

**山武地域医療センターの整備・運営についての基本方針
(山武地域医療センター基本計画策定基礎調査)**

平成 17 年 3 月

山武地域医療センター基本計画策定委員会

はじめに

山武地域医療センター構想は、県立東金病院の老朽化を契機に、山武地域の市町村長や医療関係者の賛同により、医療過疎といわれる山武地域の医療の底上げを図るため、平成15年7月に山武地域医療センター構想策定委員会が設置され、数次にわたる委員会における検討の末、16年3月、山武地域の公立病院（県立東金病院及び組合立国保成東病院、町立国保大網病院）の機能連携により、急性期医療を担う新たな中央病院と二つの支援病院からなる「山武地域医療センター構想(地域包括ケアランドデザイン)」が策定されました。

この構想は、医療機能を再編・統合し、山武地域における喫緊の課題である、救急医療や小児医療などの地域医療ニーズに対応するとともに、がんや心疾患などを含め地域完結型の医療の提供と併せて、保健・医療・福祉が連携した、新しい医療提供体制の構築を目指すものです。

平成16年度は、構想策定委員会の名称を、山武地域医療センター基本計画策定委員会とし、この構想の具体化のため、中央病院及び支援病院の医療機能の検討及び整備・運営の事業スキームの検討、地域保健や介護をはじめとする福祉との連携のあり方を検討してきたところです。

また、構想の実現には地域住民の理解と協力はもちろん、計画への住民の意見を反映するため、山武地域の住民2,000人を対象としたアンケート調査などを実施したほか、住民の理解促進や意見交換を図るため、シンポジウムを開催しました。

4回にわたる委員会、8回にわたる部会、その他医療関係者の会議などを経て、事業手法としての民間活力の導入や事業主体等について検討を重ねた結果、このたび、事業手法、事業主体についての基本的な方向が合意され、整備・運営の基本方針が作成されました。

今後、新たに建設される中央病院の設置場所の検討、救急医療体制や看護体制など医療機能の詳細検討及び民間の整備運営手法の導入可能性調査などを実施しながら、病院の開設許可申請に向けて、引き続き委員会を中心に検討を進めることとしています。

山武地域医療センター基本計画策定委員会

座長 秋葉 哲生

山武地域医療センター構想(地域包括ケア・グランドデザイン)

山武地域医療センター (医療・保健・福祉の統合)

支援病院 1



医療施設(支援機能)

- 安定期患者への入院フォロー
(併設機能)
- ・専門外来(小児、生活習慣病等)
- ・救急医療(初期)

病診連携

中央病院
(紹介型急性期医療)



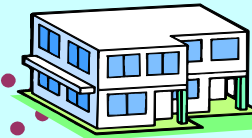
医療スタッフ、医療機器の共有
(資源の有効活用)

地域の問題意識の共有
(ニーズ対応型診療体制)

- ・救急医療センター(24時間対応)
- ・災害医療
- ・開放型病床(共同診療)
- ・夜休診対応
- ・緩和ケア
- ・回復期リハビリテーション
- ・診断・治療機器共有(例:放射線)
- ・情報発信(カンファレンス)



支援病院 2



療養型医療施設

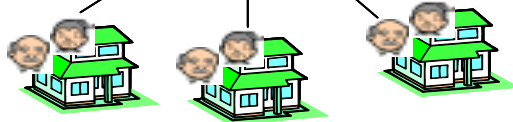
- 完全療養型病床
(併設機能)
- ・専門外来(小児、生活習慣病等)
- ・介護老人保健施設
- ・健康づくり施設(健診機能併設)

医福連携

山武郡市医師会、歯科医師会、
薬剤師会、民間病院、クリニック



かかりつけ医、歯科医、薬剤師



患者連携(紹介・逆紹介)
検査連携

保健福祉センター(保健所)



住民健康管理

- 成人、婦人科、がん健診等
- 啓蒙活動、生涯教育

関係団体



社会福祉協議会 NPO福祉ボラ
ンティア民生児童委員会

訪問看護ステーション



在宅医療支援



第 部 山武地域医療センターの整備・運営についての基本方針

山武地域医療センターの整備・運営についての基本方針

1 構想の基本的な考え方

【山武地域医療センター構想における理念】

「地域が一つの病院となり、住民・患者が満足できる、より良質な医療サービスを提供する」

現状の課題を踏まえた構想の骨子

- 1 山武地域内で、がん、心疾患などの一般的な医療を完結させ、地域医療の底上げを図る。
- 2 救急医療や高度・専門医療を担う中核拠点を創設して、初期医療を中心に在宅医療を担う周辺の医療機関との緊密な連携のもとに、地域住民の医療ニーズに対応する。
- 3 山武地域全体で地域医療を支えていくため、1市8町村を基本とした広域運営体制を構築する。

2 構想の具体化への取り組み

(1) 地域医療を支援する中核病院

ICU、CCU、NICUを設置するなど救急医療の充実を図る。

医療機器を整備し、開放病床などを設け、医療連携の拠点としての機能を整備する。

日帰りドッグ、日帰り手術などを推進し、患者の利便性に考慮した保健・医療を実施する。

耐震構造とし、無菌室、備蓄倉庫、ヘリポートなどを整備し、感染症や災害時医療拠点としての機能を整備する。

(2) 地域医療の拠点としての役割

健診機能を充実し、疾病予防を推進するなど生活習慣病への対応を図る。

リハビリテーションを充実し、緩和ケア病床を設置するなど、地域の医療機関等との連携を強化し、在宅医療を推進する。

老人保健施設の設置、訪問看護の実施など、高齢者等に対する介護支援機能を強化し、地域包括ケアを推進する。

3病院での医師のローテーションや医療機器の相互利用、検査の集中化など、医療資源の有効活用を図る。

インフォームドコンセント、情報開示など開かれた医療を推進する。

臨床研修指定病院として位置付けし、レジデント制を確立するなど医師の研修機能を強化する。

(3) 経営健全化と財政負担の軽減

PFI等の民間の技術・ノウハウ等を活用するなど、新しい整備運営手法を導入する。

アウトソーシングなど合理的な運営を行い、効率的な経営を推進する。

【山武地域医療センターの機能・規模】

| 区分 | 中央病院 | | | | 支援病院 1 | | | | 支援病院 2 | | | |
|-------|------|-------|-----------|-------|----------|--|--|--|--------------|--|--|--|
| 設置場所 | 今後選定 | | | | 大網白里町 | | | | 成東町 | | | |
| 標榜診療科 | 23 科 | | | | 14 科 | | | | 16 科 | | | |
| 医師配置数 | 78 人 | | | | 11 人 | | | | 7 人 | | | |
| 病床数 | 一般 | 341 床 | 感染症 | 10 床 | 一般（亜急性期） | | | | 療養 144 床 | | | |
| | ICU | 6 床 | CCU・HCU 等 | 15 床 | 80 床 | | | | （併設） | | | |
| | NICU | 4 床 | 急性期リハ | 48 床 | 療養 | | | | 20 床 | | | |
| | 緩和ケア | 26 床 | 合計 | 450 床 | | | | | 老人保健施設 100 床 | | | |
| | | | | | | | | | 健康増進施設 | | | |

注) 上記は現時点で整理された内容であり、今後、基本計画策定の中で更に検討される予定。

【山武地域医療センターにおける標榜診療科】

| 山武地域医療センター | 内科 | 心療内科 | 神経内科 | 呼吸器科 | 消化器科 | 循環器科 | アレルギー科 | 小児科 | 外科 | 整形外科 | 形成外科 | 脳神経外科 | 呼吸器外科 | 小児外科 | 皮膚科 | 泌尿器科 | 産婦人科 | 眼科 | 耳鼻咽喉科 | リハビリテーション科 | 放射線科 | 歯科口腔外科 | 麻酔科 | | |
|------------|------|------|------|------|------|------|--------|-----|----|------|------|-------|-------|------|-----|------|------|----|-------|------------|------|--------|-----|--|----|
| | 中央病院 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 23 |
| 支援病院 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 14 |
| 支援病院 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 16 |
| 現状 | 東金病院 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 大網病院 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 成東病院 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注) 1 法定診療科のみを掲げてある。なお、支援病院の診療科は、医師のローテート配置を含め、今後、基本計画策定の中で、更に検討する予定。

2 現在の3病院の診療科は、開設届の標榜診療科を掲げてある。うち 印は、16年6月時点で開設されていない診療科である。

3 山武地域医療センターの整備・運営の方法

(1) 事業手法・運営形態

事業手法・運営形態の検討に当たっての諸条件

- ア 救急・小児等の急性期医療や高齢化に対応した生活習慣病等の山武地域の医療ニーズを満足する病院機能・規模が確保され、患者がいつでも安心して診療を受けられるとともに、病診連携をはじめとする地域包括ケアへの取り組みができること。
- イ 医師や看護師等の医療従事者が確保され、良質な医療を継続的に提供できること。
- ウ 健全経営が実現可能な運営システムを備え、財政負担が軽減でき、実現可能性の高い手法であること。

事業手法・運営形態等の評価

| 事業手法 | 施設整備 | 運営形態 | 評価 |
|----------|------|-----------|---|
| 従来の手法 | 公設 | 公営 | 施設整備は、施設建設費が仕様発注のため、割高となるおそれがある。 施設運営は、公が行うことから医療の質が確保されるものの、経営の健全化のため徹底したコスト縮減が不可欠である。また、医師供給ルート確保が重要である。 |
| 指定管理者制度 | 公設 | 指定管理者(民営) | 施設整備には公設と同様、割高となるおそれがある。 施設運営は、医療法人等の指定管理者が実施するため、財政負担の軽減が図られる可能性が大きい。しかし、現時点で、参入事業者の意向・意欲が不明であり、医療の質や不採算医療・政策医療への担保が必要である。また、地域連携、既存病院の施設・職員への対応などに課題が残されている。 |
| PFI | 民(公) | 公営・PFI事業者 | 施設の建設から維持管理まで民間のPFI事業者が行うことにより、民間のノウハウが活用され、建設費を抑制できる可能性が大きい。 施設運営は、医療を公が行い、周辺業務をPFI事業者が行うことにより、財政負担の軽減が図られる可能性が大きい。 |
| 地方独立行政法人 | | | 施設整備には公の財政措置が求められる。運営に当たって、経営面では一定の効果は想定されるが、既存病院の職員の対応に課題が残り、かつ、医療分野での実例がないため評価は難しい。 |
| 民設民営 | | | 施設整備及び運営において、財政支出の削減が想定されるが、指定管理者制度同様、不採算医療・政策医療への担保が必要である。 また、民営という点で、地域連携、既存病院の施設・職員への対応、住民の理解を得るにも課題がある。 |

事業手法・運営形態の選択

救急医療など地域医療の課題が解消され、かつ、健全な経営が期待される事業形態を選択する。

現時点では、山武地域でニーズの高い、救急医療、小児医療等の不採算部門の実施が担保され、地域包括ケアの取り組みが期待でき、かつ、経営的に安定し、財政支出が抑えられる、PFI方式（施設の設計・建設から維持管理まで民間、医療は公が実施）により事業化を進める。

ただし、今後のPFI導入検討過程において、重大な課題等が判明するなどPFIの実施が困難と見込まれる場合は、柔軟な発注方式・委託方式などPFI的な手法を検討し、公設による指定管理者制度や地方独立行政法人、民設民営など民間手法の導入を検討する。

（２）事業主体

基本的な考え方

ア 地域の医療は地域で担う視点に立って、中央病院と二つの支援病院からなる山武地域医療センターは、基本的に1市8町村により運営する。

イ 県立病院は、高度専門医療にシフトすることとし、現在の県立東金病院がもつ医療機能は、地域の必要性を勘案して山武地域医療センターに引き継がれるものとする。

4 設置場所等

中央病院については、60,000 m²程度の用地が必要とされている。

今後、医療需要や利用者の利便性、交通アクセス、インフラ整備の状況等を十分考慮しつつ、財政負担の小さい適地を選定する。

具体的には、関係市町村からの候補地についての情報提供に基づき、客観的諸条件により比較検討のうえ現地調査を踏まえ総合的に判断・選定する。

支援病院については、それぞれ現地に設置し、中央病院の開設に合わせて必要最小限の改修を行う。

また、支援病院2は、中央病院の開院に合わせ一部の病棟について老人保健施設、健康増進施設としての改修を行う。

5 今後のスケジュール（PFIを想定した事業の見通し）

| | |
|----------|--------------------------------|
| 平成 17 年度 | 基本計画策定（整備計画、運営方針など）、PFI導入可能性調査 |
| 平成 18 年度 | PFI実施方針策定、特定事業の選定 |
| 平成 19 年度 | 提案書審査、事業者選定、PFI事業契約 |
| 平成 20 年度 | （PFI事業者による実施設計） |
| 平成 21 年度 | （PFI事業者による施工） |
| 平成 22 年度 | （PFI事業者による施工） |
| 平成 23 年度 | 施設引渡し、中央病院開院 |
| 平成 24 年度 | 併設施設改修 |

6 当面の事業実施上の課題

（1）事業費の負担

施設整備に当たっては、県と財政的支援について協議する。

1市8町村の負担割合については、医療センターの詳細検討のうえで算定される事業費や県の財政的支援を踏まえて、今後、本委員会の構成市町村で協議する。

（2）さらなる事業手法・運営形態の検討

今後、各部門の詳細検討を行い、基本計画を策定した後、再度、事業費の試算を行い、PFI導入可能性調査を実施する。

PFI導入可能性調査を実施し、VFMの算定や事業費の試算結果、PFIへの参画事業者の動向、リスク分担の検討等を行い、PFIによる整備運営を方向付ける。

PFIによる整備運営が困難と見込まれる場合は、柔軟な発注・委託の方式などPFI的な手法を検討し、公設による指定管理者制度、地方独立行政法人、民設民営など民間手法の導入を検討する。

このため、PFI導入可能性調査に併せて、医療分野を含めた民間参画の動向把握を行う。

（3）開設者等に関する合意形成

新たな一部事務組合の設立又は既存の一部事務組合の改組など開設者について検討する。

開設までの検討、準備を行う管理者（3病院の統括責任者）の選定とその実施部門の設立を検討する。

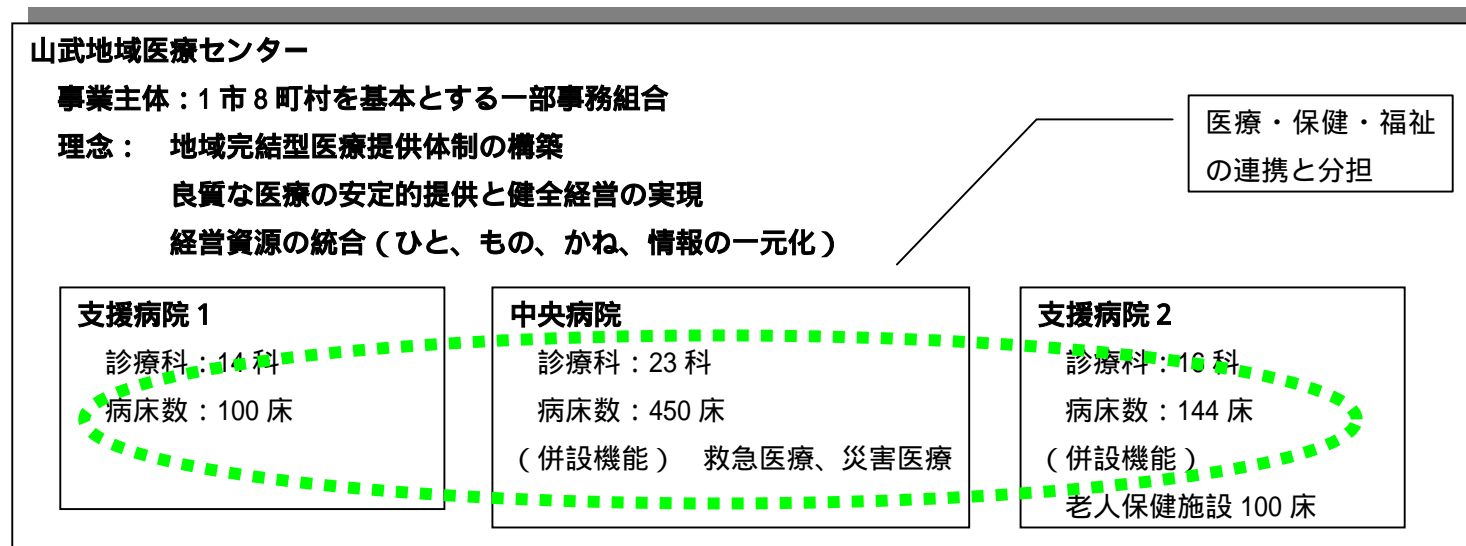
(参考)

現在の事業運営の状況

| 国保大網病院 | 県立東金病院 | 国保成東病院 |
|---------------------------|---------------------------|----------------------------|
| 事業主体：大網白里町 | 事業主体：千葉県 | 事業主体：7市町村病院組合 |
| 標榜診療科：8科 | 標榜診療科：18科 | 標榜診療科：17科 |
| 病床数：100床 | 病床数：191床 | 病床数：350床 |
| 病床利用率：83.4% | 病床利用率：72.0% | 病床利用率：84.4% |
| 患者数 外来 88,055人、入院 30,528人 | 患者数 外来 97,218人、入院 48,894人 | 患者数 外来 188,027人、入院 98,743人 |
| 事業収支 83百万円 | 事業収支 477百万円 | 事業収支 42百万円 |

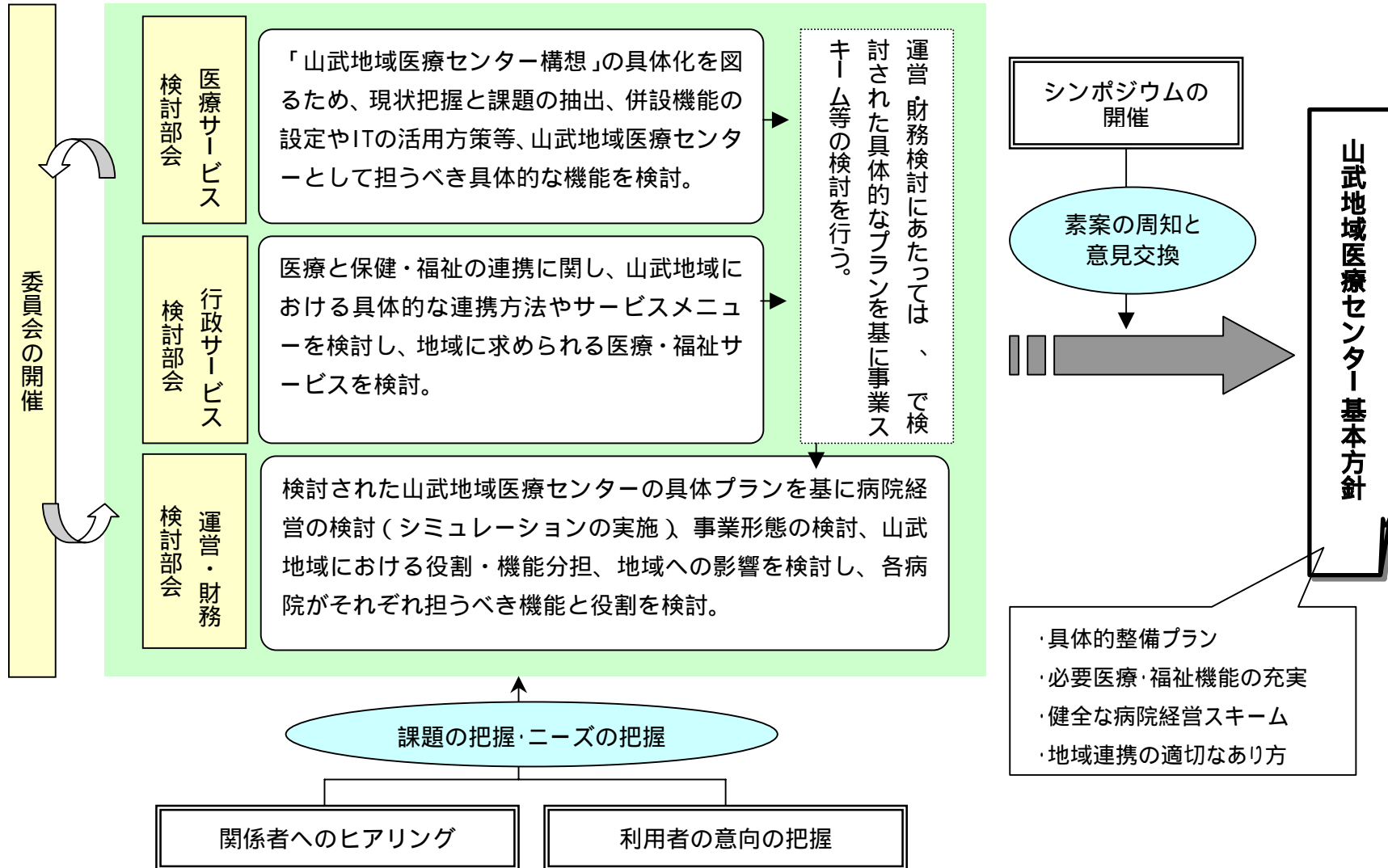


将来の事業運営スキーム



第 部 平成 16 年度山武地域医療センター基本計画策定委員会における検討

1. 平成 16 年度 山武地域医療センター基本計画策定委員会における検討内容（全体図）



医療サービス検討部会における調査項目

a. 山武地域医療センター診療科・診療内容の検討

- 山武地域に必要とされる医療ニーズを把握し、不足する診療科や専門医療の内容を整理、検討する。
- 診療科・診療内容に関する現状の課題を整理、把握する。
- これらは医療機関、各自治体へのヒアリング、アンケート等により実態とニーズを把握する。

医療関係者、各自治体へのヒアリングの実施

b. 併設機能の検討

- 「山武地域医療センター構想」で指摘されている課題について整理し、具体的な内容を検討する。
- 「新型救命救急センター」の施設基準を踏まえた救急医療センターの機能、規模を設定する。
- 緩和ケア医療、特殊透析センター、臨床研修センター等の現状やニーズを踏まえ、需要状況を含めて設置内容を検討する。
- これらの現状把握、ニーズ把握は地域の医療関係者、地域行政の意向を確認する。

c. 包括ケアシステム内容の設定

- 医療・保健・福祉の連携内容と機能分担を検討する。
- 山武地域医療センターとして包括ケアシステムに求める機能については、各自治体における医療サービス、保健サービス、福祉サービスの現状を把握し、地域連携も踏まえた連携の方向性を整理する。

d. ITの活用と費用対効果

- IT活用方策を4つの段階に区分し、現実的な導入ステップを検討する。

行政サービス検討部会における調査項目

a. 保健福祉サービスの役割と機能分担

- 医療を受ける前のプライマリーケアから退院後のアフターケアまでの円滑なサービス提供のために各段階で想定されるサービス内容を検討する。
- 支援病院との機能分担、診療所との機能分担といった、山武地域医療センターと他の医療機関との連携の方向性を検討。
- 健診事業や疾病予防事業等の保健事業との連携について、地域の意向を把握し、連携の方向性を整理する。
- 医療サービスと福祉サービスの連携として、退院後における老人保健施設、介護療養型を含む民間医療施設、リハビリテーションセンター、特別養護老人ホーム、有料老人ホーム、グループホーム、ケアハウス等との連携の方向性を整理する。

