

公立阿伎留医療センター
改革プラン提言書

平成24年3月
改革プラン評価委員会

公立阿伎留医療センター改革プラン評価委員会提言

はじめに

公立阿伎留医療センター(以下「医療センター」という。)は、平成 20 年度に医療センター改革プランを策定し、それに基づき平成 21 年度から平成 23 年度までの 3 年間、病院の経営改善に取り組んできたところである。

3 年間の改革プランに対する取り組みを評価・検証すると、経常収支比率や医業収益比率など財務に係る主な数値目標 16 項目については、12 項目について計画に対する目標を達成している。しかしながら改革プランの中で最も重要視される項目である「病床利用率」については、平成 21 年度 64.6%、平成 22 年度 65.0%、平成 23 年度 64.8%(見込み)となっており、3 年間いずれも総務省がガイドラインで示している 70%に達していない状況であり、このことが意図した経営改善につながらない結果となっている。

さらに、3 年間の病院の収支状況をみると、新病院建設に係る建物建設費等の影響が大きいという理由があるが、いずれも事業費用が事業収益を上回る赤字の状況にあり、その金額は、平成 21 年度 1,186 百万円、平成 22 年度 1,038 百万円、平成 23 年度 773 百万円(見込み)となっており、平成 23 年度末の累積欠損金は 5,942 百万円(うち減価償却費等 5,243 百万円)となる見込みである。このように、経営状況は予断を許さない状況にあると言わざるを得ず、一刻も早い対応が求められている。

経営改善を図るためには、医療センターの置かれている現在の環境と将来見通しを把握・分析するとともに、歴史ある地域の中核病院としての役割りと地域住民の要望等を十分に把握して抜本的対応を図る必要がある。

このことから、今回の提言を検討するにあたり、医療センターの置かれている環境と将来見通しについては、西多摩地域広域行政圏協議会による調査報告書を活用し、西多摩保健医療圏の将来人口動態推計、疾病構造推計などを行った。人口動態推計では、西多摩保健医療圏の人口は、平成 22 年以降一貫して減少すると推計されており、平成 22 年と 20 年後の平成 42 年の将来推計では総人口は 400,598 人が 374,437 人に、年少人口(0～14 歳)は 51,785 人(12.93%)が 34,953 人(9.33%)に、65 歳以上は 90,325 人(22.55%)が 119,383 人(31.88%)となっており、少子・高齢化の進展は顕著になる。

将来推計患者数では、総数では入院・外来ともに増加傾向であり、一日当たりの入院患者数は 3,570 人が 4,702 人に、外来患者数は 20,878 人が 22,341 人と推計されている。疾患別でみると、入院では、循環器系、呼吸器系の疾患の伸びが大きく、外来では循環器系、筋骨格系の疾患の伸びが大きい。一方、妊娠、分娩、周産期系は、入院、外来ともに大幅に減少すると推計されている。

医療センターの役割りと地域住民の医療センターに対する要望等については、秋川流域住民 3000 人に対するアンケート調査報告書を活用して把握・分析した。この中で、地

域住民の要望では歴史的経緯もあると思われることから、公立病院として存続を望む声
が強いこと、救命救急や災害拠点病院としての役割を果たすことなどが期待されている。

私たち評価委員会は4回の会議を重ねて、平成20年度策定の改革プランの内容を精
査するとともに、3年間の経営状況、外部環境と将来見通し、地域住民のニーズ等を総
合的に把握・分析した結果、医療センターの経営改善のために、ここに7つの提言を行
うものとする。

1. 公立病院の役割
2. 経営形態
3. 病院の規模
4. 地域の開業医との連携及び福祉施設等への支援
5. 西多摩地域公立病院の連携
6. 生活習慣病予防など予防医療への対応
7. 収入増への処方箋と管理経費等の削減

この提言をもとに、改革プランの見直しを行い、更なる改革改善を進め、将来的に経
営が安定するとともに、地域住民に末永く愛され信頼される病院となることを期待する。

平成24年3月28日

公立阿伎留医療センター改革プラン
評価委員会委員長 鈴木荘太郎

提言1 公立病院の役割

公立病院の役割を踏まえて、地域住民の期待や要望に応えるため、地域の特性と医療センターの特長を生かした病院運営につとめること。

(1) 公立病院の求められる役割

公立病院はこれまで地域の中核病院として、その地域の医療レベルの維持向上のため、不採算医療や高度医療に積極的に取り組むなど、重要な役割を担ってきた。しかし、近年の厳しい経営環境の中、従来からの人件費をはじめとする高コスト体質や経営責任の所在が不明確といった課題に加え、度重なる診療報酬のマイナス改定（平成22年度は10年ぶりのプラス改定）や医師・看護師不足により、経営状況の悪化を招いている。

一方、東京都保健医療計画では、4疾病（がん、脳卒中、心疾患、糖尿病）5事業（救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療）をはじめ、地域における水平型の医療連携ネットワークを構築することを目指すことにより、中核たる公立病院に求められる役割はこれまで以上に大きくなっている。特に地域の状況及び自院の役割を十分に把握した上で、主体的に他の医療機関との連携を進め、必要とされる医療を安定的、効率的に提供することが求められている。

(2) 医療センターに対する地域住民の評価・期待・要望

あきる野市が秋川流域3市町村の住民3,000名を対象に実施したアンケート調査結果（回答結果1,661件、回収率55.4%：以下「住民アンケート調査」という。）の主なものは、次のとおりである。

