

鏡野町国民健康保険病院
経営強化プラン

計画期間 令和6年度～令和9年度

令和 6 年 2 月

岡山県鏡野町

目 次

- I 鏡野町国民健康保険病院経営強化プランについて
 - ①プラン策定の趣旨
 - ②計画期間
 - ③鏡野病院の現状

- II 役割・機能の最適化と連携の強化について
 - ①地域医療構想を踏まえた当院の果たすべき役割・機能
 - ②地域ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割・機能
 - ③機能分化・連携強化
 - ④医療機能や医療の質、連携の強化等に係る数値目標
 - ⑤一般会計負担の考え方
 - ⑥住民の理解のための取組

- III 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
 - ②臨床研修医の受入れ等を通じた若手医師の確保
 - ③医師の働き方改革への対応

- IV 経営形態の見直し

- V 新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組

- VI 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
 - ②デジタル化への対応

- VII 経営の効率化
 - ① 経営指標に係る数値目標
 - ② 経営収支比率及び修正医業収支比率に係る目標
 - ③ 目標達成に向けた具体的な取組
 - ④ 経営強化プラン対象期間中の各年度の収支計画

資 料 プラン対象期間中の収支計画

I 鏡野町国民健康保険病院経営強化プランについて

① プラン策定の趣旨

鏡野町国民健康保険病院（以下、当院）は運営理念である「心のかよった最良の医療提供を」として大きな役割を担ってきました。

しかし、国の医療費抑制施策による診療報酬の削減、医師・看護師の人材不足が入院病床の制限を余儀なくするなど、医療事業の収入に対する影響が大きくなってきました。また、平成28年4月に岡山県による「地域医療構想」が発表され、全県下での病床適正化指針が明らかとなりました。

こうした中、平成19年12月に総務省から示された公立病院改革ガイドラインによる「鏡野町国民健康保険病院改革プラン」を平成21年3月に策定、さらに「地域医療構想」に合わせて見直された「新 公立病院改革ガイドライン」に基づく5年間の「新 改革プラン」を平成29年3月に策定し、引き続き持続可能な運営体制の構築に取り組んできたところです。

ところが、新プランの期間半ばである令和元年度末に発生した新型コロナウイルスの世界的な蔓延が医療のみならず社会状況全体を一変させることとなりました。当院では、建物内の隔離性の問題並びに通常診療の継続提供体制を維持するため、感染患者の直接受入は見合わせているものの、発熱外来の設置と院内感染防止対策の徹底により、未曾有の困難に対処してまいりました。また、令和3年度から始まったコロナ対応ワクチンの接種については、町行政との連携により希望者への早期接種を実現いたしました。しかしながら、令和4年には入院患者と職員計18人にのぼる院内クラスターが発生し、その対応のため入院・外来の一時制限を実施するなど危機的な局面もありました。

コロナ禍の先行きも不透明な中、総務省は令和4年3月に新たな「経営強化ガイドライン」を公表しました。従来のガイドラインが経営面の「赤字解消」「再編・統廃合」を重視したものであったのに対し、地域・医療圏における「機能強化・連携強化」を進めることを主眼に、公立病院の役割として新規感染症への対応等も取組課題として掲げられています。

そこで、これまでの「改革プラン」に代わるものとして、現時点での診療報酬改定の趣旨や各種法制度、及びガイドラインの趣旨を踏まえた新規の「経営強化プラン」を策定することとなったものです。これを踏まえ、国が進める医療制度改革や診療報酬改定、地域包括ケアシステムの構築を見据えて病院が地域においてどのような役割を進めるかを盛り込んだものが本計画になります。

② 計画期間

令和6年度から令和9年度

③ 鏡野病院の現状（令和5年10月1日現在）

○ 病床数	88床（一般48床（うち地域包括ケア病床11床）、療養40床）
○ 診療科目	内科、小児科、外科、整形外科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科
○ 職員数	医師 常勤医師 10名 非常勤医師 3名
	看護師 56名（うちパートタイム会計年度任用職員8名）
	准看護師 3名（うちパートタイム会計年度任用職員1名）
	薬剤師 4名（うちパートタイム会計年度任用職員0名）
	診療放射線技師 3名（うちパートタイム会計年度任用職員0名）
	臨床検査技師 3名（うちパートタイム会計年度任用職員1名）
	理学療法士 4名（うちパートタイム会計年度任用職員0名）
	作業療法士 1名（うちパートタイム会計年度任用職員0名）
	看護補助者 14名（うちパートタイム会計年度任用職員14名）
	管理栄養士 2名（うちパートタイム会計年度任用職員0名）
	社会福祉士 1名（うちパートタイム会計年度任用職員0名）
	調理員 7名（うちパートタイム会計年度任用職員7名）
	事務職員 11名（うちパートタイム会計年度任用職員6名）
	その他 4名（うちパートタイム会計年度任用職員4名）
	合計 126名

○基本理念：「心のかよった最良の医療提供を」

○基本方針

1. 職員相互の和を大切に、信頼される病院づくりに励みます。
2. 常に新しい知識と技術を習得し、使命感と誇りをもって、自己啓発に努めます。
3. 利用してくださる方、一人ひとりの立場に立ち、正確な情報と納得のいただける医療提供に努めます。
4. 地域医療を担う自治体病院として質的に安定した医療を提供すべく研鑽に努めます。

○おもな施設基準（抜粋）

- ・急性期一般病棟6
- ・療養病棟入院基本料2
- ・急性期看護補体制加算
- ・病棟薬剤師配置体制加算
- ・運動器リハビリテーション料1
- ・データ提出加算（診療録管理体制加算）
- ・在宅療養支援病院3
- ・地域包括ケア病床（入院管理料）2
- ・救急医療管理加算
- ・看護処遇改善手当39
- ・入退院支援加算1
- ・呼吸器リハビリテーション料1

(入院医療の現状)

2022年12月から2023年5月までの稼働率等の実績は以下の通りです。

【移動累計平均】 入院における実患者数、稼働率、延べ患者数、1日単価等							
入退院患者数	2022年12月	2023年1月	2023年2月	2023年3月	2023年4月	2023年5月	移動累計平均値
入院(延べ:名)							
退院(延べ:名)							
実患者(レセ枚)数	107	108	108	108	108	109	108
平均在院日数(単位:日)							
病床稼働率(一般)	77%	77%	78%	78%	78%	79%	78%
病床稼働率(療養)	52%	51%	50%	49%	48%	49%	50%
延べ患者数	1,751	1,749	1,745	1,734	1,734	1,753	1,744
うち一般病棟	858	870	876	878	879	884	874
うち地域包括ケア病床	262	259	259	262	270	279	265
うち療養病棟	633	621	611	596	587	593	607
1日当たり平均患者数	57	58	57	57	57	58	57
収入実績(単位:円)	2022年1月	2022年2月	2022年3月	2022年4月	2022年5月	2022年6月	平均値
初診、医学管理	56,243	54,538	53,748	50,828	51,396	53,073	53,304
在宅医療(退院時)	0	0	0	0	0	0	0
投薬	727,487	688,934	664,364	647,502	685,561	669,476	680,554
注射	1,346,085	1,491,470	1,512,895	1,531,527	1,480,584	1,454,610	1,469,528
処置	537,099	441,781	441,568	451,441	514,805	525,937	485,439
手術	996,668	945,468	1,095,769	1,237,827	1,225,563	1,225,187	1,121,080
検査	1,585,009	1,565,594	1,606,877	1,628,296	1,692,877	1,716,761	1,632,569
画像診断	1,099,980	1,101,136	1,086,952	1,059,153	1,078,821	1,095,443	1,086,914
リハビリ	1,486,552	1,541,804	1,544,939	1,542,260	1,515,462	1,503,003	1,522,337
入院料(加算含む)	35,095,284	35,322,164	35,568,620	35,745,282	36,099,161	36,581,081	35,735,265
保険診療小計	42,930,405	43,152,889	43,575,732	43,894,116	44,344,229	44,824,570	43,786,990
食事療養、生活療養	3,116,324	3,115,332	3,118,040	3,099,688	3,093,765	3,138,218	3,113,561
室料差額	639,925	625,442	628,329	617,467	622,967	614,258	624,731
その他	851,240	852,563	854,198	862,550	816,307	790,595	837,909
入院収入(全病棟)	47,537,894	47,746,226	48,176,299	48,473,820	48,877,268	49,367,641	48,363,191
1日単価(全病棟)	27,197	27,354	27,654	27,971	28,189	28,192	27,759
うち一般病棟収入	26,588,237	27,330,439	27,819,300	28,243,909	28,195,561	28,402,710	27,763,359
1日単価(一般病床のみ)	31,047	31,486	31,831	32,213	32,148	32,213	31,823
地域包括ケア病床収入	9,500,874	9,284,361	9,285,292	9,399,358	9,825,951	10,073,945	9,561,630
1日単価(一般病床のみ)	36,231	35,805	35,834	35,870	36,329	36,207	36,046
うち療養病棟収入	10,331,987	10,014,631	9,945,004	9,693,942	9,722,945	9,758,171	9,911,113
1日単価(療養病棟のみ)	16,215	16,048	16,230	16,311	16,577	16,498	16,313
医療区分2,3割合(療養)							

