

尾道市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

尾 道 市

目 次

I 公立病院改革プラン見直しの背景

- ・ 第1期公立病院改革プラン 1
- ・ 第2期公立病院改革プラン策定の背景 1

II 病院事業の現状及び地域医療構想を踏まえた役割等について

◇ 尾道市立市民病院

- ・ 尾道市立市民病院を取り巻く環境 2
- ・ 尾道市立市民病院の内部環境 9
- ・ 尾道市立市民病院の経営状況 16
- ・ 課題の総括 20
- ・ 地域医療構想を踏まえた尾道市立市民病院の果たすべき役割 21
- ・ 地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき当院の役割 23
- ・ 医療機能等指標に係る数値目標 24

◇ 公立みつぎ総合病院

- ・ はじめに 26
- ・ 公立みつぎ総合病院の特性と役割・機能について 27
- ・ 地域医療構想を踏まえた地域包括ケアシステムの概要 29
- ・ 地域医療構想を踏まえた公立みつぎ総合病院の果たすべき役割 34
- ・ 地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき当院の役割 39
- ・ 医療機能等指標に係る数値目標 44
- ・ 医師臨床研修制度等実習の受け入れと人材育成（医師確保等） 45
- ・ 医療連携の現状及び地域住民との連携 47

III 一般会計負担の考え方 49

IV 経営の効率化

◇ 尾道市立市民病院

- ・ 経営の効率化 49
- ・ 経営指標に係る数値目標 50
- ・ 経常収支比率に係る目標設定の考え方 51
- ・ 目標達成に向けた具体的な取組 51
- ・ 収支計画 54

◇ 公立みつぎ総合病院	
・ 経営指標に係る数値目標	56
・ 経常収支比率に係る目標設定の考え方	58
・ 目標達成に向けた具体的な取組	59
・ 収支計画	62
V 再編・ネットワーク化	65
VI 経営形態の見直し	65
VII 新改革プランの実施状況の点検・評価・公表	65

<資料>

- 1 尾道市病院事業検討懇話会名簿
- 2 尾道市病院事業検討懇話会開催経過

I. 公立病院改革プラン見直しの背景

1. 第1期公立病院改革プラン

本市においては、平成20年度に尾道市公立病院改革プラン(平成21年度～平成25年度)を策定しました。

尾道市立市民病院、公立みつぎ総合病院ともに、救急医療や地域医療を着実に推進し、経常収支比率をはじめとする主要指標については概ね目標を達成しました。しかし、地域人口の減少により患者数が徐々に減っていたところに、医師不足等により平成26年度以降は経常収支比率等の主要指標が急速に悪化しており、経営改善の必要に迫られています。

2. 第2期公立病院改革プラン策定の背景

第1期公立病院改革プランは、総務省の公立病院改革プラン策定ガイドラインの「経営効率化」「再編・ネットワーク化」「経営形態の見直し」の3つの視点を鑑みて策定しました。平成27年度から28年度にかけて地域医療構想が策定されるのを受け、総務省から『新公立病院改革プラン』策定ガイドラインが示され、「地域医療構想を踏まえた役割の明確化」を加えた4つの視点に立って改革を進めることとなりました。

本改革プランは、地域の医療環境の変化、当院の内部環境の変化、ならびに新公立病院改革プランの主旨を踏まえて、平成29年度から平成32年度までの4か年度を対象期間とする新たな計画を策定するものです。なお、新たに加わった「地域医療構想を踏まえた役割の明確化」についてガイドラインでは下記のように示されています。

① 地域医療構想を踏まえた当該病院の果たすべき役割

都道府県が策定する地域医療構想を踏まえて、地域医療構想と整合性のとれた形で具体的な将来像を示した上で、地域の医療提供体制において果たすべき役割を明確にする。

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

在宅医療に関する当該公立病院の役割を示す、住民の健康づくりの強化に当たっての具体的な機能を示すなど、地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割を明らかにする。

③ 一般会計負担の考え方

公立病院が地域医療の確保のため果たすべき役割に対応して、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)を記載する。

④ 医療機能等指標に係る数値目標の設定

「医療機能・医療品質に係るもの」(救急患者数、手術件数等)、「その他」(患者満足度、健康・医療相談件数等)の両面から医療機能等指標の数値目標を設定する。

⑤ 住民の理解

各々の病院があらゆる機能を持とうとしても、医療スタッフを確保できず、結果的に地域全体として適切な医療を提供できないことを住民と理解し合う等の取り組みが求められる。

Ⅱ. 現状と課題

1. 尾道市立市民病院を取り巻く環境

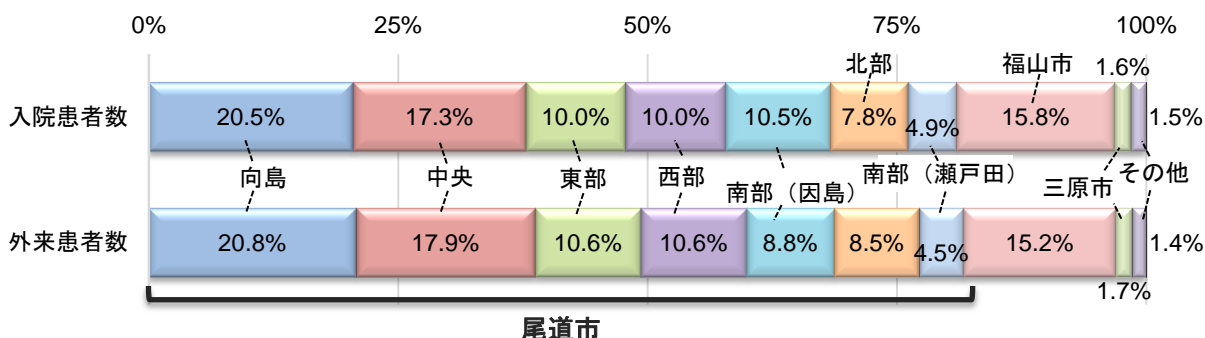
(1) 地域の医療環境

① 人口および患者数

当院は尾道市のみならず尾三医療圏全域、福山市等の広域から患者を受け入れています。立地条件から市内の向島、中央、東部、西部、南部（因島）、北部等の地区居住者が多い状況です。なお、南部（瀬戸田）地区については、平成 21 年 4 月に広島県から移管された当院の附属瀬戸田診療所が、主に当該地区の患者を受け入れています。

尾道市全域で人口が減少し、それにつれて高齢者の占める割合が高くなる傾向が続いていますが、向島、中央、南部（因島）等は市域全域よりも人口減が著しい状況であり、この傾向は今後も続くと予測されます。

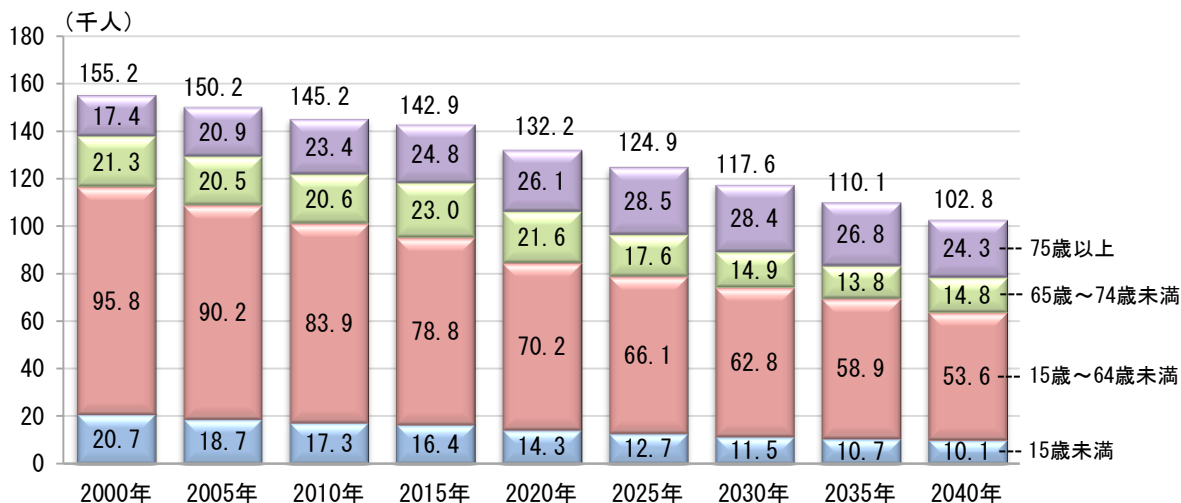
図表-1 尾道市立市民病院の患者居住地（平成 23 年度から 27 年度の累計実患者数構成比）



市内の区分は、尾道市地域包括支援センターの担当地域による。

北部：御調、原田ほか 中央：山波、長江ほか 西部：栗原、吉和ほか
 東部：高須、西藤ほか 向島：向東、向島 南部：因島、生口島

図表-2 尾道市の人口推移及び将来推計人口



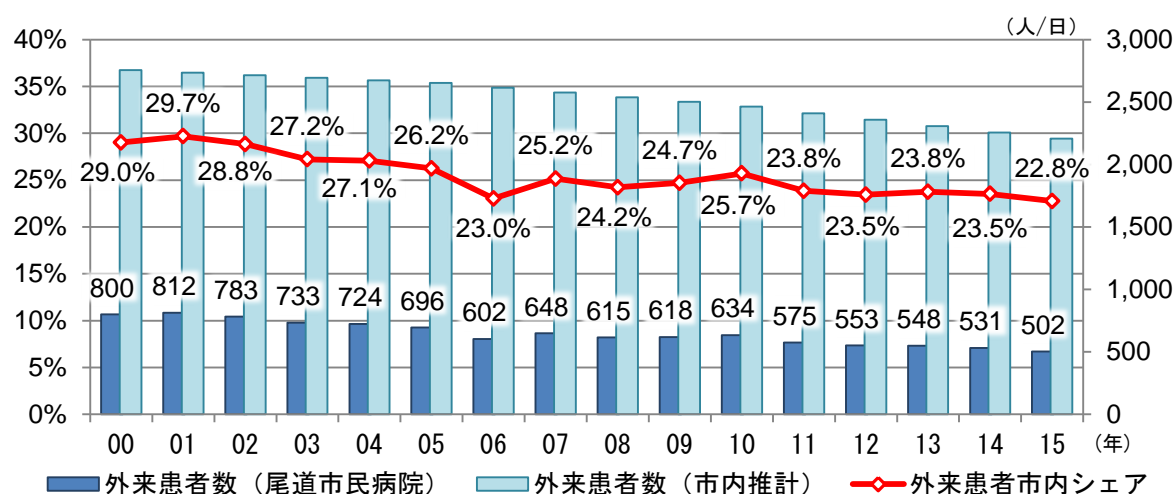
資料；2010年までは「国勢調査報告」、2015年は尾道市住民基本台帳、2020年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」

一方、市域の推計患者数については、人口減少のみならず、平成12年創設の介護保険制度による高齢者の介護保険入院・入所施設への移行、平成13年からの老人医療費1割負担、平成15年からの職域健康保険の3割負担等により受療率が低下し、外来・入院患者数とも減少しています。

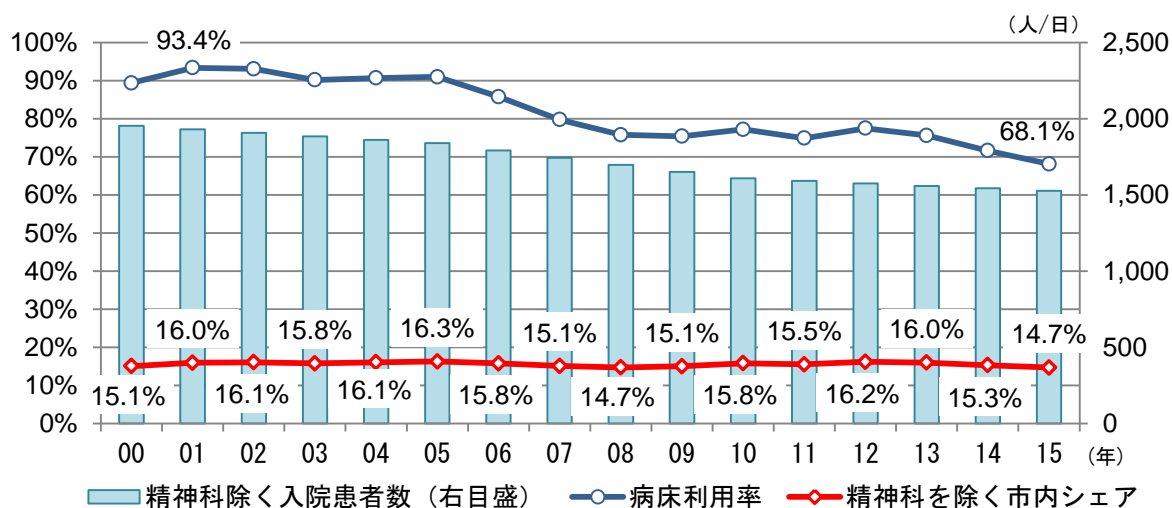
当院では外来・入院患者とも年々減少傾向が続いていますが、厚生労働省「患者調査」各年の広島県受療率を基に尾道市の病院患者数を推計すると、当院の市域におけるシェアは「外来」は長期的には低下しているものの直近5年間は23%前後で推移し、「入院」はほぼ15%前後で推移していることとなります。

当院の患者居住地構成比が現状のままだとすると、将来にわたって患者が減少する可能性が高く、周辺環境にあわせて病床数を見直す等の対策が必要となります。

図表-3 尾道市における尾道市立市民病院の外来患者シェアの推移



図表-4 尾道市における尾道市立市民病院の入院患者シェアの推移



(注) 推計患者数は病院(診療所除く)の外来・入院患者数

病床利用率は許可病床330床ベースで算定

資料；厚生労働省「患者調査」各年の広島県受療率を用いて推計

② 医療提供状況

平成 28 年 11 月現在、尾道市内には 11 病院（うち DPC 対象病院 4）があり、尾三保健医療圏には 25 病院（同 11）があり、多くが国道 2 号線の周辺に立地しています。病院の病床数は、一般病床が尾道市内に 1,272 床、尾三保健医療圏に 2,554 床あり、人口 10 万人あたり病床数は全国平均を大きく上回っています。療養病床も人口 10 万人あたり換算で全国平均を上回っています。

人口 10 万人あたりの診療所数も全国平均を上回っており、在宅医療支援診療所は十分とはいえませんが全国平均は上回っています。

人口 10 万人あたりの医師数、看護師数も全国平均を上回っている等、尾道市及び尾三医療圏は一部の指標を除き、全国平均を上回る水準にあると言えます。

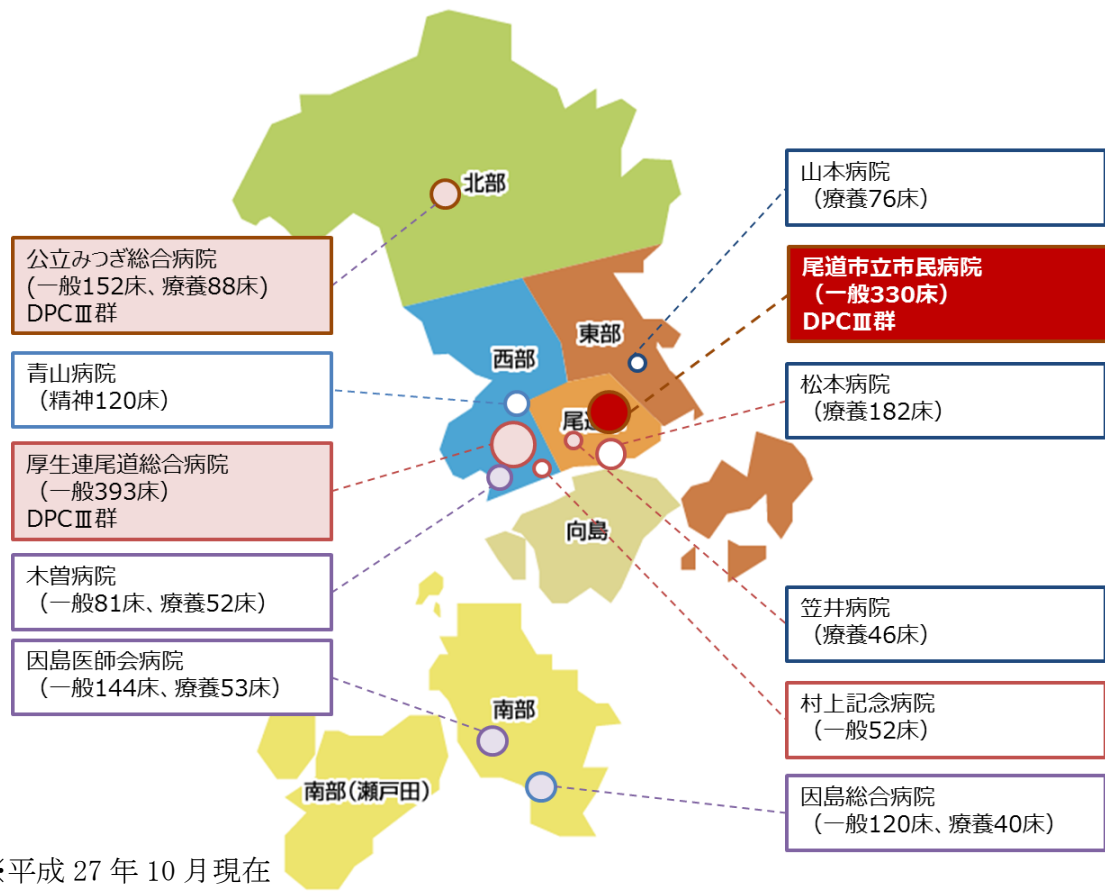
図表-5 地域の医療施設数

	施設数		人口10万人あたり					
	尾道市	尾三医療圏	尾道市	尾三医療圏	全国平均	尾道市	尾三医療圏	全国平均
施設数								
一般診療所 合計	119	189	81.95	71.79	68.42			
内科系診療所	78	118	53.72	44.82	40.13			
外科系診療所	26	48	17.91	18.23	17.02			
小児科系診療所	17	29	11.71	11.02	15.46			
産婦人科系診療所	7	10	4.82	3.8	3.56			
皮膚科系診療所	8	18	5.51	6.84	8.4			
眼科系診療所	10	15	6.89	5.7	5.65			
耳鼻咽喉科系診療所	5	8	3.44	3.04	4.23			
精神科系診療所	5	8	3.44	3.04	4.12			
病院	11	25	7.58	9.5	6.62			
在宅療養支援診療所	54	66	37.19	25.07	11.37			
在宅療養支援病院	0	2	0	0.76	0.84			
病床数								
一般診療所病床	180	314	124.0	119.3	86.8			
病院病床（全区分計）	1929	4,480	1,328.5	1,701.7	1,214.3			
一般病床	1272	2,554	876.0	970.1	697.7			
精神病床	120	917	82.6	348.3	260.1			
療養病床	537	1,009	369.8	383.3	250.8			
結核・感染症病床	0	0	0	0	5.65			
職員数								
医師（常勤換算人数）	365	613.2	251.4	232.9	244.1			
看護師（常勤換算人数）	1723	3,215.2	1186.6	1221.3	840.1			

※平成 27 年 8 月現在の集計値

資料；日本医師会 地域医療情報システム

図表-6 尾道市の病院配置状況



医療提供体制が比較的高い水準にあることから、尾三医療圏の患者は、福山・府中医療圏との間で流出入があるものの、医療圏内完結率が 86%あり、必要な医療はほぼ地域内で提供できている状況にあります。

図表-7 広島県 2 次医療圏の患者流出入状況

(千人)		施設住所地							
		広島	広島西	呉	広島中央	尾三	福山・府中	備北	その他
患者住所	広島	12.4	0.6	0.2	0.3	0	0	0.1	0.1
	広島西	0.6	1.3	0	0	0	-	-	0
	呉	0.4	0	2.8	0.2	0	0	0	0
	広島中央	0.2	0	0.2	1.9	0.2	0	0	0
	尾三	0.1	0	0	0.1	3.2	0.3	0	0
	福山・府中	0	0	0	0.1	0.2	4.6	0	0.3
	備北	0.2	0	0	0	0	0	1.4	0
	その他	0.4	0.2	0	0	0.2	0.3	0	

資料；厚生労働省「平成 26 年患者調査」

(2) 地域医療構想

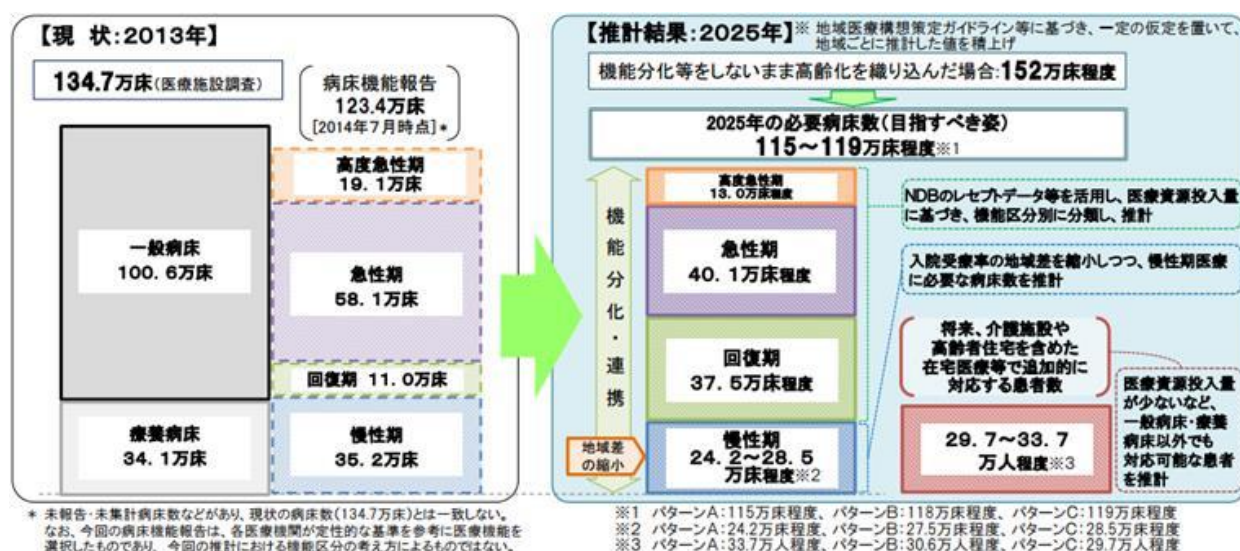
① 全国の動向

第6次医療法改正により、都道府県において平成27年度以降に「地域医療構想」を策定することとされました。地域医療構想は保健医療計画の一部（記載事項のひとつ）であり、原則2次医療圏を単位とする「構想区域」ごとに、急性期から回復期、在宅医療まで各々の患者の状態にあった医療を提供可能な医療提供体制の構築を目指し策定するものです。

第5回医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会（平成27年6月15日）では、平成37年（2025年）には、全国で現状より▲15.7～19.7万床少ない115～119万床程度を目指すべきとしています。埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、大阪府、沖縄県は不足が見込まれ、それ以外の地域では過剰であり削減が求められます。

