

公立尾陽病院改革プラン

(公立尾陽病院経営計画)

(平成21年度～平成25年度)

平成21年2月

公立尾陽病院組合

目 次

1 公立尾陽病院を取り巻く環境

- (1) 公立尾陽病院の沿革 1
- (2) 地域医療を取り巻く状況 1
- (3) 公立病院改革ガイドラインと公立尾陽病院改革プラン 1

2 公立尾陽病院の現状

- (1) 公立尾陽病院の体制 2
- (2) 職員数（正規職員数）の推移 2
- (3) 診療科目の変遷 3
- (4) 施設整備 3
- (5) 決算状況 3
- (6) 業務状況 4

3 公立尾陽病院の担う役割と医療連携（再編・ネットワーク化）

- (1) 公立尾陽病院の果たすべき役割 5
- (2) 医療連携 5
- (3) 医療連携における公立尾陽病院の役割 6
- (4) 医療連携等への要請 7

4 医療連携に向けた具体的な取組み

- (1) 連携の具体策 8
- (2) 名古屋第一赤十字病院との検討会の設置 8

5 数値目標

- (1) 基本となる目標 9
- (2) 収支計画 10
- (3) 経営指標 10
- (4) 一般会計における病院事業への経費負担の考え方 11
- (5) 具体的な取組み 11

6 経営形態の見直し 14

7 改革プランの点検・評価・公表 17

用語解説 18

1 公立尾陽病院を取り巻く環境

(1) 公立尾陽病院の沿革

公立尾陽病院は、昭和22年4月に甚目寺町国民健康保険組合ほか6町村（甚目寺町・大治村・七宝村・神守村・美和村・新川町・清洲町）による組合方式により、病床数66床の一般病院として開院しました。

昭和24年12月に一部事務組合となり、その後施設の増改築を行い、平成15年7月には一般（急性期）病床214床となりましたが、急激な医師の減少により、平成19年8月に199床に減床しています。

なお、組合を構成する団体については、市町村合併に伴う脱退等により、現在は4町（七宝町・美和町・甚目寺町・大治町）となっています。

(2) 地域医療を取り巻く状況

公立病院は、地域医療の確保のために重要な役割を果たしていますが、医師不足や診療報酬の引き下げ改定等の影響により、近年多くの公立病院の経営が悪化し、医療提供体制の維持が困難な状況となっています。

当院は、海部東部地域の基幹病院としての役割を担っており、患者の約80%が一部事務組合を構成している4町の住民です。当院の周辺は介護療養型医療施設^{*1}や介護老人保健施設^{*2}が不足していることから、当院は急性期医療^{*3}、亜急性期医療^{*4}から慢性期医療^{*5}まで幅広く対応しています。

4町の人口は約11.5万人（平成20年10月1日現在）であり、人口増加と高齢化の進展によって、地域の医療ニーズは、今後さらに高まるものと思われます。一方で4町内には一般医療及び救急医療を提供する病院は当院しかなく、他には介護老人保健施設が2か所あるだけです。海部医療圏^{*6}の他市町村と比較しても、医療・介護のサービス体制は十分とは言えず、当院が地域医療を確保するために果たす役割はより一層重要になると考えます。

(3) 公立病院改革ガイドラインと公立尾陽病院改革プラン

前述のように、多くの公立病院の経営が悪化し、医療提供体制の維持が困難な状況となっています。

国は「経済財政改革の基本方針2007」において、社会保障制度改革の一環として公立病院改革に取り組むことを明記し、これを受けて総務省は、公立病院改革ガイドライン（以下「ガイドライン」という。）を示し、すべての公立病院に対して、経営指標に関する数値目標を設定した改革プランを策定するよう要請しました。

このガイドラインでは、公立病院が安定的かつ自律的な経営の下で、良質な医療を継続して提供できる体制を構築するため、公立病院を設置する地方公共団体は、平成20年度中に「公立病院改革プラン」を策定し、①経営効率化、②再編・ネットワーク化、③経営形態の見直しという3つの視点に立った改革を一体的に推進するよう求めています。

こうした要請を受け、公立尾陽病院における経営健全化を具体的かつ着実に実行していくため、「公立尾陽病院改革プラン」を策定しました。

本プランでは、地域医療における役割と進むべき方向性を示すとともに、経営効率化を図る数値目標を設定し、その目標を達成するための具体的な施策を掲げ病院経営の健全化を図ります。

なお、本プランの計画期間は、平成21年度から平成25年度までの5か年とし、実施可能なものは平成20年度から取り組みます。

2 公立尾陽病院の現状

(1) 公立尾陽病院の体制 ※平成21年1月1日現在

- 病床数 一般病床 199床（平成20年4月から100床 休床）
- 救急告示病院
- 診療科 9科（内科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科）

(2) 職員数（正規職員数）の推移

職員数の推移

（単位：人）

年度	医師数	看護師	准看護師	医療技術員	その他	合計
15年度	22	115	16	31	35	219
16年度	24	114	14	30	30	212
17年度	21	103	13	31	30	198
18年度	22	93	12	29	29	185
19年度	17	88	12	29	29	175
20年度	11	81	9	29	27	157

*各年度4月1日現在。ただし、平成20年度は平成21年1月1日現在。

当院は、昨今の医師不足の影響を受け、平成19年度末より医師の退職等が相次ぎ、後任の医師派遣も受けられず大変厳しい状況に置かれています。

この医師不足は全国的な問題になっていますが、このような状況に至った要因の一つに、厚生労働省が平成16年度から始めた新臨床研修医制度^{*7}があると言われています。

