

西宮市立中央病院 経営改革プラン(案)

平成27年 月

西宮市立中央病院

第1 はじめに

国においては、持続可能な社会保障制度の確立を目指して、改革が進められており、医療の分野においても、効率的かつ質の高い医療提供体制の構築とともに、高齢化の進展に対応するため、地域包括ケアシステムの構築を通じ、地域に必要な医療を確保する取り組みを行おうとしている。

また、公立病院の改革では、社会保障制度改革の動きと連携しながら、全国の公立病院の半数近くが赤字経営であることに鑑み、各病院が果すべき役割を明確化するとともに、経営の効率化や病院間の再編等を推進することなどを内容とする新たな「公立病院改革ガイドライン」が示されようとしている。

このような状況の下、本市では、市内の医療環境の向上を図るためには、県立西宮病院と中央病院とがそれぞれ別々に医療を提供するよりも、一つの大規模基幹病院として医療を提供する方が効率的かつ効果的であることから、両病院の統合を目指した取り組みを進めている。

一方、中央病院においては、単独での移転整備計画を撤回し、当分の間、現施設で継続して医療を提供していくこととなるため、課題となっていた耐震化や老朽化対策に加え、新たな経営の健全化に向けた取り組みを行う必要がある。

このプランは、平成 23 年度に策定した「新・改革プラン」に代わるものとして、地方公営企業法の全部適用となった新たな体制の下で、過去の反省点を踏まえたうえで、直面する課題解決のために新たに中央病院の経営健全化に向けた方針として策定したものである。

今後、県立西宮病院との統合に向けた協議が進展し、統合への道筋が明らかになった場合、あるいは国の社会保障制度改革を受けて策定される県の「地域医療構想（ビジョン）」や平成 27 年度策定予定の「西宮市保健医療計画」により中央病院に求められる役割が示された場合において、これらの内容とこのプランの整合性を図る必要が生じたときは、改めて検討し、適宜見直しを行うものとする。

第2 対象期間

このプランの対象期間は、平成 27 年度から平成 31 年度までの 5 年間とする。

第3 これまでの取り組みの反省と「経営改革プラン」における基本姿勢

1 「新・改革プラン」の主な取組内容と評価（平成 24 年度～平成 26 年度）

中央病院は、平成 24 年 3 月に「新・改革プラン」を策定し、中央病院の単独での移転整備計画を前提とし、移転整備が完了するまでの間（平成 24 年度～平成 28 年度）の経営健全化に向けた取り組みを実施してきた。新たに「経営改革プラン」を策定するに当たり、「新・改革プラン」に基づく取組内容と実施状況を検証する。

(1) 総評

「新・改革プラン」は、平成 19 年度に総務省から示された「公立病院改革ガイドライン」に基づき策定した「西宮市立中央病院改革プラン(平成 21 年度～平成 25 年度)」を改定したものであったため、その最大の目的は、「公立病院改革ガイドライン」で示された病院経営の黒字化にあった。個々の取組項目については目標を達成したものもあったが、結果として、平成 26 年度においても黒字化の達成は困難な状況となっている。

(2) 主な取組内容と実施状況

① 経営形態の変更

経営形態を地方公営企業法の一部適用から全部適用に移行し、病院の経営に関する権限を市長から病院事業管理者に委譲するとともに、可能な限り市の制度から独立し、柔軟で機動的な運営を行うことを目指した。

取組みの結果、平成 26 年度から全部適用に移行し、併せて、給与制度についても、市の制度から独立したものとした。

② 高度・急性期医療への特化

国において、「病院完結型医療」から「地域完結型医療」への流れが推し進められる中、中央病院としての役割を「高度・急性期医療」に特化し、地域の診療所などとの連携を強化することで「地域完結型医療」の構築を目指した。

