

# 公立陶生病院組合経営強化プラン

(令和6年度～令和9年度)

令和6年3月

公立陶生病院組合

# 目 次

1	はじめに	1
2	経営強化プラン策定の背景	2
	(1) 病床利用率と患者数	2
	(2) 企業債償還金と減価償却費	4
	(3) 救急受入と患者動向	5
3	経営強化プラン	12
	(1) 役割・機能の最適化と連携の強化	12
	① 地域医療構想を踏まえた果たすべき役割及び機能	12
	② 地域包括ケアシステムにおける果たすべき役割	18
	③ 機能分化・連携強化	20
	④ 医療機能や医療の質、連携の強化等に係る数値目標	23
	⑤ 一般会計からの負担金	24
	⑥ 住民への理解	26
	(2) 医師・看護師等の確保と働き方改革	26
	① 医師・看護師等の確保	26
	② 臨床研修医の受入等を通じた若手医師の確保	27
	③ 医師の働き方改革への対応	28
	(3) 経営形態の見直し	29
	(4) 新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組	29
	① 対応組織	29
	② 他医療機関等との連携	30
	③ 病床確保	30
	④ 必要資材等	30
	⑤ ワクチン接種	30
	(5) 施設・設備の最適化	31
	① 施設・設備の適正管理	31
	② デジタル化への対応	31
	(6) 経営の効率化等	32
	① 経営指標に係る数値目標	32
	② 経常収支黒字化について	33
	③ 具体的な取組	34
	④ 収支計画	35
4	プランの検討と検証	36
	(1) 運営会	36
	(2) 構成三市との協議	36
	(3) 尾張東部地域医療連携推進協議会	37
	(4) 恒常的な意見募集	37
	(5) プランの改訂	37

## 1 はじめに

(1) 本書は、公立陶生病院組合が策定する公立陶生病院組合経営強化プランであり、内容の構成は、総務省が定める「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29日付け総財準第72号 総務省自治財政局長通知別表)(以下、「ガイドライン」という。)に基づき記載されています。

(2) 本プランの計画年次は、令和6(2024)年4月1日から令和10年3月31日までとします。

(3) 公立陶生病院の概要は次のとおりです。

設立年 昭和11(1936)年10月

設置者 公立陶生病院組合(地方自治法286条の規定による一部事務組合)

構成団体 瀬戸市、尾張旭市、長久手市

所在地 愛知県瀬戸市西追分町160番地

病床数 633床(一般病棟602床、結核病棟25床、感染症病棟6床)

診療科 30科(内科、脳神経内科、呼吸器・アレルギー疾患内科、消化器内科、循環器内科、腎臓内科、内分泌・代謝内科、血液・腫瘍内科、緩和ケア内科、化学療法内科、感染症内科、メンタルクリニック、小児科、外科、整形外科、形成外科、脳神経外科、呼吸器外科、心臓血管外科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科、歯科口腔外科、救急科、病理診断科)

指定 結核予防法指定医療機関、労災保険指定病院、生活保護法指定医療機関、更生医療指定医療機関、原爆被爆者指定医療機関、救急告示病院、性病予防法指定医療機関、基幹型臨床研修病院、母体保護法指定医療機関、第二種感染症指定医療機関、地域周産期母子医療センター、労災保険二次健診等給付医療機関、歯科医師臨床研修病院、地域がん診療連携拠点病院、肝疾患専門医療機関、地域中核災害拠点病院、地域医療支援病院、DMAT指定医療機関、救命救急センター

## 2 経営強化プラン策定の背景

この経営強化プランの要諦は、「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へき地医療・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」とするガイドラインの記述に端的に表されています。

このプランは、平成29年3月に策定した新公立陶生病院改革プランに替わるものとなりますが、策定に当たり、この間の当組合の運営環境に係る2つの大きな変化について述べることにします。

第1は、平成26年度西棟、平成30年度東棟という主要建物の竣工・稼働、さらに令和元年度の平面駐車場整備完了をもって一連のインフラ整備が完了したことに伴う病床数の減少と整備費等の企業債に係る財政負担の増大、第2は、新型コロナウイルス感染症の流行に伴う令和元年度末から現在に至るまで影響の続く患者動向の激変と救急医療に係る負担の増大です。

以下、病床数減少、財政負担増加、コロナ禍の患者動向と救急医療に係る負担増大の具体的な様相を述べていくことにします。

### (1) 病床利用率と患者数

当院の病床数は、平成30年度の東棟完成によりそれまでの701床から633床となりました。また、減床後の633床が一年間全面稼働した令和元年度の病床利用率は、その年度末にコロナ禍の影響が顕在化し、急速に鈍化したにも拘わらず、90%に迫るものでした。

表1 病床利用率

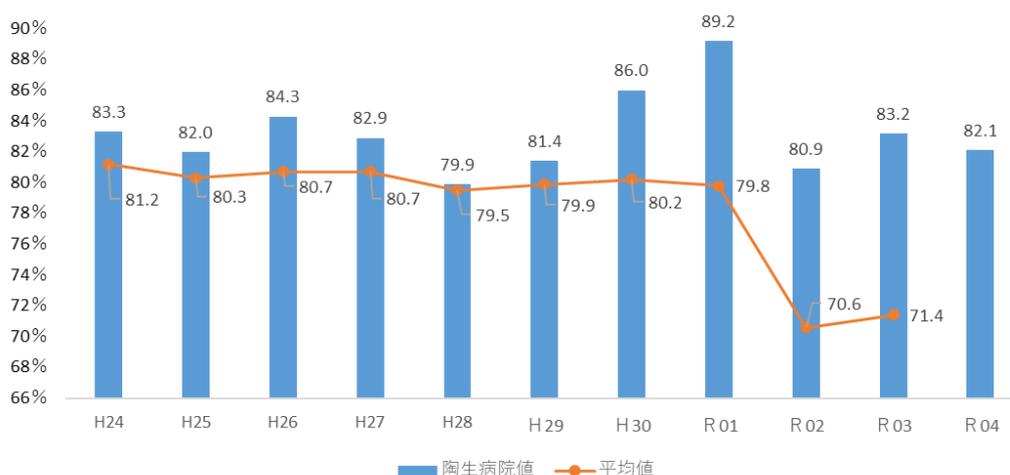


表1に示しているように、当院の病床利用率は、減床前の平成29年度までは80%前後を維持していましたが、減床後においてはコロナ禍下にあっても80%超を示しており、この利用率は、同規模病院（500床以上の公立病院（独立行政法人含む））の平均値（総務省『令和3年度地方公営企業年鑑』）を上回っており、その差は、減床後の令和元年に9.8ポイント、コロナ禍の令和2年度以降においては10ポイント以上となっており、当院が極めて高い利用率を維持していることが判ります。また、愛知県内の500床以上の公立7病院の平均値を見ると、令和元年度85.21%、2年度76.47%、3年度77.94%であり、いずれの年度も当院が5ポイント程度上回っています。（総務省「病院経営比較表（令和3年度）」）

表2 入院患者数推移

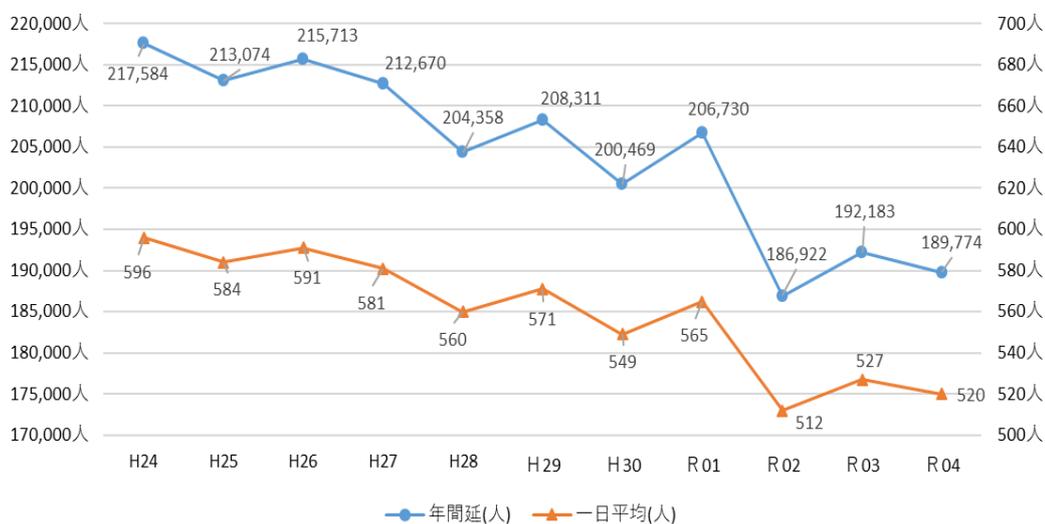
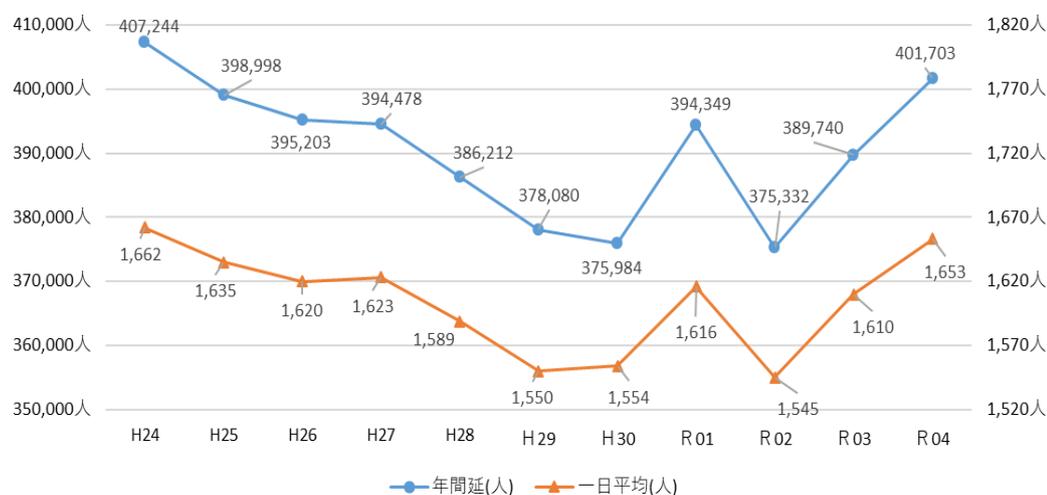


表3 外来患者数推移



次に、表1の減床後の利用率の上昇は、単に病床数(分母)が減少したことによるものではないことを、患者数の推移から見ておきます。

表2・3のとおり当院の入院、外来患者はいずれも平成30年度までは緩やかな減少傾向を辿っていましたが、減床した状態で全面稼働した令和元年度には一転して上昇しています。平成30年度は、新棟稼働に伴う病棟引越しの影響で減少があり、令和元年度に増加することは当然ともいえますが、令和元年度は、3月には新型コロナウイルスの影響により1日当たりの入院患者数が519人と激減しますが、2月までの患者数は1日当たり569人と伸長していました。

つまり、この年度から病床数が減少したにも拘わらず、患者数は平成29年度水準と同等で減少を見ていないものです。令和2年度以降の入院患者数については、コロナ禍により不安定化しますが、これは、コロナ禍最初期の令和2年度に特に顕著であった受診・健診控え、コロナ病床の確保による一般病床の減少や、入院患者のコロナ罹患により職員が濃厚接触者扱いとなることによる病棟使用制限が起こるなどの要因により一般傷病の患者数が減少したものです。しかしながら、この間においても、病床利用率は80%を超えています。

一般傷病の受入れを制限してコロナ病床の確保を求める国通知が発出されるなか、第2種感染症指定医療機関としてコロナ患者、コロナ疑い患者を積極的に受け入れる一方で、病気はコロナだけではないとの認識のもと一般傷病についても可能な限り受入れを続け、特に構成三市の住民については「断らない救急」を限界まで続けてきました。

以上のように、当院の病床数633は、全面稼働した年において、高い利用率を示しており、コロナ禍下においても利用率の落ち込みは全国同規模病院平均と比較して緩やかなものでした。この患者数や利用率のデータからすれば、当院の現在の病床数は、妥当性が高いものであり、インフラ整備を経てより効率的な運営が可能となったといえます。

