

伊南行政組合病院事業  
第二次経営計画

(平成 26 年度～平成 35 年度)

～ 地域とともに 皆で創ろう 新病院 ～

平成 26 年 2 月  
昭和伊南総合病院

# 【 目 次 】

## I 経営計画策定にあたって

- 1 経営計画策定の趣旨
- 2 経営計画の位置づけ
- 3 計画期間

## II 現状分析

- 1 経営改革プラン実施による病院の成果と進捗状況
- 2 病院を取り巻く環境と現状
  - (1) 人口動態について
  - (2) 医療環境について
  - (3) 地域住民の受療行動について
- 3 病院の内部分析(現状分析)
  - (1) 診療機能について
  - (2) 患者分析と患者数推移
  - (3) 収益力と財務の現状

## III 事業計画

- 1 目指す方向
- 2 行動指針
  - (1) 医師招聘
  - (2) 救急医療を含めた急性期医療の維持発展
  - (3) 回復期機能(亜急性期を含む)の充実及び地域リハビリの推進
  - (4) 医療連携の推進と地域との関わりの強化
  - (5) 病院経営の健全性の向上
- 3 前期経営計画(平成 26 年度～30 年度)
  - (1) 病院機能の強化
  - (2) 経営基盤の強化
- 4 後期経営計画(平成 31 年度～35 年度)

## IV 収支計画・数値目標・指標

- 1 収益的収支計画
- 2 資本的収支計画
- 3 数値目標・指標

## V 進行管理

- 1 点検・評価体制について
- 2 公表について

# 基本理念

## わげんあいご 「和顔愛語」

(笑顔と優しさを持って、患者様のお世話をします。)

### 基本方針

1. 私たちは、生命の尊重と人間愛を基本に、患者様を中心とした医療を行います。
2. 私たちは、患者様の権利と意思を尊重し、情報の公開を行い、公平・公正な医療の提供に努めます。
3. 私たちは、患者様の安全と安心を確保し、事故防止に努め、医療の質を高めます。
4. 私たちは、他の医療機関と密接な連携を図り、地域医療の向上を目指します。
5. 私たちは、自治体病院として公共性を確保し、合理的かつ効率的な病院経営に努めます。



# I 経営計画策定にあたって

## 1 経営計画策定の趣旨

平成 16 年から導入された新医師臨床研修制度を機に、医師の偏在化が進み多くの地方の中規模公立病院において医師不足が顕著となり、診療体制の縮小を余儀なくされている状況は現在も続いています。経営環境や医療提供体制の確保が依然として厳しい状況にあっても、公立病院は、地域における基幹病院として安定した医療提供を行う重要な役割があります。

このような状況の中で、これまで「昭和伊南総合病院経営改革プラン(H21～H25)」及びこれと同時期に開始された「上伊那地域医療再生事業<sup>\*1</sup>(H21～H25)」により、様々な取り組みを実施してきました。その結果、経営状況では、平成 22 年度からは追加繰入 2 億円を上回る黒字を計上し良好に推移しています。また、施設整備面では、医療情報システム<sup>\*2</sup>の導入、高額医療機器の更新、回復期リハビリテーション病棟及び一般病棟の改修などを行い、病院内の医療環境もほぼ整ってきました。

これらの環境を維持発展させることで、地域住民に対して良質な医療サービスを効果的・安定的に提供し、地域住民の安全・安心のよりどころとしての役割を担うとともに、経営基盤を整え老朽化が進む病院の建物について抜本的な対応を図ることが出来るようここに「昭和伊南総合病院第二次経営計画」を策定します。

## 2 経営計画の位置づけ

この計画は、上伊那医療圏及び伊南地域の医療環境の現状と課題を分析した上で、当院が果たすべき役割を明確にし、地域における医療機関との連携を図りながら収益の確保を進め、確実な収支改善に向けた具体的な取り組みを示すものです。

伊南地域を中心とした地域住民の安全・安心を守る持続可能な基幹病院とするため、当院がより質の高い医療を安定的・効率的に提供できる自立的な経営体制の構築を図るための行動計画とします。

また、実施状況の点検・評価・公表の方法についても定めています。

## 3 計画期間

計画期間は、平成 26 年度から平成 35 年度までの 10 年とし、前期 5 年・後期 5 年の 2 段階とします。

- ・前期経営計画(平成 26 年度～30 年度)・・・病院機能と経営の健全性の強化
- ・後期経営計画(平成 31 年度～35 年度)・・・新病院建設に向けた長期プラン

なお、計画期間中において、国の医療制度改革などの医療を取り巻く環境の変化や当院の経営改善状況を検証しながら、新たな取り組みを加えるなど必要に応じて計画を見直すものとします。

## II 現状分析

### 1 経営改革プラン実施による病院の成果と進捗状況

経営改革プランの実施により、経営責任の一元化と院内改善の迅速化や各種委員会の機能強化によるコスト意識の提唱など様々な工夫を重ねた結果、大きな前進をみることができました。具体的な工程は、各種ワーキンググループの立ち上げによる、経費削減や増患・増収対策や6S 運動\*<sup>3</sup>により、大きな成果をあげました。特に経費の削減は、経常利益の上昇に大きな役割を果たし、職員が一体となって取り組んだ具体的な成果といえます。収入活動においても、機会損失を抑えるとともに医師が収益貢献に果たした役割は大きいといえます。

また、職員が一体となって地域住民に愛される病院作りに取り組むとともに職員相互の意見交換や連携の意識が徐々に浸透されてきたことは、病院にとって大きな成果となっています。病院が危機感を持った結果、地域との関わり的重要性を意識し、出前講座や行政による広報等の効果も現れ、住民の病院への関心も高くなりました。

このように経営改革プランによる様々な行動により収益力も改善がみられ、財務体質の向上にもつながりました。その結果、経営改革プランを2年前倒し平成 21 年度で経常収支の黒字化が達成出来たうえ、前向きに医療投資も行われるような状況となりました。

