科を受診したらよいか分からない場合の窓口となるほか、他の病院や診療所からの患者受入窓口の役割も担っています。

プライマリ・ケアの理念である「身近にあって、何でも相談にのってくれる総合的な医療」は、地域医療の要であるセンター病院にとっての理念でもあり、日常的疾患に対応できるよう、総合診療の充実は必要不可欠です。

センター病院では、現在、日本プライマリ・ケア連合学会認定の家庭医療後期研修プログラム専攻医を受け入れています。今後の国の総合診療医の専門医認定制度の動きを注視しながら、医師確保の視点からも研修医の受入体制を強化していく必要があります。

### ⑥ 救急医療

センター病院は、平成 12 年 10 月に救急告示の認定を受け、地域における病院群輪番制事業に参画し、救急医療体制の充実に貢献してきました。

当市の初期救急医療は、かかりつけ医のほかに、市が開設している上越休日・夜間診療所が担っており、平日の夜間診療及び土曜、日曜、祝日等の休日診療を行っています。

二次救急医療体制は、センター病院を含む本市及び妙高市内の 7 病院が実施する病院群輪番制を中心に、救急告示の認定を受けた病院により確保されており、三次救急医療は、救命救急センターを併設する県立中央病院が高度な処置を必要とする重篤患者などに対応しています。

県がまとめた平成 27 年度上越地域救急患者数調査によると、救急搬送患者は 8,427 人、病院の診療時間外に自家用車等で受診した自主来院患者は 16,666 人となっており、いわゆるウォークインの患者が多くなっています。

病院別では、県立中央病院が救急搬送患者の 46.8%、時間外自主来院患者の 38.5%を受け入れている一方で、センター病院はいずれも 3%程度にとどまっています。

将来に向けて地域の救急医療提供体制を維持していくためには、センター病院の救急医療における機能強化を図っていくことが必要です。

表 6 上越地域の救急搬送患者数及び時間外自主来院患者数の状況

病院名	救急搬送		時間外自主来院	
	患者数（人）	割合（％）	患者数（人）	割合（％）
県立中央病院	3,941	46.8	6,416	38.5
新潟労災病院	1,446	17.2	1,939	11.6
上越総合病院	2,022	24.0	3,894	23.4
けいなん総合病院	422	5.0	2,380	14.3
上越地域医療センター病院	294	3.5	424	2.5
県立柿崎病院	141	1.7	519	3.1
県立妙高病院	89	1.1	901	5.4
知命堂病院	18	0.2	71	0.4
精神科 4 病院	54	0.6	122	0.7
合計	8,427		16,666	

※精神科 4 病院：高田西城病院、川室記念病院、三交病院、さいがた医療センター

出典：新潟県「平成 27 年度上越地域救急患者数調査」を基に作成

### ⑦ 予防医療

市が策定している「上越市健康増進計画」では、「健康寿命の延伸」と「健康格差の縮小」を基本方針として、「疾病の早期発見及び重症化予防の取組」を重点施策として掲げています。そのうえで、ライフステージごとの目標設定と取組を行っており、特に、働き盛り世代への健康づくりの取組を強化しています。

当市の特徴として、退職後に脳卒中や心筋梗塞など寝たきりに移行しやすい重度の疾病を発症する事例が多くなっており、健康教育や効果的な健診の実施など若い世代からの生活習慣病予防の取組が必要となっています。

センター病院では、平成 27 年度から市の生活習慣病予防講座の頸動脈エコー検査を受け入れているほか、特定健診の結果により生活習慣病予防への取組が必要と判断された人に対して検査を実施し、検査結果と自身の生活習慣との関係の理解や日常生活を見直して改善につなげる取組を支援しています。

今後も、事業所向けの定期健康診断や個人向けの健康診査などに積極的に取り組み、センター病院が持つ設備や人材を有効活用した健康増進の取組を充実していく必要があります。

## III 目指すべき方向性と経営改善に向けた取組

新ガイドラインで示す「地域医療構想を踏まえた役割の明確化」、「経営の効率化」、「再編・ネットワーク化」、「経営形態の見直し」の4つの視点に沿って次のように目標や取組を定めます。

### (1) 地域医療構想を踏まえた役割の明確化

#### ① 地域医療構想を踏まえたセンター病院の果たすべき役割

新潟県地域医療構想では、2014年（平成26年）の病床機能報告で上越圏域全体に2,373床あった病床数が、2025年には必要数として2,136床となり、237床の病床が過剰になると見込まれています。機能別にみると、現状と比較して高度急性期は315床、急性期は447床が過剰となる一方で、回復期は480床が不足、慢性期は将来推計値と大きな差はありません。

表7 上越圏域の病床数、入院患者数の現状及び将来推計

	2014年 ①		2025年推計 ②		差引 (①-②) 病床数
	H26病床機能報告 病床数	H26病院報告 入院患者数	新潟県独自推計		
			病床数	入院患者数	
全体	2,373	1,790	2,136	1,812	237
高度急性期	534	-	219	164	315
急性期	1,168	-	721	562	447
回復期	236	-	716	644	△480
慢性期	435	-	480	442	△45

出典：「新潟県地域医療構想」（平成29年3月）

この県の将来推計を踏まえ、現在、センター病院が担っている回復期、慢性期を中心とする病床機能を今後も維持する中で、引き続き病病連携、病診連携の取組を強化していくとともに、地域のかかりつけ病院として日常的疾患に対応できるよう、急性期医療にも取り組んでいきます。

また、地域に不足する医療として取り組んでいる回復期リハビリテーション機能、緩和ケアなどは、将来的にも地域にとって必要性が高いと見込んでいることから、引き続き取り組むとともに、公立病院として採算性に配慮しつつ担っていくことを基本とします。

#### ② 地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割

地域包括ケアシステムについては、高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを維持できるよう、地域における医療、介護の関係機関が相互に連携して、包括的かつ継続的な在宅医療や介護のサービスを提供するため、多職種協働により在宅医療、在宅介護を一体的に提供できる体制として、市町村が中心となって構築していくことが、国の社会保障制度改革の取組の一つとして求められています。

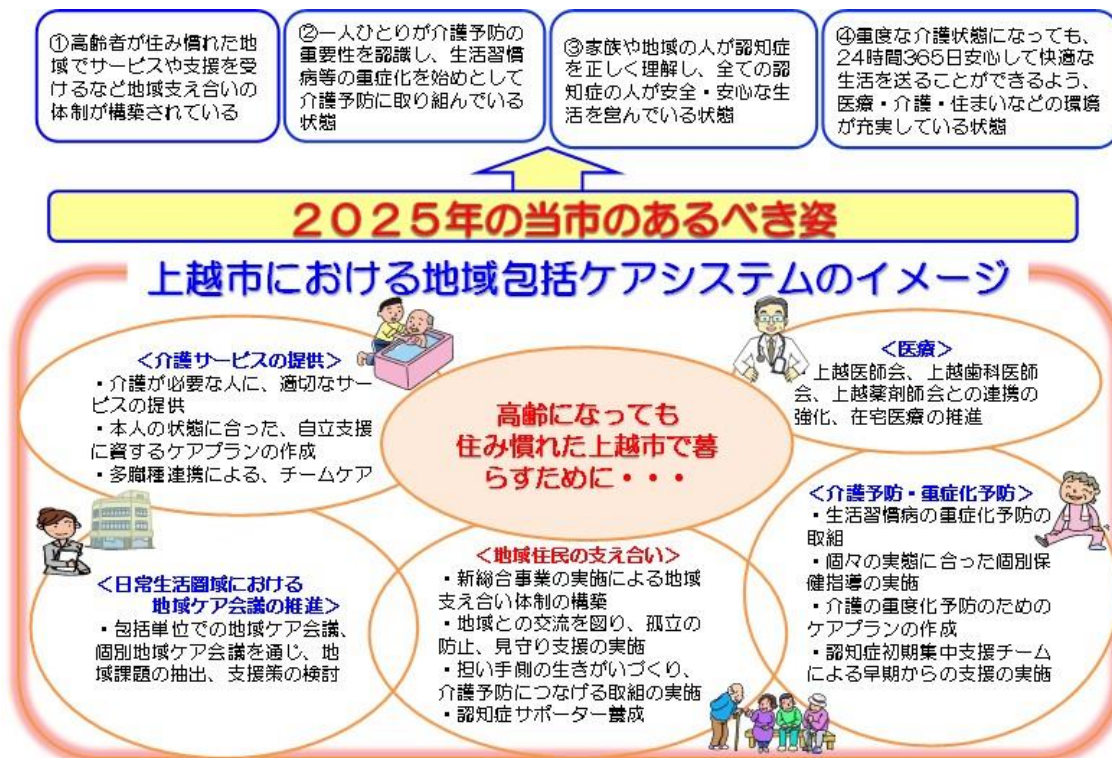
また、地域医療構想においても、上越圏域では在宅医療の充実を図るために訪問看護、訪問介護等の整備と人材確保が必要とされています。

こうしたことから、センター病院では、在宅医療支援センターによる訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問診療及び居宅介護支援事業の取組や、重症心身障害児（者）の短期入所等の福祉サービスを継続していくとともに、包括的なサービスの提供の在り方について検討していきます。

また、病院内の地域連携センターによる退院調整機能の充実を図り、多職種間の連携及び情報共有を一層推進していきます。

今後は、より効果的に地域の高齢者を支える仕組みづくりが必要であり、センター病院は公立病院として、地域に不足する機能を担い、地域包括ケアシステムの構築に寄与することを目指します。

図 12 上越市における地域包括ケアシステムのイメージ



### ③ 一般会計負担の考え方

公立病院は、地方公営企業として運営する以上、独立採算が原則である一方、法令上、一定の経費については一般会計等において負担するものとされています。

当市においては、地方公営企業法等の関連法令及び総務省が定めた基準に基づく法定内の繰り出しを基本としています。

今後も、この基準の範囲内での繰り出しを基本とし、病院を取り巻く社会情勢や地域の医療ニーズなどに対応するための事業規模及び事業形態の見直しなどに対して、適切な繰り出しを行うこととします。

