

加賀市医療センター改革プラン

(平成 28 年度～平成 32 年度)

平成 29 年 3 月

加賀市病院事業

目 次

- I 新病院改革プランの策定にあたって
 - 1 公立病院改革の現状
 - 2 医療制度改革との調和
 - 3 公立病院改革の基本的な考え方

- II 加賀市医療センターの概要

- III 改革プランの対象期間

- IV 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加賀市医療センターの果たすべき役割
 - 2 地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割
 - 3 一般会計負担金の考え方
 - 4 医療機能等指標に係る数値目標の設定
 - 5 住民の理解

- V 経営の効率化
 - 1 経営指標に係る数値目標の設定
 - 2 経常収支比率に係る目標設定の考え方
 - 3 目標達成に向けた具体的な取組

- VI 再編・ネットワーク化

- VII 経営形態の見直し

- VIII 点検・評価・公表

- IX 収支計画

I 新病院改革プランの策定にあたって

1 公立病院改革の現状

当市においては平成 19 年 12 月 24 日付けで通知された「公立病院改革ガイドライン」（以下「前ガイドライン」という。）に沿い、平成 21 年 3 月に策定した、加賀市病院事業改革プラン（以下「前改革プラン」という。）において「経営効率化」「再編・ネットワーク化」及び「経営形態見直し」に係る計画を立てました。このうち「再編・ネットワーク化」においては 2 病院の統合・新築移転及び病床削減・種別変更を、「経営形態見直し」については地方公営企業法の全部適用化を、いずれも平成 28 年度当初に実現させたところです。

しかしながら依然として、医師不足等の厳しい医療環境が続いており、また、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、引き続き持続可能な経営状況を確保するための改革を継続し、地域における良質な医療を確保していく必要があります。

2 医療制度改革との調和

国においては、「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」（平成 25 年法律第 112 号）に基づく措置として、都道府県による地域医療構想（構想の目標年次は平成 37 年）の策定、医療従事者の確保・勤務環境の改善、消費税増税分を活用した基金の設置等を内容とする「医療介護総合確保推進法」（平成 26 年法律第 83 号）が順次施行されているところです。

今後の公立病院改革は、こうした医療制度改革と密接な関連があり、そういった点に充分留意しながら改革を進めていく必要があります。

3 公立病院改革の基本的な考え方

今後の公立病院改革の目指すところは、前ガイドラインと大きく変わるものではなく、公・民の適切な役割分担の下、地域において必要な医療提供体制の確保を図り、安定した経営の下で不採算医療や高度・先進医療等を提供する重要な役割を継続的に担っていくことができるようにすることです。このため、医師をはじめ必要な医療スタッフを適切に配置できるよう、必要な医療機能を備えた体制を整備するとともに、経営の効率化を図り、持続可能な病院経営を目指すものです。

新公立病院改革プラン（以下「新改革プラン」という。）は、平成 28 年 4 月に開設した加

賀市医療センターにおける、新公立病院改革ガイドライン（以下「新ガイドライン」という。）に新たに加えられたテーマである「地域医療構想を踏まえた役割」と「経営効率化」について重点を置き策定するものです。

Ⅱ 加賀市医療センターの概要

加賀市医療センター

○所在地 石川県加賀市作見町リ 36 番地

○許可病床数 300 床

○標榜診療科 内科、循環器内科、呼吸器内科、内分泌・代謝内科、腎臓内科、神経内科、消化器内科、リウマチ科、外科、消化器外科、乳腺外科、肛門外科、整形外科、産婦人科、小児科、眼科、耳鼻いんこう科、皮膚科、泌尿器科、脳神経外科、放射線科、麻酔科、リハビリテーション科、救急科、総合診療科（25 科）

○基本理念 「おもいやり」

私たちは、市民とともに、

市民中心の医療を提供し、

市民の健康を守ります

○基本方針 1. 信頼される最適な医療を提供します

1. 救急搬送をことわらない体制を目指します

1. 将来を担う優れた医療人を育成します

1. 地域に根付いた医療を実践します

○二次医療圏 南加賀医療圏（加賀市、小松市、能美市、川北町）

Ⅲ 改革プランの対象期間

平成 28 年度から平成 32 年度までを対象とします。

IV 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加賀市医療センターの果たすべき役割

1) 地域医療構想で示される病床機能区分ごとの病床と当院の将来的な病床機能のあり方

平成 28 年 11 月に策定された石川県地域医療構想（以下「地域医療構想」という。）においては、平成 37 年（2025 年）の病床機能区分（高度急性期、急性期、回復期及び慢性期の 4 区分）ごとの必要病床数について推計されています。加賀市医療センターが位置する南加賀医療圏については、平成 26 年の病床機能報告時の病床数に比べ、総病床数は 2,578 床から 1,867 床へ 28%減床、内訳は急性期が 1,425 床から 696 床へ 51%減床、回復期が 232 床から 567 床へ 144%増床、慢性期が 921 床から 604 床へ 34%減床と推計されており、高度急性期については二次医療圏ごとではなく、全県を単位に設定されています。なお、この推計必要病床数はあくまでも参考値であり、今後の医療需要等を踏まえてあくまでも医療機関による自主的な取組が基本になると記されています。

加賀市医療センターは旧 2 病院の統合にあわせて地域の医療需要を推計し、総病床数を 425 床から 300 床へ 29%減床しています。さらに地域の中規模自治体病院として急性期と一部回復期を担うべきとの考えに基づき、急性期は 303 床から 214 床へ 29%減床、回復期は 82 床から 86 床へ 5%増床しました。慢性期は 40 床を 0 床としております。地域医療構想にさきがけて自主的に必要な機能維持に取り組んでいます。

〔加賀市医療センターの病床機能と病床数〕

○急性期機能	一般急性期病床（ハイケアユニット 10 床含む）	214 床
○回復期機能	①地域包括ケア病床	41 床
	②回復期リハビリテーション病床	45 床

なお、新たな医薬品や治療法の開発、医療技術の進歩等に伴う疾病構造及び患者動態などの変化により、医療制度改革や地域医療構想の見直しが随時行われる可能性も考えられます。それら新たな医療施策との調和を念頭に、持続的に病床機能の適性を検討していく必要があると考えています。

