

甲賀市立信楽中央病院新改革プラン

地域住民の健康維持・増進を図り、在宅医療を推進します。

平成29年3月

甲賀市立信楽中央病院

目 次

第1	新公立病院改革プランの策定について	1
1.	新改革プラン策定の趣旨	
(1)	地域医療構想を踏まえた役割の明確化	1
(2)	経営の効率化	1
(3)	再編・ネットワーク化	1
(4)	経営形態の見直し	1
第2	信楽中央病院を取り巻く状況	2
1.	医療を取り巻く状況	2
2.	医療費の増加と医療制度改革の方向性	3
3.	病床機能報告制度	4
4.	医師・医療スタッフの不足問題	4
第3	信楽中央病院改革プラン（改訂版）の取り組み結果	4
1.	甲賀市立信楽中央病院改革プラン（改訂版）の取り組みについて	4
2.	目標達成に向けた具体的取り組み	5
第4	信楽中央病院が目指す姿	6
1.	当院が果たすべき役割	6
2.	新改革プランの基本方針	6
(1)	患者さま中心の全人的医療の提供	6
(2)	地域に密着した総合ケアの提供	6
(3)	安全管理の徹底	6
(4)	全職員の協調（協働）と業務の効率化	7
(5)	常に進歩する病院	7
第5	新改革プランの内容	7
1.	計画期間	7
2.	具体的な新改革プランの取り組み	7
(1)	地域医療構想を踏まえた役割の明確化	7
(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	8
(3)	一般会計における経費負担の考え方	8
(4)	経営の効率化に係る計画	10
(5)	病院の再編・ネットワーク化について	12
(6)	経営形態の見直し	12
(7)	病院改革プラン実施状況の点検・評価・公表	13
【資料】		
1.	収支計画	14
(参考)	本文中の用語説明	16

第1 新公立病院改革プランの策定について

1. 新改革プラン策定の趣旨

公立病院は地域における基幹的な公的医療機関として、地域医療の確保のため重要な役割を果たしてきました。しかし、その病院経営についてはへき地医療や救急医療の提供、民間医療機関によることが困難な不採算医療の提供、さらには医師不足等により多くの公立病院において悪化する状況にあったことから、総務省は、平成19年12月に自治省財政局通知において「公立病院改革ガイドライン」を示し、全国の公立病院に対して公立病院改革プランの策定を義務付け、病院の抜本的な改革を要請しました。

その結果、公立病院改革プランに基づく経営改善の取り組みにより、経常損益が黒字の病院がプラン策定前の約3割から約5割にまで改善するなど一定の成果が上がっています。

しかし、依然として病院を取り巻く厳しい環境は続いており、持続可能な経営を確保しきれていない病院も多く、また、今後見込まれる人口減少や超高齢社会の進展の中において、医療需要は大きく変化することも推測されています。このようなことから、引き続き経営の効率化、再編・ネットワーク化、経営形態の見直しの視点に立った病院改革に取り組み、安定的かつ自律的な経営の下で地域における良質な医療を確保していくことが必要となっています。

国においては、平成26年6月に都道府県による地域の将来の医療提供体制に関する構想（以下「地域医療構想」という。）の策定などを規定した法律を整備するなど、医療制度改革の取り組みが推進され、総務省は平成27年3月に「新公立病院改革ガイドライン」を策定し、病院事業を設置する地方公共団体に対し、新公立病院改革プラン（以下「新改革プラン」という。）の策定を要請しています。滋賀県ではこれを受けて、平成28年3月に滋賀県地域医療構想を策定されたところであり、今般の新改革プランにおいては、これまでの「経営の効率化」、「再編・ネットワーク化」、「経営形態の見直し」に「地域医療構想を踏まえた役割の明確化」を加えた4つの視点に立った計画策定が求められています。

(1) 地域医療構想を踏まえた役割の明確化

地域医療構想を踏まえた当該病院の果たすべき役割、地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割、一般会計負担の考え方、医療機能等指標に係る数値目標の設定、医療機能見直しに際しての市民の理解が求められています。

(2) 経営の効率化

経営指標に係る数値目標の設定、経常収支比率に係る目標設定の考え方、目標達成に向けた具体的な取り組み、新改革プラン対象期間中の各年度の収支計画等が求められています。

(3) 再編・ネットワーク化

公立病院等の再編・ネットワーク化に係る計画の明記、取り組み病院の更なる拡大、再編ネットワーク化にかかる留意事項が求められています。

(4) 経営形態の見直し

経営形態の見直しに係る計画の明記、経営形態の見直しに係る選択肢と留意事項が求められています。

第2 信楽中央病院を取り巻く状況

1. 医療を取り巻く状況

厚生労働省の平成27年度の簡易生命表によると、平均寿命は男女とも過去最高を更新し、男性は80.79歳、女性は87.05歳となっており、同省が把握している各国の平均寿命と比較した場合、男性は第4位、女性は第2位の長寿命を誇る結果となっています。また、内閣府の平成27年度版高齢社会白書によれば、平成26年10月1日現在の我が国の高齢化率は、前年度から0.9ポイント上昇し26%となり、益々の高齢化社会が浮き彫りとなりました。

少子高齢化、人口減少は甲賀市においても同様であり、特に信楽地域では深刻な問題です。平成27年実施の国勢調査による信楽地域の人口は12,132人、高齢者の人口は3,875人であり、高齢化率は31.9%と当市の高齢化率と比べ高い率となっています。(表1 参照)

現在わが国は世界に類を見ない高齢化が進展しており、平成37年(2025年)には団塊の世代すべてが75歳以上の後期高齢者となることから、今後はより高齢化に対応した病床機能の充実や在宅医療・介護サービス提供基盤の充実強化が必要とされます。

