

上越地域医療センター病院の改築に 向けた在り方に関する報告書



平成29年3月

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

目次

I はじめに	2
1 検討に当たって	2
2 検討委員会で取り扱った課題	2
3 上越地域医療センター病院の概要	3
II 検討経過	5
1 診療機能	5
(1) 診療圏の範囲	5
(2) 診療科	7
(3) 病床機能及び病床規模	9
(4) 救急医療	11
(5) リハビリテーション	14
(6) 緩和ケア	16
(7) 予防医療	16
(8) 透析医療	17
(9) へき地医療	17
(10) 再編・ネットワーク化	18
(11) 結核医療	19
(12) 災害時における医療	20
2 介護・福祉との連携	21
(1) 地域包括ケアシステム及び在宅医療	21
(2) 福祉分野	23
3 ICTを活用したネットワークシステムの構築	26
4 まちづくり	27
5 職員確保	27
6 健全経営	29
(1) 経営効率化及び不採算医療に対する財政負担	29
(2) 経営形態	33
7 新病院整備	36
(1) 建物機能	36
(2) 整備手法	38
(3) 建築場所	39
III まとめ	40
IV おわりに	47
V 参考資料	48
1 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について	48
2 用語説明	50

※表及びグラフ中の割合は、項目ごとに小数点第2位以下を四捨五入しているため、合計が100%にならないところがあります。

I はじめに

1 検討に当たって

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月に開設しました。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等、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。

人口減少や高齢化が進展する状況において、センター病院が地域に必要な医療を提供し、将来にわたり安定した経営を続けていくためには、施設の老朽化への対応とともに、担うべき役割の明確化及び今後求められる医療機能についての検討が必要です。

そのため、「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、「検討委員会」という。）を設置し、新潟県地域医療構想やセンター病院を取り巻く環境等の現状を踏まえたうえで、今後の改築に向けた在り方について、医療コンサルタントの知見を取り入れながら検討してまいりました。

検討委員会は、上越医師会の理事を始め、病院及び市の職員、センター病院促進協議会の代表で構成し、幅広く検討するため非公開で行いました。

本報告書は、今後策定する基本構想を見据えて、検討委員会における検討のまとめを今後の方向性として示したものです。

2 検討委員会で取り扱った課題

(1) 診療機能

- ①診療圏の範囲 ②診療科 ③病床機能及び病床規模 ④救急医療 ⑤リハビリテーション ⑥緩和ケア ⑦予防医療 ⑧透析医療 ⑨へき地医療 ⑩再編・ネットワーク化 ⑪結核医療 ⑫災害時における医療

(2) 介護・福祉との連携

- ①地域包括ケアシステム及び在宅医療 ②福祉分野

(3) ICTを活用したネットワークシステムの構築

(4) まちづくり

(5) 職員確保

(6) 健全経営

- ①経営効率化及び不採算医療に対する財政負担 ②経営形態

(7) 新病院整備

- ①建物機能 ②整備手法 ③建設場所

3 上越地域医療センター病院の概要

(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、官民あけ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 12 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開棟、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。

I はじめに

■ 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 ²
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

■ 沿革

明治 41 年	陸軍第 13 師団が高田に駐屯すると同時に衛戍病院 ^{えいじゅう} として創設
昭和 13 年 2 月	高田陸軍病院へ改称
昭和 20 年 12 月	厚生省に移管され、国立高田病院へ改称
平成 12 年 3 月	上越地域医療センター病院開設（内科、外科、整形外科、124 床） ※ 上越市が国から国立高田病院の譲渡を受ける。
平成 14 年 3 月	北病棟（結核病棟、20 床）開棟
平成 14 年 12 月	リハビリテーションセンター開棟
平成 15 年 3 月	南病棟（療養病棟、55 床）開棟
平成 16 年 10 月	肛門外科開設
平成 18 年 4 月	指定管理者制度を導入し、上越医師会を指定管理者に指定
平成 20 年 4 月	結核モデル病室（12 床）開棟
平成 21 年 5 月	回復期リハビリテーション病棟開棟
平成 23 年 11 月	在宅医療支援センター開設、訪問看護事業開始
平成 24 年 4 月	訪問看護ステーション開設
平成 24 年 11 月	緩和ケア病床（18 床）開設
平成 25 年 4 月	重症心身障害児（者）等を対象とする短期入所事業開始
平成 27 年 4 月	居宅介護支援事業所開設
平成 27 年 6 月	総合診療科開設（院内標榜）

Ⅱ 検討経過

1 診療機能

(1) 診療圏の範囲

① 現状

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、二次保健医療圏が設定されています。センター病院は、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。）に属しています。

二次保健医療圏別の入院患者の流出入状況をみると、上越圏域の完結率は94.8%で、新潟圏域に次いで高くなっています。小児医療は64.9%と低いものの、全体では90%を超えており、上越圏域では高度急性期から急性期、回復期、慢性期までの入院医療提供体制において、機能不足は生じていないと考えられます。【表1】

さらに、当市の国民健康保険及び後期高齢者医療保険加入者の受療動向を調査したところ、0～14歳では圏域外への流出が見られますが、市内の完結率は外来95.3%、入院92.9%と高いことがわかります。これは、県立中央病院等の3つの急性期病院を中心に、センター病院等が回復期・慢性期機能を担うことにより、急性期から慢性期まで幅広く対応できる地域医療体制が整備されていることによります。このうち、センター病院の受診率は外来5.9%、入院9.1%となっており、年齢が高いほど高くなっています。【表2】

同様に、妙高市の調査結果によると、外来34.0%、入院46.7%が上越市内の病院を受診しており、上越市内の病院への依存度が高くなっています。このうちセンター病院の受診率は、外来1.4%、入院4.4%となっています。【表3】

糸魚川市については、センター病院の患者数の実績を調査したところ、センター病院までは60分以上要するものの、肛門外科やリハビリテーション科等、特徴のある診療科を受診している状況です。

※ 糸魚川市在住の患者数（平成28年6月～平成28年8月実績）：外科26人、肛門外科12人、リハビリテーション科8人、内科6人、整形外科2人

② 今後の方向性

診療圏については、今後も当市を基本としながら、妙高市も含める必要があります。なお、上越圏域の視点では、肛門外科やリハビリテーション科等の一部の診療科については糸魚川市も含める必要があります。

II 検討経過

表 1 患者住所地別の疾患・圏域別受療動向

疾病・患者別受療動向(患者住所地ベース)

{病院及び診療所における入院患者数(一般・療養病床のみ)}

		医療機関所在地							総計
		下越圏域	新潟圏域	県央圏域	中越圏域	魚沼圏域	上越圏域	佐渡圏域	
患者 住所 地	下越圏域	83.1%	16.4%	0.2%	0.3%	-	-	-	100.0%
	新潟圏域	2.4%	95.4%	1.4%	0.6%	-	0.1%	0.0%	100.0%
	県央圏域	0.3%	22.1%	70.6%	6.8%	0.1%	0.1%	0.0%	100.0%
	中越圏域	0.1%	3.6%	2.9%	92.8%	0.4%	0.2%	0.0%	100.0%
	魚沼圏域	0.4%	2.2%	0.5%	21.6%	74.8%	0.5%	-	100.0%
	上越圏域	0.1%	1.8%	0.0%	3.2%	0.0%	94.8%	-	100.0%
	佐渡圏域	0.3%	12.7%	-	0.2%	-	0.3%	86.5%	100.0%
	県外	17.8%	39.4%	5.4%	16.8%	7.4%	11.8%	1.3%	100.0%

小児医療における入院受療動向

		医療機関所在地							総計
		下越圏域	新潟圏域	県央圏域	中越圏域	魚沼圏域	上越圏域	佐渡圏域	
患者 住所 地	下越圏域	74.6%	22.0%	3.4%	-	-	-	-	100.0%
	新潟圏域	6.4%	83.3%	6.4%	2.6%	-	1.3%	-	100.0%
	県央圏域	-	21.3%	73.3%	4.0%	-	1.3%	-	100.0%
	中越圏域	-	9.8%	3.0%	87.1%	-	-	-	100.0%
	魚沼圏域	11.8%	17.6%	-	23.5%	41.2%	5.9%	-	100.0%
	上越圏域	1.3%	15.6%	1.3%	16.9%	-	64.9%	-	100.0%
	佐渡圏域	-	30.8%	-	-	-	-	69.2%	100.0%
	県外	3.1%	40.6%	6.3%	21.9%	9.4%	15.6%	3.1%	100.0%

※0~14歳の入院患者を集計したもの

出典：新潟県「平成 25 年新潟県保健医療需要調査」

表 2 上越市国民健康保険及び後期高齢者医療保険加入者の受療動向(単位：%)

外来 受療 動向 (上 越 市)	年齢	上越圏域内の病院					上越圏域外の病 院
		上越市内		妙高市内	糸魚川市内		
		センター病院	その他				
	0~14歳	72.2	1.6	70.6	9.4	0.0	18.3
	15~64歳	94.7	3.3	91.4	1.1	0.3	4.0
	65~74歳	95.0	5.6	89.4	2.1	0.2	2.6
	75歳以上	96.2	7.2	89.0	2.0	0.1	1.7
	全年齢	95.3	5.9	89.4	1.9	0.2	2.6

入院 受療 動向 (上 越 市)	年齢	上越圏域内の病院					上越圏域外の病 院
		上越市内		妙高市内	糸魚川市内		
		センター病院	その他				
	0~14歳	80.0	0.0	80.0	0.0	0.0	20.0
	15~64歳	87.7	2.0	85.7	0.0	0.0	12.4
	65~74歳	93.9	4.8	89.1	0.4	0.0	5.7
	75歳以上	94.5	13.3	81.2	2.8	0.0	2.8
	全年齢	92.9	9.1	83.8	1.7	0.0	5.3

出典：上越市国民健康保険及び後期高齢者医療保険レセプトデータを基に作成

表 3 妙高市国民健康保険及び後期高齢者医療保険加入者の受療動向（単位：％）

外来受療動向 (妙高市)	年齢	上越圏域内の病院				上越圏域外の病院
		上越市内		妙高市内	糸魚川市内	
		センター病院	その他			
0～14歳	21.4	0.0	21.4	76.2	0.0	2.4
15～64歳	58.0	1.9	56.1	32.0	0.0	10.0
65～74歳	39.9	1.9	38.0	52.8	0.0	7.3
75歳以上	24.5	1.0	23.5	71.1	0.0	4.4
全年齢	34.0	1.4	32.6	60.0	0.0	6.0

入院受療動向 (妙高市)	年齢	上越圏域内の病院				上越圏域外の病院
		上越市内		妙高市内	糸魚川市内	
		センター病院	その他			
0～14歳	51.1	0.0	51.1	48.9	0.0	0.0
15～64歳	65.5	3.3	62.2	8.2	0.0	26.3
65～74歳	61.9	1.8	60.1	29.2	0.0	8.9
75歳以上	38.6	5.2	33.4	55.8	0.0	5.5
全年齢	46.7	4.4	42.3	43.9	0.0	9.5

出典：妙高市国民健康保険及び後期高齢者医療保険レセプトデータを基に作成

(2) 診療科

① 現状

診療科は、現在、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及び肛門外科となっています。また、平成 27 年 4 月に家庭医療後期研修プログラムの履修を目的とした医師が 1 名加わり、平成 27 年 6 月には総合診療科（院内標榜）を内科から独立しています。

入院患者数は増加傾向にあり、平成 27 年度では 1 日平均 161.8 人、延べ 59,218 人となっています。診療科構成では、内科 49.7%、外科 19.8%、整形外科 17.7%、リハビリテーション科 12.4%、肛門外科 0.4%となっています。【表 4】

一方、外来患者数は内科、外科を中心に増加しており、平成 27 年度では 1 日平均 148.9 人、延べ 36,180 人となっています。診療科構成では、内科 42.5%、外科 22.4%、整形外科 21.2%、リハビリテーション科 7.1%、肛門外科 6.8%となっています。

人口千人当たりの産婦人科系診療所施設数は県平均と同数であり不足していないものの、女性特有の病気は女性の医師に相談したいというニーズが考えられます。

また、上越地域の D P C 対象病院における急性期の外傷・熱傷・中毒（M D C 16）の現状をみると、平成 27 年度では全体 1,198 件のうち、「股関節大腿近位骨折(手術あり)」が最も多く 364 件となっています。このうち 51.1%に当たる 186 件を県立中央病院で対応しており、今後の高齢化の進展により高い水準で推移していく可能性があります。患者数の増加が予測される疾患について、特定の病院に患者が集中することは、その病院の機能が十分に発揮されなくなることが懸念されます。【表 5】

② 今後の方向性

診療科についてはこれまでと同様に、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、肛門外科を中心としていく必要があります。

また、高齢化の進展への対応や地域で不足している診療科の新設については、需要の把握と医師の確保の可能性を探りながら、検討していく必要があります。

診療科機能の維持、拡張の取組の一つとして、テナントクリニックの設置も考えられますが、関係者との調整等、課題が多いことから、実現の可能性について更に検討していく必要があります。

その他、地域の医療提供体制を強化するための取組として、日常的疾患の急性期医療を補っていくこととし、特に大腿骨近位部骨折の患者を積極的に受け入れることが必要です。

表 4 患者数の推移（単位：人）

項目		25年度	26年度	27年度	
				29,438	割合(%)
入院	内科	28,317	25,744	29,438	49.7
	外科	10,918	11,338	11,709	19.8
	整形外科	6,569	13,123	10,483	17.7
	リハビリテーション科	10,109	7,514	7,372	12.4
	肛門外科	200	226	216	0.4
	合計	56,113	57,945	59,218	100.0
	1日平均	153.7	158.8	161.8	-
外来	内科	14,007	14,244	15,383	42.5
	外科	7,473	7,732	8,100	22.4
	整形外科	7,745	7,519	7,687	21.2
	リハビリテーション科	2,582	2,794	2,557	7.1
	肛門外科	2,722	2,486	2,453	6.8
	合計	34,529	34,775	36,180	100.0
	1日平均	141.5	142.5	148.9	-
診療日数	244	244	243	-	

表 5 上越圏域のDPC対象病院における外傷・熱傷・中毒（MDC16）患者件数

項目	県立中央病院	新潟労災病院	上越総合病院	糸魚川総合病院	計
全体件数	514	368	147	169	1,198
うち股関節大腿近位骨折 件数(手術あり)(件)	186	89	32	57	364
割合(%)	51.1	24.5	8.8	15.7	100.0

出典：厚生労働省DPC評価分科会（平成27年度）を基に作成

(3)病床機能及び病床規模

① 現状

上越圏域には、病院（20床以上の病床を有する医療施設）が14施設あり、うち10施設が市内にあります。【表 6】

平成23年3月策定の新潟県地域保健医療計画によれば、上越圏域では基準病床数2,344床に対し、既存病床数は2,234床であり（平成24年10月現在）、110床の病床が不足しています。

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】

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 8】

センター病院の現在の急性期機能としては、平成27年度の手術実績でみると、「ヘルニア手術（鼠径ヘルニア）」や「痔核手術（根治手術）」、「痔瘻根治手術（複雑）」で全体手術件数の多数を占めています。【表 9】

② 今後の方向性

(ア) 病床機能

今後も市民が安心して生活できるよう地域の医療提供体制を確保していくためには、回復期や慢性期医療だけでなく、日常的疾患の急性期医療にも対応できる病床機能とする必要があります。

(イ) 病床規模

新潟県地域医療構想によれば、上越地域では将来的な人口減少に伴い、医療需要も減少し、急性期の病床機能は過剰となります。一方、将来的な高齢者の医療需要の増加に伴い、回復期の病床機能は不足が見込まれることから、現在の病床規模197床の維持を前提としていく必要があると考えます。

なお、地域医療構想で示される必要病床数を踏まえ、将来的に1割程度の病床数の削減も想定しながら検討していく必要があります。

多様な患者ニーズに対応するため、個室の病室を増やすことも考えられます。ただし、個室数については、患者のニーズや建築コスト、採算性、運用の効率性等を考慮する必要があります。

II 検討経過

表 6 上越圏域内の病院と病床種類別の病床数

市名	病院名	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
	県立中央病院	524	6				530
	三交病院				144		144
	県立柿崎病院	55					55
	新潟労災病院	273					273
	厚生連 上越総合病院	318					318
	国立病院機構 さいがた医療センター	162			248		410
妙高市	厚生連 けいなん総合病院	170					170
	県立妙高病院	60					60
糸魚川市	厚生連 糸魚川総合病院	261					261
	よしだ病院	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 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）

表 8 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					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	
下越圏域	388 21.4%	677 37.3%	217 12.0%	531 29.3%	1,813 100.0%	857.2
新潟圏域	1,600 17.1%	3,938 42.1%	763 8.2%	3,043 32.6%	9,344 100.0%	1,019.4
県央圏域	0 0.0%	1,133 58.8%	165 8.6%	629 32.6%	1,927 100.0%	848.1
中越圏域	91 2.0%	2,553 57.1%	205 4.6%	1,620 36.2%	4,469 100.0%	996.7
魚沼圏域	26 1.6%	1,152 72.8%	76 4.8%	328 20.7%	1,582 100.0%	936.6
上越圏域	534 22.6%	1,032 43.6%	307 13.0%	494 20.9%	2,367 100.0%	862.8
佐渡圏域	0 0.0%	354 65.0%	0 0.0%	191 35.0%	545 100.0%	951.9
新潟県	2,639 12.0%	10,839 49.2%	1,733 7.9%	6,836 31.0%	22,047 100.0%	956.8