当院においても平成16年度以降の医師数の減少が顕著となっています。

(3) 診療科目の変遷

当院は、医師数の減少に伴い、診療体制の大幅な縮小に追い込まれています。

人工透析部門の閉鎖、小児科の入院治療の縮小、分娩の中止等を経て、平成20年4月には救急告示病院の指定解除にまで至りました。

その後は、常勤医師や非常勤医師の確保が進みつつあり、同年5月から内科、眼科の救急医療の再開及び内科の午後診察の再開、同年7月からは救急告示病院の再認可を受け、病院機能を回復しつつあります。ただし、外科系（外科、脳神経外科等）の常勤医師の確保等、まだ多くの課題が残されています。

(4) 施設設備

当院の建物は、古いものは築後40年以上経過して老朽化が顕著になっており、耐震の問題も懸念されます。

当院の1床当たりの床面積は5㎡～6.3㎡であり、診療報酬の施設基準等で定められている1床当たりの床面積8㎡を満たしていません。また、施設の構造上の問題から看護師の配置が非効率になっています。

○ 土地 9,910.66㎡ 借地（年間借地料約5,600万円）

○ 建物 10,469.43㎡

－内訳－

・診療棟 RC 2階建 2,347.69㎡

・中病棟 RC 3階建 2,052.71㎡（中Ⅰ病棟38床、中Ⅱ病棟38床
中Ⅲ病棟24床）

・北病棟 RC 4階建 5,067.16㎡（北Ⅱ病棟49床、北Ⅲ病棟50床）

－建物・増改築の主なもの－

・昭和22年10月 病院建築完成

・昭和38年10月 病棟給食棟増改築工事完成

・昭和53年3月 病院増改築工事完成

・昭和63年3月 増改築改修工事完成

(5) 決算状況

当院では、平成14年度までは7期連続で純利益を計上していましたが、平成15年度以降は純損失を計上しています。平成19年度末の未処理欠損金^{**8}は約

18億6千万円となっています。

なお、平成19年度末決算において不良債務^{※9}は発生していません。

過去5年の収支状況

(単位：千円)

区 分		15年度	16年度	17年度	18年度	19年度
医業収益	入院収益	2,034,014	1,884,692	1,646,090	1,603,619	1,337,427
	外来収益	799,003	737,669	659,819	684,088	669,362
	その他収益	126,390	134,805	141,410	145,682	141,945
医業外収益		302,532	280,173	384,411	216,204	204,852
医業費用	給与費	1,881,901	1,817,303	1,740,933	1,642,215	1,605,383
	材料費	655,483	605,103	535,875	530,713	467,041
	経費	538,550	551,211	556,634	560,865	516,433
	減価償却費	116,436	115,285	121,059	122,250	121,669
	資産減耗費	12,328	11,423	7,955	8,899	8,505
	研究研修費	5,155	6,832	7,229	6,797	6,498
医業外費用		109,900	106,976	101,414	97,155	85,976
当年度純損益		△57,814	△176,794	△239,369	△319,301	△457,919

(6) 業務状況

医師の減少に伴い患者数も減少しています。平成20年度当初は大幅な落ち込みがありましたが、その後、医師の確保により徐々に回復しています。

年度別入院・外来患者数

(単位：人)

区 分		15年度	16年度	17年度	18年度	19年度
延患者数	入院	63,109	62,267	52,039	50,249	41,264
	外来	115,615	103,549	93,525	93,233	86,497
1日あたりの患者数	入院	172.4	170.6	142.6	137.7	112.7
	外来	470.0	426.1	383.3	380.5	353.0

平成20年4月～平成20年9月の患者数

(単位：人)

区 分		4月	5月	6月	7月	8月	9月
延患者数	入院	1,493	1,667	1,279	1,876	2,075	2,071
	外来	4,795	5,031	5,246	5,550	5,089	5,230
1日あたりの患者数	入院	49.8	53.8	42.6	60.5	66.9	69.0
	外来	228.3	251.6	249.8	252.3	242.3	261.5

3 公立尾陽病院の担う役割と医療連携（再編・ネットワーク化）

(1) 公立尾陽病院の果たすべき役割

公立病院である当院の存在意義は、

住民の健康保持のために必要となる医療提供体制の確保

であり、当院が目指すべき目標であると考えます。海部東部地域で急性期の入院施設のある病院は当院のみであり、これまで重要な役割を担ってきました。高齢化等に伴う医療ニーズの増加を考えると、**当院が地域医療の確保のために基幹病院として果たす役割はより一層重要**となります。

病院が医療を提供するためには、医療スタッフの存在が不可欠です。全国的に多くの病院が抱える医師不足という問題は、構造的・制度的な問題であり、当院のみが短期的に解決できる問題ではありません。現在、当院では、医師確保を最優先課題として取り組んでいるところですが、**かつてのように全ての診療科に十分な医師を確保し、医療の提供体制を単独で整備することは非常に難しい**と言わざるをえません。

こうした状況下において、当院が第一に考えるべきは「地域医療を守る」ことです。現下の医療情勢や当院の置かれた状況を踏まえた上で、**地域において必要な医療を安定的かつ継続的に提供するためには、他の病院と機能分担を図り、連携・ネットワーク化を進めていくことが重要**であると考えます。

