

柏市立柏病院 新改革プラン

(平成29年度～平成32年度)

平成29年3月

柏 市

目次

1. はじめに	
(1) 計画策定の趣旨	1
(2) 計画の位置付け	1
(3) 計画期間	1
(4) 進捗状況の管理	2
2. 市立柏病院を取り巻く現状と課題	
(1) 市立柏病院の概要	3
(2) 外部環境分析	7
(3) 財務分析	14
(4) 医療資源分析	16
(5) 医療に対するニーズ	18
3. 市立柏病院の将来像と経営効率化に向けた取組み	
(1) 市立柏病院の将来像	20
(2) 経営の効率化と具体的な取組み	28
(3) 再編・ネットワーク化	38
(4) 経営形態の見直し	39
4. おわりに	40
資料	
・新公立病院改革ガイドライン	41
・用語説明	52

1. はじめに

(1) 計画策定の趣旨

市立柏病院は、国の「国立病院の統廃合計画」の対象施設であった旧国立柏病院を、地域の医療機能を維持するために、平成4年に柏市が国から有償移譲を受け、全面改修を経て、平成5年7月に新たに開院した病院です。

当初は、将来の高齢化社会に対応した医療福祉の拠点として市立柏病院を位置づけ、内科、外科、整形外科及びリハビリテーション科の4科、病床数100床による高齢者医療を柱とする病院として、公設民営方式でスタートしました。その後、取り巻く環境や医療ニーズの変化に対応するために、急性期医療を中心とした診療機能に転換し、現在では、指定管理者制度により、診療科目16科、一般病床数200床の規模で運営しています。

一方、全国的な公立病院を取り巻く環境として、医師不足の問題や少子高齢化に伴う医療ニーズの多様化、度重なる医療制度改革等があることから、公立病院が持続可能な病院運営を行っていくために、経営改善の取り組みが求められていました。

こうした中で、総務省から平成19年12月に「公立病院改革ガイドライン」が示され、「公立病院改革プラン」の策定を要請されたことから、柏市は、平成21年3月に「柏市立柏病院改革プラン」を策定し、病院の経営改善に取り組み、一定の成果を残してきたところです。

しかしながら、全国的には、依然として医師不足等の厳しい環境が続いており、持続可能な経営を確保しきれていない病院も多く、今後急速に進展する人口減少や少子高齢化に向けて、引き続き、経営効率化、再編・ネットワーク化、経営形態の見直しの視点に立った改革を継続し、地域における良質な医療の確保が求められています。そこで、総務省から平成27年3月に「新公立病院改革ガイドライン」が示され、地域医療構想との整合を図りながら、病院機能の見直しや病院経営のさらなる改革に取り組むため、「新公立病院改革プラン」を策定するよう要請されています。

以上のことから、市立柏病院について、これまでと同様に地域において必要な医療機能を確保し、質の高い医療を安定的・効率的に提供できる自立的な経営体制を継続しつつ、さらに、より一層の経営改善を図るため、設置者である柏市と指定管理者である公益財団法人が連携し、「柏市立柏病院 新改革プラン」を策定するものです。

(2) 計画の位置付け

本改革プランでは、総務省の新公立病院改革ガイドラインを踏まえるとともに、平成28年度に開催した「柏市健康福祉審議会 市立病院事業検討専門分科会」における検討及び千葉県地域医療構想との整合を図りながら、市立柏病院の将来像並びに病院事業の経営改善に向けた具体的な取り組み及び数値目標を定めます。

(3) 計画期間

計画期間は、平成29年度から平成32年度までの4か年です。

(4) 進捗状況の管理

本改革プランは、年1回以上、実施状況の点検、評価及び公表を行います。また、評価の結果、本改革プランの見直しが必要なときは、その都度、計画の変更を行います。

特に、市立柏病院の建物は、旧国立病院時代に建設されており、施設・設備面での老朽化が著しいことから、現在、「柏市健康福祉審議会 市立病院事業検討専門分科会」において、施設のあり方を検討しています。

このため、当該専門分科会の審議結果により、本改革プランの記載の見直しが生じた際は、適宜、計画の変更を行います。

2. 市立柏病院を取り巻く現状と課題

(1) 市立柏病院の概要

ア 設立の経緯

昭和14年に柏陸軍病院が創設され、昭和22年に結核療養所に転換し、国立療養所柏病院になりました。また、昭和53年に国立柏病院として名称と性格を変え、一般病院となりました。

昭和61年1月に国の国立病院統廃合の再編成計画が発表され、国立柏病院と国立療養所松戸病院を廃止し、新たに国立がん研究センター東病院を設置することが決定されました。このため、昭和63年5月、柏市は跡地利用について専門委員会を設置し、老人系地域支援型病院の設置の方向性を示しました。これにより、平成5年7月に市立柏病院が開院しました。

開院当初は、内科、外科、整形外科及びリハビリテーション科の4科で、病床数100床による高齢者医療を柱とする病院としてスタートしました。その後、取り巻く環境や医療ニーズの変化に対応する中で、柏市の附属機関である柏市立柏病院管理運営委員会(当時)で一般急性期病院の方向性が示されたことにより、急性期医療を中心とした診療機能に転換し、現在では、診療科目16科、病床数200床の規模で運営しています。

市立柏病院の運営形態は、開設者である柏市が、病院の管理運営を民間法人に委託する「公設民営方式」を採用しました。平成5年7月の開院当時では、全国でも数少ない運営形態でした。

開院当初の3年間は社団法人柏地区医師会が運営し、平成8年4からは一貫して財団法人柏市医療公社(現:公益財団法人柏市医療公社)が運営を担っています。また、地方自治法の改正に伴い、平成18年4からは指定管理者制度に基づく管理・運営形態に移行し、現在に至っています。

沿革

昭和 14 年	4 月	柏陸軍病院として創設される
昭和 20 年	12 月	厚生省に移管される
昭和 22 年	4 月	結核療養所に転換され、国立療養所柏病院となる
昭和 53 年	4 月	国立病院に転換され、国立柏病院となる
平成 4 年	6 月	国立柏病院が廃院となる 市立柏病院(仮称)の開設が許可される
平成 4 年	7 月	厚生省と柏市が国有財産譲渡契約を締結する
平成 5 年	3 月	国立柏病院跡地改修工事が竣工となる
平成 5 年	4 月	柏市と社団法人柏地区医師会が市立柏病院管理委託契約を締結する
平成 5 年	7 月	市立柏病院が開院する 内科、外科、整形外科及び理学療法科(リハビリテーション科)の4科を標榜し、 一般病床100床、伝染病棟30床が稼働病床となる 結核予防指定医療機関となる
平成 6 年	7 月	3階病棟を開棟し、稼働病床150床となる
平成 7 年	4 月	財団法人柏市医療公社が市立柏病院の運営管理を引き継ぎ、柏市と委託契約を締結する

平成 9 年	1 月	眼科を開設する(5 科)
平成 9 年	10 月	救急病院の認定及び告示となる
平成 10 年	7 月	柏市立介護老人保健施設はみんぐ, はみんぐ在宅介護支援センター(訪問看護ステーション, ヘルパーステーション)が敷地内に併設される
平成 11 年	3 月	医療法の改正により, 伝染病棟 30 床が廃止となる
平成 14 年	4 月	泌尿器科を開設する (6 科)
平成 14 年	8 月	市立柏病院の増築改修工事(MRI 室や手術室の増築, 病棟改修工事, 厨房移転, 診療科目造設に伴う外来棟増築)が竣工となる 一般病床 200 床となる
平成 14 年	9 月	麻酔科を開設する (7 科)
平成 15 年	1 月	神経内科, 呼吸器科, 消化器科及び循環器科を開設する(11 科)
平成 18 年	4 月	柏市と財団法人柏市医療公社が市立柏病院の指定管理に関する基本協定書を締結する (～H27 年度)
平成 19 年	9 月	放射線科を開設する (12 科)
平成 20 年	8 月	内分泌・代謝内科及び肝臓内科を開設する (14 科)
平成 22 年	4 月	小児科を開設する (15 科)
平成 23 年	7 月	オーダーリングシステムを導入する
平成 23 年	9 月	電子カルテを導入する
平成 24 年	4 月	指定管理者である柏市医療公社が公益財団法人へ移行する
平成 24 年	6 月	施設基準入院基本料を 10 対 1 から 7 対 1 へ変更する
平成 26 年	4 月	腎臓内科を開設する (16 科)
平成 26 年	6 月	糖尿病センターを開設する
平成 27 年	4 月	不整脈センターを開設する
平成 28 年	2 月	柏市と公益財団法人柏市医療公社が市立柏病院及び柏市立介護老人保健施設はみんぐの指定管理に関する基本協定書を締結する (～H32 年度)

イ 病院の概要

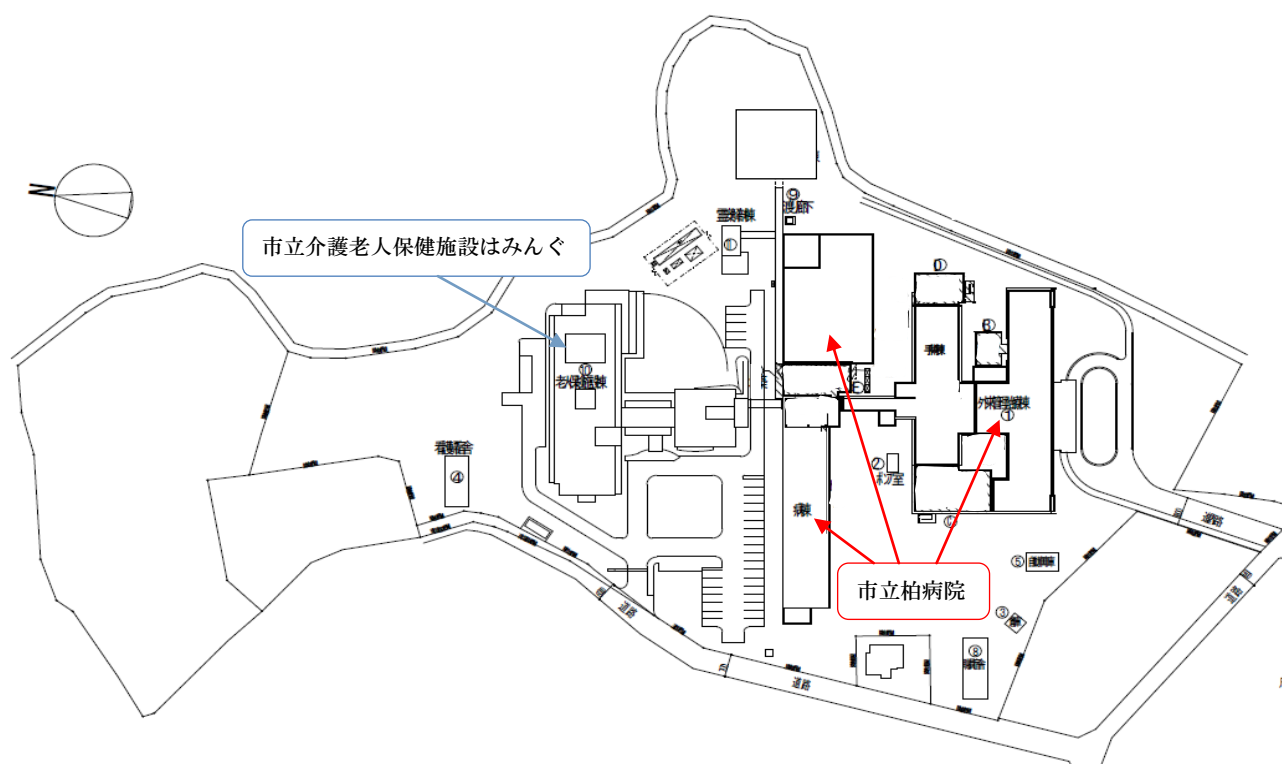
病院名	市立柏病院
所在地	柏市布施1番地3
設置者	柏市
管理運営(指定管理者)	公益財団法人柏市医療公社
開設年月日	平成 5年 7月
病床数	200床 (病床種別を一般200床, 病床機能を急性期200床として報告)
診療科目	【標榜診療科】16診療科 内科, 神経内科, 呼吸器内科, 消化器内科, 肝臓内科, 腎臓内科, 循環器内科, 内分泌・代謝内科, 小児科, 外科, 整形外科, 泌尿器科, 眼科, リハビリテーション科, 放射線科, 麻酔科 【専門外来】 糖尿病外来, 内分泌・糖尿病外来, 肝臓外来, 循環器外来, 腎臓外来, ペースメーカー外来, 関節外来, 禁煙外来, 前立腺外来, 側弯症外来 【その他】 健診センター, 糖尿病センター, 不整脈センター
承認指定	保険医療機関, 救急告示病院(二次救急医療体制), 労災保険法指定, 生活保護法指定, 結核予防法指定, 被爆者一般疾病指定, 臨床研修病院指定, 特定疾患治療研究事業指定(千葉県), 小児慢性特定疾患治療研究事業指定(千葉県), 労災保険二次検診等給付医療機関指定, 肝疾患専門医療機関(千葉県), 肝疾患指定医療機関(千葉県), 肝疾患契約医療機関(千葉県)

※ 平成29年1月現在

ウ 施設の概要

敷地面積	33,620.79 m ²
延床面積	12,121.31 m ²
建物構造	外来管理治療棟:鉄筋コンクリート造 2 階建, 5,255.96 m ² 病棟 :鉄筋コンクリート造 4 階建, 4,323.15 m ² サービス棟 :鉄筋コンクリート造平屋建, 997.62 m ² 医師宿舎 :コンクリートブロック造 2 階建, 260.76 m ² 看護師宿舎 :鉄筋コンクリート造 4 階建, 399.92 m ² 院内保育所 :木造モルタル造平屋建, 99.79 m ² 事務棟, 特別診察室ほか 784.11 m ²
主な設備	X 線一般撮影装置, X 線 TV 装置, CT 撮影装置, MRI 撮影装置, 血管撮影装置, 乳房撮影装置, 骨密度測定装置

※ 病院の建物は、旧国立病院時代のものを使用し、築約40年で(S51年/S53年築)、設備関係も老朽化が著しい状況です。医療機器の大型化、IT化など、現在の医療環境への対応が困難となっています。また、診療科目の増加(H5年開院時 診療4科⇒H28年診療16科)に伴い、限られたスペースを分割しながら診療をしています。院内の動線が長く、患者と医療従事者の双方にとって、使いづらい施設となっています。



(2) 外部環境分析

ア 二次医療圏の概要

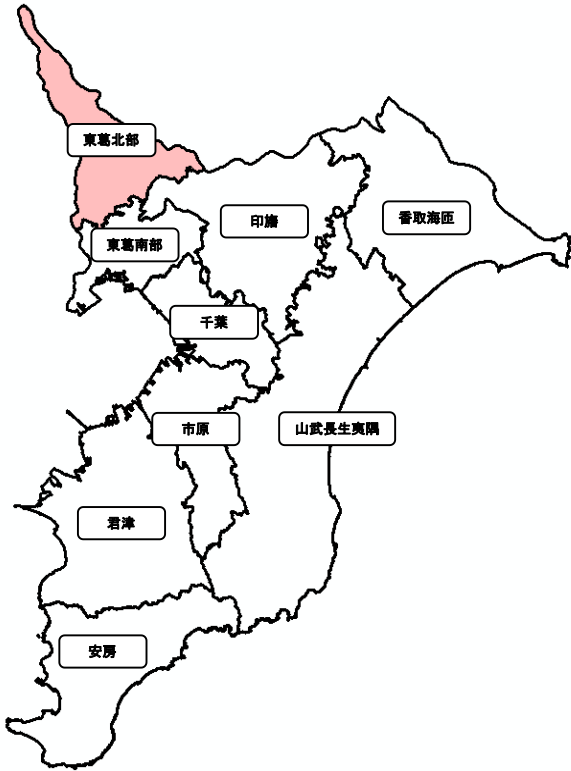
柏市は、千葉県の二次医療圏のうち、東葛北部二次医療圏を構成する自治体です。

千葉県保健医療計画(平成25年5月一部改訂)によれば、東葛北部二次医療圏の人口は135万6,964人で、県全体に占める構成割合は21.7%と、東葛南部二次医療圏に続き、県内で2番目に人口が多い圏域です。柏市の人口は40万6,835人であり、東葛北部二次医療圏人口の3割近くを占めています。

また、65歳以上の人口でみると、東葛北部二次医療圏は33万3,315人であり、こちらも東葛南部二次医療圏に続き、県内で2番目に多い圏域ですが、高齢者割合でみると、24.6%(柏市では23.8%)と県全体に比べ低い値となっています。

二次医療圏	構成市町村
東葛北部	松戸市, 野田市, 柏市, 流山市, 我孫子市
千葉	千葉市
東葛南部	市川市, 船橋市, 習志野市, 八千代市, 鎌ヶ谷市, 浦安市
印旛	成田市, 佐倉市, 四街道市, 八街市, 印西市, 白井市, 富里市, 印旛郡酒々井町, 栄町
香取海匝	銚子市, 旭市, 匝瑳市, 香取市, 香取郡神崎町, 多古町, 東庄町
山武長生夷隅	いすみ市, 茂原市, 東金市, 勝浦市, 山武市, 大網白里市, 山武郡(九十九里町, 芝山町, 横芝光町), 長生郡(一宮町, 睦沢町, 長生村, 白子町, 長柄町, 長南町), 夷隅郡(大多喜町, 御宿町)
安房	館山市, 鴨川市, 南房総市, 安房郡鋸南町
君津	木更津市, 君津市, 富津市, 袖ヶ浦市
市原	市原市

*出典：千葉県「千葉県保健医療計画」(平成25年5月一部改定)