表1 医療圏域等の人口、高齢化率の推移 (単位：人)

区 分		平成17年 (2005)	平成27年 (2015)	平成32年 (2020)	平成37年 (2025)
信楽地域	人 口 (人)	13,739	12,132	11,621	11,041
	対27年度伸び率	—	—	95.8%	91.0%
	高齢者 (人) (65歳以上)	3,280	3,875	3,936	3,964
	総人口に占める割合	23.9%	31.9%	33.9%	35.9%
甲賀市	人 口 (人)	93,853	90,901	88,507	85,731
	対27年度伸び率	—	—	97.4%	94.3%
	高齢者 (人) (65歳以上)	18,627	23,205	24,643	25,305
	総人口に占める割合	19.8%	25.5%	27.8%	29.5%
滋賀県	人 口 (人)	1,380,361	1,412,916	1,414,000	1,398,322
	対27年度伸び率	—	—	100.1%	99.0%
	高齢者 (人) (65歳以上)	249,418	337,877	372,421	384,696
	総人口に占める割合	18.1%	23.9%	26.3%	27.5%

(平成17年、27年は国勢調査人口によるもの、平成32年(2020)以降は滋賀県、甲賀市は国立社会保障・人口問題研究所の将来推計人口、信楽地域は同研究所の将来推計人口に基づく甲賀市資料より作成)

2. 医療費の増加と医療制度改革の方向性

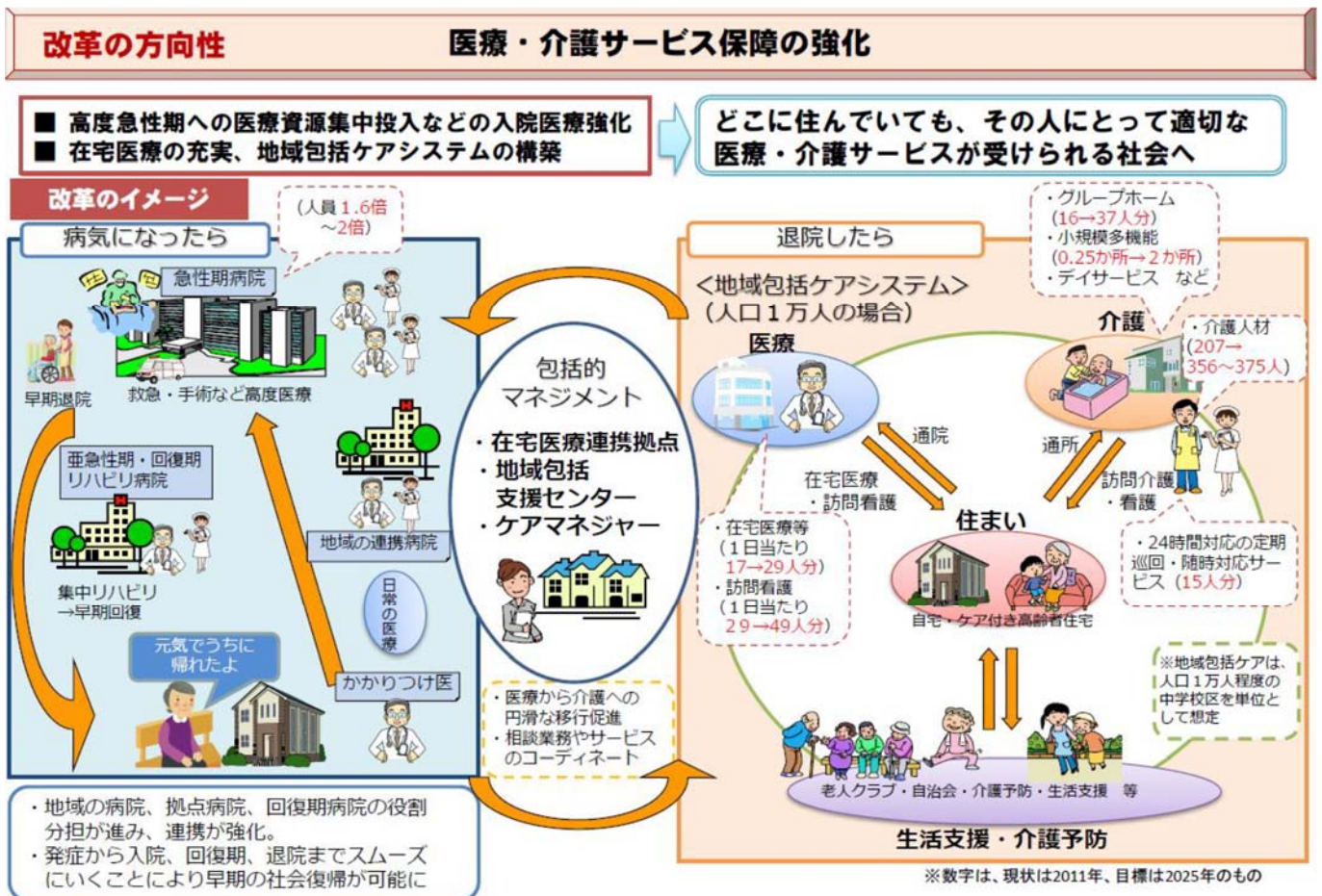
我が国の後期高齢者の医療費は平成23年度が13.3兆円であったものが、平成32年度には19.7兆円、平成37年度には24.1兆円と、急速な高齢化の進展に伴って急激に増加することが予測されます。(厚生労働省資料より)

このように、増加し続ける医療費の適正化を推進するために、国では生活習慣病の予防と重症化予防の徹底、在院日数の短縮、医療機能の分化・連携などの取り組みを進めています。

