



岡山市久米南町組合立国民健康保険福渡病院
経営強化プラン

2024年度(令和6年度)～2027年度(令和9年度)

令和6年3月

岡山市久米南町国民健康保険病院組合

目次

第1章	はじめに	1
第1節	計画策定の目的.....	1
第2節	本プランの位置付け.....	1
第3節	計画期間.....	1
第2章	岡山市久米南町組合立国民健康保険福渡病院の概要	2
第1節	基本理念.....	2
第2節	概要（令和5年9月時点）.....	2
第3節	沿革.....	3
第3章	当院を取り巻く環境（外部環境）	4
第1節	二次保健医療圏.....	4
第2節	将来推計人口.....	4
第3節	当院医療圏の医療提供体制.....	5
第4節	地域医療構想における必要病床数.....	7
第4章	当院の現状と課題（内部環境）	8
第1節	入院患者の状況.....	8
第2節	外来患者の状況.....	9
第3節	収支の状況.....	10
第5章	その他これまで行ってきた取組み	13
第1節	前改革プラン数値目標に対する結果.....	13
第2節	収入確保の取組みの結果.....	13
第3節	経費削減への取組みの結果.....	13
第4節	その他.....	14
第6章	当院の経営課題	15
第1節	職員確保の課題.....	15
第2節	収支バランスの課題.....	15
第3節	新型コロナウイルス感染症対策の課題.....	15
第7章	役割・機能の最適化と連携の強化	16
第1節	地域医療構想を踏まえた当院の役割.....	16
第2節	機能分化・連携強化.....	16
第8章	医師・看護師等の確保と働き方改革	17
第1節	医師・看護師等の確保.....	17
第2節	医師の働き方改革への対応.....	17
第3節	タスクシフティング.....	17
第4節	ICTの活用.....	18
第5節	地域の医師会や診療所等との連携.....	18
第9章	経営形態の見直し	19
第1節	経営形態の種類及び特徴.....	19
第2節	経営形態の方向性.....	20

第 10 章	新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組み	21
第 1 節	新型コロナウイルス感染症への対応	21
第 2 節	新興感染症の感染拡大時等の医療	21
第 3 節	新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組み	21
第 11 章	施設・設備の最適化等	22
第 1 節	施設・設備の適正管理と整備費の抑制	22
第 2 節	デジタル化への対応	22
第 3 節	その他の対応	22
第 12 章	経営の効率化	23
第 1 節	経営の効率化と数値目標	23
第 2 節	医療機能・医療品質に係る数値目標	23
第 3 節	一般会計負担の考え方	24
第 4 節	目標達成に向けた取組み	24
第 13 章	点検・評価・公表等	26
第 1 節	本プランの公表	26
第 2 節	本プランの点検・評価	26
第 3 節	住民の理解のための取組み	26
第 4 節	本プランの見直し	26
第 14 章	経営目標	27

第1章 はじめに

第1節 計画策定の目的

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、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。

このため、総務省はこれまで「公立病院改革ガイドライン」及び「新公立病院改革ガイドライン」を示し、福渡病院(以下「当院」という。)は、そのガイドラインに基づき、「経営の効率化」、「再編・ネットワーク化」、「経営形態の見直し」や「地域医療構想を踏まえた役割の明確化」を盛り込んだ改革プランを策定し、病院経営の改善に努めてきました。

しかし、依然として、医師・看護師・医療技術職等の不足、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するため、より一層の改善・強化が必要となっています。

総務省は令和4年3月、「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」を新たに策定・公表し、「再編・ネットワーク化」、「経営形態の見直し」ありきではなく、「公立病院の経営強化」がより重要であるとの方針に転換しました。

このガイドラインでは、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・最適化したうえで、病院間の連携を強化することが必要、また、中核的医療を担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、基幹病院からそれ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とされています。また、その際、公立病院間のみならず公的病院や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とされ、その上で、個々の公立病院が持続可能となり、明確化・最適化した役割・機能を発揮し続けることができるよう、「経営強化」の取り組みを進めていくことが必要であるとされています。

そして、「地方公共団体における公立病院経営強化プラン」の策定においては、①役割・機能の最適化と連携の強化、②医師・看護師等の確保と働き方改革、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み、⑤施設・設備の最適化、⑥経営の効率化等を記載し、策定するよう示されました。

以上のことを踏まえ、当院では、「岡山市久米南町組合立国民健康保険福渡病院経営強化プラン」(以下「本プラン」という。)を策定します。

第2節 本プランの位置付け

本プランは、平成29年度から令和2年度を対象期間としていた「福渡病院改革プラン」の計画期間終了に伴い、次期中期計画として、総務省の「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」(令和4年3月)に基づき作成しています。

第3節 計画期間

本プランの計画期間は2024年度(令和6年度)～2027年度(令和9年度)までの4年間とします。

第2章 岡山市久米南町組合立国民健康保険福渡病院の概要

第1節 基本理念

『地域住民を愛し、地域の歴史を愛し、地域を愛する病院』

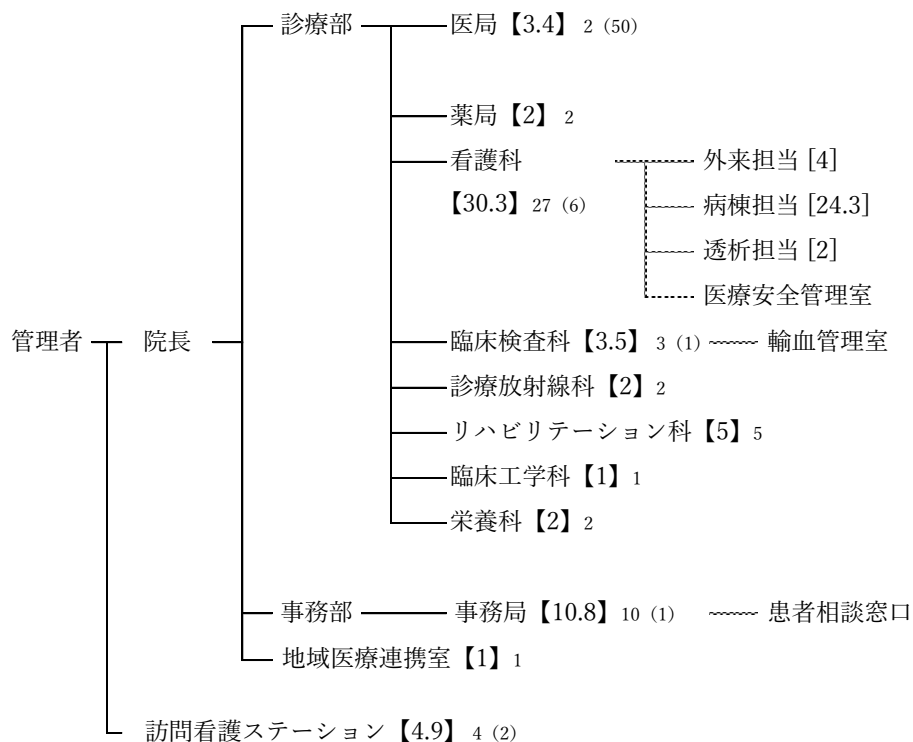
『地域包括ケアシステムの拠点として、常に最良の医療を提供する病院』

第2節 概要（令和5年10月時点）

- * 団体名 岡山市久米南町国民健康保険病院組合
- * 構成団体 岡山市、久米南町
- * 施設名 岡山市久米南町組合立国民健康保険福渡病院
- * 所在地 岡山県岡山市北区建部町福渡 1000 番地
- * 管理者 大森 雅夫（岡山市長）
- * 病院長 堀内 武志
- * 開設 昭和 24 年（1949 年）10 月
- * 併設施設 岡山市久米南町組合立訪問看護ステーション
- * 病床数 52 床（一般病床：32 床、地域包括ケア病床：20 床）
- * 診療科目 内科、整形外科、眼科、循環器科、心臓血管外科、心療科、泌尿器科、リハビリテーション科、放射線科、皮膚科
- * 職員数 令和 5 年 10 月 1 日現在 69 人
（うち常勤 59 人、非常勤 10 人 [非常勤医師は除く]）

* 組織図

単位：人 【 】は常勤換算人数



※（ ）は非常勤

第3節 沿革

昭和 24 年 10 月	福渡町外 7 ケ町村病院組合の組合立福渡病院開設、福渡 835 番地 久米郡（福渡町、鶴田村、弓削町、神目村、龍山村） 御津郡（建部村、上建部村） 赤磐郡（竹枝村）
昭和 29 年 4 月	町村合併により福渡町外 5 ケ町村組合立となる （福渡町、鶴田村、久米南町、建部村、上建部村、竹枝村）
昭和 30 年 2 月	町村合併により福渡町外 2 ケ町組合立となる （福渡町、建部町、久米南町）
昭和 33 年 6 月	国民健康保険直診病院として発足
昭和 35 年 4 月	福渡 1005 番地に新築移転
昭和 37 年 4 月	地方公営企業法の適用
昭和 42 年 1 月	町合併により建部町久米南町組合立となる （御津郡建部町、久米郡久米南町）
昭和 53 年 10 月	福渡 1000 番地に新築移転
平成 19 年 1 月	岡山市と御津郡建部町の合併により岡山市久米南町組合立となる

第3章 当院を取り巻く環境（外部環境）

第1節 二次保健医療圏

二次保健医療圏とは、医療法の規定に基づき設定される区域であり、入院を中心とする一般的な医療サービスと広域的・専門的な保健医療サービスを提供する圏域となっています。

