

小国町立病院経営強化プラン

令和4年3月

小国町

目 次

1	はじめに	1
(1)	小国町立病院を取り巻く環境	1
(2)	小国町の人口動向と医療資源	2
2	小国町立病院経営強化プランの策定にあたって	3
(1)	これまでの取り組みについて	3
(2)	小国町立病院経営強化プランの策定に係る基本的な考え方	3
(3)	計画期間	4
(4)	点検、評価と見直し	4
3	町立病院の役割、機能の最適化	4
(1)	山形県地域医療構想を踏まえた町立病院の果たすべき役割・機能	4
(2)	地域包括ケアシステムにおける町立病院の果たすべき役割	5
(3)	機能分化・機能連携	6
(4)	新興感染症拡大時の対応に資する平時からの機能整備	9
(6)	一般会計の負担の考え方	9
(7)	住民の理解	10
4	組織・体制・マネジメントの強化	11
(1)	最適な経営形態の選択	11
(2)	医師・看護師の確保	11
(3)	医師の働き方改革への対応	12
(4)	事務局体制の強化	12
5	施設設備の最適化	13
(1)	施設・設備の計画的かつ適正な更新	13
(2)	新興感染症対策のための施設・設備の改修・整備	13
(3)	デジタル化への対応	13
(4)	不要な施設・設備の他用途への転用	14
6	経営の効率化	15
(1)	収支計画	15
(2)	経営指標に係る数値目標の設定	16
(3)	病院機能に係る数値目標の設定	16
(4)	経常収支比率及び医業収支比率に係る目標設定の考え方	16
(5)	目標達成に向けた具体的な取り組み	17
7	再編ネットワーク化と経営形態の見直し	19

1 はじめに

(1) 小国町立病院を取り巻く環境

小国町立病院（以下「町立病院」といいます。）は、昭和25年に開院し、地域包括ケアシステム（※1）の基幹施設として平成11年5月に現在地に移転新築しました。診療体制は、内科、外科、小児科、整形外科、産婦人科、耳鼻いんこう科、眼科、歯科の8科ですが、外科、産婦人科は令和3年度から休診としています。病床は、回復期病床（※2）が55床で、うち20床を地域包括ケア病床（※3）としています。

小国町では、人口の減少が続いており、国勢調査では、町立病院の移転新築を検討していた平成7年の人口が10,712人だったのに対し、令和2年は7,108人と、およそ3分の2まで減少しています。町立病院は、患者のほとんどが町民であるため、人口の減少が患者数の減少に直結しています。

また、地域医療を巡っては医療連携の一つの側面として、手術や高度な治療が専門病院や大規模病院に委ねられるようになりました。町立病院では、平成21年度から外科の手術や産婦人科の出産を中止し、平成30年度にポリプ切除などの内視鏡手術を中止するなど、担っている医療が限られてきています。さらに、医療の向上により、従来では回復に長期の入院を必要とし町立病院で療養を行っていた患者が、治療が専門病院の短期間の入院で終了するようになるなど、医療環境は大きく変化してきています。

これらの要因から、町立病院の患者数は、入院外来とも減少が続いており、医業収支（※4）が悪化する一方で、収支を均衡させるための一般会計からの繰入金が多額になり、病院の経営状況の悪化のみならず、町財政の硬直化の要因ともなっています。

病院の運営にあたっては、医師や看護師のほか、薬剤師やレントゲン技師といった医療技術者など様々な医療従事者が必要になります。しかしながら、上記のように専門病院や大規模病院に高度な医療があり、医療従事者が集中するため、地域の医療を担う医療従事者の確保は困難になってきています。

加えて、移転新築から20年以上が経過し、施設や設備の老朽化が進んでおり、企業経営の基本となる「ヒト、カネ、モノ」のいずれにおいても大きな課題を抱えている状況にあります。

