

静岡市立清水病院経営計画

～地域完結型医療をめざして～

(平成 27 年度～平成 33 年度)

平成 27 年3月
平成 29 年3月 改訂
静岡市立清水病院

目次

I 計画策定趣旨	1
II 経営計画	
1 計画対象期間	1
2 静岡市の行政計画との関係	1
3 現状と課題	2
(1) 国及び静岡県の動向と清水病院を取り巻く環境	
(2) 清水病院の現状	
(3) 現状を踏まえた清水病院の課題	
4 清水病院の果たすべき役割	7
(1) 基本理念・基本方針	
(2) 公立病院の役割と健全経営の実現	
(3) 地域医療構想を踏まえた清水病院の役割	
(4) 目指す方向性	
(5) 一般会計負担の考え方	
(6) 5つの柱と具体的な取組	
5 収支改善目標	19
(1) 医療スタッフの増員目標	
(2) 入院収益の目標	
(3) 外来収益の目標	
(4) 材料費の目標	
(5) 紹介率・逆紹介率の目標	
(6) 収支計画	
6 累積欠損金の解消について	23
7 今後の経営形態について	24
8 各種指標	24
(1) 収益性分析指標	
(2) 機能性分析指標	
9 点検・評価・公表	24
用語解説	25

I 計画策定趣旨

静岡市立清水病院の現状は、医療制度改革や専門診療部門の医師退職などから慢性的な医師不足となっており、以前にも増して厳しい病院運営を余儀なくされています。

これまで、平成 19 年 12 月 24 日付け総務省自治財政局通知「公立病院改革ガイドライン」に基づいて「清水病院経営計画（平成 21 年度から平成 26 年度）」（「第一期経営計画」という。）を策定し、公立病院として果たすべき役割や不採算医療に対する一般会計からの負担金の考え方を明確化し、経営の効率化による経営改善を図るため具体的な数値目標と目標達成の取組みを実行してきました。その結果として、策定時に比べ医療スタッフの確保、診療単価の増及び体制の整備等により診療収益は増収となり、材料費等の削減などもあり実質収支比率が向上し、経営面では一時的に改善が認められました。また、紹介率・逆紹介率ともに確実に伸びており、地域医療支援病院としての目標である病診連携が着実に進んでいます。これらのことから、第一期経営計画は一定の改善効果が認められたといえます。

しかしながら、最近の状況では医師・看護師、病床利用率は減少傾向にあり、刻々と変化する社会情勢や診療報酬改定に対応しながら地域の基幹病院として機能していくためには、地域の中で本院が果たすべき役割をより明確にし、それに向けて今後も経営改善を継続していかなくてはなりません。

本計画については、平成 27 年 3 月に策定しておりましたが、平成 27 年 3 月 31 日付け総務省自治財政局長通知「公立病院改革の推進について」に基づき、平成 28 年 3 月に静岡県の策定した地域医療構想と整合を図り、内容を改訂するものです。

II 経営計画

1 計画対象期間

本計画の対象期間は、平成 27 年度から平成 33 年度までの 7 年間とします。

2 静岡市の行政計画との関係

清水病院は静岡市の公立病院として、市民が安全・安心に暮らすために地方自治体が担うべき高度医療や救急医療等の政策医療を提供しています。したがって、この第二期経営計画の策定にあたっては、本市の行政運営の総合的指針として最上位計画に位置付けられる「静岡市総合計画」及び豊かな地域社会を実現するための行財政運営について定めた「静岡市行財政改革推進大綱」と、内容及び計画期間の整合を図り、市の行政計画と関連付けていきます。

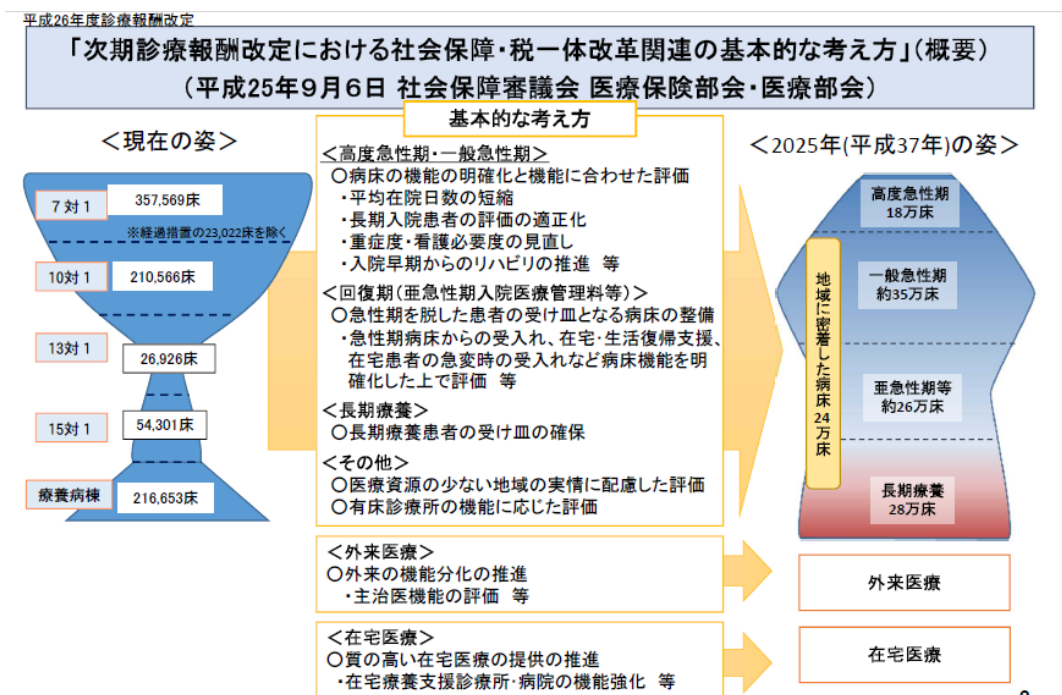
3 現状と課題

(1) 国及び静岡県の動向と清水病院を取り巻く環境

平成 25 年 9 月に 65 歳以上人口が全体の 25%に達し、団塊の世代の約 800 万人が 75 歳以上となる 2025 年 (H37) には、国民の 3 人に 1 人が 65 歳以上、5 人に 1 人が 75 歳以上となり、75 歳以上が 2,000 万人を超える超高齢社会を迎えます。高齢化が進展することで、高齢単身世帯や夫婦のみの世帯が増え、慢性疾患や複数疾患を抱える人、リハビリテーションを必要とする人、在宅医療を受ける人、認知症の人が増えることが想定されています。それに伴い、医療・介護に対する需要が増え、平成 25 年度に 40 兆円を突破した医療費他の社会保障費用も益々増大することから、社会保障制度の見直しが国の喫緊の課題となっています。

そこで国は、2025 年 (H37) の超高齢社会に向けて、医療機関の機能分化・連携を推進し、高度急性期から在宅医療まで、患者の状態に応じた適切な医療を地域において効果的かつ効率的に提供する体制を整備し、患者ができるだけ早く在宅復帰し、地域で継続して生活を送れるようにする方向性を打ち出しています。平成 26 年度の診療報酬改定においては、高度急性期、一般急性期、亜急性期と長期療養の病床機能が明確化され、急性期後の在宅移行を待つ患者や在宅患者の急変時の受け皿となる亜急性期病床として「地域包括ケア病床」が新設されました。この改定により、約 36 万床ある急性期 (7 対 1) 病床は 4 分の 1 にあたる 9 万床が削減され、2025 年にはさらに半分の 18 万床となり、より機能分化が進むとしています。