なお、コロナ禍が社会に未曾有の恐怖を与えるなか、病院職員(特に看護師)は、病院勤務であることを理由に偏見にさらされ、私生活において家族まで差別的な対応を受けるなど、厳しい状況にあってなお、患者を受け入れ続け、医療を支え続けたことをコロナ禍の一側面としてここに記しておきます。

## (2) 企業債償還金と減価償却費

西棟及び東棟の建設とそれに伴う大型医療機器等の整備、さらに東棟竣工時には電子カルテシステムの更新が重なり、財政運営上では次のような負担が生じています。

まず、各年度末時点での企業債残高は、表4のように平成25年度に約134億円(13,452,008千円)であったものが、平成29年度には270億円(27,010,930千円)と倍増しました。近年における債務残高のピークは平成30年度の276億円(27,657,840千円)

ですが、その内、返済期間が5年を超える長期債務は約236億円(23,611,910千円)と、西棟、東棟の建設費により多額の債務残高を有するに至りました。

このことは、取りも直さず長期企業債による毎年の償還金金額の基礎額が底上げされ、高額な機器更新等が生じた場合、返済額が短期的に急増し、財政運営の硬直化を招くことを意味しています。

表4 年度末償還金残高推移

平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
13,452,008	12,796,409	11,244,970	13,586,107	27,010,930
平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
27,657,840	26,920,514	25,520,829	24,033,635	22,097,009

(単位：千円)

表5 減価償却費推移

平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
1,146,159	2,007,682	2,007,368	1,772,278	1,724,478
平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
2,985,665	2,642,941	2,284,630	2,259,029	2,279,400

(単位：千円)

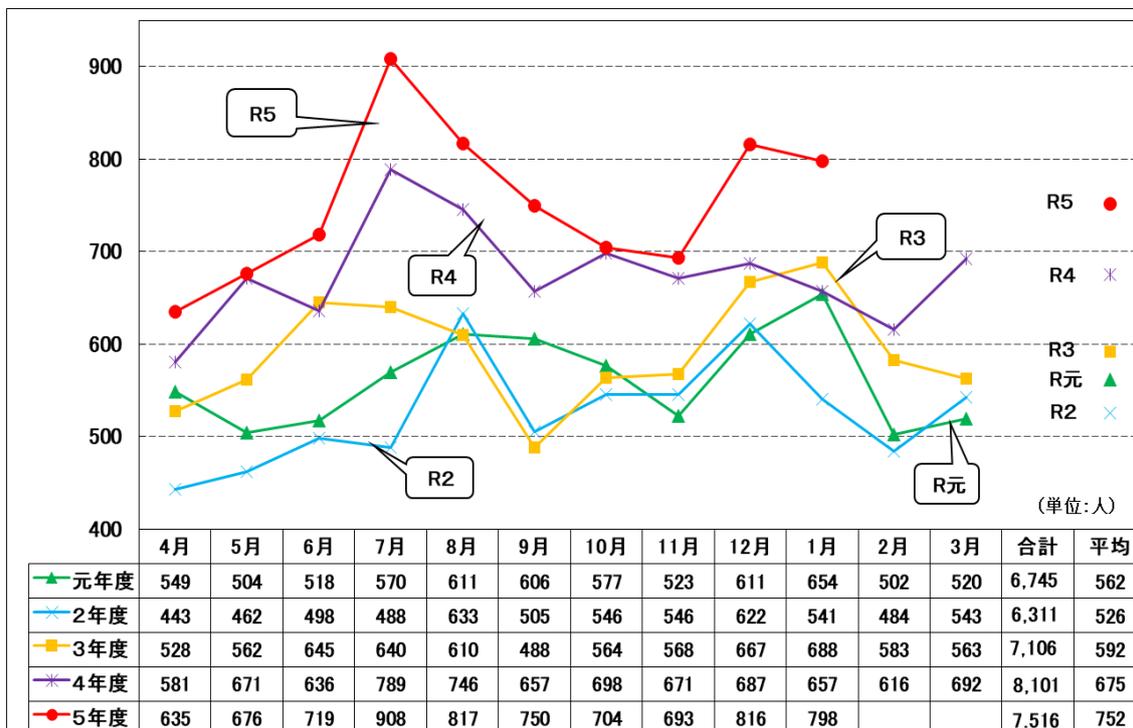
さらに、この高額な設備投資を医業収支の面から見ると、減価償却費に大きな影響を及ぼすこととなっています。減価償却費の推移は、表5のとおり平成30年度は平成25年度の約3倍の額となり、令和2年度からほぼ横ばいとなっています。企業債残高同様、減価償却の額が高い水準となり、これは医業収支を悪化させるものですが、特に本プランの計画期間内の令和8年度には次期電子カルテシステムの更新が予定されていることから、減価償却費は急増せざるを得ず、本プランにおける財政計画に大きく影響しています。

### (3) 救急受入と患者動向

コロナ禍において顕著な変化を見せたのは、救急車搬送の受入人数です。表6は令和元年度からの人数推移を月別に表したのですが、令和2年度には救急搬送においても受診離れが認められた状況であったのに対し、令和3年度以降急増し、コロナ禍前を大きく上回っていることが見て取れます。

この増加は、周辺自治体の救急車出動台数と相関することが予想できることから、表7において当院の救急車受入台数と周辺自治体の救急車出動台数の変化をコロナ禍前の令和元年から4年(最新公表値)まで記しています。

表6 公立陶生病院救急車搬送患者数の推移（年度(4～3月)ベース）



この表からは、令和元年に比べ、いずれの自治体も令和3年までは、元年の台数に届かず、4年に急増するという共通の変化を見せています。しかしながら、当院の受入台数は2年に元年より落ち込むものの3年には既に元年実績を上回り、4年はさらに急増するという周辺自治体の救急車出動台数の傾向とは、やや異なる推移となっています。

この推移を際立たせるため、それぞれの台数について平成30年をと1とした指数として表8を示しています。この表では、当院の救急車受入台数の伸び率が、コロナ禍の期間を通じて周辺自治体の救急車出動台数の伸び率を上回っていたことが明らかとなっています。

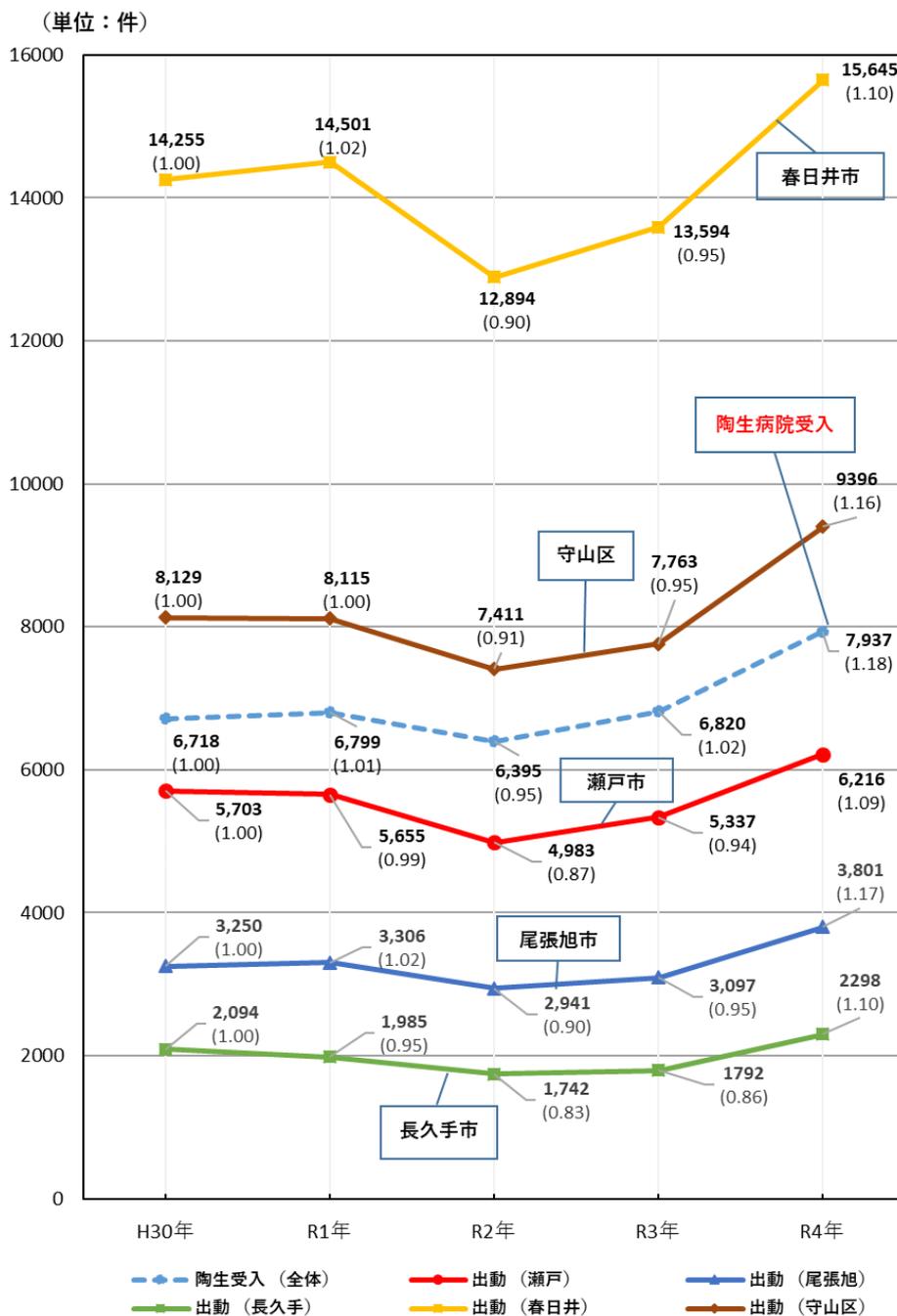
すなわち、当院の救急車受入台数と周辺自治体の救急車出動台数の比が不変であれば、両者の指数の伸びに乖離はできない筈ですが、当院の受入指数のみ他を凌駕するような伸びを示している事実は、令和2年からの3年間において、救急車出動の急増に他の病院が対応できず、オーバーフローした台数を当院が引き受けていたことを示していると考えられるものです。

これは、尾張東部医療圏唯一の公立病院として、断らない救急を掲げ、それを実践してきたことにより患者受入の比重が高まったものであり、当院の地域医療、救急医療に対する取組み姿勢が如実に表れているデータといえます。

これと併せて、(1)で述べたコロナ禍下において病床利用率が類似病院平均より高く保たれていた事実は、当院がコロナ専用病床を確保しながら、そのための休止病床や

空床を極小に保ち、一般傷病患者をも可能な限り受け入れてきたことを端的に表しているといえます。

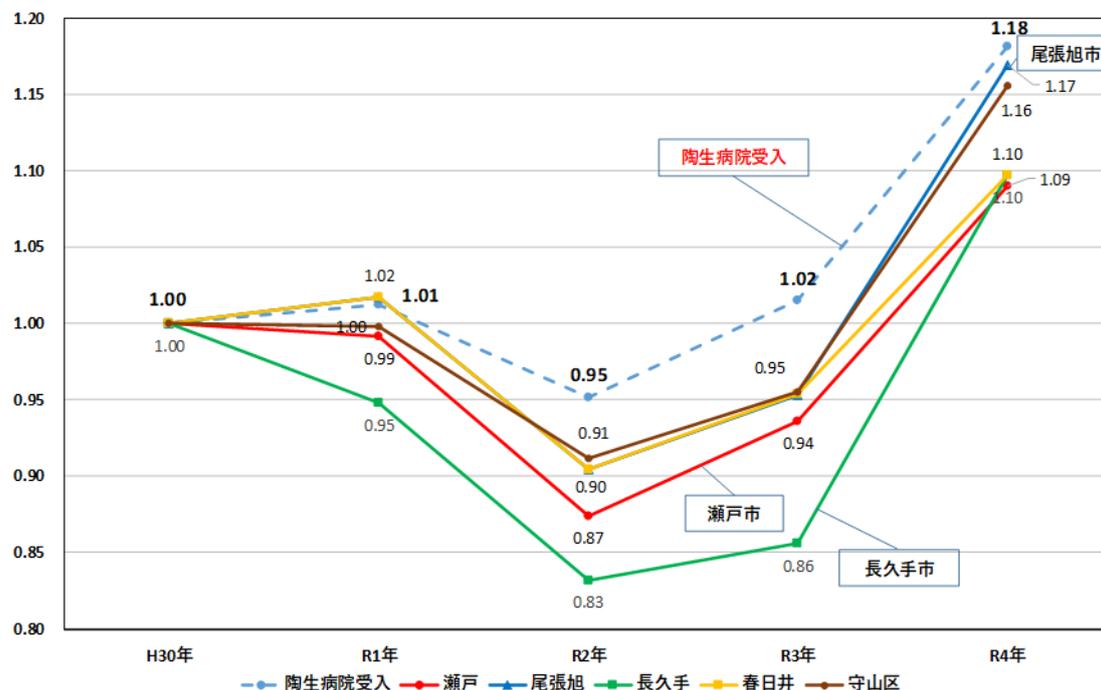
表7 各自治体救急車出動台数・病院受入台数(暦年(1~12月)ベース)



