

6 特定医療法人 新生病院（長野県上高井郡，155 床）

ニーズに応じた病床機能再編とともに、経営管理機能の強化を図った病院

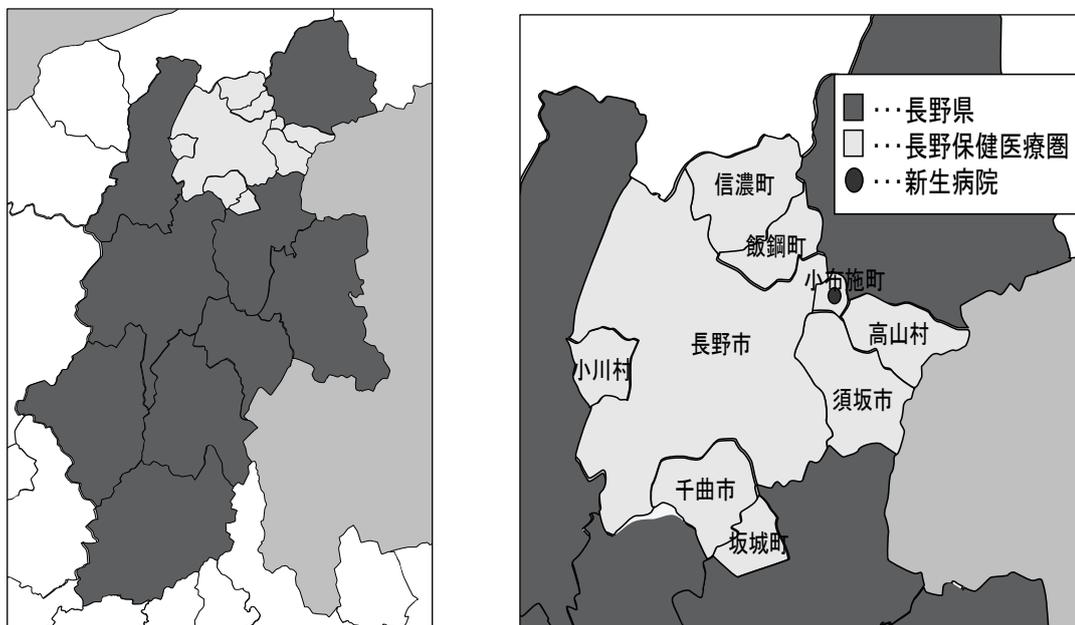
(1) 病院の外観



(2) 概要

① 所在地

図表Ⅱ-6-1 長野県・長野保健医療圏



② 医療圏の状況

長野県の人口は、平成 13 年をピークに減少に転じ、今後も減少傾向が続き、少子高齢化が一層進むことが見込まれる。新生病院（以下「当院」という。）のある長野県上高井郡小布施町は長野保健医療圏に属しており、当院は長野電鉄小布施駅から車で約 5 分、徒歩で約 20 分に位置する。同医療圏の基準病床数 5,069 床に対し、既存病床数が 4,759 床

となっており、310 床不足している。比較的、一般病床と精神病床が多く、療養病床が少ない医療圏である。同医療圏には 36 の病院があるが、小布施町には当院のみである。200 床以下はケアミックスの形態が多い。救急医療体制は、三次救急の長野赤十字病院、二次救急の長野市民病院、県立須坂病院が担っている。当院の立地は北信保健医療圏に隣接する。北信保健医療圏の二次救急は厚生連北信総合病院である。また、長野県内の緩和ケア病棟届出病院は当院を含めて 4 病院、2 病院（諏訪中央病院：緩和ケア 6 床、岡谷塩嶺病院：緩和ケア 10 床）は当院から地域的に離れており、長野保健医療圏では当院と愛和病院（64 床全床緩和ケア）のみである。

図表Ⅱ-6-2 長野保健医療圏の状況

	人口 (総数)	65 歳以上 人口	高齢化率	基準病床	既存病床	病院数	診療所数
				(一般・療養)			
長野県	2,152,449	569,301	26.4%	19,815	19,614	133	1,553
長野 保健医療圏	554,256	143,024	25.8%	5,069	4,759	36	393

図表Ⅱ-6-3 長野保健医療圏 人口推計

	2010 年 (平成 22)	2015 年 (平成 27)	2020 年 (平成 32)	2025 年 (平成 37)	2030 年 (平成 42)	2035 年 (平成 47)	10⇒35 年 増加率
0 歳以上 65 歳未満	411,232	381,415	356,034	334,429	312,539	288,403	▲30%
65 歳以上 75 歳未満	68,282	76,990	75,073	64,705	61,317	63,434	▲7%
75 歳以上	74,742	81,518	89,353	99,808	102,354	100,218	34%
高齢化率	26%	29%	32%	33%	34%	36%	