(2) 医療連携

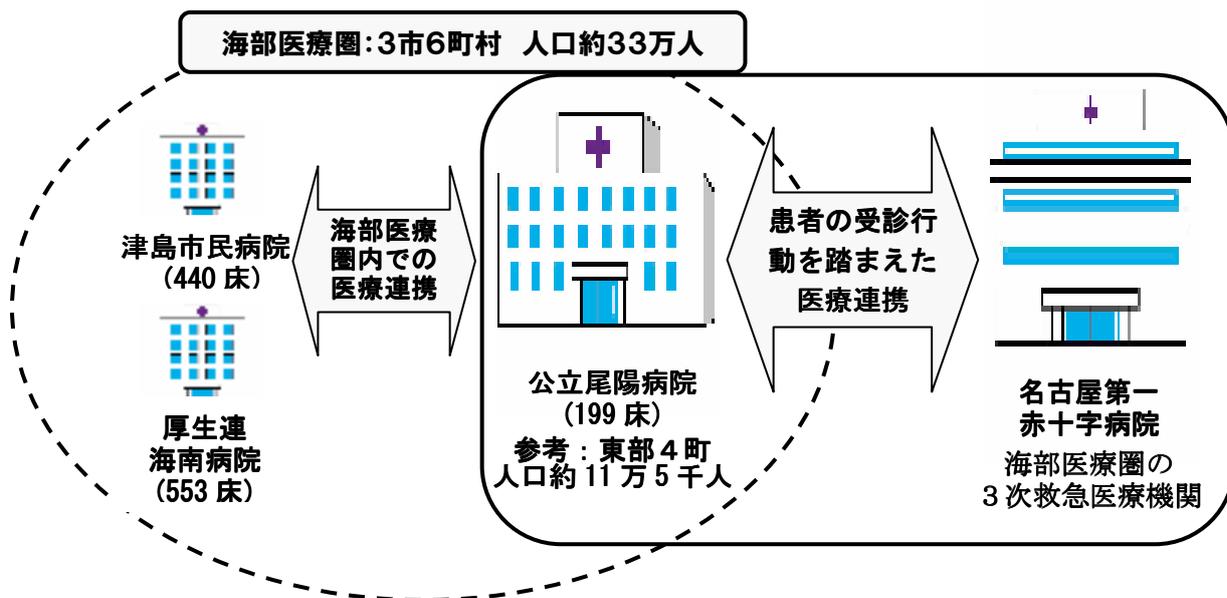
当院は海部医療圏内にありますが、海部東部地域は名古屋西部地域に隣接しており、患者の受診行動は名古屋市内の病院に強く向いていると考えられます。実際に、隣接する名古屋市中村区にある名古屋第一赤十字病院は、愛知県から「地域医療支援病院^{*10}」としての承認を受けており、中村区を除けば海部東部地域からの患者数が最多となっています。

また、海部医療圏には3次救急医療機関（救命救急センター^{*11}）がないため、名古屋第一赤十字病院が海部医療圏における3次救急医療機関となっており、この地域の救急体制の確保に大きな役割を果たしてもらっています。

こうしたことから、**海部東部地域における強固で安定した医療体制を確保するためには、名古屋第一赤十字病院と医療連携を図っていくことが最善**であると考えます。

さらに、海部医療圏内にある津島市民病院及び厚生連海南病院とも連携を進めます。

□ 公立尾陽病院の目指す医療(病院間)連携のイメージ



地域医療の確保にあたっては、地域で開業している医師の方々の力が不可欠であり、海部医師会を始め地域の各医療機関との連携・協力体制をさらに強化します。

(3) 医療連携における公立尾陽病院の役割

名古屋第一赤十字病院との連携による地域医療の確保を前提として、当院は、従来の2次救急医療機関としての急性期病院という役割にとらわれることなく、担うべき役割を次のとおり設定します。

◆海部東部地域における外来救急医療

⇒海部東部地域から名古屋第一赤十字病院へ流れている一般外来・外来救急に歯止めをかける。

◆救急医療におけるスクリーニング^{※1 2}機能

⇒海部東部地域の救急搬送患者の第一次的な受入病院となり、高度救命救急機関による処置(再搬送)の必要性を判断する。なお、現状は救急現場で救急隊員によるスクリーニングは難しい場合が多く、一次的に患者を受け入れて医師によるスクリーニングを行う病院が必要となっている。

◆亜急性期の患者及び高度救命救急を要しない患者の受入れ

⇒名古屋第一赤十字病院において必要な空病床数を確保するため、亜急性期の患者及び高度救命救急を要しない患者を受け入れる。

名古屋第一赤十字病院を始めとした高度救命救急医療機関は、常に重症患者を主とした救急患者の受入れができるよう、一定数の病床を確保する必要があります。

す。しかしながら、緊急性の高くない疾患の患者も含めた多くの外来患者が集中する傾向にあるため、こうした患者を受け入れる病院との機能分担が指摘されています。こうしたことから、**名古屋第一赤十字病院との医療連携を行うにあたっては、当院が海部東部地域における基幹病院として一定の役割を果たしながら、名古屋第一赤十字病院の後方支援病院としての役割を担うことにより、様々な医療の段階に機能的に対応できる体制を確立することが地域医療にとって重要となります。**

(4) 医療連携等への要請

医療連携の必要性については、地域医療の連携を検討するために愛知県が設置した「公立病院等地域医療連携のための有識者会議(以下「有識者会議」という。)」においても指摘されています。

◎平成20年5月「中間とりまとめ」(抄)

公立病院の経営改革は、「地域医療の確保」と切り離しては考えられないものであり、その視点を抜きにしては、公立病院の存在意義自体が厳しく問われることになる。公立病院改革プランは、「経営の効率化」「再編・ネットワーク化」「経営形態の見直し」の3つの視点で策定することとされているが、「地域医療の確保」の観点からは特に「再編・ネットワーク化」が重要な視点であり、公立病院が経営改革を図りつつ、地域医療の確保のための役割を担うためには、地域における公立病院を含めた医療機関相互の医療連携体制を構築していくことが、何よりも重要であると考えられる。

有識者会議が平成20年12月に公表した「圏域における救急医療体制を中心とした医療連携についての意見とりまとめ」において、名古屋第一赤十字病院と当院との医療連携について示されており、当院としては、ガイドラインや有識者会議の意見も十分に踏まえた上で、名古屋第一赤十字病院との医療連携の強化を検討していくこととします。

◎平成20年12月「圏域における救急医療体制を中心とした医療連携についての意見とりまとめ」(抄)

