

広域紋別病院 経営強化プラン

(令和5年度～令和9年度)

令和5年3月

広域紋別病院企業団

目次

1. 経営強化プランの策定にあたって	1
(1) 策定の趣旨	1
(2) 計画期間	1
(3) 経営強化プランの策定目的及び概要	1
2. 広域紋別病院の現状と課題	3
(1) 病院理念等	3
1) 病院理念	3
2) 患者さんの権利と責務	3
3) 基本的役割	3
(2) 病院の概要	4
(3) 地域医療構想における必要病床数等	5
1) 遠紋保健医療圏の必要病床数等	5
(4) 広域紋別病院を取り巻く環境	5
1) 広域紋別病院の診療圏について	5
2) 「診療圏」の将来推計人口	6
3) 「診療圏」における将来医療需要	8
4) 遠紋保健医療圏の医療提供状況	12
(5) 経営状況及び改革プランの達成状況	14
1) 概況	14
2) 主要指標の推移	15
3) 経営分析	21
(6) 課題整理・方向性の検討	32
1) 当院を取り巻く環境の変化	32
2) 当院が抱える病院運営上の課題	33
3. 役割・機能の最適化と連携の強化	34
(1) 地域医療構想等を踏まえた当該病院の果たすべき役割・機能	34
(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	36
(3) 機能分化・連携強化	37
(4) 医療機能や医療の質、連携の強化等に係る数値目標	37
(5) 一般会計負担の考え方	38

(6) 住民の理解のための取組	39
4. 医師・看護師等の確保と働き方改革.....	40
(1) 医師・看護師等の確保	40
(2) 臨床研修医の受入れ等を通じた若手医師の確保.....	41
(3) 医師の働き方改革への対応.....	42
1) タスク・シフト/シェア.....	43
2) 医師本来の業務の軽減、業務時間の縮小.....	45
3) 業務の効率化及び業務の再配分	45
4) 人員の増加	45
5) 管理体制の強化	45
5. 新興感染症の感染拡大時に備えた平時からの取組.....	46
6. 施設・設備の最適化	47
(1) 施設・設備の適正管理と整備費の抑制	47
(2) デジタル化への対応	47
7. 経営の効率化等の指標・目標値.....	48
(1) 目標設定の考え方	48
(2) 経営指標、経常収支比率及び修正医業収支比率に係る数値目標.....	48
(3) 目標達成に向けた具体的な取組.....	49
1) 収益増.....	49
2) コスト削減	49
3) 働き甲斐のある職場づくり	50
(4) 経営強化プラン対象期間中の各年度の収支計画等.....	50
1) 収益的収支	50
2) 資本的収支	52
3) 一般会計等からの繰入金の見通し	53
8. 経営形態に関する検討.....	54
(1) 経営形態の現況.....	54
(2) 経営形態の見直しに係る選択肢.....	54
(3) 経営形態見直しの方向性	54
9. 経営強化プランの点検・評価・公表・見直し.....	55

注)

本報告書に掲載している図表・データのうち出所の記載がないものは、
全て広域紋別病院の内部データを用いたものです。

広域紋別病院経営強化プラン (令和5年度～令和9年度)

1. 経営強化プランの策定にあたって

(1) 策定の趣旨

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ます。また、人口減少や少子高齢化が急速に進展する中で、医療需要が大きく変化することが見込まれており、地域ごとに適切な医療提供体制の構築に取り組んでいくことがますます必要になっています。

こうした状況のなか、平成23年（2011年）4月に北海道から移管を受け、西紋5市町村で運営を開始した広域紋別病院は、平成27年（2015年）4月に新病院の建設が完了し、令和2年（2020年）2月に公益財団法人日本医療機能評価機構による病院機能評価3rdG:Ver2.0（区分：一般病院2）の認定を受けました。さらに、電子カルテによる効率化、免振構造による大規模災害への対応、バイオマスによる環境対策など、地域センター病院としての医療環境の充実を図ったところであり、救急医療や急性期医療の役割を果たすとともに、良質な医療を住民に提供していくものと確信しています。

また、病院経営の健全化と遠紋医療圏の地域医療構想の実現を図るためには、病院最適化と地域最適化の双方を目指し、相互調和により進めていく必要があります。

しかしながら、広域紋別病院の経営状況は、医師、看護師を始めとして、医療スタッフ確保に伴う人件費の増加及び新病院建設関連の減価償却費や委託料の増加に伴い、有限である財政調整基金への依存度も高く、大変厳しい状況にあります。

本プランは、地域において必要な医療提供体制の確保を図りながら経営の効率化を図ることにより、地域の最後の砦となる役割を担う公立病院の使命を再認識し、持続可能な病院経営を実現するためのマスタープランとして策定するものです。

(2) 計画期間

令和5年度（2023年度）から令和9年度（2027年度）までの5年間とします。

なお、地域医療構想、経営指標等の状況により、必要に応じて見直しを図ります。

(3) 経営強化プランの策定目的及び概要

国は令和4年（2022年）3月に公表した「公立病院経営強化ガイドライン」において、「持続可能な地域医療提供体制を確保するため、公立病院の経営強化が重要である」とし、全国の自治体に対して、「公立病院経営強化プランを策定し、病院事業の経営強化に総合的に取り組むこと」を求めています。

経営強化プランに記載する主な内容は以下の6項目です。

- ・ (公立病院の) 役割・機能の最適化と連携の強化
- ・ 医師・看護師等の確保と働き方改革
- ・ 経営形態の見直し
- ・ 新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組
- ・ 施設・設備の最適化
- ・ 経営の効率化等

上記項目に則り、今後当院の果たすべき役割を明確化し、「広域紋別病院経営強化プラン」を策定し、達成状況、活動状況を住民に公表しながら経営改革に取り組んでまいります。

また、経営強化プランは、地域の医療水準の向上に向けて、遠紋圏域地域医療構想調整会議において共有するとともに、各医療機関と役割分担・連携を図りながら病院運営に取り組んでまいります。

2. 広域紋別病院の現状と課題

(1) 病院理念等

1) 病院理念

みなさんと心をひとつに、互いに尊敬と感謝の気持ちを共有し、笑顔の医療を提供します。

- 常に、質の高い医療を安全・確実に提供します。
- 生命、人としての尊厳を敬い、心のかよう医療を提供します。
- 人材の育成に努め、働く喜びを共有できる環境づくりを進めます。

2) 患者さんの権利と責務

当院では世界医師会総会「リスボン宣言」を遵守し、患者さんの権利を守ります。

- 人格や人間性、尊厳を尊重され、適切な医療を公平に受けることができます。
- 検査や治療を受ける時は、良く理解できる言葉で説明を受け、自らの意思でそれを選択・決定することができます。また、ご自分の病気や診療のことで疑問があれば、どのようなことでも質問でき、希望しない医療を拒否したり、医療機関を選択したりすることができます。
- 所定の手続きを取るにより、ご自分の診療録（カルテ）の開示や、セカンド・オピニオンを求めることができます。
- 診療上の個人情報や患者さんのプライバシーは守られます。
- 医療事故防止に配慮した環境で、安心して診療を受けられます。
- ご自分の健康に関する情報を、医師や看護師にできる限り正確にお知らせください。
- 説明を受けて納得し、同意された医療上の指示や病院の規則については、遵守してください。
- 他の患者さんへの迷惑行為や職員への暴言、その他これらに準ずる行為がある場合は、退院していただくことがあります。

3) 基本的役割

- 二次医療及び二次救急に対応可能な体制の整備
- 保健・医療・福祉との連携
- 医療従事者の育成
- 住民への啓発・教育
- 地域ニーズに沿った医療モデルの追求
- 地域（広域的）包括ケアシステムの確立

(2) 病院の概要

当院は、平成23年（2011年）4月に北海道から移管を受け、西紋5市町村で運営を開始しました。

図表 1：広域紋別病院の概要

所在地	北海道紋別市落石町1丁目3番37号
設立	平成23年（2011年）4月1日
開設者	広域紋別病院企業団（平成22年（2010年）11月21日設立許可） ※ 地方自治法に基づく一部事務組合で、地方公営企業法の全部を適用し、特別地方公共団体となる。
病院事業管理者	企業長 宮川 良一
病院管理者	院長 曾ヶ端 克哉
職員数	267名（令和5年（2023年）3月31日現在） ①正職員数：企業長1名、医師15名、看護部75名、医療技術部37名、保健医療連携室4名、事務部門17名 ②会計年度任用職員・研修派遣職員数：看護部54名、医療技術部5名、事務部門53名、研修派遣職員等6名
面積・構造	敷地面積 21,035.19㎡ 建築面積 4,257.44㎡ 延床面積 11,950.14㎡ 鉄筋コンクリート造（免震構造）地上6階建・地下1階、 駐車場台数 252台、ヘリポート
診療科	内科（総合診療科・循環器内科）、消化器内科、呼吸器内科、外科、産婦人科、小児科、眼科、整形外科、精神科、耳鼻咽喉科、皮膚科、泌尿器科、放射線科、リハビリテーション科、脳神経内科、麻酔科（全17科）
病床数	一般148床、感染症2床 合計150床
病棟看護単位	10対1
各種指定	第二種感染症指定医療機関、原子爆弾被害者一般疾病医療取扱医療機関、救急告示病院、災害拠点病院、へき地医療拠点病院、地域センター病院、臨床研修病院、エイズ治療拠点病院、特定疾患治療研究事業委託医療機関、小児慢性特定疾患治療研究事業委託医療機関等、DMAT指定医療機関、地域周産期母子医療センター、認知症疾患医療センター（連携型）等

(3) 地域医療構想における必要病床数等

1) 遠紋保健医療圏の必要病床数等

遠紋保健医療圏の令和7年（2025年）における医療需要からみた必要病床数と、現状とを比較すると、総病床数では不足すると推計されています。医療機能別では、高度急性期、急性期病床が過剰な一方、回復期、慢性期病床は不足する見込みです。

図表 2：地域医療構想における医療機能別必要病床数と現在の医療機能別病床数

構想区域	医療機能	令和4年(2022年)病床数(床) A	令和7年(2025年)必要病床数(床) B	病床数差(床) C = A - B
遠紋	①高度急性期	92	46	46
	②急性期	386	186	200
	③回復期	92	285	▲ 193
	④慢性期	138	261	▲ 123
	小計	708	778	▲ 70

図表 3：「遠紋医療圏」における令和4年度（2022年度）の医療機能ごとの許可病床数（単位：床）

医療機関名称	区分	全体	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	分類なし
計	現状	860	92	386	92	138	152
	2025年	860	92	386	139	138	152

出所：北海道地域医療構想調整会議資料（2022年9月29日）、令和3年度病床機能報告をもとに作成

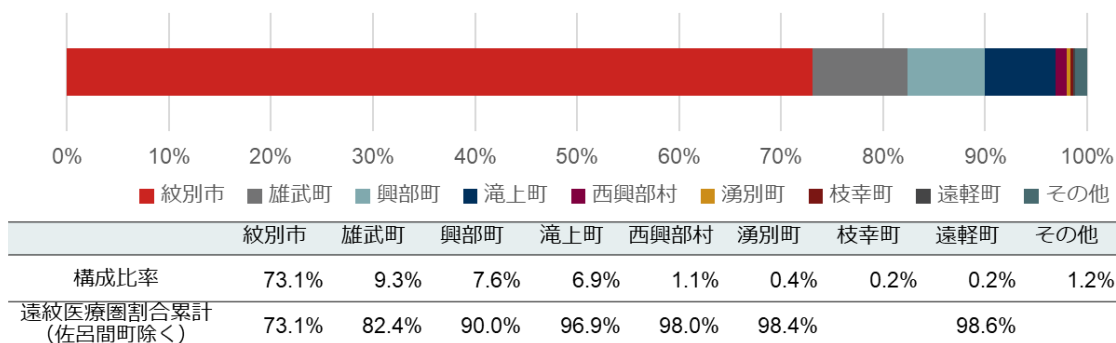
(4) 広域紋別病院を取り巻く環境

1) 広域紋別病院の診療圏について

当院で受け入れている入院患者は、佐呂間町を除く遠紋保健医療圏からの患者が98%を占めています。

これらの状況を踏まえ、遠紋保健医療圏から佐呂間町を除くエリアを当院の「診療圏」として設定して分析します。

図表 4：広域紋別病院の地域別入院患者数内訳（令和4年（2022年度）4月～6月の退院患者）



出所：広域紋別病院 DPC データをもとに作成

2) 「診療圏」の将来推計人口

令和2年国勢調査によると、遠紋保健医療圏の人口は64,340人、診療圏は59,466人です。このうち65歳以上の人口が遠紋保健医療圏、診療圏共に37%を超えており、高齢化が進展している地域であると言えます。

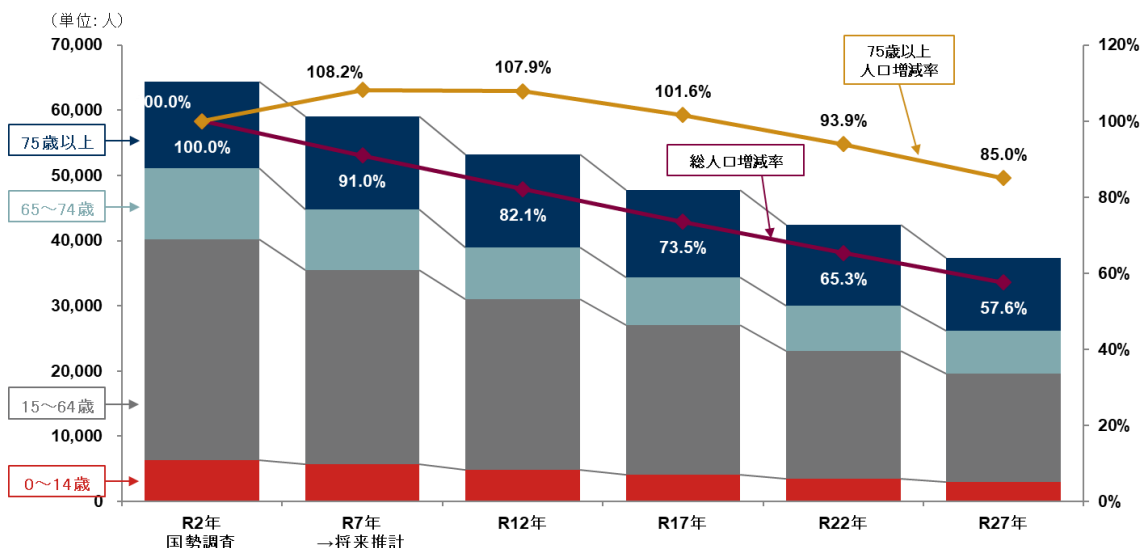
図表5：遠紋保健医療圏・診療圏の現在の人口

	遠紋保健医療圏		診療圏	
	人口	構成比	人口	構成比
総人口	64,340	-	59,466	-
0～14歳	6,393	9.85%	5,901	9.83%
15～64歳	33,764	52.02%	31,306	52.15%
65～74歳	10,993	16.94%	10,124	16.87%
75歳以上	13,190	20.32%	12,135	20.22%
【再掲】65歳以上	24,183	37.26%	22,259	37.08%

出所：令和2年国勢調査をもとに作成

国立社会保障・人口問題研究所の将来推計人口によると、遠紋保健医療圏の総人口は年々減少し、令和12年（2030年）には令和2年（2020年）の約82%まで減ることが見込まれます。年齢階級別では75歳以上のみ令和12年（2030年）まで増加した後減少し、他の年齢階級はすべて年々減少すると推計されています。この結果、遠紋保健医療圏で高齢化率が令和12年（2030年）には40%を超え、令和22年（2040年）には45%を超過します。

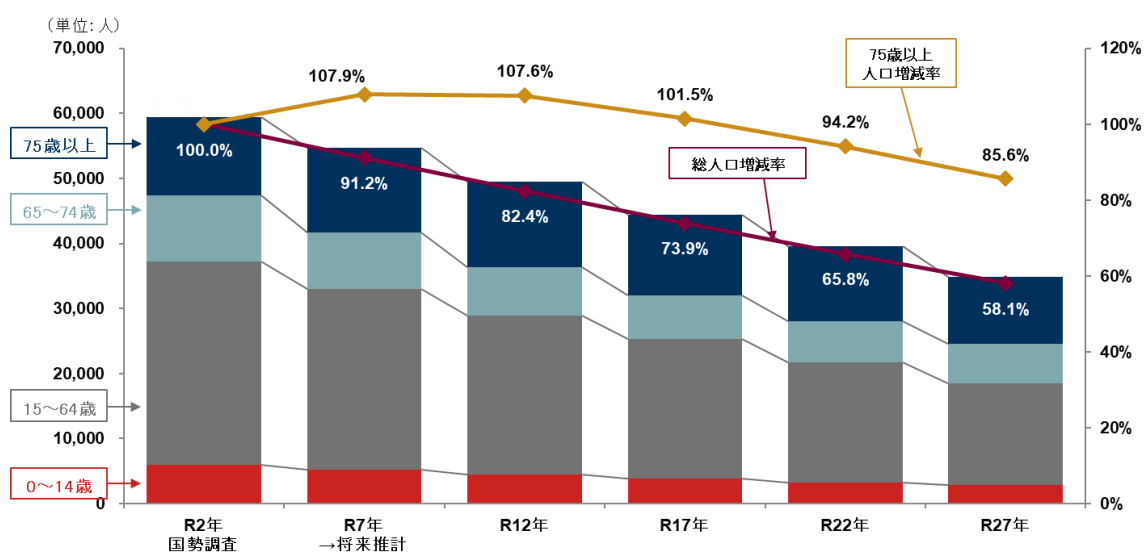
図表6：遠紋保健医療圏の将来推計人口



遠紋医療圏	R2年	R7年	R12年	R17年	R22年	R27年
総人口	64,340	59,055	53,253	47,704	42,381	37,352
0～14歳	6,393	5,706	4,854	4,114	3,514	3,005
15～64歳	33,764	29,737	26,177	22,962	19,559	16,628
65～74歳	10,993	9,344	7,986	7,229	6,921	6,505
75歳以上	13,190	14,268	14,236	13,399	12,387	11,214
【再掲】65歳以上	24,183	23,612	22,222	20,628	19,308	17,719
高齢化率	37.26%	39.98%	41.73%	43.24%	45.56%	47.44%
人口増減率	100.00%	90.99%	82.05%	73.50%	65.30%	57.55%
65歳以上人口増減率	100.00%	97.64%	91.89%	85.30%	79.84%	73.27%
75歳以上人口増減率	100.00%	108.17%	107.93%	101.58%	93.91%	85.02%

出所：総務省統計局『国勢調査（令和2年（2020年））』、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（平成30年（2018年）推計）』をもとに作成

図表7：診療圏の将来推計人口



遠紋医療圏	R2年	R7年	R12年	R17年	R22年	R27年
総人口	59,466	54,753	49,459	44,386	39,518	34,904
0～14歳	5,901	5,270	4,490	3,818	3,273	2,806
15～64歳	31,306	27,746	24,469	21,497	18,389	15,673
65～74歳	10,124	8,646	7,441	6,755	6,428	6,041
75歳以上	12,135	13,091	13,059	12,316	11,428	10,384
【再掲】65歳以上	22,259	21,737	20,500	19,071	17,856	16,425
高齢化率	37.43%	39.70%	41.45%	42.97%	45.18%	47.06%
人口増減率	100.00%	84.36%	76.21%	68.39%	60.89%	53.78%
65歳以上人口増減率	100.00%	89.89%	84.77%	78.86%	73.84%	67.92%
75歳以上人口増減率	100.00%	99.25%	99.01%	93.37%	86.64%	78.73%

出所：総務省統計局『国勢調査（令和2年（2020年））』、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（平成30年（2018年）推計）』をもとに作成

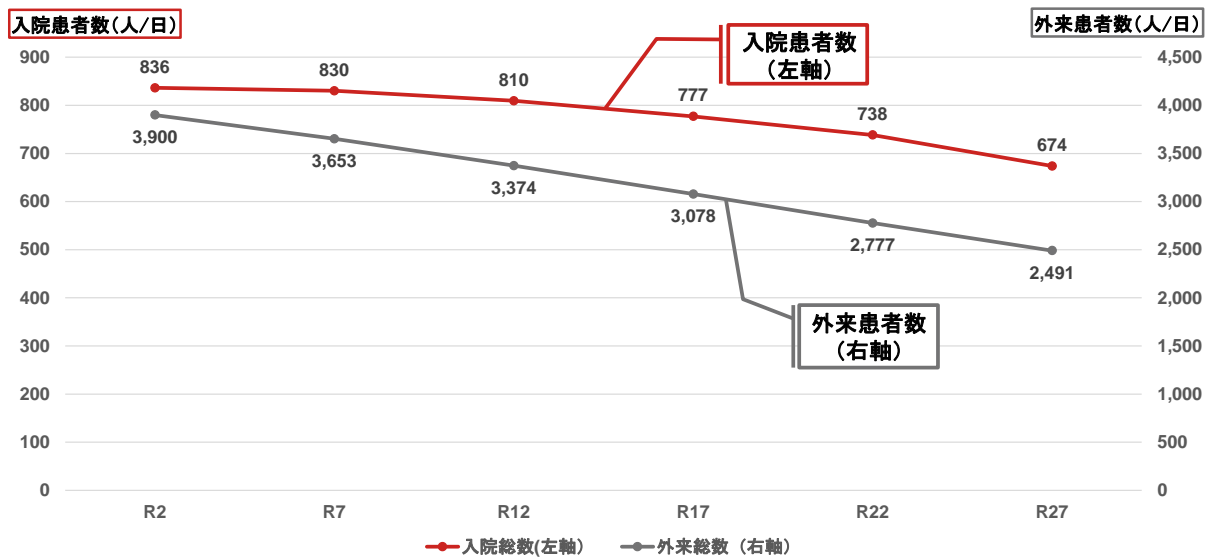
3) 「診療圏」における将来医療需要

① 入院需要、外来需要の推移

現状の受療動向と将来推計人口をもとに算出した、「診療圏」の1日当たり患者数は、令和2年（2020年）時点で入院患者数は836人、外来患者数は3,900人と推計されます。

将来の推移をみると、高齢化による患者増と人口減少による患者減の双方が影響し、入院需要は令和7年（2025年）までは増加しますが、その後は減少、外来需要は令和2年（2020年）以降一貫して減少します。この結果、10年後の令和12年（2030年）には、入院患者の総数は現状と概ね同数、外来患者数は1割程度の減となると推計されます。

図表 8：1日あたり入院・外来患者数の推移



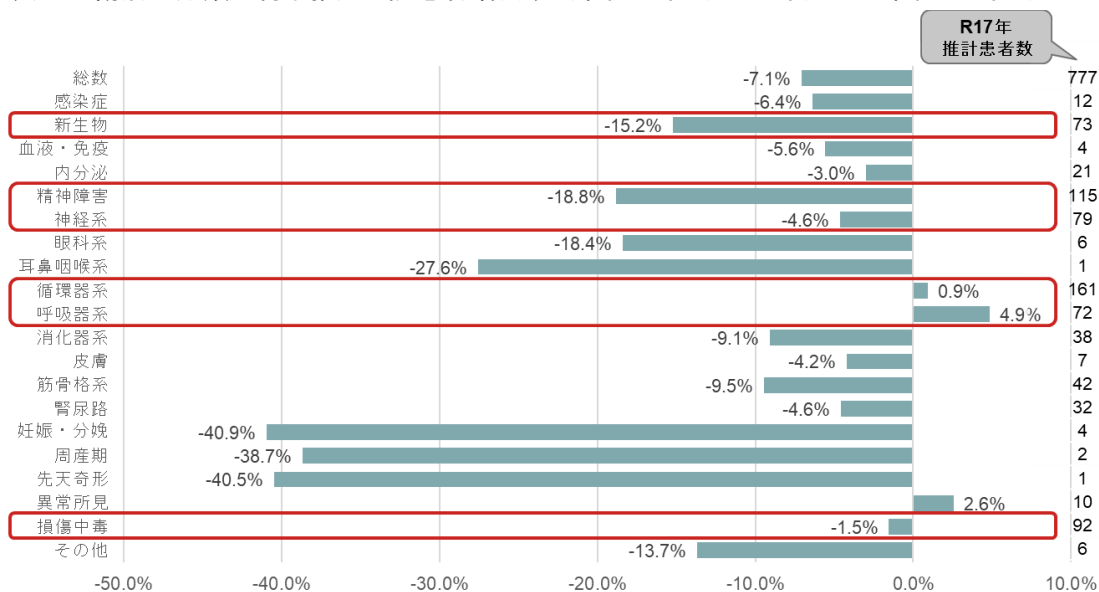
※将来推計入院・外来患者数は、平成29年度（2017年度）北海道の傷病分類別受療率×遠紋医療圏の将来推計人口により算出。受療率には病院・診療所の患者を含む。平均在院日数は現状のまま推移すると仮定している。（以下、同じ）

出所：厚生労働省 患者調査、国立社会保障人口問題研究所 人口推計資料等をもとに作成

② 傷病別需要の変化

診療圏における傷病大分類別入院患者数の令和2年度（2020年度）から令和12年度（2030年度）の将来推計は下図の通りです。人口減少の影響が大きく、総数では7.1%の減少となります。一方、高齢化の影響により、呼吸器系、循環器系については増加が見込まれます。その他の傷病については減少の見込みであり、特に妊娠・周産期・先天奇形の減少が見込まれます。

図表 9：傷病大分類別将来推計入院患者増減数（令和 2 年（2020 年）から令和 12 年（2030 年））

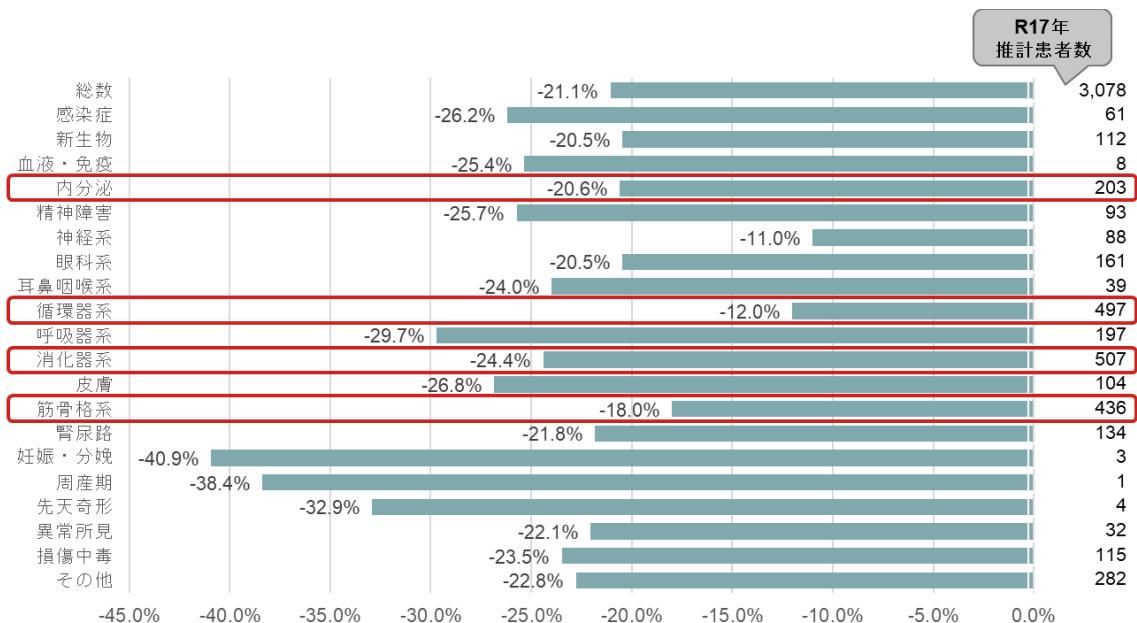


※傷病大分類名の下に記載の（ ）内の数字は令和 12 年（2030 年）時点の「診療圏」の患者総数

出所：厚生労働省 患者調査、国立社会保障人口問題研究所 人口推計資料等をもとに作成

外来患者数の将来推計については、入院患者と比較して高齢者が少なく、人口減少の影響を受けやすいことから、入院よりも更に減少が見込まれます。総数では 21.1%の減少と推計され、全ての傷病で減少する見込みです。

図表 10：傷病大分類別将来推計外来患者増減数（令和 2 年（2020 年）から令和 12 年（2030 年））

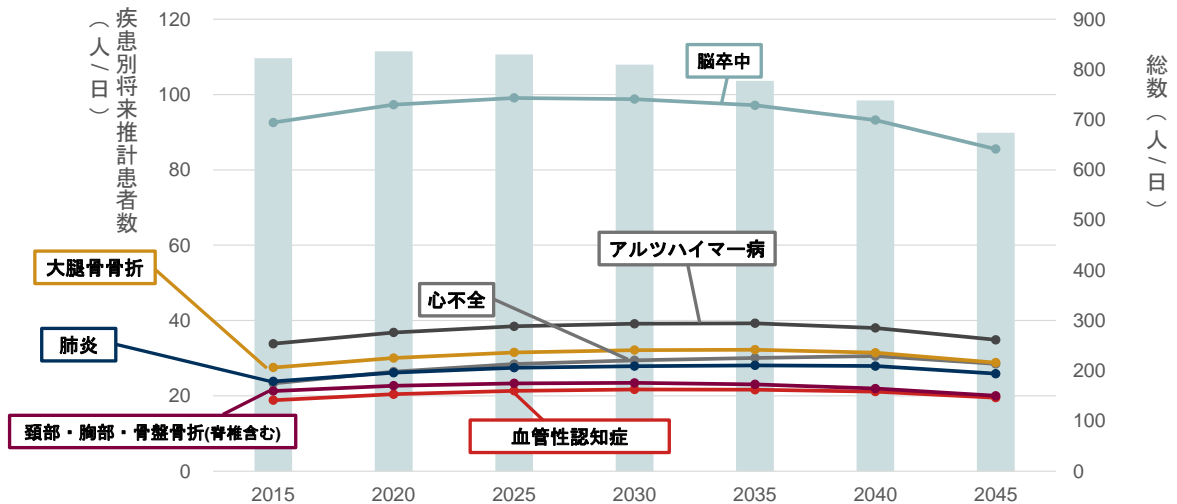


※傷病大分類名の下に記載の（ ）内の数字は令和 12 年（2030 年）時点の「診療圏」の患者総数

出所：厚生労働省 患者調査、国立社会保障人口問題研究所 人口推計資料等をもとに作成

診療圏における主要疾患別推計患者数（入院・主な増加疾患）は下図の通りです。脳卒中は令和12年（2030年）ごろまで増加が見込まれ、患者数も多く推計されます。脳卒中に続発する血管性認知症、アルツハイマー病も一定の需要が見込まれます。その他、大腿骨・骨盤等骨折、肺炎、心不全等、高齢者に多い疾患は一定の需要が見込まれます。

