

苫小牧市立病院経営強化プラン(案)

令和5年度（2023年度）～令和9年度（2027年度）

令和5年（2023年）11月
苫小牧市立病院

【目次】

◇第1章 苫小牧市立病院経営強化プランの概要	
1 プラン策定の経過	1
2 ガイドラインと苫小牧市立病院経営強化プラン	1
3 本プランの期間	1
4 SDGsの理念を反映させた計画	2
◇第2章 苫小牧市立病院の概要と東胆振圏域の現状	
1 苫小牧市立病院の概要	3
2 医療圏の状況	4
3 当院の経営状況	10
◇第3章 苫小牧市立病院の役割・機能	
1 地域医療構想等を踏まえた果たすべき役割・機能	12
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	13
3 機能分化・連携強化	14
4 医療機能や医療の質、連携の強化等に係る数値目標	15
5 一般会計負担金・補助金の考え方	17
6 住民の理解のための取組	18
◇第4章 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	19
2 医師の働き方改革への対応	20
◇第5章 経営形態の見直し	
1 経営形態の現況	21
2 経営形態見直しの方向性	21
◇第6章 新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組	
1 新興感染症への取組	22
◇第7章 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	23
2 デジタル化への対応	23
◇第8章 経営の効率化等の取組	
1 経営効率化の取組方針	25
2 経営指標に係る数値目標	25
3 目標達成に向けた具体的な取組	26
4 各年度の収支計画	29
◇第9章 プランの点検・評価・公表・見直し	
1 点検・評価・公表の体制	30
2 本プランの見直し	30
◇用語集	31

第1章 苫小牧市立病院経営強化プランの概要

1 プラン策定の経過

苫小牧市立病院（以下「当院」という。）をはじめとする公立病院は、地域医療の確保や多様な医療ニーズに対応する社会的使命を果たすことが求められています。しかしながら、多くの公立病院において、社会保障制度の変化や恒常的な医療従事者の不足により、医療提供体制の維持が厳しい状況になったことから、総務省は、平成19年（2007年）及び平成27年（2015年）に公立病院改革ガイドラインを公表し、公立病院の抜本的な経営改革を求めました。

当院では、これまで「苫小牧市立病院経営改革プラン（計画期間：平成21年度（2009年度）～平成23年度（2011年度）」、「苫小牧市立病院経営改革プラン（計画期間：平成24年度（2012年度）～平成27年度（2015年度）」、「苫小牧市立病院新改革プラン（計画期間：平成28年度（2016年度）～平成32年度（2020年度）」を策定し、平成28年度（2016年度）に策定された「北海道地域医療構想」における地域の医療需要を踏まえながら、必要な医療提供体制の確保と経営の健全化に取り組んでまいりました。

2 ガイドラインと苫小牧市立病院経営強化プラン

総務省が策定する新たなガイドラインは、新型コロナウイルス感染症による影響で公表が延期されておりましたが、令和4年（2022年）3月に「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」（以下「ガイドライン」という。）として発表されました。

ガイドラインでは、医師・看護師等の医療従事者の不足、人口減少・少子高齢化に伴う医療需要の変化等により、依然として、持続可能な経営を確保しきれない病院が多い実態を踏まえて、限られた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、新興感染症の感染拡大時の対応という視点を重視しながら病院の経営を強化していくことを求めています。

当院は、このガイドラインに基づき「苫小牧市立病院経営強化プラン」（以下「本プラン」という。）を策定し、果たすべき役割を着実に実行します。

3 本プランの期間

対象期間は、令和5年度（2023年度）から令和9年度（2027年度）までの5年間とします。

なお、本プランは、地域医療構想との整合性を図るため、必要に応じて見直します。

4 SDGsの理念を反映させた計画

SDGs（Sustainable Development Goals／持続可能な開発目標）は、平成27年（2015年）9月の国連サミットで採択された「誰一人取り残さない」持続可能で多様性と包摂性のある社会を実現するための平成28年（2016年）から令和12年（2030年）までの国際目標のことをいいます。

地域において必要な医療を安定的かつ継続的に提供していくための本プランにおいては、ゴール3「すべての人に健康と福祉を」に関連する取組のほか、ゴール5「ジェンダー平等を実現しよう」、ゴール8「働きがいも経済成長も」及びゴール16「平和と公正をすべての人に」に関連して、女性の参画や働きがいの創出、子どもに対する虐待の撲滅等の取組を推進します。

また、環境面においては、ゴール13「気候変動に具体的な対策を」に関連してエネルギー消費量を削減すると同時に、気候変動対策の要である温室効果ガス排出量の削減を推進します。

SDGsに掲げる17のゴール及びアイコン（マーク）は、次のとおりです。

SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS



当院は、様々な取組を通して「**3 すべての人に健康と福祉を**」、「**11 住み続けられるまちづくりを**」の2つのゴールに寄与していきます。

第2章 苫小牧市立病院の概要と東胆振圏域の現状



1 苫小牧市立病院の概要

当院は、昭和21年（1946年）10月11日に町立病院として創設され、内科など4科、26床で開設されました。以後徐々に規模を拡大し、昭和57年（1982年）には421床となり、東胆振及び日高医療圏の中核病院として、高度医療を提供する役割を担っています。

この間、救急告示病院、地域周産期母子医療センター、北海道小児地域医療センターの指定を受けるなど、医療機能を強化し、高度・政策医療の充実に努めるとともに、臨床研修指定病院として、医療従事者の育成にも努めています。

平成18年（2006年）10月に現在地の清水町へ移転開業し、地域に必要な医療を安定的かつ継続的に提供しています。

(1) 施設・設備

ア 敷地・建物の状況

所在地：北海道苫小牧市清水町1丁目5番20号

敷地面積：41,602.57㎡、建物延床面積：30,096.68㎡

地域地区：第一種中高層住居専用地域

建ぺい率：60%、容積率：200%

イ 病床数

一般病床：378床、感染症病床：4床

ウ 主要な高度医療機器の保有状況(令和5年（2023年）3月31日現在)

1	放射線治療機器（リニアック）	11	手術用顕微鏡
2	CT装置	12	人工透析装置
3	血管造影装置	13	手術支援ロボット（ダビンチ）
4	MRI装置	14	体外衝撃派結石破碎装置
5	マンモグラフィ装置	15	微生物分類同定分析装置
6	骨密度測定装置	16	内視鏡システム
7	ガンマカメラ	17	メラ遠心血液ポンプシステム
8	超音波診断装置	18	超音波白内障手術装置
9	臨床用ポリグラフシステム	19	眼科用レーザー光凝固装置
10	X線撮影装置	20	4K腹腔鏡カメラシステム

(2) 病院組織等(令和5年（2023年）3月31日現在)

ア 組織

医局、医療技術部、看護部、薬剤部、事務部、医療安全対策室、感染制御室、地域医療連携室、診療情報管理室

イ 診療科目

内科、消化器内科、循環器内科、呼吸器内科、脳神経内科、小児科、新生児科、外科、消化器外科、整形外科、形成外科、脳神経外科、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、病理診断科、
麻酔科、歯科、歯科口腔外科、（計23科）

ウ 職員数

正規職員数：516人

任期付職員数：80人

会計年度任用職員数：161人

エ 入院基本料

急性期一般入院料 1

オ 医療機関群

D P C 標準病院群

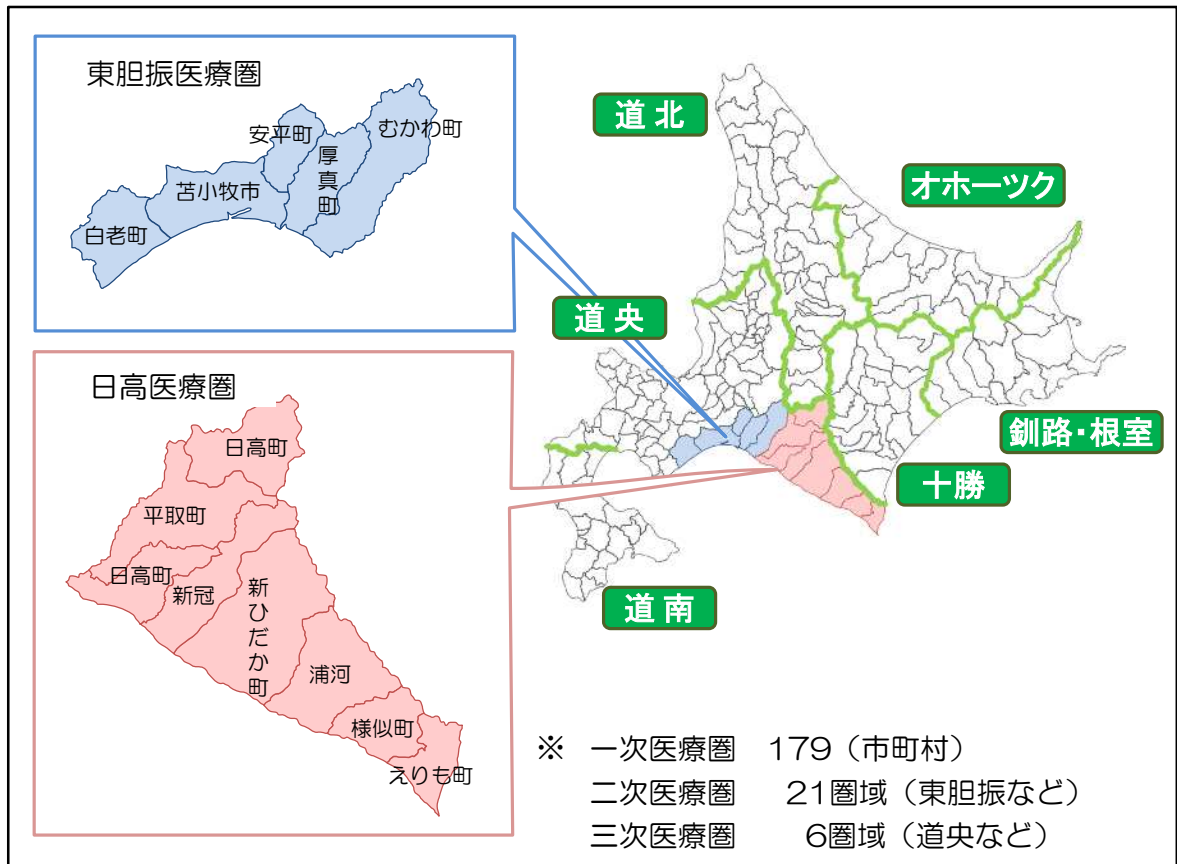
カ 主要な機関指定

1	臨床研修病院	17	小児科兼インフルエンザ定点指定届出機関
2	災害拠点病院（地域災害医療センター）	18	保険医療機関
3	災害派遣医療チーム北海道DMA T 指定病院	19	国民健康保険療養取扱機関
4	救急告示病院	20	労災保険指定医療機関
5	東胆振地域センター病院	21	生活保護法指定医療機関
6	北海道がん診療連携指定病院	22	指定自立支援医療機関（更生医療・育成医療・精神通院医療）
7	地域周産期母子医療センター	23	児童福祉法助産施設
8	北海道小児地域医療センター	24	難病医療費助成指定医療機関
9	エイズ協力医療機関	25	原子爆弾被爆者一般疾病指定医療機関
10	第二種感染症指定医療機関	26	原子爆弾被爆者認定疾病指定医療機関
11	新型コロナウイルス感染症重点医療機関	27	眼科定点指定届出機関
12	感染症法結核指定医療機関	28	基幹定点届出機関
13	母子保健法未熟児養育医療指定医療機関	29	母体保護法指定医師が配置されている医療機関
14	先天性血液凝固因子障害等治療研究業務委託医療機関	30	肝疾患に関する専門医療機関
15	ウイルス性肝炎進行防止対策・橋本病重症患者対策医療給付事業業務委託契約医療機関	31	難病医療協力病院
16	指定小児慢性特定疾病医療機関	—	—