注1：カッコ内数字はH30年を1とした指数

注2：表7は、自治体消防統計が暦年計のため当院データも暦年計データを掲出しており、表6のデータが年度計であることから、両表の数字は一致しません。

表8 各自治体救急車出動台数・病院受入台数（指数）



病床利用という観点からもう少し具体的に見ると、当院の合計病床数は633床ですが、表9「通常稼働期」欄のように合計633床の内一般病床と位置付けられる病床が602床、さらにこの内、ICU等の個別性の高い病床を除いた病床数が533床（表9「内数を除く」欄）であり、この533床が、患者の受入れにおいて、診療科により区分される病棟を超えた病床運用（ベッドコントロール）を行うことのできる病床数となります。

表9 コロナ禍に対応した病床運営

病床区分	通常稼働期	コロナ対応期 *1
一般	602	562
内 ICU	8	7
ERICU	12	8
ER	8	8
NICU	6	6
GCU	9	9
産科	26	26
内数除く	533	498 *2
結核	25	25
感染(西棟)	6	0
COVID-19	-	27 *2
内 ERICU	-	4
合計	633	614

\*1：令和3年7月期の状況

\*2：一般 55床 → COVID-19 27床（多床室の個室運用等により▲13床）

この533床が、コロナ専用病床確保後においては、表のとおり498床に縮小したものの、可能な限り患者受入を行うためのベッドコントロールを行い、入院患者のコロナ発症等により断続的な病棟閉鎖に見舞われる中で、80%以上の病床利用率を維持してきました。

また、令和5年5月に新型コロナウイルス感染症の感染法上の位置づけが5類に移行した後においても、隔離のための専用病床を確保し、流行の波を繰り返すコロナ患者の対応を行っているため、表中の「内数を除く」の数字は通常稼働期より減少した状態が続いているところです。

なお、コロナ禍における病院経営を支援するものとして創設された専用病床確保に係る国庫補助制度においては、休止病床・空床に対する補償に比重が置かれていたため、本院が積極的に患者を受け入れ休止病床・空床を極小化することは、補助額が相対的に低くなることを意味していました。こうした補助制度の不備については早期に承知していたところですが、本院は、公立病院として可能な限り患者受入を行うことを使命としてコロナ禍に対応してきたところです。

この受入状況については、尾張東部医療圏の一次救急について「瀬戸市・尾張旭市の平日夜間・休日夜間についてと豊明市・日進市・長久手市・東郷町の平日夜間・休日夜間についても、救急体制を整備する必要があります」（尾張東部医療圏保健医療計画）と指摘されている状況も影響している可能性があります。

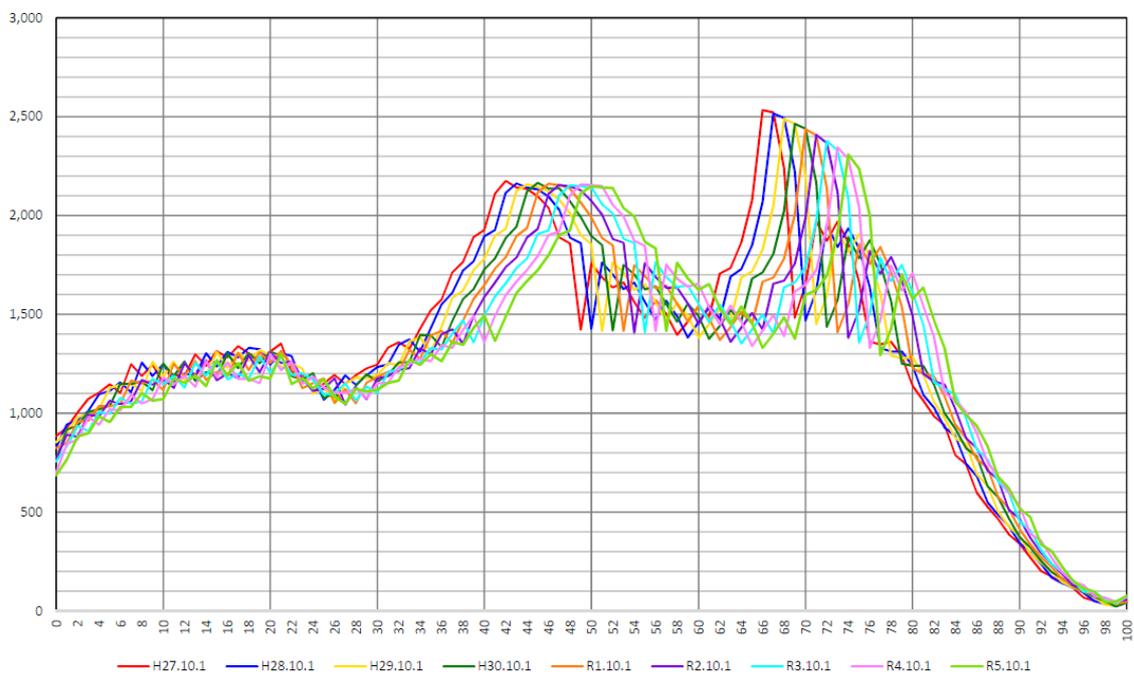
さらに「高齢者の搬送割合の中でも、特に75歳から84歳、85歳以上の割合が増加傾向にあり」「高齢者の人口増加に伴い、高齢者の救急搬送人員が増加し、中でも軽症・中等症が増加している」（第11回第8次医療計画等に関する検討会（令和5年7月）資料1「5疾病・5事業について（その2；5事業について）」）との指摘があることを考え合わせると、東部医療圏の中で全国平均を上回る高齢化率となっている瀬戸市に位置する本院固有の問題としても捉えていく必要があると考えられます。

次頁に、今後の高齢者人口の動向を見るうえでの基礎的資料として、本院構成三市の平成27年から令和5年までの年齢別人口の推移データを表10として掲出します。3表を比較すると構成三市の人口ボリュームゾーン（団塊世代・団塊ジュニア世代）の実数とその差異が明瞭となります。

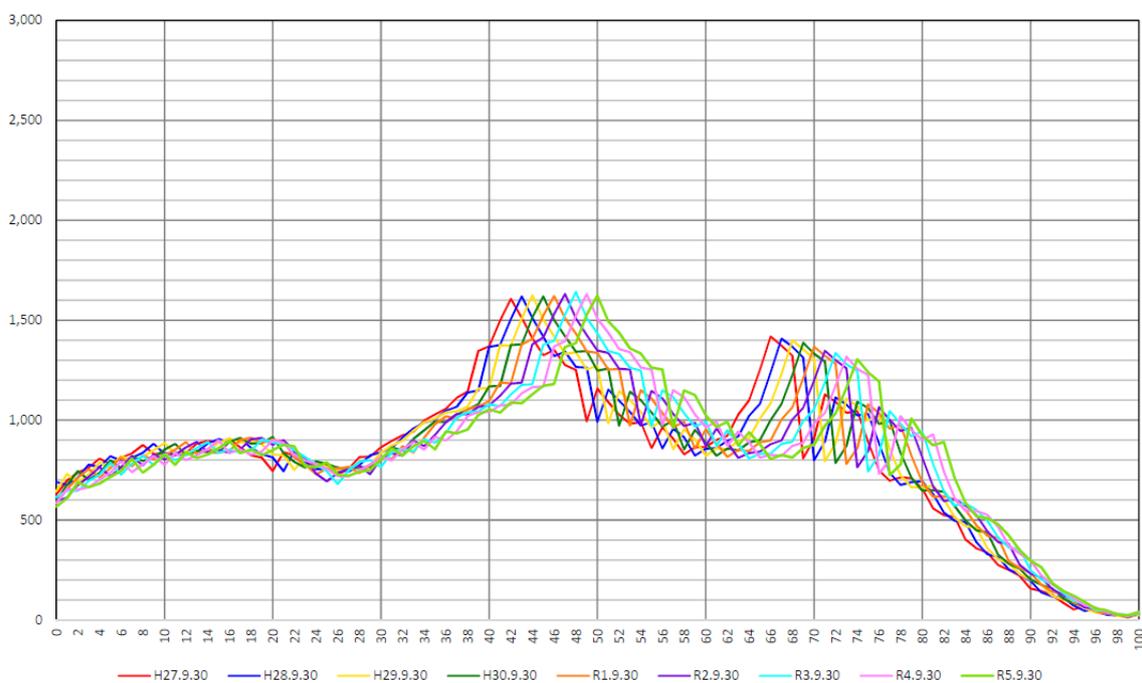
以上、コロナ禍における救急車受入、入院患者の状況について述べました。コロナ禍の公立病院の役割については、ガイドラインにおいて「積極的な病床確保と入院患者の受入れをはじめ、発熱外来の設置やPCR検査、ワクチン接種等で中核的な役割を果たしているところであり、感染症拡大時に公立病院の果たす役割の重要性が改めて認識された」と記しているところですが、これに加えて、感染拡大期においては、一般傷病の救急車激増とその受入対応という面についても本院が大きな役割を果たしたのであり、今後も負っていくべき役割といえます。

表10 構成三市年齢別人口の推移

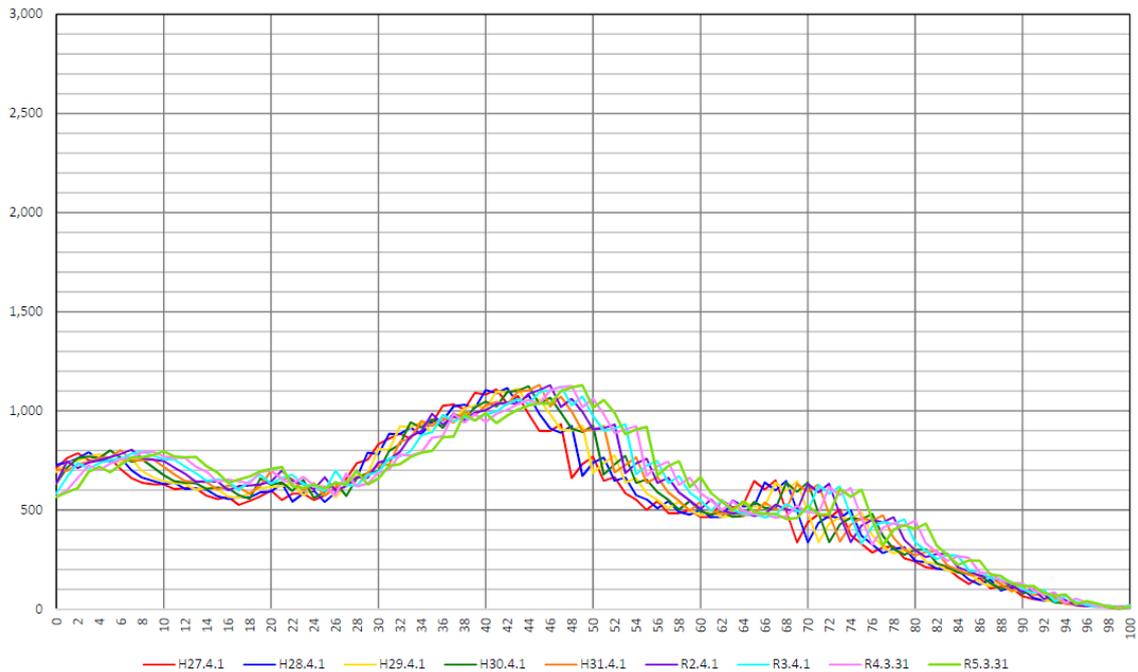
年齢別人口の推移【瀬戸市】



年齢別人口の推移【尾張旭市】



年齢別人口の推移【長久手市】



最後に、外来患者の動向についてみると、表3のとおり、令和元年度にはそれまでの下落傾向から回復した患者数が、令和2年度には受診控えにより激減しますが、3年度以降は、コロナ罹患者の増加に比例して増加し、第7波、第8波という感染ピークがあった4年度においては急増しました。特に、第7波では8月中旬の盆休み期間に重なったことから、コロナ感染者や感染疑いの患者が当院に集中しました。この事態は事前に予想されたため、新設なった平面駐車場を利用したドライブスルー外来を開設し、通常外来では対応不可能な人数の診療を行いました。