① 医療機関を選ぶ時の基準

「診療・治療が信用できる」56.0%、「自宅、仕事場から近い」51.5%、「専門的な治療や検査が受けられる」25.9%、「医師の説明がわかりやすい」20.6%と医療機関の質や利便性を基準にしている。

② 医療センターの認知度

「広報紙を見たことがある」16.0%、「ホームページを見たことがある」9.0%、「両方見たことがある」8.3%、「いずれも見なかった」63.7%と住民への情報発信に工夫が求められている。

③ 過去1年間での本人又は家族の医療センター受診の有無

「受診していない」50.7%、「受診した」46.8%となっている。

④ 受診の診療科目

「内科」160件、「眼科」62件、「整形外科」58件、「外科」48件、「皮膚科」44件、「小児科」41件となっている。この中で眼科、皮膚科の件数が多いのは地域内に開業医が少ないこと、医療センターにスタッフが多いことが考えられる。

⑤ 受診の理由

「近いから」50.8%、「希望する診療科があるから」41.8%、「専門的な治療が受けられるから」28.6%、「設備が充実しているから」25.5%となっている。

⑥ 他の病院との比較

医療センターの評価については、よい評価は設備（医療機器等）や受付の対応で、逆に全体的な医療の質や医師などの評価が比較的厳しいものとなっている。

これは医師不足により救急患者を受けられないことなどが、厳しい評価の原因と考えられる。

⑦ 受診しなかった理由

「健康だから」54.0%、「普段通っているかかりつけ医がいるから」34.6%、「待ち時間が長いから」22.9%、「悪いうわさを聞く」13.1%、「信頼できない」9.5%。

この受診しなかった理由の評価で、「悪いうわさ」と「信頼できない」については、病院全体で払拭努力が必要であるが、医療センターのPR不足や情報提供の不足も要因と考えられる。

⑧ 今後、必要になった場合の受診志望

「受診したい」50.1%、「受診したくない」9.8%、「わからない」34.4%となっている。「わからない」と答えた方に、いざという時に医療センターを受診するという行動につなげることが重要になる。

⑨ 改善してほしいこと

「医療水準をあげること」47.3%、「待ち時間を短くすること」42.7%、「診療時間を長くする」15.5%、「診療科をふやす」13.7%となっている。

医師の確保が医療水準の向上に直結する。また、待ち時間については、時間の短縮だけでなく、待ち時間の過ごし方についても工夫が求められる。

⑩ 今後、力を入れてほしいこと

「救命・救急医療」69.1%、「災害拠点病院としての機能」34.7%、「生活習慣病予防・治療」30.9%、「小児医療・小児救急医療」29.6%、「リハビリ」13.6%となっている。この項目は、今後の医療センターの目指す方向の指針になるので、需要等も勘案して取組む必要がある。

⑪ 今後の経営形態

「現状どおり国の基準額に基づく構成市町村からの繰出金で、維持すべき」30.5%、「構成市町村からの繰出金を増やしてでも、必ず維持すべき」27.8%、「病院は必要だが、必ずしも公的なものとして経営する必要はない」11.2%、「構成市町村からの繰出金をなくし、経営努力により維持すべき」6.0%、「わからない」15.4%となっている。

約6割の住民が現状の公立病院に対して期待している。一方で1割強の住民が公的の必要性に疑問を感じている。

(3) 医療センターの役割

公立病院の役割は、地域の医療提供体制の中で不足する政策的医療分野、不採算医療及び高度医療を担っている。西多摩保健医療圏においては、4つの公立病院を中心に民間医療機関も含め、それぞれの地域的・機能的分業と連携体制のもと、急性期から亜急性期^(注1)・回復期・維持期に至るまでの切れ目のない診療体制や、慢性期の患者への必要に応じた円滑な診療体制の構築が求められている。

また、住民アンケート調査において、今後特に力を入れほしいことは「救命・救急医療」が7割と突出して多く、次いで「災害拠点病院としての機能」、「生活習慣病予防・治療」が約3割を占めている。状況別の医療機関の受診における「医療センター」の割合は、「夜間や休日に急病になったとき」が6割と最も多くなっている。次いで「入院を伴う手術を受けるとき」が4割以上を占め、医療センターへの期待としては、第一にいざという時の救命救急の分野であり、あわせて、災害時や入院時に対応可能な専門的な医療となっている。また、「生活習慣病予防・治療」は現状では受診は少ないものの、今後の期待は大きいとの結果となっている。

今後は、前項の背景を踏まえ、西多摩保健医療圏における秋川流域の基幹病院として、二次救急を中心とした救急医療、高度医療及び政策医療など、地域医療の確保と質の高い医療の提供に努め、以下の内容を医療センターが果たす役割と考える。

① 二次医療を中心とした救急医療の充実

ア 現行の二次救急医療体制を堅持するため、近隣の自治体病院間の医療連携を推進し、医療資源の有効活用を図る必要がある、その実現には、経営最高責任者である管理者の強いリーダーシップが必要不可欠である。

イ 西多摩地域の小児医療は、東京都全域と比較して初期^(注2)・三次^(注4)救急機関は充実しているが、全日・全夜間診療に対する小児科の二次^(注3)医療機関が不足している状況にある。今後は、阿伎留医療センターと公立福生病院が連携し、輪番制による小児二次救急体制を構築する必要がある。

ウ 西多摩地域における救急患者の6割以上が初期救急患者であり、本来であれば休日診療所等（初期救急機関）が対応すべき多くの患者を、二次・三次救急医療機関が対応している状況にある。初期・二次・三次救急のすみ分けを明記し、住民に対して救急患者の実態等を周知して理解を求める必要がある。

