

新城市民病院  
新公立病院改革プラン  
(平成29年度～平成32年度)

平成29年3月

新 城 市

## 目 次

1	新公立病院改革プラン策定の趣旨	1
2	新都市市民病院を取り巻く環境と現状	2
(1)	公立病院を取り巻く環境	2
(2)	東三河北部医療圏の状況	3
(3)	新都市市民病院の現状	7
3	地域医療構想を踏まえた役割の明確化	14
(1)	地域医療構想を踏まえた新都市市民病院の果たすべき役割	14
(2)	平成37年(2025年)における当院の具体的な将来像	14
(3)	地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割	14
(4)	住民の理解	15
4	経営の効率化	16
(1)	目標達成に向けた具体的な取組み	16
(2)	一般会計負担の考え方	20
(3)	経常収支比率に係る目標設定の考え方	21
(4)	数値目標	21
5	収支計画	23
(1)	基本目標	23
(2)	収支計画表	24
6	再編・ネットワーク化	26
7	経営形態の見直し	26
(1)	地方公営企業法の全部適用	26
(2)	地方独立行政法人化(非公務員型)	27
(3)	指定管理者制度の導入	27
(4)	民間譲渡	27
8	実施状況の点検・評価・公表	27
(1)	点検・評価・公表	27
(2)	改革プランの改定	27

## 1 新公立病院改革プラン策定の趣旨

多くの公立病院において、損益収支をはじめとする経営状況が悪化するとともに、医師不足に伴い診療体制の縮小を余儀なくされるなど、その経営環境や医療提供体制の維持が極めて厳しい状況になっていることから、総務省は「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。）を公表し、公立病院の抜本的な改革を求めた。

新城市民病院では、「公立病院改革ガイドライン」を踏まえて「新城市民病院改革プラン」を平成21年3月に策定し、総務省が求める計画年度内の黒字化を目標として持続可能な経営の健全化に取り組んできた。さらに、経営健全化と医療の質の向上に向け、「新城市民病院中期計画」を平成25年3月に策定した。その結果、平成23年度・24年度・27年度決算において黒字化を達成することができ、一定の成果を挙げている。

依然として、医師不足等の厳しい環境が続いており、持続可能な経営を確保しきれていない病院も多く、人口減少や少子高齢化が急速に進展する中で、医療需要が大きく変化することが見込まれており、地域ごとに適切な医療提供体制の再構築に取り組んでいくことがますます必要になっている。

国においては、団塊の世代が全て75歳以上となる平成37年(2025年)に向け、医療及び介護の総合的な確保を推進するため、都道府県における二次医療圏ごとに各医療機関の将来の必要量を含め、地域の実情に応じた「地域医療構想」策定のためのガイドラインを公表するとともに、「新公立病院改革ガイドライン」において、病院事業を設置する地方公共団体に対し、都道府県が策定する地域医療構想と整合性のとれた「新公立病院改革プラン」の策定を求めている。

これに基づき、平成28年10月に策定された愛知県地域医療構想を踏まえ、現状と将来を見据え、安定的な地域医療の提供を目指して新公立病院改革プランを策定するものである。

## 2 新城市民病院を取り巻く環境と現状

### (1) 公立病院を取り巻く環境

平成16年の地方独立行政法人法施行、平成18年9月の地方自治法の一部改正に伴う指定管理者制度導入、平成21年4月の地方公共団体の財政の健全化に関する法律の全面施行により、経営形態の多様化や財政運営の健全化が求められている。

国の医療費抑制策に伴う医療制度改革、医療に対する住民意識の変化、深刻化する医師の偏在と医師不足により、特に、全国の山間へき地地域を抱える地方の公立病院では、経営の悪化や診療体制の縮小など医療機能の低下が生じている。

平成26年度地方公営企業年鑑によれば、病院事業で経常損失の生じた事業数は、349事業、54.7%、額にして869億となっており、いずれも前年度に比べ増加傾向にある。

## (2) 東三河北部医療圏の状況

### ① 概況

本市の属する東三河北部医療圏（新城市と設楽町・東栄町・豊根村）の人口は平成27年時点で5万7千人余りとなっており、県内で最も人口の少ない医療圏である。

過去5年間の人口の推移を見ると、毎年1千人程度が減少している状態となっている。

圏域面積は最も広く、1,052.27K㎡と愛知県全体の約20%を占めている。

2次医療圏	病院数	医師数 (対人口10万人)	面積 (k㎡)	高齢化率 (%)	入院受療率 (対人口10万人)
名古屋	132	289.9	326.43	22.9	834
海部	11	132.8	208.44	24.3	716
尾張中部	5	82.2	41.88	21.2	649
尾張東部	18	362.7	230.29	21.8	659
尾張西部	19	157.9	193.21	23.9	647
尾張北部	23	152.4	295.92	23.1	633
知多半島	19	135.8	391.18	22.1	664
西三河北部	18	142.9	950.58	18.6	583
西三河南部東	17	139.2	444.02	20.0	645
西三河南部西	22	150.1	362.00	20.0	609
<b>東三河北部</b>	<b>6</b>	<b>121.9</b>	<b>1,052.27</b>	<b>33.5</b>	<b>1,164</b>
東三河南部	35	164.1	667.76	23.2	914
愛知県	325	203.4	5,165.14	22.1	730

※愛知県地域保健医療計画（H25、H26）より作成。

## ② 将来推計人口

将来推計人口によると、愛知県の人口は平成32年に744万人と見込まれていますが、平成37年には735万人に、平成42年には721万人に減少する見込みとなっている。一方、当医療圏の人口は、平成32年に5万3千人と見込まれる人口が、平成42年には5万人を切り4万8千人余りになると予想される。

高齢人口数とその割合は、高齢化が全国よりも早く進行していることもあり、高齢人口は、ほぼ横ばいで推移すると見込まれる。

	年齢構成	H27		H32		H37		H42	
		(人)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	
愛知県	年少人口	1,033,497	971,450	13.1	901,046	12.3	834,881	11.6	
	生産年齢人口	4,607,704	4,561,255	61.3	4,503,760	61.3	4,383,472	60.8	
	高齢人口	1,762,527	1,907,699	25.6	1,943,329	26.4	1,994,794	27.7	
	合計	7,403,728	7,440,404		7,348,135		7,213,147		
東三河 北部	年少人口	6,322	5,566	10.3	5,306	10.5	5,193	10.8	
	生産年齢人口	30,288	27,721	51.5	25,309	49.9	23,504	49.0	
	高齢人口	20,002	20,533	38.2	20,115	39.7	19,240	40.1	
	合計	56,788	53,820		50,730		47,937		
新城市	年少人口	5,536	4,970	11.0	4,807	11.1	4,770	11.6	
	生産年齢人口	26,055	24,214	53.5	22,345	51.8	20,930	50.8	
	高齢人口	15,371	16,042	35.5	15,990	37.1	15,540	37.7	
	合計	47,133	45,226		43,142		41,240		
設楽町	年少人口	398	325	7.0	268	6.5	226	6.2	
	生産年齢人口	2,270	1,984	42.9	1,690	41.2	1,471	40.4	
	高齢人口	2,401	2,314	50.1	2,146	52.3	1,948	53.4	
	合計	5,074	4,623		4,104		3,645		
東栄町	年少人口	279	198	6.8	164	6.5	139	6.3	
	生産年齢人口	1,487	1,095	37.7	911	36.0	773	35.1	
	高齢人口	1,680	1,608	55.4	1,456	57.5	1,291	58.6	
	合計	3,446	2,901		2,531		2,203		
豊根村	年少人口	109	73	6.8	67	7.0	58	6.8	
	生産年齢人口	476	428	40.0	363	38.1	330	38.9	
	高齢人口	550	569	53.2	523	54.9	461	54.3	
	合計	1,135	1,070		953		849		

※全国（概算値）、愛知県及び設楽町・東栄町・豊根村は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」及び「日本の地域別将来推計人口(平成25年3月推計)」より作成。

※新城市は新城市企画政策課「新城市人口ビジョン(平成28年2月)」より作成。

### ③ 主な死因

死因の割合全体に占める悪性新生物（がん）、心疾患及び脳血管疾患の割合が半数近くを占める傾向は以前から変わっておらず、引き続き、これらの疾患への対応が求められる。

厚生労働省によると、死因の第1位は悪性新生物で、第2位が心疾患、第3位が肺炎、第4位が脳血管疾患、第5位が老衰となっている。当医療圏では、高齢化率が高いということもあり、老衰の割合が高くなっている一方、肺炎は第5位と低くなっている。

