



大和市立病院経営計画 (2023年度～2027年度)

(案)

2023年3月
大和市立病院

目 次

1. 基本的事項 -----	1
(1) 策定の趣旨	
(2) 病院経営にあたっての基本理念及び基本方針	
(3) 計画期間	
2. 本院の現状と取り巻く環境 -----	5
(1) 本院を取り巻く環境	
(2) 本院が提供している医療等の状況	
(3) 二次医療圏内で求められる医療需要及び供給体制	
3. 役割・機能の最適化と連携の強化 -----	14
(1) 地域医療構想を踏まえた本院の果たすべき役割・機能	
(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	
(3) 機能分化・連携強化	
(4) 医療機能や医療の質、連携の強化等に係る数値目標の設定	
(5) 一般会計負担の考え方	
(6) 住民の理解	
4. 医師・看護師等の確保と働き方改革 -----	20
(1) 医師・看護師等の確保	
(2) 医師の働き方改革への対応	
5. 経営形態の見直し -----	21
(1) 経営形態の見直しに係る選択肢と留意事項	
(2) 経営形態の見直しに係る記載事項	
6. 新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組 -----	24
7. 施設・設備の最適化 -----	25
(1) 施設・設備の適正管理と整備費の抑制	
(2) デジタル化への対応	
8. 経営の効率化等 -----	27
(1) 経営指標に係る数値目標の設定	
(2) 経常収支比率及び修正医業収支比率に係る目標設定の考え方	
9. 目標達成に向けた重点的な取組項目 -----	31
(1) 取組の全体像	
(2) 施策方針別 目指す姿 及び 戦略項目	
10. 計画指標の進行管理について -----	37
用 語 集 -----	39

1 基本的事項

(1) 策定の趣旨

公立病院は、地域における基幹的な公的医療機関として地域医療の確保のため重要な役割を果たしてきましたが、その多くは経営状況の悪化や医師不足等により、医療提供体制の維持が極めて厳しい状況になっていたことから、総務省は「公立病院改革ガイドライン」（2007年）及び「新公立病院改革ガイドライン」（2015年）を策定し、病院事業を設置する地方公共団体に対し、病院改革プランの策定を要請しました。本院はこれらの要請を受け、これまで経営計画を策定してきました。

2020年2月から、新型コロナウイルス感染症は世界中で広がりを見せ、それに伴い医療の世界においても診療状況が激変するなど、医療提供体制に大きな影響を受けてきました。そうした状況から、2020年夏に予定されていた「新公立病院改革ガイドライン」の改定は延期されました。本院では、「新公立病院改革ガイドライン」に基づき作成している「大和市立病院経営計画（2019～2021年度）」の計画期間が2021年度末までであったことから、本来であれば2021年度中に次期経営計画を策定すべきところ、ガイドライン改定が延期されたことから計画期間を1年延伸し、改めて延伸計画としての収支計画及び重点施策を定め、病院経営を行ってきました。その延伸計画も2022年度末をもって終了することから、ここで次期経営計画を策定するものです。

計画の策定にあたり、総務省にて改定作業が遅れていたガイドラインについても、2022年3月29日付で「持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化ガイドライン（以下、「経営強化ガイドライン」という。）^{※1}」が発出されたことから、本院ではこれを踏まえ経営強化に向けた取組を網羅した計画とします。

なお、健康都市やまと総合計画（2019～2028年度）では、将来都市像として「健康都市 やまと」を掲げており、個別目標の1つとして「いつでも必要な医療が受けられる」を定め、めざす成果には「市立病院が地域の基幹病院としての役割を果たしている」が示されています。そのため本計画は、総合計画の部門計画として位置付け、大和市総合計画の目標・成果の達成にも寄与していきます。

(2) 病院経営にあたっての基本理念及び基本方針

— 基本理念 —

大和市立病院は 市民の皆様から信頼される地域の基幹病院として 良質かつ適切な医療サービスを提供します

本院が地域の基幹病院として存続するには、市民の皆様からの信頼を獲得し続けなければなりません。そのためには、良質かつ適切な医療サービスを安定的に提供できる体制を整えることが求められます。そこで必要とされる事項を基本方針として次のとおり定めます。

« 基本方針 »

「良質な医療サービスの提供」

- ・ 急性期病院^{※2}として、いのちを守る医療提供体制を整えます
市民の皆様へのいのちを支える地域の基幹病院であるために、急性期病院としてふさわしい医療提供体制を整えます。
高齢者人口の増加によってより一層求められる、心臓・脳卒中・骨折等に対応できる救急医療体制を充実します。
- ・ 患者さんの立場に立った医療を提供します
常に患者さんの立場に立ち、ニーズを汲み取り、要望に対して真摯に対応していきます。
- ・ 信頼関係に基づいた医療情報を提供します
患者さんが、自分で理解した上で治療を受けたいというインフォームドコンセント^{※3}への対応として、医療情報をわかりやすく丁寧に伝えていきます。
- ・ 適切で、安全な医療を提供します
「病院は患者さんを害してはならない」という職員意識の徹底と、万が一にも事故を発生させないため、それを防止するための工夫と努力を常に行っていきます。
- ・ 地域の医療機関との連携を推進します
本院が地域の基幹病院としての機能を十分発揮するため、地域の医療機関と連携し地域完結型の医療提供システムの構築に取り組んでいきます。
- ・ 最新の技術で、機能的、効果的な医療を提供します
本院が持つ医療技術を向上させるため、デジタル技術も積極的に活用して業務の標準化を行い、機能的、効果的な医療提供に結び付けます。

「経営の健全性・安定性の向上」

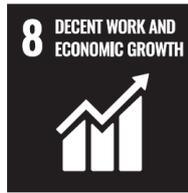
- ・ 病院の健全な運営に努めます
本院が良質な医療サービスを提供し続けていくため、常に公営企業としての独立採算性を意識し、健全な経営状態を保つ努力を継続していきます。
- ・ 無駄をはぶきコスト節減に努めます
健全な病院経営の推進のため、経費を適切な水準に抑制し、院内における全ての業務に関して無駄をチェックし、コスト節減への対策を図ります。
- ・ 計画性をもった経営に努めます
常に数年先を見越した収支計画を策定し、計画を意識した病院運営を行うことで、より健全で安定した経営につなげていきます。

(3) 計画期間

経営強化ガイドラインに基づき、本計画の計画期間は2027年度までとしつつ、計画期間を前期・後期に区分し、2025年度には特に取り組む事項や指標等の見直しを行い後期の計画期間に反映させていきます。なお、本計画策定後に地域医療構想^{※4}や第8次医療計画^{※5}と齟齬が生じた場合には、速やかに本計画を修正するものとします。

前 期			後 期	
2023 (令和5) 年	2024 (令和6) 年	2025 (令和7) 年	2026 (令和8) 年	2027 (令和9) 年

SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS



大和市立病院は持続可能な開発目標(SDGs)を支援しています

持続可能な社会の実現を目指す SDGs の理念は、将来にわたって大和市民の健康を支え続けていくことを目指す本院にも共通します。本市における医療提供体制の持続可能性に向けて、また災害拠点病院として都市機能を維持していくにあたって、地域の医療機関や福祉施設等多様な主体との連携・協力によって、未来にわたって市民の健康を支える一翼を担うことを目指していきます。

本計画において対象となる SDGs の「169 ターゲット」は、以下の項目となります。

3. すべての人に健康と福祉を あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、福祉を推進する

3.1 2030 年までに、世界の妊産婦の死亡率を出生 10 万人当たり 70 人未満に削減する。

3.2 全ての国が新生児死亡率を少なくとも出生 1,000 件中 12 件以下まで減らし、5 歳以下死亡率を少なくとも出生 1,000 件中 25 件以下まで減らすことを目指し、2030 年までに、新生児及び 5 歳未満児の予防可能な死亡を根絶する。

3.3 2030 年までに、エイズ、結核、マラリア及び顧みられない熱帯病といった伝染病を根絶するとともに肝炎、水系感染症及びその他の感染症に対処する。

8. 働きがいも経済成長も すべての人のための持続的、包摂的かつ持続可能な経済成長、生産的な完全雇用およびディーセント・ワーク（働きがいのある人間らしい仕事）を推進する

8.2 高付加価値セクターや労働集約型セクター^{※6}に重点を置くことなどにより、多様化、技術向上及びイノベーションを通じた高いレベルの経済生産性を達成する。

11. 住み続けられるまちづくりを 都市と人間の居住地を包摂的、安全、強靱かつ持続可能にする

11.b 2020 年までに、包含、資源効率、気候変動の緩和と適応、災害に対する強靱さ（レジリエンス^{※7}）を目指す総合的政策及び計画を導入・実施した都市及び人間居住地の件数を大幅に増加させ、仙台防災枠組 2015-2030 に沿って、あらゆるレベルでの総合的な災害リスク管理の策定と実施を行う。

17. パートナーシップで目標を達成しよう 持続可能な開発に向けて実施手段を強化し、グローバル・パートナーシップを活性化する

17.17 さまざまなパートナーシップの経験や資源戦略を基にした、効果的な公的、官民、市民社会のパートナーシップを奨励・推進する。

2 本院の現状と取り巻く環境

(1) 本院を取り巻く環境

① 大和市の人口推計

健康都市やまと総合計画の策定にあたって推計した人口見込みでは、2023年に人口のピーク(239,854人)を迎え、その後減少に転じる見込みでありましたが、2022年8月時点の人口が既に243,654人と、計画のピーク値を上回っています。

図1：大和市人口推計（単位：人）



市推計：健康都市やまと総合計画策定にあたっての将来人口推計

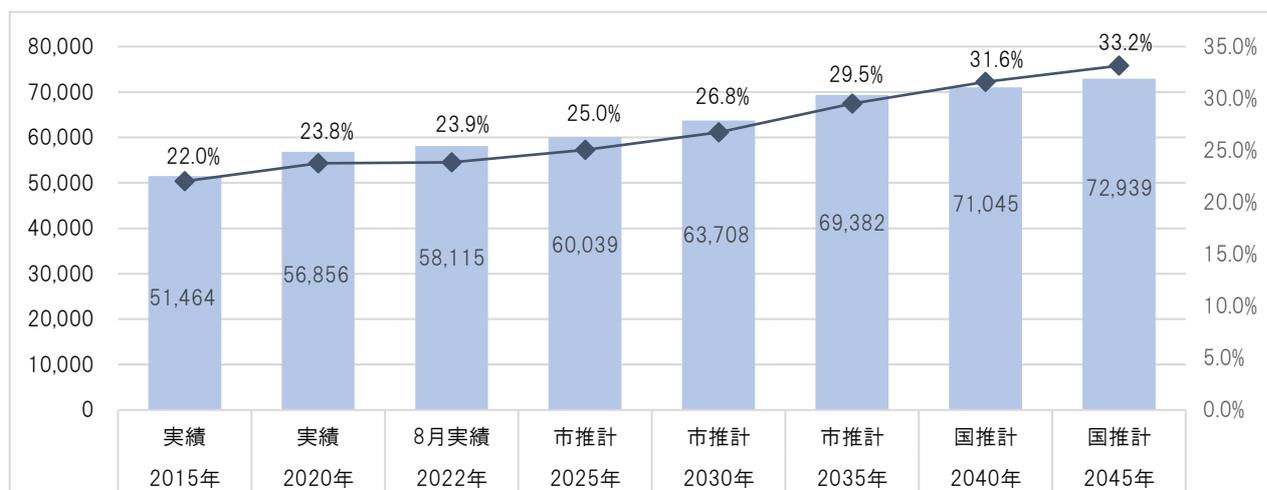
国推計：国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口（2018年推計）

② 大和市の高齢者人口推計

「統計からみた我が国の高齢者(2021年9月総務省)」によると、日本国内における高齢者人口は3,640万人と過去最高で、総人口に占める割合も29.1%と過去最高となっています。年齢階級別にみると、いわゆる「団塊の世代」(1947年～1949年生まれ)を含む70歳以上人口は2,852万人で、前年に比べ61万人増となりました。

総人口に占める高齢者人口の割合の推移をみると、2005年に20%を超え、2021年には29.1%となりました。国立社会保障・人口問題研究所の推計によると、この割合は今後も上昇を続け、第2次ベビーブーム期(1971年～1974年)に生まれた世代が65歳以上となる2040年には、35.3%になると見込まれています。これに対し、本市における2022年の高齢化率は23.9%と、国全体の割合と比べるとかなり低い状況にあります。しかし、今後は上昇率が国の平均よりも高く推移していくことが見込まれており、2045年には33.2%になることが見込まれています。

図 2：65 歳以上人口及び高齢化率の推移（単位：人／％）



市推計：健康都市やまと総合計画策定にあたっての将来人口推計
 国推計：国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口（2018年推計）

(2) 本院が提供している医療等の状況

① 本院の概要

大和市立病院は、1955（昭和30）年7月に大和町国民健康保険直営病院として、診療科3科、一般病床24床で開設。1968年に名称を大和市立病院に変更し現在地に移転。1990年から5年かけて新築建替工事を行い、病床数403床の現施設が完成。その後も、医療ニーズの多様化に対応するため、救急棟の増築や乳腺外科や脳神経内科などを新設し、2022年4月時点では32科を備えています。

表 1：病院の概要

開設	1955年7月5日
病床数	一般病床403床（164室）
診療科目	内科、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、腎臓内科、脳神経内科、血液・腫瘍内科、糖尿病・内分泌内科、リウマチ・膠原病科、精神科、精神腫瘍科、小児科、外科、呼吸器外科、消化器外科、心臓血管外科、脳神経外科、乳腺外科、整形外科、形成外科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻いんこう科、リハビリテーション科、放射線科、放射線診断科、放射線治療科、病理診断科、麻酔科、歯科口腔外科 ---計32科
職員数	554名 うち、医師数94名、医療技術職81名、看護師334名、事務職他45名
施設概要	敷地面積：18,957.52㎡ 延べ床面積：27,110.982㎡
建物構造	SRC造：地上7階、地下1階（一部、中2階）
主な指定・承認等	1998年3月 災害医療拠点病院 ^{※8} の指定（2012年から災害拠点病院に名称変更） 2012年4月 地域がん診療連携拠点病院 ^{※9} の指定 2013年3月 DMA T指定病院 ^{※10} に指定 2017年11月 HCU（ハイケアユニット） ^{※11} を開設 2019年11月 地域医療支援病院 ^{※12} に認定