	許可病床数				
	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
よしだ病院	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 年度病床機能報告制度の結果」

表 9 センター病院における主な手術実績（平成 27 年度）

術式名	件数(件)	割合(%)
ヘルニア手術(鼠径ヘルニア)	63	22.4
痔核手術(根治手術)	50	17.8
痔瘻根治手術(複雑)	26	9.3
皮下腫瘍摘出術(露出部以外)(長径3cm以上6cm未満)	15	5.3
肛門ポリープ切除術	6	2.1
腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術	6	2.1
乳腺悪性腫瘍手術(乳房部分切除術)(腋窩部郭清を伴わないもの)	5	1.8
痔核手術(硬化療法(四段階注射法))	5	1.8
その他	105	37.4
計	281	100.0

(4) 救急医療

① 現状

当市及び妙高市の救急搬送件数を年齢階級別にみると、60 歳以上では 5,979 件と全体の 69.4%を占め、男女ともに多いことがわかります。【図 1】

また、救急搬送件数の将来推計によれば、高齢者人口の増加に伴い、救急搬送件数は平成 42 年まで増加し、その後は減少することが予測されています。平成 27 年の中等症以上の救急搬送件数は 54.4%を占めており、増減率は平成 47 年まで増加し、その後は減少することが予測されています。【図 2】

医療機関別にみると、県立中央病院が 3,981 件と最も多く、全体の 46.2%を占めていますが、その半数近くが軽症患者であることがわかります。また、センター病院への搬送件数は 303 件であり、全体の 3.5%を占めています。さらに、センター病院への搬送件数を傷病程度別にみると、中等症患者が 167 件（55.1%）であり、重症患者が 80 件（26.4%）となっています。救急搬送先が軽症患者を含めて県立中央病院へ偏っているため、三次救急を担う高度急性期病院としての機能が十分に発揮されない恐れがあります。【表 10】

一方、当市が運営する上越休日・夜間診療所（上越市新光町）は、初期救急医療を担っていますが、昭和 57 年に建設されたものであり老朽化が進んでいるほか、患者が集中するときには手狭になるなど課題が生じています。

平成 27 年度の運営状況では、患者の 86.0%は土・日・祝日に受診していることがわかります。1 日当たりの患者数では、平日の夜間は 5.8 人、土・日・祝日は 72.3 人となっています。緊急度区分でみると、全体の 83.7%は緊急を要する患者となっています。【表 11】

また、一般社団法人上越歯科医師会（以下、「上越歯科医師会」という。）が運営する休日歯科診療センター（上越市新光町）については、昭和 53 年に建設されたものであり、老朽化が進んでいることから、センター病院の改築にあわせて組み入れることについての要望が寄せられています。

II 検討経過

② 今後の方向性

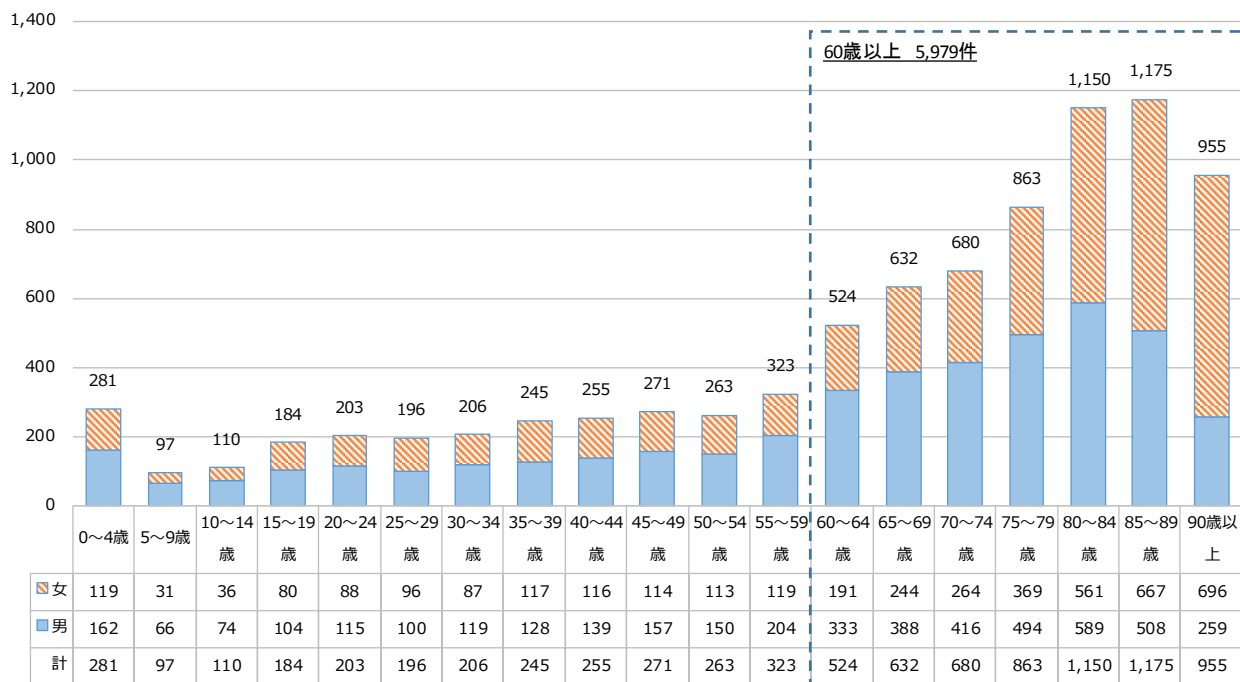
将来に向けて地域の救急医療提供体制を維持していくためには、入院が必要な救急患者の受入れ体制を整える必要があります。

また、入院の必要がない比較的軽症な患者については上越休日・夜間診療所で対応していますが、診療所の老朽化への対応等の課題を解決するため、上越休日・夜間診療所の機能を担うことも考えられます。

さらに、上越歯科医師会が運営する休日歯科診療センターについても、建物の老朽化が進んでいることから、センター病院に組み入れることについて上越歯科医師会から要望が寄せられています。実現すれば利便性が高まることが期待できますが、休日のみの診療であることによる施設の非効率性等の懸念もあることから、その実現可能性について検討する必要があります。

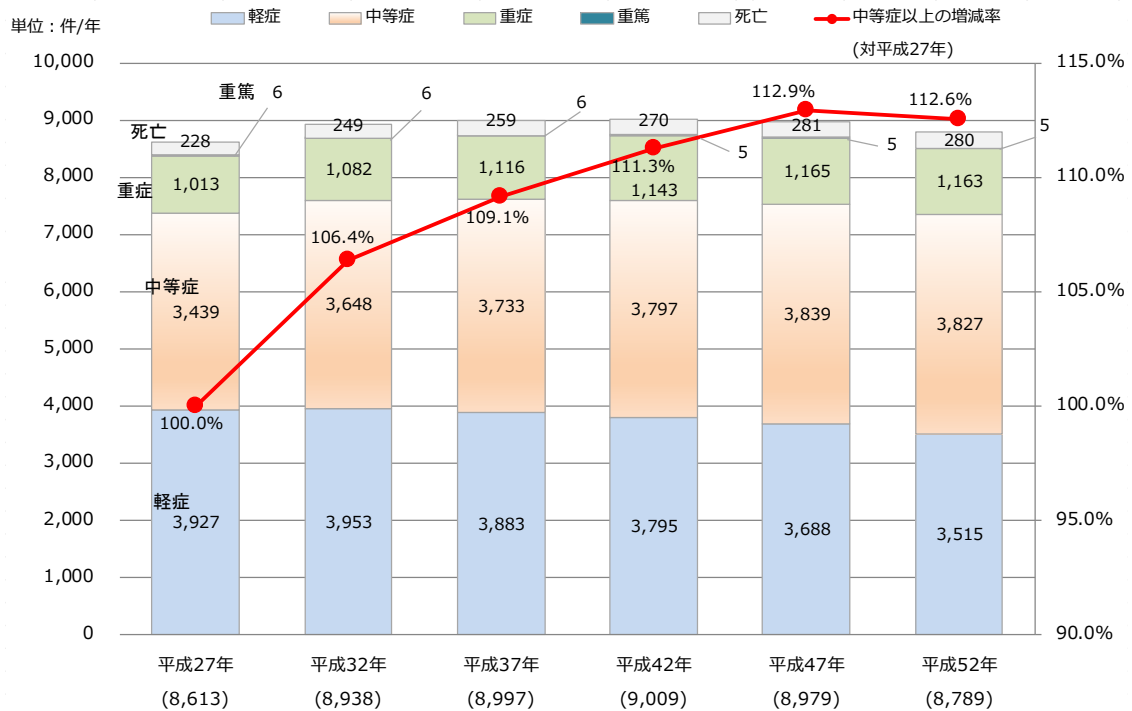
なお、これらの検討に当たっては、施設規模や運営方法などについて、上越医師会や上越歯科医師会等との十分な協議が必要です。

図 1 上越市及び妙高市における年齢階級別救急搬送件数



出典：上越地域消防事務組合「救急搬送情報（平成 27 年）」を基に作成

図 2 救急搬送件数の将来推計（上越市及び妙高市）



出典：上越地域消防事務組合「救急搬送情報（平成 27 年）」を基に作成

表 10 医療機関及び傷病程度別の救急搬送の状況

No.	施設名称	傷病程度別					合計	割合
		軽症	中等症	重症	重篤	死亡		
1	県立中央病院	1,792件	1,702件	414件	5件	68件	3,981件	46.2%
	割合	45.0%	42.8%	10.4%	0.1%	1.7%	100%	
2	上越総合病院	1,121件	629件	189件	0件	56件	1,995件	23.2%
	割合	56.2%	31.5%	9.5%	0.0%	2.8%	100%	
3	新潟労災病院	593件	546件	188件	0件	36件	1,363件	15.8%
	割合	43.5%	40.1%	13.8%	0.0%	2.6%	100%	
4	けいなん総合病院	173件	189件	44件	0件	32件	438件	5.1%
	割合	39.5%	43.2%	10.0%	0.0%	7.3%	100%	
5	上越地域医療センター病院	46件	167件	80件	0件	10件	303件	3.5%
	割合	15.2%	55.1%	26.4%	0.0%	3.3%	100%	
6	県立柿崎病院	36件	59件	25件	0件	23件	143件	1.7%
	割合	25.2%	41.3%	17.5%	0.0%	16.1%	100%	

※上越地域消防事務組合「救急搬送情報（平成 27 年）」を基に作成

II 検討経過

表 11 上越休日・夜間診療所の運営状況

区分		年度	22	23	24	25	26	27		増減 (H27-H26)		
								4~7月	4~7月			
診療日数(日)	平日		245	245	244	243	245	245	83	81	0	
	土・日・祝日 ^{※1}		120	121	121	122	120	121	39	41	1	
患者数(人)	平日		1,541	1,594	1,546	1,646	1,589	1,430	378	479	△159	
	土・日・祝日		8,356	8,477	9,459	9,800	9,616	8,748	2,455	2,924	△868	
1日当りの患者数(人)	平日		6.3	6.5	6.3	6.8	6.5	5.8	4.6	5.9	△0.7	
	土・日・祝日		69.6	70.1	78.2	80.3	80.1	72.3	62.9	71.3	△7.8	
科別患者数(人)	昼間 (日曜・祝日) 9:00~12:00 13:00~16:00	内科・小児科	4,237	4,392	5,126	5,105	5,158	4,572	1,170	1,425	△586	
		外科	953	865	940	953	963	955	371	335	△8	
		小計	5,190	5,257	6,066	6,058	6,121	5,527	1,541	1,760	△594	
	夜間 平日19:30~22:00 休日16:00~18:00 19:00~21:00	1時間当り患者数	12.5	12.5	14.0	14.0	14.4	13.0	11.7	12.8	△1.4	
		内科・小児科	4,707	4,814	4,939	5,388	5,084	4,651	1,292	1,643	△433	
		1時間当り患者数	平日	2.5	2.6	2.5	2.7	2.6	2.3	1.8	2.4	△0.3
			土日祝	6.6	6.7	7.0	7.7	7.3	6.7	5.9	7.1	△0.6
合計		9,897	10,071	11,005	11,446	11,205	10,178	2,833	3,403	△1,027		
エリア別患者数(人)	上越市		8,858	9,038	10,013	10,400	10,163	9,235	2,563	3,123	△928	
	その他		1,039	1,033	992	1,046	1,042	943	270	280	△99	
X線照射患者数(人)			337	316	384	422	386	390	142	107	4	
緊急度	A 緊急を要するもの(件)		2,555	2,827	2,638	2,748	2,790	2,392	675	741	△398	
	B やや緊急を要するもの(件)		5,886	6,005	6,968	6,713	6,720	6,128	1,608	1,974	△592	
	C 緊急と認められないもの(件)		1,456	1,239	1,399	1,985	1,695	1,658	550	688	△37	
二次救急病院等転送患者数 ^{※2} (人)			187	187	195	208	183	196	69	41	13	

※1 土・日・祝日は、1月2日、1月3日、8月15日及び12月31日を含む

※2 二次救急病院等(県立中央病院、上越総合病院、新潟労災病院、けいなん総合病院、上越地域医療センター病院等)

(5) リハビリテーション

① 現状

県の圏域別病床数の将来推計によると、上越圏域では、回復期病床機能は不足が見込まれており、これに付随する医療やリハビリテーションが必要となることが想定されます。

現在のセンター病院におけるリハビリテーションは、脳血管疾患や運動器疾患、呼吸器疾患といった多様な疾患に対応しているうえ、施設基準の届出は最も高い状況にあります。このほかにも、がんやがん治療により生じた疼痛や筋力低下、障害等に対するリハビリテーションの施設基準も満たしています。

また、センター病院では、入院患者の早期在宅復帰に向けて、日常生活を送る上で必要な機能回復を支援する作業療法士の増員を図っています。リハビリテーション提供単位数(以下、「リハビリ単位数」という。)の推移をみると、平成26年度以降のリハビリ単位数が10万単位を超えていますが、これは平成26年9月から土曜日に加えて日曜・祝日もリハビリテーションを行うようになったことによるものであり、療法士1人当たりの年間リハビリ単位数は、約3,500~4,000単位で推移しています。【図3】

リハビリテーション収入は入院患者を中心に年々増加しており、平成27年度には2億3,500万円に達しています。疾病別の収入額でみると、脳血管疾患は減少しているものの、運動器疾患は増加しています。また、新たな取組であるがんは徐々に増加しています。【表12】

② 今後の方向性

センター病院の特徴の一つであるリハビリテーションセンターの機能を更に充実するため、回復期リハビリテーション機能以外に、将来の超高齢社会に向けた予防的リハビリテーション機能や維持的リハビリテーション機能のほか、リハビリテーション対象疾患の更なる多様化への対応が必要です。

II 検討経過

さらに、リハビリテーションに必要な療養環境として、屋外や年間を通じて利用できるリハビリテーションコースの整備についての検討が必要です。

図 3 センター病院における療法士数の推移とリハビリ単位数

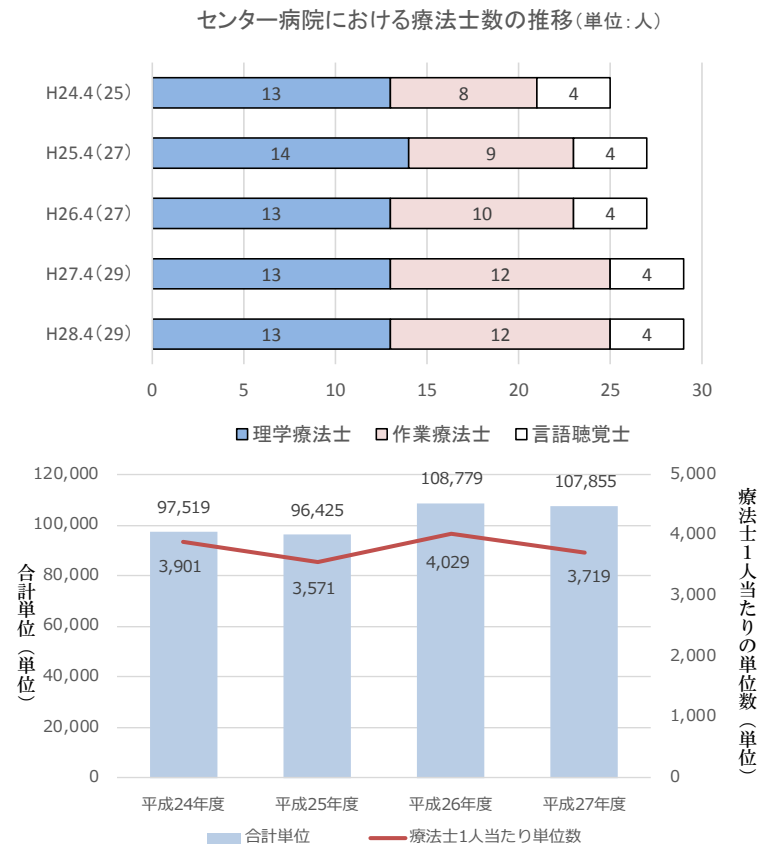


表 12 センター病院におけるリハビリテーション収入額の推移 (単位:千円)