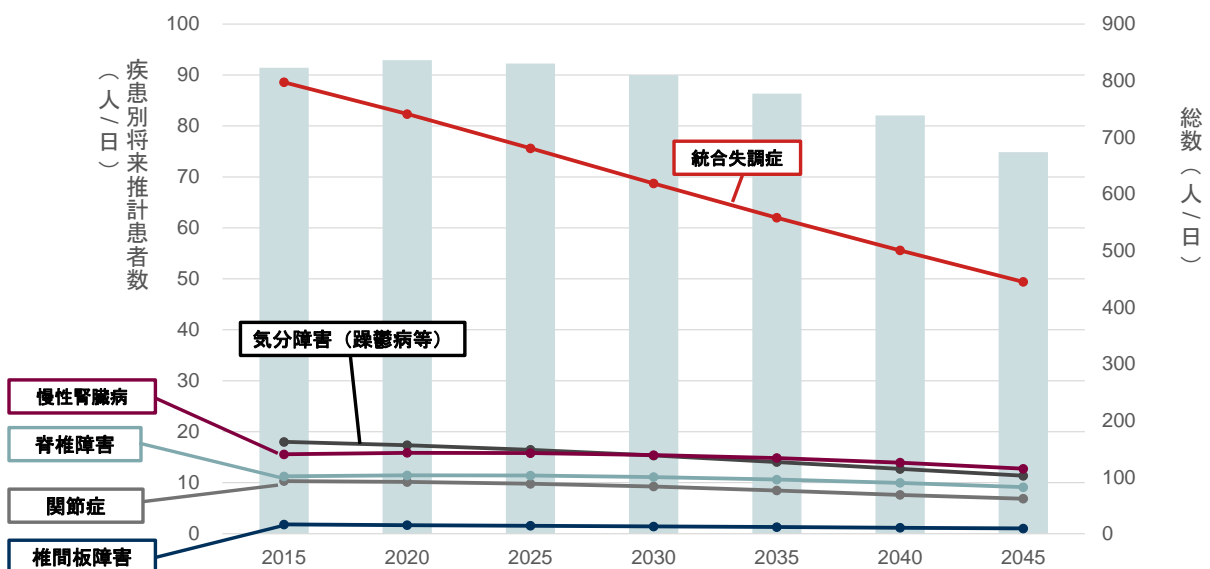
図表 11：診療圏の主要疾患別推計患者数（入院・主な増加疾患）



※将来推計入院・外来患者数は、平成29年度（2017年度）の傷病分類別受療率×当院診療圏の将来推計人口により算出。受療率には病院・診療所の患者を含む。平均在院日数は現状のまま推移すると仮定している。
出所：厚生労働省 患者調査、国立社会保障人口問題研究所 人口推計資料等をもとに作成

診療圏における主要疾患別推計患者数（入院・主な減少疾患）は下図の通りです。患者数が多く、若年層に多い統合失調症、気分障害は、人口減少・高齢化の影響を受け減少する見込みです。その他、慢性腎臓病、脊椎障害、関節症等も減少する見込みです。

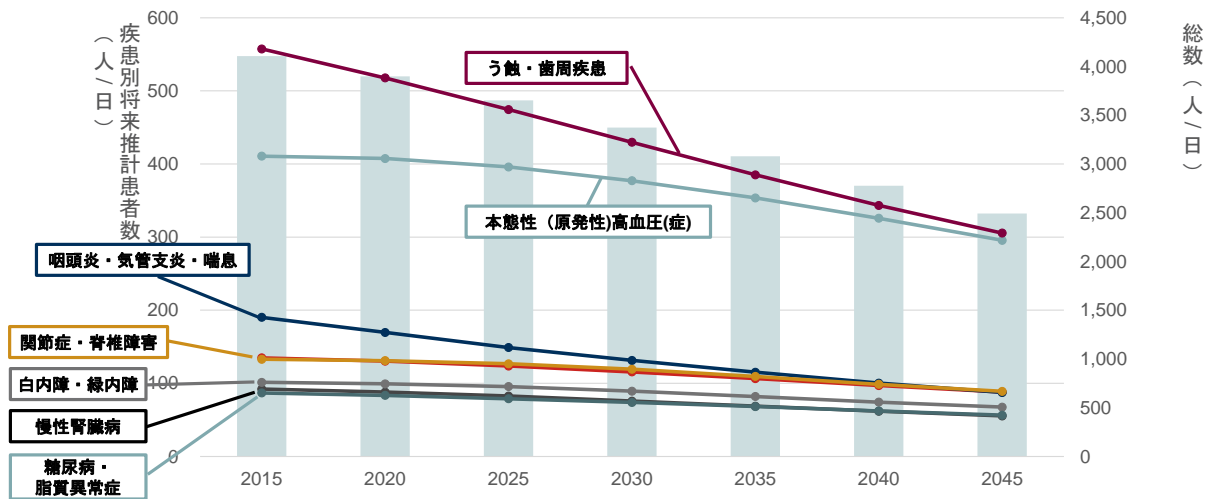
図表 12：診療圏の主要疾患別推計患者数（入院・主な減少疾患）



※将来推計入院・外来患者数は、平成29年度（2017年度）の傷病分類別受療率×当院診療圏の将来推計人口により算出。受療率には病院・診療所の患者を含む。平均在院日数は現状のまま推移すると仮定している。
出所：厚生労働省 患者調査、国立社会保障人口問題研究所 人口推計資料等をもとに作成

診療圏における主要疾患別推計患者数（外来・主要疾患）は下図の通りです。全ての疾患において減少が見込まれますが、脳卒中や心血管疾患の要因となる高血圧、糖尿病、脂質異常症、慢性腎臓病等は一定の患者数が見込まれます。

図表 13：診療圏の主要疾患別推計患者数（外来・主要疾患）



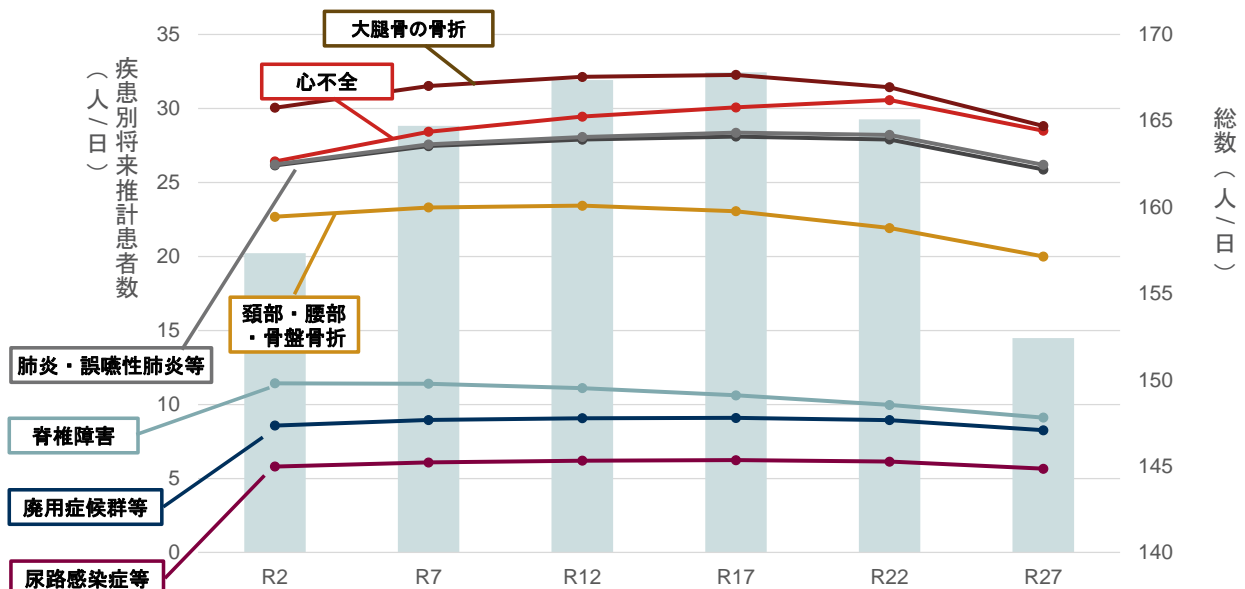
※将来推計入院・外来患者数は、平成 29 年度（2017 年度）の傷病分類別受療率×当院診療圏の将来推計人口により算出。受療率には病院・診療所の患者を含む。平均在院日数は現状のまま推移すると仮定している。

出所：厚生労働省 患者調査、国立社会保障人口問題研究所 人口推計資料等をもとに作成

③ 回復期医療需要の変化

地域包括ケア病棟の主な対象疾患は、令和 17 年（2035 年）までは増加が見込まれます。特に、大腿骨の骨折、心不全、肺炎・誤嚥性肺炎、頸部・腰部・骨盤骨折は一定の需要が見込まれます。令和 22 年（2040 年）以降は人口減少の影響が大きく、減少に転じる見込みです。

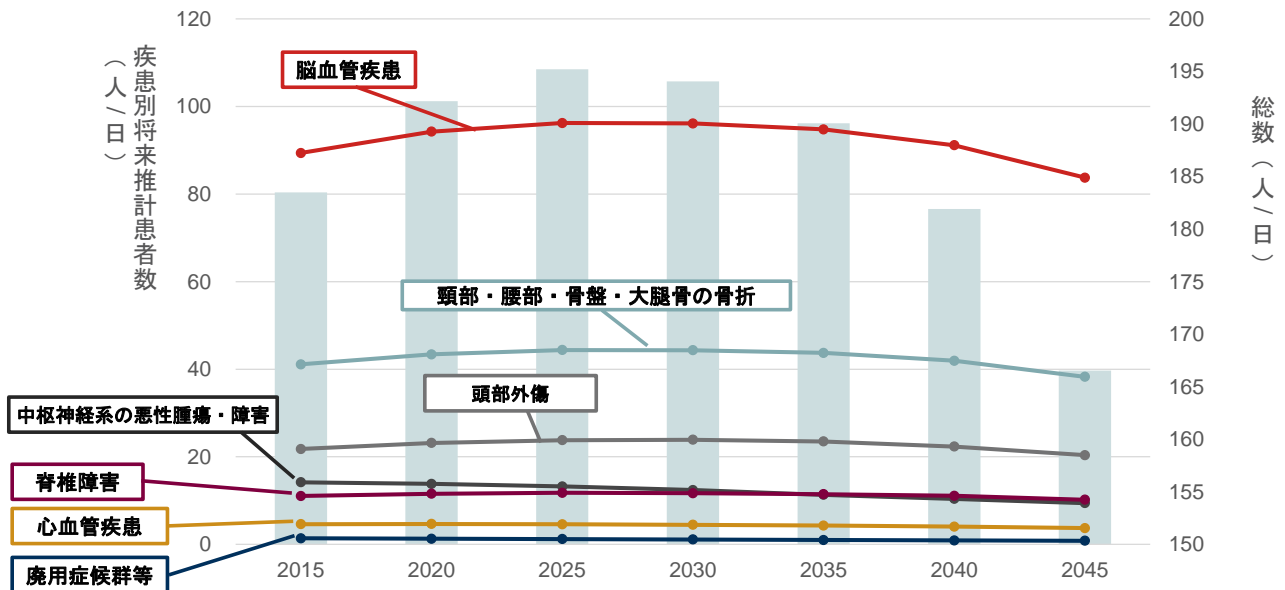
図表 14：診療圏の地域包括ケア病棟の主な対象疾患の将来推計



出所：厚生労働省 患者調査、国立社会保障人口問題研究所 人口推計資料等をもとに作成

回復期リハビリテーション病棟の主な対象疾患は、令和7年（2025年）までは増加が見込まれます。特に、脳血管疾患、頸部・腰部・骨盤・大腿骨の骨折等は一定の需要が見込まれます。令和12年（2030年）以降は人口減少の影響が大きく、減少に転じる見込みです。

図表 15：診療圏の回復期リハビリテーション病棟の主な対象疾患の将来推計

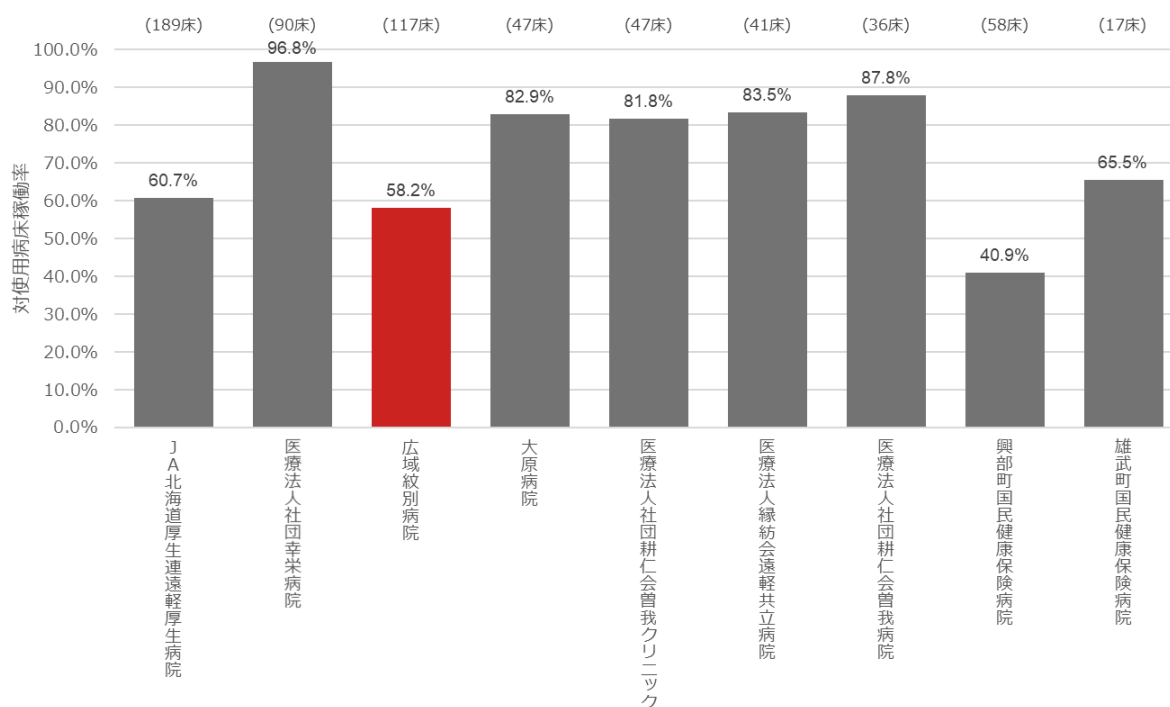


出所：厚生労働省 患者調査、国立社会保障人口問題研究所 人口推計資料等をもとに作成

4) 遠紋保健医療圏の医療提供状況

周辺医療機関の病床稼働率は下図の通りです。地域医療構想の目標稼働率「高度急性期 75%、急性期 78%、回復期 90%、慢性期 92%」を下回る病院もありますが、新型コロナウイルス感染症への対応が影響している可能性もあります。当院周辺には回復期リハビリテーション病棟がないことが急性期後の在宅復帰支援に向けた課題の一つと言えます。

図表 16：各医療機関の令和2年度（2020年度）全病床稼働率（対稼働病床数）



※病床機能区分は、各医療機関の自主的な報告に準じた。

※稼働病床数とは、許可病床数から過去1年間で1度も入院患者を収容しなかった病床数を覗いた病床数。

出所：病床機能報告制度をもとに作成

図表 17：各医療機関の所在

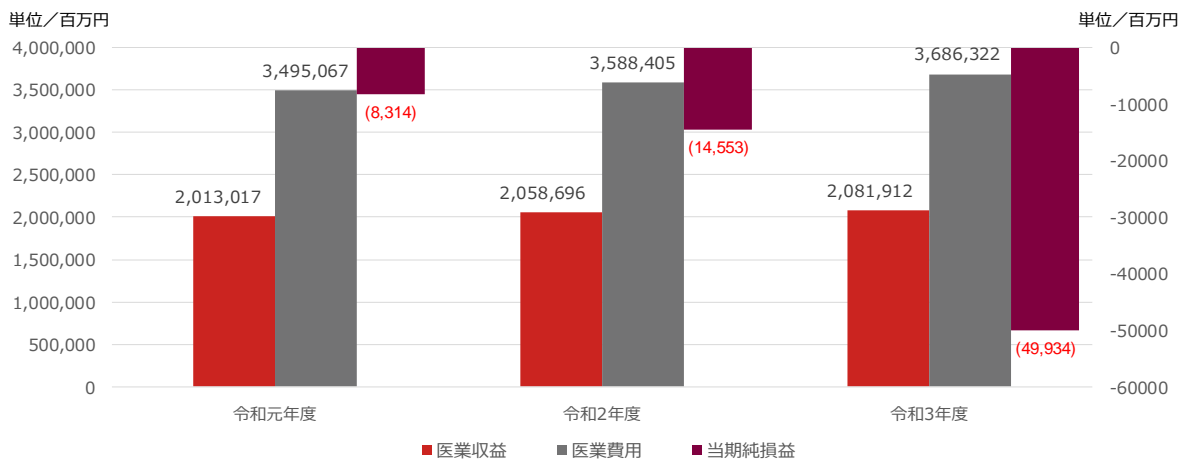


(5) 経営状況及び改革プランの達成状況

1) 概況

当院の直近3か年の経営状況は、医業収益は緩やかに増加していますが、それを上回る水準で医業費用が増加しており、当期純損失が拡大しています。

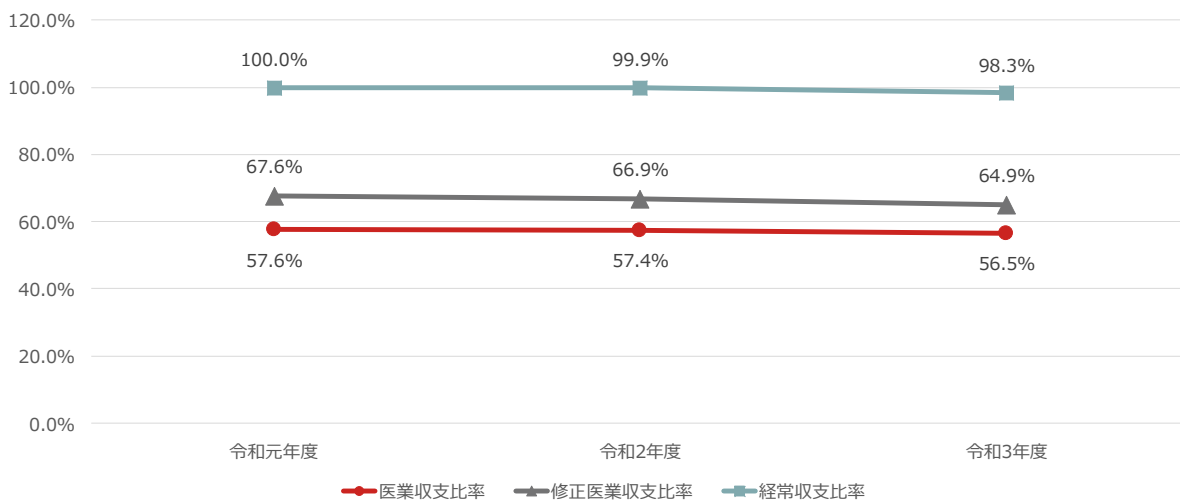
図表 18：医業収益・費用、純損益の推移（令和元年度（2019年度）～令和3年度（2021年度））



出所：広域紋別病院決算データをもとに作成

医業収支比率、修正医業収支比率ともに悪化傾向であり、令和2年度（2020年度）以降は経常収支比率が赤字で推移しています。

図表 19：医業収支比率・経常収支比率等の推移



出所：広域紋別病院決算データをもとに作成

2) 主要指標の推移

① 入院・外来患者指標の推移

当院の令和元年度（2019年度）から令和3年度（2021年度）までの入院及び外来診療に関する経営指標は下記のとおりです。外来に関しては患者数、診療単価ともに増加傾向にあります。

入院に関しては、入院診療単価は増加傾向であり、地域包括ケア病床の稼働率は上昇傾向にあるものの、急性期病床の稼働率は低下しています。

図表 20：入院・外来の主要指標の推移

区分	主要指標	令和元年度	令和2年度	令和3年度
入院 (急性期一般入院料)	1日平均入院患者数(人)	59.9	61.4	54.8
	病床稼働率(%)	46.1%	47.2%	42.1%
	入院診療単価(円)	40,038	41,164	45,488
入院 (地域包括ケア病床)	1日平均入院患者数(人)	10.7	11.8	13.0
	病床稼働率(%)	53.3%	58.9%	64.8%
	入院診療単価(円)	27,546	28,675	29,178
外来	1日平均外来患者数(人)	319.7	295.9	336.2
	外来診療単価(円)	11,253	11,969	11,929

出所：広域紋別病院内部データをもとに作成

各診療科における外来、入院の1日平均患者数は、下記のとおりです。

図表 21：診療科別1日あたり患者数の推移

診療科	外来				入院			
	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
心療内科	—	—	—	—	3.4	2.3	1.0	0.6
循環器科	15.3	17.9	19.1	18.1	3.6	9.2	8.5	8.9
脳神経内科	3.5	3.7	3.8	3.6	—	—	—	—
消化器科	14.5	14.6	14.6	14.3	3.8	2.5	0.6	0.9
呼吸器科	6.0	5.4	5.8	5.9	—	—	—	—
透析科	31.9	31.1	30.2	28.7	—	—	—	—
総合診療科	37.7	37.4	43.6	45.6	18.5	20.6	18.6	10.4
内科計	109.0	110.2	117.0	116.1	29.3	34.6	28.7	20.7
外科	14.9	16.8	26.9	41.1	18.8	17.8	17.1	29.4
産婦人科	10.9	10.2	10.9	10.9	0.8	0.8	0.5	0.5
小児科	51.7	36.5	45.2	39.7	6.9	2.8	3.3	2.8
整形外科	40.1	40.4	50.3	52.4	14.7	16.8	17.0	15.2
耳鼻咽喉科	23.3	17.5	19.1	19.0	—	—	—	—
眼科	35.4	30.3	31.0	31.1	—	—	0.8	1.0
皮膚科	6.9	6.7	7.3	7.5	—	—	—	—
泌尿器科	5.6	5.3	6.3	6.4	—	—	—	—
麻酔科	—	—	—	—	—	—	—	—
一般計	297.8	273.9	313.9	324.2	70.5	72.8	67.5	69.6
精神科	21.9	21.9	22.3	21.2	—	—	—	—
結核(入院)	—	—	—	—	—	—	—	—
合計	319.7	295.9	336.2	345.4	70.5	72.8	67.5	69.6

※令和4年度は7月までのデータ

出所：広域紋別病院内部データをもとに作成

② 常勤医師数の推移

各診療科における常勤医師数の推移は、下記のとおりです。

図表 22：診療科別常勤医師数の推移

診療科	平成 26年度	平成 27年度	平成 27年度	平成 28年度	平成 29年度	平成 30年度	令和 元年度	令和 2年度	令和 3年度
消化器内科	2	2	2	2	3	1	1	1	1
循環器内科	1	0	1	1	1	0	1	1	0
総合診療科	0	0	2	2	2	2	4	5	3
呼吸器内科	0	0	0	0	0	0	0	0	0
神経内科	0	0	0	0	0	0	0	0	0
内科計	3	2	5	5	6	3	6	7	4
外科	3	3	3	3	3	3	3	3	3
産婦人科	1	1	1	1	1	1	1	1	1
小児科	3	3	2	2	3	3	3	3	3
整形外科	1	0	1	1	1	1	2	2	3
耳鼻咽喉科	0	0	0	0	0	0	0	0	0
眼科	0	0	0	0	0	0	0	0	1
皮膚科	0	0	0	0	0	0	0	0	0
泌尿器科	0	0	0	0	0	0	0	0	0
麻酔科	1	1	1	1	1	1	1	1	1
精神科	1	1	1	1	1	1	1	1	1
放射線科	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合計	13	11	14	14	16	13	17	18	17

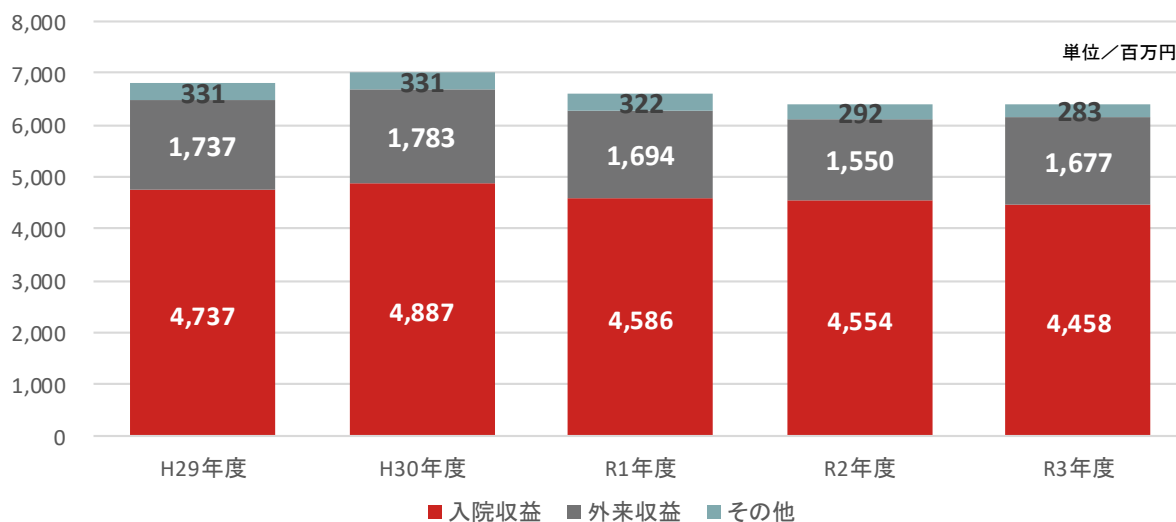
※各年 3月 1日時点の数値

出所：広域紋別内部データをもとに作成

③ 入院・外来収益の推移

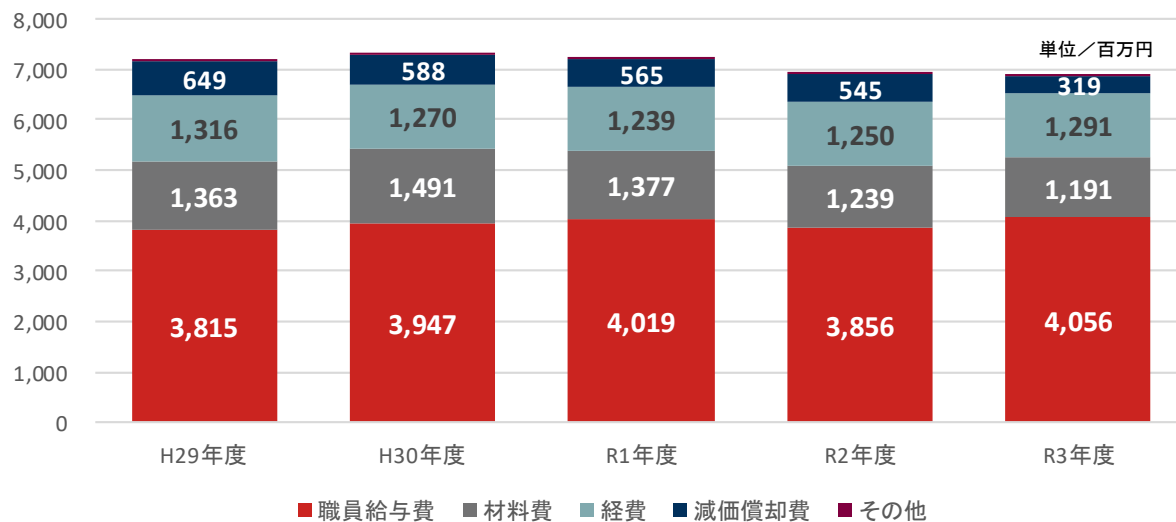
当院の平成29年度（2017年度）から令和3年度（2021年度）までの医業収益、医業費用の推移は下記の通りです。医業収益及び医業収支比率が最も高かった平成30年度（2018年度）と令和3年度（2021年度）を比較すると、入院収益が429百万円減少しています。医業費用についても平成30年度（2018年度）と令和3年度（2021年度）を比較したところ、医業収益の減少により材料費が300百万円減少しているほか、減価償却費が269百万円減少しています。これは、減価償却対象資産の償却期間の終了時期が重なったことが要因です。

図表 23：医業収益内訳推移



出所：広域紋別内部データをもとに作成

図表 24：医業費用内訳推移

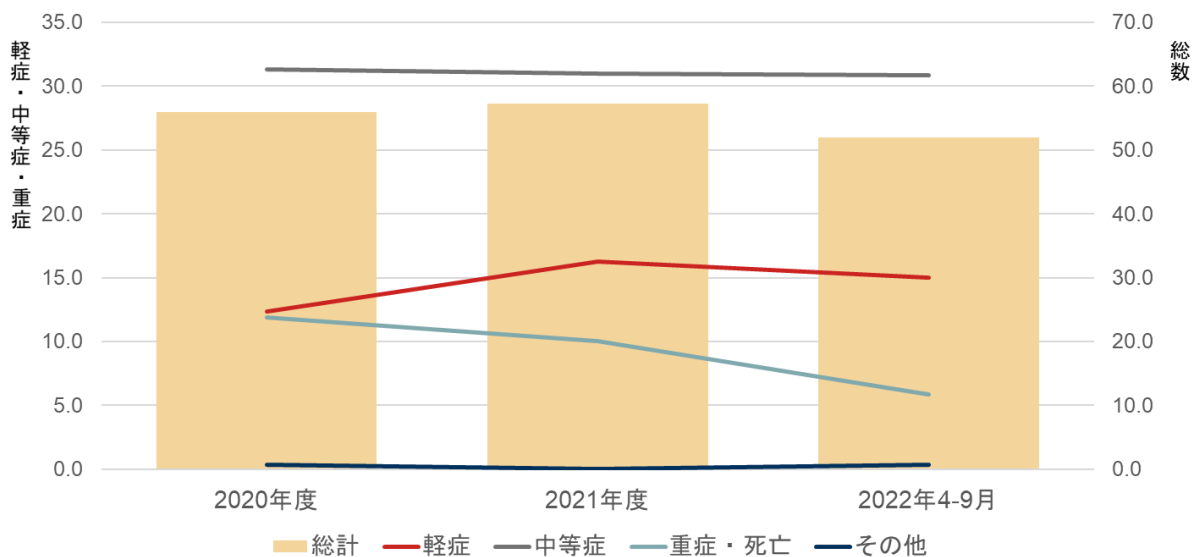


出所：広域紋別内部データをもとに作成

④ 救急医療の状況

当院への傷病程度別救急車搬送数は、軽症・中等症が多く、重症・死亡は減少傾向にあります。

図表 25：当院への重症度別救急車搬送件数



出所：広域紋別病院救急台帳をもとに作成

紋別地区消防組合消防本部からの救急車搬送のうち、当院は概ね4割を受け入れており、地域の救急医療において重要な役割を果たしています。

図表 26：救急車搬送状況

当院への搬送（2019年度）	608
紋別地区消防組合本部 搬送件数総計（2019年度）	1,633
割合（参考値）	37.2%

出所：広域紋別病院救急台帳、北海道消防年報（令和元年救急救助年報）をもとに作成

⑤ 主傷病別患者数

急性期病棟では、肺炎、慢性腎臓病、心不全、大腿骨骨折等、今後一定の需要が見込まれる疾患を多く受け入れていきます。

図表 27：急性期病棟の主傷病別退院患者数

主傷病名	2019年度	2020年度	2021年度	2022年4-6月	総計
肺炎, 詳細不明	98	34	42	7	181
慢性腎臓病, 詳細不明	52	52	36	11	151
急性上気道感染症, 詳細不明	74	31	31	5	141
心不全, 詳細不明	16	53	54	15	138
大腸<結腸>のポリープ	38	38	30	7	113
白内障, 詳細不明			81	23	104
詳細不明の原因による胃腸炎及び大腸炎	31	21	26	1	79
尿路感染症, 部位不明	26	24	24	3	77
転子貫通骨折; 閉鎖性	18	29	24	4	75
大腿骨頸部骨折; 閉鎖性	26	25	21	1	73
コロナウイルス感染症 2019		21	39	8	68
気管支又は肺, 部位不明	16	25	18	6	65
S 状結腸	29	10	18	6	63
食物及び吐物による肺臓炎	7	30	20	3	60
胃, 部位不明	16	19	21	2	58
喘息発作重積状態	33	8	9	5	55
急性虫垂炎, その他及び詳細不明	17	26	10	1	54
うっ血性心不全	21	21	10		52
細菌性肺炎, 詳細不明	25	13	11	2	51
一側性又は患側不明のそけい<鼠径>ヘルニア	13	12	20	6	51
その他	1,153	1,148	1,087	265	3,653
合計	1,709	1,640	1,632	381	5,362

