

# 出水市病院経営強化プラン

令和5年度～令和9年度



令和5年8月

鹿児島県出水市

# 目次

<b>第1章 基本的事項</b> .....	1
1 強化プランの策定・計画期間	
2 基本理念等	
<b>第2章 病院事業の現状と取り巻く環境</b> .....	3
1 病院の概要	
2 経営状況の推移	
3 病院を取り巻く環境	
<b>第3章 役割・機能の最適化と連携の強化</b> .....	14
1 地域医療構想等を踏まえた出水総合医療センターの果たすべき役割・機能	
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・機能	
3 機能分化と連携強化	
4 医療機能や医療の質、連携強化等に係る数値目標	
5 一般会計負担の考え方	
6 住民の理解のための取組	
<b>第4章 医師・看護師等の確保と働き方改革</b> .....	20
1 医師・看護師等の確保	
2 医師の働き方改革への対応	
<b>第5章 経営形態の見直し</b> .....	22
<b>第6章 新興感染症の感染拡大等に備えた平時からの取組</b> .....	23
<b>第7章 施設・設備の最適化</b> .....	24
1 施設・設備の適正管理と整備費の抑制	
2 デジタル化への対応	
<b>第8章 経営の効率化等</b> .....	27
1 経営指標に係る数値目標	
2 経常収支比率及び修正医業収支比率に係る目標設定の考え方	
<b>第9章 目標達成に向けた取組</b> .....	30
1 取組の全体像	
2 重点取組項目	
<b>第10章 プランの点検と評価</b> .....	34
<b>資料編 収支計画等</b> .....	36
<b>用語集</b> .....	39

## はじめに

出水市病院事業は100周年を迎えようとしています。

これまで、幾多の危機がありました。

特に、国が平成16年度に新医師臨床研修制度を導入したこと等により、平成23年度には出水総合医療センターの医師数が19人まで減少し、一時的に一部診療科を休診しなければならない危機的な状況に陥りましたが、鹿児島大学、熊本大学、福岡大学の各医局の先生方に本院の状況をご理解いただき、医師の派遣についてご支援を賜りましたことで、市民に必要な医療の提供を再開することができました。



経営においては、医師数の減少等に起因する収入減により厳しい状況が続いたことから、市は平成21年度から運転資金の長期貸付を、平成22年度から基準外繰出をそれぞれ行いました。しかしながら、市の支援に依存する経営は市の財政を圧迫し続けるとともに、職員の経営改善に向けた意識の希薄化にも繋がることから、市は現状の支援のあり方では事業継続が難しいと判断し、平成30年度以降、長期貸付や基準外繰出を行わないこととし、全職員が一丸となって市民が実感できるような改革に全力で取り組み、経営改善に向けた実効性のある短期間の集中改革プランを策定するよう指示しました。

病院事業は、副院長を中心としたプロジェクトチームを設置し、医師を含む様々な職種の職員からの改革に向けた意見を取り入れた「集中改革プラン」を策定するとともに、市民の皆様向本院を信頼していただくための取組として「タウンミーティング（医療センターと語る会）」等の開催、経営改善に向けた取組として「入院基本料検討委員会」の設置、医師招へい対策として「大学寄附講座」開設など、経営改善に向けた実効性のある取組を短期間で実施しました。

これらの取組は、職員一人ひとりの経営参画意識を高め、患者さんやご家族に対する接遇の向上等により患者満足度が上昇していますほか、経営においても、令和元年度から黒字経営が継続していますことから、市民の皆様にも改革を実感していただいていることと思います。

また、新型コロナウイルス感染症への対応では、地域の中核的な医療機関として多くの患者受入や検査を実施し、希望者へのワクチン接種も行いました。引き続き、院内での感染防止対策を徹底し、平時から感染状況に応じた体制を維持してまいります。

今後も全職員が一丸となって、市民の皆様にも良質な医療を提供し、信頼される病院を目指して取り組んでまいります。

今回策定する「公立病院経営強化プラン」では、国の基本方針を踏まえつつ地域の実情を考慮し、出水保健医療圏内の他の中核的医療機関との共存を図りながら、出水市内での基幹病院としての役割を果たすための取組を掲げています。本プランで設定した目標を令和9年度までに達成できるよう、病院事業管理者の附属機関である病院事業運営委員会等で進捗状況を毎年検証していただきながら、更なる経営強化に努めてまいります。

令和5年8月



### 1 強化プランの策定・計画期間

公立病院は、地域における基幹的な公的医療機関として、地域医療の確保のため重要な役割を果たしていますが、多くの公立病院において、経営状況の悪化や医師不足等のために、医療提供体制の維持が極めて厳しい状況になっていたことから、国は「公立病院改革ガイドライン」及び「新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対し、公立病院改革プラン及び新公立病院改革プランの策定を要請してきました。

しかし、医師・看護師等の不足、人口減少及び少子高齢化の急速な進展に伴う医療需要の変化、医療の高度化、経営環境の急激な変化といった厳しい経営環境が続いており、持続可能な経営の確保が難しい病院が多いのが実情です。

また、新型コロナウイルス感染症への対応において、公立病院は、積極的な病床確保と入院患者の受入をはじめ、発熱外来の設置、PCR検査、ワクチン接種等で中核的な役割を果たしており、感染症拡大時に公立病院の果たす役割の重要性が改めて認識されました。

このような状況の中、国は各地域において将来の医療需要を見据えつつ、新興感染症等や大規模災害など緊急事態が発生した際にも持続可能な医療提供体制を整備するため、地域医療構想や地域包括ケアシステム、医師の働き方などの政策を一体的に推進することを目的とした「持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化ガイドライン」を発出し、公立病院を設置する地方公共団体に対し「公立病院経営強化プラン」の策定を要請しており、こうした医療政策の動向を踏まえたプランを策定する必要があります。

#### (1) 出水市における公立病院経営強化の基本的な考え方

本市は、出水市病院事業として、出水総合医療センター、出水総合医療センター高尾野診療所及び出水総合医療センター野田診療所を有しています。

また、出水保健医療圏には、中核的医療機関として、出水総合医療センターのほか、阿久根市に出水郡医師会広域医療センターがあり、さらに、県外で医療圏は異なるものの、経済圏を共有する水俣市には、芦北医療圏の中核をなす国保水俣市立総合医療センターがあります。

このように、近隣に同規模の3つの中核的医療機関が存在しますが、国保水俣市立総合医療センターは、県外であり保健医療圏が異なるため、出水保健医療圏の2つの中核的医療機関の在り方を考慮して計画を策定します。

出水総合医療センターは、出水市民を中心に、出水郡医師会広域医療センターは、阿久根市及び長島町の住民を中心に当該地域の医療機関と連携し2次救急医療を提供しているほか、出水保健医療圏全体の中核的医療を行う基幹病院としての役割を相互に担っています。

このような状況がある中で、公立病院経営強化ガイドラインの「機能分化・連携強化」に示されている一方の医療機関が中核的な医療機関となり、他方がその他の医療機関となることは、現在それぞれが担っている責任や背景を考慮すると、機能分化を具体的に決定することは困難であると考えられることから、2つの中核的医療機関が共存し協力し合う連携・強化体制及び出水保健医療圏内の医療機関と出水総合医療センターとの連携強化を重視した「出水市病院経営強化プラン」(以下「経営強化プラン」という。)を策定することにしました。

これについては、鹿児島県の地域医療構想においても、2つの中核医療機関の存在を認めつつ、出水保健医療圏の課題として、「200床規模の同レベルの医療機能を持つ中核病院が併存していることから、今後は、医療機能の分化・連携を図りながら、機能強化を進める必要がある。」とされています。

## (2) 経営強化プランの策定期間及び対象期間

経営強化プランは、令和4年度から同5年度にかけて策定し、その期間は令和9年度までとします。なお、経営強化プラン策定後に鹿児島県地域医療構想や鹿児島県保健医療計画などとの齟齬が生じた場合には、速やかに本計画を修正するものとします。

## 2 基本理念等

### 基本理念

私たちは良質な医療を提供し、市民に信頼される病院を目指します。

出水総合医療センターが地域において基幹的な役割を担う公立病院として存続するためには、市民に信頼され続けなければなりません。そのためには、良質な医療を安定的に継続して提供できる体制を整えることが求められます。

そこで、基本理念の実現のために必要とされる事項を次のとおり「基本方針」及び「行動指針」として掲げ、出水市病院事業管理者以下職員一丸となって取り組んでまいります。

### 基本方針

- ・ 市民が必要とする地域医療の提供に努めます。
- ・ 患者の立場に立った医療を行います。
- ・ 地域完結型医療における基幹病院としての役割を果たします。

### 行動指針

- ・ 患者に十分な説明を行い、同意のもとに医療を行います。
- ・ 和の心を持って、チーム医療を行います。
- ・ 常に向上心を持ち、協力して病院の改善に取り組みます。



## 第2章 病院事業の現状と取り巻く環境

### 1 病院の概要

本市における公立病院の歴史は、1925年(大正14年)に米ノ津町立米ノ津医院の開設に始まり、以後、昭和29年の市制施行により出水市立病院と改称、平成18年の出水市・高尾野町・野田町合併時に『出水総合医療センター』と改称しながら、100年近く地域の中核病院として医療を提供し続けてきました。昭和43年に地方公営企業法の一部適用、平成20年には全部適用し、出水市病院事業として、現在では、2つの診療所を備える総許可病床数280床の基幹病院となっています。

【表1】出水市病院事業の概要(令和5年4月1日現在)

開設	1925年(大正14年)3月1日
病床数	許可病床280床(一般病床276床、感染症病床4床)
診療施設	出水総合医療センター(一般病床257床、感染症病床4床) 出水総合医療センター高尾野診療所(一般病床19床) 出水総合医療センター野田診療所(無床)
診療科目 (※1院内標榜)	内科、総合内科※1、一般内科※1、健康管理科※1、糖尿病・代謝内科、脳神経内科、血液内科、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、動脈硬化外来※1、腎臓内科、肝臓内科、小児科、小児外科、放射線科、リハビリテーション科、外科、消化器外科、乳腺外科、緩和ケア外来※1、呼吸器外科、整形外科、婦人科、皮膚科、脳神経外科、心臓血管外科、メモリークリニック※1、眼科、麻酔科、泌尿器科 計31科
職員数	事業全体477人(うち会計年度任用職員156人) 内訳 医師:33人 医療技術職:86人 事務職:108人 看護職:230人 技能労務職:20人
施設概要※2	敷地面積:16,008 m <sup>2</sup> 、延床面積:19,861 m <sup>2</sup>
病院建物※2	鉄筋コンクリート造:地上6階、地下1階
主な指定・認定等※2	昭和43年 9月 救急告示病院に指定 平成 9年 3月 災害拠点病院に指定 平成11年 4月 第二種感染症指定医療機関に指定 平成14年 7月 へき地医療拠点病院に指定 平成21年 3月 がん診療指定病院に指定 平成23年 9月 地域リハビリテーション広域支援センターに指定 平成24年 2月 地域医療支援病院に認定 平成24年12月 災害派遣医療チーム(DMAT)指定病院に指定
主な高度医療機器	全身用X線コンピュータ断層撮影装置(CT)、磁気共鳴画像診断装置(MRI)、連続血管撮影装置(アンギオグラフィ)、核医学検査装置(ガンマカメラ)、乳房X線撮影装置(マンモグラフィ)、デジタルX線撮影装置、高気圧酸素治療装置、血管内超音波画像診断装置

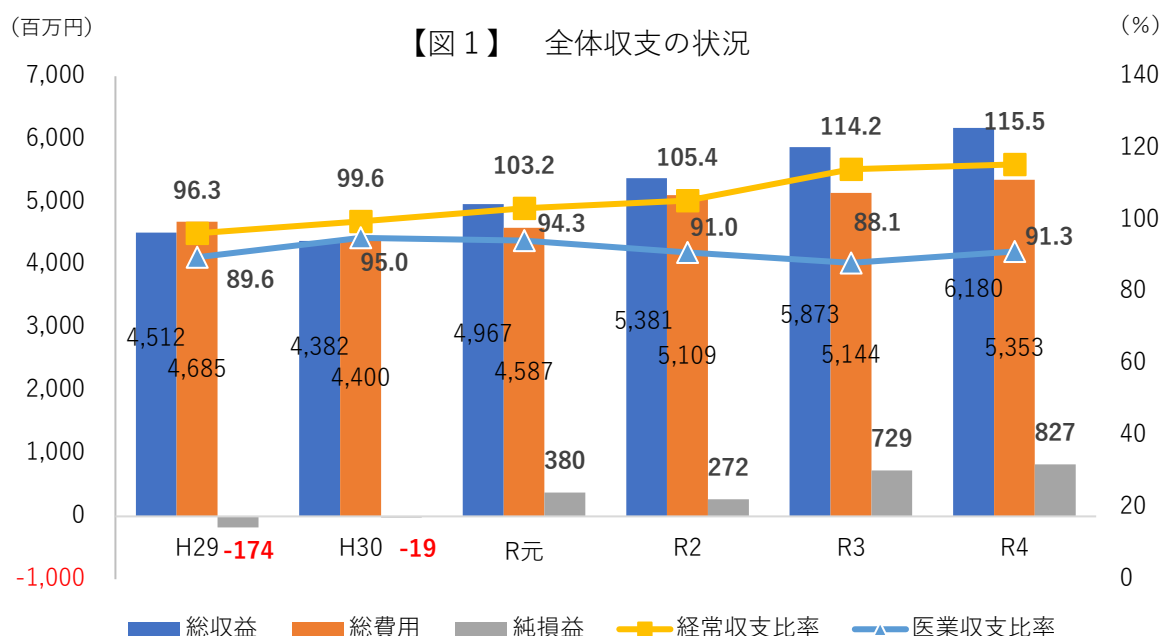
※2 出水総合医療センターのみ記載

## 2 経営状況の推移

### (1) 収支の状況<sup>1</sup>

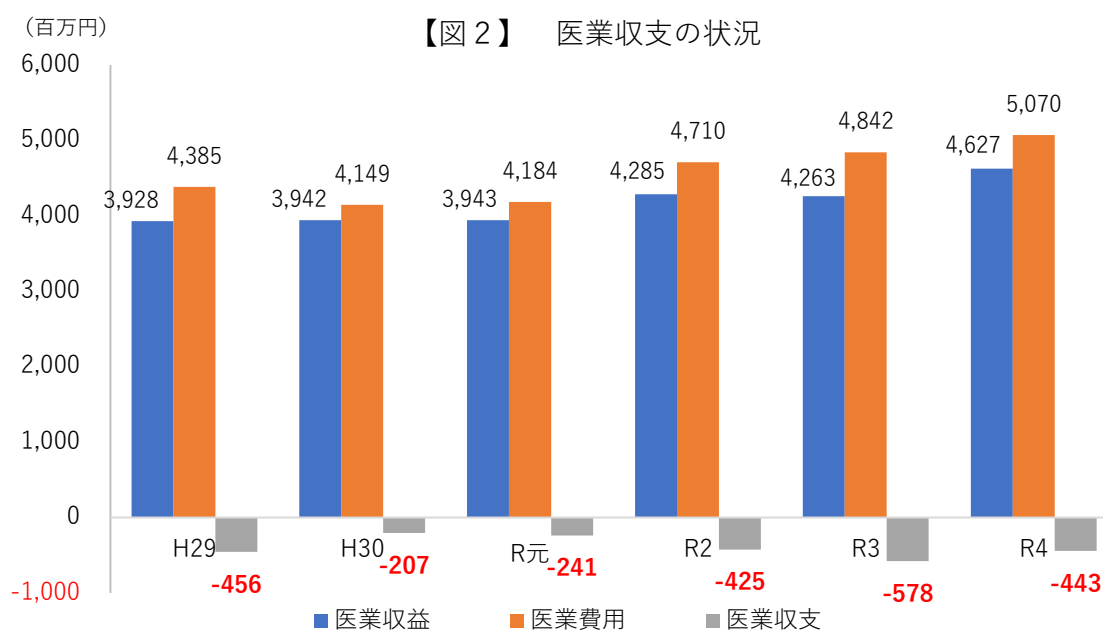
#### ア) 全体収支

純損益は令和元年度に黒字化し、以降3年連続黒字となっています。令和2年度以降は、新型コロナウイルス感染症（以下、「コロナ感染症」という。）の影響により、本業である医業収益が減少し医業収支比率が悪化しましたが、コロナ感染症関連補助金の影響により、全体としての経常収支比率は100%以上を維持しています。



