

蕪崎市国民健康保険蕪崎市立病院 新改革プラン

平成 29 年 3 月
蕪崎市

第1章	はじめに	4
1.	韮崎市立病院の概要	4
2.	市立病院の診療体制	5
3.	公立病院改革プラン策定の趣旨	5
第2章	市立病院の現状と課題	7
1.	外部環境の状況（診療圏の状況）	7
	（1）国の医療政策との整合性	7
	（2）山梨県の状況について	7
	（3）診療圏の概況	7
	（4）診療圏における今後の医療需要	8
	（5）地域における医療資源の状況	9
	（6）救急医療の状況	10
2.	内部環境の状況（市立病院の状況）	10
	（1）経営状況の概況	10
	（2）時系列比較	13
	（3）他病院（黒字病院）との比較	14
3.	経営課題の抽出	16
	（1）医師および看護師の人員確保・離職防止対策	16
	（2）病床機能の見直し	16
	（3）経費節減への取り組み	17
第3章	公立病院改革プランの策定	18
1.	本プランの対象期間	18
2.	地域医療構想を踏まえた役割の明確化	18
	（1）地域医療構想を踏まえた市立病院の果たすべき役割	19
	（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	21
	（3）一般会計負担の考え方	21
	（4）医療機能等指標に係る数値目標	25
	（5）住民の理解	25
3.	経営の効率化	25
	（1）経営指標に係る数値目標の設定	25
	（2）経常収支比率に係る目標設定の考え方	26
	（3）目標達成に向けた具体的な取り組み	27
	（4）平成32年度までの収支計画	33
4.	再編・ネットワーク化	35
5.	経営形態の見直し	35
6.	改革プランの点検・評価および公表	36

第1章 はじめに

1. 蕪崎市立病院の概要

蕪崎市立病院（以下「市立病院」という。）は、昭和23年2月に旧蕪崎町、穂坂村、藤井村、清哲村、神山村、旭村、大草村、竜岡村の1町7ヶ村が設置した「国民健康保険直営峡北組合病院」がその始まりです。開設当初の診療科目は内科、外科、産婦人科、職員数は20名、病床数は26床でした。昭和29年10月、1町10ヶ村の町村合併による蕪崎市の誕生と同時に、既存の全施設等を継承し「蕪崎市国民健康保険直営蕪崎市立病院」と改称（昭和35年9月、現在の「蕪崎市国民健康保険蕪崎市立病院」に改称）して、名実ともに峡北地域の中核病院として位置付けられました。

医局の体制は、開設時は名古屋大学医学部、昭和40年からは日本大学医学部、そして平成5年からは現在の山梨大学医学部より医師を招聘し医局の陣容を整え、整形外科を開設、また、市民から設置について強い要望があった小児科・眼科・脳神経外科、泌尿器科を順次開設してまいりました。

施設面では、開設以来増改築を繰り返してきた管理棟及び病棟の老朽化が進行したため昭和46年に診療管理棟を、昭和56年には病棟をそれぞれ鉄筋コンクリート造で近代的施設に改築、平成6年管理棟を、さらに平成15年に新サービス棟、平成16年に診療棟、平成17年にはMRI棟を改築、平成22年から平成23年にかけて病棟改修、平成24年に外壁等の改修を行い現在に至っています。

医療機器、検査機器等については、多目的デジタルX線テレビシステム、自動分析装置や64列のマルチスライスCT・眼科用CT及び・1.5テスラのMRIなどの高度医療機器の導入を図るほか、山梨大学との間に医療情報ネットワークを構築しており、より充実した質の高い医療を提供しています。また、平成28年度にはオーダーリングシステムの更新に併せ、電子カルテを導入し、患者情報の一元化による医療業務の改善と診療・会計時の患者待ち時間の短縮など患者サービスの向上を図ってきたところであります。

そのほか、救急告示病院、HIV拠点病院、地域災害拠点病院、SARS初期診療医療機関、新型インフルエンザ初期外来診療医療機関、同入院協力医療機関などの指定を受け、公立病院としてその責務を担っています。

以上のように、開設以来60有余年、幾多の変遷を経てきた中で、常に市民・地域住民が適切で安心した医療が受けられるよう、より質の高い医療サービスの向上を目指し、職員一丸となって鋭意努めているところであります。

また市立病院では、病院理念及び基本方針を以下のとおり定め、地域住民のニーズに応えるべく努力をしております。

《病院理念》

地域に愛され信頼される病院をつくろう

《基本方針》

1. 患者さんの権利を尊重し、理解と納得に基づいた医療を行います。
2. 安全な医療を行います。
3. 地域の基幹病院として、高度で良質な医療を行います。
4. 他の医療機関と連携を強め、地域医療の向上に貢献します。
5. 公共性と経済性を考慮し、健全な病院経営に努めます。

2. 市立病院の診療体制

市立病院の診療体制は、以下のとおりとなっています。

所在地	山梨県韮崎市本町三丁目5番3号
診療科目	内科、外科、小児科、整形外科、眼科、泌尿器科、脳神経外科、放射線科、 リハビリテーション科 【休診の診療科】 呼吸器科、耳鼻咽喉科、婦人科、産科、皮膚科、麻酔科
病床数	175床（一般病床141床、医療療養病床18床、介護療養病床16床）
常勤職員数 (平成29年3月31日現在)	医師14名(65名)、看護師68名(17名)、准看護師13名(5名)、看護補助者 1名(21名)、その他医療職21名(7名)、事務職員9名(13名)、 計126名(128名) 合計254名 ()は非常勤職員・臨時職員で外数

3. 公立病院改革プラン策定の趣旨

平成27年3月の総務省通知により策定された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。)は、前ガイドラインの考え方を踏襲し、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、その中で公立病院が安定した経営の下でへき地医療・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を目的として整理されています。

このため、当市が作成する新公立病院改革プランは、地域で求められる役割を果たし、医師をはじめとする医療スタッフを適切に配置し、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なければなり

ません。

また新公立病院改革プランと山梨県が作成する地域医療構想は、地域において必要な医療提供体制の確保を図るという目的は共通しており、その検討も重なり合うこととなります。したがって、新たな公立病院改革プランは、医療法に基づく地域医療構想の検討及びこれに基づく取り組みと整合的に行われる必要があるとされています。

このような趣旨を踏まえ、市立病院が公立病院として地域において果たすべき役割を明確にし、地域の中核病院として市民へ継続して良質な医療サービスを提供していくために、具体的に行動する指針として策定したものが「韮崎市国民健康保険韮崎市立病院新改革プラン（以下「新改革プラン」という。）」です。

第2章 市立病院の現状と課題

この章では、市立病院の置かれている現状について外部環境（地域住民の医療需要等の病院外の要因）と内部環境（市立病院が有する医療資源や財政状況等の病院内の要因）の両面から分析し、市立病院が抱えている問題点や課題を整理しました。

1. 外部環境の状況（診療圏の状況）

（1）国の医療政策との整合性

わが国では平成 37 年度まで GDP を超える伸び率で社会保障給付費が増加すると予想されています。著しい社会保障給付費の伸びに対し、医療制度維持の観点から、医療の効率化や合理化の必要性が叫ばれています。

平成 25 年の「社会保障制度改革国民会議 報告書」では、「病院・施設から地域・在宅へ」「医療から介護へ」というメッセージが地域包括ケアシステムの推進とともに主張されました。現在の医療政策はこの方針に基づき進められています。

また一方で、国は病床を「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」の4つの区分に分類し、入院医療の機能分化と連携を進めていくことを示しています。

市立病院は平成 28 年の病床機能報告において、6 年後（平成 34 年度）の医療機能として現在の3つの一般病棟のうち1棟を回復期へ転換予定、療養病棟は現在と同様の慢性期として報告しています。

（2）山梨県の状況について

山梨県における平成 26 年時点の病床数は、8,368 床です（精神病床等除く）。一方で、平成 26 年の病床機能報告をもとに行われた試算では、平成 37 年の必要病床数を 6,909 床と推計しており、1,459 床が削減可能という結果が示されています。上記の4区分の病床機能のうち、不足が見込まれているのは回復期病床のみで、1,638 床不足する試算となっています。

また、病床が削減されることにより、在宅医療を必要とする患者数は1,600 人程度増加すると試算されています。

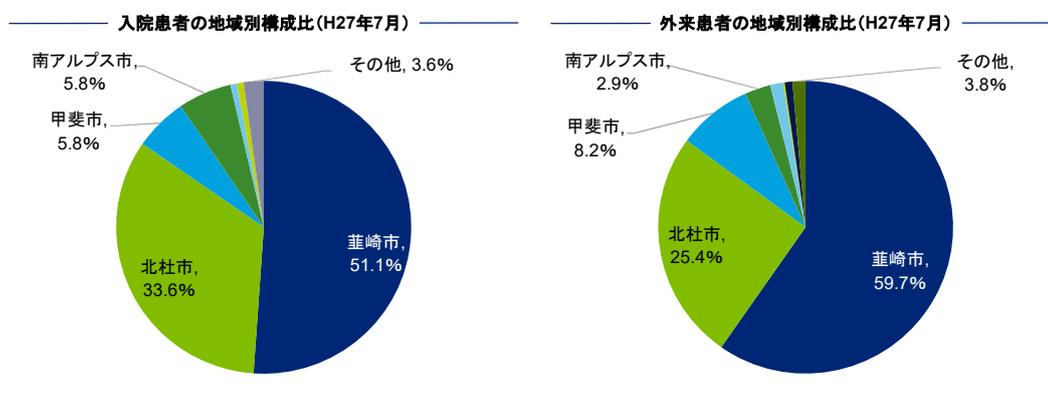
今後入院医療の機能分化を進めていくにあたっては、在宅医療の充実と、各医療機関での回復期病床への転換が必要となることが推測されます。