取組みの結果、指標となる診療単価が上昇するとともに、平均在院日数は短縮しており、一定の成果が現われている。【参考資料①】

③ 7対1看護体制への移行

急性期病院として、より高度で手厚い看護を行うとともに、入院収益の増収を図るため、10 対 1 看護体制から 7 対 1 看護体制への移行を目指した。

取組みの結果、平成 26 年 1 月から 7 対 1 看護体制に移行した。

④ 研修体制の充実

医療の高度化・専門化は、医師のみならず、すべての医療スタッフに対して高いスキルを要求するものとなっている。また、経営面からも、現在の診療報酬体系は、スキルをもった職員の配置が重要な要素となっているため、研修体制のさらなる充実を目指した。

取組みの結果、「新・改革プラン」の対象期間中に、それまでいなかった認定看護師が 5 人となるなど、成果が現れた。

⑤ 給与費比率の適正化

医業収益に占める給与費の割合を示す給与費比率において、当院は 70% 台と非常に高いものとなっていたため、給与水準の適正化を目指した。

取組みの結果、平成 26 年度から中央病院の医療職の給料表を市の医療職の給料表から分離し、近隣の黒字公立病院の給与水準と同程度となるよう給与水準を引

き下げることとした（約7%減）。なお、7対1看護体制への移行などのため医療スタッフを増員したため、給与費比率の改善には至っていないが、収益向上に向け、医療スタッフの増員を図ることができる給与体系の整備ができた。

⑥ ネットワーク化

県立西宮病院と市立芦屋病院との3病院のネットワークのみならず、市内の他の医療機関との連携を一層強めることを目指した。

取組みの結果、3病院のネットワークについては、現時点では情報交換あるいは一部の診療科レベルでの連携にとどまっている。また、市内の他の医療機関との連携については、指標となる紹介率及び逆紹介率は上昇しているものの、連携の強化が図られたと言える状況ではない。特に、経営改善において重要な要素となる新規入院患者の増加という点では十分な成果を挙げることができず、この点が経営の健全化を果たせなかった大きな要因となっている。【参考資料②】

2 「経営改革プラン」における基本姿勢

(1) 適切な設備投資

現在の中央病院の施設は、老朽化とともにアメニティが低く、患者にとって快適な空間を提供しているとは言い難い状況であり、そのことが新規入院患者の獲得にも影響を与えている。また、質の高い医療サービスを提供するためには、医療スタッフの確保が不可欠となるが、その点でもマイナス要因となっている。これは、昭和50年の竣工以来、計画的な大規模修繕を行ってこなかったことに原因がある。

さらに、移転整備計画があったことから、大型医療機器の更新を控えてきたため、耐用年数を大幅に経過したものもあり、施設の老朽化と併せて、増収を阻む大きな要因となっている。

病院経営を行うに当たっては、計画的な設備投資が必要である。今後、県立西宮病院との統合に向けた動向も見据えるとともに、医療上の必要性和経営上の効果（収益への貢献）を見極めながら、適切な設備投資を行っていく。

(2) 診療機能の充実

中央病院は、現在18診療科を標榜しているが、常勤医が1人又は配置できていない診療科が7診療科あり、十分な体制を確保できていないとは言い難い。また、単独での移転整備を掲げた「西宮市新病院基本計画」（平成25年10月策定）では、診療科を縮小することとなっていたため、閉鎖対象となっていた診療科については、機能強化が図られていない。

中央病院が十分な機能を発揮するためにも、現在の診療体制の充実にとどまらず、診療体制の見直しも含めた改革を行っていく。

(3) 経営改善に向けた職員の意識改革

病院経営に対する取組みについては、個々の取組内容を見ると成果が出ているものもあるが、病院全体としての成果につながっていない。

改めて、経営改善に対する職員の意識啓発を図ることは言うまでもないが、病院としても職員の意識改革を促す仕組みの構築が必要であると考え。

(4) 全部適用下での経営改革の推進

地方公営企業法全部適用への移行により、市長に代わり、専任の病院事業管理者が病院経営に係る執行権と代表権を有し、病院の実情に応じた経営を実践できる体制となった。同時に、病院の経営にとって必要であると判断した場合には、市とは異なる独自の制度を導入できる体制が整備されたので、こうした利点を活かし、柔軟で機動的な運営を行っていく。