### 2 病院を取り巻く環境と現状

#### (1) 人口動態について

長野県の人口は平成 13 年をピーク(222 万人)に年々減少しています。平成 37 年には 200 万人を切る予測です。県全域からの人口流出が進んでおり、平成 22 年から平成 25 年にかけては約 3 万 1,226 人の人口減少が進んでいます。

上伊那地域内においても人口の推移は、平成 22 年から平成 25 年にかけては約 3,642 人の人口減少となっており、地域の少子高齢化に加え人口減少は地域経済にとっても大きな不安要素となっています。

人口構成を見ると、平成 17 年度には高齢化比率は 23.8%だったものが、平成 25 年 4 月には 28%に上昇し、将来的には高齢化社会から超高齢化社会になっていくと予想されます。地域によっては高齢化率が 40%を越えることも考えられ、行政も医療も高齢者や独居老人等の対応を視野に入れたケアが必要となります。

平成 24 年の高齢化率をみると飯島町、中川村の高齢化率が突出しており、将来的には上伊那地域全体が 30%を越え、地域によっては 40%を越えることが予想され、今後は、独居老人対策や老々介護の問題が深刻化することが考えられます。

#### ※ 伊南地区の人口と高齢化

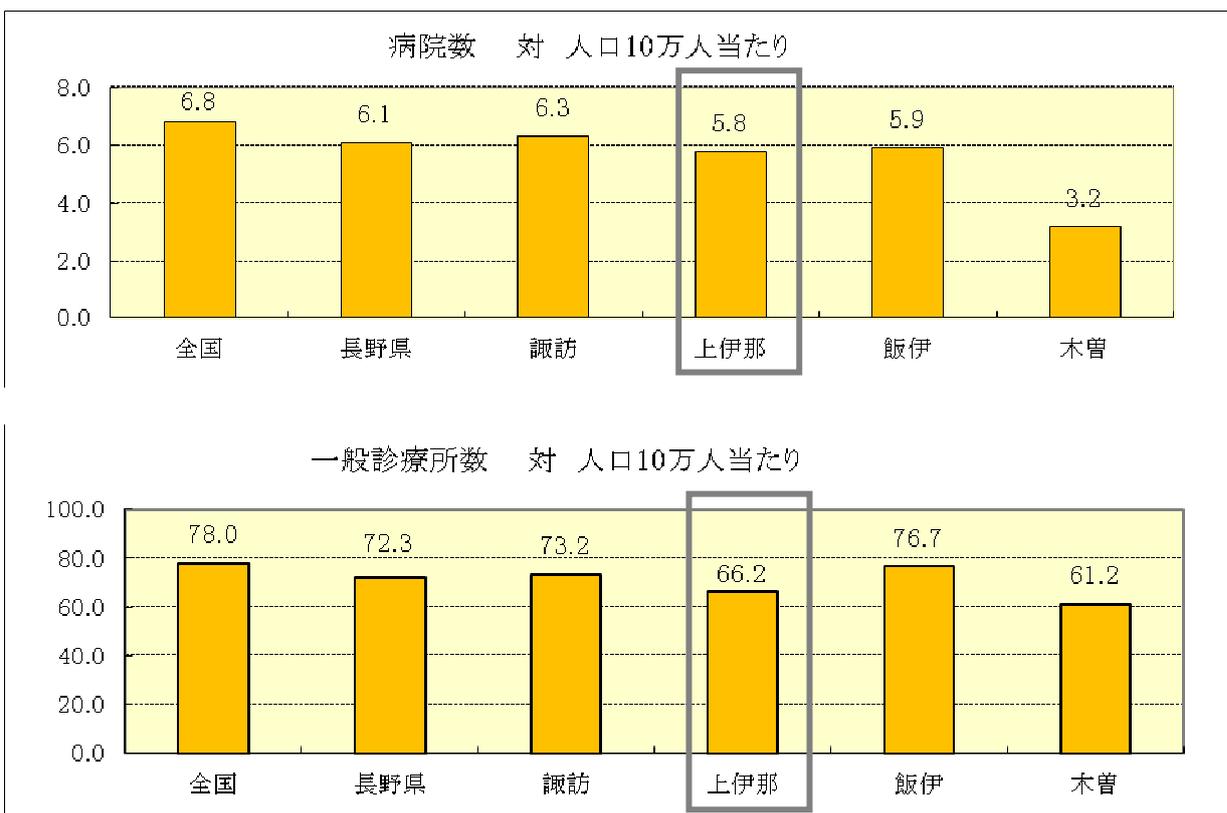
(平成 24 年度)

市町村	総数	年齢 3 区分別人口(人)				年齢別割合(%)			
		0-14 歳	15-64 歳	65 歳以上	【再掲】 75 歳以上	0-14 歳	15-64 歳	65 歳以上	【再掲】 75 歳以上
駒ヶ根市	33,134	4,741	19,103	8,981	4,806	14.4	58.2	27.4	14.6
飯島町	9,634	1,154	5,433	3,047	1,702	12.0	56.4	31.6	17.7
中川村	5,006	651	2,800	1,555	889	13.0	55.9	31.1	17.8
宮田村	8,979	1,448	5,279	2,243	1,208	16.1	58.9	25.0	13.5
伊南全体	56,753	7,994	32,615	15,826	8,605	14.1	57.5	27.9	15.2

