あま市民病院改革プラン

（経営計画）

平成 28 年 3 月

あ ま 市 民 病 院

目次

はじめに 3

1. 地域医療を取り巻く現状と課題 4

2. 海部医療圏の特徴※1 5

（1） 医療の現状 5

（2） 介護の現状 6

（3） 医療提供体制 7

3. あま市の医療介護の特徴※3 8

（1） 医療・介護の需要(人口動態) 8

（2） 医療の現状 9

（3） 介護の現状 10

4. あま市民病院の優位商圏 11

（1） 優位商圏における人口構成と疾病需要 11

（2） 将来の保健課題 14

（3） あま市民病院半径 10 ㎞の推計患者数と病院実績 16

5. あま市民病院の患者分布 17

（1） 入院患者の分布 18

（2） 外来患者の分布 20

（3） 保険別受療割合 22

6. あま市民病院の現状 22

7. 病床再編による増収策 24

8. 地域医療構想を踏まえた今後の役割（再編・ネットワーク化） 27

9. 平成 37 年（2025 年）における当該病院の具体的な将来像 29

10.　地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割 30
11.　経営形態の検討 31
（１）　あま市民病院にふさわしい新たな経営形態の検討 31
参考資料※6 33
（２）　経営形態の見直し別収支比較 34
（３）　経営形態別の経常収支（平成 25 年度） 37
12.　病院経営の基盤整備 40
（１）　医師を始めとする医療専門職の確保 40
（２）　経営企画部門の設置 40
（３）　ビジョン・ミッション・行動指針の明確化 40
13.　経営改善に向けた取組 41
（１）　救急医療体制の整備 41
（２）　紹介率の向上 43
（３）　病床再編 44
（４）　医療データ活用による経営改善 47
（５）　診療報酬請求適正化 47
（６）　戦略的施設基準の取得 48
14.　一般会計における病院事業への経費負担の考え方 49
15.　点検・評価・公表について 52
16.　計画の見直しについて 52
17.　あま市民病院経営改善　年間計画（別紙） 52

はじめに

（１）改革プラン策定の目的

本市においては、あま市民病院に関し、前身である公立尾陽病院が「公立病院改革ガイドライン」（平成19年12月24日付け総務省自治財政局長通知。以下「旧ガイドライン」という。）を踏まえて平成21年2月に策定した「公立尾陽病院改革プラン」（以下「旧改革プラン」という。）に基づき、あま市民病院となった以後も病院改革に取り組んできたところであるが、現在も、経営状況の悪化や医師不足等のために、独立採算による医療提供体制の維持が極めて厳しい状況が続いている状況にある。

今般通知があった「公立病院改革の推進について」（平成27年3月31日付け総務省自治財政局長通知）において、「新公立病院改革ガイドライン」が示され、病院事業を設置する地方公共団体は、都道府県が策定する地域医療構想の策定状況を踏まえつつ、「新公立病院改革プラン」を策定することとされており、本市でも、「あま市民病院改革プラン」を策定し、これを着実に実行することで、あま市民病院の経営改善に資することを目的とするものである。

（２）計画の期間

計画の期間は、平成28年度から平成32年度までの5年間とし、診療報酬・介護報酬改定や患者動向など、病院を取り巻く環境の変化に的確に対応していく必要から、随時見直しを行う。

1. 地域医療を取り巻く現状と課題

（1） 現状

深刻化する医師・看護師不足などにより地域医療を取り巻く環境は厳しさを増しているが、こうした中で、今後とも地域において必要な医療を安定的かつ継続的に提供していくため、全国レベルで改革プランに基づく経営改革の取組がなされている。

これまでの旧ガイドラインを踏まえた改革プランに基づく経営改革の取組などもあって、経常収支が黒字となっている病院の割合は、同改革プラン策定前の平成 20 年度には 29.7%だったものが、平成 25 年度には 46.4%となった。

（2） 課題

旧ガイドラインでは、全ての公立病院に対して、一般会計等からの所定の繰出後、経常収支の黒字化を達成するよう要請されているが、半数以上の病院が、黒字化を達成できていない状況であり、引き続き病院経営の改革が必要である。

また、再編・ネットワーク化については、具体的な計画を策定し、実行に移している事例が見られるが、今後は、医療法に基づく地域医療構想との整合性を図りながら、都道府県の主体的な参画を得て、取り組んでいくことが望まれる。

経営形態の見直しについては、平成 21 年度から平成 25 年度までの 5 年間で、227 の公立病院が、地方公営企業法の全部適用や地方独立行政法人化、指定管理者制度の導入、民間譲渡、診療所化などの見直しを実施しており、経営形態の見直しを通じて達成しようとした所期の目的が果たされるよう、今後も継続した経営改革を実行していくことが求められている。

今後、人口減少社会・少子高齢化が急速に進展する厳しい状況にあって、持続可能な地域医療提供体制を構築するために、改めて各公立病院が自らに期待されている役割を再検討した上で、今後とも経営改革の取組を着実に進めていく必要がある。

2. 海部医療圏の特徴※1

（1） 医療の現状

海部医療圏には地域の基幹病院が複数あるが急性期医療の提供能力が低く、名古屋を中心とした他の医療圏に患者が流出している。

全国と比較した場合、一般病床数が偏差値 36 と低く、また、全身麻酔数の偏差値が 39 と低いことからも急性期医療の提供能力の低さが示される。また、医師・看護師数の現状も厳しく、病院医師数の偏差値が 39、総看護師数の偏差値が 40 と全国平均よりかなり低い値となっている。人口当たりの診療所数も偏差値 41 と低く、診療所医師数も偏差値 38 と低くなっている。急性期以降の病床である回復期病床数は偏差値 56 とやや高く、療養病床数は偏差値 48 とやや低い。在宅療養支援診療所数は偏差値 45 とやや低く、在宅療養支援病院数も偏差値 44 とやや低い。海部医療圏の医療資源偏差値のレーダーチャート[1]を図 1-1 に示す。

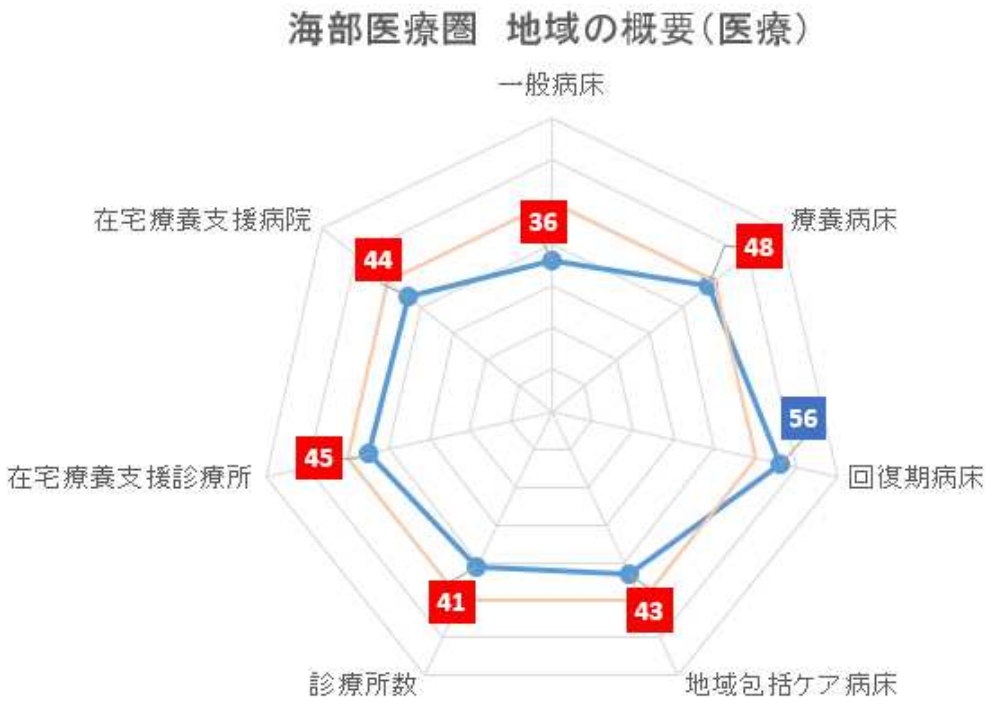


図 1-1. 海部医療圏の医療資源（偏差値）

[1] レーダーチャートとは、複数の項目を縦軸にとり、縦軸の原点を 1 つにまとめて放射線状にした図のことである。

（２） 介護の現状

海部医療圏の総高齢者施設・住宅定員数(介護療養病床含む。)合計は、3,087 人(75 歳以上 1,000 人当たりの偏差値 42)と全国平均レベルを下回る。そのうち介護保険施設の定員が 2,185 床(偏差値 50)、高齢者住宅等が 902 床(偏差値 41)である。介護保険施設は全国平均レベルであるが、高齢者住宅系は全国平均レベルを下回る。75 歳以上 1,000 人当たり定員数の偏差値は、老人保健施設 57、特別養護老人ホーム 45、介護療養型医療施設 54、有料老人ホーム 41、軽費老人ホーム 72、グループホーム 44、サービス付き高齢者向け住宅（以下「サ高住」という。）42 である。

また、介護職員（介護施設等）の合計は、2,493 人(75 歳以上 1,000 人当たりの偏差値 45)で、75 歳以上人口当たりでは全国平均レベルをやや下回る。海部医療圏の介護資源偏差値のレーダーチャートを図 1-2 に示す。

図 1-2. 海部医療圏介護資源（偏差値）

（３） 医療提供体制

「愛知県平成 27 年度第 1 回医療体制政策部会の資料 4」※2 より二次医療圏別患者受療動向をグラフとして作成し、図 2 に示す。

図 2 より海部医療圏は、名古屋医療圏への流出が多く、自己完結率は 61.5%と 12 医療圏中 3 番目に低い結果となっている。

一般病床数、医師・看護師数を全国平均レベルまで引き上げ、医療圏内をカバーできる急性期医療体制の構築が求められる。

また、回復期、療養病床は全国平均レベルであることから海部医療圏は後方支援を特徴とする医療圏ともいえる。ただし、在宅医療や高齢者医療の体制は全国と比べて十分とはいえず、回復期や療養病床を出た後の体制も強化すべきである。

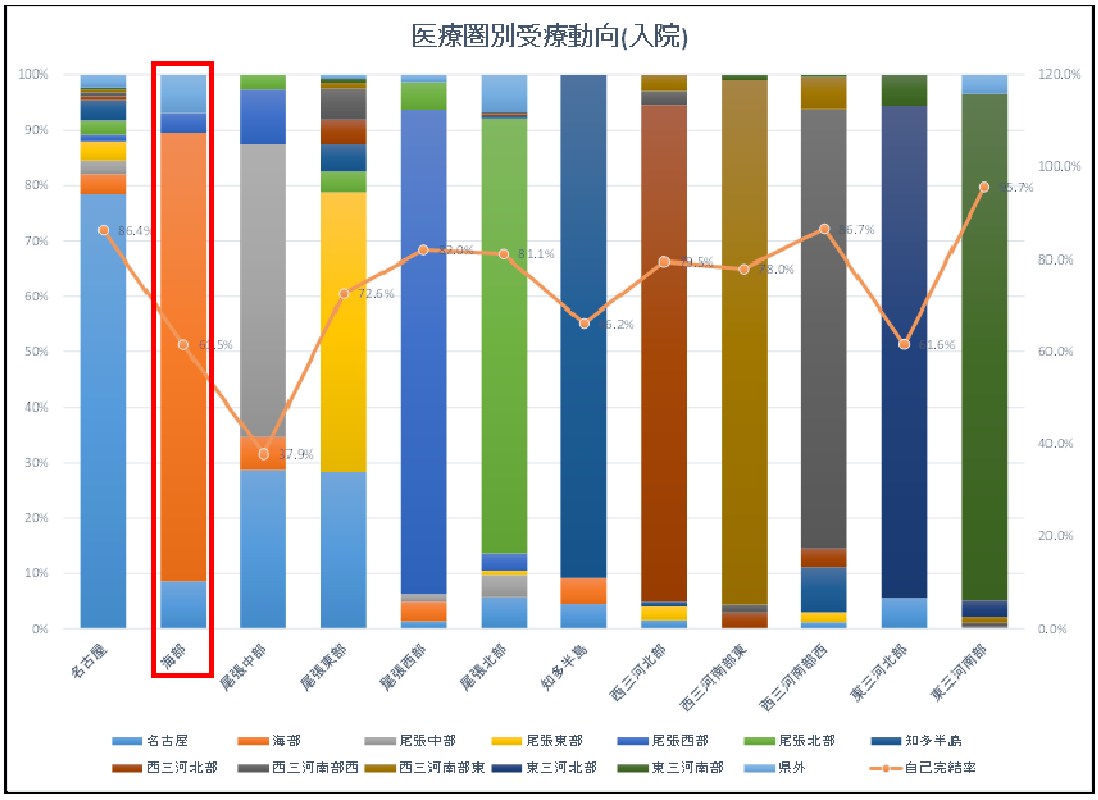


図 2. 愛知県二次医療圏別受療動向

3. あま市の医療介護の特徴※3

（1） 医療・介護の需要（人口動態）

あま市の将来推計人口[2]のグラフを図 3 に示す。

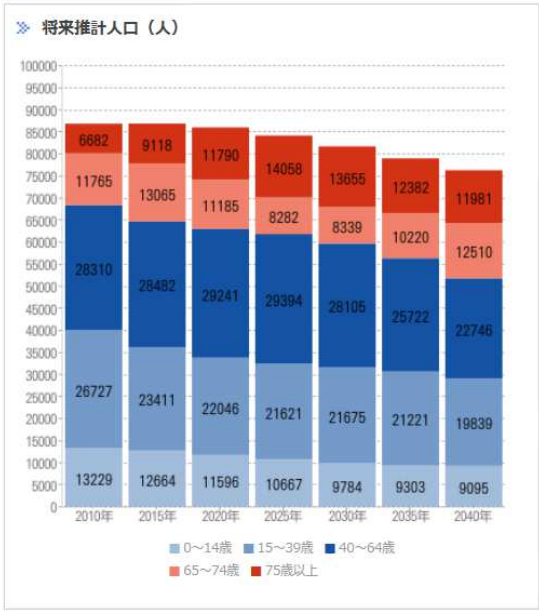


図 3. あま市の将来推計人口

あま市は、海部二次医療圏に属している。平成 27 年（2015 年）の人口は 86,740 人、人口密度は 3,144 人/㎢である。第 1 号被保険者人口（65 歳以上人口）は 22,183 人、高齢化率（65 歳以上人口割合）は 26%と全国平均レベルである。高齢者の世帯数は 17,853 世帯、うち夫婦世帯は 43%と全国平均レベルで、高齢者の独居世帯は 12%と低い。

あま市の人口は、平成 37 年（2025 年）に 84,022 人（平成 27 年比△3%）、平成 52 年（2040 年）に 76,171 人（平成 27 年比△12%）と推計されている。75 歳以上は平成 27 年（2015 年）9,118 人が、平成 37 年に 14,058 人（平成 27 年比＋54%）、平成 52 年に 11,981 人（平成 27 年比＋31%）と推計されている。

平成 27 年度の要介護数（認定者）は 2,080 人、要介護認定率は全国平均の 12%と比較すると 9%とやや低い。うち要介護 3 以上は 975 人、要介護数（認定者）に占める割合は 47%とやや低い。

要介護数（認定者）は、全国認定率を用いた推計によると、平成 37 年に 3,566 人（平成 25 年比＋71%）、平成 52 年に 4,194 人（平成 25 年比＋102%）と推計された。

平均寿命は、男性が 79.5 歳と全国平均並み、女性が 86 歳と全国平均並みである。

---

[2] 将来推計人口：国立社会保障・人口問題研究所（2013 年 3 月推計）
・福島県の各市町村は、県全体の推計値を 2010 年国勢調査人口で按分
・さいたま市、相模原市、新潟市、静岡市、浜松市、堺市、岡山市、熊本市の各区は、市全体の推計値を 2010 年国勢調査人口で按分

（２） 医療の現状

人口当たり一般病床数は偏差値 41 と低い。人口当たり回復期病床、地域包括ケア病棟、療養病床は存在しない。在宅療養支援病院数は偏差値 53 とやや高い。

診療所数は偏差値 46 とやや低く、うち在宅療養支援診療所数は偏差値 41 と低い。

医師数は、総医師数が偏差値 42 と低く、うち病院医師数が偏差値 42 と低く、診療所医師数が偏差値 45 とやや低い。1 人当たり医療費(国保)は 286 千円(偏差値 42)と低い。

あま市の医療資源偏差値のレーダーチャートを図 4-1 に示す。

図 4-1. あま市の医療資源(偏差値)

（3） 介護の現状

総高齢者施設・住宅定員数は 307 人(75 歳以上 1,000 人当たりの偏差値 36)と全国平均レベルを下回る。介護保険施設の定員(病床)数は偏差値 40 と低く、うち介護療養病床が存在せず、老人保健施設定員数が偏差値 45 とやや低く、特別養護老人ホーム定員数が偏差値 42 と低い。高齢者住宅定員数は偏差値 41 と低く、うちグループホーム定員数が偏差値 48 と全国平均レベル、特定施設は存在せず、サ高住定員数は偏差値 44 とやや低い。

