

サービスを総合的、一体的に提供する「地域包括ケアシステム」の拠点施設としての活動を展開していきます。

- ② 地域の総合診療を推進するため、近隣の医療機関と必要な診療情報の提供などを行いながら相互の機能を有効に発揮できるよう、さらに医療連携を強化します。
- ③ 様々な職種の職員が専門性を活かしながら互いに連携し、患者中心の医療を行うチーム医療をさらに進めることにより、医療の安全と質の向上に努めます。また、チーム医療を支える医療従事者や事務職員の研究発表活動を継続し、院内の活性化を図ります。
- ④ 在宅医療を推進するため、訪問診療・訪問看護体制の充実を図ります。
- ⑤ 介護医療院では、入所者にとって必要な医療ケアを実施し、さらに生活の場として、療養室のプライバシーの確保や離床を促すためのレクリエーションや季節イベントを実施します。

(7) 職員の意識改革

坊津病院の経営改善を着実に進めるには、職員の改善意欲によるところが大きく、「病院改革の原点は、職員の意識改革である。」という認識のもと、次の施策を実施します。

- ① 院内組織の再編
- ② 幹部職員の病院管理意識及び医療スタッフへの指導体制の充実
- ③ 経営推進会議の開催（各部門の課題解決への目標設定）
- ④ チーム医療の充実
- ⑤ 職員研修機会の拡充
- ⑥ 経営状況及び直面している諸課題等を全職員が共通認識するための情報発信

(8) 施設の改善等

- ① 電子カルテシステム^{※19}の導入
地域における医療機関等間で必要な情報連携を効果的に進めるため、ICT^{※20}を活用したネットワークを構築し、地域における質の高い医療の提供に寄与する取組を進めていく必要があります。
このため、坊津病院での電子カルテシステムの導入について検討を進めていきます。
- ② 医療機器の計画的購入
耐用年数を踏まえながら稼働率・必要性を考慮した医療機器購入計画に基づき更新・整備を行い、効果的な運用に努めます。
- ③ 介護報酬システム及び備品の購入
介護医療院へ転換するため、介護報酬システム導入と、入所者のアメニティ向上や施設基準等を満たすための備品購入を行います。
- ④ データ提出加算システムの導入
地域包括ケア病床への転換のため、データ提出加算システムを導入します。

V 再編・ネットワーク化

近年、病院経営が慢性的な赤字で、将来的な人口減少による病床過剰の拡大の可能性、医師不足といった問題が指摘されているなか、国の医療制度改革及び鹿児島県地域医療構想に沿った医療機能の整備が急務となっていることから、一般病床の地域包括ケア病床への転換、療養病床の介護医療院への転換、望ましい経営形態の継続検討等について「南さつま市立坊津病院事業対策委員会」で審議し、坊津病院の基本方針を適宜見直します。

また、限られた医療資源を有効に活用するためにも、地域の医療機関相互の連携を強化することにより、地域医療ネットワーク^{※21}を構築していく必要があります。

このため、坊津病院では「かかりつけ医」という病院機能を発揮しながら、近隣の公立病院や民間病院との機能分担と連携強化に努め、地域の医療体制の充実に努めます。

VI 経営形態の見直し

坊津病院は平成18年10月の新築移転以降、減価償却費及び企業債償還金の増加に加え、新築床研修制度^{※22}等による医師不足、職員の高年齢化等による給与費の増加、さらには度重なる診療報酬のマイナス改定等により著しく経営状況が悪化しました。

このため、平成20年度に改革プランを策定し、数年で現金預金が底をつくという危機的状況から脱却するため、平成23年度の経常収支黒字化を経営目標に掲げ、集中的かつ効率的な取組を鋭意実行し、経営目標を達成してきたところであります。

しかしながら、これまでの「入るを量りて出ざるを制す」という取組も、本質的な経営体質の改善につながらず、近年の少子・高齢化による人口減少や専門医師不足により外来患者が減少し、さらには医療制度改革等の影響で、平成26年度から赤字が続いている状況にあります。

今回の改革プランの計画期間内における目標については、療養病床の廃止に伴い、地域包括ケア病床及び介護医療院への転換を行い、医療機能の維持・充実に努めながら継続して経営形態の見直しを行います。