		H23		H24		H25		H26	
		人	%	人	%	人	%	人	%
死亡者数	新城市	611		598		591		631	
	設楽町	127		115		99		114	
	東栄町	98		104		93		88	
	豊根村	39		29		28		27	
	計	875	-	846	-	811	-	860	
悪性新生物	新城市	163	26.7	151	25.3	154	26.1	142	22.5
	設楽町	25	19.7	21	18.3	17	17.2	26	22.8
	東栄町	17	17.3	25	24.0	15	16.1	12	13.6
	豊根村	9	23.1	10	34.5	4	14.3	8	29.6
	計	214	24.5	207	24.5	190	23.4	188	21.9
心疾患	新城市	94	15.4	80	13.4	77	13.0	98	15.5
	設楽町	21	16.5	11	9.6	9	9.1	15	13.2
	東栄町	7	7.1	8	7.7	13	14.0	9	10.2
	豊根村	5	12.8	1	3.4	4	14.3	4	14.8
	計	127	14.5	100	11.8	103	12.7	126	14.7
脳血管疾患	新城市	88	14.4	79	13.2	81	13.7	92	14.6
	設楽町	11	8.7	10	8.7	10	10.1	8	7.0
	東栄町	9	9.2	13	12.5	11	11.8	8	9.1
	豊根村	6	15.4	2	6.9	5	17.9	2	7.4
	計	114	13.0	104	12.3	107	13.2	110	12.8
老衰	新城市	35	5.7	55	9.2	48	8.1	53	8.4
	設楽町	16	12.6	9	7.8	12	12.1	12	10.5
	東栄町	17	17.3	23	22.1	16	17.2	20	22.7
	豊根村	5	12.8	6	20.7	6	21.4	4	14.8
	計	73	8.3	93	11.0	82	10.1	89	10.3

※愛知県衛生年報より作成。

#### ④ 入院患者の受療動向

尾張中部医療圏に続いて、2番目に患者が自医療圏外へ流出しており、その多くが東三河南部医療圏（34.6%）となっている。なお、尾張中部医療圏は、今回の地域医療構想において名古屋医療圏と統合されることとなった。これにより、当医療圏が最も自医療圏外へ入院患者が流出していることとなった。

(単位：上段 人/日、下段：%)

		医療機関所在地													合計	
		名古屋	海部	尾張中部	尾張東部	尾張西部	尾張北部	知多半島	西三河北部	西三河南部東	西三河南部西	東三河北部	東三河南部	県外		
患者 住所 地	名古屋	9,745	124	162	801	35	188	82	47	12	52	*	28	197	11,473	
		84.9%	1.1%	1.4%	7.0%	0.3%	1.6%	0.7%	0.4%	0.1%	0.5%	—	0.2%	1.7%	100.0%	
	海部	438	986	37	12	91	10	*	*	*	*	*	*	*	31	1,605
		27.3%	61.4%	2.3%	0.7%	5.7%	0.6%	—	—	—	—	—	—	—	1.9%	100.0%
	尾張中部	267	*	298	*	41	118	*	*	*	*	0	*	*	724	
		36.9%	—	41.2%	—	5.7%	16.3%	—	—	—	—	0.0%	—	—	100.0%	
	尾張東部	440	*	*	1,488	*	36	15	49	*	63	0	*	*	2,091	
		21.0%	—	—	71.2%	—	1.7%	0.7%	2.3%	—	3.0%	0.0%	—	—	100.0%	
	尾張西部	143	46	64	15	1,952	99	*	*	*	*	*	*	*	73	2,392
		6.0%	1.9%	2.7%	0.6%	81.6%	4.1%	—	—	—	—	—	—	—	3.1%	100.0%
	尾張北部	287	*	29	107	128	2,453	*	*	*	*	*	*	*	30	3,034
		9.5%	—	1.0%	3.5%	4.2%	80.9%	—	—	—	—	—	—	—	1.0%	100.0%
	知多半島	423	*	*	130	*	17	1,784	22	*	249	*	*	*	2,625	
		16.1%	—	—	5.0%	—	0.6%	68.0%	0.8%	—	9.5%	—	—	—	100.0%	
	西三河北部	80	*	*	124	*	15	*	1,492	53	107	*	14	*	1,885	
		4.2%	—	—	6.6%	—	0.8%	—	79.2%	2.8%	5.7%	—	0.7%	—	100.0%	
	西三河南部東	47	*	0	41	*	*	*	55	1,290	170	*	48	*	1,651	
		2.8%	—	0.0%	2.5%	—	—	—	3.3%	78.1%	10.3%	—	2.9%	—	100.0%	
	西三河南部西	94	*	*	166	*	17	21	49	30	2,452	*	37	*	2,866	
		3.3%	—	—	5.8%	—	0.6%	0.7%	1.7%	1.0%	85.6%	—	1.3%	—	100.0%	
東三河北部	*	0	*	*	*	*	*	*	*	*	*	206	120	21	347	
	—	0.0%	—	—	—	—	—	—	—	—	—	59.4%	34.6%	6.1%	100.0%	
東三河南部	49	*	*	25	*	12	*	*	30	23	18	3,761	66	3,984		
	1.2%	—	—	0.6%	—	0.3%	—	—	0.8%	0.6%	0.5%	94.4%	1.7%	100.0%		
県外	404	77	*	51	53	240	*	*	*	*	*	160	—	985		
	41.0%	7.8%	—	5.2%	5.4%	24.4%	—	—	—	—	—	16.2%	—	100.0%		
合計	12,417	1,233	590	2,960	2,300	3,205	1,902	1,714	1,415	3,116	224	4,168	418	35,662		
	34.8%	3.5%	1.7%	8.3%	6.4%	9.0%	5.3%	4.8%	4.0%	8.7%	0.6%	11.7%	1.2%	100.0%		

※愛知県地域医療構想（平成28年10月）より作成。



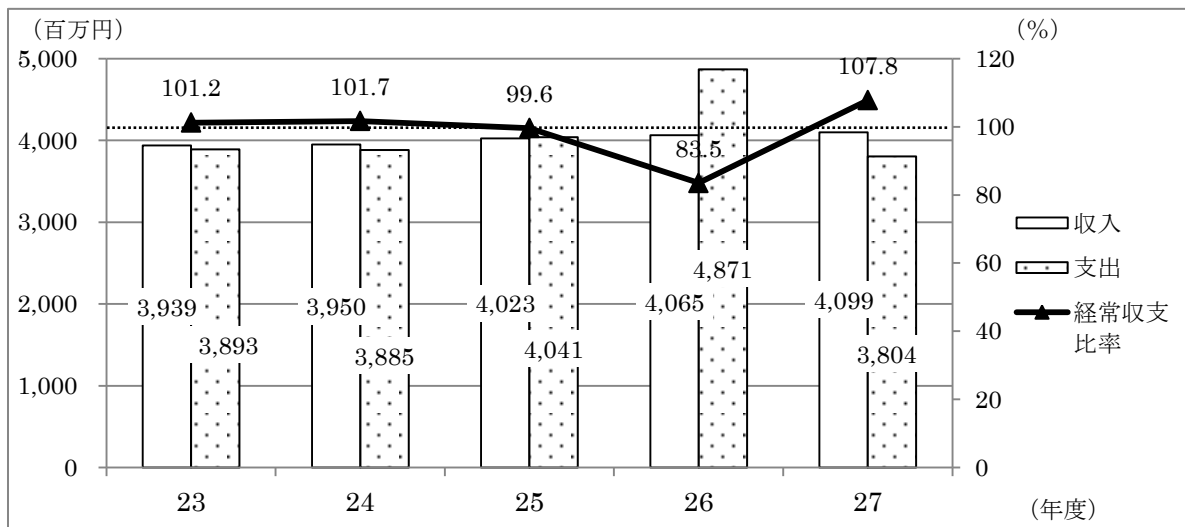
### (3) 新城市民病院の現状

#### ① 収支の状況

総務省は新公立病院改革ガイドラインの中で、一般会計からの所定の繰出後「経常黒字」となる水準を早期に達成し、これを維持することにより、持続可能な経営を実現することを求めている。

