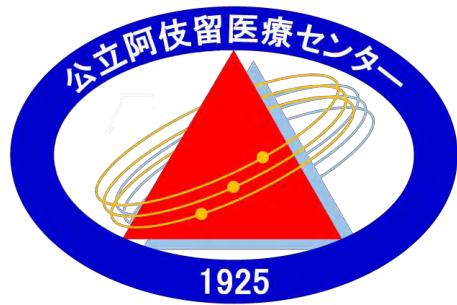


公立阿伎留医療センター

新改革プラン



公立阿伎留医療センター

目次

はじめに	1
第1章 新公立病院改革プランの策定目的と概要	2
1 新公立病院改革プラン策定の目的・必要性	2
(1) 持続可能な経営	2
(2) 地域に適合した医療提供体制の構築	2
2 新病院改革プランの概要	2
(1) 策定期間：平成27年度～平成28年度	2
(2) 対象期間：平成29年度～平成32年度	2
(3) 策定の視点	3
3 その他策定にあたっての留意事項(前回からの主な変更点)	3
(1) 都道府県の役割・責任の強化	3
(2) 医療機能等指標に係る数値目標の設定	3
(3) 住民の理解（機能を見直す場合）	4
(4) 地方交付税算定の見直し	4
第2章 医療センターの現状と課題等	5
1 医療センター概要	5
2 外部環境	6
(1) 医療行政動向	6
(2) 医療供給動向	8
(3) 医療需要動向	12
3 内部環境	16
(1) 時系列の経営状況	16
(2) 比較分析	17
(3) 診療統計分析	18
4 課題の整理	25
(1) 医療提供体制	25
(2) 医療需要	25

(3) 病床稼働率の向上	26
(4) 生産性の向上	26
(5) コスト抑制	26
第3章 新改革プラン策定にあたっての4つの視点の取組み	27
1 地域医療構想を踏まえた役割の明確化【視点1】	27
(1) 地域医療構想を踏まえた医療センターの果たすべき役割	27
(2) 一般会計負担の考え方（繰出基準の概要）	33
(3) 医療機能等指標に係る数値目標	34
(4) 住民の理解のための取組み	35
2 経営の効率化【視点2】	36
(1) 経営指標に係る数値目標	36
(2) 経常収支比率に係る目標設定の考え方・具体的な取組	36
(3) 新改革プラン対象期間中の各年度の収支計画等	40
3 再編・ネットワーク化【視点3】	42
(1) 開業医との連携	42
(2) 福祉施設等との連携	42
(3) 西多摩地域公立病院の連携	43
4 経営形態の見直し【視点4】	44
(1) 地方公営企業法の全部適用	44
(2) 地方独立行政法人（非公務員型）	44
(3) 指定管理者制度	44
第4章 新公立病院改革プランの点検・評価・公表等	46
1 公表の時期・方法	46
2 点検・評価体制	46
第5章 参考資料	47
1 公立阿伎留医療センター新改革プラン策定委員会設置要綱	47
2 公立阿伎留医療センター新改革プラン策定委員会委員名簿	48
3 公立阿伎留医療センター新改革プラン策定委員会の開催状況	49
4 用語解説	50

はじめに

あきる野市、日の出町、そして檜原村を構成市町村とする地方自治法上の特別公共団体である一部事務組合「阿伎留病院組合」の歴史は、伝染病の予防と救治に関する共同処理を目的として、大正12年6月9日に「西秋留村外四ヶ町村組合」が設置され、続いて大正14年4月10日に「伝染病院」が開設されたのが始まりです。その後、90余年間幾多の変遷を経て、西多摩圏域の地域医療の中核を担う総合病院として充実・発展を遂げてきました。さらに、「阿伎留病院組合」は、更なる経済性と効率性を發揮すべく平成25年8月1日付けで、地方公営企業法の定めるところにより、地方公営企業法の一部適用から全部適用に移行し、それに伴う阿伎留病院組合規約の変更を経て名称を「阿伎留病院企業団」に変更し、新たに企業長を設置しました。

平成19年12月、総務省より「公立病院改革ガイドライン」が公表され、公立病院においては地域において必要な公立病院の持続可能な経営を目指し、経営の効率化、再編ネットワーク化、経営形態の見直しなど、各病院の実情に応じた「病院改革プラン」を策定することが求められました。これを受け、各自治体病院は、平成20年度に改革プランを策定し、そのプランに基づき経営の健全化等に向けた取り組みを推進してきました。しかしながら、医師不足等の厳しい環境が続き、人口減少や少子高齢化が急速に進展するなど、医療需要が大きく変化する中、地域ごとに適切な医療供給体制の再構築に取り組む必要が高まり、平成27年度3月に総務省より新たに「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。）が示されました。新公立病院改革プランにおいては、新たに平成27年3月31日に施行された「医療介護総合確保推進法」に基づき都道府県が策定する「地域医療構想」を踏まえた検討が求められています。そのため、地域医療構想において示されている地域の医療需要及び不足する医療機能を踏まえ、各自治体病院が今後担うべき機能・役割等を明確化する必要があります。

公立阿伎留医療センター新改革プランの策定にあたっては、前回に引き続き外部有識者を含めた「公立阿伎留医療センター新改革プラン策定委員会」（以下「新改革プラン策定委員会」という。）を設置し、新ガイドラインに示された4つの視点を踏まえ、専門的な見地から検討を行いました。

本改革プランは、新ガイドラインの趣旨を踏まえ、公立阿伎留医療センターの果たすべき役割の明確化や経営の効率化に関する経営指標などについて、新改革プラン策定委員会においてまとめられた、病院改革に取り組むための基礎となる計画に関する報告書です。

平成29年3月

第1章 新公立病院改革プランの策定目的と概要

1 新公立病院改革プラン策定の目的・必要性

(1) 持続可能な経営

公立病院改革プランに基づくこれまでの取組の結果として、経常収支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割へ改善するなど一定の成果が上がっている状況です。

しかしながら、医師不足等の厳しい環境が続いていることから、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で改革の継続が必要とされています。

(2) 地域に適合した医療提供体制の構築

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ます。

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内容とすることが求められています。

2 新病院改革プランの概要

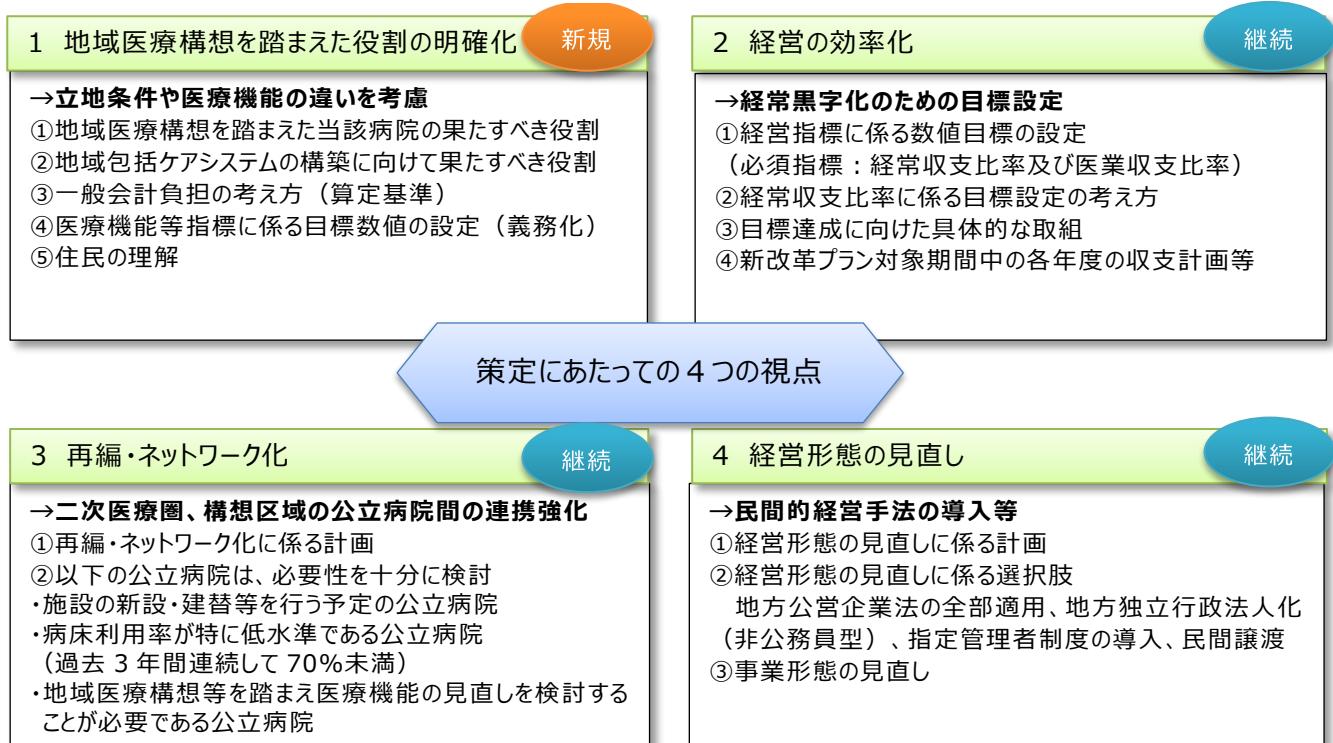
(1) 策定期間：平成27年度～平成28年度

(2) 対象期間：平成29年度～平成32年度

(3) 策定の視点

新公立病院改革プランは、以下の4つの視点に沿った内容とすることとされています。

図 1-1 新公立病院改革プラン策定にあたっての4つの視点



3 その他策定にあたっての留意事項(前回からの主な変更点)

(1) 都道府県の役割・責任の強化

- ・ 地域医療構想を踏まえた再編・ネットワーク化の計画への積極的な関与
- ・ 病院事業設置団体の新改革プランの策定に対する適切な助言
- ・ (新設・建替等の場合)都道府県が医療計画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市町村担当部局と医療担当部局とともに十分に検討

(2) 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を担う医療機能を十分に発揮しているかを検証する観点から、適切な医療機能等指標の数値目標を設定

(例)

- 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

出典：新公立病院改革ガイドライン

(3) 住民の理解（機能を見直す場合）

- ・ 新公立病院改革プランの中で、機能を見直す場合には、地域住民等との合意形成が必要
- ・ 住民等が理解・評価しやすいよう、新改革プランの実施状況等の適切な情報開示と評価の客観性の確保

(4) 地方交付税算定の見直し

- ・ 地方交付税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

第2章 医療センターの現状と課題等

1 医療センター概要

医療センターの概要は下表の通りです。一般病床数310床、標榜診療科数21科の急性期病院として、地域医療の中核を担っています。

表 2-1 医療センターの概要

項目	概要
病床数	一般病床310床（うち緩和ケア病床16床・LDR2床・地域包括ケア病棟43床・回復期リハビリテーション病棟45床）
診療科	内科、神経内科、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、腎臓内科、リウマチ科、小児科、外科、乳腺外科、整形外科、脳神経外科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科、歯科口腔外科 計21科 その他に院内標榜科目として、総合内科、生活習慣病内科、救急科、緩和治療科があります。
専門医療	人間ドック、小児科乳幼児健診・予防接種、血液浄化療法、神経内科外来、ペースメーカー外来、腎臓外来、リウマチ・膠原病外来、形成外科外来、もの忘れ外来、ペインクリニック、緩和ケア相談、緩和ケア外来、小児慢性疾患外来、禁煙外来、腫瘍外来、糖尿病外来、小児外科外来、フットケア外来（糖尿病）、子宮がん検診2次精査、補装具診、水虫・爪外来、リンパ浮腫外来、スキンケア外来、消化器病センター
診療指定等	保険医療機関、労災指定、感染症指定医療機関（結核）、母体保護法指定、生活保護法指定、救急告示医療機関、入院助産施設、身体障害者福祉指定、更正医療指定、原爆被爆者一般疾病、東京都肝臓専門医療機関、東京都感染症診療協力医療機関、東京都神経難病医療協力病院、東京都災害拠点病院、東京都指定二次救急医療機関、財団法人日本医療機能評価機構認定病院、東京都脳卒中急性期医療機関

出典：医療センターホームページ

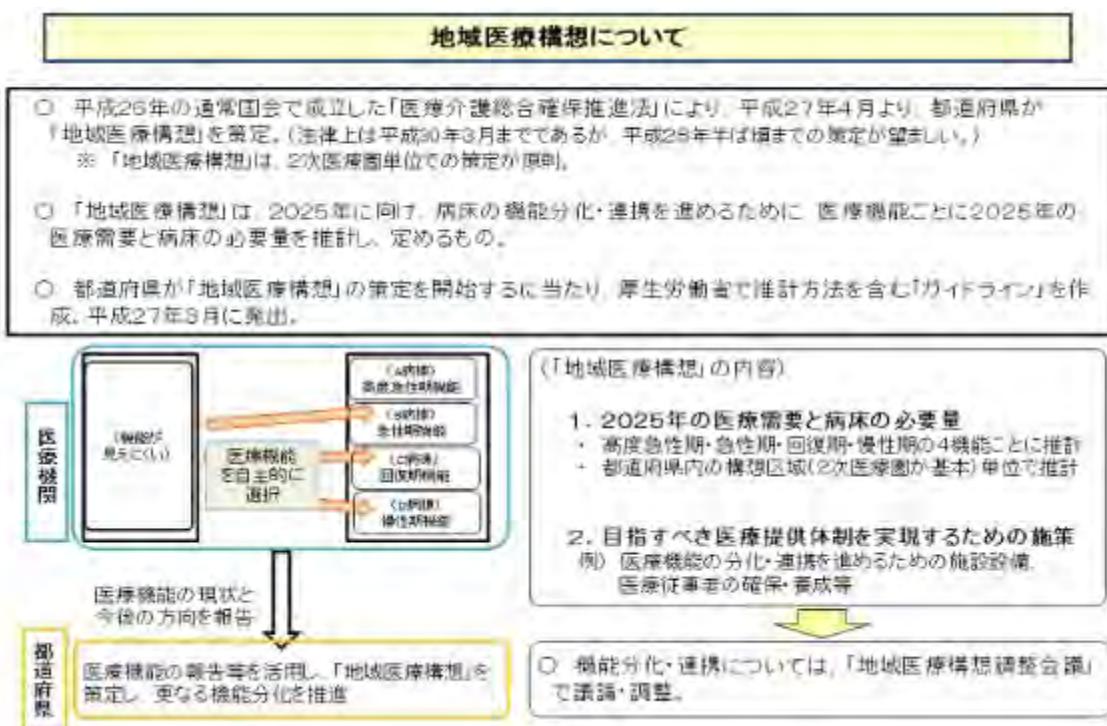
2 外部環境

(1) 医療行政動向

ア 地域医療構想

厚生労働省は、2025年向けたあるべき医療提供体制を地域ごとに検討する地域医療構想を推し進めています。地域医療構想では、都道府県が病床機能を高度急性期、急性期、回復期、慢性期・在宅等に分類し、地域の実情と個々の病院の病床機能にマッチしたあるべき医療提供体制を検討することとされています。