2 医療圏の状況

各都道府県が策定する医療計画において、救急医療を含む一般的な入院に係る医療を完結的に提供する地域単位として「二次医療圏」が定められております。

北海道が平成30年（2018年）3月に策定した「北海道医療計画」では、全道に21圏域の二次医療圏を設定しており、苫小牧市を含む東胆振医療圏（以下「当医療圏」という。）は、白老町、厚真町、安平町、むかわ町の1市4町で構成されており、東に隣接する日高医療圏は、日高町、平取町、新冠町、新ひだか町、浦河町、様似町、えりも町の7町で構成されています。



(1) 人口の推移

(単位：人)

地域名	年	H27(2015) 実績	R2(2020) 実績	R7(2025) 推計	R12(2030) 推計	R17(2035) 推計	R22(2040) 推計
苫小牧市		174,064 【81.1%】	171,242 (98.4)	166,550 (95.7)	161,365 (92.7)	155,212 (89.2)	148,083 (85.1)
白老町		18,378 【8.5%】	16,638 (90.5)	14,213 (77.3)	12,455 (67.8)	10,760 (58.5)	9,180 (50.0)
厚真町		4,711 【2.2%】	4,457 (94.6)	4,368 (92.7)	4,048 (85.9)	3,742 (79.4)	3,428 (72.8)
安平町		8,555 【4.0%】	7,761 (90.7)	6,874 (80.4)	6,236 (72.9)	5,620 (65.7)	5,035 (58.9)
むかわ町		8,997 【4.2%】	7,870 (87.5)	6,632 (73.7)	5,755 (64.0)	4,937 (54.9)	4,180 (46.5)
当医療圏		214,705 《4.0%》	207,968 (96.9)	198,637 (92.5)	189,859 (88.4)	180,271 (84.0)	169,906 (79.1)
北海道		5,431,658 (-)	5,267,762 (97.0)	5,016,554 (92.4)	4,791,592 (88.2)	4,546,357 (83.7)	4,280,427 (78.8)

資料：実績値は、北海道総合政策部計画局統計課「住民基本台帳人口・世帯数調べ（1月1日時点）」より

資料：推計値は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」より

（各年度10月1日現在）

※ 各地域の【 】書きは、当医療圏における構成比率

※ 当医療圏の《 》書きは、北海道の人口に対する構成比率

※ () 書きは、H27(2015)年を100とした指数

平成27年(2015年)の当医療圏内の人口は214,705人で、全道人口の4.0%を占めており、このうち苫小牧市は、全体の81.1%を占めています。

平成27年(2015年)を100とした指数でみると、令和2年(2020年)は、96.9と減少しています。

平成30年(2018年)に公表された国立社会保障・人口問題研究所の推計によると、平成27年(2015年)と令和22年(2040年)を比較した場合、北海道の総人口は約115万人減少し、当医療圏においても約4万5千人の減少が推測されています。

(2) 年齢構成別の人口推移

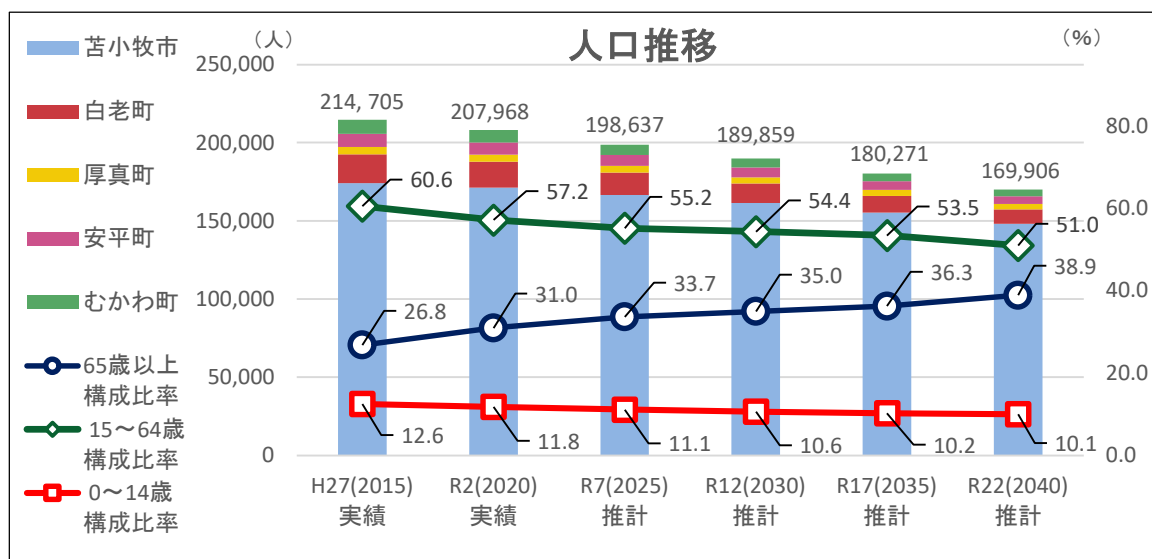
(単位：人)

年		H27(2015)	R2(2020)	R7(2025)	R12(2030)	R17(2035)	R22(2040)
地域名	年齢構成	実績	実績	推計	推計	推計	推計
苫小牧市	0～14歳	23,039	21,249	19,581	18,131	16,759	15,701
	15～64歳	108,200	100,628	94,305	89,909	84,987	77,329
	65～74歳	23,384	26,285	22,697	19,624	19,657	22,076
	75歳以上	19,441	23,080	29,967	33,701	33,809	32,977
	合計	174,064	171,242	166,550	161,365	155,212	148,083
白老町	0～14歳	1,571	1,172	863	673	519	407
	15～64歳	9,718	7,995	6,479	5,557	4,566	3,573
	65～74歳	3,722	3,607	2,503	1,877	1,871	1,929
	75歳以上	3,367	3,864	4,368	4,348	3,804	3,271
	合計	18,378	16,638	14,213	12,455	10,760	9,180
厚真町	0～14歳	503	569	438	386	336	289
	15～64歳	2,528	2,234	2,164	1,955	1,819	1,605
	65～74歳	754	721	738	646	544	543
	75歳以上	926	933	1,028	1,061	1,043	991
	合計	4,711	4,457	4,368	4,048	3,742	3,428
安平町	0～14歳	950	790	659	566	486	423
	15～64歳	4,740	4,151	3,560	3,191	2,788	2,358
	65～74歳	1,376	1,268	1,012	883	857	900
	75歳以上	1,489	1,552	1,643	1,596	1,489	1,354
	合計	8,555	7,761	6,874	6,236	5,620	5,035
むかわ町	0～14歳	900	744	579	463	367	288
	15～64歳	4,964	3,971	3,146	2,626	2,227	1,784
	65～74歳	1,434	1,466	1,168	921	758	694
	75歳以上	1,699	1,689	1,739	1,745	1,585	1,414
	合計	8,997	7,870	6,632	5,755	4,937	4,180
当医療圏	0～14歳	26,963	24,524	22,120	20,219	18,467	17,108
	15～64歳	130,150	118,979	109,654	103,238	96,387	86,649
	65～74歳	30,670	33,347	28,118	23,951	23,687	26,142
	75歳以上	26,922	31,118	38,745	42,451	41,730	40,007
	合計	214,705	207,968	198,637	189,859	180,271	169,906
構成比率	0～64歳	73.2	69.0	66.3	65.0	63.7	61.1
	65歳以上	26.8	31.0	33.7	35.0	36.3	38.9
	合計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

資料：実績値は、北海道総合政策部計画局統計課「住民基本台帳人口・世帯数調べ(1月1日時点)」より

資料：推計値は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成30(2018)年推計)」より

(各年度10月1日現在)



年齢構成別の人口推計では、人口減少と少子高齢化の流れはより一層顕著となっていくものと推測され、年少人口（0～14歳）及び生産年齢人口（15～64歳）の人口減少が著しく、高齢者人口（65歳以上）の比率は、令和22年（2040年）には38.9%まで上昇すると推計されています。

(3) 当院の地域別・年齢層別患者数 (R4年度 (2022年度)) (単位：人、%)

	入院患者数	構成比率		外来患者数	構成比率
苫小牧市	42,134	63.6	苫小牧市	116,999	68.2
白老町	3,629	5.5	白老町	9,164	5.3
厚真町	1,089	1.6	厚真町	2,161	1.3
安平町	1,542	2.3	安平町	2,698	1.6
むかわ町	1,745	2.6	むかわ町	4,206	2.5
当医療圏	50,139	75.7	当医療圏	135,228	78.9
日高医療圏	6,854	10.3	日高医療圏	12,183	7.1
札幌市	322	0.5	札幌市	712	0.4
千歳市	928	1.4	千歳市	1,367	0.8
登別市	424	0.6	登別市	1,220	0.7
室蘭市	286	0.4	室蘭市	767	0.4
その他	7,321	11.0	その他	19,987	11.7
計	66,274	100.0	計	171,464	100.0
0～14歳	5,706	8.6	0～14歳	18,004	10.5
15～64歳	17,900	27.0	15～64歳	66,357	38.7
65～74歳	12,989	19.6	65～74歳	39,265	22.9
75歳以上	29,679	44.8	75歳以上	47,838	27.9

地域別の患者数は、入院・外来ともに6割以上を苫小牧市民が占めていますが、当医療圏及び日高医療圏から多くの患者が当院を利用しており、医療圏を超えて中核病院としての役割を果たしています。

年齢別の患者数は、入院では75歳以上、外来では15～64歳がともに4割程度と最も高い割合を占めています。

(4) 医療圏における医療提供体制

ア 施設数及び病床数（R5年（2023年）10月1日現在）

地域名	施設数			病床数	病床種別内訳				
	病院	医科診療所	歯科診療所		一般	療養	精神	結核	感染症
苫小牧市	13	72	73	2,655	1,518	399	734	0	4
白老町	1	2	7	67	67	0	0	0	0
厚真町	0	1	2	0	0	0	0	0	0
安平町	0	2	4	0	0	0	0	0	0
むかわ町	1	1	4	59	59	0	0	0	0
当医療圏	15	78	90	2,781	1,644	399	734	0	4

資料：北海道厚生局「医療機関一覧」より

当医療圏の医療情勢としては、令和5年（2023年）10月1日現在、15の病院、78の医科診療所、90の歯科診療所で構成されており、病床数は2,781床で、そのうち一般病床は1,644床となっています。

当医療圏及び日高医療圏において急性期医療を担う300床以上の病院は当院と王子総合病院の2病院であり、両院は夜間・休日の二次救急輪番病院など、圏域において大きな役割を担っています。

