

2. 公立病院経営強化プランについて



加賀市市民健康部介護福祉課

令和6年3月28日

各地方公共団体に策定を求める「公立病院経営強化プラン」の主なポイント

公立病院経営強化プランの内容

(1) 役割・機能の最適化と連携の強化

- ・ 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
- ・ 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
- ・ **機能分化・連携強化**

各公立病院の役割・機能を明確化・最適化し、連携を強化。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。

(2) 医師・看護師等の確保と働き方改革

- ・ 医師・看護師等の確保（特に、不採算地区病院等への医師派遣を強化）
- ・ 医師の働き方改革への対応

(3) 経営形態の見直し

(4) 新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組

(5) 施設・設備の最適化

- ・ 施設・設備の適正管理と整備費の抑制
- ・ デジタル化への対応

(6) 経営の効率化等

- ・ 経営指標に係る数値目標

ポイント

- 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」が加わることも踏まえ、**新たに記載事項に追加**。

【平時からの取組の具体例】

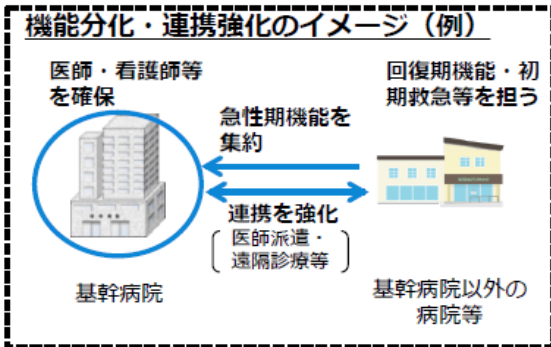
- ・ 感染拡大時に活用しやすい病床等の整備
- ・ 各医療機関の間での連携・役割分担の明確化
- ・ 専門人材の確保・育成

ポイント

- 前ガイドラインでは「改革」プランという名称だが、**持続可能な地域医療提供体制の確保のための「経営強化」に主眼**を置き、「経営強化」プランとした。

ポイント

- 前ガイドラインの「再編・ネットワーク化」に代わる記載事項。「再編・ネットワーク化」と比べ、**病院や経営主体の統合よりも、病院間の役割分担と連携強化に主眼**。



ポイント

- **医師・看護師等の不足に加え、医師の時間外労働規制への対応も迫られることも踏まえ、新たに記載事項に追加**。

【具体的な記載事項】

- ・ 基幹病院から中小病院等への積極的な医師・看護師等の派遣
- ・ 若手医師の確保に向けたスキルアップを図るための環境整備（研修プログラムの充実、指導医の確保等）
- ・ 医師の時間外労働の縮減の取組（タスクシフト/シェア、ICT活用等）

加賀市医療センター経営強化プラン (案)

(令和5年度～令和9年度)

令和6年3月

加賀市病院事業

目 次

- I 公立病院経営強化プランの策定にあたって
 - 1 公立病院経営改善の現状
 - 2 医療政策との調和
 - 3 将来的な人口の推移
 - 4 公立病院経営強化の基本的な考え方

- II 加賀市医療センターの概要

- III 公立病院経営強化プランの対象期間

- IV 役割・機能の最適化と連携の強化
 - 1 地域医療構想を踏まえた加賀市医療センターの果たすべき役割・機能
 - 2 地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割・機能
 - 3 機能分化・連携強化
 - 4 医療機能や医療の質、連携の強化等に係る数値目標
 - 5 住民の理解のための取組

- V 医師・看護師等の確保と働き方改革
 - 1 医師の確保について
 - 2 看護師の確保について
 - 3 臨床研修医の受け入れ等を通じた若手医師の確保
 - 4 医療従事者育成環境の充実
 - 5 医師の働き方改革への対応

- VI 経営形態の見直し

- VII 災害や新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組
 - 1 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
 - 2 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

- 3 感染拡大時を想定した専門人材の確保・育成
- 4 感染防護服等の備蓄
- 5 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
- 6 災害拠点病院としての役割

VIII 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
- 2 デジタル化への対応

IX 経営の効率化等

- 1 経営指標に係る数値目標
- 2 経常収支比率及び修正医業収支比率に係る目標設定の考え方
- 3 目標達成に向けた具体的な取組
- 4 一般会計負担金の考え方

X 点検・評価・公表

XI 収支計画

I 公立病院経営強化プランの策定にあたって

1 公立病院経営改善の現状

加賀市においては、平成21年3月に策定した、加賀市病院事業改革プランにおいて「経営効率化」「再編・ネットワーク化」に係る計画を立て、加賀市民病院と山中温泉医療センターの2病院の統合・新築移転及び病床削減・種別変更を平成28年度当初に実現させました。

しかしながら依然として、医師不足等の厳しい医療環境が続いており、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ます。

令和4年3月 総務省より「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」が通知され、令和4年度又は令和5年度中に策定することが求められました。持続可能な地域医療提供体制を確保するため、地域の実情を踏まえつつ、必要な経営強化の取組を行う必要があります。

2 医療政策との調和

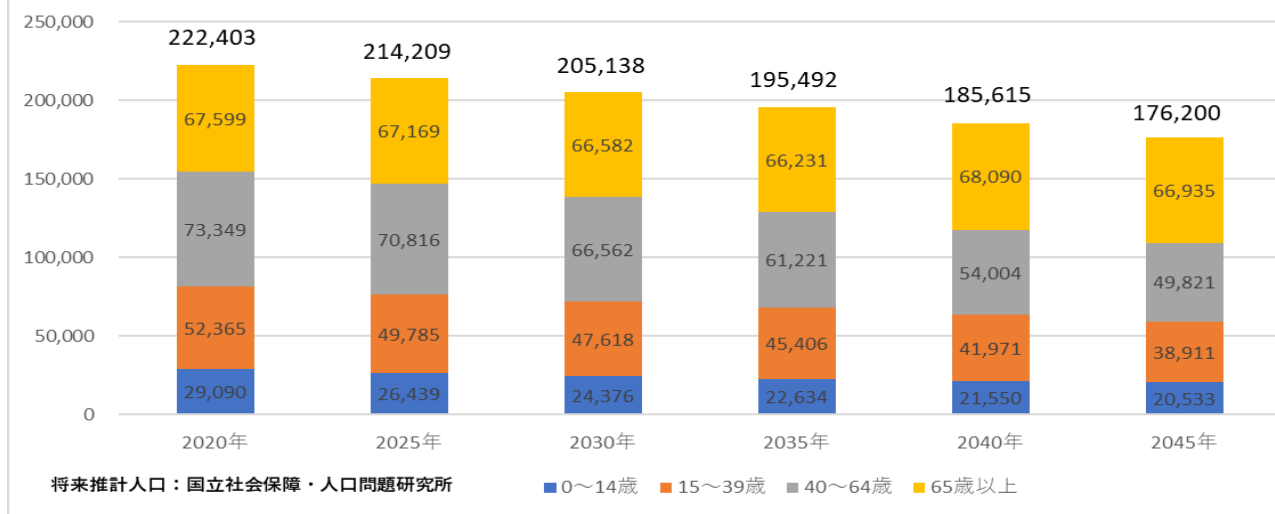
日本では人口減少や少子高齢化が進展しており、団塊世代が75歳を迎える2025年から団塊ジュニアが高齢者となる2040年は、特に社会保障費の増大、労働人口の不足が想定され、年々問題は深刻化しています。これらの課題に対して国の医療政策では、「地域医療構想」「医師の働き方改革」「医師偏在対策」を掲げております。新興感染症等の対応についても各都道府県が策定する第8次医療計画に「新興感染症等の感染拡大時における医療」が盛り込まれることになりました。

今後の公立病院経営強化プランは、こうした医療政策と密接な関連があり、そういった点に充分留意しながら経営強化を進めていく必要があります。

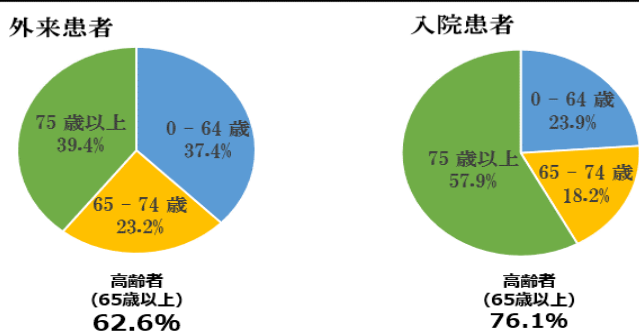
3 将来的な人口の推移

南加賀医療圏の人口は、2020年時点では約222千人ですが、今後は人口減少の進行が見込まれます。一方、65歳以上の高齢者数はほぼ横ばいとなる見込みです。加賀市の人口の推移についても、南加賀医療圏と同様に推移すると見込まれ、当院の外来患者（65歳以上割合62.6%）・入院患者（同76.1%）数は維持される可能性が高いですが、反面、医療機関で働く世代の人口は減少するため、病院運営における人材確保については懸念されます。

南加賀医療圏将来推計人口



加賀市医療センター受診患者 高齢者割合 (2022年度)



	外来患者	入院患者	加賀市人口構成
0 - 64歳	37.4% (47,535人)	23.9% (1,124人)	64.4%
高齢者 (65歳以上)	62.6% (79,475人)	76.1% (3,576人)	35.6%
前期高齢者 (65 - 74歳)	23.2% (29,414人)	18.2% (856人)	15.7%
後期高齢者 (75歳以上)	39.4% (50,061人)	57.9% (2,720人)	19.9%

4 公立病院経営強化の基本的な考え方

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、安定した経営の下で不採算医療や高度・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です。

今後の人口減少・高齢化に伴う医療ニーズの質・量の変化や、労働力人口の減少を見据え、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重視し、持続可能な地域医療提供体制を確保することが重要です。そのためには、地域の中で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、医療機関同士の機能分化・連携強化を推進することが求められます。また、新型コロナウイルス感染症による拡大を受け、公立病院の果たす役割の重要性が改めて認識されました。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ります。