図 2-1 地域医療構想の概要



出典：厚生労働省ホームページ

イ 東京都地域医療構想

平成26年に医療法が改正されたことに伴い、東京都は医療提供体制を維持・発展させていくため「東京都地域医療構想」を策定しました。東京は大学病院本院や特定機能病院等が集積しており、高度な医療を求める患者が全国から集まる一方、脳卒中や急性心筋梗塞などの救急患者の多くは住所地の近くで治療を受けており、疾病、医療機能ごとに多様

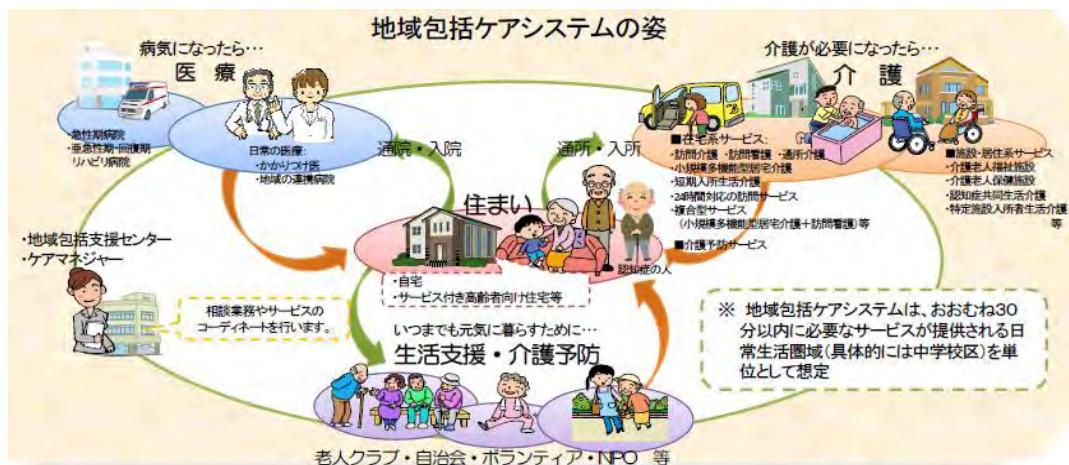
な医療連携が行われているという特性があります。また、人口推計から見た東京の特性として、2025年に向けて人口が増加すること、特に後期高齢者の増加が著しく、高齢者単独世帯の割合も上昇することなどが挙げられます。こうした中、地域の実情に応じた地域包括ケアシステム構築や医療・介護人材の育成が求められています。そのため東京都地域医療構想では「東京の2025年の医療～グランドデザイン～」として、「誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる『東京』」を描き、その実現に向けた次の「4つの基本目標」を掲げています。

- I 高度医療・先進的な医療提供体制の将来にわたる進展
- II 東京の特性を生かした切れ目のない医療連携システムの構築
- III 地域包括ケアシステムにおける治し、支える医療の充実
- IV 安心して暮らせる東京を築く人材の確保・育成

ウ 地域包括ケアシステムの構築

医療・介護需要が最大化する2025年を見据えて、厚生労働省は、高齢者が住み慣れた地域で、住まい・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目指しています。地域医療構想や診療報酬改定を推進することで、病院の機能分化を進み、病院完結型ではなく地域完結型の医療提供体制の構築ができるとされています。

図 2-2 地域包括ケアシステムの姿



出典：厚生労働省ホームページ

(2) 医療供給動向

ア 二次医療圏における現状の主な医療提供体制

医療センターが属する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ます。当圏域の総面積は572.7k m²で、東京都全体の約27%を占める広大な地域です。

東部地域は平地が多くベッドタウンとしての機能を強めており、近年は大規模企業や商業施設の進出などもみられます。一方、西部地域は緑豊かな自然環境に囲まれ、温泉施設も点在しており、有数の観光地となっています。

西多摩保健医療圏には約30の病院があり、三次救急医療機関の青梅市立総合病院、二次救急医療機関の医療センター、公立福生病院等が地域の急性期医療における中核的な役割を担っています。また、奥多摩病院は、奥多摩町唯一の病院であり二次救急医療機関として重要な役割を果たしています。

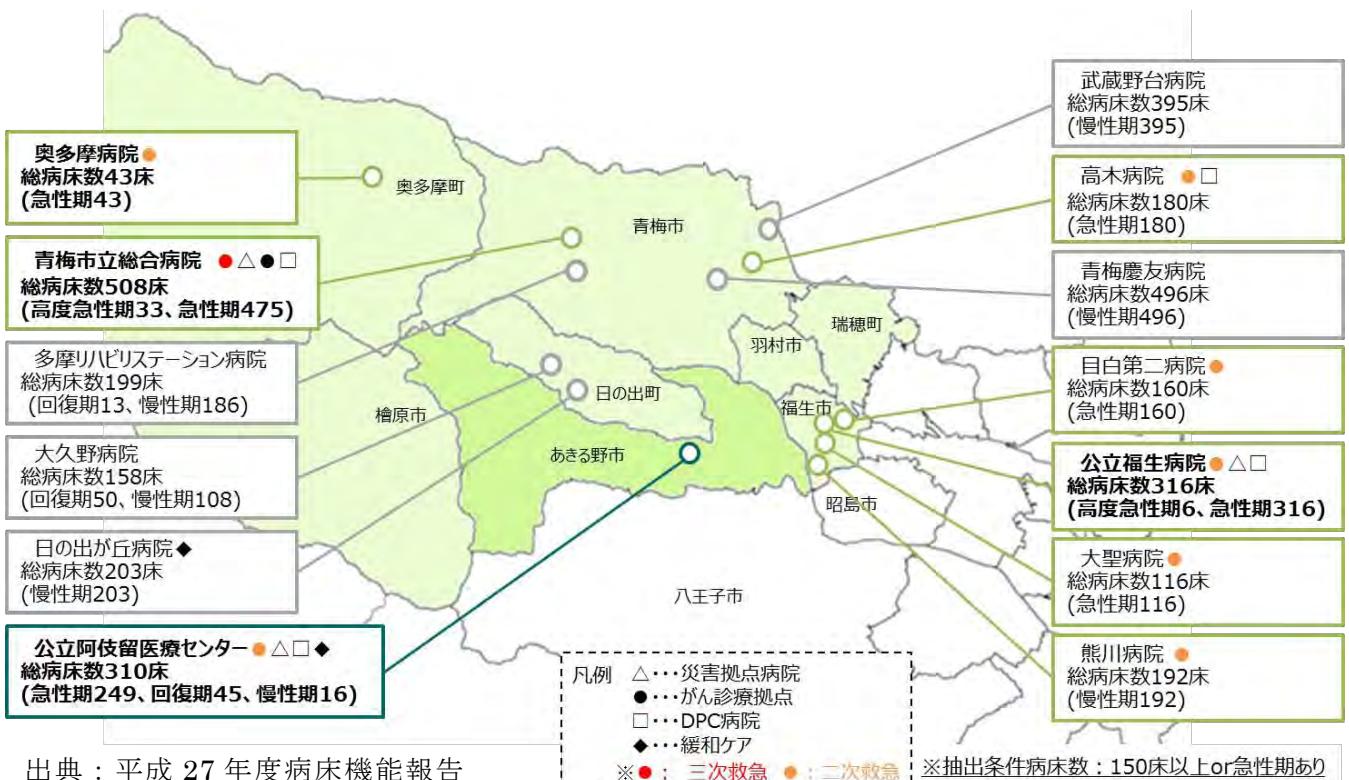
公立病院以外にも多くの大規模の民間病院が存在しますが、民間病院は慢性期病床（療養病床）主体の病院が多いことが特徴です。

図 2-3 西多摩保健医療圏 構成市町村



出典：西多摩医師会ホームページ

図 2-4 西多摩保健医療圏における主な医療提供体制



イ 医師の充足状況

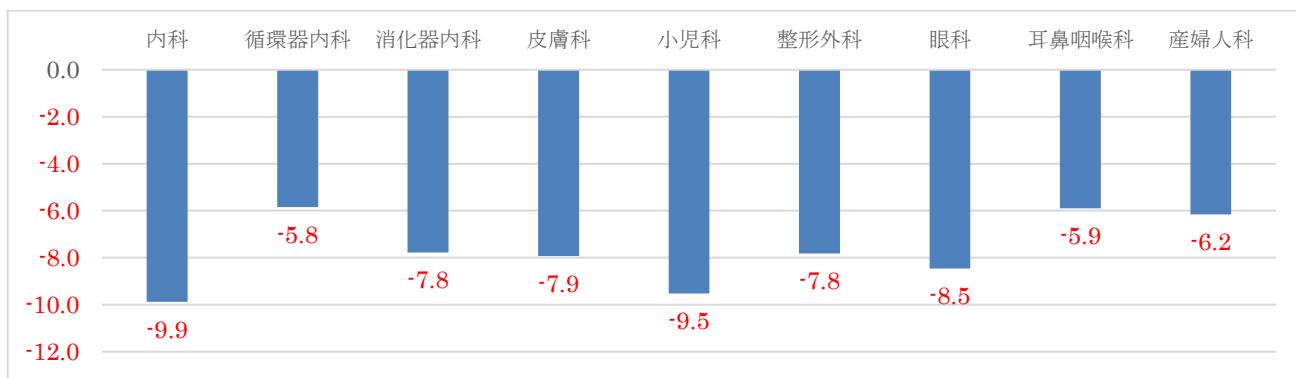
西多摩地域は、東京都全域と比較して人口 10 万人対医師数が 150 人程度少なく、医師数は不足している状況です。診療科別では、特に内科、小児科、眼科、皮膚科、消化器内科、整形外科、産婦人科、耳鼻咽喉科、循環器内科等の医師が不足しています。

表 2-2 西多摩地域と東京都の人口 10 万人対医師数の比較

西多摩	東京都	差異	※全国
159.0	304.5	-145.5	233.6

出典：厚生労働省平成 26 年度医師・歯科医師・薬剤師調査

図 2-5 西多摩地域と東京都の主たる診療科別医師数の差異（人口 10 万人対）



出典：厚生労働省平成 26 年度医師・歯科医師・薬剤師調査

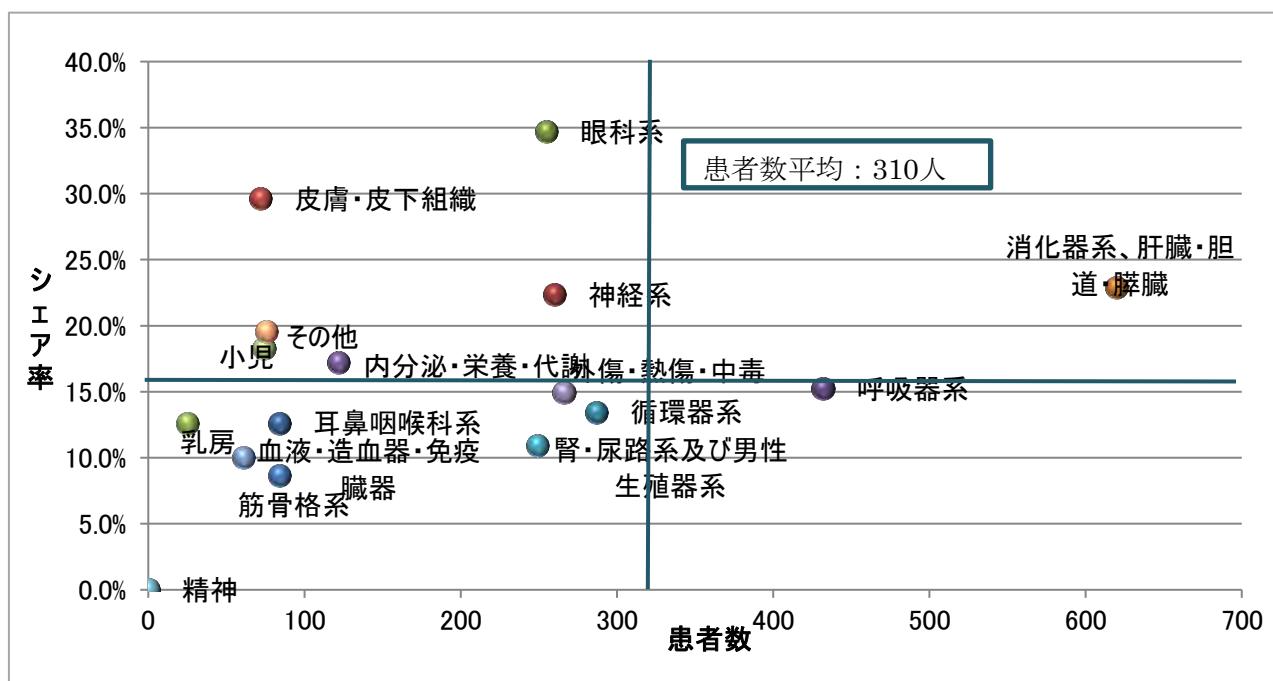
ウ DPC（診断群部類別包括評価）病院における MDC（主要診断群分類）別診療状況

下図は、医療センターの MDC 別患者数及び西多摩保健医療圏における DPC 病院の、MDC 別患者数に占める医療センターのシェア率を示したものです。

医療センターの西多摩保健医療圏における MDC シェア率は、合計で 16.8%です。

MDC 別では、神経系、眼科系、消化器系、皮膚・皮下組織のシェア率が 20%を超えていきます。特に消化器系疾患は、患者数が最も多く、シェア率も 20%を超えており、消化器病センターを有する医療センターの強みと言えます。一方、循環器系疾患、筋骨格系疾患のシェア率が低いことが課題です。

図 2-6 西多摩保健医療圏における医療センターの MDC 別患者数及びシェア率



出典：厚生労働省「平成 27 年度第 7 回診療報酬調査専門組織・DPC 評価分科会」資料

下表は、西多摩保健医療圏における、医療センターを含む DPC 病院の MDC 別患者数を整理したものです。

三次救急医療機関である青梅市立総合病院の MDC 合計シェア率は 4 割を超えています。特に、患者数が多い呼吸器、循環器、消化器のシェア率が高いことが、合計のシェア率を押し上げている要因となっています。

