

新公立邑智病院改革プラン 参 考 資 料

○新公立病院改革ガイドライン	・・・ 1
(総務省 新公立病院改革ガイドライン 抜粋)	
○公立邑智病院改革プラン点検・評価報告書	・・・ 16
(H24.8：公立邑智病院改革プラン経営評価委員会 報告)	
○地域医療構想～大田構想区域～	・・・ 20
(島根県地域医療構想 抜粋)	
○公立邑智病院本館棟の老朽化について	・・・ 27
(H28.2：議会全員協議会資料)	

平成 2 9 年 2 月

邑智郡公立病院組合

新公立病院改革ガイドライン

第1 更なる公立病院改革の必要性

1 公立病院改革の現状

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

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

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

2 医療制度改革の推進

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

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

3 公立病院改革の基本的な考え方

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

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

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

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

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

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

第2 地方公共団体における新公立病院改革プランの策定

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

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

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

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

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

1 新改革プランの策定期間

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

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

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

2 新改革プランの対象期間

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

3 新改革プランの内容

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

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

(1) 地域医療構想を踏まえた役割の明確化

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

前ガイドラインにおいても、改革を通じて、自らの公立病院の果たすべき役割を見

直し、改めて明確化すべきことが強調されていたが、今般の公立病院改革は、民間病院を対象に含めた地域医療構想の実現に向けた取組と並行して行われるものであることから、必然的に、公立病院の役割を従来にも増して精査することとなる。

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

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

① 地域医療構想を踏まえた当該病院の果たすべき役割

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

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

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

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

② 地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割

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

特に、中小規模の公立病院にあっては、介護保険事業との整合性を確保しつつ、例えば、在宅医療に関する当該公立病院の役割を示す、住民の健康づくりの強化に当たっての具体的な機能を示すなど、地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割を明らかにすべきである。

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

③ 一般会計負担の考え方

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

④ 医療機能等指標に係る数値目標の設定

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

1) 医療機能・医療品質に係るもの

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

2) その他

患者満足度、健康・医療相談件数 など

⑤ 住民の理解

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

(2) 経営の効率化

① 経営指標に係る数値目標の設定

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

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

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

1) 収支改善に係るもの

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

2) 経費削減に係るもの

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

3) 収入確保に係るもの

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

4) 経営の安定性に係るもの

医師数、純資産の額、現金保有残高、企業債残高 など

② 経常収支比率に係る目標設定の考え方

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

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

1) 一つの経営主体が複数の病院を持ち、その複数の病院が基幹病院とサテライト病院のように機能を補完しながら一体的に運営していると認められる場合には、複数の病院を合わせて経常黒字化の数値目標をつくることができることとする。

2) 平成26年度から適用された新会計基準により過去分の退職給付引当金を複数年で経常費用に計上することにより経営に与える影響が一時的に著しく大きくなる場合は、経過的な取扱いとして、注記した上で過去分の退職給付引当金を除いて経常黒字化の数値目標をつくることができることとする。

③ 目標達成に向けた具体的な取組

数値目標の達成に向けて、民間的経営手法の導入、事業規模・事業形態の見直し、経費削減・抑制対策、収入増加・確保対策などについて、具体的にどのような

な取組をどの時期に行うこととするかを明記する。参考までに、前ガイドラインに基づく取組例は資料4のとおりである。

また、経営の効率化に当たっては、特に以下の点に留意すべきである。

1) 医師等の人材の確保・育成

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

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

2) 経営感覚に富む人材の登用及び事務職員の人材開発の強化

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

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

3) 民間病院との比較

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

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

4) 施設・設備整備費の抑制等

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

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

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

5) 病床利用率が特に低水準である病院における取組

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

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

④ 新改革プラン対象期間中の各年度の収支計画等

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

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

(3) 再編・ネットワーク化

① 再編・ネットワーク化に係る計画の明記

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

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

② 取組病院の更なる拡大

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

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

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

③ 再編・ネットワーク化に係る留意事項

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

1) 二次医療圏等の単位での経営主体の統合の推進

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

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

2) 医師派遣等に係る拠点機能を有する病院整備

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

3) 病院機能の再編成（公的病院、民間病院等との再編を含む）

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

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

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

(4) 経営形態の見直し

① 経営形態の見直しに係る計画の明記

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

ルを含む。)を記載する。

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

② 経営形態の見直しに係る選択肢と留意事項

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

1) 地方公営企業法の全部適用

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

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

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

2) 地方独立行政法人化(非公務員型)