保健福祉関係者、各自治体への ヒアリングの実施

b. 円滑な地域連携

- 医療・保健・福祉の地域連携のために整備すべき具体的な機能について、医療関係者、自治体のニーズを把握した上で検討を行う。

Ex. オープンベッドニーズ調査: オープンベッドの需要動向や病床数、運用方法等を検討

地域医療連携室業務調査: 各機関と利用者の連絡・調整を行う機能として他事例の調査、
山武地域医療センターにおける具体策の検討

c. 住民サービスメニューの検討

- 医療関係者および自治体、住民のニーズを把握し、具体的なサービスメニューの内容の整理と山武地域医療センターにおける導入方法を検討する。

Ex. 地域医療支援病院機能の推進、救急医療情報システム(救急ホットライン)、サテライト
クリニックの設置、セカンドオピニオン外来の設置、日帰り手術センターの設置、
病院ボランティアの派遣、病院外処方薬搬送システム 等

住民・利用者アンケートの実施

運営・財務検討部会における調査項目

a. 運営事業スキームの比較検討

- 従来手法の他に、民間活力の活用を視野に入れた事業スキームを検討する。

Ex. 検討スキーム：公設業務委託、公設民営、指定管理者制度、PFI

b. 病院事業財務試算

- 医療サービス検討部会、行政サービス検討部会で検討された山武地域医療センターの具体的プランを基に事業計画を検討する。
- 事業費計画、財源計画、人件費水準等を算出し、収支シミュレーションを検討する。事業計画によっては数パターンのシミュレーションを検討することも想定される。

医療関係者、保健・福祉関係者、各自治体へのヒアリングの実施

c. 山武地域医療センターの整備による社会的経済的効果

- 千葉県産業連関表を用い、経済波及効果の推計モデルを構築、千葉県全体の効果を基に地元自治体への経済波及効果を推計。
- 産業連関分析以外のその他の効果を定性的、定量的に把握。

d. 山武地域医療センターと支援病院の位置付けと自治体の役割

- 山武地域医療センターに求められる機能を整理し、県と自治体の役割分担および費用分担の方向性を検討する。
- 県と自治体の役割を明確にしたうえで、一般的な医療の提供における役割機能分担、関連する各種委託業務における役割分担をハード面、ソフト面の双方から検討する。

e. 設置場所の検討

- 現状施設の立地に関する課題を把握する。
- 山武地域医療センター設置場所として適切な前提条件を整理する。
- 但し、本年度調査では特定の設置場所の検討は行わない。

関係者の意見把握について

a. 医療関連のヒアリング

〔対象者：部会参加者、各自治体担当者、医療機関従事者〕

- 救急患者の取り扱い件数、傾向
- 来院方法
- 救急診療対応可能科目
- 今後の診療科目の希望
- 保健・福祉サービスとの連携可能性 等

b. 保健・福祉関連のヒアリング

〔対象者：部会参加者、各自治体担当者、保健福祉機関従事者〕

- 保健・福祉からみた病院施設への具体的要望
- 保健・福祉からみた医療との連携可能性
(具体的メニュー、施設への要望)
- 連携のための運営方法 等

福祉・保健関連のヒアリング実施について

- ・部会開催時における意見交換
- ・各自治体、医療機関従事者へは8～9月を目処にヒアリングを実施

c. 利用者アンケート

〔対象者：病院利用者、保健・福祉施設利用者 等の住民〕

- 地域に必要な診療科目
- 病院選定の理由(入院患者、外来患者)
- 病院施設への具体的要望
- 保健・福祉サービスに対する要望 等

d. シンポジウム

〔対象者：地域住民〕 山武地域医療センターの基本計画内容を周知し意見交換を行う。

・1月を目処に実施

2. 山武地域医療センターにおける医療機能の検討

(1) 山武地域における医療施設の現状

国保成東病院

病院概要

| | |
|---|------------|
| 開設年月日 | 昭和28年5月27日 |
| 開設者 | |
| 大高 和郎 (成東町長) | |
| (成東町、東金市、九十九里町、山武町、蓮沼村、松尾町、芝山町の7か市町村組合立病院) | |
| 診療科目(17科目) | |
| 内科、呼吸器科、消化器科、循環器科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科、小児外科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、歯科口腔外科、麻酔科 | |
| 許可病床数 | |
| 350床(一般病床 350床、療養型病床を含む) | |
| 職員数 | |
| 医師34、看護師129、准看護師37、医療技術員47、その他職員22 | |

事業推移

(千円)

| | 平成13年度 | 平成14年度 | 平成15年度 |
|------------------|-----------|-----------|-----------|
| 1 医業収益 | 4,581,878 | 4,490,848 | 4,643,262 |
| 2 医業費用 | 7,839,530 | 4,952,529 | 4,944,526 |
| a.医業収支 (= 1-2) | -257,651 | -461,681 | -301,264 |
| 3 医業外収益 | 767,555 | 773,315 | 659,828 |
| (内:負担金交付金) | 704,352 | 691,509 | 415,111 |
| 4 医業外費用 | 289,853 | 308,933 | 400,273 |
| b.医業外収支 (= 3-4) | 477,701 | 464,382 | 259,555 |
| 5 地域医療収益 | 33,137 | 48,522 | |
| 6 地域医療費用 | 41,669 | 45,561 | |
| c.地域医療収支 (= 5-6) | -8,532 | 2,961 | |
| 事業収支 (= a+b+c) | 211,518 | 5,662 | -41,709 |

平成16年3月 「山武地域医療センター構想」
および「地方公営企業年鑑(平成15年度)」より

施設面における問題・課題

- 病院用地は24,290㎡あるが、その内22,380㎡（92.1%）が借地であり、将来の病院としての土地利用上障害が発生することが考えられる。
- 病院建築物が都市計画法及び建築基準法に不適合となる部分が生じている。又建ぺい率、容積率は法に適合はしているものの限界であり、将来増改築は難しい。
- 中棟は一部耐震補強工事の必要があり、南棟については築20年を経過し、近年の療養環境にそぐわない等、施設及び設備のリニューアルの必要性が生じている。

医療提供における問題点・課題点

- 日常の診療及び救急体制において、医師不足が生じている。又必要な診療科の設置が経営面を考慮すると難しく、患者や地域住民の要望に対応できていない。
 - a. 医師不足の診療科
麻酔科、小児科、脳神経外科、産婦人科、整形外科、皮膚科、泌尿器科
 - b. 設置の必要な診療科
心臓血管外科、放射線科、呼吸器外科、救急集中治療部、形成外科、新生児科
- 医療技術者（看護師）の養成施設が無いため、確保が極めて困難となっている。
- 慢性期疾患による長期療養者（要介護対象者）の転院に際して後方支援施設が少なく空床待ちの状態であり、苦慮している。

病院概要

| |
|--|
| 開設年月日 昭和28年8月1日 |
| 開設者 |
| 千葉県知事 堂本 暁子 |
| 診療科目(18科目) |
| 内科、神経内科、呼吸器科、消化器科、循環器科、小児科、 外科、整形外科、脳神経外科、小児外科、皮膚科、泌尿器 科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、放 射線科、麻酔科 |
| 許可病床数 |
| 総数 191床 (一般 179床 結核 12床) |
| 職員数 |
| 医師20、看護師等128、薬剤師5 技師19、栄養士等5、医療助手7、事務 20 |

事業推移

(千円)

| | 平成13年度 | 平成14年度 | 平成15年度 |
|-----------------|------------|------------|------------|
| 1 医業収益 | 2,449,670 | 2,741,595 | 2,608,212 |
| 2 医業費用 | 3,783,907 | 3,897,122 | 3,807,938 |
| a.医業収支 (= 1-2) | -1,334,237 | -1,155,527 | -1,199,726 |
| 3 医業外収益 | 981,044 | 942,524 | 987,217 |
| (内:負担金交付金) | 884,062 | 884,463 | 856,542 |
| 4 医業外費用 | 202,798 | 179,116 | 263,910 |
| b.医業外収支 (= 3-4) | 778,246 | 763,408 | 723,307 |
| 事業収支 (= a+b) | -555,991 | -392,119 | -476,419 |

平成 16 年 3 月 「山武地域医療センター構想」
および「地方公営企業年鑑(平成 15 年度)」より

病院概要

開設年月日 昭和27年12月1日

開設者

大網白里町長 堀内 慶三

診療科目(8科目)

(一般外来)

内科、消化器科、外科、整形外科、皮膚科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科

(専門外来)

肝・胆・膵臓、胆石、内分泌代謝、神経内科、血液内科、呼吸器内科、乳腺・甲状腺、スポーツ・リウマチ

事業推移

(千円)

| | 平成13年度 | 平成14年度 | 平成15年度 |
|-----------------|-----------|-----------|-----------|
| 1 医業収益 | 1,758,784 | 1,696,888 | 1,789,730 |
| 2 医業費用 | 1,793,536 | 1,847,062 | 1,843,649 |
| a.医業収支 (= 2-1) | -34,752 | -150,174 | -53,919 |
| 3 医業外収益 | 100,499 | 98,434 | 94,779 |
| (内:負担金交付金) | 50,530 | 49,218 | 47,858 |
| 4 医業外費用 | 117,468 | 115,139 | 123,524 |
| b.医業外収支 (= 3-4) | -16,968 | -16,705 | -28,745 |
| 事業収支 (= a+b) | -51,720 | -166,879 | -82,664 |

平成 16 年 3 月 「山武地域医療センター構想」
および「地方公営企業年鑑(平成 15 年度)」より

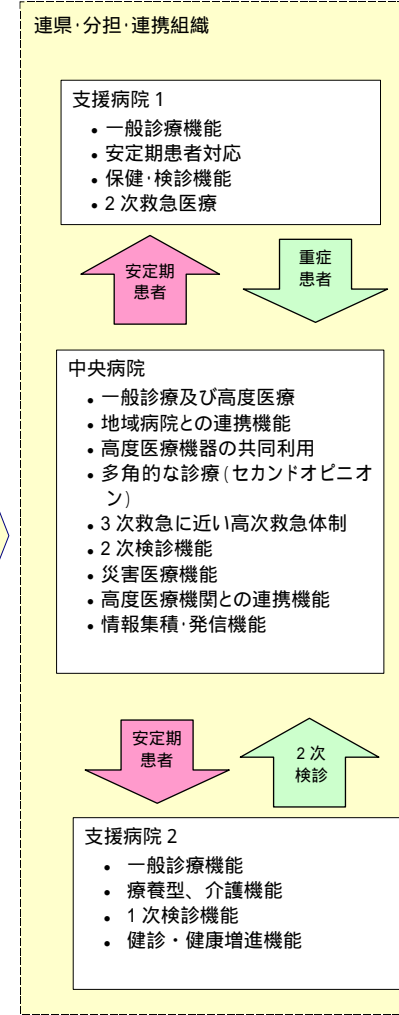
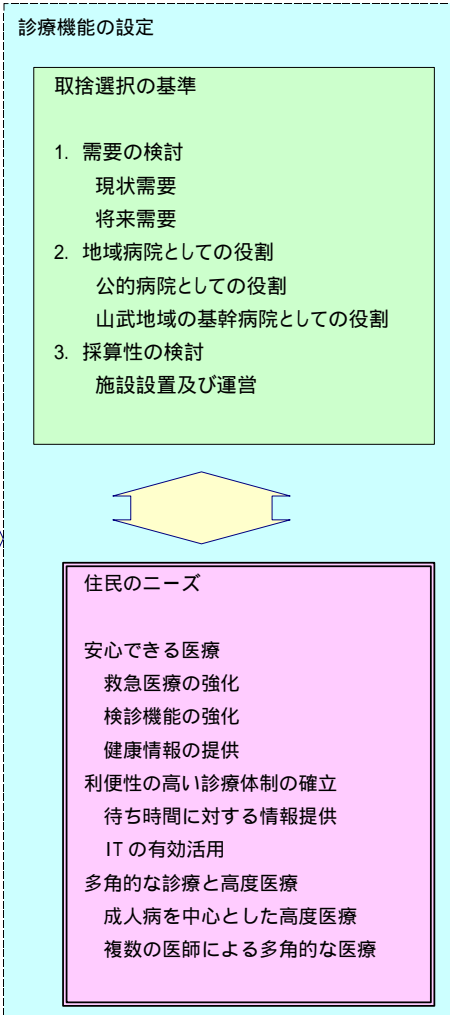
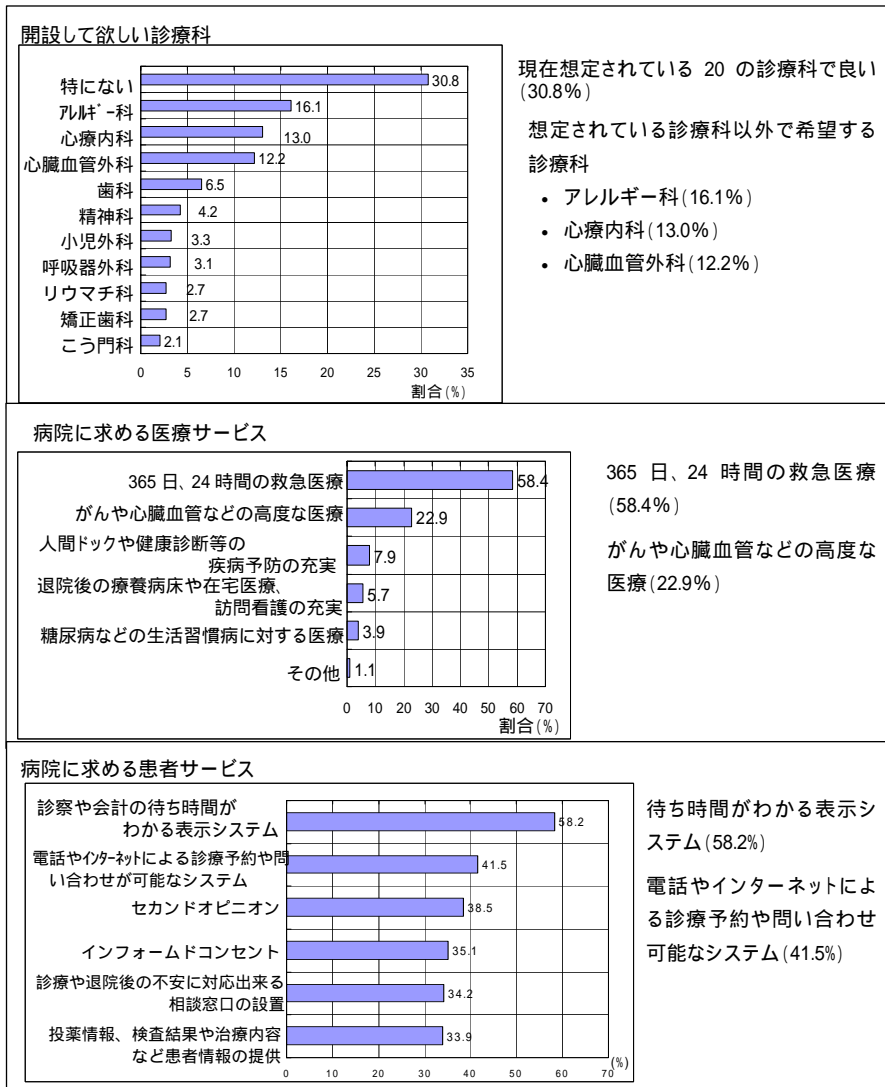
医療提供における問題・課題

1. 山武医療圏の課題は救急医療体制(特に循環器、小児)の整備です。現在の輪番制による二次救急医療体制にも限界があり、多くの問題を抱えております。救急医療体制の充実した医療センターが必要と考えます。病院の規模、医療機能及び運営体制を考えると、昨今の諸事情も十分考慮に入れて(特に採算性、患者の利便性など)、慎重に議論を進めていくことが肝要と思います。
2. 救急医療体制としては、地域性を考えると二次救急が主体で十分と考えます。三次救急に対しては隣接する他の医療圏との連携を強化することで可能と思います。三次救急まで考えるとすればもっと広域の医療圏(長生夷隅などを含む)を想定すべきであると考えます。
3. 大網病院としては、現在の診療体制を継続しつつ、山武地域医療センターに対する後方支援病院としての機能を併せ持って、病病連携および病診連携をしっかりと行っていく方針です。

(2) 山武地域住民アンケートからみた住民ニーズ

調査対象者

| 調査対象者 | 回収回答数 | 配布数 | 回収率 |
|--------------|-------|--------|-------|
| 20歳以上の山武地域住民 | 634人 | 2,000人 | 31.7% |



(3) 山武地域医療センターにおける医療機能



山武地域医療センターの機能整理

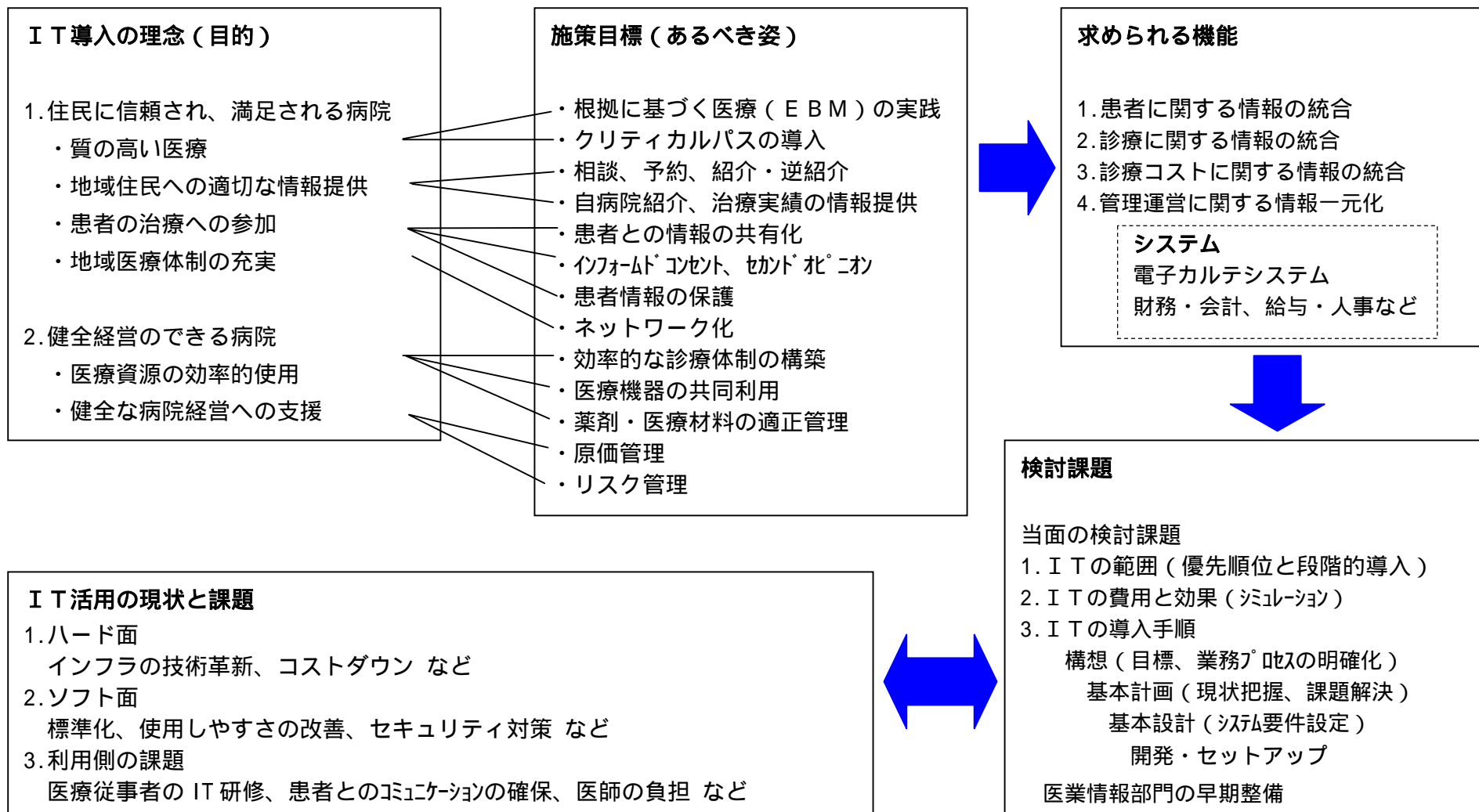
| | |
|--------|--------------------------------------|
| 診療科 | 14科 |
| 病床 | 100床 |
| 職員数 | 医師11人ほか、 看護師等60人 計91人 |
| 外来機能 | 診療ブース(現行どおり) |
| 救急機能 | 内科、外科等を設置、 センターを補完 |
| 病棟機能 | 一般80床、 亜急性期20床 |
| 放射線部機能 | (診断)CT1台、MRI1台 マンモグラフィ等、 X-TV等 |
| 手術室機能 | 2室 |
| 薬剤部機能 | 院外処方箋発行率90%以上 |
| リハビリ機能 | 理学療法 |

| | |
|--------|--|
| 診療科 | 23科 |
| 病床 | 450床(個室割合20%程度) |
| 職員数 | 医師78人ほか、看護師等278人 計489人 |
| 外来機能 | 外来診療ブース60室程度 |
| 救急救命機能 | ER機能、ICU、CCU、NICU、救急医療15~21 |
| 病棟機能 | 一般376、急性期リハ48、感染症2、無菌室1 |
| 放射線部機能 | (診断)CT2台、MRI2台、X-TV、マンモグラフィ等 (治療)ESWL1台 (核医学)各種シンチグラフィ |
| 検査部機能 | 集中検査、地域検査センター化、病理部の独立 |
| 手術室機能 | 7~8室、日帰り手術室2室 |
| 薬剤部機能 | 院外処方箋発行率90%以上 |
| リハビリ機能 | 心疾患リハ、理学療法、作業療法、言語聴覚療法 |
| 透析機能 | 維持透析・特殊透析など18床 |
| 健診機能 | 日帰りドッグ、地域健診(検診車による巡回検診) |
| 緩和ケア | 15~21床 |
| 災害医療 | 備蓄倉庫、ヘリポート |
| 開放病棟 | 外来手術、オープンベッド |
| 研修機能 | 医局に併設 |

| | |
|--------|--------------------------|
| 診療科 | 16科 |
| 病床 | 144床 |
| 職員数 | 医師7人ほか、 看護師等48人 計130人 |
| 外来機能 | |
| 病棟機能 | 療養型144床 |
| 放射線部機能 | (診断)CT1台等 |
| 薬剤部機能 | 院外処方箋発行率90%以上 |
| リハビリ機能 | 理学療法、作業療法 |
| (併設施設) | |
| 老人保健施設 | 100床 |
| 健診センター | |
| 健康増進施設 | |

支援病院の医師は、記載員数のほか中央病院からのローテーション配置を行う。
アンダーライン部分は第2回委員会との相違点は、今後とも関係機関等との要調整箇所

山武地域医療センターにおけるITの導入について(たたき台)



参照：「保健医療分野の情報化に向けてのグランドデザイン」
「電子カルテシステム導入ガイドライン」

3. 地域包括ケアの検討

(1) 地域包括ケアとは

山武地域医療センターにおいて地域包括ケアとは、健康づくりからリハビリテーション、在宅ケア、さらには福祉・介護を含む保健・医療・福祉の包括的なサービスの提供を通して、一人ひとりの生活を支える仕組み・システムと位置付ける。