公立福生病院は、青梅市立総合病院に次いで MDC 合計シェア率が高く、2 割を超えています。特に消化器、筋骨格、腎・尿路、乳房のシェア率が高い状況です。

高木病院は、医療圏に占める MDC 合計シェア率は最も低い一方、外傷・損傷・中毒、腎・尿路系疾患に強みを有しています。

表 2-3 西多摩保健医療圏 DPC 病院の MDC 別患者数

医療機関名	神経系	眼科系	耳鼻	呼吸器	循環器	消化器	筋骨格	皮膚	乳房	内分泌
青梅市立総合病院	562	290	306	1,349	1,486	1,968	244	61	46	440
公立福生病院	279	190	231	687	316	1,439	416	76	128	93
医療センター	260	255	84	432	287	1,335	84	72	25	122
仁成会高木病院	63		45	370	44	1,079	229	34		54
合計	1,164	735	666	2,838	2,133	5,821	973	243	199	709
医療センターシェア率	22.3%	34.7%	12.6%	15.2%	13.5%	22.9%	8.6%	29.6%	12.6%	17.2%

医療機関名	腎・尿路	女性生殖等	血液・免疫	新生児	小児	外傷・中毒	精神障害	その他	合計	合計シェア率
青梅市立総合病院	829	612	463	258	184	449		191	9,738	44.4%
公立福生病院	555	44	60	60	88	451	12	84	5,209	23.8%
医療センター	249		61		74	266		76	3,682	16.8%
仁成会高木病院	638		24		59	617		37	3,293	15.0%
合計	2,271	656	608	318	405	1,783	12	388	21,922	100.0%
医療センターシェア率	11.0%	0.0%	10.0%	0.0%	18.3%	14.9%	0.0%	19.6%	16.8%	-

出典：厚生労働省「平成 27 年度第 7 回診療報酬調査専門組織・DPC 評価分科会」

(3) 医療需要動向

ア 医療センターの診療圏

医療センターの平成 27 年度の住所地別患者数は、あきる野市、日の出町が 80%を占めています。次いで、八王子市、青梅市、檜原村、福生市等からの来院患者数が多い状況です。以上を踏まえ、医療センターの診療圏は、西多摩保健医療圏に加え、患者数が多く、隣接する八王子市・昭島市の一部と考えられます。

表 2-4 平成 27 年度医療センターの住所地別患者数

市区町村名 (入院)	実患者数 (人/年)	構成比	積み上げ構成比
あきる野市	2,748	65.4%	65.4%
日の出町	682	16.2%	81.6%
八王子市	188	4.5%	86.0%
青梅市	123	2.9%	89.0%
檜原村	115	2.7%	91.7%
福生市	100	2.4%	94.1%
昭島市	59	1.4%	95.5%
羽村市	52	1.2%	96.7%
その他	138	3.4%	100.0%

市区町村名 (外来)	実患者数 (人/年)	構成比	積み上げ構成比
あきる野市	84,434	65.6%	65.6%
日の出町	23,763	18.5%	84.1%
八王子市	5,145	4.0%	88.1%
青梅市	3,332	2.6%	90.7%
福生市	2,570	2.0%	92.7%
檜原村	2,156	1.7%	94.4%
羽村市	1,290	1.0%	95.4%
その他※	6,000	4.6%	100.0%

※外来のその他には昭島市を含む。

出典：医療センターDPC データ

イ 診療圏の将来推計人口

診療圏の人口は、2015年から一貫して減少し、2025年には50万人まで減少する見込みです。年齢階層別では、65歳以上の年齢層が増加し、少子高齢化が進行する見込みです。2025年には、65歳以上の構成比が30%を超えると予測されています。

図 2-7 診療圏の将来推計人口

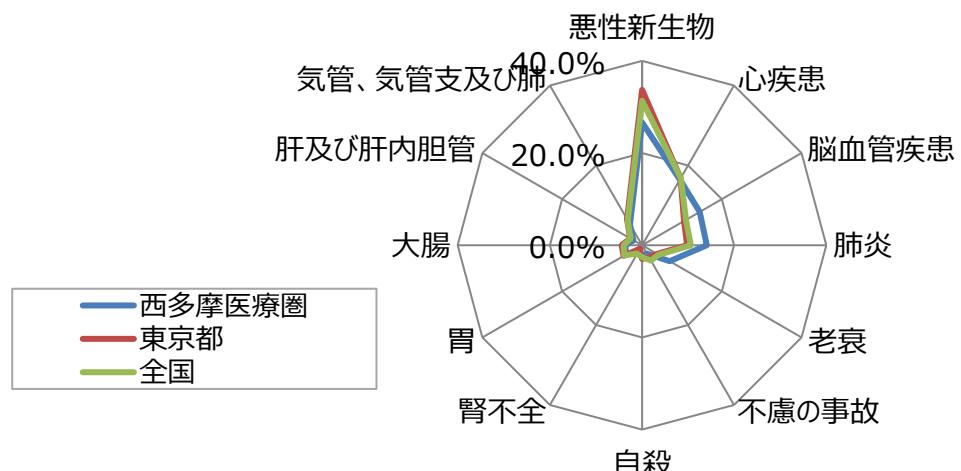


出典：国立社会保障人口問題研究所 平成25年3月推計「日本の地域別将来推計人口」

ウ 西多摩保健医療圏の主要死因

西多摩保健医療圏においては、悪性新生物(26.6%)、心疾患(16.4%)、脳血管疾患(14.5%)、肺炎(14.1%)等が主要死因です。特に、肺炎、脳血管疾患、老衰の割合は全国や東京都にくらべ高い割合となっています。

図 2-8 西多摩保健医療圏の主要死因の東京都・全国との比較



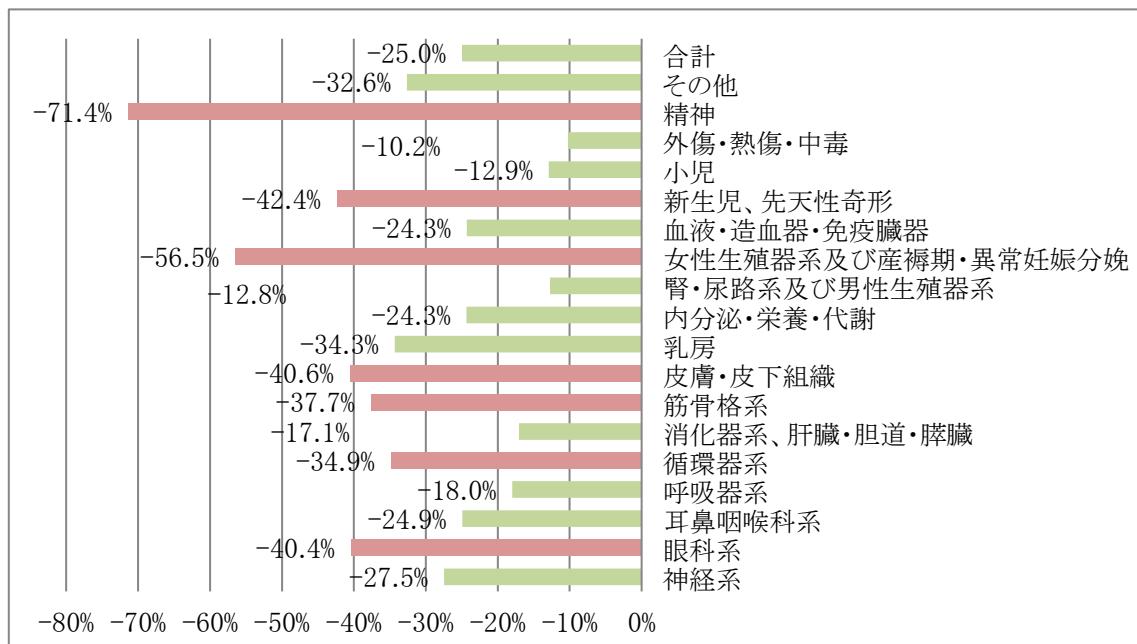
出典:厚生労働省 平成20年～平成24年人口動態

二 患者流入入

下図は、西多摩保健医療圏の DPC 対象患者の疾患別の他医療圏への流出率を示しています(DPC 対象外の患者は除く)。流出率は、西多摩保健医療圏に居住する患者数に対する、同医療圏に所在する医療機関の患者数の割合として算出しています。

西多摩保健医療圏に居住する DPC 対象患者は、合計で 25%他の医療圏の医療機関を受診しています。特に、精神系疾患、女性生殖器系及び産褥期・異常妊娠分娩、新生児・先天性奇形、皮膚・皮下組織の疾患、眼科系疾患の流出率が高い状況です。また、筋骨格系疾患及び循環器系疾患の流出率が高いことも課題と考えられます。

図 2-9 西多摩保健医療圏の DPC 病院における患者流出率



出典：厚生労働省「平成 27 年度第 7 回診療報酬調査専門組織・DPC 評価分科会」

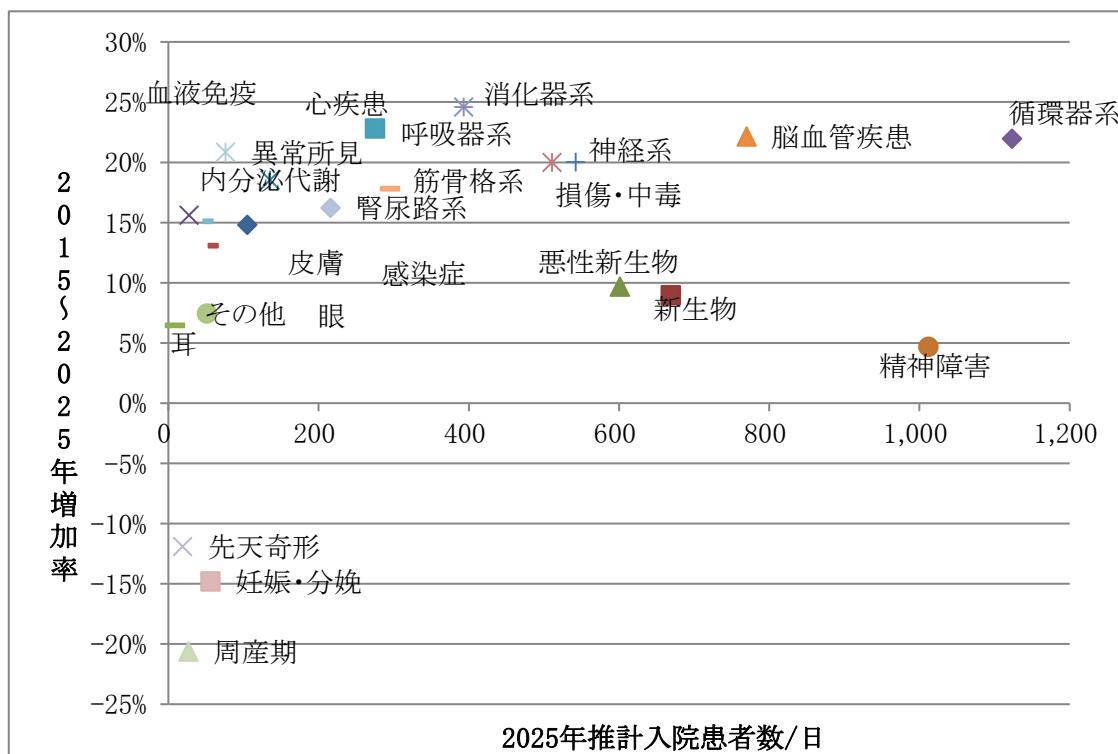
才 診療圏の将来推計

下図は、医療センターの診療圏における、2015年から2025年における将来推計入院患者数の見込みを示しています。将来推計入院患者数は、東京都の疾患別受療率（人口10万人当たり患者数）に、診療圏の将来推計人口を乗じることで算出しています。

診療圏の疾患別将来推計入院患者数は、医療・介護需要が最大化すると考えられている2025年において、診療圏全体で14.5%増加する見込みです。診療圏の推計人口は減少する見込みですが、受療率の高い高齢者の増加により、患者数は増加する見込みです。

疾患別に見ると、患者数としては循環器系、精神障害、脳血管疾患、悪性新生物、損傷・中毒等の疾患が多い見込みです。また、2025年にかけて推計患者数の増加率が20%を超える疾患は、消化器系、呼吸器系、循環器系（心疾患）、脳血管疾患、損傷・中毒、神経系等となっています。特に循環器系疾患は、最も多くの患者数が見込まれますが、増加率・流出率が高く、重症度も高い患者が多いことから、今後、循環器系疾患を罹患した患者が住み慣れた地域で安心して医療を受けられる診療体制を整備することが課題と考えられます。

図 2-10 診療圏の2025年将来推計入院患者数/日及び増加率



出典：国立社会保障人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（都道府県・市区町村）」、厚生労働省「平成26年患者調査」

3 内部環境

(1) 時系列の経営状況

平成 25 年度から 27 年度にかけて、医療センターの医業収支比率、経常収支比率共に増加傾向にあります。特に、経常収支比率は、平成 27 年度に 97% に達しています。

収益面では、入院収益・外来収益共に増加傾向にあります。入院収益では病床稼働率が増加傾向にあり、外来収益では患者数・単価共に増加傾向にあります。費用面では、材料費比率が増加傾向にあります。課題としては、まず病床稼働率が、向上傾向にはあるものの 70% を下回っていること、また入院診療単価が 4 万円台前半であり、診療単価の低さから医業収益が低く分母が増加しない為、職員給与費比率が 60% を超えていることが挙げられます。

表 2-5 医療センターの平成 25~27 年の経営状況

項目	単位	H25	H26	H27
許可病床数	床	310	310	310
医業収支比率	%	80.4%	79.3%	83.3%
経常収支比率	%	88.7%	91.5%	97.0%
医業収益	千円	4,927,628	4,967,096	5,481,568
入院収益	千円	3,086,076	3,048,714	3,305,485
許可病床稼働率	%	62.9%	64.3%	68.7%
一日平均患者数	人	195.1	199.4	213.1
平均在院日数	日	17.2	17.3	17.2
入院診療単価	円	43,342	41,894	42,381
外来収益	千円	1,499,878	1,561,224	1,818,698
1 日平均患者数	人	661.9	668.8	707.7
外来診療単価	円	9,249	9,528	10,595
その他医業収益	千円	341,674	357,158	357,385
医業費用	千円	6,130,579	6,259,925	6,579,094
職員給与費比率(対医業収益)	%	69.4%	70.8%	63.9%
材料費比率(対医業収益)	%	20.3%	20.2%	22.2%
経費比率(対医業収益)	%	21.0%	20.3%	20.4%
減価償却費比率(対医業収益)	%	13.3%	14.5%	13.1%
年度末常勤医師数	人	49	50	47