新型コロナの影響(クラスター)を考慮して、移動累計平均(12か月分の平均)による実績を把握したものです。稼働率や1日などに大きな変動はありません。

II 役割・機能の最適化と連携の強化について

①地域医療構想を踏まえた当院の果たすべき役割・機能

(地域医療構想)

平成30年4月に岡山県が策定した岡山県保健医療計画の地域医療構想では、今後高齢化が進展し医療・介護サービスの需要が増大していく中で、患者それぞれの状態にふさわしい良質かつ適切な医療を、効果的かつ効率的に提供する体制の構築が求められています。少子高齢化に伴う人口減少を予測し、入院患者数の減少による病床数削減と地域に必要な病床機能を見直すという計画です。

津山・英田圏域地域医療構想調整会議（令和5年6月22日開催）で提示された資料においても、岡山県全域の医療圏において急性期、慢性期が過剰とされ回復期機能が充足されないとされています。

機能別病床数の現況（5医療圏計）

※県南東部、県南西部、高梁・新見、真庭、津山・英田の各医療圏の病院・有床診療所に係る病床機能報告数値

	R4(2022) 7/1現在 ①	必要病床数 [地域医療構想策定支援ツール]			対R7 差数	対R7 充足率	対R22 差数	対R22 充足率
		H25 (2013)	R7 (2025)②	R22 (2040) ③	②-①	①/②	③-①	①/③
高度急性期	3,874	2,169	2,249	2,131	▲1,625	172.3%	▲1,743	181.8%
急性期	8,230	6,155	6,838	6,679	▲1,392	120.4%	▲1,551	123.2%
回復期	4,252	5,599	6,480	6,445	2,228	65.6%	2,193	66.0%
慢性期	5,179	5,263	4,607	4,617	▲572	112.4%	▲562	112.2%
休棟	841	-	-	-	▲841	-	▲841	-
合計	22,376	19,186	20,174	19,872	▲2,202	110.9%	▲2,504	112.6%

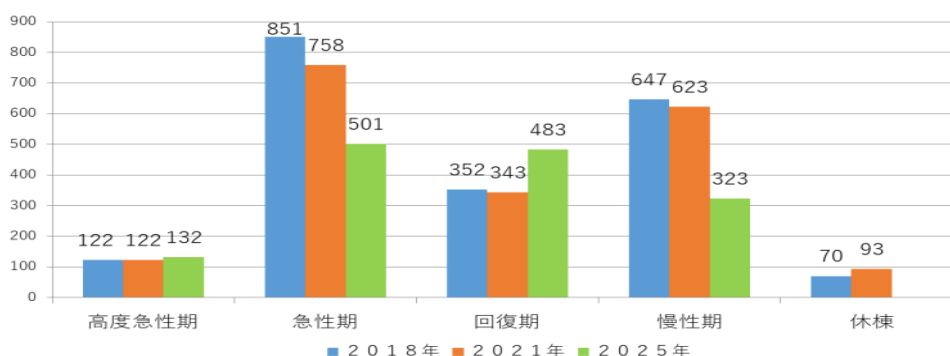
※医療圏によって多少のばらつきはあるものの、県全体としては回復期が不足

同様に地域医療構想調整会議（令和4年10月開催）で提示された統計においても、当院がある津山・英田医療圏においても回復期機能が不足する旨の統計が提示されています。

津山・英田圏地域医療構想区域許可病床数の現況及び推計の比較

(単位：床)

構 想 区 域	区 分	平成30(2018)年7月1日現在の 病床数 [病床機能報告]			令和3(2021)年7月1日現在の 病床数 [病床機能報告]			必要病床数 [地域医療構想策定支援 ツールから]			R7に対 する必要数 ②-①	R7に対 する充足率 ①/②
		病院	診療所	合計①	病院	診療所	合計①	H25 (2013)	R7 (2025)	R22 (2040)		
								①	②	③		
津 山 ・ 英 田	高度急性期	122	0	122	122	0	122	137	132	118	10	92.4%
	急性期	777	74	851	668	90	758	514	501	460	▲ 257	151.3%
	回復期	341	11	352	341	2	343	487	483	452	▲ 140	71.0%
	慢性期	567	80	647	542	81	623	605	414	411	▲ 209	150.5%
	休棟	0	70	70	0	93	93				▲ 93	
計	1,807	235	2,042	1,673	266	1,939	1,743	1,530	1,441	▲ 409	126.7%	



(地域医療構想(病床機能)からみた当院の現状の役割・機能)

鏡野町の人口は約12,000人(2020年国勢調査)で高齢化率は38.7%です。こうした状況から高齢者の罹患が多い診療科と高度医療機器を有し、入院体制も充実している「地元の町立病院」として当院は地域住民の医療需要に応じています。

【急性期機能】

町内で数少ない救急告示病院として、医療における町民の安全・安心をサポートしています。救急搬送数は年間200件を超え、2022年10月に国が制度化した急性期病院の看護職員の負担軽減を図る手当(看護処遇改善評価料39)の対象病院となっています。

【回復期機能】

ポスト急性期(回復期機能)という視点では、地域包括ケア病床を11床有しており、サブアキュート(亜急性期)の機能を有しています(詳細は後述)。

なお回復期リハビリテーション病棟は回復期機能の代表的な病棟としての位置づけですが、当該病棟は対象疾患に限られることや病棟単位での指定が求められることから、現時点では届け出しておりません。

【慢性期機能】

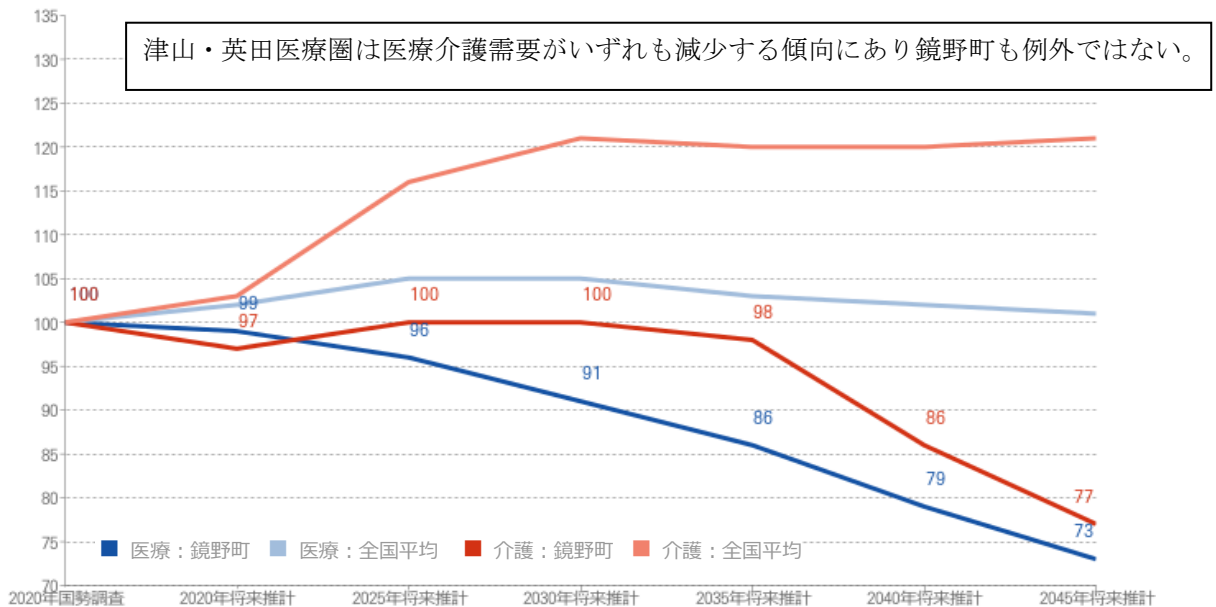
高齢化を背景とした長期療養の提供についても対応しており、医療療養(病床)を有しています(療養病棟入院基本料2:44床)。