○ 入院・外来患者数、一般会計の負担の推移

	患者数（人）			一般会計の負担		（参考） 小国町人口
	入院	外来	合計	繰入金 （千円）	町民一人当 たり（円）	
平成27年度	14,076	43,107	57,183	300,000	36,607	8,195
平成28年度	11,870	41,178	53,048	325,000	40,453	8,034
平成29年度	14,135	40,088	54,223	376,000	47,673	7,887
平成30年度	13,068	39,567	52,635	386,000	50,260	7,680
令和元年度	10,744	37,107	47,851	423,500	56,406	7,508
令和2年度	8,692	30,448	39,140	424,022	58,061	7,303

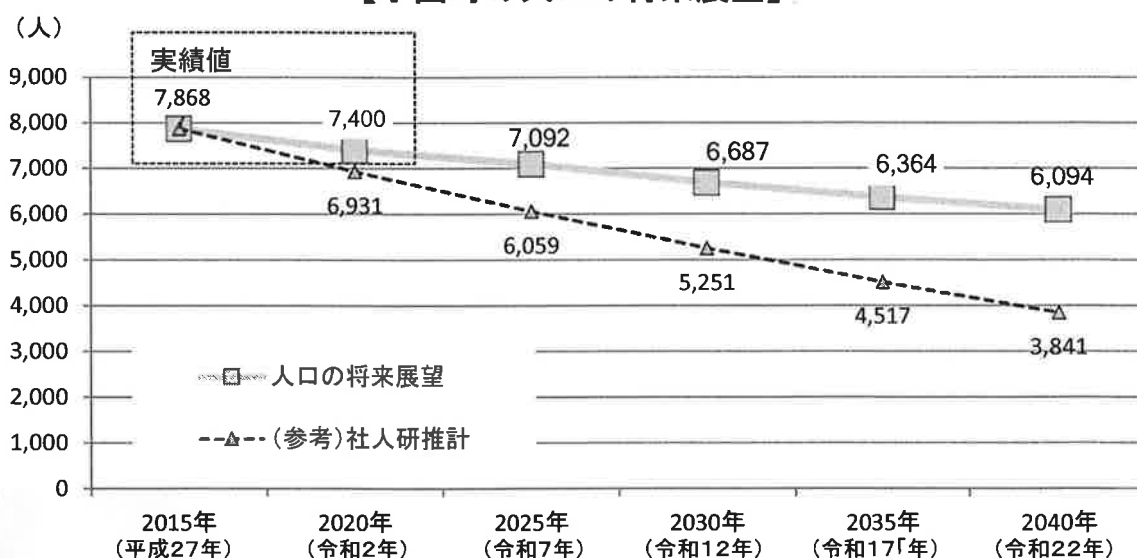
- ※1 地域包括ケアシステムとは、介護が必要になっても、住み慣れた地域で自分らしい生活を最後まで続けられるよう、医療、介護、生活支援、介護予防、住まいといった多様なサービスが一体的に提供される体制。
- ※2 回復期とは、病気やけがの治療を始めた時期で患者さんの状態が急激に変化していく急性期、症状が比較的安定し長期にわたって再発予防や体力の維持を目指す慢性期に対し、急性期を乗り越えた患者さんが、体の働きの回復を目指す時期。
- ※3 地域包括ケア病床とは、急性期の治療を終えた患者さんが在宅や介護施設などへの復帰を支援するため、医療やリハビリを行う病床。
- ※4 医業収支とは、入院収入、外来収入、健診や予防接種といった医療に関わる収入(医業収入)と、人件費や材料費など医療に係る経費(医業費用)による収支。純損益(いわゆる黒字や赤字)はこれに、国等の補助金や町からの繰入金といった医業外収入や、支払利息や消費税などの医業外費用、特別利益、特別損失を含めたもの。

(2) 小国町の人口動向と医療資源

本町の人口は、将来的にさらに減少することが見込まれており、国立社会保障・人口問題研究所では2030年(令和12年)の人口を5,251人、2040年(令和22年)の人口を3,841人と推計しています。