出典：医療センタ一年報、決算書等

※医業収支比率の算定に用いる医業収益は、公営企業法第 17 条の 2 第 1 項第 1 号該当する繰入金を含む。

(2) 比較分析

下表は、平成 27 年度の医療センターの経営状況と、平成 26 年度の比較対象公立病院との経営状況の比較です。比較対象病院は、平成 26 年度公営企業年鑑より、医療センターと同規模かつ医業収支比率 90% 以上の公立病院を対象としています。

比較対象病院との医業収支比率の差異は、入院収益に差があることが主要因と考えられます。医療センターの入院収益、許可病床稼働率、入院診療単価はいずれも比較対象病院を下回る水準にあります。入院診療単価の低さは、平均在院日数が 17 日と長いことも影響しています。医業収益の低さから、収益に対する費用比率は比較対象病院より高い傾向にあります。以上より、医療センターの課題は、入院収益の向上であり、そのために病床稼働率及び入院診療単価の向上が必要と考えられます。

表 2-6 医療センターと比較対象病院の経営状況

項目	単位	医療センター H27	比較対象病院 H26 平均	比較対象との 差異
許可病床数	床	310	303	-
医業収支比率	%	80.1%	96.5%	-16.4%
経常収支比率	%	97.0%	101.0%	-4.0%
医業収益/100 床	千円	1,699,609	1,966,807	-267,197
入院収益/100 床	千円	1,066,285	1,285,592	-219,306
許可病床稼働率	%	68.7%	75.8%	-7.1%
平均在院日数	日	17.2	15.2	2.0
入院診療単価	円	42,381	46,079	-3,698
外来収益/100 床	千円	586,677	553,704	32,973
1 日平均患者数	人	707.7	542.3	165.4
外来診療単価	円	10,595	12,709	-2,114
医業費用/100 床	千円	2,122,288	2,035,894	86,395
職員給与費比率(対医業収益)	%	66.5%	53.1%	13.4%
委託料比率(対医業収益)	%	12.5%	9.9%	2.7%
薬品費比率(対医業収益)	%	14.4%	11.1%	3.3%
医療材料費比率	%	7.7%	10.4%	-2.7%

※比較対象病院は、250 床以上 350 床以下の市町村立病院（精神病床を有する病院を除く）、医業収支比率 90% 以上の 37 病院の平均値。

※比較対象病院との比較のため、医業収支比率の算定に用いる医業収益は、公営企業法第 17 条の 2 第 1 項第 1 号該当する繰入金を含まない。また、職員給与費には、賃金及び退職給与引当金が含まれている。出典：医療センター財務データ、平成 26 年度公営企業年鑑

(3) 診療統計分析

ア 診療科別入院収益の状況

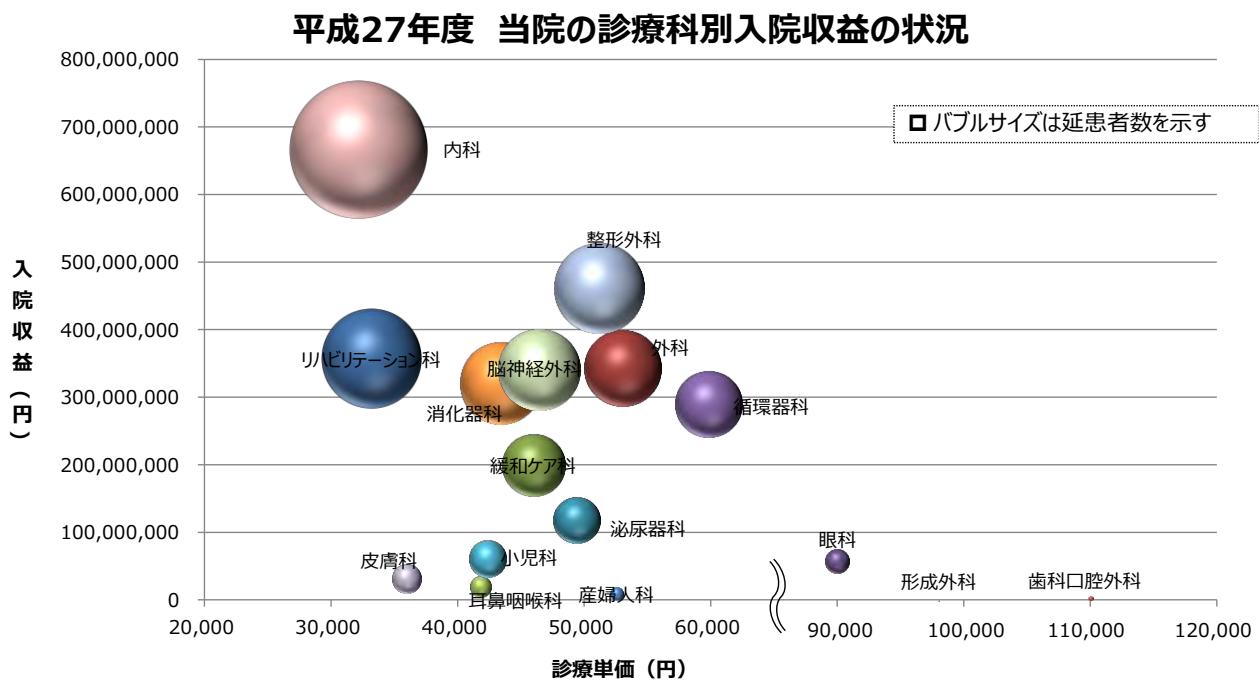
下図は、医療センターの平成 27 年度の診療科別入院収益及び入院診療単価を示しています。

入院収益が最も高い診療科は内科であり、次いで整形外科、リハビリテーション科（回復期リハビリテーション病棟）、脳神経外科等の順となっています。

入院診療単価は、患者数が一定程度多い診療科のうち、眼科が最も高く、次いで循環器科、外科、整形外科等の順となっています。

診療単価が相対的に低い内科系診療科が、入院収益の多くを占めていることが、入院診療単価が低い要因と考えられます。したがって、収益基盤の強化のために診療単価が相対的に高い眼科、循環器科、外科、整形外科の患者をより多く確保し、生産性を向上させていく取組みが必要です。

図 2-1-1 平成 27 年度 医療センターの診療科別入院収益の状況



出典：医療センターDPC データ

イ 機能別患者数の状況（参考）

厚生労働省が策定した地域医療構想策定ガイドラインでは、下表の通り病床の機能別分類の境界線の考え方方が示されています。病床の機能を高度急性期、急性期、回復期、慢性期・在宅等に分類し、それぞれの境界線を医療資源投入量（入院基本料相当分、リハビリテーション料、食事療養費を除く、患者1人1日当たりの出来高点数）の多寡で設定されています。

図 2-1-2 病床の機能別分類の境界線の考え方

	医療資源投入量	基本的考え方
高度急性期	C1 3,000点	救命救急病棟やICU、HCUで実施するような重症者に対する診療密度が特に高い医療（一般病棟等で実施する医療も含む）から、一般的な標準治療へ移行する段階における医療資源投入量
急性期	C2 600点	急性期における医療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量
回復期	C3 225点	在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量
※		ただし、境界点に達してから在宅復帰に向けた調整を要する幅の医療需要を見込み175点で推計する。

出典：厚生労働省「地域医療構想策定ガイドライン」

ガイドラインによると、病床の機能別分類の境界線の考え方方は、あくまで地域の医療需要を推計するためのものであり、個々の医療機関の病床の機能分類に当てはめるものではないと明記されています。ただし、地域の医療需要の推計は、個々の医療機関の医療資源投入量に基づいて推計されており、各医療機関は地域医療構想と整合を図る必要があることから、当該基準に基づいて医療センターの患者像を把握することは一考に値すると考えます。

下表は、地域医療構想策定ガイドラインに基づき、医療センターが自主的に報告した機能別病床数と、医療センターの医療資源投入量より算出した機能別患者数の状況です。

医療センターは ICU、HCU 等の集中治療系病床を有しておりますが、術後患者や救急経由の患者等、高度急性期医療を必要とする患者は 1 日あたり 16 人程度診療しています。今後、地域に不足する高度急性期機能の充実のため、また医療センターの今後のあり方として、救急医療を始めとする高度急性期医療の充実のために、集中治療室系病床の設置について検討する必要があります。

また、医療センターは回復期リハビリテーション病棟 45 床を有しておりますが、回復期に該当する患者は 1 日当たり 100 人程度診療しています。平成 28 年 7 月より、新たに地域包括ケア病棟 43 床を開設しており、不足していた回復期医療機能を強化しています。地域医療構想において、西多摩地域の将来的な必要病床は回復期が不足すると推計されており、地域包括ケア病棟の開設は地域医療構想と整合するものと言えます。

表 2-7 医療センターの病床機能報告と機能別患者数の状況（参考）

医療機能	H26 病床機能報告 (病床数)	H27 試算結果 (患者数/日)	差異
高度急性期		16	-16
急性期	249	58	191
回復期	45	101	-56
慢性期・在宅等	16	35	-19
合計	310	211	99

出典：平成 26 年度病床機能報告及び平成 27 年度医療センター DPC データ

表 2-8 西多摩地域の機能別必要病床数

項目	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計
2014 年病床機能報告	33	1,637	220	2,321	4,211
2025 年推計病床数	275	967	1,031	1,475	3,748
差異	-242	670	-811	846	463

出典：東京都地域医療構想を基に加工

ウ 診断群分類別診療状況

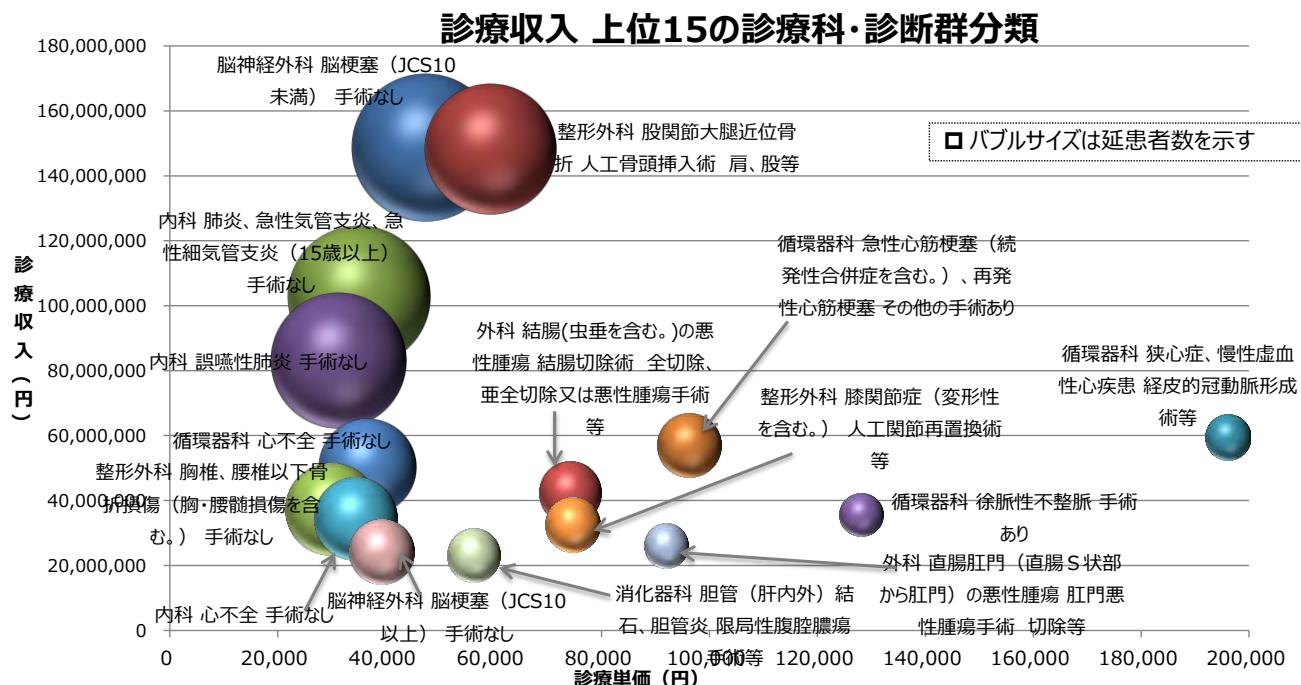
① 診療収入上位の診断群分類

下図は、平成 27 年度における医療センターの診療科別診断群分類のうち、診療収入が上位 15 の診断群分類の診療収入と診療単価及び延患者数を示しています。

診療収入が最も高い診断群分類は、脳神経外科の脳梗塞（手術なし）であり、次いで整形外科の股関節大腿近位骨折、内科の肺炎・急性気管支炎（手術なし）、誤嚥性肺炎（手術なし）、循環器科の急性心筋梗塞（その他の手術あり）及び心不全（手術なし）と続いている。整形外科の股関節大腿近位骨折を除き、相対的に診療単価の低い診断群分類が上位を占めています。

診療単価が高い診断群分類は、循環器科の狭心症及び徐脈性不整脈、急性心筋梗塞と、循環器系疾患が上位を占めています。ただし、これらの疾患は患者数が少なく、診療収入としては、診療単価の低い肺炎や誤嚥性肺炎より低い水準であることが課題です。

