

第4回海陽町立海南病院改革検討委員会 会議次第

日 時：令和2年7月7日（火）

午後7時～

場 所：海陽町役場 海南庁舎3階大会議室

1. 開 会

2. 委員長あいさつ

3. 議 題

・ 報告事項

（1）第1回～第3回検討委員会の概要について

（2）令和元年度の実績等について

・ 協議事項

（1）基本方針（案）について

・ その他

4. 次回の会議日程について

日 時 令和2年 月 日（火）午後 時～

場 所

5. 閉会

報告事項

(1) 第1回～第3回検討委員会の概要について

①第1回検討委員会

日 時：令和元年11月26日（火）午後7時～
議 題：海南病院の現状について
院内タスク・フォースでの検討事項について
今後のスケジュールについて

②第2回検討委員会

日 時：令和2年1月28日（火）午後7時～
議 題：第1回検討委員会の協議事項について
院内タスク・フォースでの検討事項について

③第3回検討委員会

日 時：令和2年2月25日（火）午後7時～
議 題：第2回検討委員会の協議事項について
海南病院の方針（案）について

※これまでの検討委員会での議論を踏まえた検討項目

①救急患者の受入れについて

夜間休日の受入体制について、医師がトリアージを行い判断する等のマニュアルを作成し、積極的な受入れを行います。

②看取り入院・長期入院について

平均在院日数との調整を図りながら、可能な限り住民のニーズに応じた受入体制を整えます。

③医療機関・施設との連携について

海南病院の経営改革は、県立海部病院をはじめ、近隣医療機関・関係機関との連携が不可欠です。

まず、穴喰診療所・特別養護老人ホーム海南荘との連携を強化していきます。

④災害拠点病院としての役割

地震・津波・台風等の災害発生時に多発する重篤救急患者等の救命医療を行うため、地域の安心・安全を担う災害拠点病院としての役割を果たします。

⑤病床数について

地域医療構想における海南病院の役割や現状を加味し、病床の維持・削減について検討します。

⑥訪問診療・訪問看護・訪問リハについて

地域住民のニーズや関係機関との連携を図る中で、実施に向けた体制が整備できるよう検討します。

⑦地域連携室の設置について

患者がスムーズに受診・入院できるよう、また医療機関から退院・転院することができるように、地域連携室の設置について検討します。

⑧病床機能について

療養病床への転換については、地域の実情や問題点を整理し検討します。

* 検討委員会においての主な意見

- ・ 病床削減についての検討を行っているのか。
- ・ 病床機能をどう転換するのか。
- ・ 看取りや長期入院を取るのか。
- ・ 災害拠点病医院として何ができるのか救急を維持するのにどれだけの医師が確保できるか。
- ・ 地域に住民を集めて診療するのは海陽町に合っていると思う。
- ・ 療養病床を持つことに何が問題になるのか。
- ・ 赤字脱却のため、患者数を増やすとしてマンパワーや受け入れ体制はあるのか。
- ・ ケアマネと病院と連携する必要があるが、看護師長が窓口のためいないと業務がストップしてしまう。
- ・ 有床診療所や無床診療所にするのも考えてみてはどうか。
- ・ 午後の休診とか毎日医師が違うとか患者側としてどうなのか。
- ・ 海南病院と穴喰診療所と海南荘がうまく連携しなければいけない。
- ・ 海部郡における海南病院の役割を明確にしていく必要がある。
- ・ 救急患者の受入についてはまず診察して対応が困難な場合は他院へ送るといった親切さが必要。
- ・ 病院を運営していくのにどれくらいの入院が必要か。
- ・ シミュレーションを重ね具体的な案を出して欲しい。

(2) 令和元年度の実績等について

○患者数月別比較

単位：人

		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	病床 利用率
H28	外来	1,592	1,556	1,634	1,626	1,815	1,558	1,509	1,681	1,624	1,490	1,366	1,612	19,063	
	入院	804	691	696	847	743	632	700	608	565	555	569	782	8,192	49.9
H29	外来	1,455	1,630	1,542	1,552	1,619	1,545	1,568	1,676	1,614	1,464	1,386	1,460	18,511	
	入院	695	637	531	647	506	497	525	655	568	468	599	709	7,037	42.8
H30	外来	1,398	1,440	1,360	1,417	1,513	1,245	1,470	1,465	1,326	1,332	1,240	1,342	16,548	
	入院	620	621	375	372	630	526	553	482	395	447	390	476	5,887	35.8
R元	外来	1,512	1,545	1,490	1,666	1,620	1,516	1,571	1,611	1,511	1,431	1,447	1,461	18,381	
	入院	550	510	539	691	514	353	407	453	457	526	635	662	6,297	38.2
H29－H28	外来	▲ 137	74	▲ 92	▲ 74	▲ 196	▲ 13	59	▲ 5	▲ 10	▲ 26	20	▲ 152	▲ 552	
	入院	▲ 109	▲ 54	▲ 165	▲ 200	▲ 237	▲ 135	▲ 175	47	3	▲ 87	30	▲ 73	▲ 1,155	
H30－H29	外来	▲ 57	▲ 190	▲ 182	▲ 135	▲ 106	▲ 300	▲ 98	▲ 211	▲ 288	▲ 132	▲ 146	▲ 118	▲ 1,963	
	入院	▲ 75	▲ 16	▲ 156	▲ 275	124	29	28	▲ 173	▲ 173	▲ 21	▲ 209	▲ 233	▲ 1,150	
R元－H30	外来	114	105	130	249	107	271	101	146	185	99	207	119	1,833	
	入院	▲ 70	▲ 111	164	319	▲ 116	▲ 173	▲ 146	▲ 29	62	79	245	186	410	

○救急車受入件数

	平成30年度		令和元年度		令和2年度	
月	時間内	時間外	時間内	時間外	時間内	時間外
4	0	0	2	5	6	3
5	0	1	4	1	4	4
6	0	3	2	3		
7	1	3	3	2		
8	6	5	6	1		
9	1	2	3	0		
10	0	3	3	2		
11	1	1	3	2		
12	3	2	7	2		
1	1	0	5	4		
2	1	2	6	4		
3	0	0	1	6		
小計	14	22	45	32	10	7
合計	36		77		17	