エ 地域ニーズの高い初期救急患者の受入れについては、行政・医師会・医療センターで協議して体制の整備を図る。

オ 公立病院に期待されている役割を達成すべく、「断らない救急」を目指すべきである。地域ニーズの高い循環器科・呼吸器科・外科・小児科医師の確保やER^(注5)病床を有効活用し救急医療を充実させ、受入不能率の低減を図る。

カ 疾患別救急医療体制を確立し、各救急医療機関相互の有機的連携を図る必要がある。

② 診療機能の拡充による高度・特殊医療等の推進

ア 医療ニーズや地域ニーズに対応した診療科の充実及び新設を図る。

イ 他の公的・民間病院と共に、機能分担を図りながら高度急性期医療を担う必要がある。

ウ 高齢化の進展に伴い患者の一層の高齢化が見込まれることから、急性期の高度医療を提供する病院であっても、例えば複数の疾患がある患者について、地域の特性に柔軟に対応できる体制の確立が必要である。

③ がん医療・緩和ケア医療の拡充

ア がん治療については、いわゆる5大がんなどの患者数の比較的多いがんについての診療体制の強化と同時に、患者のQOL^(注6)維持向上の観点から、放射線治療や化学療法等の更なる充実が必要である。

イ がんや脳卒中、心臓病等の死亡率が高い疾患では、これらの患者に対する治療が実施される一方で、治癒が困難な患者に対し、残された人生を有意義に過ごすことができるよう、身体的かつ精神的側面からの支援を行う緩和医療の重要性が認識されつつある。今後、地域における緩和医療の普及と地域ホスピスケアネットワークの構築を目指し保健・医療・福祉の有機的連携を強化する必要がある。

ウ がん患者等における終末期医療のあり方や超高齢化社会の到来を見据え、予防～初期治療～高度医療～リハビリ～介護の連携を強化していく必要がある。

エ 緩和ケア医療については、患者のQOL(QOD)^(注7)向上の面から、今後、重要性が増すと考えられ、医師を含めたスタッフの充実が求められる。

④ リハビリテーション医療の充実

リハビリテーションについては、超高齢化社会を迎えるなか、障害をもつ方の社会復帰への支援や、今後より深刻化する介護問題への対応が重要となり、回復期リハビリテーションの必要性が益々高まり、保健・福祉と連携した総合リハビリテーションへの展開が必要と考える。

⑤ 病病、病診連携など地域医療連携の拡充

医療センターが地域の中核的な役割を担っていくためには、診療機能の特色化を図るとともに、地域医療機関との連携の推進は欠かすことが出来ない。地域医療機関との連携の推進により、地域において医療の継続性の確保、診療機能の一貫性が保持されるなど、より高度でかつ効率的な医療が確保され普及促進につながる。

ア DPC^(注8)(診断群部類別包括評価)導入等により、平均在院日数は縮減傾向にあり、今後は急性期を脱した患者が今以上に早期に退院することが想定できる。こうした患者の健康や日常生活の確保のためにも、在宅医療を含む地域医療連携や、退院支援機能の維持・強化を図る必要がある。

イ 地域の高齢化により、一人が複数の疾患を持ち入院治療が終っても、社会復帰の道りは険しい。急性期病院だから慢性期以降は後方の医療施設や介護施設へお願いするのではなく、医療センター自らが能動的に医療・福祉に関わるさまざまな施設と協力し、いかに共同して役割を果たすかが重要であり、地域完結の医療連携、さらに介護・福祉も含めた地域連携が、今後さらに必要と

なると考えられる。

ウ 圏域の病院等間における各種の調整や、橋渡し役等を担い、必要に応じて研修会や勉強会を開催しつつ、相互の連携強化を推進する。また、診療所・開業医と病院の継続的治療を行い、住民の医療に対する安心感・信頼感の高まりを促すとともに、病床の開放や医療施設・設備の共同利用の中で、かかりつけ医と病院の病診連携を推進する。

エ 第3次医療機能を有する大学病院等の連携の強化

オ 保健・福祉部門との連携

保健・医療・福祉のネットワークシステムを構築するためには包括ケアシステムの確立が必要であり、疾病予防～急性・回復・維持・終末期の各病期における保健・医療・福祉各機関の役割、サービス内容などの体系化に向けて、取り組みが必要である。

⑥ へき地（過疎地）医療の支援（檜原診療所の支援）

容易に医療を受けることが困難である地域に必要な医療を提供し、地域住民の健康保持・増強と安全・安心を確保する。

⑦ 臨床研修病院としての研修医の育成

臨床研修病院として、院内における研修医の教育を充実させるとともに、より多くの卒後臨床研修医を確保し、将来的な医師確保のための取り組みを行う必要がある。

⑧ 災害時医療の対応

未曾有の大災害となった東日本大震災の発生により、改めてその重要性が認識された。秋川流域は山と川に囲まれた地形にあり、災害時には陸の孤島と成り得ることが想定される。災害時には、人とモノが大量に病院へ集中することが考えられ、その際、病院が有効かつ迅速に機能することが重要であり、関係自治体と連携を図ることは無論のこと、他の医療機関とのネットワークの構築を強化するなど、災害拠点病院の機能・役割を充分果たせるよう努める必要がある。

