㊞

答　申　書

平成３０年９月３日

たつの市民病院経営形態検討委員会

目　　次

１．はじめに

２．たつの市民病院の現状
（１）市民に必要な医療の提供
（２）地域包括ケアシステムへの貢献
（３）健全な経営への取組み

３．病院収支の赤字の原因

４．これまでの経営改革と経営改善

５．病院収支の現状

６．市民病院の今後のあり方
（１）県内市町立病院における経営の現状
（２）今後の医療需要の動向
（３）地域医療構想への対応

７．経営形態の見直しの必要性

８．経営形態見直しとその評価・結論

９．経営形態の見直しの実現とその具体的な組織的取組み

10．経営形態見直し後の目標管理のモニタリングと評価

11．必ず実現できる経営改革

１．はじめに

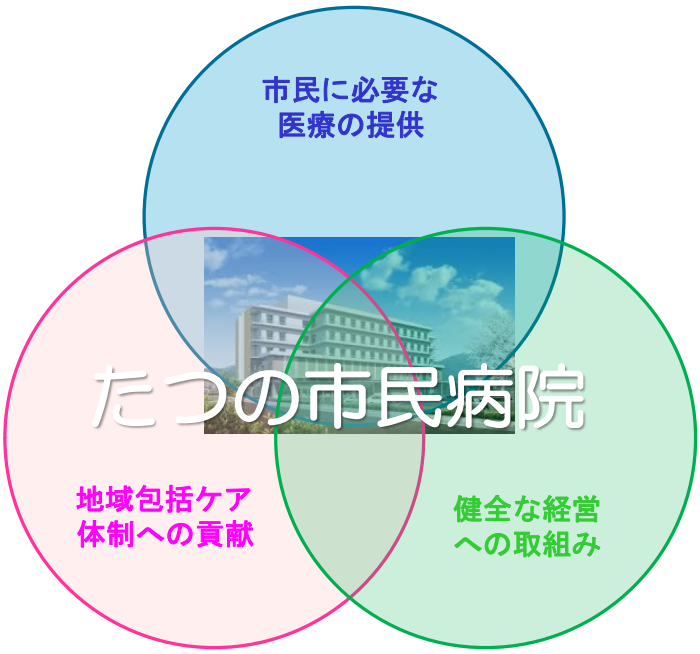
市民病院経営形態検討委員会（以下、本委員会と略す）では、一つには、たつの市民病院（以下、市民病院と略す）が持っている医療機能を維持、向上させるとともに、地域において果たしている役割を維持すること、いま一つは、医療情勢が変化していく中で、長期にわたって安定的に運営するにはどうあるべきかという視点に基づき、市民病院の経営形態について検討することを目的とした。

２．たつの市民病院の現状

市民病院は、たつの市南部である御津町に位置し、たつの市、太子町及び姫路市南西部が診療圏となっている。病床数は１２０床（急性期６０床、回復期６０床）を有する、市内で最大規模の病院であり、急性期病棟と回復期リハビリテーション病棟の両者をあわせもつ唯一の病院となっている。

診療科は、総合診療科（院内標榜）、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、糖尿病内科、外科、脳神経外科、整形外科、麻酔科、リハビリテーション科、眼科、皮膚科、精神科、老年精神科、歯科、小児科、の１６科を有しており、入院については内科及び整形外科を中心に急性期から回復期までに対応し、外来についてはかかりつけ医機能を果たすとともに、在宅療養支援病院機能強化型として訪問看護ステーションと連携した在宅診療から看取りまで、市民の多様な医療ニーズに応えるとともに、安全・安心の確保を目指した医療の提供を行っている。

今後、ますます進行する高齢化に対応するために、医療のみならず介護の面においても先導的な役割を果たすことが求められており、「市民に必要な医療の提供」、「地域包括ケアシステムへの貢献」、「健全な経営への取組み」を基本方針として、病院運営が行われている。



（１）市民に必要な医療の提供

市民病院に求められる医療機能の第一として、救急医療が挙げられる。現状の規模及び体制の下では、すべての救急医療に応じることは困難であるが、救急搬送要請の多い内科系疾患に対応するため、休日・夜間を含めた年間３６５日で内科系の救急患者受入体制が整備されたことから、救急車受入件数はここ数年で大幅に増加している（表１）。

表１　年次別の救急車受入件数

月	件数									
	平成20年度	平成21年度	平成22年度	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28年度	平成29年度
４月	26 (11)	30 (19)	28 (16)	24 (19)	38 (20)	25 (9)	34 (20)	21 (11)	25 (18)	38 (26)
５月	18 (11)	28 (14)	27 (14)	32 (19)	27 (14)	22 (12)	42 (23)	35 (25)	37 (22)	39 (29)
６月	20 (10)	21 (16)	26 (11)	37 (18)	32 (16)	30 (11)	35 (18)	31 (19)	42 (26)	40 (26)
７月	34 (14)	20 (10)	34 (26)	48 (25)	36 (14)	40 (15)	38 (19)	54 (33)	50 (38)	66 (47)
８月	45 (26)	33 (21)	53 (24)	46 (31)	31 (8)	32 (14)	39 (15)	57 (30)	67 (46)	67 (51)
９月	25 (18)	34 (21)	44 (29)	28 (19)	28 (15)	34 (17)	29 (15)	25 (11)	50 (35)	44 (39)
１０月	38 (18)	44 (21)	44 (26)	32 (24)	40 (15)	53 (25)	31 (18)	36 (28)	37 (25)	38 (26)
１１月	28 (11)	36 (17)	38 (17)	31 (21)	30 (14)	33 (23)	26 (18)	39 (25)	55 (39)	41 (28)
１２月	30 (19)	30 (21)	42 (24)	49 (19)	37 (16)	53 (36)	34 (20)	44 (32)	49 (33)	57 (34)
１月	37 (16)	35 (25)	44 (24)	47 (24)	39 (20)	55 (31)	26 (14)	30 (21)	43 (26)	55 (37)
２月	26 (12)	31 (20)	39 (22)	44 (23)	28 (19)	29 (17)	21 (7)	30 (18)	53 (34)	67 (45)
３月	32 (17)	33 (18)	27 (15)	29 (20)	29 (11)	44 (26)	27 (10)	33 (22)	39 (24)	51 (34)
合計	359 (183)	375 (223)	446 (248)	447 (262)	395 (182)	450 (236)	382 (197)	435 (275)	547 (366)	603 (422)

※単位：件、（ ）は、時間外取扱件数

また、高齢化に伴って増加している骨折等の運動器疾患を中心とした整形外科領域の救急医療に対応するとともに、回復期リハビリテーション病棟において急性期治療を終えた患者を受け入れ、地域全体における救急医療の安定化に貢献している。

（２）地域包括ケアシステムへの貢献

誰もが地域社会の中で役割を持ち、いきいきと暮らすことができるまちづくりを実現するために、疾病や障害の種類、程度、年齢、性別等に関係なく、等しく生活に必要な支援を受けることができる地域包括ケアシステムの実現が求められている。

市民病院では先導的な役割を果たすために、平成２８年３月に訪問看護ステーションを開設するとともに、平成２８年５月に訪問診療を開始して、平成２８年１２月には在宅療養支援病院の届出を行い、平成２９年９月には在宅療養支援病院機能強化型の指定を受け現在に至っている。これによって、入院医療から在宅診療に至る一連の医療サービスを切れ目なく提供するとともに、在宅看取りにも積極的に対応している。

また、限りある医療・介護の資源を有効に活用するため、揖龍地区の病院ー在宅連携ルールに基づき、介護支援専門員に情報提供を行い、円滑な在宅復帰を支援すると

ともに、かかりつけ医機能を有する地域の医療機関との連携を強化し、紹介率及び逆紹介率の向上を図っている。

（３）健全な経営への取組み

市民病院を今後とも長期間にわたって安定的に運営していくため、基準内繰入れでの黒字化を確実にすべく効率的な運営体制を目指して体質改善に取り組むとともに、国民健康保険事業会計の負担を抑えるために、特定健診や市民がん検診、人間ドック事業等の疾病予防にも積極的に取り組んでいる。

３．病院収支の赤字の原因

市民病院では、基幹型臨床研修病院を目指して平成２０年４月に１７８床へと増床するものの、入院患者数の増加には繋がらず病床稼働率は５０％前後に留まるとともに（表２）、ペインクリニックが専門であった院長の退職も相まって、医業収益の大幅な減少による深刻な赤字を招来することとなった。

表２　入院患者数及び病床稼働率の年次推移

年度	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29
患者数	30,939	28,101	27,972	25,703	26,278	23,248	22,437	29,619	34,460
病床稼働率	47.6%	43.3%	42.9%	50.5%	60.0%	53.1%	51.1%	67.6%	78.7%

新病院建設にあたっては、病床数を実際の入院患者数に見合った１２０床に減床したものの、職員数は減床前の定数を温存しており病院運営コストが高止まりする原因となった。これに加えて、ニーズのない医療機能を存置して新たな医療ニーズに対応しなかったこと（平成２７年度と平成２９年度の比較：改善額約３．９億円/年）と、市民病院の規模、機能に見合わない高額医療機器を導入したこと（平成２６年度と平成３０年度の比較：減少額約２億円/年）によって、平成２６年度には７億１千８百万円を繰り入れたにもかかわらず、約１億５千２百万円の最終赤字を計上することとなった（表３）。

医療機能については、姫路循環器病センターを除く姫路市内の基幹病院が市民病院の建て替えより前あるいは同時期に現地建替や新築移転、増築等を行っており、それに合わせて高度急性期あるいは急性期医療機能の充実を図ったところである。こうした状況の下では、他の診療科との相乗効果が期待できない外科の急性期機能を維持する必要はなかったといえる。