この経営強化プランは、「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」に基づき、加賀市医療センターの経営計画を定めたものです。

II 加賀市医療センターの概要

加賀市医療センター

- 所在地 石川県加賀市作見町リ 36 番地
- 許可病床数 300 床
- 標榜診療科 内科、循環器内科、呼吸器内科、内分泌・代謝内科、腎臓内科、脳神経内科、消化器内科、リウマチ科、外科、消化器外科、乳腺外科、肛門外科、整形外科、産婦人科、小児科、眼科、耳鼻いんこう科、皮膚科、泌尿器科、脳神経外科、放射線科、麻酔科、リハビリテーション科、救急科、総合診療科、病理診断科（26 科）
- 基本理念 「おもいやり」
私たちは、市民とともに、
市民中心の医療を提供し、
市民の健康を守ります
- 基本方針
 - 1. 信頼される最適な医療を提供します
 - 1. 救急搬送はことわらず受け入れます
 - 1. 将来を担う優れた医療人を育成します
 - 1. 地域に根付いた医療を実践します
- 二次医療圏 南加賀医療圏（加賀市、小松市、能美市、川北町）

III 公立病院経営強化プランの対象期間

令和5年度から令和9年度までを対象とします。

IV 役割・機能の最適化と連携強化

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

平成28年11月に策定された石川県地域医療構想（以下「地域医療構想」という。）においては、令和7年（2025年）の病床機能区分（高度急性期、急性期、回復期及び慢性期の4区分）ごとの必要病床数について推計されています。本構想は、第6次石川県医療計画の一部として策定されたものですが、引き続き、第7次石川県医療計画の地域構想として位置付けられています。趣旨としては、令和7年（2025年）に、団塊の世代の方々が全て75歳以上になり、医療・介護需要の増加が見込まれるため、患者の状態に応じた医療機能の分化・連携、在宅医療の充実等を推進し、地域にふさわしい医療提供体制を構築する目的に策定されたものです。加賀市医療センターが位置する南加賀医療圏について、令和7年は、令和4年の病床機能報告時の病床数に比べ、総病床数は1,981床から1,867床へ6%減床、内訳は急性期が952床から696床へ27%減床、回復期が484床から567床へ17%増床、慢性期が545床から604床へ11%増床と推計されており、高度急性期については二次医療圏ごとではなく、全県を単位に設定されています。なお、この推計必要病床数はあくまでも参考値であり、今後の医療需要等を踏まえて、あくまでも医療機関による自主的な取組が基本になると記されています。

加賀市医療センターは旧2病院の統合にあわせて地域の医療需要を推計し、総病床数を425床から300床へ29%減床しています。さらに地域の中核病院として、高度急性期機能を担うべく10床をハイケアユニットへ転換。地域包括ケアシステム^{*1}の中心的役割を担うべきとの考えに基づき、41床を地域包括ケア病棟へ転換しました。地域包括ケア病棟は、急性期後の在宅復帰に向けた患者を受け入れる（ポストアキュート）と状態が悪化した在宅医療の患者を受け入れる（サブアキュート）の役割を担っております。また、市内唯一の回復期リハビリテーション^{*2}病棟45床を有しており、急性期から心身ともに回復した状態で、自宅や社会に戻ることが可能です。当院は、地域医療構想にさきがけて自主的に必要な機能維持に取り組んでいます。

〔加賀市医療センターの病床機能と病床数〕

○急性期機能	一般急性期病床（ハイケアユニット10床含む）	214床
○回復期機能	①地域包括ケア病床	41床
	②回復期リハビリテーション病床	45床

なお、新たな医薬品や治療法の開発、医療技術の進歩等に伴う疾病構造及び患者動態などの変化により、医療制度改革や地域医療構想の見直しが随時行われる可能性も考えられます。それら新た

な医療施策との調和を念頭に、持続的に病床機能の適性を検討していく必要があると考えています。

令和7年（2025年）及びプラン最終年度の将来像の実現を見据え、次の取組を推進してまいります。

① 患者の安全・安心につながる取組及び医療の質の向上

病院では、職員が、24時間365日診療や看護等にあたっているため、交替勤務をしております。そのため、担当者が毎回同じになることは難しい場合があります。安心して治療を受けていただくよう、担当者が交替する場合は事前に説明を行い、患者とのコミュニケーションを大切にし、質問はないか、説明内容を理解されたかなど積極的に声かけを行っています。情報共有については、電子カルテを導入しており、患者の最新情報や本人・家族の思いや説明に対する反応など詳細に記録し情報の共有を徹底しております。

また、当院は令和4年6月に、日本医療機能評価機構による病院機能評価の認定を受めました。当院において、患者の安全・安心につながる体制や取り組みが適切に整備されていること、並びに、医療の質を向上させるための取り組みが行われていることが評価されました。この認定を契機に、さらなる患者の安心・安全を第一に、医療の質の向上に努め、病院機能評価の受審を継続してまいります。

② 認知症高齢者の増加に向けた対策の強化

ア 行政と連携した活動の促進

当院は、認知症の早期発見・早期診断の仕組みの一つとして、診療所等が実施している「もの忘れ健診」の二次診断機関の機能を果たしており、認知症疾患センター（加賀こころの病院）の画像診断依頼に対応するなど、当院への紹介は順調に推移しております。認知症の疑いのある人や認知症の人、その家族への初期の支援を包括的・集中的に行う「認知症初期集中支援チーム」に参画、加賀市版認知症ケアパス（わたしの暮らし手帳）を活用するなど、市の「高齢者お達者プラン」の基本施策に掲げられている「認知症の理解と支援体制の充実」に貢献しています。

また、県の「かかりつけ医等認知症対応力向上研修」の地域事例検討会では、医師会及び市と協力して企画・運営し、かかりつけ医の認知症診断の知識・技術力向上のほか、事例検討などを通じて、かかりつけ医、看護師、介護支援専門員など様々な職種間の顔の見える関係の構築・連携強化に寄与しています。こういった認知症施策には今後も継続して参画し、県や市の取組と歩調を合わせ貢献していきます。

イ 認知症の人が身体疾患に罹患したときの院内体制

当院では、認知症ケア加算の施設基準を取得し、全ての病棟に適切な研修を受けた看護師を配置しており、患者さんの生活機能の維持・向上、認知症症状の緩和、家族の介護負担の軽減など、生活の質の向上につながるケアを提供できるよう取り組んでおります。

また、将来の医療及びケアについて、病院の医療ケアチームと話し合いを行い、本人による意思決定を支援する取組であるACP（アドバンスケアプランニング）を推進してまいります。

ウ 認知症の人とその家族をサポートする体制づくり

認知症に関する研修や事例検討会には職員が積極的に参加し、認知症の人を多職種で連携して支援していくための方法や他の職種の支援の考え方を学んでおります。認知症の人やその家族の支援として発足した「チームオレンジ」の活動に参加し、認知症サポーターを配置するなど、認知症ケアの質の向上を引き続き図ってまいります。また、令和5年度に加賀市新規事業である「認知症の人の家族に対する支援事業」では、同じ背景を持つ人同士が対等な立場で話を聞きあう場として認知症カフェを当院に設置することを検討しており、当事者や家族が、今後の生活の希望や新たな活動につながるきっかけとなるよう協力していく予定です。

病院内の地域連携センター「つむぎ」では、退院支援としての介護保険申請の事務手続き、また、加賀市の包括支援センターと連携してサポート体制を強化しています。今後も、ケアマネジャー等から患者さんのそれまでの暮らしぶりなどの情報を得て病院での治療に反映し、逆に、入院による身体状況の変化や退院後の生活上の注意点をケアマネジャー等へ伝えるなどの情報共有を図り、認知症の人が他の疾患で入院したときにも不安なく治療を受けられ、入院前の生活にスムーズに戻ることができる体制づくりに取り組んでいきます。

エ 認知症に関する国際的な連携について

令和5年10月に、台湾高雄市立大同病院と連携協力の覚書を締結しました。締結内容のひとつに、アルツハイマー病と認知症介護があり、大同病院との人材交流を通して連携を行ってまいります。

③ がん、周産期などの疾病・分野ごとの医療提供体制の充実

ア がん治療体制の充実

がん医療について、石川県は「石川県がん対策推進計画」に基づき、国の指定する5つのがん診療連携拠点病院を中心として、地域の専門的ながん診療を行う医療機関が連携しながら、より身近な環境でより質の高いがん医療をけることができる体制の整備を行っています。その専門的ながん医

療を行う医療機関として、加賀市医療センターは石川県地域がん診療連携推進病院の指定を受けております。当院は健診センターを有し、加賀市地域住民の検診の一翼を担い、検診制度を利用した上部消化器内視鏡検査、乳癌検査、人間ドック受診者に対する下部消化器検査で積極的な癌患者の発見に努めています。地域のクリニックで内視鏡検査を行える施設が人口に比して少ないため、当院が主体的に消化管検査を受託しております（紹介 約400件/年）。紹介、逆紹介を通じ、医師間のみならず、地域連携センターが仲介役になり速やかできめ細かい検査スケジュール管理と消化器疾患患者の医療観察を行っております。

その他の体制としましては、緩和ケアを提供できる専門チームの設置、がん患者・家族に対する情報提供や相談に応じるための相談支援センターの設置、院内がん登録の実施及びカンサーボードの開催を行っております。また、400人以上のがん患者入院数（年間）の診療実績を有し、高齢化率の高い当地域では、癌患者の摘出術に関し、内科では低侵襲のESD（粘膜下腫瘍摘出術）、外科では腹腔鏡を用いた摘出手術を第一選択とし、内科、外科のシームレスなカンファレンスの上、治療方針を決定しております。術後は病理、遺伝子所見に基づいた化学療法を選択しております。独立した外来化学療法部門を有し、専任薬剤師が薬剤の管理を行っております。令和4年度の外来化学療法延べ人数は1,446人で、前年度と比較し5.3ポイントの上昇を認め、年々増加傾向となっております。高次医療機関での術後患者も積極的に受け入れており、今後とも、がん治療体制の充実に取り組んでまいります。