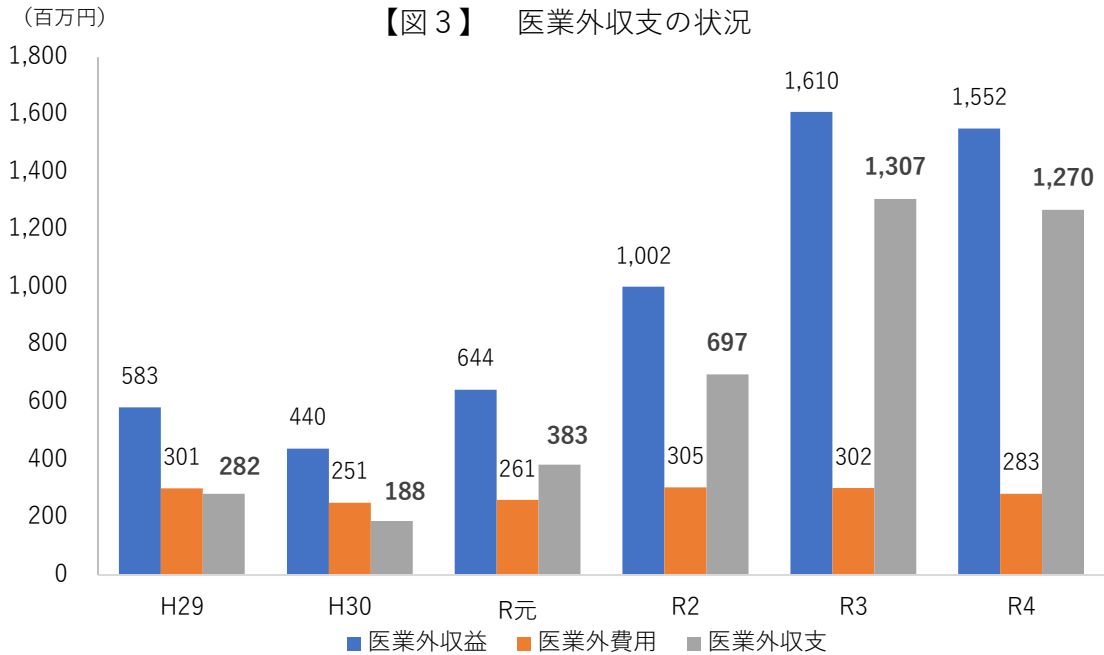
#### イ) 医業収支

平成30年度までは収支の改善傾向が見られましたが、令和2年度以降は、コロナ感染症の影響により地域包括ケア病棟開設に向けた増員に伴うコストの増を回収し更なる増収につなげることができず、赤字額が拡大している状況です。



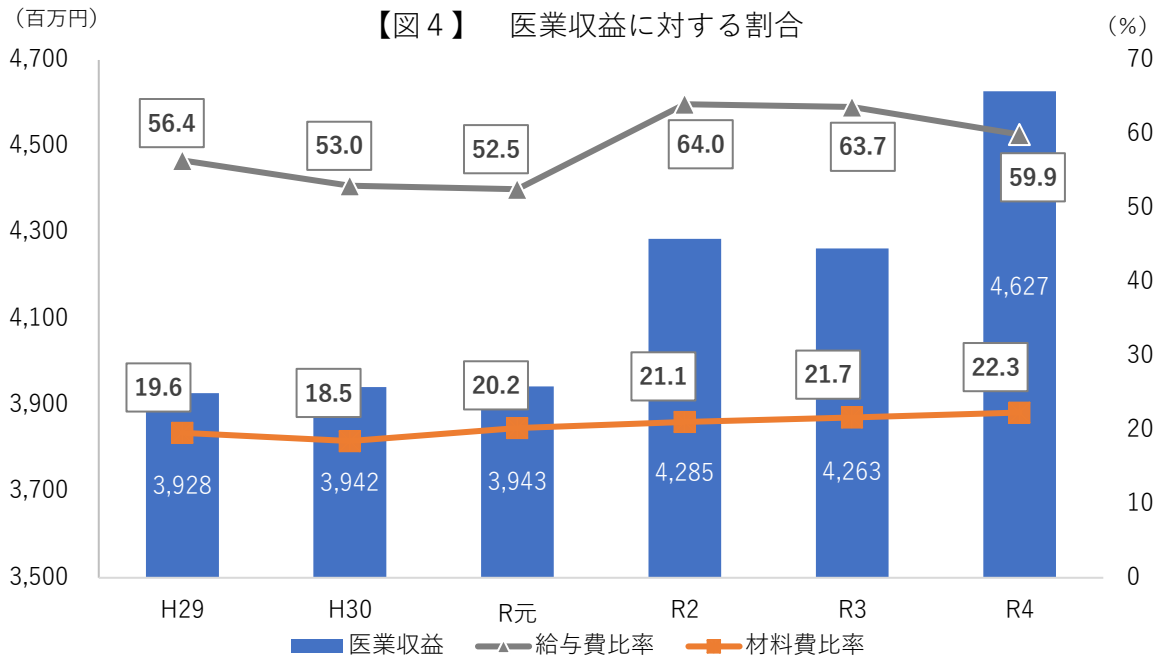
## ウ) 医業外収支

医業外収益には一般会計繰出金が毎年4～5億円計上されています。また、令和2年度からの急激な伸びは、コロナ感染症関連の補助金によるものです。これにより、本業である医業収益の損失分を補填しています。



## (2) 医業収益に対する割合<sup>1</sup>

給与費比率は、令和2年度からは会計年度任用職員に係る給与を含めて計算することとなったため上昇しましたが、以降は横ばいで推移しています。また、材料費比率は、高額な抗がん剤やコロナ感染症の検査試薬等の使用量の増加に伴い上昇傾向にあります。

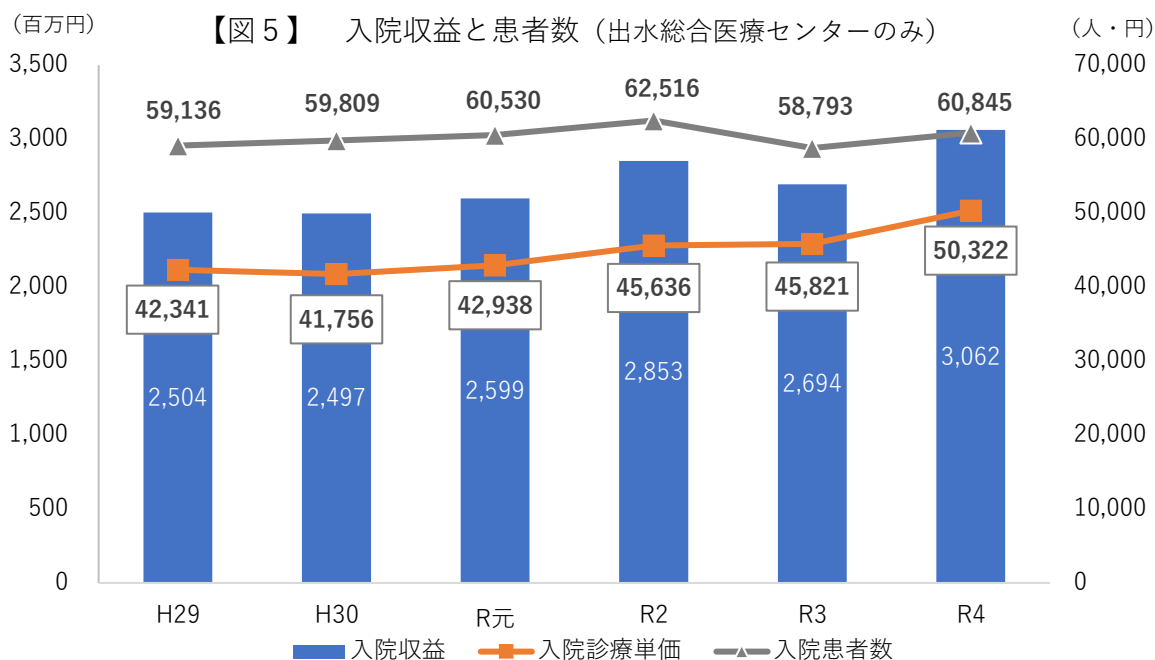


<sup>1</sup> 図中の数値は総務省地方公営企業決算状況調査の作成要領に基づいて算出しています。



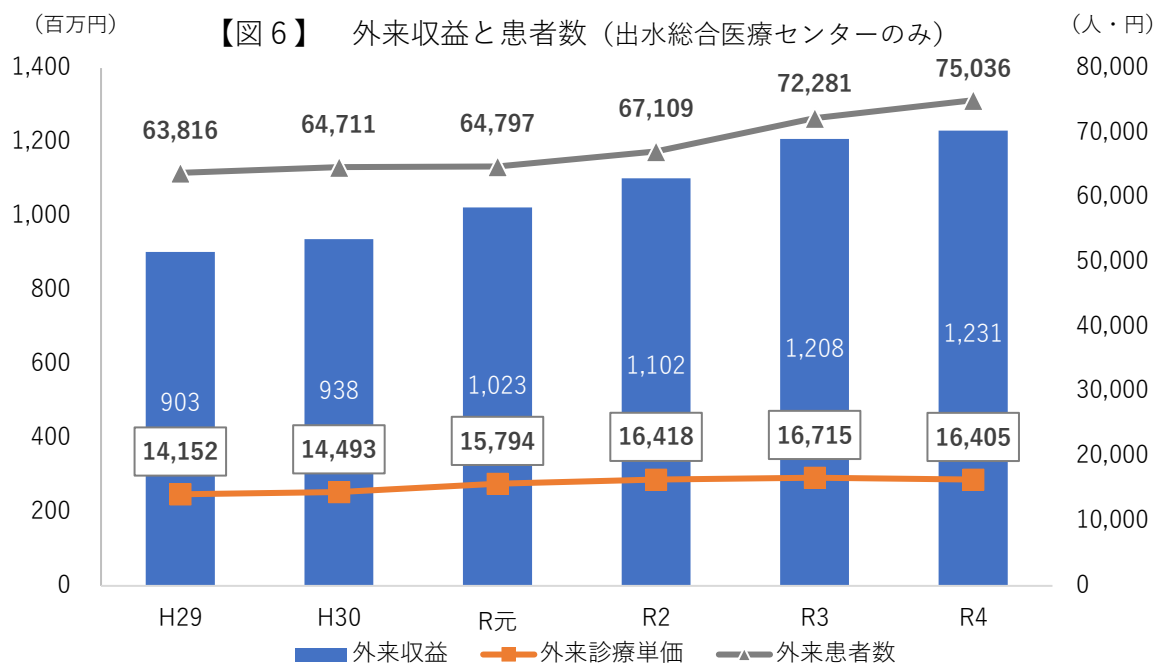
### (3) 入院収益と患者数の状況

患者数、入院診療単価共に増加傾向にあります。令和3年度の患者数の落ち込みは、コロナ感染症の拡大に伴う受入病床数の制限によるものです。



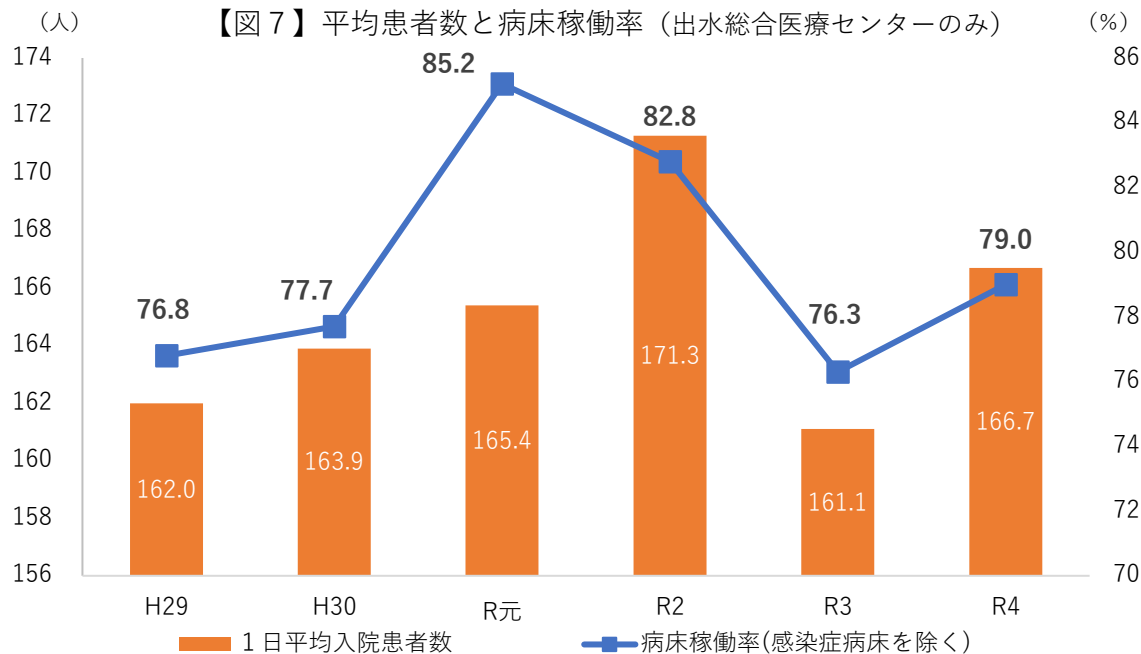
### (4) 外来収益と患者数の状況

患者数、外来診療単価共に増加傾向にあります。特に令和3年度以降の患者数の大幅な増加はコロナ感染症の拡大による発熱外来患者数の伸びが主な要因です。



## (5) 1日平均入院患者数と病床稼働率

令和元年4月は、病棟再編のため稼働病床数（感染症病床を除く）を211床から194床へ縮小したこと等が影響し、稼働率の上昇が見られます。令和2年7月には、地域包括ケア病棟を開設し、再び稼働病床数211床に戻したことで、全体としての病床稼働率は低下しました。特に、令和3年度には、先に述べたとおりコロナ感染症の拡大に伴う受入病床数の制限によって稼働率が低下しました。

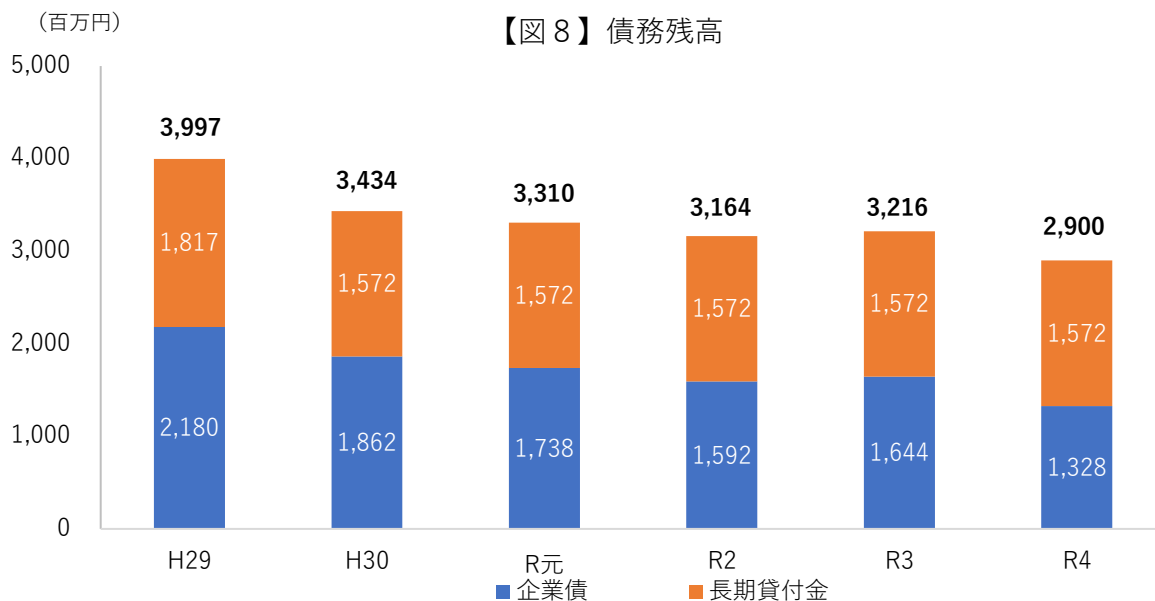


## (6) 債務残高

企業債残高は、単年度発行額の抑制、平準化に努めており、過去の施設整備事業や医療器械等整備事業の償還終了に伴い減少傾向となっています。

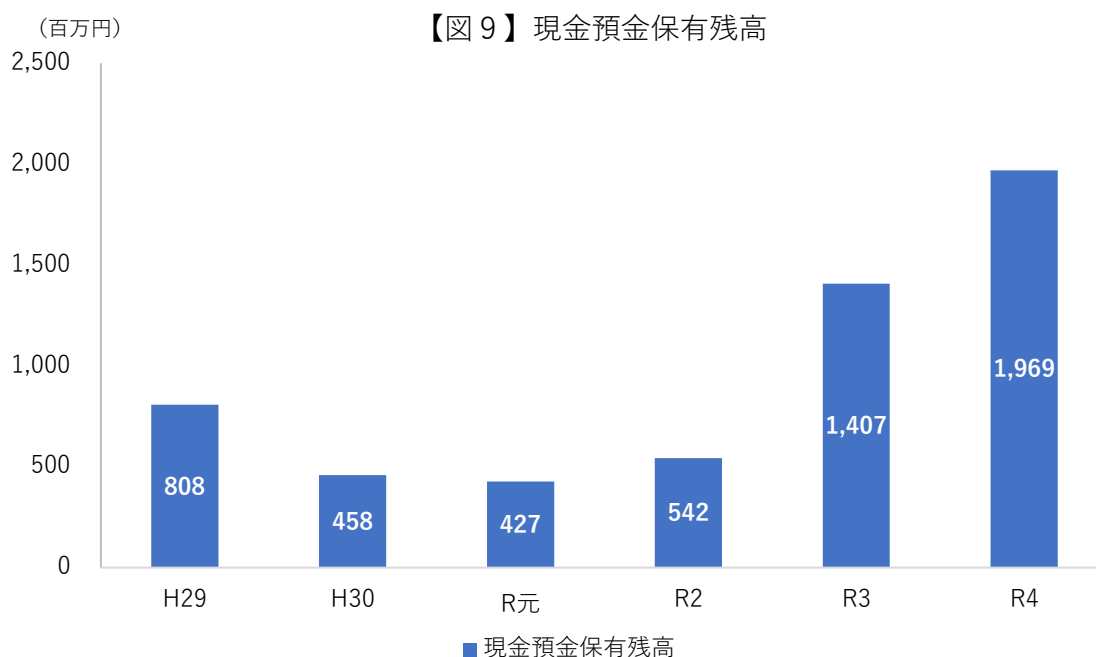
一般会計の長期貸付金は、市と病院事業の協議により平成30年度以降の新規貸付は行わず、償還については令和元年度から同6年度まで猶予したため、15億7,200万円のままとなりましたが、令和5年度に一部繰上償還を行い、債務残高は7億8,600万円となっています。

