

小林市立病院新改革プラン

平成29年度（2017年度）～

平成32年度（2020年度）

平成29年3月

小 林 市

目 次

I	新改革プラン策定にあたって	1
II	小林市立病院新改革プランの概要	2
III	小林市立病院の現状	2
IV	地域医療構想を踏まえた当院の役割の明確化	3
	1 地域医療構想を踏まえた当院の果たすべき役割	3
	2 平成37年(2025年)における当院の具体的な将来像	3
	3 地域包括ケアシステムの構築に向けて当院が果たすべき役割	4
	4 一般会計負担の考え方	4
	5 医療機能等指標に係る数値目標	5
	6 住民の理解のための取組	5
V	経営の効率化	6
	1 経営指標に係る数値目標	6
	1) 収支改善に係るもの	
	2) 経費削減に係るもの	
	3) 収入確保に係るもの	
	4) 経営の安定性に係るもの	
	5) 上記数値目標設定の考え方	
	2 経常収支比率に係る目標設定の考え方	7
	3 目標達成に向けた具体的な取組	7
	1) 民間的経営手法の導入	
	2) 事業規模・事業形態の見直し	
	3) 経費削減・抑制対策	
	4) 収入増加・確保対策	
	5) その他	
	4 新改革プラン対象期間中の各年度の収支計画等	10
VI	再編・ネットワーク化	11
	1 当該公立病院の状況	11
	2 二次医療圏又は構想区域内の病院等配置の現況	11
	3 当該病院に係る再編・ネットワーク化計画の概要	11
VII	経営形態の見直し	12
	1 経営形態の現状	12
	2 経営形態の見直し(検討)の方向性	12
	3 経営形態見直し計画の概要	12
VIII	新改革プラン策定に関する都道府県からの助言や再編ネットワーク化 計画策定への都道府県の参加状況	12
IX	点検・評価・公表等	12
	1 点検・評価・公表等の体制(委員会等を設置する場合その概要)	12
	2 点検・評価の時期	12
	3 公表の方法	12
X	その他特記事項	12

I 新改革プラン策定にあたって

- 小林市立病院（以下「当院」という。）では、平成21年3月に策定した小林市立病院改革プラン（以下「現改革プラン」という。）により経営改革を進めてきました。現改革プラン策定時の平成21年度は、新病院オープンと同時に地方公営企業法の全部適用に移行した年であり、地域の中核病院に相応しい医療提供体制が整った年でもありました。
- しかし、同年度に想定外の内科医3名の退職があり、1病棟を閉鎖し2病棟体制、運用病床数も147床から98床に削減せざるを得ない状況になりました。その影響により入院・外来とも患者数や収益も激減し、病院存続の危機に陥る状況になりました。
- 西諸医師会では、当院の内科医退職問題を「救急医療をはじめとする地域医療の崩壊に直結する重大な問題」ととらえ、住民の不安解消や救急告示病院の医師の負担軽減を目的に平成22年4月から平日19時から22時までの準夜帯の急病診療体制の構築や日・祝日の午前中の小児科診療体制の構築など新たな地域医療の確保に向けた事業に取り組んでいただき現在も継続中です。
- 内科医退職の要因に当院の役割や使命が曖昧であったこともあります。そのため、当院の地域に於ける役割を明確化し、医療機関との連携や機能分担を進めたことにより、平成23年6月に宮崎県知事から「地域医療支援病院」の承認を得ました。
- 内科医復活までは長い期間を要する恐れがあり休止中の病棟再開の目途も立たず経営的にも厳しい状況が続いていたため、平成25年6月に「回復期リハビリテーション病棟」を導入し、急性期に加え回復期医療の導入という新たな運営方針の大転換による経営改善を図ることにしました。現在は回復期39床を含め運用病床は134床まで回復しています。
- 一方、経営状況は、平成26年度の予算、決算から本格適用された会計基準の見直しによる退職引当金を一括計上したため、平成26年度決算では4億1千3百万円の単年度純損失を計上し、年度末未処理欠損金は、11億百十万円となりましたが、平成27年度の決算では、会計基準の見直しの影響や入院患者増により8年振りに4千8百50万円の単年度の純利益を上げることができました。また、資金運用面でも年度末の一時借入金を平成24年度に20年振りに解消することができ、現在も資金運用面は改善されています。
- 平成26年6月25日に公布された「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」に伴い医療法も改正され、県は将来の医療提供体制に関する事項を「地域医療構想」として、平成28年度までに現行の県医療計画に追加して定めることになりました。
- この法律の改正を受け総務省は、平成27年3月31日に新たな公立病院改革ガイドラインを策定し、病院事業を設置する地方公共団体に「地域医療構想」を踏まえた「新公立病院改革プラン」の策定をするよう通知しました。
- 小林市立病院新改革プラン（以下「新改革プラン」という。）の策定に当たっては、地域医療構想を踏まえ、当院が置かれている医療圏の中核病院としての役割や使命等について記述しています。新改革プランに対する皆様のご理解がより深まりますよう、結論に至る根拠や背景、課題等を含め記述しています。