(鏡野町 (津山・英田医療圏) の特徴)

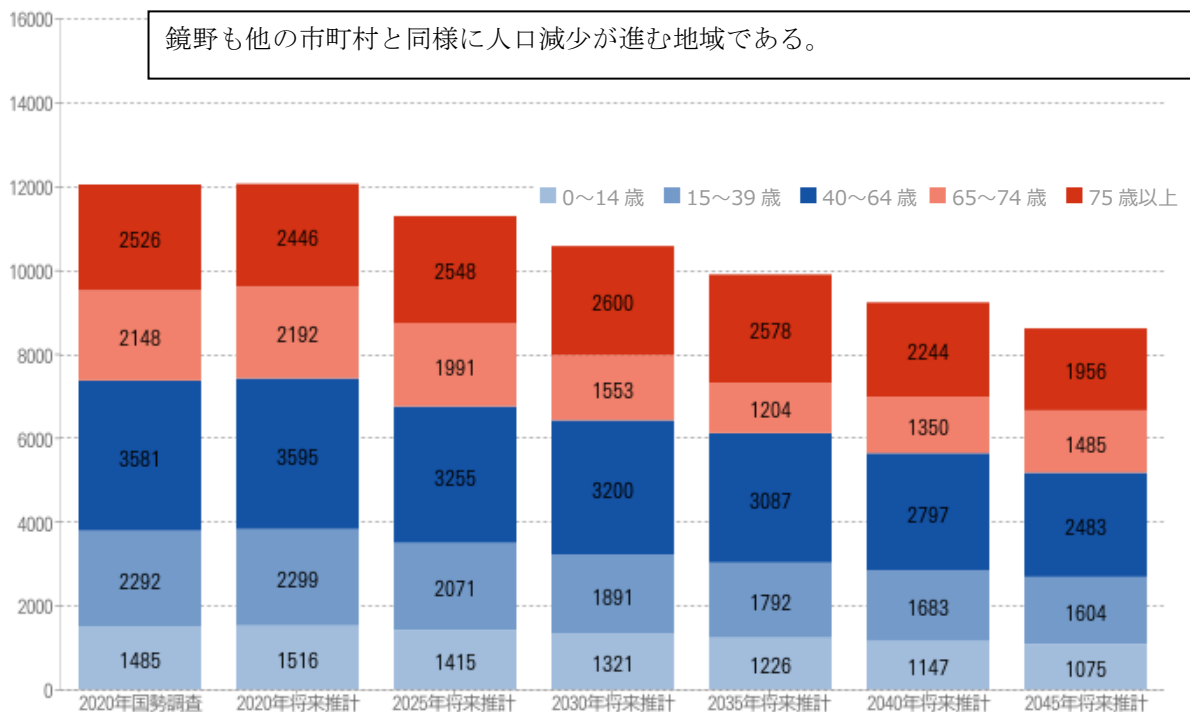
◇医療圏の人口動向と医療介護需要予測

参考：鏡野町 医療介護需要予測指数 (2020年実績=100)

出典：日本医師会 地域医療データベース



参考：鏡野町 人口推移 (2020年実績=100)



◇人口当たり病床数 出典：日本医師会地域医療情報システム

・人口10万人あたり病床数 (一般 計100床) 鏡野町 829.05 全国平均 701.36

- ・人口 10 万人あたり病床数（療養 計 98 床） 鏡野町 812.47 全国平均 221.90
※一般病床、療養病床とも全国平均よりも多く、療養病床数は特に突出している。

◇人口 10 万人あたり医師数 出典：日本医師会地域医療情報システム

職員数：24.00 人口 10 万人あたり人数（鏡野町）198.97 全国平均 253.66

※病床数も多いことがあり、医師数は少ないエリアとなっている。

◇（参考）施設種類別の施設数と 75 歳以上 1000 人あたり施設数

出典：日本医師会地域医療情報システム

- ・介護施設数 40 鏡野町 15.84 全国平均 11.31
- ・入所施設 15 鏡野町 5.94 全国平均 2.01
- ・入所定員数 273 鏡野町 108.08 全国平均 70.92

※介護施設数は充実しており、入所定員数も全国平均より多い。

（当院における急性期機能の現状と方向性）

◇届け出している入院料

（出典 厚生労働省 令和 4 年度診療報酬改定説明資料）

令和 4 年度診療報酬改定 I-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価-③

急性期一般入院基本料（急性期一般入院料 1～6）の内容

▶ 急性期入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直しを行うとともに、これに併せ、簡素化を図る観点も踏まえ、急性期一般入院料を 7 段階評価から 6 段階評価に再編する。

	入院料 1	入院料 2	入院料 3	入院料 4	入院料 5	入院料 6
看護職員	7 対 1 以上 (7 割以上が 看護師)	10 対 1 以上 (7 割以上が看護師)				
該当患者割合 の基準	31% / 28%	27% / 24%	24% / 21%	20% / 17%	17% / 14%	測定している こと
必要度 I / II	28% / 25%	25% / 22%	22% / 19%	18% / 15%		
平均在院日数	18 日以内	21 日以内				
在宅復帰・病床機能連携率	8 割以上	-				
その他	医師の員数が 入院患者数の 100 分の 10 以上	・入院医療等に関する調査への 適切な参加 ・届出にあたり入院料 1 の届出 実績が必要		-		
データ提出加算	○（要件）					
点数	1,650 点	1,619 点	1,545 点	1,440 点	1,429 点	1,382 点

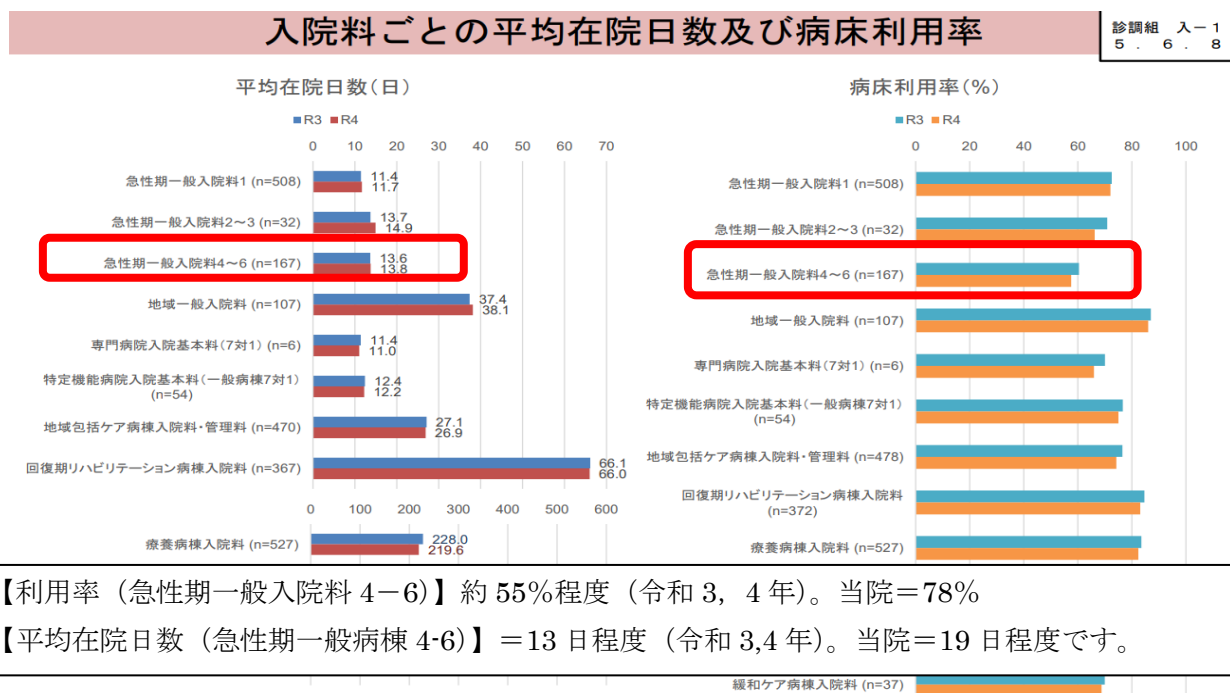
【経過措置】

- 令和 4 年 3 月 31 日時点で施設基準の届出あり
⇒ 令和 4 年 9 月 30 日まで基準を満たしているものとする。
- 令和 4 年 3 月 31 日時点で急性期一般入院料 6 の届出あり
⇒ 令和 4 年 9 月 30 日まで改定前の点数を算定できる。