岡山県は「県南東部」、「県南西部」、「高梁・新見」、「真庭」、「津山・英田」の5構想区域に分かれています。当院は「県南東部」に位置付けられていますが、当院を運営する病院組合は岡山市と久米南町で構成され、二つの市町は医療圏、保健所、消防、医師会等が異なり、一概に二次保健医療圏（特に県南東部医療圏）の特徴を反映していない地域といえます。

図表 1

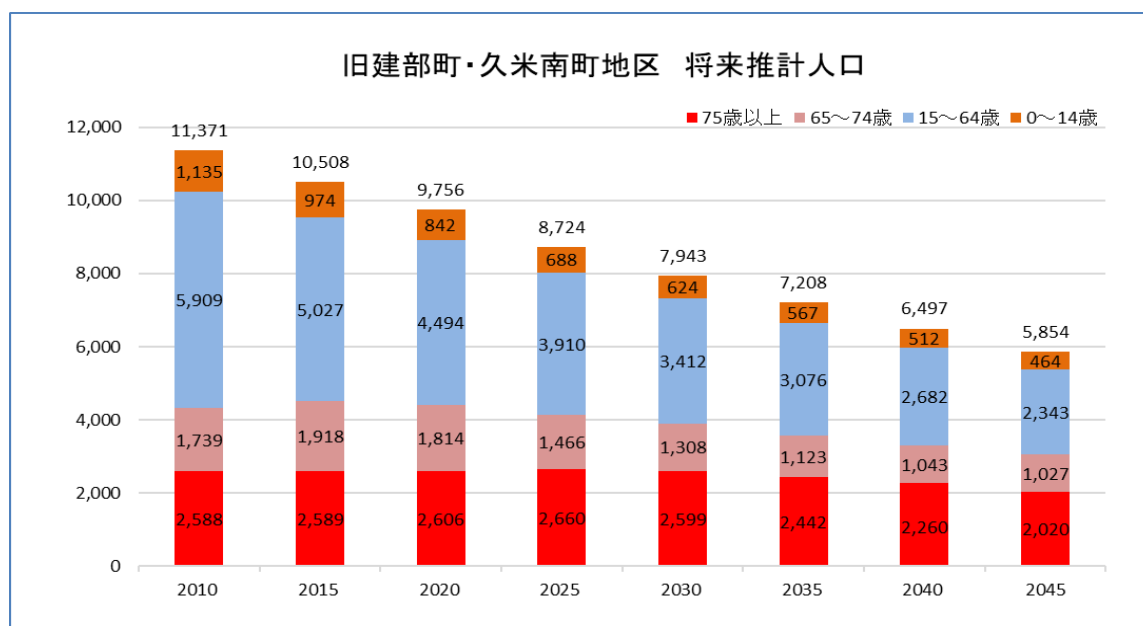


第2節 将来推計人口

当院の医療圏である旧建部町及び久米南町の人口は国勢調査の統計数値によると2010年から2020年の10年間で14.2%減少しており、国立社会保障・人口問題研究所の推計（図表2）によると今後も右肩下がりに人口減少は進むと予測されています。

しかしながら、当院を受診している患者の大半は75歳以上であり、75歳以上の人口推計をみると2025年にピークを迎え、今後10年の減少率は少なく、今後もより高齢者に対応した慢性期医療の役割が増加するとともに、在宅での生活支援を重視する取り組みを進める必要があります。

図表 2 旧建部町・久米南町の人口推計



出所：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（2018推計）」（2010～2020は国勢調査による実績値）

第3節 当院医療圏の医療提供体制

当院が医療圏（図表3）としている旧建部町・久米南町地域の人口は現在約9,500人です。病院は当院1施設のみで、診療所が4施設あります。当医療圏には無医地区もあり、当院は重要な役割を果たしている施設です。医療圏における介護施設等（図表4）は充実しています。また、在宅での支援施設（ショートステイ・デイサービス・ヘルパー事業等）も多数あり、各施設が連携することで地域包括ケアシステムを構築しやすい地域です。しかし、その中心となるべく当院が医師不足で積極的に関わらず役割が担えていない状況が続いています。

図表3 医療圏における診療所



図表4 医療圏における介護施設等
入所系・居住系サービス

区分	地域	施設名	定員（人）
介護老人福祉施設 （特別養護老人ホーム）	旧建部町	旭水荘	80
		たけべ	29
	久米南町	イーエスサウスヒルズ	55
		三清荘川柳の里	50
介護老人保健施設 （老人保健施設）	旧建部町	葵の園 岡山福渡	80
軽費老人ホーム ケアハウス（自立型・特定型）	旧建部町	たけべの里	40
小規模多機能型居宅介護・ サービス付き高齢者住宅	旧建部町	ケアビレッジたけべ	33
認知症対応型共同生活介護 （グループホーム）	旧建部町	たけべ	18
		けあビジョンホーム岡山	18
	久米南町	和楽の家 久米	18
合計			421

短期滞在系サービス

区分	地域	施設名	定員 (人)
短期入所生活介護 (ショートステイ)	旧建部町	旭水荘	8
		ショートステイたけべ	10
		葵の園 岡山福渡	20
	久米南町	イーエスサウスヒルズ	5
		三清荘川柳の里	10
合計			53

訪問系・通所系サービス

区分	地域	施設名
訪問介護 (ホームヘルプサービス)	旧建部町	ほのぼの荘
		たけべの里
	久米南町	久米南町社協訪問介護ステーション
		しえんヘルパーステーション
通所介護 (デイサービス)	旧建部町	ほのぼの荘
		デイサービスたけべ
		いなほデイサービスセンター いこう
		いなほデイサービスセンター ふらっと
		デイサービス ケアビレッジたけべ
	久米南町	しえんデイサービスセンター
		しえんデイサービスセンター ゆう
		デイサービスセンターちえ
通所リハビリテーション (デイケア)	旧建部町	葵の園 岡山福渡

第4節 地域医療構想における必要病床数

病床機能報告で報告された病床数と必要病床数を比較した場合、当院が属する県南東部圏域については、急な病気や怪我、持病の急性増悪などで緊急に治療が必要な状態に対応する急性期や、より高度な治療を提供する高度急性期の病床が多く、急性期を経過した回復期の病床が少ない結果となっています。当院は診療圏域を県南東部圏域と津山・英田圏域とにまたがった旧建部町と久米南町と位置付けているため、一概に県南東部圏域の特徴を反映していない地域と言えますが、津山・英田圏域の必要病床数の比較を見ても回復期の病床が不足している結果となっており、地域医療構想において回復期の病床が必要病床に比べ少ないことは共通の課題として認識しています。当院は回復期機能の病床であるため、地域包括ケア病床も含め、現状機能に特化した形態を維持します。

図表5 診療圏域の病床機能報告と、必要病床数（令和7年）の比較

県南東部圏域

医療機能	病床機能報告病床数①	2025年構想病床数②	差(②-①)
高度急性期	1,993	1,187	△806
急性期	4,139	3,335	△804
回復期	1,981	2,927	946
慢性期	2,746	2,029	△717
その他	367	—	△367
計	11,226	9,478	△1,748

津山・英田圏域

医療機能	病床機能報告病床数①	2025年構想病床数②	差(②-①)
高度急性期	124	132	8
急性期	791	501	△290
回復期	403	483	80
慢性期	543	414	△129
その他	95	—	△95
計	1,956	1,530	△426

出所：厚生労働省「令和4年度病床機能報告」／厚生労働省「各構想区域における4機能ごとの病床の必要量」

図表6 医療機能の説明

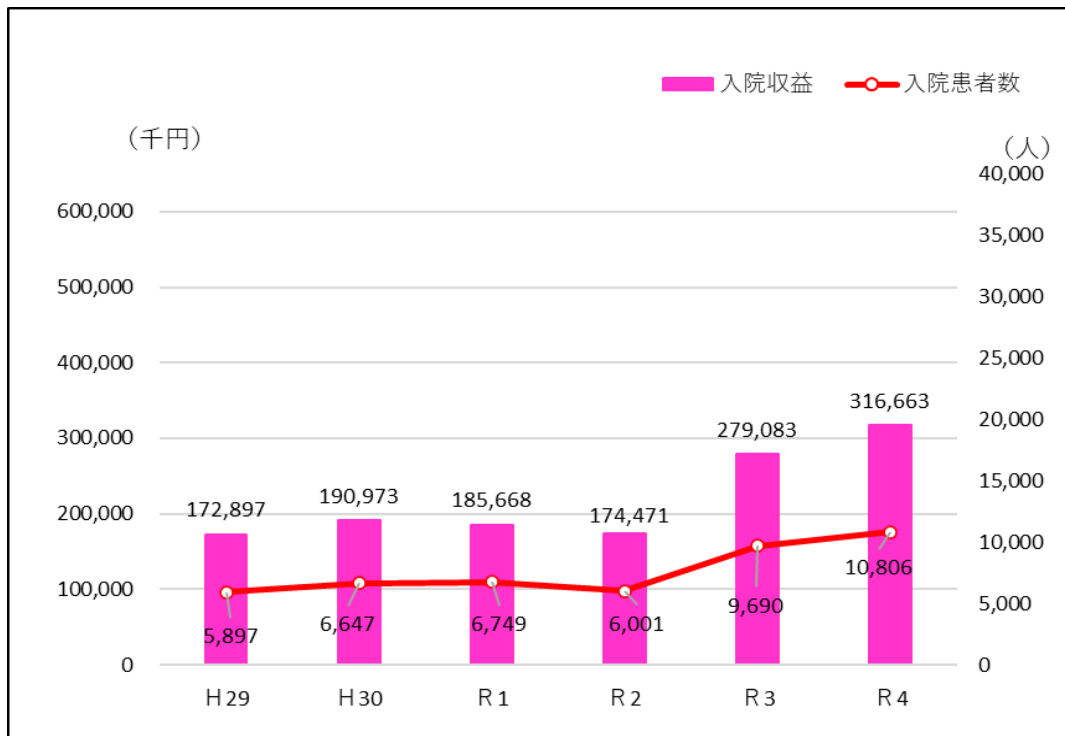
項目	医療機能の説明
高度急性期機能	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能。
急性期機能	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能。
回復期機能	急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。
慢性期機能	長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能。長期にわたり療養が必要な重度の障がい者、難病患者等を入院させる機能