第4 新たな取組内容

1 総論

国の社会保障制度改革に伴い、医療供給体制は大規模な転換点を迎えようとしている。平成 27 年度以降、県が策定することになっている地域医療構想（ビジョン）において、本市を含む阪神南医療圏内の将来の医療需要と目指すべき医療供給体制が示され、各医療機関は構想実現に向けた取組みを求められることになる。また、本市においても市内の医療課題とその解決に向けた政策を提示する保健医療計画の策定作業が始まる。これらの内容が明らかになれば、将来の中央病院が果たすべき役割も改めて検討する必要があるが、現時点においては、救急告示病院あるいは兵庫県指定のがん診療連携拠点病院としての役割など、現状の機能の維持・強化に努めるとともに、次の 2 点について、診療体制を見直し、医療サービスの向上を図る取組みを実施していく。

1 点目は、公立病院の大きな役割のひとつであり、本市においても医療上の課題となっている救急医療への対応である。2 次救急に対応する病院として、輪番体制の維持・強化とともに、1 次救急の補完と 3 次救急に対する負担軽減のため、対応可能な疾病の拡大に向けた体制整備を図るものとする。

2 点目は、2025 年の医療需要を見据えて進められている地域包括ケアシステムの構築に寄与する取組みである。急性期病院としての機能を維持しつつ、高齢化の進展に伴い、地域において必要とされる医療の確保に向けた取組みについても、可能な範囲内で実施していく。

一方、経営の健全化については、総務省が新たに策定する「公立病院改革ガイドライン」に沿った取組みが求められることになるが、その具体的な内容は未だ明かにされていない。平成 19 年度に示されたガイドラインでは、一般会計からの所定の繰出後において経常黒字が達成できる水準を目標とすることが求められていた。

しかしながら、中央病院においては、後述のとおり、今後、耐震化や老朽化対策などの施設・設備面での改修や大型医療機器の更新を行うことから、多額の減価償却費が発生することとなり、このプランの対象期間中の経常黒字の達成は困難な状況である。

したがって、このプランでは、対象期間中に償却前黒字を達成することを数値目標と

し、単年度の資金不足の解消を目指すこととする。

現在、中央病院は、県立西宮病院との統合を目指した取組みを並行して行っている。両病院の診療機能を見た場合、統合することで相互に補完し合えたり、強化できるものもあり、統合する場合のメリットであると考えられるが、経営面を見た場合、中央病院は統合の相手方として魅力的な病院とは言える状況にはない。両病院の統合を実現するためには、経営健全化は不可欠であり、少なくとも償却前の黒字化達成はクリアすべきハードルであるとする。

2 主な取組内容（表1）

経営改革に向けた取組みは、中央病院の基本理念でもある「患者さま中心の心温かな病院」、「医学の進歩に対応し、質の高い総合的な診療」の実現に向け、一つひとつの取組みを確実に実施していくことに尽きる。患者への接遇や安全で安心な医療の提供など医療サービスの向上や最少の費用で最大の効果を上げるための取組みについて、各部門においてさらに強化するとともに、病院全体としては、次の取組みを実施していく。

（◎）…実施する。又は実施に向けた取組みを行う。

（○）…実施について検討する。

（1）診療部門

① 新規入院患者の獲得に向けた連携強化（◎）

中央病院が経営の健全化を図れなかった大きな要因のひとつとして、在院日数の短縮による延べ入院患者数の減少を新規入院患者数の増加によりカバーできなかったことが挙げられる。中央病院にとって新規入院患者の獲得は、経営の健全化のための最優先課題である。

新規入院患者の獲得に当たっては、「かかりつけ医」制度の周知を図り、中央病院での治療が終了した患者を地域の診療所へ誘導するとともに、手術等が必要となる急性期の患者を地域の診療所から紹介いただくサイクルを構築する必要がある。現在、逆紹介率の向上に重点を置いた取組みを実施しているが、さらに、地域の医療機関との連携強化を図るための取組みを強化する。