表2：公立病院同規模病院 100 床あたりの職員数（会計年度任用職員含む）

	2020 年度	2021 年度	（参考）2020 年度	
			黒字病院	赤字病院
医 師	42.9 人	42.4 人	30.0 人	21.8 人
看 護 部 門	101.2 人	105.2 人	102.5 人	86.6 人
薬 剤 部 門	5.7 人	6.5 人	5.2 人	4.8 人
事 務	19.1 人	19.6 人	19.8 人	17.8 人
給 食 部 門	8.2 人	8.2 人	3.7 人	2.6 人
放 射 線 部 門	6.5 人	6.7 人	5.0 人	4.7 人
臨 床 検 査 部 門	8.9 人	9.2 人	6.7 人	6.4 人
そ の 他	10.9 人	11.9 人	14.3 人	10.2 人
全 職 員	203.5 人	209.7 人	187.2 人	154.9 人

出典：地方公営企業年鑑（12）経営分析に関する調査 イ 経営規模別（400 以上 500 床未満）

② 本院の入院患者の特徴について

本院の入院患者年代構成は、全国、神奈川県と比べ 65 歳以上の構成比率が低い一方、15 歳未満の若年患者の割合は、かなり高い構成比率となっています（表3）。

一方、傷病分類上位3病名を年代別に見てみると、15 歳～45 歳未満において「妊娠、分娩及び産じょく」が1位となっているのが特徴的です（表4）。

表3：入院患者年代構成（2020 年 10 月）

区 分		15 歳未満	15～45 歳未満	45～65 歳未満	65 歳以上	不 詳	合 計
構成比	本 院	8.8%	17.9%	16.0%	57.3%	-	
	神奈川県	1.7%	7.0%	17.9%	73.4%	-	
	全 国	1.9%	7.2%	16.1%	74.7%	0.1%	

引用：国及び県のデータは厚生労働省患者調査

表4：入院傷病分類上位3病名（2020 年 10 月）

		1 位	2 位	3 位
本院全体		新 生 物 (28.8%)	消化器系の疾患 (12.4%)	循環器系の疾患 (10.6%)
内 訳	15 歳未満	損傷/中毒及びその他外因の影響 (29.9%)	呼吸器系の疾患 (23.4%)	周産期に発生した病態 (13.0%)
	15～45 歳未満	妊娠、分娩及び産じょく (28.8%)	消化器系の疾患 (18.6%)	新 生 物 (13.5%)
	45～65 歳未満	新 生 物 (41.0%)	消化器系の疾患 (18.0%)	循環器系の疾患 (11.5%)
	65 歳以上	新 生 物 (34.5%)	循環器系の疾患 (14.4%)	眼及び付属器の疾患 (12.0%)
神奈川県		循環器系の疾患 (17.9%)	精神及び行動の障害 (14.4%)	新 生 物 (11.6%)
全 国		精神及び行動の障害 (19.5%)	循環器系の疾患 (16.4%)	損傷/中毒及びその他外因の影響 (11.1%)

引用：国及び県のデータは厚生労働省患者調査

② 自治体病院として提供している医療について

2018年度からスタートした第7次医療計画では、疾病・事業ごとの医療体制の整備・充実の記載に「精神科救急」が加えられ、5疾病（がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患）、5事業（救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療）及び在宅医療となり、医療が適切に提供される体制の整備・充実を進めるもの、と示されていました。そこに新型コロナウイルス感染症対応から「新興感染症等の感染拡大時における医療」が追加され、第8次医療計画（2024年度～2029年度）からいわゆる「5事業」が「6事業」になります。

これら地域において必要とされる医療のうち、本院は採算性・専門性の点から民間医療機関が提供困難な医療（6事業のうち、へき地医療を除く。）について、地域医療を支える自治体病院として取り組んでいます。

(3) 二次医療圏内で求められる医療需要及び供給体制（県地域医療構想より）

神奈川県地域医療構想（2016年10月策定、2018年3月改定）において、二次医療圏である県央構想区域は、厚木市、海老名市、座間市、綾瀬市、愛川町、清川村、そして大和市で構成され、中央を相模川が南北に流れ、生活圏が東西に分かれていることが大きな特色です。

① 現状と地域特性

ア 人口

この医療圏の人口は84.7万人で、県全体及び全国の数値と比べて年少人口と生産年齢人口の割合が高く、逆に老年人口は県全体及び全国の数値を下回ります。

イ 医療資源等の状況

- 医療施設の状況 病院は、人口10万人対の施設数で県全体の数値と同程度ですが、全国の数値を下回ります。
- 病床数の状況 一般病床、療養病床の人口10万人対の病床数は、県全体及び全国の数値を下回ります。
- 在宅医療・介護施設の状況 在宅看取り実施病院及び在宅看取り実施診療所は、いずれも県全体及び全国の数値を下回ります。特別養護老人ホームが40施設、介護老人福祉施設が18施設、認知症高齢者グループホームが46施設、経費老人ホームが4施設、養護老人ホームが2施設、有料老人ホームが62施設、サービス付き高齢者向け住宅が32施設あります。
- 医療従事者の状況 医療施設従事医師、医療施設従事歯科医師、薬局・医療施設従事薬剤師、病院従事助産師、病院従事看護師・准看護師の人口10万人対の従事者数は、いずれも県全体及び全国の数値を下回ります。病院従事理学療法士、病院従事作業療法士の人口10万人対の従事者数は県全体の数値を上回るも、全国の数値を下回ります。
- 病院等の配置状況 DPC病院^{※13}は8施設あり、病院・有床診療所は、地理的には東部に集中しています。MDC分類^{※14}ごとの疾患はすべて網羅しており、突出した病院はありませんが、安定的に医療を提供しています。

ウ 基本診療体制医療提供状況

一般入院基本料（7:1、10:1^{※15}）について、79.1%の患者が入院医療を構想域内で完結しています。

エ 疾患別の医療提供状況

- がん がん入院の構想区域内での完結率は、最も高い大腸がんで66.6%に過ぎず、その他のがんも軒並み低い割合となっています。化学療法（入院）では48.7%ありますが、放射線治療（入院）は19.5%と特に低いです。がん関連の医療行為に関するレセプト出現比^{※16}は概ね低いです。DPC病院へのアクセス時間は概ね30分圏内です。
- 急性心筋梗塞 入院の構想区域内での完結率は76.4%で、相模原（10.1%）、湘南西部（6.8%）、湘南東部（4.0%）への流出が見られます。手術に関するレセプト出現比は、虚血性心疾患及び狭心症に対する心臓血管手術で全国の値を上回っています。冠動脈CT撮影、心筋熱灼術等で全国の数値を大きく下回っています。DPC病院へのアクセス時間は概ね30分圏内です。
- 脳卒中 くも膜下出血で59.1%、脳梗塞・一過性脳虚血発作で68.9%、脳出血63.2%となっており、相模原、湘南西部への流出が多いですが、流出入は拮抗しています。脳卒中ケアユニット入院管理料、脳卒中患者の連携パス利用者のレセプト出現比は高いですが、経皮的脳管形成術等、廃用症候群に対するリハビリテーション、脳血管内手術等のレセプト出現比は低いです。DPC病院へのアクセス時間は概ね30分圏内です。
- 糖尿病 糖尿病患者の構想区域内での完結率は、81.2%で、糖尿病関連のレセプトは概ね低いですが、特に糖尿病透析予防指導管理のレセプト出現比が低いです。また、DPC病院へのアクセス時間も概ね30分圏内です。
- 精神疾患 入院の構想区域内での完結率は、58.1%であり、精神医療関連のレセプト出現比は、概ね全国の数値を下回っています。

オ 救急医療の状況

81.0%の患者が二次救急を構想域内で完結しており、循環器系疾患、神経系疾患の患者のほとんどが、隣接医療圏の病院も含めて搬送されています。県内の二次医療圏で、唯一、三次救急医療機関がなく（注：2017年から海老名総合病院が該当しています。）、隣接二次医療圏の大学病院等との連携により対応しています。

カ 在宅医療の状況

訪問診療（特定施設）、訪問薬剤指導、病院従事者の退院前患者宅訪問指導のレセプト出現比は高いです。在宅療養中の患者の緊急入院の受け入れのレセプト出現比は低いです。

キ その他

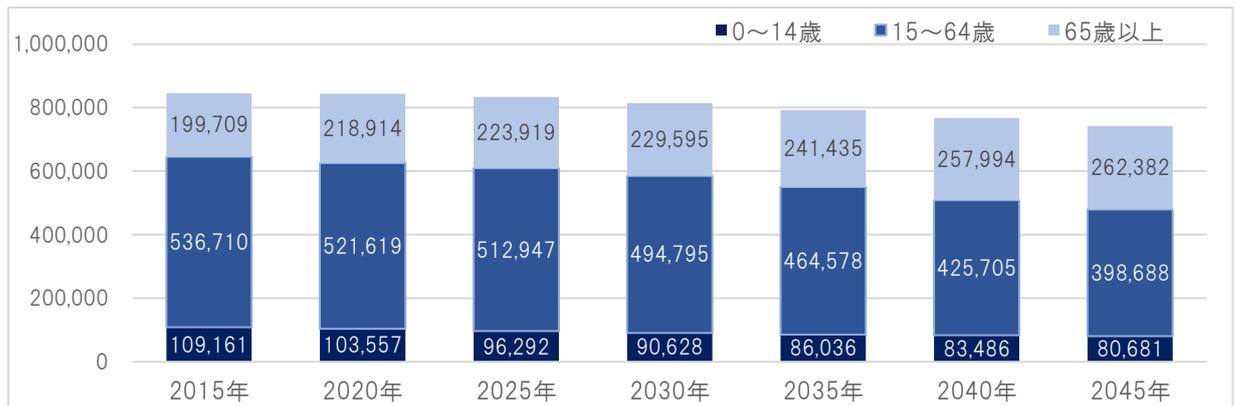
外国籍の居住者が多く、県全体及び全国の数値を上回っています。（全国 1.7%、神奈川県 1.9%、県央構想区域 2.5%。厚木市 2.6%、大和市 2.5%、綾瀬市 3.5%、愛川町 5.3% 他）

② 医療需要等の将来推計

ア 人口の将来推計

総人口は、2010年の約83.8万人から2025（令和7）年には82.3万人（2010年比1.8%減）に、2040年に74.7万人（同年比10.9%減）に減少。75歳以上の人口は、2025年には、2010年比2.21倍、2040年には2.26倍に増加します。

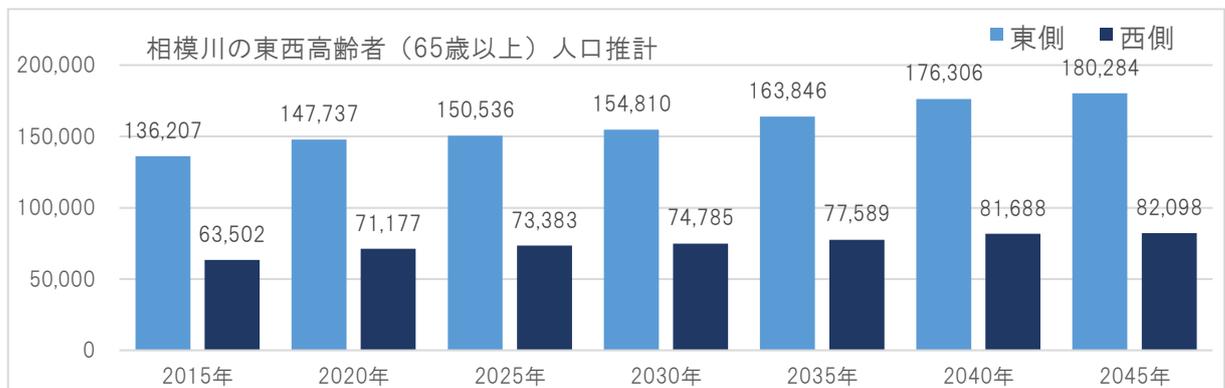
図3：県央地区人口の推移（単位：人） ※グラフは最新の将来推計人口のデータを使用



引用：国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口（2018年3月）

相模川の東側と西側とでは人口実態が大きく異なり、特に東側では今後高齢者人口が急速に増加していくことが見込まれます。そのため、県地域医療構想でも記されているように、急性期病床を削減すると、在宅医療患者の急変時の受け入れや救急患者の受け入れが困難になりかねない状況です。

図4：県央地区人口の推移（単位：人）



引用：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（2018年3月）」

イ 医療需要の将来推計

<入院及び在宅医療等の医療需要>

2025（令和7）年には2013年比で1.47倍に増加。2035年の1.69倍をピークに、2040年には1.65倍になります。75歳以上の患者数は、2025年に2013年比で1.96倍になりますが、65歳未満の患者数は減少します。

<入院医療需要>

2025年には、2013年比で1.33倍に増加し、2035年の1.45倍をピークに、2040年には、1.44倍になります。病床機能別では、2025年には、2013年比で高度急性期が1.29倍、急性期が1.39倍、回復期が1.43倍、慢性期が1.16倍に増加します。

<在宅医療等の医療需要>

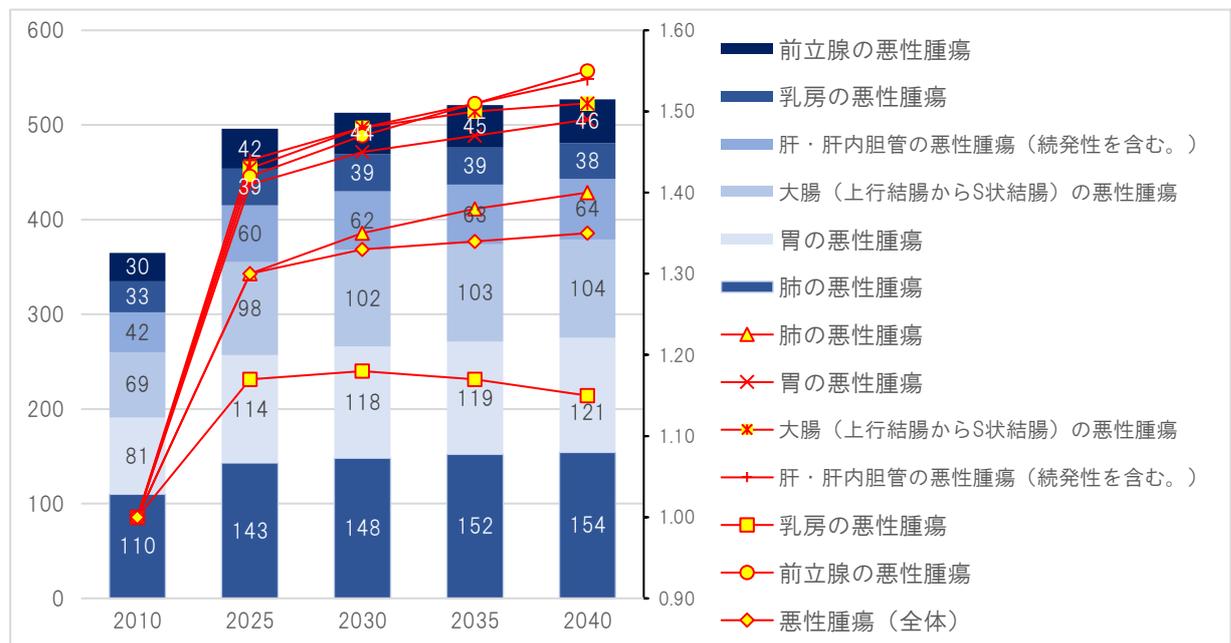
2013年と比較すると2025年には、1.54倍に増加し、2035年の1.83倍をピークに、2040年には、1.77倍になります。在宅医療等の医療需要のうち、居宅等において訪問診療を受ける患者数は、2025年には、2013年比で1.32倍に増加します。