一般会計長期貸付金の詳細は、「第3章5 一般会計負担の考え方」に記します。



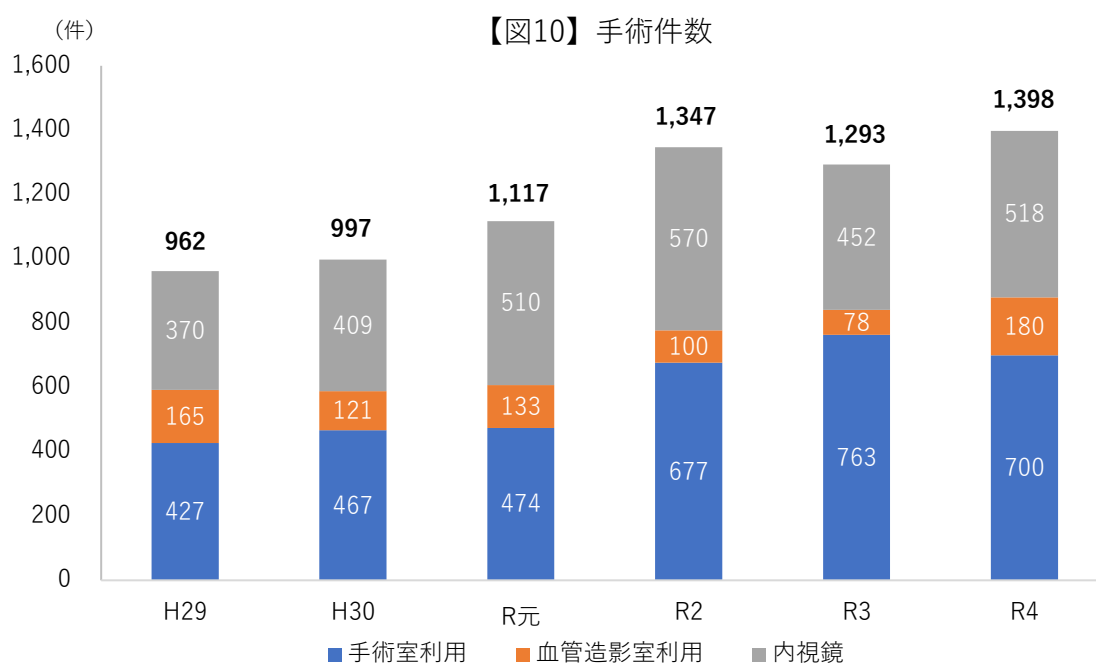
## (7) 現金預金保有残高

平成30年度の大幅な減少は、一般会計長期貸付金の償還によるものであり、「(6) 債務残高」で述べたとおり、その後は償還の猶予によって現金預金の減少に歯止めがかかっています。令和2年度以降については、コロナ感染症に係る病床確保補助金等の影響により大幅に残高が増加しました。



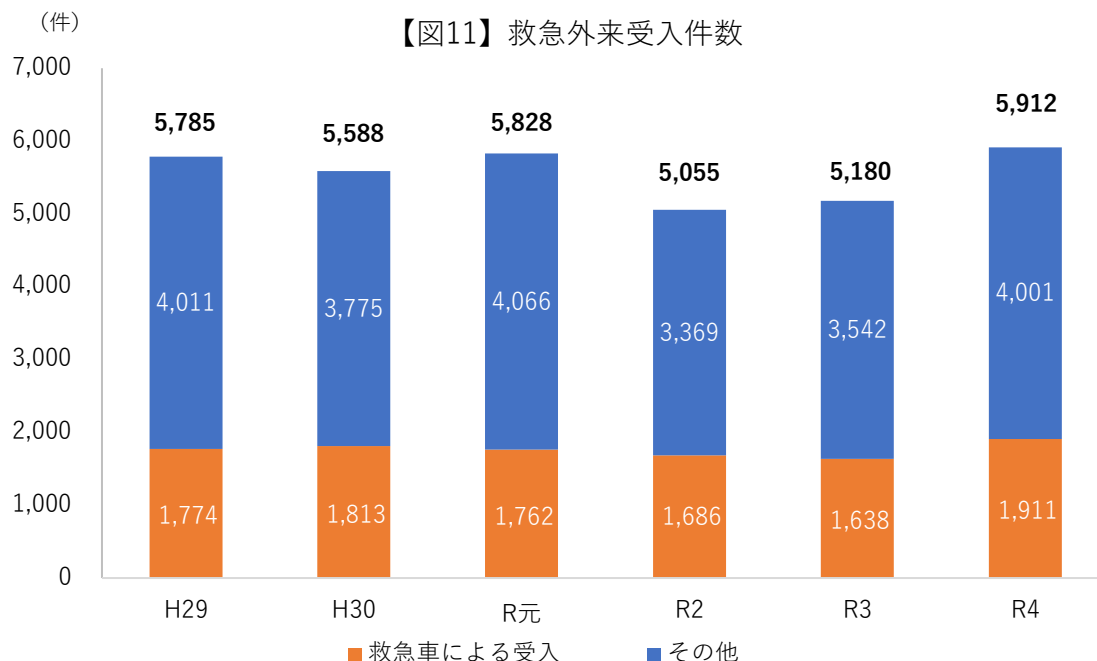
## (8) 手術件数

令和元年度までは、緩やかな増加傾向で推移していましたが、令和2年度には、非常勤消化器内科医の増員により内視鏡手術件数が増加したほか、整形外科医の増員に伴う手術件数の増加により手術室利用手術件数が増加し、全体でも1,300件を超え、令和4年度は、血管造影室利用手術件数が増加し、全体で約1,400件となりました。



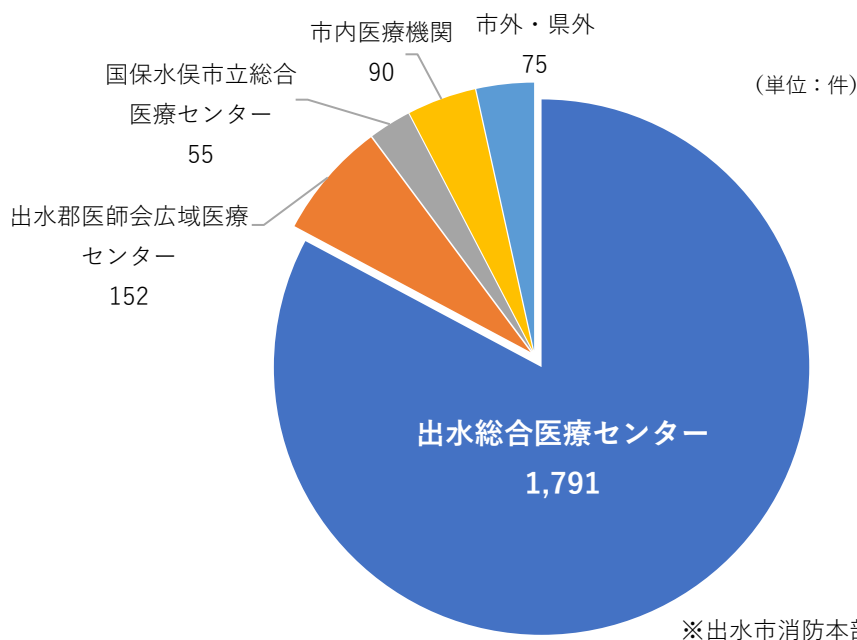
### (9) 救急外来受入件数

救急外来受入件数は、年間約 5,700 件で推移していましたが、令和 2 年度以降はコロナ感染症による入院患者受入制限の影響等により減少しました。救急車の受入件数は、年間平均約 1,700 件で、救急外来受入件数に占める割合は平均で約 32%となっています。



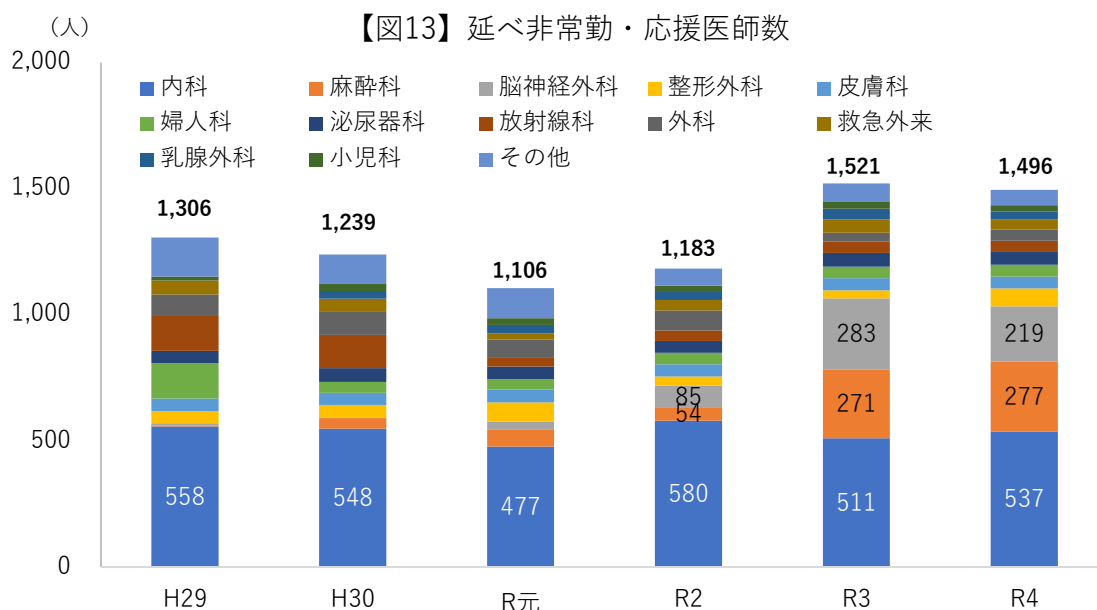
また、出水市消防本部管内で発生した救急車出動事案に対する搬送先病院の内訳は、令和 4 年度実績 2,163 件のうち、出水総合医療センター1,791 件 (82.8%)、出水郡医師会広域医療センター152 件(7.0%)、国保水俣市立総合医療センター55 件(2.5%)、市内医療機関 90 件(4.2%)、市外・県外 75 件 (3.5%) となっています。

【図12】 救急車の搬送先内訳 (令和4年度)



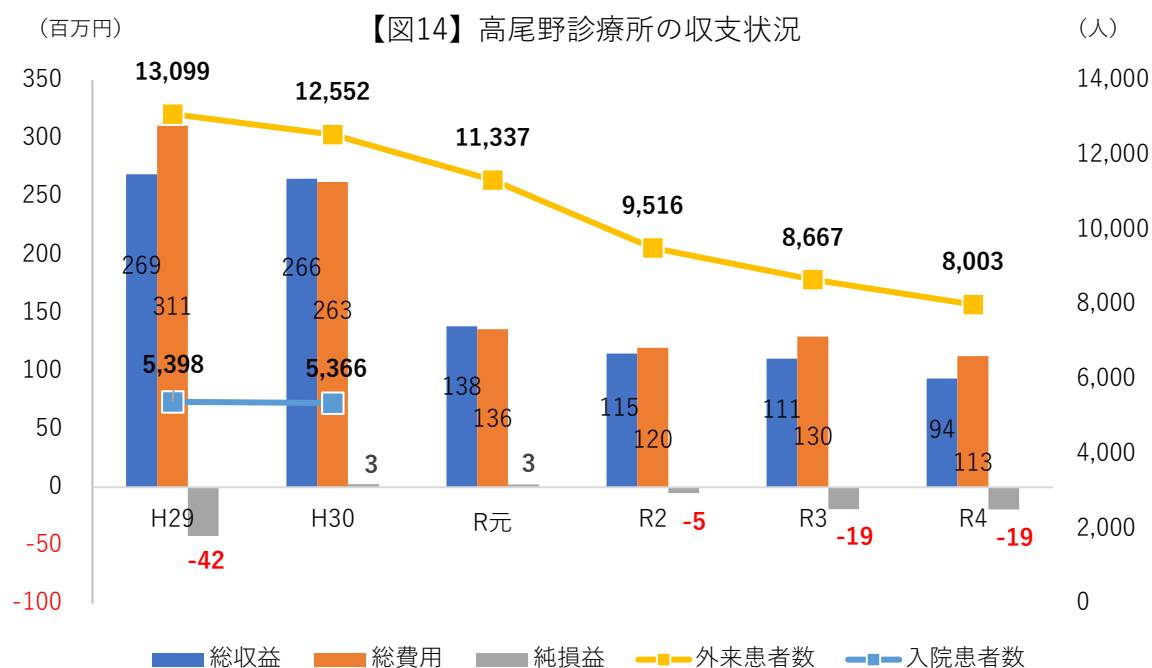
## (10) 延べ非常勤（応援）医師数

令和元年度までは減少傾向でしたが、令和2年度は内科（消化器内科、代謝内科等）が増加し、令和3年度からは脳神経外科の常勤医師数の減少を補うため、大幅に増加したほか、麻酔科も増加しました。

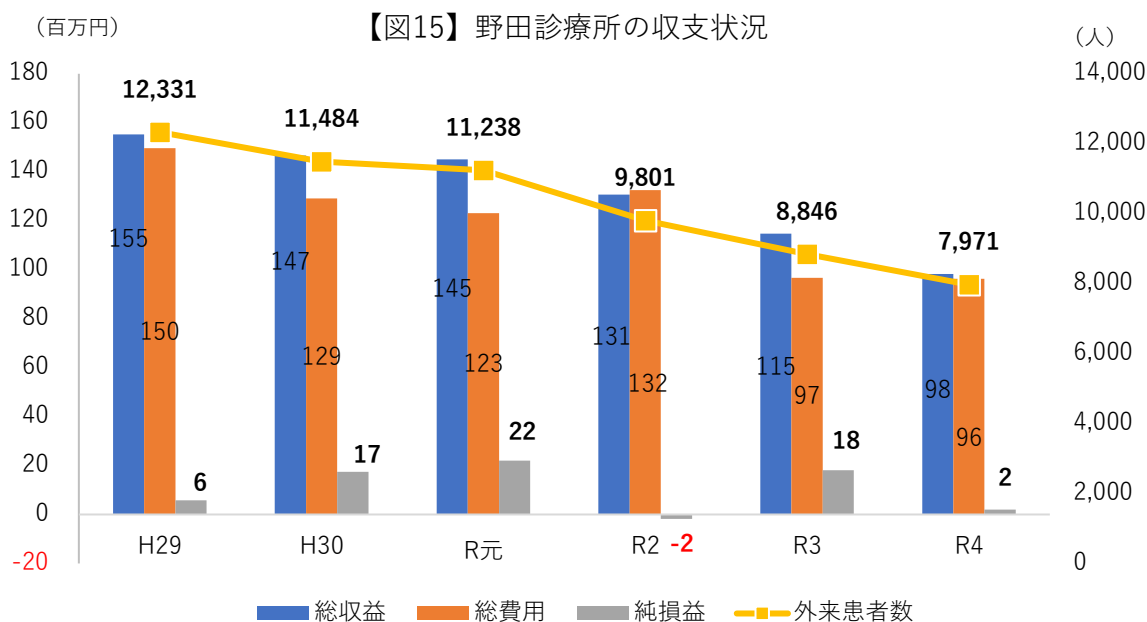


## (11) 診療所の経営状況

高尾野診療所は、平成30年度まで入院病床を稼働していましたが、看護師等の人材不足、施設設備の老朽化による維持費用の増大等の理由から、経営の効率化を図るため、病床を休床とし、令和元年度から外来診療のみの体制としました。これによる経営改善を期待しましたが、純損益は前年度とほぼ同額となりました。その後は、地域の人口減少等の影響により、外来患者数は年々減少傾向にあり、黒字を計上することが難しい状況となっています。