特に、大規模災害を想定したBCP^(注9)（事業継続計画）については関係自治体と協議し、速やかなる策定が必要と考える。

⑨ 周産期医療の対応

多くの分娩に対応するほか、疾病のある新生児の受け入れなど、小児・周産期医療を担う地域の中核病院の役割を果たす必要がある。

⑩ 感染症医療の対応

新興感染症やパンデミック^(注10)の発生時に、指定医療機関等と連携を図りながら対応できる体制の整備をすべきである。

⑪ 生活習慣病予防・治療

病気を治療するだけが病院機能ではなく、病気や怪我がない生活を送るための予防医学的な取り組みも病院の重要な役割となってきた。特に高齢化が進む当該地域においては、がん、心臓疾患、高血圧などの生活習慣病の予防は優先すべき課

題と考える。例えば、生活習慣病の診断、予防を目的にして行う人間ドック、そのなかでも脳梗塞や脳動脈瘤などの診断、予防を目的にして行う脳ドックなどを通じて、病気の早期発見・治療について強化を図る。また、地域住民を対象とした「公開医療講座」や各種健康講座、セミナー等を積極的に展開する。組織市町村などと協力して、疾病予防と健康増進の両面から、地域住民の健康保持に務めることも必要である。

提言2 経営形態

現行の公営企業法一部適用をはじめ、4つの経営形態を比較検討した結果、権限の一元化や責任の明確化を図るため、公営企業法全部適用に見直すべきである。

医療センター改革プランにおいて、民間的経営手法の導入等の観点から、経営形態の見直しの検討が求められている。

経営形態については、地方公営企業法の全部適用、地方独立行政法人、指定管理者制度及び民間譲渡があるが、民間譲渡は公立病院としての形態ではなくなるため、検討からは除外し、現状の経営形態である地方公営企業法の一部適用を含む4つの形態について、考察する。

(1) 各経営形態の概要

①地方公営企業法の一部適用

地方公営企業法の一部適用は、同法の財務等に関する規定のみを適用し、それ以外の事項については、法令及び条例・内部諸規程に基づいた経営が行われる。財務に関する事項を除き、病院長に実質的な権限がない。

②地方公営企業法の全部適用

地方公営企業法の全部適用は、同法第2条第3項の規定により、病院事業に対し、財務規程等のみならず、同法の規程の全部を適用するものであり一部適用と大きな違いは「事業管理者」を設置することにある。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とともに経営責任が明確化される。全部適用は、採算性と公共性を同時に確保するための有効な手段として、多くの自治体病院が導入又は導入に向け検討している状況にある。

③地方独立行政法人（非公務員型）

非公務員型の地方独立行政法人は、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、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。

一方、職員の処遇問題について十分な調整が必要となるほか、新たになに発生する経常経費などコスト増加も課題となる。

④指定管理者制度

指定管理者制度は、地方自治法第 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、社会福祉法人等を含む。）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。

一方、職員の退職が前提となるため多額の退職金が発生するほか、職員の処遇について十分な調整が必要となる。また、指定管理者の引き受け先がない場合や自らの経営難などの理由により事業の継続が困難となった場合、後継となる医療法人等が見つからないときには、地域医療の確保という点において重大な課題が残る。

(2) 医療センターがとるべき経営形態

医療センター改革プランの 3 ヶ年の実施状況をみると、業務の実績においては、病床利用率が 3 ヶ年いずれも 70%未満となっている。また財務状況については、改革プランの計画数値を概ね達成しているが、3 ヶ年いずれも赤字の状況で平成 23 年度末の累積欠損金は 5,942 百万円に達する見込みである。これら、累積欠損金の解消を図っていくためには、民間的な経営手法を積極的に導入し、今まで以上に明確な経営戦略に基づいた経営改革を進めていくことが必要である。

そのため、採算性と公共性を同時に確保するとともに経営責任を明確にし、企業感覚による病院経営が求められる。また、医療センターの歴史的経緯、住民の評価と期待、今後の経営方針等を総合的に考えると、医療センターの経営形態は公営企業法の全部適用に見直すべきである。

提言 3 病院の規模

西多摩保健医療圏の人口動態、疾病構造の動向及び医療センターの入院患者数の推移等を総合的に分析し、損益分岐点を見極めて、病床数の適正化を図ること。

(1) 西多摩保健医療圏の概要

① 人口動態

ア 将来推計人口

国立社会保障人口問題研究所によると、西多摩保健医療圏の人口は、平成 22 (2010) 年以降一貫して減少すると推計されている。平成 22 (2010) 年の人口に対する平成 42 (2030) 年の人口の増加率は、西多摩保健医療圏ではマイナス 6.5%、全国ではマイナス 9.4%で、全国を下回る推移で減少する予測となっている。年齢別に見ると、0～14 歳、15～64 歳は減少傾向であるが、65 歳以上の人口は平成 42 (2030) 年まで増加をたどっており、平成 42 (2030) 年において全国とほぼ同程度の年齢構成比の予測となっている。

【西多摩保健医療圏の将来推定人口：平成 22 年（2010）～平成 42 年（2030）年】（単位：人）

西多摩保健医療圏	年齢 3 区分	2010 年	2015 年	2020 年	2025 年	2030 年
	0～14 歳	51,785 12.93%	46,858 11.75%	42,123 10.70%	37,775 9.80%	34,953 9.33%
	15～64 歳	258,485 64.52%	245,302 61.50%	236,270 60.01%	230,035 59.70%	220,100 58.78%
	65 歳以上	90,325 22.55%	106,671 26.75%	115,317 29.29%	117,479 30.49%	119,383 31.88%
	総 数	400,598	398,836	393,713	385,290	374,437
	伸び率	—	△0.44%	△1.28%	△2.14%	△2.82%