包括ケアに係わる主体 各機能と実施主体

| 区分 | 機能 | 実施主体 |
|----|--|---|
| 保健 | (1次健診、2次健診) 健康づくり、健診・検診、疾病予防 | 市町村(保健福祉センター) |
| 医療 | (急性期医療、慢性期・療養型医療) 診断・治療、看護、療養、リハビリテーション | 病院(8)、診療所(124)、歯科診療所(97)、薬局(70)、老人保健施設(6)、訪問看護ステーション(9) |
| 福祉 | (通所型・在宅型介護) 介護・介助、生活支援 | 特別養護老人ホーム(10)、痴呆性高齢者グループホーム(14)、デイサービスセンター(23)、在宅介護支援センター(12) |

()内の数字は、山武地域における対象数

(2) 参考事例

【事例 1】香川県三豊郡豊浜町 三豊総合病院

■ 沿革

三豊総合病院は香川県西端の三豊郡豊浜町にある。瀬戸内の燧灘に面し、南東部は讃岐山脈から連なる小高い山々に囲まれ、また愛媛県、徳島県の県境も近い。三豊地域は1市9町（人口約14万3千人）で、そのうち豊浜町・大野原町・観音寺市・山本町・財田町の1市4町（人口約8万人）が経営母体になって三豊総合病院を運営している。

開設は昭和26年で、周辺7ヵ町村の組合立「三豊第一病院」として、診療科目3科・病床数37床の国保病院として出発した。その後、町村合併で豊浜町・大野原町の組合立となり、昭和38年に「三豊総合病院」と改称。（当時の診療科目は9科・病床数205床）

昭和40年からの一時期は医療スタッフの確保が困難なときもあった。それを乗り越え、昭和47年には病床数260床になるが、その増築に併せてリハビリ部門を拡充。また、療養指導室を設置し成人病教室を開いた。そして、糖尿病・脳卒中をはじめとする患者会を結成し、訪問診療を行うなど地域医療と地域保健活動に努めた。

昭和50年から昭和60年にかけては、高度医療をはじめ地域に不足している医療の確保を目指した。昭和51年に腎センターを香川県西部で最初に開設。52年には、病棟や手術棟・各検査部門を増築（320床）。その後も、地域中核病院としてその役割を果たすため、医療機器等の整備を逐次行ったが、地域住民が望む高度先進医療や救急医療などを更に充実させるには周辺市町の協力が必要であり、それによって効率的な整備が図れることから経営参加を呼びかけていた。その結果、昭和61年に1市2町が経営に加わり、現在の1市4町の経営母体になった。その構成団体の支援を得て、昭和62年に病棟・外来部門と腎センター・ICU/CCU部門を収容した建物を増築し、診療科目16科、病床数415床を有す病院になった。そして、4年後の平成3年には現在の病院玄関（管理棟）や救急部門・放射線部門・内視鏡センター・手術部門などを拡充した。

平成に入ってからからは、保健医療福祉を統合した地域包括ケアシステムの構築に取り組み、平成6年に国保保健福祉総合施設「すこやか」を併設して、それまで行ってきた健康管理センターと訪問看護ステーションを収容、平成8年に歯科保健センターも設置した。この総合施設を拠点に、地域医療部のスタッフが中心になって訪問診療・僻地診療・訪問看護・訪問リハや施設内外での各種健康教室を実施している。また、平成8年には豊浜町老人保健施設が併設され業務委託を受け、平成10年には、遠隔医療テレビ電話の導入や、保健医療福祉の総合相談窓口を設置、翌年には居宅介護支援事業もスタートさせた。

なお、平成6年と7年には、地域医療への取り組みと長年健全経営に努めたことが評価され、自治体立優良病院として全国自治体病院協議会長表彰と自治大臣表彰を受賞した。

平成12年4月、病棟・外来部門の拡充を図った新南棟が完成。オーダリングシステムも稼働させた。この整備によって診療科目25科・一般病床数515床になったが、このうち12床は緩和ケア病棟の病床で、香川県下では最初に開設したものである。また、7月には2類感染症指定医療機関として感染症病床4床を設置した。これにより、総病床数は519床になる。平成15年8月、地域がん診療拠点病院の指定を香川県下で初めて受け、平成16年3月には、日本医療機能評価一般病院（Ver.4.0）の認定を受けた。

現在、臨床研修指定病院をはじめ歯科医師臨床研修施設・各学会認定研修施設であることから、研修医の受入れにも応じている。

設立母体：豊浜町、大野原町、観音寺市、山本町、財田町（合計人口約8万人）

面積：敷地面積 35,250 m² 建物面積 33,475 m²

病床数：一般515床（うち12床が緩和ケア病床） 感染症4床

診療科目：内科、呼吸器科、消化器科、循環器科、神経内科、心療内科、精神科、小児科、外科、整形外科、形成外科、脳神経外科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、放射線科、歯科、歯科口腔外科、矯正歯科、麻酔科、リハビリテーション科、リウマチ科、心臓血管外科（計25科）

患者数：外来1,342人 入院500人（平成15年度1日平均）

指定許可：保険医療機関指定、総合病院、救急指定、へき地医療拠点病院、結核予防法指定、労災保険指定、養育医療指定、身体障害指定、厚生・育成医療指定、優生保護法指定、生活保護法指定、児童福祉施設（助産施設）認可

主な医療機器の保有状況：体外衝撃波結石破碎装置（ESWL） 1台、マルチスライスCT 1台、ヘリカルCT（コンピュータ断層装置） 1台、MRI（磁気共鳴装置） 2台、CR（コンピューテッドラジオグラフィ） 4台、乳房X線撮影装置 1台、心臓血管連続撮影装置 1台、全身血管連続撮影装置 1台、ライナック（放射線治療装置） 1台、分娩監視装置 5台、新生児専用人工呼吸器装置 2台、長時間心電図分析装置 1台、生化学自動分析装置 3台、血液ガス測定装置 3台、脳波計 3台、X線テレビ装置 4台、皮膚良性色素疾患治療レーザー 1台、単純性血管腫治療レーザー 1台、ICU患者監視システム 1台、RI診断用装置（ガンマカメラ） 1台、画像診断用超音波装置 18台、骨塩定量測定装置 1台、手術顕微鏡 4台、心細動除去装置 10台、未熟児専用呼吸心拍監視装置 1台、人工心肺装置 1台、IABP（大動脈内バルーンポンプ） 1台、電子内視鏡（電子スコープ） 25台、内視鏡下外科手術機器 2台、人工透析装置（40人用1台）実使用 28台・単身用 7台、血漿交換装置 2台、コンパクト炭酸ガス（CO2）レーザー 1台

職員数（2004年5月1日現在合計729名 臨時職員も含む）

医師 82名

歯科医師 3名

医療技術職員（合計104名）

看護職員（合計451名）

事務その他（合計89名）

平成15年度夜間・休日救急患者数

合計16,107名が受診されており、その内救急車での来院が1,737名でした。

外来のみで処置が済み帰宅していただいた人は13,798名、入院を必要とした人は2,309名でした。

平成15年度各科別手術（血管造影、血管内手術を含む）件数4,212件

外科 924件、整形外科 747件、眼科 557件、泌尿器科 257件、産婦人科 278件、形成外科 225件、皮膚科 44件、耳鼻科 106件、歯科（口腔外科）59件、脳神経外科 326件、内科 679件

へき地巡回診療

当院では週3回月、水、金曜日の午後にへき地巡回診療を行っています。

対象地域は無医村となっている、香川県三豊郡大野原町五郷田野々地区で人口は226人世帯数が64戸です。昨年度は165回の診療をしました。また、この地区では、自治医科大学の学生の協力の元に8月に年一回住民の定期健康診断を行っています。

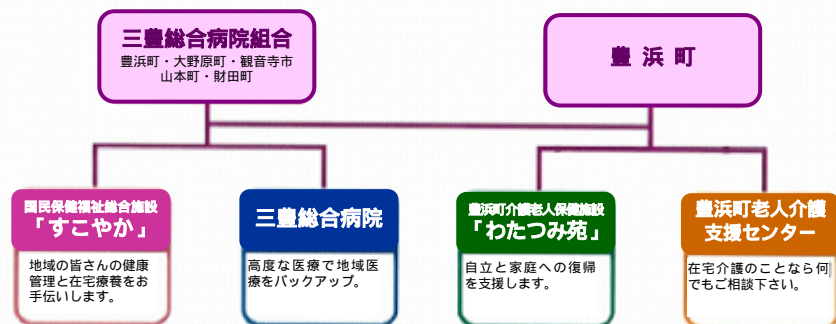


診療科一覧

| | | | | | |
|------|------|----------|-------------|-------|-------------|
| 内科 | 形成外科 | 耳鼻咽喉科 | 人工腎臓・透析センター | 脳神経外科 | 麻酔科 |
| 呼吸器科 | 整形外科 | 産婦人科 | 外科 | 眼科 | 放射線科 |
| 消化器科 | 泌尿器科 | 神経内科 | 心臓血管外科 | 小児科 | リハビリテーション科 |
| 循環器科 | 皮膚科 | 心療内科・精神科 | | | 歯科口腔外科・矯正歯科 |

保健 医療 福祉

総てを統合した地域包括ケアシステムを目指して



健康管理センター

健康診断
保健相談・指導
栄養相談・指導
健康教室・調理実習
移動健康教室

高度医療・救急医療
在宅医療・へき地医療
緩和ケア
保健医療福祉総合相談

入所
短期入所
通所リハビリ

在宅介護に関する相談
福祉サービスに関する相談
介護教室

歯科保健センター

歯科検診
歯科予防処置・指導
歯科相談・指導
訪問歯科相談・指導

訪問介護ステーション

訪問看護
訪問リハビリ
在宅介護の相談・指導
訪問薬剤指導
訪問栄養指導

居宅介護支援事業所

訪問調査
居宅サービス利用計画の作成（ケアプランの作成）
利用サービスの点検・改善（モニタリング）
各種サービス提供機関への連絡・調整



三豊総合病院



国保保健福祉総合施設



豊浜町老人介護保健施設
豊浜町老人介護支援センター

【事例 2】広島県尾道市立 公立みつぎ総合病院



当病院は尾道市御調町を中心に周辺の4市8町、人口約7万人を診療圏域とする地域の中核的総合病院です。

ICU（集中治療室）、無菌手術室、マイクロサージェリーをはじめとする高度医療はもちろんのこと、退院後は在宅医療（ケア）を積極的に行い、患者本位の医療を提供しています。院内には回復期リハビリテーション病棟、緩和ケア病棟、療養型病棟も設置し、地域のニーズに応えています。

一方、病院には行政部門である御調保健福祉センターを併設し、これらを核として介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、ケアハウス、グループホーム、訪問看護ステーション等の公立みつぎ総合病院保健福祉総合施設を併設して地域包括ケアシステムを構築しています。

中でも寝たきりゼロ作戦の一環としての在宅ケア（訪問看護、訪問リハビリ等）や健康づくりには力を注いでいます。

地域包括ケアシステム

地域包括医療とは「地域に包括医療を、社会的要因を配慮しつつ継続して実践し、住民のQOLの向上をめざすものであり、包括医療（ケア）とは治療（キュア）のみならず保健サービス（健康づくり）、在宅ケア、リハビリテーション、福祉・介護サービスのすべてを含有するもので、施設ケアと在宅ケアとの連携及び住民参加のもとに生活・ノーマライゼーションを視野に入れた全人的医療（ケア）である。地域とは単なるAreaではなくCommunityを指す」と定義づけています。

地域包括ケアシステムのハードが総合保健施設（公立みつぎ総合病院保健福祉総合施設）群であり、ソフトが健康づくり、在宅ケア、リハビリテーション、寝たきりゼロ作戦、福祉・介護、住民参加等です。



地域包括医療(ケア)連携室

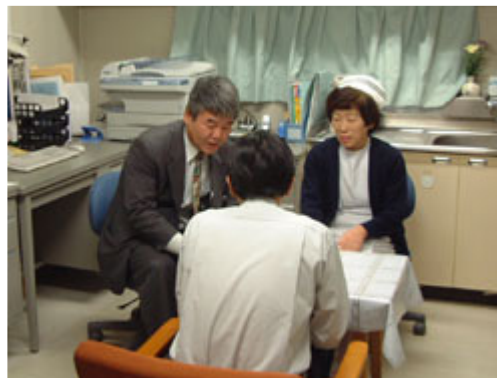
当院とその関連施設では、地域の皆様が「健康」で「安心」した生活が過ごせるよう、専門的で高度な医療と併せて地域住民の健康づくりからリハビリテーション、在宅ケア、更には福祉・介護を含む包括的な医療提供の促進に向けて、院内に地域包括医療(ケア)連携室を設置し、地域の医療機関や施設等と緊密な連携を図り、患者様や地域住民のニーズに応えることとしております。

紹介医療機関へのサービス内容

1. 紹介患者様は24時間受け入れ体制で行っています。
2. 検査依頼の予約を行っています。
CT・MRI・RI・脳波・超音波・内視鏡・造影・他
3. ご紹介を受けた患者様の状況を報告いたします。
入退院の報告・転科の報告・入院経過の報告・受診の報告
入退所(施設)の報告

業務内容

1. 他医療機関・施設からの紹介患者様の受け入れ
2. 入院(所)受け入れベッド数等の情報提供
3. 他医療機関・施設への患者紹介並びに退院支援
4. 情報紙の発行



以上 HP より抜粋

(3) 保健事業実態調査からみた現状と課題

a. 予防接種

| 種別 | 東金市 | 大網白里町 | 九十九里町 | 成東町 | 山武町 | 蓮沼村 | 松尾町 | 横芝町 | 芝山町 |
|---------|-----|-------|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| ポリオ | | | | | | | | | |
| 日本脳炎 | | | | | | | | | |
| 三種混合 | | | | | | | | | |
| 二種混合 | | | | | | | | | |
| 麻疹 | | | | | | | | | |
| 風しん | | | | | | | | | |
| ツ反 | | | | | | | | | |
| B C G | | | | | | | | | |
| インフルエンザ | x | | | | | | | | |
| 破傷風 | x | | | | | | | | |

: 無料で実施 : 有料で実施(助成あり) : 三種混合を含む x: 実施せず

b. がん検診

| 種別 | 東金市 | 大網白里町 | 九十九里町 | 成東町 | 山武町 | 蓮沼村 | 松尾町 | 横芝町 | 芝山町 |
|------|-----|-------|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 胃がん | | | | | | | | | |
| 子宮がん | | | | | | | | | |
| 乳がん | | | | | | | | | |
| 肺がん | | | | | | | | | |
| 大腸がん | | | | | | | | | |
| 胃精密 | | | | | | | | | |
| 子宮精密 | | | | | | | | | |
| 乳精密 | | | | | | | | | |
| 大腸精密 | | | | | | | | | |
| 肺精密 | | | | | | | | | |

: 無料で実施 : 有料で実施(助成あり) x: 実施せず

c. 基本健診

| 種別 | 東金市 | 大網白里町 | 九十九里町 | 成東町 | 山武町 | 蓮沼村 | 松尾町 | 横芝町 | 芝山町 |
|------|-----|-------|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 一般集団 | | | | | | | | | |

: 無料で実施 : 有料で実施(助成あり)

d. その他健診

| 種別 | 東金市 | 大網白里町 | 九十九里町 | 成東町 | 山武町 | 蓮沼村 | 松尾町 | 横芝町 | 芝山町 |
|--------|-----|-------|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 歯周疾患 | x | | | | | | | | |
| 婦人 | | | x | x | x | x | x | x | x |
| 骨粗鬆症 | | | | | | | | | |
| 結核 | | | | | | | | | |
| 肝炎ウイルス | | | | | | | | | |

: 無料で実施 : 有料で実施 x: 実施せず

e. 母子保健

| 種別 | 東金市 | 大網白里町 | 九十九里町 | 成東町 | 山武町 | 蓮沼村 | 松尾町 | 横芝町 | 芝山町 |
|------|-----|-------|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 妊婦 | | | | | | | | | |
| 乳児 | | | | | | | | | |
| 1歳半 | | | | | | | | | |
| 同精密 | | | | | | | | | |
| 3歳 | | | | | | | | | |
| 同精密 | | | | | | | | | |
| 眼科 | | | x | x | x | | | | x |
| 2歳歯科 | | | | | | | | x | |
| 幼児力素 | x | x | x | x | x | | | | x |

: 無料で実施 : 有料で実施 x: 実施せず

介護保険事業
 数値統計なので、いくつか切り口考えられるが、比較表では山武地域の北側と南側で分かれる傾向がある。例えば、
 ・南側では居宅サービス利用の比率が高く、北側では低い。
 ・逆に入所は南側で低く、北側が高い。
 ・認定者の要介護度も北側は概ね高いが、南側は低い。
 また、平成14年度との比較でも、認定者は概ね増加している。(これらの増加は、ケアマネの人数増加によるところもあるので、一概には増加=介護の必要性のアップにはならない。)
 なお、記述回答にもあるが、山武地域医療センターでの療養型病床の充実が望まれている。

健康増進事業

| 種別 | 東金市 | 大網白里町 | 九十九里町 | 成東町 | 山武町 | 蓮沼村 | 松尾町 | 横芝町 | 芝山町 |
|----------|-----|-------|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 中高齢者健康増進 | | | | | | | | | |
| 講義・セミナー | | | | | | | | | |
| 栄養改善 | | | | | | | | | |
| 母子保健専門相談 | | | | | | | | | |
| その他 イベント | | | | | | | x | | x |

: 実施 x: 実施せず

健康増進については全ての市町村で取り組まれているが、PTなどを入れてより積極的・専門的な事業を行っている自治体も見受けられる。山武地域医療センターで提供できる地域に密着したサービスは何か、施設として提供するサービスは何か、需要の多さから難しい。

W 行政
G 意見
見 会

行政部会
WG 意見

行政部会 WG
意見

行政部会WG意見
 山武地域医療センターで実施が検討される内容
 保健の分野
 ・予防接種の個別分
 (地元医師会との調整必要)
 ・がん検診などの精密検診
 ・母子保健の精密検診
 (出張検診は小児科医師の体制に余裕があれば)
 介護保険の分野
 ・居宅介護のための地域の受け皿が問題
 健康増進の分野
 ・要介護予防事業(パワーリハビリ)
 ・健康増進メニューの作成
 その他検討すべき事項
 ・子育て支援
 ・障害者医療、介護
 ・精神障害者対応
 ・在宅支援システムの再構築

事業実施主体の仮案
 ・山武地域医療センターでの実施が好ましいもの
 (個別予防接種、個別精密検診、特殊検診、介護保険対応型療養病床)
 ・地元で引き続き実施するのが好ましいもの
 (一般的な予防接種、がん検診、基本健診、母子基本健診)
 基本健診は一部、センターでの受入の意見有り
 ・今後、引き続き検討・協議を要するもの
 (障害者の医療・介護、精神障害者対応、在宅支援システム、関係機関の意見、情報、支援の場の設置)

市町村の課題(記述回答要約)

保健事業
 ・専門職の確保(歯科衛生士、言語聴覚士、臨床心理士、保健師、管理栄養士等)

介護保険事業
 ・介護保険対応療養型病床の不足
 ・介護保険料の徴収
 ・認定審査会の合理化
 ・介護人材確保と報酬体系

健康増進事業

行政部会WG意見

(4) 地域包括ケアに対する地域のニーズと対応

| 項目 | 論点 |
|------------------------------|--|
| 予防接種 がん検診 基本健診 〔住民〕 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 集団実施は、住民の利便性を考慮した場合、従来どおり地域の診療所（医師）による実施が好ましい。 ・ 個別実施は、それぞれの市町村の実情を考慮する。医療センターに近接する地区においては医療センターでの実施が考えられる。 ・ 住民の利便性を優先することにより実施率の向上が期待でき、疾病の予防に繋がるものと考えられる。 |
| 母子保健〔住民〕 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 集団実施、個別実施とも、原則として従来どおり実施することとし、これまで地域外健診となっていた健診項目については、医療センターの機能を活用し、地域内健診を推進することにより受診率の向上が期待できる。 |
| 人間ドッグ〔住民〕 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域性を考慮しつつ、医療センターにおいて日帰りドッグを実施することにより高齢化に伴う生活習慣病への予防が期待できる。 |
| 健康情報の随時 検索システム 〔住民〕 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 健診結果等の健康情報を容易に経過観察できることは、住民が健康を自己管理する上で重要である。 ・ 健康情報を医療機関が検索できることは、罹患の際にも要因を把握する上で有用である。急病の際には、いつでもどこでも健康情報が入手できることが望ましい。 ・ 健診や過去の病歴等の健康情報はそれぞれ独立して情報管理され、データの標準化、個人情報保護等の課題がある。 ・ ICカードや光カードによる情報の書き込み、読み取りが可能となり、一部市町村レベルで実施されている。 ・ 情報の一元化、多様な機関での利用には、ハード、ソフト両面でのシステム開発を伴い、費用と効果の検証が必要である。 ・ 地域住民の健康管理を主目的とするシステムであると考えられることから実施主体は市町村とならざるを得ないと思われる。 |
| 入所施設の充実 〔住民・市町村〕 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者、障害者ともノーマライゼーションの視点から脱施設化の福祉への志向が高まり、住み慣れた地域での生活が可能となるよう、小規模・多機能な施設への取り組みが見られる。 ・ 障害者支援費制度も介護保険制度との一体化の動きが見られ、今後、福祉施策の方向が転換することも想定されるが、地域福祉の担い手は市町村であり、市町村が福祉施策を立案、展開する中で検討されるべきである。 |
| 介護施設の情報 〔住民〕 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療行為の必要性が薄れ病院からの退院後、患者は居宅に復帰するが、引続き老人保健施設や通所サービスを利用することも想定される。そのため、介護施設が利用できるか、患者本人や家族にとって重要となる。 ・ 病院においても、介護施設を利用しながら患者が早期に社会復帰できるよう支援する必要がある。 ・ 現状では、千葉県及び各施設のホームページに施設概要が掲載されているのみである ・ 施設の空きベッド情報等のニーズが高いものと思われるが、特に入所施設では入所希望者が多く、施設側で詳細情報を提供する動機は薄いと考えられる。 |

| 項目 | 論点 |
|---------------------------|---|
| 地域の見守り体制 〔住民〕 | <ul style="list-style-type: none"> ・急性期、回復期の医療の後は、必要に応じ療養型医療施設又は老人保健施設で在宅復帰を目指したりハビリ等が実施されるが、通常在宅に復帰することになる。 ・しかし、療養型医療施設又は老人保健施設等の受け皿がない場合、急性期、回復期の病院に病後患者が滞在することが十分想定される。 ・急性期又は回復期の病院が本来の役割を担い続けるためには、患者がリハビリ施設で在宅復帰を目指し、あるいは在宅での療養生活を送ることができるよう地域での生活支援が望まれる。特に、今後、独居老人の増加が見込まれ、病後を地域で安心して暮らせる、地域の見守りが必要である。 ・地域の見守りには、支援を必要とする人が居住する地区の社会福祉協議会やボランティアを始めとする地域住民のネットワークが必要である。 ・これらの取り組みは、千葉県地域福祉支援計画において、小域福祉圏（小学校区又は中学校区単位）に「支えあい・助け合いネットワーク」を構築するよう提唱している。 ・「支えあい・助け合いネットワーク」は、近隣関係の醸成を目指し、地域住民の日常的な相互援助活動やボランティア活動による即応性の高い各種サービスの提供基盤となることが重要とされている。 ・地域の見守り体制の確立は、市町村が地域福祉計画を策定し、末端での地域ぐるみの福祉が実践できる体制を整備することが望まれる。 |
| 緩和ケアの充実 〔住民・福祉〕 | <ul style="list-style-type: none"> ・がん患者やターミナルケアにおいて、痛みを和らげる緩和ケアの必要性は高まっており、緩和ケアを実施する医療機関も増加しつつある。 ・県でも在宅での緩和ケアの情報提供を行っている。 ・医療センターにおいては、緩和ケア病棟の設置及び在宅での緩和ケアへの支援を検討する。 |
| 在宅医療、訪問看護、訪問歯科の充実 〔住民〕 | <ul style="list-style-type: none"> ・医療センター構想では、地域全体で患者を支える病病連携、病診連携を目指している。 ・特に、病後患者の状態に応じた在宅療養を展開するには、在宅医療、訪問看護、訪問歯科を推進する必要がある。 ・医療センターでは訪問看護ステーションを設置するほか、地域の診療所、薬局、歯科診療所等と連携した在宅医療システムを検討する。 |
| 市町村のマンパワーの不足 | <ul style="list-style-type: none"> ・専門職が必要であっても、小規模町村では専門職が担当すべき業務量が少なく、財政的にも1名の配置が困難である。 ・比較的規模が大きい市町では、業務量もあり財政的にも配置可能となるが、専門職自体が少なく、容易に配置できない。 |