協議事項

基本方針（案）について

（１）病床機能について

- ① ２０２５年必要病床数との比較
- ② 各病床機能の施設基準
- ③ 地域包括ケア病床（役割）
- ④ 各病床機能の組み合わせと収支見通しの推計 概要
- ⑤ 各病床機能の収入試算
- ⑥ 各病床機能の組み合わせと収支見通しの推計

（２）地域連携室の設置について

（３）訪問看護の実施

（４）出張診療の実施

（５）訪問リハビリの拡充

（６）救急患者の受入れについて

（７）災害拠点病院としての役割

① 合意した公立・公的病院の2025対応方針及び有床診療所・民間病院2025病床機能予定と
2025年必要病床数との比較

	許可病床数	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合 計	備考
公立・公的病院8病院		160	663 (618)	198 (243)	149	1,170	
民間9病院		0	31	220	272	523	
有床診療所		0	8	38	57	103	
合計 (A)		160	702 (657)	456 (501)	478	1,796	
2025年の 必要病床数(B)		179	514	613	557	1,863	
(A) - (B)		-19	188 (143)	-157 (-112)	-79	-67	

※()数値については、海南病院の急性期から回復期への変更に伴う数値
(令和元年7月1日報告)

※令和元年度第1回徳島県南部圏域医療構想調整会議(R元. 10. 7)より抜粋
※令和元年度第1回徳島県地域医療構想調整会議(R元. 9. 5)より抜粋

② 各病床機能の施設基準

名称	有床診療所	療養型病床	地域包括ケア病床	一般病床
病床数	19	45	12	33
医師等基準	1人以上	3人以上	在宅復帰支援担当者が1名以上、理学療法士、作業療法士または言語聴覚士のいずれかが1名以上	16対1
看護基準(病床)	7人以上	20対1(看護師)、 20対1(看護補助員)	13対1	
看護基準(外来)	なし	30対1	—	30対1
救急告示病院	○	○	○	
災害拠点病院	×	○	○	
看護師勤務(救急あり)	夜勤1人又はオンコール体制、 当直1人	夜勤2人、当直1人	夜勤2人、当直1人	
看護師勤務(救急なし)	夜勤1人又はオンコール体制	夜勤2人	夜勤2人	
診療報酬(1日あたり)	9,170円	7,510円から9,030円	26,050円	11,590円
その他	・病床数が少ないため、看取りに係る長期入院が困難 ・災害拠点病院の指定から外れることにより、大規模災害時の人的、物的支援が危惧されるとともに、住民の安心・安全を守ることができるか懸念される。 ・運営面において、看護師1人体制では夜勤は困難 ・包括ケア病床が運営できない。	・徳島県地域医療構想において、2025年の回復期必要病床数が不足しているため、療養病床への転換は困難 ・看護補助員の不足	・令和3年4月1日 地域連携室設置(社会福祉士1名専従又は専任が必要) ・包括ケア病床は救急告示が基準	

③ 地域包括ケア病床（役割）

○ 急性期からの受け入れ

急性期の治療が終了し、すぐに在宅や施設へ移行するには、不安のある方に対して、在宅復帰に向けて医療・看護・リハビリを行う役割。

○ 在宅支援復帰

国は病院、介護施設、在宅介護が連携して、できる限り住み慣れた地域で生活できるよう地域包括ケアシステムの構築を推進している。病院から在宅復帰（在宅、施設入所）させることが病院の利益になるような制度設計（診療報酬が一般病床等に比べて高い）になっている。

	一般病床	包括ケア病床
R元年度平均利用病床数	11.5 床	6 床
R元年度平均在院日数	16.8 日	13.8 日
上限入院日数	なし(ただし、31日を超える場合は加算がとれない)	60 日

・包括ケア病床の診療報酬を請求できる基準として、一般病床の平均在院日数が24日以内でなければならない。一般病床の在院日数をコントロールしていくことにより、看取りに係る長期入院を増やすことができる。

○ 緊急時の受け入れ

介護施設や在宅で療養中の方は何らかの急変を起こすこともあり、入院が必要となった時には受け入れるという役割を持つ。

④ 各病床機能の組み合わせと収支見通しの推計 概要

○ 有床診療所、療養型病床、一般・包括ケア病床（現海南病院）の収支見通しの推計比較

- ・ 有床診療所
19人以下の患者を入院させるための病床を持つ診療所
- ・ 療養型病床
ある程度病状が安定している慢性期患者の長期療養
- ・ 地域包括ケア病床
 - ① 急性期病棟からの受け入れ
 - ② 在宅への支援復帰
 - ③ 緊急時の受け入れ

○ 各病床機能別の収入・支出の算定要件

収入

- ・ 入院収益（単価はR元年度決算見込みより算定）

有床診療所	19床利用	1日1人あたり
	13,000円で算定	
療養型病床	45床利用、23床利用、19床利用	
	1日1人あたり18,000円で算定	
一般病床	33床利用、17床利用、14床利用	
	1日1人あたり21,000円で算定	
包括ケア病床	12床利用、6床利用、5床利用	
	1日1人あたり33,000円で算定	
- ・ その他収益
R元実績見込みより算定

支出

- ・ 人件費
医師3名 看護師は施設基準より20名から23名で算定
療養型病床については看護補助員16名を算定
- ・ その他費用
R元年度実績見込みより算定
- ・ 差引き（不採算分）
一般会計からの繰り入れ（補填）額

⑤ 各病床機能の収入試算

単位:円

	有床診療所	療養型病床	地域包括ケア病床	一般病床	計	
病床数(19床で試算)	19	19	5	14	19	※45床の場合
入院単価(1日あたり)	9,170	9,030	26,050	11,590		
年間入院報酬額	63,593,950	62,623,050	47,541,250	59,224,900	106,766,150	
①交付税(病床分)1床*745千円(病院)	14,155,000	14,155,000	3,725,000	10,430,000	14,155,000	33,525,000
②交付税(救急分) 1,697千円*救急病床数(2床)+32,900千円	36,294,000	36,294,000			36,294,000	36,294,000
交付税計(①+②)	50,449,000	50,449,000			50,449,000	69,819,000

※収入面では、19人の入院として試算した結果、現状と比較して40,000千円以上の減収となる。

⑥ 各病床機能の組み合わせと収支見通しの推計

収入 (千円)