次に、医療機器の整備に関しては、新病院の建設の際に目玉として挙げられていた機器の多く（表４）が、必要以上に高機能であったり、外部委託で支障を来さないものであった。また、電子カルテについても病院規模に見合わないものが高額な費用をかけて導入されており、これらの導入に要した借金返済に多額の経費を要したことは、医業収支の悪化を一層後押しするものであった。

表３　市民病院における収支状況の年次推移

（単位：千円）

区　　分	H25決算	H26決算	H27決算	H28決算	H29決算	H30予算
①医業収益	1,476,902	1,345,935	1,263,394	1,387,149	1,587,301	1,778,721
②医業外収益	625,788	610,200	624,630	585,342	547,922	374,862
③特別利益	1,333	0	0	0	411	0
④医業費用	1,990,245	1,979,583	2,010,417	1,917,886	1,944,905	2,152,956
⑤医業外費用	38,694	61,332	57,928	57,988	59,981	64,701
⑥特別損失	100,765	66,804	0	0	3,924	0
医業収支(①-④)	▲ 513,343	▲ 633,648	▲ 747,023	▲ 530,737	▲ 357,604	▲ 374,235
経常収支(①+②-④-⑤)	73,751	▲ 84,780	▲ 180,321	▲ 3,383	130,337	▲ 64,074
総収支(①+②+③-④-⑤-⑥)	▲ 25,681	▲ 151,584	▲ 180,321	▲ 3,383	126,824	▲ 64,074
３条繰り入れ	663,000	471,852	475,071	413,792	403,897	287,237
４条繰り入れ	0	246,148	184,929	186,208	116,103	42,763
繰入小計(附属機関を含む)	663,000	718,000	660,000	600,000	520,000	330,000
医業収支の改善額		0	▲ 113,375	102,911	389,419	
繰入総額の減少額		0	58,000	118,000	198,000	388,000
外部要因による影響額等		消費税5%→8% による支出の増加			・退職手当負担金率0.15%→0.075%による人件費の減（約５千万円） ・会計制度の見直しによる賞与引当金の計上（約７千５百万円）	

表４　新病院建設時における医療機器整備計画（抜粋）

機　　器　　名	整　備　年　度
全身用 64 列Ｘ線ＭＤＣＴ装置	平成２４年度
据置型デジタルＸ線透視診断装置	平成２４年度
全自動遺伝子解析装置	平成２４年度

４．これまでの経営改革と経営改善

平成２７年５月１０日には、市民病院が開設されてから最低となる入院患者数１８人（病床稼働率１５％）を記録したことから、６月１日付で院長が更迭され院長職務代理者（以下、職務代理者と略す）が設置されるに至った。以降、職務代理者の下で市民病院の経営改革が進められることとなり、７月には地域の医療ニーズに応える形で回復期リハビリテーション病棟が新設され、９月には従来から求められていた内科の午後診療を全曜日に拡大し、３月には従来は病院内に設置されていた訪問看護室を改組して、在宅看取りにも対処できる２４時間対応の訪問看護ステーション「れんげ」が市中心部のたつの市消防署３階に開設された。

平成２８年４月には、現院長が就任することによって経営改革のスピードが加速し、総合診療、在宅医療、回復期機能をキーワードとして診療機能の充実が図られ、平成２９年９月には急性期病床２０床を回復期病床へ転換して、一般急性期病棟６０床及び回復期リハビリテーション病棟６０床の２病棟体制へと移行するとともに、在宅療養支援病院機能強化型に指定され、地域の医療ニーズに即した病院機能へと転換が図られた（表５）。

表５　市民病院における主な経営改善の取り組み

Ｈ２７．　５：病床利用率１５％を記録（５／１０）
Ｈ２７．　６：院長辞任（職務代理者の設置）
Ｈ２７．　７：回復期リハビリテーション病棟の設置（４０床）
Ｈ２７．　９：午後診療の開始（月～金）
Ｈ２８．　３：訪問看護ステーション「れんげ」の開設
Ｈ２８．　４：現院長着任
　　総合診療体制（内科）の開始
Ｈ２８．　６：訪問診療の開始
Ｈ２８．　８：外科入院診療の休止
　　病棟３階２０床を休床し、１００床で運用
Ｈ２８．　９：（嚥下）歯科開設（入院のみ）
Ｈ２８．１２：皮膚科開設
　　在宅療養支援病院に指定

Ｈ２９．　２：脳神経外科開設

Ｈ２９．　４：形成外科、泌尿器科開設

　　看護師の２交代制導入（３交代制の取りやめ）

Ｈ２９．　９：在宅療養支援病院機能強化型に指定

　　回復期リハビリテーション病棟増床（６０床）

Ｈ２９．１１：休日、夜間緊急検査の開始

一方、これにともなって外科及び眼科の入院機能は大幅に縮小されるが、外科系診療科の拡大（皮膚科及び脳神経外科、形成外科、泌尿器科）と近隣の基幹病院との連携によって、医療アクセスへの悪影響は最小限に抑えられた。

５．病院収支の現状

前述のとおり、平成２６年度には７億１千８百万円を繰り入れたにもかかわらず、約１億５千２百万円の最終赤字を計上していたが、病院機能の転換によって入院及び外来患者数はともに下げ止まり（表６）、平成２７年度における総収支の悪化は繰入れ額の減少の範囲内に留まった（表３）。

表６　入院及び外来患者数の年次推移

【入院】　（単位：人）

	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29
内　科	11,061	11,921	9,559	7,398	8,267	8,593	7,593	15,716	23,125
外　科	7,136	6,558	8,215	8,507	8,205	7,663	7,158	1,881	5
眼　科	1,169	955	758	845	939	485	413	377	11
整形外科	11,573	8,667	9,440	8,953	8,867	6,507	7,273	11,645	11,319
計	30,939	28,101	27,972	25,703	26,278	23,248	22,437	29,619	34,460
一般急性期	30,939	28,101	27,972	25,703	26,278	23,248	18,589	19,122	20,097
回復期							3,848	10,497	14,363

【外来】　（単位：人）

	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29
内　科	19,656	18,978	18,762	17,933	17,783	18,612	18,629	16,817	17,404
外　科	4,769	5,199	5,726	6,559	6,936	5,744	5,849	3,314	1,876
形成外科・泌尿器科									1,377
小児科	40	1,071	1,771	1,936	223	114	67		
眼　科	13,071	13,877	14,290	14,166	13,998	10,990	9,361	8,330	6,638
整形外科	20,689	20,625	22,479	23,473	26,165	22,686	24,811	23,833	15,779
麻酔科	6,371	3,546	1,482	1,249	1,124	1,422	1,249		
皮膚科								435	2,285
精神科	36	60	54	96	120	132	158	106	54
室津診療所	3,032	2,709	2,558	2,790	2,771	2,530	2,500	2,171	2,048
計	67,664	66,065	67,122	68,202	69,120	62,230	62,624	55,006	47,461

平成２８年度からは、現院長の下で医療機能の充実が加速度的に進められ、入院患者数は飛躍的に増加するとともに、医業収益も大幅に向上している。一方、外来患者については、外科の縮小やかかりつけ医との機能分担によって減少傾向が続いているが（表６）、医業収益に与える影響は軽微に留まっている。

この結果、平成２９年度の総収支は、補正予算を調整していた１月時点では約４千万円の収益不足と約７千５百万円の賞与引当金不足が見込まれていたため、補正予算で１億２千万円を計上したが、決算見込みにおいては当初予算ベース（基準内繰入れ）で収支均衡が達成されている（表３）。

６．市民病院の今後のあり方

（１）県内市町立病院における経営の現状

県内の市町立病院においては、病院事業の赤字が自治体財政に多大な影響を及ぼしつつあり、平成２９年度決算において前年よりも大幅に収支の改善が見込まれているのは、たつの市民病院と加東市民病院のみであり、その他の病院における収支は横ばいまたは悪化が見込まれている（現時点で確認できたもののみ）。このような状況の下で、市立川西病院は本年３月議会において医療法人協和会を指定管理者とした指定管理に移行することが議決され、三田市民病院も再編・ネットワーク化の検討がなされている。加西市や新温泉町においても、病院に対する財政負担を巡り議会において活発な議論が交わされている。

（２）今後の医療需要の動向

これまで、市民病院のような病床規模が２００床未満の急性期病院は収益性が低く、収支の改善が難しいとされてきた。これは診療単価が低いことと費用に占める人件費の割合が高いという構造的な問題であることから、人件費比率の低下が困難なことに因るとされてきたものである。しかし、今後２０３０年をピークに後期高齢者人口が減少するのみならず（図１）、後期高齢者の入院受療率も一貫して低下していることから（図２）、高度急性期の医療需要も減少することが予測されている。したがって、大規模急性期病院における最新の医療機器で最新の治療を行い、高い診療報酬を得て投資を回収していくという図式については、いずれ行き詰まることが予想されている。