| 項目 | 論点 |
|----------------------|---|
| 〔市町村〕 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 専門職の共同採用や専門職不足を補う事業の広域化が考えられるが、今後、市町村自体が必要性等を踏まえ検討することが望まれる。 ・ なお、専門的業務に対する医療センターの支援も考えられるが、具体的な業務内容を整理することが必要と思われる。 |
| 患者・入所者の情報交換 〔福祉〕 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 病後患者の診療録や看護記録、施設入所者のケース記録等は患者（入所者）の日常生活を知る上で必要なものである。 ・ 患者の入退院（所）に伴い、施設間での情報交換は有益であり、医療センターにおいては、これらの引継業務を行う地域連携室の設置を検討する。 |
| 職員への教育訓練への支援 〔福祉〕 | <ul style="list-style-type: none"> ・ それぞれの施設における看護師や技術者の資質向上は、医療やケアの質に直結する重要な課題である。 ・ 医療センターでは、地域の後方支援病院として持つ最新技術を提供し、これら職員の再訓練、OJTの支援を検討する。 |
| リハビリへの支援 〔福祉・市町村〕 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 患者が早期に社会復帰するには、状態に応じた適切なリハビリが求められる。 ・ 病院が病院として機能し、施設においても脱施設を推進するには、急性期から回復期、安定期まで一貫したリハビリプログラムが必要である。 ・ しかし、施設においてはPT、OTが不足し、リハビリプログラムが作成できない施設も見受けられる。 ・ 医療センターでは、急性期から回復期まで一貫したリハビリプログラムを用意し、退院後の施設介護や在宅介護におけるリハビリプログラムの作成支援を検討する。 |
| 関係者の意見交換 〔福祉〕 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 保健・医療・福祉を包含する地域包括ケアを進めるには、関係機関との密接な連携が必要である。 ・ このため、千葉県地域福祉支援計画において提唱される広域福祉圏（健康福祉センター単位）、基本福祉圏（市町村）ごとにフォーラムが設置され、地域事業ネットワークが協働していくことが重要と考えられる。 ・ 医療センターは、広域福祉圏ごとに設けられる「中核地域生活支援センター」事業に協力し、PSW等がサポーターとして活動していくことを検討する。 ・ また、病後の退院指導や病病連携、病診連携を推進するため、地域連携室の設置を検討する。 |
| 再入院へのフォロー 〔福祉〕 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅療養する慢性患者や施設入所者の急変等に対応した即応体制の充実が安心できる退院指導に繋がるものと考えられる。 ・ このため、3病院からなる医療センターの機能・規模をフルに活用した再入院への即応体制を検討する。 |

(5) 地域包括ケアについて(まとめ)

山武地域医療センター構想(地域包括ケア)における考え方

医療センターの機能(地域医療)

- 1 医療機関連携(病診、病病連携)
重篤な腎臓病疾患に対応する特殊人工透析
終末期医療に対応する緩和ケア
高齢者の増加等による在宅医療への支援
開放型病床の設置、医療機器の共同利用
- 2 健診事業
疾病の早期発見に向けた検査健診(健診センター設置)
地域住民の疾病予防に向けた情報発信
- 3 地域連携
地域住民の医療相談(MSW、保健所等との連携)
療養型医療サービスの整備(福祉、介護施設との連携)
地域の医師に対する教育・研修

地域連携によるメリット

- 1 住民・患者のメリット
急性期、慢性期、高齢者対応など一人ひとりの状態に応じたサービスが提供できる。
老人保健施設など行政サービスの効率化が図られる。
- 2 医療機関のメリット
病診連携の円滑化及び健診機能の強化により、早期発見・診断・治療と患者負担の軽減へ寄与する。

地域包括ケアの意義

住民一人ひとりに日常の健康管理から終末期に至るまで、切れ目のないサービスを地域社会全体で提供

地域包括ケアの効果

住民の健康生活の維持・増進
医療資源・福祉資源の最適化
医療保険、介護保険等の財政の安定化

医療センターにおけるメリット

早期の在宅復帰を促す包括ケアの実現により、急性期病院は急性期医療を、回復期医療施設は回復期医療を実施でき、医療センター全体として効率的な経営が実現できる。
医師の専門性発揮の機会が増加することにより、医師の資質向上とモチベーションの向上が期待できる。

地域包括ケアに向けての役割分担の基本的考え方

- 1 市町村などの行政機関の役割
予防接種や健診(検診)などの実施率の向上や更なる健康づくりへの取り組みが期待される。
また、保健・医療・福祉の連携に向けたネットワーク形成のため相互調整、機能・役割分担の調整・支援が期待される。
- 2 医療機関の役割
患者や支援を要する者が在宅での生活ができるよう、在宅医療や訪問看護、訪問歯科などに積極的に取り組むほか、疾病予防や医学的観点から福祉への支援が期待される。
- 【 山武地域医療センターの役割 】
疾病予防、健康づくりに向け市町村を支援するとともに、在宅生活の支援及び施設でのリハビリ支援が期待される。
- 3 福祉施設の役割
患者や支援を要する者が在宅での生活ができるよう、リハビリ機能を強化するなど在宅の支援の充実が期待される。
- 4 地域全体の役割
千葉県地域福祉支援計画に沿って地域主体のネットワーク(地域福祉フォーラム)が形成され、様々な福祉の担い手が協働して取り組みを検討していくことが期待される。

山武地域医療センターでの取り組み(中間点)

| ケアの段階 | 山武地域医療センターの併設機能 | 役割分担 |
|-----------------------|---|---|
| プライマリケア段階 | 健診センター(含む人間ドッグ等) 健康増進施設 | ・医療センターでは個別接種、専門検診、人間ドッグを実施、検診車による巡回検診を実施 ・介護予防や健康増進メニュー作成の支援 |
| メディカルケア段階 | 救急医療センター 災害医療拠点 *メンタルケアへの対応 | ・2.5次レベル、24時間対応 ・備蓄倉庫、ヘリポートの整備 |
| アフターケア段階 ターミナルケア段階 | 特殊透析・維持透析センター 緩和ケア 老人保健施設 訪問看護ステーション *在宅医療・介護・訪問歯科の充実 | ・在宅医療への支援 ・緩和ケア病棟の設置、在宅緩和ケアの支援 ・支援病院に老人保健施設を設置 ・病後在宅者への看護を実施 |
| 全体に関連するもの | 情報発信 臨床研修センター 地域連携室 *患者・入所者情報の交換 *障害者への支援 *健康情報提供 *専門職派遣 *専門職の研修 | ・医療・健康・福祉相談 ・地域医療者への教育・研修・訓練 ・MSW、ケースワーカーの配置、ボランティアの活動支援 |

= ニーズが高い機能 = グランドデザインに含まれている機能 * は引き続き検討する機能

(参考) 山武地域における現状の地域医療支援状況

在宅医療支援システムとは

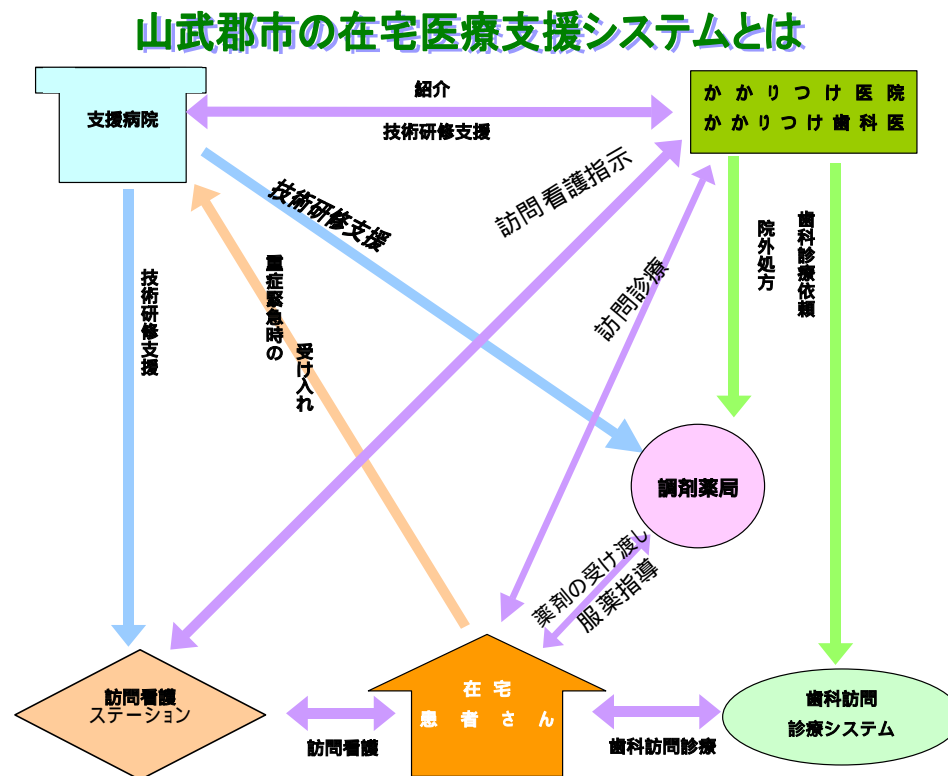
山武都市医師会では、病院と診療所、調剤薬局、歯科医師会、訪問看護ステーション間の連携を進め、一人の患者さんをふだんは近くのかかりつけ医が定期的に診察し、専門的な検査や治療が必要なときや症状が急変した時には病院がいつでも診察を担当するという体制づくりを進めています。

その一環として、従来であれば自宅での療養が困難であった、酸素吸入が必要な慢性呼吸不全や人工呼吸器を必要とする神経難病の患者さん、強力な痛み止めなどを使用する末期がんの患者さんなどが、自宅での療養を選択できるようになってきています。

必要な場合は退院の前に、支援病院の担当者（主治医、看護師、薬剤師、理学療法士）と在宅医療の担当者（かかりつけ医、訪問看護ステーション、調剤薬局、医療機器メーカーなど）と患者さん、患者さんの世話をする家族が集まって十分な打ち合わせを行い、継続した治療ができるように準備を整えて在宅医療を始めます。

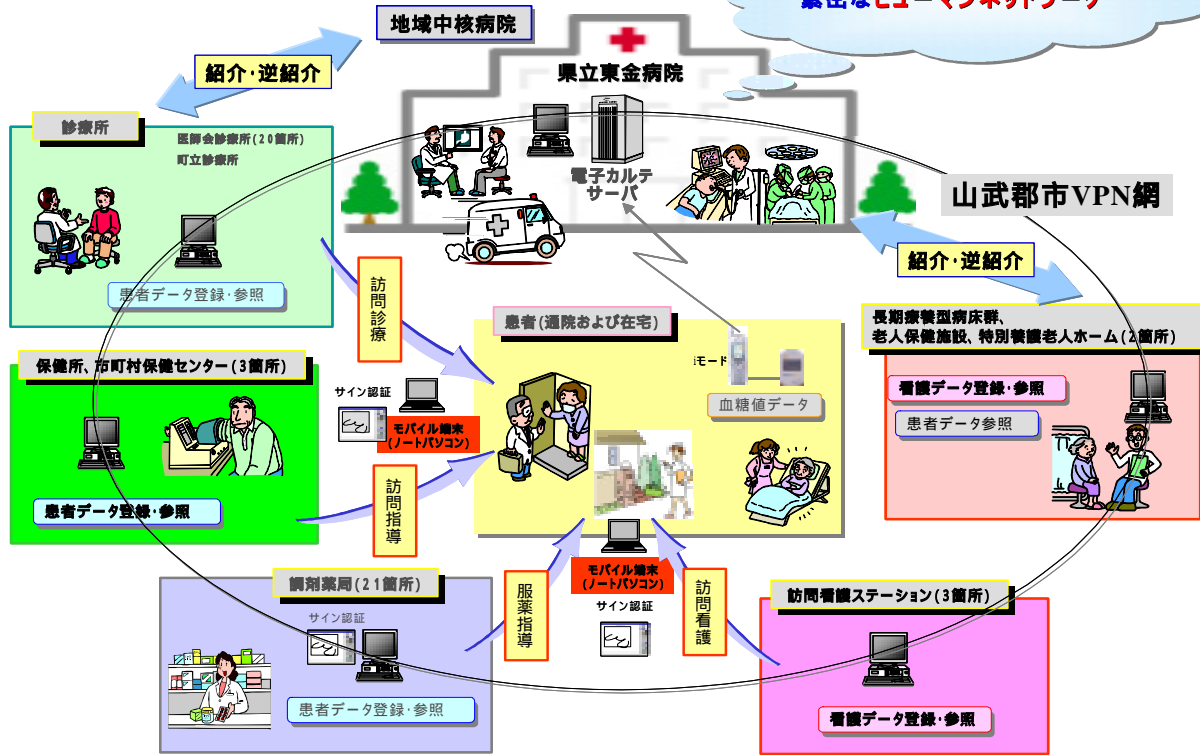
病状が急変し入院治療が必要になった時には24時間いつでも支援病院へ入院できる体制です。

在宅医療を円滑に行うためには、身近なかかりつけ医がどうしても必要なのです。

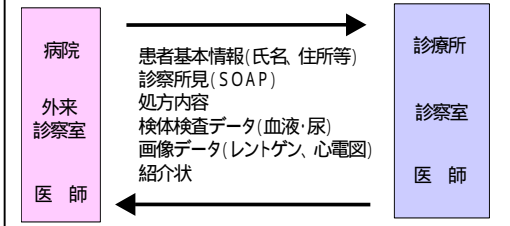


わかしお医療ネットワーク Ver 2.0 (2003-)

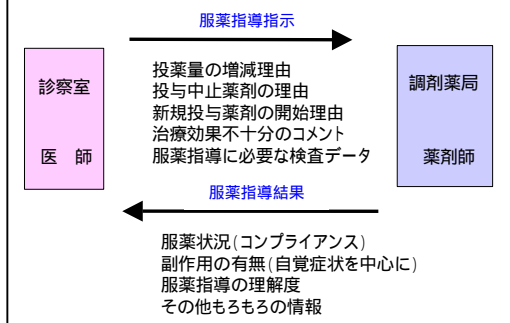
定期的研修会に裏打ちされた
緊密なヒューマンネットワーク



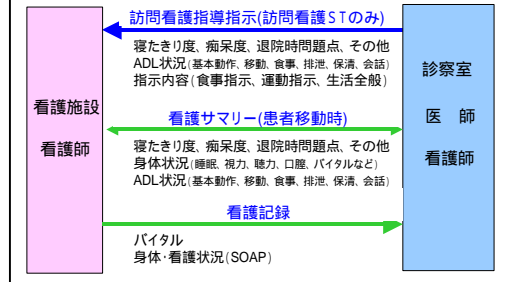
【病院・診療所間での相互情報交換】



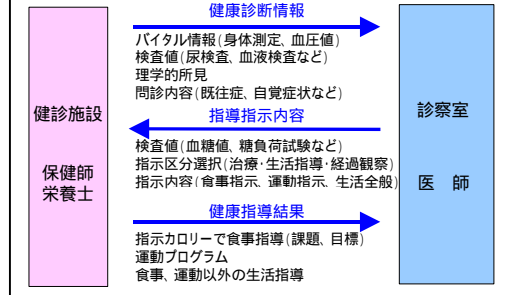
【病院・保険薬局間での相互情報交換】



【介護施設との看護情報の相互情報交換】



【市町村保健センターの相互情報交換】



【概要】

わかしお医療ネットワーク(診療情報の共有システム)は、東金病院と山武都市の参加医療機関等を情報通信網で結び、あなたの診療情報等を「診療支援データベース」という、地域共有電子カルテとして保存し、わかしお医療ネットワーク参加の複数の医療機関での診療で、どこでもあなたの最新の診療情報が閲覧参照できることで、診療に活用したり、また院外処方での服薬指導、市町村保健センターでの生活習慣病予防の指導、また施設入所・在宅看護での介護支援に活用することを目的として整備したものです。

【診療上の効果】

あなたが、このネットワークへの参加に同意されますと、診療支援データベースに診療情報(診察所見、検査結果、レントゲン・心電図等の画像情報および処方内容、栄養指導や服薬指導内容など)が保存され、あなたの診療を担当する複数の医療機関が共有化するとともに活用することができるようになり、生活習慣病を中心とするあなたの診療の質の向上、服薬指導の充実などが図られます。とくに、あなたのお住まいの近くにある『かかりつけ医』と東金病院との医療連携の内容が飛躍的に充実しますので、いわば二人の主治医を持つことになり、安心感が増します。

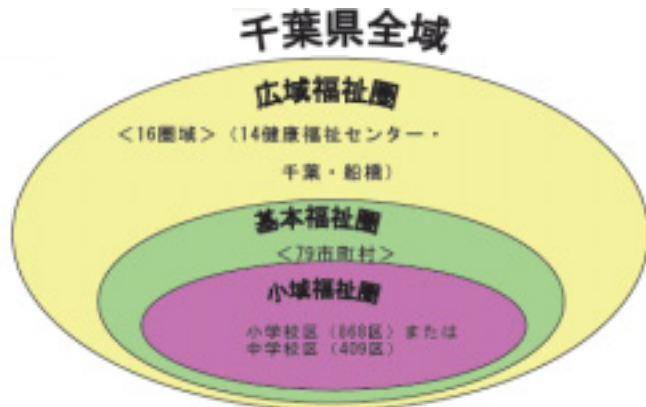
(参考) 千葉県地域福祉支援計画のあらまし

千葉県地域福祉支援計画のあらまし 「誰もが、ありのままに、その人らしく、
地域で暮らすことができる社会を目指して」

千葉県の地域福祉支援計画での提案

- 1 「新たな地域福祉像」と具体的施策の揭示
- 2 一人ひとりが、自らの判断に基づく地域生活に向けての取り組みの方向性
- 3 人の「福祉(ちから)」、地域の「福祉(ちから)」を掘り起こし、人の力と地域のつながりが信じられる地域社会の再構築
- 4 「健康福祉千葉方式」の県内市町村への普及・全国への発信
- 5 21世紀型の新たな地域福祉・地域社会づくりの灯台の役割

地域福祉圏の3層構造図

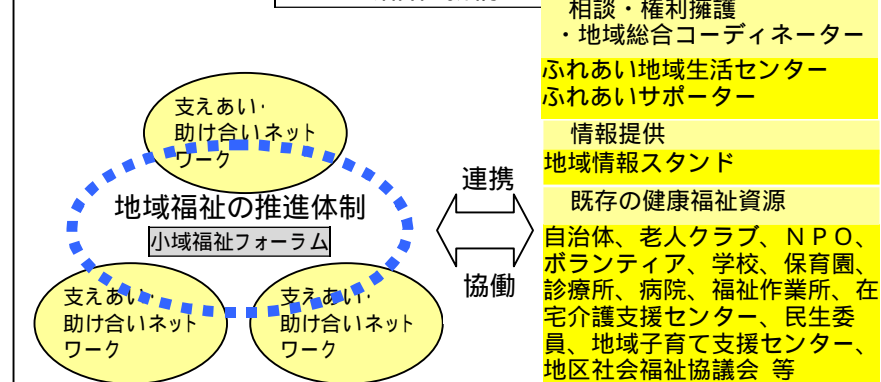


3層の福祉圏域ごと及び全県域に各々「地域福祉フォーラム」の設置を支援します。
「地域福祉フォーラム」は、これまで地域福祉を担ってきた団体と新たな地域福祉の担い手が「新たな地域福祉像」に沿って力を合わせて協働して、当該地域における福祉等のあり方・取り組み方を検討していく組織です。

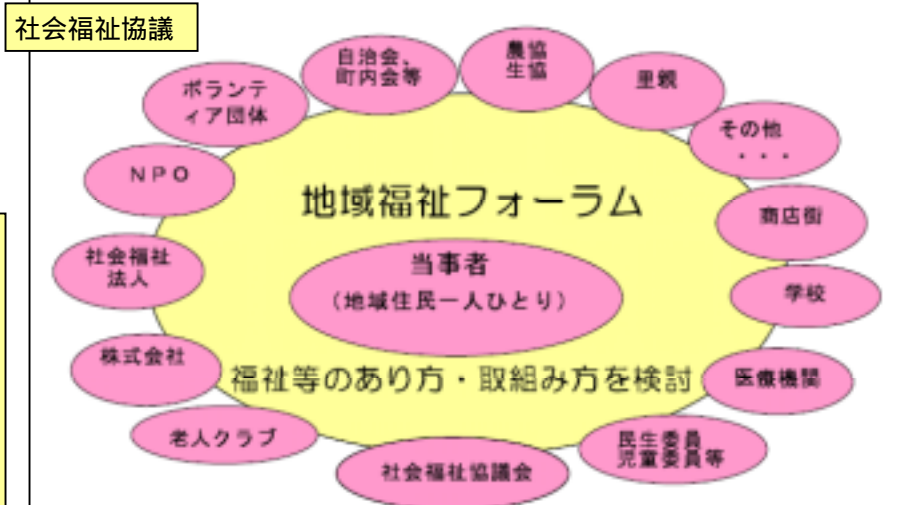
(小域福祉圏において市町村に期待される役割)
圏域ごとの特徴の明確化
各福祉圏と近隣の福祉圏との役割分担の検討
小域福祉フォーラムの設置を支援

ちば地域福祉新構想(小域福祉圏を例に)

ちば地域福祉新構想イメージ



地域福祉フォーラムのイメージ



4. 事業スキームの検討

(1) 事業スキームのあらまし

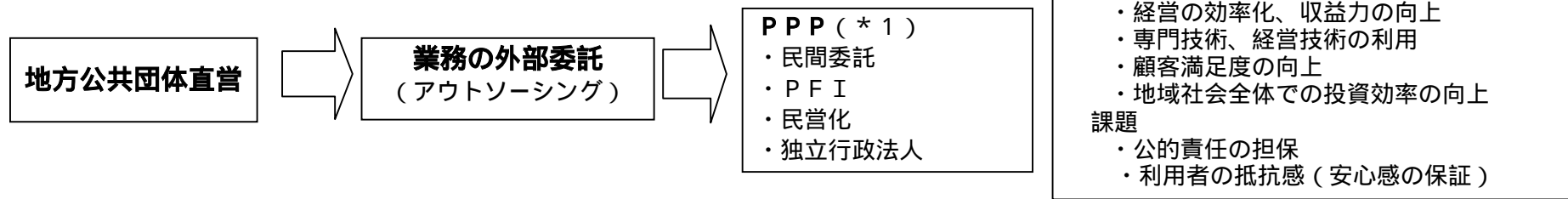
公共サービスへの民間活力の導入の流れ

(理由) 公共サービスに民間の資金、ノウハウを導入し、より質の高いサービスの提供と効率的な行政運営を図る。

(視点) 公共サービスの質の向上(質の担保、サービス水準の向上など)