また、超高齢社会の進展と疾病構造の変化に伴って、急性期医療や症状が安定した回復期、慢性期医療など、医療サービスの多様化が見込まれます。

患者一人ひとりの状態に応じた適切な医療サービスを提供するためには、高度な急性期医療が必要な人には、手厚い看護体制のもと質の高い医療を提供し、回復期、慢性期医療が必要な人には、介護サービスと組み合わせ、退院後の生活の質の維持・向上のためリハビリテーションや在宅医療を充実させ、住み慣れた地域で日常生活を営むことができるようにするため、国は医療サービスを「病院完結型」から「地域完結型」への転換し、在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築を図ることを目指しています。

図1 国が目指す医療・介護サービス



3. 病床機能報告制度

平成26年6月に、「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（以下「地域医療・介護総合確保推進法」という。）が成立し、病床機能分化・再編の取り組みとして、一般病床・療養病床を有する病院・診療所を対象に、医療機関が病床において担っている医療機能の現状と今後の方向性を自主的に選択し報告する病床機能報告制度が義務付けられました。この報告では高度急性期機能、急性期機能、回復期機能、慢性期機能の4区分に医療機能を病棟単位で選択することになっており、当院は回復期機能の病棟を選択し報告を行いました。

4. 医師・医療スタッフの不足問題

地方の公立病院をはじめとした多くの病院で、医師不足や医療スタッフ不足が全国的な問題として取上げられています。当院においても常に困難が続いてきました。

特に平成16年（2004年）から始まった新医師臨床研修制度の影響により、専門診療科の休止など大きな影響を受け、他の病院においても夜間救急の休止や病棟縮小、閉鎖などを強いられるなど医師不足は深刻化しました。

こうした事態の解消のため国は大学医学部の定員を増員しましたが、即効性のある抜本的対策はなく、効果が現れるにはもうしばらく期間が必要との見方が多いようです。

当院は、長年にわたり常勤医師の確保は滋賀県からの自治医科大学卒業生の派遣に依存していることから、毎年継続して増員の要請を行ってきました。派遣元である滋賀県においては、医師の確保に向けた施策等を講じ、へき地等を有する県下自治体からの要請に対応いただいています。ただし、自治医科大学卒業医師は、義務年限内のローテーションによる異動により、残念ながら異動の度に患者離れが進む現状もあります。

こうした中で、平成28年度から常勤医師の増員を実現できたことは病院にとって大きな意義があり、継続して医師確保を行う必要があります。

また、医師だけでなく薬剤師や看護師等の医療技術職員においても、当院では立地状況等から十分に確保することが容易ではありません。

第3 信楽中央病院改革プラン（改訂版）の取り組み結果

1. 甲賀市立信楽中央病院改革プラン（改訂版）の取り組みについて

平成19年12月に示された国の「公立病院改革ガイドライン」を踏まえ、平成22年3月に「甲賀市立信楽中央病院改革プラン」（以下、「旧改革プラン」という。）を策定し、当院が取り組む地域医療の基本方針と実践すべき具体的な医療機能の充実と経営の健全化を図るための経営指標を定めました。さらに、旧改革プランの計画期間終了後、平成25年度から平成27年度までの取り組み事項や主要指標を定めた「甲賀市立信楽中央病院改革プラン（改訂版）」（以下、「改革プラン改訂版」という。）を策定し、地域医療を担う一次医療機関として、救急医療及び出張診療所の運営など公立病院としての役割の再認識と、それに伴う一般会計負担の考え方や公立病院の再編・ネットワーク化、経営形態見直しに係る方向性などを示し、病院経営の健全化を図るための指針として改革に取り組みました。

表3 医業数値の計画目標と実績

(単位：％・人・円)

区分	改革プラン計画期間					
	25年度		26年度		27年度	
	計画	実績	計画	実績	計画	実績
経常収支比率(%)	92.7	91.0	93.2	95.9	96.5	98.3
医業収支比率(%)	84.1	80.4	85.1	77.9	88.6	82.9
給与費対医業収益比率(%)	68.5	70.0	67.2	71.6	62.5	68.2
材料費対医療収益比率(%)	29.4	31.6	29.8	32.6	29.3	33.7
病床利用率(%)	50.0	44.8	67.5	60.0	75.0	56.1
入院患者数(人)	9,125	8,174	10,037	8,763	10,950	8,218
入院患者1人1日 当たり収入額(円)	24,500	24,177	24,500	24,115	24,800	26,462
外来患者数(人)	31,720	29,404	32,130	28,595	32,805	27,943
外来患者1人1日 当たり収入額(円)	12,200	12,376	12,300	12,959	12,600	14,698

2 目標達成に向けた具体的取り組み

(1) 医師確保の取り組みによる外来及び入院収益の確保

滋賀県や滋賀医科大学など関係機関に対して、継続的に医師派遣の要請を行いました。

(2) 出張診療所の存続の可否と訪問診療の実施

田代出張診療所の存続の可否について地域と協議するとともに、訪問診療の充実を図りました。

(3) 入院基本料の施設基準の維持による収入の確保

適切な看護体制の構築により13:1の看護配置基準を堅持しました。

(4) 電子カルテの導入による業務の効率化

平成27年12月から電子カルテシステムを導入し、病院事務の効率化と患者サービスの向上を図りました。

(5) リハビリテーション科の新設と病床の削減

平成26年5月にリハビリテーション科を新設するとともに、病床数を10床削減し経営の効率化を図りました。

(6) 薬剤の院外処方化への研究

消費税の上昇や診療報酬の改定による薬価の減少、病院経営における傾向等を把握し、院外処方化の調査研究を行いました。

(7) 在宅医療の充実

24時間体制の訪問診療や看取りなどの在宅医療を行うため、平成26年3月に在宅療養支援病院の指定を受け、訪問診療に積極的に取り組みました。

また、信楽地域包括支援センターと協働して「信楽の医療連携を考える会」を設立し、地域の医療介護関係者が集合して研修会や事例検討会を定期的に開催し、関係者の連携強化を図りました。

