

亀岡市立病院新改革プラン

平成29年度～平成32年度

平成29年3月

亀岡市・亀岡市立病院

目 次

1. 新改革プラン策定にあたり	1
2. 市立病院の現状と課題	2
(1) 市立病院の概要	2
(2) 外部環境	3
① 医療圏の将来推測	
② 医療機関整備状況と患者動向	
③ 救急医療の状況	
(3) 内部環境	8
① 財務状況	
② 医療提供体制と医療機能	
(4) 外部環境・内部環境サマリ	14
3. 新改革プランにおける市立病院の方針	15
(1) 新改革プランの対象期間	15
(2) 地域医療構想を考慮した市立病院の役割・機能	15
① 地域医療構想と市立病院の方針	
② 地域包括ケアシステムでの市立病院の役割	
(3) 提供する医療機能	18
① 市立病院の強みとする領域での提供機能	
② 5 疾病・5 事業に対する市立病院の提供機能	
③ 医療の標準化への取り組み	
(4) 再編・ネットワーク化に関する市立病院の方針について	20
(5) 経営形態に関する市立病院の方針について	20
(6) 一般会計負担金について	21

4. 新改革プランにおける施策・アクションプラン 22

(1) 経営計画の重点施策と目標値（収益面） 22

- ① 地域連携
- ② 救急医療
- ③ 入院機能

(2) 経営計画の重点施策と目標値（費用面） 23

- ① 人件費
- ② 材料費
- ③ 経 費

(3) 経営管理体制の強化 25

- ① 管理体制の強化
- ② 診療科別収支管理
- ③ 目標管理の推進
- ④ 収益管理体制の強化

5. 改革プランの点検・評価及び公表..... 26

(1) 点検・評価について

(2) 進捗状況等の公表について

6. 収支の見通し..... 27

1 新改革プラン策定にあたり

亀岡市立病院（以下「市立病院」という。）は、南丹医療圏に不足する医療提供機能の補完を目的として、また、市民の「医療圏域で安心して完結した医療を受けられる公立病院」という切実な要望に応じて平成 16 年 6 月に開院し、「急性期医療を中心とした適切かつ良質な医療を提供する」を理念に市立病院としての役割と責務を果たしてきました。

開院以来、経営面において収支赤字が続いてきましたが、平成 21 年度からの改革プランに基づき病床利用率の向上や積極的な紹介患者の受入れ、医師をはじめ医療スタッフの確保等に努め、平成 22、23 年度には単年度黒字を達成しました。しかしながら、平成 24 年度以降は、診療報酬のマイナス改定や医師不足から、再び収支が悪化する厳しい経営状況となっています。収支の改善を図るため、平成 26 年度からは中期計画を策定し、改善に向け取り組んできたところでありますが、その効果は依然として表れていない状況です。

一方、全国的に少子高齢化の進展による高齢者の自立生活の支援を図る目的のもとで、地域の実情にあつた医療・介護の包括的な支援、サービス提供体制である地域包括ケアシステムの構築が進められています。また、総務省からは、新たな公立病院改革ガイドラインが示され、都道府県が策定する地域医療構想を踏まえた新改革プランを策定し、公立病院の役割の明確化と更なる改革が求められています。

今後、新改革プランを元に抜本的な運営の見直しと職員一丸となった経営の効率化、改善を図ることで、安定した持続可能な病院運営に努めていきます。

なお、新改革プラン策定にあたり、亀岡市立病院経営審議会を設置し、医療又は経営に関する有識者 9 名を迎え、京都府、南丹医療圏における医療環境を踏まえた市立病院の現状と今後の病院運営のあり方に関しての検討、議論を行いました。その結果いただいた答申に基づき市立病院の今後の方針を確定し、作成したものです。

2 市立病院の現状と課題

(1) 市立病院の概要

開設年月日	平成16年6月1日
開設者	亀岡市長 桂川 孝裕
管理者	玉井 和夫
病院長	玉井 和夫
所在地	亀岡市篠町篠野田1-1
敷地面積	17,940m ²
延床面積	9,947.12m ²
病床数	一般病床 90床、地域包括ケア病床10床（平成28年3月より） 総病床数 100床
標榜診療科	一般内科、消化器内科、循環器内科、糖尿病内科、神経内科、小児科、 外科、整形外科、皮膚科、眼科、泌尿器科、放射線科、麻酔科、リハビリ テーション科 （14診療科）
職員数	常勤職員120名 管理者1名（病院長）、医師14名、看護師69名、看護助手3名、医療技術者 20名、事務職員13名 （平成28年8月1日現在）
経営形態	地方公営企業法全部適用

(2) 外部環境

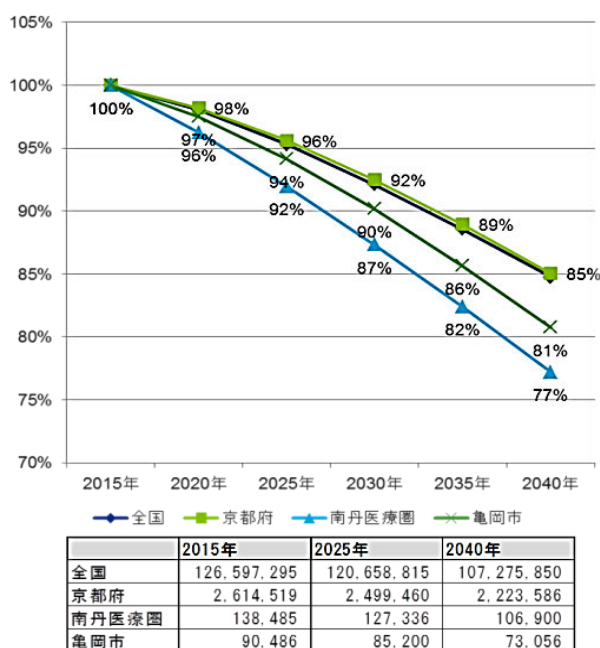
① 医療圏の将来推測

市立病院が所在する亀岡市は、南丹市、京丹波町からなる南丹医療圏に属しています。図1のとおり、南丹医療圏は2015年で人口13万8,000人、圏内で中心的な市である亀岡市は9万人ですが、今後の高齢化とともに人口は減少していき、2040年には南丹医療圏で現状の23%減の10万7,000人、亀岡市では現状の19%減の7万3,000人となることが推測されています。

一方、65歳以上の高齢者の人口は2025年をピークに今後増加していくことが推測されています。南丹医療圏では2025年には7%増の4万3,000人であり、全国や京都府の平均とほぼ同じ増加率であるものの、亀岡市では14%増の2万6,800人と増加率が大きいと、今後10年間での高齢者への医療需要は更に高まり、その医療需要に対応できる医療体制を早急に整備することが求められています。

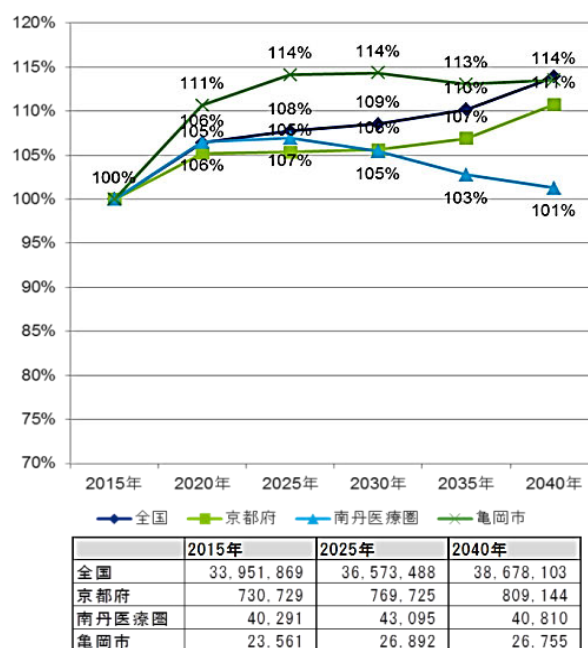
図1 南丹医療圏の人口推移

人口増減率の推移(2015年ベース)



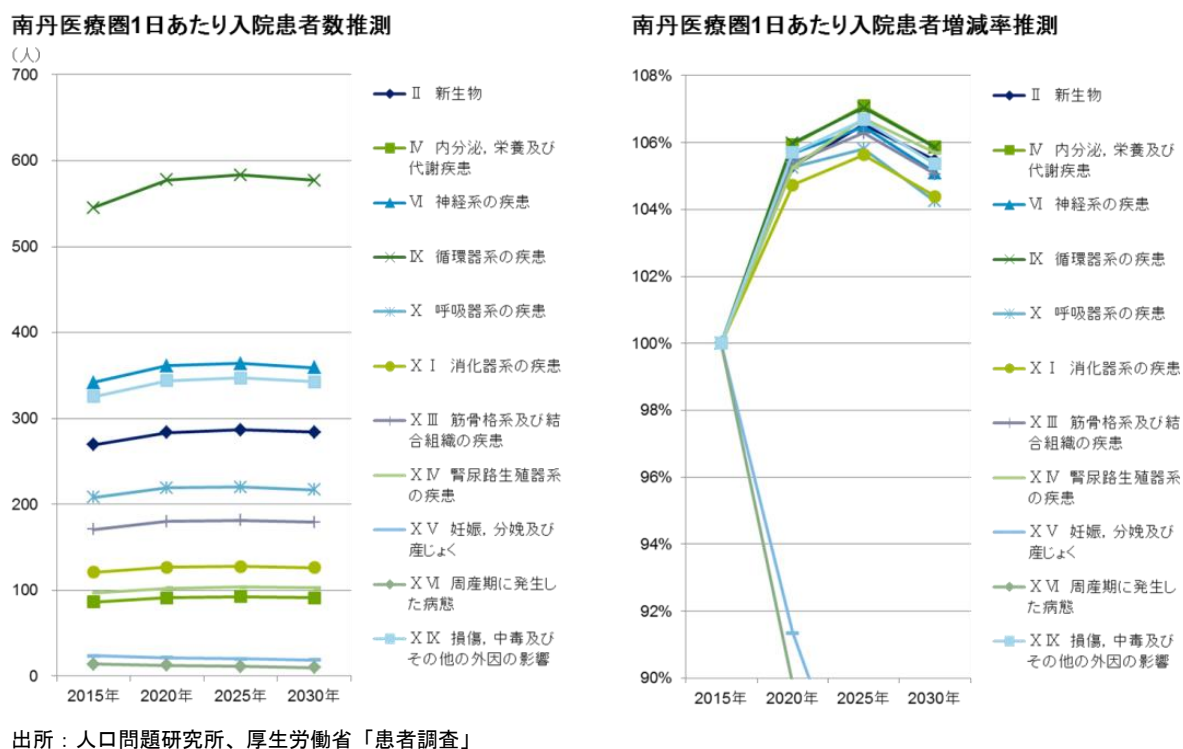
出所：人口問題研究所

65歳以上人口増減率の推移(2015年ベース)