【人口・面積・高齢者割合】

二次保健医療圏	面積(km ²)	人口(人)	構成割合(%)	人口密度(人/km ²)	65歳以上人口(人)	高齢者割合(%)
東葛北部	358.14	1,356,964	21.7%	3,788.9	333,315	24.6%
柏市(再掲)	114.74	406,835	6.5%	3,545.7	96,931	23.8%
千葉	271.76	962,554	15.4%	3,541.9	230,113	23.9%
東葛南部	253.91	1,733,101	27.7%	6,825.7	372,781	21.5%
印旛	691.66	722,610	11.6%	1,044.7	174,745	24.2%
香取海匝	717.46	289,883	4.6%	404.0	89,048	30.7%
山武長生夷隅	1161.69	446,917	7.1%	384.7	137,503	30.8%
安房	576.62	132,451	2.1%	229.7	49,980	37.7%
君津	758.21	329,654	5.3%	434.8	88,673	26.9%
市原	368.17	280,225	4.5%	761.1	71,008	25.3%
千葉全域	5157.62	6,254,359	100.0%	1,212.6	1,547,166	24.7%

*出典1：千葉県「千葉県保健医療計画」(平成25年5月一部改定)

*出典2：国土地理院「平成26年全国都道府県市区町村別面積調」

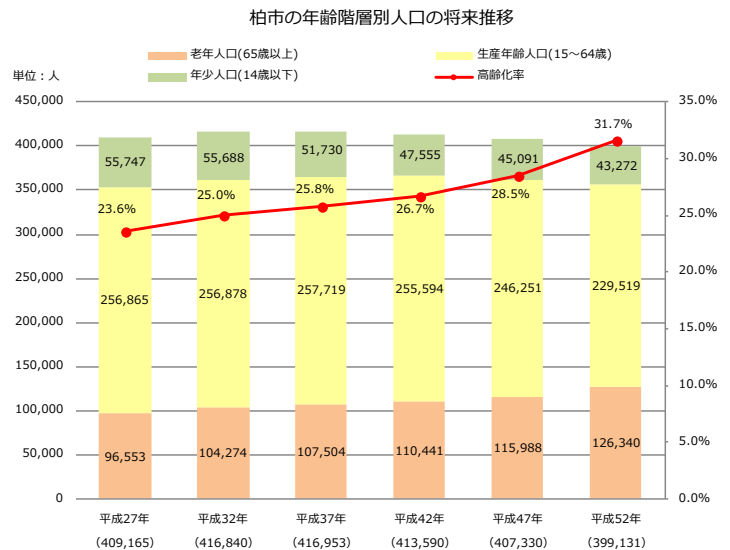
イ 柏市の人口動態

柏市における人口の将来推移をみると、全年齢では、平成37年(2025年)頃をピークに、増加傾向から徐々に減少に転じることが予測されます。

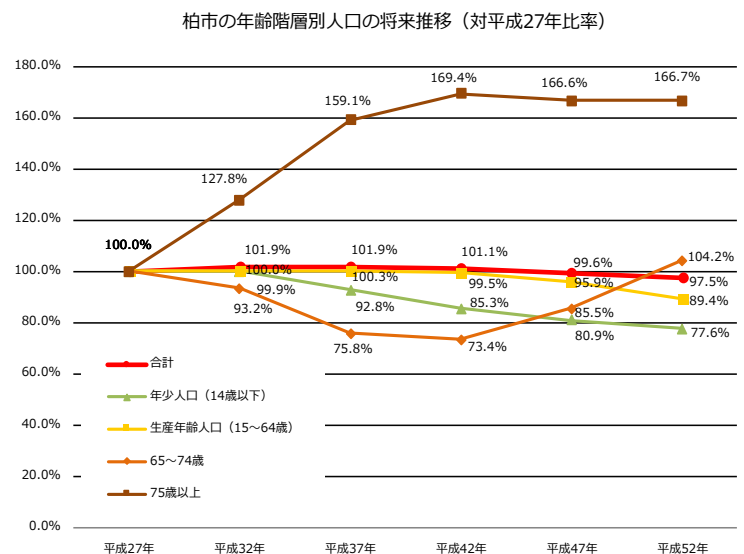
また、高齢化率をみると、平成42年(2030年)頃まで緩やかに上昇し、それ以降、急激に上昇していくことが予測されます。

平成27年(2015年)を基準とした場合の人口の変化率をみると、平成47年(2035年)には99.6%、平成52年(2040年)には97.5%であり、減少幅としては、緩やかであることが予測されます。

75歳以上人口の将来推移をみると、平成42年(2030年)にかけて、急激に増加することが予想されます。



※ 出典：国立社会保障 人口問題研究所「日本の市町村別将来推計人口（平成25年3月推計）」
 注）総数については、階級別人口が四捨五入されているため厳密には誤差がある。



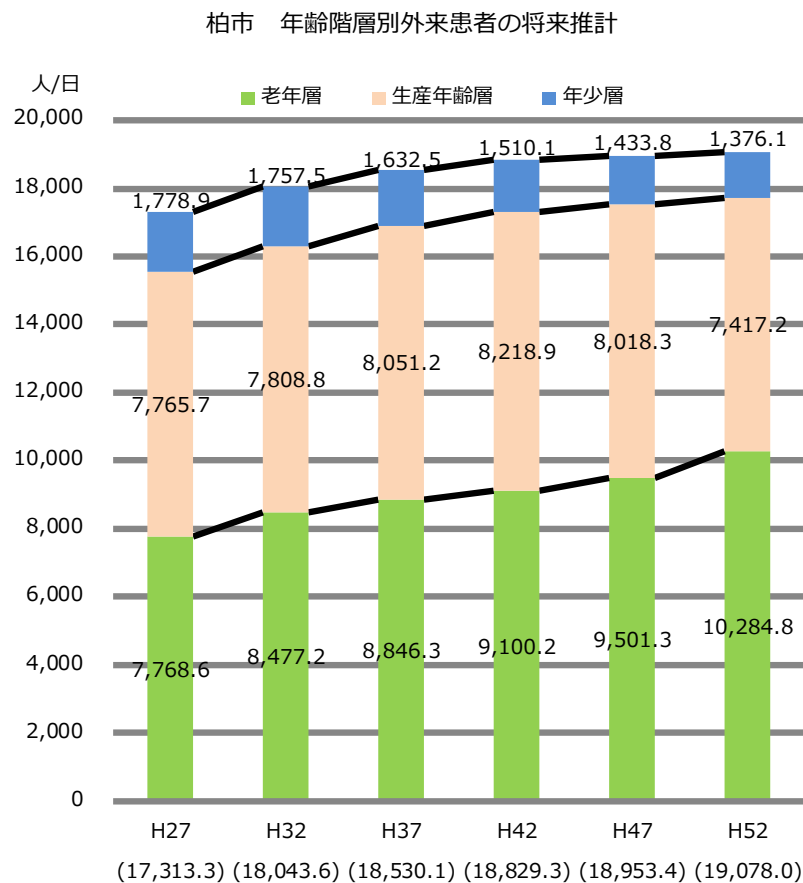
ウ 柏市における患者推計

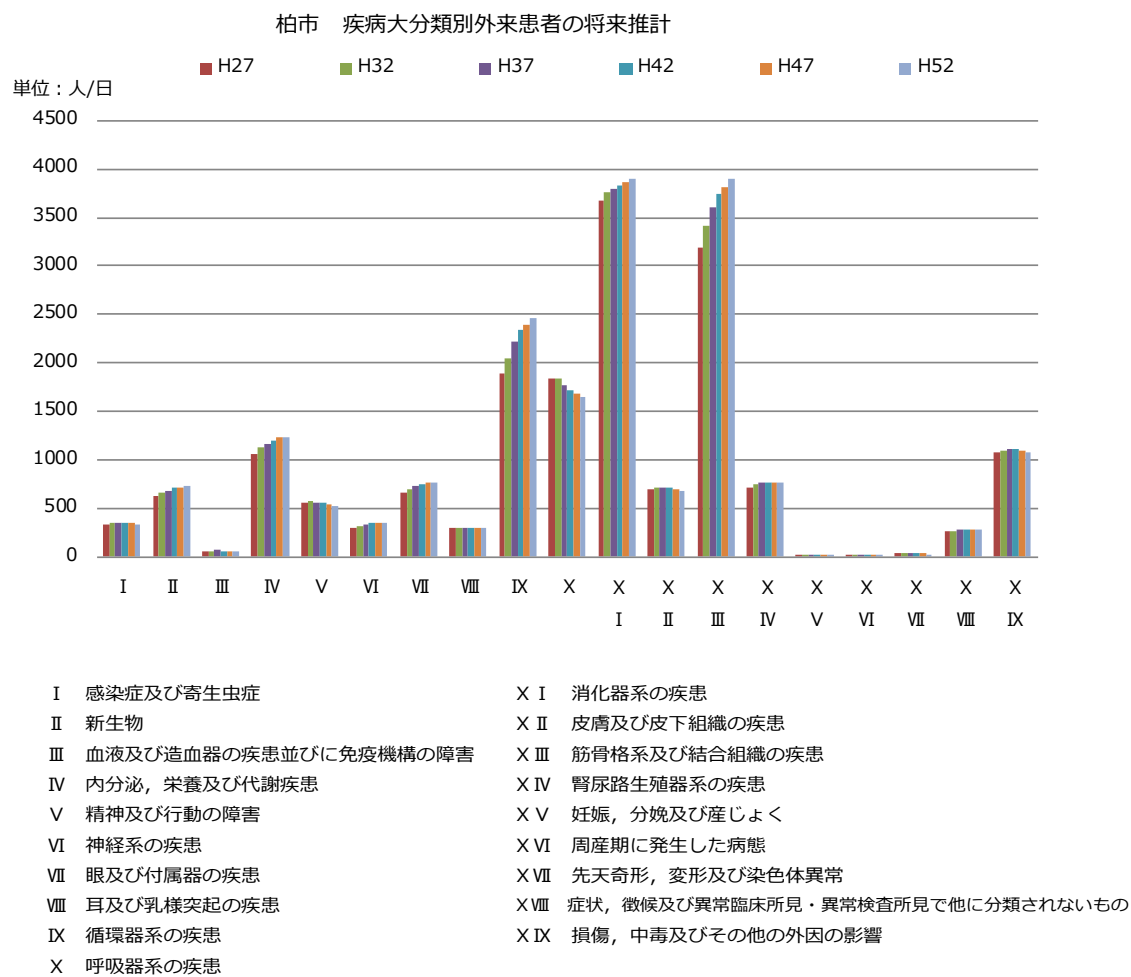
(ア) 外来患者推計

柏市における外来患者数の将来推計によれば、平成27年(2015年)から平成52年(2040年)にかけて、1日当たり外来患者数は増加していくことが予測されます。特に、年齢階層別にみると、老年層について、平成52年(2040年)にかけて増加していくことが予測されます。

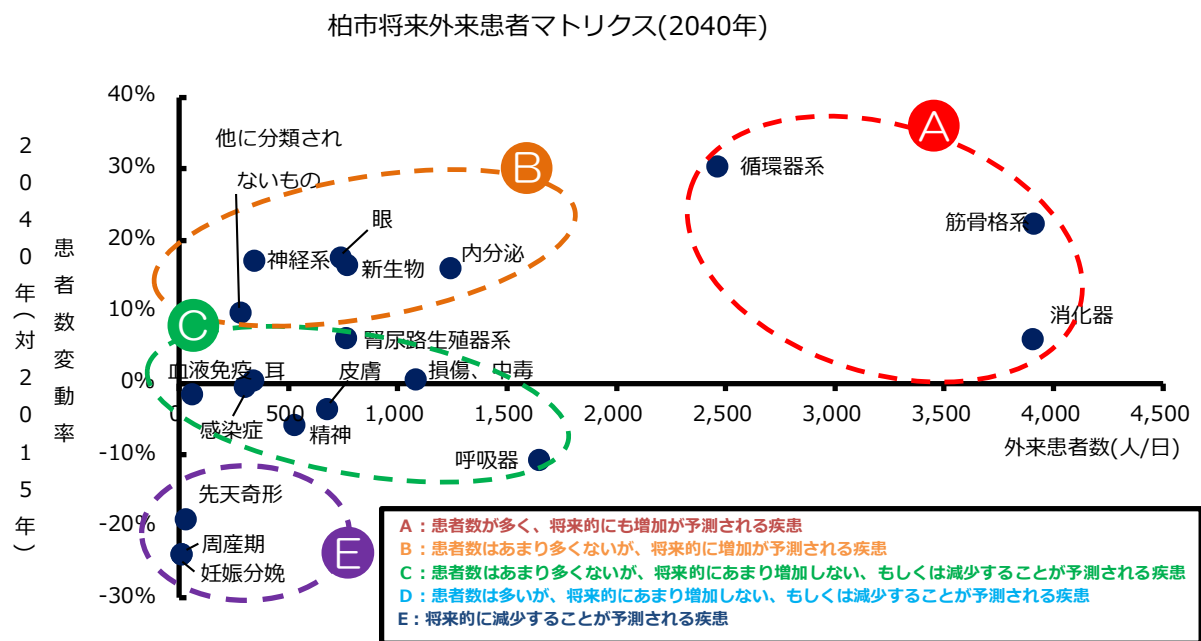
柏市の1日当たり外来患者数の変化率(柏市将来外来患者マトリクス)をみると、Aグループ(将来的に増加が予想される疾患)として、「XⅠ 消化器系の疾患」や「XⅢ 筋骨格系及び結合組織の疾患」、「ⅠX 循環器系の疾患」が挙げられており、平成52年(2040年)に向けて増加率が高いことが予測されています。

市立柏病院の診療科では、「消化器内科」、「整形外科」及び「循環器内科」の外来診療の需要が高まることが予想されます。





※ 出典：国立社会保障 人口問題研究所「日本の市町村別将来推計人口（平成25年3月推計）」
厚生労働省 「患者調査(平成26年度) 年齢階層別・疾病分類別受療率」



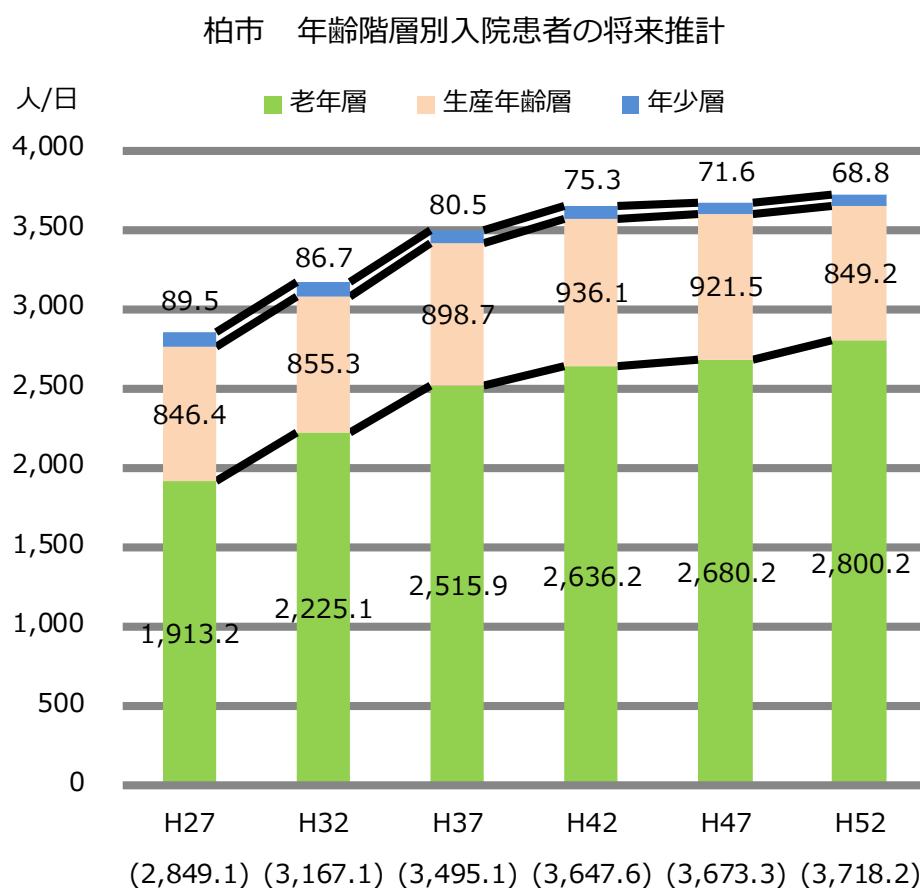
(イ) 入院患者推計

柏市における入院患者数の将来推計によれば、平成27年(2015年)から平成52年(2040年)にかけて1日当たり入院患者数は増加していくことが予測されます。

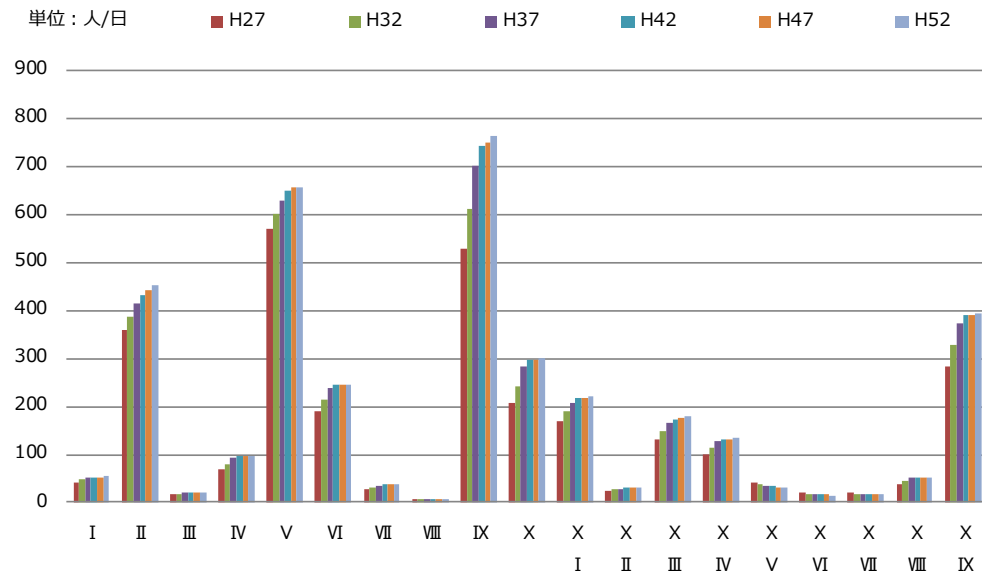
年齢階層別にみると、老年層について、平成52年(2040年)にかけて増加していくことが予測されます。