(8) 資産の有効利用

現職員駐車場は所管替え等の検討、協議を行いました。また、医師住宅については必要とする医師に貸与を行うとともに利活用を検討しました。

第4 信楽中央病院が目指す姿

1. 当院が果たすべき役割

医療を取り巻く環境の変化や、国が進める医療制度の方向性などを踏まえ、当院が今後とも、市民にとって身近な医療機関として救急医療やへき地医療を担うとともに、地域の中核病院として病院機能を発揮し、他の医療機関との役割分担と医療連携を図りながら地域に密着した安心安全な医療を継続的に提供していくために、これまで取り組んできた医療サービスをさらに充実させていく必要があります。そして、これらの医療サービスを市民に提供し続けるためには、更に経営基盤の強化を図ることが必要です。

新改革プランは、今までのプランを踏襲することを基本としながら、地域医療を担う一次医療機関として、救急医療及び出張診療所の運営など公立病院として存続していく役割を再認識し、基本方針に基づく役割を果たしていきます。

2. 新改革プランの基本方針

甲賀市立信楽中央病院の基本理念は、「国保診療施設として、また地域に密着した公立医療機関としての役割を自覚し、地域住民の健康の維持・増進のため、地域住民に親しまれ、信頼され、必要とされる病院を目指して、施設の充実と職員の資質向上に努めること」にあります。

具体的には、次の5項目の病院基本方針により、市民の健康を守り、安心安全な生活ができるまちづくりに貢献するため、良質な医療を提供し、市民に信頼される病院を目指します。

(1) 患者さま中心の全人的医療の提供

患者さまの権利とプライバシーを大切にし、十分な説明と同意のもとに医療を提供し、心のかよう接遇など患者さまから信頼され満足が得られる病院づくりを行います。

(2) 地域に密着した総合ケアの提供

地域の中核的な病院として住民の皆様の健康保持・増進のため、地域における包括的な医療・保健・福祉・介護の向上に寄与します。

また、一次医療を提供するとともに、救急医療や在宅医療、出張診療所、健康診断など、公立病院としての役割を果たしつつ、地域連携パスを活用し、民間診療所との連携を図るとともに、二次・三次医療機関とより一層の医療連携を目指します。

(3) 安全管理の徹底

患者さまが安心できる確かな医療を提供するために、環境の整備・職員の安全教育を推進します。

(4) 全職員の協調（協働）と業務の効率化

全職員の協調（協働）のもと、業務の合理化・効率化を図り、健全な病院経営に努めると同時に働きがいのある職場環境をつくります。

(5) 常に進歩する病院

医療に携わる人間として使命感を持ち、より高い知識と技術の習得に努力し、地域の医療水準の向上に努めます。

この新改革プランにおいても、基本となる医療のあり方や目指すべき視点については基本方針に基づいて進めます。

第5 新改革プランの内容

1. 計画期間

新改革プランの計画期間は、平成28年度から平成32年度までの5年間とし、中間期間である平成30年度に必要な応じて、31年度からの計画を見直すこととします。また、上位計画の変更に応じて必要がある場合は本計画を見直します。

2. 具体的な新改革プランの取り組み

(1) 地域医療構想を踏まえた役割の明確化

信楽中央病院は甲賀保健医療圏の中核病院としてその役割を担っています。滋賀県地域医療構想の医療機能別の医療需要の推移によると平成37年（2025年）の高度急性期機能、急性期機能の医療需要は約1.2倍前後の増加、回復期機能は1.3倍の増加、慢性期機能は1.02倍の微増となっていますが、平成47年（2035年）まではすべての機能において延び続ける見込みです。

患者の動向についての2025年推計では、患者が甲賀区域の医療機関に入院している割合（完結率）は65歳以上の高齢者層において回復期機能、慢性期機能とも83%以上と非常に高くなっています。

こうした状況を踏まえて、回復期機能の病床を有する当院としては益々の高齢化社会を向かえるにあたって、急性期を終えた患者の受入れや在宅医療への円滑な流れを作る役割を果たす必要があります。また、在宅療養患者の急変時の対応やレスパイト入院などの提供体制について関係機関との連携を図りながら対応していく必要もあります。

信楽地域には現在二つの病院と二か所の民間診療所がありますが、決して医療資源は充実しているとはいえません。公立病院として「改革プラン（改訂版）」に計画した役割についても継続して取り組むこととします。

- ① 地域に根ざした「かかりつけ医」としての総合医療の役割
- ② 急性期から慢性期までの様々な患者層に対して診療を行う役割
- ③ リハビリテーション科の設置による在宅復帰施設としての役割
- ④ 地域の関係機関と連携協力により保健・介護予防等を担う役割
- ⑤ 平日夜間や日曜日など通常時間外における初期救急診療を担う役割
- ⑥ 山間へき地の医療を担う地域医療の役割
- ⑦ 地域の介護施設に対し、医療分野の支援を行う役割

(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

地域に根ざした総合診療を担う中核病院として、他の医療機関との機能分担及び連携を推進し、患者が退院後も切れ目のないケアを受けられるように各関係機関と協力して、地域における在宅医療を含む医療、介護及び福祉の連携体制である地域包括ケアシステムの構築に貢献することは重要なことです。

