
国保すさみ病院改革プラン

平成 29 年 3 月

国保すさみ病院

目次

第1章 国保すさみ病院改革プランの策定

1. 策定の趣旨	1
2. 計画の対象期間	1

第2章 当院を取り巻く環境

1. 和歌山県田辺保健医療圏における動向	2
(1) 地域医療構想における病床機能の需要予測	4
(2) 病床機能の動向	4
(3) 在宅医療の動向	5
(4) 救急医療の動向	5
(5) 当院の概要と現状	5

第3章 改革プラン

1. 地域医療構想を踏まえた役割の明確化	9
(1) 地域医療構想を踏まえた医療センターの果たすべき役割	9
(2) 平成37年(2025年)における具体的な将来像	10
(3) 地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割	10
(4) 一般会計負担の考え方	10
(5) 医療機能等指標に係る数値目標	11
(6) 住民の理解のための取組み	12
2. 経営の効率化	13
(1) 経営指標に係る数値目標の設定	13

（２）目標設定の考え方.....	14
（３）目標設定に向けた具体的な取り組み.....	14
3. 再編・ネットワーク化への対応.....	19
4. 経営形態の見直し.....	19
5. 改革プランの実施状況の点検・評価・公表.....	20
（１）点検評価.....	20
（２）評価の公表.....	20
収支計画書.....	21
本文中の用語説明.....	23

後に「_(*)」が付いている用語は、23 頁以降に用語説明があります。

第1章 国保すさみ病院改革プランの策定

1. 策定の趣旨

国保すさみ病院（以下「当院」という。）では、白浜町から串本町の間位置する広大な面積のすさみ町を中心に一次及び二次救急を受け持つ唯一の公的医療機関として地域医療に取り組んできました。

国保すさみ病院改革プラン（以下「改革プラン」という。）は「新公立病院改革ガイドライン^(*)」（平成27年3月31日付け総務省自治財政局通知）（以下「新改革ガイドライン」という。）に基づき、人口動態の変化に伴う医療需要の変化と、田辺保健医療圏^(*)における医療提供体制の変化に合わせて、公立病院として必要とされる役割を安定的・継続的に果たしていくことを目的に、和歌山県が策定する「地域医療構想^(*)」を踏まえ、これまでに策定されている「すさみ町まち・ひと・しごと創生総合戦略^(*)」との整合性を図り、新たな改革プランを策定するものです。

2. 計画の対象期間

計画期間は、2017年度から2020年度までの4年間とします。

第2章 当院を取り巻く環境

1. 田辺保健医療圏における動向

現在わが国では、諸外国に例をみないスピードで高齢化が進行しています。65歳以上の人口は3,000万人を超えており、平成37年（2025年）には3,600万人を超え、その後も増加していくことが予測されています。

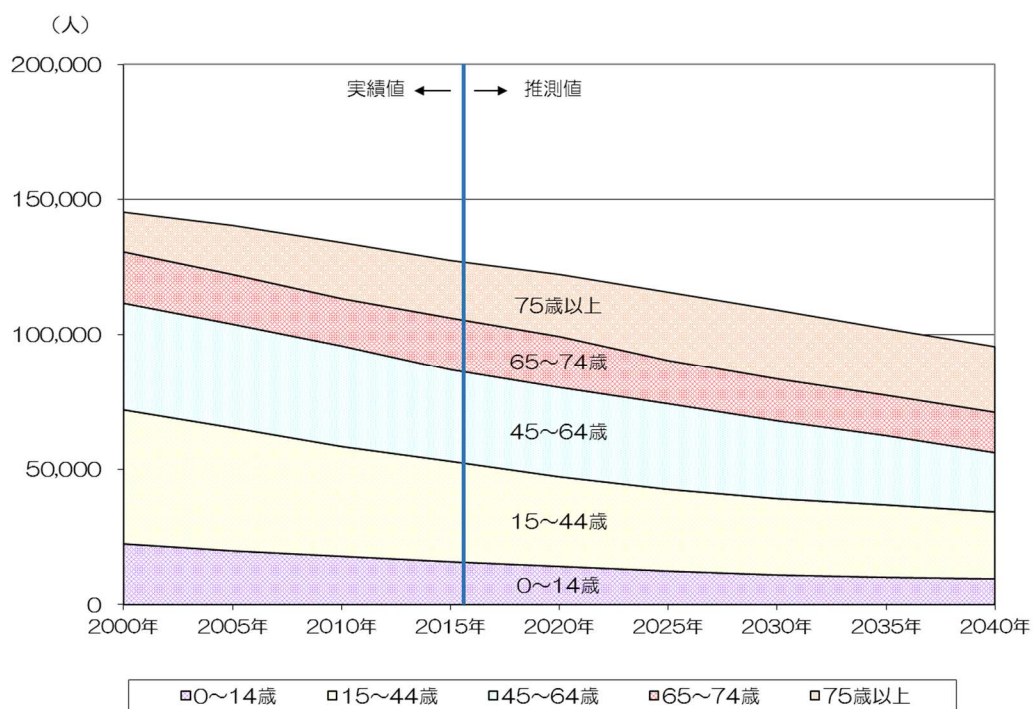
そのため、地域における効率的かつ効果的な医療提供体制を確保する方策として、平成26年から「病床機能報告制度^(*)」が開始され、平成27年からは各都道府県において「地域医療構想」の策定が義務付けられています。すさみ町が属する田辺保健医療圏においては、圏内人口は13万4千人(2010年)から11万5千人(2025年)、9万5千人(2040年)と大幅に減少することが見込まれています。また75歳以上の人口は2万人(2010年)から2万5千人(2025年)へと今後しばらくは増加が見込まれ、その後減少に転じることが予測されています。このような人口動態の変化に伴う医療需要の変化に対応するため、特に病床機能の転換や地域包括ケアシステム^(*)の構築が急務の課題となっています。

地域包括ケアシステムの構築は、住まい・医療・介護・予防・生活支援の一体的な提供を行うもので、重度な要介護状態となっても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環境整備が目的となっています。