③ 法人・病院の概要

図表Ⅱ-6-4 病院 概要

理事長	唐沢 彦三
院長	宮尾 陽一
住所	長野県上高井郡小布施町 851
開設・認可	昭和 7 年 新生療養所として開所 昭和 43 年 新生病院と改称 昭和 60 年 宗教法人から医療法人に変更 平成 15 年 特定医療法人取得
病床数	155 床（一般病床 36 床、回復期リハビリテーション病棟 40 床、療養病床 59 床、緩和ケア病棟 20 床）
平均在院日数	（平成 24 年 4 月～12 月実績） 一般病床：11 日 回復期リハビリテーション病棟：50 日 療養病床：259 日 緩和ケア病棟：24 日
病床利用率	（平成 24 年 4 月～12 月実績） 一般病床：92.0% 回復期リハビリテーション病棟：97.9% 療養病床：90.8% 緩和ケア病棟：83.6%

図表Ⅱ-6-5 沿革

年次	概要	経営陣							
		理事長	院長	事務局長	看護部長				
昭和7年	カナダ聖公会により、新生療養所（結核療養所）として創立（50床） 初代所長、R.K. スタート博士（10月18日が創立記念日）								
昭和9年	65床に増床。新生礼拝堂建設								
昭和10年	85床に増床								
昭和15年	戦時色強まり、カナダ人職員帰国。療養所経営も次第に困難になる								
昭和20年	終戦。カナダの援助が次の年から再開								
昭和23年	スタート博士再来日、所長に再就任（～昭和28年）								
昭和43年	新生療養所を「新生病院」に改称。一般病院として再出発								
昭和44年	118床に増床（一般病床：63床 結核病床：55床）								
昭和49年	117床に減床（一般病床：94床 結核病床：23床）								
昭和53年	結核患者の入院停止。一般病床：117床に変更								
昭和55年	本館病棟落成。一般病床：133床に増床								
昭和56年	マーガレット女子寮落成								
昭和60年	宗教法人から医療法人に変更。新館病棟落成。一般病床：158床に増床								
昭和61年	入浴サービスの実施。訪問看護の開始								
昭和63年	開業医とのオープンシステム化 デイホーム「さくらの園」開設 健康管理室の設置 ターミナルケア学習会開始、ホスピス構想準備								
平成2年	救急病院の指定を受ける 福利厚生施設、オープンスペース「メイプル」落成								
平成9年	緩和ケア病棟竣工								
平成10年	療養型病床群認可								
平成14年	創立70周年を記念し「七十年史・新生」を発刊					唐沢彦三	11年～佐藤裕信	宮島義人	徳竹秀子
平成15年	特定医療法人を取得。法人名称を「特定医療法人 新生病院」に変更								
平成16年	病院改築工事着工								
平成17年	病院機能評価（Ver.4.0）認定取得 緩和ケア病棟を12床に増床								
平成18年	緩和ケア病棟を20床に増床 新生病院地域医療福祉センターを開設、法人の事業体を新生病院、健康管理センター、地域医療福祉センターに発展的分化 回復期リハビリテーション病棟（40床）を開設 病院改築工事竣工 訪問看護ステーションおぶせ開設								
平成22年	病院機能評価（Ver.6.0）更新認定取得								
平成24年	宮尾陽一院長就任								

図表Ⅱ-6-6 病棟構成推移

病棟	平成16年4月	平成17年4月	平成18年1月	平成18年6月
4階	緩和ケア10床	緩和ケア12床	緩和ケア20床	緩和ケア20床
3階東	医療療養49床 介護療養10床	医療療養49床 介護療養10床	医療療養51床 介護療養8床	医療療養51床 介護療養8床
3階西	—	—	—	回復期リハビリテーション40床
2階	一般84床 （うち亜急性期6床）	一般84床 （うち亜急性期6床）	一般76床 （うち亜急性期8床）	一般36床 （うち亜急性期8床）
総病床数	153床	155床	155床	155床

図表Ⅱ-6-7 経営指標の推移

(単位：千円)