2) 平成 37 年の将来像の実現を見据えた平成 32 年までの取組

・認知症高齢者の増加に向けた対策の強化

➤行政と連携した活動の促進

認知症の早期発見・早期診断の仕組みの一つとして、診療所等が実施している「も

の忘れ健診」の二次診断機関としての機能を果たすとともに、平成 28 年度内に設置が予定されている、認知症の疑いのある人や認知症の人、その家族への初期の支援を包括的・集中的に行う「認知症初期集中支援チーム」づくりに参画するなど、市の「高齢者おたっしゅプラン」の基本施策に掲げられている「認知症の理解と支援体制の充実」に貢献しています。

また、県の「かかりつけ医等認知症対応力向上研修」の地域事例検討会では、医師会及び市と協力して企画・運営し、かかりつけ医の認知症診断の知識・技術力向上のほか、事例検討などを通じて、かかりつけ医、看護師、介護支援専門員など様々な職種間の顔の見える関係の構築、連携強化に寄与しています。こういった認知症施策には今後も継続して参画し、県や市の取組と歩調を合わせ貢献していきます。

▶認知症の人とその家族をサポートする体制づくり

認知症に関する研修や事例検討会には職員が積極的に参加し、認知症の人を多職種で連携して支援していくための方法や他の職種の支援の考え方を学ぶなど、病院としての認知症の人やその家族へのケアの質の向上を図ります。

また、病院内の地域連携センター「つむぎ」では、市の機能である地域包括支援サブセンター及び地域医療推進室のスタッフとの協働によってサポート体制を強化しています。今後も、ケアマネジャー等から患者さんのそれまでの暮らしぶりなどの情報を得て病院での治療に反映し、逆に、入院による身体状況の変化や退院後の生活上の注意点をケアマネジャー等へ伝えるなどの情報共有を図り、認知症の人が他の疾患で入院したときにも不安なく治療を受けられ、入院前の生活にスムーズに戻ることができる体制づくりに取り組んでいきます。

・がん、周産期などの疾病・分野ごとの医療提供体制の充実

▶がん治療体制の充実

平成 28 年 4 月の開院から 12 月までの 9 か月間におけるがん手術の実績は外科で 83 件、泌尿器科で 39 件、内科で 2 件となっています。このうち、高齢者に対しても身体的な負担が少ない腹腔鏡手術や内視鏡的手術を 35 件実施しており、総件数の約 2 割を占めています。

地域医療構想における将来的な南加賀医療圏の人口推計をみると、平成 27 年から 32 年の 5 年間で、総人口は 5 千 5 百人余り減少するものの、65 歳以上人口は 2 千 3 百人余り、75 歳以上人口は 4 千 4 百人近く増加すると見込まれています。増加する

高齢者に対しては、身体的負担の少ない手術は早期回復およびQOL^{*1}の向上に効果的であり、更なる手術環境の向上と対象患者の積極的受け入れを推進するとともに、女性がんの受け入れについても強化していきます。また、開院に伴い拡充した化学療法による治療にも注力し、高次医療機関での術後患者も積極的に受け入れます。

➤周産期の受入促進

加賀市医療センター開院前の平成26年度、平成27年度の旧2病院における分娩取扱い件数合計は、127件、120件でした。加賀市医療センター開院後は市内で分娩を取り扱う医療機関は当院のみとなっていますが、平成28年度は130件を目標とし、その後も漸増的に件数を増やしていきたいと考えています。また、加賀市に住所を置く方の市内分娩の割合が2割程度となっていることから、市内出生割合を増やしていきたいと考えています。

施設的には産婦人科病棟エリアにセキュリティシステムを導入し、人の出入りを許可制にすることでプライバシーを保護する体制を充実させています。また、分娩に際し部屋間の移動回数が少なく済む、LDR^{*2}を2室配置した産婦にやさしい環境を確保し、里帰り出産も含め分娩取扱い件数の増加を図るとともに、産後ケア等きめ細かいサービスの向上に取り組みます。更に麻酔科の協力によって無痛分娩への対応を強化していきます。

・石川中央と連携した診療体制の確保

➤救急搬送を断らない体制の維持・継続

加賀市医療センターでは開院以来、関連大学病院からの当直支援を受けながら内科系、外科系各1名の医師による2名当直体制をとり「断らない救急」を実践しています。4月の開院から12月までの9か月間で受け入れた救急搬送の数は約2,100件に上り、日平均7.6件という数値は県内でも有数の受け入れの多い病院になっています。受け入れ出来ずにお断りした割合は僅か0.8%です。市外からの搬送も増加傾向にあります。

今後はこの体制を維持・継続するため、マンパワーの充足に努め医師をはじめとしたスタッフの疲弊解消を図り、開院以来の体制を維持・強化します。更に診断能力の向上と対応症例の拡充を図るため関連大学病院の救急部講師によるセミナーの定期開催を継続するとともに、救急懇話会等を通じて市内関係機関の共通理解を深

め、当院の受入率及び市内受入率の更なる向上を目指します。

また、急を要する病状ではないが自己の都合で時間外に受診する、いわゆる「コンビニ受診」の増加によって本来の救急対応に支障が出ないように、適正な時間外受診に対する啓もうを行政と共に行ってまいります。

➤高次医療機関との連携

先にも記した関連大学病院の救急部講師によるセミナーは、高次医療機関との連携にも繋がります。診断能力の向上と広域連携の強化を図り、症例に応じた高次医療機関へのスムーズな紹介を行うとともに、高次医療機関で初期の治療を行ったあとの回復期にある患者（ポストアキュート）を可能な限り受け入れます。

・医療従事者の育成・確保

➤医師をはじめとする医療従事者の確保

医療従事者の確保は、将来のあるべき医療提供体制を実現していくための基本となります。特に医師の招へいに関しては、

- ① 関連大学との連携強化を目的に定期的な訪問と加賀市医療センターの診療実績や医療指標などの情報を共有し、医師のスキルアップに繋がる臨床経験を積める環境整備を進める。
- ② 地域外の医師招へいに繋げるため、当地域にゆかりのある医師の情報を集め、加賀市医療センターに関する情報提供を行い、同意を得られた方には直接訪問も実施する。また、加賀市定住促進事業との連携を図りながら、都市部からの医師招へいにも継続的に取り組む。
- ③ 医療の質の向上を図るため、救急、感染予防、総合診療等に関する勉強会を外部の講師を招いて継続的に実施すると共に、質向上に必要な診療設備の充実を行う。
- ④ 職員満足度の向上が患者満足度の上昇に繋がるとの観点から、魅力ある働きやすい病院づくりを促進させるため、ワークライフバランス推進委員会、医師負担軽減検討委員会、人材確保ワーキングなど全ての職種が参加し意見を出し合える環境下で業務内容の見直し、医療支援人材の確保や厚生福利の充実等に継続的に取り組む。

