

平成28年度第1回地方独立行政法人東金九十九里地域医療センター評価委員会

資料

1. 報告

資料1 東千葉メディカルセンターの運営状況について（平成27年度）

資料2 平成27年度東千葉メディカルセンター資金繰り実績

資料3 地方独立行政法人東金九十九里地域医療センター
中期目標変更案等策定支援業務 最終報告書

2. 議事

資料4 地方独立行政法人東金九十九里地域医療センター
第2期中期目標の変更案について

資料5 地方独立行政法人東金九十九里地域医療センター
第2期中期目標変更案 新旧対照表

東千葉メディカルセンターの運営状況について (平成27年度)

平成27年4月1日～平成28年3月31日

地方独立行政法人東金九十九里地域医療センター

1. 救急搬送受入の状況

※東千葉メディカルセンター救急科受付資料による

☆ 年度計画数値目標の状況

六・平成27年度目標実績	第1四半期			第2四半期			第3四半期			第4四半期			平成27年度実績	平成27年度目標
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月		
救急車搬送受入患者数	190	206	209	228	223	208	188	210	228	229	198	221	2,538	2,000
	605			659			626			648				

(参考1)山武郡市広域行政組合 管内・管外搬送率表

		(参考)		第1四半期				第2四半期				第3四半期				第4四半期				月平均									
		H26月平均		4月		5月		6月		7月		8月		9月		10月		11月		12月		1月		2月		3月			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
軽症	管内	248	79.1%	225	73.5%	241	75.1%	208	78.2%	270	80.6%	274	77.2%	245	75.9%	181	73.6%	194	75.8%	205	76.8%	200	75.5%	173	72.4%	193	69.4%	217	75.3%
	管外	66	20.9%	81	26.5%	80	24.9%	58	21.8%	65	19.4%	81	22.8%	78	24.1%	65	26.4%	62	24.2%	62	23.2%	65	24.5%	66	27.6%	85	30.6%	71	24.7%
	計	314		306		321		266		335		355		323		246		256		267		265		239		278		288	
中等症	管内	224	69.9%	214	68.8%	253	73.8%	230	75.9%	251	74.7%	256	71.7%	265	71.0%	251	73.0%	246	73.7%	236	67.2%	265	72.4%	211	66.6%	232	68.6%	243	71.5%
	管外	96	30.1%	97	31.2%	90	26.2%	73	24.1%	85	25.3%	101	28.3%	108	29.0%	93	27.0%	88	26.3%	115	32.8%	101	27.6%	106	33.4%	106	31.4%	97	28.5%
	計	320		311		343		303		336		357		373		344		334		351		366		317		338		340	
重症・死亡	管内	61	66.7%	57	72.2%	69	65.1%	64	71.1%	50	71.4%	46	70.8%	48	69.6%	61	71.8%	55	76.4%	70	72.2%	75	71.4%	67	73.6%	57	66.3%	60	70.6%
	管外	30	33.3%	22	27.8%	37	34.9%	26	28.9%	20	28.6%	19	29.2%	21	30.4%	24	28.2%	17	23.6%	27	27.8%	30	28.6%	24	26.4%	29	33.7%	25	29.4%
	計	91		79		106		90		70		65		69		85		72		97		105		91		86		85	
合計	管内	533	73.5%	496	71.3%	563	73.1%	502	76.2%	571	77.1%	576	74.1%	558	72.9%	493	73.0%	495	74.8%	511	71.5%	540	73.4%	451	69.7%	482	68.7%	520	72.9%
	管外	192	26.5%	200	28.7%	207	26.9%	157	23.8%	170	22.9%	201	25.9%	207	27.1%	182	27.0%	167	25.2%	204	28.5%	196	26.6%	196	30.3%	220	31.3%	193	27.1%
	計	725		696		770		659		741		777		765		675		662		715		736		647		702		713	

※山武郡市広域行政組合救急搬送人員データを東金市医療センター推進課で集計して作成。

(参考2)山武都市広域行政組合 管内医療機関別表

	(参考)				第1四半期												第2四半期												上半期平均				
	平成26年度月平均				4月				5月				6月				7月				8月				9月								
	軽症	中等症	重症・死亡	計	軽症	中等症	重症・死亡	計	軽症	中等症	重症・死亡	計	軽症	中等症	重症・死亡	計	軽症	中等症	重症・死亡	計	軽症	中等症	重症・死亡	計	軽症	中等症	重症・死亡	計					
東千葉メディカルセンター	人数	60	65	36	161	48	62	34	144	47	82	44	173	42	103	42	187	55	84	34	173	54	99	26	179	46	102	26	174	49	89	34	172
	割合(%)	19.0	20.4	39.7	22.3	15.7	19.9	43.0	20.7	14.6	23.9	41.5	22.5	15.8	34.0	46.7	28.4	16.4	25.0	48.6	23.3	15.2	27.7	40.0	23.0	14.2	27.3	37.7	22.7	15.4	26.4	41.5	23.9
九十九里病院	人数	65	73	10	148	61	63	8	132	64	79	8	151	55	42	9	106	84	71	6	161	73	68	8	149	67	69	8	144	67	65	8	140
	割合(%)	20.8	22.8	10.9	20.4	19.9	20.3	10.1	19.0	19.9	23.0	7.5	19.6	20.7	13.9	10.0	16.1	25.1	21.1	8.6	21.7	20.6	19.0	12.3	19.2	20.7	18.5	11.6	18.8	21.1	19.3	9.8	19.4
さんむ医療センター	人数	50	33	7	89	52	47	8	107	58	36	2	96	48	44	5	97	67	41	4	112	73	37	4	114	74	49	4	127	62	42	5	109
	割合(%)	15.9	10.2	7.5	12.3	17.0	15.1	10.1	15.4	18.1	10.5	1.9	12.5	18.0	14.5	5.6	14.7	20.0	12.2	5.7	15.1	20.6	10.4	6.2	14.7	22.9	13.1	5.8	16.6	19.5	12.5	6.1	15.1
大網病院	人数	27	29	5	61	23	27	6	56	31	39	12	82	19	28	5	52	17	33	5	55	34	34	6	74	21	30	5	56	24	32	7	63
	割合(%)	8.7	9.1	5.2	8.5	7.5	8.7	7.6	8.0	9.7	11.4	11.3	10.6	7.1	9.2	5.6	7.9	5.1	9.8	7.1	7.4	9.6	9.5	9.2	9.5	6.5	8.0	7.2	7.3	7.5	9.5	8.5	8.8
浅井病院	人数	15	13	1	30	14	10		24	15	10	1	26	20	4	1	25	20	13	1	34	17	8		25	15	10		25	17	9	1	27
	割合(%)	4.9	4.1	1.4	4.1	4.6	3.2		3.4	4.7	2.9	0.9	3.4	7.5	1.3	1.1	3.8	6.0	3.9	1.4	4.6	4.8	2.2		3.2	4.6	2.7		3.3	5.3	2.7	1.2	3.8
高根病院	人数	4	3	1	7	2	2	1	5	4			4	5	3	2	10	3	4		7	1	1		2	3	1	1	5	3	2	1	6
	割合(%)	1.2	0.9	0.5	1.0	0.7	0.6	1.3	0.7	1.2			0.5	1.9	1.0	2.2	1.5	0.9	1.2		0.9	0.3	0.3		0.3	0.9	0.3	1.4	0.7	0.9	0.6	1.2	0.8
その他医療機関	人数	27	8	1	36	25	3		28	22	7	2	31	19	6		25	24	5		29	22	9	2	33	19	4	4	27	22	6	2	30
	割合(%)	8.5	2.3	1.5	4.9	8.2	1.0		4.0	6.9	2.0	1.9	4.0	7.1	2.0		3.8	7.2	1.5		3.9	6.2	2.5	3.1	4.2	5.9	1.1	5.8	3.5	6.9	1.8	2.4	4.2
管内医療機関	人数	248	224	61	533	225	214	57	496	241	253	69	563	208	230	64	502	270	251	50	571	274	256	46	576	245	265	48	558	244	245	58	547
	割合(%)	79.1	69.9	66.7	73.5	73.5	68.8	72.2	71.3	75.1	73.8	65.1	73.1	78.2	75.9	71.1	76.2	80.6	74.7	71.4	77.1	77.2	71.7	70.8	74.1	75.9	71.0	69.6	72.9	76.7	72.7	70.7	76.0
管外医療機関	人数	66	96	30	192	81	97	22	200	80	90	37	207	58	73	26	157	65	85	20	170	81	101	19	201	78	108	21	207	74	92	24	190
	割合(%)	20.9	30.1	33.3	26.5	26.5	31.2	27.8	28.7	24.9	26.2	34.9	26.9	21.8	24.1	28.9	23.8	19.4	25.3	28.6	22.9	28.3	29.2	25.9	24.1	29.0	30.4	27.1	23.3	27.3	29.3	26.4	
合 計	人数	314	320	91	725	306	311	79	696	321	343	106	770	266	303	90	659	335	336	70	741	355	357	65	777	323	373	69	765	318	337	82	720

	第3四半期												第4四半期												下半期月平均				月平均						
	10月				11月				12月				1月				2月				3月														
	軽症	中等症	重症・死亡	計	軽症	中等症	重症・死亡	計	軽症	中等症	重症・死亡	計	軽症	中等症	重症・死亡	計	軽症	中等症	重症・死亡	計	軽症	中等症	重症・死亡	計											
東千葉メディカルセンター	人数	36	72	36	144	39	84	29	152	46	78	49	173	52	87	38	177	44	74	31	149	44	88	32	164	44	80.5	35.8	160	46	85	35	166		
	割合(%)	14.6	20.9	42.4	21.3	15.2	25.1	40.3	23.0	17.2	22.2	50.5	24.2	19.6	23.8	36.2	24.0	18.4	23.3	34.1	23.0	15.8	26.0	37.2	23.4	16.8	23.5	39.7	23.1	16.0	24.9	41.2	23.2		
九十九里病院	人数	49	87	6	142	55	59	8	122	41	73	9	123	36	87	13	136	41	54	10	105	36	66	11	113	43	71	10	123.5	55	68	9	132		
	割合(%)	19.9	25.3	7.1	21.0	21.5	17.7	11.1	18.4	15.4	20.8	9.3	17.2	13.6	23.8	12.4	18.5	17.2	17.0	11.0	16.2	12.9	19.5	12.8	16.1	16.6	20.8	10.5	17.9	19.1	20.1	10.2	18.5		
さんむ医療センター	人数	38	46	12	96	53	55	8	116	51	42	5	98	54	43	7	104	39	36	9	84	44	39	7	90	47	44	8	98	54	43	6	103		
	割合(%)	15.4	13.4	14.1	14.2	20.7	16.5	11.1	17.5	19.1	12.0	5.2	13.7	20.4	11.7	6.7	14.1	16.3	11.4	9.9	13.0	15.8	11.5	8.1	12.8	18.0	12.7	8.9	14.2	18.8	12.6	7.3	14.5		
大網病院	人数	19	29	7	55	13	21	6	40	17	15	1	33	20	27	12	59	18	27	10	55	16	26	5	47	17	24	7	48	21	28	7	55		
	割合(%)	7.7	8.4	8.2	8.1	5.1	6.3	8.3	6.0	6.4	4.3	1.0	4.6	7.5	7.4	11.4	8.0	7.5	8.5	11.0	8.5	5.8	7.7	5.8	6.7	6.6	7.1	7.6	7.0	7.2	8.2	7.8	7.8		
浅井病院	人数	12	10		22	10	12		22	22	21	1	44	17	11	3	31	13	12	3	28	25	4		29	17	12	1	30	17	10	1	28		
	割合(%)	4.9	2.9		3.3	3.9	3.6		3.3	8.2	6.0	1.0	6.2	6.4	3.0	2.9	4.2	5.4	3.8	3.3	4.3	9.0	1.2		4.1	6.4	3.4	1.6	4.3	5.8	3.1	1.1	3.9		
高根病院	人数	4			4	1	4	1	6	2	1	1	4	3	1		4	7			7	2			2	3	1	1	5	3	2	1	5		
	割合(%)	1.6			0.6	0.4	1.2	1.4	0.9	0.7	0.3	1.0	0.6	1.1	0.3																				

2. 職種別職員数等の状況

(1) 職種別職員数(常勤職員)

	第1四半期 (H27.4.1)	第2四半期 (H27.7.1)	第3四半期 (H27.10.1)	第4四半期 (H28.1.1)	平成27年度末	平成27年度 目標
医師	36	37	37	37	37	48
看護師	148	159	154	158	155	199
薬剤師	13	13	13	13	13	
臨床検査技師	13	13	13	15	14	
診療放射線技師	11	11	11	11	11	
理学療法士	5	5	4	4	4	
作業療法士						
臨床工学技士	3	4	4	4	4	
管理栄養士	3	3	3	3	3	
医療ソーシャルワーカー	3	3	2	2	2	
看護補助者	15	15	14	14	13	
事務職員	26	26	24	25	26	
その他						
計	276	289	279	286	282	

(2) 診療科別医師数(非常勤を含む)

	第1四半期(H27.4.1)		第2四半期(H27.7.1)		第3四半期(H27.10.1)		第4四半期(H28.1.1)		平成27年度末	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
内科(総合診療科)		3			3		3		3	3
消化器内科	4			4		4		4		4
神経内科	2			2		2		2		2
呼吸器内科	2	4	2	4	2	4	2	4	2	4
循環器内科	4	2	4	2	4	2	4	2	4	2
代謝・内分泌内科	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1
小児科	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2
外科	4		4		4		4		4	
心臓血管外科	2		2		2		2		2	
整形外科	5	2	6	2	6	1	6	1	6	1
脳神経外科	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3
形成外科	1		1		1		1		1	
産婦人科		1		1		1		1		1
リハビリテーション科	1		1		1		1		1	
放射線科		3		3		3		3		3
麻酔科		6		6		6		6		6
精神科		1		1		1		1		1
救急科	6	1	6	1	6	1	6	1	6	1
計	36	28	37	28	37	28	37	28	37	28

※非常勤医師については、週あたりの勤務人数

3. 診療科別外来・入院延患者数の状況

(1) 外来延患者数

(単位:人)

	第1四半期			第2四半期			第3四半期			第4四半期			合計
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
【診療日数】	21日	18日	22日	22日	21日	19日	21日	19日	19日	19日	20日	22日	243日
内科	60	73	100	106	131	97	118	132	106	110	125	114	1,272
消化器内科	547	517	605	688	522	605	738	682	650	665	695	761	7,675
神経内科	114	112	121	100	110	89	140	137	118	131	139	121	1,432
呼吸器内科	247	259	313	393	331	346	386	353	385	364	328	370	4,075
循環器内科	381	346	403	347	428	393	443	394	442	413	469	514	4,973
代謝・内分泌内科	46	85	143	165	181	205	228	224	216	243	245	286	2,267
小児科	384	388	420	399	412	399	479	521	679	531	603	625	5,840
外科	110	86	118	103	146	140	157	161	168	158	177	225	1,749
心臓血管外科	46	59	59	67	43	45	54	74	65	50	69	61	692
整形外科	776	810	867	868	915	802	975	876	870	895	923	1,020	10,597
脳神経外科	85	86	116	110	85	106	98	109	94	100	90	121	1,200
形成外科	19	76	72	84	111	108	100	142	148	133	129	109	1,231
産婦人科	22	15	21	22	23	31	31	37	21	22	36	32	313
リハビリテーション科	0	0	1	0	0	0	0	0	25	62	53	52	193
救急科	221	205	230	194	259	233	207	178	207	175	188	140	2,437
計	3,058	3,117	3,589	3,646	3,697	3,599	4,154	4,020	4,194	4,052	4,269	4,551	45,946
													28,234

☆ 年度計画数値目標の状況

	第1四半期			第2四半期			第3四半期			第4四半期			平成27年度 実績	平成26年度 実績
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月		
外来平均患者数	145.6人/日	173.2人/日	163.1人/日	165.7人/日	176.0人/日	189.4人/日	197.8人/日	211.6人/日	220.7人/日	213.3人/日	213.5人/日	206.9人/日	189.1人/日	115.7人/日
外来診療単価(1日1人当り)	12,721円	13,301円	13,251円	13,875円	12,938円	12,855円	13,230円	13,520円	12,942円	13,130円	13,045円	13,547円	13,205円	12,285円

平成27年度
目標

234.0人/日

13,000円

【出典】医事統計(診療科・行為別請求額)

なお、外来平均患者数は「外来延患者数÷診療日数」で算出(小数点以下第2位を四捨五入)

(2) 入院延患者数

	第1四半期			第2四半期			第3四半期			第4四半期			合計
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
内科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
消化器内科	666	574	750	497	555	594	709	535	462	683	638	556	7,219
神経内科	28	18	32	70	43	54	60	79	60	79	17	23	563
呼吸器内科	183	344	331	318	256	227	207	298	294	304	286	290	3,338
循環器内科	250	391	254	292	420	325	399	406	353	352	365	401	4,208
代謝・内分泌内科	0	52	82	6	37	46	61	24	53	24	42	34	461
小児科	28	17	49	49	50	78	37	0	86	28	80	48	550
外科	320	278	355	406	376	407	526	400	593	404	374	490	4,929
心臓血管外科	111	142	154	107	74	85	131	104	133	124	127	0	1,292
整形外科	924	1,024	948	1,170	887	921	932	1,115	1,213	1,157	1,155	1,268	12,714
脳神経外科	110	40	70	190	148	93	87	71	43	105	152	137	1,246
形成外科	0	2	10	3	24	4	0	13	56	41	73	16	242
産婦人科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
リハビリテーション科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
救急科	582	693	787	878	948	1,065	818	970	1,020	1,145	813	964	10,683
計	3,202	3,575	3,822	3,986	3,818	3,899	3,967	4,015	4,366	4,446	4,122	4,227	47,445
													平成26年度実績

☆ 年度計画数値目標の状況

	第1四半期			第2四半期			第3四半期			第4四半期			平成27年度実績	平成27年度目標	平成26年度実績
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月			
病床利用率															
一般病床 (実質病床利用率)	89.0%	88.3%	88.4%	79.6%	74.3%	78.2%	85.1%	83.1%	85.8%	86.9%	87.8%	87.3%	83.4%	85%	80%
ICU	80.3%	81.9%	66.7%	64.8%	81.3%	81.7%	80.3%	70.7%	75.5%	79.0%	70.0%	68.7%	75.1%	85%	78.2%
HCU	91.3%	87.1%	72.3%	64.5%	69.0%	79.0%	72.6%	81.7%	77.7%	85.2%	71.4%	73.2%	77.0%	90%	81.2%
稼動病床数															
一般病床 (実質稼働病床数)	100床	111床	144床	210床	100床 (92床)										
【許可病床数】	100床	126床	144床												
ICU	10床														
HCU	10床														
入院平均患者数															
一般病床	89.0人/日	98.0人/日	113.1人/日	114.5人/日	107.0人/日	112.6人/日	122.5人/日	119.7人/日	123.6人/日	125.2人/日	126.4人/日	125.7人/日	114.8人/日	138.0人/日	67.5人/日
ICU	8.0人/日	8.2人/日	6.7人/日	6.5人/日	8.1人/日	8.2人/日	8.人/日	7.1人/日	7.5人/日	7.9人/日	7.人/日	6.9人/日	7.5人/日	8.5人/日	7.8人/日
HCU	9.1人/日	8.7人/日	7.2人/日	6.5人/日	6.9人/日	7.9人/日	7.3人/日	8.2人/日	7.8人/日	8.5人/日	7.1人/日	7.3人/日	7.7人/日	9.0人/日	8.1人/日
平均在院日数															
一般病床	13.5日		13.1日		14.2日		13.0日		13.2日						
ICU	11.5日		11.8日		12.4日		12.1日		11.9日						
HCU	5.3日		4.5日		6.0日		5.6日		5.2日						
入院診療単価(1日1人当り)															
一般病床	49,555円	49,238円	52,753円	52,402円	48,749円	47,865円	55,855円	51,211円	50,515円	51,572円	54,226円	57,597円	51,681円	50,500円	46,458円
ICU	273,407円	307,672円	299,734円	224,948円	194,305円	197,026円	203,219円	210,857円	277,390円	180,374円	239,866円	215,213円	234,791円	178,000円	190,460円
HCU	80,461円	90,666円	88,380円	87,673円	81,388円	100,741円	81,744円	69,584円	79,378円	62,470円	65,842円	77,103円	80,422円	143,000円	74,396円
紹介率・逆紹介率															
紹介率	48.13%	57.12%	46.91%	58.30%	55.51%	63.80%	63.29%	57.18%	59.07%	57.25%	61.29%	59.27%	57.25%	65%	55.3%
逆紹介率	37.45%	45.85%	44.44%	48.56%	43.21%	46.89%	43.97%	44.44%	41.58%	46.77%	45.83%	49.91%	44.61%	40%	44.0%

4. 主要な経営指標等の推移について(見込み)

(単位:百万円)

	上半期		下半期		平成27年度 合計	平成27年度 目標
	自 H27.4.1 至 H27.9.30		自 H27.10.1 至 H28.3.31			
経常収益	2,037		2,345		4,382	5,528
医業収益	1,698		1,921		3,619	4,757
職員給与費	1,177		1,320		2,497	
職員給与費対医業収益比率	69.3%		68.7%		69.0%	58.2%
当期純利益(△当期純損失) ^{※注}	△ 864		△ 792		△ 1,656	△ 1,058
現金及び現金同等物の期末残高	39		316			

※注

当期純利益(△当期純損失)=総収益(営業収益+営業外収益+臨時収益)-総費用(営業費用+営業外費用+臨時損失)

臨時損失=「過年度長期前払消費税償却額」△90百万円、「過年度控除対象外消費税額」△109百万円

平成27年度 東千葉メディカルセンター資金繰り実績

資料2

単位：円

収入	4月	5月	6月	7月	8月	9月	上半期実績計①	10月	11月	12月	1月	2月	3月	下半期実績計②	年度実績合計③ (①+②)	年度目標④	差額③-④
	928,919,675	295,893,732	673,887,662	700,333,822	448,731,793	356,254,485	3,404,021,169	420,970,300	530,046,714	638,535,455	348,179,999	574,579,984	1,017,133,548	3,529,446,000	6,933,467,169	6,654,264,000	279,203,169
営業収益	530,945,496	252,925,063	252,894,916	406,569,098	397,574,724	304,483,140	2,145,392,437	371,160,189	276,828,707	310,536,876	296,191,362	522,812,614	325,346,970	2,102,876,718	4,248,269,155	4,997,712,000	△ 749,442,845
医業収益	242,746,332	250,152,270	252,108,223	318,443,841	309,458,463	303,701,209	1,676,610,338	283,043,007	276,050,678	308,688,219	295,426,210	343,035,288	324,530,944	1,830,774,346	3,507,384,684	4,438,768,000	△ 931,383,316
入院収益	201,600,149	207,360,288	206,530,477	271,681,461	256,435,036	247,928,957	1,391,536,368	227,843,343	222,924,059	248,162,493	236,616,514	282,082,092	264,036,587	1,481,665,088	2,873,201,456	3,705,792,000	△ 832,590,544
外来収益	31,682,649	34,918,308	36,246,785	37,486,303	44,225,146	46,960,806	231,519,997	44,911,690	43,797,354	50,423,079	48,972,082	49,881,673	50,486,044	288,471,922	519,991,919	650,700,000	△ 130,708,081
その他医業収益	9,463,534	7,873,674	9,330,961	9,276,077	8,798,281	8,811,446	53,553,973	10,287,974	9,329,265	10,102,647	9,837,614	11,071,523	10,008,313	60,637,336	114,191,309	82,276,000	31,915,309
運営費負担金収益	287,339,000			87,338,000	87,338,000		462,015,000	87,338,000				179,000,000		266,338,000	728,353,000	549,353,000	179,000,000
うち運営費負担金前倒し	200,000,000						200,000,000								200,000,000	200,000,000	
補助金等収益	600,000	2,493,000	600,000	600,000	600,000	5,493,000	600,000	600,000	1,659,624	600,000	600,000	600,000	4,659,624	10,152,624	7,200,000	2,952,624	
その他営業収益	260,164	279,793	186,693	187,257	178,261	181,931	1,274,099	179,182	178,029	189,033	165,152	177,326	216,026	1,104,748	2,378,847	2,391,000	△ 12,153
営業外収益	3,118,860	1,082,151	21,515,197	95,760,705	1,154,747	1,605,153	124,236,813	515,953	2,060,416	111,931,033	182,655	2,258,392	1,856,525	118,804,974	243,041,787	206,754,000	36,287,787
運営費負担金収益			95,533,612			95,533,612			110,954,355					110,954,355	206,487,967	206,754,000	△ 266,033
その他営業外収益	3,118,860	1,082,151	21,515,197	227,093	1,154,747	1,605,153	28,703,201	515,953	2,060,416	976,678	182,655	2,258,392	1,856,525	7,850,619	36,553,820		
資本収入	350,000,000			149,824,531			499,824,531			149,974,355			615,100,000	765,074,355	1,264,898,886	949,798,000	315,100,886
運営費負担金収益			149,824,531			149,824,531			149,974,355				615,100,000	615,100,000	965,100,000	650,000,000	315,100,000
長期借入金	350,000,000					350,000,000							615,100,000	615,100,000	965,100,000	650,000,000	315,100,000
うち基金借入金	350,000,000					350,000,000							321,000,000	321,000,000	671,000,000	350,000,000	321,000,000
その他資本収入																	
その他の収入	139,041			174,000	363,456	199,780	876,277	221,240	600	351,123	394,000	184,000	184,000	1,334,963	2,211,240		2,211,240
預り金	44,716,278	41,886,518	99,477,549	48,005,488	49,638,866	49,966,412	333,691,111	49,072,918	51,156,991	65,742,068	51,411,982	49,324,978	74,646,053	341,354,990	675,046,101		675,046,101
職員	35,002,278	30,945,518	85,959,795	35,868,088	35,728,866	34,156,412	257,660,957	36,022,918	37,281,891	52,077,068	36,704,184	35,864,978	59,235,053	257,186,092	514,847,049		514,847,049
患者	9,714,000	10,941,000	13,517,754	12,137,400	13,910,000	15,810,000	76,030,154	13,050,000	13,875,100	13,665,000	14,707,798	13,460,000	15,411,000	84,168,898	160,199,052		160,199,052
※ 短期借入金			300,000,000			300,000,000			200,000,000					200,000,000	500,000,000	500,000,000	

支出	822,975,266	397,436,943	609,020,489	523,173,734	423,099,006	619,005,809	3,394,711,247	375,280,493	497,276,170	544,023,429	468,954,710	442,059,973	923,992,098	3,251,586,873	6,646,298,120	6,668,101,000	△ 21,802,880
営業費用	392,296,893	355,709,750	557,258,037	403,430,401	368,911,233	279,632,977	2,357,239,291	335,027,484	417,621,098	493,489,309	401,276,916	373,585,052	452,517,688	2,473,517,547	4,830,756,838	5,381,102,000	△ 550,345,162
医業費用	378,500,420	341,602,973	526,062,387	390,236,374	355,733,599	267,603,361	2,259,739,114	323,718,033	406,184,812	463,325,454	389,231,598	361,469,676	439,465,915	2,383,395,488	4,643,134,602	5,113,917,000	△ 470,782,398
給与費	160,296,814	149,057															

東金市 御中

地方独立行政法人東金九十九里地域医療センター
中期目標変更案等策定支援業務 最終報告書

平成28年5月31日

千葉大学医学部附属病院 病院長企画室

背景と目的

背景

- 山武長生夷隅医療圏では、主要疾病における死亡率が高く、医療資源が少ないことをかねてより問題視する声があった。特に管外搬送率が課題であり、救急医療等の充実を図るために東千葉メディカルセンターが開設された。
- 東千葉メディカルセンターの開設により、大きな課題であった管外搬送率が開院前の約41%から約26%に改善しており、当初の目的は達成されている。
- 当初の第2期中期計画及び中期目標においては平成28年度中にフルオープンの予定であったが計画が遅延している。
- 平成27年度は資金繰りに窮する状況もあり、早急に対策が必要となり計画の見直しが必要となった。
- 東千葉メディカルセンターと密接な連携関係にある千葉大学医学部附属病院との業務委託により現状の評価及び解決策を提示することとなった。

目的

- 第三者として客観的データをもとに現状分析を行うこと。
- 中期目標を変更するにあたっての今後の方向性を検討する際の議論を行う素材を提供すること。



1. 財務分析 (p.4 ~ p.22)

2. 人員配置等の状況 (p.23 ~ p.39)

3. ヒアリング結果 (p.40 ~ p.44)

4. 医療需要 (p.45 ~ p.85)

5. 医療政策の動向及び千葉県の地域医療構想
(p.86 ~ p.98)

6. 平成28年度 診療報酬改定等への対応 (p.99 ~ p.135)

財務分析

基本情報の比較

	東千葉MC (27年度)	船橋医療C	青葉病院	海浜病院
病床数	164床	449床	380床	287床
平均在院日数	13.2日	10.9日	12.0日	9.3日
病床利用率	83.4%	86.8%	67.7%	72.9%
1日平均入院患者数	114.8人	372人	257人	210人
入院診療単価	51,681円	71,850円	59,373円	68,205円
1日平均外来患者数	189.1人	923人	818人	559人
外来診療単価	13,205円	14,555円	9,752円	10,985円

※東千葉MC以外は平成26年度実績

貸借対照表①

6

(単位:千円)

	東千葉MC (27年度)	船橋医療C	千葉市 (青葉・海浜)	青葉病院	海浜病院
資産の部					
I 固定資産					
1 有形固定資産					
土地	905,511	1,880,289	4,767,329		
建物	4,662,214	9,901,304	12,664,014		
建物附属設備	2,624,447				
構築物	371,504	375,119	71,779		
器械備品(医療機器)	2,112,597	2,375,906	2,260,332		
器械備品(一般)	94,406				
車両		186	381		
リース資産		177,069	127,975		
建設仮勘定		4,983	81,828		
その他有形固定資産			443,366		
有形固定資産合計	10,770,679	14,714,855	20,417,004		
2 無形固定資産					
電話加入権		1,872	2,648		
ソフトウエア		53,798			
無形固定資産合計	0	55,670	2,648		
3 投資その他の資産					
長期貸付金	74,975		36,000		
長期前払消費税	423,502	255,387	442,592		
投資その他の資産合計	498,677	255,387	478,592		
固定資産合計	11,269,355	15,025,912	20,898,244		
II 流動資産					
現金及び預金	316,780	5,802,245	547,945		
医業未収金	597,808	2,250,109	2,471,199		
医業外未収金	7,715				
貸倒引当金		-47,252	-26,622		
医薬品	24,269				
貯蔵品		45,726	96,580		
前払費用	1,313		12,759		
前払金			26,752		
その他流動資産		3,000	2,000		
流動資産合計	947,884	8,053,828	3,130,613		
III 繰延資産					
開発費			12,461		
繰延勘定合計			12,461		
資産合計	12,217,239	23,079,740	24,041,319		

※東千葉MC以外は平成26年度実績

6

貸借対照表②

7

(単位:千円)

	東千葉MC (27年度)	船橋医療C	千葉市 (青葉・海浜)	青葉病院	海浜病院
負債の部					
I 固定負債					
資産見返運営費負担金	67,435				
長期預り補助金等	2,804				
長期借入金	10,825,058				
企業債		8,315,884	18,443,603		
リース債務		92,951	66,390		
長期前受金		804,111	1,530,390		
退職給付引当金	103,146	954,234	536,695		
固定負債合計	10,998,443	10,167,179	20,577,079		
II 流動負債					
短期借入金	500,000		157,000		
一年以内返済予定長期借入金	567,042				
企業債		823,608	1,529,267		
医業未払金	646,338	1,089,017	1,503,157		
医業外未払金	3,935				
その他未払金	221,370				
リース債務		53,884	12,209		
預り金	52,732				
前受金			552		
賞与引当金	61,923	337,345	274,640		
その他引当金		60,810	48,285		
その他流動負債		50,913	101,944		
流動負債合計	2,053,340	2,415,577	3,627,055		
負債合計	13,051,783	12,582,756	24,204,134		
純資産の部					
I 資本金					
出資金	95,236	7,107,417	3,727,615		
設立団体出資金(東金市)	70,094	7,107,417	3,727,615		
設立団体出資金(九十九里町)	25,142				
II 資本剰余金					
資本剰余金(運営費負担金)	2,266,717	705,671	558,668		
資本剰余金(補助金等)	11				
損益外減価償却累計額	2,620,240	705,671	558,668		
III 利益剰余金					
積立金	-353,533				
当期未処分利益	-3,196,497	2,683,896	-4,449,098		
純資産合計	-834,544	10,496,984	-162,815		
負債純資産合計	12,217,239	23,079,740	24,041,319		

※東千葉MC以外は平成26年度実績

7

損益計算書

8

(単位：千円)

	東千葉MC (27年度)	船橋医療C	千葉市 (青葉・海浜)	青葉病院	海浜病院
営業収益					
医業収益	3,618,864	13,844,789	14,658,079	7,706,441	6,951,638
入院収益	2,964,240	9,765,949	10,787,593	5,578,843	5,208,749
外来収益	550,369	3,279,329	3,546,874	1,945,330	1,601,543
その他医業収益	104,255	799,511	323,613	182,268	141,345
運営費負担金収益	728,353				
その他医業収益	34,872				
営業収益合計	4,382,089	13,844,789	14,658,079	7,706,441	6,951,638
営業費用					
医業費用	5,721,083	13,626,964	18,244,508	9,968,697	8,275,811
給与費	2,303,046	6,966,762	9,082,835	4,684,473	4,398,363
材料費	1,174,907	3,281,981	3,542,920	2,057,218	1,485,702
減価償却費	694,844	1,242,029	1,458,013	936,200	521,814
経費	1,543,449	2,055,109	4,073,173	2,242,454	1,830,718
研究研修費	4,836	59,993	80,563	42,922	37,641
たな卸資産減耗費		21,090	7,004	5,430	1,574
一般管理費	215,953				
給与費	194,199				
減価償却費	21,753				
経費					
営業費用合計	5,937,035	13,626,964	18,244,508	9,968,697	8,275,811
営業利益(△は営業損失)	-1,554,947	217,825	-3,586,429	-2,262,255	-1,324,174
営業外収益					
運営費負担金収益	206,488				
補助金		41,375	305,998	130,316	175,683
他会計負担金		882,800	3,215,815	2,166,580	1,049,235
長期前受金戻入		191,858	56,786	7,198	49,588
財務収益	36	7,609			
その他営業外収益	23,841	134,622	109,318	83,558	25,760
営業外収益合計	230,365	1,258,264	3,687,917	2,387,652	1,300,265
営業外費用					
財務費用	131,559	278,275	352,037	333,974	18,063
その他営業外費用	52	457,189	618,983	371,402	247,581
営業外費用合計	131,611	735,464	971,020	705,377	265,644
経常利益(△は経常損失)	-1,456,193	740,625	-869,532	-579,981	-289,552
臨時利益		317,538	50,883	48,092	2,791
臨時損失	200,003	451,926	1,018,019	498,165	519,855
当期純利益(△は当期純損失)	-1,656,195	606,237	-1,836,669	-1,030,053	-806,615

※東千葉MC以外は平成26年度実績

8

資産の部

固定資産

1床あたりの有形固定資産額（有形固定資産/病床数、東千葉MCは病床数314床にて算出）を見ると、船橋医療CIは3277万円、千葉市（青葉・海浜）は3061万円であるのに対し、東千葉MCは3430万円となっている。自治体病院平均（300～399床）の1床あたりの有形固定資産額は2998万円であることからも、東千葉MCは当初計画病床数である314床を前提とすれば、固定資産投資はほぼ相応のレベルである。

流動資産

現預金について、船橋医療CIは58億0225万円と潤沢な資金を有しているのに対し、千葉市（青葉・海浜）は5億4795万円、東千葉MCは3億1678万円である。東千葉MCの医業活動における必要運転資金（医業未収金＋医薬品在庫－医業未払金）は、医業未収金が5億9781万円、医薬品在庫が2427万円、医業未払金が6億4634万円であることから、△2426万円となっており、取引条件改善の効果により前年度の1億0574万円から大幅に改善している。

負債の部、純資産の部

固定負債

借入依存度（借入金/総資本）を見ると、船橋医療CIは39.6%であるの対し、千葉市（青葉・海浜）は83.73%、東千葉MCは97.34%である。

資金調達の大半を他人資本に頼っていることになることから、将来の返済負担が懸念される状況である。

純資産

利益剰余金について、船橋医療CIは積立金も含めると26億8390万円の剰余金を有しているのに対し、千葉市（青葉・海浜）は44億4910万円の欠損金、東千葉MCは31億9650万円の欠損金である。

この欠損金が純資産を脆弱にしており、後述する自己資本比率や固定長期適合率を悪化させる要因となり、安全性を低下させている。さらには債務超過の状況に陥っている。

また、東千葉MCの資本金（設立団体出資金）は9524万円であるが、実質1期目となる26年度の医業活動における必要運転資金（医業未収金+医薬品在庫-医業未払金）は1億574万円であることから、資本金だけでは必要運転資金すら賄うことはできず、人件費等の支払原資に窮する状況となっていた。

さらに、資本金については船橋医療CIが71億742万円、千葉市（青葉・海浜）が37億2762万円であることと比較しても、東千葉MCの資本金は少ない。将来の返済負担の生じない自己資本の充実が望まれる。

設立団体等からの支援状況

設立団体等からの支援状況（平成26年度）

	東千葉MC	船橋医療C (船橋市)	千葉市 (青葉・海浜)
設立団体からの支援額(①)	東金市5億9580万円 九十九里2億0298万円	19億9650万円	34億5356万円
設立団体の歳出総額(②) (一般会計+特別会計)	東金市334億4203万円 九十九里107億4588万円	3333億6979万円	7188億8329万円
歳出総額に占める支援額 の割合(①/②)	東金市1.78% 九十九里1.89%	0.60%	0.48%
設立団体の人口(③)	東金市60,201人 九十九里17,156人	622,988人	962,376人
人口1人当たり支援額 (①/③)	東金市9,897円 九十九里11,831円	3,205円	3,589円

収益性に関する分析

総資本経常利益率

$$\text{総資本経常利益率 (\%)} = \frac{\text{経常利益}}{\text{総資本}}$$

総資本経常利益率とは、収益性を見る指標の一つで、使ったお金でどれだけの利益を稼いだかを判断する。総合的な経営能率を測定する重要な比率である。

	東千葉MC	船橋 医療C	千葉市 (青葉) (海浜)	自治体病院 平均 (100~199床)	自治体病院 (黒字)平均 (100~199床)	自治体病院 (赤字)平均 (100~199床)
総資本 経常利益率	-11. 92%	3. 21%	-3. 62%	-7. 19%	3. 45%	-10. 32%
				自治体病院 平均 (300~399床)	自治体病院 (黒字)平均 (300~399床)	自治体病院 (赤字)平均 (300~399床)
				0. 0%	2. 98%	-2. 97%

船橋医療Cを除けば、千葉市（青葉・海浜）、自治体病院平均（100~199床）のいずれも総資本経常利益率がマイナスとなっているものの、東千葉MCのマイナス幅は際立っている。これは、後述するが、総資本回転率が他と比較して大きく劣後していることが一因であるとともに、何よりも、人件費を中心として費用が過大であることにより医業収益対経常利益率のマイナス幅が極めて大きくなっていることが要因である。

総資本経常利益率の考え方

$$\frac{\text{経常利益}}{\text{総資本}} = \frac{\text{医業収益}}{\text{総資本}} \times \frac{\text{経常利益}}{\text{医業収益}}$$

(総資本経常利益率) (総資本回転率) (医業収益対経常利益率)

総資本経常利益率を分析するには、上記のように、
総資本回転率と医業収益対経常利益率に分解して考えると良い。

総資本回転率

$$\text{総資本回転率 (回)} = \frac{\text{医業収益}}{\text{総資本}}$$

総資本回転率とは、資本の効率性を表す指標である。総資本回転率が低い場合は、一般的に過大投資（設備投資に対する医業収益額の不足）の状態を示していることになる。総資本回転率を高めるには、まずは分母である総資本とりわけ負債の圧縮に努め、同時に分子である医業収益の向上に励む必要がある。

	東千葉MC	船橋 医療C	千葉市 (青葉) (海浜)	自治体病院 平均 (100~199床)	自治体病院 (黒字) 平均 (100~199床)	自治体病院 (赤字) 平均 (100~199床)
総資本 回転率	0.30回	0.60回	0.61回	0.83回	0.78回 (※)	0.84回
				自治体病院 平均 (300~399床)	自治体病院 (黒字) 平均 (300~399床)	自治体病院 (赤字) 平均 (300~399床)
				0.64回	0.71回	0.53回

※自治体病院（黒字）平均（100~199床）の総資本回転率0.78回は同（赤字）平均の0.84回を下回っているが、総資本回転率よりも医業収益対経常利益率の方が総資本経常利益率に与える影響が大きかったためと考えられる。

自治体病院平均（100~199床）の総資本回転率は0.83回、自治体病院平均（300~399床）の総資本回転率は0.64回であり、船橋医療C、千葉市（青葉・海浜）ともに約0.6回であるのに対し、東千葉MCは0.3回と資本の効率性が大きく劣後している。これは、建物新築や医療器材の新規購入を進めてきたため、設備投資額が大きくなつた一方で、医業収益が不足していることが要因となっている。

医業収益対経常利益率

$$\text{医業収益対経常利益率 (\%)} = \frac{\text{経常利益}}{\text{医業収益}}$$

医業収益対経常利益率とは、医業収益に受取利息や支払利息その他の収入支出を加えた、自治体病院に通常発生している利益を表す指標であり、病院の収益性を判断するうえで非常に重要な指標である。

	東千葉MC	船橋 医療C	青葉 病院	海浜 病院	自治体病院 平均 (100~199床)	自治体病院 (黒字) 平均 (100~199床)	自治体病院 (赤字) 平均 (100~199床)
医業収益 対経常利 益率	-40.24%	5.35%	-7.53%	-4.17%	-8.7%	4.4%	-12.3%
					自治体病院 平均 (300~399床)	自治体病院 (黒字) 平均 (300~399床)	自治体病院 (赤字) 平均 (300~399床)
					0.0%	4.2%	-5.6%

船橋医療Cを除けば、青葉病院、海浜病院、自治体病院平均（100~199床）のいずれも医業収益対経常利益率がマイナスとなっているものの、東千葉MCのマイナス幅は際立っている。

これは、後述するが、医業収益に対して材料費や人件費等の費用が過大であることが大きな要因となっている。

医業収益対材料費率

$$\text{医業収益対材料費率} (\%) = \frac{\text{材料費}}{\text{医業収益}}$$

医業収益対材料費率とは、医業収益に占める材料費の割合である。材料費とは、医薬品費、医療材料費、医療消耗器具備品費、給食用材料費などのことである。

	東千葉MC	船橋 医療C	青葉 病院	海浜 病院	自治体病院 平均 (100~199床)	自治体病院 (黒字)平均 (100~199床)	自治体病院 (赤字)平均 (100~199床)
医業収益 対材料費 率	32.47%	23.71%	26.69%	21.37%	21.2%	22.3%	20.9%
					自治体病院 平均 (300~399床)	自治体病院 (黒字)平均 (300~399床)	自治体病院 (赤字)平均 (300~399床)
					25.5%	24.9%	26.3%

自治体病院平均（100～199床）の医業収益対材料費率は21.2%であり、自治体病院平均（300～399床）は25.5%、船橋医療C、青葉病院、海浜病院も20%台であるのに対し、東千葉MCは32.47%と30%を超える水準となっている。

医薬品や医療材料などの値引き交渉により、材料費を削減していくことが強く求められる。

医業収益対人件費率

$$\text{医業収益対人件費率 (\%)} = \frac{\text{人件費}}{\text{医業収益}}$$

医業収益対人件費率とは、医業収益に占める人件費の割合である。医業収益対材料費率と同様に、費用の適正性を見る分析である。

	東千葉 MC	船橋 医療C	青葉 病院	海浜 病院	自治体病院 平均 (100~199床)	自治体病院 (黒字)平均 (100~199床)	自治体病院 (赤字)平均 (100~199床)
医業収益 対人件費率	69.01%	50.32%	60.79%	63.27%	74.1%	68.1%	75.7%
					自治体病院 平均 (300~399床)	自治体病院 (黒字)平均 (300~399床)	自治体病院 (赤字)平均 (300~399床)
					55.0%	54.0%	56.2%

自治体病院平均 (300~399床) の医業収益対人件費率は55.0%、青葉病院と海浜病院は60%台前半、船橋医療Cは約50%であるのに対し、東千葉MCは69.01%と他を上回る水準となっている。自治体病院平均 (100~199床) の74.1%との比較では相応の水準である。人員確保を先に行った影響により、医業収益の規模から考え得る適正な人件費を超えており、人員数に見合う医業収益の獲得が求められる。

安全性に関する分析

自己資本比率

$$\text{自己資本比率 } (\%) = \frac{\text{自己資本}}{\text{総資本}}$$

総資本は自己資本と他人資本で構成されている。他人資本は返済しなければならず、中でも借入金は利息を支払わねばならないので、自己資本比率が高いほど財政上の安定性が高いといえる。

	東千葉MC	船橋 医療C	千葉市 (青葉) (海浜)	自治体病院 平均 (100~199床)	自治体病院 (黒字) 平均 (100~199床)	自治体病院 (赤字) 平均 (100~199床)
自己資本比率	-6.83%	45.48%	-0.68%	64.9%	86.6%	60.9%
				自治体病院 平均 (300~399床)	自治体病院 (黒字) 平均 (300~399床)	自治体病院 (赤字) 平均 (300~399床)
				52.1%	55.9%	46.5%

自治体病院平均（100～199床）の自己資本比率は64.9%であり、自治体病院平均（300～399床）は52.1%、船橋医療Cは45.48%であるのに対し、千葉市（青葉・海浜）と東千葉MCは他よりも大きく劣後し、債務超過の状況となっている。

千葉市（青葉・海浜）は、過去からの繰越欠損金に加えて今年度の赤字により設立団体からの出資金を上回る欠損金を抱えたことが要因であり、東千葉MCは、資本剰余金に計上されている補助金等の額を上回る欠損金を抱えたことが要因である。