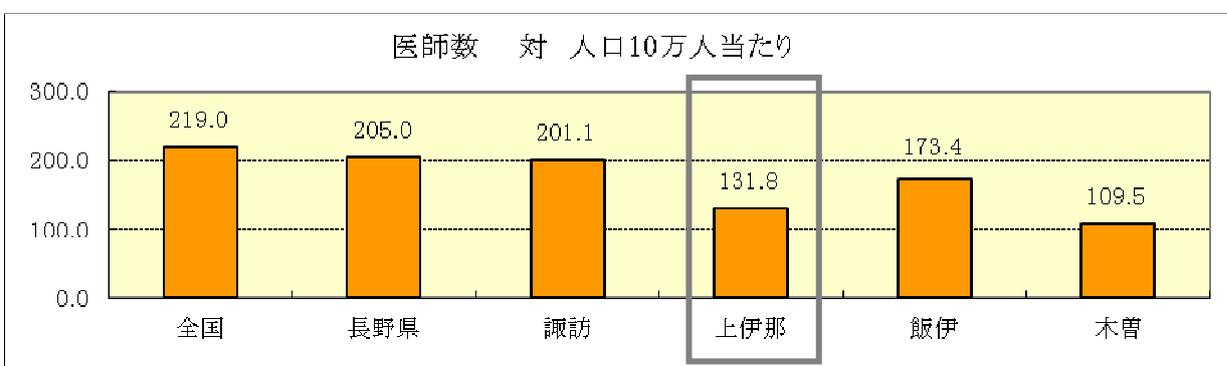
注) 総数には年齢不詳を含みます

## (2) 医療環境について

上伊那地域の人口は南箕輪村を除き、全ての地域で人口減少が起きています。長野県は病院数、診療所数ともに全国平均数と比較して少なく、また、県内の医療圏(2次医療圏別)を見ていくと医療圏ごとに病院数に大きな差があり、特に木曾医療圏は病院数、一般診療所数が大幅に少なくなっています。上伊那医療圏における病院数は若干不足気味ではありますが、ほぼ充足しているといえます。木曾医療圏と上伊那医療圏の病院は全国的にみても長野県比較においても少ない地域であり、公的医療機関でカバーしているのが現状です。



人口10万人当たりの医師数比較においても一部の地域を除き長野県は少なく、また、長野県全体との比較において、木曾医療圏、上伊那医療圏の医師数は少ない状況です。



診療科目と医師配置に関しては、救急医療を担うべき外科系や少子化を睨んで小児科、産婦人科の不足が言われて久しく、特に救急医療は、勤務環境が厳しいことに加え、医療訴訟のリスクもはらんでおり、現状の改善は厳しい状況にあります。

上伊那医療圏においても医師不足は深刻化しており、その影響を昭和伊南総合病院もダイレクトに受けている状況にあります。

### (3) 地域住民の受療行動について

長野県の地政学的な特徴は南北に長く、且つ山脈によって東西南北に分断されている点です。本来は2県に跨るような広大な県域であるにも係わらず、盆地形状や谷形状という形の地域が点在し、その10圏域によってそれぞれの特徴がありそれぞれの風土を形成しています。

現在は、交通網の整備によって遮断壁ともいえる山が道路網によって幾らか改善されているとはいえ、実際の生活圏はそれぞれの圏域により一種完結型に近いともいえます。このような特性は医療圏についてもいえ、広域によっての完結よりも本来はそれぞれの圏域による完結が、住民の緊急時の対応や救急救命・医療が行える体制が理想といえます。

## 3 病院の内部分析(現状分析)

### (1) 診療機能について

地域住民が求める医療機能や体制と実現可能な医療提供は異なります。地域住民が病院に求める機能は、緊急時も含めた全般的な医療機能、または少なくとも平成19年以前の診療機能であろうと察しますが現状では難しい状況です。

現在は、内科(一般内科・循環器内科・消化器内科)外科・脳外科を中心に医療提供を行っています。平成24年からは回復期リハビリテーション病棟が開設されました。急性期から回復期を担うことにより、急性期医療はもとより在宅復帰後の身体機能のケアを見据えた医療を実践しています。

#### ※診療科別入院患者と医師数

	H24年度平均	H25年7月
診療科	入院患者数	医師数
総数	193.1	25
内科	80.7	10
外科	36.6	6
整形外科	31.7	0
脳神経外科	27.2	3
平均在院日数 16.7日		

平成25年度7月現在においては、整形外科の医師の常勤者数は0となっている。

昨年度までは、整形外科の患者数も多く、地域の住民や病院収益に貢献していた。

今後は、内科(循環器等)・外科・脳外科の医師を中心とした医療体制とリハビリテーション科等の診療科が有機的に機能し、急性期後のケア体制まで一貫した医療体制の構築が望まれる。

#### ※年度別医師数

(単位:人)

年度	H20年度	H21年度	H22年度	H23年度	H24年度
医師数	23.0	24.7	23.3	25.9	25.0

(2) 患者分析と患者数推移

ア 診療科別患者数の推移一覧

平成20年から24年までの5年間で年間延患者数をみると、外来は5,208人が増加、入院も5,548人の増加となりました。

※ 外来患者数(延べ人数)の推移

(単位:人)

外来	診療科	H20年度	H21年度	H22年度	H23年度	H24年度	対20年度比
	内科	33,578	35,793	39,606	43,824	46,672	13,094
小児科	9,685	11,011	8,556	8,387	7,125	-2,560	
外科	16,146	16,684	15,928	16,051	15,215	-931	
整形外科	3,871	3,115	6,650	9,143	9,697	5,826	
形成外科	783	485	514	493	559	-224	
脳外科	7,482	7,209	6,503	5,506	5,677	-1,805	
皮膚科	5,233	5,112	5,065	4,832	5,105	-128	
泌尿器科	8,623	8,759	7,014	4,965	4,410	-4,213	
産婦人科	4,713	5,311	978	1	0	-4,713	
眼科	7,038	6,988	6,980	7,041	6,280	-758	
耳鼻科	810	829	1,012	1,008	1,145	335	
麻酔科	936	810	792	842	574	-362	
放射線科		4	22	19	23	23	
歯科	3,284	3,269	3,407	3,301	3,482	198	
リハビリ科				519	1,426	1,426	
外来合計	102,182	105,379	103,027	105,932	107,390	5,208	

※ 入院患者数(延べ人数)の推移

(単位:人)

入院	診療科	H20年度	H21年度	H22年度	H23年度	H24年度	対20年度比
	内科	31,498	28,550	30,629	31,982	29,469	-2,029
小児科	1,093	1,123	767	723	344	-749	
外科	16,975	16,877	17,059	16,953	13,366	-3,609	
整形外科	613	2,478	9,721	8,988	11,586	10,973	
形成外科	14	10	2	13	0	-14	
脳外科	12,218	13,350	12,267	10,352	9,941	-2,277	
皮膚科	16	45	7	0	39	23	
泌尿器科	1,977	1,642	371	0	0	-1,977	
産婦人科	4	156	6	0	0	-4	
眼科	348	417	420	421	0	-348	
耳鼻科	62	66	20	11	0	-62	
麻酔科	0	8	31	6	0	0	
歯科	109	110	80	84	144	35	
リハビリ科				117	5,586	5,586	
入院合計	64,927	64,832	71,380	69,650	70,475	5,548	