	有床診療所		療養型病床			一般・包括ケア病床		
病床数	19	19	45	45	45	45(一般33,包括12)	45(一般33,包括12)	45(一般33,包括12)
うち利用病床数	19	19	45	23	19	45(一般33,包括12)	23(一般17,包括6)	19(一般14,包括5)
入院収益	90,155	90,155	295,650	151,110	124,830	397,485	202,575	167,535
外来収益	81,400	81,400	81,400	81,400	81,400	81,400	81,400	81,400
その他医業収益	18,800	18,800	18,800	18,800	18,800	18,800	18,800	18,800
医業外収益(繰入金除く)	15,570	15,570	16,997	15,792	15,570	16,997	15,792	15,570
収入 計	205,925	205,925	412,847	267,102	240,600	514,682	318,567	283,305

支出

人件費	373,161	318,193	406,540	406,540	406,540	395,321	373,161	373,161
うち給料(医師3名)	19,893	19,893	19,893	19,893	19,893	19,893	19,893	19,893
うち給料(看護師)	73,085(20名) 看護師夜勤2人体制	43,853(12名) 看護師夜勤1人体制 ※施設基準は満たすが、運営面では困難	73,085(20名)	73,085(20名)	73,085(20名)	82,085(23名)	73,085(20名)	73,085(20名)
うち給料(看護補助員)	0	0	28,505(16名)	28,505(16名)	28,505(16名)	0	0	0
うち給料(その他職員16名)	47,271	47,271	41,927	41,927	41,927	47,271	47,271	47,271
うち各種手当	84,862	75,662	90,140	90,140	90,140	88,312	84,862	84,862
うち報酬	57,740	57,740	57,740	57,740	57,740	57,740	57,740	57,740
うち法定福利費	70,923	58,363	75,863	75,863	75,863	80,633	70,923	70,923
うち引当金	19,387	15,411	19,387	19,387	19,387	19,387	19,387	19,387
材料費	27,740	27,740	65,700	33,580	27,740	65,700	33,580	27,740
経費	94,700	94,700	94,700	94,700	94,700	94,700	94,700	94,700
研究研修費	730	730	730	730	730	730	730	730
医業外費用	1,230	1,230	1,230	1,230	1,230	1,230	1,230	1,230
支出 計	497,561	442,593	568,900	536,780	530,940	557,681	503,401	497,561

一般会計繰入額 ・差引き(不採算分)※資本的支出分は除く	△291,636	△236,668	△156,053	△269,678	△290,340	△42,999	△184,834	△214,256
うち交付税算入額	50,449	50,449	69,819	69,819	69,819	69,819	69,819	69,819
実質繰入額	△241,187	△186,219	△86,234	△199,859	△220,521	26,820	△115,015	△114,437

基本方針（案）について

（１）病床機能について（検討結果）

○有床診療所

・収 入

病床数が 19 床であることや一般病床・包括ケア病床、療養型病床に比べ入院単価が低いため、入院収益が多く見込めない。

・支 出

施設基準により、看護師が夜勤 2 人体制の場合は、人件費は現状の一般病床・包括ケア病床と変わらないが、夜勤 1 人体制の場合は、看護師数の減により人件費が減となる。

・一般会計からの繰入額

約 236,000 千円～291,000 千円となり、現状の一般病床・包括ケア病床より多額の繰入金が必要となる。

また、交付税算入額を差し引いた実質繰入額は、約 186,000 千円～241,000 千円となる。

○療養型病床

・収 入

入院単価は、有床診療所よりも高いが、一般病床・包括ケア病床よりも低いため、利用病床数を 45 床、23 床、19 床で推計しても、現状の一般病床・包括ケア病床の入院収益よりも多く見込めない。

・支 出

施設基準により看護師等の必要人数は現状と変わらないが、看護補助員が看護師数と同数必要であり、多数の看護補助員の確保が困難であるとともに、多額の人件費が必要となる。

・一般会計からの繰入金

約 156,000 千円～290,000 千円となり、現状の一般病床・包括ケア病床より多額の繰入金が必要となり、実質繰入額は、約 86,000 千円～220,000 千円となる。

○一般病床・包括ケア病床

・収 入

入院単価は、有床診療所、療養型病床よりも高く、利用病床数 45 床、23 床、19 床の全てにおいて、有床診療所、療養型病床よりも多くの入院収益が見込まれる。

・支 出

利用病床数が45床の場合に限り、施設基準により看護師数が3名多く必要となるため、人件費が増額となる。

・一般会計からの繰入金

約43,000千円～214,000千円となり、他と比べても少なく推計される。

また、実質繰入額は、45床利用した場合は、約26,000千円の黒字になるが、23床、19床の利用は約115,000千円～144,000千円となる。

財政的な観点から検討した結果、有床診療所、療養型病床に比べ、現状の一般病床、包括ケア病床45床での運営が望ましいと考えられる。また、国が病院、介護施設、在宅介護が連携して、できる限り住み慣れた地域で生活できるよう、地域包括ケアシステムの構築を推進していることから、包括ケア病床は必要である。

(2) 地域連携室の設置について

現状の病床機能を維持しつつ、入退院支援及び地域連携業務を担う部門として、令和3年4月1日までに地域連携室を設置する。

地域連携室とは、他医療機関や様々な福祉サービス機関との連携の窓口として、患者様に切れ目のない医療・看護・介護サービスが提供できるよう支援・調整する部署である。

地域連携室の設置は、地域包括ケア施設基準の改定により、専従もしくは専任の社会福祉士、看護師の配置が義務づけられた。

地域連携室設置の効果として、

① 病院の集患ルートは、主に「外来」「救急」「紹介」である。「紹介」に関しては、現状では看護師が兼務で行っているため、転院患者の紹介を待つ状態である。今後、地域連携室が窓口となり、関係機関（他院、介護施設、ケアマネ等）との連携を強化することにより、入院患者を増やすことにより増収につなげる。

入院患者の増数による医業収益の試算として、ケア病床稼働率を増やすことに重点をおき、令和元年度の実績である利用率50%（1日平均6床）を、70%に目標設定した。1日平均2人増として、

$$\underline{2人 \times 33,000円（1日1人単価 決算見込み） \times 365日 = 24,090千円}$$

② 新型コロナウイルス感染症等に対する対応

新型コロナウイルス感染症及び今後発生する可能性のある指定感染症に対応するため、海南病院単独ではなく、海部病院、海南病院、美波病院、

上那賀病院で構成する「海部・那賀モデル」で調整を図って行く必要がある。医療従事者の院内感染時における相互協力体制などの連携をはじめ、地元エリアでの感染拡大時の入院患者の受入れ等の調整を地域連携室が行うことにより、スムーズな対応が可能になる。