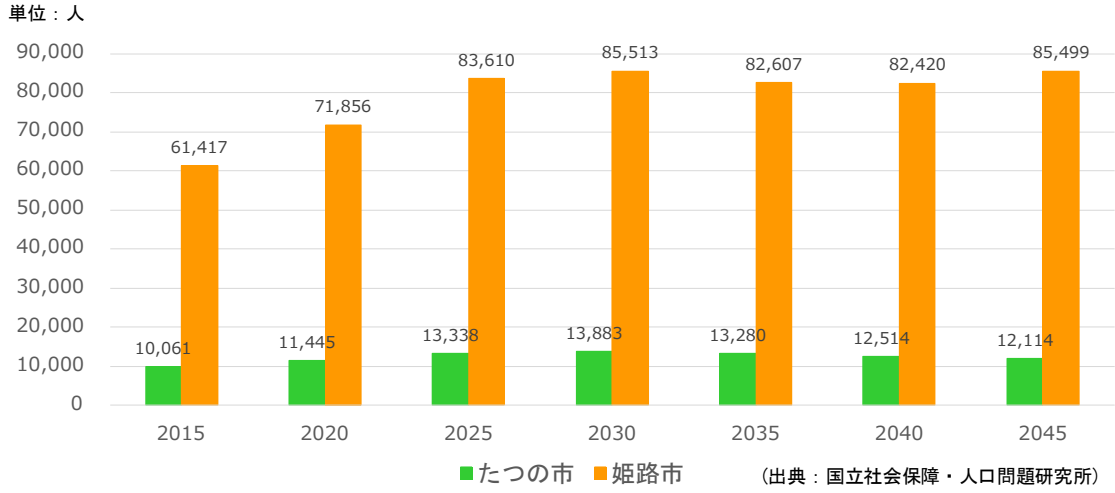


図１　後期高齢者の推計人口（たつの市・姫路市）

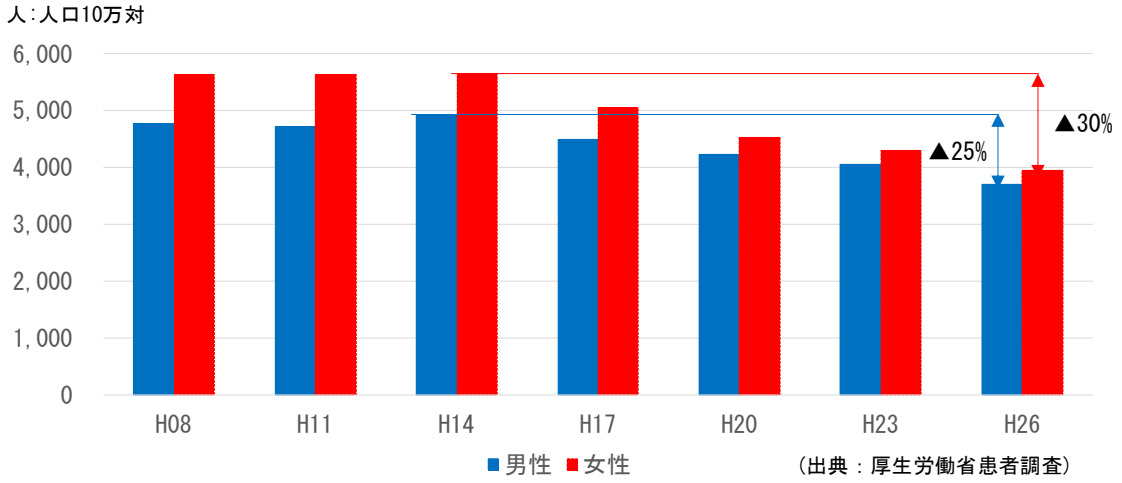


図２　後期高齢者の入院受療率（兵庫県）

（３）地域医療構想への対応

こうしたことから、地域医療構想においては、県内のいずれの２次医療圏域においても急性期機能が過剰となり、回復期機能が不足すると見込まれている（参考資料１、参考資料２）。市民病院では、平成２７年７月に急性期病床４０床を回復期病床へ転換し、地域住民が脳卒中や大腿骨頸部骨折等の急性疾病に罹患しても、集中的なリハビリテーションを提供することにより、速やかな機能回復が図られ早期に在宅へと復帰することが可能となっている。

加えて、地域医療構想調整会議での協議結果に基づき、今後の医療需要の変化に対応するために、平成２９年９月には更に急性期病床２０床を回復期病床へ転換して回復期機能を強化するとともに、西播磨地域で唯一の呼吸器内科の急性期へ対応できる病院として、急性期病床のうち４床を人工呼吸の必要な急性呼吸器疾患に対応できる高度急性期病床として整備することとなったところである。

７．経営形態の見直しの必要性

平成１６年度の新医師臨床研修制度は、地域医療を取り巻く環境に大きな影響を与え、特に医師の都市部への集中は、地域医療を担う病院の多くで医師不足に起因する経営環境の悪化を招いた。市民病院も例外ではなく、平成１７年度に７２．５％であった病床利用率が、平成２１年度には４７．６％へと低下して、多額の未処理欠損金が発生する事態となった。

入院患者数の減少傾向は、新病院建設後も改善することなく、経営状態は悪化の一途を辿ったものの、前述のとおり病院機能の見直しと一般会計からの多額の繰入れによって市民病院を存続させることが可能になった（ただし、不足する資金の全額が繰り入れられたわけではないため資金不足が発生している）（資料１、資料２）。

地域医療を取り巻く環境は、地域医療構想に代表されるように２０２５年問題を契

機として、今後とも急速な高齢化の影響が避けられないことから、中長期的に大きく変化し続けることが予測される。こうした状況の変化に対応して市民病院が生き残るためには、医療環境の変化に合わせて病院の医療機能を柔軟に変えていく必要がある。

一方、財政面においては、たつの市に限らず自治体財政は中長期的に悪化の傾向にあり、地方交付税の減少と施策の拡充による歳出圧力の増大によって、財政調整基金の残高は減少局面に入っている。大都市を除いて多くの自治体では、基準内繰入れといえども一般財源からの持ち出しがある現状では、これを維持することも将来的には財政的に厳しいと認識されることが予想され、市民病院を現状のまま公営で維持した場合でも、これまでのような赤字補填は期待できない。また、このことは、たつの市あるいはたつの市民病院に固有の事情ではない。

８．経営形態見直しとその評価・結論

市民病院として存続しつつ経営形態を見直す場合の選択肢には、①公営企業法全部適用、②地方独立行政法人化、③指定管理者制度の３つがあり、このうち民営化に該当するのは、②の地方独立行政法人化と③の指定管理者制度である（表７）。

表７　市民病院の経営形態による比較

	区　　分	民　　営			公　　営		
運営面	運営形態	地方独立行政法人	指定管理	民間譲渡	公営企業法全部適用	公営企業法一部適用	国保病院
	開設者	たつの市	たつの市	医療法人	たつの市	たつの市	たつの市国保
	運営責任者	理事長	指定管理者	理事長	事業管理者(特別職)	市長	市長
	市民病院の名称	可能	可能	不可能	可能	可能	可能
	職員身分	非公務員	非公務員	非公務員	公務員	公務員	公務員
	医療機能の維持	可能	補助金に依存	不可能	可能	可能	可能
	市の経営関与	ほとんど必要なし	一定限度必要	不要	一定限度必要	全面的に必要	全面的に必要
財政面	交付税措置	あり	あり	なし	あり	あり	あり
	繰出金	必要	必要	不要	必要	必要	必要
	起債	自治体で起債し貸付	不可	不可	可能	可能	可能
	補助金の返還	不要	不要	必要	不要	不要	不要
	累積欠損金の解消	必要	必要	必要	不要	不要	不要
	移行期間の赤字	特になし	予測不能	予測不能	特になし	特になし	特になし
	財政負担(今後10年)	累積欠損金の解消 基準内繰出＋α	累積欠損金の解消 移行期間の赤字 人員整理費用 基準内繰出＋α	累積欠損金の解消 移行期間の赤字 人員整理費用 補助金の返還 起債償還費用	基準内繰出＋α	基準内繰出＋α	基準内繰出＋α
その他	人員整理	不要	必要	必要	不要	不要	不要
	現実的な課題		受託希望者がいない	譲受希望者がいない			国保広域化の影響不明

前述の課題に対応するためには、これまで以上に柔軟な発想と迅速な経営判断に基づく運営が必要であり、経営形態というハード面を見直しただけで事足りるのではなく、そこで働く職員の意識改革というソフト面での変革も重要である。

まず、公営企業法一部適用あるいは全部適用の場合には、条例で職員の定数や処遇が規定されるのみならず、予算面では単年度予算の中で収支均衡の優先を求められ、

人事面でも財務、人事等の経営判断を担当する職員が本庁からの人事異動により短期間で入れ替わっていく。このような枠組みの中では、一般会計からの繰入れを受けたとしても、変化する地域の医療ニーズに対して臨機応変に応え、最適な医療を提供し続けることは困難であると言わざるを得ない。

一方、指定管理制度を導入した場合には、職員の意識改革は進むかもしれないが、職員のすべてが分限免職となり（指定管理者に委ねられる)、給与も指定管理者となる法人の制度が適用される等、処遇面で激変が生じるため、現状の医療機能を維持するために必要な職員が残留する保障はない。

この点、地方独立行政法人への経営形態の変更は、職員の身分が公務員から非公務員へと変わるものの、雇用は継続して退職金、共済等も引き継がれるため（新たに雇用保険の負担は発生する)、処遇面での変化は最小限に留めることができる。加えて、民営化によって病院運営の自由度が増すことから、今後の医療環境の大きな変化に対しても、職員の意識改革を促すことによって対応できる可能性が高まる（表８）