	平成 14 年度	平成 15 年度	平成 16 年度	平成 17 年度	平成 18 年度
医業収益	1,246,490	1,282,999	1,295,548	1,416,520	1,691,507
人件費	840,835	854,154	946,051	981,979	1,055,921
人件費比率	67.5%	66.6%	73.0%	69.3%	62.4%
減価償却費	32,940	38,116	38,422	95,147	154,711
減価償却費比率	2.6%	3.0%	3.0%	6.7%	9.1%
医業利益	▲25,049	▲45,773	▲86,598	▲142,526	▲66,914
医業利益率	▲2.0%	▲3.6%	▲6.7%	▲10.1%	▲4.0%
医業外収益	35,885	60,101	38,974	64,432	48,583
医業外費用	5,243	3,790	6,110	41,386	43,463
経常利益	5,593	10,538	▲53,734	▲119,480	▲61,794
経常利益率	0.4%	0.8%	▲4.1%	▲8.4%	▲3.7%

	平成 19 年度	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度	平成 23 年度
医業収益	1,891,750	1,963,181	2,006,134	2,106,002	2,171,625
人件費	1,146,263	1,168,959	1,226,859	1,284,204	1,294,705
人件費比率	60.6%	59.5%	61.2%	61.0%	59.6%
減価償却費	145,160	133,799	136,733	154,596	155,978
減価償却費比率	7.7%	6.8%	6.8%	7.3%	7.2%
医業利益	▲5,971	▲3,645	81,590	75,121	118,209
医業利益率	▲0.3%	▲0.2%	4.1%	3.6%	5.4%
医業外収益	33,861	41,433	43,356	41,601	48,877
医業外費用	31,049	29,449	26,510	44,228	27,808
経常利益	▲3,159	8,339	98,436	72,494	139,278
経常利益率	▲0.2%	0.4%	4.9%	3.4%	6.4%

(3) 選択した戦略の展開手法・管理

① 取組み前の現状認識

ア 背景（平成 11 年 佐藤前院長就任まで）

当院は、当初結核療養所としてスタートしたが、結核患者は減少し、徐々に高齢者の入院が多い病院となっていた。昭和 60 年頃には、患者層は高齢者がほとんどで“近隣市町村の老人ホーム的役割を担っていた”といわれるほどであった。

また、開設者が宗教法人であったがゆえに、経営感覚が希薄になりがちで、実質、経営者不在の状態であった。昭和 60 年に、宗教法人から医療法人へと改組した。理由としては、宗教法人では公的な支援が受けにくく、地域医療に積極的に取り組むためには、補助金も含めて自治体との連携を取りやすくする必要があった。これを契機として「教会の病院」から「まちの病院」へ、教会からの自立をすることとなった。

昭和 61 年に院長に就任した内坂徹元院長（以下「元院長」という。）は、当院の今後の方針を発表し、広報誌上で「地域の人々のプライマリーヘルスケアをがっちりやり、住民の健康増進を担う『仕える病院』としての使命を全う」すると述べ、一般病院としての機能を高めていく必要があると考えた。元院長は、昭和 61 年に訪問看護を開始し、入院患者が外泊し、必要に応じて看護師が訪問支援する、地域に開かれた病院を目指した。元院長の考え方、取組みは、現在の当院の事業展開の基盤を形成したものだといえる。

平成 10 年には当時の小布施町町長であった唐沢彦三氏が理事長に就任した。これまでは、中部教区の主教が理事長を代々兼務していたが、地域ニーズとの一体化をはかるためであった。

イ 取組み前の現状認識（平成 11 年以降）

元院長の後任として平成 11 年に院長に就任した佐藤裕信前院長（現副理事長。以下「前院長」という。）は、元院長の理念を受け継ぎ、「地域密着型病院」としての使命をさらに果たすよう病院を方向付ける必要があると感じていた。一方、高度急性期病院を目指すことは、病床規模（当時 151 床）からも難しく、小布施町唯一の病院として地域に密着した役割を果たす必要があると考えた。さらに、平成 12 年 4 月からの介護保険制度開始を控え、介護保険事業に積極的に関わっていく必要性を感じていた。

前院長は、病院運営にあたり、経済合理性に基づいた意思決定や財務の安定性が、良質な医療を継続的に提供していくには必要不可欠であると感じていた。前院長はそのために経営管理機能を強化し、医療職は診療に注力する必要があると考えていた。

平成 18 年に着任した法人常務理事の宮島義人法人事務局長（以下「事務局長」という。）も、当院には経営感覚が希薄であると考えていた。これは当院のルーツによるものであり、ミッションの理念や、町唯一の病院としての半公的病院としての使命などの良さがある反面、経営感覚に欠けるなどマイナス面が経営悪化の要因の一つであったと考えた。これを改善するため、法人事務局を組織的に位置づけていった。事務局機能を強化することで、院長個人のリーダーシップに依存し過ぎることなく、院長に過度の負担をかけることも回避することを狙いとした。