項目		平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
リハビリテーション収入額		222,664	213,042	235,581	235,853
入外別	入院	211,779	197,647	221,649	223,213
	外来	10,785	12,503	13,556	10,734
	労災	100	2,892	376	1,906
疾患別	脳血管疾患	168,680	147,370	142,663	140,364
	運動器疾患	47,298	58,655	82,708	79,626
	呼吸器疾患	26	843	917	2,650
	がん	6,660	6,174	9,293	13,214

(6) 緩和ケア

① 現状

センター病院では、平成 24 年 11 月から一般病床（北病棟）を緩和ケア病床として運用しており、上越圏域で緩和ケアを提供している唯一の病院です。平成 27 年度の病床利用率は 75.2%となっています。

診療報酬上の緩和ケア病棟入院料の施設基準を取得するには、人員配置や施設設備等に関する要件を満たす必要がありますが、対象疾患は悪性腫瘍もしくは後天性免疫不全症候群の患者に限定されます。これらの疾患以外の患者にも対応できるようにするため、センター病院では一般病棟の施設基準の中で緩和ケアを提供しています。

② 今後の方向性

施設基準上の緩和ケア病棟は、対象となる疾患が限定されることや、緩和ケア医師等の専門職の配置や施設整備が必須条件であることなど、運用上の非効率性が想定されます。

上越地域における緩和ケアの必要性や効率的な病床の運用を考慮し、施設基準は現行の一般病棟としながら、緩和ケア機能を持たせた病棟の運用の継続が望ましいと考えます。

(7) 予防医療

① 現状

現在、センター病院では、健康への啓発活動を中心とした取組と治療過程におけるリハビリテーションなどに取り組んでいます。

健康への啓発活動としては、市民向け健康講座を開催し、医師のみならず栄養士や療法士等の病院職員が講師となり、地域住民を対象に講演活動を行っています。そのほかにも、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。

しかしながら、早期発見による予防の取組については、上越地域総合健康管理センターや各医療機関が健康診査や人間ドックを行っていることから、積極的には取り組んでいない状況です。

② 今後の方向性

予防医療機能は将来的な機能として不可欠であり、健診機能の充実を図る必要があります。

市内では既に上越地域総合健康管理センターや各医療機関において健康診査や人間ドック事業が実施されているものの、かかりつけ病院での受診を希望する方や、病院の周辺地域にある事業所を中心とした院内併設型による健康診査等を実施することが考えられます。

(8) 透析医療

① 現状

平成 28 年度に新潟県が行った人工腎臓透析実施状況調査によると、新潟県における平成 28 年 6 月現在の透析者数は 5,074 人であり、前年より 140 人増加しています。また、上越圏域における透析装置一台当たりの患者数は、新潟県と同数の 2.6 人となっています。

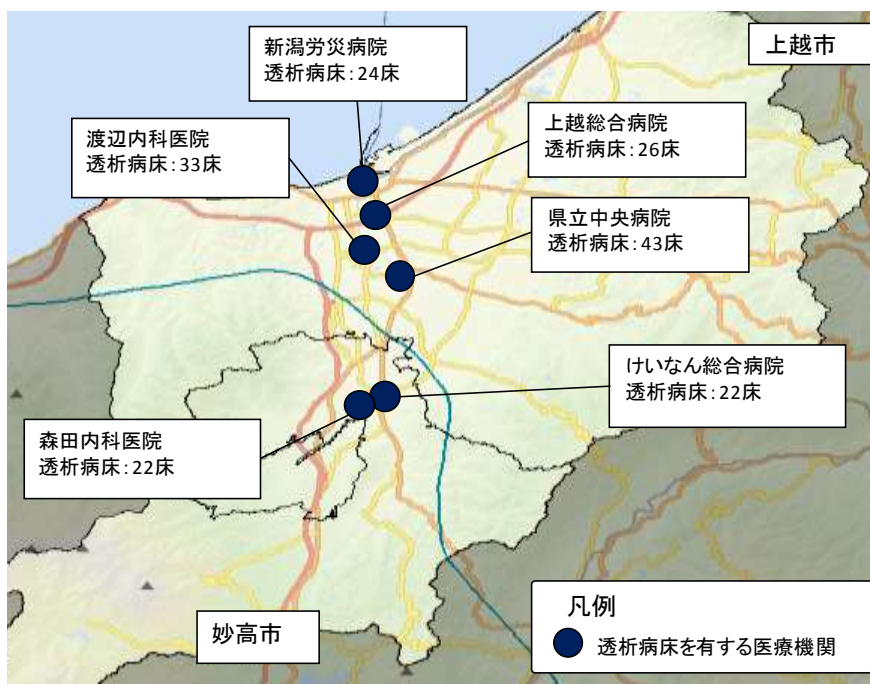
当市における平成 28 年の腎臓機能障害の身体障害者手帳交付者数は 425 人で、このうち 1 級取得者は 374 人となっています。

現在、当市及び妙高市で透析医療を行っている病院及び診療所は現在 6 施設、透析ベッド数は 170 床あり、供給体制は充足していると考えられます。【図 4】

② 今後の方向性

上越地域における将来的な需要や現在の透析医療提供体制を踏まえると、現状ではセンター病院が担う必要性は低いものの、地域の医療提供体制の動向を注視していく必要があります。なお、病院の改築に当たっては将来的に拡張が可能なスペースを設け、需要変動に対応できるように計画していくことも考えられます。

図 4 上越市及び妙高市における透析医療提供体制



(9) へき地医療

① 現状

新潟県では離島や中山間地域を抱える地理的条件から、へき地医療拠点病院として 7 施設を指定するとともに、無医地区及び無歯科医地区の医療を確保するため、へき地診療所（国民健康保険直営診療所を含む）や過疎地域等特定診療所の整備を進めています。

II 検討経過

上越圏域では、糸魚川総合病院がへき地医療拠点病院に指定され、へき地診療所への医師派遣を行っていますが、当市にはへき地医療拠点病院がありません。

当市が開設する中山間地域の診療所は、歯科診療所を含め8施設あります。医科の診療所では、内科を基本として外科や小児科等の診療を行っており、医師は1名体制で運営しています。

診療所医師の高齢化に伴い、後任医師の確保が喫緊の課題となっていますが、招へいが困難な状況にあります。【表13】

② 今後の方向性

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、へき地での医療を確保・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。

表 13 市立診療所の概要

診療所	住所	診療科	医師数 (人)	患者数(人/日)		
				H25年度	H26年度	H27年度
上越市国民健康保険 牧診療所(医科)	牧区柳島437番地	内科	1	15.1	14.6	15.6
上越市国民健康保険 牧診療所(歯科)	牧区柳島437番地	歯科	1	14.1	14.4	14.5
上越市国民健康保険 くろかわ診療所	柿崎区芋島新田 184番地	内科、外科、小児科	1	49.5	48.8	48.7
上越市国民健康保険 吉川診療所	吉川区原之町 1819番地1	整形外科、内科	1	56.7	56.1	57.0
上越市国民健康保険 清里診療所	清里区岡嶺新田 72番地	内科、アレルギー科、リ ウマチ科、外科	1	35.9	36.9	36.1
安塚診療所	安塚区安塚2555 番地1	内科、外科、小児科	1	44.8	41.5	41.6
大島診療所	大島区棚岡1540 番地1	内科、外科、小児科	1	17.1	16.6	15.1
清里歯科診療所	清里区岡野町 1623	歯科	1	13.1	13.3	15.2
中ノ俣診療所	大字中ノ俣528番 地1	内科、小児科	1	16.0	14.4	13.6

※中ノ俣診療所は木曜日の午後のみ開設

(10) 再編・ネットワーク化

① 現状

当市の市立診療所の経営形態は、市直営だけではなく、業務委託や指定管理者（※平成28年度をもって終了）が混在しています。

市立診療所の課題として、医師の高齢化による後継者不足や医師、看護師の不在時のバックアップ体制が脆弱であることが挙げられます。市立診療所とセンター病院とのネットワーク化により、マンパワー不足の解消等が期待できますが、ネットワーク化に当たってはセ

II 検討経過

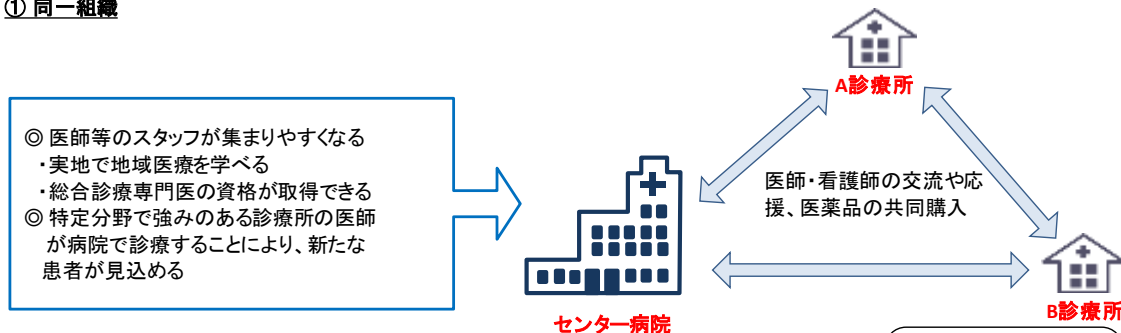
ンター病院と市立診療所の経営形態が異なることや不採算部門に対する財政負担の必要性等の課題があります。【図 5】

② 今後の方向性

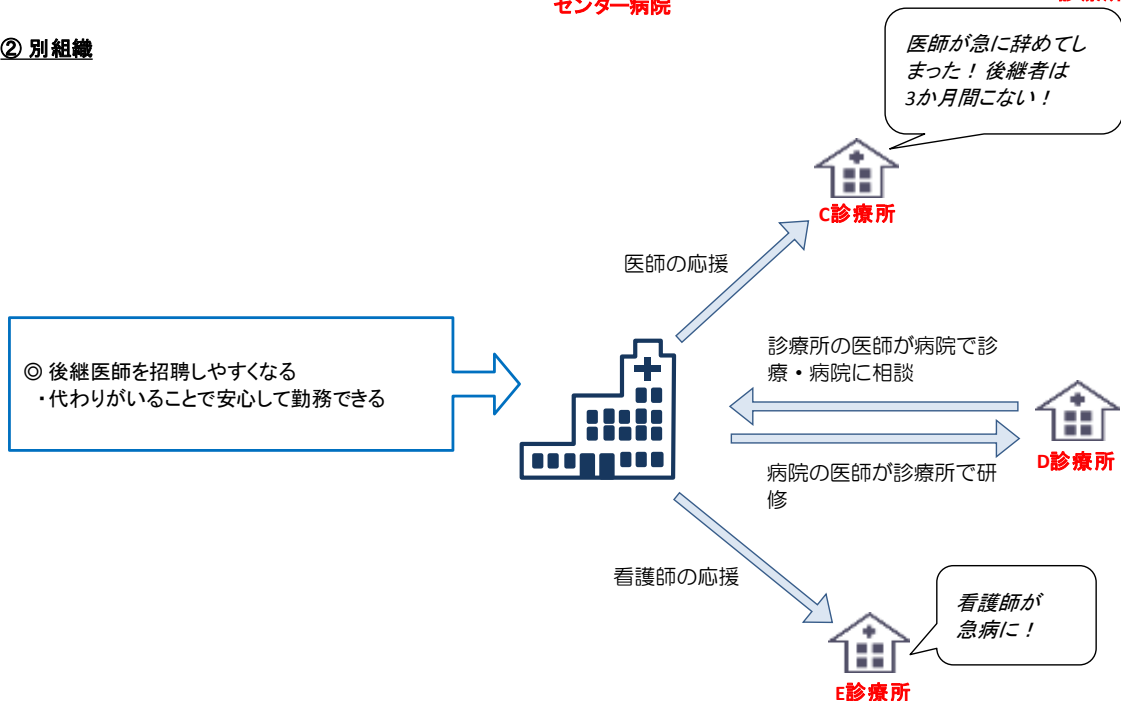
中山間地域の医療提供体制の現状を踏まえ、センター病院と市立診療所との間で医師、看護師等の人的なネットワーク化を目指すものとします。また、市直営や委託等、経営形態が統一されていないことや、不採算になりがちなへき地医療を担うことになるなど課題が多いことから、中長期的な取組として位置付ける必要があります。

図 5 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



(11) 結核医療

① 現状

新潟県地域保健医療計画では、結核医療に対して三次医療機能の視点で対応することとされています。また、広大な県土、離島の存在等の地域特性を考慮し、適切な結核病床数の確保と生活習慣病や精神疾患等を合併した結核患者に対応するための体制整備についても掲げられています。

II 検討経過

新潟県全域における結核病床数は、基準病床数 41 床に対して既存病床数が 100 床となっています。【表 14】

一方、全国的な結核病床に係る運営実態としては、結核患者数の減少にあわせて、病床数は減少しており、県及び全国における病床利用率は 30% 台となっています。【表 15】

センター病院では、県との協議を経て開院時から結核医療を継続してきましたが、経営上の理由から結核病床のある北病棟を休棟し、代替として平成 20 年度に結核患者収容モデル病室（12 床）を設置しました。その後、休棟していた結核病床は平成 24 年度に廃止しました。

② 今後の方向性

新潟県地域保健医療計画では、県全域における結核病床の基準病床数 41 床に対して、既存病床数は 100 床となっています。近年の結核患者の減少や医師等の職員の確保が困難であることなどを踏まえると、現在の結核モデル病室における病床数（12 床）を維持していく必要はないものと考えます。

このため、結核モデル病室の設置の経緯や市民の意向等を踏まえ、県と協議していく必要があります。

表 14 新潟県全域における結核病床数（単位：床）

病床種別	基準病床数 (H22.10現在) (A)	既存病床数 (H24.10現在) (B)	基準病床数との差 (B)-(A)
一般病床及び療養病床	21,051	23,593	2,542
うち上越圏域	2,344	2,234	▲ 110
精神病床	6,490	6,850	360
結核病床	41	100	59
感染症病床	36	36	0
合計	27,618	30,579	2,961

出典：新潟県地域保健医療計画（平成 25 年 3 月一部改定）

表 15 全国及び新潟県における結核病床の運営状況

項目	平成23年		平成24年		平成25年		
	新潟県	全国	新潟県	全国	新潟県	全国	
病床数等	結核病床数(床)	100	7,681	100	7,208	80	6,602
	病床率(人口10万人対)(%)	4.2	6.0	4.3	5.7	3.4	5.2
	病床利用率(%)	33.3	35.9	32.7	34.2	37.5	34.2
平均在院日数(日)	66.1	69.8	73.1	70.0	68.8	68.8	
結核患者数(人)	465	55,196	432	52,173	389	47,845	

出典：疫学情報センター「都道府県別結核病床利用状況等」

(12) 災害時における医療

① 現状

新潟県では災害発生時の迅速かつ適切な医療を提供できるようにするため、基幹災害拠点病院（新潟大学医歯学総合病院、長岡赤十字病院）を指定しています。また、圏域ごとに地域災害拠点病院として 15 施設を指定しており、上越圏域では、県立中央病院と上越総合病院、糸魚川総合病院が指定を受けています。

II 検討経過

上越市地域防災計画では、地域災害拠点病院以外の病院等についてもそれぞれの役割を担うよう求めています。例えば、「医療機関は、市、県、他の医療機関及び医療関係団体等とともに、大規模災害時における円滑な傷病者の受入れや医療従事者の確保対策及び召集体制の確立、病院が被災した場合の対応計画の策定に努める」ほか、「医療関係団体は、災害時における医療従事者及び医療資機材、医薬品等の確保・提供体制の確立に努める」、「福祉施設・病院等は、入居者、入院患者、職員等が必要とする3日分程度の物資等の備蓄に努める」などがあります。

なお、センター病院における備蓄は、保管場所が限られていることから、現在、水は約3日間、医薬品は3週間分あるものの、食糧は約1日分にとどまっています。

② 今後の方向性

現在、災害拠点病院の指定は受けていませんが、被災時においても市の防災計画で示されている3日間、72時間の医療機能を維持できるよう、施設面（電気、水、燃料等）や運営面（食糧備蓄等）に配慮する必要があります。

なお、改築場所については、地震や浸水被害等の自然災害が少ない場所を選定することが必要です。

2 介護・福祉との連携

(1) 地域包括ケアシステム及び在宅医療

① 現状

当市では団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、高齢者が住み慣れた地域で生活を継続できるようにするため、医療、介護、予防、生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を推進しています。【図6】

地域包括ケアシステムの中核的な機関である地域包括支援センターが市内には19か所設置されており、地域の高齢者の総合相談、権利擁護や地域の支援体制づくり、介護予防の必要な援助等を行い、高齢者の保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的としており、市が社会福祉協議会等に運営を委託しています。

当市における介護サービスの利用状況はサービス種別で見ると、居宅サービスが全体の約7割を占めています。【表16】

一方、センター病院は、訪問診療や訪問看護、訪問リハビリテーションといった在宅医療を支える役割を担っており、入院治療が必要となった在宅患者や介護保険施設の入所者の受皿として、病院機能をいかした在宅医療支援に取り組んでいます。【図7】

在宅で療養を行っている患者が緊急時に直ちに入院できるなど、24時間必要に応じた医療や看護を提供できる病院は在宅療養支援病院として、診療報酬上の加算が設定されていますが、現在、センター病院は、医師体制等の要件から施設基準を満たしていない状況です。