【図1】【和歌山県における田辺保健医療圏】

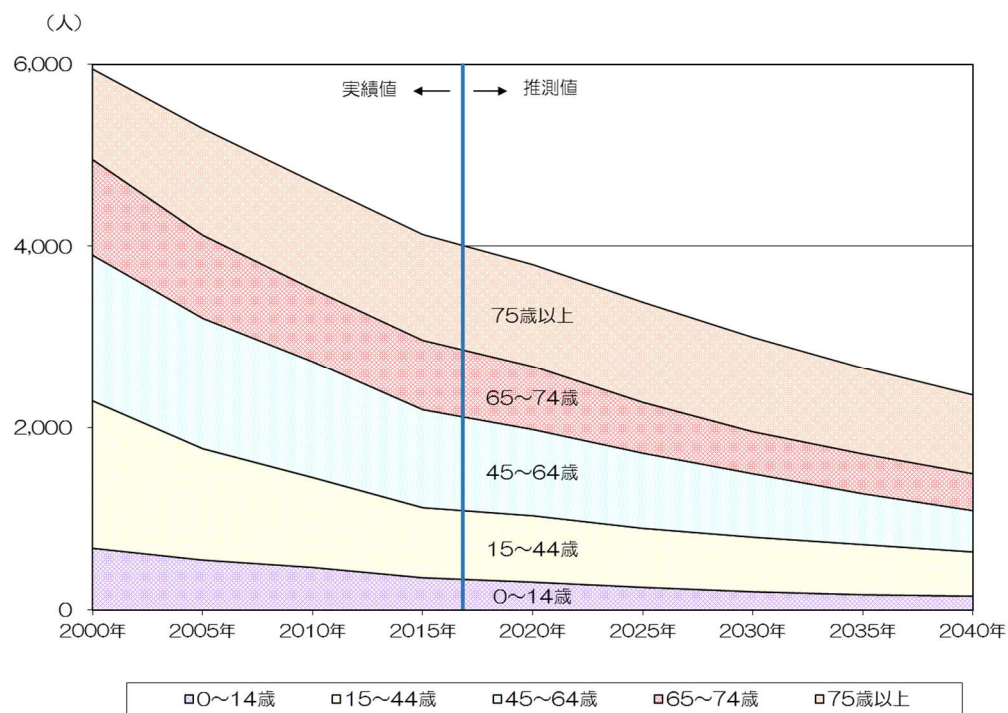


【図 2】【田辺保健医療圏における年代別人口推移】



出典：2000年～2015年 国勢調査、2020年～2040年 人口問題研究所 男女・年齢(5歳)階級別データ『日本の地域別将来推計人口』(2013年3月推計)

【図 3】【すさみ町における年代別人口推移】



出典：2000年～2015年 国勢調査、2020年～2040年 人口問題研究所 男女・年齢(5歳)階級別データ『日本の地域別将来推計人口』(2013年3月推計)

(1) 地域医療構想における病床機能の需要予測

和歌山県地域医療構想によると、田辺保健医療圏内の総人口は今後減少の一途を辿ると推計される一方で、65歳以上高齢者人口比率に関しては2040年に向けて増加していく見込みです。保健医療圏内には8病院(精神病床のみを保有する紀南こころの医療センターを除く。)が所在し、高度急性期_(*)から慢性期機能に至るまでの医療が提供されています。県内7保健医療圏のうち、和歌山保健医療圏に次いで患者の流出が少なく、保健医療圏内で必要とされる医療は概ね自己完結されている状況にあります。2025年に向けては、高度急性期、回復期病床_(*)が大幅に不足している一方で、急性期、慢性期病床は2倍以上の過多状況にあり、急性期病床_(*)から回復期病床への転換を図り、慢性期病床と在宅医療、介護施設に係る一体的な整備を進める必要があるとされています。

【表1】【田辺保健医療圏における2040年までの人口動態】

年 属性	2010年		2025年		2040年	
	人口	比率	人口	比率	人口	比率
65歳未満人口	96,250	71.4%	74,149	64.1%	56,019	58.6%
65歳以上人口	38,572	28.6%	41,565	35.9%	39,637	41.4%
総人口	134,822	100.0%	115,714	100.0%	95,656	100.0%

出典：和歌山県地域医療構想より作成

【表2】【田辺保健医療圏における2025年の病床必要量(床)】

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	分類なし	合計
2014年病床機能報告	36	938	81	583	61	1,699
2025年における必要病床数	120	404	340	249	-	1,113
過不足数	+84	-534	+259	-334	-61	-586

出典：和歌山県地域医療構想より作成

(2) 病床機能の動向

病床機能の分化・連携の実現に向けて、急性期医療機能を担う病床を維持する一方、一部病床については地域包括ケア病床_(*)への機能転換を検討します。

(3) 在宅医療の動向

現在田辺保健医療圏では「わかやま在宅医療推進安心ネットワーク^(*)」の構築に向けた検討が進められています。在宅医療実施医と後方支援病院、医師会、訪問看護ステーションや薬局が連携して在宅医療を希望する患者・家族が安心して療養できる在宅医療提供体制の構築を目指しています。一方で医師や看護師等スタッフの不足、独居や老老介護等の生活環境の要因から、特に山間地域において対応が難しい状況となっています。スタッフの高齢化も進む中で、限られた人的資源の有効活用が必要となっています。

(4) 救急医療の動向

事故や急病の場合に、適切な医療の提供を受けることができる医療体制の整備は、誰もが安心して生活するために必要不可欠となります。当院はすさみ町内で唯一の一次・二次救急病院として、救急受け入れ機能を担っており、和歌山県立医科大学病院、南和歌山医療センターと連携し、機能維持に努めています。

(5) 当院の概要と現状

当院は、昭和 22 年に紀南病院周参見分院として開設し、昭和 27 年に周参見町国民健康保険直営診療所開設を経て、翌年の昭和 28 年に周参見町国民健康保険直営病院として開設しました。そして、昭和 48 年の病院新築時に名称を変更して、国保すさみ病院として、内科・外科・リハビリテーション科の 3 科体制で、関連施設の拡充整備を行いながら、そして、町内唯一の入院施設として、一次・二次救急受入施設として、すさみ町の中核病院の役割を担ってきました。

また当院では、すさみ町の高齢化と限られた医療資源の状況に対し、多額の費用を掛けず、住民の満足度の高い医療サービスを提供する為に、地域包括ケアを推進してきました。具体的な取り組みとしては、以下の通りになります。

① 救急医療の役割

現在、田辺保健医療圏では連携は取れているものの、過度な集中を防ぐため地域内での対応が必要となります。すさみ町は高齢者・独居が多く遠隔地に出向くのは困難な為、プライマリーケアとしての救急医療体制は必要となります。

② 予防医療の徹底

75 歳以上の肺炎球菌ワクチン接種率の促進や、防煙教育の開催などを行い、ワクチン接種率の向上(70%超え)や喫煙者率の減少をもたらし、すさみ町民の平均寿命の向上など、予防医療の推進は一定の成果をあげており、町の医療費の伸びは、県全体の平均を下回っています。

【表 3】【平均寿命推移(すさみ町・和歌山県)】

		平成7年	平成12年	平成17年	平成22年
すさみ町	男性平均寿命	76.9	76.9	77.2	79.4
	女性平均寿命	84.5	84.5	85.2	85.7
和歌山県	男性平均寿命	77.0	77.0	78.0	79.1
	女性平均寿命	84.3	84.3	85.0	85.7