イ 周産期の受入促進

加賀市医療センターは、市内で分娩を取り扱う唯一の医療機関ですが、南加賀医療圏における地域分娩貢献率^{*3}は、令和4年度 10.1%で、全国中央値の11.1%を下回っており、加賀市に住所を置く方の市外分娩の割合が多い現状を表しています。施設的には産婦人科病棟エリアにセキュリティシステムを導入し、人の出入りを許可制にすることでプライバシーを保護する体制を充実させています。分娩に際し部屋間の移動回数が少なく済む、LDR^{*4}を2室配置しており、産婦にやさしい環境を確保しています。また、出産を終えた産婦さんに、お祝いの気持ちをお伝えする趣旨にてお祝い膳を提供しております。費用面では、室料が発生しない全室個室であり、一般の病院と比べ、出産費用を大幅に抑えることができます。これらのことを南加賀医療圏の地域住民に広く周知を行い、里帰り出産も含め分娩取扱い件数の増加を図るとともに、産後ケア等きめ細かいサービスの向上に取り組みます。更に麻酔科の協力によって無痛分娩への対応も強化してまいります。

④ 高齢者に多い疾患に対する取組

高齢者人口の増加に伴い、誤嚥性肺炎、心不全、尿路感染症などの疾患リスクも高まっています。これらの疾患は重症化しやすいだけでなく、入院や介護が必要となるケースも多く、高齢者の生活の質（QOL）に大きな影響を与えるため、多職種による次の取組を推進してまいります。

ア 歯科医師会との連携と摂食機能療法の推進

誤嚥性肺炎は、口の中にいる細菌を誤嚥することによって起こる肺炎です。口腔内の細菌数は、歯周病などの口腔疾患によって増加しますので、歯科治療による口腔環境の改善が重要です。加賀市医療センターでは、歯科医師会と情報共有を図り、特に手術やがん治療目的に入院される患者に対しての誤嚥性肺炎予防に努めています。また、摂食機能療法を積極的に行うことで、舌や喉の筋力上昇、誤嚥を防ぐ姿勢改善、食形態調整などの効果が見込まれ、誤嚥のリスクを低減することができます。今後とも、医師・看護師・療法士・管理栄養士のチームが中心となり、早期介入、継続的な実施、患者・家族への指導を行ってまいります。

イ 心不全患者に対する多職種カンファレンスの推進

心不全患者に対して、医師、看護師、薬剤師、療法士、管理栄養士、退院支援看護師・ソーシャルワーカーなど、心不全の治療に関わる多職種が集まって、患者の状態を共有し、今後の治療方針を話し合う会議を毎週行っています。個々の患者の状態を多角的に評価することができ、心不全増悪の隠れた原因を明確にすることで、治療の質の向上に寄与するとともに退院促進と再入院抑制に効果を上げております。心不全患者の療養指導を行う専門職である心不全療養指導士の増員にも努めてまいります。また、新たに心大血管疾患リハビリテーション料の施設基準を届出する計画であり、当該リハビリテーションを行うことで、患者の心機能改善、再入院予防、QOLの向上などの効果が見込まれます。心不全を通じ病診連携を活性化し、さらなる地域医療に貢献する計画です。

ウ 排尿ケアチームの設置

高齢者は尿路感染症に罹患しやすいリスクを抱えています。尿路感染症は、排尿困難や尿失禁などの症状を引き起こし、患者のQOLを著しく低下させます。加賀市医療センターでは、排尿自立支援加算の施設基準を届出しております。排尿に関する専門知識を持つ医師、看護師、療法士、薬剤師による排尿ケアチームを設置しており、週に1回のラウンドを実施、患者一人ひとりの排尿機能を丁寧に評価し、個々に合わせた排尿ケアプランを作成しています。今後とも、高齢者の排尿自立を支援することで、尿路感染症予防に積極的に取り組んでまいります。

⑤ 訪問看護ステーションの活用

加賀市医療センターでは、病院内に訪問看護ステーションを開設しているため、病院の医療体制を活用した在宅療養の支援が可能です。退院直後の患者さんは、体調や生活の変化に戸惑い、不安を感じていることが多いですが、病院併設である当ステーションでは、病院の医師や看護師と密に連携することができ、患者さんの状態に合わせて適切な看護や支援を提供することができます。在宅療養中は、体調の急変やトラブルが発生する可能性も高く、当ステーションでは、24時間365日、緊急時の対応体制を整えています。利用者や家族からの連絡を迅速に受け付け、主治医と連携し、必要時は受診の調整を行います。また、病状や療養生活が安定された方を地域の訪問看護ステーションに移行し、新たに退院される医療度の高い患者さんを受け入れる体制を整えています。患者さんが、住み慣れた地域で安心して療養生活ができるように、より一層支援体制を整えてまいります。

⑥ 病児・病後児保育施設の設置

病院内に病児・病後児保育施設を開設し、常駐している看護師・保育士が児童の体調に合わせきめ細やかな保育を提供しています。清潔な保育室や隔離室などを完備しており、児童の症状に応じた対応が可能です。保護者に対して、安心して仕事ができる環境を提供することで、地域全体の子育て環境の向上を推進してまいります。

⑦ 石川中央と連携した診療体制の確保

ア 救急搬送を断らない体制の維持・継続

加賀市医療センターでは開院以来、関連大学病院からの当直支援を受けながら内科系、外科系各1名の医師による2名当直体制をとり「断らない救急」を実践しています。令和4年度の救急搬送受入件数は、3,242件となり、前年度と比べ540件増加し、初めて3,000件超えとなりました。当院は県内でもトップクラスの救急搬送受け入れ病院になっております。開院以来、受け入れ出来ずにお断りした平均の割合は僅か1.7%です。市外からの搬送も増加傾向にあります。

今後はこの体制を維持・継続するため、マンパワーの充足に努め医師をはじめとしたスタッフの疲弊解消を図り、開院以来の体制を維持・強化してまいります。

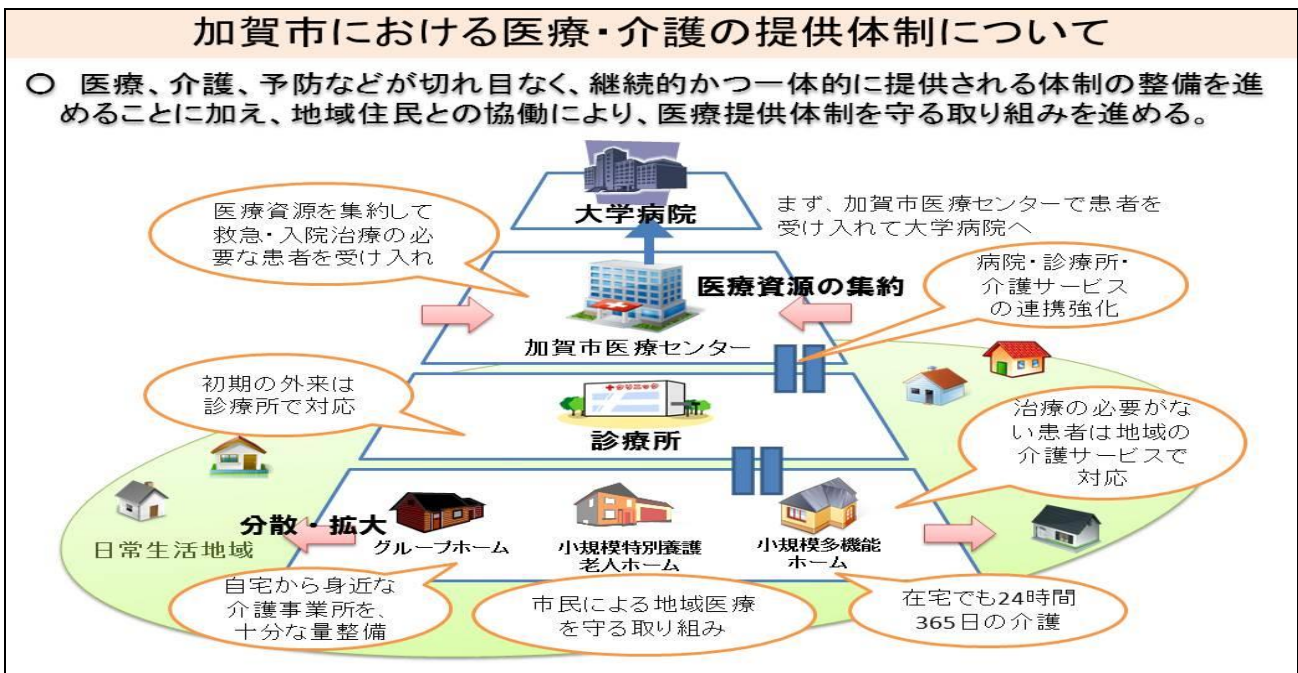
また、急を要する病状ではないが自己の都合で時間外に受診する、いわゆる「コンビニ受診」の増加によって本来の救急対応に支障が出ないよう、適正な時間外受診に対する啓蒙を行政と共に行なってまいります。

イ 高次医療機関との連携

診断能力の向上と広域連携の強化を図り、症例に応じた高次医療機関へのスムーズな紹介を行うとともに、高次医療機関で初期の治療を行ったあとの回復期にある患者（ポストアキュート）を可能な限り受け入れます。

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

地域包括ケア体制における加賀市医療センターの役割は、地域における唯一の急性期医療機関として、患者さんに対して短期間に集中的な医療資源を投入し治療にあたることで、生活の場である地域になるべく早く戻っていただけるような環境を整えていくことだと考えています。この考え方に基づき、加賀市医療センターが実施すべき具体的な取組として重要な柱となるのは、患者さんに対する「在宅復帰支援」と「病診連携」です。