また、当市における認知症への対応については、認知症疾患センターである高田西城病院を中心に患者と家族への支援の仕組みが構築されています。

② 今後の方向性

(ア) 地域包括ケアシステム

高齢者が住み慣れた地域で介護や医療、生活支援等のサービスが受けられるよう、今後も訪問診療や訪問看護、訪問リハビリテーションなどの在宅医療を支える役割を担っていくほか、入院治療が必要となった在宅患者や施設入所者の受皿として、病院機能を最大限にいかした在宅介護支援に向けて取り組むことが必要です。

また、患者以外の高齢者にも、介護予防の面から健康教育や保健指導等を含めた包括的なサービスを提供することも考えられますが、専門職の人員確保等に留意する必要があります。

なお、今後増加が予測される認知症患者に対しては、高田西城病院が認知症疾患センターを設置し、既に取り組を行っています。認知症の診療を行うには認知症専門医の確保が必要になりますが、現状では専門医の確保が困難であるため、今後もこれまでと同様に、認知症を合併している入院患者への積極的なケアを担っていくことが適当と考えます。

(イ) 在宅医療

上越地域における在宅医療や看取り、緩和ケアの実態を踏まえると、今後も病院内に設置した在宅医療支援センター機能（訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅介護支援）を中心に積極的な取組を展開していく必要があります。

在宅療養支援病院の施設基準の取得に向けて取り組むことも必要ですが、在宅医療の担い手である医師の確保は極めて困難な状況であることから、医師確保の方策を検討しながら取り組む必要があります。

図 6 上越市における地域包括ケアシステムのイメージ

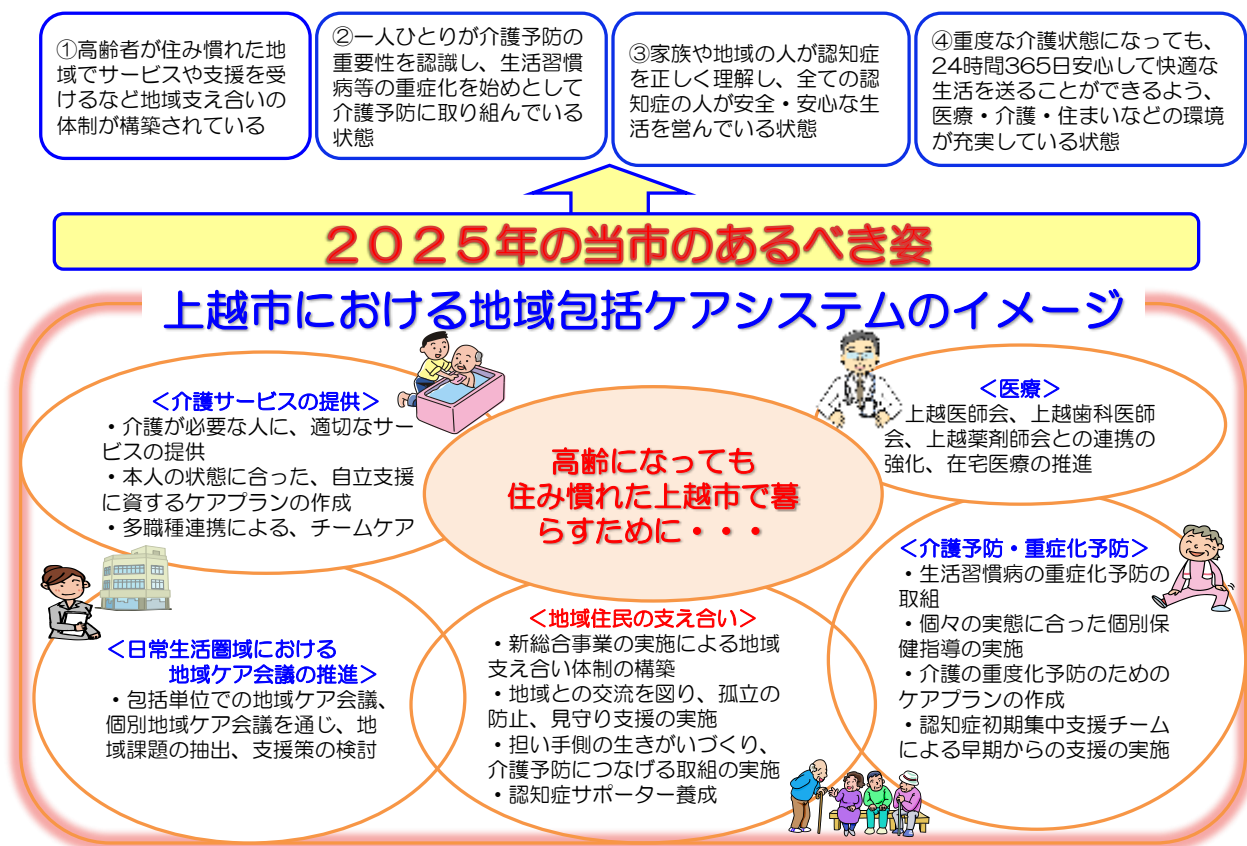


表 16 上越市における介護サービス利用者（※1）の推移（単位：人）

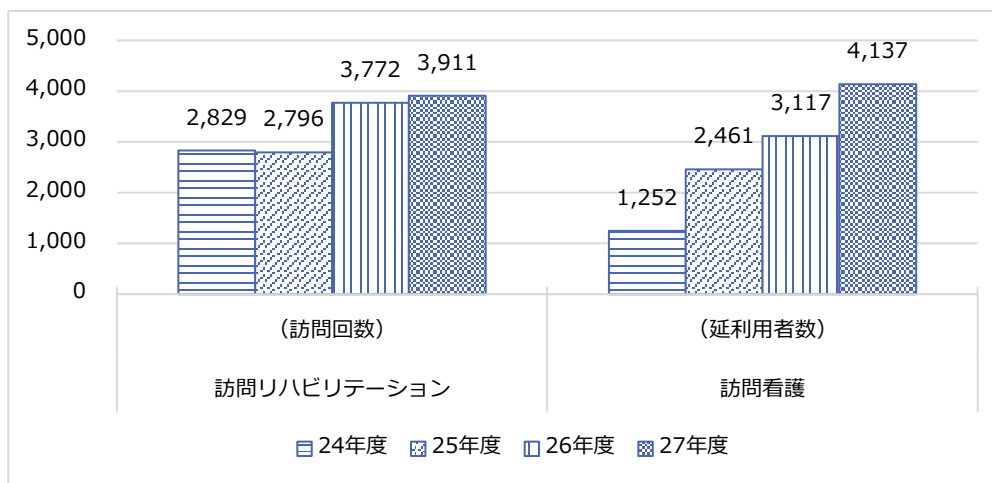
区分	H26.3	H27.3	H28.3
居宅サービス	8,047	8,240	7,346
施設サービス	2,201	2,172	2,348
地域密着型サービス（※2）	964	1,088	1,190
計	11,212	11,500	10,884

※1 サービス利用者は、要介護認定者のうち何らかの介護サービスを利用している人の人数をいう。

※2 地域密着型サービスは、介護が必要な状態になっても、住み慣れた地域や自宅での生活が維持できるように支援する介護サービスをいう。

出典：上越市「上越市のふくし」平成 26 年～平成 28 年版

図 7 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）



(2) 福祉分野

① 現状

当市における身体障害者数は、平成 28 年では 7,760 人となっており、そのうち 18 歳未満は全体の約 1.5%に当たる 114 人となっています。

全年齢の障害別の構成割合は、平成 28 年では肢体不自由が 59.4%と最も多く、次いで心臓機能障害が 12.6%、聴覚障害が 8.9%となっており、心臓機能障害が増加傾向にあります。また、18 歳未満の障害別にみると、59.6%が肢体不自由、18.4%が聴覚障害、9.6%が心臓機能障害となっています。【図 8】

次に、重度心身障害者について、性別・年齢構成をみると、男性では 10～20 歳代が多く、50 歳代以上は少ない状況であり、女性では 30 歳代と 50 歳代が多い状況です。療養場所については、施設入所が全体の 11.3%であり、67.7%が在宅となっています。【図 9】

センター病院では、重症心身障害児（者）の短期入所を行っており、施設サービス提供に対する平成 27 年度の延べ利用者数は 344 人で、平成 29 年 3 月現在の実人数は 2 人となっています。

一方、発達障害児については増加傾向にあり、平成 27 年度に当市のこども発達支援センターに寄せられた 5 歳児（年長児）の相談件数は 324 件で、新入学児童の約 2 割となっています。

II 検討経過

市内で発達障害児の診断等をできる医療機関が少ないことから、新潟市や長岡市等の医療機関に通院せざるを得ない状況となっています。市外の施設に定期的に通所している重症心身障害児（者）は、平成 27 年度では長岡療育園（長岡市）が延べ 271 人、はまぐみ小児療育センター（新潟市）が延べ 132 人となっています。

② 今後の方向性

(ア) 障害者福祉施設等との連携

現在、在宅療養中の難病患者の入院の受入れはもとより、医療的ケアを必要とする障害者福祉施設入所者の受入れにも対応するなど、医療的な支援を行っています。今後も、障害者福祉施設等との連携を維持していく必要があります。

一方で、障害者福祉分野における医療的支援では、市関係部署との連携や情報共有を図りながら具体的に検討していくことが必要です。

(イ) 重症心身障害児（者）への対応

現在、重症心身障害児（者）に対する短期入所の受入れや訪問看護を実施しています。このような障害児（者）への医療的アプローチとして、リハビリテーションや訪問看護は重要であることから、今後も現在の取組を継続しつつ、受入れ規模の拡大や機能の強化、充実が必要です。

しかしながら、機能の充実等には、医師を始めとする職員の増員が必要であり人件費の増加が見込まれることなどから、持続的な運営に当たっては市の財政負担が不可欠です。

また、福祉分野の機能の拡充には病院職員の理解と協力が必須であることから、病院職員と協議していく必要があります。

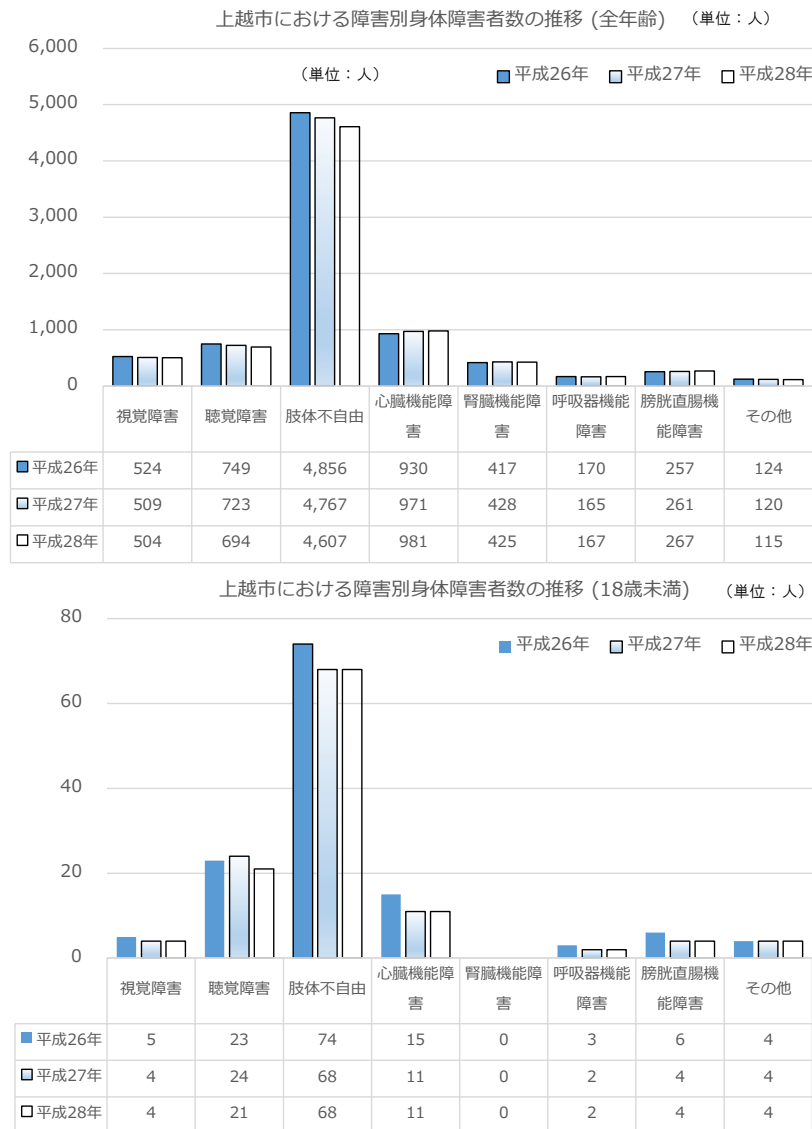
(ウ) 発達障害児への対応

ADHD（注意欠陥多動性障害）や自閉症等の発達障害児は増加傾向にあるとされています。また、小児の場合、治療効果を上げるためには、服薬等の治療のほか、本人の生活環境や日常の生活リズムを整えていくことが重要です。地域の実情を踏まえると、現在の身体障害分野の小児リハビリテーションのほかに、発達障害児に対する取組についても検討していく必要があります。

しかしながら、現在、発達障害児を支援する体制は整っておらず、全国的にも小児神経科医や児童精神科医等の専門医が少ないことから、今後も発達障害児を支援するための体制を確保することは極めて困難です。そのため、センター病院が担う医療的支援の範囲を考えるとともに、職員の確保や市の財政負担について具体的に検討していく必要があります。

また、改築を機に、市関係部署の窓口を病院内に設置することも考えられます。

図 8 上越市における身体障害者数の推移



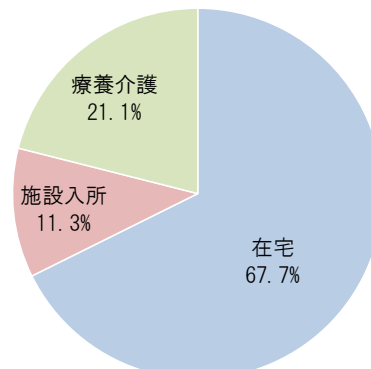
出典：上越市「上越市のふくし」平成26年～平成28年版

図 9 上越市における重度心身障害者の状況

上越市における重度心身障害者数（H28.4.1現在）（単位：人）

年齢	男	女	計
10歳未満	8	6	14
10代	14	9	23
20代	18	9	27
30代	6	14	20
40代	12	8	20
50代	6	16	22
60代	2	5	7
計	66	67	133

重度心身障害者の療養場所（H28.4.1現在）



※療養介護：入院患者の生活を支援する福祉サービス

3 ICTを活用したネットワークシステムの構築

① 現状

上越地域では、妙高市を中心にICT（情報通信技術）によるシステム構築への取組が一部進む中、当市のほとんどの医療機関や介護施設等では、個別に患者情報を管理している状況です。

県内では、魚沼医療圏の「うおぬま・米（まい）ねっと」や佐渡市の「さどひまわりネット」のような大規模な診療情報共有ネットワークが構築されていますが、いずれも県等が主導して地域の中核となる病院を中心に進められてきたものです。【表 17】

全国では、医療情報連携ネットワークの普及と在宅医療・介護連携を目的に、医療関係者の情報共有に向けた実証事業や補助事業を通じた医療情報の標準化及び電子化が推進されており、平成 26 年時点で約 160 例の地域医療ネットワークが形成されています。

② 今後の方向性

他の地域では、医療機関が保有する患者情報をネットワーク化する大規模なICTを活用したシステムが構築・運用されていますが、広域でのシステム利用が想定され、また、比較的高コストとなる可能性があることから、県や医師会等のレベルで進められるべきものと考えます。

システムの範囲やコストを考慮しながら、市立診療所や介護保険施設等と連携するためのコンパクトなシステムの構築を前提とすることが望ましいと言えます。

表 17 診療情報共有ネットワークシステムにおける県内の取組

ネットワーク	さどひまわりネット	うおぬま・米(まい)ネット
設置主体	NPO法人 佐渡地域医療連携推進協議会	NPO法人 魚沼地域医療連携ネットワーク協議会
概要	<ul style="list-style-type: none"> ■病院・医科診療所・歯科診療所・調剤薬局・介護福祉関連施設を双方向に結び、参加施設からの医療情報・介護情報を相互参照する仕組 ■医療・介護情報共有以外に、セキュリティが確保されたコミュニケーションツールや各種文書の流通プラットフォーム、施設をまたがった診療計画管理機能、自施設・他施設の予約システム、血圧管理等の民間サービスへの接続機能を実装 	<ul style="list-style-type: none"> ■魚沼医療圏内(十日町市、魚沼市、南魚沼市、湯沢町、津南町)の病院・医科診療所・調剤薬局を双方向に結び、参加施設からの医療情報を相互参照する仕組 ■医療情報共有以外に、中核病院の予約システムや災害時バックアップ、調剤薬局向けの疑義照会支援機能(メール機能等)を実装
共有情報	<ul style="list-style-type: none"> ■「さどひまわりネット 診療情報等の提供に関する同意書」に記載された情報(患者基本情報) ■「さどひまわりネット 共有除外施設及び情報アップロード除外施設 設定申請届」に記載された情報 ■同意者から変更を依頼された、診療情報以外の情報 ■電子カルテシステム、医事会計システム、X線システム、内視鏡システム等参加施設が所有する機器に保持されている情報 ■利用者が必要に応じて登録した情報 ■在宅診療支援端末から入力された情報 	<ul style="list-style-type: none"> ■自動連携により共有する情報(患者基本情報/検体検査情報/処方調剤情報/画像情報/病名/その他) ■手動連携により共有する情報(自動連携が困難なもので協議会又は参加施設が必要と判断したもの/生理検査情報/健康診断情報/紹介状や疑義照会等の参加施設が作成した文書/その他)
利用者メリット	<ul style="list-style-type: none"> ■参加施設間で必要な情報が共有されるため、医療機関を受診するたびに治療や薬の内容を説明する手間が省略できる。また、医療機関側も必要な情報を共有することにより、薬の飲み合わせ・注意すべき病気等を容易にチェックでき、検査の繰り返し防止や薬の重複を回避することができるため、患者の身体的・金銭的な負担が軽減する。 ■救急搬送や突然の受診でも、医療機関側が治療内容・飲んでいる薬・アレルギー等の体質をある程度把握できるため、より適切・迅速・安全な対応が期待できる。 ■関連施設が互いに必要な情報を参照できるため、医療から介護・介護から医療の双方で、とぎれることのない診療・介護を受けることができる。 	