【表 4】【和歌山県内におけるすさみ町の平均寿命順位の推移】

	平成17年	平成22年
男性平均寿命順位	27位	8位
女性平均寿命順位	24位	15位

③ 住民の協力を得る

院内掲示と広報を徹底し、健康情報発信を行うことによって、休日・時間外の不要な受診者数が減少し時間内受診数が増加しており、効率のよい医療サービスの提供に向け、一定の成果をあげています。

④ 多職種間の情報共有

2010 年より、IT 技術を用いた「すさみ町地域見守り支援システム^(*)」を導入し、住民の同意の下に、病院・自治体関係職種間での情報の共有化を行い、医療サービス提供の効率化を図っています。

⑤ 在宅医療の推進

公共交通機関が十分でない山間部地域への訪問診療^(*)を行っています。また、2010 年には 24 時間対応の訪問看護ステーションを併設し、在宅医療の推進を行っています。

⑥ 和歌山県立医科大学病院と連携した教育機関としての役割

和歌山県立医科大学から、毎月1～2名の研修医が、地域医療研修を行っています。また、和歌山県立医科大学病院の総合診療専門医養成プログラムに協力しています。

⑦ 行政の支援

医療・介護費の自治体財政の健全化に向け、予防医療事業や多職種連携を病院だけでなく自治体と一体となって推進しています。

【表5】【基本情報】

診療科目	内科、外科、リハビリテーション科
病床数	72床（一般48床、医療療養型6床、介護療養型18床）
救急指定	一次・二次救急対応
看護基準	一般病棟 10対1、療養病棟 25対1
施設規模	鉄筋コンクリート造3階建 延床面積 1,717.42平方メートル
健診部門	人間ドック・定期健康診断
付随事業	訪問看護（すさみ町訪問看護ステーション）

【表6】【外来患者数】 (単位：人)

年度	平成26年度	平成27年度
実績値	24,312	23,291

【表7】【入院患者数】 (単位：人)

年度	平成26年度	平成27年度
実績値	10,347	10,229

【表8】【平均在院日数_(*)】 (単位：日)

年度	平成26年度	平成27年度
実績値	17	18

【表9】 【病床利用率_(*)】 (単位：％)

年度	平成26年度	平成27年度
実績値	39.4	38.8
全国平均値	67.0	—

【表10】 【医業収支比率_(*)】 (単位：％)

年度	平成26年度	平成27年度
実績値	73.4	72.7
全国平均値	78.1	—

【表11】 【経常収支比率_(*)】 (単位：％)

年度	平成26年度	平成27年度
実績値	90.3	89.3
全国平均値	98.3	—

【表12】 【職員給与費比率_(*)】 (単位：％)

年度	平成26年度	平成27年度
実績値	90.9	89.8
全国平均値	67.1	—

※全国平均値：総務省から公表されている決算状況資料の不採算地区病院分、公立病院(対象50床以上100床未満)の全国平均値を示します。

第3章 改革プラン

1. 地域医療構想を踏まえた役割の明確化

(1) 地域医療構想を踏まえた当院の果たすべき役割

田辺保健医療圏としては、急性期における救急医療をはじめとした必要な地域医療体制を維持しつつ、急性期から回復期への転換を図り、回復期を担う病床機能を充実させることを目標としています。

当院は、すさみ町内で唯一の病院施設であり、町民の唯一の入院・看取りの施設としての体制や、急性期医療及び救急医療体制の維持が重要な課題であると考えています。

ただし、すさみ町及び周辺地域は、今後人口が減少し続ける地域となっており、地域の規模に見合う規模で、少ない人員で効率化された医療・福祉・介護サービス提供が可能な体制作りに努めます。また回復期を担う病床機能は、一部病床機能を地域包括ケア病床へ転換し、在宅医療の充実化を図り、地域包括ケアシステムの実現に努めます。

現在の病院建物が老朽化、狭隘化していることを踏まえた新築移転構想が進行しているため、その構想の中で地域に必要とされる医療機能の提供体制を維持することを目指し、このような病床機能再編に向けた取り組みについても十分に検討を進めてまいります。

① 入院医療

在宅医療や看取り、他地域への入院が困難な町民を受け入れる、町内唯一の入院施設として、選ばれる病院として機能強化を図り、入院医療体制を維持します。

② 救急医療

町民が安心して暮らすことができる地域の医療環境を保つため、町内唯一の一次・二次救急医療体制を維持し、今後も継続して行きます。

③ 在宅医療

すさみ町では総人口が減少していき、65歳以上の人口も今後減少し続けていくことが予測されています。在宅医療の体制整備については、現在は

公共交通機関が十分でない山間部地域への訪問診療を行っており、
2010年には365日24時間体制の訪問看護ステーションを併設
しました。今後も体制維持に努め、地域完結型医療体制を推進していき
ます。

（２）平成37年(2025年)における具体的な将来像

当院はすさみ町唯一の医療施設（救急・入院）であり、山間地域の住民や独居の
住民などへも適切な医療提供が可能な体制を構築します。現在の病院建物が老朽
化、狭隘化していることを踏まえた新築移転構想が進行しているため、その構想
の中で地域に必要とされる医療機能の提供体制を維持することを目指し、このよ
うな病床機能再編に向けた取り組みについても十分に検討を進めてまいります。
具体的には平成32年の建替えに際し、一般病床と地域包括ケア病床で25床、
療養病床で24床、合計49床の規模に適正な縮小を図ることを検討していま
す。

（３）地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割

すさみ町を中心とした地域の医療及び介護において、地域包括ケアシステムを
構築するために、当院が主体となって実施している急性期・亜急性期医療を通
じ、在宅医療を担う診療所や介護施設との連携、超急性期医療を担う病院との連
携を繋ぐ拠点病院としての役割を推進します。

また、予防医療分野の更なる充実や、労働資本の少ない地域で効率的な医療提
供体制を構築することを目指し、地域見守りネットワークの推進等を図ります。

（４）一般会計負担の考え方

公的病院として当院は独立採算の原則に立ち運営していくべきであります
が、不採算地域の過疎・高齢化に取り組む当院の特別の事情もあり、非常に
厳しい経営状況にあります。一般会計からの経費負担については、最大限の
経営努力により繰入額の削減を目指しますが、すさみ町の医療提供体制を維
持するため、今後も繰入の適正化に努めてまいります。