### イ 診療単価の比較

診療単価は、外来、入院ともに徐々に上昇しており、特に入院の平均単価は平成 20 年比較で約 8,000 円上昇し、収入増加に大きく貢献しています。また、平成 23 年から始めたリハビリテーション科の展開も、今後の収益の柱の一つとなっていくものと考えています。

#### ※ 外来診療単価の推移比較

(単位:円)

外来	診療科	H20 年度	H21 年度	H22 年度	H23 年度	H24 年度	対 20 年度比
	内科	11,960	13,634	13,800	13,892	14,289	2,329
小児科	7,128	6,904	6,420	7,030	6,886	-242	
外科	15,229	14,865	16,981	19,173	17,341	2,112	
整形外科	8,108	8,021	7,844	7,202	7,443	-665	
形成外科	8,762	8,319	7,791	9,135	7,333	-1,429	
脳外科	8,423	8,579	8,570	8,810	9,166	743	
皮膚科	2,952	2,582	2,687	2,603	2,508	-444	
泌尿器科	16,127	16,382	15,992	16,937	15,971	-156	
産婦人科	6,045	7,883	6,433	2,500			
眼科	5,083	5,210	5,135	5,041	4,655	-428	
耳鼻科	5,344	5,678	5,283	5,585	5,048	-296	
麻酔科	9,110	6,090	5,982	6,202	5,018	-4,092	
放射線科		85,083	66,370	74,062	67,641		
歯科	6,505	5,646	5,290	5,454	4,925	-1,580	
リハビリ科				6,374	6,337		
外来平均	10,479	11,068	11,466	11,895	11,705	1,226	

#### ※ 入院診療単価の推移比較

(単位:円)

入院	診療科	H20 年度	H21 年度	H22 年度	H23 年度	H24 年度	対 20 年度比
	内科	33,127	41,741	46,732	48,578	48,903	15,776
小児科	35,248	32,624	33,299	29,716	33,252	-1,996	
外科	45,595	44,701	47,314	45,855	51,302	5,707	
整形外科	33,240	29,239	31,343	36,157	36,308	3,068	
形成外科	99,977	58,603	76,170	41,562			
脳外科	42,938	43,343	48,977	47,792	51,985	9,048	
皮膚科	38,685	25,320	29,754		27,023	-11,662	
泌尿器科	39,829	39,058	41,012				
産婦人科	193,057	35,099	30,485				
眼科	57,915	63,812	63,248	66,638			
耳鼻科	42,842	27,738	29,296	27,291			
麻酔科		57,658	43,309	33,192			
歯科	74,806	62,663	67,736	63,044	58,271	-16,535	
リハビリ科				25,727	36,632		
入院平均	38,712	42,278	45,099	46,082	46,680	7,968	

### ウ 主な経費の比較一覧

一般的な病院の給与比率は55%前後が目安となっていますが、黒字を経常的に出している病院は50%未満を目標にしています。

人件費比率を抑える手法には幾つかありますが、黒字病院の特徴は、医療収入をあげることによって、結果として人件費比率を抑えることに成功しています。

急性期(DPC・7対1看護体制)の黒字病院は医師や看護師の人数や総給与額は多い状況ですが、人や機器の投下などにより診療単価を上げ、在院日数を短縮化して、入院患者の回転数を多くすることによって、人材をフル活用し黒字化を図っているのが特徴です。

#### ※100床当たり主な係数比較

##### ※1人当たり給与額

(厚生労働省統計より)

	昭和伊南 総合病院	自治体病院		その他公的病院		社会保険病院	
		黒字病院	赤字病院	黒字病院	赤字病院	黒字病院	赤字病院
100床当たり医業費用(千円)	1,768,007	1,763,745	1,730,488	1,738,625	1,701,113	1,779,883	1,771,384
医業収入100対給与費割合	60.8%	59.4%	69.4%	49.5%	57.2%	50.1%	61.5%
医業収入100対材料費割合	22.6%	23.8%	22.0%	27.4%	24.1%	23.4%	21.3%
医業収入100対委託費割合	8.3%	7.6%	11.7%	5.4%	7.1%	7.3%	7.6%
職員1人当たり医業収益(千円)	13,967	13,893	12,384	14,795	12,812	14,215	11,343
職員1人当たり給与額(千円)	7,464	7,751	8,254	7,237	7,575	7,096	6,985

### (3) 収益力と財務の現状

#### ア 病院の収益力

病院の収益は、経営改革プラン以後、地域の支援を受け、患者数および診療単価(1日1人当たり)が伸び、結果として収益が改善されてきました。ただし、医師1人当たりの患者数を他の病院と比較すると、医師にこれ以上の負担をかけるのは不可能であり、必然的に医療収益は限界があると考えられます。

経営的には、資金的収支も企業債の発行も縮小され、且つ企業債の返済も進み、順調に経営改善がされてきました。

#### ※ 外来 収入推移比較

(単位:千円)

外来	H20年度	H21年度	前年度比	H22年度	前年度比	H23年度	前年度比	H24年度	前年度比
		1,070,758	1,168,464	97,706	1,171,891	3,427	1,259,450	87,559	1,248,883

#### ※ 入院 収入推移比較

(単位:千円)

入院	H20年度	H21年度	前年度比	H22年度	前年度比	H23年度	前年度比	H24年度	前年度比
		2,513,440	2,728,114	214,674	3,222,601	494,487	3,197,021	-25,580	3,266,116

#### ※ 医師一人当たりの患者数 (総務省統計より)

(単位:人)