などの活動を行っていきます。

また、看護職やコ・メディカル^{※3}の確保についても、あるべき医療提供体制を実現していくための重要な要素となることは言うまでもありません。医療環境の変化や

医療制度改革に伴い必要となる人材確保に素早く対応します。

▶医療従事者育成環境の充実

研修医の受け入れに関し、現在は金沢大学病院及び自治医科大学病院の協力型臨床研修病院^{※4}として機能しています。平成28年度は自治医科大学から8名の地域医療研修を受け入れました。平成29年度は金沢大学病院から内科系専門プログラム1名、自治医科大学から地域医療研修6名を受け入れ予定です。今後も、職員の指導医資格取得を支援し研修体制の充実とより魅力的なプログラムへの見直しを促進することにより、協力型としての受け入れのみならず、基幹型臨床研修病院^{※4}としての指定を目指します。

また、医学部生の臨床実習についても積極的な受け入れを続けていきます。平成28年度は金沢大学から6名を受け入れました。平成29年度は15名を受け入れ予定です。今後も医学部生の実習施設として体制を充実させ、医師となった後の臨床研修施設として選んでもらえる病院づくりを目指します。

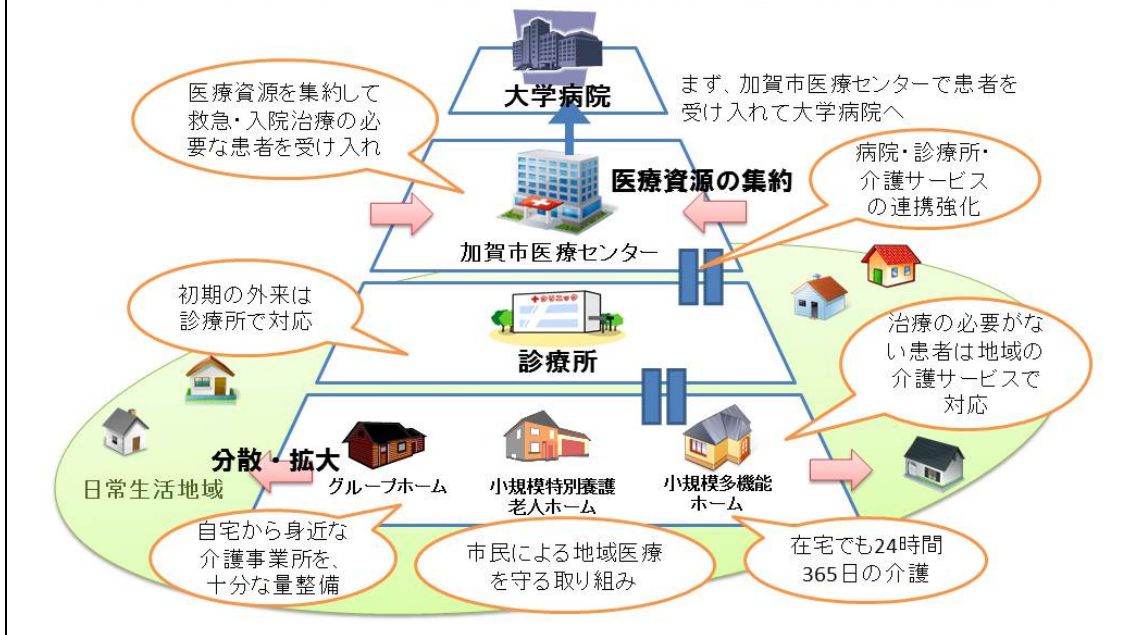
職員の研修環境においても充実を図っています。医局周辺はWi-Fi環境を整備し医学的な論文や文献の検索閲覧が行えるサイトや医師が著したエビデンス^{※5}ベースの臨床意思決定支援リソースとライセンス契約し、学会への参加・発表ならびに論文掲載を奨励していきます。加えて認定看護師資格取得の奨励・支援やコ・メディカルの専門的資格取得を奨励し、事務員についても病院のプロパー職員^{※6}として医療や経営の専門的知識を有した職員を育てていきます。

2 地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割

地域包括ケア体制における加賀市医療センターの役割は、地域における唯一の急性期医療機関として、患者さんに対して短期間に集中的な医療資源を投入し治療にあたることで、生活の場である地域になるべく早く戻っていただけるような環境を整えていくことだと考えています。この考え方に基づき、加賀市医療センターが実施すべき具体的な取組として重要な柱となるのは、患者さんに対する「在宅復帰支援」と「病診連携」です。