表８　職員処遇の経営形態別比較

		民営			公営		
運営形態		地方独立行政法人	指定管理	民間譲渡	公営企業法全部適用	公営企業法一部適用	国保病院
職員の処遇	職員身分	非公務員	非公務員	非公務員	公務員	公務員	公務員
	職員の任命	理事長が任命	運営法人の代表者が任命	運営法人の代表者が任命	事業管理者が任命	市長が任命	市長が任命
	職員の給与	・法人独自の給料表を設定 ・給与の種類及び基準は規程で制定 ・給与の額及び支給方法等は、法人の規程及び労使協定等による ・現給補償あり	・運営法人の給料表を設定 ・給与の種類及び基準は法人の規程による ・給与の額及び支給方法等は、法人の規程及び労使協定等による	・運営法人の給料表を設定 ・給与の種類及び基準は法人の規程による ・給与の額及び支給方法等は、法人の規程及び労使協定等による	・企業独自の給料表を設定 ・給与の種類及び基準は条例で制定 ・給与の額及び支給方法等は企業管理規、労使協定程等による ・現給補償あり	一般の地方公務員と同様	一般の地方公務員と同様
	共済関係	地方公務員共済	運営法人の制度	運営法人の制度	地方公務員共済	地方公務員共済	地方公務員共済
	災害補償	地方公務員災害補償法	労働者災害補償法	労働者災害補償法	地方公務員災害補償法	地方公務員災害補償法	地方公務員災害補償法
	退職金	引き継ぎ	引き継ぎなし	引き継ぎなし	引き継ぎ	－	－

以上のことから、本委員会は、長期的な視点にたって市民病院の経営形態は、「地方独立行政法人化」が最も適切であると結論する。

９．経営形態の見直しの実現とその具体的な組織的取組み

市民病院の経営形態を見直すにあたって重要な課題は、①組織ガバナンスの強化、②医療の質（医療安全）の向上、③職員の士気向上である。

①の組織ガバナンスに関しては、これまでのように事務局職員が管理職を含めて数年毎に本庁から異動するのではなく、医業収益の源泉である診療報酬を担当する医療事務、医師、看護師等医療職の確保を担う人事担当、資金の借り入れや運用を担う財務担当に専門的知識をもった職員を確保するとともに、必要な人材を育成することが必要である。加えて、たつの市は設置者として、地方独立行政法人のガバナンスを確保するために、市長部局との人事交流等により必要な人材の確保を図る必要がある。

②の医療の質（医療安全）の向上に関しては、単にマニュアルを遵守する医療安全

ではなく、Total Quality Management の手法を取り入れ、局所的な医療の質の向上を図るのではなく、病院全体あるいは全部門的に医療の質の向上を目指すことが必要とされ、加えてどのような視点から医療の質の向上を図るのかという観点が重要となる。

③の職員の士気向上に関しては、経営形態の見直しを人件費削減の手段として捉えるのではなく、働きやすい職場環境の確保やＢＳＣ（Balanced Scoredcard）を用いた経営戦略目標の職員との共有、貢献度に応じたインセンティブの付与、資格取得等の人材育成への支援が重要である。

そして、これらの組織的取組みを一歩一歩、着実に実施することで、経営改革の芽が生まれてくるといえる。

10. 経営形態見直し後の目標管理のモニタリングと評価

経営形態の見直しは、経営改革の最初の一歩であって改革を持続するためには、市民病院があるべき姿（目標）に向かって着実に前進しているか継続して評価していかなければならない。そしてそれに取り組む職員の意識改革を後押しするためには、病院全体のみならず所属毎あるいは階層毎に改善活動や業績の目標管理を通じて、常に組織運営が適切に行われているかを評価する必要がある。

その結果、目標が達成されたと判断された場合には、より高次の目標を設定しその達成に努めるべきであるし、また容易に達成のできない場合にはそれを困難としている要因について分析し、原因の除去あるいは回避に向けて改善案を策定しなければならない。あるいは目標達成のプロセスを見直したり、目標達成の評価基準そのものを再設定することが必要な場合も起こってくる。

いずれにしても、目標の達成度を測定し評価すること、すなわち「目標管理のモニタリングと評価」という機能が必要となるが、これを実現するためには、たつの市として法に基づき設置する「評価委員会」による評価だけでは不十分であり、市民病院においても「(仮称) 業績評価委員会」等を設置して、目標管理のモニタリングと評価に継続して取り組んでいく必要がある。

11. 必ず実現できる経営改革

市民病院は、これまで短期的には経営破綻の危機を回避しつつある。これは、優秀な人材資産、技術力、ノウハウがあったからこそである。しかし、それだけで満足するのではなく、今一度これまでの経営危機がどのようにして起こったのかを正しく理解するとともに、市民病院の医療機能を維持・向上させつつ、長期的かつ安定的に運営していくために必要なことについて、職員一人ひとりが市民病院を自分達のものと考え、各々のできることを着実に積み上げていくことが必要である。

今後は、組織一体となって経営改革に取り組むことで、長期的な成長経営が図れるものと確信できる。

たつの市民病院経営形態検討委員会委員名簿

（敬称略　五十音順）

氏　名	所属組織・役職
井上　喜通（いのうえ　よしみち）	たつの市・揖保郡医師会長
逢坂　悟郎（おうさか　ごろう）	兵庫県健康福祉部参事
佐藤　二郎（さとう　じろう）	兵庫県済生会常務理事兼事務局長 兵庫県病院管理局長
嶋田　康之（しまだ　やすゆき）	社会医療法人財団聖フランシスコ会 姫路聖マリア病院事務部専任顧問
清水　隆明（しみず　たかあき）	姫路獨協大学人間社会学群産業経営学類准教授
髙井　裕美（たかい　ひろみ）	兵庫県立柏原病院看護部長
○　松田　貴典（まつだ　よしのり）	大阪成蹊大学名誉教授
三木　浩一（みき　こういち）	たつの市議会福祉文教常任委員長
三村　令児（みむら　れいじ）	たつの市民病院長
◎　毛利　好孝（もうり　よしたか）	たつの市参与

◎は会長、○は副会長を表す

たつの市民病院経営形態検討委員会開催経過

回	開　催　日	審議事項
第１回	平成30年５月22日（火）	・委員会の目的と進め方について ・病院機能の概要とこれまでの取組について　等
第２回	平成30年７月17日（火）	・附帯事業の現状について ・へき地医療対策の現況について　等
第３回	平成30年８月10日（金）	・附帯事業の現状等について ・病院職員アンケートの結果について　等
第４回	平成30年８月21日（火）	・答申書案について

資料１

たつの市民病院新改革プラン

平成２９年３月

たつの市民病院

目　　次

１　たつの市民病院の現状　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１

２　地域医療構想を踏まえた当院の役割　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１
（１）市民に必要な医療の提供　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１
（２）病床機能の転換　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１
（３）地域包括ケアシステムへの貢献　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・２
（４）外来機能の充実　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・２
（５）中播磨圏域との連携の強化　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・３
（６）一般会計負担の考え方　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・３

３　経営の効率化　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・３
（１）健全な経営　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・３
（２）目標達成に向けた具体的な取組　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・４

４　再編・ネットワーク化　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・５

５　経営形態の見直し　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・５

６　点検・評価・公表　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・５

（別紙１）１　収支計画（収益的収支）　・・・・・・・・・・・・・・・・・・６
　　２　収支計画（資本的収支）　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・７
　　３　一般会計からの繰入金の見通し　・・・・・・・・・・・・・・・７

１　たつの市民病院の現状

当院はたつの市南部に位置し、たつの市、太子町及び姫路市南西部が診療圏となっています。病床数は１２０床（急性期８０床、回復期４０床）を有し、市内で最大規模の病院であり、唯一の急性期病院となっています。

診療科は、内科、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、糖尿病内科、外科、脳神経外科、整形外科、麻酔科、リハビリテーション科、小児科、眼科、皮膚科、精神科、老年精神科、歯科の１６科があります。

内科、整形外科及び眼科を中心に、地域住民が安心できる医療の提供を目指しています。

今後、ますます進行する高齢化に対応するために、医療のみならず介護の面においても先導的な役割を果たすことが求められており、「市民に必要な医療の提供」、「地域包括ケアシステムへの貢献」、「健全な経営」を基本方針として、病院運営に取り組んでいます。

２　地域医療構想を踏まえた当院の役割

（１）市民に必要な医療の提供

病院に求められる医療機能の第一として、救急医療が挙げられます。現状の規模及び体制の下では、すべての救急医療に応じることは困難でありますが、救急搬送要請の多い内科系疾患に対応するため、休日・夜間を含めた内科の救急患者受入体制を整備し、受入患者数の増加を図ります。

また、高齢化に伴って増加する骨折等の運動器疾患を中心とした整形外科領域の救急医療に対応するとともに、回復期リハビリテーション病棟において急性期治療を終えた患者を受け入れ、地域全体における救急医療の安定化に貢献します。

（２）病床機能の転換

地域医療構想において、いずれの圏域でも急性期機能が過剰となり、回復期機能が不足すると見込まれており、当院は平成２７年７月に急性期４０床を回復期病床へ転換しています。地域住民が疾病に罹患しても、集中的なリハビリテーションを提供することによって、速やかな機能回復を図り、早期の在宅復帰を支援します。また、今後の医療需要の動向に対応できるよう、さらに急性期病床から回復期病床への転換を推進し、回復期機能を強化します。

（３）地域包括ケアシステムへの貢献

誰もが地域社会の中で役割を持ち、いきいきと暮らすことができるまちづくりを実現するために、疾病や障害の種類、程度、年齢、性別等に関係なく、等しく生活に必要な支援を受けることができる地域包括ケアシステムの実現が求められています。