出所：広域紋別病院 DPC データをもとに作成

地域包括ケア病床においては、整形外科系の患者を中心に、胃・直腸の悪性新生物、糖尿病、統合失調症、脳梗塞・心不全等、多岐にわたる疾患を受け入れていきます。

図表 28：地域包括ケア病床の主傷病別退院患者数

主傷病名	2019年度	2020年度	2021年度	2022年4-6月	総計
腰椎骨折; 閉鎖性	13	15	18	4	50
大腿骨頸部骨折; 閉鎖性	16	17	15	2	50
直腸の悪性新生物<腫瘍>	16	9	20		45
転子貫通骨折; 閉鎖性	13	14	11	5	43
橈骨遠位端骨折; 閉鎖性	1	9	21		31
胃, 部位不明	9	1	11	6	27
盲腸	15		6	1	22
膝体部	16	5			21
胸椎骨折; 閉鎖性	2	5	4	4	15
乳房, 部位不明	5	1	6	2	14
肩(回旋筋) 腱板の筋及び腱の損傷	6	2	3	1	12

主傷病名	2019年度	2020年度	2021年度	2022年4-6月	総計
2型<インスリン非依存性> 糖尿病<NIDDM>, 合併症を伴わないもの		5	3	2	10
慢性腎臓病, 詳細不明		5	5		10
恥骨骨折; 閉鎖性	2	4	3	1	10
統合失調症, 詳細不明	6	3			9
脳梗塞の続発・後遺症	2	3	3	1	9
その他の明示された椎間板ヘルニア<変位>	1	3	5		9
大腿骨遠位端骨折; 閉鎖性	1	2	5	1	9
直腸S状結腸移行部の悪性新生物<腫瘍>			8		8
心不全, 詳細不明		6	2		8
その他	74	103	131	24	332
合計	198	212	280	54	744

出所：広域紋別病院 DPC データをもとに作成

今後の病床機能転換を検討するために、当院の退院患者のうち、回復期リハビリテーション病棟の対象となる可能性のある患者を抽出したところ、大腿骨・脊椎の骨折、脳血管疾患、虚血性心疾患等、一日あたり40人程度の対象患者が見込まれました。

図表 29：(参考) 回復期リハビリテーション病棟の対象となる可能性のある主傷病別退院患者数

主傷病名	2019年度	2020年度	2021年度	2022年4-6月	総計
大腿骨頸部骨折; 閉鎖性	42	42	36	3	123
転子貫通骨折; 閉鎖性	31	43	35	9	118
腰椎骨折; 閉鎖性	30	27	33	7	97
胸椎骨折; 閉鎖性	7	10	7	4	28
恥骨骨折; 閉鎖性	5	6	9	5	25
脳梗塞の続発・後遺症	7	6	8	2	23
狭心症, 詳細不明	6	8	7	2	23
脊柱管狭窄(症)	3	5	11	3	22
大腿骨遠位端骨折; 閉鎖性	4	6	8	2	20
その他の明示された椎間板ヘルニア<変位>	2	7	10		19
下腿のその他の部位の骨折; 閉鎖性	4	3	6	1	14
脳梗塞, 詳細不明	5	3	6		14
その他の型の狭心症	7	4	3		14
記録されたれん<攣>縮を伴う狭心症	6	5	2		13
外果骨折; 閉鎖性	3	2	5	2	12
不安定狭心症	3	7	2		12
無痛性<無症候性>心筋虚血	5	6			11
筋の消耗及び萎縮, 他に分類されないもの	1	7	3		11
大動脈の解離[各部位]	1	6	3		10
てんかん, 詳細不明	3	3	3	1	10
その他	80	57	86	16	239
年間合計退院患者数	255	263	283	57	858
想定平均在院日数	60	60	60	60	60
1日当たり延入院患者数	42	43	47	38	43

出所：広域紋別病院 DPC データをもとに作成

3) 経営分析

① ベンチマーク経営分析

当院の経営状況を類似機能・類似規模の市町村直営病院との相対的評価によって明らかにするため、直近のデータである「地方公営企業年鑑 病院事業」の令和2年度（2020年度）データを活用し、収支分析を実施しました。

比較病院は130～170床の一般病院（データに不備がある病院を除く）として抽出したところ、当院を含めて49病院が対象となりました。

収支分析の結果、北海道エリアは経営が厳しい病院が多く、本業の医業損益（補助金を除く、長期前受金戻入は算入）の金額で比較すると、当院は47位という結果でした（40位、44位、48位も北海道の病院）。

➔ 49病院の医業損益（補助金を除く、長期前受金戻入は算入）の平均▲507百万円に対して、当院は▲1,352百万円

図表 30：施設・業務概況及び損益計算書（単位：千円・％）

■ (1) 管理者の情報： 1. 自治体職員 2. 民間企業出身 3. 学術・研究機関出身 4. その他	広域紋別病院 企業団	49病院 平均
■ (3) 病院の立地条件： 1. 不採算地区病院 第1種該当 2. 不採算地区病院 第2種該当 3. 不採算地区中核病院 第1種該当 4. 不採算地区中核病院 第2種該当 5. その他	広域紋別病院	
(1) 施設及び業務概況に関する調		
3. 法適用区分➡ 1. 全部適用 2. 一部適用	1	
(1) 管理者の情報	1	
(2) 病床数		
ア. 一般病床	148	121
イ. 療養病床	0	23
ウ. 結核病床	0	1
エ. 精神病床	0	2
オ. 感染症病床	2	1
カ. 計	150	147
(3) 病院の立地条件	2・4	
(6) 救急病院の告示		
ア. 告示の有無	1	
イ. 告示病床数	6	6
7. 業務		
(1) 看護の基準	0	
(2) 1日平均患者数(人)		
ア. 1日平均入院患者数	73	100
イ. 1日平均外来患者数	296	262
8. 職員数(人)	203	241
(2) 損益計算書		
(1) 医業収益	2,058,695	2,154,315
ア. 入院収益	1,057,088	1,260,719
イ. 外来収益	858,679	685,752
ウ. その他医業収益	142,928	207,844
(ア) 他会計負担金	76,533	106,327

(イ) 室料差額収益	1,116	17,408	
(ウ) その他	65,279	84,109	
(2) 医業外収益	1,678,359	653,749	
★ウ. 国庫補助金	679,413	153,014	
★エ. 都道府県補助金	3,289	43,806	
キ. 長期前受金戻入	254,321	70,637	
★ケ. その他医業外収益	24,541	93,626	
(1) 医業費用	3,588,405	2,625,161	
ア. 職員給与費	1,730,604	1,507,880	
①基本給+手当	1,297,330	1,187,308	
②報酬	134,832	65,939	
③退職給付費	74,255	30,265	
④法定福利費	224,187	224,368	
イ. 材料費	452,521	360,819	
ウ. 減価償却費	506,265	188,517	
➡減価償却費(長期前受金戻入後)	251,944	117,880	
エ. 経費	890,845	554,974	
①光熱水費	52,299	43,562	
②通信運搬費	5,706	3,959	
③修繕費	16,508	19,431	
④委託料	336,898	254,299	
⑤その他	479,434	233,723	
オ. 研究研修費	3,135	4,630	
(2) 医業外費用	150,756	176,467	
ア. 支払利息	140	25,462	
オ. その他医業外費用	150,616	148,517	
3. 経常利益又は経常損失	▲ 2,107	6,437	
7. 他会計繰入金(特別利益分を除く)	790,529	391,862	
10. 修正医業収支比率=医業収益<負担金除く>÷医業費用	55	78	
長期前受金戻入は算入➡	I. 医業損益 (負担金除く)	▲ 1,351,922	▲ 506,535
	II. 粗利益 = I - 材料費	1,529,641	1,687,169
職員給与費÷II. 粗利益➡	労働分配率①	113.1%	89.4%
(職員給与費・委託費)÷II. 粗利益➡	労働分配率②	135.2%	104.4%

出所：総務省「地方公営企業年鑑 病院事業」(令和2年度(2020年度)のデータを加工して作成)

【収支改善の最重要ポイント】

医業収益(特に入院収益)と人件費のバランス改善が、当院の経営改善の最重要ポイントと言えます。粗利益(補助金を除く医業収益-材料費)に占める職員給与費は113.1%(49病院平均89.4%)、粗利益(補助金を除く医業収益-材料費)に占める職員給与費・委託費は135.2%(49病院平均104.4%)であり、極めて高くなっています。

全体の病床利用率が48.8%と低く(49病院平均67.7%)、医師の生産性(医師1人当たりの診療収入、医師1人当たりの入院患者数・外来患者数)も低くなっています。

当院の入院診療単価は 39,594 円であり、49 病院の 34,963 円よりも上回っていますが（内訳では処置・手術料が+3,239 円）、一般病床の平均在院日数が 49 病院平均の 18.4 日に対して 12.0 日と短いことも影響していると考えられます。さらに、粗利益（補助金を除く医業収益－材料費）に占める職員給与費の高さを踏まえると、職員の配置が加算や管理料などの施設基準向上につながっていないことも懸念されます（正規職員の平均給与単価が高いことも総人件費を押し上げている要因になっているが、労働需給状況から難しい面もある）。

病床利用率の向上については、入院患者数の増加策が当然に必要であり、①病床機能の転換（病床機能別の病床数の変更含む）、②救急体制や地域連携の強化、③看護師数の制約の克服（看護師の生産性は低い）などが大きな方向性になると考えられます。

3 病棟体制の維持が難しいと判断した場合、病床規模をダウンサイジング（2 病棟体制）することも選択肢の一つになります。仮に現行の入院患者数が大きく増加しないとすれば、2 病棟体制の移行による看護職員夜間看護配置加算 16 対 1 の算定、99 床へのダウンサイジングによる不採算地区特別交付税の増額（普通交付税の減額を上回る）、特定療養疾患管理料の診療報酬点数アップ（87 点→147 点）などにより、収益性を向上させることが可能です。

【収支改善のその他のポイント】

1. 個室 24 部屋は室料差額を徴収しておらず、差額をとっている部屋が特別室の 2 床だけであることも検討の余地はあると考えられます（49 病院平均の 19%に対し、当院の全体病床数に占める室料差額対象病床の割合は 1.3%と極めて低い）。
2. 当院の救急告示病院の救急病床数（普通交付税の対象）は 6 床ですが、他病院の状況や今後の運用の必要性を踏まえると、増床を申請することも選択できると考えられます。
3. 立地として困難な点も少なくないかもしれませんが、材料費や経費の各項目についても 49 病院平均よりも総じて高く、可能な項目については見直していきます。診療材料費については他病院のベンチマークデータをもとに価格交渉を行っていきます。また薬品費については後発医薬品の導入を推進していきます。

図表 31：経営指標（単位：千円・%）

	広域紋別病院 企業団	49 病院 平均
	広域紋別病院	
2. 病床利用率 (%)		
(1) 一般	49.4	68.9
(2) 療養	-	70.5
(5) 感染症	-	22.6
(6) 計	48.8	67.7
3. 平均在院日数（一般病床のみ）	12.0	18.4
4. 患者数		
(1) 1 日平均患者数（人）		
ア. 入院	73.0	99.8
イ. 外来	296.0	261.5

(2) 外来入院患者比率 (%)	269.4	184.4
(3) 職員一人当たり患者数 (人)		
ア. 医師		
(ア) 入院	3.6	7.1
(イ) 外来	9.8	12.2
イ. 看護部門		
(ア) 入院	0.8	0.9
(イ) 外来	2.1	1.6
5. 収入		
(1) 患者1人1日当たり診療収入 (円)		
ア. 入院	39,594	34,963
(ア) 投薬	882	515
(イ) 注射	1,466	1,218
(ウ) 処置・手術	7,380	4,141
(エ) 検査	2,568	954
(オ) 放射線	1,066	557
(カ) 入院料	23,141	22,381
(キ) 給食	1,619	1,662
(ク) その他	1,473	3,536
イ. 外来	11,940	10,502
(ア) 投薬	234	516
(イ) 注射	1,692	1,385
(ウ) 処置・手術	2,635	1,732
(エ) 検査	2,969	2,474
(オ) 放射線	1,026	1,152
(カ) 初診料	260	332
(キ) 再診料	795	1,102
(ク) その他	2,329	1,809
(2) 職員1人1日当たり診療収入 (円)		
ア. 医師	260,188	361,615
イ. 看護部門	56,316	47,126
10. 室料差額の状況		
(1) 1人1日当たり徴収額 (円)		
ア. 個室		
(ア) 最高	13,200	7,983
(イ) 最低	13,200	3,734
イ. 2人以上室		
(ア) 最高		2,056
(イ) 最低		2,127
(2) 室料差額対象病床数/総病床数 (%)	1	19
13. 一床当たり固定資産		
(1) 償却資産	33,508	16,968
ア. 建物	27,966	12,876
イ. 器械・備品	4,339	2,821

出所：総務省「地方公営企業年鑑 病院事業」（令和2年度（2020年度）のデータを加工して作成）

図表 32：職種別/正規職員数（年度末）・正規職員給与平均月額（単位：円）

	広域紋別病院 企業団	49病院 平均
	広域紋別病院	
1. 事務職員		
(1) 職員数 (人)	16	13
(2) 基本給	256,881	324,012
(3) 手当	159,672	172,889
ア. 時間外勤務手当	36,289	22,980
イ. 特殊勤務手当	6,348	6,597
ウ. 期末勤勉手当	92,990	117,440
エ. その他	24,045	28,564
(4) 計	416,552	496,901
(5) 平均年齢 (歳)	42	45
(6) 平均経験年数 (年)	4	11
2. 医師		
(1) 職員数 (人)	18	12
(2) 基本給	614,566	619,283
(3) 手当	1,646,269	953,814
ア. 時間外勤務手当	44,708	75,761
イ. 特殊勤務手当	765,776	404,689
ウ. 期末勤勉手当	259,635	223,761
エ. その他	576,151	287,239
(4) 計	2,260,836	1,573,097
(5) 平均年齢 (歳)	47	49
(6) 平均経験年数 (年)	20	18
3. 看護師		
(1) 職員数 (人)	75	85
(2) 基本給	344,916	301,416
(3) 手当	211,005	175,223
ア. 時間外勤務手当	39,989	16,395
イ. 特殊勤務手当	32,749	22,182
ウ. 期末勤勉手当	107,583	107,083
エ. その他	30,683	29,562
(4) 計	555,920	476,639
(5) 平均年齢 (歳)	35	43
(6) 平均経験年数 (年)	14	17
4. 准看護師		
(1) 職員数 (人)	1	4
(2) 基本給	305,167	301,359
(3) 手当	243,333	175,516
ア. 時間外勤務手当	66,667	20,294
イ. 特殊勤務手当	40,667	24,934
ウ. 期末勤勉手当	112,667	103,287
エ. その他	23,333	27,734
(4) 計	548,500	476,875
(5) 平均年齢 (歳)	61	55
(6) 平均経験年数 (年)	8	21
5. 医療技術員		
(1) 職員数 (人)	31	37

(2) 基本給	287,664	295,750
(3) 手当	179,457	159,660
ア. 時間外勤務手当	29,199	18,966
イ. 特殊勤務手当	17,688	11,194
ウ. 期末勤勉手当	103,995	104,891
エ. その他	28,575	24,609
(4) 計	467,121	455,410
(5) 平均年齢(歳)	40	41
(6) 平均経験年数(年)	14	15
6. その他職員		
(1) 職員数(人)	4	9
(2) 基本給	263,354	270,549
(3) 手当	147,292	136,482
ア. 時間外勤務手当	13,542	10,313
イ. 特殊勤務手当	8,292	18,275
ウ. 期末勤勉手当	98,125	94,917
エ. その他	27,333	18,438
(4) 計	410,646	407,031
(5) 平均年齢(歳)	46	51
(6) 平均経験年数(年)	1	9
7. 全職員		
(1) 職員数(人)	145	156
(2) 基本給	354,231	322,663
(3) 手当	383,180	228,650
ア. 時間外勤務手当	37,210	19,300
イ. 特殊勤務手当	121,064	47,432
ウ. 期末勤勉手当	124,609	115,143
エ. その他	100,297	46,776
(4) 計	737,411	551,313
(5) 平均年齢(歳)	41	45
(6) 平均経験年数(年)	11	15

※平均年齢、平均経験年数については、会計年度任用職員を含む。

出所：総務省「地方公営企業年鑑 病院事業」(令和2年度(2020年度)のデータを加工して作成)

【不良債務(貸借対照表)の視点】

令和3年度(2021年度)決算は令和2年度(2020年度)決算に対して医業未払金が4.4億円増加しています。この内容は病院改修工事と電子カルテの更新費用であり、令和4年度(2022年度)において既に支払っていますので、「流動資産-流動負債」の金額は令和3年度(2021年度)決算では5.4億円ですが、現状においては実質的に1億円程度ということになります。

このことは不良債務のマイナスの余裕がなく、資金繰りとしては厳しいことを意味しています。経営改善は早急な課題であることを前提とし、経営強化プランの中で改善策を作成し、実行していきます。

② 施設基準向上可能性調査

ベンチマーク経営分析の結果、「職員の配置が加算や管理料などの施設基準向上につながっていない」という仮説を検証するため、「令和4年（2022年）7～11月/医事コード別集計表」、「令和4年（2022年）7月/様式9」のデータに基づき、施設基準向上可能性調査を実施しました。

その結果、下記の17項目について対応し、診療単価向上と医療の質向上を目指します。

【基準をアップする管理料・加算】

1. 急性期看護補助体制加算50対1⇒25対1（看護補助者50%以上）

➔ 既に基準アップの算定実績はできているため、早期の算定を目指します。

<1箇月の収支改善効果の予測>

962件（令和4年（2022年）8月の急性期看護補助体制加算50対1の算定件数）×40点
（＝240点－200点）＝38.5万円

2. 地域包括ケア入院医療管理料2⇒1

➔ 自宅等からの入棟割合や緊急患者の受入の基準が高くなり、在宅医療の実績等も2つ以上求められますが、入院医療管理料1は200床未満のみが算定できるものです。地域包括ケア病床としての役割の拡大や収支改善効果も大きく、遅くとも令和7年度（2025年度）当初からの算定を目指します。

<1箇月の収支改善効果の予測>

397件（令和4年（2022年）11月の地域包括ケア入院医療管理料の算定件数）×189点
（＝2809点－2620点）＝75万円

※当該病床の拡大に伴い、さらに改善効果は増加するとともに、入院料1の算定に伴う在宅患者支援初期加算の算定件数の増加、1病棟単位への変更に伴う急性期患者支援病床初期加算の算定開始による増収も見込むことができます。

➔ 別途、一般病床の地域包括ケア病床に対し、令和5年（2023年）4月から求められる在宅療養支援病院の認定又は同一敷地内での訪問看護ステーションの開設の施設基準については、令和4年度（2022年度）中に在宅療養支援病院の認定を受けることで対応します。

3. 認知症ケア加算3⇒2

➔ 「経験5年かつ600時間以上の研修を修了した常勤看護師」を専任で配置すれば、加算2の算定は可能となるため、来年度以降の算定を目指します。

<1箇月の収支改善効果の予測>

135件（令和4年（2022年）11月の認知症ケア加算3<14日以内>の算定件数）×60点
（＝100点－40点）＝8.1万円

300件（令和4年（2022年）11月の認知症ケア加算3<15日以上>の算定件数）×15点
（＝25点－10点）＝4.5万円

53件（令和4年（2022年）11月の認知症ケア加算3<14日以内：身体的拘束>の算定件数）×36点（＝60点－24点）＝1.9万円

29件（令和4年（2022年）11月の認知症ケア加算3<15日以上：身体的拘束>の算定件数）×9点（＝15点－6点）＝0.3万円

■合計：14.8万円

【新規の算定を行う項目】

1. 夜間急性期看護補助体制加算 100対1・50対1＋夜間看護体制加算

- ➔ 既に夜間急性期看護補助体制加算 100対1又は50対1の算定実績はできているため、令和4年度（2022年度）中の算定を目指します。夜間看護体制加算については来年度以降の算定を目指します。

< 1箇月の収支改善効果の予測 >

- 夜間急性期看護補助体制加算 100対1の場合

$$962 \text{ 件（令和4年（2022年）8月の急性期看護補助体制加算 50対1の算定件数）} \times 105 \text{ 点} \\ = \underline{101 \text{ 万円}}$$

- 夜間急性期看護補助体制加算 50対1の場合

$$962 \text{ 件（令和4年（2022年）8月の急性期看護補助体制加算 50対1の算定件数）} \times 120 \text{ 点} \\ = \underline{115.4 \text{ 万円}}$$

※追加で夜間帯に看護補助者を配置した場合は、当該増収分から追加の看護補助者の夜間手当を控除したものが収支改善額となる

- 夜間看護体制加算

$$962 \text{ 件（令和4年（2022年）8月の急性期看護補助体制加算 50対1の算定件数）} \times 60 \text{ 点} \\ = \underline{57.7 \text{ 万円}}$$

2. 看護補助者配置加算（地域包括ケア病床）

- ➔ 現状の配置数を踏まえると、算定に必要な実績作りは難しくないと考えられるため、早期の算定を目指します。

< 1箇月の収支改善効果の予測 >

$$354 \text{ 件（令和4年（2022年）8月の看護職員配置加算の算定件数）} \times 160 \text{ 点} = \underline{56.6 \text{ 万円}}$$

3. せん妄ハイリスク患者ケア加算

- ➔ 算定の様式や院内の運用も構築できており、令和4年度（2022年度）中の算定を目指します。

< 1箇月の収支改善効果の予測 >

$$30 \text{ 件（当院の入院患者数を踏まえて他病院の算定件数から仮定）} \times 100 \text{ 点} = \underline{3 \text{ 万円}}$$

4. 患者サポート体制充実加算

- ➔ 算定に必要な人的配置は可能と考えられるため、早期の算定を目指します。

< 1箇月の収支改善効果の予測 >

$$94 \text{ 件（令和4年（2022年）11月の医療安全医療安全対策加算2の算定件数）} \times 70 \text{ 点} \\ = \underline{6.6 \text{ 万円}}$$

5. 感染対策向上加算2・連携強化加算

- ➔ 算定要件の感染制御チームは既に編成され、活動しているため、早期の算定を目指します。

< 1箇月の収支改善効果の予測 >

$$94 \text{ 件（令和4年（2022年）11月の医療安全医療安全対策加算2の算定件数）} \times 205 \text{ 点} \\ = \underline{19.3 \text{ 万円}}$$

6. 医師事務作業補助体制加算 100対1 (加算 2)

- ➔ 算定に必要な専従者 1 名に対する既存業務からの配置転換は可能と考えられるため、早期の算定を目指します。

< 1 箇月の収支改善効果の予測 >

$$94 \text{ 件 (令和 4 年 (2022 年) 11 月の医療安全医療安全対策加算 2 の算定件数)} \times 260 \text{ 点} \\ = \underline{24.4 \text{ 万円}}$$

その他として、対象患者、人的配置、算定要件などを踏まえると、下記の項目についても算定が可能と考えられるため、早期の新規算定を目指します。

7. 下肢創傷処置管理料

8. 二次性骨折予防継続管理料 2・3

9. がん性疼痛緩和指導料

10. 臨床研修病院入院診療加算 (協力型)

11. 一般名処方加算

12. 後発医薬品使用体制加算 3

【算定件数の増加を目指す項目 (現在も算定中)】

1. 診療情報提供料 I - 退院時診療状況添付加算

- ➔ 診療情報提供料 I (入院での算定に限る) に対する算定割合は低く、医療機関との連携強化にもつながり、算定漏れも懸念されることから、算定フローの再構築などによって、早々に算定割合の向上 (80%程度) を目指します。

< 1 箇月の収支改善効果の予測 >

$$200 \text{ 点} \times 37 \text{ 件 (令和 4 年 (2022 年) 8 月実績)} \times 56\% (=80\% - 24\% < \text{令和 4 年 (2022 年) 8 月実績}>) = \underline{4.1 \text{ 万円}}$$

2. 重症者等療養環境特別加算 (個室) 及び室料差額収益

- ➔ 当院は重症者等療養環境特別加算の個室を 4 床分申請していますが、算定件数は令和 4 年 (2022 年) 10 月 71 件、11 月 66 件であり、当該病床の稼働率は 60%未滿になっています。また、ベンチマーク経営分析でも記載したように、当院は個室 24 床 (特別室 2 床を除く) を有している一方、室料差額部屋の設定が特別室の 2 床しか設定していません。医療上の理由により、個室に患者さんを入院させて室料差額を徴収していないケースはあると考えられるため、運用を工夫し、当該加算の算定件数の増加を目指します。さらに、室料差額部屋の設定の拡大も推進していきます。

< 1 箇月の収支改善効果の予測 (重症者等療養環境特別加算) >

$$300 \text{ 点} \times 4 \text{ 床} \times 30 \text{ 日} \times (80\% < \text{目標値}> - 58\% < \text{令和 4 年 (2022) 年 10 月実績}>) = \underline{7.9 \text{ 万円}}$$

< 1 箇月の収支改善効果の予測 (室料差額収益) >

$$3,000 \text{ 円} < \text{仮置}> \times 24 \text{ 床} \times 30 \text{ 日} \times 50\% < \text{仮置}> = \underline{108 \text{ 万円}}$$

【その他】

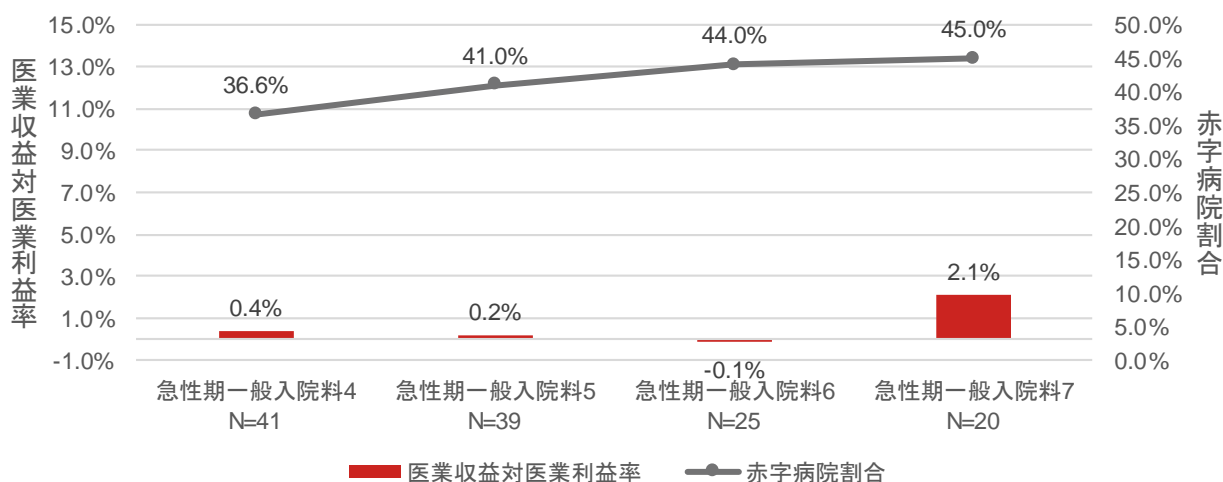
今回の「施設基準向上可能性調査」とは別に当院の令和4年（2022年）12月のレセプト全体調査を実施し、レセプトデータから診て算定できる可能性のあるリスト一覧の情報提供を受けました。指摘項目は、「A：診療行為はあったはずなので、請求できる」、「B：診療行為はあり請求されているが、より高点数で請求できる」、「C：診療行為が算定条件を満たしているか確認が必要、条件が満たされていれば請求可能」、「D：診療行為ができるはずなので、今後行えば請求可能」の四種類に分類されていますが、A～Cの実現によって月額で1.5百万円以上の増収になる可能性も示唆されており、今後において個別の指摘に対して具体的に精査し、適正に対応していきます。

③ 入院料別の経営状況の事例

今後の病床機能を検討する参考として、入院料別の医業収益対利益率及び赤字病院割合を以下に示します。

急性期一般入院料4～7を算定する病院の場合、医業利益率は-0.1～2.1%前後です。赤字病院割合は36～45%と、他入院料と比較して医業利益率は低く、赤字病院割合は高い傾向にあります。また、急性期一般入院料7を除き、入院料が4に近づくほど医業利益率及び赤字病院割合は向上している傾向にあります。

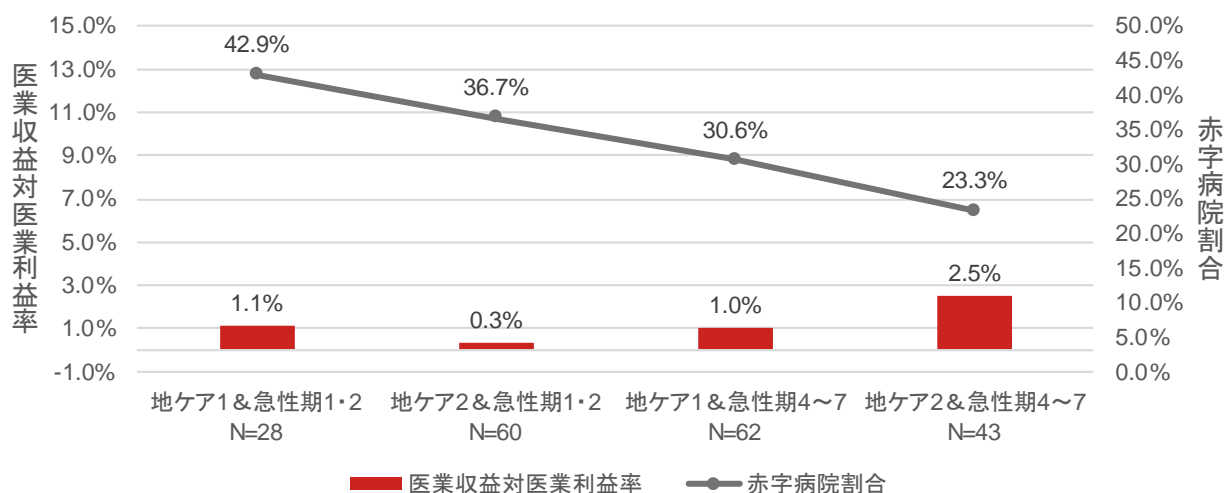
図表 33：急性期一般入院料4～7を算定する病院の経営状況（平成30年度（2018年度））