加賀市における医療・介護の提供体制について

- 医療、介護、予防などが切れ目なく、継続的かつ一体的に提供される体制の整備を進めることに加え、地域住民との協働により、医療提供体制を守る取り組みを進める。



・在宅復帰支援と病診連携の充実・強化

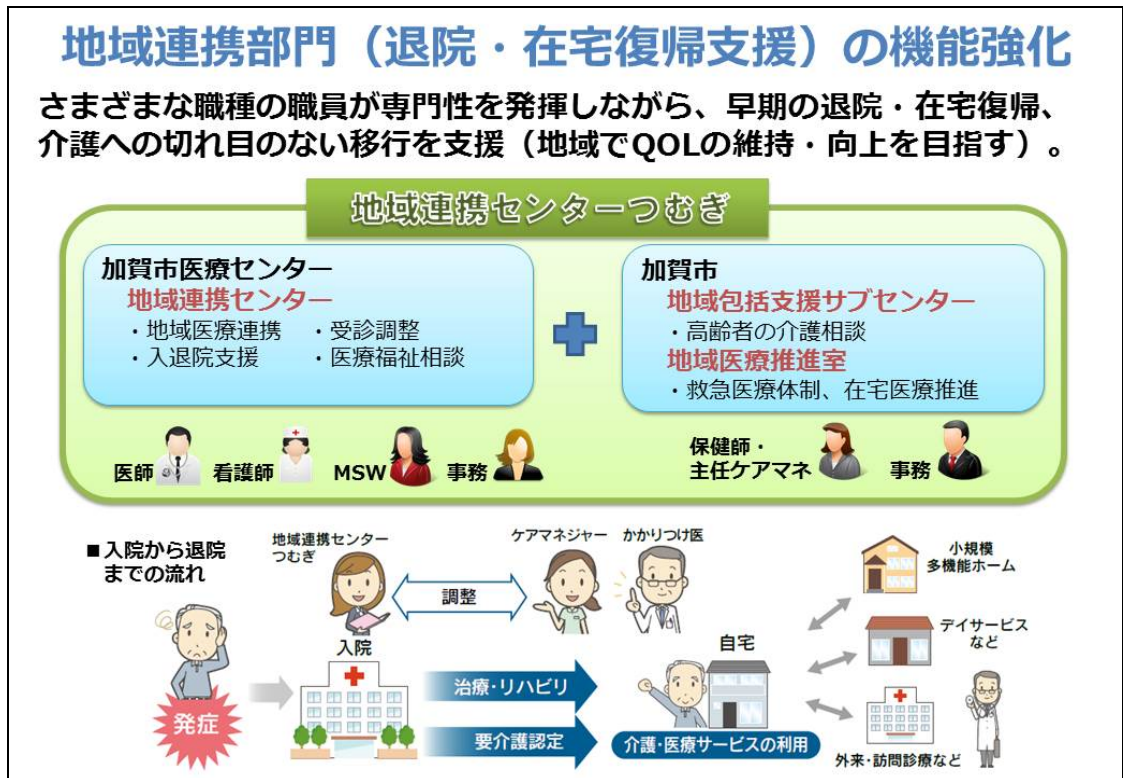
➤在宅復帰支援に対する取組

地域連携センター「つむぎ」では、患者さんの退院に向けて、併設の地域包括支援サブセンターの職員と早期の情報共有を図り、患者さんが安心・納得して退院できるよう取り組んでいます。29年3月からは地域連携センターの人員を増員し、全ての病棟に退院支援職員を専任配置することで、よりきめ細かい対応を行います。そして、引き続き、医療、介護、福祉の専門職の協働を推進し、相談窓口機能のより一層の向上を図っていきます。

また、退院後、一人ひとりが地域で望む生活を送るに当たって、専門職による医療面・生活面の支援が必要な場合も生まれます。その際に、利用者に対して在宅における医療や介護に関するサービスを提供する介護サービス事業所等の介護職等から聞かれる声として、医療依存度の高い患者が地域で生活する場合の支援の在り方について不安を感じるといったものがあります。

このような介護職等の不安に応えるため、「つむぎ」に「在宅医療コーディネーター」を配置しています。市内の居宅介護支援事業所等を回り、在宅生活をサポートするに当たって感じる医療面での課題や、加賀市医療センターへの要望などのご意

見を踏まえ、退院後の「患者さんの生活」を大事にする視点を持ち、かかりつけ医や介護サービスとの連携強化に注力していきたいと考えています。



なお、加賀市医療センターの急性期・高度急性期病床は、厚生労働大臣が定めた診療報酬制度の診断群分類別包括支払い制度（DPC/PDPS）^{※7}により運営しています。この制度下では病床種別や看護基準によって平均在院日数の上限値や在宅復帰率の下限値が定められており、現在の医療機能（病床機能）を維持するためには、2年ごとに基準の見直しが行われる診療報酬制度を踏まえた取り組みを行っていく必要があります。

➤病診連携の更なる強化

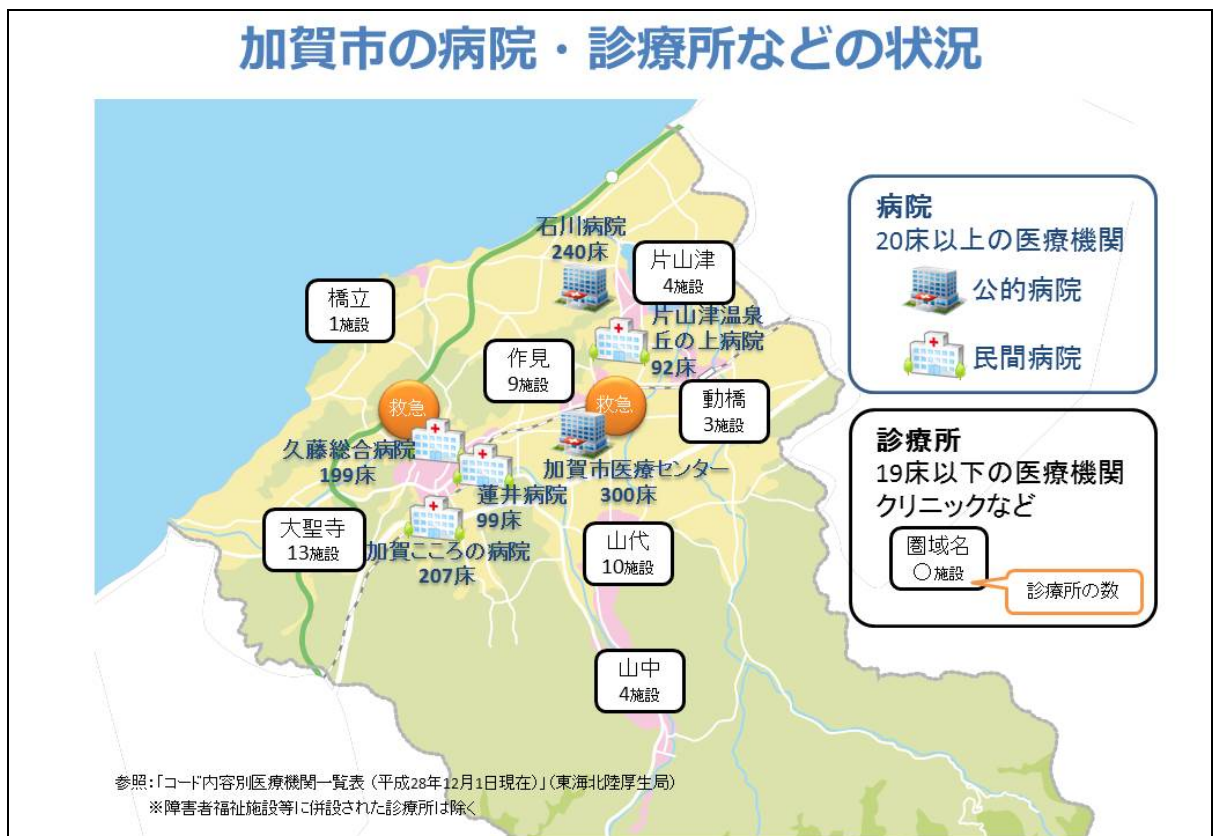
加賀市医療センターが、地域の中核病院として担うべき役割としては、診療所等からの紹介患者の受入れの徹底だけでなく、症状の安定した患者を対象に、当院とは別にかかりつけ医を持っていただき、日頃のケアは開業医の先生が担い、定期的に当院で精査する、いわゆるダブル主治医制の推進を図り、病院と診療所等との機能分化を促進することだと考えています。今後、高齢者が増加することで予測される、かかりつけ医に対する外来診療の需要増については、地域の診療所やかかりつけ医機能を持つ病院と協力して、逆紹介を促進し地域全体で需要に応じていく必要があります。