当院が先導的な役割を果たすために、平成２８年３月に訪問看護ステーションを開設、平成２８年５月に訪問診療を開始、平成２８年１２月に在宅療養支援病院の届出を行い、在宅医療体制の強化を図っています。病院に所属する医療及び介護の専門職を活用し、地域包括ケアシステムの確立に必要な２４時間体制の訪問看護ステーションと連携し、入院医療から在宅診療に至る一連の医療サービスを切れ目なく提供します。

限りある医療・介護の資源を有効に活用するため、揖龍地区の病院－在宅連携ルールに基づき、介護支援専門員に情報提供を行い、円滑な在宅復帰を支援します。

また、安心して医療を受けられるよう地域の医療機関との連携を強化し、紹介率及び逆紹介率の向上を図ります。

（４）外来機能の充実

当院の主たる外来診療科は、内科、整形外科及び眼科と多くはありませんが、平成２８年４月に総合診療科（院内標榜）を開設しました。総合診療科は、専門化・細分化しすぎた現代医療のなかで、全人的に人間を捉え、特定の臓器・疾患に限定せず、多角的に診療を行う部門で、救急外来も担当しています。また、平成２８年９月に脳神経外科を、平成２８年１２月に皮膚科を開設し、外来診療体制の充実を図っています。

糖尿病を代表とする生活習慣病には多額の医療費が費やされており、予防対策の充実が求められています。当院では設備及び人員を活かし、市民健診や人間ドック等健診（検診）事業の充実を図り、疾病予防及び介護予防に積極的に取り組みます。

当院は６４列ＣＴ、オープンＭＲＩ等の高度医療機器を有しており、近隣の医療機関に対して利用促進の働きかけを積極的に行うことによって、利用率の向上を図ります。

（５）中播磨圏域との連携の強化

当院は中播磨圏域の一部が診療圏となっており、従来から中播磨圏域との結びつきが強いため、連携の維持・強化を図ります。中播磨シームレスケア研究会に参加し、医療の質の向上に寄与するとともに、医療及び介護の連携を促進し、継ぎ目のない医療・介護の連携体制づくりに取り組みます。

（６）一般会計負担の考え方

総務省通知による繰出基準に基づき、地方公営企業の経営の健全化を促進し、その経営基盤を強化するため、下記に要する経費について一般会計から繰入を行っています。

しかしながら、収支の悪化により資金不足が見込まれる場合は、基準外繰入を行うこととしています。新改革プランの対象期間内に、基準外繰入の解消に努め、健全な経営を目指します。

・病院の建設改良に要する経費
・不採算地区病院の運営に要する経費
・リハビリテーション医療に要する経費
・救急医療の確保に要する経費
・高度医療に要する経費
・公立病院附属診療所の運営に要する経費
・保健衛生行政事務に要する経費
・医師及び看護師等の研究研修に要する経費
・共済追加費用の負担に要する経費
・公立病院改革の推進に要する経費
・医師確保対策に要する経費
・基礎年金拠出金に係る公的負担に要する経費
・児童手当に要する経費

３　経営の効率化

（１）健全な経営

今後も長期間にわたり、病院を安定的・継続的に運営していくために、効率的な運営体制を目指して経営体質の改善に取り組みます。

指標名	現状値 平成 27 年度	目標値 平成 32 年度
経常収支比率	92.6%	100.0%
医業収支比率	62.8%	81.8%
職員給与費対医業収益比率	105.4%	80.8%
1 日平均入院患者数	61.3 人	88.8 人
1 日平均外来患者数	257.7 人	257.0 人
病床稼働率	51.1%	74.0%
企業債未償還残高	840 百万円	593 百万円

（２） 目標達成に向けた具体的な取組

① 収入増加・確保対策

医師の確保は最重要課題であり、関連大学への派遣依頼、人材紹介会社の活用等を行い、医師の確保に取り組みます。

内科系疾患に対応できる救急患者受入体制を整備し、救急医療の充実を図ります。

急性期病床からの転換により回復期リハビリテーション病棟の増床に取り組むとともに、施設基準の届出により収入の増加を図ります。また、地域の医療機関との連携を強化し、回復期リハビリテーション病棟の紹介率向上を図ります。

外来の午後診療の拡充や新たな診療科の開設に取り組みます。

後発医薬品の使用を推進し、施設基準の届出により収入の増加を図るとともに、薬品費の削減に努めます。

② 経費削減・抑制対策

看護師の中途採用を極力抑制し、新卒者の採用により人件費の縮減を図るとともに、看護学生の臨地実習を積極的に受け入れることによって、看護師の確保に努めます。

新電力を併用した電気の部分供給を導入し、光熱費の削減を図ります。

物流管理システムの導入により、適切な在庫管理に取り組み、診療材料費の削減を図ります。

医療機器の更新については、必要性や費用対効果等を勘案し、計画的な整備

を行います。

③　患者サービスの向上

清潔で快適な入院生活を過ごしていただくために、入院中に必要な衣類等を入院セットとして提供します。

医事業務の見直しにより、待ち時間の短縮を図ります。

乳がん検診のマンモグラフィは、女性放射線技師が撮影します。

健康意識の向上や当院への理解を深めていただけるよう、当院職員による出前講座を行っています。

4　再編・ネットワーク化

身近な場所で受けたい医療が受療できるよう不足する医療機能の充足や公立病院間の連携強化を図るため、相生市民病院と相互応援協定を締結し、医師等の相互派遣を行います。

たつの市・太子町を中心とした地域の２次救急の一端を担うべく、他の医療機関から亜急性期以降の患者の受け入れ強化を図ります。

5　経営形態の見直し

平成２４年度に病院を建替えたところであり、当面は現行の地方公営企業法財務適用により、新改革プランの推進を図ります。地方公営企業法全部適用については、メリット及びデメリットを検討し、新改革プランの進捗状況を踏まえて結論を得るよう努めます。また、民間的経営手法の導入は、今後の検討課題とします。

6　点検・評価・公表

毎年、病院管理会議に新改革プランの進捗状況を報告し、点検・評価を行います。点検・評価の結果については、当院ホームページに公表します。

（別紙1）

団体名（病院名）	たつの市民病院

1．収支計画(収益的収支)

（単位:百万円、%）

区分 ＼ 年度		25年度(実績)	26年度(実績)	27年度(実績)	28年度	29年度	30年度	31年度	32年度
収入	1. 医業収益 a	1,477	1,346	1,263	1,374	1,432	1,467	1,500	1,543
	(1) 料金収入	1,336	1,203	1,126	1,239	1,295	1,328	1,359	1,400
	(2) その他	141	143	137	135	137	139	141	143
	うち他会計負担金	43	51	51	51	49	49	49	49
	2. 医業外収益	874	877	907	868	823	759	731	706
	(1) 他会計負担金・補助金	620	421	424	363	335	311	296	289
	(2) 国(県)補助金	0	0	0	0	0	0	0	0
	(3) 長期前受金戻入	0	183	190	197	188	146	131	111
	(4) その他	254	273	293	308	300	302	304	306
	経常収益 (A)	2,351	2,223	2,170	2,242	2,255	2,226	2,231	2,249
支出	1. 医業費用 b	1,990	1,980	2,010	1,917	1,904	1,882	1,887	1,887
	(1) 職員給与費 c	1,237	1,265	1,332	1,226	1,216	1,226	1,236	1,246
	(2) 材料費	283	245	203	185	190	195	200	205
	(3) 経費	261	267	272	295	300	305	310	315
	(4) 減価償却費	204	195	196	197	188	146	131	111
	(5) その他	5	8	7	14	10	10	10	10
	2. 医業外費用	300	330	333	354	357	357	359	362
	(1) 支払利息	12	11	10	10	9	9	8	8
	(2) その他	288	319	323	344	348	348	351	354
	経常費用 (B)	2,290	2,310	2,343	2,271	2,261	2,239	2,246	2,249
経常損益 (A)−(B) (C)		61	▲ 87	▲ 173	▲ 29	▲ 6	▲ 13	▲ 15	0
特別損益	1. 特別利益 (D)	1	0	0	0	0	0	0	0
	2. 特別損失 (E)	100	0	0	0	0	0	0	0
	特別損益 (D)−(E) (F)	▲ 99	0	0	0	0	0	0	0
純損益 (C)+(F)		▲ 38	▲ 87	▲ 173	▲ 29	▲ 6	▲ 13	▲ 15	0
累積欠損金 (G)		498	317	490	519	525	538	553	553
不良債務	流動資産 (ア)	343	317	299	308	317	322	327	333
	流動負債 (イ)	365	346	424	411	455	446	430	396
	うち一時借入金	260	270	340	340	310	300	290	260
	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)	22	29	125	103	138	124	103	63
経常収支比率 $\frac{(A)}{(B)}\times 100$		102.7	96.2	92.6	98.7	99.7	99.4	99.3	100.0
不良債務比率 $\frac{(オ)}{a}\times 100$		1.5	2.2	9.9	7.5	9.6	8.5	6.9	4.1
医業収支比率 $\frac{a}{b}\times 100$		74.2	68.0	62.8	71.7	75.2	77.9	79.5	81.8
職員給与費対医業収益比率 $\frac{c}{a}\times 100$		83.8	94.0	105.4	89.2	84.9	83.6	82.4	80.8
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)		22	29	125	103	138	124	103	63
資金不足比率 $\frac{(H)}{a}\times 100$		1.5	2.2	9.9	7.5	9.6	8.5	6.9	4.1
病床稼働率		60.0	53.1	51.1	66.0	70.0	71.0	72.5	74.0