第4章 当院の現状と課題（内部環境）

第1節 入院患者の状況

前副院長が定年を迎える平成28年度に入院患者数が激減し、平成29年度は病床利用率が過去最低の28.8%まで落ち込み、その後、新しく副院長の就任があり、少し回復の兆しが見えましたが、前院長が定年を迎える令和2年度までは後任決定の遅延が影響し、先の見通しが立たない状況での運営となり、患者数が低迷していました。しかし、令和3年度の新院長の就任に伴い入院患者数が大幅に増加し、令和4年度には病床利用率は56.9%と約2倍となり、入院収益も比例して伸びています。但し、医師不足の問題は深刻で、常勤医師2名では受け入れられる人数にも限界があり、地域からのニーズに対応しきれない現状となっています。

図表7 入院収益・入院患者数推移



	H29	H30	R1	R2	R3	R4
病床利用率	28.8%	35.0%	35.5%	31.6%	51.1%	56.9%
平均在院日数※	15.5日	16.4日	17.9日	23.1日	28.0日	29.1日
1日平均患者数	16.2人	18.2人	18.4人	16.4人	26.5人	29.6人
1人1日当たり診療収益	29,319円	28,731円	27,510円	29,074円	28,801円	29,304円

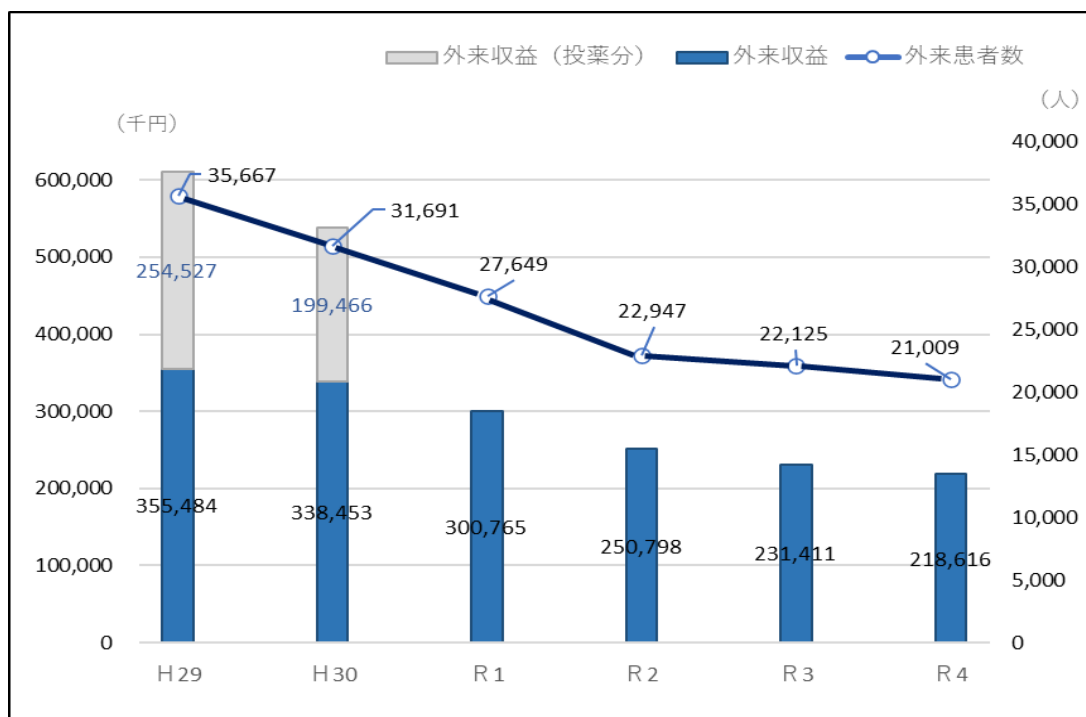
※平成29年11月より地域包括ケア病床を含む日数で表示。

第2節 外来患者の状況

令和2年度頃までは長期処方が増加したことや平成29年度の外科医師の定年退職等に起因して、外来患者数は図表8のとおり激減しています。令和2年度以降は透析患者を除く外来患者数はほぼ横ばいとなっていますが、令和2年度の前院長の定年退職による人材不足のため、透析患者の新規受入れが思うようにできず、透析患者数は減少し続けています。

令和3年度の新院長の就任以降は透析を除く診療収入は増加していますが、透析患者の減少が経営を圧迫しています。岡山県の中央部にある当院の維持透析のニーズは高く、医師確保ができれば、患者数の増加は見込まれると予測され、診療単価の高い透析患者の増加は経営改善に直結します。血液浄化法に関する臨床実績のある医師の確保を切望しています。

図表8 外来収益・外来患者数推移



※令和元年4月から院外処方へ移行のため、平成29・30年度の投薬収入分はグレーで表示。

	H29	H30	R1	R2	R3	R4
外来患者数(透析除く)	29,948人	25,854人	22,254人	18,376人	18,641人	18,111人
外来収益(透析除く)	183,733千円	166,023千円	142,002千円	121,577千円	132,706千円	136,449千円
透析患者数	5,719人	5,837人	5,395人	4,571人	3,484人	2,898人
透析収益	171,751千円	172,430千円	158,763千円	129,221千円	98,705千円	82,167千円
1日平均患者数	131.6人	117.8人	103.6人	85.3人	82.2人	77.8人
1人1日当たり診療収益	9,967円	10,680円	10,878円	10,929円	10,459円	10,406円
〃 (透析除く)	(6,135円)	(6,422円)	(6,381円)	(6,616円)	(7,119円)	(7,534円)
〃 (透析)	(30,032円)	(29,541円)	(29,428円)	(28,270円)	(28,331円)	(28,353円)

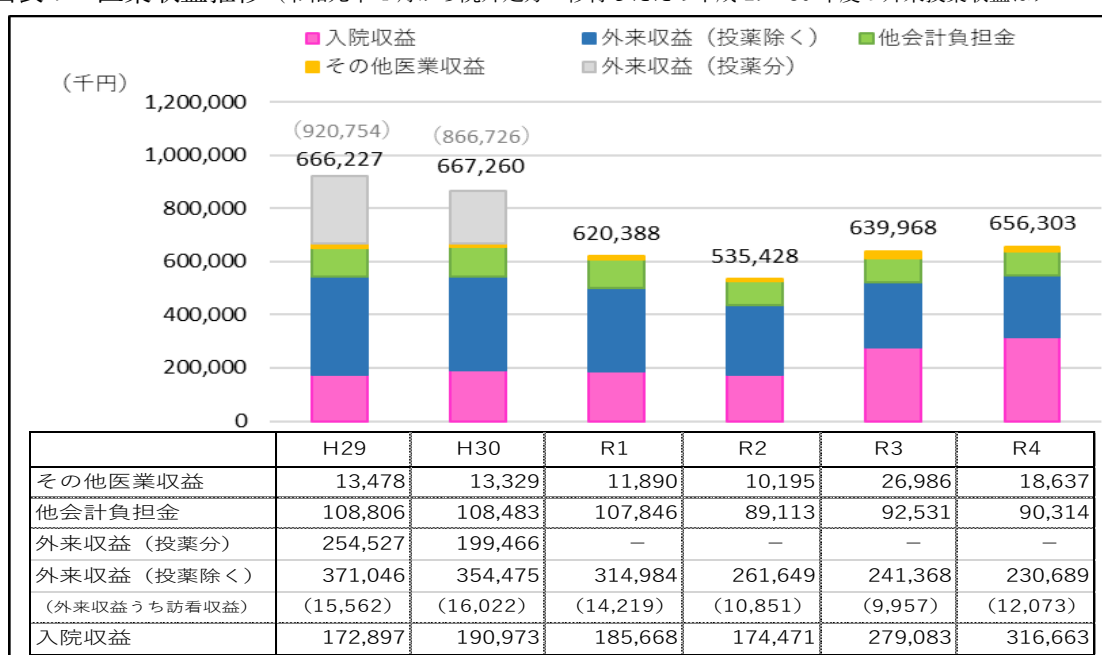
※令和元年4月から院外処方へ移行のため、平成29・30年度は投薬料を除いた収益で表示。