当院においては院内の地域医療連携担当部署の機能充実を図り、地域包括支援センターや地域の介護・福祉施設への患者情報の提供や退院時のカンファレンスの取り組み等を推進することにより、地域包括ケアシステムの構築に向けた体制整備を進めるとともに、在宅療養支援病院として訪問診療や看取り、レスパイト入院、急変時の在宅医療受入れなど在宅医療に関わる地域の連携ネットワークの中核を担います。

(3) 一般会計における経費負担の考え方

公営企業である病院事業会計への一般会計からの負担は、地方公営企業法第17条の2（経費の負担の原則）第1項で「その性質上当該地方公営企業の経営に伴う収入をもって充てることが適当でない経費」、「当該地方公営企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」と規定されており、一般会計が出資、長期の貸付け、負担金の支出その他の方法により負担するものと定められています。

信楽中央病院は、地域に必要な医療のうち、民間医療機関が提供困難なへき地医療や救急等の不採算部門を担っています。これらの医療を継続的に提供するためには、経営基盤強化のため一般会計からの負担が必要です。この負担基準については、総務省の通知「地方公営企業繰出金について」に示されており、その所要額の一部は毎年度地方財政計画に計上され、国から地方交付税等による財政措置があります。

なお、病院事業に対する一般会計繰出金については、上記基準を基本としますが、具体的内容については個々の事情や取り組みの内容により財政当局との協議により決定します。病院事業会計への一般会計負担項目は下記のとおりです。

①繰出基準

収益的収支関係

病院の建設改良に要する経費（企業債利息）

救急医療の確保に要する経費

不採算地域病院の運営に要する経費（へき地医療、不採算医療等）

保健衛生行政事務に要する経費

医師及び看護師等の研究研修に要する経費

病院事業会計に係る共済組合追加費用の負担に要する経費

地方公営企業職員に係る児童手当に要する経費

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

病院改革プランに要する経費

附属診療所の運営に要する経費

リハビリテーション医療に要する経費

病院運営の強化に要する経費

資本的収支関係

病院の建設改良に要する経費（企業債元金）

病院の建設改良に要する経費（建設改良費）

表4 年次別・項目別 病院事業会計への繰出し一般会計負担表

<収益的収支関係>

(単位：千円)

一般会計補助金負担項目		25年度 決算額	26年度 決算額	27年度 決算額
企業債利子		9,927	9,383	8,829
救急医療対策経費		44,780	37,991	37,991
不採算地域病院対策経費	高度医療	10,528	10,120	12,320
	へき地医療	19,512	19,459	19,051
	医師確保対策			
	不採算医療	41,000	42,100	42,100
	小計	71,040	71,679	73,471
保健衛生行政事務に要する経費				
研究研修に要する経費		1,800	1,800	1,700
共済組合追加費用に要する経費		6,960	6,525	6,625
児童・子ども手当に要する経費		2,895	3,080	2,720
病院改革プランに要する経費				
基礎年金拠出金に要する経費		7,747	9,175	10,749
附属診療所の運営に要する経費		2,260	2,260	2,260
リハビリテーション医療に要する経費			2,892	4,710
病院運営の強化に要する経費			35,650	35,350
給与改定、医師派遣負担経費			6,573	
合計(A)		147,409	187,008	184,405

<資本的収支関係>

一般会計補助金負担項目	平成25年度 決算額	平成26年度 決算額	平成27年度 決算額
企業債元金	29,843	30,388	30,942
建設改良費			18,557
合計(B)	29,843	30,388	49,499

総合計(A) + (B)	177,252	217,396	233,904
--------------	---------	---------	---------

(4) 経営の効率化に係る計画

① 数値目標

経営効率化に向けて数値目標を次のとおり設定します。

表5 経営指標にかかる数値目標

区分	新改革プラン				
	28年度 計画	29年度 計画	30年度 計画	31年度 計画	32年度 計画
経常収支比率(%)	96.8	99.5	97.6	97.0	100.6
医業収支比率(%)	81.0	83.4	74.6	74.7	78.6
給与費対医業収益比率(%)	71.2	68.8	97.6	97.4	92.1
材料費対医療収益比率(%)	33.0	33.1	9.9	10.4	10.4
病床利用率(%)	65.0	70.0	75.0	75.0	80.0
入院患者数(人)	9,490	10,220	10,950	10,950	11,700
入院患者1人1日当たり 収入額(円)	24,600	24,800	25,000	25,200	25,400
外来患者数(人)	28,500	29,000	30,250	30,500	31,000
外来患者1人1日当たり 収入額(円)	14,100	14,300	5,500	5,600	5,800

② 目標達成に向けた具体的な取り組み

項目1	医師及び医療職員確保の取り組みによる外来及び入院収益の確保 (収入改善)
<ul style="list-style-type: none"> 経営基盤の安定化を図るため、滋賀県や滋賀医科大学など関係機関への医師派遣の要望活動を積極的に行い、現医療体制の医師を確保するとともに、募集困難な職種である看護師等の医療職員の確保に努めます。 	

項目2	地域の医療・保健・福祉サービスの提供機関との連携 (収入改善)
<ul style="list-style-type: none"> 甲賀医療圏域における地域連携室のネットワーク化が進められており、当院においては急性期治療が終了した後の回復期において地域連携パスにより帰院していただくなど一層の連携を図り、転院、在宅復帰への支援を行います。 	

項目3	在宅医療の充実 (収入改善)
<ul style="list-style-type: none"> 「在宅療養支援病院」として院内に在宅医療相談窓口を設置し、24時間体制での訪問診療や看取りなどの在宅医療を行い、患者の在宅療養をサポートしていくとともに、地域連携の構築を推進します。 	

項目4	出張診療所の存続の可否と訪問診療の実施 (経営改善)
<ul style="list-style-type: none"> 多羅尾、朝宮、田代に出張診療所を開設し地域医療を推進していますが、朝宮は建物の老朽化が激しく、また田代は患者が減少していることから、平成29年度に存続の可否を地域と協議し、訪問診療に切り替える方向で調整していきます。 	