財政負担の軽減(総額の抑制、初期費用の平準化など)

市場原理の導入(技術力、様々な分野のノウハウをベースにした自由競争の促進)



*1 「PPP」とは、Public Private Partnershipの略、官民協働による公共サービスの提供を指す

| 事業手法 | 建設 | 資金調達 | 所有 | 開設 | 運営 | 民間活用の度合い | 公的関与の度合い | 備考 | | |
|------------|-------|------|------|------|------|----------|----------|---------------------------------------|----|------------------------------|
| 公設公営 | 公共 | 公共 | 公共 | 公共 | 公共 | 低い | 高い | | | |
| 公設民営 | 業務委託 | 公共 | 公共 | 公共 | 公共 | ↓ | ↑ | 政令8業務(*1)を民間委託 | | |
| | 指定管理者 | 公共 | 公共 | 公共 | 民間 | | | 但し、運営については指定管理者制度における民間活用の度合いはPFIより高い | | |
| PFI | BTO方式 | 民間 | 民間*2 | 公共 | 公共 | | | 公・民 | 高い | 政令8業務(*1)、施設維持管理業務はPFI事業者が実施 |
| | BOT方式 | 民間 | 民間*2 | 民間 | 公共 | | | 公・民 | | |
| 地方独立行政法人 | 独立法人 | 独立法人 | 独立法人 | 独立法人 | 独立法人 | 低い | 低い | | | |
| 民設民営(誘致方式) | 民間 | 民間 | 公・民 | 民間 | 民間 | 高い | 低い | ここでは土地は公、建物は民の所有を想定 | | |

*1 「政令8業務」とは、検体検査、滅菌・消毒、給食、患者搬送、医療機器の保守点検、医療用ガスの保守点検、洗濯、清掃

*2 補助金等、公共側の資金が投入される場合もあります。

(2) 各事業スキームの比較

| | 公設直営 | 公設民営（指定管理者制度） | P F I | | 地方独立行政法人 | 民営化 |
|---------------|---|--|--|---|--|-----|
| | | | BTO | BOT | | |
| 運営形態 | <ul style="list-style-type: none"> 公共が施設整備を行う。 公共が施設を運営管理する。 | <ul style="list-style-type: none"> 公共が施設を整備し、普通財産の貸付契約により医療法人等に貸与し、運営管理を行う。 当該法人等は建設償還費用を考慮して決定される貸与費を公共に支払う。 医業収益等の収入金の徴収管理は当該医療法人等が行う。 | <ul style="list-style-type: none"> PFI事業者が施設を設計・建設した上で、公共に所有権を移転。 所有権移転後、PFI事業者が施設の維持管理運営を行う。 PFI事業者は政令8業務と周辺業務を実施し、病院経営及び運営は公共が行う。 土地はPFI事業者は無償貸与。 公共はPFI事業者に施設整備、維持管理運営費を期間中平準化して支払う。 | <ul style="list-style-type: none"> PFI事業者が施設を設計・建設し、施設の維持管理運営を行う。 事業期間終了後、施設の所有権を公共に移転。 | <ul style="list-style-type: none"> 地方独立行政法人が施設を整備し、維持管理運営を実施。 | |
| 建設 | <ul style="list-style-type: none"> 公共が資金を調達（起債）し、建設。 | <ul style="list-style-type: none"> 公共が資金を調達（起債）し、建設。 | <ul style="list-style-type: none"> 民間が資金を調達し建設。 公共はサービス対価として施設整備費分も含めて平準化して、元利金をPFI事業者を支払う。 | <ul style="list-style-type: none"> 法人が設立団体から長期借り入れし建設。 設立団体はその業務の財源に充てるために必要な金額を起債。 設立団体が現物出資（土地、建物）することも可能。 | <ul style="list-style-type: none"> 民間が資金を調達し建設。 業務収入により回収。 | |
| 維持管理運営 | <ul style="list-style-type: none"> 公共が維持管理運営を実施。（但し、維持管理業務、政令8業務については外部委託可能） | <ul style="list-style-type: none"> 維持管理運営業務は公共が指定する指定管理者が実施。 料金については、利用料金制により指定管理者の収入とすることが可能。また、公共からの支払で賄う方法も可能。 | <ul style="list-style-type: none"> PFI事業者が政令8業務および周辺業務を実施。 公共からのサービス対価にて賄うが、場合によってはサービス水準に応じたavailability fee（変動料金）の設定も可能。 医業については公共が実施。 | <ul style="list-style-type: none"> 地方独立行政法人が実施。 | <ul style="list-style-type: none"> 民間医療法人が実施。 | |
| 条例制定 議会の議決 | | <ul style="list-style-type: none"> 地方自治法第244条の2第3項に基づく条例（指定の手続き、管理の基準、業務内容等）の制定。 指定に係る議会の議決（自治法244条の2第6項） 地方自治法第244条の2第9項に基づく条例（利用料金）の制定。 | <ul style="list-style-type: none"> 債務負担行為および契約締結時に議会の議決を経る必要有り。 | <ul style="list-style-type: none"> 地方独立行政法人法に基づく下記の項目について議会の議決を要する（法人の設置、定款の変更、料金徴収の際の料金設定・変更、中期目標の設定・変更、財産の譲渡・担保、法人の解散） 設立団体は定款を定め、議会の議決を経る必要有り（地方独立行政法人法第7条）。 | | |

| | 公設直営 | 公設民営（指定管理者制度） | P F I | | 地方独立行政法人 | 民営化 |
|-------|--|---|---|-----|--|-----|
| | | | BTO | BOT | | |
| メリット | <ul style="list-style-type: none"> 医療サービスの質は、医業収益に左右されず、一定を保つことができ、救急医療等の重点的運営が可能 住民サービスの面において議会・行政側の意向が直ちに反映できる。 | <ul style="list-style-type: none"> 医業収益等の収入金を自由裁量で運用できるため、より柔軟な経営が可能となり、民間のノウハウを活用できる。 利用料金制により、収益によるサービス向上のインセンティブが期待できる。 | <ul style="list-style-type: none"> 民間の資金、ノウハウを活用できる。 公共負担コストの削減、平準化が可能。 開院までの期間が短縮できる。 付加的事業が期待できる。 SPC独自のビジネス展開が期待でき、それによる患者の吸引力が増す。 公共関与の維持 | | <ul style="list-style-type: none"> 非公務員型の採用により、地方公共団体とは異なる人事体系の構築が容易。 契約や財務運営の面で弾力的な経営が可能。 | |
| デメリット | <ul style="list-style-type: none"> 経営体質の抜本的な改革は難しい。 経営の効率化などのインセンティブが発揮しにくい。 サービスが官僚的になり易い。 アウトソーシングする際には民間委託事業者選定のプロセスの明確化が求められる。 | <ul style="list-style-type: none"> 医療サービスの内容は医業収益の業績等によって左右される。 不採算医療部門が切離される可能性がある。 行政側の意向の反映はやや難しい。 指定管理者選定のプロセスの明確化が求められる。 | <ul style="list-style-type: none"> 事業者選定までの性能発注のまとめに手間が掛かる。 地元企業の事業機会の確保が困難。 PFI事業者選定のプロセスの明確化、維持管理運営業務の監視・適切な評価が求められる。 医業については引き続き公共が実施するため、この部分についてのPFI導入が期待できない。 | | <ul style="list-style-type: none"> 地方独立行政法人化するにあたってのイニシャルコストが生じる。 非公務員型の採用には困難を伴う（国の独立行政法人化においても、大部分が公務員型を採用）。 複数の地方公共団体が共同して設立する場合には合意形成に時間を要する。 | |
| 留意点 | <ul style="list-style-type: none"> 公営企業法全部適用病院の増加 経営改善においては強力なリーダーシップ等が必要 | <ul style="list-style-type: none"> 運営方針が経営収支の動向に左右されるため、運営補助金的な支出をある程度考慮しておく必要がある。（救急医療等） 職員の退職、法人への移籍が困難。 指定管理者は医療業務実施可能な法人に限られる。 複数自治体による場合の条例設定における課題が想定される。 | <ul style="list-style-type: none"> 規模、地域性により専門的業務を実施できる事業者（SPC）の確保が難しい場合がある | | <ul style="list-style-type: none"> 現時点で病院の地方独立行政法人化は無。 設立団体が土地、建物を現物出資する場合も想定される。 | |
| 財政負担 | <ul style="list-style-type: none"> 建設費、維持管理運営費ともに公共負担。 外部委託した部分についてはコスト削減が期待される。 | <ul style="list-style-type: none"> 建設費については、公共が負担。 維持管理運営費は料金制度により異なるが、病院の場合は一定の負担（政策医療等）が生じる可能性が高い。 施設賃料を指定管理者から徴収することが可能。 | <ul style="list-style-type: none"> 建設費、維持管理費について公共が負担。但し、サービス対価として事業期間を通じて平準化して支払うことが可能。 | | <ul style="list-style-type: none"> 設立団体は出資を行う。 設立団体は運営費負担金を交付。 地方公営企業における1号経費、2号経費と同様の考え方であり、一般会計からの繰り入れ基準は地方公営企業に対する基準と同様。 | |

(3) 各手法の事例

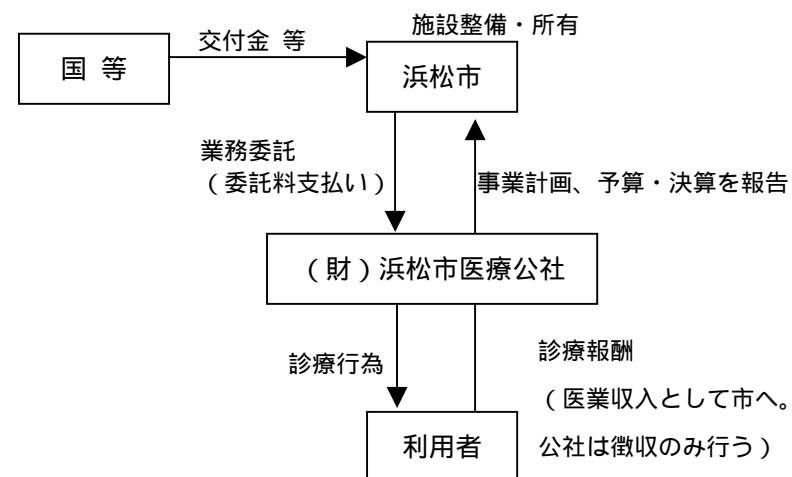
業務委託

施設整備は公共が行い、医療業務については公共から民間に委託する方法。

(事例) 県西部浜松医療センター(静岡県)

| 概要 | |
|--------|--|
| 所在地 | 静岡県浜松市富塚町328番地 |
| 敷地面積 | 53,021.64㎡ |
| 建物延床面積 | 42,466.9㎡ |
| 病床数 | <ul style="list-style-type: none"> 一般病床 600床 感染病床 16床 |
| 標榜診療科名 | 内科、外科、消化器科、循環器科、呼吸器科、神経内科、小児科、脳神経外科、整形外科、心臓血管外科、形成外科、産婦人科、皮膚科、泌尿器科、眼科、耳鼻咽喉科、精神科、放射線科、麻酔科、リハビリテーション科、歯科口腔外科 |

【運営スキーム】



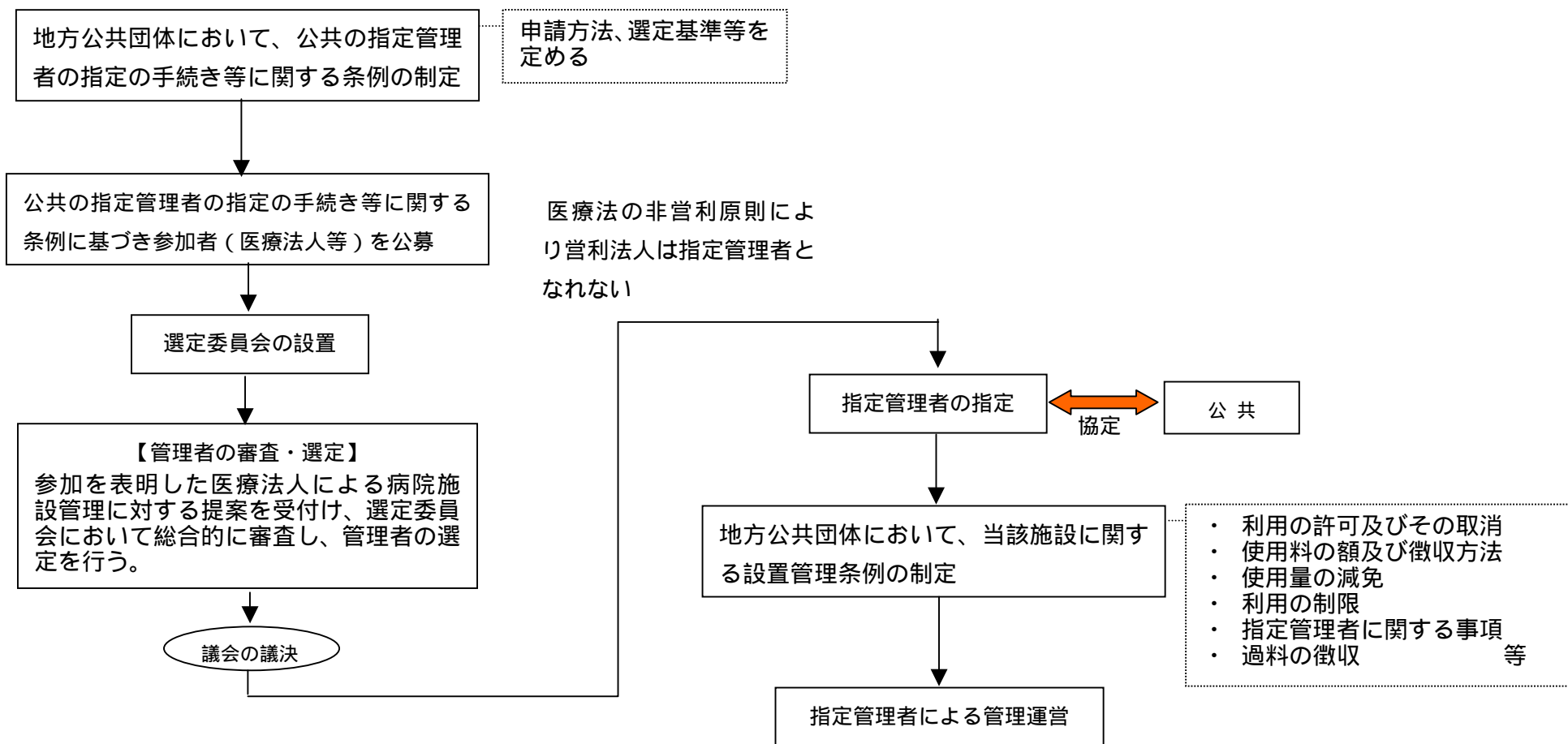
【運営の特徴】

- ・ 浜松市の出資による財団法人浜松市医療公社が市(開設者)からの事業委託を受け、管理運営を行う。
 - ・ 浜松市からの運営費等の助成は特になく、委託費の範囲内で運営。
 - ・ 公社としての独自の単独事業展開はない。
- 医事業務の一部・患者への食事提供義務の一部、洗濯業務を委託化。

指定管理者制度

指定管理者制度は、公の施設における管理の代行を「法人その他の団体」に行わせようとするものであり、民間事業者が広く含まれる公設民営の事業スキームの一形態。

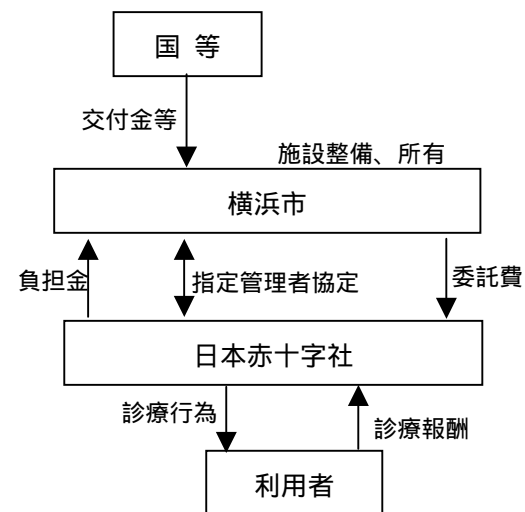
〔指定管理者決定の流れとポイント〕



(事例) 横浜市立港湾病院

| 概 要 | |
|--------|--|
| 所在地 | 横浜市中区新山下 3-12-1 |
| 敷地面積 | 28,613 m ² |
| 建物延床面積 | 74,342 m ² |
| 病床数 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 一般病床 584 床 ・ 精神病床 50 床 計 634 床 |
| 駐車場 | 308 台 |
| 診療科目 | 内科、呼吸器科、消化器科、循環器科、神経内科、小児科、外科、整形外科、形成外科、脳神経外科、呼吸器外科、心臓血管外科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、精神科、放射線科、麻酔科、歯科口腔外科、アレルギー科 診療科目：23 科 |
| 病院の特徴 | (1) 医療機能の充実 (2) 外来患者のサービス向上 (3) 入院患者の療養環境の向上 (4) 救急医療の充実 (5) 精神科医療の実施 (6) 緩和ケア医療の実施 (7) アレルギー疾患への対応 (8) 障害児(者)への対応 (9) 災害時医療 |

【事業スキーム】



【運営の特徴】

- ・ 市が施設を建設、所有し、民間事業者（医療法人）に経営全般を委託する方式。指定管理者制度を活用。指定管理者として日本赤十字社が選定（H16.2）。
- ・ 土地・施設の所有および病院設置者は市。
- ・ 医療収入は市に計上、同額が委託費となる。政策医療については運営費補助（4億円/年）を支給し、一方で施設費負担として負担金（6億円/年）を徴収。

【診療費等】

患者が支払う診療費等については横浜市病院条例により定められた金額とする。

【指定管理料】

横浜市が指定管理者に支払う内容

- 指定管理者が行った診療に伴う診療報酬相当額
- 指定条件に定めた政策的医療機能の実施に対し予算の範囲内における交付金
- 指定管理業務に伴う国県補助金を横浜市が受けた場合の国県補助金相当額
- その他収入

指定管理者が横浜市に支払う内容

- 医業収益が標準医業収益（113億円）以下の場合に減価償却費相当額（約6億円）
- 医業収益が標準医業収益（113億円）を上回る場合に減価償却費相当額（約6億円）および113億円を上回る医業収益の1/10の合計
- 横浜市病院事業会計共通経費の一部（病院事業本部人件費、事務費等）

但し、指定管理者が横浜市に支払う内容については、事業者からの提案も受け付けており、上記の方法を採用しているかどうかは不明。

【横浜市の支援】

指定管理者の行う医療機器等の備品及び電子カルテ等医療情報システム整備に要する費用の資金調達等について支援を行う。内容は別途協議としている。（公表資料からは詳細不明）

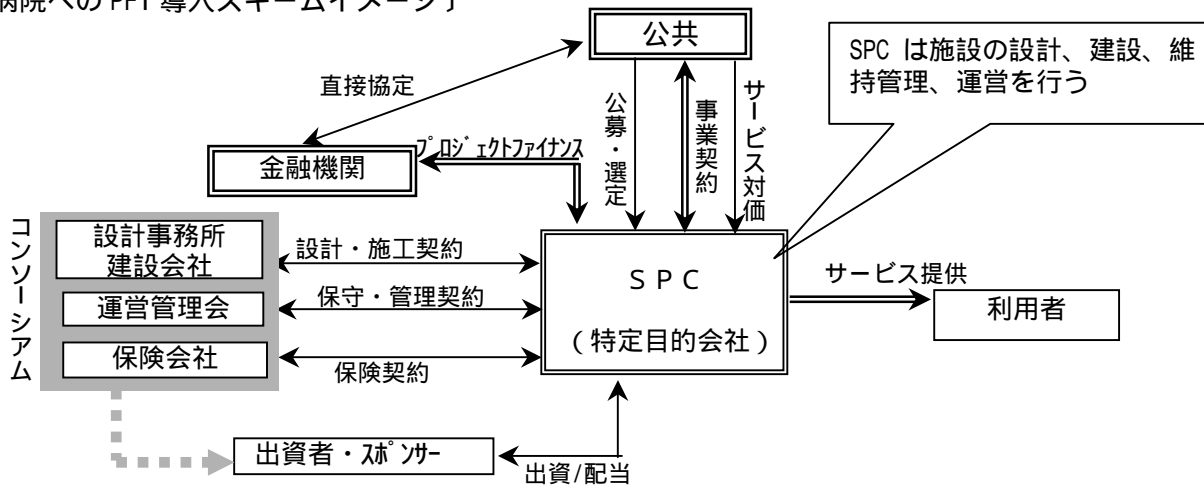
横浜市においては、現在、条例策定中の模様であり、上記内容は事業者募集要項より抜粋。

P F I

P F I は従来、国や地方公共団体等が自ら行ってきた社会資本の整備や公共サービスの提供について、民間の資金やノウハウを活用し、企画から建設、運営までを民間事業者が行う事業手法。

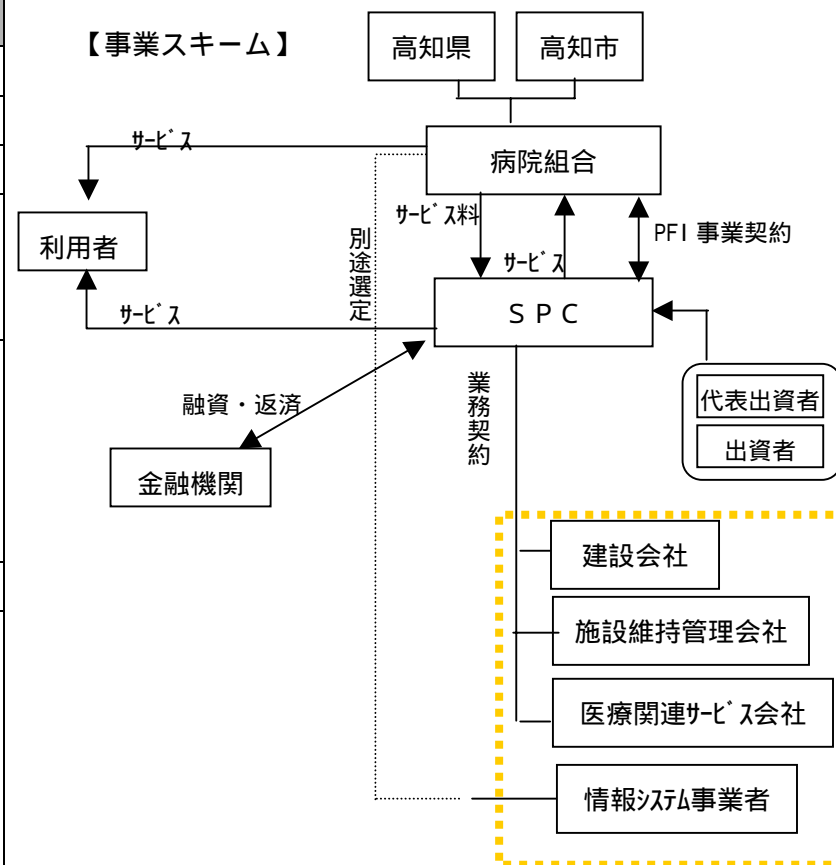
「支払に対して最も価値の高いサービスを提供する」というV F Mの考え方、長期契約、官民のリスク分担、財政支出の平準化、公開原則とチェック機能といった特徴により、民間ノウハウの効果的な導入を図るものである。