図 2-1-3 平成 27 年度 医療センターの診療収入上位 15 の診療科別診断群分類



出典：平成 27 年度医療センターDPC データ

② 包括・出来高収入マイナス差が大きい診断群分類

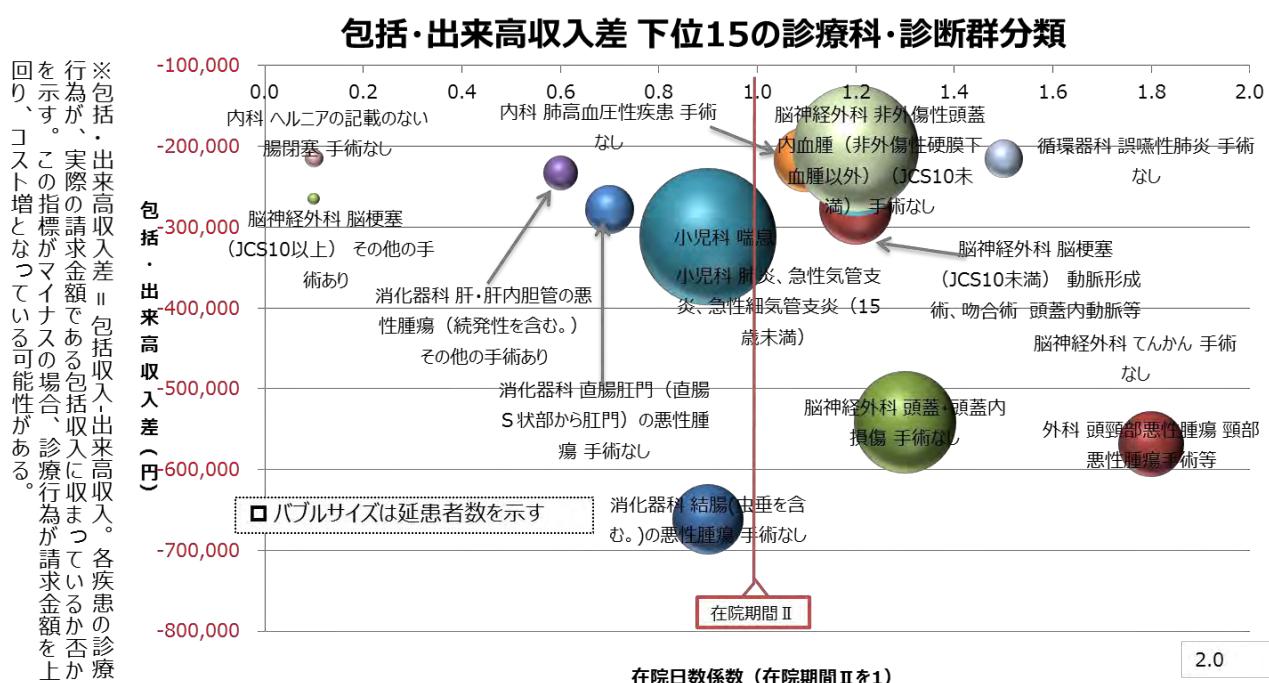
包括・出来高収入収入差とは、各疾患の診療行為が、実際の請求金額である包括収入に収まっているかどうかを示す指標です。この指標がマイナスの場合、診療行為が請求金額を上回り、コスト増となっている可能性があります。

下図は、平成 27 年度における医療センターの診療科別診断群分類のうち、包括・出来高収入マイナス差が大きい 15 の診断群分類を示しています。

最も包括・出来高収入マイナス差が大きい診断群分類は、消化器内科の結腸の悪性腫瘍であり、次いで外科の頭頸部悪性腫瘍、脳神経外科の頭蓋・頭蓋内損傷という状況です。

包括出来高差がマイナスの要因としては、包括収入に包括される診療行為である検査や投薬、注射、処置等が全国平均よりも多いことが考えられるため、これら疾患については診療行為の見直しの検討が必要です。ただし、最も包括・出来高収入マイナス差の大きい結腸の悪性腫瘍でも、年間で 70 万円程度の差であり、医療センターは総体的に包括収入の範囲内で診療行為を実施していると言えます。

図 2-1-4 平成 27 年度 医療センターの包括・出来高収入差下位 15 の診療科別診断群分類



出典：平成 27 年度医療センターDPC データ

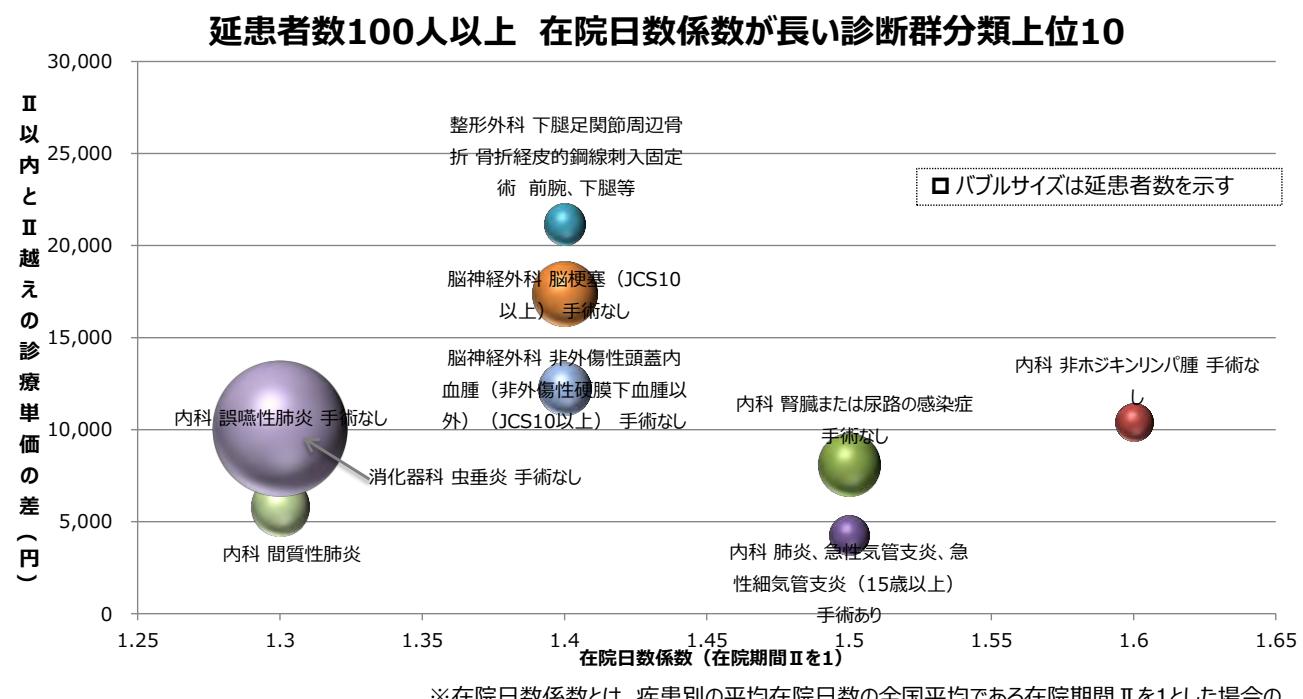
③ 診断群分類別在院日数の状況

下図は、平成 27 年度の医療センターの平均在院日数が長い上位 10 の診療科別診断群分類を示しています。

DPC 経営下では、診断群分類ごとに、在院期間に応じて 1 日当たり点数（日当点）が設定されており、在院期間が短いほど 1 日当たり点数は高く設定されています。特に、診断群分類ごとの在院日数の全国平均値である在院期間 II 以内で患者を回復期病棟へ転棟あるいは退院させることが急性期の診療単価の向上に繋がります。また、急性期医療を必要とする患者のための病床の有効活用に資することになると言えます。

在院日数 II を超え、患者数が多い疾患としては、内科の誤嚥性肺炎が挙げられます。高齢者が多い疾患であることから、一定の在院期間は必要である一方、クリニックルパスの整備等により、可能な限り在院期間 II 以内の転棟・退院を目指す必要があります。

図 2-15 平成 27 年度 医療センターの平均在院日数が長い上位 10 の診断群分類



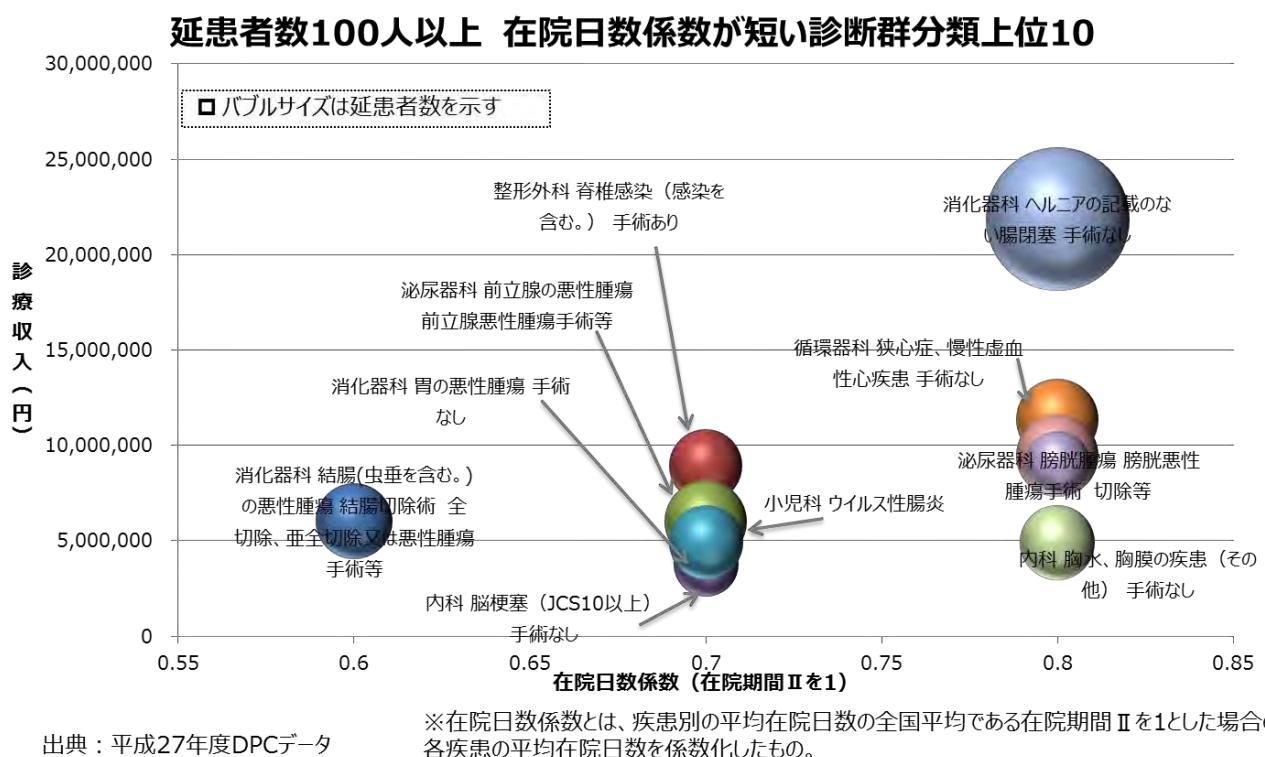
出典：平成 27 年度医療センター DPC データ

下図は、平成 27 年度の医療センターの平均在院日数が全国平均の在院期間により短い上位 10 の診療科別診断群分類を示しています。

在院期間の短縮は、診療単価向上に資する一方、入院待機患者が多くない限り病床利用率の低下にも繋がります。医療センターの経営課題である、診療単価を向上させつつ病床利用率の向上を図るためにには、診断群分類ごとの在院日数の全国平均である在院期間 II より在院日数が短い疾患について、在院期間 II を基軸としたクリニカルパスを整備し、PFM を強化することにより、在院日数の適正化が必要です。

在院日数が短い疾患としては、消化器内科の結腸の悪性腫瘍、整形外科の脊椎感染等が挙げられます。

図 2-1-6 平成 27 年度 医療センターの平均在院日数が短い上位 10 の診断群分類



出典：平成 27 年度医療センターDPC データ

4 課題の整理

(1) 医療提供体制

- ✓ 西多摩医療圏内では、青梅市立総合病院が全 MDC 患者の 4 割を超えるシェアを誇っています。特に呼吸器、循環器、女性生殖・産褥期の疾患のシェア率が高い状況です。
- ✓ 公立福生病院の医療圏に占める MDC 患者シェア率は、青梅市立総合病院に次いで 2 割の状況です。特に腎・尿路、筋骨格、乳房において高いシェア率を有しています。
- ✓ 高木病院は、医療圏に占める MDC シェア率は最も低いですが、外傷・損傷・中毒、腎・尿路系疾患に強みを有しています。
- ✓ 医療センターの医療圏に占める MDC 別患者数シェア率は、神経系、眼科系、消化器系、皮膚系疾患が 20%を超えていました。一方、収益性の高い循環器、筋骨格系のシェア率が低いことが課題です。
- ✓ 西多摩地域は、東京都全域と比較して人口 10 万人対医師数が 150 人程度少なく、医師数は不足している状況です。診療科別では、特に総合内科、小児科、眼科、皮膚科、消化器内科、整形外科、産婦人科、耳鼻咽喉科、循環器内科が不足しています。

(2) 医療需要

- ✓ 医療センターの入院及び診療圏は、入院・外来共に西多摩地域にあたる野市に隣接する昭島市及び八王子市の西部地域を加えた地域と考えられます。
- ✓ 診療圏の人口は、2015 年で約 60 万人ですが、今後一貫して減少していく見込みです。2030 年には、65 歳以上の人口の割合が 30%を超え、少子高齢化が進展する見込みです。秋川流域の人口は、2020 年には 65 歳以上の人口の割合が 30%を超える見込みであり、診療圏よりもさらに少子高齢化が進展すると予測されます。
- ✓ 西多摩地域の DPC 患者のうち、循環器、筋骨格の患者はいずれも 40%弱他医療圏に流出しています。診療体制を強化し、流出患者を取り込んでいく取組みが必要です。
- ✓ 2025 年の診療圏における医療需要は、入院患者総数で 14.5%増加する予測です。特に、消化器系、呼吸器系、循環器系（心疾患）、脳血管疾患、損傷・中毒、神経系等は 20%を超える増加が見込まれます。また、医療センターの強みでもある筋骨格系疾患も 17.8%増加が見込まれます。
- ✓ 2025 年の秋川流域における医療需要は、入院患者総数で 12.0%増加する予測です。特に、

呼吸器系、循環器系（心疾患）、脳血管疾患、神経系、損傷・中毒、内分泌代謝等が 15% を超える増加が見込まれます。

（3） 病床稼働率の向上

- ✓ 病床稼働率が 70%を下回っており、病床機能のあり方と併せ、病床稼働率の向上が重要な課題と考えられます。
- ✓ 医療センターは、急性期病棟、回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟、緩和ケア病棟を併せ持つ病院である為、DPC の特性を活かした病棟管理の適正化が重要と考えられます。その特性を活かすためには患者の疾患に合わせて病床を選択し、また入院した当初からの退院支援により、必要な診療を行った上で適切な期間で在宅に移行できるようになります。
- ✓ 開業医への訪問、講演会の開催等により、医療センターの強みを知ってもらい、病病、病診連携を充実させる取組みのさらなる強化が必要です。また、地域住民からの要望が高い救急医療については、可能な限り救急搬送を断らない取組みを行う必要があります。そのためには院内の当直体制や各科のバックアップ体制を整備し、医療安全を確保しながら丁寧に救急患者を受け入れられるよう環境を整えていかないなりません。