第3節 収支の状況

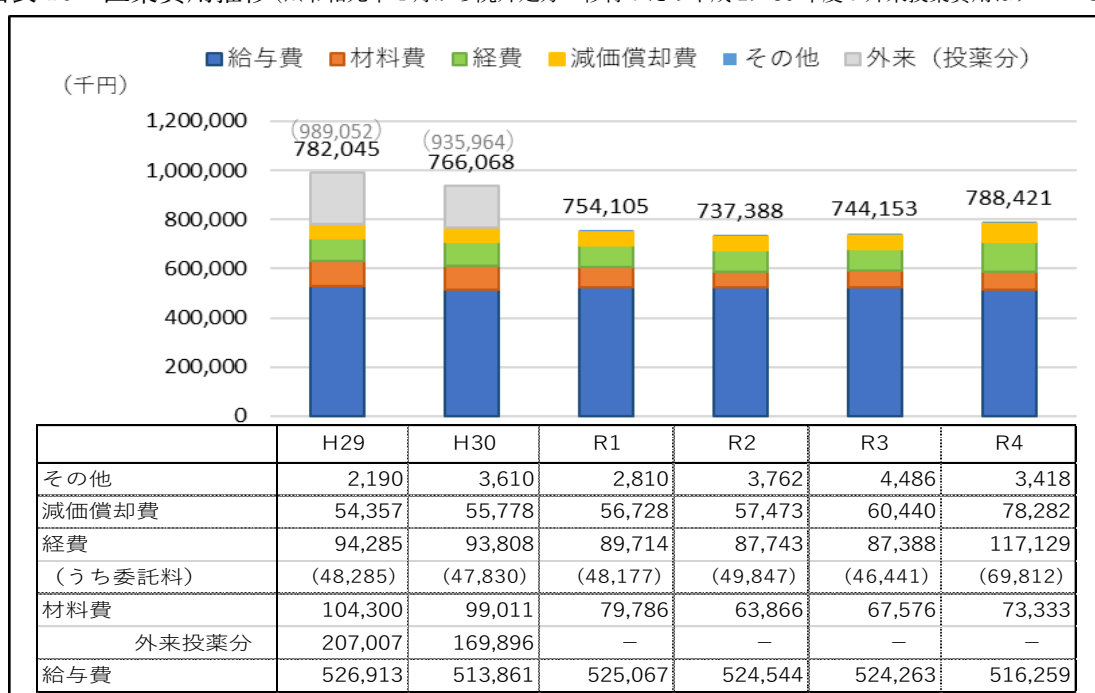
前院長が定年を迎えた令和2年度は患者数が激減し、存続も危ぶまれるほどでしたが、新院長の就任後の入院収益は倍近く伸び、回復の兆しをみせています。しかし、医師不足は深刻で、入院患者数も現在の受入れが精一杯の状況で、透析患者の新規受入れが思うようにできない状況が続き、外来収益は減少し続けています。

費用は新院長になって取り入れた電子カルテや医療クーク（医師事務作業補助者）の配置に加え、人材不足に苦慮していた調理業務を委託に変更したこと等により、令和4年度は経費や減価償却費が増加していますが、今後の業務運営のための必要経費であると認識しています。

図表9 医業収益推移（令和元年4月から院外処方へ移行したため平成29・30年度の外来投薬収益はグレーで表示）



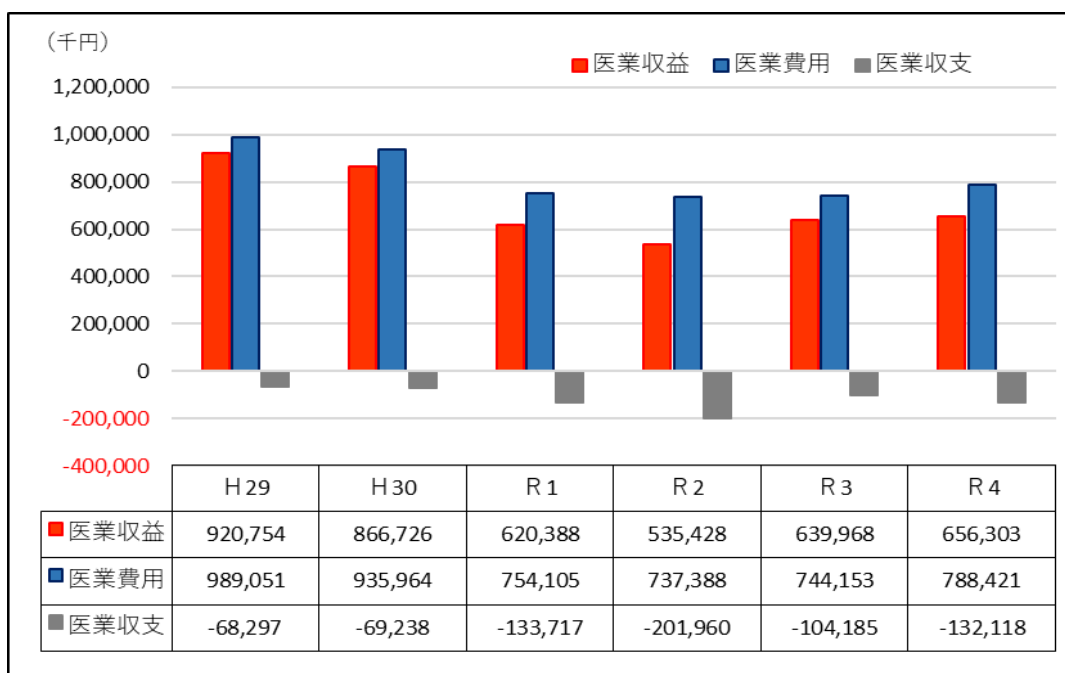
図表10 医業費用推移（※令和元年4月から院外処方へ移行のため平成29・30年度の外来投薬費用はグレーで表示）



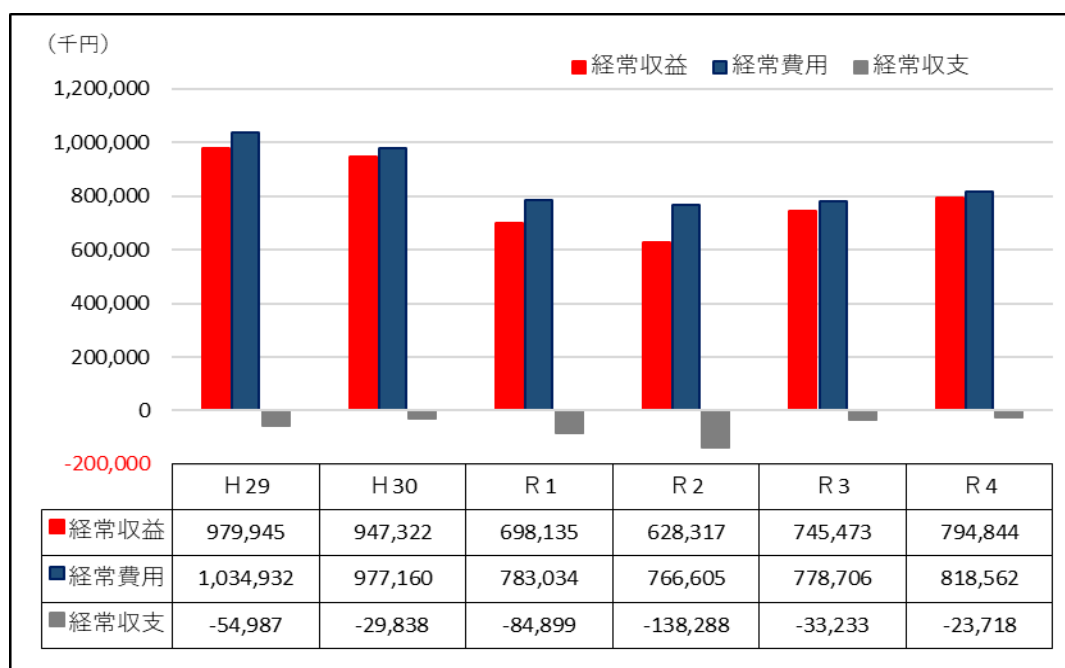
平成 29・30 年度は外来投薬収支も含めた収支のため、令和元年度以降の推移をみると、医業収益は令和 2 年度に大きく落ち込んだが、その後は回復しています。しかし、医業費用は令和元年度から令和 3 年度はほぼ横ばいで推移していましたが、令和 4 年度は前述の理由により増加しています。収支改善の努力はしていますが、医師確保がなければ、これ以上の収益増が見込めない厳しい状況が続くことが危惧されます。

経常収支では令和 2 年度からの不採算地区病院に要する経費に対するの財政措置の拡充による繰入金増加や新型コロナウイルス関連の補助金等により医業外収益の増加があり、収支が改善されています。今後も国県等の施策を注視し、適時的確な収入確保に努めることが重要です。