そのためには、医師や職員同士が互いを知り、顔の見える連携を行うことが重要

です。今後の取組としては、加賀市民病院から継続している「地域連携交流会」を継続的に開催し、当院の取組について共通理解を図ります。更に新たな取組として「地域連携症例検討会」を定期的で開催し、ご紹介いただいた今後の参考になる症例等をピックアップし、開業医の先生とともに症例検討を行ってまいります。当院の診療科の医師と意見交換をすることで、日頃からお世話になっている開業医の先生方が、安心して医療センターに患者さんを紹介していただける体制づくりにつなげていきたいと考えています。

なお、地域医療構想では在宅医療等の必要量も推計されています。在宅医療等とは、居宅のほか、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホームなどで医療（訪問診療等）を受ける方及び介護老人保健施設の入居者のことをいいます。また、現在国において検討されている介護療養病床等に代わる新たな施設類型の入所者についても含めるとされています。

そのような状況下における病院としての連携活動として、在宅療養中の患者の容体が悪化した時の入院受け入れ、地域の医療機関からの紹介患者の確実な受け入れ、医療ニーズが高い患者が安心・安全に在宅療養に移行できるよう退院直後の在宅療養支援など、継続的・積極的に取り組んでいきます。また、介護者の休息のためのレスパイト入院^{※8}にも対応していきます。



・予防の推進と健康づくりへの支援

➤健診センターの充実

住民の健康づくり強化にあたり、健診センターを中心に「生活習慣病予防健診」「特定健診・特定保健指導」「法定健診（労働安全衛生法に基づく健康診断）」などの健診事業と、病気の早期発見と予防のため「人間ドック」「脳ドック」「各種がん検診」を行っています。人間ドックにおいては、男性用、女性用、呼吸器中心、循環器中心のメニューを揃えており、今後もより精度の高い診断を追求し、新たな検査項目の追加や見直しなどを適宜実施していきます。

また、生活習慣病予防の啓発のため毎年開催している糖尿病週間行事に積極的に参画し、予防の推進に取り組んでいくとともに、「禁煙外来」や「もの忘れ外来」の普及促進にも努めていきます。

➤健康づくり出前講座の実施

地域住民に向けた健康づくり出前講座を「まちあいしつ講座」と銘打ち、自治会等からの依頼を受け実施しています。平成 28 年度は医師、看護師、コ・メディカルらによって 50 余りのメニューを揃えました。メニュー内容は毎年度見直し、広報にも力を入れ実施回数を増やしていきたいと考えています。

また、市の健康福祉部局と合同で 28 年度から実施している「かが健幸長寿講座」を今後も継続し、住民の健康づくりに寄与するテーマを発信し続けていきます。

・人材育成

➤地域包括ケアシステム構築に寄与する人材の育成

当院が地域包括ケアシステムの構築に寄与するためには、全人的医療に取り組むことが求められます。全人的医療とは、特定の部位や疾患に限定せず、患者の心理や社会的側面なども含めて幅広く考慮しながら、個々人に合った総合的な疾病予防や診断・治療を行う医療を差します。高齢者が増え、生活習慣病をはじめとする慢性疾患を一人の患者がいくつも抱えているケースが非常に増えていること、何か不調が起こった場合に患者の判断では適切な専門医を受診することが困難なケースも多いこと、また地域医療においては家族構成や地域の特色、仕事などの情報も踏まえて患者を心身両面から全体的に診る必要があることから、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医師が必要になります。そのような総合診療

医の育成に寄与するため、総合診療科を中心に臨床研修医や医学生を積極的に受け入れます。

また、地域に必要な看護人材育成のため、看護専門学校の運営を持続的に行っていきます。

3 一般会計負担金の考え方

一般会計が負担すべき経費の範囲についての考え方及び一般会計等負担金の算定基準（繰出基準）

加賀市医療センターは地方公営企業として運営しており、企業性の発揮と公共の福祉の増進を経営の基本とし独立採算制を原則としています。しかし、地域住民の医療を確保するために、その性質上病院の経営に伴う収入で賄うことが適当でない経費や事業の性質上能率的な経営を行ってもなおその経営に伴う収入のみ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経費については、一般会計等が負担するものとされており、この経費負担区分ルールについては毎年度「繰出基準（通知）」として総務省より各地方公共団体に通知されています。

この通知を基本に一般会計繰出金の項目、趣旨及び繰出の基準を以下のとおりとします。

・総務省の地方公営企業繰出金の考えに準拠するもの

➤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

➤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

➤周産期医療に要する経費

周産期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

➤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

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及び災害拠点病院又は救急告示病院が災害時における救急医療のために行う診療用具、診療材料、薬品、水及び食料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

➤看護師養成所の運営に要する経費

看護師を養成するために必要な経費のうち、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

➤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

集団検診、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

➤病院事業会計に係る共済追加費用の負担に要する経費

病院事業会計に係る共済追加費用の負担に要する経費の一部

➤医師の派遣を受けることに要する経費

病院において医師の派遣を受けることに要する経費

➤基礎年金拠出金に係る公的負担に要する経費

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

➤職員に係る児童手当に要する経費

職員に係る児童手当の給付に要する経費の合計額

上記以外で総務省からの「繰出基準（通知）」に含まれる項目については、一般会計と病院事業が協議し、双方の財政状況に応じ必要と認められたものについて繰出しを決定します。