流動比率

$$\text{流動比率 (\%)} = \frac{\text{流動資産}}{\text{流動負債}}$$

流動比率は、流動負債（買掛金、短期借入金等、原則として1年以内に支払う負債）の支払能力を示す。この比率は高いほどよいとされる。理想は200%以上である。

	東千葉MC	船橋医療C	千葉市 (青葉) (海浜)	自治体病院 平均 (100~199床)	自治体病院 (黒字)平均 (100~199床)	自治体病院 (赤字)平均 (100~199床)
流動比率	46. 16%	333. 41%	86. 31%	382. 9%	846. 6%	262. 6%
				自治体病院 平均 (300~399床)	自治体病院 (黒字)平均 (300~399床)	自治体病院 (赤字)平均 (300~399床)
				309. 0%	334. 8%	271. 2%

自治体病院平均（100~199床）の流動比率は382. 9%であり、自治体病院平均（300~399床）は309. 0%、船橋医療Cは333. 41%であるのに対し、千葉市（青葉・海浜）と東千葉MCは他よりも大きく劣後する水準となっており、且つ、100%を下回る水準となっている。千葉市（青葉・海浜）と東千葉MCはともに現預金が少ないことが要因となっているが、流動比率が100%を下回ることは1年以内に支払うべき負債の支払原資が不足していることを意味しており、資金繰りに注意を要することになる。

固定長期適合率

$$\text{固定長期適合率 (\%)} = \frac{\text{固定資産}}{\text{自己資本} + \text{固定負債}}$$

長期にわたって運用される固定資産は、自己資本や長期安定資金で賄う必要がある。この比率は、100%以下であることが求められる。

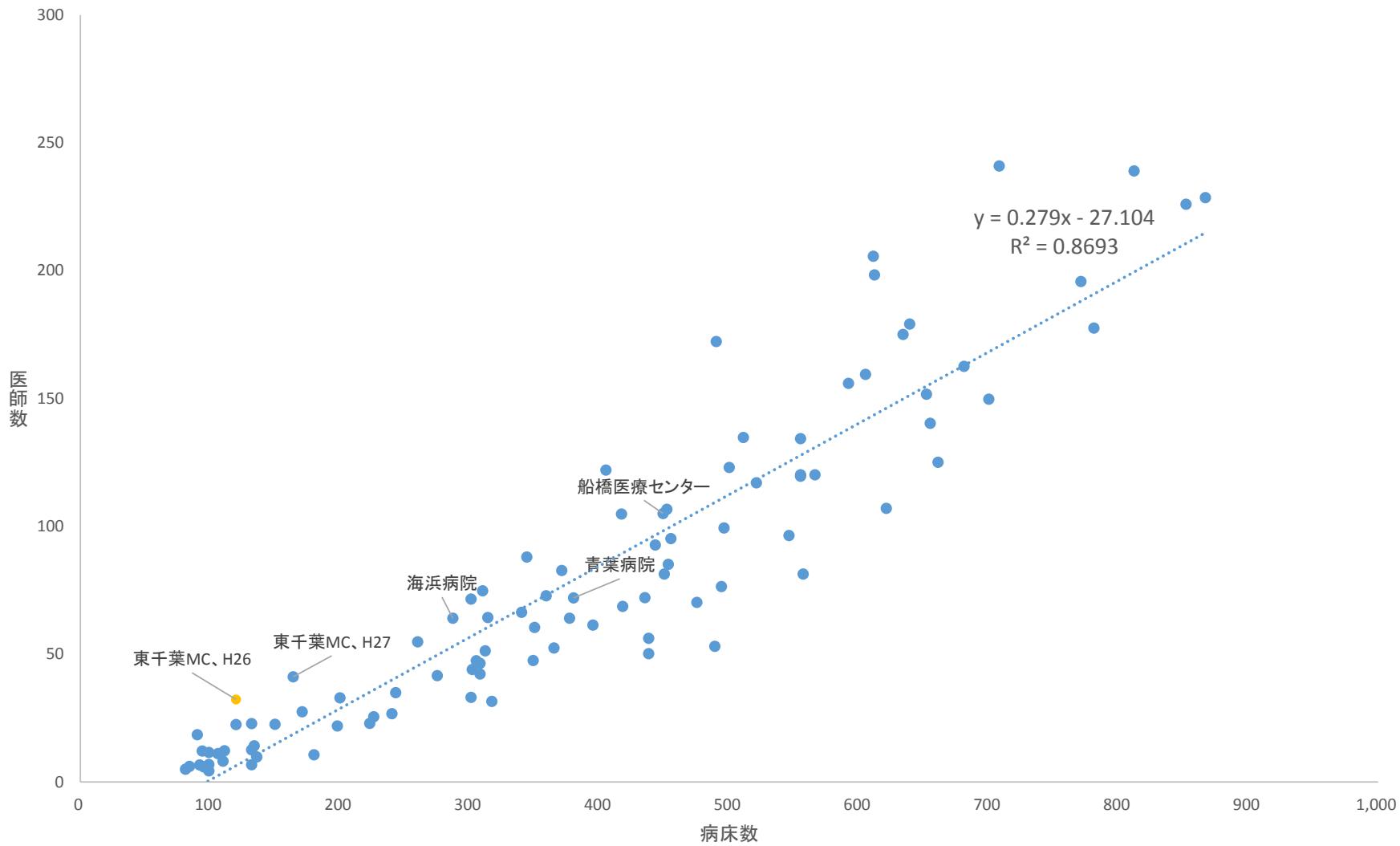
	東千葉MC	船橋 医療C	千葉市 (青葉) (海浜)	自治体病院 平均 (100~199床)	自治体病院 (黒字) 平均 (100~199床)	自治体病院 (赤字) 平均 (100~199床)
固定長期 適合率	110.88%	72.71%	102.37%	81.1%	60.8%	87.1%
				自治体病院 平均 (300~399床)	自治体病院 (黒字) 平均 (300~399床)	自治体病院 (赤字) 平均 (300~399床)
				85.1%	82.1%	89.8%

自治体病院平均（100～199床）の固定長期適合率は81.1%であり、自治体病院平均（300～399床）は85.1%、船橋医療Cは72.71%であるのに対し、千葉市（青葉・海浜）と東千葉MCは他を大きく上回る水準となっており、且つ、100%を超える水準となっている。

千葉市（青葉・海浜）と東千葉MCはともに設備投資額が大きいことが要因となっているが、固定長期適合率が100%を超えることは、長期にわたって運用される固定資産の原資の一部を、1年以内に支払うべき負債にて調達していることを意味しており、資金繰りに注意を要することになる。

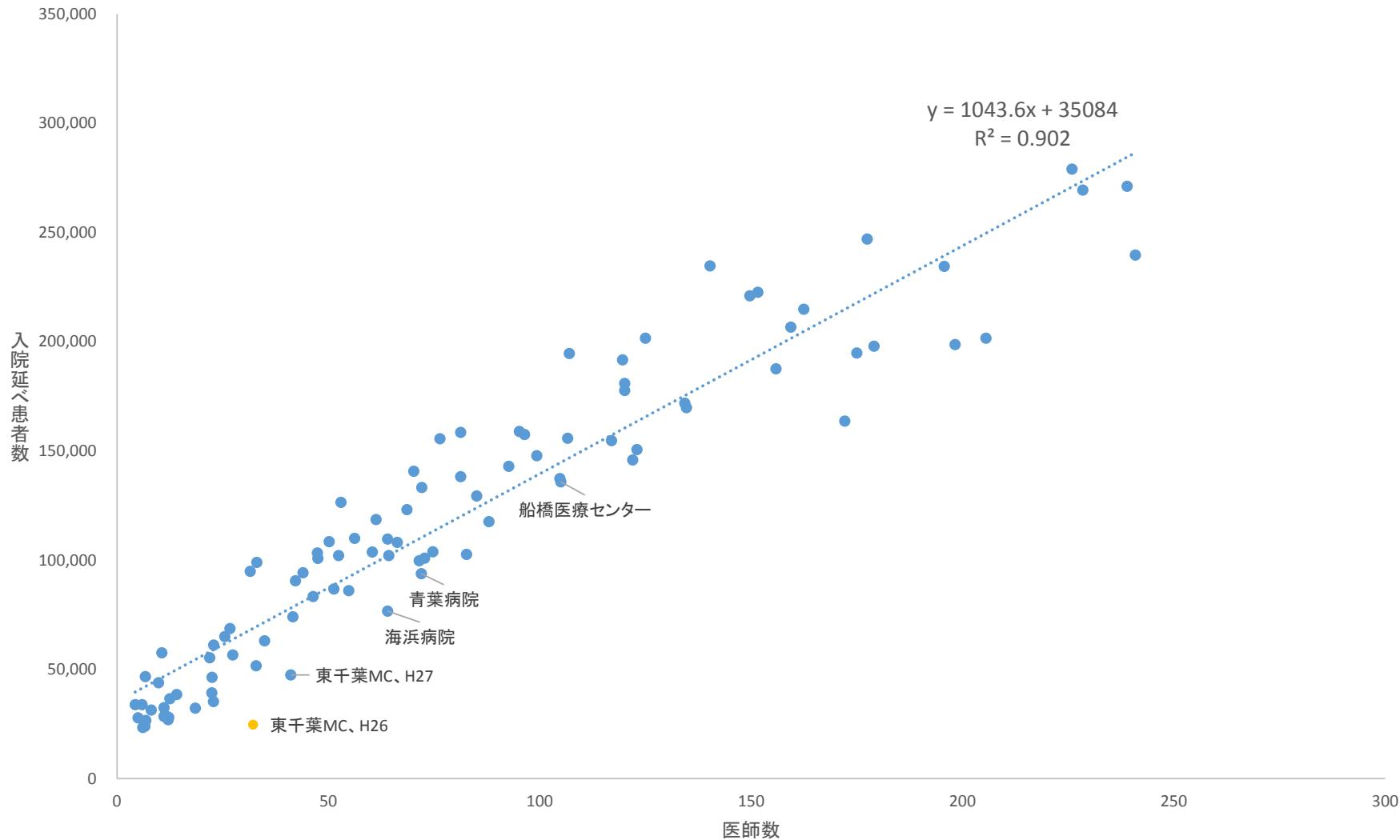
人員配置等の状況

病床数と医師数



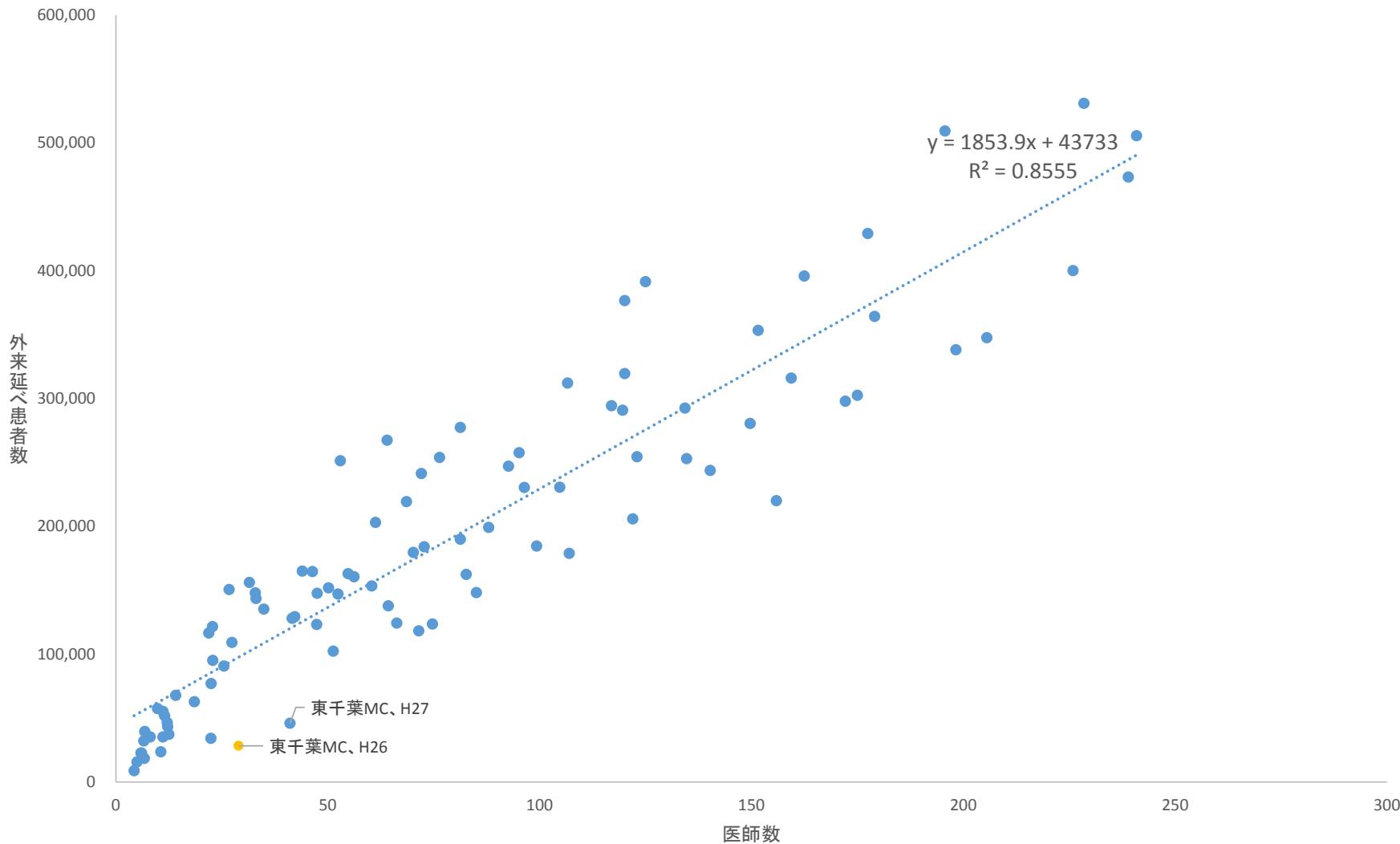
(※)常勤換算数を用いている。

医師数と入院延べ患者数



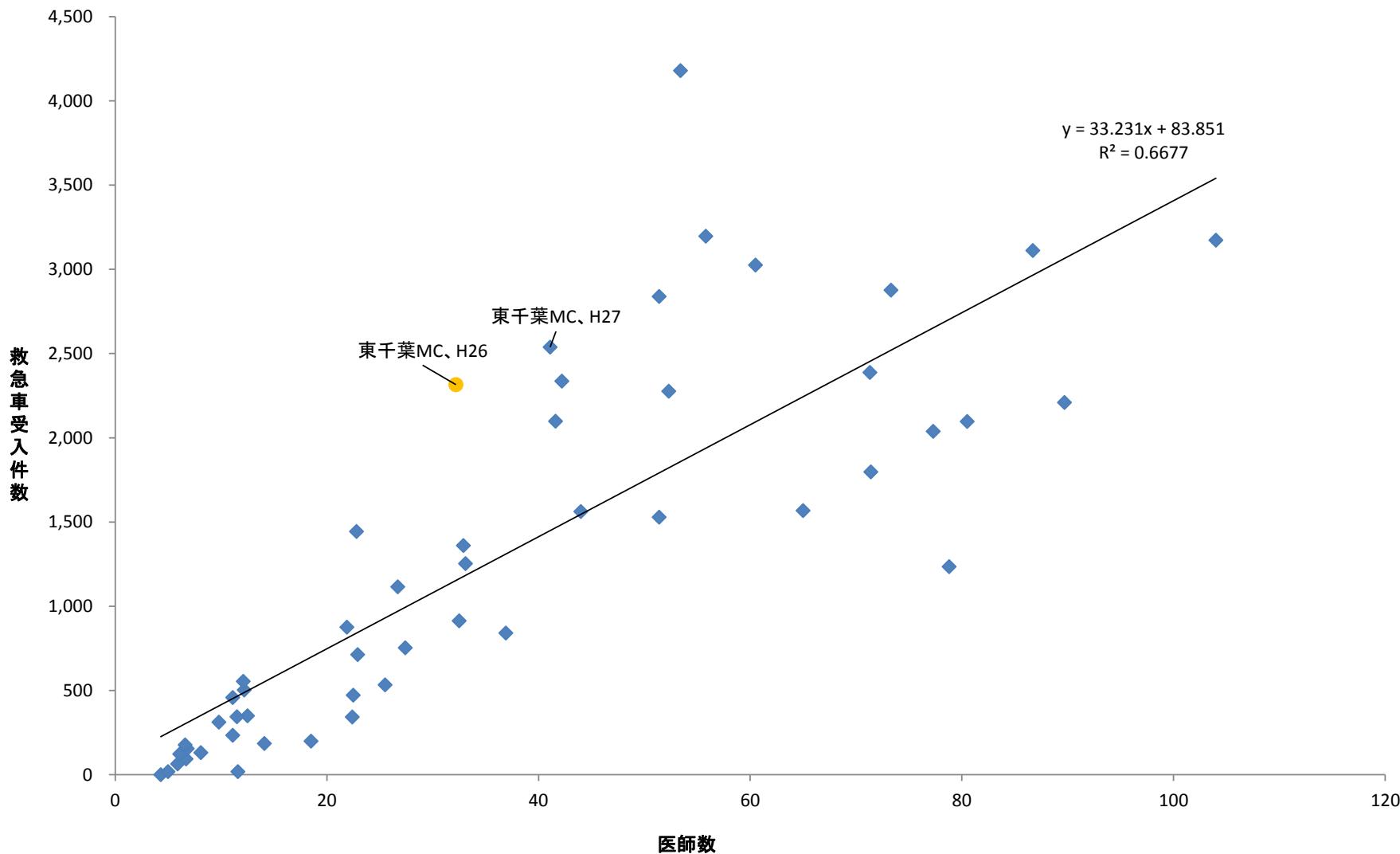
(※)常勤換算数を用いている。

医師数と外来延べ患者数



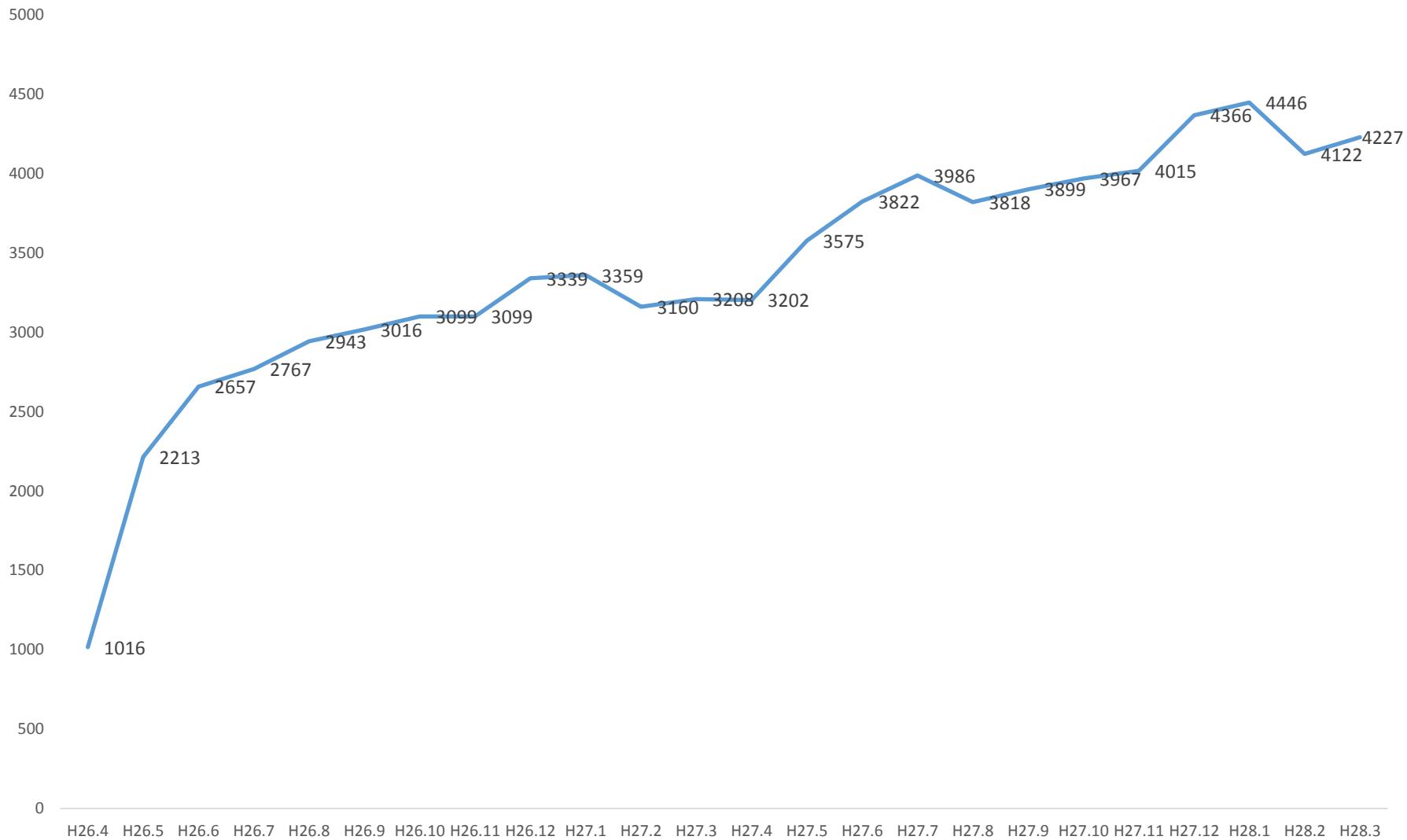
(※)常勤換算数を用いている。

400床未満の病院 医師数と救急車受入件数

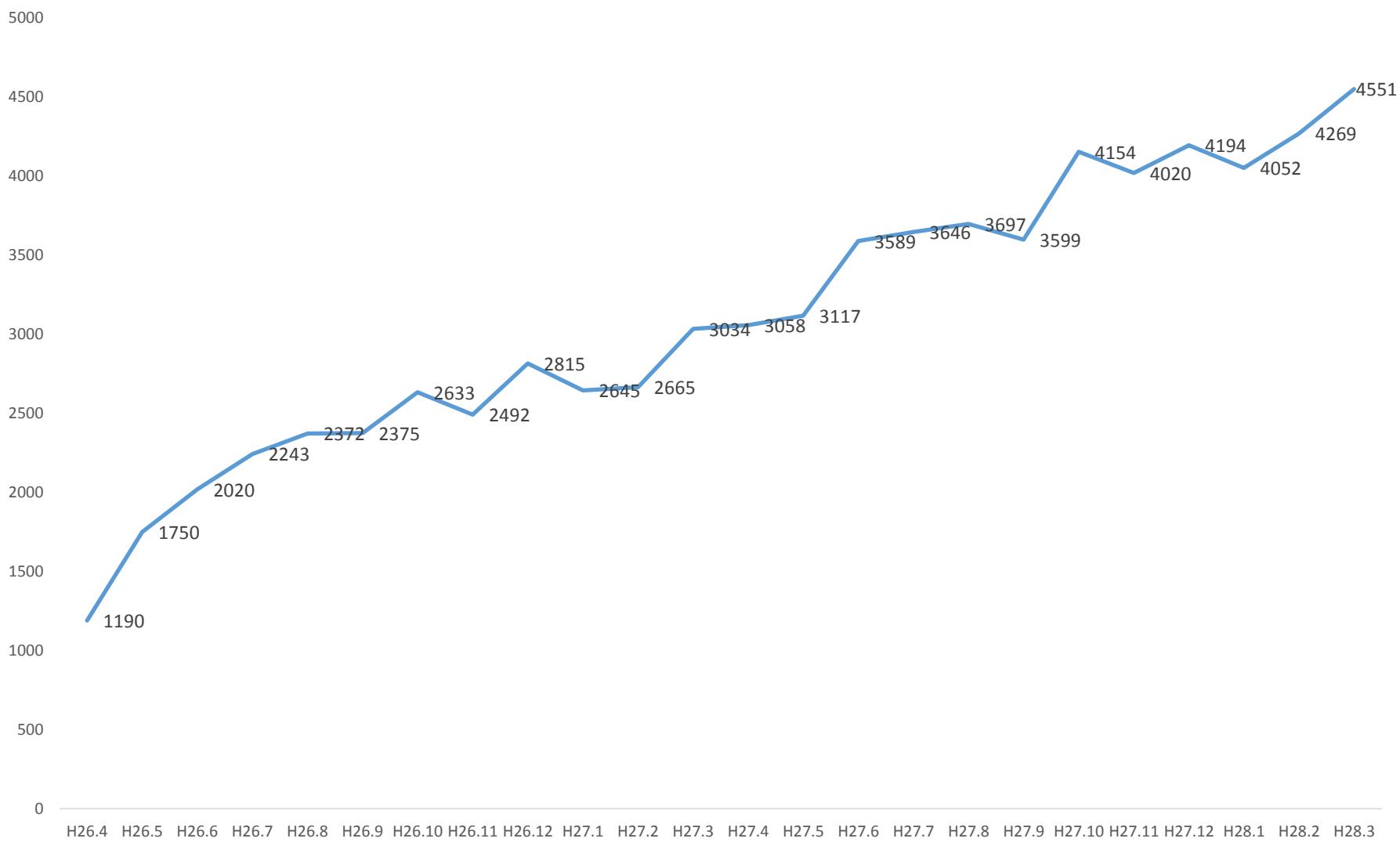


(※)常勤換算数を用いている。

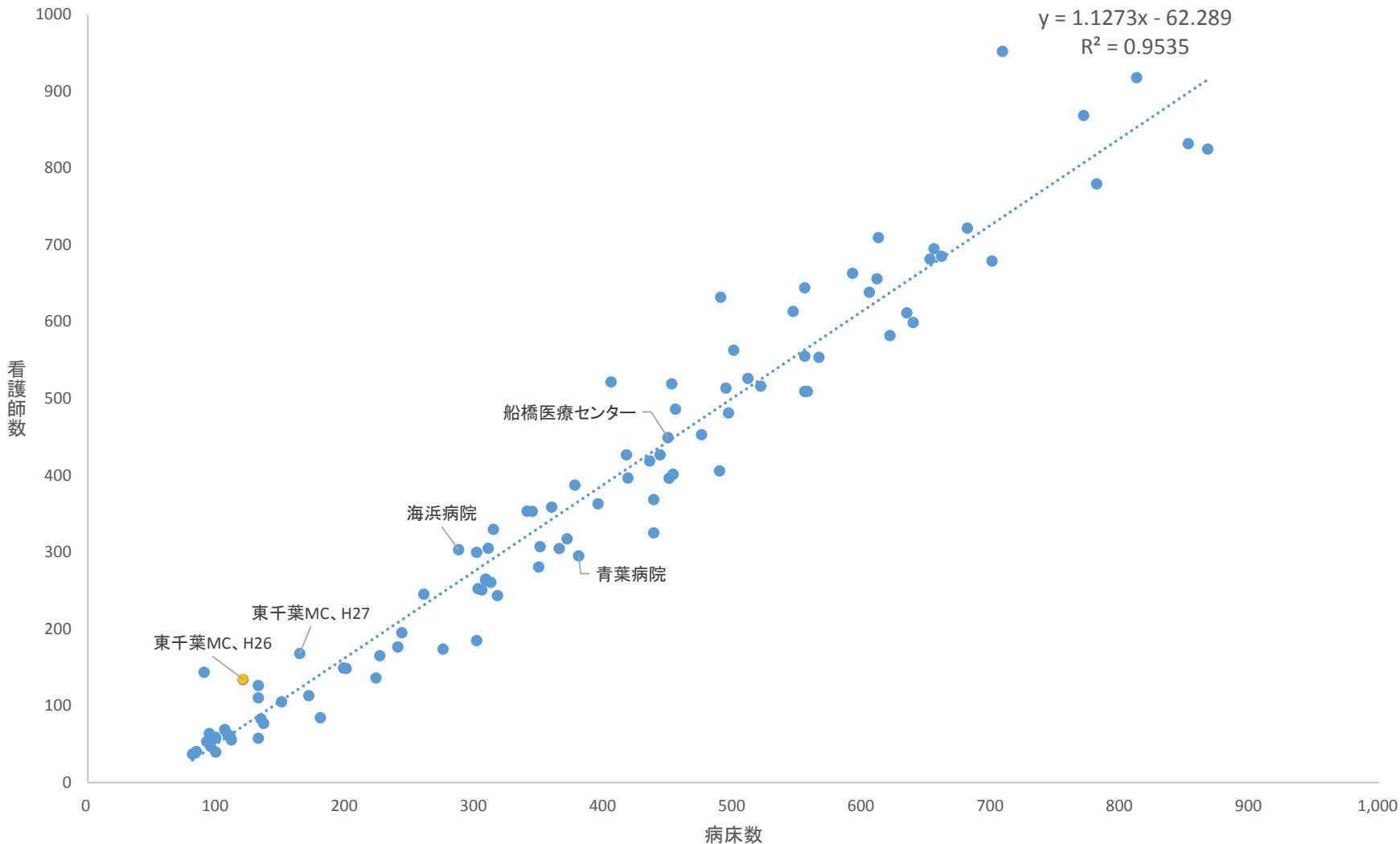
東千葉メディカルセンター 入院延べ患者数の推移



東千葉メディカルセンター 外来延べ患者数の推移

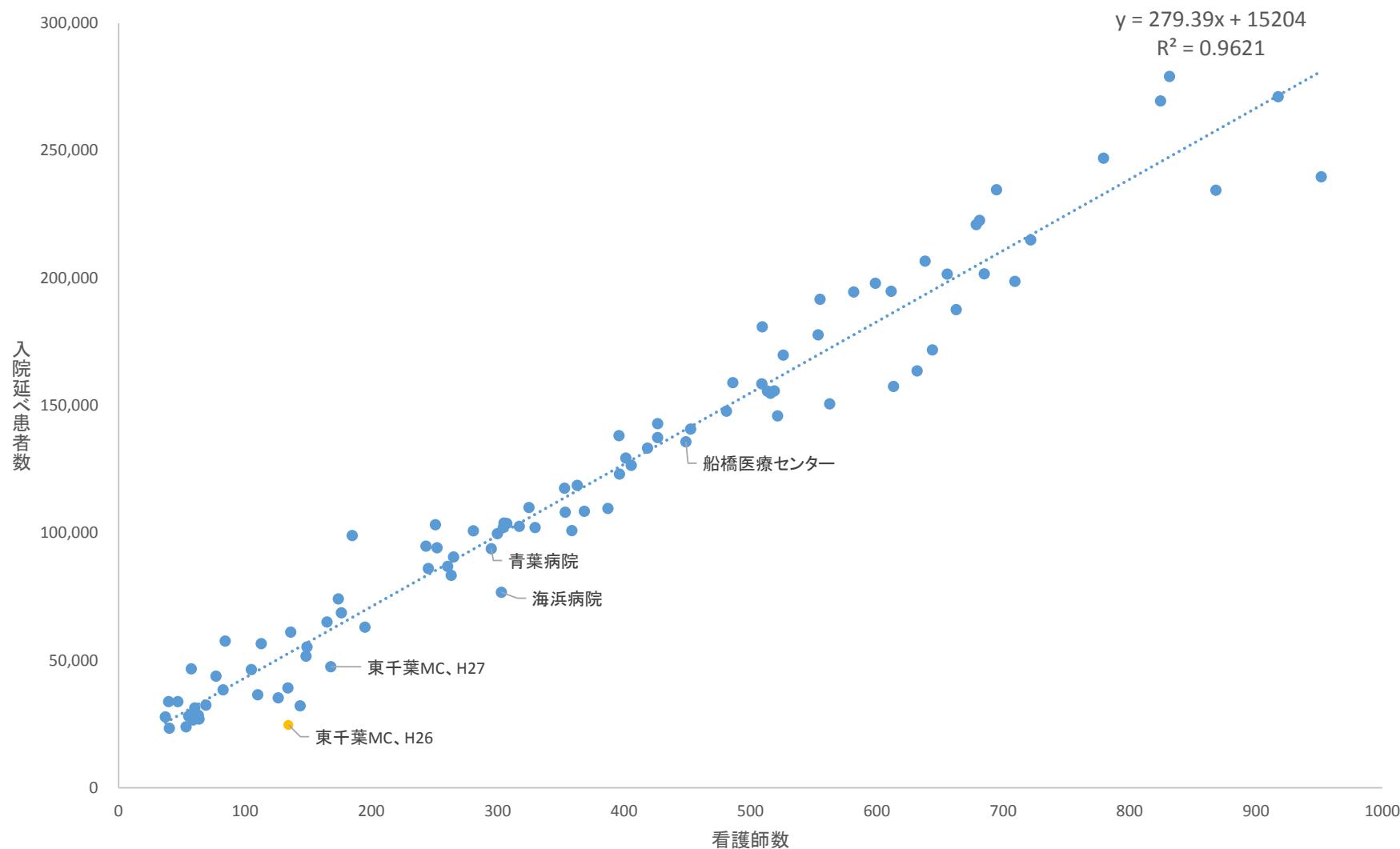


病床数と看護師数



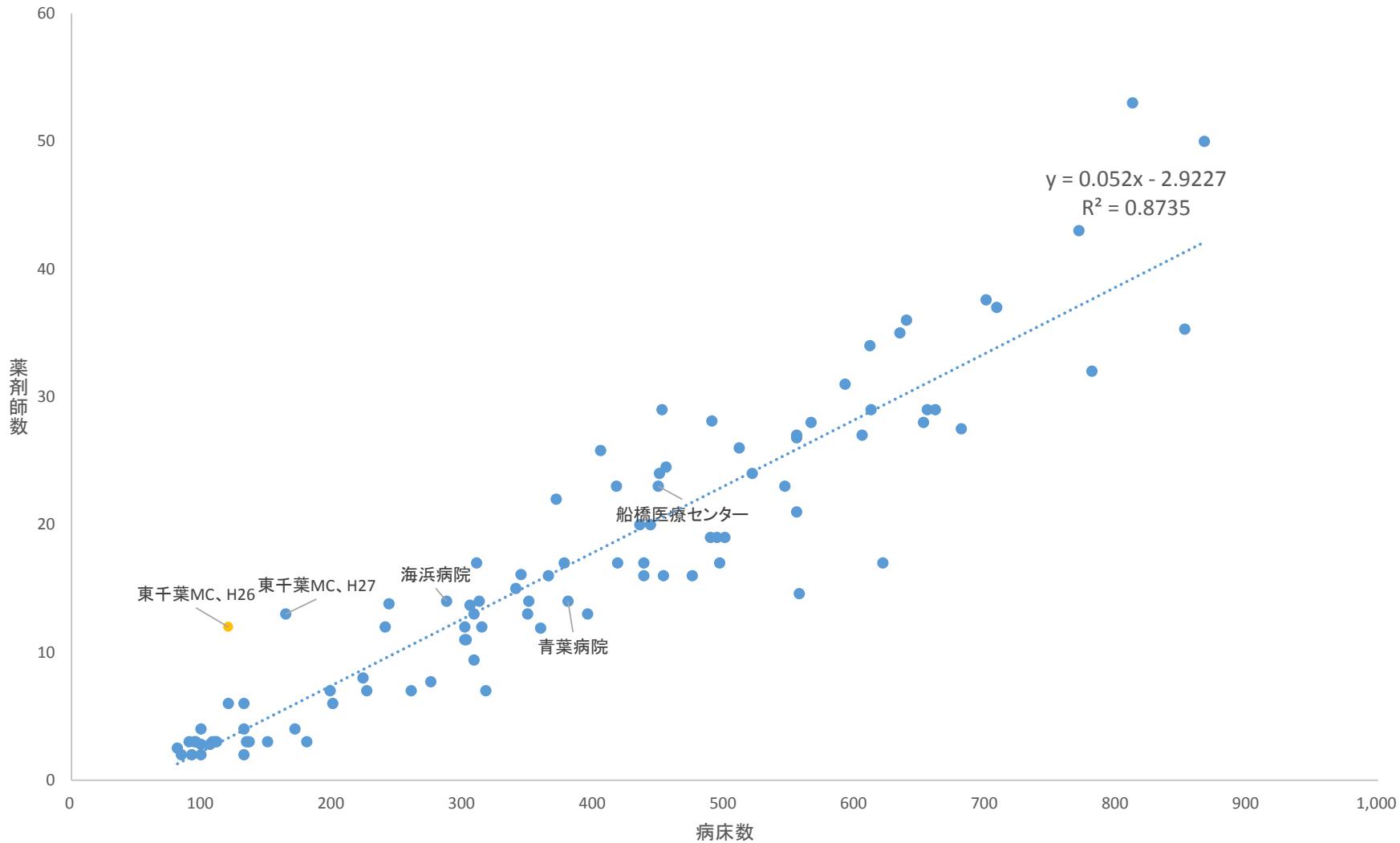
(※)常勤換算数を用いている。

看護師数と入院延べ患者数



(※)常勤換算数を用いている。

病床数と薬剤師数



(※)常勤換算数を用いている。

薬剤師1人当たり薬剤管理指導の算定件数

1,200

1,000

800

600

400

200

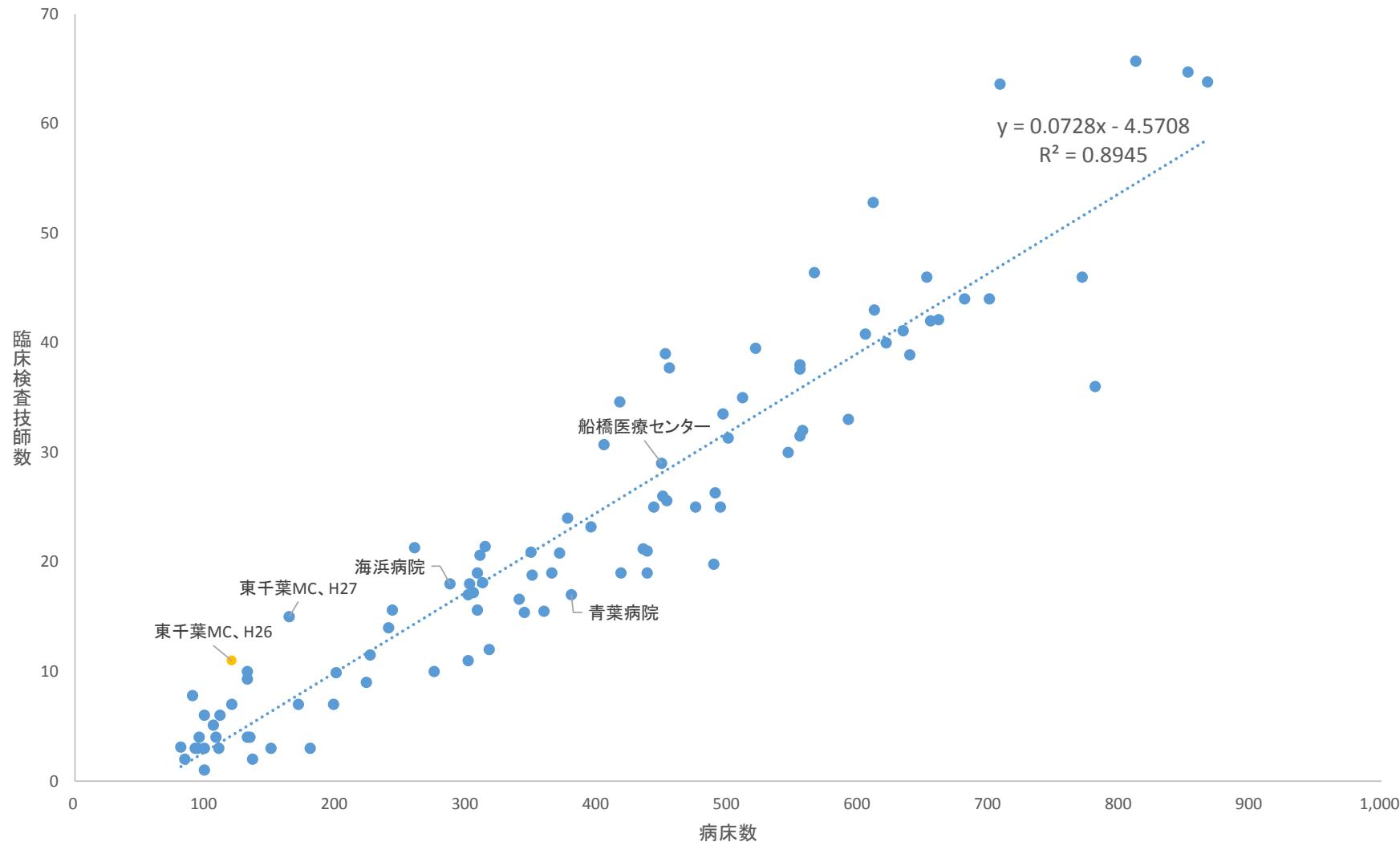
0

東千葉MC

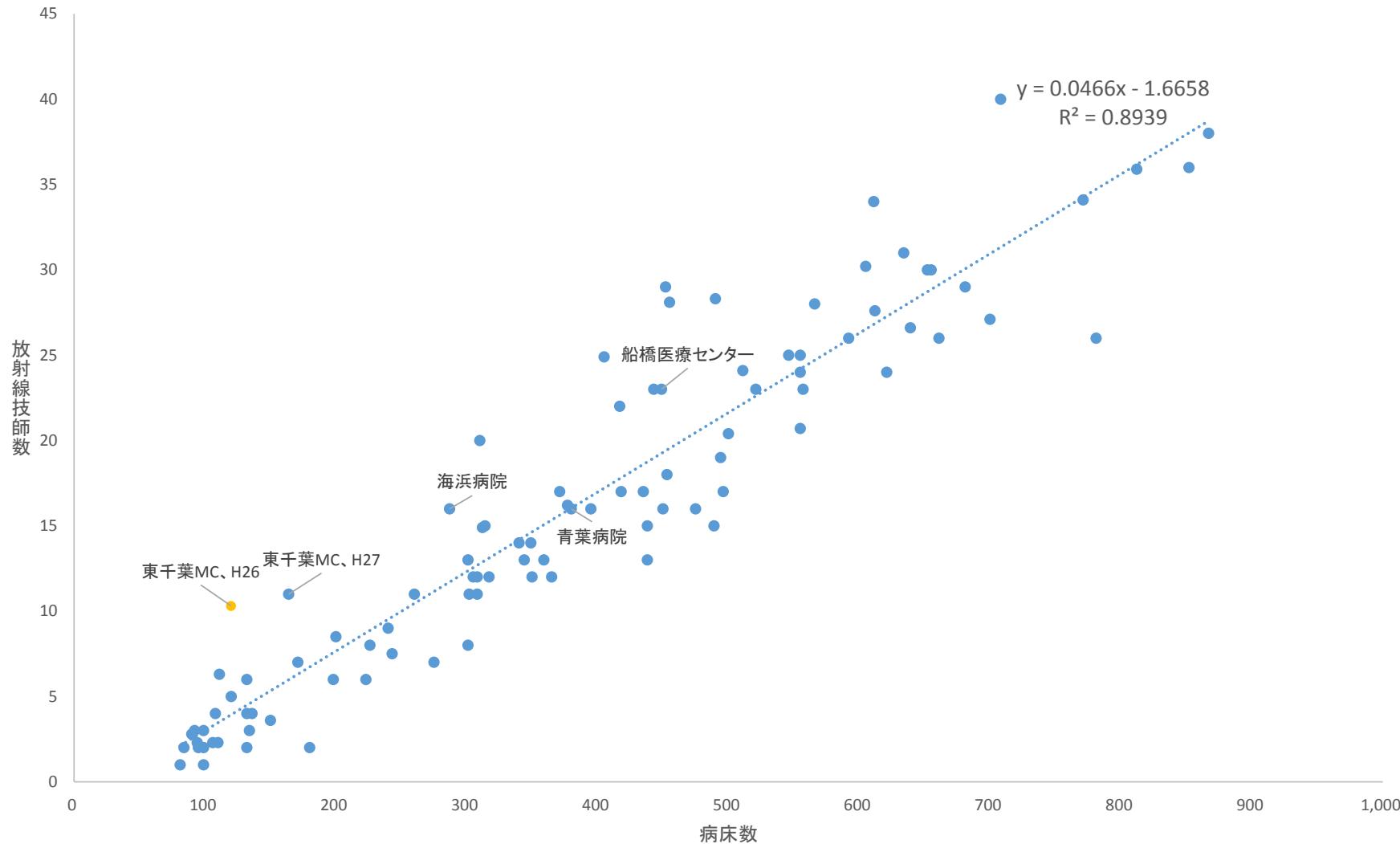
改定前	改定後
<p>【病棟薬剤業務実施加算】 病棟薬剤業務実施加算(週1回) 100点</p> <p>新設</p>	<p>【病棟薬剤業務実施加算】 病棟薬剤業務実施加算1(週1回) 100点</p> <p>病棟薬剤業務実施加算2(1日につき) 80点(新) [算定要件] 病棟薬剤業務実施加算2 救命救急入院料、特定集中治療室管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料を算定する治療室において、病棟薬剤業務実施加算1と同様の病棟薬剤業務を実施していること。</p> <p>[施設基準] 病棟薬剤業務実施加算2 ① 病棟薬剤業務実施加算1の届出を行っていること。 ② 病棟薬剤業務を行う専任の薬剤師が、算定を行う治療室等に配置されており、1週間につき 20時間以上病棟薬剤業務を実施していること。</p>