病床機能別に将来の需要と各病院が自院の病床機能区分を報告する病床機能報告の集計結果を比べると、高度急性期、急性期、慢性期の病床は必要量を上回っており、回復期の病床は不足となっていることから、今後10年程度かけて地域の医療ニーズを踏まえ機能転換を検討していくこととなります。

図表-8 2025年の医療機能別必要病床数の推計結果

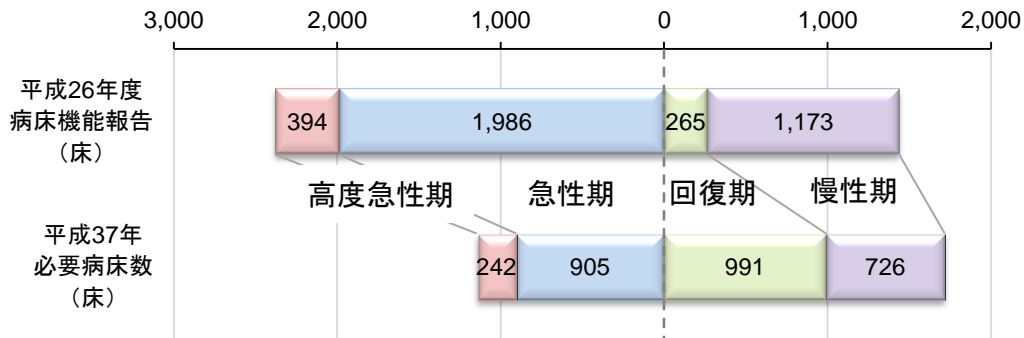


資料；社会保障制度改革推進本部「第5回医療・介護情報の活用による改革推進に関する専門調査会（平成27年6月15日）」

② 広島県地域医療構想

広島県地域医療構想では、尾三構想区（医療圏）における平成37年の必要病床数は平成26年度に地域の病院から報告された機能別病床数に対し、「高度急性期」は152床、「急性期」は1081床、「慢性期」は447床が過剰と推計され、一方「回復期」は726床が不足と推計されています。

図表-9 尾三構想区（医療圏）の機能別必要病床数



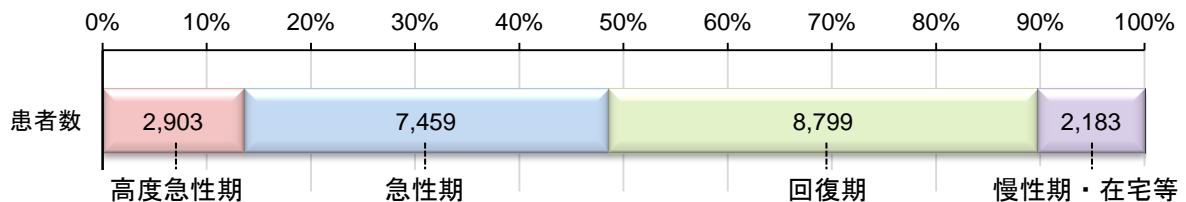
資料；広島県地域医療構想

厚生労働省の地域医療構想ガイドラインでは、「高度急性期」は医療資源投入量が 3,000 点以上の患者（回復期リハビリテーション病棟入院料算定患者を除く）、「急性期」は医療資源投入量が 600 点以上 3,000 点未満の患者等と規定されています。当院の平成 27 年度の入院患者を地域医療構想ガイドラインにそって分析したところ、最も多いのは回復期 8,799 人（全体の 41.2%）の患者で、次いで急性期 7,459 人（34.9%）、高度急性期 2,903 人（13.6%）、慢性期・在宅等 2,183 人（10.2%）の構成となりました。当院は高度急性期と急性期の患者を受け入れている病院であり、平均在院日数も 14 日程度と短いながら、一定期間を経過した退院前の患者は回復期等に区分されるためです。慢性期に区分される患者もいますが、尾道方式の退院カンファレンスを行っているため、他地域の急性期病院よりも少ないと推察されます。

当院は、病状が安定した患者は回復期・慢性期病床を持つ病院に紹介し、自宅での療養が可能な患者は地域の診療所等に紹介していますが、当院の回復期・慢性期に区分される患者は、他病院に転院または退院するまでには病状が安定していない患者であり、早期に退院させることは現実的ではありません。

広島県地域医療構想で尾三医療圏は高度急性期・急性期病床が過剰である一方で回復期病床が不足していること、また当院の入院患者に回復期に区分される患者が相当数いることを勘案すると、当院の急性期病床の一部を回復期病床に機能転換する検討の必要があると考えられます。

図表-10 病床機能別患者数



(3) 医療圏における位置づけ

尾三医療圏内では当院と厚生連尾道総合病院のシェアが際立って高い状況です。当院は外傷系、腎・尿路系でトップシェアを占めています。一方、女性生殖系、新生児系、耳鼻咽喉科系、眼科系等においては厚生連尾道総合病院が圧倒的なシェアを占めています。

図表-11 尾三医療圏の DPC 対象病院の疾患種別症例件数

	尾道市立 市民病院	尾道総合病院	公立みつぎ 総合病院	興生総合病院	三原赤十字 病院
全症例数	5,455	9,944	2,051	2,952	2,880
消化器系	1,231	3,109	490	528	910
外傷系	922	520	226	400	294
呼吸器系	744	989	388	190	444
腎・尿路系	644	593	167	186	338
循環器系	521	860	118	289	44
神経系	382	376	199	161	60
筋骨格系	289	376	137	190	226
その他	142	130	34	22	42
眼科系	140	685		23	
内分泌系	95	121	74	88	95
耳鼻咽喉科系	92	524	50	293	97
血液系	79	103	14	37	48
皮膚系	56	196	68	52	58
小児系	41	169	25	35	157
女性生殖器系	32	726	16	252	
乳房系	30	136	46	80	47
新生児系	16	320		120	
精神系		13			16

資料；病院情報局「平成 26 年度退院患者数」（元データは DPC 分科会資料）

2. 尾道市立市民病院の内部環境

(1) 尾道市立市民病院の概要

当院の概要ならびに近年の取り組みは次のとおりです。

図表-12 尾道市立市民病院の概要

項目	内容
病床数	一般病床 290 床
標榜診療科	内科／呼吸器内科／消化器内科／循環器内科／アレルギー科／神経内科／外科／血管外科／整形外科／形成外科／リウマチ科／小児科／脳神経外科／肛門外科／産婦人科／皮膚科／泌尿器科／耳鼻いんこう科／眼科／放射線科／麻酔科／リハビリテーション科／精神科／歯科口腔外科
施設基準・指定等	看護体制 7 : 1 地域医療支援病院 広島県指定がん診療連携拠点病院 臨床研修指定病院

図表-13 尾道市立市民病院の近年の取り組み

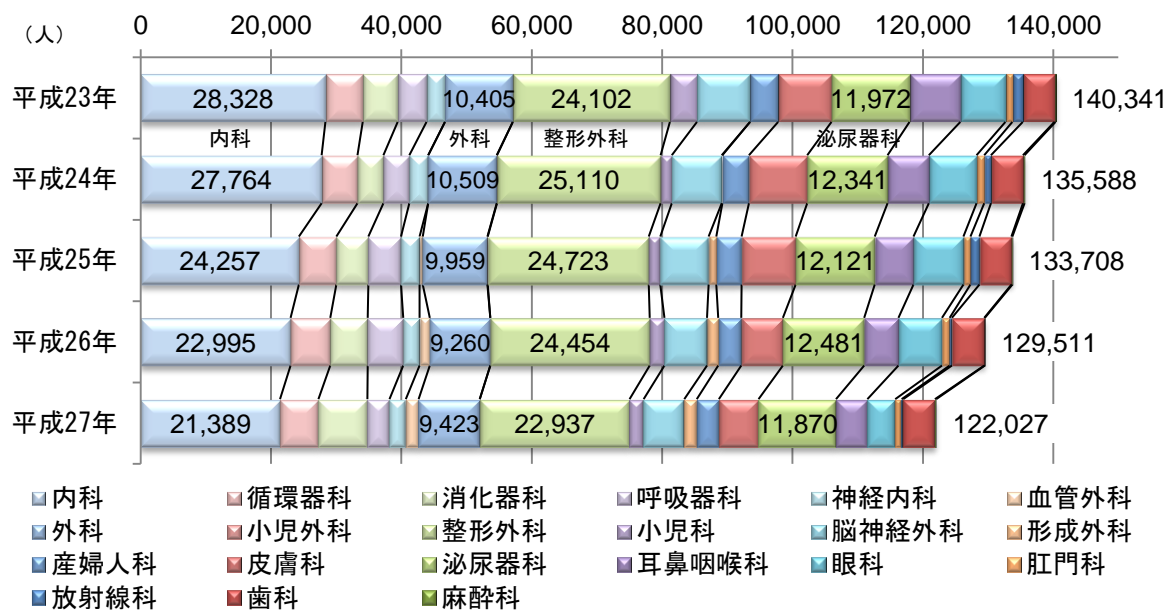
平成 18 年	3 月	救急棟（集中治療室・HCU・救急室）竣工
平成 19 年	4 月	集中治療室を腎センターに改修（4床から14床へ）
平成 19 年	7 月	日本医療機能評価機構 病院機能評価認定（バージョン5）
平成 19 年	9 月	救急室を消化器・内視鏡センターに改修
平成 19 年	10 月	SPD センターを開設
平成 20 年	1 月	地域医療支援病院承認
平成 20 年	4 月	院内保育所（さくら保育所）開所
平成 20 年	12 月	血管診療センターを開設
平成 21 年	4 月	尾道市立市民病院附属瀬戸田診療所開設
平成 22 年	4 月	がん診療統括部設置
平成 22 年	6 月	リニアック更新
平成 22 年	11 月	広島県指定がん診療連携拠点病院に指定
平成 23 年	4 月	集学的がん治療センターを開設（5階東病棟を改修）
平成 24 年	3 月	FPD 搭載デジタル血管撮影装置に更新
平成 24 年	4 月	地方公営企業法の全部適用
平成 24 年	7 月	日本医療機能評価機構 病院機能評価認定（バージョン6）
平成 29 年	1 月	病床数の変更（一般 290 床となる）

(2) 患者数の推移

① 外来患者数の推移

平成23年度から平成27年度にかけて延外来患者総数は▲18,314人(▲13.0%)減少しましたが、内科▲6,939人(▲24.5%)、耳鼻いんこう科▲3,004人(▲38.5%)、眼科▲2,639人(▲38.1%)、皮膚科▲2,068人(25.3%)、小児科▲1,972人(47.5%)、脳神経外科▲1,917人(▲25.3%)の減少が響いています。

図表-14 診療科別外来患者数の推移



	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	23年と27年の格差	
内科	28,328	27,764	24,257	22,995	21,389	-6,939	-24.5%
循環器科	5,724	5,474	5,747	6,058	5,889	165	2.9%
消化器科	5,361	3,968	4,931	5,753	7,512	2,151	40.1%
呼吸器科	4,427	3,985	5,007	5,483	3,385	-1,042	-23.5%
神経内科	2,831	2,926	2,858	2,476	2,489	-342	-12.1%
血管外科	0	0	451	1,598	1,944	1,944	—
外科	10,405	10,509	9,959	9,260	9,423	-982	-9.4%
小児外科	0	20	4	0	0	0	—
整形外科	24,102	25,110	24,723	24,454	22,937	-1,165	-4.8%
小児科	4,154	1,737	1,790	2,263	2,182	-1,972	-47.5%
脳神経外科	8,143	7,622	7,405	6,534	6,226	-1,917	-23.5%
形成外科	0	112	1,163	1,703	1,938	1,938	—
産婦人科	4,305	4,097	3,864	3,551	3,364	-941	-21.9%
皮膚科	8,187	8,930	8,329	6,400	6,119	-2,068	-25.3%
泌尿器科	11,972	12,341	12,121	12,481	11,870	-102	-0.9%
耳鼻咽喉科	7,795	6,324	5,943	5,240	4,791	-3,004	-38.5%
眼科	6,918	7,328	7,682	6,678	4,279	-2,639	-38.1%
肛門科	1,063	1,163	1,080	1,156	990	-73	-6.9%
放射線科	1,600	1,029	1,361	376	257	-1,343	-83.9%
歯科	4,849	4,913	4,885	4,932	4,869	20	0.4%
麻酔科	177	236	148	120	174	-3	-1.7%
計	140,341	135,588	133,708	129,511	122,027	-18,314	-13.0%

延外来患者数が減少を続けている要因は、当院の医師数が減少していることによる影響と地域の患者数が減少していることによる影響の双方があります。

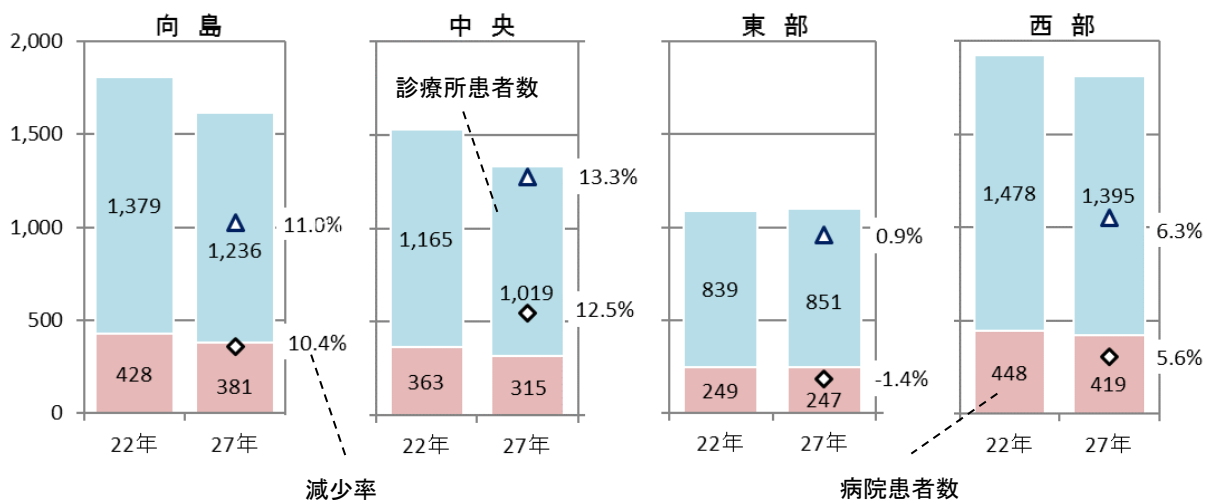
医師減少の影響については、多くの診療科で医師1人あたりの患者数の推移に大きな変化がなく、医師が減員した診療科の患者数が減少し、医師が増員した診療科の患者は増加する傾向が見られます。

一方、地域の外来患者数の減少については、当院の外来患者数が多い向島、中央、東部、西部の各地区の患者が減少しています。平成23年と27年の厚生労働省「患者調査」の広島県受療率を基に平成22年と27年の各地区の病院外来患者数を推計すると、この5年間に尾道市全域で外来患者数が減少しており、特に向島と中央の両地区の減少率は2桁に及びます。

図表-15 直近5年間の住所地別外来推移（尾道市地区別）

地区単位	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成23年から27年増減数
向島	6,785	6,584	6,648	6,624	6,619	-166
中央	5,824	5,894	5,704	5,644	5,595	-229
東部	3,493	3,503	3,382	3,347	3,267	-226
西部	3,629	3,434	3,373	3,313	3,173	-456
南部(因島)	2,648	2,695	2,943	2,942	2,879	231
北部	2,823	2,746	2,717	2,630	2,653	-170
南部(瀬戸田)	1,294	1,306	1,450	1,527	1,553	259
不明	1	2	1	3	4	3

図表-16 地区別推計外来患者数



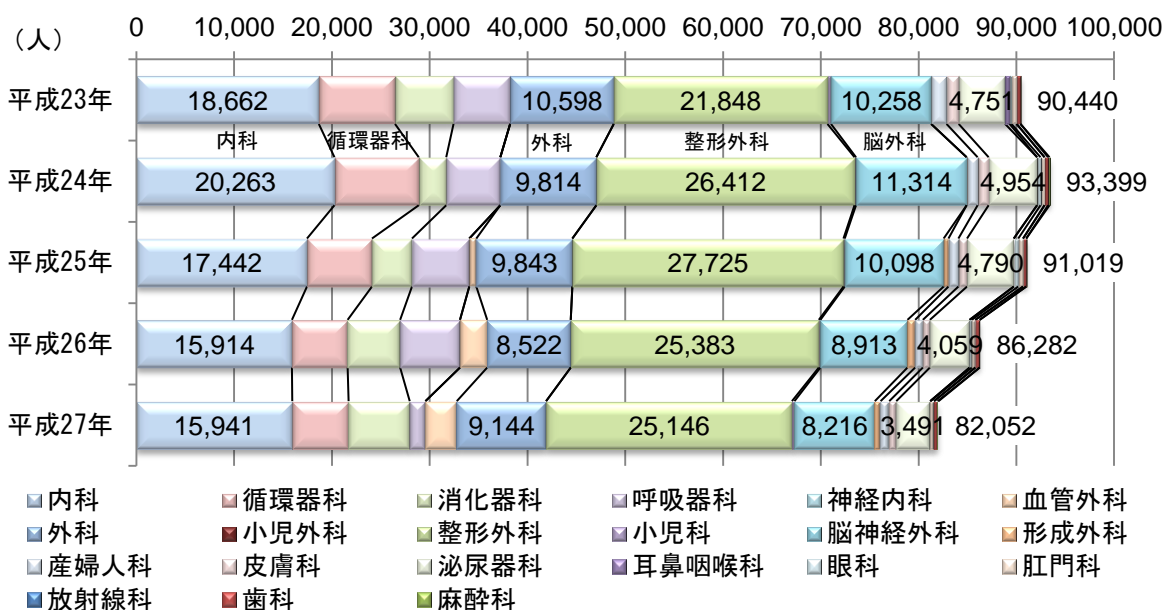
資料；尾道市住民基本台帳（平成22年、27年の各4月）、厚生労働省「患者調査」等より調査委託会社が推計

② 入院患者

延入院患者数は内科、整形外科、脳神経外科等の患者増加により平成 24 年度に一旦増加しましたが、その後は年々減少しています。

平成 23 年度から 27 年度にかけて延入院患者総数は▲8,388 人 (▲9.3%) 減少しましたが、呼吸器内科▲4,202 人 (▲72.6%)、内科▲2,721 人 (▲14.6%)、脳神経外科▲2,042 人 (▲19.9%)、循環器科▲2,001 人 (▲25.7%) の減少が響いています。

図表-17 診療科別入院患者数の推移



	平成 23 年	平成 24 年	平成 25 年	平成 26 年	平成 27 年	23 年と 27 年の格差	
内科	18,662	20,263	17,442	15,914	15,941	-2,721	-14.6%
循環器科	7,781	8,620	6,648	5,701	5,780	-2,001	-25.7%
消化器科	5,997	2,823	4,084	5,349	6,246	249	4.2%
呼吸器科	5,790	5,520	5,889	6,143	1,588	-4,202	-72.6%
神経内科	0	0	0	0	0	0	—
血管外科	0	0	692	2,786	3,218	3,218	—
外科	10,598	9,814	9,843	8,522	9,144	-1,454	-13.7%
小児外科	0	0	0	0	0	0	—
整形外科	21,848	26,412	27,725	25,383	25,146	3,298	15.1%
小児科	369	153	135	159	250	-119	-32.2%
脳神経外科	10,258	11,314	10,098	8,913	8,216	-2,042	-19.9%
形成外科	0	6	516	790	604	604	—
産婦人科	1,561	1,118	1,007	787	863	-698	-44.7%
皮膚科	1,233	1,126	880	713	720	-513	-41.6%
泌尿器科	4,751	4,954	4,790	4,059	3,491	-1,260	-26.5%
耳鼻咽喉科	452	0	0	0	0	-452	-100.0%
眼科	210	354	449	218	8	-202	-96.2%
肛門科	509	411	475	387	360	-149	-29.3%
放射線科	0	0	0	0	0	0	—
歯科	400	356	331	400	370	-30	-7.5%
麻酔科	21	155	15	58	107	86	409.5%
計	90,440	93,399	91,019	86,282	82,052	-8,388	-9.3%

入院患者数が減少を続けている要因も、当院の医師数が減少していることによる影響と地域の患者数が減少していることによる影響の双方があり、さらに平均在院日数の短縮化が拍車をかけています。

医師数については、呼吸器内科は常勤医師が不在となったため、入院患者数が激減した影響が甚大でした。内科と脳神経外科は外来同様に医師1人あたりの患者数に大きな変化がなく、医師が減員した影響であると考えられます。

一方、全入院患者の平均在院日数は平成23年度の15.9日から27年度の14.5日へと1.4日短くなっており、▲8.9%、▲約8,000人の延患者数が減少したことになり、病院全体のこの間の入院延患者数の減少8,388人の大半は在院期間短縮の影響で減少したように見えます。しかし診療科別に精査すると、呼吸器内科や内科、脳神経外科のような医師が減少した診療科は在院期間短縮の影響以上に延患者が減少しており、逆に医師の増えた消化器内科は在院期間が▲31.6%と最大級の減少率にも関わらず患者を増やしています。また、整形外科のように在院期間が伸びた上、さらに実患者数を増やしている診療科もあり、単純に在院期間が短縮した分、延入院患者数が減少したという構造ではありません。

図表-18 直近5年間の診療科別在院日数の変化及び患者数の理論値・実績増減数

診療科	平成23年度	平成27年度	5年間の短縮・延長状況		短縮の理論値増減数	実際の増減数
			変化日数	変化率		
内科	18.7日	16.9日	-1.8日	-9.6%	-1,800	-2,721
循環器内科	21.5日	17.0日	-4.4日	-20.7%	-1,609	-2,001
消化器内科	13.0日	8.9日	-4.1日	-31.6%	-1,897	249
呼吸器内科	18.6日	12.8日	-5.8日	-31.4%	-1,817	-4,202
外科	13.4日	11.4日	-2.0日	-15.2%	-1,607	-1,454
整形外科	20.1日	22.6日	2.5日	12.3%	2,677	3,298
小児科	3.9日	7.1日	3.2日	82.0%	302	-119
脳神経外科	16.8日	15.3日	-1.5日	-9.2%	-943	-2,042
産婦人科	13.2日	13.8日	0.6日	4.8%	75	-698
皮膚科	19.7日	11.9日	-7.8日	-39.7%	-489	-513
泌尿器科	9.9日	7.5日	-2.4日	-24.5%	-1,163	-1,260
眼科	1.9日	1.0日	-0.9日	-46.2%	-97	-202
肛門外科	12.6日	11.1日	-1.5日	-11.9%	-60	-149
歯科	8.2日	7.4日	-0.8日	-10.3%	-41	-30
麻酔科	2.3日	6.3日	4.0日	169.7%	36	86
全体	15.9日	14.5日	-1.4日	-8.9%	-7,985	-8,388