（５）医療機能等指標に係る数値目標

病床の稼働目標と新規入院患者受入目標については以下の通りとします。

【表 13】病床稼働率と新規入院患者受入目標

	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度
病床数（全体）	72床	72床	72床	72床	49床
新規入院患者数/年（全体）	291人	315人	337人	337人	393人
病床稼働率（全体）	42% (30床)	42% (30床)	44% (32床)	44% (32床)	82% (40床)
1 0 対 1 （一般）	48床	48床	48床	48床	15床
平均単価	¥28,000	¥28,000	¥29,000	¥29,000	¥31,000
新規入院患者数/年	250人	272人	286人	286人	258人
平均在院日数（病床別）	21日	20日	19日	19日	17日
稼働率（稼働病床）	30% (14床)	31% (15床)	31% (15床)	31% (15床)	80% (12床)
1 3 対 1 （地域包括ケア）	0床	0床	0床	0床	10床
平均単価					¥30,500
新規入院患者数/年					73人
（うち一般病床からの転換）					(60人)
（うち在宅等からの直接入院・転院）					(18人)
平均在院日数（病床別）					40日
稼働率（稼働病床）					80% (8床)
20 対 1 （介護療養→医療療養）	24床	24床	24床	24床	24床
平均単価	¥16,000	¥16,000	¥16,500	¥16,500	¥18,000
新規入院患者数/年	41人	44人	51人	51人	62人
（うち一般/地包病床からの転換）	(47人)	(47人)	(47人)	(47人)	(60人)
（うち在宅等からの直接入院・転院）	(0人)	(0人)	(0人)	(0人)	(6人)
平均在院日数（病床別）	140日	130日	120日	120日	120日
稼働率（稼働病床）	65% (16床)	65% (16床)	70% (17床)	70% (17床)	85% (20床)

特に病床稼働については、建替え前の既存病院において、積極的な初期救急患者の受入れ等を通して一般病床への入院患者数を年間延べ 36 人（月間 3 人）増加しながら、平均在院日数を平均 2 日短縮することを目指します。

また、既存の療養病床のうち現在は介護療養病床で届出を実施している病床について、医療療養病床の転換を検討するとともに、重症度・医療必要度の高い患者受入に対応できるよう、積極的に看護職員の教育体制の構築に向けた取り組みを推進します。

地域包括ケア病床（13 対 1）の入院単価については、以下の診療報酬を算定基礎として 30,500 円/人日とします。

地域包括ケア病床入院管理料 1	2,558 点	25,580 円
看護職員配置加算	150 点	1,500 円
看護補助者配置加算	150 点	1,500 円
入院時食事療養費	640 円×3食	1,920 円
合 計		30,500 円

（６）住民の理解のための取組み

改革プランは当院ホームページで公表し、改訂についてもその都度修正箇所が分かりやすいよう掲載します。また、町広報紙やホームページを利用し、当院の情報を発信し、町民の医療や健康に対する啓発を推進し、安心して信頼できる医療の提供に努めます。

2. 経営の効率化

(1) 経営指標に係る数値目標の設定

【表13】①収支改善に係るもの

項目	平成 27 年度 実績	平成 28 年度 見込み	平成 29 年度 (2017 年度)	平成 30 年度 (2018 年度)	平成 31 年度 (2019 年度)	平成 32 年度 (2020 年度)
経常収支比率(%)	89.3	100.0	96.1	98.4	98.6	100.8
医業収支比率(%)	72.7	69.9	66.7	69.5	69.7	75.1

【表14】②経費削減に係るもの

項目	平成 27 年度 実績	平成 28 年度 見込み	平成 29 年度 (2017 年度)	平成 30 年度 (2018 年度)	平成 31 年度 (2019 年度)	平成 32 年度 (2020 年度)
職員給与比率(%)	74.1	84.4	88.9	85.2	85.2	72.5

【表15】③収入確保に係るもの

項目	平成 27 年度 実績	平成 28 年度 見込み	平成 29 年度 (2017 年度)	平成 30 年度 (2018 年度)	平成 31 年度 (2019 年度)	平成 32 年度 (2020 年度)
1 日あたりの入院患者数 (人)	27.9	28.4	30.5	31.7	31.7	40.4
病床利用率(%)	38.8	39.4	42.3	44.0	44.0	82.4

【表16】④経営の安定性に係るもの

項目	平成 27 年度 実績	平成 28 年度 見込み	平成 29 年度 (2017 年度)	平成 30 年度 (2018 年度)	平成 31 年度 (2019 年度)	平成 32 年度 (2020 年度)
常勤医師数(人)	4	4	5	5	5	5
看護師及び准看護師数 (人)	31	28	29	29	29	30
理学療法士数(人)	2	2	2	2	2	4

(2) 目標設定の考え方

現在の入院療養環境において、すさみ町内での入院を必要とする患者が他施設へ流出している事例が多く見られます。これは、平成28年度から取り組みを始めている療養病床の充実についても、療養環境の未整備に伴う課題が散見され、なかなか数字が伸びていない状況であります。現在構想を進めている平成32年度の建替えに伴い、すさみ町内で入院を必要とする医療ニーズに対し、満足度の高い療養環境を整備することで、病床の充足を図るとともに、平均在院日数の適正化や、新たな施設基準の取得を通じ、単価の増進を目指します。また、リハビリテーション従事者の充実や、現在大きく負担がかかっている医師、看護師の確保に努めます。

(3) 目標達成に向けた具体的な取り組み

① 持続可能な体制の構築

病院経営において最も重要な資源は医師をはじめとした職員の人的資源であります。しかしながら、現在の職員の年齢層が高く推移していることや、地元出身ではない職員の確保が困難である現状から、今後現在と同様の人員体制を維持し続けることは難しくなることが推察されます。そこで適切な設備投資を行い、ハード・ソフト両面の充実を図ることで人的資源を最大限活用し、個人の資質に頼らない病院運営の体制構築を目指します。

特に薬剤師等のコメディカル部門における専門職は、募集を行っても新たな人員を確保することが困難であり、数年にわたって定員に未達状態が続いています。また看護師においては、今後数年間で定年等による退職者の急激な増加に伴う人員不足も予想されるため、新たな新入職者の確保にも継続的に努めます。また、増加傾向にある業務量に対して事務員も不足しているため、今後の安定的な運営の継続に向け医事請求能力に精通したプロパー職員の育成等を検討します。また、地域包括ケアシステムの中核医療機関として、MSWの配置を検討します。

② 経費の削減・抑制対策

物品管理の一元化や在庫管理の徹底によって、経費の削減に取り組んでいきます。

③ 収入増加・確保対策・サービス向上対策

ア 地域包括ケア病床の導入

退院に向けたリハビリテーション機能や在宅患者における急性増悪への対応機能等、病床機能の充実を図るため、急性期病床（48床）を一部地域包括ケア病床へ転換することを検討します。それに伴う入院患者の増加、在院日数の延長を想定し、栄養課を始めとした各部署の機能を見直し、対応可能な体制作りを目指します。