当院の経常収支比率の推移を見ると、平成23年度及び平成24年度、平成27年度は100%を超えたが、平成25年度及び平成26年度は100%を下回る状況となった。

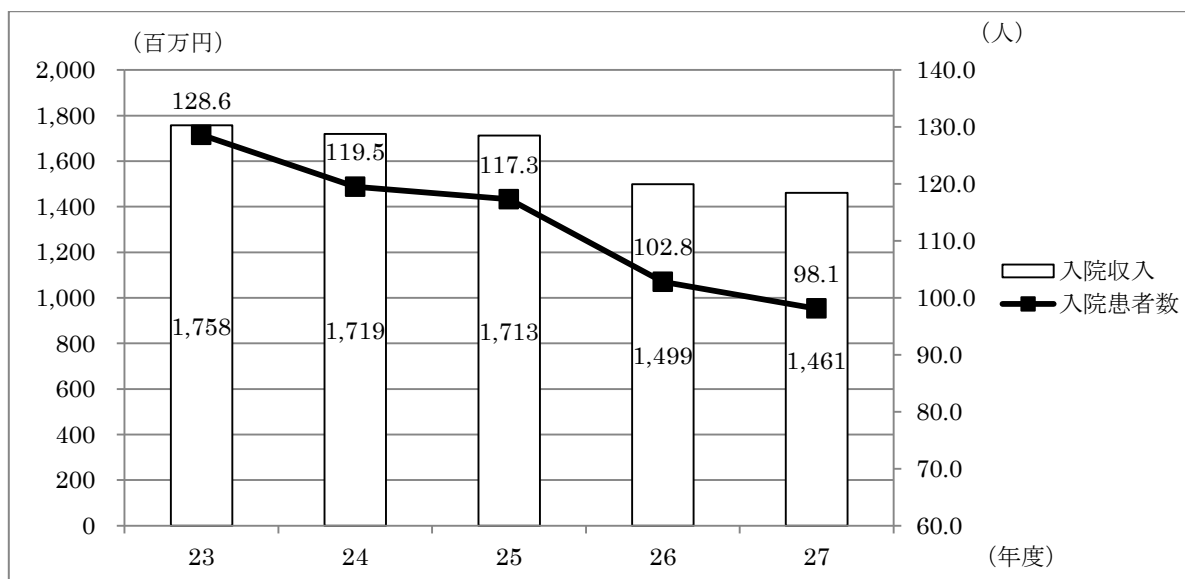
平成26年度は会計制度の改正により、退職給付引当金の計上不足額を一括で特別損失に計上したことにより、大きく下回る結果となった。



#### ② 入院収入と入院患者数

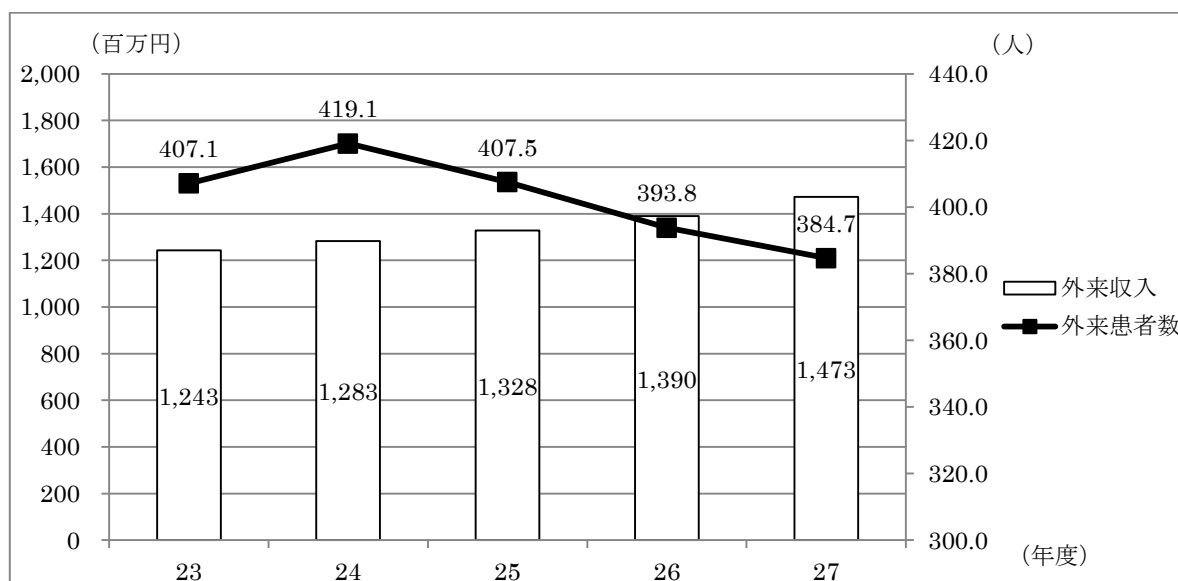
入院患者数の減少に比例して入院収入が減少傾向となっている。

平成26年度、平成27年度が大きく減少しているが、常勤の整形外科医師が不在となったことが大きく影響している。



### ③ 外来収入と外来患者数

外来患者数が減少傾向にあるが、1人当たり平均単価が上がっていることにより、外来収入は、増加傾向にある。



### ④ 平均単価 (入院及び外来)

前述したとおり、入院患者数・外来患者数とも減少傾向にあるが、入院平均単価・外来平均単価とも増加傾向にある。

入院平均単価についてみると、平成23年度37,348円に対し、平成27年度40,702円となっており、約3,300円の増加となっている。

外来平均単価についてみると、平成23年度12,518円に対し、平成27年度15,761円となっており、約3,200円の増加となっている。

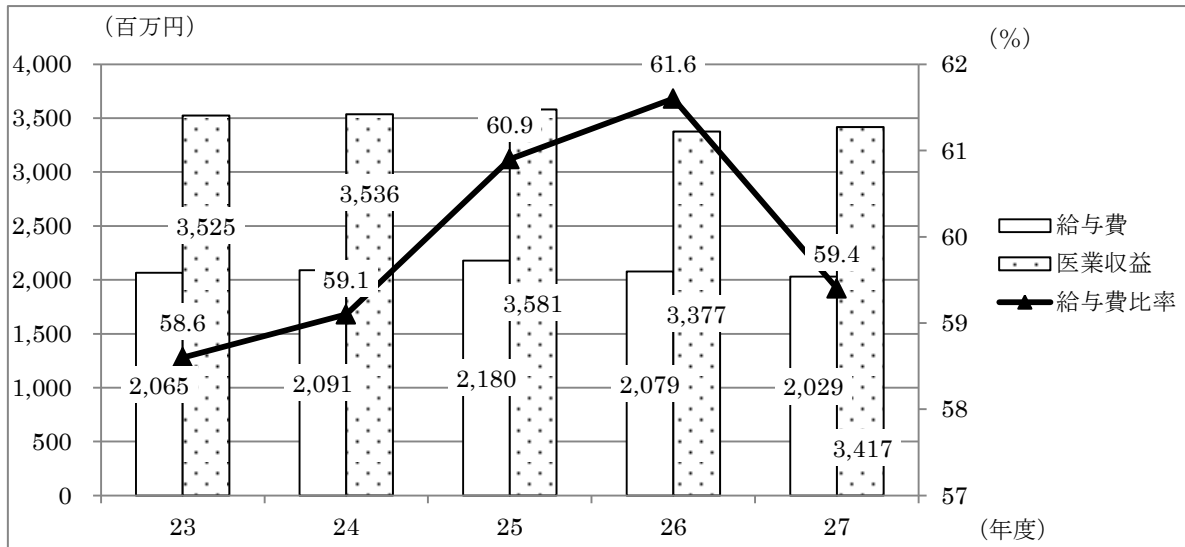
(単位：円)

項目	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度
入院平均単価	37,348	39,411	40,013	39,954	40,702
外来平均単価	12,518	12,494	13,355	14,410	15,761