外来	昭和伊南	黒字病院	赤字病院	全体
		9.7	7.5	9.6

入院	昭和伊南	黒字病院	赤字病院	全体
		6.4	4.8	5.4

## Ⅲ 事業計画

### 1 目指す方向

- (1) 将来にわたり安定した持続可能な医療体制を確立します。
- (2) 救急医療を含む急性期医療を中心に回復期機能(亜急性期含む)を持たせ、地域完結型医療を目指します。
- (3) 地域関係機関と連携しさらに進む少子高齢化社会に沿った住民ニーズに応えます。
- (4) 医療制度改正等に柔軟に対応し、安定した経営体制を目指します。

### 2 行動指針

#### (1) 医師招聘

病院の診療機能は勤務する医師によって決まることから、病院は医師招聘に最善を尽くします。また、在職する医師が長期にわたり勤務できる環境を整備するとともに待遇の改善を図ります。

#### (2) 救急医療を含めた急性期医療の維持発展

現在の内科・外科・脳神経外科を中心とする急性期医療提供体制の維持発展に努めます。また、増加する癌患者の手術や化学療法・緩和ケア等の充実を図ります。整形外科等非常勤医師で対応している診療科について、常勤医師招聘に最善を尽くします。

救急医療では二次救急<sup>\*4</sup>から当院で受け入れ可能な循環器・脳血管疾患などの一部三次救急<sup>\*4</sup>までを担います。また、新たに整備するヘリポートを活用し、救急・災害医療の充実を図ります。

一次救急<sup>\*4</sup>は引き続き地域の医師会の協力をいただき医療体制を確保します。

#### (3) 回復期機能(亜急性期を含む)の充実及び地域リハビリの推進

亜急性期を含め回復期リハビリテーションの充実と、更に進む高齢化社会に住み慣れた地で住民が自立した生活ができるよう、医療支援を含め地域関係機関と連携を図り住民ニーズに沿って応えます。

#### (4) 医療連携の推進と地域との関わりの強化

地域連携室を中心に医療・福祉・介護等<sup>\*5</sup>の機関や医療従事者等と連携を深めながら地域医療の向上に貢献します。

さらに進む少子高齢化社会に即した「出前講座」などの情報発信を行うとともに、予防接種などの各種疾病予防、災害時の救急医療活動などの医療支援活動を担います。

#### (5) 病院経営の健全性の向上

全職員が経営に参画するという意識の醸成を推進するとともに、経営の合理化を進め、コンパクトで高機能な病院の実現と経営基盤の強化を図ります。

### 3 前期経営計画(平成 26 年度から平成 30 年度)

—— 前期5年は病院機能と経営の健全性の強化を図ります ——

救急医療に代表される急性期医療を基盤としながら、回復期からさらには地域包括ケア(支えること)を見据えた「地域医療」を目指し、地域に密着した基幹病院として、IT ネットワークなどの活用を促進し、地域医療機関と医療情報を共有し連携をさらに深め、住民の安全・安心を守り、住民から信頼される、より質の高い医療の提供を図ります。

“笑顔と優しさを持って”患者様に寄り添ったあたたかな思いやりのある医療を実践し「住民にとって」「患者様にとって」「病院職員にとって」「医師にとって」魅力ある病院を目指していきます。

計画の達成に向けては、職員全員が病院の基本理念・基本方針や経営計画の趣旨を理解し職員全員が同じ方向を向いて進んでいくことが大事であり、職員が自信と誇りを持ちモチベーションを高めていくことが重要です。

そして、具体的な取り組みの円滑な進捗には、複合的な視点での成果や評価の管理が可能な経営マネジメントツール<sup>\*6</sup>を活用し、計画を推進します。

#### (1) 病院機能の強化

##### ア 医師の招聘

引き続き信州大学へ派遣を要請するとともに、当院の診療実績を公表し、強み・特徴の評価を得ることで全国から人材を求めます。また、住民の皆様からの情報提供を呼びかけます。

医師が自らの技量を発揮できる環境の整備を図り、初期研修医・後期研修医など若い医師に、研鑽の場として選ばれる病院づくりと、医学生等の病院見学・研修及び実習を積極的に受入れることで、将来の人材確保に繋がるよう努めます。

修学資金・研修資金・研究資金制度を活用した取り組みを推進します。

医師事務作業補助者の更なる活用を図り、医師の事務作業負担軽減を図ります。

##### イ 医療 IT ネットワーク<sup>\*7</sup>を用いた医療連携の利用推進

信州メディカルネットを利用し、信州大学をはじめ地域医療機関と医療情報の共有を図り地域住民へ最適な医療を提供します。

信州大学と遠隔放射線画像診断及び遠隔病理画像診断の利用を推進し医療の質の確保を図ります。

##### ウ 得意分野を活かした病院づくり

今後も安定した医療提供を行うため、当院の強み・特徴である診療機能・センター機能について、地域関係機関へ積極的に情報発信を行い、医療施設等と連携を図るなど診療圏の拡大や集患を図ります。

急性期医療の提供においては一定の看護水準が必要であり、看護配置基準 7:1<sup>\*8</sup>を確保し必要な看護師の確保に努めます。

##### エ 患者様中心のチーム医療の推進

各部門のスタッフの高い専門性を活かし、情報共有のもと連携して患者様の状況に的

確に対応した、「患者様中心の医療」を提供するチーム医療を推進し、疾病の早期発見、回復促進、重症化予防など医療の質向上と医療従事者の負担軽減、医療現場の活性化、高い安全性の確保を図ります。

#### オ センター機能の強化

当院の特徴であるセンター機能の整備を進めてきており、着実に実績を上げてきています。

各診療科の内容の充実に加え、当院の特色であるセンター機能を強化します。

##### ① 救急センター

信州大学との連携をさらに深め、地域の救急医療の要望に応えるため二次救急と一部三次救急を担う救急センターの充実を図ります。

##### ② 健診センター

地域住民の健康管理を担う健診事業は地域の先進的なモデルとなっており、需要も多く地域の健康増進や維持とともに疾病の早期発見や保健指導等、大きな役割を担っています。

地域住民の要望を積極的に取り入れた運営をおこない、増加する健診希望者の受入体制について施設や設備等を含め充実を図ります。

##### ③ 消化器病センター

当院は内視鏡を用いた検査・治療が充実し、県内でも屈指の実績を誇っています。増加する受診者の受入体制について施設や設備等の整備をすすめ、内科・外科を中心とした消化器病医療の充実を図ります。