(※)なお、病棟薬剤業務実施加算2の新設に伴い、薬剤管理指導料1(救命救急入院料等を算定している患者に対して行う場合 430点)を廃止された。

病床数と臨床検査技師数



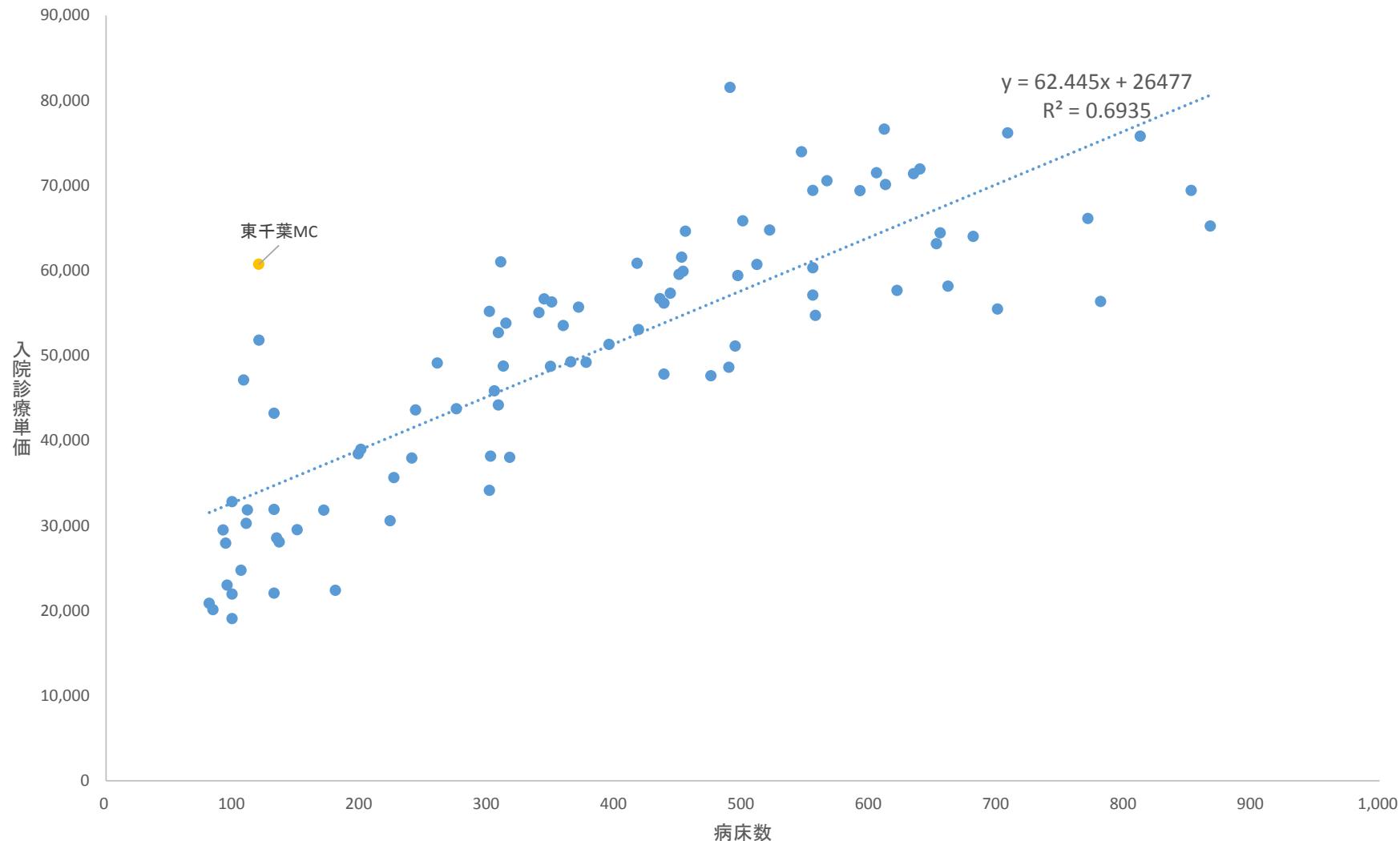
病床数と放射線技師数



(※)常勤換算数を用いている。

入院診療単価は非常に高い水準にある。

病床数と入院診療単価



診療科によるが地域中核急性期病院と比べ、医師1人1日当たり入院延べ患者数が平成27年度全体を通しても少ないとは限らない。今後は、科別の目標設定も検討することが有効である。 38

平成27年度 医師1人1日当たり入院延べ患者数

診療科名	東千葉MC	A病院	B病院	C病院	D病院	E病院	自治体 地域医療 支援病院
整形外科	5.7	6.6	4.2	5.2	3.1	5.7	6.6
消化器内科	4.9	6.4	8.9	4.0	5.4	3.1	5.3
救急科	4.6	—	1.1	1.4	—	0.4	—
外科	3.4	3.8	4.7	3.4	4.8	4.6	4.4
呼吸器内科	3.3	5.0	10.6	5.3	8.3	5.1	7.2
循環器内科	2.7	2.7	11.8	2.7	3.1	3.1	4.0
脳神経外科	2.4	9.2	10.9	3.8	3.5	3.4	6.1
心臓血管外科	1.8	3.7	—	2.2	3.1	6.0	3.4
神経内科	0.8	3.9	—	4.0	6.0	3.7	5.1
小児科	0.7	2.1	2.7	1.3	3.2	1.6	2.9
形成外科	0.7	1.5	3.7	0.9	1.4	0.6	2.9
代謝・内分泌内科	0.6	2.0	9.9	1.9	1.7	2.0	—

(※)救命救急センターを有し、地域医療支援病院である地域中核急性期病院との比較。

同一診療科であっても、提供する医療内容が異なり、あくまでも参考資料である。

自治体地域医療支援病院データは、公私病院連盟、「病院経営分析調査報告」より。

さらなる患者獲得のためには、同一二次医療圏にある他の公的病院と機能分化を推進していくことが求められる。

39

医療機関名	1日当たり 入院患者数	1日当たり 外来患者数	平均 在院日数	一般病床数	入院 基本料
さんむ医療センター	169.9	475	15.3	312	7対1
公立長生病院	119.4	356	15.9	180	7対1
国保大網病院	74.1	262.6	17.1	99	10対1
いすみ医療センター	66.5	270.7	18.3	92	10対1

ヒアリング結果のご報告

東千葉メディカルセンターヒアリング

平成28年5月17日、17:30から実施

参加者：医師42名、薬剤部1名、放射線部1名、臨床工学部1名、臨床栄養部1名、看護部3名、事務部6名

千葉大学医学部附属病院：井上、小林、安藤、大塚

1 中期目標、フルオープンに対する認識

- ・中期目標が現状と乖離している。実情にあった数値目標をたてることが必要なのではないか。
- ・当初の目標が高すぎたのではないか。開設してから1～3年でフルオープンにこぎつけるのはかなり無理がある。現実的に、患者はもう少し増やせるとは思うが、この地域の医療ニーズを踏まえると、フルオープンの病床数は多く、現在の医療体制では開床の実現はできないと思われる。
- ・当初、中期目標を立てた時と、現在では状況が違う。現在の状況にあわせて、中期目標を見直す必要があるのではないか。
- ・この2～3年で300床分の患者を集められるという根拠はどこからでてきたのか。患者を集められないのであれば、100床でも十分だと思っている。中期目標を立てた時の根拠があったはずなので、その根拠を知りたい。そもそも病床数を決めるときに、マーケティング調査や分析に基づく必要があったのではないか。
- ・東金病院と同じ道をたどることにはならないのか。閉院の可能性もあるのか知りたい。

2 地域医療支援病院、地域連携、診療報酬算定に対する認識

- ・地域医療支援病院になるための要件である紹介率、逆紹介率をあげ、地域医療支援病院を目指したい。
- ・患者数を増やすために、逆紹介を積極的に行い、地域連携を強化したい。
- ・一生懸命、診療はやっている。しかし、適切に算定ができていない状況もあると思われるため、改善に努めたい。特に救急医療管理加算は、救急車搬送の重症度の高い患者を受け入れているので、確実に算定できるようにしていくつもりである。また診療情報提供料を算定できるように、診療情報提供書が適切に記載されるシステムの改修を図る予定である。

3 手術や救急車搬送患者の受け入れに係る認識

- ・手術件数を増やしたいと思っても、手術室のマンパワーが不足しており、十分な手術件数を確保できない状況である。特に、手術室の看護師が不足しており、6室に対し24名の看護師が必要になるところ(1室あたり4名)、現在、15名しかない。このため、手術室の稼働は2.5室となっている。手術件数を増やすためには、マンパワーの確保をすることが必要。
- ・救急車搬送患者を多く受け入れているため、緊急用にベッドをあけておく必要があり、予定手術患者を受け入れられない状況もある。現在、救急車搬送患者の受け入れは十分に対応できているので、予定手術患者と救急車搬送患者の受け入れのバランスを上手く調整し、予定手術患者を増加させていくことが重要であると考えている。
- ・救急はかなり頑張っている。これ以上、患者を増やして受け入れるというのはマンパワー的なこともあり厳しい。

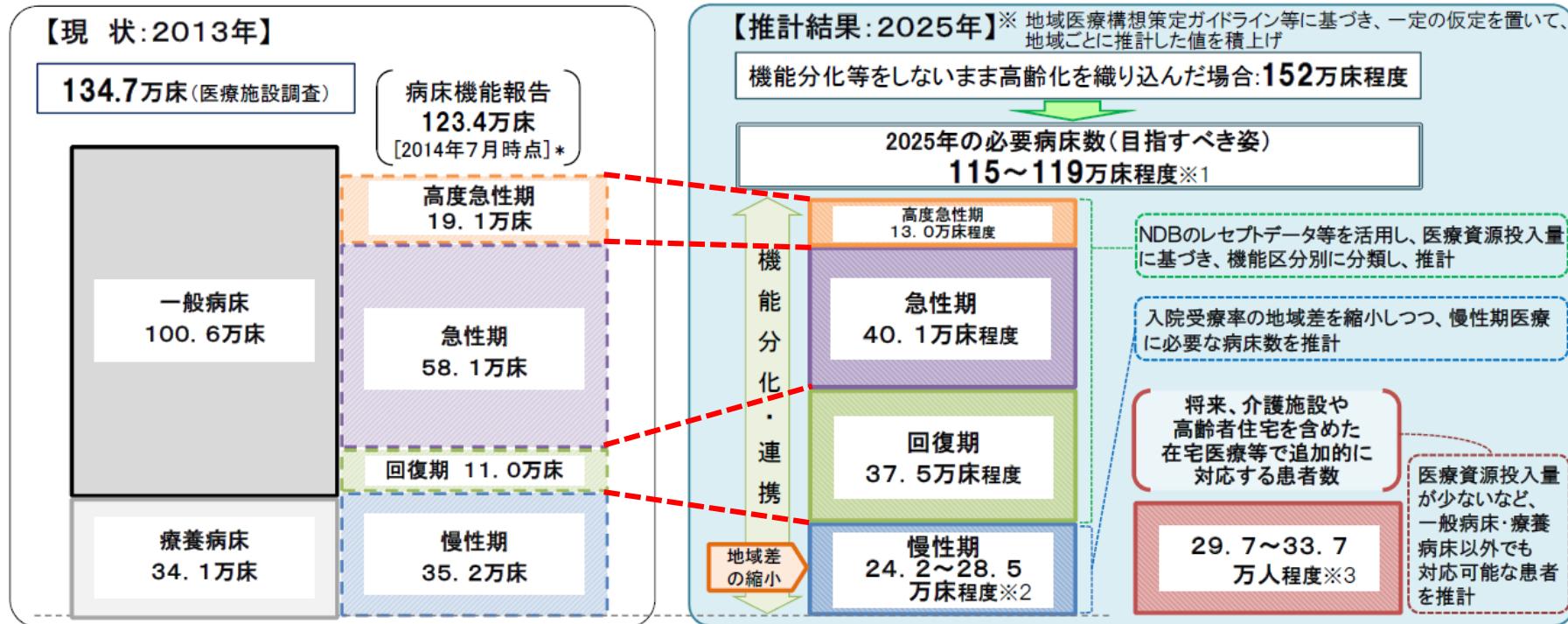
医療需要

資料提供：千葉大学医学部附属病院 地域医療連携部

今回の推計手法：厚生労働科学研究「医療需要および医師供給に対する多変量推計モデル（研究代表者：千葉大病院 藤田伸輔、分担研究者：井出博生、土井俊祐、小林美亞、竹内公一、平成27年3月）」に基づく

内閣府専門調査会の推計

2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）



* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数（134.7万床）とは一致しない。なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

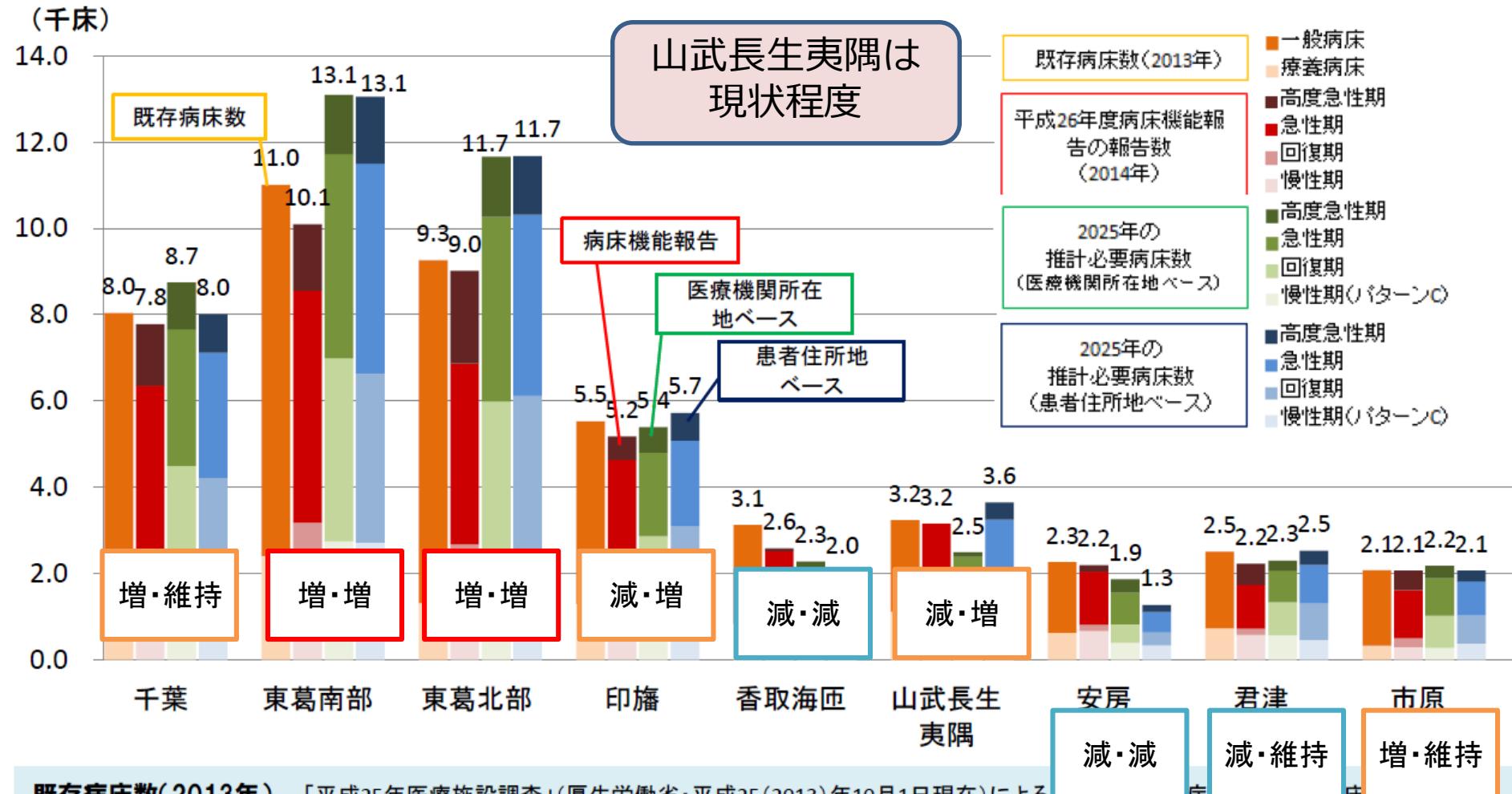
※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度

※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度

※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度

2025年の医療機能別必要病床数の推計結果

47



既存病床数(2013年) 「平成25年医療施設調査」(厚生労働省・平成25(2013)年10月1日現在)による。

平成26年度病床機能報告の報告数(2014年) 平成26(2014)年7月1日時点の機能として、各医療機関が自主的に選択した機能を報告したもの。無回答分を含まない。(平成27(2015)年7月10日時点の集計値)

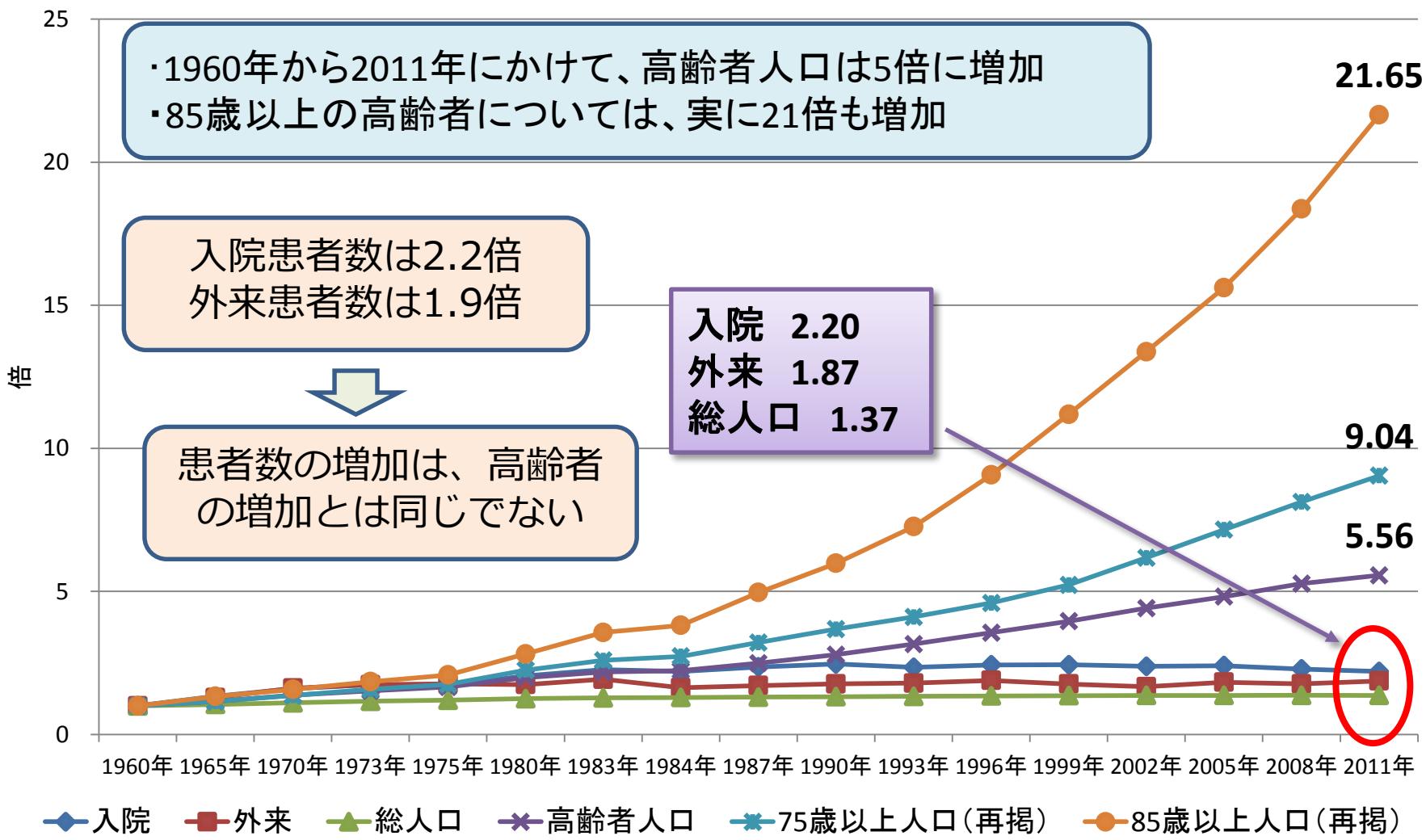
2025年の推計必要病床数 「地域医療構想策定支援ツール」(厚生労働省)により機械的に試算された病床数。

- 医療機関所在地ベース 患者の流入出が現状のまま継続するものとして、一定の仮定を置いて推計する場合。
- 患者住所地ベース 患者の流入出がなく、入院が必要なすべての患者は住所地の二次保健医療圏の医療機関の病床に入院するものとして一定の仮定を置いて推計する場合。

人口と患者数の推移－比率（全国）

48

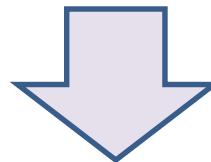
1960年を1とした時の倍率



48

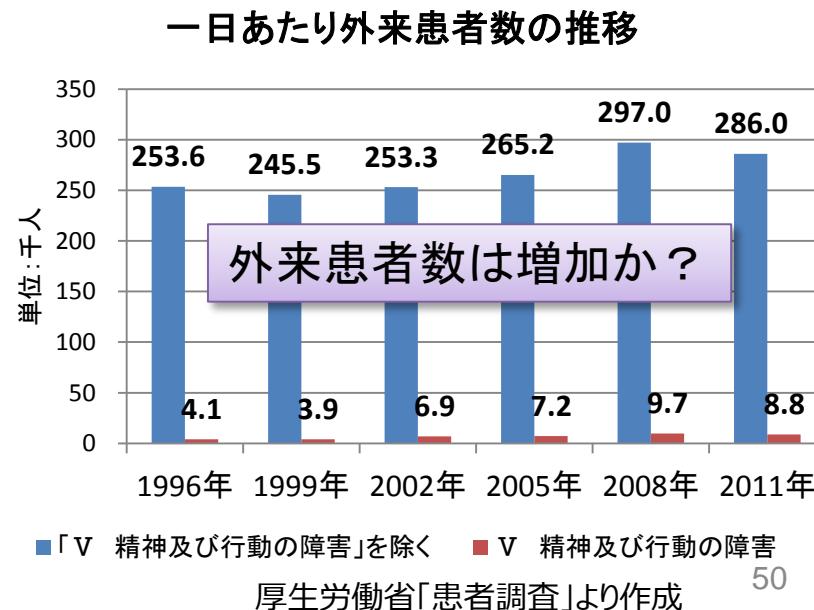
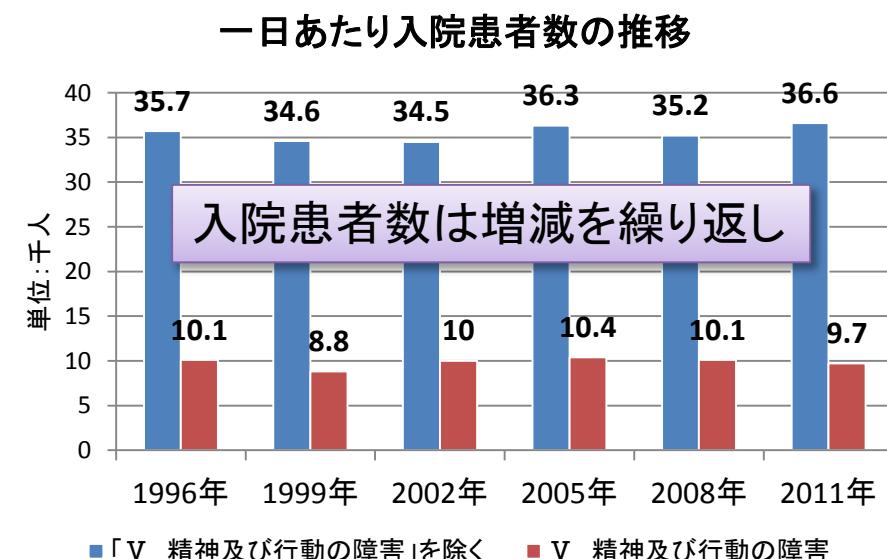
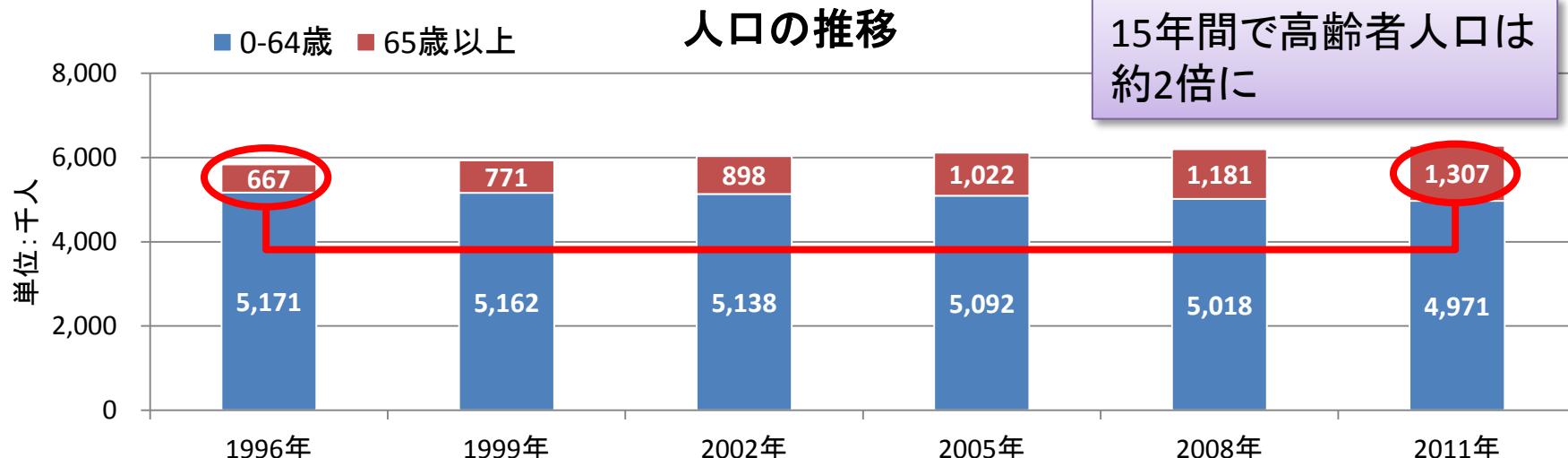
これまでのトレンドに関するまとめ

- 医療需要に大きな影響を与える高齢者人口は、大幅に増加してきたが、高齢者人口の増加と比べて、患者数の増加は小さくなっている。
- 1990年代以降、入院患者数は漸減、外来患者数は同程度の水準（範囲）で増減している。
- 2025年に向けて高齢者人口は増加するが、その増加幅はこれまでと比べて大きいわけではない。最近の期間でも高齢者人口の増加と比べて患者数の増加は小さい。



上記を考慮した医療需要推計を行うことが必要

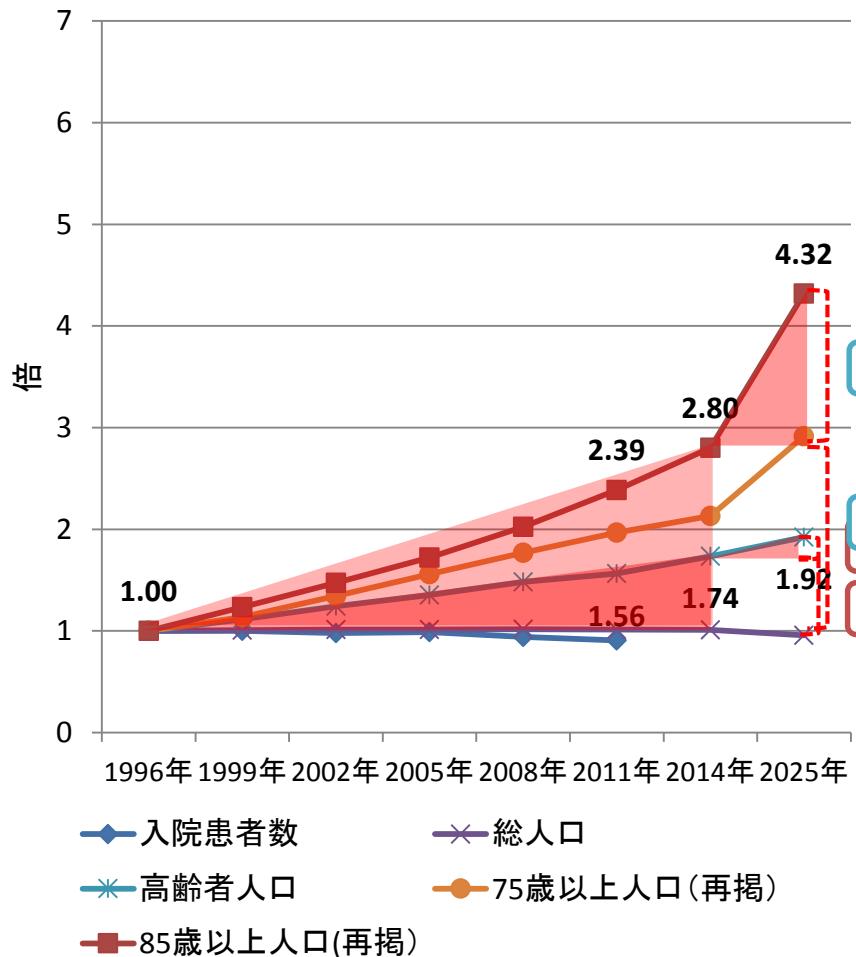
人口と患者数の推移－実数（千葉県） 50



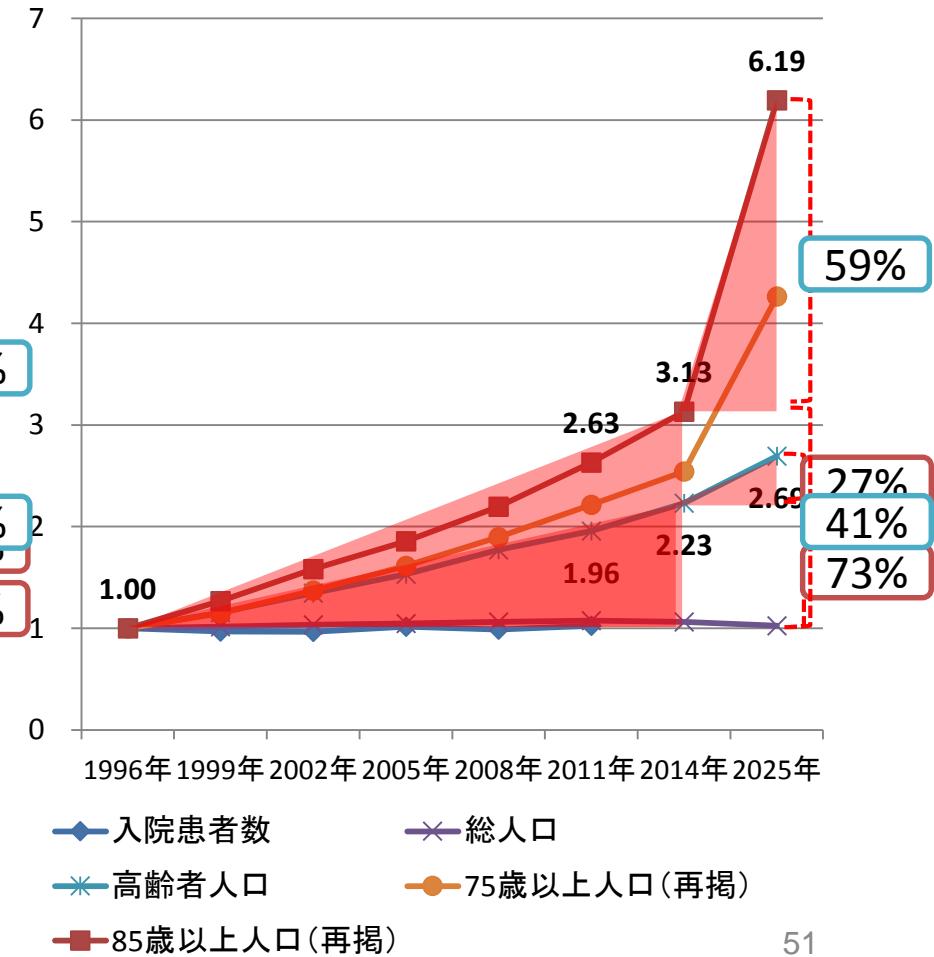
人口と患者数の推移 – 比率 (全国と千葉県) 51

1996年を1とした場合の倍率

全国



千葉県



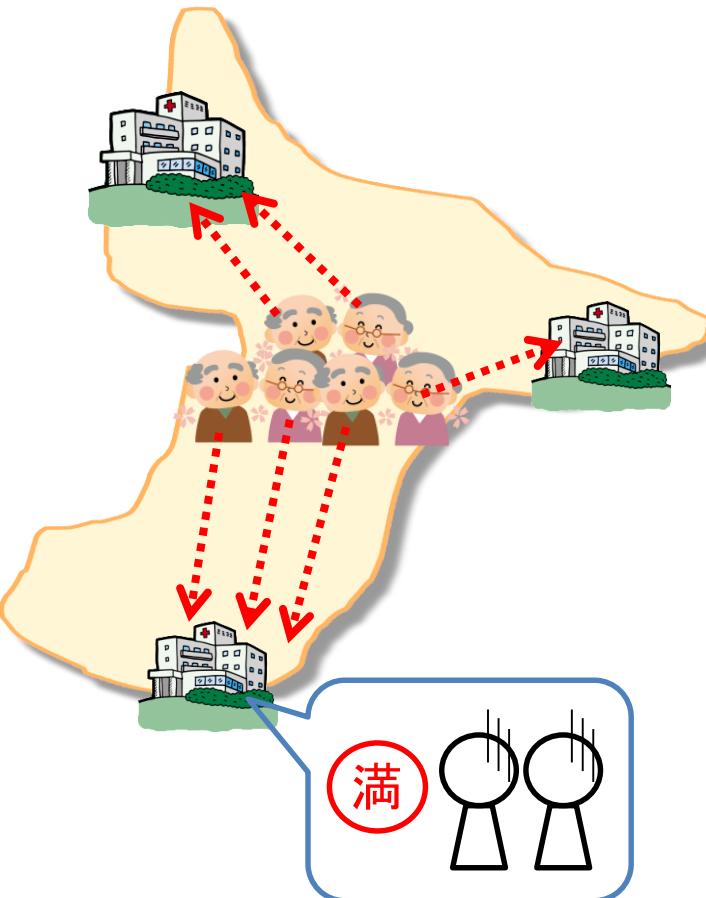
人口と患者数の推移－比率（全国と千葉県）

52

- 65歳以上の高齢者人口の増加は、全国では1996年から2025年のおよそ30年の間で1.9倍、千葉県では2.7倍と推計されている。既に2014年時点で全国で1.7倍、千葉県では2.2倍に達している。つまり、全国では増加の80%、千葉県では73%までは達していることになる。
- このことから、千葉県における2025年までのこれから登り坂は、残すところ約27%。

52

病床の過不足数の推計で考慮しなければならないこと⁵³



① 患者さんの人数はどうなるか

② どこで医療を受けるのか

③ 医療資源は必要十分か

①患者人数はどうなるか？

54

→人口に対してどれくらいの割合の方が医療を受けるか、という「受療率」というパラメータを用いる。

将来の患者数

=

将来の人口

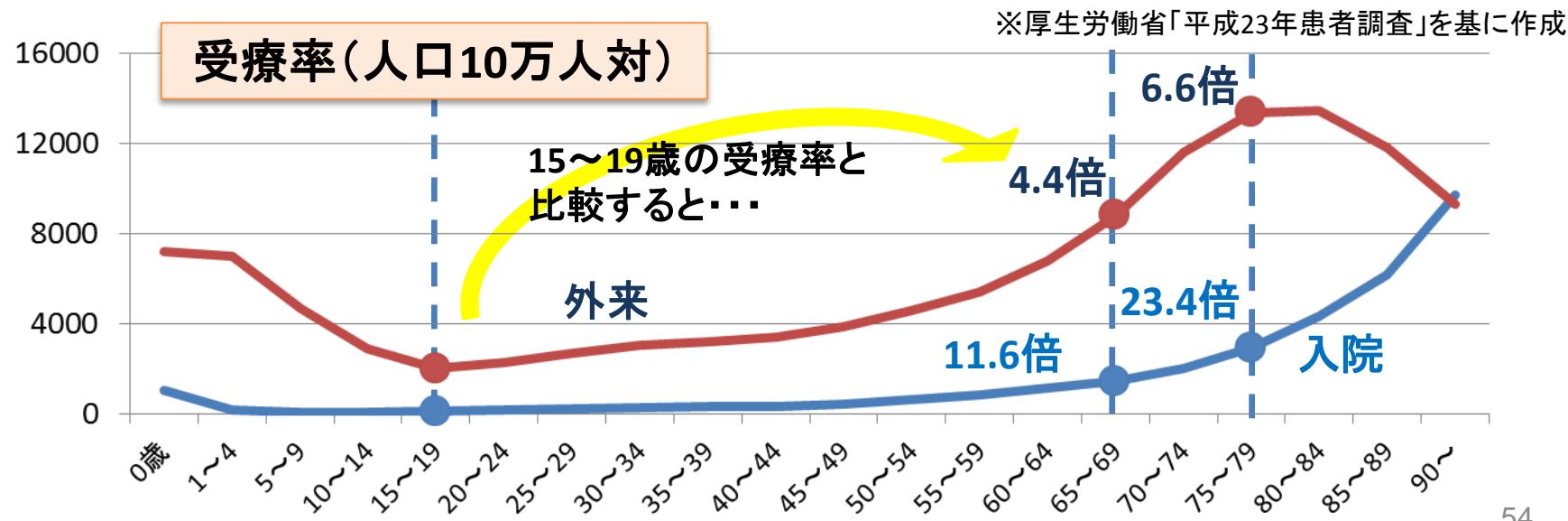
×

受療率

ポイント①：3年に1度の「患者調査」で発表される

ポイント②：5歳階級別に見ると、基本的に高齢者ほど高い

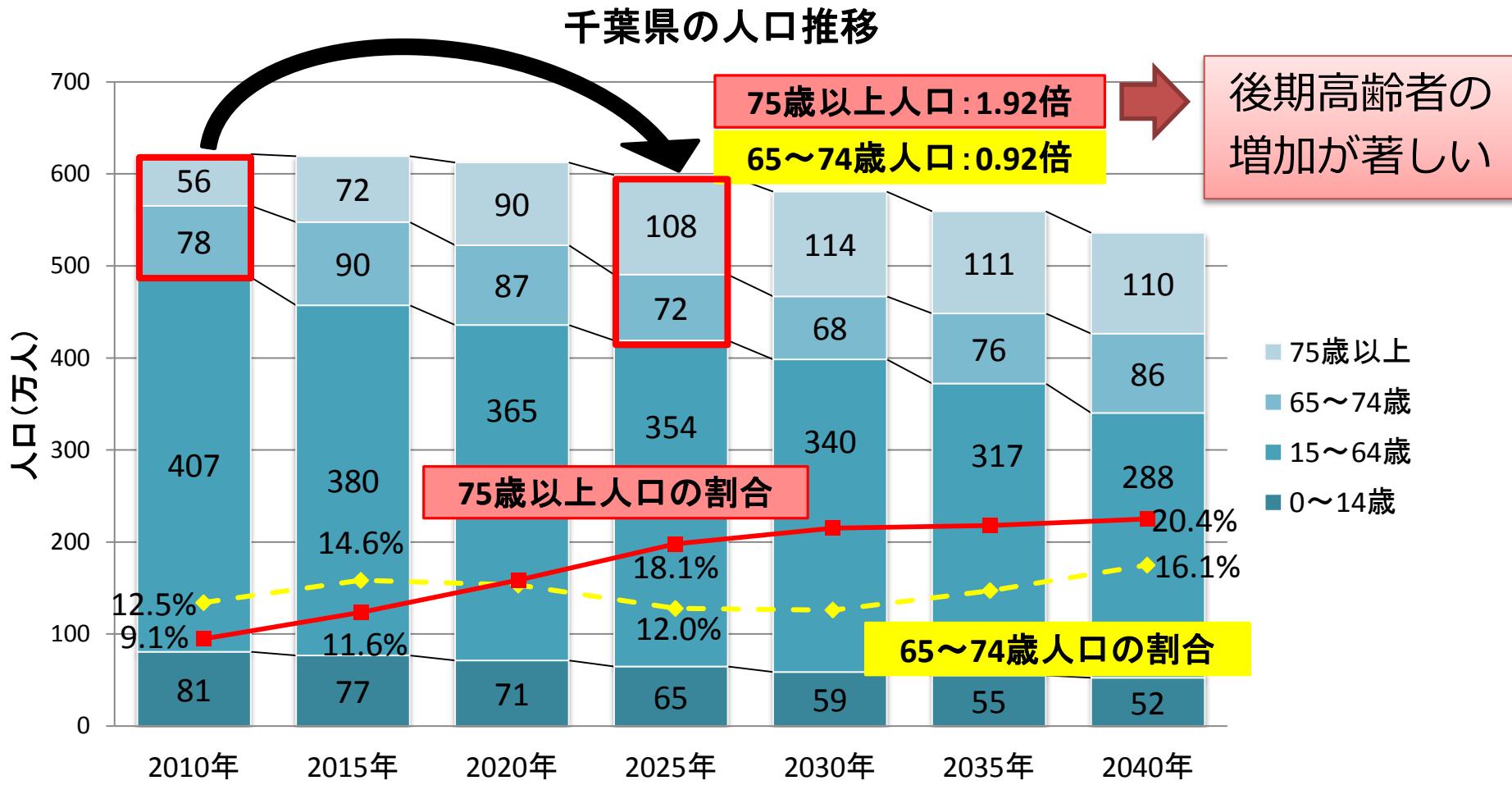
ポイント③：高齢者人口が増加すると患者数も増加する



将来推計人口は国から公表されている

55

千葉県の高齢者人口の増加率は沖縄、埼玉に次ぐ全国第3位



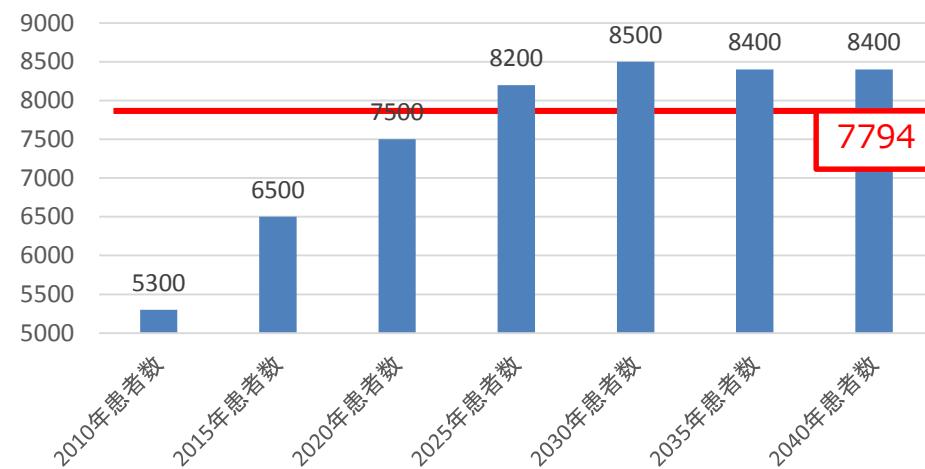
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25年3月推計)」を基に作成

55

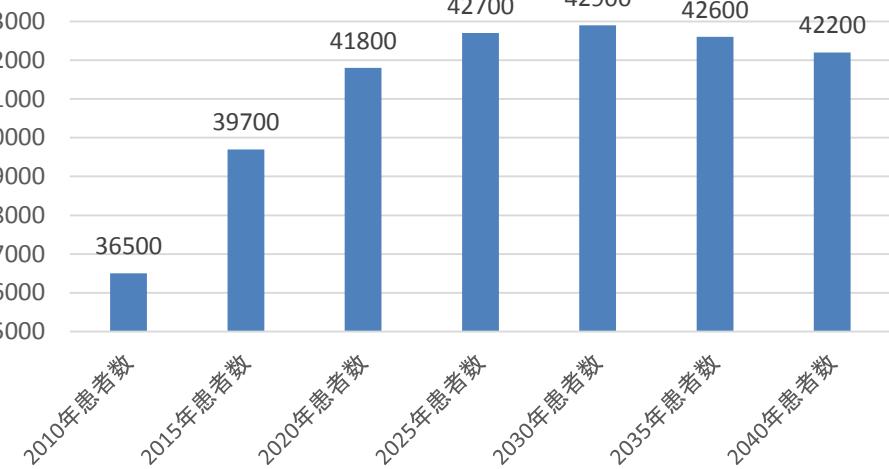
受療率が一定であれば、患者数は入院・外来とも増加する

もしこの通りであれば、他医療圏からの流入も受け入れている千葉医療圏の病院では、軒並み90%超の稼働率になっているはずだが、現実そのようになっていない

千葉市 入院患者数(推計値)



千葉市 外来患者数(推計値)