（3）診療圏の概況

市立病院は韮崎市の東部、甲斐市との市境に立地しています。

平成 27 年度における市立病院の患者は次のとおりとなっており、入院・外来患者ともに韮崎市民の割合が5割を超えています。次に多いのが北杜市民で、この二

市だけで入院・外来患者ともに8割以上を占めています。そのため、市立病院の主要な診療圏は韮崎市および北杜市として考えることができます。



出所：当院患者数資料

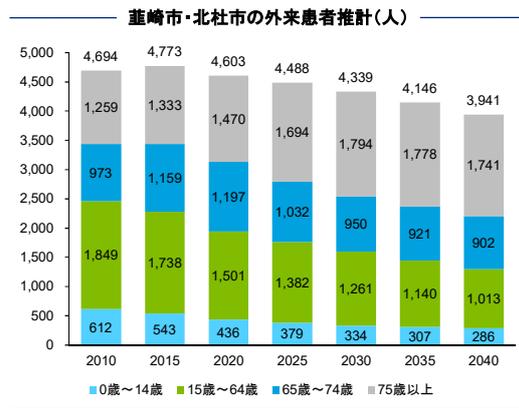
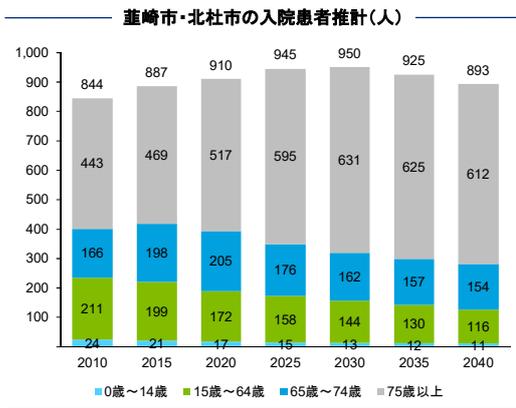
(4) 診療圏における今後の医療需要

市立病院の診療圏と考えられる韮崎市および北杜市の将来人口は、今後減少の一途となり、平成37年には7万人弱と推計されます。その後も減少し続け、今から25年後には6万人を切ると想定されます。既に減少は始まっており、平成28年10月1日の人口は78,239人と8万人を切るまでになっています。

一方、人口構成としては高齢者が増加するため、65歳以上人口が占める高齢化比率は平成27年度では韮崎市26.3%、北杜市34.6%、平成37年にはそれぞれ32.6%、42.6%になると推計されています。

山梨県全体では、平成25年度の高齢化率が25.7%、平成37年度の高齢化率が32.5%と推計されています。市立病院の診療圏全体として見ると高齢化率は県全体よりも高く推移するため、今後の医療需要は一層高まることが予想されます。

市立病院の主要な診療圏と考えられる韮崎市および北杜市の将来人口推計に「受療率(10万人対)」を乗じて推計した将来患者数は次のとおりです。北杜市内の2つの公立病院における医療体制の充実が図られていることで、市立病院の地域別構成比は次第に変化し、韮崎市民の占める割合が増加していくものの、入院患者及び外来患者ともに、今後は減少に転じていくことが予想されます。



出所：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(平成25年3月推計)」および厚生労働省「平成23年(2011)患者調査の概況下巻第16表 受療率(人口10万対)」より作成

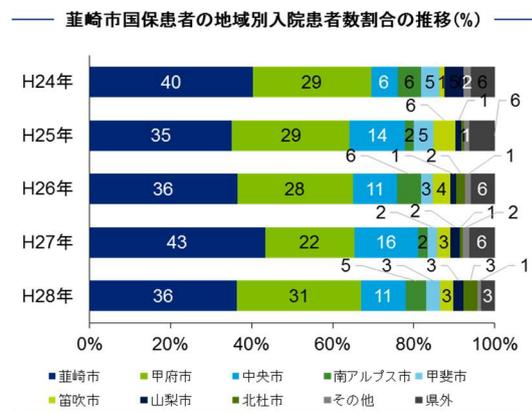
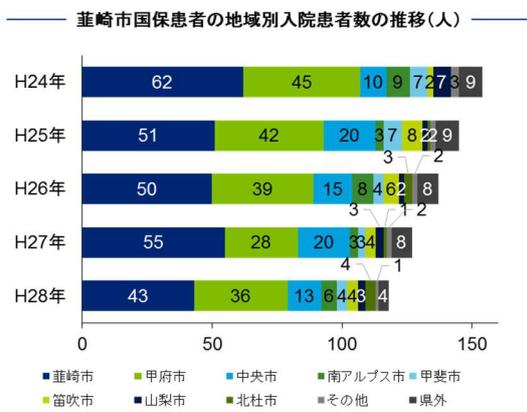
こうしたことから、市立病院に求められる機能も将来的には変化していくことが予想され、地域のニーズにどのように対応していくかが今後の課題として考えられます。

(5) 地域における医療資源の状況

市立病院が所在する峡北地域(蕪崎市、北杜市)には市立病院を含め、一般病院が6施設(精神科病院を除く)ある一方、医療施設に従事する医師数は人口10万人対で132.7人となっており、県平均の248.0人を大きく下回っています。

また、蕪崎市国民健康保険に加入する入院患者のうち、毎年6割程度が甲府市をはじめとする市外で入院治療を行っています。

甲府を中心とする都市部に医療資源が集中している一方、限られた医療資源の中で、これまで市立病院が担ってきた峡北地域における地域医療の中核病院として役割については、今後の患者動態により蕪崎市内の住民へより偏在した形に変化していく可能性が考えられます。



出所：蕪崎市国民健康保険レセプトデータ(各年5月)より作成

(6) 救急医療の状況

救急医療体制を見てみると、市立病院が所在する峡北地域では、1次救急医療は在宅当番医制で対応しており、2次救急医療は市立病院、葦崎相互病院、北杜市立甲陽病院、北杜市立塩川病院の4病院による病院群輪番制で対応しています。

輪番制の中で市立病院が果たす役割は大きく、週6日を当番日として受け持っています。3次救急医療機関については、県立中央病院救急救命センター及び山梨大学医学部附属病院が対応しています。

平成27年の峡北広域行政事務組合消防年報（葦崎市、北杜市、甲斐市の一部）を見てみますと、平成27年中に峡北広域行政の管内で搬送された人員は4,120人でした。このうち5割の2,171人が管内の医療機関へ搬送されています。市立病院へは管内医療機関搬送のうち約44%に当たる950人が搬送されており、管内管外の医療機関の中で最も多くの救急搬送を受け入れています。

こうしたことから、市立病院が峡北地域において救急医療の中核病院としての責務を果たしていることが分かります。

2. 内部環境の状況（市立病院の状況）

(1) 経営状況の概況

市立病院における平成25年度から平成27年度までの損益計算書は次のとおりとなっています。平成24年度には経常収支比率が100%を超えており、平成24年度の医業利益は19,888千円、経常利益は60,824千円となっていましたが、平成25年度からは減益に転じ、14,153千円の医業損失となりました。平成26年度では84,190千円の医業損失、平成27年度は274,453千円と三期連続しての医業損失を計上しています。

経常損益についても、平成27年度は188,631千円の経常損失となりました。

【比較損益計算書】

【単位：千円】

	H24	H25	② H26	① H27	①－② 増減
医業収益	2,293,249	2,201,864	2,142,224	2,158,041	15,817
入院診療収益	1,506,664	1,403,875	1,353,140	1,364,893	11,753
外来診療収益	657,768	663,547	649,327	648,997	-330
他会計負担金	73,013	81,525	85,229	91,681	6,452
室料差額	14,664	13,434	11,756	13,719	1,963
その他の医業収益	41,140	39,483	42,772	38,750	-4,022
医業費用	2,273,361	2,216,017	2,226,414	2,432,493	206,079
材料費	453,937	447,205	434,540	422,476	-12,064
(対医業収益比率)	19.8%	20.3%	20.3%	19.6%	
給与費	1,253,367	1,201,530	1,254,877	1,355,949	101,072
(対医業収益比率)	54.7%	54.6%	58.6%	62.8%	
委託費	185,878	196,732	196,580	292,166	95,586
(対医業収益比率)	8.1%	8.9%	9.2%	13.5%	
その他経費等	230,941	209,946	179,100	198,102	19,002
(対医業収益比率)	10.1%	9.5%	8.4%	9.2%	
減価償却費	149,238	160,604	161,317	163,800	2,483
(対医業収益比率)	6.5%	7.3%	7.5%	7.6%	
医業損益	19,888	-14,153	-84,190	-274,453	-190,263
医業収支比率	100.9%	99.4%	96.2%	88.7%	
医業外収益	127,033	134,329	284,211	173,875	-110,336
他会計負担金	35,314	35,219	31,509	54,715	23,206
その他	91,719	99,110	252,702	119,160	-133,542
医業外費用	86,097	94,355	174,378	88,053	-86,325
経常損益	60,824	25,821	13,171	-188,631	-201,802
経常収支比率	102.6%	101.1%	101.1%	92.5%	