〔病院への PFI 導入スキームイメージ〕



(事例) 高知医療センター

| 概要 | |
|--------|---|
| 所在地 | 高知市池 |
| 敷地面積 | 約 52,000 m ² |
| 建物延床面積 | 約 67,000 m ² |
| 病床数 | <ul style="list-style-type: none"> 一般病床 590 床 結核病床 50 床 感染症 8 床 |
| 施設内容 | <ul style="list-style-type: none"> 病院本館施設 その他施設 職員宿舍等(幹部公舎、ゲストハウス、世帯用医師公舎、 単身用医師公舎、看護婦宿舍等) 院内保育所 屋外付帯施設(職員駐車場等) |
| 駐車場 | 約 560 台 |
| 標榜診療科名 | 心療内科、リハビリテーション科、免疫・アレルギー科、放射線科、神経内科、脳神経外科、眼科、耳鼻咽喉科、歯科口腔外科、呼吸器科、呼吸器外科、循環器科、心臓血管外科、消化器科、泌尿器科、婦人科、麻酔科、産科、小児科、小児外科、一般外科、皮膚科、整形外科、形成外科 |



【事業の特徴】

- ・ 病院本館施設については施設整備後、公共に所有権を移転する BOT 方式。その他施設（職員宿舎、院内保育所、屋外付帯施設）については BOT 方式。
- ・ 高知県と高知市による一部事務組合を設立し、組合と SPC が契約を締結。
- ・ 事業期間は 30 年間（建設期間含む）。
- ・ 病院本館施設は組合の所有とし、職員宿舎等は民間の所有。
- ・ 施設整備、施設維持管理業務、医療関連サービス業務（政令 8 業務）、その他医療関連業務（維持、物品管理等）を民間事業者任せるが、医業自体は病院組合で実施。

【特定事業選定時における従来方式と PFI 方式のコスト比較】 （単位：百万円）

| | P S C 従来方式の場合の公 共負担額 | PFI-LCC PFI 導入時の公共負担額 | 差額 | |
|----------|----------------------------|--------------------------|--------|------|
| 総額コスト比較 | 248,655 | 232,115 | 16,540 | 6.7% |
| 現在価値換算比較 | 131,505 | 124,981 | 6,524 | 5.0% |

【病院組合設立の背景】

- ・ 三次医療をはじめとする高度な医療の充実を図るため、医療の質的な面に重点を置いた取組が求められていた。
- ・ 高知県立中央病院と高知市立市民病院において、医療技術の進歩、高齢化の進展、住民ニーズの多様化に対し、施設整備充実の必要性が高まっていた。
- ・ 両病院を単独で整備するよりも統合して整備することで、スケールメリットを活かした高度医療の提供が可能と考え、両病院を統合整備し、県下の基幹病院を新たに整備するものとし、整備主体機関として高知県と高知市により新たに一部事務組合を設立。
- ・ 県中央病院移転整備検討（H2 年 9 月）から一部事務組合設立（H10 年 11 月）まで 8 年、PFI 導入検討開始（H13 年 2 月）から PFI 事業者との契約（H14 年 12 月）まで約 2 年を要している。高知医療センター開院予定は H17 年 3 月。

【病院組合の支払内容】

- ・ PFI 事業者との契約金額 約 2,132 億円（うち消費税 101 億円）。施設整備費、30 年間にわたる維持管理運営費を含む。
- ・ 別途、統合情報システムに関する契約を IT 事業者と締結しており、システム開発整備費および保守管理業務として約 46 億円を支払う。（但し、契約期間は H15 年～H23 年まで）

【支払方法】

- ・ 病院組合は病院本館施設所有権移転後、一定期間内に病院譲渡代金の 1/2 を一括で支払い、残額は契約に定める回数の分割払いで PFI 事業者を支払う。
- ・ その他施設は事業期間中、PFI 事業者が所有し、病院組合は契約において定められた施設使用の対価を全体事業期間通じて支払う。
- ・ 病院本館施設維持管理業務費は、日常的な維持管理費を平準化して支払い、大規模修繕費に関しては PFI 事業者提案による長期修繕計画に沿って支払期間と金額を契約に定める。

【病院組合における分担】

「高知県・高知市病院組合同約」より、用地の取得に要する経費、病院の整備に要する経費、組合の運営に要する経費について、県 1/2、市 1/2 の負担割合としている。

参考：国における病院への PFI 導入の考え方

「公共施設等の整備等において民間事業者の行い得る業務範囲」について（平成 16 年 6 月 内閣府民間資金等活用事業推進室）では、病院・診療所に関し以下のように明記している。

- ✓ PFI 手法を活用した事業の場合の管理者としての届け出、許可
公共が行う（医業本体は公共が行うため）
- ✓ 民間事業者に行わせることが可能な業務
医療法施行令で定める業務（医療法第 15 条の 2）、医師等の診療又は患者の入院等に影響を与えない業務
- ✓ PFI 事業範囲の例示：(ア)受付や会計事務棟の医師等の診療又は患者の入院等に影響を与えない業務、(イ)食事の提供や医療機器の保守点検等の業務については、委託を行うことが認められている。
- ✓ 指定管理者制度の活用：上記 PFI 事業範囲に加え、診療行為や療養上の世話等の医業本体についても指定管理者が行うことができる。ただし、医療法の非営利原則により、営利法人は指定管理者となれない。

「地方公共団体が PFI 事業を実施する際の国の補助金等の適用状況について」（平成 16 年 6 月 内閣府民間資金等活用事業推進室）では、医療施設等施設整備費補助金について BT0、BOT いずれの場合も補助対象（B00 方式は対象外）であることが明確にされている。

地方独立行政法人

地方独立行政法人は地方独立行政法人法（平成 15 年法第 118 号）第 2 条 1 項において以下のように定義されている。

「住民の生活、地域社会および地域経済の安定等の公共上の見地からその地域において確実に実施される必要のある事務及び事業であって、地方公共団体が自ら主体となって直接実施する必要のないもののうち、民間の主体にゆだねた場合には必ずしも実施されない恐れがあるものと地方公共団体が認めるものを効率的かつ効果的に行わせることを目的として、この法律に定めるところにより地方公共団体が設立する法人」

【地方独立行政法人の種類】

| 種類 | | 対象業務 |
|--------|---|---|
| 公営企業型 | 従来地方公営企業が行ってきた業務。 設立団体が負担する一定の経費を除き、独立採算を取ることとされている。 | 公営企業（水道、工業用水道、軌道、自動車運送、鉄道、電気、ガス、病院、その他政令で定める事業） |
| 公立大学法人 | 従来公立大学が行ってきた業務。 | 大学の設置及び管理 |
| 通常型 | 公営企業型、公立大学法人を除いた地方独立行政法人 | 試験研究、社会福祉事業、公共的な施設の設置及び管理 |

- ✓ 病院業務を地方独立行政法人に移行する場合は「公営企業型」となる。

【公営企業型独立行政法人の特徴】

- ・ 法人格を有する。
- ・ 業務を確実に実施するために必要な資本金その他の財産的基礎を有する必要がある、設立団体は地方独立行政法人の資本金額の 1/2 以上に相当する資金その他の財産を出資しなければならない（法第 6 条）。
- ・ 原則として独立採算。
- ・ 中長期計画で許可を受けた限度額範囲内での短期借入は可能であるが、長期借入は設立団体からの借入のみ可能。
- ・ 職員は公務員型と非公務員型に分けられる。

【メリット・デメリット】

| メリット | デメリット |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">・ 地方公共団体の枠組みから解かれることから、法人独自の意志決定が可能となり、人事管理、業務執行面で柔軟な経営が可能となる。・ 地方自治法の財務規定の適用がないため弾力的な経営が可能となり長期契約などの活用が可能。・ 評価委員会による業績評価等により、サービスの向上が期待される。 | <ul style="list-style-type: none">・ 地方独立行政法人制度に移行するためのコストが生じる。・ 中期計画・年度計画の策定、評価委員会の設置などによる事務量が增大する。・ システムの改修や規程類の策定に手間とコストが生じる。・ 理事長による専断の可能性はある。 |

【他事例】

国においては全ての国立病院が独立行政法人化されているが、地方独立行政法人の事例は現状見られない。

(4) 山武地域医療センターへの民間活力導入の検討

| 事業手法 | 検討状況 | 本年度の取扱い | | | | | | | | |
|----------|--|---|-----------|----|------|--|-----------|----|------|--|
| P F I | <ul style="list-style-type: none"> 施設の設計、建設、維持管理、運営（医療業務以外）を一括に発注することで、民間事業者の創意工夫が発揮される余地がある。 長期間にわたる業務契約により、事業期間を通じたノウハウの蓄積による効率化およびコスト削減が期待される。 P F I 参画事業者間による競争性が確保される場合は、高い費用対効果が期待される。 <p>【 P F I 導入の場合の業務範囲】</p> <table border="1" data-bbox="398 443 1491 499"> <tr> <td>設計・建設</td> <td>施設・設備維持管理</td> <td>運営</td> <td>医療行為</td> </tr> </table> <p>◆ PFI 業務 ◆ 公共直営業務 ◆</p> | 設計・建設 | 施設・設備維持管理 | 運営 | 医療行為 | <ul style="list-style-type: none"> ◆ 公設公営で実施した場合の事業費試算をもとに、想定される前提条件を設定し、P F I 導入時のシミュレーションを実施。 ◆ 今後の本格的な P F I 導入可能性調査の実施有無を判断。 <p>運営業務については、政令 8 業務について PFI 業務とすることが可能であるが実際に導入する際には調整が必要。</p> | | | | |
| 設計・建設 | 施設・設備維持管理 | 運営 | 医療行為 | | | | | | | |
| 指定管理者制度 | <ul style="list-style-type: none"> 維持管理、運営業務を一括して指定管理者に委ねることで、業務の効率化が図れ、民間事業者の創意工夫が発揮される余地がある。 長期にわたる業務契約により、事業期間を通じたノウハウの蓄積による効率化およびコスト削減が期待される。 医業収益を指定管理者が直接収受し、運営することで経営効果が期待される。 指定管理者制度のみの活用と、P F I +指定管理者制度の活用が考えられる。 <p>【指定管理者制度導入の場合の業務範囲】</p> <table border="1" data-bbox="421 799 1480 842"> <tr> <td>設計・建設</td> <td>施設・設備維持管理</td> <td>運営</td> <td>医療行為</td> </tr> </table> <p>◆ 公共直営業務 ◆ ◆ 指定管理者業務 ◆</p> <p>【 P F I +指定管理者制度導入の場合の業務範囲】</p> <table border="1" data-bbox="421 954 1480 997"> <tr> <td>設計・建設</td> <td>施設・設備維持管理</td> <td>運営</td> <td>医療行為</td> </tr> </table> <p>◆ PFI 業務 ◆ ◆ 指定管理者業務 ◆</p> | 設計・建設 | 施設・設備維持管理 | 運営 | 医療行為 | 設計・建設 | 施設・設備維持管理 | 運営 | 医療行為 | <ul style="list-style-type: none"> ◆ 指定管理者制度の導入では、施設整備への民間活力導入は期待できない、政策的な業務（不採算医療等）について切り離される可能性がある、既存の職員の取扱いに注意が必要といった課題が残る。 ◆ また、P F I +指定管理者制度の手法については先行事例もないことから、手続き上の確認が必要。 ◆ 事業スキームとしての可能性は残るものの、クリアすべき課題もあることから、今後の本格的な P F I 導入可能性調査の実施に併せて、民間活力導入手法としての効果を検討。 |
| 設計・建設 | 施設・設備維持管理 | 運営 | 医療行為 | | | | | | | |
| 設計・建設 | 施設・設備維持管理 | 運営 | 医療行為 | | | | | | | |
| 地方独立行政法人 | <ul style="list-style-type: none"> 地方独立行政法人は、独立した法人格を持ち、主体的な意思決定が期待できる他、地方公共団体とは異なる人事体系の構築が容易となり、経営改善も期待される。 しかし、地方独立行政法人の出資者は地方公共団体である点、地方独立行政法人による長期借入金・債券発行は不可能であるため設立団体からの長期借入金による調達となり、柔軟な資金調達が困難。 また、設立団体とは切り離されるため、民間からみた場合のリスクがかえって大きくなり、コスト高となる可能性が大きい。 地方独立行政法人の長である理事長は、設立団体の長が任命することから、経営や企業統治の面では、民間活力が発揮しにくい。 | <ul style="list-style-type: none"> ◆ 地方独立行政法人方式は、現在の公務員の意識改革を目的としており、組織改革的側面を導入する場合に相応しい方式といえるが、民間活力・民間資金の導入を中心に進めようとした際には問題点も多く見られる。 ◆ そのため、本年度調査では地方独立行政法人の導入については見送るものとする。 | | | | | | | | |

運営形態の検討

現時点においては、山武地域医療センターへの民間活力導入手法としては、PFIの導入可能性を中心に、指定管理者制度についても引き続き検討の余地があると考える。

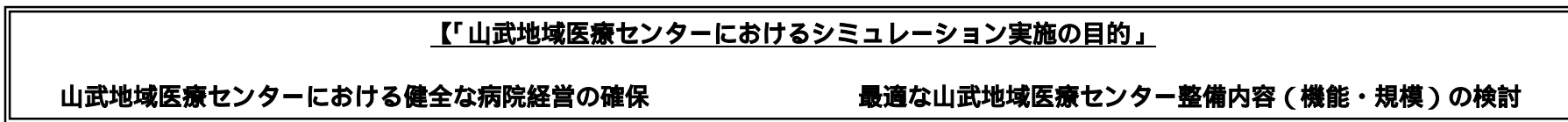


目標 住民の医療ニーズを満足する病院
地域連携に目配りした病院機能
低廉で機能性のある病院施設の建設
持続可能な経営ができる病院

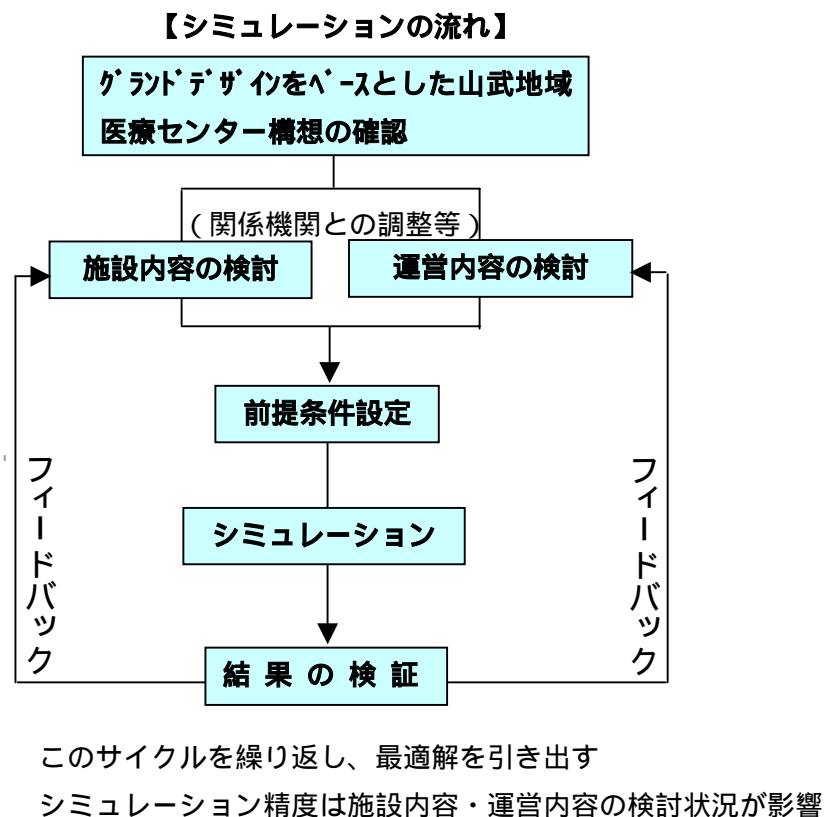
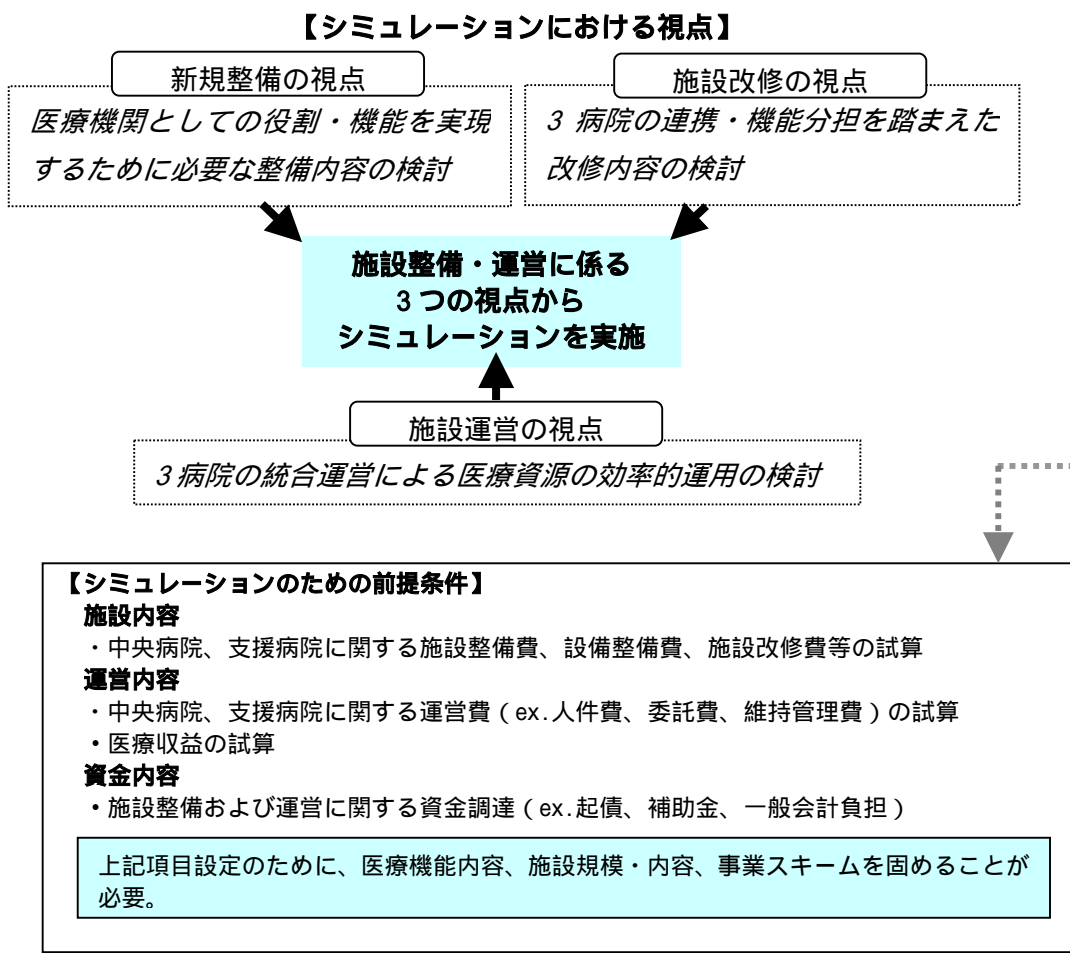
事業費試算結果等から想定される事業手法・運営形態（たたき台）

- ・地域（住民・患者、関係機関等）が納得できる病院機能、施設規模、設置場所、アメニティ
- ・働く医療従事者（医師、コメディカル等）が希望のもてる診療機能、機器整備、研修機能
- ・自治体が納得できる病院機能、施設規模、設置場所、財政負担

(5) 事業費試算



施設整備・運営に関するシミュレーションの考え方



事業費試算の結果

3 病院長等医療関係者会議、医療サービス・運営財務検討合同部会を踏まえての病院機能を基に試算した結果

a. 公設とした場合の設置・運営費（概算）

< 施設整備費の試算 >

| | |
|-------------|---|
| 建設事業費試算の前提 | |
| 敷地面積 | 60,000㎡を想定、市街化調整区域、土地購入・造成あり |
| 病院建物本体延べ床面積 | 36,000㎡、SRC造・地下なし・免震構造（1床当たり80㎡、365,803円/㎡） |
| | 医師・研修医・看護師宿舎（計96戸）を含む |
| | その他には、土地購入関係費、移転費、コンサルタント費を含む |

< 建設費の推計 >

| 費用項目 | 金額 | 内容 | 積算根拠 |
|--------|-----------|-----------------------|---|
| 設計・調査費 | 735百万円 | 基本設計、実施設計、工事監理費 | 設計費は建築費の3% 工事監理費は建築費の2% |
| 施設整備費 | 14,125百万円 | 中央病院、医師・研修医・看護師宿舎等 | 単価は、平成8年～15年の間に建設した同規模(400床～599床)病院の平均単価 |
| 設備整備費 | 5,617百万円 | 医療機器、備品類、IT機器等 | 新規購入医療機器4,132百万円、備品類484百万円、IT関連費用1,000百万円 |
| 改修費 | 582百万円 | 支援病院改修費 | 支援病院での老人保健施設転換のための改修費 |
| その他 | 1,338百万円 | 土地購入費、移転費用、コンサルタント費用等 | 土地60,000㎡（単価10千円）、造成費（㎡単価10千円） |
| 計 | 22,397百万円 | | |

自治体、指定管理者が運営する施設を、公が工事発注した場合の施設整備費の試算

< 財源 >

| 内 訳 | 金額 | 内 容 | 積算根拠 |
|-------|-----------|----------------|---|
| 国庫補助金 | 2,533百万円 | 現在の補助制度による | (国庫補助)看護師宿舎120百万円、不足病床地区病院113百万円など計664百万円 (県単補助)公的医療機関整備(施設)1,843百万円、(設備)26百万円 |
| 自己資金 | 1,228百万円 | 土地購入費等の起債対象外経費 | 土地購入費600百万円、土地造成費600百万円、土地開発諸費28百万円、 |
| 起債 | 18,636百万円 | 補助金分の自己資金を含む | 補助事業の設置者負担分5,063百万円、補助対象外施設・設備整備費13,573百万円、 |
| 計 | 22,397百万円 | | |

建設費のうち、土地購入費等一部の経費については、総務省の個別審査により起債対象とならない経費がある。

(参考)安房医師会病院(149床)に対する補助(国庫補助・県単補助の計)1,055百万円、君津中央病院(651床)に対する補助(国庫補助・県単補助の計)3,363百万円