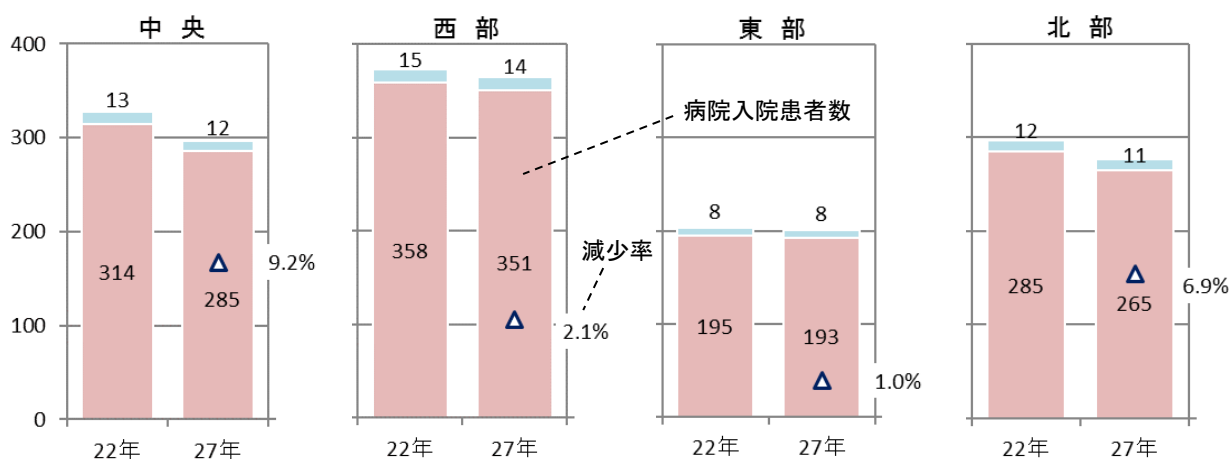
(注) 平成23年度、27年度とも入院患者のいた診療科のみ表記

過去5年間の実入院患者数を比較すると、西部地区を筆頭に北部、東部の各地区の患者が減少しています。平成23年と27年の厚生労働省「患者調査」の広島県受療率を基に平成22年と27年の各地区の病院入院患者数を推計すると、この5年間に尾道市全域で入院患者数が減少しており、特に中央地区と北部地区の減少が目立ちます。

図表-19 直近5年間の住所地別入院推移（尾道市地区別）

地区単位	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成23年から27年増減数
向島	1,012	1,033	1,047	1,081	1,027	15
中央	838	970	880	883	824	-14
南部(因島)	485	530	560	578	521	36
西部	489	523	538	536	460	-29
東部	503	538	532	518	448	-55
北部	418	428	353	395	378	-40
南部(瀬戸田)	206	229	267	267	269	63
不明					1	1

図表-20 地区別推計入院患者数



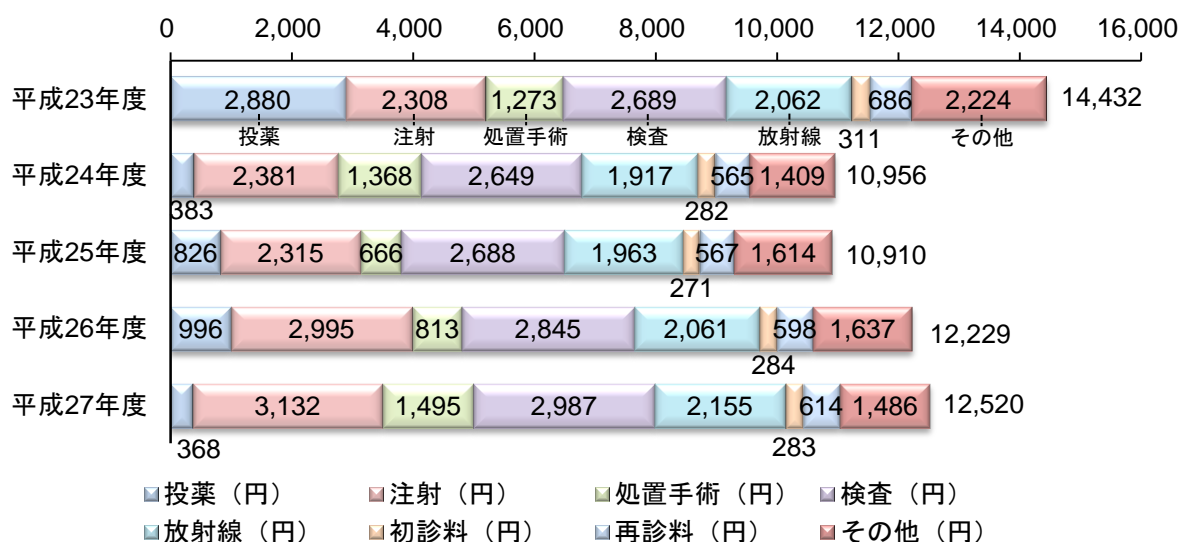
資料；尾道市住民基本台帳（平成22年、27年の各4月）、厚生労働省「患者調査」等より調査委託会社が推計

(3) 診療単価の推移

① 外来診療単価

外来単価全体は平成 24 年度に院外処方に移行したため投薬料が激減し、その他〔内容不詳〕も減少したため単価が下がりました。この分を差し引くと平成 23 年度の外来単価は 11,120 円となり、24 年度と大差ない水準です。平成 24 年度以降は 4 年間で +1,564 円（+14.3%）増加しました。注射、処置手術、放射線等の診療収入が伸びており、平成 26 年度の外来単価は 300 床台の DPC 対象の 57 市立病院平均より 700 円程度高い水準です。

図表-21 全診療科の外来単価の内訳の推移

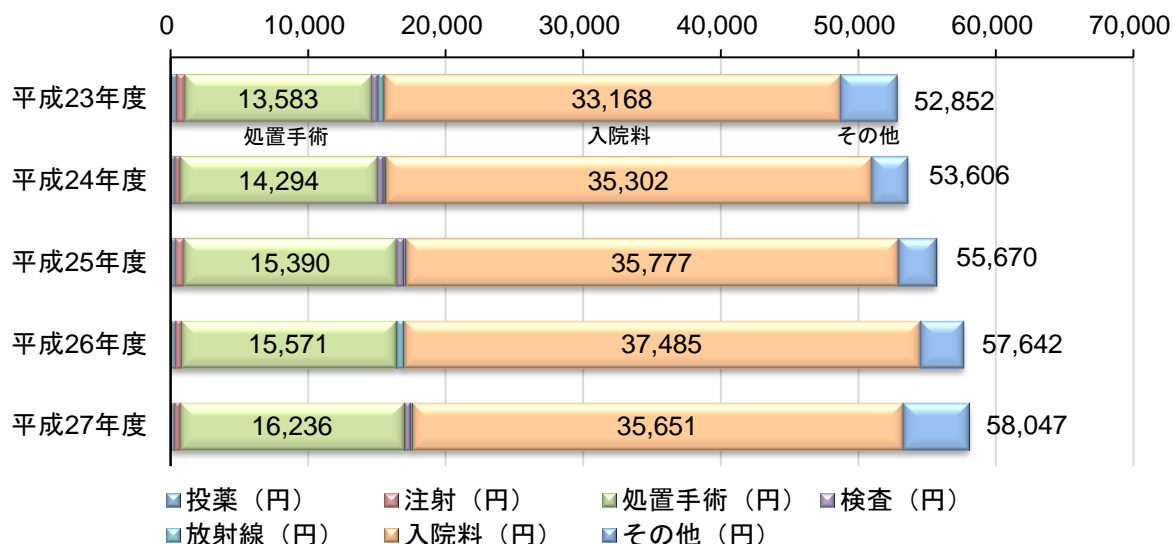


資料；平成 23 年度は公営企業年鑑、平成 24 年度以降は病院提供資料

② 入院診療単価

入院単価全体は年々増額し、5 年間で +5,195 円（+9.8%）増加しました。処置・手術料は年々増加し、5 年間で +2,653 千円（+19.5%）増加しました。平成 26 年度の入院単価は 300 床台の DPC 対象の 57 市立病院平均より 1 万円以上高い水準です。

図表-22 全診療科の入院単価の内訳の推移



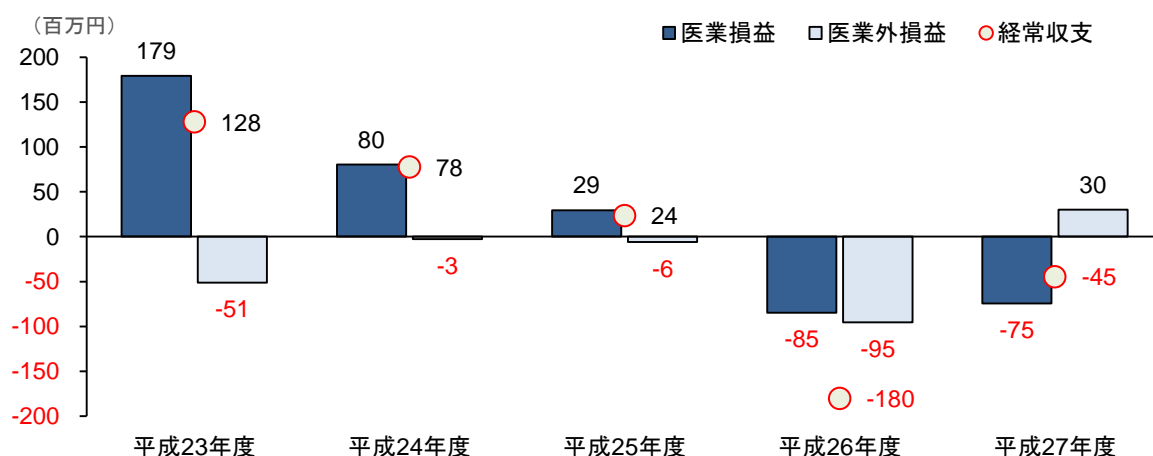
3. 尾道市立市民病院の経営状況

(1) 経営状況

① 収支状況

当院は昭和 58 年に現在地に新築移転して以来、初年度を除き 22 年間黒字経営を続けてきました。しかしながら診療報酬改定等の影響を受け、平成 18 年度に赤字転落しました。経営改善努力により経常収支は平成 25 年度までは黒字でしたが、平成 26 年度には▲180 百万円の赤字となりました。医業損益は平成 26 年度まで年々減少し、平成 26 年度には▲85 百万円の赤字でしたが、翌 27 年度にはやや改善し▲75 百万円の赤字となりました。

図表-23 医業損益、医業外損益、経常収支の推移

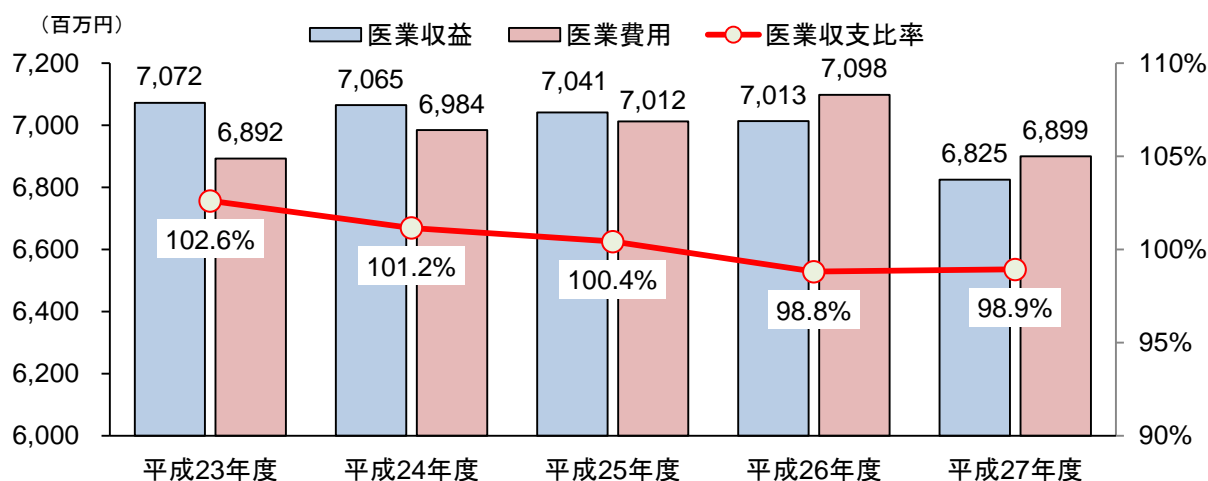


② 医業収支

医業収益は平成 23 年度から 26 年度にかけて 71 億円前後で推移していましたが、平成 27 年度には 68 億円に減少しました。

一方、医業費用は年々上昇し、平成 26 年度には 71 億円まで増加したものの、翌 27 年度は医業収益の減少を受けて 69 億円に減少しました。医業損益の悪化は主として医業費用の上昇が主因ですが、平成 27 年度は医業収益の減少も影響しています。

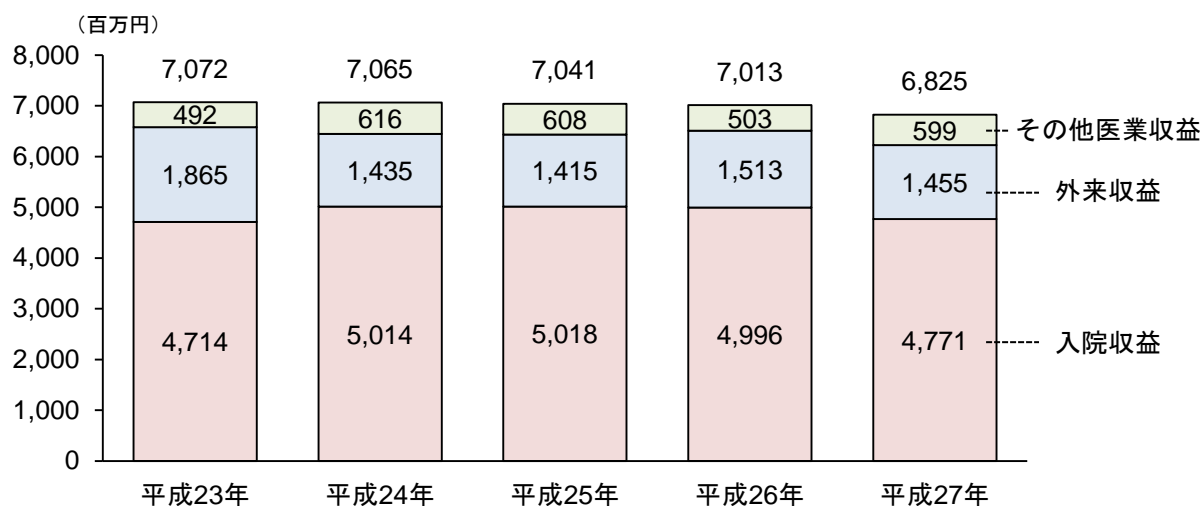
図表-24 医業収益・費用の推移と医業収支比率の推移



③ 医業収益の構成

医業収益の直近5年間の内訳は、各年度とも入院収益が医業収益の67%～71%を占め、外来収益が医業収益の20%～26%を占める構成です。医業収益減少の原因となっている外来収益は平成23年度から平成24年度に▲430百万円（▲23.1%）減少しています。同時期には入院収益およびその他収益が増加したため医業収益が大きく減少しなかったものの、平成27年度は入院収益が前年度比▲226百万円減少したため医業収益が急落しました。

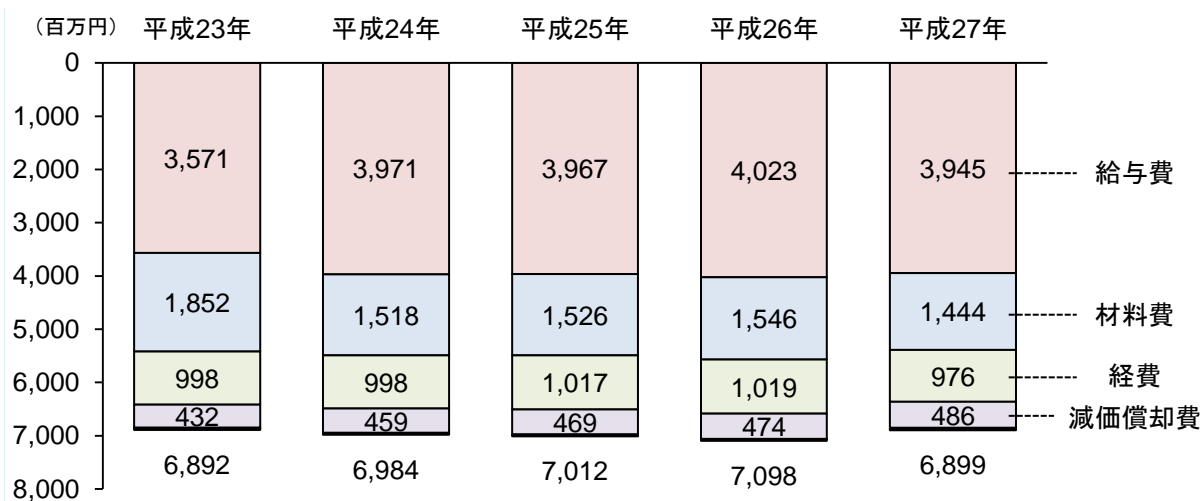
図表-25 医業収益構成比の推移



④ 医業費用の構成

直近5年間での医業費用の内訳は、給与費は52%～57%の割合であり、平成24年度は前年度比+401百万円（+11.2%）増加しましたが、平成24年度以降は横這い状況です。一方、材料費は平成24年度に前年度比▲334百万円（▲18.0%）減少し、平成27年度には平成23年度比で▲409百万円（▲22.1%）減少しました。また、減価償却費は年々増加し、5年間で+55百万円（+12.7%）増加しました。

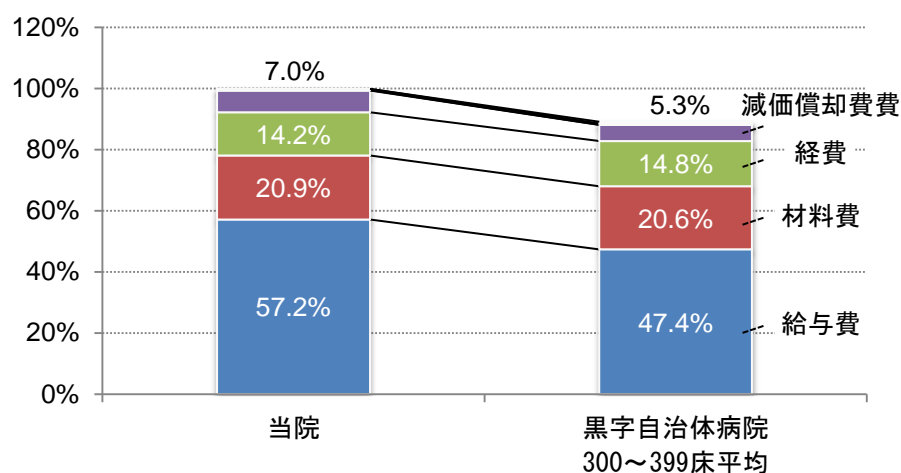
図表-26 医業費用構成比の推移



⑤ 費用対医業収益比率

300 床台の DPC 対象の黒字の 11 市立病院平均値と費用対医業収益比率を比較すると、材料費比率は同率、経費比率はやや低く、減価償却費比率はやや高いものの経営に与える影響は限定的です。これに対し、給与費比率は 9.8% 高く、収益を増やして給与比率を下げる必要があります。

図表-27 費用対医業収益比率の公営病院との比較



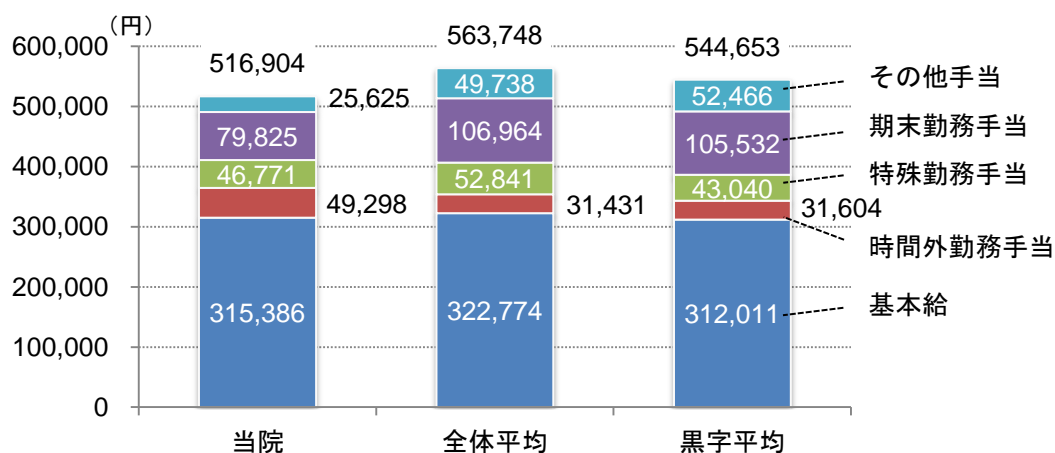
(資料) 平成 27 年度公私病院連盟

⑥ 給与単価分析

給与費水準は 300 床台の DPC 対象 57 市立病院の平均額よりも低い状況です。時間外勤務手当は若干高いものの、期末勤勉手当が低いため、総額では低水準です。

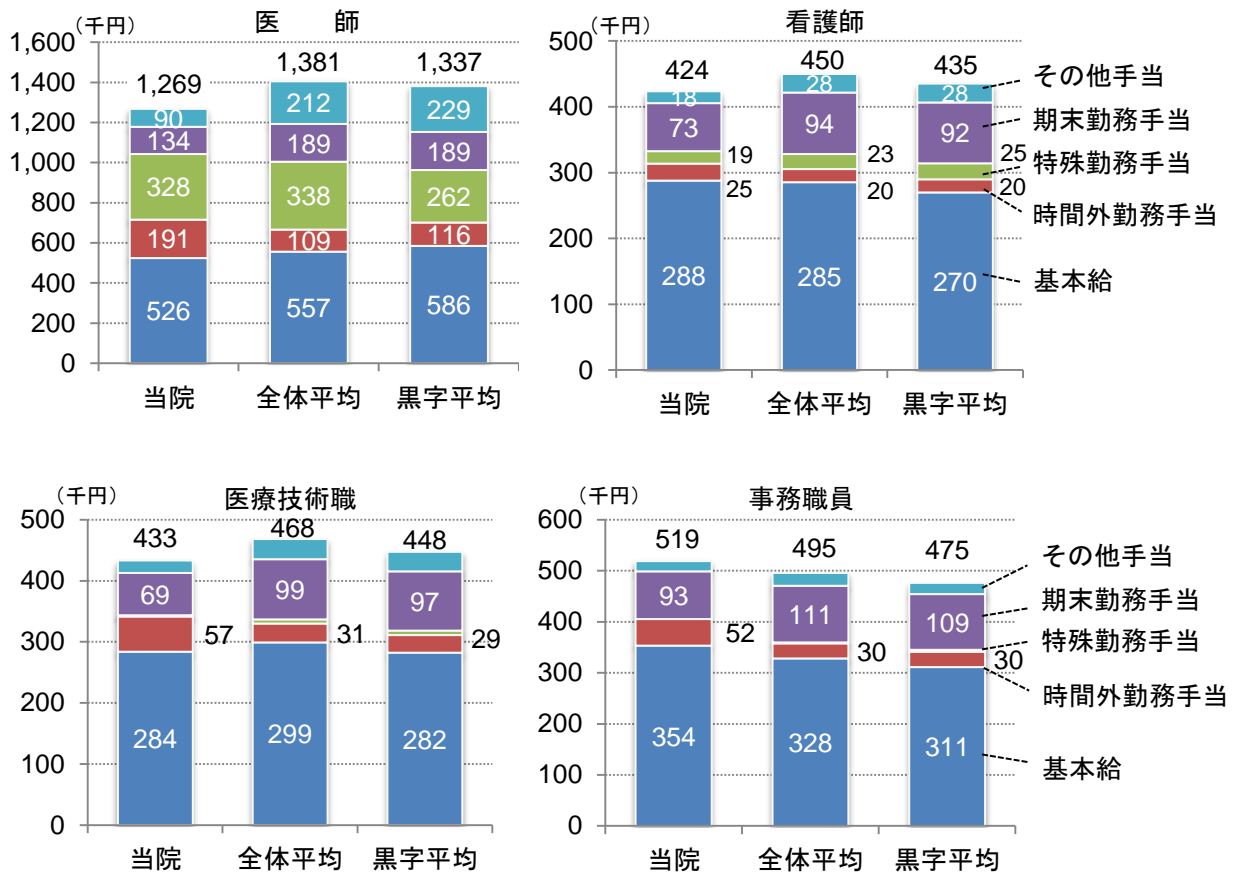
職種別に比較しても医療職は低水準であり、給与水準ではなく、職員数に見合った収益を得られていないことが給与費比率の高い原因と推察されます。

