

長和町・上田市組合立
国保依田窪病院 新改革プラン

（平成 29 年度～平成 32 年度）

依田窪医療福祉事務組合

平成 29 年 3 月策定

目次

I	はじめに	1
1	新公立病院改革プランの策定について	1
2	位置づけ	1
3	計画期間	1
II	国保依田窪病院の概要	1
III	現況と課題	3
1	診療実績	3
2	課題	5
3	病床機能と病床数	6
IV	地域医療構想を踏まえた役割の明確化	8
1	地域医療構想を踏まえた国保依田窪病院の果たすべき役割	8
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	9
3	一般会計負担の考え方（繰出基準の概要）	9
4	医療機能・医療品質等、指標にかかる数値目標の設定	11
5	住民の理解のための取り組み	11
V	経営の効率化	11
1	経営指標に係る数値目標	11
2	目標達成に向けた具体的な取り組み	12
VI	再編・ネットワーク化に係る計画	14
VII	経営形態の見直し	14
VIII	点検・結果・公表	15
IX	収支計画	16
1	収支計画（収益的収支）	16
2	収支計画（資本的収支）	17
3	一般会計等からの繰入金の見通し	17
資料 1	長野県地域医療構想（案）の概要	18
資料 2	バスなどの公共交通機関の利用状況把握アンケート結果	23

I はじめに

1 新公立病院改革プランの策定について

長和町・上田市組合立国保依田窪病院では、平成 19 年 12 月に総務省から示された公立病院ガイドラインをもとに平成 21 年 3 月に「国保依田窪病院改革プラン」を策定し、病院の経営改善に取り組み、一定の成果を残してきました。平成 27 年 3 月 31 日、総務省より新たに「新公立病院改革ガイドライン」が示され、総務省自治財政局長通知「公立病院改革の推進について」に基づき、国保依田窪病院が自治体病院の役割を果たすとともに、地域住民に良質な医療を効率よく提供するために策定することとしました。この「新公立病院改革ガイドライン」は前回の 3 つの取り組み内容、「経営の効率化」「再編・ネットワーク化」「経営形態の見直し」に加えて、新たに「地域医療構想を踏まえた役割の明確化」が追加され、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こととされています。

2 位置づけ

改革プランの基本的考え方として、

- 公・民の適切な役割分担の下、地域に於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。
- 当院が上小二次保健医療圏で今後も地域に貢献できる病院であり続けるためには、経営の安定化が必要不可欠である。国の新公立病院改革ガイドラインに基づき、当院の役割の明確化と、持続可能な病院経営を実現するための目標や施策の基本的な方向、具体的な施策を定めた計画として位置付ける。
- 組合事業経営改善計画そのものとして位置づけ、平成 28 年度中にまとめて実践的な運用を目指す。

今後も、当院が地域医療に貢献できる病院であり続けるために、「新公立病院改革プラン」の策定と実行により、将来に渡り地域で暮らす人たちに安心・安全で良質な医療を提供できる体制を構築し、平成 32 年度までの目標を定めて健全経営に努めてまいります。

3 計画期間

計画期間は、平成 29（2017）年度から平成 32（2020）年度までの 4 年間とします。

なお、県が策定する地域医療構想の結果や、国の制度改革等の医療を取り巻く環境の変化や当院の経営改善状況などを検証しながら、必要に応じて計画を見直すものとします。

II 国保依田窪病院の概要

1 理念

地域密着した心あたやかな医療を実践します
地域における基幹病院として高度医療を提供します

2 施設概要

- (1) 所在地：長野県小県郡長和町古町 2867 番地
- (2) 敷地面積：3,344.26 m²

(3) 建物延床面積：12,828.32 m²

3 開設

昭和 56 年 4 月

4 診療科目

内科・外科・整形外科・眼科・小児科・皮膚科・泌尿器科・脳神経外科・循環器科・
消化器科・リウマチ科・呼吸器科・リハビリテーション科・耳鼻咽喉科・心臓血管外
科（計 15 科目）

5 病床数

許可病床数：140 床（内、9 床 休床）

一般病棟：92 床

地域包括ケア病棟：39 床

6 看護配置

一般病棟（2 病棟） 10 対 1 入院基本料

地域包括ケア病棟 13 対 1 看護配置

7 医療機関群

D P C 病院Ⅲ群

8 組織及び職員数

(1) 組織：診療部、看護部、診療技術部、事務部、衛生管理室、地域医療連携室、入退
院支援センター、医療安全管理室、感染対策室、診療情報管理室、健康管理
センター

（併設施設：訪問看護ステーションよだくぼ、居宅支援事業所、付属和田診療
所、老人保健施設いこい）

(2) 職員数：平成 29 年 1 月 1 日現在 241 人（内常勤 175 人）

Ⅲ 現況と課題

1 診療実績

(1) 入院患者の状況

表－1 入院延べ患者数(平成 28 年1月まで)

	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28
4月	3,483	3,210	3,134	2,700	3,069	2,578	3,206
5月	3,397	2,966	3,052	3,006	3,140	2,605	3,057
6月	3,579	3,199	3,177	3,274	3,085	3,016	2,875
7月	3,412	3,291	3,198	3,427	3,157	3,262	3,209
8月	3,692	3,579	3,202	2,781	2,764	2,627	2,638
9月	3,409	3,663	3,033	2,511	2,680	2,670	2,918
10月	3,644	3,639	3,240	2,770	3,079	2,990	3,530
11月	3,405	3,429	3,196	3,105	3,458	2,795	3,393
12月	3,416	3,674	3,213	3,374	3,560	2,736	3,422
1月	3,407	3,728	3,405	3,256	3,594	3,202	3,413
2月	3,337	3,619	3,119	3,044	3,042	3,117	
3月	3,441	3,815	3,110	3,745	3,037	3,538	
計	41,622	41,812	38,079	36,993	37,665	35,136	31,661
AVG	3,469	3,484	3,173	3,083	3,139	2,928	3,166



図－1 入院延べ患者数(平成 28 年1月まで)

表－2 平均在院日数(平成 28 年 10 月まで)

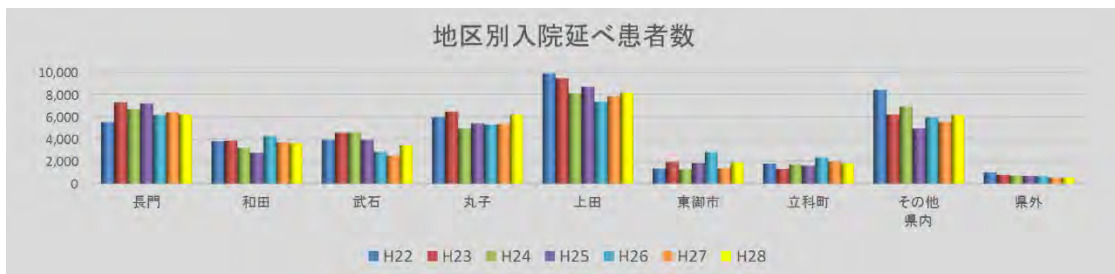
	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28
急性期	14.9	15.1	16.2	16.0	15.4	14.3	15.3
(全国平均)	18.2	17.9	17.5	17.2	16.8	16.5	16.2
3 F 病棟	45.8	47.0	46.2	42.9	51.5	45.7	42.6

亜急性期病棟

地域包括ケア病棟

表－3 地区別入院延べ患者数(平成 28 年度は見込み)

	長和町		上田市			その他地域				計
	長門	和田	武石	丸子	上田	東御市	立科町	その他 県内	県外	
H22	5,514	3,805	3,906	5,954	9,901	1,331	1,796	8,414	1,001	41,622
H23	7,291	3,846	4,559	6,451	9,457	1,919	1,294	6,205	790	41,812
H24	6,676	3,189	4,585	4,959	8,102	1,268	1,703	6,907	690	38,079
H25	7,193	2,753	3,906	5,395	8,692	1,838	1,605	4,946	665	36,993
H26	6,158	4,266	2,847	5,291	7,339	2,830	2,340	5,948	646	37,665
H27	6,392	3,710	2,503	5,323	7,838	1,363	1,952	5,537	518	35,136
H28	6,200	3,622	3,436	6,190	8,153	1,883	1,818	6,156	534	37,992
前年比	97.0%	97.6%	137.3%	116.3%	104.0%	138.2%	93.1%	111.2%	103.1%	108.1%
H28 割合	16.3%	9.5%	9.0%	16.3%	21.5%	5.0%	4.8%	16.2%	1.4%	
	25.85%		46.80%			27.35%				



図－2 地区別入院延べ患者数(平成 28 年度は見込み)

入院患者数は、平成 22 年、23 年をピークに減少しています。ここ数年の特徴として、季節による変動があり、患者数、疾患群に変化がみられますので、それに合わせた病棟の運用を変える必要があります。平均在院日数は、14 日から 15 日の間で推移しています。地区別割合で見ると、上田市が 47%程度で最も多く、近隣市町村外からも 17%程度の利用があります。特に整形外科において、広域での入院実績があります。

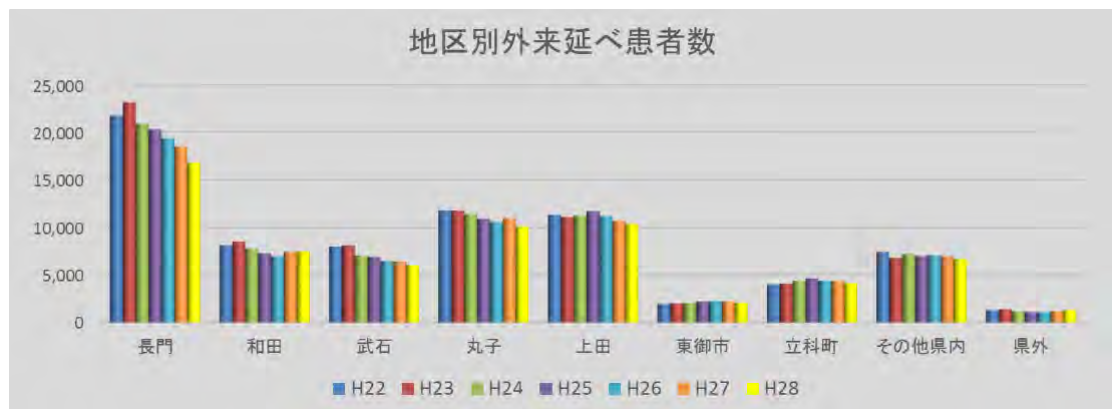
(2) 外来患者の状況

表－4 外来延べ患者数(平成 28 年1月まで)

	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28
4月	6,256	6,536	5,884	5,952	5,918	5,745	5,656
5月	6,039	5,830	6,317	6,268	6,155	5,473	5,429
6月	6,677	6,533	6,410	6,182	5,700	5,917	5,990
7月	6,985	6,808	6,294	6,508	6,288	6,178	5,399
8月	6,314	6,809	6,496	6,456	5,748	5,678	5,677
9月	6,294	6,723	5,982	5,826	5,574	5,700	5,495
10月	6,686	6,282	6,468	6,496	6,175	6,108	5,149
11月	5,888	6,304	5,888	6,064	5,732	5,492	5,162
12月	6,393	6,141	6,006	5,835	5,571	5,754	5,262
1月	5,782	6,022	5,653	5,666	5,581	5,000	4,875
2月	5,622	6,044	5,491	4,842	5,161	5,421	
3月	6,619	6,783	6,228	5,883	5,646	6,177	
計	75,555	76,815	73,117	71,978	69,249	68,643	54,094