- がん がんの患者数は、2025年には、2010年比1.30倍に増加します。症例別では、特に前立腺がん、肝がん、大腸がん、胃がんの増加率が高いです。

表5：県央のがんの推計

	2010年	2025年	2030年	2035年	2040年
肺の悪性腫瘍	110件	143件	148件	152件	154件
胃の悪性腫瘍	81件	114件	118件	119件	121件
大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	69件	98件	102件	103件	104件
肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む)	42件	60件	62件	63件	64件
乳房の悪性腫瘍	33件	39件	39件	39件	38件
前立腺の悪性腫瘍	30件	42件	44件	45件	46件

図5：県央のがんの入院医療需要の増加率の推移(単位：件/%)

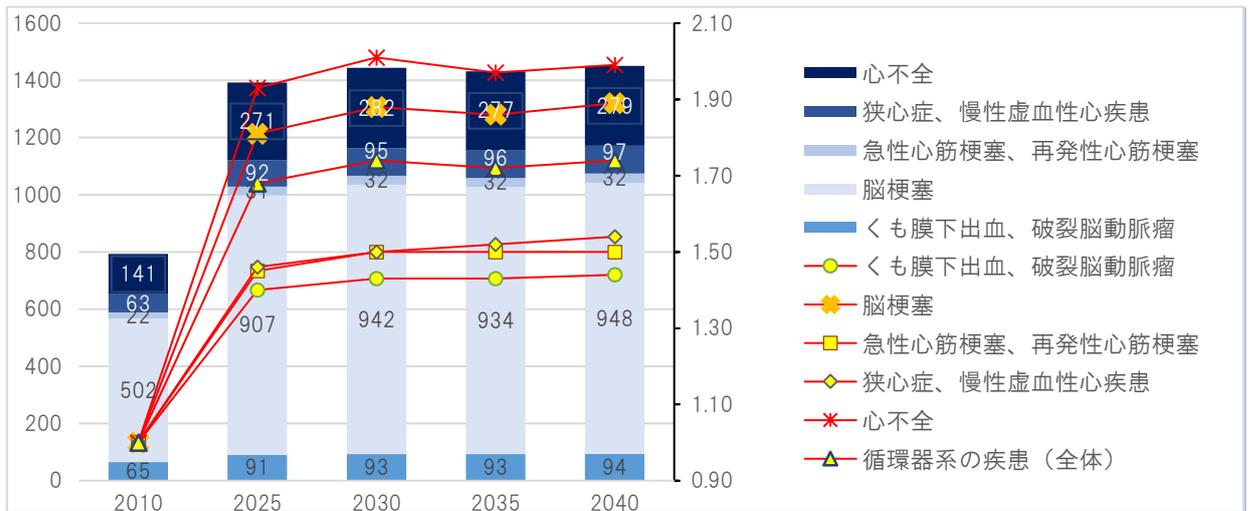


- 急性心筋梗塞 患者数の実数は少ないですが、2025年には、2010年比1.45倍に増加。
- 脳卒中 脳卒中の患者の内、脳梗塞は、2025年には、2010年比1.81倍、くも膜下出血は、2010年比1.40倍に増加。

表 6：県央の急性心筋梗塞・脳卒中系の推計

	2010年	2025年	2030年	2035年	2040年
くも膜下出血、破裂脳動脈瘤	65件	91件	93件	93件	94件
脳梗塞	502件	907件	942件	934件	948件
急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞	22件	31件	32件	32件	32件
狭心症、慢性虚血性心疾患	63件	92件	95件	96件	97件
心不全	141件	271件	282件	277件	279件

図 6：県央の循環器系疾患の入院医療需要の増加率の推移（単位：件／％）

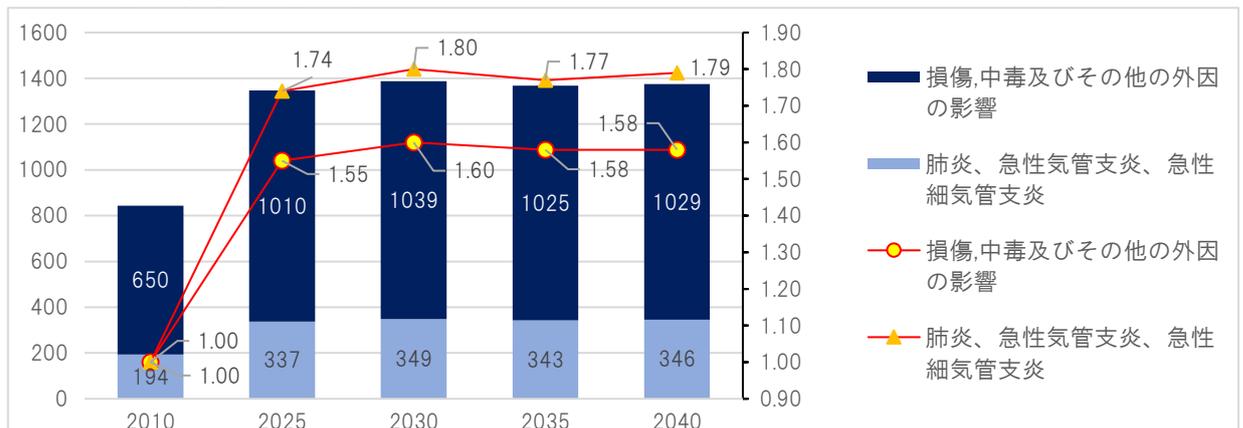


- 肺炎 「肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎」の患者数は、2025年には、2010年比1.74倍に増加。
- 骨折 「損傷、中毒及びその他外因の影響」の患者数は、2025年には、2010年比1.55倍に増加。

表 7：県央の肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎及び損傷、中毒及びその他外因の影響の入院医療需要の推計

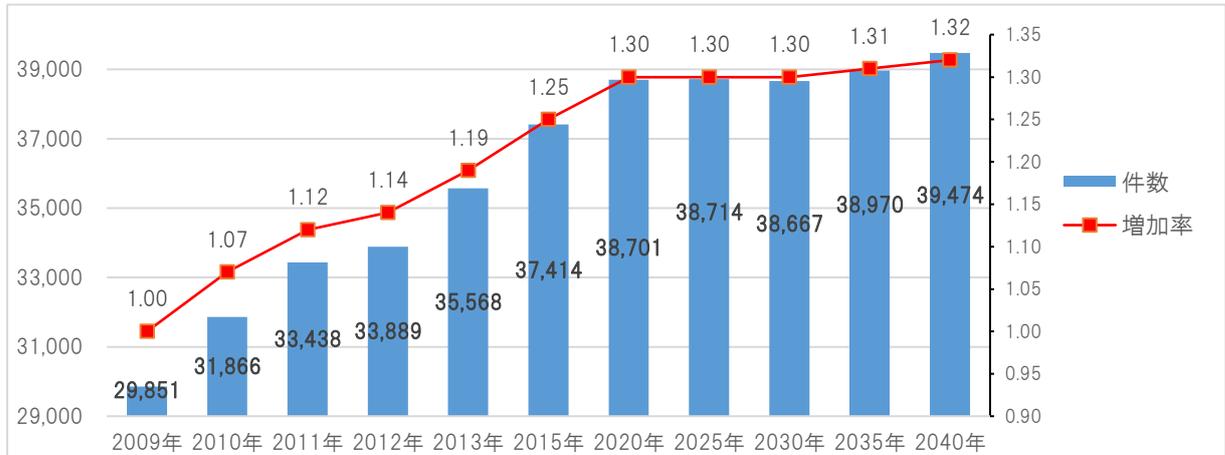
	2010年	2025年	2030年	2035年	2040年
損傷、中毒及びその他の外因の影響	650件	1,010件	1,039件	1,025件	1,029件
肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	194件	337件	349件	343件	346件

図 7：県央の肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎及び損傷、中毒及びその他外因の影響の入院医療需要の増加率の推移（単位：件／％）



○ 救 急 救急搬送件数は、年々増加しており、今後も増加が見込まれます。

図 8：県央の救急搬送件数（年間）の推移（単位：件／％）



ウ 2025（令和 7）年における患者の流出入の推計

- 高度急性期・急性期 県外への流出入患者はわずかに流出超過であり、23 区及び南多摩一部の患者の出入りがあります。県内の構想区域における流出入は、流出超過であり、相模原や湘南西部が多いです。
- 回復期 県外への流出入患者は、南多摩からの一部の患者の流入があります。県内の構想区域における流出入は、流入超過であり、横浜からの流入が多いです。
- 慢性期 県外への流出入は、南多摩から若干の流入があります。県内の構想区域における流入は、流出超過であり相模原への流出が多いです。

表 8：2025 年における患者の流出入の推計（県央）

	流 出	流 入	差 引
高度急性期	△212 人／日	57 人／日	△155 人／日
急性期	△475 人／日	278 人／日	△197 人／日
回復期	△360 人／日	485 人／日	125 人／日
慢性期	△613 人／日	412 人／日	△201 人／日

資料：神奈川県地域医療構想に係るデータ集

表 9：病床機能

高度急性期	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期	急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。特に急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADL ^{※17} の向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能
慢性期	長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能、長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能



(主なポイント)

- ・地域の基幹病院として、高度急性期及び急性期医療の拠り所として在り続けます。
- ・そのためにも、急性期病院を対象とした施設基準（総合入院体制加算）に適合した体制を整えます。
- ・地域包括ケアシステムにおいても急性期医療を担う一方で、急性期を脱した後は地域の連携病院や介護福祉施設等と連携し、地域に住む高齢者の生活を支えます。
- ・地域医療支援病院としても、地域の診療所やクリニックとの連携強化に努めるとともに、積極的に地域にあるかかりつけ医へ逆紹介をしていきます。
- ・精神医療について、地域の医療機関と連携を強化していきます。

(1) 地域医療構想を踏まえた本院の果たすべき役割・機能

前章のとおり、県央構想区域は、今後も医療需要が高まっていくことが予測され、がん、急性心筋梗塞、脳卒中、肺炎、骨折の全ての疾患において患者数が増加すると見込まれています。また、必要病床数については、2015年の病床機能報告の病床数に対して、高度急性期病床、回復期病床及び慢性期病床が不足する一方、急性期病床は過剰と推計されています。しかし、75歳以上の高齢者の増加に伴い救急搬送は増加するものとも見込まれ、回復期病床等への転換に伴い急性期病床を減少させた場合、救急機能が低下し、在宅医療患者の急変時の受入れや救急患者の受入れが困難になりかねない懸念があります。

このような将来予測のもと、本院の現状としては長年にわたり救急医療、災害医療及び小児・周産期医療の中核病院として、さらに2012年からは地域がん診療連携拠点病院の指定を受け、地域の医療需要に应运えてきました。また、2019年には地域医療支援病院としての承認を受け、これまで以上に紹介・逆紹介を推進するなど、地域医療の機能分化に寄与してきました。近年の新型コロナウイルス感染症対応では、大和・綾瀬地域において唯一の重点医療機関^{※18}等として陽性患者を受入れるなどの実績も重ねてきました。これらのことから、本院に求められる役割は、構想区域における基幹病院の一つとして、将来にわたって高度急性期及び急性期医療の拠り所として在り続けることであり、そのためにも機能の充実、強化に努め続けなければなりません。

2022年診療報酬改定では急性期病院を対象とした施設基準として、新たに急性期充実体制加算^{※19}が設定されたのに加えて、総合入院体制加算^{※20}も施設基準が見直され取得のハードルが高まりましたが、これらの改定は急性期病院とその他の病院との機能分化を推進していく国の姿勢の表れとされています。将来にわたって地域の基幹病院として急性期病院であり続けるためには、こうした施設基準の取得が命題となります。そのためにも、コロナ専用病棟として運用している7階南病棟を地域包括ケア病棟^{※21}から一般急性期病棟^{※22}へ転換することについて県央地域医療構想等調整会議にて了承を受けるとともに、その他施設基準に必要な条件を満たし、早期の加算取得を目指します。

また、地域医療構想の対象外とされている精神医療について、精神障害者の地域移行が求められていること、うつ病・認知症・発達障害・依存症等の患者さんや高齢化に伴う身体合併症を有する精神障害者の増加等により精神医療のニーズが高まっていることなどを踏まえ、総合的に必要な医療を受けられる体制を構築することが経営強化ガイドラインでも求められています。本院の限られた人員資源だけで充実した体制を構築することは困難なことから、地域の医療機関等との連携を強化し、多くの精神障害者が必要な医療を受けることができるよう進めていきます。

表 10：県央構想区域における 2025 年（令和 7 年）の病床数の必要量

種 別	医療需要 (人/日)	必要病床数		2015 病床機能報告数値	
		病床数	構成比	病床数	構成比(%)
高度急性期	406	541	9%	66	1%
急性期	1,615	2,071	36%	3,188	62%
回復期	1,667	1,852	32%	669	13%
慢性期	1,140	1,239	22%	985	19%
休棟中等	—	—	—	239	5%
合 計	4,828	5,703	100%	5,147	100%