イ 救急医療体制

当医療圏では、比較的軽度な救急患者に対する初期救急医療から、重症救急患者に対する二次救急医療体制や救急搬送体制が整備されています。

主に軽度の救急患者に外来診療を行う初期救急医療は、苫小牧市医師会による休日当番医制度と苫小牧市夜間・休日急病センターにより体制が確保されています。

入院治療を必要とする重症救急患者に対する二次救急医療は、病院群輪番制に参加する当院と王子総合病院が24時間365日体制で対応し、その他の5つの救急告示病院等により体制が確保されています。

なお、脊髄損傷や重症熱傷など、当医療圏で対応できない重篤救急患者の救命医療については、三次救急医療を担う札幌市内の救命救急センターなどへ救急車やドクターヘリ等により搬送しています。

ウ 周産期医療体制

周産期医療においては、正常分べんや妊婦健診等の分べん前後の診療を安全に行える体制に加え、救急対応や新生児医療を提供する体制が重要となります。

当医療圏における分べん可能施設は、当院と王子総合病院の2か所に減少していますが、両院は、24時間体制で周産期救急医療に対応する地域周産期母子医療センターとして北海道から認定され、その役割を担っています。

また、当院は、当医療圏及び日高医療圏において、新生児治療を集中的に行うNICU（9床）、GCU（6床）を備えている唯一の病院です。

エ 小児医療・小児救急医療体制

小児医療においては、一般の小児医療から高度・専門医療及び初期救急医療から三次救急医療に至る体系的な医療提供体制の構築が重要となります。

当医療圏における小児医療は、二次救急医療や専門領域を担当する当院及び王子総合病院により、地域の小児科標榜医療機関や三次救急医療を提供する大学病院等と連携を図り提供されています。

今後も、疾病や症状等に応じて適切な医療が安心して受けられるよう、現状の医療提供体制を維持、向上させていくことが重要です。

また、医療的ケア児について、在宅医療や短期入所等の支援が身近で受けられるよう、地域生活を支援する体制の充実が求められています。

オ 災害医療体制

災害医療においては、患者の緊急度、重症度に応じた適切な対応が求められ、医療スタッフ、広域搬送手段、後方支援医療機関の確保、医薬品や医療資機材の備蓄など、近年多発している地震・風水害・大規模事故等を想定した備えが重要となります。

当院を含む、当医療圏、西胆振医療圏、北渡島檜山医療圏の3つの医療圏の災害拠点病院7病院（当院のほか、王子総合病院、市立室蘭総合病院、日鋼記念病院、製鉄記念室蘭病院、伊達赤十字病院、八雲総合病院）は、災害発生時における相互支援に関する協定を締結しており、有事の際には、緊密な連携を図りながら医療救護活動に当たります。各災害拠点病院は、災害派遣医療チーム（DMAT）を保有し、広域での被災者の救急治療を行う体制を整備しています。

カ 地域医療連携体制

限られた医療資源を効率よく効果的に提供できるよう機能分担・病診連携を図り、この圏域で安心して医療が提供できるよう、地域医療機関との緊密な連携が重要となります。

平成25年（2013年）に当院と王子総合病院は、ICT（情報通信技術）を活用した地域医療連携ネットワークを導入し、連携医療機関に対して医療情報を開示するとともに、苫小牧市医師会が事務局となる「東胆振医療情報連携ネットワーク協議会」を設立して、円滑なシステム運用を図っています。

3 当院の経営状況

(1) 医業収益の推移及び増減率

項目 \ 年度	H30 (2018)	R1 (2019)	R2 (2020)	R3 (2021)	R4 (2022)
医業収益 (千円)	9,029,435	9,074,245	7,987,166	8,315,732	8,610,334
増減率 (%)	△ 2.2	0.5	△ 12.0	4.1	3.5
入院収益 (千円)	5,686,484	5,768,991	4,867,744	5,013,614	5,105,130
増減率 (%)	△ 4.2	1.5	△ 15.6	3.0	1.8
外来収益 (千円)	2,564,659	2,530,455	2,380,669	2,549,747	2,715,050
増減率 (%)	△ 1.6	△ 1.3	△ 5.9	7.1	6.5
その他医業収益 (千円)	778,292	774,799	738,753	752,371	790,154
増減率 (%)	12.9	△ 0.4	△ 4.7	1.8	5.0

※ 医業収益 = 入院収益 + 外来収益 + その他医業収益

※ 増減率は前年度との対比、△はマイナス

医業収益は、平成30年度（2018年度）と令和元年度（2019年度）は横ばいの状態でしたが、令和2年度（2020年度）以降は、新型コロナウイルス感染症の影響により、大幅に減少しました。

ア 入院収益

項目 \ 年度	H30 (2018)	R1 (2019)	R2 (2020)	R3 (2021)	R4 (2022)
年間延入院患者数 (人)	98,816	100,789	79,428	75,079	73,503
入院収益 (千円)	5,686,484	5,768,991	4,867,744	5,013,614	5,105,130
1日平均患者数 (人)	270.7	275.4	217.6	205.7	201.4
入院患者1人1日当たり 診療収入 (円)	57,546	57,238	61,285	66,778	69,455
平均在院日数 (日)	9.6	9.7	9.8	9.5	9.2
病床利用率 (%)	70.9	72.1	57.0	53.9	52.7

※ 入院患者1人1日当たり診療収入 = 入院収益 ÷ 年間延入院患者数

※ 平均在院日数 = 年延在院患者数 ÷ (年度中の新入院患者数 + 退院患者数) × 1 / 2

※ 病床利用率 = 年間延入院患者数 ÷ 年延病床数 × 100

入院収益は、高度で質の高い医療を提供しながら病床利用率の向上に取り組むことで、平成30年度（2018年度）から令和元年度（2019年度）にかけて増加しましたが、令和2年度（2020年度）以降は、世界的規模で流行した新型コロナウイルス感染症への対応を優先するため、一部の病棟を休止し、緊急性のある入院のみに受入れを制限したことにより、大幅に減少しました。

入院患者1人1日当たり診療収入は、重症度の高い患者の診療を優先したため、結果として令和2年度（2020年度）以降、増加しました。

イ 外来収益

項目 \ 年度	H30 (2018)	R1 (2019)	R2 (2020)	R3 (2021)	R4 (2022)
年間延外来患者数 (人)	193,336	197,692	168,566	170,979	171,464
外来収益 (千円)	2,564,659	2,530,455	2,380,669	2,549,747	2,715,050
1日平均患者数 (人)	792.4	823.7	693.7	706.5	705.6
平日日数	244	240	243	242	243
外来患者1人1日当たり 診療収入 (円)	13,265	12,800	14,123	14,913	15,835
外来入院患者比率 (倍)	2.0	2.0	2.1	2.3	2.3

※ 外来患者1人1日当たり診療収入 = 外来収益 ÷ 年間延外来患者数

※ 外来入院患者比率 = 年間延外来患者数 ÷ 年間延入院患者数

外来収益は、平成30年度（2018年度）と令和元年度（2019年度）は横ばいの状態でしたが、令和2年度（2020年度）は、新型コロナウイルス感染症の診療を優先するため、救急医療や周産期医療以外の通常診療を制限したことや緊急事態宣言下での受診控えなどにより、外来患者数とともに大幅に減少しました。

一方で、重症度の高い患者の診療を優先したことにより、結果として令和2年度（2020年度）以降、外来患者1人1日当たり診療収入は増加し、令和4年度（2022年度）には、外来患者数はコロナ禍以前と比較して減少しているものの、外来収益では、令和元年度（2019年度）以前の水準を上回りました。

(2) 医業費用

(単位：千円)

年度	H30(2018)		R1(2019)		R2(2020)		R3(2021)		R4(2022)	
	金額	構成 比率 (%)	金額	構成 比率 (%)	金額	構成 比率 (%)	金額	構成 比率 (%)	金額	構成 比率 (%)
給与費	4,699,497	47.2	4,933,449	47.8	5,023,534	49.7	5,049,897	48.6	5,169,293	47.1
材料費	2,037,005	20.5	2,027,111	19.7	1,790,351	17.7	1,844,612	17.7	2,039,018	18.6
経費	2,328,089	23.4	2,510,267	24.3	2,365,639	23.4	2,575,887	24.8	2,757,595	25.1
減価償却費	833,156	8.4	796,724	7.7	891,090	8.8	855,584	8.2	955,091	8.7
資産減耗費	5,383	0.1	3,092	0.0	16,886	0.2	42,612	0.4	8,508	0.1
研究研修費	45,865	0.5	42,028	0.4	22,640	0.2	27,081	0.3	36,990	0.3
計	9,948,995	100.0	10,312,671	100.0	10,110,140	100.0	10,395,673	100.0	10,966,495	100.0

病院は人的サービスが主体となる事業であるため、給与費が医業費用の約5割を占めています。給与費の執行額は、その年によって増減があるものの、令和4年度（2022年度）は、平成30年度（2018年度）と比較すると469,796千円増加しました。これは主に、看護師及び技師数の増による給料・手当の増加によります。

材料費の執行額は、医業収益と一定の相関関係があり、令和2年度（2020年度）の材料費は、診療制限の影響で減少しましたが、令和3年度（2021年度）以降は、入院・外来収益と連動して、増加しています。

第3章 苫小牧市立病院の役割・機能



1 地域医療構想等を踏まえた果たすべき役割・機能

今後、高齢化が急速に進行するなか、地域における医療の在り方は、従来の主に青壮年期（15～44歳）の患者を対象とした救命・救急、治癒、社会復帰を前提とした「病院完結型」の医療から、慢性疾患や複数の疾病を抱えることが多いなどの高齢者の特徴に合わせて、病気と共存しながら生活の質の維持・向上を目指す医療、患者の住み慣れた地域や自宅での生活のための医療、地域で支える「地域完結型」の医療の3点に重点をシフトしていく必要があります。

このためには、地域の医療機関との連携を強化し、当医療圏における役割分担を推進することが求められています。

○地域医療構想における東胆振医療圏の医療機能別病床必要量

	① 病床機能報告 R4 (2022) .7.1	② 必要病床数 R7 (2025) 年推計	比較差 (①-②)	当院の病床数
高度急性期	33床	233床	△ 200	25床
急性期	1,303床	752床	551	311床
回復期	279床	800床	△ 521	42床
慢性期	347床	677床	△ 330	
休棟等	365床		365	
合計	2,327床	2,462床	△ 135	378床

資料：「東胆振圏域地域医療構想調整会議 地域医療構想推進シート（東胆振）令和4年度」より

地域医療構想は、将来人口推計をもとに令和7年（2025年）に必要となる病床の必要量（病床数）を高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4つの医療機能ごとに推計した上で、地域の医療機関相互の協議によって病床の機能分化と連携を進め、効率的な医療提供体制を実現するものです。

地域医療構想における令和7年（2025年）の必要病床数に対して、令和2年（2020年）7月1日時点の当医療圏の病床数は、急性期機能の病床数に余剰がある一方、高度急性期、回復期、慢性期機能の病床数が不足している状況にあります。

当院の役割としては、当医療圏内の高度急性期及び急性期医療の提供を維持するとともに、地域の病院・診療所・介護施設等関連機関と日常的に情報交換等の連携を強化し、相互の機能・役割を明確にした連携体制を構築してスムーズな患者受入と入退院支援を実行し「切れ目のない医療」の提供を目指します。