あま市の介護資源偏差値のレーダーチャートを図 4-2 に示す。

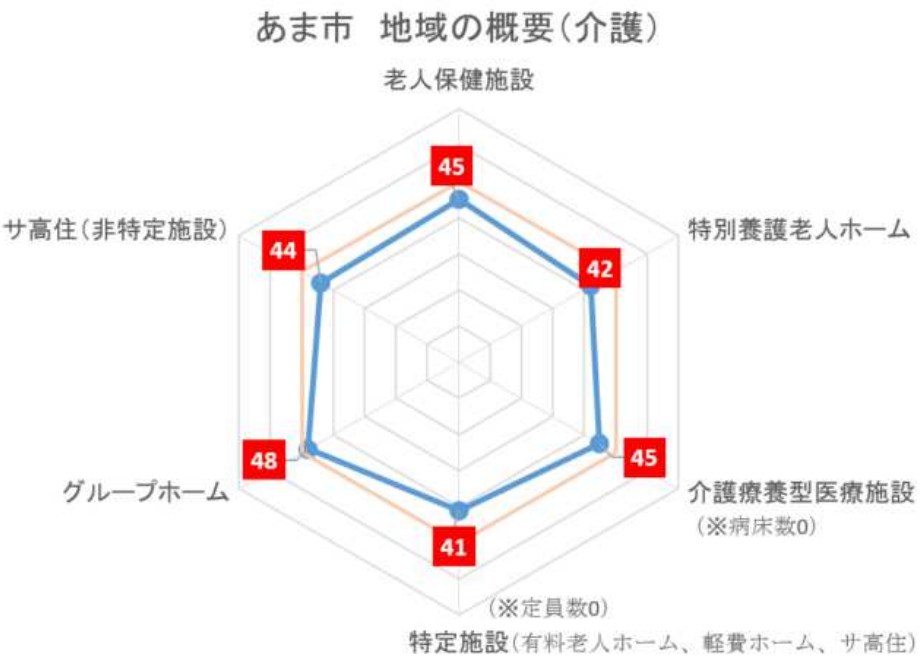


図 4-2. あま市の介護資源(偏差値)

居宅サービス事業者数は、訪問介護が偏差値 46 とやや低く、訪問看護が偏差値 48 と全国平均レベル、通所介護が偏差値 48 と全国平均レベルである。通所リハビリテーションが偏差値 44 とやや低く、訪問入浴が存在せず、短期入所が偏差値 44 とやや低く、居宅介護支援が偏差値 48 と全国平均レベルである。

75 歳以上 1,000 人当たり介護施設・高齢者住宅利用者数は偏差値 42 と低く、訪問介護利用者数は偏差値 42 と低い。

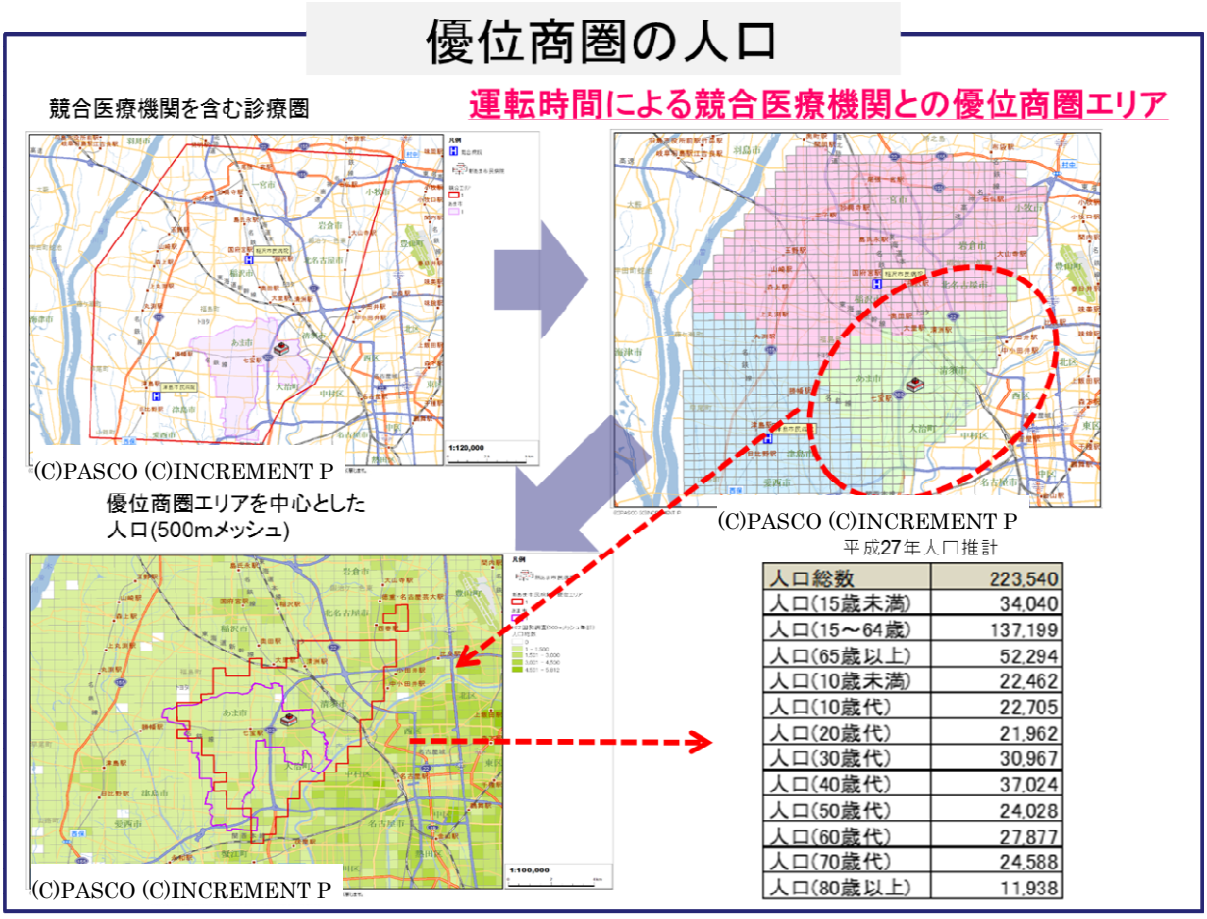
介護サービスに従事する介護職員数は偏差値 36 と低く、うち高齢者施設・住宅等に勤務する介護職員数が偏差値 38 と低く、在宅介護に勤務する介護職員が偏差値 43 と低い。介護サービスに従事する看護師数は偏差値 38 と低く、うち高齢者施設・住宅等に勤務する看護師数は偏差値 39 と低く、訪問看護に従事する看護師数が偏差値 44 とやや低い。療法士数は偏差値 42 と低く、介護支援専門員数は偏差値 42 と低い。65 歳以上 1 人当たり介護給付費は 171 千円(偏差値 33)と非常に低い。

4. あま市民病院の優位商圏

（1） 優位商圏[3]における人口構成と疾病需要

あま市民病院を中心とした半径 10km 圏において、名古屋医療圏に属する病院を除いた 2 つの市民病院（稲沢市民病院、津島市民病院）を競合病院として、簡易的なハフモデル[4]を使用して車の運転時間の短さを基に、あま市民病院の優位商圏を算定した。

優位商圏の人口を図 5 に示す。



人口総数	223,540
人口(15歳未満)	34,040
人口(15～64歳)	137,199
人口(65歳以上)	52,294
人口(10歳未満)	22,462
人口(10歳代)	22,705
人口(20歳代)	21,962
人口(30歳代)	30,967
人口(40歳代)	37,024
人口(50歳代)	24,028
人口(60歳代)	27,877
人口(70歳代)	24,588
人口(80歳以上)	11,938

図 5 より、優位商圏は、名古屋市のベッドタウンとして発展した地域であり、優位商圏の人口は、40 歳代が最多となっていることがわかる。

[3] 優位商圏とは、競合病院よりも車の運転時間が短い地理的範囲のことである。

[4] ハフモデル（Huff Model）とは、「買物客がある商業集積を選択する確率は、その売場面積に比例し、そこまでの距離に反比例する」というモデルである。本分析に当たっては、車の運転時間の短さを基に、距離のみを変数として考慮し、売場面積に該当する病院建物の面積は考慮外とした。

また、優位商圏内の平成 27 年（2015 年）、平成 37 年（2025 年）、平成 47 年（2035 年）の人口ピラミッドを図 6 に示す。

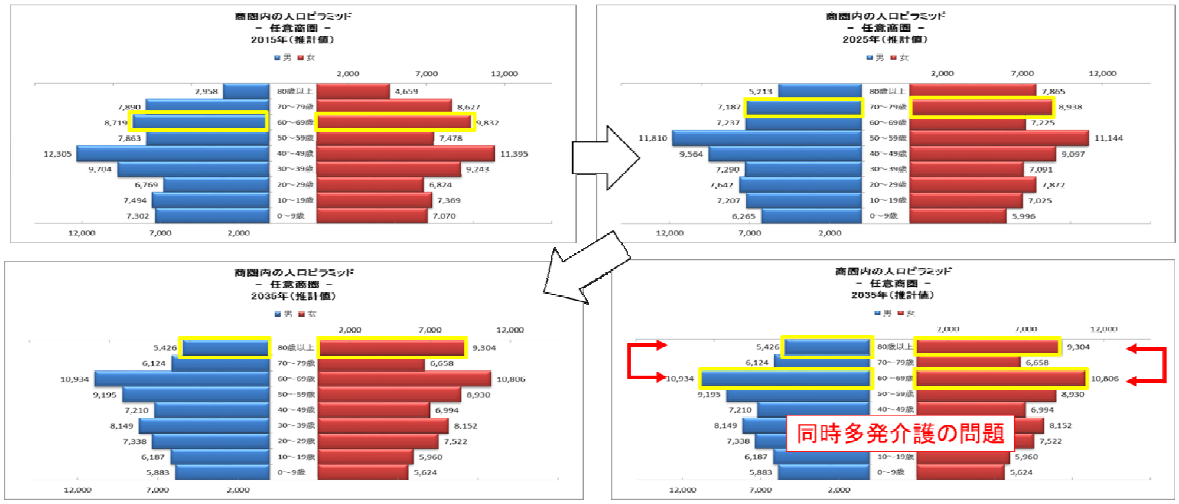


図 6. 優位商圏内人口ピラミッド

図 6 より、優位商圏の人口は、団塊の世代が 80 歳以上になる平成 47 年（2035 年）に女性の人口が男性の人口の約 1.7 倍となり、女性の単身高齢者が増加する。

また、年齢階層別将来推計人口と罹患率から、あま市民病院の外来・入院それぞれの疾病需要を算出したものを図 7 に示す。

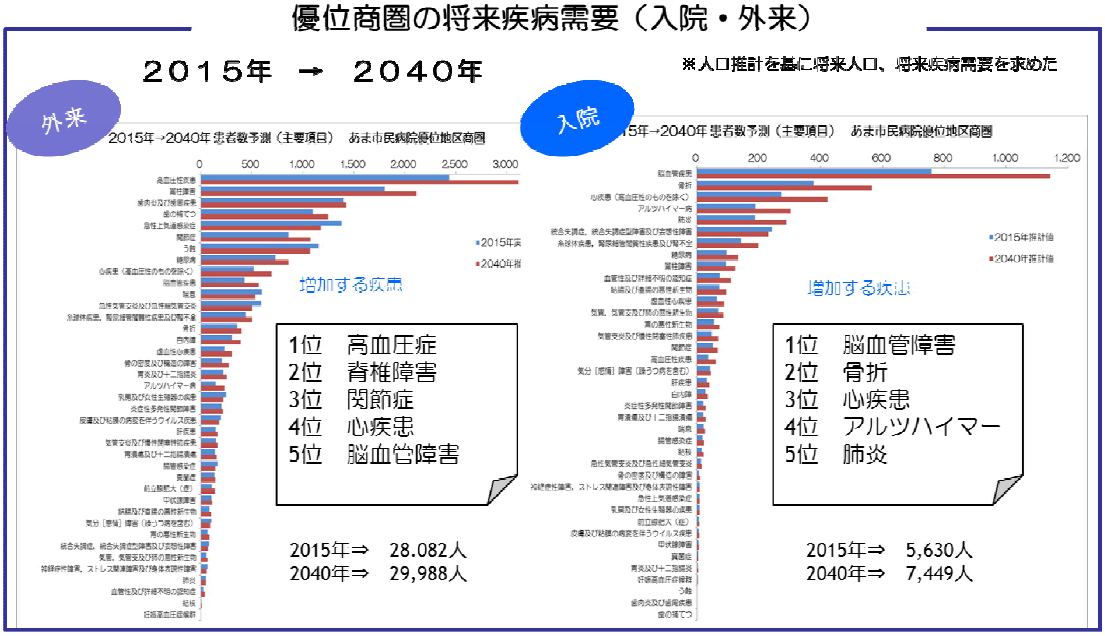


図 7. 優位商圏内人口ピラミッド

図 7 より、外来は全体的に微増、ただし、高血圧と整形外科の慢性疾患は増加する。入院では高齢化の進展により、脳血管障害や心疾患などの動脈硬化性疾患が増加する。

（2） 将来の保健課題

図 6、図 7 より、女性の単身高齢者の増加に伴う介護問題、認知症の増加など大きな保健課題を抱えることが予測できる。特に、入院数が増加する脳血管疾患について、平成 22 年の国勢調査と平成 23 年の患者調査に基づき、優位商圏における患者数を算出したものを図 8-1 に示す。

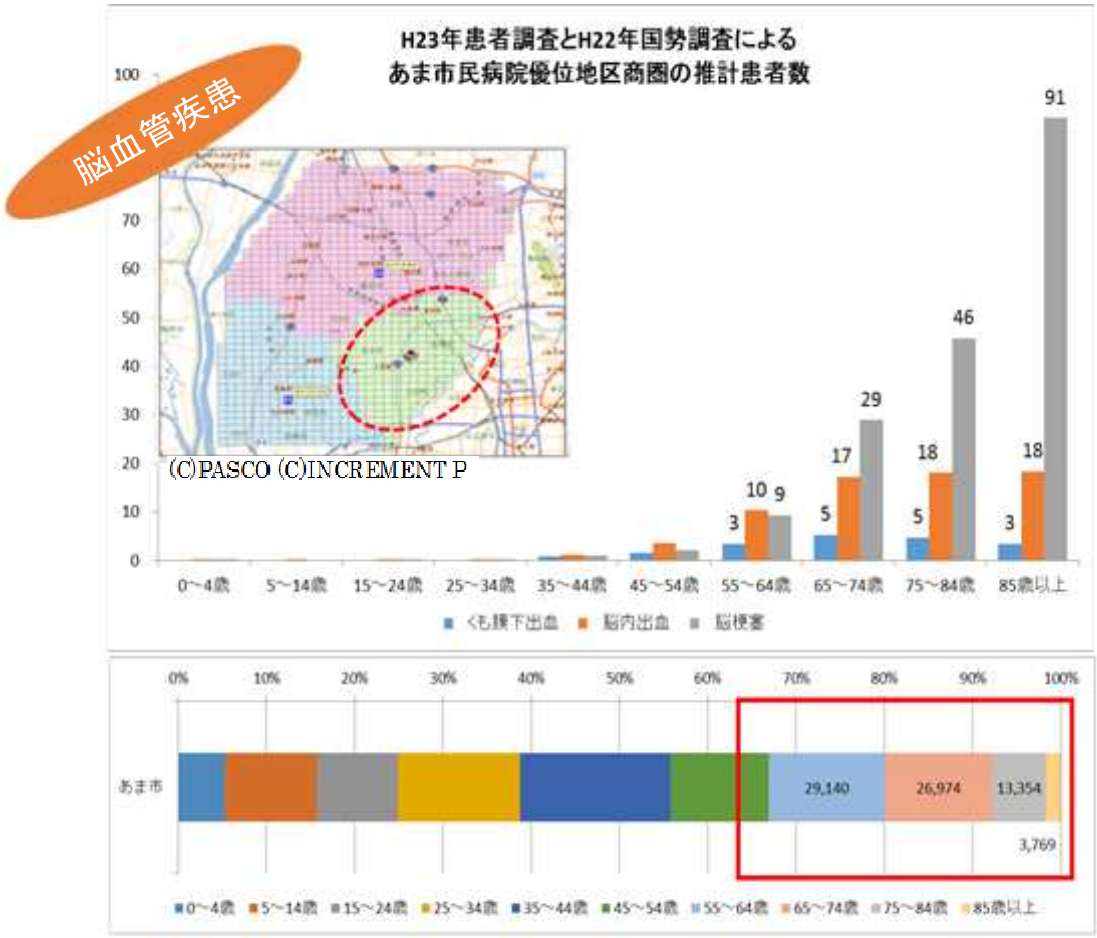


図 8-1. 脳血管疾患の推計患者数（平成 22 年）

また、平成 47 年の脳血管疾患の将来推計患者数をメッシュ[5]ごとに算出し、地図上で色分けしたものを図 8-2 に示す。

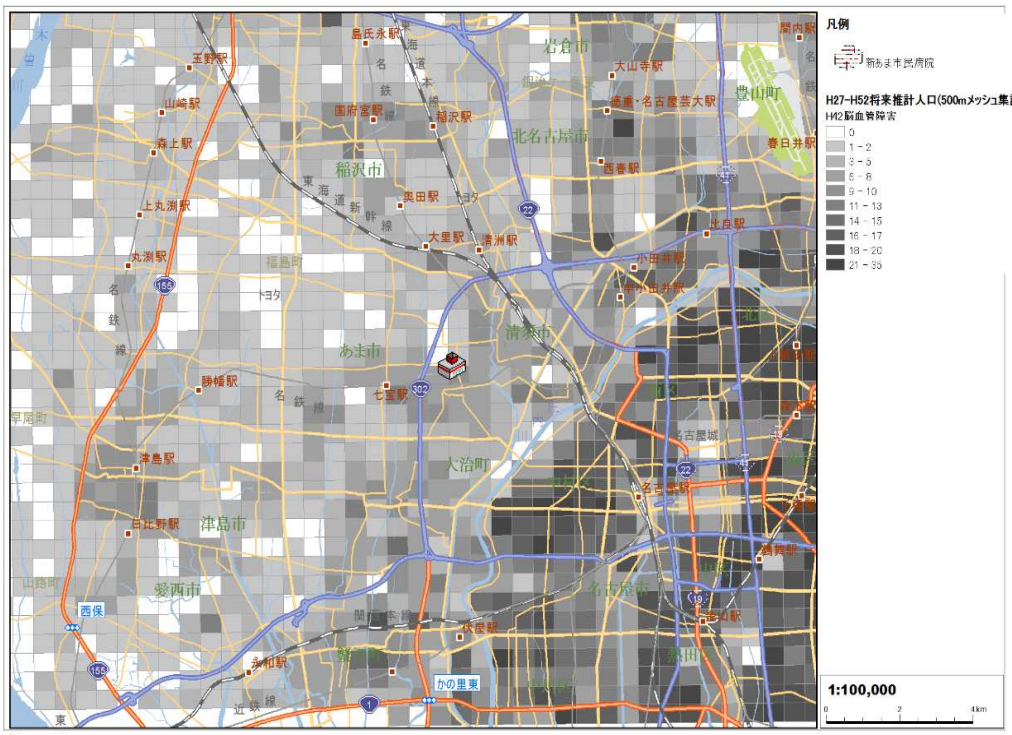


図 8-2. 脳血管疾患の推計患者数（平成 47 年）

図 8-2 では、黒に近い色ほど脳血管疾患の患者数が多いことを示しており、あま市民病院周辺地域よりも名古屋市中心地域の患者数が多いことがわかる。

これらのことから、将来的には、高齢者の絶対増となる名古屋市中心地域では、適切な病床転換が行われなければポストアキュート[6]の患者受入れが困難になるため、名古屋市内の医療機関から後方連携のニーズが高くなると見込まれる。また、あま市民病院周辺地域でもサブアキュート[7]の医療需要は高まると見込まれるが、現状では医療資源は不足している。（図 4-1 参照）