町では、第5次総合計画、地域創生総合戦略などに基づく施策の展開により、人口の減少に歯止めをかけ、移住定住を促進していくこととしており、人口の目標値として2030年の人口を6,687人、2040年の人口を6,094人と設定しています。

【小国町の人口の将来展望】



高齢化率は、年々上昇しており、令和3年3月末で初めて40%を超えました。65才以上の高齢者人口の実数としては平成17年をピークに減少傾向に転じていますが、町民の総人口が減少していくため高齢化率が上昇することや、85歳以上の人口が増加していくことが見込まれています。

小国町は、その地理的環境から近隣市町村と遠距離であることから、町民が必要と

する医療について、できることならば町内で完結させたいというニーズがあります。

町内においては、町立病院の他には、民間の医療クリニックが1箇所、歯科医院が1箇所となっています。

厚生労働省は、令和元年度に再編統合の必要性を特に議論が必要な公立・公的病院を公表しました。町立病院はこれらに該当しませんでした。民間を含め、医療圏のなかに代替えとなる医療機関があるかどうか判断に含まれていることが、町立病院が含まれなかったひとつの要因と考えられます。

2 小国町立病院経営強化プランの策定にあたって

(1) これまでの取り組みについて

医師不足等による厳しい経営環境を踏まえ、国は、平成19年度に公立病院改革ガイドライン、平成26年度に新公立病院改革ガイドラインを策定し、再編・ネットワーク化、経営の効率化、経営形態の見直しなどに取り組む公立病院改革プランを各公立病院が策定することとなり、町立病院では平成21年度からプランを策定し取り組みを行ってきました。

第1期プランは、平成21年度から平成23年度を計画期間とし、産婦人科及び外科を非常勤としたほか、亜急性期病床（※5）の導入などにより、病院経営の黒字化を達成しました。

平成24年度の検証を経て、平成25年度から平成27年度を計画期間として第2期プランを実施し、民間診療所を併合する形で眼科、耳鼻いんこう科、歯科を新設し、各診療科の相乗効果を図るとともに、在宅復帰の機能強化のため包括ケア病床の導入を行うなどの対策を行いました。入院患者の減少が進み各種目標値は達成しませんでした。

平成28年度から令和2年度を計画期間とした新小国町立病院改革プラン（以下「第3期プラン」といいます。）では、地域包括ケアシステムにおける町立病院の役割、医療機能を再確認した上で、必要な医療機能を維持するために、医師をはじめとした医療スタッフの確保、患者サービスの向上と医療機能に見合った診療報酬の確保などの経営の効率化に取り組みました。

その一方で、人口の減少と医療環境の変化により、入院、外来患者数の減少に歯止めがかからないことに加え、新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響により受診控えや診療内容の制限などが生じたため、患者数の減少に拍車がかかる結果となり、町立病院の経営環境は極めて厳しいものとなり、町立病院の抜本的な改革が喫緊の課題となっています。

※5 亜急性期病床とは、急性期治療を目的とする一般病床で退院のめどが立っても在宅での療養に不安がある方などが、在宅等への退院準備をするための病床。小国町立病院では平成22年度に導入し、平成27年度からは包括ケア病床に移行。

(2) 小国町立病院経営強化プランの策定に係る基本的な考え方

町立病院の建設当時と比較し、およそ20年間で人口が約3分の2まで減少してお

り、将来的にさらなる人口の減少が見込まれることや、専門病院や大規模病院との機能分化が進んだことにより収益の改善が難しいこと、医療従事者の確保が困難になってきていることに加え、町一般会計において財政健全化のために病院等に対する負担金の抑制が課題であることなどから、将来的に病院の規模や機能を縮小していく必要があります。

一方で、小国町という地理的特性から、不採算な部門であっても一定水準の医療の提供体制が必要なことから、将来においても医療提供を行う、持続可能な病院経営を目指すことを本プランの第一の目標とします。