図表-28 全職員給与費の公立病院との比較



(資料) 平成 26 年度公営企業年鑑

図表-29 職種別の比較

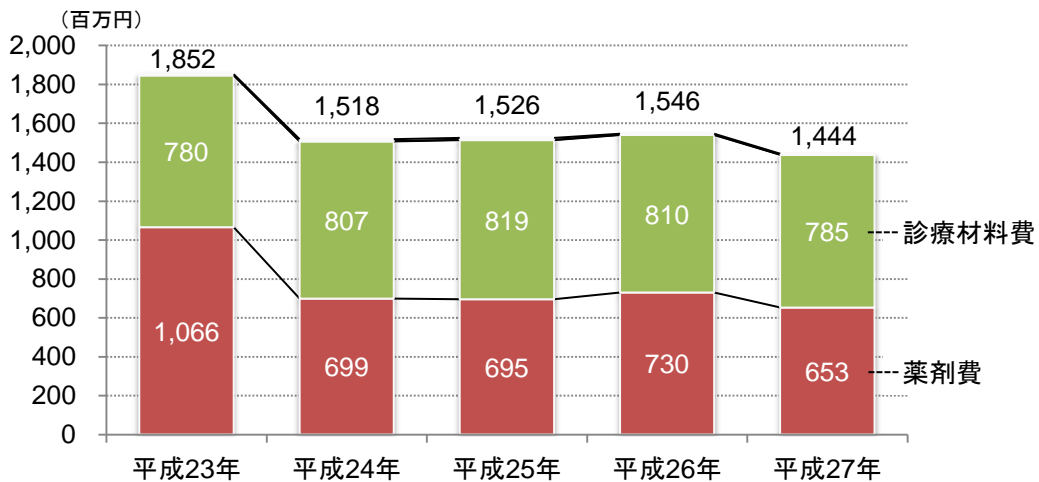


(資料) 平成 26 年度公営企業年鑑

⑦ 材料費の詳細分析

材料費は平成 23~24 年度にかけて 3 億円程度減少していますが、薬品費が減額したことによる影響です。

図表-30 材料費内訳の直近 5 年間の推移



4. 課題の総括

当院の経営状況が悪化しているのは、中期的には外来収益が減少した影響が甚大です。外来単価は年々上昇していますが、患者数の減少を補え切れませんでした。外来患者数の減少は当院の診療圏の患者数が減少している影響も少なからずありますが、医師不足の影響も無視できません。医師1人あたりが診療できる患者数には限りがあり、医師減少のため外来患者数が減少している面が否めません。また常勤医師が充当できない診療科は非常勤医師が外来診療に当たっていますが、このような状況では紹介外来患者が減少するばかりでなく、外来経由で入院する患者も減少する懸念があります。

入院収益は平成23年度に比べて27年度は若干増えていますが、これは入院単価の上昇により入院患者の減少を補えているからであり、入院患者の減少とともに平成26年度以降は減少傾向にあります。特に平成27年度は呼吸器内科の常勤医が不在となったことや、内科常勤医が減少したこと等により、患者数が減少しました。当院の入院患者の4割以上は外来経由であり、外来患者の減少が入院患者の減少に結びついています。また、入院患者数の減少にも医師数減少の影響が少なからずあり、医師採用は喫緊の最重要課題です。

医師採用については、大学医局に病院関係者のみならず尾道市長からも再三にわたって医師赴任を依頼しているところですが、大学病院も余力が限られており、徐々に医師数が減少している状況です。民間の医師紹介会社等を通して医師を採用するなど、大学医局以外からの採用にも努めていますが、この方面でも採用に限りがあるのが実情です。

医師採用環境については、平成20年度から全国の医学部学生定員数が徐々に増員され、医学部定員が大幅に増員された平成21年度、22年度当時に入学した学生が平成29年度、30年度に初期研修を終えて第一線に加わることとなります。

当院においても、従来以上に医師採用に努力しますが、医師数が増員に転じるまでに今少しの期間が必要と見込まれることから、経営改善のための抜本的改革に取り組みます。

5. 地域医療構想を踏まえた尾道市立市民病院の果たすべき役割

(1) 提供医療機能

公立病院である当院は、市民が必要とする急性期の医療を患者の立場に立って安全に提供する役割を担っています。当院では救急医療、高度先進医療、がん治療に重点を置いて診療をしていますが、高齢化社会では生活習慣病への対策が必須であることから血管診療センター、消化器・内視鏡センター、腎センター、集学的がん治療センターなどを設置し、関係する多くの診療科の協力体制の下、予防医療を展開しています。

さらに、尾道方式と呼ばれる退院時ケアカンファレンスを開催して在宅後方支援を確立させ、地域住民の健康を退院後も支援できる体制が構築できています。尾道市は高齢化率も高く、高齢独居、老々介護等の問題をかかりつけ医とともに在宅医療を支える公的医療機関として、その責務を果たしているところです。

重点を置いている医療機能の概要と今後の方針は次のとおりです。

① 救急医療

「断らない救急」をモットーに重症・中症患者を中心に受入れており、平成 27 年度は尾道市消防局管内搬送件数の 39%（軽症を除くと 41%）を当院で受け入れています。結果的に軽症と診断された方も断らずに受け入れています。当院に併設されていた一次救急医療対応の夜間救急診療所が平成 26 年 4 月から総合福祉センターの敷地内に分離されたことにより二次救急に特化でき、救急車受け入れ不可の状態を減少させることができました。

医師が減少して厳しい環境ですが、職員一丸となって「断らない救急」を継続していきます。

図表-1 尾道管区消防局管内搬送件数（平成 27 年度）

収容機関名	軽症	中等症	重篤・重症	死亡	総計
尾道市立市民病院	945	1,446	196	21	2,608
尾道総合病院	861	1,329	140	21	2,351
公立みつぎ総合病院	104	138	56	5	303
因島総合病院	141	114	18	8	281
その他の医療機関	542	463	111	12	1,128

資料；尾道市消防統計

② がん治療

広島県指定がん診療連携拠点病院として、厚生連尾道総合病院（厚生労働省指定がん診療連携拠点病院）とともに尾三医療圏全域のがん治療に対応しています。

当院では平成 22 年度にがん診療統括部を設け、内科や外科などの関連する診療科に加え、検査室、放射線科等の各部署を横断的に取りまとめ、集学的ながん治療を展開しています。さらに平成 23 年度から集学的がん治療センターを設け、化学療法、放射線療法、緩和ケアを一体的に提供して、がん治療を継続される患者さんが QOL を維持しながら自宅で患者自身のライフスタイルに合わせた日常生活を送ることができるように支援しています。

呼吸器内科医師の減員により、肺がんへの対応がやや弱くなり、今後の取り組み課題ですが、その他のがんについては従来通りの医療を提供する方針です。

③ その他の急性期医療

当院は平成 26 年度実績において「外傷・熱傷・中毒」の股関節大腿近位骨折（216 件、県内 1 位）、四肢筋腱損傷（102 件、同 2 位）、股関節周辺骨折・脱臼（30 件、同 1 位）、「筋骨格系疾患」の肩関節炎、肩の障害（10 件、同 1 位）の整形外科、「腎・尿路系疾患および男性生殖器系疾患」の腎臓または尿路の感染症（123 件、同 2 位）、下部尿路疾患（31 件、同 1 位）の泌尿器科及び内科、「循環器系疾患」の静脈・リンパ管疾患（95 件、同 2 位）の循環器科等で県内有数の実績をあげており、市民が地域内で質の高い医療が受けられるように研鑽しています。

④ センターの設置

〔血管診療センター〕

高齢化を反映してがんに次いで心疾患の患者が多く、死因でもがんに続いて心疾患、脳血管疾患が上位を占めています。また心疾患や脳血管疾患の患者は循環器系の複数の疾患を抱えていることが多いため、血管系・循環器系疾患の総合的な診療体制が求められます。

そこで当院では平成 20 年に血管診療センターを開設し、「循環器科」「脳神経外科」「内科（糖尿病・高脂血症・高血圧等）」のほか、看護師やコ・メディカルが協働して「予防」「診断」「治療」「治療評価」「生活支援（再発予防）」を一元管理しています。

今後、高齢化がいっそう進むのに対応し、「予防」機能の強化を図ります。

〔消化器・内視鏡センター〕

平成 19 年に消化器・内視鏡センターを開設し、平成 26 年の内視鏡検査室の増床に伴い光源装置を更新、最新機器を導入し年間約 4,000 例の内視鏡検査治療を行っています。当院の消化器・内視鏡センターは急性期病院の消化器部門として、内科医と外科医が協力してより安全で質の高い医療を提供し、ほぼ 24 時間対応しています。

〔腎センター〕

腎センターは、主に慢性腎不全によって透析療法が必要となった患者さんの診療をしています。平成 19 年に 14 床（隔離 1 床）に増床して外来患者にも対応しています。

(2) 地域包括ケア病棟の開設

広島県地域医療構想において、尾三構想区は高度急性期と急性期病床が過剰であり、逆に回復期病床が不足するとされています。

当院では、平成 29 年 1 月に休床中の 40 床を削減し、290 床に縮小しました。休床中の病床を削減しましたので、これによる経営への直接的な影響はありません。

前述のとおり、当院の入院患者には、回復期に区分される多くの患者が含まれています。そこで、近い将来、急性期病床のうち 1 病棟 48 床を地域包括ケア病床に機能転換します。

当院の回復期や慢性期に区分される患者は、病状は安定しつつありますが、まだ他院に転院したり退院するまでには至っていない患者です。地域包括ケア病棟で担当医師が引き続き治療を続け、病状が安定した段階で、従来通り他院に転院してもらうか退院してもらいますので、当院が回復期機能を拡充させ、回復期の患者を抱え込むものではありません。

試算では、地域包括ケア病棟を設けることにより、病床利用率が 90%では 3.3 億円程度の増収となり、看護師と療法士を手厚く配置しても 2 億円程度の増益、病床利用率が 80%でも 2.9 億円の増収、1.5 億円程度の増益となる見込みです。これにより経営状況が大幅に改善できる見通しです。また、看護必要度が低下した患者が地域包括ケア病棟に転床することにより、7 対 1 看護病棟に求められる看護必要度の基準を維持できる見通しです。

6. 地域医療連携方針および地域包括ケアシステム構築への役割

当院は平成 20 年に地域医療支援病院の承認を受け、紹介率（地域の医療機関からの紹介患者が初診患者に占める割合）が 6 割程度、逆紹介率（当院から地域の医療機関への返送・紹介患者が初診患者に占める割合）が 7 割程度あり、患者さんの症状に応じて地域の医療機関と連携して適切な医療を提供しています。また、地域の医療機関の患者さんを当院の CT、MRI 等の高度医療機器で検査するほか、地域の医療機関の医師が参加する研修会を開催する等の協力体制を構築しています。

逆紹介については、尾道市では病院と開業医の主治医機能を軸として多職種協働を実現し、包括的な連携体制をつくりあげています。その要となっているのが尾道方式と呼ばれる退院時ケアカンファレンスです。退院前に病院主治医、看護師と在宅主治医、ケアマネジャー、訪問看護ステーション看護師、福祉・介護関係者、薬剤師、栄養士、そして患者さん本人やご家族が一つのテーブルで情報を共有し、治療やケアをシームレスに繋げていきます。効率的（15 分程度）に必要な生じたらすぐに集まって話し合うというのが特徴です。

また、尾道市役所内に設置されている尾道市地域包括支援センターが平成 29 年 4 月に当院内に移転されます。この移転により、当該支援センターとの連携が今以上に密となり、当院とケアマネジャー等が入院当初から患者の入院前の生活状況、退院後の意向等の情報を早期に共有し、患者が円滑に在宅復帰できるよう、医療・介護の連携強化を図ります。

7. 医療機能等指標に係る目標値

医療機能等指標に係る目標及び目標達成のために取る対策は次のとおりです。

	26年度 (実績)	27年度 (実績)	28年度 (見込)	29年度 (目標)	30年度 (目標)	31年度 (目標)	32年度 (目標)
搬送救急患者数	2,998人	3,281人	2,837人	3,000人	3,000人	3,000人	3,000人
手術件数	3,047件	2,719件	2,518件	3,000件	3,000件	3,000件	3,000件
初期臨床研修医受入数	0人	1人	1人	2人	2人	2人	2人
紹介率	54.4%	56.9%	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%
逆紹介率	73.0%	82.9%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%
在宅復帰率 (急性期病棟)	84.8%	85.1%	86.7%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%
在宅復帰率 (地域包括ケア病棟)				70.0%	70.0%	70.0%	70.0%
クリニカルパス使用率	18.2%	18.4%	10.9%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%

① 紹介率・逆紹介率については、医療機関との連携強化を図ります。

当院の地域医療連携室は年数回、地域の医療機関を往訪して関係の強化を図っており、初診患者の6割程度が地域の医療機関からの紹介患者で占められています。

ところが、本改革プランを策定する際に地域の医療機関の紹介件数を精査したところ、医療機関からの紹介件数に相当の差があることが分かりました。

今後、患者数増加が見込まれる尾道市東部地区・福山市を中心に、ご紹介の少ない医療機関との関係を強化するとともに、医療機関の要望を確認して、紹介患者の受入れを充実していきます。

② クリニカルパスについては、専任職員を配置し、使用率の向上を図ります。

全国自治体病院協議会「医療の質の評価・公表等推進事業」で公表されているデータを参照すると、当院におけるクリニカルパス使用率は低い水準となっています。

クリニカルパスを整備するため、平成29年度から専任看護師を1名配置し、クリニカルパス使用率の向上を図ります。

③ その他取組

ア. 在宅訪問の充実・強化

以前から、当院においては「退院前在宅訪問」・「退院後在宅訪問」に取り組んできましたが、地域包括ケアシステムの構築と推進に向けて在宅への視点を重視し、平成29年度から在宅訪問を更に充実・強化します。

この実施に向けて平成28年度中、訪問看護で実績のある瀬戸田診療所の看護師を地域医療連携室に配属しました。

イ. 院内保育所（認可外保育所）を認可保育所に移行

医師、看護師等の働きやすい環境を整えるため、平成 20 年に院内保育所を開設しましたが、平成 29 年 4 月から認可保育所に移行します。

当該認可保育所は、介護施設等で働く人たちが事業所枠で利用できることになり、介護事業従事者の就業環境の改善に寄与することと思われま

さらに、地域枠を設けることから、一般の方にも利用が可能となり、地域の保育所として活用していただくこともできます。（総定員は 30 名（一時預かりは除く）で、事業所枠（市民病院及び尾道ふくしむら内の事業所）が 23 名、一般地域枠が 7 名）

また、認可化に伴い、国が定める基準により算定された保育事業の運営費が尾道市から補助されることになり、これまでの院内保育所の運営費（委託料）が削減できる見通しです。

ウ. 患者満足度の向上

多様化する患者ニーズを適切に把握するため、患者等へのアンケート調査を実施しています。調査結果の分析・検証については、院内に接遇委員会を設置し、組織内で情報の共有化を行っており、引き続き接遇などの患者サービスの向上を図ります。

エ. 病院機能評価の継続受審

医療の質の更なる向上と信頼できる医療を確保するため、（公財）日本医療機能評価機構による機能評価を継続的に受審します。

平成 29 年度に第 3 回目となる審査を受け、評価結果を踏まえた課題の把握と速やかな改善を図ります。

オ. 施設の有効利用の検討

病床削減後の諸室移動により、施設内に余裕が生じた場合は、健診センターの設置等を検討します。

8. 住民に理解をいただくための取り組み

1 人医師診療科は医師の負担が大きいこと、医師採用に尽力しているものの採用は容易ではないことから、他の診療科への影響が比較的少ない診療機能については、医師採用環境が好転するまでの間、診療科の中断を検討します。

一部の診療科を中断することで地域の住民の方々に不便をかけるため、院内の掲示、ホームページへの掲載等に加え、医師会を通じた説明を行う等、きめ細やかな対応を致します。

公立みつぎ総合病院

はじめに

国においては平成 26 年に「医療介護総合確保推進法」を公布し、今後人口減少や少子高齢化の進展とともに、後期高齢者の割合が著明に増大して生じる現行の社会保障制度の維持を含めた 2025 年問題に対応するために、公立病院とともに民間の医療機関をも含めて、地域に必要とされる医療提供体制の確立を目指す協議を「地域医療構想会議」の場で進めています。

一方、前回の公立病院改革ガイドラインに沿って「尾道市公立病院改革プラン」を平成 20 年に策定し、当院はすでに構築してきた「地域包括ケアシステム」とともに公立病院としての経営改善に努め実績を重ねてきましたが、国からはこのたび「新公立病院改革ガイドプラン」を提示し、新たに公立病院として地域医療構想の検討・取り組みと整合性を持つ「新改革プラン」を策定することが指示されました。医療介護総合確保推進法のもとで、「地域包括ケアシステムの構築に資する在宅医療の推進」が求められており、当院がこれまで率先して構築してきた「地域包括ケアシステム」を更に充実発展させていくべく、当院としての公立病院改革プランをここで検討します。

1 公立みつぎ総合病院の特性と役割・機能について

公立みつぎ総合病院は、今後の日本の医療・介護の分野で必要とされる「地域包括ケアシステム」を全国に先駆けて構築し、急性期医療だけでなく、回復期から維持期、更に慢性期の医療、加えて予防を含めた健康づくり等の保健活動、在宅医療、医療後の介護、更に施設サービスまでを幅広く提供してきました。

当院の医療提供体制は次のようになっています。

○経営形態・・・地方公営企業法全部適用

国民健康保険直営診療施設（国保直診病院）

○役割、機能・・・地域の中核的総合病院として地域医療の確保と保健・医療・介護・福祉の連携による「地域包括ケアシステム」を構築しています。急性期医療だけでなく、この地域には少ない回復期リハビリテーション病棟や緩和ケア病棟も併設し、さらに老人保健施設等の介護保険施設や在宅ケア部門を設置して急性期から回復期、維持期（在宅、施設）までを視野に入れシームレスなサービス提供を展開しています。

○診療科目・・・内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、外科、消化器外科、
(22 診療科) 整形外科、脳神経外科、精神科、リウマチ科、小児科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻いんこう科、リハビリテーション科、放射線科、歯科、透析科、総合診療科、緩和ケア科、(禁煙外来)

○病床数・・・240 床

一般病床 152 床

(一般病棟 146 床、緩和ケア病棟 6 床)

療養病床 88 床

(回復期リハビリテーション病棟 65 床、医療療養病棟 23 床)

○診療圏域人口 約 6 万人

○併設施設・・・利用定員：入院・入所・入居 317 人

通所 75 人

*介護老人保健施設「みつぎの苑」(入所 150 人、通所 40 人)

*特別養護老人ホーム「ふれあい」(入所 100 人)

*保健福祉総合施設附属リハビリテーションセンター (19 床)

*ケアハウス「さつき」(入居 30 人)

*グループホーム「かえで」(2 ユニット入居 18 人)

*デイサービスセンター (通所 20 人)

*訪問看護ステーション

*ホームヘルパーステーション

*介護予防センター (通所 15 人)

*居宅介護支援事業所

*高齢者総合相談センター

- * 福祉人材研修センター
- * 歯科保健センター
- * 老人性認知症センター
- * 地域包括支援センター
- * 広島県高次脳機能地域支援センター
- * 広島県リハビリテーション支援センター
- * 広島県地域リハビリテーション広域支援センター

○関連施設・・・* 御調保健福祉センター（行政部門）

- * みつぎいきいきセンター

(1) 地域医療構想を踏まえた地域包括ケアシステムの概要

公立みつぎ総合病院は尾道市の北部に位置し、当院の診療圏域人口は約 6 万人、尾道市御調町を中心として世羅町、三原市北部、府中市西部等に囲まれた地域の中核的総合病院で、「地域包括ケアシステム」の構築に先駆的に取り組んできました。

国は、平成 26 年 6 月に、「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制」を構築することを目的とした、19 本の個別法からなる一括法として「医療介護総合確保推進法」を公布しました。この推進法に伴う第 6 次医療法改正では「地域包括ケアシステムの構築に資する在宅医療の推進」をうたい、これに伴って、厚生労働省は、30 分以内で通える日常生活圏域で、高齢者が住み慣れた地域や家庭で安心して暮らし続けることができるよう、前述したとおり 5 つの視点から、サービスを切れ目なく提供できる体制、即ち「地域包括ケアシステム」の構築を全国的に推し進めるとともに、団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年を目途に、医療需要と病床の必要量を推計し、医療の機能に見合った資源の効果的かつ効率的な配置を促し、急性期から回復期、慢性期まで患者の状態に見合った病床で、状態にふさわしい、より良質な医療サービスを受けられる体制を実現するための施策として、地域医療構想を策定して対応を進めております。

これらの国の施策に応じて全国で「地域包括ケアシステム」の構築が進められてきていますが、これまで当院が先駆的に取り組んで構築してきたものが、まさに「地域包括ケアシステム」そのものでした。当院を中心に医療と行政部門である保健、福祉を一体化し、更に安心して暮らせる地域を支えるために、医療だけでなく保健・介護・福祉までもシームレスに提供できる体制を構築し維持してきており、さらに今後もそれを存続させていく事が当院には求められています。以下にこれらの状況について述べます。

1) 保健・医療・介護・福祉の連携と地域包括ケアシステムの構築

当院では昭和 49 年に訪問看護を開始して以来、「つくられた寝たきり」を予防し、障害高齢者の在宅生活を支援するために、病院と行政（旧御調町）が一体となり、保健・医療・介護・福祉サービスの提供に必要な拠点を整備し、地域包括ケアを実践してきました。