② 入院診療単価の増加（◎）

診療単価の増加は、新規患者の増加と併せて、収益向上の要素である。中央病院では、入院診療単価は増加してきたものの、急性期病院としての機能強化を図ることでさらなる増加の余地は残っている。

診療単価を増加させるためには、より高度で専門性の高い医療を提供する必要がある。そのためには、高度な専門性と高いアクティビティを持った医療スタッフの確保及び養成が必要であるため、体制の整備に向けた取組みを行う。

③ 医療機器の更新（◎）

医療水準の維持・向上を図るため、耐用年数を大幅に経過した大型の医療機器について、計画的な更新を行う。（表2）

④ 地域医療支援病院の承認取得 (◎)

中央病院は、かねてより、地域医療の中核的な役割を果たし、「地域完結型医療」の構築に寄与することを目標とし、地域医療支援病院の承認取得に向けた取り組みを実施してきた。地域医療支援病院の承認取得に向けた取り組みが地域の医療機関との連携を深めることになり、引いては、前述した新規入院患者の獲得にもつながるため、この方針は今後も継続する。

具体的には、承認要件のひとつである患者の紹介率 50%以上の維持と、逆紹介率 70%以上の達成に向けた取り組みを実施していく。

⑤ 循環器系疾患の診療強化 (◎)

中央病院は、2次救急に対応する病院として、阪神南医療圏内の2次救急輪番制及び小児2次救急輪番制の一翼を担っている。しかしながら、心疾患及び脳血管疾患については、救急医療に対応できるだけの医療スタッフの確保が難しく、十分な診療体制が構築できていない。

救急医療への対応を強化するため、循環器系疾患について、設備面の整備とともに、医療スタッフの確保及び養成を行う。

⑥ 薬剤師の病棟配置 (◎)

多種多様な医療スタッフが個々の専門性を生かしながら連携・補完しあうチーム医療が推進される中、医師等の負担軽減とともに、入院患者に対する最適な薬物療法の実施による有効性と安全性の向上を図るため、病棟への薬剤師の配置に向けた取り組みを行う。

⑦ 休日リハビリテーションの実施 (○)

リハビリテーションは、身体機能の回復や早期の退院を実現するためには不可欠なものであり、土曜日や日曜日などの休日も含め、継続して実施することがより高い効果を生み出すことになる。

休日リハビリテーションを実施するためには、医療スタッフ(特に理学療法士)の確保が最重要課題となるが、後述する地域包括ケア病棟の設置に向けても理学療法士の拡充を図る必要がある。人材確保の可能性や収支に与える影響などの検討を行う。

(2) 病棟部門

① 地域包括ケア病棟の設置 (◎)

国においては、地域包括ケアシステムを構築し、医療と介護の連携を進めようとしている。このような状況を受けて、平成26年度の診療報酬改定において、地域包括ケア病棟の制度が新たに設けられることとなった。地域包括ケア病棟の役割は、急性期を脱した患者の在宅・生活復帰を支援するとともに、介護施設などの入所者や在宅医療の患者を緊急時に受け入れるといったものである。

一方、中央病院では、DPC制度の導入とともに、医療資源を集中的に投下し、

効率的で効果的な医療サービスを提供することとした結果、早期の退院が可能となり、在院日数は短くなった。しかしながら、患者の中には、入院から退院までの期間が短く、不安を抱く方もいる。さらに、在院日数の短縮により、延べ入院患者数が減少し、病床利用率は70%を割り込んだ状態になっている。

こうしたことから、地域包括ケア病棟を設置することにより、国の制度改革に向けた動きに対応できる体制を整備するとともに、急性期を脱したものの、直ちに在宅復帰が困難な患者を地域包括ケア病棟で受け入れることにより、患者にとっては在宅復帰に向けた準備期間を確保することができ、病院の経営にとっては、病床利用率の改善につながるものと考えられるため、実施に向けた取組みを行う。

② 重症患者受入病床の設置 (◎)