(1) 周産期・小児医療

ア 周産期医療

地域周産期母子医療センターとして、正常分べんや妊婦健診等の分べん前後の診療のほか、救急対応や新生児医療を24時間365日行える体制を維持し、当医療圏における住民が安心して出産できる環境の整備に努めています。

イ 小児医療

北海道小児地域医療センター及び地域周産期母子医療センターとして、広範囲にわたる小児疾患の専門的治療や二次救急医療を提供する中核病院としての役割を担っています。また、医療的ケア児に対する支援の充実についても検討していきます。

(2) 救急・災害時医療

ア 救急医療

救急指定医療機関である当院と王子総合病院が輪番制を組み、24時間365日体制で当医療圏・日高医療圏の手術や入院を必要とする重症患者を受け入れる体制を維持し、二次救急医療機関としての役割を果たしています。

イ 災害時医療

平成30年（2018年）に発生した北海道胆振東部地震では、当院に災害派遣医療チーム（DMAT）の活動拠点本部が設置され、救護活動が早期に開始されました。

災害拠点病院として、大規模災害でのライフライン断絶時においても、医薬品、食料、医療資機材の備蓄や自家発電装置の設置により、継続的に医療が提供できる体制を整備しています。

(3) がん診療機能の充実

当院は、北海道がん診療連携指定病院として、がん医療提供体制の充実に努めています。手術・放射線・抗がん剤などを組み合わせた治療を行い、症状によって高度医療機関・専門医療機関へ紹介します。

また、緩和ケアチームを組織し、苦痛軽減、快適な療養、気持ちのサポートなどの役割を果たすほか、がん相談支援センターにおいて、気軽に相談できる環境づくりや常設型がんサロン（名称「花しょうぶハウス」）において、患者さんやご家族の交流の場を提供するとともに、病気に関する情報提供など、様々なニーズに応えていきます。

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

地域包括ケアシステムは、地域の実情に応じて、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で、能力に応じ自立した生活を続けることができるよう、医療、介護、介護予防、住まい、生活支援が包括的に確保される体制です。

これまでの「病院完結型」の医療ではなく、地域での療養生活を支える「地域完結型」の医療提供体制の構築が求められています。

(1) スムーズな患者受入

当院は、高度・急性期医療を担う病院として、地域の医療ニーズに対して良質な専門性の高い医療提供を維持するほか、患者さんの状態に応じて退院後も切れ目のない支援の実現に努めます。

地域における医療、介護・福祉の連携体制の構築に貢献し、在宅療養患者の急

変時には、急性期病院として適切に対応し、在宅医療を担う関係施設等を後方支援する役割を果たします。

(2) 在宅医療の推進

訪問診療を実施している医療機関からの紹介により、当院に事前登録した在宅患者について、入院対応をする「在宅連携登録患者システム」の運用や訪問看護師をはじめとする在宅療養に携わっている多職種との連携を通して、在宅医療を地域で支えます。

(3) 患者サポートセンターの設置

これまで分散していた入退院支援、医療相談、地域医療連携などの機能を集約化することで多様な支援が受けられるワンストップサービスを提供します。

患者さんが入院から退院後の生活まで安心した療養が受けられ、早く社会復帰ができるように医師、看護師、社会福祉士、管理栄養士、薬剤師、理学療法士、事務職員等が切れ目のないチーム医療を提供し、患者サービスの向上と円滑な地域連携を図ります。

3 機能分化・連携強化

医師・看護師等の不足、人口減少や少子高齢化の急速な進展に伴う医療需要の変化、医療の高度化といった経営環境の急激な変化等を背景とする厳しい環境が続いている中で、持続可能な地域医療提供体制を確保するためには、限られた医療資源を地域全体で最大限効率的に活用することが必要であり、地域の中で当院が担うべき役割や機能を改めて見直した上で、次の事項に取り組みます。

(1) 地域医療機関との役割分担

紹介を受けた患者に対して、専門的な診療を行った後は、紹介元のかかりつけ医（日常的な診療や健康管理をしてくれる身近な医師）へ逆紹介し、継続的に診療を受けられる「主治医二人制」を推進します。

また、当院は、地域医療構想調整会議での議論と理解のもと、令和5年（2023年）9月に医療資源を重点的に活用する外来診療を地域で基幹的に担う「紹介受診重点医療機関」に王子総合病院と共に選定されています。

日ごろの健康管理や発病の初期は、かかりつけ医（一次医療）、専門的な治療が必要な場合は、かかりつけ医の紹介により当院（二次医療）が担当するという一連の診療の流れの中で役割分担を確認しつつ、救急から在宅医療までの地域医療を支えていきます。

(2) 高次医療機関との連携

当院は、二次医療を担う医療機関として、入院医療及び専門外来医療を提供するとともに、他の医療機関と連携して地域の医療ニーズに対応していきます。

特殊・先進的な医療や診断を必要とする高度・専門的医療が必要な場合は、大学病院等との連携を図り、スムーズな連携体制の維持に努めます。

(3) 診療情報の共有

地域医療連携ネットワークシステムを活用して、処方・注射内容、検査結果、退院時サマリー、放射線画像の医療機関と診療情報を共有することで、より良い医療を提供できるように努めます。

また、文書や電話での情報伝達を補完することを目的に、令和元年（2019年）から導入したモバイル端末の活用を継続します。

(4) 地域への情報発信

「診療科の概要」「連携だより」などの情報誌の発行、医療機関訪問、地域連携セミナーなどの講演会・研修会の開催を通して、地域の医療機関とのさらなる連携の強化を図り、紹介患者、逆紹介患者の増加に努めます。

さらに、令和2年（2020年）に設置したデジタルサイネージの医療機関を検索する機能を活用し、医療機関情報紙と併せて逆紹介、かかりつけ医の紹介に役立っています。

4 医療機能や医療の質、連携の強化等に係る数値目標

当院の役割に沿った質の高い医療機能を十分に発揮し、地域において他の医療機関との連携が強化できているのかを検証するため「医療機能に係るもの」、「医療の質に係るもの」、「連携の強化に係るもの」、「その他」の4つの区分で数値目標を以下のとおり設定します。

なお、指標については、ガイドラインにおける例示及び公益社団法人全国自治体病院協議会が医療の質の評価・公表等推進事業において公表している指標のうち、当院が果たすべき役割に沿ったものを設定しています。

(1) 医療機能に係るもの

項目	年度									
	R1 (2019)	R2 (2020)	R3 (2021)	R4 (2022)	R5 (2023)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	
地域救急貢献率(%) (※1)	37.4	32.6	30.0	31.6	38.0	38.0	38.0	38.0	38.0	
地域分べん貢献率(%) (※2)	48.9	51.4	58.7	67.6	68.0	68.0	68.0	68.0	68.0	
訪問診療・看護件数(件)	69	89	147	150	150	150	150	150	150	
手術件数(件)	2,590	2,091	2,046	2,237	2,400	2,500	2,600	2,700	2,700	
うち全身麻酔手術件数(件)	1,726	1,406	1,246	1,336	1,400	1,500	1,500	1,500	1,500	
救急患者数(人)	6,041	4,418	4,432	5,139	5,500	5,700	5,800	5,900	6,000	
分べん取扱い件数(件)	614	633	682	684	700	680	670	650	640	
リハビリ件数(件)	49,025	41,181	40,193	36,008	36,700	38,200	40,300	41,200	41,700	

※1 地域とは当医療圏（二次医療圏）を指す(以下、同様)。地域で救急搬送された患者に対して、当院で引き受けた救急車来院患者数の割合を示す。

・ 地域救急貢献率(%) = 救急車来院患者数 ÷ 二次医療圏内救急車搬送人数 × 100

※2 地域での出生数に対して、当院で出生した割合を示す。

・ 地域分べん貢献率(%) = 当院出生数 ÷ 二次医療圏出生数 × 100

(2) 医療の質に係るもの

項目 \ 年度	R1 (2019)	R2 (2020)	R3 (2021)	R4 (2022)	R5 (2023)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)
入院患者満足度(%) (※3)	100	99.1	100	98.8	100	100	100	100	100
外来患者満足度(%) (※4)	89.7	未実施	未実施	92.6	95.0	95.0	95.0	95.0	95.0
在宅復帰率(%) (※5)	92.2	89.1	90.8	91.8	90.0	90.0	90.0	90.0	90.0
クリニカルパス使用率【患者数】(%) (※6)	68.5	67.2	72.3	78.3	60.0	60.0	60.0	60.0	60.0
クリニカルパス使用率【日数】(%) (※7)	39.1	41.5	45.3	50.7	30.0	30.0	30.0	30.0	30.0

※3 アンケート調査による入院患者の満足度を示す。

・ 入院患者満足度(%) = 満足のいく治療を受けたと回答した入院患者数 ÷ アンケートの有効回答者数 × 100

※4 アンケート調査による外来患者の満足度を示す。

・ 外来患者満足度(%) = 満足のいく治療を受けたと回答した外来患者数 ÷ アンケートの有効回答者数 × 100

※5 退院患者のうち、自宅、他院の回復期リハビリテーション病棟、介護老人保健施設などへの退院の割合を示す。

・ 在宅復帰率(%) = 退院先が自宅等の患者数 ÷ 生存退院患者数 × 100

※6 入院患者に対し、クリニカルパスを適用した割合を示す。

・ クリニカルパス使用率【患者数】(%) = クリニカルパス新規適用患者数 ÷ 新入院患者数 × 100

※7 入院患者の延べ日数に対し、クリニカルパスを適用した割合を示す。

・ クリニカルパス使用率【日数】(%) = クリニカルパス適用日数合計 ÷ 入院延べ日数 × 100

(3) 連携の強化に係るもの

項目 \ 年度	R1 (2019)	R2 (2020)	R3 (2021)	R4 (2022)	R5 (2023)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)
初診紹介患者数(人)	6,444	5,107	5,210	5,625	5,470	5,600	5,740	5,870	6,000
紹介率(%) (※8)	47.6	48.6	49.3	47.7	55.0	57.5	60.0	62.5	65.0
逆紹介(診療情報提供)件数(件)	6,964	5,675	5,641	6,455	5,660	5,670	5,680	5,690	5,700
逆紹介率(%) (※9)	38.9	42.4	40.8	44.8	40.0	40.0	40.0	40.0	40.0

※8 初診の患者数に対して、紹介受診、救急受診する患者数の割合を示す。

・ 紹介率(%) = (紹介初診患者数 + 初診救急患者数) ÷ 初診患者数 × 100

※9 初診の患者数に対して、紹介受診、救急受診する患者数の割合を示す。

・ 逆紹介率(%) = 逆紹介患者数 ÷ 初診患者数 × 100

(4) その他

項目 \ 年度	R1 (2019)	R2 (2020)	R3 (2021)	R4 (2022)	R5 (2023)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)
後発医薬品指数(%) (※10)	97.1	96.0	96.0	94.0	90.0	90.0	90.0	90.0	90.0
基幹型初期臨床研修医の受入人数(人)	11	12	14	13	14	14	14	14	14

※10 後発医薬品(ジェネリック医薬品)の使用割合を示す。

・ 後発医薬品指数(%) = 後発医薬品の数量 ÷ { (後発医薬品のある先発医薬品の数量) + (後発医薬品の数量) } × 100

5 一般会計負担金・補助金の考え方

(1) 一般会計負担金・補助金の推移

(単位：千円)