項目 5	午後又は夕方の診療及び送迎サービスについての検討（収入改善）
<ul style="list-style-type: none"> ・ 外来診療時間は午前中の限られた時間であることから、その時間に来院できない患者のため午後の外来診療を開設するための検討を行います。また、公共交通機関が利用できない地域等に、病院からの送迎サービスを行なうことについても検討を行います。 	
項目 6	入院基本料の施設基準の維持による収入の確保（収入改善）
<ul style="list-style-type: none"> ・ 今後現実する退職者の補充を適宜行い、看護体制の安定継続による入院基本料の収入の確保を図るため 13 : 1 の看護配置基準を堅持します。 	
項目 7	職員の接遇及び経営意識の改善（経営改善）
<ul style="list-style-type: none"> ・ 院内情報誌等による職員に対する情報提供や、院内研修会、経営検討会議の開催、外部研修会への積極的な参加を図るとともに、専門員を配置して病院の全職員一人ひとりの接遇の向上及び経営意識の改善に取り組みます。 	
項目 8	病院ホームページのリニューアルと広報活動の実施（収入改善）
<ul style="list-style-type: none"> ・ 病院のイメージアップと特徴について自己発信する事で、利用者が病院を選ぶ決め手となるようにホームページをリニューアルします。また、地域に出向いての健康推進教育等の出前講座を積極的に実施し、当院の特色である総合診療、在宅医療を広報します。 	
項目 9	診療報酬の請求事務の外部委託の検討（経営改善）
<ul style="list-style-type: none"> ・ レセプト点検を業者委託していますが、電子カルテシステムの整備に伴い請求事務についても外部委託について検討し、事務改善を実施します。 	
項目 10	地域リハビリテーション事業等の実施（収入改善）
<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者等が住みなれた地域や家庭で自立した生活が送れるよう、市の委託事業である地域リハビリテーション事業を実施するとともに、骨粗しょう症健診を実施し予防対象者に健康教室を行うデータヘルス事業の受託を行います。 	
項目 11	病床利用率の向上（収入改善）
<ul style="list-style-type: none"> ・ 一般病床（40床）の利用は、在宅医療における診療所との連携による入院や、レスパイト入院の受け入れ等を検討し、病床利用率75%以上に向けた経営を目指します。 	
項目 12	薬剤の院外処方化（経営改善）
<ul style="list-style-type: none"> ・ 消費税の上昇や診療報酬の改定による薬価差益の減少、医薬分業の政策に伴う病院経営や薬剤師の確保が困難なこと等から、院外処方化を平成30年度実施に向けて調整します。 	

項目 1 3	資産の有効活用
<p>・国道 3 0 7 号沿いの職員駐車場は観光振興関係課等への所管替え等による資産譲渡を継続協議するとともに、現在入居の無い医師住宅の利活用についても検討します。</p>	

(5) 病院の再編・ネットワーク化について

当院は、信楽地域の基幹的な病院のひとつとして一次医療を提供するとともに、救急医療や在宅医療、出張診療所における定期診療など、公立病院としての役割を果たしています。滋賀県地域医療構想によると甲賀地域の回復期機能の医療需要は平成 4 7 年（2 0 3 5 年）には 1. 7 3 倍まで増加するとの推移が示されていることから、地域包括ケアシステムの構築による在宅医療の充実強化とともに、地域の民間診療所との病診連携と同時に独立行政法人国立病院機構紫香楽病院との病病連携についても重要な連携であり、地域の医療のあり方を検討していきます。

一方、甲賀医療圏域の二次救急医療機関として公立甲賀病院が位置づけられており、三次医療機関である滋賀医科大学付属病院とも同様に概ね車で 3 0 分の圏域にあることから、より一層の医療連携を図ります。

また、当院は介護分野の施設がありませんが、医療機能だけに留まらない地域包括医療が求められていることから、市立の医療・介護施設である水口医療介護センターに併設されている介護老人保健施設や民間の老人保健施設との連携の下に、急性期を過ぎた患者の入院医療から在宅医療まで、医療と介護を併せ持つ総合サービスの提供による支援体制の確立を図っていきます。

(6) 経営形態の見直し

国が提唱する新公立病院改革ガイドラインの経営形態の見直しの方向性は、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、民間譲渡のいずれかを示すように指導されています。へき地医療や総合的地域医療を担う当院の規模において、「公」の継続性、譲渡先候補者の確保、現在の医療職員の配置転換や解雇の問題を勘案した場合、指定管理者制度の導入や民間譲渡は当院の役割や地域事情を考慮した場合、早急な結論は困難であります。また地方独立行政法人化については、独立採算制が原則であると同時に、その業務を確実に実行するために必要な資本金その他の財産的基礎を有しなければならないことから、累積欠損金の解消が必要になります。これらのことから、地方独立行政法人化（非公務員型）、指定管理者制度の導入、民間譲渡等の経営形態の見直しについては、先進事例や当地域に合う経営手法についての研究を継続して行っていきます。また、地方公営企業法の全部適用への取り組みですが、当院の規模において現時点では一部適用と全部適用には経営上での優位性の差はなく、必要とされる要件は経営手腕や関係機関との協力によるところが大きいと考えられることから、現行の地方公営企業法の一部適用を継続するとしますが、職員採用や定員管理、専門的知識を有する職員の育成等の体制の強化を高める上で、地方公営企業法の全部適用への移行を継続して検討します。

(7) 病院改革プラン実施状況の点検・評価・公表

新改革プランの進捗状況については、毎年度実施状況を取りまとめ、甲賀市立信楽中央病院経営評価委員会に報告し、審議を受けるとともに審議内容を病院のホームページなどにより公表します。