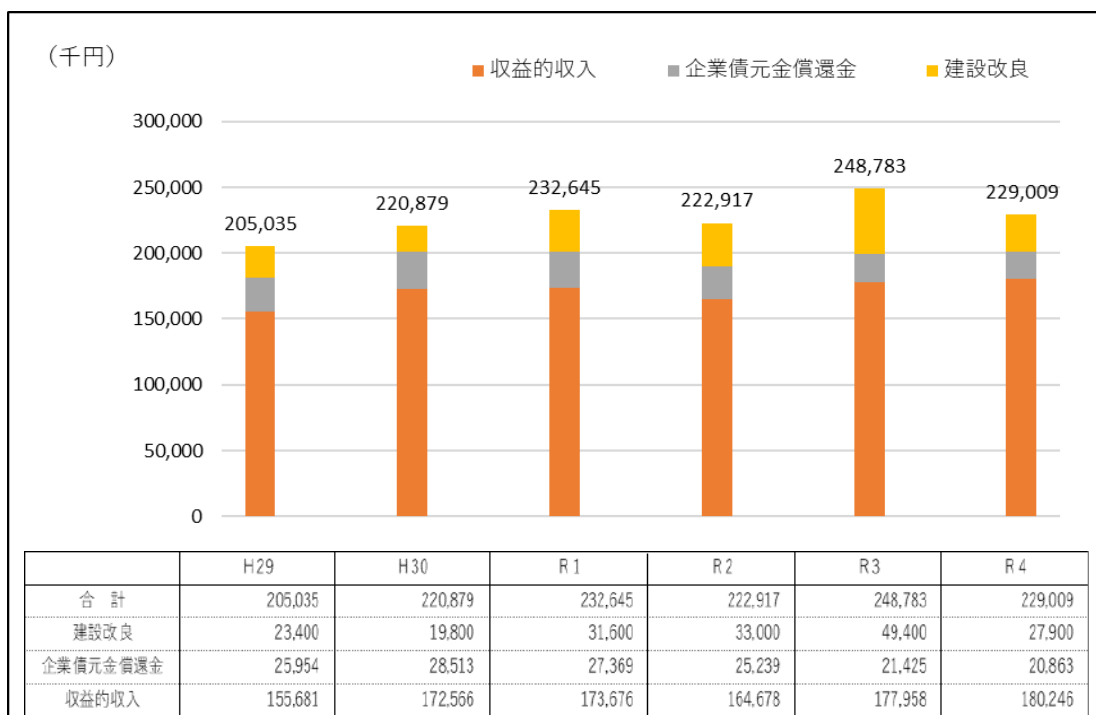
図表 11 医業収支推移



図表 12 経常収支推移



図表 13 繰入金の推移



繰入金は総務省の「地方公営企業繰入金について（通知）」をもとに岡山市の繰出基準に基づいて建設改良に要する経費を除き、総務省の算定基準額のとおり繰入れされています。

平成 27 年度から不採算地区病院の運営に要する経費について特別交付税の計算方法が許可病床から稼働病床へと変更され、病床稼働率が激減した平成 29 年度は繰入額が少なくなっています。また、建設改良事業費の増減により上下しますが、繰入金は概ね 2 億円から 2 億 5 千万円の間で推移しています。

令和 2 年度からは不採算地区病院の運営に要する経費に対して財政措置の拡充が行われ、令和 3 年度には更に手厚くなり、収益的収入の繰入額が増加しています。今後も継続して同程度の繰入れが見込まれます。

第5章 その他これまで行ってきた取組み

第1節 前改革プラン数値目標に対する結果

平成29年3月に策定した「福渡病院改革プラン(平成29年度～令和2年度)」では、医療機能等及び経営についてそれぞれ項目別に数値目標を掲げ、毎年、その目標数値に対し、達成率が100%以上をA、95%以上100%未満をB、95%未満をCとして点検・評価を行いました。

医療機能等については、看護必要度・在宅復帰率はA評価となったものの、救急患者数・救急車受入患者数・紹介患者数・訪問看護件数はいずれもC評価となっています。

また、経営の効率化について、(ア)収支改善に係るものでは、患者一人当たりの診療収益(入院)のみA評価ですが、それ以外の項目はいずれもC評価、(イ)経費削減に係るものでは、材料費対医業収益比率と薬品費対医業収益比率はA評価ですが、職員給与費対医業収益比率と後発医薬品採用率はC評価、(ウ)収入確保に係るものでは、患者紹介率のA評価以外の一日当たりの入院患者数・外来患者数、病床利用率、平均在院日数はいずれもC評価、(エ)経営の安定性に係るものでは、常勤換算医師数・一般会計繰入金・一般会計繰入金対経常収支比率いずれもC評価と非常に厳しい結果となっています。

前改革プランの最終年度である令和2年度は新型コロナウイルスの感染拡大の影響に加え、25年の長きに渡り当院を支えていた前院長が定年を迎える時期で、後任決定の遅れがあり、今後の見込みが立たず、入院患者数や透析患者・訪問看護利用者の新規受入れの見合せ等により患者数が減少し多額の損失を生じており、当初の目標値にそぐわない点もあります。

第2節 収入確保の取組みの結果

収入増加・確保を目指し、次の項目に取り組みました。

- 地域医療連携室の設置(平成29年4月)
- 入退院支援加算2算定開始(平成29年4月)
- 一般病床52床のうち20床を地域包括ケア病床に転換(平成29年11月)
- 地域包括ケア入院医療管理料1(2,558点)の取得(平成29年11月)
(名称変更)地域包括ケア入院医療管理料2(2,558点)(平成30年4月)
- レセプト院内審査支援システム『べてらん君』の活用強化
- 未収金の発生防止及び回収

地域医療連携室の設置や地域包括ケア病床の運用開始により、患者紹介率や患者1人当たりの診療収益の増等、個々の取組において一定の成果を上げるものの、全体を通してまだまだ収入確保への取組みが必要です。

第3節 経費削減への取組みの結果

経費削減・抑制の対策として、次の取組みを行いました。

- 節水システムの継続、デマンド管理による電力需要の抑制
- 年次計画による医療機器の更新
- 医療機器のランニングコストの抑制
- 定年退職者の再雇用
- 『SPD(院内物流管理システム)』の導入(令和元年8月)

SPD の導入は「コストカット」「不良在庫の削減」「適切な保険請求」「業務効率化」等様々な成果がありました。定年退職者の再雇用による給与費等の削減効果は限定的なもので、続けると職員の高齢化がますます進み、安定した医療の提供に支障をきたす可能性もあるため注意が必要です。

第4節 その他

前改革プラン計画中には未達成となりましたが、令和3年12月に電子カルテを導入し、デジタルでの情報共有が可能となり、各部門において指示伝達が迅速かつ正確に行えるようになり、確認作業の軽減、安全管理が向上し、業務の効率化、簡素化が図れています。また、電子カルテの導入は医師を確保するうえでも非常に重要で必要なツールとなります。

また、前改革プラン計画中に達成した地域包括ケア入院医療管理料2(2,558点)の施設基準を令和3年6月からは一段階上の地域包括ケア入院医療管理料1(2,806点)にステップアップし入院単価の改善を図っています。

第6章 当院の経営課題

第1節 職員確保の課題

職員の確保は当院の最重要課題です。特に常勤医師は現在、院長と令和5年度末までの任期付職員である高齢（70才）の副院長の2名のみで医師確保は喫緊の課題であり、病院存続の危機とも言わざるを得ない状況です。大学病院等への医師派遣要請や、ホームページ、ハローワーク、民間の人材紹介会社の利用等、医師の確保に向けあらゆる手段を講じていますが、難航しているのが現状です。幸い、令和6年4月から岡山県の事業である地域卒卒業医師の配置が決定し、新たな体制での運営が期待されますが、常勤医師2名体制に変わりはありません。

また、長い間、医師不足が続き経営も不安定な状況が続いていたため、積極的に新規採用ができず職員の高齢化が進み、常勤職員の年齢構成では50代が60%超となっています。求人募集を行っても応募がなく、多額の手数料のかかる人材紹介会社に頼りながら人材確保を行っている状況です。常勤医師の確保が一番の課題ではありますが、常勤薬剤師・看護師の確保も非常に厳しい状況となっています。

第2節 収支バランスの課題

医師不足のため、多くの非常勤派遣医師の応援を得て、どうか日々の宿日直等をこなし病院としての機能を維持している状況です。救急患者の受け入れや利益率の高い透析施設の活用、訪問診療等も思惑通りに進展しない状況が続いており、入院患者の受け入れは最善を尽くしていますが、2名のみで常勤医師では収入の増加は見込めません。

また、宿日直業務は、ほぼ全て非常勤派遣医師の応援によるため、多額の報酬が必要となり経営をより圧迫しています。更に、昨今の物価高や燃料価格の高騰が支出の増加に拍車をかけている状況です。

第3節 新型コロナウイルス感染症対策の課題

令和2年1月に国内最初の感染者が確認されてから約3年4ヶ月が経過した令和5年5月8日、新型コロナウイルスの感染症法上の分類が季節性インフルエンザなどと同じ「5類」に引き下げられ、新型コロナウイルス対応は、「有事」から「平時」の状態へと移ったこととなりますが、現在も多くの罹患者が確認されています。

今後も安心することなく標準予防策を徹底することが極めて重要です。手指衛生は、新型コロナウイルスに限らず、薬剤耐性菌などの接触感染を主要な感染経路とする病原体の伝播を防ぐために常に重要な感染対策であり、全ての医療従事者がWHOの推奨する手指衛生の5つのタイミングを意識して確実に実施する意識づけが必要です。大切なのは、「終わったこと」と捉えず、教訓として次に生かすことがより重要な課題となっています。



第7章 役割・機能の最適化と連携の強化

第1節 地域医療構想を踏まえた当院の役割

当院を運営する病院組合は、岡山市と久米郡久米南町の二市町で構成されますが、この二市町は医療圏、保健所、消防、医師会等が異なり、一概に二次保健医療圏(特に県南東部医療圏)の特徴を反映していない地域といえます。ただ、地域医療構想において、回復期の病床数が必要病床数に比べ少ないことは、共通の課題として認識しています。