出典：ホームページを基にコンサルタント会社作成

4 まちづくり

① 今後の方向性

将来に向けてセンター病院が担う診療機能の方向性を踏まえ、更に効果的にその機能を発揮していくためには、病院を核にした医療と介護、福祉が連携したまちづくりを進めることが必要です。

また、職員が働きたくなる病院、かつ地域に開かれた病院とするため、利用する患者や家族、働く職員、周辺住民等にとって快適な施設となるよう、カフェやコンビニ、レストラン、本屋の設置など、利用者の意見を反映した検討が必要です。

なお、検討に当たっては、民間活力による相乗効果や、病院敷地内のみではなく周辺の開発も併せて検討を行うことが望ましいと言えます。

図 10 病院を中心としたまちづくりの検討における参考例（イメージ）



出典：コンサルタント会社作成

5 職員確保

① 現状

平成 26 年 12 月末現在の当市の医師数は 378 人で、人口 10 万人あたりに換算すると 191.2 人となり、新潟県の 200.9 人や全国の 244.9 人を大きく下回っています。

センター病院では、緩和ケア病床の開設やリハビリテーションセンター機能の強化等により、平成 24 年以降、職員を増員しています。このうち医師については、平成 28 年 10 月時点の常勤医師が 12 人となり、非常勤医師を含む現員数は 13.142 人となっています。医療法における医師の配置標準数 11.625 人（平成 28 年度）を上回っている状況ではあるものの、医師の確保に関しては依然として厳しい環境にあると言えます。【表 18】

II 検討経過

全国的にも医師の招へいが容易ではない中、センター病院では大学医局への依頼以外に、日本プライマリ・ケア連合学会の認定施設となることによる家庭医療後期研修プログラム専攻医の受入れや民間医師紹介業者への積極的な働きかけなど、独自の取組を展開しています。

また、平成 29 年度からは企画広報部門を新規に立ち上げ、医師の招へいに向けた体制強化を図るとともに、病院のブランドの確立を目指した広報活動を積極的に行っていく予定です。

一方、平成 26 年 12 月末現在の当市の就業看護師数は准看護師を含め 2,603 人で、人口 10 万人あたりに換算すると 1,316.6 人となり、新潟県の 1,201.9 人や全国の 1,122.8 人を上回っています。

センター病院では、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、看護師を安定的に確保しています。

また、技師や療法士等の医療スタッフについても、現時点ではほぼ充足している状況です。

② 今後の方向性

全国的に医師の確保が課題となっている中、医師が働きたいと思える環境づくりや病院の魅力（ブランド力）を外部に積極的に発信していくことが必要です。

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。

あわせて、看護師の確保については、大学や専門学校との関係を維持しつつ、研修制度や離職率の防止につながる働きやすい環境の整備と充実を推進することで、必要な看護師数を維持していくことが必要です。

表 18 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）

項目	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年
医師（常勤換算）	9.9	12.9	10.8	10.8	12.9
常勤	9.0	12.0	10.0	10.0	12.0
非常勤	0.9	0.9	0.8	0.8	0.9
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

※看護師は准看護師及び看護助手を含まない。

※訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅介護支援事業所の職員は上表には含まない。

6 健全経営

(1) 経営効率化及び不採算医療に対する財政負担

① 現状

センター病院の経常損益は、平成 22 年以降黒字を維持しており、平成 27 年度の経常収支額は 6,272 万円の黒字となっています。一方、特別損益を含めた純損益の推移をみると、平成 24 年度と平成 26 年度は会計制度の見直しなどにより特別損失が生じたため赤字となりましたが、平成 27 年度は 6,326 万円の黒字となっています。【図 11】 【図 12】

他会計繰入金を含まない医業損益でみると、平成 27 年度の医業収益は、入院収益が 80% 程度、外来収益が 17% 程度を占めており、患者数の増加とともに、入院・外来収益は増収傾向にあります。しかしながら、医業収益の毎年の伸びに対して医業費用も同時に伸び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 13】 【図 14】

経営指標等をみると、経常収支比率は近年 100% を上回っています。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。

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 19】

② 今後の方向性

(ア) 経営効率化

病院改築のための借入に伴う毎年の元利償還のほか、今後、不採算部門を担うことによって、現在の収益規模では経営状況が悪化する可能性が高いことから、収益性の向上や経費削減により赤字部分を少なくする努力が必要です。

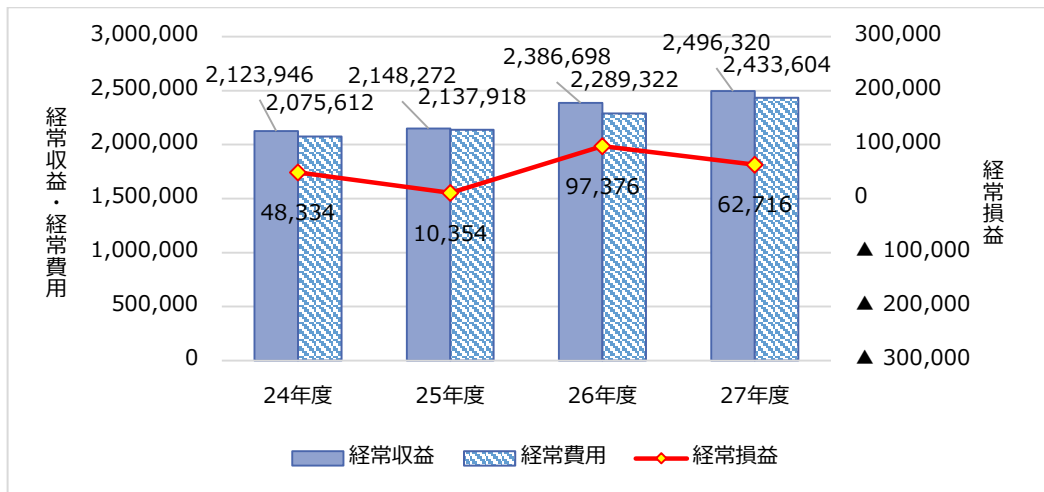
収益性の向上に向けては、今後も新たな施設基準の取得による増収等を積極的に進める必要がありますが、診療報酬による収入増のみでは限界があるため、診療報酬以外の附帯事業による収益確保の仕組づくりを進める必要があります。

(イ) 不採算部門に対する財政負担

市立診療所とのネットワーク化のほか、福祉分野との連携等、地域に必要な医療を提供し、地域医療の基幹病院として役割を担っていくには、市の財政負担が不可欠です。

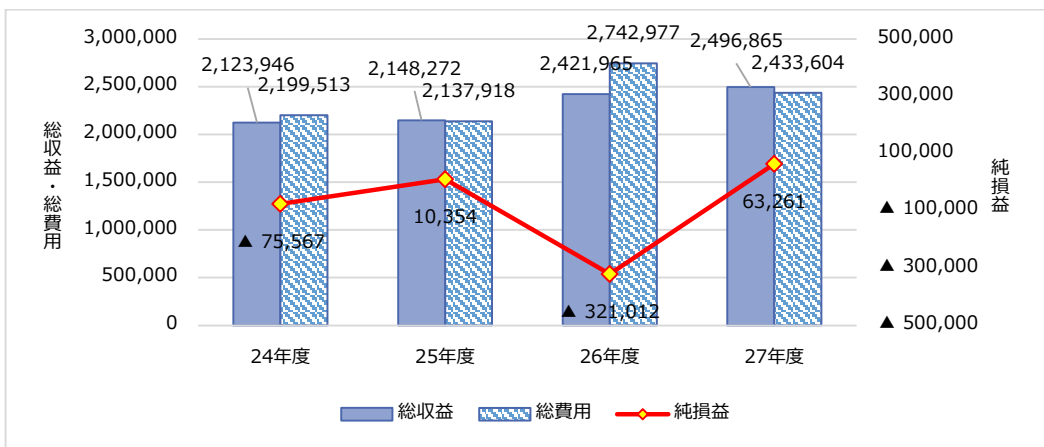
財政負担は単に赤字補填ではなく、一定のルールを設定する必要があります。

図 11 経常損益の推移（単位：千円）



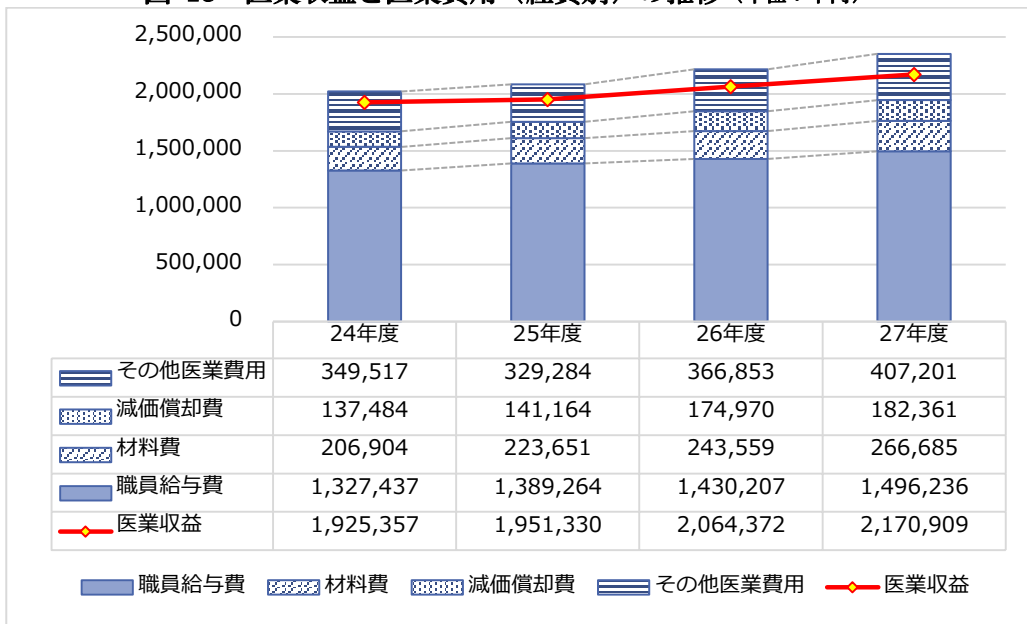
出典：地方財政状況調査（決算統計）

図 12 純損益の推移（単位：千円）



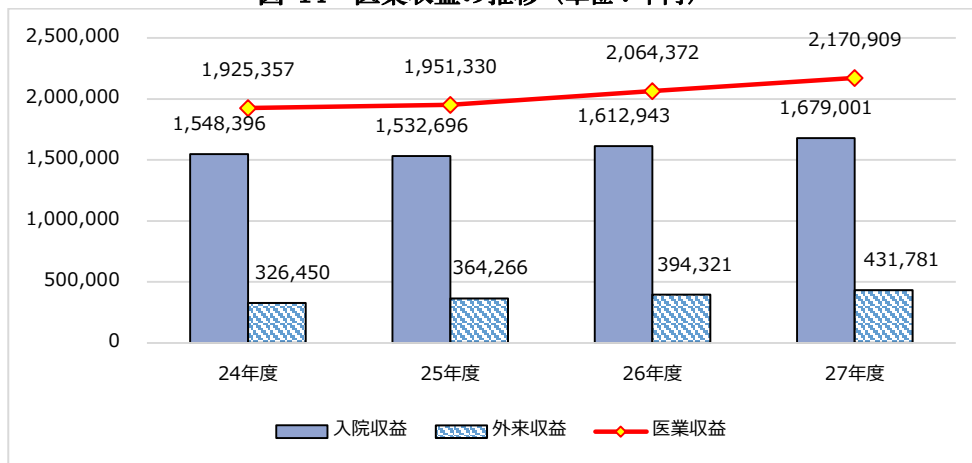
出典：地方財政状況調査（決算統計）

図 13 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

図 14 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）

II 検討経過

表 19 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) 職員給与と費	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：総務省自治財政局「地方公営企業年鑑」

(2) 経営形態

① 現状

平成 12 年 3 月に市が国から旧国立高田病院の譲渡を受けて以降、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きました。さらに、地域に根差した医療を継続的かつ安定的に提供していくため、平成 18 年度から指定管理者制度に移行し、引き続き医師会を指定管理者に指定し運営しています。指定管理者制度は、委託条件の範囲内で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運営が期待できる形態です。【表 20】

上越医師会は当市だけではなく妙高市を含めた病院や医療機関の医師が会員であることから、センター病院が地域医療を担う基幹病院として広く認識され、病病・病診連携等を進めてきたところですが、責任の所在等が課題となっていることから、今後の経営形態について検討していく必要があります。

② 今後の方向性

平成 12 年 3 月に市が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、経営形態について具体的に検討していく必要があります。

II 検討経過

表 20-1 自治体立病院の経営形態①

運営形態	地方公営企業				地方独立行政法人 (公営企業型)	民間譲渡	
	市直営		指定管理者		一般地方独立行政法人 (非公務員型)	医療法人等	
	一部適用 (財務規定等適用)	全部適用	利用料金制	代行制(現行)			
位置付け	地方公営企業法の一部(財務規定のみ)を適用する運営形態	地方公営企業法に定める組織・財務・職員の身分取扱い・勤務時間等の勤務条件全てを適用する運営形態	地方公共団体が、病院施設の管理に関して、その設置目的を効果的に達成するために条例に基づいて法人その他の団体を指定し(指定管理者)、病院施設の管理を行いつつ、民間事業者等のノウハウを活用しながらサービス向上や経営効率化を図ることができる運営形態	指定管理者が料金を収入として収受する方式 ※ 直接、指定管理者の収入となる。	料金収入を地方公共団体が収入として収受する方式 ※ 必要な経費は指定管理者の収入として指定管理者に支払う。	地方公共団体が直接扱うに準ずる公共性を確保しながら、理事長による広範な権限行使を認めることで経営責任の明確化を図るとともに、中期目標期間における目標・計画に基づく機動性・弾力性に富んだ経営を可能とする運営形態	民間に完全に移譲する運営形態。このため、不採算医療に対して地方公共団体が直接管理できず、公共性の確保が保障できなくなる。但し、政策医療を担うことを前提に、社会医療法人格(H28.10.1現在273法人が認可)を持って運営を行っている医療法人も存在する。
根拠法	地方公営企業法		地方自治法	地方公営企業法 地方自治法	地方独立行政法人法	医療法	
管理責任者	地方公共団体の長	地方公共団体の長が任命した事業管理者	指定管理者(事業法上の事業者)		地方公共団体の長が任命した理事長(法人の長)	医療法人等の理事長	
医療上の病院管理者(病院長)	地方公共団体の長が任命する者	事業管理者が任命する者	病院長		病院長	病院長	
議会の関与	予算・決算・料金に係る条例等の制定		団体の指定・手続等に係る条例、利用料金等に係る条例の制定		中期目標の作成・変更、評価委員会に係る事項等	—	
職員の任用	地方公共団体の長が任免	事業管理者が任免	指定管理者の裁量による		法人の理事長が任免	医療法人等の理事長が任免	
職員の身分	地方公務員		指定管理者の職員(非地方公務員)		独立行政法人職員(非地方公務員)	運営を引き継ぐ民間職員	
定員管理	条例定数に含まれる		条例定数に含まれない			制限なし	
職員の給与	一般の当該地方公共団体職員の給与に関する規定による。	民間等の給与を考慮し、企業独自の給料表を設定可能(人事委員会勧告の対象外)。給与の種類と基準は条例で規定。 ※ 実際には、一般行政職の給与体系に準拠するケースが多い。	社会一般の情勢や病院の経営状況を考慮しながら、指定管理者の規定に適合した支給基準を自由に設定可能		社会一般の情勢や病院の経営状況を考慮しながら、法人の規定に適合した支給基準を自由に設定可能	医療法人等の規定により決定	
資産の取得、管理及び処分	地方公共団体の長が資産を取得、管理及び処分 ※ 条例で定める重要な資産及び処分については予算で定めなければならない。		規定なし		条例に定める重要な財産の譲渡又は担保に供するときは設立団体の長の認可が必要	医療法人等の規定により決定	
予算(年度計画)	【単年度主義】 地方公共団体の長が予算を調製し、議会の議決を経る。	【単年度主義】 地方公共団体の長が、事業管理者が作成した予算の原案に基づいて予算を調製し、議会の議決を経る。	【単年度主義】 規定なし		【中期計画内で裁量あり】 毎事業年度の開始前に、中期計画に基づき年度計画を定め、設立団体の長に届け出、公表(評価委員会、議会の関与なし)。	医療法人等の規定により決定	
決算	地方公共団体の長が決算を調製し、議会の認定に付す。 ※ 地方公共団体の会計管理者に行わせることが可能	事業管理者が決算を調製し、地方公共団体の長に提出する。 監査委員の審査後、当該委員の意見をつけ、議会の認定を受ける。	毎年度終了後、管理業務に関して事業報告書を作成し、地方公共団体に提出する。		毎事業年度に財務諸表、事業報告書、決算報告書を作成し、設立団体の長に提出・承認を得る(承認に際して、評価委員会の評価聴取)。	医療法人等の規定により決定	
会計制度	公営企業会計制度		企業会計原則(病院会計準則)		公営企業型地方独立行政法人会計原則	企業会計原則(病院会計準則)	
資金調達手段	政策医療の実施等、特定経費に対して一般会計からの出資、貸付、負担金、補助等 国庫補助金 病院事業債 診療報酬等		政策医療の実施等、特定の経費に係る設立団体からの交付金 国庫補助金、地方公共団体からの補助金 設立団体からの長期借入金 診療報酬等		政策医療の実施等、特定の経費に係る設立団体からの交付金 国庫補助金、地方公共団体からの補助金 設立団体からの長期借入金 診療報酬等	医療法人等が独自に調達 独立行政法人福祉医療機構や市中銀行等	