##### ④ 透析センター

伊南地域において、入院を必要とする透析患者の対応は当院が担っており、今後地域で必要とされる透析医療の維持を図っていくとともに、専門医の招聘に努力し、透析医療の向上を目指します。

##### ⑤ リハビリテーションセンター

地域内の一貫したリハビリテーション体制の構築を目的とした「地域先進リハビリテーションセンター」を開設し、入院中の患者様はもとより退院後の継続的な機能の維持及び向上を図るため、地域医療機関等と連携し、地域住民が住み慣れた土地で最後まで安心して生活することができるよう取り組みを進め、上伊那地域におけるリハビリ医療の中核を担います。

#### カ 患者サービスの充実

インフォームドコンセント<sup>\*9</sup>の充実、クリニカルパス<sup>\*10</sup>(標準治療計画)の作成促進により安心して医療を受けられる環境を更に図ります。

「患者アンケート」等により患者ニーズを把握し、治療を含めたサービスや接遇の質など、病院を利用される方の快適化に向けた改善を図ります。

#### キ 人材育成

日々進展する医療技術に的確・安全に対応するためには継続的な教育・研修が極めて重要です。病院運営の改善及び個人のモチベーションを高める観点からも積極的に研修

会・勉強会への参加を進め、質の高い医療従事者を育成するとともに将来の病院を担う人材を育成します。

医師はもとよりスタッフが働きがいを感じる魅力的な病院の体制を整えます。

## (2) 経営基盤の強化

### ア 病床の安定的稼働

医療情報システム活用により病床管理の徹底を図り、病床の安定的な稼働を図ります。

当院の診療機能の強み・特徴を地域関係機関等へ情報発信することで、紹介患者の増加を目指します。

### イ 地域連携の推進

地域連携室を中心に中核的地域医療病院として、地域の医療機関との機能分担、連携を図り、医療情報の共有を推進し一貫した医療を提供します。さらに、福祉・介護機関等との連携を強化し地域完結型医療を目指します。

### ウ 診療単価の向上

診療報酬動向を注視しつつ必要な院内体制を整え、改定に迅速かつ適切に対応し加算・管理料・指導料等の施設基準<sup>\*11</sup>を取得して診療単価のアップを図ります。

クリニカルパス、DPC<sup>\*12</sup>(診断群分類別包括制度)による診療の標準化を推進し請求事務の精度向上を図ります。

### エ 経費節減

これまでの改革プランの中で取り組みを行ってきた委託料、省エネ、ジェネリック化等の経費削減は経営改善に大きな効果をもたらしました。この取り組みをさらに継続し医療安全を確保しながら、効果的な経費の圧縮に努めます。

窓口未収金の発生を抑えるとともに、回収について全職員をあげ努めます。

### オ 財政支援

救急医療・高度医療・小児医療等の不採算部門の繰入基準に基づく繰入金のほか、将来にわたり安定した医療を継続的に地域住民に提供できるよう、経営状況を考慮しつつ経営基盤強化のための基準外繰入を求めます。

### カ 適切な設備投資

病院機能を維持向上していくために施設整備、高額医療機器・電子カルテ等を計画的に更新します。

## 4 後期経営計画(平成 31 年度から平成 35 年度)

—— 後期 5 年は新病院建設に向けた病院の長期プランとします ——

第2次経営計画の「目指す方向」が定着し、さらに充実することを目指します。

前期経営計画において病院の診療機能と財務基盤を整え、後期経営計画では新病院のあり方を検討し、建設の方針を策定する計画とします。具体的な内容については、前期経営計画の進捗状況に基づき策定を行います。

現在の建物は新築から 30 年が経過し、構造では経年による劣化は否めません。配管等の設備は、建築当時のままであるため、建物の老朽化とともに今後のメンテナンスには多額の費用が見込まれます。また、療養環境は建築当時としては十分な広さを確保しておりましたが、現在の施設基準及び最近整備された病院に比べ病室や廊下などは狭く、時代の変化に伴う適切な療養環境を提供するには増改築での対応では限度があることから、抜本的な対応が必要な状況です。

伊南地域を中心とした住民の安全・安心を守る基幹病院として、より質の高い医療を安定的・効率的に提供し、健全な経営体制を確立していくことが当院の役割です。

患者様にとって診療や入院の良好な環境を提供し、職員にも働きやすく安全な環境を整えることは、現在勤務する医師等スタッフの意欲を向上させ、病院としての魅力につながり、医師招聘に良好な影響を与えるものと考えます。

新病院建設を検討するうえでは、自治体立病院としての役割、少子高齢化を含む地域の人口動態、疾病構造の変化、地域住民の要望等、今後予想されるさまざまな要因を踏まえた病院機能の在り方や、これらの機能を実現するための病床の種類・規模、病院の位置、着手時期及び財源等の検討が必要となってきます。そのために医療関係者、自治体関係者、地域住民、有識者など幅広い層から構成される「病院あり方検討委員会」を設置し検討を行います。