**⑤ 給与費及び給与費比率**

支出において最も大きなウェイトを占めているのが給与費であり、給与費比率の抑制が必要となっている。

前述したとおり、平成26年度は会計制度の改正により、退職給付引当金の計上不足額を一括で特別損失に計上したことにより、給与費比率が大きく増となっている。

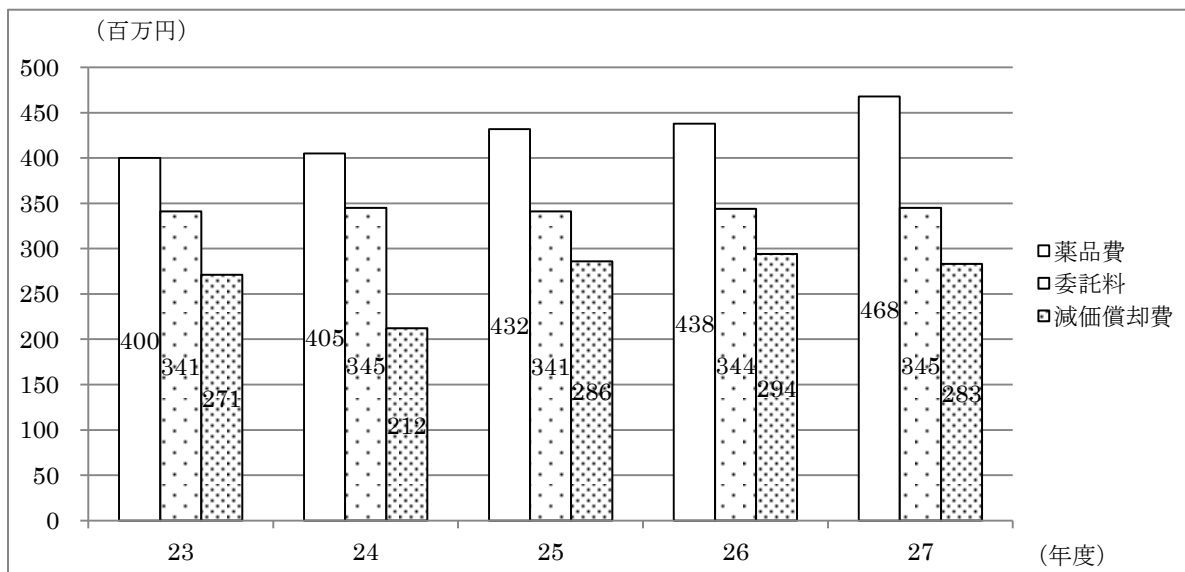


**⑥ 主な経費（給与費を除く）**

薬品費は、抗がん剤等の高額な医薬品の影響により増加傾向にある。

委託料は、委託業務は増加傾向にあるが、内容や契約方法の見直し・精査等により、ほぼ同額で推移している。

減価償却費は、平成24年度に電子カルテを、平成25年度に井戸の掘削及び地下水飲料化システムを導入したことにより増加している。



⑦ 診療別入院患者数の推移

診療科別の入院患者数を見てみると、内科（総合診療科を含む）及び歯科口腔外科が増加傾向にあるが、その他の診療科については、いずれも減少傾向にある。

整形外科は、平成26年6月以降、常勤医師が不在となったため入院診療ができなかったが、平成28年4月に常勤医師を採用した現在は、入院診療を行っている。

(単位：人)

項目		H23年度	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度
内科	延人数	21,460	21,761	23,205	25,236	23,862
	1日平均	58.6	59.6	63.6	69.1	65.2
消化器・外科	延人数	7,901	6,281	5,208	4,495	4,741
	1日平均	21.6	17.2	14.3	12.3	13.0
整形外科	延人数	5,028	6,315	5,629	757	0
	1日平均	13.7	17.3	15.4	2.1	0.0
脳神経外科	延人数	2,836	2,108	1,847	1,686	2,141
	1日平均	7.7	5.8	5.1	4.6	5.8
皮膚科	延人数	500	520	387	462	350
	1日平均	1.4	1.4	1.1	1.3	1.0
泌尿器科	延人数	8,411	5,830	5,631	4,146	3,842
	1日平均	23.0	16.0	15.4	11.4	10.5
産婦人科	延人数	330	194	314	71	176
	1日平均	0.9	0.5	0.9	0.2	0.5
小児科	延人数	17	8	0	3	2
	1日平均	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
歯科口腔外科	延人数	582	598	585	667	780
	1日平均	1.6	1.6	1.6	1.8	2.1
合計	延人数	47,065	43,615	42,806	37,523	35,894
	1日平均	128.6	119.5	117.3	102.8	98.1

### ⑧ 診療科別外来患者数の推移

診療科別の外来患者数を見てみると、ほぼ横ばいで推移している。

(単位：人)

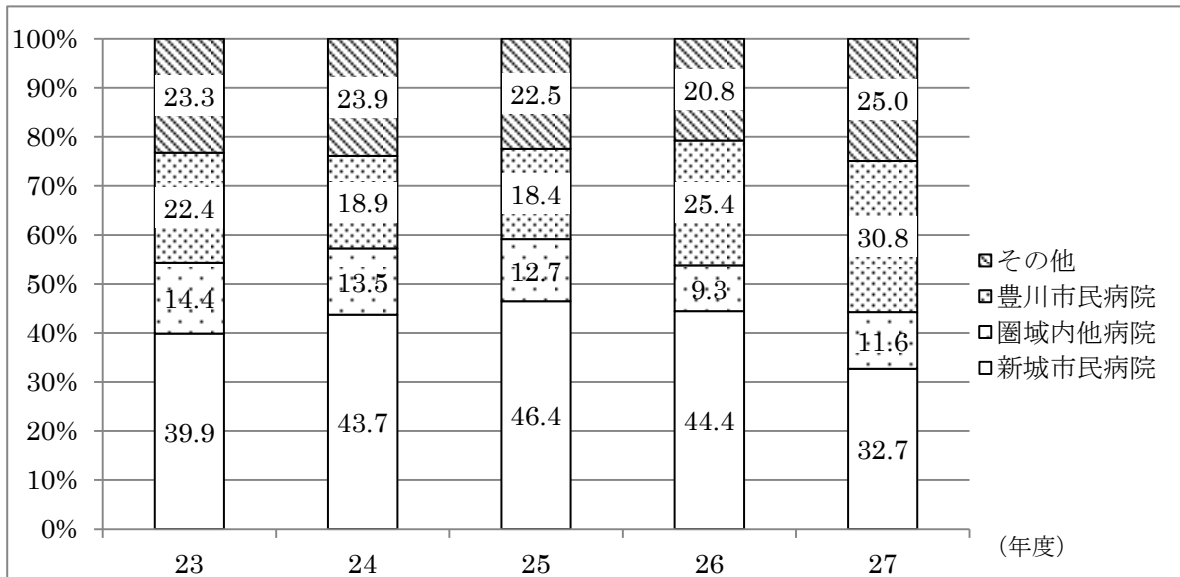
項目		H23年度	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度
内科	延人数	23,657	26,250	28,815	30,084	29,014
	1日平均	97.0	107.1	118.1	123.3	119.4
消化器・外科	延人数	10,666	11,073	10,462	10,428	9,818
	1日平均	43.7	45.2	42.9	42.7	40.4
精神科	延人数	0	0	537	2,140	3,390
	1日平均	0.0	0.0	2.2	8.8	14.0
整形外科	延人数	11,734	12,185	10,124	6,054	4,470
	1日平均	48.1	49.7	41.5	24.8	18.4
脳神経外科	延人数	5,179	5,068	4,573	4,148	3,459
	1日平均	21.2	20.7	18.7	17.0	14.2
皮膚科	延人数	12,376	11,979	11,280	10,629	10,155
	1日平均	50.7	48.9	46.2	43.6	41.8
泌尿器科	延人数	13,337	12,878	12,297	11,550	11,055
	1日平均	54.7	52.6	50.4	47.3	45.5
産婦人科	延人数	3,105	3,054	3,023	2,985	3,109
	1日平均	12.7	12.5	12.4	12.2	12.8
小児科	延人数	7,217	8,245	6,615	6,497	7,135
	1日平均	29.6	33.7	27.1	26.6	29.4
眼科	延人数	471	546	583	692	675
	1日平均	1.9	2.2	2.4	2.8	2.8
耳鼻咽喉科	延人数	5,296	5,178	5,204	5,694	6,077
	1日平均	21.7	21.1	21.3	23.3	25.0
放射線科	延人数	1,195	1,159	1,070	1,290	1,237
	1日平均	4.9	4.7	4.4	5.3	5.1
歯科口腔外科	延人数	5,090	5,059	4,855	4,278	3,881
	1日平均	20.9	20.6	19.9	17.5	16.0
合計	延人数	99,323	102,674	99,438	96,469	93,475
	1日平均	407.1	419.1	407.5	395.4	384.7

⑨ 救急医療の状況

新城市消防署管内の救急車出動件数に対する当院の受入状況は、常勤の整形外科医師が不在となった平成26年度以降、減少傾向となっている。

ただし、平成28年4月に整形外科医師を採用したことにより、12月は50%近くまでになっている。

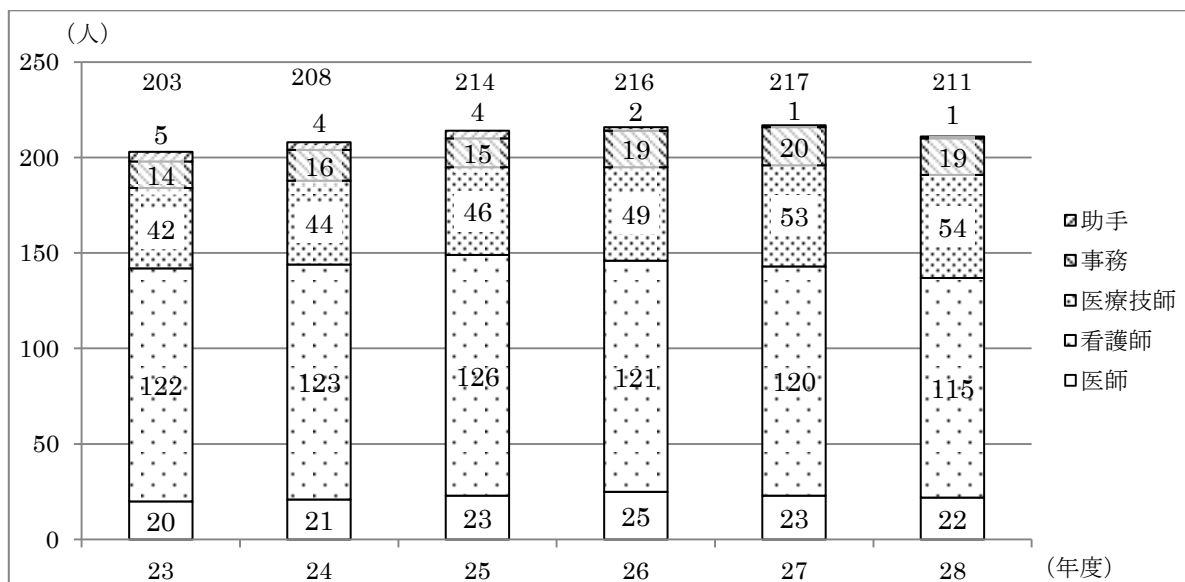
現在の救急車の受入状況は、月曜日から金曜日の時間外及び土曜日及び日曜日の昼間時間帯について、総合診療科医師が当番制による宿日直で対応している。