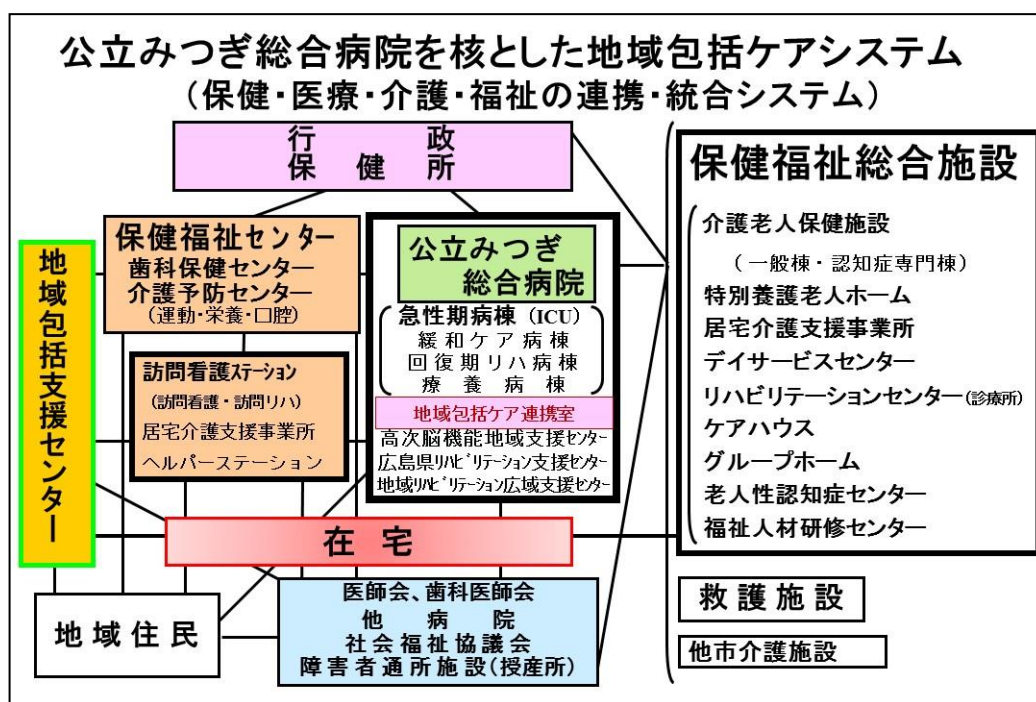
地域包括ケアの実践は、病院単独では困難であり、行政の保健・福祉部門との連携のために、旧御調町時代の昭和 59 年に機構改革を行って保健福祉センター（当初は健康管理センター）の病院併設を、また平成元年より老人保健施設などを含む保健福祉総合施設の整備を行い、病院、保健福祉総合施設、行政部門である保健福祉センターの 3 つが相互に連携して運営しています（図 1）。当院は尾道市北部の御調町という過疎の町にあるため、周辺に医療機関や介護保険施設が少なく、急性期から回復期・維持期の対応を自ら行う必要があり、病床数 240 床は、急性期医療を担う一般病床のみでなく、地域包括ケアを実践するための機能として回復期リハビリテーション病棟、緩和ケア病棟、療

養病棟を、地域住民のニーズを踏まえて、国の医療政策に沿って運営してきました。

また、高齢者介護を社会全体で支えるためには、利用者（住民）主体の視点を持つこと、医療と介護のドッキングにより介護保険への積極的な関与を行うこと、地域のニーズにこたえる医療を展開すること、病気だけでなく「人」をみる保健・医療・介護・福祉を実践することが求められており、尾道市御調町では地域包括ケアを実践してきたことにより、介護保険制度の円滑な導入も可能でした。

社会における少子高齢化や、疾病構造の変化が進む中で、「地域医療」を将来にわたって、住民にどう提供すべきか、高齢者だけでなく、子ども、働く人、障害や病気を持つ人など、すべての住民が住み慣れた場所で安心して成長し、暮らし、人生の最期まで自分らしく生きることができるまちづくりにおいて、二次保健医療圏域で進める地域医療構想と、今まで積み上げてきた地域包括ケアシステムの構築は車の両輪として、今後も更なる充実・強化をめざすことが当院の重要な責務です。

図1 地域包括ケアシステム



2) 公立みつぎ総合病院の「地域包括ケアシステム」構築までの歩み

昭和 40 年代の御調町では、在宅介護力の不足、不適切な介護、医療・リハビリの中断、閉じこもり生活、不適切な住環境などを要因として、いわゆる「つくられた寝たきり」が多かったため、これらの要因を取り除き、寝たきりを予防するために「寝たきりゼロ作戦」として、昭和 49 年から病院の訪問診療、訪問看護、昭和 56 年から訪問リハビリを開始しました。

地域包括ケアシステム運営のためには、病院・施設スタッフと地域スタッフ、また地域スタッフ同士の連携が重要です。在宅ケア連絡会議を毎月 1 回実施し、後者のために

は、この 30 年来、ケア担当者会議（ケアカンファレンス）を毎週 1 回行ってきました。この会議は、リハビリ専門職を含む在宅サービスに関与するすべてのスタッフ・機関、地域住民代表者が参加する会議で、多職種の保健・医療・介護・福祉チームがケースの「生活障害」を総合的に評価しています。

生活支援のためには多職種によるチームアプローチが必要で、ケースに対して総合的な評価と共通の方針を持つことが重要です。介護保険対象者はケアマネジャーを通して、その他の対象者は主として地区担当保健師を通して会議にあげられます。また、地域包括支援センターを中心とした地域ケア会議としての役割も担い、ケアマネジャーの支援も行っており、尾道市との合併後も、この 2 つの会議は保健福祉センターが主催し、病院がサポートしています。

3) シームレスなサービスの提供と地域連携

地域包括ケアは本来地域完結型を理想としますが、これは地域に保健・医療・リハビリ・介護・福祉のサービス提供体制と連携システムがあること、さらに状態像に応じた必要なサービス提供が可能なのが条件です。都市部では、医療機関や介護保険施設も多く、医療機関の役割（機能）分担と連携が可能であり、また医療施設と介護保険施設との連携も可能です。しかしながら、御調町のような中山間地域（農村部）では、医療機関や介護保険施設・サービス事業所は限られており、連携しようにも相手がいないことから、必要なサービスを自ら作り出していくしかない状況です。従って、病院、保健福祉総合施設、保健福祉センター及び病院事業として行っているサービス事業所（訪問看護ステーション、ヘルパーステーションなど）が連携して、病院を中心としたシステムを構築してきており、更に、できる限り地域のかかりつけ医・ケアマネジャーと連携し、在宅サービスを利用することにより、急性期から回復期、維持期（在宅・施設）までを視野に入れたシームレスなサービス提供を展開し、地域完結型を目指しています。また地域包括ケアシステムとはハードとソフトを含めた保健・医療・介護・福祉の連携システムであり、施設（医療・介護・福祉）ケアと在宅ケアとの連携システムでもあります。この連携には、緩和ケア病棟と在宅緩和ケアとの連携、回復期リハビリテーション病棟と地域（在宅）リハビリとの連携、介護保険施設（介護老人保健施設など）と在宅ケアとの連携があり、これらの連携は、「点」から「線」へ、「線」から「面」へという地域連携へ向かうことが求められています。そのためには専門職のみでなく、行政と地域住民をも含めたネットワークが必要であり、御調町と公立みつぎ総合病院は地域のニーズに応えながら、1 つずつ機能充実を図るためのソフトを作り上げ、更にそのためのハードの整備を行い、ハードとソフトの連携を図ってきました。更に、行政及びフォーマルなサービスに加えて住民参加によるインフォーマルなサービスをも含めたネットワークの構築を目指し、「線」から「面」への地域連携を図り、地域で安心、安全に生活するための生活の質を高めていく、地域ぐるみの包括ケア体制を目指しています。この連携システムは最初から完成されたものではなく、地域のニーズやそのときの時代の要請、国の方針・施策に沿って築き上げてきたものであり、現在このような形で運営していま

すが、今後も地域医療構想の策定と共に変化させていかねばなりません。併せてこれからの医療構想は高齢者プラン即ち介護保険事業支援計画と整合性のとれたものが求められています。

4) 旧御調町における地域包括ケアシステムの成果

地域包括ケアシステムの成果の第1は、寝たきり者（重度要介護者）の減少です。昭和40年代には多かった寝たきり者が、地域包括ケアの実施により徐々に減少しました。これは、寝たきり予備軍の人々が寝たきりになることを予防できたこと、すなわち介護予防が最大の理由です。しかし、数字としての効果が確認できるまでには約10年を要しました（昭和49年当初、訪問診療・訪問看護を開始して10年後には約1/3に減少。図2）。

第2には、保健・医療・介護・福祉の連携・統合により、総合窓口の設置が可能となり、総合的・一体的なサービスを提供し、サービスを受けようとする住民は、どこでも1つの窓口で相談すれば、保健・医療・介護・福祉のサービスに結びつくことが可能となりました。

第3には、24時間、365日のケア体制を可能とし、従来病院でしか提供できなかった高度医療の在宅医療への展開（人工呼吸器装着、中心静脈栄養など）が可能となりました。

第4には、医療費の伸び率の鈍化です。御調町の老人医療費は昭和60年ころまでは広島県の平均より高かったのですが、その後逆転し、以後県平均より低い状態を維持しています（図3）。

第5には、経済的な効果です。全体を含めて約660人の職員がいるため、その家族も含めて病院や保健福祉総合施設など施設やサービス事業所などの設置により、職員の雇用にもつながり、地域の活性化に貢献しています。

第6には、地域包括ケアシステムの構築により、老後、また障害を持っても安心して住める町づくりができ、住民のQOLの向上につながっていったことが最大の成果であり、次いで長期入院や重症者の減少、更に国保医療費の減少等いくつかの効果が得られるようになってきました。中でも保健・医療・介護・福祉が一体となったこのシステムによる経済効果が町の活性化に大きな役割を果たし、過疎化に一定の歯止めをかけるとともに、介護・福祉の充実したこの地域に、他市町村或いは県外から移住して来られるケースもみられるようになりました。このように当院が長年に亘り「地域包括ケアシステム」の構築に取り組んできたことにより、そのアウトカムとしての成果が得られるようになってきました。

図 2

御調町における在宅高齢者と在宅寝たきり高齢者の推移

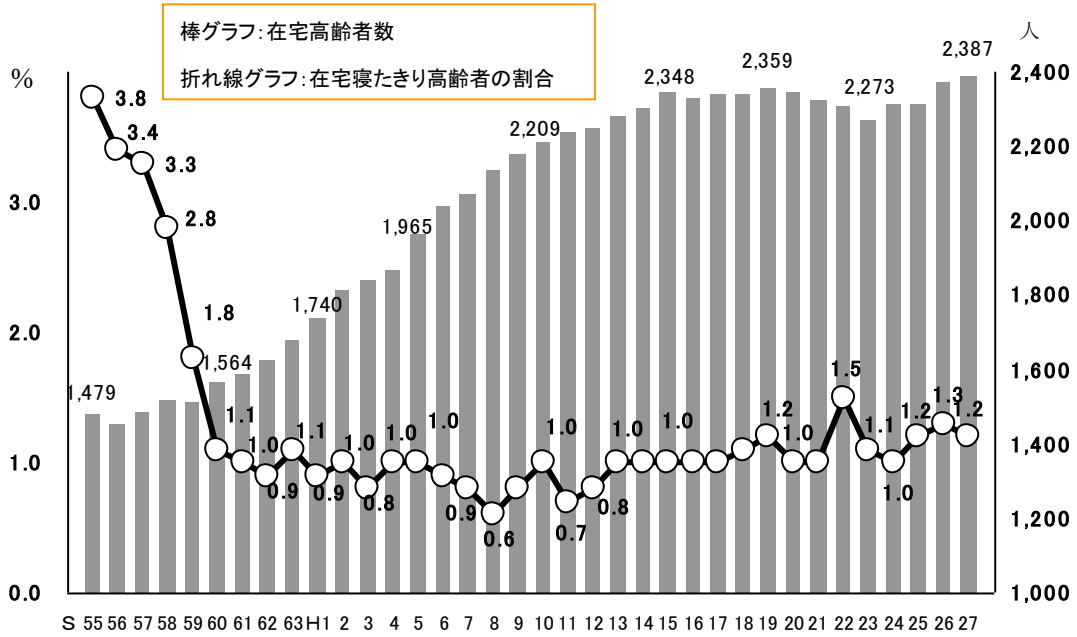
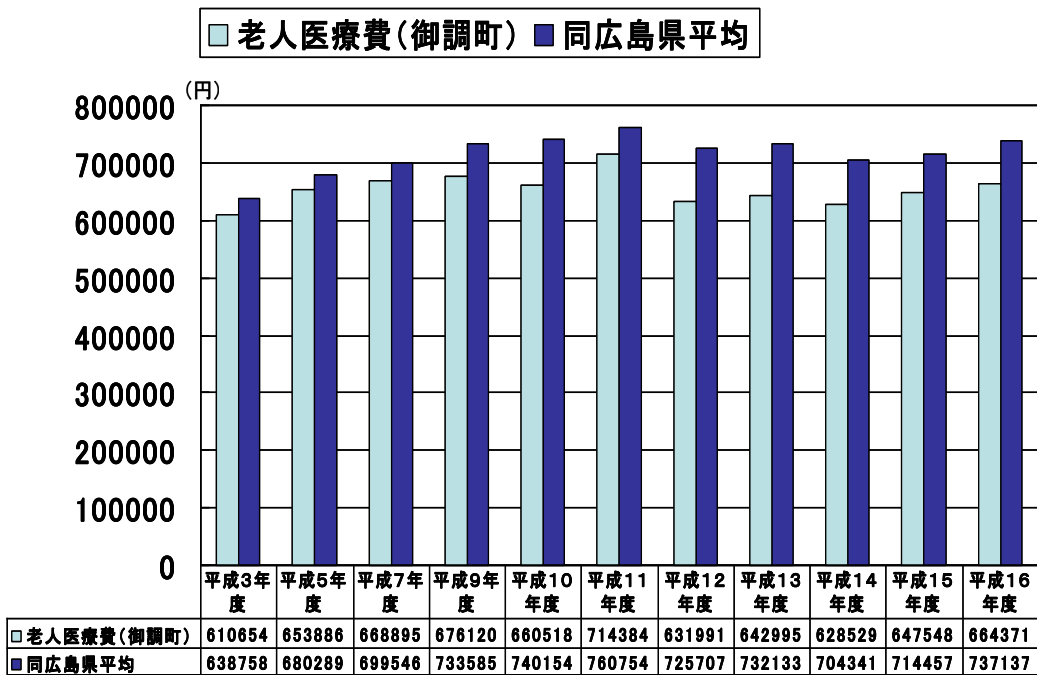


図 3

御調町一人当たり老人医療費



(2) 地域医療構想を踏まえた公立みつぎ総合病院の果たすべき役割

広島県では、平成 28 年 3 月に地域医療構想が公表されましたが、これは地域医療介護総合確保推進法に示されている通り、従前の単なる医療計画ではなく、前述したとおり高齢者プラン（介護保険制度支援計画）と充分整合性のとれたものであることが求められています。公立みつぎ総合病院は、中山間へき地にある基幹的な公的医療機関として、一般医療の提供とともに、救急医療、小児科医療などの不採算・特殊部門にかかわる医療の提供のほかに、地域包括ケアシステムに関わる重要な医療部門として、回復期リハビリテーション病棟、緩和ケア病棟、医療療養病棟の機能を提供しています。また、基幹型臨床研修病院として初期臨床研修医の育成でも重要な役割を担ってきています。以下、これらを踏まえた本院の役割について述べます。

1) 救急医療における本院の役割

尾道市内には本院をはじめ、二次救急病院の病院群輪番制参加医療機関として、尾道市立市民病院、因島総合病院があり、三次救急の地域救命救急センターとして JA 尾道総合病院があります。本院は地理的に最も北に位置し、近隣の府中市、世羅町、三原市久井町・大和町及び三次市甲奴町の一部を診療圏域に含みます。本院は周辺の自動車で 30～40 分範囲の診療圏のなか、特に救急医療体制が弱い北方面の尾三（尾道・三原・世羅）二次保健医療圏域内の役割として、三原市久井町・大和町、世羅町及び尾道市御調町において公立世羅中央病院とともに輪番制二次救急病院となっています。

平成 27 年度の救急対応件数は合計 2,440 件であり、主なものは ICD 疾病分類によると損傷及び中毒 610 件、呼吸器系疾患 493 件、循環器系疾患（心疾患、脳卒中）245 件、消化器系疾患 146 件及び感染症・寄生虫症 155 件でした。救急車搬入については年間 597 件（昼間 220 件、夜間 377 件）であり、62%が入院治療でした。救急車の所属による内訳は、尾道消防署御調分署 251 件、尾道消防署北分署 47 件、三原消防署北部分署 85 件、三原消防署世羅西出張所 15 件、三原消防署大和出張所 23 件、府中消防署 110 件、府中消防署小塚分署 6 件、その他 60 件でした。心肺停止の搬入件数は年間 22 件でした。また、尾道、三原の二次救急施設の参加によるメディカルコントロール協議会に参加しており、尾三医療圏域全般における救急医療の質向上に寄与しています。

このように尾道市御調町をはじめとして尾道市北部地域、三原市、世羅町、府中市の御調町に近接する地域における救急対応件数の内訳からも、本院は、尾道市の北部地域の二次救急病院として一定の役割を今後も担っていかなければなりません。

2) 小児科及び脳神経外科の救急医療に対する役割

本院は小児科を標榜しており常勤医 1 名で主に一次～二次救急を担っています。常勤医が複数在籍する JA 尾道総合病院との連携のもと、本院から北方面に自動車で 1 時間の圏内にあたる地域（尾道市北部、世羅町、三次市南西部及び府中市北部）の小児救急医療に対応する役割を果たしています。

脳神経外科（当院の常勤医 3 名）については、同様の北方面に 24 時間対応が可能な施設がなく、また神経内科専門医も皆無であり、脳外科救急対応並びに脳血管障害診療に果たす役割は大きいものがあります。急性期脳梗塞に対する rt-PA 静注療法にも脳神経外科が対応しており、救急搬入後入院患者の 19%、救急搬入後 ICU 入室患者の 40% を本科が占めています。

これらの地理的問題に関して、具体的には三次市甲奴町、府中市上下町、世羅町及び三原市久井町・大和町において特にその貢献度が大きくなっています。

3) 回復期リハビリテーション病棟

当院は平成 13 年 6 月に回復期リハビリテーション病棟（20 床）を開設しました。その後、数度の病床再編により現在では 65 床のリハビリ病床を有しています。当院の回復期リハビリテーション病棟は、この尾三医療圏域におけるリハビリテーションの中心的役割を果たしており、自院からのみでなく、病棟の 6～7 割は周辺の急性期医療機関から、脳卒中、大腿骨頸部骨折等を中心に対象患者を受け入れています。

とくに、地域包括ケアシステムをすでに構築してきた当院のリハビリテーションの体制は、急性期リハビリから、この回復期リハビリを経て、介護場面での施設リハビリ、更に在宅でのリハビリテーションである維持期（生活期）リハビリまで切れ目なく連携し、一貫して継続できるリハビリテーションのシステムが完成されています。実施されているリハビリも高度であり、これにより、広島県からは、広島県リハビリテーション支援センター、広島県地域リハビリテーション広域支援センター、広島県高次脳機能地域支援センターの指定も受けて重要な役割・機能を果たしてきています。この役割は今後とも継続していく必要があるとともに、現在でも、当院を含む医療圏域には回復期リハビリテーション病棟は少なく、今後も当院の回復期リハビリテーションの機能は継続し強化していく必要があります。

尾三医療圏域における平成 28 年度の地域医療構想の検討では、2014 年の病床機能報告制度による回復期機能病床数 265 床に対して、2025 年における必要回復期病床数の暫定推計値は 991 床とされており、この過不足差は 726 床と、回復期病床が大幅に不足することが示され、現状の 3 倍近くの回復期病床数増加が求められることとなります。更に後期高齢者が今後は増大するとともに、高度なリハビリテーションを必要とする患者数が増大するため、回復期リハビリテーションを求める需要は増加するとともに回復期病床を必要とする患者の診療圏域は拡大するために、それに応じて 2025 年を見据え、さらに 30 床を急性期一般病棟から回復期リハビリテーション病棟への病床機能の転換を図る予定です。一方、このような役割・機能を果たすため、当院には 90 人のリハビリスタッフが採用されており、それぞれの分野で活動しています。

4) 緩和ケア病棟

当院は平成 14 年 4 月に緩和ケア病棟を開設しました。当初はわずか 5 床、現在は 6 床という小規模ではありますが、1 床当たりの面積は広く、すべて個室で、家族の方も同室

に泊まることも可能です。一般的にはホスピス病棟で療養していただきますが、ここでのホスピスカは在宅ホスピスと連携するものであり、状態が落ち着いていて患者本人が希望すれば在宅で療養して頂くことにも対応しています。従って本病棟は入院する患者すべての終の棲家というわけではありません。

緩和ケア病棟入院患者のうち大半は院外からの紹介であり、終末期医療の拠点として地域住民のニーズも高く、周辺の医療機関からの紹介も増加しています。一方、重症患者の占める比率が高くなるなどの理由で、自宅への一時退院率は年々減少しています。当院の緩和ケア病棟は在宅ホスピスとの連携を重視し、可能な限り住み慣れた自宅での療養を支援しており、当院を含む二次医療圏域では唯一の緩和ケア病棟であることと、今後の高齢者の増加に伴う悪性疾患の患者数の増加に対応するためにも、当院の緩和ケア病棟の機能の維持・存続が求められます。この緩和ケア病棟で開催されるケアカンファレンスには医師、看護師等の一般の医療職の他、ケアマネジャー、保健師はもちろん歯科衛生士、臨床心理士、管理栄養士等も参加しています。

5) 当院の一般医療の状況と地域医療構想に沿った将来像

①診療圏域の人口動態の推移

当院がある尾道市北部の人口推移の状況について検討してみると、平成 22 年を基準にした場合、平成 22 年 20,376 人の住民が平成 27 年では 19,414 人であり、962 人、4.7%の人口減になっています。尾道市との合併（平成 17 年 3 月）から人口の減少に拍車がかかり、若者の減少、核家族化により世帯数の変動は少ないですが、独居老人や高齢者の世帯の増加が見られ、今後も過疎化に拍車がかかることが予想されます。これに伴い、診療圏域の人口減少、高齢化に伴い通院困難となる患者数の増加で受診者数の減少が起こるものと推測されます。（表 1）また周囲医療圏の人口動態でも世羅町や府中市での人口減少が見込まれています。

表 1 尾道市北部地域における人口推移と今後の予測

尾道市北部 地域の人口	平成 22 年	平成 27 年	平成 32 年	平成 37 年	平成 42 年	平成 47 年
人 口(人)	20,376	19,414	17,800	16,800	15,800	14,800
減少率(%)		△ 4.7	△ 12.6	△ 17.6	△ 22.5	△ 27.4