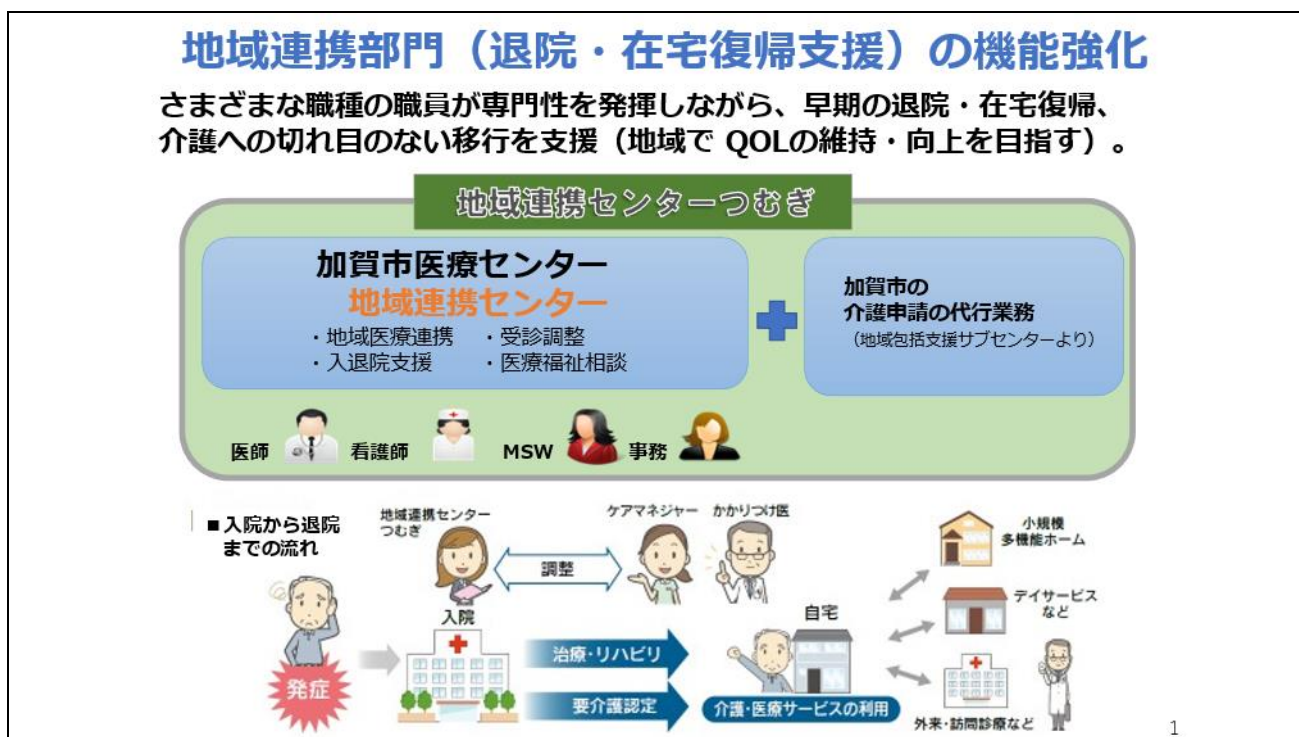


(1) 在宅復帰支援と病診連携の充実・強化

① 在宅復帰支援に対する取組

地域連携センター「つむぎ」では、患者さんが安心・納得して退院後の生活を送ることができるよう取り組んでいます。入院早期から患者さんと面談しご意向を確認し支援するために、全ての病棟に退院支援職員を専従配置することで、よりきめ細かい対応を心がけています。そして、患者さんお一人おひとりが安心できる生活を過ごせるように、医療、介護、福祉の専門職の協働を推進し、病院と地域をつなぐ役割を果たす事ができるように取り組んでいます。当院は緊急で入院される患者さんが7割を占めています。緊急で入院される患者さんは退院後の生

活に向け介護支援等の調整が必要となる場合が多くあります。急性期病院としての役割も果たしつつ、在宅での生活を見据えた退院支援および調整に取り組んでいます。開設時に併設されていた地域包括支援サブセンターの一部業務を担い、入院患者さんで介護申請が必要な場合は代行する役割も担っています。在宅において医療や介護サービスを提供する医療・介護・福祉事業所の方々との連携を十分に図り、退院後の「患者さんの生活」を大事にする視点を持ち、かかりつけ医や介護サービスとの連携強化に注力していきたいと考えています。



なお、加賀市医療センターの高度急性期・急性期病床は、厚生労働大臣が定めた診療報酬制度の診断群分類別包括支払い制度（DPC/PDPS）※⁵により運営しています。この制度下では病床種別や看護基準によって平均在院日数の上限値や在宅復帰率の下限値が定められており、現在の医療機能（病床機能）を維持するためには、2年ごとに基準の見直しが行われる診療報酬制度を踏まえた取り組みを行っていく必要があります。

② 病診連携の更なる強化

病院と診療所等との機能分化を促進するには、医師や職員同士が互いを知り、顔の見える連携を行うことが重要です。顔の見える関係作りとして、「地域連携セミナー」を継続的に開催し、当院の現状や取組について地域の医療・介護・福祉の方々と共通理解を図っています。また、「地域連携症例検討会」を定期的で開催し、ご紹介いただいた患者さんの症例発表を行ない、開業医の先生とともに症例検討を行っています。当院の診療科の医師と意見交換をすることで、日頃からお

世話になっている開業医の先生方が、安心して医療センターに患者さんを紹介していただける体制づくりを心がけています。

なお、地域医療構想では在宅医療等の必要量も推計されています。在宅医療等とは、居宅のほか、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホームなどで医療（訪問診療等）を受ける方及び介護老人保健施設、介護医療院の入居者のことをいいます。そのような状況下における病院としての連携活動として、在宅医療後方支援病院の施設基準の届け出を行い、地域医療機関の後方支援を担っております。在宅療養中の患者の容体が悪化した際には入院の受け入れを行います。医療ニーズが高い患者さんが安心・安全に在宅療養に移行できるよう退院直後の在宅療養支援に積極的に取り組んでまいります。また、介護者の休息のためのレスパイト入院^{※6}にも取り組んでおります。



(2) 予防の推進と健康づくりへの支援

① 健診センターのサービスと質向上

当センターでは、健診を通じて病気の予防と早期発見に努め、受診者の皆さまの健康な生活をサポートできるよう努めています。「人間ドック」「脳ドック」「生活習慣病予防健診」「特定健診」「特定保健指導」「法定健診」「各種がん検診」を行い、年間、約5,000人が受診しています。さらに令和5年より、新コースとして「心臓ドック」を開始しています。今後も健診コースの見直しや受診者の声を反映しながら、受診しやすい環境を整え、受診者数の増加につながるよう取

り組みます。健診を受けたら終わりではなく、積極的な受診勧奨、要精検率や精検受診率の把握を行いながら、受診後のフォローアップ体制の確立と実施を充実させていきます。また健診当日に、人間ドック健診情報管理指導士の資格を有する保健師2名が、対象者に保健指導を実施しており、生活習慣改善の支援をしています。今後も、保健師のスキルアップと増員を図り、生活習慣病予防に役立つよう取り組みます。受診者に信頼されるサービスと質の向上を図ることを目的に、第三者機関による評価「人間ドック健診施設機能評価 Ver. 5.0」を令和6年度に受審する予定で準備をすすめており、認定を目指しております。認定後も継続的な質改善活動を行い、地域住民の健康維持に貢献できるよう努めてまいります。

② 健康づくり出前講座の実施

地域住民に向けた健康づくり出前講座を「まちあいしつ講座」と銘打ち、自治会等からの依頼を受け実施しています。新型コロナウイルス感染症流行期には中止しておりましたが、令和5年度から再開いたしました。医師、看護師、コ・メディカル^{*7}、MSW^{*8}らによって70近くのメニューを揃えております。当院の専門職員が、直接市民の皆さんの集まる場所に伺い、和気あいあいとした雰囲気の中、医療に関する疑問に答える場を増やすことで、市民の健康増進に寄与できると考えています。メニュー内容は毎年度見直し、広報にも力を入れ実施回数を増やしていきたいと考えています。

(3) 地域包括ケアシステム構築に寄与する人材の育成

当院が地域包括ケアシステムの構築に寄与するためには、全人的医療に取り組むことが求められます。全人的医療とは、特定の部位や疾患に限定せず、患者の心理や社会的側面なども含めて幅広く考慮しながら、個々人に合った総合的な疾病予防や診断・治療を行う医療を差します。高齢者が増え、生活習慣病をはじめとする慢性疾患を一人の患者がいくつも抱えているケースが非常に増えていること、何か不調が起こった場合に患者の判断では適切な専門医を受診することが困難なケースも多いこと、また地域医療においては家族構成や地域の特色、仕事などの情報も踏まえて患者を心身両面から全体的に診る必要があることから、身体の状態だけでなく患者の社会生活なども含めた全体を継続的に診つつ、必要に応じて適切に臓器や疾病に特化した専門医への橋渡しをする医師が必要になります。そのような総合診療医の育成に寄与するため、総合診療科を中心に臨床研修医や医学生を積極的に受け入れます。

また、地域に必要な看護人材育成のため、看護専門学校の運営を持続的に行っていきます。

3 機能分化・連携強化

紹介受診重点医療機関の認定

現状、医療機関の選択に当たり、全国的に大病院志向がある中、地域の中核となる医療機関に外来患者が集中し、待ち時間や勤務医の外来負担等が発生しております。人口減少や高齢化、外来医療の高度化等が進む中、かかりつけ医機能の強化とともに、外来機能の明確化・連携を進めていく必要があります。

また、4月より、医師の長時間労働改善のため、医師の働き方改革の新制度が施行され限られた医療資源を有効活用することが求められております。当院は地域における中核医療を行う基幹病院として、急性期機能を担い、基幹病院以外の医療機関は初期救急、回復期機能を担うなど双方の役割分担を明確化していくことが肝要と考えます。この機能分化を図るため、令和5年8月に、石川県より紹介受診重点医療機関の認定を受けました。当院は、引き続き、救急搬送を断らない体制の維持・継続、がん治療体制の充実、周産期の受入促進、感染症重点医療機関の体制維持、医療従事者育成環境の強化に取り組んでまいります。