中央病院には、現在重症患者を受け入れる専用の病床はないが、既に述べた循環器系疾患の診療強化に当たっては、重症患者受入病床の設置は不可欠となる。

術後の患者や救急患者を重症患者受入病床で受け入れることにより、患者に対してより安全できめ細やかな対応が可能になることはもちろんのこと、今まで重症患者から退院前の患者まで幅広い症状の患者への対応が必要であった一般病床の医療スタッフの負担軽減にもつながるものと考えられるため、実施に向けた取組みを行う。

③ 緩和ケア病床の増床 (○)

中央病院は、現在、2床の緩和ケア病床を有しているが、利用率は50%～70%台にとどまっている。がん患者に対しては、治療のみならず、質の高い療養生活を送っていただくため、疼痛の緩和や心理的な問題への援助なども並行して行う必要がある。

今後、高齢化がさらに進展する中で、がん患者の増加が見込まれ、緩和ケアの需要は増大するものと思われる。緩和ケアの充実には、施設整備のみならず、医療スタッフの確保が重要なポイントとなるため、体制の整備について検討を行う。

(3) 事務・管理部門

① 耐震化・老朽化対策 (◎)

中央病院は、阪神・淡路大震災の被災後、平成7年度に耐震診断を行った結果、建物全体としては、安全性の基準であるI s値0.60をほぼ上回っているが、3階部分の東西方向のI s値だけが0.55と基準を下回る結果が出ていた。ただちに建物が倒壊するような状況ではないが、医療機関としての災害時での対応を考えると、早急な対策が求められることから、安全基準を満たすように耐震改修を行う。

(表3)

また、施設の耐震改修に併せて、老朽化対策として、施設の改修及び設備の更新を行うこととする。

② 紹介受付日の拡大 (◎)

診療所においては、土曜日の午前中も診察が行われているが、病院では休診しているところが一般的である。したがって、土曜日の診療所からの紹介患者の診療予約については、インターネットで予約受付を行っている病院など一部の病院を除き、対応できていない状況である。

こうしたことから、診療所との連携の強化を図るとともに、新規入院患者の獲得に向け、事務部門を強化し、土曜日の診療所からの紹介患者の予約受付制度を構築する。

③ 契約業務の見直し (◎)

契約業務に関しては、地方公営企業としての法令上の制限はあるものの、市の統一的なルールに縛られず、病院経営にとってより最適な仕組みの導入を検討する。

具体的には、診療材料の一括購入を含めた購入方法の見直しと管理業務の一元化について、実施に向けた取組みを行う。

④ 評価・表彰制度の導入 (◎)

職員のアクティビティとモチベーションの向上のため、個々の職員あるいはチームで取り組んでいる業務に対して、病院として評価し、フィードバックする制度を構築する。

評価の対象としては、収益の向上などの経営面に関する貢献のみならず、患者サービスや医療行為に関するものなど業務全般とし、分野に応じた評価制度を検討し、導入していく。

⑤ (仮称) 経営審議会の設置 (◎)

中央病院では、「西宮市立中央病院改革プラン評価委員会」を設置し、毎年、「新・改革プラン」に掲げた目標に対する業績についての評価を受けている。

しかしながら、当該委員会は、法的な根拠を有する附属機関ではなく、また、委員会が所管する範囲も、改革プランの達成状況の点検・評価にとどまっている。

評価委員会に代わる組織として、このプランの評価にとどまらず、病院経営全般に対しての評価を行うとともに、病院事業の運営に係る重要事項の調査や審議を行うことができる(仮称)経営審議会を附属機関として新たに設置する。

第5 収支計画等

平成26年度の診療実績を基礎データとし、各取組みの実施予定状況を踏まえたうえで、各年度の経営指標の数値目標及び収支計画を作成した。(表4)(表5)

【参考資料】「新・改革プラン」での取組状況

－対象期間前の平成 23 年度と平成 26 年度の比較－

【参考資料①】

◆ 診療単価及び平均在院日数の推移

項 目		平成 23 年度	平成 26 年度（※）
診療単価	入院	40,268 円	48,054 円
	外来	9,471 円	10,850 円
平均在院日数		13.7 日	11.0 日