平成24年度から平成27年度までの主な経営指標の推移、および蕪崎市立と同種同規模で医業収支比率が100%を超えている公立11病院の平均値（注参照）との比較は次のとおりとなっています。

【各種経営指標】

	H24	H25	H26	H27	当院H27 100床換算	比較病院 (黒字) H26 ケアミックス 100床換算	比較病院 (黒字) H26 一般のみ 100床換算
収支関連指標							
医業収益（千円）	2,293,249	2,201,864	2,142,224	2,158,041	1,233,166	1,196,941	1,950,039
医業損益（千円）	19,888	-14,153	-84,190	-274,453	-156,830	115,350	93,638
医業収支比率	100.9%	99.4%	96.2%	88.7%	88.7%	102.5%	103.6%
経常損益（千円）	60,824	25,821	13,171	-188,631	-107,789	81,752	81,861
経常収支比率	102.6%	101.1%	101.1%	92.5%	92.5%	106.6%	93.1%
収益関連指標							
入院診療収益（千円）	1,506,664	1,403,875	1,353,140	1,364,893	779,939	799,820	1,092,006
延入院患者数	53,020	49,077	46,860	48,716	27,838	28,594	28,645
患者1人1日当たり入院診療収入	28,417	28,606	28,876	28,017	28,017	27,748	34,513
病床利用率	83.0%	76.8%	73.4%	76.1%	76.1%	78.3%	78.5%
うち療養病床利用率	87.5%	86.0%	86.4%	92.9%	92.9%	-	-
外来診療収益（千円）	657,768	663,547	649,327	648,997	370,856	335,654	564,699
延外来患者数	79,811	78,522	75,617	76,408	43,662	41,336	69,467
患者1人1日当たり外来診療収入	8,242	8,450	8,587	8,494	8,494	7,934	10,020
費用関連指標							
材料費（千円）	453,937	447,205	434,540	422,476	241,415	166,287	280,807
材料費対医業収益比率	19.8%	20.3%	20.3%	19.6%	19.6%	13.2%	17.6%
薬品費（千円）	240,019	247,406	234,423	226,065	129,180	81,658	194,781
薬品費対医業収益比率	10.5%	11.2%	10.9%	10.5%	10.5%	6.8%	10.0%
投薬薬品使用効率	125.5%	113.4%	124.5%	116.6%	116.6%	82.5%	127.4%
注射薬品使用効率	128.2%	122.6%	127.1%	128.5%	128.5%	105.2%	103.4%
給与費（千円）	1,253,367	1,201,530	1,254,877	1,355,949	774,828	675,032	863,219
病床100床当たり職員数							
医師数	8.6	8.0	7.4	7.4	7.4	7.9	13.4
看護部門	63.4	62.3	66.3	65.7	65.7	60.9	82.9
職員給与対医業収益比率	54.7%	54.6%	58.6%	62.8%	62.8%	57.2%	49.9%
委託費（千円）	185,878	196,732	196,580	292,166	166,952	109,054	149,469
委託費対医業収益比率	8.1%	8.9%	9.2%	13.5%	13.5%	9.3%	8.9%
減価償却費（千円）	149,238	160,604	161,317	163,800	93,600	82,881	114,304
減価償却費対医業収益比率	6.5%	7.3%	7.5%	7.6%	7.6%	7.0%	6.8%
その他							
患者紹介率	15.7%	19.0%	19.8%	20.2%	20.2%	15.7%	19.9%
平均在院日数（一般）	17.4	18.9	17.8	17.1	17.1	31.2	15.4
年間延手術件数	673	627	588	497	284	133	510

（注）：比較病院として用いた病院は、以下の基準に合致した病院を平成26年度の地方公営企業年鑑（資料の公表のタイミングにより比較病院の数値は平成26年度の数値となっている）より抽出してその平均値を算出している。

【抽出基準】

- ✓ 指定管理者制度を導入していない病院
- ✓ 100床から200床の病院
- ✓ 医業収支比率が100%以上である病院
- ✓ ケアミックスについては一般病床≧療養病床である病院、一般のみについては療養病床を持たない病院

(2) 時系列比較

① 全体概要

平成 24 年度においては医業利益が 19,888 千円となっていました。平成 25 年度の医業損失 14,153 千円、平成 26 年度 84,190 千円、平成 27 年度 274,453 千円と、平成 25 年度以降は医業損失が増大しています。経常損益についても、平成 27 年度には 188,631 千円の経常損失となっており、経常収支比率は 93%まで低下しました。

② 入院収益

平成 27 年度の入院収益は前年度よりわずかに増加しましたが、平成 24 年度以降で見ると減少傾向が続いています。理由としては、主に病床稼働率の低下があげられます。とりわけ一般病棟での落ち込みが影響し、平成 27 年度では稼働率が 72.9%まで低下しています。入院延患者数として見た場合、平成 24 年度の 53,020 人から、平成 27 年度は 48,716 人へと 4,304 人減少しています。

一方、療養病棟の稼働率は 80%後半を維持しており、平成 27 年度には 92.9%まで上昇しました。

患者 1 人 1 日当たり入院診療収益も低下していますが、これは単価の低い療養病棟の入院患者数の比率が高まったことによる患者構成変化の要因が大きいものと考えられます。

③ 外来収益

平成 27 年度の外来収益は前年度から二期連続での減少となりました。平成 24 年度と比較した場合、8,771 千円 (1.3%) の減少となっています。

年間延患者数も対平成 24 年度比で 3,403 人の減少となっています。一方、患者 1 人 1 日当たり外来診療収益は微増となっています。

④ 医業費用

医業費用の中で最も大きな割合を占める給与費について見てみると、平成 24 年度は 1,253,367 千円、平成 25 年度は 1,201,530 千円、平成 26 年度は 1,254,877 千円とほぼ同水準であります。平成 27 年度は 1,355,949 千円と一時的に増加しておりますが、その要因は、臨時的な要因である退職給付費増加と、施設基準を維持するために当該年度中に予想される産育休取得職員を補完した看護職員の給与費の増加、及び患者ニーズに応えた専門外来の開設と医師負担を軽減するための当直医師の増員による非常勤医師報酬の増加によるものです。

次に、医業費用の中で人件費に次いで占める割合の高い材料費について見て

みると、平成 24 年度の 453,937 千円に対し、平成 27 年度には 422,476 千円と、減少が続いています。前改革プランより進めている材料費削減の成果が現れていると考えられます。

平成 27 年度に大きく増加したのは、委託費です。平成 26 年度と比較して、95,586 千円の増加となっています。これは電子カルテ導入・オーダリングシステムの更新によるものが主要因です。

(3) 他病院（黒字病院）との比較

① 収益面での比較

病床 100 床当たりの入院収益を比較してみると、市立病院の 779,939 千円に対しケアミックスの比較病院では 799,820 千円となっており、20,000 千円の差が生じています。

これは、患者 1 人 1 日当たり入院診療収入はケアミックスの比較病院よりわずかに高いものの、延入院患者数が比較病院を 100 床当たり年間 756 人下回っていることによるものです。病床利用率も市立病院が 76.1%であるのに対して比較病院はケアミックス型で 78.3%、一般病床のみの病院で 78.5%と 2%以上の差が出ています。

一方、一般病床のみの比較病院では、入院収益は 1,092,006 千円と市立病院よりも 312,067 千円高く、患者 1 人 1 日当たり入院診療収入では 34,513 円と市立病院よりも 6,496 円高くなっています。

以上、入院収益から見た場合、市立病院の入院医療は急性期ではなく回復期・慢性期に近い収益構造となっていると考えられます。

次に、病床 100 床当たりの外来収益を比較してみると、市立病院の 370,856 千円に対し、ケアミックス型の比較病院では 335,654 千円となっており、市立病院の外来収益が 35,202 千円上回っている一方、一般病床のみの比較病院では 564,699 円となっており、市立病院よりも 193,843 千円高くなっています。

また、延外来患者数では、市立病院の 43,622 人に対してケアミックス型の比較病院では 41,336 人、一般病床のみの比較病院では 69,467 人となっています。患者 1 人 1 日当たり外来診療収入では、市立病院の 8,494 円に対してケアミックス型の比較病院では 7,934 円、一般病床のみの比較病院では 10,020 円となっています。以上のことから外来収益からみた場合、市立病院の外来機能はケアミックス型の比較病院よりもわずかに高いものの、一般病床のみの比較病院に比べて大きく下回っていると考えられます。