イ 入院体制の充実

在宅医療や他地域への入院が困難な独居の患者を受け入れる町内唯一の入院施設として、入院体制の充実を目指します。特に、高齢者の急性期を脱したものの退院に至らない亜急性期以降の患者を受け入れる療養病棟の充実を目指します。

ウ 病院機能の維持

現在と同様の一次・二次救急受入体制を今後も維持します。

エ 診療報酬_(*)の拡充

現体制で取得可能な施設基準を整備し、収益の底上げを目指します。

オ 手術体制の整備

整形外科手術が実施可能な体制を整備するため、整形外科医師の確保を目指します。

カ サテライト方式の検討

内科・外科以外の診療科目（歯科、眼科、耳鼻科、皮膚科）をサテライト方式で受け入れることを検討します。

キ すさみ地域外からの患者獲得対策

キャリーオーバー_(*)を迎えた重度心身障がい者の受け入れや観光産業との連携を狙いとした夜間血液透析事業等の実施等、すさみ町外からの患者の受け入れを積極的に検討します。

また、和歌山県下で下肢リンパ浮腫治療を実施する入院は当院が唯一の施設であるため、今後も積極的に広報を実施します。

ク 人員の確保対策

医師、コメディカル、看護師、事務員の確保に向けた施策を検討

します。特に女性医師の確保に向けて、働きやすい環境の整備(当直室の充実、男女別トイレ、託児所の整備などのアメニティの向上)を目指します。

ケ リハビリテーションの充実（再掲）

先述したコメディカルの確保の中でも特に、理学療法士の確保を推進し、入院中のリハビリテーション充実を目指すことで、在宅復帰に向けた地域医療の中核病院としての役割を果たします。

【工：増収策の具体的な取得目標】

施設基準の見直しや人員配置の強化に伴い、以下のような増収を見込みます。

- i) 地域包括ケア病床稼働に伴う、救急・在宅等支援病床初期加算
(150点・14日以内)(14日×150点×当該病床入院患者数)

平成32年度 1,533,000円

ii) 退院支援加算（未算定）

1	退院支援加算 1	
	イ) 一般病棟入院基本料等の場合	600点
	ロ) 療養病棟入院基本料等の場合	1,200点
2	退院支援加算 2	
	イ) 一般病棟入院基本料等の場合	190点
	ロ) 療養病棟入院基本料等の場合	635点
3	退院支援加算 3	1,200点

退院支援加算1の算定を目指し、150回/年の算定を実施するとして、以下の増収を見込みます。

平成32年度 600点×150回 = 900,000円

iii) 後発医薬品使用体制加算（未算定）

1	後発医薬品使用体制加算 1 (70%以上)	42点
2	後発医薬品使用体制加算 2 (60%以上)	35点
3	後発医薬品使用体制加算 3 (50%以上)	28点

平成 30 年度以降には後発医薬品使用体制加算 1 の算定要件である 70% はもちろん、80%を超えることを目指します。当該加算に係る増収額については以下の金額を見込みます。

平成 30 年度 42 点 × (新規入院患者数：337 人) = 141,540 円/年
 平成 31 年度 42 点 × (新規入院患者数：337 人) = 141,540 円/年
 平成 32 年度 42 点 × (新規入院患者数：393 人) = 165,060 円/年

iv) 患者サポート体制充実加算（未算定）

1 患者サポート体制充実加算（入院初日）	70 点
----------------------	------

患者サポート体制加算の算定を見込みます。各年における増収見込みは以下のとおりとします。

平成 30 年度 70 点 × (新規入院患者数：337 人) = 235,900 円/年
 平成 31 年度 70 点 × (新規入院患者数：337 人) = 235,900 円/年
 平成 32 年度 70 点 × (新規入院患者数：393 人) = 275,100 円/年

v) データ提出加算（未算定）

1 データ提出加算 1（入院中 1 回）	
イ）200 床以上の病院の場合	120 点
ロ）200 床未満の病院の場合	170 点
2 データ提出加算 2（入院中 1 回）	
イ）200 床以上の病院の場合	130 点
ロ）200 床未満の病院の場合	180 点

将来的な地域包括ケア病床の再編に向けて、算定要件となっているデータ提出加算の算定を見込みます。入院データ提出のためにはシステムの改修が必要となるため、平成 32 年度からの算定を見込みます。

平成 32 年度 170 点 × (新規入院患者数：393 人) = 668,100 円/年

vi) 療養環境加算（未算定）

1 療養病棟療養環境加算 1（1 日あたり）	132 点
2 療養環境加算（一般）（1 日あたり）	25 点

平成 32 年度からの療養環境整備にあたり、以下の増収を見込みます。

療養病床 132 点 × (年間のべ患者数：7,440 人) = 9,820,800 円/年
一般病床 25 点 × (年間のべ患者数：7,306 人) = 1,826,500 円/年

④ 事業規模・形態の見直し

ア 事業の見直し

当院は開設以来すさみ町の医療を支えてきました。しかしながら、すさみ町を含む周辺地域の人口の減少や、近年の医療サービスの質の変化に伴い、現在の施設設備では適正な機能を果たすことが難しくなっています。そのため、今後もすさみ町を中心とした医療を支える存在であり続ける為、事業規模及び内容の見直しを行い、適正な医療サービスを提供できる体制を整備することを目指します。

イ 移転構想

選ばれる病院である為に、今後求められる医療サービス・設備の提供と、病院経営の健全化を目指す為の投資として、新築移転計画を進める必要があると考えています。

効率的な医療・福祉・介護サービスの提供が行えるような建物の構造・設備を整備し、健全な経営が持続可能な病院施設を目指します。また、同敷地に隣接する学校給食センターや保育園との業務連携も検討し、各施設のコスト削減や経営の効率化を目指します。

ウ 病床数縮小と有床診療所への移行検討

すさみ町は将来的に更なる人口の減少が予測されており、病床数の縮小や有床診療所への転換を含む将来的なダウンサイジングを検討する必要があると考えられます。一方で病院経営において病床を削減することは収益の減少に繋がることや、病院から診療所への転換が、医師をはじめとした専門性の高い人材の確保を困難にさせる側面があります。その為、今後も慎重に検討を続けていく必要がありますが、そのようなダウンサイジングや用途の変更も見据えたフレキシブルな施設整備が求められます。

3. 再編・ネットワーク化への対応

田辺保健医療圏では、「在宅医療サポートセンター」を中心に多職種が連携して在宅医療を支えるネットワークの構築や、ICTを活用した医療・介護職間における情報共有の推進などによる、山間地域を含めた保健医療圏全体をカバーする在宅医療提供体制の構築が進められています。その中で、以下の対応を実施します。