入院は2010年比1.6倍に

配分済み病床数7794床は
2020年以降ほぼ満床になる

外来は2010年比1.2倍に

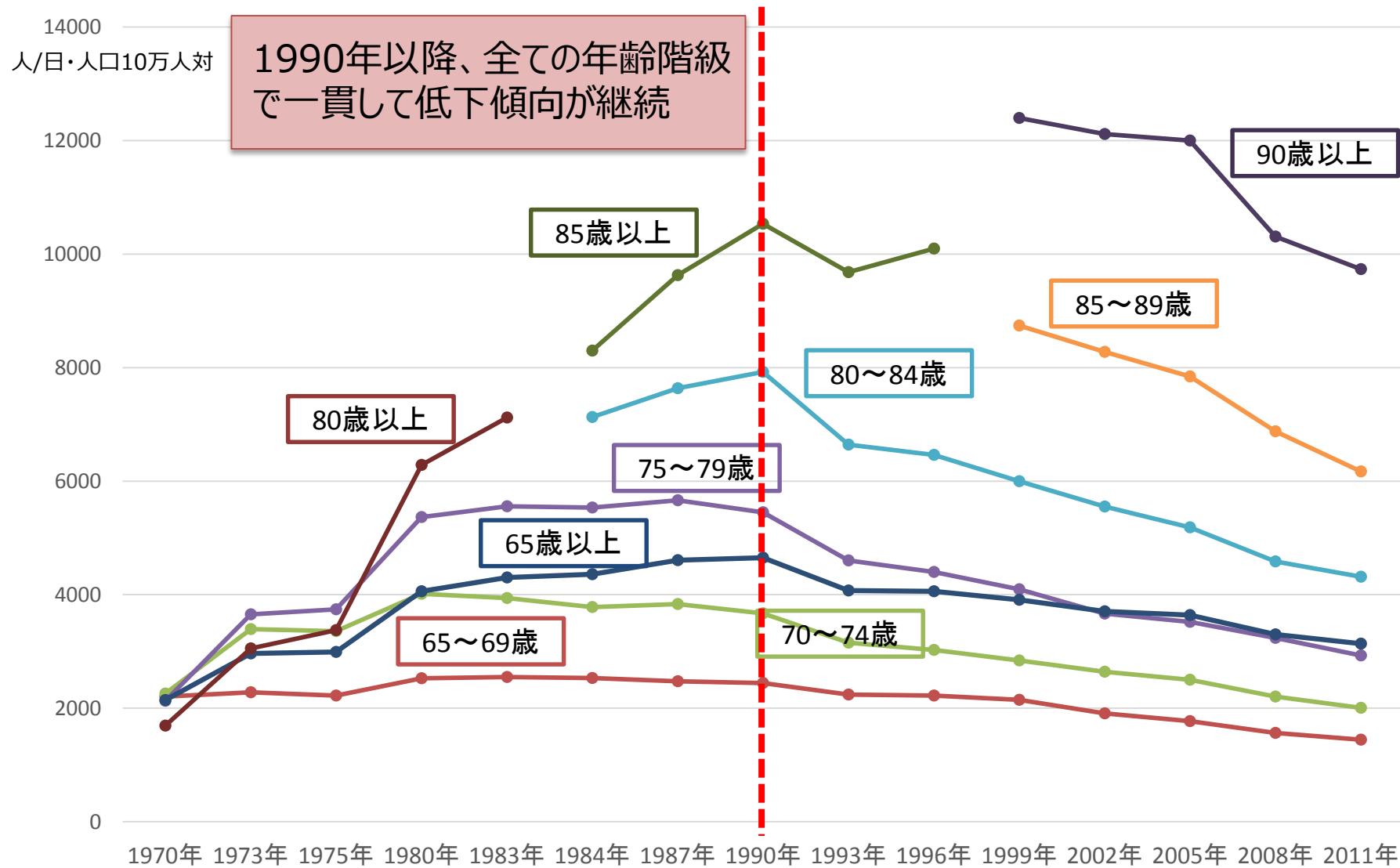
2030年までにピークを迎える、
その後もピークの状態を維持

※入院は精神疾患を除く、外来は歯科診療を除く。

※入院の基準線は配分済み病床数を表す(平成25年4月時点)。非稼働病床並びに開院準備中の病院の病床も含む。

年齢別に入院受療率の推移を見ると…

57



今回の推計：入院患者数の推計の3つのシナリオによって推計

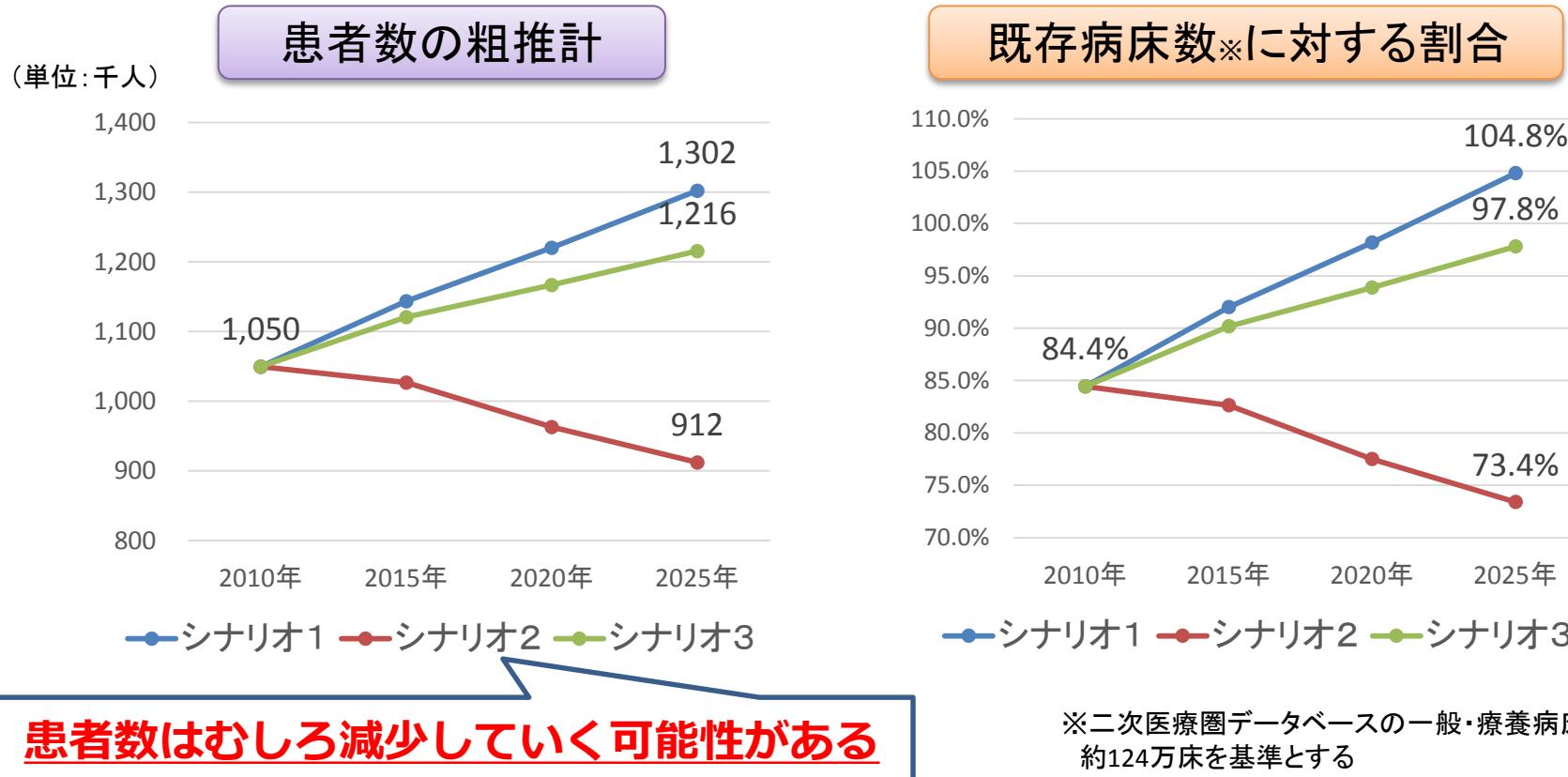
(厚生労働科学研究「医療需要および医師供給に対する多変量モデル」の方法論による推計)

58

シナリオ1：2011年時点の入院受療率が維持されると仮定した場合

シナリオ2：都道府県・性別・年齢階級別に見て、1996年以降の
入院受療率の低下傾向が今後も継続すると仮定したもの

シナリオ3：シナリオ2で年齢別の傾向を考慮しない場合



解析の結果

59

入院受療率は1990年を境に劇的に低下している！



受療率の変動を推計に反映させる必要がある！

外来については、現在のところ変動を繰り返しながら
過去の水準を維持している

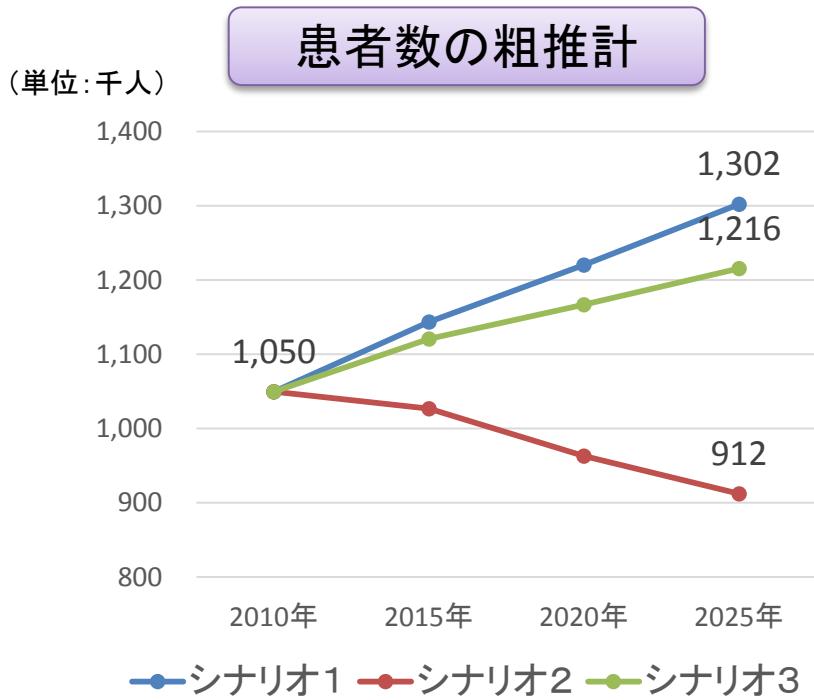
59

入院患者数の推計の3つのシナリオ 60

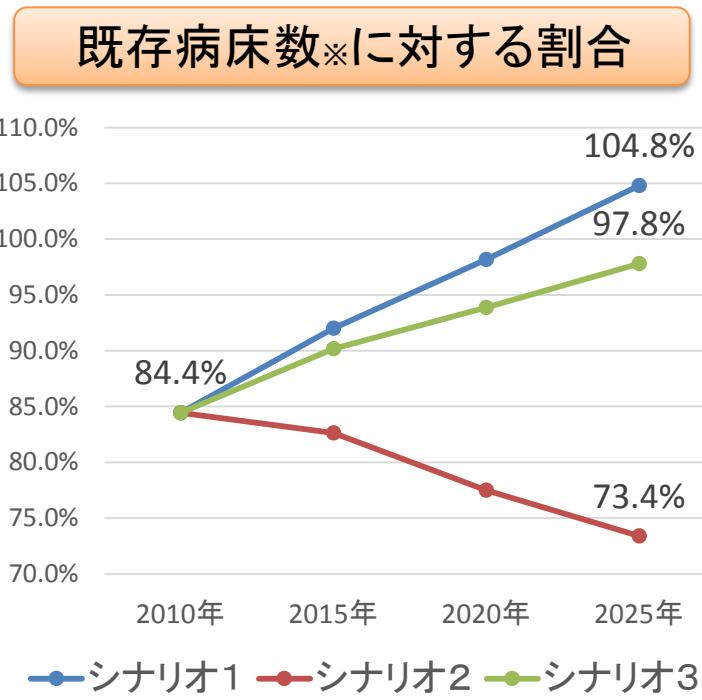
シナリオ1：2011年時点の入院受療率が維持されると仮定した場合

シナリオ2：入院受療率の低下傾向が今後も続くと仮定した場合

シナリオ3：シナリオ2で年齢別の傾向を考慮しない場合



患者数はむしろ減少していく可能性がある



※二次医療圏データベースの一般・療養病床数
約124万床を基準とする

入院患者数の推計の3つのシナリオ

61

- ・ シナリオ1については高齢化の影響を直接的に受けるため、患者数は全国値で1日あたり130万人まで増加。それに対し、シナリオ2では患者数はむしろ減少。
- ・ 2025年の推計値は1日あたり91万人と大きな開きが生じる。
- ・ 患者数に応じて必要病床数も変わる。現在、病床数に対する患者数の比率は84%程度であるが、シナリオ1では100%を超え、シナリオ2では73%まで低下。

61

②どこで医療を受けるのか？

62

患者が医療機関を選ぶ理由

順位	病院を選んだ理由(外来)	病院を選んだ理由(入院)
第1位	以前来たことがある(38.0%)	医師による紹介(49.0%)
第2位	自宅や職場・学校に近い(37.6%)	以前来たことがある(34.9%)
第3位	医師による紹介(33.2%)	医師や看護師が親切(34.7%)
第4位	医師や看護師が親切(31.4%)	自宅や職場・学校に近い(29.9%)
第5位	大きな病院で安心そう(28.7%)	技術の優れた医師がいる(25.5%)



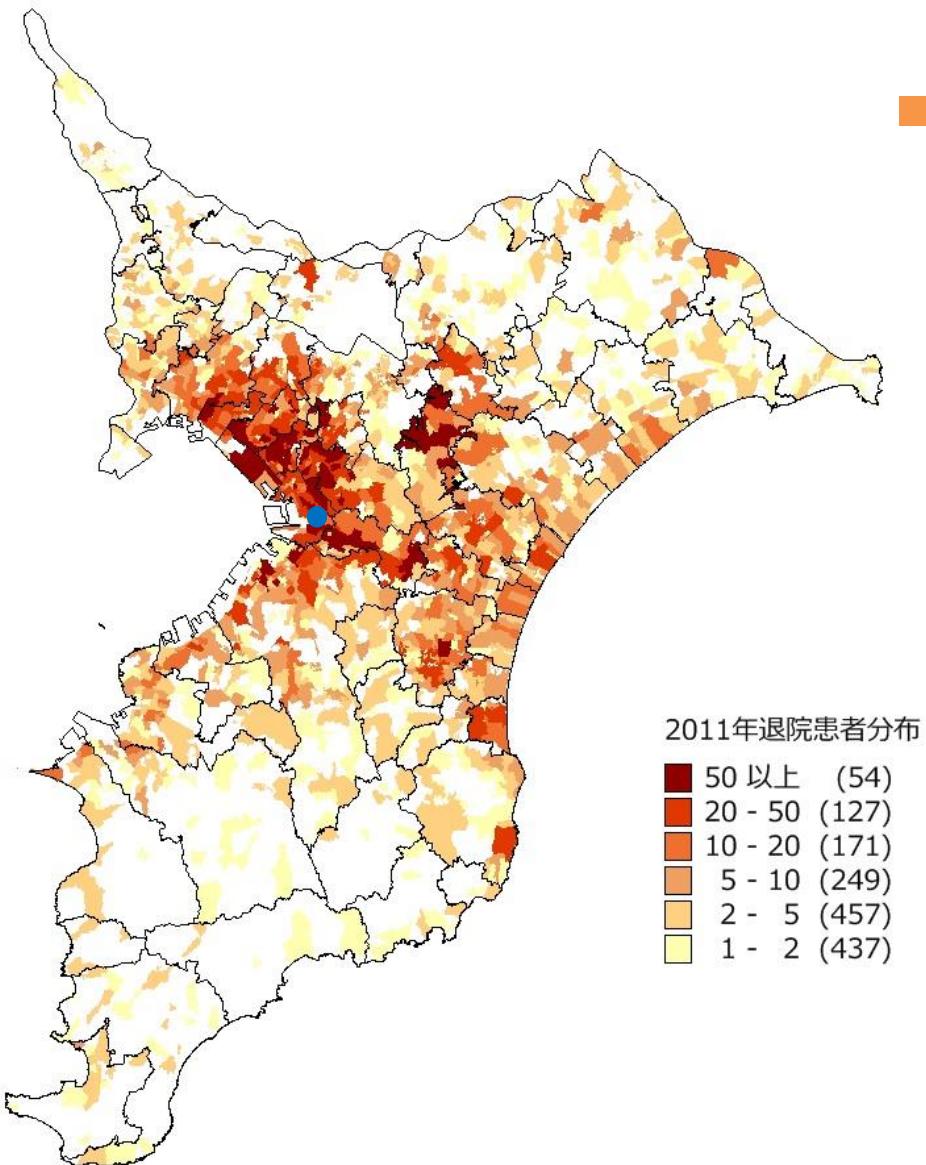
本当は近いところに行きたいけれど、
医師が勧めてくれるところなら安心できる

※平成23年厚生労働省患者受療行動調査をもとに作成

62

千葉大学医学部附属病院では

63

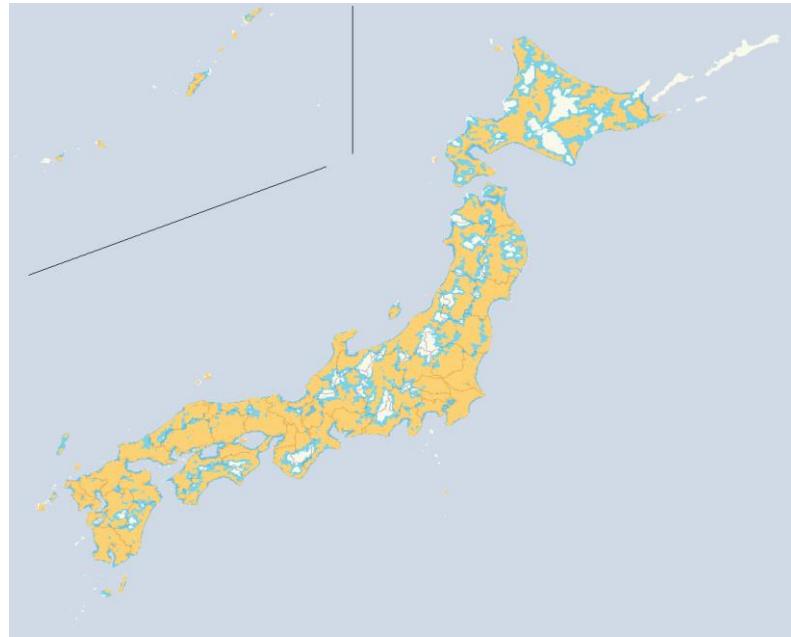


- 2011年1～12月の全入院患者の住所地を調査
 - 全入院患者数：15135件
 - 県内患者数：14428件(95.3%)
 - 最大値：中央区 1854件(12.2%)
 - うち自動車で30分圏内の患者：6957件(48.2%*)
 - うち自動車で60分圏内の患者：12381件(85.8%*)
- *県内の患者を基準とした場合

63

医療機関までのアクセス性

64



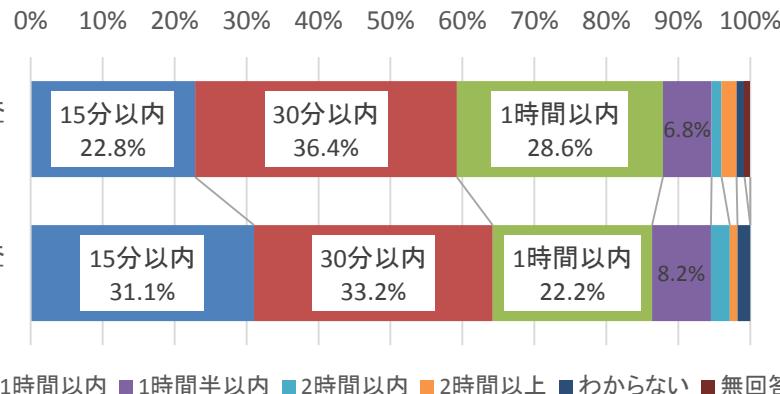
株式会社ウェルネスの提供する「二次医療圏データベース」に収録されている全国8658病院からの時間距離を**地理情報システム(GIS)**を用いて集計

 30分以内

 60分以内

※ArcGIS Desktop 10.2.2及びNetwork Analyst、道路網2014を利用して算出

到達時間という視点でみると、我が国では病院までの所要時間の人口カバー率は非常に高い



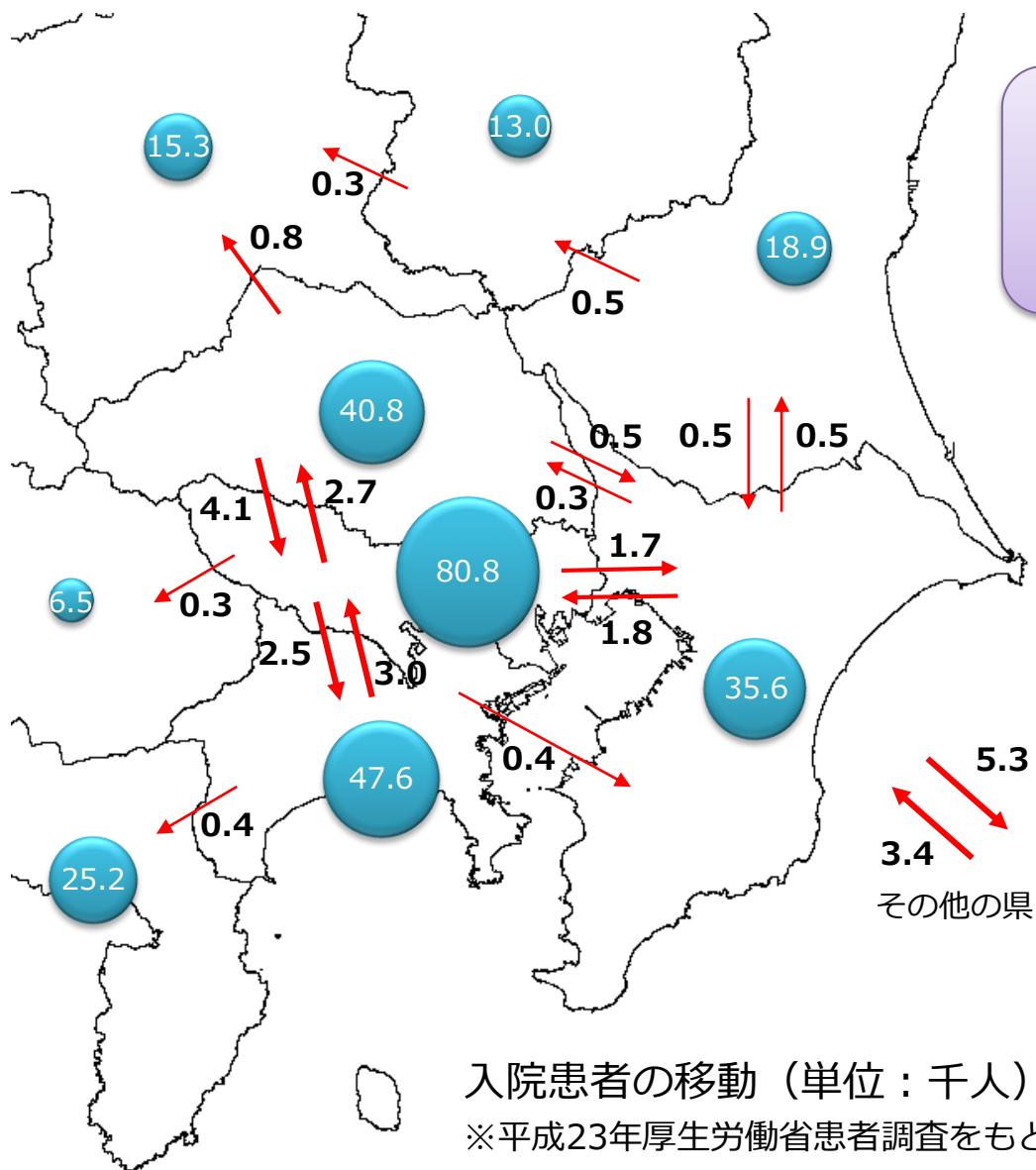
入院患者の所要時間分布

30分以内 → 63.8%

60分以内 → 88.4%

90分以内 → 96.3%

行政の計画では



患者の移動は圏域間（都道府県や二次医療圏）の流出入としてのみ扱われている

しかしながら…

行政区と患者の移動は必ずしも一致しない

地域によって医療機関の配置や道路事情が全く事情が異なっており、集計単位が大きいほど実態を反映できない。

この考慮が必須

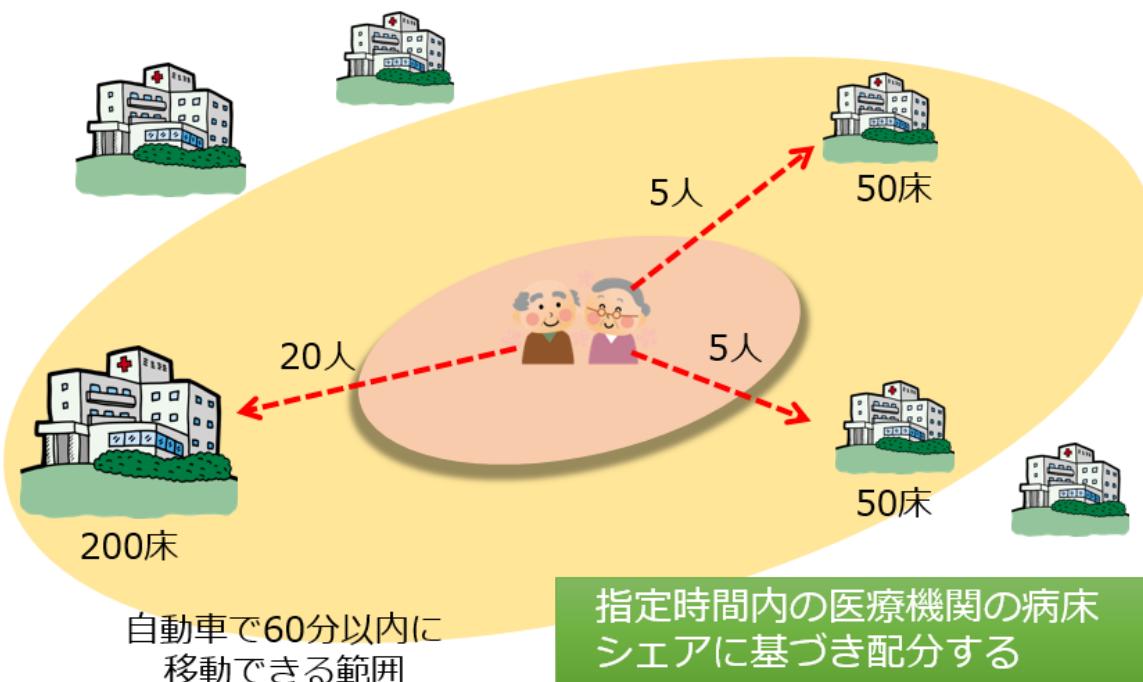
アクセス性を考慮した病床の過不足数の推計

66

地域の実情に応じた医療資源の配置を検討するためには、患者のアクセス性を考慮する必要がある



「病床規模」と「アクセス」の二つの観点から推計



1. 住所地の人口構成をもとに、将来患者数を推計
2. 各町字から**60分以内**で到達できる病院を解析
3. 指定時間以内の病院の**病床数シェア**に基づき患者を配分 (ただし受入患者数に上限は設けない)

GIS(交通解析システム)を利用し、患者が通える範囲を考えた上で推計

66

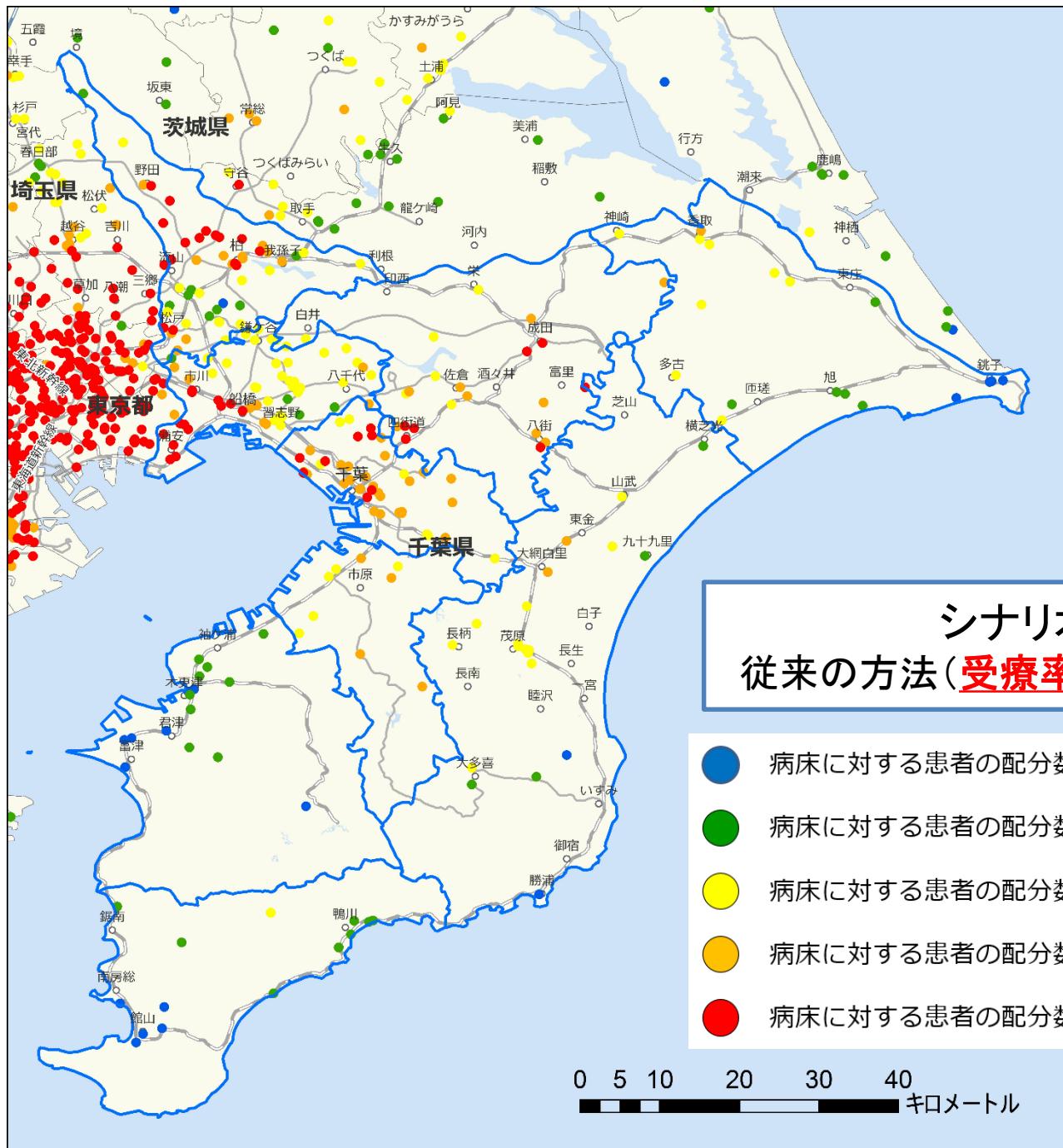


入院では基本的に病床数だが、
従事者不足で閉鎖している病床もある



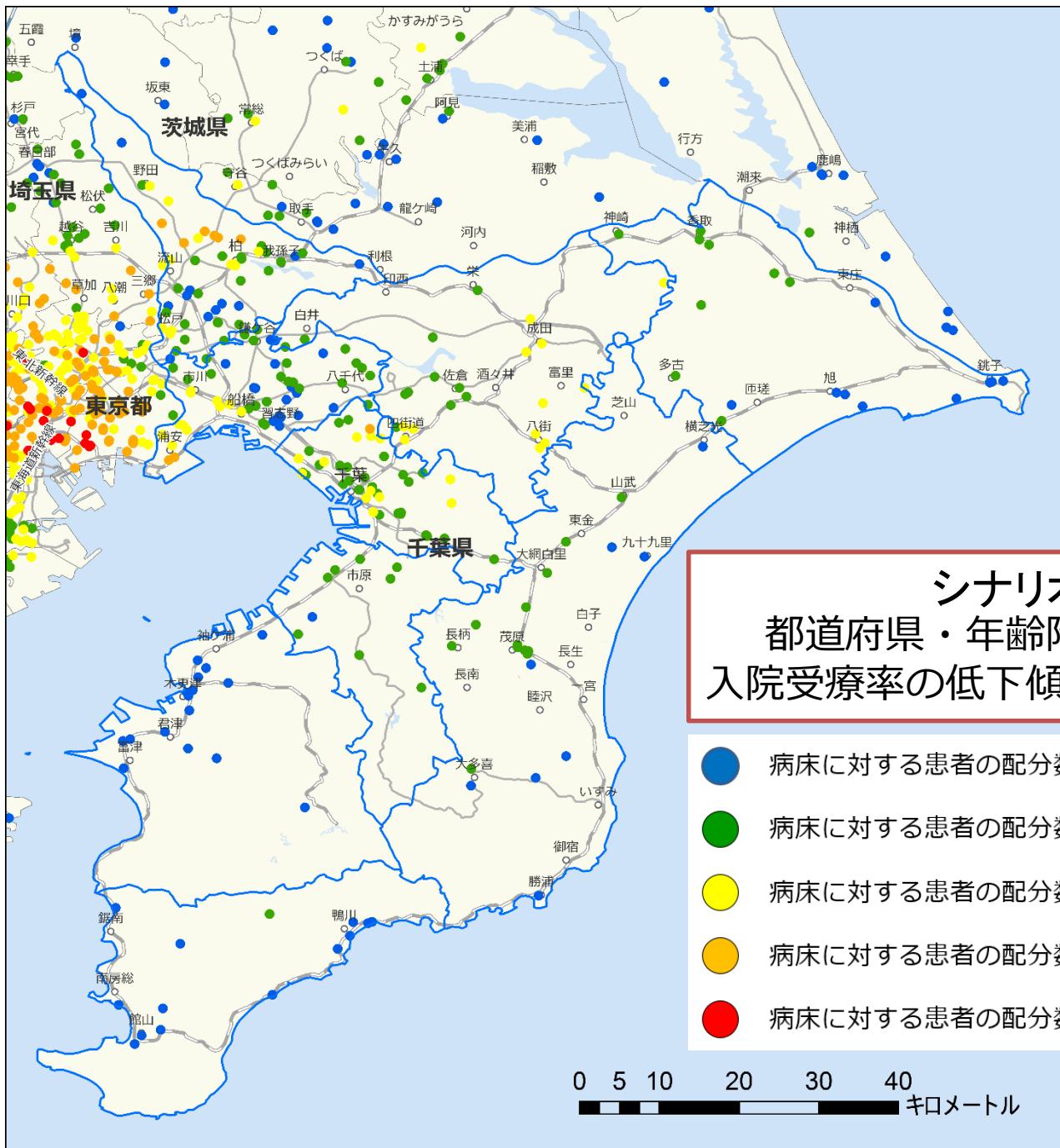
ここでは一般・療養病床の病床数と比較

- 病床に対する患者の配分数が**60%未満**
- 病床に対する患者の配分数が**60%～80%**
- 病床に対する患者の配分数が**80%～100%**
- 病床に対する患者の配分数が**100%～120%**
- 病床に対する患者の配分数が**120%以上**



平成26年受療率を利用した現状投影シナリオ

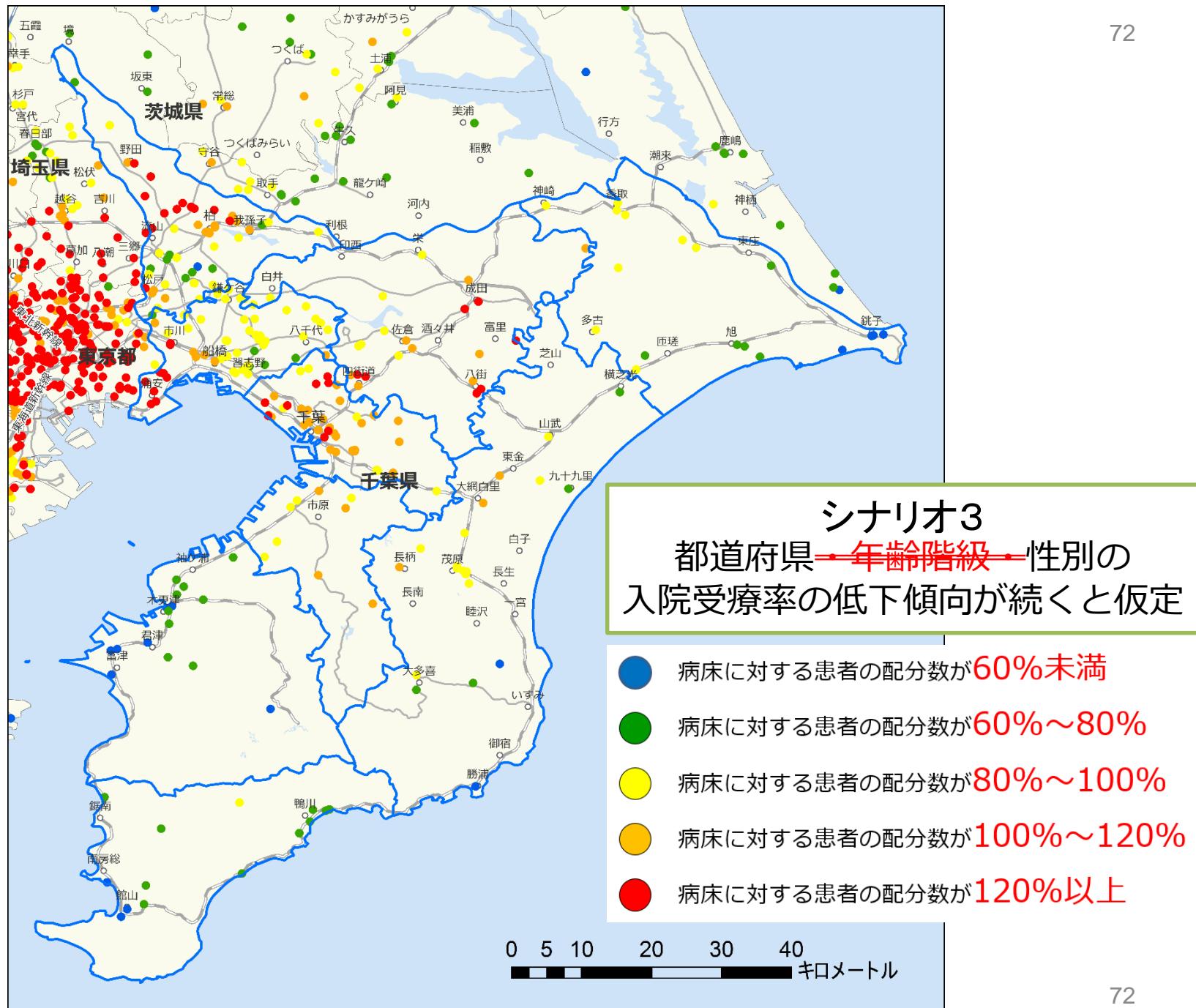
二次保健医療圏	既存病床数	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
		推計 入院患者数	推計 入院患者数	推計 入院患者数	推計 入院患者数	推計 入院患者数	推計 入院患者数
千葉	7,794	6,054	7,019	7,699	7,900	7,824	7,848
東葛南部	11,133	9,529	10,757	11,841	12,212	12,221	12,481
東葛北部	9,600	8,100	9,213	10,172	10,454	10,298	10,245
印旛	5,827	4,092	4,627	5,177	5,423	5,376	5,267
香取海匝	3,369	2,108	2,112	2,167	2,157	2,066	1,938
山武長生夷隅	4,017	3,219	3,381	3,589	3,634	3,527	3,357
安房	2,039	1,136	1,147	1,172	1,141	1,064	979
君津	2,508	2,086	2,276	2,441	2,485	2,410	2,321
市原	2,195	1,668	1,867	2,038	2,100	2,049	1,980
計	48,482	37,991	42,399	46,296	47,508	46,834	46,415



シナリオ2

厚生労働科学研究の性・年齢階級別トレンドベースのシナリオ

二次保健医療圏	既存病床数	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
		推計 入院患 者数	推計 入院患 者数	推計 入院患 者数	推計 入院患 者数	推計 入院患 者数	推計 入院患 者数
千葉	7,794	5,837	5,994	5,863	5,347	4,687	4,169
東葛南部	11,133	9,164	9,151	8,976	8,213	7,255	6,561
東葛北部	9,600	7,803	7,854	7,736	7,071	6,162	5,422
印旛	5,827	3,938	3,930	3,921	3,663	3,222	2,793
香取海匝	3,369	2,041	1,805	1,646	1,461	1,247	1,040
山武長生夷隅	4,017	3,115	2,890	2,733	2,469	2,134	1,804
安房	2,039	1,103	985	898	781	648	528
君津	2,508	2,014	1,941	1,855	1,684	1,450	1,237
市原	2,195	1,607	1,589	1,545	1,420	1,229	1,051
計	48,482	36,621	36,140	35,173	32,108	28,033	24,605



シナリオ3

73

厚生労働科学研究の性別トレンドベースのシナリオ

二次保健医療圏	既存病床数	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
		推計 入院患者数	推計 入院患者数	推計 入院患者数	推計 入院患者数	推計 入院患者数	推計 入院患者数
千葉	7,794	6,492	7,557	8,320	8,574	8,528	8,591
東葛南部	11,133	10,200	11,560	12,775	13,238	13,314	13,664
東葛北部	9,600	8,685	9,915	10,984	11,336	11,217	11,213
印旛	5,827	4,388	4,983	5,595	5,883	5,854	5,759
香取海匝	3,369	2,264	2,279	2,346	2,343	2,251	2,120
山武長生夷隅	4,017	3,460	3,649	3,886	3,949	3,845	3,673
安房	2,039	1,223	1,238	1,269	1,240	1,160	1,071
君津	2,508	2,240	2,453	2,641	2,698	2,626	2,540
市原	2,195	1,790	2,012	2,204	2,279	2,232	2,166
計	48,482	40,743	45,645	50,019	51,540	51,027	50,797

73

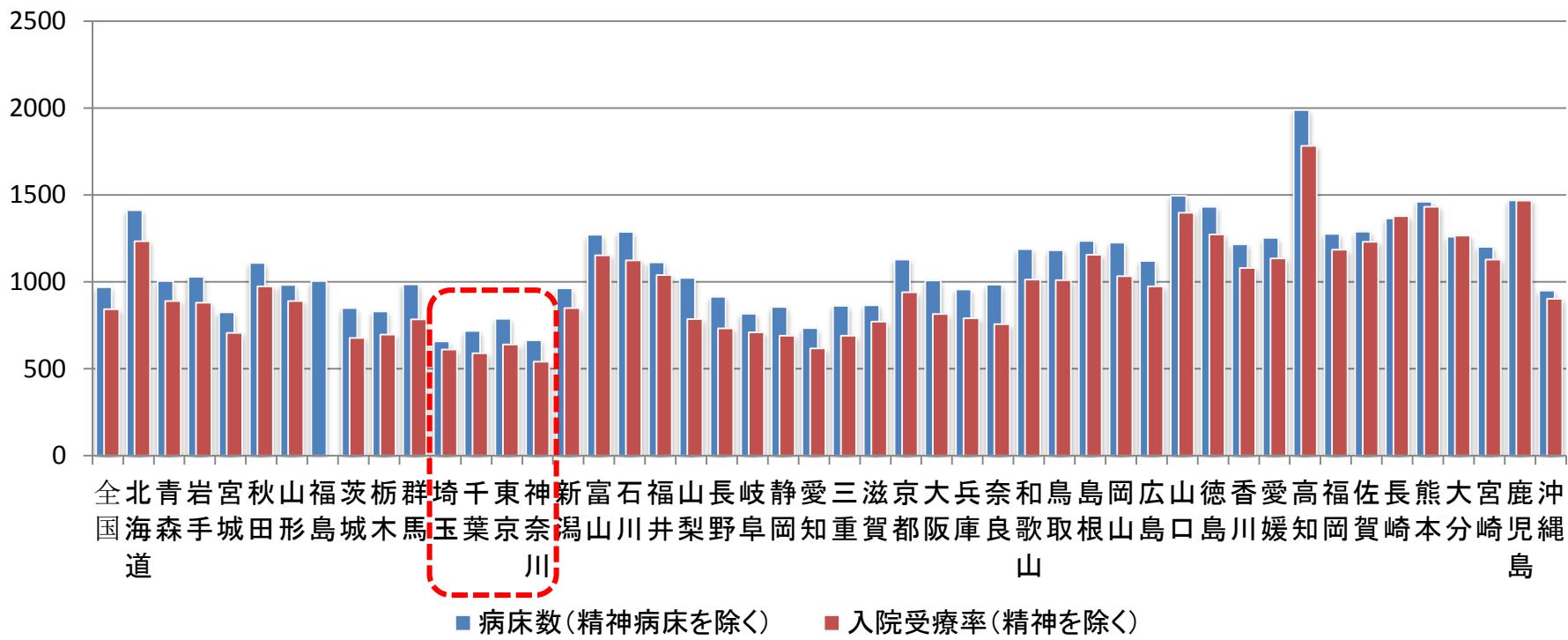
なぜ、患者数が増加しないのか？

1. 病床数の天井
2. 医療制度
3. 医療技術の進歩
4. 健康水準の向上

1. 病床数の天井

- 病床数と受療率はおおよそパラレルな関係に見える。
- 限られた資源を使って入院医療を提供しているのではないか。

都道府県別の病床数と入院受療率(人口10万対)



2. 医療制度

76

■ 診療報酬制度

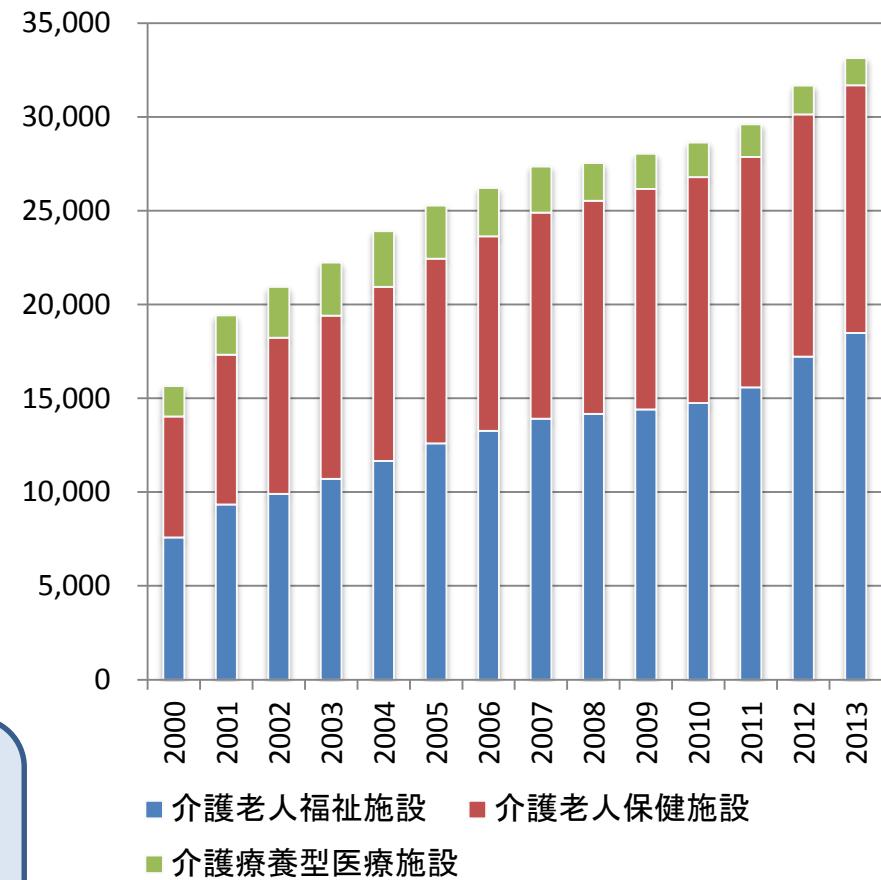
- 1997年 被用者保険本人に2割負担
- 2001年 高齢者に上限付定率1割負担
- 2002年 診療報酬本体マイナス改定、一定以上所得高齢者に2割負担
- 2003年 DPCによる支払方式の導入
- 2003年 3~69歳に原則3割負担
- 2006年 現役並み所得高齢者の3割負担
- 在宅医療の評価、平均在院日数の要