医療需要において、南丹医療圏は高齢化に伴い65歳以上の人口が増加することから需要は高まることが推測されます。図2の入院医療需要において患者は周産期系疾患を除く疾患において2025年までに5%～7%の増加をしていくことが推測されています。中でも患者数の上位を占める、循環器系、損傷系（整形外科分野）、神経系疾患などは、リハビリテーションを伴う疾患であり、今後医療需要に対する体制整備に関してはリハビリテーション体制の充実が求められます。

図2 南丹医療圏の入院医療需要



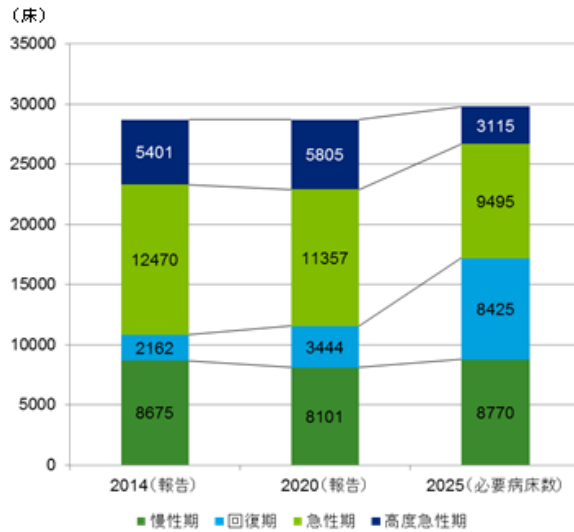
② 医療機関整備状況と患者動向

医療機関の病床機能において、図3の現状の機能別病床数と2025年に必要とされる病床数を見ると、南丹医療圏は高度急性期病床を有しておらず、高度急性期医療の不足が指摘されています。一方、急性期病床は京都府同様に2025年には過剰になると考えられており、他方では高齢化に伴う需要による回復期機能病床への移行が求められています。

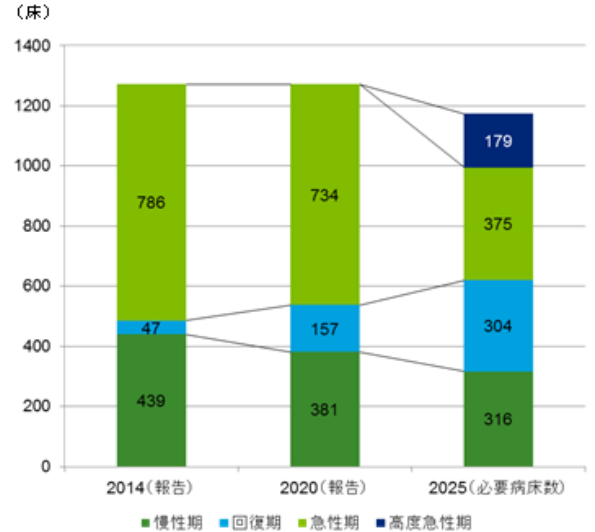
医療機関や医療従事者の数を見ると、図4の人口10万人あたりの病院数は全国平均の6.6、京都府の6.5に対し南丹医療圏は7.0となっており、病院施設は充足しています。しかし、医療従事者数においては医師、看護師、薬剤師、リハビリスタッフ共に全国、京都府と比較して少なくなっており、今後、人員投資を必要とする高度急性期機能の供給体制を構築するには厳しい環境です。

図3 京都府、南丹医療圏の病床機能別病床数と2025年の必要病床数

京都府 2014年病床報告と2025年必要病床数



南丹医療圏 2014年病床報告と2025年必要病床数



出所：京都府医療審議会地域医療構想策定部会資料

図4 京都府、南丹医療圏の医療施設、医療従事者数比較

医療施設数比較

	施設数	人口10万人あたり施設数				
	京都府	全国平均	京都府	京都・乙訓医療圏	南丹医療圏	
一般診療所	2,236	68.4	84.8	98.4	61.4	
内科系	1,135	40.1	43.1	49.0	32.8	
外科系	479	17.0	18.2	20.6	13.3	
小児科系	428	15.5	16.2	17.1	9.8	
産婦人科系	96	3.6	3.6	4.1	2.8	
皮膚科系	255	8.4	9.7	12.1	3.5	
眼科系	152	5.7	5.8	6.8	4.2	
耳鼻咽喉科系	131	4.2	5.0	6.0	3.5	
精神科系	109	4.1	4.1	5.4	2.8	
病院	171	6.6	6.5	6.9	7.0	
75歳1000人以上施設数						
介護施設数	3558	13.6	12.2	12.4	12.8	
訪問型介護施設数	919	3.2	3.2	3.4	3.2	
通所型介護施設数	789	3.5	2.7	2.7	3.0	
入所型介護施設数	592	2.2	2.0	1.9	2.4	
特定施設数	49	0.3	0.2	0.2	0.0	
居宅介護支援事業所数	727	2.5	2.5	2.6	2.5	
福祉用具事業所数	205	0.9	0.7	0.8	0.3	

医療従事者数比較

医師			看護師(看護師・准看護師)		
	数	10万人あたり		数	10万人あたり
全国	-	156.71	全国	-	1031.5
京都府	5215	197.82	京都府	28751	1090.7
京都乙訓医療圏	-	247.92	京都乙訓医療圏	-	1191.7
南丹医療圏	-	130.11	南丹医療圏	-	882.5

薬剤師		
	数	10万人あたり
全国	-	215.9
京都府	5873	222.8
京都乙訓医療圏	-	268.6
南丹医療圏	-	110.9

リハビリスタッフ						
	理学療法士		作業療法士		言語聴覚士	
	数	10万人あたり	数	10万人あたり	数	10万人あたり
全国	-	37.1	-	24.0	-	7.5
京都府	1060	40.2	599	22.7	165	6.3
京都乙訓医療圏	-	44.6	-	25.1	-	6.9
南丹医療圏	-	25.0	-	17.4	-	5.0

介護職員(常勤換算人数)		
	数	75歳以上1000人あたり
全国	-	101.0
京都府	29409	100.7
京都乙訓医療圏	-	103.4
南丹医療圏	-	117.2

出所：京都府保健医療計画、日本医師会「地域医療情報システム」(2015年データ)

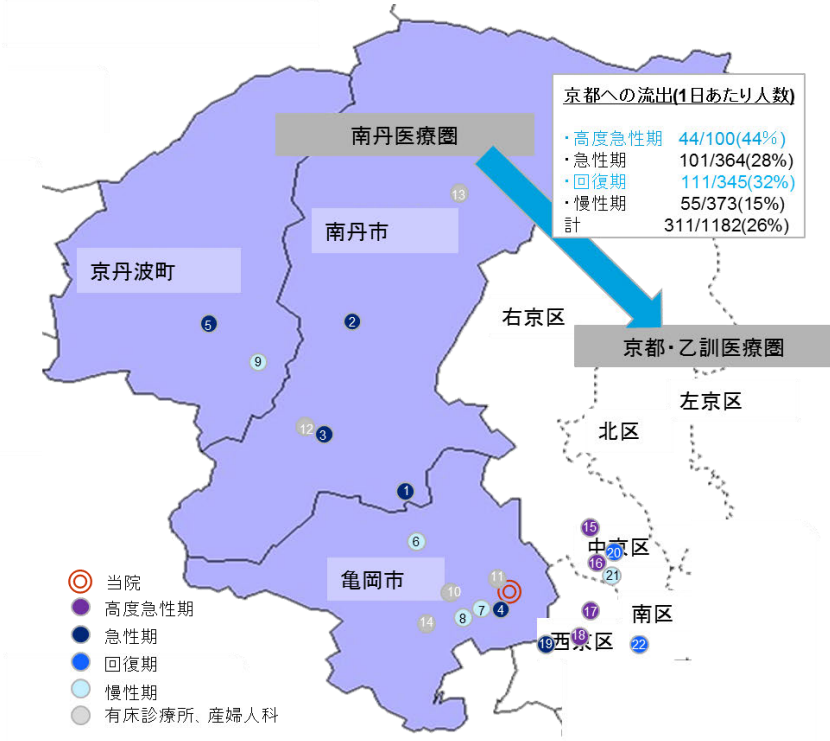
南丹医療圏の患者動向については、京都市への流出が進んでいる状況です。南丹医療圏は京都市に隣接しており、高速道路や鉄道などの交通手段の発達により京都市へのアクセスの利便性が高くなってきています。交通の発展や図5のとおり京都市西部で南丹医療圏に不足している高度急性期機能を持つ医療機関が複数所在していることから、特に高度急性期治療を必要とする患者の流出が大きく、44%の患者が流出しています。この傾向は京都市に直接隣接している亀岡市においては更に大きいと予想されます。

回復期の機能については、南丹医療圏で回復期機能の病床が不足しているため、京都市へ流出した高度急性期治療後の患者は回復期治療においても引き続き京都市で受療していることが考えられ、回復期においても患者の流出が32%と大きくなっています。

図6のとおり、国の指針として2025年を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活を支援するために、住み慣れた地域での暮らしを続けることができるよう、住まい、医療、介護、予防・生活支援が地域において一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を推進しています。医療機関の役割として、医療と介護・在宅との連携の強化が求められており、そのためには回復期治療における患者を地域で受け入れ、在宅復帰をスムーズに進める地域医療体制の構築が求められています。