## IV 収支計画・数値目標・指標

計画の進捗状況・診療状況を確認するため以下の目標の達成を目指します。

### 1 収益的収支計画

収益的収支	決算	見込						(単位:百万円)
	H24年度 計画前々年度	H25年度 計画前年度	H26年度 計画1年目	H27年度 計画2年目	H28年度 計画3年目	H29年度 計画4年目	H30年度 計画5年目	
病院事業収益	5,592	5,837	6,154	6,174	6,203	6,089	6,073	
医業収益	4,937	5,100	5,313	5,323	5,359	5,359	5,394	
入院収益	3,266	3,313	3,488	3,498	3,523	3,523	3,558	
外来収益	1,249	1,270	1,308	1,308	1,319	1,319	1,319	
その他	422	517	517	517	517	517	517	
(うち繰入金)	72	157	157	157	157	157	157	
医業外収益	603	689	794	803	844	730	679	
繰入金	539	623	523	511	555	456	499	
補助金	43	47	14	14	14	14	14	
長期前受金戻入 <sup>注1</sup>	0	0	238	259	256	241	147	
その他	21	19	19	19	19	19	19	
特別利益	52	48	47	48				
病院事業費用	5,380	5,615	6,132	6,007	5,998	6,024	6,024	
医業費用	5,304	5,554	5,635	5,655	5,636	5,682	5,685	
給与費	3,001	3,047	3,053	3,059	3,065	3,071	3,077	
退職給与金引当金	70	40						
材料費	1,116	1,153	1,190	1,192	1,201	1,201	1,208	
(うち薬品費)	677	699	728	729	734	734	739	
経費	862	944	999	995	986	965	949	
減価償却費	227	348	372	388	383	424	430	
その他	28	22	21	21	21	21	21	
医業外費用	76	61	61	73	63	63	60	
支払利息	26	28	26	24	22	22	19	
繰延償却費	6	4	6	20	12	12	12	
その他	44	29	29	29	29	29	29	
特別損失 <sup>注2</sup>	0	0	436	279	279	279	279	
経常利益	160	174	411	398	484	344	328	
当期純利益	212	222	22	167	205	65	49	

## 2 資本的収支計画

	決算		見込					(単位:百万円)
	H24 年度	H25 年度	H26 年度	H27 年度	H28 年度	H29 年度	H30 年度	
資本的収入	1,143	480	274	356	459	258	665	
企業債	488	231	130	200	300	100	550	
他会計負担金	348	144	144	156	159	158	115	
補助金	307	66	0	0	0	0	0	
その他	0	39	0	0	0	0	0	
資本的支出	1,498	756	549	644	655	452	817	
建設改良費	884	307	140	210	310	110	560	
企業債償還金	603	410	374	399	310	307	222	
投資	11	39	35	35	35	35	35	
収支不足額	△355	△276	△275	△288	△196	△194	△152	
主な建設改良	MRI 医療情報システム 病棟改修	病棟改修 温冷配膳車		血管造影 撮影装置	CT 画像配信システム		医療情報システム	

地方公営企業会計制度改正が平成 24 年 2 月 1 日に施行され、会計基準の見直しは 26 年度の予算・決算から適用となりました。

第二次経営計画の収支計画においても、平成 26 年度から会計基準の見直しを適用した計画としています。

収支計画に係わる主な会計基準の見直し点

注 1 長期前受金戻入

償却資産の取得又は改良に伴い交付される補助金、一般会計負担金等について、負債の繰延収益に「長期前受金」として計上した上で、減価償却見合い分を「長期前受金戻入」として順次収益化することになりました。

注 2 特別損失

退職給付引当金

退職給付引当金が義務化されました。引当総額は現時点で 1,650 百万円となります。

これまでの引当分を除算し 5 年間で均等(279 百万円/年)で引当てます。

\* 簡便法適用 = 全職員が自己都合で退職した場合の支給すべき退職金の合計額

賞与引当金

平成 26 年 6 月に支給される賞与について、平成 25 年度の実績見合分(12 月～3 月)を法定福利費と合わせ引き当てます(157 百万円)。

### 3 数値目標・指標

#### ① 財務目標

	H24 年度	H25 年度	H26 年度	H27 年度	H28 年度	H29 年度	H30 年度
入院患者数(人)	70,475	66,795	69,350	69,540	69,350	69,350	69,350
外来患者数(人)	107,390	108,580	109,025	109,025	109,025	109,025	109,025
健診者数(人)	9,671	10,174	10,216	10,216	10,216	10,216	10,216
入院平均単価(円)	46,344	49,600	50,300	50,300	50,800	50,800	51,300
外来平均単価(円)	11,629	11,700	12,000	12,000	12,100	12,100	12,100
健診平均単価(円)	27,613	26,496	26,500	26,500	26,500	26,500	26,500
医業収支比率	93.1%	91.8%	94.3%	94.1%	94.7%	94.3%	94.9%
経常収支比率	103.0%	103.1%	107.2%	106.9%	108.5%	106.0%	105.7%
給与費対医業収益比率	60.8%	59.7%	57.5%	57.5%	57.2%	57.3%	57.0%
材料費対医業収益比率	22.6%	22.6%	22.4%	22.4%	22.4%	22.4%	22.4%
【再掲 薬品費対医業収益比率】	【13.7%】	【13.7%】	【13.7%】	【13.7%】	【13.7%】	【13.7%】	【13.7%】
経費対医業収益比率	17.5%	18.5%	18.8%	18.7%	18.4%	18.0%	17.6%
減価償却費対医業収益比率	4.6%	6.8%	7.0%	7.3%	7.1%	7.9%	8.0%
内部留保資金(百万円)	785	766	924	1,321	1,752	2,183	2,553
【再掲 退職引当金】	【197】	【237】	【516】	【795】	【1,074】	【1,353】	【1,650】
他会計繰入金(百万円)	1,005	971	871	871	871	771	771
【再掲 防災・減災】	【93】	—	—	—	—	—	—
【再掲 基準外】	【200】	【200】	【100】	【100】	【100】		

#### ② 診療指標・実績

	H24 年度	H25 年度	H26 年度	H27 年度	H28 年度	H29 年度	H30 年度
常勤医師数(人)	24	25	26	26	26	26	26
入院1日平均患者数(人)	193	183	190	190	190	190	190
【再掲 回復期病棟】	【30.3】	【29.0】	【33.3】	【33.3】	【33.3】	【33.3】	【33.3】
【再掲 救急センター】	【3.5】	【3.6】	【3.6】	【3.6】	【3.6】	【3.6】	【3.6】
外来1日平均患者数(人)	438	445	445	445	445	445	445
健診1日利用者数(人)	39	41.7	41.7	41.7	41.7	41.7	41.7
一般病床稼働率(運用220床)	87.8%	83.2%	86.4%	86.4%	86.4%	86.4%	86.4%
【再掲 回復期病】	【86.5%】	【82.9%】	【95.0%】	【95.0%】	【95.0%】	【95.0%】	【95.0%】
【再掲 救急センター】	【92.2%】	【93.1%】	【93.1%】	【93.1%】	【93.1%】	【93.1%】	【93.1%】
一般病棟平均在院日数	17.2						
回復期病棟平均在院日数	89.1						
新患者数(外来)	18,186						
新患者数(入院)	1,194						
紹介率	38.6%						
逆紹介率	31.7%						
連携登録医療機関数	39						
全身麻酔手術件数	489						
悪性腫瘍手術件数	157						
外来化学療法件数	1,485						
経路別新入院患者数	3,280						
【再掲 外来】	【1,512】						
【再掲 救急車】	【620】						
【再掲 救急紹介】	【218】						
【再掲 紹介】	【930】						
救急車搬送件数	1,816						
ヘリコプター搬送件数	8						
消化器病センター検査、治療件数	14,737						
透析実施患者延数(外来)	4,179						
透析実施患者延数(入院)	825						
出前講座実施件数	26						
患者満足度	4.3						