II 小林市立病院新改革プランの概要

団体コード	452050
施設コード	001

団 体 名	宮崎県小林市
プランの名称	小林市立病院新改革プラン
策 定 日	平成29年3月
対 象 期 間	平成29年度(2017年度)～平成32年度(2020年度)

III 小林市立病院の現状

病院の名称	小林市立病院					
病院の所在地	宮崎県小林市細野2235番地3					
事業開始日	昭和28年4月1日					
開設者	小林市長					
経営形態	地方公営企業法全部適用(平成21年4月1日)					
病院の構造	鉄筋コンクリート造 地上5階免震構造(プレキャスト・プレストレスト)					
許可病床数	一般病床143床(回復期リハ病棟2 39床) 感染症病床4床合計147床					
運用病床数	一般病床130床(回復期リハ病棟2 39床) 感染症病床4床合計134床					
病床機能報告	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計	備考
許可	0	105	42	0	147	平成28年度病床機能報告書数値
算定	0	95	39	0	134	
稼働	0	87	30	0	117	
診療科目 ()内数字 は常勤医師数	内科・循環器内科(1)、消化器外科・腫瘍外科(5)、整形外科(2)、泌尿器科(2)、麻酔科(1)、救急科、小児科、放射線科、心臓血管外科、肝臓・胆のう・膵臓外科、リハビリテーション科、呼吸器外科、神経内科、産婦人科(休診中)の16診療科、常勤医師数11人					
職員の職種と 職員数	医師(11)、薬剤師(2)、看護師(79)、臨床検査技師(5)、診療放射線技師(4)、臨床工学技士(3)、理学療法士(10)、作業療法士(6)、言語聴覚士(2)、管理栄養士(2)、社会福祉士(1)、事務職員(6)、産休・育休(7)小計138人(別途各職種臨時職員87人) 合計225人					
敷地面積	21,016.85㎡					
延床面積	12,077.03㎡					
外来駐車場	138台(車椅子専用8台含む)					
ヘリポート	1,330㎡(35m×38m)					

IV 地域医療構想を踏まえた当院の役割の明確化

当院が属する西諸医療圏は、宮崎県内で唯一国立病院機構、県立、日赤、済生会や医師会などの公的病院が整備されていない地域のため、当院が「宮崎県医療計画」における西諸医療圏で唯一の中核病院として位置付けられ、入院、救急、感染や災害などの医療の提供を行っています。今後も、この様な役割を果たすと共に地域医療支援病院として、かかりつけ医を支援する後方支援の役割が求められます。

地域医療構想を踏まえた当院の役割の明確化を図るためには、将来の西諸医療圏の人口、必要病床数等の推計を視野に入れた検討が必要になります。

平成27年度（2015年度）の当院の住所別利用割合は、入院で小林市61.8%、えびの市21.5%、高原町11.8%、その他4.9%です。外来は小林市73.0%、えびの市13.9%、高原町8.9%、その他4.2%となっています。

1 地域医療構想を踏まえた当院の果たすべき役割（対象期間末における具体的な将来像）

今後ますますの高齢化や少子化による人口減少が予想されるため、在宅医療や福祉と介護の連携による「地域包括ケアシステム」を視野に入れた病院運営が求められます。

そのため、これまでの急性期医療に加え、急性期治療が終了した患者に対して在宅などへの復帰支援に向けたリハビリ等の医療支援を行うための回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟の導入によるケア・ミックスでの病院運営を目指します。

対象期間末の平成33年（2021年）3月における当院が担うべき具体的な役割や将来像は、次のとおりです。

- ① 地域医療支援病院としての医療機関との連携や機能分化の強化
- ② 入院医療は、高度急性期、急性期から回復期までを対象
- ③ 地域に不足する小児科、産婦人科などの不採算医療の提供
- ④ 災害拠点病院としての機能充実
- ⑤ 在宅医療事業の実施
- ⑥ 医療の標準化や透明化、医療の質の向上を図るためDPCの導入

2 平成37年（2025年）における当院の具体的な将来像

地域医療構想では、平成37年の段階で西諸医療圏の65歳以上の入院患者はまだ増加傾向にあると予想されています。一方、西諸の医療提供体制は、公立病院だけでなく民間病院でも医師をはじめとする医療従事者の確保が難しい状況が続くと予想されます。当院には、今後地域に不足する診療科や不採算の医療提供体制の構築が求められます。

また、当院でも在宅医療事業を積極的に実施し、在宅患者の急変時の受け皿としての機能充実はもちろん、医療、福祉、介護施設と連携強化のもと地域包括ケアシステムの構築に向けた中心的役割を目指します。