※減少率は平成 22 年を基準

※平成 22 年、27 年の人口データは尾道市住民基本台帳の 4 月の人口を地区割りにして尾道市北部地域の旧御調町、木ノ庄町、美ノ郷町、原田町を合計した。平成 32 年以降については、住民基本台帳、総務省国勢調査及び国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口をもとに将来人口を推計した。

②患者数の動向

地区別外来患者数の推移については、受診動向は御調町の受診患者数の大きな変動はありませんが、世羅町においては、平成 25 年度では、23,301 人 16.0%、平成 26 年度では 19,863 人 14.0%と一旦患者数が減少しているものの、平成 27 年度では、20,732 人 14.7%と、若干、患者数が回復傾向にあります。三原市においては、平成 25 年度では、14,834 人 10.2%を占めていましたが、平成 27 年度では 12,459 人 8.8%で、2,375 人と大幅な減少を示しています。市町村合併を期に患者の動線の変更や専門病院へ受診する傾向に拍車がかかりつつあると推測されると同時に、患者の高齢化により近隣病院への受診ニーズが高まっているとも推測されます。また、国の政策で長期投与期間が最大 90 日になり、外来受診の機会が減少した事も要因の一つです。いずれにしても、これら周辺地域も高齢化、過疎化が進んだ中山間地域であり、今後の我が国の人口動態からみても、患者数の減少は避けられないものと思われまます。(表 2)

表 2 地区別外来患者数の推移 (人、%)

	平成 25 年度		平成 26 年度		平成 27 年度	
	延患者数	比率	延患者数	比率	延患者数	比率
尾道市全体	76,471	52.5	79,773	56.1	78,719	55.9
御調町	57,707	39.6	58,197	40.9	58,735	41.7
御調町除く	18,764	12.9	21,576	15.2	19,984	14.2
世羅町	23,301	16.0	19,863	14.0	20,732	14.7
府中市	19,693	13.5	18,471	13.0	18,662	13.3
三原市	14,834	10.2	13,276	9.3	12,459	8.8
その他	11,460	7.8	10,777	7.6	10,210	7.3
合 計	145,759	100.0	142,160	100.0	140,782	100.0

地区別入院患者数の推移の状況については、入院患者の比率は御調町内 30%、町外 70% となっています。外来と同様に世羅町が、平成 25 年度は、10,740 人 13.7%、平成 26 年度では 7,668 人 10.0%と一旦患者数が減少していますが、平成 27 年度では、9,937 人 13.2%と、若干、患者数が回復傾向にあります。三原市においては、旧久井町は市町村合併に伴い、旧本郷町・大和町と共に三原市に合併されましたが、三原市立久井市民病院は前回の公立病院改革での再編に伴い、世羅中央病院と経営統合により診療所に移行しており、このような、市町村合併による影響や病院の競争力の低下で患者数が変動していると推測できます。(表 3)

表3 地区別入院患者数の推移

(人、%)

	平成 25 年度		平成 26 年度		平成 27 年度	
	延患者数	比率	延患者数	比率	延患者数	比率
尾道市全体	41,820	53.3	46,081	59.9	42,976	56.9
御調町	22,524	28.7	22,815	29.7	22,036	29.2
御調町除く	19,296	24.6	23,266	30.2	20,940	27.7
世羅町	10,740	13.7	7,668	10.0	9,937	13.2
府中市	10,048	12.8	8,974	11.7	9,207	12.2
三原市	8,048	10.2	7,517	9.8	7,453	9.9
その他	7,937	10.0	6,697	8.6	5,926	7.8
合計	78,593	100.0	76,937	100.0	75,499	100.0

③医師をはじめ医療・介護スタッフの確保難

外来・入院患者数の減少要因は、勤務医師数の減少に伴う変化ともパラレルになっています。2000年には常勤医36人の体制でしたが、新医師臨床研修制度の導入に伴い、大学医局からの派遣医師の引き上げもあり、2015年には24名まで減少しました。

医療スタッフの減少が加速していく中で施設基準の格上げ（入院基本料7:1）、医療スタッフの質の高度化要求（認定医、認定看護師、各学会、国が行う各研修の研修修了を要件に組み込む、第三者による病院機能評価の認定を要件として組み込む等）を求められる中で、地方では研修会に参加する時間が取れない状態で、病院の質の向上には、大都市の何倍もの努力をしている現状です。また、国は制度改革を行い、医療の安全を求めてきており、医師の確保難とも相まって、中山間地域の病院では急性期医療を継続していく事がやや難しい状態になりつつあります。その中で、平成27年度は前年度にいったん減少となった広島県からの派遣医師（自治医大）が1名から2名と元に戻りましたが、歯科医師1名が9月末で後期臨床研修修了のため退職しております。平成28年度には、リハビリテーションの専門医を目指す2名の医師の採用があり、当院の地域医療構想に沿った回復期リハビリテーション機能の強化につながっています。また歯科医師についても、研修医の他に4月から1名採用することができましたが、今後も医師・看護師をはじめ医療・介護の人材確保に引き続き努力が必要です。中でも看護師については、7:1看護の病院が減少しつつある中で、この中山間地に勤務してくれるスタッフは少なく、やはり同様な確保難が続いています。

④人口動態と病床機能報告制度の影響及び当院の対応（病床再編）

尾三医療圏域における地域医療構想に基づくと、尾三地域の総人口は、2010年の26万3,260人から、2025年には22万6,245人と徐々に減少するものの、65歳以上の高齢者人口の総人口に占める割合は2040年には39.2%に上昇し、また、75歳以上の後期高齢者人口も2030年の5万2,531人まで増加を続け、総人口に占める割合

は 2035 年に 25.0%でピークに達することが示されています。

このような人口構成の変化の中で、2014 年の病床機能報告制度による現在の病床数と 2025 年における必要病床数の過不足についての検討では、高度急性期病床は、152 床 (△ 39%)、急性期病床 1,081 床 (△ 54%)、慢性期病床 447 床 (△ 38%) の減少が見込まれる中、回復期病床はむしろ 726 床の不足を示し、274%の増加が必要とされています。当院では、これに対応して、急性期一般病床を回復期リハビリテーション病棟へ病床機能を転換する計画であり、2025 年をめどに、現在 65 床の回復期リハビリテーション病棟を、更に 30 床を増床 (急性期一般病床からの転換) して 95 床とし、地域包括ケアシステムの一環として回復期リハビリ機能を強化するとともに、病院経営の改善も図る予定です。

(3) 地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき当院の役割及び今後の展望

1) 公立みつぎ総合病院と保健福祉総合施設での取り組み

当院は、これまで述べたように「地域包括ケアシステム」そのものの構築に長年にわたり携わってきており、病院本体 240 床の一般診療と地域医療にかかわる部門に加え、併設施設として、介護老人保健施設「みつぎの苑」(入所 150 人、通所 40 人)、特別養護老人ホーム「ふれあい」(入所 100 人)、保健福祉総合施設附属リハビリテーションセンター (19 床)、ケアハウス「さつき」(入居 30 人)、グループホーム「かえで」(2 ユニット入居 18 人)、デイサービスセンター (通所 20 人) の入所・通所施設を運営してきました。さらに、在宅患者への対応として、訪問看護ステーション、ホームヘルパーステーション、介護予防センター (通所 15 人)、居宅介護支援事業所、高齢者総合相談センター等の機能も統合して、全国のモデルとされる「地域包括ケアシステム」を構築してきました。今後、高齢者の増加に伴い施設や在宅での受入部門の充足が更に必要となってくるため、当院を核として併設される介護保険施設群は、今後とも継続して在宅支援機能を中心とした運営に取り組むことが求められています。しかもこれらの施設群は住民の信頼度も高く、それらに報いる施設でありたいと考えています。

2) 地域包括ケアシステムにおける訪問を中心とした在宅医療への取り組み

当院が掲げている地域包括ケアは、病院 (当院)・介護保険施設等・在宅という大きな 3 本柱によって支えられています。厚生労働省は、2025 年を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもと、可能な限り住み慣れた地域で、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、地域の包括的な支援・サービス提供体制 (地域包括ケアシステム) の構築を推進しています。公立みつぎ総合病院で行っている地域医療と、保健福祉総合施設で行っている介護事業に加えて、多くの住民が住み慣れた地域での生活を安心・安全に送れるようにするためには、在宅医療が大変重要な存在です。訪問診療、訪問歯科診療、訪問看護、訪問リハビリ、訪問介護、訪問薬剤指導、訪問栄養指導、歯科衛生士による訪問 (口腔ケア) など多岐にわたる分野に多職種がそれぞれ

の役割を担いつつ、訪問看護ステーションを中心に多くの部門が連携をとって関わっています。訪問診療に関しても、当院は地域医療部を中心に週間計画に基づいて定期的に関わっており、在宅医療・介護部門においても当院は重要な位置を占めています。

3) 地域包括ケアシステムの在宅ケアに関わる医療・看護・介護の実績

① 医療・看護関係における対象と件数

病院の地域医療部や訪問看護ステーション、保健福祉センター等の多職種が関わり在宅医療・介護を支えています。この中で訪問看護の分野では病院の他、保健福祉センター、地域包括支援センターと訪問看護ステーション「みつぎ」が、在宅ケアの中核的役割を果たしています。

訪問リハビリテーションについては、病院の急性期および回復期リハビリからの訪問に加えて、介護保険における訪問リハビリテーションとしては訪問看護ステーションと老人保健施設から実施しています。これらの訪問看護・訪問リハビリをまとめた活動実績は表4の通りです。平成27年度では、病院・保健福祉センターからの訪問看護件数は4,526件で、訪問看護ステーションを含めると、延べ9,241回の訪問実績があります。

表4 訪問看護・訪問リハビリ活動状況

年 度	訪問看護延件数		訪問（在宅）リハビリ	
	病 院 保健福祉センター	訪問看護 ステーション	延件数	住宅改修 延件数
平成 23	3,735	9,048	2,980	121
平成 24	3,819	8,381	2,959	131
平成 25	4,104	8,792	3,342	124
平成 26	4,521	9,022	3,831	181
平成 27	4,526	9,241	3,882	182

医療依存度の高い重度の在宅患者への支援は、病院からの訪問診療・訪問看護が中心となります。このようなケースでの平成27年度の実績は、在宅医療対象患者数40人（がん11人、頸髄損傷1人、脳卒中16人、難病2人、認知症6人、その他4人）で、在宅訪問診療の延べ回数は248回、病院が直接在宅看取りに関与した件数は6件でした。訪問看護ステーションは、当院だけでなく町内開業医やその他の医療機関を含めて地域で連携しており、在宅死の看取りに関しては平成27年度には17件対応しています。

また当院歯科部門は、歯科医師、歯科衛生士による訪問診療・活動を継続しており、歯科衛生士を歯科保健センター、保健福祉総合施設、介護予防センターに常勤として配置しています。平成27年度の口腔ケア、訪問診療、居宅療養管理指導、相談

等の訪問活動状況は、在宅対応の 1,992 件のほか、総合施設や近隣の介護施設への訪問を加えると 13,000 件以上の活動を行っています。

また当院と他の医療機関との地域連携パスを通じた連携も構築されており、平成 27 年度の疾患別実績では、大腿骨頸部骨折 45 件（尾道市の急性期病院 2 ヶ所）、脳卒中 74 件（備後地区の急性期病院 4 ヶ所）で、紹介患者数は 2,042 人でした。

② 介護関係における対象と件数

介護予防としては、昭和 49 年よりはじめた在宅ケアによる寝たきりゼロ作戦がまさにこれにあたりますが、更に介護保険の分野では、平成 18 年度から地域包括支援センターを受託し、尾道市行政部門と連携を図り住民のニーズに応えています。

二次予防事業対象者の通所型介護予防事業として、65 歳以上で心身機能の低下予防が必要な人を対象に、運動器機能向上、口腔機能向上、栄養改善の 3 つの事業を実施し、活動性の向上、生活機能の低下予防を図っており、該当者数 129 人、参加者数 55 人の実績でした。二次予防事業継続支援事業としては、通所型二次予防事業終了者が定期的に運動等を継続して行い、身体機能の維持・向上及び心身のリフレッシュを図ることを目的に、毎月 1 回、尾道市の支援のもと開催しており、「みつぎ元気アップ教室」として、該当者実数 22 人、延べ 133 人の実績です。

また、平成 25 年度から尾道市が実施している「シルバーリハビリ体操事業」で養成されたシルバーリハビリ体操指導士による活動も、平成 27 年度の実績はシルバーリハビリ体操教室（まめに暮らそう会）として 303 人、延べ 1,332 人に実施されてきており、「身近な居場所づくり」として地域に広がっており参加者も増加しています。

更に、訪問介護では、介護保険 126 人、延べ 9,225 人、障害福祉サービス 13 人、延べ 1,096 人であり、通所介護：161 人、延べ 7,042 人、通所リハビリ：186 人、延べ 9,875 人、訪問リハビリ：608 人、延べ 3,882 人の実績でした。

4) 保健福祉活動について

健康相談、健康教育、健康診査などの保健事業および介護予防事業を保健福祉センターと病院が協力して行っています。健康相談は集会所や公民館へ保健師・管理栄養士・歯科衛生士等が出向いて実施します。健康教育は、健康づくり座談会（現 健幸わくわく 21）を昭和 59 年度から実施しており、地域住民との連携として次項に記述します。健康診査は、特定健診、がん検診、母子保健などの健診を行っています。病院では、企業などからの人間ドックを年間約 1,500 名行っていますが、平成 20 年度からは、一部は特定健診・特定保健指導となり、受託を開始しました。また、市民を対象とした公立みつぎ総合病院での集団健診（特定健診、後期高齢者健診、がん検診など約 600 名受診）や、近隣市町（三原市、世羅町、府中市）と提携して各種がん検診等も実施しています。

5) 地域住民との連携（住民参画）

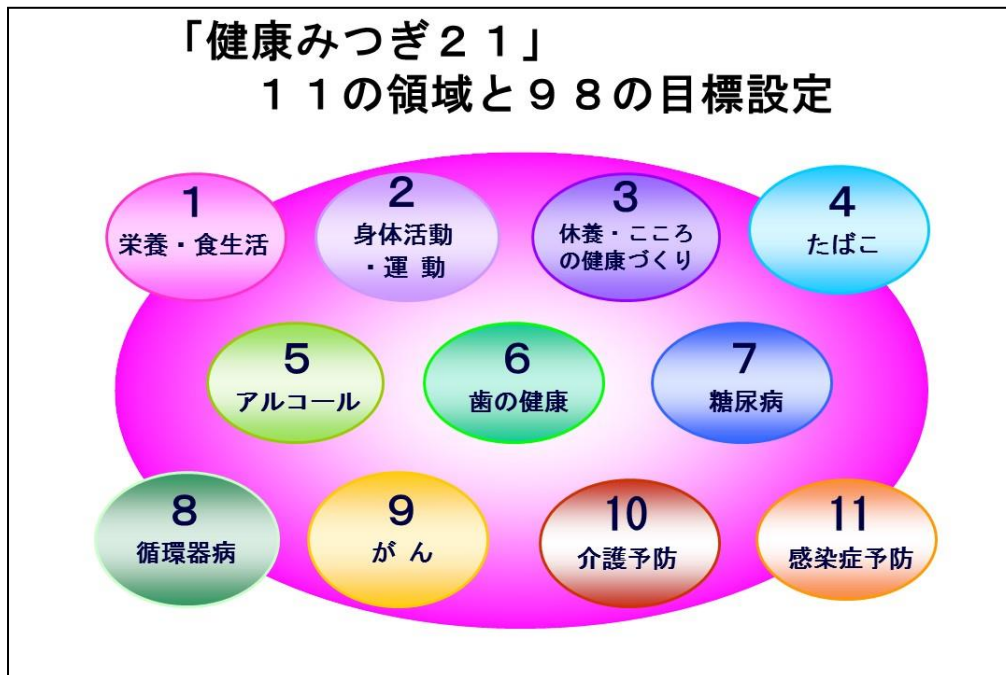
①健康づくり座談会

健康に対する住民意識の啓発および住民の健康づくりの一環として、前述したように昭和 59 年から健康づくり座談会を開始しました。これは高齢者のみでなく若い人も含めて健康教育を実施しようとするもので、夜間に保健福祉センターの保健師・事務職をはじめ、医師、歯科医師、研修医、薬剤師、療法士、管理栄養士、歯科衛生士、看護師、社会福祉士などが集会所などに出向き、月平均 2 回実施し 2 年間で約 50 ヶ所の集会所をまわるよう計画的に実施してきました。この健康づくり座談会は、病院をはじめ専門職種と地域住民との話し合いの場となっており、ここではワークショップ方式でのディスカッションが行われています。最近では、高齢者しかいない地域の実態や要望を受け、昼間の時間帯で開催することもあります。

②「健康みつぎ 21」と住民教育

御調町には 7 つの公民館地区とその下に約 50 の集会所単位があり、それらの施設で「健康づくり座談会」を開催してきました。この大会場・小会場の方式は、約 15 年継続し健康に関する知識の普及については成果を挙げてきました。しかし、「健康日本 21」に見られるように、健康に関する知識は持っているにもかかわらず実践するかということが求められてきたため、その後はすべて集会所（小会場）で行うこととし、参加者全員が発言できるように、5～6 名を単位とするグループワークを取り入れ意見交換する方式に変更しました。21 世紀に向けての健康づくりに対応して、平成 12 年からは名称を「健康づくり座談会」から「健康わくわく 21」に変更し、「健康みつぎ 21」の 11 の領域について、各集会所の住民の要望に応じたテーマに沿ってスタッフが事前に打ち合わせを行い、住民の参加のもとに実施してきました。平成 28 年 4 月からは、従来の健康づくりに加え、地域づくりも視野に入れ、幅広い観点から、地域の人との交流を深める講座として、名称を「健幸わくわく 21」と改めました。対象も中高齢者を中心に、若年層、学生までを含む全年齢を対象に門戸を開く柔軟性のある講座をすることで、地域包括ケアシステムの浸透を更にすすめる方向で展開しているところです。「健康みつぎ 21」は「健康日本 21」に介護予防と感染症予防を加えたもので、11 の領域と 98 の目標を設定しています。（図 4）健康づくりと介護予防により、健康寿命の延伸を図るもので、まさに国の健康フロンティア戦略と同じ発想に基づいています。

図 4



6) 地域包括ケアシステムにおける今後の展望

①地域包括ケアシステム構築のさらなる充実と推進

当院は、地域の中核的総合病院として、行政と一体となり、地域医療の確保と、保健・医療・介護・福祉の連携を、地域や住民のニーズに対応して、シームレスに面として連携できるように、きめ細やかに「地域包括ケアシステム」を構築してきました。当院は今後も少子高齢社会や地域の変化に応じて、多くの医療機関や施設、在宅サービスの連携と提供に加え、近隣医療圏におけるそれぞれの地域での「地域包括ケアシステム」構築を更に推し進めていくことが求められています。当院では昭和49年に在宅ケアを開始した時、訪問看護師だけでなく、保健師もそのスタッフに加え、これにより地域へ出ていく体制がスムーズに出来るようになりました。現在は病院保健師として15人のスタッフを採用し、在宅ケアのみならず市町村保健師の役割も果たしています。またその後訪問リハビリを追加し、寝たきりゼロ作戦（介護予防）を強く推進して、より強力な包括ケア体制を作り上げてきました。

これまで当院を核として、保健福祉総合施設や保健福祉センターが一体となって構築してきた地域包括ケアシステムの維持にとどまらず、現時点では対応が困難な場合であっても、今後の少子高齢化社会を迎えるにあたって必要とされる、医療・介護における新たなサービスや事業の検討・開拓については、引き続き更なる「地域包括ケアシステム」の発展を主導すべき当院への期待に応じていかなければなりません。

前述したように当院のこれまでの包括ケア実績は、寝たきり者（重度要介護者）の減少や老人医療費の伸び率の鈍化で表せる評価指標において有効であったことが示されており、今後も同様に自己評価を継続しつつさらに発展させるべく運営していきます。

②地域包括ケアシステム構築の評価

今後は日本全体で、それぞれの日常生活圏域の地域特性に応じた地域包括ケアシステムの構築が求められます。この中で、それぞれ都市型、中山間地域型と類型化され、地域に応じた有効なシステムの構築手法とその評価については、厚生労働省が地域包括ケアシステム構築にあたって、「医療・看護」、「介護・リハビリテーション」、「保健・予防」、「生活支援・福祉サービス」、「住まいと住まい方」の 5 つを重要な分野として提示しており、更に広島県では地域包括ケア推進センターが中心となって、「専門職・関係機関のネットワーク」、「行政の関与（連携）」、「住民参画（自助・互助）」を加えた 8 つの視点に基づく評価指標を策定して、全国での地域包括ケアシステム構築の達成手法確立に努めています。また、日常生活圏域における医療費と介護費用のデータについては、併せて分析・評価を行えるシステムが広島県国民健康保険団体連合会で構築されつつあり、当院は、今後それぞれの地域独自で求められる「地域包括ケアシステム」構築の発祥でありリーダーとして、この多方面の評価と新たな局面に対応しながら発展拡充させていくことに努めます。

なお、これらの評価は今後更に充実を図っていき、以上 8 つの評価指標に加えて、寝たきり等（重度化）の増減、及び費用（医療費、介護費用）の推移を加えて、10 項目の評価指標にしていきたいと考えています。

（4）医療機能等指標に係る数値目標

当院を中心に、保健福祉総合施設附属リハビリテーションセンター、介護老人保健施設「みつぎの苑」、特別養護老人ホーム「ふれあい」、ケアハウス「さつき」、グループホーム「かえで」、デイサービスセンター、訪問看護ステーション「みつぎ」、ホームヘルパーステーション、介護予防センター、の合わせて 10 施設で医療と介護を連携・統合したサービスの地域包括ケアシステムを提供してきました。それを、維持・継続するため各施設の数値目標を設定します。

以下の項目について、平成 28 年度の現状及び平成 29 年度の当初予算から、それを維持・継続する目標設定として、医療機能・医療品質に係るものは表 5 に、その他に係るものは表 6 に示します。紹介延患者数については、回復期リハビリテーション病棟増床の影響を平成 30 年度から考慮しています。

表5 医療機能・医療品質に係るもの

	26年度 (実績)	27年度 (実績)	28年度 (見込)	29年度 (目標)	30年度 (目標)	31年度 (目標)	32年度 (目標)
紹介延患者数(人)	2,732	2,651	2,690	2,690	2,760	2,822	2,822
救急延患者数(人)	2,497	2,440	2,460	2,460	2,460	2,460	2,460
透析延患者数(人)	7,658	7,586	7,558	7,558	7,558	7,586	7,558
リハビリテーションセンター病床利用率(%) (定員19床)	91.3	87.5	83.4	89.5	89.5	89.5	89.5
みつぎの苑入所利用率(%) (定員150人)	97.3	97.4	97.5	97.3	97.3	97.3	97.3
みつぎの苑通所リハビリテーション延利用者数(人)	9,781	9,876	9,857	9,855	9,855	9,855	9,855
特養ふれあい利用率(%) (定員100人)	97.4	98.2	98.0	98.0	98.0	98.0	98.0
ケアハウス利用率(%) (定員30人)	94.1	90.8	90.0	93.3	93.3	93.3	93.3
グループホーム利用率(%) (定員18人)	99.7	99.6	99.3	99.4	99.4	99.4	99.4
デイサービスセンター延利用者数(人)	4,776	4,721	4,549	4,378	4,378	4,378	4,378
訪問看護ステーション「みつぎ」延訪問回数(回)	9,022	9,241	9,240	9,139	9,139	9,139	9,139
ホームヘルプステーション延訪問回数(回)	10,503	10,321	10,064	9,510	9,510	9,510	9,510
介護予防センター延利用者数(人)	2,302	2,321	2,310	2,270	2,270	2,270	2,270