かつて医療機関で療養していたような人が
介護保険の施設に移っている可能性がある



入院患者の減少

千葉県内の入所者数の推移



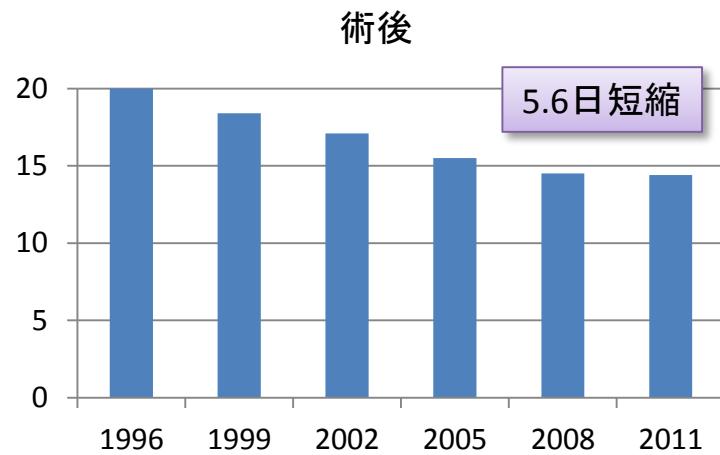
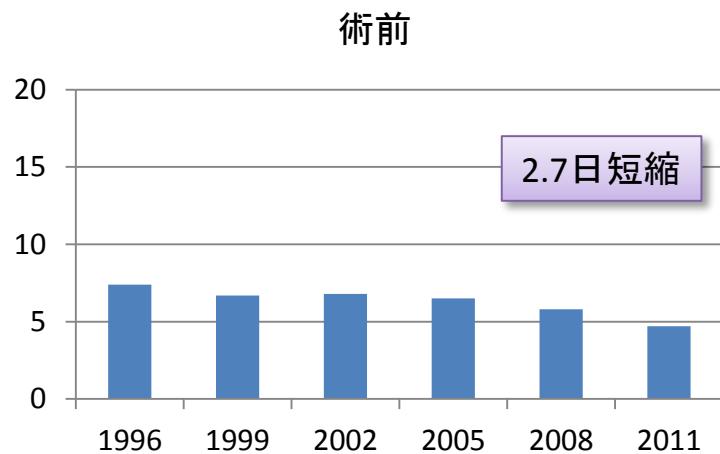
3. 医療技術の進歩

77

- 手術手技の改善
- 術後管理の改善
- 低侵襲手術の普及
- 化学療法の外来化
- 薬物療法の進化
- 入院前検査の普及
- クリニカルパスの普及
- 早期退院の普及
- 医療技術の外来化

など

術前術後の平均在院日数の推移



厚生労働省「患者調査」より作成

77

4. 健康水準の向上

78

■予防施策の進展

- 禁煙
- 生活習慣病の管理
- ワクチン接種の普及
- ピロリ菌の除菌

■高齢者の体力水準の向上

高齢者の健康寿命が伸びたり、医療への依存の低下につながっているかもしれない

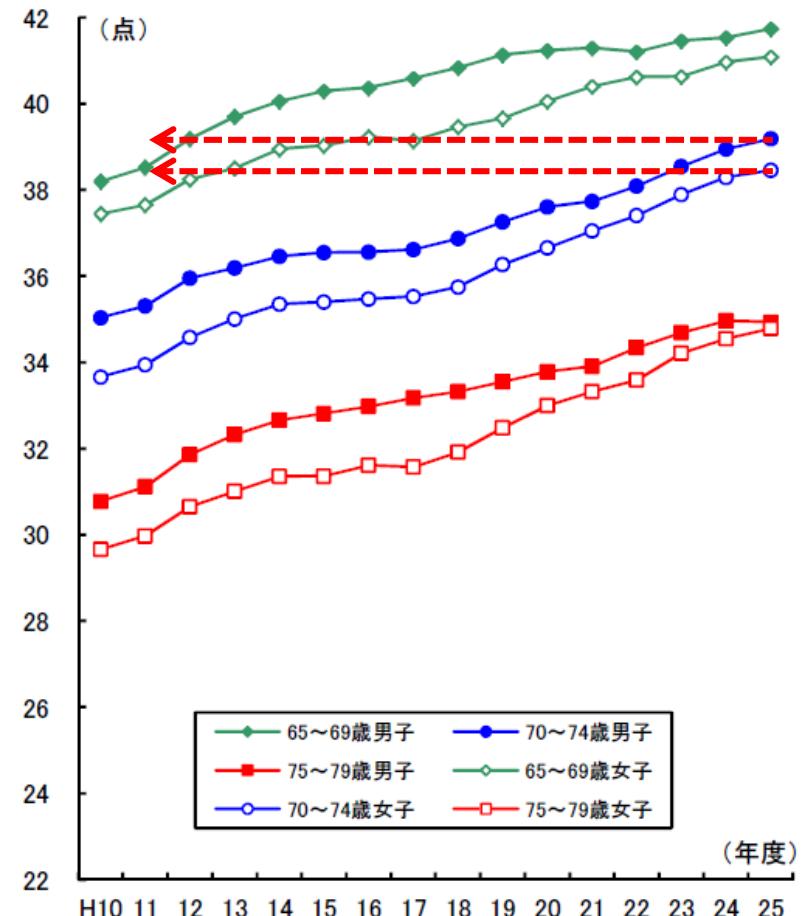


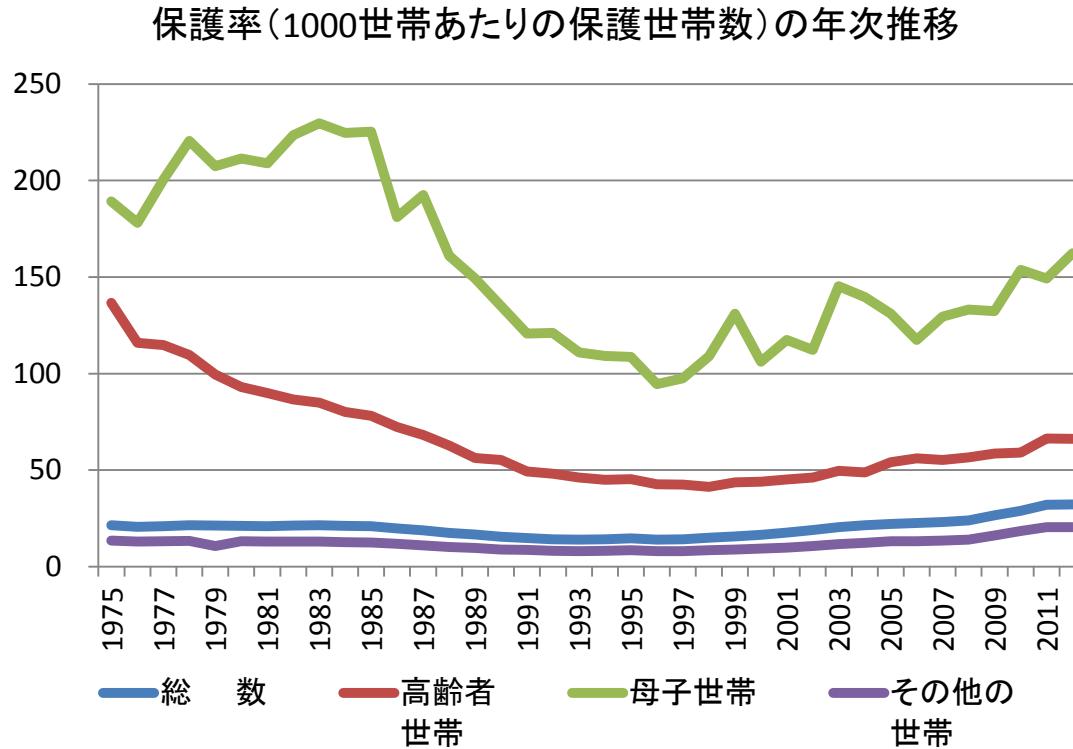
図4-7 新体力テストの合計点の年次推移

- (注) 1. 図は、3点移動平均法を用いて平滑化してある。
2. 合計点は、新体力テスト実施要項の「項目別得点表」による。
3. 得点基準は、男女により異なる。

これから顕在化するかもしれない要素

79

- 高齢者の貧困
- （終末期医療を含む）医療に対する価値観の変化

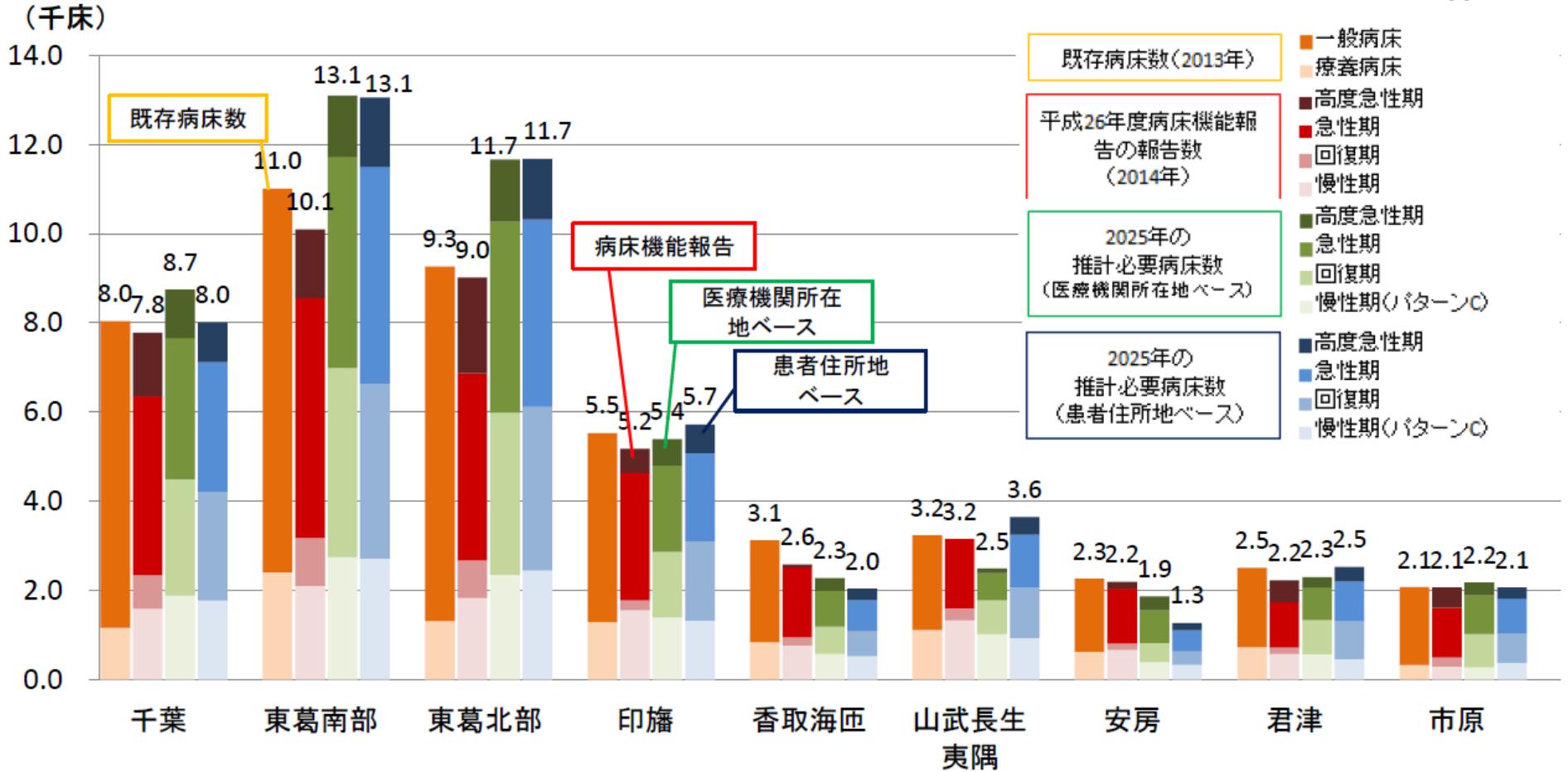


国立社会保障・人口問題研究所資料より作成
<http://www.ipss.go.jp/s-info/j/seiho/seiho.asp>

79

2025年の医療機能別必要病床数の推計結果

80



既存病床数(2013年) 「平成25年医療施設調査」(厚生労働省・平成25(2013)年10月1日現在)による。ただし、一般病床及び療養病床のみ。

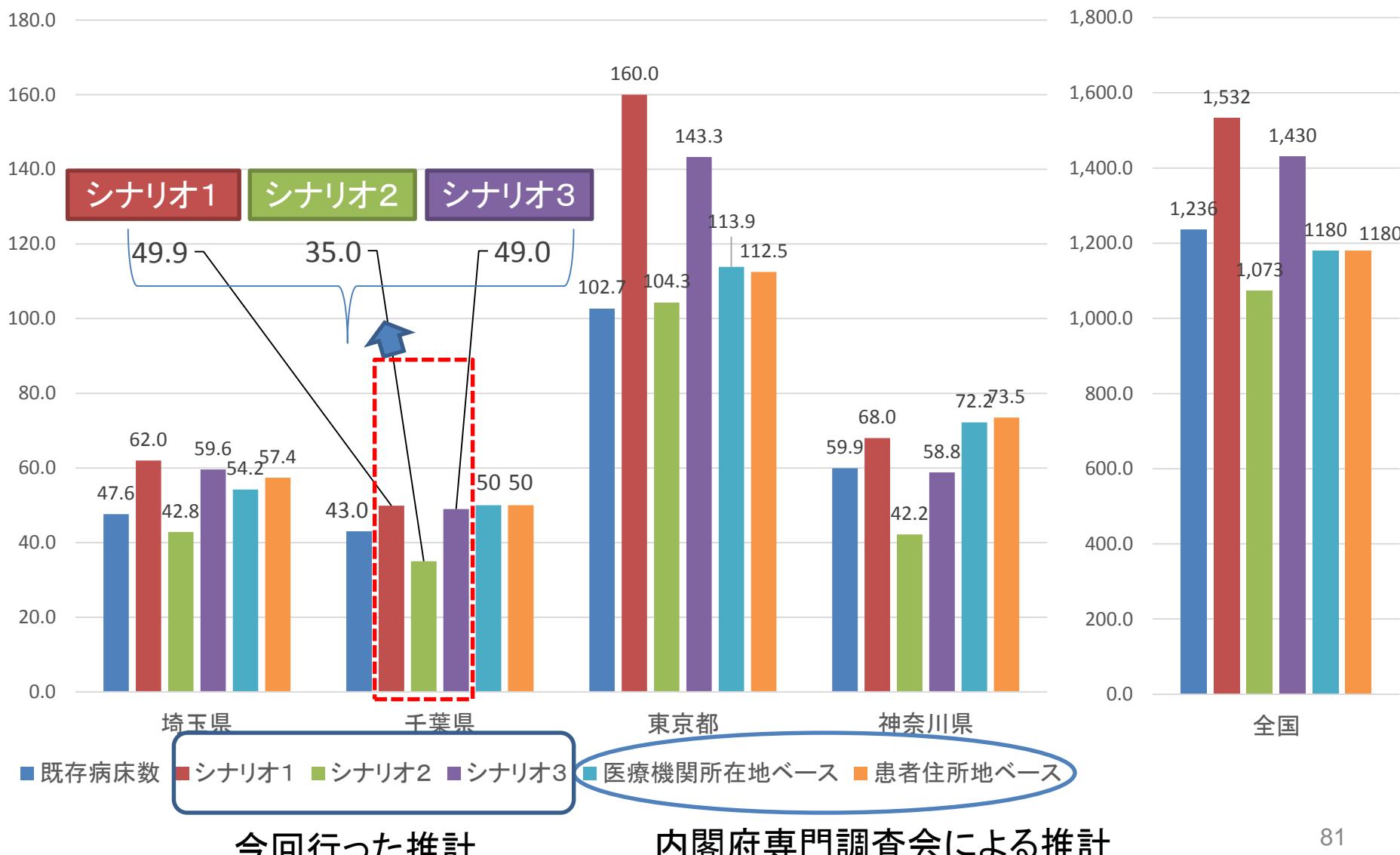
平成26年度病床機能報告の報告数(2014年) 平成26(2014)年7月1日時点の機能として、各医療機関が自主的に選択した機能を報告したもの。
無回答分を含まない。(平成27(2015)年7月10日時点の集計値)

2025年の推計必要病床数 「地域医療構想策定支援ツール」(厚生労働省)により機械的に試算された病床数。

- 医療機関所在地ベース** 患者の流入出が現状のまま継続するものとして、一定の仮定を置いて推計する場合。
- 患者住所地ベース** 患者の流入出がなく、入院が必要なすべての患者は住所地の二次保健医療圏の医療機関の病床に入院するものとして一定の仮定を置いて推計する場合。

専門調査会の推計結果との比較

81



東千葉メディカルセンター 医療圏別年間患者数
(平成27年10月～12月の月平均を年換算)

82

	外傷・熱傷・中毒	眼科系疾患	筋骨格系疾患	血液・造血器・免疫臓器の疾患	呼吸器系疾患	耳鼻咽喉科系疾患	循環器系疾患	女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩	小児疾患	消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患	神経系疾患	腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患	精神疾患	内分泌・栄養・代謝に関する疾患	皮膚・皮下組織の疾患	その他	計
山武長生夷隅	268	20	164	8	292	44	524	4	12	692	132	72	12	36	20	44	2,344
香取海匝	92	4	72	8	76	28	184	0	4	180	44	8	4	16	8	4	732
印旛	36	0	12	0	24	0	20	0	0	56	8	12	0	4	0	0	172
千葉	16	0	12	0	28	12	32	0	4	24	12	4	0	0	0	0	144
東葛南部	0	0	0	0	4	0	8	0	4	4	0	0	0	0	0	0	20
君津	4	0	4	0	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16
市原	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	0	4	0	0	0	0	16
区西部	4	0	0	0	0	0	4	0	0	0	4	0	0	0	0	0	12
区東北部	4	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	8
鹿行	4	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
東葛北部	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	4
横浜西部	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
横浜南部	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
区西北部	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
中越	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	4
中部	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	4

千葉大学医学部附属病院 医療圏別年間患者数 (平成27年4月～平成28年2月の月平均を年間換算)

	外傷・熱傷・中毒	眼科系疾患	筋骨格系疾患	血液・造血器・免疫臓器の疾患	呼吸器系疾患	耳鼻咽喉科系疾患	循環器系疾患	女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩	小児疾患	消化器系疾患、肝臓・胆道・脾臓疾患	新生児疾患、先天性奇形	神経系疾患	腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患	精神疾患	内分泌・栄養・代謝に関する疾患	乳房の疾患	皮膚・皮下組織の疾患	その他	合計
千葉	215	727	408	236	908	295	969	621	49	1729	118	409	559	105	297	159	259	143	8205
山武長生夷隅	28	373	82	65	212	94	156	123	5	511	14	118	199	9	95	24	43	31	2183
東葛南部	34	93	113	71	166	55	133	119	3	416	27	122	100	35	109	23	145	31	1796
印旛	47	60	97	35	127	62	163	133	7	353	27	77	94	16	60	46	31	35	1469
市原	34	164	64	25	81	41	119	85	3	221	16	60	60	7	70	14	47	14	1127
君津	14	80	29	10	37	21	19	36	1	141	7	39	50	8	59	3	14	13	580
香取海匝	12	17	43	8	79	23	21	41	0	99	8	33	8	4	19	13	13	17	457
東葛北部	8	12	13	10	24	10	11	9	2	48	5	14	15	9	15	0	9	5	219
安房	3	4	5	0	3	3	12	1	1	51	2	4	1	1	2	0	1	3	100
千葉県外	34	115	75	34	120	45	81	103	2	259	12	57	41	8	39	10	20	19	1071
"	15	79	21	9	23	12	35	36	1	87	2	12	21	2	14	8	7	9	392

東千葉メディカルセンター (平成27年10月～12月)

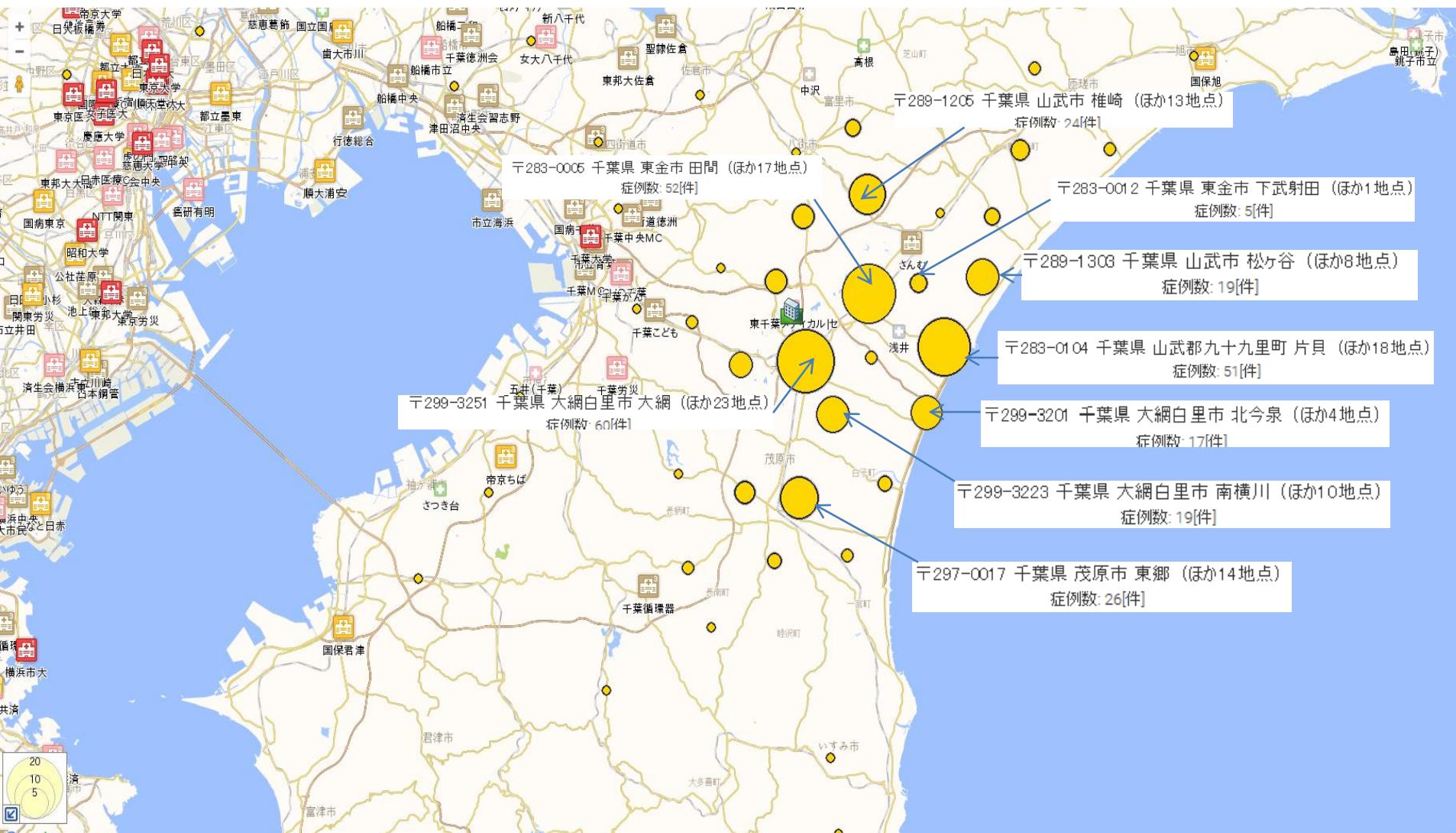
84

	救急車無		救急車有		総計
	患者数	割合	患者数	割合	
山武長生夷隅	358	61.1	227	38.7	585
香取海匝	90	49.2	90	49.2	180
印旛	28	65.1	15	34.9	43
千葉	20	55.6	16	44.4	36
東葛南部	3	60.0	2	40.0	5
君津	2	50.0	2	50.0	4
横浜西部	1	100.0		0.0	1
東京区西部	1	33.3	2	66.7	3
東京区西北部	1	100.0		0.0	1
東京区東北部	1	50.0	1	50.0	2
市原	1	25.0	3	75.0	4
鹿行	1	50.0	1	50.0	2
沖縄中部	1	100.0		0.0	1
横浜南部		0.0	1	100.0	1
中越		0.0	1	100.0	1
東葛北部		0.0	1	100.0	1

84

救急車搬送の患者住所地ベース患者数

85



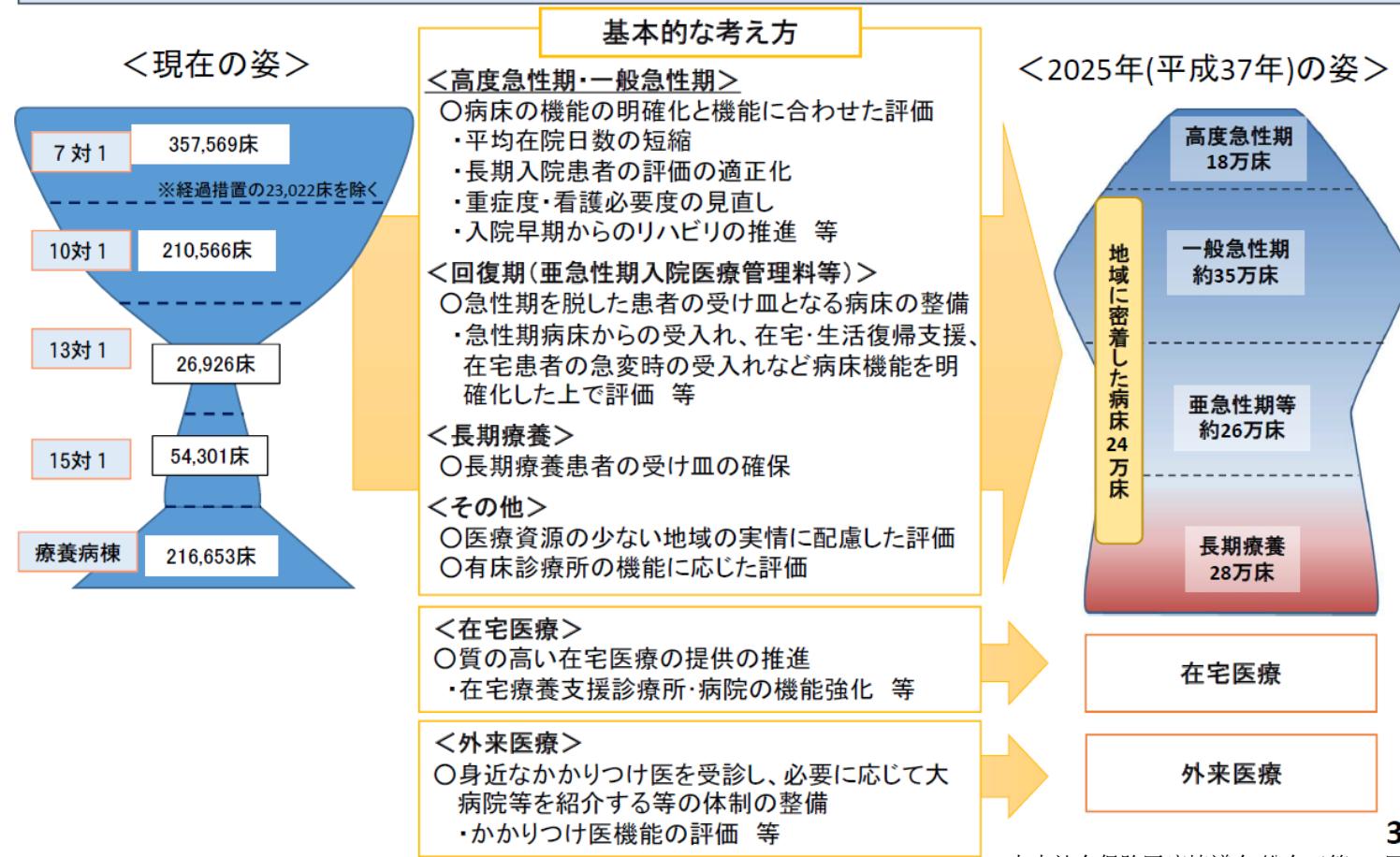
医療政策の政策動向 及び 千葉県の地域医療構想

—急性期を減らし回復期を増やす方向—

背景

- ・日本の医療政策は厚生労働省が中心となり計画的に進められている
- ・厚生労働省は国の医療の方向性を示し、法令、予算事業、診療報酬や厚生労働科学研究等を活用しその方向へ医療政策を推進している
- ・特に診療報酬の政策的な効果は大きく、政策に沿う医療を行うことが、病院経営にとっても重要となっている
- ・地域医療構想という形で、詳細な医療体制の構築については都道府県にゆだねられ、各医療圏ごとに検討がなされている

「次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方」(概要)
(平成25年9月6日 社会保障審議会 医療保険部会・医療部会)



「次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方」(概要)

(平成25年9月6日 社会保障審議会 医療保険部会・医療部会)

1. 基本認識

(1) 社会保障・税一体改革における医療の機能強化と重点化・効率化

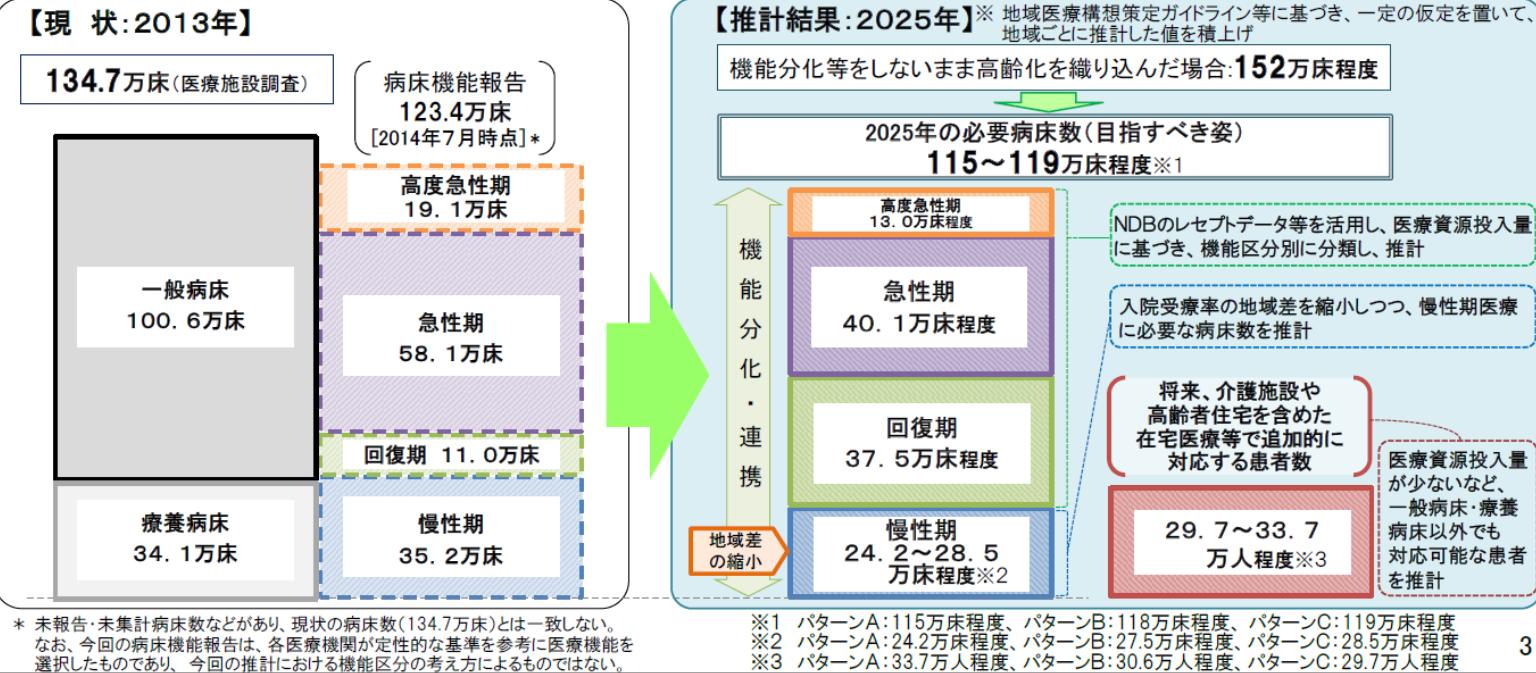
- 急性期から回復期、長期療養、在宅医療まで、患者が状態に合った適切な医療を受けることができるよう、社会保障制度改革国民会議の報告書も踏まえ、患者の負担にも留意しつつ、医療機関の機能分化・強化と連携を進め、病床の役割を明確化した上で機能に応じた充実を行うとともに、急性期を脱した患者の受け皿となる病床、かかりつけ医機能、在宅医療等を充実。
 - 診療報酬改定においては、医療法改正による対応に先駆けて、社会保障・税一体改革で示されている「2025年の医療の姿」を見据えて、平成24年度診療報酬改定を行ったところであり、平成26年度診療報酬改定においても、引き続き、入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に取り組む必要。
- 消費税引上げ財源を医療の機能強化に充てるに当たっては、国民の理解が得られるよう、医療の機能強化とともに、医療の効率化に取り組むべき。

(2) 医療機関の機能分化・強化と連携に当たっての留意点

- 性急な措置によって医療現場が混乱し、患者が必要な医療を受けられない事態が発生しないよう、急性期を脱した患者の受け皿となる病床を整備し、退院した患者を支える在宅医療等を充実させるとともに、医療従事者の適切な確保に留意しながら、段階的かつ着実に進める必要。
- 病床機能報告制度とできる限り整合性が図られるよう、留意しながら検討を進めるべき。
- 入院医療、かかりつけ医、在宅医療、歯科医療、薬局、訪問看護、介護まで、患者を支える機能が円滑に連携していくなければならない。これらの機能がネットワークを構築し、地域全体で地域の医療需要に応えていく「地域完結型」の医療提供について、促進するような評価が必要。また、医療従事者の負担軽減とともに、チーム医療の推進に引き続き取り組むべき。
 - 私的医療機関が多い我が国では、診療報酬により、医療機関の自発的行動や経営努力を促すことが好ましいが、行き過ぎたインセンティブとならないよう注意する必要。他方、補助金は地域の実情に応じた活用が可能であるが、対象や金額が限定される傾向。診療報酬と補助金の特性を考慮しながら、適切に組み合わせて対応することが適当。
 - 効率化余地がある領域については適正化を推進していくことが患者負担や保険料への影響等の観点からも重要であり、引き続き検討。

2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。
(→「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環)
- 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。
 - 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに、
 - 慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。



特定の機能を有する病棟における病床機能報告の取扱（案）

参考

平成26年度の病床機能報告の結果や、診療報酬における施設基準等を踏まえると、次の特定入院料を算定する病棟の機能については、それぞれの病床機能と親和性が高いと考えられることから、一般的に次のような取扱とすることが適当と考えられる。

なお、一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料、有床診療所入院基本料は含まない。

高度急性期機能

- 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
救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、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

- 救命救急入院料
- 特定集中治療室管理料
- ハイケアユニット入院医療管理料
- 脳卒中ケアユニット入院医療管理料
- 小児特定集中治療室管理料
- 新生児特定集中治療室管理料
- 総合周産期特定集中治療室管理料
- 新生児治療回復室入院管理料
- 地域包括ケア病棟入院料（※）

急性期機能

- 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能

回復期機能

- 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。
- 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨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）。

- 回復期リハビリテーション病棟入院料
- ※ 地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択。

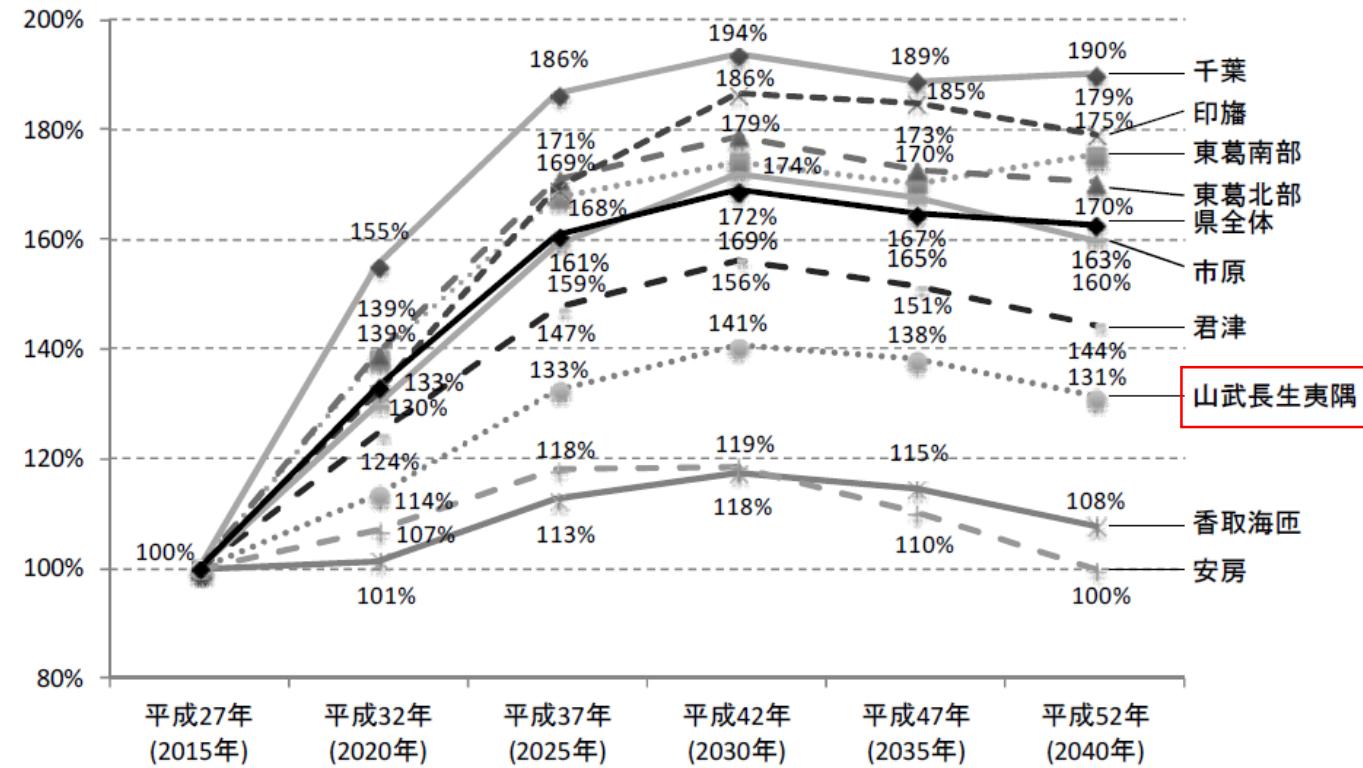
慢性期機能

- 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能
- 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

- 特殊疾患入院医療管理料
- 特殊疾患病棟入院料
- 療養病棟入院基本料

千葉県の地域医療構想から

千葉県の医療圏ごとの人口の推移の予測値



「千葉県年齢別・町丁字別人口（平成27年度）」（千葉県）、「日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）をもとに作成

図3 75歳以上人口の対平成27年（2015年）増加率（二次保健医療圏別）

入院医療の域内完結率を増床の根拠とするには弱い

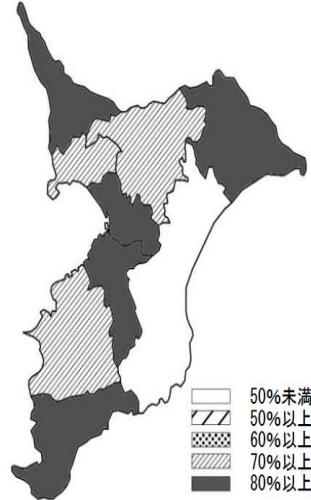


図24 入院医療の圈域内完結率
(急性期機能)



図39 二次保健医療圏と救命救急センター¹⁾及び救急基幹センター²⁾の配置状況



夷隅地域は県循環器病センター¹⁾や亀田総合病院(域外)の方がアクセシビリティ²⁾がよい

3 千葉県が目指すべき医療提供体制

● 平成37年に達成すべき病床数の必要量及び在宅医療等の必要量

■ : 不足が見込まれる医療機能

構想区域	病床数の必要量(床/日)												在宅医療等の必要量(人/日)	
	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		
千葉	1,077	1,423	346	3,028	4,003	975	2,520	757	▲ 1,763	1,859	1,592	▲ 267	15,329	
東葛南部	1,376	1,506	130	4,783	5,514	731	4,072	1,087	▲ 2,985	2,779	2,102	▲ 677	22,651	
東葛北部	1,386	2,153	767	4,227	4,193	▲ 34	3,647	841	▲ 2,806	2,439	1,832	▲ 607	19,127	
印旛	594	537	▲ 57	1,947	2,894	947	1,625	162	▲ 1,463	1,382	1,563	181	7,054	
香取海匝	289	64	▲ 225	745	1,666	921	587	187	▲ 400	560	663	103	2,517	
山武長生夷隅	104	20	▲ 84	887	1,580	693	946	278	▲ 668	994	1,325	331	4,919	
安房	308	159	▲ 149	602	1,264	662	358	99	▲ 259	373	672	299	2,064	
君津	232	492	260	806	1,020	214	810	137	▲ 673	522	580	58	2,866	
市原	284	454	170	826	1,121	295	695	157	▲ 538	335	295	▲ 40	2,239	
計	5,650	6,808	1,158	17,851	23,255	5,404	15,260	3,705	▲ 11,555	11,243	10,624	▲ 619	78,766	

4 千葉県が目指すべき医療提供体制を実現するための施策

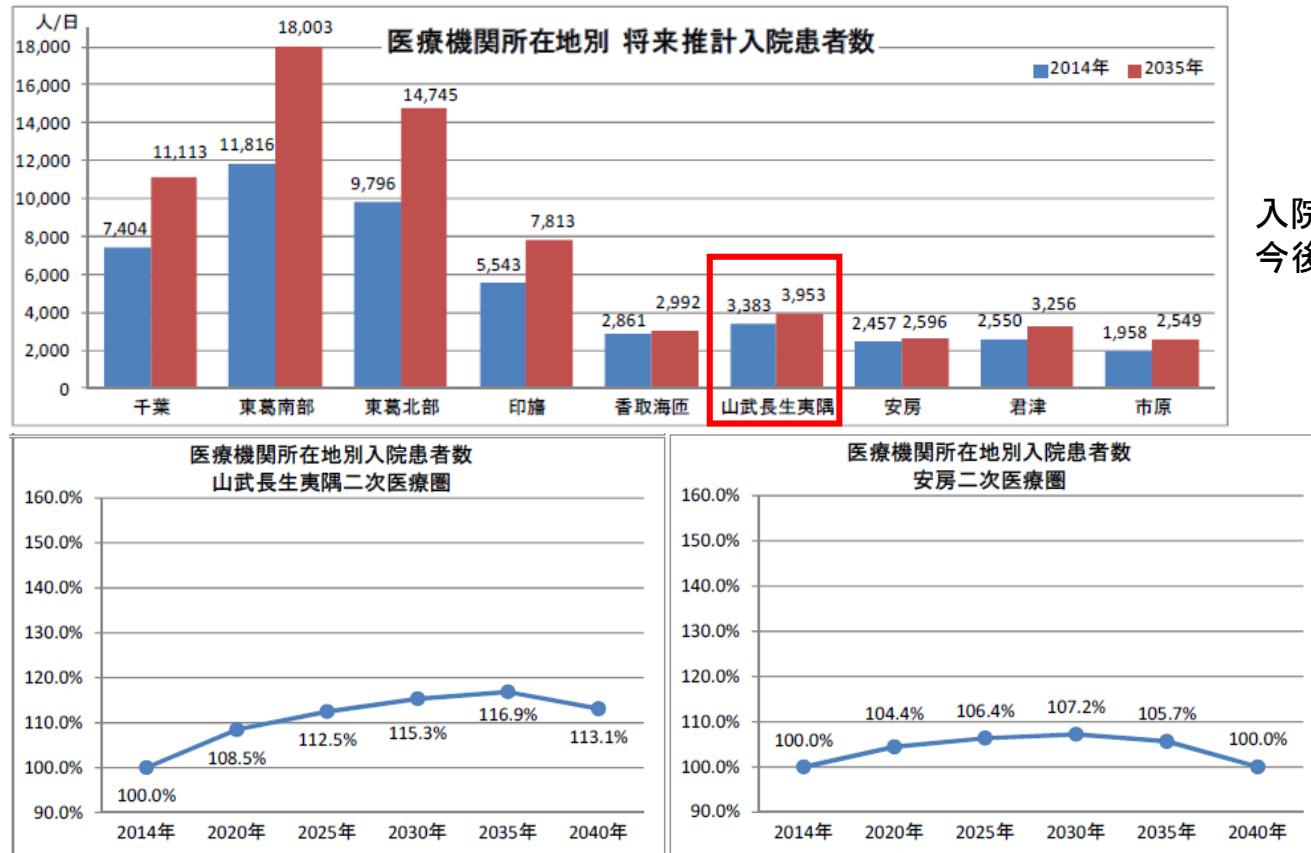
- 医療機関の役割分担の促進
- 在宅医療の推進
- 医療従事者の確保・定着
- 地域医療の格差解消
- 疾病ごとの医療連携システムの構築
- 公的病院の役割
- 地域医療連携推進法人制度の活用
- 県民の適切な受療行動と健康づくり