3 地域包括ケアシステムの構築に向けて当院が果たすべき役割

西諸医療圏では、平成28年1月12日に医師会、社会福祉協議会や行政等関係機関による「西諸地域在宅医療介護連携推進協議会」が設立され、当院からも事業管理者が委員に、職員3人を専門部会メンバーに選出し、西諸地域全体で地域包括ケアシステムの構築に向け協議を進めています。

当院では、地域包括ケアシステムの構築に向け、患者が退院後も切れ目のないケアを受けられるよう在宅患者の急変時のバックアップ体制の構築はもちろん、当院自体が在宅医療のスタッフを確保し在宅医療事業を積極的に実施する必要があると認識しています。

4 一般会計負担の考え方（繰出基準の概要）

一般会計からの繰入金については、基本的には総務省より通知される「地方公営企業繰出金について」に基づき次の内容を基本に繰出しを行う考えです。

今後も医師招致を図り病院独自の経営努力により収支均衡を目指してまいります。が、病院改築後8年が経過し、平成29年度以降、高度医療機器の更新を迎えることにより、医療機器更新による起債償還に伴う繰出金が増額になると予想しています。

繰出基準は、以下のとおりです。

- 病院の建設改良に要する経費の1/2
- 不採算地区病院の運営に関する経費
- 病院事業債元利償還の1/2
- 感染症医療に要する経費(人件費+材料費+経費-診療収入-感染症補助金)
- 周産期医療に要する経費(人件費+材料費+経費+減価償却費-産婦人科収入)
- 小児医療に要する経費(人件費+材料費+経費-小児科収入)
- 救急医療の確保に要する経費(人件費+材料費+経費+減価償却費-救急医療収入-病院群輪番制補助金分繰入金)
- 高度医療に要する経費(人件費+材料費+経費-収入)
- 院内保育所の運営に関する経費(経費-収入)
- 経営基盤強化対策に要する経費(研究研修に係る経費×1/2、共済追加費用の負担に要する経費、医師確保に要する経費)
- 地方公営企業職員に係る児童手当に要する経費の一部

5 医療機能等指標に係る数値目標

当院が果たすべき役割を判断する指標として、以下の数値目標を設定します。

① 医療機能・医療品質に係るもの

	27年度 (実績)	28年度	29年度	30年度	31年度	32年度
救急患者数(人)	2,151	2,160	2,170	2,175	2,180	2,185
救急車受入台数(台)	763	760	770	775	780	785
手術件数(件)	588	580	575	570	565	560
紹介率(%)	50.7	51.0	51.5	52.0	52.5	53.0
逆紹介率(%)	70.9	71.5	72.0	72.5	72.6	72.8
在宅復帰率(全病床%)	81.8	85.1	86.0	87.0	88.0	89.0

② その他

	27年度 (実績)	28年度	29年度	30年度	31年度	32年度
卒後臨床研修医受入(人)	0	0	1	2	4	4
医学生実習受入(人)	3	5	10	15	20	20

6 住民の理解のための取組

新改革プランは病院ホームページで公表し、改定についてもその都度修正箇所が分かりやすいよう掲載します。

○広報活動や住民との連携活動の取組

当院では、平成21年2月から当院の情報誌(名称「こすもスマイル」)を年6回発行し、西諸医療圏内の医療機関、介護施設や関係機関に送付しています。平成21年3月からは、西諸医療圏内の医療機関、介護施設、消防署や行政職員を対象にした、症例検討会(年4回)を開催しています。また、平成22年11月から毎月定例の4者会議(地域住民の団体「地域医療を考える会」、医師会、行政と当院)を開催し、地域医療に関する情報交換や各種地域医療関連事業の連携体制の構築に取り組んでいます。特に、地域医療を考える会の主催による医師の歓迎会やクリスマスコンサートは恒例行事になっており、当地域では住民の方々の地域医療に関する理解が深まりつつあります。

平成23年5月からは院内ニュース(随時)を発行し、院内掲示やホームページで公表しています。

これらの活動に続き平成29年度からは、新たな試みとして先進都市の事例に習い毎年9月の定例議会終了後に、病院事業管理者による市議会議員を対象にした「病院事業の現況報告と今後の方向性について」の説明の機会を設けます。

V 経営の効率化

1 経営指標に係る数値目標

平成27年度に8年振りに経常利益を計上したため、今後も引き続き黒字化を目指すため以下の項目について数値目標を設定します。

1) 収支改善に係るもの

	27年度 (実績)	28年度	29年度	30年度	31年度	32年度
経常収支比率 (%)	101.36	100.20	100.83	101.33	100.76	100.84
医業収支比率 (%)	90.75	89.55	93.19	93.40	93.09	93.84
給与比率 (%)	62.83	64.03	62.61	62.49	62.52	62.56

2) 経費削減に係るもの

	27年度 (実績)	28年度	29年度	30年度	31年度	32年度
材料費(薬品含む)の費用割合 (%)	25.4	25.3	24.0	23.9	23.9	24.1
後発薬品指数(数量)	23.4	73.6	80.5	82.0	85.0	85.0