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

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

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

3) 指定管理者制度の導入

指定管理者制度は、地方自治法(昭和 22 年法律第 67 号)第 244 条の2第3項の規定により、法人その他の団体であって当該普通地方公共団体が指定す

るものに、公の施設の管理を行わせる制度であり、民間の医療法人等（日本赤十字社等の公的医療機関、大学病院、社会医療法人等を含む。）を指定管理者として指定することで、民間的な経営手法の導入が期待されるものである。

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

4) 民間譲渡

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

5) 事業形態の見直し

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

第3 都道府県の役割・責任の強化

1 地域医療構想の策定等を通じた取組

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

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

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

2 管内公立病院の施設の新設・建替等を行う場合の検討

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

しかし、一旦、病院施設の建替等が行われれば、その後の医療需要等の経営環境の変化や病院機能の見直しに柔軟に対応することが困難になるケースも想定されることから、これまで以上に収支状況の点検を行うことに加え、地域の医療提供体制のあり方の観点からも、しっかりとした検討を行うことが求められている。

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

第4 新改革プランの実施状況の点検・評価・公表

1 地方公共団体における点検・評価・公表

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

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

2 積極的な情報開示

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

3 新改革プランの改定

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

4 総務省における取組

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

第5 財政措置等

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

1 公立病院改革に対する措置

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

(1) 新改革プランの策定に要する経費

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

(2) 再編・ネットワーク化に伴う施設・設備の整備等に要する経費

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

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

(3) 再編・ネットワーク化や経営形態の見直し等に伴う精算等に要する経費

① 新たな経営主体の設立等に際しての出資に要する経費

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

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

② 施設の除却等経費

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

③ 他用途への転用に伴う経費

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

④ 退職手当の支給に要する経費

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

(4) 許可病床削減時の普通交付税算定の特例

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

2 公立病院に関する既存の地方財政措置の見直し

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

(1) 施設の新設・建替等を行う場合の地方交付税措置の見直し

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

(2) 病床数に応じた地方交付税算定の見直し

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

(3) 公立病院に関する地方財政措置の重点化

① 病院施設の整備費に係る措置

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

② 不採算地区病院に対する措置

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

③ 公立病院に対する特別交付税措置の重点化

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

(4) 公的病院等に対する措置

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

【参考資料】

公立邑智病院改革プラン点検・評価報告書

(H24.8：公立邑智病院改革プラン経営評価委員会報告)

公立邑智病院改革プラン点検・評価報告書 (平成23年度 実施状況、総括)

平成24年8月

公立邑智病院改革プラン経営評価委員会

はじめに

公立病院は、地域における基幹的な公的医療機関として、地域医療の確保を図る上で、極めて重要な役割を果たしている。

しかしながら、近年、医師不足の深刻化などにより、地域医療を取り巻く環境は厳しさを増している。こうしたことから総務省では、地域医療の崩壊を防ぎ、今後とも地域において必要な医療を安定的かつ継続的に提供していくための公立病院改革プランを策定し、経営改善に取り組むよう、公立病院を運営する地方団体に対して要請した。

これを受けて、公立邑智病院においても平成21年度から3年間の改革プランを策定し病院改革に取り組んでいる。

改革プランについては、実施状況を年1回以上点検・評価し、公表することとなっており、当評価委員会は平成21、22年度の点検・評価状況を報告している。

今回は最終年度である平成23年度の実施状況について点検・評価を行ったので、3年間の総括も合わせてここに報告する。

基本的な考え方

今年度も総務省の示したガイドラインに沿って、①経営効率化、②再編・ネットワーク化、③経営形態の見直し、④その他地域医療についての4項目について点検・評価を行った。