② 費用面での比較

医業費用に占める割合の大きい給与費および材料費、薬品費、委託費、減価償

却費についてしてみると、いずれの値についてもケアミックス型の比較病院を上回っています。一方、一般病床のみの比較病院に対しては委託費を除いてすべて下回っています。

しかし、医業収益に対する費用割合という観点で見た場合、ケアミックス型病院、一般病床のみの病院いずれに対しても、すべての項目で上回っています。

人件費については、市立病院の 62.8%に対しケアミックス型の比較病院では 57.2%、一般病床のみの比較病院で 49.9%となっており、どちらに対しても市立病院が高い状況にあります。医師 1 人当たりの患者数といった指標で見ると、入院は市立病院の 8.1 人に対し、ケアミックス型の比較病院で 10.7 人、一般病床のみの比較病院では 6.0 人と、ちょうど中間に位置している一方、外来は市立病院の 12.6 人に対しケアミックス型の比較病院で 14.3 人、一般病床のみの比較病院で 14.7 人といずれも市立病院が少ない状況にあります。また、看護師 1 人当たりの患者数でみると、入院は市立病院、ケアミックス型の比較病院で 1.1 人、一般病床のみの比較病院で 1.0 人と同水準であるものの、外来は市立病院の 1.8 人に対し、ケアミックス型の比較病院 1.9 人、一般病床のみの比較病院で 2.3 人と低い状況にあります。全体的に見て、人件費総額に対し医業収益額が低い傾向があります。次に材料費について見ると、市立病院の 19.6%に対しケアミックス型の比較病院で 13.2%、一般病床のみの比較病院で 17.6%となっており高い水準にあります。委託費については、前述のとおり、電子カルテ導入・オーダーリングシステムの更新による影響が考えられます。

③ その他の比較

その他の指標として、患者紹介率、平均在院日数、年間延手術件数について市立病院と比較病院の数値を見てみます。

患者紹介率については、市立病院の数値が 20.2%であるのに対し、ケアミックス型の比較病院では 15.7%という数字になっています。また、平均在院日数については、市立病院が 17.1 日であるのに対し、ケアミックス型の比較病院では 31.2 日と極端に長い数値となっています。一方、一般病床のみの比較病院では 15.4 日と短くなっています。

100 床当たりの年間延手術件数では、市立病院の 286 件に対しケアミックス型の比較病院では 133 件となっている一方、一般病床のみの比較病院は 510 件と大幅に市立病院を上回っています。

以上、これらの比較を総合してみると、市立病院の立ち位置およびその課題として次のことが推察されます。

市立病院の提供する医療機能は、手術件数や平均在院日数、給与費、材料費、薬品

費などから推測されるように、急性期病院とケアミックス病院の中間に位置していると考えられます。一方で入院収益はケアミックス病院平均よりも低く、医業収益に対する費用比率は、材料費、給与費、委託費、減価償却費でケアミックス病院平均、一般病床のみの病院平均のどちらよりも高くなっています。これは、費用に比して医業収益が低いことが原因であると考えられます。

市立病院の職員配置や材料費・薬品費の割合、手術件数などから考えた場合、急性期よりの医療提供体制にあるにもかかわらず、その体制に見合った収益が得られていないという収支バランスの崩れを見てとることができます。

3. 経営課題の抽出

外部環境の分析および内部環境の分析による市立病院の現状分析より、市立病院において経営の効率化の観点から、今後重点を置いて検討していく必要があると認識している課題は以下のとおりです。

(1) 医師および看護師の人員確保・離職防止対策

市立病院の収入増加を図っていくためには、医師の安定的な確保が大前提と言えます。市立病院は人員不足により、現状では32時間勤務（当直明け翌日勤務）、を余儀なくされており、過重労働を課しているところです。このような厳しい勤務状況は、医師の退職へとつながりかねません。また、人員が安定的に確保できないことにより、入院患者や外来患者を思うように受け入れられない状況にもつながっています。このようなことから、市立病院においては収入安定確保対策の前提条件として、特に内科医師の確保が最優先課題であると捉えています。一方、医師の離職防止策も重要であると考えられるので、業務の効率化や医師事務作業補助者などの職員配置を推進していくことも必要であると思われます。

また、山梨県看護協会が運営する山梨県ナースセンターや平成26年度に本市で創設した看護師修学資金貸与制度を有効活用し、看護師の安定的な確保を図っていくとともに、11時間以上の勤務間隔を確保する観点から二交替制への移行による勤務環境の改善を検討していくことも必要であると考えます。

(2) 病床機能の見直し

収入増加のために、病棟の入院稼働率を上昇させることが優先課題として考えられます。そのためには、地域の医療需要に合わせた医療機能へと病床を再編することがポイントとして挙げられます。

地域の医療ニーズや山梨県の地域医療構想を踏まえた病床機能の設置が重要であると考えます。

(3) 経費節減への取り組み

前述のとおり、市立病院は峡北地域で中核をなす病院です。今後もこの地域の医療を守っていくためには、健全な病院経営を長期的に続けられる体制が必要となります。現状を踏まえたうえで、限られた医療資源を有効に活用していくことが求められます。このためには、職員一人一人が経営意識をもち、業務の効率化や経費削減の取り組みを推進していくことが必要であると認識しています。

第3章 公立病院改革プランの策定

新公立病院改革ガイドラインにおいては、公立病院をはじめとする公的医療機関の果たすべき役割として「都道府県が策定する地域医療構想を踏まえて、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ことが必要である」とされています。また、特に、中小規模の公立病院にあっては、「介護保険事業計画との整合性を確保しつつ、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べきである」とされています。改革プランの策定を通じて「自らが果たすべき役割を見直し、改めて明確化すると同時に、これを踏まえ、一般会計等との間での経費の負担区分について明確な基準を設定し、健全経営と医療の質の確保に取り組む必要がある」とも記されています。

そこで本章では、一般的に公立病院に期待されている役割を認識したうえで、第2章で明らかにした市立病院の現状と課題の内容を踏まえ、改革プランを策定するに当たり、公立病院として市立病院が果たすべき役割や今後の方向性を明確にすることにしました。

1. 本プランの対象期間

本プランの対象期間は、平成29年度から平成32年度までの4年間とします。ただし、県の地域医療構想や医療介護制度改正などの外部環境や経営環境などの内部環境の変化等を踏まえ、必要に応じて見直しを行うものとします。

2. 地域医療構想を踏まえた役割の明確化

平成28年5月に策定された山梨県地域医療構想では、中北医療圏では平成37年(2025年)に必要とされる病床数に対して、平成28年時点で市立病院の一般病棟である急性期病床と同じ療養病棟である療養(医療・介護)病床は過剰である一方で、現在、市立病院では機能を有しない回復期病床においては不足するとされています。

このため、中北医療圏では、急性期医療は、現在、甲府市・中央市に集中する高度急性期病院・急性期病院が中心的な役割を担う一方、今後、超高齢化社会が進行する中、急性期医療から在宅復帰に繋げる、回復期機能を担う医療機関が求められていくこととなります。

本市には、現在においては回復期病床を有する病院がないことから、回復期機能を担う医療機関の必要性が、今後、高まるものと考えられます。

また、中北医療圏は、県内の構想区域で唯一65歳以上人口が2040年まで増加すると見込まれており、峡北地域においても75歳以上の入院患者は2030年まで、外来患者は2040年まで増加が予想されるなど、後期高齢者を中心とした医療需要は今後も増加す

ることが予想されます。一方で、医療従事者数や病床数などの医療資源は全県平均を上回っており、県内においては医療資源の充実した地域であるといえますが、医療資源の多くは甲府市とその周辺に集中しており、本市が立地する峡北地域の医療資源は充実しているとは言い難い状況にあります。

このため、本プランは、地域医療構想を踏まえつつ、市民に、地域の実情にあった良質な医療サービスを継続して提供することにより、公立病院としての次の役割を果たしていきます。

(1) 地域医療構想を踏まえた市立病院の果たすべき役割

① 救急医療（2次救急）の提供

市立病院は、救急指定病院として北巨摩地域における輪番制病院となっており、救急医療（2次救急）を実施しています。平成24年から平成27年の峡北広域行政組合消防年報によると、市立病院においては韮崎市民の救急搬送者（救急車によるものに限る）は県立中央病院など甲府市内への搬送割合は増加傾向にあるものの、依然として最も多くの搬送を受け入れており、地域における救急医療の担い手として重要な役割を果たしています。

救急医療は不採算部門となるケースが多く、病院経営の観点からはマイナスの要因となりますが、地域における役割を踏まえ、今後も市立病院において峡北地域における救急医療の中核として、これまでと同様の救急機能の堅持が必要であると考えます。

また医師不足の影響により、平成17年度までは医師の2名体制で実施していた夜間の救急対応が、現在では医師1名体制での対応を余儀なくされています。常勤医師の処遇改善を図り、魅力ある職場環境の整備による、医師確保を進めていく必要があると考えます。

救急医療は、常勤医師の勤務負担増に直結するものであり、市立病院のみの取り組みでは限界があります。地域における救急医療を守るという観点は多分に政策的な意味合いを持つものであり、医療圏域内の自治体が中心となり、地域の開業医や医師会との連携を図り、地域全体で救急医療を確保していくための取り組みを実施していく必要があると考えます。

② 高齢者医療の提供

市立病院の患者のうち65歳以上の高齢者の割合は、入院患者で8割以上、外来患者で半数以上となっており、地域における高齢者医療の担い手として重要な役割を果たしています。また高齢化の影響を受け、市立病院の主な診療圏（韮崎市、北杜市）における65歳以上の人口は年々増加していくと推計されており、これに伴い65歳以上の患者数も増えていくことが予想されています。特に75歳