表－5 地区別外来延べ患者数(平成 28 年度は見込み)

	長和町		上田市			その他地域				計
	長門	和田	武石	丸子	上田	東御市	立科町	その他 県内	県外	
H22	21,789	8,102	7,963	11,778	11,326	1,934	3,993	7,404	1,266	75,555
H23	23,171	8,488	8,095	11,760	11,077	1,995	4,075	6,776	1,378	76,815
H24	20,904	7,771	7,038	11,400	11,236	2,024	4,387	7,196	1,161	73,117
H25	20,304	7,260	6,898	10,911	11,711	2,172	4,637	6,993	1,092	71,978
H26	19,370	6,949	6,458	10,556	11,175	2,217	4,376	7,078	1,070	69,249
H27	18,518	7,414	6,410	10,952	10,680	2,189	4,355	6,949	1,176	68,643
H28	16,830	7,442	6,042	10,099	10,373	2,051	4,112	6,697	1,266	64,913
前年比	90.9%	100.4%	94.3%	92.2%	97.1%	93.7%	94.4%	96.4%	107.7%	94.6%
H28 割合	25.9%	11.5%	9.3%	15.6%	16.0%	3.2%	6.3%	10.3%	2.0%	
	37.4%		40.8%			21.8%				



図－3 地区別外来延べ患者数(平成 28 年度は見込み)

表－6 時間外・救急車による来院患者数(平成 28 年1月まで)

	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28
時間外	1,262	1,239	1,158	976	951	1,011	955
救急車	602	562	546	586	510	589	495

外来患者数は、年々減少しており、1 日平均外来患者数は 300 人を割っています。診療体制の影響がありますが、地区別割合で見ると、長門地区の減少が顕著であり分析が必要です。

救急患者については、診療部を中心とした各科の努力により、受入体制を維持できています。

2 課題

◇ 当院の強み

- ・ 安定的な高齢者手術症例数、超高齢化による介護需要の増加、3 次医療圏でも筋骨格系はトップシェア、2 次医療圏でも基準シェア並の入院診療を行っています。
- ・ 高い手術率と手術単価、救急診療力（救急隊受入 26 年度 509 件、27 年度 589 件）があります。

- ・ 地域包括ケア病棟を平成 26 年 10 月に開設し、訪問看護ステーションとの連携を通して、在宅への復帰を支援します。
 - ・ DPC にも平成 26 年度に対応済です。
 - ・ リハビリテーションスタッフの充足により、入院患者への高い実施率（26 年度 49.2%）があり、広く深い密度での実施が可能です。この機能を生かし、早期離床、廃用防止に貢献でき、在院日数の短縮に寄与できています。
 - ・ 労働環境の充実により、比較的安定した看護師確保に貢献
 当院では、WLB（ワーク・ライフ・バランス）の実現に向け、平成 23 年より、「仕事と生活のバランスをとり、働きたい職員が辞めないで働き続けられる、働きがいのある職場環境を作る」ことを目標に掲げ、仕事と生活の多様な勤務形態の導入や処遇改善、賃金アップなど多くの取り組みを行ってきました。平成 26 年 3 月に、この 3 年間の取り組みに対し、日本看護協会より『看護職のワーク・ライフ・バランス推進 カンゴサウルス賞』を受賞しました。
- *WLB（ワーク・ライフ・バランス）：個人それぞれのバランスで、仕事と生活の両立を無理なく実現できる状態のことです。

◇ 当院の弱み

- ・ 全国的な医師不足のなかで、当院も医師の確保に努めてまいりましたが、医師確保がきわめて厳しい状況となっています。特に内科では、派遣医師 2 名を含む 6 名の医師が平成 28 年 3 月まで常勤で勤務していましたが、医師 2 名の派遣が終了となり、平成 28 年 4 月からは常勤医師 4 名で診療を行っています。さらに 8 月に 1 名の内科医師が退職され、内科医師 3 名と和田診療所の医師 1 名と信州大学や近隣自治体病院からの支援により、当院の内科診療を支えています。
- ・ 将来的に通院のための交通手段を考慮する必要があります。通院手段としては、バス利用者は全体の 6%ほどで、ほとんどが自家用車（本人、家人運転）での通院となっています。利用しない理由として、診察時間と運行時間に不一致、または待ち時間があり不便さがあげられます（資料 2 参照）。人口動態を鑑みると、高齢化、認知症発症、廃用症候群、単独世帯老々世帯の増加等が想定され、患者自身で通院が困難になることが予想されます。
- ・ 施設の老朽化が懸念され、計画的な施設管理および設備・機器の整備が必要となります。建物の経年劣化を見込んだ施設管理に併せて、設備整備、高度医療機器の導入・更新計画を策定していきます。

3 病床機能と病床数

わが国は人口減少社会に突入しており、また高齢化の進行も急激なペースで進んでいます。高齢化に伴い医療ニーズ（患者数）は増加しますが、病床機能分化が進むと、急性期の病態でない患者は回復期や慢性期病床で診ることになるので、急性期病床のニーズはその分減ることになります。さらに、平均在院日数のさらなる短縮や入院医療の外来へのシフトが進む中では、急性期病床のニーズは減少する可能性があります。

平成 16 年に現臨床研修制度が始まり、医師たちが行きたがらないへき地の病院などで医師の数が急速に減りはじめ、「医師の偏在問題」が起き、地方ではことに外科系診療の集約化が起きました。また、「症例数と医療の質（例えば医療安全）は相関する」と言われます。米国メイヨークリニックやスタンフォード大学等の共同研究から、膝関節置換術や結腸切除術（開腹と腹腔鏡）の事例を用いて、年間の症例数が少ないほど合併症の発症率が高まる結果を示しました。これらを総合的に考慮すると、自然と「病院の統合による症例の集約化」が今後の重要な選択肢の 1 つになってくる可能性があります。

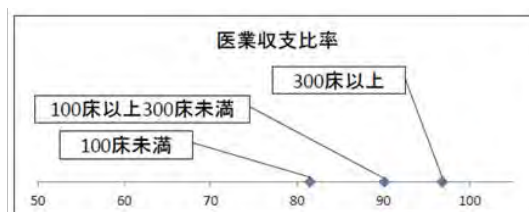
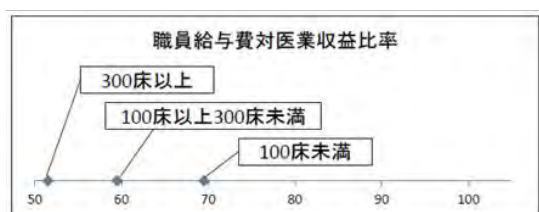
◇ ダウンサイジングへの検討

- ・ 病院の収益額の構成比率は、入院(7割)／外来(3割)となり、入院患者数が減少することはそのまま収益額の低下を意味します。
- ・ 在院日数短縮(平成24年度 16.2日 → 28年度 15.3日)により入院単価は上昇しますが、新規入院患者が確保できるかが課題となります。
- ・ 医療機関は労働集約型産業であります。たとえ患者がいなくても、医師や看護師などは規定人数が定められており、簡単に人員の整理などは行えません。また、看護師数が減少すれば、入院基本料が低額になり、収入減に直結します。
- ・ ダウンサイジングにより収益額が減少します。その減収額以上に費用が削減できなければダウンサイジングは成功しないことになります(プラン期間中では不可能)。

(参考) 平成25年度決算主な指標の病院数の分析(病床規模別中央値)

公立病院経営改革事例集(平成28年3月 総務省自治財政局準公営企業室)

- ・ 経常収支比率は病床規模に関わらず、概ね100%前後に集中
- ・ 医業収支比率は、病床規模が大きいほど高い傾向
- ・ 病床利用率は全体にばらつきがある。
- ・ 職員給与費対医業収支比率は、病床規模が大きいほど低い傾向



(参考) 看護基準7対1以外の小規模病院の選択

「小規模病院の経営環境について」福祉医療機構 2016年11月11日 リサーチレポートより引用

専門特化病院と収支の関係をみると、小規模病院の6割弱が専門特化病院でした。非専門特化病院と比較し業況は良好でした。

当院の入院状況では、在院日数は比較的良好にコントロールされています。また、実患者数(集患)も整形外科で得られているので、経営の安定には整形外科の高稼働は必須になります。また、整形外科医師が確保されていることで、地域の救急医療を大きく支えていると言えます(結果、急性期病院機能を支えている)。しかし、地域の高齢者層、地域医療を守ることを第一に考えると、内科医師の不足は最重要課題であります。

当院のような看護基準7対1の要件維持が厳しい状況においては、地域ニーズの充足と持続可能な経営を両立させる方法を探ることが求められます。よって、現機能のまま、整形外科の充実と、内科医を確保して(集患につながる)経営していくことが、何よりも効率が良いと考えます。

- ・ 急性期病床(看護基準10対1)92床 現機能維持
- ・ 内科、整形外科を中心とした診療体制の維持
- ・ 地域包括ケア病棟の活用、併設老人保健施設いこいとの連携

Ⅳ 地域医療構想を踏まえた役割の明確化

1 地域医療構想を踏まえた国保依田窪病院の果たすべき役割

当院の役割として、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になります。また、中核施設群（基幹病院）の連携による地域ネットワークを構築し、周辺施設との連携の中で地域全体の医療の質に責任を持つことが使命と考えます（搬送体制の確立、高難度症例の分担、診断治療のサポート等）。

- ① 構成自治体の国保直営診療施設として1次医療を実践します。
- ② 救急告示・病院群輪番制参加医療機関として、2次医療を中心とします。
（緊急・救急医療及び整形外科分野における高度医療等）
- ③ 地域の保健・福祉・医療の中核的役割（老人保健施設の併設）を果たします。
- ④ 回復期（亜急性期）患者の受け入れ。地域包括ケア病棟の4つの機能を有効に使用します。
- ⑤ 地域の基幹病院として管内1次医療機関との連携、地域医療連携を強化します。