コロナ禍での外来患者の動向は、人数のうえでは、入院患者動向とは対照的な状況とも言えますが、令和2年度を底に令和3、4年度と増加し令和元年度を上回る水準に達したものの、令和5年度には、一転大きく減少しています。また、入院患者についても、令和2年度を底に令和3年度はわずかに増加しましたが令和4年度に再び減少し、令和5年度はさらに減少しています。

プランの策定に当たり、財政計画において収益を見込む際の基礎となる患者動向の予測が、外来、入院いずれも非常に難しい状況となっているものです。

### 3 経営強化プラン

#### (1) 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果たすべき役割及び機能

公立陶生病院は、尾張東部医療圏唯一の公立病院であり、救命救急センター、地域中核災害拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域周産期母子医療センター、第二種感染症指定医療機関、結核予防法指定医療機関、地域医療支援病院等に指定されており、当地域の中核病院に位置づけられています。

当院では、地域医療計画で位置付けられている5疾病（がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患）及びへき地の医療を除く6事業（救急医療、災害時における医療、新興感染症発生・まん延時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療（小児救急医療を含む。))を中心とした医療を提供し、別けても採算性の面から民間医療機関では困難な救急・災害・感染症・小児・周産期の分野について当圏域の最後の砦としてその責を果たしています。同時に、在宅医療についても関連機関との連携はもとより、自ら訪問看護・診療でのケアを積極的、継続的に取り組んでいます。

さらに、医療圏内唯一の公立病院として高齢化社会に対応するため、上の5疾病と共に介護原因の上位に位置する認知症や筋・骨格系疾患、肺疾患等に対し総合的な医療を提供する急性期病院として、現在30の診療科を有し、地域の健康と命を守っています。

また、地域医療支援病院として周辺地域の医療機関と密接な連携のもと安定的な紹介、逆紹介の関係を維持しており、今般の新型コロナウイルス感染症に対しては、感染流行期を重ねる度に罹患者数が飛躍的に増加してきた状況に機動的に対応し、地域の医療機関、介護施設等に対し初期段階から様々な情報提供、支援を行い、クラスター発生時には現場に出向いての直接支援も行ってきました。

コロナ禍において顕著となったのは、当院のような急性期病院と回復期・慢性期の病院、診療所との役割分担、連携を構築していることが、いかに重要かという点であり、当院はこの課題についても次項以降で述べるように注力しているところです。

なお、尾張東部医療圏には、当院のほかに2つの大学病院が存在しますが、前項(3)で述べたコロナ禍において顕在化した当院の役割は、今後も公立病院として継続していくべきものであり、それは高度急性期を中心とする大学病院とは異なるものといえます。

尾張東部医療圏の一部自治体では人口減少が既に始まっているものの、以下に述べるように、今次プランでは、現在の規模・役割を大きく変えることなく持続的な運営を目指していくことが責務であると考えています。

#### ア 病床数

平成28（2016）年版愛知県地域医療構想において、当医療圏の総人口は、表11のように平成25年比で令和7（2025）年には微増し、令和22年には微減するものの、65歳以上人口は増加していくと予想され、必要病床数については、表12のように、高度急性期が過剰、急性期・回復期が不足すると推計されており、医療需要としては、令和7年に向けて入院医療需要が高まるとされています。

表11 人口推移推計 ※（ ）は平成25年を1とした場合の各年の指数

区分	総人口			65歳以上人口			75歳以上人口		
	平成25年	令和7年	令和22年	平成25年	令和7年	令和22年	平成25年	令和7年	令和22年
県	7,434,996 (1.00)	7,348,135 (0.99)	6,855,632 (0.92)	1,647,063 (1.00)	1,943,329 (1.18)	2,219,223 (1.35)	741,801 (1.00)	1,165,990 (1.57)	1,203,230 (1.62)
尾張東部	467,403 (1.00)	474,542 (1.02)	456,764 (0.98)	101,208 (1.00)	120,027 (1.19)	143,965 (1.42)	43,333 (1.00)	73,343 (1.69)	75,993 (1.75)

（愛知県地域医療構想）

表12 尾張東部医療圏必要病床数

構想区域	区分	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
尾張東部	令和7年の必要病床数①	799	2,309	1,374	786	5,268
	平成27年病床機能報告	1,982	1,500	142	791	4,415
	平成27年の病床数②	2,111	1,597	151	842	4,701
	差引（①－②）	△1,312	712	1,223	△56	567

（愛知県地域医療構想）

当院の現在の病床数633床については、令和4年度第2回尾張東部構想区域地域医療構想推進委員会における「尾張東部構想区域における具体的対応方針（公的病院等の2025年において担う役割の方針及び病床数の方針）」において変更の必要がないことが示されています。しかし、この医療構想の根本は、平成28年版愛知県地域医療構想であり、そこでの必要病床予測（表12）の基礎となる人口推計（表11）は、平成25年版「日本の地域別将来推計人口」（国立社会保障・人口問題研究所）に依拠しており、この推計から既に10年が経過しています。

そのため、愛知県地域医療構想の医療需要予測の前提となる推計人口について、大きな変動がないかどうか確認するため、最新の令和5年版と平成25年版の予測値を比較してみます（表13）。

当院の属する尾張東部医療圏の5市1町における両予測の比較からは、平成25年版で人口減少が予想された自治体については、若干減少幅が小さくなっているものの概ね一致した数字となっていることから、現行の愛知県地域医療構想の予測に大きな変動を見る必要はないと言えます。

既述のとおり当院は、平成30年に病床数を701床から633床に減床を行っています。

その理由は、平成29年の新改革プランに記してあるとおり、平均在院日数の短縮

や病床利用率の向上などの取り組み等を考慮し、現在の患者数への対応とともに将来的な入院医療需要の漸減にも対応可能な病床数とするためでした。

表 13 人口推計（令和 5 年版予測値の内、令和 2 年値は確定値）

	平成25年 推計A	増減率 B/A	令和 5 年 推計B	平成25年 推計C	増減率 D/C	令和 5 年 推計D
	総計			65歳以上(再掲)		
瀬戸市						
令和2年	128,223	0.997	127,792	37,990	1.014	38,520
令和7年	124,326	1.001	124,437	37,741	1.026	38,705
令和12年	119,601	1.005	120,231	37,598	1.031	38,751
令和17年	114,394	1.011	115,640	37,845	1.039	39,314
令和22年	109,092	1.017	110,977	39,135	1.049	41,057
尾張旭市						
令和2年	82,645	1.006	83,144	21,852	0.993	21,700
令和7年	81,984	1.010	82,779	22,455	0.983	22,084
令和12年	80,750	1.013	81,834	23,276	0.984	22,914
令和17年	79,046	1.017	80,411	24,520	0.989	24,252
令和22年	77,053	1.022	78,735	26,549	1.002	26,596
長久手市						
令和2年	58,027	1.037	60,162	10,193	1.013	10,322
令和7年	60,020	1.047	62,845	11,128	1.026	11,418
令和12年	61,594	1.046	64,419	12,535	1.016	12,732
令和17年	62,781	1.040	65,305	14,405	1.000	14,400
令和22年	63,553	1.031	65,503	16,986	0.974	16,552
豊明市						
令和2年	70,100	0.989	69,295	18,552	0.985	18,271
令和7年	69,163	0.988	68,351	18,767	0.977	18,334
令和12年	67,727	0.986	66,786	19,203	0.970	18,630
令和17年	65,946	0.988	65,130	20,165	0.962	19,391
令和22年	63,951	0.991	63,403	21,560	0.954	20,577
日進市						
令和2年	91,881	0.996	91,520	18,867	1.014	19,124
令和7年	94,079	0.994	93,550	19,736	1.026	20,240
令和12年	95,797	0.987	94,548	21,300	1.028	21,898
令和17年	97,126	0.976	94,783	23,703	1.018	24,124
令和22年	98,111	0.962	94,354	26,781	1.006	26,931
東郷町						
令和2年	44,463	0.987	43,903	10,031	1.032	10,351
令和7年	44,970	0.981	44,136	10,200	1.041	10,615
令和12年	45,173	0.970	43,811	10,537	1.041	10,974
令和17年	45,150	0.959	43,284	11,525	1.029	11,856
令和22年	45,004	0.947	42,633	12,943	1.011	13,087

(推計欄 A~D 単位：人)

以上から、現状において明らかにされている人口動態や先に述べた当院の病床利用率、そして何よりも本稿冒頭で述べたように、6事業に代表される不採算医療

に果たす役割と高齢者医療への対応を考えれば、当面は現在と同程度の患者数に対応可能な病床数を維持していく必要があると考えられることから、本プラン期間内において病床数は基本的に以下の体制を維持していくこととします。

- ・病床総数 633床
- ・病床区分 一般床602床（旧棟から49床減以下同じ。）  
結核病床25床（19床減）  
感染症病床6床（増減なし）
- ・一般病床機能内訳  
高度急性期43床（増減なし）  
急性期559床（49床減）
- ・高度急性期病床内訳  
ICU（集中治療室）8床  
ERICU（救急部集中治療室）12床  
ER（救急処置室）8床  
NICU（新生児集中治療室）6床  
GCU（新生児回復室）9床

ただし、高度急性期病床については、その種別ごとに稼働率の高低が存し、必要となる職員数が決まることから、これらについては、求められる役割と稼働状況を見ながら合理的な病床数の検討を行っていくこととします。

また、新改革プランでも触れられているとおり、最も新しく建設した東棟一般病床においては、地域医療構想において、当院の機能について大幅な変更を行う必要性に迫られた場合に備え、2病棟が急性期以外にも転換可能な設計となっています。

## イ 5疾病6事業について

へき地の医療を除く5疾病6事業について当院の取組を述べます。

### (ア) がん

地域がん診療連携拠点病院の指定を受けており、がん診療部、化学療法センター、がん相談支援センター、緩和ケアセンターを設置し、手術、化学療法、放射線治療等のがん診療を提供しています。

同時に、様々ながんの療養に伴い生じる種々の問題に対応するがん相談や化学療法を受ける患者の支援、がんに伴う苦痛をやわらげるための緩和ケアなどの体制を整えています。地域の医療機関との連携も重視し、地域連携がん診療クリニックパスの積極的使用を推進し、緩和ケアについても、地域医療機関との連

携による緩和ケア継続を図り、がんに罹患しても住み慣れた地域で自分らしい生活を最後まで続けられるよう支援を行っています。さらに、院内での活動に留まらず、出張がん教育、出張がん相談を実施しています。

また、当院は、ゲノム医療連携病院に指定されており、がんゲノムセンターを中心に、近年注目されている先進的がん治療であるがんゲノム治療の提供も行っていきます。

#### (イ) 脳卒中・心筋梗塞等の心血管疾患

救命救急センターとして24時間365日、脳血管領域、循環器系領域の急性期治療に対応しています。

脳血管領域では、令和元年に一次脳卒中センターの認定を受け診療体制を充実させ、地域との連携には脳卒中地域連携クリニカルパスを用い、当院から回復期リハビリテーション病院や地域包括ケア病棟などへのスムーズな連携を可能としています。

循環器系領域では、いち早く循環器内科direct callを設置し、地域の医療機関との連携のもと、心臓病発症から治療までの時間を短縮し、患者の予後改善につながる体制作りに取り組んできました。虚血性心疾患（狭心症・心筋梗塞）に対するカテーテル治療は、最先端治療を常に取り入れ、低侵襲医療を提供しています。また、平成16（2004）年から不整脈に対するカテーテルアブレーションを始め、最新の不整脈治療を提供しています。高齢化に伴い増加している心不全診療においても、令和2年から医師（循環器内科、心臓血管外科、腎臓内科、緩和ケア内科、メンタルクリニック）・看護師・薬剤師・管理栄養士・理学療法士・医療ソーシャルワーカーを構成員とした多職種による心不全委員会を立ち上げ、チーム医療による院内の患者サポート体制を整備しました。さらに、心不全連携パスを用い、地域の医療機関と一体となって患者サポートを行う体制構築を進めています。