以上の患者については、現状の受療動向が続いた場合、入院患者、外来患者ともに、2030年まで増加すると予想されます。

このような状況を踏まえ、市立病院においては、現状開設している診療科（小児科を除く）は全て高齢者医療に欠かせないものと考えています。団塊の世代が75歳以上となる2025年を見据えた国の医療介護制度改革のひとつである介護療養病床の廃止に対応し、医療療養病床若しくは新設される介護医療院への転換など、高齢者を重視した医療を提供していくことが、市立病院の果たすべき役割であると考えます。

③ 小児医療の提供

小児医療については、医療圏域内に小児医療を担う医院・診療所等は複数あるものの、入院のできる施設は近隣には市立病院しかありません。また、山梨県では小児科医の不足から、県内の勤務医（市立病院医師も参加）、開業医など小児科医の協力の下、甲府市に小児初期救急医療センター、富士吉田市に富士・東部小児初期救急医療センターを開設し、小児救急業務を展開しています。全国的に小児医療の確保の難しさが取りざたされている現状において、市立病院において小児科を維持することは、市民・地域住民が安心して子育てが出来る環境を整える意味合いからも、市立病院が果たすべき役割であると考えます。

④ 回復期医療の提供

県の地域医療構想では、中北医療圏における将来的な回復期機能の不足に伴い、急性期から回復期への病床転換が求められるものと考えられます。しかしながら、市立病院の診療圏には急性期病院は多いとはいえ、甲府市内へのアクセス等を考慮すると、市立病院は、地域の中核病院として、前述のとおり救急・高齢者・小児医療における急性期機能を確保することは、将来的にも必要であると考えます。

このことから、急性期病院としての役割を果たしつつ、急性期を経過した患者への医療やリハビリテーションを提供する在宅復帰支援としての機能を持つ、地域包括ケア病床の新設を行い、回復期医療を提供していくことが、市立病院が果たすべき役割であると考えます。

⑤ 災害医療、感染症医療等への対応

災害医療や感染症医療などの高度医療については、採算面やその特殊性を考えると地域の民間医療機関では担うことが困難であると考えられます。一方で、これらの医療は有事に備え整備しておくべきものであり、公立病院の責務として、これらの医療についても対応していくことが必要であると考えます。

このため、策定済の業務継続計画（BCP）及び新型インフルエンザ等発生時における診療継続計画の見直しを適時行い、有事においても地域住民が安心して医療が受けられるよう業務を継続できる状況を整えていくこととします。

（市立病院は、山梨県より、HIV 拠点病院、地域災害拠点病院、SARS 初期診療医療機関、新型インフルエンザ初期外来診療医療機関、同入院協力医療機関等の指定を受けています。（再掲））

⑥ 高度医療機器の計画的な整備

高度な医療を提供していくためには、高度医療機器が必要不可欠であります。高度医療機器の購入及び更新に際しては、単に耐用年数の経過のみではなく、利用率、経済性、採算性などを十分に検討したうえで計画的に整備していきます。

また、医療機器によってはリース方式による整備も併せて検討していきます。

（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

国では、団塊の世代が 75 歳以上となる平成 37 年（2025 年）に向けて、住み慣れた地域で暮らしながら医療を受けられるこれまでの「病院完結型」の医療から「地域完結型」の医療への転換を推進するとの方針のもと、その実現のため、地方自治体を中心として地域の関係者が協力し、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を目指しています。

また、県の地域医療構想では、平成 37 年（2025 年）における中北医療圏の在宅医療等需要は不足が見込まれています。

市立病院では、今後見込まれる在宅医療を必要とする高齢者や認知症患者の増加に対応し、開業医のかかりつけ患者の急変時に円滑な受入れを目指し、病診連携のための「地域医療連携ミーティング」を定期開催し、本市関係部局、開業医（地域医師会）、訪問看護ステーション等との連携を図っています。今後も、本市が進める地域包括ケアネットワークの構築に向け、地域包括支援センターをはじめ関係機関と連携し、医療分野での役割を積極的に果たしていきます。

（３）一般会計負担の考え方

公立病院は地方公営企業として運営されている以上、独立採算を原則とすべきであるとされています。一方、地方公営企業法において、①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、②当該地方公営企業の性格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。

また、一般会計から病院事業への経費負担については、総務副大臣通知により、そ

の基本的な考え方が整理されています。

これらのことを踏まえ、当市における一般会計から病院事業への繰出金については、上記の総務副大臣通知の繰出基準に則り、以下のとおり整理し、基準の範囲内で繰出しを行っていくものとします。ただし、制度改正や経営状況等に変動があった場合は、繰出基準の範囲内で見直すこととします。

① 病院の建設改良に要する経費

病院の建設改良費（建設改良に係る特定財源を除く）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とする。

【考え方】

建設改良費及び企業債元利償還金の2分の1とする。（ただし、平成14年度までに着手した事業に係る企業債元利償還金にあっては3分の2とする。）

② 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とする。

【考え方】

収入 リハビリテーション医療収益（前々年度決算数値）
経費 人件費（医師・技師）、諸経費（光熱水費・燃料費）

③ 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のできないと認められるものに相当する額とする。

【考え方】

地方交付税の算定基準を参考とする。
地方交付税の算定基準×小児専用病床数

④ 救急医療の確保に要する経費

ア 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とする。

【考え方】

経費 人件費（医師・看護師・技師・事務・委託事業者）、空床確保に要する経費とする。

イ 災害時における救急医療のために行う診療材料及び薬品（通常の診療に必要な診療材料及び薬品を上回るもの）の備蓄に要する経費に相当する額と

する。

【考え方】

経費 診療材料及び薬品帳簿残高（前々年度決算数値）×救急対応割合

⑤ 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とする。

【考え方】

収入 放射線科機器（CT・MRI ほか）による収入

経費 人件費（医師・技師）、諸経費（光熱水費・燃料費・保守委託料）、減価償却費

⑥ 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とする。

【考え方】

収入 利用料

経費 人件費（委託料）、給食材料費

⑦ 経営基盤強化対策に要する経費

ア 医師及び看護師等の研究研修に要する経費

【考え方】

医師及び看護師等の研究研修に要する経費の2分の1とする。

イ 病院事業会計に係る共済追加費用の負担に要する経費

【考え方】

当該年度の4月1日現在の職員数が地方公務員等共済組合法の長期給付等に関する施行法（昭和37年法律第153号）の施行の日における職員数に比して著しく増加している病院事業会計に係る共済追加費用の負担額の一部とする。

ウ 公立病院改革の推進に要する経費

【考え方】

新公立病院改革プランの策定並びに実施状況の点検、評価及び公表に要する経費とする。

エ 医師確保対策に要する経費

【考え方】

公立病院において医師の派遣を受けることに要する経費とする。

⑧ 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

【考え方】

前々年度において経常収益（基礎年金拠出金に係る公的負担に要する経費として一般会計から当該事業に係る特別会計に繰り入れられた額を除く。）の経常費用に対する不足額を生じているもの又は前年度において繰越欠損金があるものとする。

繰出しの基準額は、病院事業の職員に係る基礎年金拠出金に係る公的負担額（前々年度における経常収支の不足額又は前年度における繰越欠損金のいずれか多い額を限度とする。）とする。

⑨ 地方公営企業職員に係る児童手当に要する経費

【考え方】

繰出しの対象となる経費は、次に掲げる地方公営企業職員に係る児童手当の給付に要する経費の合計額とする。

- ア 3歳に満たない児童に係る給付に要する経費（ウに掲げる経費を除く。）の15分の8
- イ 3歳以上中学校修了前の児童に係る給付に要する経費（ウに掲げる経費を除く。）
- ウ 児童手当法附則第2条に規定する給付に要する経費

一般会計等からの繰入金の見通し

（単位：千円）

区 分	H25(実績)	H26(実績)	H27(実績)	H28(見込)	H29	H30	H31	H32
収 益 的 収 支	(0) 177,704	(0) 174,559	(0) 173,699	(0) 164,260	(0) 185,795	(0) 184,207	(0) 184,184	(0) 183,518
資 本 的 収 支	(0) 39,665	(0) 41,760	(0) 46,482	(0) 40,030	(0) 34,866	(0) 58,966	(0) 61,300	(0) 36,241
合 計	(0) 217,369	(0) 216,319	(0) 220,181	(0) 204,290	(0) 220,661	(0) 243,173	(0) 245,484	(0) 219,759

※（ ）内はうち基準外繰入額

(4) 医療機能等指標に係る数値目標

市立病院が果たすべき役割に沿った医療機能を十分に発揮しているかを検証する観点から、指標と数値目標を設定します。

区 分	H25(実績)	H26(実績)	H27(実績)	H28(見込)	H29(目標)	H30(目標)	H31(目標)	H32(目標)
救急搬送患者数(人)	999	900	950	842	900	950	1,000	1,000
年間延手術件数(件)	627	588	497	550	470	470	480	480
患者紹介率(%)	19.0	19.8	20.2	20.0	21.0	21.0	21.0	21.0
在宅復帰率(%)	-	-	-	-	75.0	75.0	75.0	75.0

※在宅復帰率は地域包括ケア病床を対象とする(施設基準では70%以上)

(5) 住民の理解

市民に対し、市立病院の役割や提供する医療の内容を市の広報や病院ホームページを通じ積極的に情報発信していきます。また、市民公開講座の開催や武田の里フェスタ・葦崎へのブース参加などを通じて、市民と顔の見える関係づくりを図っていきます。