図5 南丹医療圏、京都市近隣の医療機関所在と流出状況

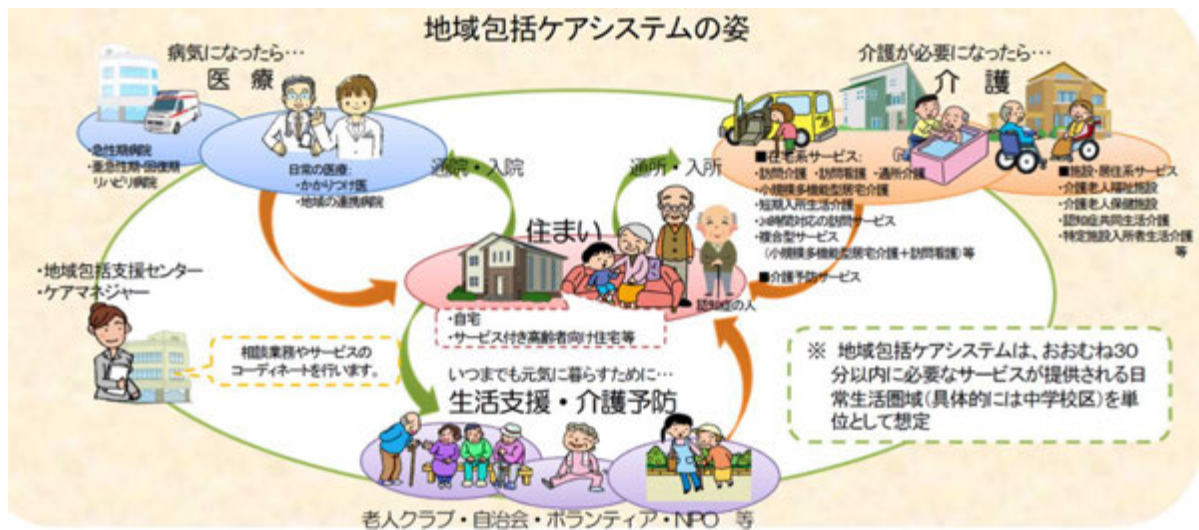
南丹医療圏施設配置と患者流出



NO	施設名称	2014年7月1日				
		全体	高急	急性	回復	慢性
1	公立南丹病院	464	0	464	0	0
2	明治国際医療大学附属病院	114	0	114	0	0
-	亀岡市立病院	100	0	100	0	0
3	医療法人 丹医会 園部丹医会病院	60	0	60	0	0
4	医療法人清仁会亀岡シミズ病院	199	0	58	0	141
5	国保京丹波町病院	47	0	47	0	0
6	花ノ木医療福祉センター	150	0	0	0	150
7	医療法人 亀岡病院	108	0	0	0	108
8	医療法人 睦会ムツミ病院	90	0	0	0	90
9	医療法人 丹笠会 丹波笠次病院	85	0	0	0	85
10	医療法人田村産婦人科医院	16	0	16	0	0
11	医療法人芽生会山口マタニティクリニック	13	0	13	0	0
12	医療法人川西診療所	15	0	15	0	0
13	医療法人財団美山健康会美山診療所	4	0	4	0	0
14	小牧産婦人科医院	6	0	0	0	6
15	京都民医連中央病院	411	19	274	118	0
16	京都市立病院	536	226	310	0	0
17	三菱京都病院	188	142	46	0	0
18	京都桂病院	525	474	51	0	0
19	洛西シミズ病院	148	0	111	37	0
20	がくさい病院	90	0	40	50	0
21	京都武田病院	240	0	60	60	120
22	十条武田リハビリテーション病院	182	0	39	100	43

出所：H26病床報告より市立病院作成、地域医療構想会議（平成27年12月21日開催）資料

図6 地域包括ケアシステムの姿



出所：厚生労働省

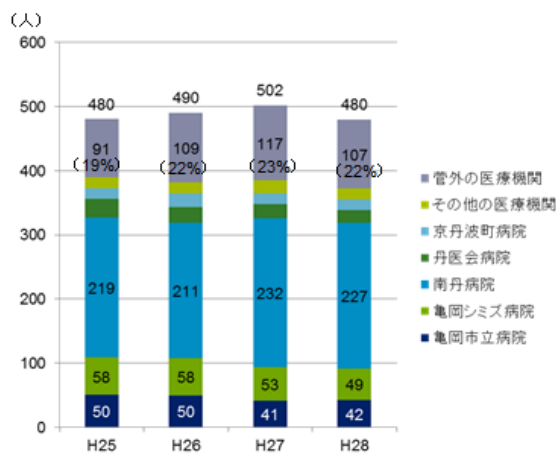
③ 救急医療の状況

図7のとおり、南丹医療圏において経年で月あたり約500件の救急搬送が発生しており、圏内の医療機関で月あたり約400件（80%）を受け入れ、残り約100件（20%）は圏外へ搬送されています。これは、図5に示すとおり、京都市西部との交通手段の発達、高度急性期医療機関の所在が要因と考えられます。

亀岡市では、市立病院を含む2病院で救急搬送の受入に対をしています。市立病院は、平成27年度において、医療圏内の救急搬送で入院を必要とする中等症以上の患者の約8%を受け入れており、救急医療に対して一定の役割を果たしています。

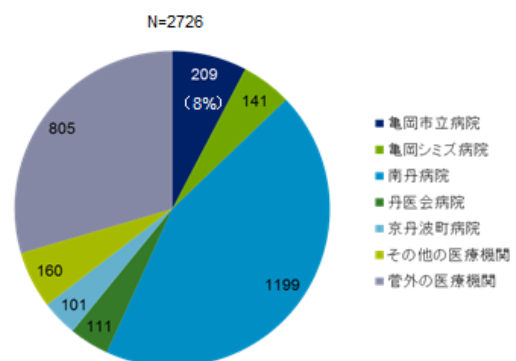
図7 南丹医療圏内の救急搬送先

1ヶ月あたり 南丹医療圏救急搬送受け入れ先件数



* 軽症、中等症、重症患者数を抽出
中等症：傷病の程度が入院を必要とするもので重症に至らないもの

H27年 医療機関別 中等症以上の患者搬送件数



* 中等症、重症患者数を抽出
中等症：傷病の程度が入院を必要とするもので重症に至らないもの

出所：市立病院救急搬送データ（H25～H28年5月）

(3) 内部環境

① 財務状況

図8は市立病院の過去6年間の経常収支の推移を示しています。平成22、23年度において黒字化を達成できたものの、平成24年度以降は赤字となり、経年で収益の減少と費用の増加が進み、平成27年度では過去6年間で最も大きい3億5,000万円の赤字となりました。

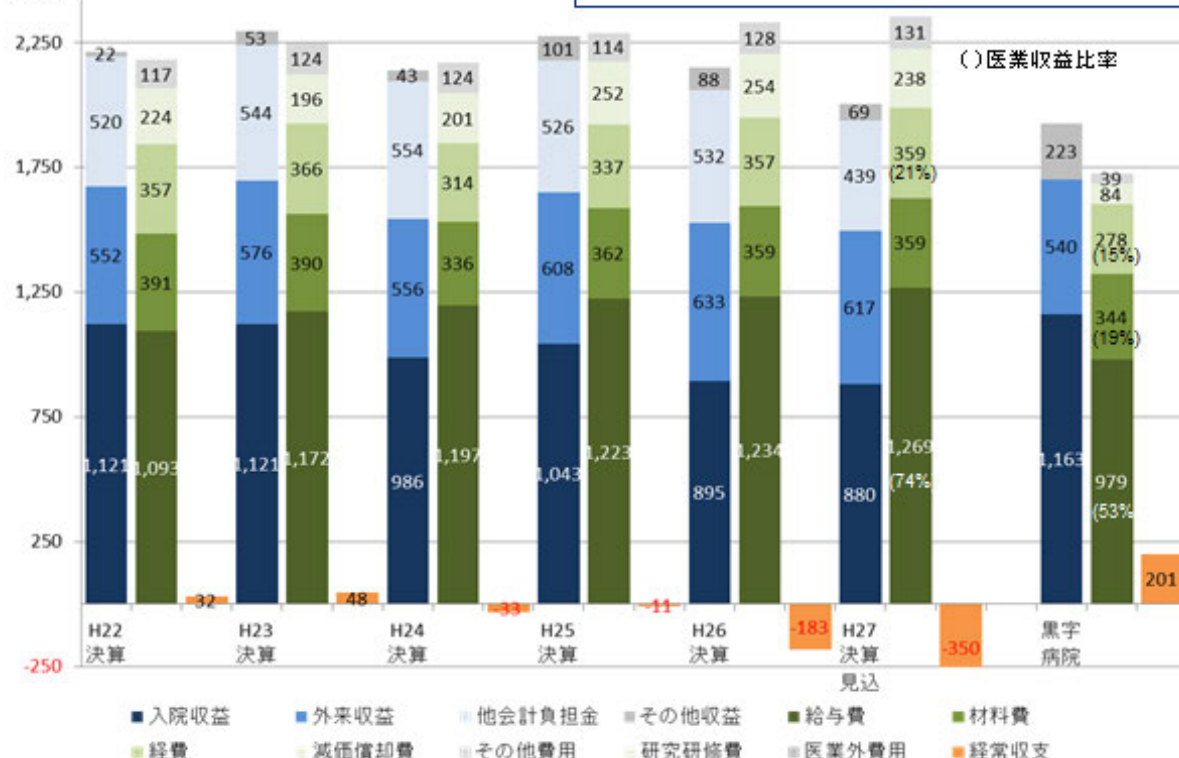
収益面において、平成22年度と比較して平成27年度は約2億4,000万円減少しています。これは常勤医師数の減少による入院収益の減少が大きな要因です。また、平成27年度から一般会計負担金が大幅に減額となったことも要因となっています。

一方、費用面は、増加傾向であり、主に給与費の増加が大きくなっています。平成27年度では医業収益に対する給与費の比率は74%となっており、平成22年度からの5年間で17%増加しています。経常収支で黒字化を達成している病院の給与費比率は53%であることから、市立病院の給与費は過多と言えます。また、委託費においても黒字病院と比較して高く、医業収益に対する比率は黒字病院の7%に対して13%となっています。経費、減価償却費においては、金額では同水準で推移しているものの、医業収益が低いことから医業収益比率は高くなっています。また、材料費は医業収益比率20%前後を推移しており黒字病院と比較して同水準です。

図8 市立病院の経常収支の推移

経常収支の推移

(百万円)



出所：市立病院決算データ

② 医療提供体制と医療機能

図9の職員数比較において、100床～199床規模の自治体病院の平均と市立病院との100床当たりの比較では、市立病院の方が医師、看護師、事務において多く、リハビリスタッフに関しては少ない状況です。看護師は常勤の看護師が多い一方で、看護助手等が少ない状況です。事務部門は常勤、非常勤共に多く、また、医事委託職員も多い現状です。