4項目の点検・評価

① 経営効率化について

平成23年度は内科医師2名の増員があったが、常勤泌尿器科医師の退職に伴い入院透析が休止になり、病床利用率に影響を及ぼす中でのスタートであったが、単年度ではあるが黒字化を達成した。

診療材料や薬品の在庫管理を行い、材料費の削減を行っている姿勢も評価できる。

医師をはじめとする医療スタッフを、適切に配置する体制整備が必要と思われる。

② 再編・ネットワーク化について

島根県の方針に変更がなく、過去２年の報告と同様現状維持とする。

③ 経営形態の見直しについて

平成２３年度の経常収支は黒字化していることもあり、現時点では、見直しの必要はないが、今後の動向によっては検討すべきである。

④ その他地域医療について必要なことについて

郡内唯一の救急病院、そして、急性期病棟を維持するためにも改革プラン作成時の診療体制を目指し、また病病・病診連携（地域連携）を確立することにより地域ニーズの隙間を埋めるべく有効な医療体制を構築できると考える。

おわりに（総括）

全国の公立病院の収支が改善されつつある中で、公立邑智病院の経常収支も平成２３年度は黒字を達成している。しかし医業収支は３億２千万円の赤字であり、構成３町の繰出し基準に基づいた繰入金の増加が黒字化の大きな要因であることは否めない。

改革プランは平成２３年度で一応の区切りを迎えたが、経営改革の取り組みに終わりはない。平成２４年度以降も自主的に取り組むことこそあるべき姿である。まずは、累積欠損の早期解消を達成して頂きたい。

地域のニーズに応え収益を上げるためには、常勤整形外科医師、泌尿器科医師を確保し、外科医師の複数体制をとることが求められる。引き続き適切な医師確保に取り組んでいただきたい。

公立邑智病院改革プラン経営評価委員会
委員長 大畑 茂 久

○第3回 公立邑智病院改革プラン経営評価委員会

日時 平成24年8月27日(月) 15時00分～16時30分

場所 公立邑智病院大会議室

○公立邑智病院改革プラン経営評価委員会委員

委員長 大畑 茂久(川本町議会 議長)

副委員長 松本 正(邑南町議会 議長) 欠席

委員 景山 良材(美郷町議会 議長)

石橋 純二(邑南町議会 副議長)

野坂 一弥(川本町 副町長)

樋ヶ 司(美郷町 副町長)

桑野 修(邑南町 副町長)

石原 晋(公立邑智病院 院長)

○事務局 公立邑智病院 事務部

日高 武英(事務部長)

笠岡 千代子(地域連携室長)

奈須 和子(医事課長)

三上 和彦(総務課総務課長補佐)

土井 祐子(総務課企画経営係)

【参考資料】

地域医療構想～大田構想区域～
(島根県地域医療構想 抜粋)