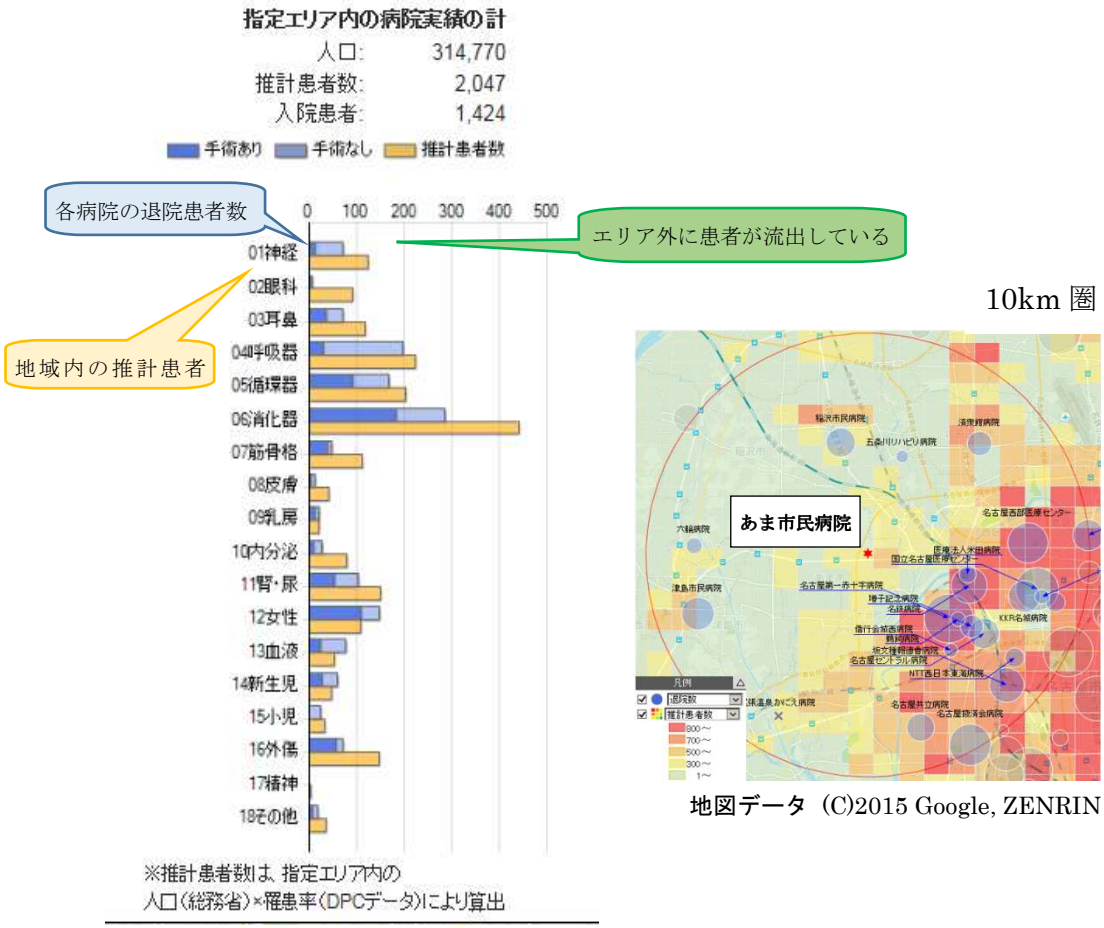
[5] メッシュとは、地表面を一定のルールに従い、多数の正方形などに分割したもの

[6] ポストアキュートとは、急性期経過後に引き続き入院医療を要する状態

[7] サブアキュートとは、重装備な急性期入院医療までは必要としないが、在宅や介護施設等において症状の急性増悪した状態

（3） あま市民病院半径 10 ㎞の推計患者数と病院実績

厚生労働省の DPC 公開データ[8]に基づき算出したあま市民病院半径 10㎞ 圏における推計患者数と圏内の病院の退院患者数を図 9 に示す。



※人口（総務省）･･･平成 22 年国勢調査より

※罹患率(DPC データ)･･･平成 26 年 DPC 評価分科会

図 9. あま市民病院半径 10㎞ の推計患者数と実績

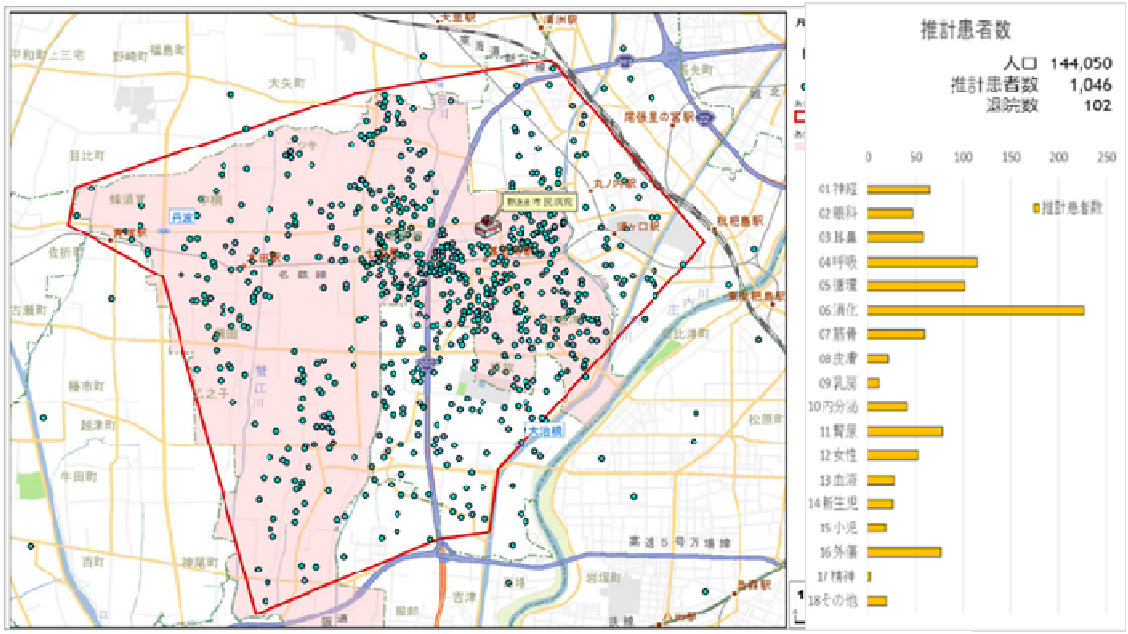
図 9 から、あま市民病院半径 10㎞ 圏内の各病院の退院患者数よりも圏内の推計患者数の方が多く、圏内の患者は医療資源が集中する名古屋市内に流出している可能性がある。

[8] DPC 公開データとは、厚生労働省が公開する DPC の適用病院のデータである。DPC とは、Diagnosis Procedure Combination の略で、入院する患者の病状などをもとに手術や処置の内容に応じて定められた 1 日あたりの定額の点数と、出来高部分（手術、麻酔、リハビリ、指導料等）を組み合わせて医療費を計算するもの。

5. あま市民病院の患者分布

図 10 ではあま市民病院の診療圏を示している。平成 26 年 9 月～平成 27 年 9 月のあま市民病院の入院患者住所を地図上へプロットし、入院患者の 90%以上が含まれるエリアを診療圏（赤枠で示す。）と仮定する。

このエリアの人口と罹患率を用い、推計入院患者数を求めると 1,046 人/月となる。あま市民病院の入院患者数 102 人/月と比較するとあま市民病院は推計患者をカバーしきれていないことがわかる。

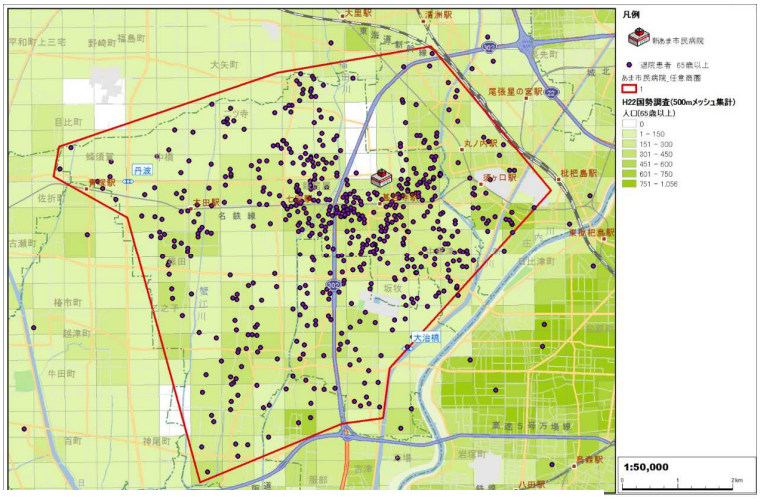


(C)PASCO (C)INCREMENT P

図 10. あま市民病院の患者分布

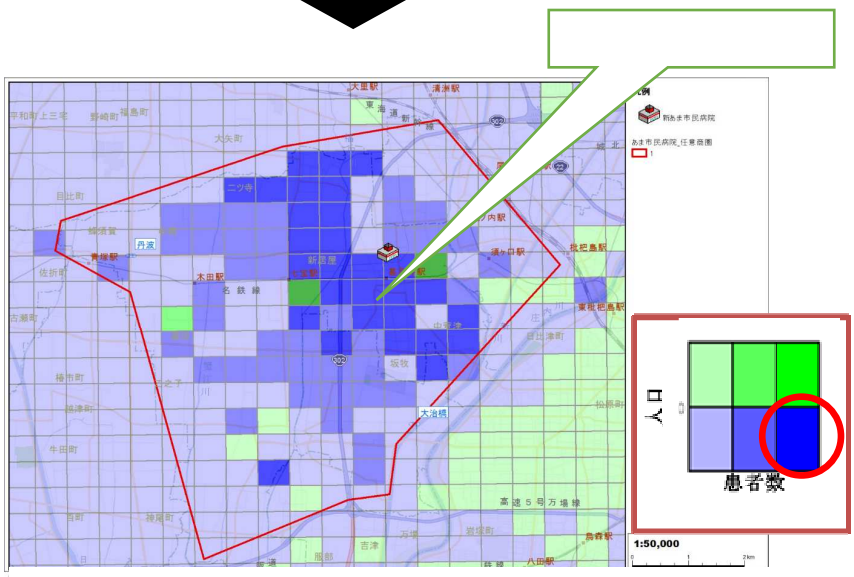
（1） 入院患者の分布

平成 22 年の国勢調査に基づく人口をメッシュとして、平成 26 年 9 月～平成 27 年 9 月のあま市民病院の入院患者住所をプロットしたものを図 11-1、図 11-2 に示す。



(C)PASCO (C)INCREMENT P

65 歳以上人口メッシュと 65 歳以上入院患者プロット



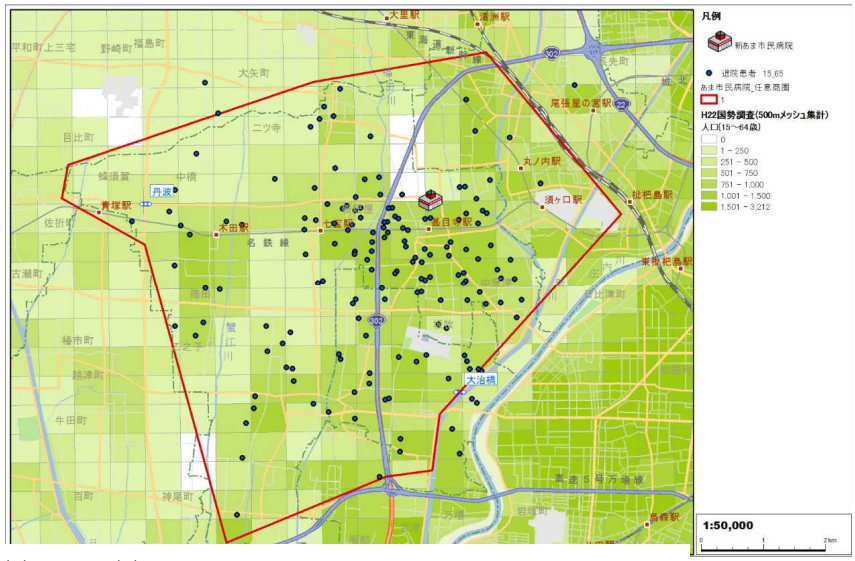
(C)PASCO (C)INCREMENT P

＜65 歳以上人口クロスランキング＞

図 11-1. 入院患者分布とクロスランキング（65 歳以上人口）

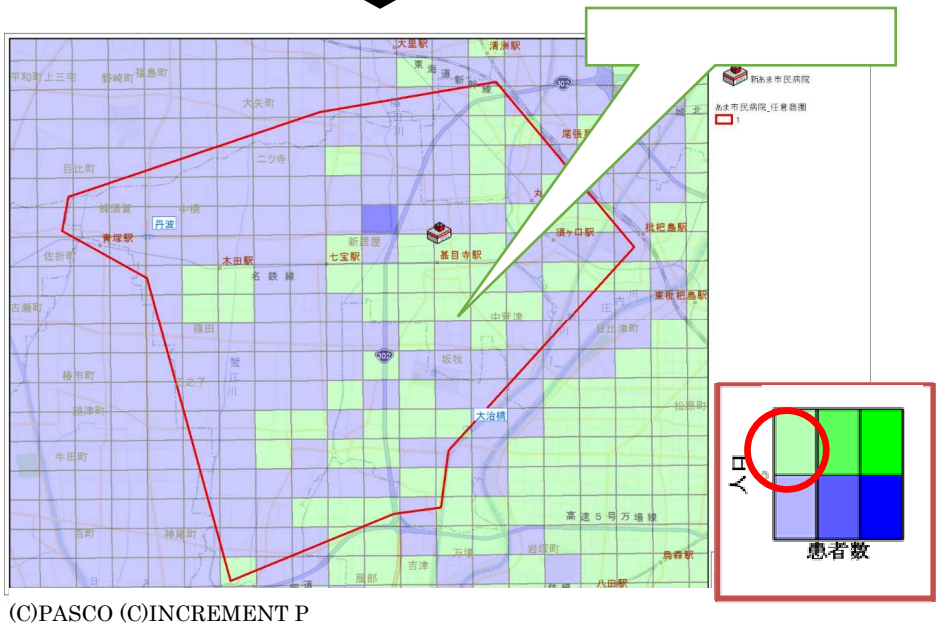
図 11-1 の 65 歳以上人口クロスランキング[9]から、エリア（赤枠）内から高齢者の患者を獲得できていることがわかる。

[9] クロスランキングとは、2 つの項目の相関関係をグラデーション（色分け）表示すること。クロスランキングを用いることで、「連携強化重点エリア」、「新規開業候補地」の選定など、一目でどの地域が強く（Strengths）どの地域が弱い（Weaknesses）を把握し、自院の戦略策定に役立てることができる。