団体名（病院名）	たつの市民病院

2．収支計画（資本的収支）

（単位：百万円、％）

区分		年度	25年度(実績)	26年度(実績)	27年度(見込)	28年度	29年度	30年度	31年度	32年度
収入	1. 企業債		29	15	48	10	25	150	10	10
	2. 他会計出資金		0	0	0	0	0	0	0	0
	3. 他会計負担金		0	246	185	186	116	40	35	74
	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		0	0	0	0	0	0	0	0
	7. その他		0	0	0	0	0	0	0	0
	収入計	(a)	29	261	233	196	141	190	45	84
	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)	29	261	233	196	141	190	45	84
支出	1. 建設改良費		29	74	48	10	25	150	10	10
	2. 企業債償還金		118	188	185	186	116	40	35	74
	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	0	0	0	0	0	0	0
	支出計	(B)	147	262	233	196	141	190	45	84
差引不足額 (B)－(A)		(C)	118	1	0	0	0	0	0	0
補てん財源	1. 損益勘定留保資金		118	0	0	0	0	0	0	0
	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	1	0	0	0	0	0	0
	計	(D)	118	1	0	0	0	0	0	0
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

3．一般会計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	29年度	30年度	31年度	32年度
収益的収支	(231)	(76)	(137)	(76)	(46)	(22)	(7)	(0)
	663	472	475	414	384	360	345	338
資本的収支	(0)	(155)	(95)	(96)	(62)	(24)	(21)	(41)
	0	246	185	186	116	40	35	74
合計	(231)	(231)	(232)	(172)	(108)	(46)	(28)	(41)
	663	718	660	600	500	400	380	412

（注）

1 （ ）内はうち基準外繰入金額。

2 「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。

資料２

１．収支計画（収益的収支）

（単位：百万円、％）

区分＼年度		25年度(実績)	26年度(実績)	27年度(実績)	28年度(計画)	28年度(実績)	29年度(計画)	29年度(実績)	30年度(予算)
収入	1．医業収益 a	1,477	1,346	1,263	1,374	1,387	1,432	1,587	1,786
	(1) 料金収入	1,336	1,203	1,126	1,239	1,258	1,295	1,445	1,621
	(2) その他	141	143	137	135	129	137	142	165
	うち他会計負担金	43	51	51	51	53	49	59	67
	2．医業外収益	874	877	907	868	876	823	810	597
	(1) 他会計負担金・補助金	620	421	424	363	361	335	345	220
	(2) 国（県）補助金	0	0	0	0	0	0	0	0
	(3) 長期前受金戻入	0	183	190	197	208	188	191	151
	(4) その他	254	273	293	308	307	300	274	226
	経常収益 (A)	2,351	2,223	2,170	2,242	2,263	2,255	2,397	2,383
支出	1．医業費用 b	1,990	1,980	2,010	1,917	1,918	1,904	1,945	2,194
	(1) 職員給与費 c	1,237	1,265	1,332	1,226	1,207	1,216	1,250	1,399
	(2) 材料費	283	245	203	185	196	190	199	279
	(3) 経費	261	267	272	295	305	300	300	353
	(4) 減価償却費	204	195	196	197	196	188	189	151
	(5) その他	5	8	7	14	14	10	7	12
	2．医業外費用	300	330	333	354	351	357	360	274
	(1) 支払利息	12	11	10	10	9	9	9	11
	(2) その他	288	319	323	344	342	348	351	263
	経常費用 (B)	2,290	2,310	2,343	2,271	2,269	2,261	2,305	2,468
経常損益 (A)−(B) (C)		61	▲ 87	▲ 173	▲ 29	▲ 6	▲ 6	92	▲ 85
特別損益	1．特別利益 (D)	1	0	0	0	0	0	1	0
	2．特別損失 (E)	100	0	0	0	0	0	4	0
	特別損益 (D)−(E) (F)	▲ 99	0	0	0	0	0	▲ 3	0
純損益 (C)＋(F)		▲ 38	▲ 87	▲ 173	▲ 29	▲ 6	▲ 6	89	▲ 85
累積欠損金 (G)		498	317	490	519	525	531	442	527
不良債務	流動資産 (ｱ)	343	317	299	309	309	317	361	307
	流動負債 (ｲ)	365	346	424	425	425	455	429	471
	うち一時借入金	260	270	340	340	340	310	260	320
	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)	22	29	125	116	116	138	68	164
経常収支比率 $\frac{(A)}{(B)}\times 100$		102.7	96.2	92.6	98.7	99.7	99.7	104.0	96.6
不良債務比率 $\frac{(ｵ)}{a}\times 100$		1.5	2.2	9.9	8.4	8.4	9.6	4.3	9.2
医業収支比率 $\frac{a}{b}\times 100$		74.2	68.0	62.8	71.7	72.3	75.2	81.6	81.4
職員給与費対医業収益比率 $\frac{c}{a}\times 100$		83.8	94.0	105.4	89.2	87.0	84.9	78.8	78.3
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)		22	29	125	116	116	138	68	164
資金不足比率 $\frac{(H)}{a}\times 100$		1.5	2.2	9.9	8.4	8.4	9.6	4.3	9.2
病床稼働率		60.0	53.1	51.1	66.0	67.6	70.0	78.7	80.5

2. 収支計画（資本的収支）

（単位：百万円、%）

区分 ＼ 年度		25年度(実績)	26年度(実績)	27年度(実績)	28年度(計画)	28年度(実績)	29年度(計画)	29年度(実績)	30年度(予算)
収入	1. 企業債	29	15	48	10	9	25	16	45
	2. 他会計出資金	0	0	0	0	0	0	0	0
	3. 他会計負担金	0	246	185	186	186	116	116	43
	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	0	0	0	0	0	0	4	0
	7. その他	0	0	0	0	0	0	0	0
	収入計 (a)	29	261	233	196	195	141	136	88
	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)	29	261	233	196	195	141	136	88
支出	1. 建設改良費	29	74	48	10	9	25	20	45
	2. 企業債償還金	118	188	185	186	186	116	116	43
	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	0	0	0	0	0	0	0
	支出計 (B)	147	262	233	196	195	141	136	88
差引不足額 (B)−(A) (C)		118	1	0	0	0	0	0	0
補てん財源	1. 損益勘定留保資金	118	0	0	0	0	0	0	0
	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	1	0	0	0	0	0	0
	計 (D)	118	1	0	0	0	0	0	0
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

3. 一般会計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(計画)	28年度(実績)	29年度(計画)	29年度(実績)	30年度(予算)
収益的収支	(231)	(76)	(137)	(76)	(76)	(46)	(68)	(0)
	663	472	475	414	414	384	404	287
資本的収支	(0)	(155)	(95)	(96)	(96)	(62)	(62)	(26)
	0	246	185	186	186	116	116	43
合計	(231)	(231)	(232)	(172)	(172)	(108)	(130)	(26)
	663	718	660	600	600	500	520	330

（注）
1 （ ）内はうち基準外繰入金額。
2 「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。

4. 職員数の状況

（単位：人）

職名別		25年度(実績)	26年度(実績)	27年度(実績)	28年度(実績)	29年度(実績)	30年度(予算)		
病院	医療職（一）	10(14)	8(19)	10(23)	8(35)	9(29)	10(38)		
	医療職（二）	22(2)	20(3)	22(3)	23(11)	26(11)	29(9)		
	医療職（三）	83(12)	77(13)	77(3)	69(10)	75(10)	81(12)		
	行政職	8(6)	8(6)	8(5)	7	7(1)	6		
	技能労務職	1(13)	2(12)	2(10)	1(8)	(6)	4(6)		
介護老人保健施設	医療職（一）	1(兼)	1(兼)	1(兼)	1(兼)	1(兼)	1(兼)		
	医療職（二）	2(1)	2(1)	1(1)	2(1)	2(1)	2(1)		
	医療職（三）	8	9(1)	6(1)	7(1)	7(1)	5		
	行政職	2	2	2	1	1	6		
	技能労務職	11(13)	8(16)	8(15)	8(15)	8(12)	4(13)		
訪問看護・居宅事業所	医療職（三）				3(1)	3(1)	3(1)		
	行政職				1(1)	1(1)	1(1)		
	技能労務職				(2)	(2)	(2)		
計		148(63)	137(67)	137(70)	131(85)	139(75)	145(83)		

（注）
職員数は、各年度の3月31日時点での数。( )内は臨時職員の数。

兵庫県地域医療構想の概要

※ 頁数は、本編の対応頁を示します。

1 地域医療構想策定の背景･目的（1～5 頁）

○ 団塊の世代がすべて後期高齢者となる 2025(平成 37)年に向け、**「住民が、住み慣れた地域で生活しながら、状態に応じた適切で必要な医療を受けられる」地域医療の提供体制（＝「地域完結型医療」）**が必要とされている。

○ 本県でも、県民の理解のもと、**①医療機能の分化・連携、②在宅医療の充実、それを支える③医療従事者の確保**を進め、**「地域完結型医療」の構築**を目的として、地域医療構想を策定する。

2 策定のプロセス（9、10 頁）

① 2025 年の医療需要と必要病床数を、2013 年の診療ﾃﾞｰﾀから推計し、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の機能ごとに算出

② 目指すべき医療提供体制を実現するための施策を検討
- 構想区域ごとに、医療･福祉関係者、保険者、県民、行政からなる「地域医療構想検討委員会」で課題の整理と具体的施策を検討し､素案を作成。