47

現在、当院では入院料 6 を届け出しております。

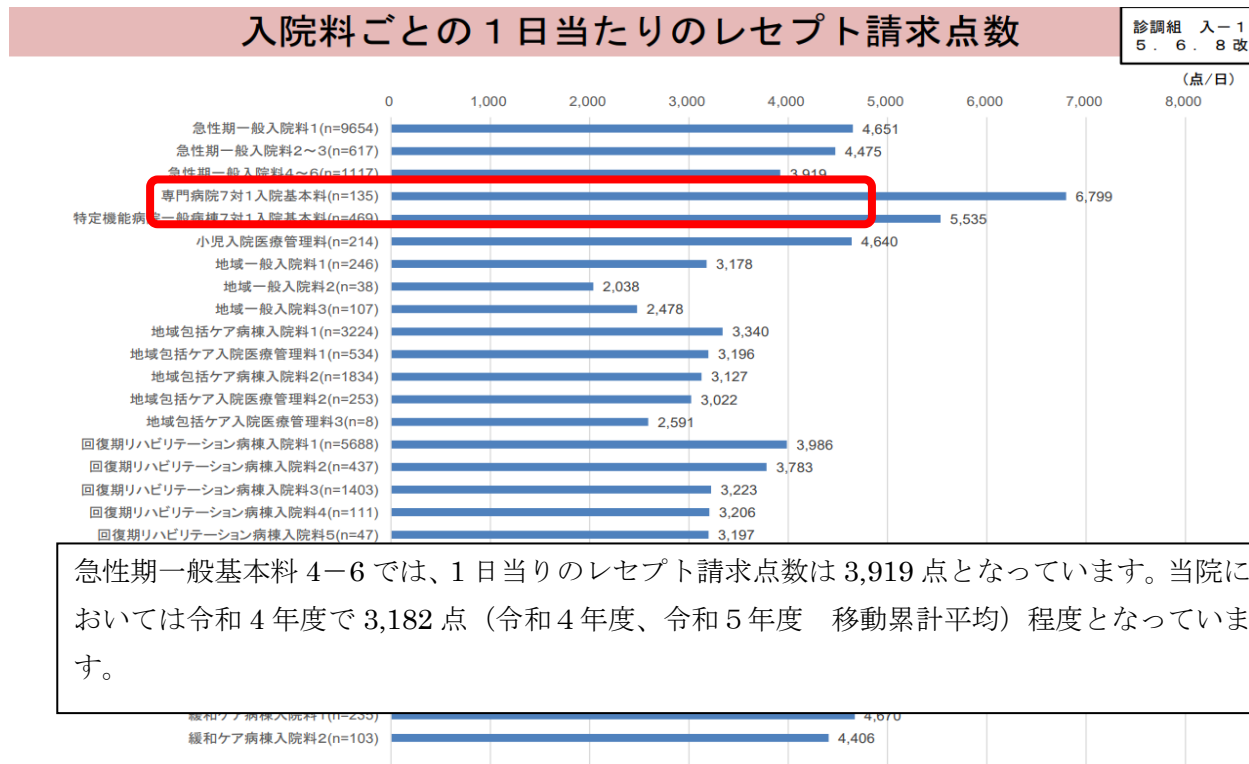
◇利用率（出典 令和5年中医協提示資料）



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査(施設票)※各年8~10月

19

◇1日当たりのレセプト請求点数



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査(患者票)、DPCデータ、レセプトデータ

45

(地域医療構想における令和7年(2025年)及び経営強化プランの対象期間の最終年度における当該公立病院の機能ごとの病床数)

令和7年：急性期34床、回復期14床、慢性期：40床 (計88床)

令和9年：急性期30床、回復期18床、慢性期：40床 (計88床)

(今後果たすべき役割 地域医療構想・地域包括ケアシステムとも同じ)

公的病院には様々な役割と機能が求められておりますが、当院に期待されている役割としては以下のとおりです。

—置かれた環境—

- ・人口が少ない中山間地に所在しており、救急医療の維持や医師・看護師等の確保が深刻な課題となっていること
- ・民間医療機関の立地や新規開設が困難な地域等であること

—役割(外来(入院外))—

- ・医師不足のエリアの為、入院機能(医療)だけでなく外来においてもかかりつけ医としての機能(在宅医療の提供含む)も果たすこと。
- ・小児科医療としての外来機能を提供すること。
- ・町内の(へき地)公的診療所に医師を派遣すること(今後、医師不足や医師の負担軽減も考慮してオンライン診療等で診療が可能になるような体制の構築も見据えます)。
- ・疾病の治療だけでなく、健康診断・相談などの予防的な活動を医師やコメディカルを含めた各職種で行うことで住民の健康づくりに貢献すること。

—役割(入院)—

- ・町内に急性期一般入院料を届け出している病院が民間を含めて他になく、町内において急性期機能・救急医療で中心的な役割を果たすこと。
- ・地域包括ケアシステムの中核として、在宅等で生活している高齢者等の急性増悪時や廃用症候群と診断された場合の入院を受け入れること。また入院した場合においても、可能な限り早期の在宅復帰ができるよう入院時から退院に向けて支援すること。
- ・圏域内外の高度急性期病院(津山中央病院等)からの退院患者をスムーズかつ速やかに受け入れること。
- ・新興感染症の患者を可能な範囲で受け入れること。
- ・小児科を標榜しており、小児科の入院も可能な限り受け入れること。

(精神科領域)

地域医療構想の対象外とされていますが、精神医療については精神障害者の地域移行が求められていること(診療報酬改定等でも推進される見込みであること)、うつ病・認知症・発達障害・依存症等の患者や高齢化に伴う身体合併症を有する精神障害者の増加等により精神医療のニーズが高まっている。当院では、精神科医師が常勤・非常勤とも不在であり、

入院加療や長期療養的な精神疾患の受け入れ等は困難ではありますが、かかりつけ医としての機能を果たす以上、うつ病やせん妄などの疾患に対して、速やかに他の精神科医病医院への紹介や福祉施設等との連携強化に取り組んでまいります。

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の構築を行うことで、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもと、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をあげて取り組む必要があります。いつもは在宅で過ごし、やむを得ない場合に（時々）入院という趣旨であり、当院もそれに応えようと以下の取り組みを行っています。

○地域包括ケア病床（現11床）

「公的病院新改革プラン（平成29年3月策定 補足資料）」において、以下を当院の課題の一つとして公表しました（以下、抜粋）。

（公的病院 新改革プラン 補足資料 8ページ）

「急性期機能が終了した後（ポストアキュート：回復期機能）の受け入れについては、現時点では急性期を担う一般病床か、長期療養を担う療養病床しか受け入れ先がない」

（公的病院 新改革プラン 補足資料 15ページ）

1. 当院における回復期機能について

（1）地域包括ケア病棟（病床）について

①背景

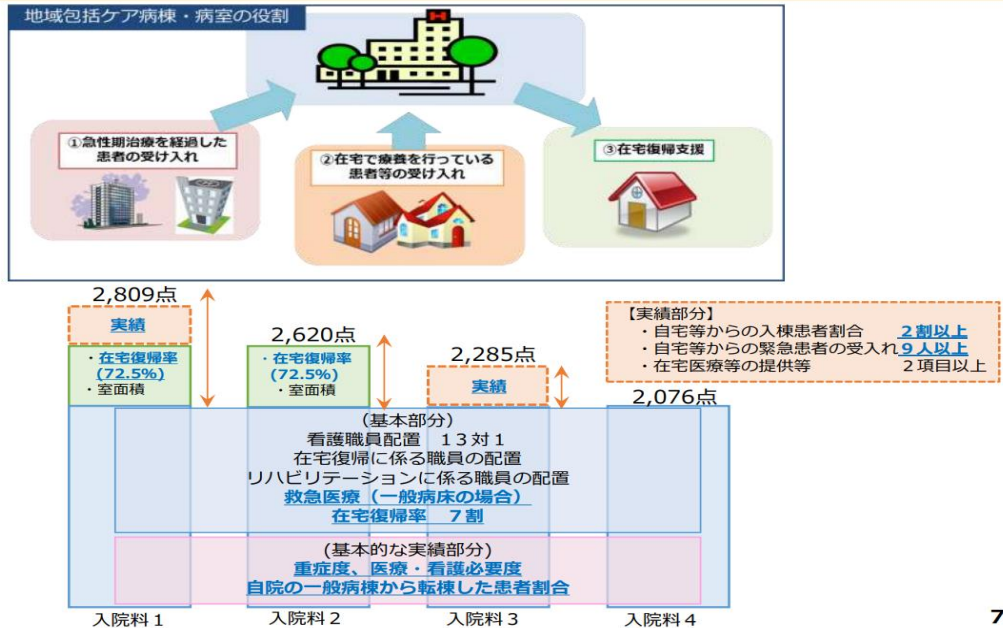
- ・津山・英田医療圏では、病床過剰とされている。
- ・病床数は急性期・療養とも減少する見込みであるが、回復期機能が重視される（現時点で不足している）。
- ・一般病棟、療養病棟とも単価が低く、患者層と入院機能とがミスマッチを起している。特に急性期治療を終えて自宅へ退院・施設等へ入所するまでの期間の対応が迫られている。