そして、開設の経緯、立地条件等はもとより、地域住民のニーズを踏まえた運営を念頭に、地域の健康を支え、地域の医療崩壊を食い止めるべく、①過疎地域での医療、在宅医療の充実により地域住民の医療・介護・福祉の確保、②24時間対応可能な救急医療体制の維持、③県中央部に立地する唯一の透析施設としての機能確保、④過疎地域での職場の確保、⑤生活習慣病予防等の機能を果たしています。

更に今後は、厚生労働省の病院政策である「可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制(地域包括ケアシステム)の構築」を目指し、①「回復期(亜急性期)」を担う病院として、急性期後の患者の受入れ、在宅復帰や在宅患者の疾病時、或いはレスパイトの入院を受け入れる等の在宅支援機能の充実、②在宅支援病院として、訪問診療・訪問看護(リハビリテーションを含む)等の地域の在宅医療を地域の医療機関・介護事業所と協働して担います。

第2節 機能分化・連携強化

当院の診療圏域である旧建部町・久米南町エリアは県下でも高齢化率が最も高く、過疎化も著しく進んでいる地域です。この地域で唯一の病院として、持続可能な地域医療連携体制を確保するためには、常勤医師の確保が必須の条件になります。まずは常勤医師を確保し、限られた医師・看護師等の医療資源の中で医療機能を絞り、維持向上を図ります。

病病・病診間の連携を強化する機能分化・連携強化を進め、病床機能は回復期として、①急性期治療後の患者を受け入れ継続的な治療とリハビリを行うポストアキュート、②高齢者施設や在宅での病状急変時の患者を受け入れるサブアキュート、③受け入れた患者にリハビリを施し自宅や施設に帰れるまでの状態に回復させる在宅復帰、④退院後の訪問診療や訪問看護の介入による在宅支援等、地域の中で中核的役割を担う当院の役割や機能を改めて見直し、かかりつけ医機能を充実させ、この地域における医療の「砦」となり、住民が必要とする医療を継続して提供できる体制を構築します。

第8章 医師・看護師等の確保と働き方改革

第1節 医師・看護師等の確保

当院職員の年齢構成をみると、50代以上の職員が全体では63%、部門別では医師が100%、看護師は80%と高齢化が進んでおり、若い人材の確保が必要です。

中でも医師は2名のみで、医師の確保は当病院の一番の課題であり、今後の病院運営の根幹となるものです。構成団体と力を合わせ取り組んでいかなければなりません。また、統計では見えませんが、現在1名のみ薬剤師は定年間近です。加えて看護師の高齢化も深刻です。これから数年は人件費の増加を必要経費と考え、積極的な採用をしていく必要があります。まずは人材に投資し、医療提供能力を高め経営改善を図ります。

図表 14



部門別職員年齢構成 (R5.3.31現在)

	医師	看護師	医療技術員	事務員	労務員	合計
30代	-	4人 11.4%	5人 38.5%	2人 18.2%	-	11人 16.9%
40代	-	5人 14.3%	3人 23.1%	4人 36.4%	1人 25.0%	13人 20.0%
50代	1人 50.0%	19人 54.3%	4人 30.8%	4人 36.4%	3人 75.0%	31人 47.7%
60代	1人 50.0%	4人 11.4%	1人 7.7%	1人 9.1%	-	7人 10.8%
70代	-	3人 8.6%	-	-	-	3人 4.6%
合計	2人 3.1%	35人 53.8%	13人 20.0%	11人 16.9%	4人 6.2%	65人 100.0%

第2節 医師の働き方改革への対応

当院の常勤医師は2名しかおらず、宿日直は、ほぼ全て非常勤派遣医師の応援にて行っているため、A水準(年960時間、月100時間)を超えるような長時間労働はしていません。しかし、宿日直を依頼している医師の都合等により、時間外で医師のすき間を埋めなければならない日も多く、また、2名の常勤医師のみでの病院運営は医師への負担が非常に大きくなっています。早急に常勤医師の確保をすることが重要です。労働基準監督署への断続的な宿直又は日直勤務許可は取得済みです。

第3節 タスクシフティング

タスクシフティングは医師への業務集中を回避し、負担を軽減する効果的な取り組みとなります。当院でも医療クラークを配置し医師事務作業の軽減やワクチン接種、検査等の説明や同意書の受領、各種書類の下書き作成、診察前の予診等はもちろんのことタスク・シフトの推進に関する検討会にて示された業務はできる限り行っています。

今後も医療の安全の確保及び現行資格法における職種ごとの専門性を前提として、個人の能力

や取り巻く環境、医師との信頼関係を踏まえながら、積極的に取り入れて医師の負担軽減を図ります。

第4節 ICTの活用

当院では令和3年12月に電子カルテを導入しました。コスト面を考え、なかなか踏み出せなかったシステムですが、医師確保においては必要不可欠なツールです。電子カルテにより、デジタルでの情報共有が可能となり、予約管理から受付患者・入院患者情報、指示伝達が迅速かつ正確に行えるようになり、確認作業の軽減、安全管理が向上し、業務の効率化、簡素化が図れています。また、患者情報と採血データや画像データ、文書管理等すべてを一元的に行え、紙カルテのような煩わしさが軽減されています。ただ、コスト面等から、全部の部門システムが電子カルテに接続できていない等の問題もあります。電子カルテの更なる活用を視野に入れ今後も随時、検討会を行いながら業務改善していきます。

その他、オンライン資格確認システムは令和4年3月に導入し、健康保険証や限度額の確認、薬剤情報や特定健診結果の提供を受けることができます。また、働き方改革も踏まえ令和3年10月にタイムレコーダーも導入しています。

今後は電子処方箋やオンライン診療も検討していきます。

第5節 地域の医師会や診療所等との連携

地域連携室や訪問看護ステーションを中心とし、診療所や老人保健施設、地域包括支援センターのケアマネージャーやスタッフ等との情報交換を密にし、訪問看護が必要な患者の受け入れや地域住民が抱えている問題等への取り組みを通じて、住民のために何ができるのか、地域で連携し、地域包括ケアシステムの一助となるべく働きかけます。

また、令和6年度から当院の管理栄養士を岡山県栄養士会が開設している岡山栄養ケアステーションの管理栄養士に登録し、住民の栄養・食生活習慣の改善を図り、健康増進、疾病予防、重症化予防のための活動をする予定です。

第9章 経営形態の見直し

第1節 経営形態の種類及び特徴

現在、当院は、地方公営企業法の一部適用により経営しています。この一部適用では、同法の財務規定のみを適用するため、その他の職員や組織上の仕組みを簡素化し、病院運営のみに関して効率的な事業運営が可能となる利点があります。また一方、意思決定や予算、人事、給与面での権限がなく、責任の所在が不明確との指摘もあります。

近年の公立病院の経営形態の見直しは、地方公営企業法の全部適用、地方独立行政法人化、指定管理者制度の導入及び民間譲渡などが全国各地で検討されているところです。

経営形態の種類及び特徴

地方公営企業法 一部適用 自治体の管理の元で経営される。
地方公営企業法 全部適用 一部適用の場合の財務規定のみならず、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できる。 ただし、経営の自由度の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。
地方独立行政法人 地方公共団体が直営で事業を実施する場合に比べ、予算・財務・契約、職員定数・人事などの面で、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できる。 ただし、設立団体からの職員派遣は段階的に縮減を図る等、実質的な自立性の確保に配慮することが必要になる。
指定管理者制度 民間的な経営手法の導入が期待できるものであるが、本制度の導入が所期の効果を上げるためには、適切な指定管理者の選定、提供されるべき医療の内容、委託料の水準等、指定管理者に関わ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が必要になる。 また、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等が求められる。
民間譲渡 公立病院が担っている医療は採算確保に困難性を伴うものを含むのが一般的であり、こうした医療の継続性など、譲渡条件等について十分な協議が必要である。

第2節 経営形態の方向性

現時点で当院では、一部適用と全部適用には経営上での優位性の差はなく、必要とされる要件は経営手腕や行政、議会との協力関係によるところが大きいと考え、当面、経営形態の見直しは、地域の実情を踏まえ、経営強化に向けた最適な経営形態を検討するなど、必要に応じて取り組みます。

併せて、当院の最重要課題である常勤医師の安定的確保を可能にするためにはどういった方策があるか構成団体と連携をとり検討していかねばなりません。

第 10 章 新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組み

第 1 節 新型コロナウイルス感染症への対応

当院では、新型コロナウイルス感染症対策として、屋外にプレハブ小屋を設置、院内では一般外来とは離れた診察室を使用、車で受診者は車内待機、車内での検査、診察を行い一般患者と発熱者の接触がないように配慮しました。また、院内は換気し、ドアノブ、手すり、待合椅子等を除菌（1～2回/日）し、環境整備を行いました。職員には出勤前に検温し、体調不良時には出勤しないよう指導するとともに患者と接する職員はサージカルマスクに加え、フェイスガードやゴーグル等を装着、新型コロナ感染症の患者、または疑いのある患者に対応する場合は必要に応じて N95 マスク、ガウン、手袋等の个人防护具装着を徹底する感染対策を講じました。そして受付や外来にはパーテーションを設置しました。

第 2 節 新興感染症の感染拡大時等の医療

保健所からの情報、近隣医療機関、施設、学校等の状況を情報収集し、感染者の増加に備えて診療体制の整備、个人防护具、設備やベッドを確保し、適切な感染制御措置を実施し、必要な医療資材や医薬品の備蓄も行います。