※平成 26 年度は 4 月～1 月の実績

【参考資料②】

◆紹介率・逆紹介率及び新規入院患者数の推移

項 目	平成 23 年度	平成 26 年度（※）
紹介率	45.8%	52.6%
逆紹介率	34.3%	51.0%
新規入院患者数	4,043 人	4,300 人

※平成 26 年度の紹介率及び逆紹介率は 4 月～1 月の実績

平成 26 年度の新規入院患者数は 4 月～1 月の実績からの推計

表1 主な取組みスケジュール

取組内容	取組年度					主な効果		
	H27	H28	H29	H30	H31	病院機能等 向上	収益増	費用減
(1) 診療部門								
①新規入院患者の獲得に向けた連携強化	◎	◎	◎	◎	◎		●	
②入院診療単価の増加	◎	◎	◎	◎	◎		●	
③医療機器の更新（表2）	◎	◎	◎	◎		●	●	
④地域医療支援病院の承認取得	⇒	⇒	◎			●	●	
⑤循環器系疾患の診療強化	◎	◎	◎	◎	◎	●	●	
⑥薬剤師の病棟配置	⇒	◎				●	●	
⑦休日リハビリテーションの実施			⇒	⇒	○	●	●	
(2) 病棟部門								
①地域包括ケア病棟の設置	⇒	◎				●	●	
②重症患者受入病床の設置	⇒	◎				●		
③緩和ケア病床の増床		⇒	⇒	⇒	○	●		
(3) 事務・管理部門								
①－i 耐震化対策（表3）	⇒	⇒	◎					
①－ii 老朽化対策	◎	◎	◎	◎		●		
②紹介受付日の拡大	◎						●	
③契約業務の見直し	⇒	◎						●
④評価・表彰制度の導入	⇒	◎				●		
⑤（仮称）経営審議会の設置	⇒	◎				●		

<印の説明>

◎ … 実施又は実施予定

○ … 実施目標

⇒ … 実施についての検討

表2 医療機器の更新

◆更新を予定している主な大型医療機器

更新予定年度	医 療 機 器
平成 27 年度	磁気共鳴断層撮影装置（MR I）
平成 28 年度	放射線治療器
平成 29 年度	デジタルX線血管撮影装置
平成 29 年度	C T装置

表3 耐震改修のスケジュール

予定年度	内 容
平成 27 年度	耐震診断、耐震改修計画
平成 28 年度	設計
平成 29 年度	施工

表4 経営指標の数値目標

項 目		指標の目標値					
		単位	H27	H28	H29	H30	H31
1 病院機能に関する指標							
① 入院患者数（1日当たり）							
※ 急性期	人		148	135	132	136	140
地域包括ケア			—	30	32	34	36
② 病床利用率（稼働比）	%		77	85	85	88	91
③ 平均在院日数							
急性期	日		11.5	10.5	10.5	10.5	10.5
地域包括ケア			—	31.0	31.0	31.0	31.0
④ 新規入院患者数（年間）	人		4,700	4,700	4,600	4,700	4,800
⑤ 外来患者数（1日当たり）	人		494	500	500	500	500
⑥ 救急受入件数（年間）	件		1,320	1,440	1,440	1,560	1,560
⑦ 紹介率	%		55	60	60	65	65
⑧ 逆紹介率	%		65	70	70	75	75
2 収入に関する指標							
① 平均入院単価							
急性期	円		49,000	51,000	51,000	52,000	52,000
地域包括ケア			—	29,000	29,000	29,000	29,000
② 平均外来単価	円		11,000	11,200	11,200	11,500	11,500
3 経費削減に関する指標							
① 材料費対医業収益比率	%		20.2	19.9	19.9	19.8	19.7
② 委託料対医業収益比率	%		12.0	11.4	11.7	11.2	11.0
4 収支状況に関する指標							
① 資金不足比率（単年度）	%		4.3	1.0	2.2	0.1	△1.0
② 資金不足比率（累積）	%		4.3	5.1	7.4	7.2	5.9
③ 経常収支比率	%		90.2	92.0	90.1	92.1	93.0
④ 医業収支比率	%		80.9	82.9	81.4	83.5	84.5