《図 厚生労働省資料》



静岡県においても、国の示した「地域医療構想策定ガイドライン」に基づいて、平成 28 年 3 月に「静岡県地域医療構想」が策定されました。静岡県地域医療構想では、医療と介護の総合的な確保に関して「医療ニーズの増加に対応して、患者が病状に応じて適切な医療を将来にわたって持続的に受けられるようにするためには、病床機能の分化及び連携を進めていく必要があること」「患者の視点からも、急性期の医療から在宅医療・在宅歯科医療・介護までの一連のサービスが適切に確保され、さらに救急医療や居宅等で様態が急変した場合の緊急患者の受け入れ等の適切な医療体制が確保される等、ニーズに見合った医療・介護サービスが地域で適切に提供される必要があること」などの基本的な考え方が示され、「各地域の現状・課題及び将来の医療需要の推計等を踏まえつつ、全県における将来のあるべき医療提供体制の方向性・考え方を明示します」とされています。

清水区の状況を見てみると、平成 26 年 3 月現在の清水区の人口約 236,100 人のうち、老年人口は約 70,300 人と区人口の 28.6%にのぼり、市内 3 区のうち最も高い高齢化率を示しています。今後高齢化は一層進み、平成 37 年時の高齢化率は 31.8%と推計され、先に述べたような超高齢社会への対応が必要であることが明白であります。

清水区には当院を含め 3 つの公的病院がありますが、これまで診療科の縮小や閉鎖が続いており、平成 26 年 4 月には清水区における当院以外の小児科及び産婦人科が全て閉鎖されました。また、当院においても内科系常勤医師が減少しており、清水区の医療提供体制は難しい局面を迎えております。現在当院は、市内公的病院や区内診療所などと連携を図りながら、清水区の医療機能の維持に全力を注いでいるところです。

(2) 清水病院の現状

① 病床数 475 床（看護体制：10 対 1）

【内訳】一般病床数：390 床、地域包括ケア病棟：35 床、

回復期リハビリテーション病床：44 床、集中治療室：6 床

② 標榜科 26 科

内科、血液内科、神経内科、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、小児科、精神科、外科、消化器外科、乳腺外科、整形外科、形成外科、脳神経外科、呼吸器外科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、放射線診断科、放射線治療科、麻酔科、歯科口腔外科、病理診断科

③ 患者の地区別構成比（平成 27 年度）

項 目	清水区	葵 区	駿河区	県 内※	県 外
入院患者数（人）	113,468	1,550	1,584	1,438	975
構 成 比（%）	95.3	1.3	1.3	1.2	0.8
外来患者数（人）	175,802	3,179	3,711	3,814	1,994
構 成 比（%）	93.3	1.7	2.0	2.0	1.1

※ 静岡市内を除く。

④ 患者数等の推移

（単位：人・件）

項 目	H23	H24	H25	H26	H27
入 院 延 患 者 数					
（一 般）	134,465	128,272	121,864	114,770	105,779
（リハビリ）	12,559	11,762	12,511	11,860	13,236
（全 体）	147,024	140,034	134,375	126,630	119,015
一 日 平 均 患 者 数	401.7	383.7	368.2	346.9	325.2
外 来 延 患 者 数	231,277	233,064	225,998	195,526	188,500
一 日 平 均 患 者 数	947.9	951.3	926.2	801.3	775.7
実患者数（一般）	7,612	7,543	7,159	6,672	6,403
実患者数（リハ）	30	27	29	20	24
救 急 患 者 数	10,695	11,189	9,159	8,261	8,149
（うち救急車搬送）	3,465	3,287	2,751	3,018	3,058

⑤ 病床利用率と平均在院日数の推移

（単位：%・日）

項 目	H23	H24	H25	H26	H27
一 般 病 床	82.6	78.9	74.8	70.5	67.3
回復期リハビリ病床	62.4	58.6	63.5	60.2	82.2
地域包括ケア病床	—	—	—	—	66.3
集 中 治 療 室	—	—	—	—	57.1
全 体	80.3	76.7	73.6	69.4	68.5
平均在院日数（一般）	13.65	13.20	13.20	13.40	11.70

※ 病床数：平成 26 年度まで 500 床、平成 27 年度から 475 床。

⑥ 入院収益と外来収益の推移

(税抜き)

項 目	H23	H24	H25	H26	H27
入院収益 (千円)	6,402,545	6,490,311	6,282,420	6,048,962	5,875,095
入院単価 (円)	43,548	46,348	46,753	47,769	49,364
外来収益 (千円)	2,625,780	2,683,302	2,660,175	2,359,662	2,822,598
外来単価 (円)	11,353	11,513	11,771	12,068	14,974

⑦ 病診連携関係推移

項 目	H23	H24	H25	H26	H27
紹介率 (%)	42.4	42.9	44.6	51.4	54.1
逆紹介率 (%)	77.3	76.1	84.8	85.4	87.2
紹介患者数 (件)	10,416	10,732	11,083	10,864	11,482
相談件数 (件)	8,013	12,591	19,187	16,352	13,623

⑧ 常勤職員数の推移 (6月末現在)

(単位:人)

項 目	H23	H24	H25	H26	H27	全国平均 (一般病院)
医 師	71	71	72	67	67	93.6
看 護 師	328	331	322	312	317	395.7
薬 剤 師	19	19	19	19	19	20.0
放 射 線 技 師	20	20	20	20	21	20.0
検 査 技 師	30	31	30	31	31	27.1
リ ハ ビ リ	22	22	22	22	27	34.2
栄 養 士	2	2	2	2	2	7.6
臨 床 工 学 士	7	7	7	7	7	9.0
事 務	28	28	28	28	29	42.8
そ の 他	1	1	1	1	1	2.4
総 数	528	532	523	509	521	652.4

※ 当院は、平成27年度より病床数は475床(平成26年度以前は500床)であるため、全国平均は、平成27年6月調査の「病院運営実態分析調査」より475床に換算して試算(常勤職員のみ)

※ 「医師」に「歯科医」を、「看護師」に「助産師」を含む。「その他」は歯科衛生士、歯科技工士である。

清水病院は、清水区の基幹病院として急性期医療を中心に、急性期後の回復期リハビリテーション医療の提供や健診、予防接種などの公衆衛生活動まで幅広い医療を提供しています。平成25年度の清水区内3公的病院の患者数割合をみると、当院が占める割合は入院の70%、外来の59%となっており、清水区の中核病院として機能していることが分かります。また、回復期リハビリテーション病棟は、平成14年12月の開設以来、周辺の急性期病院からも主に脳卒中患者の受け入れを行っています。

一方で、全国的な医師偏在や常勤医師の退職などから医師不足となっており、以前にも増して厳しい病院運営を余儀なくされています。ここ最近の状況として、平成26年4月から循環器内科が、平成26年7月から腎臓内科が常勤医師の退職によりそれぞれ縮小し、救急医療の内科当番回数も減少せざるを得ず、入院・外来患者及び救急患者にも影響が出ています。

患者数の推移などから見える清水病院の現状は次のとおりです。

- ・患者の約95%が清水区民であり、患者全体の半数以上が65歳以上の高齢者である。
- ・入院患者、外来患者、病床利用率、救急患者が減少している。一方で診療単価は増加しており、患者数が減少した分の一部をカバーしている。
- ・紹介率・逆紹介率は増加しており、「地域医療支援病院」として病診連携及び病病連携の推進・強化が図られている。
- ・医師・看護師・リハビリ・栄養士・事務の職員数が全国平均に比べて特に少ない。
- ・平成14年4月に災害拠点病院に指定され、平成25年10月にはDMAT（災害派遣医療チーム）に登録し、救援活動を行う体制が整備された。
- ・平成27年4月から集中治療室を新設し、重症患者に対する集中的な治療を提供している。
- ・平成27年4月から地域包括ケア病棟を開設し、円滑に在宅復帰するための支援を提供している。
- ・平成28年10月に認知症疾患医療センターを設置し、高齢社会に対応した医療提供をしている。