出所：独立行政法人福祉医療機構「2018年度 病院の経営状況について」をもとに作成

急性期一般入院料と地域包括ケア病棟入院料又は入院医療管理料を算定する病院の場合、医業利益率は1～2.5%前後です。赤字病院割合も20～40%とバラつきはありますが、急性期一般入院料4～7よりも地域包括ケア病棟あるいは病床を算定した方が、経営状況は良い傾向にあります。

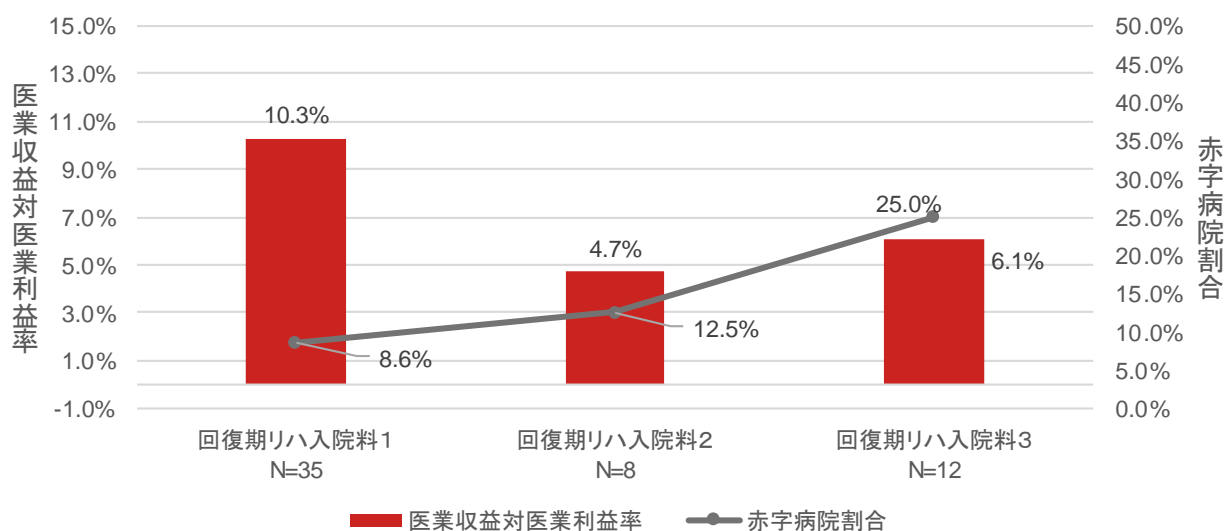
図表 34：急性期一般入院料と地域包括ケア病棟又は病床を算定する
病院の経営状況（平成30年度（2018年度））



出所：独立行政法人福祉医療機構「2018年度 病院の経営状況について」をもとに作成

回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病院の場合、医療利益率は5～10%前後です。赤字病院割合は8～25%と、他入院料と比較して医療利益率及び赤字病院割合共に良好な水準にあります。また、回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2のほうが、入院料3よりも経営状況は良い傾向にあります。

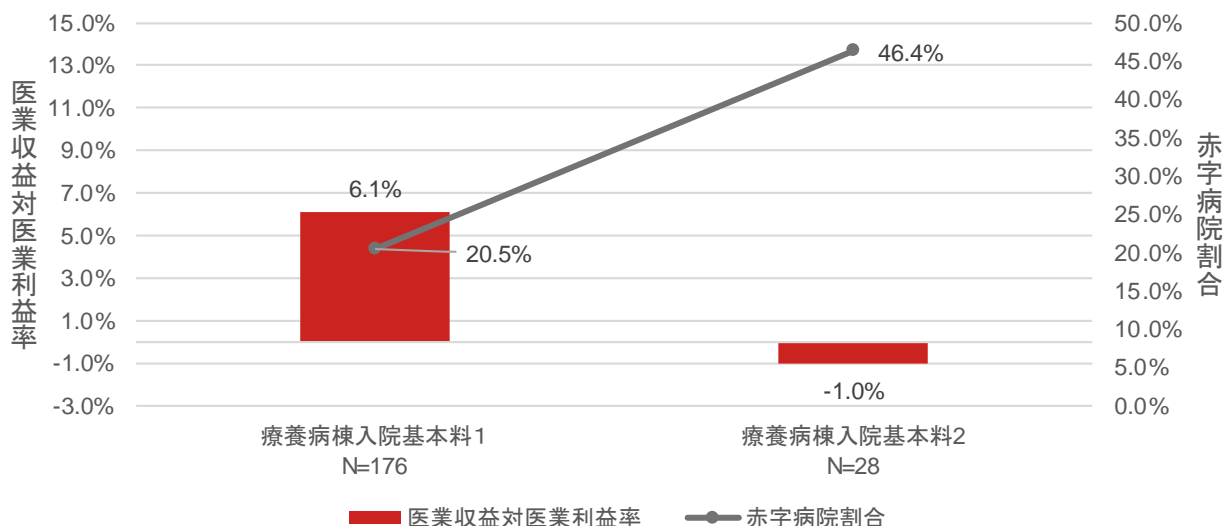
図表 35：回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病院の経営状況（平成30年度（2018年度））



出所：独立行政法人福祉医療機構「2018年度 病院の経営状況について」をもとに作成

療養病棟入院基本料を算定する病院の場合、医療利益率は-1～6%前後、赤字病院割合は20～46%です。療養病棟入院基本料1は、急性期より経営状況は良好で、回復期リハより劣後している傾向にあります。また、療養病棟入院基本料1のほうが、入院基本料2よりも経営状況は良い傾向にあります。

図表 36：療養病棟入院基本料を算定する病院の経営状況（平成 30 年度（2018 年度））



出所：独立行政法人福祉医療機構「2018年度 病院の経営状況について」をもとに作成

(6) 課題整理・方向性の検討

1) 当院を取り巻く環境の変化

① 将来における医療需要の変化

遠紋保健医療圏の総人口は年々減少し、令和 12 年（2030 年）には令和 2 年（2020 年）の約 82%まで減少し、その後も大幅な減少が見込まれます。人口の減少に伴い、医療圏の入院、外来医療需要も令和 2 年度（2020 年度）以降減少が見込まれています。

地域医療構想との整合を図りつつ、このような医療需要の変化に対応するための病床機能の検討が持続的な経営基盤の確保という観点からも求められています。

② 医療提供体制等の課題

令和 7 年（2025 年）における医療需要からみた必要病床数と現状（令和 4 年度病床機能報告）を比較すると、高度急性期、急性期病床が過剰な一方、回復期、慢性期病床は不足する見込みです。急性期を脱した回復期、慢性期医療を地域の医療機関と連携してどのように提供していくかが課題となっています。また、遠紋医療圏内で病床を有する医療機関数も徐々に減少しています。

③ 生産労働人口の減少

生産労働人口の減少に伴い、将来的な働き手不足の状況を踏まえると、医師・看護師をはじめとする医療従事者の確保が、安定した医療提供をするうえでの課題となっています。

2) 本院が抱える病院運営上の課題

① 病床の稼働状況について

本院の急性期病床（130床）の病床稼働率は50%を下回る水準で推移しています。今後本院の診療圏の入院医療需要の減少が見込まれる中、また地域医療構想における高度急性期、急性期病床の過剰状況を踏まえると急性期病床の適正化が求められています。

一方で、地域包括ケア病床（20床）の病床稼働率は年々上昇傾向にあり、地域医療需要の変化等を踏まえると、急性期病床の一部の回復期病床への転換も検討すべき状況といえます。

さらに、地域で不足する慢性期医療を住民に対してどのように提供していくかについても周辺地域を巻き込んだ検討が求められています。

② 財務上の課題

本院は、平成27年（2015年）に現在地に新築移転しましたが、その後も厳しい経営状況が続いており、移管時に北海道から交付された運営基金が年々減少し続けている状態で、経営改善が喫緊の課題となっています。

③ その他経営上の課題

医業収益（特に入院収益）と人件費のバランス改善が、本院の経営改善の最重要ポイントと言えます。全体の病床利用率が48.8%と低く、患者確保が喫緊の課題です。さらに、粗利益（補助金を除く医業収益－材料費）に占める職員給与費の高さを踏まえると、職員の配置が加算や管理料などの施設基準向上につながっていないことも懸念されます。

病床利用率の向上については、入院患者数の増加策が当然に必要であり、①病床機能の転換（病床機能別の病床数の変更含む）、②救急体制や地域連携の強化、③看護師数の制約の克服（看護師の生産性は低い）などが大きな方向性になると考えられます。

3病棟体制の維持が難しいと判断した場合、病床規模をダウンサイジング（2病棟体制）することも選択肢の一つになります。仮に現行の入院患者数が大きく増加しないとすれば、2病棟体制の移行による看護職員夜間看護配置加算16対1の算定、99床へのダウンサイジングによる不採算地区特別交付税の増額（普通交付税の減額を上回る）、特定療養疾患管理料の診療報酬点数アップ（87点→147点）などにより、収益性を向上させることが可能です。

その他、室料差額収入の確保、材料費等の抑制、医業未払金の回収等も収支改善の課題と言えます。

3. 役割・機能の最適化と連携の強化

(1) 地域医療構想等を踏まえた当該病院の果たすべき役割・機能

遠紋保健医療圏の総人口の減少に伴い、今後医療需要は大幅に減少が見込まれますが、地域医療構想においては、回復期と慢性期病床の不足が見込まれています。地域の医療提供体制においては、病床の担い手が減少しており、今後もその傾向が続く可能性もあります。

以上を踏まえ、地域医療構想等を踏まえた当院の果たすべき役割・機能について、下記の病棟構成パターンと比較検討を行いました。各パターン共通の考え方として、救急医療対応等のため急性期病棟は維持すること、ニーズの高い回復期機能は維持または拡大していくこととしました。

図表 37：地域医療構想等を踏まえた当院の今後の病棟構成パターン

病棟構成パターン	急性期	回復期			慢性期	合計	考え方
	急性期	地ケア入院料	地ケア管理料	回リハ	療養		
3病棟維持 パターン①	A:現状維持	130		20		150	現状機能を維持。
	B:急性期2・地ケア1	102	48			150	救急医療対応等のため急性期は2病棟維持し、ニーズの高い地ケアまたは回リハへ1病棟転換。
	C:急性期2・回リハ1	102			48	150	
療養あり パターン②	A:急性期1・地ケア1・療養1	48	54			48	救急医療対応等のため急性期は1病棟維持し、ニーズの高い地ケアまたは回リハへ1病棟転換。さらに地域で担い手が減少している療養病棟に1病棟転換。
	B:急性期1・回リハ1・療養1	48			54	48	
	C:急性期1.5・地ケア0.5・療養1	82		20		48	150
一部休床 パターン③	A:急性期1・地ケア1	48	48				医療需要減少を見込み、2病棟稼働。1病棟は休床とする。救急医療対応等のため急性期は1病棟維持し、ニーズの高い地ケアまたは回リハへ1病棟転換。
	B:急性期1・回リハ1	48			48		

常勤医師数については、21 名体制を目標としつつ、複数パターンで各病棟構成パターンの経常収支を比較検討したところ、常勤医師 21 名体制においては、3 病棟を維持し、急性期 2 病棟・回復期リハビリテーション病棟 1 病棟のパターンが最も採算性が見込める結果となりました。

図表 38：病棟構成・常勤医師数パターン別経常収支の試算（単位：千円）

常勤医師数のパターン	①3 病棟維持			②療養あり			③一部休床	
	A 現状維持	B 急性期 2・地ケア 1	C 急性期 2・回リハ 1	A 急性期 1・地ケア 1・療養 1	B 急性期 1・回リハ 1・療養 1	C 急性 1.5・地ケア 0.5・療養 1	A 急性期 1・地ケア 1	B 急性期 1・回リハ 1
常勤医師 20 名	-179,796	-168,137	10,534	37,337	34,123	22,198	-96,473	-107,095
常勤医師 21 名	48,136	92,500	136,456	7,874	4,660	30,259	-125,936	-121,325
常勤医師 25 名	51,583	13,983	18,593	-109,983	-113,197	-87,601	-243,793	-239,182

出所：令和 4 年（2022 年）12 月 12 日 広域紋別病院 病院経営幹部会議資料より抜粋

以上を踏まえ、地域医療構想における推計年である令和 7 年度（2025 年度）及び経営強化プランの対象期間の最終年度である令和 9 年度（2027 年度）における当院の病床規模は、現状と同様、150 床とします。

以下、病床機能ごとに当院の果たすべき役割を記載します。

急性期機能については、地域医療構想において示されている通り、需要の減少が見込まれるものの、救急医療において当院は二次救急医療機関として重要な役割を果たしており、今後もその役割を担っていく必要があります。以上を踏まえ、急性期機能については、現状の 130 床（2.5 病棟）から、一部を機能転換し、102 床（2 病棟）とします。

回復期機能については、地域医療構想において示されている通り、不足が見込まれており、他病院の事例を見ても経営状況は急性期医療と比較して良好な傾向にあります。特に、回復期リハビリテーション病棟は、地域で届け出ている病院はなく、医業利益率も高い傾向にあります。一方で、多くのセラピストの確保が必要となることが課題であり、複数年かけて採用活動を進めていく必要があります。以上を踏まえ、回復期機能については、令和 7 年度（2025 年度）において、現状の地域包括ケア病床 20 床から、急性期病床の一部を転換し、48 床を地域包括ケア病棟とします。並行してセラピストの採用を進めるものとし、令和 9 年度（2027 年度）において、地域包括ケア病棟 48 床を回復期リハビリテーション病棟 48 床へと転換し、地域に不足する機能を担っていくことを目標とします。

外来機能については、近隣に診療所が少なく、交通アクセスの問題もあり、一定の外来機能を維持することが公立病院として果たすべき役割であるため、現状の 17 診療科を維持することとします。

なお、当院の果たすべき役割・機能については、地域の医療需要の変化、他医療機関の病床機能転換の状況、保健医療計画や地域医療構想の見直し、診療報酬改定の状況、人材確保の状況等を踏まえ、適宜見直しを図っていくこととします。

(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

医療・介護需要が最大化する令和7年（2025年）を見据えて、厚生労働省は、高齢者が住み慣れた地域で、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包括ケアシステムの構築を目指しています。地域包括ケアシステムは、その構築主体である自治体を中心となって、地域における共通の目標を設定し、住まい・医療・介護・予防・生活支援を担う関係者間で共有し、その達成に向けた活動を継続的に改善していく取組（地域マネジメント）を通じて構築されるものです。

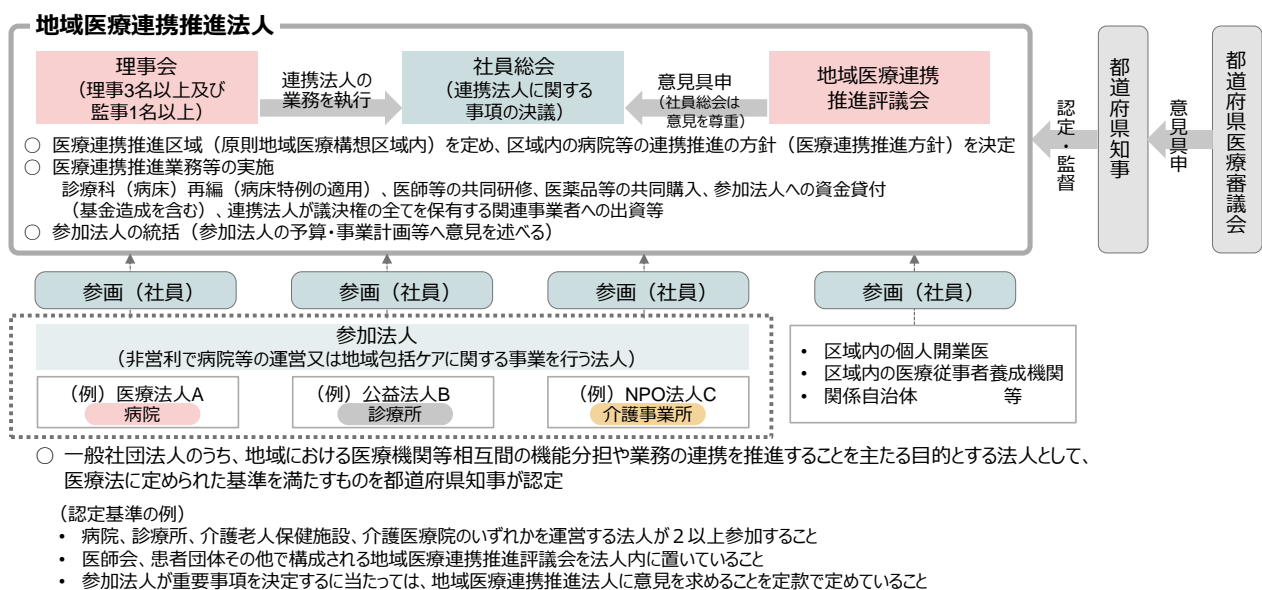
遠紋医療圏は、二次医療圏として全国で4番目に広い面積を有し、市町村間の距離も比較的離れているという医療圏の地理的な課題があります。また、医師、看護師をはじめ医療従事者の安定的確保という観点でも多くの課題を抱えています。

当院は、遠紋医療圏、特に西紋別地域の急性期中核的な役割を担っていますが、当該地域における、必要となる医療基盤の確保、ひいては地域包括ケアシステムの構築には、周辺自治体や地域医療機関で協力し支えあう枠組みが不可欠です。

現在、広域紋別病院企業団、および西紋別地域5市町村等が中心となり、地域医療連携推進法人の設立を進めています。本地域医療連携推進法人では、急速に進む少子高齢化による急激な人口減少、広大かつ豊かな自然環境を活かした1次産業を中心とする地域経済を支えるための医療基盤の整備が必要な西紋別地域の連携モデルを構築します。

これにより、西紋別地域の住民に対し、安心、安全かつ質の高い医療サービスを提供し、北海道地域医療構想の達成及び地域包括ケアシステムの構築に資することを目指します。

図表 39：地域医療連携推進法人の概要



出所：厚生労働省医政局「医療法の一部を改正する法律について（平成27年改正）」を参考に作成

また、遠紋医療圏で分娩に対応可能な唯一の医療機関として、医師、助産師を中心に地域の産前・産後サポート（もんべべサポート）に取り組んでいます。引き続き当該機能を維持・拡充させ、地域住民が安心して出産、子育てができるサポートを実施していきます。

(3) 機能分化・連携強化

当院で対応が困難な高度急性期医療については、引き続き、隣接医療圏に所在する高次医療機関とのシームレスな連携を図り、対応していきます。急性期医療については、地域住民を可能な限り当院で受け入れられるよう診療体制の確保に努めていきます。そのために、連携医療機関・福祉施設への訪問活動を実施し、顔の見える連携体制を構築したうえで、当院にて急性期医療を必要とする患者を紹介していただくように努めます。その際、循環器内科において新たに実施可能となった虚血性心疾患に対する経皮的冠動脈インターベンション、産婦人科による出産後のメンタルケアなど、各診療科の特色・強みを周知することで、より紹介していただきやすい環境整備に尽力します。さらに、連携医療機関の地域医療連携室とのコミュニケーションを充実させ、例えば当日の空き病床の共有等、連携体制の構築に資する情報交換ができるように努めます。また、広報戦略においては、ホームページの診療科の診療内容や特色の記載内容を充実させ、地域の皆様に安心して受診していただくように努力します。

地域に不足する回復期機能については、病床機能転換により当院で拡充するとともに、周辺医療機関との連携を強化し、対応していきます。

慢性期機能については、同様に周辺医療機関との連携により対応していきますが、地域の医療提供体制の状況を踏まえながら、当院の果たすべき役割を継続検討していきます。

現在、低被曝の肺がんCT検診、お手軽脳ドック、乳がん検診を実施していますが、高齢化に伴い増加が見込まれる心不全や認知症への対策のため、冠動脈造影検査や軽度認知障害スクリーニング検査等の予防医療を充実し、地域の皆様の生活習慣病等の重症化を防ぐことを目指します。また精神科による認知症の身体合併症への対応を充実していきます。

なお、地域医療連携推進法人の設立により、①医療機能の分担及び連携強化、②業務運営ノウハウ共有による経営の効率化、③医療従事者の共同研修および人材育成の強化、医療機器の共同利用、ICTの活用等を促進し、関係機関等との連携強化に努めていきます。

(4) 医療機能や医療の質、連携の強化等に係る数値目標

医療機能や医療の質向上、連携の強化は経営の効率化にもつながるものであり、当院が地域に信頼される病院で在り続けるため、それらへの取組は必要不可欠なものであります。そのため、当院では医療機能や医療の質、連携の強化等に対する経営指標として、以下の数値目標を設定し、本プランに記載した具体的対応策を推進することにより、その実現を目指します。

特に、「①救急車搬送件数」、「②救急応需率」、「③紹介数」、「⑤逆紹介率」、「⑥初診患者数」については、収支計画を実現するために不可欠な「病床利用率向上」に大きく影響を与えるものです。院内の救急医療体制や救急隊との連携強化、他医療機関や福祉施設との顔の見える信頼関係の構築、地域住民への広報活動などにより、当該数値目標を実現する必要性は極めて高いと言えます。

後述する経営の効率化の数値目標も含め、本プランの数値目標の実現は、職員の働きがいの

実感にもつながります。また、働きがいの実現のためには労働環境も重要です。「笑顔の医療の提供」の重要な要因である職員の労働環境に配慮した数値目標についても設定し、推進していきます。

図表 40：医療機能や医療の質、連携の強化等に係る数値目標

医療機能等指標	単位	R3 年度	R4 年度 見込	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度	R9 年度
①救急車搬送件数	件	402	488	501	562	690	733	733
②救急応需率	率	96.6	95.1	98	98	98	98	98
③紹介数	件	1,713	2,036	2,169	2,343	3,613	3,761	3,761
④紹介率	%	9.46	14.4	25	30	40	50	50
⑤逆紹介率	%	17.33	16.4	25	30	35	40	40
⑥初診患者数	人	8,385	9,697	10,329	11,592	17,210	17,911	17,911
⑦返書率（2週間以内）	%	55	51	70	80	90	95	95
⑧手術件数	件	536	468	480	539	662	703	703
⑨全身麻酔件数	件	323	213	219	245	301	320	320
⑩平均在院日数（一般病床）	日	10.0	15.0	15.0	15.0	14.0	14.0	14.0
⑪入院中の転倒・転落発生率	%	2.1	2.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
⑫インシデント発生数	件	339	326					
⑬アクシデント発生数	件	5	1					
⑭褥瘡発生率	%	1.7	1.9	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
⑮患者満足度調査満足率（外来）	%	68.4	70.0	80	80	85	85	90
⑯患者満足度調査満足率（入院）	%	94.1	95.0	95	95	95	95	95
⑰職員離職率	%	8.44	9.68	9	9	8	8	8
⑱職員年間平均超過勤務時間	時間	143.76	140.52	140	130	130	130	130
⑲職員有給休暇取得率	%	56.2	41.7	50	50	55	55	60
⑳職員夏期休暇取得率	%	95.0	93.0	95	95	95	95	95
㉑職員健康診断受診率	%	94.76	98.8	99	99	99	99	99

注1) 「⑪インシデント発生数」、「⑬アクシデント発生数」については目標設定せずに、時系列に件数を把握・管理し、院内の医療安全向上策を実施する上で活用する。

注2) 本表には記載しないが、特に医療技術職の各部署においては、職種特有の業績目標（薬剤指導管理料件数、技師1人1日当たり平均リハビリ単位数、e t c.）を各年度において設定し、取り組んでいくこととする。

(5) 一般会計負担の考え方

公立病院は、地方公営企業として運営される以上、独立採算を原則とすべきものとなっています。一方、地方公営企業法上、一定の経費については一般会計等において負担するものとされています。

独立採算制を原則として病院経営を行っていきませんが、繰出基準に関する総務省通知の考え方にに基づき、交付税の範囲を精査しつつ、紋別市及び構成市町村と協議を重ねてルール化してきた経緯があります。

そのため、項目ごとに地方財政計画単価または地方交付税単価を用いて算定することを基本としつつ、今後も現行ルールを堅持し、不採算地区に立地し、不採算医療を行う公立病院として必要な財政支援を継続することを前提とし、市と協議しながら繰入を行っていきます。

具体的には下記の項目が繰入金の対象であり、投資・返済計画、病床転換計画などを踏まえ

ながら、各項目の金額を算出し、収支計画に反映させます。

※令和5年度（2023年度）以降の各項目の金額は別紙「収支計画」を参照

図表 41：令和3年度（2021年度）一般会計負担金 紋別市との協定による繰入金内訳（単位：円）

	(広域紋別病院負担金)	(広域紋別病院負担金拡大分)	
	交付税措置分等	紋別市負担分	合計
交付税算入分負担金	404,000,000	68,479,000	472,479,000
うち普通交付税	170,630,000	19,845,000	190,475,000
うち特別交付税	233,370,000	48,634,000	282,004,000
医療機器整備事業費負担金 (過疎債相当額)	283,000,000		283,000,000
議会費及び監査委員費負担金	465,140		465,140
不採算部門（政策医療）繰出分負担金		271,398,000	271,398,000
医師確保対策負担金		31,161,000	31,161,000
合計	687,465,140	371,038,000	1,058,503,140

※（ ）は紋別市予算事業名。

図表 42：令和3年度（2021年度）一般会計負担金
病院予算科目別 収益的収支・資本的収支（単位：円）

	病院事業収益				資本的収入		合計
	医業収益	医業外収益			他会計 負担金	他会計 借入金	
	その他 医業収益	補助金	他会計負担金				
	他会計負担金	構成市町村 補助金	紋別市負担金	構成市町村 負担金	紋別市負担金	紋別市借入金	
普通 交付税	64,667,000	65,017,000	5,584,000	465,140	35,362,000		171,095,140
特別 交付税	11,375,000	38,839,000	183,156,000				233,370,000
過疎債					198,100,000	84,900,000	283,000,000
交付税 措置等 合計	76,042,000	103,856,000	188,740,000	465,140	233,462,000	84,900,000	687,465,140
交付税 加算分	2,844,000		45,790,000		19,845,000		68,479,000
紋別市 負担分		31,161,000	271,398,000				302,559,000
独自分 合計	2,844,000	31,161,000	317,188,000	0	19,845,000	0	371,038,000
合計	78,886,000	135,017,000	505,928,000	465,140	253,307,000	84,900,000	1,058,503,140

(6) 住民の理解のための取組

地域医療構想等の状況に鑑み、医療機能を見直す必要が生じた場合は、調整会議において圏域内の病院、医師会等の意見等を聴き、見直しを行っていきたくと考えています。併せて、当該プラン見直しの際には当院のホームページ等においても公表してまいります。

4. 医師・看護師等の確保と働き方改革

(1) 医師・看護師等の確保

本プランでは医師及び看護師等の増員を計画しており、新規採用者数の確保や定着率の向上（離職率の低下）に向けて様々な取組を行う必要があります。現状と同様に正規職員に限らず、関係機関との連携強化による非常勤医師、会計年度任用職員や派遣を活用した看護師の確保も継続的に実施していきます。

医師・看護師等の確保策としては一般的に下記のような方策があり、当院においても実行中の内容を含め、取り組んでいきます。

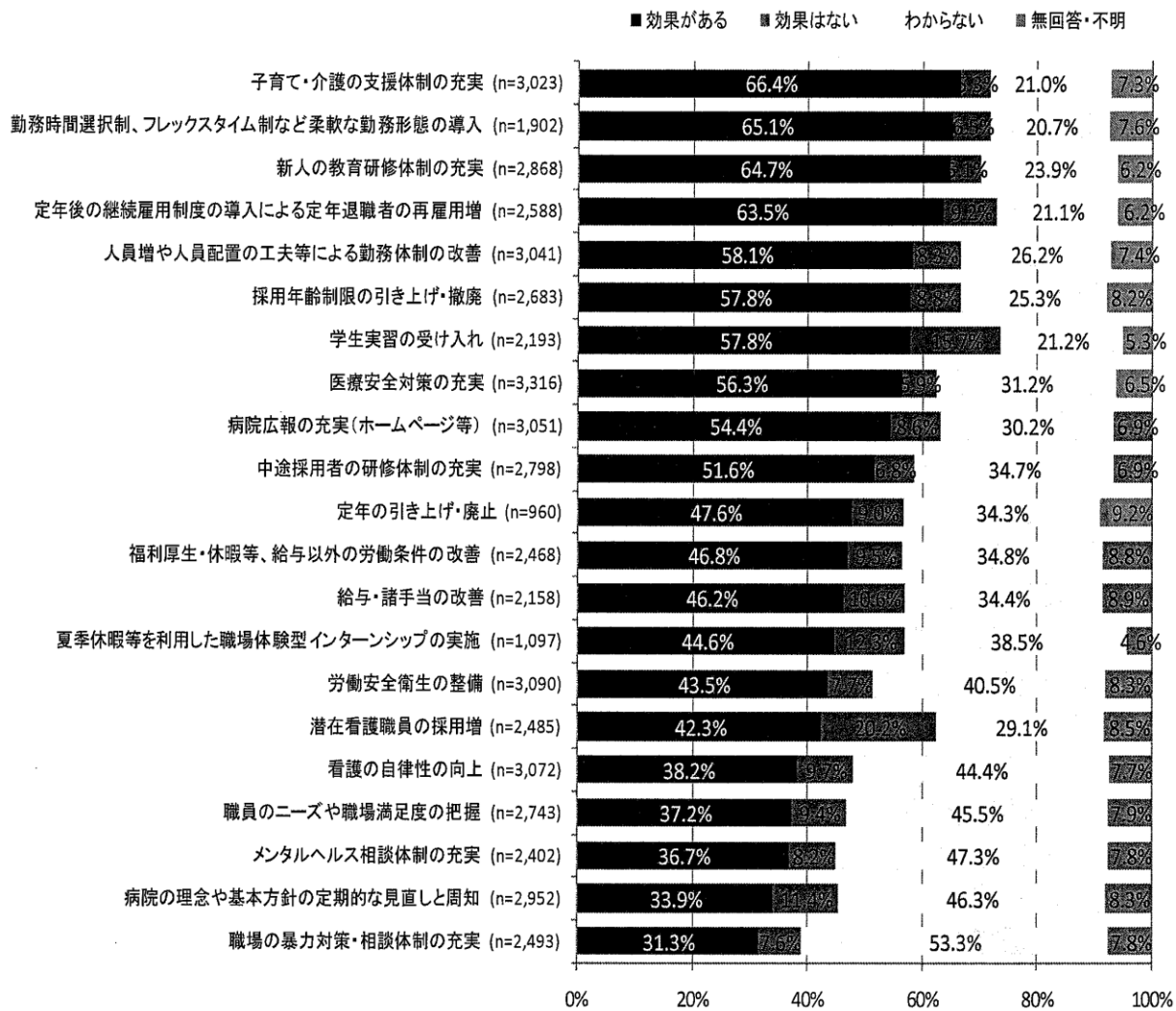
図表 43：医師の確保策

①	大学医局、道庁、医師会、民間病院等との連携強化、各医師の人脈、国や自治体病院協議会の医師紹介システム、民間紹介機関の活用を図る。非常勤医師への常勤医師への転換についても、ニーズが合えば積極的に働きかけを行う。
②	病院として必要な指導医・専門医・認定医などの資格をリストアップし、取得や維持の優先度を明確にし、優先度に応じた支援の内容を決定する。学会発表などを支援する制度（費用負担や業務免除など）も再構築する。
③	将来の地域医療を支える人材育成の一環として、医学部研修生や他の医療機関からの研修受入を積極的に実施する。