⑩ 職員数の推移

職員数全体では、ほぼ横ばい傾向にある。

リハビリの充実を図っているため、医療技師が多くなっている。



### ⑪ 医師数

愛知県の理解のもと、自治医科大学卒業医師を内科（総合診療科）等に派遣していただいている。

内科（総合診療科を含む）及び外科を除いては、全て1名のみとなっている。

（単位：人）

	H23	H24	H25	H26	H27	H28
内科	7	7	9	10	10	9
精神科	0	0	0	1	1	1
小児科	1	1	1	1	1	1
外科	4	4	4	4	4	4
整形外科	0	1	1	1	0	1
脳神経外科	1	1	1	1	1	1
皮膚科	1	1	1	1	1	1
泌尿器科	3	3	3	3	2	1
産婦人科	1	1	1	1	1	1
放射線科	1	1	1	1	1	1
歯科口腔外科	1	1	1	1	1	1
合計	20	21	23	25	23	22

4月1日現在

### 3 地域医療構想を踏まえた役割の明確化

#### (1) 地域医療構想を踏まえた新城市民病院の果たすべき役割

団塊の世代が75歳以上となる平成37年(2025年)に医療や介護を必要とする高齢者が大幅に増加し、慢性疾患や複数の疾患を抱える患者が増えるなど疾病構造の変化が見込まれることから、2次医療圏における地域にふさわしいバランスのとれた病床機能分化と連携を推進するため、将来の病床数及び在宅医療の必要量などを示した愛知県地域医療構想が公表された。

その中で東三河北部医療圏において以下の課題が示されている。

- へき地医療、救急医療、在宅医療の充実のため医師を始めとする医療従事者の確保と区域内の医療機関相互の連携
- 重篤な救急患者の救急医療や周産期医療における南部医療圏との連携
- 回復期機能の病床の確保

この課題解決に向け、下記のとおり地域の基幹病院としての役割を果たしていく。

- 東三河北部医療圏は、面積が広大で救急搬送時間が長くなっているため、医療圏内での救急対応が望まれており、医療従事者の確保、医療機関との連携を強化するなど救急医療体制の充実を図る。
- 回復期機能の病床の不足が示されていることから、急性期医療に加え、急性期を経過した患者さんへの在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供するための地域包括ケア病棟の効率的な運用など回復期医療についても担っていく。
- 不足している医療機能を補うため、地域医療連携室を充実し、これまで以上に東三河南部医療圏との円滑な連携体制の強化に努める。
- へき地医療拠点病院として、医師等の医療従事者の派遣要請に応じることは、広大な面積を有する東三河北部医療圏の医療を確保する上で重要なこととの認識に立ち、地域基幹病院としての機能回復と医療体制の充実を図っていく。

#### (2) 平成37年(2025年)における当院の具体的な将来像

基本理念に「温かい心と確かな技術で、地域住民に信頼され選ばれる病院」を掲げ、「患者さんに選ばれる病院」となるよう下記の通り取り組んでいく。

- 地域の皆さんが安心して受診できるよう患者さんやご家族にやさしく思いやりのある病院を目指すこととする。特に高齢者にやさしい病院を目指す。
- 地域の基幹病院として安定的かつ継続的に医療の提供ができるよう健全経営の病院を目指す。
- 新城市の地域包括ケアシステムの一翼を担い、医療機関との連携、医療と介護の連携、在宅医療の推進、多職種連携の推進等を行う地域の中核となる病院を目指す。
- 平成37年(2025年)以降の医療需要を見通し、新城市の公立病院としての役割、東三河北部医療圏における役割を踏まえ、医療資源を柔軟に対応させる。

#### (3) 地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割

平成37年(2025年)を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築が必要である。

- 地域包括ケア病棟において急性期治療を経過し、病状が安定した患者さんに対して、在宅や介護施設への復帰支援を推進する。
- 在宅療養患者さんの急変時の受入体制を充実し、在宅医療の後方支援を推進する。
- 地域包括ケアシステムの構築を推進するため、地域医療連携室が中心となって開業医や介護事業所などとの多職種連携の強化を図る。



#### **(4) 住民の理解**

医療制度の抜本的改革、急速に進展する少子高齢化、疾病構造の変化とともに、医療に関する情報があふれることに伴う医療ニーズの多様化など医療を取り巻く環境は著しく変化している。こうした変化に対応するため診療体制の柔軟性が必要となっている。

こうしたことから、市民の皆さんに市民病院の現状や役割、かかりつけ医の必要性や救急車の適正利用について理解していただくため、『広報ほのか』や『病院だより』等で情報提供するとともに出前健康講座で直接市民の皆さんと情報交換するなど、情報発信に取り組んでいく。

## 4 経営の効率化

### (1) 目標達成に向けた具体的な取組み

#### ① 診療体制の充実

- 救急医療体制を中心的に担っている総合診療科医師の招聘を推進し、救急患者受入範囲の拡充を図る。
- 入院患者の医療圏外への流出が40%近くとなっていることから当院で対応できる患者さんについて、少しでも受入れができるよう医師会及び東栄病院との連携を深める。
- この地域には、回復期機能の病床が不足していることから平成28年4月に開設した地域包括ケア病棟の円滑運用に努める。
- 高齢化の進展に伴い老人慢性疾患の増加など高齢者の受療率が向上していることから予防医療を推進するため健診センターの充実を図る。
- 在宅医療の必要性が高まる中、在宅医療従事者と連携して地域包括ケア病棟の特性を活かした在宅医療支援を進める。

#### ② 人材の確保・育成

##### ア 医師招聘

- 関連医科大学及び愛知県等への医師派遣要請をさらに強化するとともに、愛知県医師会のドクターバンクや民間医師募集広告の活用等により、粘り強く医師招聘に努める。
- 医師の処遇改善をはじめとする労働環境の整備を図る。
- 若手医師を確保するため医師奨学金制度等の導入を検討する。
- 負担軽減のため、医師事務作業補助者を継続して雇用し、医師の本来業務である医療行為に専念しやすい環境づくりに努める。
- 救急医療をはじめ診療の充実を図るには、医師の増員が必要不可欠であることから、これまで以上に招聘活動や定着化に向け取り組みを進める。
- 平成30年度よりスタート予定である新専門医制度において、基本領域の「総合診療医」は、基幹施設としてプログラム申請を行い、専攻医が研修できるプログラムと環境を整備する。総合診療医以外の基本領域については、県内外の基幹施設の連携施設・特別連携施設としての役割を担えるよう推進する。

##### イ 看護師確保

- 看護修学資金を学生・学校等にPRするとともに、貸与を行う。
- 看護師業務の多様化に伴い、近年負担が増加しているため、負担軽減を図ることを目的に、看護補助者を採用する。

##### ウ 医療技師確保

- 薬剤師を始め、医療技師の確保に努める。

##### エ 職員の育成

- 良質な医療を提供するため、医療職員の学会等に認定された専門資格などの取得を促進し、人材育成に努める。
- この地域の医療において必要とされる分野の認定看護師の育成を推進する。
- 診療報酬の適正算定、DPCの適正運用、地域包括ケア病棟の円滑運用、管理職のマネジメント能力の向上など病院経営に対する意識の高揚を図る。

**オ 地域医療研修医・医学生・看護実習生等の受入れ**

- 県内各臨床研修病院の協力型施設として「地域医療研修」を実施し、初期臨床研修医を受け入れる。
- 地域医療研修のプログラムを充実させ、地域医療を理解するとともに、将来地域医療に興味を持つ研修医の育成に努める。
- 医学生や看護学生等の実習について幅広く受け入れていく。