5 各区域における目指すべき医療提供体制と実現のための施策の方向性

6 推進体制と評価

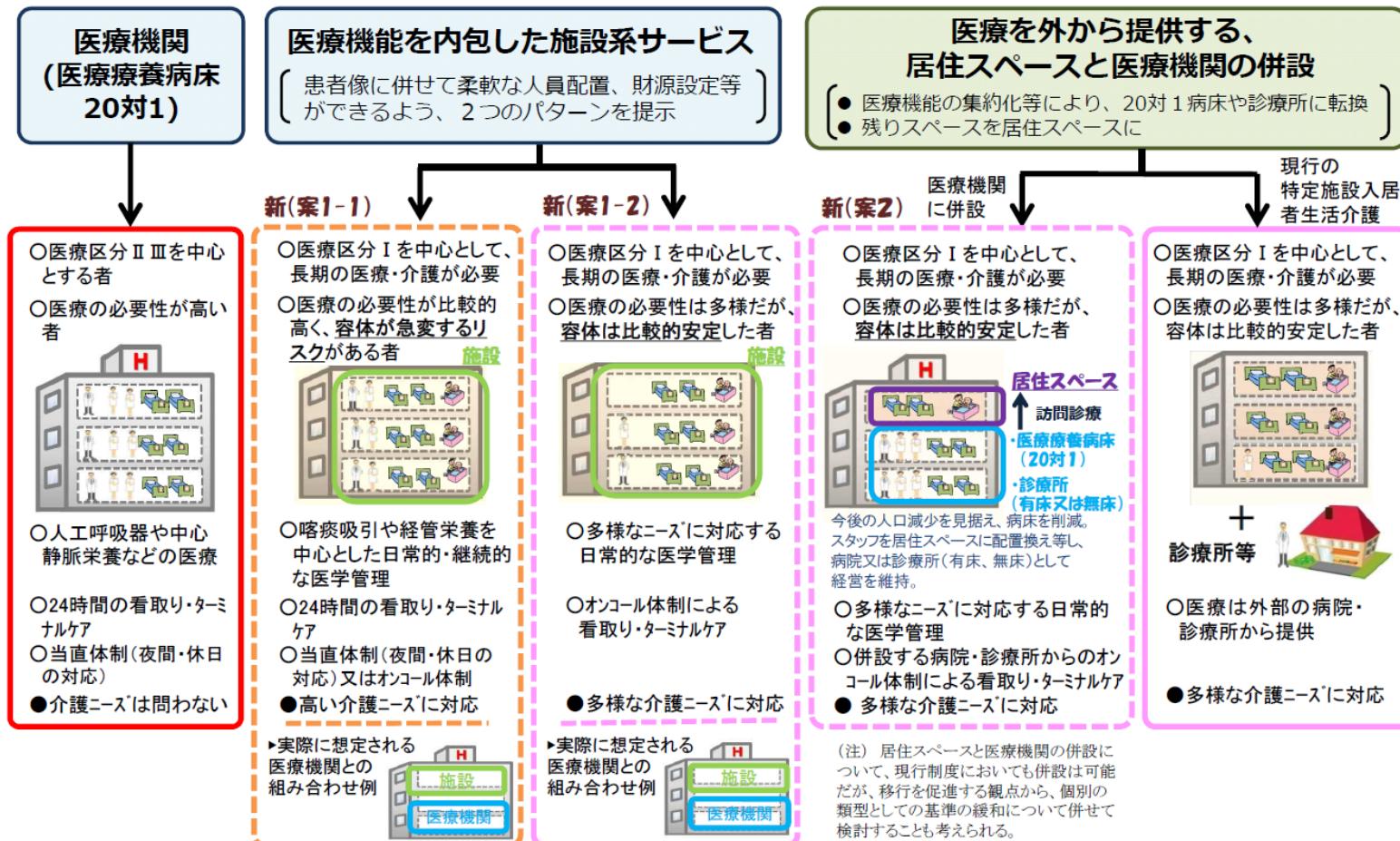
- | | |
|--------------|--|
| 推進体制 | 病床機能報告制度の活用、地域医療構想調整会議等の活用、地域医療介護総合確保基金の活用 |
| 評価の実施 | 地域の現状を把握して関係者等と検討し、評価等を公表します。 |

入院医療の需要予測(千葉県発表)



慢性期医療の今後の政策の方向性

慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービスモデル（イメージ）



※ 介護保険施設等への転換を行う場合は、介護保険事業計画の計画値の範囲内となることに留意が必要。

今年度の通常国会での法改正に向け動いている

平成28年度 診療報酬改定等への対応

医療機能に応じた入院医療の評価について②

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の見直し(評価票について)

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

A モニタリング及び処置等		0点	1点	2点
1	創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	—
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	—
3	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	—
4	心電図モニターの管理	なし	あり	—
5	シリンジポンプの管理	なし	あり	—
6	輸血や血液製剤の管理	なし	あり	—
7	専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤放射線治療、⑥免疫抑制剤の管理、 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレナージの管理、⑪無菌治療室での治療)	なし	—	あり
8	救急搬送後の入院(2日間)	なし	—	あり

B 患者の状況等		0点	1点	2点
9	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
10	移乗	介助なし	一部介助	全介助
11	口腔清潔	介助なし	介助あり	—
12	食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
13	衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
14	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	—
15	危険行動	ない	—	ある

C 手術等の医学的状況		0点	1点
16	開頭手術(7日間)	なし	あり
17	開胸手術(7日間)	なし	あり
18	開腹手術(5日間)	なし	あり
19	骨の手術(5日間)	なし	あり
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間)	なし	あり
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(2日間)	なし	あり
22	救命等に係る内科的治療(2日間) (①経皮的血管内治療 ②経皮的筋焼灼術等の治療 ③侵襲的な消化器治療)	なし	あり

[各入院料・加算における該当患者の基準]

対象入院料・加算	基準
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度	・A得点2点以上かつB得点3点以上 ・A得点3点以上 ・C得点1点以上
総合入院体制加算	・A得点2点以上 ・C得点1点以上
地域包括ケア病棟入院料 (地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合も含む)	・A得点1点以上 ・C得点1点以上
回復期リハビリテーション病棟入院料1	・A得点1点以上

医療機能に応じた入院医療の評価について③

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の見直し(C項目について)

➤ C項目:手術等の医学的状況の定義について

(共通事項の概要)

- ①検査のみを実施した場合には評価の対象とはならない ②同一疾患に起因した一連の再手術の場合は初回の手術のみ評価の対象とする
 ③判断基準に示された術当日からの期間については術当日を含む日数である

項目名	定義	留意点	
開頭手術 (7日間)	・開頭により頭蓋内に達する方法による手術	・穿頭及び内視鏡下に行われた手術は含めない	
開胸手術 (7日間)	・胸壁を切開し胸腔に達する方法による手術 (胸骨正中切開により縦隔に達するものも含む)	・胸腔鏡下に行われた手術は含めない	
開腹手術 (5日間)	・腹壁を切開し腹腔・骨盤腔内の臓器に達する方法による手術 (腹膜を切開せず後腹膜腔の臓器に達する場合を含む)	・腹腔鏡下に行われた手術は含めない	
骨の手術 (5日間)	・骨切り又は骨の切除・移植を要する手術(指(手、足)の手術は除く) ・関節置換・骨頭挿入に係る手術 ・下肢・骨盤の骨接合に係る手術(指(足)は除く) ・脊椎固定に係る手術又は骨悪性腫瘍に係る手術	—	
胸腔鏡・腹腔鏡手術 (3日間)	・胸腔鏡下に胸腔に達する手術(縦隔に達するものも含む) ・腹腔鏡下に腹腔・骨盤腔内の臓器に達する手術 (後腹膜腔の臓器に達する場合も含む)	—	
全身麻酔・脊椎麻酔 の手術(2日間)	・上記5項目に該当しないもので全身麻酔下、脊椎麻酔下に行われた手術		
救命等に係る 内科的 治療	①経皮的血管内治療 (2日間)	・経皮的な脳血管内治療 ・冠動脈カテーテル治療 ・選択的血管塞栓による止血術 ・t-PA療法 ・胸部又は腹部のステントグラフト挿入術	・検査のみの場合は含めない
	②経皮的心筋焼灼術 等の治療(2日間)	・経皮的心筋焼灼術 ・体外ペースメーリング術 ・ペースメーカー移植術 ・除細動器移植術	・ペースメーカー交換術及び除細動器交換術は含めない ・体外ペースメーリング術は、1入院中に初回に実施した日から2日間までに限り評価を行う
	③侵襲的な消化器治療 (2日間)	・内視鏡による胆道・脾管に係る治療 ・内視鏡的早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術 ・肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法 ・緊急時の内視鏡による消化管止血術	・検査のみの場合は含めない ・内視鏡的早期悪性腫瘍粘膜切除術又は内視鏡的ポリープ切除術を実施した場合は含めない ・緊急時の内視鏡による消化管止血術は、慢性疾患に対して予定された止血術や硬化療法を行う場合、同一病変について1入院中に再止血を行う場合、内視鏡治療に起因する出血に対して行った場合等は含めない

重症度、医療・看護必要度の特徴

①

入院初期の患者の方が看護必要度が高い。

②

救急患者(特に救急車搬送患者)の方が予定入院患者よりも看護必要度が高い。

③

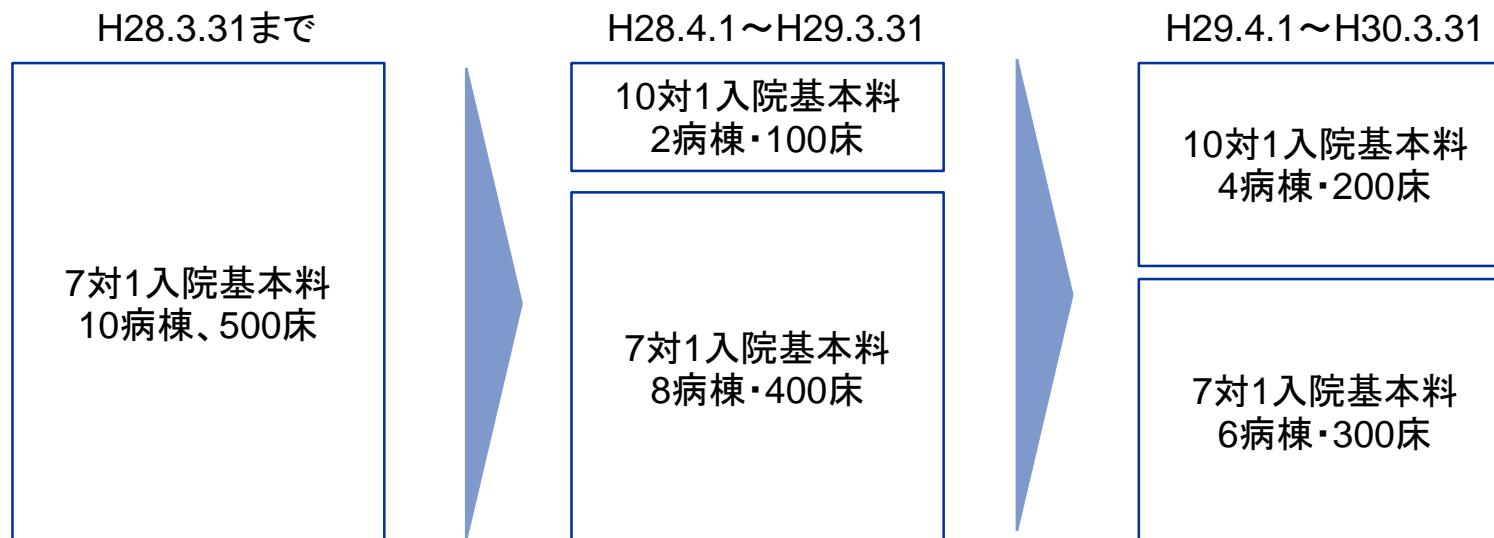
手術患者(特に全身麻酔)の方が看護必要度が高い。

病棟群単位の届出

一般病棟入院基本料の届出において、7対1入院基本料から10対1入院基本料に変更する際に限り、保険医療機関が平成28年4月1日から2年間、7対1入院基本料病棟と10対1入院基本料病棟を病棟群単位で有することを可能とする。

[施設基準]

- (1) 届出可能な保険医療機関は、平成28年3月31日時点で直近3月以上一般病棟7対1入院基本料(特定機能病院、専門病院を含む)を届け出しており、当該入院基本料を算定する病棟を複数有する保険医療機関であること。
- (2) 病棟の数が4以上の保険医療機関が届け出る場合、一つの入院基本料の病棟の数は、複数とすること。
- (3) 病棟群単位の新たな届出は1回に限り、平成28年4月1日から平成29年3月31日の期間に行われること。
- (4) 当該届出措置を利用した場合には、平成29年4月1日以降は、7対1入院基本料の病床数は、当該保険医療機関の一般病棟入院基本料の病床数の100分の60以下とすること(特定機能病院は除く)。
- (5) 当該届出措置を利用した場合は、原則として7対1入院基本料の病棟と10対1入院基本料の病棟との間での転棟はできないこと。



在宅復帰率の要件見直し

入院医療における在宅復帰をより一層推進するために、7対1入院基本料等の施設基準になっている自宅等に退院した患者の割合について見直しを行う。

改定前	改定後
<p>自宅等に退院する者の割合が75%以上</p> <p>【評価の対象となる退院先】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自宅 ・居住系介護施設等 ・回復期リハビリテーション病棟 ・地域包括ケア病棟 ・療養病棟(在宅復帰機能強化加算の届出病棟に限る) ・介護老人保健施設(いわゆる在宅強化型老健施設等に限る) 	<p>自宅等に退院する者の割合が<u>80%</u>以上</p> <p>【評価の対象となる退院先】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自宅 ・居住系介護施設等 ・回復期リハビリテーション病棟 ・地域包括ケア病棟 ・療養病棟(在宅復帰機能強化加算の届出病棟に限る) ・介護老人保健施設(いわゆる在宅強化型老健施設等に限る) ・<u>有床診療所(在宅復帰機能強化加算の届出施設に限る)</u>

重症患者を受け入れている10対1病棟の評価

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の見直しに伴い、10対1病棟における「重症度、医療・看護必要度」に該当する患者の受け入れに対する評価の見直しを行う。

改定前	改定後
看護必要度加算1 (看護必要度の基準を満たす患者が15%以上)	30点
看護必要度加算2 (看護必要度の基準を満たす患者が10%以上)	15点
	看護必要度加算1 (看護必要度の基準を満たす患者が24%以上) <u>55点</u>
	看護必要度加算2 (看護必要度の基準を満たす患者が18%以上) <u>45点</u>
	看護必要度加算3 (看護必要度の基準を満たす患者が12%以上) <u>25点</u>

地域包括ケア病棟

- 地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料を含む)の包括範囲から、手術、麻酔にかかる費用を除外する。
- 重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者は、A得点1点以上またはC得点1点以上が当該病棟入院患者の10%以上であること。
- 集中治療室等を持つ保険医療機関において、地域包括ケア病棟入院料の届出病棟数に制限を設ける。

[算定要件]

以下の施設基準を届け出ている保険医療機関又は許可病床数が500床以上の病院においては、地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料を除く)の届出は1病棟に限る。

- (1) 救命救急入院料
- (2) 特定集中治療室管理料
- (3) ハイケアユニット入院医療管理料
- (4) 脳卒中ケアユニット入院医療管理料
- (5) 小児特定集中治療室管理料

ただし、平成28年1月1日時点で既に届け出た病棟等についてはこの限りではない。

(※) 東千葉メディカルセンターが、総合入院体制加算を届出た場合には地域包括ケア病棟の届出は同時にできない。

DPC/PDPSにおける点数設定

リハビリテーションは出来高で算定可能

診断群分類番号	傷病名	入院日(日)			点数(点)		
		I	II	III	入院期間 I	入院期間 II	入院期間 III
050130xx99000x	心不全	8	17	60	2,727	2,016	1,714
0400800499x00x	肺炎等(市中肺炎以外かつ75歳以上)	7	15	60	2,977	2,201	1,870
040081xx99x00x	誤嚥性肺炎	10	20	60	2,774	2,050	1,743
160800xx01xxxx	股関節大腿近位骨折 人工骨頭挿入術 肩、股等	13	26	60	2,378	1,758	1,494
010060x0990000	脳梗塞 発症前Rankin Scale 3、4又は5	3	7	30	3,329	2,531	2,083

× 医療機関別係数

リハビリテーションは出来高で算定可能

リハビリテーションは包
括。1日2単位実施。

回復期リハビリテーション病棟	点数
回復期リハビリテーション入院料1	2,025
回復期リハビリテーション入院料2	1,811
回復期リハビリテーション入院料3	1,657

地域包括ケア病棟	点数
地域包括ケア病棟入院料1	2,558
看護職員配置加算	150
看護補助者配置加算	150
合計	2,858

(※)脳血管疾患リハビリテーション料 I 1単位245点、運動器リハビリテーション料 I 1単位185点、
呼吸器リハビリテーション料 I 1単位175点 廃用症候群リハビリテーション I 1単位180点

①

地域包括ケア病棟は決して後ろ向きの選択ではなく、急性期機能をより輝かせるために有効である。

②

地域包括ケア病棟は適切に設置すれば、現場のモチベーションは下がらない。

③

地域包括ケア病棟を設置しても、大学医局から医師派遣はなくならない。医師が来ない理由は別にある。

地域包括ケア病棟での看護 「やりがい」



地域包括ケア病棟の実績が報

報告によると、患者は（17%）が多い。地域の医療機関・福祉施設への情報提供に力を入れ

た昨年10月以降、紹介による入院患者が増加傾向にあるとい

う。看護部では、同病棟への入院前に患者の自宅などを訪問し、退院後を貢献する

自宅に近い入院環境を整えたり、入院中のケアに対する家族の思いや希望を聞き取つたりして看護に生かしているとい

う。土屋氏は「病棟

J A長野原連佐久総合病院皮膚科（小口真司）局所を照射する小型機器（ナローバンドUVB療法）は、UVB領域に含まれる全波長の中でも520nm～311nmのナローバンドUVB（中波長紫

外線）が、皮膚外線を照射する

ため、局所を治療する従来のPUV-A療法と併用して治療法。皮膚疾患に有効

である。免疫抑制剤を内服している人などは治療に効果がない。治療に関する問い合わせは、同院皮膚科外来（☎0267-82-3131）へ。

佐久総合が導入

局所と併せ療

度。小口部長によると、

「この治療は、全身に

度に照射できるのが利点

であり、アトピー性皮膚炎や乾癬、白斑、歯状皮膚など幅広い皮膚疾患

に有効だと話す。一方、皮膚悪性腫瘍の治療経験

がある人、免疫抑制剤を内服している人などは治

療できず、治療に関する問い合わせは、同院皮膚科外来（☎0267-82-3131）へ。

運用7カ月 飯山日赤が現状報告

飯山赤十字病院（吉川貴一院長）は1月26日、同院で第71回臨床カンファレンスを開き、看護部の土屋真美が地域包括ケア病棟（60床）の現状を報告した。同院は昨年6月、7対1入院基本料の一括病棟を同病棟へ転換した。土屋氏は、巡回支援の能力の習得やそのための教育といった業務内容の広がりから、看護師のモチベーションの低下が懸念されていたと説明。ただ、開設後7カ月が経ち、従来の急性期だけの視点ではなく、看護師が地域や患者の生活にも目を向けるようになり、「やりがいが生まれてている」と手応えを語った。

（山浦主一）

患者の生活見据え 在宅復帰率は88%

ことで、看護師がより生活支援に目を向けるようになつたことと成績を強調。「皆が強く認識してきている」と語った。

患者割合は30%、1日の外来へ飛び出し、患者の生活をしっかりと見るの「顔の見える連携」がく

りや、「在宅・地域へ宅復帰率は88・4%となつた。昨年12月の重症化率は30%、1日の外来へ飛び出し、患者の生活を強調してきていた」と語った。

患者割合は30%、1日の外来へ飛び出し、患者の生活を強調してきていた」と語った。

患者割合は30%、1日の外来へ飛び出し、患者の生活を強調してきていた」と語った。

患者割合は30%、1日の外来へ飛び出し、患者の生活を強調してきていた」と語った。

患者割合は30%、1日の外来へ飛び出し、患者の生活を強調してきていた」と語った。

患者割合は30%、1日の外来へ飛び出し、患者の生活を強調してきていた」と語った。

患者割合は30%、1日の外来へ飛び出し、患者の生活を強調してきていた」と語った。

患者割合は30%、1日の外来へ飛び出し、患者の生活を強調してきていた」と語った。

全身対応のNB-UVB

局所と併せ療

度。小口部長によると、

「この治療は、全身に

度に照射できるのが利点

であり、アトピー性皮膚

炎や乾癬、白斑、歯状皮膚など幅広い皮膚疾患

に有効だと話す。一方、皮膚悪性腫瘍の治療経験

がある人、免疫抑制剤を

内服している人などは治

療できず、治療に関する問い合わせは、同院皮膚科外来（☎0267-82-3131）へ。

地域包括ケア病棟を設置し、 病棟再編成後の看護必要度

7対1入院基本料

平成28年5月 看護必要度病棟別一覧(一般病棟)

3階南	19	13	68.4%
4階東	687	331	48.2%
5階	917	193	21.0%
6階東	917	308	33.6%
合計	2540	845	33.3%

* 基準25%以上

地域包括ケア病棟

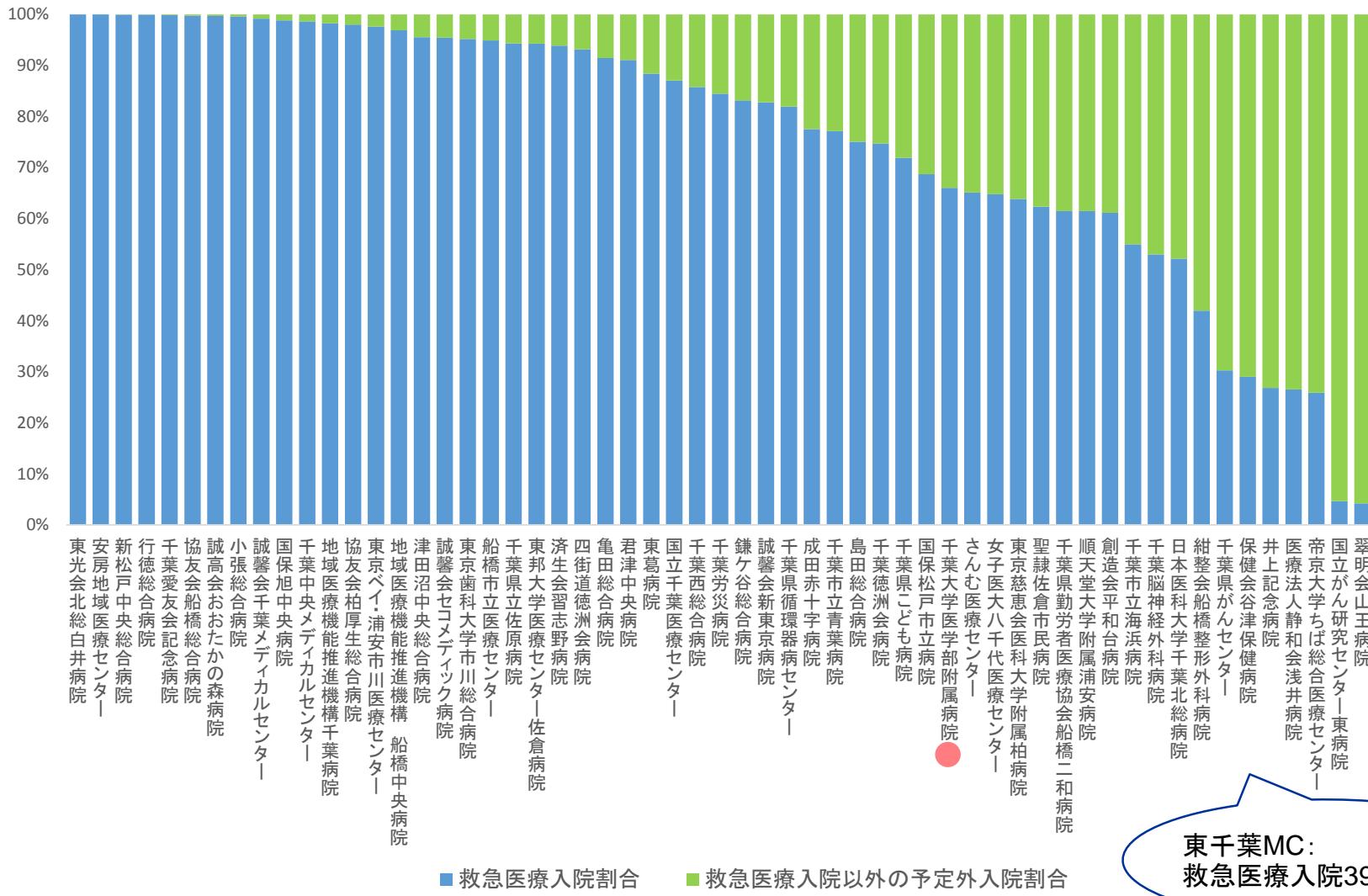
平成28年5月 看護必要度病棟別一覧(地域包括ケア病棟)

4階南	600	272	45.3%
-----	-----	-----	-------

* 基準10%以上

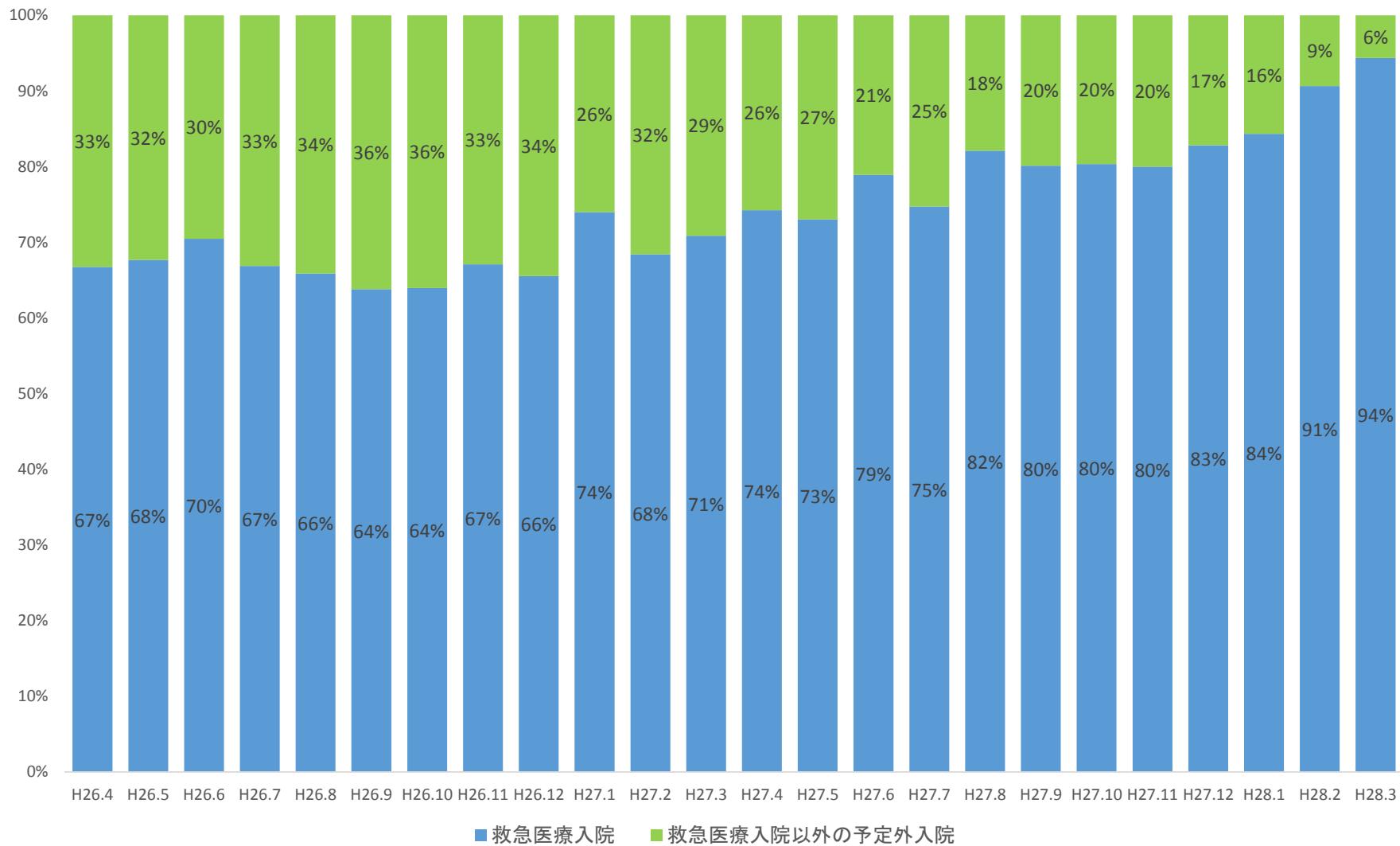
病棟再編後、対1入院基本料、地域包括ケア病棟とともに、算定要件の一つである「重症度、医療・看護必要度」の基準は満たしている。引き続き、基準クリアを維持できるよう、病床管理に努める必要である。

平成25年度 緊急入院患者に占める救急医療入院の割合



(※)平成26年度 第5回 診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会をもとに作成。

千葉大学医学部附属病院 緊急入院患者に占める救急医療入院の割合



救急車搬送ありで救命救急入院料あるいは救急医療管理加算の算定がない症例(1/5)

東千葉メディカルセンター 平成27年9月～12月の退院患者

113

算定した 加算	予定・救急 医療入院	救急車による 搬送の有無	入院の契機となった傷病名
#N/A	200	1	高エネルギー外傷
#N/A	200	1	多発性外傷
#N/A	200	1	高エネルギー外傷
#N/A	200	1	高エネルギー外傷
#N/A	200	1	骨盤腹膜炎
#N/A	200	1	くも膜下出血
#N/A	200	1	膝頭部癌
#N/A	200	1	尿路感染症
#N/A	200	1	卵巣出血
#N/A	200	1	多発性外傷
#N/A	303	1	急性前壁中隔心筋梗塞
#N/A	200	1	高エネルギー外傷
#N/A	200	1	脳幹梗塞
#N/A	200	1	高エネルギー外傷
#N/A	200	1	急性呼吸不全
#N/A	200	1	低カリウム血症
#N/A	200	1	高エネルギー外傷
#N/A	200	1	連鎖球菌性咽頭炎
#N/A	200	1	背部痛
#N/A	200	1	過換気症候群
#N/A	200	1	多発性外傷
#N/A	200	1	高エネルギー外傷
#N/A	200	1	アテローム血栓性脳梗塞・急性期
#N/A	200	1	胸部外傷
#N/A	200	1	ラクナ梗塞
#N/A	200	1	結腸憩室炎
#N/A	200	1	誤嚥性肺炎
#N/A	200	1	顔面神経麻痺
#N/A	200	1	頭部打撲傷
#N/A	200	1	アルコール性肝不全
#N/A	200	1	十二指腸穿孔
#N/A	200	1	心原性脳塞栓症
#N/A	200	1	大腿骨転子部骨折
#N/A	309	1	腰椎破裂骨折
#N/A	200	1	急性胆管炎
#N/A	200	1	アテローム血栓性脳梗塞・急性期
#N/A	200	1	結腸閉塞
#N/A	200	1	脳挫傷・頭蓋内に達する開放創合併なし
#N/A	200	1	急性腎不全
#N/A	200	1	アルコール性肝硬変

113

救急車搬送ありで救命救急入院料あるいは救急医療管理加算の算定がない症例(2/5)

東千葉メディカルセンター 平成27年9月～12月の退院患者

算定した 加算	予定・救急 医療入院	救急車による 搬送の有無	入院の契機となった傷病名
#N/A	200	1	アテローム血栓性脳梗塞・急性期
#N/A	200	1	食物によるアナフィラキシーショック
#N/A	302	1	高エネルギー外傷
#N/A	200	1	橋梗塞・急性期
#N/A	200	1	2型糖尿病・多発糖尿病性合併症あり
#N/A	200	1	頸椎捻挫
#N/A	200	1	気道熱傷
#N/A	200	1	外傷性くも膜下出血・頭蓋内に達する開放創合併なし
#N/A	200	1	頸部切創
#N/A	200	1	発熱
#N/A	200	1	インフルエンザA型
#N/A	200	1	脳振盪・頭蓋内に達する開放創合併なし
#N/A	200	1	頭部打撲
#N/A	200	1	頭部外傷
#N/A	200	1	高エネルギー外傷
#N/A	200	1	高エネルギー外傷
#N/A	302	1	被殼出血
#N/A	200	1	急性腎不全
#N/A	200	1	末梢神経障害
#N/A	100	1	腹腔内膿瘍
#N/A	200	1	被殼出血
#N/A	200	1	下血
#N/A	200	1	消化管出血
#N/A	200	1	中心性頸髄損傷
#N/A	100	1	胆管炎
#N/A	200	1	大腿骨頸部骨折
#N/A	200	1	パーキンソン病
#N/A	200	1	痙攣
#N/A	200	1	肺炎
#N/A	200	1	外傷性血気胸・胸腔に達する開放創合併なし
#N/A	302	1	頭部打撲
#N/A	310	1	頭部打撲
#N/A	200	1	胃穿孔
#N/A	303	1	うっ血性心不全
#N/A	200	1	胆管結石性胆管炎
#N/A	200	1	消化管出血の疑い
#N/A	200	1	肺炎
#N/A	200	1	意識消失
#N/A	200	1	肝外門脈閉塞症
#N/A	310	1	被殼出血

東千葉メディカルセンター 平成27年9月～12月の退院患者

算定した 加算	予定・救急 医療入院	救急車による 搬送の有無	入院の契機となった傷病名
#N/A	200	1	急性呼吸不全
#N/A	310	1	頭部打撲
#N/A	310	1	外傷性くも膜下出血・頭蓋内に達する開放創合併なし
#N/A	200	1	頭部打撲傷
#N/A	200	1	誤嚥性肺炎
#N/A	200	1	高エネルギー外傷
#N/A	200	1	高エネルギー外傷
#N/A	200	1	アルコール性肝硬変
#N/A	200	1	総胆管結石
#N/A	200	1	外傷性脳室内出血・頭蓋内に達する開放創合併なし
#N/A	200	1	イレウス
#N/A	200	1	横行結腸癌
#N/A	200	1	両径ヘルニア嵌頓
#N/A	200	1	末梢性めまい症
#N/A	200	1	意識障害
#N/A	200	1	高エネルギー外傷
#N/A	200	1	アルコール性急性膵炎
#N/A	200	1	胆管結石性胆管炎
#N/A	308	1	高エネルギー外傷
#N/A	200	1	来院時心肺停止
#N/A	200	1	急性呼吸不全
#N/A	200	1	心肺停止
#N/A	200	1	閉塞性黄疸
#N/A	200	1	大腸憩室出血
#N/A	200	1	急性硬膜下血腫・頭蓋内に達する開放創合併なし
#N/A	200	1	耳性めまい
#N/A	200	1	急性虫垂炎
#N/A	200	1	高エネルギー外傷
#N/A	200	1	脊髄振盪
#N/A	200	1	脳皮質下出血
#N/A	200	1	構音障害
#N/A	200	1	骨盤骨折
#N/A	200	1	肺炎
#N/A	200	1	吐血
#N/A	200	1	くも膜下出血
#N/A	200	1	胆石仙痛
#N/A	200	1	急性上気道炎
#N/A	200	1	意識消失
#N/A	200	1	肺線維症
#N/A	200	1	一過性脳虚血発作

救急車搬送ありで救命救急入院料あるいは救急医療管理加算の算定がない症例(4/5)

東千葉メディカルセンター 平成27年9月～12月の退院患者

算定した 加算	予定・救急 医療入院	救急車による 搬送の有無	入院の契機となった傷病名
#N/A	200	1	低体温
#N/A	200	1	前額部挫創
#N/A	200	1	ミオクローヌスてんかん
#N/A	200	1	頭部打撲
#N/A	200	1	急性胆管炎
#N/A	100	1	総胆管結石
#N/A	200	1	誤嚥性肺炎
#N/A	200	1	大腿骨頸部骨折
#N/A	200	1	意識障害
#N/A	200	1	誤嚥性肺炎
#N/A	200	1	鎖骨骨幹部骨折
#N/A	200	1	敗血症
#N/A	200	1	急性胃腸炎
#N/A	200	1	肺炎
#N/A	100	1	非閉塞性腸間膜虚血
#N/A	200	1	末梢神経障害性疼痛
#N/A	200	1	脳梗塞・急性期
#N/A	200	1	前額部挫創
#N/A	303	1	高度房室ブロック
#N/A	200	1	末梢性めまい症
#N/A	200	1	高エネルギー外傷
#N/A	200	1	頭部打撲
#N/A	200	1	急性腰痛症
#N/A	200	1	アナフィラキシー
#N/A	200	1	高エネルギー外傷
#N/A	200	1	末梢性めまい症
#N/A	200	1	膝頭部癌
#N/A	200	1	尿路感染症
#N/A	200	1	脱水症
#N/A	200	1	肺炎
#N/A	200	1	胸椎圧迫骨折
#N/A	200	1	腰椎圧迫骨折
#N/A	200	1	てんかんの疑い
#N/A	308	1	脳挫傷・頭蓋内に達する開放創合併なし
#N/A	308	1	高エネルギー外傷
#N/A	200	1	下葉小細胞肺癌
#N/A	200	1	大腿骨頸部骨折
#N/A	200	1	痙攣
#N/A	200	1	上部消化管出血
#N/A	200	1	誤嚥性肺炎

救急車搬送ありで救命救急入院料あるいは救急医療管理加算の算定がない症例(5/5) 東千葉メディカルセンター 平成27年9月～12月の退院患者

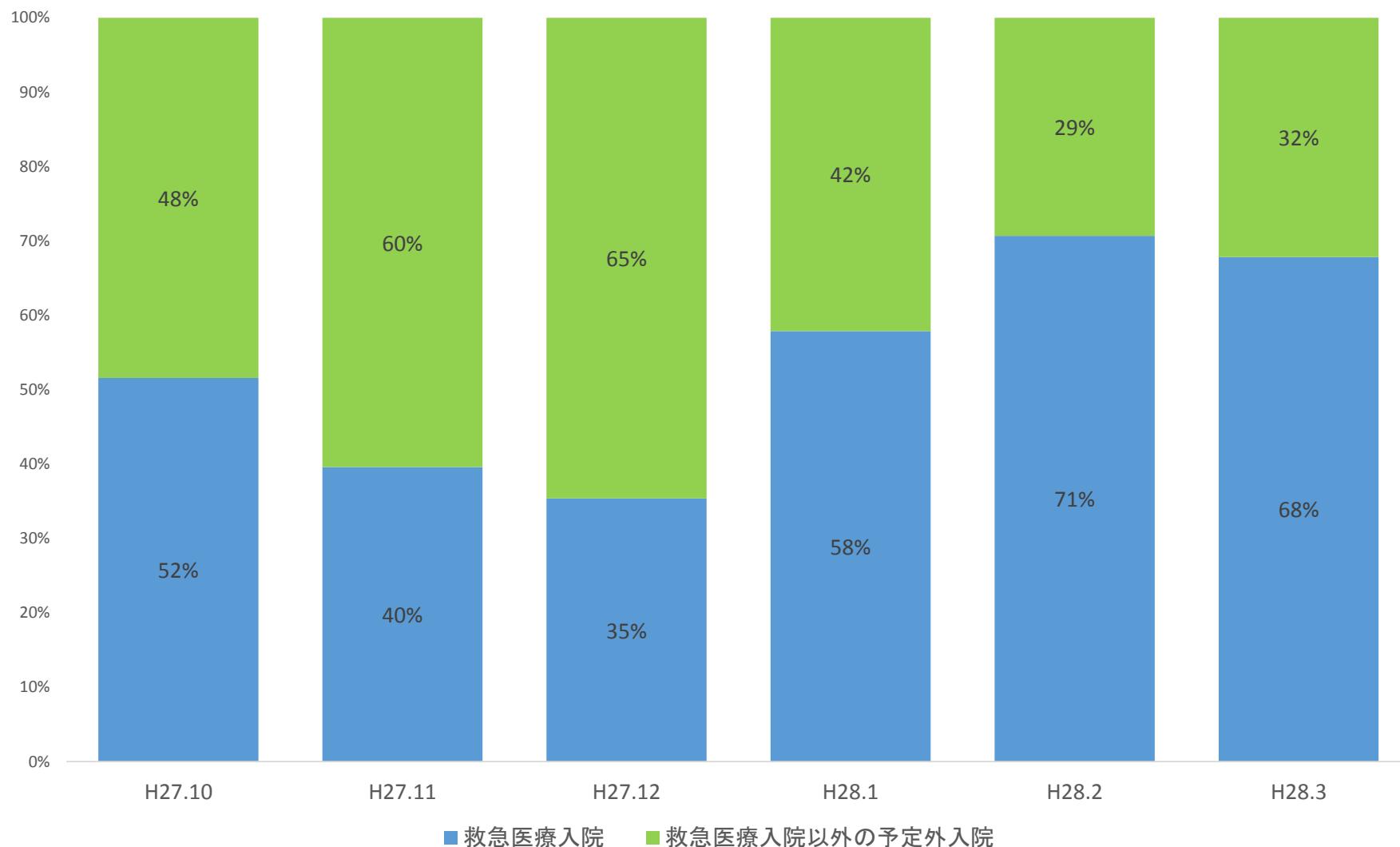
117

算定した 加算	予定・救急 医療入院	救急車による 搬送の有無	入院の契機となった傷病名
#N/A	200	1	尿路感染症
#N/A	200	1	インフルエンザA型
#N/A	200	1	低体温
#N/A	200	1	脳梗塞・急性期
#N/A	200	1	大腿骨転子部骨折
#N/A	100	1	高エネルギー外傷
#N/A	200	1	肺炎
#N/A	200	1	アナフィラキシー
#N/A	200	1	虚血性腸炎
#N/A	200	1	イレウス
#N/A	200	1	腰部打撲傷
#N/A	200	1	頭部打撲
#N/A	200	1	出血性脳梗塞
#N/A	200	1	痙攣
#N/A	200	1	小脳梗塞
#N/A	200	1	脱水症
#N/A	200	1	ラクナ梗塞
#N/A	200	1	黄疸
#N/A	200	1	脳挫傷・頭蓋内に達する開放創合併なし
#N/A	200	1	腰痛症
#N/A	200	1	大腿ヘルニア嵌頓
#N/A	200	1	高エネルギー外傷
#N/A	200	1	高エネルギー外傷
#N/A	200	1	頭部挫創
#N/A	200	1	脳振盪・頭蓋内に達する開放創合併なし
#N/A	200	1	脳皮質下出血
#N/A	200	1	穿孔性十二指腸潰瘍
#N/A	200	1	敗血症
#N/A	200	1	尿路感染症
#N/A	200	1	耳性めまい
#N/A	200	1	来院時心肺停止
#N/A	200	1	痙攣発作
#N/A	200	1	甲状腺機能低下症
#N/A	301	1	歯肉出血
#N/A	200	1	大腿骨転子部骨折
#N/A	200	1	急性アルコール中毒
#N/A	200	1	一過性意識障害