事務局長は、当院の職員であったが、一時当院を離れ、他院で経営管理業務に就いていた。当院に復職する際、常務理事として迎え入れられた。理事会と病院運営の乖離を防ぎ、

両者を密接に連携させる必要があると理事会が判断したためである。

また、事務局長は当時を振り返り、職員の中に、“当院は小さい（病院）という三流病院根性”があったという。

② 戦略選定理由・市場分析等

当院には「キュア」より「ケア」の精神が根底に流れていた。これは、当院の歴史、すなわち結核療養所を起源とし、緩和ケアにも早くから取り組んできたこと、また、ミッション系という宗教的な背景によるものであった。地域からも、がん患者以外のターミナル患者受入れを望む声が日増しに高まっていた。平成 10 年、緩和ケア病棟届出当時、県内には当院と岡谷塩嶺病院の 2 病院しかなく、緩和ケアの医療資源は不足していた。また、緩和ケア病棟開設当初は、ハード面の制約から個室が少なかったが、個室希望が多かったことから患者ニーズにそぐわない点もあった。

前院長は平成 15 年に「中期運営方針」を示し、小布施町唯一の病院として、地域に密着した病院となるべく、「QOLの保持を念頭に置いた包括的な健康維持機関としての病院運営」を目指すとの考えを示した。

また、地域医療に取り組むにあたって、幅広く地域のニーズに応える必要があり、平成 15 年に特定医療法人へ移行した。特別医療法人化も検討したが、要件を満たせず断念した。

予防医療に対するニーズの多様化に応えるべく健康管理事業の展開、在宅復帰を念頭にした治療と在宅の間を繋ぐ重要なサービス拠点として回復期リハビリテーション病棟を立ち上げ、看取りと緩和医療のニーズに応え緩和ケアの更なる拡充等、取り組むべき事業課題を明らかにした。

図表Ⅱ-6-8 中期運営方針策定時（平成 15 年頃）の外部・内部環境の整理

			外部環境	
			機会	脅威
			<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢化 ・ 小布施町唯一の病院 ・ 緩和ケア、回復期が地域に存在しない 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 回復期病棟の施設基準のハードル
内部環境	強み	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「ケア」に卓越した経験 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療のみならず地域住民の健康全般を視野に「包括的な健康維持機関」を目指した 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 増改築
	弱み	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病院の規模的に急性期を担うことは難しい ・ 経営感覚が希薄になりがちであった 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域密着の展開を選択 ・ 事務局機能を強化し、戦略を確実に実行できるようにした 	

③ 戦略上の目標値・メルクマール

当院では、長期的目標を「QOLの保持を念頭に置いた包括的な健康維持機関としての病院運営」と掲げた。病院全体の医療の質の向上を前提とし、従来からの強みであり、地域のニーズもある緩和ケア病棟の充実も重要な目標であった。長期目標を達成するためには、一般病床や医療療養病床を再編し、回復期リハビリテーション病棟を整備することとした。患者が退院後にスムーズに在宅生活へ移行できるよう、リハビリテーション機能を充実することで、地域に必