また、新改革プランの実行は、組織全体で取り組むことであり、内部の推進体制として現行の病院事業院内会議及び企画会議において調査研究を行い、継続して改善項目の協議や必要に応じて見直し等を実施します。

1. 収支計画

○ 収益的収支

(単位:千円、%)

区分		年度						
		26年度 (実績)	27年度 (実績)	28年度	29年度	30年度	31年度	32年度
収 入	1. 医業収益 a	654,930	702,740	711,557	746,710	518,679	524,554	554,794
	(1) 料金収入	581,882	628,170	635,304	668,156	440,125	446,740	476,980
	(2) その他	73,048	74,570	76,253	78,554	78,554	77,814	77,814
	うち他会計負担金	40,913	41,138	41,430	38,730	38,730	37,990	37,990
	2. 医業外収益	188,632	173,478	176,343	176,249	176,264	170,887	170,279
	(1) 他会計負担金・補助金	156,237	152,932	156,008	156,596	156,011	150,634	150,026
	(2) 国(県)補助金							
	(3) 長期前受金戻入	30,800	17,797	17,795	17,795	17,795	17,795	17,795
	(4) その他	1,595	2,749	2,540	1,858	2,458	2,458	2,458
	経常収益(A)	843,562	876,218	887,900	922,959	694,943	695,441	725,073
支 出	1. 医業費用 b	840,848	847,336	878,240	889,076	688,209	692,856	699,549
	(1) 職員給与費 c	468,629	478,937	506,594	510,251	501,220	503,822	506,473
	(2) 材料費	213,589	236,544	234,848	245,651	51,037	53,938	56,972
	(3) 経費	90,385	88,462	87,562	86,687	85,821	86,616	87,411
	(4) 減価償却費	63,276	33,135	42,873	43,597	45,176	45,656	46,047
	(5) その他	4,969	10,258	6,363	2,890	4,955	2,824	2,646
	2. 医業外費用	38,902	44,063	39,260	38,880	23,894	21,716	20,979
	(1) 支払利息	14,074	13,243	12,396	11,533	10,655	9,760	8,848
	(2) その他	24,828	30,820	26,864	27,347	13,239	11,956	12,131
	経常費用(B)	879,750	891,399	917,500	927,956	712,103	714,572	720,528
経常損益(A)-(B)(C)	▲ 36,188	▲ 15,181	▲ 29,600	▲ 4,997	▲ 17,160	▲ 19,131	4,545	
特別損益	1. 特別利益(D)	960	0	0	0	0	0	0
	2. 特別損失(E)	27,833	5,774	2,272	1,500	1,500	1,500	1,500
	特別損益(D)-(E)(F)	-26,873	-5,774	-2,272	-1,500	-1,500	-1,500	-1,500
純損益(C)+(F)	▲ 63,061	▲ 20,955	▲ 31,872	▲ 6,497	▲ 18,660	▲ 20,631	3,045	
累積欠損金(G)								
不良債務	流動資産(ア)	460,923	439,621	414,588	416,111	358,809	347,922	361,513
	流動負債(イ)	113,275	118,899	128,470	130,734	76,345	77,257	78,186
	うち一時借入金	0	0	0	0	0	0	0
	翌年度繰越財源(ウ)	0	0	0	0	0	0	0
	当年度同意等債で未借入 又は未発行の額(エ)	0	0	0	0	0	0	0
差引不良債務 [(イ)-(エ)]-[(ア)-(ウ)](オ)	▲ 347,648	▲ 320,722	▲ 286,118	▲ 285,377	▲ 282,464	▲ 270,665	▲ 283,327	
経常収支比率 $\frac{(A)}{(B)} \times 100$	95.9	98.3	96.8	99.5	97.6	97.3	100.6	
不良債務比率 $\frac{(オ)}{(ア)} \times 100$	▲ 53.1	▲ 45.6	▲ 40.2	▲ 38.2	▲ 54.5	▲ 51.6	▲ 51.1	
医業収支比率 $\frac{(c)}{(a)} \times 100$	77.9	82.9	81.0	84.0	75.4	75.7	79.3	
職員給与費対医業収益比率 $\frac{(c)}{(a)} \times 100$	71.6	68.2	71.2	68.3	96.6	96.0	91.3	
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)	▲ 347,648	▲ 320,722	▲ 286,118	▲ 285,377	▲ 282,464	▲ 270,665	▲ 283,327	
地方財政法上の資金不足の割合 $\frac{(H)}{(a)} \times 100$	▲ 53.1	▲ 45.6	▲ 40.2	▲ 38.2	▲ 54.5	▲ 51.6	▲ 51.1	
病床利用率	60.0	56.5	65.0	70.0	75.0	75.0	80.0	

○資本的収支

(単位:千円、%)