職員は標準予防策を徹底し、感染症を持ち込まない、感染拡大をさせない体制強化を図り、患者と医療従事者の安全と健康を確保し、安定した医療提供が行えるよう努めます。

入院の受入れについては、1 病棟のみで管理していることから、新型コロナウイルス流行初期に見られたような病棟単位でのゾーニングによる陽性患者と一般患者の空間分離が困難なことがあげられます。また、一般診療との両立を図る体制維持が困難であることなどから、今後起こり得る可能性のある新興感染症への対応にあたっては他医療機関との連携により地域全体の医療機能の確保について検討を行っていかねばなりません。

第 3 節 新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組み

標準予防策の徹底を継続し、必要に応じて院内感染防止対策マニュアルの見直しを行い、院内感染委員会が開催する院内研修会への積極的な参加を通じ、職員に感染症の予防と管理に関して手洗い、うがい、消毒、感染源対策、个人防护具使用方法等の知識習得と感染症拡大時のシミュレーション演習を行う等、感染症拡大時の対応能力を向上させる日頃からのトレーニングを行います。また、必要な医薬品、个人防护具、医療機器などの備蓄に努めます。

第 11 章 施設・設備の最適化等

第 1 節 施設・設備の適正管理と整備費の抑制

当院の建物(本館)は、昭和 53 年 10 月の新築整備から、既に 45 年が経過しています。これまで、増築や大規模改修、空調設備の更新、照明器具の LED 化等できる範囲で随時整備し、機能の維持・向上に努めており、比較的良い状態で保たれています。しかし、病室の狭さや間取等には古さを感じざるを得ず、感染症対策等も講じることが困難な状況です。今後も計画的に定期点検や保守作業、メンテナンスを行い建物、設備の長寿命化を図っていきますが、建物内の配管の腐食や地盤沈下、雨漏り等老朽化の悩みは深刻となっています。

現時点では具体的な病院建替え計画はありませんが、病院のあり方委員会等を立ち上げ、今後、構成団体等と協議を進める必要があります。

第 2 節 デジタル化への対応

当院では平成 19 年から検査システムによる検査データの共有や医療画像管理(PACS)の導入、POS レジによる窓口未収金の管理等はしていましたが、コスト面等により電子カルテの導入を先延ばしにしていました。令和 3 年 12 月に電子カルテを導入し、他施設にやっと少し追いついた感があります。コスト面から全部の部門システムと接続できていない等の問題点もありますが、今後も電子カルテの活用検討会を随時開催し、更なる有効活用を図ります。その他、令和 3 年 10 月にタイムレコーダーによる勤怠管理を開始、令和 4 年 3 月にはマイナンバーカードによるオンライン資格確認システムの導入等少しずつデジタル化への対応を行っています。

今後は電子処方箋やオンライン診療等も検討していきます。

第 3 節 その他の対応

街中ではキャッシュレス決済が日常生活に浸透し、昨今の電子決済普及率の向上は目まぐるしいものがあります。患者からの要望も耳にするようになり、お釣りに間違い等の防止、支払履歴の記録による不正行為のリスク低減にも寄与できるため、手数料等のコスト面を考慮しながら、患者サービス、業務効率の向上のため電子決済の導入を検討します。

また、入院患者用のフリーWi-Fiの導入も検討課題です。

第12章 経営の効率化

次の指標について、数値目標を定めます。

第1節 経営の効率化と数値目標

収支改善・収入の確保に係るもの

	R3年度 (実績)	R4年度 (実績)	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度
経常収支比率	95.7%	97.1%	91.5%	94.3%	96.7%	98.4%	100.3%
経常収支比率（繰入金を除く）	72.9%	75.1%	71.2%	72.6%	75.4%	77.3%	79.0%
医業収支比率	86.0%	83.2%	78.2%	82.1%	84.8%	87.0%	89.6%
修正医業収支比率	73.6%	71.8%	67.6%	70.4%	73.4%	75.6%	78.2%
一日平均患者数（入院）	26.5人	29.6人	30.6人	33.0人	36.0人	38.0人	39.0人
〃（外来）	82.2人	77.8人	77.0人	80.0人	82.0人	83.0人	84.0人
1人1日当たり診療収益（入院）	28,801円	29,304円	29,400円	29,500円	29,500円	29,600円	29,700円
〃（外来）	10,459円	10,406円	10,400円	10,300円	10,300円	10,300円	10,300円
病床利用率	51.0%	56.9%	58.8%	63.5%	69.2%	73.1%	75.0%
平均在院日数（地域包括含む）	28.0日	29.1日	29.5日	29.8日	30.0日	31.0日	32.0日

経費削減に係るもの

	R3年度 (実績)	R4年度 (実績)	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度
職員給与費対医業収益比率	81.9%	78.7%	83.4%	79.7%	77.9%	76.2%	75.1%
材料費対医業収益比率	10.6%	11.2%	10.6%	10.3%	9.8%	9.5%	9.5%
薬品費対医業収益比率	5.9%	6.6%	6.1%	5.8%	5.6%	5.5%	5.5%
後発医薬品採用率	10.9%	12.4%	14.5%	16.0%	17.5%	19.0%	20.5%

経営の安定性に係るもの

	R3年度 (実績)	R4年度 (実績)	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度
常勤医師数	2.0人	2.0人	2.0人	2.0人	3.0人	3.0人	3.0人
一般会計繰入金（千円）	177,958	180,245	177,684	191,450	191,000	191,000	191,000
一般会計繰入金対経常収益比率	23.9%	22.7%	22.2%	23.0%	22.0%	21.5%	21.3%

第2節 医療機能・医療品質に係る数値目標

	R3年度 (実績)	R4年度 (実績)	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度
救急患者数（時間外・119）	212.0人	141.0人	145.0人	150.0人	150.0人	150.0人	150.0人
救急車受入患者数（時間外含）	69.0人	42.0人	45.0人	50.0人	55.0人	60.0人	65.0人
患者紹介率	27.8%	26.8%	27.0%	27.5%	28.0%	28.5%	29.0%
訪問診療件数	215件	231件	240件	240件	260件	280件	300件
訪問看護利用者数	1,199件	1,490件	1,620件	1,800件	2,160件	2,300件	2,430件

第3節 一般会計負担の考え方

当院は、岡山市内唯一の過疎地域で、民間医療機関の立地が困難な経営条件の厳しい地域、第2種不採算地区病院に位置付けられる病院です。

公営企業である病院事業会計への一般会計からの負担については、地方公営企業法第17条の2第1項（経費の負担の原則）において、「その性質上当該地方公営企業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」、「当該地方公営企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」と規定されており、総務省の「地方公営企業繰出金について（通知）」をもとに、岡山市の繰出基準に基づき算定し、国勢調査結果による人口按分により各構成団体が負担しています。具体的な項目は次のとおりです。

- ① 病院の建設改良に要する経費（建設改良費（病院事業債の1/2以内）、企業債元利償還金（借入年度により3/3、2/3、1/2、1/4）、（構成団体独自の繰出基準あり））
- ② 不採算地区病院の運営に要する経費（特別交付税繰出基準額）
- ③ リハビリテーション医療に要する経費（収支差引き不足額）
- ④ 救急医療の確保に要する経費（医師等の待機手当及び空床確保に必要な経費）
- ⑤ 経営基盤強化対策に要する経費
 - ・医師及び看護師等の研究研修に要する経費の1/2
- ⑥ 基礎年金拠出金に係る公費負担に要する経費（普通交付税繰出基準額）
- ⑦ 児童手当に要する経費（普通交付税繰出基準額）

現在は建設改良に要する経費を除き、総務省の算定基準額のとおり負担されていますが、今後、岡山市内で唯一の過疎地域にある当院の立地条件が考慮されるよう病院運営に必要な経費の確保に努めます。

第4節 目標達成に向けた取組み

当院がこの地域の住民の健康を守るために重要な役割を担っていることは明白ですが、現在の医師不足の状態では、必要な医療提供体制の構築ができず、地域医療の「砦」となれません。常勤医師の確保ができなければ病院の存続が危ぶまれる状況です。今後、十分な常勤医師の確保ができれば、地域医療の拠点として地域包括ケアシステムのモデルとなる事も可能であると考えています。

① 常勤医師の確保

常勤医師の確保は当院が安定した医療提供を継続するために最も重要な課題です。常勤医師の確保がなければ、今以上の経営改善は困難です。現在もあらゆる措置を講じていますが、今後は更に構成団体を中心とした大学医局や関係病院への働きかけ、岡山県の事業である地域卒卒業医師の配置要請、人脈や人材紹介会社の活用等、様々な機会を捉え精力的に取り組んでいきます。特に現在、活用しきれていない透析の医師確保ができれば、大幅な収益増が見込めます。

② 職員の年齢構成の偏りを修正

現在、職員の年齢構成に偏りが見られ高齢化が進んでいます。定年間近の職員1名の部署もあり、近い将来、後継者不足となり立ち行かなくなる可能性があります。年齢構成の偏在性を正すためにも人件費の増加を必要経費と考え、積極的な採用が必要です。まずは人材

に投資し、医療提供能力の向上を目指します。

③ 患者に寄り添う医療提供体制の構築

現在の医師不足の状況では、患者が求める医療に十分応えきれていません。地域住民が困った時に手を差し伸べてあげられる病院であることが重要です。住民や近隣の診療所、老人福祉施設に頼られる病院となれば、おのずと患者数は増加し、経営は改善されます。