要な病院としての位置を確たるものとするよう目指した。

④ 改善状況に関する管理の主眼 ～ コミュニケーション・情報共有の推進

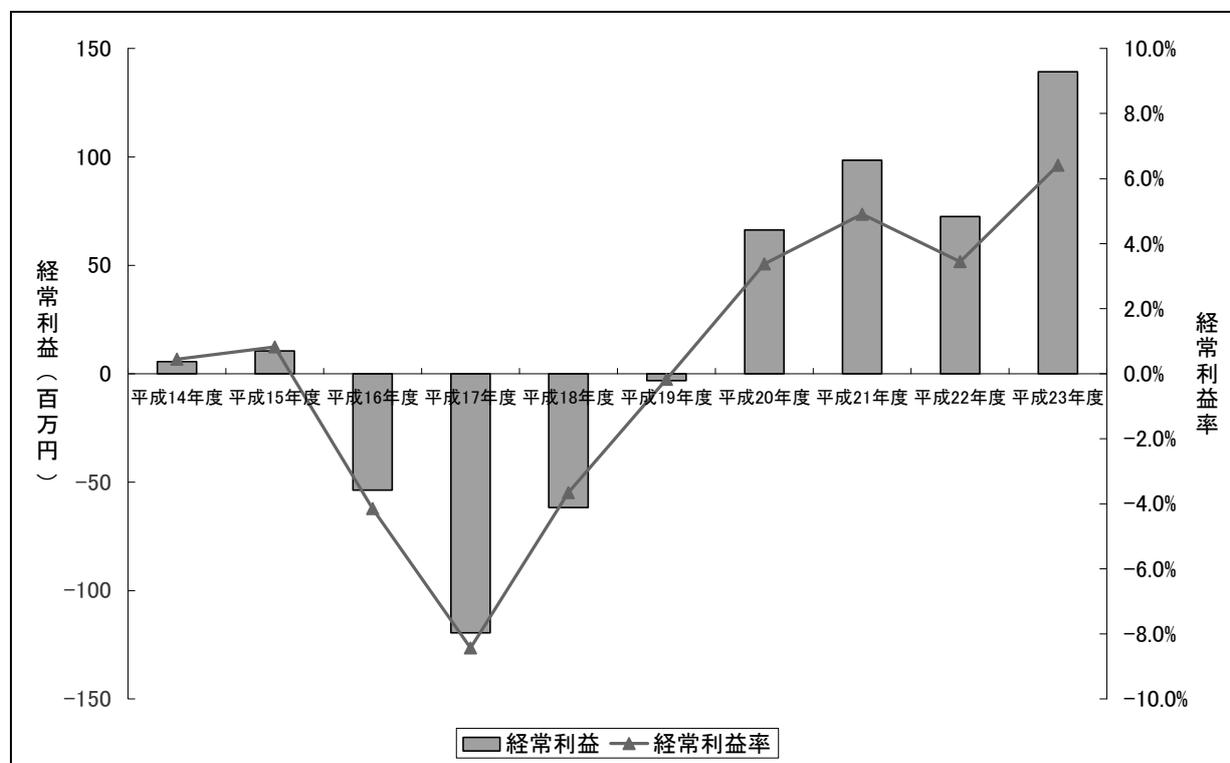
事務局内には、ベッドコントロール担当の副看護部長や医療安全担当の副看護部長のデスクも設け、現場の医療職と事務局との対立が起こりにくい構造にした。また、事務局には現場への支援業務があり、現場の不満や問題点など、身をもって把握できるような機会を作り、現場とのコミュニケーションも活性化した。

⑤ 改善状況の推移

ア 黒字化の実現

増改築後の平成 18 年度の医業収益は前年対比 19.4%増であった。平成 20 年以降、経常利益は黒字で推移している（図Ⅱ-6-9）。

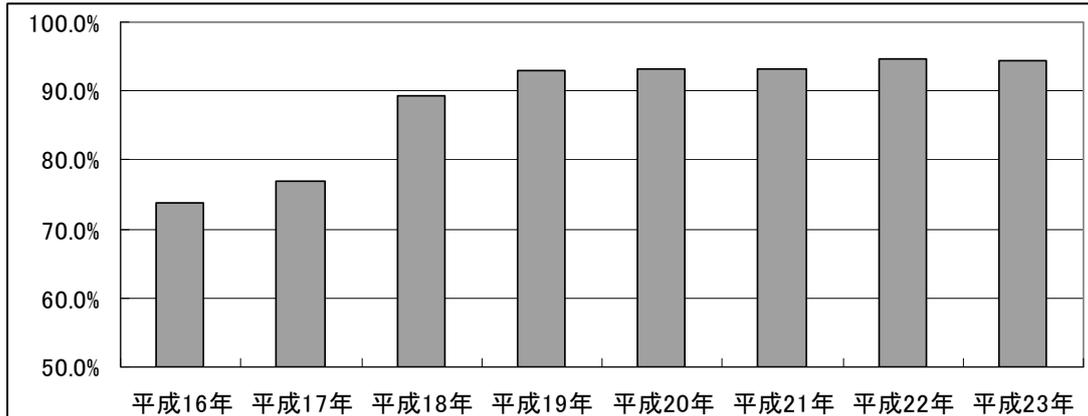
図表Ⅱ-6-9 経常利益の推移



イ 病床利用率の向上

平成 15 年以前は 30 床程度休床していた状態だったが、増改築工事期間の平成 16 年～平成 18 年を除いて、それ以降病床利用率 90%以上を維持している（図表Ⅱ-6-10）。増改築以降、許可病床全てを稼働させることができた。一般病床においては、病棟課長とMSWがベッドコントロールの打合せを定期的に行い、病床効率を高めている。また、地域の医療資源が乏しいことから、回復期リハビリテーション病棟は開設当初から満床ベースで推移しており、緩和ケア病棟も個室割合を増やしたこともあり、20床のうち2床をレスキュー用としているものの、残り 18 床をほぼ稼働させることができています。