そのため、本プランの計画期間は5カ年に設定しますが、短期的視野にのみとらわれることなく、10カ年程度の長期的視野も踏まえて検討します。

また、病院の規模や機能を縮小することが、町民の便益の減少のみを招くことが無いよう、医療サービスの向上に取り組んでいくものとします。

(3) 計画期間

前プランとなる新小国町立病院改革プランが令和2年度で終了となっている一方で、町立病院を取り巻く環境は極めて厳しく、経営強化の取り組みにおいて中断を避ける必要があるため、本プランの計画期間は、令和3年度から令和7年度までの5年間とします。

(4) 点検、評価と見直し

常にプランの進捗を確認し、点検、評価に基づく改善を図るため、毎年度、決算に基づいて各指標の達成状況や計画事項の実施状況を整理し公表していきます。

国は、現在、公立病院経営強化のための新たなガイドラインを策定中であること、山形県の地域医療構想が2025年(令和7年)を見据えたものであることなどから、本プランの計画期間中であっても、必要に応じた見直しを行うものとします。

3 町立病院の役割、機能の最適化

(1) 山形県地域医療構想を踏まえた町立病院の果たすべき役割・機能

山形県地域医療構想は、いわゆる団塊の世代が75才以上の後期高齢者となり、全国的に医療や介護に大きなニーズが見込まれる2025年(令和7年)を見据え、急性期病床の過剰と回復期病床の不足の是正や、後期高齢者人口の増加に伴う在宅医療の受け皿の整備などの課題に対応するものです。

置賜地域においては、米沢、東置賜、西置賜の各地域で基幹病院を中心に急性期機能を集約すること、非稼働病床などの適正化を行うこと、訪問看護におけるサービス拡充を図ること等が課題とされ、置賜地域全体では許可病床数を2,179床から1,749床まで、420床、20%削減するものとしています。

町立病院は、回復期病床に位置づけられ、西置賜地域の基幹病院である公立置賜総合病院や専門医療を担う医療機関との連携を図ってきました。具体的には、町立病院が一次医療を担い、高度医療を実施する二次医療、三次医療へつなげていくものです。

これは、一方では、出産や手術の中止、治療内視鏡の中止といったように、従来小国町立病院で行っていた医療が、高度医療、専門医療を担う医療機関に移っていくことにもなります。