(C)PASCO (C)INCREMENT P

15～64 歳人口メッシュと 15～64 歳入院患者プロット



(C)PASCO (C)INCREMENT P

＜15～64 歳人口クロスランキング＞

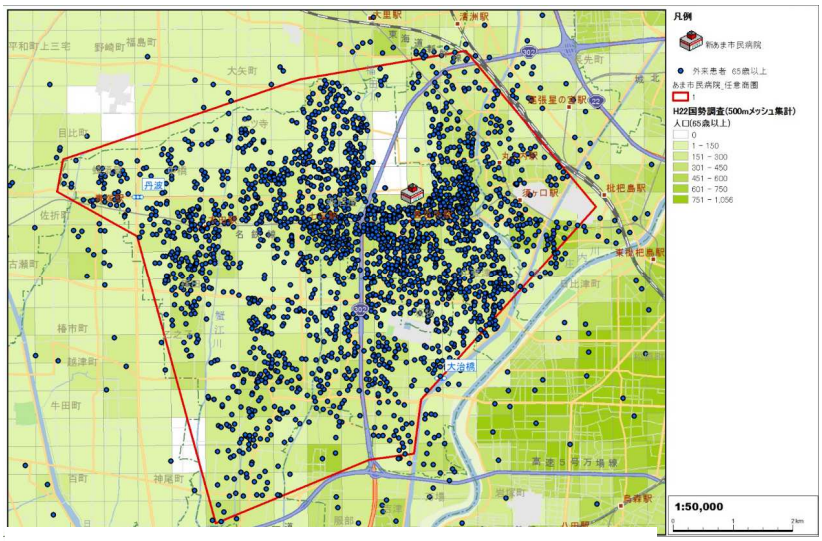
図 11-2. 入院患者分布とクロスランキング（15～64 歳人口）

また、図 11-2 の 15～64 歳人口クロスランキングから、現役世代の患者を獲得できていないことがわかる。

入院では、15～64 歳人口(現役世代)の患者は、需要があるにもかかわらず獲得できていない。現役世代は流出傾向ではあるが、診療体制が整備されれば必然的に患者が増える市場である。

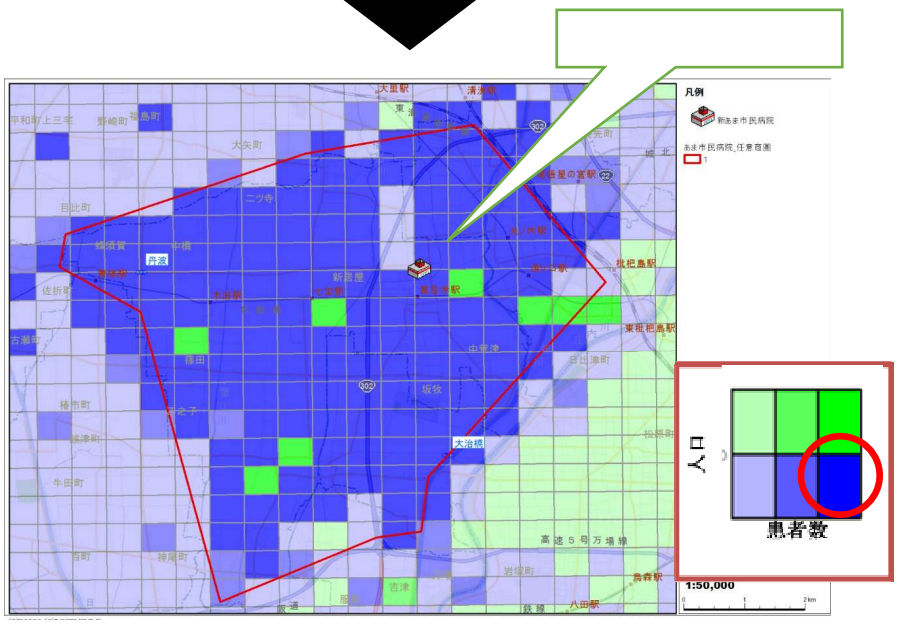
（2） 外来患者の分布

平成 22 年の国勢調査に基づく人口をメッシュとして、平成 26 年 9 月～平成 27 年 9 月のあま市民病院の外来患者住所をプロットしたものを図 12-1、図 12-2 に示す。



(C)PASCO (C)INCREMENT P

65 歳以上人口メッシュと 65 歳以上外来患者プロット

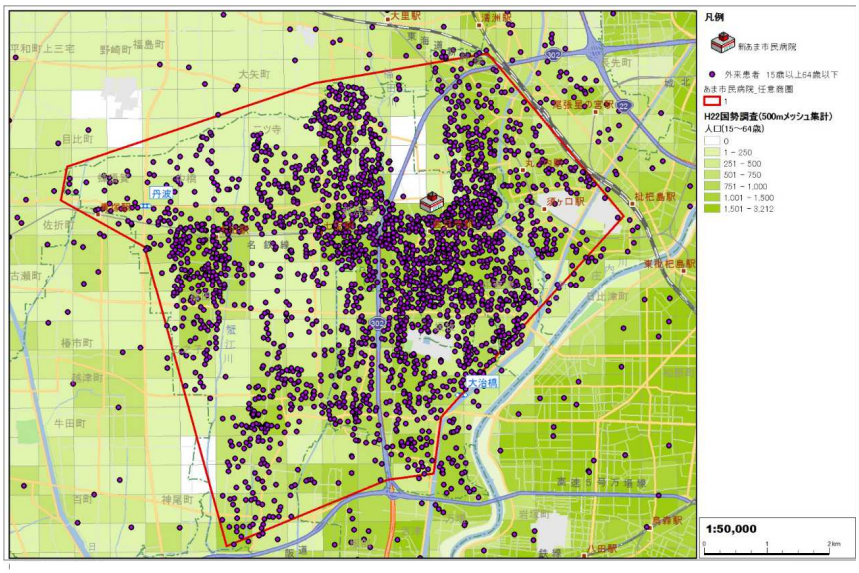


(C)PASCO (C)INCREMENT P

＜65 歳以上人口クロスランキング＞

図 12-1. 外来患者分布とクロスランキング（65 歳以上人口）

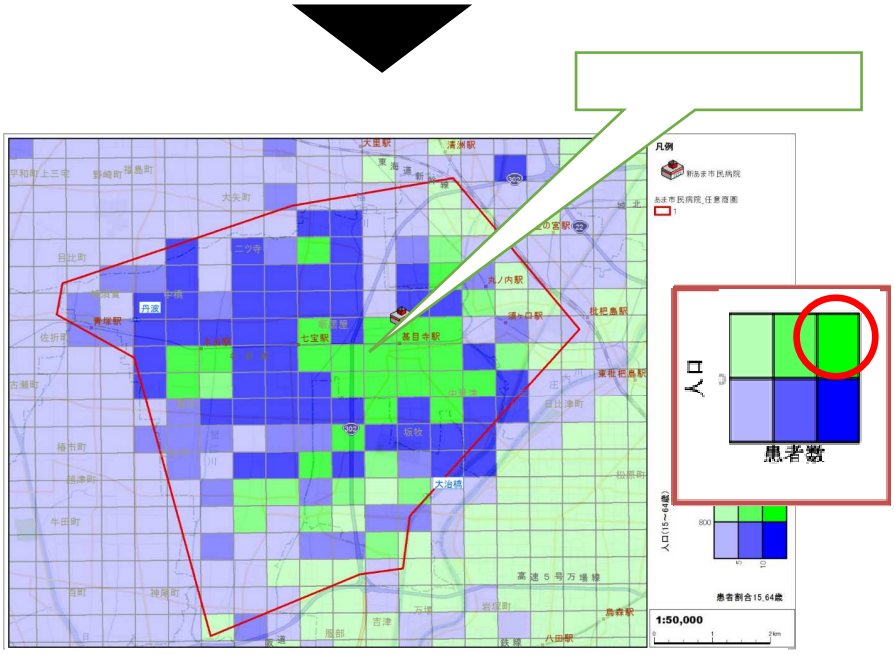
図 12-1 の 65 歳以上人口クロスランキングから、エリア（赤枠）内の高齢者の患者を獲得できていることがわかる。



(C)PASCO (C)INCREMENT P

15～64 歳人口メッシュと 15～64 歳外来患者プロット

図 12-2. 外来患者分布とクロスランキング（15～64 歳人口）



(C)PASCO (C)INCREMENT P

＜15～64 歳人口クロスランキング＞

また、図 12-2 の 15～64 歳人口クロスランキングから、15～64 歳人口（現役世代）の患者を獲得できていることがわかる。

（3） 保険別受療割合

あま市民病院平成 26 年度レセプト動向とあま市国民健康保険データヘルス計画「国保被保険者加入状況」※4 よりあま市民の保険者割合と、あま市民病院を受療している入院、外来患者の健康保険割合を図 13 に示す。

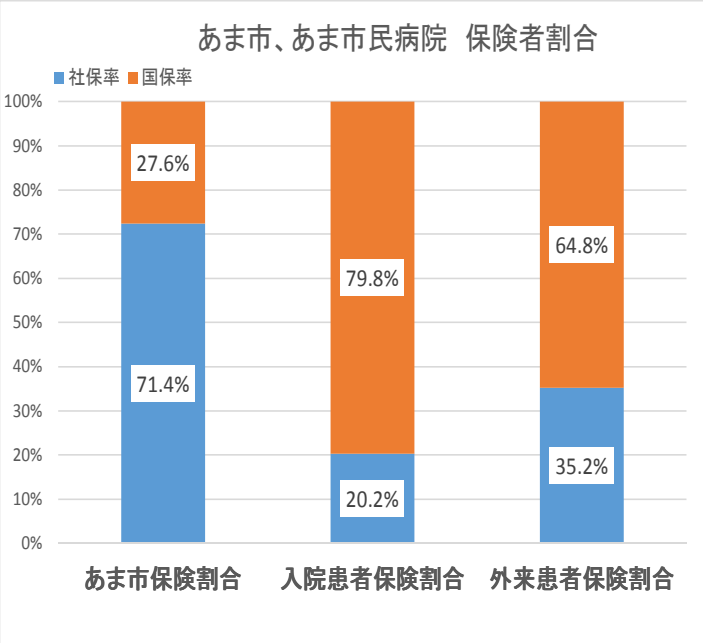


図 13. 保険者割合

あま市民の保険者割合と、病院を受療している患者の保険者割合は図 13 のように、社会保険者率と国民保険者率が相反している。

社会保険を取得している現役世代が名古屋市内に通勤している場合、会社近くで受診すると考えられ、海部医療圏から流出傾向となる。

例えば、夜間や土日祝日は名古屋に通勤・通学する現役世代（15～64 歳人口）であっても近隣の医療機関を受診することが考えられるため、これらの受入れ体制が求められる。

6. あま市民病院の現状

医療圏には急性期疾患の有効なマーケットボリュームがあるものの、医師リソース、救急医療に対する消極的な姿勢、診療部門の連携不足などによって、全体的に診療パフォーマンスが低下し、入院患者の診療密度が低くなっている。一般外来も患者数が見込める整形外科や内科医師が不足していることが影響して、新築移転後も患者数が増加していない。

内科医師は、臓器別では専門外の領域の診療に多く対応し、特に消化器や呼吸器疾患の対応には苦慮している。消化器外科は、院長を含め 4 名の常勤で最も充実した診療科だが、消化器系の救急は外科適応がなければ、まず内科医が対応することになっている。これまでは消化器内科が最初に診察し、診断の上、外科に紹介できたが、専門外の内科医ではもし外科適応ではなかった場合、入院管理に自信がないという理由から、救急依頼を断ってしまうというケースがあるとのことだった。

その他、救急医療では四肢の骨折など外傷のニーズが高いが、整形外科医一人体制で手術を行わないために症例集積が難しい。

平成 28 年度診療報酬改定では入院基本料 10:1 は重症度・医療・看護必要度加算の評価を充実させるなど急性期としての機能を求めているが、現状は重症度の低いプライマリー急性期[10]であり、医師現有勢力でどこまで救急医療を積極的に取り組み、診療密度を高められるかが当面の課題となる。

あま市民病院における救急業務に関する調査より救急応需率[11]と入院確率[12]を示したものを表 1 に示す。

表 1. 救急応需率と入院確率（平成 26 年度実績）

	救急応需率	入院確率
時間内救急	83.3%	32.0%
時間外救急	73.0%	26.5%

表 1 より救急応需率、入院確率ともに高い数値であった。これは救急搬送時に軽症患者だけが事前にトリアージされているためと考えられる。

また、院内では救急応需率が過小評価され、スタッフの体感としては「救急を断る」という印象が強かったが、実は、院内の体制で救急の問合せに対し、最初の医師に断られると次の医師に連絡するという「たらい回し」になっていたことが、救急応需率の低さを印象付けていた。しかし、この場合、仮に救急応需率を上げても入院患者数を増やす上ではインパクトが乏しく、100%応需しても、入院収入は年間 1,080 万円程度しか見込めない計算となる。

やはり、救急からの入院獲得では循環器系、外傷、神経系、消化器系など緊急処置・手術に応需できる体制を整備しなければならない。そのためには医師の戦略的リクルートが必要であ

[10] プライマリー急性期とは、地域の一般的な急性期医療のことである。
[11] 救急車受入れ要請のうち、受入れた救急患者の割合
[12] 救急車受入れ患者のうち、入院した患者の割合

るが、現実的な取組としては前述のポストアキュート、サブアキュートに該当する患者を紹介から獲得するルートを確立することが効果的である（施設、在宅支援診療所など）。

7. 病床再編による増収策

あま市民病院の平成 26 年度の入院患者の疾患構成を図 14 に示す。

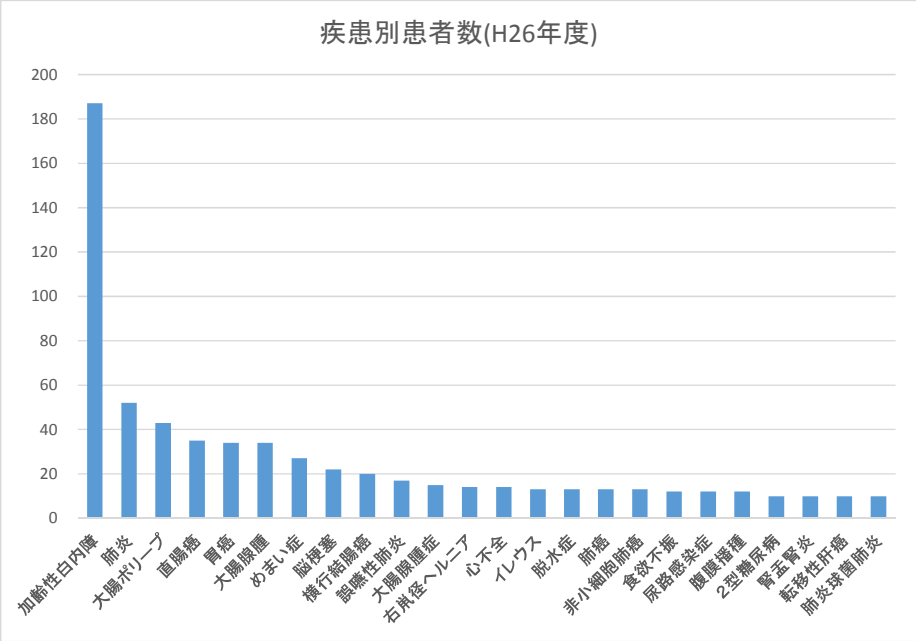


図 14. 疾患別患者数

白内障手術や大腸ポリープなどいわゆる短期滞在手術が多く、その他年間で 10 症例以上の疾患は、消化器系悪性腫瘍、肺炎など高齢者の呼吸器系疾患である。
全身麻酔の手術率は低く、軽症患者が大半を占める。

診療単価は常に 4 万円を切り、今後疾患構成が変わらなければ、新規入院患者数は伸び悩む結果となり、稼働を維持するためには、在院日数を延ばすことになってしまう。そうなると、全体的に診療密度が下がり、診療単価は更に下がって 3 万円を切るおそれがあり、経営効率はさらに悪化する。現在の診療レベル、患者像から考えると、急性期治療を経過した患者や在宅療養している患者などを受け入れ、在宅復帰を支える役割を担う地域包括ケア病棟が妥当な選択だと考えられる。