・加賀市の行政施策にかかるもの

➤時間外診療輪番医に要する経費

加賀市休日急病診療の実施に際し必要となる人件費に相当する額

4 医療機能等指標に係る数値目標の設定

医療機能等指標についての数値目標

区分		年度				
		28年度	29年度	30年度	31年度	32年度
救急搬送依頼受入率(%)		99.0	99.0	99.0	99.0	99.0
手術件数	手術室	1,300	1,350	1,400	1,450	1,500
	手術室以外	1,900	1,950	2,000	2,050	2,100
臨床研修医 受入人数	短期(1か月)	8	8	8	9	10
	長期	0	1	1	2	2
紹介率 ^{※9} (%)		20.0	25.0	30.0	35.0	40.0
逆紹介率 ^{※10} (%)		20.0	30.0	40.0	45.0	50.0
在宅復帰率 (%)	急性期(HCU含)	80.0	80.0	80.0	80.0	80.0
	地域包括ケア	70.0	70.0	70.0	70.0	70.0
	回復期リハ	70.0	70.0	70.0	70.0	70.0
分娩件数		130	140	150	160	170
クリニカルパス ^{※11} 件数		800	850	900	950	1,000

5 住民の理解

医療機能を見直す必要が生じた際の理解を得る取組

医療制度改革や地域医療構想の見直しなど、医療施策の変更によって加賀市医療センターの重要な医療機能を見直す必要が生じた際には、住民に対しその要因となった医療施策や地域の医療需給状況の広報に努め共通理解に尽力し住民との合意形成に努めます。

V 経営の効率化

1 経営指標に係る数値目標の設定

1) 収支改善に係るもの

区分		年度				
		28年度	29年度	30年度	31年度	32年度
経常収支比率 ^{※12} (%)		92.0	95.3	96.9	99.1	101.1
医業収支比率 ^{※13} (%)		78.4	83.9	85.7	87.8	89.7
修正医業収支比率 ^{※14} (%)		88.2	93.6	95.3	97.6	99.9
不良債務比率 ^{※15} (%)		1.7	3.2	2.2	3.5	2.9

2) 経費削減に係るもの

区分 \ 年度	28年度	29年度	30年度	31年度	32年度
職員給与費比率(%)	72.8	66.0	64.0	61.9	59.9
材料費比率(%)	19.8	19.8	21.3	21.2	21.1
うち薬品費比率(%)	9.6	10.8	10.6	10.6	10.5
経費比率(%)	17.8	18.9	17.6	17.4	17.2
うち委託料比率(%)	10.3	12.2	11.3	11.1	11.0
減価償却比率(%)	15.2	13.6	13.1	12.6	12.5
支払利息比率(%)	2.2	1.7	1.5	1.3	1.2
後発医薬品使用率 ^{※16} (%)	80.0	80.0	80.0	80.0	80.0

3) 収入確保に係るもの

区分 \ 年度	28年度	29年度	30年度	31年度	32年度
1日当り入院患者数(人)	261	270	271	273	274
1日当り外来患者数(人)	550	500	450	420	400
うち初診患者比率(%)	13.0	15.0	16.0	16.5	17.0
1人1日当り入院収入(円)	37,300	42,000	43,500	44,000	44,700
1人1日当り外来収入(円)	11,400	13,800	14,700	15,100	15,300
医師1人1日当り診療収入(円)	377,000	420,000	416,000	396,000	380,000
看護部門職員1人1日当り診療収入(円)	48,000	54,000	55,000	55,000	55,000
病床利用率 ^{※17} (%)	83.0	86.0	86.5	87.0	87.5
病床稼働率 ^{※17} (%)	87.0	90.0	90.5	91.0	91.5
急性期病床平均在院日数 ^{※18} (日)	17.0	16.0	15.0	14.5	14.0
患者未収金比率 ^{※19} (%)	0.73	0.71	0.69	0.67	0.65
DPC機能評価係数(Ⅰ)+(Ⅱ) ^{※20}	0.2239	0.2339	0.2439	0.2539	0.2639

4) 経営の安定性に係るもの

区分 \ 年度	28年度	29年度	30年度	31年度	32年度
医師数(常勤)	37	38	39	41	43
現金保有残高(百万円)	434	217	60	66	182
企業債残高 ^{※21} (百万円)	9,773	9,122	8,409	7,738	6,982

2 経常収支比率に係る目標設定の考え方

経常黒字化する時期の年度目標など

平成 28 年度は開院年度であり、旧病院からの安全な患者移送のため絞り込んだ入院患者数からスタートするため、年間の病床稼働率は 87%程度と見込んでいます。翌 29 年度以降は持続的な医師の招へいと効率的な病床活用に注力し、病床稼働率 90%以上を目指します。また、旧病院建物の企業債償還利息や減価償却費は毎年下がっていくため、平成 32 年度の経常黒字化を目標としています。

3 目標達成に向けた具体的な取組

数値目標の達成に向けて、どのような取組をどの時期に行うか

・医師等スタッフ確保

医師の招へいに関しては毎年度持続的に増員を図っていきます。豊富な救急搬送受入れの実績と地域包括ケアシステム構築に寄与する地域連携センター「つむぎ」の取組は、全人的な医療を担う人材の育成施設として十分な魅力を有していると自覚し、受け入れ態勢を充実させていきます。

・患者満足度向上

病院の理念である「おもいやり」の実践を目指し、患者さんをはじめそのご家族に対しても満足度を高めるため、開院前より取り組んでいる接遇力向上に継続的に取り組みます。グループ毎の個別研修や部署間の業務整理、各委員会の見直しもあわせて、職員の満足度も高めることで効果的な取組にしていきます。

・未収金管理強化

社会の景気動向や医療費自己負担割合の上昇などを背景に、医療機関が抱える未収金額は増加してきた傾向にあります。この未収金額を増大させないことが経営の安定化に寄与するとの考えに基づき、自治体病院と云えども未収金管理を強化する必要があります。当院は未収金の発生を予防すべく、保険証の確認徹底、時間外における医療費計算及び請求、システムによる未収金管理と未払い者チェックなどを行ってきました。今後は未収理由の分析と管理、督促マニュアルの整備と悪質なケースには外部専門家への依頼も視野に対応していきます。