※ 平成28年度以降は、急性期153床、地域包括ケア40床を想定。

表5 収支計画

(単位:百万円)

項 目		27年度	28年度	29年度	30年度	31年度
総収益	(ア)	5,139	5,359	5,331	5,514	5,618
	医業収益	4,512	4,731	4,701	4,883	4,988
	入院収益	2,654	2,831	2,796	2,941	3,047
	外来収益	1,320	1,361	1,361	1,397	1,397
	市繰入金 (一部再掲)	830	830	832	833	832
総費用		5,706	5,830	5,920	5,996	6,050
	うち給与費	3,058	3,144	3,137	3,123	3,118
収益的収支差引		▲567	▲471	▲589	▲482	▲431
現金支出のない費用等		296	364	469	445	510
資本的収支差引		76	56	17	33	▲24
資金収支		▲196	▲50	▲104	▲4	55
資金収支	単年度	▲196	▲50	▲104	▲4	55
	累積 B	▲196	▲246	▲350	▲354	▲299
資金不足比率		4.3%	5.1%	7.4%	7.2%	5.9%

(注) 端数処理 (四捨五入) の関係上、合計が一致しない場合があります。

(参考) 表4 一部再掲

項 目		27年度	28年度	29年度	30年度	31年度
入院	急性期	患者数 (人/日)	148	135	132	136
		診療単価 (円)	49,000	51,000	51,000	52,000
	地域包括ケア	患者数 (人/日)	—	30	32	34
		診療単価 (円)	—	29,000	29,000	29,000
外来	患者数 (人/日)	494	500	500	500	500
	診療単価 (円)	11,000	11,200	11,200	11,500	11,500

＜用語の説明＞

＊ 50 音順

用 語	内 容
Is 値	Seismic Index of Structure（＝構造耐震指標）の略。 建物の耐震性能を表す指標で、値が大きいほど耐震性が高い。
アメニティ (amenity)	快適性、快適な環境を表す概念。 病院においては、一般的に療養環境の快適性を表す。
緩和ケア	生命を脅かす疾患に直面した患者に対して、身体的、心理的、社会的、スピリチュアルな苦痛を防ぎ、和らげることで、可能な限り質の高い療養生活を送れるようにする行為。
急性期病院	緊急、重症な状態にある急性期の患者に対し、一定期間集中的な治療を行うための病床を備えた、高度で専門的な病院。
地域医療支援病院	紹介患者への医療提供や医療機器の共同利用などにより、地域のかかりつけ医を支援する病院のうち、国が定める法的な要件を満たし、都道府県知事の承認を受けた病院。要件には「紹介率及び逆紹介率が一定の割合を上回ること」などがある。
地域完結型医療	地域の身近な診療所から中規模病院、さらには大学病院のような大病院までが、軽症から重症までをそれぞれの専門分野に応じて連携、補完し合い、患者に対して切れ目のない医療を提供すること。
地域包括ケアシステム	地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制。
DPC制度 (DPC/PDPS)	Diagnosis Procedure Combination（＝診断群分類）／Per-Diem Payment System（＝1日当たり包括支払い制度）の略。 病気や手術の有無等に基づいてコードを設定し、それに基づき1日当たりの入院医療費が定額支払いになる制度。
7対1看護体制	平成18年4月の診療報酬の改定により導入された看護配置基準。 看護師が平均して患者7人に対し1人配置されている体制。
認定看護師	必要な教育課程を修了し、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看護ケアを実践できる看護師として、社団法人日本看護協会が認めた者。
兵庫県指定がん診療 連携拠点病院	国が指定する「がん診療連携拠点病院」に加え、県内のがん医療における地域連携を促進し、さらなるがん医療水準の向上を図ることを目的として、県が指定している各圏域においてがん診療連携を推進する医療機関。