中央社会保険医療協議会総会による地域包括ケア病棟の入棟患者の状況※5を図 15 に示す。

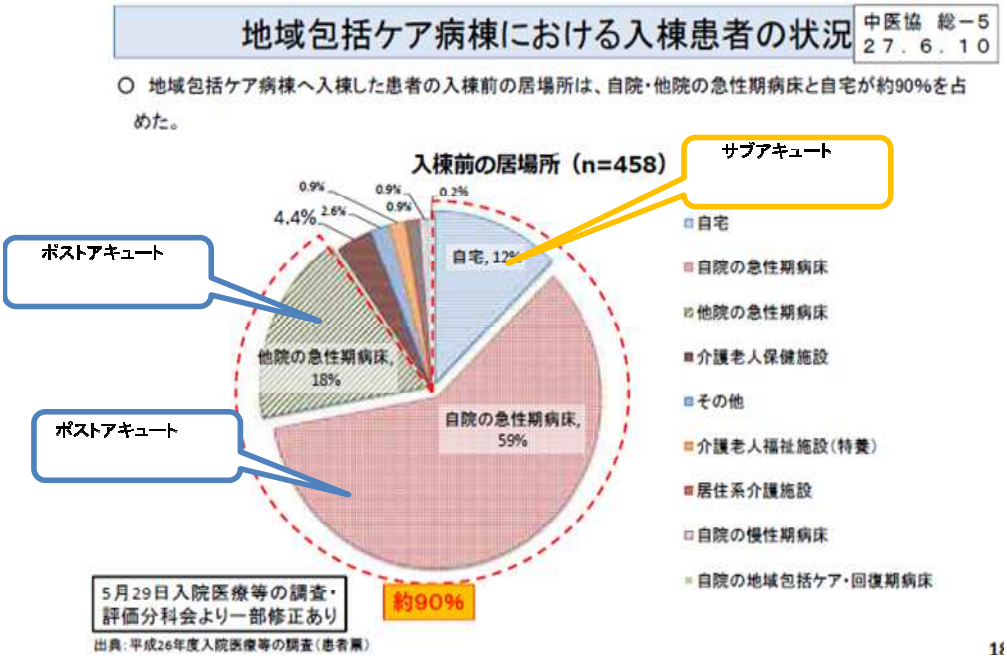


図 15 より、6 割が自院急性期病床からの転床、2 割が他院からの転院、1 割が自宅からの入院、その他が 1 割となっている。つまり、最低限 6 割程度は自院から供給できる急性期疾患の確保は必要ということであり、図 14 で示した疾患構成では自院からの供給は余り望めない。したがって、救急医療を充実させなければ病床稼働を維持することは困難ということになる。

現在、あま市民病院は入院基本料は 10:1 を取得している。10:1 の入院基本料は、平成 28 年度診療報酬改定ではより重症度の高い患者を受けることで評価する看護必要度加算を充実させている。

今後レセプトデータを基に病床機能を客観的に定義付けられた場合、4 つの病床期（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）の中であま市民病院が急性期病床として生き残っていくのは現状では困難である。将来既存病床も含めて地域で不足している回復期への転換を求められる可能性があり、市民にとって「あるべき医療」とは何かを、将来ビジョンとして明確化し、逆算してやるべき医療を考えて病床機能を選択することが求められている。

8. 地域医療構想を踏まえた今後の役割（再編・ネットワーク化）

海部医療圏の病床機能報告制度による病床機能別病床数と平成 37 年（2025 年）の必要病床数（推計）のグラフ※1を図 16 に示す。

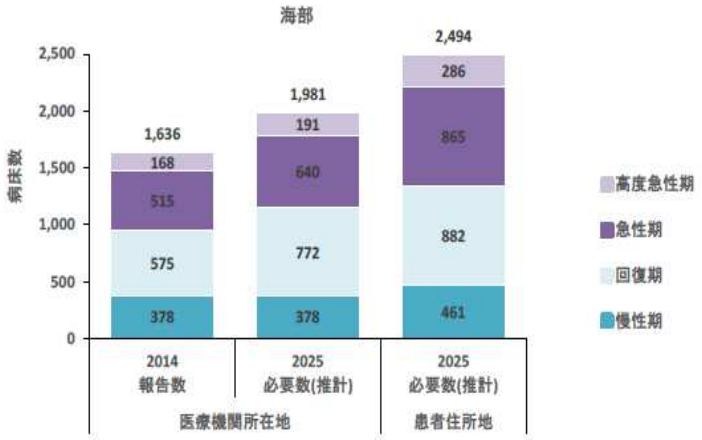


図 16. 海部医療圏　病床機能報告制度による病床機能別
病床数と 2025 年必要病床数（推計）

図 16 より、海部医療圏では慢性期病床以外の病床が不足しており、地域住民が必要なときに必要な医療を受けられるようにするためには、医療提供体制を再構築する必要がある。

当該医療構想区域では人口当たりの全身麻酔件数も少なく急性期医療能力が低い。

近隣基幹病院との連携として、名古屋第一赤十字病院との高度疾患医療連携を進めるとともに、当面は地域ニーズの高い外傷、呼吸器系、神経系、循環器系の救急医療体制の整備を早急に行う必要がある。

旧改革プランでは、海部医療圏の医療機関（津島市民病院・厚生連海南病院）との連携を図りつつ、名古屋第一赤十字病院との連携を構築し、平成 20 年 6 月に同院との連携協定を締結したとあるとおり、この連携基盤を更に強化していくことが必要である。したがって、救急医療体制においては、重症度に応じた役割分担の明確化と同時に、後方支援病院としての機能を充実させていくことが求められている。

また、団塊ジュニア世代[13]が最多であるあま市民病院優位商圏では高齢化進展に伴う急性発症への対応もさることながら、今後は団塊ジュニア世代の生活習慣病予防への関与が病院のヘルスケアシステム[14]として重要な取組と位置付けられる。

平成 26 年（2014 年）の海部医療圏の介護充足度指数[15]は△11％であり、介護の充足度は低

[13] 団塊ジュニア世代とは、昭和 46 年から昭和 49 年までのベビーブームに生まれた世代のことである。
[14] ヘルスケアシステムとは、予防、医療、福祉、介護、保健をサポートする総合的なシステムのこと。

[15] 介護充足度指数とは、高齢者住宅・施設の各地域の受入れ充足度を示す指標。各年度の 75 歳 1,000 人（推計）に対する高齢者住宅・施設のベッド数が、2015 年の全国平均（95.5 床）と比べて何％多いか少ないかを示す。集計対象は、介護三施設、軽費老人ホーム、グループホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者賃貸住宅等である。

い。平成 52 年（2040 年）の介護充足度指数は△48％と見込まれ、平成 52 年に現在の全国平均レベルの高齢者施設・住宅の定員を確保するには、2 倍近い高齢者施設・住宅の増設、あるいは相当する在宅のインフラ整備が必要な地域である。

9.　平成 37 年（2025 年）における当該病院の具体的な将来像

地域から求められる医療機能を充足させるためには、汎用的疾患を中心とした二次救急医療の充実（24 時間 365 日）と近隣基幹病院との高度疾患医療連携強化による機能分化が必要である。病院を軸とした在宅医療ネットワークの構築により在宅や介護施設などにおける急性増悪の患者をいつでも入院できる体制と、地域包括ケアシステムの中で回復期リハビリテーション医療を充実し、比較的医療依存度の高いポストアキュートの患者を早期に基幹病院から受け入れ、在宅復帰率を向上させる地域包括ケア病棟の機能を高めていく。

現状では慢性期の医療が不足している上、海部医療圏には、年間全身麻酔件数が 1,000 例以上の厚生連海南病院（Ⅱ群・救命）、500 例以上の津島市民病院がある。地理的にも名古屋第一赤十字病院など基幹病院と高度疾患医療連携を行っており、あま市民病院は後方支援を行う病院として今後も機能を高めていくことが求められている。

10.　地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割

高齢者の生活機能を充実させるための医療に重点を置き、病院を軸にした在宅ネットワークとかかりつけ医との連携構築により地域の看取りの充実などが求められる。その他、あま市地域包括支援センターとの連携による認知症医療と予防への取組は、将来重大な保健課題の解決に向けて病院が果たすべき大きな役割として期待される。

すなわち、地域包括ケアシステムを構築するために病院として果たすべき役割は、在宅医療を支えるための慢性期医療の対応や、地域に不足している訪問看護、リハビリなどのサービス提供といった病院を軸にした在宅医療ネットワークを構築することである。また、市民と一緒に考える取組であることから、自助、共助の仕組みを病院の立場から啓発することも市民病院としての責務と考える。

11.　経営形態の検討

新公立病院改革ガイドラインが示す経営形態の見直しに係る選択肢には、病院の形態としては、「地方公営企業法の全部適用」、「地方独立行政法人化（非公務員型）」、「指定管理者制度の導入」、「民間譲渡」の４つがある。

経営形態の検討目的については、一般的な赤字経営の改善のためだけでなく、公立病院として、経営理念の実現及び外部・内部経営環境の変化にスピーディに対応するためでもある。そのため、職員採用等の自律的な経営管理・運営体制の視点から、以下のような検討を行った。

（１） あま市民病院にふさわしい新たな経営形態の検討

あま市民病院が将来にわたって「行政的医療」を安定的かつ継続的に提供するにふさわしい経営形態とは何かという観点から検討を行った。今後、医療を取り巻く環境が一層厳しくなる中、民間でさえも苦しい経営を強いられている現状を鑑みると、将来疾病需要の変化、高齢化進展に伴う地域の保健課題に対応し、かつ、市民のために永続的に病院を運営していくためには、より自律性を向上させることが求められる。「地方公営企業法の全部適用」、「地方独立行政法人化（非公務員型）」、「指定管理者制度の導入」、「民間譲渡」それぞれの経営形態の制度面及び運用面におけるメリット、デメリットを総合考慮すると、まず「地方公営企業法の全部適用」では給与水準、処遇面における見直しに限界があることなど抜本的な解決にならず、また「民間譲渡」は市の関与ができなくなり公益性が保てなくなるのでこれらを除外せざるを得ない。

「地方独立行政法人化（非公務員型）」又は「指定管理者制度の導入」は、現場レベルの意思決定が可能になり、機動性､柔軟性､透明性を発揮するためには実効性がある制度であると思料し、以下に「地方独立行政法人化（非公務員型）」、「指定管理者制度の導入」のメリット、デメリットを示す。

地方独立行政法人化（非公務員型）

【メリット】

① 診療時間や院内組織等の弾力化

・患者のニーズに対応した診療科・時間の弾力的な設定・変更が可能。

・需要の変化に迅速に対応した弾力的な院内組織や職員配置が可能。

② 人事給与制度

・業績結果に基づく弾力的な人事給与制度の導入が可能。

・医療の質と経営の質の両面に精通した事務職員や、病棟専属医であるホスピタリストの育成が可能。

・優秀な医療者を採用・育成し、より質の高い医療の提供が可能。

③ 透明性の確保

・中期目標・計画に基づく運営と、評価委員会による第三者評価が法定されている。
・外部評価の制度化により、PDCA サイクル[16]を確立し、業務改善につなげる。

④ 機動的な運営
・予算単年度主義から脱し、複数年契約が可能。
・中期計画の下で、弾力的・機動的な病院経営が可能。

【デメリット】

① 職員の身分は、別に辞令を発せられなければ自動的に地方独立行政法人の職員となり、市職員としての身分を失うことになるため、指定管理者制度と同様に調整等に相当の時間を要する。
② 地方独立行政法人制度への移行に伴うコストが生じる。
③ 業務運営では、新しく設置される事務部門、理事会、評価委員会等の運営コスト等が生じる。

【市民病院としての医療及び健全な経営を担保する仕組み】

① 出資元や長期借入先が地方公共団体に限定されている。
② 地方公営企業と同様に、多くの国税、地方税が非課税となる。
③ 理事長･監事の任命・解任、中期目標の設定・変更、中期計画の認可、会計監査人の選任・解任等重要事項は市長が行う。
④ 法人の設立、中期目標の設定・変更、中期計画の認可、重要な財産の譲渡等重要事項は議会の議決を要し、年度評価の通知結果、中期目標に係る事業報告書は市長が議会へ報告しなければならない。
⑤ 中期目標・計画の策定や評価委員会による第三者評価が法定されている。

指定管理者制度の導入

【メリット】

① 指定管理者の病院運営に関するノウハウ･スキルの活用により効率的な経営が期待できる。
② 施設の運営・管理に期間を定め、PDCA サイクルを明確にすることで、サービスの改善に生かすことができる。
③ 指定管理者の選定手続を公募とすることで､競争原理による管理コストの軽減を図ることができ、行政経費の削減が期待できる。

【デメリット】

① 職員が退職し、新たな雇用契約の締結が必要となり、職員の処遇に関する調整が大きな課題となる。
② 短期間で指定管理者が交代した場合、ノウハウの蓄積を妨げるおそれがある。
③ 人件費の抑制などコスト削減の面のみが着目され､施設の運営経費が十分確保されていない場合は､利用者に対するサービスの低下や地域の雇用に影響を与えることも懸念される。

[16] PDCA サイクルとは、行動プロセスの枠組みの一つである。Plan(計画)、Do(実行)、Check(確認)、Action(行動)の４つで構成されていることから、PDCA という名称になっている。

【市民病院としての医療及び健全な経営を担保する仕組み】

① 指定管理者は毎年度終了後、その管理する公の施設の管理業務に関し事業報告書を作成し、当該施設を設置する地方公共団体に提出する。

② 地方公共団体の長は、指定管理者に対して管理の業務又は経理の状況に関し報告を求め、実地に対し調査し必要な指示を出すことができる。

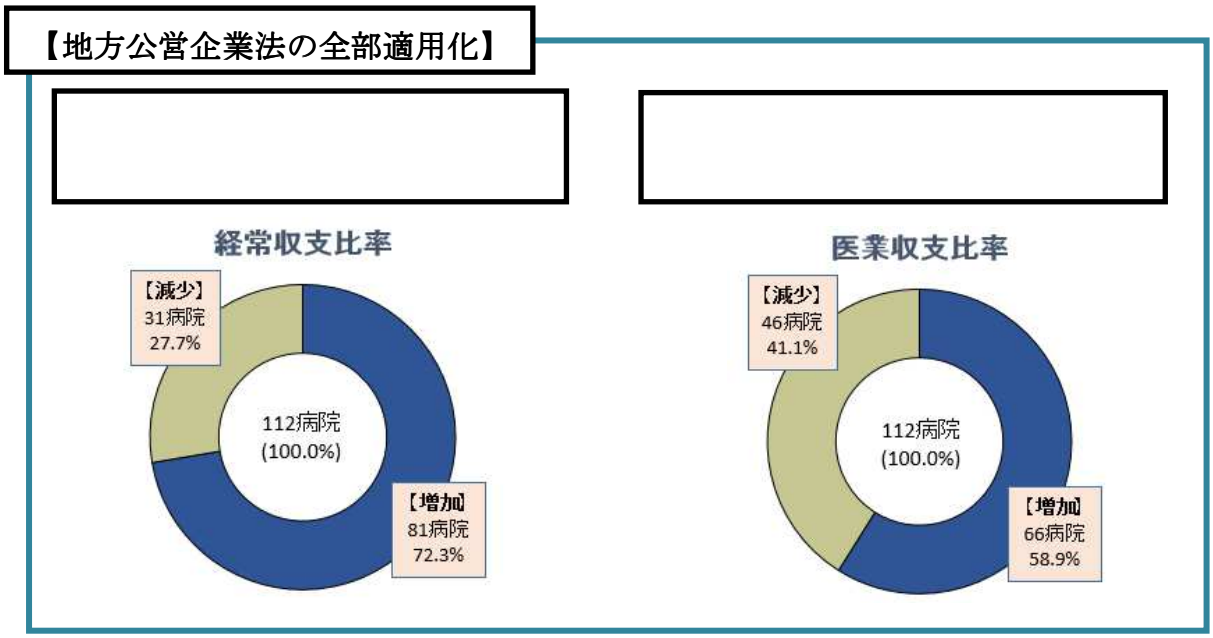
③ 監査委員又は外部監査人が、指定管理者が行う公の施設の管理業務に係る出納関係の事務について監査を行うことができ、その結果を公表することとされている。

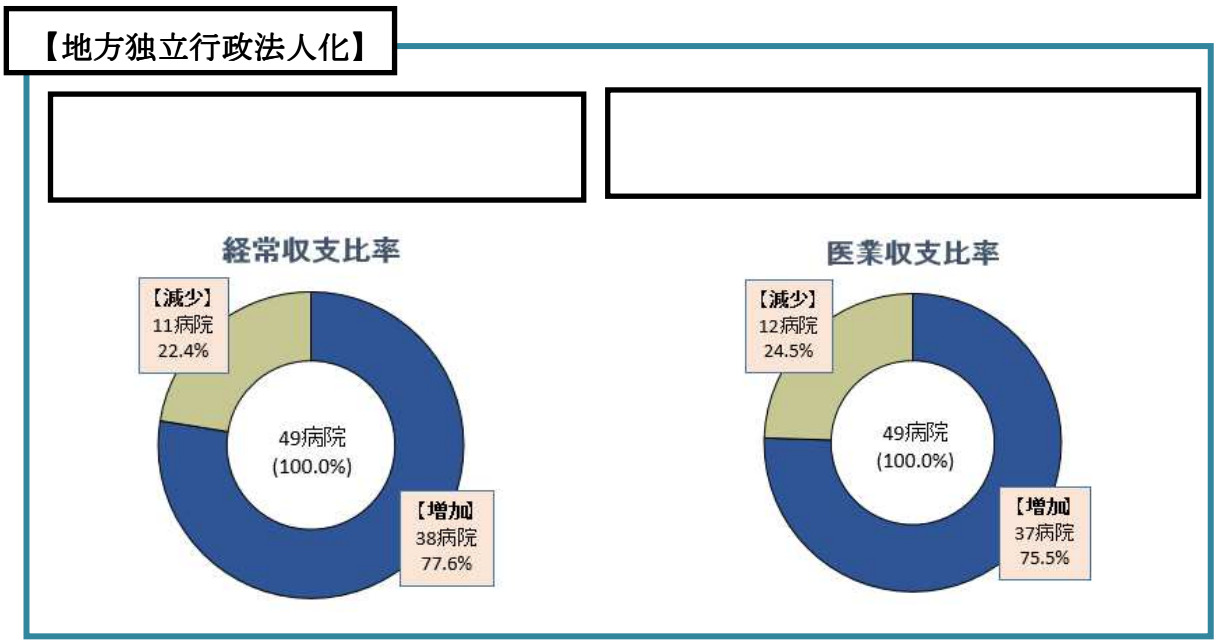
参考資料※6

項目	地公法（一部適用）	地公法（全部適用）	地方独立行政法人（非公務員型）	指定管理者
経営責任	不明確（基本的には設置者である市長）	明確（事業管理者）	明確	指定管理者は委託条件の範囲内で責任を有する
組織・体制・職員採用に係る権限	市長	事業管理者	法人の長	委託条件の範囲内での権限を有する
職員の身分	地方公務員	地方公務員	原則、法人に身分移籍となる	退職⇒指定管理者
職員の給与	人事院勧告に基づき市で決定する	経営状況その他の事業を考慮し、労使交渉により決定可能	法人独自で決定	指定管理者が独自で決定
一般会計からの支援	繰入金	繰入金	交付金	委託料
メリット	○行政施策を反映 ○人事院勧告どおりの人事管理が可能	○経営責任が明確 ○機動性・迅速性 ○自立性拡大 ○職員経営意識 ○業績に応じた給与体系導入可能 ○制度上組織定数を独自に定め中長期的視点に立った職員育成が可能 ○職員の処遇に変化なく移行は容易	○自律的な事業運営 ○経営状況や業務実績を反映させた給与体系の設定、中期的な視点に立った職員の育成 ○予算単年度主義の概念がないため事業運営の機動性、弾力性が向上	○委託条件の範囲内で自主的に運営可 ○委託条件の範囲内で組織、定款、給与勤務条件など自ら裁量で設定可能 ○指定管理者の病院経営に関するスキルの活用により効率的な経営が期待できる