項目	年度	H30 (2018)	R1 (2019)	R2 (2020)	R3 (2021)	R4 (2022)
収益的収入		1, 128, 707	1, 177, 764	1, 149, 709	1, 194, 513	1, 259, 665
資本的収入		798, 833	860, 809	456, 945	462, 196	466, 766
合計		1, 927, 540	2, 038, 573	1, 606, 654	1, 656, 709	1, 726, 431

(2) 一般会計負担金・補助金の内訳

予算科目		項目	繰入金の基準	
病院事業収益（収益的収入）				
医業収益	一般会計負担金	①救急医療の確保に要する経費 ②保健衛生行政事務に要する経費	収支不足相当額や医療提供に係る経費の一部など	
医業外収益	一般会計負担金	③建設改良に要する経費（支払利息の一部） ④感染症病床に要する経費 ⑤リハビリテーション医療に要する経費 ⑥周産期医療に要する経費 ⑦小児医療に要する経費 ⑧高度医療に要する経費 ⑨院内保育所の運営に要する経費 ⑩医師・看護師等の研究研修に要する経費 ⑪共済追加費用の負担に要する経費 ⑫不採算地区に所在する中核的な病院の機能維持に要する経費 ⑬基礎年金拠出金負担金 ⑭児童手当に要する経費 ⑮医師確保対策に要する経費		
特別利益	一般会計補助金	⑯学資金償還免除に要する経費		償還免除相当額
資本的収入				
他会計負担金	一般会計負担金	⑰建設改良に要する経費		企業債対象外の固定資産取得費及び企業債償還金の一部

公立病院は、地方公営企業として常に企業の経済性を発揮するとともに、その本来の目的である公共の福祉を増進するように運営されなければなりません。

一方で、地域にとって必要な救急医療や高度医療、周産期医療、感染症医療などの政策的医療の確保と充実が求められています。これらの政策的医療は採算性に乏しく、能率的な経営を行ってもその医療提供に必要な費用を賄えない状況にあります。

地方公営企業法（昭和27年法律第292号）第17条の2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」や「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適当でない経費」や「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」については、一般会計が負担金や補助金等として負担（繰入）することとされています。

一般会計負担金・補助金は、総務省で定めている算出基準を原則として、健全な経営を損なうことのないよう真にやむを得ない経費を対象とし、病院の経営状況や苫小牧市の財政状況などを勘案しながら、関係部署と十分協議の上で決定します。

6 住民の理解のための取組

医療機関は、地域住民の医療を支える重要な社会インフラを担っており、医療機能等の見直しは、地域住民の理解を得ながら合意形成することが不可欠です。

地域住民にとって信頼と愛着のある病院となるよう、当院の役割や医療機能等について、病院広報紙の配布を継続して行うほか、ホームページやSNSを活用した情報発信を併せて行い、病院事業の周知と啓発を図ります。

また、地域住民のニーズに合わせた病気や健康づくりに関する市民公開講座を積極的に開催して、当院の医療・看護について発信できる機会を増やします。

第4章 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

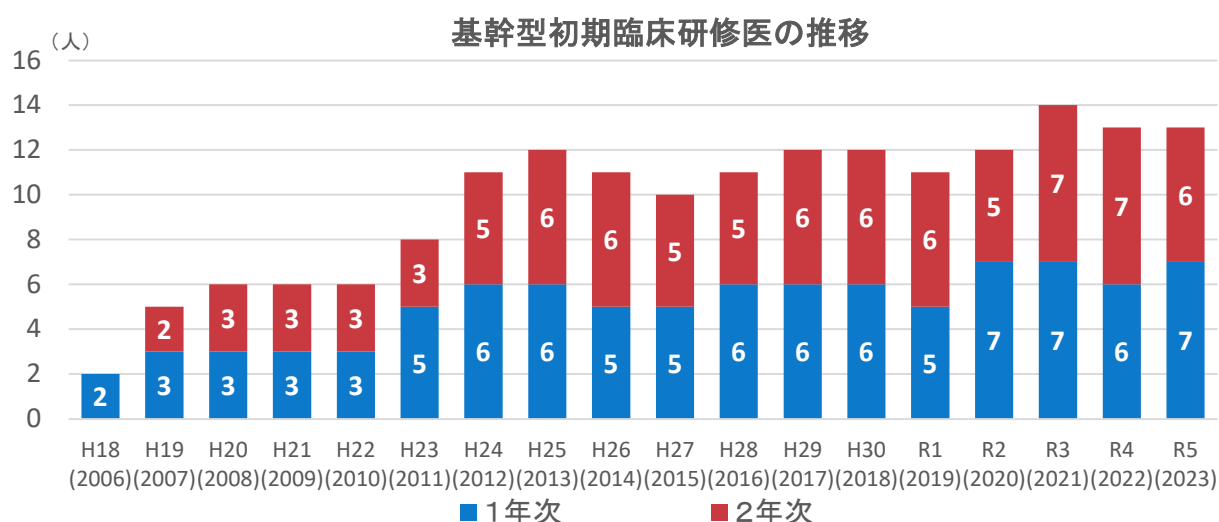
(1) 医師の確保

今後も当医療圏及び日高医療圏の中核病院としての役割を果たしていくために、医師確保は最も重要な課題の1つです。特に地域の救急医療を支えるには夜間休日の診療を担うに足りる医師数が必要となります。そのために、大学医局との良好な関係を継続し、医師の確保に努めます。さらに、近年増加している女性医師が活躍できる場を幅広く用意するなど、働きやすい環境整備に努めます。

(2) 臨床研修医の確保

救急の初期診療において、初期臨床研修医が重要な役割を果たしています。当院の初期臨床研修医は、令和5年(2023年)4月1日時点で1年次6人、2年次7人の合計13人在籍しており、平成18年度(2006年度)以降、令和4年度(2022年度)までに78人の基幹型初期臨床研修修了生を輩出しています。

今後も、これまでの実績や経験等に基づき、医学生へ当院の魅力を発信するとともに、若手医師のニーズを的確に把握し、受入体制の強化や研修プログラムの充実を図りながら研修医に選ばれる病院づくりを目指します。



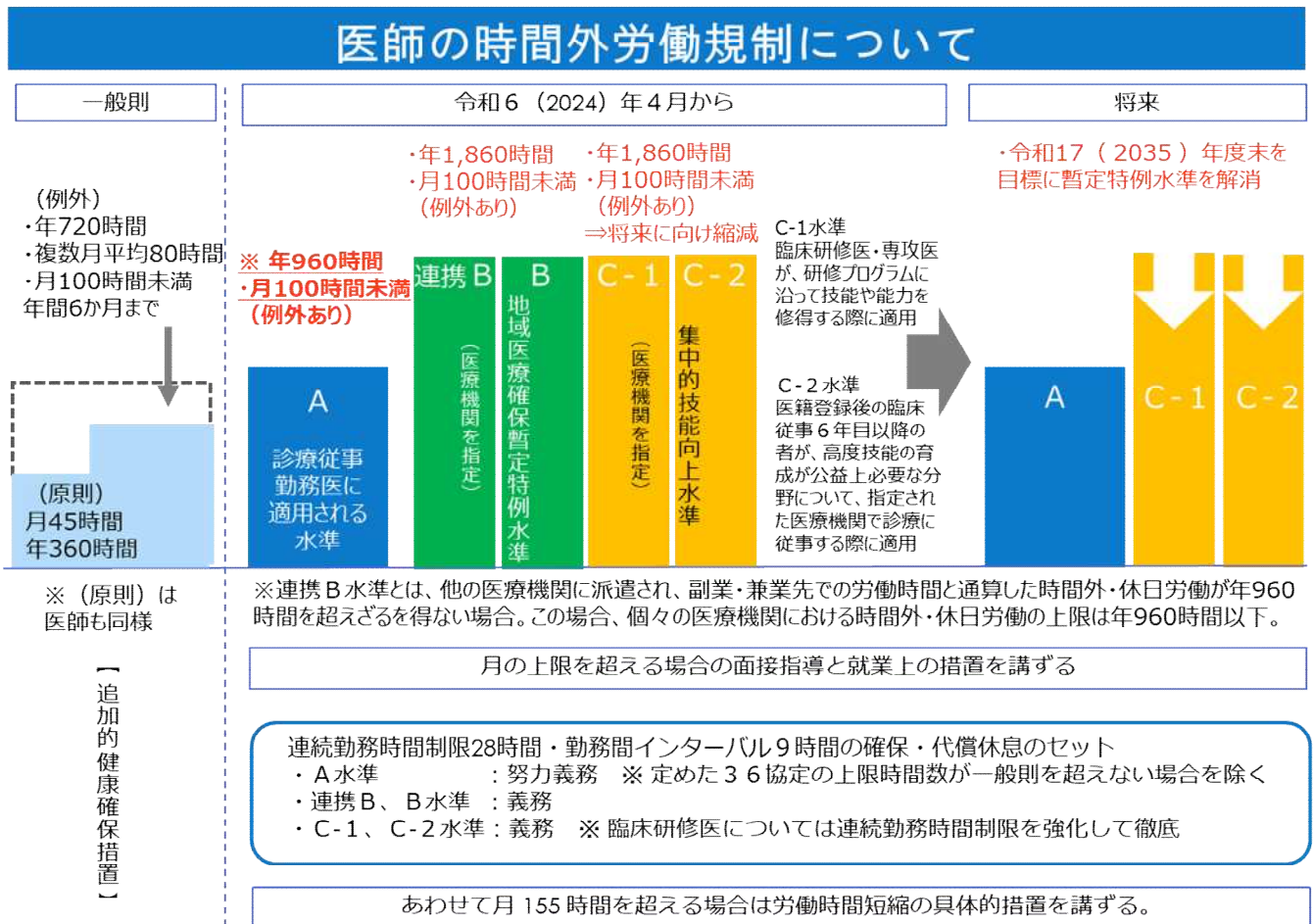
(3) 看護師等の確保

質の高い医療提供体制を維持するためには、安定的に看護師等の人材を確保する必要があります。当院では、看護師・助産師・薬剤師の人材確保の一環として、学資金貸与制度を実施しているほか、苫小牧看護専門学校をはじめとする道内外の養成機関との連携、職員の随時募集を実施しています。また、離職防止が重要な課題となるため、看護師を支える補助者の活用を推進し、その雇用条件の見直しを通じて人材確保に努めます。さらに、子育て支援の充実のために産育休制度の活用を進めるとともに、新人職員の定着率向上のために、メンタルヘルスケアなどの教育研修にもこれまで以上に注力します。

2 医師の働き方改革への対応

これまでの医療は医師の自己犠牲的な長時間労働により支えられてきており、医療需要の変化など様々な要因によって、今後、医師への負担は増すばかりです。

こうした中、国が主導する医師の働き方改革が令和6年度（2024年度）から始まります。この中では、医師が自らの健康を保持し、持続可能な医療を提供していくために勤務医の時間外労働の上限規制や連続勤務時間制限など、医師の労働時間に関して厳しく取り決めされています。これを遵守するために、当院でも医師の働き方の適性化に向けて大きな改革が必要となっています。



当院では、原則的な水準であるA水準（年960時間以内）を目指しています。

今後は、医師の労働時間を客観的に把握する仕組みを活用した勤怠管理を徹底するとともに、医師事務作業補助者を効果的に配置するなど、院内における分業を推進するほか、ICTを駆使しながら医師の業務の効率化を図り、本来業務に集中できる環境を整え、毎年、各医師がA水準に収まる時間外勤務となるように努めます。