③ 兵庫県医療審議会への諮問、構想案に関する答申を経て策定。

3 構想区域（7、8 頁）

○ 保健医療計画の二次保健医療圏(10 圏域)を構想区域とする。

4 医療資源（11～18 頁）

○ 県全体では全国平均並。平均を大きく下回る圏域もあり、地域により偏りがある。

	一般病床数	療養病床数	医師数
全国	783.1	267.2	244.9
兵庫県	747.9	263.4	241.6
神戸	834.5	206.7	315.7
阪神南	665.1	237.5	279.8
阪神北	634.4	363.7	185.7
東播磨	706.8	233.1	192.1
北播磨	993.9	348.4	201.1
中播磨	760.1	229.8	203.7
西播磨	810.0	265.8	153.6
但馬	706.7	139.6	190.7
丹波	704.4	458.9	174.0
淡路	624.1	679.8	213.3

※ 人口 10 万人対の数値

5 2025（平成 37）年の必要病床数等推計方法（30 頁）

○必要病床数算定式（法令及び推計ツールに基づき算定する）

［（2013 入院受療率 × 2025 推計人口）性・年齢別に算定した総和 ＋ 2013 流入患者数 － 2013 流出患者数］ ÷ 病床稼働率

病床稼働率	
高度急性期	75%
急性期	78%
回復期	90%
慢性期	92%

【推計の算定条件（6 頁）】:

① **病床機能は診療点数で区分**（3000 点/日以上→高度急性期、600～3000 点→急性期、175～600 点→回復期、175 点未満→在宅)。慢性期は現在の療養病床入院受療率を補正（地域差を是正）したものを用いて算定する。なお、法令の定義は次のとおり。

- 高度急性期：急性期患者の早期安定化に向け診療密度の特に高い医療を提供する
- 急性期　　：急性期患者に医療を提供する（高度急性期を除く）
- 回復期　　：急性期を経過した患者に、在宅復帰に向けた医療･リハビリを提供する
- 慢性期　　：長期の療養が必要な患者、重度障害者、難病患者等を入院させる

② **流入・流出患者数には、府県間･圏域間の患者流動が反映されている。**

参考資料１

6 2025（平成 37）年の必要病床数等推計結果（28、30～32 頁）

○ 2025 年の必要病床数、在宅医療需要の推計は次の表のとおりとなる。

○ 現況と比較しつつ、各病床機能と在宅医療の体制を整備していく必要がある。

2025（H37）推計		高度急性期	急性期	回復期	慢性期	病床数計（床）	在宅医療需要	（人/日）
神戸	H37 必要病床数	2,074	5,910	5,032	2,631	15,647	H37見込	26,547
	H26 病床機能報告	2,137	8,380	1,307	3,207	15,031	H25現況	16,765
	差引	63	2,470	△ 3,725	576	△ 616	今後の増加	9,782
阪神南	H37 必要病床数	1,279	3,468	2,859	1,664	9,270	H37見込	17,836
	H26 病床機能報告	1,221	4,727	605	2,327	8,880	H25現況	10,722
	差引	△ 58	1,259	△ 2,254	663	△ 390	今後の増加	7,114
阪神北	H37 必要病床数	497	1,890	1,718	2,465	6,570	H37見込	11,554
	H26 病床機能報告	25	3,461	391	2,815	6,692	H25現況	5,832
	差引	△ 472	1,571	△ 1,327	350	122	今後の増加	5,722
東播磨	H37 必要病床数	730	2,229	2,115	1,380	6,454	H37見込	7,844
	H26 病床機能報告	707	3,448	529	1,645	6,329	H25現況	4,509
	差引	△ 23	1,219	△ 1,586	265	△ 125	今後の増加	3,335
北播磨	H37 必要病床数	234	988	889	1,257	3,368	H37見込	3,057
	H26 病床機能報告	126	1,625	447	1,362	3,560	H25現況	2,308
	差引	△ 108	637	△ 442	105	192	今後の増加	749
中播磨	H37 必要病床数	658	1,959	1,901	752	5,270	H37見込	6,031
	H26 病床機能報告	790	3,134	536	1,104	5,564	H25現況	4,140
	差引	132	1,175	△ 1,365	352	294	今後の増加	1,891
西播磨	H37 必要病床数	145	708	900	468	2,221	H37見込	2,939
	H26 病床機能報告	6	1,654	253	737	2,650	H25現況	2,312
	差引	△ 139	946	△ 647	269	429	今後の増加	627
但馬	H37 必要病床数	133	541	476	250	1,400	H37見込	2,167
	H26 病床機能報告	18	932	210	314	1,474	H25現況	1,917
	差引	△ 115	391	△ 266	64	74	今後の増加	250
丹波	H37 必要病床数	52	236	204	339	831	H37見込	1,402
	H26 病床機能報告	4	612	44	468	1,128	H25現況	1,063
	差引	△ 48	376	△ 160	129	297	今後の増加	339
淡路	H37 必要病床数	99	328	438	559	1,424	H37見込	1,881
	H26 病床機能報告	19	774	184	832	1,809	H25現況	1,474
	差引	△ 80	446	△ 254	273	385	今後の増加	407
全県	H37 必要病床数	5,901	18,257	16,532	11,765	52,455	H37見込	81,257
	H26 病床機能報告	5,053	28,747	4,506	14,811	53,117	H25現況	51,040
	差引	△ 848	10,490	△ 12,026	3,046	662	今後の増加	30,217

※ H26 病床機能報告における病床機能は医療機関の自己申告であること、H37 必要病床数の将来推計は一定の仮定のもとでの試算であること、両者の病床機能の定義が異なり単純には比較できないことなどから、数値は今後、精緻化が必要である。

※ 推計はあくまで、医療需要の将来像を展望するためのものである。過剰になると見込まれる機能の病床については、必要な機能への転換を支援する。また、不足と見込まれる機能の病床については充実を図る必要がある。　　【必要病床数等に関する留意事項は本編 31 頁】

7　課題と施策（主なもの）（33～44 頁）

○ 必要病床数･在宅医療の推計を踏まえ、①医療機能の分化･連携、②在宅医療の充実、それを支える③医療従事者の確保を軸として、施策を進める。

○ 地域医療構想に全県と各圏域の課題･施策を掲げ、構想を根拠として医療介護総合確保基金等の財源を獲得･活用し、施策を推進･促進する。

【全県に共通する施策】

①　病床機能の分化･連携（34～37 頁）　②　在宅医療の充実（38～40 頁）

	【現状と課題】	【主な施策】
高度急性期	・全県的には不足が見込まれる。	・圏域内外の協力、連携体制の強化 ・公立病院、基幹病院を中心に ICU、HCU 等の高度急性期機能の充実
急性期	・いずれの圏域でも過剰と見込まれる。	・一部の急性期機能の拡充による高度急性期への転換支援 ・医療機関の改修等に伴う回復期機能への転換支援
回復期	・いずれの圏域でも不足が見込まれる。 ・在宅復帰に向けた回復期病床は、急性期病床や患者居住地近くにあることが望ましい。	・非稼働病床等を回復期病床として活用 ・医療機関の改修等に伴う回復期機能への転換支援
慢性期	・いずれの圏域でも過剰と見込まれる。 ・患者の受け皿としての在宅医療の充実が先決である。	・在宅復帰に向けたリハビリ、退院調整機能の充実 ・受け皿となる介護保険施設（老健等）への転換を促進
在宅医療	・回復期機能の強化･在宅復帰促進により、在宅医療の需要増加が予測される。 ・慢性期患者の受け皿としての在宅医療の充実が求められる。	・訪問診療･訪問歯科診療･訪問薬剤管理指導の提供機関、訪問看護ステーション等、在宅医療を提供する機関や事業所の整備
病床機能間及び在宅医療との連携	・入院医療から在宅医療・介護まで、切れ目のないサービス提供体制の構築が必要	・病診、診診連携、介護事業者との連携のための、ICT を活用したネットワーク、地域医療連携クリティカルパス等の整備

③医療人材確保（41～42 頁）

県養成医師、大学寄附講座、インセンティブ制度拡充

看護職確保対策の推進（養成力の強化、離職防止対策、再就職支援）、訪問看護師の育成

普及啓発（43 頁）

回復期医療や適正受診、在宅医療の重要性

【各圏域の特徴的施策（例）】（45～81 頁）

圏域	【現状と課題】	【主な施策】
神戸 阪神南 東播磨	・高齢化率の上昇に伴い、回復期病床だけでなく、病床全体数も不足が見込まれる。	・自圏域での病床整備に加え、他圏域の医療機関との連携により医療供給を確保
阪神北	・二次救急医療の圏域内完結率が低く、高度医療を提供する救命救急センターがない。	・阪神地域救急医療連携会議等の場を活用し、疾患別輪番制や三次救急の協力体制を構築
北播磨	・集落の分散と、圏域外に在住する医師が多いことから、夜間対応が困難。	・「北はりま絆ネット」を、かかりつけ医・訪問看護師等の多職種連携ツールとして効果的に活用
中播磨	・中播磨･西播磨圏域の 3 次救急をはじめとする高度専門・急性期医療の充実、地域の医療機関との機能分担･連携が求められる。	・県立姫路循環器病センターと製鉄記念広畑病院の統合再編による機能強化と圏域内病院との連携強化
西播磨	・中部から北部にかけて、中播磨の医療機関への流出が見られる。	・宍粟総合病院と神崎総合病院（中播磨）との公立病院間の連携強化 ・県立リハビリテーション西播磨病院の機能充実
但馬	・生産年齢人口の減少率が著しく、人材確保の困難が予想される。	・病院間連携による総合診療専門医養成プログラムの作成
丹波	・救急、がん、心疾患、脳疾患、ハイリスク分娩、重症児の入院医療機能の強化が求められる。	・県立柏原病院と柏原赤十字病院の統合による機能強化 ・回復期機能充実、急性期医療等に係る圏域内外の医療機関との連携
淡路	・療養病床が一般病床より多く、在宅医療への移行が必要。	・医療･介護関係者の連携による、退院・施設利用・在宅医療の支援