〈解決方法〉

回復期機能を有する為の選択肢の1つとして、地域包括ケア病棟（病床）の導入を考慮し、急性期後の患者の受け皿を設ける。

その後、当院内の検討を経て、地域包括ケア病床（入院医療管理料）を開設しました。現行の診療報酬制度での「管理料2」の基準を届け出しており（一般病棟内）、直入院や在宅復帰など、地域包括ケアの推進する病床としての機能を果たしています。令和4年度診療報酬改定において直入院や在宅医療の要件が厳格化されましたが、当院ではその要件をクリアし、現行基準を維持しています。

地域包括ケア病棟入院料の施設基準（イメージ）



71

【当院での地域包括ケア病床（管理料）を満たしている基準等】

- ・在宅療養支援病院（3）※24時間往診、訪問看護の体制を確保
- ・在宅医療要件：訪問診療料の件数（3月で30件以上、当院は40件）
- ・在宅復帰率：90%（地域包括ケア病床からの退院のみ）

鏡野町内では2病院が在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院（ともに24時間対応の往診や訪問看護ステーションとの連携、緊急時の入院体制を整備した診療所、病院等）の施設基準を取得しています。地域包括ケアシステムの構築・維持には在宅医療（在宅療養支援）は欠かせない機能であり、これを引き続き継続して参ります。

（介護事業所等との連携）

「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」（平成29年法律第52号）により、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応を目的として、要介護者に対し、「長期療養のための医療」と「日常生活上の介護」を一体的に提供する「介護医療院」の制度が創設されています。現在、慢性期機能については医療療養病棟で受け入れをしておりますが、町内にある民間医療機関が既に医療及び介護ニーズに対する慢性期機能を充実させております。当該医療機関との連携を進めているのが現状であり、今後もこれを推進して参ります。

③ 機能分化、連携強化

当院では、急性期から回復期、慢性期（長期療養）と継続してケアを受けられる体制を構築して参りました。

【機能分化の視点】

○急性期機能

先述の通り、当院では急性期一般入院料6を届け出しております。救急搬送から慢性疾患（外来通院）の急性増悪等の患者を受け入れておりますが、2022年12月～2023年5月実績における急性期一般入院料の1日診療単価は約31,000円であり、地域包括ケア病床の1日単価（同 約36,000円）を下回っている状況です。医療密度の指標である1日単価だけを見れば、当院の急性期一般入院料はサブアキュートの役割を担っていると想定され、急性期病床の適正化・機能の見直しが求められています。

対策として、「救急搬送件数の維持」「加算（看護系の加算）の積極的な届け出と加算算定」「地域包括ケア病床の増床による一般病床の診療密度のアップ」を図ります。

○療養病棟

当院では、療養病棟入院基本料2を届け出しております。療養病棟は制度上、長期的に療養が必要な患者を受け入れる病棟であり、在宅復帰率が要件化されていません。また在院日数も一般的に長い病棟（令和4年度入院外来医療調査）では約200日ですが、当院では直近6か月間（令和5年4月～9月）の平均在院日数は100日前後（見込み）と、平均よりも短くなっています。これは療養病棟であってもご自宅や施設に戻れる方は可能な限り在宅や施設へ移行できるようにフォローするという当院の姿勢によるものです。そのため、やむを得ず稼働率が低下しており（令和5年直近値で50%程度、国の調査では75%～80%程度）、基本料が1でないため在宅復帰にかかる加算（在宅復帰体制強化加算）は算定できておりませんが、平均在院日数的には回復期から長期療養の中間に近い機能であります。一部、地域包括ケア病床を機能が重複していることも想定されます。

稼働率や患者層を考慮すると、医療保険（診療報酬）における療養病棟の役割を一部乖離があるものと解することもでき、病院移転時には病床数の削減をはかり効率化を推進します。

【新病院への移転】

当院では、現病院の建物老朽化と先述のような病院機能の見直しが求められているため、新病院への新築移転を令和10年度に予定しております。

（当院の現状と果たしている役割：再掲）

- ・町内に急性期一般入院料を届け出している病院が民間を含めて他になく、町内において急性期機能・救急医療で中心的な役割を果たすこと。
- ・地域包括ケアシステムの中核として、在宅等で生活している高齢者等の急性増悪時や廃用症候群と診断された場合の入院を受け入れること。また入院した場合においても、可能な限り早期の在宅復帰ができるよう入院時から退院に向けて支援すること。
- ・圏域内外の高度急性期病院（津山中央病院等）からの退院患者をスムーズかつ速やかに

受け入れること。

- ・新興感染症の患者を可能な範囲で受け入れること。
- ・小児科を標榜しており、小児科の入院も可能な限り受け入れること。

(新病院で果たすべき役割)

「鏡野町国民健康保険病院新病院整備基本構想（令和5年2月）」において、新病院の果たすべき役割を以下のごとく示しています（新病院整備基本構想 第4章より抜粋）。上記のようなこれまでの機能や役割は当然維持しつつ、当院の課題を解決するための移転として位置付けております。

.....

「新病院はユニバーサルデザインに配慮した施設計画とし、身近で相談できるかかりつけ病院として、患者や家族が必要とする医療や情報を提供していきます。当院が地域包括ケアシステムの中核となり、住民が安心して鏡野町に住み続けられるよう地域の医療、介護、関係機関と連携を進めます。また新興感染症拡大時にも受け入れ可能な体制を強化します。」

(1) 地域住民のかかりつけ医機能

地域住民に身近で頼りにされる地域のかかりつけ医機能を担います。

(2) 新興感染症発生時の対応機能

新興感染症の感染拡大時には、患者を受け入れることが可能な安全面に配慮した施設計画を行います。

(3) 保健事業の推進

一般健診及び特定健診等に取り組み、住民の健康づくりに寄与します。

(4) 救急医療機能

救急告示病院、輪番制二次救急指定病院として休日及び夜間における診療体制の確保を行います。

(5) へき地医療拠点病院の役割

へき地医療拠点病院として、町立診療所に医師及び医療従事者の派遣を行うことで地域医療を担います。

(6) 小児科入院機能

小児科の入院機能を維持します。

(7) リハビリテーション機能

入院患者の在宅復帰、外来患者の生活機能維持及びQOL改善のため積極的にリハビリテーションを行います。

(8) 協力型臨床研修施設

臨床研修施設として、医師の育成に努めます。

(9) 職員が働きがいのある施設

職員が専門性を発揮できる勤務環境及び柔軟性のある働き方の可能な労働環境の整備を

行います。

上記に加えて、新病院の整備に合わせ、一般病床を急性期病床から回復期病床へ機能転換することで、急性期を脱した患者の在宅復帰支援に取り組みます。

(新病院の概要)

基本構想で示された新病院の概要は以下のとおりです。

○新病院は一般病床50床と医療療養病床20床の合計70床の2病棟で運営を行います。一般病床は、地域包括ケア病床を現在の11床から25床に増床し、在宅復帰に向けたリハビリテーションや退院支援を積極的に行い、地域包括ケアシステムを推進します。

○医療療養病床は、慢性疾患を抱え長期医療ケアが必要な患者の入院機能として、患者の尊厳を尊重した医療提供を行います。

(診療科目) 内科・小児科・外科・整形外科・耳鼻咽喉科・リハビリテーション科

○外来部門

・機能的に関連する診療科を集約配置し、専門性・効率性を高め、多様化する患者ニーズに合わせて外来診療を充実させます。

・外来業務の効率化、IT化を進め、外来待ち時間の短縮、予約制の導入などサービス向上を図ります。

・在宅で治療が必要な患者に24時間往診できる体制の整備を検討します。

・想定患者数として、1日の患者数は200人から230人程度とします。

○救急部門

・救急告示病院として24時間365日、患者の円滑な受け入れを行い、地域に必要とされる救急医療を提供します。

・緊急性や専門性が高く速やかな対応が必要な場合には、地域の連携医療機関に速やかに搬送できる連携体制を整備します。

.....