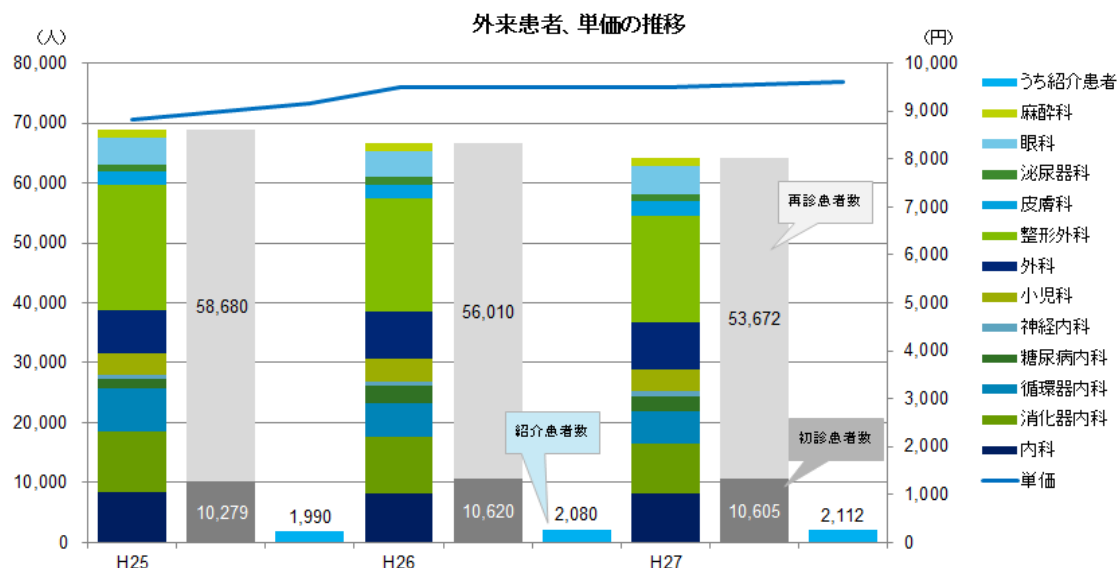
図9 職員数比較

100床当たり職種別 人員数比較	常勤		非常勤		委託	
	自治体病院 100～199床	当院	自治体病院 100～199床	当院	自治体病院 100～199床	当院
医師	9.1	15	2.4	3.7		
看護師	69.2	72	12.8	26.7		
看護師	55.8	69	5.2	9.4		
准看護師	4.6	0	1.8	0.9		
看護業務補助者	8.8	3	5.8	16.4		
薬剤師	3.0	4	0.6	1.0		
放射線技師	3.2	4	0.5	0		
臨床検査技師	4.0	4	0.7	1.9		
理学療法士	4.7	4	0.6	0		
作業療法士	3.2	1	1.0	0		
視能訓練士	0.8	0	0.5	0.3		
言語聴覚士	1.9	0	0.7	0		
管理栄養士	1.4	1	0.5	0		
臨床工学技士	1.7	1	1.0	0		
医療ソーシャルワーカー	1.4	1	0.7	0		
事務部門	11.7	13	7.4	4.7	16.5	19.3
医事事務	3.3	3	2.5	0	10.9	19.3
医師事務補助者	2.0	0	2.3	0	1.5	0
一般事務	6.4	10	2.5	4.7	4.1	0
計	115.3	120	29.4	38.3	16.5	19.3

出所：病院経営実態調査 日本病院会（平成26年度データ）＊市立病院は平成28年度

図10のとおり、外来では経年的に患者数は減少傾向、単価は増加傾向です。患者数減少の主な要因は再診患者数の減少であり、市民の「かかりつけ医」を持つことによるものと考えられ、急性期病院の傾向と合致しています。しかし、地域の医療機関からの紹介患者数を含む初診患者数は横ばいであり、新規の患者を集患できていない状況です。

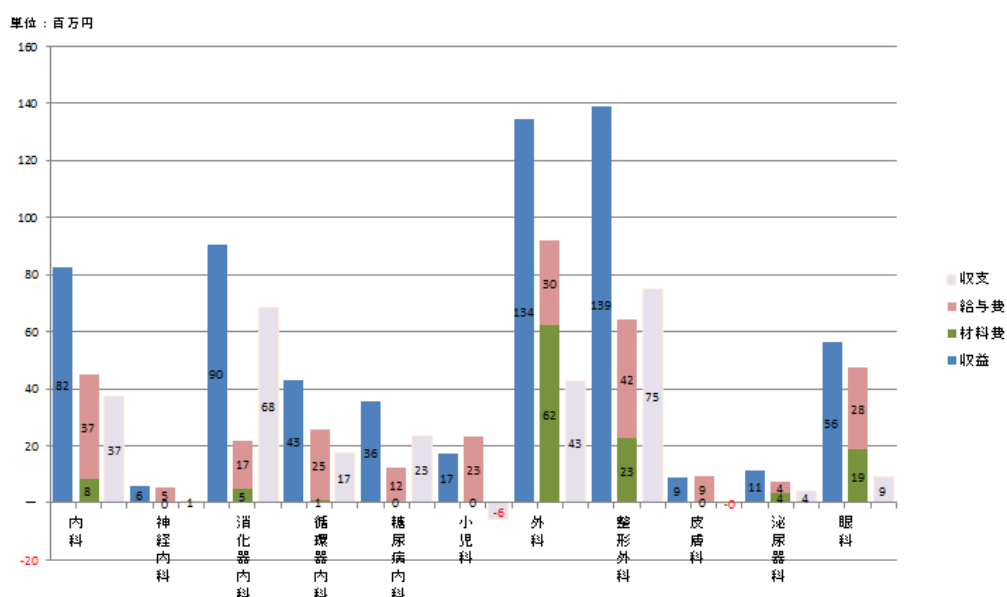
図10 外来の経年推移



出所：市立病院データ

図11は外来部門における診療科別の損益計算結果です。診療収益に対する費用（医師・看護師給与費、材料費）で赤字の診療科があり、不採算部門となっています。

図11 H27年度外来診療科別損益

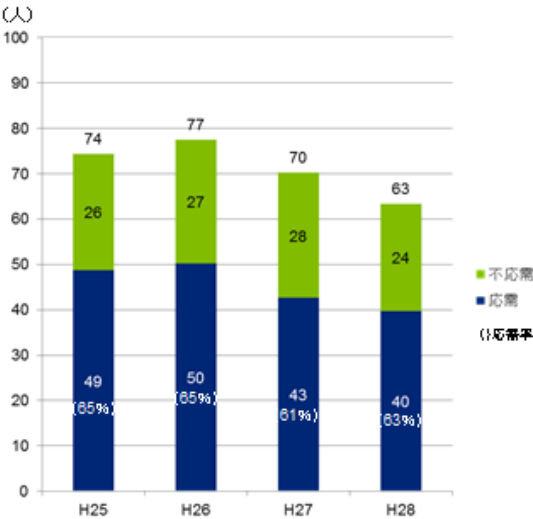


出所：市立病院データ

図12は救急搬送受入れ状況ですが、前記のとおり南丹医療圏の中等症以上の患者の内、8%を受け入れているものの、応需率は60%台です。応需の理由としては診療の専門性が進んだ昨今、限られた当直医数の中で医師のバックアップ体制の不足から、担当医師の判断による応需が約40%と高くなっています。

図12 救急搬送受入れ状況

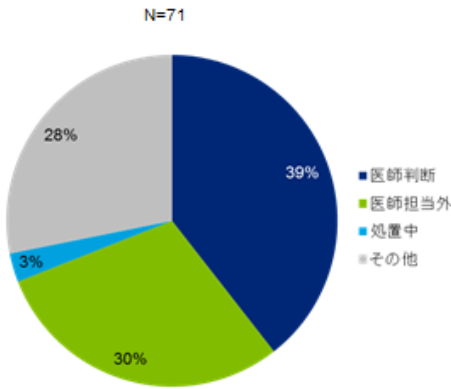
1ヶ月あたり 当院救急搬送受け入れ件数



* データ出所が異なるために前頁との件数が異なる
 * H28は4月～6月実績

出所：市立病院データ

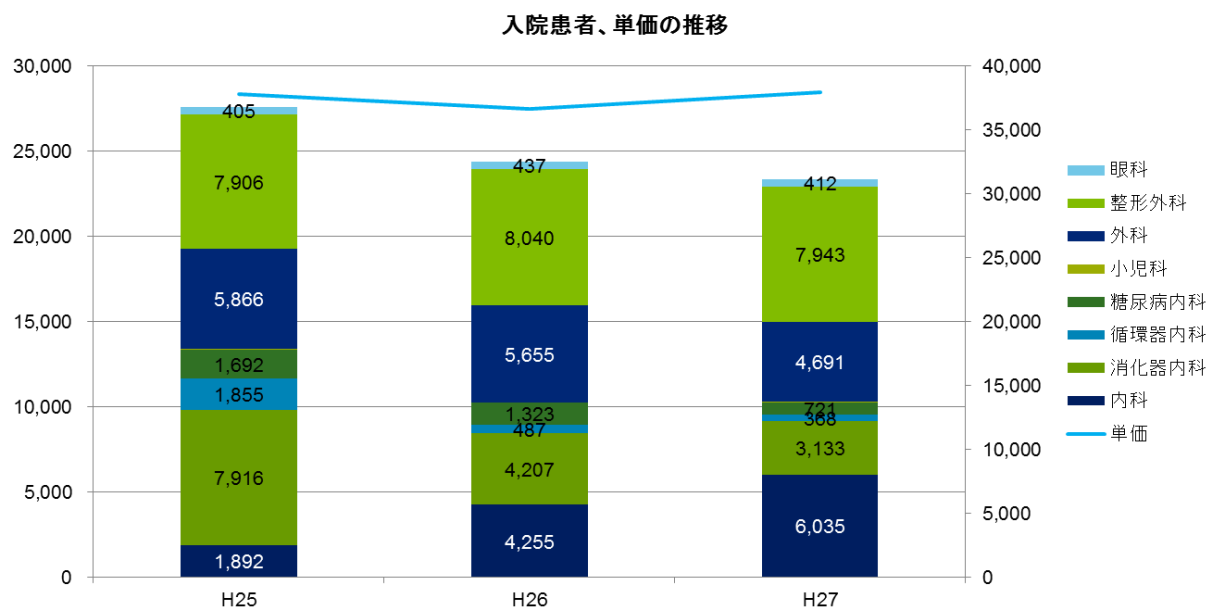
H28年4月～6月 救急搬送拒否理由



入院患者数の経年推移は、図 1 3 のとおり減少傾向です。これは常勤医師数の減少によることが大きな原因です。平成28年度で医師の数は過去の水準に戻ったものの、その時の医師数増減により患者数が左右される状況となっています。