(3) 現状を踏まえた清水病院の課題

- ・清水区の拠点病院として急性期機能を維持するとともに、救急患者受入体制を強化する。
- ・超高齢社会において、需要が高まる医療への提供体制を確立していく。
- ・将来人口予測や患者の動向、病院の地理的特性、制度改正の方向性などを十分考慮して、地域の医療ニーズに即した病床機能を選択していく。
- ・これまで推進してきた、急性期リハビリテーション・回復期リハビリテーションの実績を有効活用し、今後もリハビリテーション体制の強化を図っていく。
- ・「地域医療支援病院」として病診連携と病病連携をさらに強化・推進し、「地域完結型医療」の実現を目指す。

4 清水病院の果たすべき役割

(1) 基本理念・基本方針

現在の基本理念及び基本方針は、平成24年6月より掲げており地域医療を支えています。

《基本理念》

患者中心の良質な医療を提供するとともに、
地域医療の向上に貢献することを目指します。

《基本方針》

1. 私たちは患者さんの権利を尊重し、
相互の信頼関係を築き、安全、安心、納得の協同医療の提供を実践します。
2. 私たちは絶えず研鑽し、
根拠に基づいた質の高いチーム医療を提供することに努めます。
3. 私たちは地域住民から選ばれ、
職員が誇りを持って働ける病院を目指します。

(2) 公立病院の役割と健全経営の実現

公立病院は、地域住民の命を守るため、高度医療や救急医療等一般に不採算とされる医療であっても、地域に必要であれば提供する「公」としての役割を担うことが求められています。

清水病院は、他の医療機関や診療所、医師会などと連携しながら、地域医療の維持・向上、地域住民の健康と福祉に貢献すべく、これまでも地域の基幹病院としての役割を果たしてきましたが、今後も引き続き公立病院としての役割を担っていかなければなりません。

一方で、地方公営企業として、効率性、収益性、合理性にも配慮した経営も重要です。不健全経営となれば経営破たんを招き、結果的に安定的かつ継続的な地域医療の提供に支障をきたすことにもなります。経営健全化の努力なしには、地域住民が安心して暮らしていくための良質な医療サービスの提供はできません。

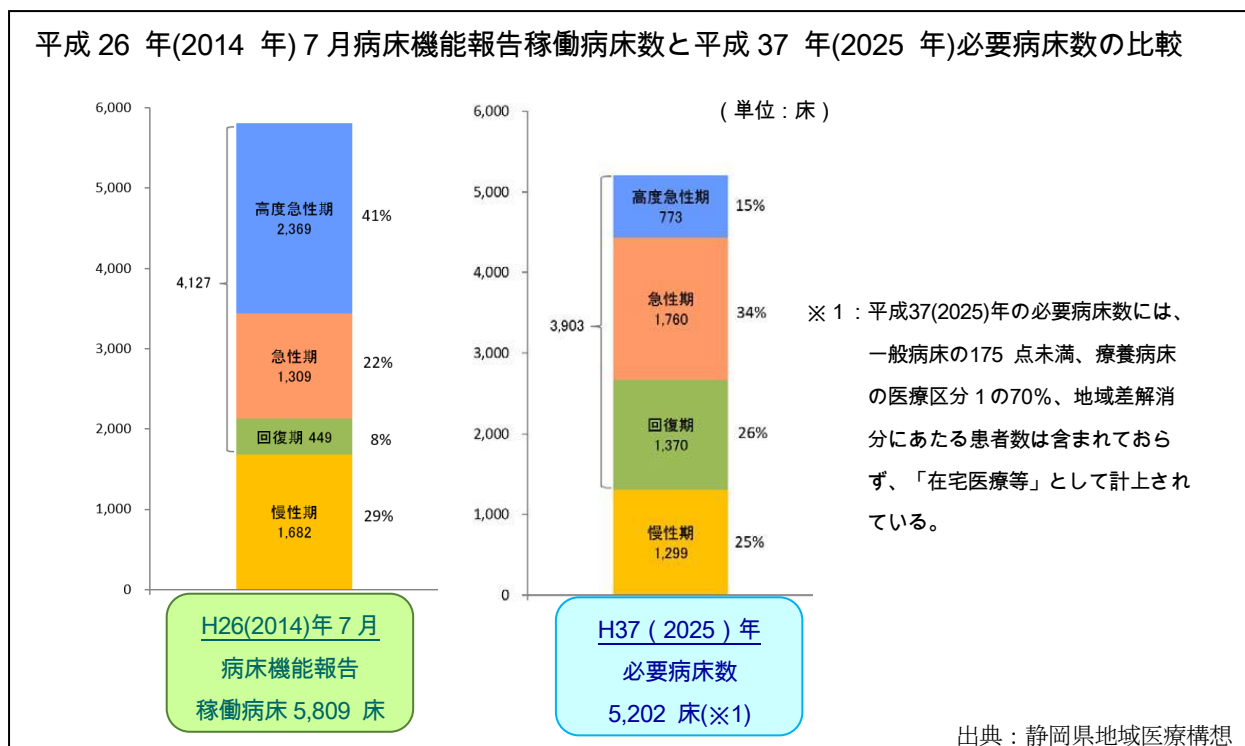
「公」と「健全経営」の両立をいかに実現するかは、清水病院を取り巻く厳しい状況の中で大きな課題ではあります。しかしながら、投資すべきところには投資し、無駄を省くべきところは省いて効率化を推進することで、二者の両立実現に向けて取り組んでいきます。

(3) 地域医療構想を踏まえた清水病院の役割

清水病院は、患者の約95%が清水区民で、かつ患者全体の半数以上が65歳以上の高齢者であります。清水区内の3公的病院のうち、入院患者の70%を、輪番制救急対応の内科24%・外科68%・小児科38%を当院が担っており、これまでも清水区の基幹病院として急性期医療を中心に幅広い医療を提供してきました。前述のとおり、当院を取り巻く環境は、医師不足などの厳しい現状もありますが、平成37年に超高齢社会が到来することを考慮すれば、今後の来院患者は高齢の清水区民が今まで以上に多くの割合を占めることが予想され、引き続き清水区の中核病院として、地域の需要に対して必要かつ最適な医療を提供していかなくてはなりません。

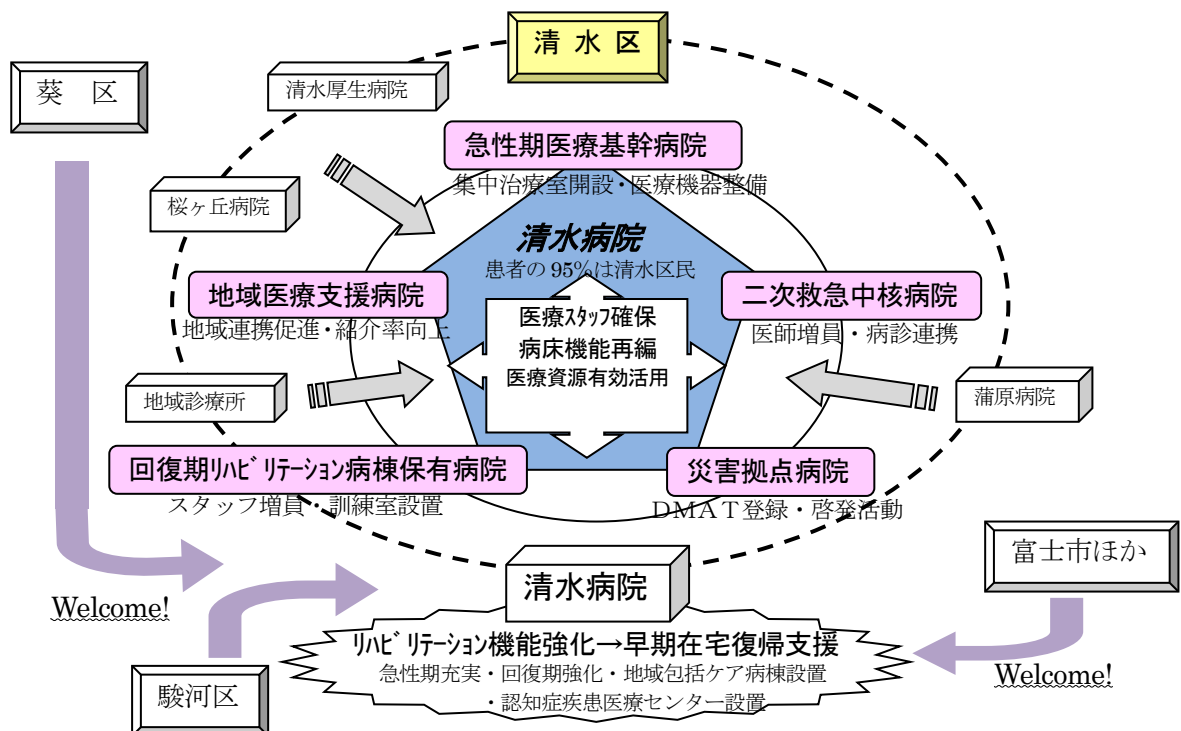
さらに、回復期リハビリテーション病棟を保有する病院として、これまで蓄積されたノウハウを活用し、さらにリハビリテーション機能を発展・強化することで、早期在宅復帰支援を促進し、市内の重要拠点病院として機能していくことが求められています。そのためには、市内公的病院や診療所などとの連携推進が必要不可欠であり、スタッフの増員や施設整備などにより、体制の充実を図っていきます。