### ④ 医療機能等指標に係る数値目標

「地域医療構想を踏まえた病院の果たすべき役割」及び「地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割」に沿った医療機能を十分に発揮しているかを検証する観点から数値目標を設定します。

センター病院においては、回復期、慢性期を中心とする病院機能をいかした病病連携、病診連携の取組や在宅医療支援センターによる在宅医療、在宅介護の取組、また地域連携センターによる多職種間の連携など、地域の医療機関等との連携における中核的な役割を果たすこととしています。

このため、回復期、慢性期を中心とする病院機能をいかした病病連携、病診連携の取組の指標として「紹介率」を、また、センター病院の特色であり地域医療の基幹病院として機能強化が欠かせない回復期リハビリテーションの医療機能の指標として「リハビリテーション提供単位数」を指標とします。

### III 目指すべき方向性と経営改善に向けた取組

---

医療機能等指標	28年度 (見込)	29年度 (目標)	30年度 (目標)	31年度 (目標)	32年度 (目標)
紹介率 (%)	39.0	40.0	41.2	42.4	43.6
リハビリテーション 提供単位数 (単位)	77,700	76,560	79,430	79,650	81,050

#### ⑤ 住民の理解のための取組

センター病院の診療機能、在宅医療及び緩和ケアの取組などは、いずれも地域の医療需要に応じて取り組んできたものです。今後も現在の取組を継続しつつ、医療需要の動向を常に注視して運営するとともに、地域に開かれた病院として、病院の取組を市民に対し積極的に情報発信していきます。

## (2) 経営の効率化

### ① 経営の効率化に向けて

会計制度の見直しなどの影響を除けば、センター病院の経常収支は黒字で推移しているものの、医業収支は赤字で推移している状況です。

経営指標について同規模の自治体病院と比較すると、センター病院は急性期医療を担いつつも、回復期・慢性期機能を中心としているため、医業収益は同規模の病院よりも低い状況です。

一方、医業費用においては、センター病院の給与費自体は同規模の病院よりも低いものの、医業収益対職員給与比率では平成 28 年度見込で 64.9%と高い状況にあります。

また、センター病院の建物は、一部が築 40 年以上を経過しており老朽化が著しいことから、改築に向けた検討を進めているところです。病院改築に当たっては、建築費の高騰などにより、事業費の大幅な増加が予測されることから、可能な限りローコストかつコンパクトな整備計画としていく必要があります。

新改革プランでは、新ガイドラインにおいて必須となっている経常収支比率、医業収支比率のほか、病院改築後の健全経営を見据えながら、更に収益性の向上や経費縮減を図り、医師等の確保に積極的に取り組むため、次の数値目標を定めました。

#### <数値目標>

経営指標に係る数値目標	28 年度 (見込)	29 年度 (目標)	30 年度 (目標)	31 年度 (目標)	32 年度 (目標)
1) 収支改善に係るもの					
経常収支比率 (%)	101.3	102.7	102.2	102.7	103.2
医業収支比率 (%)	89.6	90.7	91.1	92.5	93.1
2) 経費節減に係るもの					
給与費の対医業収益比率 (%)	64.9	64.2	63.7	63.4	63.3
材料費の対医業収益比率 (%)	11.3	11.6	11.5	11.4	11.2
3) 収入確保に係るもの					
病床利用率 (%)	81.0	82.2	83.2	83.5	84.2
入院延べ患者数 (人)	58,225	59,130	59,849	60,240	60,528
外来延べ患者数 (人)	36,936	37,088	37,422	38,151	38,880
新規患者数 (人)	6,700	6,750	6,830	6,850	6,910
4) 経営の安定性に係るもの					
医師数 (常勤) ※ (人)	12	12	12	13	14
看護師数 (常勤) ※ (人)	114	120	120	120	120

※各年度 4 月時点

※上の表には、経営の効率化に係る数値目標をまとめて掲載しており、次ページ以降の具体的な取組における数値目標は再掲となります。

② 目標達成に向けた具体的な取組と取組時期

(ア) 経費削減・抑制対策

センター病院では、旧改革プランにおける薬品費や診療材料費の経費節減に向けた取組の継続により一定の成果が出ています。しかしながら、今後も厳しい経営環境が続くことや改築に伴う資金確保に向けて、内部留保資金を確保するため、収益性を向上させ、より一層の経費削減に取り組んでいく必要があります。

また、医業収益対職員給与費率が60%を超える高い比率となっています。これは医業収益が少ないことが主な要因ではありますが、経費削減の面から給与体系や水準の見直しを行います。

センター病院は建物や設備が老朽化する中で、施設機能の維持に多額の修繕費用等が生じています。これらの費用はセンター病院に求められる診療機能を十分に発揮するために不可欠であるものの、病院の改築に向けた取組を進めていることも踏まえ、過剰な投資とならないよう留意するとともに、医療機器の調達や更新についても計画的に整備していきます。

<取組事項>

[新規]

- ・医業収益に対する職員給与比率の適正化（給与体系及び水準の見直し、職員採用計画の策定及び実施）【平成29年度に着手】

[継続]

- ・採用薬品や後発医薬品の使用品目等の定期的な見直し
- ・施設修繕計画及び医療機器整備計画の策定及び実施
- ・業務委託契約における発注方法や仕様書の見直しによる委託費の削減

<数値目標> 再掲

経費削減・抑制対策 に係る数値目標	28年度 (見込)	29年度 (目標)	30年度 (目標)	31年度 (目標)	32年度 (目標)
給与費の対医業収益比率 (%)	64.9	64.2	63.7	63.4	63.3
材料費の対医業収益比率 (%)	11.3	11.6	11.5	11.4	11.2

(イ) 収入確保・増加対策

病院改築や新たな医療への取組を進める方向性を示している中であって、現在の収益規模では経営状況が悪化する可能性が高いと見込まれることから、市の財政支援に依存するのではなく、収益性を向上させることが喫緊の課題です。特に入院診療収益については、今後も施設基準の見直しや病床の効率的な運用による収益の安定確保を進めていきます。

しかしながら、国の医療行政の動向から、回復期、慢性期を中心とする病院においては、診療報酬による大幅な収入向上は期待できないこともあり、自由診療や健康診査、予防医療領域など診療報酬以外で収益確保を図る仕組づくりについても検討していきます。

<取組事項>

[新規]

- ・介護予防に向けた市民向けの健康教育や保健指導等を含めた包括的なサービスの提供【平成30年度までに開始】
- ・居宅介護支援事業や訪問看護機能の強化型基準の取得（診療報酬加算）【平成31年度までに取得】

[継続]

- ・ 整形外科を中心とした患者数や手術件数の増加
- ・ 病床の効率的な運用による入院収益の安定確保
  - …ベッドコントロール担当者による入院調整及び医師を始めとするスタッフの協力体制の構築
  - 退院調整看護師及び医療ソーシャルワーカーによる退院調整機能の充実
  - 地域連携パスの受入れ拡大
- ・ 診療報酬改定を踏まえた施設基準届出の強化
- ・ 診療報酬請求の適正化（請求精度の向上に向けた職員のスキルアップ等）
- ・ 未収金の発生防止と回収対策の強化

<数値目標> 再掲

収入確保・増加対策 に係る数値目標	28年度 (見込)	29年度 (目標)	30年度 (目標)	31年度 (目標)	32年度 (目標)
病床利用率 (%)	81.0	82.2	83.2	83.5	84.2
入院延べ患者数 (人)	58,225	59,130	59,849	60,240	60,528
外来延べ患者数 (人)	36,936	37,088	37,422	38,151	38,880
新規患者数 (人)	6,700	6,750	6,830	6,850	6,910

(ウ) その他

1) 医師等の人材の確保・育成策

医師等の確保に向けては、センター病院で働きたいと思われる環境づくりに取り組むとともに、センター病院の魅力を外部に積極的に発信していきます。

具体的には、センター病院の特徴である総合診療や地域医療への取組といった強みを更に伸ばしつつ、積極的に情報発信することにより、病院に魅力を感じる医師を招へいします。さらに、これらの取組において指導医となる医師を複数招へいし、総合診療医を希望する若手医師の招へいにもつなげていきます。

また、看護師については、看護大学や看護専門学校などとの関係を今後も維持するとともに、働きやすい環境を整備し、必要な看護師数を確保します。

<取組事項>

[新規]

- ・ 医師等の人材確保の取組を進めるための専門職の配置【平成29年度までに配置】

[継続]

- ・ 各大学の医局に対する医師の招へい活動
- ・ 民間の医師紹介会社の活用
- ・ プライマリ・ケア認定医施設として総合診療医の受入れの促進
- ・ 医師等の年齢構成や常勤、非常勤のバランスを考慮した計画的な採用
- ・ 看護学生向けの看護職員奨励金の交付

<数値目標> 再掲

医師等の人材の確保・育成策 に係る数値目標	28年度 (見込)	29年度 (目標)	30年度 (目標)	31年度 (目標)	32年度 (目標)
医師数(常勤)※ (人)	12	12	12	13	14
看護師数(常勤)※ (人)	114	120	120	120	120

※各年度4月時点



2) 病床利用率向上のための取組

センター病院の病床利用率は、一般病床及び療養病床(回復期リハビリテーション病棟)ともに80%以上を維持しており、総務省が抜本的な見直しを求める「3年連続して病床利用率70%未満」を上回っている状況です。しかしながら、回復期・慢性期機能を中心とするセンター病院においては、急性期病院と比較すると診療報酬が低く設定されていることや平均在院日数の長期化により、必ずしも収益向上につながっているとは言えません。

このため、病床利用率の更なる向上と平均在院日数の短縮化を図りながら、救急患者や紹介患者などの新規入院患者の受け入れ促進にも取り組んでいきます。

紹介患者については、これまでと同様に地域連携パスによる地域連携の取組を継続するとともに、他施設との差別化や高齢者の増加を考慮した新たな診療機能を持つことによる新規患者の確保を図ります。

<取組事項>

[継続]