（4） 生産性の向上

- ✓ 医療センターの医業収益に対する職員給与費率は 6 割程度と、他の公立病院と比較して高い状況です。主な要因としては、職員 1 人当たりの生産性の低さが考えられます。生産性を向上するためには、医療の質を高め集患率を高めると共に、DPC 制度の特性を活かした診療の最適化が必要です。例えば長すぎる在院期間は急性期病棟の機能低下に繋がるため、疾患別に在院期間Ⅱを基軸としたパス整備等によって、急性期から回復期や地域包括ケア病棟へ転棟する取組みが重要と考えられます。

（5） コスト抑制

- ✓ 包括・出来高請求差の大きい疾患については、他院とのベンチマークの有効活用や、クリニカルパスを整備し、包括請求に含まれる検査や処置、投薬等の頻度・内容の見直し、ジェネリック医薬品採用の更なる拡大等を検討する必要があります。

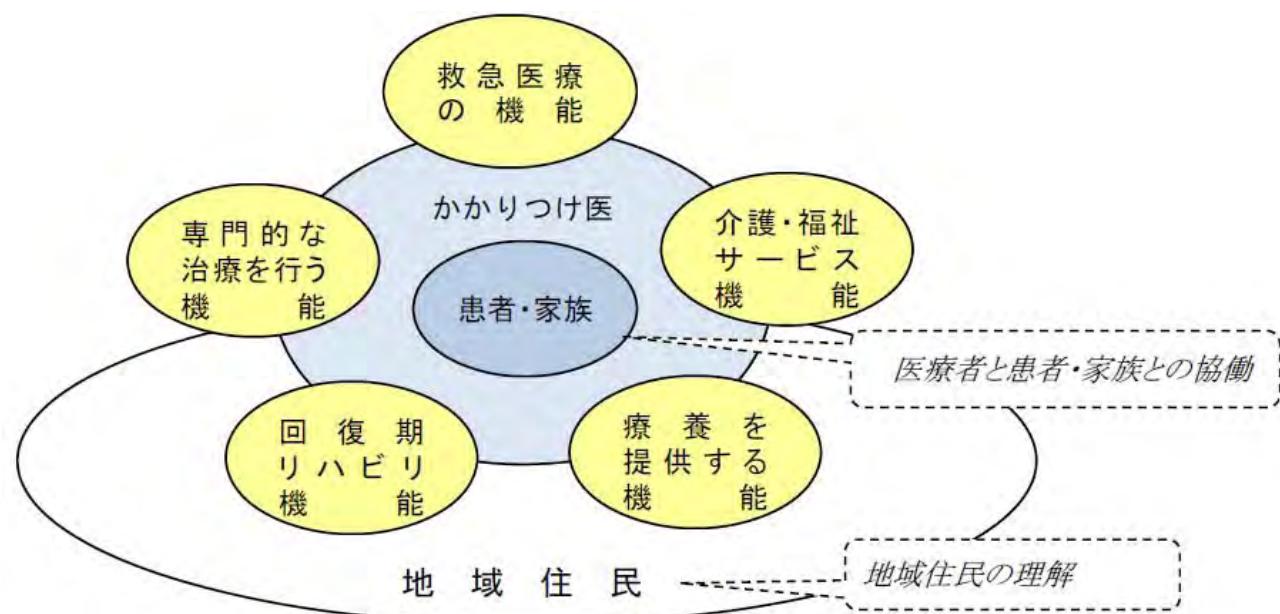
第3章 新改革プラン策定にあたっての4つの視点の取組み

1 地域医療構想を踏まえた役割の明確化【視点1】

(1) 地域医療構想を踏まえた医療センターの果たすべき役割

上記の東京都地域医療構想を踏まえ、西多摩地域では少子高齢化及び急速な高齢化による疾病構造の変化、高度・細分化する医療を背景として、これまでの病院完結型ではなく、地域において異なる機能を有する病院・診療所・介護施設等が、各自の特徴を活かしながら役割を分担し、地域の医療機関全体で一つの医療機関としての機能を提供することで、切れ目ない医療を提供していく地域完結型医療の構築が求められています。

図 3-1 地域完結型医療の概念図



出典：厚生労働省「医療計画の見直し等に関する検討会」

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うこととされています。西多摩保健医療圏においては、4つの公立病院を中心とし、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、高度急性期から急性期・回復期・慢性期に至るまでの切れ目のない診療体制の構築が求められています。

また、平成23年度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（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。）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割を占めています。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ます。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ます。また、「生活習慣病予防・治療」に対する今後の期待は大きいとの結果となっています。

平成28年7月に策定された東京都地域医療構想では、下表の通り西多摩地域の機能別必要病床数の推計が示されました。高度急性期・回復期病床が不足し、急性期・慢性期病床が過剰となる見込みです。

表 3-1 西多摩地域の機能別必要病床数

項目	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計
2014年病床機能報告	33	1,637	220	2,321	4,211
2025年推計病床数	275	967	1,031	1,475	3,748
差異	-242	670	-811	846	463

出典：東京都地域医療構想を基に加工

今後は、前項の背景を踏まえ、秋川流域の地域完結型医療提供体制における急性期基幹病院として、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ることで地域社会に貢献し、以下の内容を医療センターが果たす役割と考えます。

ア 二次医療を中心とした救急医療の充実

- ✓ 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ります。
- ✓ 西多摩地域の小児医療は、東京都全域と比較して初期・三次救急機関は充実していますが、全日・全夜間診療に対する小児科の二次医療機関が不足している状況にあります。今後は、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の構築を目指します。

- ✓ 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ります。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て参ります。
- ✓ 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ります。
- ✓ 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」を目指します。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病床を有効活用し救急医療を充実させ、救急搬送患者の応需率を高めます。

イ 地域特性に合った診療の充実

当診療圏は東京都の中でも少子高齢化の進行が進んでいる地域と言えます。高齢化の進展に伴い、複合疾患を抱える患者や認知症の患者が増加することが見込まれる為、急性期の高度医療を提供する病院であっても、地域の特性に柔軟に対応できる体制の確立が必要と考えられます。医療センターは地域の医療状況を踏まえ、急性期の他に地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟、緩和ケア病棟を設置し幅広い医療を展開しており、この強みを活かし地域特性に合った診療を充実させて地域社会への貢献を果たします。

- ✓ 患者の高齢化による複合疾患に対応するため、幅広く診療を行うことの出来る総合内科等の充実を図ります。また高齢化を背景として一層の患者増が見込まれる、脳神経外科、整形外科のさらなる充実に努めます。
- ✓ 秋川流域の医療状況や住民のニーズを踏まえ、地域の中核病院として、高度急性医療に対応できる体制を構築する必要があります。特に、患者流出の傾向にある循環器系疾患、筋骨格系疾患への対応の強化に努めます。また高度急性期患者の受け皿となり、急性期病床への橋渡しとなるHCUについては、専門医師の確保状況や看護基準等制度とのバランスを見極めながら設置の是非について検討します。
- ✓ 秋川流域における地域包括ケアシステム構築を見据え、医療センターの役割として地域包括ケア病棟の充実を図っていきます。地域の介護・福祉施設との連携を強め、地域住民が安定した生活を継続して送れるよう、医療センターが中心となりサポートしていく体制の構築を図っていきます。
- ✓ 今後増加していくと見込まれる認知症患者の受入体制の強化や、地域で支援するシステム

の構築を目指し、認知症患者にやさしい地域づくりに貢献してまいります。その為に認知症患者の受け入れを実践できる人材を育成強化していきます。

ウ 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完結型医療提供体制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と考えられます。地域医療連携センターを活用した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、診療機能の一貫性を保持し、より高度かつ効率的な医療を確保することで、地域社会への貢献を果たします。

- ✓ DPC（診断群部類別包括評価）導入等により、平均在院日数は短縮傾向にあり、今後は急性期を脱した患者が今以上に早期退院することが想定できます。こうした患者の健康や日常生活の質を確保するためにも、在宅医療を含む地域医療連携や、入退院支援機能の維持・強化に努めます。
- ✓ 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、社会復帰の道のりは険しいと言えます。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というのではなく、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を強化していきます。
- ✓ 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します。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します。
- ✓ 三次医療機能を有する大学病院等の連携を強化します。
- ✓ 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地域包括ケアシステムの確立が必要であり、疾病予防から急性・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、地域医療連携推進法人の設立等の検討が必要と考えています。

エ がん医療・緩和治療の拡充

- ✓ 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（生活の質）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を図ります。

- ✓ 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治療の重要性が認識されつつあります。今後、地域における緩和治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していきます。
- ✓ 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、リハビリ及び介護の連携を強化しています。
- ✓ 緩和治療については今後さらに重要性が増すと考えられ、医師を含めたスタッフの充実を目指します。また、症状のコントロールによる在宅療養への移行や、在宅介護を行っている家族を休養させる目的のレスパイト入院の受入など、患者の QOL 向上の為の支援をさらに強化していきます。

オ リハビリテーション医療の充実

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つつあります。医療センターのリハビリテーションは、保健・福祉との連携を図りながら、急性期から回復期、包括ケア、緩和治療と多岐にわたるニーズに対応し、適切な医療の提供に取り組んでいきます。

カ 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臨床研修医を確保し、院内における研修医の教育を充実させるとともに、将来的な医師確保のための取組みを行います。

キ 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ました。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なることが予想されます。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

う努める必要があります。特に、大規模災害を想定したB C P（事業継続計画）については関係自治体と協議し、速やかなる策定を図ります。

ク 周産期医療の充実

地域ニーズの高い分娩への対応を強化するほか、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ります。また、住み慣れた地域で安心して暮らしていけるよう、母子の個別具体的な状態及び状況を把握し、生活と保健・医療・福祉をつないで調整するといった全世代型の地域包括ケアシステムの構築が必要であると考えられます。そのために地域で母子の生活を支える医療分野の調整役として活動できるチーム医療の推進を図ります。

現在、地域連携として西多摩保健医療圏周産期医療・母子保健連絡会（8医療機関、8市町村、1保健所）で情報共有と連携強化を図っており、また3公立病院産科看護職会を開催しケアの質の更なる向上を目指していきます。

ケ 感染症医療の対応

地域における感染管理の役割を果たすため、院内での感染防止活動の他、地域の医療機関や施設との連携を図りながら対応できる体制の整備を行います。現在、秋川流域感染対策ネットワーク（A K I N E T）事業を展開し秋川流域5病院とともに地域の感染防止対策として保健施設への感染管理教育や地域施設のアウトブレイクへの早期対応や支援活動を実施しています。感染管理の質の向上のため、今後も活動の継続と強化を行います。

コ 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、病気や健康障害のない生活を送るための予防医学的な取組みも病院の重要な役割となってきました。特に高齢化が進む当該地域においては、がん、脳血管系疾患、心臓疾患、高血圧、糖尿病などの生活習慣病の予防は優先すべき課題と考えます。例えば、生活習慣病の診断、予防を目的にして行う特定健康診査や人間ドック、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、早期発見・治療について強化を図ります。また、地域住民を対象とした健康出前講座を初め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します。構成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努めます。

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ます。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す。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していきます。

サ 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・安心を確保します。

(2) 一般会計負担の考え方（繰出基準の概要）

公立病院は、地方公共団体が設置する病院であることから、地域医療の確保といった公共性が要求されるとともに、地方公営企業であることから企業としての独立採算が要求されています。

しかしながら一方で、その公共性から本来地方公共団体の一般行政事務である事業を担い、政策医療の観点から民間医療機関では提供が困難な救急医療・高度医療・小児医療・周産期医療等の不採算医療等を担うことも求められます。

地方公営企業法では不採算医療等に係る経費については、一般会計から病院事業会計へ負担金、補助金、出資金（一般会計繰出金）により繰出しすることとなっています。その適用範囲、算定方法については、今後の医療センターのあり方及び総務省通知「地方公営企業繰出金について」に基づき財政当局と協議のうえ一般会計の繰入を受けていきます。

表 3-2 一般会計繰入金の現状及び見込み（平成 28 年度分賦金予算を基準とした数値）

繰入金項目	H27	H28	H29	H30	H31	H32
一般会計繰入金	収益的収支に繰入	689,830	765,823	722,608	700,990	680,353
	I 医業収益(救急医療)	212,779	215,886	199,747	189,760	180,272
	1 その他医業収益	212,779	215,886	199,747	189,760	180,272
	救急医療の確保に要する経費負担金	212,779	215,886	199,747	189,760	180,272
	保健衛生に関する行政経費負担金	0	0	0	0	0
	II 医業外収益計	477,051	549,937	522,861	511,231	500,082
	2 他会計負担金	357,618	429,526	404,591	392,961	381,812
	既存企業債支払利息経費	122,946	118,063	112,343	106,550	100,719
	新規企業債支払利息経費			110	1,205	2,473
	高度特殊医療に要する経費	112,299	111,181	103,582	103,582	103,582
	リハビリテーションに要する経費	34,366	44,833	44,969	44,969	44,969
	周産期医療に要する経費	55,263	123,351	113,025	107,374	102,005
	小児医療に要する経費	28,213	26,555	25,624	24,343	23,126
	特殊医療に要する経費(病理解剖)	4,531	5,543	4,938	4,938	4,938
	3 他会計補助金	119,433	120,411	118,270	118,270	118,270
	追加費用に要する経費	23,096	23,574	14,205	14,205	14,205
	基礎年金拠出金公的負担金	74,007	74,746	81,352	81,352	81,352
	児童手当に要する経費	17,129	16,191	16,813	16,813	16,813
	研究研修費の1/2	5,201	5,900	5,900	5,900	5,900
資本的収支に繰入	資本的収支に繰入	389,215	409,929	415,561	417,469	328,031
	I 他会計負担金	389,215	409,929	415,561	417,469	328,031
	建設改良経費	0	0	0	0	0
	うち既存企業債元金償還金経費	389,215	409,929	415,561	414,760	298,327
	うち新規企業債元金償還金経費			0	2,709	29,704
合計		1,079,045	1,175,752	1,138,169	1,118,459	1,008,384
						1,008,011

(3) 医療機能等指標に係る数値目標

医療センターが、前述した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、以下の医療機能等指標について、数値目標を設定し、今後継続的に点検・評価を実施します。