イ 死因の原因

東京都の平成 17（2005）年度の主な死因の年齢調整死亡率を全国と比較すると男女共に肝疾患が全国平均を上回っている。一方、脳血管疾患、心疾患、腎不全の死亡率は男女共に低い。男女別に見ると、男性は、肝疾患及び糖尿病が全国を上回っている。女性は、慢性閉塞性肺疾患の死亡率が全国より高く、次いで肝疾患、悪性新生物、自殺、肺炎となっている。

ウ 救急搬送の動向

平成 20（2008）年度の西多摩医療圏の救急搬送件数の動向は、次表の通りである。重傷度別に見ると、搬送件数の半数以上が軽症患者で占められる。市町村別の搬送件数は、青梅市が最も多く、次いであきる野市、福生市となっている。

【平成 20（2008）年度西多摩医療圏救急搬送件数】

	総数	死亡	重篤	重症	中等症	軽症
青梅市	4,866	50	169	247	1,459	2,941
福生市	2,801	32	65	142	904	1,658
羽村市	2,034	17	43	63	577	1,334
あきる野市	3,040	31	78	157	1,065	1,709
瑞穂町	1,436	11	41	78	426	880
日の出町	670	7	29	35	250	349
檜原村	228	0	7	14	96	111
奥多摩町	423	14	13	29	154	213
合計	15,498	162	445	765	4,931	9,195

② 疾病構造

平成 22（2010）年から平成 42（2030）年の西多摩保健医療圏における傷病分類別の推計患者数は、総数では入院・外来共に増加傾向の予測となっている。入院は、循環器系の疾患、呼吸器系の疾患の伸びが大きい。外来では循環器系の疾患、筋骨系の疾患の伸びが大きい。また、入院、外来ともに、妊娠、分娩、周産期系の減少

率が大きい予測となっている。

③ 医療機関

西多摩保健医療圏は、青梅市、福生市、羽村市、あきる野市、瑞穂町、日の出町、檜原村、奥多摩町の4市3町1村から成り東京都の西部に位置している。当圏域は572.2k㎡で、東京都全体の約27%を占める広大な地域である。

ア 基準病床数

東京都保健医療計画及び厚生労働省「平成21(2009)年医療施設調査」によると、東京都全域では、一般病床及び療養病床の既存病床数が基準病床数を7,196床上回っているが、過剰病床の大半は区中央部であり、その他では西多摩、北多摩北部等の既存病床数が多い。

西多摩保健医療圏では、基準病床数3,083床に対して、既存病床数は4,054床となっている。(充足率131.4%)。なお、この既存病床数4,054床のうち、一般病床が1,757床、療養病床が2,297床であり、一般病床の占める割合は43.3%と、他医療圏に比べ一般病床が少なく療養病床が多い。

イ 病医院数

西多摩保健医療圏には30施設あり、一般病院が21、精神病院が9となっている。一般診療所は257施設あり、そのうち9割以上が無床診療所である。

病 院				一般診療所		
総 数	精 神	一 般	救急告示 (再掲)	総 数	有 床	無 床
30	9	21	7	257	18	239

(2) 医療センターの入院患者、外来患者数の動向

直近3年間の患者数の動向を見ると、入院患者数は、毎年ほぼ横ばいの状況となっている。外来患者数については、毎年増加傾向となっている。

(単位：人)

	平成21年度	平成22年度	平成23年度
入院患者数(延べ)	72,669	73,109	72,862
〃 (一日平均)	199.1	200.3	199.6
外来患者数(延べ)	151,160	154,642	161,181
〃 (一日平均)	624.6	636.4	661.9

*平成23年度は見込み

(3) 病院規模の考察

病院規模については、地域の医療ニーズや経営環境、今後の医療施策の方向性や、医療センターの現状及び問題を踏まえ、検討する必要がある。

例えば、病床利用率については、平成18年8月の新病院オープン以来、平成18年度は71.0%(病床数265床)、平成19年度は62.8%(病床数310床)、平成20

年度は 61.0%と低迷しており、平成 21 年度には、空床病床の解消・病床利用率アップを主眼に医療ニーズが高いとされている回復期リハビリテーションについて、一部病床を転用し、回復期リハビリテーション病棟を設置し病床利用率の改善に努めているが、改革プランの 3 ヶ年（平成 21 年度～平成 23 年度）の病床利用率がいずれも総務省がガイドラインで示している 70%に達していない状況にある。

その背景には、内部要因としては、DPC（診断群部類別包括評価）による入院期間の短縮化、外部要因としては、医師・看護師不足、近隣地域の急性期病院の増加及び充実による患者数の減少、患者の受診行動の変化、医療需要の変化・減少などが挙げられる。

今後は、これらの状況を的確に捉え、医療センターが地域の基幹病院や災害拠点病院としての機能を維持しつつ、経済性も発揮できるよう病棟再編や病院規模の見直しを含め検討する必要があると考える。

項目	年度	H18	H19	H20	H21	H22	H23
稼働病床利用率 (%)		71.0	62.8	61.0	64.6	65.0	64.8
一日平均患者数 (人)	入院	177.7	186.6	187.7	199.1	200.3	199.6
	外来	572.9	591.2	607.2	624.6	636.4	661.9
稼働病床数	一般	265	310	310	265	265	265
	回復リハ				45	45	45
	計	265	310	310	310	310	310