第4節 大田構想区域

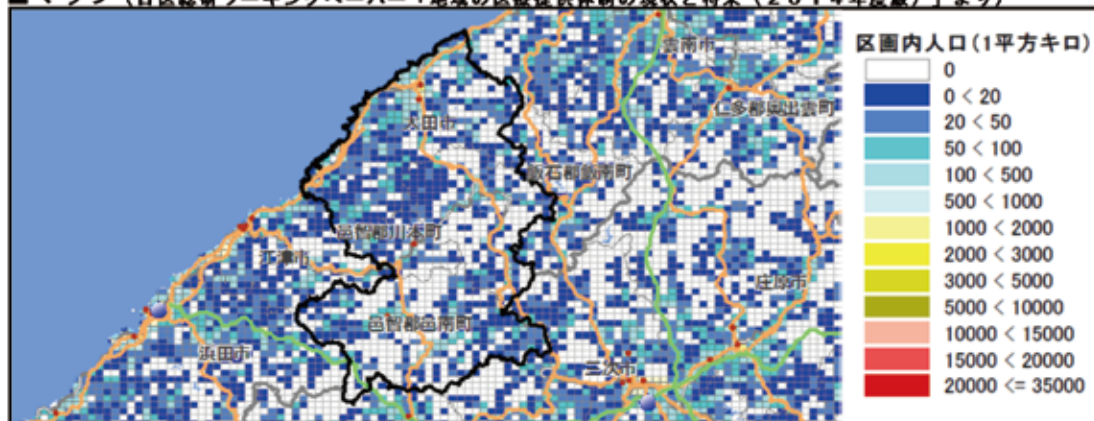
(1) 概況

■基本データ（平成27年10月1日現在）

	2015年推計	2025年推計
人口	54,723	46,218
うち65歳以上	22,095 40.4%	20,542 44.4%
うち75歳以上	12,916 23.6%	12,824 27.7%

面積	1244.65(km ²)
人口密度	44.0(人/km ²)
構成市町村	・大田市 ・川本町 ・美郷町 ・邑南町

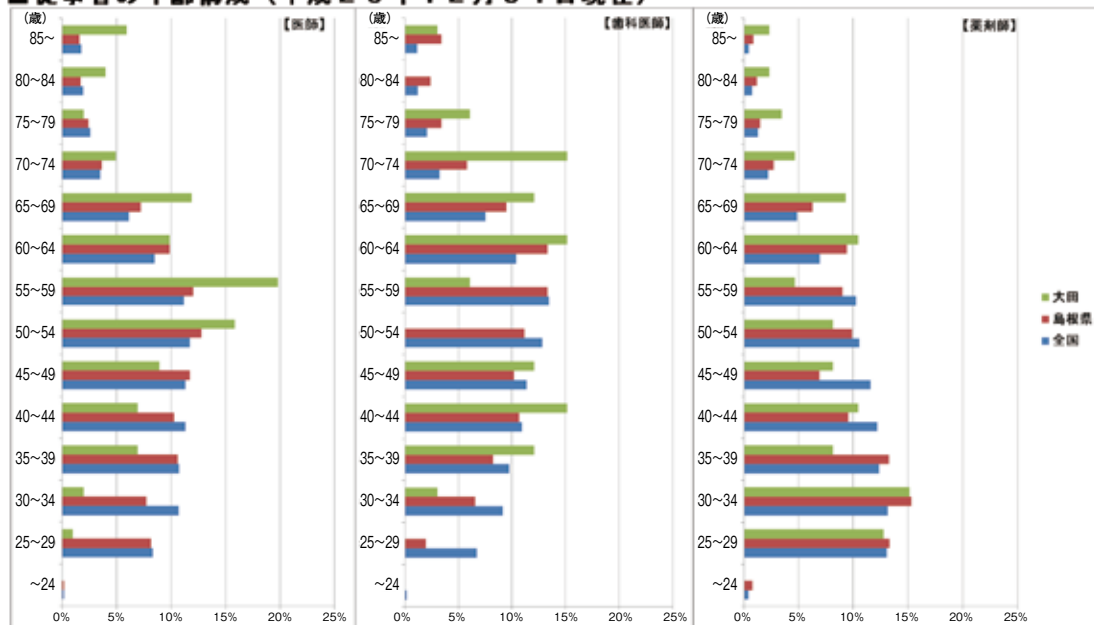
■マップ（日医総研ワーキングペーパー「地域の医療提供体制の現状と将来（2014年度版）」より）