図 1 4 の入院患者の疾患別の構成では、実患者数で整形外科分野である損傷、筋骨格系が20%と最も多く、次いで消化器系が19%となっており、市立病院の強みである整形外科と消化器外科で一定の患者数を受け入れています。延患者数においては、比較的在院日数の長くなる新生物が26%と最も多くなっています。

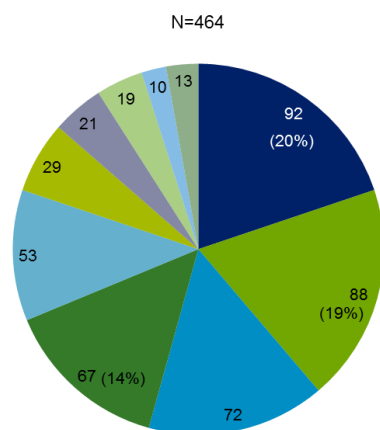
図 1 3 入院の経年推移



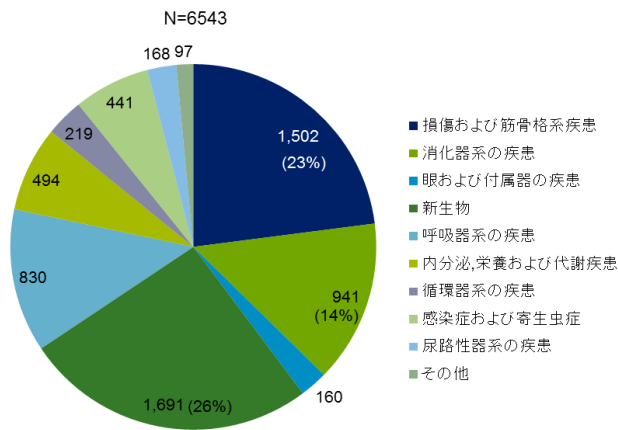
出所：市立病院データ

図 1 4 入院の疾病構成

H28 4－6月疾病別入院実患者数



H28 4－6月疾病別入院延患者数

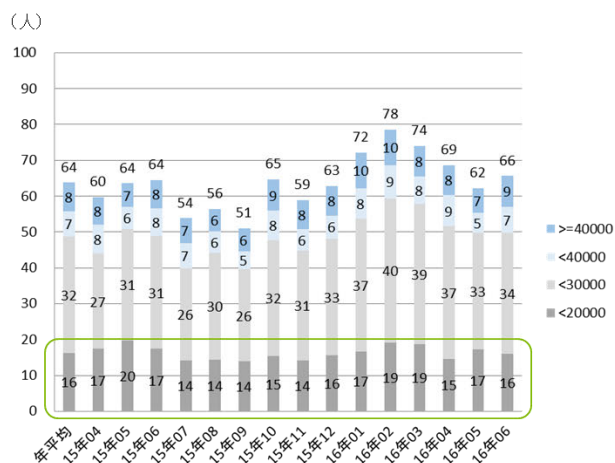


出所：市立病院データ

図 1 5 では入院患者の構成を単価別、在院日数別に示しています。入院患者の1/4は在院日数が30日を超える患者や医療資源投入量の非常に少ない患者となっており、急性期ではなく、回復期、または慢性期治療に近い患者を急性期病床で受け入れている状況を示しています。

図 1 5 入院患者の構成

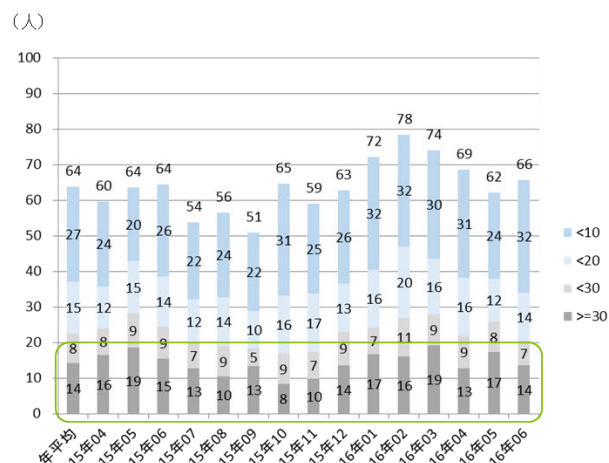
H27～H28 6月 入院患者構成 単価月次推移



- 入院患者の1/4は単価が20,000円以下となっており、医療資源の投入量の低い回復期、慢性期に近い患者と考えられる

出所：市立病院データ

H27～H28 6月 入院患者構成 在院日数月次推移



- 入院患者の1/4は在院日数が30日を超えており、急性期を脱した回復期、慢性期に近い患者と考えられる

(4) 外部環境・内部環境サマリ

市立病院の外部環境、内部環境における現状と課題を図16に示します。課題をもとに市立病院が今後地域で持続可能な運営を行うためにあるべき方針を検討しました。

図16 外部環境・内部環境サマリ

項目		内容
外部環境	医療圏の将来推測	➤ 南丹医療圏は高齢化が他に比べ進んでおり、リハビリに対する需要が今後より高まることが考えられる ➤ 南丹医療圏は2025年の必要病床数に対し、高度急性期・回復期病床が不足している
	医療機関整備状況と患者動向	➤ 南丹医療圏の医療機関は高度急性期で不足しているが、医療従事者も不足しており、人員投入が必要とされる急性期医療への特化が厳しい状況である ➤ 亀岡市の患者は多くが高度急性期医療を近隣の京都市の高度急性期病院で受療しており、急性期を脱した患者を受け入れる回復期病床の不足により回復期機能も流出していることが考えられる ➤ 地域包括ケアシステムの構築のためには回復期・慢性期～在宅への移行がスムーズに進む地域医療体制の構築が求められる
	救急医療の状況	➤ 医療圏内で年間約6,000件の救急搬送の内、医療圏内の医療機関では約4,500件を受け入れており約1,500件は圏外へ搬送されている ➤ 亀岡市は市立病院とシミズ病院が救急搬送の受入に対応をしており、当院は平成27年で約8%の中等症以上の患者の受け入れを行い、一定の救急医療の役割を果たしている
内部環境	財務状況	➤ 経年で経常収支の赤字を計上しており、非常に厳しい経営環境となっている ➤ 収益において経年で減少傾向だが、主に入院収益と一般会計負担金の減少が大きな要因となっている ➤ 費用においては増加傾向であり、主に人件費が医業収益比率で74%となっており、経営を圧迫している
	医療提供体制と医療機能	➤ 医師、看護師数は他施設に比べ多くなっており、病床稼働率増加に対し人員は不足しないと考えられる ➤ 外来は紹介患者の増、高額医療機器や注射など当院の役割を果たしている一方で診療行為の少ない患者も多くなっており、診療の効率化には地域の医療機関とのより強い連携を求められている ➤ 入院患者の構成は約1/4が医療投入資源の非常に少ない患者となっており、病床の効率的な利用が求められる

3 新改革プランにおける市立病院の方針

(1) 新改革プランの対象期間

平成29年度から平成32年度までの4年間とします。

(2) 地域医療構想を考慮した市立病院の役割・機能

① 地域医療構想と市立病院の方針

市立病院は現在、急性期病床90床、回復期病床（地域包括ケア病床^{*注}）10床で運用していますが、今後の南丹医療圏、亀岡市における医療需要や市立病院が持続可能な運営を考慮した際、回復期機能への供給体制を整備することが必須と考えます。また同時に、市民の救急医療や急性期医療に対する病床もこれまでどおり維持していかなければなりません。

新改革プランの大方針を以下に掲げます。

現状の急性期医療を維持し、回復期機能を強化した医療体制の構築と継続性のあるサービスの提供をします

回復期病床を、現状の地域包括ケア病床10床からリハビリテーション体制の強化とともに全体の100床は維持しながら段階的に増床を進め、平成30年度には最大50床の病床構成とし、急性期50床、回復期50床を目標病床構成とします。

急性期病床においては、現状の急性期機能を維持した上で、地域連携・救急を強化し、市立病院で診るべき急性期患者をより多く受け入れます。急性期病床では急性期医療に特化し、在院日数の長くなる患者や、急性期の病状から脱した患者は回復期病床への転床を促し、効率的な病床の利用を図ります。

一方、回復期病床においては、地域包括ケア病床とすることで、急性期から脱した患者の受入れと、在宅からの急変患者の受け入れまで、地域に根付いた病床としてより多くの患者の受け入れに対応をし、地域包括ケアシステム構築への役割を果たします。

< ^(注) 地域包括ケア病床とは >

地域包括ケア病床は、平成26年度の診療報酬改定により新設された病床であり、急性期治療を経過した患者や在宅において療養を行なっている患者等を受入れ、在宅復帰支援を行なうことで地域包括ケアシステムを支える役割を担う病床です。

【施設要件】

- 疾患別リハビリテーション又は癌患者リハビリテーションを届け出ていること
- 看護配置13対1以上

- 1名以上の専属のリハビリスタッフの配置、および1名以上の専任の在宅復帰支援担当者の配置
- 重症度、医療・看護必要度A項目1点以上またはC項目1点以上の患者が10%以上
- リハビリテーションを提供する患者について1日2単位以上の提供
- 在宅復帰率70%以上

【機能】

- ポストアキュート機能：高度急性期治療後のリハビリテーションを必要とする回復期患者の受け入れ
- サブアキュート機能：在宅や施設療養中で軽症急性疾患に対する受け入れ
- 周辺機能：急性期病床の代替機能として、化学療法／緩和ケア、短期滞在手術、糖尿病教育入院、医療必要度の高いレスパイトケア等の患者の受け入れ

② 地域包括ケアシステムでの市立病院の役割

市立病院はより地域に根付いた病床を確保することで、地域の医療介護施設との連携を促進し、主導する立場として地域包括ケアシステムの構築を進めていきます。

地域包括ケアシステムにおける役割として、入院機能、救急機能、外来機能、在宅復帰支援における機能を以下のとおりの方針とし、地域医療機関との調整のもと、紹介・逆紹介を促進していきます。