出典：コンサルタント会社作成

表 20-2 自治体立病院の経営形態②

運営形態	地方公営企業				地方独立行政法人 (公営企業型)	民間譲渡
	市直営		指定管理者		一般地方独立行政法人 (非公務員型)	医療法人等
	一部適用 (財務規定等適用)	全部適用	利用料金制	代行制(現行)		
制度のメリット	<p>○予算の議決や決算の認定等を受けることから、<u>市民の代表である議会の意向(行政施策)が病院運営に反映されやすい。</u></p> <p>○人事院勧告どおりの人事管理が可能となる。</p>	<p>○一部適用と比較すると、経営に関する広範な権限が事業管理者に付与されるため、制度的には効率的・弾力的な病院運営が可能となる。また、<u>経営責任が明確となる。</u></p> <p>○予算の議決や決算の認定等を受けることから、<u>市民の代表である議会の意向(行政施策)が病院運営に反映されやすい。</u></p> <p>○業績に応じた給与体系の導入が可能となる。また、制度上は、組織・定数を独自に定めることが可能となる。(一定の制約は残る)</p> <p>○地方公務員法により、職員身分が保障されるため、一部適用からの移行が比較的容易</p>	<p>○委託条件の範囲内で自主的な運営が可能となる。また、組織・定数・給与・勤務条件等についても<u>委託条件の範囲内において、自らの裁量で設定することができる。</u></p> <p>○<u>民間事業者の経営ノウハウを幅広く活用した病院運営が期待できる。</u></p> <p>○<u>利用料金制の場合、指定管理者に経済的なインセンティブが作用するため、医療サービスの質が向上する可能性がある。</u></p>	<p>○法人の理事長独自の意思決定に基づく<u>臨機応変で自律的な運営が可能となる。</u></p> <p>○<u>業績等に応じた給与体系の設定が可能となる。</u>また、柔軟かつ迅速な組織・人事管理や弾力的な予算執行により、<u>機動性・効率性の高い病院運営が可能となる。</u></p> <p>○<u>病院運営実績は、外部機関の評価を受けることから、事業の透明性が確保される。</u></p>	<p>○医療法人等の長の長独自の意思決定に基づく<u>臨機応変で自律的な運営が可能となる。</u></p> <p>○<u>業績等に応じた給与体系の設定が可能となる。</u>また、柔軟かつ迅速な組織・人事管理や弾力的な予算執行により、<u>機動性・効率性の高い病院運営が可能となる。</u></p> <p>○運営・経営を民間に完全に移譲するため、<u>運営費用(負担金)の負担が軽減される。</u></p>	
制度のデメリット	<p>○地方公共団体の長に予算編成等の病院運営権限があることから、<u>状況に応じた機動的・弾力的な運営が難しい。</u>また、<u>経営責任が不明確となる。</u></p> <p>○職員定数の制約があるため、<u>診療機能に見合った体制構築や診療報酬改定に的確に対応するための医療職の採用・配置を迅速に行うことが困難</u></p> <p>○独自の給与体系を設定することができないため、<u>業績に応じた評価ができず、職員の経営改善に対するモチベーションを高めることが困難</u></p> <p>○事務職員は、市全体の人事ローテーションにより数年単位で異動となるため、<u>診療報酬や病院経営に精通した事務職員の育成が困難</u></p>	<p>○事業管理者として、医療と経営の両方に精通している人材を確保する必要がある。</p> <p>○事業管理者に一定の権限が付与されるが、<u>基本的には地方公共団体の方針に基づいた病院運営が求められる。</u></p> <p>○<u>労務管理を病院事業単独で行うことから、管理部門の負担が増大</u></p>	<p>○指定管理者の引受先がない場合が想定される。</p> <p>○指定期間終了後、改めて指定管理者を募集(後継の指定管理者の確保)する必要があるため、<u>事業継続の円滑性に課題が生じる。</u></p> <p>○経営難等の指定管理者の都合により、<u>診療継続できなくなる場合も考えられ、政策医療の確保が損なわれる可能性がある。</u> ※ 政策医療の水準低下が懸念される。</p> <p>○病院運営に関して、地方公共団体の関与が薄くなるため、<u>協定締結以外の事項について、地方公共団体の意向を病院運営に反映させるためには、協議が必要となる。</u></p> <p>○運営形態移行に際して現職員は全て退職となるため、<u>一時的に多額の退職金が発生する。</u> ※ 指定管理者と職員との間で新たな雇用契約を締結する必要がある。</p>	<p>○定款や諸規則の策定、労使交渉等、法人設立までに相当の時間と労力が必要となる。 ※ 非公務員型の場合、十分な調整が必要となる。</p> <p>○<u>中期計画や年度計画の策定、労務管理等の移行後の事務負担が増大</u></p> <p>○<u>役員報酬(理事長等)や管理部門拡充、雇用保険料等の経費負担が発生</u></p> <p>○<u>新たな人事制度の導入や会計基準が公営企業会計から地方独立行政法人会計基準に変更することによる経費(システム導入)が発生</u></p>	<p>○<u>公共性や透明性が担保されない。</u>(政策医療を担わせることが困難⇒<u>採算医療に対する負担金の折衝が必要</u>)</p> <p>○<u>中期計画や年度計画の策定、労務管理等の移行後の事務負担が増大</u></p> <p>○<u>法人税等の発生</u></p>	
病院数 (H26.3)	396 (44.4%)	358 (40.1%)	51 (5.7%)	21 (2.4%)	66 (7.4%)	

出典：コンサルタント会社作成

7 新病院整備

(1) 建物機能

① 現状

現在のセンター病院は、築 40 年以上となる旧国立病院時代の建物も含まれています。これらの建物は、既に鉄筋コンクリート造の病院に係る法定耐用年数である 39 年に達しており、内装や設備関係の老朽化が著しい状況です。そのため、建物接続部の高低差や外壁等の破損、屋内外設備の老朽化、建物内への漏水等が生じており、建物機能を維持するために多額の修繕費用が発生しているほか、施設基準への適応や大型化する医療機器の導入、ICT 化等の最新の医療環境への対応が困難となっています。【図 15】

また、院内各部門への動線が長く、患者、医療従事者の双方にとって利用しにくく、メインとなる通路は建物中心部の 1 本の渡り廊下のみであるため、供給動線と清污動線が混在しており、衛生管理上の課題があります。

さらに、分棟方式であることから、それぞれの建物に外部からの出入口が存在するため、侵入者に対するセキュリティが脆弱となっています。【図 16】

② 今後の方向性

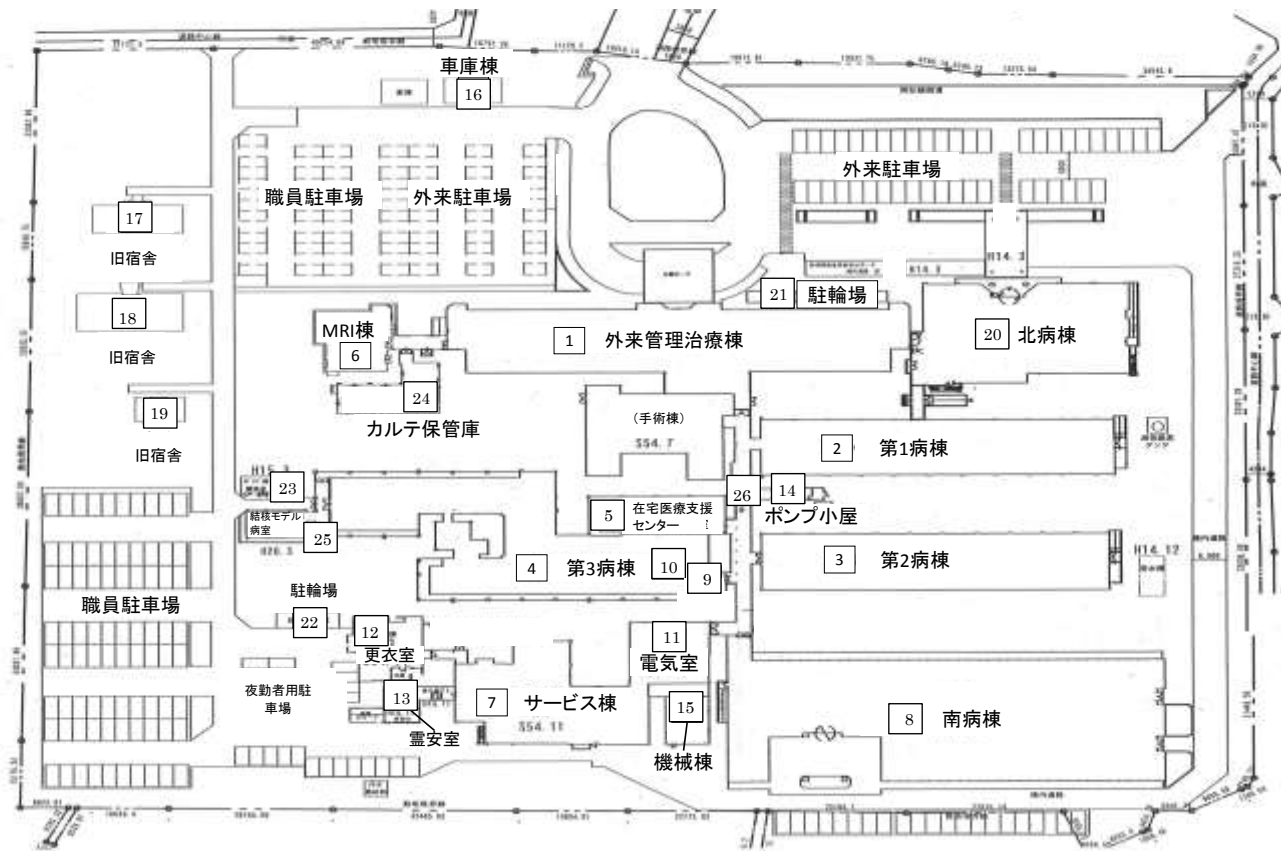
病院建物及び設備の経過年数から、建物の老朽化は看過できない状況にあり、早急に改築の検討を進める必要があります。今後、増加が見込まれる回復期医療機能の需要への対応や求められる新たな診療機能を考慮すると、大規模修繕では対応できない状況です。

改築後の病院については、診療報酬や医療情勢等の変化への柔軟な対応のほか、安全で快適な療養環境、医療技術の進歩、ICT 化等を踏まえ、患者や医療従事者にとって必要であり、かつ使いやすい機能や設備を整備する必要があります。

なお、検討に当たっては改築後の経営を考慮し、可能な限り改築事業費を抑制する必要があります。

今後の基本構想や基本計画、設計、建設には相当の時間を要すると想定されます。他施設の事例では、基本構想の策定から開院までに少なくとも 5 年を要していますが、検討期間は可能な限り短縮する必要があります。

図 15 建物の配置状況



No.	建物名称	建築概要		延床面積 (m ²)	完成年月	No.	建物名称	建築概要		延床面積 (m ²)	完成年月
		構造	地上					構造	地上		
1	外来管理治療棟 (手術棟を含む)	RC	2階	2,709.68	S54.7	13	霊安棟	S	1階	27.00	H15.11
2	第1病棟	RC	1階	747.84	S48.3	14	ポンプ小屋	S	1階	22.00	S54.7
3	第2病棟	RC	1階	738.89	S48.6	15	機械棟	S	1階	60.00	S55.11
4	第3病棟	RC	1階	1,120.80	S55.11	16	車庫棟	RC	1階	63.00	S54.11
5	在宅介護支援センター	RC	1階	254.40	S55.11	17	旧宿舎	RC	2階	193.16	S55.3
6	MRI棟	RC	1階	164.75	S58.3	18	旧宿舎	RC	3階	406.08	S55.3
7	サービス棟	RC	1階	543.38	S54.11	19	旧宿舎	CB	2階	94.86	S58.3
8	南病棟	RC	3階	4,325.44	H14.11	20	北病棟	RC	2階	1,431.18	H14.3
9	地域医療連携室	RC	1階	44.40	S55.11	21	駐輪場	S	1階	49.45	H14.3
10	売店	RC	1階	25.14	S55.11	22	駐輪場	S	1階	19.78	H4.3
11	電気室	RC	1階	115.50	S54.7	23	医療ガス供給施設	S	1階	33.12	H14.3
12	更衣棟	RC	1階	148.05	S54.11	24	カルテ保管庫	S	1階	148.35	H19.3
						25	結核モデル病室	S	1階	92.11	H20.3
						26	中央廊下	S	1階	163.93	S49.3

図 16 建物における課題



(2) 整備手法

① 現状

近年では、設計、施工、施設維持管理を分離発注する従来の方式以外に、様々な整備手法が導入されています。

なかでも、実施設計と施工を一括発注するデザインビルド方式については、従来方式と比較して、設計と施工を同時進行することにより、工期の短縮化や建築コストの効率化を図ることが可能とされており、他の自治体等における病院の整備事例において導入されるケースが増えています。

② 今後の方向性

整備手法については、基本構想及び基本計画の段階で具体的な検討を行う必要があります。また、市の財政状況等を踏まえ、従来方式以外にデザインビルド方式や民間資本の活用等、経済性を考慮した整備手法も視野に入れることが必要です。

また、センター病院が将来に向けて果たすべき診療機能や介護・福祉との連携を実現するためには、設計段階において病院職員の意向を十分に反映する必要があります。

(3) 建築場所

① 現状

センター病院が現在立地している場所は住宅地にあり、周辺には特別養護老人ホームや医療機関、公営住宅、中学校、国の機関、コンビニエンスストア、スーパーマーケットなどが立地しています。

さらに、えちごトキめき鉄道の南高田駅から徒歩5分圏内にあるとともに、上越大通り線等の複数のバス路線が通っており、公共交通機関が比較的整った場所です。

② 今後の方向性

現在の立地場所は、アクセス道路である市道中田原高田公園線から病院につながる道路が非常に狭く、また、降雪期には道路状況が悪化し、更に狭隘になることから不便であるほか、主要道路に面していないことから利用者に分かりにくいなどの課題があり、現在地で改築をする場合には、主要道路からのアクセス道路を改善する必要があります。

簡易調査によれば、病院の運営を維持しながら現在地に改築することは不可能ではないとの報告を受けていますが、広大な敷地に低層建物が分散配置されていることから空き地が狭く、建物の配置が制限され、整備期間中の駐車スペースの確保が必要となるなど、様々な課題が想定されます。

また、まちづくりでは、カフェやコンビニ、レストラン、本屋の設置などの検討を必要としましたが、現在地では民間活力による整備は困難であると考えます。

一方、移転する場合は、市民の理解が得られる場所とすることが必要です。とりわけ100年を超える歴史の中での周辺地域の住民とのつながりを考えると、現在地からそれほど遠くならない場所であることが重要であり、現在の利用者にも考慮する必要があります。また、改築後の病院の経営を考慮すると、用地取得が安価な土地が望ましいと考えます。

なお、公共交通機関のアクセス性も重要ですが、バス路線や新駅等の新設や増設は市の負担増につながることを念頭に、改築場所を選定する必要があります。

以上のような意見が出されましたが、当委員会では建築場所について方向性は定めないこととします。

Ⅲ まとめ

センター病院の目指すべき方向性をまとめると以下のようになります（「Ⅱ 検討経過」のうち「② 今後の方向性」を再掲）。

1 診療機能

(1) 診療圏の範囲

診療圏については、今後も当市を基本としながら、妙高市も含める必要があります。なお、上越圏域の視点では、肛門外科やリハビリテーション科等の一部の診療科については糸魚川市も含める必要があります。

(2) 診療科

診療科についてはこれまでと同様に、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、肛門外科を中心としていく必要があります。