柏市の1日当たり入院患者数(柏市将来入院患者マトリクス)をみると、Aグループ(将来的に増加が予想される疾患)として、「ⅠX循環器系の疾患」や「Ⅴ精神及び行動の障害」、「Ⅱ新生物」、「XⅨ損傷、中毒及びその他の外因の影響」が挙げられており、平成52年(2040年)までの増加率が高いことが予測されています。

市立柏病院の診療科では、「循環器内科」の入院診療の需要が高まることが予想されます。また、新生物や循環器系疾患への対応として、がん診療や脳卒中、心疾患へ対応できる外科系の診療科目が求められると想定されます。



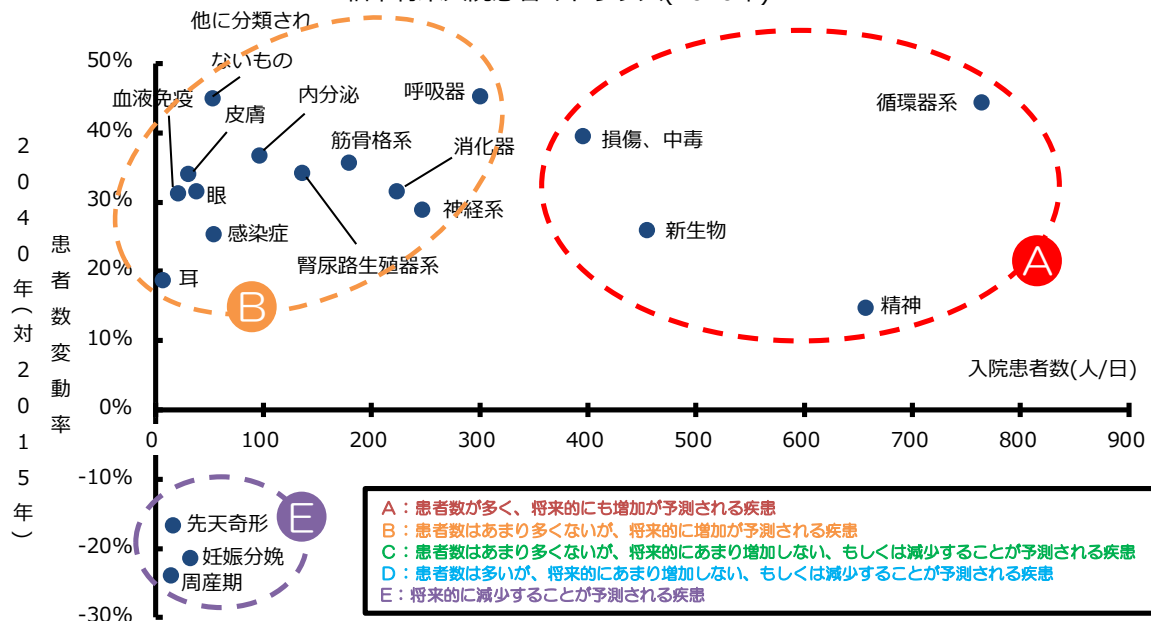
柏市 疾病大分類別入院患者の将来推計



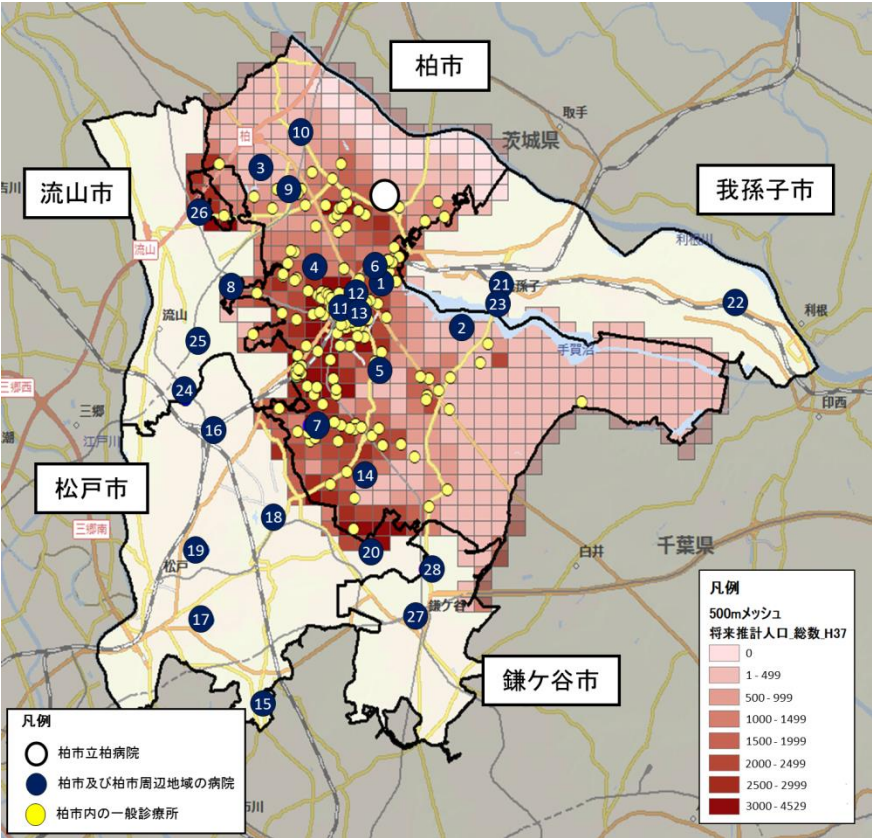
- | | |
|--------------------------|--|
| I 感染症及び寄生虫症 | X I 消化器系の疾患 |
| II 新生物 | X II 皮膚及び皮下組織の疾患 |
| III 血液及び造血系の疾患並びに免疫機構の障害 | X III 筋骨格系及び結合組織の疾患 |
| IV 内分泌、栄養及び代謝疾患 | X IV 腎尿路生殖器系の疾患 |
| V 精神及び行動の障害 | X V 妊娠、分娩及び産後 |
| VI 神経系の疾患 | X VI 周産期に発生した病態 |
| VII 眼及び付属器の疾患 | X VII 先天奇形、変形及び染色体異常 |
| VIII 耳及び乳突突起の疾患 | X VIII 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの |
| IX 循環器系の疾患 | X IX 損傷、中毒及びその他の外因の影響 |
| X 呼吸器系の疾患 | |

※ 出典：国立社会保障 人口問題研究所「日本の市町村別将来推計人口（平成25年3月推計）」
厚生労働省 「患者調査(平成26年度) 年齢階層別・疾病分類別受療率」

柏市将来入院患者マトリクス(2040年)



工 柏市及び近隣市の医療提供体制



番号	二次医療圏	市	病院名
1	東葛北部	柏市	柏市立柏病院
2			東京慈恵会医科大学附属 柏病院
3			千葉・柏リハビリテーション病院
4			国立がん研究センター東病院
5			柏厚生総合病院
6			名戸ヶ谷病院
7			北柏リハビリ総合病院
8			聖光ヶ丘病院
9			おおたかの森病院
10			辻仲病院柏の葉
11			千葉・柏たなか病院
12			岡田病院
13			深町病院
14			巻石堂病院
15			柏南病院
16	松戸市	松戸市	東松戸病院
17			新松戸中央総合病院
18			新東京病院
19			千葉西総合病院
20	我孫子市	我孫子市	国保松戸市立病院
21			五香病院
22			我孫子東邦病院
23			平和台病院
24	流山市	流山市	名戸ヶ谷あびこ病院
25			千葉愛友会記念病院
26			東葛病院
27			流山中央病院
28	東葛南部	鎌ヶ谷市	鎌ヶ谷総合病院
			東邦鎌ヶ谷病院

※将来推計人口の出自：「国立社会保障・人口問題研究所 日本の市区町村別将来推計人口（平成25年3月推計）」
※一般診療所の出自：「日本医師会「地域医療情報システム」」H27.11.14現在
※病院の出自：「ちば医療なび」H28.12.14現在 柏市内の病院（精神・重症心身障害を除く）及び、流山市・松戸市・我孫子市・鎌ヶ谷市の一般病床100床以上の病院を掲載

柏市内の医療施設の配置状況をみると、病院及び診療所（クリニック）は、人口が密集している柏市中心部に集中しています。他方、市立柏病院の周辺地域は、比較的医療機関が少ないことが分かります。

また、急性期医療の提供状況について、DPC対象病院の配置状況をみると、柏市内には4病院、東葛北部二次医療圏には15病院あります。

これらのうち、東京慈恵会医科大学附属柏病院や国保松戸市立病院、千葉西総合病院が、圏域における高度急性期機能病院としての役割を担っています。

なお、柏市内では、おおたかの森病院、岡田病院、柏厚生総合病院、柏たなか病院、市立柏病院及び名戸ヶ谷病院の6病院が、柏市の夜間休日の救急医療を担う二次病院となっています。

市	No.	病院名称	医療機関群	DPC参加年度	DPC算定病床の入院基本料	病床数
柏市	-	柏市立柏病院	-	出来高算定病院	一般7対1	200
	1	東京慈恵会医科大学附属 柏病院	Ⅱ群	平成20年度	一般7対1	664
	2	国立がん研究センター東病院	Ⅲ群	平成23年度	専門7対1	425
	3	柏厚生総合病院	Ⅲ群	平成21年度	一般7対1	318
	4	おおたかの森病院	Ⅲ群	平成22年度	一般10対1	199
松戸市	5	国保松戸市立病院	Ⅲ群	平成21年度	一般7対1	570
	6	千葉西総合病院	Ⅱ群	平成18年度	一般7対1	502
	7	新東京病院	Ⅲ群	平成21年度	一般7対1	387
	8	新松戸中央総合病院	Ⅲ群	平成20年度	一般7対1	333
	9	東葛クリニック病院	-	準備病院	一般10対1	95
我孫子市	10	平和台病院	Ⅲ群	平成23年度	一般10対1	224
	11	我孫子聖仁会病院	-	出来高算定病院	一般10対1	168
野田市	12	小張総合病院	Ⅲ群	平成18年度	一般7対1	350
	13	キッコーマン総合病院	-	準備病院	一般7対1	129
流山市	14	東葛病院	Ⅲ群	平成21年度	一般7対1	331
	15	千葉愛友会記念病院	Ⅲ群	平成21年度	一般7対1	286

* 出典：厚生労働省DPC評価分科会「施設概要表(平成27年度)」

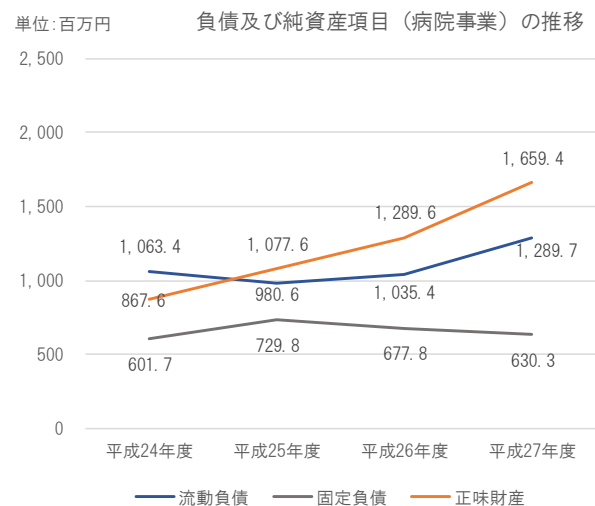
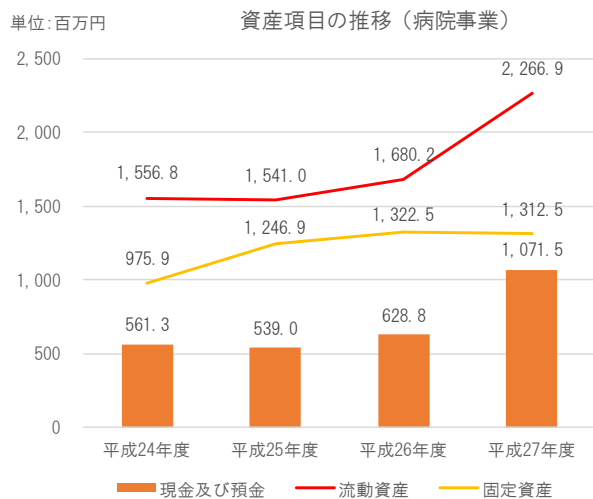
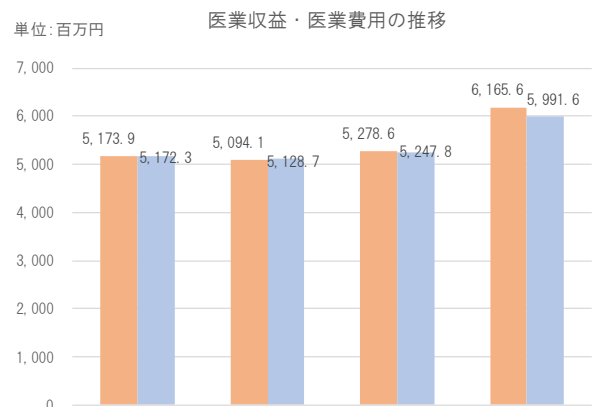
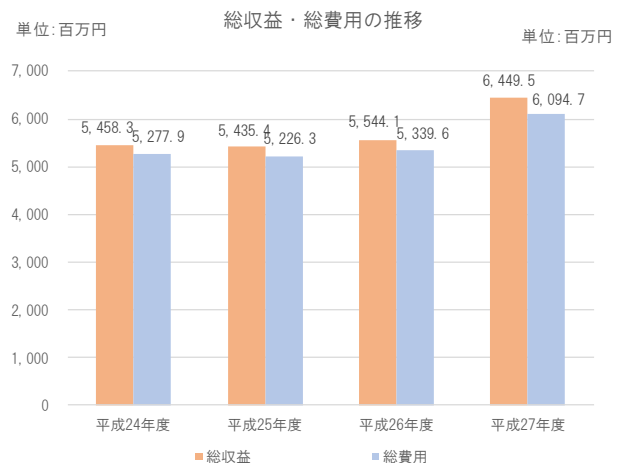
(3) 財務分析

ア 市立柏病院の経営状況

公益財団法人柏市医療公社が運営する市立柏病院における総収益・総費用の推移(平成24年度以降)によれば、経常黒字が継続していることが分かります。

平成27年度では、約3億4,500万円の経常利益を達成しています。総収益には、柏市からの政策的医療の実施に対する交付金(約2億円)が含まれていることに留意が必要ですが、こうした毎年度の経常黒字分は、将来の施設整備への活用も考えられます。

また、補助金等を除いた医業収益・医業費用の推移をみると、平成26年度までは、ほぼ収支同額ですが、平成27年度は、収益61億6,500万円、費用59億9,100万円で、1億7,400万円の医業利益となっています。

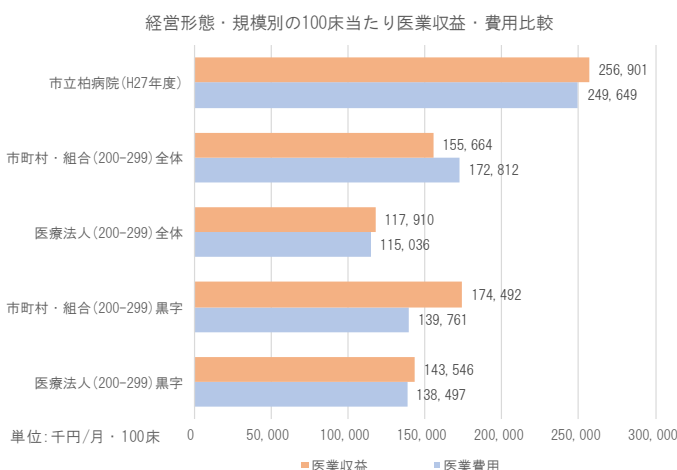


市立柏病院の財務状況の推移をみると、平成24年度以降、現金及び預金が増加傾向にあり、良好な状況にあると言えます。固定資産の内訳は、退職給与引当金や医療機器等購入積立資金です。

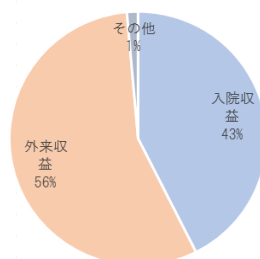
イ 市立柏病院の医業収支の傾向

市立柏病院(H27年度)の100床当たり医業収益・費用を、200-299床規模の市町村・組合立病院及び医療法人立病院と比較すると、市町村・組合立病院(200-299床)全体は赤字、医療法人立病院(200-299床)全体ではほぼ収支均衡の状況ですが、これらの医業収益及び医業費用よりも、市立柏病院の医業収益及び医業費用の額が、かなり大きいことが分かります。

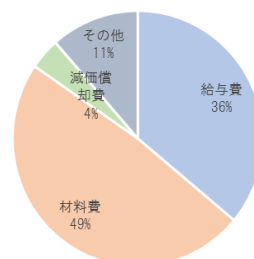
また、市立柏病院の医業収益の内訳をみると、外来収益が56%、入院収益が43%であり、入院収益よりも外来収益の方が大きいことが分かります。



市立柏病院における医業収益の内訳 (H27年度)