なお、静岡県地域医療構想において、当病院が含まれる「静岡構想区域」では、平成37年の必要病床数は5,202床（高度急性期773床、急性期1,760床、回復期1,370床、慢性期1,299床）と推計されています。



《 当院の役割 》

- ・ 清水区の急性期医療を担う基幹病院として、高度急性期医療から一般急性期を中心に回復期医療を担い、地域住民の医療ニーズに沿った最適な医療を安定的かつ継続的に提供する。
- ・ 地域医療支援病院として、他の医療機関や診療所、医師会、介護業界等との連携を図っていく。また、地域包括ケアシステムの中で、診療所の後方支援機関として清水区の在宅医療を支えていく。
- ・ 清水区の二次救急の中核病院として救急受入体制を充実させ、二次救急医療を堅固なものとする。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟を持つ病院として、今後さらに需要が高まるリハビリテーションについて、これまで蓄積したノウハウを生かしてさらに体制強化を図っていく。
- ・ 地域包括ケア病棟の充実を図り、急性期から退院支援、在宅医療への地域連携を図っていく。
- ・ 認知症施策推進総合戦略に基づく認知症疾患医療センターとしての体制を整備し、認知症の人の地域生活を支える医療と介護の連携の推進役となり、地域支援体制の充実を図っていく。
- ・ 災害拠点病院として、住民が安心して暮らせるように、地震をはじめとする自然災害や大規模事故等の災害時の医療体制の充実を図る。



背景にあるのは、『超高齢社会』（地域での継続した生活）

キーワードは、『地域連携』（病診連携・病病連携）と『医療機関の機能分化』

(4) 目指す方向性

医療制度改革や診療報酬改定による診断群分類包括評価（DPC）、回復期医療及び在宅医療支援を視野に、救急患者の受入体制の強化等により急性期医療の機能を維持するとともに、「地域包括ケア病床」の設置により、高度急性期医療から一般急性期や回復期に至るまでの入院患者に対応できる医療機能の充実を図ります。

また、地域医療支援病院として、病診連携と病病連携をさらに強化し、医療機能分化を進めることで限られた医療資源を有効活用し、「地域完結型医療」への転換を目指します。

1. 急性期医療体制の維持と強化

- 迅速かつ集中的な救命処置を行う集中治療室を開設し、継続的かつ安定的に提供できる急性期医療体制を強化するとともに、救急患者を受け入れることにより地域ニーズにあった医療を提供する。
- 高度医療機器の計画的整備により、必要な高度医療を安定的かつ継続的に提供し、診療体制を維持していく。
- 専門的・診療科横断的な医療への対応を図るため、センター化を推進する。

2. 少子化と超高齢社会に対応した医療提供

- 市の人口減少対策に対応するため、産科、小児科の充実を図る。
- 急性期病床及び回復期リハビリテーション病棟の入院患者の退院後を含めた生活の充実を図るため、医療スタッフの人員を増加し、リハビリテーション機能の充実を図る。
- 認知症患者の増加が想定されるため、それに対応する体制を整備する。

3. 地域連携の推進と地域包括ケアの充実

- 医師会との定期的な協議会の開催、オープンシステムの推進、地域連携パスの運用などにより、医師同士の顔の見える関係を構築し、地域住民により適切な医療や情報を提供する。
- 診療所との医療機能の分化により、専門外来への特化を図り、限られる医療資源を入院機能や救急医療分野へ投入していく。
- 他の医療機関からの急性期後の患者や在宅患者の受け入れと在宅復帰支援の需要も高まっており、地域包括ケア病棟・回復期リハビリテーション病棟により、その受入体制を確保し、退院支援の強化を図るとともに効率的なベッドコントロールを行う。

(5) 一般会計負担の考え方

① 繰出基準に基づく繰出金

繰出金は、総務省の繰出基準に基づき算定し、一般会計の状況に応じ負担するものとする。

② 経営安定のための繰出金

現下の厳しい医療環境を踏まえ、病院の安定的な運営を図るため、上記①の他に一般会計の状況に応じて繰り出しを検討する。

(6) 5つの柱と具体的な取組

【第一の柱】「医療スタッフの人材確保と育成」

経営改善を図る上で喫緊の課題は医師・看護師等の医療スタッフの確保です。近年の専門医志向、地域偏在、診療科偏在、勤務医の過酷な勤務体制、医局の医師派遣機能の低下などにより医師不足が深刻な問題となっています。特に、診療報酬に直結する医師増員は最重要課題であることから、関連大学医学部や大学病院との連携強化はもちろん、新たな取組みによる施策や制度設計を策定し、医師増員に最大限取り組んでいきます。また、高度専門化する医療現場において、医療の質を維持・向上するためにはチーム医療の推進が重要であり、様々なジャンルの医療従事者スペシャリストの確保・育成も必要となります。さらに、職員が自らの職場に誇りを持ち、モチベーションを向上させ、働く喜びを感じることができるような職場環境の整備に努め、医療従事者にとって魅力ある病院を目指していきます。

① 医師の増員

- 平成 27 年度の集中治療室稼働にあわせ、常勤医を 1 名採用。
- 平成 28 年度に麻酔科の常勤医を 1 名、初期臨床研修医 3 名をそれぞれ採用。
- 常勤医師の不足により、応援医師での対応を余儀なくされている診療科、特に平成 26 年度に常勤医の退職により縮小した循環器内科及び腎臓内科を中心に、医師の増員を目指す。
- 初期臨床研修プログラムを見直し、初期臨床研修医（医師免許取得後 2 年間）が充実した研修を行える環境を整備し、受入枠を平成 27 年度から 2 人から 5 人に増員し積極的な受け入れを行う。
- 平成 20 年度以降の医学部定員増（平成 25 年度までに平成 19 年度比で約 1,400 人増）により、平成 29 年度頃から段階的に後期研修医が全国的に増加する。若手医師は、指導体制が充実している研修病院を選択すること、また医局から派遣されることが想定されるため、指導医及び専門医の資格維持及び取得を支援し、若手医師が働きたい環境を整える。