③ 看取りに係る長期入院

包括ケア病床の導入に伴い、一般病床での「平均在院日数 24 日」の基準がある。現在でもターミナル（終末）患者の受入れ対応はしているが、より地域の要望に応えるため、看取りに係る長期入院の可能な病床を確保する必要がある。地域連携室の設置により、入退院支援やベッドコントロールを行うことで、海南荘をはじめ、関係機関との連携・調整を行い、看取りに係る長期入院の病床を確保する。

※看取り患者数

H30 21 人 R元 25 人

（３）訪問看護の実施

通院が困難な住民に対し、訪問診療と合わせ、看護師が訪問する訪問看護を実施することにより、「内服確認、処置、清拭、全身状態観察」など、より細かな病状の把握や安定した在宅生活の支援を行う。

- ・ 訪問診療 月 1 回 26,480 円
- ・ 訪問看護（医療） 5,800 円
- ・ 訪問看護（介護） 4,670 円（30 分未満）

訪問診療 現在 4 人×26,480 円×12 月＝1,271,040 円

10 人×26,480 円×12 月＝3,177,600 円

（４）出張診療の実施 （別紙①資料）

医療機関のない山間部へ病院自ら赴き、出張診療を行う。
対象地域は川上地区で、月 1 回の実施を予定しており、7 月か 8 月から開始できるよう県と協議中である。今後も、無医地区での実施に向け検討する。出張診療を実施することで、入院患者の増数が期待でき、訪問診療や訪問看護にもつながる。

- ・ 初診料 2,880 円
 - ・ 再診料 2,720 円
- 2,720 円×10 名×12 月＝326,400 円（薬代、検査代は別途費用）

(5) 訪問リハビリの拡充

関係機関と連携し、公立病院として、へき地も含めた海陽町全体を実施地域とし、住民のニーズに沿った訪問リハを行う。

リハビリテーション外来をはじめ、訪問リハビリを拡充し、地域包括ケア病床と合わせ、外来患者、入院患者はもちろんのこと、退院された後も引き続きケアを行っていく。

H31.4～開始

- ・ 1 単位 (20 分) 2,900 円 平均 1 回 2 単位実施
- ・ R 元年度実績 延べ 37 人 981,950 円
- ・ R2 年度 (5 月まで) 延べ 9 人 299,400 円
- ・ 現在 4 名 月・水・金 午後実施

(6) 救急患者の受入れについて

夜間休日の救急患者の受入れ体制について、医師がトリアージを行い、判断するマニュアルを作成し、積極的な受入れを行います。

(7) 災害拠点病院としての役割

平成 7 年 1 月の阪神・淡路大震災を教訓として、災害時に多発する重篤救急患者等の救命医療を行うため、徳島県が「災害拠点病院」の指定を行っており、海南病院は、平成 16 年 8 月に指定を受けた。また負傷者の受入れやトリアージ、重篤者の搬送などを行うため、平成 28 年 6 月には、「災害派遣医療チーム (DMAT)」の指定を受け、南海トラフ巨大地震をはじめとした災害発生時に備えている。津波や地震等により、道路が寸断され、町内で孤立地域が多数発生することも予想され、地域の安心・安全を担う災害拠点病院としての役割を果たす。

近い将来発生が危惧される南海トラフ巨大地震について、30 年以内の発生確率が 70% 程度と非常に切迫しており、この地震が起こった場合、大きな揺れや津波による壊滅的な被害が想定されている。

徳島県が平成 25 年 11 月に公表した「徳島県南海トラフ巨大地震被害想定 (第二次)」による、徳島県内及び海陽町内での被害想定は次のとおりである。

○被害想定

・建物全壊棟数 (冬 18 時)

徳島県	116,400 棟	海陽町	3,700 棟
-----	-----------	-----	---------

・死者数 (冬深夜)

徳島県	31,300 人	海陽町	2,600 人
-----	----------	-----	---------

・負傷者数 (冬深夜)

徳島県	19,400 人	海陽町	610 人
-----	----------	-----	-------

海陽町では、津波や地震等により、道路が寸断され、町内で孤立地域が多数発生することも予想され、災害時における海南病院の果たす役割は大きく、地域の安心・安全を担う災害拠点病院として、町民に安心・安全を寄与するよう努めていく。

また、災害拠点病院としての指定要件では、災害時に必要なスペース等は、別紙のとおりである。（別紙②資料）

○ 出張診療（巡回診療）実施について（案）

1. 目的

通院困難な高齢者が多数を占めている地域の医療を確保し、地域住民の病気を早期発見するとともに、重症化防止を目的とする

2. 実施地域

川上地区

3. 診療科目

内科

4. 実施日

火曜日（月 1 回）

医政発0717第8号

令和元年7月17日

各都道府県知事 殿

厚生労働省医政局長

(公 印 省 略)

災害拠点病院指定要件の一部改正について

標記については、「災害時における医療体制の充実強化について」（平成 24 年 3 月 21 日付け医政発 0321 第 2 号厚生労働省医政局長通知）別紙「災害拠点病院指定要件」（以下「指定要件」という。）により示し、必要に応じ改正を行ってきたところである。

今般、救急・災害医療提供体制等の課題について検討することを目的として開催した「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」において、災害拠点病院の指定要件の見直しについて議論が行われ、電気の確保については、災害時に電力供給・燃料補給が途絶しても 3 日程度自家発電機等により病院の機能を維持できるよう、自施設における燃料の備蓄を要件として明示するとともに、水の確保については、平成 30 年に発生した一連の災害において病院等における水不足が問題となったことを踏まえ、貯水や地下水の活用等により、少なくとも 3 日分の病院の機能を維持できる水を確保することが望ましい旨明示することとの結論を得たところである。

これらを踏まえ、指定要件の一部を別紙のとおり改正することとしたので、貴職におかれては、改正内容等について御了知いただくとともに、貴管下医療機関に対し周知方願います。