3) 収入確保に係るもの

	27年度 (実績)	28年度	29年度	30年度	31年度	32年度
1日当たり入院患者数(人)	90.7	84.9	91.8	94.5	95.9	97.3
1日当たり外来患者数(人)	126.5	127.6	128.6	134.7	134.7	134.7
病床利用率 (%)	63.27	59.39	64.18	66.10	66.87	68.01
1日当りの入院単価(円)	45,526	45,500	45,000	45,500	45,500	45,500
1日当りの外来単価(円)	12,732	12,800	12,800	14,400	14,400	14,400

4) 経営の安定性に係るもの

	27年度 (実績)	28年度	29年度	30年度	31年度	32年度
年度末常勤医師数(人)	11	11	11	12	13	14
当期純利益(千円)	48,558	21,878	38,072	52,211	39,449	42,664
年度末未処理欠損金(千円)	1,052,543	1,030,665	992,593	940,381	900,931	858,267
資金期末残高(千円)	135,286	60,000	100,000	150,000	170,000	190,000
一般会計繰入金(千円)	357,173	368,000	398,000	388,000	383,000	383,000

※一般会計繰入金は、病院事業会計へ繰り入れられるすべての額(病院群輪番制運営分及び資本費繰入収入を含む。)を計上しており、別紙1「3.一般会計等からの繰入金の見通し」とは異なります。

5) 上記数値目標設定の考え方

上記に掲げた経営指標は、当院が病院経営の上で常に意識している数値目標です。

上記数値目標を達成するには、当院の経営努力は当然ですが、ほとんどの数値目標の根幹となるのが医師確保です。当院の医師確保は、安心・安全なまちづくりを推進する上や地域の医療機関の後方支援体制確立のためにも重要な課題です。医師確保に向けては、行政、医師会や地域住民団体などのご協力をいただきオール小林の体制であらゆる方策を駆使して全力で取り組む必要があります。

今後、職員の定年退職者増が予想され、資金運用面への影響が懸念されます。

2 経常収支比率に係る目標設定の考え方（対象期間中に経常黒字化が難しい場合の理由及び黒字化を目指す時期、その他目標設定の特例を採用した理由）

当院は、平成27年度決算で8年振りに黒字化しました。主な要因は、平成26年度予算・決算から適用された新会計制度により、過去の補助金や一般会計の繰入金の剰余金が長期前受金戻入として収益化されたことや、平成25年度に導入した回復期リハビリテーション病棟により入院収益が増加したことです。

また、平成4年以降20年続いていた短期借入（一時借入金）を平成24年度には解消でき、資金運用面でも改善が図られています。

3 目標達成に向けた具体的な取組（どのような取組をどの時期に行うかについて、特に留意すべき事項も踏まえ記入）

1) 民間的経営手法の導入

○ 平成30年度からのDPC制度移行に向け平成27年度にDPC分析ベンチマークシステムと経営支援システムを導入しました。平成28年度には診療情報管理士を任期付職員で採用し、診療情報管理室を立ち上げ、病院の各種診療データの管理を行うと共に導入実績のある病院との算定率向上などの研修会に積極的に参加しました。今後も機能評価係数や算定率の向上に向け取り組んでいきます。

○ 看護師確保に向け、従来の広報や学校への求人活動に加え、平成27年度から看護師転職のノウハウを持つ民間斡旋業者の活用を行っています。

2) 事業規模・事業形態の見直し

○ 事業規模は、西諸医療圏の中核病院として許可病床の147床を維持し、運用病床数は、現在の134床から医師や看護師の確保を図り、地域包括ケア病棟を導入し、最終的には許可病床数と同じ147床での運用を目指します。稼働病床数は、運用病床数の90%の128床を目指します。

○ 事業形態は、当面地方公営企業法の全部適用を継続します。

3) 経費削減・抑制対策

○ 診療材料の購入、管理方法の見直し

平成28年4月1日から診療材料管理対象物品（定数管理）の購買及び管理運用を「一社一括SPD管理運用業務」に変更し、適正な在庫管理と不動在庫の削減を図っています。

更に、診療材料委員会を毎月開催し、価格の安い同種同効品への切り替えによる経費削減、不動物品、滅菌期限等をデータで管理し、購入費削減や資産減耗を減らします。

○ 診療材料と医薬品のベンチマークシステム活用

民間会社の診療材料と医薬品のベンチマーク・分析システムに参加し、全国の購入価格情報を活かし、各ディーラーやメーカーと直接価格交渉を行い購入価格の削減に取り組んでいます。

○ 薬品費仕入金額削減

平成28年10月末現在のDPCの機能評価係数Ⅱの後発医薬品係数（数量ベース）67.9%を、平成29年9月には80%に引き上げ、結果的に薬品費仕入の経費削減に取り組めます。