図表 44：看護師の確保策

①	学校訪問や就職説明会の強化、奨学金の拡充
②	民間紹介業者、ハローワーク、専門誌の活用
③	自院ホームページの充実
④	病院見学会の開催
⑤	インターンシップの受け入れ
⑥	潜在看護師の復帰支援セミナーの開催
⑦	全職員を対象に看護師紹介カード提出の依頼、職員紹介制度の構築
⑧	男性看護師の発掘・養成（学生等への男性限定の看護師説明会などの開催等）
⑨	支度金（勤務継続手当）の支給
⑩	女性が結婚・出産しても働きやすい環境づくりの徹底（妊娠に伴う短時間勤務の充実、育児休業・育児短時間勤務・夜勤免除の期間延長・要件緩和、保育施設サービスの充実等）
⑪	良い職場環境づくりの徹底（新人看護師と看護部長の定期的な面接の実施、メンタルヘルスの充実）
⑫	教育の充実（カムバックナース研修、中断・離職看護師の再教育、コミュニケーション能力向上研修会の開催、認定看護師、専門看護師資格取得の援助等）
⑬	採用年齢の引き上げ・廃止、准看護師の活用
⑭	定年の引き上げ・廃止、再雇用制度の充実
⑮	院内暴力対策の強化

図表 45：効果があった看護職員確保定着対策



出所：社団法人 日本看護協会

(2) 臨床研修医の受入れ等を通じた若手医師の確保

臨床研修医の受入れ等を通じた若手医師の確保のため、経営強化プラン期間内に、基幹型臨床研修病院の認定を目指します。そのために、下記の取組を推進していきます。

- ・ 1か月間の地域医療研修の受入を拡充するために、地域医療機関との関係構築、宣伝活動を実施します。
- ・ 現在、旭川医科大学、札幌医科大学、筑波大学附属病院水戸地域医療教育センターJA茨城厚生連総合病院水戸協同病院と実施している、3か月間の初期臨床研修医のたすき掛け研修の対象大学を拡大していきます。
- ・ 常勤医全員が臨床研修指導医の資格を取得することを目指します。

(3) 医師の働き方改革への対応

【令和6年（2024年）4月施行の労働時間上限規制の方針】

現状において、年間の時間外・休日労働（以下、「超過勤務」という）が960時間を超える医師はいません。今後においても超過勤務の大幅な増加は想定しておらず、当院は全医師について年間の超過勤務が960時間以内のA水準とします。

【現状と課題の整理】

医師の超過勤務の把握については、様々な基準が厚生労働省「医師の労働時間短縮ガイドライン」などで示されています。それらに対する当院の対応状況と課題を下記に整理します。

1. 宿日直については平成23年（2011年）の開院時に労働基準監督署に許可を取っています。宿日直は医師一人体制ですが、救急搬送以外の救急対応はほとんどなく、宿日直帯における労働密度は厚生労働省が示している宿日直の許可基準の範囲内であると解されます。
2. 医師の宿日直の時間帯について、診療した時間は固定の当直手当とは別に時間外手当を支給しており、当該診療時間は超過勤務に計上しており、問題はありません。
3. 一部の許可事例を除き、宿直は週1回、日直は月1回が限度ですが、当院においては限度の回数を超えることはなく、問題はありません。
4. 公立病院であるため、副業・兼業については許可していません。一方、派遣先で超過勤務が発生した場合については当院で把握しておらず、派遣先での超過勤務も含めて各医師の超過勤務時間を把握することが当院に義務づけられているため、令和5年度（2023年度）中に対応していきます。
5. 所定外の自己研鑽について、労働時間になるケース、労働時間にならないケースを具体的に区別した院内ガイドラインは現状においてはありません。「超過勤務になる自己研鑽」、「超過勤務にならない自己研鑽」を明確に区分した表や院内方針を作成し、令和5年度（2023年度）中に関係者への通知と運用の徹底を図っていきます。
6. 現状は勤怠システムの導入をしておらず、各医師の労働時間（就業時間・終業時間）は紙の出勤簿で管理しています。タイムカードもないため、出勤時間・退勤時間も管理できていません。早期に勤怠管理システムの導入し、当該システムを前提として労働時間管理を実施していきます。
7. 1日の「在院時間－休憩時間－超過勤務時間」が一定時間（例.30分）を超えると、当該時間は超過勤務として労働基準監督署から指摘される傾向があります。医師については要件に該当すれば、所定外の自己研鑽は超過勤務として計上しなくても良いことが認められています。そのため、所定外の時間において超過勤務にならない自己研鑽をして院内に居た場合は自己研鑽のエビデンスを別途残すことを徹底し、令和5年度（2023年度）中に勤怠管理システムで当該エビデンスが作成できる環境を目指します。

8. 現状においては、宿直明けの午後については勤務免除とし、勤務免除が取得できなかった医師については別の日に与えるように配慮しています。A水準においては努力義務ですが、追加的健康確保措置として厚生労働省から示されている連続勤務時間制限・勤務間インターバル規制について、「始業から24時間以内に9時間の連続した休息时间（15時間の連続勤務時間制限）」を遵守するようにします。一方、追加的健康確保措置の一つである月の超過勤務100時間超の医師に対する産業医などの面談については、現状においては対象医師がないものの、体制は整備していく必要があります。産業医の講習を受講するなど、令和5年度（2023年度）中に面談の体制を確立します。

【医師の労働時間短縮策】

今後においても超過勤務の大幅な増加は想定していませんが、医師の生産性は向上していく必要があります。そのためには医師の労働時間短縮策を講じる必要性は高く、下記の短縮策を本計画の期間内に実施及び推進していきます。

- | |
|---|
| <input type="radio"/> 既に実施しており、今後も継続 |
| <input checked="" type="radio"/> 既に実施しているが強化（検討含む） |
| <input type="radio"/> 新たな方策として労働時間短縮計画に記載し、今後検討又は実施 |

1) タスク・シフト/シェア

ア. 看護師

①	特定行為（38行為21区分）の実施	<input type="radio"/>
②	血管造影・画像下治療（IVR）の介助（CEで実施中）	<input type="radio"/>
③	注射、採血、静脈路の確保等	<input type="radio"/>
④	カテーテルの留置、抜去等の各種処置行為	<input checked="" type="radio"/>
⑤	診察前の情報収集及びトリアージの精度を高める	<input type="radio"/>
⑥	具体的な退院日の決定	<input type="radio"/>

イ. 薬剤師

①	周術期の薬学的管理等	<input type="radio"/>
②	病棟等における薬学的管理等	<input checked="" type="radio"/>
③	事前に取り決めたプロトコールに沿って行う処方された薬剤の投与量の変更等	<input checked="" type="radio"/>
④	薬物療法に関する説明等	<input type="radio"/>
⑤	医師への処方提案等の処方支援	<input type="radio"/>
⑥	C F、自己注射など患者指導に時間のかかる薬剤の説明	<input type="radio"/>
⑦	医師多忙時の処方箋代行入力	<input checked="" type="radio"/>

ウ. 診療放射線技師

①	撮影部位の確認、検査オーダーの代行入力等	●
②	放射線管理区域内での患者誘導	○
③	異常が疑われる所見を発見した時の主治医または読影医への報告	○
④	画像読影レポートの既読確認及び未読の報告	○
⑤	血管造影・画像下治療（IVR）における補助行為	●

エ. 臨床検査技師

①	経食道カテーテル検査、治療における直接侵襲を伴わない検査装置の操作	●
②	外来における採血業務	○
③	輸血に関する定型的な事項や補足的な説明と同意書の受領	●
④	生体材料標本、特殊染色標本、免疫染色標本等の所見の報告書の作成	○

オ. 臨床工学技士

①	生命維持管理装置を装着中の患者の移送	○
②	透析時、透析患者の採血データ分析の補助	○
③	全身麻酔装置の操作	○
④	各種手術等において術者に器材や医療材料を手渡す行為	○
⑤	血管造影・画像下治療（IVR）における補助行為	○
⑥	動脈留置カテーテルからの採血	○
⑦	手術室での静脈ルート確保	○
⑧	鏡視下手術におけるスコープオペレーター	○

カ. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士

①	リハビリテーションに関する各種書類の記載・説明・書類交付	○
---	------------------------------	---

キ. 医師事務作業補助者・その他職種

①	医師事務作業補助者の増員・医局秘書の配置	○
②	各種書類の記載	○
③	医師の診察前に、病院の定型の間診票等を用いて、診察する医師以外の者が患者の病歴や症状などを聴取する業務	○
④	日常的に行われる検査に関する定型的な説明、同意書の受領	○
⑤	院内での患者移送・誘導	○
⑥	特定の診療科や医師に対する医療事務作業者の配置	○
⑦	臨床データベースの入力	○
⑧	入院時のオリエンテーション	○

2) 医師本来の業務の軽減、業務時間の縮小

①	外来の機能分化（紹介・逆紹介の強化、外来の一部廃止）	●
②	主治医チーム制、又は複数主治医制の導入 →診療内容の標準化、カルテ記載やカンファレンスの徹底等が必要	○
③	クリティカル（クリニカル）パスの作成等による業務の標準化	○
④	対象医師の外来担当日、受け持ち入外患者数の縮小（他の医師への移行）	○
⑤	対象医師の特命業務（コロナ対応等）に対する協力医師の配置	◎
⑥	病院総合医の配置	○
⑦	カンファレンスの勤務時間内実施や所要時間の短縮	◎
⑧	病状説明の勤務時間内実施と患者・家族への周知徹底	◎
⑨	研修医の効果的・効率的な学習環境の構築（経験の見える化、計画的な業務配分等）	●
⑩	緊急を除く時間外オーダーの回避	◎

3) 業務の効率化及び業務の再配分

①	汎用画像診断装置用プログラムの導入による院外からの指示の実施	○
②	WEB会議システム、院内グループウェアの活用	○
③	チャット機能を有するアプリケーションの導入	○
④	AI問診の導入	○

4) 人員の増加

①	診療科の垣根を超えた診療協力体制の構築	●
②	開業医への外来の応援依頼	○

5) 管理体制の強化

①	超過勤務の多い医師に対する院長・副院長との面接（1箇月単位）	●
②	働き方改革委員会での定期的な超過勤務の実態報告と対応策のPDCA	◎
③	年間960時間以内の方針の全医師による共有化、各医師への1箇月単位での超過勤務時間数のフィードバック	●
④	労働時間にならない所定外の研鑽時間の明確化（院内ルールの作成と運用）	◎

5. 新興感染症の感染拡大時に備えた平時からの取組

新興感染症の感染拡大時に備えた平時からの取組について、当院では、これまで院内感染対策委員会及び感染対策チーム（ICT）を中心に、病院全体の感染対策に取り組んできました。新型コロナウイルス感染症では、入院・外来の医療逼迫というこれまでに経験のない状況にも置かれ、自治体病院として、また地域の中核病院としてのあり方を考えさせられる機会となりました。

この状況を受け、現在、新型コロナウイルス感染症は収束には至っていませんが、今後の新たな新興感染症等も見据え、当院として感染拡大に備えた平時からの取組を進めていきます。これまでの主な取組は下表のとおりです。

図表 46：新型コロナウイルス感染症に対する当院のこれまでの主な取組

- ・ 院外に発熱外来としてプレハブを設置。
- ・ 発熱患者等に対する対応についてのマニュアルを設定し運用を実施。
- ・ 陰圧装置による入院可能病床の確保。
- ・ 発熱等の風邪症状がある方への受診方法の周知をおこない、院内に直接入らずドライブスルーにて抗原検査の実施。陰性確認後院内へ入り希望する診療科の受診。
- ・ 入院当日及び救急患者の抗原検査の実施。
- ・ 院内感染拡大防止として職員に対して、陽性時、疑い時、濃厚接触時についての就業制限を含めたマニュアルを設定し運用を実施。
- ・ 職員の感染予防のための个人防护具使用の徹底。
- ・ 入院患者の面会の制限。

令和5年(2023年)5月に予定されている新型コロナウイルス感染症の5類感染症への移行後、入院患者の面会の制限や、抗原検査の実施等については適宜緩和していく予定です。

上記に加え、感染症対策に関する医療機関連携体制として、圏域内外の医療機関との連携を強化していきます。

また、今後、感染症専門・感染管理認定看護師を育成し、体制強化に努めていきます。

最後に、感染症病床については、第二種感染症指定医療機関として、現在2床を確保しております。新型コロナウイルス感染症での経験も踏まえ、今後の新興感染症等への対策として、国・北海道の動向により、協議のうえ、公立病院として、また地域の中核病院としての役割を果たせるよう、感染症対応病床の確保及び即応体制に応じていきます。

6. 施設・設備の最適化

(1) 施設・設備の適正管理と整備費の抑制

当院は、平成27年（2015年）に現在地で移転新築後、7年程度経過しており、本プランの実施期間中には建築設備等の更新が順次発生します。長期的な経営の視点を持ち、中長期修繕計画を策定し、各事業年度において想定される投資額を考慮しながら、戦略的な建物設備等更新を進めていきます。

大型医療機器の更新又は新規導入にあたっては、使用状況等を踏まえた採算性の検証を行うとともに、地域において担うべき役割等を踏まえて戦略的に整備していきます。

(2) デジタル化への対応

当院におけるデジタル化への対応については、来院後の受診がスムーズになるように、来院前AI問診を導入し、患者様の利便性に配慮しています。また、令和4年度（2022年度）に電子カルテを更新し、マイナンバーカードを利用したオンライン資格確認の導入などを進めてきました。今後の予定としては、更なる医療の質、サービス向上を図るため、医療DXの推進や、働き方改革の推進と病院経営の効率化の観点からも、デジタル化への対応を検討していきます。

その他として、昨今、病院がランサムウェアなどのサイバー攻撃の標的とされる事例が増加していることから、情報漏洩リスクに対応するため、早急にセキュリティレベルの万全な対策を講じていくとともに、職員における情報セキュリティ対策の徹底を図っていきます。

7. 経営の効率化等の指標・目標値

(1) 目標設定の考え方

経営の効率化は、安定した医療提供体制の確保、並びに質の良い医療提供を継続していくうえで、必要不可欠なものであります。そのため、当院では経営の効率化に資する経営指標として、以下の数値目標を設定し、本プランに記載した具体的対応策を推進することにより、その実現を目指します。

(2) 経営指標、経常収支比率及び修正医業収支比率に係る数値目標

経営指標	単位	R3 年度	R4 年度 見込	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度	R9 年度
①常勤医師数	人	20	19	15	17	19	20	21
②常勤看護師数	人	74	76	79	93	101	101	97
③経常収支比率	%	98.3	100.0	100.0	100.7	110.4	97.2	100.2
④医業収支比率	%	56.5	56.5	59.0	60.7	71.8	74.3	76.8
⑤修正医業収支比率	%	54.3	54.4	57.1	58.9	69.9	72.4	74.9
⑥職員給与費比率	%	102.1	103.4	97.3	97.1	82.9	81.4	80.2
⑦委託費比率	%	13.8	13.6	12.8	11.1	8.6	8.4	8.2
⑧該当材料費（給食材料費除く） ÷急性期・地ケア病棟及び外来の収益	%	24.0	23.9	21.7	22.0	20.0	19.0	18.0
⑨該当材料費（給食材料費除く） ÷回復期リハビリ病棟収益	%							8.0
⑩1日平均入院患者数	人	67.8	70.6	75.2	84.4	125.3	130.4	130.4
⑪病床稼働率（一般）	%	60.2	63.5	68.4	73	80	85	85
⑫病床稼働率（地域包括ケア）	%	65	64.4	65	90	95	95	
⑬病床稼働率（回復期リハビリ）	%							95
⑭入院診療単価（一般）	円	45,488	44,069	48,338	48,700	49,000	49,500	49,800
⑮入院診療単価（地域包括ケア）	円	29,178	29,112	30,121	30,121	34,000	34,000	
⑯入院診療単価（回復期リハビリ）	円							36,424
⑰室料差額収益	百万円	0	0	5	5	10	10	10
⑱1日平均外来患者数	人	336.3	345.0	344.5	344.5	344.5	344.5	344.5
⑲外来診療単価	円	11,929	12,773	12,714	12,714	12,714	12,714	12,714
⑳査定率（救急医療管理加算を除く） ※各月平均	%	0.61	0.57	0.5	0.4	0.3	0.3	0.3
㉑計上差額（入外合計）	百万円	▲78	▲91	▲43	▲49	▲61	▲63	▲65
㉒年度末不良未収金残高 （患者負担金）	百万円	20	20	18	15	10	8	5
㉓不良債務	百万円	▲549	▲615	▲495	▲429	▲767	▲473	▲392
㉔不良債務比率	%	▲26.4	▲28.1	▲20.5	▲16.9	▲24.2	▲14.4	▲11.8

注1)「㉑査定率」については、令和3年度（2021年度）の各月の平均は0.61%であり、年間の査定金額の合計は12,025千円を計上しています。症状詳記の工夫や適正な算定により、査定率の減少を目指します。ただし、査定率を目標とすると、算定要件を満たしているレセプトに対しても救急医療管理加算の算定が消極的になる傾向が他病院で散見されます。救急医療管理加算は重症度、医療・看護必要度Ⅱの該当項目であり、当院の査定率の目標値については救急医療管理加算を除く数値を目標値として設定します。

注2)「21 計上差額(入外合計)」は、「経理上の入院外来収益ー当該年度に診療した患者さんの全ての入院外来のレセプトによる収益」によって算出します。上記⑨の査定の他、修正減、返戻、保留、医療未収金の計上方法などが要因となり、一般的には経理上の入外来収益の方が少なく、▲になります。しかしながら、当院の令和3年度(2021年度)の計上差額は▲78百万円であり、同規模病院と比較し、大きな差額になっています。今後は査定率の低下とともに、保険証確認や適正な請求による返戻の減少、返戻や保留のレセプトの管理の強化、医療未収金の計上方法の再確認などにより、入外収益に対する計上差額の▲の減少に努めていきます。

注3)「22年度末不良未収金残高(患者負担金)」については、貸倒損失で計上することをできる限り避けて入金を実現する努力が不可欠です。当院の督促方法の強化、又は公立病院においても活用が多くなっている成功報酬による弁護士への委託などを検討し、その残高の減少を図っていきます。

(3) 目標達成に向けた具体的な取組

目標達成に向けた具体的な取組については、①収益増、②コスト削減、③働き甲斐のある職場づくりを中心に病院改革を積極的に進めていくこととします。

1) 収益増

具体的施策として、入院収益においては、医師増員、医療機器更新等により急性期医療の提供体制を強化し、より多くの重症患者の診療、手術に対応し、新入院患者の増加に努めます。新入院患者の確保については、新型コロナウイルス感染症の影響により実施できていなかった連携医療機関・福祉施設への訪問活動を実施し、顔の見える連携体制の構築に努めます。その際、循環器内科において新たに実施可能となった虚血性心疾患に対する経皮的冠動脈インターベンション、産婦人科による出産後のメンタルケアなど、各診療科の特色・強みを周知することで、より紹介していただきやすい環境整備に尽力します。さらに、連携医療機関の地域医療連携室とのコミュニケーションを充実させ、例えば当日の空き病床の共有等、連携体制の構築に資する情報交換ができるように努めます。その他診療報酬の落穂ひろい(請求漏れ対策)、施設基準の取得、在院日数の最適化、広報戦略等に取り組み、入院単価及び入院患者数のアップに努めます。特に広報戦略においては、ホームページの診療科の診療内容や特色の記載内容を充実させ、地域の皆様に安心して受診していただくように努力します。

次に外来収益については、医療密度の低い外来患者を地域医療機関に逆紹介することで機能分担を進めつつ、がん患者への外来化学療法への推進、入院前検査の徹底等による収益増加を図ります。

現在、低被曝の肺がんCT検診、お手軽脳ドック、乳がん検診を実施していますが、高齢化に伴い増加が見込まれる心不全や認知症への対策のため、冠動脈造影検査や軽度認知障害スクリーニング検査等の予防医療を充実し、地域の皆様の生活習慣病等の重症化を防ぐことを目指します。また精神科による認知症の身体合併症への対応を充実していきます。

2) コスト削減

コスト削減においては、医薬品及び材料価格交渉を積極的に実施し、材料費(薬品費を含む。)の削減に努めます。医薬品については病院全体として後発医薬品の導入を推進し、コ

スト抑制に努めると共に、後発医薬品使用体制加算の算定を目指します。増加傾向にある委託料についても、業務効率化だけでなく、業務そのものの見直しも含め、費用抑制に努めていくこととします。その他医療 DX の導入等により、業務効率の向上を図り、労働生産性の向上に努めます。

3) 働き甲斐のある職場づくり

最後に、働き甲斐のある職場づくりについて、病院収益は人材確保とも密接な関係があり、特に、生産労働人口が減少する今後は、医師、看護師をはじめとする人材確保が最重要課題です。さらに、回復期機能の充実のためには、多くのセラピストの確保が必要となります。当院のセラピストは理学療法士のみですが、将来的には理学療法士に加えて作業療法士、言語聴覚士を確保し、急性期治療後の ADL 向上や嚥下機能改善を目指します。充実した内容の教育・研修体制の整備やキャリアアップの明確化等により、働き甲斐のある、魅力ある職場づくりを目指します。

(4) 経営強化プラン対象期間中の各年度の収支計画等

1) 収益的収支

令和 3 年度（2021 年度）に▲65 百万円であった経常損益は、令和 6 年度（2024 年度）に黒字に転換する計画としています。

黒字転換の主な要因は、病床利用率と入院診療単価の向上に伴う入院収益の増加です。

令和 7 年度（2025 年度）以降においては、3 病棟（稼働病床数 113 床）から 3 病棟（稼働病床数 150 床）体制への転換に伴う職員数の増加を見込んでいるため、給与費は大きく増加し、令和 8 年度（2026 年度）に経常損益は一度赤字になりますが、本計画の最終年度の令和 9 年度（2027 年度）には、給与費の増加を上回る入院収益の確保や材料費率の低減などにより、経常損益の黒字化を実現する計画としています。

入院収益は令和 9 年度（2027 年度）まで毎年増加する計画としていますが、各年度の経常損益は令和 7 年度（2025 年度）がピークになります。この要因は、令和 5 年度（2023 年度）～令和 7 年度（2025 年度）までは 698 百万円を見込んでいる医業外収益の基金収入補助金について、令和 8 年度（2026 年度）以降は 0 で計上しているためです。

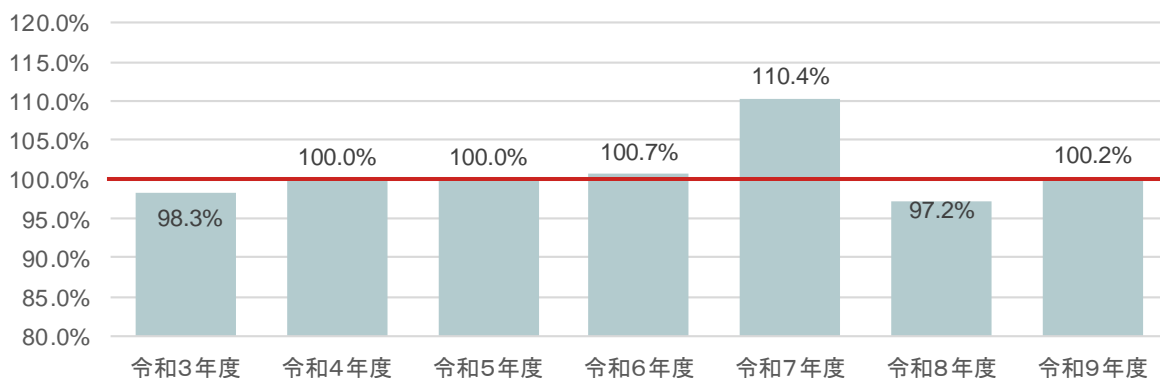
当院の創設時に蓄積された基金の財源の枯渇が予測される中、基金収入補助金に頼らずに経常損益の黒字化（経営の効率化）を実現することが本プランの収支計画の最大のポイントになります。

また、令和5年度以降（2023年度）は計上差額率の低減、令和6年度以降（2024年度）は室料差額収益の計上も計画に見込んでいます。

図表 47：収益的収支（単位：百万円）

項目	実績	見込	計画				
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度
1. 医業収益	2,082	2,190	2,413	2,548	3,170	3,275	3,328
(1) 入院収益	1,014	1,019	1,220	1,351	1,962	2,067	2,120
(2) 外来収益	923	1,030	1,044	1,043	1,043	1,043	1,043
(3) その他医業収益	146	141	148	153	165	165	165
2. 医業費用	3,686	3,878	4,092	4,198	4,414	4,409	4,334
(1) 給与費	2,125	2,266	2,348	2,475	2,628	2,665	2,670
(2) 材料費 (給食材料費除く)	484	512	500	537	613	603	523
(3) 給食材料費	0	0	0	0	0	0	0
(4) 経費	594	634	797	765	759	759	759
(5) 減価償却費	441	448	427	406	399	368	367
(6) 資産減耗費	37	7	10	10	10	10	10
(7) 研究研修費	5	11	11	5	5	5	5
3. 医業損益	-1,604	-1,688	-1,678	-1,650	-1,244	-1,134	-1,006
4. 医業外収益	1,696	1,770	1,765	1,768	1,798	1,095	1,103
(1) 受取利息配当金	3	4	4	4	4	4	4
(2) 他会計負担金	507	548	555	555	582	582	582
(3) 補助金	888	938	908	908	908	210	210
(4) 患者外給食収益	0	0	0	0	0	0	0
(5) 長期前受金戻入	276	255	272	276	279	274	282
(6) その他医業外収益	22	25	25	25	25	25	25
5. 医業外費用	157	82	88	88	88	88	88
(1) 支払利息及び 企業債取扱諸費	0	0	0	0	0	0	0
(2) 企業団議会費	1	1	1	1	1	1	1
(3) 企業団監査委員費	0	0	1	1	1	1	1
(4) 長期前払消費税 勘定償却	21	28	31	31	31	31	31
(5) その他医業外費用	135	52	55	55	55	55	55
6. 経常損益	-65	0	-2	30	466	-128	9
7. 医業収支比率	56.5%	56.5%	59.0%	60.7%	71.8%	74.3%	76.8%
8. 修正医業収支比率	54.3%	54.4%	57.1%	58.9%	69.9%	72.4%	74.9%
9. 経常収支比率	98.3%	100.0%	100.0%	100.7%	110.4%	97.2%	100.2%

図表 48：経常収支比率の見通し（単位：%）



2) 資本的収支

令和3年度(2021年度)に▲227百万円であった資本的収支は、令和5年度(2023年度)以降も同様に建設改良費や企業債償還金の発生により、資本的支出が資本的収入を上回り、令和5年度(2023年度)▲312百万円、令和6年度(2024年度)▲266百万円、令和7年度(2025年度)▲289百万円、令和8年度(2026年度)▲301百万円、令和9年度(2027年度)▲215百万円を見込んでいます。

これらの資金収支のマイナスの補填財源である損益計算書のキャッシュ・フロー(経常損益+償却勘定+資産減耗費-長期前受金戻入)は、令和7年度(2025年度)以外の年度においては資金的収支のマイナスの金額を補填できない水準にあります。そのため、令和9年度(2027年度)の不良債務のマイナスの金額(絶対額)は令和4年度末(見込)よりも減少し、令和10年度(2028年度)以降の次期計画の課題になります。

図表 49：資本的収支（単位：百万円）

項目	実績	見込	計画				
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度
1. 資本的収入	765	191	181	142	165	384	349
(1) 企業債	287	33	47	33	52	167	153
(2) 他会計出資金	253	73	119	99	96	166	150
(3) 補助金	138	78	0	0	0	0	0
(4) 他会計借入金	85	6	14	10	16	50	46
(5) 固定資産売却	0	0	0	0	0	0	0
(6) 負担金及び寄附金	0	0	0	0	0	0	0
(7) 返還金	3	1	1	1	1	1	1
2. 資本的支出	992	354	493	408	454	684	564
(1) 建設改良費	740	89	127	65	105	335	306
(2) 投資	12	14	16	16	16	16	16
(3) 企業債償還金	139	146	204	200	206	203	209
(4) 長期借入金償還金	101	106	125	126	126	130	34
3. 資本的収支	-227	-164	-312	-266	-289	-301	-215
4. 補填財源(キャッシュ・フロー)	158	229	193	200	627	7	134
5. 補填財源流入後の資金収支=3+4	-69	65	-119	-66	337	-294	-81
6. 不良債務=前年度-5	-549	-615	-495	-429	-767	-473	-392
7. 不良債務比率	-26.4%	-28.1%	-20.5%	-16.9%	-24.2%	-14.4%	-11.8%

3) 一般会計等からの繰入金の見通し

医業外収益の基金収入補助金については、令和5年度（2023年度）以降はコロナ関連補助金の減少額を補填する金額とし、「令和3年度（2021年度）実績＋新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金＋新型コロナウイルス感染症患者等入院受入医療機関緊急支援事業補助金」を合計したものを計上しています。しかしながら、令和8年度（2026年度）以降は基金の財源の枯渇を予測し、当該補助金の計上額は0としています。

その他、150床の稼働を計画している令和7年度（2025年度）以降は普通交付税27百万円（＝720千円×＋37床）の増加を計上しています。令和7年度（2025年度）以降は救急病床4床の増加も見込み、医業収益の紋別市負担金について7百万円（＝4床×1,697千円）の増加を計上しています。

これら以外の収益的収支（3条）の繰入金については、基本的に令和5年度（2023年度）予算を継続して計上しています。資本的収支（4条）の繰入金については、各年度の企業債償還金などの金額を踏まえて、その補填分を計上しています。