野田診療所は、在宅療養支援診療所として主に在宅医療の充実に努めており、令和2年度の退職給付費の増加による赤字を除いては、安定した黒字経営となっていますが、高尾野診療所と同様、地域人口の減少に伴い、年々外来患者数が減少していることから、今後の経営が厳しくなることが予測されます。

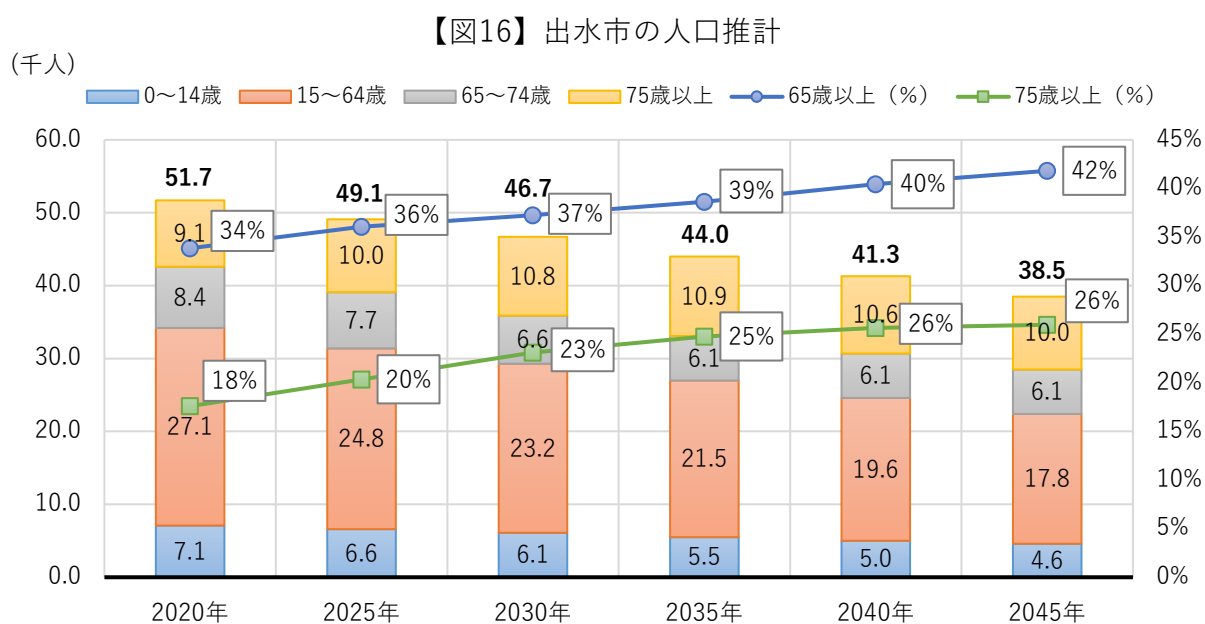


### 3 病院を取り巻く環境

#### (1) 出水市の将来人口

総人口は2025年（令和7年）には5万人、2045年（令和27年）には4万人を下回る見込みとなっています。年齢別に見ると15～64歳の生産年齢人口の減少がその要因と言えます。

また、65歳以上の人口割合（高齢化率）は2020年（令和2年）は34%でしたが、年々増加し2040年（令和22年）には40%に達する見込みとなっています。



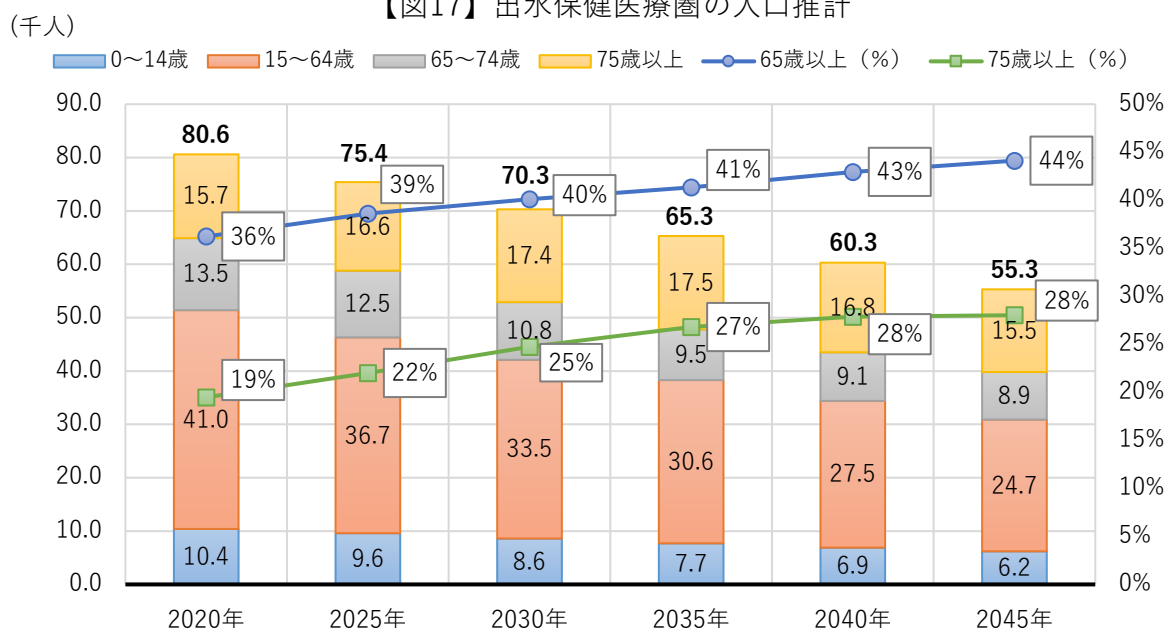
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」

## (2) 出水保健医療圏の状況

### ア) 医療圏人口

出水保健医療圏は、出水市・阿久根市・長島町の2市1町で構成されており、総人口は2020年（令和2年）時点で約8万人となっています。出水市の将来人口予測と同様に減少傾向であり、2045年（令和27年）には6万人を下回る見込みとなっています。主な要因は生産年齢人口の減少で、2020年（令和2年）は約4.1万人ですが、2045年（令和27年）には約2.5万人となる見込みとなっています。また、高齢化率は出水市の人口推計より高い割合で推移し、2030年（令和12年）には40%に達する見込みです。

【図17】 出水保健医療圏の人口推計

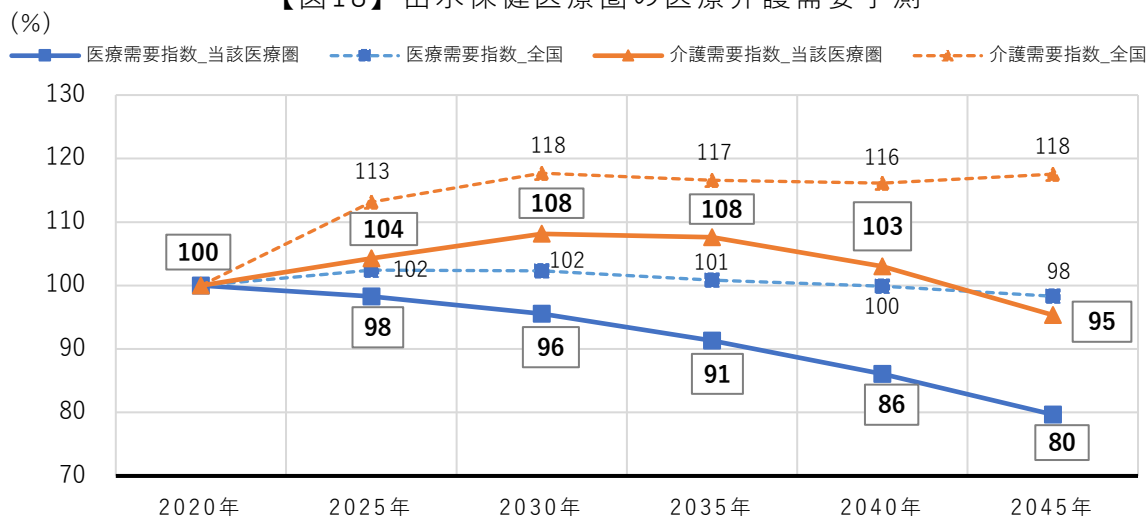


国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」

### イ) 医療介護需要

2020年（令和2年）を100%としたときの将来の医療需要では、全国では2040年（令和22年）まで100%を超えています。出水保健医療圏では、2025年（令和7年）には98%となり、その後も減少する見込みとなっています。また、介護需要についても全国より低い水準ですが、2040年（令和22年）までは100%を超える見込みです。

【図18】 出水保健医療圏の医療介護需要予測

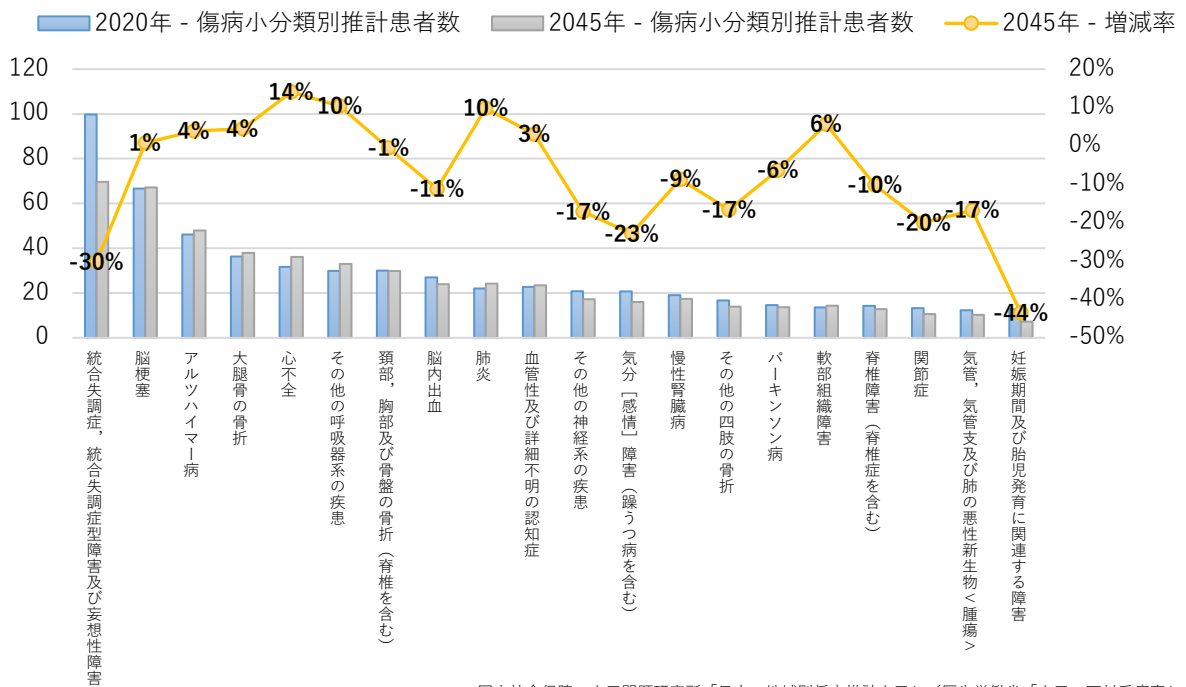


国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」/日医総研ワーキングペーパー「医療費係数」

## ウ) 将来推計患者数（入院）

入院を傷病小分類別に見た 2045 年（令和 27 年）の推計患者受療率（人口 10 万人当たり患者数）では、増加率の大きいものとして心不全、呼吸器系疾患、肺炎等が挙げられます。逆に減少率が大きいものは統合失調症、脳内出血、神経系疾患等となっています。

【図19】 出水保健医療圏の傷病小分類別将来推計患者数（入院）（上位20分類）

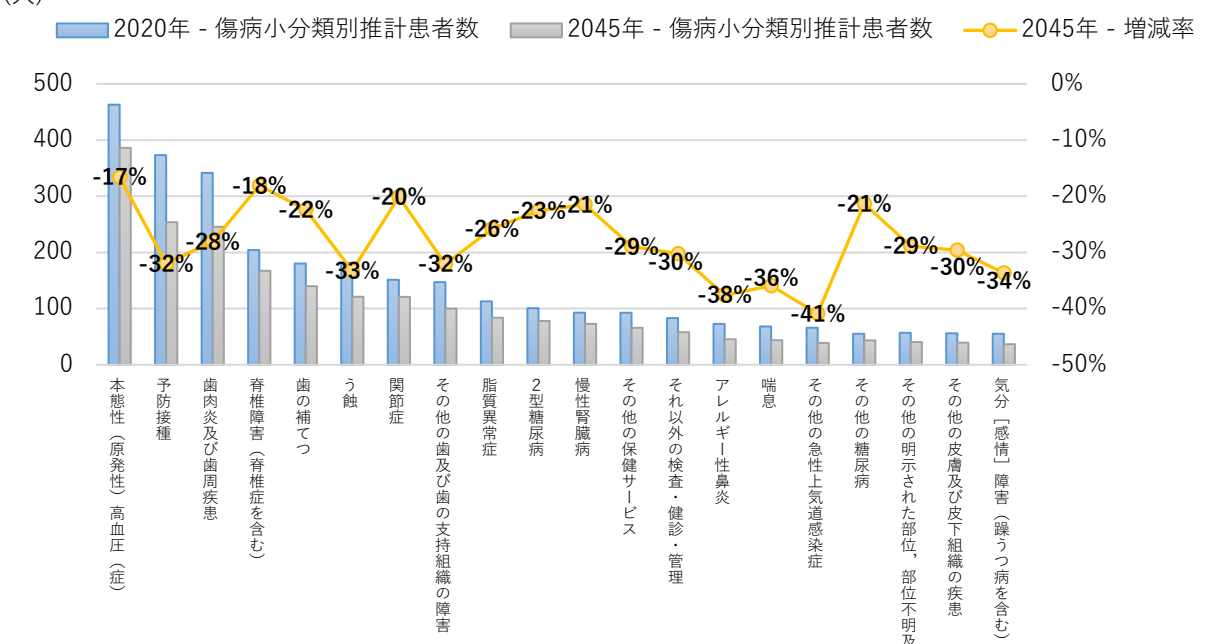


国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」／厚生労働省「人口10万対受療率」

## エ) 将来推計患者数（外来）

外来では受療率の増加が見込まれるものはありません。減少率が小さいものは本態性高血圧、脊椎障害、減少率が大きいものは、予防接種、う蝕等となっています。

【図20】 出水保健医療圏の傷病小分類別将来推計患者数（外来）（上位20分類）



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」／厚生労働省「人口10万対受療率」





### 第3章 役割・機能の最適化と連携の強化

「第二次出水市総合計画」では、救急医療、産科や小児医療、回復期機能の充足、在宅医療などの医療体制の充実とともに、病病連携や病診連携を図りながら地域の医療水準の維持・向上に努めることが計画されています。これを受け、出水総合医療センターは、一般医療の提供のほか、救急・小児などの地域に不可欠な医療や災害・感染症・高度・先進医療の提供、上場診療所や出水地域の医療機関への医療スタッフの派遣などを行い、出水市内における基幹的な公立病院として、地域医療の確保のため重要な役割を果たしています。

また、出水総合医療センターで対応できない重篤な患者については、鹿児島・熊本県内の高度医療を提供できる医療機関に搬送するとともに、出水総合医療センターに診療科がなく対応できない患者については出水郡医師会広域医療センターや国保水俣市立総合医療センター等に紹介するなど病病連携を図り、出水地域の医療機関とは、紹介・逆紹介を着実にを行うことにより、連携強化を図っています。

#### 1 地域医療構想等を踏まえた出水総合医療センターの果たすべき役割・機能

##### (1) 病床数

出水保健医療圏では、厚生労働省が示した病床機能報告によると、表2のとおり、2025年における、必要病床数は753床が見込まれていますが、2015年現在、1,126床となっており、内訳で見ると、高度急性期及び回復期病床が不足している反面、急性期及び慢性期病床が過剰となっています。