- ・病病連携、病診連携の強化による患者数の増加
- ・紹介患者及び新規患者の確保

<数値目標> 再掲

病床利用率向上のための取組 に係る数値目標	28年度 (見込)	29年度 (目標)	30年度 (目標)	31年度 (目標)	32年度 (目標)
病床利用率 (%)	81.0	82.2	83.2	83.5	84.2
新規患者数 (人)	6,700	6,750	6,830	6,850	6,910

III 目指すべき方向性と経営改善に向けた取組

(工) 収支計画 (計画期間中の各年度)

(収益的収支)

(単位：千円、%)

区分		年度	27年度 (実績)	28年度 (実績見込)	29年度 (計画)	30年度 (計画)	31年度 (計画)	32年度 (計画)
収入	1. 医業収益 a		2,170,909	2,206,928	2,320,637	2,340,364	2,361,874	2,399,738
	(1) 料金収入		2,110,782	2,142,128	2,255,828	2,275,057	2,296,006	2,332,836
	(2) その他		60,127	64,800	64,809	65,307	65,868	66,902
	うち他会計負担金		0	0	0	0	0	0
	2. 医業外収益		325,411	347,897	344,615	329,637	305,169	300,822
	(1) 他会計負担金・補助金		194,796	194,390	213,430	213,614	213,816	214,323
	(2) 国(県)補助金		1,088	1,067	1,043	1,043	1,043	1,043
	(3) 長期前受金戻入		125,833	127,103	127,689	112,527	87,857	83,003
	(4) その他		3,694	25,337	2,453	2,453	2,453	2,453
	経常収益(A)		2,496,320	2,554,825	2,665,252	2,670,001	2,667,043	2,700,560
支出	1. 医業費用 b		2,352,483	2,464,073	2,559,348	2,569,608	2,554,729	2,576,983
	(1) 職員給与費 c		1,496,236	1,431,958	1,489,728	1,489,728	1,498,568	1,518,568
	(2) 材料費		266,685	250,297	270,219	269,142	269,363	268,860
	(3) 経費		407,201	595,801	612,575	612,880	619,962	629,833
	(4) 減価償却費		182,361	180,327	181,722	193,373	162,292	155,085
	(5) その他		0	5,690	5,104	4,484	4,544	4,636
	2. 医業外費用		81,121	57,465	35,045	42,037	41,329	40,459
	(1) 支払利息		20,818	19,627	18,545	17,372	16,453	15,192
	(2) その他		60,303	37,838	16,500	24,664	24,876	25,267
	経常費用(B)		2,433,604	2,521,538	2,594,393	2,611,645	2,596,058	2,617,442
経常損益(A)-(B)	(C)	62,716	33,287	70,859	58,356	70,985	83,118	
損特別	1. 特別利益(D)		545	0	0	0	0	0
	2. 特別損失(E)		0	0	0	0	0	0
	特別損益(D)-(E)	(F)	545	0	0	0	0	0
純損益	(C)+(F)	63,261	33,287	70,859	58,356	70,985	83,118	
累積欠損金	(G)	0	0	0	0	0	0	
不良債務	流動資産(ア)		1,560,519	1,574,887	1,584,528	1,599,117	1,613,840	1,628,699
	流動負債(イ)		330,853	346,505	359,160	376,151	393,946	412,583
	うち一時借入金		0	0	0	0	0	0
	翌年度繰越財源(ウ)		0	0	0	0	0	0
	当年度同意等債で未借入 又は未発行の額(エ)		0	0	0	0	0	0
差引	不良債務(オ) {(イ)-(エ)} - {(ア)-(ウ)}		0	0	0	0	0	0
経常収支比率	$\frac{(A)}{(B)} \times 100$		102.6	101.3	102.7	102.2	102.7	103.2
不良債務比率	$\frac{(オ)}{a} \times 100$		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
医業収支比率	$\frac{a}{b} \times 100$		92.3	89.6	90.7	91.1	92.5	93.1
職員給与費対医業収益比率	$\frac{c}{a} \times 100$		68.9	64.9	64.2	63.7	63.4	63.3
地方財政法施行令第15条第1項 により算定した資金の不足額	(H)		0	0	0	0	0	0
資金不足比率	$\frac{(H)}{a} \times 100$		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
病床利用率			82.1	81.0	82.2	83.2	83.5	84.2

### III 目指すべき方向性と経営改善に向けた取組

#### (資本的収支)

(単位：千円)

区分		年度	27年度 (実績)	28年度 (実績見込)	29年度 (計画)	30年度 (計画)	31年度 (計画)	32年度 (計画)
収	1. 企業債		55,600	56,800	43,200	20,000	16,800	12,800
	2. 他会計出資金		0	0	0	0	0	0
	3. 他会計負担金		69,999	81,878	86,468	88,928	91,276	85,809
	4. 他会計借入金		0	0	0	0	0	0
	5. 他会計補助金		0	0	0	0	0	0
	6. 国(県)補助金		0	0	0	0	0	0
	7. その他		0	0	0	0	0	0
入	収入計 (a)		125,599	138,678	129,668	108,928	108,076	98,609
	うち翌年度へ繰り越される 支出の財源充当額 (b)		0	0	0	0	0	0
	前年度許可債で当年度借入分 (c)		0	0	0	0	0	0
	純計(a)-{(b)+(c)} (A)		125,599	138,678	129,668	108,928	108,076	98,609
支	1. 建設改良費		74,428	84,738	47,305	25,000	21,000	16,000
	2. 企業債償還金		114,532	137,948	146,782	162,837	159,233	146,593
	3. 他会計長期借入金返還金		0	0	0	0	0	0
	4. その他		0	0	0	0	0	0
出	支出計 (B)		188,960	222,686	194,087	187,837	180,233	162,593
	差引不足額 (B)-(A) (C)		63,361	84,008	64,419	78,909	72,157	63,984
補 て ん 財 源	1. 損益勘定留保資金		63,201	84,008	64,419	78,909	72,157	63,984
	2. 利益剰余金処分量		0	0	0	0	0	0
	3. 繰越工事資金		0	0	0	0	0	0
	4. その他		160	0	0	0	0	0
補 て ん 財 源	計 (D)		63,361	84,008	64,419	78,909	72,157	63,984
	補てん財源不足額 (C)-(D) (E)		0	0	0	0	0	0
当年度同意等債で未借入 又は未発行の額 (F)			0	0	0	0	0	0
実質財源不足額 (E)-(F)			0	0	0	0	0	0

#### (一般会計等からの繰入金の見通し)

(単位：千円)

区分		年度	27年度 (実績)	28年度 (実績見込)	29年度 (計画)	30年度 (計画)	31年度 (計画)	32年度 (計画)
収	益	的	( 3,644)	( 3,553)	( 3,616)	( 3,616)	( 3,616)	( 3,616)
		支	194,796	194,390	213,430	213,614	213,816	214,323
資	本	的	( 0)	( 0)	( 0)	( 0)	( 0)	( 0)
		支	69,999	81,878	86,468	88,928	91,276	85,809
合 計			( 3,644)	( 3,553)	( 3,616)	( 3,616)	( 3,616)	( 3,616)
			264,795	276,268	299,898	302,542	305,092	300,132

(注)

1 ( )内はうち基準外繰入金額

2 「基準外繰入金」とは、「地方公営企業繰入金について」(総務副大臣通知)に基づき他会計から公営企業会計へ繰り入れられる繰入金以外の繰入金をいうものであること。

基準外繰入金には、一般会計から支出している病院群輪番制運営事業負担金を計上している。

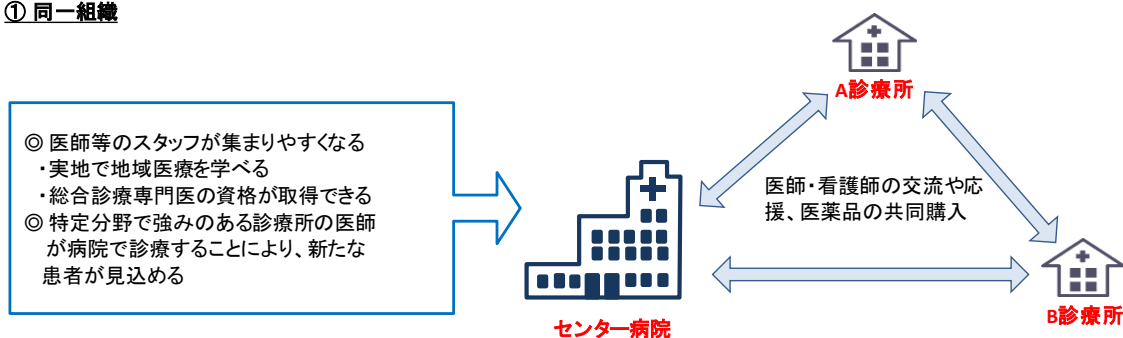
### (3) 再編・ネットワーク化

歯科を含め市内に 8 か所ある市立診療所では、医師の確保が喫緊の課題となっていることから、当市の中山間地域の医療を確保・維持するため、センター病院が市立病院として支援をしていく必要があります。