*H23 は見込（前年度実績を基に算出）

提言 4 開業医との連携及び福祉施設等への支援

地元医師会との連携を強化し、紹介率を 40%以上にするよう努めること。また、福祉施設の協力医療機関として、後方支援機能を高めること。

(1) 開業医との連携

現在、開業医等の医療機関からの紹介率は約 28%であり、同規模の公立病院と比較すると低く、入院患者を増加させるためにも、少なくとも 40%に紹介率を高める必要がある。

住民アンケート調査では、「かかりつけ医を持っている」が 72.8%となっているが、医療センターを受診した理由として「かかりつけ医が紹介してくれたから」は 18.0%と低い割合となっている。また、医療センターの受入体制について、自由記述で「診療所等からの紹介で行っても受け入れてもらえないことがあった。」との厳しい意見もある。

このように、住民アンケート調査からも秋川流域における医療センターと開業医等との地域医療連携が弱いものとなっていることが窺われる。

現在、開業医等との地域医療連携活動は、月に一回の医療連携ニュースの発行、学術

講演会の開催、高度医療機器（放射線機器）の利用案内、紹介患者の外来予約等を実施しているが、今後も営業的努力も含め、開業医等との地域医療連携が強くなるよう取り組む必要がある。

（２）福祉施設等への支援

秋川流域には高齢者関連の福祉施設は特別養護老人ホーム 20 施設、介護老人保健施設 4 施設、指定介護療養型医療施設 3 施設、療養病床 4 施設等がある。また、秋川流域以外にも近隣の八王子市、青梅市にもこのような高齢者関連の福祉施設は多く設置されている。

平成 23 年 6 月に公表された平成 23 年版「高齢社会白書」によると、平成 22 年 10 月 1 日現在で 65 歳以上が総人口に占める割合である高齢化率は 23.1% で今後も高齢化が進み、いわゆる「団塊の世代」が 65 歳となる平成 27 年には 26.9% になると予想される。

このようなことから、高齢者の入所する社会福祉施設への支援の方法として、現在、施設入所者が急性期医療を必要とした時に医療センターに対応を求める協力医療機関として登録している施設は 6 施設であり、近隣の福祉施設の設置数に比べると少ない状態である。

高齢者が急性期医療を必要とした時の受入等について地域の中核病院としての新機軸を打ち出す必要があると考える。

提言 5 西多摩地域公立病院の連携

高度医療機器について、公立 4 病院間での相互利用を検討すること。急性期と回復期の病病連携を強化すること。看護師確保等に向けて、4 病院共同による協議の場を創設すること。

青梅市立総合病院、公立福生病院、公立阿伎留医療センター及び奥多摩病院の公立 4 病院は、西多摩各地域の急性期医療における中核的な役割を担っている。

西多摩地域の特徴として、療養病床が全体の約 6 割を占め、一般病床が少ないことから人口 10 万人当りの医師や看護師が東京都全体に比べると少ない状況にあり、圏域の公立病院の多くは、慢性的な医師不足等により患者ニーズに充分応えることが困難な状況にある。

こうした状況を踏まえ、地域住民に対し、効率的かつ継続的な医療サービスを提供するためには、各病院が大学の医局系列下に依存するという難しい課題はあるが、各病院の医療機能（医師配置状況、得意とする診療部門、医療機器の整備状況等）を最大限に活用するなど、各病院の特徴を生かし有機的な連携を推進する必要あり、その実現に向け、管理者が強いリーダーシップを発揮する必要がある。

（１）高度医療について

病院相互でそれぞれの特徴を活かした機能分担と連携を図るべきである。とりわけ高額な設備を要する放射線治療や先進的医療については、各医療機関での重

複による医療資源のロスを除くべきである。公立病院は、設備投資の一部に公的資金が投入されていることを十分に認識した上で、地域医療機関の整備状況を的確に把握し、地域の不足している高度医療機能等に重点投資すべきである。医療政策についても十分に連携を図り、地域医療における先導的役割を果たすことが望まれる。

(2) 医療センターの特長を活かす

医療センターには、4病院の中で唯一、回復期リハビリテーション病棟と緩和ケア病棟を備えている。急性期後の患者の社会復帰支援を円滑にするためにも、急性期病院と医療センターの連携を強化する必要がある。また、がん患者が増加の一途をたどる中、終末期医療も大変重要となっている。4病院の連携を強化し、緩和ケア病棟の一層の活用を図る必要がある。

(3) 看護師の確保策等

看護師の安定的な確保のためには、「育児支援」「短時間勤務体制等多様なワークスタイルの提供」「やりの提供」「教育研修の充実」といった共通課題について、4病院共同の看護職員確保の協議の場の創設などが必要である。

提言6 生活習慣病予防など予防医療への対応

構成市町村と連携して、がん検診や特定健康診査の受診率を高める受皿となること。
土曜日、日曜日を活用して、地域の事業所等へ健診事業を働きかけること。

住民の健康への関心は非常に高まっている。住民アンケート調査では「医療センターに力を入れてほしいこと」について「生活習慣病予防・治療」が30.9%と、「救命・救急医療」、「災害拠点病院としての機能」に次いで多くなっている。また、「健康づくりに関すること」に対しても34.7%の方が関心があり、「特定健康診査」「各種がん検診」については「参加したことがある」は3割以上であり、「参加したい」が6割以上と非常に多くなっている。