また、2022年現在の病床数の状況は、急性期及び慢性期が減少し、回復期が増加し、病床総数も減少しており、2025年の想定数に近づいていますが、かい離が大きい状況です。

【表2】地域医療構想に基づく出水保健医療圏の病床数

種別	2015年 病床機能報告	2022年 現在 (A)	2025年 必要病床数 (B)	現在との比較 (A) - (B)
高度急性期	6	6	53	△47
急性期	482	336	176	160
回復期	161	268	297	△29
慢性期	412	294	227	67
休床等	65	90	0	90
合計	1,126	994	753	241

出水総合医療センターの2022年の許可病床数は261床で、内訳は地域医療構想の方針に基づき急性期病床としていた地域包括ケア病床35床を回復期病床としたため、回復期病床が44床から79床に増加しています。これにより許可病床数は13床の削減となりました。

また、現在休床としている46床については、出水保健医療圏に不足している産婦人科の診療再開等に備えて、休床の状態を留保し、医師の招へい及び医療スタッフの確保に合せて急性期病

床として再開する予定としています。このことは、地域医療構想調整会議で協議し承認されています。

なお、高尾野診療所で現在休床としている19床については、2025年までは休床扱いとしていますが、その後は削減の方向で検討していくことにしています。

【表3】出水総合医療センターの許可病床数

種別	2015年 病床機能報告 (A)	2022年 現在 (B)	比較 (B) - (A)
高度急性期	0	0	0
急性期 (感染症含む)	171	136	△35
回復期	44	79	35
慢性期	0	0	0
休床	59	46	△13
合計	274	261	△13

## (2) 診療科

出水総合医療センターには、院内標榜を含め31の診療科がありますが、全ての診療科を常勤医師で対応することはできず、12の診療科は非常勤医師に頼らざるを得ない状況です。

特に、「第二次出水市総合計画」で計画されている周産期を含めた産科や小児科等の充実により安心して子どもを産み育てることができる環境整備については、出産のできる産婦人科の医療機関が出水保健医療圏には出水市に2箇所しかなく、圏域内の住民及び里帰りの方等の出産を2人の医師で対応している状況です。

このような状況を改善するため、出水総合医療センターに産婦人科の常勤医師を招へいし、安心して出産のできる環境整備と併せて出水地域の医療機関との連携を深め支援する体制強化が喫緊の課題です。

また、地域医療構想において、2035年まで増加が想定されている肺炎や大腿骨骨折に対応できる診療科や将来入院患者の増加が見込まれる心不全・呼吸器系疾患の診療科をより充実していきます。

そのほか、地域医療構想の対象外とされている精神医療については、専門医療機関と連携して対応しています。

## 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・機能

国立社会保障・人口問題研究所の推計によると75歳以上の人口は、出水保健医療圏及び出水市ともに2035年まで緩やかに増加し、その後、減少に転じると推計されていますが、総人口が毎年減少していくため、高齢化率は年々増加していきます。

また、鹿児島県の医療計画において、「地域包括ケアシステム体制整備の充実」の中で在宅医療体制の整備を図ることが想定されており、各医療機関もそれぞれの立場で役割を担うこととされています。

地域包括ケアシステムでは、できる限り住み慣れた地域で、人生の最期まで尊厳をもって自分ら

しい生活を送ることが出来る社会を実現することを目的とし、そのためには、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保できるシステム構築が必要となっています。

特に、高齢者を地域で支えていくには、訪問診療、訪問口腔ケア、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問薬剤指導などの在宅医療が不可欠であると同時に、医療機関、行政など関係機関が連携し情報を共有していくことが重要です。

出水総合医療センターは、地域包括ケアシステムにおける医療分野を担うこととし、地域包括ケア病棟において、ポストアキュート機能及びサブアキュート機能を活用し、入院患者の在宅復帰や在宅からの入院受入れに向けた医療を提供し、住み慣れた地域で安心して暮らしていただけるための患者支援を充実していきます。

また、在宅患者は2040年以降にピークを迎えると言われており、今後ますます需要が高まる在宅医療については、高尾野診療所及び野田診療所で既に訪問診療等を実施しています。出水総合医療センターにおいても、時代の変化に応じ、地域が求める訪問診療や訪問リハビリ等の在宅医療を多職種協働により提供できる在宅療養支援病院体制の整備を進めています。

なお、在宅医療の提供については、出水郡医師会や各高齢者施設等と連携して情報を共有し、患者に寄り添いながら取り組むことにしています。

### 3 機能分化と連携強化

出水総合医療センターは、地域の中核的医療機関として、一般医療等を提供するとともに、救急告示病院、災害拠点病院、がん診療指定病院、地域医療支援病院、感染症指定医療機関等として機能を維持していますが、出水市外への患者の流出傾向を見ると、必要な診療科がないことなどから市民が求める医療を提供できていない部分があるものと推察されます。

また、出水保健医療圏においても、医師、看護師等が不足している状況の中、今後も持続可能な地域医療提供体制を確保するには、限られた医療資源を地域全体で有効かつ効率的に活用することが必要となってきます。

しかし、前述したとおり出水保健医療圏には、出水総合医療センターと出水郡医師会広域医療センターの2つの中核的医療機関があり、一方の医療機関にのみ急性期機能を集約させ基幹病院とすることは、それぞれの地域で住民の二次救急医療等を提供している責任や患者状況等を考慮すると現段階では困難であると考えます。

このようなことから、この2つの中核的医療機関が機能分化・連携するには、それぞれに特化した診療科機能を充実させ役割を分担していく体制を構築し、不足する部分は相互に補填する必要があると考えます。

また、出水地域の医療機関に、積極的に紹介・逆紹介を行うとともに、各医療機関への訪問や、「連携医の会」を開催するなど、顔が見える形での情報共有を行いながら連携の強化を図り、診療体制を充実させていきます。

さらに、2つの中核的医療機関が共存することで、出水保健医療圏内で新興感染症の患者が爆発的に増加した場合やいずれかの医療機関が被災した場合に双方の医療機関が補完・協力し、医療供給体制を継続できる点からも共存体制の強化が重要になると考えます。

現在、出水総合医療センターでは、上場診療所や出水地域の医療機関のスタッフ不足等に対して医師・看護師を派遣しており、将来的には、高尾野診療所及び野田診療所に対し医療スタッフを派

遣することを想定し、基幹病院としての役割を出水市内において果たすことにしています。

#### 4 医療機能や医療の質、連携強化等に係る数値目標

地域における基幹的な医療機関として求められる医療提供体制を確保し、その役割を果たすために必要な医療機能の指標について次のとおり設定し、成果を検証しながら目標達成のための取組を進めていきます。

##### (1) 医療機能に係るもの

項目	R4 年度 実績	R5 年度 計画	R6 年度 計画	R7 年度 計画	R8 年度 計画	R9 年度 計画
地域救急貢献率	82.8	80	81	82	83	84
出水消防署の救急車が医療機関等に収容したうち、出水総合医療センターが応需した割合（％） 「断らない」医療提供体制の維持を目指す。 コロナ感染症が影響する前の令和元年の 79.5%を基に、段階的に改善し R9 年度までに 84%を目指す。						
手術件数	700	709	739	768	797	826
手術室を使用した手術の件数（件） 今後見込まれる整形外科や眼科の手術件数増加を見込み、段階的に改善し R9 年度までに 826 件を目指す。						
リハビリ件数	106,982	125,942	132,762	143,738	154,638	166,332
リハビリテーション技術科で行ったリハビリテーションの単位数（単位） 職員の計画的な増員と、業務の効率化により段階的に改善し R9 年度に 166,332 単位を目指す。						

##### (2) 医療の質に係るもの

項目	R4 年度 実績	R5 年度 計画	R6 年度 計画	R7 年度 計画	R8 年度 計画	R9 年度 計画
患者満足度	89.1	90	90	90	90	90
患者満足度調査で、「非常に満足」又は「満足」と評価された割合（％） 90%以上の患者に「出水総合医療センターにかかって良かった」と思ってもらえることを目指す。						
在宅復帰率	89.3	86	86	87	87	88
退院患者（死亡退院を除く）のうち、自宅や居住系施設等に帰る患者の割合（％） 現在算定している「入院基本料 2」には基準がないが、「入院基本料 1」の基準「80%」以上を目標とする。 コロナ感染症が影響する前の令和元年の 85.0%を基に、段階的に改善し R9 年度までに 88%を目指す。						
クリニカルパス導入患者率	31.4	32	33	34	35	36
新規入院患者のうち、クリニカルパス適用となった患者の割合（％） 毎年 1%の向上を想定し、段階的に改善し R9 年度までに 36%を目指す。						

### (3) 連携強化等に係るもの

項目	R4 年度 実績	R5 年度 計画	R6 年度 計画	R7 年度 計画	R8 年度 計画	R9 年度 計画
紹介率	72.9	55	56	57	58	59
(紹介患者の数÷初診患者の数)×100 (%) コロナ感染症が影響する前の令和元年の 52.3%を基に、段階的に改善し R9 年度までに 59%を目指す。 (地域医療支援病院の基準「50%」)						
逆紹介率	112.0	75	76	77	78	79
(逆紹介患者の数÷初診患者の数)×100 (%) コロナ感染症が影響する前の令和元年の 73.5%を基に、段階的に改善し R9 年度までに 79%を目指す。 (地域医療支援病院の基準「70%」)						
医師派遣件数	103	110	110	120	120	130
医師を派遣した回数(上場診療所・市内の医療機関)(件) 市内の医療機関を支援するために、段階的に改善し R9 年度までに 130 件を目指す。						

### (4) その他

項目	R4 年度 実績	R5 年度 計画	R6 年度 計画	R7 年度 計画	R8 年度 計画	R9 年度 計画
臨床研修医等受入数	8	11	12	13	14	15
医学部学生の実習や研修医等を受け入れた人数(人) 大学医局等に働きかけ、要請があれば受け入れることとし、段階的に改善し R9 年度までに 15 人を目指す。						
健診件数	2,490	2,391	2,441	2,492	2,544	2,600
健康診断や人間ドック・個別健診を受診した件数(件) 健診後の受診に繋げるため、段階的に改善し R9 年度までに 2,600 件を目指す。						

## 5 一般会計負担の考え方

### (1) 一般会計の経費負担と独立採算制の原則

地方公営企業の経営の基本原則として、「常に企業の経済性を発揮するとともに、その本来の目的である公共の福祉を増進するように運営されなければならない」(地方公営企業法第3条)と定められており、公共性と経済性の両立が求められています。

経済性を発揮するために、効率的な事業運営によって利益を確保する、いわゆる「独立採算制の原則」が採用されていますが、「その性質上地方公営企業に負担させることが適当でない経費」や「その地方公営企業の性質上当該企業に負担させることが困難な経費」といった、本来地方公共団体の一般行政事務として行われるべき活動や公共的な見地から実施しなければならない活動(救急医療、小児医療、感染症医療等)については、一般会計が負担するものとされており(地方公営企業法第17条の2)、これらの経費以外の経費についてのみが、経営に伴う収入をもって賄われる独立採算制の原則の適用範囲と、一般的にされています。

病院事業では、この考え方に基づき、一般会計と適正な負担について調整を行います。基本

的には、独立採算制の原則を基に一般会計に依存することがないよう企業の経済性を最大限発揮し、経営の健全化を図っていきます。

## (2) 一般会計長期貸付金

市は病院事業の運転資金を確保するため、平成21年度から同29年度まで長期貸付を行っていましたが、長期貸付に頼ることのない経営体質となるよう平成30年度以降は新たな貸付を行っていません。しかしながら、毎年の償還額が約2億5,000万円と経営に与える影響が大きいことから、令和元年度から病院事業の企業債の償還額が大きく減少する令和6年度まで貸付金の償還を猶予しました。

その後、医師数の増加や職員給与の見直し、経費削減等に加え、新型コロナウイルス感染症関連補助金等の影響もあり、経営改善が進んだことから、猶予期限を1年前倒しし、令和5年度中に未償還残高15億7,200万円の半分に当たる7億8,600万円を繰上げ償還することとしました。

また、償還計画を見直すことで、単年度償還額の平準化を図り、持続可能な経営を目指していきます。

## 6 住民の理解のための取組

将来にわたり、地域の基幹病院として医療提供体制を安定的に継続していくためには、医師をはじめとした医療スタッフ等の状況を考慮すると全ての医療需要に応えることは困難なことから、出水総合医療センターに特化した診療科を充実させた医療提供体制を構築していくことを住民に理解していただく必要があります。

そのために、経営強化プラン策定の段階で、パブリックコメントを実施し、市民の意見を取り入れるとともに、病院事業運営委員会での審議を経るなどの取り組みを行ってきました。

また、策定後は、市民の代表である市議会での説明や出水総合医療センターのホームページ、「出水総合医療センターと語る会」(市民との座談会)や「広報ひまわり」等で市民に周知していくほか、病院事業運営委員会等で進捗状況を検証していきます。



### 1 医師・看護師等の確保

#### (1) 医師・看護師等の確保

市内における基幹病院として出水総合医療センターが機能強化を図るうえで果たすべき重要な役割は、持続可能な医療提供体制の構築、医療の質の向上、新興感染症等に対応することです。そのためには、医師・看護師をはじめとした医療スタッフを確保していく必要があります。

医師の招へいについては、2024年（令和6年）からの医師の働き方改革の影響もあり、医師不足が今後さらに深刻になることが見込まれることから、鹿児島大学、熊本大学、福岡大学等の医局への訪問、鹿児島大学医学部地域医療支援センターとの協議、求人サイトへの登録、紹介会社への依頼などを行い、出水総合医療センターの独自性や魅力を発信しています。

また、新たな診療科の医師招へいに向け、大学医局への寄附講座を活用することも想定しています。

看護師や薬剤師等の医療スタッフの確保については、院内保育所を設置するなど職員が働きやすい職場環境を整えるとともに、医療系大学や専門学校等への訪問や奨学金制度を充実させるなど体制強化を図っています。

また、在職している看護師等の職員に対し、資格取得や研修など自己研鑽が出来る教育環境を整備するとともに、休暇等を取得しやすい勤務環境改善を着実に進めていくシステムを構築し、魅力ある職場にします。

同時に、離職を防ぐことも重要であり、定着率の向上には、職員のワーク・ライフ・バランスへの配慮が必要なことから、多様な勤務形態やタスクシフト・タスクシェアを推進しています。

特に、看護師確保に関しては、全国的に看護師が不足しており、出水保健医療圏においても例外でなく、圏内に看護師養成施設を有しながら、圏外への流出を止められない状況です。そのため、さらなる奨学金制度の充実を図り、医療系学校等との連携を強化しています。

また、資格を持ちながら医療現場から離れている潜在看護師の現場復帰を支援する制度を、関係機関と一体となって構築し、市内外を問わず、対象看護師に呼びかけ出水保健医療圏内に再就職しやすい環境を整備します。

#### (2) 臨床研修医の受入れ等を通じた若手医師の確保

出水総合医療センターは、初期臨床研修の協力病院として地域医療研修など、年間10人程度の研修医を受け入れていましたが、令和2年度に制度が見直され地域医療研修については受入要件先に該当しなくなったため大きく減少しています。

令和3年度からは、鹿児島県が医師確保対策として推進する「鹿児島県医師修学資金貸与制度（地域枠制度）」における地域枠医師の実務研修先医療機関となり、地域特有の症例や多種多様な症例をとおして総合診療医師としての経験が積める独自カリキュラムを設定しています。

また、医療の研修はもちろんのこと、市民との交流や出水ならではの体験活動をメニューに加え、出水総合医療センターや出水市の魅力を体感してもらい、「この地域に、この病院に就職したい。」という思いが芽生える研修を実施し、若手医師の招へいに努めていきます。

## 2 医師の働き方改革への対応

医療法の改正により、医師の時間外労働の上限規制が令和6年から運用開始され、医師の長時間労働が医師個人の健康への影響や提供する医療の質にも影響しかねないことから長時間労働を軽減し、医師が能力を発揮できる勤務環境を整備することが求められています。

出水総合医療センターでは、この改革に対応するため、適切な労務管理の推進、タクスシフト・タスクシェアの推進、ICTの活用などにより、医師の時間外勤務の縮減を図っていくこととしています。

具体的には、メディカルクラークの充実、特定行為看護師の養成等により、医師の負担軽減を図るとともに、各種休暇制度の運用、時間短縮勤務など育児のための制度を積極的に活用していきます。