（２） 経営形態の見直し別収支比較

新公立病院改革ガイドラインの資料 6 経営形態見直しを行った公立病院の経営状況※7 より、平成 21～25 年度に地方公営企業法の一部適用から全部適用へ移行した病院、地方独立行政法人化した病院、指定管理者制度を導入した病院の平成 20 年度決算と平成 25 年度決算において経常収支比率[17]と医業収支比率[18]を比較し、グラフとして図 17 に示す。





[17] 経常収支比率（%）：（医業収益＋医業外収益）÷（医業費用＋医業外費用）×100・・・繰入金を含む病院の収益性を含む。100%以上であれば問題ない。

[18] 医業収支比率（%）：（医業収益÷医業費用）×100・・・医業活動の収益性を示す。100%以上であれば医業自体で利益が発生。

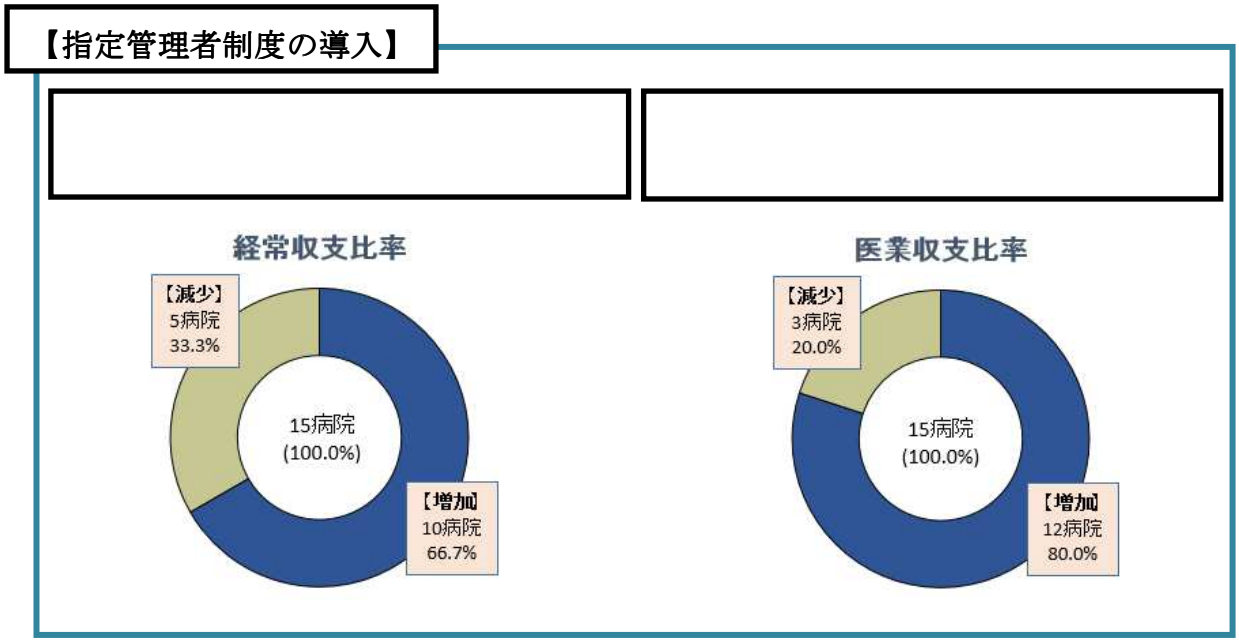


図 17. 経営形態見直しを行った公立病院の経営状況

＜考察＞

これらのデータからは、「地方独立行政法人化」に移行した病院の経常収支費率、医療収支比率は、「指定管理者制度の導入」を採用した病院のそれより高い数字になっている。しかし、これは、移行前の数字が「指定管理者制度の導入」に比べると良くなっているのでその影響であると考えられる。つまり、各病院の診療内容や経営環境等の前提条件が異なるため、上記データのみからは単純比較はできない。

一方、経営形態見直し前後の経常収支比率及び医療収支比率の改善率を経営形態別に比較すると表 2、3 のとおりとなり、「指定管理者制度の導入」をした場合に最も改善率が高いことがわかる。

「地方独立行政法人化」は、業務を確実に実施するために必要な資本金その他の財政的基礎を有していないと国の認可が下りない。あま市民病院は債務超過とはなっていないものの、市の一般会計による負担により回避されている経営状況では、国の認可が下りる可能性は低いと推察され、経営形態の見直しを検討する場合、選択肢として指定管理者制度の導入の優位性が高いと思料する。

いずれにしても、本プランに基づく経営改善実行の取組で経営改善のインパクトが認められないということになれば、体力があるうちに経営形態の見直しを検討しなければならない。

表 2.　平成 20 年と平成 25 年の経常収支比率比較

	経営形態見直し前	経営形態見直し後	改善率
	平成20年	平成25年	
地方公営企業法の全部適用化	94.2%	98.5%	4.3ポイント
地方独立行政法人化	97.1%	101.8%	4.7ポイント
指定管理者制度	87.9%	93.1%	5.2ポイント

表 3.　平成 20 年と平成 25 年の医業収支比率比較

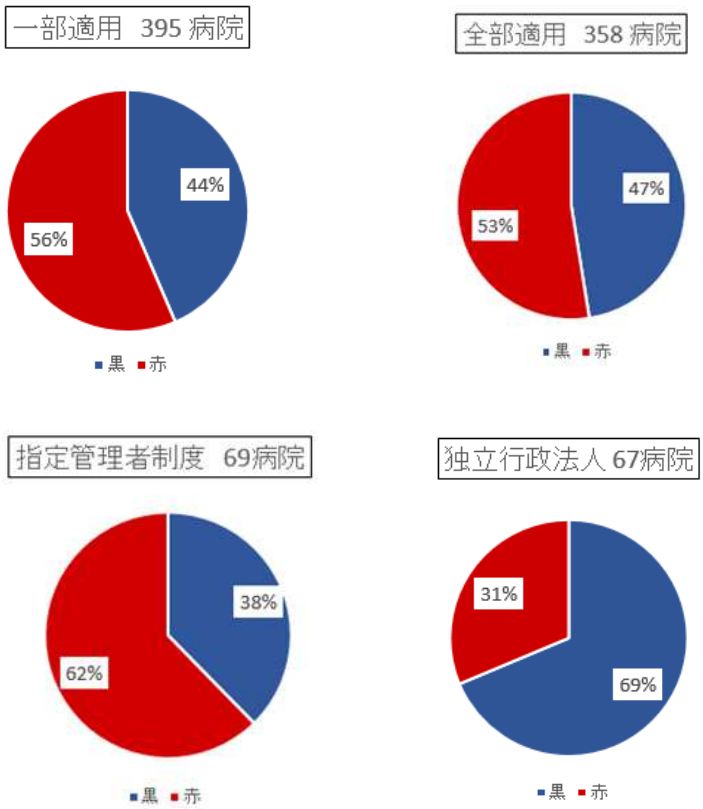
	経営形態見直し前	経営形態見直し後	改善率
	平成20年	平成25年	
地方公営企業法の全部適用化	85.6%	87.7%	2.1ポイント
地方独立行政法人化	80.8%	85.6%	4.8ポイント
指定管理者制度	66.8%	76.8%	10.0ポイント

（３） 経営形態別の経常収支状況（平成 25 年度）

病院事業決算状況・病院経営分析比較表（平成 25 年度）※8 より経営形態別の経常収支比率をグラフ化し図 18 に示す。

「地方公営企業法の全部適用」358 病院のうち経常収支の黒字を計上したのは 170 病院で、全体の 47%となっている。一方、「地方公営企業法の一部適用」において経常収支の黒字を計上したのは、395 病院のうち 172 病院で全体の 44%となっており、「全部適用」と「一部適用」では黒字病院の割合に大きな差は生じていない。

また、「指定管理者制度の導入」69 病院のうち経常収支の黒字を計上したのは、26 病院で、全体の 38%となっている。「地方独立行政法人化」67 病院において経常収支の黒字を計上したのは 46 病院となっており、全体の 69%となり、4 種類の経営形態の中で黒字病院の割合は最高となっている。



*経常収支比率＝経常収益÷経常費用×100 で算定。費用に対する収益の割合を示し、企業の経営状況を表す。

100%以上が単年度経常黒字、100%未満が単年度経常赤字

図 18. 経営形態別の経常収支比率の比較

病院事業決算状況・病院経営分析比較表（平成 25 年度）より経営形態別の経常収支比率を自治体、病床数の規模別にまとめ、表 4, 5, 6 に示す。また、地方独立行政法人化した公立病院についても同様に病院所在地の自治体、病床数を規模別にまとめ、表 7, 8 に示す。

① 同規模病院

・病床数 100 床以上 199 床以下

表 4. 病床数 100 床以上 199 床以下の公立病院

	経営形態	病院数	経常収支比率(H25)	病院数
100市 106病院	地方公営企業法一部適用	50	黒字	21
			赤字	29
	地方公営企業法全部適用	44	黒字	11
			赤字	33
	指定管理者制度	12	黒字	5
			赤字	7

② 同規模自治体

・人口 80,000 人～99,999 人

表 5. 人口 80,000 人以上 99,999 人以下の公立病院

	経営形態	病院数	経常収支比率(H25)	病院数
31市 41病院	地方公営企業法一部適用	19	黒字	8
			赤字	11
	地方公営企業法全部適用	20	黒字	9
			赤字	11
	指定管理者制度	2	黒字	1
			赤字	1

③ 同規模自治体・同規模病院

・人口が 80,000 人～99,999 人

・病床数 100 床以上 199 床以下

表 6. 病床数 100 床以上 199 床以下人口、80,000 人以上 99,999 人以下の公立病院

	経営形態	病院数	経常収支比率(H25)	病院数
15市 16病院	地方公営企業法一部適用	9	黒字	5
			赤字	4
	地方公営企業法全部適用	7	黒字	2
			赤字	5

④ 地方独立行政法人

・病床数 100 床以上 199 床以下

表 7. 病床数 100 床以上 199 床以下の地方独立行政法人の病院

経営形態	病院数	経常収支比率(H25)	病院数
地方独立行政法人	11	黒字	6
		赤字	5

・人口 80,000 人～99,999 人

表 8. 人口 80,000 人以上 99,999 人以下の地方独立行政法人の病院

経営形態	病院数	経常収支比率(H25)	病院数
地方独立行政法人	2	黒字	2
		赤字	0

・同規模自治体・同規模病院

該当データなし。

*経常収支比率＝経常収益÷経常費用×100 で算定。費用に対する収益の割合を示し、企業の経営状況を表す。

100%以上が単年度経常黒字、100%未満が単年度経常赤字

*地方独立行政法人の人口については、病院所在地の自治体人口を使用している。

以上のように、経営形態別の経常収支で比較した場合は、データからは地方独立行政法人化の有効性が高いという結果であるが、特に中小規模の病院では管理者のマネジメント能力によって経営改善の効果は大きく左右されることから、一概に地方独立行政法人化が望ましいという結論にはならない。

なお、指定管理者制度の導入においても、他事例を鑑みると崩壊状態の病院に対して必ずしも即効性のある回復を期待できるものではないことを付言しておきたい。

したがって、抜本的な改革を行う上で重要なことは、病院の体力が残存しているうちに改革に着手することである。あるべき医療提供体制のビジョンを定め、強みの診療領域に注力し入退院のオペレーションをしっかり再構築し、経営を立て直すためには民間事業者の能力を活用することは検討に値する。あま市民病院は地理的な条件に恵まれ、海部東部地域内には競合医療機関がなく需要が望める。

12.　病院経営の基盤整備

（1）　医師を始めとする医療専門職の確保

あま市民病院が市民の医療ニーズに応え、診療機能を十分発揮するためにはマンパワーの確保が優先課題である。これまで人材紹介会社や民間事業によるリクルート事業への参加など様々な手段を講じているものの、余り効果が見られない。しかし、医療専門職の確保は、給与や勤務体制など処遇の問題だけではなく、医師のニーズと病院のコンセプトとのマッチング、医療技術スタッフのやりがいにも応える職務の提供が求められる。

そこで、まず病院のビジョンやミッションを明確に言語化し、医療専門職の貢献意欲に訴求する病院の魅力を現場から伝える。例えば他職種によるプロジェクトを組成して内部から病院のコンセプトや将来像、魅力などを現場の声として、低予算で運用できる動画メディアを活用し、発信することで効果が期待できる。

（2）　経営企画部門の設置

マネジメントスタイルは院長始め職員総現場状態の中で、プロジェクトや委員会活動など兼務を行わざるを得ない環境である。最重要課題である経営改革をどこが主導で行うのか、司令塔となり経営指標を示す部門の存在が病院運営には不可欠である。

特に地域医療構想ではデータによって病床機能が客観的に定義され、医療サービスの必要量が示されることになる。まさにデータ勝負の時代であり、今後病院として選択と集中のメッセージを明確に発信していくためには、自院でデータを収集し分析できる体制が求められている。

経営企画部門に専従者を配置することが望ましいが、当該担当者の業務負荷を減らし経営企画に係る業務に一定時間従事できる体制を整備する必要がある。PDCA サイクルを機能させ、健全経営を実現している病院は、事務職が司令塔となり的確な情報をタイムリーに医療現場に提供している。これからの事務職は医療経営人材として、医経分離を図り厳しい病院経営を支える役割が期待されている。

（3）　ビジョン・ミッション・行動指針の明確化

職員が経営改革に向けた行動指針に照らし、自らがジャッジして主体的に行動できることが改革の大きな鍵となる。多くの病院で改革が進まないのは成果に向かう行動が間違っているか、その行動を定義する言葉が曖昧か、無いことが原因だと考えられる。トップの強力なリーダーシップもさることながら、まず、本来あるべき姿を実現化するためのミッションと行動指針を言語化することが重要である。

13.　経営改善に向けた取組

（1）　救急医療体制の整備

近年医師不足による診療科の縮小で救急搬送件数が減少している。しかし地域住民にとって急病や事故の際、身近に救急病院があることは心強いことである。

自治体病院の責務として制約条件の中も最大限受入れを可能にするためには、今何ができるのかを考えなくてはならない。

平成 26 年度の実績では表 9 に示すとおり、一見非常に高い数字を示している。

表 9. 救急の応需率と入院確率　　（平成 26 年度実績）

	応需率	入院確率
時間内救急	83.3%	32.0%
時間外救急	73.0%	26.5%

時間内救急は、常勤医師のバックアップがある体制下では応需率は高く、入院確率も 30%台で他の救急指定病院と比べても比較的高い数字である。また、時間外救急も、応需率、入院確率とも低下傾向にあるものの、他の救急指定病院と比べて決して低い数字ではない。しかし、あま市民病院への時間内及び時間外を合わせた年間の救急搬送件数が、707 件（平成 26 年度実績）に対して海部東部消防署の救急出動件数だけで年間 4,707 件（平成 26 年度実績）というデータから、あま市民病院に搬送されている救急患者は、前述のとおり病院の診療レベルに対応できる症例にあらかじめ絞られていると考えられる。

表 10 は入院セグメントごとの入院確率と入院の構成比率である。

表 10. 入院セグメントごとの入院確率と構成比率

	入院率（100 人診察のうち入院になった患者数の占める割合）	構成比率（入院実患者 100 のうち占める割合）
時間内救急	32.0%	9.2%
時間外救急	26.5%	7.2%
紹介患者	11.7%	18.6%
時間外一般	3.2%	4.8%
外来患者	1.1%	60.2%

今後稼働率を効率よく上げるために優先すべき入院セグメントは高い入院確率が指標となり、ベッドの資産価値を最大化することが病院経営健全化の鍵となる。

患者が集中している日中にこそ救急、紹介に注力すべきであると考える。現在は、入院確率 1%程度の外来が 60%の入院構成比率を占めるが、救急搬送は全国的に見ても最も入院確率が高いセグメントであり収支を増やすことができる。しかし、このまま時間内応需率を 100%にしても、以下のとおり年間 1,080 万程度しか増収の見込みがない。