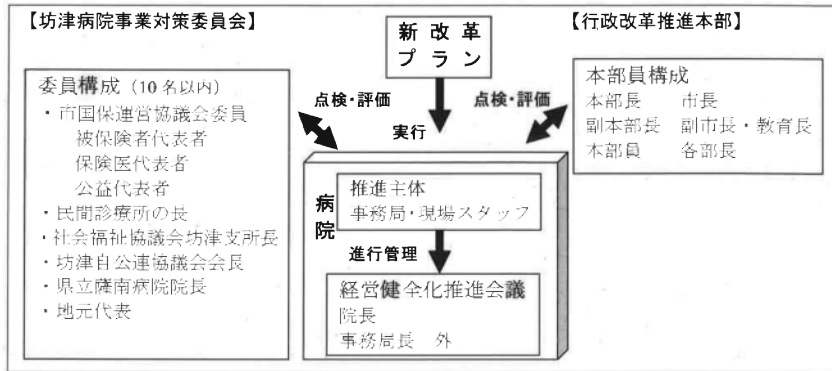
また、将来的に入院患者の大幅な減少等により病床の縮小・廃止の検討が必要となった場合に備え、近隣の病院との連携を図り、役割分担を明確にした上で、診療所化も含めた経営形態について検討していく必要があります。

VII 新改革プランの点検・評価及び公表等

1 点検及び評価の体制

新改革プランの進行管理は院内に設置する「南さつま市立坊津病院経営健全化推進会議」（毎月開催）で行います。

また、新改革プランを確実に実行していくため「坊津病院事業対策委員会」及び「行政改革推進本部会議」において点検・評価を行うこととします。



2 進捗・達成状況の公表及び広報活動

新改革プランの進捗及び達成状況については、点検及び評価後速やかに市ホームページ等で公表するものとします。

また、現在の医療環境や坊津病院を取り巻く状況を住民に正しく理解していただくため、広報誌「坊津病院だより しおざい」の充実を図ります。

VIII 参 考 資 料

- 別紙 1 経営指標及び医療機能指標に関する数値目標
- 別紙 2 新改革プラン対象期間中の各年度の収支計画
- 別紙 3 用語解説

経営指標及び医療機能指標に係る数値目標

指標項目	平成26年度 (実績)	平成27年度 (実績)	平成28年度 (決算)	平成29年度 (実績)	平成30年度 (実績見込)	平成31年度 (予算)	平成32年度 (計画)
経営							
経常収支比率	98.8%	99.6%	94.2%	98.4%	103.0%	100.0%	97.4%
職員給与費比率	70.6%	71.6%	79.0%	81.6%	82.2%	86.8%	83.5%
病床利用率(全体)	78.4%	79.6%	80.4%	76.1%	75.4%	75.7%	75.7%
一般病床利用率(13床) (H32年度は一般病床26床) 療養病床利用率(31床) (H32年度は介護医療院18床)	89.2%	86.5%	78.7%	82.7%	88.6%	83.6%	69.2%
平均在院日数	21日	20日	20日	20日	24日以内	24日以内	24日以内
1日当り外来患者数	72.8人	64.8人	62.5人	59.1人	61.8人	60.1人	59.0人
専門医師確保数	整形外科医2人 消化器内科医1人	整形外科医1人 消化器内科医1人	整形外科医1人 消化器内科医1人	整形外科医1人 消化器内科医1人	整形外科医1人 消化器内科医1人	整形外科医1人 消化器内科医1人	整形外科医1人 消化器内科医1人
医療							
紹介率	12.9%	20.3%	21.3%	17.5%	21.4%	24.3%	25.3%
逆紹介率	52.8%	64.3%	76.0%	82.4%	98.6%	97.1%	90.7%
一月当り訪問診療件数	12.4件	7.7件	15.8件	15.3件	16.7件	18.3件	20.0件
一月当りの訪問看護件数 (医療保険)	0.8件	2.1件	4.0件	2.8件	11.3件	11.7件	11.7件
入院リハビリ(1人1日平均)	—	—	—	—	—	—	2単位
一月当りの訪問看護件数 (介護保険)	—	—	—	—	—	—	1.0件

新改革プラン対象期間中の各年度の収支計画

1. 収支計画 (収益的収支) (単位: 千円、%)