入院機能

急性期から回復期まで、より適した場所での治療が受けられる機能を果たします。急性期病床では地域の医療機関や救急隊との連携の下、市立病院で診るべき急性期患者をより多く受け入れ、高度な急性期医療を必要とする場合は、近隣の高度急性期病院への紹介を行います。回復期病床では、急性期を脱した患者の受け入れを行います。またサブアキュート、周辺機能として地域の医療必要度の高い患者を受け入れる機能を果たします。これにより地域で完結する医療の一翼を担います。

救急機能

現状の医師数を確保し、体制を維持した上で救急搬送の応需率を向上させます。地域における救急医療をより効率的に行うために、医師会と連携し、医療資源を有効活用することで休日診療所の効率的な運用についても検討を行います。救急医療の維持にかかる費用のうち、不採算となる費用に関しては、これまでどおり市からの一般会計負担金を確保することで維持します。

外来機能

政策的な機能を維持した上で、地域の医療機関からの紹介と逆紹介数を増加させます。地域において不足している診療科に関しては、不採算であっても市立病院として維持していくために、地域の医療機関と連携を進め、医師を含めた医療資源の有効活

用ができる体制を構築します。また地域の医療機関との情報共有や病診連携懇話会を通じて連携強化を図り、紹介・逆紹介を向上させます。

在宅復帰支援

地域の医療機関、在宅支援施設との連携を強化することにより、入院患者の在宅へのスムーズな移行を促すことや、在宅患者の緊急時における受け入れなど、在宅医療を支援する施設としての役割を果たします。

新改革プランの方針

新改革プランの方針			
現状の急性期医療を維持し、回復期を強化した医療体制の構築と継続性のあるサービスの提供 ＜病床100床を維持し、構成を 急性期90床 回復期10床 ⇒ 急性期50床 回復期50床へ段階的に移行＞			
<u>急性期病床</u> 現状の急性期機能を維持し、地域連携・救急を強化し当院で見るべき急性期患者をより多く受け入れる		<u>回復期病床（地域包括ケア病床）</u> 当院で急性期を脱した患者や近隣の高度急性期病院の回復期医療を担う後方病院として、地域の回復期機能を担う	
地域包括ケアシステムでの当院の役割			
当院の機能を明確化した上で、地域医療機関との調整を図り、紹介・逆紹介を促進する			
<u>入院機能</u> 一般急性期と回復期の病床機能を有効に活用し、地域の急性期から回復期の機能を担う	<u>救急医療機能</u> 現状の医師確保と体制を維持し、救急搬送の応需率を向上する	<u>外来機能</u> 地域の医療機関との連携を強化し、紹介・逆紹介率を向上するとともに、医療資源を有効活用し、地域の政策的機能を維持する	<u>在宅復帰支援</u> 地域の医療機関や在宅支援施設との連携を強化し、入院患者の在宅復帰を促進する

(3) 提供する医療機能

① 市立病院の強みとする領域での提供機能

整形外科領域： 外科症例の積極的な対応を維持し、医師を充実させることで関節外科、手外科、脊椎外科領域をカバーし、地域から信頼される整形外科を目指し、二次医療圏内からの紹介に留まらず、二次医療圏を超えた医療圏からの紹介にも対応できるよう成長させることで、継続して症例に対応できる整形外科部門となることを目指します。

外科領域： 腹部悪性疾患に対する腹腔鏡手術と肝胆膵外科の実施を継続しながら、院外からの短期急性期管理後の転送依頼に対しても、積極的な受け入れと在宅復帰支援を行います。また、乳腺外科領域の診療展開や、肛門外科等の外科処置等の実施、また、後方支援的な入院体制を維持する中で地域医療に貢献することを目指します。

内科領域： 消化器内視鏡治療、肝炎ウイルス治療、肝癌のRFA/TACE治療など、分野によっては高度な専門的医療を継続し、需要が高い循環器系疾患においても循環器内科を中心とした治療を進め、地域に求められる医療を提供します。また、高齢者にとって危険とされる肺炎（誤嚥性含む）の治療や地域医療構想で重要とされる在宅復帰支援も積極的に関与します。救急に関しては、市内で唯一夜間休日の内科救急診療を行っており、今後も医師の拡充を図りながら体制の強化を進めます。

② 5疾病・5事業に対する市立病院の提供機能

がん： 手術療法、化学療法を引き続き実施します。高度設備の必要な治療に関しては、近隣の高度急性期病院と連携をし、患者の容態にあった治療を提供します。急性期治療後の患者を地域包括ケア病床で受け入れ、在宅復帰を促します。また、今後更に増加するがん患者をより多く受け入れられるよう、がんリハビリテーションの実施についても検討します。

脳卒中／心筋梗塞： 市立病院には、重篤な脳卒中や心筋梗塞に対応する診療体制が整備されていないために、直接的な治療に関しては受け入れていません。しかし、救急搬送受け入れ時における疑いのある患者に対し、一次的対応、また容態に応じて近隣の高度急性期病院との連携をスムーズにし、早急な医療連携を図ります。急性期を脱した患者においては、地域包括ケア病床で受け入れます。脳卒中においては、これまで通り脳血管疾患リハビリテーションを実施し、心筋梗塞に関しては心大血管疾患リハビリテーションの実施を検討します。

糖尿病： 糖尿病透析予防指導管理料の施設基準を満たし、透析予防指導を実施する。亀岡市医師会の協力のもと地域の医療機関との連携を深め、市立病院のみならず地域の糖尿病診療の水準を引き上げ、南丹医療圏で増加し続ける糖尿病からの透析医療受

診者数を減少へ転じさせることを目指します。

精神疾患： 精神科の標榜はしておらず患者の受け入れは困難であるため、地域の精神科を標榜している医療機関との連携を深め、疑いのある患者を迅速に紹介します。

救急医療： 市立病院は、開院当初から夜間・祝日を含めて常時救急医療に対応しています。公立病院として政策的医療を担う使命があるため、今後も体制を維持すると共に応需率を向上し地域医療に貢献します。

小児医療： 引き続き外来診療を行い、地域で不足している小児医療の充足を果たします。入院が必要な患者は、近隣の入院機能を有する医療機関へ迅速に紹介します。

災害医療： 災害時において災害拠点病院との連携の下、被災者の健康管理に努めます。また、引き続き災害医療に関する研修及び医療救護を想定した訓練等の実施や、災害現場の活動に必要な資機材等の備蓄をして有事に備えます。

周産期医療： 市立病院は周産期に関する診療科を標榜していないために、直接的な診療行為を行うことは困難ですが、患者の救急搬送等受け入れ時には、地域の周産期医療を標榜する医療機関と連携の下、迅速に対応します。

へき地医療： へき地医療は対象地域ではないため検討外とします。

③ 医療の標準化への取り組み

包括医療支払制度（DPC）に向けて、平成30年度にDPC準備病院、H32年度にDPC病院への参画を目指します。DPC病院となることで、医療情報が標準化され、医療の質の評価が可能となり、医療の効率化に向けた改善策の検討がしやすくなります。また、医療費が包括での支払制度となるために過剰な医療行為が起らないという利点もあります。

(4) 再編・ネットワーク化に関する市立病院の方針について

再編・ネットワーク化について、本新改革プラン期間内では現状維持とするものの、必要性に関しての検討を行います。そのためには地域の医療機関との連携をより強化することが前提となるため、市立病院から地域での役割の発信と地域医療機関との役割分担についての調整をし、連携を強化していきます。

医師の確保については、当医療圏の中核病院である公立南丹病院からの外来診療の医師派遣や、常勤医師の派遣の主体である京都府立医科大学との連携を深めています。今後も引き続き連携を維持すると共に、より強固な連携を行えるように協議していきます。

(5) 経営形態に関する市立病院の方針について

現在、病院経営は医療環境が大きく変化している中で、経営方針の基本は維持しつつも、状況の変化に柔軟かつ機動的な対応が可能となる体制が求められています。経営形態を検討する前提として、市立病院が地域にとって担うべき医療が継続的に確保されることを最も重要視して検討を行います。地方独立行政法人化、指定管理者制度等、経営形態を変更することによる柔軟で機動的な対応ができる経営形態はあるものの、その長所・短所を検討した結果、現状の地方公営企業法全部適用の経営形態においても経営改善を行うことは可能であると考え、現状の経営形態で改革プランを推進していくこととしました。

様々な課題に対し、適切な施策を実施し、職員一丸となって目標達成に向けた最大限の努力と進捗管理の強化を行うことにより、持続可能な経営基盤の確立に注力していきます。

しかし、その一方で、職員の努力にもかかわらず、経年で目標に対する進捗率が向上せず、収支が著しく悪化し安定的な経営の維持が厳しい状況、地域への適切な医療が提供できないと見込まれる場合には、改革プランの期間中であっても地方独立行政法人化、指定管理者制度の導入など経営形態の見直しが直ちに行えるよう、経営形態変更に関する検討も合わせて進めていきます。

(6) 一般会計負担金について

一般会計から病院事業会計への経費負担(繰出金)については、従来どおり総務副大臣通知の「地方公営企業繰出金について」を基本として、亀岡市立病院の経営の実態に即して、一般会計との協議に基づいて繰出しを行うこととします。

一般会計繰出金内訳・繰出し基準

繰出金の項目		繰出基準
1	救急医療の確保に要する経費	救急病院等を定める省令(昭和39年厚生省令第8号)第2条の規定により告示された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
2	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
3	病院の建設改良に要する経費	病院の建設改良費及び企業債元利償還金のうち、その経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
4	小児医療に要する経費	小児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
5	経営基盤強化対策に要する経費	①医師及び看護師等の研究研修に要する経費 ②病院事業の経営研修に要する経費 ③保健・福祉等一般行政との共同研修・共同研究に要する経費 ④病院事業会計に係る共済追加費用の負担に要する経費 ⑤公立病院改革の推進に要する経費 ⑥医師確保対策に要する経費
6	地方公営企業職員にかかる基礎年金搬出金に係る公的負担に要する経費	地方公営企業の経営健全化に資するため、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について繰り出すための経費
7	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

4 新改革プランにおける施策・アクションプラン

(1) 経営計画の重点施策と目標値（収益面）

① 地域連携

今後、地域包括ケアシステムの構築を進める中で、地域連携を強化することは病院経営において最も重要な項目であり、市立病院も最重点項目として取り組みます。市立病院からの情報発信と、地域医療機関や高度急性期病院との情報共有、コミュニケーションを深め、連携強化を行うことで、平成32年度には紹介率30%、逆紹介率35%を目指します。