図表Ⅱ－6－10 病床利用率の推移



⑥ 実施した改善手法

ア 中期計画の立案

平成 15 年に前院長が「中期運営方針」を立案し、院内に 5 名のメンバーからなる委員会を立ち上げ、委員会に諮問、答申を求めた。委員会は平成 15 年 4 月から 7 月まで計 9 回の審議を行い、「中期計画に関する答申書」を答申した。これをもとに「中期事業計画」が作成された。同計画は平成 15 年から、増改築を含めた平成 18 年までの期間とされた。増改築には、緩和ケア病棟の増床、回復期リハビリテーション病棟の新設、手術室の整備、MRI、ヘリカルCTなどの画像診断機器の充実も含まれており、当院が地域密着型病院として、医療、介護、健診などのサービスを実施できるようにするとされた。

イ 中期事業計画にもとづく病棟の機能再編

緩和ケア病棟については、改築を経て 20 床まで増床し、個室の割合も 8 割に増加させた。

一般病床は、急性期を担うことは難しいと考えたため、平成 10 年の療養型病床群届出により規模を縮小、一部を亜急性期病床として、在宅支援機能の強化を図った。

回復期リハビリテーション病棟は、地域の医療資源としては不足状態にあったこと、及び院内のリハビリ職員が多かったことから、広域にわたり患者を受け入れ、在宅復帰を支援した。

平成 24 年現在の病棟運営状況は次のとおりである。

a 2階病棟：一般病床 36 床（うち亜急性期病床 8 床）

主に内科・外科・整形外科・小児科の混合病棟である。外科や整形外科においては、大腿骨頸部骨折や手の外科手術などが多い。患者の 5～6 割が外科・整形外科である。整形外科手術後、亜急性期病床と回復期リハビリテーション病棟の対象を判断した上で転棟することになる。手術後の患者が計画的に入院しており、在宅復帰にいたる経路のうち 3 分の 1 は 3 階西病棟（回復期リハビリテーション病棟）への転棟を経由しての退院となる。地域において、老老介護や独居が増えている背景から退院支援をMSWと十分に連携して進めている。

- b 3階東病棟：医療療養病床 51 床・介護療養病床 8 床
基本的には、一般病床から長期入院対象になった患者の受入と他院からの紹介入院に大別される。
- c 3階西病棟：回復期リハビリテーション病棟 40 床
一般病床から対象患者の転入および他院からの紹介入院に大別される。大腿骨頸部骨折が 6～7 割を占め、脳血管疾患は少ない。回復期対象患者以外は基本的には亜急性期病床へ移る。回復期リハビリテーション病棟開設当初は満床であったが、整形外科患者の占める割合が多いため比較的退院が早く、今後の課題としては、脳血管疾患患者を増やすなど、回転率と病床利用率のバランスをとることが必要となっている。
- d 4階病棟：緩和ケア病棟 20 床。ほとんどが紹介入院である。在宅への退院が以前は 3 割程度存在したが、現在は 1 割程度である。入院患者数は増えているが在院日数は短くなっている。症状緩和で在宅療養・レスパイト入院等が以前に比べて 2 割程度増えている。

ウ 「健康管理事業」「地域医療福祉事業（介護保険事業）」の明確化

「中期事業計画」に基づき、平成 18 年に健康管理事業と介護保険事業を統合・再編し、「健康管理センター」「地域医療福祉センター」を開設。それぞれ「事業組織」と位置付け、組織図上も、新生病院、健康管理センター、地域医療福祉センターに整理統合した。

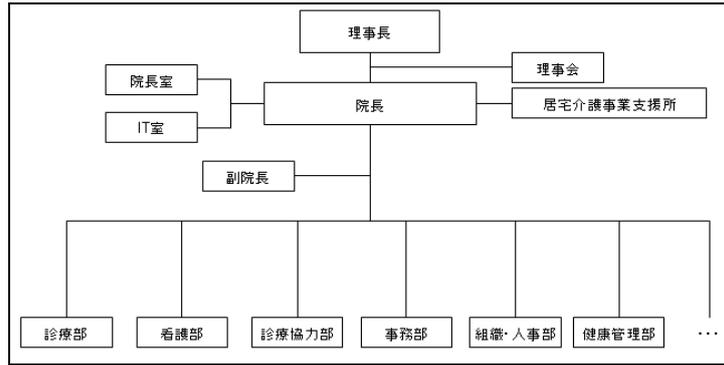
健康管理センターでは、生活習慣病の予防など国が目指している予防医療政策に則り、地域医療計画に適切に対応することで、地域に不可欠な医療機関を目指した。具体的には、生活習慣病予防のための診療及び活動、脳血管障害の防止及び転倒防止のための活動、定期的な講座を開催している。