区分	年度						
	26年度 (実績)	27年度 (実績)	28年度 (実績)	29年度 (実績)	30年度 (実績見込)	31年度 (予算)	32年度 (計画)
収							
1. 医業収益 a	326,009	317,901	304,435	293,712	300,850	292,795	304,121
(1) 料 金 収 入	278,644	270,646	257,013	246,810	254,004	245,912	257,327
(2) そ の 他	47,365	47,255	47,422	46,902	46,846	46,883	46,794
うち他会計負担金	36,294	36,294	36,294	36,294	36,294	36,294	36,294
2. 医業外収益	69,043	78,673	79,543	115,021	135,620	138,859	115,748
(1) 他会計負担金・補助金	52,115	50,751	51,024	86,931	107,334	110,859	89,004
(2) 国(県)補助金	0	0	0	0	0	0	0
(3) 長期前受金戻入	3,609	14,272	12,929	12,988	14,134	12,730	12,000
(4) そ の 他	13,259	13,850	15,591	15,102	14,152	15,270	14,744
経常収益(A)	395,052	396,574	383,978	408,733	436,470	431,654	419,869
支							
1. 医業費用 b	392,119	391,019	401,158	409,361	418,485	427,113	423,870
(1) 職員給与費 c	230,227	227,596	240,581	239,725	247,196	254,162	253,937
(2) 材 料 費	17,940	18,069	15,634	14,220	17,595	16,810	16,060
(3) 経 費	64,673	68,863	68,061	68,403	74,483	72,260	73,000
(4) 減価償却費	20,956	20,498	19,151	19,194	21,284	20,218	16,618
(5) そ の 他	58,323	58,193	57,731	67,819	57,937	63,663	64,255
2. 医業外費用	7,914	7,256	6,577	5,877	5,271	4,737	4,229
(1) 支払利息	7,914	7,256	6,577	5,877	5,271	4,737	4,229
(2) そ の 他	0	0	0	0	0	0	0
経常費用(B)	400,033	398,275	407,735	415,238	423,756	431,850	428,099
繰上利益(A)-(B)	▲ 4,981	▲ 1,701	▲ 23,757	▲ 6,505	12,714	▲ 196	▲ 8,230
特別損益							
1. 特別利益(D)	0	0	0	0	0	0	0
2. 特別損失(E)	19,675	0	0	0	0	0	0
特別損益(D)-(E)	▲ 19,675	0	0	0	0	0	0
繰上利益(C)+(F)	▲ 24,656	▲ 1,701	▲ 23,757	▲ 6,505	12,714	▲ 196	▲ 8,230
繰上損失(G)	145,099	146,800	170,557	177,062	164,348	164,544	172,774
流動資産(7)	138,655	126,110	91,595	80,279	70,041	60,625	50,106
流動負債(4)	73,972	73,006	74,259	79,279	66,363	60,818	37,855
うち一時借入金	0	0	0	0	0	0	0
繰上繰越財源(5)	0	0	0	0	0	0	0
償還年同額等償で未借入又は未発行の額	0	0	0	0	0	0	0
繰上繰越財源(4)	▲ 64,683	▲ 53,104	▲ 17,336	▲ 1,000	▲ 3,678	191	▲ 12,251
繰上繰越財源(4)-(7)-(8)-(9)	▲ 64,683	▲ 53,104	▲ 17,336	▲ 1,000	▲ 3,678	191	▲ 12,251
繰上繰越財源(A)/(B) × 100	98.8	99.6	94.2	98.4	103.0	100.0	98.1
不良債務比率 (4)/a × 100	▲ 19.8	▲ 16.7	▲ 5.7	▲ 0.3	▲ 1.2	0.1	▲ 4.0
医業収支比率 b/a × 100	83.1	81.3	75.9	71.7	71.9	68.6	71.7
職員給与費対医業収益比率 c/a × 100	70.6	71.6	79.0	81.6	82.2	86.8	83.5
繰上繰越財源(H)	▲ 64,683	▲ 53,104	▲ 17,336	▲ 1,000	▲ 3,678	191	▲ 12,251
資金不足比率 (H)/a × 100	▲ 19.8	▲ 16.7	▲ 5.7	▲ 0.3	▲ 1.2	0.1	▲ 4.0
病床利用率	78.4	79.6	80.4	76.1	75.4	75.7	75.7

別紙 3

用語解説

※1 在宅医療・・・医師・訪問看護師・理学療法士等の医療関係者が、患者の自宅に定期的に訪問して行う、計画的・継続的な医学管理・経過診療のことです。

※2 地域包括ケアシステム・・・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」の5つの要素の地域の包括的な支援・サービス提供の体制のことです。