4 医療機能や医療の質、連携の強化等に係る数値目標

医療機能等指標についての数値目標

区分		年度				
		5年度	6年度	7年度	8年度	9年度
救急搬送依頼受入率(%)		97.0	99.0	99.0	99.0	99.0
地域救急貢献率 ^{※9} (%)		30.0	32.0	32.0	33.0	33.0
手術件数	手術室	1,300	1,350	1,400	1,450	1,500
	手術室以外	1,950	2,000	2,000	2,050	2,050
臨床研修医受入人数	基幹型	5	5	6	6	6
	協力型	2	2	3	3	3
紹介率 ^{※10} (%)		25.0	35.0	40.0	45.0	50.0
逆紹介率 ^{※11} (%)		60.0	65.0	65.0	70.0	70.0
在宅復帰率(%)	急性期	90.0	90.0	90.0	90.0	90.0
	地域包括ケア	80.0	80.0	80.0	80.0	80.0
	回復期リハ	80.0	80.0	80.0	80.0	80.0
分娩件数		120	120	125	125	125
地域分娩貢献率(%)		9.0	9.5	10.0	10.5	11.0
クリニカルパス ^{※12} 件数		2,000	2,100	2,200	2,250	2,300

5 住民の理解のための取組

医療制度改革や地域医療構想の見直しなど、医療施策の変更によって加賀市医療センターの重要な医療機能を見直す必要が生じた際には、住民に対しその要因となった医療施策や地域の医療需給状況の広報に努め共通理解に尽力し住民との合意形成に努めます。

V 医師・看護師等の確保と働き方改革

国の医師偏在対策や都道府県の医師確保計画を踏まえ、石川県地域医療支援センター等を通じた取組、医師・看護師等の派遣受入、職員採用の柔軟化、勤務環境の整備などの取組を強化します。

1 医師の確保について

- ① 関連大学との連携強化を目的に定期的な訪問と加賀市医療センターの診療実績や医療指標などの情報を共有し、医師のスキルアップに繋がる臨床経験を積める環境整備を進めます。また、大学医学部が進める研究・教育に積極的に協力し、地域医療に従事する医師の確保に努めます。
- ② 加賀市医療センターは、日本専門医機構より、北陸総合診療コンソーシアムプログラムの基幹病院に認定され、総合診療専攻医研修を提供しております。将来、地域病院や診療所等で勤務する医師の臨床土台を築く研修であり、積極的に受け入れを行ってまいります。また、専門医の育成にも注力しており、当院は、多くの専門医研修連携施設に認定されております。経験豊富な指導医が、専門医の取得・維持に向けて丁寧に指導する体制を整えております。
- ③ 当院は積極的に研究活動にも取り組んでおります。英文で書かれた論文数は多く、指導体制が整っています。研究者としてのキャリアアップを支援してまいります。
- ④ 地域外の医師招聘に繋げるため、当地域にゆかりのある医師の情報を集め、加賀市医療センターに関する情報提供を行い、同意を得られた方には直接の訪問を実施しております。加賀市定住促進事業との連携を図りながら、都市部からの医師招聘も継続的に取り組みます。
- ⑤ 働きやすい環境を促進するため、医師負担軽減検討委員会を設置、医師の業務内容や負担状況を把握し、看護師やその他医療従事者と協力して業務を分担しております。当院は医師事務作業補助体制加算1（20対1）の施設基準を届け出ており、医師事務が医師の業務をサポートし、負担軽減を図っております。これらの支援体制を継続してまいります。

2 看護師の確保について

当院は、市内に看護学校を運営しており、当院の医療スタッフが講師として参加し、実践的な知識・技術の習得を支援しています。学生の実習受け入れも行っており、当院の看護業務を体験することで当院での勤務イメージが付きやすく、看護師確保に貢献しています。また、その他の確保策

として次の取組を推進します。

- ① 修学資金貸付金の貸与を実施、当院の業務に従事した期間に応じ返還債務を免除としており、この制度を継続してまいります。
- ② 看護学部がある学校への訪問、人材情報サービスのポータルサイト活用、及び日本看護協会と協力し、潜在看護師の発掘に努めてまいります。
- ③ 看護師のキャリアアップ支援の継続、年齢制限を設けない看護師採用の柔軟化に取り組みます。
- ④ 働きやすい環境を促進するため、看護師負担軽減検討委員会を設置、他医療従事者が協力して業務を分担しており、この体制を継続してまいります。
- ⑤ 看護職員処遇改善評価料の施設基準を届け出しており、評価料にあたる診療報酬は全て、看護師の処遇改善に充当しております。今後も処遇向上に努めてまいります。

また、医療人材不足は医師・看護師にとどまらずコ・メディカルの確保についても、あるべき医療提供体制を実現していくための重要な要素となることは言うまでもありません。修学資金貸与の対象範囲を看護師のみではなく、他の医療職へ新たに広げ、医療環境の変化や医療制度改革に伴い必要となる人材確保に素早く対応してまいります。

3 臨床研修医の受け入れ等を通じた若手医師の確保

研修医の受け入れに関し、令和元年より基幹型臨床研修病院^{*13}の認定を取得、病院の募集定員が全て埋まるいわゆるフルマッチを、認定取得以来 6年連続で達成しております。併せて、金沢大学病院の協力型臨床研修病院としても機能しております。現在は、基幹型として5名の研修医を、協力型として2名の研修医を受け入れており、令和7年度からは、協力型として、金沢医科大学病院より更に1名の研修医を受け入れする予定です。令和5年には、臨床研修分野の質の向上を図るため、卒後臨床研修評価機構（JCEP）による第三者評価を受審し、認定を受けました。今後も、職員の指導医資格取得を支援し研修体制の充実とより魅力的なプログラムへの見直しを促進することにより、将来、当院の勤務医となりうる人材の育成に努めてまいります。

また、医学部生の臨床実習については、金沢大学の医学部4・5・6年生の通年受け入れを継続。さらには、スプリングキャンプと題して近隣の医学生を対象とした体験型の教室を企画・受入をしております。今後も医学部生の実習施設として体制を充実させ、医師となった後の臨床研修施設として選んでもらえる病院づくりを目指します。

4 医療従事者育成環境の充実

看護師特定行為^{*14}研修の指定研修機関として、令和5年8月に指定を受けました。これまでも看

看護師の資質向上に努めてきましたが、今回の指定により、看護師の特定行為実施に必要な知識や技能を、より充実した環境で身につけることができる体制となります。当院の看護師だけでなく、地域の医療を担う看護師の育成にもさらに貢献してまいります。

また、幅広い職種での経営人財育成を目的に、経営コンサルティング会社と育成支援の契約をしております。育成プログラムを修了した職員からは、増収施策や業務改善の提案が出され、効果が表れてきております。今後も経営的視点を持つ人財育成の支援に取り組んでまいります。

更には、職員の研修環境においても充実を図っています。医局周辺は Wi-Fi 環境を整備し医学的な論文や文献の検索閲覧が行えるサイトや医師が著したエビデンス^{※15}ベースの臨床意思決定支援リソースとライセンス契約し、学会への参加・発表ならびに論文掲載を奨励していきます。加えて認定看護師資格取得の奨励・支援やコ・メディカルの専門的資格取得を奨励し、専門的知識を有した職員の育成に努めております。

5 医師の働き方改革への対応

令和6年から施行される「医師の働き方改革」に適切に対応するため、長時間労働の改善に向け必要な対策を実施し、残業時間の削減、有給休暇の取得促進、十分な休息とリフレッシュをとれる環境を整えます。職員のワーク・ライフ・バランスに配慮した、維持可能な医療の提供を行い、当院勤務医師が、安心して働き、より質の高い医療を提供できるようサポートして参ります。

(1) 医師の長時間労働の改善に向けた診療体制について

- ① A 水準（時間外上限 960時間/年）の達成に向け、勤務時間内の患者家族に対するインフォームドコンセントの実施、及び宿日直許可の導入を行い、時間外勤務の削減を推進します。
- ② 電子カルテの出退勤打刻システムを導入、医師の勤務時間を把握し、長時間労働が見込まれる医師には面接指導を実施します。また、負担となっている業務を医師事務等で支援します。
- ③ クリニカルパスの導入範囲の拡大を図ります。クリニカルパスを導入することで、診療の効率化を図れ、また、チーム医療の推進にもなるため、医師の負担が分散されます。

(2) タスクシフト・タスクシェアの促進

- ① 医師負担軽減検討委員会を設置しており、医師から、看護師、薬剤師、臨床工学士、医師事務作業補助者等へのタスクシフト・タスクシェア促進をさらに強化してまいります。
- ② 特定行為を行う看護師や認定看護師の増員を図り、医師の負担軽減を推進します。

(3) 働きやすい職場環境の整備推進・継続

- ① 職員の子供を対象に夜間保育、病児保育を実施します。
- ② 産休・育休制度の充実を図ります。また、子育て中、介護中の職員を対象に、勤務時間短縮、

勤務日短縮、残業免除、当直免除あるいは制限等の取組を推進します。

- ③ 当直表作成時は、連続当直にならないよう作成します。また、当直翌日は職専免とし、取得が難しい場合は3週間の猶予期間を設け、取得できる体制を推進します。

VI 経営形態の見直し

経営形態の見直しに関する計画等

加賀市病院事業は加賀市医療センター開院と同時に経営形態を見直し、地方公営企業法一部適用から全部適用に移行しました。病院事業には市長の任命を受けた事業管理者を代表として置き、事業管理者は人事・予算などに関する権限が与えられ、病院事務を執行する広汎な権限を有しています。事業管理者の実質的な権限と責任を重視し、公共の福祉増進を念頭に民間的手法の導入に取り組み、企業としての経済性を十分に発揮するよう努めます。

なお、本プランにおいては具体的な見直し計画は盛り込んでおりませんが、事業管理者の実質的な権限と責任の明確化を図り、民間的経営手法の導入に取り組んでいく過程において、更なる経営形態の見直しの可否については適宜検討してまいりたいと考えています。