- 市立病院の機能の明確な揭示、各医療機関の間で、医療提供体制と役割の確認、情報共有を図り地域医療の効率的な提供体制を構築します。
- 地域の医療機関への訪問、アンケート実施や症例検討会等、相互のコミュニケーション強化による強固な連携体制を確立します。
- 高度急性期病院との病床運用情報の共有や症例検討会の実施等により、回復期患者のスムーズな受け入れが行える体制を構築します。

② 救急医療

救急医療は、現状の応需率向上を図りつつ救急医療を維持することを前提に、院内の救急業務の見直しや救急隊との連携強化を図ります。以下の施策により平成32年度は救急搬送件数672件、救急応需率80%を目指します。

- 救急隊と連携強化し、市立病院の受け入れ可能な患者層を明確化することで、当院で診るべき患者の要請件数を増加させます。
- 救急受入れ基準に関する院内での共通認識とフローの確立、救急搬送時のデータ管理の強化に伴う検証、応需率の向上に向けた体制を整備します。

③ 入院機能

入院機能は、今後再編する急性期と回復期病床の運用が最大限活かせるよう、運用管理面、設備面での強化を図り、効率的な運用を行うために以下の施策を実施することで、平成32年度は新入院患者数2,000人、病床稼働率90%（急性期86%、回復期94%）を目指します。

- 急性期病床における診療内容の標準化を進め、効率的な診療を行い、入院期間を短縮します。看護部のベッドコントロール機能を強化し、急性期を脱した患者の回復期病床への転床を図ることでより多くの急性期患者を受け入れます。
- 回復期病床において、急性期病床や高度急性期からの患者を受け入れ、リハビリテーションの積極的な介入により、患者の早期在宅復帰を支援します。
- 施設面では、特別室の総室化、ICUの観察室への変更、リハビリテーション関連室への変更、感染症室の有効活用等、より多くの病床を利用できる環境を整備します。

（２）経営計画の重点施策と目標値（費用面）

① 給与費

大きな課題である給与費を適正化するために、病床構成に適した人員配置を計画的に進め、以下の施策を実施することで平成32年度は給与費比率60%を目指します。

- 各部署において、適正人員数とするために人員配置を常勤、非常勤の構成も合わせて見直し、計画的な定員管理の実施をします。
- ✧ 看護師：急性期病床から地域包括ケア病床となり、看護配置基準が10対1から13対1となることでの看護師数の減や、他病院の看護部の構成を参考に看護助手等の配置を増やすことで看護師数を削減します。
- ✧ 事務：常勤事務職員の現状の業務内容を見直し、常勤で対応する必要のない業務に関して非常勤事務職員での対応や委託化をします。平成32年度は平成28年度の常勤13名から11名を目指します。
- 月次で部署毎の時間外労働を管理する体制を整備し、業務の見直し、縮減、労働効率化を図ります。
- 非常勤医師の給与体系、配置数を診療科別損益計算の結果を基に見直します。

② 材料費

薬剤、医療材料における契約時の交渉や後発医薬品の推進により材料費の削減を進め、以下の施策を実施することで材料費率19%を目指します。

- **薬剤**：後発医薬品採用を推進し、使用量と使用金額が適時に算出できるシステムを整備します。月次での後発医薬品への変更可能な薬品の抽出と医師との情報共有、採用への意識を強めます。DPC病院への参画を目指している平成32年度で、後発医薬品使用率70%を目指します。
- **医療材料**：同種同効品の整理、品目の一括購入によるスケールメリットを活かした削減、単価契約の個別品目に対して、ベンチマークの金額と比較した単価検証、交渉を行います。医療材料費比率は、現状では他病院と比較し同水準であるため、現状を維持していきます。

③ 経費

過多である委託費の削減を中心に施策を進めます。委託化することの有無に関しての再考、委託人員数の適正化と市立病院の事務職員の業務と合わせた業務内容全体の見直しを行います。以下に掲げる委託に焦点をあて見直しを行い、委託費比率11%、経費比率16%を目指します。

- **医療事務**：他病院と比較し人員数が過多のため、人員数を見直し適正化する。
- **医療機器保守**：高額医療機器の購入時における交渉、現在の保守契約の内容の見直し、不必要と判断されるものは中止をしていきます。

- **給食、設備等：** 業務内容は企業間で大きな差異がないため、標準的な仕様で標準的な金額の水準となるよう、他病院の仕様内容や契約金額を参考に業者との交渉を行います。
- **その他委託：** 仕様内容の見直しを行い、契約更新時に各委託費での削減を行えるよう業者との交渉を行います。

各 施 策 の 目 標 値

		平成 27 年度	平成 28 年度	平成 32 年度
		実績	見込み	目標値
地域連携	紹介率（％）	21	21	30
	逆紹介率（％）	28	28	35
	初診患者数（人）	10,605	10,605	11,190
	在宅復帰率（％）	－	75	75
救 急	救急搬送件数（件）	511	618	672
	救急応需率（％）	61	61	80
入院機能	急性期病床稼働率（％）	70	74	86
	回復期病床稼働率（％）	10	30	94
	新入院患者数（％）	1,528	1,528	2,000
	急性期病床平均在院日数（日）	－	12.7	12.0 以下
	他院より回復期病床への患者紹介件数（件）	－		280
給与費	給与費比率（％）	74	75	60
	常勤職員数（％）	118	120	115
	事務職員数（％）	12	13	11
材料費	薬剤費比率（％）	11	11	10
	後発薬使用割合（％）	－	29	70
	医療材料費比率（％）	9	9	8
経 費	委託費比率（％）	15	15	11
その他	リハスタッフ1人当たりリハビリ件数（件）	12.8	12.8	18
収 支	医業収支比率（％）	77	77	100
	経常収支比率（％）	85	89	109

※ H28年度見込みは、下記半期（4月～9月）データより算出

(3) 経営管理体制の強化

① 管理体制の強化

月次の運営会議において、新改革プランにおける目標値の達成状況や各部署の取り組みが適時報告、評価、改善できるよう体制を整備します。各施策における責任部署を明確化し、データによる定量的な評価ができるよう、各施策の実施状況をデータ化します。

② 診療科別収支管理

診療科別に損益を適時認識できるようにシステムを整備し、収益だけでなく特に診療に係る費用が明確化できるようにします。図17のように診療にかかる変動費、固定費で特定した費用のみを診療科別に配賦することで、診療科別に収益だけでなく診療行為にかかる費用を認識するとともに、費用管理に関しての意識の強化を図ります。診療科別に掲げる目標値は、この費用を考慮した上で設定し管理します。

③ 目標管理の推進

各施策に対して、既存で設置されている委員会等組織を活用し、目標達成のためのアクションプランを年次単位で作成します。アクションプランは、図18のように各責任者と年次で実施する施策を明確化し、施策における具体的内容と担当者を明確化することで、進捗の管理を適宜行えるよう作成します。実施においては、月次で管理し、改善の検討を行い、運営会議にて各施策、指標に対する月次での報告、アクションプラン進捗状況の報告、管理を行います。

④ 収益管理体制の強化

医事請求の適正化、施設基準の届出を推進していくために、医事課の管理体制を強化します。医事請求は、査定に関する情報管理を強化することで、適時に査定減となった原因を各診療科へ情報を発信し、診療科での認識を深め、再発防止を進めます。施設基準は、市立病院の機能再編に際し取得可能となる施設基準を漏れなく取得します。そのために医事課の管理体制を整備し、取得に向け必要となる情報管理、診療行為の管理を行い、情報発信することで病院として取得に向けた取り組みを進めていきます。

図 1 7 経営管理例

	内科	神経内科	消化器内科	循環器内科
医業収益	73,957	5,927	100,399	55,051
(医業収益)診療収益	65,964	5,204	91,093	46,691
(診療収益)初・再診料	13,200	668	5,764	5,201
(診療収益)入院料等	4,198	597	7,440	4,077
(診療収益)投薬料	2,392	4	2,011	463
(診療収益)注射料	1,196	122	6,496	2,498
(診療収益)処置料	428		1,501	913
(診療収益)手術料	64		2,863	
(診療収益)麻酔料				
(診療収益)輸血料	412		452	79
(診療収益)歯冠欠損料				
(診療収益)検査料	25,754	2,157	44,668	21,153
(診療収益)画像診断料	14,488	1,234	15,495	5,299
(診療収益)リハビリテーション料			168	15
(診療収益)精神科特殊療法料				
(診療収益)放射線治療料				
(診療収益)医学管理料				
(診療収益)住診料	588	12	1,053	1,971
(診療収益)院外処方箋料	3,042	387	3,042	4,814
(診療収益)その他	202	23	140	207
(診療収益)介護項目				
(医業収益)その他医業収益	7,993	723	9,306	8,360
医業外収益	4,401	217	6,487	4,823
特別収益				
医業費用	75,232	4,067	105,096	75,940
(医業費用)人件費	42,536	1,710	70,897	53,226
(医業費用)材料費	15,101	621	12,670	5,714
(材料費)薬品費	4,724	137	2,455	801
(材料費)診療材料費	10,362	483	10,191	4,897
(材料費)給食材料費				
(材料費)医療用消耗品費	16	1	23	16
(医業費用)経費	17,464	1,729	21,328	16,857
(医業費用)減価償却費				
(医業費用)資産減耗費				
(医業費用)研究研修費	130	7	201	144
医業外費用	1,084	67	1,828	1,222
特別損失				
医業収支	-1,274	1,859	-4,697	-20,889
医業外収支	3,317	150	4,659	3,601
経常収支	2,043	2,010	-38	-17,288
総収支	2,043	2,010	-38	-17,288