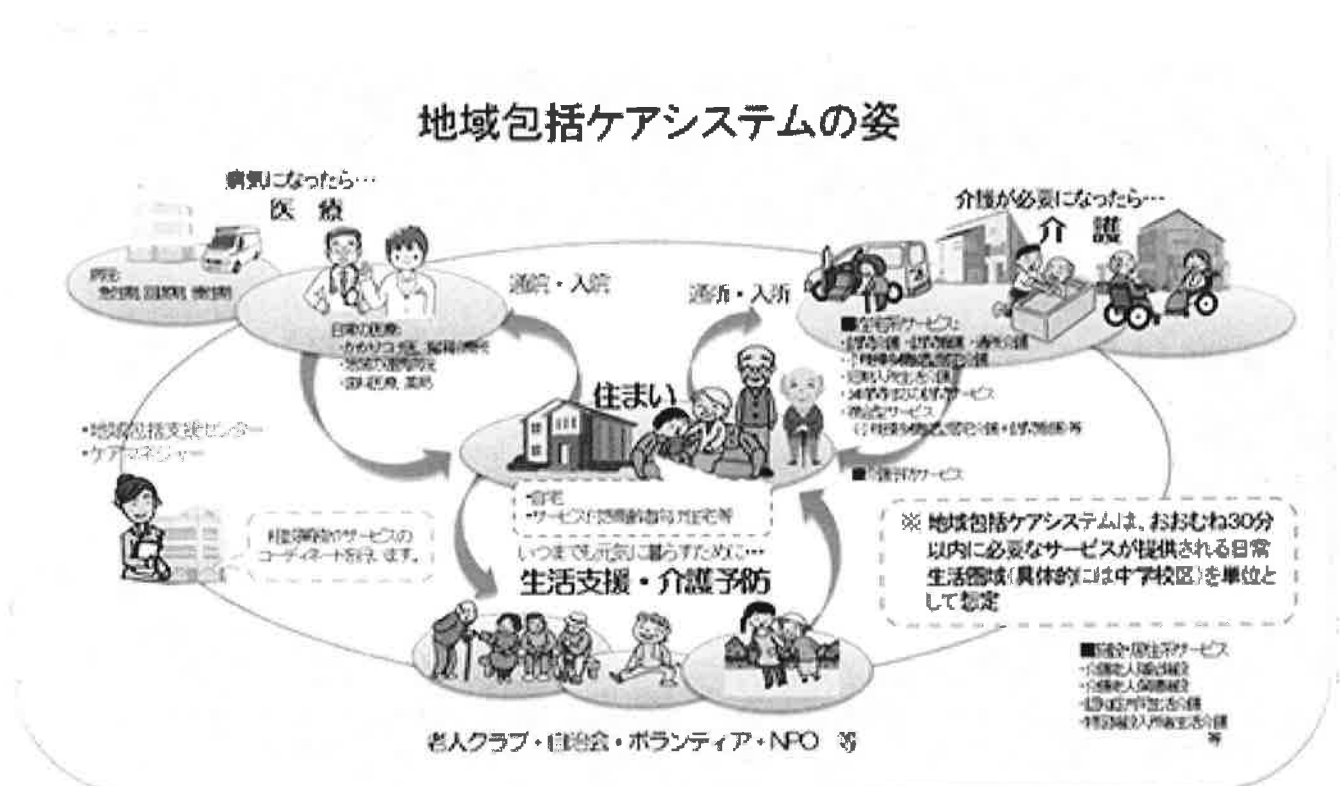
県全体で見た場合に、医師や医療従事者といった医療資源は限られており、適切な医療水準を確保していくためには、今後においても医療機関の役割分担が重要であり、医療連携を深めていくことが必要になっています。病床数については、近年町立病院の病床利用率が50%程度で推移しており、適正化が必要になるものと考えられます。

在宅医療については、町立病院で訪問診察を実施し、小国訪問看護ステーションで訪問看護を実施しています。小国訪問看護ステーションでは、介護保険の訪問サービスに加え医療保健の分野の訪問看護を行い、町立病院以外にも、町内外の医療機関からの指示による訪問看護を実施しています。今後、高齢者人口は緩やかに減少していくことが見込まれますが、後期高齢者の割合の増加や、単身、高齢者のみの世帯割合の増加により、在宅医療のニーズは引き続き高いものと見込まれます。

(2) 地域包括ケアシステムにおける町立病院の果たすべき役割

町立病院は、地方自治法に基づく公立病院であると同時に、国民健康保険法に基づいて設置された国民健康保険診療施設に位置づけられます。国民健康保険直診施設は、医療サービスの提供に加えて、地域包括ケアシステムの拠点として活動することを目標としています。

地域包括ケアシステムは、高齢になっても可能な限り住み慣れた地域でその人らしく尊厳を持って自立した生活ができるよう、医療、介護、生活支援、介護予防、住まい作りといった各方面から連携した支援ができる仕組みです。



高齢を迎えた方にとって、病気やけがは人生の大きな転換点となることが多く、また、慢性の持病を持つ方は病気とつきあって生活していくことも必要です。そのため、医療は、地域包括ケアシステムの中で大きな柱と位置づけられます。

町立病院では、こうした概念をいち早く取り入れており、大字栄町地内にあった旧施設の時代から、病院内に在宅介護支援センターを設置し、訪問看護の前身となる継続看護を実施していました。平成11年に現在の場所に移転新築した際、癒しの園として、町立病院、訪問看護ステーション、介護老人保健施設といった医療介護施設に加えて行政の健康福祉部門として健康管理センターを併設して整備することになりました。

これまで、町立病院では、町民のかかりつけ医として、日常の医療を提供し、病気の悪化に対しては高度医療へ結びつけ、リハビリや退院支援により自宅への復帰を円滑に行うなど、その機能を発揮してきました。また、脱水や肺炎、感染症といった病気に対しては、軽度の急性期医療を提供できる対応を行ってきました。