民間会社の薬価情報を活用した入札の実施により、薬品仕入金額の削減に取り組めます。

4) 収入増加・確保対策

○ 病床稼働率向上による増収

平成29年7月を目標に既存の3病棟制を4病棟体制によるケア・ミックスでの運用に変更し、病床稼働率の向上による収益増を目指します。

(参考)

3階病棟を地域包括ケア病棟、4階病棟を7対1病棟と回復期リハ病棟に分棟し、5階病棟を7対1病棟に再編する予定です。

○ DPC毎の在院日数コントロールによる増収

平成30年度のDPC制度移行に向け多職種メンバーによる入棟判定会議を毎週開始し、病床利用率を加味した適正なDPC毎の在院日数コントロールを図ると共に在宅復帰に向けた支援を行います。

また、DPCの機能評価係数ⅠやⅡの向上のためDPC分析ベンチマークシステムや経営支援システムの研修会に積極的に職員を派遣し、各種係数アップによる診療報酬算定率の向上を目指します。

○ 未収金対策の強化による収入確保

文書、電話催告の強化による未収金発生防止や少額訴訟の活用による収入確保を図ります。

5) その他

○ チーム医療の推進

疾病の回復促進、重症化予防など医療・生活の質的向上や医療の効率性の向上による医療従事者の負担軽減を目的に、NST、緩和ケア、呼吸ケア等のチーム医療の推進に努めています。

○ クリニカルパスの導入

クリニカルパスを導入し、質の高いチーム医療を目指します。

○ 再任用制度や任期付職員の採用

医師や看護師など人材確保の困難な職種については、定年延長、再任用や任期付職員採用等による制度を活用し、人材確保を図ります。

○ 薬剤師、看護師確保に向けた奨学金制度制定

平成27年度に薬剤師と看護師確保に向け奨学金貸与制度を条例化し貸与を始めました。

○ 薬剤師奨学金返還支援制度制定

平成28年度に薬剤師の中堅職員の確保を目的に奨学金返還支援制度の要綱を制定しました。

○ 職員のスキルアップ支援

平成24年4月から認定看護師取得のための職員を派遣する要綱を制定し、現在感染と救急の認定看護師が誕生しています。平成29年度には緩和ケア認定看護師も誕生する予定で、今後も職員のスキルアップを支援します。

○ 管理栄養士の病棟配置

平成26年7月から管理栄養士を各病棟に配置し、入院患者の栄養改善に取り組みADLの向上による在院日数の短縮に取り組んでいます。

○ 院内保育所の整備

平成27年3月に医師・看護師等の新規採用、離職防止や育児休暇の短縮により早期職場復帰等を目的に院内保育園を整備しました。

○ 患者さまアンケート

接遇向上委員会では、毎年、患者満足度の向上を目指して、外来・入院患者を対象に「患者さまアンケート調査」を実施しています。その結果は、各施策や改善に役立てています。

○ 所属長ヒヤリング

毎年、年度初めに管理者による各所属長のヒヤリング（昨年度の評価と今年度の目標や年間計画）を実施しています。

○ 事業管理者と職員のコミュニケーション

事業管理者と各所属長のコミュニケーションを図るため毎月ミーティングを開催しています。また、事業管理者と全職員を対象にしたミーティングも3ヶ月毎に年4回を目途に開催し、病院の経営や運営状況等の情報共有の場を設け職員とのコミュニケーションを図っています。

○ 事務職員のプロパー化

事務職員のプロパー化に取り組んでおり現在3人を採用していますが、今後
も計画的に採用し、採用後は診療情報管理士の資格取得を義務化し、定期的な
配置換えによる人材育成に取り組みます。

○ 医師確保対策

地域医療の確保や病院経営に欠かせないのは医師確保です。非常に厳しい
状況が続きますが、関係機関などのご協力をいただき次の取組みを中心に、
医師確保に全力を尽くしていきます。

(新しい専門医制度での基幹施設の関連病院)

平成30年度から始まる専門医制度に向け、関連大学の各診療科の基幹施
設の関連病院になり、後期研修医の受入れを目指します。

(関連大学への派遣依頼)

医師確保対策については、関連大学からの派遣が依然として中心となっ
てきます。関連大学の医局員も不足しているなか、安定的な医師派遣は非常
に厳しい状況ですが、開設者と病院事業管理者を中心に粘り強い招致活動
を継続して行っています。

(宮崎県医師確保対策推進協議会や宮崎県地域医療支援機構との情報交換)

全国的な医師の招致活動を行っている「宮崎県医師確保対策推進協議会」
や宮崎大学、宮崎県などが中心に医師不足病院への支援を行っている「宮
崎県地域医療支援機構」と積極的な情報交換に努めます。

(医学生の実習受入れや初期臨床研修医の確保)