8　施策の推進と体制（33、82 頁）

○ 医療機関等の自主的取組、医療介護総合確保基金等による促進等、国･県･市町と医療機関等が連携して取組む。

○ 具体的な事業内容（主体、箇所等）は、基金事業計画の作成過程や、地域医療構想調整会議等の場で調整、検討する。

○ また、県民への普及啓発（病床機能の分化連携、適正受診や在宅医療）にも力を入れ、県民の理解のもとで推進する。

○ 施策の内容は、県民･関係団体への情報提供と知見の集約を通じ、また、法改正や診療報酬改定等の状況変化を踏まえ、今後も適宜修正を加える。

【本庁】：地域医療構想推進委員会

・各圏域の推進状況の報告を受け、施策の評価と構想の必要な見直しを行う。

【圏域】：地域医療構想調整会議

・医療･福祉関係者、県民、行政等により構成し、施策の具体的実施（主体,箇所等）について検討･調整する。

【西播磨圏域】

項　目	圏域の現状と課題	具体的施策
(1)病床の機能分化・連携の推進	○　西播磨には、24 箇所の病院、199 箇所の医科診療所、103 箇所の歯科診療所があり、地域の様々な保健医療福祉関係者と協力しつつ、それぞれ相互に連携しながら、地域の医療を支えている。 赤穂市民病院は、地域医療支援病院、災害拠点病院、へき地医療拠点病院、がん診療連携拠点病院、肝疾患専門医療機関、感染症指定医療機関等に、公立宍粟総合病院は、へき地医療拠点病院等に位置づけられており、圏域・地域の中核的な病院としての役割を担っている。 救急医療については、一次は、各医師会が中心となり、休日夜間急病センターと在宅当番医制で、二次は、病院群輪番制で対応しており、三次については、中播磨・西播磨圏域が１つのブロック（西播磨ブロック）となっており、姫路市内の病院が救命救急センターに指定されている。 救急医療に加え、小児救急については、中播磨と西播磨の二次小児救急圏域で「小児医療連携圏域」、周産期医療についても、中播磨と西播磨で「西播磨圏域」を形成しており、それぞれ、姫路市内の病院が中核的な医療機関として位置付けられている。（圏域内においては、赤穂市民病院、赤穂中央病院、公立宍粟総合病院が中心的な役割を担っている。） それら以外の分野については、西播磨圏域内での医療の提供が基本となるが、圏域南部の旧「西播磨臨海」地域が、完結率が高いのに比べ、中部から北部にかけては、一定程度、姫路市等中播磨の医療機関への流出が見られる。 また、他府県との関係では、赤穂市で、同市・上郡町と定住自立圏を形成する備前市から一定規模の患者の流入があり、佐用	○　西播磨圏域の北部・中部は、以前は中播磨と同一圏域であり、日常生活での姫路市方面への自然な人の流れもあり、全ての医療を西播磨圏域内で完結するのは生活の実態から外れる面もあるため、基本的な方向性としては、圏域内の医療体制の維持・強化と共に、従来からの中播磨圏域との連携の維持・強化を図ることが重要である。 ① 現在進行中の、赤穂市民病院の第二期構想や、姫路市における病院統合計画等、圏域の住民への医療確保の強化に繋がる計画について、圏域の関係者の支援により、円滑な進行に協力する。 ② 地域医療介護総合確保基金を積極的に活用するなどして、各医療機関の機能強化を図る。 ア 急性期から回復期病床への転換を図る。 イ 介護療養病床から、現在厚生労働省が検討を進めている「新たな施設」等への優先的な転換を図る。 ウ 慢性期患者の受け皿となる在宅医療、施設等の充実を図る。 エ 公立病院間の連携強化（西播磨圏域北部の公立宍粟総合病院と隣接する中播磨圏域北部の公立神崎総合病院とは、どちらも中山間地に立地しており、自治体病院という共通点もあることから、現在も医療圏域を超えた連携が行われているが、両圏域における医療の更なる充実に向け両病院間の連携の推進を図る、等。） ③　県立姫路循環器病センターと製鉄記念広畑病院の統合による県立の新病院から医師派遣を受ける等、へき地医療の確保を引き続き行う。 ④　西播磨圏域の周産期医療について、県

項　目	圏域の現状と課題	具体的施策
	郡では美作市･津山市との間に患者流出入が多いなど､隣接する岡山県との間で関係性が強い。 ○　2025 年の必要病床数推計と現在の稼働病床数との比較でも､高度急性期の病床が 139 床不足しており、高度医療等、現状でも中播磨に一定程度流れている医療を､今後如何に確保するかが課題となる。	立の統合新病院が､基幹的病院である姫路赤十字病院を補完し、同病院とともに､リスクの高い妊婦及び新生児の受入を行う。
(2)在宅医療の充実	○　2025 年の必要病床数推計と現在の稼働病床数との比較でも、慢性期の病床が 269 床過剰となっており､病院から在宅への流れの中で､在宅医療の充実が喫緊の課題となっている。 圏域の現在の在宅医療の体制は､届出のある在宅療養支援病院は 2 箇所､在宅療養支援診療所は 22 箇所、在宅療養支援歯科診療所は 20 箇所あり、病院、診療所については人口 10 万人あたりの施設数は県平均より低い。 在宅療養後方支援病院は 2 箇所､地域包括ケア病棟を有する病院は 4 箇所ある。 訪問看護事業所・ステーションは 25 箇所（うち 3 箇所休止中）あり、人口 10 万人あたりの事業所数は県平均より低い。 県立リハビリテーション西播磨病院は在宅復帰に向けたリハビリ､退院調整を行なっており､また認知症疾患医療センターとしても市町の認知症対策を支援するとともに､西播磨圏域認知症疾患医療連携協議会等を通じて､医療機関をはじめとする関係機関と情報共有を図っている。 ○　在宅歯科診療については、現在のところ、供給不足とはなっていないが、潜在的な需要が掘り起こされると供給不足となることが予想される。 ○　在宅医療サービスとしての訪問服薬指導は､薬剤師の不足により十分には行えて	○　在宅医療を提供する医療機関を増やす。 ○　自治体も含め、関係者の支援により、訪問看護体制の強化を図るなど､在宅医療体制を強化する。 ○　県立リハビリテーション西播磨病院においては、圏域内外との連携を図る一方、圏域の認知症疾患対策の中核的機能の更なる充実を図る。 ○　訪問歯科診療のより積極的な活用を検討するとともに､口腔ケアを担う歯科衛生士の養成を行う。 ○　薬剤師の確保と活動ができる環境整備について検討するとともに､地域住民ならびに関係職種に､薬剤師の訪問服薬指導等薬剤師の役割と薬局の業務について周知を図る。 ○「病院在宅連携ルール」の活用度や利便性の更なる向上を図り､資源の有効活用を進める。 ○　介護保険施設･事業所の整備を図るとともに､いわゆる特定行為が出来る職員の養成を促す。 ○　限られた在宅医療資源を効果的に活用する方法として､サービス付き高齢者向け住宅の整備と高齢者の集住を検討する。 ○　介護職員の人材養成及び確保や市町介護保険財政の維持ができるよう制度の見直しを要望する。

項　目	圏域の現状と課題	具体的施策
	おらず、薬剤師の役割も住民をはじめ関係職種に浸透していない。 ○　限りある医療・介護の資源を有効に活用するため、圏域のリハビリテーション支援病院である赤穂中央病院や行政が調整し、地域医師会、病院、ケアマネジャーの連携のもと、病院から在宅への円滑な移行を目指した「病院在宅連携ルール」を揖龍地区・赤相地区で運用している。 ○　特別養護老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅では体制的・機能的に医療の対象となる者の受け入れが難しい。 ○　広域な地域では訪問診療に時間がかかり効率が悪い。 ○　慢性期患者の受け皿として在宅での受け入れが進むと、在宅医療、在宅介護分野でのマンパワー不足がより一層深刻化するとともに、施設入所やサービス提供の増加に伴い市町介護保険財政が圧迫される。	
(3)医療従事者の確保	○　西播磨圏域の医師数は、人口 10 万人あたり 153.6 であり県下で最も低い。 ○　現在の医師確保支援として、県養成医師を、へき地医療拠点病院である、赤穂市民病院と公立宍粟総合病院に配置している。また、兵庫県が大阪医科大学に新たに寄附講座を設置し、圏域・地域の中核病院である、赤穂市民病院と公立宍粟総合病院への医師派遣を受けている。 ○　看護師不足による訪問看護事業所の閉鎖事例があるなど看護師の確保も困難である。 ○　薬剤師の不足により訪問服薬指導が十分には行えていない。薬局・薬剤師に係る制度の改正があるが、薬剤師が薬局外に出て行くための環境が整っていない。	○　兵庫県は、養成医師（医学生）の枠を順次拡大しており、今後、配置可能医師数の増加が見込まれることから、県庁と連携し、西播磨への配置医師数の増加を図る。 ○　県立姫路循環器病センターと製鉄記念広畑病院の統合による県立の新病院から医師派遣を受ける等、へき地医療の確保を引き続き行う。（再掲） ○　中・西播磨で開催している看護学生・看護師のための病院合同就職説明会の継続、在宅看護師の復職支援、圏域内の看護学校や看護師養成大学への教官派遣や実習への協力、学生へのＰＲの強化等により、圏域内での就業の確保に努める。 ○　薬剤師の確保と活動ができる環境整備について検討する。（一部再掲）