また、高齢化の進展への対応や地域で不足している診療科の新設については、需要の把握と医師の確保の可能性を探りながら、検討していく必要があります。

診療科機能の維持・拡張の取組の一つとして、テナントクリニックの設置も考えられますが、関係者との調整等、課題が多いことから、実現の可能性について更に検討していく必要があります。

その他、地域の医療提供体制を強化するための取組として、日常的疾患の急性期医療を補っていくこととし、特に大腿骨近位部骨折の患者を積極的に受け入れることが必要です。

(3) 病床機能

今後も市民が安心して生活できるよう地域の医療提供体制を確保していくためには、回復期や慢性期医療だけではなく、日常的疾患の急性期医療にも対応できる病床機能とする必要があります。

(4) 病床規模

新潟県地域医療構想によれば、上越地域では将来的な人口減少に伴い、医療需要も減少し、急性期の病床機能は過剰となります。一方、将来的な高齢者の医療需要の増加に伴い、回復期の病床機能は不足が見込まれることから、現在の病床規模 197 床の維持を前提としていく必要があると考えます。

なお、地域医療構想で示される必要病床数を踏まえ、将来的に 1 割程度の病床数の削減も想定しながら検討していく必要があります。

多様な患者ニーズに対応するため、個室の病室を増やすことも考えられます。ただし、個室数については、患者のニーズや建築コスト、採算性、運用の効率性等を考慮する必要があります。

(5) 救急医療

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、入院が必要な救急患者の受入れ体制を整える必要があります。

また、入院の必要がない比較的軽症な患者については上越休日・夜間診療所で対応していますが、診療所の老朽化への対応等の課題を解決するため、上越休日・夜間診療所の機能を担うことも考えられます。

さらに、上越歯科医師会が運営する休日歯科診療センターについても、建物の老朽化が進んでいることから、センター病院に組み入れることについて上越歯科医師会から要望が寄せられています。実現すれば利便性が高まることが期待できますが、休日のみの診療であることによる施設の非効率性等の懸念もあることから、その実現可能性について検討する必要があります。

なお、これらの検討に当たっては、施設規模や運営方法などについて、上越医師会や上越歯科医師会等との十分な協議が必要です。

(6) リハビリテーション

センター病院の特徴の一つであるリハビリテーションセンターの機能を更に充実するため、回復期リハビリテーション機能以外に、将来の超高齢社会に向けた予防的リハビリテーション機能や維持的リハビリテーション機能のほか、リハビリテーション対象疾患の更なる多様化への対応が必要です。

さらに、リハビリテーションに必要な療養環境として、屋外や年間を通じて利用できるリハビリテーションコースの整備についての検討が必要です。

(7) 緩和ケア

施設基準上の緩和ケア病棟は、対象となる疾患が限定されることや、緩和ケア医師等の専門職の配置や施設整備が必須条件であることなど、運用上の非効率性が想定されます。

上越地域における緩和ケアの必要性や効率的な病床の運用を考慮し、施設基準は現行の一般病棟としながら、緩和ケア機能を持たせた病棟の運用の継続が望ましいと考えます。

(8) 予防医療

予防医療機能は将来的な機能として不可欠であり、健診機能の充実を図る必要があります。

市内では既に上越地域総合健康管理センターや各医療機関において健康診査や人間ドック事業が実施されているものの、かかりつけ病院での受診を希望する方や、病院の周辺地域にある事業所を中心とした院内併設型による健康診査等を実施することが考えられます。

(9) 透析医療

上越地域における将来的な需要や現在の透析医療提供体制を踏まえると、現状ではセンター病院が担う必要性は低いものの、地域の医療提供体制の動向を注視していく必要があります。なお、病院の改築に当たっては将来的に拡張が可能なスペースを設け、需要変動に対応できるように計画していくことも考えられます。

(10) へき地医療

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、へき地での医療を確保・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。

(11) 再編・ネットワーク化

中山間地域の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すものとします。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、不採算になりがちなへき地医療を担うことになるなど課題が多ことから、中長期的な取組として位置付ける必要があります。

(12) 結核医療

新潟県地域保健医療計画では、県全域における結核病床の基準病床数 41 床に対して、既存病床数は 100 床となっています。近年の結核患者の減少や医師等の職員の確保が困難であることなどを踏まえると、現在の結核モデル病室における病床数（12 床）を維持していく必要はないものと考えます。

このため、結核モデル病室の設置の経緯や市民の意向等を踏まえ、県と協議していく必要があります。

(13) 災害時における医療

現在、災害拠点病院の指定は受けていませんが、被災時においても市の防災計画で示されている 3 日間、72 時間の医療機能を維持できるよう、施設面（電気、水、燃料等）や運営面（食糧備蓄等）に配慮する必要があります。

なお、改築場所については、地震や浸水被害等の自然災害が少ない場所を選定することが必要です。

2 介護・福祉との連携

(1) 地域包括ケアシステム

高齢者が住み慣れた地域で介護や医療、生活支援等のサービスが受けられるよう、今後も訪問診療や訪問看護、訪問リハビリテーションなどの在宅医療を支える役割を担っていくほか、入院治療が必要となった在宅患者や施設入所者の受皿として、病院機能を最大限にかした在宅介護支援に向けて取り組むことが必要です。

また、患者以外の高齢者にも、介護予防の面から健康教育や保健指導等を含めた包括的なサービスを提供することも考えられますが、専門職の人員確保等に留意する必要があります。

なお、今後増加が予測される認知症患者に対しては、高田西城病院が認知症疾患センターを設置し、既に取組を行っています。認知症の診療を行うには認知症専門医の確保が必要になりますが、現状では専門医の確保が困難であるため、今後もこれまでと同様に、認知症を合併している入院患者への積極的なケアを担っていくことが適当と考えます。

(2) 在宅医療

上越地域における在宅医療や看取り、緩和ケアの実態を踏まえると、今後も病院内に設置した在宅医療支援センター機能（訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅介護支援）を中心に積極的な取組を展開していく必要があります。

在宅療養支援病院の施設基準の取得に向けて取り組むことも必要ですが、在宅医療の担い手である医師の確保は極めて困難な状況であることから、医師確保の方策を検討しながら取り組む必要があります。

(3) 福祉分野

① 障害者福祉施設等との連携

現在、在宅療養中の難病患者の入院の受入れはもとより、医療的ケアを必要とする障害者福祉施設入所者の受入れにも対応するなど、医療的な支援を行っています。今後も、障害者福祉施設等との連携を維持していく必要があります。

一方で、障害者福祉分野における医療的支援では、市関係部署との連携や情報共有を図りながら具体的に検討していくことが必要です。

② 重症心身障害児（者）への対応

現在、重症心身障害児（者）に対する短期入所の受入れや訪問看護を実施しています。このような障害児（者）への医療的アプローチとして、リハビリテーションや訪問看護は重要であることから、今後も現在の取組を継続しつつ、受入れ規模の拡大や機能の強化、充実が必要です。

しかしながら、機能の充実等には、医師を始めとする職員の増員が必要であり人件費の増加が見込まれることなどから、持続的な運営に当たっては市の財政負担が不可欠です。

また、福祉分野の機能の拡充には病院職員の理解と協力が必須であることから、病院職員と協議していく必要があります。

③ 発達障害児への対応

ADHD（注意欠陥多動性障害）や自閉症等の発達障害児は増加傾向にあるとされています。また、小児の場合、治療効果を上げるためには、服薬等の治療のほか、本人の生活環境や日常の生活リズムを整えていくことが重要です。地域の実情を踏まえると、現在の身体障害分野の小児リハビリテーションのほかに、発達障害児に対する取組についても検討していく必要があります。

しかしながら、現在、発達障害児を支援する体制は整っておらず、全国的にも小児神経科医や児童精神科医等の専門医が少ないことから、今後も発達障害児を支援するための体制を確保することは極めて困難です。そのため、センター病院が担う医療的支援の範囲を考えるとともに、職員の確保や市の財政負担について具体的に検討していく必要があります。

また、改築を機に、市関係部署の窓口を病院内に設置することも考えられます。

3 ICTを活用したネットワークシステムの構築

他の地域では、医療機関が保有する患者情報をネットワーク化する大規模なICTを活用したシステムが構築・運用されていますが、広域でのシステム利用が想定され、また、比較的高コストとなる可能性があることから、県や医師会等のレベルで進められるべきものと考えます。

システムの範囲やコストを考慮しながら、市立診療所や介護保険施設等と連携するためのコンパクトなシステムの構築を前提とすることが望ましいと言えます。

4 まちづくり

将来に向けてセンター病院が担う診療機能の方向性を踏まえ、更に効果的にその機能を発揮していくためには、病院を核にした医療と介護、福祉が連携したまちづくりを進めることが必要です。

また、職員が働きたくなる病院、かつ地域に開かれた病院とするため、利用する患者や家族、働く職員、周辺住民等にとって快適な施設となるよう、カフェやコンビニ、レストラン、本屋の設置など、利用者の意見を反映した検討が必要です。

なお、検討に当たっては、民間活力による相乗効果や、病院敷地内のみではなく周辺の開発も併せて検討を行うことが望ましいと言えます。

5 職員確保

全国的に医師の確保が課題となっている中、医師が働きたいと思える環境づくりや病院の魅力（ブランド力）を外部に積極的に発信していくことが必要です。

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。

あわせて、看護師の確保については、大学や専門学校との関係を維持しつつ、研修制度や離職率の防止につながる働きやすい環境の整備と充実を推進することで、必要な看護師数を維持していくことが必要です。

6 健全経営

(1) 経営効率化

病院改築のための借入に伴う毎年の元利償還のほか、今後、不採算部門を担うことにより、現在の収益規模では経営状況が悪化する可能性が高いことから、収益性の向上や経費削減により赤字部分を少なくする努力が必要です。

収益性の向上に向けては、今後も新たな施設基準の取得による増収等を積極的に進める必要がありますが、診療報酬による収入増のみでは限界があるため、診療報酬以外の附帯事業による収益確保の仕組づくりを進める必要があります。

(2) 不採算部門に対する財政負担

市立診療所とのネットワーク化のほか、福祉分野との連携等、地域に必要な医療を提供し、地域医療の基幹病院として役割を担っていくには、市の財政負担が不可欠です。

財政負担は単に赤字補填ではなく、一定のルールを設定する必要があります。

(3) 経営形態

平成12年3月に市が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、経営形態について具体的に検討していく必要があります。

7 新病院整備

(1) 建物機能

病院建物及び設備の経過年数から、建物の老朽化は看過できない状況にあり、早急に改築の検討を進める必要があります。今後、増加が見込まれる回復期医療機能の需要への対応や求められる新たな診療機能を考慮すると、大規模修繕では対応できない状況です。

改築後の病院については、診療報酬や医療情勢等の変化への柔軟な対応のほか、安全で快適な療養環境、医療技術の進歩、ICT化等を踏まえ、患者や医療従事者にとって必要であり、かつ使いやすい機能や設備を整備する必要があります。

なお、検討に当たっては改築後の経営を考慮し、可能な限り改築事業費を抑制する必要があります。

今後の基本構想や基本計画、設計、建設には相当の時間を要すると想定されます。他施設の事例では、基本構想の策定から開院までに少なくとも5年を要していますが、検討期間は可能な限り短縮する必要があります。

(2) 整備手法

整備手法については、基本構想及び基本計画の段階で具体的な検討を行う必要があります。また、市の財政状況等を踏まえ、従来方式以外にデザインビルド方式や民間資本の活用等、経済性を考慮した整備手法も視野に入れることが必要です。

また、センター病院が将来に向けて果たすべき診療機能や介護・福祉との連携を実現するためには、設計段階において病院職員の意向を十分に反映する必要があります。

(3) 建築場所

現在の立地場所は、アクセス道路である市道中田原高田公園線から病院につながる道路が非常に狭く、また、降雪期には道路状況が悪化し、更に狭隘になることから不便であるほか、主要道路に面していないことから利用者に分かりにくいなどの課題があり、現在地で改築をする場合には、主要道路からのアクセス道路を改善する必要があります。

簡易調査によれば、病院の運営を維持しながら現在地に改築することは不可能ではないとの報告を受けていますが、広大な敷地に低層建物が分散配置されていることから空き地

Ⅲ まとめ

が狭く、建物の配置が制限され、整備期間中の駐車スペースの確保が必要となるなど、様々な課題が想定されます。

また、まちづくりでは、カフェやコンビニ、レストラン、本屋の設置などの検討を必要としましたが、現在地では民間活力による整備は困難であると考えます。

一方、移転する場合は、市民の理解が得られる場所とすることが必要です。とりわけ 100 年を超える歴史の中での周辺地域の住民とのつながりを考えると、現在地からそれほど遠くならない場所であることが重要であり、現在の利用者にも考慮する必要があります。また、改築後の病院の経営を考慮すると、用地取得が安価な土地が望ましいと考えます。

なお、公共交通機関のアクセス性も重要ですが、バス路線や新駅等の新設や増設は市の負担増につながることを念頭に、改築場所を選定する必要があります。

以上のような意見が出されましたが、当委員会では建築場所について方向性は定めないこととします。

IV おわりに

検討委員会では、地域におけるセンター病院の位置付けを明確にし、今後の目指すべき方向性について、延べ7回にわたり検討を行いました。

その中で、センター病院は地域医療の中核として欠かせない病院であることを再確認するとともに、今後の医療需要を見据え、日常的な疾患や回復期・慢性期医療への対応、在宅医療等、これまでセンター病院が担ってきた医療機能の維持、充実はもとより、介護・福祉分野との連携や予防医療、市立診療所とのネットワーク化等、多岐にわたる検討を行いました。

検討した内容を実現するためには、医師や看護師を始めとする職員が安定的に確保されていることが大前提となります。特に、医師を確保するためには、新病院の整備にあわせてセンター病院で働きたいと思える環境整備に取り組んでいく必要があります。

今後の改築に向けた取組として、検討委員会での検討結果を十分に踏まえながら、基本構想の策定を進めていただきますようお願いします。

V 参考資料

1 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について

(1) 設置の経緯及び目的

センター病院は、上越地域において回復期・慢性期医療の中核を担うとともに、病病連携・病診連携の中心となる、地域医療の拠点として欠かせない病院です。

人口減少や高齢化が進行する状況において、センター病院が地域に必要な医療を提供し、持続的に安定経営を維持していくためには、施設の老朽化への対応とともに、担うべき役割や必要な医療機能、規模等について検討していく必要があります。

こうしたことから、地域医療や病院経営に精通する医療コンサルタントの知見を取り入れながら、今後の改築に向けた在り方について病院関係者により検討し、基本構想につないでいくため、「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」を設置しました。

(2) 委員名簿（敬称略）

氏名	所属・役職等
高橋 慶一	上越医師会・理事
川崎 浩一	上越医師会・理事
石橋 敏光	上越地域医療センター病院・病院長
楠田 春美	上越地域医療センター病院・主任看護師
宮川 哲也	上越地域医療センター病院・薬局長
鳴海 壽一	上越地域医療センター病院促進協議会・会長
八木 智学	上越市健康福祉部・部長
阿部 俊和	上越市企画政策課・参事
渡辺 晶恵	上越市すこやかなくらし支援室・室長
笹川 斉	上越市財政課・副課長

【オブザーバー】

氏名	所属・役職等
小林 精子	上越市福祉課・福祉第一係長
細谷 早苗	上越市高齢者支援課・介護指導係長
梶原 亜紀子	上越市すこやかなくらし支援室・主任

(3) 委員会の開催状況

開催回	開催日	主な検討内容
第1回	平成28年8月24日（木）	上越地域の医療やセンター病院に係る現状の確認
第2回	平成28年9月29日（木）	診療機能①
第3回	平成28年10月26日（水）	介護・福祉との連携①、まちづくり①
第4回	平成28年11月30日（水）	介護・福祉との連携②、まちづくり②
第5回	平成28年12月23日（水）	診療機能②、職員確保、健全経営
第6回	平成29年1月25日（水）	新病院建設（建物機能、整備手法、建設場所）
第7回	平成29年2月22日（水）	まとめ