関連大学の医学生の実習受入れを行い、医師免許取得後の初期臨
床研修医の確保に繋げる活動を行い、ひいては常勤医の確保に努めます。

(医師の勤務環境の整備)

医師の待遇（給与面、各種専門医資格取得に向けたサポート等）改善はも
ちろん、チーム医療の推進を図り、医療の効率性の向上による医師の負担
軽減による勤務環境の改善に努めます。

(医師事務作業補助の採用)

医師の文書作成、入力作業等を軽減するため、医師事務作業補助を配置し、
医師が診療行為に集中できるようサポートします。

4 新改革プラン対象期間中の各年度の収支計画等

別紙1に掲載のとおり

VI 再編・ネットワーク化

1 当該公立病院の状況

当院の病床利用率は、7年連続70%未満の低い水準で推移しています。大きな要因は、前述しているとおり、平成21年度の内科医3名の退職が原因です。それでも、何とか病院を維持できたのは、当院が医療圏の中核病院のため医師会などの関係機関による支援体制が構築できたことや内科医退職後も残っていただいた常勤医の先生方の地域医療に対する御理解と御支援の賜だと理解しています。

2 二次医療圏又は構想区域内の病院等配置の現況

当院が立地する西諸医療圏には、2つの精神科を含め16の病院が立地しており、そのうち3つが市町立の自治体病院です。

当院は、「宮崎県医療計画」における西諸医療圏で唯一の中核病院として位置付けられており、「地域医療支援病院」にも承認されています。

西諸医療圏内の公立病院の状況

- ・小林市立病院147床（一般病床143床、感染症4床）
- ・えびの市立病院50床（一般病床のみ）
- ・国民健康保険高原病院56床（一般病床のみ）

3 当該病院に係る再編・ネットワーク化計画の概要

○ 地域医療連携推進法人制度の導入の検討

国が地域医療構想の実現や地域包括ケアシステムの構築に向け、平成29年4月の施行を目指している地域医療推進法人創設を含む改正医療法が最終調整されています。

当院でも今後地域医療連携推進法人制度について、医療圏内の医療機関と調査研究や検討を進める予定です。

具体的なスケジュールについては未定です。

○ 地域医療支援病院としての機能充実

地域医療支援病院として、病病、病診連携を図り、紹介率・逆紹介率の向上を図ると共に、在宅医療事業への参入に向け体制整備を図り関係施設との連携強化を図ります。

VII 経営形態の見直し

1 経営形態の現状

平成21年4月から地方公営企業法全部適用です。

2 経営形態の見直し（検討）の方向性

現在は、経営形態の見直しの検討は行っていないですが、今後の経営状態の状況によっては、見直しの検討を行います。

3 経営形態見直し計画の概要

現在は、経営形態の見直し計画はありません。

VIII 新改革プラン策定に関する都道府県からの助言や再編ネットワーク化計画策定への都道府県の参加状況

今回の新改革プラン策定に関し県からの助言等はありませんが、改革プランについては、毎年、総務省自治財政局準公営企業室長からの照会を受け、宮崎県総務部市町村課長から公立病院改革等の取組状況調査があり回答を行っています。

IX 点検・評価・公表等

1 点検・評価・公表等の体制(委員会等を設置する場合その概要)

小林市病院事業経営改革評価委員会設置規程により、毎年進捗状況や目標達成状況など点検・評価を行います。その上で今後の改善策や計画の見直しを行うことにします。

2 点検・評価の時期(毎年10月頃)

毎年9月議会の決算承認後の10月頃を目途に点検・評価を行います。

3 公表の方法

当院のホームページで公表します。

X その他特記事項

点検・評価等の結果、新改革プランに掲げた数値目標の達成が著しく困難である場合には、抜本的な見直しを含めた新改革プランの改定を行います。

また、宮崎県の地域医療構想や地域医療構想調整会議と乖離が生じた場合など、必要に応じて計画を見直すこととします。

1. 収支計画 (収益的収支)

(単位: 百万円、%)