第5章 経営形態の見直し

1 経営形態の現況

公立病院の経営形態には、地方公営企業法の全部適用又は財務規定等のみ適用(以下「地方公営企業法の一部適用」)、地方独立行政法人(非公務員型)、指定管理者制度、民間移譲の4つの選択肢が考えられます。当院は、地方公営企業法の一部を適用して、病院経営を行っており、令和3年度(2021年度)末現在、全国では849病院中291病院がこの経営形態を採用しています。

2 経営形態見直しの方向性

各経営形態には、それぞれ下表のような特徴があります。

現時点において、経営の効率化を最優先し、現状の地方公営企業法の一部適用を継続する考えですが、経営基盤の安定化に向け、将来の経営状況を見据えながらふさわしい経営形態を検討していきます。

区分		根拠法令等・利点	課題等
地方公営企業法の適用	全部	地方公営企業法第2条第3項の規定により、同法規定の全部を適用する。 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	比較的取り組みやすい反面、経営の自由度拡大範囲は、地方独立行政法人化に比べて限定的となる。
	一部	地方公営企業法第2条第2項により、財務規定等のみを適用する。 地方公共団体の長に人事・予算等に係る権限が付与され、地方公共団体の管理下で運営するため、行政施策が反映されやすい。	人事や給与体系など病院状況に対応した機動的な運営が一般的に行いにくくなる。
地方独立行政法人化(非公務員型)		地方独立行政法人法の規定に基づき、地方独立行政法人を設立し、経営を譲渡するもの 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る。	設立団体(地方公共団体)からの職員派遣は、段階的に縮減を図る等、実質的な自律性の確保に配慮することが適当である。
指定管理制度の導入		地方自治法第244条の2第3項の規定により、法人その他の団体であって当該普通地方公共団体が指定するものに、公の施設の管理を行わせるもの 民間の医療法人等を指定管理者として指定することで、民間的な経営手法の導入が期待される。	適切な指定管理者の選定に特に配慮の必要がある。 提供されるべき医療の内容、委託料の水準等、指定管理者に係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必要がある。
民間移譲		地域の医療事情から見て、公立病院を民間の医療法人等に譲渡し、その経営に委ねることが望ましい場合に行うもの	採算確保に困難性を伴うなど、公立病院が担っている医療の提供が引き続き必要な場合は、相当期間の医療提供の継続を求めるなど、地域医療の確保の面から譲渡条件等について十分な協議が必要となる。
事業形態の見直し		地域医療構想上の構想区域における医療需要や病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量、並びに介護・福祉サービスの需要動向を十分に検証し、必要な場合、診療所、老人保健施設などへの転換を行うもの	

第6章 新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組



1 新興感染症への取組

当院は、第二種感染症指定医療機関として北海道から指定を受けており、陰圧機能を備えた4床の感染症病床を設置しています。

令和2年（2020年）から始まった新型コロナウイルス感染症の対応では、北海道の病床確保計画のフェーズに応じた受入病床を確保し、入院患者の受入れをはじめ、発熱待合の設置やPCR検査、ワクチン接種等で中核的な役割を果たしました。

これまで得られた経験と知見は、次なる新興感染症に活用すべき重要なものと認識し、次の事項に取り組みます。

(1) 事業継続計画、マニュアルの策定

病院内には多種多様な業務があり、それぞれの業務に特化した重要な対策も存在することから、従来の「感染症対策マニュアル」、「災害対策の事業継続計画」に加え、各部門に新興感染症発生時における事業継続計画、マニュアルを策定します。新興感染症発生時の影響は、不確実性が高く予測は困難ですが、病院機能を維持し、その役割を的確に果たします。

(2) 診察室等の専用スペースの確保

新型コロナウイルス感染症において、臨時的に利用目的の異なるスペースを転用して診察室、検査室、待合室などを確保しましたが、その対応が長期化しました。この経験を踏まえて、非常時の体制に迅速に対応できるフレキシブルな空間を確保し、接触低減等による院内感染リスクの低減・分散を図る対策をあらかじめ整理します。

(3) 人材、医療資材の確保

組織的に感染症対策を行うため、専門人員の確保と育成に取り組みます。

感染症対策用の医療資材は、新型コロナウイルス感染症流行初期において生産、物流の影響を受け、世界的に不足しました。このような影響を最小限に抑えるため、物資の調達方法と備蓄の調整を継続的に行います。

今後も人材や物資などの限られた医療資源を有効に活用し、地域における医療提供体制を維持することに努め、感染症患者等に対して早期に適切な医療を提供します。

(4) 連携と役割分担

新型コロナウイルス感染症対応では、救急輪番体制のコントロールなどを含め、北海道や苫小牧市の関係部署、医療機関等との連携と協力関係が欠かせなかったことから、今後も有事の診療体制や方針が相互に理解できるよう、平時からの情報共有に努めます。

第7章 施設・設備の最適化



1 施設・設備の適正管理と整備費の抑制

当院は、平成18年（2006年）10月に移転開業しており、施設、設備等の更新時期が順次到来しています。長期的な経営視点に立ち、計画的に更新や修繕を実施するため、インフラの長寿命化計画を策定して、維持管理・更新に係るトータルコストの縮減や各年度における投資額の平準化を図ります。

また、医療機器については、点検・保守を適正に実施し、早期の修理対応により長期稼働を目指すとともに、更新に際しては、高度急性期・急性期における必要性、使用実績、費用対効果等のほか、地域に求められる当院の役割を考慮しながら検討します。

(1) 省エネルギーとゼロカーボン

当院の事業における温室効果ガス排出量及びエネルギー使用量は「第4期苫小牧市役所エコオフィスプラン」に基づき、その削減を推進しており、エネルギー効率や環境負荷を評価した上で、機器、設備等を導入します。

令和3年（2021年）8月に本市で宣言した「ゼロカーボンシティ」の実現に向けての取組の一つとして、令和4年度（2022年度）から令和7年度（2025年度）までの4年間で、病室を含む院内の全ての照明器具をLED化します。また、市関係部署と連携し、ゼロカーボンにつながる施策の導入を検討します。

(2) 入院環境の整備

病室の個室又は準個室化によるユニット化を実施します。2人部屋又は4人部屋の一部を可動式のパーティション等で仕切り、プライベートに配慮した空間を確保することを検討します。

また、病室の暑さ対策として、令和4年度（2022年度）から順次進めている病室へのエアコン設置を令和6年度（2024年度）までに完了させ、入院患者さんに安全で快適な療養環境を提供します。

2 デジタル化への対応

今般の新型コロナウイルス感染症の感染拡大を受け、テレワークやオンライン会議など人と接しない働き方が社会全体で急速に進んでいます。

医療分野においてもマイナンバーカードの保険証利用や一定の条件下でオンライン診療が可能となるなど、ICTを活用した医療サービスの提供が進んでおり、その対応が期待されています。

一方で病院がサイバー攻撃の標的とされる事例が多発しているため、セキュリティレベルの向上を図りながら、医療の質向上と病院経営の効率化を目的に次の取組を進めます。

(1) 院内Wi-Fiの整備

現在は、外来患者さんを対象に正面玄関周辺にWi-Fiによるインターネット接続サービスを提供していますが、今後は、入院患者さんが各病室やデイコーナーなどでインターネットが利用できるよう整備を進めます。入院療養中もスマートフォンやタブレット端末等を手軽に利用できることで、家族や社会とのつながりが維持され、安心して療養に専念していただく環境を整えます。

(2) マイナンバー制度の活用

令和3年度（2021年度）から開始したマイナンバーカードによる保険証、健診情報、薬歴の確認に加え、国による運用拡大に合わせて利用を拡大し、利便性の向上と業務の効率化を図ります。また、保険資格の確認作業をオンラインで行うことで、診療報酬請求時のレセプト返戻による新たな未収金の発生を抑制します。

(3) 遠隔画像診断等の拡充

大学病院や地域医療機関の医師間で行う通信ネットワークを利用した遠隔画像診断や情報共有サービスは、診療情報収集の迅速化により疾病の早期発見、早期治療につながるとともに医師の働き方改革の一助となります。今後も医療ニーズや診療の特性等を踏まえ、必要性や優先度の高い診療を検討した上で導入拡充を進めます。

(4) 多様な支払方法への対応

診察後の会計を待たずに帰宅できる医療費後払いサービスなどのキャッシュレス決済を導入し、患者さんの院内滞在時間の短縮を実現することで、満足度の向上や会計窓口の混雑緩和、職員の業務負担軽減を図ります。

(5) 医療DXの推進

医療の質の向上、病院業務の効率化のほか、非接触、非対面による感染症対策の観点から外来診療のWEB予約システム、デジタル問診システム、診察順番通知システム、検査順番表示システムなどの新規導入を検討します。また、将来的に拡充が予測されるオンライン診療や電子処方箋、医療情報や健康情報の一元管理などを見据え、適切な導入時期について検討します。

(6) 情報セキュリティ対策

医療情報を電子的に扱う際の安全管理の観点から、厚生労働省が策定している「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、セキュリティリスクの低減を図ります。また、個人情報の保護と利活用の拡大の両立を図り、安心・安全なデジタル環境を構築するとともに個人情報保護の重要性に関する意識の向上のため、職員研修等の充実に努めます。

(7) デジタル人材の確保・育成

医療情報は、ICTの発展、医療の高度化とともに複雑化しており、システム等の導入、運用、管理には、専門的なデジタル知識のほか広く各部門業務への理解が必要です。最適な医療情報システムの実現に向けて、人材の確保・育成に努めます。

第8章 経営の効率化等の取組



1 経営効率化の取組方針

経営の効率化は、経費削減だけを意味するものではなく、地域に求められる医療機能の充実や医療の質の向上、他の医療機関等との連携・役割分担等、市民及び圏域の皆様信頼される病院づくりに必要な取組です。

専門性の高い良質な医療サービスの提供に努めながら、病床利用率などの収入確保に関する項目について数値目標を定め、医業収益の増加を目指します。また、経費の最適化についても継続的に取り組んでいきます。

2 経営指標に係る数値目標

独立採算が原則である企業会計においては、収支に影響を与える要因について継続的にその推移を測定、分析し、事業の効率化による収支改善を図る必要があることから、次の事項について数値目標を定め、収益の最大化と費用の最小化に取り組みます。

(1) 収支改善に係るもの

項目	年度	R1 (2019)	R2 (2020)	R3 (2021)	R4 (2022)	R5 (2023)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)
経常収支比率 (%)		96.6	109.3	115.0	108.6	95.8	94.7	98.0	99.8	100.0
修正医業収支比率 (%)		84.1	75.1	76.2	74.4	79.4	81.6	84.4	86.6	86.8

※ 経常収支比率 (%) = (経常収益 ÷ 経常費用) × 100

※ 修正医業収支比率 (%) = {(医業収益 - 他会計負担金) ÷ 医業費用} × 100

(2) 経費削減に係るもの

項目	年度	R1 (2019)	R2 (2020)	R3 (2021)	R4 (2022)	R5 (2023)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)
給与費対医業収益比率 (%)		54.4	62.9	60.7	60.0	56.0	55.2	54.7	53.0	53.1
材料費対医業収益比率 (%)		22.3	22.4	22.2	23.7	24.4	23.0	23.0	23.0	23.0
うち薬品費対医業収益比率 (%)		11.2	10.9	11.2	12.4	13.5	12.0	12.0	12.0	12.0