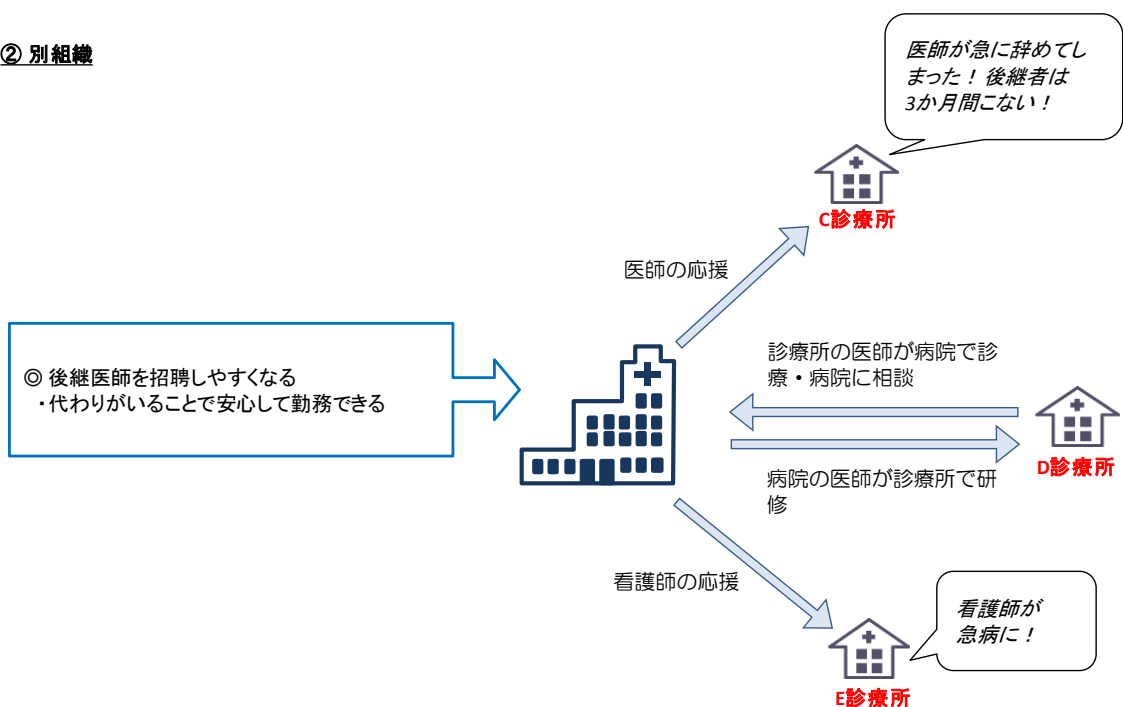
具体的な取組としては、中山間地域における医療提供体制の現状を踏まえ、センター病院と市立診療所との間で医師・看護師等の人的なネットワーク化を目指します。また、市直営や委託等、経営形態が統一されていないことや、不採算部門であるへき地医療をセンター病院が担うことになるなど課題が多いことから、中長期的な取組として位置付ける必要があります。

図 13 センター病院と市立診療所とのネットワーク化のイメージ

#### ① 同一組織



#### ② 別組織



### (4) 経営形態の見直し

平成 12 年 3 月に国から譲渡を受けて以降、上越医師会とセンター病院、市が三位一体となって運営しています。現在の指定管理者制度は、比較的自主的な運営が可能であり、民間事業者の経営ノウハウを幅広く活用した病院経営が期待できる形態とされていますが、センター病院の経営形態について具体的に検討します。

## IV おわりに

---

センター病院については、改築に向けて平成 28 年度に「上越地域医療センター病院の改築に向けた在り方検討委員会」（以下、「委員会」という。）を設置し、持続可能な病院経営を確立するため、今後のセンター病院の役割や必要な医療機能、規模等について、外部のコンサルタントの知見を得ながら、上越医師会、病院、市などの関係者により病院の目指すべき方向性について検討を行いました。新改革プランでは、委員会で検討された将来の病院の機能や目指すべき方向性を踏まえた数値目標を定めました。

この間、各種の取組により数値目標を達成し、平成 22 年度から続く経常黒字を継続するとともに、更なる経営効率化を図り、医業損益の改善を目指していきます。

さらに、今後は改築に向けた検討をより具体化し、施設整備を見据えて経営効率化の取組を一層強化していく必要があります。このため、資本的収支では、最低限必要な医療環境の維持や医療機器の更新経費などのみを見込んでいます。また、今後の病院改築計画の具体化の進展にあわせ、改築事業費を盛り込んだ収支見直しへ見直すこととしています。

人口減少や高齢化の進展、診療報酬の改定など変化する社会情勢の中にあって、地域の医療提供体制を確保していくことは、今後更に厳しい状況が続くものと思料しますが、そのような中においても適切な医療を安定的に提供し続けていく必要があります。

センター病院は、改築に向けた検討を進めており、将来に向けて新たな一步を踏み出す時期を迎えています。新改革プランを短期的な取組の指標として、PDCA サイクルにもとづく継続的な検証、見直しと実行を繰り返し、持続的かつ安定的な病院経営と医療サービスの提供に努めていきます。

## V 資料

### ・新公立病院改革ガイドライン

(平成 27 年 3 月 31 日)

#### 第 1 更なる公立病院改革の必要性

##### 1 公立病院改革の現状

公立病院は、地域における基幹的な公的医療機関として、地域医療の確保のため重要な役割を果たしているが、多くの公立病院において、経営状況の悪化や医師不足等のために、医療提供体制の維持が極めて厳しい状況になっていたことから、平成 19 年 12 月 24 日付けで「公立病院改革ガイドライン」（以下「前ガイドライン」という。）を策定し、病院事業を設置する地方公共団体に対し、公立病院改革プランの策定を要請したところであり、これを踏まえ、それぞれの地方公共団体において病院事業の経営改革に取り組んでいるところである。

公立病院改革プランに基づくこれまでの取り組みの結果については、総務省において毎年度実施状況を調査し公表してきたが、再編・ネットワーク化や経営形態の見直しに取り組む病院が大幅に増加するとともに、経常損益が黒字である病院の割合が、公立病院改革プラン策定前の約 3 割から約 5 割にまで改善するなど一定の成果を上げているところである（資料 1：省略）。

しかしながら、依然として、医師不足等の厳しい環境が続いており、持続可能な経営を確保しきれない病院も多い。また、人口減少や少子高齢化が急速に進展する中で、医療需要が大きく変化することが見込まれており、地域ごとに適切な医療提供体制の再構築に取り組んでいくことがますます必要になっている。このため、引き続き、経営効率化、再編・ネットワーク化、経営形態の見直しとの視点に立った改革を継続し、地域における良質な医療を確保していく必要がある。

##### 2 医療制度改革の推進

国においては、「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」（平成 25 年法律第 112 号）に基づく措置として、都道府県による地域の将来の医療提供体制に関する構想（以下「地域医療構想」という。）の策定、医療従事者の確保・勤務環境の改善、消費税増収分を活用した基金（以下「地域医療介護総合確保基金」という。）の設置等を内容とする「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（平成 26 年法律第 83 号。以下「医療介護総合確保推進法」という。）が、平成 26 年 6 月 25 日に公布され、順次施行されているところである。

今後の公立病院の改革のあり方は、こうした医療制度改革と密接な関連があり、連携を十分にとって進めていく必要がある。

##### 3 公立病院改革の基本的な考え方

今後の公立病院改革の目指すところは、前ガイドラインと大きく変わるものではない。すなわち、公立病院改革の究極の目的は、公・民の適切な役割分担の下、地域において必要な医療提供体制の確保を図り、その中で公立病院が安定した経営の下でへき地医療・不採算医療や高度・先進医療等を提供する重要な役割を継続的に担っていくことができるようにすることにある。

このため、医師をはじめとする必要な医療スタッフを適切に配置できるよう必要な医療機能を備えた体制を整備するとともに、経営の効率化を図り、持続可能な病院経営を目指すものとする。

国においても、医師不足の課題について、医師確保支援等を行う地域医療支援センターの機能を法律上位置付けるとともに、地域医療介護総合確保基金を都道府県に設置し、医療従事者の勤務環境改善に取り組む等、引き続き各般の措置を総合的に講じていく。

一方、医療法（昭和 23 年法律第 205 号）に基づき、今後、都道府県が、地域医療構想を策定することとなる。これは、公立病院・民間病院を含めた各地域の医療提供体制の将来の目指すべき姿を示すものであり、これを実現するための各種措置が法律に定められている。

公立病院改革と地域医療構想は、地域において必要な医療提供体制の確保を図るとの目的は共通しており、その検討も重なり合うこととなる。

したがって、今後の公立病院改革は、医療法に基づく地域医療構想の検討及びこれに基づく取組と整合的に行われる必要がある。

#### 第 2 地方公共団体における新公立病院改革プランの策定

病院事業を設置する地方公共団体は、下記により新公立病院改革プラン（以下「新改革プラン」という。）を策定し、病院機能の見直しや病院事業経営の改革に総合的に取り組むものとする。

公立病院を巡る状況は、その立地条件や医療機能などにより様々であり、改革に係るプランの内容は一律のものとはなり得ないことから、各々の地域と公立病院が置かれた実情を踏まえつつ、本ガイドラインを参考に新改革プランを策定し、これを着実に実施することが期待される。

また、関係地方公共団体において、前ガイドラインによる公立病院改革プランに基づき、再編・ネットワーク化や経営形態の見直しに取り組んでいる場合であっても、現在の取組状況や成果を検証すると

ともに、地域医療構想の達成の推進を図る観点も踏まえつつ、更なる見直しの必要性について検討すべきであることから、新改革プランを策定するものとする。

既に、自主的に前ガイドラインによる公立病院改革プランの改定を行っている場合又は地方独立行政法人が地方独立行政法人法（平成 15 年法律第 118 号）に基づき中期計画を策定している場合には、本ガイドラインにおいて要請している事項のうち不足している部分を追加又は別途策定することで足りるものである。

なお、「公営企業の経営に当たっての留意事項について」（平成 26 年 8 月 29 日付け総務省自治財政局公営企業課長、公営企業経営室長、準公営企業室長通知）に基づく経営戦略の策定の要請については、病院事業にあっては新改革プランの策定をもって経営戦略の策定と取り扱うものとする。

### 1 新改革プランの策定期間

新改革プランは、都道府県が策定する地域医療構想の策定状況を踏まえつつ、できる限り早期に策定することとし、平成 27 年度又は平成 28 年度中に策定するものとする。

なお、新改革プランは、地域医療構想と整合的であることが求められているものであるが、仮に、新改革プラン策定後に、地域医療構想の達成を推進するために行う関係者との協議の場（以下「地域医療構想調整会議」という。）の合意事項と齟齬が生じた場合には、速やかに新改革プランを修正すべきである。

また、早期に改革を進める観点から、地域医療構想における当該公立病院の病床機能等の方向性が明らかである場合、地域医療構想に先行して新改革プランを策定することも可能であるが、この場合にも、地域医療構想や地域医療構想調整会議の合意事項と齟齬が生じた場合には、速やかに新改革プランを修正すべきである。