平成37年（2025年）における当該病院の具体的な将来像

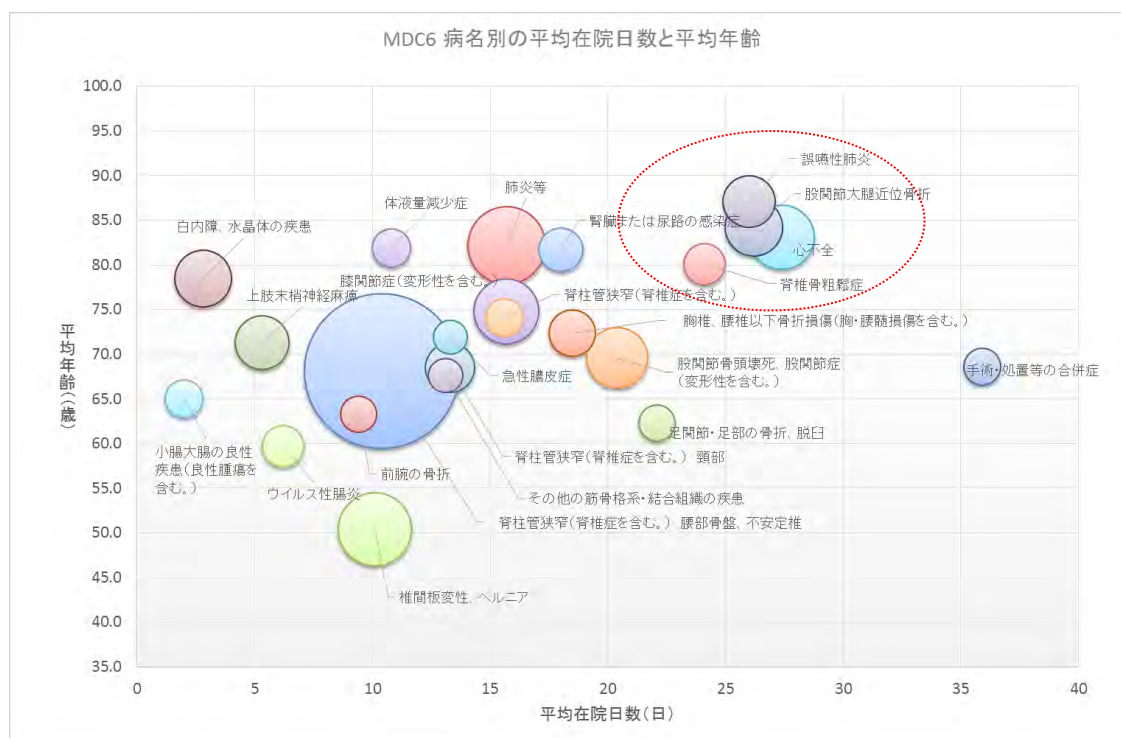
2025年以降入院需要は漸減が想定されます（その他特記事項参照）が、介護需要の増加が予想されます。急性期病床の一部をダウンサイズ、もしくは地域包括ケア病床、療養病床に変換し、多機能な病棟運営を戦略的に進める必要があります。

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

自治体病院の存在意義として、地域の医療課題に対応した医療を行うことや適切な医療費で適切な医療を行うことがあげられますが、バッファの役割を担い、社会的課題を解決する必要があります。平均在院日数が短縮している現在、高齢者などが安心して在宅で暮らすためには、訪問診療及び看護体制の充実と平成26年10月に開設した「地域包括ケア病棟（39床）」、および併設の「老人保健施設いこい」のフル活用が有効と考えます。地域包括ケア病棟は、病床機能報告制度の分類に従うと、高度急性期・急性期機能は「従来型医療」であり、回復期・慢性期機能は「生活支援型医療」に該当します。急性期・回復期機能を持つ地域包括ケア病棟が非常に重要で、地域包括ケアシステムの要は地域包括ケア病棟と老人保健施設いこいの運用にかかっていると言えます。

地域包括ケア病棟では、看護体制を強化（13対1から10対1に）し、重症度の高い患者の受入れを積極的に行います。そして、老人保健施設いこいでは、通所リハビリテーションの役割と機能を充実させ、活動と参加に焦点を当てたりハビリテーションを推進、強化し自立した在宅生活が継続できるよう支援します。

在院日数が長い疾患としては、心不全（平均年齢83.1歳、平均在院日数27.4日）、誤嚥性肺炎（87.1歳、26.0日）、股関節大腿骨近位骨折（84.2歳、26.2日）、脊椎骨粗鬆症（80.1歳、24.1日）、肺炎等（82.2歳、15.7日）があげられます（図-4の赤丸部分）。平均年齢も他の疾患に比べて高いので、病状の経過や退院支援に日数がかかることは想像ができます。これらの患者さんに地域包括ケア病棟へ転棟していただくことで、余裕をもって療養と退院支援の提供ができるようになります。



図ー4 MDC6 病名別の平均在院日数と平均年齢(バブルの大きさは患者数)

* MDC6 : MDC6 (DPC コードの上 6 桁) で分類した傷病名です。DPC コードとは、14 桁の数字で表現されます。その 14 桁の数字の事を診断群分類番号と言います。最初の 2 桁が MDC (主要診断群)、次の 4 桁が傷病名を表す数字です。続けて入院種別、年齢・出生時体重、手術、処置、副傷病、重症度で構成されています。

3 一般会計負担の考え方 (繰出基準の概要)

- ① 施設用地については、所在市町で確保し無償で貸与されます。
- ② 一般会計における経費負担については、地方公営企業法に基づき、毎年、総務省より通知される地方公営企業繰出金項目に基づく繰出基準により、市町と病院が協議を行い決定します。
- ③ 基本施設整備 (建物、医療機器等) に係る起債元利償還金については構成市町が負担します。
- ④ 上記のほか、政策医療分、経営基盤強化分として、必要に応じた繰入を行います。

一般会計繰出金の項目及び繰出の基準

項目	趣旨	繰り出しの基準
病院の建設改良に要する経費	病院の建設改良費について一般会計が負担するための経費である。	病院の建設改良費 (当該病院の建設改良に係る企業債及び国庫 (県) 補助金等の特定財源を除く。以下同じ。) 及び企業債元利償還金 (PFI 事業に係る割賦負担金を含む。以下同じ。) のうち、その経営に伴う収入をもって充てることができないと認められるものに相当する額 (建設改良費及び企業債元利償還金の 2 分の 1 (ただし、平成 14 年度までに着手した事業に係る企業債元利償還金にあっては 3 分の 2) を基準とする。) とする。
不採算地区病院の運営に要する経費	不採算地区病院の運営に要する経費について、一般会計が負担するための経費である。	不採算地区病院 (許可病床数 150 床未満 (感染症病床を除く。)) であって、最寄りの一般病院まで到着距離が 15 キロメートル以上であるもの又は直近国勢調査に基づく当該公立病院の半径 5 キロメートル以内の人口が 3 万人未満のものその他の「公立病院に係る財政措置取扱いについて」(平成 27 年 4 月 10 日付け総財準第 61 号。以下「財政通知」という) で定めるもの) の運営に要する経費のうち、その経営に伴う収入をもって充てることができないと認められるものに相当する額とする。

項目	趣旨	繰り出しの基準
リハビリテーション医療に要する経費	リハビリテーション医療の実施に要する経費について、一般会計が負担するための経費である。	リハビリテーション医療の実施に要する経費のうち、これに伴う収入をもって充てることができないと認められるものに相当する額とする。
救急医療の確保に要する経費	救急医療の確保に要する経費について、一般会計が負担するための経費である。	ア 救急病院等を定める省令(昭和39年厚生省令第8号)第2条の規定により告示された救急病院(以下「救急告示病院」という。)又は「救急医療対策の整備事業又は「救急医療対策の整備事業について」(昭和52年7月6日付け医発第692号)に基づく救命急センター若しくは小児救急医療拠点病院事業若しくは小児救急医療支援事業を実施する病院における医師等の待機及び空床確保等救急医療に必要な経費に相当する額とする。
高度医療に要する経費	高度な医療で採算をとることが困難であっても、公立病院として行わざるを得ないものの実施に要する経費について、一般会計が負担するための経費である。	高度な医療の実施に要する経費うち、これに伴う収入をもって充てることができないと認められるものに相当する額とする。
院内保育所の運営に要する経費	院内保育所の運営に要する経費について、一般会計が負担するための経費である。	院内保育所の運営に必要な経費のうち、その運営に伴う収入をもって充てることができないと認められるものに相当する額とする。
公立病院附属診療所の運営に要する経費	公立病院附属診療所の運営に要する経費について、一般会計が負担するための経費である。	公立病院附属診療所の運営に要する経費のうち、その経営に伴う収入をもって充てることができないと認められるものに相当する額とする。
経営基盤強化に要する経費		
(1) 医師及び看護等の研究研修に要する経費	医師及び看護等の研究研修に要する経費の一部について繰り出すための経費である	医師及び看護等の研究研修に要する経費の2分1とする。
(3) 病院事業会計に係る共済追加費用の負担に要する経費	病院事業会計に係る共済追加費用の負担に要する経費の一部について繰り出すための経費である。	当該年度の4月1日現在職員数が地方公務等共済組合法長期給付に関する施行法(昭和37年法律第153号。以下「施行法」という)の施行日における職員数に比して著く増加している病院事業会計(施行法の日以降に事業を開始した病院会計含む。)に係る共済追加費用の負担額の一部とする。
(4) 公立病院改革の推進に要する経費	「公立病院改革の推進について」(平成27年3月31日付け総財準第 日付け総財準第59号)に基づく新公立病院改革プラン(以下「新改革プラン」という。)の実施に伴い 必要な経費の一部について繰り出すための経費である。	① 新改革プランの策定並びに実施状況の点検、評価及び公表に要する経費とする。
(5) 医師確保対策に要する経費		
ア 医師の勤務環境改善に要する経費	公立病院に勤務する医師の勤務環境の改善に要する経費の一部について繰り出すための経費である。	国家公務員である病院等勤務医師について講じられる措置を踏まえて行う公立病院に勤務する医師の勤務環境の改善に要する経費のうち、経営に伴う収入をもって充てることが客観的に困難であると認められるものに相当する額とする。
イ 医師の派遣を受けることに要する経費	公立病院において医師の派遣を受けることに要する経費について繰り出すための経費である。	公立病院において医師の派遣を受けることに要する経費とする。
その他		
地方公営企業職員に係る基礎年金拠出金に係る公的負担に要する経費	地方公営企業の経健全化に資するため、職員に係る基礎年金拠出に係る公的負担に要する経費の全部又は一部について繰り出すための経費である。	ア 繰出しの対象となる事業は、地方公営企法の全部又は一部を適用している事業で、前々年度において経常収益(基礎年金拠出金に係る公的負担に要する経費として一般会計から当該事業に係る特別会計に繰り入れられた額を除く。)の経常費用に対する不足額(以下「経常収支の不足額」という。)を生じているもの又は前年度において繰越欠損金があるものとする。 イ 繰出しの基準額は、アの事業の職員に係る基礎年金拠出金に係る公的負担額(前々年度における経常収支の不足額又は前年度における繰越欠損金のいずれか多い額を限度とする。)とする。
地方公営企業職員に係る児童手当に要する経費	地方公営企業職員に係る児童手当法(昭和46年法律第73号)に規定する児童手当の給付に要する経費の一部について繰り出すための経費である。	繰出しの対象となる経費は、次に掲げる地方公営企業職員に係る児童手当の給付に要する経費の合計額とする。 ア 3歳に満たない児童に係る給付に要する経費(ウに掲げる経費を除く。)(15分の8 イ 3歳以上中学校修了前の児童に係る給付に要する経費(ウに掲げる経費を除く。) ウ 児童手当法附則第2条に規定する給付に要する経費