図 1 8 アクションプラン管理例

新改革プランに基づく平成29年度アクションプラン(継続期)												
実施推進部(報告者)		収入管理強化		4-(2)-① 施設基準取得強化の実施支援								
主な取組事項		取組		協力者/役員会など								
				保険診療委員会・看護部・検査科・検査企画課								
				目標(達成/継続)： 達成(実施)、継続(未了)								
		28年度末	29年度	30年度	31年度	32年度						
施設基準取得(1)	加算のために必要な施設基準の抽出による提案作成											
施設基準取得(2)	保険診療委員会の立ち上げ		終了	—	—	—	—					
施設基準取得(3)	DPC包括請求への準備		準備	準備	実施	実施	実施					
施設基準取得(4)	検査、利用、その他オーダーの見直し		実施	実施	実施	実施	実施					
施設基準取得(5)												
28年度末の現状と課題点			28年度末の現状と課題点 29年度末の現状と課題点 29年度末の現状と課題点 29年度末の現状と課題点 29年度末の現状と課題点 29年度末の現状と課題点 29年度末の現状と課題点 29年度末の現状と課題点 29年度末の現状と課題点 29年度末の現状と課題点 29年度末の現状と課題点 29年度末の現状と課題点									
目標への取組・目標達成のための施策（施設基準は、実施 完了は 10%未満で記入、完了100%、計画作成中0～80%、未実施=0% と記入）												
29年度の施設基準	29年度の施設基準-作成		担当者	Q1	Q2	Q3	Q4					
				4月	8月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月
1	加算のために必要な施設基準の抽出による提案作成		(1) 情報収集 医事課									
			(2) 内容調整 医事課									
2	保険診療委員会の立ち上げ		(1) 要綱作成 医事課									
			(2) 協議項目の選定 医事課									
			(3) 開催の管理 医事課									
3	DPC包括請求への準備		(1) 施設基準の抽出(8月) 医事課									
			(2) DPCコーディング担当責任者および担当部署の設置 医事-経営企画課									
			(3) 院内周知 医事-経営企画課									
4	検査、利用、その他オーダーの見直し		(1) 検査項目やセットの見直し 医事課・検査科									
			(2) 利用項目の見直し 医事課・経営企画課									
			(3) その他オーダーの見直し 医事課・関係部署									
Q1コメント												
Q2コメント												
Q3コメント												
Q4コメント												
その他コメント												

5 改革プランの点検・評価及び公表

(1) 点検・評価について

亀岡市立病院経営審議会を今後も定期的に開催し、同審議会でご各目標値やアクションプランの進捗状況の報告、点検及び評価を行います。会議は現委員を主体とした構成で進め、必要に応じて再構成を行います。

(2) 進捗状況等の公表について

本計画は、策定段階で実施したパブリックコメントを通して市民の意見を反映した計画です。今後も経営計画の進捗状況の報告や各指標の成果に関して、亀岡市立病院経営審議会において点検及び評価の後、速やかに亀岡市立病院ホームページ等で公表します。

6 収支の見通し

本新改革プランの施策を達成することで、以下のとおり平成32年度の経営収支の黒字化を見込みます。

単位：千円

	H27	H28	H29	H30	H31	H32
医業収益	1,712,849	1,729,703	1,761,885	1,977,495	2,006,243	2,034,521
入院収益	880,377	950,000	971,637	1,180,856	1,207,653	1,237,741
外来収益	617,420	614,732	619,093	621,359	622,621	620,072
その他医業収益	215,052	164,971	171,155	175,280	175,969	176,708
他会計負担金	167,237	115,279	120,000	120,000	120,000	120,000
医業外収益	293,058	381,662	600,923	300,923	300,923	300,923
受取利息配当金	815	100	100	100	100	100
負担金交付金	271,420	360,739	580,000	280,000	280,000	280,000
長期前受戻入	11,181	11,181	11,181	11,181	11,181	11,181
その他医業外収益	9,642	9,642	9,642	9,642	9,642	9,642
医業費用	2,231,833	2,254,442	2,215,474	2,173,830	2,146,607	2,025,881
給与費	1,268,737	1,288,736	1,255,190	1,246,550	1,250,135	1,218,278
材料費	358,900	358,147	363,997	377,621	380,238	382,096
薬品費	195,499	194,962	198,067	206,875	208,961	210,548
診療材料費	160,502	160,286	163,031	167,847	168,378	168,649
医療用消耗備品費	2,899	2,899	2,899	2,899	2,899	2,899
経費	358,986	359,293	348,832	338,677	328,522	318,163
委託費	255,772	255,772	245,617	235,462	225,307	215,152
減価償却費	238,487	240,702	240,312	203,839	180,569	100,621
資産減耗費	1,256	1,256	1,256	1,256	1,256	1,256
研究研修費	5,467	6,308	5,887	5,887	5,887	5,467
医業外費用	124,434	121,511	116,097	113,835	111,216	108,454
支払利息及び企業債取扱諸費	54,501	51,578	48,999	46,737	44,118	41,356
繰延勘定償却	2,835	2,835	0	0	0	0
雑損失	67,098	67,098	67,098	67,098	67,098	67,098
特別損失	50,436	50,436	50,436	50,436	0	0
医業収支	-518,984	-524,739	-453,589	-196,335	-140,364	8,640
医業収支比率(%)	77	77	80	91	93	100
経常収支	-350,360	-264,588	31,237	-9,247	49,343	201,109
経常収支比率(%)	85	89	101	100	102	109
人件費比率(%)	74	75	71	63	62	60
材料費比率(%)	21	21	21	19	19	19
薬剤比率(%)	11	11	11	10	10	10
材料費比率(%)	9	9	9	8	8	8
経費比率(%)	21	21	20	17	16	16
委託費比率(%)	15	15	14	12	11	11

	H27	H28	H29	H30	H31	H32
入院にかかる指標						
入院患者数(人)	23,530	25,597	27,422	31,437	32,167	32,970
1日あたり入院患者数(人)	64	70	75	86	88	90
うち急性期(人)	63	67	57	41	42	43
うち回復期(人)	1	3	18	45	46	47
新入院患者数(人)	1,528	1,528	1,724	1,918	1,951	2,000
うち急性期(人)	1,528	1,528	1,632	1,663	1,689	1,720
うち回復期(人)	—	0	91	256	262	268
入院単価(円)	37,415	37,114	35,500	37,563	37,543	37,541
急性期病床数(床)	90	90	80	50	50	50
回復期病床数(床)	10	10	20	50	50	50
外来にかかる指標						
外来患者数(人)	64,277	63,605	62,883	62,543	62,147	61,190
1日あたり外来患者数(人)	262	260	257	255	254	250
外来単価(円)	9,606	9,665	9,900	9,935	10,019	10,133
救急搬送患者数(人)	511	511	546	588	630	672
救急搬送応需率(%)	60.6	60.6	65.0	70.0	75.0	80.0
紹介患者数(人)	2,112	2,112	2,633	2,733	2,982	3,112
逆紹介患者数(人)	2,956	2,956	3,477	3,577	3,826	3,956
初診患者数(人)	10,605	10,605	10,883	11,043	11,147	11,190
紹介率(%)	21	21	25	26	28	30
逆紹介率(%)	28	28	32	32	34	35
職員数にかかる指標(人)						
医師	13	15	14	14	14	13
看護師	74	69	67	63	63	63
医療技術者	18	20	20	21	22	22
事務	12	13	13	13	12	11
助手等	0	3	3	6	6	6
その他	1	0	0	0	0	0
計	118	120	117	117	117	115

参考資料

用語の解説

● 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、医療、介護、生活支援、予防、住まいや日常生活の支援が包括的に確保される体制のことで、介護が必要になった高齢者や障害者も住み慣れた自宅や地域で暮らし続けられることを目指すものです。

● 地域医療構想

2025年には、団塊の世代が75歳以上となる超高齢化社会を迎えることから、今後さらなる医療・介護の充実が必要となり、都道府県が地域医療構想を策定し、質の高い医療と介護を地域で効率的に提供するための施策を実行していくこととしています。

● 新公立病院改革プラン

総務省が、平成20年度の公立病院改革プランの策定に続いて、平成27年3月に公立病院の立地条件や医療機能など地域の実情を踏まえつつ、病院機能の見直しや経営の改革に総合的に取り組むため、ガイドラインを示し新たな公立病院改革プランを策定するよう要請したものです。

● 病床機能

一般病床・療養病床を有する病院・診療所が担っている医療機能で、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4つに区分されています。

急性期は、急性疾患など急を要する患者に対し治療を行うもので、より高度な治療を必要とする場合は、高度急性期で対応します。回復期は、急性期を経過した患者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もので、慢性期は、長期にわたり療養が必要な患者を入院させるものです。

● 経常収支

経常収益（医業収益＋医業外収益）から経常費用（医業費用＋医業外費用）を差し引いたものをいい、プラスの場合は経常利益（黒字）、マイナスの場合は経常損失（赤字）となります。

● 給与費比率

職員の給与費が医業収益によってどの程度賄われているかを表す指標。

$$\text{給与費} \div \text{医業収益} \times 100$$

● かかりつけ医

日常的な診療や健康管理を行う身近な医師のこと。

● 看護配置基準

入院患者数に対する看護職員の配置人数のことで、例えば 10 対 1 は、入院患者 10 人に対し 1 人の看護職員が配置されている体制をいいます。

● 政策的医療

採算性や専門医師・医療従事者の確保等の面から民間医療機関では提供が困難な医療（救急・小児・周産期・精神・災害）を指しています。

● 施設基準

医療法で定める医療機関及び医師等の基準の他に、健康保険法等の規定に基づき厚生労働大臣が定めた保険診療の一部について、医療機関の機能や設備、診療体制等を評価する基準。

● 包括的医療支払制度（DPC）

入院患者の病名・症状・治療行為を基にして厚生労働省が定めた 1 日当たりの金額からなる「包括評価分」（投薬・注射・処置・入院料等）と「出来高評価分」（手術・麻酔・リハビリ・指導料等）を組み合わせ、診療報酬を計算する制度のこと。

● 地方公営企業法全部適用

地方公営企業法の財務に関する規定に加え、組織や職員の身分に関する規定を適用することです。全部適用となると、病院事業の組織を一般行政組織から切り離し、経営の責任者として病院事業管理者が設置され、組織、人事、予算等に関する独自の権限のもとで、より自律的な病院経営が可能となります。

● 地方独立行政法人化

地方公共団体が地方独立行政法人法に基づき設立する地方独立行政法人に病院事業の経営を譲渡することです。法人化されると、直営の場合と比べ組織、人事、予算等に関する権限がより自律的・弾力的な病院経営が可能となります。

● 指定管理者制度

地方公共団体が地方自治法の規定に基づき指定する法人等に公の施設である病院事業の経営を行わせる制度です。設置者である地方公共団体が指定する法人その他団体であれば公立、民間に関わらず管理を委託することができます。

● 運営会議

病院事業管理者、病院長、副院長、管理部長、診療部長、診療技術部長、看護部長で構成する院内組織。市立病院の管理運営に係る重要事項の審議等を行います。