### 2 新改革プランの対象期間

新改革プランは、策定年度あるいはその次年度から平成 32 年度までの期間を対象として策定することを標準とする。

### 3 新改革プランの内容

都道府県が策定する地域医療構想は、各地域の医療提供体制の将来の目指すべき姿を明らかにするものであることから、各公立病院の果たすべき役割は、この地域医療構想を踏まえたものでなければならない。

したがって、今般の公立病院改革は、これまでの「経営効率化」、「再編・ネットワーク化」、「経営形態の見直し」に、「地域医療構想を踏まえた役割の明確化」を加えた 4 つの視点に立って改革を進めることが必要であり、関係地方公共団体が策定する新改革プランには、この視点に沿って、おおむね次の各事項を記載するものとする。

#### (1) 地域医療構想を踏まえた役割の明確化

公立病院に期待される主な機能を具体的に例示すれば、①山間へき地・離島など民間医療機関の立地が困難な過疎地等における一般医療の提供、②救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に関わる医療の提供、③県立がんセンター、県立循環器病センター等地域の民間医療機関では限界のある高度・先進医療の提供、④研修の実施等を含む広域的な医師派遣の拠点としての機能などが挙げられる。

前ガイドラインにおいても、改革を通じて、自らの公立病院の果たすべき役割を見直し、改めて明確化するべきことが強調されていたが、今般の公立病院改革は、民間病院を対象に含めた地域医療構想の実現に向けた取組と並行して行われるものであることから、必然的に、公立病院の役割を従来にも増して精査することとなる。

また、公立病院の中でも、他の病院が複数立地する人口密集地に所在し、機能分担が課題となっている場合もあれば、人口が少ない中山間地に所在し、当該公立病院が唯一又は中心的な機能を有しており、救急医療の維持や医師確保が課題となっている場合もある。さらに、基幹病院へのアクセス等により、二次医療圏や県域を越えて患者の流出入が生じている場合もあるなど、公立病院の置かれている状況は様々である。

したがって、立地条件や求められる医療機能の違いを踏まえつつ、以下の点を明確にすべきである。

#### ① 地域医療構想を踏まえた当該病院の果たすべき役割

都道府県が策定する地域医療構想においては、構想区域（医療法に基づき都道府県が二次医療圏を原則として設定）における病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量等が示され、これに基づき、地域の医療提供体制の目指すべき姿が明らかにされる。

当該公立病院は、都道府県が策定する地域医療構想を踏まえて、地域の医療提供体制において果たすべき役割を明確にすることが必要である。

また、その際には、当面の診療科目等の医療提供内容だけでなく、構想区域における病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量等が示される地域医療構想と整合性のとれた形で、当該公立病院の将来の病床機能のあり方を示すなどの具体的な将来像が示されなければならない。

なお、地域医療構想における推計年は平成 37 年（2025 年）であることから、当該公立病院の具体的な将来像とは平成 37 年（2025 年）における将来像をいうものであり、それに至る途中段階としての新改革プランに基づく取組はこの将来像の実現に資するものとする必要がある。

- ② 地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割
- 医療介護総合確保推進法においては、地域包括ケアシステムの構築を目的の一つに掲げており、地域医療構想の中でも将来の在宅医療の必要量を示すこととしているなど、医療と介護が総合的に確保されることを求めている。
- 特に、中小規模の公立病院にあっては、介護保険事業との整合性を確保しつつ、例えば、在宅医療に関する当該公立病院の役割を示す、住民の健康づくりの強化に当たっての具体的な機能を示すなど、地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割を明らかにすべきである。
- 加えて、大規模病院等にあっては、緊急時における後方病床の確保や人材育成など病院の特性に応じて果たすべき役割についても積極的に明らかにすることが望ましい。
- ③ 一般会計負担の考え方
- 公立病院は、地方公営企業として運営される以上、独立採算を原則とすべきものである。一方、地方公営企業法上、一定の経費については、一般会計等において負担するものとされている。したがって、新改革プランの前提として、当該公立病院が地域医療の確保のため果たすべき役割を明らかにした上で、これに対応して一般会計が負担すべき経費の範囲についての考え方及び一般会計等負担金の算定基準（繰出基準）を記載する。
- ④ 医療機能等指標に係る数値目標の設定
- 当該公立病院が、その果たすべき役割に沿った医療機能を十分に発揮しているかを検証する観点から、以下の例示を踏まえ適切な医療機能等指標について、数値目標を設定する。
- 1) 医療機能・医療品質に係るもの
 

救急患者数、手術件数、臨床研修医の受入件数、医師派遣等件数、紹介率・逆紹介率、訪問診療・看護件数、在宅復帰率、リハビリ件数、分娩件数、クリニカルパス件数 など
  - 2) その他
 

患者満足度、健康・医療相談件数 など
- ⑤ 住民の理解
- 当該病院が担う医療機能を見直す場合には、これを住民がしっかりと理解し納得しなければならない。多くの地域においては、各々の病院があらゆる機能を持つとしても、医療スタッフを確保できないばかりか、適切な勤務環境を確保できず、結果的に地域全体として適切な医療を提供できないことを理解し合う必要があり、そのための取組が求められる。
- (2) 経営の効率化
- ① 経営指標に係る数値目標の設定
- 経営の効率化は、地域の医療提供体制を確保し、良質な医療を継続的に提供していくためには、避けて通れないものであり、医薬品費、医療材料費等の経費節減や医療の質の向上等による収入確保に積極的に取り組むことが重要である。
- このため、経営指標について、資料2及び資料3に掲げる全国の公立病院、民間病院等の状況も参考にしつつ、原則として、個々の病院単位を基本として新改革プラン対象期間末時点における数値目標を定める。この場合、経常収支比率及び医業収支比率については、必ず数値目標を設定するとともに、自らの経営上の課題を十分に分析し、以下の例示も踏まえ、課題解決の手段としてふさわしい数値目標を定めることとする。
- なお、指定管理者制度導入団体においては、指定管理者への財政支出の水準や、指定管理者から関係地方公共団体に提出された運営計画等をもって、数値目標や具体的取組に代えることも可能である。
- 1) 収支改善に係るもの
 

経常収支比率、医業収支比率、修正医業収支比率、不良債務比率、資金不足比率、累積欠損金比率 など
  - 2) 経費削減に係るもの
 

材料費・薬品費・委託費・職員給与費・減価償却費などの対医業収益比率、医薬材料費の一括購入による〇%削減、100床当たり職員数、後発医薬品の使用割合 など
  - 3) 収入確保に係るもの
 

1日当たり入院・外来患者数、入院・外来患者1人1日当たり診療収入、医師（看護師）1人当たり入院・外来診療収入、病床利用率、平均在院日数、DPC機能評価係数など診療報酬に関する指標 など
  - 4) 経営の安定性に係るもの
 

医師数、純資産の額、現金保有残高、企業債残高 など
- ② 経常収支比率に係る目標設定の考え方
- 公立病院が、地域の医療提供体制の中で、適切に役割を果たし良質な医療を提供していくためには、一般会計から所定の繰出が行われれば「経常黒字」となる水準を早期に達成し、これを維持することにより、持続可能な経営を実現する必要がある。
- このため新改革プランにおいては、公立病院が担っている不採算医療等を提供する役割を確保しつつ、対象期間中に経常黒字（すなわち経常収支比率が100%以上）化する数値目標を定めるべきであり、仮にそれが著しく困難な場合には、経常黒字化を目指す時期及びその道筋を明らかにするものとする。なお、その際以下の点に留意する。



- 1) 一つの経営主体が複数の病院を持ち、その複数の病院が基幹病院とサテライト病院のように機能を補完しながら一体的に運営していると認められる場合には、複数の病院を合わせて経常黒字化の数値目標をつくることのできることをとする。
  - 2) 平成 26 年度から適用された新会計基準により過去分の退職給付引当金を複数年で経常費用に計上することにより経営に与える影響が一時的に著しく大きくなる場合は、経過的な取扱いとして、注記した上で過去分の退職給付引当金を除いて経常黒字化の数値目標をつくることのできることをとする。
- ③ 目標達成に向けた具体的な取組
- 数値目標の達成に向けて、民間的経営手法の導入、事業規模・事業形態の見直し、経費削減・抑制対策、収入増加・確保対策などについて、具体的にどのような取組をどの時期に行うこととするかを明記する。参考までに、前ガイドラインに基づく取組例は資料 4 のとおりである。
- また、経営の効率化に当たっては、特に以下の点に留意すべきである。
- 1) 医師等の人材の確保・育成
 

地域医療支援センターや地域医療介護総合確保基金等を通じた取組とも連携しつつ、職員採用の柔軟化、勤務環境の整備、研修機能の充実など、医師等の医療スタッフを確保するための取組を強化すべきである。

また、地域に関心を持つ医師を増やす観点から中小規模の病院も積極的に研修医・医学生等の研修受け入れに取り組むことが重要である。大規模病院においては、中小病院等への医師派遣や人材育成に関する連携・支援を行うことが重要である。
  - 2) 経営感覚に富む人材の登用及び事務職員の人材開発の強化
 

病院事業の経営改革に強い意識を持ち、経営感覚に富む人材を幹部職員に登用（外部からの登用も含む。）すべきである。

また、医療経営の専門性の高まり、医療を巡る環境の急激な変化等を踏まえると、事務職員の人材開発が急務である。このため、外部人材の活用、プロパー専門職員の採用、人事管理の中で専門的なスキルをもった職員を計画的に育成する仕組みの構築等の対策を講じることが重要である。
  - 3) 民間病院との比較
 

平成 26 年度から公立病院の会計について新会計基準に移行していることから、民間病院との比較が容易になる。

民間病院の経営状況に係る統計も参考にしながら、できる限り類似の機能を果たしている民間病院との経営比較を行い、当該公立病院の果たす役割を踏まえつつ、民間病院並みの効率化を目指して取り組むべきである。
  - 4) 施設・設備整備費の抑制等
 