表 3-3 医療機能等指標に係る数値目標

医療機能等指標	H27	H28	H29	H30	H31	H32
医療機能・医療品質に係る指標						
救急車搬送患者数（人）	2,007	1,999	2,032	2,065	2,097	2,132
救急入院患者数（人）	1,397	1,633	1,671	1,709	1,743	1,790
手術件数（件）	1,104	1,291	1,312	1,334	1,354	1,377
臨床研修医の受入数（人）	3	3	3	4	4	4
医師派遣等日数（日）※1	22	72	76	79	83	88
紹介率（%）	34.3	36.4	37.0	37.6	38.2	38.8
逆紹介率（%）	18.0	26.0	26.4	26.9	27.3	27.7

医療機能等指標	H27	H28	H29	H30	H31	H32
在宅復帰率 (%)	91.8	92.2	92.3	92.4	92.5	92.6
リハビリ件数 (件)	98,879	105,559	107,301	109,044	110,727	112,576
分娩件数 (件)	37	116	168	240	240	240
常勤医師数 (人)	48	49	50	51	51	51
人間ドック件数 (件)	191	253	257	260	264	267
クリニカルパス件数 (件)	45	47	60	63	66	69
患者サービスに係る指標						
患者の接遇満足度 (%)	89	90	91	92	93	94
外来患者待ち時間 (分)	56	60	60	60	60	60
後発医薬品採用割合※2	79.4	89.8	90.0	90.0	90.0	90.0
健康出前講座の開催件数	10	16	17	18	19	20

※1 構成市町村への診療支援として実施している医師の派遣について、派遣日数を計上した。

※2 先発品（後発品あり）の使用量に対する後発品の使用量を、採用割合として計上した。

(4) 住民の理解のための取組み

改革プランを進めていくためには、地域住民の理解と信頼を得ることが重要です。医療センターの基本理念「医の心を重んじ、患者の生命と健康と生活の質を考える良質の医療を実践し、地域医療の最適化に努力します。」に基づき、企業長のリーダーシップの下、職員が一丸となって医療水準の向上や患者サービスの一層の向上を図り、秋川流域唯一の中核病院として、引き続き地域住民へ良質な医療サービスの提供に努めます。

また、院内での地域住民を対象とした健康出前講座を始めとした公開講座等の更なる充実及び広報、ホームページの活用等により、医療センターの役割や医療情報について地域住民の啓発を推進することで、医療センターが有する医療資源を最大限地域住民に提供するとともに、予防医療の推進に努めます。

2 経営の効率化【視点2】

(1) 経営指標に係る数値目標

表 3-4 経営指標に係る数値目標

区分		27年度	28年度	29年度	30年度	31年度	32年度
		実績	見込み	目標	目標	目標	目標
1日平均新入院患者数	(人)	12.3	13.6	14.0	14.4	14.7	14.8
1日平均延入院患者数	(人)	213.1	221.2	233.3	240.8	248.0	248.0
1日平均延外来患者数	(人)	707.7	659.6	669.5	679.5	689.7	700.0
病床稼働率	(%)	68.7%	71.4%	75.3%	77.7%	80.0%	80.0%
1人当たり 1日平均入院収益	(円)	42,381	44,183	44,336	44,852	45,150	45,420
1人当たり 1日平均外来収益	(円)	10,533	10,781	10,781	10,781	10,781	10,781
平均在院日数※	(日)	15.5	13.3	13.0	12.9	12.8	12.7
医業収支比率	(%)	83.3%	85.8%	88.4%	89.8%	91.1%	91.4%
経常収支比率	(%)	97.0%	101.3%	103.2%	104.3%	104.1%	104.2%
給与費比率	(%)	63.9%	63.4%	60.2%	58.9%	57.8%	57.8%
委託費比率	(%)	12.0%	11.7%	10.8%	10.5%	10.2%	10.0%

※平均在院日数は急性期病棟のみの実績

(2) 経常収支比率に係る目標設定の考え方・具体的な取組

医療センターは、地域完結型医療提供体制の中核病院として、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ます。一方で、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す。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ます。

このことから、新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、增收対策及び管理経費の削減に積極的に取り組む必要があります。特に入院における平均在院日数、診療単価、病床稼働率等の指標は重要な要素となっています。

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、以降に

掲げる項目をはじめとする収入増加策、経費削減策に取り組む必要があります。そのために、以下に掲げる主要改善テーマについて、必要に応じプロジェクトチーム等を立ち上げ、改善項目についてアクションプランを検討し、実行に移す体制を強化します。

ア 収入増加・確保

① 医療機能に見合った診療報酬の確保

(a) クリニカルパスの充実やDPCによる医療の標準化に伴う質の向上

医療センターには、現在45のクリニカルパスが整備されており、全退院患者に占めるパス適用率は30%弱という水準です。今後、症例数の多い疾患を中心に、DPC病院の全国平均である在院期間Ⅱを基軸としたクリニカルパスを整備し、PFMを強化することで、在院日数の適正化を図り、医療安全の向上・再入院の防止並びに病床稼働率の向上を図る必要があります。また、急性期の治療を終えた時点で地域包括ケア病棟または回復期リハビリテーション病棟への転棟、後方連携機関への逆紹介、在宅復帰等を推進することで、一般病棟の医療資源を真に必要な患者に提供します。さらに、入院では必要な検査・処置等を実施し、患者のニーズに即した薬剤管理指導・入院栄養食事指導等の指導関係のクリニカルパスへの組み込み等を実施し、患者サービスの向上を図ります。

(b) 総合内科等、地域特性に合った医療の充実

高齢化の進行に伴い、複合疾患を抱えた高齢の患者の増加が見込まれることから、総合内科、脳神経外科等の充実と医師確保を図ります。特に総合内科は、ひとつの専門に偏らない全人的医療を展開し、地域包括ケア病棟の運営の中心でもあることから、秋川流域の地域包括ケアシステムにおいて中心的役割を担えるよう努めています。

また総合内科は、都市部や地方を問わずこれからの時代に必要とされる診療であり、研修医からも注目されていることから、後期研修施設として提供を推進します。後期研修を受け入れることで将来の人材確保にもつながると考えられます。

(c) 救急・循環器・筋骨格系医療の充実

今後増加が見込まれ、他医療圏へ流出傾向にある循環器系疾患、筋骨格系疾患への対

応を強化するため、医師確保を図ります。特に、循環器系医師を確保することで、東京都CCU連絡協議会へ加盟し、循環器系救急患者搬送への対応強化及び手術件数の向上を目指します。そのために、幹部による大学医局への定期的な訪問、ホームページの募集要項の記載充実、医師紹介会社の活用、女性医師確保のための職場環境の整備等を実施します。

また、消防隊や開業医からの救急車搬送を可能な限り受け入れるため、受入れルールの明確化を図り、院長がリーダーシップを發揮し断り件数の減少を図ります。

更に、救急搬送患者対応の更なる充実のため、HCU設置の検討や、必要な人的・物的要件を整備し、目指すべき医療提供体制の整備を図ります。

② 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

医療センターが秋川流域の中核的な役割を担い、地域社会へ貢献していくためには、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ません。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ります。よって、地域医療機関との連携強化の取組みとしては、地域医療連携センターによる地域医療機関への訪問活動を強化し、顔が見える連携体制の構築を検討する必要があります。また、医療センターが強みとする診療分野について、地域医療機関の医師等を招いた研修会や講演会を引き続き実施することも必要です。さらに、医療センターが強みとする疾患について、地域連携パスを地域医療機関の医師等と合同で作成することで、前方連携から後方連携まで一貫した医療サービスの提供を図ることも検討する必要があります。

③ 臨床研修、教育、臨床研究の充実

秋川流域の急性期基幹病院としての役割を果たす為、臨床研修、教育、臨床研究の更なる充実に取り組みます。そのために、優秀な医療従事者の確保を図るとともに、院外研修への参加や資格取得支援体制の更なる充実を図ります。また医療情報の臨床研究への活用支援、治験や論文に係る業績評価の充実等、臨床研究支援体制の更なる強化を目指します。

④ 広報活動の充実

医業若しくは歯科医業又は病院若しくは診療所に関する広告については、患者等の利用

者保護の観点から医療法その他の規定により制限されてきましたが、平成19年4月より、患者等が自分の病状等に合った適切な医療機関を選択し受診することが可能となるよう、患者等に対して必要な情報が正確に提供され、その選択を支援する観点から、広告可能な内容を相当程度拡大されました。緩和された公告内容の例としては、医療従事者の専門性、施設や医療従事者等の写真・映像、治療方針、治験薬の一般名・開発コード、提供している診療・治療内容のわかりやすい提示、医療機器に関する事項等です。以上を踏まえ、医療センターとしても、ホームページの記載内容を更に充実し、地域医療機関の医療センターの診療機能等について啓発を促進し、紹介患者の確保に努めると共に、地域住民に対しても一層の医療センターが果たしている役割の理解を深めていく必要があります。

⑤ 健診事業等の予防医学の拡充【再掲】

前述の通り、高齢化が進む当該地域においては、がん、心臓疾患、高血圧、糖尿病などの生活習慣病の予防は優先すべき課題です。例えば、生活習慣病の診断、予防を目的にして行う特定健康診査や人間ドック、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ります。また、地域住民を対象とした「健康出前講座」や各種健康講座、セミナー等を積極的に展開します。構成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努めることも必要です。

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ます。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す。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ります。

イ 経費節減・抑制策

① 委託費の適正化

委託仕様書の内容を精査し、委託範囲等について見直しを実施します。新たな仕様書をも

とに、長期継続契約制度の活用や、アウトカム評価による委託業務の効率性向上により、委託費の適正化を図ります。

② 材料費の適正化

購入規模の大きい診療材料・医薬品について、同種同効品への切り替え、後発医薬品の更なる拡大、業者との価格交渉等により、材料費の適正化を図ります。

ウ プロジェクトチーム等の設置

上記の主要な取り組みテーマについて、患者確保プロジェクトチーム、経費節減プロジェクトチームなど、テーマに応じプロジェクトチーム等を立ち上げ、改善項目についてアクションプランを検討し、実行に移す体制を強化します。全職員が、目標達成のため計画に取り組みます。

(3) 新改革プラン対象期間中の各年度の収支計画等

収益面では主に一般病棟の患者確保から増収を図り、費用面では委託費の適正化を図ることで、一般会計負担金を抑えつつ経常収支の黒字化を維持します。

表 3-5 収支計画

科目名	単位	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度
		2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度
病院事業収益	千円	7,165,796	7,377,287	7,485,495	7,560,171	7,603,107
医業収益	千円	5,668,481	5,899,055	6,081,949	6,254,180	6,285,249
入院収益	千円	3,567,236	3,776,149	3,942,721	4,097,736	4,110,977
総病床数	床	310	310	310	310	310
総患者数/日	人	221.2	233.3	240.8	248.0	248.0
入院診療単価	円	44,183	44,336	44,852	45,150	45,420
総病床利用率	%	71.4%	75.3%	77.7%	80.0%	80.0%
外来収益	千円	1,716,129	1,753,929	1,780,238	1,806,942	1,833,784
その他医業収益	千円	169,230	169,230	169,230	169,230	169,230
他会計負担金	千円	215,886	199,747	189,760	180,272	171,258
医業外収益	千円	1,411,699	1,392,616	1,382,512	1,284,958	1,296,824
他会計補助金	千円	120,411	118,270	118,270	118,270	118,270
他会計負担金	千円	429,526	404,591	392,961	381,812	372,189
補助金	千円	388,538	388,538	388,538	388,538	388,538
長期前受金戻入	千円	20,863	23,224	22,842	25,875	29,102
資本費繰入収益	千円	409,929	415,561	417,469	328,031	346,293
その他医業外収益	千円	42,432	42,432	42,432	42,432	42,432
特別利益	千円	85,616	85,616	21,034	21,034	21,034
病院事業費用	千円	7,003,266	7,077,700	7,229,981	7,318,524	7,352,956
議会費用	千円	1,192	1,192	1,192	1,192	1,192
医業費用	千円	6,608,391	6,674,235	6,774,820	6,862,544	6,877,813
給与費	千円	3,594,123	3,554,123	3,584,973	3,615,823	3,630,173
材料費	千円	1,189,675	1,238,067	1,276,452	1,312,599	1,319,119
(材料費比率)	%	21.0%	21.0%	21.0%	21.0%	21.0%
経費	千円	1,098,731	1,124,861	1,146,368	1,149,189	1,159,788
委託費	千円	661,818	637,098	638,605	637,926	628,525
(委託費比率)	%	11.7%	10.8%	10.5%	10.2%	10.0%
その他	千円	436,913	487,763	507,763	511,263	531,263
既存減価償却費	千円	712,549	695,521	668,865	643,603	538,070
新規減価償却費	千円	0	48,350	84,850	128,017	217,350
資産減耗費	千円	1,781	1,781	1,781	1,781	1,781
研究研修費	千円	11,532	11,532	11,532	11,532	11,532
医業外費用	千円	379,635	388,226	379,920	380,740	399,903
既存支払利息	千円	202,709	190,085	180,231	170,332	160,642
新規支払利息	千円	0	220	2,410	4,946	9,712
繰延勘定	千円	0	0	0	0	0
雑損失	千円	175,720	196,965	196,323	204,506	228,593
その他	千円	956	956	956	956	956
特別損失	千円	14,048	14,048	74,048	74,048	74,048
医業損益	千円	-941,102	-776,371	-694,063	-609,556	-593,756
経常損益	千円	90,962	228,019	308,528	294,661	303,165
純損益	千円	162,530	299,587	255,514	241,647	250,151
医業収支比率	%	85.8%	88.4%	89.8%	91.1%	91.4%
経常収支比率	%	101.3%	103.2%	104.3%	104.1%	104.2%
総収支比率	%	102.3%	104.2%	103.5%	103.3%	103.4%
資金増加額	千円	14,045	153,567	98,806	635,987	656,290
資金期首残高	千円	99,768	113,814	267,381	366,187	1,002,174
資金期末残高	千円	113,814	267,381	366,187	1,002,174	1,658,464
一時借入金残高	千円	450,000	300,000	0	0	0

3 再編・ネットワーク化【視点3】

(1) 開業医との連携

開業医等の医療機関からの紹介率は36%程度であり、地域の急性期基幹病院として、今後更に紹介率を高めていく必要があります。

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%となっていますが、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ます。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ります。

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ます。

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ますが、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んでいきます。

(2) 福祉施設等との連携

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25施設、介護老人保健施設5施設、指定介護療養型医療施設3施設、療養病床4施設等があります。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ます。