② 医学生修学資金貸与制度の創設と活用

- 将来、当院で診療業務に従事する意思を有している医学生を対象として平成 27 年度に創設した修学資金貸与制度を活用し、研修医等の確保に努める。

③ 医師の研究・技術向上の支援

- 平成 26 年 10 月より開始した、関連医局や大学病院での研究活動を行うことができる医師教育研究制度を活用して、後期研修医などの若手医師が毎月 1 回程度関連医局などへ出向き、症例数の少ない医療技術の知識や技術を習得するとともに、医局との連携を深め、医局からの医師の派遣をしやすい環境を整備する。
- 若手医師の医療技術向上のため、気道確保・気管挿管トレーニング、縫合・穿刺手技、内視鏡手術実習などのシミュレーション機器の購入・充実を図る。
- 医師事務作業補助者（医療秘書）を増員し、医師が治療行為に専念できる体制を整え、医師業務の負担軽減を図る。

④ リクルート活動の強化

- 関連大学医局との連携を強化するため、病院長をはじめ診療科長の医局訪問を積極的に実施する。
- 医師や看護師の派遣紹介会社と契約を結び、全国から幅広く人材を募集・確保する。

⑤ 組織の設置と医療スタッフの育成

- 医療の質の向上と医療スタッフの育成による院内活性化を図るため、平成 27 年 4 月に設置した「教育研修・病院事業管理室」を中心に、医療情報収集や分析、院内臨床指標の作成や公開、院内研修等の企画実施、臨床研修プログラムの作成を行っていく。

⑥ 女性医師・看護師等の就労支援と離職防止

- 女性医師や看護師等が働きやすい環境の改善を図るため、院内保育所の夜間保育拡充等の機能充実策を検討する。
- 看護職員に対して職場環境改善に関するアンケートを、退職予定者には退職理由のアンケートを行い、現状把握をしたうえで、勤務体制や処遇改善等の離職防止改善策を検討し、離職率を抑える。
- 離職した看護師に対し積極的に声かけをおこない、再就職を促すとともに、勤務時間の自由がきくパート看護師の確保を進めていく。
- 看護職員の負担軽減のために、看護補助員の業務を明確化するとともに、継続的に増員を図る。

- 清水看護専門学校の学生の実習を積極的に受け入れ、看護師や助産師の確保と育成を図る。

⑦ 病棟薬剤師の配置

- 薬物療法の高度化が進み、医療の質の向上や医療安全の観点から病棟薬剤師の配置が必要となっている。入院患者への服薬指導や処方薬管理の充実を図り、副作用発見、服薬に関連した事故防止、医師・看護師の負担軽減のために、各フロア1名の病棟薬剤師の配置を目指していく。

⑧ リハビリテーションスタッフの増員

- 平成27年4月に、回復期リハビリテーション病棟の機能強化、急性期リハビリテーションの拡充、及び地域包括ケア病棟の設置に必要なリハビリテーションスタッフを確保していく。

⑨ 研修の充実

- 研修会等への参加、学会での演題等の発表を促し、指導医及び専門医などの各種資格取得を支援する。
- 高度専門化が進む医療現場において、医療の質向上のために認定看護師や認定薬剤師等スペシャリストの資格取得及び育成を支援する。主に集中治療室やがん分野など、当院に必要な専門分野の認定看護師を、計画的に育成する。また、資格が効果的に発揮できる機会提供と配置を行うことで職員のモチベーションの向上に繋げるとともに、院内研修等の様々な活動を通じて職員全体のスキルアップを図っていく。
- 患者サービスの向上、働きやすい環境、区民に対しての情報発信、また経営などについて、広く職員で意識を共有し、委託職員を含む病院で働く全職員で接遇や改善に関する意識を高めていく。
- 事務職員のスキル向上のため研修体制の充実を図る。

【第二の柱】「病床機能の再編と機能の強化」

今後の人口構成や超高齢社会に向けて、医療制度の方向性を勘案しつつ、地域の医療ニーズに即した病床機能の再編が急務となっており、平成27年4月に集中治療室6床、地域包括ケア病棟35床を開設し、500床から475床へと病棟の再編を行いました。

清水区の基幹病院として、高度急性期から在宅支援までをカバーし、地域住民が地域において必要な医療を適切に受けられるよう、地域の医療機関との連携を図りつつ当院の医療資源を有効に活用していきます。

(平成 26 年度)			(平成 27 年度)	
一般急性期	446 床	⇒	集中治療（高度急性期）	6 床
回復期リハビリテーション	54 床		一般急性期（急性期）	390 床
合 計	500 床		地域包括ケア（回復期）	35 床
			回復期リハビリテーション（回復期）	44 床
			合 計	475 床

① 急性期病床の機能強化

- 清水区の急性期医療を担う基幹病院として機能を維持・向上させる必要がある。平成 27 年 4 月に新設した集中治療室の充実を図り重症患者の受入体制を強化していく。
- 病診連携や病病連携を推進し、医師同士の顔の見える関係を構築することにより、紹介率を向上させ、急性期患者の受け入れを増やしていく。
- 地域住民の医療ニーズに沿った高度医療を提供するため、高度医療機器の計画的整備に努める。また、MRI については診療にかかる精度向上を図るとともに、検査までの予約待ち期間の短縮による患者サービスの向上を図る。

② 回復期リハビリテーション病棟の機能強化

- 平成 27 年度に病棟に設置した機能訓練室を活用し、早期リハビリテーションを実施し充実を図る。
- 今後、リハビリテーションが必要な患者の増加が見込まれ、当院のみならず他医療機関からの患者受入の需要も高まることが予想される。リハビリテーション機能の充実を図るため、リハビリテーションスタッフを増員し、リハビリテーション体制を強化する。

③ 地域包括ケア病棟の設置と機能強化

- 他の医療機関からの転院も含め急性期後の患者受入、在宅復帰の支援、在宅患者の緊急時受入に対応できる医療体制を確保していくため、平成 27 年度に新設した地域包括ケア病棟の充実を図る。
- 地域包括ケア病棟内に地域ケアマネージャー室を設置し、病院職員とケアマネージャーとの連絡、連携を密にし、在宅復帰に向けた支援を行う。

④ センター化の推進

- 平成 28 年 10 月に認知症疾患医療センターを設置。専門的・診療科横断的な医療と、患者中心の良質なチーム医療を更に進めるため、呼吸器疾患センター（仮称）、整形疾患センター（仮称）、入退院センター（仮称）の設置を目指す。

【第三の柱】地域連携の推進と安心・安全な医療の提供

地域住民が地域で継続して安心して暮らせるよう、地域の診療所との機能分化と連携により、高度急性期から在宅復帰まで安心・安全な医療を提供していきます。そして、患者さんの満足度を向上させ、地域住民から選ばれる病院を目指します。

① 地域連携の推進

- 地域医療支援病院としての機能を維持・強化し、紹介率を向上させる。
- 医師会との定期的な協議会の開催、オープンシステムの推進、地域連携パスの運用、研修会等の周知などにより、病診連携を推進する。
- 地域の医療機関と連携を強化し、退院患者のケア情報や地域の介護・福祉施設等の状況など幅広い情報の交流に努める。
- 退院支援など医療福祉相談業務を強化し、患者の在宅復帰への促進を図るため、医療ソーシャルワーカーを増員する。

② 医療安全対策の実施

- 院内のインシデント・アクシデントや院外からの有用な情報などを収集・分析・活用し、医療スタッフへ迅速にフィードバックすることによって、より安心・安全な医療を提供していく。
- 患者の安全確保のために、医療スタッフ個人レベルでの事故防止、組織全体としてシステム改善に取り組んでいく。また、医療安全指針やマニュアルについて、定期的に見直しを図っていく。
- 患者と医療スタッフは治療に関する情報を共有し、互いの信頼関係を強化し、協同して治療を行っていく。
- 医療安全に関する研修会を定期的で開催し、職員の医療安全に対する意識をさらに高めていく。

③ 院内感染防止対策の実施

- 様々な職種の職員で組織するチーム（ICT：感染制御チーム）で、臨床、施設設備など院内の環境チェックや感染防止対策の実施状況の確認などを行い、組織全体で情報の共有化を図り、院内感染防止対策を推進していく。
- 全職員を対象に、地域の医療関係者も招いて毎年研修会を開催し、院内感染防止対策の基本的考え方や最新の具体的方策について共に学び、地域全体として安全な医療を提供できるよう、院内感染の防止に努めていく。