(海部医療圏) 東部地域においては、救急搬送件数及び地域住民の診療圏から推測すると、名古屋第一赤十字病院と公立尾陽病院を中心に救急体制を充実する方向が望ましく、両病院の連携を一層強化する必要がある。

その場合、公立尾陽病院としては病床削減を視野に入れ、名古屋第一赤十字病院と連携し機能分担を図るため、亜急性期医療を担うことを検討すべきである。

4 医療連携に向けた具体的な取組み

(1) 連携の具体策

当院では海部医療圏内の医療機関（津島市民病院・厚生連海南病院等）との連携を図りつつ、さらに名古屋第一赤十字病院との連携が必要であると判断し、平成20年6月に同院との病病連携協定を結びました。

この協定の下、亜急性期の患者の受け入れや看護研修の実施をするとともに、平成21年1月からは医師の派遣を受けるなど、具体的かつ緊密な医療連携を進めています。

(2) 名古屋第一赤十字病院との検討会の設置

今後は、こうした医療連携を一層強化していくとともに、**平成21年度に名古屋第一赤十字病院と当院との間で、医療連携の更なる強化策や、将来的な地域医療の提供体制等を検討するための組織（検討会）を設置**します。

◆名古屋第一赤十字病院を核とした地域医療体制の姿（目指す姿）

- ・両病院間で一貫した医療の提供（転院等に伴う患者の不安の除去等）
- ・機能分担の明確化と当該機能を発揮するための体制の構築（両病院の機能を効果的・効率的に再構築（配分）することで、的確・適切な医療提供体制を確保する。）
- ・地域における医療提供という視点からの医療スタッフの配分（国の制度改革等に両病院一体で柔軟に対応できる体制の構築。効果的な人材育成や人員配置等）
- ・老朽化した公立尾陽病院の建て替え（長期的な医療提供に耐え得る施設の整備。医療スタッフ、患者にとって魅力ある病院の建設）
- ・医療の再編・ネットワーク、医療連携、公立病院の経営形態の見直しという課題において、フラッグシップモデルの提案

なお、主な検討項目及び当院の基本的な方向性については次のとおりです。

【検討項目1】

- ・公立尾陽病院が担う具体的医療の内容

（基本的方向）

- ・名古屋第一赤十字病院の後方支援病院としての役割を念頭に**した亜急性期医療、回復期リハビリテーション^{※13}医療の強化**
- ・外来救急に対応できる外来診療部門の強化
- ・名古屋第一赤十字病院における症例に応じた患者の受け入れを前提とした診療科の見直し

【検討項目 2】

- ・ 公立尾陽病院の規模・機能（施設・設備）

（基本的方向）

- ・ **医療連携による地域医療の確保を前提とし、150床を目安とした病院機能の再構築**（ガイドラインは、過去3年間連続して病床利用率が70%未満である病院に対して病床数の削減等を求めている、現状の病床利用率から考えても病床数の見直しが必要となる。）
- ・ **病院機能の再構築にあたっては、急性期病床、亜急性期病床、回復期リハビリテーション病床を機能的に配置するケアミックス^{※14}を想定**
- ・ **現在の医療水準を意識し、設定した機能にマッチした施設・設備の整備**（施設の建て替えや設備投資）

【検討項目 3】

- ・ 公立尾陽病院の経営健全化に向けた名古屋第一赤十字病院との関係強化

（基本的方向）

- ・ 地域医療確保のために公立尾陽病院の役割が重要であるという認識の下、現在の医療連携（患者受入、医師派遣等）を強化
- ・ 両病院間における**地域医療の再編・ネットワーク化においてガイドラインで示されたパターン（方策）の実現を提案**

5 数値目標

(1) 基本となる目標

地域で必要とされる医療を安定的に提供するために医療連携を進めていくには、当院における経営健全化が不可欠であり、効率的な病院経営に努めていかなければならないことは言うまでもありません。ガイドラインにおいても具体的な数値目標を設定することを求めている、当院は次のとおり目標を設定します。

【基本となる目標】

- ①平成22年度から構成団体からの負担金額を徐々に縮減します。（新規投資分を除く）
- ②平成23年度において減価償却費計上前の経常黒字を実現します。
- ③平成25年度において経常の黒字を実現します。

(2) 収支計画

(単位:百万円)

区 分		18年度	19年度	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度	
		(実績)	(実績)	(見込)						
収益的 収支	収入	1 医業収益	2,434	2,149	1,469	1,646	1,660	1,705	1,789	1,923
		(1) 料金収入	2,288	2,007	1,331	1,476	1,490	1,535	1,619	1,753
		(2) その他	146	142	138	170	170	170	170	170
		2 医業外収益	216	205	654	626	616	576	526	476
		経常収益 (A)	2,650	2,354	2,123	2,272	2,276	2,281	2,315	2,399
	支出	1 医業費用	2,873	2,725	2,243	2,402	2,386	2,346	2,336	2,336
		(1) 職員給与費	1,515	1,494	1,395	1,436	1,430	1,400	1,400	1,400
		(2) 材料費	531	467	291	332	330	330	320	320
		(3) 経費	689	627	421	498	490	480	480	480
		(4) 減価償却費	122	122	126	125	125	125	125	125
		(5) その他	16	15	10	11	11	11	11	11
		2 医業外費用	97	86	86	47	50	50	50	50
		経常費用 (B)	2,970	2,811	2,329	2,449	2,436	2,396	2,386	2,386
	経常損益 (A)-(B)		△320	△457	△206	△177	△160	△115	△71	13
資本的 収支	収入	他会計負担金	115	121	66	69	70	70	70	70
		計 (C)	115	121	66	69	70	70	70	70
	支出	1 建設改良費	53	9	30	53	50	52	48	45
		2 企業債償還金	59	62	61	65	68	66	70	73
	計 (D)		112	71	91	118	118	118	118	118
差引不足額 (D)-(C)		△3	△50	25	49	48	48	48	48	