表6 その他(病院の健康管理部門)

	26年度 (実績)	27年度 (実績)	28年度 (見込)	29年度 (目標)	30年度 (目標)	31年度 (目標)	32年度 (目標)
人間ドック延利用者数(人)	1,427	1,505	1,450	1,439	1,439	1,439	1,439

(5) 医師臨床研修制度等実習の受入れと人材育成(医師確保等)

1) 医師臨床研修医の受け入れ

新たな卒後医師臨床研修制度が平成16年度(当院の研修医の受け入れは17年度)か

ら、卒後歯科医師臨床研修制度が平成 18 年度からそれぞれ実施され、当院もその理念を踏まえ基幹型及び協力型研修病院（研修施設）としての役割を担い研修医を受け入れてきました。（表 7）一部診療科で他病院・診療所に協力をお願いしていますが、当院及び関連施設は、医科は基幹型、歯科は管理型として機能しています。また、研修の必修科目である地域（保健）医療に関しては、当院が従来から地域包括ケアを基本理念に置いて実践していることもあり、広島大学病院（医科・歯科）、川崎医科大学病院、J A尾道総合病院の協力型病院（施設）としても機能しています。医師・歯科医師臨床研修の研修理念は、まさに当院の理念である「地域包括ケア」そのものであり、そういう意味では若き医師・歯科医師の良き地域医療研修の場となっています。

表 7 研修医の受入人数 (人)

		平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
医 科	基幹型（2 年）	2	2	1	1	3
	協力型（1～2 か月）	18	12	11	15	12（予定）
歯 科	管理型（1 年）	1	1	1	1	1
	協力型（4 か月）	1	2	—	1	1

2) 医師・歯科医師臨床研修制度における「地域医療」の研修と医師確保

新医師・歯科医師臨床研修制度が始まり、従来のいわゆる大学医局制度に変化が生じ、中山間地域などの中小病院への大学病院医局からの派遣が現実として厳しい状況になっています。従って中小病院が存続していくためには独自に医師を確保していく必要があります。当院は当初から地域包括ケアシステムを基本に置き、介護施設や在宅関連業務を展開してきた他院にない特徴的な経緯があります。それ故当院の基本理念・運営方針に共鳴する医師を確保していく方向づけが最良と考えられます。実際に、協力型研修病院として当院で 2 か月研修を終え、後期研修に当院を選んだ医師もいます。また、地域医療に関心を持ち、基幹型研修病院に当院を選んだ医師もいます。更に、歯科医師臨床研修においても、毎年管理型研修病院として当院を選ぶ歯科医師もいます。そして、当院での研修（基幹型・協力型）を終えた医師・歯科医師は当院で地域包括ケアシステムを学べたことにより、「地域医療」研修の意義を正しく理解している傾向がみられます。よって当院の特徴を生かすことによって、厳しい医師・歯科医師確保にむけての逆風を上昇する力に変えて更なる飛躍に結びつけるべきであると考えています。平成 22 年度に医師臨床研修制度の見直しが行われましたが、地域医療は必修科目として位置づけられており、理念、到達目標と共にその根幹は変わっていません。

一方、今後の我が国は超高齢社会を迎え、2025 年問題等いろいろな課題が浮上しています。今後の医療は急性期医療のみでなく、医療介護連携、地域包括ケアが必要とされ、医師をはじめ医療従事者すべてにこのような発想が求められています。このような理念は、医療だけでなく、介護従事者にも不可欠と思われれます。

3) 学生（医学、看護、薬学、リハビリ等）実習の受入れ

学生実習を病院、介護老人保健施設、訪問看護ステーション、保健福祉センターの 4 か所で、3 つの大学から受け入れているほか、薬剤部の学生実習、放射線室での学生実習、リハビリ科での学生実習等を受け入れています。これらの学生は在宅にも行って地域包括ケアの実習を身をもって体験します。

(6) 医療連携の現状及び地域住民との連携

1) 地域連携（地域連携クリニカルパス）

近隣の医療機関との地域連携については、地域包括ケア連携室が中心となり、病病連携、病診連携のみでなく、介護保険利用者については、担当ケアマネジャーと連携し、退院時にサービス担当者会議（ケアカンファレンス）を行っています。また在宅医療が必要なケースについては、保健福祉センター保健師が中心となり、退院後のフォローを行っています。

大腿骨頸部骨折の地域連携パスは、平成 18 年度から開始しました。熊本方式のパスを基に香川方式の考え方を導入し、尾道市内の急性期病院 2 ヶ所と回復期・維持期医療機関の間で使用しています。当院・当院附属リハビリテーションセンターの平成 27 年度受入実績は、尾道市立市民病院から 23 件、JA 尾道総合病院から 22 件の計 45 件です。

脳卒中の地域連携パスは、平成 20 年度から、尾道市内の医療機関の間で開始しました。また、備後脳卒中ネットワークはそれ以前より活動しており、当院も回復期リハ医療機関として参加しています。これは、福山・府中二次医療圏域、尾三二次医療圏域の両圏域にまたがっています。平成 27 年度は、尾道市立市民病院 25 件、JA 尾道総合病院 30 件、世羅中央病院 18 件、大田記念病院 1 件など、計 74 件を回復期リハビリテーション病棟へ受け入れました。

2) 住民との連携及び住民の満足度調査

病院と地域住民との連携としては、病院や施設での多くのボランティア活動への参加をいただいているとともに、当院や保健福祉センターが主催して年に 1 回開催している健康福祉展（平成 28 年度で 32 回目）や、保健福祉推進大会の活動、さらに総合施設では入所者と地元の中・高校生を交えたイベントなどを通じて、地域包括ケアシステムを知り発展させる共同活動を継続して実施しています。

住民の満足度調査においては、尾道市民の医療体制の充実に関する市民満足度は、51.6%（満足 12.7%、やや満足 38.9%、尾道市総合計画市民アンケート調査（市民満足度調査）：平成 27 年度）という結果が出ています。

平成 27 年 9 月に当院の患者に限定しての満足度調査を行いました。外来患者では、男性 131 人、女性 153 人、不明 51 人の計 335 人から回答が得られ、その 6 割～7 割は 60 歳以上でした。当院を選んだ理由として、「以前から通っているから」171 件(34%)、「通院に便利だから」129 件(25%)、「他の医療機関からの紹介」56 件(11%)が上位を占めま

した。病院職員の言葉遣いや態度について 8 件、施設・環境整備状況について 8 件、診察・治療・検査等の十分な説明について 8 件、診察や会計の待ち時間については 19 件の不満がありました。総合評価で満足はやや満足を含め 63%でした。入院患者では、男性 42 人、女性 73 人、不明 5 人の計 120 人から回答が得られました。当院を選んだ理由として、「以前から通っているから」52 件(27%)、「他の医療機関からの紹介」42 件(22%)、「医療スタッフがよいから」23 件(12%)、「医療の質の評判が良いから」18 件(10%)のほか、「通院に便利だから」18 件(10%)、「施設・設備が良いから」18 件(10%)がありました。病院職員の言葉遣いや態度について 1 件、病室やベッド等の環境整備や食事など入院生活に関する事 15 件の不満がありましたが、診察・治療・検査等の十分な説明についての不満はなく、総合評価で満足はやや満足を含め 78%で、満足度は高いものでした。

Ⅲ. 一般会計負担の考え方

公立病院は地方公営企業法により独立採算で運営することとされていますが、同法第 17 条の 2 により、「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」及び「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」については、一般会計等において負担するものとされています。

この負担については、繰出基準に関する総務省通知に基づき、「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」として、救急医療、保健衛生行政事務に要する経費を一般会計から繰入れ、「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」として、建設改良費や高度医療に要する経費等を繰入れています。

また、同法第 17 条の 3 により、「地方公共団体は、災害の復旧その他特別の理由により必要がある場合」には、一般会計又は他の特別会計から地方公営企業の特別会計に補助をすることができるものとされ、院内保育所の運営経費、児童手当に要する経費、共済追加費用の負担に要する経費等を繰入れています。

今後とも独立採算制を原則として効率的な経営を行っていきませんが、上記の経費等については、安定的・継続的に質の高い医療を提供し、地域包括ケアシステムにおける中心的な役割を果たしていくため、総務省通知に基づく繰出基準の範囲内において適正な繰入を行っていきます。

なお、市民病院においては経営安定化のため、運転資金の確保ということを主眼とし、平成 27 年度（当該年度は補正予算対応）から基準外の繰入れが行われましたが、当該繰入については徐々に縮減していきます。

Ⅳ. 経営の効率化

1. 経営の効率化－尾道市立市民病院－

尾道市立市民病院は経常収支の黒字化を目指し、新改革プランにおいて必須とされる 2 項目（経常収支比率、医業収支比率）に、経費削減に係るもの 4 項目、収入確保に係るもの 5 項目、経営の安定性に係るもの 3 項目を加えて 14 項目とし、次のとおり数値目標を設定して経営改善を進めます。

(1) 数値目標

① 収益改善に係るもの

	26年度 (実績)	27年度 (実績)	28年度 (見込)	29年度 (目標)	30年度 (目標)	31年度 (目標)	32年度 (目標)
経常収支比率(%)	97.6	99.4	94.9	97.6	99.5	101.9	102.7
医業収支比率(%)	98.8	98.9	94.0	96.6	98.4	100.0	100.8

② 経費削減に係るもの

	26年度 (実績)	27年度 (実績)	28年度 (見込)	29年度 (目標)	30年度 (目標)	31年度 (目標)	32年度 (目標)
職員給与費対医業 収益比率(%)	57.4	57.8	61.8	60.9	58.9	58.3	57.2
材料費対医業収益 比率(%)	22.0	21.2	21.1	20.2	20.0	20.0	20.0
減価償却費対医業 収益比率(%)	6.8	7.1	7.3	7.1	7.5	6.5	6.6
後発医薬品使用割 合(%)	66.4	80.9	83.6	80.0	80.0	80.0	80.0

③ 収入確保に係るもの

	26年度 (実績)	27年度 (実績)	28年度 (見込)	29年度 (目標)	30年度 (目標)	31年度 (目標)	32年度 (目標)
入院単価(円) (急性期病棟)	56,162	56,402	55,163	58,800	59,000	59,000	59,000
入院単価(円) (地域包括ケア病棟)				30,000	30,000	30,000	30,000
外来単価(円)	11,686	11,924	11,179	12,000	12,000	12,000	12,000
病床利用率(%)	71.7	77.3	75.5	83.6	84.8	84.8	84.8
平均在院日数(日)	14.7	15.1	15.2	16.0 以内	16.0 以内	16.0 以内	16.0 以内

④ 経営の安定性に係るもの

	26年度 (実績)	27年度 (実績)	28年度 (見込)	29年度 (目標)	30年度 (目標)	31年度 (目標)	32年度 (目標)
企業債償還利息対 医業収益比率(%)	0.8	0.7	0.7	0.6	0.6	0.6	0.6
企業債残高 (百万円)	3,315	3,131	3,061	2,876	2,704	2,576	2,558
減価償却費 (百万円)	474	486	476	498	528	456	467

(2) 経常収支比率に係る目標設定の考え方

新公立病院改革ガイドラインにおいては、一般会計から所定の繰出が行われれば「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必要があるとされ、公立病院が担っている不採算医療等を提供する役割を確保しつつ、新改革プランの対象期間中（平成32年度まで）に経常黒字（経常収支比率が100%以上）化する数値目標を定めるべきであるとされています。

今後も、当院の運営主体である7対1急性期病棟の診療報酬を確保しながら、新設する地域包括ケア病棟の効果的な運営により増収を図るとともに、地域包括ケア病棟の看護配置（施設基準は13対1）等、病棟再編後の適正な人員配置に留意し、人件費の抑制に努めながら、平成31年度の黒字化を目指します。

(3) 目標達成に向けた具体的な取組

① 主な収入増加・確保対策

ア. 7対1施設基準の維持

7対1看護配置による診療報酬を確保していくため、診療報酬改定等、国の医療政策に係る情報の収集・分析を的確に行い、当院の運営主体である7対1急性期病棟の施設基準を維持していきます。

イ. 地域包括ケア病棟の効果的な運営

前述のとおり、急性期経過後、他院に転院したり退院するまでには至っていない患者については、患者が安心して在宅等での療養が続けられるよう、担当医師が引き続き治療を続けるため、また、在宅等で容態が急変した場合に当院で入院していただくため、地域包括ケア病棟の開設に向けた準備を進めています。

急性期病棟から地域包括ケア病棟へ適切に転棟することにより、前述のとおり増収効果が見込まれますが、転棟していただく時機が病棟運営の重要なポイントとなります。

各傷病ごとに入院日数別の診療報酬点数の推移を分析し、地域包括ケア病棟の運営に係る基準を整備し、この基準をもとに的確な病床管理（ベッドコントロール）を行っていきます。

ウ. 患者数維持への取り組み

紹介患者の増加については、前述のとおり、地域の医療機関を往訪して関係強化を図るとともに、定期的を開催しているオープンカンファレンス（学術研究会）等を通じて、当院の治療内容等を地域の医療機関に紹介することにより、紹介患者の獲得に努めます。

また、患者やその家族に当院を選んでいただくためには広報活動が必要であり、市民公開講座、広報誌、ホームページ、地元ケーブルテレビ・FMラジオ等を活用し、当院の医療機能、医療設備等に関する情報を継続的に発信します。

エ. 医師の充実策

当院が提供する医療機能を充実するためには、医師を充足させることが不可欠です。

当院に関心を持って下さる医師に対しては、当院の要職者が直接お会いして当院の目指す医療や生活環境等を説明し、また、可能な限り医師の要望に応える等のきめ細やかな対応を取り、医師の確保に向けて引き続き最大限の努力をしていきます。

オ. 未収金の縮減

未収金の発生防止のため、高額療養費制度や生活保護法等の福祉制度の説明など、患者の状況に合わせて懇切丁寧な対応を行うとともに、未収金が発生した場合には、電話や文書等による催告により、早期の回収に努めます。

② 経費削減・抑制対策

ア. 人件費の適正化

費用の大部分を占める給与費については、同規模の公立病院と比較すると多い傾向が見られます。当院の給与水準は高くはなく、職員数が相対的に多いためです。

職員数が多いことで質が高く手厚い医療が提供できているので、同規模病院よりも高い診療単価を得ており、職員数を単に抑制して医療の質を落とすのではなく、病床数、施設基準等に適合した職員数を常に検討しながら、新設予定の地域包括ケア病棟等により医業収益を向上することで、収益と給与費のバランスを取っていきます。

イ. 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の採用促進

後発医薬品の採用は、患者の経済的負担の軽減とともに、当院の経費削減にも繋がります。

また、平成 26 年度の診療報酬改定により、DPC/PDPS（急性期入院医療を対象とする診断群分類に基づく 1 日あたり包括払い制度）に後発医薬品係数が設けられ、後発医薬品の使用割合が DPC/PDPS に基づく診療報酬において評価されることになりました。

国は、後発医薬品の使用割合 $\{ \text{後発医薬品の数量} \div (\text{後発医薬品のある先発医薬品の数量} + \text{後発医薬品の数量}) \}$ の目標値を 80% 以上としており、国の目標値が後発医薬品係数の評価上限に設定されることが予測されます。

当院における使用割合は、平成 27 年度以降、80% 以上となっており、今後も国の動向を注視しながら、使用割合 80% 以上を維持していきます。

ウ. 材料費の削減

引き続き S P D 事業者を活用し、期限切れや使用頻度の少ない医薬品や診療材料の合理的な管理を行い、採用品目数の見直しなど在庫量の適正化に努めます。

医療材料については、材料費削減に係る専門コンサルタントの協力を得て、取引業者との交渉で有利な条件を引き出し、材料費のさらなる抑制策を検討します。

エ. 委託契約の見直し

引き続き、現在の業務内容及び必要人員の増減等を定期的に精査し、委託内容の見直しを図ることで経費の削減に努めます。

オ. 計画的な高度医療機器等の整備

地域において必要な高度・先進医療等を提供する役割を継続的に担っていくためには、高度医療機器等の計画的な整備が必要です。

整備にあたっては、医療需要や費用対効果、耐用年数や将来の保守委託料等を十分に精査し、更新等が必要と判断された場合には、情報収集に努めて総合的により安価での整備を図ります。

(4) 収支計画

① 収益的収支

(単位:百万円、%)

年度		26年度 (実績)	27年度 (実績)	28年度 (見込)	29年度 (目標)	30年度 (目標)	31年度 (目標)	32年度 (目標)
区分								
収 入	1. 医 業 収 益 a	7,013	6,824	6,544	7,015	7,069	7,069	7,069
	(1) 入 院	4,997	4,770	4,571	4,945	4,999	4,999	4,999
	(2) 外 来	1,513	1,455	1,299	1,394	1,394	1,394	1,394
	(3) そ の 他	503	599	674	676	676	676	676
	うち 他 会 計 負 担 金	338	412	498	491	491	491	491
	2. 医 業 外 収 益	247	345	345	366	371	392	413
	(1) 他 会 計 負 担 金・補 助 金	159	268	278	285	291	315	338
	(2) 国 (県) 補 助 金	0	0	0	0	0	0	0
	(3) 長 期 前 受 金 戻 入	15	15	15	26	25	22	20
	(4) そ の 他	73	62	52	55	55	55	55
経 常 収 益 (A)	7,260	7,169	6,889	7,381	7,440	7,461	7,482	
支 出	1. 医 業 費 用 b	7,098	6,899	6,960	7,263	7,187	7,070	7,010
	(1) 職 員 給 与 費 c	4,023	3,945	4,044	4,272	4,165	4,119	4,047
	(2) 材 料 費	1,546	1,444	1,380	1,414	1,414	1,414	1,414
	(3) 経 費	1,019	976	994	1,019	1,019	1,019	1,019
	(4) 減 価 償 却 費	474	486	476	498	528	456	467
	(5) そ の 他	36	48	66	60	61	62	63
	2. 医 業 外 費 用	343	315	302	300	292	254	275
	(1) 支 払 利 息	54	50	45	44	42	41	39
	(2) そ の 他	289	265	257	256	250	213	236
	経 常 費 用 (B)	7,441	7,214	7,262	7,563	7,479	7,324	7,285
経 常 損 益 (A)-(B) (C)	▲ 181	▲ 45	▲ 373	▲ 182	▲ 39	137	197	
特 別 損 益	1. 特 別 利 益 (D)	1	400	402	200	0	0	0
	2. 特 別 損 失 (E)	2,346	11	13	9	9	9	9
	特 別 損 益 (D)-(E) (F)	▲ 2,345	389	389	191	▲ 9	▲ 9	▲ 9
純 損 益 (C)+(F)	▲ 2,526	344	16	9	▲ 48	128	188	
累 積 欠 損 金 (G)	1,692	1,347	1,331	1,322	1,370	1,242	1,054	
不 良 債 務	流 動 資 産 (ア)	2,227	2,712	2,608	2,855	3,050	3,109	3,210
	流 動 負 債 (イ)	1,360	1,409	1,157	1,231	1,259	1,194	1,300
	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 (オ) [(イ)-(エ)] - [(ア)-(ウ)]	▲ 867	▲ 1,303	▲ 1,451	▲ 1,624	▲ 1,791	▲ 1,915	▲ 1,910
経 常 収 支 比 率 $\frac{(A)}{(B)} \times 100$	97.6	99.4	94.9	97.6	99.5	101.9	102.7	
不 良 債 務 比 率 $\frac{(オ)}{a} \times 100$	▲ 12.4	▲ 19.1	▲ 22.2	▲ 23.2	▲ 25.3	▲ 27.1	▲ 27.0	
医 業 収 支 比 率 $\frac{a}{b} \times 100$	98.8	98.9	94.0	96.6	98.4	100.0	100.8	
職 員 給 与 費 対 医 業 収 益 比 率 $\frac{c}{a} \times 100$	57.4	57.8	61.8	60.9	58.9	58.3	57.2	
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)	▲ 867	▲ 1,303	▲ 1,451	▲ 1,624	▲ 1,791	▲ 1,915	▲ 1,910	
資 金 不 足 比 率 $\frac{(H)}{a} \times 100$	▲ 12.4	▲ 19.1	▲ 22.2	▲ 23.2	▲ 25.3	▲ 27.1	▲ 27.0	
病 床 利 用 率	71.7	77.3	75.5	83.6	84.8	84.8	84.8	

②資本的収支

(単位:百万円、%)

年度		26年度 (実績)	27年度 (実績)	28年度 (見込)	29年度 (目標)	30年度 (目標)	31年度 (目標)	32年度 (目標)
区分								
収	1. 企業債	165	251	322	216	200	250	330
	2. 他会計出資金	0	0	83	0	0	0	0
	3. 他会計負担金	0	0	0	0	0	0	0
	4. 他会計借入金	0	0	0	0	0	0	0
	5. 他会計補助金	0	0	0	0	0	0	0
	6. 国(県)補助金	0	0	0	0	0	0	0
	7. その他	1	0	0	0	0	0	0
	収入計 (a)	166	251	405	216	200	250	330
入	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	0	0
	前年度許可債で当年度借入分 (c)	0	0	0	0	0	0	0
	純計(a)-{(b)+(c)} (A)	166	251	405	216	200	250	330
支	1. 建設改良費	211	280	445	260	230	280	360
	2. 企業債償還金	374	435	392	401	372	378	348
	3. 他会計長期借入金返還金	0	0	0	0	0	0	0
	4. その他	1	1	3	2	1	1	1
	支出計 (B)	586	716	840	663	603	659	709
	差引不足額 (B)-(A) (C)	420	465	435	447	403	409	379
補 て ん 財 源	1. 損益勘定留保資金	420	465	435	447	403	409	379
	2. 利益剰余金処分量	0	0	0	0	0	0	0
	3. 繰越工事資金	0	0	0	0	0	0	0
	4. その他	0	0	0	0	0	0	0
	計 (D)	420	465	435	447	403	409	379
	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)	0	0	0	0	0	0	0
	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:百万円)

	26年度 (実績)	27年度 (実績)	28年度 (見込)	29年度 (目標)	30年度 (目標)	31年度 (目標)	32年度 (目標)
収益的収支	473	1,080	1,176	970	770	794	817
資本的収支	0	0	83	0	0	0	0
合計	473	1,080	1,259	970	770	794	817

(注) 資本的収支の繰入金額は合併特例債借入分である。

2 経営の効率化—公立みつぎ総合病院—

(1) 経営指標に係る数値目標

健全経営には「入」を図って「出」を抑える発想が不可欠となります。中でも「出」の中では人件費が占める分野が大きな影響を与えるため、留意する必要があります。当院でも、医師確保が困難になってから非常勤医師が増え、人件費の効率化を図ることがやや困難となっています。人件費については、地域包括ケアシステムを維持していくためには介護職員が多く、人件費が病院よりも約10%近く高くなっています。