④ 災害拠点病院としての医療体制の充実

- DMAT（災害派遣医療チーム）を1チーム、登録追加を目指す。
- 市民と協働での地域防災訓練や市民への啓発活動を実施することで、発災時の自助・共助・互助の精神を養う。

⑤ 患者満足度の向上

- 患者さんによる当院の医療サービスに対する評価、要望を把握し、患者サービスの向上及び経営の改善を図る。

⑥ 医療情報の発信

- 市立の公的病院として、市民を対象とした健康や疾病予防等に関する講座開催などを通じて、正しい医療情報の発信と普及を図り、市民に身近な病院を目指す。

【第四の柱】「病院施設の維持と機能向上」

本館が、施設の老朽化に伴う改修の時期を迎えています。病院機能を維持し、あわせて機能を向上させるため、施設の計画的な改修を行っていきます。

① 病棟の改修

- 経年劣化による漏水等の事故が発生しており、病棟の給排水設備の改修が急務となっている。そのため、一病棟を休床しながら計画的に順次病棟改修を行っていく。あわせて、病棟の内装を更新し、入院環境の改善による患者サービスの向上を図る。

H27年度 (実績)	H28年度 (予算)	H29年度 (予算)	H30年度 (計画)	H31年度 (計画)	H32年度 (計画)
1棟改修	2棟改修	2棟改修	2棟改修	2棟改修	1棟改修

② 病院施設の機能向上

- 病棟の改修にあわせて、施設の機能向上を図りサービスの向上を図る。
 - ・平成29年度産婦人科病棟の改修にあわせて、個室分娩（LDR）を導入する。

③ 施設の長寿命化

- 予防保全による老朽化対策で、無停電電源装置（CVCF）・外壁・屋上防水の改修等を行い、建物の長寿命化を図る。

④ 駐車場の確保と整備

- 利用者の利便性を図るため、第二駐車場の拡幅整備を実施した。
- 第一駐車場を含めた駐車場の在り方については、今後の患者数の動向を見ながら検討していく。

【第五の柱】 収支の改善

収入増と経費節減に関する取組を検討・実施し、実質収支（一般会計が負担すべき繰入を含む。）均衡を目指していきます。

① 【第一の柱】「医療スタッフの人材確保と育成」による効果（再掲）

- 医師が働きたいと思う環境の整備やリクルート活動の強化などにより平成33年度までに常勤医師を増員し、診療収入の増を目指す。
- 平成27年度にリハビリテーションスタッフを増員することによる診療単価の向上と、他の医療機関からの転院を含めたリハビリテーションが必要な患者の受け入れにより、病床利用率の向上を図る。
- 薬剤師の増員を目指し、各フロア1名の病棟薬剤師を配置していく。

② 【第二の柱】「病床機能の再編」による効果（再掲）

- 集中治療室の整備や地域包括ケア病棟の開設、センター化、リハビリテーションスタッフなどの病棟専従者の配置により、診療収入の増を図る。
- 地域住民が地域において必要な医療を適切に受けられるよう、高度急性期から一般急性期や回復期、さらに在宅復帰を支援する病床に再編し、病棟ごとに機能分化及び連携させることで、病床を効果的に運用し、各病棟の病床利用率をあげていく。
- 他の医療機関からの急性期後の患者や在宅患者を積極的に受け入れ、患者増に繋げていく。
- 地域の基幹病院としての機能を強化し、地域医療ニーズに応えるために、高度医療機器を計画的に更新・増設する。MRI増設などにより、収入増に繋げていく。

③ 【第四の柱】「病院施設の維持と機能向上」による効果（再掲）

- 産婦人科病棟の改修にあわせてLDR室を整備し、個室分娩を可能にするとともに、安心安全快適な出産を提供し患者サービスの向上を図ることで、分娩件数を増やし収益増に繋げていく。

④ 材料費の削減

- 材料等の破損・廃棄薬品などの実態を把握し、使用ルールの徹底によるコスト削減を図る。
- 後発医薬品の採用を推進し、薬品費の削減を図る。

⑤ 未収金対策の強化

- 徴収員や徴収委託会社による滞納抑制を図るとともに、新たな収納方法等を検討する。

⑥ 適正な診療報酬の請求

- 診療報酬上算定可能な項目のシステムチェックや対象リストによる確認等を実施し増収を図る。
- 医事担当職員は高度な専門的な知識や医師との情報共有が求められるため、業務に専任可能で精通した職員の採用を検討する。

5 収支改善目標

※ この収支改善目標は、各金額を百万円未満四捨五入で表記しているため、合計額や差引額が一致しない場合があります。

(1) 医療スタッフの増員目標

(記載人数は、4月1日時点の合計人数)

項目	H27 (実績)	H28 (実績)	H29 (計画)	H30 (計画)	H31 (計画)	H32 (計画)	H33 (計画)
医師(人)	67	68	74	75	76	77	77
看護師(人)	325	340	355	355	355	355	355
薬剤師(人)	19	22	23	25	25	25	25
リハビリテーション(人)	26	29	31	35	35	35	35

(2) 入院収益の目標(病棟別)

① 一般病棟

項目	H27 (実績)	H28 (計画)	H29 (計画)	H30 (計画)	H31 (計画)	H32 (計画)	H33 (計画)
病床数(床)	390	390	390	390	390	390	390
病床利用率(%)	67.3	70.1	75.0	76.7	78.3	79.2	80.0
年間患者数(人)	96,029	99,718	106,810	109,167	111,829	112,702	113,880
入院単価(円)	53,357	52,977	55,300	56,800	58,300	59,800	59,800
診療収入(百万円)	5,124	5,283	5,907	6,201	6,520	6,740	6,810

② 回復期リハビリテーション病棟

項目	H27 (実績)	H28 (計画)	H29 (計画)	H30 (計画)	H31 (計画)	H32 (計画)	H33 (計画)
病床数(床)	44	44	44	44	44	44	44
病床利用率(%)	82.2	78.7	88.0	88.7	89.4	90.0	90.0
年間患者数(人)	13,236	12,647	14,100	14,200	14,397	14,500	14,500
入院単価(円)	27,436	28,569	29,600	35,878	35,878	35,878	35,878
診療収入(百万円)	363	361	417	509	517	520	520

③ 地域包括ケア病棟

項目	H27 (実績)	H28 (計画)	H29 (計画)	H30 (計画)	H31 (計画)	H32 (計画)	H33 (計画)
病床数（床）	35	35	35	35	35	35	35
病床利用率（％）	66.3	78.6	82.0	83.3	86.6	90.0	90.0
年間患者数（人）	8,496	10,039	10,470	10,600	11,093	11,500	11,500
入院単価（円）	32,208	31,776	32,200	32,200	32,200	32,200	32,200
診療収入（百万円）	274	319	337	341	357	370	370

④ 集中治療病棟

項目	H27 (実績)	H28 (計画)	H29 (計画)	H30 (計画)	H31 (計画)	H32 (計画)	H33 (計画)
病床数（床）	6	6	6	6	6	6	6
病床利用率（％）	57.1	65.2	70.0	71.7	73.4	75.0	75.0
年間患者数（人）	1,254	1,427	1,540	1,577	1,619	1,650	1,650
入院単価（円）	91,604	93,790	94,000	94,000	94,000	94,000	94,000
診療収入（百万円）	115	134	145	148	152	155	155

(3) 外来収益の目標

項目	H27 (実績)	H28 (計画)	H29 (計画)	H30 (計画)	H31 (計画)	H32 (計画)	H33 (計画)
診療日数（日）	243	243	243	244	244	243	242
外来患者数（人）	188,500	186,137	194,350	195,200	195,200	194,400	193,600
外来単価（円）	14,989	13,391	13,134	12,770	13,270	13,770	13,770
診療収入（百万円）	2,825	2,493	2,553	2,493	2,590	2,677	2,666