4 医療機能・医療品質等、指標にかかる数値目標の設定

表ー7 医療指標等に係る数値目標

1)医療機能・医療品質に係るもの	26年度 (実績)	27年度 (実績)	28年度 (見込み)	29年度	30年度	31年度	32年度
救急事件数(件)	510	589	590	590	590	590	590
地域包括ケア病棟在宅復帰率(%)	95.8	97	96.1	97.1	97.1	97.1	97.1
後発医薬品指数(%)	63.43	73.99	80.00	80.00	80.00	80.00	80.00
平均在院日数(日)	15.4	14.3	15.3	14.2	14.2	14.2	14.2
2)その他	26年度 (実績)	27年度 (実績)	28年度 (見込み)	29年度	30年度	31年度	32年度
患者満足度(%)	95.5	92.3	95.5	95.5	95.5	95.5	95.5
紹介率(%)	21.3	31.1	32.3	33.0	33.0	33.0	33.0
逆紹介率(%)	16.4	20.4	20.5	21.0	21.0	21.0	21.0

- ・ 救急医療体制を維持し、救急患者の受け入れを行い、不応事例の減少に努めます。
- ・ 地域連携室、入退院支援センターを中心として、高度急性期病院、地域の診療所との連携強化により、紹介・逆紹介率を向上させるとともに、地域包括ケア病棟を有効に使い、平均在院日数の短縮を図ります。

5 住民の理解のための取り組み

- ・ 住民代表や病院内外の有識者を委員とする検討会により今後の方向性を協議します。具体的には、病院モニター制度をより充実させ、医療サービスの向上や病院経営に反映させます。また、住民アンケートの実施、パブリックコメントなどの意見公募を行い、住民意見を適切にプランに反映します。また、十分な情報発信を行いながら、地域住民の理解が得られるよう努めていきます。
- ・ 経営改善の方法として、人件費抑制の観点から病床縮小が検討されます。しかし、病床機能によって人的要因は規定されますので、当院が地域からどのような機能が求められているか議論する必要があります。

○ 住民懇談会の開催（平成 28 年 6 月 3 地区にて）

新公立改革プランを策定するにあたり、現在の病院の状況を説明し、住民皆さまから広くご意見をいただきたく、住民懇談会を開催しました。大変貴重なご意見、ご質問をいただきましたが、求められる機能として、「かかりつけ医機能」、「緊急・救急医療体制」、「在宅医療の充実」の3つが確認されました。

この機能を安定提供することを目指し、地域包括ケアシステムの構築に貢献するとともに、地域住民が安心して暮らすことのできる医療環境の整備を図っていきます。

V 経営の効率化

1 経営指標に係る数値目標

◇ 経常収支比率に係る目標設定の考え方

- ・ 平成 27 年度実績で、1 人あたりの入院収益 46,510 円と高い水準にあります。平成 23 年度以降病床利用率は落ち込んでいますが、各診療科の努力により対出来高増収率は高い値で伸びています。
- ・ 医業収支比率について、同規模黒字病院の平均値（91.5%）を超えるレベルに、平成 32 年度で到達することを目標にした収支計画です。

- ・平成32年の黒字化は、収益面では入院収益の増加、費用面では経費の削減に加え、設備投資計画を見直し、減価償却費の平準化を図ることで達成させます。
- ・当面は、一般病床131床（休床9床）での運営体制を維持し、平成32年度には病床利用率78%台を目指すことで健全経営を図りますが、県の地域医療構想も踏まえた中で、併行して病床機能転換、病床縮小（ダウンサイジング）、診療科見直しについても十分なシミュレーションを行っていきます。

表－8 経営指標に係る数値目標

1)収支改善に係るもの	26年度 (実績)	27年度 (実績)	28年度 (見込み)	29年度	30年度	31年度	32年度
経常収支比率(%)	90.6	93.4	105.6	100.0	101.7	100.2	100.1
医業収支比率(%)	84.9	87.9	94.0	88.4	91.7	93.5	93.5
2)経費削減に係るもの	26年度 (実績)	27年度 (実績)	28年度 (見込み)	29年度	30年度	31年度	32年度
材料費の対料金収入比率(%)	20.4	18.8	18.8	20.4	18.5	18.5	18.5
保守・委託費の対料金収入比率(%)	7.6	7.0	6.7	6.5	6.4	6.3	6.2
経費の対料金比率(%)	17.1	15.9	15.0	16.9	16.3	16.2	16.1
3)収入確保に係るもの	26年度 (実績)	27年度 (実績)	28年度 (見込み)	29年度	30年度	31年度	32年度
1日当たり入院患者数(人)	103.0	95.8	104.5	101.1	101.9	102.4	102.9
1日当たり外来患者数(人)	278.1	283.6	267.8	273.0	273.0	273.0	273.0
病床利用率(%)	77.9	73.3	79.8	78.3	78.9	79.3	79.7
患者1人1日当たり診療収入(入院)	44,930	46,510	46,520	47,500	47,500	47,500	47,500
患者1人1日当たり診療収入(外来)	9,380	9,460	9,520	9,580	9,580	9,580	9,580

2 目標達成に向けた具体的な取り組み

(1) 民間手法の導入

- ・「コンサル視点」で病院経営支援システム・ツールを使用し、DPCデータ、その他の院内データの分析結果が視覚化され、経営指標の共有を図ります。
- ・平成30年度から地方公営企業法全部適用への移行に向けて検討します。

(2) 事業規模・事業形態の見直し

- ・「権限と責任の一体性」をより明確化し、迅速な意思決定、柔軟な対応・情報伝達によるスピード感ある経営のための組織改革を行う必要があります。
- ・平成28年に「経営企画室」を立ち上げ、経営形態の見直しも含め、幅広く経営健全化について検討していきます。その中では、地域に必要とされる医療を継続的かつ安定的に提供していくために、経営責任と病院のあり方の明確化、職員への意識改革、収益の確保、再編・ネットワーク化など、課題解決に向けた経営形態を検討していくことが必要です。
- ・全職員が当院設立の趣旨と目的(地域医療)の重要性を十分理解した上で、各部署に費用対効果を最大限見積もり、常に見直し(委託業務、材料購入、人事(業務)管理)を前提に業務にあたります。

(3) 経費削減・抑制対策

- ・SPDシステムを利用して在庫品管理の徹底、遊休品・死蔵品の発生防止と在庫量の適正化を図ります。
- ・全職員のコスト意識の高揚を図り、費用対効果を最大限に考えたうえでの新たな経費削減手法の検討や情報交換等を行います。
- ・各職場での業務量等を把握し直し、職員配置及び委託業務部門の見直しを行います。
- ・能力成果主義に基づく給与体系を再構築し、級別職務分類表、諸手当の見直し等を行います。

- ・ 機器、物品、薬剤等購入事務手続き及び保守業務の効率化によりコスト削減を図ります。
- ・ 薬剤については、メーカー直販による薬価差益の見直しを検討します。
- ・ 光熱水費、ランニングコスト等の現状を把握のうえ見直し、削減を図ります。

(4) 収入増加・確保対策

- ・ 診療体制の充実(患者ニーズを考慮した診療体制、小児科入院受入れ、医師の確保、訪問診療の取り組みなど)に引き続き努力します。
- ・ 時間外救急体制の強化を図ります(平成 28 年 2 月より、診療放射線技師および臨床検査技師の 20 時までの勤務を試験的に開始し、時間外救急診療体制の向上を図る)。
- ・ 外来部門の院内環境整備(外来患者の診療待ち時間、トイレなど設備の改修等)を行い、患者満足度の向上を図ります。
- ・ 入退院支援センターと連携し、入院前検査、栄養食事指導への積極的な取り組みを行います。
- ・ 現状の逆紹介・返書フローの見直し(紹介、逆紹介率の向上を図る)を行い、地域医療連携を推進します。
- ・ 医師の確保対策を推進します(研修施設としての登録、医師の派遣を大学や県等へ強力に要望、等)。
- ・ 看護師確保を計画的に行い、看護施設基準 10 対 1 を維持します。
- ・ ベッドコントロールチーム会を設置(平成 28 年 2 月より)し、効率的なベッドコントロールを行い、患者が速やかに入院できるように病床の効果的な運用に努めます。また、稼働や空床状態に合わせて連携のスタイルを変える必要があります。ベッドコントロールチーム会は、患者受け入れの実態をチェックし、問題点を洗い出し現場へ指示を出せるような機能を目指します。
- ・ 機能評価係数Ⅱアップの取り組み、外来患者の確保を図ります。
- ・ 健診業務の拡充(PR、適正人員配置と効率の見直し、医師や技師の確保)を図ります。
- ・ 近隣市町村患者のモビリティの確保について検討します(資料 2 参照 公共交通機関の利用状況)。
- ・ 駐車場利用者のための患者サポートサービス(平成 28 年 9 月開始)を継続します。

(5) その他(マネージメントの強化等の取り組み)

- ・ 企画・経営管理部門の設置と役割の充実を図ります。
新改革プランの実現に向けた進捗管理体制の構築
目標の実現に向けて、進捗管理を定期的に行う。評価資料を作成し、情報を共有することで、全職員に改革プランの浸透を図り、経営に対する意識を高める。
- ・ 新人事評価制度の中で、目標管理を行い、人材育成と組織活性化を目指します。
平成 28 年度から、医師を含めた人事評価制度を再構築し、職員個人の成長を高める中で、職員のやりがいにつながる人材育成に取り組み、組織力の向上を図る
- ・ 中・長期的な実施計画の作成、医師や医療従事者、患者満足度の高い設備を計画に整備します。

Ⅵ 再編・ネットワーク化に係る計画

◇ 二次医療又は構想区域内の病院等配置の現況

- ・ 上小二次保健医療圏は、上田市、東御市、長和町、青木村で構成され、一般病院 13、有床診療所 11、診療所 115 が存在します。
- ・ 主な一般病院は信州上田医療センター（独立行政法人国立病院機構立 420 床 上田市）、当院（長和町・上田市一部事務組合立 140 床 長和町）、東御市民病院（東御市立 60 床）の他に鹿教湯三才山リハビリテーションセンター鹿教湯病院（J A長野厚生連立 一般 52 床、回復期リハ 196 床、療養 181 床 上田市）、丸子中央病院（医療法人立 一般 150 床、療養 147 床 上田市）、上田市内所在の医療法人立病院 7 施設、精神科病院（3 施設 456 床 上田市、101 床 東御市）等が主な病院として存在しています。
- ・ 上小医療圏の特徴は、高度急性期や急性期については佐久医療圏をはじめとして周囲の医療圏に流出する傾向が強いが、慢性期の患者は流入している傾向にあります。脳卒中医療について佐久と上小間の機能分担があり、上小医療圏では主として回復期を担っています。2 次救急対応、小児の入院、がん入院の医療提供量が少ない状況です（資料 1 参照）。
- ・ 第 6 回長野県医療審議会地域医療構想策定委員会（平成 29 年 2 月 10 日開催）の資料によると、一般病床数については、2025 年度の必要病床数 1,764 床、既存稼働病床数 1,999 床（既存病床数 2,230 床）、差引 235 床の過剰となっています（資料 1 参照）。
- ・ 入院需要について：上小医療圏の高齢者人口は 2025 年には減少に移ります（85 歳以上は増加持続）が、入院需要は増加する試算です（平成 23 年時点の受療率で試算すれば 2035 年までは需要が維持される）。しかし、各年齢階級で在院日数は短縮傾向（12 年間でマイナス 4.4%、各 5 年間で 5%短縮が想定される）なので、在院日数漸減をふまえると入院需要は 2025 年以降徐々に減少が予想されます。