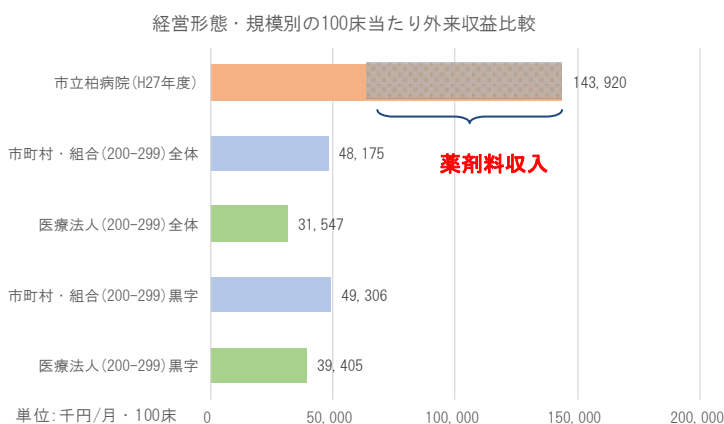
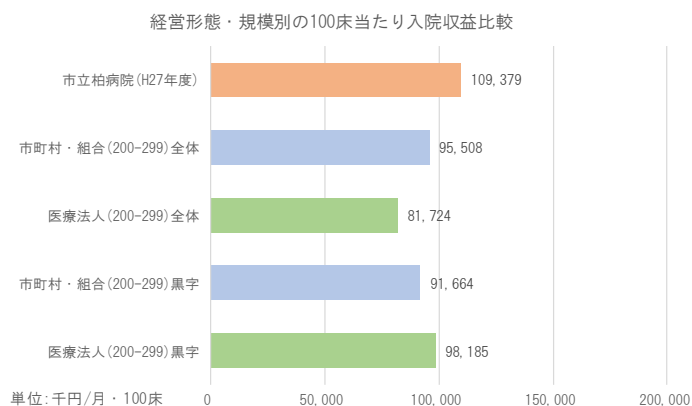
市立柏病院における医業費用の内訳 (H27年度)



同様に、100床当たり入院収益・外来収益を200-299床の市町村・組合立及び医療法人立病院と比較すると、市立柏病院の傾向として、入院収益が比較対象を少し上回る一方で、外来収益は比較対象の中で特出しています。外来収益の高さが、医業収益が高い要因となっていることが分かります。

収益構造としても、市立柏病院の医業収益のうち、外来収益は入院収益の約1.3倍となっており、入院収益を基軸とした比較対象とは異なる傾向であると言えます。

市立柏病院が、比較対象と比べて外来収益が高い理由として、院内処方の運用としていることが考えられますが、薬剤処方の収益を除いても高いため、多くの外来患者数を診ていることも影響しています。



※ 出典①:平成 25～27 年度「公益財団法人柏市医療公社事業及び決算報告書」

※ 出典②:平成 27 年度「病院経営実態調査報告」「病院経営分析調査報告」全国公私病院連盟

(4) 医療資源分析

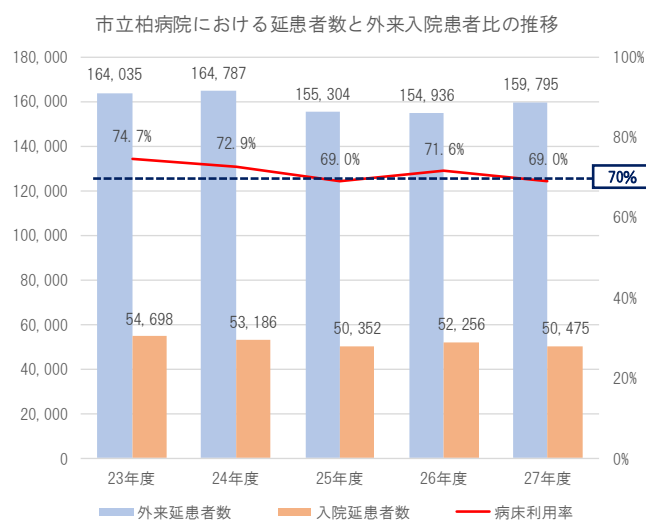
ア 市立柏病院の機能性

市立柏病院の年度別延患者数の推移をみると、平成23年度以降、入院及び外来ともにやや減少傾向にあるものの、大きな変動は認められません。

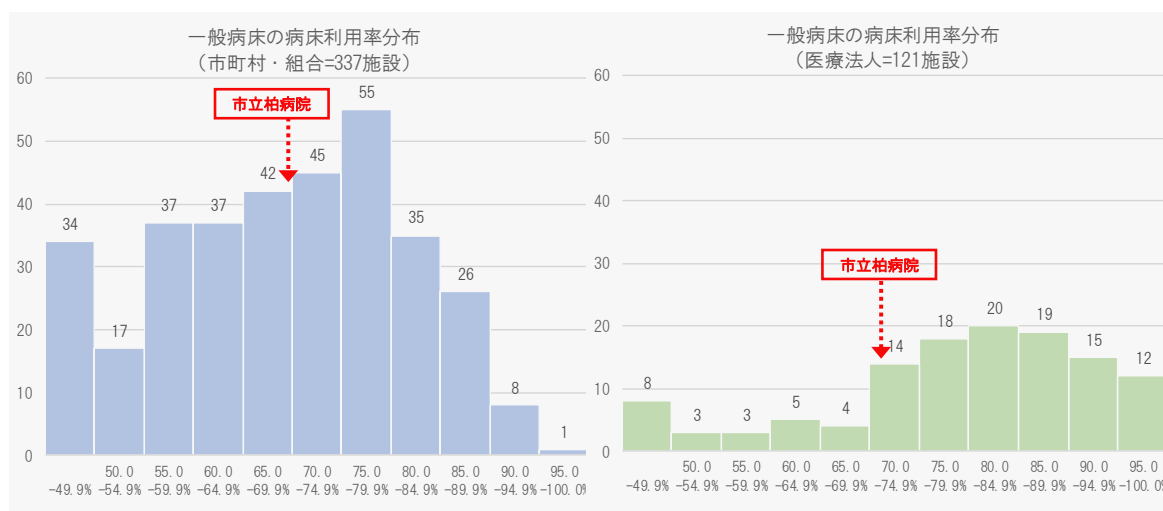
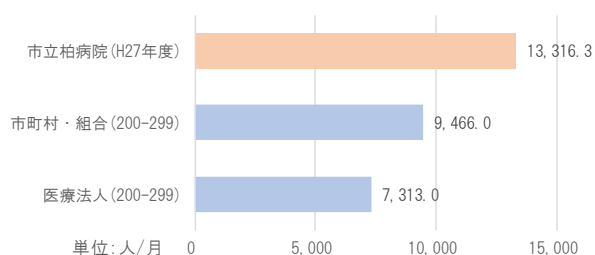
しかしながら、病床利用率をみると、年々減少し、平成27年度には総務省が示す病床利用率の水準70%を下回っています。

市立柏病院と200-299床の市町村・組合立及び医療法人立病院の1か月当たり外来延患者数を比較すると、市立柏病院の外来患者数は、比較対象の中でも特出していることが分かります。

外来診療における院内処方運用による薬剤料収入以外に、外来患者そのものが多いことが外来収益を高める要因となっています。



経営形態・規模別の1ヶ月当たり外来延患者数比較



※ 出典②:平成27年度「病院経営実態調査報告」「病院経営分析調査報告」全国公私病院連盟

上図は、市町村・組合立病院と医療法人立病院の病床利用率の分布状況(一般病床)を示しています。

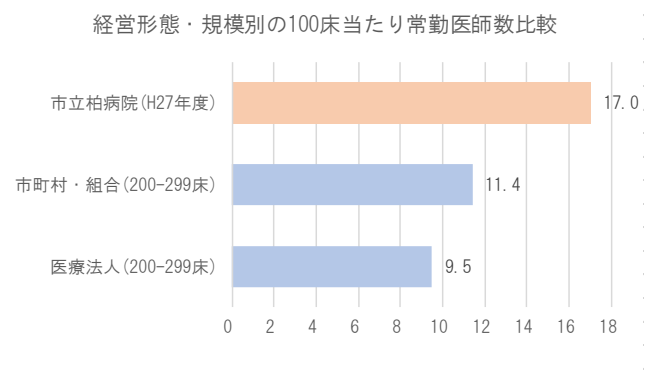
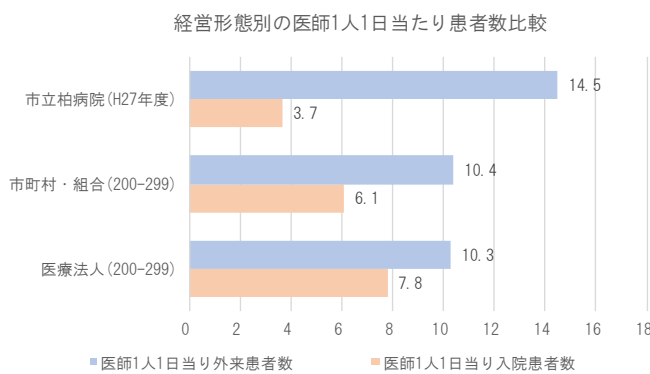
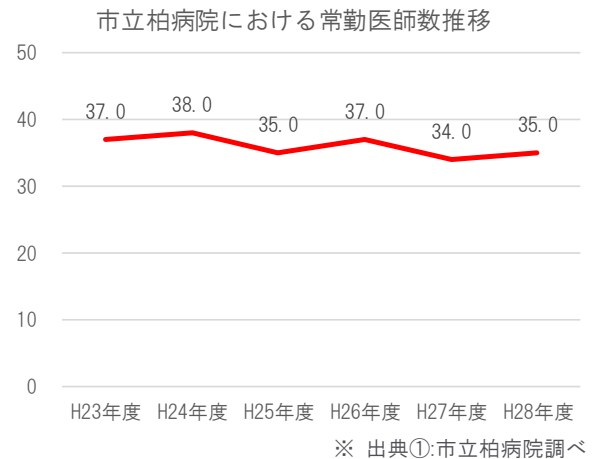
市立柏病院の病床利用率は、市町村・組合立病院の中では中程度ですが、医療法人立病院と比較すると、調査対象121施設のうち、98施設(81.0%)は病床利用率70%以上となっており、市立柏病院の病床利用率は低いことになります。

イ 市立柏病院における医師体制

市立柏病院の常勤医師数の推移をみると、平成23年度以降、35～37名の常勤医師体制を維持していることが分かります。

市立柏病院と200-299床の市町村・組合立及び医療法人立病院の100床当たり常勤医師数を比較すると、市立柏病院(H27年度)の常勤医師数は、比較対象の中で最も多いことが分かります。

また、市立柏病院と200-299床の市町村・組合立及び医療法人立病院の医師1人1日当たりの業務量を比較すると、外来患者数については、比較対象の約1.4倍となっていますが、入院患者数については、比較対象の半分程度となっており、外来診療に比重が置かれていることが分かります。



※ 出典②:平成 27 年度「病院経営実態調査報告」「病院経営分析調査報告」全国公私病院連盟

(5) 医療に対するニーズ

ア 市民アンケートの概要

市立柏病院の役割や今後のあり方検討の参考とするため、医療機関の選択における意識、市立柏病院に対する意識、柏市の医療に関する要望等に関するアンケート調査を実施しました。

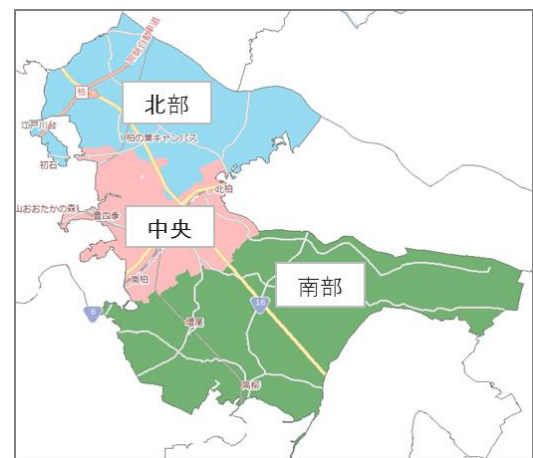
調査対象	柏市内に居住する20歳から85歳までの男女 (※平成28年9月1日時点)
標本数	2,000人
抽出方法	住民基本台帳から年代別・居住地域別に無作為抽出
実査期間	調査票設計：平成28年8月～9月 調査の実施：平成28年9月30日～10月31日到着分まで (当初の回収期限 平成28年10月14日投函分まで) 集計分析：平成28年10月～平成28年11月
配布回収	郵送配布・郵送回収
実施主体	柏市 保健福祉部 医療公社管理課

イ 医療機関の選択

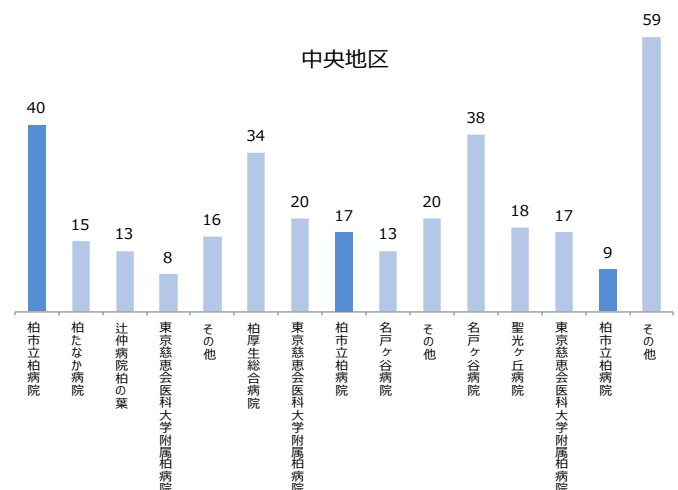
医療機関の利用状況に関する問いでは、「最も多く利用している病院」を伺ったところ、「市立柏病院」と回答した方が最も多いという結果です。

居住地区別にみると、北部地区の市民回答では、40名が「市立柏病院」を最も多く利用していると回答しています。

その一方で、南部地区の市民回答では、「市立柏病院」を最も多く利用していると回答した方は9名となっており、居住地区によって柏市民による市立柏病院の利用状況はかなり異なっていることが分かります。

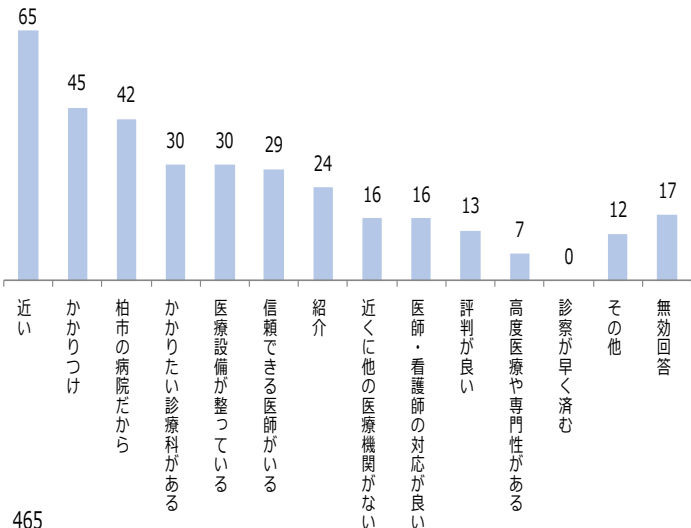


地区別の最も多く利用する病院（TOP5）



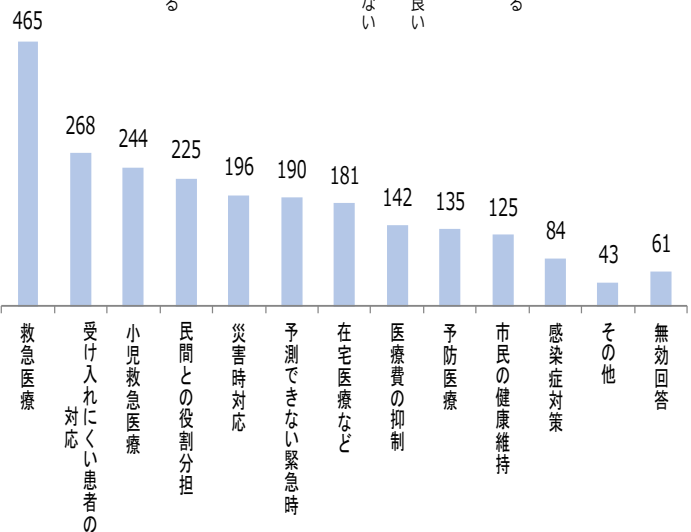
ウ 市立柏病院を利用する理由

市立柏病院を利用している方に利用する理由について伺ったところ、「自宅(または勤務場所、学校)が近くで通院しやすいから(近い)」と回答した方が45.1%と最も多く、次いで、「昔から通院しているから(かかりつけ)」と回答した方が31.3%という結果となっています。



エ 市立柏病院の役割

市立柏病院に担ってほしい役割について伺ったところ、「24時間365日の救急医療を担うこと(救急医療)」と回答した方が50.9%と最も多く、次いで、「民間病院が受け入れにくい患者を診てくれること(受け入れにくい患者の対応)」と回答した方が29.4%という結果となっています。



オ 市立柏病院が役割を担うための財政負担

こうした市立柏病院が期待される役割を実現するための税金の投入(財政支援)について、「相応額の税金を投入すべき」が45%、「税金の投入は理解できるが、最小限にすべき」が38.3%、「税金の投入はしてほしくない」が6.9%となっています。

選択項目		回答数	構成比
1	市民に必要な医療を提供し、相応額の税金を投入すべきである	411	45.0%
2	税金の投入は理解できるが、対象とする医療や金額は最小限にすべきである	350	38.3%
3	税金の投入はしてほしくない	63	6.9%
4	その他	37	4.1%
5	無効回答	52	5.7%
計		913	100.0%

カ まとめ

市立柏病院の利用者数は多いものの、北部地域に集中しています。他方、救急医療、民間では受け入れにくい患者への対応など、公立病院としての役割を期待し、そのための税金投入を容認する意見も多くあります。現在の利用者に継続して医療を提供しつつ、公立病院としての役割を果たしていくことが求められています。

3. 市立柏病院の将来像と経営効率化に向けた取組み

(1) 地域医療構想を踏まえた役割の明確化

市立柏病院が将来に向けて持続可能な病院運営を行っていくためには、地域が必要とする医療機能を備え、公立病院として健全運営を果たすことが重要です。

前改革プラン(平成21年3月策定)では、市立柏病院の果たすべき具体的な役割を以下のとおりと定義し、地域で信頼され、安心感を与える病院を目指して取り組んできたところです。