公立病院については減価償却費が大きい傾向があることが指摘されていることから、前ガイドラインに基づき建築単価の抑制を図ってきたところであり、一定の成果が見られる。

新設・建替等に当たっては、公立病院として果たすべき役割を踏まえ必要な機能を確保しつつ、引き続き建築単価の抑制を図るとともに、近年の建設費上昇の動向を踏まえた整備時期の検討、民間病院・公的病院の状況も踏まえた整備面積の精査等により整備費の抑制に取り組むべきである。

また、病院施設・設備の整備に際しては、整備費のみならず供用開始後の維持管理費の抑制を図ることも重要であり、こうした観点から民間事業者のノウハウの活用を図る手法の一つとして P F I 方式がある。しかしながら、同方式は契約期間が極めて長期に及ぶことが一般的であり、同方式の採用を検討する場合には、契約期間中の事業環境の変化に対応したリスクの発生に備え、あらかじめ公・民間で適切なリスク負担のルールを定める等、相当程度慎重な準備と調整を重ねることが求められる。
  - 5) 病床利用率が特に低水準である病院における取組
 

前ガイドラインにおいては、一般病床及び療養病床の病床利用率がおおむね過去 3 年間連続して 70%未滿の病院については、抜本的な見直しを行うことが適当であるとしていたが、病床数の削減、診療所化等に取り組んだ病院も多いものの、依然として 3 年間連続して 70%未滿の病院が相当数ある。

これらの病院にあっては、新改革プランにおいて、地域の医療提供体制を確保しつつ、病床数の削減、診療所化、再編・ネットワーク化、経営形態の見直しなど、再度抜本的な見直しを検討すべきである。
- ④ 新改革プラン対象期間中の各年度の収支計画等
- 上記取組の実施を前提として、新改革プラン対象期間中の各年度の収支計画及び各年度における目標数値の見通し等を掲げるものとする。
- なお、収支計画は、診療報酬の改定等の経営環境の変化により影響を受けるため、新改革プラン策定後においても、こうした状況変化を踏まえ必要な見直しを行うことが適当である。

## (3) 再編・ネットワーク化

## ① 再編・ネットワーク化に係る計画の明記

新改革プランにおいては、都道府県と十分連携しつつ、二次医療圏又は構想区域等の単位で予定される公立病院等の再編・ネットワーク化の概要と当該公立病院が講じるべき具体的な措置について、その実施予定時期を含めて、記載する。その際、都道府県の策定する地域医療構想との整合を図るものとする。

なお、前ガイドラインによる公立病院改革プランに基づき、既に再編・ネットワーク化に取り組んでいる場合には、現在の取組状況や成果を検証するとともに、地域医療構想の達成の推進を図る観点等から、更なる見直しの必要性について検討する。

## ② 取組病院の更なる拡大

前ガイドラインに基づき、現時点で実施中又は実現した再編・ネットワーク化の事例は資料5のとおりである。今後、これまでの取組事例も参考にしつつ、地域の医療提供体制の確保を図るとの観点から、再編・ネットワーク化の取組を進めていく必要がある。

また、少なくとも以下の公立病院については、今般の新改革プランの策定のタイミングを捉え、再編・ネットワーク化の必要性について十分な検討を行うべきである。

- 1) 施設の新設・建替等を行う予定の公立病院
- 2) 病床利用率が特に低水準である公立病院（過去3年間連続して70%未満）
- 3) 地域医療構想等を踏まえ医療機能の見直しを検討することが必要である公立病院

## ③ 再編・ネットワーク化に係る留意事項

以上のほか、再編・ネットワーク化に係る計画の策定に当たって特に留意すべき点は以下のとおりである。

## 1) 二次医療圏等の単位での経営主体の統合の推進

二次医療圏や構想区域内の公立病院間の連携を強化し、ネットワーク化の実を上げるためには、これらの公立病院の経営主体を統合し、統一的な経営判断の下、医療資源の適正配分を図ることが望ましい。したがって、再編・ネットワーク化に係る計画には、例えば①関係地方公共団体が共同して新たな経営主体として地方独立行政法人（非公務員型）を設立し、当該法人の下に関係病院・診療所等を経営統合する、②関係地方公共団体が共同して関係病院・診療所の指定管理者として同一の医療法人や公的病院を運営する法人等を指定し、当該法人の下に一体的経営を図る等の方策を盛り込むことが期待される。

なお、一部事務組合方式による場合には、構成団体間の意見集約と事業体としての意思決定を迅速・的確に行うための体制を整備する必要がある。

## 2) 医師派遣等に係る拠点機能を有する病院整備

再編・ネットワーク化に係る計画策定に際しては、医師確保対策に資する観点から、基幹病院にその他の病院・診療所に対する医師派遣等の拠点機能が整備されるよう、特に留意すべきである。この場合、地域医療に貢献する大学等との連携が図られることが望ましい。また、必要な場合、1)に掲げる二次医療圏等の単位での経営統合に留まらず、医師派遣体制の整備の観点に立って、さらに、広域での経営主体の統合も検討の対象とすることも考えられる。

## 3) 病院機能の再編成（公的病院、民間病院等との再編を含む）

地域医療構想は、公立病院だけでなく、公的病院、民間病院を含め、地域の医療提供体制の目指すべき姿を示すものである。したがって、地域医療構想を踏まえて当該公立病院の役割を検討した結果、公的病院、民間病院等との再編が必要になるケースも生じてくると考えられる。

例えば、同一地域に複数の公立病院や国立病院、公的病院等、さらには民間病院が併存し、相互の機能の重複、競合がある場合には、地域医療構想や地域医療構想調整会議等も活用しつつ、他の医療機関との統合・再編や事業譲渡等にも踏み込んだ改革案についても検討の対象とすべきである。

また、病院機能の適切な再編成に取り組むとともに、ICTを活用した医療等の情報連携を行うなど、効果的な医療提供の連携体制の構築に配慮することが適当である。

## (4) 経営形態の見直し

## ① 経営形態の見直しに係る計画の明記

新改革プランにおいては、民間的経営手法の導入等の観点から行おうとする経営形態の見直しについて、新経営形態への移行計画の概要（移行スケジュールを含む。）を記載する。

なお、前ガイドラインによる公立病院改革プランに基づき、既に経営形態の見直しに取り組んでいる場合には、現在の取組状況や成果を検証するとともに、更なる見直しの必要性について検討する。

## ② 経営形態の見直しに係る選択肢と留意事項

経営形態の見直しに関し、考えられる選択肢並びにその利点及び課題などの留意事項は次のとおりである。なお、前ガイドラインに基づき経営形態の見直しを行った公立病院の経営状況は資料6のとおりである。

## 1) 地方公営企業法の全部適用

地方公営企業法（昭和27年法律第292号）の全部適用は、同法第2条第3項の規定により、病院事業に対し、財務規定等のみならず、同法の規定の全部を適用するものである。これにより、事業管理者に対し、人事・予算等に係る権限が付与され、より自律的な経営が可能となることが期待されるものである。

ただし、地方公営企業法の全部適用については、比較的取り組みやすい反面、経営の自由度拡大の範囲は、地方独立行政法人化に比べて限定的であり、また、制度運用上、事業管理者の実質的な権限と責任の明確化を図らなければ、民間的経営手法の導入が不徹底に終わる可能性がある。

このため、同法の全部適用によって所期の効果が達成されない場合には、地方独立行政法人化など、更なる経営形態の見直しに向け直ちにに取り組むことが適当である。

## 2) 地方独立行政法人化（非公務員型）

非公務員型の地方独立行政法人化は、地方独立行政法人法の規定に基づき、地方独立行政法人を設立し、経営を譲渡するものである。地方公共団体と別の法人格を有する経営主体に経営が委ねられることにより、地方公共団体が直営で事業を実施する場合に比べ、例えば予算・財務・契約、職員定数・人事などの面でより自律的・弾力的な経営が可能となり、権限と責任の明確化に資することが期待される。ただし、この場合、設立団体からの職員派遣は段階的に縮減を図る等、実質的な自律性の確保に配慮することが適当である。

また、これまで実際に地方独立行政法人化した病院において、人事面・財務面での自律性が向上し、経営上の効果を上げているケースが多いことにも留意すべきである（資料6：省略）。

なお、現在一部事務組合方式により設置されている病院で、構成団体間の意見集約と事業体としての意思決定の迅速・的確性の確保に課題を有している場合にも、地方独立行政法人方式への移行について積極的に検討すべきである。

## 3) 指定管理者制度の導入

指定管理者制度は、地方自治法（昭和22年法律第67号）第244条の2第3項の規定により、法人その他の団体であって当該普通地方公共団体が指定するものに、公の施設の管理を行わせる制度であり、民間の医療法人等（日本赤十字社等の公的医療機関、大学病院、社会医療法人等を含む。）を指定管理者として指定することで、民間的な経営手法の導入が期待されるものである。

本制度の導入が所期の効果を上げるためには、①適切な指定管理者の選定に特に配慮すること、②提供されるべき医療の内容、委託料の水準等、指定管理者に係わる諸条件について事前に十分に協議し相互に確認しておくこと、③病院施設の適正な管理が確保されるよう、地方公共団体においても事業報告書の徴取、実地の調査等を通じて、管理の実態を把握し、必要な指示を行うこと等が求められる。

## 4) 民間譲渡

地域の医療事情から見て公立病院を民間の医療法人等に譲渡し、その経営に委ねることが望ましい地域にあっては、これを検討の対象とすべきである。ただし、公立病院が担っている医療は採算確保に困難性を伴うものを含むのが一般的であり、こうした医療の提供が引き続き必要な場合には、民間譲渡に当たり相当期間の医療提供の継続を求めると、地域医療の確保の面から譲渡条件等について譲渡先との十分な協議が必要である。

## 5) 事業形態の見直し

地域医療構想においては、構想区域における医療需要や病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量が示されることになる。これに加え、介護・福祉サービスの需要動向を十分検証することにより、必要な場合、診療所、老人保健施設など病院事業からの転換を図ることも含め事業形態自体も幅広く見直しの対象とすべきである。