南和歌山医療センターとの連携を強化し、応援医派遣体制を継続し現在の常勤医師の通常外来診療や日直・宿直などの負担軽減や地域住民の必要とする医療の提供を実施します。（整形外科、心臓血管外科、消化器検査、日当直において）

近隣病院へ医師を派遣し、手術等の高度医療の研修を実施することで、病院間での役割分担を明確にするとともに、亜急性期以降や在宅での急性増悪に対応する病床機能の整備に伴う、他施設からの紹介患者増加に向けた連携を強化します。

4. 経営形態の見直し

すさみ町は、人口減少が進行している不採算地域であり、職員の確保にも将来的な課題を抱えています。当院はそのような中で、新たなコスト負担や職員の処遇問題等において予測されるリスクを負って経営形態を変更する段階にはないと判断し、当面は現行の経営形態である「一部適用_(*)」のもとで、運営を継続することが適当であると考えます。しかし、今後の社会経済情勢・疾病構造の変化を捉え、改めて経営形態見直しの検討を行う必要があります。地域医療の確保を前提とした上で、「全部適用_(*)」をはじめ、「地方独立行政法人_(*)」「指定管理者制度_(*)」「民間移譲」「地域医療連携推進法人制度_(*)」等を含めた新たな経営形態の導入を多方面から検討します。

5. 改革プランの実施状況の点検・評価・公表

（１）点検・評価

改革プランの進捗状況については、当院において情報を共有し、内部評価と進行管理を行います。また、運営委員会において、数値目標の達成状況や具体的な取り組みについて審議・評価します。

（２）評価の公表

運営委員会での審議を経て、毎年ホームページ等で公表します。

収支計画書

○ 収益的収支

(千円)

年度		3 前 年 度 決算額	前 々 年 度 決算額	前年度 決 算	H28 当年度 補正	H29 年度 予算	H30 年度	H31 年度	H32 年度
区 分									
収 入	1. 医 業 収 益 a	623,360	583,073	585,177	569,436	559,500	584,727	584,727	701,181
	(1) 料 金 収 入	568,464	528,450	531,112	556,626	544,472	568,727	568,727	685,181
	入 院 収 益	244,403	218,226	211,672	247,629	240,900	258,683	258,683	358,868
	外 来 収 益	324,061	310,224	319,440	308,997	303,572	310,044	310,044	326,313
	(2) そ の 他	54,896	54,623	54,065	12,810	15,028	16,000	16,000	16,000
	う ち 他 会 計 負 担 金	39,688	39,688	39,688	12,810	15,028	15,028	15,028	15,028
	う ち 基 準 内 繰 入 金	39,688	39,688	39,688	12,810	15,028	15,028	15,028	15,028
	う ち 基 準 外 繰 入 金	0	0	0	0	0	0	0	0
	2. 医 業 外 収 益	147,483	155,604	156,060	277,364	275,700	275,972	275,972	275,972
	(1) 他 会 計 負 担 金	127,553	111,775	121,783	249,190	245,972	245,972	245,972	245,972
	う ち 基 準 内 繰 入 金	127,553	111,775	121,783	180,000	180,000	180,000	180,000	180,000
	う ち 基 準 外 繰 入 金	0	0	0	69,190	65,972	65,972	65,972	65,972
	(2) 他 会 計 補 助 金	12,759	28,537	18,529	12,810	15,028	15,000	15,000	15,000
	一 時 借 入 金 利 息 分	0	0	0	0	0	0	0	0
	そ の 他	12,759	28,537	18,529	12,810	15,028	15,000	15,000	15,000
	(3) 国 (県) 補 助 金	73	534	0	0	0	0	0	0
	(4) 長 期 前 受 金 戻 入		9,750	9,509	10,000	8,913	10,000	10,000	10,000
	(5) そ の 他	7,098	5,008	6,234	5,364	5,787	5,000	5,000	5,000
	経 常 収 益 (A)	770,843	738,677	741,237	846,800	835,200	860,699	860,699	977,153
支 出	1. 医 業 費 用 b	779,166	794,602	805,144	814,435	838,280	841,500	839,500	936,265
	(1) 職 員 給 与 費	410,573	437,914	433,520	480,392	497,368	498,000	498,000	510,000
	基 本 給	189,772	194,894	196,356	194,004	191,652	192,000	192,000	204,000
	退 職 給 付 費	0	12,626	7,736	0	0	0	0	0
	そ の 他	220,801	230,394	229,428	286,388	305,716	306,000	306,000	306,000
	(2) 材 料 費	210,554	199,852	207,858	215,900	223,950	230,000	230,000	250,000
	う ち 薬 品 費	178,188	171,245	180,164	183,000	183,000	183,000	183,000	200,000
	(3) 経 費	126,634	122,110	131,183	82,172	80,069	82,000	82,000	90,000
	う ち 委 託 料	31,943	28,907	36,342	37,000	41,996	42,000	42,000	46,000
	(4) 減 価 償 却 費	22,336	32,619	31,202	32,721	31,363	29,000	27,000	83,265
	(5) そ の 他	9,069	2,107	1,381	3,250	5,530	2,500	2,500	3,000
	2. 医 業 外 費 用	22,047	23,016	24,631	32,365	30,720	32,951	33,810	35,671
	(1) 支 払 利 息	1,021	1,239	1,166	1,190	1,060	951	810	671
	う ち 一 時 借 入 金 利 息	0	0	0	0	0	0	0	0
	(2) そ の 他	21,026	21,777	23,465	31,175	29,660	32,000	33,000	35,000
	経 常 費 用 (B)	801,213	817,618	829,775	846,800	869,000	874,451	873,310	971,936
	経 常 損 益 (A)－(B) (C)	△30,370	△78,941	△88,538	0	△33,800	△13,752	△12,611	5,217

○ 資本的収支

(千円)