地域医療福祉センターでは、在宅療養患者に対する地域支援体制を確立した。具体的には、在宅ターミナルケア、地域リハビリなど在宅療養患者に対する医療サービスを効率的に達成できる業務体制・管理体制を確立した。

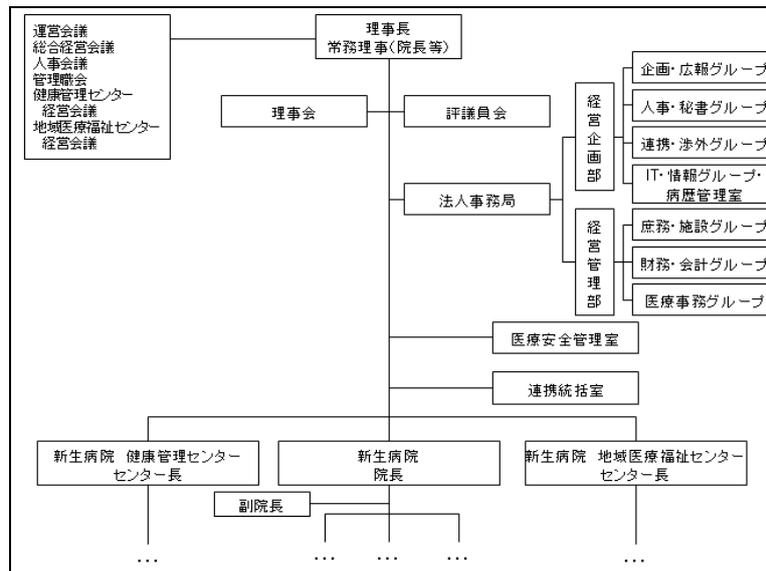
エ 組織再編により「事業組織」と「経営管理組織」に分化、事務局機能を強化

平成 17 年以前には、院長の直轄となっていた事務局機能を集約化し、従来の事務部、組織・人事部等を平成 21 年「法人事務局」として再編、明確に位置づけ、「経営管理機能」の強化を図った。また、病院や健康管理センターは、それぞれ「事業組織」と位置付け、法人全体の戦略に基づいて経営を行う体制とした。再編前の組織図は図表Ⅱ-6-11、再編後が図表Ⅱ-6-12 である。

図表Ⅱ-6-11 特定医療法人新生病院 組織図（平成 17 年）



図表Ⅱ-6-12 特定医療法人新生病院 組織図（平成 21 年）



(4) 人材確保

① 目標達成のためにキーとなる人材

経営機能の補佐として、他院においてその理事長の傍らで経営マインドを学んだ現在の事務局長を平成 18 年に招聘。看護部においては、緩和ケア認定看護師研修の中で病院をアセスメントする視点を養った徳竹秀子看護部長（以下「看護部長」という。）が平成 17 年に看護部長に就任した。

看護師においては、緩和ケアの専門性を持った人材確保、また、回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリ部門の人材確保がキーとなった。

看護師の人事異動について、一般病床と回復期リハビリテーション病棟間での異動は、比較的受け入れられやすいが、緩和ケア病棟からその他の病棟への異動は、そうでないことが多い。緩和ケア病棟には、当初から緩和ケアを志す看護師が入職している状況もある。したがって、就職を希望する看護師の見学の際などには、人事異動がある旨の説明をしている。

② 人材充実のために採用した手法

ア 看護部長自身の部長としての役割認識

看護部長は、平成 17 年の就任当時、(公社) 日本看護協会のリーダーシップ研修等、多

くの研修に参加した。松本市での開催や参加料が高額でないものなどから選択した。看護部長として、病院全体の立場として改めて考える契機は、緩和ケア認定看護師の研修であったという。具体的には、病院のアセスメントの必要性があり、SWOT分析などの基礎的概念を学ぶほか、事務局からのデータをもとにして、自院の患者についての分析レポートを作成した。これによって、当院では小児を除くと、ほとんどが65歳以上の患者であったことが改めて分かった。

イ 研修制度の充実

看護部長は、平成17年の就任時、当時の事務責任者に、看護部の年間研修予算を確認したところ、特に枠が設けられていないとの回答があった。そこで、教育体制の構築に向けて、改めて看護師のニーズ調査を行った。例えば、目指す看護師像、そのために必要な教育あるいは教育のポイントを把握するためである。看護師からは、看護の基本・原点を改めて学びたい、患者の療養生活にどのようにかかわっていくかを重視したいというニーズが確認できた。そのニーズに合わせた研修プログラムを検討した。