しかし、一方では地域包括ケアシステム全体としては、経営面にとってプラスになる面をもっていると考えています。急性期から回復期、更に療養型、介護施設等の存在は、患者、特に高齢者にとっては必要なもので、これらの施設が存在するという事は、患者も家族も安心して療養を継続することが出来、安心の医療の世界を作り出しています。そういう意味では地域包括ケアシステムそのものが病院の信頼度を高めているといえます。

今後も地域医療の確保と地域包括ケアシステムの維持・継続を図り、併せて健全経営の継続を目指し、経営の効率化に向けた取り組みをします。経営の効率化に関する数値目標は以下の通りです。

1) 収支改善に係るもの

経常収支比率100%以上を目標とします。考え方については(2)経常収支比率に係る目標設定の考え方によります。医業収支比率については、医業収益では、回復期リハビリテーション病棟への転換による入院収益の増加を見込んでいますが、医業費用では、退職給付引当金や減価償却費の増加要因もあり、減少を見込んでいます。(表8)

表8 収支改善に係るもの

	26年度 (実績)	27年度 (実績)	28年度 (見込)	29年度 (目標)	30年度 (目標)	31年度 (目標)	32年度 (目標)
経常収支比率 (%)	99.7	100.1	100.2	100.2	100.1	100.1	100.0
医業収支比率 (%)	98.5	97.9	97.9	97.4	97.2	97.1	97.0

2) 経費削減に係るもの

経費で主に大きな割合を占める項目について、目標を設定します。

職員給与費対医業収益比率については、各年度により退職給付引当金等増加要因がありますが、概ね平成29年度の目標値を維持する見込みです。材料費対医業収益比率については、回復期リハビリテーション病棟への病床機能の転換により、材料費の減少を見込んでいます。また、減価償却費対医業収益比率については、電子カルテ等の更新により平成30年度から増加を見込んでいますが、建設改良工事や高額医療機器の購入については計画的に執行します。さらに、経費削減の一環として病院の院内照明器具のLED化による光熱

水費等減少を見込んでいます。(表 9)

表 9 経費削減に係るもの

	26年度 (実績)	27年度 (実績)	28年度 (見込)	29年度 (目標)	30年度 (目標)	31年度 (目標)	32年度 (目標)
職員給与費対医業収益比率(%) 病院のみ	65.5	66.6	67.0	67.4	67.0	67.3	67.1
職員給与費対医業収益比率(%) 病院事業全体	67.4	68.1	69.4	69.8	69.4	69.7	69.5
材料費対医業収益比率(%)	11.6	11.8	11.1	11.3	11.1	10.9	10.9
減価償却費対医業収益比率(%)	5.8	5.6	5.1	4.9	6.1	6.2	6.4
院内照明器具LED化による削減(千円)	0	0	0	5,000	6,000	6,000	6,000

3) 収入確保に係るもの

収入で主に大きな影響のある項目について、目標を設定しています。

回復期リハビリテーション病棟への病床機能の転換や医師確保に努め、入院患者数、外来患者数、病床利用率は、平成 29 年度の目標値を維持する見込み、平均在院日数は 21 日以内を見込み、診療報酬の加算では、看護職員夜間 16 対 1 配置加算 2 や医師事務作業補助体制加算 40 対 1 の加算を見込み、特別な療養環境の見直しでは室料差額の増加を見込みます。(表 10)

表 10 収入確保に係るもの

※平成 31 年度の入院延患者数及び外来延患者数は、その年が閏年のため 1 日分を考慮した人数です。

	26年度 (実績)	27年度 (実績)	28年度 (見込)	29年度 (目標)	30年度 (目標)	31年度 (目標)	32年度 (目標)
入院延患者数(人)	76,937	75,499	74,460	78,110	78,110	78,324	78,110
入院一日当り患者数(人)	210.8	206.3	204.0	214.0	214.0	214.0	214.0
外来延患者数(人)	142,160	140,782	141,510	143,916	143,916	144,453	143,916
外来一日当り患者数(人)	528.5	521.4	530.0	537.0	537.0	537.0	537.0
病床利用率(%)	87.8	86.0	85.0	89.2	89.2	89.2	89.2
平均在院日数(日)	19.3	19.0	21.0以内	21.0以内	21.0以内	21.0以内	21.0以内

看護職員夜間 16 対 1 配置加算 2	加算無し	加算無し	12 月～ 加算有	加算有	加算有	加算有	加算有
医師事務作業補助 体制加算 40 対 1	加算無し	加算無し	12 月～ 加算有	加算有	加算有	加算有	加算有
特別な療養環境の 見直し (千円)	-	-	8,000	9,600	9,600	9,600	9,600

4) 経営の安定性に係るもの

今後の経営の安定性に係る主な項目について、目標を設定しています。

建設改良工事や高額医療機器の購入に伴う企業債の借入を計画的に実施します。企業債償還利息対医業収支比率では若干減少（元金支払いでは増加）を見込み、企業債残高では、新たな企業債の借入の影響により増加を見込み、減価償却費では、建設改良工事等による固定資産の増加に伴う償却増を見込んでいます。企業債残高と減価償却費はそれぞれ相関性があるため、これらは建設改良事業等を視野に入れたものを計上しています。（表 11）

当院としては、建物や医療機器類については企業債を起すことが有利と考えた場合は借入をしていますが、医療機器類については可能な限り企業債借入をしない努力をしています。又、企業債の残高を一定額を越さないように留意し、更に、これに減価償却費が加わる為、これらの額が増大しない努力をしています。平成 29 年度は電子カルテ、平成 30 年度以降も医療機器類の更新があり、更に老健施設の改修（老朽化）もある為、これらの費用として企業債残高、減価償却費を見込んでいます。これまでの企業債残高と減価償却費の額を勘案して、これらが低額になる平成 29 年度、平成 30 年度以降にかけて踏み切ることになりました。

表 1 1 経営の安定性に係るもの

	26 年度 (実績)	27 年度 (実績)	28 年度 (見込)	29 年度 (目標)	30 年度 (目標)	31 年度 (目標)	32 年度 (目標)
企業債償還利息対 医業収支比率 (%)	0.8	0.7	0.7	0.6	0.6	0.5	0.5
企業債残高 (百万円)	1,775	1,678	1,613	1,760	1,841	1,854	1,841
減価償却費 (百万円)	346	331	305	300	378	383	395

(2) 経常収支比率に係る目標設定の考え方

当院は病院及び保健福祉総合施設等 9 施設の計 10 施設で運営しています。病院本体は全体収益の約 70%を占めていますが、引き続き医師不足により収益が減少しています。保健福祉総合施設等 9 施設は地域包括ケアを実施するためには不可欠なもので、これらの収益は、収益全体の約 30%で、今後も安定した収益を見込んでいます。

平成 26 年度においては、昭和 51 年度から 38 年間黒字決算を継続していましたが、39 年ぶりに、会計制度の変更や引き続き医師不足に伴い患者数が減少し、赤字決算となりました。しかしながら、平成 27 年度は繰入基準内で一般会計からの繰入金（病院の保健事業を勘案したものを含む）を増額したこともあって黒字決算となり、経常収支比率は 100.1% となりました。平成 28 年度見込みについては、さらなる繰入基準内での繰入金増額の継続や、平成 28 年度の収支状況に鑑み、100.2%を見込んでいます。

平成 29 年度以降の医業収益については、平成 29 年度当初予算時の医師数や患者数を維持するものとして設定しています。

平成 29 年度においては、電子カルテの繰延勘定償却（旧会計制度）終了等により経常収支比率 100.2%、平成 30 年度は電子カルテ更新等により減価償却費増加、また急性期一般病床の一部を回復期リハビリテーション病棟へ 16 床転換（平成 29 年度工事）することにより収益単価増加を見込んだ結果 100.1%を維持します。平成 31 年度からは、平成 31 年 10 月からの消費税率 10%へ増額、また、退職給付引当金への引当額増加などの、収益をもって充てることができない要因等を踏まえて、繰入基準内での一般会計からの繰入金の増額を見込み、また、再度の病床転換として急性期一般病床の一部を回復期リハビリテーション病棟へ 14 床転換（平成 30 年度工事）して、収益単価増加を見込んだ結果、経常収支比率 100.1%となり、経常黒字を見込んでいます。同様に平成 32 年度についても、回復期リハビリテーション病棟増床分の収益単価増や一般会計繰入金増額を見込み 100.0%の経常黒字を見込んでいます。

（3）目標達成に向けた具体的な取組

1）民間的経営手法の導入

① 人事考課の継続

人事考課制度は平成 16 年度から導入しており、医師については平成 18 年度からの導入です。賞与と昇給に反映させた人事考課制度を引き続き継続することにより、職員の意識、モチベーションを高めて人材育成につなげていきます。又、医療職、行政職、福祉職の適応をふまえた適切な運営を図り、健全経営に努めます。

2）事業規模・事業形態の見直し

① 新入院患者数の維持

これまでの入院患者数の経過と今後の周辺人口動態の変化を見込んで、新入院患者は毎月 225 人以上を確保します。

② 入院患者数に合わせた効率的な病棟運営

地域医療構想では、尾三保健医療圏域では急性期病床は減床する方向が示されています。当院では急性期病床を回復期リハビリテーション病床へ転換していく予定ですが、その経過措置として、平成 28 年 10 月から第 5 病棟を 30 床から 16 床に減

床したうえで、一時的に休床しています。

③ 回復期リハビリテーション機能の強化（病床機能の転換）

地域包括ケアシステムの一環で地域医療構想に沿った回復期リハビリテーション機能の強化が今後当院に求められる体制であり、急性期一般病床 30 床を回復期リハビリテーションへ病床機能の転換を図ります。今後は、平成 29 年度に 16 床、平成 30 年度以降で 14 床の転換を予定しています。

3) 経費削減・抑制対策

① 人件費の削減対策

ア 職種別給与体系の継続

当院は、医師、看護師、保健師、医療技術職、介護福祉士、事務職等多職種を配置しています。医業費用でも大きな割合を占める給与費の適正化を図るため、既に導入している医療職（1）（2）（3）、福祉職、行政職の 5 つの給料表の職種別給料体系の継続を図ります。

イ 常勤医師の確保

非常勤医師の対応では入院患者数の確保につながり難しく、また、非常勤医師の給与は常勤医師に比して高いことから、給与費抑制のためにも常勤医師の確保を図ります。

② 経費削減対策

ア 医療機器等購入における経費削減

医療機器等購入については、毎年度厳しく精査し優先順位の高いものから計画的に更新等しています。購入の際には、引き続き情報収集に努め、将来の保守費用等も検討し、総合的に安価な価格で購入します。

イ 委託業務内容の見直し

医業費用の経費の中でも大きな割合を占める委託料について、業務量等の増減や業務内容の見直し・変更などによる適正な価格を検討します。

ウ 光熱水費（電気料金）削減

経常的な費用で光熱水費の電気料金について、照明器具の LED 化を保健福祉総合施設を含め全施設を対象に検討します。病院単体では、「2 経営の効率化 2）経費削減に係るもの」で計画しています。

4) 収入増加・確保対策

① 診療収入確保項目

ア 一件一日当り診療収益

入院収益では、平成 30 年度に回復期リハビリテーション病棟 16 床増床による単価増の影響、平成 31 年度ではさらに 14 床増床し計 30 床の増床による単価増の影響

を見込んでいます。また、外来収益においては平成 29 年度の当初予算時の水準を維持します。(表 12)

表 1 2 一件一日当り診療収益

	26 年度 (実績)	27 年度 (実績)	28 年度 (見込)	29 年度 (目標)	30 年度 (目標)	31 年度 (目標)	32 年度 (目標)
入院収益 (円)	32,806	33,121	32,984	33,150	33,610	33,990	33,990
外来収益 (円)	8,735	8,506	8,197	8,260	8,260	8,260	8,260

※平成 29 年度以降は 10 円未満四捨五入

イ DPC/PDPS での増収対策

平成 21 年 7 月から導入した DPC/PDPS による算定方法においては、診療報酬点数に係る医療機関別係数の充実が重要となります。患者数の動向や患者の特性から施設基準の見直しを行い、医療機関別係数の増点を図り増収へと繋げていきます。また、コーディングの適正化に取り組み、医療の質の向上・効率的な経営を図ります。

ウ レセプト点検の充実及び請求漏れの対策の強化

診療報酬請求事務委託業者との連携強化を図り、効果的・効率的な診療報酬の請求事務を進めていきます。また、診療報酬改定への早期対応などに加え、診療報酬に関する研修会へ参加し専門知識の習得、向上に努めるとともに、返戻・査定に関する分析調査を実施し、請求漏れや査定減などの改善を図ります。

エ クリニカルパスの徹底

平成 27 年度のクリニカルパス件数は、胃ろう交換・胃ろう造設術、大腸ポリープ切除術、心臓カテーテル検査、P S G 検査、前立腺生検等で 409 件となっています。クリニカルパスの適応件数の増加を図り、医療の効率化を更に徹底して継続し、診療収入の適正化に努めます。

オ 未収対策の強化

初期段階の未納者対策を強化し、電話督促や訪問徴収などを継続的に行い、未収金の減少に努めます。また、平成 21 年 5 月からはクレジットカード払いを導入しています。

② 医師確保対策

大学医局、広島県のふるさとドクターネット、全国国民健康保険診療施設協議会、全国自治体病院協議会等関係機関及び医師個人のネットワーク、紹介会社、ホームページ等により医師の確保を図ります。また、医師臨床研修医の募集についても積極的に説明会等に参加し確保に努めます。

(4) 収支計画

【公立みつぎ総合病院】

① 収益的収支

(単位: 百万円、%)

年度 区分		26年度	27年度	28年度	29年度	30年度	31年度	32年度
		(実績)	(実績)	(見込)	(目標)	(目標)	(目標)	(目標)
収 入	1. 医 業 収 益 a	5,971	5,940	5,989	6,135	6,170	6,217	6,201
	(1) 入 院	2,524	2,501	2,456	2,589	2,625	2,662	2,655
	(2) 外 来	1,242	1,197	1,160	1,189	1,189	1,193	1,189
	(3) そ の 他	2,205	2,242	2,373	2,357	2,356	2,362	2,357
	うち 他 会 計 負 担 金	303	338	450	443	442	443	443
	2. 医 業 外 収 益	293	358	358	366	363	379	396
	(1) 他 会 計 負 担 金・補 助 金	164	265	265	270	270	288	306
	(2) 国 (県) 補 助 金	1	0	0	0	0	0	0
	(3) 長 期 前 受 金 戻 入	57	56	55	48	45	43	42
	(4) そ の 他	71	37	38	48	48	48	48
経 常 収 益 (A)	6,264	6,298	6,347	6,501	6,533	6,596	6,597	
支 出	1. 医 業 費 用 b	6,062	6,066	6,117	6,300	6,348	6,401	6,390
	(1) 職 員 給 与 費 c	4,025	4,048	4,158	4,283	4,284	4,333	4,312
	(2) 材 料 費	702	689	663	694	683	679	677
	(3) 経 費	968	978	969	1,000	980	982	982
	(4) 減 価 償 却 費	346	331	305	300	378	383	395
	(5) そ の 他	21	20	22	23	23	24	24
	2. 医 業 外 費 用	224	223	216	185	179	190	206
	(1) 支 払 利 息	45	42	39	36	34	32	30
	(2) そ の 他	179	181	177	149	145	158	176
	経 常 費 用 (B)	6,286	6,289	6,333	6,485	6,527	6,591	6,596
経 常 損 益 (A)-(B) (C)	▲ 22	9	14	16	6	5	1	
特 別 損 益	1. 特 別 利 益 (D)	0	0	0	0	0	0	0
	2. 特 別 損 失 (E)	2,100	1	52	4	4	4	4
	特 別 損 益 (D)-(E) (F)	▲ 2,100	▲ 1	▲ 52	▲ 4	▲ 4	▲ 4	▲ 4
純 損 益 (C)+(F)	▲ 2,122	8	▲ 38	12	2	1	▲ 3	
累 積 欠 損 金 (G)	262	157	195	183	181	180	183	
不 良 債 務	流 動 資 産 (ア)	2,502	2,569	2,707	2,696	2,740	2,746	2,848
	流 動 負 債 (イ)	799	800	835	827	1,064	981	893
	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 (オ) [(イ)-(エ)] - [(ア)-(ウ)]	▲ 1,703	▲ 1,769	▲ 1,872	▲ 1,869	▲ 1,676	▲ 1,765	▲ 1,955	
経 常 収 支 比 率 $\frac{(A)}{(B)} \times 100$	99.7	100.1	100.2	100.2	100.1	100.1	100.0	
不 良 債 務 比 率 $\frac{(オ)}{a} \times 100$	▲ 28.5	▲ 29.8	▲ 31.3	▲ 30.5	▲ 27.2	▲ 28.4	▲ 31.5	
医 業 収 支 比 率 $\frac{a}{b} \times 100$	98.5	97.9	97.9	97.4	97.2	97.1	97.0	
職 員 給 与 費 対 医 業 収 益 比 率 $\frac{c}{a} \times 100$	67.4	68.1	69.4	69.8	69.4	69.7	69.5	
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)	▲ 1,703	▲ 1,769	▲ 1,872	▲ 1,869	▲ 1,676	▲ 1,765	▲ 1,955	
資 金 不 足 比 率 $\frac{(H)}{a} \times 100$	▲ 28.5	▲ 29.8	▲ 31.3	▲ 30.5	▲ 27.2	▲ 28.4	▲ 31.5	
病 床 利 用 率	87.8	86.0	85.0	89.2	89.2	89.2	89.2	

②資本的収支

(単位:百万円、%)

区分		年度						
		26年度 (実績)	27年度 (実績)	28年度 (見込)	29年度 (目標)	30年度 (目標)	31年度 (目標)	32年度 (目標)
収 入	1. 企業債	0	0	35	257	240	160	142
	2. 他会計出資金	0	0	0	0	0	0	0
	3. 他会計負担金	0	0	35	257	240	136	73
	4. 他会計借入金	0	0	0	0	0	0	0
	5. 他会計補助金	0	3	3	3	0	3	3
	6. 国(県)補助金	0	0	0	0	0	0	0
	7. その他	0	0	0	0	0	0	0
	収入計 (a)	0	3	73	517	480	299	218
	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	0	0
	前年度許可債で当年度借入分 (c)	0	0	0	0	0	0	0
純計(a)-{(b)+(c)} (A)	0	3	73	517	480	299	218	
支 出	1. 建設改良費	88	124	187	681	610	486	311
	2. 企業債償還金	142	97	100	109	160	147	154
	3. 他会計長期借入金返還金	0	0	0	0	0	0	0
	4. その他	0	1	1	2	1	1	1
	支出計 (B)	230	222	288	792	771	634	466
差引不足額 (B)-(A) (C)		230	219	215	275	291	335	248
補 て ん 財 源	1. 損益勘定留保資金	210	212	215	275	291	335	248
	2. 利益剰余金処分量	0	0	0	0	0	0	0
	3. 繰越工事資金	0	0	0	0	0	0	0
	4. その他	20	7	0	0	0	0	0
計 (D)	230	219	215	275	291	335	248	
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)		0	0	0	0	0	0	0
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:百万円)

	26年度 (実績)	27年度 (実績)	28年度 (見込)	29年度 (目標)	30年度 (目標)	31年度 (目標)	32年度 (目標)
収益的収支	(147) 467	(143) 603	(144) 715	(144) 713	(144) 712	(144) 731	(144) 749
資本的収支	(0) 0	(3) 3	(3) 38	(3) 260	(0) 240	(3) 139	(3) 76
合計	(147) 467	(146) 606	(147) 753	(147) 973	(144) 952	(147) 870	(147) 825

(注)

1 ()内はうち繰入基準項目以外の繰入金額、当院の場合は国民健康保険事業、御調保健福祉センター保健師等件費や尾道市北部地域包括センター運営費等事業にかかるものである。

2 資本的収支の繰入金額の内、他会計負担金部分は過疎対策事業債借入分である。

おわりに

当院は、40年前に在宅ケアの質を高めて寝たきりをなくす活動を開始し、医療の面だけでなく、介護や健康予防事業までを含む広範な活動を通して一歩ずつ「地域包括ケアシステム」の構築と充実に努めてきました。地域医療構想で求められるこの二次医療圏域における当院の公立病院としての医療機能にかかわる経営改善に努めるとともに、介護や在宅ケア、住民参加を含む広範な地域連携の機能を今後も発揮していくために、「地域包括ケアシステム」を我が国で初めて構築してきた当院として、ここに公立病院改革プランを新たに策定し、さらなる発展と、病院の健全経営に努力してまいります。

V. 再編・ネットワーク化

尾道市では、急性期病院と回復期・慢性期病床を有する病院、病院と診療所の連携が円滑に行われています。

尾道市立市民病院は、厚生連尾道総合病院とともに地域医療支援病院として、地域の医療機関との連携を担っています。また、ともに市立病院の公立みつぎ総合病院とは、相互に患者を紹介する等の連携を図っています。

公立病院間の再編事例も散見されますが、尾道市立市民病院は急性期医療の提供、公立みつぎ総合病院は急性期医療だけでなく、回復期から維持期、更に慢性期の医療、加えて予防を含めた健康づくり等の保健活動、在宅医療、医療後の介護、更に施設サービスまでを幅広く提供しています。

また、尾道市立市民病院は向島以南の医療も担い、公立みつぎ総合病院は世羅町等の中山間地域の医療も担うなど、双方が異なる広域診療圏の患者を受け入れていることや、前述のとおり病院機能も違うことから、距離の離れた両病院が再編することは現実的ではありません。ただし、医師採用難や患者減少等の厳しい経営環境を鑑み、地域の医療機関との機能分化と連携を強化する必要性が生じてくることも考えられます。

地域医療構想は、公立病院だけでなく、公的病院、民間病院を含め、地域の医療提供体制の目指すべき姿を示すものであり、地域医療構想を踏まえた二次医療圏域の動向に留意しながら、必要に応じて地域の病院等とのネットワークについて検討します。

VI. 経営形態の見直し

公立病院の経営形態には①地方公営企業法の一部適用（財務規程の適用）、②同法の全部適用（人事、予算等を含めた権限の付与）、③地方独立行政法人があり、その他に④指定管理者制度、⑤民間譲渡の選択肢もあります。④と⑤は前3者の経営形態では継続が難しい場合の選択肢であり、尾道市病院事業局には当てはまりません。

尾道市立市民病院、公立みつぎ総合病院とも地方公営企業法の全部適用ですが、両病院は2病院を総合して管理する病院事業管理者が担当部署とともに経営管理に当たっています。

現経営形態で運営に当たっての支障がないことから、多大な費用等をかけてまで地方独立行政法人化を検討する段階ではないと考えております。

したがって、当面は現経営形態を継続し、将来、必要性が生じた際に改めて経営形態を再検討することとします。

VII. 新改革プランの実施状況の点検・評価・公表

新改革プランの実施状況の策定、点検及び評価については、外部委員で構成する評価委員会を設置し、毎年度決算数値が確定次第、年度ごとに新改革プランの進捗状況等について、点検・評価を行います。

評価内容等については、広報おのみち・ホームページ等を通じて公表することとします。