(4) 材料費の目標

項目	H27 (実績)	H28 (計画)	H29 (計画)	H30 (計画)	H31 (計画)	H32 (計画)	H33 (計画)
材料費比率 (%)	28.4	24.7	23.1	21.6	21.6	21.6	21.6
薬品費比率 (%)	19.8	16.1	14.7	13.2	13.2	13.3	13.3
診療材料費比率 (%)	8.4	8.4	8.2	8.2	8.2	8.1	8.1

(5) 紹介率・紹介件数・逆紹介率の目標

項目	H27 (実績)	H28 (計画)	H29 (計画)	H30 (計画)	H31 (計画)	H32 (計画)	H33 (計画)
紹介率 (%)	54.1	55.0	56.0	57.0	58.0	59.0	60.0
紹介件数 (件)	11,491	11,631	11,803	11,975	12,147	12,319	12,491
逆紹介率 (%)	87.2	87.5	87.5	87.5	87.5	87.5	87.5

(6) 収支計画

① 収益的収入 (税抜)

(単位：百万円)

項目	H27 (実績)	H28 (計画)	H29 (計画)	H30 (計画)	H31 (計画)	H32 (計画)	H33 (計画)
医業収益	9,528	9,463	10,256	10,607	11,062	11,396	11,457
入院収益	5,875	6,097	6,806	7,200	7,546	7,785	7,856
外来収益	2,823	2,493	2,553	2,493	2,590	2,677	2,666
他会計負担金	533	553	590	590	590	590	590
その他収益	296	320	307	324	336	344	346
医業外収益	2,951	3,055	2,605	2,282	1,822	1,605	1,553
他会計負担金	752	855	859	1,447	1,442	1,434	1,435
他会計補助金	2,070	2,068	1,611	701	259	51	0
その他収益	130	132	135	135	121	119	118
収益的収入計	12,479	12,518	12,861	12,889	12,884	13,000	13,010

② 収益的支出 (税抜)

(単位：百万円)

項目	H27 (実績)	H28 (計画)	H29 (計画)	H30 (計画)	H31 (計画)	H32 (計画)	H33 (計画)
医業費用	11,741	11,895	12,268	12,305	12,261	12,278	12,294
給与費	6,339	6,601	6,872	6,917	6,917	6,916	6,916
材料費	2,562	2,277	2,328	2,294	2,389	2,457	2,470
経費	2,140	2,151	2,159	2,158	2,138	2,044	2,041
減価償却費等	636	768	812	841	722	767	773
その他	65	98	96	95	94	93	93
医業外費用	623	623	592	584	623	723	686
支払利息	117	104	82	68	55	52	48
その他	507	519	511	516	568	671	638
収益的支出計	12,364	12,518	12,861	12,889	12,884	13,000	12,979

経常収支	115	0	0	0	0	0	31
------	-----	---	---	---	---	---	----

③ 資本的収入（税込）

（単位：百万円）

項 目	H27 (実績)	H28 (計画)	H29 (計画)	H30 (計画)	H31 (計画)	H32 (計画)	H33 (計画)
企 業 債	573	519	563	447	447	424	400
出 資 金	18	35	51	51	54	69	68
そ の 他	22	23	7	2	2	2	2
資本的収入計 A	613	577	621	500	503	494	469

④ 資本的支出（税込）

（単位：百万円）

項 目	H27 (実績)	H28 (計画)	H29 (計画)	H30 (計画)	H31 (計画)	H32 (計画)	H33 (計画)
建設改良費	667	668	729	615	615	614	593
建物建設費等	89	47	73	47	47	24	0
固定資産購入費等	578	621	656	568	568	591	593
貸付金	88	128	144	144	148	159	158
企業債償還金	764	832	944	882	641	693	681
そ の 他	3	7	0	0	0	0	0
資本的支出 B	1,523	1,635	1,817	1,640	1,403	1,466	1,431

差引額（A－B）	▲ 909	▲ 1,058	▲ 1,196	▲ 1,140	▲ 900	▲ 972	▲ 962
----------	-------	---------	---------	---------	-------	-------	-------

資本的収入額に対し資本的支出額が不足する額については、損益勘定留保資金等で補てんします。

企業債残高	5,360	5,062	4,681	4,247	4,053	3,784	3,503
-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

6 累積欠損金の解消について

平成15年度末に約25億3,800万円あった累積欠損金は、経営改善による努力と一般会計からの支援により、この12年間で約10億4,000万円を減額し、徐々に解消されています。

今後についても、自ら経営改善に努めるとともに、財政支援を得つつ、累積欠損金の解消を図っていきます。

項 目	H15年度末	H27年度末	増減
累積欠損金残高	2,538,315千円	1,499,106千円	▲1,039,209千円

7 今後の経営形態について

経営改善に取り組み、実質黒字化、累積欠損金の解消が図られ、経営が安定化したうえで、より経営の自由度が増し、人的・物的資源を迅速、柔軟に確保することが可能となる地方独立行政法人化への移行を平成30年代半ばを目途に目指していきます。

8 各種指標

(1) 収益性分析指標

(単位：%)

項目	H27 (実績)	H28 (計画)	H29 (計画)	H30 (計画)	H31 (計画)	H32 (計画)	H33 (計画)
医業収支比率	81.1	79.6	83.6	86.2	90.2	92.8	93.2
経常収支比率	100.9	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.2
実質収支比率	84.2	83.5	87.5	94.6	98.0	99.6	100.2
職員給与費比率	57.8	60.8	59.0	57.7	55.5	54.1	53.8
病床利用率	76.3	79.6	84.3	86.0	87.9	89.0	81.6
入院単価(円)税込※	49,367	49,235	51,203	53,117	54,309	55,469	55,505
外来単価(円)税込	14,989	13,391	13,134	12,770	13,270	13,770	13,770

※病棟別は上記5(2)参照

(2) 機能性分析指標

(単位：人)

項目	H27 (実績)	H28 (計画)	H29 (計画)	H30 (計画)	H31 (計画)	H32 (計画)	H33 (計画)
入院患者数(年間)	119,015	123,831	132,920	135,544	138,938	140,352	141,530
※(一日)	325	339	364	371	380	385	388
外来患者数(年間)	188,500	186,137	194,350	195,200	195,200	194,400	193,600
(一日)	776	766	800	800	800	800	800
救急患者数	8,149	8,210	8,660	8,750	8,830	8,840	8,840

※病棟別は上記5(2)参照

9 点検・評価・公表

市の附属機関である「静岡市立清水病院経営懇話会」により、毎年度の決算に基づき本計画の取組状況の点検・評価を、毎年度10月末を目途に行い、各区市政情報コーナー及び清水病院ホームページで公表を行うこととします。