#### (ウ) 糖尿病

内分泌・代謝内科内に糖尿病センターを設置し、代謝内科医師・看護師・薬剤師・管理栄養士・理学療法士・臨床検査技師の多職種によるチーム医療により治療を行う体制をとり、さらに外来糖尿病患者が療養行動を行う上で生じた疑問に答える、糖尿病看護師外来を併設し、日常生活の中で療養をサポートしています。

また、糖尿病性腎症を始め合併症の重症化予防のため、糖尿病地域連携クリニカルパスによる地域医療機関との連携はもとより自治体（保険者）と医療機関が協力した連携体制の構築を進めています。

(エ) 精神疾患

精神疾患については外来診療を行うと共に、入院患者の精神的問題について積極的に治療を行っています。また、緩和ケアチームの一員としてがん患者に対するメンタルケアにも携わっており、今後も必要とされる分野に積極的な役割を果たしていくこととしています。

(オ) 救急医療

平成26年に救命救急センターの指定を受け3次救急として24時間体制で高度な医療を総合的に提供しています。また、ドクターカー運用を行っており、病院到着前に医師と看護師が早期に診療を開始することができる体制をとっています。

冒頭に記したように、コロナ禍における救急車受入台数の増加は、周辺地域の救急車出動台数の伸びよりも高い水準で推移し、これに対応すべく病院全体でこれを支える体制をとってきました。今後も救急医療については、尾張東部医療圏唯一の公立病院として持続的な運営を行っていく必要がありますが、近年の受入台数の急激な増加は、受入れ体制を崩壊させかねない深刻な問題であることから、多方面からの検討が必要となっています。

(カ) 災害時における医療

平成21年に地域中核災害拠点病院に指定され、平成24年にはDMAT指定医療機関に指定されており、災害時には重症患者の受入れ、DMATの派遣、地域医療機関への応急用医療資材の貸出し等の医療救護活動を中心的に行います。

また、災害医療対策チームを編成しており、有事の際に地域の基幹病院として役立つよう、大規模災害を想定した訓練の企画・運営や、被災地域に医療支援を行うDMATチームの支援などを行っています。

(キ) 新興感染症発生・まん延時における医療

平成12年に第二種感染症指定医療機関の指定を受けており、二類感染症、新型インフルエンザ等感染症の患者の入院を担当する医療機関として6床の感染症専用病床を有しています。今般のコロナ禍により、感染症が蔓延した場合には、病床数や人員さらに防護具の確保はもとより、感染症に対する対処の啓発、医療機関、施設との役割分担、連携の必要性が重要であることが明らかになりました。本院の体制等については、後述する(4)感染拡大時等に備えた平時からの取組で記述することとします。

### (ク) 周産期医療及び小児医療（小児救急医療）

平成13年には地域周産期母子医療センターの指定を受け、周産期母子センターおよび新生児センターを設立しました。産科部門では切迫早産、多胎妊娠、妊娠高血圧症候群等のハイリスク妊婦の受入や緊急母体搬送を受けており、新生児部門では、超低出生体重児や新生児仮死等のハイリスク新生児の治療を行っており、重症新生児のお迎え搬送も行っています。また、愛知県周産期医療協議会の周産期医療情報ネットワークシステムに参加し、診療や研修等のあらゆる面で他施設と連携しています。

小児医療は、感染症、アレルギー疾患、新生児疾患、神経疾患、循環器疾患、内分泌疾患、神経発達症等幅広い小児疾患に対応しており、令和4年には子どものこころセンターを設置し、子どものこころの診療や発達支援に重点をおいた診療体制も整えてきました。さらに令和6年には、小児外科外来も開設し、鼠径ヘルニア等の手術を開始していく予定です。今後も周産期・小児医療の充実を通じた地域の発展、子育てに寄与していきます。

## ② 地域包括ケアシステムにおける果たすべき役割

地域包括ケアシステムは、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・サービスを提供していく体制を指称しています。

当院は、このシステムの上では、尾張東部医療圏唯一の公立病院として高度急性期、急性期の医療機能を担っており、退院後に地域での生活が可能となることを目指す医療、看護を行っているところであり、さらに入院生活の前後において患者が不安のない生活を送れるよう次のような特色ある支援を実施しています。

### ア 患者支援センター

平成29年の新改革プランにおいて構想を示していた、地域連携および患者サービスの総合部門として患者支援センターを平成30年に設立しました。

本センターは、ワンストップサービスをめざし、当院と地域の医療施設や在宅で過ごしている患者をシームレスにつなぎ、患者の意向に寄り添い、入院前・入院中・退院後を通じてマネジメントするPFM（Patient Flow Management）を導入し、運営に当たっては、看護局の管理下で病床管理師長がPFMをコントロールしています。

本センターは、6室（入退院支援室、病床管理室、医療ソーシャルワーク室、臨床心理室、在宅医療室、地域医療連携室）を傘下に置き、相互に緊密な連携のもと、看護師・薬剤師・管理栄養士・医療ソーシャルワーカー・臨床工学技士など多職種のスタッフを配置して支援を行っています。

この体制により、入院治療に関わる準備や支援、各種相談を行い、入院前からケアマネージャーと連携するなどして在宅療養への準備態勢を整え“いつもの暮らし”を守るという地域包括ケアシステムの理念を具体的に実践する組織として機能しています。

また、退院に際しては、病棟看護師を中心として必要に応じて退院前訪問や退院後訪問、電話訪問を実施、また退院調整看護師が中心となって地域の医療機関や介護施設等との連携をとって退院後の生活が円滑に始められるよう支援を行っています。

次に、就労支援については、令和5年4月から新たに患者支援センターに専従の医療ソーシャルワーカーを配置して対応を行うと共に、社会保険労務士を月1回配置して、がん患者はもとより他疾患の患者についても支援を行っています。

今後は、緊急入院患者についても、早期の支援体制を整えるなど一層の充実を図っていく予定です。

#### イ 訪問看護・訪問診療

在宅医療室の訪問看護認定看護師を中心として、人工呼吸器装着等の高度医療必要者や神経難病など主治医と密接な連携が求められる方や服薬等についてセルフケア能力の低下した方を対象として訪問看護を行い、地域の訪問看護ステーションと連携、協働のうえ、在宅での療養支援を行っています。また、多職種で編成された在宅医療支援チーム（HST）を設置しており、急性期から慢性期、在宅まで「切れ目のない医療」の実現をめざしています。

当院の訪問看護は、昭和54（1979）年から始まりましたが、表14のように近年は年間延べ5,000件を超える訪問を行っており、退院後の円滑な在宅療養ができるよう持続的な事業展開を行ってきました。今後は、急性期症状が落ち着き在宅療養へ移行する際のスムーズな在宅療養を支える在宅移行支援のさらなる充実が必要になります。

また、地域の医療機関において管理が困難と判断されるケースについては訪問診療を同時に行っており、年間延べ100件前後の訪問を行っているところです。

表14 訪問看護延べ件数

令和5年度は見込み

	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	令和4年度	令和5年度
件数	3,413	4,377	5,118	5,363	4,963	5,079	4,789

#### ウ 在宅医療介護関連機関との連携

瀬戸市、尾張旭市の在宅医療介護の関係団体で構成される瀬戸旭在宅医療介護連携推進協議会の構成員であり、同協議会が運営する「瀬戸旭もーやっこネットワ

ーク」に参画し、長久手市医療・介護・福祉ネットワーク連絡協議会の運営する「愛・ながくて夢ネット」に地域中核病院として参加し、瀬戸市・尾張旭市・長久手市内の医療・介護・福祉等の在宅医療施設間の効率的な情報連携を図っているところであり、今後も積極的な連携を行っていきます。

#### エ 介護保険制度への橋渡し

令和4年度から福祉相談看護師を新たに配置し、来院者を対象とした介護保険に係る相談窓口を設けています。この窓口では、来院者が現在又は将来において、本人や家族が抱える介護に対する疑問や不安について整理し、円滑に地域包括センター、自治体窓口へと出向くことができるよう支援を行っています。

### ③ 機能分化・連携強化

上記①で記したように、当院は現在の役割を果たしていくことが責務であり、従来から以下に述べる機能分化、連携強化の取組を行っています。

#### ア 地域医療機関との連携

平成元（1989）年に登録医制を導入、病診連携システム運営協議会を立ち上げ、平成23年、地域医療支援病院として承認され、定期的な地域医療支援委員会及び研修委員会の開催を行っています。

地域の医療機関との連携に係る業務は地域医療連携室が中心となって担っており、地域医療機関から依頼のある診療・検査予約の受付や地域医療連携広報紙の配布、返書管理、受診報告書・経過報告書の送付などを通して連携を推進しており、紹介・逆紹介については、表15のような実績となっており、紹介件数についてはコロナ禍においては減少していたものの、回復傾向が顕著となっています。今後は、紹介された患者に関する連携強化診療情報提供について、遺漏なく対応し、さらなる連携強化を目指していくこととします。

表15 紹介患者・逆紹介患者の実績

令和5年度は見込み

		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	令和4年度	令和5年度
全紹介件数	計	20,446	20,869	21,024	18,404	18,638	20,199	21,727
	医科	18,847	18,924	18,871	16,544	16,648	17,732	19,073
	歯科	1,599	1,945	2,153	1,860	1,990	2,467	2,653
全逆紹介件数	計	23,708	19,990	21,362	19,154	19,280	22,377	20,723
	医科	21,465	17,711	18,451	16,702	16,839	19,529	18,363
	歯科	2,243	2,279	2,911	2,452	2,441	2,848	2,360
紹介率		71.0%	75.5%	79.5%	82.9%	77.0%	72.9%	80.0%
逆紹介率		117.6%	105.9%	108.0%	112.1%	103.7%	108.6%	104.7%

（単位：件 紹介率・逆紹介率を除く）

表16 開放病床利用件数・利用率

令和5年度は見込み

		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	令和4年度	令和5年度
合計	延べ件数	1126	755	447	396	282	970	1289
5S病棟	延べ件数	182	154	99	99	106	265	399
8S病棟	延べ件数	944	601	348	297	176	705	890
合計	利用率	61.8%	41.5%	24.4%	21.7%	15.4%	53.1%	70.6%
5S病棟	利用率	25.0%	21.2%	13.5%	13.6%	14.5%	36.3%	54.7%
8S病棟	利用率	86.4%	54.9%	31.7%	27.1%	16.0%	64.4%	81.2%

(単位:件 紹介率・逆紹介率を除く)

また圏域内の登録医を対象としている開放病床については表16のように近年は利用が急増しており、臨床検査実績についても表17のようにコロナ禍前の数字に回復している状況となっています。今後もより円滑な利活用が進み、相互連携が強化されるよう体制を充実させていきます。

表17 臨床検査実績

令和5年度は見込み

臨床検査項目	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	令和4年度	令和5年度
胃内視鏡	164	208	199	187	191	135	132
C T	575	599	606	566	598	595	600
MDC T	81	97	85	56	65	62	64
MR I	934	932	873	695	781	740	729
シンチ	10	3	10	0	0	0	0
消化管造影(注腸)	24	26	16	7	0	0	0
頭部X-P	0	0	0	0	0	0	0
胸部X-P	0	0	0	1	0	0	1
オルソパノラマX-P	0	0	0	0	0	0	0
骨塩定量	228	236	261	200	196	247	276
肺機能A+	0	7	8	5	3	2	3
心臓カテーテル検査	2	0	0	0	0	0	0
C T(読影不要)	26	13	16	14	17	8	4
他医撮影写真診断	0	0	0	2	3	2	1
腹部エコー	76	52	72	59	55	52	68
頸動脈エコー	0	45	51	23	20	10	20
その他	72	7	9	39	16	36	80
合計	2,192	2,225	2,206	1,854	1,945	1,889	1,978

(単位:件)

## イ 地域連携クリニカルパス

地域連携クリニカルパスは、急性期病院から回復期病院を経て早期に自宅に帰れるような診療計画を作成し、治療を受ける全ての医療機関で共有し、診療にあたる複数の医療機関が、役割分担を含め、あらかじめ診療内容を患者に提示・説

明することにより、患者が安心して医療を受けることができることを目的としています。従って、地域連携クリニカルパスは、地域の医療機関との連携という意味においては、極めて重要な役割を負っており、今後もより一層重視していく必要があることから、さらなる推進を行っていきます。