引用：神奈川県地域医療構想

(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

地域包括ケアシステム^{※23}の充実は、地域の医療、介護の機能を維持していくために必要不可欠です。本院では「患者サポートセンター」が中心となり、退院支援・退院調整や地域連携クリニカルパス^{※24}の運用、医療福祉相談、在宅ケア支援などの機能を強化し、医療機関間の連携に加えて、地域包括支援センターや入所施設とも連携を深め、患者さんやそのご家族が地域にて安心して療養や生活ができるよう更なる推進を目指します。

国が目指す姿は、地域の病院、拠点病院及び回復期病院が役割分担を進め、連携を強化し、発症から入院、回復期及び退院までをスムーズに移行することで早期の社会復帰を可能とするものです。

本院は、医療、保健、福祉及び介護のネットワークである大和保健医療福祉ネットワーク^{※25}へ参加しています。地域で生活するにあたって高度急性期や急性期の医療提供の役割を担い、入院時から患者さんの支援に介入し、急性期を脱した後は情報共有を行っている地域の連携病院や介護福祉施設等とシームレスに連携し、地域に住む高齢者の生活を支えています。

(3) 機能分化・連携強化

本院の許可病床数 403 床は、二次医療圏である県央構想区域の中では海老名総合病院（479 床）に次いで多く、主に急性期を担う地域の基幹病院として運営してきましたが、2017 年度から一部病棟を地域包括ケア病棟として回復期に近い機能も併せ持つてきました。しかしながら、2020 年 4 月以降新型コロナウイルス感染症への対応にあたり、地域包括ケア病棟をコロナ専用病棟として転換し、重点医療機関等として中等症患者の受け入れ・治療を行ってきています。このような状況になり、本院は地域の基幹病院として高度急性期や急性期を担うべきとの自覚が改めて強化されました。また国の方針としても、400 床以上の病院は新規に地域包括ケア病棟を認めないとしており、高度急性期及び急性期に特化する機能分化が求められています。本院の規模からも地域において高度急性期及び急性期を担う基幹病院としての役割を果たしていくことが期待されており、今後は急性期病院としてふさわしい施設基準を満たすとともに、基準に見合った診療実績をあげていかなければなりません。

また、地域医療支援病院として、地域の診療所やクリニックとの連携強化にも努めています。具体的には、急性期の患者さんを積極的に紹介いただけるよう診療所等の医師と顔が見える関係づくりや、丁寧な返書により患者さんの情報を逐次共有していきます。なお、将来に向けて国は限られた医療資源を

最大限に活用できるよう、外来機能分化を推進しています。本院は急性期を担う病院であることから、急性期を脱した患者さんについては積極的に地域にあるかかりつけ医へ逆紹介を進めていきます。

(4) 医療機能や医療の質、連携の強化等に係る数値目標の設定

地域の基幹病院として市民の皆様が必要とされる医療提供体制を確保するため、医療機能の充実及び経営資源の有効活用により、収支計画及び数値目標の達成に向けた取組を実施し、持続可能な病院経営に努めます。そのために、果たすべき役割に沿った医療機能を発揮しているかを検証する観点から医療機能等指標について次のとおり設定します。

(【算出方法】目標値の算出方法、【考え方】目標値設定の考え方)

① 医療機能に係るもの

項目及び説明	2021実績	2022見込	2023計画	2024計画	2025計画	2026-2027計画
地域救急貢献率	29.0%	31.1%	31.5%	32.8%	34.1%	36.9%
【算出方法】大和市消防の救急車が医療機関等へ収容したうち、大和市立病院が応需した割合 【考え方】2021年度救急車受入実績の伸び率を元に救急受入数を見込み算出。						
手術件数	3,845件	4,100件	4,300件	4,500件	4,700件	4,900件
【算出方法】手術室にて行われた手術件数 【考え方】年200件程度の上昇を目指し、4,900件を最終年度目標とします。						
リハビリ単位数	43,096単位	50,477単位	52,650単位	52,650単位	52,650単位	52,650単位
【算出方法】リハビリテーション療法科にて行ったリハビリテーションの単位数 【考え方】2021年度実績から療法・勤務形態毎に1日の目標単位数を設定し、在職人数を掛け合わせて目標値を設定(2023~2027年度は各療法士数の増減が無いと仮定して算出)。						
放射線治療照射件数	6,394件	6,500件	6,500件	6,500件	6,500件	6,500件
【算出方法】高精度放射線治療装置(リニアック)で放射線治療のために照射した件数 【考え方】1件あたり15分枠で1日あたり最大照射件数27件×244日で見込みます。						
地域分娩貢献率	14.5%	16.0%	17.0%	18.0%	19.0%	20.0%
【算出方法】大和市民として出生した子どものうち、大和市立病院で出生した子どもの割合 【考え方】毎年おおむね1%の向上を目指し、20.0%を最終年度目標とします。						

② 医療の質に係るもの

項目及び説明	2021実績	2022見込	2023計画	2024計画	2025計画	2026-2027計画
患者満足度	82.4%	85.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%
【算出方法】患者満足度調査(入院・外来)にて非常に満足・満足と評価された割合 【考え方】90%以上の患者さんに「本院にかかってよかった」と思ってもらえるよう目指します。						
在宅復帰率	94.6%	94.6%	94.6%	94.6%	94.6%	94.6%
【算出方法】退院患者数(死亡退院を除く)のうち、自宅や居住系介護施設等に帰る患者さんの割合 【考え方】現状高い在宅復帰率にあるため、現状を維持します。						

クリニカルパス導入患者率	49.2%	50.0%	51.0%	52.0%	53.0%	54.0%
【算出方法】新入院患者のうち、クリニカルパス適用となった患者さんの割合 【考え方】毎年おおむね1%の向上を目指し、54.0%を最終年度目標とします。						

③ 連携の強化等に係るもの

項目及び説明	2021実績	2022見込	2023計画	2024計画	2025計画	2026-2027計画
紹介率	77.7%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%
【算出方法】他の医療機関から本院に紹介状をもって受診された患者さんの割合 【考え方】地域医療支援病院の承認要件（紹介率80.0%）を達成し、維持することを目標とします。						
逆紹介率	73.3%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%
【算出方法】本院から他の医療機関に紹介状をもって受診された患者さんの割合 【考え方】直近の実績値が地域医療支援病院の承認要件（逆紹介率70.0%）を達成していることから、それを上回る逆紹介率80%を目標とします。						

④ その他

項目及び説明	2021実績	2022見込	2023計画	2024計画	2025計画	2026-2027計画
臨床研修医の受入件数	8人	8人	8人	8人	8人	8人
【算出方法】基幹施設及び協力施設として本院が受入した初期臨床研修医数 【考え方】基幹施設としての県の定める定員数及び協力施設としての契約人数であるため、現状を維持します。						
医療相談件数	15,409件	15,500件	15,500件	15,500件	15,500件	15,500件
【算出方法】医療相談（がん相談含む）を受けた件数 【考え方】多様化する相談内容を適切に対応し、過年度実績相当を目標とします。						

(5) 一般会計負担の考え方

地方公営企業である自治体病院は、独立採算性が原則とされています。しかしながら、自治体病院は地域の基幹病院として、採算性が低くとも救急医療や小児救急、災害時医療等の役割を担う必要があり、「その性質上企業の経営に伴う収入をもって充てることが適当でない経費」「能率的に経営を行ってもなおその経営に伴う収入のみをもって充てることが困難と認められる経費」等については、一般会計負担金の制度が設けられており、毎年国がその基準を定めています。

本院においても、独立採算制を原則とした運営に努めているところですが、採算性が困難な役割も担う必要があることから、この基準に基づき一般会計へ適正な負担を求めていきます。

さらに、運転資金の不足や債務超過により病院の経営が危機的な状況に陥るようなことがあった場合は、一般会計負担金のほか長期貸付や資本増強等についても市当局と調整を図ります。

繰出基準 毎年、総務副大臣から地方公営企業繰出金についての基本的な考え方、いわゆる繰出基準が通知され、それに基づき一般会計による負担について調整を行っています。

表 11：繰出基準（2021 年度より抜粋）

項目	繰出基準
病院の建設改良に要する経費	建設改良費及び企業債元利償還金の2分の1(ただし、2002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)
感染症医療に要する経費	当該経費のうち、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
リハビリテーション医療に要する経費	当該経費のうち、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
周産期医療に要する経費	当該経費のうち、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
小児医療に要する経費	小児医療(小児救急医療を除く。)の用に供する病床の確保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
救急医療の確保に要する経費	救急告示病院及び小児救急医療拠点病院における救急医療の確保に必要な経費に相当する額
高度医療に要する経費	当該経費のうち、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
院内保育所の運営に要する経費	当該経費のうち、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
保健衛生行政事務に要する経費	集団検診、医療相談等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。
経営基盤強化対策に要する経費	
医師及び看護師等の研究研修に要する経費	医師及び看護師等の研究研修に要する経費の2分の1
公立病院経営強化の推進に要する経費	経営強化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
その他	
地方公営企業職員にかかる基礎年金拠出金にかかる公的負担に要する経費	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または前年度における繰越欠損金のいずれか多い額を限度額とする)
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の給付に要する経費の合計額とする。
新型コロナウイルス感染症に係る減収対策のために発行する資金手当債の利子負担の軽減に要する経費	新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のための取組に伴う利用者の減少等により、当該年度末に資金不足額が発生又は拡大すると見込まれる団体が発行した特別減収対策企業債の償還利子の2分の1
災害拠点病院等の耐震化等に対する地方財政措置	元利償還金の全額について一般会計繰出

(6) 住民の理解

将来にわたり、地域の基幹病院として本市の医療提供体制を支え続けていくためには、本院自体の経営を強化することが必要不可欠です。それにあたり、急性期病院としての機能分化をさらに推進していくことが必須となることから、「あれもこれも」から「あれかこれか」に医療資源を絞り込んでいかなければなりません。こうした取組は直接的に患者さんの受診にも影響することから、住民に対して十分に説明することが求められます。そのため、病院の広報誌やホームページ等を通じて積極的に情報を発信し、住民の理解に努めていきます。

また、本院に対する信頼を獲得するためには、日頃から住民と相互にコミュニケーションがとれる場があることが望ましいと考えます。そのため、コロナ禍により休止となっている住民を対象とした「公開講座」の再開に加えて、クリニックや薬局等地域の医療機関の職員を対象とした講座も開催していきます。

<SDGs の視点／169 のターゲット>

- ・大和市の政策医療として、周産期医療及び小児医療の医療体制を維持し、妊産婦の死亡を防ぐとともに、新生児及び5歳未満時の予防可能な死亡の根絶に寄与します。

【169のターゲット：3.1、3.2】

- ・地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域資源全体でそれぞれの役割を担うことが求められる中、本院は地域の基幹病院として急性期医療を担います。【169のターゲット：17.17】





(1) 医師・看護師等の確保

地域の基幹病院として本院が果たすべき役割・機能に的確に対応した人員配置となるよう医師・看護師等の医療従事者を確保することは、医療の質の向上、新興感染症の感染拡大時の対応等、機能強化を図るうえで不可欠です。そのため、医療系大学等との連携を強化するとともに、専門看護師、認定看護師及び特定行為研修修了者^{※26}の計画的な育成や支援のほか、各職種の実習受入等により、医療従事者の確保に努めます。

同時に、在職職員の離職を防ぐことも重要であり、定着率の向上には職員のワーク・ライフ・バランスへの配慮が必要なことから、多様な勤務形態やタスクシフト・タスクシェア^{※27}の推進についても検討を進めます。

また、臨床研修医等の若手医師の確保に取り組むことも重要です。このため、魅力ある臨床研修病院となるよう、定期的なカリキュラムを見直しするなど、初期臨床研修医^{※28}の確保と定着化を目指します。

(2) 医師の働き方改革への対応

医療法の改正により、医師に対する時間外労働の上限規制が2024年4月1日に適用開始されます。

長時間労働の軽減をはじめとして、医師が健康に働き続けることのできる環境を整備することは、医師本人にとってはもとより、患者さんに対して提供される医療の質・安全を確保すると同時に、持続可能な医療提供体制を維持していくうえで重要です。

このため、宿日直、時間外勤務のあり方を見直し、適切な労務管理を推進するとともに、タスクシフト・タスクシェアの推進、人材紹介会社等の活用、地域の医師会や診療所等との連携を進めます。

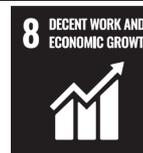
タスクシフト・タスクシェアの推進については、医師事務作業補助者^{※29}のさらなる活用をはじめ、他職種への業務分担を検討し、医師の業務負担軽減を目指します。また、医療機能の明確化・最適化により高度急性期及び急性期医療を提供するという当院の役割を果たしながら、地域の診療所等への逆紹介の推進等により、外来業務の負担軽減を図ります。

<SDGsの視点/169のターゲット>

- ・仕事と子育て等の両立を支援するため、昼間だけでなく夜間託児の制度や短時間勤務等多様な制度を設けることで、職員が継続して働きやすい環境を確保します。

【169のターゲット：8.2】

- ・医師の働き方改革として医師の総労働時間が削減される中、地域における医療需要を満たすことができるよう、紹介・逆紹介により地域の医師会や診療所等との連携を推進します。【169のターゲット：17.17】