※ 給与費対医業収益比率 (%) = (職員給与費 ÷ 医業収益) × 100

※ 材料費対医業収益比率 (%) = (材料費 ÷ 医業収益) × 100

※ 薬品費対医業収益比率 (%) = (薬品費 ÷ 医業収益) × 100

(3) 収入確保に係るもの

項目	年度	R1 (2019)	R2 (2020)	R3 (2021)	R4 (2022)	R5 (2023)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)
年間延入院患者数(人)		100,789	79,428	75,079	73,503	87,074	92,800	94,000	98,500	99,000
病床利用率 (%)		72.1	57.0	53.9	52.7	71.0	75.7	76.6	80.3	80.7
入院患者1人1日当たり診療収入(円)		57,238	61,285	66,778	69,455	69,378	70,043	70,213	71,134	71,282
平均在院日数(日)		9.7	9.8	9.5	9.2	9.5	10.4	10.6	11.0	11.2
DPC係数		0.3883	0.4205	0.4280	0.4603	0.4937	0.5275	0.5275	0.5336	0.5336
年間延外来患者数(人)		197,692	168,566	170,979	171,464	177,166	181,000	184,000	185,000	185,000
外来患者1人1日当たり診療収入(円)		12,800	14,123	14,913	15,835	15,833	16,022	16,033	16,216	16,216

※ 入院患者1人1日当たり診療収入(円) = 入院収益 ÷ 年間延入院患者数

※ 平均在院日数(日) = 年間延入院患者数 ÷ {(入院件数 + 退院件数) ÷ 2}

※ 外来患者1人1日当たり診療収入(円) = 外来収益 ÷ 年間延外来患者数

※ DPC係数 = 機能評価係数 I + 機能評価係数 II (毎年4月1日の係数)

(4) 経営の安定性に係るもの

項目 \ 年度	R1 (2019)	R2 (2020)	R3 (2021)	R4 (2022)	R5 (2023)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)
医師数(人)	73	76	75	79	79	79	79	79	79
看護師数(人)	418	420	416	404	417	417	417	417	417
企業債残高(百万円)	9,343	8,863	8,786	8,292	7,782	7,333	6,858	6,234	5,682
一時借入金残高(百万円)	1,913	1,298	0	0	0	0	0	0	0
累積資金収支(百万円)	△2,058	△996	713	1,644	1,270	711	562	633	769

※累積資金収支(百万円) = 流動資産 - 流動負債
【マイナスは資金不足額、プラスは資金剰余額】

3 目標達成に向けた具体的な取組

目標を達成するためには、年々変化する医療環境の中で、当院が目指す将来の姿を全職員が共有し、「医療」と「経営」を両立する必要があります。

あらかじめ数値目標を定めた経営指標などについては、定期的な見直しを行って進捗を管理するほか、次の事項に取り組むことによって経営改善を図ります。

(1) 事業規模の見直し

北海道医療計画並びに当医療圏及び日高医療圏において当院に求められる診療機能を担うために必要な病床数を定めます。

現在、次期北海道医療計画の策定が検討されており、その内容を踏まえて必要病床数を再検討します。

項目 \ 年度	R3 (2021)	R4 (2022)	R5 (2023)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)
一般病床数(床)	378	⇒	⇒	病床数 検討	⇒	⇒	⇒
感染症病床数(床)	4	⇒	⇒		⇒	⇒	⇒

(2) 収益の増加及び確保対策

ア 新規患者の獲得

収入を確保し病院経営を強化するためには、入院・外来ともに新規患者数を増やす取組が重要となります。

安心して患者さんを紹介していただけるよう、当院の診療体制や実績等のわかりやすい情報発信や各医療機関のニーズ把握などを行い、地域の医療機関との信頼関係の構築に努め、新規患者の獲得に積極的に取り組みます。

イ 病床利用率確保に向けた体制の整備

病床利用率を確保することは、医療機能の有効利用や経営健全化の観点からも重要です。新規患者の獲得と並行し、在院日数の適正化に向けたクリニカルパス(入院から退院までに行う検査や治療を経過日ごとに記載した診療計画表)の積極的な活用や、病床管理一元化による病床の効率的な運用を推進し、病院全体で病床利用率の確保に取り組みます。

ウ DPC係数の向上

DPC係数は、施設全体として有する体制などを評価する機能評価係数Ⅰ、救急医療や地域医療への貢献など医療機関が担うべき役割や機能を評価する機能評価係数Ⅱ等からなり、その数値が大きいほど質の高い急性期医療機能を有するとみなされます。また、1日当たりの診療報酬単価を向上することで、増収にもつながります。

当院の令和4年度（2022年度）の「機能評価係数Ⅱ」は、全国のDPC対象病院1,501病院中27番目、北海道では85病院中2番目と高順位を維持しています。

今後も質の高い急性期医療を提供することにより、係数の向上を図り、必要収益の確保に努めます。

エ 施設基準の維持及び取得の推進

取得している施設基準は適時調査、管理し、診療報酬の適正化に努めます。

また、新たな施設基準の取得の可能性を精査し、診療報酬改定時に新規に設置された基準と併せて、積極的に取得を進めます。

(3) 経費の削減及び抑制

ア 給与費の適正化

病院事業は、労働集約型産業であり、医師、看護師等の人材確保が常に求められており、医療人材の確保と給与水準の維持は、充実した医療サービスの提供や経営の安定化にも直結するものと考えます。

医業収益を確保することにより、給与費対医業収益比率の抑制に努め、病院機能と業務量を考慮しながら、適正な職員配置を行います。

イ 材料費（薬品、診療材料）の削減

ベンチマークデータ（全国の医療機関の購入価格）と当院の購入価格を比較、分析することで、価格交渉の強化を図り、公正な競争により価格の圧縮を実現します。

また、院内の診療材料や医療用消耗品を一元管理するSPDシステムにより、各部門、病棟における医薬品等の消費傾向を把握し、過剰在庫や不良在庫の削減と適正な購入量を決定します。

ウ 後発医薬品の採用促進

採用薬品の決定は、同種同効薬の一増一減を原則として、医療・安全管理・経営上特に有益性が高いと認められる後発医薬品を随時検討し、後発医薬品使用体制加算1の施設基準である90%以上を維持します。

エ 医療機器の計画的な購入

安定した医療品質の維持・提供を継続するには、定期的な医療機器の更新が必要なことから、必要性、採算性を考慮し、計画的に医療機器を更新し、購入コストの削減と資本投下の平準化を図ります。

オ 光熱水費の抑制

当院の省エネルギー対策委員会において、現状のエネルギー消費を踏まえた運用面、設備投入面の抑制対策を立案します。また、計測したエネルギー消費量が見える化して、省エネルギーに対する職員の実践意識の向上を図ります。

現在、実施しているコージェネレーションシステムによる廃熱利用や委託している省エネルギー診断による設備運転の効率化を継続するほか、院内の照明設備のLED化を計画的に進めます。

(4) 目標管理体制の強化

計画した経営目標を確実に実行するためには、目標管理体制が重要になります。

病院の経営目標と全診療科、全部門の目標との統合を図り、設定した目標が確実に実行されるために、院長・副院長を交えた意見交換会等による、対話を重視した目標管理体制を構築し、目標達成プロセスを病院全体で管理します。

4 各年度の収支計画

(単位：百万円、税抜き)

年度	R1 (2019)	R2 (2020)	R3 (2021)	R4 (2022)	R5 (2023)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)
収益的収支									
収益的収入 (A)	10,483	11,655	12,601	12,554	11,709	11,919	12,108	12,511	12,558
医業収益 (a)	9,074	7,987	8,315	8,610	9,680	10,218	10,380	10,770	10,820
入院収益	5,769	4,868	5,013	5,105	6,041	6,500	6,600	6,900	6,950
外来収益	2,530	2,380	2,550	2,715	2,805	2,900	2,950	3,000	3,000
その他	775	739	752	790	834	818	830	870	870
医業外収益 (b)	1,378	3,632	4,260	3,917	1,998	1,675	1,700	1,700	1,700
特別利益	31	36	26	27	31	26	28	41	38
収益的支出 (B)	10,876	10,695	11,007	11,655	12,291	12,595	12,368	12,531	12,555
医業費用 (c)	10,313	10,110	10,396	10,966	11,588	11,945	11,739	11,895	11,923
給与費	4,934	5,024	5,050	5,169	5,416	5,644	5,677	5,710	5,743
材料費	2,027	1,790	1,845	2,039	2,361	2,350	2,387	2,477	2,489
経費	2,510	2,366	2,576	2,758	2,690	2,856	2,675	2,708	2,691
その他	842	930	925	1,000	1,121	1,095	1,000	1,000	1,000
医業外費用 (d)	508	517	542	573	597	612	594	601	597
特別損失	55	68	69	116	106	38	35	35	35
経常収支 {(a)+(b)} - {(c)+(d)}	△369	992	1,637	988	△507	△664	△253	△26	0
純損益 (A) - (B)	△393	960	1,594	899	△582	△676	△260	△20	3

(単位：百万円、税込み)

年度	R1 (2019)	R2 (2020)	R3 (2021)	R4 (2022)	R5 (2023)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)
資本的収支									
資本的収入 (C)	1,157	1,101	1,490	794	902	930	945	849	819
企業債	289	282	693	282	356	415	415	300	300
他会計負担金	861	457	462	467	514	514	529	548	518
その他	7	362	335	45	32	1	1	1	1
資本的支出 (D)	1,790	1,461	1,845	1,159	1,322	1,358	1,384	1,308	1,236
建設改良費	994	661	1,043	349	413	451	451	341	341
企業債償還金	753	762	770	776	866	864	890	924	852
その他	43	38	32	34	43	43	43	43	43
資本的収支 (C) - (D)	△633	△360	△355	△365	△420	△428	△439	△459	△417
単年度資金収支	△415	1,063	1,709	931	△374	△559	△149	71	136

流動資産 (E)	1,444	1,938	2,582	3,736	3,320	2,711	2,562	2,633	2,769
流動負債 (F)	3,503	2,934	1,869	2,092	2,050	2,000	2,000	2,000	2,000
うち企業債	762	770	776	866	864	890	924	852	857
累積資金収支 (E) - (F)	△2,059	△996	713	1,644	1,270	711	562	633	769
資金不足額	1,296	226	—	—	—	—	—	—	—
資金不足比率	14.2	2.8	—	—	—	—	—	—	—

※ 収支見通しの数値については、公営企業の経営に当たっての留意事項について（総務省通知）の収支計画記載要領に基づき、収益的収支は税抜き、資本的収支は税込みで作成している。

第9章 プランの点検・評価・公表・見直し



1 点検・評価・公表の体制

本プランに基づく医療機能や医療の質、連携の強化等に係る数値目標及び経営指標に係る数値目標は、以下のとおり進捗管理等を実施します。

(1) 進捗管理の体制

院内で毎月開催する経営健全化推進会議において、各数値目標及び目標達成に向けた具体的な取組について進捗状況を管理し、経営改善の状況や効果を精査し、必要に応じて追加対策を指示します。

(2) 外部委員による点検・評価

評価の客観性を確保するため、外部有識者を含む「苫小牧市立病院事業経営評価委員会」（以下「評価委員会」という。）を設置し、本プランに定める数値目標の達成及び取組状況の点検・評価を実施します。