・紹介・逆紹介率の向上

高齢者が増加することで予測される、外来診療の需要増については、地域の診療所やかかりつけ医機能を持つ病院と協力して、安定した状態の外来患者は逆紹介を推進し需要に応じていく必要があります。かかりつけ医と病院医師とのダブル主治医制を促進し、紹介・逆紹介を適切に行っていきます。

・経営意識向上のための研修

地方公営企業は、常に企業の経済性を発揮するとともに、その本来の目的である公共の福祉を増進するように運営されるものであり、事業管理者のもと公共福祉の増進と経営意識の向上に取り組んでいきます。事業管理者の人事権のもと、経営に対する専門的な知識を持つ事務職員や幹部職員の育成に努め、長期的な人材育成プログラムへの参加を促進してまいります。

VI 再編・ネットワーク化

1 再編・ネットワーク化に関する計画

加賀市病院事業における再編・ネットワーク化は、前改革プランにおいて計画した2病院の統合・新築移転と病床数の適正化を実現し、開院後にも病床機能の見直しを実施しました。本プランにおいては、時期を明確にした再編計画は立てずに、今後の加賀市医療センターの取組や成果についての検証を経ながら、地域医療構想の推進を図る観点から、更なる見直しの必要性について適宜検討していきます。

また、石川診療情報ネットワークの利用促進につとめ、地域での連携を高めていきます。

VII 経営形態の見直し

1 経営形態の見直しに関する計画等

加賀市病院事業は加賀市医療センター開院と同時に経営形態を見直し、地方公営企業法一部適用から全部適用に移行しました。病院事業には市長の任命を受けた事業管理者を代表として置き、事業管理者は人事・予算などに関する権限が与えられ、病院事務を執行する広汎な権限を有しています。事業管理者の実質的な権限と責任を重視し、公共の福祉増進を念頭に民間的手法の導入に取り組み、企業としての経済性を十分に発揮するよう努めます。

なお、本プランにおいては具体的な見直し計画は盛り込んでおりませんが、事業管理者の実質的な権限と責任の明確化を図り、民間的経営手法の導入に取り組んでいく過程において、更なる経営形態の見直しの要否については適宜検討してまいりたいと考えています。

VIII 点検・評価・公表

1 新改革プランの策定・公表

加賀市医療センター改革プランの内容にあたっては、病院内部の意見だけでなく第三者の意見を求め、策定することとします。第三者機関は加賀市地域医療審議会とし、策定後の新改革プランは病院ホームページで公表します。

2 新改革プランの点検・評価

新改革プラン策定後は、その運用と効果について毎年度、第三者機関による点検・評価を受けるものとし、その結果についても病院ホームページで公表します。

Ⅹ 収支計画

1. 収益的収支

(単位:百万円)

区分		年度					
		28年度 (見込)	29年度 (見込)	30年度 (見込)	31年度 (見込)	32年度 (見込)	
収 入	1. 医 業 収 益 a	5,287	6,071	6,165	6,187	6,210	
	(1) 料 金 収 入	5,091	5,825	5,919	5,941	5,964	
	(2) そ の 他	196	246	246	246	246	
	うち他会計負担金	50	75	75	75	75	
	2. 医 業 外 収 益	1,216	1,122	1,102	1,083	1,071	
	(1) 他 会 計 負 担 金	584	551	543	537	531	
	(2) 他 会 計 補 助 金	27	12	12	12	12	
	(3) 国 (県) 補 助 金	5	20	20	20	20	
	(4) 長 期 前 受 金 戻 入	517	453	440	428	422	
	(5) そ の 他	83	86	86	86	86	
	経 常 収 益 (A)	6,503	7,193	7,267	7,270	7,281	
	支 出	1. 医 業 費 用 b	6,745	7,232	7,195	7,045	6,920
		(1) 職 員 給 与 費 c	3,849	4,005	3,945	3,830	3,720
		(2) 材 料 費	1,047	1,205	1,313	1,312	1,310
(3) 経 費		941	1,150	1,085	1,076	1,068	
(4) 減 価 償 却 費		805	827	807	782	777	
(5) そ の 他		103	45	45	45	45	
2. 医 業 外 費 用		327	313	302	291	283	
(1) 支 払 利 息		116	104	93	82	74	
(2) そ の 他		211	209	209	209	209	
経 常 費 用 (B)		7,072	7,545	7,497	7,336	7,203	
経 常 損 益 (A)-(B) (C)		-569	-352	-230	-66	78	
特 別 損 益		1. 特 別 利 益 (D)	0	0	0	0	0
		2. 特 別 損 失 (E)	0	6	0	0	0
		特 別 損 益 (D)-(E) (F)	0	-6	0	0	0
純 損 益 (C)+(F)	-569	-358	-230	-66	78		
累 積 欠 損 金 (G)	7,507	7,865	8,095	8,161	8,083		
流 動 資 産 (ア)	1,587	1,370	1,213	1,219	1,335		
流 動 負 債 (イ)	1,679	1,567	1,351	1,436	1,518		
うち一時借入金	0	0	0	0	0		
翌年度繰越財源(ウ)	0	0	0	0	0		
当年度許可債で未借入 又は未発行の額(エ)	0	0	0	0	0		
不 良 債 務 (オ) [(イ)-(エ)] - [(ア)-(ウ)]	92	197	138	217	183		
経 常 収 支 比 率 $\frac{(A)}{(B)} \times 100$	92.0	95.3	96.9	99.1	101.1		
不 良 債 務 比 率 $\frac{(オ)}{a} \times 100$	1.7	3.2	2.2	3.5	2.9		
医 業 収 支 比 率 $\frac{a}{b} \times 100$	78.4	83.9	85.7	87.8	89.7		
職 員 給 与 費 対 医 業 収 益 比 率 $\frac{c}{a} \times 100$	72.8	66.0	64.0	61.9	59.9		
地方財政法施行令第15条第1項 により算定した資金の不足額(H)	-1,359	-816	-757	-695	-692		
地 方 財 政 法 に よ る 資 金 不 足 の 比 率 $\frac{(H)}{a} \times 100$	-25.7	-13.4	-12.3	-11.2	-11.1		
病 床 利 用 率	87.0	90.0	90.5	91.0	91.5		

2. 資本的収支

(単位:百万円)