救急医療入院割合が平成28年1月以降急増しており、救急医療管理加算が積極的に算定されるようになった。

118

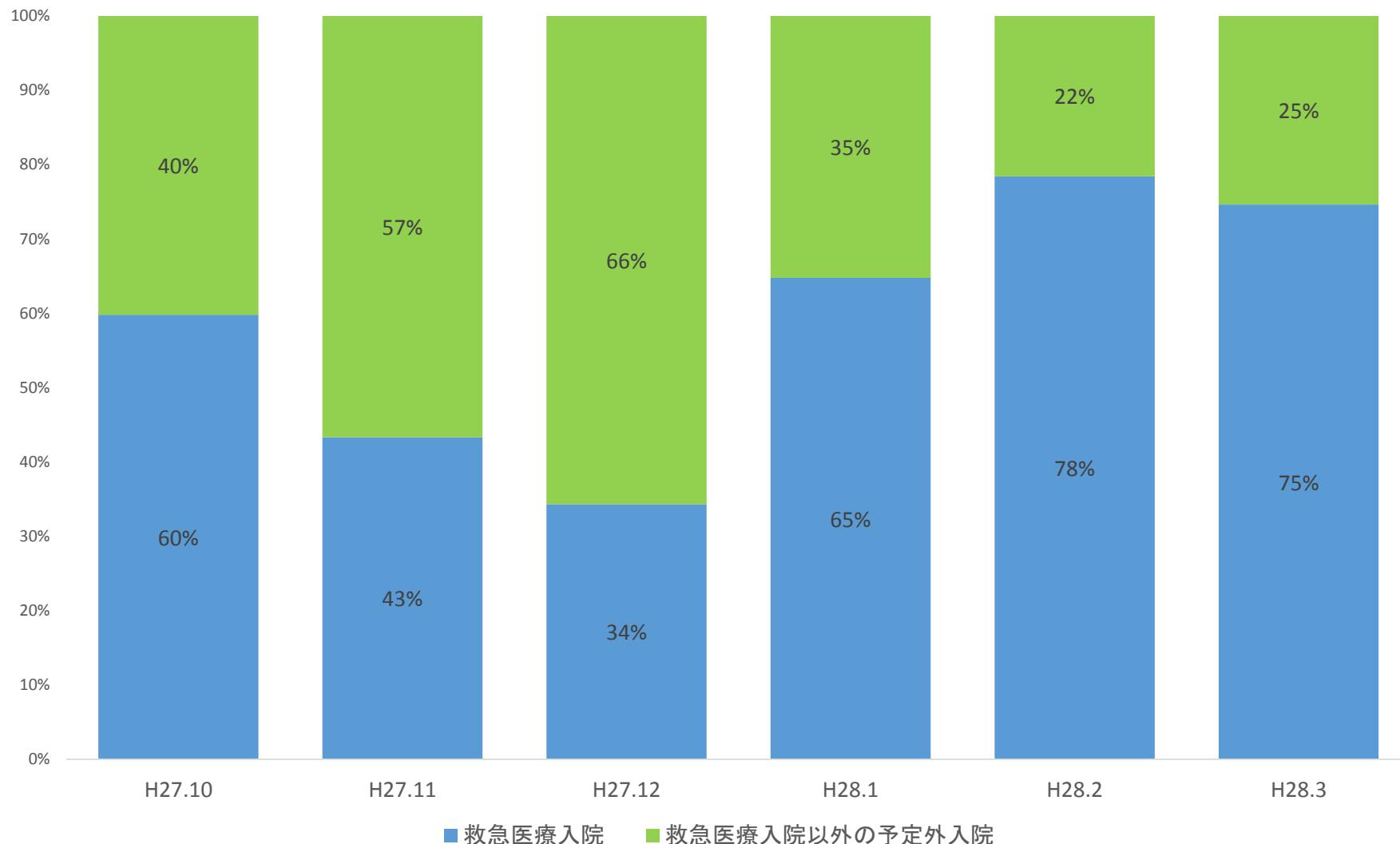
東千葉メディカルセンター 緊急入院患者に占める救急医療入院の割合



118

東千葉メディカルセンター 救急車搬送入院に占める救急医療入院の割合

119



高齢者緊急入院は在院日数が長期化する傾向がある。

120

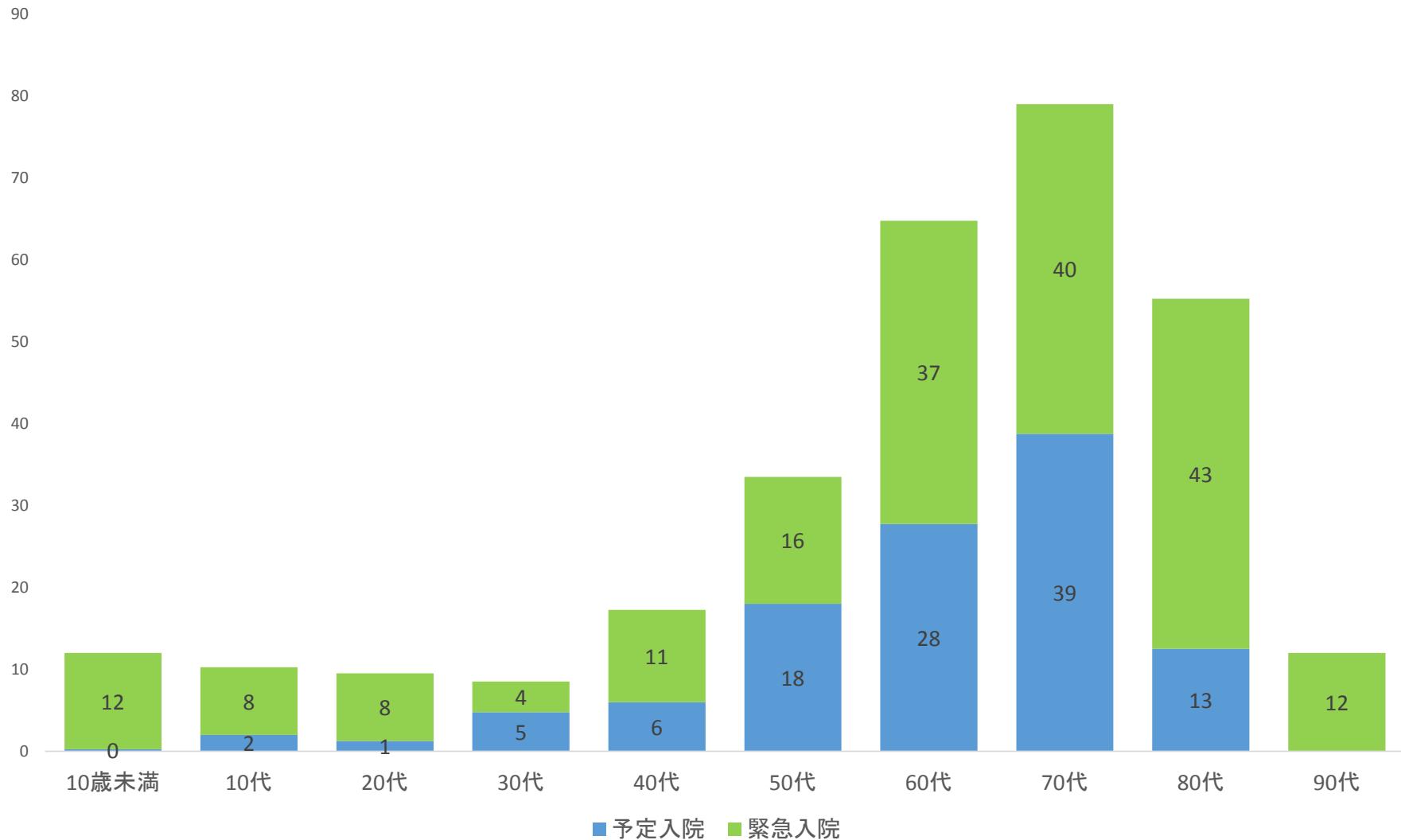
東千葉メディカルセンター 年代別・予定緊急別 平均在院日数



(※)平成27年9月から12月の退院患者を対象に集計している。

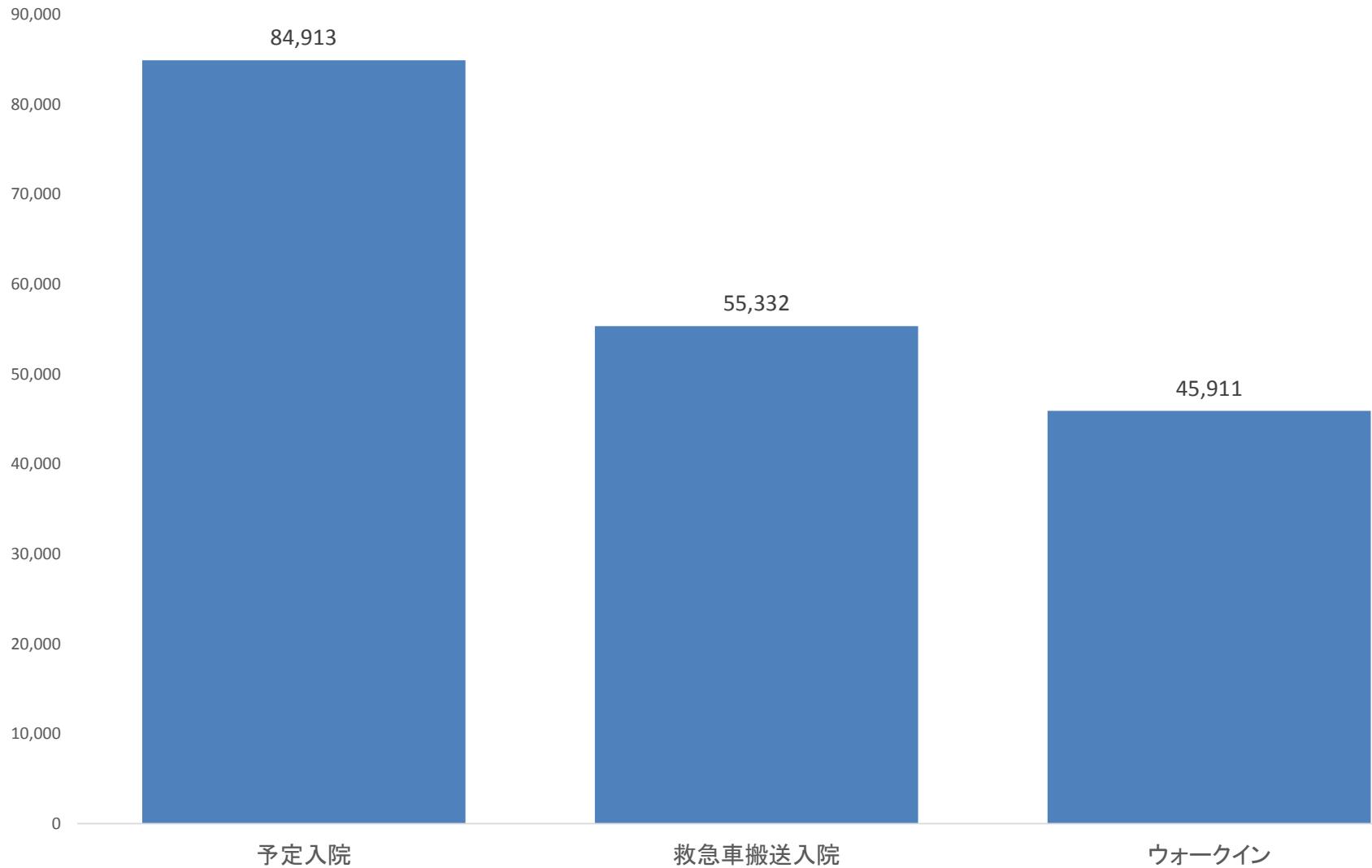
120

東千葉メディカルセンター 年代別・予定緊急別 退院患者数



(※)平成27年9月から12月の退院患者を対象に集計している。

東千葉メディカルセンター 入院経路別診療単価

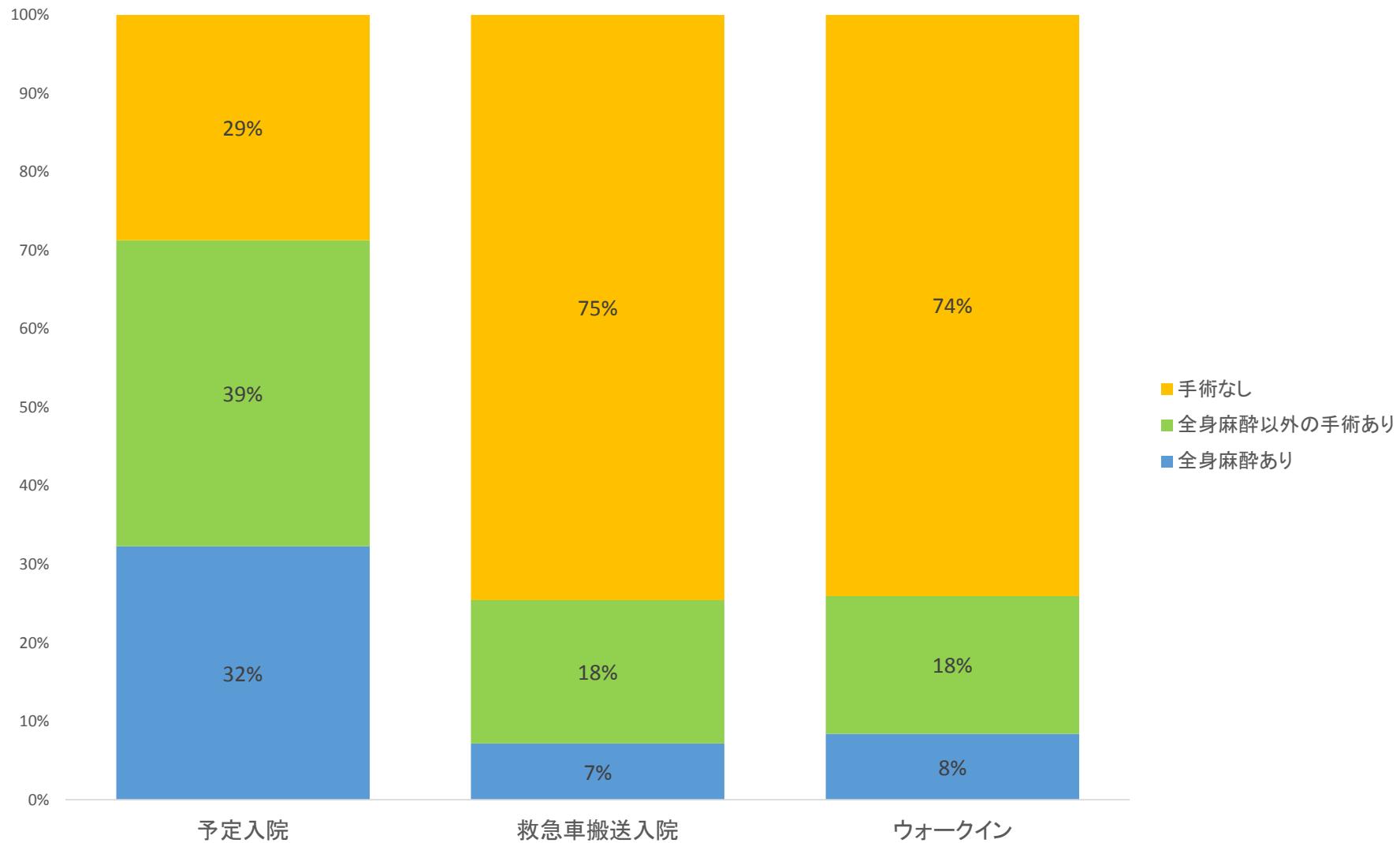


(※)平成27年9月から12月の退院患者を対象に集計している。

予定入院患者は手術を実施する患者の割合が多い。

123

東千葉メディカルセンター 入院経路別 手術の実施状況



123

在院日数の短縮等のために、退院調整に積極的に取り組むことが望ましい。
また、実施した退院調整を適切に算定する仕組みを構築することが期待される。

124

(%)

70

60

50

40

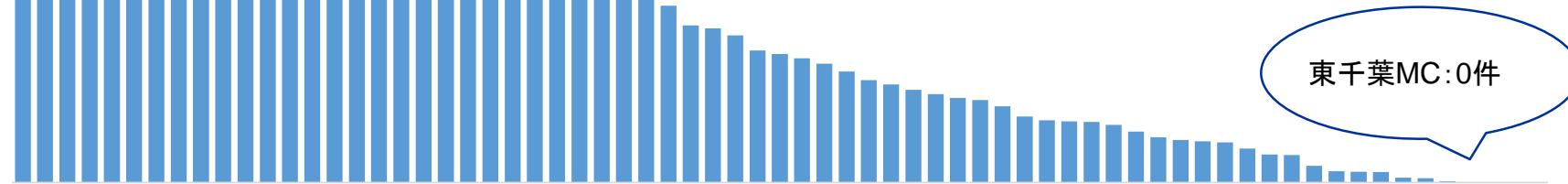
30

20

10

0

65歳以上患者に占める退院調整加算の算定率

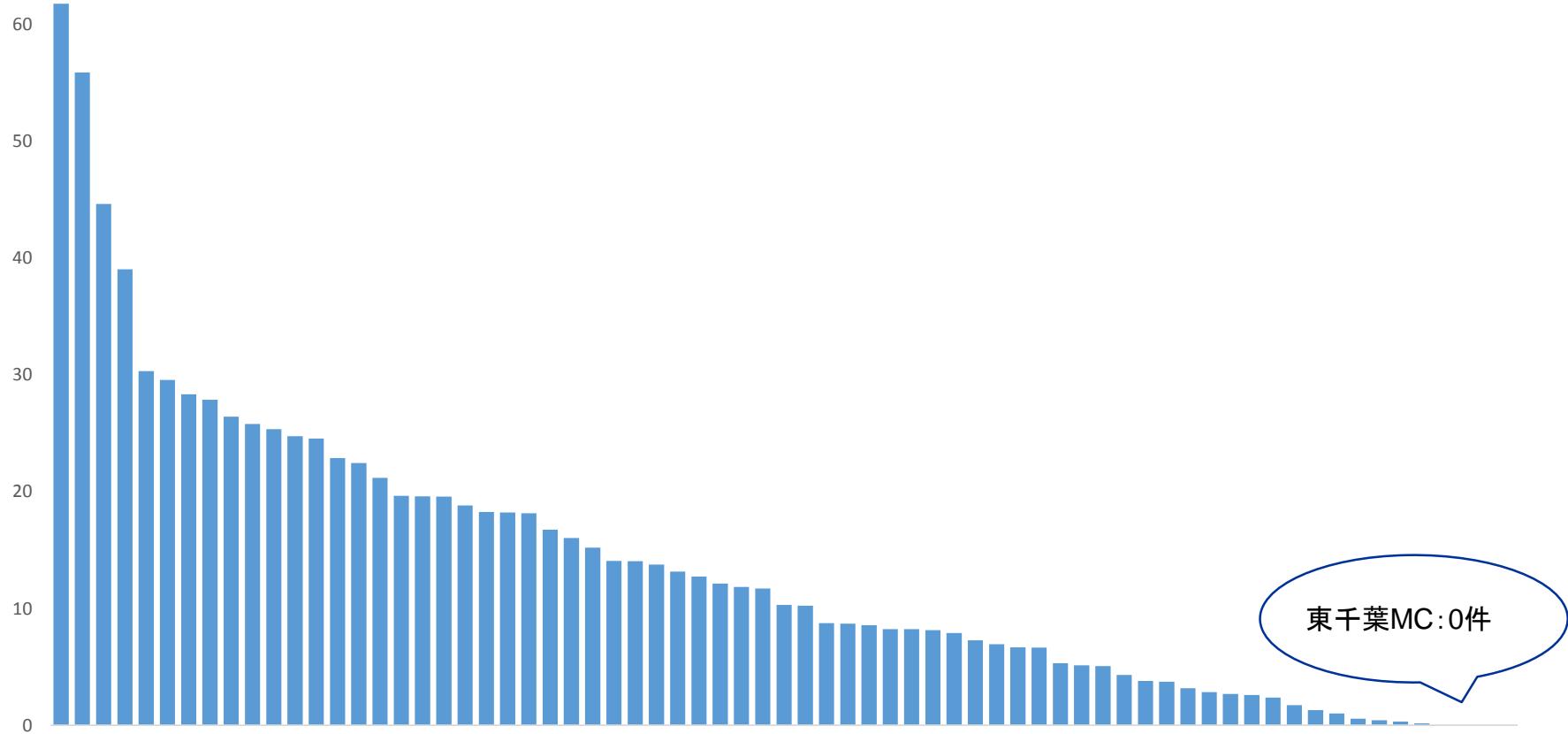


東千葉MC: 0件

(%)

70

緊急入院患者に占める退院調整加算の算定率



東千葉MC: 0件

退院支援加算1

- | | |
|-----------------|--------|
| イ 一般病棟入院基本料等の場合 | 600点 |
| ロ 療養病棟入院基本料等の場合 | 1,200点 |

退院支援加算2

- | | |
|-----------------|------|
| イ 一般病棟入院基本料等の場合 | 190点 |
| ロ 療養病棟入院基本料等の場合 | 635点 |

	退院支援加算1	退院支援加算2 (改定前の退院調整加算と同要件)
退院困難な患者の早期抽出	<u>3日以内</u> に退院困難な患者を抽出	7日以内に退院困難な患者を抽出
入院早期の患者・家族との面談	<u>7日以内</u> に患者・家族と面談	できるだけ早期に患者・家族と面談
多職種によるカンファレンスの実施	<u>7日以内</u> にカンファレンスを実施	カンファレンスを実施
退院調整部門の設置	専従1名(看護師または社会福祉士)	専従1名(看護師または社会福祉士)
病棟への退院支援職員の配置	<u>退院支援業務等に専従する職員を病棟に配置(2病棟に1名以上)</u>	-
医療機関間の顔の見える連携の構築	<u>20か所以上の連携する医療機関等の職員と年3回以上の面会を実施</u>	-
介護保険サービスとの連携	<u>100床当たり年15回以上の介護支援連携指導料の算定(療養病棟等では10回)</u>	

総合評価加算(入院中1回) 100点

入院中の患者に、介護保険法施行令第2条各号に規定する疾患有する40歳以上65歳未満のものまたは65歳以上のものに対して、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。

【介護保険法施行令第2条各号に規定する疾病】

1. がん(医師が一般に求められている医学的見地に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。)
2. 関節リウマチ
3. 筋委縮性側索硬化症
4. 後縦靭骨化粧
5. 骨折を伴う骨粗鬆症
6. 初老期における認知症
7. 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病
8. 脊髄小脳変性症
9. 脊柱管狭窄症
10. 早老症
11. 多系統委縮症
12. 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
13. 脳血管疾患
14. 閉塞性動脈硬化症
15. 慢性閉塞性肺疾患
16. 両側膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

(※)ただし、届出のためには総合的な機能評価に係る適切な研修(日本医師会、日本老年病学会その他関係学会が実施する16時間以上のもの)を修了した常勤の医師または歯科医師が1名以上いること。

改定前	改定後
<p>【介護支援連携指導料】</p> <p>介護支援連携指導料 300点</p>	<p>【介護支援連携指導料】</p> <p>介護支援連携指導料 400点</p>
<p>【退院時共同指導料】</p> <p>退院時共同指導料1 1 在宅療養支援診療所の場合 1,000点 2 1以外の場合 600点</p> <p>退院時共同指導料2 300点</p>	<p>【退院時共同指導料】</p> <p>退院時共同指導料1 1 在宅療養支援診療所の場合 1,500点 2 1以外の場合 900点</p> <p>退院時共同指導料2 400点</p>

東千葉メディカルセンター 介護支援連携指導料及び退院時共同指導料2の算定件数

5

4

3

2

1

0

0

0

0

0

1

1

0

H27.12

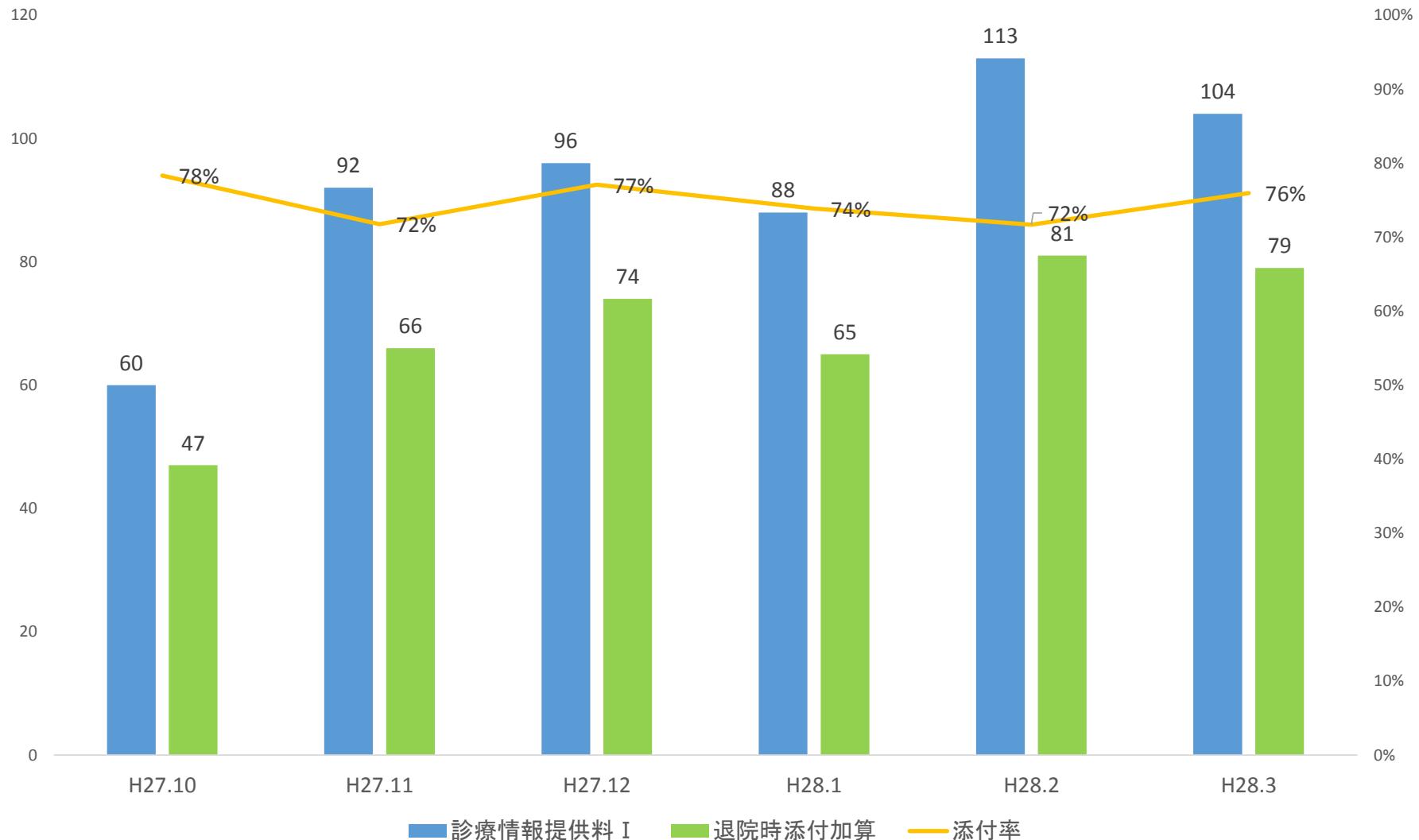
H27.9

■ 介護支援連携指導料 ■ 退院時共同指導料2

責任のある逆紹介を推進するために、画像や検査データを添付することが求められる。

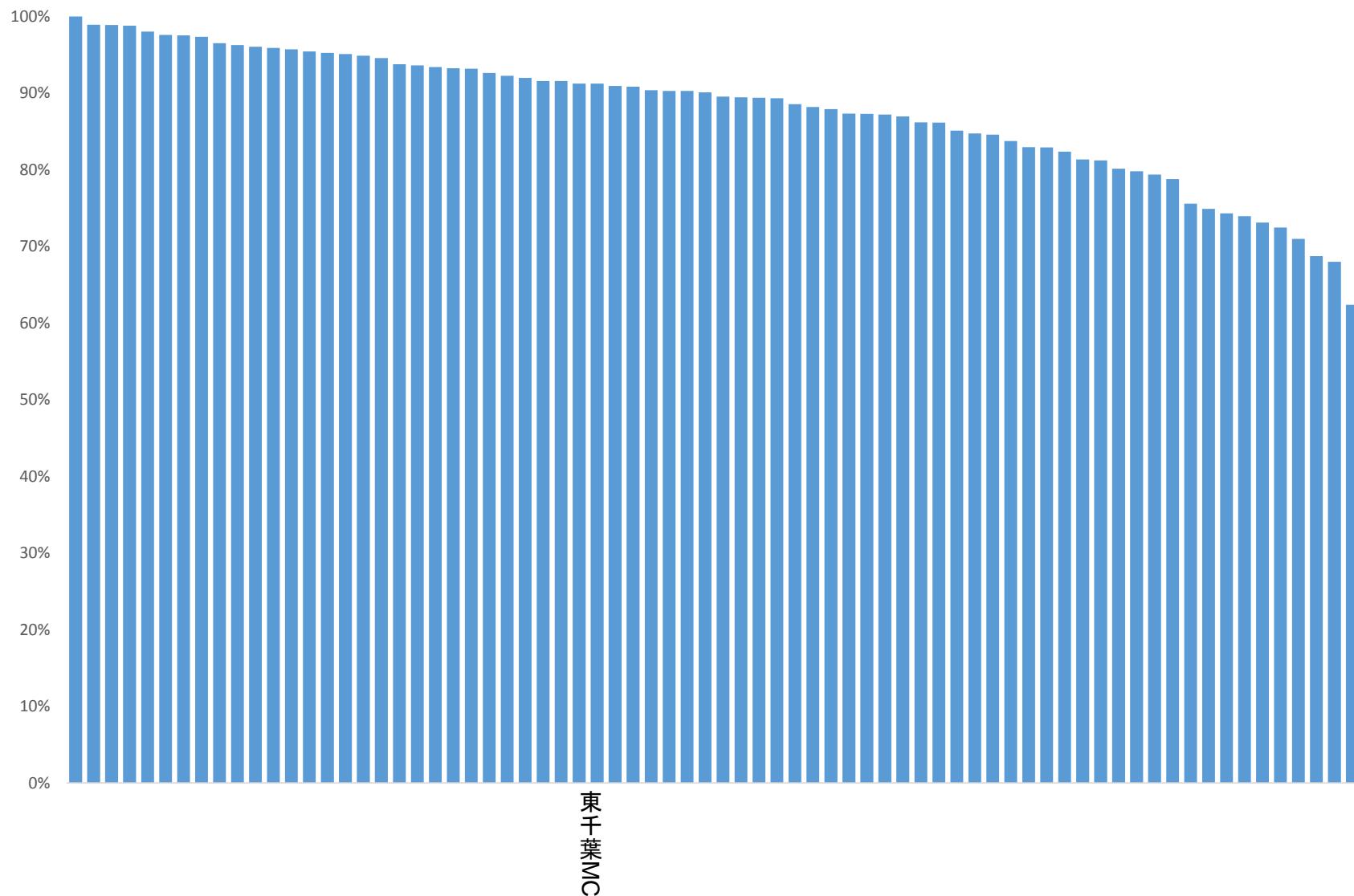
130

東千葉メディカルセンター 診療情報提供料Ⅰの算定状況



130

40歳以上全身麻酔施行患者に対する肺血栓塞栓症予防管理料の算定率



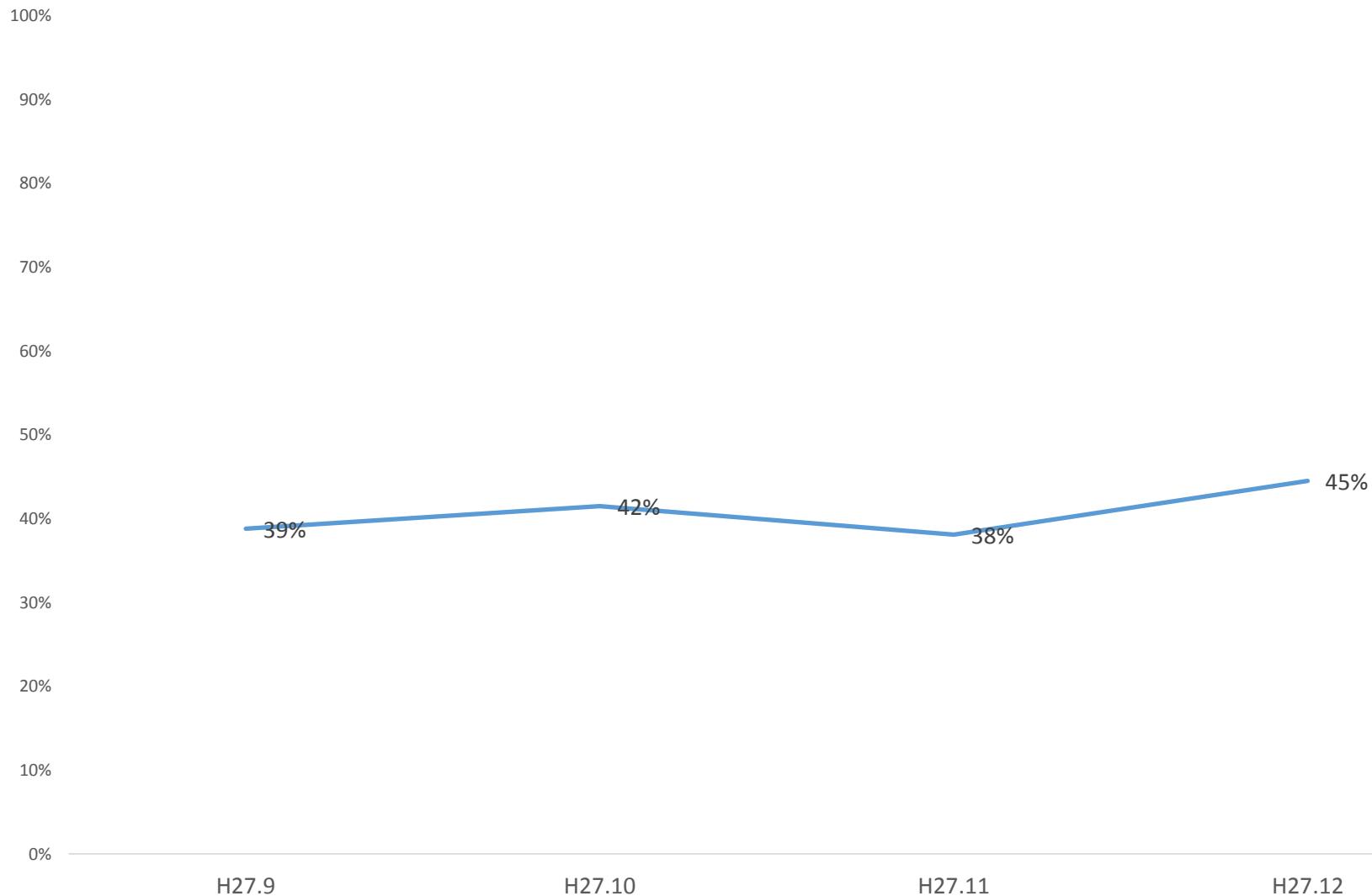
算定した 加算	年齢	医療資源を最も投入した傷病名	手術名	麻酔
#N/A	60	急性虫垂炎	腹腔鏡下虫垂切除術 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの	1
#N/A	72	上腕骨遠位端骨折	骨折観血的手術 肩甲骨、上腕、大腿	1
#N/A	74	大腿骨頭壞死	人工関節置換術 肩、股、膝	6
#N/A	67	労作性狭心症	冠動脈、大動脈バイパス移植術 2吻合以上のもの	1
#N/A	42	鎖骨遠位端骨折	骨内異物(挿入物を含む)除去術(鎖骨)	1
#N/A	65	両側性原発性膝関節症	人工関節置換術 肩、股、膝	6
#N/A	77	大動脈弁閉鎖不全症	弁置換術 1弁のもの	1
#N/A	79	頸髄症	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術(多椎間又は多椎弓の場合を含む。) 椎弓形成	1
#N/A	52	下肢閉塞性動脈硬化症	血管移植術、バイパス移植術 下腿、足部動脈	1
#N/A	77	大腿骨頸部骨折	人工骨頭挿入術 肩、股	1
#N/A	79	両側性原発性膝関節症	人工関節置換術 肩、股、膝	6
#N/A	59	胆のう結石症	腹腔鏡下胆囊摘出術	1
#N/A	66	特発性拡張型心筋症	冠動脈、大動脈バイパス移植術 2吻合以上のもの	1
#N/A	60	上腕骨近位端骨折	骨折観血的手術 肩甲骨、上腕、大腿	1
#N/A	74	一側性原発性膝関節症	人工関節置換術 肩、股、膝	6
#N/A	79	大腿骨転子部骨折	骨折観血的手術(前腕)	1
#N/A	78	腰椎すべり症	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術(多椎間又は多椎弓の場合を含む。) 後方椎体固定	1
#N/A	57	腰部脊柱管狭窄症	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術(多椎間又は多椎弓の場合を含む。) 椎弓切除	1
#N/A	76	大動脈弁狭窄症	弁置換術 1弁のもの	1
#N/A	76	大動脈弁狭窄症	弁置換術 1弁のもの	1
#N/A	58	胆のう結石症	腹腔鏡下胆囊摘出術	6
#N/A	41	大腿骨転子部骨折	骨折観血的手術 肩甲骨、上腕、大腿	1

(※)平成27年9月から12月の退院患者を対象に集計している。

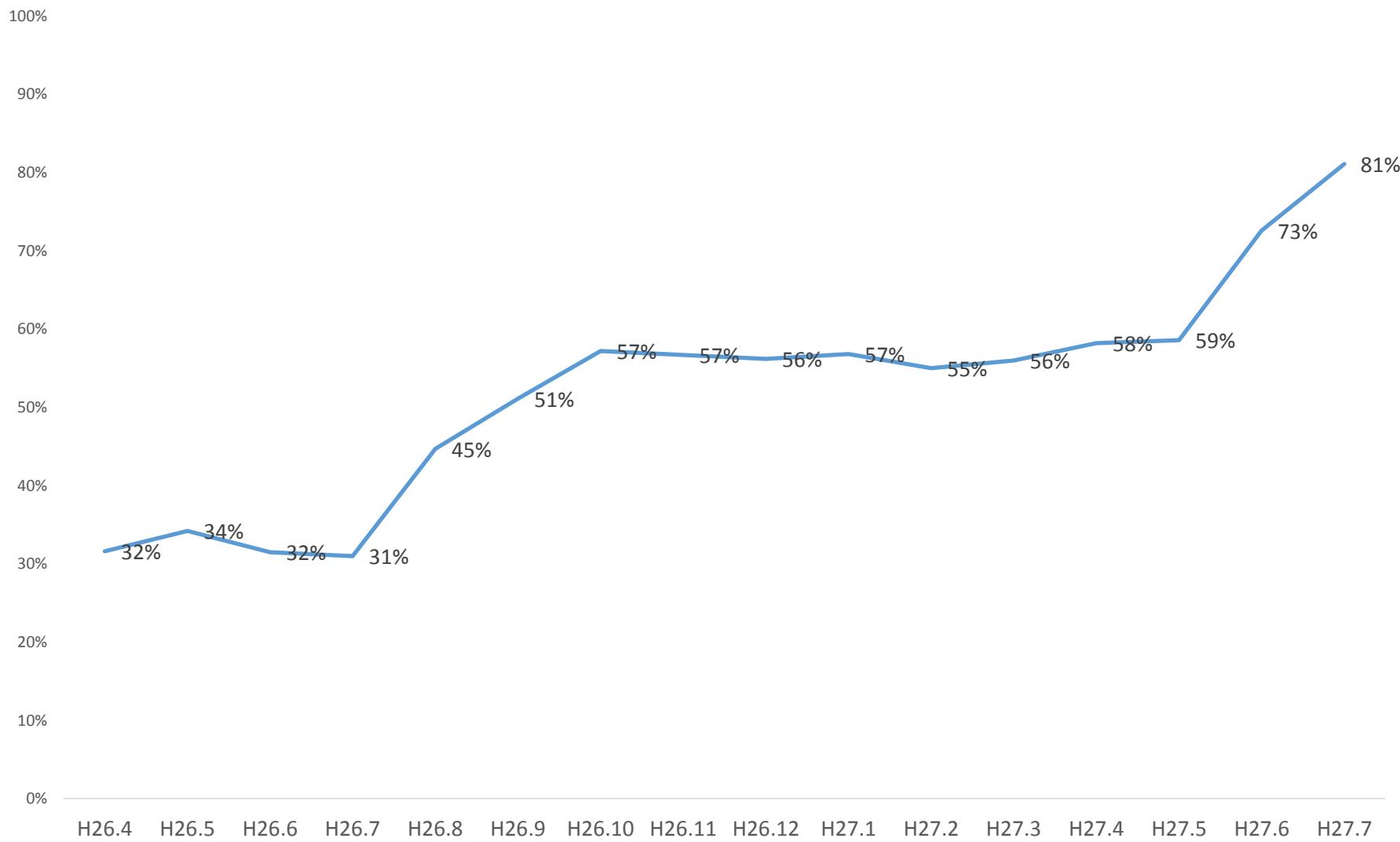
後発医薬品のさらなる積極的な採用が期待される。

133

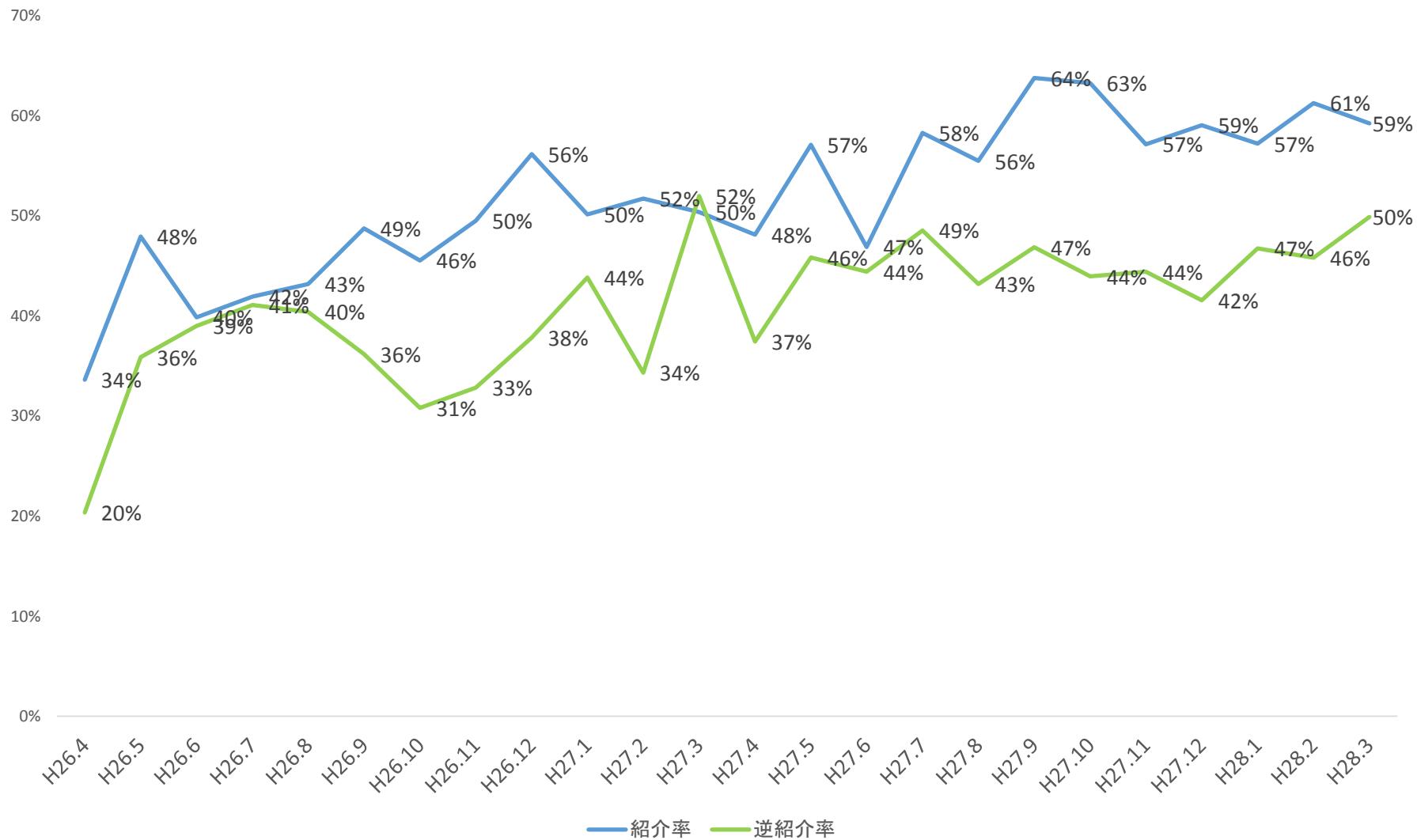
東千葉メディカルセンター 後発医薬品の採用状況



千葉大学医学部附属病院 後発医薬品の採用状況



東千葉メディカルセンター 紹介率と逆紹介率



強み

- ハイブリッド手術室等充実した最新鋭の設備
- コメディカル等の人員配置
- 救急医療の充実
- 重症患者に対する対応力
- 千葉県、東金市、九十九里町の強力なバックアップ体制

機会

- 二次医療圏における強力な競合病院の不存在
- 地域医療連携室の拡充による地域連携強化
- 二次医療圏内で最も充実した周産期機能

弱み

- 麻酔科、手術室看護師等の診療体制の充実度
- 逆紹介率や退院支援への注力など地域との密接な連携の構築
- 材料費率、委託費率が高く財務状況が悪化

脅威

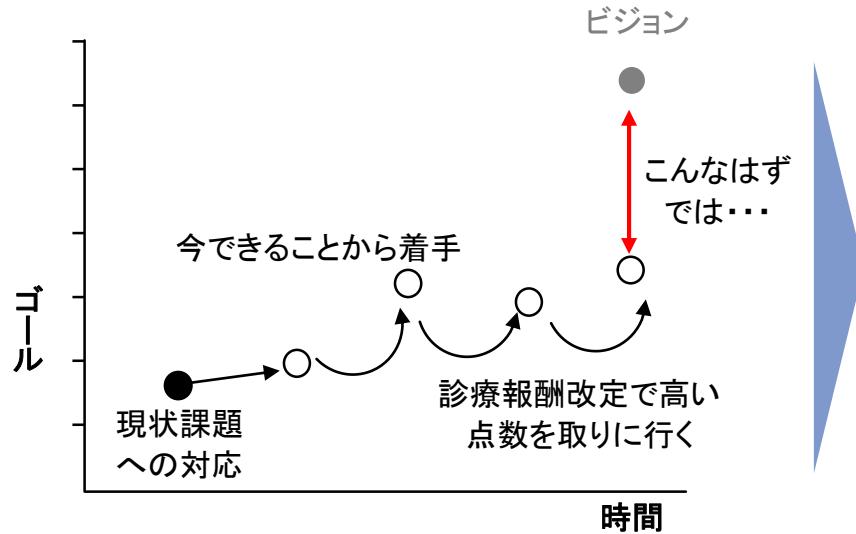
- 診療報酬改定による7対1入院基本料の厳格化
- 二次医療圏外への患者流出
- 受療率の低下に伴う中長期的な患者数減少
- 次期診療報酬改定での更なる医療費抑制

- 財務分析の結果、現状の財務状況は極めて危険水準にあり、業績向上に加え、自己資本の増強策などを別途検討する必要がある。
- 稼働病床に対して人員配置は手厚く、今後、さらなる患者の獲得が期待される。
- 地域中核病院と診療科別に医師1人1日当たり入院延べ患者数を比較すると、診療科によりバラつきはあるものの立ち上げ2年目である平成27年度も一定の実績を有している。
- 人員採用計画と病床計画を一致させ、職員採用にあたっては病院一丸となり推し進める必要がある。
- 救急車受入件数は同規模病院と比べ極めて多く、今後はその状況を維持しつつ予定入院患者の獲得に注力することが求められる。
- 神経内科、脳神経外科の患者数が少なかったことから、救急医療については、脳卒中への対応力を強化することがさらなる入院患者の獲得につながる。
- 予定入院患者を獲得するためには、地域連携の強化を図り、手術室に重点的にマンパワーを投入することが求められる。
- 紹介率、逆紹介率を高め、地域医療支援病院の平成29年度承認を目指すべきである。
- 在院日数の短縮、検査・化学療法等の外来化により今後も受療率は低下することが予想され、厳しい外部環境の中でシェアを高めることが求められる。
- 病床機能報告制度等により機能分化の進展が予想され、医療圏における機能分化を視野に入れた病院運営を行うことが必要である。
- 平成28年度診療報酬改定で厳格化された7対1入院基本料については地域包括ケア病棟の設置等により維持できる見込みである。
- 各種加算の算定を適切に行うことが求められる。