VII 災害や新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組

当院は、令和2年4月から新型コロナウイルス感染症の入院患者を受け入れ、令和3年4月には、加賀市で唯一、石川県より入院重点医療機関の指定を受けております。また、感染対策向上加算1の施設基準を取得しており感染防止対策の実施や地域の医療機関等と連携し、感染症対策の取組を実施しています。新型コロナウイルス感染症流行期に、多くの患者を受け入れた経験や知識を活かし、今後、新興感染症の感染拡大時においても、地域住民の皆さんが安心して医療を受けられるよう、平時からの取組を強化します。

1 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

感染拡大時は、当院一階の共有スペースである「情報ギャラリー」に感染症専用の外来を設け、感染症の患者と一般患者を分離します。共有スペースは換気装置があり、感染リスクの低減を図れます。また、当院は、全室個室であり、感染拡大防止に効果があります。感染患者受け入れ病棟、ハイケアユニット（高度治療室）には陰圧室を設置しており、外部への拡散を防止しております。今後は、空気感染対策が必要な感染症受け入れを想定し、陰圧室の増床や外来から病棟までの移動における動線分離の整備に努めます。外来においては、発熱受診者のプライバシー保護に留意した診療室の確保や季節性インフルエンザなど流行時にも対応できる検査場所の整備を進めます。発熱者の問診などDX化を推進します。

2 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

行政（県・市・保健所）の会議に参加し、研修会開催や実地支援に加わり感染拡大防止対策の推進に力を注いでおります。院内の検査体制においては、受診者数・検査の信頼性・結果判明時間をふまえ、発熱者の外来診療が円滑に行われるように検討しております。また、入院治療においては、フェーズに対応したベッド数確保や治療薬の検討を行い、安全な医療の提供を考慮したうえで地域住民のニーズに対応できるよう体制を状況に合わせて見直しております。医師会や地域医療機関、保健所等と連携し、感染対策質向上への支援を継続実施します。

3 感染拡大時を想定した専門人材の確保・育成

医師、薬剤師、臨床検査技師、看護師が、ICT（感染制御チーム）・AST（抗菌薬適正使用支援チーム）活動を担っています。メンバーには、感染症専門医、ICD^{※16}、感染管理認定看護師など資格取得者を有しており、実践・指導・相談に対応しています。院内教育・研修を計画的に実施し、人材育成や資格取得のための支援を推進します。

4 感染防護服等の備蓄

物品管理の担当者を決定し、防護具や消毒薬など不足が生じないように手配しております。自治体・関係業者との流通状況に関する情報共有や専門職と代替え案を検討し、職員へ周知しています。配給や寄贈の物品は、安全性を確認の上、支給する体制をとっております。通常使用の2ヶ月分を回転備蓄するなど、DMAT^{※17}と共に計画的な備蓄体制構築を図ります。備蓄の他に、感染症患者に使用できる医療機器（人工呼吸器や透析機器など）についても数量把握に努めます。

5 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

標準予防策の徹底に努めるとともに、感染症流行時における業務継続計画（BCP）策定ガイダンスなどエビデンスを元に、BCPを見直します。

6 災害拠点病院としての役割

当院は、令和4年4月 地域災害拠点病院に、同年6月 石川 DMAT 指定病院の指定を受けました。災害（地震、大規模交通災害など）が発生した場合に「加賀市地域防災計画」に基づき、国、県、市及び関係各機関が相互に連携協力し、病院機能を可能な限り維持します。初動、急性期から復興期に至るまで切れ目無く災害医療活動を継続することにより、人命を救助し、地域社会の早期復興に貢献することを目指します。当院は、平常時の救急搬送の受入はもとより、災害時においても積

極的に傷病者を受け入れます。当院が被災地域から遠隔地にある場合は、DMAT 及び医療救護班の派遣、被災地からの広域搬送患者の受入を行います。

VIII 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

今後、地域の医療需要が変化していくことを踏まえ、施設・整備の適正管理と整備費の抑制を行い、当院の果たすべき役割・機能の観点から必要性を十分検討し整備を行ってまいります。また、太陽光発電システムのような自然エネルギーを利用した電源の導入等も検討していきます。

当院が経営する看護学校については、加賀市医療センター敷地内への移設の適否や、民間活力を利用した建設方法など、地域の人口減少・少子高齢化の急速な進展の影響を鑑み、長期的な視点を持って検討を進めてまいります。

2 デジタル化への対応

デジタル化への対応としては、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、次の取組を推進します。

(1) 医療版情報銀行の活用

加賀市が国のデジタル田園健康特区に指定され、様々な社会課題をデジタル化によって解決しながら、地域の魅力を向上させる取組を行っています。その事業の一環として、医療版情報銀行があり、医療版情報銀行は、加賀市、当院、加賀市民が保有する医療や健康に関連する情報を収集し、利用者・家族や、地域の医療・介護連携及び先端技術の開発・導入等に活用されます。当院も、この取り組みの実現に向け協力してまいります。

(2) マイナ保険証の推進

マイナンバーカードでの保険確認を推進してまいります。また、併せてマイナンバーカードで病院受付できる仕組みを構築し、受付時の効率化に取り組みます。

(3) 顔認証受付の導入

加賀スマートパスに顔登録することで、顔認証にて病院受付が可能となります。受付時間短縮が見込まれ、また、診察券の持参が不要となるため患者さんの利便性向上に寄与します。導入の促進に努めてまいります。

(4) 来院前 AI 問診の推進

AI 問診とは、AI を使用した事前問診のことです。当院 HP の専用 QR から、事前に AI 問診を実施することが可能です。病院滞在時間を短縮する効果が見込まれ、利用患者数増加に努めます。

(5) PHR（パーソナル・ヘルス・レコード）の導入

PHR アプリを導入することで、患者は、予約日、検査結果、処方情報、待合表示、健康診断結果等の確認が可能であり、医療費後払いを利用することで、会計を待たずに帰宅することができます。患者の利便性向上が図れるため、導入の促進に努めてまいります。

(6) 電子処方箋の導入

電子処方箋とは、紙の処方箋を電子データ化したものです。電子処方箋を導入すると、医師や薬剤師は患者の過去の処方・調剤情報を簡単に確認できるようになり、これにより、重複投与や併用禁忌などのリスクを低減できます。より安全で適切な医療を提供できよう、導入の促進に努めてまいります。

(7) オンライン診療の導入検討

市民の利便性と医療アクセスの向上を目指し、オンライン診療導入の検討を行います。高齢者や身体障害者等で、移動が困難な患者に対して通院負担の軽減が見込まれます。また、遠隔地に居住しているため通院が困難な方でも、専門医療を受けやすくなり、地域格差の是正に貢献できると考えます。オンライン診療を通じて、より多くの患者に質の高い医療を提供できるよう努めてまいります。

(8) 看護情報システムの導入

電子カルテシステムにモバイル機器を利用し接続することで、電子カルテ機能の一部を使用することができます。電子カルテへの音声入力や、撮影した画像の取り込みなど、カルテ記録に要する手間や時間を削減できるため、業務負担軽減が図れます。導入の促進に努めてまいります。

(9) 車椅子自動運転サービスの導入

当院にて、モビリティ及びデジタル技術を活用し、移動に不安を抱える患者が、シームレスで不自由なく、安心して移動できることを目的として、車椅子自動運転サービスの導入を予定しております。今後は、企業と連携し自動運転実現に向け協力してまいります。

(10) 館内無料 Wi-Fi の整備

館内に無料 Wi-Fi を整備し、患者サービスの充実及び利便性の向上を図ります。

IX 経営の効率化等

1 経営指標に係る数値目標

(1) 収支改善に係るもの

区分 \ 年度	5年度	6年度	7年度	8年度	9年度
経常収支比率 ^{※18} (%)	98.9	98.4	99.2	99.8	100.7
医業収支比率 ^{※19} (%)	90.2	91.8	92.5	93.4	94.6
修正医業収支比率 ^{※20} (%)	89.3	90.8	91.6	92.5	93.7
不良債務比率 ^{※21} (%)	1.7	0.7	-1.6	-4.9	-5.0

(2) 経費削減に係るもの

区分 \ 年度	5年度	6年度	7年度	8年度	9年度
職員給与費比率(%)	66.5	65.2	64.6	64.4	63.3
材料費比率(%)	18.9	18.9	18.9	19.0	19.0
うち薬品費比率(%)	9.5	9.5	9.5	9.5	9.5
経費比率(%)	16.1	16.1	15.9	15.9	15.7
うち委託料比率(%)	10.5	10.5	10.3	10.3	10.2
減価償却比率(%)	8.7	8.1	7.9	7.2	6.8
支払い利息比率 (金融費用比率)(%)	0.6	0.4	0.3	0.3	0.2
後発医薬品使用率 ^{※22} (%)	92.0	92.0	92.0	92.0	92.0

(3) 収入確保に係るもの

区分 \ 年度	5年度	6年度	7年度	8年度	9年度
1日当り入院患者数(人)	264	279	281	281	282
1日当り外来患者数(人)	500	470	460	450	450
うち初診患者比率(%)	12.0	9.6	9.8	10.0	10.0
1人1日当り入院収入(円)	51,484	53,331	54,067	54,481	55,063
1人1日当り外来収入(円)	15,600	16,000	16,500	17,000	17,500
医師1人1日当り診療収入(円)	416,295	432,301	430,319	424,173	423,890
看護部門職員1人1日当り診療収入(円)	61,020	63,942	64,206	63,825	64,305
病床利用率 ^{※23} (%)	83.4	88.0	88.6	88.6	88.9
病床稼働率 ^{※23} (%)	88.4	93.0	93.6	93.6	93.9
急性期病床平均在院日数 ^{※24} (日)	14.6	14.4	14.2	14.0	13.8
患者未収金比率 ^{※25} (%)	0.92	0.96	0.95	0.96	0.94
DPC機能評価係数(Ⅰ)+(Ⅱ) ^{※26}	0.3868	0.4046	0.4146	0.4246	0.4346