また、高齢者（今後高齢者になった場合を含む）の場合、健康面で不安に思うことは「がん、脳卒中、心筋梗塞、糖尿病などの生活習慣病」が73.7%と非常に多くなっている。「健診や人間ドックを受けるとき」については、30歳代以上では医療センターの受診が1位回答（3割程度）となっているが、「秋川流域内民間診療所等・民間病院」も2割程度の方が利用しており、今後の経営努力で健診やドックの受診者の増加が期待できる。一方、「生活習慣病の治療のとき」については、40歳代以上で「秋川流域内民間診療所等・民間病院」が最も多く、地域別に見るといずれも「秋川流域内民間診療所等・民間病院」が最も多くなっている。一次健診後の二次健診（治療）の段階で他の医療機関に受診者が流出している可能性も考えられる。

現在、健診事業として、市町村住民及び市町村立学校教職員等の乳がん・子宮がん検診、あきる野市特定健康診査、あきる野市大腸がん・前立腺がん検診・肝炎検診・結核検診、あきる野市・日の出町小児科予防接種、妊婦健康診査、東京都市町村共済組合人間ドック、日

の出町人間ドック等を受託している。特に乳がん検診については、平成 23 年 11 月 1 日付けで乳腺外科を新たに標榜したことであり、今後、力を入れるべき検診である。乳がんは 30 代から 40 代女性のがん死亡のトップに上がるほど罹患率が高いがんであるが、検診により早期に発見できれば高い確率で治癒することができるものである。

このことから、診療、治療の前段階となる予防医療を充実するとともにその後のフォローとして治療への案内も円滑に行くように取り組む必要がある。

秋川流域には玉見ヶ崎工業団地、屋代工業団地、小峰工業団地、三吉野工業団地等の工業団地があり、多くの企業が事業所を設置している。このような地域の職域団体や商工会等への働きかけなどを行い、事業所健診等の拡大を図るなどの営業的努力も必要である。また、多くの健診事業を展開するために、健診を専門的に実施できる診療体制等の整備や企業健診や人間ドックの拡充を図るにあたり、秋川流域では 15 歳から 64 歳の生産年齢人口が 5 割から 6 割を占めており、これらの住民が仕事を休まずに受診できるように土曜日、日曜日の対応なども検討する必要がある。

提言 7 収入増への処方箋と管理経費等の削減

経営形態の見直しにあわせ、柔軟な給与体系を構築すること。最新の情報を集め、診療報酬の仕組みを全職員共有して、診療報酬確保に努めること。

医療センターは、地域の中核病院として、多くの住民に質の高い医療サービスを提供していくことが求められている。一方で、いくら質の高い医療を提供しても経営が非効率であれば、これを継続していくことは困難である。医療センターは、その持てる財産・能力を十分に発揮し経営を行うことが求められている。

このことから、改革プランで定めた各施策の継続実施または見直しを行い、増収対策及び管理経費の削減に積極的に取り組む必要がある。特に入院における平均在院日数、診療単価、病床利用率等の指標は重要な要素となっている。

今後とも、医師や看護師等の人材確保による医療供給体制の充実を図るとともに、次表に掲げる項目をはじめとする収入増化策、経費削減策に、医療センター一丸となって取り組まれない。

経営の効率化に係る計画

<p>収入増加・確保</p>	<p>(1) 医療機能に見合った診療報酬の確保</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 救急医療の充実 ② クリニカルパス^(注1)の充実やDPCによる医療の標準化に伴う質の向上 ③ 診療報酬請求の適正化 <p>(2) 保険外診療の収入確保</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 健診事業等の予防医学の拡充 <p>(3) 地域医療機関との連携強化による紹介率・逆紹介率の向上</p> <p>(4) 未収金の発生防止と早期回収</p> <p>(5) 診療材料の請求漏れ防止</p> <p>(6) 患者アンケートの実施による顧客満足度の向上</p> <p>(7) 待ち時間の短縮や快適な院内環境の創造</p>
<p>経費削減・抑制対策</p>	<p>(1) 給与費 適正な人員配置による業務の効率性の向上</p> <p>(2) 材料費</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 医薬品における後発医薬品の採用増 ② 調達価格のより一層の圧縮 <p>(3) 経費 節電や節減による管理経費の抑制</p>

おわりに

公立阿伎留医療センターの経営改善に向けて7つの提言を示した。医療を取り巻く環境は社会状況、経済状況等大変厳しいものがある。国会においては、税と社会保障の一体改革に伴う消費税増税が議論されており、医療費が基本的に非課税とされている状況下、消費税増税は仕入れに係る税の負担増を招き、病院経営に重い負担となってくる。また、原発事故を契機とする原油等の値上がりは、事業経費となる電気料金や燃料費の負担増に直結する。加えて、医療と介護の一体的な診療報酬改定に伴う影響にも注意を払う必要がある。国内外の先行き不透明な状況の中、経営トップには的確かつ迅速な判断が求められる。

本提言には、直ちに取り組むものと時間をかけて取り組むもの、あるいは医療センター独自でできるものと行政、医師会、他医療機関など第三者が関わるものがある。経営改善に対する貢献度など考慮し、優先順位を考えて取り組まれない。

経営形態については「公営企業法の全部適用への移行」を提言した。全部適用への移行は、経営改善に向けての手段であり、全部適用によって今までより何が有利になるのかを見極めて、その利点を十分に生かすことを求める。

西多摩地域の4公立病院の連携については、各病院の医師派遣の母体となる大学医局や経営方針等をそれぞれ持っており、病院間での協議・連携には限界がある。全部適用による「事業管理者」が設置されても、経営上の最高責任者は管理者たる首長であることから、この連携については首長のリーダーシップと覚悟に期待したい。