(上記の数値は、計画策定時の見込みに基づくものであり、各年度の予算額等とは異なります。)

(3) 経営指標

(単位:%)

区 分	18年度	19年度	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度
	(実績)	(実績)	(見込)					
経常収支比率	89.2	83.7	91.2	92.8	93.4	95.2	97.0	100.5
不良債務比率	0	0	0	0	0	0	0	0
医業収支比率	84.7	78.9	65.5	68.5	69.6	72.7	76.6	82.3
職員給与費対医業収益比率	62.2	69.5	95.0	87.2	86.1	82.1	78.3	72.8
病床利用率(許可)	64.3	55.3	35.2	39.2	39.7	40.7	42.2	43.2
病床利用率(実稼動)		64.4	70.7	78.8	79.8	81.8	84.8	86.9
1日あたり入院患者数	138	113	70	78	79	81	84	86
入院単価	31,913	32,411	31,000	33,000	33,000	33,000	33,000	34,000
1日あたり外来患者数	381	353	275	275	275	285	310	330
外来単価	7,337	7,739	8,000	8,000	8,000	8,000	8,000	8,000

(4) 一般会計における病院事業への経費負担の考え方

病院事業は独立採算が原則ですが、地方公営企業法において「経費の性質上公立病院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「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（当院においては構成団体）による負担が認められています。この負担については、国の示した基準により次に掲げる経費について毎年度適正額を積算します。

- ◎ 建設改良に要する経費
- ◎ 救急医療の確保に要する経費
- ◎ 高度医療に要する経費
- ◎ 保健衛生行政事務に要する経費
- ◎ リハビリテーション医療に要する経費
- ◎ 小児医療に要する経費
- ◎ 経営基盤強化対策に要する経費
- ◎ その他総務省の示す基準による経費

また、これらの経費以外に、病院の経営安定化のための補助的負担があります。医業収益の急速な悪化に伴い、現在はこの負担が増加していますが、構成団体の厳しい財政状況を踏まえ、縮減していくことが強く望まれています。そのため、病院において不良債務を発生させない（病院における運転資金の確保）ということを中心として負担するものとします。

この負担金については、病院の経営健全化を図ることによって、新たな投資を除き、平成22年度以降徐々に縮減していきます。

一般会計からの負担金の見通し

(単位:百万円)

区 分	18年度 (実績)	19年度 (実績)	20年度 (見込)	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度
収益的収支（負担金）	276	270	734	731	720	680	630	580
資本的収支（負担金）	115	121	66	69	70	70	70	70
合 計	391	391	800	800	790	750	700	650

(5) 具体的な取り組み

次のとおり重点目標を掲げ、具体的な取り組みを実施することによって目標を達成します。

1) 必要なスタッフの確保

安全・安心な医療提供体制の整備や高度医療に対応するため、医療スタッフの配置の適正化を図るとともに、間接部門については、定年退職者の不補充やアウトソーシングによる効率化を進めます。

研修・教育の充実による医療水準の向上に努め、研修医、専攻医等を確保します。さらに医療安全対策を推進し、安全で安心できる医療を提供します。

- 患者ニーズに対応した医療を実施するため、研修医・専攻医の育成、確保に努めます。
- 勤務体制の見直し、処遇改善を含めた職場環境の充実、病床数・患者数に見合った看護師、医療技術員の確保により、医療スタッフの負担軽減を図ります。
- メンタルヘルス相談室の設置や接遇・クレーム対応マニュアルの作成等、労働環境を改善し、医療スタッフの定着を図ります。
- 名古屋第一赤十字病院との連携により、当院への医師の派遣を受け外来診療を強化します。
- 名古屋第一赤十字病院への看護師の派遣研修を行い、看護師を育成します。

2) 救急医療の確保

救急医療の確保を図るとともに、高度医療を目指した診療機能を強化します。

- 救急患者の受入れを円滑にするため、いわゆるコンビニ受診の自粛や「かかりつけ医」制度の周知に努めます。

3) 医療水準の向上

医療水準を向上させ、効率的かつ効果的な診療体制を確立します。

- 専門医、認定看護師等のスタッフを確保、外部講師の活用や外部研修への派遣等によって研修・指導體制の充実を図り、必要な人材を育成します。
- 高度医療設備の充実を図るとともに、既存の病院総合情報システムを再構築し、患者情報の一元管理による一患者一カルテを実現します。また、電子カルテシステムの導入を検討します。
- 患者満足度調査を継続的に実施し、得られた意見を病院経営に反映します。

4) 医療連携の推進

名古屋第一赤十字病院や地域医療機関との連携強化により、効率的な医療提供体制を確立します。

- 医療機関の機能分担・相互連携、高度医療機器の有効活用、地域医療機関からの紹介、逆紹介等、患者のニーズに合った効率的な医療を提供します。
- 急性期、回復期、慢性期それぞれの患者の療養環境を整備するため、病診連携の一層の充実を図ります。
- 名古屋第一赤十字病院との連携を行い、亜急性期の患者や高度救急医療を必要としない患者を受け入れます。

5) 効率的・効果的な病院運営

収益確保に向けた体制の整備、業務の見直し等による経費の節減により、効率的な病院運営を行います。

- クリティカルパス^{※15}の活用や計画的な入退院によって、病床の有効活用を図ります。
- 亜急性期の患者や高度救急医療を必要としない患者等を積極的に受け入れます。
- アウトソーシング^{※16}や業務の見直しにより経費の節減を図ります。また、SPDシステム^{※17}による在庫管理の徹底や後発医薬品^{※18}の使用により、診療材料及び薬品費等を削減します。
- 経営に関する講習会の開催や院内ネットワークでの経営状況・指標の掲載等により、全職員が病院の現状を常に把握し、経営に関する情報を共有します。
- 無保険者や生活困窮者に対して早期に社会保障制度の活用を促し、未収金の発生防止に努めます。また、未収金管理システムを活用し、効果的な催告を実施します。
- 国や県の補助金の有効な活用を図るとともに、診療報酬制度の変更に柔軟に対応し、収入の確保に努めます。
- 休止中の病棟を早期に再開し、収入を確保します。
- 自治体等が行う健康診断を今まで以上に受託します。