区分		年度				
		28年度 (見込)	29年度 (見込)	30年度 (見込)	31年度 (見込)	32年度 (見込)
収 入	1. 企業債	80	77	80	80	80
	2. 他会計出資金	259	474	509	479	529
	3. 他会計負担金	0	0	0	0	0
	4. 他会計借入金	0	0	0	0	0
	5. 他会計補助金	0	3	0	0	0
	6. 国(県)補助金	0	0	0	0	0
	7. その他	0	0	0	0	0
	収入計 (a)	339	554	589	559	609
	うち翌年度へ繰り越される 支出の財源充当額 (b)	0	0	0	0	0
	前年度同意等債で当年度借入分 (c)	0	0	0	0	0
純計(a)-{(b)+(c)} (A)	339	554	589	559	609	
支 出	1. 建設改良費	80	80	80	80	80
	2. 企業債償還金	418	730	793	751	836
	3. 他会計長期借入金返還金					
	4. その他	21	8	10	10	10
	支出計 (B)	519	818	883	841	926
差引不足額 (B)-(A) (C)		180	264	294	282	317
補 て ん 財 源	1. 損益勘定留保資金	180	264	294	282	317
	2. 利益剰余金処分量					
	3. 繰越工事資金					
	4. その他					
計 (D)	180	264	294	282	317	
補てん財源不足額 (C)-(D) (E)		0	0	0	0	0
当年度許可債で未借入 又は未発行の額 (F)		0	0	0	0	0
実質財源不足額 (E)-(F)		0	0	0	0	0
企業債残高 (H)		9,773	9,122	8,409	7,738	6,982

3. 一般会計等からの繰入金の見通し

(単位:百万円)

	28年度 (見込)	29年度 (見込)	30年度 (見込)	31年度 (見込)	32年度 (見込)
収益的収支	(7) 713	(6) 627	(6) 618	(6) 612	(6) 606
資本的収支	(0) 259	(0) 474	(0) 509	(0) 479	(0) 529
合計	(7) 972	(6) 1,101	(6) 1,127	(6) 1,091	(6) 1,135

(注)

- ()内はうち基準外繰入金額を記入すること。
- 「基準外繰入金」とは、「地方公営企業繰出金について」(総務省自治財政局長通知)に基づき他会計から公営企業会計へ繰り入れられる繰入金以外の繰入金をいうものであること。

【用語集】

※1 QOL

「quality of life」を訳した言葉。近年の医療現場では、QOL(生活の質)が重要視されている。

※2 LDR

陣痛(Labor)から、分娩(Delivery)、産後の回復(Recovery)までを同じ部屋で過ごすお産の方法。

※3 コ・メディカル

医師・看護師以外の医療従事者のこと。

※4 臨床研修病院

基幹型臨床研修病院と協力型臨床研修病院の2つに分類される。独自で臨床研修を行えるのが基幹型で、協力型病院は基幹型病院の依頼に基づき、基幹型病院が設定する研修の一部を担う。

※5 エビデンス

薬や治療方法、検査方法など、医療の内容全般について、それがよいと判断できる証拠のこと。

※6 プロパー職員

業務に精通した生え抜きの職員

※7 診断群分類別包括支払い制度(DPC/PDPS)

実施した診療内容(入院基本料や検査、レントゲン、投薬、注射料など)を積み上げて計算するのではなく、患者さんの診断群分類(病名)ごとに決められた1日当たりの入院費をもとに計算を行う制度。

※8 レスパイト入院

常時医療管理が必要な在宅療養患者が、介護者の事情(例:近親者の冠婚葬祭、介護者の病気・出産・旅行、介護者の疲労蓄積による介護不能予防など)により在宅での介助が一時的に困難な場合に短期入院できる仕組み。

※9 紹介率

紹介患者数

————— ×100
初診患者数(救急搬送患者および休日・夜間の救急患者を除く。)

※10 逆紹介率

$$\frac{\text{逆紹介患者数}}{\text{初診患者数（救急搬送患者および休日・夜間の救急患者を除く。）}} \times 100$$

※11 クリニカルパス

患者状態と診療行為の目標、および評価・記録を含む標準診療計画。標準からの偏位を分析することで医療の質を改善する手法

※12 経常収支比率

繰入金を含む病院の収益性を示す
100%以上が望ましい

$$\frac{\text{医業収益} + \text{医業外収益}}{\text{医業費用} + \text{医業外費用}} \times 100$$

※13 医業収支比率

医業活動の収益性を示す

$$\frac{\text{医業収益}}{\text{医業費用}} \times 100$$

※14 修正医業収支比率

$$\frac{\text{医業収益} - \text{他会計負担金}}{\text{医業費用} - (\text{減価償却費} + \text{資産減耗費})} \times 100$$

※15 不良債務比率

$$\frac{\text{不良債務} = (\text{流動負債} - (\text{流動資産} - \text{翌年度に繰り越される支出の財源充当額}))}{\text{医業収益}} \times 100$$

※16 後発医薬品使用率

$$\frac{\text{後発医薬品使用量}}{\text{後発医薬品あり先発医薬品使用量} + \text{後発医薬品使用量}} \times 100$$

※17 病床利用率・病床稼働率

病床利用率 = $\frac{24 \text{時現在の入院患者数}}{\text{病床数}} \times 100$
病床稼働率 = $\frac{(24 \text{時現在の入院患者数} + 0 \sim 24 \text{時の退院患者数})}{\text{病床数}} \times 100$

※18 平均在院日数

急性期病棟における年間の在院患者延日数

$$\frac{\text{急性期病棟における年間の新入棟患者数} + \text{急性期病棟における年間の新退棟患者数}}{2}$$

※19 患者未収金比率

$$\frac{\text{年度末未収金額（患者分）}}{\text{年間入院収益} + \text{年間外来収益}} \times 100$$

※20 D P C機能評価係数

機能評価係数Ⅰ：病院の人員配置や施設全体として有する体制など構造的因子を評価する係数。7対1入院基本料、臨床研修病院入院診療加算、診療録管理体制加算、医師事務作業補助体制加算などがある。

機能評価係数Ⅱ：医療機関が担うべき役割や機能を評価する係数で、DPC対象病院に対するインセンティブとしての係数。効率性係数、救急医療係数、後発医薬品係数などがある。

※21 企業債残高

地方公営企業の事業資金を調達するために地方公共団体が発行する地方債の残高。