【平成 26 年度実績】

時間内断り件数　73 件×入院率　32.0%　×在院日数 14 日×平均単価 33,000 円

＝入院収益　約 1,080 万円

時間内断り件数　73 件×外来率　68.0%　×　平均単価　8,000 円

＝外来収益　約 40 万円

－改革プラン策定委員会　ワーキンググループ調査資料より－

これを解消するためには診療科を拡大し、四肢の骨折などの外傷系、脳梗塞などの脳血管障害、消化管出血、イレウスなどの急性腹症、心不全、虚血性心疾患など循環器系、市中肺炎、誤嚥性肺炎など呼吸器系疾患に対応できる医師の戦略的リクルートも同時に行わなければならない。

当然、ただ採用を待つのではなく、標榜(ぼう)科目については積極的に受け入れる姿勢と体制整備を早急に行うことは言うまでもない。まずは、院内で救急搬送受入れのためのオペレーションを構築し、問合せから受入れ可否の判断が迅速にできることが搬送件数を増やすための課題である。現在形骸化してしまっている救急委員会を機能させ組織的な取組を行うことが重点課題である。改革プラン策定委員会ワーキンググループでは独自に検討を重ね、既に幾つかの対策を立案している。

①救急レスポンス最短化に向けたワークフローの再構築

②救急対応のマニュアル整備

③救急運営体制のシフト調整提案

④救急搬送依頼の拡大強化策の検討

⑤ＫＰＩモニタリング

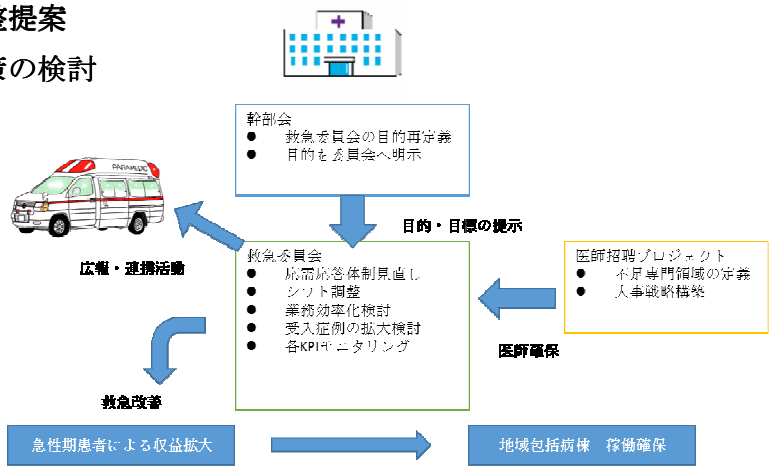


図 19. 救急業務　再構築戦略案

－改革プラン策定委員会　ワーキンググループ調査資料より－

（2） 紹介率の向上

救急に次いで入院確率が高いセグメントは紹介患者である。高度医療を必要とする患者は地域からの流出傾向が著しい。これらの診療を担う医療機関は主に入院基本料7：1を算定する高度急性期病院が多く、あま市民病院は今後、後方連携としてのニーズが高まるため、在宅復帰を支える次の医療ステージとしての役割がますます期待される。

入院は、地域包括ケア病棟開設を前に将来自院が担う機能的役割をアピールし連携基盤を固めておくことが重要である。また、マーケティングセクションとして医療連携室の位置付けを再定義し、キーパーソンとなる人員配置と戦略的な連携活動ができる人員体制の整備、医療連携室の担当者が幹部クラス、院長に相談しやすい体制が必要である。

最も重要なのは自院のポジショニングであり、急性期医療から在宅医療までどのステージに重点を置くのか、連携医療機関に対し理解活動を行い、患者獲得基盤を確立することである。

外来は、患者数以上に入院を補完する外来機能が求められることから、外来単価の上昇を考えるべきである。MRI、CT、骨密度検査など画像診断機器の稼働率を高めるための広報活動と効率的に運用するための業務プロセスを見直す。

医療連携を効果的に行うため、地理情報システムを活用した情報の可視化、紹介元医療機関のデータベース化の徹底など市場調査やマーケティング手法を導入する。強みの告知のための広告媒体や、現在は動画メディア運用が低予算で活用できるため積極的に取り組むべきである。

（3） 病床再編

平成 28 年 4 月より 5 年間の収益シミュレーションを行い、表 11 に示した。このシミュレーションでは平成 28 年 9 月より地域包括ケア病棟 45 床を、平成 29 年 4 月より回復期リハビリテーション病棟をオープンする計画である。各病棟の入院患者数を月ごとに入力し、1 年間の延べ患者数を求め、日当円（患者 1 日の単価）をかけることで入院収入としている。

このシミュレーションで用いる日当円は、一般病棟は平成 26 年度のあま市民病院の実績値を、地域包括ケア病棟では算定可能な点数を、回復期リハビリテーション病棟では疾患別リハビリテーションごとに算定可能な点数を用いている。

新たに病棟をオープンするに当たり、職員の新規採用が必要となる。地域包括ケア病棟のオープンに伴い必要な増員は療法士 2 人、看護補助者 6 人、医療社会福祉士 1 人となる。また、回復期リハビリテーション病棟のオープンに伴い必要な増員は看護師 16 人、看護補助者 7 人、療法士 14 人、 医療社会福祉士 1 人となる。

医師の確保も必要であり、平成 28 年度で 2 人、平成 29 年度で更に 2 人の増員が必要となる。

人件費計算は、平成 27 年度と同じ給与であると仮定し、更に新規採用人員の人件費についてはあま市の給与を基に試算することで求めている。

材料費に関しては医業収入の 20%であると仮定している。

表 11. ５か年シミュレーション

患者数		単位	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度
入院患者数　（1日平均）		（人）	89	152	160	165	170
（内訳）	一般病棟	（人）	58	78	80	85	86
	地域包括ケア病棟	（人）	31	40	40	41	42
	回復期リハビリテーション病棟	（人）	0	34	40	40	42
外来患者数　（1日平均）		（人）	350	350	360	380	390

収支			単位	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度
収入　合計			（円）	**2,957,920,863**	**3,687,667,019**	**3,872,501,100**	**3,984,035,160**	**3,999,361,178**
	①入院収益		（円）	861,651,863	1,773,276,019	1,902,709,100	1,987,695,160	2,028,458,178
	（内訳）	一般病棟	（円）	672,436,863	991,358,399	1,056,627,540	1,129,032,540	1,133,383,278
		地域包括ケア病棟	（円）	189,215,000	425,006,000	425,006,000	432,050,620	446,256,300
		回復期リハビリテーション病棟	（円）	0	356,911,620	421,075,560	426,612,000	448,818,600
	②外来収益		（円）	697,410,000	700,280,000	720,288,000	760,304,000	777,114,000
	③その他収益		（円）	224,000,000	215,000,000	215,000,000	215,000,000	215,000,000
	その他		（円）	5,000,000	5,000,000	5,000,000	5,000,000	5,000,000
	繰入金見込み（合計負担金見込み－4条負担金見込み-医業収益負担金		（円）	925,149,000	749,401,000	784,794,000	771,326,000	729,079,000
	長期前受金戻入		（円）	244,710,000	244,710,000	244,710,000	244,710,000	244,710,000
費用　合計			（円）	3,374,527,150	3,744,515,634	3,771,638,401	3,796,166,985	3,806,874,709
	医業費用		（円）	3,253,180,500	3,627,291,704	3,657,179,920	3,682,180,332	3,693,694,936
		③給与費	（円）	1,792,221,500	2,031,421,500	2,031,421,500	2,031,421,500	2,031,421,500
		材料費　（医業収入の20%）	（円）	359,800,000	494,711,204	524,599,420	549,599,832	561,114,436
		経費	（円）	627,489,000	627,489,000	627,489,000	627,489,000	627,489,000
		減価償却費	（円）	464,510,000	464,510,000	464,510,000	464,510,000	464,510,000
		研究研修費	（円）	9,160,000	9,160,000	9,160,000	9,160,000	9,160,000
	支払利息		（円）	89,046,650	84,923,930	82,158,481	81,686,653	80,879,773
	長期前払消費税勘定償却		（円）	32,300,000	32,300,000	32,300,000	32,300,000	32,300,000
経常収支			**（円）**	**-416,606,287**	**-56,848,615**	**100,862,699**	**187,868,175**	**192,486,470**

経常収支比率((医業収益+医業外収益)/(医業費用+医業外収支))	（%）	87.7%	98.5%	102.7%	104.9%	105.1%
医業収支比率(医業収益/医業費用)	（%）	54.8%	74.1%	77.6%	80.5%	81.8%
給与費率(給与費/医業収入)	（%）	100.5%	75.6%	71.6%	68.6%	67.3%

休床病床のオープンは喫緊の課題である。救急医療体制の整備や紹介数を増やすことにより徐々に増加が期待できるが、診療機能と疾患構成が今とさほど変わらなければ、病床利用率の劇的な改善は困難である。

地域包括ケアシステムを支え、稼働率維持に貢献する地域包括ケア病棟は、安定的に患者を確保する上で効果的であり、多くの医療機関が注目している。

平成 27 年 12 月時点で 1,353 の医療機関が当該病棟を届け出ているが、平成 28 年度改正では施設基準である重症度・医療・看護必要度が従来基準に加え、手術等の医学的状況に係る基準が追加され、手術や麻酔の費用が包括算定から除外されるなど非常に使い勝手がよくなっている。また、7：1 入院基本料を算定する医療機関からは在宅復帰率要件にも該当するため他院からの紹介が増える。ただし、重症度・医療・看護必要度を満たすためには、一般病棟からはある程度医療依存度の高い患者を転床させる必要がある。

地域包括ケア病棟入院料はデータ提出加算が要件化されているため、現在院内でその準備を進めている。平成 28 年度は閉床している 90 床のうち 1 病棟 45 床の 9 月オープンを目指し、徐々に入院数を増やすことで増収を図る。表 12 にシミュレーション、表 13 に地域包括ケア病棟の算定項目の内訳を示す。

表 12. 平成 28 年度　地域包括ケア病棟を設置した場合のシミュレーション

入院数		H28												
	診療月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	平均
	日数	30	31	30	31	31	30	31	30	31	31	28	31	
一般病棟	内科	25	25	30	40	45	30	30	30	30	32	32	32	31.8
	小児科	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
	外科	15	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	19.6
	整形外科	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5.0
	脳神経外科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0
	産婦人科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0
	眼科	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
	耳鼻咽喉科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0
	一般病棟平均入院患者数	47	52	57	67	72	57	57	57	57	59	59	59	58.3
	稼働率	52%	58%	63%	74%	80%	63%	63%	63%	63%	66%	66%	66%	65%
地域包括ケア病棟	地域包括ケア病棟平均入院患者数	0%	0%	0%	0%	0%	18	23	27	32	36	40	40	31
	稼働率	0%	0%	0%	0%	0%	40%	50%	60%	70%	80%	89%	89%	68%
回復期リハビリテーション病棟	運動器リハ患者数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	脳リハ患者数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	稼働病床数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

日当円		(円)
一般病棟	内科	26,655
	小児科	36,085
	外科	38,429
	整形外科	20,173
	脳神経外科	43,588
	産婦人科	48,910
	眼科	105,454
	耳鼻咽喉科	57,839

※診療単価は地域包括ケア病棟の効果で短縮しても変わらず現状を反映した

表 13. 地域包括ケア病棟の算定項目

算定項目	点数	備考
地域包括ケア病棟入院料1	2,558	
看護職員配置加算	150	
看護補助体制加算	150	
救急・在宅等支援病床初期加算	150	
臨床研修病院入院診療加算		
地域加算　6級地	5	
離島加算		
医療安全対策加算2	35	入院初日に算定する為、転棟入院を想定した計算に含まず
感染防止対策加算2	100	
患者サポート体制充実加算	70	
診療録体制加算2	30	
データ提出加算2　ロ200床未満	180	入院外来データ提出
退院支援加算(1のイに限る)	600	病棟に専従看護師又は専従社会福祉士配置(2病棟兼務可)
1日当たりの点数(一般病棟からの転棟)	2,911	

また、平成 29 年度からは回復期リハビリテーション病棟を設置し前方連携を一層強化する。病棟管理を行う上で医師の増員は必須であり、特に整形外科、神経系の医師の確保が急務であるが、現有勢力で運営する場合は、専門性にかかわらず、医局が協力してポストアキュートから在宅復帰への医療ステージを病院のミッションとして担うという使命感が求められる。

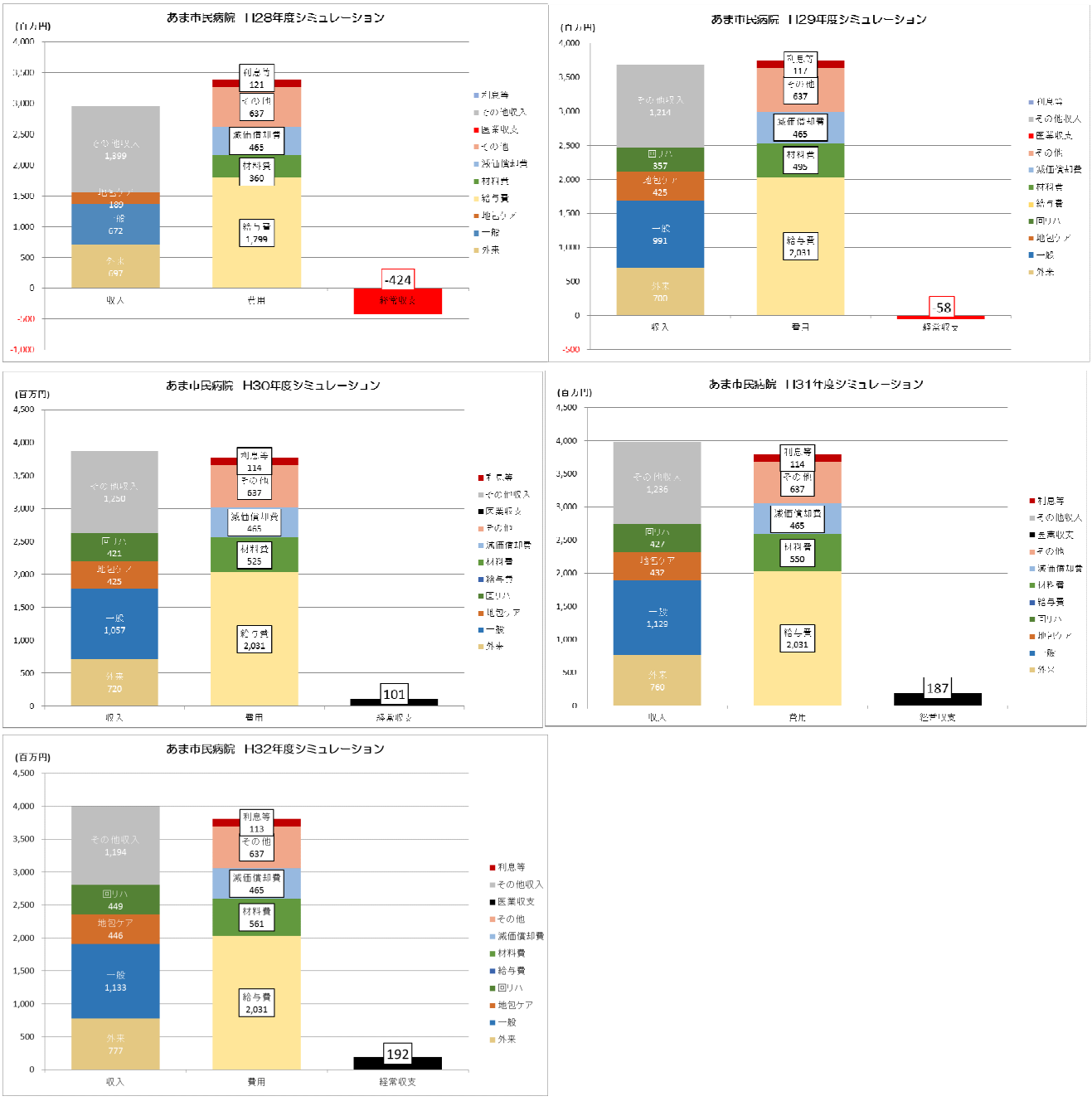


図 20．5 か年シミュレーションのブロック図

（4） 医療データ活用による経営改善

公的病院とはいえ永続的に医療を支えるためには経済を回していかなければならない。経営改革を実行するということは、医療収益を拡大することで、質の高い医療を提供し続け、医療の受益者に満足してもらう取組である。

経営改革を成功させるために重要なのは自院のデータを分析することである。診療、医事、費用、業務などを定量的、客観的に定義付け、現状を把握することで問題の本質が浮き彫りになる。

データ提出加算を届け出ることによって、DPC の様式 1[19]，E･F ファイル[20]などから、入退院に関わる詳細な情報、患者属性、診療情報や実績、公開データによるベンチマーク[21]が可能である。

さらに、診療報酬の算定精度なども容易にできるようになっているため、機会損失を低減させる効果もある。現状把握が 8 割できれば、問題はほぼ解決できると言われている。病院はデータの宝庫であり、実際公私病院を問わず情報を可視化することで、効率化が進み、利益に対する職員の動機付けにもつながる事例が多数存在する。