年度		26年度 (実績)	27年度 (実績)	28年度	29年度	30年度	31年度	32年度
区分								
収 入	1. 企 業 債							
	2. 他 会 計 出 資 金							
	3. 他 会 計 負 担 金							
	4. 他 会 計 借 入 金							
	5. 他 会 計 補 助 金	34,708	92,089	35,860	37,214	49,328	38,073	37,789
	6. 国 (県) 補 助 金							
	7. そ の 他							
	収 入 計 (a)	34,708	92,089	35,860	37,214	49,328	38,073	37,789
	うち翌年度へ繰り越される 支出の財源充当額 (b)							
	前年度許可債で当年度借入分 (c)							
純計(a)-(b)+(c) (A)	34,708	92,089	35,860	37,214	49,328	38,073	37,789	
支 出	1. 建 設 改 良 費	31,034	75,229	14,474	10,264	30,920	9,618	7,834
	2. 企 業 債 償 還 金	45,581	46,413	47,260	48,122	49,001	49,896	50,807
	3. 他 会 計 長 期 借 入 金 返 還 金							
	4. そ の 他							
支 出 計 (B)	76,615	121,642	61,734	58,386	79,921	59,514	58,641	
差 引 不 足 額 (B)-(A) (C)	41,907	29,553	25,874	21,172	30,593	21,441	20,852	
補 て ん 財 源	1. 損 益 勘 定 留 保 資 金	41,907	29,553	25,874	21,172	30,593	21,441	20,852
	2. 利 益 剰 余 金 処 分 額							
	3. 繰 越 工 事 資 金							
	4. そ の 他							
計 (D)	41,907	29,553	25,874	21,172	30,593	21,441	20,852	
補てん財源不足額 (C)-(D) (E)	0	0	0	0	0	0	0	
当年度同意等債で未借入 又は未発行の額 (F)								
実質財源不足額 (E)-(F)	0	0	0	0	0	0	0	

3. 一般会計等からの繰入金の見通し

(単位:千円)

	26年度 (実績)	27年度 (実績)	28年度	29年度	30年度	31年度	32年度
収 益 的 収 支	197,150	194,070	197,438	195,326	194,741	188,624	188,016
資 本 的 収 支	34,708	92,089	35,860	37,214	49,328	38,073	37,789
合 計	231,858	286,159	233,298	232,540	244,069	226,697	225,805

(参考) 本文中の用語説明

[地域医療構想] P 1

急性期から、回復期、慢性期、在宅医療、介護に至るまで一連のサービスが切れ目なく、また過不足なく提供される体制の確保を目指し、二次保健医療圏を基本とした圏域ごとに、地域医療の目指すべき将来像を定めた計画で都道府県が定めることになっており、滋賀県では平成28年3月に策定されました。

[地域包括ケアシステム] P 1

地域の実情に応じて、高齢者が可能な限り、住みなれた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を送れるよう、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・継続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が、住みな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。

[経常収支比率] P 1

医業及び医業外を含めた収支の状況を示す指標で、 $\text{経常収益} \div \text{経常費用} \times 100$ で算出し、100以上は単年度黒字、数値が大きいほど経営状況がよいこととなります。

[医療機能の名称] P 3

高度急性期機能…急性期の患者に対し、状況の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能

急性期機能…急性期の患者に対し、状況の早期安定化に向けて医療を提供する機能

回復期機能…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の提供をする機能

慢性期機能…長期にわたり療養が必要な患者等を入院させる機能

[病床機能報告制度] P 4

医療法の規定に基づき、病院・診療所が担っている医療機能の現状と今後の方向について、病棟単位で、「高度急性期機能」、「急性期機能」、「回復期機能」及び「慢性期機能」の4区分から1つを選択し、その他の具体的な報告事項とあわせて都道府県に報告する仕組みで、本報告結果を基に地域医療構想（ビジョン）を策定、更なる医療機能の分化・連携を推進することとなります。

[看護配置基準] P 5

入院患者に対して病棟看護師が何人配置されているかを示す基準で、基準の違いにより診療報酬が増減します。当院の一般病床の看護配置基準は、13：1（患者13人に対して常時看護師が1人）を取得しています。

[在宅療養支援病院] P 5

患者が住みなれた地域で安心して療養生活が送れるように、求めに応じて24時間往診が可能な体制を確保し、訪問看護ステーション等との連携により、緊急時に在宅で療養を行っている患者が直ちに入院できるなど、必要に応じた医療看護を提供できる病院のことで、当院は平成26年3月に認定されました。

[レスパイト入院] P 7

医療設備の整った病院が、神経難病患者やがん患者などの重症、難病をかかえ常時医療管理を必要とするが病状が安定している要介護者を対象に、医療保険で短期入院を受け入れる制度で、一時的中断、休息、息抜きを意味する英語。在宅介護をする介護者の休息をはじめ、疾病やけが、出産、旅行等の事情に応じて人工呼吸器や気管切開、胃ろう等の医療管理を有する患者の入院も受け入れます。

[地域連携室] P 10

地域の病院相互や病院と個人診療所の連携、また、保健・福祉施設との連携及び入院や通院をされているご本人やご家族の方々の療養に伴っておこる経済的、社会的なさまざまな問題について医療事務員と看護師と一緒に考え、安心して療養していただける手伝いをする部署です。

[地域連携パス] P 10

急性期から慢性期に至る医療関係の連携クリニカルパスを地域まで延長したもので、疾患別に病態・病期ごとの医療・保健・福祉関係者が治療等に必要な情報を共有し、効率的な役割分担やサービスの連携を行うことにより、患者が安心して円滑に地域での生活にもどり、早期に社会復帰できるようにすることを目的としています。

[地域リハビリテーション] P 11

地域リハビリテーションとは、障がいのある子どもや成人・高齢者とその家族が、住みなれたところで、一生安全に、その人らしくいきいきとした生活ができるよう、保健・医療・福祉・介護及び地域住民を含め、生活にかかわるあらゆる人々や機関・組織がリハビリテーションの立場から協力し合って行う活動すべてを言います。

[病診連携・病病連携] P 12

地域医療において、効率的な医療を提供するために、地域内の病院と民間診療所または病院同士が行う連携のことです。

[地方公営企業法の全部適用] P 12

全部適用とは地方公営企業法の全規定（事業管理者の任命、独自の職員採用、経営状況に応じた給与の決定、企業会計による財務処理など）の適用を受けることです。病院事業については特別に財務（予算、決算、契約等）に関する規定のみを適用しそれ以外の規定は任意適用とされています。これを地方公営企業法の一部適用と言います。