**カ 経営感覚に富む人材の登用及び事務職員の人材開発の強化**

- 専門的なスキルを持った市の職員を育成することは難しいものがある。そこで、使用医薬品の決定、整備すべき医療機器、医師・看護師を含めた病院職員の接遇を始めとした教育等について、経営面から見た視点で医師と協議できる人材の確保に努める。
- 健全な病院経営を推進するため、各種専門研修への参加を促進するなど、病院業務に精通した事務職員の養成に努めるとともに、専門性を向上するためプロパー職員の採用を検討する。

**③ 収入確保**

**ア 病床利用率の向上**

- 地域包括ケア病棟を活用するため、転棟ルールの明確化や他院からの受け入れ拡充を推進する。また地域医療連携を強化する。

**イ 健診センターの充実**

- 健康診断の大切さを説明するなどPR活動を強化する。
- 二次検診がスムーズに受診できるよう診療科との連携を強化する。

**ウ 未収金対策の強化**

- 回収率を上げるため、未払い者への早期段階での通知の送付や訪問徴収により、回収の強化を図るとともに、体制の充実を図る。
- 相当期間経過しても医療費の支払いが滞っている回収困難な未収金について、その回収業務を弁護士法人等への委託など、法的手段の実施に向けた検討を行う。

**エ 診療報酬の適正算定**

- 医療サービスにかかる請求漏れや誤りを防止するためには、医療現場とレセプト請求部署との診療報酬算定に関する共通認識を高めることが必要である。そのため、院内各部署においても診療報酬に関する研修会を実施し、知識の向上や部署間の情報交換を密にする。
- 診療報酬改定やDPC制度等に対し適正に対応するため、制度等に対する職員の理解を深めるとともにDPCデータの分析を進め機能評価係数引上げに努める。

**オ 地域医療連携の推進**

- 地域医療連携室の体制を充実し関係機関を訪問することで、それぞれの現状や連携における問題点を把握し、顔の見える関係を構築する。
- 開業医の皆さんに当院の受入可能疾患や受入検査項目をPRして、機能分担・役割分担の相互理解を深めながら連携を推進する。
- 紹介率・逆紹介率の向上に努める。

**カ 各種指導の充実**

- 正しい薬の服用のため薬剤管理指導を強化する。

- 入院患者さんの健康管理、予防医療の観点から栄養指導業務を充実する。
- メタボリックシンドローム対象患者さんに対して、日常生活における習慣改善を促す特定保健指導を実施する。

#### ④ 経費削減

##### ア 職員の適正配置

- 業務内容や診療報酬の基準を考慮し、効率かつ効果的な人員配置を実施するとともに、多様な勤務形態についても研究・検討する。
- 業務の効率化による時間外手当の削減及び給与の支給に関する問題点を洗い出し、給与費の抑制を図る。

##### イ 消費税への対応

- 現在消費税は8%であるが、平成31年10月から2%上がり、10%になることが決定している。これにより、薬品、診療材料、賃借、委託、医療器械等、多くのものが影響する。そのため、消費税が増税となる前に、可能なものについては、前倒しして購入等を行う。

##### ウ 委託料及び賃借料の削減

- 業務量等、契約内容や契約方法を精査するとともに、競争原理の徹底により契約金額の適正化を図る。

##### エ 薬品費及診療材料費等の削減

- 検査頻度の低い項目については外部委託に移行する。
- 後発医薬品の使用に関する適切な情報の収集を行い、薬事委員会、医局会（ともに院内会議）での検討を踏まえて導入を進める。
- 診療材料・薬品の使用品目の統一化、ジェネリック医薬品の採用拡大や、ベンチマークを活用した価格交渉、徹底した在庫管理を推進する。
- 薬品や診療材料などについて、近隣病院・診療所等との共同購入について実施に向けた検討を行う。

##### オ 光熱水費の削減

- 院内の省エネ委員会において、業務上での省エネに関する基本的な取り組みをとりまとめ、職員の省エネ意識を向上させ、費用の削減に努める。
- 電気については、これまで100%中部電力から購入してきたが、近年全国の多くの自治体において、中部電力等、一般電気事業者から新電力会社へと切替え始めている。公立の医療機関においては、まだあまり導入されていないが、今後切替えに向けたメリット・デメリット等の検討を行う。

##### カ 修繕費の削減

- 臨床工学技士による医療機器の安全管理指導を徹底し、取扱方法や保管の仕方などの適正化を推進することで、機器の故障を最小限に抑制する。
- 耐用年数が経過する設備や高額な医療器械に関しては、計画的な修繕や更新に努め、費用の平準化を図る。

#### ⑤ その他の取組み

##### ア 病院機能評価の認定

- 公益財団法人 日本医療機能評価機構が実施する、病院機能評価を受審し、認定を受ける。

※病院機能評価

病院の活動を患者さんの目に触れない部分も含めて日本医療機能評価機構が第三者として評価し、病院の優れている点や課題を明らかにし、審査の結果、一定の水準を満たしていると認められた病院に対して認定証が発行される。

**イ 患者満足度**

- 患者さんが市民病院の医療環境について、どのように思っているのかを把握するために満足度調査（アンケート）等を実施・分析し、経営改善やより良い医療サービスの提供に努める。あわせて、市民病院利用者等の満足度向上にも努める。なお、アンケートの結果については、ホームページ等で公表する。
- 患者さんに選ばれる病院を目指し、患者さんの満足度向上を実現させるため接客教育を推進する。
- コンシェルジュを設置するなど、患者さんが分かりやすく受診できる環境や良好な療養環境を整備する。

**ウ 職員の意識改革**

- 経営の実態や経営効率化目標等を共有化することにより、職員一人ひとりの意識改革を図る。
- 限られた医療資源をもとに、いかにして経営の効率化を進めていくか、医業収益の確保と支出削減の具体策について創意と工夫を凝らした取組みを、職員皆が一丸となって取り組む。

**エ 医療安全管理等の推進**

- 医療安全対策室を中心にして、リスクマネジメント部会の開催や医療事故を未然に防止するための予防対策の取りまとめ、院内のヒヤリハット情報の共有化などにより医療安全意識の向上に努め、安全安心医療の提供を推進する。
- 院内感染対策委員会を中心に、院内外での感染症事例などの的確な情報提供と情報の共有化を推進する。

**オ 休床病棟・医師住宅等**

- 現在、休床となっている6階病棟の有効活用を検討する。また、2A病棟、2B病棟についても有効活用を検討する。
- 現在利用者がいない看護師宿舎の活用方法を検討する。
- 旧東入船医師住宅については、平成28年度に解体撤去予定のため、跡地利用について売却も含めた検討を行う。

**カ 設備・医療機械等の整備・更新**

- 当院は、増築を重ねた建物で、最も古い西病棟は建設後35年が経過しており、最も新しい外来棟においても、建設後21年が経過している。今後、外壁改修や配管設備などを整備する必要がある。また、平成24年に導入した電子カルテや平成19年に導入したCTをはじめ、本計画期間中に高額な医療器械等の更新を迎えることが予想される。このため、キャッシュフローや必要性・費用対効果等を意識した健全経営を進める。

**キ 経営の分析**

- 民間病院の経営状況に係る統計（病床数ごとの経常収支比率、医業収支比率など）との経営比較を行い、公立病院としての役割を果たしつつ、効率化を目指す。
- DPCデータ等の分析から今後の経営戦略を検討していく。

○病院独自の経営分析だけでは十分な対応ができないことあるため、費用対効果を念頭に経営コンサルの活用を検討する。

#### ク 新病院建設の準備

○最も古い西病棟は建設後35年を経過しており、平成44年には50年を経過することを見据え、少子高齢化の進展、医療受療率等地域の特性を考慮し、この地域に必要な医療規模を精査し、それに見合った新病院建設について検討する。

### (2) 一般会計負担の考え方

病院経営については、独立採算制を原則と考えているが、公立病院としての役割である救急医療や小児医療など不採算部門の医療を提供するためには、一般会計からの繰出金が経営安定化にとって必要な条件である。

病院企業会計と一般会計との間での経費の負担については、病院事業の健全化を促進し、経営基盤を強化するため、地方公営企業法に従い総務省が毎年度定める繰出基準に基づいている。