< 起債償還 >

| 起債償還 | 金額 | 償還財源 | 説明 | 備考 |
|---------------|----------|-------------|------------------|--|
| 支払利息（初年度～4年目） | 364百万円 | 364百万円 | 収益から償還 | 施設については5年据置30年償還（利率2.4%） 設備については5年据置一括償還（利率0.88%） |
| 元利償還金（5年目） | 5,846百万円 | 元金 5,482百万円 | 一般会計繰入金、留保資金から償還 | |
| | | 利息 364百万円 | 収益から償還 | |
| 元利償還金（6年目以降） | 706百万円 | 元金 390百万円 | 一般会計繰入金、留保資金から償還 | |
| | | 利息 316百万円 | 収益から償還 | |

b. 施設運営費の試算（初年度）

ア 収益の推計

| 科目 | 金額 | 積算根拠 |
|-------|-----------|--|
| 医療収益 | 入院収益 | 7,449百万円 中央病院 5,829百万円 (明細)一般病床347床 病床利用率87.5% 入院単価42,640円など 支援病院1 816百万円 (明細)一般病床80床 病床利用率90.0% 入院単価26,819円など 支援病院2 804百万円 (明細)療養型病床96床 病床利用率95.0% 入院単価16,090円など |
| | 外来収益 | 3,598百万円 中央病院 2,600百万円 (明細)外来患者数延べ225,000人 外来単価9,609円など 支援病院1 671百万円 (明細)外来患者数延べ92,208人 外来単価6,500円など 支援病院2 327百万円 (明細)外来患者数延べ59,374人 外来単価5,500円 |
| | その他の医療収益 | 271百万円 室料差額 83百万円、人間ドッグ・検診事業 188百万円 |
| | 小計 | 11,318百万円 |
| 医療外収益 | 国庫補助金 | 93百万円 救急医療対策(病院群輪番制)93百万円 |
| | 老人保健施設収益 | 464百万円 入所定員100人 利用率95.0% 単価12,250円など |
| | 訪問看護事業 | 44百万円 |
| | 居宅介護支援事業 | 6百万円 |
| | 介護保険意見書料 | 4百万円 |
| | 売店等収益 | 50百万円 |
| | 小計 | 661百万円 |
| 合計 | 11,979百万円 | |

起債の元利償還に対する繰入金及び不採算部門の運営に対する繰入金は除外してある。

イ 費用の推計

- 運営形態 a 従来の運営方式の場合（公が建設し、医療以外の業務の一部を民間に委託する従来の方式）
 b 業務委託強化型の場合（公が建設し、医療以外の業務の多くを外部委託する方式）
 c 指定管理者制度の場合（公が建設し、医療を含めた運営全般を公が指定する第三者に委ねる方式）

費用構成

| 費用項目 | 説明 |
|-------|-------------------------------------|
| 人件費* | 中央病院、支援病院、老人保健施設、健診センターの医師・看護師等の人件費 |
| 材料費 | 薬品費、診療材料費 |
| 委託費 | 施設維持管理、病院運営業務、その他業務 |
| 経費 | 非常勤医報酬、光熱水費、修繕費、廃棄物処理費、消耗品、通信運搬費等 |
| 支払利息 | 起債償還利子 |
| 減価償却費 | 建物、設備の減価償却費用（留保資金として累積される） |

（コスト縮減のため、可能な限りアウトソーシングを進めた場合）

| 職員配置 | 中央病院 | 支援病院1 | 支援病院2 | 合計 |
|--------|------|-------|-------|------|
| 医師 | 78 | 11 | 7 | 96人 |
| 看護師 | 278 | 60 | 48 | 386人 |
| 薬剤師 | 10 | 2 | 3 | 15人 |
| その他専門職 | 110 | 14 | 63 | 187人 |
| 事務一般職 | 13 | 4 | 9 | 26人 |
| 合計 | 489人 | 91人 | 130人 | 710人 |

看護師に保健師・助産師を含む。

支援病院2に老人保健施設等を含む。

試算の方法

公の設置・運営を前提に、安定的な経営の継続を目指すには、可能な限りコストを縮減する必要があるこのため、試算に当たっては、まず医療外業務について、コストパフォーマンスを考慮しつつ、可能な限り外部に委託する方法で運営費を試算した。(b 業務委託強化型の場合の試算) その上で、次の業務について、公の直営とした場合の費用組み換えを行った。費用の組み換えは、それぞれの業務の要素を分解して人件費、材料費、経費を算出した。

| 業務内容 | 委託から直営への組み換えの考え方 | 委託した場合との差額 |
|-----------|---|------------|
| 検体検査 | 委託費が削減され、検査員人件費、薬剤費、機器・器具の調達費、更新・システム開発費等が発生。 | 329百万円 |
| 滅菌消毒 | 委託費が削減され、滅菌消毒業務員人件費、滅菌消毒用消耗品費、機器・器具の調達費、更新費、維持管理費が発生。 | 64百万円 |
| 食事の提供 | 委託費が削減され、調理員人件費、機器・器具等調達費、保守点検費、更新費・配膳員の調達費、食材費等が発生。 | 1百万円 |
| 医療機器の保守点検 | 委託費が削減され、MEセンター要員、機器・器具の調達費、維持管理費、医療機器電算保守監理費等が発生。 | 79百万円 |
| S P D業務 | 委託費が削減され、用度職員・搬送業務員・消費管理業務員の人件費、システム開発、保守費・物品管理用什器費が発生。 | 20百万円 |
| 一般管理 | 委託費が削減され、管理業務職員人件費、消耗品費等の経費が発生 | 3百万円 |

a 従来の運営方式の場合の費用

収支差 422百万

| 費用項目 | 金額 | 内 容 | 積算根拠 |
|-------|-----------|------------------|---|
| 人件費* | 5,188百万円 | 医師96人、看護師等386人ほか | 人件費単価は成東病院、大網病院の職種別人件費の加重平均(給料、手当、その他の負担を含む) |
| 材料費 | 3,024百万円 | 薬品費、診療材料費 | 薬品費単価は投薬・注射、処置・検査等の10%、診療材料費は公営企業の同規模病院を参考に試算 |
| 委託費 | 1,125百万円 | 政令8業務のうち5業務を直営 | 同規模公立病院の1床当たりの委託単価を参考に試算 |
| 経費 | 1,439百万円 | 非常勤医は常勤換算で20名配置 | 非常勤医報酬は299百万円、経費は医業収益比率から、光熱水費は1床当たり平均から試算 |
| 支払利息 | 364百万円 | 起債償還利子 | 施設整備分316百万円、設備整備分48百万円、一般会計負担額50%(うち交付税措置0.45)で試算 |
| 減価償却費 | 1,261百万円 | 建物、設備の減価償却 | |
| 計 | 12,401百万円 | | |

「政令8業務」とは、検体検査、滅菌・消毒、給食、患者搬送、医療機器の保守点検、医療用ガスの保守点検、洗濯、清掃をいう。

b 業務委託強化型の場合の費用

| 費用項目 | 金額 | 内容 | 積算根拠 |
|-------|-----------|------------------|---|
| 人件費* | 4,844百万円 | 医師96人、看護師等386人ほか | 人件費単価は成東病院、大網病院の職種別人件費の加重平均 |
| 材料費 | 2,852百万円 | 薬品費、診療材料費 | 薬品費単価は投薬・注射、処置・検査等の10%、診療材料費は公営企業の同規模病院を参考に試算 |
| 委託費 | 1,870百万円 | 患者搬送以外の政令8業務を委託 | 同規模公立病院の1床当たりの委託単価を参考に試算 |
| 経費 | 1,145百万円 | 非常勤医は常勤換算で20名配置 | 非常勤医報酬は299百万円、経費は医業収益比率から、光熱水費は1床当たり平均から試算 |
| 支払利息 | 364百万円 | 起債償還利子 | 施設整備分316百万円、設備整備分48百万円、一般会計負担額50%（うち交付税措置0.45）で試算 |
| 減価償却費 | 1,261百万円 | 建物、設備の減価償却 | |
| 計 | 12,336百万円 | | |

収支差 357百万円

c 指定管理者制度の場合の費用

| 費用項目 | 金額 | 説明 |
|-------|-----------|---------|
| 人件費* | 4,359百万円 | bの費用を計上 |
| 材料費 | 2,852百万円 | |
| 委託費 | 1,870百万円 | |
| 経費 | 1,145百万円 | |
| 支払利息 | 364百万円 | |
| 減価償却費 | 1,261百万円 | |
| 計 | 11,851百万円 | |

収支差 128百万円

【指定管理者制度導入の場合の前提】

- ・ 施設整備費は公共直営と同等。
- ・ 維持管理・運営費については公共直営と同等を設定するが、人件費については公共直営に比べ10%削減されるものとして設定。（全国公私病院連盟調査報告書を参考）

【地方独立行政法人】

【独立行政法人とは】

- ・ 独立した法人格をもち主体的な意思決定が期待できるほか、地方公共団体とは異なる人事体系の構築が容易となることから組織の経営状況に対する職員の意識の高まり等による経営改善が期待されるといわれている。
- ・ 特定型（公務員型）と一般型（非公務員型）があり、一般型では、職員の身分は非公務員となり民間企業と同様となるが、採用事例は少ない。

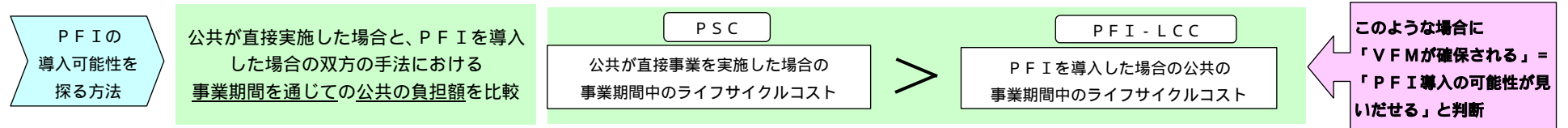
【試算に対する考え方】

- ・ 地方独立行政法人は、自治体の関与はあるものの地方自治法の制約を受けず、独自の運営が可能であることから、非公務員型の地方独立行政法人にあっては指定管理者と同程度の運営費水準と考えられる。
- ・ 現時点で、地方独立行政法人による病院運営はなく、また、資金調達や業務面での柔軟性に課題があり、導入効果は小さいと考えられるため、推計を見送ることとした。

PFI 手法導入の場合

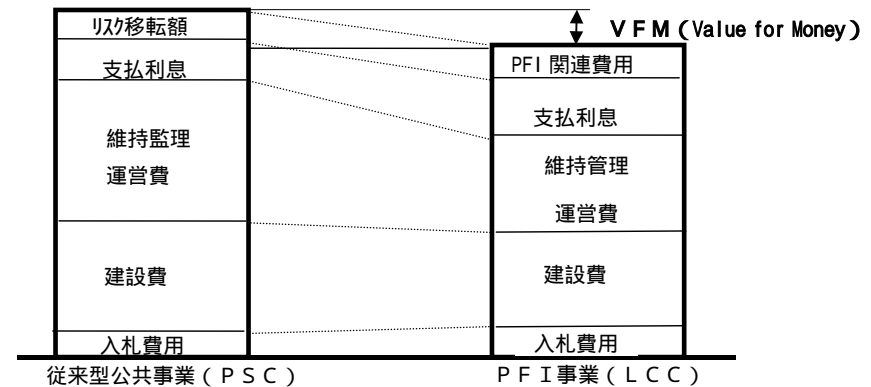
PFI 導入の前提

P F I とは、業務を包括的、長期的に民間に任せ、民間から資金調達を行うことで民間事業者の創意工夫を活用する手法。



- ・ ライフサイクルコストとは、事業の開始から終了までに必要なコストの総額を指します。
- ・ それぞれのライフサイクルコストには、設計、建設、維持管理、運営等、業務に関する費用、税金、資金調達コスト、リスクが含まれます。
- ・ PFI 導入の場合は、上記に見合ったサービス対価が含まれます。
- ・ P S C = Public Sector Comparator の略
- ・ P F I - L C C = PFI - Life Cycle Cost の略

V F M のイメージ図



【山武地域医療センターへのPFI導入の前提条件】

- ・ PFI 業務範囲：施設設計、建設、移転、支援病院改修、施設維持管理、修繕、医業以外の運営
- ・ 事業期間：30年
- ・ 事業方式：BTO
- ・ 事業類型：サービス購入型を基本とする
- ・ 支払方法：施設整備費、維持管理費、運営費を平準化して公共が支払う。

本シミュレーションにおける留意点

- ✓ PFI 導入はVFMの結果のみで判断するものではなく、事業内容、事業スケジュール、リスク分担、民間事業者の参画動向等を踏まえ総合的に判断することが必要です。
- ✓ 事業費試算については、現段階で想定できる範囲内のものであり、今後、業務内容等の精査が必要です。
- ✓ 補助金については、PFI 導入においても公設公営の場合と同等の措置がとられるものと想定していますが、国庫補助制度が転換期を迎えていることから、実際にPFI 導入の際には担当省庁との密接な連携が必要とされます。
- ✓ 地方交付税措置についても、制度自体が転換期を迎えていることから、取扱には留意が必要となっています。本シミュレーションでは、補助金と同様にPFI 導入時においては公設公営の場合と同等の措置がとられるものと想定していますが、PFI の場合では一定期間の措置（都道府県：20年、市町村：15年）がなされるものとしています。

PFI 導入の試算結果

【PFIシミュレーションにおける前提】

PFI事業範囲：施設の設計・建設、施設維持管理、修繕、医業以外の運営

現在価値換算^{*1}における割引率^{*2}：4%

インフレ：1%

資金調達：補助金投入部分については起債（過去平均より利率2.71%）により調達。その他については民間事業者が利率4.0%にて調達。

なお、民間事業者の収支が黒字となり、採算が取れるレベルとする

(*1) 現在価値換算とは、複数年に渡る事業の経済的価値をはかるために、将来の価値を現在との比較するための方法

(*2) 割引率とは、将来のある時点における価値（名目値）を現在価値に換算する際に用いられる係数。本件では先行事例を参考に設定。

PFI シミュレーションの結果

PFIは、建設から維持管理までのPFI対象の事業全体で試算するため、建設費と運営費に区分できないが、この試算では、他の事業手法・形態との比較のため、これまでのPFI先行事例等を参考に、便宜的に区分して表示したものである。

【建設事業費】

PFI導入により、公設の場合に比べ20%のコストの削減が図ることができるものと設定
但し、その他費用のうち土地購入関係費（1,228百万円）については、公共が負担する。

PFI事業費：16,935百万円

建設総事業費：18,163百万円

【維持管理・運営費】

維持管理・修繕・運営業務（医業を除く）をPFI業務範囲とし、従来発注に比べ10%のコストの削減が図ることができるものと設定

PFI対象業務 1,777百万円/年

年間運営費：11,716百万円/年

いずれも初年度の金額

<PFIの場合>

国庫補助金 2,027百万円

起債^{*1}・その他 4,050百万円

サービス対価^{*2} 2,884百万円/年（初年度）

(*1) 土地購入費や補助金投入部分についての財源措置

(*2) PFI業務として受けるサービスの対価であり、施設整備費相当分と維持管理運営費相当分を含む

収支差 263百万円

【事業費削減の試算】

| | PSC（公共が実施した場合） | PFI | 比較 |
|----------------|----------------|------------|----------|
| 30年間負担額（名目値） | 103,278百万円 | 101,564百万円 | 1,714百万円 |
| （現在価値換算） | 51,716百万円 | 51,558百万円 | 158百万円 |
| 削減率（現在価値換算で比較） | 0.31% | | |
| 削減額（現在価値換算で比較） | 158百万円の削減 | | |
| 初年度の負担額 | 2,329百万円 | 2,965百万円 | 636百万円 |
| 毎年支払額（30年間平均） | 3,443百万円 | 3,385百万円 | 58百万円 |

(6) 試算結果を踏まえた事業手法・事業形態の検討

| 事業スキーム | 事業費試算の結果 | | メリット・デメリット |
|---|--|--|--|
| | 建設費 | 運営費(初年度の収支) | |
| 1. 公設直営 (従来の運営) | 総額 22,397百万円 (財源) 国県補助金 2,533百万円 自己資金 1,228百万円 起債 18,636百万円 | 収益 11,979百万円 費用 12,401百万円 収支差 422百万円 | 1) 施設整備費が割高となるおそれがある。 2) 医療の質は確保されるものの、長期にわたっての健全経営が難しい。 |
| 2. 公設 民営 | 2-1 業務委託強化型(政令業務等を民間委託) | 収益 11,979百万円 費用 12,336百万円 収支差 357百万円 | 1) 施設整備費が割高となるおそれがある。 2) 医療の質は確保されるものの、長期にわたっての健全経営がやや難しい。 |
| | 2-2 指定管理者制度 | 収益 11,979百万円 費用 11,851百万円 収支差 128百万円 | 1) 施設整備費が割高となるおそれがある。 2) 運営に係る財政負担は軽減される可能性が大きい。不採算医療の担保が必要。 3) 既存病院の職員の取り扱いが課題 |
| 3. PFI(BTO方式) (BTO:所有権は公共) | 総額 18,163百万円 (財源) 国県補助金 2,027百万円 起債・その他 4,050百万円 サービス対価 2,884百万円 | 収益 11,979百万円 費用 11,716百万円 収支差 263百万円 | 1) 建設及び運営で民間企業のノウハウが発揮でき、財政負担が軽減できる。 2) PFI導入可能性調査や実施方針の策定、事業者選定に時間・費用を要する。 |
| PFIは、建設から施設管理までのPFI事業全体で試算するため、建設費と運営費に区分できないが、ここでは、他の手法との比較のため、これまでの先行事例を参考に、便宜的に区分して表示した。 | | | |
| 4. 地方独立行政法人 | / | | 1) 建設には公の財政措置が必要。 2) 運営に民間のノウハウが発揮でき、財政負担が軽減できる可能性が大きい。不採算医療の担保が必要。 3) 既存病院の職員の取り扱い、対応が課題 |
| 5. 民設民営 (誘致方式) | / | | 1) 運営に民間のノウハウが発揮でき、財政負担が軽減できる可能性が大きい。不採算医療の担保が必要。 2) 既存病院の職員の取り扱い、対応が課題 3) 病診連携を始めとする地域包括ケアの実現が期待できない。 |

注) 運営費については、一般会計からの繰入金を含めていない。

減価償却については、既存病院(大網病院、成東病院)の概算計数を費用に計上してある。

事業手法の選択

期待像

- ・救急、小児、リハビリ等の不採算部門が実施できること
- ・地域の中核病院として、病診連携を始めとする地域包括ケアが実現できること
- ・財政負担の軽減が期待できること

事業手法の評価

- ・公設公営は、建設費が割高となるおそれがあり、運営面で、業務委託を一層強化しても課題が大きく、財政負担の軽減が図れる可能性は小さい。
- ・指定管理者は、建設費が割高となるおそれがあるが、一定の効果期待できる。しかし、既存病院の職員の対応が難しい。
- ・地方独立行政法人は、民間の手法が導入され、財政負担の軽減が図れる可能性は大きい。既存病院の職員の対応が難しい。
- ・民設民営は、不採算部門の実現などに課題があり、地域包括ケアの実現は期待できない。

事業選択の優先順位

PFIを基本に事業化を図る。
 PFIでの実施が困難な場合、発注方式、委託方式などPFIの手法を検討する。
 指定管理者、地方独立行政法人、民設民営も模索

(参考) 従来額の一般会計繰入金を10年継続したとき

前提: この試算は、事業スキームの判断材料のため作成したものであり、今後の詳細検討で変動する。

一般会計からの繰入を計上してある。その額は、平成13年度から15年度までの3か年平均の繰入額である。

減価償却費については、中央病院の減価償却額と既存病院(大網病院、成東病院)の減価償却予定額を計上してある。

(委託強化型公設公営の場合)

(単位:百万円)

| 収益的収支の推計 | | | 10年間の総事業費 | |
|-------------------------|---------------|-----------------|-------------|-------|
| 収益 | 医業収益 | 入院収益 | 74,488 | |
| | | 外来収益 | 35,979 | |
| | | その他の医業収益 | 2,707 | |
| | 医業外収益 | 国県補助金 | 933 | |
| | | 介護保険収入 | 5,180 | |
| | | 他会計負担金 | 8,240 | |
| | | (うち運営の交付税措置分) | 3,519 | |
| | | (うち償還利子の交付税措置分) | 1,082 | |
| | | その他医業収益 | 500 | |
| | 合計 | | 128,027 | |
| 費用 | 医業費用 | 人件費 | 48,435 | |
| | | 薬品費 | 17,066 | |
| | | 医療材料費 | 11,459 | |
| | | 委託費 | 18,698 | |
| | | 経費(光熱水費) | 2,491 | |
| | | 経費(その他) | 9,636 | |
| | | 借地料 | 0 | |
| | | 減価償却費…… a | 9,028 | |
| | | 医業外費用 | 償還金利子 | 4,180 |
| | | | (うち医療センター分) | 3,374 |
| | (うち既存施設分) | | 806 | |
| | その他 | | 0 | |
| | 合計 | | 120,992 | |
| | 経常損益…… b | | | 7,035 |
| 資本的収支の推計 | | | | |
| 収益 | 他会計負担金 | | 3,573 | |
| | (うち償還の交付税措置分) | | 2,549 | |
| | 合計 | | 3,573 | |
| 費用 | 企業償還元金 | | 9,664 | |
| | (うち医療センター分) | | 7,528 | |
| | (うち既存施設分) | | 2,135 | |
| | 合計 | | 9,664 | |
| 収支差…… c | | | 6,090 | |
| 損益勘定留保資金(a + b + c) | | | 9,972 | |
| 資本減耗(減価償却累計額) | | | 9,028 | |
| 差引内部留保(損益勘定留保資金 - 資本減耗) | | | 944 | |

(PFIの場合)

(単位:百万円)

| 収益的収支の推計 | | | 10年間の総事業費 | |
|-------------------------|--------------------|-----------------|-------------|-------|
| 収益 | 医業収益 | 入院収益 | 74,488 | |
| | | 外来収益 | 35,979 | |
| | | その他の医業収益 | 2,707 | |
| | 医業外収益 | 国県補助金 | 933 | |
| | | 介護保険収入 | 5,180 | |
| | | 他会計負担金 | 8,240 | |
| | | (うち運営の交付税措置分) | 3,519 | |
| | | (うち償還利子の交付税措置分) | 1,082 | |
| | | その他医業収益 | 500 | |
| | 合計 | | 128,027 | |
| 費用 | 医業費用 | 人件費 | 48,435 | |
| | | 薬品費 | 17,066 | |
| | | 医療材料費 | 11,459 | |
| | | サービス対価(運営等の業務) | 17,773 | |
| | | 経費(光熱水費) | 2,491 | |
| | | 経費(その他) | 7,911 | |
| | | 借地料 | 0 | |
| | | 減価償却費…… a | 7,496 | |
| | | 医業外費用 | 償還金利子 | 1,711 |
| | | | (うち医療センター分) | 905 |
| | (うち既存施設分) | | 806 | |
| | サービス対価(割賦利息) | | 8,641 | |
| | 合計 | | 122,984 | |
| | 経常損益…… b | | | 5,043 |
| 資本的収支の推計 | | | | |
| 収益 | 他会計負担金 | | 2,260 | |
| | (うち償還の交付税措置分) | | 1,036 | |
| | (うち割賦元本に対する交付税措置分) | | 866 | |
| | 合計 | | 2,260 | |
| 費用 | 企業償還元金 | | 2,944 | |
| | (うち医療センター分) | | 809 | |
| | (うち既存施設分) | | 2,135 | |
| | サービス対価(割賦元本償還) | | 2,422 | |
| | 合計 | | 5,366 | |
| 収支差…… c | | | 3,106 | |
| 損益勘定留保資金(a + b + c) | | | 9,434 | |
| 資本減耗(減価償却累計額) | | | 7,496 | |
| 差引内部留保(損益勘定留保資金 - 資本減耗) | | | 1,938 | |