■従事者の状況（平成26年12月31日現在）

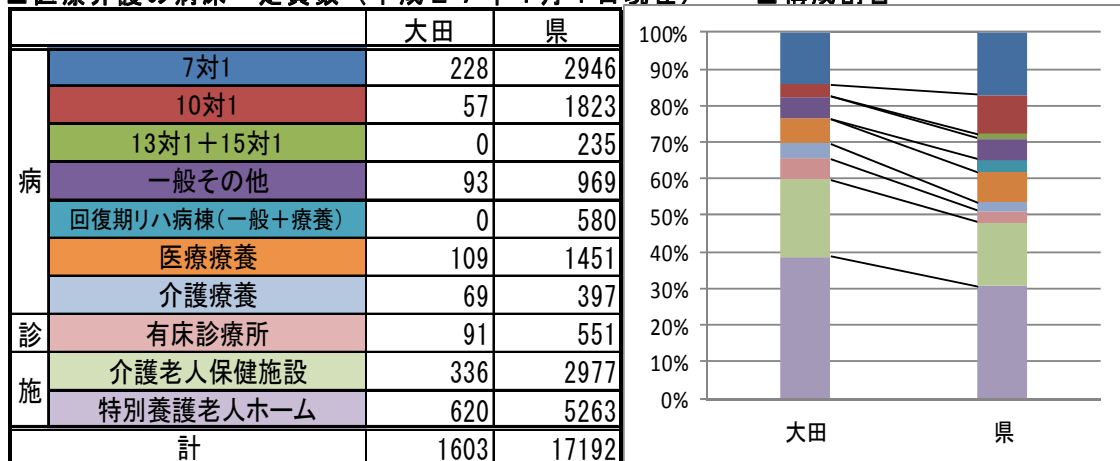
	医師	歯科医師	薬剤師	保健師	助産師	看護師	准看護師
人数	101	33	86	52	14	440	321
人口10万対	181.9	59.4	154.8	93.6	25.2	792.2	578.0

■従事者の年齢構成（平成26年12月31日現在）



■医療介護の病床・定員数（平成27年4月1日現在）

■構成割合



■病院の病床機能報告結果（平成27年7月1日現在）

	全体	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟等
1 大田市立病院	335	0	174	80	27	54
2 石東病院	42	0	0	0	42	0
3 加藤病院	81	0	0	55	26	0
4 公立邑智病院	98	0	57	41	0	0
計	556	0	231	176	95	54

■在宅医療の状況（平成27年4月1日現在）

	届出施設数
在宅療養支援病院	1ヵ所(加藤病院)
地域包括ケア病棟加算病院	3ヵ所(大田市立病院(52床)、加藤病院(55床)、公立邑智病院41床)
在宅療養支援診療所	7ヵ所(大田市6ヵ所、邑南町1ヵ所)
在宅療養支援歯科診療所	13ヵ所(大田市10ヵ所、川本町1ヵ所、邑南町2ヵ所)
訪問看護ステーション数	7ヵ所(常勤換算看護職員数 30.3人)
訪問薬剤管理指導を行う薬局	20ヵ所(大田市14ヵ所、川本町2ヵ所、美郷町2ヵ所、邑南町2ヵ所)

(2) 医療需要推計

単位：人／日

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	在宅医療等
2013 年度	10.9	67.4	81.3	95.6	1327.4
2025 年度 I	9.5	83.4	156.5	113.4	1275.7
2025 年度 II	9.5	72.4	156.5	113.4	1275.7
増減 I	－12.8%	23.7%	92.5%	18.6%	－3.9%
増減 II	－12.8%	7.4%	92.5%	18.6%	－3.9%

※2013 年度は医療機関所在地ベースの推計、2025 年度は調整後の推計。

※ I：国が定めた県間調整方法によって算定した場合の数。

II：島根県の考え方によって算定した場合の数。

(参考 1) 2025 年度における医療需要推計（医療機関所在地ベース）

単位：人／日

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	在宅医療等
2025 年度	9.5	62.0	73.9	66.1	1235.5

(参考 2) 2025 年度における医療需要推計（患者住所地ベース）

単位：人／日

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	在宅医療等
2025 年度	40.3	142.7	162.1	120.4	1275.7