◇ 当該病院に係る再編・ネットワーク化計画の概要

- ・ 地理的・立地的条件や地域で唯一の入院機関であるなど当院におかれている現状・役割から、近隣医療機関との統合・再編は考えにくい状況です。しかし、中核施設群（基幹病院）の連携による地域ネットワークの構築・推進は必要です。
- ・ 当然ながら、当院の規模からして、すべての医療サービスを提供することには限界があり、いくつかの病院を再編し集約化を図ることや各医療機関の連携などを含めて、関係機関相互において二次保健医療圏を視野に入れた地域全体で再編・ネットワーク化について検討する必要があります。
- ・ さらに病病連携、病診連携、介護保険施設との連携を強化します。
- ・ 地域連携室、入退院支援センターのスタッフや機能の強化を図り、紹介率の向上や逆紹介の推進に取り組みます。

Ⅶ 経営形態の見直し

病院経営健全化を検討する会議「経営企画会議」を設立し、経営形態の見直しも含め幅広く健全化について検討します。

見直しの方向性として、地方公営企業法全部適用への移行を考慮し、再編・ネットワーク化と併せて協議を行う必要があるため、平成 29～30 年度を目標にその概要と講じるべき措置について方向性を導き出すよう検討を進めます。

Ⅷ 点検・結果・公表

1 点検・評価・公表等の体制

「病院事業経営改革有識者会議（仮称）」において、毎年度の決算とあわせて改革プランの取り組み状況の点検・評価を行います。また、改革プランの進捗状況の把握のため実績数値等をまとめて、毎月開催する運営委員会、診療部会議等へ報告し、経営改善に取り組めます（達成度、効果等の評価、未達事項の対策・新規項目の追加等の取り組み）。

2 点検・評価の時期

病院事業経営改革有識者会議での審議を経て、毎年度 12 月末までに公表します。

3 公表の方法

広報誌やホームページで公表します。

Ⅹ 収支計画

1 収支計画（収益的収支）

（単位：百万円、％）

年度		26年度(実績)	27年度(実績)	28年度(見込)	29年度	30年度	31年度	32年度
区分								
収入	1. 医 業 収 益 a	2,612	2,522	2,636	2,669	2,684	2,705	2,716
	(1) 料 金 収 入	2,417	2,335	2,416	2,442	2,455	2,474	2,483
	(2) そ の 他	195	187	220	227	229	231	233
	うち他会計負担金	40	40	75	77	77	77	77
	2. 医 業 外 収 益	306	281	464	451	392	289	285
	(1) 他会計負担金・補助金	242	222	409	391	350	254	250
	(2) 国（県）補助金	4	4	4	3	3	3	3
	(3) 長期前受金戻入	27	28	28	28	12	5	5
	(4) そ の 他	33	27	23	29	27	27	27
	経 常 収 益 (A)	2,918	2,803	3,100	3,120	3,076	2,994	3,001
支出	1. 医 業 費 用 b	3,077	2,868	2,805	3,020	2,926	2,894	2,904
	(1) 職 員 給 与 費 c	1,901	1,797	1,742	1,874	1,897	1,880	1,883
	(2) 材 料 費	493	439	454	497	454	458	459
	(3) 経 費	413	372	362	413	401	400	399
	(4) 減 価 償 却 費	263	254	240	228	168	150	156
	(5) そ の 他	7	6	7	8	6	6	6
	2. 医 業 外 費 用	145	133	131	100	97	94	94
	(1) 支 払 利 息	48	45	42	40	37	34	34
	(2) そ の 他	97	88	89	60	60	60	60
	経 常 費 用 (B)	3,222	3,001	2,936	3,120	3,023	2,988	2,998
経 常 損 益 (A)-(B) (C)		▲ 304	▲ 198	164	0	53	6	4
特別損益	1. 特 別 利 益 (D)							
	2. 特 別 損 失 (E)	8	10	2	8	8	8	8
	特 別 損 益 (D)-(E) (F)	▲ 8	▲ 10	▲ 2	▲ 8	▲ 8	▲ 8	▲ 8
純 損 益 (C)+(F)		▲ 312	▲ 208	162	▲ 8	45	▲ 2	▲ 4
累 積 欠 損 金 (G)		1,518	1,726	1,564	1,572	1,527	1,529	1,533
不良債務	流 動 資 産 (ア)	727	599	813	900	1,022	1,090	1,169
	流 動 負 債 (イ)	289	272	249	285	285	286	287
	う ち 一 時 借 入 金							
	翌 年 度 繰 越 財 源 (ウ)							
	当 年 度 同 意 等 債 で 未 借 入 又 は 未 発 行 の 額 (エ)							
差引 不 良 債 務 (オ) [(イ)-(エ)] - [(ア)-(ウ)]								
経 常 収 支 比 率 $\frac{(A)}{(B)} \times 100$		90.6	93.4	105.6	100.0	101.7	100.2	100.1
不 良 債 務 比 率 $\frac{(オ)}{a} \times 100$								
医 業 収 支 比 率 $\frac{a}{b} \times 100$		84.9	87.9	94.0	88.4	91.7	93.5	93.5
職 員 給 与 費 対 医 業 収 益 比 率 $\frac{c}{a} \times 100$		72.8	71.3	66.1	70.2	70.7	69.5	69.3
地方財政法施行令第15条第1項 により算定した資金の不足額 (H)								
資 金 不 足 比 率 $\frac{(H)}{a} \times 100$								
病 床 利 用 率		77.9	73.3	79.8	78.3	78.9	79.3	79.7

2 収支計画（収益的収支）

（単位：百万円、％）

年度		26年度(実績)	27年度(実績)	28年度(見込)	29年度	30年度	31年度	32年度
区分								
収	1. 企 業 債	95	49	27	75	75	75	375
	2. 他 会 計 出 資 金							
	3. 他 会 計 負 担 金	179	180	173	152	122	122	122
	4. 他 会 計 借 入 金							
	5. 他 会 計 補 助 金	1	2	0	3	1	0	1
	6. 国（県）補助金							
	7. そ の 他	1	1	5	6	2	2	2
入	収 入 計 (a)	276	232	205	236	200	199	500
	うち翌年度へ繰り越される							
	支出の財源充当額 (b)							
	前年度許可債で当年度借入分 (c)							
支	純計(a)－[(b)+(c)] (A)	276	232	205	236	200	199	500
	1. 建 設 改 良 費	92	61	33	79	80	80	380
	2. 企 業 債 償 還 金	319	321	306	263	201	196	190
	3. 他 会 計 長 期 借 入 金 返 還 金							
	4. そ の 他	5	6	8	7	6	6	6
	支 出 計 (B)	416	388	347	349	287	282	576
	差 引 不 足 額 (B)－(A) (C)	140	156	142	113	87	83	76
補	1. 損 益 勘 定 留 保 資 金	140	156	142	113	87	83	76
	2. 利 益 剰 余 金 処 分 額							
	3. 繰 越 工 事 資 金							
	4. そ の 他							
財	計 (D)	140	156	142	113	87	83	76
	補てん財源不足額 (C)－(D) (E)	0	0	0	0	0	0	0
源	当 年 度 同 意 等 債 で 未 借 入							
	又 は 未 発 行 の 額 (F)							
実 質 財 源 不 足 額 (E)－(F)		0	0	0	0	0	0	0

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

3 一般会計等からの繰入金の見通し

（単位：百万円、％）

	26年度(実績)	27年度(実績)	28年度(見込)	29年度	30年度	31年度	32年度
収 益 的 収 支	(141) 274	(140) 251	(137) 472	(114) 466	(82) 425	(81) 329	(79) 325
資 本 的 収 支	(0) 180	(0) 182	(0) 173	(0) 154	(0) 123	(0) 122	(0) 122
合 計	(141) 454	(140) 434	(137) 645	(114) 620	(82) 547	(81) 451	(79) 447

（注）

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

長野県地域医療構想（案）の概要

地域医療構想策定の背景・意義

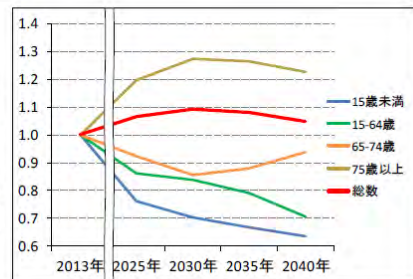
- 2025年には5人に1人が75歳以上となり少子高齢化が進展するため、誰もが住み慣れた地域で安心して暮らせる医療提供体制を長期的な視点で構築する。
- 2025年度の医療機能ごとの病床数を推計し、医療関係者が医療需要に応じた病床の機能分化・連携や医療と介護が一体となった体制づくりを進めるための方策を共有する。

第1節 地域医療構想の基本的事項

- 現行の第6次保健医療計画(平成25～29年度)の一部として追記する。

第2節 長野県の概況

- 長野県の入院患者の総数は2030年に2013年と比較して1割程度増加し、その後減少する。
また、75歳以上の入院患者数は3割程度増えると見込まれる。
- 長野県の医療提供体制は都道府県を越えた流出入の影響は少なく、ほぼ県内で医療需要を賄っている。
- 県内構想区域間においては松本・佐久区域に他の区域から高度急性期・急性期の入院患者が流入する傾向がある一方、上小区域に回復期・慢性期の入院患者が流入する傾向がある。



第3節 2025年度における医療需要と病床数の必要量等の推計

病床数の必要量の推計値が持つ意義

- 国が定めた一定の仮定等により、国の人口推計や2013年度の患者の入院受療動向を基にした推計であり、あくまで将来の医療提供体制構築に向けた参考値である。
【主な仮定】・医学的に退院可能である入院患者の一定数は、自宅や介護施設で対応
・医療の必要度が比較的低い患者は、急性期病床でなく回復期病床で対応
- 推計値が県の病床の削減目標といった性格を持つものではなく、県に稼働している病床を削減する権限もない。
- 実際の病床の整備や機能転換は、関係者が将来の医療需要の変化を共有し、それに適合した医療提供体制を構築するための自主的な取組が基本となる。