注) 端数整理の関係から計と内訳、差し引きが一致しないことがある。10年間の収支見込みであるため、最終的な資産の処分等については考慮していない。

5. 経済的社会的効果

山武地域医療センターが整備・運営された場合、地域にどのような効果・影響もたらされるのか、経済的視点からの分析と社会的視点からの分析を行う。

経済的効果については、中央病院の建設及び施設整備、支援病院の改修について、千葉県産業連関表を用いて経済波及効果を分析した。3病院の運営についての経済効果は、医療機能の集積による医療費の地域還流等に伴う経済効果が想定されるが、波及効果分析には誤差が大きいものと思われる。

なお、産業連関表は、県内で1年間に行われた産業相互間及び産業と家計等との財・サービスの取引を一覧表にした統計表で、表から算出される各種の計数を利用することにより、様々な経済波及効果を分析でき、今回の分析に当たっては17年3月に公表された「12年度千葉県産業連関表」を使用した。

次に、社会的効果については、現在の公立3病院が山武地域医療センターとして整備・運営された場合の行政や事業所、家庭等に与える効果・影響の定性的要素を掲げた。

< 経済波及効果 >

施設整備に係る経済効果（県内全域）

| | |
|---------|----------------|
| 直接効果 | 224億円 |
| 第一次波及効果 | 282億円（直接効果を含む） |
| 第二次波及効果 | 56億円 |

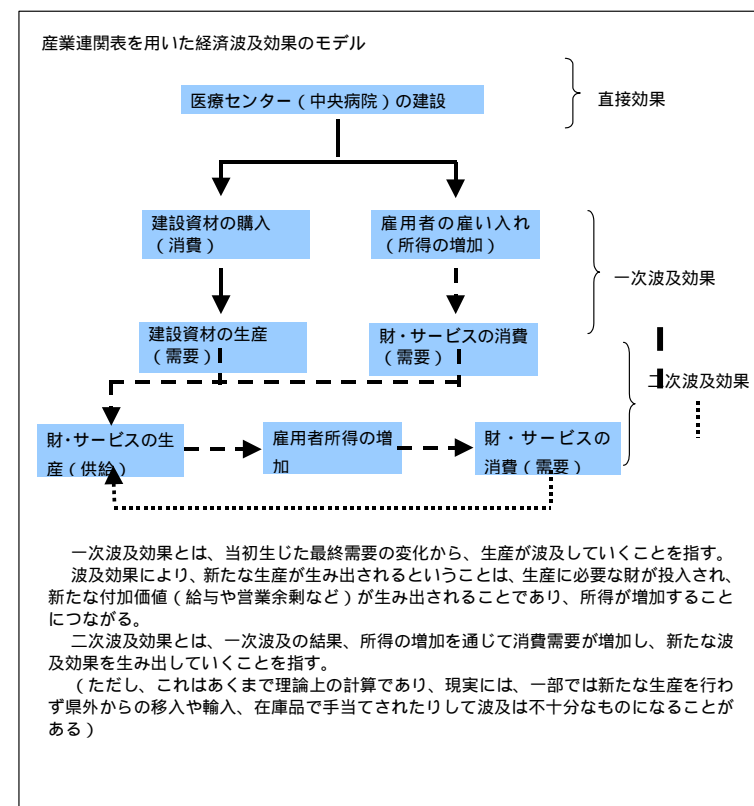
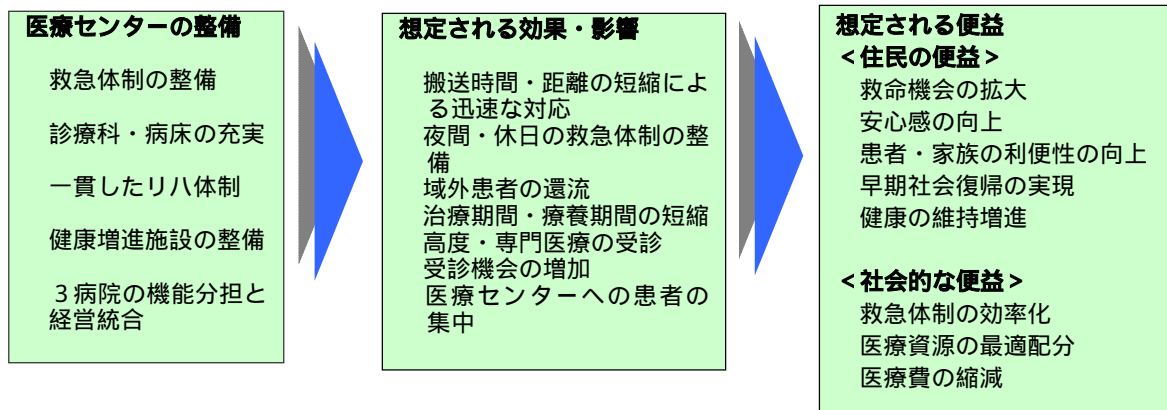
山武地域医療センターの建設に伴い、県内に339億円の経済効果をもたらすと考えられる。

また、各種統計から山武地域の県全体に占める割合から、山武地域に限定した経済効果を推計すると、直接効果の一定割合に加え、概ね9億円程度（2.6%）が加わると想定される。（統計上の設定値であるため、あくまで参考数値）

施設運営に係る経済効果
山武地域の医療費は、おおむね300億円と推計されるが、このうち25%（約75億円）が域外に流出していると推定される。
この域外に流出している医療費のうち半分が地域に還流すれば35～40億円程度となり、医療関連産業を通じて地域活性化に寄与すると思われる。

< 社会的効果・影響 >

医療環境が整備されることによって、患者の利便性の向上や受診機会の増加、患者流出の改善など、次のような様々な効果・影響が想定される。



(参考)山武地域からの医療費の流出推計

1 医療費の推計

(1) 按分方式

平成 13 年度の国民医療費 31 兆 3,234 億円(国民一人当たり医療費 246,100 円)
 「社会保障統計年報」より

千葉県 の 県民医療費 246,100 円 × 人口 5,963,514 人 = 1,458,459 百万円

山武地域 の 医療費 246,100 × 人口 211,987 人 = 52,170 百万円

(2) 積み上げ方式

国の数値は医療費全体、山武地域は医科分

(単位:億円)

| 制 度 | 国(13 年度) | | 山武地域(医科分) | | 備 考 |
|----------|----------|-------|-----------|-------|-----------|
| | 費用額 | 構成比 | 費用額 | 構成比 | |
| 合 計 | 313,234 | 100.0 | 311 | 100.0 | |
| 公費負担医療給付 | 16,899 | 5.4 | 8 | 2.5 | |
| 医療保険給付 | 141,871 | 45.3 | 132 | 42.4 | |
| 被用者保険 | 77,833 | 24.8 | 63 | 20.1 | |
| 国民健康保険 | 60,922 | 19.4 | 69 | 22.3 | |
| その他(労災等) | 3,116 | 1.0 | | | 推計しない |
| 老人保健給付 | 107,623 | 34.4 | 126 | 40.5 | 山武の老人保健に患 |
| 患者負担分 | 46,841 | 15.0 | 45 | 14.5 | 者負担を含む |

(注) 公費負担医療費給付は基金年報(全管掌)から推計

被用者保険は基金年報(医療保険)から推計、山武地域分は県数値を按分

国民健康保険は国保事業年報から計上

老人保健給付は「老人医療給付等の状況」(保険指導課資料)から計上(患者負担分を含む)

(3) 検証

【按分方式】

- ア 按分方式の医療費は歯科、調剤、その他を含む。
- イ 千葉県は全国平均より医療費が15%少ないなどから過大に推計される。
- ウ 山武地域は、さらに医療施設、医師数などが千葉県平均より少ないため、受療機会が小さく、医療費も少ないと思われるが、これが反映されない。

【積み上げ方式】

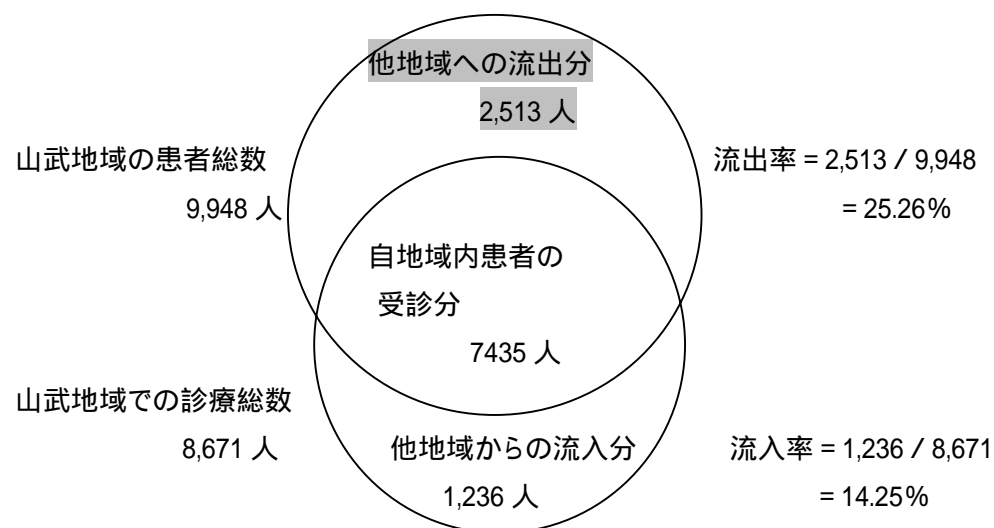
- ア それぞれの統計データの範囲、定義が異なり単純集計できない。また、部分的に按分しなければ得られないものがあり、精度に疑問がある。
- イ 医療機関が提供する調剤や食事療養費や訪問介護療養費など除外したものがある。

(4) 結論

以上から、**山武地域の病院・診療所に対する医療費(医科分のみ)は、おおむね300～350億円と推定される。**

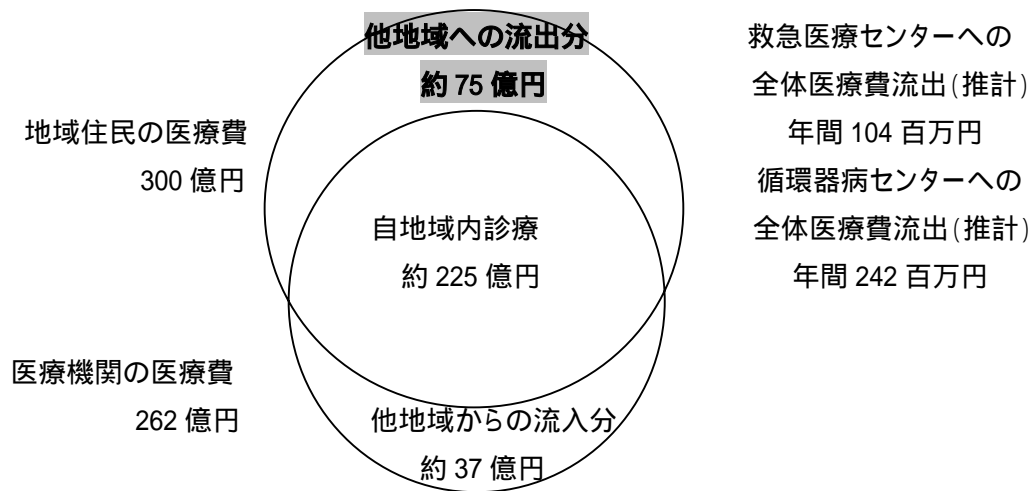
2 山武地域の医療費(医科分)の流出額

(1) 患者動向(「医療実態調査報告」から)



(2) 医療費(医科分)の流入・流出

医療費を300億円、一人当たり医療費は一定と仮定する。



(参考)

山武地域の公立病院の医業収入

東金病院 約27億円

成東病院 約45億円

大網病院 約17億円

} 合計90億円

その他の山武地域の5病院(病床数:830床)

山武地域の医院・クリニック 124か所

6. 山武地域医療センター（中央病院）の設置場所選定

中央病院の役割・機能

地域の拠点としての病院

患者・家族が利用する病院

包括ケアの拠点となる病院

救急医療の拠点としての病院

災害医療の拠点としての病院

経営の健全性が図られる病院

立地のあり方（望ましい姿）

- ・医療需要を考慮した立地
- ・支援病院や民間病院等に配慮した立地
- ・患者やその家族の利便性を考慮した立地
- ・入院患者のアメニティに配慮した立地
- ・どこの地区からも救急搬送が容易な立地
- ・3次救急への救急搬送が容易な立地
- ・自然災害の影響を受けにくい立地
- ・災害時に地域全体の防災拠点となる立地
- ・経済性に配慮した立地
- ・短期間で用地取得が可能な立地
- ・周辺住民などの理解・協力が得られる立地

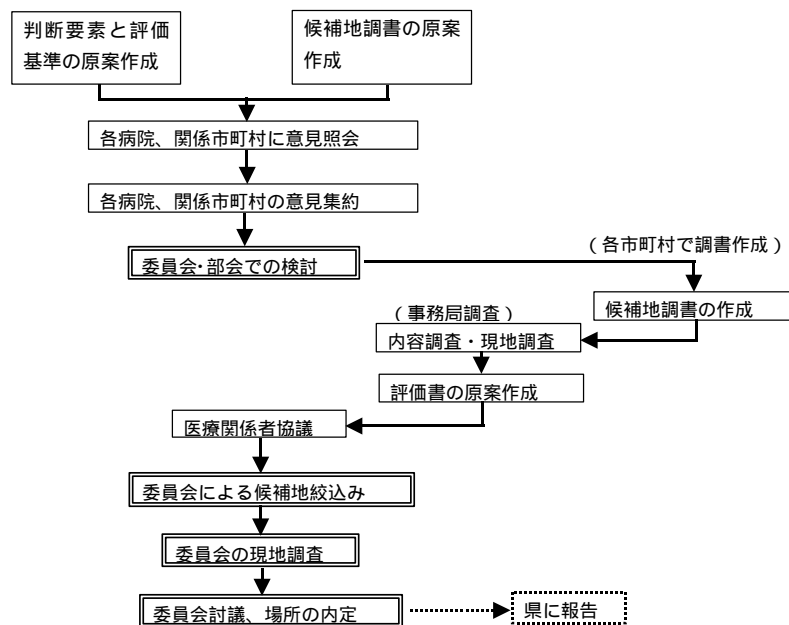
選定の条件

- ・どこからもアクセスが容易であること
- ・外来患者が来院しやすいこと
- ・家族等の面会がしやすいこと
- ・来院者の重心（人口重心）に近いこと
- ・環境が優れていること
- ・搬送時間距離が短いこと
- ・3次救急医療機関にアクセスが容易なこと
- ・地形、地盤など災害への耐力があること
- ・災害時に関係機関との連絡が容易であること
- ・地価などコストパフォーマンスがよいこと
- ・用地取得への協力が得られやすいこと
- ・周辺住民の理解が得られやすいこと
- ・医療福祉のボランティアが来やすいこと

チェック項目

- ・交通の利便性（道路網、鉄道・バスなど）
- ・支援病院や病院・診療所との位置関係
- ・駐車場用地の確保
- ・患者（人口）の分布
- ・騒音・振動、嫌悪施設、自然環境
- ・救急の搬送時間・搬送距離
- ・3次救急医療機関との位置関係
- ・低地・崖地など地形や液状化など地質状況
- ・行政機関等との距離
- ・購入価格（借地の賃料）と経営への影響
- ・供給施設の整備
- ・所有形態、利用形態等や地権者等の数
- ・市町村の支援や地元自治会等の協力体制

1. 設置場所選定の流れ



最終的にパブリックコメントやシンポジウムの意見を反映し決定する。

2. 候補地の評価の方法

- まず、最低限必要な条件を満足しなければ選定の対象としない。
必要条件を抽出する。
 - ・必要な面積（60,000㎡）が確保できること
 - ・低層住居専用地域や工業地域等でないこと など
- その上で、次により評価する。
 - 評価の主体（誰が評価するのか）
 - 評価項目の設定（どのような点を見るのか）
 - 評価の基準（絶対評価と相対評価）
 - 評価のウエイト（どこにウエイトをおくのか）
 - 点数での評価がなじまない項目
（例）用地取得の容易さや周辺住民の協力体制
 - 総合的に判断すべき項目
（例）圏域外の医療需要見込み
既存の病院・診療所や3次救急医療施設との位置関係
- 候補地を数箇所に絞り込み、現地調査を踏まえ、総合判断の上、2～3箇所に絞り込む。
- 県との協議を経て1箇所に内定する。

(参考)

設置場所選定に当たっての評価項目(たたき台)

| 評価項目 | | 評価のポイント | 備考 | |
|-----------------------|--|---|----------------------------------|---|
| 土地 | 1 面積 | 基準面積を上回っていること | | |
| | 2 地価 | 買収単価の高低により評価する | 近隣の売買実例等を参考に評価 | |
| | 3 地目 | 転用 | 農地転用の必要性がなければ評価する | |
| | | 現在の利用状況 | 問題となるような利用(産廃処分場など)がされていなければ評価する | 「問題」の内容・程度を検討 |
| | | 過去の利用状況 | 問題となるような利用(産廃処分場など)がされていなければ評価する | 「問題」の内容・程度を検討 |
| | 4 用途地域 | 第1種低層住専、第2種低層住専、工業、工業専用でなければ評価する 商業地域であれば評価する | 建築の可能性により評価 | |
| | 5 日影規制 | 規制に該当しなければ評価する | | |
| | 6 容積率 | 規制に該当しなければ評価する | | |
| | 7 高さ制限 | 規制に該当しなければ評価する | | |
| | 8 権利関係 | 私有地・公有地 | 権利者の多寡により評価する(公有地であれば評価) | 権利者数により評価 |
| | 9 インフラ整備状況 | 取付道路(6m以上) | 市街化区域で幅員6m以上の道路と隣接していれば評価する | |
| | | 電気 | 市街化区域であれば評価する | 幹線布設の状況により評価 |
| | | ガス | 市街化区域であれば評価する | 幹線布設の状況により評価 |
| | | 上水道 | 市街化区域であれば評価する | 幹線布設の状況により評価 |
| | | 鑿井(地下水利用)可能 | あれば評価する | |
| 下水道 | | 市街化区域であれば評価する | 幹線布設の状況により評価 | |
| 10 敷地状況 | 造成工事 利用可能性 | 敷地内に赤道・青道がなく、造成工事がなければ評価する 架橋、高圧鉄塔、高圧線など利用を阻害するものがなければ評価する | | |
| 11 敷地形状 | | 正方形に近い形であれば評価する 三角地など不整形であればマイナス評価する | 「不整形」の例示を検討 | |
| 12 緑地(空地) | | 将来的な拡張・敷地内建て替えが可能な空地があれば評価する | 「拡張、建替え可能空地」の定義検討 | |
| 13 段差 | | 敷地内に段差がなければ評価する | 崖、段差の程度により評価 | |
| 14 敷地の高さ | | 窪地・低湿地はマイナス評価、平均海拔20m以上なら評価する | 「敷地の平均高さ」の値を検討 | |
| 15 アクセス | | 道路と敷地出入口との位置に制約なければ評価する | | |
| 小計 | | | | |
| 交通の利便性 | 1 鉄道駅 | 最寄り駅から車で10分以内であれば評価する | | |
| | 2 バス | 路線バス・地域巡回バスがあれば評価する | 運行状況により評価 | |
| | 3 ICからの距離 | 高速道路、有料道路のICから 分以内であれば評価する | | |
| | 4 駐車場 | 1000台以上あれば評価する | | |
| 小計 | | | | |
| 周辺環境 | 1 工場 | 立地がなければ評価する | | |
| | 2 墓地・火葬場・清掃工場等の嫌悪施設 | 立地がなければ評価する | 対象施設を精査 | |
| | 3 騒音・振動 | 騒音・振動の発生源がなければ評価する | 発生源としての対象事業を精査 | |
| 小計 | | | | |
| 医療ニーズ | 1 患者需要動向 | 各市町村住民からアクセス時間の著しい差がなければ評価する | | |
| | 2 人口中心地からの時間距離(高速道路など利用可能な交通網による最短の時間距離) | 大網白里町 | 市町村役場から()分×係数 | 受療者の多寡、いわば人口が多い地域からのアクセスを考慮した、なんらかの係数を考案する必要があるのか、検討する。 |
| | | 東金市 | 市町村役場から()分×係数 | |
| | | 九十九里町 | 市町村役場から()分×係数 | |
| | | 成東町 | 市町村役場から()分×係数 | |
| | | 山武町 | 市町村役場から()分×係数 | |
| | | 蓮沼村 | 市町村役場から()分×係数 | |
| | | 松尾町 | 市町村役場から()分×係数 | |
| | | 横芝町 | 市町村役場から()分×係数 | |
| | 芝山町 | 市町村役場から()分×係数 | | |
| 小計 | 合計時間が 分以内であれば評価する | | | |
| 3 人口中心地からの直線距離 | 大網白里町 | 市町村役場から()km | 現在の東金病院の各市町村からの距離の計は約96km | |
| | 東金市 | 市町村役場から()km | | |
| | 九十九里町 | 市町村役場から()km | | |
| | 成東町 | 市町村役場から()km | | |
| | 山武町 | 市町村役場から()km | | |
| | 蓮沼村 | 市町村役場から()km | | |
| | 松尾町 | 市町村役場から()km | | |
| | 横芝町 | 市町村役場から()km | | |
| 芝山町 | 市町村役場から()km | | | |
| 小計 | 合計距離が km以内であれば評価する | | | |
| 4 2病院との位置関係 | 等距離であれば評価する | | | |
| 5 3次救急、高度専門医療機関との位置関係 | 緊急自動車で 分以内であれば評価する | 時間距離の計測方法を検討 | | |
| 6 その他地域病院との位置関係 | 緊急自動車で 分以内であれば評価する | 時間距離の計測方法を検討 | | |
| 小計 | | | | |
| 法的規制 | 1 都市計画 | 都市施設や地区計画などに規制がなければ評価する | | |
| | 2 国土利用計画 | 届出の有無などに規制がなければ評価する | | |
| | 3 その他法的規制、公用制限 | 農振法や自然公園法などに規制がなければ評価する | | |
| 小計 | | | | |
| 埋蔵文化財の有無 | | 埋蔵文化財の有無 | | |
| 将来計画や地域の発展 | 1 将来的な計画との整合 | 整合を図るべき計画がなければ評価する | | |
| | 2 地域の発展への寄与 | 周辺地域の発展が見込まれる場合に評価する。 | 「発展性」の程度・予測を検討 | |
| 小計 | | | | |
| 地質 | 1 被圧水(水位) | 5m以深であれば評価する | 未調査の場合の評価方法の検討 | |
| | 2 支持地盤 | 地表面から10m以内なら評価する | 未調査の場合の評価方法の検討 | |
| | 3 N値 | N値が50以上であれば評価する | 未調査の場合の評価方法の検討 | |
| | 4 メタンガス | 危険地帯でなければ評価する | 「危険地帯」の把握を検討 | |
| 小計 | | | | |
| 調査の必要性 | 1 地質調査 | 地質調査が不要であれば評価する | 調査の内容・精度により評価 | |
| | 2 埋蔵文化財調査 | 埋蔵文化財調査が不要であれば評価する | 調査の内容・精度により評価 | |
| | 3 測量 | 測量が不要であれば評価する | 調査の内容・精度により評価 | |
| 小計 | | | | |
| 合 計 | | | | |

7. 今後のスケジュール