また、基幹病院としての役割を果たしつつ、地域の医療機関への逆紹介を推進し、複数主治医制度の導入を検討するなど医師業務の負担軽減を図ります。

さらに、ICTを利用したオンライン診療の拡充やオンライン診断等により医師の負担軽減を図っていきます。





## 第5章 経営形態の見直し

経営形態については、2007年（平成19年）3月に「出水市病院事業在り方検討委員会」から、抜本的な経営改善と経営基盤の強化を図るべきとの提言を受け、2008年（平成20年）4月に地方公営企業法を全部適用しました。

また、2018年（平成30年）3月には、市長の附属機関である「病院事業経営諮問会議」から、経営改善を実施しても成果が得られない場合は、指定管理者制度への移行が望ましいとの答申を受けています。

これにより同年5月に市長は、病院事業に対し、経営改善に向け全職員が一丸となって、市民が実感できるような改革に全力で取り組み、経営改善に向けより具体的な取組を検討し、実効性のある短期間の「集中改革プラン」を策定することを指示しています。

その結果、一定の成果が得られ、改善の兆しが現れたことから、経営形態の見直しは保留しているところです。

病院事業としては、今後も職員が一体となって収益の増加や徹底した費用の削減を図るなど経営改善意識を醸成しながら、持続可能な経営体制を維持していきます。

また、経営状況については、毎年、病院事業運営委員会等で検証し、ホームページ等で公表します。

さらに、出水保健医療圏の人口が減少していく状況において、2つの中核的医療機関の在り方等についても関係機関と協議していく必要があると考えています。

### ※ 参考資料

【表4】経営形態別の主な特徴

経営形態	特 徴
地方公営企業法 一部適用 (公設・公営)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・経営責任者は「市長」</li> <li>・設置条例で設置及びその経営の基本を定め、その他は市長が規則で決定</li> <li>・地方公共団体の一部。政策医療の確保等のため、一般会計からの繰出あり</li> </ul>
地方公営企業法 全部適用 (公設・公営)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・経営責任者は「事業管理者」となり、経営上の権限が明確化</li> <li>・設置条例で設置及びその経営の基本を定め、その他は事業管理者が規定で決定</li> <li>・職員の人事・給与、予算等に係る権限の一部が事業管理者へ付与される。</li> <li>・地方公共団体の一部。政策医療の確保等のため、一般会計からの繰出あり</li> </ul>
地方独立行政 法人 (非公務員型)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・経営責任者は「理事長」となり、経営上の権限が明確化</li> <li>・職員の身分は非公務員（共済保険や福利厚生は基本的に継続可能）</li> <li>・自治体から独立した法人。ただし地方公営企業に準じた繰出あり</li> <li>・設立時に債務超過となる場合は、一般会計からの追加出資が必要</li> </ul>
指定管理者制度 (公設・民営)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・民間の医療法人等に施設の管理を行わせる制度（公設民営制度）</li> <li>・経営責任者は「指定管理者」</li> <li>・契約に基づく一般会計からの支出が可能</li> <li>・協定により政策的医療のための一般会計負担も可</li> </ul>
民営化	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療法人等へ民間譲渡</li> </ul>



## 第6章 新興感染症の感染拡大等に備えた平時からの取組

出水総合医療センターは、第二種感染症指定医療機関に指定されていることから、日頃から感染症発生時には、即座に対応できる体制を採っており、初期段階では、本館、南館とは別の西館にある4床で対応し、感染患者が爆発的に増加した場合は、一般病棟を感染症病棟に転換し、感染状況に応じて看護体制を大きく変更して対応しています。

しかし、この体制では、平時には使用しない西館の4床を保持することとなるうえ、患者が発生した場合、新たな看護体制を整え対応しなければなりません。

今後は、平時には感染症病床を一般病床として利用でき、有事の際にスムーズに感染症病床に移行できる設備や即座に対応できる看護体制の整備が必要になると考えます。

なお、感染対策は、感染状況に応じて院内の警戒レベルを見直し、その都度、全職員が共有できる感染対策マニュアルを整備しており、院内での発生及び拡大防止、院内ICT（感染制御チーム）の充実、感染管理認定看護師の複数体制化、リンクナースの育成、各種研修会の開催など体制強化を図っています。

コロナ感染症への対応では、地域の中核的医療機関として期待される役割として多くの感染症患者の受入れや検査を行い、ワクチン接種も積極的に行ってきました。また、院内のICT（感染制御チーム）が中心となって、院内における感染防止対策を検討し、安全な環境を保ちつつ診療等を行っているところです。

なお、出水総合医療センターは「感染対策向上加算Ⅰ」の施設基準を取得し、他の医療機関と定期的なカンファレンスによる情報交換を行い感染対策の精度を高めているほか、地域内の医療機関とも必要に応じ感染対策の協議を行い地域全体の感染対策を強化しています。

### ※参考資料

【表5】新型コロナウイルス感染症関連対応実績

		令和2年度	令和3年度	令和4年度
ワクチン接種（件）		239	26,599	12,900
PCR・抗原検査（件）		1,757	7,908	8,647
入院患者数	延べ患者数（人）	278	2,069	3,300
	実患者数（人）	24	267	434



## 第7章 施設・設備の最適化

### 1 施設・設備の適正管理と維持管理費の抑制

#### (1) 沿革と経過年数

出水総合医療センターは、昭和58年に南館及び西館を建設、平成6年に本館を建設しており、年々変化する医療需要に対応するため、適宜部分的な改修を行い、必要な医療体制を整備してきました。

【表6】主要施設の経年状況

年 月	件 名	経過年数
昭和58年3月	南館建設工事	新築 40年経過
昭和58年3月	西館建設工事（1階部分）	新築 40年経過
昭和63年12月	西館2階増築工事	
平成6年6月	本館建設工事	新築 29年経過
平成10年3月	リハビリ事務室増築工事	
平成12年12月	人工透析室増築工事	
平成18年6月	南館1階改修工事	
平成26年5月	消化器疾患センター改修工事	
令和2年6月	2病棟改修工事	

#### (2) 現況

一般的に物理的な耐用年数は、減価償却費を算定するために用いる法定耐用年数より長くなる傾向にありますが、出水総合医療センターは沿岸部に建設されており、潮風等の影響から耐用年数に満たない建物、設備等であっても塩害による不具合が発生しています。

このような中、設備に偶発的な故障が発生すると、安全な医療提供に支障を来す恐れがあるため、不具合の生じた設備の改修を優先的に行い、そのほかの設備や機器は耐用年数に応じて、年次的に更新等を行っています。

#### (3) 経済効果を考慮した保全の方法

施設・設備の管理において経済効果を得るためには、財政負担の面から費用を平準化した計画を作成する必要があります。

計画には、ムダ・ムラを省くために優先順位（表7参照）を設けるとともに生涯費用<sup>1</sup>全体でコスト削減を考慮する必要があります。

これらのことを基に、出水総合医療センターでは、経済効果を重視しながら病院の運営リスクを最小化し、療養環境、病院機能の維持・向上を考慮した保全計画を作成します。

さらに、光熱費が高騰する現在、現存機器を単に現状復旧するのではなく、企業の社会的責務として、地球環境問題、省エネルギー問題を考慮し、ランニングコストの低減を図ります。

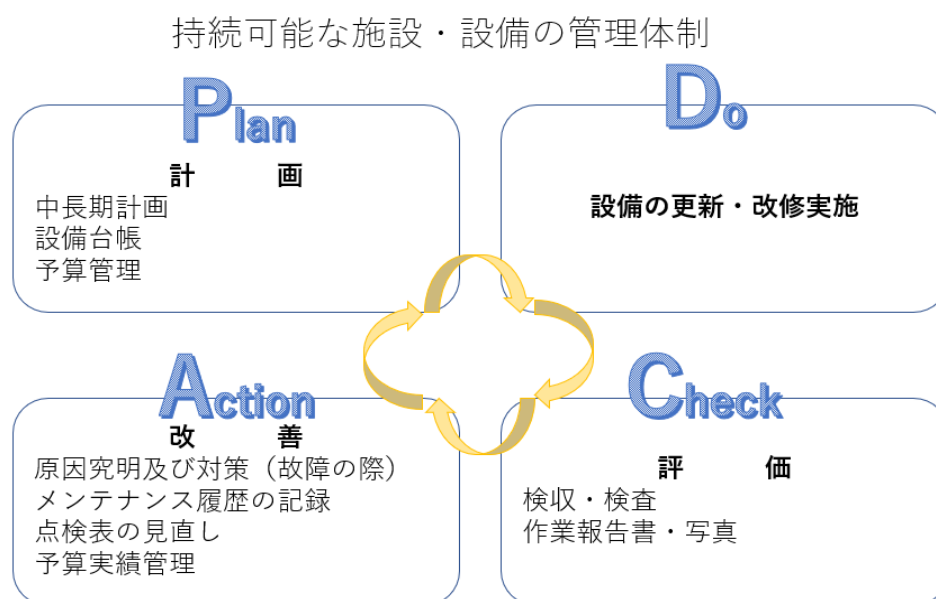
<sup>1</sup> 初期費用（建設費、又は設置費）とエネルギー費、保全費、改修・更新費など、それを使用する期間中における維持費で構成されたもの。

【表7】計画の優先度

優先度	故障が発生することによる影響等	保全の手法等
1	故障発生により、即座に診療に影響するもの、又は法的要求事項	計画による事前保全
2	重要機器ではあるが、故障が発生しても予備機、一時的に他の回避手段があるもの	計画による事前保全
3	その他、投資回収年数が3年以内のもの、ランニングコストの削減が見込めるもの	別途、組織としてエネルギー管理を行う。
4	故障が発生しても診療等に直接影響がなく危険度が小さいもの	原則事後保全とする。 (ただし、連鎖的に被害が拡大する前に実施する。)

#### (4) 持続可能な保守管理体制の構築

永続的に安定した経営と良質な療養環境、病院機能を維持するには、設備管理台帳、点検・記録台帳など、必要なツールを充実させ、計画主導の施設・設備の管理を行い、PDCAサイクルを構築する必要があります。出水総合医療センターでは、これを経営的な戦略課題と捉え、持続可能な施設・設備の管理体制の構築に向け、強化と整備に取り組んでいます。



## 2 デジタル化への対応

少子高齢化社会においては、今後、限られた人的資源を最大限有効に活用するという視点が重要となり、さらに、働き方改革の推進やアフターコロナ時代への対応等にデジタル化は不可欠な要素となっています。

出水総合医療センターでは、これまで医師・看護師等の業務の効率化やコロナ感染症に対応するため、デジタル技術の活用により医療の質の向上や医療サービスの効率化等に積極的に取り組んできました。

また、近年の病院等を狙ったサイバー攻撃に対する対策については、バックアップ体制の強化を図り院内研修を徹底していきます。

#### (1) これまで取り組んできた主なデジタル化事業

医師を始めとした医療スタッフの働き方改革を推進するため、令和2年度にテレワークシステムを導入し、在宅でも業務ができるよう専用端末10台を配置するなど勤務環境の整備を図りました。

また、コロナ感染症拡大防止及び入院患者サービス向上の両面から、同年度に入院患者の面会及びカンファレンスのオンライン化を図るとともにAI問診システムを導入しました。入院患者のオンライン面会については、毎月10件～15件程度の申込みがあり、療養面で大変有益なシステムとなっています。

さらに、令和3年度には患者向けFreeWiFiの環境を整備するとともに外来診療においてはオンライン診療システムや診察番号案内表示システムを導入し、感染防止対策に努めているほか、国の方針に基づき、マイナンバーカードのオンライン資格確認システムを導入しました。

#### (2) 今後のデジタル化への取組

政府の「経済財政運営と改革の基本方針2022」（骨太の方針）では、社会保障分野における経済・財政一体改革の強化・推進の中で、医療分野のDX（デジタル・トランスフォーメーション）についても推進改革を着実に実行すると言及していることから、各医療機関はその実現に向けてデジタル技術の活用戦略を立案し、実行していくことが求められています。

出水総合医療センターにおいては、まず令和6年度に予定している電子カルテシステムの更新に併せて各部門システムと詳細な部分まで連動した統合的システム構築を検討します。

また、近年、ランサムウェア等のサイバー攻撃により、診療業務に支障を来す事例が全国で多発していますので、最新式のウイルスパターンファイルの適用やデータ等の多段階バックアップ体制の整備を行うとともに、ヒューマンエラーを最小限に抑えるために徹底した研修を行います。

ウイルス等に感染した場合を想定し、早急に復旧できるサーバー環境の構築を検討するとともに、BCP（業務継続計画）も併せて作成します。

診療面では、電子カルテへの記録業務時間を短縮することにより看護師等が患者に寄添い、良質な医療を提供するための「音声入力システム」や、診療予約電話の対応等に要する時間の軽減と患者の予約がいつでも可能とするための「患者Web予約システム」の導入を検討します。

また、病棟からリハビリ室や外来診療科への患者移動に付き添う医療従事者の負担軽減を図り、患者ケアの時間を増やすために「自動運転車いすシステム」の導入等を将来的に検討していきます。

さらに、診療材料等の院内搬送業務についても、業務の負担軽減や医療スタッフが本来実施すべき患者ケアの時間を増やすために「搬送サービスロボット」の導入についても将来的に検討していきます。



## 第8章 経営の効率化等

### 1 経営指標に係る数値目標

地域に必要とされる医療提供体制を確保し、良質な医療を継続的に提供するため、医療機能の充実及び経営資源の有効活用により、経営の効率化に努めます。その成果を検証するために必要な経営指標については、次のとおり設定し目標の達成に向けた取組を進めていきます。

#### (1) 収支改善に係るもの

項目	R4年度 実績	R5年度 計画	R6年度 計画	R7年度 計画	R8年度 計画	R9年度 計画
経常収支比率	115.5	100.4	100.9	101.5	101.5	101.3
費用（医業費用、医業外費用）に対する収益（医業収益、医業外収益）の割合（％） 計画期間をとおして100％以上を維持する。						
医業収支比率	91.3	93.9	94.2	94.4	95.0	95.1
病院の本業である医業活動から生じる医業費用に対する医業収益の割合（％） 経営の効率化に努めることで、段階的に改善しR9年度までに95.1％を目指す。						
修正医業収支比率	90.4	93.0	93.2	93.5	94.0	94.2
医業収益から一般会計負担金を除いたものを用いて算出した医業収支比率（％） 経営の効率化に努めることで、段階的に改善しR9年度までに94.2％を目指す。						

#### (2) 収入確保に係るもの

項目	R4年度 実績	R5年度 計画	R6年度 計画	R7年度 計画	R8年度 計画	R9年度 計画
1日当たり入院患者数	166.7	185.0	186.0	187.8	189.1	190.0
診療日1日当たり延べ入院患者数（人） 段階的に改善しR9年度までに190.0人を目指す。						
1日当たり外来患者数	374.5	391.5	381.0	379.4	377.1	385.6
診療日1日当たり延べ外来患者数（人） R5年度以降の発熱外来患者数の減少を見込みつつ、段階的に改善しR9年度までに385.6人を目指す。						
入院診療単価	50,322	51,900	52,015	52,306	52,507	53,703
入院患者1人1日当たり診療収入（円） 段階的に改善しR9年度までに53,703円（対R4年度比106.7％）を目指す。						
外来診療単価	15,248	15,818	16,005	16,041	16,094	16,112
外来患者1人1日当たり診療収入（円） 段階的に改善しR9年度までに16,112円（対R4年度比105.7％）を目指す。						
医師一人当たり収益	144,609	147,287	151,315	152,904	153,972	145,482
医師（会計年度任用職員含む）一人当たり医業収益（千円） 経営の効率化に努めることで、計画期間をとおして140,000千円以上を維持する。						
看護師一人当たり収益	24,228	26,710	26,383	26,390	26,307	26,258
看護師（会計年度任用職員含む）一人当たり医業収益（千円） 経営の効率化に努めることで、計画期間をとおして26,000千円以上を維持する。						

病床稼働率	79.0	87.7	88.2	89.0	89.6	90.0
延べ入院患者数÷延べ稼働病床数（感染症病床を除く）（％） 経営資源の有効活用に努めることで、段階的に改善し R9 年度までに 90.0%を目指す。						
平均在院日数	16.0	14.0	14.0	13.0	13.0	12.0
延べ入院患者数÷〔（新入院患者数+新退院患者数）÷2〕（急性期病床のみ）（日） 回復期リハビリ病棟、地域包括ケア病棟との連携による効果的な病棟運営を行い R9 年度までに 12.0 日を目指す。						

### (3) 経費削減に係るもの

項目	R4 年度 実績	R5 年度 計画	R6 年度 計画	R7 年度 計画	R8 年度 計画	R9 年度 計画
給与費対医業収益比率	59.9	58.3	57.4	57.1	57.1	57.7
医業収益に対する給与費の割合（％） 投下した給与費を効率的に収益につなげることで、段階的に改善し R9 年度に 57.7%を目指す。						
材料費対医業収益比率	22.3	22.5	21.9	21.9	21.8	21.8
医業収益に対する材料費の割合（％） 品目の見直しや価格交渉等による削減の取組を推進することで、R9 年度までに 21.8%を目指す。						
医薬品平均値引率	14.2	15.0	15.0	15.0	15.0	15.0
薬価と納入価の差額に対する薬価の割合（％） 価格交渉等による削減の取組を推進することで、計画期間をとおして 15.0%以上を維持する。						