年度		3 前 年度 決算額	前々 年度 決算額	前年度 決算 見込額	H28 当年度 補正	H29 年度 予算	H30 年度	H31 年度	H32 年度
区分									
収 入	1. 企 業 債	122,900	0	7,700	2,000	4,400	23,700	204,745	617,375
	資本費平準化債								
	2. 他 会 計 出 資 金	2,182	2,764	4,160	18,000	24,000	9,500	9,500	9,500
	3. 他 会 計 負 担 金	12,527	236	840			500	500	500
	うち基準内繰入金	12,527	236	840	0	0	500	500	500
	うち基準外繰入金								
	4. 他 会 計 借 入 金								
	5. 他 会 計 補 助 金								
	6. 国 (県) 補 助 金	6,212	0	3,521	2,700	2,200	0	0	0
	7. 工 事 負 担 金								
	8. 固 定 資 産 売 却 代 金	20	0	0	0	0	0	0	0
	9. そ の 他								
	収入計 (a)	143,841	3,000	16,221	22,700	30,600	33,700	214,745	627,375
	うち翌年度へ繰り越される 支出の財源充当額 (b)								
支 出	前年度同意等債で当年度借入分 (c)	50,000	0	0	0	0	0	0	1
	純計(a)－{(b)+(c)} (A)	93,841	3,000	16,221	22,700	30,600	33,700	214,745	627,374
	1. 建 設 改 良 費	107,444	939	13,214	11,500	7,600	23,700	204,745	617,375
	うち職員給与費								
	2. 企 業 債 償 還 金	3,273	4,415	13,884	18,954	24,674	24,136	17,438	40,313
	うち建設改良のための企業債分	3,273	4,415	13,884	18,954	24,674	24,136	17,438	40,313
	うち災害復旧のための企業債分								
	3. 他 会 計 長 期 借 入 金 返 還 金								
	4. 他 会 計 へ の 支 出 金								
	5. そ の 他								
	うち繰延勘定								
	支出計 (B)	110,717	5,354	27,098	30,454	32,274	47,836	222,183	657,688
	差引不足額 (B)－(A) (C)	16,876	2,354	10,877	7,754	1,674	14,136	7,438	30,314
補 て ん 財 源	1. 損 益 勘 定 留 保 資 金	16,876	2,354	10,877	7,754	1,674	14,136	7,438	30,314
	2. 利 益 剰 余 金 処 分 額								
	3. 繰 越 工 事 資 金								
	4. そ の 他								
補 て ん 財 源	計 (D)	16,876	2,354	10,877	7,754	1,674	14,136	7,438	30,314
	補てん財源不足額 (C)－(D) (E)	0	0	0	0	0	0	0	0
	当年度許可債で未借入 又は未発行の額 (F)	0	0	0	0	0	0	0	0
	実質財源不足額 (E)－(F)	0	0	0	0	0	0	0	0
他 会 計 借 入 金 残 高 (G)									
企 業 債 残 高 (H)		159,869	155,274	149,090	132,136	112,956	136,656	341,401	956,143

※平成32年度は病院の新築移転を検討しており、その構想に基づき算出しております。したがって、今後の構想の進み具合によっては、計画数字が変更になる場合がございます。

本文中の用語説明

五十音順

【あ行】

医業収支比率

医業費用が医業収益によってどの程度賄われているかを示す指標であり、医業活動における経営状況を判断するもの。経常収支比率と同様、この比率が100%以上であることが望ましい。

【計算式】

$$\text{医業収支比率} = \frac{\text{医業収益}}{\text{医業費用}} \times 100$$

【か行】

回復期病床

急性期を脱しても、まだ医学的・社会的・心理的なサポートが必要な患者に対して、多くの専門職種がチームを組んで集中的なリハビリテーションを実施し、心身ともに回復した状態で自宅や社会へ戻っていただくことを目的とした病床。

キャリーオーバー

重度心身障がい児等において、小児医療を経て成人後も継続して医療的ケアを必要とすること。

急性期病床

発症・受傷後間もない患者や病状が不安定な患者に対して、専門の医療従事者が一定期間、集中的な医療を提供するために使用される病床。

経常収支比率

経常費用に対する経常収益の割合を示すもので、この比率が100%を超える場合は単年度黒字を、100%未満の場合は単年度赤字を表す。企業の一事業年度における通常の継続的企業活動における収益性を表す。

【計算式】

$$\text{経常収支比率} = \frac{\text{経常収益}}{\text{経常費用}} \times 100$$

経常収益：医業収益＋医業外収益

経常費用：医業費用＋医業外費用

高度急性期

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。救命救急病棟、集中治療室等。

【さ行】

指定管理者制度

平成 15 年 6 月の地方自治法の改正により導入された制度。それまで公の施設の管理者については、法令で規定された公共団体などに限定されていたが、本制度の導入により、民間事業者も指定管理者として参入可能となり、公の施設の管理・運営に民間のノウハウを活用することが可能となった。

指定管理者制度の導入や業務の範囲、選定基準等については、条例で定める必要があり、指定にあたっては、議会の議決が必要である。

【指定管理者制度、管理運営委託及び業務委託の違い】

	業務委託	管理運営委託	指定管理者制度
位置付け	サービスの提供	権限の委任代理	管理代行
受託者	限定しない	出資団体、公共団体、公共的団体	法人その他の団体（民間事業者、公共的団体等）
	特になし	条例で規定	議会の議決を得て指定
施設の経営権	町	町	指定管理者
対外的責任	町	一義的には受託者	指定管理者
業務の範囲	契約範囲内のサービスの提供	①指示された施設サービスの提供 ②施設の維持管理	①自主的な施設サービスの提供 ②施設の維持管理 ③使用許可等の行政処分
業者選定及び契約形態	原則入札委託契約	受託者の範囲内で随意契約	原則公募 契約でなく、議決を得て協定
料金の帰属	町	基本的には町	指定管理者（町は上限額）
議会の関与	なし	条例制定時	①条例制定時 ②指定管理者の指定のための議決
根拠法令	なし	改正前の地方自治法第 244 条の 2 第 3 項	地方自治法 第 244 条の 2 第 3 項

移行に際しての留意点

- ・ 病院に多額の累積欠損金がある場合は、運営に係る収支の設定で、市に有利な委託条件を提示することが難しく、その結果、引受手の確保も困難となる

ことが予想される。

- 新たに病院を開設する場合は別として、既に専門性の高い医療職を多数雇用している場合、この制度をただちに適用することは難しいと考えられる。

職員給与費比率

医業収益に占める給与費（人件費）の割合を示す指標で、比率が低いほど望ましいといえる。一般的に、55%以下が望ましいといわれている。

【計算式】

$$\text{職員給与費比率} = \frac{\text{給与費}}{\text{医業収益}} \times 100$$

新公立病院改革ガイドライン

国は平成 19 年に「公立病院改革ガイドライン」を策定し、病院事業を設置する地方公共団体に対して「公立病院改革プラン」を策定し、経営改革に取り組むよう要請した。しかしながら依然として医師不足等の厳しい環境が続き、また少子高齢化の急速な進行等医療需要の大幅な変化が見込まれることから、国は平成 27 年に「新公立病院改革ガイドライン」を策定し、「地域医療構想」を踏まえた「新公立病院改革プラン」の策定を求めた。