【平成21年3月策定の前改革プランにおける市立柏病院の役割】

- ① 地域の中核病院として、地域住民の急性期医療に取り組んでいきます。
 - ② 救急医療については、救急告示病院の指定を受けるとともに、休日・夜間急病事業における2次待機病院として柏市の救急医療体制の一翼を担います。
 - ③ 地域の医療連携については、医療連携室を中心として、診療所からの患者紹介、検査依頼及び逆紹介等に積極的に対応していきます。
 - ④ 各種検診事業や予防接種等の保健予防活動に取り組んでいきます。
- ※ 小児医療については、将来的な課題として、小児科の早期開設を目指し、関連医大医局への働きかけ等に取り組んでいきます。

市立柏病院は、今後も、少子高齢化を始めとする病院運営に影響を与える様々な外部環境に対して、先見性を持って対処する中で、より一層市民から信頼される病院であり続ける必要があります。

そのためには、現在ある医療機能やこれまでの取組みを、将来的な医療需要予測等によって客観的に分析・精査するとともに、効率的で安定的な病院運営に資する機能を再構築していく必要があります。さらに、将来に向けて安定した病院運営を行うためには、医師や看護師等の医療従事者の確保が大きな課題となりますが、特色ある病院づくりによって医師等を安定的に確保し、収益向上につなげていくことが重要です。

以上のことから、市立柏病院の今後の役割・機能を明確化し、医療機能の指標や経営指標に係る数値目標を設定する等、より具体的な取組みについて、以下に示します。

ア 平成37年(2025年)における将来像 ～市立柏病院が担うべき役割と方向性～

(ア) 今後の医療需要に対応した急性期医療の提供に継続的に取り組んでいきます。

【背景】

市立柏病院は、これまで、急性期医療を軸とした地域の二次病院としての機能を果たしてまいりました。今後、柏市内の高齢者人口の増加に併せて、高齢者の救急搬送が大幅に増加することが予測されます。高齢者に多く見られる疾患としては、循環器系(脳血管系疾患含む。)や整形外科系、呼吸器系等の疾患が挙げられるとともに、一つの疾患にとどまらず、いくつもの疾患を抱えているという高齢者の疾患の特徴を念頭に置いた診療体制の構築が不可欠と言えます。

このため、急性期医療の提供に併せ、患者の症状や病態等に配慮しながら、在宅復帰に向けた必要な支援を行う体制も必要となります。

【担うべき役割と方向性】

市立柏病院は、高齢化に対応した救急搬送の増加に対応するため、さらなる救急受入体制の拡充を図りながら、継続して二次救急を主体とした急性期医療を提供します。

また、高齢化社会における医療需要を考慮しながら、循環器系(脳血管系疾患含む。)や整形外科系、呼吸器系等の急性期疾患に対応できるように、地域の医療機関等との連携強化や役割分担を進めながら、必要な診療機能の充実を図ります。

高齢者は、軽度急性期疾患を発症しやすく、治りにくいことやADLが低下しやすく、比較的長期入院となりやすいため、入院中から、リハビリテーションや退院支援を行いながら、患者のスムーズな在宅移行を推進するため、院内の地域包括ケア病棟を積極的に活用します。

(イ) 柏市で不足している小児二次救急医療の体制整備を行い、子どもを安心して産み育てられるまちづくりに貢献します。

【背景】

現在、柏市内では、東京慈恵会医科大学附属柏病院を中心とした小児救急の医療提供体制が構築されていますが、市内の需要に対して小児専用病床は不足しており、夜間・休日の小児医療体制の整備が不十分な状況です。

柏市第五次総合計画に掲げるまちづくりの目標である「子どもを安心して産み育てられるまち」の実現のためにも、柏市の小児医療の現状と関係者の意見を踏まえ、柏市において小児二次医療の体制を充実させる必要があります。

現状では、東京慈恵会医科大学附属柏病院の負担が懸念されることから、市立柏病院を中心に、他の医療機関と連携を図りながら、柏市全体で小児医療を充実させるという考え方が必要となっています。

【担うべき役割と方向性】

こうした背景から、市立柏病院は、小児二次医療に対応できる体制を構築し、東京慈恵会医科大学附属柏病院による小児三次救急機能とともに、柏市の小児医療提供体制の充実に貢献します。

柏市内における小児二次医療のニーズに対応するため、市立柏病院において、現在の小児科外来診療機能を維持しつつ、院内に小児患者が入院できる一定規模の病床を確保することで、入院診療機能を新たに追加します。

(ウ) 日常的疾患への対応について、他の医療機関との連携を推進しながら、医療機能の充実・強化を図ります。

【背景】

市立柏病院は、急性期医療を軸とした地域の二次病院としての機能を果たしている中で、地域の患者の日常的疾患(糖尿病や肺炎、胃がん、大腸がん、骨折等)に対応しています。

【担うべき役割と方向性】

こうした背景から、市立柏病院は、大学病院との連携による専門性の高い医療のみならず、日常的疾患に対しても最新の標準的医療を提供することで、医療機能の充実・強化を図ります。

また、こうした幅の広い日常的疾患に対して、質が高く効率的な医療提供体制を構築するためには、地域の医療機関相互の役割分担と連携を推進する必要があります。役割分担や連携には、地域医療を支えるかかりつけ医との信頼関係の醸成が不可欠であることから、市立柏病院は、紹介患者を優先した診療の実践や、かかりつけ医とのコミュニケーション強化に取り組みながら、地域医療連携を積極的に推進します。

さらに、各種健診事業、地域における疾病予防講座等の実施による保健予防活動を通して、日常的疾患への対応に取り組めます。

(エ) 災害医療、感染症医療、障害者医療への対応を行い、セーフティネットの医療体制を構築し、安全・安心のまちづくりに貢献します。

【背景】

災害対策に関しては、建物自体のIS値(耐震値)は基準を上回るものの限界値であり、負傷者の受入れスペースがない、感染症対策に関しては、陰圧制御など隔離できる部屋がないなど、災害医療や感染症医療で求められる役割に対して、現病院の施設や設備では、十分に機能することができない状況です。

また、障害者医療に関しては、廊下や診察室の扉などが狭く、車椅子利用者への施設対応が十分ではないなど、様々な障害を持つ方に対して、安心できる設備が整っていない状況です。さらに、障害者の医療需要の増加が予想される中、障害者医療に理解を深めた職員の充実が求められています。

【担うべき役割と方向性】

市立柏病院は、災害や感染症の発生時に行政機関等と連携しながら、速やかに対応できる体制を維持するために、これらに精通した医療従事者の確保・育成を進めます。そして、中核市のメリットを活かし、柏市保健所と市立柏病院の連携をより強化して感染症の初動対応を行います。

また、新病院整備の検討の際は、災害や感染症の発生時でも十分に診療機能を発揮できるように施設整備の検討も行います。

さらに、障害者に配慮した施設・環境の整備や、障害者医療に理解を深めた職員体制の整備の検討を行います。

(オ) 病床機能を活用し、在宅復帰の支援を行い、地域包括ケアシステムの構築と地域医療構想の実現に貢献します。

【背景】

都道府県は、地域ごとの医療機能の将来必要量を含め、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するための「地域医療構想」を策定（千葉県は平成28年3月策定）しています。千葉県地域医療構想による圏域別の必要病床数の将来推計によれば、柏市を含む東葛北部圏域では、平成37年（2025年）の必要病床数は11, 699床となり、現状（平成27年報告）と比較して2, 200床程度の病床不足になると見込まれています。機能別の特徴として、急性期病床については、現状と比較して1, 554床の過剰、回復期については、現状と比較して2, 746床不足することが見込まれています。

構想区域	医療機能別必要病床数（床）											
	高度急性期			急性期			回復期			慢性期		
	必要 病床数	病床機能 報告	差	必要 病床数	病床機能 報告	差	必要 病床数	病床機能 報告	差	必要 病床数	病床機能 報告	差
東葛北部 (26年)	1,386	2,153	767	4,227	4,193	▲ 34	3,647	841	▲ 2,806	2,439	1,832	▲ 607
東葛北部 (27年)	同	1,027	▲ 359	同	5,781	1,554	同	901	▲ 2,746	同	1,754	▲ 685

同構想における平成25年の二次医療圏別圏域内完結率（入院を必要とする患者のうち、患者が住む医療圏域内の病院で入院治療をしている患者の割合）でみると、東葛北部圏域では、高度急性期は85. 6％、急性期機能は85. 8％と高い数値を示しており、急性期医療については、ほぼ圏域内で完結する理想的な医療提供体制であると言えます。

なお、上の表にあるとおり、東葛北部医療圏の必要病床数と平成27年の病床機能報告数を比較すると、急性期が余剰となり、回復期、慢性期が不足するとされていますが、これに対して、千葉県保健医療計画改訂に伴う病床整備計画の応募状況（平成28年9月時点）を見ると、市立柏病院を除く柏市内の複数の病院から回復期リハビリテーション病床を含む療養病床の増床申請がなされており、不足すると見込まれる医療機能（回復期、慢性期）の補完が進んでいくものと思われます。

市立柏病院では、平成28年10月から地域包括ケア病棟（50床）を設置し、在宅復帰に向けたリハビリテーション機能の強化を図っています。

【担うべき役割と方向性】

こうした背景に加え、今後、高齢者の救急搬送人口の大幅な増加による柏市内の救急医療需要が伸びることが予測されるため、市立柏病院は、少なくとも現状規模を維持しながら急性期機能を主体とした役割を担います。また、地域包括ケアシステムの構築との関係においても、在宅復帰に向けた中心的な役割を担う病床機能は不可欠であることから、現行の地域包括ケア病棟機能を維持します。

イ 平成32年度末における将来像 ～平成37年における将来像を達成するため～

上記の「ア 平成37年(2025年)における将来像 ～市立柏病院が担うべき役割と方向性～」の実現に向け、本改革プランの計画年度である平成32年度までの4年間は、準備期間としての位置づけを持たせることとします。

(ア) 医療需要に対応した医療の提供(急性期医療, 在宅医療支援)に取り組みます。

現在の16診療科目を中心に、急性期医療を提供します。高齢者の救急搬送患者の急増が見込まれるため、救急受入れの機能を高め、夜間休日の救急医療に貢献するとともに、必要な常勤医の確保に努め、入院需要に応えていきます。

また、将来需要の高まる診療科目の設置に向けた検討や医師の確保にむけた準備を行います。在宅医療支援においては、バックアップ病院として役割を果たしていきます。

(イ) 小児二次医療の実現に向け、体制整備に取り組みます。

将来、小児二次医療を中心的に担っていくため、平成32年度においては、入院診療に向けた準備体制を整えます。関連大学との医師派遣の調整や、小児科クリニック及び他の小児二次救急病院、三次病院等との連携構築・強化を行うとともに、可能な範囲で小児入院診療に対応していきます。

(ウ) 地域連携を促進し、安定した医療を提供します。

日常的疾患への対応においては、地域の医療機関との役割分担や連携、信頼関係の醸成が必要です。

紹介・逆紹介といったクリニックや他病院との医療連携はもとより、救急医療や在宅医療等における相互協力や役割分担において積極的に関与し、地域医療連携を推進します。

(エ) 感染症対策, 災害医療等, 医療のセーフティネットとしての医療を提供します。

感染症対策、災害医療、障害者に対応した医療の提供に当たっては、施設の整備が伴わないと不十分な点もありますが、可能な範囲で取り組んでいきます。

感染症対策においては、新型コロナウイルス等への対応において、現在の設備の範囲において、保健所と連携して初動対応をしていきます。

災害医療においては、職員研修や災害対策訓練により日常的な意識の醸成を図るとともに、有事の際は、BCP(業務継続計画)の下、他の医療機関と連携して医療の提供に努めます。

(オ) 地域包括ケア病棟及び柏市立介護老人保健施設はみんぐを活用し、在宅復帰を進めます。

急性期医療を経た患者に対し、地域包括ケア病棟や、柏市立介護老人保健施設はみんぐ(介護保険法の指定を受け、介護老人保健施設として看護、介護及び機能訓練を通じて在宅復帰を支援する施設)を活用することにより、在宅復帰を支援します。

特に、柏市立介護老人保健施設はみんぐについては、市立柏病院に併設し、同一法人の指定管理者が運営しているメリットを活かし、相互に効果的に施設を活用し、適切な医療と介護の提供に努めます。

ウ 地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割

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

柏市では、既に、柏市・柏市医師会・東京大学を中心とした柏市豊四季台地域高齢社会総合研究会が多職種連携による在宅医療推進体制の構築(地域包括ケアの実践モデル「柏モデル」)に取り組んでいます。

市立柏病院は、急性期医療に軸を置く病院としての立場から、こうした行政と医師会との取組みに積極的に参画します。特に、在宅患者の急変時対応(バックアップ機能)を積極的に担います。

患者の在宅復帰を促すという観点では、市立柏病院は、平成28年10月から、急性期医療を経過した患者等の受入れ、並びに患者の在宅復帰支援等を行う病棟機能である地域包括ケア病棟50床を設けており、今後もこうした在宅復帰を支援する機能を維持します。

また、同じ敷地内には、柏市立介護老人保健施設はみんぐが併設されており、市立柏病院の指定管理者である公益財団法人柏市医療公社が一体で管理しています。

併せて、同公社の事業として、柏市立介護老人保健施設はみんぐの施設内において、「地域包括支援センター事業」、「指定居宅介護支援事業及び指定居宅介護予防支援事業」、「訪問看護ステーション事業」、「指定居宅サービス事業」、「通所介護事業」、「指定介護予防サービス事業」を運営しています。

このため、患者の在宅復帰を促しつつ、在宅医療に適切につなげるため、隣接する在宅強化型の介護老人保健施設や訪問看護等と連携しながら、患者状態に合わせた相談機能や退院支援機能の充実・強化を図ります。

市立柏病院の診療機能の充実にあって、特に小児二次医療が挙げられますが、小児科医師や専門スタッフの確保に併せて、小児療育における地域包括ケア研究事業といった福祉領域における新たな取組みについても、行政や関係機関等と連携しながら検討します。

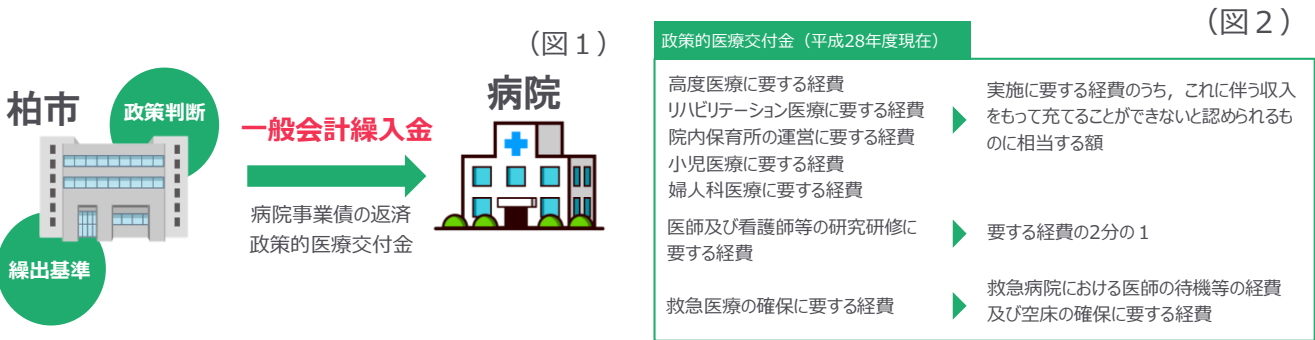
さらに、市立柏病院における各種健診事業、地域における疾病予防講座等の実施により、市民の健康づくりをサポートし、住み慣れた地域で市民が安心して暮らしていけるよう取り組んでまいります。将来的には、医療を通じた健康づくり・介護・子育ての相談支援の拠点として、行政、各関係機関、市民団体等との協働による市立柏病院づくりを検討してまいります。

エ 一般会計負担の考え方

地方公営企業法の適用を受ける病院事業は、独立採算性を原則とする一方、公立病院として公共的・政策的な見地から、採算性の確保が困難な事業(医療)への取組みも求められるため、一般会計による財政負担については、毎年度総務省から通知される「地方公営企業操出金について」において基準が示されています。

この基準に基づいて、柏市は、指定管理者である公益財団法人柏市医療公社に対する「政策的医療交付金」と、市立柏病院の建設改良に係る企業債元利償還金の一部等を負担しています。

「政策的医療交付金」は、採算性を求めることが困難な領域に要する経費であり、地域医療構想や地域包括ケアシステムの構築を踏まえ、今後も市立柏病院が安定的・継続的に質の高い医療を提供していくために不可欠な経費であるため、今後も適正な繰入を行っていきます。



(単位：千円)

一般会計繰入金	25年度	26年度	27年度	28年度	29年度	30年度	31年度	32年度
病院事業	348,632	348,055	348,056	331,316	348,316	328,760	328,759	328,759
収益的収入分	261,295	257,249	253,635	233,128	246,201	225,136	220,984	216,656
資本的収入分	87,337	90,806	94,421	98,188	102,115	103,624	107,775	112,103

(繰入金の内訳)

一般会計負担金								
政策的医療交付金（※図2参照）	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000
企業債利息分について、平成14年度までに着手した事業に係る企業債利息については2/3、平成15年度以降に着手した事業に係る分については、1/2。	44,556	40,510	36,896	33,128	29,201	25,136	20,984	16,656
一般会計補助金								
病院事業会計にかかる費用のうち、一般会計負担金、指定管理者負担金、その他の医療外収益等で賄えない経費。	16,739	16,739	16,739	0	17,000	0	0	0
一般会計負担金								
企業債元金償還分について、平成14年度までに着手した事業に係る企業債元金償還金については2/3、平成15年度以降に着手した事業に係る分については、1/2。	87,337	90,806	94,421	98,188	102,115	103,624	107,775	112,103