(新病院構想の補足)

・新病院は、将来の病床機能の変更や診療報酬の施設基準の改定等に柔軟に対応できる整備計画としており、地域包括ケアシステムへの貢献に重点をおいた計画でもあります。新病院の計画は令和10年度からの予定の為、本計画の期間外ではありますが、既に機能分化や地域ニーズに沿った病院づくりを志向しております。

・新病院では、本院が課題として取り上げた

「急性期機能：診療密度や稼働の低下という改善という視点から、病床数を見直し0床へ

・「回復期機能：強化という視点から、地域包括ケア病床等を増床し50床へ

・「慢性期機能：現状の稼働の低下に応じた。適正病床数を設定し20床へ

を考慮して、トータルで18床(現病床数の約21%)を適正病床化(削減)することを盛り込んでおります(新興感染症の受け入れについては後述)。

また、地域包括ケアシステムの構築には「リハビリテーション機能」の充実が必要不可欠であり、この改善も盛り込んでおります。かつ医師不足かつへき地である地域性を鑑みた「ICT 化の推進」を盛り込んでおり、これには「オンライン診療の充実」も含まれております。

【連携強化の視点】

(入退院支援)

現在、当院では入退院支援加算 1 を届け出・算定しております。地域包括ケア病床の施設基準上で必要な加算であり施設基準上、地域の介護施設等の連携実績が求められています。新病院移転に伴い、地域包括ケア病床の増床を予定していることから、更に地域連携を強化すべく、当該加算の継続した算定と基準遵守をすすめることで連携を確保します。

(機能分化・連携強化の視点からの公的病院、民間病院等との組合せや、連携協約や地域医療連携推進法人制度の活用の可能性)

現時点では、町内の病院数が限られており当院と他の民間病院とで急性期機能と慢性期機能における役割の棲み分けが出来ていると認識しています。町内はもとより、医療圏内で連携協約や地域連携推進法人の検討が進んだ場合には、当院として協力できないかを検討して参ります。

④ 医療機能や医療の質、連携の強化等に係る数値目標

次の項目につき、当プランにおける数値目標として設定いたします。

- 1) 医療機能に係るもの：救急搬送数
- 2) 医療の質に係るもの：患者満足度調査の実施（年 1 回）、
在宅復帰率（地域包括ケア病床）、リハビリ平均実施件数
- 3) 連携の強化等に係るもの：紹介率
- 4) その他：医療看護必要度（地域包括ケア病床）

地域医療構想及び今後のサブアキュートの役割を充実させる視点から、地域包括ケア病床の施設基準における実績値（令和 4 年度）を参考にして数値目標として設定しております。

	令和 4 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度	R9 年度
救急搬送数	334 件	300 件以上	300 件以上	300 件以上	300 件以上
在宅復帰率	80%	90%	90%	90%	90%
平均リハ実施数	2 単位以上/日	2 単位以上	2 単位以上	2 単位以上	2 単位以上
紹介率	7.6%	7.8%	8.0%	8.5%	9.0%
医療看護必要度	12%	12%	12%	12%	12%

⑤ 一般会計負担の考え方

当院の運営は公営企業会計としての独立採算が原則ですが、高齢化が進む中で地域住民に必要な医療を広範に提供できるよう一般的な診療科目を標榜し、また経営とのバランスをとる中で救急体制や回復期機能の充実を図るなど、公立病院としての役割を果たしています。

こうした運営について、総務省による繰出基準を基に次のような経費に対し、一般会計からの財政負担を行っています。

- 建設改良費及び企業債元利償還金の1/2以内（ただし、平成14年度までに着手した事業に係る企業債元利償還金は2/3以内）
- 救急医療の確保に要する経費
- 保健衛生行政事務に要する経費
- 医師、看護師等の研究研修に要する経費(1/2以内)

これらの経費については、今後も継続して財政負担が行われますが、経営状況から不足する部分が発生した場合には鏡野町と協議し、決定していきます。

⑥ 住民の理解のための取組

最近ではホームページ上で患者アンケート調査を公表するなど、地域住民の声を聴きながら運営を行ってきました。今後は新型コロナなど感染症の状況にもよりますが、病院見学会やボランティアの受入なども検討し、住民に開かれた病院として理解を得るよう努力していきます。

また新病院移転にあたり、既に「鏡野町国民健康保険病院 新病院基本計画（令和5年4月）」をホームページにて公開しております。医療制度改革や地域医療構想などの趣旨を踏まえた内容になっておりますが、受診するのは地域住民であるため、アメニティを含めた利便性や医療機能のニーズの把握が必要不可欠です。これに関しては、今後地域住民への説明会や広報、ホームページ等を活用して情報発信して参ります。

また、医療情報の開示や病院を身近に感じてもらうためにはホームページのコンテンツ充実が必要であり、他の行政立病院の意見も踏まえてホームページのリニューアル・見直しも予定しております。

Ⅲ 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

若手の医療従事者、特に医師に関しては専門性重視のキャリアアップを目指す人が多く、都市部の大規模病院への偏在傾向が顕著です。

これまでの医療従事者の確保対策について、医師にあつては古くからの関連医局である岡山大学、川崎医科大学等を通じた派遣について積極的な働きかけを行ってきました。また、看護師等についても人材紹介会社・サイトからの情報等も取り入れ、在籍職員からの口コミなど多様な方法を通じて取り組んでまいりました。

さらに、休暇制度の充実や業務のタスクシェアなど働き方改革を目指した労務環境の改善とあわせ、地域医療への興味を持つ医療従事者に対してホームページ等で当院の地域包括ケアシステムへの取組など情報発信を行い、確保に努力しております。

②臨床研修医の受入れ等を通じた若手医師の確保

前記のような現状を踏まえ、当院では津山中央病院及び岡山済生会総合病院を中心に、臨床研修医の受入れを平成24年度から毎年実施しています。研修期間は所属先の都合等で2週間から1か月程度と様々ですが、研修期間中の宿泊施設確保を含め研修に専念できる環境確保にも努めています。

研修内容は、希望分野にも配慮しつつ、チーム医療を行うための実践体験をはじめ、研修医自身が講師となるミニレクチャー等、地域包括ケアシステム構築に向けた取り組み等を体験してもらい、地域医療への関心を高めてもらうのと同時に、当院職員にとってもメリットにつながるプログラム編成を行っています。

③医師の働き方改革への対応

医師の働き方改革として令和6年度から医師の時間外労働時間の上限規制が開始されることに伴い、当院でも医師の労働時間の適正把握を通じた医師業務の負担軽減対策が求められます。既に電子カルテシステムをはじめとしたICT化や医療クラークの導入等による医師業務のタスクシェアなど対策を講じてまいりましたが、特に夜間・休日の救急対応を含めた宿日直業務を継続していくため、労働基準監督署からの宿日直許可を取得し医師労働時間の取扱い緩和を図ることが重要課題であります。当該許可取得を支援するため開設された県医療勤務環境改善支援センターとの連携のもと、当院の実情に合わせた申請により宿直許可取得済みですがさらに日直許可取得につなげるよう取り組んでまいります。

また、常勤医師の確保が困難な現状を踏まえ、持続可能な診療体制構築のため、引き続き必要な対策を検討してまいります。

(看護職員の負担軽減及び処遇の改善に資する体制)

看護職員の負担軽減及び処遇の改善に資する体制については、診療報酬においても、看護職員の負担軽減策は必須とされております。当院についても、以下のような体制で進めております。

(1) 看護職員の負担軽減及び処遇の改善に関する責任者

院長、看護部長

(2) 多職種からなる役割分担推進のための委員会及び会議

「医事連絡会議」 1回/月

(3) 看護職員の負担軽減及び処遇の改善に資する計画

計画の策定・年に1回の見直しと職員への周知(院内掲示)

(4) 看護職員の負担軽減及び処遇の改善に関する取り組みの公開

院内掲示 ホームページ上公開

(コメディカルの活用と医師・看護師の負担軽減)

看護師のほか、薬剤師、臨床検査技師、医療事務作業補助者等のコメディカルの確保・育成も、質の高い医療提供体制の確保に加え、医師の負担軽減のためのタスクシフト/シェアの担い手の確保という観点からも重要であることから、以下の取り組みを推進して参ります。

・医師事務作業補助者の確保(1名以上)