なお、指定要件は、今後も検討会等における議論や、新たな知見等を踏まえ都度見直しがあることについて、併せて留意されたい。

医政発 0321 第 2 号

平成 24 年 3 月 21 日

最終改正 医政発 0717 第 8 号

令和元年 7 月 17 日

(1) 運営体制

災害拠点病院として、下記の要件を満たしていること。

- ① 24 時間緊急対応し、災害発生時に被災地内の傷病者等の受入れ及び搬出を行うことが可能な体制を有すること。
- ② 災害発生時に、被災地からの傷病者の受入れ拠点にもなること。なお、「広域災害・救急医療情報システム（EMIS）」が機能していない場合には、被災地からとりあえずの重症傷病者の搬送先として傷病者を受け入れること。また、例えば、被災地の災害拠点病院と被災地外の災害拠点病院とのヘリコプターによる傷病者、医療物資等のピストン輸送を行える機能を有していること。
- ③ 災害派遣医療チーム（DMAT）を保有し、その派遣体制があること。また、災害発生時に他の医療機関の DMAT や医療チームの支援を受け入れる際の待機場所や対応の担当者を定めておく等の体制を整えていること。
- ④ 救命救急センター又は第二次救急医療機関であること。
- ⑤ 被災後、早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画の整備を行っていること。
- ⑥ 整備された業務継続計画に基づき、被災した状況を想定した研修及び訓練を実施すること。
- ⑦ 地域の第二次救急医療機関及び地域医師会、日本赤十字社等の医療関係団体とともに定期的な訓練を実施すること。また、災害時に地域の医療機関への支援を行うための体制を整えていること。
- ⑧ ヘリコプター搬送の際には、同乗する医師を派遣できることが望ましいこと。

(2) 施設及び設備

① 医療関係

ア. 施設

災害拠点病院として、下記の診療施設等を有すること。

- (ア) 病棟（病室、ICU 等）、診療棟（診察室、検査室、レントゲン室、手術室、人工透析室等）等救急診療に必要な部門を設けるとともに、災害時における患者の多数発生時（入院患者については通常時の 2 倍、外来患者については通常時の 5 倍程度を想定）に対応可能なスペース及び簡易ベッド等の備蓄スペースを有することが望ましい。

- (イ) 診療機能を有する施設は耐震構造を有することとし、病院機能を維持するために必要な全ての施設が耐震構造を有することが望ましい。
- (ウ) 通常時の6割程度の発電容量のある自家発電機等を保有し、3日分程度の備蓄燃料を確保しておくこと。なお、自家発電機等の燃料として都市ガスを使用する場合は、非常時に切替え可能な他の電力系統等を有しておくこと。また、平時より病院の基本的な機能を維持するために必要な設備について、自家発電機等から電源の確保が行われていることや、非常時に使用可能なことを検証しておくこと。なお、自家発電機等の設置場所については、地域のハザードマップ等を参考に検討することが望ましい。
- (エ) 災害時に少なくとも3日分の病院の機能を維持するための水を確保すること。具体的には、少なくとも3日分の容量の受水槽を保有しておくこと又は停電時にも使用可能な地下水利用のための設備（井戸設備を含む。）を整備しておくことが望ましいこと。ただし、必要に応じて優先的な給水協定の締結等により必要な水を確保することについても差し支えないこと。

イ. 設備

災害拠点病院として、下記の診療設備等を有すること。

- (ア) 衛星電話を保有し、衛星回線インターネットが利用できる環境を整備すること。また、複数の通信手段を保有していることが望ましい。
- (イ) 広域災害・救急医療情報システム（EMIS）に参加し、災害時に情報を入力する体制を整えておくこと。すなわち、情報を入力する複数の担当者を事前に定めておき、入力内容や操作方法などの研修・訓練を行っておくこと。
- (ウ) 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うために必要な診療設備
- (エ) 患者の多数発生時用の簡易ベッド
- (オ) 被災地における自己完結型の医療に対応出来る携行式の応急用医療資器材、応急用医薬品、テント、発電機、飲料水、食料、生活用品等
- (カ) トリアージ・タッグ

ウ. その他

食料、飲料水、医薬品等について、流通を通じて適切に供給されるまでに必要な量として、3日分程度を備蓄しておくこと。その際、災害時に多数の患者が来院することや職員が帰宅困難となることを想定しておくことが望ましい。

また、食料、飲料水、医薬品、燃料等について、地域の関係団体・業者との協定の締結により、災害時に優先的に供給される体制を整えておくこと（ただし、医薬品等については、都道府県・関係団体間の協定等において、災害拠点病院への対応が含まれている場合は除く。）。

② 搬送関係

ア. 施設

原則として、病院敷地内にヘリコプターの離着陸場を有すること。

病院敷地内に離着陸場の確保が困難な場合は、必要に応じて都道府県の協力を得て、病院近接地に非常時に使用可能な離着陸場を確保するとともに、患者搬送用の緊急車輛を有すること。

なお、ヘリコプターの離着陸場については、ヘリコプター運航会社等のコンサルタントを受けるなどにより、少なくとも航空法による飛行場外離着陸場の基準を満たすこと。また、飛行場外離着陸場は近隣に建物が建設されること等により利用が不可能となることがあることから、航空法による非公共用ヘリポートがより望ましいこと。

イ. 設備

DMA Tや医療チームの派遣に必要な緊急車輛を原則として有すること。その車輛には、応急用医療資器材、テント、発電機、飲料水、食料、生活用品等の搭載が可能であること。

(3) 基幹災害拠点病院

- ① (1) ③について、複数のDMA Tを保有していること。
- ② (1) ④について、救命救急センターであること。
- ③ 災害医療の研修に必要な研修室を有すること。
- ④ (2) ①ア. (イ) について、病院機能を維持するために必要な全ての施設が耐震構造を有すること。
- ⑤ (2) ②ア. について、病院敷地内にヘリコプターの離着陸場を有すること。

(4) その他

災害拠点病院の指定に当たっては、都道府県医療審議会等の承認を得ることとし、指定されたものについては医療計画に記載すること。また、都道府県は指定した災害拠点病院が要件に合致しているかどうかを毎年（原則として4月1日時点）確認し、指定要件を満たさなくなった場合には指定の解除を行うこと。なお、既に指定している災害拠点病院であって、(2) ①ウ. についての要件を満たしていないものについては令和2年3月までに実施することを前提に、また、(1) ④ (2) ①ア. (イ) 又は (2) ②ア. の要件を満たしていないものについては当面の間、指定を継続することも可能とする。