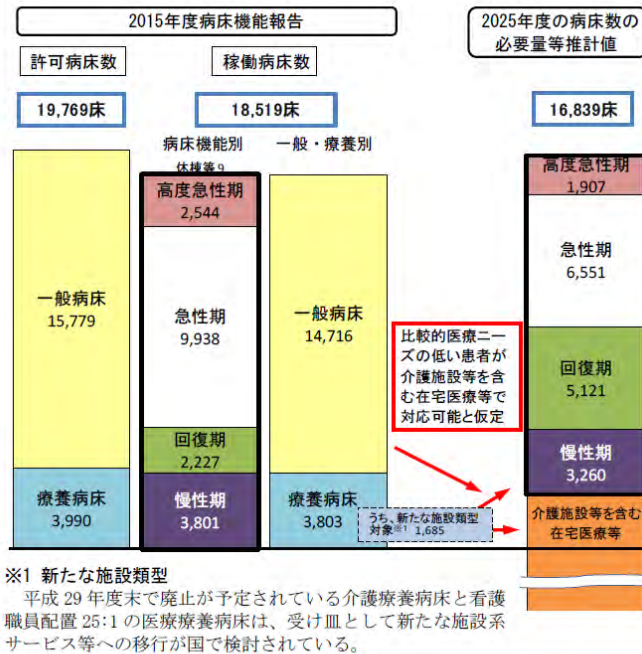
構想区域の設定

- 現行の二次医療圏を構想策定の単位となる構想区域に設定する。

将来の医療需要と病床数の必要量等の推計

- 推計は、現在の医療機関所在地に各区域からの患者流出入が続いた状態で将来の人口構造に移行すると仮定した「医療機関所在地ベース」を基本に、2014年度以降の医療機関の取組のうち、構想区域間の患者流出入に影響を与えられとされる「上小、木曽、大北、北信区域におけるがん医療充実の取組」及び「北信区域における医療療養病床の整備」を反映して推計する。

2025 年度における病床数の必要量等の推計値



○ 地域医療構想の推計に用いる機能区分は、定量的な診療報酬点数等で区分されているのに対し、病床機能報告における区分は、定性的な基準により医療機関の判断で病棟単位の報告とされているため、単純に比較することはできない。

○ 2025 年度の病床数の必要量は全県で 16,839 床と推計される。

○ 在宅医療等の必要量は 25,382 人/日と推計される。

在宅医療等※2は、現在入院中の患者のうち、医療ニーズが小さい患者は施設や自宅等での療養が可能と仮定した数を含めて推計しており、現実には、在宅医療や介護施設等の状況、国の療養病床の見直しなどを考慮し地域の関係者が自主的な取組を検討していく。

※2 在宅医療等：居宅のほか介護施設等（特別養護老人ホーム等）療養生活を営む場所で提供される医療を指す。

第4節 構想区域ごとの概況

【佐 久】

医療機能	2025年度 病床数推計値	①医療機関所在地 ②③④患者住所地	2015年度 稼働病床数	2025年度 在宅医療等 (人/日)
①高度急性期	193	193		
②急性期	733	665		
③回復期	494	477		
④慢性期	334	312		
計	1,754	1,647	2,024	2,847

(課 題)

- 回復期リハビリテーション患者の 25%程度が上小区域に流出しており、回復期機能が不足
- 地域の診療所の医師の高齢化による訪問診療を行う医師の確保

【上 小】

医療機能	2025年度 病床数推計値	①医療機関所在地 ②③④患者住所地	2015年度 稼働病床数	2025年度 在宅医療等 (人/日)
①高度急性期	98	98		
②急性期	547	615		
③回復期	696	628		
④慢性期	423	299		
計	1,764	1,640	1,999	2,341

(課 題)

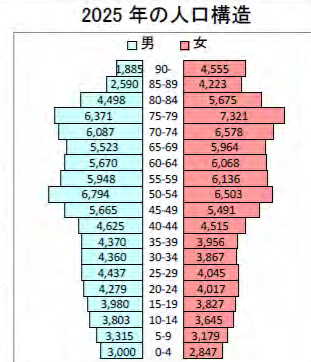
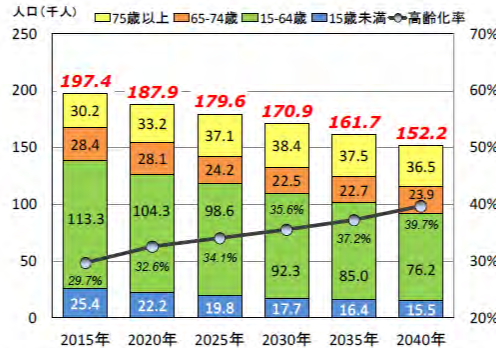
- 医療従事者の確保
- 高度急性期・急性期の一部を隣接区域が担う一方、佐久、松本、長野の回復期・慢性期の一部を上小区域が担うなど機能分担が図られているため、今後も回復期・慢性期の病床を確保

上小構想区域

上田市、東御市、長和町、青木村（4市町村）

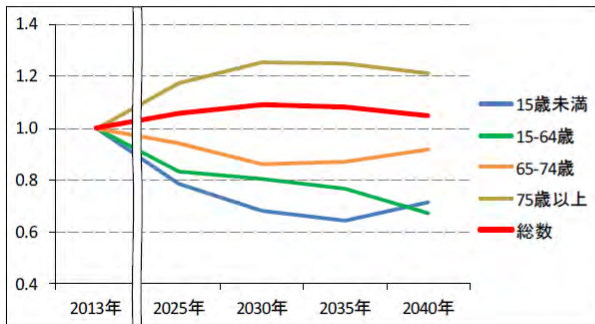
将来の人口・高齢化率の推移

- 上小区域の総人口は減少傾向にありますが、75歳以上人口は2030年頃まで増加したのち、減少に転じることが見込まれます。



資料:2015年国勢調査「人口等基本集計」、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」(2013.3月推計)より作成

区域内に住所を有する入院患者数の推移の見込み（2013(H25)年を1とした場合の変化率）



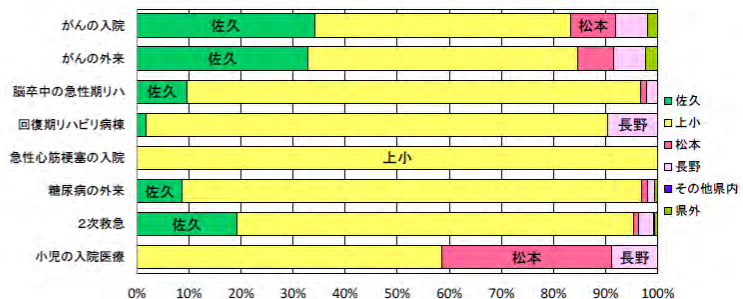
- 全体として入院患者数は2030年頃にピークを迎える見込みですが、増加は2013年から1割程度に留まる見込みです。
- 75歳未満の入院患者数は減少傾向にあります。
- 75歳以上の入院患者数は2030年頃にピークとなる見込みです。

資料:「地域医療構想策定支援ツール」(厚労省)により作成

患者の流出入の状況（2013年度診療分、国保と後期高齢のレセプトによる分析）

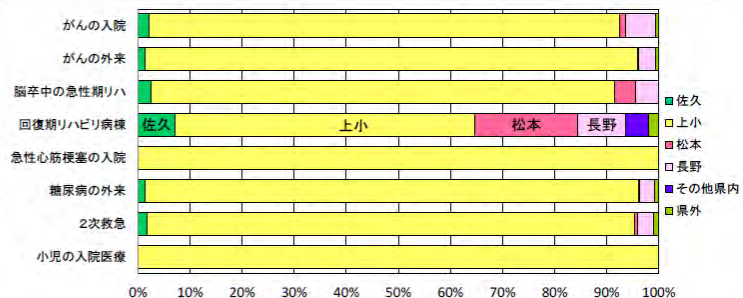
区域内居住者の受診先の所在地

- がんは、多くの患者が隣接する佐久・松本・長野の各区域に流出しています。
- 小児の入院医療は、30%が松本区域、10%が長野区域に流出しています。



区域内医療機関の受診患者の住所

- 回復期リハビリテーション病棟への入院患者は、松本区域から20%、佐久・長野区域から約10%ずつなど、多くの患者が隣接区域から流入しています。



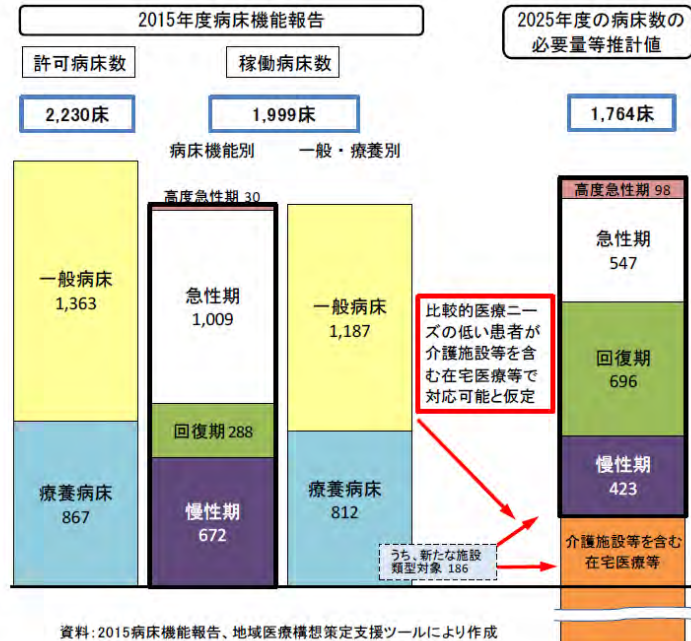
資料:「医療提供体制・受療動向分析ツール」(厚労省)により作成(対象レセプトに限られるため「地域医療構想策定支援ツール」の値とは異なります。)

2025 年度の病床数の必要量の推計

- ・2025 年度に必要と推計される病床数は1,764 床です。
- ・「高度急性期は医療機関所在地ベース、急性期・回復期・慢性期は患者住所地ベース」の場合は1,640 床です。(30 ページ参照)

＜病床機能報告による現状＞

- ・2015 年7月1日現在の許可病床数は一般病床1,363 床、療養病床867 床、合計2,230 床です。
- ・許可病床のうち、稼働している病床は一般病床と療養病床を合わせて1,999 床です。
- ・療養病床のうち、2018(H30)年度から制度的に新たな施設類型への移行対象となっている病床が186 床あります。



2025 年度の在宅医療等の必要量の推計

- ・2025 年度の在宅医療等の必要量は、1 日当たり2,341 人と、2013 年度と比べて25%増加することが見込まれます。
- ・訪問診療分の医療需要は1,127 人と見込まれます。

2013年度推計値

2025年度推計値



資料：「地域医療構想策定支援ツール」(厚労省)により推計

＜参考＞在宅医療等の提供先として想定されている施設等の整備状況（2015 年度末現在）

施設区分	床数
特別養護老人ホーム(小規模特養含む)	1,110
介護老人保健施設	799
認知症高齢者グループホーム	245
養護老人ホーム	166
ケアハウス(軽費老人ホーム)	55
有料老人ホーム	565
サービス付き高齢者向け住宅	147
生活支援ハウス・シルバーハウジング	55
合 計	3,142

医療・介護提供体制の現状と課題

(現状)

- 2013 年度(平成25 年度)現在、がん患者の約半数が佐久・松本・長野区域に流出していますが、信州上田医療センターが2016 年4 月に地域がん診療病院に指定されたことから流出の減少が見込まれます。
- 東信地区の救命救急センターが佐久区域にあることから、高度急性期の患者の一部は今後とも佐久区域へ流出する見込みです。