・病棟薬剤業務への関与

現在、院内処方であるが新病院への移転を機に調剤薬局の誘致(院外処方化)を視野に入れております。

・検査技師による採血、超音波検査(エコー)の実施

IV 経営形態の見直し

当院では、町行政と密接に連携し安定運営に努めてまいりました。世界規模で長引くコロナ禍や社会情勢に伴う物価高の現状は、医療業界の経営を直撃しており、今後の情勢も不透明です。当院として引き続き地域に安全・安心な医療を提供していくため、職員個々が経営意識を持ち、患者様に対して誠実に対応していくことを徹底して安定運営に取り組むことが使命であります。

当院は、現在公営企業法の一部適用の経営形態であり、回復期機能を充実させ、在宅復帰支援を強化する方向性を打ち出しております。また医療療養病棟の今後の方向性も考慮しつつ、これらに合わせた経営形態を病院としても考慮すべきことは認識しております。

現時点では、新病院開設（移転）に向けて機能維持や一部見直し等を図ることを優先としております。経営形態（「地方独立行政法人化（非公務員型）」、「地方公営企業法の全部適用」「指定管理者制度の導入」など）については、当院が地域において果たすべき役割・機能を改めて見直した結果、当該役割・機能を将来にわたって持続可能なものとする観点から、医療制度（診療報酬改定など）等も見据えつつ今後の継続的な検討課題として参ります。

V 新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組

新型コロナウイルス感染症への対策については、当院でも入院患者の面会制限や職員への行動制限を含めた院内感染防止対策を徹底しておりましたが、院内クラスターの発生を経験し、改めて感染症への本格的な対策の重要性を認識したところです。

当院では、診療検査医療機関として発熱外来を実施するとともに、連携先としてコロナ陽性者の急性期治療後について可能な範囲で受け入れてまいりました。

将来的な新興感染症への備えとして、院内感染防止対策委員会を中心とした対応策を実施していきます。具体的には、感染防護具の備蓄とともに、感染状況に応じた当院独自の警戒フェーズ設定も含めた感染症への予防・対応マニュアルを作成し運用していきます。なお、新病院への新築移転（令和10年度予定）に係る「鏡野町国民健康保険病院新病院整備基本構想（令和5年2月）」において、新病院での感染症対策は以下のとおり示しています。

.....

鏡野町国民健康保険病院新病院整備基本構想（令和5年2月）」抜粋

2) 感染症対応外来部門

- ・一般外来とは別に感染症に対応した専用の出入口の備えた診察室を整備します。
- ・感染症対応外来専用の待合室、トイレを整備します。
- ・感染症対応外来の利用患者が、一般の患者と交差せず放射線検査や病棟へ移動できる動線を確認します。
- ・感染症対応外来は、陰圧制御などの設置を検討します。

(病棟)

- ・新興感染症拡大時には、中等症及び軽症患者を積極的に受け入れを行います。
- ・感染症患者と一般患者が交差しない動線とします。
- ・感染症対応室は、平時においては一般病床として運用し、新興感染症の感染拡大時には対応病床として転換し運用します。
- ・感染症対応病床は、一般病床と完全に分離できる動線を確認し、トイレ、シャワーを整備します。
- ・感染症対応病床エリアには、職員の防護服の脱衣エリア、感染廃棄物庫を整備します。

.....

(詳細)

求められる対応	それに対する具体策
感染拡大時に活用しやすい病床や転用しやすいスペース等の整備	個室を数床、感染症病床として確保 (療養病棟での受け入れを含む)
感染拡大時における各医療機関の間での連携・役割分担の明確化	医師会、地域の基幹病院(津山中央病院)との連携、 (感染症)認定看護師等の派遣
感染拡大時を想定した専門人材の確保・育成	B C P の策定と津山中央病院等への研修会の参加 (感染対策加算の算定)
感染防護具等の備蓄	クラスター発生を踏まえて通常の備蓄(マスク、手袋、ガウン、フェイスシールド、使い捨て食器、医療職専用のP C、移動式カウンターなど)を2週間分程度を追加備蓄。
院内感染対策の徹底	N 9 5 マスクの着用継続、ワクチン接種の推進
クラスター発生時の対応方針の共有等	B C P マニュアルの作成

VI 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

令和4年1月に鏡野町立病院あり方検討委員会を設置し、病院の役割やあり方などの検討を進め11月に答申がまとめられました。これを基に鏡野町国民健康保険病院の新病院整備基本構想・基本計画を策定し、令和10年度に新病院への移転を進めております。それまで現病院の建物・設備にかかる新規投資や（新規）整備は、風水害や診療に直接影響があるようなやむを得ない事象（例；冷暖房機の故障や電子カルテの保守など）を除き、可能な限りで既存設備等を有効活用する方針です。

② デジタル化への対応

当院は既に電子カルテ導入済です。またマイナンバーカードの健康保険証利用（オンライン資格確認）は既に導入済であり活用中です。薬剤情報や特定健診情報等を提供することにより、医療保険事務の効率化や患者の利便性向上に資するものであることから、特に様々な年齢層が受診する当院においてもその有用性と活用をポスターや直接的な受付時の声かけ等で推進して参ります。

遠隔診療・オンライン診療についてはいまだ未実施ではありますが、診療報酬改定でも今後一層推進され国としては推進しているシステムと認識しております。患者への継続した医療提供と医師の負担軽減の視点も踏まえて、鏡野町や管轄課とも調整しつつ、例えば町立診療所に患者が来院し当院で医師がオンライン診療を行うような取り組みも検討すべき課題として推進して参ります。

デジタル化に当たっては、近年、特に地方の公的病院がサイバー攻撃の標的とされる事例が増加しています。医療において扱われる健康情報は極めてプライバシーに機微な情報であるため、厚生労働省の医療情報システムの安全管理に関するガイドライン等を遵守し、令和10年度に新病院への移転の際は費用面も考慮して院内でサーバーを設置しないような情報システムの構築を検討し推進して参ります。

なお、上記以外のデジタル化にかかる新規投資等については（保守、やむを得ない故障やエラー発生時を除いて）可能な限りで現設備・サービスを有効活用する方針です。

なお新病院開設にあたっては、①、②を踏まえつつ、本来必要な医療機能とそれに見合う設備等の導入を慎重に検討することとします。

（以下、例）

- ・CT、MRIは必要なスペックを考慮して導入
- ・電子カルテや各種記録システム、院内情報システムは、災害等を考慮し院内設置の大規模サーバーを必要としないサービスベンダーを活用
- ・医療機器については、生産性や収益性も考慮して導入を決定する。
- ・整備面積の精査（病床数の設定、動線）等による整備費の抑制

併せて、CM方式、設計段階から施工者が関与する方式（E C I方式）、設計施工一括発注方式などの設計段階等において民間事業者等の専門的な知見を活用する新たな手法を活用します。

VII 経営の効率化

①経営指標に係る数値目標

計画対象期間内の経営指標に係る数値目標として、直近の地方公営企業決算状況調査における同規模・黒字病院の数値や当院の実績等を参考に、次の表のとおり設定します。

(単位 %)

項目	R3年度 (実績)	R4年度 (実績)	R5年度 (見込)	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度
経常収支比率	99.3	98.1	100.3	100.6	100.2	100.2	100.2
医業収支比率	93.6	93.1	96.0	96.2	94.3	95.1	95.4
修正医業収支比率	91.1	90.6	93.5	93.7	91.9	92.6	92.9
病床利用率	65.4	62.8	67.9	68.0	68.0	69.0	70.0
人件費対修正医業収益比率	63.1	63.0	59.1	60.2	60.5	60.4	60.1
材料費対修正医業収益比率	27.3	27.1	27.2	28.6	30.0	30.0	30.0

②経常収支比率及び修正医業収支比率に係る目標

当院に求められる役割・機能を確保しつつ、上記の表のとおり対象期間中に経常黒字（経常収支比率が100%以上）を維持するとともに、修正医業収支比率についても経常黒字が達成できる水準となるように改善を図ることとします。

今後も外来診察の現状維持と入院患者受入（病床使用率70%）を目指しつつ、経費節減などの改革に取り組み、経常収支比率の黒字化の維持に努めます。

③目標達成に向けた具体的な取組

(1) 役割・機能に的確に対応した体制の整備（令和6年度～9年度）

当院は一般病床(48床)内の地域包括ケア病床(11床)の導入を行ったところですが、今後地域包括ケアシステムの構築をより一層進める中で一般・療養病床それぞれの機能見直しと在宅診療機能強化及びその他の診療報酬施設基準の取得を進め、入院・外来それぞれの患者単価の増収を図り、収益の改善につなげていきます。これには後述するアドバイザーの導入や請求漏れ診断等の外部からの視点や協力が必要不可欠であり、時間を要することから、本プラン期間中は継続して取り組んで参ります。また、毎月開催している院内の運営会議において情報を共有し改善に向けて検討を進めていきます。