※平成25年度のみ地方公営企業会計制度改正対応に要する経費を含む

オ 医療機能等指標に係る数値目標

	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
延外来患者数 (人/年)	149,061	148,000	142,500	140,000	140,000
延入院患者数 (人/年)	51,100	54,750	58,400	58,400	58,400
入院 / 外来比率 (%)	34.3	37.0	41.0	41.7	41.7
新規外来患者数 (人/年)	6,756	7,000	7,200	7,200	7,200
新規入院患者数 (人/年)	3,300	3,500	3,700	3,750	3,800
病床利用率 (%)	70	75	80	80	80
平均在院日数 (日)	15.5	15.6	15.8	15.6	15.4
救急搬送受入件数 (件/年)	1,450	1,500	1,600	1,700	1,800
救急車入院件数 (件/年)	670	700	750	800	850
手術件数 (件/年)	1,054	1,100	1,200	1,250	1,300
紹介患者数 (人/年)	3,750	3,900	4,050	4,200	4,350
逆紹介患者数 (人/年)	4,938	4988	5,038	5,088	5,138

カ 住民の理解のための取組み

現在、市立柏病院の今後の役割や医療機能については、「柏市健康福祉審議会 市立病院事業検討専門分科会」において審議中であり、その内容は、市ホームページへの掲載や行政資料室への配架により、皆様へお知らせしています。

本改革プランについても、年1回以上、有識者による会議等において実施状況の点検及び評価を行い、その内容は、上記の方法などにより、皆様へ公表してまいります。

(2) 経営の効率化と具体的な取組み

公益財団法人柏市医療公社が運営する市立柏病院の経常収支は、経年的に経常黒字が継続している状況であり、平成27年度では、約3億4,500万円の経常利益を達成しています。また、医業収支においても、平成26年度までは、ほぼ収支同額ではあるものの、黒字が継続しており、平成27年度では、1億7,400万円の医業利益が出ています。

しかしながら、医業収益の内訳をみると、市立柏病院の医業収益のうち、外来収益は入院収益の約1.3倍となっており、外来収益を基軸とした構造となっています。外来収益が高い要因として、薬剤料収入の割合の大きさから、院内処方を中心とした運営が影響していることと、病院規模に対する外来患者数が非常に多いことが挙げられます。

このため、病院の経営状況としては、経常収支及び医業収支の黒字化を達成していますが、病院規模に対する外来収益と入院収益のバランスからすると、経営効率が良いとは言えない状況です。外来患者数が多い一方で、病床利用率は70%程度と高くないため、今後は、入院診療機能を高めることで経営の効率化を推進していきます。

また、こうした病院全体での取組みが必要な経営戦略にあつては、市立柏病院が地域において果たすべき役割や病院の強み・弱み、経営目標といった情報を病院内で共有しながら、職員の意識改革や取組みへの積極的な参画を、より一層促していく必要があります。

現在、公益財団法人柏市医療公社では、病院全体で経営効率化に向けた取組みを推進しているところであり、東京医科歯科大学や千葉大学の関連病院であることや、専門性の高い常勤医師が多く在籍しているといった強みを活かした経営目標の設定・進捗管理を行っていきます。

そして、病院の設置者である柏市と、指定管理者である公益財団法人柏市医療公社とが連携し、市立柏病院の経営目標を達成できるよう取り組んでまいります。

ア 経営指標に係る数値目標

	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
経常収支比率（％）	102.4	102.4	108.3	108.7	109.3
医業収支比率（％）	98.8	98.7	104.5	104.9	105.4
後発医薬品比率（％）	40	55	60	65	70
延外来患者数（人/年）	149,061	148,000	142,500	140,000	140,000
延入院患者数（人/年）	51,100	54,750	58,400	58,400	58,400
新規外来患者数（人/年）	6,756	7,000	7,200	7,200	7,200
新規入院患者数（人/年）	3,300	3,500	3,700	3,750	3,800
病床利用率（％）	70	75	80	80	80
医師数（常勤）（人）	35	36	37	37	37

イ 経常収支比率に係る目標設定の考え方

医業収益の増加を図ることで、設備投資による減価償却費の増加分を補いつつ、経常収支比率の維持、向上を図っていきます。

ウ 具体的な取組み

(ア) 医師等の人材の確保・育成策

高齢化に対応した急性期医療や小児二次医療を提供する将来像を目指すためには、泌尿器科や呼吸器科、眼科、小児科等の常勤医の確保が不可欠です。全国的に医師招聘が容易でない状況においては、これまでと同様に関係大学医局との関係を堅持しつつ、医師等が市立柏病院で働きたいと思える環境づくりや待遇の改善に取り組んでいく必要があります。また、医師等の招聘を今後も安定的に行っていくために、そうした魅力(ブランド力)を外部に積極的に発信していくことも必要です。

医師については、病院を選ぶ基準が年代や立場によって異なりますが、整形外科(脊椎)領域や循環器内科(不整脈治療)領域、消化器内科(内視鏡治療)領域、内分泌代謝科(糖尿病治療)領域といった専門性の高い医療への取組みを強みとして伸ばしつつ、研修制度も充実させ、積極的に情報発信をすることで、そうした領域に魅力を感じる医師を招聘できると考えられます。さらに、こうした取組みにおいて指導医となる医師を複数招聘することで、専門医を目指す若手医師の招聘にもつながります。

また、医師のモチベーション向上のために、働きに応じた対価の設定を検討するとともに、近年増加する事務的業務を軽減するため、医師事務作業補助の人員配置を強化し、待遇改善を図ります。

さらに、指定管理者である公益財団法人柏市医療公社が、小児科寄付講座の開設に向けた予算を確保しているため、その活用を図ります。

なお、公益財団法人柏市医療公社によるこうした医師招聘の取組みについて、柏市の児童・福祉・保健予防部門との連携による医療研究事業の実施等、柏市による積極的な協力も検討します。

看護師については、近隣の看護大学や看護専門学校との関係を維持しつつ、医師と同様に研修制度や離職率の防止につながる働きやすい環境整備・充実をさらに推進することで、市立柏病院の診療機能の維持に必要な看護師数の確保に努めます。

今後、入院診療の強化・効率化を図る上で、入院患者の持参薬管理を始めとする病棟薬剤業務の実施体制の構築は不可欠と言えます。このため、院外処方割合の見直しや薬剤師の病棟配置、増員の必要性を検討します。

【主な取組事項】

- ・常勤・非常勤、新卒・中途、年齢構成等、組織のバランスを考慮した計画的な採用
 - ※入院ニーズの高い診療科(泌尿器科や眼科等)の常勤医師の増員
 - ※ 非常勤医師による診療科の見直し(他医療機関との連携)
- ・関係大学の各医局との関係を基軸としつつ、より安定した医師の確保に向けた他の医局との連携強化
- ・初期臨床研修医受入れ体制及び後期臨床研修プログラムの充実による実践的な医師育成
- ・医師の業務量軽減のための医療事務専門職(医師事務作業補助者等)の確保
- ・看護大学及び看護専門学校への訪問、看護学生への就学資金貸与制度等の施策実施
- ・病棟薬剤業務実施に向けた薬剤師の配置見直し
- ・医学生や看護学校、薬科大等の実習生の積極的な受入れ
- ・医師の働きに応じた対価の設定
- ・寄付講座開設の検討
- ・医師等の交通の利便性向上の検討

【数値目標】

	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
医師数(常勤) (人)	35	36	37	37	37

(イ) 民間的経営手法の導入

市立柏病院では、民間事業者の経営ノウハウを幅広く活用することができる指定管理者制度による経営形態を採用しています。

このため、今後も、柏市との指定管理委託契約の範囲内で、公益財団法人柏市医療公社が自主的な民間的経営手法を導入しながら、地域に根差した医療を継続して安定的に提供できるための健全経営に努めます。

指定管理者制度にあつては、外部環境の変化に対応した、速やかで、かつ、柔軟な意思決定や組織体制の構築が可能であるというメリットを活かしながら、以下の取組みを推進します。

【主な取組事項】

- ・組織横断的な経営検討組織の設置
- ・経営検討組織による経営方針や経営目標の設定
- ・取組の可視化や経営マネジメントツールの活用による職員の意識改革
- ・地域医療支援センターを中心とした戦略的な広報活動の強化・充実、市民への取組み状況の発信
- ※ ホームページや広報、市民公開講座等での情報発信、クリニカルインディケータの検討
- ・医師を始めとする病院職員のモチベーション維持に貢献できる人事考課制度の検討

(ウ) 事業規模・事業形態の見直し

市立柏病院は、現在の16診療科目、病床数200床、急性期医療の体制を維持しつつ、柏市で不足する小児二次医療の充実・強化を目指していきます。

市立柏病院は、小児三次救急機能を担う東京慈恵会医科大学附属柏病院や、その他の柏市内の小児救急医療を担う病院との連携の下で、小児二次医療に対応できる体制の構築に向けた具体的な検討を進めます。

また、これまでの小児科外来診療機能を維持しつつ、小児二次医療のニーズに対応するため、可能な範囲において、新たに院内に小児患者が入院できる一定規模の病床と必要な専門スタッフの確保を目指します。

【主な取組事項】

- ・入院機能及び小児二次医療へ対応するために必要な常勤小児科医師の招聘
- ・適正な小児科入院病床数及び運営体制の検討
- ・ハード面(建物設備や医療機器)での必要要件の検討
- ・小児の三次救急を担う慈恵会柏病院や柏市内の他の医療機関との役割分担、連携構築
- ・採算性の検証と行政機関との調整

(工) 経費削減・抑制対策

市立柏病院では、医薬品に関しては、可能な限り、ジェネリック医薬品への切替えを進めるとともに、診療材料については、他施設とのベンチマークによる調達費用の適正化の取組みを行っています。

また、その他の経費に関する取組みとしては、業務委託において、事業所別の運営会議を開催しながら品質モニタリングを行い、定性分析結果に基づく業務仕様や発注方法の見直しにより、業務委託費用の縮減に努めています。

さらに、市立柏病院には築40年を超える建物や設備があり、老朽化が著しいことから、ライフサイクルコスト削減への取組みは必須となっています。こうした施設維持に係る費用についても、ライフサイクルコストを踏まえた予防保全活動や省エネルギー対策(省エネ設備の設置や効率的な空調管理等)を推進することで、経費削減に努めており、こうした様々な領域での経費削減の取組みによって、一定の成果が出ている状況です。

しかしながら、今後も厳しい経営環境が続くことや、新病院整備を行う場合の事業費の影響を踏まえ、収益性を高めるために、より一層の経費削減に取り組んでいく必要があります。

市立柏病院の常勤医師数は、病院規模に対して比較的充実していますが、その一方で非常勤医師も多いという特徴が挙げられます。このため、人件費の適正化という観点から、入院ニーズの高い診療科の常勤医師の増員について関係大学へ要望していきます。

市立柏病院では、医薬品費に関する取組みとしてジェネリック医薬品への切替えを進めていますが、患者にとって利便性が高い院内処方を基本運用としているため、院外処方を基本とする病院と比較すると医薬品費が過大となっています。

この結果、経営的には、病院で多くの医薬品在庫を抱えてしまうことに繋がるとともに、病院として入院診療に注力していくにあって病院薬剤師を調剤業務に従事させなければならない等、メリットは少ないと言えます。このため、経営的なメリットのみならず、危機管理や患者のメリットも考慮しながら、外来診療における処方あり方について検討していきます。

医療機器の調達や更新は、病院にとって大きな投資であり、今後の病院施設整備の検討状況を踏まえつつ、採算性や購入価格について比較検討を行いながら、計画的に整備します。

【主な取組事項】

- ・収益性や将来計画を見据えた人員計画と人件費の適正化
- ・ジェネリック医薬品への切り替え促進、ベンチマークを活用した診療材料の見直し
- ・外来診療における処方運用(院外処方)の検討
- ・要求仕様や発注方法見直し、品質モニタリングの実施による業務委託の効率化
- ・省エネルギー対策によるライフサイクルコストの低減
- ・費用対効果の精査や優先順位検討に基づく医療機器整備

【数値目標】

	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
後発医薬品比率 (%)	40	55	60	65	70

(オ) 収入増加・確保対策

市立柏病院の経常収支は、経年的に経常黒字が継続している状況ですが、医業収益の内訳をみると、入院収益よりも外来収益に大きく依存している状況です。平成23年度以降、入院患者数は減少傾向にあり、平成27年度の病床利用率が70%程度である状況を踏まえると、200床の入院機能を有する市立柏病院にあって、外来診療を重視した病院運営は経営的に必ずしも生産性が高いとは言えず、今後は入院診療を重視した取り組みが必要と言えます。

入院診療重視へ転換するにあっては、市立柏病院が急性期医療を担う病院であることや、東京医科歯科大学と千葉大学の関係病院であること、専門性の高い常勤医師が多く在籍していることを十分に活かすことが前提となります。このため、増加が予測される中等症以上の救急搬送の受入れ強化や、地域医療連携による専門的医療を必要とする紹介患者の受入れ強化によって、新規の入院患者をより多く受け入れることが入院収益の増加につながります。

こうした外来診療から入院診療重視へのシフトにあって、地域医療連携の充実・強化は必須と言えます。このため、市立柏病院の地域医療支援センターを要として、市立柏病院の診療機能や強みを積極的にアピールし、地域における病病・病診連携を密にすることで、紹介患者数の更なる増加を目指します。

さらに、DPC制度の導入については、入院患者への対応や収益性など、メリットとデメリットを含め、詳細な検討に着手します。

また、入院を必要とする急性期患者を積極的に受け入れるための院内の診療体制の構築も不可欠であることから、今後、ソフト面とハード面双方の充実を図っていきます。

【主な取組事項】

- ・外来診療重視から入院診療重視への転換に向けた検討
- ・高齢化や地域ニーズに対応した診療機能の充実・強化
 - ※ 救急搬送受入れの強化、外科系診療科における手術適応患者の獲得、リハビリ機能の強化
- ・地域医療連携機能の強化、紹介・逆紹介の推進
- ・老健施設や居宅介護事業、訪問看護機能等との連携
- ・健診事業への取り組み強化(人間ドック枠の見直し等)
- ・診療報酬における施設基準届出の強化
- ・診療報酬請求の適正化
 - ※ 請求精度の向上に向けた職員等のスキルアップ、返戻・査定の防止
- ・個人及び団体未収金の発生防止と回収対策
 - ※ 相談機能の強化や催告・訪問徴収を含めた債権回収の検討
- ・DPCの導入に向けた検討
- ・患者の交通の利便性向上の検討

【数値目標】

	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
延外来患者数 (人/年)	149,061	148,000	142,500	140,000	140,000
延入院患者数 (人/年)	51,100	54,750	58,400	58,400	58,400
入院 / 外来比率 (%)	34.3	37.0	41.0	41.7	41.7
新規外来患者数 (人/年)	6,756	7,000	7,200	7,200	7,200
新規入院患者数 (人/年)	3,300	3,500	3,700	3,750	3,800
救急搬送受入件数 (件/年)	1,450	1,500	1,600	1,700	1,800
手術件数 (件/年)	1,054	1,100	1,200	1,250	1,300
循環器カテーテル 治療 / 検査件数 (件/年)	469	515	545	560	575
紹介患者数 (人/年)	3,750	3,900	4,050	4,200	4,350
逆紹介患者数 (人/年)	4,938	4,988	5,038	5,088	5,138
入院診療単価 (円)	49,372	51,000	52,000	53,000	53,000
外来診療単価 (円)	19,918	20,000	20,000	20,000	20,000

(力) 施設・設備整備費の抑制策

近年の病院施設の整備事例を見ると、建築費高騰の影響もあり、実際の事業費が予算を大幅に超過した結果、新病院開院後の経営が深刻な状況に陥ってしまうケースも見受けられます。

このため、市立柏病院の新病院整備を検討する際には、他施設の事例を検証しながら事業費の縮減につながる整備手法等を検討します。

また、建築費の高騰は、社会情勢のみによる結果ではなく、新病院整備計画そのものが地域において自院が果たすべき診療機能や役割を超えた内容となっていることも要因として考えられます。

このため、新病院整備に向けた検討においては、市立柏病院が果たすべき診療機能や役割、規模、事業性(開院後の健全経営や採算性)を十分に精査する必要があります。

(キ) 病床利用率向上のための取組み

市立柏病院では、平成23年度以降、入院患者数は減少傾向にあり、平成27年度の病床利用率が70%程度である状況です。

病床利用率を向上させるために、入院診療に対応できる医師や看護師等のマンパワーを強化しつつ、入院診療重視という方針に基づき、病棟運用の見直し、進捗管理をする組織横断的機能のさらなる強化(経営検討組織等)といった運用面での取組みによって、病床利用率を向上させることができると考えられます。

また、入院診療重視という方針にあつては、医師による外来診療による負担軽減が前提となります。このため、地域医療支援センターを要とした他の医療機関との紹介・逆紹介の推進や院内の多職種連携、医師事務作業補助者の活用等により、医師が入院診療に注力できる環境整備を今後も継続します。

入院を必要とする患者を円滑に受け入れるための院内体制構築にあつては、ベッドコントロール機能のあり方の見直しは不可欠です。効率的なベッドコントロールを実現するために、現在の診療科別病床数設定の見直しや病棟再編を視野に入れた検討を行います。また、効率的な入院診療を目指して、入院手続きの簡素化やクリニカルパス適用数の拡大、退院調整機能の強化にも努めます。

柏市で発生する救急搬送が三次救急施設である東京慈恵会医科大学附属柏病院に集中しすぎないように、他の医療機関との役割分担の下で、市立柏病院でも対応可能かつ入院加療を必要とする救急搬送患者を、より積極的に受け入れていきます。

【主な取組事項】

- ・外来診療重視から入院診療重視への転換に向けた検討
- ・院内の多職種連携や医師事務作業補助者等の活用による医師の業務負担軽減
- ・地域医療連携機能の強化, 紹介・逆紹介の推進
 - ※ 地域医療連携パスの拡充, 他の在宅診療医や訪問看護ステーション等との連携強化, 柏市(医療や介護, 福祉の行政窓口)との連携強化
- ・他施設や救急隊との連携による救急搬送受け入れの強化
- ・効率的な病棟運営に向けた病棟再編等の検討
 - ※ 診療科別の病棟機能の再編, ベッドコントロールの在り方(入退院調整機能)見直し, クリニカルパス適用数の拡大による効率化, 入院手続きの簡素化
- ・病床利用率や平均在院日数等の経営指標に対する目標管理
- ・薬剤師の病棟配置の検討