#### ウ 病院間の連携

看護局では地域看護部長ネットワーク会議を周辺地域の7病院と年5回開催しており、病院間の情報共有、あるいは課題について議論を重ね、病院間協力の推進に資するよう努めています。

また、後方病院、施設との入退院調整を担っている医療ソーシャルワーク室では、一年に一度、周辺地域の12の病院・介護医療院との会合を行うとともに、介護施設については直接職員が出向いて情報交換を行い、より緊密な連携が可能となるよう努めています。

#### エ 薬剤師連携

瀬戸旭長久手薬剤師会と薬剤師連絡協議会を年間6回開催し、調剤過誤報告、医薬品供給など円滑な地域医療の推進に資する情報交換を行うとともに、当院医療者の講演を薬剤師会病院・調剤薬局懇話会において年間3回前後開催し、近年では不安定な薬剤供給等への対処方法など協議し、相互理解を深めることを心がけています。

#### オ 医師派遣

瀬戸・尾張旭地域の一次救急を担う瀬戸旭休日急病診療所への医師派遣要請について平成30年度から継続して応じています。なお、コロナ禍にあっては、臨時の診療所開院あるいは診療枠増に伴う医師派遣要請があった場合には機動的に対応しており、今後も地域の一次救急に貢献するため要請に応えていきます。

なお、当地域の一次救急については、愛知県地域医療計画において「瀬戸市・尾張旭市の平日夜間・休日夜間」について「救急体制を整備する必要があります」との指摘がなされていますが、当院の救急外来は、結果的にこの指摘部分を補完する機能も担っています。

また、令和5年度において、地域医療機関への代務医師派遣方法についての協議を開始しており、当院の可能な範囲で地域の医療体制の維持に貢献していきます。

#### カ 機能分化・連携強化の見直し

ガイドラインでは、病床利用率、経常収支をはじめとする5つの項目を掲げ、該当項目の数値が一定以下である場合には、現行の機能等の見直しを強く求める内

容になっており、当院は計画期間中に経常収支黒字化が困難であり、機能見直し項目に該当しています。

しかし、当院の経常収支は、既述のようにコロナ禍以降の患者動向の変化により患者数の回復が芳しくないことから、早期の回復を見込みプランを作成する根拠に乏しいこと、令和8年度に電子カルテシステムの更新が予定され、それに伴い減価償却費が急増することの2点が黒字化を阻む主因であり、やむを得ない状況といえます。冒頭で記したように、コロナ禍直前の令和元年においては、それまで漸減していた患者数が反転増加し収支改善の端緒が開けた矢先であったことから、今後、現在の不安定な患者動向がコロナ禍以前に回復し、効率的な病床運用が可能となれば、経常収支の黒字化の達成が見込めると言えます。

むしろ、このプラン全編で述べているように、当院は、現行の機能を維持しなければならないというのが、本プランの基本的な考えであり、機能等の見直しは行いません。経常収支の計画については、(6)④で記述することとします。

#### ④ 医療機能や医療の質、連携の強化等に係る数値目標

##### ア 医療機能

	令和4年	令和5年	令和6年	令和7年	令和8年	令和9年
救急外来受診者数(人)	27,578	28,230	28,000	28,000	28,000	28,000
救急車受入台数(台)	8,070	8,900	8,000	8,000	8,000	8,000
手術件数(件)	4,074	3,900	4,300	4,400	4,500	4,500
(再掲)ロボット手術件数	83	136	200	320	380	440
訪問看護件数(件)	5,079	4,700	5,100	5,100	5,100	5,100
地域分娩貢献率	8.0%	8.7%	8.7%	8.7%	8.7%	8.7%

##### イ 医療の質

	令和4年	令和5年	令和6年	令和7年	令和8年	令和9年
入院患者満足度	98.9%	98.6%	99.0%	99.0%	99.0%	99.0%
外来患者満足度	96.5%	97.7%	98.0%	98.0%	98.0%	98.0%
クリニカルパス使用率	68.0%	69.0%	70.0%	70.0%	80.0%	80.0%

##### ウ 連携強化

	令和4年	令和5年	令和6年	令和7年	令和8年	令和9年
紹介率	72.9%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%
逆紹介率	108.6%	104.7%	108.0%	108.0%	109.0%	110.0%
地域連携パス適用件数						
五大がん(件)	175	260	300	300	300	300
脳卒中(件)	170	212	270	270	270	270
大腿骨頸部骨折(件)	121	158	200	200	200	200

エ 医療人材の育成

	令和4年	令和5年	令和6年	令和7年	令和8年	令和9年
研修医受入人数(人)	16	16	16	16	16	16
認定看護管理者数(人)	8	7	8	8	9	9
認定看護師数(人)	27	27	27	28	28	29
特定行為研修終了 看護師数(人)	6	6	10	13	16	19

オ 地域

	令和4年	令和5年	令和6年	令和7年	令和8年	令和9年
健康相談件数(件)	0	180	360	400	480	520
がん相談件数(件)	2,898	3,000	3,000	3,000	3,000	3,000

⑤ 一般会計からの負担金

構成三市からの負担金については、総務省が示している繰出し基準を参考として、表18の算定基準に基づき負担金の基準額を定めています。

この基準額をもとに、これまでの負担金金額の実績をふまえ、組合の自助努力によってもなお不足する額について三市との協議を行い、金額を決定することとしています。

今後も、この考えに基づき負担金の金額を決定していきますが、コロナ禍からの回復が直ちに見込めない状況であることから、三市との協議については、状況の変化に対応できるよう綿密に行っていく必要があります。

表18 基準額に関する項目と算定基準

項目	算定基準
<b>【収益的収入】</b>	
1 企業債償還利息に要する経費	企業債償還利息の2分の1（平成14年度までに着手した事業に係る企業債償還利息にあつては3分の2）の額
2 結核医療に要する経費	地方財政計画公営企業繰出金割高経費（以下「割高経費」という。）に基づく1床当たりの経費に結核医療に係る病床数を乗じて得た額
3 感染症医療に要する経費	割高経費に基づく1床当たりの空床補償に感染症に係る病床数を乗じて得た額
4 リハビリテーション医療に要する経費	割高経費に基づく患者1人当たりの経費にリハビリテーション医療に係る患者数を乗じて得た額

5	周産期医療に要する経費	割高経費に基づく1床当たりの経費に周産期医療に係る病床数、後方病床数をそれぞれ乗じて得た額の合計額
6	小児医療に要する経費	割高経費に基づく1床当たりの経費に小児医療に係る病床数を乗じて得た額
7	院内保育所の運営に要する経費	割高経費に基づく1施設当たりの額
8	救急医療の確保に要する経費	救命救急センターの運営に係る経費（空床補償及び待機手当）、災害拠点病院の災害時における救急医療のために行う施設の整備に要する経費及び企業債の元利償還金、割高経費に基づく資機材等備蓄費を合計した額
9	高度医療に要する経費	
(1)	高度医療に要する経費 （企業債償還利息）	50,000千円以上の医療機器購入に係る企業債償還利息の2分の1の額
(2)	集中治療室等運営費	割高経費に基づく1床当たりの経費に集中治療室等の病床数を乗じて得た額
(3)	医療機器リース分	医療機器リース料の額
10	経営基盤強化対策に要する経費	
(1)	医師およ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の額
(2)	公立病院経営強化の推進に要する経費	公立病院経営強化の推進に要する経費の額
(3)	病院事業会計に係る共済追加費用の負担に要する経費	共済追加費用の負担の額
(4)	医師等の確保対策に要する経費	医師等の派遣及び医師等の派遣を受け入れることに要する経費の額
11	その他	
(1)	地方公営企業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	地方公営企業職員に係る基礎年金拠出金に係る公的負担の額（前々年度における経常収支の不足額又は前年度における繰越欠損金のいずれか多い額を限度とする。）
(2)	地方公営企業職員に係る児童手当に要する経費	地方公営企業職員に係る児童手当の給付に要する経費の一部の額
<b>【資本的収入】</b>		
12	建設改良に要する経費	建設改良費（建設改良に係る企業債及び国庫（県）補助金等の特定財源を除く）の2分の1の額

13 企業債償還元金に要する経費	企業債償還元金の2分の1（平成14年度までに着手した事業に係る企業債償還元金にあつては3分の2）の額
14 高度医療に要する経費（企業債償還元金）	50,000千円以上の医療機器購入に係る企業債償還元金の2分の1の額
15 施設設備整備費	建設改良費のうち企業債対象外事業分の2分の1の額

## ⑥ 住民への理解

当院に対する理解が深まるよう、次のような試みを行っています。

平成28年から病院まつりを開催し、最新医療技術紹介や病院施設見学、多職種の体験や相談ができる種々の医療者ブースを設け、様々な専門領域に触れる機会を設けています。また、看護師が院外に出向き行う健康相談を令和5年度から開始し、地域住民に対し健診や疾患予防の大切さや適切な病院の利用方法の啓発等に努めています。

## (2) 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

#### ア 医師の状況

医師については、従来から関連大学との連携を維持することにより、継続的な確保に努めているところですが、泌尿器科、さらに近年の救急医療需要の増大による救急医療勤務医の不足が生じていることから、引き続き関係機関への働きかけや代務医師の確保を行っていくと共に、広く募集を行い、積極的な採用を図り診療体制の維持に努めることとします。

また、後述するように医師の働き方改革への対応のため、タスク・シフト／シェアを進めているところです。

#### イ 看護師の状況

看護師については、看護業務の軽減、資格取得の支援など勤務条件・環境の改善を継続的に図っており、積極的なチーム制の導入、多職種との調整方法の効率化や勤務時間の厳格化、時間外勤務の極小化を目指すなどの改善を行い、より一層患者と接する時間を第一にできる勤務環境の整備を行っています。

なお、近年の当院看護師の離職率は、日本看護協会の調査した正規職員離職率（公益社団法人 日本看護協会 広報部2023年3月31日報告）が10%前後を推移しており、これと比較すると常に5ポイント程度低い離職率となっているため、この環境を持続していくことが肝要となります。

また、看護師の育成、キャリア形成については、新人教育を担う人員体制の確保、カスタマイズ可能なeラーニングシステムの導入をはじめとする研修プログラム

の充実、日本看護協会版のクリニカルラダーに拠る臨床看護実践能力の向上を可能とする体制としています。

さらに、認定看護師、特定行為看護師資格取得サポート等のキャリアアップの支援も積極的に行っており、平成27（2015）年から始まった「特定行為に係る看護師の研修制度」による特定行為看護師の有資格者が既に6人となっています。また、令和5年度には、「栄養管理に係わるカテーテル管理関連」など5区分の看護師特定行為研修機関として認定を受けました。

この他、平成28年から愛知県へき地医療保健看護修学資金貸与事業における実務病院の指定を受け、へき地で働く看護師の育成を担っています。また、復職を検討している看護師向けの研修を行い、看護師確保につながるよう努めています。

#### ウ その他

医師、看護師以外の医療技術者については、現状人員を基礎としつつも必要に応じた柔軟な採用が必要となりますが、今後、人材の不足が懸念される中、公立の急性期病院での人材確保が困難になってくることも予想されることから、確実に必要人員が確保できるよう努めていきます。

#### ② 臨床研修医の受入等を通じた若手医師の確保

当院は、基幹型臨床研修病院として、例年研修医を受け入れ、医師としての人格をかん養し、将来の専門性にかかわらず、医学・医療の社会的ニーズを認識しつつ、基本的価値観（プロフェッショナルリズム）とプライマリ・ケアに即応できる基本的臨床診療能力を身につけ、最善の医療の提供ができるようになるよう研修を行っており、近年は、安定的に定員数である16名（歯科1名を含む）の人員を受け入れています。

当院のプログラムは、内科、救急部門、外科、小児科、産婦人科、精神科、地域医療を必須科目として、整形外科、脳神経外科、麻酔科、皮膚科、眼科、耳鼻咽喉科、障害医療・療育研修を必須分野としており、幅広くプライマリ・ケアを身につけることができる構成となっています。研修2年目には34週の選択研修期間があり、研修医が自主的に自身の目標に適した研修先をローテートできる体制としています。

また、よりよい研修を行えるよう、NPO法人卒後臨床研修評価機構（JCEP）による第三者評価を受審しており、継続して厚生労働省が定める基準を達成し、直近では令和6年2月1日付けで認定を受けています。今後も研修医を育てる指導体制の充実に向けて取り組んでいきます。同時に、研修医が充実した研修生活を送れるよう、福利厚生など様々な面について見直しを行っていく予定です。