図表 50：一般会計等からの繰入金の見通し（単位：百万円）

項目	実績	見込	計画				
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度
1. 医業収益（紋別市負担金）	79	79	77	77	83	83	83
2. 医業外収益	1,395	1,486	1,463	1,463	1,490	792	792
他会計負担金	507	548	555	555	582	582	582
構成市町村負担金	1	2	2	2	2	2	2
紋別市負担金	506	546	553	553	580	580	580
補助金	888	936	908	908	908	210	210
感染症病床補助金	0	0	1	1	1	1	1
基金収入補助金	346	521	698	698	698	0	0
産科医等確保支援事業補助金	0	0	0	0	0	0	0
構成市町村補助金	106	136	165	165	165	165	165
災害拠点病院機能強化事業補助金	0	0	0	0	0	0	0
新人看護職員臨床実践能力向上研修支援事業	0	0	0	0	0	0	0
へき地医療拠点病院事業補助金	3	3	3	3	3	3	3
夜間看護師確保対策事業補助金	0	0	1	1	1	1	1
病床機能分化・連携促進基盤整備事業補助金	0	0	0	0	0	0	0
医師確保対策事業補助金	31	45	39	39	39	39	39
防災訓練等参加事業費補助金	0	0	0	0	0	0	0
新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金	388	229	0	0	0	0	0
新型コロナウイルス感染症患者等入院受入医療機関緊急	12	0	0	0	0	0	0
インフルエンザ流行期における発熱外来診療体制確保支	0	0	0	0	0	0	0
インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染	0	0	0	0	0	0	0
北海道認知症疾患医療センター運営事業補助金	1	1	1	1	1	1	1
オンライン資格確認システム導入事業補助金	0	2	0	0	0	0	0
合計	1,474	1,565	1,540	1,540	1,573	875	875

8. 経営形態に関する検討

(1) 経営形態の現況

当院は、平成23年（2011年）4月1日から、北海道より道立紋別病院の移管を受け、西紋5市町村の一部事務組合の広域紋別病院企業団として地方公営企業法の全部を適用し、西紋別地域のセンター病院として運営を行っています。

平成27年（2015年）には新築移転されましたが、その後も上記中小病院の例にもれず厳しい経営状況が続いており、移管時に北海道から交付された運営基金が年々減少し続けている状態です。

(2) 経営形態の見直しに係る選択肢

地方公営企業法（全部適用）、地方独立行政法人、指定管理者制度、民間譲渡の4つには、それぞれ以下のような特徴があります。

地方公営企業法（全部適用）は、採算性と公共性を同時に確保する手段として期待される一方で、職員採用や予算編成等の面で制約があり、病院の運営方針に基づく、自律的、弾力的な経営が困難な側面があります。

この点において、「地方独立行政法人」は、一定の公共性を担保しつつ、予算・財務・契約、職員定数・人事・給与等の面での制約が少ないことから、病院運営の自由度が広がると言われています。

図表 51：各経営形態の概要

区分	地方公営企業法 (全部適用)	地方独立 行政法人	指定管理者	民間譲渡
設立団体	地方公共団体	地方公共団体	地方公共団体	医療法人等
管理責任者	事業管理者	法人の長	指定管理受託者	医療法人等の長
政策医療の確保	地方公共団体の一部として実施	地方公共団体の中期目標に基づき実施	地方公共団体との協定による	譲渡条件の協議による
一般会計からの繰入	あり	あり	あり	なし
職員数	条例で規定 (定数あり)	中期計画の範囲内で設定可能	条例等による制限は特段なし	なし
職員の身分・処遇	地方公務員	非公務員	非公務員	非公務員
長期資金調達	起債	設立団体から借入	独自に資金調達	独自に資金調達

(3) 経営形態見直しの方向性

当院は、現経営形態を堅持しつつ、経営強化プランにおける取組を着実に実行することで引き続き経営の効率化に努めていきます。ただし、当院を取り巻く医療環境、社会経済情勢の変化や、著しい経営状況の悪化など、安定した病院経営の継続が困難となる事態が予測される場合には、持続可能な地域医療の提供を図るため、経営形態の見直しについて検討を行います。

9. 経営強化プランの点検・評価・公表・見直し

経営強化プランの点検・評価・公表等については、「広域紋別病院 病院経営幹部会議」等で毎年、進捗状況の点検・評価を行い、P D C Aサイクルによる改革を進めていきます。また、点検・評価の内容については、病院ホームページなどで公表します。

また、医療情勢の大幅な変化などに伴い、数値目標及び収支計画の修正が必要となった場合、または病床機能等の大幅な変更が生じた場合には、所要の見直しを行います。

経営強化プランの推進については、病院経営幹部会議が経営強化プラン全体に係る検討・管理を担うものとし、その他のテーマについては概ね下記の通りの推進体制とします。

図表 52：経営強化プランの推進体制

大項目	中項目	主な検討テーマ	主担当	副担当
3. 役割・機能の最適化と連携の強化				
	(1) 地域医療構想等を踏まえた当該 病院の果たすべき役割・機能			
	病床機能転換や今後の収支計画、人材確保等		幹部会議	管理職会議
	(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			
	地域医療機関及び福祉施設との連携		保健医療連携室会議	幹部会議、管理職会議、 地域包括ケア会議、 訪問看護会議
	(3) 機能・連携強化			
	病床機能転換による他医療機関との連携強化		保健医療連携室会議	幹部会議、 管理職会議
	(4) 医療機能や医療の質、連携強化に等に係る数値目標			
	経営の効率化等の指標・数値目標の進捗管理		幹部会議	経営健全化推進委員会、 医療サービス向上委員会
	(5) 一般会計負担の考え方			
	収支計画、一般会計負担金		幹部会議	-
	(6) 住民の理解のための取組			
	経営強化プラン、医療機能見直しの情報発信等		医療サービス向上委員会	-
4. 医師・看護師等の確保と働き方改革				
	(1) 医師・看護師等の確保			
	医師・看護師等の職員増員に向けた対応		人材計画・ 育成検討委員会	幹部会議、 管理職会議
	(2) 臨床研修医の受入れ等を通じた若手医師の確保			
	臨床研修医の確保		人材計画・ 育成検討委員会	幹部会議、 管理職会議
	(3) 医師の働き方改革への対応			
	医師の時間外・休日労働時間の把握		医局会	衛生委員会
	(3) 1) タスクシフト・タスクシェア			
	タスクシフト・タスクシェアについての検討		業務調整委員会	管理職会議
5. 新興感染症の感染拡大時に備えた平時からの取組				
-	新興感染症の感染拡大時に備えた平時からの取組		院内感染対策委員会、 感染対策チーム (ICT)	-

大項目	中項目	主な検討テーマ	主担当	副担当
6. 施設・設備の最適化				
	(1) 施設・設備の適正管理と整備費の抑制			
		施設・設備の適正管理と整備費の抑制	院内会議	-
	(2) デジタル化への対応			
		デジタル化への検討、セキュリティ強化	I T推進委員会	業務調整委員会
7. 経営の効率化等の指標・目標値				
	(2) 経営指標、経常収支比率及び修正医業収支比率に係る数値目標			
		経営指標、経常収支比率及び修正医業収支比率に係る数値目標の管理	幹部会議	診療会議、経営健全化推進委員会
	(3) 目標達成に向けた具体的な取組			
		収益増（紹介患者確保）	保健医療連携室会議	幹部会議、管理職会議
		収益増（救急受入向上）	診療改善委員会	
		収益増（施設基準向上）	経営健全化推進委員会	
		コスト削減	医療材料管理委員会、薬事委員会	
		医療材料管理委員会、薬事委員会	医療材料管理委員会、薬事委員会	
	(4) 経営強化プラン対象期間中の各年度の収支計画等			
		収益的収支、資本的収支、一般会計等からの繰入金の見通し	幹部会議	-
8. 経営形態に関する検討				
	-	経営形態に関する検討	幹部会議	幹部会議

経営強化プラン対象期間中の各年度の収支計画

1. 損益計算書（収益的収支）
2. 資本的収支
3. 給与費内訳
4. 経費内訳
5. 委託料内訳
6. 他会計負担金・補助金内訳

1. 損益計算書(収益的収支)(税込)

項目	実績	見込	計画					(単位:千円)
			令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	
1 医業	2,081,912	2,190,285	2,413,279	2,547,578	3,169,918	3,274,813	3,327,799	令和6年度以降の考え方(令和5年度は当初予算額)
(1) 入院収益	1,013,654	1,018,523	1,220,472	1,351,147	1,961,698	2,066,594	2,119,580	
全体稼働病床数	113	113	113	113	150	150	150	
計上差額(査定、修正減等)	▲33,999	▲46,337	▲23,267	▲27,574	▲40,035	▲42,175	▲43,257	令和3年度の入院収益(レセプト上)×▲3.35%→各年度の入院収益(レセプト上)の▲2.0%として目標設定
入院収益(レセプト上) ①~④合計	1,047,653	1,064,860	1,243,739	1,378,721	2,001,733	2,108,769	2,162,836	
① 急性期一般入院料4~5	909,526	928,005	1,100,423	1,180,826	1,459,416	1,566,452	1,580,264	
稼働病床数	91	91	91	91	102	102	102	●患者数は、2025~30年の推計入院患者数、医師増員の影響を参考に設定
病床稼働率	60.2%	63.5%	68.4%	73%	80%	85%	85%	●診療単価(令和3年度に対し)
1日平均入院患者数	54.8	57.7	62.2	66.4	81.6	86.7	86.7	【令和5年度以降】急性期看護補助体制加算25対1(看護補助者50%以上)ノ、夜間急性期補助体制加算100対1+夜間看護体制加算、感染対策向上加算2・連携強化加算、医師事務作業補助体制加算100対1、急性期一般入院料5→4、診療報酬調査A~C項目(+840円)、etc.
診療日数	365	365	366	365	365	365	366	
入院診療単価	45,488	44,069	48,338	48,700	49,000	49,500	49,800	
② ケア病棟入院医療管理料・入院料1~2	138,127	136,855	143,316	197,895	542,317	542,317		●患者数は、2025~30年の推計入院患者数、医師増員の影響を参考に設定
稼働病床数	20	20	20	20	46	46		●診療単価(令和3年度に対し)
病床稼働率	65.0%	64.4%	65%	90%	95%	95%		【令和5年度】看護補助者配置加算、etc.
1日平均入院患者数	13.0	12.9	13.0	18.0	43.7	43.7		【令和7年度】地域包括ケア病棟入院料1ノ急性期患者支援病床初期加算、在宅患者支援初期加算<算定割合増加>、etc.
診療日数	365	365	366	365	365	365		
入院診療単価	29,178	29,112	30,121	30,121	34,000	34,000		
③ 回リハ病棟入院料2							582,573	
稼働病床数							46	
病床稼働率							95%	2025~30年の推計入院患者数を参考に設定
1日平均入院患者数							43.7	
診療日数							366	
入院診療単価							36,424	2018年WAMレポート(回リハ入院料2)を参考に設定
④ 感染症病床入院料	0	0	0	0	0	0	0	
病床数	2	2	2	2	2	2	2	
病床稼働率	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	稼働は見込まない
(2) 外来収益	922,721	1,030,305	1,044,381	1,043,005	1,043,005	1,043,005	1,043,005	
計上差額(査定、修正減等)	▲44,237	▲44,872	▲19,910	▲21,286	▲21,286	▲21,286	▲21,286	令和3年度の外来収益(レセプト上)×▲4.57%→外来収益(レセプト上)の▲2.0%で目標設定
外来収益(レセプト上) ①~④合計	966,958	1,075,177	1,064,291	1,064,291	1,064,291	1,064,291	1,064,291	
1日平均外来患者数	336.3	345.0	344.5	344.5	344.5	344.5	344.5	令和5年度予算を継続
外来診療単価	11,929	12,773	12,714	12,714	12,714	12,714	12,714	令和5年度予算を継続
外来診療日数	241	244	243	243	243	243	243	令和5年度予算を継続
(3) その他医業収益	145,537	141,457	148,426	153,426	165,214	165,214	165,214	
資産貸付収益	11,899	12,468	12,778	12,778	12,778	12,778	12,778	令和5年度予算を継続
電話使用料収益	27	23	23	23	23	23	23	令和5年度予算を継続
公衆衛生生活動収益	27,089	27,033	31,868	31,868	31,868	31,868	31,868	令和5年度予算を継続
医療相談収益	8,628	7,915	9,315	9,315	9,315	9,315	9,315	令和5年度予算を継続
他会計負担金	78,886	78,992	76,554	76,554	83,342	83,342	83,342	「6. 他会計負担金・補助金内訳」より
室料差額収益	0	0	0	5,000	10,000	10,000	10,000	個室を差額部屋に変更し、目標額として設定
その他医業収益	19,009	15,026	17,888	17,888	17,888	17,888	17,888	令和5年度予算を継続
2 医業費用	3,686,322	3,878,057	4,091,604	4,197,949	4,413,524	4,409,044	4,333,736	
(1) 給与	2,125,327	2,265,817	2,348,209	2,474,927	2,627,913	2,664,668	2,670,371	「3. 給与内訳」より
(2) 材料費(給食材料費除く)	483,878	511,538	499,758	537,463	613,205	602,881	522,626	
急性期・ケア・外来分	483,878	511,538	499,758	537,463	613,205	602,881	476,020	
材料費比率<対回リハ除く入外収益>	24.0%	23.9%	21.7%	22.0%	20.0%	19.0%	18.0%	施設基準向上による単価アップ、及び他病院事例を参考に目標設定
回復期リハ分							46,606	
材料費比率<対回リハ収入>							8.0%	他病院事例(回リハ)を参考に設定
(3) 給食材料費	23	101	100	29	43	45	45	令和3年度実績に対して入院患者数に応じて増加
(4) 経費	594,202	634,085	796,756	765,213	758,825	759,180	759,251	「4. 経費内訳」より
(5) 減価償却費	440,895	448,214	426,702	405,978	399,200	367,931	367,105	令和4年度までの取得済資産+令和5年度以降の新規取得予定資産によって算出
(6) 資産減耗費	37,221	7,347	9,562	9,562	9,562	9,562	9,562	令和5年度予算を継続
(7) 研究研修費	4,777	10,955	10,517	4,777	4,777	4,777	4,777	令和3年度実績を見込む
医業損益	▲1,604,410	▲1,687,772	▲1,678,325	▲1,650,371	▲1,243,607	▲1,134,231	▲1,005,937	

項目	実績		計画					(単位：千円)
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	
3 医 業 外 収 益	1,696,410	1,769,690	1,764,851	1,768,300	1,798,047	1,094,737	1,102,857	
(1) 受 取 利 息 配 当 金	2,961	3,927	4,330	4,330	4,330	4,330	4,330	令和5年度予算を継続
(2) 他 会 計 負 担 金	507,029	547,636	555,468	555,468	582,108	582,108	582,108	「6. 他会計負担金・補助金内訳」より
(3) 補 助 金	888,151	938,008	907,822	907,822	907,822	209,822	209,822	「6. 他会計負担金・補助金内訳」より
(4) 患 者 外 給 食 収 益	201	176	171	171	171	171	171	令和5年度予算を継続
(5) 長 期 前 受 金 戻 入	276,112	255,000	272,294	275,743	278,850	273,540	281,660	令和4年度までの取得済資産+令和5年度以降の新規取得予定資産によって算出
(6) そ の 他 医 業 外 収 益	21,956	24,943	24,766	24,766	24,766	24,766	24,766	令和5年度予算を継続
4 医 業 外 費 用	156,808	81,918	88,150	88,150	88,150	88,150	88,150	
(1) 支 払 債 利 取 息 扱 及 諸 費	174	260	452	452	452	452	452	病院事業債(既往債+新規債の予定)によって算出
(2) 企 業 団 議 会 費	652	1,098	1,420	1,420	1,420	1,420	1,420	令和5年度予算を継続
(3) 企 業 団 監 査 委 員 費	393	493	750	750	750	750	750	令和5年度予算を継続
(4) 長 期 前 定 払 消 費 税 控	20,717	28,344	30,571	30,571	30,571	30,571	30,571	令和5年度予算を継続
(5) そ の 他 医 業 外 費 用	134,871	51,723	54,957	54,957	54,957	54,957	54,957	令和5年度予算を継続
医 業 外 損 益	1,539,602	1,687,772	1,676,701	1,680,150	1,709,897	1,006,587	1,014,707	
経 常 損 益	▲ 64,808	0	▲ 1,624	29,779	466,290	▲ 127,644	8,770	

★主要経営比率	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	
医業収支比率	56.5%	56.5%	59.0%	60.7%	71.8%	74.3%	76.8%	→医業収益÷医業費用
修正医業収支比率	54.3%	54.4%	57.1%	58.9%	69.9%	72.4%	74.9%	→医業収益(他会計負担金除く)÷医業費用
経常収支比率	98.3%	100.0%	100.0%	100.7%	110.4%	97.2%	100.2%	→経常収益÷経常費用

2. 資本的収支<税込>

項目	実績		計画					(単位：千円)
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	
1 資 本 的 収 入	765,303	190,707	180,747	141,715	164,731	383,556	349,175	
(1) 企 業 債	286,700	32,700	47,100	32,500	52,400	167,100	152,700	
(2) 他 会 計 出 資 金	253,307	72,720	118,945	98,865	96,041	165,726	150,065	
(3) 補 助 金	137,876	78,497	1	0	0	0	0	
(4) 他 会 計 借 入 金	84,900	6,180	14,100	9,750	15,690	50,130	45,810	
(5) 固 定 資 産 売 却	0	0	0	0	0	0	0	
(6) 負 担 金 及 び 寄 附 金	0	0	0	0	0	0	0	
(7) 返 還 金	2,520	610	600	600	600	600	600	
2 資 本 的 支 出	992,048	354,276	492,990	407,772	454,133	684,266	564,361	
(1) 建 設 改 良 費	739,928	88,780	127,276	65,195	105,156	334,683	305,563	
(2) 投 資	12,001	13,791	16,330	16,330	16,330	16,330	16,330	
(3) 企 業 債 償 還 金	139,364	145,617	204,280	200,143	206,229	203,360	208,731	
(4) 長 期 借 入 金 償 還 金	100,756	106,088	125,104	126,104	126,418	129,893	33,737	
(5) 予 備 費			20,000					
3 資 本 的 収 支 = 1 - 2	▲ 226,745	▲ 163,569	▲ 312,243	▲ 266,057	▲ 289,402	▲ 300,710	▲ 215,186	
4 補 填 財 源 (損 益 計 算 書 の C F)	157,913	228,905	192,917	200,147	626,773	6,880	134,348	
5 補 填 財 源 流 入 後 の 資 金 収 支 = 3 + 4	▲ 68,833	65,336	▲ 119,326	▲ 65,910	337,371	▲ 293,830	▲ 80,838	
6 不 良 債 務 = 前 年 度 - 5	▲ 549,308	▲ 614,645	▲ 495,319	▲ 429,409	▲ 766,779	▲ 472,949	▲ 392,111	
不良債務比率	-26.4%	-28.1%	-20.5%	-16.9%	-24.2%	-14.4%	-11.8%	→不良債務額÷医業収益

3. 給与費内訳

職員区分	実績		見込		計画										令和6年度以降の考え方 (令和5年度は予算額)	
	令和3年度		令和4年度		令和5年度			令和6年度		令和7年度		令和8年度		令和9年度		
	人数	給与費計 (千円)	人数	給与費計 (千円)	人数	給与費計 (千円)	給与単価 (千円)	人数	給与費計 (千円)	人数	給与費計 (千円)	人数	給与費計 (千円)	人数		給与費計 (千円)
企業長	1	27,371	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	R4より紋別市長兼務につき0名
医師		868,760		905,784		922,535			948,046		993,556		1,006,311		1,019,067	
正規医師	20	598,381	19	537,015	15	491,329	32,755	17	556,840	19	622,350	20	655,105	21	687,861	段階的に増員を見込む 給与単価は令和5年度予算を継続
その他		270,379		368,769		431,206			391,206		371,206		351,206		331,206	正規職員の増員に伴い、減少を見込む
看護師・准看護師(正規職員)	74	551,551	76	585,813	79	613,290	7,763	93	721,974	100.6	780,974	100.6	780,974	96.6	749,922	給与単価は令和5年度予算を継続
病棟看護職員	49		44		49			56		63.6		63.6		59.6		
3階病棟	16		16		17			19		21.3		21.3		21.3		急性期体制の稼働率向上→下記参照
4階病棟	15		14		16			18		21.3		21.3		21.3		急性期体制の稼働率向上→下記参照
5階病棟	18		14		16			19		21.0		21.0		17		地ケア・回りハ病棟への転換→下記参照
外来その他	25		32		30			37		37		37		37		3病棟体制による稼働率向上に伴い、増員を見込む
看護師・准看護師(非常勤職員)		127,764		136,177		145,365			100,000		100,000		100,000		100,000	正規職員の増員に伴い、減少を見込む
看護補助者(会計年度職員等)		57,976		50,945		73,419			87,307		111,782		111,782		111,782	
病棟看護補助者	15	35,400	15	35,000	17	52,010	3,059	22	67,307	30	91,782	30	91,782	30	91,782	給与単価は令和5年度予算を継続
3階病棟	5		4		5			8		10		10		10		3病棟体制による稼働率向上に伴い、現状+5名
4階病棟	5		5		6			7		10		10		10		3病棟体制による稼働率向上に伴い、現状+5名
5階病棟	5		6		6			7		10		10		10		3病棟体制による稼働率向上に伴い、現状+5名
その他(外来・透析)		22,576		15,945		21,409			20,000		20,000		20,000		20,000	令和5年度予算額と類似の金額を見込む
医療技術部門(正規職員)	38	282,626	41	318,874	38	319,407		42	343,407	46	367,407	50	391,407	54	415,407	
セラピスト	6		6		6	36,000	6,000	10	60,000	14	84,000	18	108,000	22	132,000	病床機能転換による増員を見込む 給与単価は令和5年度予算額を継続
その他	32		35		32	283,407	8,856	32	283,407	32	283,407	32	283,407	32	283,407	人数・給与単価ともに令和5年度予算額を継続
事務部門		209,279		268,224		274,193			274,193		274,193		274,193		274,193	
正規職員	14	99,354	18	127,557	18	124,579	6,921	18	124,579	18	124,579	18	124,579	18	124,579	人数・給与単価ともに令和5年度予算額を継続
非常勤職員		95,416		140,667		149,614			149,614		149,614		149,614		149,614	令和5年度予算額を継続
合計	162	2,125,327	169	2,265,817	167	2,348,209		192	2,474,927	213.6	2,627,913	218.6	2,664,668	219.6	2,670,371	

【病棟看護師数の最低必要数<常勤換算>の試算】

- 令和8・9年度:急性期病棟<2病棟>の入院患者数86.7人/日×95%(利用率換算)÷10×3÷60%<出勤率>=42人
- 令和7・8年度:地域包括ケア病棟<2病棟>の入院患者数43.7人/日×98%(利用率換算)÷10.34(看護職員配置加算50対1算定予定)×3÷60%<出勤率>=21人
- 令和9年度:回復期リハ病棟<2病棟>の入院患者数43.7人/日×99%(利用率換算)÷13×3÷60%<出勤率>=17人

4. 経費内訳〈税込〉

科 目	実績		計画					(単位：千円) 令和6年度以降の考え方 (令和5年度は予算額)
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	
	594,202	634,085	796,756	765,213	758,825	759,180	759,251	
厚生福利費	3,527	4,309	5,752	6,613	7,357	7,529	7,564	令和5年度予算×職員数の増減率
報償費	835	809	2,317	2,317	2,317	2,317	2,317	令和5年度予算を継続
旅費	46,753	73,959	86,217	86,217	86,217	86,217	86,217	令和5年度予算を継続
職員被服費	6,636	2,588	6,091	7,003	7,791	7,973	8,009	令和5年度予算×職員数の増減率
消耗品費	10,821	11,222	10,812	10,812	10,812	10,812	10,812	令和5年度予算を継続
光熱水費	58,106	70,258	114,938	114,938	114,938	114,938	114,938	令和5年度予算を継続
燃料費	20,139	20,902	26,765	26,765	26,765	26,765	26,765	令和5年度予算を継続
食糧費	5	27	30	30	30	30	30	令和5年度予算を継続
印刷製本費	1,049	1,780	2,008	2,008	2,008	2,008	2,008	令和5年度予算を継続
修繕費	18,559	20,250	31,953	31,953	31,953	31,953	31,953	令和5年度予算を継続
保険料	3,720	4,255	4,866	4,866	4,866	4,866	4,866	令和5年度予算を継続
使用料及び賃借料	49,731	55,204	76,469	71,469	71,469	71,469	71,469	令和5年度予算-5百万円(発熱外来閉鎖による)
通信運搬費	5,530	6,853	7,213	7,213	7,213	7,213	7,213	令和5年度予算を継続
手数料	68,804	66,238	83,147	83,147	83,147	83,147	83,147	令和5年度予算を継続
委託料	261,875	269,816	310,114	281,799	273,879	273,879	273,879	「5.委託費内訳」より
諸負担金	32,064	20,220	21,278	21,278	21,278	21,278	21,278	令和5年度予算を継続
交際費	1,080	1,807	2,500	2,500	2,500	2,500	2,500	令和5年度予算を継続
図書費	326	325	365	365	365	365	365	令和5年度予算を継続
修繕引当金繰入額	0	0	0	0	0	0	0	令和5年度予算を継続
特別修繕引当金繰入額	0	0	0	0	0	0	0	令和5年度予算を継続
貸倒引当金繰入額	29	0	0	0	0	0	0	令和5年度予算を継続
貸倒損失	0	0	0	0	0	0	0	令和5年度予算を継続
雑費	854	132	221	221	221	221	221	令和5年度予算を継続
消耗備品費	3,660	2,030	3,600	3,600	3,600	3,600	3,600	令和5年度予算を継続
補償費	0	0	0	0	0	0	0	令和5年度予算を継続
寄附金	100	1,100	100	100	100	100	100	令和5年度予算を継続

5. 委託料内訳〈税込〉

No	項目名	決算	見込	計画					令和6年度以降の考え方 (令和5年度は予算額)
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	
1	昇降機保守	2,442,000	2,442,000	2,694,120	2,694,120	2,694,120	2,694,120	2,694,120	
2	消防用設備保守点検	803,000	880,000	946,440	946,440	946,440	946,440	946,440	令和5年度予算を継続
3	庁舎管理(警備・当直・ボイラー・公用車運転)	33,250,800	33,628,000	37,390,650	37,390,650	37,390,650	37,390,650	37,390,650	令和5年度予算を継続
4	公用車運行管理業務委託	7,713,077	0	0	0	0	0	0	令和5年度予算を継続
5	庁舎清掃業務委託	27,775,000	27,775,000	34,562,000	24,562,000	24,562,000	24,562,000	24,562,000	令和5年度予算から1千万円減少を見込む
6	自動ドア保守	600,600	600,600	600,600	600,600	600,600	600,600	600,600	令和5年度予算を継続
7	感染性廃棄物等運搬・処理	18,443,392	21,003,268	14,389,531	14,389,531	14,389,531	14,389,531	14,389,531	令和5年度予算を継続
8	防虫保全管理業務	462,000	462,000	462,000	462,000	462,000	462,000	462,000	令和5年度予算を継続
9	患者給食業務	49,494,758	47,961,009	50,248,593	50,248,593	50,248,593	50,248,593	50,248,593	令和5年度予算を継続
10	CT装置・MRI装置保守	6,452,930	4,106,630	6,930,000	6,930,000	6,930,000	6,930,000	6,930,000	令和5年度予算を継続
11	AG装置保守	2,200,000	2,200,000	2,200,000	2,200,000	2,200,000	2,200,000	2,200,000	令和5年度予算を継続
12	3D作成ワークステーション保守	1,100,000	0	1,100,000	1,100,000	1,100,000	1,100,000	1,100,000	令和5年度予算を継続
13	一般撮影装置X線TVシステム保守	2,379,300	3,734,500	3,734,500	3,734,500	3,734,500	3,734,500	3,734,500	令和5年度予算を継続
14	人工腎臓透析装置保守	343,200	343,200	350,900	350,900	350,900	350,900	350,900	令和5年度予算を継続
15	透析通信システム保守(医事課)	1,421,640	594,000	594,000	594,000	594,000	594,000	594,000	令和5年度予算を継続
16	生化学・免疫統合型分析装置保守	2,200,000	1,100,000	1,674,200	1,674,200	1,674,200	1,674,200	1,674,200	令和5年度予算を継続
17	自動血球分析・血液凝固測定装置保守	1,843,160	1,843,160	1,843,160	1,843,160	1,843,160	1,843,160	1,843,160	令和5年度予算を継続
18	放射線管理区域漏洩線量測定業務	127,600	127,600	127,600	127,600	127,600	127,600	127,600	令和5年度予算を継続
19	放射線被曝量測定	1,405,668	1,457,280	1,457,280	1,457,280	1,457,280	1,457,280	1,457,280	令和5年度予算を継続
20	グリストラップ(産業廃棄物[収集運搬])	93,808	99,792	99,792	99,792	99,792	99,792	99,792	令和5年度予算を継続
21	庁舎敷地内除排雪	0	0	0	0	0	0	0	令和5年度予算を継続
22	ミズホ手術台スーパパリュウ点検保守	308,000	572,000	308,800	308,800	308,800	308,800	308,800	令和5年度予算を継続
23	フィリップスV60人工呼吸器保守点検	696,960	696,960	696,960	696,960	696,960	696,960	696,960	令和5年度予算を継続
24	人工呼吸器保守点検	1,166,000	1,166,000	583,000	583,000	583,000	583,000	583,000	令和5年度予算を継続
25	保育器・インファントウォーマー保守点検	182,600	248,600	259,600	259,600	259,600	259,600	259,600	令和5年度予算を継続
26	分娩監視装置保守点検	209,000	209,000	224,400	224,400	224,400	224,400	224,400	令和5年度予算を継続
27	FPD保守(BC・操作端末込)	3,245,000	4,457,200	4,457,200	4,457,200	4,457,200	4,457,200	4,457,200	令和5年度予算を継続
28	採血管準備システム保守(医事課)	1,023,000	1,035,276	0	0	0	0	0	令和5年度予算を継続
29	輸血検査機器保守	385,000	385,000	385,000	385,000	385,000	385,000	385,000	令和5年度予算を継続
30	細菌検査機器保守	550,000	550,000	550,000	550,000	550,000	550,000	550,000	令和5年度予算を継続
31	血糖自動分析装置保守	275,000	275,000	275,000	275,000	275,000	275,000	275,000	令和5年度予算を継続
32	麻酔器一式保守	834,680	938,520	976,580	976,580	976,580	976,580	976,580	令和5年度予算を継続
33	血液ガス分析装置	424,600	424,600	424,600	424,600	424,600	424,600	424,600	令和5年度予算を継続
34	医療ガス保守	880,000	880,000	1,540,000	1,540,000	1,540,000	1,540,000	1,540,000	令和5年度予算を継続
35	電気工作物保安管理業務	1,016,400	1,016,400	1,016,400	1,016,400	1,016,400	1,016,400	1,016,400	令和5年度予算を継続
36	職員採用試験に係る試験問題集の貸与等業務委託(職員係)	73,700	57,200	114,400	114,400	114,400	114,400	114,400	令和5年度予算を継続
37	人事給与・財務会計システム、インシデント及びグループウェア保守	1,551,000	1,551,000	1,617,000	1,617,000	1,617,000	1,617,000	1,617,000	令和5年度予算を継続
38	ネットワーク及びホームページ保守	1,142,213	1,683,220	1,612,820	1,612,820	1,612,820	1,612,820	1,612,820	令和5年度予算を継続
39	人事給与システム及び財務会計システム諸改修作業	0	0	1,155,000	0	0	0	0	令和5年度のみ計上
40	遠隔読影システムサービス(医事課)	4,501,200	1,663,765	2,328,000	2,328,000	2,328,000	2,328,000	2,328,000	令和5年度予算を継続
41	医療情報システム導入支援業務委託(医事課)	3,960,000	3,960,000	4,460,000	4,460,000	4,460,000	4,460,000	4,460,000	令和5年度予算を継続
42	診断書等作成システム保守(医事課)	481,800	481,800	481,800	481,800	481,800	481,800	481,800	令和5年度予算を継続
43	例規法制ソフト支援業務委託	0	0	0	0	0	0	0	令和5年度予算を継続
44	例規集追録印刷及び更新データ作成業務委託	130,900	770,000	770,000	770,000	770,000	770,000	770,000	令和5年度予算を継続