なお、地域包括ケア病床の開設や介護療養病床の転換等病床機能の見直しに際しては、市の広報や病院ホームページを通じて速やかに情報発信していきます。

3. 経営の効率化

(1) 経営指標に係る数値目標の設定

新ガイドラインでは、地域の医療提供体制を確保し、良質な医療を継続的に提供していくためには、経営の効率化は避けて通れないものであり、経費の節減や医療の質の向上等による収入確保に積極的に取り組みます。このため、経営の効率化に向けた取り組みが着実に進められているか検証する観点から、指標と数値目標を設定します。

① 収支改善に関するもの

区 分	H25(実績)	H26(実績)	H27(実績)	H28(見込)	H29(目標)	H30(目標)	H31(目標)	H32(目標)
経常収支比率(%)	101.1	101.1	92.5	87.0	96.9	98.1	98.7	100.5
医業収支比率(%)	99.4	96.2	88.7	83.3	92.0	93.7	94.1	97.1
修正医業収支比率(%)	105.5	99.6	91.2	84.2	94.8	96.1	96.4	98.2
不良債務比率(%)	▲57.5	▲56.8	▲36.8	▲27.6	▲28.3	▲27.4	▲27.2	▲26.9

② 経費節減に関するもの

区 分	H25(実績)	H26(実績)	H27(実績)	H28(見込)	H29(目標)	H30(目標)	H31(目標)	H32(目標)
職員給与費対医業収益比率(%)	54.6	58.6	62.8	64.5	62.6	60.0	59.2	58.2
材料費対医業収益比率(%)	20.3	20.3	19.6	19.2	15.8	18.6	18.3	18.3
薬品費対医業収益比率(%)	11.2	10.9	10.5	8.9	7.9	9.5	9.4	9.4
委託費対医業収益比率(%)	8.9	9.2	13.5	17.3	13.2	11.0	11.6	11.2
後発医薬品数量シェア(%)	-	-	-	53.7	65.0	70.0	75.0	80.0
100床当たり職員数(人)	90.9	94.9	95.4	96.0	96.0	96.0	96.0	95.8

③ 収入確保に関するもの

区 分	H25(実績)	H26(実績)	H27(実績)	H28(見込)	H29(目標)	H30(目標)	H31(目標)	H32(目標)
1日当たり入院患者数(人)	134	128	133	123	126	133	134	135
1日当たり外来患者数(人)	322	310	314	288	285	289	292	295
外来入院患者比率(%)	160.0	161.4	156.8	155.9	150.2	145.3	145.3	146.7
全病床利用率(%)	76.8	73.4	76.1	70.3	73.4	77.8	77.9	78.1
入院患者単価(円)	28,606	28,876	27,977	29,599	30,241	29,188	29,142	29,202
外来患者単価(円)	8,450	8,587	8,494	8,720	8,720	8,781	8,799	8,817
平均在院日数(日)	18.9	17.8	17.1	18.7	<21	<21	<21	<21

※平均在院日数については、一般病床を対象とする(施設基準では21日以内)

④ 経営の安定性に関するもの

区 分	H25(実績)	H26(実績)	H27(実績)	H28(見込)	H29(目標)	H30(目標)	H31(目標)	H32(目標)
常勤医師数(人)	14	13	13	14	13	14	14	14
企業債残高(千円)	837,908	798,351	758,109	775,570	733,917	679,880	625,086	569,519
繰越欠損金(千円)	123,416	▲457,656	▲191,132	189,236	348,124	479,577	508,868	503,605
内部留保資金(千円)	703,686	653,417	459,097	153,500	92,089	41,233	117,312	223,961

(2) 経常収支比率に係る目標設定の考え方

新ガイドラインでは、平成32年度までに経常収支比率の黒字化を求めています。公立病院としての地域で果たすべき役割を果たしつつ、「(3) 目標達成に向けた具体的な取組み」を行うことにより、平成32年度までに経常収支比率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み

平成 32 年度までに「経常黒字」が達成できるよう改革プランを推進していくため、市立病院においては具体的に以下の項目について取り組んでいきます。

① 入院患者数増加への取組み

取組み事項	具体的内容
ア) 地域連携の強化	<ul style="list-style-type: none"> ●地域医療連携室の機能を充実させ、地域包括ケア病床の推進及び地域の開業医との連携による在宅医療の推進など地域に密着した診療体制の構築を目指します。 ・退院支援を担う専従看護師の配置<継続> ●地域における病病・病診連携を密にするとともに、訪問看護ステーション等との地域医療連携を円滑に機能させ、患者紹介率の向上に努めるとともに、在宅復帰を支援していきます。
イ) 外来患者数の確保	<ul style="list-style-type: none"> ●入院患者数は新規外来患者数と相関関係にあるので、外来患者数の目標値を確保するよう努めます。 ・②の外来患者数増加への取組み参照
ウ) 急患・救急患者への対応	<ul style="list-style-type: none"> ●救急搬送される二次救急患者の受入体制を整備し、中北地域の基幹病院や地域の開業医と連携しながら、急患・救急患者の原則受け入れに努めます。 ・救急の断り件数・理由に関するデータ収集と分析 ・夜間人員配置（救急隊との窓口担当）の見直し ・輪番日におけるコ・メディカル職員の当直化による質担保の検討

② 外来患者数増加への取組み

取組み事項	具体的内容
ア) 地域医療ニーズへの対応	<ul style="list-style-type: none"> ●専門化する医療ニーズに応えるため、引き続き、内科・小児科・整形外科の専門外来を継続します。また、その他の診療科も含め、受診患者の疾病動向の推移に応じ、適正な外来体制の整備に努めます。
イ) 地域連携の強化	<ul style="list-style-type: none"> ●県立中央病院や山梨大学医学部附属病院、地域のかかりつけ医との連携を密にするとともに、地域医療連携室を充実に努め、市内はもとより、市外の医療機関等からの患者紹介率の向上を図ります。

③ 収入増加・確保対策

取組み事項	具体的内容
ア) 医師の確保	<ul style="list-style-type: none"> ●山梨大学医学部との信頼関係を強化し、最優先課題である内科常勤医師の確保に向けて、働きかけを継続します。〈継続〉 ●常勤医師の勤務環境の改善を図り、離職防止に努めていきます。 ・医師・看護師・医師事務作業補助者・医事担当職員の業務分担について明確化し、医師が診療（記録含む）に専念しやすい環境整備を行います。〈継続〉 ・山梨大学医学部からの非常勤当直医師の確保・増員に向けて、働きかけを継続します。〈継続〉 ・医師の年次有給休暇の取得率の向上に向けた方策を検討します。 ●常勤医師の待遇改善を図り、離職防止に努めていきます。 ●山梨大学以外からの内科常勤医師の招聘について、アプローチ先を検討していきます。
イ) 看護師の確保	<ul style="list-style-type: none"> ●本プラン期間中、看護職員の定年退職者が5名見込まれます。また、結婚・出産等自己都合による退職者も想定されることから、看護師の安定的な確保を行っていきます。 ・看護師修学資金貸与制度を有効活用した計画的な人材確保により、定年退職・中途退職に伴う欠員補充を行います。〈継続〉 ・再任用制度の活用により、市立病院での知識・経験豊富な看護師の継続雇用を行います。〈継続〉 ・産育休の取得に伴う欠員については、年度中途の採用、臨時職員の雇用などにより柔軟に対応していきます。〈継続〉 ・夜勤体制の見直しや院内保育所の充実など勤務環境の改善に向けた検討を行います。
ウ) 認定看護師の育成	<ul style="list-style-type: none"> ●特定の看護分野において、熟練した看護技術と知識を用いて水準の高い看護実践のできる認定看護師を育成することにより、看護現場における看護ケアの広がりや質の向上に努めるとともに、診療報酬の加算算定による収益増を図ります。 ・専門研修受講に対する予算確保と所属部署での人員確保により希望者が受講しやすい体制をつくります。〈継続〉
エ) 地域包括ケア病床の設置、介護療養病床転換類型の検討	<ul style="list-style-type: none"> ●中北医療圏において、今後不足すると見込まれる急性期治療後の患者の受け皿となる地域包括ケア病床を開設します。 ・平成29年9月を目途に、5階病棟の一般病床（42床）を地域包括ケア病床（39床）に転換します。 ●介護療養病床（16床）は平成29年度末に廃止が決定していま