なお、研修医募集については、病院合同説明会への参加、ホームページ採用欄の定期的な見直し等により、当院の魅力を伝えることに努めていきます。

次に新専門医制度における専攻医プログラムについては、初期研修終了後の専攻医の確保につなげるべく、内科、外科、小児科においては名古屋大学医学部の各医局との連携をもとに構築された基幹プログラムを有しています。

当院の各プログラムでは、主担当医として、入院から退院（初診・入院～退院・通院）まで可能な範囲で経時的に、診断・治療の流れを通じて、一人一人の患者の全身状態、社会的背景・療養環境調整をも包括する全人的医療を実践します。そして、個々の患者に最適な医療を提供する計画を立て実行する能力を修得する体制を整え、さらなる優秀な人材育成・確保を目指しています。

### ③ 医師の働き方改革への対応

#### ア 時間外労働時間

令和6年度から適用される診療に従事する勤務医の時間外・休日労働時間の上限規制については、一般の労働者と同程度である960時間を上限（A水準）とします。

当院医師の時間外勤務状況は、令和5年1年間で在籍した医師・研修医247名を見ると6名が960時間を超過しており、最高で1400時間弱の時間外勤務となりました。このような状況から、勤務体系や業務の見直し、後述するタスク・シフト／シェアによりA水準での対応が可能であるとの結論を得ました。

また、労働時間の適正化を図るため、勤怠管理システム導入による出退勤の管理の厳格化と時間外勤務の適切な管理を行い、特に問題となっている勤務と自己研鑽の峻別については基本的な考え方を既に示しており、宿日直許可についても、改めて勤務形態に応じた許可を取得することとしています。

#### イ タスク・シフト／シェア

以下の7項目について、現在実施しています。

- ・ 特定行為研修終了看護師の育成と配置
- ・ 看護師による静脈注射の実施、病床管理の一元化、患者支援センターでの入院説明、外来検査予約カウンターでの予約取得
- ・ 病棟薬剤師の配置、患者支援センターでの持参薬等の確認
- ・ 臨床検査技師による外来採血の実施
- ・ 臨床工学技士による医療機器の中央管理
- ・ 医療ソーシャルワーカーによる退院調整業務の促進
- ・ 医師事務作業補助者の配置、診断書等文書関連業務の集約化

以上と共に、複数担当医制の導入、夜間看護補助体制の充実、病棟クラークの増員や救急救命士の資格を有するERエイドの増員を行うなどの対策を令和4年度までに行ってきましたが、今後も必要に応じ効果的なタスク・シフト／シェアを行っ

ていきます。

### (3) 経営形態の見直し

当院は、現在地方公営企業法の一部適用（財務規定の適用）の経営形態下で運営されています。平成29年度の新改革プラン策定時点においては、全部適用に変更し、より自律的な経営を目指すこととしていました。

しかし全部適用については、「地方公営企業法の全部適用は、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」（ガイドライン）と指摘されています。

既述のとおり、当院は、財政的には困難な時期を迎えており、後述するように事務機能の脆弱化という問題も抱え、構成三市からこれまでに例のない人数の派遣職員を受け入れ健全運営を目指している途次にあります。すなわち、構成三市からの人的、財政的支援を最も必要とする時期であることから、経営形態の変更を論ずる状況ではないと判断されるため、経営形態の見直しについては、今後の検討課題とすることとします。

### (4) 新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組

ガイドラインに拠れば、この項目は、今般の新型コロナウイルス感染症を契機として感染症対策の必要性が浮き彫りとなったことから新たに加えられた項目です。当院では地域の基幹病院としていち早く発熱外来やPCR検査外来を整備し患者受け入れに寄与してきました。しかし、令和5年度においても新型コロナウイルス感染症に対しては、その感染力の高さ故に患者対応等には困難を極めており、現在においても継続した課題といえます。当院における対応については以下のとおりです。

#### ① 対応組織

当院は、第二種感染症指定医療機関として感染症専門病床を6床有し、感染症専門医や感染症看護専門看護師・感染管理認定看護師を擁し、感染症対策の中核組織として感染制御部を設置しています。

感染制御部は、感染症専門医と共にインフェクションコントロールドクターの資格を有する医師、感染制御専門薬剤師や感染管理認定看護師、臨床検査技師等で構成されています。

この組織を中心として院内の感染対策として、抗菌薬適正使用カンファレンス、病棟ラウンド、感染予防ラウンド、感染防止対策委員会開催等を定期的に行っているところです。

また、新たな新興感染症の流行や院内クラスター発生の場合には、感染制御部を中心として診療及び病棟の運用体制や職員の行動規範をいち早く決定し、実践していくこととなります。

## ② 他医療機関等との連携

他医療機関との連携活動としては、感染対策向上加算1の施設基準を満たしており、尾張東部医療圏の大規模病院と尾張東部感染防止対策地域連絡会議の開催や相互訪問を行うと共に、瀬戸旭地区医療関連感染防止対策協議会を近隣の医療施設と開催し感染防止対策の取組について情報共有を行っています。

一方、近隣の診療所との間では外来感染対策向上加算（外来感染防止加算）取得の診療所とのカンファレンスを実施し、感染状況等の情報共有を行い、さらに防護服着脱をはじめとする感染防止に係る基本的な内容の研修会を開催しており、今後も継続的に地域医療機関との情報交換や支援を行っていく予定です。

なお、コロナ禍においては、クラスターが発生した他医療機関や介護施設からの要請で、専門職員が実地の支援を行ってきたところですが、今後のためには、上記研修会等の機会を利用して、緊急時を想定した各施設での対応方法等について、理解を深める内容としていく必要があると考えています。

## ③ 病床確保

今般のコロナ禍を通じて、軽症患者から重症患者までを受け入れるため、重症患者用としてERICUを確保し、軽症・中等症患者受け入れ用として一病棟を感染症専門病棟に全面転換してきました。また、陽性患者数増加時はその他病棟に受け入れ病床を部分転換するなど、感染状況に応じて、安定した感染症専用病床の確保とその運営方法が確立しています。今後、この経験を基に新興感染症患者の受入れ態勢のさらなる体制充実を図っていきます。

## ④ 必要資材等

防護具等必要資材については、それらの在庫管理及び即時納入可能な時期・数量を完全掌握する体制としています。今後、必要備蓄数量について、議論を深めていく予定です。

## ⑤ ワクチン接種

コロナ禍において、院内での接種とともに構成三市、商工会議所が主催した集団接種事業に協力しました。

院内接種においては、開始当初、受付業務も院内で行ったところですが、希望者が殺到する事態となり、継続的に行うには大きな困難が伴いました。また、集団接種事

業には、のべ286日、1,074人の医師、看護師、薬剤師の派遣を行い、円滑な接種に協力しました。

これまで、経験のなかった短期間での大規模なワクチン接種においては、様々な問題が生じたところであり、今後に備えるために関係団体との連携方法を具体的に想定しながら協議を行うことが必要と考えられます。

## (5) 施設・設備の最適化

### ① 施設・設備の適正管理

当院の施設については、既述のとおり令和元年度において大規模な建替え工事等が総て終了したところであり、これらを維持するため、厚生労働省が示した「医療機関におけるインフラ長寿命化計画(個別施設計画)策定のためのガイドライン」に基づき「公立陶生病院インフラ長寿命化計画」を令和5年度中に策定する予定です。

一方、医療関連設備について最も大きな課題として、電子カルテシステムの更新があります。システムについては、従来5年ごとの更新を行ってきましたが、現行システムについては、更新時期を延長し、令和5年度において6年目を迎えたところです。しかしながら、機器寿命の観点から令和8年度に更新を行う必要があるとの結論を得ており、多額の投資が必要となることから、慎重な検討を行い、仕様等の決定を行うこととします。

医療機器については、放射線関連機器、生体情報モニターをはじめとする高額機材の計画的更新が必要であり、今後10年の更新計画の策定を行っていますが、購入の必要度、利用度等に注意を払いながら、購入方法も含め、随時見直しを行っていくこととします。

### ② デジタル化への対応

#### ア 医療情報のデジタル化への対応

マイナンバーカードの健康保険証利用によるオンライン資格確認については、既に実施しており、現在のところ利用者は少ないため、利用拡大に向けて、より周知を図る必要があると考えられますが、本格実施に向け専用端末の増設を行う予定です。

留意しなければならないのは、今後、健康保険証のマイナンバーカードへの一本化が進展していく中で、一人暮らし高齢者等においてマイナンバーカードへの移行手続きを円滑に進めることができない、未登録者が取り残され、受診機会を失ってしまうケースが想定されるため、構成三市をはじめとする行政との連携を考慮していく必要があります。

マイナンバーカード利用は、全国医療情報プラットフォームを介した薬剤情報や特定健診情報等を参照したうえでの診療が今後期待される反面、や、利用者が増

加すると健康保険切り替え時において、保険者間の切替手続きがシステムに反映されるまでのタイムラグによる混乱も予想されるため、留意して運用していく必要があると考えています。

また、厚生労働省が運用開始した電子処方箋についての対応や電子カルテ情報及び交換方式の標準化についても、電子カルテ更新時期との関連を考慮しながら進めていく予定です。

#### イ サイバーセキュリティ対策

サイバーセキュリティ対策については、厚生労働省が示す「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に則って対策を行っています。特に、令和3年度からハード・ソフト両面での脆弱性対策及びセキュリティ強化、バックアップ体制の強化や職員へのサイバーセキュリティ研修等について根本的な見直しを開始し、令和5年度において一定の到達点となるよう対策を行っています。

これを基礎として、今後も時々の状況変化に対応していくための組織強化や全職員への恒常的な教育体制の強化も行っていく予定です。

### (6) 経営の効率化等

#### ① 経営指標に係る数値目標

##### ア 収支改善に係るもの

	令和4年	令和5年	令和6年	令和7年	令和8年	令和9年
経常収支比率	100.3%	94.5%	93.7%	96.4%	96.7%	96.4%
修正医業収支比率	91.0%	91.1%	91.0%	92.8%	94.2%	93.0%

##### イ 収入確保に係るもの

	令和4年	令和5年	令和6年	令和7年	令和8年	令和9年
1日当り入院患者(人)	520	535	535	545	560	570
1日当り外来患者(人)	1,653	1,585	1,600	1,620	1,630	1,630
入院診療単価(円)	70,196	71,500	72,700	73,500	74,700	75,500
外来診療単価(円)	23,823	26,100	26,000	26,400	27,000	27,400
病床利用率	82.1%	84.5%	84.5%	86.1%	88.5%	90.0%

##### ウ 経費削減

	令和4年	令和5年	令和6年	令和7年	令和8年	令和9年
対医業収益比率						
職員給与費	48.9%	48.3%	49.1%	48.5%	47.6%	46.9%
経費	18.0%	18.8%	19.8%	19.8%	19.2%	19.1%

エ 経営の安定性に係るもの

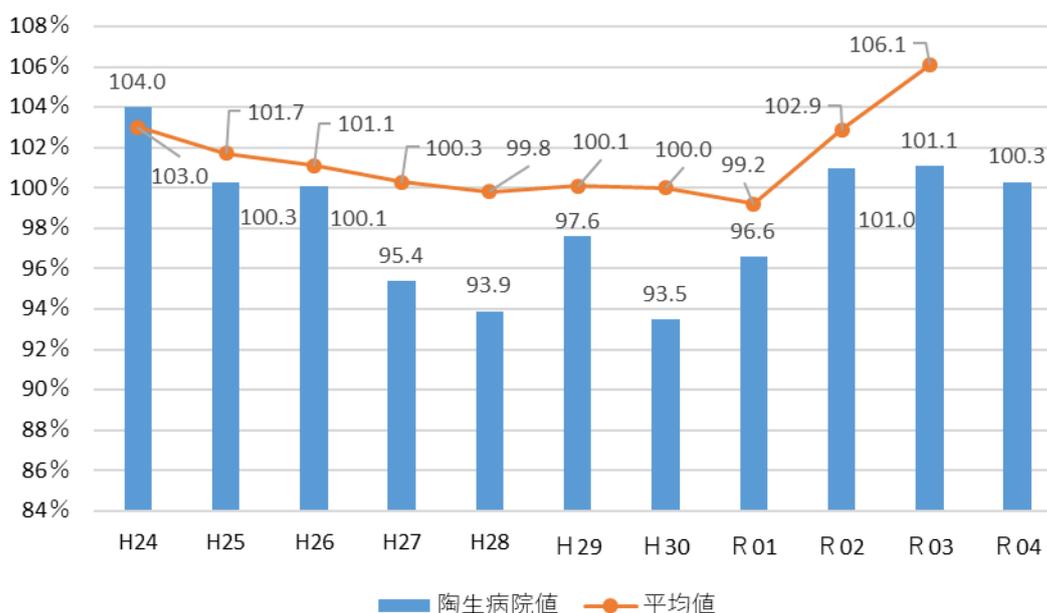
	令和4年	令和5年	令和6年	令和7年	令和8年	令和9年
医師従事者数						
医師(人)	165	162	162以上	162以上	162以上	162以上
研修医(人)	32	32	32	32	32	32
償還金残高(百万円)	22,097	20,861	20,512	19,532	21,639	19,699