### (4) 経営の安定性に係るもの

項目	R4 年度 実績	R5 年度 計画	R6 年度 計画	R7 年度 計画	R8 年度 計画	R9 年度 計画
医師数	29	32	31	31	31	34
常勤医師数（人） 計画的な医師招へいに努め、R9 年度までに 34 人を目指す。						
看護師数	169	169	170	172	174	180
常勤看護師数（人） 計画的な看護師確保に努め、R9 年度までに 180 人を目指す。						
現金預金保有残高	1,968,702	1,193,867	1,203,684	1,231,734	1,257,779	1,308,643
年度末における現金及び預金の保有残高（千円） 長期貸付金の償還による影響を考慮し、R9 年度時点で 13 億円以上確保することを目指す。						
企業債残高	1,327,733	1,249,971	1,236,206	1,008,695	907,687	822,243
年度末における企業債の未償還残高（千円） 計画的な設備投資を行うことで残高を抑制し、R9 年度時点で 8 億円台を目指す。						

## (5) その他

項目	R4 年度 実績	R5 年度 計画	R6 年度 計画	R7 年度 計画	R8 年度 計画	R9 年度 計画
有形固定資産減価償却率	75.1	75.4	75.4	78.2	79.9	81.9
有形固定資産の帳簿価格に対する有形固定資産減価償却累計額の割合（％） 建物の老朽化は避けられないものの、医療器械等の計画的な更新を行い、R9 年度時点で 82.0%以下に抑える。						

## 2 経常収支比率及び修正医業収支比率に係る目標設定の考え方

公立病院経営強化ガイドラインでは、公立病院が地域の医療提供体制の中で、適切に役割・機能を果たし、良質な医療を提供していくためには、一般会計等から所定の繰出が行われれば「経常黒字」となる水準を早期に達成し、これを維持することにより、持続可能な経営を実現する必要があるとしています。

そのため、出水総合医療センターでは本業である医業収支の改善が不可欠と考え、繰出を除いた修正医業収支比率について数値目標を設定し、その改善に向けた取組を進めていきます。

なお、具体的な取組については、「第9章 目標達成に向けた取組」に記します。



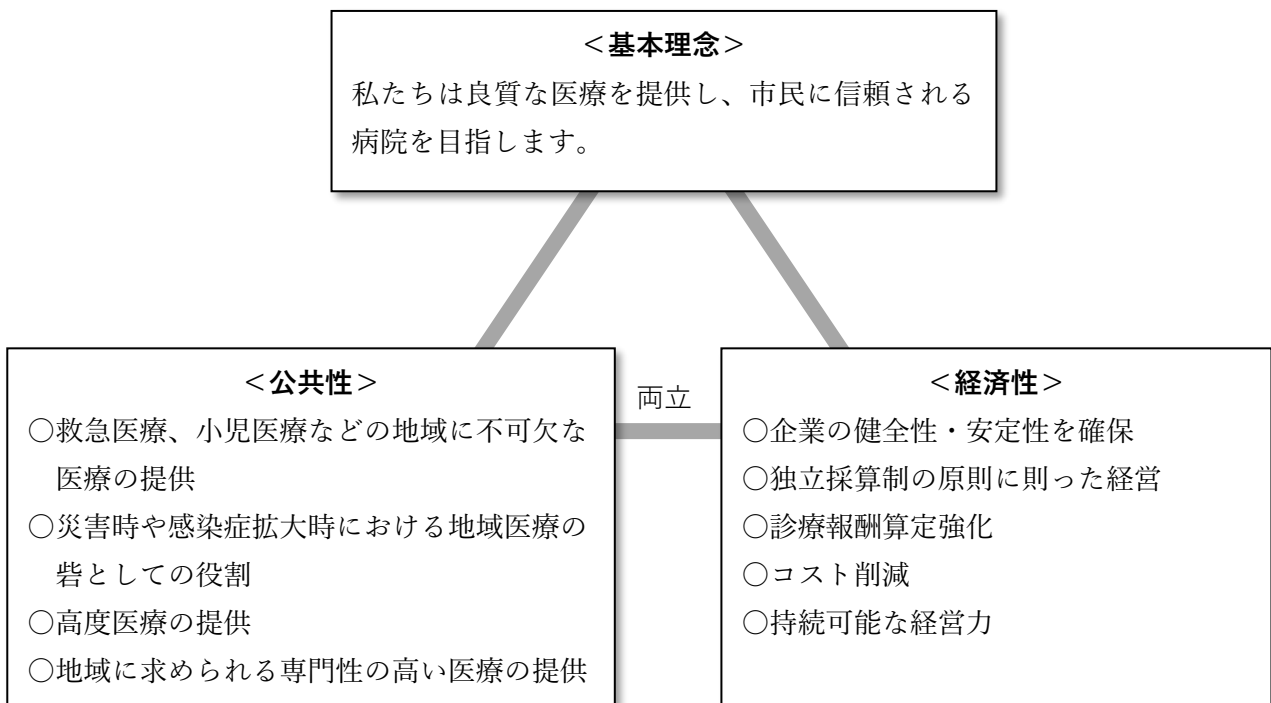


## 第9章 目標達成に向けた取組

### 1 取組の全体像

出水総合医療センターの基本理念である「私たちは良質な医療を提供し市民に信頼される病院を目指します」を実現するためには、病院事業を取り巻く様々な社会環境に柔軟に適応し、常に医療の質の向上を図りながら、地域医療提供体制を確保・維持することで住民の信頼に応えなければなりません。

また、持続可能な経営を実現するためには、公立病院として求められる地域に不可欠な医療を安定して提供しつつ、経営の健全性・安定性を確保しなければなりません。そのためには、地方公営企業の基本原則である「公共性」と「経済性」を常に念頭に置き、これを両立した経営を実践し、強化していく必要があります。



### 2 重点取組項目

経営強化プランにおいて定めた数値目標を達成するために、重点的に取組む項目として次の6つを掲げています。それらの目標達成に向け取り組むことで経営強化を図っていきます。

#### (1) 市民の命を守る取組

高度医療や救急医療体制の確保と医療の質を保つために、医師及びその他の医療スタッフの確保・育成に努めます。

感染症拡大や災害発生などの緊急時にも柔軟に対応し、適時必要とされる医療が提供できるよう、平時から安定した医療提供体制を確保します。

中核的医療機関として、各種指定及び認定されている機能を維持していきます。

項 目	令和4年度	令和9年度
救急告示病院指定	あり	あり
災害拠点病院指定	あり	あり
第二種感染症指定医療機関指定	あり	あり
へき地医療拠点病院指定	あり	あり
がん診療指定医療機関指定（鹿児島県）	あり	あり
災害派遣医療チーム(DMAT) 指定病院認定	あり	あり
医師数（再掲）	29人	34人
地域救急貢献率（再掲）	82.8%	84%
臨床研修医等受入数(再掲)	8人	15人
看護師数（再掲）	169人	180人

## (2) 市民の信頼を獲得するための取組

「市民講座」、「出水総合医療センターと語る会」「ふれあい健康フェスタ」などを開催し、患者以外の市民と直接ふれあう機会を作り市民に身近で親しまれる病院にしていきます。

患者に寄った医療を提供するためには、患者・医療スタッフ間及び職員間のコミュニケーションが重要ですので、基本となる接遇研修や傾聴研修等を行い、コミュニケーション能力を高めていきます。

職員一人ひとりが、市民や患者に対し医療提供面で貢献できることをワーキンググループで検討します。

項 目	令和4年度	令和9年度
患者満足度（再掲）	89.1%	90%
市民講座開催	1回	1回
出水総合医療センターと語る会開催	0回	5回
ふれあい健康フェスタ開催	0回	1回
出水総合医療センターボランティア登録	0人	30人
接遇・傾聴研修会開催	1回	1回

## (3) 地域医療の連携強化のための取組

地域医療支援センターを軸に、出水地域内の医療機関や高齢者施設等を交えた「連携医の会」を開催し、出水総合医療センターの診療科の特徴や現状を紹介します。連携医の会をとおして、各医療機関とは病診連携を図り、出水郡医師会広域医療センター等の中核的医療機関とは病病連携を図り、紹介・逆紹介を行いやすい関係を築いていきます。

項 目	令和4年度	令和9年度
連携医の会開催	1回	2回
高齢者等施設連携の会開催	—	2回
地域内医療機関訪問件数	—	140回
紹介率（再掲）	79.2%	59.0%
逆紹介率（再掲）	112.0%	79.0%

#### (4) 診療報酬の的確な算定による収益体質の強化

収益を増やす方法には、患者数の増加と診療単価の向上の二つが主なものとして挙げられます。人口が減少していく状況の中、患者を増やすことは難しい面がありますが、地域の医療機関と連携して急性期の治療は出水総合医療センターで行い、急性期の治療終了後は地域の医療機関にお願いするなど地域全体で患者の治療に当たることを前提とし、市民ニーズに合わせた新しい診療科の設置により、多くの疾患に対応できる環境を整え患者数の増加を図ります。

職員に対し経営意識の醸成を図るための研修会の開催や院内ネットワークでの情報共有を行い、委員会やワーキンググループを中心に診療報酬の請求漏れ対策や上位の施設基準の取得に取り組みます。

DPC 制度においては、疾患および入院期間ごとに点数が定められており、入院期間が長くなるにつれ点数が低下する仕組みとなっていますので、患者の病状を考慮しながら、回復期病棟や地域包括ケア病棟を活用し、最適な入院期間となるよう病床をコントロールすると同時に平均在院日数を短縮し DPC 係数の向上に寄与して収益改善を図ります。

そのほか、管理会計を活用し、各診療科において患者数、診療単価、手術件数等の目標値を設定し収益の増加を図ります。

項 目	令和 4 年度	令和 9 年度
入院患者数	60,845 人	69,528 人
外来患者数	91,010 人	93,704 人
入院診療単価（再掲）	50,322 円	53,703 円
外来診療単価（再掲）	15,248 円	16,112 円
平均在院日数（再掲）	16.0 日	12.0 日
診療報酬対策研修会開催	1 回	2 回
D P C 機能評価係数 II	0.1336	0.1586

#### (5) コスト削減による収支改善

診療材料は、購入価格の低廉化を図るため、購買実績による各分野別の価格交渉の強化、ベンチマークを用いた目標単価に向けての交渉、在庫数量適正化のための定数設定及び院内アンケートを基に安価で使い易い同種同効品への切替えを行います。

職員のコスト意識を醸成するために、診療材料検討委員会やワーキンググループを充実するとともに、研修会を適宜開催します。

薬剤費は、薬価に対する高値引率を確保するために、見積方法の見直し及び企業の営業姿勢である定性面・価格等の定量面・安定供給等を考慮した最適な契約形態の定着化に取り組みます。

薬事委員会を通じて、後発医薬品、バイオ後続品への切り替えを推進して薬剤費の支出削減に取り組みます。

診療材料の滅菌期限切れ及び医薬品の使用期限切れを防止するとともに在庫品の縮減にも取り組みます。

委託業務については、人件費の上昇に伴う委託料の増加が大きいため、コスト削減と仕様書の最適化の視点から適正化を図り委託料の抑制に努めます。

電気料を削減するために、院内の電球を計画的に LED 化するとともに、職員一人ひとりがコストを意識してこまめな節電・節水・消耗品等の節約に努めます。

項 目	令和4年度	令和9年度
診療材料検討委員会開催	1回	4回
診療材料同種同効品転換品目数	0品	10品
医薬品平均値引率（再掲）	14.2%	15.0%
後発品置換率（後発医薬品調剤体制加算）	95.35%	90.0%以上
電気使用量	3,558,000kWh	3,403,000kWh

### (6) 「ONE・TEAM」となった経営改善

病院事業の経営改善は、これまでプロジェクトチーム及びワーキンググループが柱となっています。目的意識を持った職員が自主的にワーキンググループを立ち上げ、多くの職員がそれに同調して提案・実行することで、成果を上げてきました。

今後は、ワーキンググループでリーダーを務めた職員が各担当部署で、その経験やノウハウを活かし、新たなリーダーとなり組織を活性化するなど多方面から経営改善に取り組みます。

また、経営改善や病院改革等を推進する経営戦略室を設置し、経営目標の策定・進捗管理、経営分析、課題解決等を図り、職員一人ひとりの経営参画意識を原動力として、全職員が「ONE・TEAM」となって経営改善に取り組みます。

項 目	令和4年度	令和9年度
経常収支比率（再掲）	115.5%	101.3%
給与費対医業収益比率（再掲）	59.9%	57.7%
材料費対医業収益比率（再掲）	22.3%	21.8%
ワーキンググループ数	13	15
ワーキンググループ参加者数（単年度実数）	延べ148人	延べ170人
リーダー経験者数（累計実数）	19人	25人
経営戦略室課題解決件数	3件	5件

## 3 診療所の運営

高尾野診療所及び野田診療所については、地域の人口の減少や患者の高齢化等により、患者数が毎年減少し厳しい経営状況が続いていますが、地域から求められる在宅医療などの医療需要に応えられるよう努めています。

しかし、現在の経営状況が改善しなければ、規模縮小や統廃合を検討しなければならないと考えます。

項 目	令和4年度	令和9年度
高尾野診療所患者数	8,003人	7,600人
高野診療所外来診療単価	8,729円	10,000円
野田診療所患者数	7,971人	7,600人
野田診療所外来診療単価	10,902円	10,000円



## 第10章 プランの点検と評価

本経営強化プランにおいて設定した目標については、適正な進行管理を行い、毎年点検・評価を実施していきます。

### 指標目標（再掲）

項目	R4 年度 実績	R5 年度 計画	R6 年度 計画	R7 年度 計画	R8 年度 計画	R9 年度 計画
地域救急貢献率（％）	82.8	80	81	82	83	84
手術件数（件）	700	709	739	768	797	826
リハビリ件数（単位数）	106,982	125,942	132,762	143,738	154,638	166,332
患者満足度（％）	89.1	90	90	90	90	90
在宅復帰率（％）	89.3	86	86	87	87	88
クリニカルパス導入患者率（％）	31.4	32	33	34	35	36
紹介率（％）	72.9	55	56	57	58	59
逆紹介率（％）	112.0	75	76	77	78	79
医師派遣件数（件）	103	110	110	120	120	130
臨床研修医等受入数（件）	8	11	12	13	14	15
健診件数（件）	2,490	2,391	2,441	2,492	2,544	2,600
経常収支比率（％）	115.5	100.4	100.9	101.5	101.5	101.3
医業収支比率（％）	91.3	93.9	94.2	94.4	95.0	95.1
修正医業収支比率（％）	90.4	93.0	93.2	93.5	94.0	94.2

項目	R4 年度 実績	R5 年度 計画	R6 年度 計画	R7 年度 計画	R8 年度 計画	R9 年度 計画
1日当たり入院患者数(人)	166.7	185.0	186.0	187.8	189.1	190.0
1日当たり外来患者数(人)	374.5	391.8	381.0	379.4	377.1	385.6
入院診療単価(円)	50,322	51,900	52,015	52,306	52,507	53,703
外来診療単価(円)	15,248	15,818	16,005	16,041	16,094	16,112
医師一人当たり収益(千円)	144,609	147,287	151,315	152,904	153,972	145,482
看護師一人当たり収益(千円)	24,228	26,710	26,383	26,390	26,307	26,258
病床稼働率(%)	79.0	87.7	88.2	89.0	89.6	90.0
平均在院日数(日)	16.0	14.0	14.0	13.0	13.0	12.0
給与費対医業収益比率(%)	59.9	58.3	57.4	57.1	57.1	57.7
材料費対医業収益比率(%)	22.3	22.5	21.9	21.9	21.8	21.8
医薬品平均値引率(%)	14.2	15.0	15.0	15.0	15.0	15.0
医師数(人)	29	32	31	31	31	34
看護師数(人)	169	168	170	172	174	180
現金預金保有残高(千円)	1,968,702	1,193,867	1,203,684	1,231,734	1,257,779	1,308,643
企業債残高(千円)	1,327,733	1,249,971	1,236,206	1,008,695	907,687	822,243
有形固定資産減価償却率(%)	75.1	75.4	75.4	78.2	79.9	81.9