また、当時、外部研修の参加が少なかったため、研修予算をつけて外部研修の参加を積極的に促した。研修予算は、およそ年間1名1万円を目安に総額を設定し、認定看護師に関しては取得費用が病院にとって負担となるため別枠で確保した。研修の参加費が割引になることもあり、(公社)日本看護協会に入会することも、職員に勧めている。平成17年当時は、同協会の会員が当院で数人しかいなかったが、現在では看護職員の約80%が入会している。

研修による組織の活性化を図るために目標設定を話し合った結果、現場のリーダーシップと安全管理についての研修に重点を置くことにした。幹部の合宿、リーダー研修、外部講師の招集、懇親会などを通じて各部署のリーダー育成を図った。

ウ 病院機能評価の活用

看護の基準が統一されていなかったことから、平成17年の病院機能評価認定取得の際、基準及びマニュアルの整備を行った。病院機能評価を活用することにより、現状の看護水準が明確になり、目標が明らかになった。そして、目標を達成することが達成感に繋がり、職員のモチベーションの向上に役立ち、病院運営に改善効果があった。

③ 必要人材の推移（※非常勤は常勤換算）

図表Ⅱ-6-13 職員数の推移

	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24
職員数	171.0	182.9	184.1	201.5	217.5	213.9	215.3	229.8	228.2	235.0
(再掲) 看護師	47.4	53.9	51.4	66.1	67.9	68.6	64.7	68.2	69.3	71.2
准看護師	15.7	16.8	13.8	14.4	15.4	16.4	15.7	15.9	14.9	14.1
看護助手	22.7	24.5	23.2	28.3	30.8	31.4	36.7	36.6	34.6	34.1
理学療法士	1.0	3.0	6.0	8.0	11.4	10.4	8.4	11.4	11.4	11.4
作業療法士	4.0	5.0	6.0	8.0	8.0	8.0	8.6	6.8	6.8	6.0
言語聴覚士	0.0	2.0	2.0	2.0	3.0	2.0	3.0	3.0	3.0	3.0
事務職員	25.4	32.4	30.4	30.2	31.0	28.2	29.5	36.3	36.7	38.5

(5) 設備投資

平成 16 年着工の増改築工事では約 22 億円の設備投資を行った。増改築工事によって回復期リハビリテーション病棟の開設、緩和ケア病棟の増床及び個室比率を上げるなどの整備を行った。

(6) 資金調達

増改築工事に伴う資金調達内容は図表Ⅱ-6-14 の通りである。町唯一の病院ということもあり、病院運営にあたっては、自治体や地域と密接に連携している。増改築の際、患者が周辺自治体から広く集まっていることから、元町長である理事長が各自治体と交渉するなどして、補助金として支援を得た。

図表Ⅱ-6-14 増改築工事に伴う資金調達内容

資金調達先	契約額等（千円）	備考
公的融資	1,500,000	(独)福祉医療機構 12 億円、ふるさと融資 3 億円
市町村補助金	197,000	
銀行借入金	292,000	
自己資金	294,499	改築募金・リース含む
合計	2,283,499	

(7) その他改善活動に利用したツール等

局面に応じて外部アドバイザーを導入している。これまで、病棟再編、人事制度、病院機能評価認定取得支援等において活用した。基本的には、俯瞰的な広い視点での指摘、また、他院の事例情報などが役に立った。

事務局長は、一連の改革の中で顧問会計事務所も変更した。予実管理などについて適切なアドバイスが得られていなかったためである。

アドバイザーの導入目的・関与範囲について、導入当初と比較し、徐々にズレを感じる場面もなくはなかったという。看護部長はアドバイザー導入で成果を挙げるためには、問題意識や目的の共有が重要だと認識している。

(8) 今後の戦略

病院の規模が拡大したため、特に介護部門のスペース（訪問系サービスの事務所、面談室、通所リハビリの新規設備）が不足しており、外来や検査部門のスペースも手狭になってきている。場所の問題に関しては、介護事業（特に訪問系）を病院本体の建物外へ移し、病院建物は患者居住サービスを中心にすることも視野に入れている。患者の居住エリア以外を病院建物外へ移転することで、スペースの有効利用と経費削減が期待できる。

また、今後の取組みとして、目標管理制度や人事考課制度の整備、予実管理や部門別収支の数字を職員に積極的に公開し、現場に経営を意識させる機会を設けていく予定である。