(4) 検討委員会で取り扱った主な課題と論点

視 点	検討課題	論 点
(1)診療機能	①診療圏の範囲	・診療圏域をどこまでとするか。上越圏域の考え方と同じとするか。
	②診療科	・地域で求められる診療科を可能な限り揃えた総合病院として運営するのか。リハビリテーション中心の単科病院として運営するのか。 ・現状から強化すべき診療科や新たな設置が求められる診療科はあるか。
	③病床機能及び病床規模	・急性期を担いつつも、地域ニーズや役割分担を考慮して回復期及び慢性期を担っていくのか。 ・高齢化や人口減少を踏まえ、病床規模の設定についてどのように考えるのか。
	④救急医療	・圏域内の救急搬送実態を踏まえ、一次救急患者の受皿として救急機能を拡張させるのか。
	⑤リハビリテーション	・上越地域における将来的な医療需要を踏まえ、今後どのように対応すべきか。
	⑥緩和ケア	・上越地域における位置付けを踏まえ、将来的に施設基準による緩和ケア病棟を設置する必要があるか。
	⑦予防医療	・市民の健康増進という観点から、予防医療を担う必要があるのか。予防医療を担う場合、規模や機能についてどのように考えるか。
	⑧透析医療	・将来的な需要や当市における医療提供体制を踏まえ、透析医療を担う必要があるか。
	⑨へき地医療	・市立診療所に対し、どのように支援していくか。
	⑩再編・ネットワーク化	・市立診療所とセンター病院とのネットワーク化の課題について、どのように考えるのか。
	⑪結核医療	・今後も結核医療の提供体制を維持すべきか。
	⑫災害時における医療	・災害発生時の機能として、どのような機能を担うべきか。
(2)介護・福祉との連携	①地域包括ケアシステム及び在宅医療	・市内の地域包括ケアシステム構築におけるセンター病院の役割や介護保険施設との連携について、どのように考えるか。 ・在宅医療支援センター機能（訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅介護支援事業）のほかにセンター病院が担う機能はあるか。 ・認知症に対する取組について、どのように考えるか。
	②福祉分野	・現在の医療と介護部門の取組に加え、障害者支援等の福祉部門も含めた医療・介護・福祉部門のサービス提供を複合的に担うべきか。 ・特に地域に不足する65歳未満の重症心身障害児（者）への支援機能を担っていくのか。
(3)ICTを活用したネットワークシステムの構築		・ICTを活用したネットワークシステムを導入する必要があるか。 ・どのようなネットワークシステムの構築が必要か。
(4)まちづくり		・病院改築において、病院利用者や病院職員だけでなく市民にとって「利用しやすい」と感じることができる要素をどのように盛り込むことができるか。
(5)職員確保		・医師や看護師確保に向けてどのように取り組んでいくか。 ・医療従事者にとって、魅力的であると思える病院づくりについて、どのように考えるか。
(6)健全経営	①経営効率化及び不採算医療に対する財政負担	・現在の経営状況を踏まえ、今後の経営効率化に向けてどのように取り組んでいくか。 ・不採算医療を担うに当たり、市の財政負担についてどのように考えるか。
	②経営形態	・今後も一層の経営努力が求められる中で、魅力ある病院運営と安定経営に適した経営形態について、どのように考えるか。
(7)新病院整備	①建物機能	・動線やセキュリティなどの現状建物の課題を踏まえ、病院改築においてどのようなことを考慮すべきか。
	②整備手法	・改築に係るイニシャルコストの縮減を考慮した整備手法、資金調達手法についてどのように考えるのか。 ・果たすべき診療機能や介護・福祉との連携を実現し、市民が利用しやすい病院にするためには、どのような整備手法が考えられるか。
	③建設場所	・果たすべき診療機能や介護及び福祉との連携を実現し、利用しやすい病院とするためには、改築場所にどのような条件を求めるか。

2 用語説明

【あ行】

ICT

Information and Communication Technology の略であり、コンピュータやネットワークに関連する技術や産業、整備、サービスの総称である。医療や介護、福祉分野における活用方法として総務省は、社会保障費の増大や生産年齢人口の減少等の課題を解決するため、地域が保有する医療情報等を安全かつ円滑に流通させる仕組みの確立や普及、遠隔医療の推進、情報通信ネットワークやクラウド技術を活用した医療の安全性向上や業務効率化等を推進している。

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。

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

医師の配置標準数

適正な医療を提供するために、医療施設や病床区分毎に一定水準以上の医師を確保する必要があることから、病院及び療養病床を有する診療所において、医師の配置標準数が定められている。一般病院における必要な医師数は次の計算式により算出する。

$$\text{①医師の配置標準数} = \text{精神病床及び療養病床の入院患者数} / 3 + \text{精神病床及び入院病床以外の入院患者数} + \text{外来患者数} / 2.5$$

①が52までは医師3人。ただし、上記の計算結果が52を超える場合には②による。

$$\text{②医師の配置標準数} = (\text{①} - 52) / 16 + 3$$

維持的リハビリテーション

回復期で回復した機能が衰えないようにするためのリハビリテーション。

イニシャルコスト

機器や整備等の導入や新しく建物を建設する際に、稼働するまでの間に必要とされる費用のこと。

医療（一次医療、二次医療、三次医療）

- ・一次医療：風邪や腹痛等の日常的な疾病を外来診療で対応する医療。
- ・二次医療：入院を要する比較的専門性の高い疾病を対象とする医療。
- ・三次医療：脳卒中や心筋梗塞、交通事故等の緊急を要する傷病を対象とする医療。

医療的ケア

治療行為を伴わない経管栄養やたんの吸引等の日常生活に必要な医療的生活援助行為のこと。

医療コンサルタント

医療経営に関する現状分析、改善提案、実施支援、顧問活動等の業務を行う専門家のこと。

MDC16

世界保健機構（WHO：World Health Organization）が定めた国際疾病分類（ICD：International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems）に基づいて定められた主要診断群分類（MDC：Major Diagnostic Category）の一つ。MDC16は入院患者の主要な傷病が外傷・熱傷・中毒の疾病であることを示す。

【か行】

介護サービス(居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス)

- ・居宅サービス：介護保険の給付対象となるサービスの一つで、指定居宅サービス事業者が実施する。大きく分けると訪問・通所系サービスと短期入所系サービスがあり、全部で11種類ある。
- ・施設サービス：介護保険施設（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設）が実施する介護保険の給付対象となるサービス。
- ・地域密着型サービス：介護が必要な状態になっても、住み慣れた地域や自宅での生活が維持できるように支援する介護サービス。

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）のこと。

回復期リハビリテーション病棟入院料1

施設基準の一つ。回復期リハビリテーション病棟入院料1を満たしていれば、患者の入院1日当たりに2,025点の診療報酬が加算される。施設基準を満たすためには、リハビリテーション科を標榜していること、当該病棟に専任の医師や社会福祉士等が1名以上常勤配置されていること、重症の患者が新規入院患者のうち3割以上であること等が必要である。

家庭医療後期研修プログラム

家庭医療専門医を目指す医師が受ける研修プログラムのこと。医師免許を取得した医師は、新医師臨床研修制度により2年間以上の初期臨床研修が義務付けられている。その後、医師は専門医の認定を得るために後期臨床研修を受ける。日本プライマリ・ケア連合学会が認定した医療機関の研修を修了することで、家庭医療専門医の資格を得ることが可能となる。

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。

完結率

居住する圏域に所在する医療機関を受診する割合。

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、クオリティー・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。

基本構想

病院の建設プロセスにおいて、病院が目指す将来像を決定付ける段階である。病院の在り方や地域にける役割、新病院の基本方針や理念、主体的な診療機能を決定するとともに、医療や介護、福祉との連携も具体的な在り方を決定する。

救急医療（一次、二次、三次救急）

- ・一次救急医療：入院治療の必要がなく、外来で対処可能な軽症患者を対象とする医療。
- ・二次救急医療：入院治療や手術を必要とする重症患者を対象とする医療。
- ・三次救急医療：一刻を争う重篤な患者を対象とする医療。

救急告示病院

救急隊により搬送される傷病者に対して医療を提供することが可能な病院のことであり、都道府県知事が認定する。施設基準を満たすためには、救急医療における専門知識及び経験を有する医師が常時診療可能であること、エックス線検査や心電計による検査、輸血及び輸液等が可能な施設及び整備を有すること、傷病者の受け入れが容易にできる立地及び構造設備を有すること、傷病者のための専用病床及び優先的に使用される病床を有することが必要である。

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。

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、比率が大きいくほど、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。
経常収支比率 (%) = (医業収益 + 医業外収益) / (医業費用 + 医業外費用) × 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。

後期高齢者医療保険

75 歳以上の高齢者が加入する独立した医療保険。各都道府県の広域連合が運営し、加入者は、病気や怪我で診療を受けたときの自己負担額が医療費の 1 割となる。65 歳以上 75 歳未満でも、寝たきり等の一定の障害があり、加入申請が広域連合に認定された方は被保険者となる。

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。

国民健康保険

被用者保険に加入していない農業者や自営業者、退職者、国保組合の組合員またはそれらの家族を対象とした医療保険。各市区町村が運営し、加入者は、病気や怪我で診療を受けたときの自己負担額が医療費の 3 割となる。なお、国民健康保険制度の中には、一部に医師や薬剤師、土木建築等の組合である国民健康保険組合が運営するものがある。

コメディカル

医療機関に勤務する医師以外の医療従事者の総称。具体的には、医師と協働して患者の治療・ケアに当たる看護師や助産師、薬剤師、臨床検査技師、理学療法士等を表す。

【さ行】

施設基準

医療機関の機能や設備、診療体制等の状況について評価するための基準。診療報酬点数表の全般にわたって、病床や専任の医師、看護師、機械や器具等、様々な事項について基準が設定されている。基準を満たした医療機関は、地方厚生（支）局長に届け出ることによって、診療報酬点数上で評価される。

V 参考資料

手術適応

患者の様態や疾病から手術することが妥当であるか判断すること。手術が行われる条件は、外科治療が最も有効な治療法であること、手術の効果がリスクを上回っていること、手術によって患者の予後が改善する可能性が高いこと等が挙げられる。手術適応には必ず手術を受ける必要がある絶対的適応と他の治療法もある中で手術を受ける相対的適応がある。

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。紹介率（％）＝（文書による紹介患者数＋救急車による搬入患者数）／初診患者数×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。

疾患別リハビリテーション

急性発症した各疾患の患者、またはその手術後の患者等を対象とするリハビリテーション。

＜リハビリテーションが必要な疾患例＞

- ・脳血管疾患：脳梗塞、脳出血、くも膜下出血。
- ・運動器疾患：上・下肢の複合損傷、脊椎損傷による四肢麻痺。
- ・呼吸器疾患：肺炎、無気肺。

傷病大分類

世界保健機関（WHO：World Health Organization）が作成した疾病及び関連保険問題の国際統計分類（ICD：International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems）を基にして、日本の疾病の状況が分かるように推計患者数を基準に作成した傷病分類。

傷病程度（軽症、中等症、重症、重篤、死亡）

傷病者の傷病度分類を示すもの。

- ・軽症：傷病の程度が入院加療を必要としないもの。
- ・中等症：傷病の程度が入院を必要とするもので重症に至らないもの。
- ・重症：傷病の程度が3週間以上の入院を必要とするもの。
- ・重篤：心・呼吸の停止または停止のおそれがあるものや心肺蘇生を行ったもの。
- ・死亡：初診時において、死亡が確認されたもの。

V 参考資料

新公立病院改革プラン

総務省が定める「新公立病院改革ガイドライン」を踏まえ、①経営の効率化、②再編・ネットワーク化、③経営形態の見直し、④地域医療構想を踏まえた役割の明確化 の4つの視点から、持続可能な安定した経営のため、各公立病院が策定する改革プランのこと。各公立病院は平成 32 年度までの実現を踏まえ、平成 27 年度又は平成 28 年度中に策定するものとしている。

診療所

医師または歯科医師が医業、歯科医業を行う場所（歯科医業のみは除く）。入院設備は 19 床以下に限られる。

診療報酬

保険診療の際、医療サービスに対し、公的医療保険から病院や診療所、調剤薬局に支払われる報酬。診療報酬には、細分化された医療行為ごとの公定価格を合計する出来高払い方式と医療行為の回数に関係なく 1 日の医療費が定額となる包括払い方式がある。公定価格は 1 点 10 円の点数で表示され、原則として 2 年に 1 度、中央社会保険医療協議会で決定させる。

セカンドオピニオン

納得のいく治療法を選択することができるように、治療の進行状況、次の段階の治療選択等について、現在治療を受けている担当医とは別に、違う医療機関の医師に意見を求めること。

総合診療科

症状から特定の診療科を決めることが困難な患者が受診するための窓口として機能する診療科。

【た行】

地域医療構想

団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年（平成 37 年）に向け、患者の状態に応じた、質の高い医療を効率的に提供する体制を確保するため、将来の病床数や入院患者数の推計と、それに対して必要となる医療提供体制を確保するための施策の方向性を取りまとめるものであり、医療法に基づき都道府県が策定し、医療計画の一部として位置付けるもの。

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。

V 参考資料

DPC対象病院

厚生労働省に診療データを提出して、診断分群類を用いて包括評価、請求を行う病院のこと。DPC対象病院の基準は一般入院基本料、特定機能病院入院基本料等について、7対1または10対1入院基本料の届出をしていることや厚生労働省が毎年実施するDPC導入の影響評価に係る調査に参加すること等が必要である。

デザインビルド方式

設計の一部と工事を一体の業務として発注する方式。受注業者がもつ新技術を生かした設計が可能になり、建設費の削減が可能である。

テナントクリニック

病院内もしくは病院敷地内において、病院と構造上、衛生上、防犯上、独立して運営し、独自に開業する診療所をいう。病院にとっては不足する診療科を誘致することで患者の利便性を向上でき、診療所にとっては病院内の病床を活用できるなど双方にとって利点がある。

特別損益

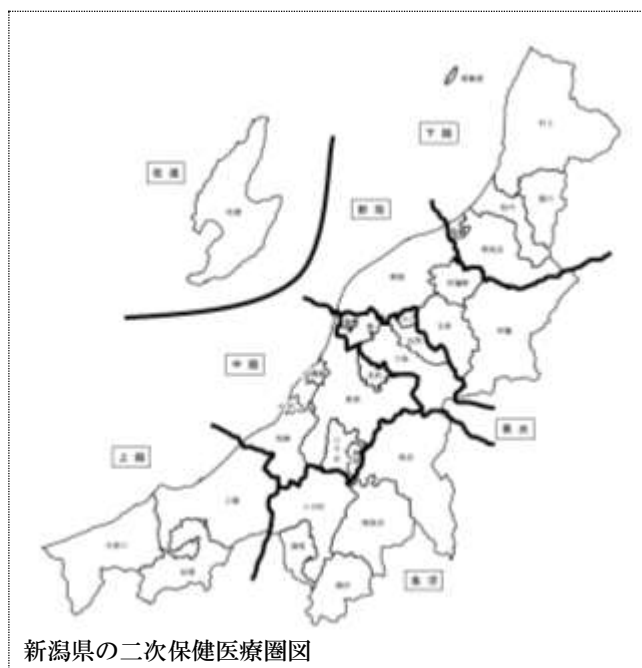
通常の活動以外の特別な要因によって一時的に発生した損益。

【な行】

二次保健医療圏

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のこと。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。

V 参考資料

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 人が何人の患者を見るか）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】

病院

医師または歯科医師が、公衆または特定多数人のため医業または歯科医業を行う施設。入院患者 20 人以上の収容施設を有するもの。

病院群輪番制

地域内の病院が共同連帯して、輪番方式により休日・夜間等における重症救急患者の診療を受け入れる体制を整備する事業。

病床（一般病床、感染症病床、療養病床、精神病床、結核病床）

- ・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、新公立病院改革ガイドラインでは「3 年間連続して病床利用率が 70% 未満の病院にあつては、新公立病院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。

病診連携

地域内の病院と診療所が連携して患者の診療に当たる地域連携の形態の一つ。必要に応じて、患者を診療所から専門医や医療設備の充実した病院に紹介し、高度な検査や治療を提供する。その後、快方に向かった患者は元の診療所で診療を継続する。

病病連携

地域内の病院同士が連携して患者の診療に当たる地域連携の形態の一つ。自院にない診療科をもつ病院や療養型・リハビリテーション病院、特定機能病院等と連携を図り、それぞれの機能特性を活かした医療を提供するものである。

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 年の米国立科学アカデミー（National Academy of Sciences, N A S）が定義したものがあります。その中で

V 参考資料

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。

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

へき地医療拠点病院

へき地診療所等への代診医等の派遣やへき地医療従事者に対する研修等を行う病院について県知事から指定された病院。認定の要件として、巡回診療やへき地診療所等への医師及び看護師等派遣（へき地診療所の医師の休暇時における代替医師等の派遣を含む）等、病院がへき地における医療活動を年間 50 日程度実施している必要がある。

ベンチマーク

特定の比較対象において、機関内または他機関と比較測定するために客観的なデータを用いて設置する基準点。

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利用者の生活の場へ訪問し、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付けられており、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、理学療法士等のリハビリテーション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付けられており、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に入院させる機能。

民間活力

公共施設の運営及び建設の効率化や建設費削減等を目的として、民間企業の知識や経験、資金を活用すること。公共施設の建設における民間活力の導入手法は、公共が建設して民間企業が運営する公設民営や民間が建設して公共が運営する民設公営、民間が建設し運営する民設民営がある。

【や行】

予防的リハビリテーション機能

障害そのものの発生を予防し、仮に障害が残ったとしてもその程度を最小限にとどめるためのリハビリテーション。

【ら行】

ランニングコスト

建築物や設備の運営や管理を行うため必要な経常的に支出しなければならない費用。ランニングコストに計上される費用は、光熱費や保守点検サービス費、消耗品等である。

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・日当たり単位数×回復期リハビリテーション病棟入院患者数（年間）

療法士（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）

- ・理学療法士：身体に障害のある患者に対して、主に基本的動作能力の回復や維持を図るため、運動指導やマッサージ、温熱等の運動療法及び物理療法を行う専門職。
- ・作業療法士：身体や精神に障害のある患者に対して、応用的動作能力や社会的適応能力の回復を図るために、日常生活に密着した家庭復帰訓練作業を指導する専門職。
- ・言語聴覚士：音声や言語、聴覚の機能に障害をもつ患者に対して、それぞれの機能の維持向上を図るため、各種の訓練や助言、指導を行う専門職。

上越地域医療センター病院の改築に向けた在り方に関する報告書

平成 29 年 3 月

発 行 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

事務局 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/>