(1) 経営形態の見直しに係る選択肢と留意事項

公立病院が経営形態を見直すにあたり、経営形態別の主なポイントや留意事項は次のとおりです。

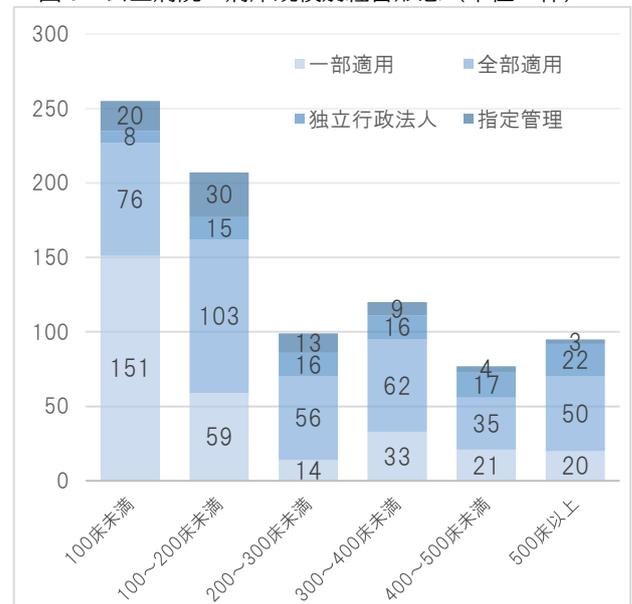
表 12：経営形態別の特徴

地方公営 企業法 一部適用	<ul style="list-style-type: none"> ・経営責任者は「市長」 ・設置条例で設置及びその経営の基本を定め、その他は市長が規則等で決定 ・地方公共団体の一部。政策医療の確保等のため、一般会計からの繰入れあり
地方公営 企業法 全部適用	<ul style="list-style-type: none"> ・経営責任者は「事業管理者」となり、経営上の権限が明確化 ・設置条例で設置及びその経営の基本を定め、その他は事業管理者が企業管理規定で決定 ・職員の人事・給与、予算等に係る権限が一部付与される ・地方公共団体の一部。政策医療の確保等のため、一般会計からの繰入れあり
地方独立 行政法人 (非公務員型)	<ul style="list-style-type: none"> ・経営責任者は「理事長」となり、経営上の権限が明確化 ・職員の身分は非公務員（共済保険や福利厚生は基本的に継続が可能） ・予算・財務・契約、定数・人事などの面で公営企業より自律的・弾力的な経営が可能 ・自治体から独立した法人。ただし、地方公営企業に準じた取扱いの繰入れあり ・設立時に債務超過となる場合は、一般会計からの追加出資が必要
指定管理者 制度 (公設民営)	<ul style="list-style-type: none"> ・民間の医療法人等に施設の管理を行わせる制度（公設民営制度） ・経営責任者は「指定管理者」 ・契約に基づく一般会計からの支出が可能 ・協定による定めにより政策医療のために一般会計負担も可 <p>※経営状況によって一般会計負担が増大するリスクあり</p>

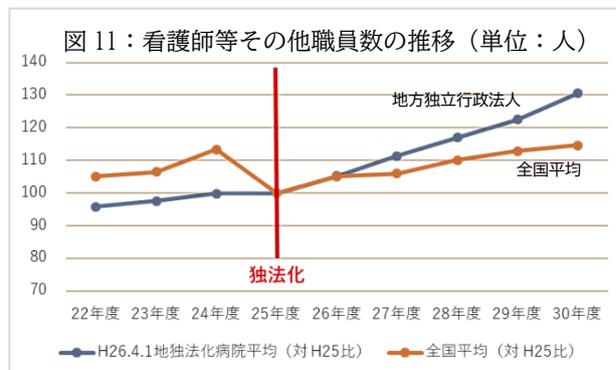
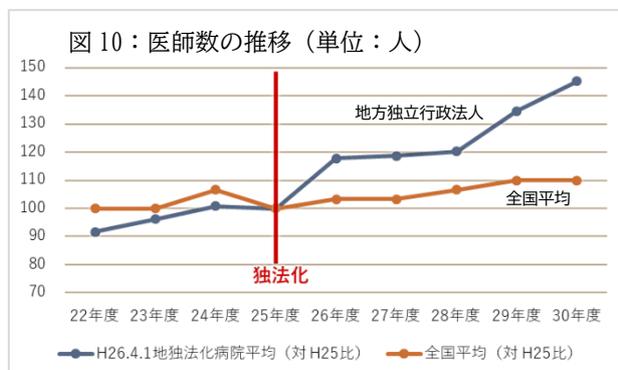
民間譲渡 ※公立病院では なくなる	<ul style="list-style-type: none"> ・自治体病院の売却（民営化） ・経営責任者は「民間法人の長」 ・一般会計からの繰入れはない
-------------------------	---

2020年時点において、公立病院全体のおよそ3分の2（65.1%）の病院がマネジメントの強化等をはかり（図9）、財務の一部適用以外の経営形態に移行している実態があります。さらに、一部適用のまま残っている298病院のうち、100床未満の病院が151病院（50.7%）を占めており、一定規模以上の病院は経営形態の見直しにより経営改善を進めています。なお、病床規模別の経営形態として本院の属する400床以上500床未満の病院をみると、指定管理が4（5.2%）、地方独立行政法人が17（22.1%）、全部適用が35（45.5%）、一部適用が21（27.3%）で、全部適用が最も多い状況です。

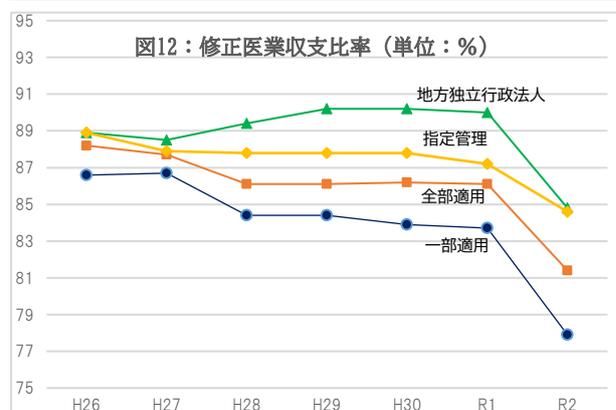
図9：公立病院の病床規模別経営形態（単位：件）



一方、総務省資料「持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化ガイドラインの方向性について（2021年12月）」によると、「全部適用に比べ、独法化の方が人事面の柔軟性が高く、医師確保につながる」と示されており、職員数の推移のグラフによると、医師、看護師等その他の職員数推移ともに地方独立行政法人が全国平均を上回る増加を示しています。



経営状況においても、一般会計からの負担金を控除して計算する修正医業収支比率をみると、経営の健全性は、地方独立行政法人、指定管理者、全部適用、一部適用の順になっています。特に、一部適用の病院は2014（H26）年度以降、一定の差をつけて低い値となっていることから、まずは一部適用からの脱却が喫緊の課題と言えます。



続いて、県内（政令市を除く）の状況を見ると、藤沢市と本市が一部適用のままですが、横須賀市では、うわまち病院と市民病院が指定管理に移行しています。その他の平塚市、三浦市、厚木市、小田原市では全部適用に移行済みで、茅ヶ崎市も全部適用への移行方針を定め、現在準備を進めています。このように、8市中5市が全部適用を選択し、地方独立行政法人化している市は皆無となっています。その理由の一つに考えられることは、本県においては都市部に近い立地から全部適用の条件下であっても医師や看護師等が確保しやすい地域特性があると考えられます。地方と異なり、医師や看護師等を確保しやすい状況であれば、公務員という職員の身分保障を維持するメリットの方が大きいという判断があったものと想定されます。

(2) 経営形態の見直しに係る記載事項

経営形態の見直しに向けては、幸いなことに全国的に経営形態の見直し事例が既に多くあることに加えて、県内では茅ヶ崎市が「茅ヶ崎市立病院在り方検討委員会」を設置し協議を重ねた内容が公開されており、そうした資料を参考に院内で調査研究をし、方針について検討を重ねてきました。

まず、経営形態の見直しにより目指すところは、病院経営の健全化です。ただし、「健康」を市政運営の中心に据え「健康都市」を目指している本市において、本院は小児救急の24時間365日受入や県央北相地区周産期救急医療システム^{※30}の協力病院としての機能を有しています。これら政策医療の継続性を考慮した場合、市の関与が強い経営形態を選択する必要性が高いため、本院が選択すべき経営形態は、

現在の一部適用の継続、若しくは全部適用へ移行する、又は地方独立行政法人に移行する、これらの3形態に絞り込まれます。

そのうえで、前項で示した総務省資料にあるデータ等を見ると、本院が従来の一部適用のまま経営改革に取り組み続けるべき積極的な理由も見当たらないことから、経営形態の見直しは必要不可欠なものと考えられるため、全部適用又は地方独立行政法人への移行に絞られます。

県内他市の病院の状況にありましたように、本市の地域特性を踏まえると、公務員という職員の身分保障を維持するメリットは大きいと言えます。この身分保障は、新型コロナウイルス感染症対策において全国的に公立病院が陽性患者の受け皿として機能発揮したことにもつながっています。

また、直近で全部適用に移行した小田原市の例をみると、まずは全部適用に移行し経営改革を目指し、それでも成果が見られない場合は、地方独立行政法人化を検討するとされており、この段階的な経営形態の移行がコロナ禍を経験した公立病院が選択すべき経営形態の見直しとして、最もスムーズで望ましいあり方と考えられます。

そのうえで、本院が全部適用へ移行し実践したい経営改善項目としては、主に次の2点となります。

- ・事業管理者を設置し、事業管理者に広範な権限を与え、経営責任を明確化します。
一部適用の経営責任者は市長（院内では実質的に病院長）ですが、経営責任が明確化されることから、意思決定の判断基準が医療視点だけでなく経営視点にも重きが置かれ、結果としてより経営の安定性を高めた病院運営を目指します。
- ・人事権、給与決定権、契約締結権などを事業管理者に付与し、意思決定の柔軟性と迅速化を図ります。中でも、給与決定については、「同一又は類似の職種の国及び地方公共団体の職員並びに民間事業の従事者の給与、当該地方公営企業の経営の状況等を考慮する。」という規定を逸脱しない範囲内において柔軟な給与制度を設けることで、経営改善に向けた医師・看護師等必要な人材の確保に努めます。

一方、全部適用にすることで生じると考えられるデメリットですが、今まで市長部局で行っていた人事・給与・労務管理等の業務を病院事業単独で行うことに伴う管理部門の拡充や事業管理者の設置により人件費等が増大することが見込まれます。

なお、全部適用へ実際に移行するとなった場合、事業管理者の選定に加えて、デメリットでも示したように市長部局からの事務移管に伴う事務量の増に応じて職員定数の見直しも考えられます。こうした周辺環境を整える必要があることから、まずは全部適用への移行を見据えたうえで更なる検討を重ねて、経営形態移行に向けた最終的な意思決定を目指していきます。



今回の新型コロナウイルス感染症への対応では、地域の基幹病院として期待される役割として、多くの中等症患者^{※31}の入院受け入れるとともに、全診療科による発熱外来の対応や検査等を行ってきました。このような対応にあたっては、院内感染防止対策委員会やICT（院内感染対策チーム）が中心となって、院内感染防止対策を検討し、安全な環境を保ちつつ診療等を行うことができましたが、その一方で通常診療に大きな制限もかけることになりました。

ここで得た多くの感染拡大時対応に関する知見については、院内感染防止対策委員会やICTにて、振り返りまとめていきます。

本院は、大和・綾瀬地域における唯一の重点医療機関等として中等症患者を受け入れてきましたが、今後も地域の基幹病院として積極的に中等症患者を引き受ける一方で、治療を受け転院が可能となった患者さんについては、いわゆる下り搬送として近隣の協力医療機関へ速やかに転院を促すことで、より多くの感染者へ適切な医療提供ができるよう努めます。小児・周産期においても陽性患者を受け入れつつ、小児の陽性患者で重症例となった場合は高次医療機関へ搬送するという連携体制を整えています。周産期については、陽性患者の分娩にも対応できるよう分娩室を別に用意し、安全な環境で出産ができる体制を確保しています。

なお、本院は「感染対策向上加算1」の施設基準を取得し、地域のクリニック等と定期的なカンファレンスによる感染対策の情報交換や、感染対策訓練を合同で実施するなどの取組によって、地域全体として感染対策を強化していきます。また、病院内での人的資源の動員や一般診療制限を含め新興感染症発生時から拡大時期までの混乱を避けることができるよう、BCPの見直しも進めていきます。

表 13：感染症対応即応病床（2022年3月31日時点※神奈川県フェーズ4）

病棟	即応病床数	休床数	対象
7階南病棟	18床	33床	陽性（大人）※疑似症含む
4階東病棟	2床	3床	陽性（妊婦）※疑似症含む
4階南病棟	2床	15床	陽性（小児）1、疑似症（小児）1

<SDGsの視点/169のターゲット>

- ・新興感染症対策を総合的な災害リスク管理と同様にとらえ、本院は将来にわたって、地域の基幹病院としての役割を果たすことができるよう、平時から病室の陰圧化整備等ハード面に加えて、人員面でも即応できような体制を備えます。【169のターゲット：3.3、11.b】



(1) 施設・設備の適正管理と整備費の抑制

本院は、1993年の病院建替工事完成後間もなく30年が経過します。この間、増大していく医療需要に応えるため、救急棟の増築や手術室の増設、諸室の改修といった増改築により必要な医療体制を整えてきました。一方、同一施設の中で診療科数や職員数が増加したことによる狭隘化や、個室希望者の増加など患者ニーズの変化、さらに外壁や電気・機械・給排水設備などのインフラ設備の老朽化等、30年経過したことにより様々な面で課題が発生しています。そのため、病院の建て替えを将来的に見据えつつ、まずは建て替えが実現可能な財務状況になることを目指します。

なお、将来的な建て替えまでの間も施設の機能と安全性を確保する必要があることから、2021年度に見直しを実施した施設保全計画（計画期間2021年～2031年、総事業費約28億円）に基づく施設・設備改修を行います。

表14：施設保全計画に基づく施設改修のうち、直近5カ年の実施事業（予定）

2023（R5）年度	・外壁改修工事（1回目） ・高圧受変電設備更新工事（3回目） ・雨水・蒸気配管更新工事	92,010千円 150,415千円 21,079千円
2024（R6）年度	・外壁改修（2回目）工事 ・高圧受変電設備更新工事（4回目）	207,245千円 155,650千円
2025（R7）年度	・高圧受変電設備更新工事（5回目）	255,750千円
2026（R8）年度	・高圧受変電設備更新工事（6回目）	185,350千円
2027（R9）年度	なし	

医療機器等についても医療需要が高度化・多様化する中、診療機能の充実を図り、良質な医療を提供し続けるため、既存医療設備について機能や必要性を精査したうえで、必要な機器については計画的に更新します。さらに、財務状況を勘案したうえで先進的な医療設備も導入していきます。

なお、本計画策定のために実施した医師会を対象としたアンケートでは、高度な医療機器の有効活用として土曜・日曜の検査実施の要望がありました。特にMRI（磁気共鳴断層撮影装置）やCT（コンピュータ断層撮影装置）は非常に高額な機器にもかかわらず耐用年数は限られることから、こうした機器の有効活用に向けて人員配置体制の充実等による検査実施を検討していきます。

(2) デジタル化への対応

当院では、医療機関で患者情報が閲覧できる仕組みづくりとして、マイナンバーカードを活用したオンライン資格確認^{※32}や薬剤情報、健診情報の閲覧が稼働しています。今後は厚生労働省から公表されているデータヘルス改革の工程表にのっとり、マイナポータル等を用いた仕組みの整備や情報利活用の推進などの取組について検討していきます。