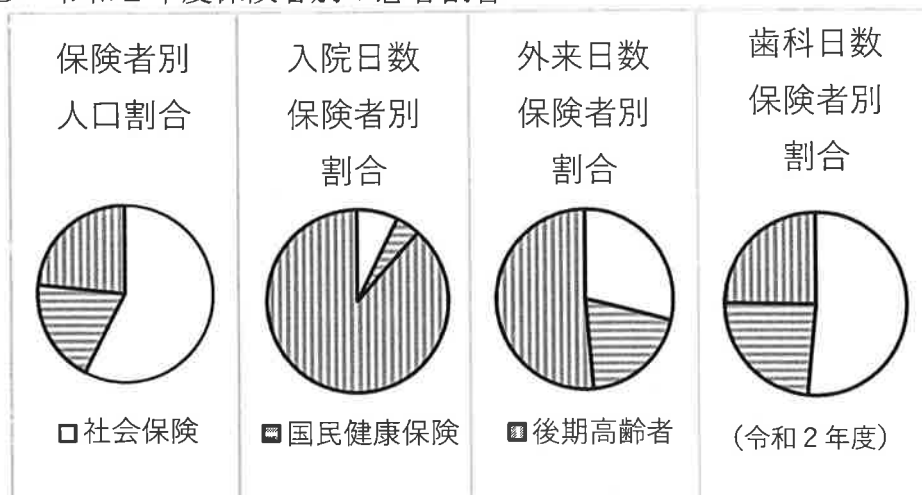
今後も、一次医療の提供に加えて、一定の入院機能を持った「治し、支える」医療機関として持続することで、包括ケアシステムの一翼を担っていく必要があります。

(3) 機能分化・機能連携

町立病院の患者は、その多くを高齢者が占めています。町民の医療に占める小国町の割合については、社会保険や後期高齢者医療などでは統計がなく推計が困難ですが、国民健康保険で見ると、町民の医療費全体に占める小国町立病院の医療費は15パーセント程度となっています。

医師・看護師といったいわゆる医療資源には限りがあり、また、地方圏においてはその充足度合いも低い状況にあります。山形県あるいは置賜圏域の2次医療圏でも、限られた医療資源を最大限効率的に活用し、高度な医療から身近な医療までを幅広く提供していく必要があります。医療機関がそれぞれ役割分担をする、機能分化が今後も一層進んでいくものと考えられます。

○ 令和2年度保険者別の患者割合



注 「日数」は、保険請求における診療を受けた日数。

○ 国民健康保険における小国町の医療費と町立病院の医療費

	件数	日数	点数	備考
小国町合計 (A)	1,477	2,777	5,213,921	
小国町立病院 (B)	399	742	724,637	
小国町立病院の割合(B÷A)	14.8%	27.8%	13.9%	

注1 国民健康保険疾病分類統計(H30.5)、町立病院収益積算表から作成。

注2 「小国町合計」は、調剤及び町外医療機関の受診・入院を含む。

町立病院は、町民のかかりつけ医として、小国町の一次医療を担う医療機関として、高度な医療や専門的な医療を必要とする患者に対し、必要とする医療を提供できる医療機関につなぐ役割を担っています。その一方で、高度な医療から地域や在宅での生活につなぐ役割もあり、町立病院が担うべき分野となります。

また、機能分化が進むことは役割分担が進むことにもなり、これまで町立病院と他の医療機関のどちらも行ってきた医療が、いずれか一方でしか行えなくなる事を意味しており、町立病院の診療科目や診療内容の絞り込みが必要になると考えられます。

具体的には、入院機能に関しては、病院の建設時と比べて、町の人口が6割以下となる見込みであることや、出産、手術といった機能が町外の病院に機能移転したことなどを考慮すると、現在55床ある病床数は将来的に半分以下となることが考えられます。また、外来の機能についても、診療科目の縮小が必要になると想定されます。