6) 病院施設の建て替え

多様化する住民の医療ニーズに対応するとともに、地域の基幹病院として災害時における医療の提供を視野に入れ、さらに効率的な医療提供により地域医療を守る当院の役割を果たしていくためにも、病院施設の建て替えについて検討を進めます。

6 経営形態の見直し

当院では、地方公営企業法のうち財務に関する規定を適用する「地方公営企業法の一部適用」という経営形態をとっています。

この経営形態は、一定の効率性を確保しながら公営企業としての経営状況を明らかにすることができますが、一般的に次のような問題点も指摘されています。

- ◎ 病院経営等に精通した専任の事業責任者が配置されていないこと。
- ◎ 人事面・財政面・経営面の権限が分散していることから経営責任が不明確となり、職員の経営意識・コスト意識が希薄となりがちであること。
- ◎ 一般公務員と同じ給与形態であり、経営収支と連動しない給与体系であること。
- ◎ 診療報酬等、国の制度改正や患者のニーズへの対応が遅れる傾向があること。

これらの問題を解決するためにも、民間的経営手法の導入を含めた経営形態の見直しについて検討する必要があります。当院は、**平成21年度中に名古屋第一赤十字病院と行う検討を踏まえ、その結果、経営形態の見直しを行うとなった場合は、施設の整備とともに平成25年度を目処に新たな経営形態の実現を目指します。**

検討にあたっては、名古屋第一赤十字病院との医療連携を前提として、ガイドラインで示された**地域医療の再編・ネットワーク化のパターン例に準じた方策の実現の可能性を第一に考えていきます。**

なお、ガイドラインにおいては、「経営形態別の利点及び課題等の留意事項」及び「再編・ネットワーク化のパターン例」について次のとおり示されています。

◎ガイドラインで示された経営形態別の利点及び課題等の留意事項

○地方公営企業法の全部適用

地方公営企業法の全部適用は、同法第2条第3項の規定により、病院事業に対し、財務規定等のみならず、同法の規定の全部を適用するものである。これにより、事業管理者に対し、人事・予算等に係る権限が付与され、より自律的な経営が可能となることが期待されるものであるが、経営の自由度拡大の範囲は地方独立行政法人化の場合に比べて限定的であり、民間的経営手法の導入という所期の目的が十分に達せられるためには、制度運用上、事業管理者の実質的な権限と責任の明確化に特に意を払う必要がある。このため、同法の全部適用によって所期の効果が達成されない場合には、地方独立行政法人化等、更なる経営形態の見直しに向け直ちにに取り組むことが適当である。

○地方独立行政法人化（非公務員型）

非公務員型の地方独立行政法人化は、地方独立行政法人法の規定に基づき、地方独立行政法人を設立し、経営を譲渡するものである。地方公共団体と別の法人格を有する経営主体に経営が委ねられることにより、地方公共団体が直営で事業を実施する場合に比べ、例えば予算・財務・契約、職員定数・人事等の面でより自律的・弾力的な経営が可能となり、権限と責任の明確化に資することが期待される。ただし、この場合、設立団体からの職員派遣は段階的に縮減を図る等、実質的な自律性の確保に配慮することが適当である。

また、現在一部事務組合方式により設置されている病院で、構成団体間の意見集約と事業体としての意思決定の迅速・的確性の確保に課題を有している場合には、地方独立行政法人方式への移行について積極的に検討すべきである。

○指定管理者制度の導入

指定管理者制度は、地方自治法第244条の2第3項の規定により、法人その他の団体であって当該普通地方公共団体が指定するものに、公の施設の管理を行わせる制度であり、民間の医療法人等（日本赤十字社等の公的医療機関、大学病院、社会医療法人等を含む。）を指定管理者として指定することで、民間的な経営手法の導入が期待されるものである。

本制度の導入が所期の効果を上げるためには、①適切な指定管理者の選定に特に配慮すること、②提供されるべき医療の内容、委託料の水準等、指定管理者に係わる諸条件について事前に十分に協議し相互に確認しておくこと、③病院施設の適正な管理が確保されるよう、地方公共団体においても事業報告書の徴取、実地の調査等を通じて、管理の実態を把握し、必要な指示を行うこと等が求められる。