(4) 経営の安定性に係るもの

区分 \ 年度	5年度	6年度	7年度	8年度	9年度
医師数(常勤)	45	46	47	48	49
現金保有残高(百万円)	470	484	624	812	964
企業債残高 ^{※27} (百万円)	5,972	5,419	5,031	4,639	4,768

2 経常収支比率及び修正医業収支比率に係る目標設定の考え方

経常黒字化する時期の年度目標など

平成28年の開院以来赤字決算にて推移してきました。令和3年度は、新型コロナウイルス感染症による院内クラスターの発生により、医療提供体制の制限を余儀なくされましたが、新型コロナウイルス感染症入院重点医療機関として積極的に感染者の受け入れを行いました。医業収入も徐々に回復基調となり、新型コロナウイルス感染症に係る補助金収入の計上もあり、開院して初めての黒字転換を達成しました。令和4年度も、重点医療機関として受入体制を維持し、新型コロナウイルス感染症に係る補助金収入に加え、入院患者及び外来患者の増加による医業収入等の増収にて2期連続の黒字決算となりました。令和5年度に入り、継続して重点医療機関として専用病床を確保しておりましたが、同年5月に新型コロナウイルスが5類に分類され、補助金収入が削減されました。しかしながら、感染症の感染力が低減されたわけではなく、専用病床の確保は必要であった

め、病床稼働率に影響を及ぼし、令和5年度は赤字決算となる見込みです。

令和6年度以降は、紹介受診重点医療機関に認定されたことにより、紹介患者の増加が予想され、高度医療を提供する機会が多く、医業収入の増加が見込まれます。また、旧病院建物の企業債償還利息や減価償却費は毎年下がっていくため、これらを含め、令和9年度の経常黒字化を目標としています。

3 目標達成に向けた具体的な取組

(1) 役割・機能に的確に対応した体制の整備

当院の役割・機能に対応した施設基準・人員配置となるよう体制整備を行うとともに、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と考え、次の取組を推進します。

① 施設基準の取得

当院では、「救急搬送はことわらず受け入れます」との基本方針を掲げ、救急車応需件数は年間3,000件を超え、県内でもトップクラスです。受入体制を手厚くすることで、救急搬送の評価に係る施設基準や診療報酬の加算を適切に取得・算定しております。また、積極的に職員の採用を図り、病棟配置の薬剤師、夜間配置の看護師を確保、これらの評価に係る施設基準を取得する予定をしており、医業収入の増加に努めてまいります。

② 回復期リハビリテーション病棟の活用

当院は加賀市内で唯一の回復期リハビリテーション病棟を有し、急性期症状が落ち着いた患者さんに対して、日常生活に必要な機能回復を支援しております。患者さんが早期に退院し、自宅や地域で生活できるようになることが肝要であり、地域包括ケアシステムにおける重要な役割を担っていると考えております。当院では、療法士の採用を積極的に行っており、新たに心臓のリハビリテーションが実施できるよう、機器の購入を進め準備をしています。今後は、より一層対象患者を広げることで需要の拡大が見込まれます。

③ 紹介率・逆紹介率の向上

紹介受診重点医療機関に認定されたことにより、外来機能の明確化・連携を強化し、紹介率・逆紹介率の向上を図ります。将来的には、かかりつけ医等を支援する地域医療支援病院^{*28}の認定を目指し、医業収入の増加を図ります。

(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、病院長をはじめとする全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るため、次の取組を推進します。

① 病棟運営会議の設置

当院は、高度急性期病棟、急性期病棟、回復期病棟を持つケアミックス型の病院ですが、最も病床単価の高い、高度急性期病棟に空床が多い、回復期病棟の活用に問題がある等、非効率な運用が散見されていたため、副院長を長とする「病棟運営会議」を設置しました。週に一度、実務者会議を開催し、運用検討を重ねることで、各病棟の利用率が上昇し、医業収入増加につながりました。今後も継続して推進してまいります。

② 実務者との意見交換

毎月、実務を担う各診療科の NO2 の医師と各病棟師長、経営事務部門にて会議を開催しております。病院の収支状況、経営方針、診療報酬に係る勉強会及び意見交換を行っており、トップダウンとボトムアップのバランスがとれた会議になっていると認識しております。

③ 経営方針の共有

全職員が医療経営に関心を持ってもらうために、日々目にする電子カルテのトップページに、経営目標、空床状況、新規入院患者数及び診療報酬上の算定必須要件を載せております。これにより、職員各々が、当院の経営方針を認識し、医療経営を考える土壌づくりに貢献しております。

(3) 外部アドバイザーの活用

民間病院等の経営や診療報酬制度に精通した外部アドバイザー等の活用により、経営改善に成功した事例が多くあることを踏まえ、外部コンサルタントの活用に取り組みます。公立病院は、医師・看護師不足、人口減少・少子高齢化に伴う医療需要の変化により、経営状況は厳しく、増収施策による収益力の向上、幅広い職種での経営人材育成が今般の最重要課題と考えます。当院が契約している外部コンサルタントは、様々な診療報酬に関して、ベンチマーク分析を有効活用することで、診療の効率化と収益力向上及び費用の縮減に取り組む包括的コンサルティング支援と経営的視点を持つ人材育成のための支援を得意としております。同社が提供するベンチマーク分析ソフトも導入済みであり、毎月1回 人材育成プロジェクトを開催し、医師・看護師・コメディカル・事務等の多職種にて経営分析・増収施策に取り組んでおり、今後も継続して推進してまいります。

4 一般会計負担金の考え方

一般会計が負担すべき経費の範囲についての考え方及び一般会計等負担金の算定基準（繰出基準）

加賀市医療センターは地方公営企業として運営しており、企業性の発揮と公共の福祉の増進を経営の基本とし独立採算制を原則としています。しかし、地域住民の医療を確保するために、その性

質上病院の経営に伴う収入で賄うことが適当でない経費や事業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、一般会計等が負担するものとされており、この経費負担区分ルールについては毎年度「繰出基準（通知）」として総務省より各地方公共団体に通知されています。

この通知を基本に一般会計繰出金の項目、趣旨及び繰出の基準を次のとおりとします。

（１）総務省の地方公営企業繰出金の考えに準拠するもの

① 病院の建設改良に要する経費

病院の建設改良費及び企業債元利償還金のうち、その経営に伴う収入をもって充てることができないと認められるものに相当する額

② リハビリテーション医療に要する経費

リハビリテーション医療の実施に要する経費のうち、これに伴う収入をもって充てることができないと認められるものに相当する額

③ 周産期医療に要する経費

周産期医療の用に供する病床の確保に要する経費のうち、これに伴う収入をもって充てることができないと認められるものに相当する額

④ 小児医療に要する経費

小児医療の用に供する病床の確保に要する経費のうち、これに伴う収入をもって充てることができないと認められるものに相当する額

⑤ 救急医療の確保に要する経費

医師等の待機及び空床の確保等救急医療の確保に必要な経費に相当する額及び災害拠点病院又は救急告示病院が災害時における救急医療のために行う診療用具、診療材料、薬品、水及び食料等の備蓄に要する経費に相当する額

⑥ 高度医療に要する経費

高度な医療の実施に要する経費のうち、これに伴う収入をもって充てることができないと認められるものに相当する額

⑦ 公立病院付属看護師養成所の運営に要する経費

看護師を養成するために必要な経費のうち、その運営に伴う収入をもって充てることができないと認められるものに相当する額

⑧ 院内保育所の運営に要する経費

病院内保育所の運営に要する経費のうち、その運営に伴う収入をもって充てることができないと認められるものに相当する額

⑨ 保健衛生行政事務に要する経費

集団検診、医療相談等に要する経費のうち、これに伴う収入をもって充てることができないと認められるものに相当する額

⑩ 医師及び看護師等の研究研修に要する経費

医師及び看護師等の研究研修に要する経費の2分の1

⑪ 病院事業会計に係る共済追加費用の負担に要する経費

病院事業会計に係る共済追加費用の負担に要する経費の一部

⑫ 医師の派遣を受けることに要する経費

病院において医師の派遣を受けることに要する経費

⑬ 基礎年金拠出金に係る公的負担に要する経費

職員に係る基礎年金拠出金に係る公的負担に要する経費の全部又は一部

⑭ 職員に係る児童手当に要する経費

職員に係る児童手当の給付に要する経費の合計額

⑮ 不採算地区に所在する中核病院な病院の機能の維持に要する経費

不採算地区に所在する中核的な病院の機能の維持に要する経費のうち、その経営に伴う収入をもって充てることができないと認められるものに相当する額

⑯ 新型コロナウイルス感染症に係る減収対策のために発行する資金手当債の利子負担の軽減に要する経費

新型コロナウイルス感染症に係る特別減収対策企業債の利子負担の軽減に要する経費

上記以外で総務省からの「繰出基準（通知）」に含まれる項目については、一般会計と病院事業が協議し、双方の財政状況に応じ必要と認められたものについて繰出しを決定します。

(2) 加賀市の行政施策にかかるもの

① 時間外診療輪番医に要する経費

加賀市休日急病診療の実施に際し必要となる人件費に相当する額

X 点検・評価・公表

1 新改革プランの策定・公表

加賀市医療センター経営強化プランの内容にあたっては、病院内部の意見だけでなく第三者の意見を求め、策定することとします。第三者機関は加賀市地域医療審議会とし、策定後の新改革プランは病院ホームページで公表します。

2 新改革プランの点検・評価

新改革プラン策定後は、その運用と効果について毎年度、第三者機関による点検・評価を受けるものとし、その結果についても病院ホームページで公表します。

XI 収支計画

1) 収益的収支

(単位：百万円)