現在の医療資源を最大限活用し、患者ファーストを常に念頭におき、患者に寄り添う医療提供体制の構築を目指します。

④ 経費削減・抑制対策

ア 給与費

前述のとおり今は投資する時期だと考えています。

イ 材料費

- ・診療材料費 不在在庫を抱えず、必要な材料を安価な価格で購入できる SPD（院内物流管理システム）を導入済みで、今後も適正な SPD 事業者を選定し継続していきます。
- ・薬品費 適宜、後発医薬品への変更を行い経費削減に努めます。
- ・給食材料費 委託業社と連携して質は落とさず経費抑制できるよう工夫していきます。

ウ 経費

経費の大半を占める委託料では、内容の見直しや契約期間の長期化、ランニングコストを見据えた機器購入等を検討し、競争原理を最大限働かせた業者選定を行い、光熱水費では引き続き節水コマによる節水や電力需要デマンド管理による省エネに努め経費削減に努めます。

⑤ 職員のやりがい満足度の向上

職場の雰囲気は経営改善する上でも重要です。職員間のコミュニケーションが図られると、各部署での助け合いもスムーズに行え、気持ちよくやりがいを持って働ける職場となります。職員の満足度が高まれば、より優しく患者に寄り添う体制が作れます。職員の満足度の向上は業務のすべてが好転する最も重要なものですが、最も難しい課題でもあります。

第13章 点検・評価・公表等

第1節 本プランの公表

本プラン策定後、速やかに当院のホームページに掲載します。

第2節 本プランの点検・評価

院長、副院長、看護部長、事務長のほか院内各部署の責任者で構成する主務者会議で、本プランの数値目標を主として進捗管理し、その結果を管理者及び議会に報告し、必要に応じてホームページに掲載します。

第3節 住民の理解のための取組み

当院が地域医療の砦としての役割を担っていることを地域住民に理解してもらうため、年4回（春夏秋冬）の広報誌「福渡病院だより」の発行やホームページでの情報発信を通じて当院の取組みを紹介しています。

また、院内には投書箱を設置し、患者・家族等から様々な意見を聴取するなど、地域に開かれた病院運営に努めます。

第4節 本プランの見直し

年1回、本プランへの取組状況と点検・評価結果を組合議会に報告し、必要に応じて本プランを見直します。

第14章 経営目標

収益的収支

(単位：千円、%)

年度		R3年度 (決算)	R4年度 (決算)	R5年度 (見込)	R6年度 (見込)	R7年度 (見込)	R8年度 (見込)	R9年度 (見込)
収 入	1. 医 業 収 益 a	639,968	656,302	664,662	702,000	740,630	765,552	780,780
	(1) 料 金 収 入	510,493	535,279	544,351	577,000	615,630	640,552	655,780
	入 院 収 益	279,082	316,663	328,135	355,000	387,630	410,552	422,780
	外 来 収 益	231,411	218,616	216,216	222,000	228,000	230,000	233,000
	(2) そ の 他	129,475	121,023	120,311	125,000	125,000	125,000	125,000
	う ち 他 会 計 負 担 金	92,532	90,313	90,313	100,450	100,000	100,000	100,000
	2. 医 業 外 収 益	105,505	138,542	136,215	129,000	128,300	124,600	117,700
	(1) 他 会 計 負 担 金	72,116	76,821	73,771	77,000	77,000	77,000	77,000
	(2) 他 会 計 補 助 金	13,310	13,111	13,600	14,000	14,000	14,000	14,000
	(3) 国 (県) 補 助 金	13,185	5,548	13,796	4,800	4,800	4,800	4,800
	(4) 長 期 前 受 金 戻 入	1,108	29,500	32,000	30,200	29,500	25,800	18,900
	(5) そ の 他	5,786	13,562	3,048	3,000	3,000	3,000	3,000
	経 常 収 益 (A)	745,473	794,844	800,877	831,000	868,930	890,152	898,480
	支 出	1. 医 業 費 用 b	744,153	788,421	849,484	854,912	873,312	879,812
(1) 職 員 給 与 費		524,263	516,259	554,112	559,412	577,312	583,312	586,612
基 本 給		206,020	201,770	219,188	223,188	230,088	234,088	235,888
そ の 他		318,243	314,489	334,924	336,224	347,224	349,224	350,724
(2) 材 料 費		67,576	73,333	70,749	72,000	72,500	73,000	74,000
う ち 薬 品 費		37,946	43,045	40,485	41,000	41,500	42,000	43,000
(3) 経 費		87,388	117,129	137,514	137,000	137,000	137,000	137,000
う ち 委 託 料		46,441	69,812	82,036	82,000	82,000	82,000	82,000
(4) 減 価 償 却 費		60,440	78,282	85,530	85,000	85,000	85,000	72,000
(5) そ の 他		4,486	3,418	1,579	1,500	1,500	1,500	1,500
2. 医 業 外 費 用		34,552	30,141	25,553	26,100	25,600	25,200	24,800
(1) 支 払 利 息		4,599	4,166	3,538	3,100	2,600	2,200	1,800
(2) そ の 他		29,953	25,975	22,015	23,000	23,000	23,000	23,000
経 常 費 用 (B)		778,705	818,562	875,037	881,012	898,912	905,012	895,912
経 常 損 益 (A)-(B) (C)	-33,232	-23,718	-74,160	-50,012	-29,982	-14,860	2,568	
特 別 損 益	1. 特 別 利 益 (D)	0	527	0	0	0	0	0
	う ち 他 会 計 繰 入 金	0	0	0	0	0	0	0
	2. 特 別 損 失 (E)	0	0	0	0	0	0	0
	特 別 損 益 (D)-(E) (F)	0	527	0	0	0	0	0
純 損 益 (C)+(F)	-33,232	-23,191	-74,160	-50,012	-29,982	-14,860	2,568	
累 積 欠 損 金 (G)	370,720	393,911	468,071	518,083	548,065	562,925	560,357	
流 動 資 産 (ア)	842,982	852,459	802,459	794,781	798,321	823,061	853,000	
う ち 未 収 金	146,713	112,760	110,160	108,000	111,000	112,000	113,000	
流 動 負 債 (イ)	112,822	135,208	122,800	125,600	126,800	127,000	127,000	
う ち 一 時 借 入 金	0	0	0	0	0	0	0	
う ち 未 払 金	34,504	48,348	41,000	41,000	41,000	41,000	41,000	
翌 年 度 繰 越 財 源 (ウ)	0	0	0	0	0	0	0	
当 年 度 許 可 債 で 未 借 入 又 は 未 発 行 の 額 (イ)	0	0	0	0	0	0	0	
単 年 度 資 金 収 支 額	14,231	-12,909	-37,592	-10,478	2,340	24,540	29,939	
累 積 欠 損 金 比 率 $\frac{(G)}{a} \times 100$	58	60	70	74	74	74	71.8	
医 業 収 支 比 率 $\frac{a}{b} \times 100$	86.0	83.2	78.2	82.1	84.8	87.0	89.6	
修 正 医 業 収 支 比 率 $\times 100$	73.6	71.8	67.6	70.4	73.4	75.6	78.2	
健 全 化 法 施 行 令 第 17 条 に よ り 算 定 し た 事 業 の 規 模 (K)	639,968	656,302	664,662	702,000	740,630	765,552	780,780	

資本的収支

(単位：千円)

年度		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度
区分		(決算)	(決算)	(見込)	(見込)	(見込)	(見込)	(見込)
収入	1. 企業債	49,400	27,900	25,000	18,000	25,000	23,600	23,600
	2. 他会計負担金	70,825	48,763	47,690	37,000	43,900	42,500	37,800
	3. 国(県)補助金	46,370	6,612	2,750	3,850	0	2,750	2,750
	収入計 (a)	166,595	83,275	75,440	58,850	68,900	68,850	64,150
支出	1. 建設改良費	146,239	66,301	52,000	40,000	50,000	50,000	50,000
	2. 企業債償還金	43,596	47,795	54,610	50,300	52,480	47,270	31,220
	支出計 (B)	189,835	114,096	106,610	90,300	102,480	97,270	81,220
	差引不足額 (B)-(A) (C)	23,240	30,821	31,170	31,450	33,580	28,420	17,070
補てん財源	1. 損益勘定留保資金	9,965	24,794	26,443	27,814	29,035	23,875	12,525
	2. 利益剰余金処分量	0	0	0	0	0	0	0
	3. その他	13,275	6,027	4,727	3,636	4,545	4,545	4,545
	計 (D)	23,240	30,821	31,170	31,450	33,580	28,420	17,070
	企業債残高 (H)	307,350	287,455	257,845	225,545	198,065	174,395	166,775

一般会計からの繰入金の見通し

(単位：千円)

年度		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度
区分		(決算)	(決算)	(見込)	(見込)	(見込)	(見込)	(見込)
	(1) 一般会計負担金(医業)	92,532	90,313	90,313	100,450	100,000	100,000	100,000
	(2) 一般会計負担金(医業外)	85,426	89,932	87,371	91,000	91,000	91,000	91,000
	収益的収入	177,958	180,245	177,684	191,450	191,000	191,000	191,000
	資本的収入	70,825	48,763	47,690	37,000	43,900	42,500	37,800
	一般会計繰入金合計	248,783	229,008	225,374	228,450	234,900	233,500	228,800