(2) 入院の単価アップの取り組み

1)地域包括ケア病床（令和6年度、同7年度）

現時点で入院管理料(2)を取得しております。1日単価も一般病棟よりも高く、これの維持は収益改善には必須条件であり、これを維持します。令和6年度診療報酬改定の対応については、地域包括ケア病床の施設基準が厳格化される可能性もあることから、令和6年度、同7年度にかけて集中的に以下に取り組みます。

- ・外部講師、アドバイザーを招いての院内説明会の開催
- ・外部講師、アドバイザーからの具体的な改善・対応策のアドバイス
- ・地域包括ケア病床の増床（11床から数床、令和9年度には20床前後へ）

2)外部アドバイザーの活用（令和6年度～令和9年度）

上記のようなアドバイザーの導入を視野に入れております。令和6年度は介護報酬改定の時期でもあり、診療報酬改定だけでなく新病棟開設を見据えた介護施設への移行のシミュレーションなども視野に入れる必要があります。よって、数年度（令和6年度～9年度）にかけて、診療報酬改定及び介護報酬改定の対策と今後のシミュレーション等から新病院開設までに経営改善（収支改善）出来ることの助言を得るようにします。

3)請求漏れ診断（令和6年度ないし令和7年度）

レセプト請求や返戻査定対策は、自院で気づいていない見落としの可能性もあります。指摘事項が即、増収に直結するため自治体病院等に経験のある外部アドバイザー（業者）による請求漏れ診断と職員研修を実施し対策を推進して参ります。

④経営強化プラン対象期間中の各年度の収支計画等

令和6年度～同9年度の収支計画は表1の通りです。

参考まで、新病院開設後の収支計画も合わせて提示いたします。

表1 経営強化プラン対象期間中の各年度の収支計画等

収益的収支

(単位:千円)

区分	年度	令和4 年度 (決算)	令和5 年度 (決算見込み)	令和6 年度	令和7 年度	令和8 年度	令和9 年度
収	1. 医 業 収 益 a	1,325,041	1,384,984	1,379,122	1,368,320	1,368,320	1,375,952
	(1) 料 金 収 入	1,245,084	1,288,989	1,302,948	1,292,146	1,292,146	1,299,778
	入 院 収 益	517,765	628,976	622,748	616,582	616,582	616,582
	外 来 収 益	727,319	660,013	680,200	675,564	675,564	683,196
	(2) そ の 他	79,957	95,995	76,174	76,174	76,174	76,174
	うち他会計負担金	35,000	35,000	35,000	35,000	35,000	35,000
	うち基準内繰入金	35,000	35,000	35,000	35,000	35,000	35,000
	うち基準外繰入金	0	0	0	0	0	0
	2. 医 業 外 収 益	125,235	115,033	115,033	139,556	131,498	136,633
	(1) 他 会 計 負 担 金	2,600	2,600	2,600	12,425	4,367	9,502
	うち基準内繰入金	1,506	1,298	1,189	1,377	2,731	7,750
	うち基準外繰入金	1,094	1,302	1,411	11,048	1,636	1,752
	(2) 他 会 計 補 助 金	2,400	2,400	2,400	2,400	2,400	2,400
	一時借入金利息分	0	0	0	0	0	0
そ の 他	2,400	2,400	2,400	2,400	2,400	2,400	
(3) 国 (県) 補 助 金	25,147	0	0	0	0	0	
(4) 長 期 前 受 金 戻 入	15,415	11,331	19,731	19,731	19,731	19,731	
(5) そ の 他	79,673	98,702	100,000	105,000	105,000	105,000	
経 常 収 益 (A)	1,450,276	1,500,017	1,494,155	1,507,876	1,499,818	1,512,585	
支	1. 医 業 費 用 b	1,423,463	1,443,228	1,434,171	1,450,355	1,439,571	1,442,802
	(1) 職 員 給 与 費	835,205	818,227	829,728	827,608	826,310	826,488
	基 本 給	288,122	304,110	304,110	312,008	311,519	311,586
	退 職 給 付 費	6,250	3,948	3,948	42,208	42,142	42,151
	そ の 他	540,833	510,169	470,168	473,392	472,649	472,751
	(2) 材 料 費	358,618	376,548	393,985	410,496	410,496	412,786
	う ち 薬 品 費	276,500	290,620	308,057	328,397	328,397	330,228
	(3) 経 費	158,026	173,002	142,631	146,358	136,832	137,595
	う ち 委 託 料	84,263	103,301	87,466	102,246	82,099	82,557
	(4) 減 価 償 却 費	67,450	71,390	63,766	61,832	61,872	61,872
	(5) そ の 他	4,164	4,061	4,061	4,061	4,061	4,061
	2. 医 業 外 費 用	54,889	52,155	51,514	54,347	57,056	66,779
	(1) 支 払 利 息	2,819	2,721	2,378	2,754	5,463	15,501
	うち一時借入金利息	0	0	0	0	0	0
(2) そ の 他	52,070	49,434	49,136	51,593	51,593	51,278	
経 常 費 用 (B)	1,478,352	1,495,383	1,485,685	1,504,702	1,496,627	1,509,581	
経 常 損 益 (A)-(B) (C)	▲ 28,076	4,634	8,470	3,174	3,191	3,004	

3 収支計画

新病院の開院後10年間の収支の見通しについて以下の設定条件に基づき試算を行いました。なお、試算は令和5年3月末時点のものです。将来の医療制度の改革や実際の医療需要を見込んでおりません。

(1) 設定条件

< 医業収益 >

入院収益	将来患者推計により、緩やかに減少するよう見込む
	病床稼働率は、86%を見込む
外来収益	将来患者推計により、開院後10年間は一定数の患者を見込む

< 医業費用 >

職員給与費	現状の職員数を基本に、給与の平均伸び率を各年度に設定
材料費/経費	過去の決算の対医業収益の平均比を設定
減価償却費	新病院、医療機器及び現病院の本体の費用を見込む

医業外収益の他会計負担金、他会計補助金等は過去の実績を元に設定しました。建設改良費は病院事業債と過疎対策事業債を利用することとしています。

入院収益は、人口減少の影響を受け緩やかに減少することが見込まれますが、外来は開院から10年間は一定数の患者が見込まれます。

経常損益をみると、新病院で調達した新規医療機器の減価償却が終了する7年目以降は黒字に転ずる見込みです。

新病院の経営安定化に進め、地域に選ばれる病院として経営活動を行い、健全化に努めて参ります。

(2) 収支計画

収益の収支

(単位：百万円)

	令和10年 (2028年)	令和11年 (2029年)	令和12年 (2030年)	令和13年 (2031年)	令和14年 (2032年)	令和15年 (2033年)	令和16年 (2034年)	令和17年 (2035年)	令和18年 (2036年)	令和19年 (2037年)
項 目	開院1年目	開院2年目	開院3年目	開院4年目	開院5年目	開院6年目	開院7年目	開院8年目	開院9年目	開院10年目
医 業 収 益	1,415	1,409	1,403	1,397	1,394	1,388	1,382	1,376	1,369	1,360
入院収益	604	604	604	604	604	604	604	604	604	604
外来収益	735	729	723	717	714	708	702	696	689	680
その他医業収益	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76
医 業 外 収 益	398	395	397	449	490	511	424	423	423	422
総 収 益	1,813	1,804	1,800	1,846	1,884	1,899	1,806	1,799	1,792	1,782
医 業 費 用	1,765	1,754	1,754	1,742	1,741	1,727	1,591	1,590	1,584	1,582
職員給与費	827	826	819	821	817	811	804	806	802	804
材料費	425	423	421	418	418	416	415	413	411	408
経 費	142	141	141	140	140	139	138	137	137	136
減価償却費	367	360	369	359	362	357	230	230	230	230
そ の 他	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
医 業 外 費 用	85	85	87	140	181	211	210	209	208	207
総 費 用	1,850	1,839	1,841	1,882	1,922	1,938	1,801	1,799	1,792	1,789
医業利益又は医業損益	-350	-345	-351	-345	-347	-339	-209	-214	-215	-222
経常利益又は経常損益	-37	-35	-41	-36	-38	-39	5	0	0	-7

資本的収支

(単位：百万円)

資 本 的 収 入	10	21	21	20	20	19	18	18	17	17
資 本 的 支 出	13	109	112	122	161	81	82	83	84	85
資本的収支差額	-3	-88	-91	-102	-141	-62	-64	-65	-67	-68