※3 鹿児島県地域医療構想・・・平成26年に制定された「医療・介護総合確保推進法」により鹿児島県が平成28年11月に策定したもので、二次医療圏等ごとの各医療機能の将来の必要量を含め、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するための地域医療のビジョンを策定したものです。

二次医療圏：高度・特殊な医療を除く一般的な入院及び比較的専門性の高い保険医療サービスの提供と確保を行う圏域です。

※4 二次救急医療・・・入院や手術を要する症例に対する医療で、いくつかの病院が当番日を決めて救急医療を行う病院群輪番制や、共同利用型病院方式があります。

※5 医療制度改革・・・超高齢化時代の突入、医療費の増加、経済の低迷による保険料の伸び悩みにより、医療保険の財政運営が厳しい状況になったことで、必要になった改革のことです。

※6 急性期・・・主に病気のなり始め、症状の比較的激しい時期を指す。一般的に処置、投薬、手術等を集中的に行う1ヶ月程度の期間を指します。

※7 慢性期・・・症状の激しい時期（急性期）を過ぎて、症状が安定している時期を指します。

※8 高度急性期・・・急性期の患者に対し、診療密度が特に高い医療の提供が必要な時期を指します。

※9 回復期・・・急性期を経過した患者へ、在宅復帰に向けた医療やリハビリの提供を行う時期を指します。

※10 在宅復帰支援・・・患者が安心して在宅復帰ができるよう、また家族の介護負担を軽減できるように、医師・看護・介護・リハビリ・管理栄養士・ケアマネジャーなど、多職種でのチームケアが、家族と信頼関係をつくり、計画的に在宅復帰できるようサポートすることです。

2. 収支計画(資本的収支)

(単位:千円、%)

区分	年度						
	26年度 (実績)	27年度 (実績)	28年度 (実績)	29年度 (実績)	30年度 (実績見込)	31年度 (予算)	32年度 (計画)
1. 企業	6,200	0	1,100	3,900	1,300	0	3,300
2. 他会計出資金	0	0	0	0	0	0	0
3. 他会計負担金	30,951	29,267	29,779	33,552	26,628	22,992	6,458
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	2,700	0	565	1,277	755	0	1,892
7. その他	0	0	0	0	0	0	0
収入計(a)	39,851	29,267	31,444	38,729	28,683	22,992	11,450
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妻借入分(c)	0	0	0	0	0	0	0
純計(a)-(b)+(c)(A)	39,851	29,267	31,444	38,729	28,683	22,992	11,450
1. 建設改良費	13,654	810	2,095	13,487	4,891	3,509	5,076
2. 企業償還金	45,043	45,409	46,751	46,523	40,439	34,882	13,581
3. 他会計長期借入金返還金	0	0	0	0	0	0	0
4. その他	0	0	0	0	0	0	0
支出計(B)	58,697	46,219	48,846	60,110	45,330	38,401	18,657
差引不足額(B)-(A)(C)	18,846	16,952	17,402	21,381	16,647	15,409	7,207
1. 損益勘定留保資金	18,846	16,952	17,402	21,381	16,647	15,409	7,207
2. 利益剰余金処分額	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)	18,846	16,952	17,402	21,381	16,647	15,409	7,207
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:千円)

	26年度 (実績)	27年度 (実績)	28年度 (実績)	29年度 (実績)	30年度 (実績見込)	31年度 (予算)	32年度 (計画)
収益的収支	(0)	(1,063)	(0)	(0)	(43,816)	(46,647)	(46,000)
	68,409	87,045	87,318	123,225	143,628	147,153	125,298
資本的収支	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)
	30,951	29,267	29,779	33,552	26,628	22,992	6,458
合計	(0)	(1,063)	(0)	(0)	(43,816)	(46,647)	(46,000)
	119,360	116,312	117,097	156,777	170,256	170,145	131,756

(注)

- ()内はうち基準外繰入金額
- 「基準外繰入金」とは、「地方公営企業繰入金について」(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をいうものであること。