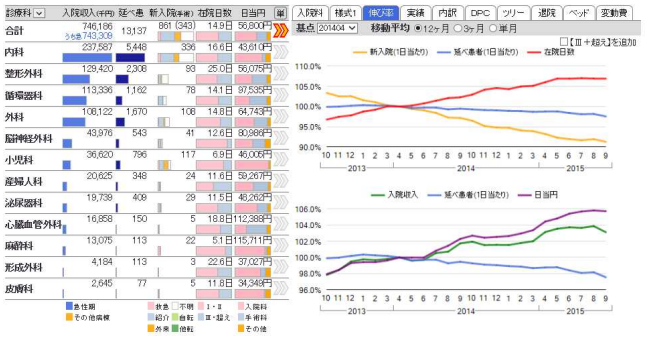


図 21. ＥＦファイルを活用した分析事例

（5） 診療報酬請求適正化

診療報酬請求適正化とは、診療報酬に関わるデータを精査し、勉強会（職員全体・部署別・病棟別）や各種関連委員会で問題を共有し、業務運用改善、査定対策の仕組みづくりを実施するものである。診療行為が正しく請求されるよう、診療報酬請求の質の向上を定期的に確認する必要がある。

---

[19] DPC の様式 1 は、患者単位で把握する主にカルテからの情報に該当する。内容は、生年月日などの患者属性や、入院の経路、退院時の転帰などに関する入退院情報、病名・手術情報など、多岐にわたる。患者がどのような状態で入院してきて、主にどのような手術を受け、何日間入院して、どのような状態で退院していったか、概略が把握できる。

[20] E・F ファイルとは、診療報酬の算定情報で、E ファイル（診療明細情報）、F ファイル（行為明細情報）を合わせたもの。手術、検査、処方等の診療区分のほか、実施年月日や行為回数、診療明細名称や薬剤の使用数量・基準単位などの情報が収載されている。「どのような診療行為を」「いつ」「どれだけ」実施したかが詳しくわかるため、診療プロセスを時系列で把握できる。

[21] ベンチマークとは、本院の診療情報や実績と他施設のデータを比較・分析することである。

（６） 戦略的施設基準の取得

中長期的な視点で地域に求められる機能的役割から、今後届出が可能な施設基準について検証し、積極的な取得を目指す。

14.　一般会計における病院事業への経費負担の考え方

病院事業は独立採算が原則であるが、地方公営企業法において「経費の性質上公立病院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」及び「性質上能率的な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客観的に困難であると認められる経費」については、一般会計による負担が認められている。この負担については、国の示した基準により次に掲げる経費について毎年度適正額を積算する。

◎ 建設改良に要する経費

◎ 救急医療の確保に要する経費

◎ 高度医療に要する経費

◎ 保健衛生行政事務に要する経費

◎ リハビリテーション医療に要する経費

◎ 小児医療に要する経費

◎ 経営基盤強化対策に要する経費

◎ その他総務省の示す基準による経費

また、これらの経費以外に、病院の経営安定化のための補助的負担があり、医業収益の急速な悪化に伴い、現在はこの負担が増加、構成団体の厳しい財政状況を踏まえ、縮減していくことが強く望まれている。そのため、病院において不良債務を発生させない（病院における運転資金の確保）ということを主眼として負担するものとする。

この一般会計による負担金については、病院の経営健全化を図ることによって、新たな投資を除き、平成２８年度以降徐々に縮減していく。

1．収支計画 （収益的収支）

（単位：百万円、％）

区分 ＼ 年度		25年度(実績)	26年度(実績)	27年度(見込)	28年度	29年度	30年度	31年度	32年度
収入	1．医業収益 a	1,514	1,331	1,193	1,748	2,654	2,803	2,928	2,986
	(1) 料金収入	1,315	1,168	1,001	1,559	2,474	2,623	2,748	2,806
	(2) その他	199	163	192	189	180	180	180	180
	うち他会計負担金	119	88	123	98	80	80	80	80
	2．医業外収益	607	1,011	1,657	1,211	1,034	1,070	1,056	1,014
	(1) 他会計負担金・補助金	605	681	1,583	926	749	785	771	729
	(2) 国（県）補助金	0	0	0	0	0	0	0	0
	(3) 長期前受金戻入	0	327	36	245	245	245	245	245
	(4) その他	2	3	38	40	40	40	40	40
	経常収益 (A)	2,121	2,342	2,850	2,959	3,688	3,873	3,984	3,999
支出	1．医業費用 b	2,221	2,152	2,268	3,260	3,627	3,657	3,682	3,694
	(1) 職員給与費 c	1,398	1,317	1,379	1,799	2,031	2,031	2,031	2,031
	(2) 材料費	309	243	204	360	495	525	550	561
	(3) 経費	446	481	607	627	627	627	627	627
	(4) 減価償却費	60	106	72	465	465	465	465	465
	(5) その他	8	5	6	9	9	9	9	9
	2．医業外費用	65	76	256	121	117	114	114	113
	(1) 支払利息	27	34	80	89	85	82	82	81
	(2) その他	38	42	176	32	32	32	32	32
	経常費用 (B)	2,286	2,228	2,524	3,382	3,745	3,772	3,796	3,807
経常損益 (A)−(B) (C)		▲ 165	114	326	▲ 423	▲ 57	101	188	192
特別損益	1．特別利益 (D)	3	11	60	524	302	0	0	0
	2．特別損失 (E)	3	1,789	7	439	256	0	0	0
	特別損益 (D)−(E) (F)	0	▲ 1,778	53	85	46	0	0	0
純損益 (C)＋(F)		▲ 165	▲ 1,664	379	▲ 338	▲ 11	101	188	192
累積欠損金 (G)		385	▲ 1,533	▲ 1,154	▲ 1,492	▲ 1,503	▲ 1,402	▲ 1,214	▲ 1,022
不良債務	流動資産 (ｱ)	1,296	2,667	1,215	1,016	1,162	1,178	1,178	1,178
	流動負債 (ｲ)	363	2,086	313	421	417	443	528	624
	うち一時借入金	0	0	0	0	0	0	0	0
	翌年度繰越財源 (ｳ)	933	581	902	595	745	735	650	554
	当年度同意等債で未借入又は未発行の額 (ｴ)	0	0	0	0	0	0	0	0
	差引 不良債務 {(ｲ)−(ｴ)}−{(ｱ)−(ｳ)} (ｵ)	0	0	0	0	0	0	0	0
経常収支比率 $\frac{(A)}{(B)}\times 100$		92.8	105.1	112.9	87.5	98.5	102.7	104.9	105.1
不良債務比率 $\frac{(ｵ)}{a}\times 100$		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
医業収支比率 $\frac{a}{b}\times 100$		68.2	61.8	52.6	53.6	73.2	76.6	79.5	80.8
職員給与費対医業収益比率 $\frac{c}{a}\times 100$		92.3	98.9	115.6	102.9	76.5	72.5	69.4	68.0
地方財政法施行令第15条第1項により算定した資金の不足額 (H)		0	0	0	0	0	0	0	0
資金不足比率 $\frac{(H)}{a}\times 100$		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
病床利用率		32.6	27	19.1	49.5	84.4	88.7	91.8	94.4

2．収支計画（資本的収支）

（単位：百万円、％）

区分＼年度		25年度(実績)	26年度(実績)	27年度(見込)	28年度	29年度	30年度	31年度	32年度
収入	1．企業債	505	2,973	4,470	50	50	50	50	50
	2．他会計出資金	505	96	105	7	10	10	10	10
	3．他会計負担金	109	76	108	96	161	125	139	181
	4．他会計借入金	0	0	0	0	0	0	0	0
	5．他会計補助金	0	0	0	0	0	0	0	0
	6．国（県）補助金		382	42	0	0	0	0	0
	7．その他	1	0	6	0	0	0	0	0
	収入計 (a)	1,120	3,527	4,731	153	221	185	199	241
	うち翌年度へ繰り越される支出の財源充当額 (b)	0	0	0	0	0	0	0	0
	前年度許可債で当年度借入分 (c)	0	552	2,449	0	0	0	0	0
	純計(a)－{(b)＋(c)} (A)	1,120	2,975	2,282	153	221	185	199	241
支出	1．建設改良費	639	3,496	4,632	127	100	100	100	100
	2．企業債償還金	73	77	81	264	248	201	227	312
	3．他会計長期借入金返還金	0	0	0	0	0	0	0	0
	4．その他	4	5	6	7	10	10	10	10
	支出計 (B)	716	3,578	4,719	398	358	311	337	422
差引不足額 (B)－(A) (C)		▲ 404	603	2,437	245	137	126	138	181
補てん財源	1．損益勘定留保資金	0	51	2,443	0	0	0	0	0
	2．利益剰余金処分額	0	0	0	0	0	0	0	0
	3．繰越工事資金	0	0	0	0	0	0	0	0
	4．その他	0	552	0	245	137	126	138	181
	計 (D)	0	603	2,443	245	137	126	138	181
補てん財源不足額 (C)－(D) (E)		▲ 404	0	▲ 6	0	0	0	0	0
当年度同意等債で未借入又は未発行の額 (F)		0	0	0	0	0	0	0	0
実質財源不足額 (E)－(F)		▲ 404	0	▲ 6	0	0	0	0	0

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

3．一般会計等からの繰入金の見通し

（単位：百万円）

	25年度(実績)	26年度(実績)	27年度(見込)	28年度	29年度	30年度	31年度	32年度
収益的収支	(295)	(396)	(1,398)	(831)	(719)	(499)	(485)	(443)
	724	769	1,706	1,197	1,085	865	851	809
資本的収支	(438)	(140)	(77)	(7)	(10)	(10)	(10)	(10)
	614	172	213	103	171	135	149	191
合計	(733)	(536)	(1,475)	(838)	(729)	(509)	(495)	(453)
	1,338	941	1,919	1,300	1,256	1,000	1,000	1,000

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

15.　点検・評価・公表について

各指標の達成度は、年度ごとの進行管理の中で点検・評価する。施策の進行管理には、指標に最も関連が深い部署による指標値を設定したアクションプランを作成し、進捗状況を確認しながら、改善や改革を見いだせるような仕組みを設ける。

なお、新公立病院改革ガイドラインや地域医療構想に沿って、指標値の見直し、再設定を行う。

また、客観的な評価を確保するため、あま市民病院経営改革会議（仮称）を年 1 回以上開催し、点検、評価、議会に報告の上、公表し意見を求める。更に点検及び評価の結果は、ホームページなどを通じて公表する。

進捗管理は、2 か月に 1 回、明確な KPI[22]（重要業績評価指標）を設けて、点検・評価する。また、前述（36 ページ）にあるように、抜本的な改革は病院の体力が残存しているうちに着手することが重要であり、 スピード感をもって行う必要がある。

16.　計画の見直しについて

今後、平成 30 年に実施される診療報酬・介護報酬の同時改定、第 7 次医療計画、第 7 期介護保険事業計画、第３期医療費適正化計画などの動向は、あま市民病院に与える影響が大きいと考えられることから、新公立病院改革プランや地域医療構想を踏まえて本計画も見直しを視野に入れておく必要がある。

17.　あま市民病院経営改善　年間計画

あま市民病院経営改善の年間計画は別に策定する。

[22] KPI（重要業績評価指標）とは、Key Performance Indicator の略称であり、施策ごとの進捗状況を検証するために設定する指標のことをいう。

参考文献・出典

※１　日医総研ワーキングペーパーNo.352　地域の医療提供体制の現状
－ 都道府県別・二次医療圏別データ集 －（2015 年度版）
高橋泰，江口成美，石川雅俊
http://www.jmari.med.or.jp/research/working/index-0.html

※２　愛知県平成27年度第1回医療体制政策部会の資料4（二次医療圏別の医療需要推計等）
http://www.pref.aichi.jp/uploaded/attachment/54131.pdf

※３　日医総研ワーキングペーパーNo.353：地域の医療介護提供体制の現状
－ 市区町村別データ集(地域包括ケア関連) －（2015 年度）
高橋泰，江口成美，石川雅俊

※４　あま市国民健康保険データヘルス計画（平成27年度～29年度）
http://www.city.ama.aichi.jp/dbps_data/_material_/_files/000/000/006/008/keikaku1.pdf

※５　中央社会保険医療協議会 総会（第298回）平成27年6月10日入院医療（その２）について
http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000088491.pdf

※６　公立高畠病院における経営形態の比較検討について（一部修正）
https://www.town.takahata.yamagata.jp/019/sankou2.pdf

※７　新公立病院改革ガイドライン　資料６　経営形態見直しを行った公立病院の経営状況
http://www.soumu.go.jp/main_content/000382135.pdf

※８　病院事業決算状況・病院経営分析比較表 － 総務省
http://www.soumu.go.jp/main_sosiki/c-zaisei/hospital/kessan-bunseki/h25.html

日医総研ワーキングペーパーNo.352　地域の医療提供体制の現状
－ 都道府県別・二次医療圏別データ集 －（2015 年度版）
序章より（http://www.jmari.med.or.jp/download/WP352_data/intro.pdf）

・偏差値

各医療圏の人口当たり医療資源量の相対的な位置付けを知るために、偏差値を用いている。「偏差値」の計算方法は以下のとおり。（全国平均と A 医療圏の B という指標の値が一致すると偏差値が 50 になるよう、あえて 344 医療圏の平均でなく、全国平均値を用いて計算している。正確に計算した偏差値とはやや値が異なるが、指標が全国平均値と一致すると偏差値は 50 となり、その地域の指標が全国平均より高いか低いかを判断しやすい。）

$$（\text{A医療圏のBという指標の偏差値}）＝50+\frac{（\text{A地域のBの値}）－（\text{Bの全国平均値}）}{（\text{B の標準偏差}）}\times 10$$

・在宅医療施設数（在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、訪問看護ステーション）
・総高齢者施設・住宅定員数、介護保険施設定員(病床)数、高齢者住宅定員数
（総高齢者施設・住宅定員数）＝（介護保険施設定員数）＋（高齢者住宅定員数）
・老人保健施設（老健）定員数、特別養護老人ホーム（特養）定員数、介護療養病床数
都道府県介護サービス情報公表システムに基づく介護施設定員数・病床数
・有料老人ホーム、軽費ホーム、グループホーム定員数
都道府県介護サービス情報公表システムに基づく高齢者住宅定員数
有料老人ホーム、軽費ホームについては、特定施設のみ掲載
・サービス付き高齢者専用賃貸住宅（サ高住）定員数
都道府県介護サービス情報公表システムに基づく特定施設と非特定施設のサ高住の定員数
・介護サービス従事看護師数（介護施設、訪問看護）
都道府県介護サービス情報公表システムに基づく看護師数（介護施設、訪問看護）
・介護サービス従事介護職員数（介護施設等、在宅介護）
都道府県介護サービス情報公表システムに基づく介護職員数（介護施設等、在宅介護）
・人口動態：＜人口、75歳以上人口(2015年、2025年、2040年)＞日本の地域別将来推計人口　国立社会保障・人口問題研究所平成25年3月推計＜平均寿命＞平成22年厚生労働省市区町村別生命表の概況　平成22年10月
・高齢者、要介護者の現状：＜高齢者世帯＞平成22年国勢調査　平成22年10月＜要介護者数、要介護3以上人数＞平成25年度介護保険事業状況報告(年報)　平成25年度＜要介護者数推計(2015年、2025年、2040年＞日本の地域別将来推計人口　国立社会保障・人口問題研究所　平成25年3月推計認定者数、要介護（要支援）状態区分・性・年齢階級・都道府県別　厚生労働省　平成26年度
・1人当たり医療費（国保のみ）：平成24年度医療費の地域差分析　厚生労働省
・第1号被保険者1人当たり介護給付費：平成25年度介護保険事業状況報告（年報）

・病院数、診療所施設数（有床・無床）：平成25年10月1日医療施設調査
・病床数（病院、診療所、一般、療養、精神）：平成25年10月1日医療施設調査
・病床数（回復期リハビリテーション病棟）：地方厚生局データ、平成27年3月全国回復期リハ病棟連絡協議会の独自調査
・病床数（地域包括ケア病棟）：地方厚生局データ、平成27年9月地域包括ケア病棟協会
・全身麻酔：平成23年10月1日医療施設調査
・病院勤務医数：平成25年10月1日病院報告
・診療所医師数：平成23年10月1日医療施設調査
・総看護師数（病院）：平成25年10月1日病院報告
・総看護師数（診療所）：平成23年10月1日医療施設調査
・療法士（理学療法士、作業療法士、言語療法士）：平成25年10月1日病院報告
・在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院：平成26年11月地方厚生局　届出受理医療機関名簿
・介護療養(療養医療施設)、老人保健施設、特別養護老人ホーム、介護付有料老人ホーム、軽費老人ホーム（特定施設）、グループホーム、サービス付き高齢者向け賃貸住宅　施設数・定員合計：平成27年4月厚生労働省　介護サービス情報公表システム
・サービス付き高齢者向け住宅（非特定施設）　登録件数・住宅戸数：平成27年4月国土交通省・厚生労働省サービス付き高齢者向け住宅 情報提供システム
・サービス付き高齢者向け住宅　登録件数・住宅戸数：平成27年4月厚生労働省　介護サービス情報公表システム・サービス付き高齢者向け住宅 情報提供システム
・介護従事者数　看護師数（施設、訪問）、介護従事者数（施設、訪問）：平成27年4月厚生労働省介護サービス情報公表システム