	<p>す。市立病院の役割として、高齢者医療を継続する必要から、採算性が高く、現状の職員で対応できる医療療養病床に転換していくこととしますが、廃止期限後、移行期間が設けられる見込みであることから、新介護施設の施設基準が明らかとなる平成29年度末を目途に、転換後の施設類型について検討し、地域包括ケア病棟の運営状況も加味したうえで結論を得ていくものとします。</p> <p>なお、医療療養病床に転換する場合は、介護療養病床の入所者の退所準備期間を確保する観点から段階的に減床（医療療養病床は増床）し、転院先が確保されるよう入所者を支援します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・県の病床転換促進コンサルティング事業を活用し、地域包括ケア病床の開設に伴う経営への影響や介護療養病床の動向の分析・調査をもとに、病床数の見直しも含め検討します。
<p>オ) 病床利用率の向上</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●地域包括ケア病床の開設に伴い、平均在院日数・在宅復帰率などの管理体制、関係部署の連携を充実させるとともに、病床利用率の向上を目指します。 ・円滑かつ効率的な地域包括ケア病棟の運用に繋がるベッドコントロール（病床管理）が行えるよう、病床管理業務の責任者と権限を明確にします。 ・医師・看護師・理学療法士・医療ソーシャルワーカー・事務職など多職種による体制を整え、病床管理・調整の強化を図ります。 ●治療の標準化を進め、クリニカルパス（特定の病名に対する標準診療計画）を活用することで、病床の稼働効率を向上させ、病床利用率の向上を図ります。 ・電子カルテ導入を契機に定期開催している、クリニカルパス委員会で追加するパスを検討します。＜継続＞
<p>カ) 適切な診療報酬の確保</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●適切な診療報酬を算定する体制を整備します。 ・専門的な研修が要件である施設基準取得に向け、職員の受講を推進します。＜継続＞ ・医学管理料及び在宅療養指導管理料などの指導管理料については、算定要件の確認を徹底し、請求漏れの防止・誤請求の抑制に努めます。 ・診療報酬の改定時における医師・看護師等への各種説明会・研修会を開催し、医事担当職員のみならず、幅広くスキルアップを図り、請求精度の向上、返戻・査定減の抑制に努めます。＜継続＞

キ) 患者未収金管理の強化	<ul style="list-style-type: none"> ●患者、債務者の状況に応じた対応をするとともに、有効な回収方法等を検討します。 ・医事担当と医療ソーシャルワーカーが連携し、生活保護や高額療養費受領委任払い制度などの公的支援策の周知や支払方法（分納）の相談など未納者の個別事情に応じたきめ細やかな相談体制を充実します。＜継続＞ ・未収金に係る債権管理条例等について、本市関係部署と連携し、制定に向けた検討を行います。
---------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

④ 経費節減・抑止対策

取組み事項	具体的内容
ア) 人件費の適正化	<ul style="list-style-type: none"> ●業務量・業務内容を十分に把握し、診療体制維持のための適正かつ効率的な人員配置を行います。医師・看護師以外は現行の職員数を基に、地域包括ケア病床の開設や医師の事務負担軽減に資する雇用を除き、退職者補充のみを原則としますが、前述の看護師の夜勤体制の見直しなど必要な場合は、適正な人員を確保するものとします。この場合においても、費用対効果など、その必要性を十分に考慮するものとします。 ・看護職員、看護補助者及びリハビリ職員の配置数については、前述の地域包括ケア病床の設置及び介護療養病床転換類型の検討とセットで行うものとします。 ・医師事務作業補助者については、診療科毎の運用に応じた医師・看護師・外来クラーク・医事担当職員との業務分担を明確にしたうえで、診療報酬加算による増収額と人件費増加額の費用対効果も検証したうえで、配置数を検討するものとします。
イ) 材料費の削減	<ul style="list-style-type: none"> ●「過剰在庫や死蔵品、遊休品の発生防止」と「診療材料等の価格交渉の徹底」の2つの観点を中心に取り組みを実施していきます。 ・医薬品在庫管理システムを活用し、常にその使用状況等を把握し、適切な在庫管理を行います。＜継続＞ ・後発医薬品への切り替えを促進します。＜継続＞ ・薬事委員会、診療材料適正化委員会での薬品・材料などの採用時のルールを強化することによる採用品目の管理強化を行います。 ・診療材料の価格交渉、低額同等品への切り替えを積極的に行うとともに、対象物品の内容に応じ入札により適正価格での購入に努めます。

<p>ウ) 委託費の削減</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 管理的経費や医療機器関連の保守委託料の削減に取り組めます。 ・ 給食、院内清掃、警備、医事・会計業務等の委託内容について、患者の声や業務報告書を基に精査を行い、見直しを行います。 また、長期継続契約案件については、更新時に業務内容・業務量の変化に柔軟に対応できるよう、単年契約への短縮など契約期間についての見直しについても行います。 ・ CT、MRI、X線撮影装置等、高額な医療機器の保守契約内容の見直しを行います。
------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

⑤ 施設・設備の計画的修繕

取組み事項	具体的内容
<p>ア) 施設・設備の計画定期修繕</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 病院の建物は病棟が改築から35年余りが経過しており、特に排水設備の老朽化が著しく、また、冷暖房設備・電話交換機など更新が急務となっている設備も顕在化しています。設備や機器の不具合は、病院の機能停止を招きかねない重大な問題であり、また、更新や改修のための高額な費用は病院経営に大きな影響を与える要因となることから、計画的な修繕を行っていきます。 ・ 定期点検結果に基づき予防的対応に努め、早急な対応を要するものへの応急手当を行うことと併せて、医療機器等の購入・更新と重複しない時期を選択し改修を図っていきます。

⑥ 医療機器等の計画的な購入・更新

取組み事項	具体的内容
<p>ア) 医療機器等の計画的な購入・更新</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 病院運営の要となる高額医療機器については、耐用年数が経過しているもの(MRI)が存在するため、費用対効果や使用頻度等を勘案して計画的な更新を検討します。 ・ 高額医療機器の購入に当たっては、経済性に配慮しつつ価格以外の多様な要素をも考慮した、「プロポーザル方式」の採用により、価格及び品質が総合的に優れた機器等の選定に努めます。

⑦ その他の取組み

取組み事項	具体的内容
<p>ア) 職員の意識改革</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 院内職員教育研修会の実施 ・ 現在定期的に行っている研修は、病院に課された医療関連の研修が主に実施されています。今後は、これに加え診療報酬関連や病院経営など、職員一人ひとりが経営に参画しているとの意

	<p>識の醸成、収益増加に繋がる研修を実施します。</p> <p>●病院機能評価の受審</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病院機能評価受審を通じ、各自が評価項目の達成状況を改めて認識し、組織横断的・継続的な改善活動を行なう過程で、組織の活性化、職員の自覚や改善意欲の醸成を図ります。〈継続〉
イ) 人事評価制度の導入	<p>●平成 29 年 4 月に導入予定の人事評価制度（医師を除く）において、職員の職務・職責や業績に応じた評価と処遇への反映を図ります。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・各職員が自己の目標を設定し、進捗管理を行い、達成度に応じて処遇への反映を図る仕組みを内包します。
ウ) 病院機能評価の受審	<p>●平成 29 年 10 月を目途に日本医療機能評価機構による病院機能評価を受審します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・平成 29 年 5 月予定のプレ審査の受審過程を含め、全職種が改善活動に取り組むことにより、医療サービスの質の向上と安全で安心な医療提供の実現を図ります。〈継続〉
エ) 患者満足度調査の実施	<p>●外来・入院の患者を対象に、定期的に病院運営全般にわたり意見、要望を聴取し、今後の病院運営に反映させるため、アンケート方式で実施します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・待合の時間、診療内容、職員の言葉づかい・態度、アメニティに対する要望、病院食の内容などの実態調査〈継続〉
オ) ボランティア活動の充実	<p>●より一層市民の関心が病院に向くよう、さまざまな場面にボランティアが活動できるよう病院ボランティアとの関係を大事にし、協力体制を堅持します。また、社会福祉協議会の男性ボランティアと協働して植栽の剪定など環境整備を行ないます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ボランティア活動の内容を病院ホームページに掲載し、広く周知します。〈継続〉
カ) 広報活動の充実	<p>●病院ホームページや市広報を有効活用し、市立病院の紹介・案内や地域連携等の取組などの情報発信を行います。〈継続〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病院ホームページをリニューアルし、病院利用者、医療関係者のそれぞれの対象者に情報を得やすく伝え、また、最新の情報を得やすいよう掲載内容は適時見直しし、その機能向上を図ります。 ・医療スタッフによる市民の健康維持、疾病予防を目的とした市民公開講座を定期開催します。〈継続〉 ・武田の里フェスタ・葦崎へのブース参加について検討します。