- ※11 **ターミナルケア体制**・・・末期ガンなどの患者や家族のために、苦痛を緩和し、死に対する恐怖をやわらげるための援助を、医師、看護師、ソーシャルワーカーなどがチームになって行うことです。
- ※12 **診療報酬**・・・医療保険から病院等の医療機関に支払われる治療費のことで、診療報酬は、医療行為に係る物的経費や医療従事者の人件費に充当される等医療機関の最大の収入になります。
- ※13 **不採算医療**・・・一般会計からの繰入金を含めても経常損失が発生し、自治体からの助成で運営していることです。
- ※14 **社会福祉士**・・・身体上・精神上的の障害があるために日常生活を営むのに支障がある人の福祉に関する相談に応じて、助言や指導、援助を行う人です。
- ※15 **地域包括ケア病床**・・・急性期治療を終了し、直ぐに在宅や施設へ移行するには不安のある患者や、在宅・施設療養中から緊急入院した患者に対して、在宅復帰に向けて診療、看護、リハビリを行なうことを目的とした病床です。
- ※16 **介護医療院**・・・「医療の必要な要介護者の長期療養・生活施設」として、平成30年に創設された介護保健施設です。「日常的な医学管理」や「看取りやターミナルケア」等の機能と、「生活施設」としての機能を兼ね備えた施設です。
- ※17 **不採算地区病院**・・・一般病院のうち、次の要件を満たす病院です。
 (1) 病床数150床未満
 (2) 直近の一般病院までの移動距離が15km以上となる位置に所在する病院（第1種）又は、人口集中地区以外の区域に所在する病院です。（第2種）
- ※18 **紹介率**・・・他の医療機関から紹介状を持参されて来院した患者の割合です。
 $(\text{紹介された患者数} + \text{救急搬送患者数}) \div \text{初診患者} \times 100$
- ※19 **逆紹介率**・・・当院から他の医療機関へ紹介した患者の割合です。
 $\text{紹介した患者数} \div \text{初診患者数} \times 100$
- ※20 **経常収支比率**・・・企業の資金繰りの状態を示す重要な財務指標の1つです。長期にわたって経常収支比率が100%を下回る場合や、直近の経常収支比率が著しく低い場合は、資金繰り悪化の可能性があります、危険な状態と言えます。
 $\text{経常収益} \div \text{経常費用} \times 100$
- ※21 **職員給与費比率**・・・病院の職員数（人件費）が適正であるかどうか判断する指標です。
 $(\text{職員給与費} \div \text{医療収益}) \times 100$
- ※22 **病床利用率**・・・病院施設が有効に活用されているかどうか判断する指標です。
 $(\text{年延入院患者数} \div \text{年延病床数}) \times 100$

- ※23 **平均在院日数**・・・患者が平均何日入院しているかを示す数値です。坊津病院の一般病棟における平均在院日数は24日以内です。
- ※24 **医療収支比率**・・・医療費用が医療収益によってどの程度賄われているかを示す指標で、この比率が100%以上であることが望ましいとされています。
- ※25 **鹿児島県地域枠派遣医師**・・・県内の地域医療を担う医師を育成するため、鹿児島大学医学部の「地域枠」制度と県の奨学金制度が連動し、医学生に修学資金を貸与し、学生は卒業後一定期間、離島やへき地医療機関に勤務する医師をいいます。
- ※26 **筋骨格系**・・・関節リウマチ・関節炎・骨粗しょう症など筋肉、靭帯、関節等に関する疾患をいいます。
- ※27 **チーム医療**・・・医療環境のモデルのひとつで、従来、医師が中心となって医療業務を形成していましたが、医療従事者がお互い対等に連携することで患者中心の医療を実践する医療です。
- ※28 **ジェネリック医薬品**・・・新薬と同じ有効成分で作られ、「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」に基づく基準・規制をクリアしており、開発にかかる期間が短いため価格が安い医薬品のことです。
- ※29 **電子カルテシステム**・・・医師が記録する診療録（カルテ）を、紙ではなくコンピュータを用いて電子的に記録・保存するシステムです。
- ※30 **ICT**・・・情報や通信に関連する科学技術の総称で、特に電気、電子、磁気、電磁波などの物理現象や法則を応用した機械や器具を用いて情報を保存加工、伝送する技術のことです。
- ※31 **地域医療ネットワーク**・・・中核病院、診療所、介護施設など地域の複数の医療・介護の機関が個別に保持する診療情報、検査結果、レポート情報などの患者の情報をネットワーク経由でどの医療機関からも確認できるようにすることをいいます。
- ※32 **新臨床研修制度**・・・研修医（医師免許取得後、2年間の臨床研修期間が必要）が自由に研修先を選べる制度です。
 これにより、症例数が多く設備の充実した都市部の病院への希望者が集中し、地方への医師不足を招いた制度です。