項目	一般会計における経費負担の考え方
建設改良に要する経費	建設改良費（企業債及び補助金等の特定財源を除く）の2分の1、企業債償還利子及び償還元金の2分の1（平成14年度までに着手した事業に係るものは3分の2）。
へき地医療の確保に要する経費	遠隔医療システムの運営に要する経費のうち、その運営に伴う収入をもって充てることができないと認められるものに相当する額
リハビリテーション医療に要する経費	リハビリテーション医療の実施に要する経費のうち、これに伴う収入をもって充てることができないと認められるものに相当する額。
小児医療に要する経費	小児医療の用に供する病床の確保に要する経費のうち、これに伴う収入をもって充てることができないと認められるものに相当する額。
救急医療の確保に要する経費	救急病院における医師等の待機及び空床の確保等救急医療の確保に必要な経費に相当する額、災害拠点病院が災害時における救急医療のために行なう診療用具、診療材料及び薬品等の備蓄に要する経費に相当する額。
高度医療に要する経費	高度な医療の実施に要する経費のうち、これに伴う収入をもって充てることができないと認められるものに相当する額。
院内保育所の運営に要する経費	病院内保育所の運営に要する経費のうち、その運営に伴う収入をもって充てることができないと認められるものに相当する額。
保健衛生行政事務に要する経費	医療相談等に要する経費のうち、これに伴う収入をもって充てることができないと認められるものに相当する額。
医師及び看護師等の研究研修に要する経費	医師及び看護師等の研究研修に要する経費の2分の1。
共済追加費用の負担に要する経費	共済追加費用の負担額の一部。
医師確保対策に要する経費	公立病院に勤務する医師の勤務環境の改善に要する経費のうち、経営に伴う収入をもって充てる

	ことが客観的に困難であると認められるものに相当する額。
基礎年金拠出金に係る公的負担に要する経費	地方公営企業職員に係る基礎年金拠出金に係る公的負担に要する経費の全部又は一部。
児童手当に要する経費	次に掲げる地方公営企業職員に係る児童手当の給付に要する経費の合計額。 ア 3歳に満たない児童に係る給付に要する経費（ウに掲げる経費を除く。）の15分の8 イ 3歳以上中学校終了前の児童に係る給付に要する経費（ウに掲げる経費を除く。）ウ児童手当法附則第2条に規定する給付に要する経費

### （３）経常収支比率に係る目標設定の考え方

公立病院として地域の医療提供体制の中で、適切に役割を果たし、良質な医療を提供し続けるためには、経常収支が黒字となる水準を確保する。

### （４）数値目標

	H27年度 (実績)	H28年度 (見込)	H29年度 (予定)	H30年度 (予定)	H31年度 (予定)	H32年度 (予定)
救急車受入率 (%)	32.7	42.0	43.0	45.0	48.0	50.0
〃 問合せあり	69.4	75.0	76.0	77.0	78.0	80.0
手術件数 (件)	724	650	570	580	590	600
研修医の受入数 (人)	20	22	23	23	23	23
医学生の受入数 (人)	13	13	15	20	25	30
〃 受入日数 (日)	31	29	40	50	60	70
紹介率 (%)	35.5	41.0	43.0	45.0	48.0	50.0
逆紹介率 (%)	46.9	54.0	56.0	58.0	59.0	60.0
訪問リハビリ (単位)	4,272	4,300	4,300	4,350	4,350	4,350
病院機能評価	—	—	準備	受審・ 認定	→	→
薬剤管理指導 (件)	4,230	4,300	4,350	4,400	4,450	4,500
栄養指導 (件)	2,337	2,350	2,400	2,450	2,500	2,550
糖尿病教室開催(回)	48	48	48	48	48	48
特定保健指導 (件)	157	120	130	150	160	170
認定看護師の養成 (人)	1	1	1	1	1	1
患者満足度	—	—	実施	調査	調査	調査
出前健康講座 (回)	21	21	22	22	22	22
ほのか診察室 (回)	12	12	12	12	12	12
病院だよりの発行 (回)	12	12	12	12	12	12
経常収支比率	103.6	99.0	99.6	105.7	107	109.5
医業収支比率	95.2	90.3	91.2	96.9	98.2	101.5
材料費対医業収益比率 (%)	20.4	20.6	20.4	20.1	20.1	19.6
経費対医業収益比率 (%)	28.4	33.9	34.4	33.7	33.3	32.5

	H27年度 (実績)	H28年度 (見込)	H29年度 (予定)	H30年度 (予定)	H31年度 (予定)	H32年度 (予定)
人件費対医業収益比率 (%)	53.6	60.9	62.5	58.8	60.5	60.1
減価償却費対医業収益比率 (%)	8.3	8.4	8.4	8.2	8.1	7.9
1人平均入院単価 (円)						
一般	43,754	44,000	44,100	44,100	44,200	44,200
"						
地域	33,438	32,000	32,000	32,000	32,000	32,000
平均外来単価 (円)	15,761	15,700	15,800	15,800	15,900	15,900
1日平均入院患者数 (人)						
一般	64.1	68	70	75	80	85
"						
地域	34.0	35	40	45	50	55
病床利用率 (%)	42.3	51.8	55.3	60.3	65.3	70.4
1日平均外来患者数 (人)	384.7	381	385	387	388	400
3階病棟特別室利用率 (%)	80.1	81.0	82.0	83.0	84.0	85.0
4階病棟特別室利用率 (%)	84.3	85.0	86.0	87.0	88.0	89.0
5階病棟特別室利用率 (%)	60.6	62.0	63.0	64.0	65.0	66.0
人間ドック (件)	2,880	2,900	2,900	2,900	2,900	2,900
健康診断 (件)	2,430	2,500	2,500	2,500	2,500	2,500
医師数 (人)	23	22	23	24	24	24
企業債残高 (千円)	2,457,654	2,099,518	1,738,382	1,865,314	2,582,370	2,289,551



## 5 収支計画

○この改革プランは平成29年度から平成32年度までの4ヵ年計画の状況を推計する。

### (1) 基本目標

項目			H27年度	H28年度	H29年度	H30年度	H31年度	H32年度
入院基本料			7:1	7:1	7:1	7:1	7:1	7:1
一般	患者数(日)	人	64.0	68	70	75	80	85
	平均単価	円	43,754	44,000	44,100	44,100	44,200	44,200
地域	患者数(日)	人	33.9	35	40	45	50	55
	平均単価	円	33,438	32,000	32,000	32,000	32,000	32,000
合計	患者数(日)	人	97.9	103	110	120	130	140
	病床利用率	%	49.2	51.8	55.3	60.3	65.3	70.4
外来	患者数(日)	人	384.7	381	385	387	388	400
	平均単価	円	15,761	15,700	15,800	15,800	15,900	15,900

## (2) 収支計画表

### 収益的収支

【収入】	H27年度	H28年度	H29年度	H30年度	H31年度	H32年度
1. 医業収益	3,417,293	3,447,095	3,567,204	3,724,426	3,881,888	4,049,863
(1) 料金収入	2,934,177	2,960,415	3,078,207	3,224,800	3,379,925	3,565,545
入院収益	1,460,948	1,500,880	1,593,955	1,732,838	1,874,640	2,013,705
外来収益	1,473,229	1,459,535	1,484,252	1,491,962	1,505,285	1,551,840
(2) その他	483,116	486,680	488,997	499,626	501,963	484,318
うち他会計負担金	275,582	279,146	281,463	292,092	294,429	276,784
2. 医業外収益	523,870	532,495	519,720	533,054	533,207	503,269
(1) 他会計負担金	133,526	116,861	125,139	123,713	121,844	107,299
(2) 他会計補助金	234,993	259,050	237,981	252,741	254,763	239,370
(3) 国(県)補助金	26,791	5,884	5,900	5,900	5,900	5,900
(4) 長期前受金戻入	90,662	91,000	91,000	91,000	91,000	91,000
(5) その他	37,898	59,700	59,700	59,700	59,700	59,700
経常収益	3,941,163	3,979,590	4,086,924	4,257,480	4,415,095	4,553,132

【支出】	H27年度	H28年度	H29年度	H30年度	H31年度	H32年度
1. 医業費用	3,591,062	3,817,036	3,897,680	3,832,350	3,926,069	3,966,069
(1) 職員給与費	1,830,783	2,056,757	2,135,284	2,055,284	2,135,284	2,175,284
(2) 材料費	696,479	696,479	696,479	703,444	709,957	709,957
(3) 経費	770,491	770,491	770,491	778,196	785,402	785,402
(4) 減価償却費	283,455	283,455	285,426	285,426	285,426	285,426
(5) その他	9,854	9,854	10,000	10,000	10,000	10,000
2. 医業外費用	212,902	203,435	193,928	184,170	175,318	167,805
(1) 支払利息	90,555	81,135	71,628	61,870	53,018	45,505
(2) その他	122,347	122,300	122,300	122,300	122,300	122,300
経常費用	3,803,964	4,020,471	4,091,608	4,016,520	4,101,387	4,133,874

経常損益	137,199	▲ 40,881	▲ 4,684	240,960	313,708	419,258
1. 特別利益	157,720	157,700	157,700	157,700	157,700	157,700
2. 特別損失	0	0	0	0	0	0
特別損益	157,720	157,700	157,700	157,700	157,700	157,700
純損益	294,919	116,819	153,016	398,660	471,408	576,958
累積欠損金	3,791,798	3,674,979	3,521,963	3,123,303	2,651,895	2,074,937
流動資産	2,207	2,207	2,200	2,200	2,200	2,200
流動負債	711	711	710	717	724	724
不良債務	▲ 1,496	▲ 1,496	▲ 1,490	▲ 1,483	▲ 1,476	▲ 1,476
医業収支比率	95.2	90.3	91.5	97.2	98.9	102.1