なお、本制度を導入する場合、同条第8項に規定する利用料金制度をあわせて採用すれば、診療報酬が地方公共団体を經由せず、直接指定管理者に収受されることとなる。

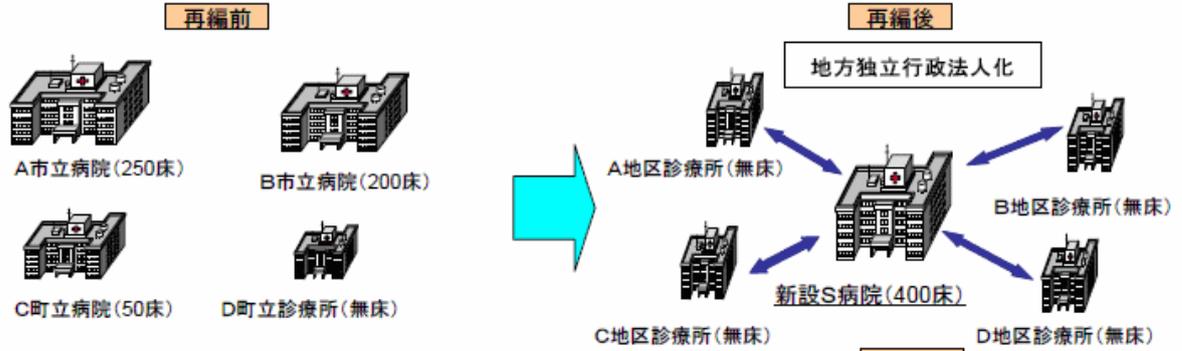
○民間譲渡

地域において必要な医療は公・民の適切な役割分担により提供されるべきものであり、「民間にできることは民間に委ねる」という考え方に立てば、地域の医療事情から見て公立病院を民間の医療法人等に譲渡し、その経営に委ねることが可能な地域にあっては、これを検討の対象とすべきである。ただし、公立病院が担っている医療は採算確保に困難性を伴うものを含むが一般的であり、こうした医療の提供が引き続き必要な場合には、民間譲渡に当たり相当期間の医療提供の継続を求める等、地域医療の確保の面から譲渡条件等について譲渡先との十分な協議が必要である。

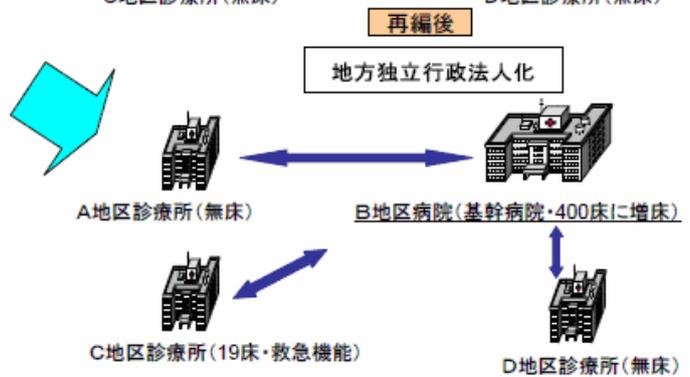
◎ガイドラインで示された再編・ネットワーク化のパターン例

再編・ネットワーク化のパターン例

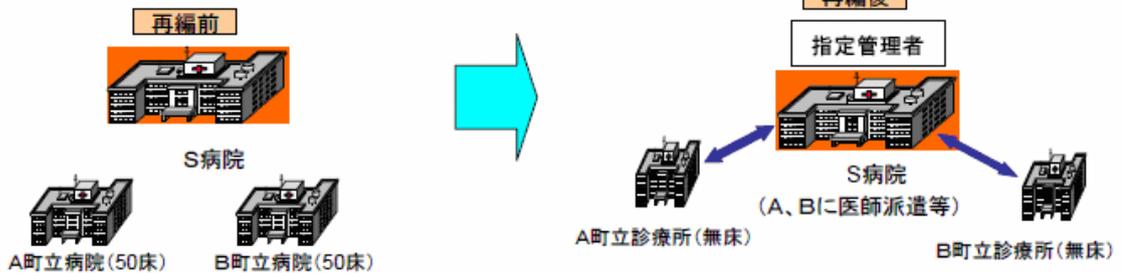
パターンⅠ



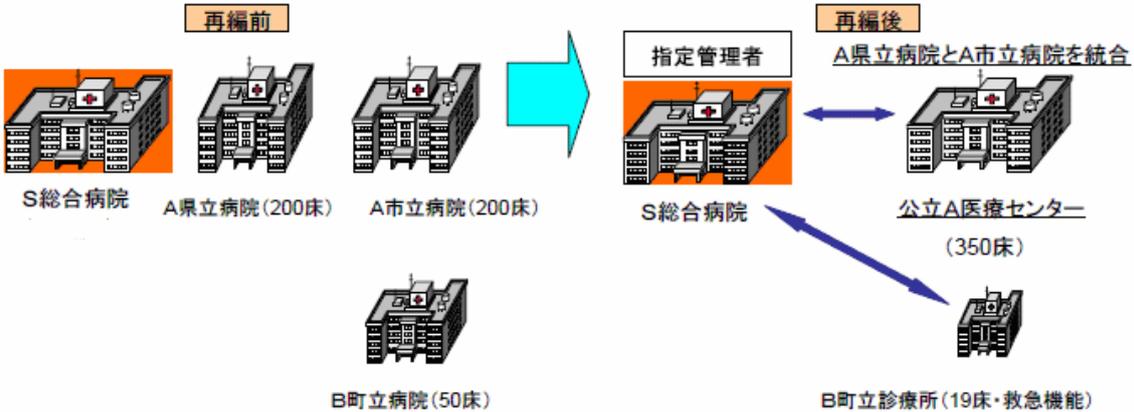
パターンⅡ



パターンⅢ



パターンⅣ



7 改革プランの点検・評価・公表

改革プランを着実に実行し、病院事業の経営改善化を進めて行くため、プランに掲げられた項目の進捗状況を定期的に点検・評価します。

評価については、公立尾陽病院改革プラン策定会議を年1回以上開催し、点検・評価し、組合議会に報告の上、公表します。

なお、公表は、構成団体の広報、ホームページへの掲載及び病院のホームページへ掲載します。

また、本プランの内容を必要に応じて見直し、より具体性を持つ計画となるよう努めていきます。

【用語解説】

※1 介護療養型医療施設

病状が安定期にあり、最も医療依存度の高い要介護者に対し、医学的管理のもとに介護その他の世話や必要な医療を行う施設

※2 介護老人保健施設

施設サービス計画に基づき、可能な限り、居宅における生活への復帰を念頭に置いて、入浴、排泄、食事等の介護、相談及び援助、多少のリハビリや医療等を通して機能訓練、健康管理等を行い入所者が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ことを目指した施設