## V 進行管理

### 1 点検・評価について

計画の進捗状況について毎年点検・評価を行います。外部委員による「昭和伊南総合病院運営審議会」を開催し、進捗状況を報告しご意見をいただくことにより、評価に客観性を確保します。

### 2 公表について

「行政組合議会」へ報告し経営の透明性を図ります。また、広く情報を提供していくためにホームページに進捗状況を掲載します。

## 指標の計算式

入院1日平均患者数

入院延患者数/年間入院診療日数

外来1日平均患者数

外来延患者数/年間外来診療日数

健診1日利用者数

健診年間利用者/年間外来診療日数

一般病床稼働率

入院1日平均患者数/(年延稼働病床数/年間入院診療日数)

一般病棟平均在院日数

(在院患者数) / ((入院+退院) × 1 / 2)

\*回復期リハビリテーション病棟の患者を除く

回復期病棟平均在院患者数

(在院患者数) / ((入院+退院) × 1 / 2)

\*回復期リハビリテーション病棟の患者

新患者数(外来、入院)

外来、入院それぞれで初診料を算定した患者数

紹介率(地域医療支援病院紹介率)

(文書により紹介された患者の数+救急医療入院の数) / (初診患者の数-救急患者の数(休日夜間受診)-救急医療入院の数) × 100%

逆紹介率(地域医療支援病院逆紹介率)

逆紹介患者の数 / (初診患者の数-救急患者の数(休日夜間受診)-救急医療入院の数) × 100%

がん患者の手術件数

手術室で実施した手術件数

外来化学療法件数

外来化学療法加算を算定した患者数

経路別新入院患者数

① 外来 当院受診中の患者(②、③、④を除く)

② 救急車 救急車で来院し入院した患者(③を除く)

③ 救急紹介 紹介により救急車で来院し入院した患者

④ 紹介 紹介により来院し入院した患者(③を除く)

消化器病センター検査治療件数

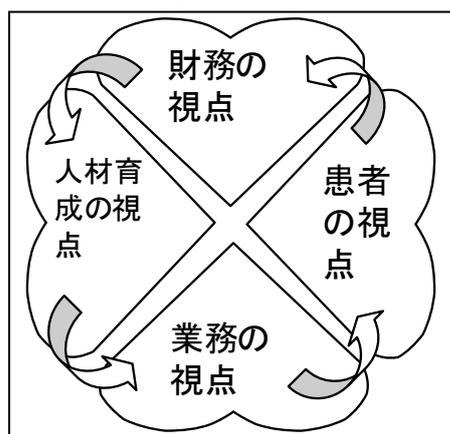
上部消化管内視鏡(EDG)、下部消化管内視鏡(CF)、胃ポリープ・粘膜切除術、大腸ポリープ・粘膜切除術、小腸内視鏡、食道ステント留置術、胃瘻増設・交換、食道静脈瘤硬化療法・結紮術、内視鏡的逆行性胆道膵管造影(ERCP)、内視鏡的消化管止血術、超音波内視鏡、腸ねん転整復、経肛門的イレウス、気管支内視鏡(BF)、嚥下機能検査(VE)の合計

患者満足度

(満足度(各設問の回答項目「非常に満足」「満足」「普通」「やや不満」「不満」に対しそれぞれ10点、5点、0点、-5点、-10点を掛け回答の重み付けした数値)/回答数)の各項目の合計/合計した件数

## 言葉の説明

- \*1 上伊那地域医療再生事業  
長野県が国の補助を受け実施している地域医療再生基金を利用した事業
- \*2 医療情報システム  
電子カルテ、検査、放射線等の各システムを一つのシステムにまとめた総称
- \*3 6S 運動  
5S(①整理 ②整頓 ③清潔 ④清掃 ⑤躰) + ⑥省エネ
- \*4 一次救急、二次救急、三次救急  
傷病の状態による救急の程度を表すもの  
一次救急 入院を必要としない患者  
二次救急 入院を必要とする患者  
三次救急 命にかかわる緊急手術等が必要な重篤患者
- \*5 医療・福祉・介護等  
医療機関・介護老人保健施設・介護老人福祉施設・介護療養型医療施設・地域包括支援センター等
- \*6 経営マネジメントツール  
財務、患者、業務、人材の 4 つの視点でとらえPDCA により経営状況を判断できる仕組みをもつ分析方法 【BSC(バランススコアカード)等】



- \*7 医療ITネットワーク  
信州メディカルネットや、信州大学と直接回線による接続等、医療機関間の情報ネットワーク
- \*8 看護配置基準 7:1  
診療報酬で定められた基準で 1 日を通して入院患者 7 人に対し看護師 1 人がいること
- \*9 インフォームドコンセント  
医師が患者に診療の目的や内容を十分に説明し、患者の同意を得ること。
- \*10 クリニカルパス(標準治療計画)  
検査・処置・指導・看護・食事などを入院から退院までの時間順にまとめた診療計画表
- \*11 施設基準  
診療報酬を算定する上で届出を必要とする場合の定められた基準
- \*12 DPC (診断群分類別包括制度)  
診療報酬の支払い方法で診断群分類別ごとに医療費が包括され支払われる制度