## 第3 都道府県の役割・責任の強化

## 1 地域医療構想の策定等を通じた取組

都道府県は、医療法に基づき、地域医療構想の策定及びこれを実現するための措置（地域医療構想調整会議の設置、協議が調わない場合の要請・指示・命令等、基金による財政支援等）を講じることとなるものであり、地域の医療提供体制の確保についてこれまで以上の責任を有することとなる。

地域医療構想の策定と実現に向けた取組の中で、管内の公立病院の役割や再編・ネットワーク化のあり方が決まってくるケースが多くなると考えられることから、都道府県は、自らの公立病院に係る新改革プランとは別に、病院事業設置団体の新改革プランの策定についても、市町村担当部局と医療担当部局とが連携し、適切に助言すべきである。

特に、再編・ネットワーク化の取組については、複数の市町村が関係する再編や、公的病院、民間病院等との再編も考えられることから、公立病院を設置する市町村等が再編・ネットワーク化に係る計画を策定する際には、都道府県においても、積極的に参画すべきである。

## 2 管内公立病院の施設の新設・建替等を行う場合の検討

これまで、都道府県は管内市町村の病院施設の新設・建替等に当たっては、公営企業債の協議等を通じて収支見通し等について助言を行ってきた。

しかし、一旦、病院施設の建替等が行われれば、その後の医療需要等の経営環境の変化や病院機能の見直しに柔軟に対応することが困難になるケースも想定される

ことから、これまで以上に収支状況の点検を行うことに加え、地域の医療提供体制のあり方の観点からも、しっかりとした検討を行うことが求められている。

そこで、上記1のとおり都道府県が地域の医療提供体制に大きな役割・責任を持つこととなったことを踏まえ、自らが設置する病院施設に加え、管内市町村の病院施設の新設・建替等に当たっては、都道府県が医療計画（地域医療構想を含む）の達成の推進及び病院経営等に関する助言の観点から、当該公立病院の機能・役割分担、統合・再編のあり方、適切な規模、医師確保の方策、収支見通し等について十分に検討すべきである。また、その際、都道府県は、市町村担当部局と医療担当部局とが一体となって検討を行うべきである。

#### 第4 新改革プランの実施状況の点検・評価・公表

##### 1 地方公共団体における点検・評価・公表

関係地方公共団体は、当ガイドラインを踏まえ策定した新改革プランを住民に対して速やかに公表するとともに、その実施状況をおおむね年1回以上点検・評価を行うこととし、評価の過程においては、例えば有識者や地域住民等の参加を得て設置した委員会等に諮問するなどにより、評価の客観性を確保する必要がある。

この場合、この委員会等においては単に財務内容の改善に係る数値目標の達成状況のみならず、例えば、当該病院の医師、看護師等の参加を求めて、公立病院として期待される医療機能の発揮の状況等についても併せて評価、検証することが望ましい。

##### 2 積極的な情報開示

関係地方公共団体は、前項の点検・評価・公表に際し、立地条件や病床規模が類似した他の公立病院や民間病院等における状況等を併せて明らかにするなど、当該公立病院の現状について住民が理解・評価しやすいよう、積極的な情報開示に努めるものとする。また、前項の有識者等による委員会等の審議状況などについても報道機関に積極的に公開するなど、住民の関心をできる限り高める工夫を凝らすことが必要である。

##### 3 新改革プランの改定

関係地方公共団体は、前項の点検・評価等の結果、新改革プランに掲げた数値目標の達成が著しく困難である場合には、抜本的な見直しを含め新改革プランの改定を行うことが適当である。

##### 4 総務省における取組

総務省は関係地方公共団体の協力を得て、新改革プランの策定状況及び実施状況をおおむね年1回以上全国調査し、その結果を公表する。

#### 第5 財政措置等

総務省は公立病院改革が円滑に進められるよう、改革の実施に伴い必要となる経費について財政上の支援措置を講じるとともに、公立病院に関する既存の地方財政措置について所要の見直しを行う観点から、次の措置を講じることとする。

##### 1 公立病院改革に対する措置

新改革プランに基づく取組を実施することに伴い必要となる次の経費（原則として平成27年度から平成32年度までの間に生じるものを対象とする）について、財政上の措置を講じることとする。

###### (1) 新改革プランの策定に要する経費

平成27年度及び平成28年度における新改革プランの策定及びその後の実施状況の点検・評価等に要する経費を地方交付税により措置する。

###### (2) 再編・ネットワーク化に伴う施設・設備の整備等に要する経費

公立病院の再編・ネットワーク化に係る施設・設備の整備について、病院事業債（特別分）を充当することとし、その元利償還金に対する普通交付税による措置を拡充する。

なお、前ガイドラインに基づく一般会計出資債の対象となる事業等の継続分については従前の例によるが、要件に該当する場合には新たな財政措置に移行することも可能とする。

###### (3) 再編・ネットワーク化や経営形態の見直し等に伴う精算等に要する経費

###### ① 新たな経営主体の設立等に際しての出資に要する経費

再編・ネットワーク化に伴う新たな経営主体の設立等に際し、病院の経営基盤を強化し健全な経営を確保するために行う出資（不良債務額を限度とする。）について、病院事業債（一般会計出資債）を措置する。

また、再編・ネットワーク化等に伴い、公立病院廃止等を行う場合の財政措置のあり方について、今後の各地方公共団体の取組内容等を踏まえ検討する。

###### ② 施設の除却等経費

医療提供体制の見直しに伴い不要となる病院等の施設の除却等に要する経費に対する一般会計からの繰出金の一部を特別交付税により措置する。

###### ③ 他用途への転用に伴う経費

病院施設の他用途への転用に際しては、既往地方債の繰上償還措置が必要な場合に借換債を措置するとともに、経過年数が10年以上の施設等の財産処分である場合には従来の元利償還金に対する普通交付税措置を継続する。

- ④ 退職手当の支給に要する経費  
 指定管理者制度の導入等に際し必要となる退職手当の支給に要する経費について、必要に応じて退職手当債による措置の対象とする。
- (4) 許可病床削減時の普通交付税算定の特例  
 普通交付税の算定基礎を許可病床数から稼働病床数に変更する(下記2 (2)参照)ことに伴い、削減許可病床数を有するものとして算定する既存の措置を見直し、地域の医療提供体制の見直しを推進する観点から、許可病床の削減数に応じた5年間の加算措置を講じる(平成28年度から実施)。
- 2 公立病院に関する既存の地方財政措置の見直し  
 公立病院に関する既存の地方財政措置について次のとおり見直しを行うこととする。
- (1) 施設の新設・建替等を行う場合の地方交付税措置の見直し  
 公立病院施設の新設・建替等(医療機器整備を含む)に係る病院事業債に関しては、地域の医療提供体制に大きな役割・責任を持つ都道府県が、同意等に際して収支見通し等について十分検討を行うとともに、当該公立病院に係る機能・役割分担等の地域医療構想との整合性についても十分に検討を行い、適当と認められるものに地方交付税措置を行う。
- (2) 病床数に応じた地方交付税算定の見直し  
 公立病院の病床数に応じた地方交付税措置については、算定の公平性の確保、稼働病床数の把握が可能となったこと等を踏まえ、算定の基礎となる病床数を許可病床数から稼働病床数に変更する。その際、措置額の減少を緩和する方策を講じる。
- (3) 公立病院に関する地方財政措置の重点化
- ① 病院施設の整備費に係る措置  
 病院建物の建築単価が一定水準を上回る部分を普通交付税措置対象となる病院事業債の対象から除外する制度を継続するとともに、当面、全国的な建築単価の急激な上昇を反映するため措置対象となる単価を引き上げる。
- ② 不採算地区病院に対する措置  
 不採算地区病院の第2種の対象病院について、その適正化を図るため、人口集中地区以外に所在する公立病院から、周辺人口が少ない地域に立地する公立病院に見直す。
- ③ 公立病院に対する特別交付税措置の重点化  
 財政措置の重点化を図る見地から、公立病院に対する特別交付税措置について、病床数等に単価を乗じて算定する方式から、これと一般会計からの繰出額等とを比較する方式への見直しを検討する。
- (4) 公的病院等に対する措置  
 公的病院等の運営費に対する地方公共団体の助成については、公立病院に準じた特別交付税による措置を継続する。

・用語説明

【あ行】

医業収支比率

病院本来の医療活動による経営状態を示す指標で、この比率が大きいほど、経営状態が良好であることを表す。100 を基準に上回ると黒字、下回ると赤字となる。次の計算式により算出する。

$$\text{医業収支比率 (\%)} = \text{医業収益} / \text{医業費用} \times 100$$

【か行】

回復期機能

医療機能の一つ。急性期を経過し症状が安定に向かう患者に対して、在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。

特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨近位部骨折等の患者に対し、ADL（日常生活動作）の向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）。

稼働病床

許可病床数から休床の届出をしている病床のほか、過去 1 年間に一度も入院患者を収容しなかった病床を除いた病床。

緩和ケア

世界保健機関（WHO）において次のように定義している。

「生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処（治療・処置）を行うことによって、苦しみを予防し、和らげることで、クオリティ・オブ・ライフ（QOL：生活の質）を改善するアプローチである。」

日本では、「がん対策推進基本計画（平成 24 年 6 月閣議決定）」において、「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」が重点的に取り組むべき課題として位置付けられている。

急性期機能

医療機能の一つ。急性期（症状が急激に現れる時期）の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能。

許可病床

医療法の規定に基づき県知事から使用許可を受けている病床。

クリニカル・インディケータ（臨床指標）

病院の様々な機能を適切な指標を用いて表したものであり、これを分析し、改善することにより医療サービスの質の向上を図ることを目的とするもの。

平成 22 年度から厚生労働省において、国民の関心の高い特定の医療分野について、医療の質の評価、公表を実施し、その結果を踏まえた分析・改善策の検討を行うことで、医療の質の向上及び質の情報の公表を推進することを目的とする「医療の質の評価・公表等推進事業」が開始されている。

### 経常収支

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。

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

### 経常収支比率

病院本来の医療活動のほか、医業外活動も加えた経営状況を示す指標で、比率が大きいほど、経営状態が良好であることを表す。100を基準に上回ると黒字、下回ると赤字となる。次の計算式により算出する。

$$\text{経常収支比率}(\%) = (\text{医業収益} + \text{医業外収益}) / (\text{医業費用} + \text{医業外費用}) \times 100$$