一方、世界的に被害が報告されているサイバー攻撃には、安全管理に関するガイドライン等を参考にしながらセキュリティレベルの向上を確実に実現し、セキュアなネットワーク環境整備^{※33}が必要です。今後は、国の動向や情報セキュリティ関係団体、そして外部業者と情報共有し、地域医療支援病院としての役割も踏まえながら、地域の医療機関間での情報共有が可能となるよう、電子カルテの標準化等に取り組めるよう検討していきます。



<SDGs の視点/169 のターゲット>

- ・災害時に地域の医療機関を支援する機能を有する災害拠点病院として、重症・重篤な傷病者を受入れるなど、災害時の医療救護活動において中心的な役割を担い、都市機能の継続に寄与します。

【169 のターゲット：3.3、11. b】



(1) 経営指標に係る数値目標の設定

公立病院として地域に必要とされる医療提供体制を確保するため、医療機能の充実及び経営資源の有効活用により、収支計画及び数値目標の達成に向けた取組を実施し、持続可能な病院経営に努めます。

(【算出方法】目標値の算出方法、【考え方】目標値設定の考え方)

① 収支改善に係るもの

項目及び説明	2021実績	2022見込	2023計画	2024計画	2025計画	2026-2027計画
経常収支比率	108.5%	99.9%	99.8%	101.2%	101.2%	101.0%
【算出方法】 医業費用、医業外費用に対する医業収益、医業外収益の割合 【考え方】 本計画に基づく収支改善の取組により、100%を超えることを目標値とします。						
医業収支比率	82.7%	87.0%	91.8%	93.8%	93.5%	93.3%
【算出方法】 病院の本業である医業活動から生じる医業費用に対する医業収益の割合(%) 【考え方】 一般会計からの負担金を現状と同様の水準を見込み、収支改善の取組結果後の推計値。						
修正医業収益比率	80.6%	84.9%	89.7%	91.3%	91.5%	91.4%
【算出方法】 医業収益比率の積算にあたり医業収益から市負担金を除いて積算した割合 【考え方】 一般会計からの負担金を現状と同様の水準を見込み、収支改善の取組結果後の推計値。						
累積欠損金比率	73.9%	67.1%	60.7%	59.6%	58.9%	58.5%
【算出方法】 事業規模(医業収益)に対する累積欠損金(当年度未処理欠損金)の割合 【考え方】 一般会計からの負担金を現状と同様の水準を見込み、収支改善の取組結果後の推計値。						

② 収入確保に係るもの

項目及び説明	2021実績	2022見込	2023計画	2024計画	2025計画	2026-2027計画
1日当たり入院患者数	241.3人	270.0人	302.3人	310.3人	318.4人	322.4人
【考え方】 病床の有効利用を行い、目標病床稼働率を80%とします(人数換算で322.4人)。						
1日当たり外来患者数	790.5人	790.1人	788.1人	786.0人	783.1人	783.1人
【考え方】 2022年度をピークとし、1年あたり500人ずつ減少します。						
入院患者1日1人あたり診療報酬	65,254円	65,400円	66,800円	67,300円	67,500円	68,000円
【考え方】 機能評価係数の向上により、68,000円を最終年度目標とします。						
外来患者1日1人あたり診療報酬	17,136円	17,400円	18,000円	18,000円	18,500円	18,500円
【考え方】 診療単価の低い外来再診患者(投薬のみ等)の減少を見込みます。						
医師一人当たり収益	100,345円	107,773円	117,380円	120,640円	123,432円	124,983円
【算出方法】 医業収益÷医師数※決算統計(27表)年度末職員数(1)医師数(2行19列) 【考え方】 医師数の見込み(P30)から積算します。						
看護師一人当たり収益	28,975円	29,309円	31,922円	32,808円	33,568円	33,990円
【算出方法】 医業収益÷看護師数※決算統計(27表)年度末職員数(2)看護師数(2行22列) 【考え方】 看護師数の見込み(P30)から積算します。						

病床稼働率	59.9%	67.0%	75.0%	77.0%	79.0%	80.0%
【算出方法】(24 時現在の在院患者数+当日の退院患者数)÷入院患者数 【考え方】病床の有効利用を図り、最終目標を 80%とします。						
平均在院日数	9.8 日	9.8 日	9.8 日	9.8 日	9.8 日	9.8 日
【算出方法】在院患者延べ数÷[(新入院患者数+退院患者数)÷2] 【考え方】現状の平均在院日数は治療に要する適切な日数と考えられるため、現状を維持します。						
DPC 医療機関別係数	1.4177	1.4268	1.4497	1.4802	1.4954	1.4954
【算出方法】基準によって国から示された係数値 【考え方】業務改善により取得可能な加算の届出を行い、機能評価係数の向上を図ります。						
夜間看護配置加算対象月数	0 か月	12 対 1 4 か月 16 対 1 4 か月	16 対 1 12 か月			
【算出方法】夜間看護配置加算 16 対 1 又は 12 対 1 の届け出を行った月数 【考え方】必要な人員を確保し、一年を通して加算の対象とします。						
看護補助体制充実加算	5 か月	12 か月	12 か月	12 か月	12 か月	12 か月
【算出方法】看護補助体制充実加算の届け出を行った月数 【考え方】必要な人員を確保し、一年を通して加算の対象とします。						
血管造影室補助業務件数	613 件	590 件	600 件	610 件	620 件	630 件
【算出方法】血管造影室内で行う医療行為(心臓カテーテル等)にかかる補助業務件数(月平均) 【考え方】血管造影室補助業務にかかる職員のスキル向上により、月平均件数を 10 件ずつ増加することを目標とします。						
副傷病あり DPC の選択割合	3.30%	3.50%	3.50%	3.75%	3.75%	4.00%
【算出方法】全 DPC 請求件数のうち、副傷病ありの DPC が選択されている DPC 件数 【考え方】適切な DPC 請求を行っている目安の一つとして、厚労省が公表している DPC 集計結果から算出した全国の副傷病あり DPC の選択割合と同等、もしくはそれより高い割合になることを目標とします。						
栄養相談件数	827 件	860 件	1,320 件	1,500 件	1,700 件	1,700 件
【算出方法】栄養相談による加算件数 【考え方】一日当たりの最大稼働を 7~8 件、予約率を 90%になることを想定し設定。						

③ 経費削減に係るもの

項目及び説明	2021 実績	2022 見込	2023 計画	2024 計画	2025 計画	2026-2027 計画
材料費対医業収益比率	26.1%	25.7%	25.3%	24.9%	24.6%	24.0%
【算出方法】医業収益の中で材料費が占める割合(%) 【考え方】薬品費・診療材料費の購入価格の適正化を図り、最終目標値を 24.0%とします。						
診療材料費平均値引き率	4.8%	5.5%	6.0%	6.5%	7.0%	8.0%
【算出方法】価格交渉により達成する診療材料費の平均値引き率(%) 【考え方】最終目標値引率を 8.0%に設定し、段階的に目標値を設定。						
委託費対医業収益比率	12.5%	12.2%	11.8%	12.2%	12.7%	14.0%
【算出方法】医業収益の中で委託費が占める割合(%) 【考え方】今後のタスクシフトによる業務委託化等を考慮し、年 6%増加する見込みにより積算。						

職員給与費対医業収益比率	66.7%	62.4%	58.2%	57.4%	57.0%	57.1%
【算出方法】 医業収益の中で職員給与費が占める割合(%) 【考え方】 職員給与費について、過去の実績を参考に、毎年1.5%増加する見込みにより積算。						
100床あたり職員数	138.7人	144.9人	144.9人	144.9人	144.9人	144.9人
【算出方法】 決算統計(27表) 年度末職員数 全職員数(2行49列) ÷ 4.03 【考え方】 地域で必要とされる医療機能の維持に必要な体制を定めた条例定数に基づき積算。						
後発医薬品使用割合	90.4%	90%	90%	90%	90%	90%
【算出方法】 後発医薬品使用量 / (後発医薬品使用量 + 後発医薬品のある先発医薬品の使用量) 【考え方】 後発医薬品使用体制加算1の施設基準を満たします。						
新型コロナウイルス等検査件数	12,200件	13,000件	10,000件	5,000件	2,500件	2,500件
【算出方法】 核酸増幅検査(LAMP法・PCR法)及び抗原定量検査による検査件数 【考え方】 インフルエンザと同等の検査件数を見込みます。						

④ 経営の安定性に係るもの

項目及び説明	2021実績	2022見込	2023計画	2024計画	2025計画	2026-2027計画
医師数	95人	96人	96人	96人	96人	96人
【算出方法】 決算統計(27表)(1)医師数/常勤職員(2行19列) 【考え方】 地域で必要とされる医療機能の維持に必要な体制を定めた条例定数によります。						
看護師数	329人	353人	353人	353人	353人	353人
【算出方法】 決算統計(27表)(1)看護師数/常勤職員(2行22列) 【考え方】 地域で必要とされる医療機能の維持に必要な体制を定めた条例定数によります。						
純資産(資本)の額(千円)	1,566,488	1,500,000	1,392,200	1,461,900	1,537,200	1,578,900
【考え方】 2022年度決算見込みから、本計画に基づく収支改善の取組により試算。						
現金・預金保有残高(千円)	830,463	1,100,000	950,000	900,000	900,000	900,000
【算出方法】 年度末における現金・預金の保有現在高 【考え方】 2022年度現在に保有する残高をできる限り維持することを目指します。						
企業債残高(千円)	3,351,490	2,581,702	2,610,282	2,653,397	2,334,433	1,708,948
【考え方】 単年度あたりの元金返済額から一般会計負担金を控除した額が4億円を大きく上回らないよう事業計画を調整し借り入れた額と返済した額の差。						

⑤ その他

項目及び説明	2021実績	2022見込	2023計画	2024計画	2025計画	2026-2027計画
有形固定資産減価償却率	74.3%	75.7%	77.1%	78.5%	79.9%	82.7%
【算出方法】 有形固定資産減価償却累計額/有形固定資産のうち償却対象資産の帳簿価格で、老朽化を表す 【考え方】 過去実績を参考に、毎年1.4%増加する見込みにより積算。						
機械備品減価償却率	80.3%	81.3%	82.3%	83.3%	84.3%	86.3%
【算出方法】 器械備品減価償却累計額/償却資産のうち機械備品の帳簿原価で、機械備品の老朽化を表す 【考え方】 過去実績を参考に、毎年1.0%増加する見込みにより積算。						

1床当たり有形固定資産	53,814	53,975	54,137	54,299	54,462	54,789
【算出方法】有形固定資産のうち償却対象資産の帳簿原価／年度末病床数						
【考え方】過去実績を参考に、毎年0.3%増加する見込みにより積算。						

(2) 経常収支比率及び修正医業収支比率に係る目標設定の考え方

新型コロナウイルス感染症への対応によって稼働できるベッド数の制限や病院離れに伴う患者数の減少など、病院経営は厳しい環境にあります。地域における基幹病院として急性期を担う機能分化を徹底させることで経常収支黒字化の達成を目指します。

なお、本院は「健康都市やまと」の実現に向けて、不採算ながらも小児医療等政策医療にも力を入れていることから、修正医業収支比率の黒字化達成は非常に困難といえます。ただし、公営企業は独立採算性が基本であることから、一般会計の負担をできるだけ小さくすることができるよう、可能な限り収益の増、費用の減に向けて取り組みます。なお、目標達成に向けた具体的な取組については、「9章 目標達成に向けた重点取組項目」に記します。

(1) 取組の全体像

当院を取り巻く社会環境を踏まえつつ、地域における基幹病院としての期待に応え、良質な医療サービスを提供することで住民からの信頼を獲得していかなければなりません。それと同時に、継続して病院を運営していくためには、経営の健全性・安定性を向上させることも必要であり、これらバランスを意識した病院経営が必要です。

目標達成に向けて重点的に取り組む項目として、「4つの施策方針」を掲げ、各方針に戦略項目を設定し、これらを実践することで基本理念の実現と経営力の強化を図っていきます。

地域の基幹病院としての信頼獲得へ

病院職員が一丸となって、高度急性期及び急性期医療を支える地域の基幹病院としての誇りをもち、以下の4つの施策方針に掲げる事業を実施することで、地域からの信頼を獲得します。

良質な医療サービスの提供

- 1) 市民のいのちを守る救急 **【最重要施策】**
- ・ 高齢者人口増に応じた救急医療体制の構築
(主に、心臓・脳卒中・骨折)
 - ・ 断らない救急の実現

2) 機能分化で進化する地域連携

- ・ 地域における病診/病病連携の徹底
- ・ 紹介/逆紹介による機能分化推進
- ・ 市内を中心にネットワーク機能の強化
- ・ 地域の医療機関と連携し、感染症対策の取組を推進
- ・ 地域の医療機関から頼られる高い専門性を持った医療体制

経営の健全性・安定性の向上

3) コスト削減による経営改善

- ・ 全職員で収益・コスト意識の醸成
- ・ 公正かつ安価な物品購入・在庫管理の徹底
- ・ 適正な病床数及び医師数へのシフト

4) 診療報酬の的確な取得

- ・ 外来医療の機能分化の推進-入院受入の拡大
- ・ 医療事務スタッフの専門性向上
- ・ 外部アドバイザーの活用
- ・ 基幹病院として急性期医療を支えるにふさわしい施設基準の整備

基本方針「良質な医療サービスの提供」

施策方針1 市民のいのちを守る救急【最重要施策】



① 目指す姿

人口推計によると、本市の高齢者人口は当面の間増え続けます。それにより、高齢者に多く生じやすい骨折や脳梗塞、心筋梗塞等にかかる救急搬送が増加する見込みです。救急隊が現場到着後、速やかに搬送先病院が決まり、短時間でかつ適切な医療の提供を受けることで守られるいのちがあることから、本院は地域の基幹病院として、より積極的に救急車からの要請に応えられる体制を整えていきます。

項目	現在値（2021年度）	2027年度
救急車受入件数	3,592件	4,388件
救急車からの入院件数	1,452件	1,667件
地域救急貢献率（再掲）	29.0%	36.9%

② 具体的実践項目

- ・高齢者人口増に応じた救急体制の構築について検討。特に高齢化に応じて救急患者数が増えていくと予測されている、心臓（循環器内科）・脳卒中（脳神経外科・脳神経内科）・骨折（整形外科）について、診療科間の連携を密にし、可能な限り対応できるよう努めます。
- ・断らない救急体制構築に向けて、「外来看護師の充実」や「医師間での緊急相談体制の強化」、「救急外来スペースの仕切り配置の見直し」、「救急専用受入病棟の設置」等の取組を進めます。