区分		年度	5年度	6年度	7年度	8年度	9年度
収 入	1. 医業収益	a	7,309	7,566	7,702	7,762	7,924
	(1) 料金収入		6,993	7,258	7,382	7,432	7,582
	(2) その他		316	308	320	330	342
	うち他会計負担金		75	75	75	75	75
	2. 医業外収益		1,189	1,039	1,028	1,003	984
	(1) 他会計負担金		554	545	539	536	535
	(2) 他会計補助金		16	16	16	16	16
	(3) 国(県)補助金		145	28	28	28	28
	(4) 長期前受金戻入		389	371	366	344	326
	(5) その他		85	79	79	79	79
経常収益	(A)	8,498	8,605	8,730	8,765	8,908	
支 出	1. 医業費用	b	8,102	8,246	8,325	8,313	8,377
	(1) 職員給与費	c	4,857	4,936	4,975	4,996	5,016
	(2) 材料費		1,380	1,432	1,459	1,471	1,504
	(3) 経費		1,180	1,217	1,227	1,237	1,247
	(4) 減価償却費		638	610	610	560	541
	(5) その他		47	51	54	49	69
	2. 医業外費用		493	504	475	470	468
	(1) 支払利息		44	34	25	20	18
	(2) その他		449	470	450	450	450
	経常費用	(B)	8,595	8,750	8,800	8,783	8,845
経常損益 (A) - (B)	(C)	-97	-145	-70	-18	63	
特 別 損 益	1. 特別利益	(D)	0	0	0	0	0
	2. 特別損失	(E)	0	0	0	0	0
	特別損益 (D)-(E)	(F)	0	0	0	0	0
純損益 (C)+(F)		-97	-145	-70	-18	63	
累積欠損金	(G)	1,047	1,192	1,262	1,280	1,217	
流動資産	(7)	1,576	1,591	1,731	1,919	2,071	
流動負債	(イ)	1,699	1,641	1,604	1,542	1,676	
うち一時借入金		0	0	0	0	0	
翌年度繰越財源	(ウ)	0	0	0	0	0	
当年度許可債で未借入 又は未発行の額	(エ)	0	0	0	0	0	
不良債務 〔(イ) - (エ)〕 - 〔(7) - (ウ)〕	(オ)	123	50	-127	-377	-395	
経常収支比率	$\frac{(A)}{(B)} \times 100$	98.9	98.3	99.2	99.8	100.7	
不良債務比率	$\frac{(オ)}{a} \times 100$	1.7	0.7	-1.6	-4.9	-5.0	
医業収支比率	$\frac{a}{b} \times 100$	90.2	91.8	92.5	93.4	94.6	
職員給与費対医業収益比率	$\frac{c}{a} \times 100$	66.5	65.2	64.6	64.4	63.3	
地方財政法施行令第15条第1項 により算定した資金の不足額(※)	(H)	0	0	0	0	0	
地方財政法による 資金不足の比率	$\frac{(H)}{a} \times 100$	-	-	-	-	-	
病床利用率		88.4	93.0	93.6	93.6	93.9	

※資金不足額がない場合は、資金不足額を「0」で、資金不足比率を「-」で表示。

2) 資本的収支

(単位：百万円)

年度		5年度	6年度	7年度	8年度	9年度
区分						
収入	1. 企業債	111	200	247	147	547
	2. 他会計出資金	424	424	349	281	212
	3. 他会計負担金	0	0	0	0	0
	4. 他会計借入金	0	0	0	0	0
	5. 他会計補助金	3	4	3	3	3
	6. 国(県)補助金	4	0	0	0	0
	7. その他	0	0	0	0	0
	収入計 (a)	542	628	599	431	762
	うち翌年度へ繰り越される 支出の財源充当額 (b)	0	0	0	0	0
	前年度同意等債で当年度借り入分 (c)	0	0	0	0	0
純計 (a)-{(b)+(c)} (A)	542	628	599	431	762	
支出	1. 建設改良費	118	205	250	150	550
	2. 企業債償還金	753	753	635	539	418
	3. 他会計長期借入金返還金	0	0	0	0	0
	4. その他	8	11	11	11	11
	支出計 (B)	879	969	896	700	979
差引不足額 (B) - (A) (C)	337	341	297	269	217	
補填財源	1. 損益勘定留保資金	336	340	296	268	216
	2. 利益剰余金処分額	0	0	0	0	0
	3. 繰越工事資金	0	0	0	0	0
	4. その他	1	1	1	1	1
計 (D)	337	341	297	269	217	
補填財源不足額 (C) - (D) (E)	0	0	0	0	0	
当年度許可債で未借入 又は未発行の額 (F)	0	0	0	0	0	
実質財源不足額 (E) - (F)	0	0	0	0	0	
企業債残高※24 (H)	5,972	5,419	5,031	4,639	4,768	

3) 一般会計等からの繰入金の見通し

(単位：百万円)

	5年度	6年度	7年度	8年度	9年度
	0	0	0	0	0
収益的収支	(6)	(6)	(6)	(6)	(6)
	629	620	614	611	610
資本的収支	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)
	424	424	349	281	212
合計	(6)	(6)	(6)	(30)	(6)
	1,053	1,044	963	892	822

(注)

- () 内は、うち基準外繰入金
- 「基準外繰入金」とは、「地方公営企業繰入金について（総務省自治財政局長通知）に基づき他会計から公営企業会計へ繰り入れられる繰入金以外の繰入金をいう。

【用語集】

※1 地域包括ケアシステム

人口減少社会における介護需要の急増という困難な課題に対して、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」が包括的・一体的に提供される体制のこと。

※2 回復期リハビリテーション

急性期病棟から、転棟もしくは転院した患者が、日常生活に必要な機能を回復するために行うリハビリテーション

※3 地域分娩貢献率

南加賀医療圏の分娩にどのくらい貢献しているかを表す指標のこと。

※4 LDR

陣痛（Labor）から、分娩（Delivery）、産後の回復（Recovery）までを同じ部屋で過ごすお産の方法。

※5 診断群分類別包括支払い制度（DPC/PDPS）

実施した診療内容（入院基本料や検査、レントゲン、投薬、注射料など）を積み上げて計算するのではなく、患者さんの診断群分類（病名）ごとに決められた1日当たりの入院費をもとに計算を行う制度。

※6 レスパイト入院

常時医療管理が必要な在宅療養患者が、介護者の事情（例：近親者の冠婚葬祭、介護者の病気・出産・旅行、介護者の疲労蓄積による介護不能予防など）により在宅での介助が一時的に困難な場合に短期入院できる仕組み。

※7 コ・メディカル

医師・看護師以外の医療従事者のこと。

※8 MSW

医療ソーシャルワーカー 医療機関における福祉の専門職。

※9 地域救急貢献率

南加賀医療圏の救急搬送受け入れにどのくらい貢献しているかを表す指標のこと。

※10 紹介率

$$\frac{\text{紹介患者数}}{\text{初診患者数（救急搬送患者および休日・夜間の救急患者を除く。）}} \times 100$$

※11 逆紹介率

$$\frac{\text{逆紹介患者数}}{\text{初診患者数（救急搬送患者および休日・夜間の救急患者を除く。）}} \times 100$$

※12 クリニカルパス

患者状態と診療行為の目標、および評価・記録を含む標準診療計画。標準からの偏位を分析することで医療の質を改善する手法

※13 臨床研修病院

基幹型臨床研修病院と協力型臨床研修病院の2つに分類される。独自で臨床研修を行えるのが基幹型で、協力型病院は基幹型病院の依頼に基づき、基幹型病院が設定する研修の一部を担う。

※14 看護師特定行為

研修を修了した看護師が、あらかじめ医師が定めた手順書により、医師の判断を待たずに一定の診療補助（特定行為）を行えるもの。

※15 エビデンス

薬や治療方法、検査方法など、医療の内容全般について、それがよいと判断できる証拠のこと。

※16 ICD

インфекションコントロールドクター 主に医療機関内での感染症拡大対策や薬剤耐性菌の出現予防など感染症を制御するための対策を行う医師のこと。

※17 DMAT

災害医療支援チーム。広域医療搬送、病院支援、域内搬送、現場活動等が主な活動。

※18 経常収支比率

繰入金を含む病院の収益性を示す
100%以上が望ましい

$$\frac{\text{医業収益} + \text{医業外収益}}{\text{医業費用} + \text{医業外費用}} \times 100$$

※19 医業収支比率

医業活動の収益性を示す

$$\frac{\text{医業収益}}{\text{医業費用}} \times 100$$

※20 修正医業収支比率

自治体からの補助金を除外した病院
経営の実態を示す指標

$$\frac{\text{医業収益} - \text{他会計負担金}}{\text{医業費用}} \times 100$$

※21 不良債務比率

不良債務 = (流動負債 - (流動資産 - 翌年度に繰り越される支出の財源充当額))

$$\frac{\text{不良債務}}{\text{医業収益}} \times 100$$

※22 後発医薬品使用率

後発医薬品使用量

$$\frac{\text{後発医薬品使用量}}{\text{後発医薬品あり先発医薬品使用量} + \text{後発医薬品使用量}} \times 100$$

※23 病床利用率・病床稼働率

病床利用率 = 24時現在の入院患者数 / 病床数 × 100

病床稼働率 = (24時現在の入院患者数 + 0～24時の退院患者数) / 病床数 × 100

※24 急性期病棟平均在院日数

急性期病棟における年間の在院患者延日数

$$\frac{\text{急性期病棟における年間の在院患者延日数}}{(\text{急性期病棟における年間の新入棟患者数} + \text{急性期病棟における年間の新退棟患者数}) / 2}$$

※25 患者未収金比率

年度末未収金額 (患者分)

$$\frac{\text{年度末未収金額 (患者分)}}{\text{年間入院収益} + \text{年間外来収益}} \times 100$$

※26 **DPC機能評価係数**

機能評価係数Ⅰ：病院の人員配置や施設全体として有する体制など構造的因子を評価する係数。7対1入院基本料、臨床研修病院入院診療加算、診療録管理体制加算、医師事務作業補助体制加算などがある。

機能評価係数Ⅱ：医療機関が担うべき役割や機能を評価する係数で、DPC対象病院に対するインセンティブとしての係数。効率性係数、救急医療係数、後発医薬品係数などがある。

※27 **企業債残高**

地方公営企業の事業資金を調達するために地方公共団体が発行する地方債の残高。

※28 **地域医療支援病院**

紹介患者に対する医療提供、医療機器の共同利用等を通じて、かかりつけ医等を支援する病院。