No	項目名	決算	見込	計画					(単位：円)
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和6年度以降の考え方
45	滅菌室関連備品保守	3,718,000	6,160,000	4,818,000	4,818,000	4,818,000	4,818,000	4,818,000	令和5年度予算を継続
46	電子カルテ等保守業務委託(医事課)	36,369,696	20,725,320	18,465,876	18,465,876	18,465,876	18,465,876	18,465,876	令和5年度予算を継続
47	紙カルテ保守委託(医事課)	0	481,800	198,000	198,000	198,000	198,000	198,000	令和5年度予算を継続
48	薬剤・服薬情報システム保守業務委託(医事課)	1,870,000	1,858,450	1,858,450	1,858,450	1,858,450	1,858,450	1,858,450	令和5年度予算を継続
49	放射線システム保守業務委託(医事課)	5,473,600	3,740,000	4,620,000	4,620,000	4,620,000	4,620,000	4,620,000	令和5年度予算を継続
50	PACSサーバストレージ枯渇対応	2,728,000	0	0	0	0	0	0	令和5年度予算を継続
51	生理検査システム保守業務委託(医事課)	851,400	507,375	676,500	676,500	676,500	676,500	676,500	令和5年度予算を継続
52	耳鼻科システム保守業務委託(医事課)	474,012	462,000	451,000	451,000	451,000	451,000	451,000	令和5年度予算を継続
53	ナースコールシステム保守(医事課)	290,400	290,400	290,400	290,400	290,400	290,400	290,400	令和5年度予算を継続
54	麻酔管理システム保守業務委託(医事課)	1,958,000	2,662,968	1,329,900	1,329,900	1,329,900	1,329,900	1,329,900	令和5年度予算を継続
55	保健医療連携システム保守業務委託	0	0	0	0	0	0	0	令和5年度予算を継続
56	物流管理システム保守業務委託(医事課)	1,612,600	1,774,344	1,845,360	1,845,360	1,845,360	1,845,360	1,845,360	令和5年度予算を継続
57	自動精算機保守業務委託(医事課)	396,000	396,000	0	0	0	0	0	令和5年度予算を継続
58	眼科支援システム保守業務委託(医事課)	798,105	864,600	811,305	811,305	811,305	811,305	811,305	令和5年度予算を継続
59	電子カルテSE業務委託(医事課)	0	0	0	0	0	0	0	令和5年度予算を継続
60	木質バイオマスボイラー保守業務委託	616,000	616,000	616,000	616,000	616,000	616,000	616,000	令和5年度予算を継続
61	健診システム保守(医事課)	924,000	924,000	924,000	924,000	924,000	924,000	924,000	令和5年度予算を継続
62	派遣看護師業務委託(職員係)	28,298,379	30,110,421	39,216,000	29,216,000	29,216,000	29,216,000	29,216,000	令和5年度予算から1千万円減少を見込む
63	顧問弁護士	2,189,000	1,697,300	1,320,000	1,320,000	1,320,000	1,320,000	1,320,000	令和5年度予算を継続
64	チップボイラ廃棄物処理	53,560	39,180	28,400	28,400	28,400	28,400	28,400	令和5年度予算を継続
65	倒木処理委託	0	0	0	0	0	0	0	令和5年度予算を継続
66	カテーテルコンサルティング業務委託	8,251,258	9,785,516	9,504,000	7,620,000	7,620,000	7,620,000	7,620,000	減額を見込む
67	特定建築物調査等業務委託	495,000	616,000	715,000	715,000	715,000	715,000	715,000	令和5年度予算を継続
68	人事評価コンサルティング業務委託(職員係)	1,443,200	2,142,800	2,143,000	1,600,000	1,600,000	1,600,000	1,600,000	減額を見込む
69	産業廃棄物収集運搬業務委託	321,400	500,000	1,000,000	1,000,000	1,000,000	1,000,000	1,000,000	令和5年度予算を継続
70	冷凍機保守点検業務委託	1,045,000	1,045,000	1,045,000	1,045,000	1,045,000	1,045,000	1,045,000	令和5年度予算を継続
71	造影剤持続注入器(アシストインジェクションシステム)保守	522,500	522,500	522,500	522,500	522,500	522,500	522,500	令和5年度予算を継続
72	CT解析ソフト(3D医用画像処理ワークステーション(ザイオステーション))保守	803,000	803,000	803,000	803,000	803,000	803,000	803,000	令和5年度予算を継続
73	動画画像ネットワークシステム(フォトロン)保守	902,000	902,000	902,000	902,000	902,000	902,000	902,000	令和5年度予算を継続
74	体外循環装置用遠心ポンプ駆動装置(PCPSテルモキャピックス遠心ポンプ)保守	253,000	253,000	253,000	253,000	253,000	253,000	253,000	令和5年度予算を継続
75	ポリグラフ保守	482,900	482,900	482,900	482,900	482,900	482,900	482,900	令和5年度予算を継続
76	循環モニター(ヘモスフィア保守)	341,000	341,000	407,000	407,000	407,000	407,000	407,000	令和5年度予算を継続
77	人工呼吸器保守点検(王ナールT60)	0	491,700	987,800	987,800	987,800	987,800	987,800	令和5年度予算を継続
78	スポットチェックシステム保守	689,700	544,500	544,500	544,500	544,500	544,500	544,500	令和5年度予算を継続
79	遠心機保守	0	478,500	478,500	478,500	478,500	478,500	478,500	令和5年度予算を継続
80	PCR検査装置保守	0	990,000	330,000	330,000	330,000	330,000	330,000	令和5年度予算を継続
81	手術顕微鏡保守	0	660,000	660,000	660,000	660,000	660,000	660,000	令和5年度予算を継続
82	白内障手術装置保守	0	1,210,000	1,210,000	1,210,000	1,210,000	1,210,000	1,210,000	令和5年度予算を継続
83	白内障・硝子体手術装置保守	0	1,628,000	1,628,000	1,628,000	1,628,000	1,628,000	1,628,000	令和5年度予算を継続
84	読影検査委託(医事課)	0	6,930,000	5,623,200	5,623,200	5,623,200	5,623,200	5,623,200	令和5年度予算を継続
85	電子カルテ処分業務委託(医事課)	0	1,353,000	0	0	0	0	0	令和5年度予算を継続
86	レセプト院内審査支援システム保守(医事課)	302,500	330,000	330,000	330,000	330,000	330,000	330,000	令和5年度予算を継続
87	マイナンバーカードオンライン資格確認システム設定委託(医事課)	0	1,634,600	0	0	0	0	0	令和5年度予算を継続
88	経営分析に係るコンサルティング委託契約	0	880,000	1,320,000	0	0	0	0	令和5年度で終了予定
89	ME機器管理システム保守業務委託(医事課)	0	6,600,000	660,000	660,000	660,000	660,000	660,000	令和5年度予算を継続

No	項目名	決算	見込	計画					(単位：円)
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和6年度以降の考え方
90	滅菌管理システム保守業務委託(医事課)	0	871,200	739,200	739,200	739,200	739,200	739,200	令和5年度予算を継続
91	会計指導等業務委託(職員係)	0	1,026,564	250,000	250,000	250,000	250,000	250,000	令和5年度予算を継続
92	診療報酬増益コンサル業務委託(医事課)	0	229,900	7,920,000	7,920,000	0	0	0	令和6年度で終了予定
93	電子カルテ連携(眼科システム)(医事課)	0	6,855,920	0	0	0	0	0	令和5年度予算を継続
94	麻酔システム同一タ移行委託	0	0	0	0	0	0	0	令和5年度予算を継続
95	検体・輸血・細菌検査システム	0	0	951,500	951,500	951,500	951,500	951,500	令和5年度予算を継続
96	電子カルテカスタマイズ委託	0	0	719,400	0	0	0	0	令和5年度のみ計上
97	紙カルテ管理システム更新委託	0	0	0	0	0	0	0	令和5年度予算を継続
98	窓口・再来受付・診察表示・会計表示システム保守委託	0	0	2,001,120	2,001,120	2,001,120	2,001,120	2,001,120	令和5年度予算を継続
99	オンライン資格確認システム端末保守	0	0	178,200	178,200	178,200	178,200	178,200	令和5年度予算を継続
100	安全管理措置対応業務及び個人情報保護法関連例規整備支援業務	0	0	2,420,000	0	0	0	0	令和5年度のみ計上
101	ランサムウェア対策システム構築委託	0	0	0	0	0	0	0	令和5年度予算を継続
102	インボイス制度に関する医事システム対応委託	0	0	253,000	0	0	0	0	令和5年度のみ計上
103	院内情報解析システム構築委託(IQVIA)	0	0	0	0	0	0	0	令和5年度予算を継続
104	院内情報解析システム保守委託(IQVIA)	0	0	0	0	0	0	0	令和5年度予算を継続
合計(円)		288,062,196	296,797,338	310,092,937	281,798,537	273,878,537	273,878,537	273,878,537	

6. 他会計負担金・補助金内訳

			実績	見込	計画					(単位：千円)
			令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和6年度以降の考え方 (令和5年度は予算額)
1. 医業収益	その他医業収益	紋別市負担金	78,886	78,992	76,554	76,554	83,342	83,342	83,342	令和7年度より、救急病床+4床 (@1,697千円)を見込む
2. 医業外収益	他会計負担金		507,029	547,636	555,468	555,468	582,108	582,108	582,108	
		構成市町村負担金	1,101	1,565	2,170	2,170	2,170	2,170	2,170	令和5年度予算を継続
		紋別市負担金	505,928	546,071	553,298	553,298	579,938	579,938	579,938	令和7年度より、普通交付税(病床割相当分)720千円×+37床を見込む
	補助金		888,151	938,008	907,822	907,822	907,822	209,822	209,822	
		感染症病床補助金	0	0	878	878	878	878	878	令和5年度予算を継続
		基金収入補助金	346,124	520,794	698,000	698,000	698,000	0	0	令和8年度までを想定
		産科医等確保支援事業補助金	90	150	153	153	153	153	153	令和5年度予算を継続
		構成市町村補助金	106,479	136,045	164,596	164,596	164,596	164,596	164,596	令和5年度予算を継続
		災害拠点病院機能強化事業補助金	0	0	0	0	0	0	0	令和5年度予算を継続
		新人看護職員臨床実践能力向上研修支援事業	422	315	422	422	422	422	422	令和5年度予算を継続
		へき地医療拠点病院事業補助金	2,841	2,841	2,841	2,841	2,841	2,841	2,841	令和5年度予算を継続
		夜間看護師確保対策事業補助金	0	0	864	864	864	864	864	令和5年度予算を継続
		病床機能分化・連携促進基盤整備事業補助金	0	0	0	0	0	0	0	令和5年度予算を継続
		医師確保対策事業補助金	31,161	45,436	38,604	38,604	38,604	38,604	38,604	令和5年度予算を継続
		防災訓練等参加事業費補助金	0	0	0	0	0	0	0	令和5年度予算を継続
		新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金	387,570	229,328	0	0	0	0	0	交付は令和4年度まで
		新型コロナウイルス感染症患者等入院受入医療機関緊急	12,000	0	0	0	0	0	0	交付は令和3年度まで
		インフルエンザ流行期における発熱外来診療体制確保支	0	0	0	0	0	0	0	交付は令和3年度まで
		インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染	0	0	0	0	0	0	0	交付は令和3年度まで
		北海道認知症疾患医療センター運営事業補助金	1,464	1,464	1,464	1,464	1,464	1,464	1,464	令和5年度予算を継続
		オンライン資格確認システム導入事業補助金	0	1,635	0	0	0	0	0	交付は令和4年度のみ
合 計			1,474,066	1,564,636	1,539,844	1,539,844	1,573,272	875,272	875,272	

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

総財準第 72 号
令和4年3月 29 日

各都道府県知事
(各都道府県財政担当課、市町村担当課、
都道府県立病院担当課、医療政策担当課扱い)

各指定都市市長
(各指定都市財政担当課、市立病院担当課、
医療政策担当課扱い)

関係一部事務組合管理者
(都道府県・指定都市が加入するもの)

関係広域連合の長
(都道府県・指定都市が加入するもの)

殿

総務省自治財政局長
(公印省略)

公立病院経営強化の推進について(通知)

病院事業を設置している地方公共団体においては、「新公立病院改革ガイドライン」(平成27年3月31日付け総財準第59号総務省自治財政局長通知)を踏まえ、新公立病院改革プランを策定し、病院事業経営の改革に総合的に取り組んでいただいていたところですが、今般、「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」を別添のとおり策定いたしましたので、本ガイドラインを踏まえ、公立病院の経営強化に取り組んでいただくようお願いします。

各都道府県知事におかれては、貴都道府県内の市町村に対しても、この旨を周知していただくとともに、適切な御助言をお願いします。

なお、本通知は、地方自治法(昭和22年法律第67号)第245条の4第1項(技術的な助言)に基づくものです。

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

第1 公立病院経営強化の必要性

1 公立病院の経営状況

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るが、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、「公立病院改革ガイドライン」(平成19年12月24日付け総務省自治財政局長通知)及び「新公立病院改革ガイドライン」(平成27年3月31日付け総務省自治財政局長通知。以下「新改革ガイドライン」という。)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たところである。

これまで各地方公共団体において、再編・ネットワーク化や経営形態の見直しなど、病院事業の経営改革の取組が行われてきた(資料1)が、依然として、医師・看護師等の不足、人口減少や少子高齢化の急速な進展に伴う医療需要の変化、医療の高度化といった経営環境の急激な変化等を背景とする厳しい環境が続いており、持続可能な経営を確保しきれない病院も多いのが実態である。中でも不採算地区病院をはじめとする中小規模の病院においては、医師・看護師等の確保が進んでおらず、特に厳しい状況に置かれているため、経営強化の取組により、持続可能な地域医療提供体制を確保していく必要がある。

2 新型コロナウイルス感染症対応における公立病院の役割と課題

公立病院は、新型コロナウイルス感染症への対応において、積極的な病床確保と入院患者の受入れをはじめ、発熱外来の設置やPCR検査、ワクチン接種等で中核的な役割を果たしているところであり、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た。

また、今般の感染症対応において、①機能分化・連携強化の取組により、新たに基幹病院として整備された公立病院からは、急性期機能が集約され、ICU等が増加するとともに、医師・看護師等の確保が進み、重症患者の受入れ等に効果を発揮した、②経営形態の見直しにより、地方独立行政法人化した公立病院からは、柔軟な人事・給与制度を通じ医師・看護師等の確保が進み、入院患者の受入れやワクチン接種の拡大といった対応の円滑化につながった、などの報告が寄せられている。

一方、感染拡大が進む中で、医療提供体制に特に多大な負荷がかかった地域においては、重症患者の受入病院、中等症・軽症患者の受入病院、周囲への感染リスクの低い回復期の患者の受入病院などに役割分担をし、患者の状態の変化に応じて転院させる等の対応が必要となったところであり、各病院の機能分化・連携強化等を通

じた役割分担の明確化・最適化や医師・看護師等の確保の取組を平時からより一層進めておく必要性が浮き彫りとなった。

3 国の医療政策の動向と公立病院の課題

国においては、今後も人口減少や少子高齢化が続く中、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の緊急事態が発生した際にも機動的・弾力的に対応できるよう、質が高く効率的で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、医師の働き方改革や偏在対策といった各種施策を一体的に推進している。

地域医療構想については、「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」(平成26年法律第83号)により、都道府県が令和7年(2025年)の医療需要と病床の必要量を推計し、その実現に向けて取り組むこととされたところであり、各都道府県において取組が進められている。令和3年12月10日に開催された第7回地域医療確保に関する国と地方の協議の場においては、厚生労働省から、「地域医療構想の推進の取組は、病床の削減や統廃合ありきではなく、各都道府県が、地域の実情を踏まえ、主体的に取組を進めるもの」との表明がなされた。これを踏まえ、新経済・財政再生計画 改革工程表 2021(令和3年12月23日経済財政諮問会議決定)では、各都道府県における第8次医療計画(令和6年度～令和11年度)の策定作業と併せて、令和4年度及び令和5年度において、「地域医療構想に係る各医療機関の対応方針の策定や検証・見直しを求める」こととされたところであり、公立病院にもその対応が求められている。

医師の働き方改革については、「働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律」(平成30年法律第71号)により、時間外労働規制が医師にも原則として適用されることとなった。その後、「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」(令和3年法律第49号)により、令和6年度から適用が開始されることとされた。医師の労働環境の改善は重要な課題であるが、現在でも医師不足に直面している公立病院にとって、多くの医師の時間外労働時間が短縮されることで、さらに厳しい状況となることが見込まれ、対策は喫緊の課題である。

医師偏在対策については、「医療法及び医師法の一部を改正する法律」(平成30年法律第79号)により、都道府県が医師確保計画を策定し、医学部における地域枠等の設定・拡充を行うなど、令和18年を目標年として様々な取組を進めることとされた。引き続き、国において構造的な対策を講じていくとともに、各都道府県においても、医師の偏在解消に向けた取組が求められる。

また、新興感染症等への対応については、「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」により、第8次医療計画から「新興感染症等の感染拡大時における医療」が記載事項に追加されることも踏まえ、公立病院においても、感染拡大時に備えた平時からの取組を進める必要がある。

公立病院の経営強化は、こうした医療政策の動向を十分に踏まえながら進めていく必要がある。

4 公立病院経営強化の基本的な考え方

今後の公立病院経営強化の目指すところは、公・民の適切な役割分担の下、地域において必要な医療提供体制の確保を図り、その中で公立病院が安定した経営の下でべき地医療・不採算医療や高度・先進医療等を提供する重要な役割を継続的に担っていくことができるようにすることにある。

前述した公立病院が直面する様々な課題のほとんどは、医師・看護師等の不足・偏在や人口減少・少子高齢化に伴う医療需要の変化に起因するものである。これらの課題に対応し、持続可能な地域医療提供体制を確保するためには、医師確保等を進めつつ、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である。

そのためには、地域の中で各公立病院が担うべき役割・機能を改めて見直し、明確化・最適化した上で、病院間の連携を強化する「機能分化・連携強化」を進めていくことが必要である。特に、機能分化・連携強化を通じて、中核的医療を行う基幹病院に急性期機能を集約し医師・看護師等を確保するとともに、基幹病院から不採算地区病院をはじめとする基幹病院以外の病院への医師・看護師等の派遣等の連携を強化していくことが重要である。その際、公立病院間の連携のみならず、公的病院、民間病院との連携のほか、かかりつけ医機能を担っている診療所等との連携強化も重要である。

その上で、個々の公立病院の経営が持続可能となり、明確化・最適化した役割・機能を発揮し続けることが可能となるよう、経営強化の取組を進めていくことが必要である。

第2 地方公共団体における公立病院経営強化プランの策定

病院事業を設置する地方公共団体は、下記により公立病院経営強化プラン(以下「経営強化プラン」という。)を策定し、病院事業の経営強化に総合的に取り組むものとする。

公立病院を巡る状況は、その立地条件や医療機能などにより様々であり、経営強化に係るプランの内容は一律のものとはなり得ないことから、各地方公共団体が、各々の地域と公立病院が置かれた実情を踏まえつつ、本ガイドラインを参考に経営強化プランを策定し、これを主体的に実施することが期待される。

経営強化プランは、「地域医療構想の進め方について」(令和4年3月24日付け厚生労働省医政局長通知)により、当該公立病院の地域医療構想に係る具体的対応方針として位置付けることとされていることも踏まえ、地域医療構想と整合的であることが求められる。

また、関係地方公共団体において、新改革ガイドラインによる新公立病院改革プランに基づき、再編・ネットワーク化や経営形態の見直し等に取り組んでいる場合であって

も、現在の取組状況や成果を検証するとともに、地域医療構想の実現や地域包括ケアシステムの構築の推進を図る観点も踏まえつつ、更なる経営強化のための取組について検討すべきであることから、経営強化プランを策定するものとする。

既に、自主的に新改革ガイドラインによる新公立病院改革プランの改定を行っている場合又は地方独立行政法人が地方独立行政法人法(平成15年法律第118号)に基づき中期計画を策定している場合には、本ガイドラインにおいて要請している事項のうち不足している部分を追加又は別途策定することで足りるものである。

なお、「「経営戦略」の改定推進について」(令和4年1月25日付け総務省自治財政局公営企業課長、公営企業経営室長、準公営企業室長通知)に基づく経営戦略の改定の要請については、病院事業にあつては経営強化プランの策定をもって経営戦略の改定と取り扱うものとする。

1 経営強化プランの策定期間

公立病院が医師不足等による厳しい経営状況に直面する中、令和6年度から医師の時間外労働規制が開始されることで、さらに厳しい状況が見込まれるとともに、今般の新型コロナウイルス感染症対応では、感染拡大時に備えた平時からの取組の重要性が浮き彫りとなったところであり、地域に必要な医療提供体制を確保するためには、病院間の機能分化・連携強化、医師・看護師等の確保、働き方改革の推進等の公立病院の経営強化のための取組が急務となっている。

さらに今後、各都道府県において第8次医療計画の策定作業が進められ、その作業と併せて、令和4年度及び令和5年度において、地域医療構想に係る各医療機関の対応方針の策定や検証・見直しを行うこととされているため、地域において各病院が担う役割・機能を早期に調整・確定させていく必要がある。

以上のことを踏まえ、経営強化プランは令和4年度又は令和5年度中に策定するものとする。

2 経営強化プランの対象期間

経営強化プランは、策定年度あるいはその次年度から令和9年度までの期間を対象として策定することを標準とする。

3 経営強化プランの内容

持続可能な地域医療提供体制を確保するためには、個々の公立病院が地域医療構想等を踏まえて、地域において果たすべき役割・機能を改めて見直し、明確化・最適化することが重要である。その上で、当該役割・機能を果たすために必要となる医師・看護師等の確保と働き方改革、経営形態の見直し、新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組、施設・設備の最適化、経営の効率化等に取り組むことで、病院経営を強化することが必要である。

したがって、関係地方公共団体が策定する経営強化プランには、概ね次の各事項を記載するものとする。

(1) 役割・機能の最適化と連携の強化

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るが、公立病院に期待される主な役割・機能を具体的に例示すれば、①山間へき地・離島など民間医療機関の立地が困難な過疎地域等における一般医療の提供、②救急・小児・周産期・災害・感染症・精神などの不採算・特殊部門に関わる医療の提供、③県立がんセンター、県立循環器病センター等地域の民間医療機関では限界のある高度・先進医療の提供、④研修の実施等を含む広域的な医師派遣の拠点としての機能などが挙げられる。

また、公立病院の中でも、他の病院が複数立地する人口密集地に所在し、役割・機能の分担が課題となっている場合もあれば、人口が少ない中山間地に所在し、当該公立病院が唯一又は中心的な役割を果たしており、救急医療の維持や医師・看護師等の確保が深刻な課題となっている場合もある。さらに基幹病院へのアクセス等により、二次医療圏や県域を越えて患者の流出入が生じている場合もあるなど、公立病院の置かれている状況は様々である。

したがって、立地条件等を踏まえつつ、以下のような観点から役割・機能の最適化と連携の強化について検討すべきである。

① 地域医療構想等を踏まえた当該病院の果たすべき役割・機能

各公立病院は、地域医療構想や今般の新型コロナウイルス感染症対応の経験などを踏まえて、地域の医療提供体制において果たすべき役割・機能を改めて見直し、明確化・最適化することが必要である。このため、地域医療構想等を踏まえた当該病院の果たすべき役割・機能について記載する。

その際、当該公立病院の将来の病床機能のあり方は、構想区域における病床の機能区分ごとの将来の必要病床数と整合性のとれた形でなければならない。このため、地域医療構想における推計年である令和7年(2025年)及び経営強化プランの対象期間の最終年度における当該公立病院の機能ごとの病床数や、病床機能の見直しを行う場合はその概要を記載する。

また、地域医療構想の対象外とされている精神医療についても、精神障害者の地域移行が求められていること、うつ病・認知症・発達障害・依存症等の患者や高齢化に伴う身体合併症を有する精神障害者の増加等により精神医療のニーズが高まっていることなどを踏まえ、総合的に必要な医療を受けられる体制を構築するため、多様な精神疾患の状態及び特性に応じた精神病床の機能分化、各種保健医療機関や福祉施設等との連携強化、長期入院者の退院支援等を進めることが重要である。そうした点を踏まえ、精神医療についても、当該病院の果たすべき役割・機能に加え、経営強化プランの対象期間の最終年度における当該公立病院の病床数や、病床数等の見直しを行う場合はその概要を記載する。

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

地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律(平成元年法律第 64 号)においては、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地域包括ケアシステムの構築を目的の一つに掲げており、「地域医療構想策定ガイドライン」(平成 29 年 3 月 31 日付け厚生労働省医政局長通知)においては、地域医療構想の中で将来の在宅医療の必要量を示すこととされているなど、地域医療提供体制の確保と地域包括ケアシステムは密接に結びついている。

また、「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」(平成 29 年法律第 52 号)により、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応を目的として、要介護者に対し、「長期療養のための医療」と「日常生活上の介護」を一体的に提供する「介護医療院」の制度が創設された。

こうした動きも踏まえ、地域包括ケアシステムの構築に向けて当該公立病院が果たすべき役割・機能について記載する。

その際、介護保険事業との整合性を確保しつつ、例えば、緊急時における後方病床の確保や人材育成など在宅医療に関する当該公立病院の役割・機能を示す、住民の健康づくりの強化に当たっての具体的な役割・機能を示す、病棟の一部を介護医療院に転換するなど、病院の規模や特性等に応じた役割・機能の明確化・最適化について記載することが望ましい。

③ 機能分化・連携強化

1) 機能分化・連携強化の目的

持続可能な地域医療提供体制を確保するためには、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ことが必要である。

そのためには、地域の中で各公立病院が担うべき役割や機能を改めて見直し、明確化・最適化した上で、病院間の連携を強化する「機能分化・連携強化」を進めることが必要である。特に、地域において中核的医療を行う基幹病院に急性期機能を集約して医師・看護師等を確保し、基幹病院以外の病院等は回復期機能・初期救急等を担うなど、双方の間の役割分担を明確化するとともに、連携を強化することが重要である。その際、連携強化の具体的な取組としては、(2)①に述べるように、基幹病院に確保された医師・看護師等の基幹病院以外の病院等への派遣を強化することが重要である。また、地域においてかかりつけ医機能を担っている診療所等との連携強化も重要であり、公立病院同士のみならず、公的病院、民間病院、診療所等との間も含め、必要な取組を検討すべきである。

これまで新改革ガイドライン等に基づき、機能分化・連携強化に取り組んだ公立病院においては、基幹病院に急性期機能を集約した結果、基幹病院における医師等の確保が進み、関係病院全体として医師等が大幅に増加した事例が多く見られる。また、基幹病院以外の病院においても、急性期機能を担う病

床を地域包括ケア病棟などの回復期機能を担う病床等に転換した結果、病床利用率や収支が改善した事例が多く見られる。このような取組を行った公立病院からは、新型コロナウイルス感染症への対応力の強化にもつながったとの報告も寄せられている。平成 27 年度から令和2年度までの間に実施済み又は実施中の機能分化・連携強化の事例は資料2のとおりである。

なお、上記①、②の検討を行うに当たっては、当該公立病院が現在担っている役割・機能を前提とするのではなく、他の病院等との役割分担と連携強化を進めることにより、地域全体として必要な医療提供体制を最大限効率的に確保するという視点を踏まえる必要がある。

2) 機能分化・連携強化に係る記載事項

過疎地域等を含め、地域全体で持続可能な地域医療提供体制を確保するために必要な機能分化・連携強化の取組について検討し、機能分化・連携強化が必要となる場合には、予定される公立病院等の機能分化・連携強化の概要と当該公立病院が講じる具体的な措置について記載する。

なお、既に機能分化・連携強化に取り組んでいる場合であっても、現在の取組状況や成果を検証するとともに、持続可能な地域医療提供体制を確保する観点から、更なる取組の必要性について検討する。

特に、以下の公立病院については、今般の経営強化プランの策定のタイミングを捉え、地域の実情を踏まえつつ十分な検討を行い、必要な機能分化・連携強化の取組について記載する。

ア) 新設・建替等を予定する公立病院

- イ) 病床利用率が特に低水準な公立病院（令和元年度まで過去3年間連続して70%未満）
- ウ) 経営強化プラン対象期間中に経常黒字化する数値目標の設定が著しく困難な公立病院
- エ) 地域医療構想や今般の新型コロナウイルス感染症対応を踏まえ、病院間の役割分担と連携強化を検討することが必要である公立病院
- オ) 医師・看護師等の不足により、必要な医療機能を維持していくことが困難な公立病院

また、機能分化・連携強化に当たっては、公立病院同士のみならず、公的病院、民間病院等との組合せや、地方自治法（昭和 22 年法律第 67 号）第 252 条の2第1項に規定する連携協約（以下「連携協約」という。）の締結、医療法第 70 条の5第1項に規定する地域医療連携推進法人制度の活用など経営統合以外の手法も含め、地域の実情に応じた最適な手法を検討し、記載することが望ましい。

④ 医療機能や医療の質、連携の強化等に係る数値目標

当該公立病院が、その果たすべき役割に沿った、質の高い医療機能を十分に

発揮するとともに、地域において他の病院等との連携を強化しているかを検証する観点から、以下の例示や公益社団法人全国自治体病院協議会が医療の質の評価・公表等推進事業により公表する指標の例などを踏まえ、適切な数値目標を設定する。