(3) 2025 年度における必要病床数推計

単位：床

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	在宅医療等
2025 年度 I	13	107	174	123	
2025 年度 II	13	93	174	123	

※調整後の医療需要を国の示す病床稼働率で除したもの。

(4) 医療需要推計及び必要病床数推計に対する考察及び課題

○大田構想区域の特徴

- ・区域人口は減少傾向で生産年齢人口の減少により高齢化率は引き続き増加し、2025 年には高齢化率が 44.4%となる見込みです。（全国 30.3%）。
- ・人口 10 万人当たりの一般診療所数は県平均に比較して多いですが、病院数及び歯科診療所数は県平均に比べて少ないです。
- ・入院患者の受療動向として、隣接する出雲区域、浜田区域及び広島県へ主に流出しており、入院患者の自区域内完結率は約 5 割となっています。

○高度急性期

【現状と課題】

- ・高度急性期については、当区域に3次救急医療や診療密度が特に高い医療（例：実施するためには十分な設備・人員が必要な手術、ICU・HCU等で提供される医療等）に応えることのできる医療機関が存在しないため、住民の多くが他区域の医療機関（島根大学医学部附属病院、県立中央病院、浜田医療センター、広島大学医学部附属病院、安佐市民病院等）で受療している状況です。

【今後の方向性】

- ・今後、さらに人口減少が進展することが予測される中、当区域において高度急性期機能を充実していくことは現実的ではありません。よって、ドクターヘリ・医療情報ネットワーク（まめネット）の活用等による他区域との機能分担・連携の取組を継続していきます。

○急性期

【現状と課題】

- ・急性期については、区域内2カ所の救急告示病院（大田市立病院、公立邑智病院）において幅広い疾患に対応しています。
- ・区域の交通インフラの整備状況や地理的要因を勘案すると、大田市と邑智郡との間で急性期の医療機能分担や統合は困難であり、大田市立病院と公立邑智病院の急性期機能、特に住民の安全・安心を守る観点から地域を維持していくために必須の医療である2次救急・小児・周産期・整形外科等をそれぞれ維持することが不可欠です。
- ・平成25年度単年度のデータに基づく推計によると、当区域の自区域内完結率は低く、他区域・県外への患者流出が多くなっていますが、生活区域としての一体性や患者の利便性などを踏まえ、整形外科を含め上記疾患にあっては可能な限り自区域内での完結率を高めることを目指すべきです。
- ・平成22年度に大田市立病院の外科・整形外科の常勤医師が不在となったことにより診療機能が低下していましたが、平成23年度以降は大田総合医育成センターを中心とした取組を進めることで、入院患者数も診療機能が低下する以前の状態に回復しつつあります。
- ・老朽化・狭隘化した大田市立病院については、2度にわたる基本計画の検討を経て、市立病院として必要とされる医療機能、入院患者動向、将来の人口推計や受療動向予測等を考慮したうえで、当面必要となる総病床数229床の新病院として建て替えられる予定であり、大田構想区域の現在の医療需要及び回復傾向にある入院患者数等を考慮した妥当な規模です。加えて、新病院の建設に当たっては、今後の医療需要の変化等に対応し、病床の機能転換なども可能となるよう、施設・設備等に工夫を凝らすこととされています。
- ・地域づくりに必須となる急性期の医療機能の確保、医師・看護師など医療従事者の確

保、持続可能な病院経営という観点から、一定の病床数の維持が必要です。

【今後の方向性】

- ・身近な地域での急性期医療を維持していくためには人材確保が重要であり、引き続き医師、看護師等の従事者の確保に努めます。
- ・当区域に実際に必要となる急性期病床数については、実際の医療需要と患者の受療動向をみながら、病床が不足することがないように慎重に対応していきます。

○回復期

【現状と課題】

- ・回復期については、回復期リハビリテーション病棟・地域包括ケア病棟等において回復期リハビリテーション、在宅復帰支援が行われており、引き続き質の高いリハビリテーション、急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療を提供する機能・役割を担っていく必要があります。