【経営指標】	H27年度	H28年度	H29年度	H30年度	H31年度	H32年度
経常収支比率	103.6	99.0	99.9	106.0	107.6	110.1
職員給与費対医業収益比率	53.6	59.7	59.9	55.2	55.0	53.7
材料費対医業収益比率	20.4	20.2	19.5	18.9	18.3	17.5
経費対医業収益比率	28.4	33.2	33.0	31.6	30.3	29.0
減価償却費対医業収益比率	8.3	8.2	8.0	7.7	7.4	7.0

資本的収支

【収入】	H27 年度	H28 年度	H29 年度	H30 年度	H31 年度	H32 年度
企業債	0	21,900	0	400,000	1,000,000	100,000
他会計出資金	0	0	0	0	0	0
他会計負担金	352,899	343,049	346,433	325,598	326,360	365,682
他会計借入金	0	0	0	0	0	0
他会計補助金	0	0	0	0	0	0
国(県)補助金	3,427	0	0	0	0	0
工事負担金	0	0	0	0	0	0
固定資産売却代金	0	0	0	0	0	0
その他	5,116	0	3,780	3,780	40,000	3,780
収入計	361,442	364,949	350,213	729,378	1,366,360	469,462

【支出】	H27 年度	H28 年度	H29 年度	H30 年度	H31 年度	H32 年度
建設改良費	72,283	96,100	76,000	476,000	1,100,000	180,000
企業債償還金	380,455	380,037	361,935	273,869	283,748	393,625
その他	0	0	0	0	0	0
支出計	459,325	485,137	448,135	760,069	1,393,948	583,825
差引不足額	97,883	120,188	97,922	30,691	27,588	114,363

企業債残高	2,457,654	2,099,518	1,738,382	1,865,314	2,582,370	2,289,551
-------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

一般会計からの繰入金の見通し

	H27 年度	H28 年度	H29 年度	H30 年度	H31 年度	H32 年度
収益的収支	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)
	644,101	655,057	644,583	668,546	671,036	623,453
資本的収支	(85,169)	(91,106)	(84,016)	(87,144)	(90,396)	(82,135)
	352,899	343,049	346,433	325,598	326,360	365,682
合計	(85,169)	(91,106)	(84,016)	(87,144)	(90,396)	(82,135)
	997,000	998,106	991,016	994,144	997,396	989,135

※ ( ) 内はうち基準外繰入金額。

## 6 再編・ネットワーク化

現段階では、総務省の公立病院改革ガイドラインに示されているような他の公立病院との統合や当院の診療所化などの再編については考えていない。

東三河北部医療圏内の地域医療の状況は、医師をはじめ看護師などの医療スタッフの人員不足が深刻化しており、愛知県地域医療構想に示されている東三河南部医療圏へ流出する入院患者の割合は34.6%になっている。

こうしたことから、限られた医療資源の中で、医療圏域内で完結できる入院患者が増えるよう、これまで以上の連携体制の強化が求められている。

中でも、公設病院である東栄病院との連携強化は不可欠であり、お互いの今後の方向性を踏まえ、これまでの再編の考え方に加え今年4月に施行される地域医療連携推進法人制度の活用も考慮し、お互いにとって有用的な連携について検討していく。

## 7 経営形態の見直し

経営形態については、公設公営を基本として病院経営の改革に取り組むものとする。

総務省は、公立病院改革プランに基づくこれまでの取組みの結果について、経営形態の見直しに取り組む病院が増加するとともに、経常損益の改善がみられる病院が増加するなど一定の成果を上げていると認めている。

しかしながら、依然として、医師不足等の厳しい環境が続き、人口減少や少子高齢化が急速に進展する中で、医療需要が大きく変化することが見込まれるため、引き続き経営形態の見直しとの視点に立ったさらなる改革を求めている。

当院の経営形態は、地方公営企業法の規定のうち財務規定のみを適用している「地方公営企業法の一部適用」で、総務省が示している経営形態見直しの選択肢は、「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」「民間移譲」「事業形態の見直し」の5つとなっている。

それぞれに、メリットとデメリットがあり、特に「地方独立行政法人化(非公務員型)」「指定管理者制度の導入」「民間移譲」のメリットとして挙げられるのが、自律的、機動的、効率的な事業運営による経営の効率化で、デメリットは「地方独立行政法人化(非公務員型)」では管理部門の増大による人件費の増、「指定管理者制度の導入」「民間移譲」では経営が最優先されるため政策医療の確保が損なわれる可能性があることなどが挙げられる。

今後さらに厳しくなると予想される医療環境の変化に対応するため、経営形態の見直しについて、先進病院の状況の調査・研究を進め、制度と実際の運用の違い、メリット、デメリット、地域性などを考慮し、どのような経営形態が望ましいのか総合的に検討していくこととする。

以下、公立病院改革ガイドラインで選択肢として示されている経営形態について記載する。

### (1) 地方公営企業法の全部適用

地方公営企業法の全部適用は、同法第2条第3項の規定により、病院事業に対し、財務規定等のみならず、同法の規定の全部を適用するものである。

事業管理者に対し、人事・予算等に係る権限が付与され、より自立的な経営が可能となることが期待されるが、経営の自由度拡大の範囲は地方独立行政法人化の場合に比べて限定的であり、民間的経営手法の導入という所期の目的が十分に達せられるためには、制度運用上、事業管理者の実質的な権限と責任の明確化に特に注意を払う必要がある。

このため、同法の全部適用によって所期の効果が達成されない場合には、地方独立行政法人化など、更なる経営形態の見直しに向け取り組むことが必要である。

## (2) 地方独立行政法人化(非公務員型)

非公務員型の地方独立行政法人化は、地方独立行政法人法の規定に基づき、地方独立行政法人を設立し、経営を譲渡するものである。

地方公共団体と別の法人格を有する経営主体に経営が委ねられることにより、地方公共団体が直営で事業を実施する場合に比べ、予算・財務・契約、職員定数・人事などの面でより自律的・弾力的な経営が可能となり、権限と責任の明確化に資することが期待される。

ただし、この場合、設立団体からの職員派遣は段階的に縮減を図る等、実質的な自律性の確保に配慮することが適当である。

## (3) 指定管理者制度の導入

指定管理者制度は、地方自治法第244条の2第3項の規定により、法人その他の団体であって当該普通地方公共団体が指定するものに、公の施設の管理を行わせる制度であり、民間の医療法人等(日本赤十字社等の公的医療機関、大学病院、社会医療法人等を含む。)を指定管理者として指定することで、民間的な経営手法の導入が期待されるものである。

本制度の導入が所期の効果を上げるためには、①適切な指定管理者の選定に特に配慮すること、②提供されるべき医療の内容、委託料の水準等、指定管理者に係わる諸条件について事前に十分に協議し相互に確認しておくこと、③病院施設の適正な管理が確保されるよう、地方公共団体においても事業報告書の徴取、実地の調査等を通じて、管理の実態を把握し、必要な指示を行うこと等が求められる。

本制度を導入する場合、同条第8項に規定する利用料金制度をあわせて採用すれば、診療報酬が地方公共団体を經由せず、直接指定管理者に収受されることとなる。

## (4) 民間譲渡

地域において必要な医療は、公・民の適切な役割分担により提供されるべきものであり、「民間にできることは民間に委ねる」という考え方に立てば、地域の医療事情から見て公立病院を民間の医療法人等に譲渡し、その経営に委ねることが可能な地域にあっては、これを検討の対象とすべきである。

ただし、公立病院が担っている医療は、採算確保に困難性を伴うものを含むのが一般的であり、こうした医療の提供が引き続き必要な場合には、民間譲渡を行うに当たり相当期間の医療提供の継続を求めるなど、地域医療の確保の面から譲渡条件等について譲渡先との十分な協議が必要である。

## 8 実施状況の点検・評価・公表

### (1) 点検・評価・公表

策定した改革プランを住民に対して速やかに公表するとともに、その実施状況を毎年度点検及び評価をする。点検及び評価については、有識者等で構成した委員会を設置し、改革プランの進捗状況や数値目標の達成状況を客観的に検証する。

### (2) 改革プランの改定

前項の点検評価等の結果、改革プランに掲げた数値目標の達成が著しく困難であると認めるとき、改革プランを見直し必要な改定を行う。

改革プランの全体を抜本的に見直しが必要と判断した場合は、改革プランの全面的な改定を行う。

その他、前項に掲げる委員会等において、改定が必要と認めた時。