【数値目標】

	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
病 床 利 用 率 (%)	70	75	80	80	80
平 均 在 院 日 数 (日)	15.5	15.6	15.8	15.6	15.4
新規入院患者数 (人/年)	3,300	3,500	3,700	3,750	3,800
救急搬送受入件数 (件/年)	1,450	1,500	1,600	1,700	1,800
救急車入院件数 (件/年)	670	700	750	800	850
紹介患者数 (人/年)	3,750	3,900	4,050	4,200	4,350

(ク) 収支計画（計画期間中の各年度）

【公益財団法人柏市医療公社】

収支計画（収益的収支）

(単位：千円、%)

区 分		年度	25年度 (実績)	26年度 (実績)	27年度 (実績)	28年度 (見込)	29年度	30年度	31年度	32年度
収 入	1. 医 業 収 益 a		5,094,091	5,278,627	6,165,622	5,443,677	5,676,556	5,632,973	5,633,380	5,633,184
	(1) 料 金 収 入		5,016,558	5,174,787	6,079,181	5,346,098	5,566,806	5,524,511	5,524,511	5,524,511
	(2) そ の 他		77,533	103,840	86,441	97,579	109,750	108,462	108,869	108,673
	う ち 他 会 計 負 担 金		0	0	0	0	0	0	0	0
	2. 医 業 外 収 益		264,826	265,514	283,836	277,658	278,539	262,103	262,103	262,103
	(1) 他 会 計 負 担 金 ・ 補 助 金		238,605	239,206	251,544	237,653	246,574	236,993	236,993	236,993
	(2) 国 (県) 補 助 金		0	0	0	0	0	0	0	0
	(3) 長 期 前 受 金 戻 入		0	0	0	0	0	0	0	0
	(4) そ の 他		26,221	26,308	32,292	40,005	31,965	25,110	25,110	25,110
	経 常 収 益 (A)		5,358,917	5,544,141	6,449,458	5,721,335	5,955,095	5,895,076	5,895,483	5,895,287
支 出	1. 医 業 費 用 b		5,130,758	5,249,212	5,993,764	5,507,492	5,751,834	5,279,670	5,263,890	5,237,601
	(1) 職 員 給 与 費 c		2,193,577	2,213,450	2,234,156	2,245,506	2,410,115	2,384,972	2,384,972	2,384,972
	(2) 材 料 費		2,106,985	2,148,291	2,907,439	2,349,062	2,313,093	1,827,433	1,827,433	1,827,433
	(3) 経 費		659,624	701,017	715,580	712,475	822,204	775,755	758,197	751,637
	(4) 減 価 償 却 費		170,572	186,454	136,589	200,449	206,422	291,510	293,288	273,559
	(5) そ の 他		0	0	0	0	0	0	0	0
	2. 医 業 外 費 用		95,503	90,377	100,925	78,605	65,956	122,763	118,777	115,543
	(1) 支 払 利 息		4,413	3,825	2,662	2,705	2,121	1,489	909	506
	(2) そ の 他		91,090	86,552	98,263	75,900	63,835	121,274	117,868	115,037
	経 常 費 用 (B)		5,226,261	5,339,589	6,094,689	5,586,097	5,817,790	5,402,433	5,382,667	5,353,144
経 常 損 益 (A)-(B) (C)			132,656	204,552	354,769	135,238	137,305	492,643	512,816	542,143
特 別 損 益	1. 特 別 利 益 (D)		78,731	12,309	17,344	0	0	0	0	0
	2. 特 別 損 失 (E)		1,365	4,868	2,278	9,071	0	0	0	0
	特 別 損 益 (D)-(E) (F)		77,366	7,441	15,066	▲ 9,071	0	0	0	0
純 損 益 (C)+(F)			210,022	211,993	369,835	126,167	137,305	492,643	512,816	542,143
累 積 欠 損 金 (G)			0	0	0	0	0	0	0	0
経 常 収 支 比 率 $\frac{(A)}{(B)} \times 100$			102.5	103.8	105.8	102.4	102.4	109.1	109.5	110.1
医 業 収 支 比 率 $\frac{a}{b} \times 100$			99.3	100.6	102.9	98.8	98.7	106.7	107.0	107.6
職 員 給 与 費 対 医 業 収 益 比 率 $\frac{c}{a} \times 100$			43.1	41.9	36.2	41.2	42.5	42.3	42.3	42.3
地方財政法施行令第15条第1項 により算定した資金の不足額 (H)			0	0	0	0	0	0	0	0
資 金 不 足 比 率 $\frac{(H)}{a} \times 100$			0	0	0	0	0	0	0	0
病 床 利 用 率			69.0	71.6	69.0	70.0	75.0	80.0	80.0	80.0

【柏市】

収支計画 (収益的収支)

(単位：千円、%)

年度		25年度 (実績)	26年度 (実績)	27年度 (実績)	28年度 (見込)	29年度	30年度	31年度	32年度
区分									
収 入	1. 医 業 収 益 a	0	0	0	0	0	0	0	0
	(1) 料 金 収 入	—	—	—	—	—	—	—	—
	(2) そ の 他	0	0	0	0	0	0	0	0
	うち他会計負担金	0	0	0	0	0	0	0	0
	2. 医 業 外 収 益	425,623	416,952	428,597	378,608	374,758	392,444	368,118	354,722
	(1) 他会計負担金・補助金	261,295	257,249	253,635	233,128	246,201	225,136	220,984	216,656
	(2) 国 (県) 補 助 金	0	0	0	0	0	0	0	0
	(3) 長 期 前 受 金 戻 入	0	9,638	7,113	7,531	7,530	7,495	7,269	7,269
	(4) そ の 他	164,328	150,065	167,849	137,949	121,027	159,813	139,865	130,797
	経 常 収 益 (A)	425,623	416,952	428,597	378,608	374,758	392,444	368,118	354,722
支 出	1. 医 業 費 用 b	352,168	341,206	341,908	324,391	330,947	350,075	332,517	325,957
	(1) 職 員 給 与 費 c	20,085	13,018	11,477	12,131	16,512	20,000	20,000	20,000
	(2) 材 料 費	0	0	0	0	0	0	0	0
	(3) 経 費	232,996	222,956	222,883	206,648	207,263	220,000	220,000	220,000
	(4) 減 価 償 却 費	83,731	90,057	102,772	103,612	105,172	106,075	88,517	81,957
	(5) そ の 他	15,356	15,175	4,776	2,000	2,000	4,000	4,000	4,000
	2. 医 業 外 費 用	65,969	60,767	55,354	49,700	43,811	37,713	31,485	24,993
	(1) 支 払 利 息	65,969	60,767	55,354	49,700	43,811	37,713	31,485	24,993
	(2) そ の 他	0	0	0	0	0	0	0	0
	経 常 費 用 (B)	418,137	401,973	397,262	374,091	374,758	387,788	364,002	350,950
経 常 損 益 (A)－(B) (C)		7,486	14,979	31,335	4,517	0	4,656	4,116	3,772
特 別 損 益	1. 特 別 利 益 (D)	0	301,340	0	5	0	0	0	0
	2. 特 別 損 失 (E)	0	13,261	0	0	0	0	0	0
	特 別 損 益 (D)－(E) (F)	0	288,079	0	5	0	0	0	0
純 損 益 (C)＋(F)		7,486	303,058	31,335	4,522	0	4,656	4,116	3,772
累 積 欠 損 金 (G)		0	0	0	0	0	0	0	0
経 常 収 支 比 率 $\frac{(A)}{(B)} \times 100$		101.8	103.7	107.9	101.2	100.0	101.2	101.1	101.1
医 業 収 支 比 率 $\frac{a}{b} \times 100$		0	0	0	0	0	0	0	0
職員給与費対医業収益比率 $\frac{c}{a} \times 100$		0	0	0	0	0	0	0	0
地方財政法施行令第15条第1項 により算定した資金の不足額 (H)		0	0	0	0	0	0	0	0
資 金 不 足 比 率 $\frac{(H)}{a} \times 100$		0	0	0	0	0	0	0	0
病 床 利 用 率		69.0	71.6	69.0	70.0	75.0	80.0	80.0	80.0

収支計画（資本的収支）

（単位：千円、％）

区 分		25年度 (実績)	26年度 (実績)	27年度 (実績)	28年度 (見込)	29年度	30年度	31年度	32年度
収 入	1. 企 業 債	0	0	0	0	0	0	0	0
	2. 他 会 計 出 資 金	87,337	90,806	94,421	98,188	102,115	103,624	107,775	112,103
	3. 他 会 計 負 担 金	0	0	0	0	0	0	0	0
	4. 他 会 計 借 入 金	0	0	0	0	0	0	0	0
	5. 他 会 計 補 助 金	0	0	0	0	0	0	0	0
	6. 国（県）補助金	0	0	0	0	0	0	0	0
	7. そ の 他	0	0	0	0	0	0	0	0
	収 入 計 (a)	87,337	90,806	94,421	98,188	102,115	103,624	107,775	112,103
	うち翌年度へ繰り越される 支 出 の 財 源 充 当 額 (b)	0	0	0	0	0	0	0	0
	前年度許可債で当年度借入分 (c)	0	0	0	0	0	0	0	0
支 出	純計(a)－{(b)+(c)} (A)	87,337	90,806	94,421	98,188	102,115	103,624	107,775	112,103
	1. 建 設 改 良 費	79,660	109,079	30,921	22,407	73,513	41,000	41,000	41,000
	2. 企 業 債 償 還 金	131,007	136,209	141,632	147,283	153,174	155,436	161,664	168,156
	3. 他会計長期借入金返還金	0	0	0	0	0	0	0	0
	4. そ の 他	0	0	0	0	0	0	0	0
差 引	支 出 計 (B)	210,667	245,288	172,553	169,690	226,687	196,436	202,664	209,156
	差 引 不 足 額 (B)－(A) (C)	123,330	154,482	78,132	71,502	124,572	92,812	94,889	97,053
補 て ん 財 源	1. 損 益 勘 定 留 保 資 金	119,537	135,047	69,733	71,502	99,642	92,812	85,248	78,688
	2. 利 益 剰 余 金 処 分 額	0	0	0	0	0	0	0	0
	3. 繰 越 工 事 資 金	0	0	0	0	0	0	0	0
	4. そ の 他	3,793	19,435	8,399		24,930		9,641	18,365
補 て ん 財 源 不 足 額	計 (D)	123,330	154,482	78,132	71,502	124,572	92,812	94,889	97,053
	補てん財源不足額 (C)－(D) (E)	0	0	0	0	0	0	0	0
	当年度同意等債で未借入 又 は 未 発 行 の 額 (F)	0	0	0	0	0	0	0	0
	実 質 財 源 不 足 額 (E)－(F)	0	0	0	0	0	0	0	0

1. 複数の病院を有する事業にあっては、合計表のほか、別途、病院ごとの計画を作成すること。
2. 金額の単位は適宜変更することも可能。（例）千円単位。

一般会計等からの繰入金の見通し

（単位：千円）

	25年度 (実績)	26年度 (実績)	27年度 (実績)	28年度 (見込)	29年度	30年度	31年度	32年度
収 益 的 収 支	(27,039) 261,295	(25,939) 257,249	(26,439) 253,635	(9,000) 233,128	(27,600) 246,201	(27,600) 225,136	(27,600) 220,984	(27,600) 216,656
資 本 的 収 支	(0) 87,337	(0) 90,806	(0) 94,421	(0) 98,188	(0) 102,115	(0) 103,624	(0) 107,775	(0) 112,103
合 計	(27,039) 348,632	(25,939) 348,055	(26,439) 348,056	(9,000) 331,316	(27,600) 348,316	(27,600) 328,760	(27,600) 328,759	(27,600) 328,759

（注）

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

【公益財団法人柏市医療公社＋柏市】

収支計画 (収益的収支)

(単位：千円、%)

区 分		年度	25年度 (実績)	26年度 (実績)	27年度 (実績)	28年度 (見込)	29年度	30年度	31年度	32年度
収 入	1. 医 業 収 益 a		5,094,091	5,278,627	6,165,622	5,443,677	5,676,556	5,632,973	5,633,380	5,633,184
	(1) 料 金 収 入		5,016,558	5,174,787	6,079,181	5,346,098	5,566,806	5,524,511	5,524,511	5,524,511
	(2) そ の 他		77,533	103,840	86,441	97,579	109,750	108,462	108,869	108,673
	う ち 他 会 計 負 担 金		0	0	0	0	0	0	0	0
	2. 医 業 外 収 益		300,913	318,379	331,699	319,231	351,233	295,734	291,356	287,029
	(1) 他会計負担金・補助金		272,962	279,716	288,440	270,781	310,775	262,129	257,977	253,649
	(2) 国 (県) 補 助 金		0	0	0	0	0	0	0	0
	(3) 長 期 前 受 金 戻 入		0	9,638	7,113	7,531	7,530	7,495	7,269	7,269
	(4) そ の 他		27,951	29,025	36,146	40,919	32,928	26,110	26,110	26,111
	経 常 収 益 (A)		5,395,004	5,597,006	6,497,321	5,762,908	6,027,789	5,928,707	5,924,736	5,920,213
支 出	1. 医 業 費 用 b		5,172,743	5,283,622	6,017,268	5,528,271	5,777,609	5,323,670	5,307,890	5,281,601
	(1) 職 員 給 与 費 c		2,213,662	2,226,468	2,245,633	2,257,637	2,426,627	2,404,972	2,404,972	2,404,972
	(2) 材 料 費		2,106,985	2,148,291	2,907,439	2,349,062	2,313,093	1,827,433	1,827,433	1,827,433
	(3) 経 費		582,437	617,177	620,059	615,511	724,295	689,680	689,680	689,680
	(4) 減 価 償 却 費		254,303	276,511	239,361	304,061	311,594	397,585	381,805	355,516
	(5) そ の 他		15,356	15,175	4,776	2,000	2,000	4,000	4,000	4,000
	2. 医 業 外 費 用		74,475	82,065	80,829	82,812	83,965	95,033	88,805	82,313
	(1) 支 払 利 息		70,382	64,592	58,016	52,405	45,932	39,202	32,394	25,499
	(2) そ の 他		4,093	17,473	22,813	30,407	38,033	55,831	56,411	56,814
	経 常 費 用 (B)		5,247,218	5,365,687	6,098,097	5,611,083	5,861,574	5,418,703	5,396,695	5,363,914
経 常 損 益 (A)－(B) (C)			147,786	231,319	399,224	151,825	166,215	510,004	528,041	556,299
特 別 損 益	1. 特 別 利 益 (D)		78,731	313,649	17,344	5	0	0	0	0
	2. 特 別 損 失 (E)		1,365	18,129	2,278	9,071	0	0	0	0
	特 別 損 益 (D)－(E) (F)		77,366	295,520	15,066	▲ 9,066	0	0	0	0
純 損 益 (C)＋(F)			225,152	526,839	414,290	142,759	166,215	510,004	528,041	556,299
累 積 欠 損 金 (G)			0	0	0	0	0	0	0	0
経 常 収 支 比 率 $\frac{(A)}{(B)} \times 100$			102.8	104.3	106.5	102.7	102.8	109.4	109.8	110.4
医 業 収 支 比 率 $\frac{a}{b} \times 100$			98.5	99.9	102.5	98.5	98.3	105.8	106.1	106.7
職員給与費対医業収益比率 $\frac{c}{a} \times 100$			43.5	42.2	36.4	41.5	42.7	42.7	42.7	42.7
地方財政法施行令第15条第1項 により算定した資金の不足額 (H)			0	0	0	0	0	0	0	0
資 金 不 足 比 率 $\frac{(H)}{a} \times 100$			0	0	0	0	0	0	0	0
病 床 利 用 率			69.0	71.6	69.0	70.0	75.0	80.0	80.0	80.0

(3) 再編・ネットワーク化

市立柏病院は、他施設と同様に、平成15年に地域医療連携センターを設置し、円滑な入退院及び転院調整ができるよう、地域連携の推進に努めています。

今後も、市立柏病院が有する医療資源を最大限に活用できるよう、かかりつけ医の機能を持つ診療所(クリニック)との連携を、より一層強化する必要があります。

このため、患者に対しての啓発活動や地域医療連携センターを通じた地域診療所(クリニック)との連携・ネットワーク化を推進しながら、さらなる紹介・逆紹介活動の活性化を目指します。

また、市立柏病院の病床規模は200床であり、全ての急性期医療に対応できるわけではありません。このため、三次救急を担う東京慈恵会医科大学附属柏病院を中心に、柏市内の他の急性期医療を担う病院との機能分担や連携によって、地域全体で急性期医療に取り組めるよう地域完結型医療ネットワークの構築に努めます。さらに、東葛北部医療圏内の他市の医療機関についても、必要に応じ、連携を図ってまいります。

そして、地域包括ケアシステム構築の観点からは、今後は急性期医療から在宅医療へという一連の流れの中で、市立柏病院に対しても在宅医療の推進に向けた取組みが求められています。

患者の在宅復帰の促進に向け、市立柏病院では平成28年10月から地域包括ケア病棟を設けており、こうした機能を有効活用するとともに、患者の状態に合わせた相談機能や退院支援機能を十分に発揮できるように、同じ敷地内の柏市立介護老人保健施設はみんぐや、訪問看護ステーション等の在宅医療機能のみならず、その他の在宅医療を担う診療所(クリニック)や介護サービス事業者等ともネットワークを構築しながら、地域包括ケアシステムの一翼を担っていきます。

(4) 経営形態の見直し

市立柏病院は、開設者である柏市が、平成5年7月の開院時から病院の管理運営を民間法人に委託する全国でも数少ない「公設民営方式」を採用しています。

開院当初の3年間は、社団法人柏地区医師会が運営し、平成8年4月からは公益財団法人柏市医療公社が一貫して運営を担っています。また、地方自治法の改正に伴い、平成18年4月からは、指定管理者制度に基づく管理・運営形態に移行し、現在に至っています。