なお、社会情勢の変化により、必要に応じて本計画を見直し、改定することとします。

用語解説（五十音順）

あ	I C T	院内感染から患者さんや職員を守るために医師、看護師、薬剤師などが活動を行う専門組織（Infection Control Team）。
	亜急性期	急性期の段階を過ぎて病状が安定し、リハビリや退院支援を行う段階の状態にあること。「回復期」とほぼ同義。
	アクシデント	患者さんが本来持っていた疾病や体質などの基礎的条件によるものではなく、医療上の過失の有無に関係なく、医療行為によってその目的に反して生じた有害な事象をいう。
い	医業収支比率	医業収益÷医業費用×100
	医療ソーシャルワーカー	患者さんが地域や家庭において自立した生活を送ることができるよう、社会福祉の立場から患者や家族の抱える心理的・社会的な問題の解決・調整を援助し、社会復帰の促進を図る専門職。
	インシデント	ヒヤリ・ハット事例のこと。誤った医療行為が患者さんに実施される前に発見された、或いは誤った医療行為が実施されたが、結果として患者さんに影響を及ぼすに至らなかったものをいう。
え	M R I	核磁気共鳴現象により体内水分子に含まれる水素原子の動きを利用して身体の断面を撮影する装置で、C Tと異なり被爆しない。
	L D R	陣痛期（Labor）分娩期（Delivery）回復期（Recovery）の頭文字をとったもので、別々だった各部屋を同一の部屋で行うシステムのこと。
お	オープンシステム（共同利用）	病院に登録した地域のかかりつけ医とともに診療できるように解放した病床（当院5床）を確保し、また、その他設備（図書室等や高度医療機器（CT、MRI等））を利用できるようにしている仕組み。「地域医療支援病院」承認要件の一つ。
か	回復期	患者の容態が危機状態（急性期）から脱し、身体機能の回復を図る時期。「亜急性期」とほぼ同義。
	回復期リハビリテーション	急性期を脱し在宅復帰を目指すために行われるリハビリテーション。
	看護補助員	看護師の指示のもと、療養生活上の世話（食事・排泄・清潔・入浴・移動）などのほか、病室内の環境整備、ベッドメイキングなどの業務を行う人。

	ガンマカメラ	体内から放出されたガンマ線を信号として受け止め、コンピュータ処理し画像化する核医学診断装置。
き	逆紹介率	逆紹介患者数 ÷ 初診患者数 × 100
	急性期	病気を発症して間もなく、救命や、急激な病気の進行を防ぐための手術などの治療が必要とされる時期。
	急性期リハビリテーション	発症からできる限り早い段階で行われるリハビリテーションのこと。通常は発症してから2週間位までの期間をいう。
こ	後期研修医	医師免許取得後の初期研修（2年間）後の3～5年目までの医師のこと。専門としたい診療科で専門医や指導医から指導を仰ぐ。
さ	災害拠点病院	地震・津波・台風・噴火等の災害発生時に災害医療を行う拠点となる医療機関。
	材料費比率	材料費 ÷ 医業収益 × 100
し	実質収支比率	経常収益のうち経営安定のための補助金を除いたもの ÷ 経常費用 × 100
	CT	X線を使って身体の断面を撮影する装置。
	指導医	高度な知識や技量、経験を持ち、認定医や専門医などを指導する立場にある医師・歯科医師として学会が認定した医師・歯科医師。
	集中治療室	重篤な患者に対し、医師や看護師が24時間体制で高度な医療・看護を行うことを目的とした病院内の施設。
	初期臨床研修医	医師免許取得後1～2年目の研修医。
	紹介率	紹介患者数 ÷ 初診患者数 × 100
	初期臨床研修プログラム	臨床研修を行う病院の研修プログラムのこと。
	職員給与費比率	職員給与費 ÷ 医業収益 × 100
	診療材料費比率	診療材料費 ÷ 医業収益 × 100
	診療報酬改定	医療機関の診療に対して保険から支払われる報酬の改定で、2年に1度行われる。
せ	専門医	高度な知識や技量、経験を持つ医師として学会が認定した医師。学会が認定する「認定医」よりさらに高度な知識や技量をもつ。
そ	総合診療医	総合的な診療能力を有する医師。身体の状態だけでなく患者の社会生活なども含めた全体を継続的に診つつ、必要に応じて適切に臓器や疾病に特化した専門医への橋渡しをする。

	損益勘定留保資金	現金支出を伴わない減価償却費や資産減耗費などの企業内部に留保される資金。
ち	地域医療支援病院	かかりつけ医を支援し、地域医療の確保、病診連携を図ることを目的とし、2次医療圏ごとに指定される病院であり、地域の開業医との機能の分担と連携を目指している。
	地域完結型医療	それぞれの病院や診療所・クリニック等がその特長を活かしながら役割を分担し、病気の診断や治療・検査を行い、地域の医療機関全体で1つの病院のような機能を持ち切れ目の無い医療を提供していくこと。
	地域包括ケアシステム	地域の中で医療・介護間の役割分担を明確にし、効率的なサービスの提供と施設間や職種間の連携強化による切れ目のない医療・介護サービスの提供、利用者の生活の質向上を目指すしくみ。
	地域包括ケア病床	急性期治療を経過した方や在宅療養の方などの受け入れ並びにリハビリや在宅復帰支援などを行う機能を有する病床。
	地域連携パス	急性期病院から回復期病院を経て自宅に帰れるように診療計画を作成し、連携している医療機関で共有して用いるもの。施設ごとの診療内容や経過等が記載されている。
	チーム医療	一人の患者に複数の医療専門職が連携して治療やケアに当たること。従来医師が中心となって医療業務を形成していたが、医療従事者がお互い対等に連携することで患者中心の医療の実現を目的とする。
ち	地方独立行政法人	住民の生活、地域社会及び地域経済の安定等の公共上の見地からその地域において確実に実施される必要のある事務・事業のうち、地方公共団体自身が直接実施する必要はないものの、民間の主体にゆだねては確実な実施が確保できない恐れがあるものを効率的・効果的に行わせるために地方公共団体が設立する法人。
て	D P C	入院診療費の計算方法が、病気の種類と診療内容によって分類された診断群分類により、国が定めた一日あたりの定額部分と出来高による部分を組み合わせた方式。
	D M A T	Disaster Medical Assistance Team 大規模災害や多数傷病者発生の可能性のある大事故の現場で医療行為を行う、医師や看護師、事務職員で編成される災害派遣医療チーム。
な	内視鏡	人体内部を観察することを目的とした医療機器で、本体に光学系を内蔵し、先端を体内に挿入することによって内部の映像を手元で見ることができる。

に	二次救急医療	入院治療や手術を必要とする重症患者に対応する救急医療。病院群輪番制（いくつかの病院が当番日を決めて救急医療を行う）に参加する病院が順番で、夜間および日曜、祝日、年末年始などの診療を行う。
	認定看護師	日本看護協会の認定看護師認定審査に合格し、ある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看護師（認定看護分野：21 分野）。
	認定薬剤師	医学・薬学の高度化・専門化に伴い、特定の医療分野等において高度な知識や技量、経験を持つ薬剤師。
ひ	病床利用率	$\text{年延入院患者数} \div \text{年延許可病床数} \times 100$
	病診連携	かかりつけ医が入院や特別な検査・治療等を必要と判断した場合は、入院設備や高度医療機器を備えた病院を紹介し、その後、病院で治療や検査が行われ、病状が安定して通院治療が可能になれば、再びかかりつけ医が診察にあたる。病院と診療所（かかりつけ医）が患者の症状に応じて、役割や機能を分担しながら治療にあたる仕組み。
	病棟薬剤師	医薬品を安全に使用するために病棟に専任配置される薬剤師。
	病病連携	病院と病院の連携のこと。
	標榜科	病院や診療所が外部に広告できる診療科名。
ふ	不採算医療	救急医療や小児医療など診療報酬による支払では病院のコストを回収できない医療のこと。
へ	ベッドコントロール	病院等における入院患者のベッド（病床）を効果的・効率的に稼働させるために病床の管理・調整をすること。
や	薬品費比率	$\text{薬品費} \div \text{医業収益} \times 100$
り	リニアック	放射線治療装置のこと。癌に対する主な治療法の一つで、X線、電子線などの放射線を体内及び体外から照射して治療する。
	輪番制（救急）	救急指定病院が、救急患者のたらい回しをしないため、当番病院を定めて休日、夜間の救急医療に当たること。
る	累積欠損金	ある事業年度において生じた赤字（欠損）を、その前年度までの利益剰余金等で補てん出来なかった赤字（欠損）の累積額。

静岡市立清水病院経営計画

平成27年3月

平成29年3月 改訂

静岡市

〒424-8636 静岡市清水区宮加三1231番地

静岡市 清水病院事務局 病院総務課

【TEL】054-336-1111 【FAX】054-334-1173

e-mail : smz-hsp-soumu@city.shizuoka.lg.jp