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	2,111	2,016	2,055	2,036	2,108	2,184	2,207	2,230
	(1) 入院収益	1,525	1,496	1,508	1,416	1,507	1,570	1,592	1,615
	外来収益	452	371	391	445	448	462	462	462
	(2) その他医業収益	134	149	156	175	153	152	153	153
	うち他会計負担金	92	100	104	101	104	104	104	104
	2. 医業外収益	211	342	368	364	322	341	334	316
	(1) 他会計負担金	192	189	197	210	205	225	224	222
	(2) 国(県)補助金	10	7	7	6	6	6	6	6
	(3) 長期前受金戻入	0	125	146	110	96	95	94	78
	(4) 資本費繰入収入	0	9	5	5	5	5	0	0
(5) その他	9	12	13	33	10	10	10	10	
経常収益(A)	2,322	2,358	2,423	2,400	2,430	2,525	2,541	2,546	
入	1. 医業費用 b	2,174	2,159	2,265	2,267	2,262	2,338	2,371	2,376
	(1) 職員給与費 c	1,169	1,204	1,280	1,300	1,320	1,365	1,380	1,395
	(2) 材料費	531	457	482	470	470	485	490	500
	(3) 経費	249	271	287	310	300	310	320	320
	(4) 減価償却費	180	209	205	177	162	168	171	151
	(5) その他	45	18	11	10	10	10	10	10
	2. 医業外費用	256	136	125	129	148	153	151	148
	(1) 支払利息	65	64	62	62	59	57	55	52
	(2) その他	191	72	63	67	72	80	80	80
	(3) 他会計繰出金					17	16	16	16
経常費用(B)	2,430	2,295	2,390	2,396	2,410	2,491	2,522	2,524	
経常損益(A)-(B)(C)	▲108	63	33	4	20	34	19	22	
特別損益	1. 特別利益(D)	0	0	16	17	18	19	20	21
	2. 特別損失(E)	0	477	0	0	0	0	0	0
	特別損益(D)-(E)(F)	0	▲477	16	17	18	19	20	21
純損益(C)+(F)	▲108	▲414	49	21	38	53	39	43	
累積欠損金(G)	1,252	1,101	1,052	1,031	993	940	901	858	
不良債務	流動資産(ア)	634	575	500	495	550	550	600	600
	流動負債(イ)	188	355	343	361	380	380	410	410
	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
	不良債務差引 [(イ)-(エ)]-[(ア)-(ウ)](オ)	▲446	▲220	▲157	▲134	▲170	▲170	▲190	▲190
経常収支比率 $\frac{(A)}{(B)} \times 100$	95.6	102.7	101.4	100.2	100.8	101.4	100.8	100.9	
不良債務比率 $\frac{(オ)}{a} \times 100$	▲21.1	▲10.9	▲7.6	▲6.6	▲8.1	▲7.8	▲8.6	▲8.5	
医業収支比率 $\frac{a}{b} \times 100$	97.1	93.4	90.7	89.8	93.2	93.4	93.1	93.9	
職員給与費対医業収益比率 $\frac{c}{a} \times 100$	55.4	59.7	62.3	63.9	62.6	62.5	62.5	62.6	
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)	▲446	▲220	▲157	▲134	▲170	▲170	▲190	▲190	
資金不足比率 $\frac{(H)}{a} \times 100$	▲21.1	▲10.9	▲7.6	▲6.6	▲8.1	▲7.8	▲8.6	▲8.5	
病床利用率	55.2	71.3	67.5	59.4	64.2	66.1	66.9	68.0	

2. 収支計画(資本的収支)

(単位:百万円、%)

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
収 入	1. 企 業 債	50	49	0	0	0	0	0	50
	2. 他 会 計 出 資 金	0	0	0	0	0	0	0	0
	3. 他 会 計 負 担 金	20	25	52	53	84	55	56	57
	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	0	0	0	0	0
	6. 国 (県) 補 助 金	85	88	23	6	19	3	3	53
	7. そ の 他	0	0	0	0	0	0	0	0
	収 入 計 (a)	155	162	75	59	103	58	59	160
	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)	155	162	75	59	103	58	59	160	
支 出	1. 建 設 改 良 費	171	187	73	29	88	62	72	132
	2. 企 業 債 償 還 金	40	69	114	116	118	120	112	115
	3. 他 会 計 長 期 借 入 金 返 還 金	50	50	50	20	20	20	20	20
	4. そ の 他	0	0	1	3	6	6	2	2
	支 出 計 (B)	261	306	238	168	232	208	206	269
差 引 不 足 額 (B)-(A) (C)	106	144	163	109	129	150	147	109	
補 て ん 財 源	1. 損 益 勘 定 留 保 資 金	106	130	158	100	124	145	142	104
	2. 利 益 剰 余 金 処 分 額	0	0	0	0	0	0	0	0
	3. 繰 越 工 事 資 金	0	0	0	0	0	0	0	0
	4. そ の 他	0	14	5	9	5	5	5	5
計 (D)	106	144	163	109	129	150	147	109	
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)	0	0	0	0	0	0	0	0	

- 複数の病院を有する事業にあっては、合計表のほか、別途、病院ごとの計画を作成すること。
- 金額の単位は適宜変更することも可能。(例)千円単位。

3. 一般会計等からの繰入金の見通し

(単位:百万円)

	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
収 益 的 収 支	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)
	284	289	301	311	309	329	328	326
資 本 的 収 支	(0)	(0)	(0)	(0)	(15)	(0)	(0)	(0)
	20	25	52	53	84	55	56	57
合 計	(0)	(0)	(0)	(0)	(15)	(0)	(0)	(0)
	304	314	353	364	393	384	384	383