BSC視点	方向性	具体的実践事項
患者満足	・救急応需件数の増	・不応需ケースの院長ヒアリング
	・緊急性高い救急患者の応需	・心筋梗塞/脳卒中/骨折の救急診療対応可能な体制整備
財務	・救急からの入院患者の増	・効率的な病床管理体制の構築
	・救急医療管理加算の増	・加算漏れを防ぐための電子カルテシステムの改修
業務プロセス	・救急患者受入枠の拡大	・救急外来看護体制の拡充（看護師の増員）
	//	・救急用診察スペースの拡大
学習と成長	・研修医等のスキルアップ	・救急関係講座の受講
	・外来看護師体制の強化	・カテーテル術等の補助ができる看護師の育成

<SDGsの視点/169のターゲット>

- ・二次救急機能をもった地域の基幹病院として、救急車の受入、地域の診療所やクリニックからの緊急的な紹介の受入等を積極的に行い、地域住民の生命を守ることに貢献していきます。

【169のターゲット：3.1、3.2、3.3】



「良質な医療サービスの提供」

施策方針2 機能分化で進化する地域連携



① 目指す姿

2022年3月に公表された経営強化ガイドライン及び同年4月の診療報酬改定のいずれにおいても、これからの病院の在り方として機能分化の方向性が強く掲げられています。本院は、県央圏域の中で海老名総合病院に次いで2番目に多い許可病床数を抱え、また地域医療支援病院や地域がん診療連携拠点病院、災害拠点病院等の指定も受けており、県央圏域東部の急性期をカバーする基幹病院として存在しています。

これからの時代を生き抜いていくためには、急性期を担う本院と、サブアキュート・ポストアキュート^{※34}を担う病院とが役割を分担しつつ、連携して治療を行っていくことが求められています。そのことから、特に大和市内の病院とは果たすべく役割を確認しあいつつ、それぞれの病院が持つ強みを生かしながら地域における医療提供体制を充実し、結果として市民がより良い医療の提供を受けることができるような社会を構築していきます。

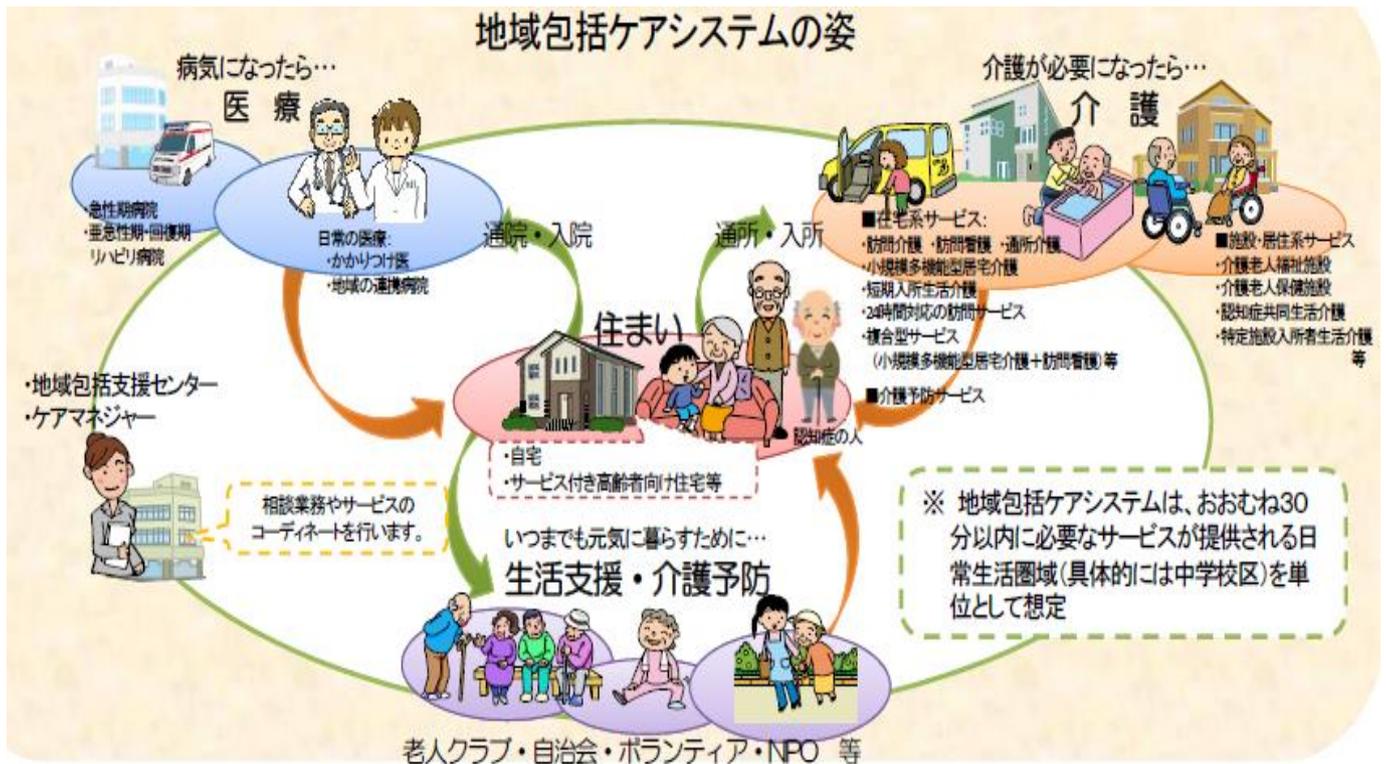
そのためにも、将来的には、市内にあるクリニック等を中心としたネットワークが構築され、紹介・逆紹介を行う際には互いにカルテ情報等を電子媒体で共有し、病診/病病連携^{※35}がよりスムーズに行われることが望まれます。

項目	現在値 (2021年度)	2027年度
紹介率/逆紹介率 (再掲)	77.7%/73.3%	80.0%/80.0%
地域医療支援病院登録医数	155件	160件
高度医療機器の共同利用件数	1,725件	1,800件

② 具体的実践項目

- ・紹介・逆紹介を推し進め、地域における病診/病病連携を徹底。
- ・市内を中心に、前方連携^{※36}として良好な関係性構築を目指し、医師が各医療機関を訪問。
- ・後方連携として良好な関係性構築を目指し、医療技術部中心で医療機関向け講座を開催。

BSC視点	方向性	具体的実践事項
患者満足	・登録医数の増	・クリニック・病院等への挨拶回り
	・逆紹介の推進	・積極的な逆紹介の推進、返書送付状況確認の徹底
財務	・外来報酬単価の増	・入院につながる救急の積極的応需
	・医療機関別係数の増	・地域医療支援病院としての認定継続
業務プロセス	・病診連携の効率的な推進	・紹介・逆紹介実績分析に基づく連携戦略策定
	・紹介受付窓口の改善	・紹介受付予約部門の構築、高度検査機器利用予約のオンライン予約化
学習と成長	・地域との関係構築	・クリニック等との情報共有
	・機能分化推進の理解促進	・診療報酬や経営計画に関する説明会の開催



地域包括ケアシステムの姿（厚生労働省資料抜粋）

<SDGs の視点/169 のターゲット>

- ・紹介患者に対する医療提供・医療機器等の共同利用の実施等を通じて、第一線の地域医療を担うかかりつけ医、かかりつけ歯科医等を支援する能力を備え、地域医療の確保を図る病院に相応しい構造設備等を有するものと承認された地域医療支援病院として、救急車の受入、地域の診療所やクリニックからの緊急的な紹介の受入等を積極的に行い、地域住民の生命を守ることに貢献していきます。

【169 のターゲット：17.17】



基本方針「経営の健全性・安定性の向上」

施策方針3 コスト削減による経営改善

① 目指す姿

少子・高齢化が進む中、団塊の世代が後期高齢者となり医療費負担が急増する2025（令和7）年以降を見据え、社会保障費全体を抑制する動きが見込まれることから、病院経営環境はますます厳しさが増していくと考えられます。そのため、より筋肉質な収益体質にしなければ安定した病院経営は叶いません。

病院経営は収益に対して支出の割合が大きいという特徴があるため、医業収益に対する人件費比率や材料費比率、委託費比率等を他院と比較分析し、増収及び費用減の取組を進めていきます。

費用減にあたっては、ベンチマークを用いた材料費の価格交渉、代替性が担保された中で安価な医療資器材の選択等による価格抑制等に取り組みます。また、外来の機能分化推進に伴い、会計年度任用職員の医師による外来診療の縮小について検討を進めます。

項目	現在値（2021年度）	2027年度
職員給与費対医業収益比率（再掲）	66.7%	57.1%
材料費対医業収益比率（再掲）	26.1%	24.0%
フリーキャッシュフロー ^{※37} （3年平均）	△678,768千円	500,000千円

② 具体的実践項目

- ・材料費（特に薬品費）を公正かつより安価に購入。材料等の在庫管理の徹底。
- ・全職員が収益・コスト意識を醸成できるような研修の実施。
- ・将来的に、現在の医療需要に応じて適当な病床数及び医師数へのシフトを検討。

BSC視点	方向性	具体的実践事項
患者満足	・医療費患者負担分の減	・ジェネリック選択の推進
財務	・材料費購入のコスト減	・価格交渉及び医師とともに使用材料の選別
	・医療器材のコスト減	・医療器材選考委員会で選定の厳格化
業務プロセス	・購入判断の厳格化	・競争性を高めた入札等の実施及び所管別予算枠による執行管理の導入検討
	・在庫管理の効率化	・各所属における期限切れや使用頻度の低い医薬品・診療材料等の定期的な見直し
学習と成長	・職員のコスト意識の醸成	・病院経営情報の院内講義の開催 ・各所属におけるコスト削減事項アンケートの実施

施策方針4 診療報酬の的確な取得

① 目指す姿

地域の基幹病院が担うべき高度急性期及び急性期を提供する病院としてふさわしい施設基準・人員配置となるよう体制を整備します。それに伴い、医療の質の向上や効率化を図るとともに、当該役割・機能に応じた診療報酬を的確に取得することで経営の強化を図ります。

隔年で行われる診療報酬改定への対応や施設基準の進行管理が経営に与えるインパクトは非常に大きいことから、それらの事務に携わる事務職員の役割は極めて重要です。そのため、病院プロパー職員^{※38}育成の研修や人事管理等の仕組みを構築し、医療に関する豊富な知識や医療政策に精通した人材となるよう、職員の育成に努めます。

項目	現在値（2021年度）	2027年度
患者一日1人あたり単価（入院・外来）（再掲）	入院：65,254円 外来：17,136円	入院：68,000円 外来：18,500円
機能評価係数（Ⅰ・Ⅱ）	Ⅰ：0.2853 Ⅱ：0.0920	Ⅰ：0.3609 Ⅱ：0.0950
外来入院患者比率 （1日平均外来患者数÷1日平均入院患者数）	3.28	2.43

② 具体的実践項目

- ・急性期病院として取得すべき施設基準及び加算項目の設定並びに取得までの進行管理。
- ・診療報酬改定時加算等取得の是非にかかる意思決定システムの構築。
- ・第三者から組織全体の運営管理及び提供される医療について評価される病院機能評価の実施。
- ・病院経営や診療報酬制度に精通した外部コンサルタントの活用による経営改善推進。

BSC視点	方向性	具体的実践事項
患者満足	・急性期に見合った医療提供	・救急応需、手術件数等施設基準以上の実施
財務	・診療報酬単価上昇	・総合入院体制加算3（将来的には2）の基準取得
	〃	・医事課・診療情報管理センター等対策チームによる落穂拾い
業務プロセス	・加算入力漏れ防止	・電子カルテシステムの運用方法の見直し
	・診療報酬改定対応の流れ構築	・取得方針にかかる意思決定プロセスを確立する
学習と成長	・システム入力手法の啓発	・医師全体に伝達できるよう周知の徹底
	・病院プロパー事務職員の育成	・病院プロパー事務職員を対象とした研修の充実

目標設定した項目について、それまでの取り組みや今後の展開を整理しつつ、運営審議会に意見を求めるなど適切な進行管理により着実な経営改善を図ります。また、公立病院としての説明責任を果たすため、進行管理の結果をホームページ等で公表します。

なお、本章では、目標設定した指標について集約再掲します。

目次	内容	計画年度			
		2023	2024	2025	2026-2027
3(4)① 医療機能に係るもの	地域救急貢献率	31.5%	32.8%	34.1%	36.9%
	手術件数	4,300 件	4,500 件	4,700 件	4,900 件
	リハビリ単位数	52,650 単位	52,650 単位	52,650 単位	52,650 単位
	放射線治療照射件数	6,500 件	6,500 件	6,500 件	6,500 件
	地域分娩貢献率	17.0%	18.0%	19.0%	20.0%
3(4)② 医療の質に係るもの	患者満足度	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%
	在宅復帰率	94.6%	94.6%	94.6%	94.6%
	クリニカルパス導入患者率	51.0%	52.0%	53.0%	54.0%
3(4)③ 連携強化等に係るもの	紹介率	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%
	逆紹介率	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%
3(4)④ その他	臨床研修医の受入件数	8 人	8 人	8 人	8 人
	医療相談件数	15,500 件	15,500 件	15,500 件	15,500 件
8(1)① 収支改善に係るもの	経常収支比率	99.8%	101.2%	101.2%	101.0%
	医業収支比率	91.8%	93.8%	93.5%	93.3%
	修正医業収支比率	89.7%	91.3%	91.5%	91.4%
	累積欠損金比率	60.7%	59.6%	58.9%	58.5%
8(1)② 収入確保に係るもの	1日当たり入院患者数	302.3 人	310.3 人	318.4 人	322.4 人
	1日当たり外来患者数	788.1 人	786.0 人	783.1 人	784.2 人
	入院患者1日1人あたり診療報酬	66,800 円	67,300 円	67,500 円	68,000 円
	外来患者1日1人あたり診療報酬	18,000 円	18,000 円	18,500 円	18,500 円
	医師一人当たり収益	117,380 千円	120,640 千円	123,432 千円	124,983 千円
	看護師一人当たり収益	30,506 千円	31,392 千円	32,152 千円	32,573 千円
	病床稼働率	75.0%	77.0%	79.0%	80.0%
	平均在院日数	9.8 日	9.8 日	9.8 日	9.8 日
	DPC医療機関別係数	1.4497	1.4802	1.5259	1.5259
	夜間看護配置加算対象月数	12 か月	12 か月	12 か月	12 か月
	看護補助体制充実加算	12 か月	12 か月	12 か月	12 か月