病院の規模等に関しては、医療センターの持つ「強み」と地域の特性、人口動態等を勘案して、緩和ケア病棟やリハビリ病棟、一部亜急性期病棟などへの転換も含めて、柔軟な病棟運営と適正な規模を見極められたい。

地域住民の医療センターに対する要望は「救急患者の受け入れ」が突出して多い。しかしながら、救急搬送の実態は、その中の約6割は初期救急の患者である。初期、二次、三次救急の区分と地域のかかりつけ医と病院との役割分担等を住民にわかりやすく周知する必要がある。その一方で、準夜帯(18時～22時)や休日の初期救急受け入れについて行政、医師会、医療センターの三者で協議して、体制を整備し二次、三次救急病院の負担軽減にも取り組まれない。

結びに、ここ数年の経営改善への取り組みは一定の評価はできるが、十分とは言えない。平成23年度末決算では、現金支出を伴わない減価償却費以内ではあるが、依然として欠損の見込みである。院長の下、全職員一丸となつての医療センター運営に取り組まれない。なお、本提言に基づく経営改革に向けては、具体的かつ現実的な目標数値、目標年次を定めて取り組むことを求める。

評価委員会検討経過

第1回評価委員会

日 時 平成23年1月26日(水) 15時～17時

協議事項

- (1) 評価委員会開催スケジュールについて
- (2) 公立阿伎留医療センター改革プランの概要について
- (3) 平成21年度業務状況について

第2回評価委員会

日 時 平成23年5月18日(水) 15時～17時10分

協議事項

- (1) 第1回評価委員会での課題等について
- (2) 西多摩地域における公立病院の連携と役割分担に関する調査報告書について
- (3) 平成22年度業務状況(概数)について
- (4) 秋川流域住民(3000人)アンケート調査について

第3回評価委員会

日 時 平成23年11月16日(水) 15時～17時15分

協議事項

- (1) 平成23年度上半期業務状況について
- (2) 改革プラン3か年(平成21年度～23年度)の検証について
- (3) 秋川流域住民(3000人)アンケート調査結果について
- (4) 評価委員会提言の柱立てについて

第4回評価委員会

日 時 平成24年2月23日(木) 15時～17時15分

協議事項

- (1) 評価委員会提言について

公立阿伎留医療センター改革プラン評価委員会委員名簿

氏 名	職 等
鈴木 荘太郎	学識経験を有する者／医師（元東邦大学教授）
近 藤 智 孝	学識経験を有する者／弁護士
岡 野 哲 史	学識経験を有する者／税理士
小 机 敏 昭	地域医療団体代表者／医師（あきる野市医師会会長）
大 串 國 廣	組織市町村内に住居を有する住民／日の出町教育委員（元中学校長）
萩 原 豊 吉	組織市町村の副市長、副町長及び副村長／あきる野市副市長
細 湊 清	組織市町村の副市長、副町長及び副村長／日の出町副町長
乙 津 好 男	組織市町村の副市長、副町長及び副村長／檜原村副村長
荒 川 泰 行	公立阿伎留医療センター院長

【用語解説】

(注1) 亜急性期・亜急性期病床 (5 ページ、17 ページ)

亜急性（あきゅうせい）とは、急性ではないが、急性に近い状態での症状や病気の発生のしかたを指す。具体的な期間を示すわけではないが、急性との相対的なとらえ方として用いられる事が多い。

ここで云う亜急性期とは、亜急性期病床を指し、急性期の入院治療後、病状が安定して在宅復帰に向けて入院加療する病床をいう。

(注2) 初期救急 (5 ページ)

入院や手術を伴わない医療をいう。休日夜間急患センターや在宅当番医等によって行われる。

(注3) 二次救急 (5 ページ)

入院や手術を要する症例に対する医療をいう。幾つかの病院が当番日を決めて、救急医療を行う病院群輪番制等で行われる。

(注4) 三次救急 (5 ページ)

二次救急まででは対応できない重篤な疾患や多発外傷に対する医療をいう。救命救急センターや高度救命救急センターがこれにあたる。

(注5) ER病床 (5 ページ)

Emergency Room の略で、「救急室」をいう。

(注6) QOL (6 ページ)

Quality of life の略で、「生活の質」と訳され、人としての日常生活の充実度などを言う。

(注7) QOD (6 ページ)

Quality of death の略で、「死の質」と訳され、人生の最後の場面での安らかさを言う。

(注8) DPC (6 ページ)

Diagnosis Procedure Combination（主要診断群）の略。入院医療に係る疾病について、マンパワー、医療材料等の医療資源を最も投入した傷病名に整理・分類する方法。DPC対象病院となった病院は、従来の診療行為ごとに計算する「出来高払い」方式とは異なり、DPCに応じて厚労省が定めた1日当たりの診断群分類点数をもとに診療報酬を計算する定額払いの会計方式を導入することとしている。

(注9) BCP (7ページ)

Business Continuity Plan (事業継続計画) の略。災害発生時等において、短時間で重要な機能を再開し、事業を継続するために事前に準備しておく対応方針を計画として作成することをいう。

(注10) パンデミック (7ページ)

感染症の全国的・世界的な大流行をいう。

(注11) クリニカルパス (16ページ)

特定の疾患や手術・検査ごとに治療の手順を表にしてまとめ、医師、看護師・メディカル(医療に携わる技師)、患者が治療経過の情報を共有し、必要なケアを適時に患者に提供する手段。

医療の標準化や、院内・院外の医療関係者の情報の共有化・連携構築を目的として用いられる。