1) 医療機能に係るもの

地域救急貢献率、手術件数、訪問診療・看護件数、リハビリ件数、地域分娩貢献率 など

2) 医療の質に係るもの

患者満足度、在宅復帰率、クリニカルパス使用率 など

3) 連携の強化等に係るもの

医師派遣等件数、紹介率・逆紹介率 など

4) その他

臨床研修医の受入件数、地域医療研修の受入件数、健康・医療相談件数 など

⑤ 一般会計負担の考え方

公立病院は、地方公営企業又は公営企業型地方独立行政法人として運営される以上、独立採算を原則とすべきものである。一方、地方公営企業法(昭和 27 年法律第 292 号)又は地方独立行政法人法上、i)その性質上、当該病院の経営に伴う収入をもって充てることが適当でない経費、ii)当該病院の性質上、能率的な経営を行ってもなおその経営に伴う収入のみをもって充てることが客観的に困難であると認められる経費については、一般会計や設立団体等において負担するものとされている。したがって、上記①・②で明らかにした当該公立病院の果たすべき役割・機能に対応する形で、一般会計等が負担すべき経費の範囲についての考え方及びその算定基準(繰出基準)を記載する。

⑥ 住民の理解のための取組

公立病院が担う役割・機能を見直す場合には、病院事業を設置する地方公共団体が住民に対して丁寧な説明を行い、住民の理解を得ながら進めるようにしなければならない。多くの地域においては、各々の病院があらゆる機能を持つとしても、医師・看護師等を確保できないばかりか、適切な勤務環境を確保できず、結果的に地域全体として適切な医療を提供できないこと、地域医療提供体制を将来にわたって持続可能なものとするに当たって、当該病院の経営を強化するためには見直しが必要であることを十分に説明することが求められることから、そうした住民の理解のための取組の概要を記載する。

(2) 医師・看護師等の確保と働き方改革

上記(1)で定めた当該病院の役割・機能を果たすためには、医師・看護師等を確保するとともに、令和6年度から時間外労働規制が開始される医師の働き方改革に

適切に対応していくことが必要となることから、そうした取組について記載する。

① 医師・看護師等の確保

当該病院の果たすべき役割・機能に的確に対応した人員配置となるよう医師・看護師等の医療従事者を確保することは、持続可能な地域医療の確保、医療の質の向上、新興感染症の感染拡大時等の対応等、公立病院の機能強化を図る上で極めて重要である。

各公立病院においては、国における医師偏在対策や都道府県が策定する医師確保計画を踏まえ、地域医療支援センターや地域医療介護総合確保基金等を通じた取組、医師・看護師等の派遣や派遣受入、職員採用の柔軟化、勤務環境の整備など、医師・看護師等の医療従事者を確保するための取組を強化すべきであり、そうした取組の概要を記載する。

その際、病院の役割や規模に応じた記載することが望ましい内容は、以下のとおりである。

1) 基幹病院

公立病院には、過疎地域等における一般医療、不採算・特殊部門に関わる医療、高度・先進医療、広域的な医師派遣の拠点機能など、地域全体の医療提供体制の確保に関し積極的な役割を果たすことが期待されるものであり、その役割・機能に対応した地方財政措置が講じられている。地域において中核的医療を行う基幹病院は、こうした役割・機能のうち主に高度・先進医療等を担うため、症例数が多く、指導医や医療設備等も充実しており、比較的医師・看護師等を確保しやすい。また、新型コロナウイルス感染症に係るワクチン接種への対応においては、都道府県立病院等が多数の医師・看護師等を派遣しており、こうしたことを契機に、中小規模の公立病院等への医師・看護師等の派遣を強化することが重要である。

そのため、基幹病院は、今回拡充する地方財政措置も活用して、医師・看護師等を適切に確保した上で、医師・看護師等の不足に直面する中小病院等に積極的に医師・看護師等を派遣することにより、地域全体で協力・連携して医療提供体制を確保していくことが強く求められることから、そうした取組を記載することが望ましい。また、同じ定住自立圏や連携中枢都市圏の中に中小規模の病院が所在する場合には、当該中小規模の病院と積極的に協力・連携して、圏域全体の医療提供体制を確保していくことが期待されることから、そうした取組を記載することが望ましい。

2) 不採算地区病院をはじめとする中小規模の病院

自ら医師・看護師等を確保するための最大限の努力をした上で、なお単独での確保が困難で医師・看護師等の派遣を受けることが必要な場合には、役割・機能の明確化・最適化と派遣元病院との連携強化を図るとともに、派遣された医師・看護師等の受入れ環境を整備することが重要であることから、そうした取組を記載することが望ましい。

② 臨床研修医の受入れ等を通じた若手医師の確保

上記①の方策の1つとして、医師不足に直面する地方の公立病院においては、地方に関心を持つ医師を増やすことにも資する、臨床研修医、専攻医、地域枠医師等の若手医師の確保に取り組むことが重要である。そのためには、研修プログラムの充実、指導医の確保、学会・大学(研究室)等への訪問機会の確保、多施設合同カンファレンスへの参加を可能とするICT環境の整備など、若手医師のスキルアップを図るための環境整備にも注力すべきであり、そうした取組の概要を記載する。

なお、こうした取組により若手医師等が不在となる際に、他の病院等から代替医師の派遣を受ける経費については、医師派遣等に係る特別交付税措置の対象となる。また、多施設合同カンファレンスを可能とするICT環境の整備についても、機能分化・連携強化に併せて行う場合は、病院事業債(特別分)の対象となる。

また、臨床研修において1ヶ月以上行うこととされている地域医療研修については、不採算地区病院等で実施することにより、幅広い業務に責任を持って携わる経験を積むことができ、地域医療の最前線を学ぶ機会となることが期待されるとともに、地域の医師不足対策にも資することから、臨床研修医を受け入れる都市部の公立病院においては、不採算地区病院等への派遣を積極的に記載することが望ましい。

不採算地区病院をはじめとする中小規模の病院においては、地域医療研修に係る旅費(交通費・宿泊費等)を負担した場合、医師派遣等に係る特別交付税措置の対象となるため、当該措置も活用し、その受入れを積極的に働きかけることが望ましい。

③ 医師の働き方改革への対応

医師の時間外労働規制が開始される令和6年度に向け、適切な労務管理の推進、タスクシフト／シェアの推進、ICTの活用、地域の医師会や診療所等との連携(例えば、夜勤等を地域の医師が輪番で担当)などにより、医師の時間外労働の縮減を図ることが必要であることから、そうした取組の概要を記載する。

その際、看護師のほか、薬剤師、臨床検査技師、医療事務作業補助者等のコメディカルの確保・育成も、質の高い医療提供体制の確保に加え、医師の負担軽減のためのタスクシフト／シェアの担い手の確保という観点からも重要である。これらの医療従事者が知識・技能を習得するための研修等への参加等により不足となる期間に、他の病院等から医療従事者の派遣を受ける経費については、医師派遣等に係る特別交付税措置の対象となるため、当該措置も活用し、積極的な研修派遣に取り組むとともに、管理者をはじめとする医療従事者全体の意識改革・啓発に取り組むことが必要であることから、そうした取組を記載することが望ましい。

ICTの活用については、複数の病院による機能分化・連携強化に併せて、医師

等の働き方改革に必要となる情報システム等の整備を行う場合は、病院事業債（特別分）の対象となるので、参考にされたい。

また、救急医療をはじめとする地域医療の確保や集中的な研修実施の観点から、都道府県による特例水準医療機関の指定を受けようとする場合には、医師労働時間短縮計画の作成、当該計画に基づく取組と定期的な計画の見直し、特例水準適用者への追加的健康確保措置等を適切に行う必要があることに留意すべきである。

(3) 経営形態の見直し

① 経営形態の見直しに係る記載事項

当該病院の規模や置かれた環境といった地域の実情を踏まえ、経営の強化に向けた最適な経営形態を検討し、経営形態の見直しが必要となる場合は、新経営形態への移行の概要（移行スケジュールを含む。）を記載する。

なお、既に経営形態の見直しを行った場合には、その成果を検証するとともに、更なる見直しの必要性について検討する。

特に、医師等の不足により、必要な医療機能を維持していくことが困難な公立病院や、経営強化プラン対象期間中に経常黒字化する数値目標の設定が著しく困難な公立病院においては、今般の経営強化プランの策定のタイミングを捉え、経営改善に資する経営形態の見直しについて、地域の実情を踏まえつつ、十分な検討を行うべきである。

② 経営形態の見直しに係る選択肢と留意事項

経営形態の見直しに関し、考えられる選択肢並びにその利点及び留意事項は次のとおりである。なお、各経営形態の公立病院の経営状況は資料1のとおりである。

1) 地方独立行政法人化（非公務員型）

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

これまで実際に地方独立行政法人化した病院において、人事面・財務面での自律性が向上し、医師・看護師等の確保等の面で高い効果を上げているケースが多いことや、多くの国立病院も独立行政法人化し、医師・看護師等の確保に効果を上げていることから、今後の大きな課題である医師・看護師等の確保や働き方改革にも有効と考えられることにも留意すべきである。

また、地方独立行政法人化により、柔軟な勤務制度や専門性を考慮した給与制度等を通じて人材を確保・育成しておくことや、職員定数・人事面での自律性を活かした機動的な人員配置を可能とすることは、新興感染症の感染拡大時等において公立病院が役割を果たす上でも効果を発揮するものと考えられる。

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

2) 地方公営企業法の全部適用

地方公営企業法の全部適用は、同法第2条第3項の規定により、病院事業に対し、財務規定等のみならず、同法の規定の全部を適用するものである。これにより、事業管理者に対し、人事・予算等に係る権限が付与され、より自律的な経営が可能となることが期待されるものである。

ただし、地方公営企業法の全部適用については、比較的取り組みやすい反面、経営の自由度拡大の範囲は、地方独立行政法人化に比べて限定的であり、また、制度運用上、事業管理者の実質的な権限と責任の明確化を図らなければ、民間的経営手法の導入が不徹底に終わる可能性がある。

このため、同法の全部適用によって所期の効果が達成されない場合には、地方独立行政法人化など、更なる経営形態の見直しに向け直ちに取り組むことが適当である。

3) 指定管理者制度の導入

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

本制度の導入が所期の効果を上げるためには、①適切な指定管理者の選定に特に配慮すること、②提供されるべき医療の内容、委託料の水準等、指定管理者に係る諸条件について事前に十分に協議し相互に確認しておくこと、③病院施設の適正な管理が確保されるよう、地方公共団体においても事業報告書の徴取、実地の調査等を通じて、管理の実態を把握し、必要な指示を行うこと、④医師・看護師等の理解を得ながら進めること、等が求められる。

4) 事業形態の見直し

当該公立病院が地域において果たすべき役割・機能を改めて見直した結果、当該役割・機能を将来にわたって持続可能なものとする観点から、民間譲渡又は診療所、介護医療院、介護老人保健施設などへの転換がより有効である場合には、当該見直しの概要を記載する。

なお、民間譲渡に当たっては、当該病院が担っている不採算・特殊部門等の

医療について、譲渡後相当期間の継続を求めるなど、地域医療提供体制の確保の面から譲渡条件等について譲渡先との十分な協議が必要である。

(4) 新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組

第1の2で述べたとおり、今般の新型コロナウイルス感染症対応では、上記(1)、(2)及び(3)の取組の必要性が浮き彫りとなったところであり、各公立病院は、新興感染症等の感染拡大時に備え、こうした取組を平時からより一層進めておく必要がある。

それに加え、第8次医療計画の記載事項として「新興感染症等の感染拡大時の医療」が盛り込まれることも踏まえ、公立病院は、平時から、新興感染症等の感染拡大時の対応に必要な機能を備えておくことが必要となる。

具体的には、感染拡大時に活用しやすい病床や転用しやすいスペース等の整備、感染拡大時における各医療機関の間での連携・役割分担の明確化、感染拡大時を想定した専門人材の確保・育成、感染防護具等の備蓄、院内感染対策の徹底、クラスター発生時の対応方針の共有等を行っておく必要があることから、こうした取組の概要を記載する。

こうした平時からの取組は、小児・周産期・精神など、様々な診療科において必要となる。また、新興感染症等の感染拡大時については、広く一般の医療連携体制にも大きな影響が及ぶため、発生後速やかに対応できるよう予め準備を進めておくことが重要である点が災害医療とも類似しており、新興感染症等の感染拡大時に備えて平時から役割分担の明確化や対応方針の共有等を行っておくことは災害などの大規模な健康危機への対応にも資するものと考えられる。

(5) 施設・設備の最適化

上記(1)で定めた当該病院の役割・機能を果たすため、必要となる施設・設備の最適化について記載する。

① 施設・設備の適正管理と整備費の抑制

各公立病院は、厳しい経営状況が続く中で、今後、人口減少や少子高齢化の急速な進展に伴い医療需要が変化していくことを踏まえ、長期的な視点をもって、病院施設や設備の長寿命化や更新などを計画的に行うことにより、財政負担を軽減・平準化するとともに、投資と財源の均衡を図ることが必要である。また、上記(1)により役割・機能を見直すに当たっては、病院施設の改修が必要となる場合もある。

このため、経営強化プランの計画期間内における施設・設備に係る主な投資（病院施設に係る新設・建替・大規模改修、高額な医療機器の導入等）について、長寿命化・平準化や当該病院の果たすべき役割・機能の観点から必要性や適正な規模等について十分に検討を行った上で、その概要を記載する。その際、下記(6)④に述べる収支見直しにも、反映させることが必要である。

既存施設の長寿命化等の対策を適切に講じた上で、なお新設・建替等が必要となる場合には、地域医療構想等との整合性を図った当該公立病院の役割・機能や規模等を記載する。その際、引き続き建築単価の抑制を図るとともに、整備面積の精査等による整備費の抑制に取り組むべきである。また、CM方式¹、設計段階から施工者が関与する方式（ECI方式）²、設計施工一括発注方式³などの設計段階等において民間事業者等の専門的な知見を活用する新たな手法を活用することも考えられる。あわせて、新興感染症等の感染拡大時に当該病院が果たすべき役割・機能に必要な施設・設備を予め整備しておく必要性についても、新設・建替等に当たっては特に検討が必要である。

病院施設・設備の整備に際しては、整備費のみならず供用開始後の維持管理費の抑制を図ることも重要であり、こうした観点から民間事業者のノウハウの活用を図る手法であるPPP/PFIを活用することも考えられる。その際、同方式の採用に当たっては、あらかじめ公・民間で適切なリスク負担のルールを定めること等に留意する必要がある。

② デジタル化への対応

電子カルテ、マイナンバーカードの健康保険証利用（オンライン資格確認）、遠隔診療・オンライン診療、音声入力、その他各種情報システム等を活用し、医療の質の向上、医療情報の連携、働き方改革の推進と病院経営の効率化を推進することが重要であることから、そうした取組の概要を記載する。

特に、マイナンバーカードの健康保険証利用（オンライン資格確認）については、診療時における確実な本人確認と保険資格確認を可能とし、薬剤情報や特定健診情報等を提供することにより、医療保険事務の効率化や患者の利便性向上に資するものである。公立病院においては、その利用促進のため、患者への周知等に率先して取り組むことが求められることから、そうした取組の概要を記載する。

デジタル化に当たっては、近年、病院がサイバー攻撃の標的とされる事例が増加しているとともに、医療において扱われる健康情報は極めてプライバシーに機微な情報であるため、厚生労働省の医療情報システムの安全管理に関するガイドライン等を踏まえ、情報セキュリティ対策を徹底するよう留意すべきである。

また、必要に応じて、当該地方公共団体の情報政策担当部局に対して、情報

¹ 対象事業のうち工事監督業務等に係る発注関係事務の一部又は全部を民間に委託する方式。監督職員が監督経験の少ない工事において、高度な技術力を要する判断・意思決定を行う必要がある場合に、CMR（Construction Manager の略で、監督職員・請負者以外の第三者として、監督業務の一部を補完する技術者チームを指す。）が適切な助言・提案・資料作成等を実施することで発注者を補完できる効果などが期待される。Construction Management の略。

² 設計段階から施工者が関与することで、発注時に詳細仕様の確定が困難な事業に対応する方式。設計段階で種々の代替案の検討が可能となる効果や、施工段階における施工性等の面からの設計変更発生リスクの減少といった効果などが期待される。Early Contractor Involvement の略。

³ 構造物の構造形式や主要諸元も含めた設計を、施工と一括して発注する方式。施工者のノウハウを反映した現場条件に適した設計、施工者の固有技術を活用した合理的な設計が可能となる効果や、設計と施工を分離して発注した場合に比べて発注業務が軽減される効果などが期待される。

セキュリティ対策の実施状況に係る点検や技術的支援等について協力を求めることも検討すべきである。

(6) 経営の効率化等

① 経営指標に係る数値目標

経営の効率化は、地域の医療提供体制を確保し、良質な医療を継続的に提供していくためには、避けて通れないものであり、医療の質の向上等による収入確保や医薬品費、医療材料費等の経費節減に積極的に取り組むことが重要である。

このため、経営指標について、資料3及び資料4に掲げる全国の公立病院、民間病院等の状況も参考にしつつ、原則として、個々の病院単位を基本として経営強化プラン対象期間末時点における数値目標を定める。この場合、経常収支比率及び修正医業収支比率⁴については、下記②に述べる点を踏まえて必ず数値目標を設定するとともに、自らの経営上の課題を十分に分析し、以下の例示も踏まえ、課題解決の手段としてふさわしい数値目標を定めることとする。

なお、指定管理者制度導入団体にあつては、指定管理者への財政支出の水準や、指定管理者から関係地方公共団体に提出された運営計画等をもって、数値目標や具体的取組に代えることも可能である。

1) 収支改善に係るもの

経常収支比率、医業収支比率、修正医業収支比率、不良債務比率、資金不足比率、累積欠損金比率 など

2) 収入確保に係るもの

1日当たり入院・外来患者数、入院・外来患者1人1日当たり診療収入、医師（看護師）1人当たり入院・外来診療収入、病床利用率、平均在院日数、DPC機能評価係数など診療報酬に関する指標 など

3) 経費削減に係るもの

材料費・薬品費・委託費・職員給与費・減価償却費などの対修正医業収益比率、医薬材料費の一括購入による〇%削減、100床当たり職員数、後発医薬品の使用割合 など

4) 経営の安定性に係るもの

医師・看護師・その他医療従事者数、純資産の額、現金保有残高、企業債残高 など

② 経常収支比率及び修正医業収支比率に係る目標

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

⁴ 修正医業収支比率＝(入院収益＋外来収益＋その他医業収益)÷医業費用

※ 医業収益から他会計負担金、運営費負担金等を除いたもの(修正医業収益)を用いて算出した医業収支比率。

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。

このため経営強化プランにおいては、公立病院が担っている不採算医療等を提供する役割・機能を確保しつつ、対象期間中に経常黒字（経常収支比率が100%以上）化する数値目標を定めるべきである。その上で、修正医業収支比率についても、所定の繰出が行われれば経常黒字が達成できる水準となるように数値目標を定め、その達成に向け、本業である修正医業収支の改善に向けた取組を進めるべきである。

仮に対象期間中に経常黒字化する数値目標の設定が著しく困難な場合には、経常黒字化を目指す時期及びその道筋を記載する。

なお、その際、一つの経営主体が複数の病院を持ち、その複数の病院が機能を補完しながら一体的に運営していると認められる場合には、複数の病院を合わせて経常黒字化の数値目標をつくることのできることにする。

③ 目標達成に向けた具体的な取組

数値目標の達成に向けて、民間的経営手法の導入、事業規模・事業形態の見直し、収入増加・確保対策、経費削減・抑制対策などについて、具体的にどのような取組をどの時期に行うこととするかを記載する。参考までに、新改革ガイドラインに基づく取組例は資料1のとおりである。

また、経営の効率化に当たっては、特に以下の点に留意すべきである。

1) 役割・機能に的確に対応した体制の整備

当該病院の果たすべき役割・機能に的確に対応した施設基準・人員配置となるよう体制整備（例えば、地域包括ケア病棟への転換及びその基準に対応した看護師の配置、非稼働病床の廃止・機能転換など）を行うことにより医療の質の向上や効率化を図るとともに、当該役割・機能に対応する診療報酬を的確に取得することにより、経営の強化を図るべきである。その際、公益社団法人全国自治体病院協議会等が提供しているデータベースも活用しながら規模・機能が類似する公立病院と診療報酬加算の取得状況を比較することが有効である。

病院事業においては、単なる人件費の抑制・削減では収益改善につながらず、むしろ積極的に医師・看護師等を確保することで収益改善につながるケースがあることにも留意すべきである。

2) マネジメントや事務局体制の強化

病院マネジメントを強化するため、(3)の経営形態の見直し等を通じて経営の自律性を高めることと併せて、病院長をはじめとする幹部職員が病院事業の経営強化に強い意識を持ち、経営感覚を有することが重要であり、そうした人材を登用（外部からの登用も含む。）すべきである。

また、当該病院の果たすべき役割・機能に対応した所要の診療報酬や補助金等の獲得、病床の効率的な使用、医療機器・材料・医薬品等の効率的な調

達等、事務職員の業務が経営に大きなインパクトを与えることを踏まえ、外部人材の活用、プロパー専門職員の採用、専門性をもった職員を育成する研修や人事管理等の仕組みの構築等を通じ、医療に関する制度やノウハウ、医療行為の解釈等に精通した専門の事務職員を確保・育成することが重要である。

このほか、いわゆる「地域連携室」等の部門を積極的に強化して地域の他の医療機関との連携を強化し、紹介患者の増加や転院先となる後方支援病院の確保、医療情報の連携等を通じた医療の質の向上を図ることなども有効である。

3) 外部アドバイザーの活用

中小規模の公立病院を含め、民間病院等の経営や診療報酬制度に精通した外部コンサルタントやアドバイザーの活用により、経営改善に成功した事例が多くあることを踏まえ、そのような外部人材の活用についても、積極的に検討すべきである。その際、総務省と地方公共団体金融機構の共同事業である経営・財務マネジメント強化事業や、公立病院医療提供体制確保支援事業⁵を活用することも有効である。

④ 経営強化プラン対象期間中の各年度の収支計画等

上記取組の実施を前提として、経営強化プラン対象期間中の各年度の収支計画及び各年度における目標数値の見通し等を記載する。

なお、収支計画は、診療報酬の改定等の経営環境の変化により影響を受けるため、経営強化プラン策定後においても、こうした状況変化を踏まえ必要な見直しを行うことが適当である。

第3 都道府県の役割・責任の強化

1 市町村の経営強化プラン策定に当たっての助言

都道府県は、医療法に基づき、地域医療構想や医師確保計画等を策定するとともに、これを実現するための措置（地域医療構想調整会議の設置、協議が調わない場合の要請・指示・命令等、基金による財政支援等）を講じることができることとされており、持続可能な地域医療提供体制を確保していく上で、大きな役割・責任を有している。

都道府県は、市町村等が経営強化プランを策定するに当たり、策定段階から地域医療構想調整会議の意見を聴く機会を設けることなどを通じて地域医療構想や医師確保計画等との整合性を確認するとともに、これまで以上に経営強化プランの内容について積極的に助言すべきである。

特に、機能分化・連携強化の取組については、複数の市町村が関係する取組や、下記3で述べるような都道府県と市町村との取組、公的病院や民間病院等との取組も

⁵ 総務省と公益社団法人地域医療振興協会が連携して、へき地等に所在する中小規模の公立病院に対し、経営面及び診療面からの支援を一体的に行う事業。当該事業においては、指定管理者制度を含む経営形態の見直し等についても相談可能とされている。

考えられることから、必要な機能分化・連携強化の取組が経営強化プランに盛り込まれるよう、積極的に助言すべきである。

また、医師確保の取組については、都道府県の策定する医師確保計画や当該計画に基づく取組と密接に関連するものであることから、都道府県立病院等をはじめとする基幹病院から不採算地区病院等への医師派遣の強化等を含め、医師確保計画の充実を図っていくことが重要である。

2 管内公立病院の施設の新設・建替等に当たっての助言

病院施設の新設・建替等が一度行われれば、その後の医療需要等の経営環境の変化や病院機能の見直しに柔軟に対応することが困難になるケースも想定されることから、収支状況の点検に加え、地域の医療提供体制のあり方の観点からも、しっかりとした検討を行うことが必要である。

そのため、都道府県は、自らが設置する病院施設に加え、管内市町村等の病院施設の新設・建替等に当たっては、持続可能な地域医療提供体制の確保の観点から、当該公立病院の役割・機能、必要な機能分化・連携強化の取組、適切な規模、医師・看護師等の確保方策、収支見通し等について、地域医療構想等との整合性を含めて十分に検討し、積極的に助言すべきである。その際、病床利用率が低水準な病院や、今後の人口減少が特に厳しいと見込まれる過疎地域等の病院にあっては、収支見通し等について慎重な検討が必要であることから、都道府県が特に積極的に助言することが期待される。

3 都道府県立病院等の役割

市町村の中小規模の病院の経営を強化する観点からは、都道府県立病院等（都道府県が参画する一部事務組合、広域連合又は地方独立行政法人の病院を含む。以下同じ。）の果たす役割は大きい。こうした都道府県立病院等が、過疎地域や離島を含めた地域における医師・看護師等の確保に重要な役割を果たしているケースとして、以下の事例がある（各事例の詳細は、資料5のとおり）。

- 1) 県立中央病院や県が参画する機能分化・連携強化により整備された基幹病院から過疎地域等の中小病院に医師を派遣する事例
- 2) 県と離島に所在する市町村とで組織する広域連合や一部事務組合が運営する病院を起点とし、離島の病院や町村立の診療所に医師を派遣する事例
- 3) 県と市町村とで構成する地方独立行政法人が、地域医療連携推進法人制度も活用し、関係病院等間で医師・看護師等を相互に派遣する事例

今後、人口減少や医師・看護師等の不足により過疎地域等の病院経営がますます厳しくなる中で、持続可能な地域医療提供体制を確保していくためには、こうした事例も参考にしつつ、比較的医療資源が充実し、経営基盤も安定した都道府県立病院等が、不採算地区病院をはじめとする中小規模の公立病院・診療所との連携・支援を強化していくことが重要である。

4 都道府県庁内における部局間の連携

上記1から3までのような助言等を都道府県が適切かつ効果的に実施していくためには、市町村の行財政運営や公営企業の経営について助言する立場にあり、市町村執行部とも意思疎通を図る機会の多い市町村担当部局と、医療政策担当部局や病院事業担当部局が連携・協力して、市町村への助言や調整を行っていくことが重要である。

第4 経営強化プランの策定・点検・評価・公表

1 策定プロセス

公立病院の経営のあり方は、住民の福祉に直接関わるとともに、地方公共団体の財政運営にも関わる重要事項であるため、経営強化プランは、病院事業担当部局のみで策定するのではなく、一般会計の企画・財政担当部局や医療政策担当部局を含め、地方公共団体全体を通じて関係部局が連携して策定することが望ましい。また、当事者である病院職員はもとより、関係する他の地方公共団体（都道府県立病院等にあつては所在地域の市町村、市町村等の病院にあつては都道府県を含む。）、医師派遣元の大学や病院等、連携関係にある医療機関や地域の医師会等の関係者との意見交換を丁寧に行うとともに、その他の学識経験者や専門家等の知見も活用することが望ましい。

経営強化プラン策定後に議会、住民の理解を得るだけでなく、策定の各段階においても適宜、適切な説明を行い、十分な理解を得るように努めるべきである。

また、策定した経営強化プランは、病院職員や関係部局をはじめ、地方公共団体内部での情報や方針の共有を徹底すべきである。あわせて、速やかに公表し、住民に対して周知するものとする。

2 経営強化プランの点検・評価・公表

関係地方公共団体は、経営強化プランの実施状況について概ね年1回以上点検・評価を行い、その結果を公表するものとする。評価の過程においては、例えば有識者や地域住民等の参加を得て設置した委員会等に諮問するなどにより、評価の客観性を確保する必要がある。

この場合、この委員会等においては単に財務内容の改善に係る数値目標の達成状況のみならず、例えば、当該病院の医師・看護師等の参加を求めて、公立病院として期待される役割・機能の発揮の状況等についても併せて評価、検証することが望ましい。

3 積極的な情報開示

関係地方公共団体は、前項の点検・評価・公表に際し、立地条件や病床規模が類似した他の公立病院や民間病院等における状況等を併せて明らかにするなど、当該公立病院の現状について住民が理解・評価しやすいよう、積極的な情報開示に努めるものとする。また、前項の有識者等による委員会等の審議状況などについても報道

機関に積極的に公開するなど、住民の関心をできる限り高める工夫を凝らすことが必要である。

4 経営強化プランの改定

関係地方公共団体は、上記2の点検・評価等の結果、経営強化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や、経営強化プラン策定後に第8次医療計画の策定や地域医療構想の改定等により地域医療構想等と齟齬が生じた場合などには、抜本的な見直しを含め経営強化プランの改定を速やかに行うべきである。

5 総務省における取組

総務省は関係地方公共団体の協力を得て、経営強化プランの策定状況及び実施状況を概ね年1回以上全国調査し、その結果を公表する。

第5 財政措置

総務省は、関係地方公共団体における公立病院の経営強化が円滑に進められるよう、都道府県が上記第3の1のとおり地域医療構想等との整合性を確認した経営強化プランに基づく取組を実施することに伴い必要となる経費（原則として令和4年度から令和9年度までの間に生じるものを対象とする）について、次のとおり財政上の措置を講ずることとする。なお、財政措置に係る詳細については、別途通知する。

(1) 経営強化プランの策定等に係る措置

令和4年度及び令和5年度における経営強化プランの策定並びにその後の実施状況の点検・評価等に要する経費を地方交付税により措置する。

(2) 機能分化・連携強化に伴う施設・設備の整備等に係る措置

公立病院の機能分化・連携強化に伴う施設・設備の整備等に要する経費について、病院事業債（特別分）を充当することとし、その対象経費等を以下のとおり拡充する。

① 病院の整備費全体を対象経費とする要件の見直し

複数の病院を統合する場合のほか、複数病院の相互の医療機能を見直す場合で、かつ、基幹病院が医師派遣の増加等の支援を強化し、救急医療等の地域において必要とされる不採算地区病院の機能を維持する場合（経営主体を統合する場合には統合に係る協定書等、経営主体の統合を伴わない場合には連携協約等において、その旨が明示される場合に限る。）に、新たな基幹病院の整備費全体を対象経費とする。

② システム関係の対象経費の拡充

経営統合に伴うシステム統合をする場合のほか、関係病院等間の医療情報の共有や医師等の働き方改革に必要となる情報システム等の整備費を対象経費に追加する。

なお、新改革ガイドラインに基づく再編・ネットワーク化に係る施設・設備の整備等の継続分については、従前の例によるが、要件に該当する場合には新たな財政措置に移行することも可能とする。

(3) 医師派遣等に係る措置

医師派遣等に係る特別交付税措置については、看護師等医療従事者の派遣や、診療所への派遣を対象に追加し、派遣元に対する措置を拡充する。

広域紋別病院経営強化プラン

(令和5年度～令和9年度)

令和5年3月発行

発行者	広域紋別病院企業団
住所	北海道紋別市落石町1丁目3番37号
電話番号	0158-24-3111