(課題)

- 高度急性期・急性期の一部を隣接する区域が担う一方、佐久、松本、長野区域等の回復期、慢性期の一部を上小区域が担うという機能分担が図られており、回復期・慢性期の病床については、今後とも一定の病床数を確保していく必要があります。
- 人口10 万人当たりの医療従事者数は、医師が154.8 人と10 区域の中で少ない方から3 番目、看護師が811.2 人と少ない方から2 番目となっており、医療従事者の確保が課題となっています。

医療従事者の状況

ア 人口 10 万人当たり医療施設従事医師数

○ 2014 年（平成 26 年）末時点における、長野県の二次医療圏別の人口 10 万人当たり医療施設従事医師数は、多い順に松本 346.4 人、佐久 223.8 人、諏訪 216.6 人となっています。

一方、少ない順では、木曽 117.2 人、上伊那 136.4 人、上小 154.8 人となっています。

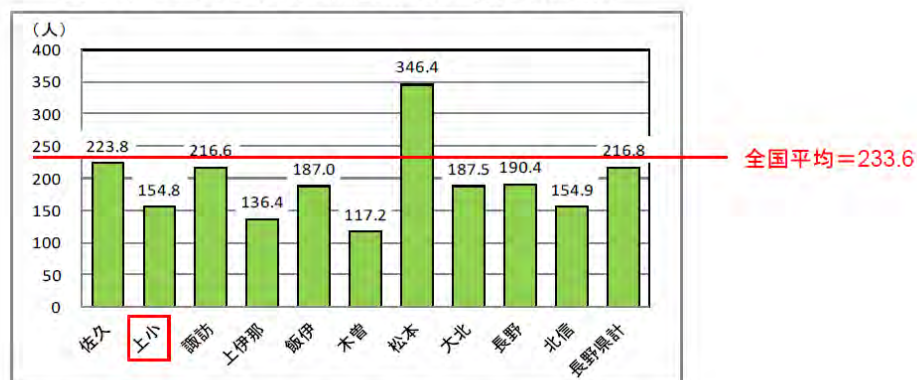
全国との比較では、松本医療圏を除く全ての二次医療圏で全国平均の数値を下回っています。

表 二次医療圏別の医療施設従事医師数

単位：人											
	区分	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信
H26 (2014)	医師数	472	306	432	253	307	34	1,480	113	1,038	138
	対人口 10 万人	223.8	154.8	216.6	136.4	187.0	117.2	346.4	187.5	190.4	154.9
	対前回	16.8	4.3	7.6	1.7	7.8	▲2.4	2.9	20.0	1.7	5.1
H24 (2012)	医師数	440	301	423	253	299	36	1,478	103	1,038	137
	対人口 10 万人	207.0	150.5	209.0	134.7	179.2	119.6	343.5	167.5	188.7	149.8

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

図 人口 10 万人当たり医療施設従事医師数（2014 年）



出典：長野県毎月人口異動調査、厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」より作成

イ 看護師等の就業者数の状況

○ 2014 年（平成 26 年）末現在の県内就業者数は 28,041 人、人口 10 万人当たりの就業者数では、保健師、助産師、看護師で全国より高く、准看護師で下回っています。なお、保健師数は全国 2 位、助産師数は全国 3 位に位置しています。

○ 各二次医療圏の人口 10 万人当たりの就業者数には、地域間の偏在が見られ、看護師数では上小、上伊那及び木曽で全国平均を下回っています。

表 二次医療圏別の人口 10 万人当たり保健師、助産師、看護師、准看護師数（2014 年）

単位：人											
	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	全国
保健師	76.3	59.2	59.7	75.5	77.4	141.3	68.3	112.9	58.5	92.0	69.5
助産師	41.3	26.8	37.6	29.1	35.9	55.1	51.5	29.9	31.0	51.6	37.8
看護師	1,110.5	811.2	1,021.7	784.1	904.5	851.1	1,110.1	1,019.0	937.1	902.3	969.1
准看護師	200.6	400.3	264.2	250.2	348.4	179.2	229.1	219.1	219.7	225.6	253.2

出典：厚生労働省「衛生行政報告例」

資料 2

バスなどの公共交通機関の利用状況把握アンケート結果

実施期間：平成27年9月14日(月)～10月2日(金) 3週間

回答数：418人

Q1. 時間帯（午前・午後）

午前 89.5%（374人）

午後 10.5%（44人）

Q2-3. 性別と年齢

男性 42%（176人）

女性 58%（242人）

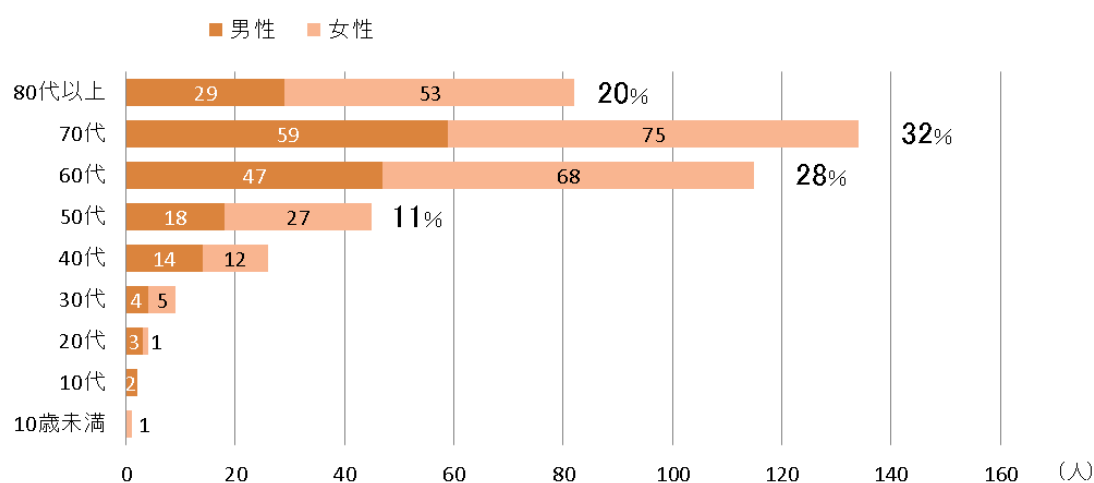


図-1 年齢と性別（帯外は全体比(%)）

Q4. 受診診療科（複数回答あり）

表-1 受診された診療科

受診科	内科	総合診療科	整形外科	外科	小児科	眼科	泌尿器科	高総合	その他	計
人数	95	13	231	18	4	34	4	3	22	424
	22.4%	3.1%	54.5%	4.2%	0.9%	8.0%	0.9%	0.7%	5.2%	100.0%

Q5-7. 住居地域と交通機関について

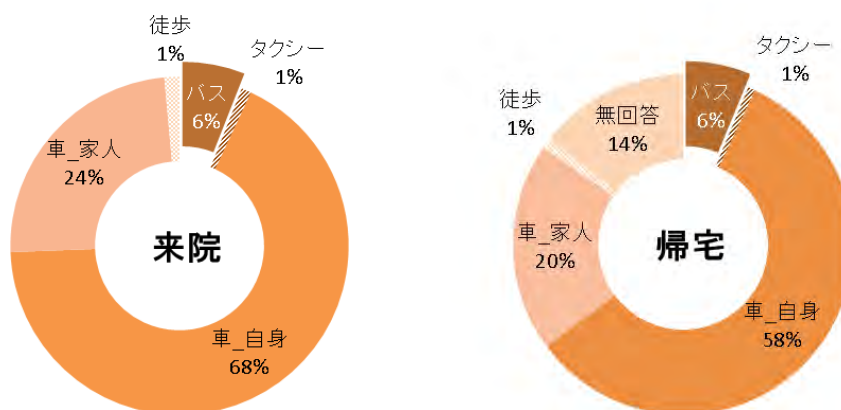


図-2 来院時・帰宅時の交通機関

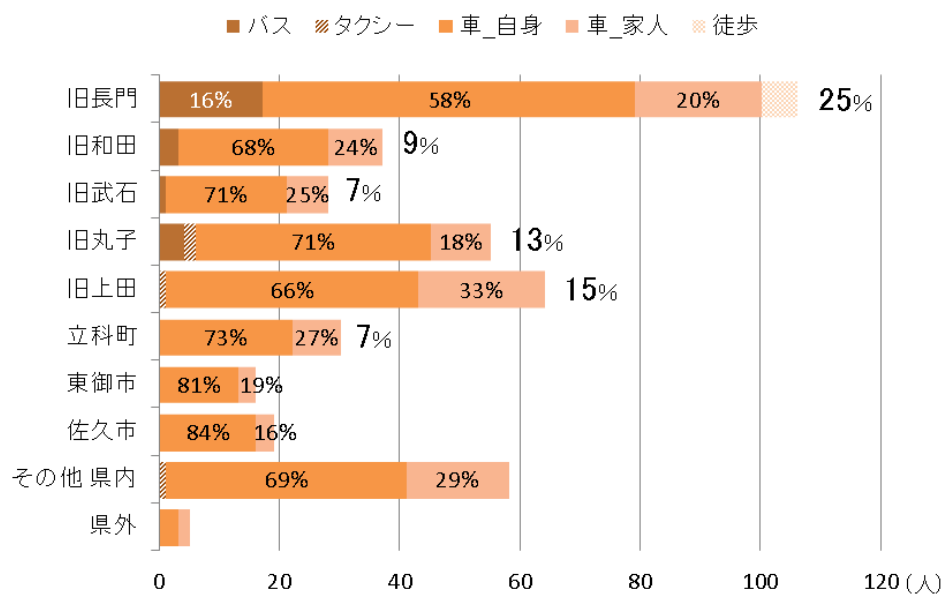


図-3 住所地域と交通機関（来院時）（帯外は全体比(%)）

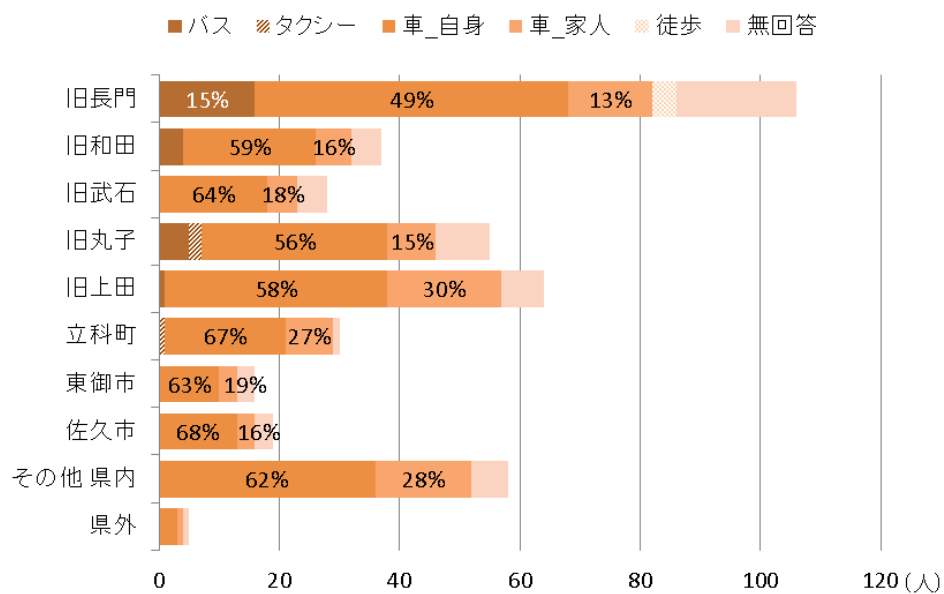


図-4 住所地域と交通機関（帰宅時）

表-2 住所地域と交通機関（来院時）

住所	バス	タクシー	車_自身	車_家人	徒歩
旧長門	17		62	21	6
旧和田	3		25	9	
旧武石	1		20	7	
旧丸子	4	2	39	10	
旧上田		1	42	21	
立科町			22	8	
東御市			13	3	
佐久市			16	3	
その他 県内		1	40	17	
県外			3	2	
計	25	4	282	101	6