### 経常損益

継続的な経営活動から生じる経常収益と経常費用を記載し、その差額を算出したものをいう。

### 結核患者収容モデル病室

医療法上の区分は一般病床（精神病床）であるが、独立した換気設備の整備等を行い他の一般換気に混入することがないようにし、生活習慣病や精神疾患等の合併症を有する結核患者の収容を行うことができる施設。

施設整備費について、国庫補助制度（補助率 10/10）がある。

### 高度急性期機能

医療機能の一つ。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機能。高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例としては、救急救命病棟、集中治療室（ICU）、ハイケアユニット（HCU）、新生児集中治療室（NICU）などがある。

## 【さ行】

### 自足率

$$\text{自 足 率} = \frac{\text{ある二次保健医療圏に住所を有する患者のうち、同じ二次保健医療圏内の医療施設で受療した患者数}}{\text{ある二次保健医療圏に住所を有する患者数}} \times 100$$

「自足率が高い」とは、ある圏域の住民が、その圏域にある医療施設を利用する割合が高く、他の圏域の医療施設を利用する割合が低いことを意味する。

### 住民利用率

$$\text{住民利用率} = \frac{\text{ある二次保健医療圏内に所在の施設で受療した患者のうち、同じ二次保健医療圏内に住所を有する患者数}}{\text{ある二次保健医療圏に所在の施設で受療した患者数}} \times 100$$

「住民利用率が高い」とは、ある圏域の医療施設を、その圏域に居住する住民の利用する割合が高く、その圏域外に居住する住民の利用する割合が低いことを意味する。

### 紹介率

初診患者のうち、他の医療機関等からの文書による紹介患者や救急車により搬入された患者の割合。

$$\text{紹介率}(\%) = (\text{文書による紹介患者数} + \text{救急車による搬入患者数}) / \text{初診患者数} \times 100$$

※初診患者は、休日または夜間に受診した患者数を除く。

### 常勤換算

非常勤の医師、看護師等の従事者について、1週間の当該病院の医師等の通常の勤務時間で換算するもの。

医療法では、病院及び療養病床を有する診療所において有すべき人員の「標準」が示されている。標準を満たさない場合は、「標欠」として医療法に反することになる。

この「標準」を満たすかどうかを判断する際は、非常勤従事者を常勤換算して計算する。

なお、1週間の通常の勤務時間が32時間未満と定められている場合は換算する分母は32時間とするなどのルールがある。

## 【た行】

### 地域包括ケアシステム

団塊の世代が75歳以上となる2025年をめどに、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援を一体的に提供するためのシステム。社会保障制度改革国民会議が構築を提唱している。介護保険の保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要とされている。

### 地域連携パス

急性期病院から回復期病院を経て早期に自宅に戻れるような地域連携診療計画を作成し、治療を受ける全ての医療機関で共有して用いるものをいう。診療計画には施設ごとの診療内容と治療経過、最終目標が明示されており、回復期病院では患者がどのような状態で転院してくるかを把握できるため、転院後早期にリハビリを開始できるメリットがある。

### 特別損益

通常の活動以外の特別な要因によって一時的に発生した損益。



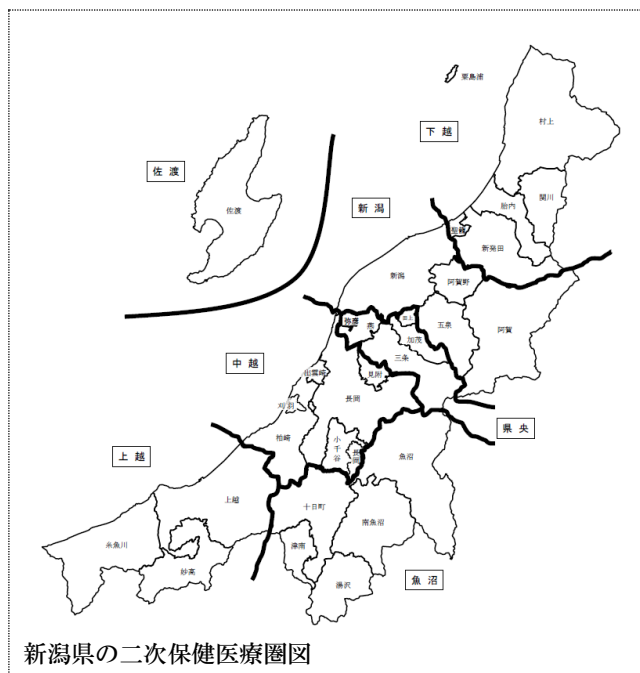
## 【な行】

### 二次保健医療圏

地域の医療需要に対して、医療資源の適正な配置と医療提供体制の体系化を図るため、地域の単位として保健医療圏を設定。

このうち、二次保健医療圏とは、医療法第30条の4第2項第12号の規定に基づく区域で、特殊な医療を除く病院の病床の整備を図るべき地域的単位として設定する。医療機関相互の機能分担に基づく連携による包括的な保健医療サービスを提供し、住民が短時間でこれらの保健医療サービスを受けることが可能となる圏域である。

センター病院は、上越二次保健医療圏に属しており、同圏域は上越市のほか妙高市、糸魚川市の3市で構成されている。



### 入院基本料

入院の際に行われる基本的医学管理、看護、療養環境の提供を含む一連の費用を評価したもの。平成12年の診療報酬改定において、入院の機能分化を進め、医療の質の向上と医療提供の効率化を図るため、それまでであった入院環境料、看護料、入院時医学管理料等を統合・簡素化した。入院基本料は、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項について厚生労働大臣が定める施設基準に適合していることを条件に、それぞれ所定点数が算定される。

一般病棟入院基本料（平成28年度診療報酬改定後）を例にすると、看護配置（看護師1人が何人の患者を看るか）によって、7対1入院基本料では1,591点、10対1入院基本料では1,332点のように、手厚く看護する体制に対しては、より高い基本料が算定できる。

## 【は行】

### 病床の種類

- ・精神病床：精神疾患を有する者を入院させるための病床
- ・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」（平成10年法律第114号）に規定する一類感染症、二類感染症（結核を除く）、新型インフルエンザ等感染症及び指定感染症並びに新感染症の患者を入院させるための病床
- ・結核病床：結核の患者を入院させるための病床
- ・療養病床：病院の病床（精神病床、感染症病床、結核病床を除く）または一般診療所のうち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
- ・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

### 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になる。

$$\text{病床利用率 (\%)} = \text{在院患者延べ数} / \text{病床数} / 365 \text{ 日} \times 100$$

なお、新ガイドラインでは「3年間連続して病床利用率が70%未満の病院にあっては、新改革プランにおいて、地域の医療提供体制を確保しつつ、病床数の削減、診療所化、再編・ネットワーク化、経営形態の見直しなど、抜本的な見直しを検討すべきである」とされている。

### プライマリ・ケア

(一般財団法人日本プライマリ・ケア連合学会 HP より引用)

プライマリ・ケア(以下 PC)の定義や意味合いは幅広く、用いられる場面や状況によって若干ニュアンスが異なる場合があります。簡潔にすべてを包含できる解釈は難しいのですが、その一つに1996年の米国国立科学アカデミー(National Academy of Sciences, NAS)が定義したのがあります。その中では、『primary care とは、患者の抱える問題の大部分に対処でき、かつ継続的なパートナーシップを築き、家族及び地域という枠組みの中で責任を持って診療する臨床医によって提供される、総合性と受診のしやすさを特徴とするヘルスケアサービスである』と説明されています。すなわちPCとは、国民のあらゆる健康上の問題、疾病に対し、総合的・継続的、そして全人的に対応する地域の保健医療福祉機能と考えられます。

本来、「プライマリ」は「プリマ(主役)」に由来する語で、初期、近接、基本といった意味に加え「重要な」という語義も含まれ、プライマリ・ケアは地域の医療を担う重要な役割を持つものと言えます。

### 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。入院基本料の算定要件になっており、例えば10対1入院基本料では平均在院日数が21日以内など、日数が長期になると上位の入院基本料が算定できなくなる。

入院基本料等の施設基準に係る平均在院日数は次の式により算定する。

$$\text{平均在院日数 (日)} = \text{直近3か月間の在院患者延べ日数} / (\text{当該3か月間の新入棟患者数} + \text{当該3か月間の新退棟患者数}) \times 1/2$$

### 訪問看護

病気や障害を持った人が住み慣れた地域や家庭で療養生活を送れるように、訪問看護ステーションから看護師等が生活の場へ訪問し、看護ケアを提供するとともに、自立への援助を促し、療養生活を支援するサービス。介護保険と医療保険双方に位置づけられており、要介護認定者に対する訪問看護は原則として介護保険で提供される。

### 訪問リハビリテーション

日常生活の自立と家庭内さらには社会参加の向上を図ることを目的として、理学療法士などのリハビリ専門職種が利用者の生活の場へ訪問し、利用者の心身機能の維持回復および日常生活の自立を助けるために理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを行うサービス。介護保険と医療保険双方に位置づけられており、要介護認定者に対する訪問看護は、原則として介護保険で提供される。

## 【ま行】

### 慢性期機能

医療機能の一つ。長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者または難病患者等を入院させる機能。

## 【ら行】

### リハビリテーション提供単位数

リハビリテーションの実施に対し、患者の疾患、状態等を総合的に勘案し、臨床上どれだけの成果が得られたかを示す指標。一定の基準を満たせば、患者 1 人につき 1 日 6 単位（回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者等は、1 日 9 単位）に限り算定できることとなっている。

リハビリテーション提供単位数＝1 人・日当り単位数×回復期リハビリテーション病棟入院患者数（年間）

## 上越市病院事業経営改革プラン

平成 29 年 3 月策定

発 行 上越市

編 集 上越市健康福祉部健康づくり推進課  
地域医療推進室

〒943-8601 新潟県上越市木田 1 丁目 1 番 3 号

TEL (025)526-5111

URL <http://www.city.joetsu.niigata.jp/>