【今後の方向性】

- ・特に、他区域に入院していた患者が早期に当区域に復帰することが出来るように、病院の地域連携部署による区域を越えた病院間の連携によって支援していきます。
- ・今後増加する回復期の需要に応えるため、脳卒中などの神経疾患、がん・難病などの全身疾患、整形外科疾患、廃用症候群等さまざまな病態に対応できるリハビリテーション医の確保、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の確保、退院後の療養環境の調整にあたるソーシャルワーカーの確保等に努めます。
- ・急性期あるいは慢性期病床から回復期病床への機能転換については、診療報酬改定の動向等も踏まえた継続的な議論をしていきます。

○慢性期

【現状と課題】

- ・現状においては、当区域の慢性期医療は、大田市立病院、石東病院、加藤病院が担っています。
- ・病院における慢性期医療を在宅医療等へシフトするためには、診療所や介護保険施設、人材といったあらゆる資源が必要ですが、急速な増加は困難であり、地域で長期療養が必要な患者を支えていくためには当面一定の慢性期病床数を維持していく必要があります。
- ・一方、平成 29 年度末に、介護療養病床と、医療療養病床のうち、看護人員配置が診療報酬上の基準で 25 対 1 の病床の設置期限を迎えることに伴い、大田市立病院及び石東病院においては療養病棟が廃止されることとなっています。今後、区域において慢性期機能が不足することが懸念されるため、如何に確保をしていくかが課題です。
- ・市町が中心となり、医療機関や介護保険施設との適切な役割分担のもと、介護保険施

設の機能見直しを含め、長期療養が必要な患者の受け皿づくりを進めていくことが課題です。

【今後の方向性】

- ・国の「療養病床の在り方等に関する検討会」での検討結果や、県の「医療施設・介護施設利用者の状態像に関する調査」の結果も踏まえ、区域として必要な慢性期機能について継続的な議論をしていきます。

○在宅医療等

【現状と課題】

- ・高齢単身世帯や認知症高齢者の増加、家族の介護力の低下、診療所（医科・歯科）の減少と開業医の高齢化、訪問看護師・歯科衛生士の不足、地理的な状況など、在宅医療機能の確保が課題です。
- ・切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築していくためには、医療・介護従事者の連携と人材確保が重要です。

【今後の方向性】

- ・医療・介護資源に限られる中、会議や研修の実施、ICTの活用により、情報の共有化とネットワーク構築を進め、多職種による連携を推進していきます。
- ・また、ICTの活用と関連して、中山間地域における遠隔診療の環境整備についての検討を進めます。
- ・在宅医療を担う診療所への病院による後方支援について検討していく必要があります。あわせて、今後さらに診療所が減少していった場合を見据え、行政や病院等の関係者が区域内の在宅医療をいかに支えるかといった議論をしていきます。
- ・在宅医療を推進していくためには人材確保が必要不可欠です。若い世代から地域医療、介護に関する知識や認識を高めていくため学校教育や研修等は重要です。また、増加する病院以外での看取りへの対応やアドバンスケアプランニング（※）について、当区域では今後住民啓発や介護保険施設職員への研修についての取組を進めます。
- ・区域内の点在する高齢者世帯への対応として移送サービスの充実や住まいの在り方などの検討を進めます。とりわけ緩和ケアをはじめとする在宅での医療処置を提供できる住まいの整備は喫緊の課題です。

※アドバンスケアプランニング

アドバンスケアプランニングとは、これから受ける医療やケアについて、患者の考えを家族や医療者と話し合い文章に残す手順の事であり、意思決定能力低下に備えての対応プロセス全体を指します。

○その他

【現状と課題】

- ・国の病床推計数は、診療報酬の点数を基準に出された病床単位の数値である一方、病床機能報告制度により各医療機関から報告を求めている数値は、病棟単位の機能に着目したものとなっており、両者に乖離があります。