しかしながら、本町の地理的特性から代替となる診療機関が近隣に少ないため、採算性、効率性のみを追求した機能縮小は町民のための病院として現実的ではない側面があり、慎重な議論が必要になります。

○ 外来診療日数

(単位：日)

	内科	外科	整形外科	産婦人科	小児科	眼科	耳鼻科	歯科
27年度	243	45	122	50	243	45	98	241
28年度	243	119	121	50	243	49	143	241
29年度	244	193	120	47	244	50	141	242
30年度	244	184	123	47	244	48	141	241
元年度	243	42	126	46	242	48	138	240
2年度	243	47	111	50	243	47	147	241

○ 外来科別1日平均患者数

(単位：人)

	内科	外科	整形外科	産婦人科	小児科	眼科	耳鼻科	歯科
27年度	82.0	5.3	61.3	5.5	8.6	43.2	19.9	33.1
28年度	83.8	4.9	50.5	5.9	9.8	37.7	14.0	31.5
29年度	79.3	6.0	46.5	6.0	9.2	38.3	13.8	31.4
30年度	84.0	4.3	39.3	6.7	6.7	36.2	13.4	32.7
元年度	80.8	4.1	33.6	7.2	6.7	34.4	13.0	31.9
2年度	65.4	3.3	33.6	7.0	3.6	31.4	9.2	27.5

救急医療については、現在、置賜広域行政組合小国消防本部が救急体制を担っており、救急車に救急救命士（※6）が配置され、骨折など手術を要する患者や脳血管障害など緊急に治療を開始しなければならない患者は、救急救命士のトリアージにより、公立置賜病院の救急救命センターなどの高度な医療を提供できる医療機関に直接向かう運用になっていて、救急車の救急搬送のうちおよそ1/2が小国町立病院以外の病院に搬送されています。

その一方で、医療従事者数は、継続的に減少することが見込まれ、365日24時間体制で救急対応職員を配置することが年々困難になってきており、また、配置に伴う医療従事者の負担が増加していることから、救急指定病院については取りやめを含めた検討を行なわざるを得ない状況にあります。

○ 小国町管内救急搬送件数（1月1日～12月31日）（単位：人）

	H28	H29	H30	R1	R2	備考
救急車出動件数	294	352	305	295	230	
町立病院	140	171	144	123	82	
公立置賜病院	69	93	58	86	79	町立病院経由を含む
転院搬送	52	52	52	60	33	町立病院から置賜
その他	33	36	51	26	36	不搬送、ドクターヘリ等

西置賜行政組合資料

○ 1時間当たり時間外救急患者受付件数（令和2年度）（単位：件）

時間帯	平日		土日祝日等		備考
		うち救急車		うち救急車	
8:30～17:00	—	—	0.31	0.02	
17:00～19:00	0.17	0.01	0.18	0.00	
19:00～24:00	0.08	0.00	0.09	0.01	
0:00～8:30	0.03	0.01	0.03	0.01	
(参考 1日平均)	1.04	0.20	1.86	0.25	年間件数÷日数

町立病院日報

医療機関が役割分担を進め医療提供を充実させたとしても、患者は一人ひとりであり、医療機関の役割分担により患者の負担を増加させるわけにはいきません。そのためOKIネット（※7）による医療情報の共有や、地域医療連携室（※8）による医療の相談や転院調整体制の充実に取り組んでいます。

今後は、こうした連携の取り組みをさらに進めて、公立置賜病院との連携の内容や範囲の拡充や、医療連携協定（※9）の締結や地域医療連携推進法人制度（※10）、など新たな方策について検討していきます。

※6 救急救命士とは、救急車で病院に搬送中に傷病者に対し救急救命処置を施すことができる国家

資格。西置賜行政組合では、救急車1台に1名以上配備される。トリアージとは、患者の重症度に基づいて治療の優先度を定めること。

※7 地域医療連携室とは、転院や退院するときに切れ目無く医療をつなぐことを目的に、小国町立病院と他の病院や施設の間で、役割分担やタイミングを調整する病院内の部署。