指定又は指定の解除を行った際には、その内容について厚生労働省に報告すること。

なお、災害拠点病院は、厚生労働省及び都道府県の行う調査に協力すること。

改 正 案	現 行
別紙 災害拠点病院指定要件 (1) (略) (2) 施設及び設備 ① 医療関係 ア. 施設 災害拠点病院として、下記の診療施設等を有すること。 (ア)・(イ) (略) (ウ) 通常時の6割程度の発電容量のある自家発電機等を保有し、3日分程度の備蓄燃料を確保しておくこと。<u>なお、自家発電機等の燃料として都市ガスを使用する場合は、非常時に切替え可能な他の電力系統等を有しておくこと。</u>また、平時より病院の基本的な機能を維持するために必要な設備について、自家発電機等から電源の確保が行われていることや、非常時に使用可能なことを検証しておくこと。なお、自家発電機等の設置場所については、地域のハザードマップ等を参考にして検討することが望ましい。 (エ) <u>災害時に少なくとも3日分の病院の機能を維持するための水を確保すること。具体的には、少なくとも3日分の容量の受水槽を保有しておくこと又は停電時にも使用可能な地下水利用のための設備(井戸設備を含む。)を整備しておくことが望ましいこと。ただし、必要に応じて優先的な給水協定の締結等により必要な水を確保</u>	別紙 災害拠点病院指定要件 (1) (略) (2) 施設及び設備 ① 医療関係 ア. 施設 災害拠点病院として、下記の診療施設等を有すること。 (ア)・(イ) (略) (ウ) 通常時の6割程度の発電容量のある自家発電機等を保有し、3日分程度の燃料を確保しておくこと。また、平時より病院の基本的な機能を維持するために必要な設備について、自家発電機等から電源の確保が行われていることや、非常時に使用可能なことを検証しておくこと。なお、自家発電機等の設置場所については、地域のハザードマップ等を参考にして検討することが望ましい。 (エ) <u>適切な容量の受水槽の保有、停電時にも使用可能な井戸設備の整備、優先的な給水協定の締結等により、災害時の診療に必要な水を確保すること。</u>

することについても差し支えないこと。

イ・ウ (略)

② (略)

(3) (略)

(4) その他

災害拠点病院の指定に当たっては、都道府県医療審議会等の承認を得ることとし、指定されたものについては医療計画に記載すること。また、都道府県は指定した災害拠点病院が要件に合致しているかどうかを毎年(原則として4月1日時点)確認し、指定要件を満たさなくなった場合には指定の解除を行うこと。なお、既に指定している災害拠点病院であって、(2)①ウ.についての要件を満たしていないものについては令和2年3月までに整備し、又は実施することを前提に、また、(1)④(2)①ア.(イ)又は(2)②ア.の要件を満たしていないものについては当面の間、指定を継続することも可能とする。

指定又は指定の解除を行った際には、その内容について厚生労働省に報告すること。

なお、災害拠点病院は、厚生労働省及び都道府県の行う調査に協力すること。

イ・ウ (略)

② (略)

(3) (略)

(4) その他

災害拠点病院の指定に当たっては、都道府県医療審議会等の承認を得ることとし、指定されたものについては医療計画に記載すること。また、都道府県は指定した災害拠点病院が要件に合致しているかどうかを毎年(原則として4月1日時点)確認し、指定要件を満たさなくなった場合には指定の解除を行うこと。なお、既に指定している災害拠点病院であって、(1)⑤又は⑥の要件を満たしていないものについては平成31年3月までに、(2)①ウ.についての要件を満たしていないものについては平成32年3月までに整備し、又は実施することを前提に、また、(1)④(2)①ア.(イ)又は(2)②ア.の要件を満たしていないものについては当面の間、指定を継続することも可能とする。

指定又は指定の解除を行った際には、その内容について厚生労働省に報告すること。

なお、災害拠点病院は、厚生労働省及び都道府県の行う調査に協力すること。

海陽町立海南病院改革検討委員会設置要綱

（設 置）

第1条 海陽町立海南病院（以下「海南病院」という。）が、県南部の地域医療の中核施設として存続するため、自主性や効率性が十分に発揮できる運営を目指す病院改革を検討するため、海陽町立海南病院改革検討委員会（以下「委員会」という。）を設置する。

（検討事項）

第2条 委員会で検討する事項は、次に掲げるものとする。

- （1）海南病院の改革に関すること
- （2）その他委員会で検討することが必要と認められる事項

（組 織）

第3条 委員会は、委員10名以内で組織する。

- 2 委員は、医療関係者、学識経験者、住民代表者及び行政関係者等のうちから、町長が委嘱する。

（任 期）

第4条 委員の任期は、2年とする。

- 2 委員が欠けた場合における補欠委員の任期は、前任者の残任期間とする。

（委員長及び副委員長）

第5条 委員会に委員長1名及び副委員長1名を置く。

- 2 委員長及び副委員長は、委員の互選によって定める。
- 3 委員長は会務を総理する。
- 4 副委員長は委員長を補佐し、委員長に事故があるときは、その職務を代理する。

（会 議）

第6条 委員会は、必要に応じて委員長が招集し、その議長となる。

- 2 委員会は、委員の過半数が出席しなければ会議を開くことができない。

（委員の責務）

第7条 委員は、職務上知り得た情報を正当な理由なく漏らしてはならない。その職を退いた後も同様とする。

(意見の聴取)

第8条 委員長は、必要があると認めるときは、委員以外の者の意見を求めることができる。

(庶務)

第9条 委員会の庶務は、海南病院事務局において処理する。

(その他)

第10条 この要綱に定めるもののほか、委員会の運営について必要な事項は、委員会が別に定める。

附 則

この要綱は、令和元年10月21日から施行する。

海陽町立海南病院改革検討委員会委員名簿

	氏 名	ふりがな	所属・役職等	備 考
1	折野 真哉	おりの しんや	海部郡医師会監事 折野胃腸科内科院長	委員長
2	若井 孝司	わかい たかし	海陽町民生児童委員協議会会長	副委員長
3	福井 千賀子	ふくい ちかこ	地域医療を守る会 海陽町婦人会会長	
4	皆津 隆一	かいつ りゅういち	前海陽町公民館長	
5	長尾 正大	ながお まさひろ	子育て世代代表	
6	影治 照喜	かげじ てるよし	海部病院副院長	
7	森本 加奈子	もりもと かなこ	海陽町社会福祉協議会 ケアマネージャー課長	
8	白川 光雄	しらかわ みつお	穴喰診療所長	
9	日浅 芳一	ひあさ よしかず	海陽町医療政策統括監 海南病院内科医師	
10	阿部 順次	あべ じゅんじ	海陽町副町長	令和2年4月1日