(3) 評価委員会による評価の公表

評価委員会による評価結果については、広報・ホームページなどを通じ公表します。

2 本プランの見直し

本プランで掲げた収支計画、数値目標等が、診療報酬の改定などの影響で達成することが著しく困難になった場合や、今後、北海道において策定が予定されている第8次医療計画（令和6年度（2024年度）～令和11年度（2029年度））や地域医療構想の内容等により、整合性が図られない場合は、数値等の見直し（ローリング）を行います。

用語集

頁	用語	用語の定義
1	新興感染症	新しく認知され、局地的にあるいは国際的に公衆衛生上の問題となる感染症のこと。
1	診療報酬	保険診療の際に医療サービスの対価として計算される報酬のこと。厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会の答申により決定され、原則として2年ごとに改定される。
1	地域医療構想	将来人口推計をもと将来必要となる病床数（病床の必要量）を4つの医療機能ごとに推計した上で、地域の医療関係者の協議を通じて病床の機能分化と連携を進め、効率的な医療提供体制を実現する取組のこと。
3	中核病院	複数の診療科や高度な医療機器を備えており、診療所や他の病院と連携して、地域医療の拠点としての役割を担う病院のこと。
3	救急告示病院	救急病院等を定める省令に基づき、一定の施設・設備・人員体制等の基準を満たし、救急業務に関し協力する旨の申し出をした病院のうち、都道府県知事が諸条件を勘案して必要と認定した病院のこと。
3	地域周産期母子医療センター	周産期に係わる高度な医療を対象とした医療施設で、産科と小児科（新生児）の両方が組み合わせられた施設のこと。
3	周産期	妊娠22週から生後満7日未満までの期間のこと。
3	北海道小児地域医療センター	小児医療の中核的な医療機関若しくは一般的な入院医療や小児の二次救急医療を担う医療機関として北海道知事が選定した医療機関のこと。
3	臨床研修指定病院	医学部を卒業し、医師免許を取得した医師（研修医）が卒後2年間、基本的な手技や知識を身につけるための初期臨床研修を行う病院のこと。
3	一般病床	精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床以外の病床のこと。
3	感染症病床	感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律に規定する一類感染症、二類感染症及び新感染症の患者を入院させるための病床のこと。
4	D P C	「Diagnosis Procedure Combination」の略で、傷病名、病状、手術、処置、検査等により、患者の入院の治療内容を分類して、その診断群分類ごとに医療費を計算する制度のこと。この制度を採用している病院をD P C病院という。
4	医療圏	都道府県が病床の整備を図るにあたって設定する地域的単位のことであり、種別的には一次医療圏（市町村）、二次医療圏（複数の市町村）、三次医療圏（都道府県域）に分かれる。二次医療圏を1単位として地域医療の効率化・体系化が図られる。
4	医療計画	医療法第30条に基づき、都道府県が厚生労働大臣の定める基本方針に即して、地域の実情に応じた医療提供体制を確保するために策定する計画のこと。
8	急性期医療	急性期（病気を発症して間もない時期など患者の状態が急速に悪化する時期）の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、手術等の診療密度が特に高い医療を提供する医療のこと。
8	初期救急	一次救急と同意語
8	二次救急、三次救急	一次救急は、症状が軽く緊急性が低く入院の必要がない軽症患者に行う救急医療であり、二次救急は、入院や手術を必要とする患者を対象とするもの（三次救急は生命に危険が及ぶような重症・重篤患者への対応を担う。一次は開業医や休日夜間急患（急病）センター、二次は24時間体制で手術ができる設備を備えた病院による輪番制をとっていることが基本）
8	N I C U	「Neonatal Intensive Care Unit」の略で「新生児集中治療管理室」をいう。新生児の治療に必要な保育器、人工呼吸器等を備え、24時間体制で集中治療が必要な新生児の治療室のこと。
8	G C U	「Growing Care Unit」の略で「新生児治療回復室」をいう。N I C Uにおける治療により急性期を脱した新生児やN I C U による集中治療までは必要としないものの、これに準じた医療的管理を行う治療室のこと。

頁	用語	用語の定義
9	標榜	医療機関が専門とする分野を伝えるために看板やホームページなどに掲げること。
9	医療的ケア児	日常生活及び社会生活を営むために恒常的に人工呼吸器による呼吸管理、喀痰吸引、経管栄養など医療的生活援助が必要な児童のこと。
9	災害拠点病院	災害時に地域の医療機関を支援する様々な機能を有する病院のこと。二次医療圏ごとに原則1か所以上整備されており、東胆振圏域は当院と王子総合病院が指定されている。
9	DMA T	「Disaster Medical Assistance Team」の略で医師、看護師、業務調整員（医師・看護師以外の医療職及び事務職員）で構成され、大規模災害や多傷病者が発生した事故などの現場で、急性期（おおむね48時間以内）に活動できる機動性を持った専門的な訓練を受けた医療チームのこと。
9	I C T	「Information and Communication Technology」の略で「情報通信技術」をいう。通信技術を活用したコミュニケーションのこと。
10	医業収益	医業サービスの提供によって得た収益のこと。診療に関わる収益、保健予防活動や医療相談による収益等がある。
13	北海道がん診療連携指定病院	北海道の指定した、がん診療連携拠点病院に準じた高度ながん医療を提供する医療機関のこと。
13	緩和ケア	疼痛（とうつう）軽減等、対症療法を主とした医療行為のこと。患者とその家族の肉体的・精神的苦痛を和らげ、生活の質（QOL）の維持・向上を目的とするもの
14	かかりつけ医	健康に関することを相談でき、必要な時は専門の医療機関を紹介してくれる身近にいる医師のこと。
14	紹介	地域の病院・診療所が精密検査や高度・専門的な治療が必要な患者を、その機能を有する病院に紹介すること。
14	逆紹介	専門的な治療を終え症状が安定した患者を、日常生活圏域で医療管理を行うため、地域の病院や診療所等に紹介すること。
14	地域医療構想調整会議	医療法第30条の14に基づき、都道府県が、構想区域その他当該都道府県知事が適当と認める区域ごとに、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者との間に設ける「協議の場」のこと。
14	紹介受診重点医療機関	かかりつけ医などからの紹介状を持って受診いただくことに重点をおいた医療機関のこと。
15	退院時サマリー	入院患者の病歴や、入院時の身体所見、検査所見、入院中の診療内容についてまとめた記録（要約書）のこと。
15	デジタルサイネージ	ディスプレイ（モニター）やプロジェクターなどの映像表示装置を設置して、情報を発信するシステムのこと。
16	クリニカルパス	入院から退院までに行う検査や治療を経過日ごとに記載した診療計画表のこと。患者は入院生活の内容が分ることで不安軽減となり、医療スタッフは、治療スケジュールが共有化されるため、チーム医療の推進につながるもの
16	後発医薬品（ジェネリック医薬品）	先発医薬品（新薬）の特許が切れた後に販売される、先発医薬品と同じ有効成分、同じ効能・効果をもつ医薬品のこと。
17	一般会計	市税や国庫・都支出金などの収入をもとに、教育・福祉や道路・公園の整備など、主に市の基本的な行政サービスを行う会計のこと。
17	収益的収入	医療サービスの提供やこれに付随する事業など、病院の1年間の経営活動によって生じた収入のこと。
17	資本的収入	主に医療器械の購入や施設整備に要する支出に対して、その財源となるとなる企業債（借入金）や一般会計からの補助金などの収入のこと。
18	S N S	「Social Networking Service」の略で、登録された利用者同士が交流できるWebサイトの会員制サービスのこと。

頁	用語	用語の定義
19	初期臨床研修医	国家資格である医師免許取得後に、医師法により義務付けられている臨床研修を受けている医師のこと。臨床研修は、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、基本的な診療能力を身に着けるための内容となっている。
20	A水準	働き方改革関連法に基づき令和6年(2024年)4月からの適用される水準の一つで、時間外労働の上限を年間960時間までとしたもの
22	第二種感染症指定医療機関	二類感染症の患者の入院医療を担当できる基準に合致する病床を有する病院のこと。都道府県知事が指定し、原則として二次医療圏域ごとに1箇所配置されるもの
22	陰圧機能	室内の空気や空気感染する可能性のある細菌が外部に流出しないように、気圧を低くする機能のこと。
23	苫小牧市役所エコオフィスプラン	地球温暖化対策の推進に関する法律に基づき策定された事務事業による温室効果ガスの排出削減に関する計画のこと。
23	ゼロカーボンシティ	令和32年(2050年)までに二酸化炭素の排出量を実質ゼロにすることを目指す自治体のこと。
23	サイバー攻撃	サーバーやパソコンにつながっているネットワークを通じ、システムの破壊やデータの窃盗などを行う行為のこと。
24	W i - F i	「Wireless Fidelity」の略で、スマートフォンなどのデジタル機器とインターネット回線をつなぐ近距離対応の通信技術のこと。
24	医療DX	医療分野におけるDX(デジタルトランスフォーメーション)のこと。保険・医療・介護に関する情報やデータを活用して病気の予防やより良い医療と介護の実現を目指すために社会や生活を変えること。
24	WEB	「World Wide Web」の略で、インターネット上の様々な情報の閲覧を可能にするシステムのこと。
25	経常収支比率	医業費用、医業外費用に対する医業収益、医業外収益の割合を表し、通常の病院活動による収益状況を示す指標で、比率が大きいほど経営状態が良好であることを表す。
25	修正医業収支比率	病院の本業である医業活動から生じる医業費用に対する修正医業収益の割合を示す指標で、比率が大きいほど経営状態が良好であることを表す。修正医業収益は、医業収益から他会計負担金、運営費負担金等を除いたもの
25	機能評価係数Ⅰ	医療機関の人員配置や医療機関全体として有する機能等、構造的因子を評価した係数のこと。
25	機能評価係数Ⅱ	DPC参加による医療提供体制全体としての効率改善等へのインセンティブ(医療機関が担うべき役割や機能に対するインセンティブ)としての係数のこと。
26	累積資金収支	資金収支の累積剰余額又は不足額を表すもので、地方公営企業については、基本的に流動負債の額から流動資産の額を控除した額のこと。
27	施設基準	医療法で定める医療機関及び医師等の基準の他に、健康保険法等の規定に基づき厚生労働大臣が定めた、保険診療の一部について、医療機関の機能や設備、診療体制等を評価する基準のこと。
27	ベンチマーク	他の優良事例との比較・分析により、自らが改善すべき点を検討する際に使用する比較基準のこと。
27	S P Dシステム	「Supply(供給) Processing(加工) Distribution(分配)」の略で、医療現場の要望により医療消耗品等を各部署に供給し、過剰在庫の解消、請求・発注業務の軽減、保険請求漏れを防止し、病院経営をサポートするシステムのこと。
28	コージェネレーションシステム	熱源より電力と熱を生産し供給するシステムの総称のこと。一つのエネルギーから電気と熱を同時に作るので、co(一緒に)+generation(つくる)からコージェネレーションといい、発電の際に出る排熱を利用する点に特長がある。

苫小牧市立病院経営強化プラン
令和5年度（2023年度）～令和9年度（2027年度）

編集：苫小牧市立病院事務部

〒053-8567

苫小牧市清水町1丁目5番20号

電話 0144-33-3131