※3 急性期医療

病気のなり始め、自・他覚症状の激しい時期を指す。一般的に処置・手術・投薬・注射等により、1か月程度で治癒する場合に急性期の病気という。

※4 亜急性期医療

急性期医療（病床）を「急性増悪を含む発症間もない患者（急性期）、または、病状が不安定で回復期にある患者（亜急性期）に対して、一定期間の集中的な医療を提供することで患者の状態改善を図る病床」と定義づけている。つまり、急性期を経て回復期にある段階が亜急性期ということになる。

※5 慢性期医療

急性期・亜急性期を過ぎ、症状が安定した時期をいう。

※6 医療圏

医療圏とは、地域の医療需要に応じて包括的に医療を提供するために、医療資源の適正な配置を図ることを目的とした地域的単位のこと、1次医療圏から3次医療圏までの3つの区分がある。「1次医療圏」は、日常生活に密着した身近で頻度の高い保健・医療・福祉サービスを提供する地域的単位であり、一般的には市町村の区域にあたる。「2次医療圏」は、1次医療圏のサービスの提供機能を広域的に支援し、比較的高度で専門性の高いサービスを提供して、保健・医療・福祉サービスの完結を目指す地域的単位で、複数の市町村を1つの単位として認定されている。「3次医療圏」は、高度で専門性の高い保健・医療・福祉サービスを提供する地域的単位で、原則として県を1つの単位として認定されている。

「海部医療圏」とは、津島市・愛西市・弥富市・七宝町・美和町・甚目寺町・大治町・蟹江町・飛島村を区域とする2次医療圏のことであり、「名古屋医療圏」とは、名古屋市を区域とする2次医療圏のことです。

※7 新臨床研修医制度

幅広い分野における基本的臨床能力を習得することを目的として、それまで努力義務であ

った新人医師の臨床研修が平成16年度に義務化された。この制度変更により臨床能力は著しく向上したという評価がある反面、研修先の病院を医師が自由に選択できるようになったため、従来臨床研修の中心的存在であった大学病院において医師が減少し、各病院に派遣されていた医師が大学に戻ることになり、派遣先病院の医師が不足する要因となったという指摘もある。

※8 未処理欠損金

「未処理欠損金（累積欠損金）」のことが「累積赤字」と一般的に言われている。未処理欠損は、約18億6千万円（平成19年度末）となっています。しかし、その中には建物・設備の投資に伴った減価償却費も含まれている。

※ 減価償却とは、減価償却資産の取得に要した金額を一定の方法によって、各年度分の必要経費として配分していく手続

※9 不良債務

流動資産（預貯金、未収金等）を流動負債（未払い金、前受け金等）が超える部分で、一時借入金や資金不足が生じていることを示すもの。

※10 地域医療支援病院

地域の病院、診療所等を後方支援するという形で、医療機関の機能の役割分担と連携を目的に創設された。県知事によって承認される。2次医療圏に一つ以上存在することが望ましいとされている。

※11 救命救急センター

脳卒中や心筋梗塞・頭部外傷等の2次救急で対応できない重篤な救急患者に対して、最も高度で専門的な医療を24時間体制で行う。

※12 スクリーニング

スクリーニングは「ふるいにかける」、「条件に合うものを選び出す」という意味。患者の病状に応じて1次、2次、3次救急の判断を行う。

1次救急は、比較的症状が軽く入院の必要もなく、外来の投薬・注射・処置だけで済む場合のこと。多くは夜間・休日の時間外診療が中心となる。休日診療所、在宅当番医制及び救急告示病院により運営がされている。

2次救急は、入院による観察や早期の手術等、専門医の処置が必要な場合で、主に1次救急施設からの転送受け入れ可能な救急施設で行われる。休日・夜間における病院群輪番制により運営がなされている。

3次救急は、生命にかかわる状態、あるいは複数の科にわたる治療が必要な場合で、救急隊直送または2次救急施設からの紹介が主である。救命救急センター及び熱傷センターで広域的な運営がされている。

※13 回復期リハビリテーション

脳梗塞、脳出血等の脳血管疾患や大腿骨の骨折、脊髄損傷等の発症後、急性期治療が終了し、全身状態が安定してから身体認知機能・日常生活能力の回復が終わるまでの回復期の患者に対し、寝たきりの防止、日常生活行動の向上、家庭・職場復帰等の社会復帰を支援するために、集中的・専門的に実施されるリハビリテーションのこと。

※14 ケアミックス

1つの病院が急性期医療と慢性期医療あるいは介護療養型の機能を併せ持つこと。急性期、慢性期、介護療養型の各病床は施設基準等が異なるため、これらの機能は、基本的には病棟単位で提供される。

ただし、一般病床と療養病床が同一病棟に併存する場合（複合病棟型）あるいは療養病床の病棟において病室単位で介護保険の適用が認められている場合等、病室単位で併存しているケースもある。

※15 クリティカルパス

疾患別の診療計画や実施プロセスの標準化により、医療の質の向上、効率化、医療安全対策等に寄与するもの。

※16 アウトソーシング

広義には、自社が業務上必要とする資源やサービスを外部から調達すること。狭義には、自社の業務過程の一部を外部に委託すること。アウトソーシングを委託する側は自社の中心業務に集中し、それ以外の業務や外部活用をしたほうが効率的であったり、専門的であるものをアウトソーシングするのが有効である。Out=外部 Sourcing=資源活用と訳され、外部資源の有効活用とするのがその本質を表現するにふさわしい。多方面にわたる専門的人材育成から解放されること等により業務の効率化が図られる。

※17 SPDシステム

病院内で取り扱う診療材料・衛生材料・医薬品等の物品とデータを一元管理し、物品の安定供給と適正在庫を管理するシステムのこと。保険請求漏れの防止や過剰在庫の解消に役立つ。

※18 後発医薬品

「ジェネリック医薬品」とも言う。成分そのものや製造方法等特許権が消滅した先発医薬品を、他のメーカーが製造した同じ主成分を含んだ医薬品のこと。単価も大幅に低減される。日本は、諸外国に比べて普及が進んでいない。