目次	内容	計画年度			
		2023	2024	2025	2026-2027
	血管造影室補助業務件数	600件	610件	620件	630件
	副傷病ありDPCの選択割合	3.50%	3.75%	3.75%	4.00%
	栄養相談件数	1,320件	1,500件	1,700件	1,700件
8(1)③ 経費削減に係るもの	材料費対医業収益比率	25.3%	24.9%	24.6%	24.0%
	診療材料費平均値引き率	6.0%	6.5%	7.0%	8.0%
	委託費対医業収益比率	11.8%	12.2%	12.7%	14.0%
	職員給与費対医業収益比率	58.2%	57.4%	57.0%	57.1%
	100床あたり職員数	144.9人	144.9人	144.9人	144.9人
	後発医薬品使用割合	90%	90%	90%	90%
	新型コロナウイルス等検査件数	10,000件	5,000件	2,500件	2,500件
8(1)④ 経営の安定性に係るもの	医師数	96人	96人	96人	96人
	看護師数	353人	353人	353人	353人
	純資産(資本)の額 ※千円	1,392,200	1,461,900	1,537,200	1,578,900
	現金・預金保有残高 ※千円	950,000	900,000	900,000	900,000
	企業債残高 ※千円	2,610,282	2,653,397	2,334,433	1,708,948
8(1)⑤ その他	有形固定資産減価償却率	77.1%	78.5%	79.9%	82.7%
	機械備品減価償却率	82.3%	83.3%	84.3%	86.3%
	1床当たり有形固定資産※千円	54,137	54,299	54,462	54,789

目次	内容	現行(2021)	目標(2026-2027)
9(2)1 市民のいのちを守る救急	救急車受入件数	3,592件	4,200件
	救急車からの入院件数	1,452件	1,667件
9(2)2 機能分化で進化 する地域連携	地域医療支援病院登録医数	155件	160件
	高度医療機器の共同利用件数	1,725件	1,800件
9(2)3 コスト削減による 経営改善	フリーキャッシュフロー (3年平均)	△678,768千円	500,000千円
9(2)4 診療報酬を 的確に取得	機能評価係数(I・II)	I:0.2853	I:0.3609
		II:0.0920	II:0.0950
	外来入院患者比率	3.28	2.43

〈用語集〉

1	経営強化ガイドライン	総務省が策定したガイドラインで、持続可能な地域医療提供体制を確保するため、限られた医師・看護師等の医療資源を地域全体で最大限効率的に活用するという視点を最も重視し、新興感染症の感染拡大時等の対応という視点も持って、公立病院の経営を強化していくことが重要とし、本ガイドラインに基づいた経営強化プランの策定を自治体に要請している。
2	急性期病院	緊急・重症な状態にある患者に、高度で専門的な治療を提供する病院。
3	インフォームドコンセント	医療従事者が、診断や治療・予後にかかわる全ての内容を十分に説明した後、患者が理解・納得をした上で治療などを受ける、医療の選択・拒否・同意をすること。「説明と同意」と訳すことが多い。
4	地域医療構想	団塊の世代が75歳以上になる2025年に向けて医療提供体制を整備するために、各都道府県が医療機能ごとに2025年の医療需要と必要病床数を推計し、目指すべき医療提供体制を実現するための施策を定めるもの。
5	医療計画	医療法（第30条）に基づき、都道府県が、厚生労働大臣の定める基本方針（良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図るための基本的な方針）に即して、地域の実情に応じた医療提供体制を確保するために策定する計画。5年ごと（現在は6年ごと）に再検討することとされ、2008年の第5次医療計画では疾病構造の変化に対応した医療体制を確保するため、4疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）・5事業に関する具体的な医療連携体制の構築に関する記載が追加。2013年の第6次医療計画からは精神疾患及び在宅医療が追加され、現在は5疾病5事業及び在宅医療に関する記載が必須となっている。また、2021年の医療法改正により、第8次医療計画からは「新興感染症等の感染拡大時における医療」が追加され、5疾病6事業及び在宅医療に関する記載が必須となった。
6	高付加価値セクターや労働集約型セクター	「高付加価値セクター」とは、生産過程を通して原材料よりも高い価格で商品を販売する産業のこと。「労働集約型セクター」とは、人件費の割合が高い産業を意味し、人手が多く必要な医療産業やサービス業、建設業など当てはまることから、病院は労働集約型セクターに該当する。
7	レジリエンス	「強靱性（レジリエンス）」とは、変化に適応し、困難から回復する力を意味する。
8	災害拠点病院	災害発生時に災害医療を行う医療機関を支援する病院のことで、多発外傷、挫滅症候群、広範囲熱傷等の災害時に多発する重篤救急患者の救命医療を行なうための高度の診療機能を有し、被災地からのとりあえずの重症傷病者の受入れ機能を有するとともに、傷病者等の受入れ及び搬出を行なう広域搬送への対応機能、自己完結型の医療救護チームの派遣機能、地域の医療機関への応急用資器材の貸出し機能を有する病院で、各都道府県の二次医療圏ごとに原則1か所以上整備。
9	地域がん診療連携拠点病院	全国どこでも質の高いがん医療を提供することができるよう、全国にがん診療連携拠点病院を408箇所、地域がん診療病院を45箇所が指定されている（2022年4月）。専門的ながん医療の提供、がん診療の地域連携協力体制の構築、がん患者・家族に対する相談支援及び情報提供等が行われる。
10	DMAT	「災害急性期に活動できる機動性を持ったトレーニングを受けた医療チーム」と定義されており、災害派遣医療チーム（Disaster Medical Assistance Team）の頭文字からDMATと呼ばれる。 医師、看護師、業務調整員（医師・看護師以外の医療職及び事務職員）で構成され、大規模災害や多傷病者が発生した事故などの現場に、急性期（おおむね48時間以内）から活動できる機動性を持った、専門的な訓練を受けた医療チーム。
11	HCU	「High Care Unit（ハイケアユニット）」の頭文字をとった略称で、「高度治療室」や「準集中治療管理室」と呼ばれる。ICU（集中治療室）と一般病棟の間の立ち位置で、主に大手術の後や重症化リスクの高い患者が入院している。

12	地域医療支援病院	医療施設機能の体系化の一環として、患者に身近な地域で医療が提供されることが望ましいという観点から、紹介患者に対する医療提供、医療機器等の共同利用の実施等を通じて、第一線の地域医療を担うかかりつけ医、かかりつけ歯科医等を支援する能力を備え、地域医療の確保を図る病院として相応しい構造設備等を有するものについて、都道府県知事が個別に承認する。
13	DPC病院	DPCとは、「Diagnosis Procedure Combination」の略で、傷病名、病状、手術、処置、検査等により、患者の入院の治療内容を分類して、その診断群分類ごとに医療費を計算する制度のことをいい、この計算式を採用している病院をDPC病院という。
14	MDC分類	Major Diagnostic Categoryの略で、WHOが制定しているICD-10分類「疾病及び関連保健問題の国際統計分類第10回修正」に基づく18の主要診断群のことをいう。
15	7:1、10:1	診療報酬上の施設基準7対1・10対1入院基本料のことで、患者7人（又は10人）に対して看護師が1人を配置するという看護配置基準。看護師の人数に加えて、患者の重症度も要件となる。
16	レセプト出現比	レセプト上に現れる各診療行為の算定回数を、都道府県の年齢構成の違いを調整し、出現比として指数化したもの。全国平均と同じ回数の場合の指数は100。
17	ADL	Activities of Daily Livingの略で、日常生活を送るために最低限必要な日常的な動作である「起居動作・移乗・移動・食事・更衣・排泄・入浴・整容」をいう。
18	重点医療機関	新型コロナウイルス感染症対応として、医療提供体制の安定化を図って策定された「神奈川モデル」うち、中等症患者を集中的に受け入れる医療機関。神奈川モデルでは他に、重症患者を受け入れる「高度医療機関」が設置され、その他無症状・軽症の方には自宅や宿泊施設などで療養していただくことで、新型コロナウイルス感染症の患者に対応できる病床を確実に確保している。
19	急性期充実体制加算	手術や救急医療等の高度専門的医療・急性期医療の提供体制を十分に確保する急性期病棟について、新たな評価を行うもの。急性期一般1の中でも特定機能病院に近い、高度かつ専門的な医療を行っていると考えられる機能を兼ね備えた施設基準となる。
20	総合入院体制加算	十分な人員配置及び設備等を備え総合的かつ専門的な急性期医療を24時間提供できる体制及び医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制等を評価した加算。
21	地域包括ケア病棟	地域包括ケア病棟の主な役割は、「急性期治療を経過した患者の受け入れ」「在宅で療養を行っている患者等の受け入れ」「在宅復帰支援」の3つで、主に回復期病床に位置づけられる。自宅等から入棟した患者割合が2割以上、自宅等からの緊急患者の受け入れが3カ月で9人以上、在宅医療等を1つ以上有する、といった要件があり、クリアできなければ診療報酬が減算される。
22	一般急性期病棟	急性期疾患の治療、回復を目的とした病棟。検査、手術が必要な患者、肺炎、感染症など集中的な治療が必要な時期（急性期）から、症状が少し安定してくる時期までの患者を受け入れる。病気の治療と並行して、可能な限り早期からリハビリテーションを行い、効果的かつ密度の高い医療を提供して早期の病状の回復、早期社会復帰を目指す。
23	地域包括ケアシステム	団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供するシステム。地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。
24	地域連携クリニカルパス	急性期病院から回復期病院を経て早期に自宅に帰れるような診療計画を作成し、治療を受ける全ての医療機関で共有して用いるもの。診療にあたる複数の医療機関が、役割分担を含め、あらかじめ診療内容を患者に提示・説明することにより、患者が安心して医療を受けることができるようにする。
25	大和保健医療福祉ネットワーク	地域で活動する医療機関や福祉、介護施設の従事者が、施設や職種に捉わられることなく、地域の保健、医療、福祉の動向や各施設等の日常的な業務内容について、研修や意見交換等を通して共有し、それを日常的な連携に結び付けることで、患者や利用者へのより良いサービス提供に結び付けることを趣意として2007年6月に設立された任意のネットワーク。毎月1回開催される定例会には、市内を中心に約50施設から様々な職種が参加している。

26	専門看護師、認定看護師、特定行為研修修了者	<p>専門看護師制度は、複雑で解決困難な看護問題を持つ個人、家族及び集団に対して水準の高い看護ケアを効率よく提供するための、特定の専門看護分野の知識・技術を深めた専門看護師を社会に送り出すことにより、保健医療福祉の発展に貢献し併せて看護学の向上をはかることを目的としている。</p> <p>認定看護師制度は、特定の看護分野において、熟練した看護技術と知識を用いて水準の高い看護実践のできる認定看護師を社会に送り出すことにより、看護現場における看護ケアの広がりや質の向上をはかることを目的としている。</p> <p>「特定行為に係る看護師の研修制度」は、保健師助産師看護師法に位置付けられた研修制度で、2015年10月から開始。研修を修了した看護師には、患者の状態を見極め、タイムリーな対応をすることなどが期待されている。</p>
27	タスクシフト・タスクシェア	従来、ある職種が担っていた業務を他職種に移管すること又は他職種と共同化することを言う。
28	初期臨床研修医	医学部を卒業した後に行われる初期研修で、医師としての基本的な知識・手技などはこの期間に習得されるため、医師の教育において特に重要とされている。
29	医師事務作業補助者	医師の代行として、診断書の文書作成や電子カルテへの入力を行うなど、医療機関における医師の事務作業を補助して、医師が診察業務を円滑に行えるようにサポートする。
30	県央北相地区周産期救急医療システム	妊産婦ごとに適切な分娩環境を確保するため、地域においてハイリスク妊娠等を取り扱う施設の拠点化、及びこれら施設と正常分娩を取り扱う施設との機能分担を行う制度。県央北相地区は、相模原市・海老名市・座間市・綾瀬市・寒川町・大和市で構成している。
31	中等症患者	中等症は2段階に分かれ、中等症Ⅰは、血中の酸素の値が、93%から96%の間で、息苦しさや肺炎が認められる状態。中等症Ⅱは、血中の酸素の値がさらに下がって93%以下で自力での呼吸が難しく、酸素投与が必要な状態で、高度な医療を行える施設への転院を検討するとされている。
32	オンライン資格確認	マイナンバーカードのICチップまたは健康保険証の記号番号等により、オンラインで資格情報（加入している医療保険や自己負担限度額等）の確認ができることをいう。
33	セキュアなネットワーク環境	セキュアとは、安全な、安心な、堅牢な、などの意味を持つ英単語で、ITの分野では、情報やシステム、通信路などが保護されて安全な状態にあることを「セキュアな」と表現することがある。
34	サブアキュート・ポストアキュート	サブアキュートとは、在宅患者や介護施設で療養している患者の急性増悪を受け入れることをいう。ポストアキュートとは、高度で濃厚な急性期治療後の患者の継続治療とリハビリテーション、MSWが中心となった多職種による在宅復帰への支援、もしくは急性期病院以外への他の病院への転院や介護施設への入所の支援をいう。
35	病診/病病連携	地域の診療所や病院と、急性期機能をもった病院とが役割を分担し、患者を紹介しあう仕組み。近所の「かかりつけ医」に行き、高度な検査や治療が必要と判断された場合、急性期病院へ紹介状を持って受診していただく。紹介状があることで、急性期病院の医師は患者の状態を適切に知ることができ、症状に応じた適切な医療の提供につながる。
36	前方連携	地域の診療所等から病院へ患者を紹介等で連携する場合、紹介元の診療所等との関係を前方連携という。最近では、医療機関に限らず介護施設等も含まれる。反対に、患者が医療機関から受診先を変える場合や退院する際に行う連携（逆紹介）を後方連携という。
37	フリーキャッシュフロー	営業キャッシュフローと投資キャッシュフローを足して求めるもので、会社が営業活動で得たキャッシュ（通常、プラスの値）から、事業を継続するために必要な投資のために支払うキャッシュ（通常、マイナスの値）を差し引いて、キャッシュがどれほど手元に残るのかを示したもの。
38	病院プロパー職員	公立病院に勤務する職員は、「行政から出向（異動）してくる者」と「病院が病院職員として直接採用した者」に分かれるが、後者の病院として採用した者を病院プロパー職員という。なお、「proper」とは、「適切な」「本来の」といった意味がある。