海南病院リバイバルプラン

海陽メディカルケアセンター（仮称）構想

徳島県立海部病院 副院長 影治照喜

1

すなわち

海部地域での持続可能な医療体制の供給のために、

主目的：地域の中で、医療機関同士の再編・統合を行うことで医療の効率化をはかる。

医療機関の「経営の改善」は上記に付随して考える

3

なぜ海南病院は、厚労省から、全国の中で「病院再編・統合」の424の公的医療機関に選ばれたのか？

- 海南病院の経営状況が悪いからではありません。
- 「A：診療実績が少なく」または「B：診療実績が類似かつ近接している」公的医療機関に対して再編統合を促す。
- 海南病院は、上記の中で、A項目はクリアしたが、B項目で該当となった。

すなわち、厚労省は、海南病院に対して、海部地域の中で、病院機能面で近隣に類似している医療機関が存在するために、医療の効率化と医師の働き方改革の方向性を加味して、再編・統合を求めている。

2

町民の声

「公立病院には税金が使われており、地域にとって本当に必要なか議論するのは当然だ。生き残りをかけて医療サービスを上させて、患者目線で改革を進めてほしい」

徳島新聞 令和元年11月の紙面から

4

海南病院の現状

- 病床種別 : 一般病床
- 病床数 : 45床 (1病棟)
- 常勤医師 : 2名
- 入院患者 : 過去5年間の平均が1日20名 (約50%)
- 毎年2億円から2億5千万円の赤字経営
- 人件費率 (給与費/医業収益) : 140% (普通は50-60%)



このままでは医師が確保できずに閉院
あるいは町財政が破綻

しかし、

人口減少と高齢化 + 医師不足

45床の病床稼働率が半分にも満たない状況が継続して (過去5年間の平均入院患者は20名)、収支が大幅に悪化、早急に対策を要する状況となっている。



だったら、病院の規模を縮小して、効率化を図りましょうか？

- ・今、大胆な改革をしないと、子孫に大きな負の遺産を残すことになる
- ・海陽町だけの問題でなく、海部郡全体が医療崩壊する恐れあり

1 人口の現状と将来推計

徳島県市町村別人口の予測

(1) 総数

徳島県地域医療構想 資料

区分	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
南部医療圏	10,614	20,005	23,115	25,146	27,001	28,005	28,779
小松島市	10,614	20,005	23,115	25,146	27,001	28,005	28,779
阿南市	7,765	6,924	6,171	5,441	4,764	4,151	3,592
勝浦町	4,826	4,337	3,885	3,454	3,053	2,674	2,333
上勝町	9,318	8,174	7,148	6,183	5,312	4,552	3,859
那賀町	7,765	6,924	6,171	5,441	4,764	4,151	3,592
美波町	4,826	4,337	3,885	3,454	3,053	2,674	2,333
牟岐町	10,446	9,504	8,616	7,749	6,931	6,182	5,466
海陽町	156,580	148,237	139,876	131,173	122,484	113,935	105,522
南部計	156,580	148,237	139,876	131,173	122,484	113,935	105,522

海部郡内では今後20年間に人口は

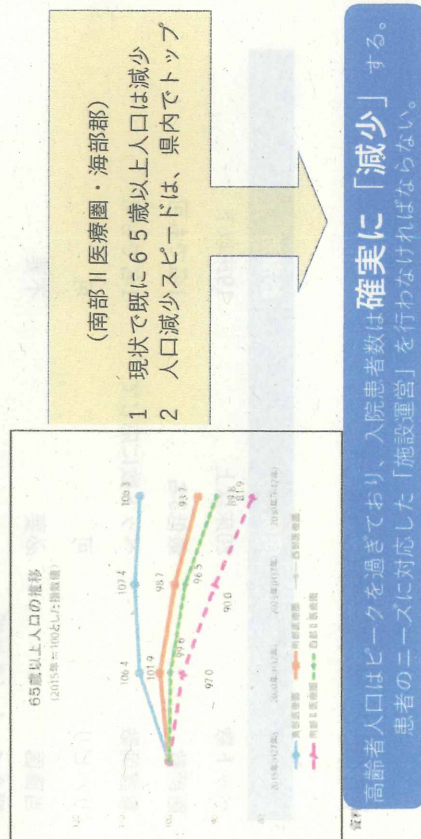
約40%減少

(2) 65歳以上

区分	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
南部医療圏	10,614	20,005	23,115	25,146	27,001	28,005	28,779
小松島市	10,614	20,005	23,115	25,146	27,001	28,005	28,779
阿南市	20,361	2,099	2,103	2,007	1,847	1,663	1,430
勝浦町	2,036	2,099	2,103	2,007	1,847	1,663	1,430
上勝町	935	893	799	700	607	526	484
那賀町	3,955	3,923	3,743	3,448	3,153	2,873	2,634
美波町	3,193	3,169	3,052	2,807	2,537	2,252	1,958
牟岐町	2,007	2,059	2,007	1,847	1,663	1,430	1,266
海陽町	3,901	4,073	3,960	3,718	3,418	3,096	2,765
南部計	47,096	50,963	51,915	50,319	47,761	44,889	43,076

2020年から▲30%予測!!
(今から加速して減少)

地域の医療需要の見通しについて（まとめ）



9

海南病院の選択肢① 「病院から診療所へ」

- 現在の医師数では、病院機能の維持は困難
- 現在の看護師数では、病院機能の維持は困難
 - ▶これらは現状では「働き方改革」に真逆
- 将来的に常勤医師の確保は困難

したがって、少ない医師、看護師で機能できる「**病院**」から「**診療所**」への**転換が必要**

10

海南病院の選択肢② 「量と質の考え」

- **量**：病床数の削減
 - 「病院（45床）」ではなく「有床診療所（ベッド数19床）」に転換
- **質**：医療機関としての機能付加（高機能化）
 - = 現在の海部郡にない機能の付加
 - 療養病床：介護施設と病院の中間的位置づけ
 - 訪問診療・訪問看護
 - サテライト診療所（平井地区、大井地区など）