(4) 平成32年度までの収支計画

【収益的収支】(税抜)		(単位:千円、%)								
		年度								
		25年度(実績)	26年度(実績)	27年度(実績)	28年度(見込)	29年度	30年度	31年度	32年度	
区分										
収	1. 医業収益 a	2,201,864	2,142,224	2,158,041	2,117,414	2,158,329	2,188,031	2,207,750	2,226,585	
	(1) 料 金 収 入	2,067,422	2,002,467	2,011,921	1,939,122	2,006,131	2,036,130	2,056,130	2,076,130	
	(2) そ の 他	134,442	139,757	146,120	178,292	152,198	151,901	151,620	150,455	
	うち 他 会 計 負 担 金	81,525	85,229	91,681	96,540	99,148	98,851	98,570	98,370	
	2. 医業外収益	134,329	284,211	173,875	172,850	191,264	194,222	194,741	167,608	
	(1) 他会計負担金・補助金	96,179	89,330	82,018	67,720	86,647	85,356	85,614	85,148	
	(2) 国(県)補助金	25,603	18,933	15,069	15,867	17,946	15,947	15,947	15,947	
	(3) 長期前受金戻入	0	162,341	58,668	62,575	66,213	72,481	72,742	46,264	
	(4) そ の 他	12,547	13,607	18,120	26,688	20,458	20,438	20,438	20,249	
	経 常 収 益 (A)	2,336,193	2,426,435	2,331,916	2,290,264	2,349,593	2,382,253	2,402,491	2,394,193	
入	1. 医業費用 b	2,216,017	2,226,414	2,432,494	2,540,878	2,346,131	2,336,090	2,345,623	2,291,960	
	(1) 職 員 給 与 費 c	1,201,530	1,254,877	1,355,949	1,366,351	1,350,177	1,312,013	1,306,793	1,294,786	
	(2) 材 料 費	447,205	434,540	422,476	406,159	340,134	406,032	404,497	408,527	
	(3) 経 費	391,622	364,199	467,331	564,411	459,279	436,743	458,255	444,436	
	(4) 減 価 償 却 費	160,604	161,317	163,800	181,175	174,214	159,505	154,281	122,413	
	(5) そ の 他	15,056	11,481	22,938	22,782	22,327	21,797	21,797	21,798	
	2. 医業外費用	94,355	174,378	88,053	91,464	78,992	91,449	89,656	91,020	
	(1) 支 払 利 息	14,652	14,041	13,334	12,773	11,885	11,154	10,398	9,625	
	(2) そ の 他	79,703	160,337	74,719	78,691	67,107	80,295	79,258	81,395	
	出 経 常 費 用 (B)	2,310,372	2,400,792	2,520,547	2,632,342	2,425,123	2,427,539	2,435,279	2,382,980	
経 常 損 益 (A)-(B) (C)	25,821	25,643	▲ 188,631	▲ 342,078	▲ 75,530	▲ 45,286	▲ 32,788	11,213		
特別損益	1. 特 別 利 益 (D)	452	2,847	208	41,972	2	2	2	2	
	2. 特 別 損 失 (E)	13,102	143,534	78,101	80,262	83,360	83,360	11,152	11,152	
	特別損益(D)-(E) (F)	▲ 12,650	▲ 140,687	▲ 77,893	▲ 38,290	▲ 83,358	▲ 83,358	▲ 11,150	▲ 11,150	
純 損 益 (C)+(F)	13,171	▲ 115,044	▲ 266,524	▲ 380,368	▲ 158,888	▲ 128,644	▲ 43,938	63		
累 積 欠 損 金 (G)	123,416	▲ 457,656	▲ 191,132	189,236	348,124	476,768	520,706	520,643		
不良債務	流 動 資 産 (ア)	1,425,189	1,451,470	1,147,641	805,594	832,957	800,000	800,000	800,000	
	流 動 負 債 (イ)	159,252	235,374	354,392	220,194	221,150	200,000	200,000	200,000	
	うち 一 時 借 入 金	0	0	0	0	0	0	0	0	
	翌 年 度 繰 越 財 源 (ウ)	0	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	0	
	差引 不 良 債 務 [(イ)-(エ)]-(ア)-(ウ) (オ)	▲ 1,265,937	▲ 1,216,096	▲ 793,249	▲ 585,400	▲ 611,807	▲ 600,000	▲ 600,000	▲ 600,000	
経 常 収 支 比 率 $\frac{(A)}{(B)} \times 100$	101.1	101.1	92.5	87.0	96.9	98.1	98.7	100.5		
不 良 債 務 比 率 $\frac{(オ)}{a} \times 100$	▲ 57.5	▲ 56.8	▲ 36.8	▲ 27.6	▲ 28.3	▲ 27.4	▲ 27.2	▲ 26.9		
医 業 収 支 比 率 $\frac{a}{b} \times 100$	99.4	96.2	88.7	83.3	92.0	93.7	94.1	97.1		
職 員 給 与 費 対 医 業 収 益 比 率 $\frac{c}{a} \times 100$	54.6	58.6	62.8	64.5	62.6	60.0	59.2	58.2		
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)	▲ 1,265,937	▲ 1,216,096	▲ 793,249	▲ 585,400	▲ 611,807	▲ 600,000	▲ 600,000	▲ 600,000		
資 金 不 足 比 率 $\frac{(H)}{a} \times 100$	▲ 57.5	▲ 56.8	▲ 36.8	▲ 27.6	▲ 28.3	▲ 27.4	▲ 27.2	▲ 26.9		
病 床 利 用 率	76.8	73.4	76.1	70.3	73.4	77.8	77.9	78.1		

【資本的収支】(税込)										(単位:千円)
		年度	25年度(実績)	26年度(実績)	27年度(実績)	28年度(見込)	29年度	30年度	31年度	32年度
区分										
収 入	1. 企業債		0	0	0	58,400	0	0	0	179,650
	2. 他会計出資金		0	0	0	1	1	1	1	1
	3. 他会計負担金		39,665	41,760	46,482	40,030	34,866	58,966	61,300	36,241
	4. 他会計借入金		0	0	0	0	0	0	0	0
	5. 他会計補助金		0	0	0	19,180	0	0	0	0
	6. 国(県)補助金		40,114	0	2,905	5,225	0	7,020	4,320	20,000
	7. その他		0	0	0	0	0	0	0	0
	収入計	(a)	79,779	41,760	49,387	122,836	34,867	65,987	65,621	235,892
	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	0
	前年度許可債で当年度借入分	(c)	0	0	0	0	0	0	0	0
純計(a)-[(b)+(c)]	(A)	79,779	41,760	49,387	122,836	34,867	65,987	65,621	235,892	
支 出	1. 建設改良費		142,631	50,333	58,236	136,908	20,696	63,377	69,425	208,543
	2. 企業債償還金		50,686	39,558	40,241	40,940	41,653	54,038	54,794	55,567
	3. 他会計長期借入金返還金		0	0	0	0	0	0	0	0
	4. その他		0	1,380	1,320	2,160	2,160	2,160	2,160	2,160
支出計	(B)	193,317	91,271	99,797	180,008	64,509	119,575	126,379	266,270	
差引不足額(B)-(A)	(C)	113,538	49,511	50,410	57,172	29,642	53,588	60,758	30,378	
補 て ん 財 源	1. 損益勘定留保資金		113,538	48,156	50,103	57,172	13,524	0	0	0
	2. 利益剰余金処分額		0	0	0	0	16,118	53,588	60,758	30,378
	3. 繰越工事資金		0	0	0	0	0	0	0	0
	4. その他		0	1,355	307	0	0	0	0	0
計	(D)	113,538	49,511	50,410	57,172	29,642	53,588	60,758	30,378	
補てん財源不足額(C)-(D)	(E)	0	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	0	
実質財源不足額(E)-(F)	(E)-(F)	0	0	0	0	0	0	0	0	

4. 再編・ネットワーク化

再編・ネットワーク化については、平成21年2月に県が策定した公立病院等の再編・ネットワーク化構想によると、引き続き再編・ネットワーク化を検討していく必要があるとの判断が示されました。

同時に、その進め方としては、広大な面積を有するこの地域において、身近な場所で基本的な診療が受けられる体制を確保するため、3つ（市立病院、北杜市立甲陽病院、北杜市立塩川病院）の公立病院の維持を図り、該当する医療機関・自治体を中心となって検討を進め、県がこれに参画し支援していくとされました。

前プランにおいても、再編・ネットワーク化の検討が必要とされたことから、山梨県医務課及び北杜市健康増進課へのヒアリングを行うなど検討を行いました。北杜市立2病院の医局の相違・設立時の経緯、地理的要因から再編・ネットワーク化は行わないとの結論に平成26年3月に至った経過があります。

また、第3次北杜市立病院改革プランでは、「市立2病院の再編成を行う構想は現段階ではない。」との方針が示されています。

これらを踏まえ、再編・ネットワーク化の議論については、当市のみでは完結せず広域的な検討が必要であることから、現段階で再編・ネットワーク化を行う構想はありません。

5. 経営形態の見直し

経営形態の見直しについても、前プランにおいて見直しの検討が必要とされたことから、現在の市立病院の経営形態（地方公営企業法の一部適用）から移行した場合のメリット・デメリットについて、新ガイドラインで示された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、民間譲渡の各経営形態について比較を行い、再編・ネットワーク化と併せて検討を行った結果、見直しは行わないとの結論に平成26年3月に至った経過があります。

当時、見直しを行わないとした主な理由としては、現在の一部適用においても一般会計からの適正な繰出しを得ながら健全経営が図られているとのことでありました。

新プランにおいても前述のとおり、繰出基準に則った一般会計からの繰出しが得られることとされていますが、市内には急性期医療を担う民間病院が1病院しかない状況においては、市立病院が地域で果たすべき役割は非常に重要であり、このため本プランの着実な実行により経営の効率化を最優先として取り組んでいくことが求められます。したがって、新プランにおいても現在の経営形態により改善を図ることとします。

ただし、今後経営状況に好転が見られず、病院の存続が懸念されるような経営環境の変化が生じた場合には、新たな一部業務の民間委託や、民間の経営手法を最大限に活用できる公設民営化など経営形態の移行について、プラン期間中であっても検討していくこととします。

6. 改革プランの点検・評価および公表

本改革プランの実施状況を点検・評価するため、毎年2回、10月、2月を目処に、医師会関係者、各種団体推薦者、一般公募市民などにより構成される「韮崎市立病院運営協議会」を開催し、本改革プランの進捗状況の点検、評価を行うこととします。

また、本計画の進捗状況については病院ホームページ及び市役所情報公開コーナーにて公表します。