平成28年版「高齢社会白書」によると、平成27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26.7%で、総人口が減少する中で高齢者が増加することにより、高齢化率は上昇を続け平成47年までに33.4%に達し、3人に1人が高齢者となると予想されます。

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13施設であり、今後さらに増やしていく必要があります。

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せるよう努めます。

(3) 西多摩地域公立病院の連携

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ます。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、一般病床が少ないとことから人口10万人当た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ります。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りますが、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していきます。

ア 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ります。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どうするか今後検討する必要があります。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充分に認識した上で、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と考えられます。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します。

イ 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、急性期病棟に加え、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟及び緩和ケア病棟を備えています。急性期後の患者の社会復帰支援を円滑にするためにも、他の急性期病院との連携を強化する必要があります。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ます。4病院の連携を強化し、緩和ケア病棟の一層の活用を図ります。更に、慢性期以降の患者については、地域医療機関との後方連携の強化を図っていきます。

ウ 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」「やりがいの提供」「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を検討していきます。

4 経営形態の見直し【視点4】

経営形態については、地方公営企業法の一部適用及び全部適用、地方独立行政法人、指定管理者制度及び民間譲渡があります。医療センターは、前回改革プラン以降の検討の結果、地方公営企業一部適用から全部適用へと経営形態を見直しました。今後、現状の経営形態を継続しつつ、経営の効率化に努め、必要に応じ他の経営形態への見直しも検討します。

以下、民間譲渡を除き、現状の経営形態である地方公営企業法の全部適用を含む3つの形態について、考察します。

(1) 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、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ります。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ます。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ります。

(2) 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す。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ます。

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、新たに発生する経常経費などコスト増加も課題となります。

(3) 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す。

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ります。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は、地域医療の確保という点において重大な課題が残ります。

第4章 新公立病院改革プランの点検・評価・公表等

1 公表の時期・方法

新改革プランについては、地域医療団体の代表者、構成市町村内に住居を有する住民、構成市町村の副市長、副町長及び副村長等で構成する「公立阿伎留医療センター新改革プラン策定委員会」にて平成29年3月末までにホームページ等にて公表します。

2 点検・評価体制

改革プランの点検・評価については、「公立阿伎留医療センター新改革プラン評価委員会」において、その実施状況を概ね年1回実施するものとします。

点検・評価等の結果、改革プラン対象期間のうち、遅くとも3年間が経過した時点において、改革プランで掲げた経営指標に係る数値目標の達成が著しく困難な状況になった場合は、改革プランの全体を抜本的に見直し、改革プラン対象期間内の経常収支の黒字化を目指します。

第5章 参考資料

1 公立阿伎留医療センター新改革プラン策定委員会設置要綱

公立病院新改革プランの策定について、総合的に検討することを目的として、『公立阿伎留医療センター新改革プラン策定委員会設置要綱』を制定し、平成28年12月9日から施行した。

公立阿伎留医療センター新改革プラン策定委員会設置要綱

(設置)

第1条 公立阿伎留医療センターが地域において医療を安定的かつ継続的に提供していくための新たな公立阿伎留医療センター改革プラン（以下「新改革プラン」という。）を策定するため、公立阿伎留医療センター新改革プラン策定委員会（以下「委員会」という。）を設置する。

(所掌事務)

第2条 委員会は、前条の目的を達成するため、次の各号に掲げる事項について検討し、その結果を阿伎留病院企業団企業長（以下「企業長」という。）に報告する。

- (1) 新改革プラン策定に関すること
- (2) その他新改革プランに関し必要な事項

(組織)

第3条 委員会は、委員7人以内で組織する。

2 委員は、次に掲げる者のうちから、企業長が委嘱する。

- (1) 地域医療団体の代表者
- (2) 構成市町村内に住居する住民
- (3) 構成市町村の副市長、副町長及び副村長
- (4) 企業長が任命する公立阿伎留医療センター幹部職員

3 委員の任期は、第2条の規定による報告を終了したときに満了する。

(委員長及び副委員長)

第4条 委員会に委員長及び副委員長を置く。

- 2 委員長は、委員の互選により、副委員長は委員長の指名により選任する。
- 3 委員長は、委員会を主宰し、委員会を代表する。

4 副委員長は、委員長を補佐し、委員長に事故があるときは、その職務を代理する。

(会議)

第5条 委員会の会議は、必要に応じて委員長が招集し、委員長が会議の議長となる。

2 委員会は、委員の2分の1以上の出席がなければ開催することができない。

3 委員会は、所掌事務を遂行するため必要があると認めるときは、委員以外の者に出席を求め、その者の意見を聴き、又は必要な資料の提出を求めることができる。

(謝礼)

第6条 第3条第2項第1号及び第2号に規定する委員には、予算の範囲内で謝礼を支払う。

(庶務)

第7条 委員会の庶務は、事務部財務課において処理する。

(委任)

第8条 この要綱に定めるもののほか、委員会の運営に関し必要な事項は、委員長が委員会に諮って定める。

附 則

この要綱は、公布の日から施行する。

2 公立阿伎留医療センター新改革プラン策定委員会委員名簿

氏 名	職	備 考
小 机 敏 昭	地域医療団体の代表者（あきる野医師会会長）	委員長
大 串 國 廣	構成市町村内に居住する住民（日の出町在住）	副委員長
尾 崎 喜 己	構成市町村の副市長（あきる野市副市長）	
木 崎 孝 二	構成市町村の副町長（日の出町副町長）	
八 田 野 芳 孝	構成市町村の副村長（檜原村副村長）	
荒 川 泰 行	医療センター幹部職員（公立阿伎留医療センター院長）	

3 公立阿伎留医療センター新改革プラン策定委員会の開催状況

開催年月日	議題	備考
平成29年1月11日	(1) 公立阿伎留医療センター新改革プラン策定委員会設置要綱等について (2) 委員長の互選及び副委員長の選任について (3) 新公立病院改革ガイドラインについて (4) 公立阿伎留医療センターの現状と課題について (5) 今後のスケジュール等について (6) その他	第1回新改革プラン策定委員会
平成29年2月16日	(1) 新改革プランの策定について (2) その他	第2回新改革プラン策定委員会
平成29年3月29日	(1) 答申書（案）について (2) 今後の取組み方針について (3) その他	第3回新改革プラン策定委員会

4 用語解説

(1) クリニカルパス (4 ページ)

一定の疾患や検査毎に、どのような処置を行うのか、最適と考えられる医療の実施内容や順序をスケジュール化したもの。

(2) 緩和ケア／緩和治療 (5 ページ)

生命を脅かす疾患による問題に直面している患者およびその家族の QOL (Quality of life, 生活・人生の質) を改善するアプローチ。苦しみを予防したり和らげたりすることでなされるものであり、そのために痛みその他の身体的問題、心理社会的問題を早期に発見し、的確な治療を行うという方法がとられる。

1990 年代において、緩和ケアは主に終末期の医療と捉えられていた。しかし近年では、終末期に限らず、化学療法や放射線治療などのがん治療と併用し、早期から治療を行うことで患者の QOL を向上できると考えられるようになった。医療センターにおいても、他のがん治療とシームレスに治療を行うという意味で、緩和治療科を標榜している。

(3) 高度急性期 (6 ページ)

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。救急救命病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室等、急性期の患者に対して診療密度の高い医療を提供する病棟が高度急性期機能に該当すると考えられる。

(4) 西多摩保健医療圏 (8 ページ)

病院の整備を図るために都道府県が定める地域区分で、西多摩医療圏は青梅市、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 村から成る。

(5) DPC (診断群類別包括評価) (10 ページ)

日本における医療費の定額支払い制度に使われる評価方法。DPC (Diagnosis Procedure Combination ; 診断群分類) に基づいて評価される入院 1 日あたりの定額支払い制度で DPC/PDPS(Diagnosis Procedure Combination / Per-Diem Payment System)と呼ばれる。

(6) MDC (主要診断群分類) (10 ページ)

WHO が制定している ICD-10 分類「疾病及び関連保健問題の国際統計分類第 10 回修正」に基づく 18 の主要診断群のことであり、この主要診断群を表すコードが MDC コード。

- 01 神経系疾患
- 02 眼科系疾患
- 03 耳鼻咽喉科系疾患
- 04 呼吸器系疾患
- 05 循環器系疾患
- 06 消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患
- 07 筋骨格系疾患
- 08 皮膚・皮下組織の疾患
- 09 乳房の疾患
- 10 内分泌・栄養・代謝に関する疾患
- 11 腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患
- 12 女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩
- 13 血液・造血器・免疫臓器の疾患
- 14 新生児疾患、先天性奇形
- 15 小児疾患
- 16 外傷・熱傷・中毒
- 17 精神疾患
- 18 その他

(7) 診療圏 (12 ページ)

医療機関における商圈 (テリトリー)。日常的に来院を期待できる地域を指し、医療センターにおいては西多摩保健医療圏に加え、患者が多く、隣接する八王子市・昭島市の一部が診療圏であると考えられる。

(8) 悪性新生物 (13 ページ)

悪性腫瘍のこと。細胞が何らかの原因で変異して増殖を続け、周囲の正常な組織を破壊する腫瘍であり、がんや肉腫などがこれに含まれる。

(9) ICU (20 ページ)

集中治療室 (Intensive Care Unit) の略。病院内の施設で、呼吸、循環、代謝その他の重篤な急性機能不全の患者の容態を 24 時間体制で管理し、より効果的な治療を施すことを目的とする。

(10) HCU (20 ページ)

高度治療室 (High Care Unit) の略。ICU から一般病棟に移動させる際に、経過を観察したりするために用いられる。

(11) 誤嚥性肺炎 (21 ページ)

水や食べ物などが誤嚥によって肺に入ってしまい、細菌が繁殖して炎症を起こすことで起こる肺炎。高齢者のかかる肺炎は、誤嚥性肺炎が多いと考えられている。

(12) 徐脈性不整脈 (21 ページ)

自律神経の異常な興奮や、心疾患などの病気で心臓の電気的系統に異常が生じ、脈が乱れるのが「不整脈」であり、その中で脈が遅くなる不整脈を指す。徐脈になると、安静時や軽い労作でもめまいや息切れを起こすことがある。

(13) PFM (24 ページ)

Patient Flow Management の略。予定入院患者の情報を入院前に把握し、予定入院患者の情報を入院前に把握し、入退院支援に係る問題解決に早期に着手すると同時に、病床の管理を総合的に行うことなどを目的とする部門・手法

(14) ベンチマーク (26 ページ)

本来は測量において利用する水準点を示す語で、転じて金融、資産運用や株式投資における指標銘柄など、比較のために用いる指標を意味する。

(15) ジェネリック医薬品 (後発医薬品) (26 ページ)

後発医薬品、ジェネリック医薬品とは、医薬品の有効成分そのものに対する特許（物質特許）あとに、他の製薬会社が同じ有効成分で製造・供給する医薬品である。新薬と同じ主成分

の薬とも言われる。先発の医薬品は先発医薬品ないしは先発薬と呼ばれる。

(16) ER (29 ページ)

Emergency Room の略。救急救命室を意味する言葉だが、一般的には北米型の ER システムのことを指す。北米型 ER システムの特徴は、24 時間・365 日全ての救急患者（救急車来院および独歩来院）を受け入れ、一義的に ER 専門医によって全ての科の診断および初期治療を行い、必要があれば各専門科に移管するという点である。

従来、日本では 1 次・2 次・3 次と重傷度に応じた救急指定病院が設定されており、重傷度に応じて救急隊が搬送するというシステムが採られていたが、重症度を問わず救急患者を受け入れるために、北米型 ER システムを採用する病院が現れ始めている。

(17) 看護基準 (29 ページ)

健康保険制度において、保険医療機関における看護の実態に応じて、一定の入院の費用のほかに看護料の加算が認められている入院看護サービスの条件のこと。入院患者数と看護要員数の比率によって、診療報酬点数に加算される点数が異なる。

(18) 三次医療機能 (30 ページ)

最先端・高度な技術を提供する医療であり、先進的な技術と特殊な医療機器の整備を必要とする。主として、高度で先進的な機器が整備され、専門的な医療スタッフによる対応が可能な特定機能病院や大規模病院などがその役割を担っている。

(19) 地域医療連携推進法人 (30 ページ)

2015 年 9 月に創設され、2017 年 4 月に施行が目指されている新型法人。地域医療構想における区域において、医療機関等を開設する複数の非営利法人が参加し設立する。具体的には、患者情報の一元化、医療機器の共同利用、医薬品の共同購入、人材の適正な配置等を行い、グループ内の病床機能の分化・連携と医療資源の有効活用が可能になると期待されている。

(20) QOL (31 ページ)

Quality Of Life の略。一般に、ひとりひとりの人生の内容の質や社会的にみた生活の質のことを指し、ある人がどれだけ人間らしい生活や自分らしい生活を送り、人生に幸福を見出

しているか、ということを尺度としてとらえる概念。

医療の世界においては、患者が自身の尊厳をより保ち得る生活を実現することを指し、QOL向上を目的とした援助が重要であるという考え方が一般的になっている。

(21) レスパイント入院 (31 ページ)

在宅で乳幼児や障害者、高齢者などを介護している家族が一時的に休養をとれるように、医学的管理や処置を在宅で受けている患者を対象に医療保険で入院を受け入れる制度。

(22) BCP (事業継続計画) (32 ページ)

事業継続計画 (Business Continuity Planning) の略。災害などの緊急事態が発生したときに企業が損害を最小限に抑え、事業の継続や復旧を図るための計画のことを言う。

(23) アウトブレイク (32 ページ)

疫学において、アウトブレイク (outbreak) は、ある限定された領域の中で感染症にかかって人間、またはその他の生物の小集団を指す分類語である。そのような集団は村などの区域内に隔離されることが多い。

(24) 東京都 CCU 連絡協議会 (38 ページ)

心臓血管系の重症患者を対象とする集中治療室 (Coronary Care Unit) を持つ病院が、急性心血管疾患に対し、迅速な救急搬送と専門施設への患者収容を行うことを目的に、1978年に東京都に組織された機構。2016年10月現在、加盟施設は72となっており、地域救急医療システムの連携強化等の取組を推進している。

(25) 地域連携パス (38 ページ)

地域連携パスとは、ある疾患に罹患した患者さんを中心として、地域で医療・介護に関わる人々がそれぞれの役割分担を行い、お互いに情報共有をすることにより、今後の診療の目標や注意点を明確にし、チームで患者さんを支えてゆくための仕組み。