今後、当区域において実際に必要となる病床数を検討するにあたっては、この点も踏まえ検討する必要があります。

- ・有床診療所は、病院からの早期退院患者の受け入れや、在宅患者・介護保険施設の入所者の急変時の対応、看取りなど、地域包括ケアシステムを推進する上で様々な機能を担っていますが、人材確保や設備整備の負担などの面で課題を抱えています。

【今後の方向性】

- ・高齢化が進む中、急性期から慢性期・在宅まで切れ目のない口腔機能管理が求められています。口腔機能の評価手法の普及、医科歯科連携の強化、多職種による口腔ケアの充実などに向けた取組を進めていきます。
- ・適切な医療と介護を提供するためには、人材確保が重要な課題です。医師、看護師、歯科衛生士、リハビリテーション職、介護職等の確保を行政や医療・介護関係者だけでなく、教育関係者なども含め地域全体で密接に連携しながら進めていきます。
- ・地域医療構想を進めるに当たっては、「まち・ひと・しごと創生総合戦略」など市町のまちづくりや地域包括ケアシステム構築との整合を図るべく、地域において必要とされる医療提供体制が確保されることが重要です。当区域の医療提供体制をどう構築していくか、今後も地域全体として継続的に議論していきます。
- ・地域医療構想の策定後、大田圏域保健医療対策会議医療・介護連携部会（地域医療構想調整会議）などの場を活用し、医療機関の連携や役割分担、在宅医療の推進等について継続的に検討と見直しを行います。

公立邑智病院本館棟の老朽化について

- 建築年 昭和58年7月 ※法定耐用年数39年
- 延床面積 3197㎡ RC構造2階 (病院全体では8543㎡)
- 主な改修歴
 - 平成3年 CT室増築
 - 平成6年 屋上防水シート張り替え
 - 平成20年 内壁、照明、トイレ改修
 - 平成25年 空調設備改修

○課題

- (1) 床面積、廊下幅が不足しており病床機能に制限が出ている。
- (2) 建築当時は3診療科体制であり外来診療場所に支障が出ている。
- (3) 調理室が建築当時の50床入院患者給食に対応したものであり作業現場が狭い。また、床がウエットタイプであり常に食中毒のリスクがある。
- (4) 給水管の経年劣化。腐食、サビの発生。
- (5) エレベーターの一部品供給の終了(更新時13,500,000円)
- (6) 非常用発電機の一部品供給の終了(更新時18,000,000円)
- (7) スプリンクラー設備の増設(新規70,000,000円)

○考察

今年度で築33年の建物であるが、現在の医療法や医療水準に適合しにくくなってきており、地域医療構想の戦略にも支障が出ている。また、平成6年・10年と増築を繰り返したことによって、自動火災報知設備が複雑(警戒区域と管理場所が離れている)になっており危機管理の面でも支障が出ているため、病院機能を永続するには、中枢機能を担う本館棟部分について10年以内を目途に建替える必要があると考察する。

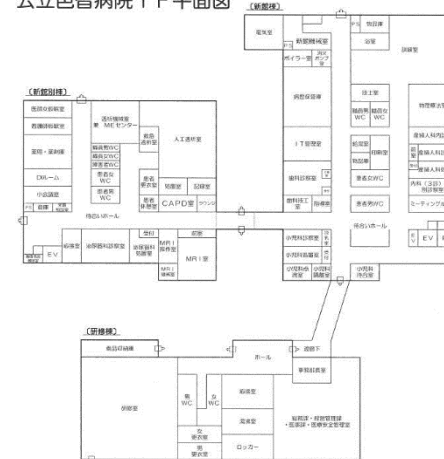
○今後の対応

構成3町の担当者を交え「本館棟老朽化対策検討会」を立ち上げ、建替えを前程にした協議、工程表を作成したい。

【参考資料】

公立邑智病院本館棟の老朽化について
(H28.2: 議会全員協議会資料)

公立邑智病院1F平面図



公立邑智病院2F平面図 (98床)