診療報酬

診療所や病院または薬局が行った医療サービスに対する報酬。公的医療保険のもとでは、病院、診療所、薬局などの保険医療機関が保険診療（診療、検査、投薬など）を行った場合に、その対価として保険者から医療機関に支払われる法定の報酬をいう。

すさみ町地域見守り支援システム

平成 22 年 1 月より、IT 技術を用いて、医療・介護・福祉の各分野の情報を共有するシステム。医療情報は国保すさみ病院より、訪問看護情報はすさみ町訪問看護ステーションより、介護情報はすさみ町社会福祉協議会より、福祉・健康情報はすさみ町役場よりそれぞれの情報を、連携サーバーによる共有化を行い、多職種が情報を共有可能となり、各部門の連携が良好となった。

すさみ町まち・ひと・しごと創世総合戦略

少子高齢・人口減少対策ならびに、まちの特性を活かした、まち・ひと・しごとの創生と好循環の確立を目指す平成 28 年 3 月にすさみ町より策定された総合戦略。

【た行】

田辺保健医療圏

医療圏とは、医療法第30条の4第2項第10号の規定に基づき設定する区域のことで、和歌山県下において、田辺保健医療圏は、日常生活圏で、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ための圏域レベルの二次保健医療圏に分類され、田辺市、みなべ町、白浜町、上富田町、すさみ町をいう。

地域医療構想

2014年に成立した医療介護総合確保推進法によって都道府県が策定することが義務化された。医療や介護に関する他の計画との整合性を図りながら、平成37年（2025年）の医療需要と病床の必要量や、目指すべき医療提供体制を実現するための施策等を定めるもの。

地域医療連携推進法人制度

2017年度に施行予定。原則として、地域医療構想の二次医療圏を範囲として、複数の非営利法人が参加し、新たな医療法人を創設することにより、施設同士の連携強化や機能分化、機器や医薬品等の共同利用、キャリアパスの構築などがメリットとしてあげられる。

地域包括ケアシステム

団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されるシステム。

地域包括ケア病床

地域包括ケア病棟は、急性期治療後や在宅・施設療養中の患者が在宅復帰に向け、効率的に医療・看護・リハビリを行うための病床。

地方公営企業法全部適用

現在適用されている地方公営企業法について「財務規定」のみでなく任意適用とされている「組織及び身分取扱いに関する規定」を、条例で定めることにより新たに適用するもの。

【新たな適用項目】

項目	内容
組織に関する規定	○ 病院事業の組織が一般行政組織から独立。 ○ 管理者（専任の特別職）が設置可能。

	・ 管理者は業務執行権及び代表権（一部を除く）を有する。 ・ 管理者は、業務に関する管理規程の制定権を有する。 （市長から管理者に移る権限） ① 内部組織の設置 ② 職員の任免・給与等の身分取扱い ③ 予算の原案・説明書の作成 ④ 資産の取得・管理・処分 ⑤ 契約の締結 ⑥ 資金の一時借入れなど （管理者に新たに付与される権限） ①労働協約の締結 （市長に留保される権限） ① 予算の調整 ② 議案提出 ③ 決算の審査、認定の付議 ④ 過料を科する
職員の身分取扱いに関する規定及び条例	○ 企業職員は、労働組合の結成、団体交渉、労働協約の締結、不当労働行為の救済、労使紛争の調停・仲裁等について、民間労働者と同様の取り扱いを受ける。 ○ 人事委員会勧告制度が適用されず、給与、勤務時間その他の勤務条件は、法律に基づき、労使協議を経て管理者が決定する。

地方公営企業法の一部適用

地地方公共団体の経営する企業の組織、財務、従事する職員の身分などについて定めた、地方公営企業法のうち「財務規程」のみを適用するもの。

地方独立行政法人

公共上の見地からその地域において確実に実施されることが必要な事務・事業であって、地方公共団体が自ら主体となって直接に実施する必要のないもののうち、民間の主体にゆだねた場合には必ずしも実施されないおそれがあるものと地方公共団体が認めるものを効率的・効果的に行わせることを目的として、地方公共団体が設立する法人。

主な特徴

- 目標による業務管理
 - ・ 中期目標・中期計画・年度計画に基づき、計画的に業務を運営・管理
 - ・ 評価委員会が法人の業務実績を定期的に評価
- 運営の弾力化

- ・原則として企業会計原則により業務を運営
- ・経営努力で生じた毎事業年度の利益は、中期計画で定めた剰余金の使途に充当可
- ・法人の実績、職員の業績を反映した給与の仕組み等を確立

○積極的な情報公開

- ・中期目標等、財務諸表、業務実績、評価結果、給与の支給基準等広範な事項を積極的に公開

（公務員型）

- ・職員の身分移管が必要となるものの、移管後も引き続き地方公務員であることから、調整は比較的容易である。しかし、実施にあたっては、定款についての議会の議決、中期目標の設定及び総務大臣の認可等の事務手続き等に時間を要する。

（非公務員型）

- ・非公務員型の独立行政法人化は、職員の身分移管が必要となり、かつ移管後は地方公務員の身分でなくなる。
- ・実施にあたっては、定款についての議会の議決、中期目標の設定及び総務大臣の認可等の事務手続き等に相当の時間を要する。

【は行】

病床機能報告制度

病床を有する病院・診療所がその病床において担っている現在の医療機能と今後の方向について、病棟単位で選択して毎年都道府県に報告する仕組み。報告された情報は公表することが定められている。

病床利用率

全病床のうち利用されている病床の割合をみる指標であり、病床利用率は一般に、 $(\text{入院患者延数} / \text{実働病床数} \times \text{計算期間}) \times 100$ として定義され、計算期間としては月や年が用いられる。医療施設調査の病院報告では調査月中の1日当たり平均在院患者数により、病床利用率を $(1 \text{ 日当たり平均在院患者数} / \text{月末病床数}) \times 100$ で算出している。

【計算式】

$$\text{病床利用率} = \frac{\text{入院患者延数}}{\text{病床数} \times \text{日数}} \times 100$$

平均在院日数

患者の入院(在院)期間を表現する物差しとして最もよく用いられている。計算

法は一般的に用いられるのは、一定期間の在院患者延数を入退院した患者数の2分の1で除したもの。

訪問看護

医師の指示に基づき、看護師等が、通院が困難な患者の居宅を訪問し、健康チェック、療養上の世話または必要な診療の補助を行うサービス。

訪問診療

通院が困難な患者に対して、医師が計画を立て患者の同意を得たうえで、定期的に患者の居宅に出向いて行う診療。

【わ行】

わかやま在宅医療推進安心ネットワーク

病院と診療所の連携体制の構築、医療・介護職間での情報共有など、さまざまな方法で構築を目指す、在宅医療の推進体制。