11

海南病院の選択肢③ 「海部病院との連携強化」

- 海陽町内の二次救急患者（感染症、骨折、外傷など）受け入れは海部病院に一元化
- 慢性期患者、療養患者、看取り患者は当院で
- 外来診療、訪問診療支援は海部病院から支援

12

なぜ、病院の病床の削減で何が期待できるのか？

◆海南病院は、**1病棟・45床**で運用している。

現在の45床を35床に10床削減しても、管理の手間が省ける以外、ほとんどメリットはない。

施設基準における看護師等の人員配置については、直近1年間の1日当たりの平均入院患者数に基づき計算されるため、病床数を削減しても、施設基準を満たすために必要となる看護師数に影響はない。

むしろ、入院患者数が少なくなった場合、施設基準（**病棟単位毎**）において夜勤体制を維持するために必要となる看護師数が人員配置基準を上回るため、非常に効率が悪くなる。

よって、今後も**病院として継続して運用する場合**において、現状45床の病床を減らすメリットはほとんど無い。

経営改善の選択肢

- 1 現状維持（45床）
- 2 療養病棟の病院（45床）に転換
- 3 有床診療所（19床）に規模を縮小

〔重要なポイント〕

- ① **患者数の確保が最重要** → **病院の場合は1病棟・35名/日以上が必要。**
- ② 急性期病床は収入が高く、療養病床は収入が低い。
- ③ 療養病床では、効率的な運用を実施しても単価が低いため「赤字」となる可能性が高い。
- ④ 診療所となった場合、職員の大規模削減が必要となる。
- ⑤ 病床転換となった場合、リハビリ職員、看護補助者（看護師免許不要）等が必要となる。

病院と診療所の違い

	病院	診療所
ベット数	20床以上	19床以下
医師数	最低3名	1名でも可
看護師数	ベット数に応じて	1名でも可
リハビリ	可	可
当直医	必要	不要
混合ベット（急性期、慢性期）	不可	可

第1案 病院一般病棟として存続（現状維持）

〔利点〕なし

強いてあげれば入院単価が高い。一般病棟：1日25,000円、地域包括：1日30,000円

〔問題点〕◆入院患者数の確保が非常に困難
〔原因〕

- 1 医師不足（影響大）
- 2 人口減少・・・今後、高齢者の人口減少が進行

継続のための絶対必要条件

◇早急な常勤医師の確保・・・**非常に困難**

第2案 病院療養病棟へ転換

(問題点)

- ◆病棟単位の施設基準であり、1病棟・45床全部が対象となる。
現状と同様に、部屋単位で「地域包括ケア病床」を設置可能。
- ◆看護師は減員となるが、看護補助者の大幅な増員が必要。
看護師を看護補助者としても良いが、人件費が高い。
- ◆入院単価が低く **(1日18,000円程度)** 黒字を目指すのは困難。
- ◆介護保険も取り入れる必要がある。

(その他)

医療区分2・3の該当患者（気管切開やIVH管理）を50%以上確保する必要がある。これは実際には困難。

17

結 論

- 医師確保が難しい現状では病院としての存続は困難。
- サイズダウン＆クオリティーアップ（規模縮小と高機能化）を目指す。
 - ▶病床削減：有床診療所へのサイズダウン
 - ▶看取り、慢性期医療、療養など幅広い入院に対応可能
 - ▶外来部門の機能強化：巡回診療、訪問診療・看護

収 益	病院 一般病棟 20床	病院 療養病棟 20床	有床診療所 19床
	▼2億3000万	▼2億5000万	▼1億3000万

19

第3案 有床診療所へ転換

(利点)

- ◇少ない医師数（一人でも可能）でも運営可能。
- ◇19床の範囲で、一般病床と療養病床の数を自由に設定可能。
17床程度の入院患者数の確保は可能と思われる。
- ◇黒字は困難だが、規模縮小により赤字は大幅に削減可能。
- ◇人員に余裕が生じて、外来部門の機能強化が可能となる

(問題点)

- ◆入院単価が安い（病院の半分程度）
- ◆多数の職員が余剰となる。 → 看護師は10名程度（10名以上の過剰）
（余力は外来部門の機能強化に向けてることが可能）

18

海陽メディカルケアセンター（仮称）構想

- ・現在の海南病院の「規模縮小と高機能化」を図る
- ・海部病院と機能連携を強化して、**持続可能な医療体制を構築**し、これからの子孫に残す

海陽町民の声

「公立病院には税金が使われており、地域にとって本当に必要な議論するのは当然だ。生き残りをかけて**医療サービス**を向上させて、**患者目線**で改革を進めてほしい」

20

施設基準別人件費・入院外来収益 年間見込額

No	職種	人件費単価		一般病棟		療養病棟		有床診療所	
		入院患者数/日		13対1		20対1		7名+療養	
		単位：万円	人数	年間人件費	人数	年間人件費	人数	年間人件費	人数
1	医師(常勤医師)	2,000	4	8,000	3	6,000	2	4,000	2
	医師 (非常勤医師) 当直			3,000		3,000		0	
	医師 (非常勤医師) 外来			1,000		1,000		0	
2	看護師	600	21	12,600	13	7,800	10	6,000	10
3	看護補助者	400	3	1,200	8	3,200	2	800	2
4	放射線技師	600	1	600	1	600	1	600	1
5	臨床検査技師	600	2	1,200	1	600	1	600	1
6	薬剤師	600	2	1,200	1	600	1	600	1
7	管理栄養士	500	1	500	1	500	0	0	0
8	リハビリスタッフ	600	4	2,400	6	3,600	4	2,400	4
9	事務	500	5	2,500	5	2,500	3	1,500	3
	人件費合計		43	34,200	39	29,400	24	16,500	24
材料費、経費、減価償却費				16,600		16,600		16,600	
医業費用合計 (A)				50,800		46,000		33,100	

年間	入院収益	診療単価/日	27,500	20,075	18,000	13,140	15,000	9,855
	外来収益			8,200		8,200		10,000
	合 計 (B)			28,275		21,340		19,855

収益 (B) - (A)

-22,525

-24,660

-13,245