② 経常収支黒字化について

ガイドラインにおいては、「一般会計等からの所定の操出が行われれば「経常黒字」となる水準を早期に達成し、これを維持することにより、持続可能な経営を実現する必要がある」とされています。

当院は、コロナ禍においては、空床補償をはじめとする補助金により経常収支は黒字となっています(表19)。しかし、令和5年度以降は、補助金の規模が縮小するなかでもコロナ専用病床の継続確保が必要となる患者発生状況は続き、加えて入院患者のコロナ罹患の発覚による病棟閉鎖も余儀なくされる状況と相俟って、冒頭で述べたように経常収支において新棟建設に係る減価償却費が長期にわたり基礎額を押し上げていること、令和8年度には電子カルテシステム更新を予定しているため、今次プラン期間内では黒字化の達成は困難です。

表 19 経常収支の推移



しかしながら、コロナ禍直前の令和元年度には、患者数が急回復し、経常収支の黒字化に近づく状況となっており、令和9年度以降、患者数のコロナ禍前レベルの回復、診療単価についても従来実績と同等の上昇を達成すれば、減価償却費の逡減と相俟つ

て令和14年度には黒字化が達成される見込みとなります。

経常収支比率及び修正医業収支比率については、上の①アのとおりです。

### ③ 具体的な取組

#### ア 収益

##### (ア) 紹介患者数

紹介患者数については、既述のように上昇傾向となっていますが、今後もこの傾向を維持できるよう近隣医療機関への働きかけを行っていきます。

##### (イ) 病床利用率

病床利用率は、定期的な病床利用率の掲示を継続すると共に、診療科ごとの月次変化、年次変化について、原因を探り、対応策を考えることができるデータ分析を行い、利用率90%を目指します。

##### (ウ) 診療報酬・診療単価

診療単価上昇のためには、現有する医療資源を最大限活用していく必要があり、診療報酬請求のさらなる精度向上、主要疾患における診療内容や加算等についてベンチマークソフトを用いた検証を加える体制を整えていきます。

また、放射線治療の新治療法導入（精度向上）に係る施設基準の取得や診療報酬改定に伴う施設基準の新設・変更等に迅速に対応していくこととします。

##### (エ) オンライン診療（電話診療）

通院のための交通手段、補助者が常に確保できない等の通院困難者が今後増加していくと考えられることから、これに対応するため、実施に向けた検討を行います。

##### (オ) 手術件数

現有資源を最大限に活用するため、コロナ禍以降、減少している手術件数の回復と伸長を目指していきます。

当院は、平成24年にロボット手術を開始し、令和5年においてロボット手術800症例を達成し、新たにロボット手術センターを設立したところであり、保険対象となる診療科、疾患の広がりが期待されるこの分野について、手術用支援機器に係る施設基準の項目増加を含め体制充実と適用例の増加に努めていきます。

##### (カ) 健康診断

健診は、疾病予防や早期発見、さらに病院収益という観点から重要な事業であり、現在ある健診施設・人材の活用をさらに効率的に行い、受診者数の増加を検討していきます。

#### イ 費用

診療材料については、令和元年度からSPDを導入し、在庫管理の徹底化による期

限切れロスの削減を行ってきたところですが、診療材料調達費の削減対策として行っている共同購入を進めていきます。共同購入では近年の諸物価高騰の影響を受け、令和3年度では、約1千万円の削減額でしたが、令和5年度は上半期において約2千万円の削減を実現しており、今後も継続的な削減を目指すこととします。

また、診療材料等の購入価格についても、ベンチマーク利用により病院一体となって価格交渉を行っていきます。

世界情勢の影響による光熱水費高騰対策として、様々な節電対策を行っていますが、これについては継続していくこととします。

高額医療機器購入、更新については、その購入、更新計画について、現状における利用状況、診療単価への効果等を勘案し、不断の検証を行い、購入、更新を行っていきます。

#### ウ 事務局人員体制

病院経営を支えるためには、施設基準、診療報酬やこれに関連する諸制度に精通し、医療現場と対話できる事務職員の存在が不可欠です。

しかしながら、当院は平成20年代の10年間に事務職員の新規採用を極端に抑制したため、現在30～40歳代の年齢層が大きく欠落した状況となっていることから、令和元年度以降将来を見据えた職員採用を始めたところであり、今後、事務局体制強化と経営に係る人材育成を促進していきます。

#### ④ 収支計画

##### ア 計画期間内の収益的収支及び資本的収支計画

表20

区 分 (税抜 単位:千円)	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
<b>病院事業収益 (収益的収入)</b>	<b>27,023,831</b>	<b>27,139,034</b>	<b>28,098,974</b>	<b>29,048,472</b>	<b>29,646,003</b>
医業収益	25,070,185	25,395,188	26,103,502	27,053,000	27,650,531
入院収益	14,000,417	14,196,495	14,620,988	15,268,680	15,707,775
外来収益	10,052,548	10,108,803	10,392,624	10,694,430	10,852,866
その他医業収益	1,017,220	1,089,890	1,089,890	1,089,890	1,089,890
市負担金	556,426	624,993	624,993	624,993	624,993
医業外収益	1,953,646	1,743,846	1,995,472	1,995,472	1,995,472
市負担金	828,693	923,381	1,175,007	1,175,007	1,175,007
<b>病院事業費用 (収益的支出)</b>	<b>28,607,895</b>	<b>28,954,852</b>	<b>29,140,129</b>	<b>30,050,833</b>	<b>30,747,931</b>
医業費用	26,903,940	27,216,321	27,463,093	28,061,707	29,051,874
給与費	12,109,343	12,472,403	12,672,182	12,873,559	12,976,547
材料費	8,113,748	7,984,485	7,898,502	8,183,623	8,363,052
経費	4,709,179	5,037,356	5,165,944	5,185,944	5,282,944
減価償却費	1,865,732	1,595,737	1,600,125	1,692,241	2,302,991
資産減耗費	20,600	40,600	40,600	40,600	40,600
研究研修費	85,338	85,740	85,740	85,740	85,740
医業外費用	1,703,954	1,738,530	1,677,036	1,989,126	1,696,057
企業債利息	184,733	178,385	166,515	156,293	157,584
特別損失	1	1	0	0	0
<b>医業収支</b>	<b>△ 1,833,755</b>	<b>△ 1,821,133</b>	<b>△ 1,359,591</b>	<b>△ 1,008,707</b>	<b>△ 1,401,343</b>
<b>経常収支</b>	<b>△ 1,584,063</b>	<b>△ 1,815,817</b>	<b>△ 1,041,155</b>	<b>△ 1,002,361</b>	<b>△ 1,101,928</b>

(令和5年度は補正後予算数値、令和6年度は予算数値)

区 分 (税抜 単位:千円)	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
<b>資本的収入</b>	<b>767,882</b>	<b>1,533,927</b>	<b>1,753,900</b>	<b>4,886,300</b>	<b>1,743,600</b>
企業債	541,600	1,172,000	743,600	3,876,000	533,300
市負担金	214,881	351,626	1,000,000	1,000,000	1,200,000
投資回収金	11,400	10,300	10,300	10,300	10,300
<b>資本的支出</b>	<b>2,456,870</b>	<b>2,722,291</b>	<b>2,651,217</b>	<b>5,817,623</b>	<b>3,181,010</b>
建設改良費	667,701	1,187,654	913,600	4,036,000	693,320
器械備品購入費	410,546	1,072,148	637,000	3,826,000	452,000
車両購入費	0	0	0	0	0
リース資産購入費	29,368	13,506	60,000	60,000	60,000
建替事業費	0	0	0	0	0
その他建設改良費	227,787	102,000	216,600	150,000	181,320
企業債償還金	1,776,867	1,521,135	1,724,117	1,768,123	2,474,190
長期貸付金	12,300	13,500	13,500	13,500	13,500
<b>資本的収支</b>	<b>△ 1,688,988</b>	<b>△ 1,188,364</b>	<b>△ 897,317</b>	<b>△ 931,323</b>	<b>△ 1,437,410</b>

(令和5年度は補正後予算数値、令和6年度は予算数値)

#### イ 計画期間後の収益的収支計画

表21

区 分 (税抜 単位:千円)	令和10年度	令和11年度	令和12年度	令和13年度	令和14年度
<b>病院事業収益 (収益的収入)</b>	<b>30,133,317</b>	<b>30,599,631</b>	<b>31,089,135</b>	<b>31,415,471</b>	<b>31,904,975</b>
医業収益	28,137,845	28,604,159	29,093,663	29,419,999	29,909,503
入院収益	15,957,435	16,265,313	16,517,163	16,685,063	16,936,913
外来収益	11,090,520	11,248,956	11,486,610	11,645,046	11,882,700
その他医業収益	1,089,890	1,089,890	1,089,890	1,089,890	1,089,890
市負担金	624,993	624,993	624,993	624,993	624,993
医業外収益	1,995,472	1,995,472	1,995,472	1,995,472	1,995,472
市負担金	1,175,007	1,175,007	1,175,007	1,175,007	1,175,007
<b>病院事業費用 (収益的支出)</b>	<b>30,992,326</b>	<b>31,380,779</b>	<b>31,491,469</b>	<b>31,562,527</b>	<b>31,337,410</b>
医業費用	29,292,005	29,676,282	29,746,758	29,868,912	29,645,608
給与費	13,080,359	13,185,002	13,290,482	13,396,806	13,503,980
材料費	8,509,385	8,649,414	8,796,404	8,894,398	9,041,389
経費	5,265,944	5,355,944	5,355,944	5,354,944	5,358,944
減価償却費	2,309,977	2,359,582	2,177,588	2,096,424	1,614,955
資産減耗費	40,600	40,600	40,600	40,600	40,600
研究研修費	85,740	85,740	85,740	85,740	85,740
医業外費用	1,700,321	1,704,497	1,744,711	1,693,615	1,691,802
企業債利息	142,646	128,676	118,107	110,835	100,911
特別損失	0	0	0	0	0
<b>医業収支</b>	<b>△ 1,154,160</b>	<b>△ 1,072,123</b>	<b>△ 653,095</b>	<b>△ 448,913</b>	<b>263,895</b>
<b>経常収支</b>	<b>△ 859,009</b>	<b>△ 781,148</b>	<b>△ 402,334</b>	<b>△ 147,056</b>	<b>567,565</b>

#### 4 プランの検討と検証

##### (1) 運営会

公立陶生病院組合事務の計画の立案及び実施に関する重要事項について、研究審議を行う運営会(公立陶生病院組合運営会規則)において了承を得、今後は年次の検証を行い、改善策を議論し、プランの検証を行っていきます。また、必要に応じて、外部の意見を取り入れることも視野に入れていきます。

## (2) 構成三市との協議

(1) ⑤で記したように、当院の負担金金額については、基準額を基に、協議を行ったうえで最終的に決定することとなっており、毎年度協議を行っているところです。

これまでも協議においては、当院の財政計画を基礎として、当院のあり方についても議論を重ねてきましたが、本プランに記載している当院の置かれている状況や財政計画についても議論を行ってきたところであり、今後も協議の中で本プランの検証を行っていくこととします。

## (3) 尾張東部地域医療連携推進協議会

令和6年2月に開催された第10回尾張東部構想区域地域医療構想推進委員会において本プランの概要の報告を行い、理解を得ました。

今後、本プランに変更がある場合は、随時当該委員会で報告を行います。

## (4) 恒常的な意見募集

本プランについて、ホームページ上において恒常的に意見を募集する体制を敷き、プランの不断の見直しの参考とすることとします。

## (5) プランの改訂

当院のプランについて、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こととします。