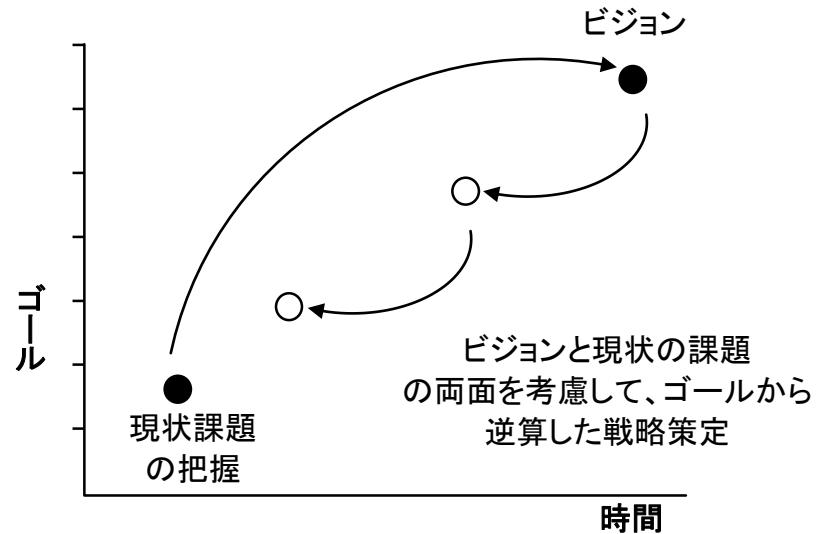
ビジョンに基づいた戦略的経営を推進し、どうなりたいのか、地域医療の実状を踏まえてどうなるべきなのか、そのために今何をすべきかが根底にあることが求められる。

138

現状積上げによる課題解決アプローチ



中長期的なビジョンに基づく課題解決アプローチ



中長期的なビジョンがあいまいなまま、目の前の着手可能なことや、診療報酬改定で高い点数がついたことに終始する現状積み上げで対応すると、最終的に本来的に目指していた姿と大きなギャップが生じてしまう。

「なりたい姿」としての思いと、地域医療のあり方を考えた「なるべき姿」、現状を踏まえた「なれる姿」から総合的に判断して「目指すべき姿」を明確にした後、これを達成するための戦略を策定することが求められる。

地方独立行政法人東金九十九里地域医療センター

第2期中期目標の変更案について

東金市・九十九里町

1 概要

地方独立行政法人東金九十九里地域医療センターから、平成27年11月5日付けでこれまでの経営状況や看護師確保の状況を考慮すると、平成28年度内のフルオープンは困難であるとの結論に至ったと申し出があった。

フルオープンに関する事項については、中期目標の核となる事項であることに加え、医業収益が大幅に見込みを下回るなど厳しい経営を迫られていることから、あらゆる方策を講じて早急に経営健全化を図る必要があると判断し、中期目標を変更しようとするものである。

中期目標の変更にあたっては、千葉大学医学部附属病院と業務委託契約を締結し、病院長企画室を中心とする専門チームによる現状分析等の支援のもとで実施したものであり、平成28年度診療報酬改定に沿って地域包括ケア病棟を平成28年5月から開棟するなど、経営改善に向けた具体的な取組についても先行して実施しているところである。

また、最終報告書の内容を踏まえてメディカルセンターの今後の経営改善について検討を重ねた結果、第一に収支の改善を図り経営を安定させることを最優先事項としてあらゆる方策を講じていくこと、第二にフルオープンの時期については法人が行う医師及び看護師の確保の状況と経営の効率性・安定性の両面を勘案しながら適切に対処していくこと、第三に中期目標策定から2年余りが経過していることから改めて社会情勢の変化に沿った見直しを推進していくこと、以上の取組に重点を置き変更するものである。

2 変更点**(1) 前文について**

①開院以来、救急医療・急性期医療の面で大きな成果を挙げている一方で、病棟の開棟の遅れ等により、医業収益が大幅に見込みを下回るなど厳しい経営を迫られていることから、改めて医療政策や医療需要を踏まえ、収支の改善を図り安定した病院経営を目指した見直しであることを変更理由として追加する。

②団塊の世代が75歳以上となる平成37年度に向けて、自治体が取り組む医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される地域包括ケアシステムの構築を踏まえた地域医療機関との役割分担の明確化、医療圏の中核病院としての機能の定着化について追加する。

③本中期目標期間中は、健全な経営基盤の確立による経営の安定化を図るとともに、次期中期目標期間中に全部の病床を開床できるように、病棟の有効活用等の検討について追加する。

(2) **第2 住民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する事項について**

①地域の中核病院として担うべき医療

- 急性期医療の効率化に必要な病棟運営として、先行して開棟した地域包括ケア病棟を活用し、急性期後の患者に対する退院支援等の積極的な取組の推進について項目を追加する。

(5) 急性期医療の効率化に必要な病棟運営

急性期医療に必要な病床のより効率的な運営のための地域包括ケア病棟を開棟し、患者が安心・納得して退院する環境を整備すること。また、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、退院支援等の積極的な取組を行うこと。

②安全・安心で信頼される医療

- 平成30年4月からのDPC制度の導入に努めるとともに、準備病院として他の類似病院等との診療データの比較による医療の標準化及びデータの分析・活用について項目を追加する。

(3) 医療の標準化と診療情報の分析

客観的な根拠に基づく最適な医療を選択し質の高い医療を提供するため、EBM（科学的な根拠に基づく医療）を推進し、クリニカルパス（入院患者に対する治療の計画を示した日程表）の活用を図ること。

また、DPC制度（診断群分類別包括評価）の導入に努めるとともに、医療の標準化と診療データの分析・活用を図ること。

③患者・住民サービスの向上

- メディカルセンターの診療情報等を病院のホームページや設立団体の広報等を積極的に活用し、リアルタイムに情報提供を行うことについて項目を追加する。

(5) 広報活動の充実

メディカルセンターにおける診療科の開設や病棟の開棟に伴う診療情報等を自施設のホームページや設立団体の広報等を積極的に活用し、リアルタイムに情報提供を行うこと。

- 病院職員の接遇は、患者や来院者に対する印象を大きく左右するものであり、これまで議会や住民から寄せられた意見等を踏まえ、職員及び外部委託の派遣職員の接遇向上を図るため、定期的な研修等の実施について項目を追加する。

(6) 職員の接遇向上

病院職員の接遇は、患者や来院者に対する印象を大きく左右するものであることから、職員及び外部委託による派遣職員の接遇研修を定期的に行うものとし、職員一人ひとりが接遇の重要性を認識し、思いやりと気配りあふれる対応を心掛けること。

④地域医療への貢献

- ・自治体が取り組む地域包括ケアシステムの構築を視野に、地域医療機関等との連携を図り、急性期から回復期まで切れ目のない医療を受けられる体制の整備について項目を追加する。

(1) 地域医療機関等との連携推進

① 自治体が取り組む地域包括ケアシステムを構成する組織としての取組

自治体が取り組む地域包括ケアシステムの構築を視野に、急性期医療を核とした地域の中核病院としての役割を果たすため、地域医療機関等との相互連携を図り、患者が急性期から回復まで切れ目のない医療を受けられる体制を整備すること。

- ・地域医療機関等との相互連携強化による紹介率・逆紹介率の向上を図り、地域医療支援病院の承認に向けた準備について項目を追加する。

② 地域医療支援病院への承認

地域医療機関等との相互連携を強化し、紹介率・逆紹介率の向上を図り、地域医療支援病院の承認にむけた準備を進めること。

- ・病床機能報告制度による機能分化の進展を視野に、地域医療機関等との役割分担を明確化し、医療圏の中核病院としての機能の定着化について項目を追加する。

③ 医療圏の中核病院としての機能の定着化

病床機能報告制度等による機能分化の進展を視野に、地域医療機関との役割分担を明確化し医療圏の中核病院としての機能を定着させること。

- ・保健福祉行政等との協力連携による乳幼児健診やがん検診等に係る精密検査の実施について項目を追加する。

(2) 保健福祉行政等との協力

保健福祉、救急搬送を担う自治体担当部局や医師会との協力連携を図り、地域の医療機関との役割分担を明確にしたうえで、乳幼児健診やがん検診等に係る精密検査を実施すること。

⑤メディカルセンターの段階的な診療科の開設と病棟の開棟

- ・段階的な診療科の開設と病棟の開棟については、急速に進む人口減少と高齢化等による地域の医療需要の変化や動向を見据え、医療従事者の確保と病院経営の効率性・安定性の両面を考慮して段階的に行うことについて項目を追加する。

急速に進む人口減少と高齢化等により、地域の医療需要も大きく変化することが予想されることから、メディカルセンターの診療科の開設と病棟の開棟については、地域の医療需要の動向を的確に見据え、医療従事者の確保と病院経営の効率性・安定性の両面を考慮して段階的に行うこと。

(3) **第3 業務運営の改善及び効率化に関する事項について**

①効率的かつ効果的な業務運営体制の整備

- 役員、管理職のみならず、全ての職員が目的意識を持って、経営改善に参画するとともに、職員個々が経営状況を理解し、高いモチベーションを持って職務に取り組むための体制の構築について項目を追加する。

(1) 効率的かつ効果的な業務運営体制の整備

医療環境の変化等に的確に対応できるように、理事長のリーダーシップのもと適切な権限配分を行い、全ての職員が目標を共有し、協力して目標を達成する仕組みを確立するとともに、効率的かつ効果的な経営が可能となる業務運営体制を整備すること。

また、中期目標、中期計画及び年度計画に掲げる目標を着実に達成できるよう各部門責任者がマネジメントを実践し、進捗管理を徹底すること。

全ての職員が医療従事者としての自信と誇りを持って地域の中核病院としての役割を果たしていけるよう、職員個々が経営状況を理解し、業務運営改善に参画可能な体制を構築するなど、職員のモチベーションを高めていくための取組を行うこと。

- 人員体制及び業務の効率化を図るとともに、時間外勤務の削減を図ること、また、必要に応じて医療機関との人事交流の検討について項目を追加する。

(2) 人員配置の弾力的運用

患者動向や業務量に応じて人員配置を弾力的に行うことなど、人員体制及び業務の効率化を図るとともに、時間外勤務の削減を図ること。

また、必要に応じて医療機関との人事交流を検討するなど、適正な人員配置を行うこと。

- 目標を着実に達成できるよう、外部からの病院経営等の専門家による検証を活用した進捗管理の徹底等について項目を追加する。

(4) 外部評価

① 病院経営等の専門家の活用

中期目標、中期計画及び年度計画に掲げる目標を着実に達成できるよう、外部からの病院経営等の専門家による検証を活用し、進捗管理を徹底すること。特に、経常収支・資金収支、医療体制、また医療需要等の分析・改善等に関する技術的な支援を受け、必要な見直しを適宜行うこと。

②人材育成

- 医業収益は、病院の施設設備の十分な活用により確保されるものであり、必要な医療従事者の確保及び専門性と医療技術の向上を図るための人材育成について項目を追加する。

医業収益は、病院の施設設備を十分に活用されて初めて確保されるものであり、その実現に必要な医療従事者を確保することが必須である。

そのためには、部門、職種及び階層に応じて職務上必要な資格の取得を促進し、専門性と医療技術の向上を図り、必要な人材の育成をすること。

③働きやすい職場環境の整備

- ・看護師をはじめとする職員の勤労意欲と満足度の向上を図り、職員にとって働きやすい環境の整備について項目を追加する。

職員一人ひとりが業務に精励できるように、働きやすい職場環境を整備すること。

また、職員が安心して働くことができるよう勤務環境の改善に努めるなど、ワーク・ライフ・バランスをとりやすい多様な勤務形態を検討すること。

(4) 第4 財務内容の改善に関する事項について

①健全な経営基盤の確立

- ・経営を安定させるためのあらゆる方策を講じるとともに、法人の中期計画の変更にあたり、国が示す「新公立病院改革ガイドライン」に基づく新改革プランの策定に必要な措置を講じることについて項目を追加する。

(1) 健全な経営基盤の確立

権限と責任を明確化した組織運営と組織全体がコスト意識を持った経営を行うとともに、経常収支・資金収支の改善を図り経営を安定させるためのあらゆる方策を講じることにより、将来にわたって公的な役割を果たすことができる経営基盤の確立を図ること。

特に、「公立病院改革の推進について（平成27年3月31日総財準第59号総務省自治財政局長通知）」に規定する「新公立病院改革ガイドライン」を踏まえ、平成32年度までに経常収支比率100%以上が達成できるよう、経営の健全化に向けた具体的な方策の策定や経営指標に関する数値目標の設定など必要な措置を講じること。

②収益の確保と費用の合理化

- ・入院収益・外来収益の確保にあたり、効率的な病床管理による病床利用率の向上、地域連携の強化による適正な患者の確保、診療報酬の適切な算定の仕組みの構築について項目を追加する。

(1) 収益の確保

① 入院収益・外来収益の確保

医療環境の変化等に的確に対応するとともに、適正な病床管理による病床利用率の向上、高度医療機器の稼働率向上による収益の確保を図ること。特に、地域医療機関との連携を重視することにより、紹介・逆紹介の増加を通じた入院患者及び外来患者を適正に確保するとともに、それに伴う手術患者の確保を図ること。また、診療報酬については、適切に算定する仕組みを構築すること。

DPC制度（診断群分類別包括支払制度）の導入を視野に、効率的な医療の提供を通じた収益の確保について準備を進めること。

- ・診療報酬上の加算措置や施設基準の取得について検討するとともに、7対1入院基本料を堅持するなど、診療報酬改定に基づいた医療体制提供の整備について項目を追加する。

② 診療報酬改定への対応

診療報酬上の加算措置や施設基準の取得について検討するとともに、診療報酬の請求漏れや査定減の防止、未収金の発生防止を図ること。
特に、医療の機能分化やその強化に必要な7対1入院基本料を堅持するなど、診療報酬改定に基づいた医療提供体制の整備に努めること。

- ・保健外診療収益の確保にあたり、人間ドック、健診等による保険外診療収益の確保の検討について項目を追加する。

③ 保険外診療収益の確保

人間ドック、健診等の保険外診療収益の確保について検討すること。

- ・徹底したコスト管理を行うとともに、職員のコスト意識の向上を図ることについて項目を追加する。

(2) 費用の合理化

予算科目や年度間で弾力的に運用できる会計制度を活用した予算執行により徹底したコスト管理を行うとともに、職員のコスト意識の向上を図ること。

(5) **第5 その他業務運営に関する重要事項**

①地域に対する広報

- ・メディカルセンターの理念や役割について、地域住民の理解を深めるため、保健医療情報の発信等の積極的な推進について項目を追加する。

メディカルセンターの理念や役割を広報し、地域住民の理解を深めること。
また、地域連携室の体制を強化し、公開講座の開催や広報、ホームページ、公共施設や商業施設等を通じた保健医療情報の発信や普及啓発を積極的に推進すること。

②ボランティアとの協働

- ・ボランティア活動がしやすい環境をつくり、ボランティアとの協働による多様なサービスの向上について項目を追加する。

ボランティア活動がしやすい環境をつくり、ボランティアとの協働による多様なサービスの向上に努めること。

3 今後の予定

平成28年6月27日（月）～平成28年7月11日（月） パブリックコメント手続

中期目標変更案についてホームページ上で意見募集

平成28年6月30日（木） 第1回評価委員会

中期目標変更案について意見聴取

平成28年7月下旬 東金市議会・九十九里町議会全員協議会・臨時議会
議案の提出

※法人においては、東金市・九十九里町からの指示を受けて中期計画の変更に着手
し、8月に評価委員会での意見聴取、9月定例会において議案の提出を予定して
いるものである。

変更後	変更前
<p>前文</p> <p>山武長生夷隅保健医療圏（以下「医療圏」という。）は、県内他地域に比べ、主要疾患（がん・心疾患・脳血管疾患等）による死亡率が高い一方、医療従事者が少なく、三次救急医療機関がないことから救急患者の約4割が管外搬送に依存しているなど医療環境が厳しく、救急医療を中心とした医療提供体制の整備が急務となっている。</p> <p>東金市及び九十九里町は、このような地域状況を踏まえ、地方独立行政法人東金九十九里地域医療センターを設立し、千葉県の財政面をはじめとする包括的支援と千葉大学医学部・同附属病院との密接な連携のもと東千葉メディカルセンター（以下「メディカルセンター」という。）を設置することとした。</p> <p>メディカルセンターは、設立団体をはじめ近隣の地域の住民の生命と健康を守るという機能のみならず、医療圏の中核病院として救急医療・急性期医療を核とした高度な専門医療を提供し医療圏における地域完結型医療を推進するものである。</p> <p>また、新設型地方独立行政法人による病院開設は全国的に例がないことや、千葉大学医学部附属病院東金九十九里地域臨床教育センターを併設し医師確保を図るなど、その取組が全国的に注目を集めている。一方、多くの公立病院が医師不足や医療制度の変化等により厳しい経営を余儀なくされていることも事実であり、メディカルセンターにおいても開院後の安定した病院経営が大きな課題の一つである。</p> <p><u>平成26年4月の開院以来、段階的な診療科の開設と病棟の開棟を図りつつ、特にこの地域の管外搬送率の改善に寄与するなど、救急医療・急性期医療の面で大きな成果を挙げている。しかしながら、病棟の開棟の遅れ等により、医業収益が大幅に見込みを下回り、開院初年度から資金不足が生じるなど厳しい病院経営を余儀なくされており、早急に安定した経営基盤を確立することが大きな課題となっている。</u></p> <p><u>今後も医療圏の中核病院としての役割を持続的に実現していくためには、経営改善を図ることが不可欠であることから、改めて国の医療政策、千葉県保健医療計画（平成23年4月全面改定・平成28年3月一部改定）、また地域の医療需要を踏まえ、第2期中期目標を変更するものである。</u></p> <p>第2期中期目標の変更にあたっては、その第一にメディカルセンターの平成26年度から平成28年度までの段階的な診療科の開設と病棟について、経常収支・資金収支の改善を図り、安定した病院経営を目指した見直しであること、第二に東日本大震災の影響等による医療需要の変化や医療機器の進歩に対応した医療スタッフの更なる充実や施設設備の拡充など当初の事業計画から見直しを余儀なくされている部分について</p>	<p>前文</p> <p>山武長生夷隅保健医療圏（以下「医療圏」という。）は、県内他地域に比べ、主要疾患（がん・心疾患・脳血管疾患等）による死亡率が高い一方、医療従事者が少なく、三次救急医療機関がないことから救急患者の約4割が管外搬送に依存しているなど医療環境が厳しく、救急医療を中心とした医療提供体制の整備が急務となっている。</p> <p>東金市及び九十九里町は、このような地域状況を踏まえ、地方独立行政法人東金九十九里地域医療センターを設立し、千葉県の財政面をはじめとする包括的支援と千葉大学医学部・同附属病院との密接な連携のもと東千葉メディカルセンター（以下「メディカルセンター」という。）を設置することとした。</p> <p>メディカルセンターは、設立団体をはじめ近隣の地域の住民の生命と健康を守るという機能のみならず、医療圏の中核病院として救急医療・急性期医療を核とした高度な専門医療を提供し医療圏における地域完結型医療を推進するものである。</p> <p>また、新設型地方独立行政法人による病院開設は全国的に例がないことや、千葉大学医学部附属病院東金九十九里地域臨床教育センターを併設し医師確保を図るなど、その取組が全国的に注目を集めている。一方、多くの公立病院が医師不足や医療制度の変化等により厳しい経営を余儀なくされていることも事実であり、メディカルセンターにおいても開院後の安定した病院経営が大きな課題の一つである。</p> <p>第2期中期目標策定にあたっては、その第一にメディカルセンターの平成26年度から平成28年度までの段階的な診療科の開設と病棟を円滑に進め経営を安定させること、第二に東日本大震災の影響等による医療需要の変化や医療機器の進歩に対応した医療スタッフの更なる充実や施設設備の拡充など当初の事業計画から見直しを余儀なくされている部分について適切に対処すること、第三に地域医療機関との役割分担を明</p>

<p>適切に対処すること、第三に<u>地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（平成元年法律第64号）</u>をはじめとする関係法令の下で進められている医療機能の分化・強化、連携や医療・介護の一体的な基盤整備、平成30年度に予定されている診療報酬と介護報酬の同時改定など、団塊の世代が75歳以上となる平成37年度に向けて、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される地域包括ケアシステムの構築が急がれるなか、地域医療機関との役割分担を明確化し医療圏の中核病院としての機能を定着化させること、以上の取組に重点を置いた。また、次期の中期目標期間中に全部の病床を開床できるように、病棟の有効活用等について検討するものとする。</p> <p>なお、段階的な診療科の開設と病棟の開棟にあたり、救急医療、小児医療、周産期医療、災害医療及び4疾病のうちがん（消化器がん）・脳卒中・急性心筋梗塞に係る高度専門医療については平成26年度から、小児救急医療、4疾病のうち上記以外に係る高度専門医療等については第2期中期目標期間中に提供するものとする。</p> <p>新たな一步を踏み出すメディカルセンターが患者や住民、地域の諸医療機関から信頼される病院として全力で地域医療を支えていくとともに、教育機関と協調し医師、看護師等の医療従事者の育成に寄与していくこと、また、地方独立行政法人東金九十九里地域医療センターの更なる発展を期し、ここに第2期中期目標を<u>変更する</u>。</p>	<p>確化し医療圏の中核病院としての機能を定着化させること、以上の取組に重点を置いた。</p>
<p>第1 中期目標の期間 平成26年4月1日から平成30年3月31日までの4年間とする。</p> <p>第2 住民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する事項</p> <p>1 救急医療 ヘリポートを併設する救命救急センターとして、24時間365日体制で重篤救急患者に対応し三次救急医療を提供すること。 また、初期・二次救急医療については、地域医療機関と連携し適切な対応を行うこと。</p> <p>2 地域の中核病院として担うべき医療 (1) 小児医療・小児救急医療 急性疾患を中心に入院治療に対応した小児医療を提供すること。 また、救命救急センターにおいて、小児科専門医と救急専門医の協力体制のもと小児救急医療を提供すること。 (2) 周産期医療 安心して出産できるよう周産期医療を提供すること。 (3) 災害医療 千葉大学医学部附属病院のDMA T（災害派遣医療チーム）との密接な関連のもとDMA Tの整備を図り、地域災害拠点病院の指定が受けられる体制を整備すること。</p>	<p>第1 中期目標の期間 平成26年4月1日から平成30年3月31日までの4年間とする。</p> <p>第2 住民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する事項</p> <p>1 救急医療 ヘリポートを併設する救命救急センターとして、24時間365日体制で重篤救急患者に対応し三次救急医療を提供すること。 また、初期・二次救急医療については、地域医療機関と連携し適切な対応を行うこと。</p> <p>2 地域の中核病院として担うべき医療 (1) 小児医療・小児救急医療 急性疾患を中心に入院治療に対応した小児医療を提供すること。 また、救命救急センターにおいて、小児科専門医と救急専門医の協力体制のもと小児救急医療を提供すること。 (2) 周産期医療 安心して出産できるよう周産期医療を提供すること。 (3) 災害医療 千葉大学医学部附属病院のDMA T（災害派遣医療チーム）との密接な関連のもとDMA Tの整備を図り、地域災害拠点病院の指定が受けられる体制を整備すること。</p>

<p>また、災害時に地域災害拠点病院としての機能を十分に発揮できるように、平時ににおいても、緊急時における連絡体制の確保、医療物資等の備蓄、災害医療訓練を行うなど、災害医療に対応可能な体制を整備すること。</p> <p>(4) 感染症医療</p> <p>地域の医療需要を鑑みつつ、結核及びHIV（ヒト免疫不全ウイルス）感染症に関する専門医の確保及び院内体制の整備に努めること。</p> <p>また、新型インフルエンザ等の新たな感染症の発生など住民の生命、健康の安全を脅かす健康危機事象が発生したときは、関係機関と密接に連携しながら迅速かつ適切な対応を行うこと。</p> <p>(5) <u>急性期医療の効率化に必要な病棟運営</u></p> <p><u>急性期医療に必要な病床のより効率的な運営のための地域包括ケア病棟を開棟し、患者が安心・納得して退院する環境を整備すること。また、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、退院支援等の積極的な取組を行うこと。</u></p>	<p>また、災害時に地域災害拠点病院としての機能を十分に発揮できるように、平時ににおいても、緊急時における連絡体制の確保、医療物資等の備蓄、災害医療訓練を行うなど、災害医療に対応可能な体制を整備すること。</p> <p>(4) 感染症医療</p> <p>地域の医療需要を鑑みつつ、結核及びHIV（ヒト免疫不全ウイルス）感染症に関する専門医の確保及び院内体制の整備に努めること。</p> <p>また、新型インフルエンザ等の新たな感染症の発生など住民の生命、健康の安全を脅かす健康危機事象が発生したときは、関係機関と密接に連携しながら迅速かつ適切な対応を行うこと。</p>
<p>3 高度専門医療</p>	<p>3 高度専門医療</p>
<p>(1) 4疾病（がん・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病）への対応</p>	<p>(1) 4疾病（がん・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病）への対応</p>
<p>① がん</p>	<p>① がん</p>
<p>地域におけるがん診療の拠点的機能を有する病院として、消化器がん（食道・胃・大腸・直腸・肝・胆道・膵等）に対応した専門医療を提供すること。</p>	<p>地域におけるがん診療の拠点的機能を有する病院として、消化器がん（食道・胃・大腸・直腸・肝・胆道・膵等）に対応した専門医療を提供すること。</p>
<p>② 脳卒中</p>	<p>② 脳卒中</p>
<p>脳卒中等の脳血管疾患に対応した専門医療を24時間365日体制で提供すること。</p>	<p>脳卒中等の脳血管疾患に対応した専門医療を24時間365日体制で提供すること。</p>
<p>③ 急性心筋梗塞</p>	<p>③ 急性心筋梗塞</p>
<p>急性心筋梗塞に対応した専門医療を24時間365日体制で提供すること。</p>	<p>急性心筋梗塞に対応した専門医療を24時間365日体制で提供すること。</p>
<p>④ 糖尿病</p>	<p>④ 糖尿病</p>
<p>糖尿病については、急性増悪時治療を中心に提供すること。</p>	<p>糖尿病については、急性増悪時治療を中心に提供すること。</p>
<p>(2) 高度で専門性の高い医療</p>	<p>(2) 高度で専門性の高い医療</p>
<p>① 高度な総合医療</p>	<p>① 高度な総合医療</p>
<p>入院や手術を中心とした急性期医療を安定的に提供するとともに、多くの診療科を有する病院として、外来については紹介や専門外来に軸足を置き、地域の中核病院として高度な総合医療を提供すること。</p>	<p>入院や手術を中心とした急性期医療を安定的に提供するとともに、多くの診療科を有する病院として、外来については紹介や専門外来に軸足を置き、地域の中核病院として高度な総合医療を提供すること。</p>
<p>② チーム医療の推進</p>	<p>② チーム医療の推進</p>
<p>病院の総合力によって患者中心で質の高い医療を提供できるように、各職種が協働したチーム医療の推進を図ること。</p>	<p>病院の総合力によって患者中心で質の高い医療を提供できるように、各職種が協働したチーム医療の推進を図ること。</p>

<p>③ 高度専門医療の充実 医療需要の質的、量的な変化や新たな医療課題に適切かつ柔軟に対応し、必要に応じて病院機能の見直しを行うなど高度専門医療の充実に努めること。</p> <p>4 安全・安心で信頼される医療</p> <p>(1) 医療安全対策の徹底</p> <p>① 医療安全対策の徹底 患者、住民に信頼される良質な医療を提供するため、医療安全対策を徹底すること。</p> <p>② 院内感染防止対策の徹底 院内感染防止に関する教育、訓練及び啓発を徹底するとともに、問題点を把握し改善策を講ずるなど院内感染防止対策を徹底すること。</p> <p>(2) 患者の視点に立った医療の実践 患者の視点に立った医療の実践を図り、インフォームド・コンセント（患者やその家族が、自ら受ける治療の内容を納得し、自分にあった治療法を選択できるよう十分な説明を受けた上で同意することをいう。）を徹底すること。</p> <p>(3) 医療の標準化と診療情報の分析 客観的な根拠に基づく最適な医療を選択し質の高い医療を提供するため、EBM（科学的な根拠に基づく医療）を推進し、クリニカルパス（入院患者に対する治療の計画を示した日程表）の活用を図ること。 また、DPC制度（診断群分類別包括評価）の導入に努めるとともに、医療の標準化と診療データの分析・活用を図ること。</p> <p>(4) 法令・行動規範の遵守（コンプライアンス） 公的使命を適切に果たすため、医療法（昭和23年法律第205号）をはじめとする関係法令を遵守し、行動規範と倫理を確立した適正な病院運営を行うこと。</p> <p>5 患者・住民サービスの向上</p> <p>(1) 利用しやすい病院づくり 患者や来院者が快適に過ごせるように院内環境の整備を図るとともに、高齢者や障害者が安心して医療を受けられる体制を整備すること。</p> <p>(2) 患者の待ち時間への配慮 患者や来院者の外来診療、会計等の際に長時間の待ち時間が発生しないよう必要な取組を行うこと。</p> <p>(3) 患者・来院者の利便性への配慮 患者や来院者の利便性に配慮した取組を行うこと。</p>	<p>③ 高度専門医療の充実 医療需要の質的、量的な変化や新たな医療課題に適切かつ柔軟に対応し、必要に応じて病院機能の見直しを行うなど高度専門医療の充実に努めること。</p> <p>4 安全・安心で信頼される医療</p> <p>(1) 医療安全対策の徹底</p> <p>① 医療安全対策の徹底 患者、住民に信頼される良質な医療を提供するため、医療安全対策を徹底すること。</p> <p>② 院内感染防止対策の徹底 院内感染防止に関する教育、訓練及び啓発を徹底するとともに、問題点を把握し改善策を講ずるなど院内感染防止対策を徹底すること。</p> <p>(2) 患者の視点に立った医療の実践 患者の視点に立った医療の実践を図り、インフォームド・コンセント（患者やその家族が、自ら受ける治療の内容を納得し、自分にあった治療法を選択できるよう十分な説明を受けた上で同意することをいう。）を徹底すること。</p> <p>(3) 医療の標準化と診療情報の分析 客観的な根拠に基づく最適な医療を選択し質の高い医療を提供するため、EBM（科学的な根拠に基づく医療）を推進し、クリニカルパス（入院患者に対する治療の計画を示した日程表）の活用を図ること。 また、DPC（診断群分類別包括評価）の導入に努めること。</p> <p>(4) 法令・行動規範の遵守（コンプライアンス） 公的使命を適切に果たすため、医療法（昭和23年法律第205号）をはじめとする関係法令を遵守し、行動規範と倫理を確立した適正な病院運営を行うこと。</p> <p>5 患者・住民サービスの向上</p> <p>(1) 利用しやすい病院づくり 患者や来院者が快適に過ごせるように院内環境の整備を図るとともに、高齢者や障害者が安心して医療を受けられる体制を整備すること。</p> <p>(2) 患者の待ち時間への配慮 患者や来院者の外来診療、会計等の際に長時間の待ち時間が発生しないよう必要な取組を行うこと。</p> <p>(3) 患者・来院者の利便性への配慮 患者や来院者の利便性に配慮した取組を行うこと。</p>
---	---

<p>(4) 住民への保健医療情報の提供 医療に関する専門分野の知識や蓄積された情報を活用し、保健医療情報の提供を行うこと。</p> <p>(5) <u>広報活動の充実</u> <u>メディカルセンターにおける診療科の開設や病棟の開棟に伴う診療情報等を自施設のホームページや設立団体の広報等を積極的に活用し、リアルタイムに情報提供を行うこと。</u></p> <p>(6) <u>職員の接遇向上</u> <u>病院職員の接遇は、患者や来院者に対する印象を大きく左右するものであることから、職員及び外部委託による派遣職員の接遇研修を定期的に行うものとし、職員一人ひとりが接遇の重要性を認識し、思いやりと気配りあふれる対応を心掛けること。</u></p> <p>6 地域医療への貢献</p> <p>(1) 地域医療機関等との連携推進</p> <p>① <u>自治体が取り組む地域包括ケアシステムを構成する組織としての取組</u> <u>自治体が取り組む地域包括ケアシステムの構築を視野に、急性期医療を核とした地域の中核病院としての役割を果たすため、地域医療機関等との相互連携を図り、患者が急性期から回復まで切れ目のない医療を受けられる体制を整備すること。</u></p> <p>② <u>地域医療支援病院への承認</u> <u>地域医療機関等との相互連携を強化し、紹介率・逆紹介率の向上を図り、地域医療支援病院の承認に向けた準備を進めること。</u></p> <p>③ <u>医療圏の中核病院としての機能の定着化</u> <u>病床機能報告制度等による機能分化の進展を視野に、地域医療機関との役割分担を明確化し医療圏の中核病院としての機能を定着させること。</u></p> <p>(2) 保健福祉行政等との協力 保健福祉、救急搬送を担う自治体担当部局や医師会との協力連携を図り、<u>地域医療機関との役割分担を明確にしたうえで、乳幼児健診やがん検診等に係る精密検査を実施すること。</u></p> <p>(3) 疾病予防の取組 予防医療の一環として、インフルエンザワクチン等の予防接種を実施すること。 また、人間ドック、健診等の実施について検討すること。</p> <p>7 メディカルセンターの段階的な診療科の開設と病棟の開棟 <u>急速に進む人口減少と高齢化等により、地域の医療需要も大きく変化することが予想されることから、メディカルセンターの診療科の開設と病棟の開棟については、地域の医療需要の動向を的確に見据え、医療従事者の確保と病院経営の効率性・安定性の両面を考慮して段階的に行うこと。</u></p>	<p>(4) 住民への保健医療情報の提供 医療に関する専門分野の知識や蓄積された情報を活用し、保健医療情報の提供を行うこと。</p> <p>(5) <u>職員の接遇向上</u> <u>職員一人ひとりが接遇の重要性を認識し、思いやりと気配りあふれる対応を行うこと。</u></p> <p>6 地域医療への貢献</p> <p>(1) 地域医療機関等との連携推進</p> <p>急性期医療を核とした地域の中核病院としての役割を果たすため、地域医療機関等との相互連携を図り、患者が急性期から回復まで切れ目のない医療を受けられる体制を整備すること。</p> <p>(2) 保健福祉行政等との協力 保健福祉、救急搬送を担う自治体担当部局や医師会との協力連携を図ること。</p> <p>(3) 疾病予防の取組 予防医療の一環として、インフルエンザワクチン等の予防接種を実施すること。 また、人間ドック、<u>企業健診等の実施に努めること。</u></p> <p>7 メディカルセンターの段階的な診療科の開設と病棟の開棟 <u>メディカルセンターの診療科の開設と病棟の開棟は、医師、看護師等の医療従事者の確保、医療需要の動向への対応、組織力の段階的な強化等を考慮し、平成26年度から平成28年度までにかけて段階的に行うこと。</u></p>
---	--

<p>第3 業務運営の改善及び効率化に関する事項</p> <p>1 効率的かつ効果的な業務運営体制の整備</p> <p>(1) 効率的かつ効果的な業務運営体制の整備</p> <p>医療環境の変化等に的確に対応できるように、理事長のリーダーシップのもと適切な権限配分を行い、<u>全ての職員が目標を共有し、協力して目標を達成する仕組みを確立するとともに、</u>効率的かつ効果的な経営が可能となる業務運営体制を整備すること。</p> <p>また、中期目標、中期計画及び年度計画に掲げる目標を着実に達成できるよう各部門責任者がマネジメントを<u>実践し、進捗管理を徹底すること。</u></p> <p><u>全ての職員が医療従事者としての自信と誇りを持って地域の中核病院としての役割を果たしていけるよう、職員個々が経営状況を理解し、業務運営改善に参画可能な体制を構築するなど、職員のモチベーションを高めていくための取組を行うこと。</u></p> <p>(2) 人員配置の弹力的運用</p> <p>患者動向や業務量に応じて人員配置を弹力的に行うなど、人員体制<u>及び業務の効率化を図るとともに、時間外勤務の削減を図ること。</u></p> <p><u>また、必要に応じて医療機関との人事交流を検討するなど、適正な人員配置を行うこと。</u></p> <p>(3) 人事評価制度の導入</p> <p>職員のモチベーションの向上と組織の活性化を図るため、職員の勤務実績等が適正に評価される人事評価制度の導入を図ること。</p> <p>(4) 外部評価</p> <p>① 病院経営等の専門家の活用</p> <p><u>中期目標、中期計画及び年度計画に掲げる目標を着実に達成できるよう、外部からの病院経営等の専門家による検証を活用し、進捗管理を徹底すること。特に、経常収支・資金収支、医療体制、また医療需要等の分析・改善等に関する技術的な支援を受け、必要な見直しを適宜行うこと。</u></p> <p>② 監査の活用</p> <p>監査によって指摘を受けた事項については、必要な見直しを適宜行うこと。</p> <p>③ 病院機能評価等の活用</p> <p>病院機能評価等の評価項目による検証を行い、病院運営の改善を適宜行うこと。</p> <p>④ 住民意見の活用</p> <p>住民意見を病院運営に反映させるため、住民から意見を収集する仕組みを整備すること。</p> <p>2 人材の確保</p> <p>(1) 千葉大学医学部附属病院東金九十九里地域臨床教育センターとの連携</p>	<p>第3 業務運営の改善及び効率化に関する事項</p> <p>1 効率的かつ効果的な業務運営体制の整備</p> <p>(1) 効率的かつ効果的な業務運営体制の整備</p> <p>医療環境の変化等に的確に対応できるように、理事長のリーダーシップのもと適切な権限配分を行い、効率的かつ効果的な経営が可能となる業務運営体制を整備すること。</p> <p>また、中期目標、中期計画及び年度計画に掲げる目標を着実に達成できるよう各部門責任者がマネジメントを<u>実践すること。</u></p> <p>(2) 人員配置の弹力的運用</p> <p>患者動向や業務量に応じて人員配置を弹力的に行うなど、人員体制の効率化を<u>図ること。</u></p> <p>(3) 人事評価制度の導入</p> <p>職員のモチベーションの向上と組織の活性化を図るため、職員の勤務実績等が適正に評価される人事評価制度の導入を図ること。</p> <p>(4) 外部評価</p> <p>① 監査の活用</p> <p>監査によって指摘を受けた事項については、必要な見直しを適宜行うこと。</p> <p>② 病院機能評価等の活用</p> <p>病院機能評価等の評価項目による検証を行い、病院運営の改善を適宜行うこと。</p> <p>③ 住民意見の活用</p> <p>住民意見を病院運営に反映させるため、住民から意見を収集する仕組みを整備すること。</p> <p>2 人材の確保</p> <p>(1) 千葉大学医学部附属病院東金九十九里地域臨床教育センターとの連携</p>
---	---

<p>千葉大学との協定によりメディカルセンター内に設置した千葉大学医学部附属病院東金九十九里地域臨床教育センターと連携し、指導医による安定的な診療体制の整備を図ること。</p> <p>(2) 医師の確保</p> <p>優秀な医師を確保し高度急性期医療水準の維持を図るため、千葉大学医学部附属病院東金九十九里地域臨床教育センターと連携し、臨床研修医の受入体制の整備を図り、臨床研修指定病院の指定が受けられる体制の整備に努めること。</p> <p>(3) 看護師の確保</p> <p>質の高い看護を提供するため、看護師の確保を図るとともに、看護学生の実習を積極的に受け入れ、地域における看護師の育成に寄与すること。</p> <p>3 人材育成</p> <p><u>医業収益は、病院の施設設備が十分に活用されて初めて確保されるものであり、その実現に必要な医療従事者を確保することが必須である。</u></p> <p><u>そのためには、部門、職種及び階層に応じて職務上必要な資格の取得を促進し、専門性と医療技術の向上を図り、必要な人材を育成をすること。</u></p> <p>4 働きやすい職場環境の整備</p> <p>職員一人ひとりが業務に精励できるように、働きやすい職場環境を整備すること。</p> <p><u>また、職員が安心して働くことができるよう勤務環境の改善に努めるなど、ワーク・ライフ・バランスをとりやすい多様な勤務形態を検討すること。</u></p> <p>5 職員給与の原則</p> <p>職員の給与は、当該職員の勤務成績と法人の業務実績を反映させたものとともに、社会一般の情勢に適合したものとすること。</p>	<p>千葉大学との協定によりメディカルセンター内に設置した千葉大学医学部附属病院東金九十九里地域臨床教育センターと連携し、指導医による安定的な診療体制の整備を図ること。</p> <p>(2) 医師の確保</p> <p>優秀な医師を確保し高度急性期医療水準の維持を図るため、千葉大学医学部附属病院東金九十九里地域臨床教育センターと連携し、臨床研修医の受入体制の整備を図り、臨床研修指定病院の指定が受けられる体制の整備に努めること。</p> <p>(3) 看護師の確保</p> <p>質の高い看護を提供するため、看護師の確保を図るとともに、看護学生の実習を積極的に受け入れ、地域における看護師の育成に寄与すること。</p> <p>3 人材育成</p> <p>部門、職種及び階層に応じて職務上必要な資格の取得を促進し、専門性と医療技術の向上を図ること。</p> <p>4 働きやすい職場環境の整備</p> <p>職員一人ひとりが業務に精励できるように、働きやすい職場環境を整備すること。</p> <p>5 職員給与の原則</p> <p>職員の給与は、当該職員の勤務成績と法人の業務実績を反映させたものとともに、社会一般の情勢に適合したものとすること。</p>
<p>第4 財務内容の改善に関する事項</p> <p>1 健全な経営基盤の確立</p> <p>(1) 健全な経営基盤の確立</p> <p><u>権限と責任を明確化した組織運営と組織全体がコスト意識を持った経営を行いうとともに、経常収支・資金収支の改善を図り経営を安定させるためのあらゆる方策を講じることにより、将来にわたって公的な役割を果たすことができる経営基盤の確立を図ること。</u></p> <p><u>特に、「公立病院改革の推進について（平成27年3月31日総財準第59号総務省自治財政局長通知）」に規定する「新公立病院改革ガイドライン」を踏まえ、平成32年度までに経常収支比率100%以上が達成できるよう、経営の健全化に向けた具体的な方策の策定や経営指標に関する数値目標の設定など必要な措置を講じること。</u></p>	<p>第4 財務内容の改善に関する事項</p> <p>1 健全な経営基盤の確立</p> <p>(1) 健全な経営基盤の確立</p> <p><u>権限と責任を明確化した組織運営と組織全体がコスト意識を持った経営を行うこととで、将来にわたって公的な役割を果たすことができる安定的な経営基盤の確立を図ること。</u></p>

<p>(2) 経営情報システムの整備 健全で効率的な経営を確立するために、経営判断や意思決定に資する有効な経営情報システムを整備すること。</p> <p>2 収益の確保と費用の合理化</p> <p>(1) 収益の確保</p> <p>① 入院収益・外来収益の確保 医療環境の変化等に的確に対応するとともに、適正な病床管理による病床利用率の向上、高度医療機器の稼働率向上による収益の確保を図ること。特に、地域医療機関との連携を重視することにより、紹介・逆紹介の増加を通じた入院患者及び外来患者を適正に確保するとともに、それに伴う手術患者の確保を図ること。また、診療報酬について適切に算定する仕組みを構築すること。 DPC制度（診断群分類別包括支払制度）の導入を視野に、効率的な医療の提供を通じた収益の確保について準備を進めること。</p> <p>② 診療報酬改定への対応 診療報酬上の加算措置や施設基準の取得について検討するとともに、診療報酬の請求漏れや査定減の防止、未収金の発生防止を図ること。 特に、医療の機能分化やその強化に必要な7対1入院基本料を堅持するなど、診療報酬改定に基づいた医療提供体制の整備に努めること。</p> <p>③ 保険外診療収益の確保 人間ドック、健診等の保険外診療収益について検討すること。</p> <p>(2) 費用の合理化 予算科目や年度間で弾力的に運用できる会計制度を活用した予算執行により徹底したコスト管理を行うとともに、職員のコスト意識の向上を図ること。 透明性、公平性の確保に十分留意した上での複数年契約、複合契約等多様な契約手法の導入、外部委託の活用により費用の合理化を図ること。 また、薬品、診療材料の管理を適正に行うとともに、ジェネリック医薬品を積極的に採用し、費用の節減を図ること。</p>	<p>(2) 経営情報システムの整備 健全で効率的な経営を確立するために、経営判断や意思決定に資する有効な経営情報システムを整備すること。</p> <p>2 収益の確保と費用の合理化</p> <p>(1) 収益の確保</p> <p>医療環境の変化等に的確に対応するとともに、適正な病床管理、高度医療機器の稼働率向上による収益の確保を図ること。 また、診療報酬の請求漏れや査定減の防止、未収金の発生防止を図ること。</p> <p>(2) 費用の合理化 予算科目や年度間で弾力的に運用できる会計制度を活用した予算執行や、透明性、公平性の確保に十分留意した上での複数年契約、複合契約等多様な契約手法の導入、外部委託の活用により費用の合理化を図ること。 また、薬品、診療材料の管理を適正に行うとともに、ジェネリック医薬品を積極的に採用し、費用の節減を図ること。</p>
<p>第5 その他業務運営に関する重要事項</p> <p>1 財政負担の原則 法人運営は独立採算が原則であるが、設立団体が負担する政策医療の分野等に係る運営費負担金については旧組合立国保成東病院運営費負担金の額を基準とするので、中期計画に適切に計上するとともにその内訳を明らかにすること。 なお、その他業務の財源に充てるために必要な運営費交付金の計上にあたっては、あらかじめ協議すること。</p>	<p>第5 その他業務運営に関する重要事項</p> <p>1 財政負担の原則 法人運営は独立採算が原則であるが、設立団体が負担する政策医療の分野等に係る運営費負担金については旧組合立国保成東病院運営費負担金の額を基準とするので、中期計画に適切に計上するとともにその内訳を明らかにすること。 なお、その他業務の財源に充てるために必要な運営費交付金の計上にあたっては、あらかじめ協議すること。</p>

<p>2 地域に対する広報</p> <p>メディカルセンターの理念や役割を広報し、地域住民の理解を深めること。</p> <p><u>また、地域連携室の体制を強化し、公開講座の開催や広報、ホームページ、公共施設や商業施設等を通じた保健医療情報の発信や普及啓発を積極的に推進すること。</u></p> <p>3 ボランティアとの協働</p> <p><u>ボランティア活動がしやすい環境をつくり、ボランティアとの協働による多様なサービスの向上に努めること。</u></p>	<p>2 地域に対する広報</p> <p>メディカルセンターの理念や役割を広報し、地域住民の理解を深めること。</p>
---	---