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運営形態です。また、柏市の出資による公益財団法人柏市医療公社へ運営委託をするメリットとして、医療、介護及び公衆衛生に関する各種事業を通じて市民の健康や福祉の増進を図るという柏市の意向が病院運営に反映しやすいことが挙げられます。

なお、現在の指定管理期間は、本改革プランの対象年度と同じ平成32年度までとなっています。

このため、本改革プランにおいても、現行の経営形態の下で、公益財団法人柏市医療公社の役割、結果への評価・経営責任を明確にして、指定管理者制度の有効性を活かしながら、健全経営を目指します。

4. おわりに

「柏市立柏病院 新改革プラン」では、市立柏病院の将来像として、担うべき役割や方向性、持続可能な病院経営の確立を図るための取組みや、各種指標に係る数値目標を設定しました。

目まぐるしく変化する社会情勢と、今後さらに厳しさを増す地域医療を巡る環境の中にあっても、市立柏病院が適切な医療を安定的に提供し続けるためには、本改革プランで示した取組みに対して、病院の設置者である柏市と、指定管理者である公益財団法人柏市医療公社とが連携し、PDCAサイクルに基づく継続的な検証・見直しと実行を繰り返すことが重要です。

なお、現在、柏市健康福祉審議会市立病院事業検討専門分科会において、市立柏病院のあり方を審議中であり、医療を取り巻く情勢の変化のみならず、当該審議に伴う条件変化を随時見込みながら、本改革プランの数値目標を見直していく必要があります。

こうした本改革プランの実現には、市民の皆様の御理解や御協力が不可欠です。

市立柏病院の経営状況や本改革プランの実施状況等の情報については、市ホームページ等で公表して、積極的な情報提供に努めてまいります。

資料

新公立病院改革ガイドライン

第1 更なる公立病院改革の必要性

1 公立病院改革の現状

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

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

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

2 医療制度改革の推進

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

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

3 公立病院改革の基本的な考え方

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

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

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

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

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

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

第2 地方公共団体における新公立病院改革プランの策定

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

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

また、関係地方公共団体において、前ガイドラインによる公立病院改革プランに基づき、再編・ネットワーク化や経営形態の見直しに取り組んでいる場合であっても、現在の取組状況や成果を検証するとともに、地域医療構想の達成の推進を図る観点も踏まえつつ、更なる見直しの必要性について検討すべきであることから、新改革プランを策定するものとする。

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

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

1 新改革プランの策定期間

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

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

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

2 新改革プランの対象期間

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

3 新改革プランの内容

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

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

(1) 地域医療構想を踏まえた役割の明確化

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

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

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

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

① 地域医療構想を踏まえた当該病院の果たすべき役割

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

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

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

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

② 地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割

医療介護総合確保推進法においては、地域包括ケアシステムの構築を目的の一つに掲げており、地域医療構想の中でも将来の在宅医療の必要量を示すこととしているなど、医療と介護が総合的に確保されることを求めている。

特に、中小規模の公立病院にあつては、介護保険事業との整合性を確保しつつ、例えば、在宅医療に関する当該公立病院の役割を示す、住民の健康づくりの強化に当たっての具体的

な機能を示すなど、地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割を明らかにすべきである。

加えて、大規模病院等にあつては、緊急時における後方病床の確保や人材育成など病院の特性に応じて果たすべき役割についても積極的に明らかにすることが望ましい。

③ 一般会計負担の考え方

公立病院は、地方公営企業として運営される以上、独立採算を原則とすべきものである。一方、地方公営企業法上、一定の経費については、一般会計等において負担するものとされている。したがって、新改革プランの前提として、当該公立病院が地域医療の確保のため果たすべき役割を明らかにした上で、これに対応して一般会計が負担すべき経費の範囲についての考え方及び一般会計等負担金の算定基準(繰出基準)を記載する。

④ 医療機能等指標に係る数値目標の設定

当該公立病院が、その果たすべき役割に沿った医療機能を十分に発揮しているかを検証する観点から、以下の例示を踏まえ適切な医療機能等指標について、数値目標を設定する。

1) 医療機能・医療品質に係るもの

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

2) その他

患者満足度、健康・医療相談件数 など

⑤ 住民の理解

当該病院が担う医療機能を見直す場合には、これを住民がしっかりと理解し納得しなければならない。多くの地域においては、各々の病院があらゆる機能を持とうとしても、医療スタッフを確保できないばかりか、適切な勤務環境を確保できず、結果的に地域全体として適切な医療を提供できないことを理解し合う必要があり、そのための取組が求められる。

(2) 経営の効率化

① 経営指標に係る数値目標の設定

経営の効率化は、地域の医療提供体制を確保し、良質な医療を継続的に提供していくためには、避けて通れないものであり、医薬品費、医療材料費等の経費節減や医療の質の向上等による収入確保に積極的に取り組むことが重要である。

このため、経営指標について、資料2及び資料3に掲げる全国の公立病院、民間病院等の状況も参考にしつつ、原則として、個々の病院単位を基本として新改革プラン対象期間末時点における数値目標を定める。この場合、経常収支比率及び医業収支比率については、必ず数値目標を設定するとともに、自らの経営上の課題を十分に分析し、以下の例示も踏まえ、課題解決の手段としてふさわしい数値目標を定めることとする。

なお、指定管理者制度導入団体にあつては、指定管理者への財政支出の水準や、指定管理者から関係地方公共団体に提出された運営計画等をもって、数値目標や具体的取組に代えることも可能である。

1) 収支改善に係るもの

経常収支比率、医業収支比率、修正医業収支比率、不良債務比率、資金不足比率、累積欠損金比率 など

2) 経費削減に係るもの

材料費・薬品費・委託費・職員給与費・減価償却費などの対医業収益比率、医療材料費の一括購入による〇%削減、100床当たり職員数、後発医薬品の使用割合 など

3) 収入確保に係るもの

1日当たり入院・外来患者数, 入院・外来患者1人1日当たり診療収入, 医師(看護師)1人当たり入院・外来診療収入, 病床利用率, 平均在院日数, DPC機能評価係数など診療報酬に関する指標 など

4) 経営の安定性に係るもの

医師数, 純資産の額, 現金保有残高, 企業債残高 など

② 経常収支比率に係る目標設定の考え方

公立病院が, 地域の医療提供体制の中で, 適切に役割を果たし良質な医療を提供していくためには, 一般会計から所定の繰出が行われれば「経常黒字」となる水準を早期に達成し, これを維持することにより, 持続可能な経営を実現する必要がある。

このため新改革プランにおいては, 公立病院が担っている不採算医療等を提供する役割を確保しつつ, 対象期間中に経常黒字(すなわち経常収支比率が100%以上)化する数値目標を定めるべきであり, 仮にそれが著しく困難な場合には, 経常黒字化を目指す時期及びその道筋を明らかにするものとする。なお, その際以下の点に留意する。

- 1) 一つの経営主体が複数の病院を持ち, その複数の病院が基幹病院とサテライト病院のように機能を補完しながら一体的に運営していると認められる場合には, 複数の病院を合わせて経常黒字化の数値目標をつくることのできることにする。
- 2) 平成26年度から適用された新会計基準により過去分の退職給付引当金を複数年で経常費用に計上することにより経営に与える影響が一時的に著しく大きくなる場合は, 経過的な取扱いとして, 注記した上で過去分の退職給付引当金を除いて経常黒字化の数値目標をつくることのできることにする。

③ 目標達成に向けた具体的な取組

数値目標の達成に向けて, 民間的経営手法の導入, 事業規模・事業形態の見直し, 経費削減・抑制対策, 収入増加・確保対策などについて, 具体的にどのような取組をどの時期に行うこととするかを明記する。参考までに, 前ガイドラインに基づく取組例は資料4のとおりである。

また, 経営の効率化に当たっては, 特に以下の点に留意すべきである。

1) 医師等の人材の確保・育成

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

また, 地域に関心を持つ医師を増やす観点から中小規模の病院も積極的に研修医・医学生等の研修受入れに取り組むことが重要である。大規模病院においては, 中小病院等への医師派遣や人材育成に関する連携・支援を行うことが重要である。

2) 経営感覚に富む人材の登用及び事務職員の人材開発の強化

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

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

3) 民間病院との比較

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

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

4) 施設・設備整備費の抑制等

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

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

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

5) 病床利用率が特に低水準である病院における取組

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

これらの病院にあっては、新改革プランにおいて、地域の医療提供体制を確保しつつ、病床数の削減、診療所化、再編・ネットワーク化、経営形態の見直しなど、再度抜本的な見直しを検討すべきである。

④ 新改革プラン対象期間中の各年度の収支計画等

上記取組の実施を前提として、新改革プラン対象期間中の各年度の収支計画及び各年度における目標数値の見直し等を掲げるものとする。

なお、収支計画は、診療報酬の改定等の経営環境の変化により影響を受けるため、新改革プラン策定後においても、こうした状況変化を踏まえ必要な見直しを行うことが適当である。

(3) 再編・ネットワーク化

① 再編・ネットワーク化に係る計画の明記

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

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

② 取組病院の更なる拡大

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

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

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

③ 再編・ネットワーク化に係る留意事項

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

1) 二次医療圏等の単位での経営主体の統合の推進

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

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

2) 医師派遣等に係る拠点機能を有する病院整備

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

3) 病院機能の再編成(公的病院、民間病院等との再編を含む)

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

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

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

(4) 経営形態の見直し

① 経営形態の見直しに係る計画の明記

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

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

② 経営形態の見直しに係る選択肢と留意事項

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

1) 地方公営企業法の全部適用

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

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

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

2) 地方独立行政法人化(非公務員型)

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

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

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

3) 指定管理者制度の導入

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

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

4) 民間譲渡

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

5) 事業形態の見直し

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

第3 都道府県の役割・責任の強化

1 地域医療構想の策定等を通じた取組

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

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

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

2 管内公立病院の施設の新設・建替等を行う場合の検討

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

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

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

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

第4 新改革プランの実施状況の点検・評価・公表

1 地方公共団体における点検・評価・公表

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

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

2 積極的な情報開示

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

3 新改革プランの改定

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

4 総務省における取組

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

第5 財政措置等

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

1 公立病院改革に対する措置

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

(1) 新改革プランの策定に要する経費

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

(2) 再編・ネットワーク化に伴う施設・設備の整備等に要する経費

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

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

(3) 再編・ネットワーク化や経営形態の見直し等に伴う精算等に要する経費

① 新たな経営主体の設立等に際しての出資に要する経費

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

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

② 施設の除却等経費

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

③ 他用途への転用に伴う経費

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

④ 退職手当の支給に要する経費

指定管理者制度の導入等に際し必要となる退職手当の支給に要する経費について、必要に応じて退職手当債による措置の対象とする。

(4) 許可病床削減時の普通交付税算定の特例

普通交付税の算定基礎を許可病床数から稼働病床数に変更する(下記2 (2)参照)ことに伴い、削減許可病床数を有するものとして算定する既存の措置を見直し、地域の医療提供体制の見直しを推進する観点から、許可病床の削減数に応じた5年間の加算措置を講じる(平成28年度から実施)。

2 公立病院に関する既存の地方財政措置の見直し

公立病院に関する既存の地方財政措置について次のとおり見直しを行うこととする。

(1) 施設の新設・建替等を行う場合の地方交付税措置の見直し

公立病院施設の新設・建替等(医療機器整備を含む)に係る病院事業債に関しては、地域の医療提供体制に大きな役割・責任を持つ都道府県が、同意等に際して収支見通し等について十分検討を行うとともに、当該公立病院に係る機能・役割分担等の地域医療構想との整合性についても十分に検討を行い、適当と認められるものに地方交付税措置を行う。

(2) 病床数に応じた地方交付税算定の見直し

公立病院の病床数に応じた地方交付税措置については、算定の公平性の確保、稼働病床数の把握が可能となったこと等を踏まえ、算定の基礎となる病床数を許可病床数から稼働病床数に変更する。その際、措置額の減少を緩和する方策を講じる。

(3) 公立病院に関する地方財政措置の重点化

① 病院施設の整備費に係る措置

病院建物の建築単価が一定水準を上回る部分を普通交付税措置対象となる病院事業債の対象から除外する制度を継続するとともに、当面、全国的な建築単価の急激な上昇を反映するため措置対象となる単価を引き上げる。

② 不採算地区病院に対する措置

不採算地区病院の第2種の対象病院について、その適正化を図るため、人口集中地区以外に所在する公立病院から、周辺人口が少ない地域に立地する公立病院に見直す。

③ 公立病院に対する特別交付税措置の重点化

財政措置の重点化を図る見地から、公立病院に対する特別交付税措置について、病床数等に単価を乗じて算定する方式から、これと一般会計からの繰出額等とを比較する方式への見直しを検討する。

(4) 公的病院等に対する措置

公的病院等の運営費に対する地方公共団体の助成については、公立病院に準じた特別交付税による措置を継続する。

用語説明

【あ行】

医業収支比率

病院本来の医療活動による経営状態を示す指標で、この比率が大きいほど、経営状態が良好であることを表す。次の計算式により算出する。

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

ADL(日常生活動作)

食事や更衣, 排泄, 移動, 入浴等の日常生活において毎日繰り返される必要不可欠な基本的な行動のことをいう。Activities of Daily Living の略。

【か行】

回復期機能

医療機能の一つで、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をいう。

特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADL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)を指す。

カテーテル治療

局所麻酔後に手首や足のつけ根の動脈からカテーテルと呼ばれる細い管を入れ、バルーン(風船)やステント(筒形で網状の金属)などを使って、狭くなったり詰まったりしている冠動脈を広げる治療法をいう。

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をいう。

急性期機能

医療機能の一つで、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をいう。

許可病床

医療法の規定に基づき使用許可を受けている病床をいう。

クリニカルパス(クリティカルパス)

一定の疾患や検査毎に、その治療の段階及び最終的に患者が目指す最適な状態(到達目標)に向け、最適と考えられる医療の介入内容をスケジュール表にしたものをいう。さらに、クリニカルパスの評価・改善を行うことが医療の質を向上させるマネジメントシステムになる。

このうち、「地域連携クリティカルパス」は、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。施設ごとの診療内容と治療経過、最終目標を診療計画として明示し、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。

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をいう。次の計算式により算出する。

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

経常収支比率

病院本来の医療活動のほか、医業外活動も加えた経営状況を示す指標で、比率が大きいほど、経営状態が良好であることを表す。次の計算式により算出する。

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

後期臨床研修プログラム

初期臨床研修を修了した医師のうち、専門分野の医療技術・知識の修得を目指す医師が、さらに大学病院や関連病院等での専門的な臨床研修を受ける際の研修プログラムのことをいう。教育指導体制の充実や医師の目指すキャリアパスに合わせた研修プログラムの提供、実践的な研修環境の整備等、それぞれの臨床研修病院で後期臨床研修医を育成するための特色がある。

高度急性期機能

医療機能の一つ。急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能。高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例としては、救急救命病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室など、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟がこれにあたる。

【さ行】

初期臨床研修医

平成16年から、医師免許取得後で診療に従事しようとする医師は、大学病院又は厚生労働大臣が指定する病院で2年間以上の臨床研修(初期臨床研修)を受けることが義務付けられている。ここでは、医

師として必要な姿勢・態度，専門分野に限らず，日常の一般的な診療に適切に対応できる基本的な診療能力を身につけるための研修期間中の医師を意味する。

【た行】

DPC

入院患者の病名・症状・治療行為を基にして厚生労働省が定めた1日当たりの金額からなる「包括評価分」（投薬・注射・処置・入院料等）と「出来高評価分」（手術，麻酔，リハビリ，指導料等）を組み合わせ、診療報酬を計算する制度をいう。全国から診療に伴うデータが集められることで，標準的で効果的な治療の確立に寄与することが期待できる。

地域医療構想

医療介護総合確保推進法に基づき，2025年に向け，病床の機能分化・連携を進めるために，医療機能ごとに医療需要と病床に必要数を推計し，都道府県が骨組みをまとめたものをいう。

地域包括ケアシステム

団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に，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で，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。

千葉県保健医療計画

千葉県の保健医療提供体制の確保に関する事項を定めた行政計画をいう。「県民一人ひとりが，健やかに地域で暮らし，心豊かに長寿を全うできる総合的な保健医療福祉システム作り」を基本理念とし，「(1) 質の高い保健医療提供体制の構築」「(2) 健康づくりの推進」「(3) 保健・医療・福祉の連携確保」「(4) 安全と生活を守る環境づくり」の4つの柱に沿った施策を展開している。

東葛北部二次医療圏

都道府県が医療計画を策定するにあたり，特殊な医療を除く病院の病床整備を図るべき地域的単位を医療圏という。千葉県は，9の圏域を設定しており，東葛北部二次医療圏は，柏市・松戸市・流山市・我孫子市・野田市で構成される。

【な行】

入院基本料

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、基本的な入院医療の体制を総合的に評価する「入院基本料」が病棟種類別に新設された。

入院基本料は、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項について厚生労働大臣が定める施設基準に適合していることを条件に、それぞれ所定点数が算定される。

一般病棟入院基本料(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。

入院診療単価

入院患者1人1日当たりの診療費の額をいう。

入院診療単価 = 入院収益 / 在院患者延べ数

【は行】

病床利用率

病院のベッドの利用状況の割合をいう。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。

病床利用率(%) = 在院患者延べ数 / 病床数 / 365日 × 100

PDCAサイクル

業務改善を推進する手法の一つで、Plan(計画)、Do(実行)、Check(評価)、Action(改善)を一連のサイクルとして、継続的に行うものをいう。

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をいう。適切な医療を患者の病態に合せて効率的に提供しているかを表す尺度となる。

なお、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。

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

訪問看護

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

【ま行】

慢性期機能

医療機能の一つで、長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能をいう。具体例として、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又は難病患者等を入院させる機能である。

柏市立柏病院 新改革プラン

平成 2 9 年 3 月

作成：柏市

協力：公益財団法人柏市医療公社

編集：〒277-0825 柏市布施 1 - 3 市立柏病院内

柏市 保健福祉部 医療公社管理課

0 4 - 7 1 3 4 - 6 7 9 5