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

No.	用 語	解 説
1.	地域医療支援病院	<p>地域医療支援病院は平成9年（1997年）4月の医療法第3次改正で制度化された医療機関の機能別区分の一つです。</p> <p>地域医療支援病院とは、救急医療や「かかりつけ医」から紹介された特殊な治療が必要な患者の診断・治療を行い、病状が安定したら「かかりつけ医」での診療を継続できるように対応する病院です。その他にも、地域の医療従事者に対する研修の実施や当該病院の医療機器の共同利用などを通じて地域の病院、診療所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ました。都道府県知事によって承認されます。特定機能病院とは性質が異なっています。二次医療圏当たり一つ以上存在することが望ましいとされています。</p>
2.	地域包括ケアシステム	<p>2025年（平成37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で、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、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の包括的な支援・サービス提供体制のことで</p> <p>す。</p> <p>今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。</p>
3.	ケア・ミックス	<p>同じ病院施設内に急性期医療と回復期や慢性期または介護療養型の機能を持っている病院のことです。</p>
4.	DPC制度	<p>DPC（診断群分類包括評価制度）制度は、平成15年度から大学病院や国立病院などの高度先進医療を行っている特定機能病院などで試行的に実施されていました。</p> <p>DPCとは、従来の診療行為ごとの点数をもとに計算する「出来高払い方式」とは異なり、入院期間中に治療した病気の中で最も医療資源を投入した一疾患のみに厚生労働省が定めた1日当たりの定額の点数からなる包括評価部分（入院基本料、検査、投薬、注射、画像診断等）と、従来どおりの出来高評価部分（手術、胃カメラ、リハビリ等）を組み合わせる方式です。</p> <p>1日当たりの定額の点数は、「診断群分類」と呼ばれる区分ごとに、入院期間に応じて定められています。</p>

5.	S P D	S P D (Supply (供給) Processing (加工) Distribution (分配)) とは、医療現場の要望によりの確に医療消耗品等を各部署に供給し、死蔵・過剰在庫の解消、請求・発注業務の軽減、保険請求漏れを防止し、病院経営をサポートするシステムです。
6.	N S T	N S Tは、Nutrition Support Team の略語です。N S Tとは、入院患者に最良の栄養療法を提供するために、医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、臨床検査技師、言語聴覚士など職種を越えて構成された医療チームのことです。
7.	緩和ケア	<p>《palliative care》 完全な治癒の望めない患者に対し、生命の持続よりも、その身体的痛みや精神的苦痛を取り除くことに重点をおいた介護・看護で末期癌(がん)患者などに対して行われる緩和医療です。</p> <p>最近では、末期患者の心のケアだけでなく、癌などの告知で受けるショックや不安への対応などもケアの対象とされるようになってきています。</p>
8.	呼吸ケア	<p>呼吸ケアとは、呼吸器疾患や心疾患を有する患者に対して、幅広い知識と技術をもって診断と治療を提供する職域横断的な医療専門分野です。</p> <p>呼吸ケアは、人工呼吸器管理、酸素吸入、気道内吸引、口腔内吸引、痰を出すための体位ドレナージ、スクウィーピングのいずれかを実施した場合、かつその記録があることを評価する項目です。</p>
9.	クリニカルパス	入院中に行われる検査・処置・指導・看護・食事などを入院から退院までの時間順にまとめた表で、診療計画表やクリティカルパスともいいます。
10.	A D L	A D Lとは、activities of daily living の略称で、日常生活動作、日常生活活動を意味します。日本リハビリテーション医学会の定義を要約すると、一人の人間が独立して生活するために行う、基本的で毎日繰り返される一連の身体動作群であり、実際には日常生活で必要とする動作をどれだけ自力でできるかを判定するための尺度となっています。医療や介護の現場では、患者の治療やリハビリテーションの指標として、また、治療効果の判定などに古くから活用されています。
11.	プロパー	<p>プロパーとは、英語の「proper」の事で、「本来の～」とか「元々の～」といった意味に訳されます。</p> <p>「プロパー社員」という表現の場合、出向社員や移籍社員と対比して、元々その会社に採用されて業務に付いている正社員を指して言う場合が多いようです。</p>

12.	地域医療連携推進法人	<p>平成27年（2015年）9月に医療法の一部が改正され「地域医療連携推進法人の認定制度」が設けられました。この制度を活用して地域医療連携推進法人を設立することにより、当該法人に参画した法人（医療法人など非営利に限る）の間で、次のような医療連携推進業務等を実施することができます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・診療科（病床）再編（病床特例の適用） ・医師等の共同研修 ・医薬品等の共同購入 ・資金貸付（基金造成含む） ・関連事業者への出資等 ・医師の配置換え ・救急患者受入ルートの方定 ・訪問看護等による在宅生活支援等 <p>この制度は、医療機関相互間の機能分担及び業務の連携を推進し、地域おける質の高い効率的な医療提供を確保するために創設された制度であり、関係者が自主的な取組により将来の医療提供体制を構築する上での選択肢の一つになるものです。</p>
-----	------------	---