# 資料

## 1 収支計画（事業全体）

- (1) 収益的収支
- (2) 資本的収支

## 2 主な経営指標

- (1) 収支改善に係るもの
- (2) 収入確保に係るもの
- (3) 経費削減に係るもの

## 3 その他

- (1) 一般会計繰出金
- (2) 債務残高
- (3) 現金預金残高

## 4 用語集

# 1 収支計画（事業全体）

## (1) 収益的収支

（金額：税抜き、単位：千円）

区分		R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	
収入	1. 医業収益	4,627,487	5,155,028	5,144,723	5,198,746	5,235,057	5,382,838	
	料金収入	4,449,543	5,019,334	5,013,253	5,064,831	5,098,594	5,243,626	
	入院収益	3,061,834	3,513,458	3,531,345	3,585,949	3,623,857	3,733,862	
	外来収益	1,387,709	1,505,876	1,481,908	1,478,882	1,474,737	1,509,764	
	その他	177,944	135,694	131,470	133,915	136,463	139,212	
	うち他会計負担金	46,325	51,867	51,867	51,867	51,867	51,867	
	2. 医業外収益	1,552,138	683,869	681,817	685,384	667,284	658,284	
	他会計負担金	391,714	455,652	455,652	455,652	455,652	455,652	
	国（県）補助金	949,954	14,478	14,478	14,478	14,478	14,478	
	長期前受金戻入	169,510	147,385	171,335	174,902	156,802	147,802	
	その他	40,960	66,354	40,352	40,352	40,352	40,352	
経常収益	A	6,179,625	5,838,897	5,826,540	5,884,131	5,902,341	6,041,122	
支出	1. 医業費用	5,070,091	5,489,407	5,462,296	5,505,706	5,512,197	5,659,951	
	給与費	2,772,303	3,004,414	2,954,340	2,970,347	2,990,054	3,103,624	
	材料費	1,033,716	1,158,450	1,124,579	1,136,204	1,143,828	1,175,450	
	経費	772,190	863,207	862,661	862,685	862,687	862,675	
	減価償却費	337,555	297,115	334,991	369,900	349,057	351,632	
	その他	154,326	166,221	185,724	166,570	166,570	166,570	
	2. 医業外費用	282,526	326,263	313,891	290,725	305,073	305,851	
	支払利息	28,743	14,099	7,500	4,585	3,989	3,447	
	その他	253,783	312,164	306,392	286,140	301,084	302,404	
	経常費用	B	5,352,616	5,815,670	5,776,187	5,796,431	5,817,270	5,965,802
	経常損益	A - B	C	827,009	23,227	50,353	87,699	85,071
特別損益	1. 特別利益	D	-	4,854	-	-	-	-
	2. 特別損失	E	-	-	-	-	-	-
	特別損益	D - E	F	-	4,854	-	-	-
純損益	C + F		827,009	28,081	50,353	87,699	85,071	75,320
繰越利益剰余金（△繰越欠損金）			320,746	340,514	390,868	478,567	563,638	638,958
不良債務	流動資産	ア	2,962,063	2,115,375	2,174,183	2,212,399	2,245,274	2,323,942
	流動負債	イ	883,611	906,620	869,202	893,333	829,161	845,381
	差引	不良債務 イ - ア	▲2,078,452	▲1,208,756	▲1,304,981	▲1,319,066	▲1,416,112	▲1,478,561

## (2) 資本的収支

（金額：税込み、単位：千円）

区分		R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	
収入	1. 企業債	164,300	302,300	300,000	50,000	200,000	150,000	
	2. 他会計出資金	180,786	144,755	121,939	107,850	116,982	91,501	
	3. 他会計負担金	378	-	-	-	-	-	
	4. 他会計借入金	-	-	-	-	-	-	
	5. 他会計補助金	-	-	-	-	-	-	
	6. 国（県）補助金	70,400	-	-	-	-	-	
	7. その他	12,752	8,394	15,653	15,653	15,653	15,653	
収入計	A	428,616	455,449	437,592	173,503	332,635	257,154	
支出	1. 建設改良費	246,375	309,382	300,000	50,000	200,000	150,000	
	2. 企業債償還金	465,187	380,062	313,765	277,511	301,009	235,444	
	3. 他会計借入金償還金	-	786,000	90,000	90,000	90,000	90,000	
	4. その他	22,960	25,880	25,880	25,880	25,880	25,880	
支出計	B	734,522	1,501,324	729,645	443,391	616,889	501,324	
差引不足額		B - A	305,906	1,045,875	292,053	269,888	284,254	244,170



## 2 主な経営指標

### (1) 収支改善に係るもの

区分	単位	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度
経常収支比率	%	115.5%	100.4%	100.9%	101.5%	101.5%	101.3%
医業収支比率	%	91.3%	93.9%	94.2%	94.4%	95.0%	95.1%
修正医業収支比率	%	90.4%	93.0%	93.2%	93.5%	94.0%	94.2%

### (2) 収入確保に係るもの

区分	単位	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度
1日当たり入院患者数	人	166.7	185.0	186.0	187.8	189.1	190.0
1日当たり外来患者数	人	374.5	391.8	381.0	379.4	377.1	385.6
入院診療単価	円	50,322	51,900	52,015	52,306	52,507	53,703
外来診療単価	円	15,248	15,818	16,005	16,041	16,094	16,112
医師一人当たり収益	千円	144,609	147,287	151,315	152,904	153,972	145,482
看護師一人当たり収益	千円	24,228	26,710	26,383	26,390	26,307	26,258
病床稼働率	%	79.0%	87.7%	88.2%	89.0%	89.6%	90.0%

### (3) 経費削減に係るもの

区分	単位	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度
給与費対医業収益比率	%	59.9%	58.3%	57.4%	57.1%	57.1%	57.7%
材料費対医業収益比率	%	22.3%	22.5%	21.9%	21.9%	21.8%	21.8%

## 3 その他

### (1) 一般会計繰出金

(単位：千円)

区分	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度
収益的収支	438,039	507,519	507,519	507,519	507,519	507,519
資本的収支	181,164	144,755	121,939	107,850	116,982	91,501
合計	619,203	652,274	629,458	615,369	624,501	599,020

### (2) 債務残高

(単位：千円)

区分	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度
企業債	1,327,733	1,249,971	1,236,206	1,008,695	907,687	822,243
一般会計長期借入金	1,572,000	786,000	696,000	606,000	516,000	426,000
合計	2,899,733	2,035,971	1,932,206	1,614,695	1,423,687	1,248,243

### (3) 現金預金残高

(単位：千円)

区分	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度
期首残高	1,406,618	1,968,702	1,193,867	1,203,684	1,231,734	1,257,779
増減額	562,084	▲774,835	9,817	28,050	26,045	50,864
期末残高	1,968,702	1,193,867	1,203,684	1,231,734	1,257,779	1,308,643

#### 4 用語集

	用語	解説
1	公立病院経営強化ガイドライン	総務省が策定したガイドライン。持続可能な地域医療提供体制を確保するため、限られた医師・看護師等の医療資源を地域全体で最大限効率的に活用するという視点を最も重視し、新興感染症の感染拡大時等の対応という視点も持って、公立病院の経営を強化していくことが重要とし、本ガイドラインに基づいた経営強化プランの策定を自治体に要請している。
2	医療法	国民の健康の保持と適正な医療を安心して受けられることを目的として、病院や診療所など医療提供施設の定義、開設手続き、管理体制、人員配置や施設設備、都道府県知事による監督のほか、医療提供施設の適切な配置や医療法人制度などについて定めた法律。
3	医療圏	都道府県が病床の整備を図るにあたって設定する地域的単位のことであり、種別的には一次医療圏（市町村）、二次医療圏（複数の市町村）、三次医療圏（県域）に分かれる。二次医療圏を1単位として地域医療の効率化・体系化が図られる。
4	地域医療構想	団塊の世代が75歳以上になる2025年に向けて医療提供体制を整備するために、各都道府県が医療機能ごとに2025年の医療需要と必要病床数を推計し、目指すべき医療提供体制を実現するための施策を定めるもの。
5	医療計画	医療法第30条に基づき、都道府県が厚生労働大臣の定める基本方針（良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図るための基本的な方針）に即して、地域の実情に応じた医療提供体制を確保するために策定する計画。5年ごと（現在は6年ごと）に再検討することとされ、現在は5疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患）・5事業及び在宅医療に関する記載が必須となっている。また、2021年の医療法改正により、第8次医療計画からは「新興感染症等の感染拡大時における医療」が追加され、5疾病6事業及び在宅医療に関する記載が必須となっている。
6	公的医療機関	医療法に限定列挙されている公立病院（都道府県や市町村によって開設・運営）、日本赤十字社の赤十字病院や社会福祉法人恩賜財団済生会などの公的医療機関に加え、公益法人、学校法人、社会医療法人などによって運営されている病院のこと。
7	地方公営企業法	地方公共団体の経営する企業の組織、財務、従事する職員の身分などについて定めた法律。「一部適用」とは財務規程のみ適用、「全部適用」とは事業管理者の設置が義務付けられ、予算原案の作成、契約、職員の採用や給与などについて、地方公共団体の長から独立した権限を得る。
8	病床機能報告制度	各医療機関が都道府県に対し、保有する一般病床・療養病床が担っている医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）を自ら選択して毎年10月に都道府県に報告する制度。2014年6月成立の「医療介護総合確保推進法」による医療法の改正に基づき、同年10月1日から施行された。
9	救急告示病院	都道府県知事から「救急病院等を定める省令」に基づく認定・告示を受けた、救急医療処置が可能な医療機関のこと。
10	災害拠点病院	災害発生時に災害医療を行う医療機関を支援する病院のことで、多発外傷、挫減症候群、広範囲熱傷等の災害時に多発する重篤救急患者の救命医療を行うための高度の診療機能を有し、被災地からの一時的な重症傷病者の受入れ機能を有するとともに、傷病者等の受入れ及び搬出を行う広域搬送への対応機能、自己完結型の医療救護チームの派遣機能、地域の医療機関への応急用資器材の貸出し機能を有する病院で、各都道府県の二次医療圏ごとに原則1か所以上整備されている。
11	感染症指定医療機関	一般病院で対応するには危険性が高いと考えられる感染症の患者を収容し、治療する特別な医療施設。感染力や症状の重さから感染症を分類し、設備などを条件に特定感染症指定医療機関、第一種感染症指定医療機関、第二種感染症指定医療機関、結核指定医療機関の4種に分けられている。
12	へき地医療拠点病院	都道府県に設置される「へき地医療支援機構」の指導・調整の下、へき地診療所等への医師や看護師等の派遣を行う病院。ここでの「へき地」とは、無医地区およびこれに準じる地区をいう。
13	がん診療指定病院	国が指定するがん診療連携拠点病院に加えて、がん医療の地域格差解消・均てん化の推進、および専門的ながん医療・相談支援体制の充実を図るため、鹿児島県が指定する病院。
14	地域リハビリテーション広域支援センター	地域におけるリハビリテーションの中核な施設として、地域住民や病院・介護施設等からの相談を受けて適切な支援を行うほか、地域のリハビリテーション関係従事者に対する技術支援や研修会の開催等を行う。おおむね高齢者保健福祉圏域ごとに2か所指定されている。
15	地域医療支援病院	医療施設機能の体系化の一環として、患者に身近な地域で医療が提供されることが望ましいという観点から、紹介患者に対する医療提供、医療機器等の共同利用の実施等を通じて、第一線の地域医療を担うかかりつけ医、かかりつけ歯科医等を支援する能力を備え、地域医療の確保を図る病院として相応しい構造設備等を有するものについて、都道府県知事が個別に承認する。
16	独立採算制	企業内において各事業部等がそれぞれ独立して収支の採算を取ることを目指す経営方式のこと。公営企業においては、受益者が負担する額のみをもって、その経費を賄い、自足的に事業を継続していくことをいう。

17	DMAT	「災害急性期に活動できる機動性を持ったトレーニングを受けた医療チーム」と定義されており、災害派遣医療チーム（Disaster Medical Assistance Team）の頭文字から DMAT と呼ばれている。医師、看護師、業務調整員で構成され、大規模災害や多傷病者が発生した事故などの現場に、急性期（おおむね 48 時間以内）から活動できる機動性を持った、専門的な訓練を受けた医療チームのこと。DMAT を保有する医療機関のことを災害派遣医療チーム（DMAT）指定病院という。災害拠点病院においては、DMAT の保有が条件となっている。
18	高齢化率	65 歳以上人口が総人口に占める割合を指す。
19	地域包括ケアシステム	すべての団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後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体制。
20	地域包括ケア病棟	2014 年度診療報酬改定で新設された、急性期治療を経過した患者および在宅において療養を行っている患者等の受入れ並びに患者の在宅復帰支援等を行う機能を有し、地域包括ケアシステムを支える役割を担う病棟または病室のこと。
21	タスクシフト・タスクシェア	従来、ある職種が担っていた業務を多職種に移管すること、または多職種と共同化することをいう。
22	初期臨床研修医	医学部を卒業した後に行われる初期研修で、医師としての基本的な知識・手技などはこの期間に習得されるため、医師の教育において特に重要とされている。
23	オンライン資格確認	マイナンバーカードの IC チップまたは健康保険証の記号番号等により、オンラインで資格情報（加入している医療保険や自己負担限度額等）を確認することをいう。
24	サブアキュート・ポストアキュート	サブアキュートとは、在宅患者や介護施設で療養している患者の急性増悪を受け入れることをいう。ポストアキュートとは、高度で濃厚な急性期治療後の患者の継続治療とリハビリテーション、在宅復帰への支援、急性期病院以外への他の病院への転院や介護施設への入所の支援をいう。
25	BCP	災害などの緊急事態が発生したときに、企業等が損害を最小限に抑え、事業の継続や復旧を図るための計画で事業継続計画（Business Continuity Planning）の頭文字から BCP と呼ばれている。災害拠点病院の指定要件として義務化されている。
26	在宅療養支援診療所	在宅医療の中心的な役割を担う診療所として、2006 年度診療報酬改定にて創設された。地域において在宅医療を支える 24 時間の窓口として、他の病院、診療所等と連携を図りつつ、24 時間往診、訪問看護等を提供することとされている。
27	在宅医療	通院困難となった方の自宅に、医師や看護師等の医療従事者が訪問し、医療とケアを可能な限り生活の場（地域・家庭）で提供すること。医師が計画に基づいて診療に行く「訪問診療」と、患者の求めに応じて診療に行く「往診」などがある。
28	クリニカルパス	検査・治療の標準的な予定とタイムスケジュールを示す治療計画書。患者に入院中の検査・手術の予定や手術後のリハビリの内容、食事・入浴などの生活の流れを理解してもらい安心して入院生活を送ってもらうためのもの。また、医療内容を標準化し、医師・看護師をはじめ、医療にかかわるスタッフ全員が患者の治療計画を共有化することで、チーム医療や医療の安全・質の向上につながる。
29	DPC 制度	「Diagnosis Procedure Combination」の略で、傷病名、病状、手術、処置、検査等により、患者の入院の治療内容を分類して、その診断群分類ごとに医療費を計算する制度のこと。この制度を採用している病院を DPC 病院という。
30	医療機関別係数	DPC 包括評価の医療機関別係数は、基礎係数・機能評価係数Ⅰ・機能評価係数Ⅱからなる。機能評価係数Ⅰは入院基本料加算等の医療機関の構造的要素を評価する係数であり、機能評価係数Ⅱは効率性係数・複雑性係数・救急医療係数・カバー率係数などからなる。
31	ICT （情報通信技術）	「Information and Communication Technology」の略で、情報・通信に関する技術の総称。高速・大容量通信をベースに情報通信技術の活用が今後高齢化社会を迎える我が国の課題解決にも不可欠で、政府も普及に向けた取組・施策を展開している。
32	ICT （感染制御チーム）	「Infection Control Team」の略で、病院などの医療施設で、建物内の感染症に関する予防、教育、医薬品などの管理を業務内容とする多職種（医師、薬剤師、看護師等）から構成される専門チームのこと。
33	一次・二次・三次救急	一次救急は、帰宅が可能な軽症患者に対する救急医療で、入院の必要が無く基本的に外来診療となる。二次救急は 24 時間体制で救急患者の受入れが可能で、救急医療に対応する医師等が常に従事する必要がある。また、三次救急は救命救急センターや高度救命救急センターなど高度な医療設備等を有し、一次救急や二次救急では対応できない重症患者に対応する。
34	DX	「Digital Transformation（デジタル・トランスフォーメーション）」という。デジタル技術を浸透させることで人々の生活をより良いものへと変革することであり、既存の価値観や枠組みを根底から覆すような革新的なイノベーションをもたらすもの。

出水市病院経営強化プラン  
令和5年度～令和9年度

---

令和5年8月



出水市政策経営部企画政策課

〒899-0292 鹿児島県出水市緑町1番3号

電話：0996-63-4125 FAX：0996-63-4030



出水市病院事業

出水総合医療センター 事務部総務課

〒899-0131 鹿児島県出水市明神町520番地

電話：0996-67-1611 FAX：0996-67-1661

---