表-3 住所地域と交通機関（帰宅時）

住所	バス	タクシー	車_自身	車_家人	徒歩	無回答
旧長門	16		52	14	4	20
旧和田	4		22	6		5
旧武石			18	5		5
旧丸子	5	2	31	8		9
旧上田	1		37	19		7
立科町		1	20	8		1
東御市			10	3		3
佐久市			13	3		3
その他 県内			36	16		6
県外			3	1		1
計	26	3	242	83	4	60

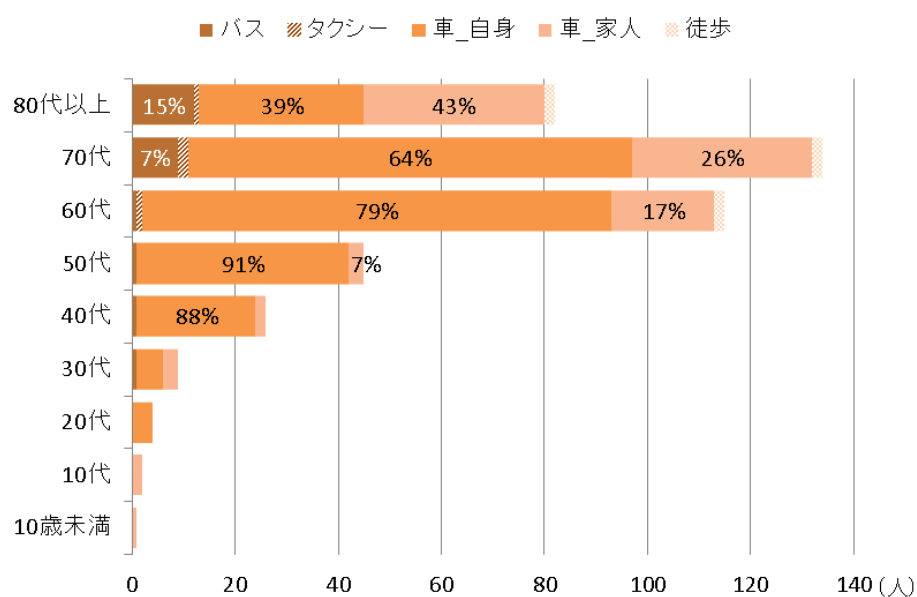


図-5 年代別と交通機関（来院時）

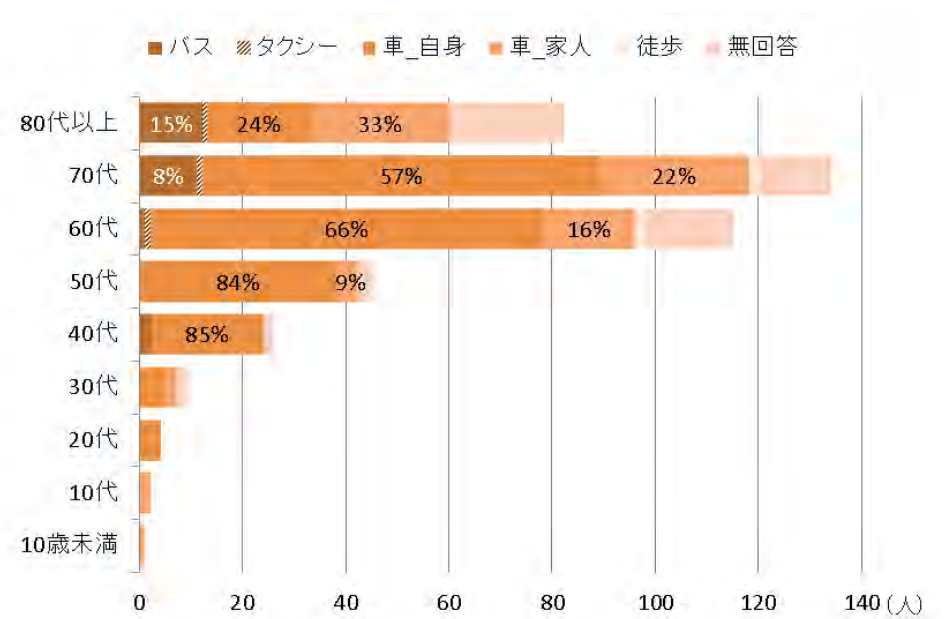


図-6 年代別と交通機関（帰宅時）

◇ 男女別集計

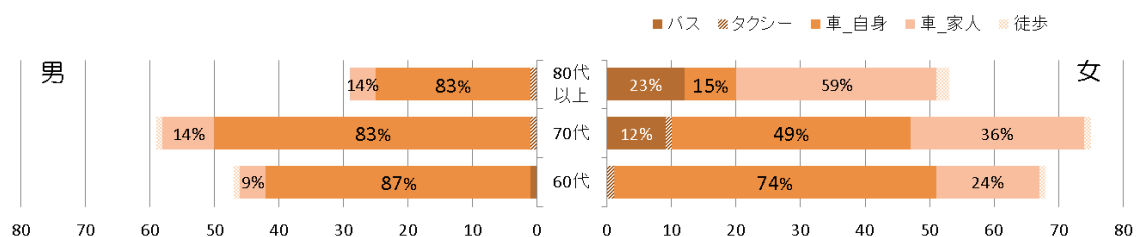


図-7 60代以上男女別と交通機関（来院時）

◇ 診療科別集計〔内科・総合診療科〕

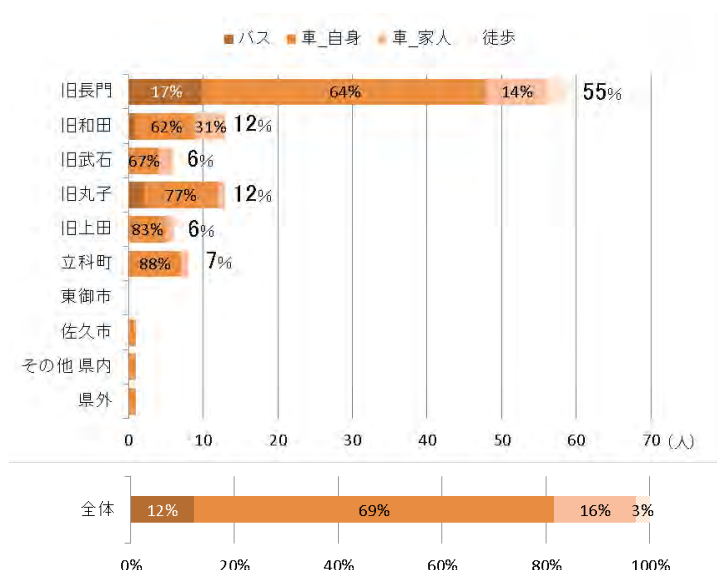


図-9 住所地域と交通機関（来院時）
（帯外は全体比（%））

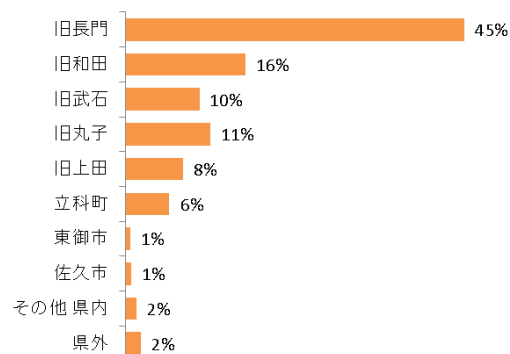


図-8 内科外来 9 月 住所地域

表-4 内科 住所地域と交通機関（来院時）

住所	バス	タクシー	車_自身	車_家人	徒歩
旧長門	10		38	8	3
旧和田	1		8	4	
旧武石			4	2	
旧丸子	2		10	1	
旧上田			5	1	
立科町			7	1	
東御市					
佐久市			1		
その他 県内			1		
県外			1		
計	13	0	75	17	3

表-5 整外 住所地域と交通機関（来院時）

住所	バス	タクシー	車_自身	車_家人	徒歩	計
旧長門	3		12	7	2	24
旧和田	1		7	2		10
旧武石			9	3		12
旧丸子	2	2	18	6		28
旧上田		1	33	20		54
立科町			9	6		15
東御市			10	3		13
佐久市			15	3		18
その他 県内			37	17		54
県外			2	1		3
計	6	3	152	68	2	231

◇ 診療科別集計〔整形外科〕

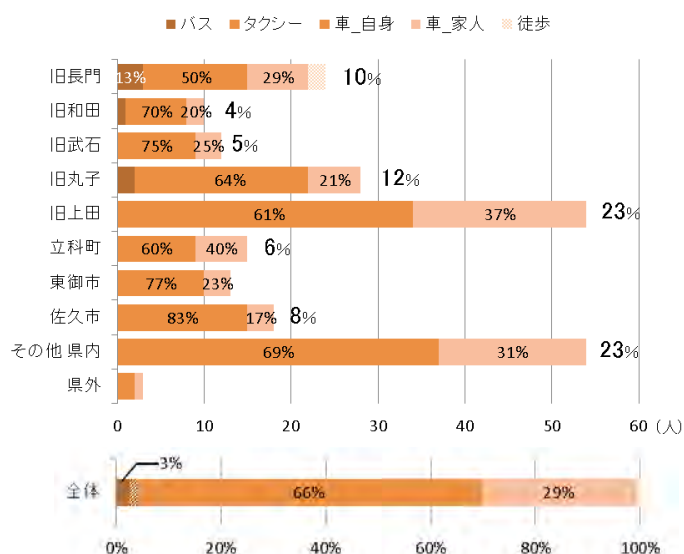


図-11 住所地域と交通機関（来院時）
（帯外は全体比（%））

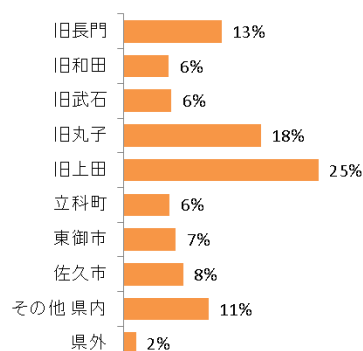


図-10 整外外来 9 月 住所地域