※8 OKIネットとは、公立置賜総合病院を中心に患者の受診歴や検査結果、X線CT画像などの診療情報を置賜地域内の医療機関で共有するネットワークシステム。

※9 医療連携協定とは、複数の医療機関がお互いの医療資源（人材、医療資機材、診療機能など）を効果的に発揮し、連携を深めることを目的として、医療機関等の中で取り交わす協定

※10 地域医療連携法人とは、複数の医療機関等が機能の分担と業務の連携を目的として、都道府県知事から認可を受ける一般社団法人を組織するもの。

(4) 新興感染症拡大時の対応に資する平時からの機能整備

新型コロナウイルス感染症など新たに発生する感染症を新興感染症と呼び、既知の医療では対応が難しく、「21世紀は新興感染症の時代」と警鐘を鳴らす人もいます。

町立病院では、従来から院内に医療安全管理部門と院内感染管理者を置き、院内感染対策にあたってきました。今般の新型コロナウイルス感染症対策においては、従来の感染管理部門に入院、外来等の実務者を加え院長直轄の実務者会議を設置するなど、迅速かつきめ細かな対策にあたってきました。

施設面においては、新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴い、一般患者と発熱等の患者の入口や診察場所を分けるため、健診ルームを発熱外来（※11）に転用するとともに、個室2室を疑い患者（※12）受け入れ用の病室とし、感染対策と検査の体制づくり、疑い患者や陽性の入院患者が発生した場合の仕組みづくりに取り組んできました。

この間得られた機能整備の知見は現在の新型コロナウイルス感染症との戦いだけでなく、将来的な未知の感染症への対策において大きな力となります。また、町立病院は小さな組織のため、大きな組織に比べてできることが限られる反面、小さな組織であることのメリットを活かし、機動的な対応に努めていくものとします。

※11 発熱外来とは、インフルエンザ流行期などに病院の入口や診察室を別に設けて対応する事で、院内感染を防ぐための対応。新型コロナウイルス感染症対策では、健診ルームを発熱外来に改装し、受診や検査のための検体採取などを行っている。

※12 疑い患者とは、入院等を必要とする患者が発熱などのコロナウイルス感染症が疑われる症状を伴っている場合に、PCR検査などで陰性が確認されるまでの間は陽性である事を想定し、陽性患者に対するのと同様の対応をする必要がある患者。

(5) 一般会計負担の考え方

公立の病院は、公営企業会計で運営されています。公営企業会計とは、公的サービスを企業的手法で提供する仕組みで、原則として収入を持って支出に充てる独立採算が求められ、基本的には町行政（一般会計）からの負担はないものとされています。

その一方で、公立病院には、民間の病院では採算性の面から取り組む事ができない

分野を担う責任もあり、不採算な部門であっても地域の課題解決のために取り組む必要があるものについては、一般会計が負担すべきものとされています。

一般会計の病院事業への負担については、全国統一の基本的な考え方が「地方公営企業繰出基準」として国から示されています。また、繰出基準に基づく一般会計の負担については、その一部が地方交付税による財政措置があります。

小国町においては、繰出基準に基づく一般会計の負担について、町立病院の担う役割から、小国町と町立病院が協議し、地域に必要な医療を政策的に提供する上で必要な経費として予算計上され、支出されます。

町立病院では、令和2年度の一般会計からの繰入金（負担金）が、4億2千万円を超え過去最大となりました。コロナ渦の影響を考慮しても、一般会計の負担は増加する傾向にあり、その対策が急務になっています。全国的に人口減少が続くことから、行政全体が縮小してくることが考えられ、一般会計の負担についても段階的に縮小していく検討を進める必要があります。

地方公営企業繰出基準に基づく一般会計からの繰入金

- ① 病院の建設改良に関する経費
- ② 不採算地区病院の運営に要する経費
- ③ リハビリテーション医療に要する経費
- ④ 救急医療の確保に要する経費
- ⑤ 高度医療に要する経費
- ⑥ 児童手当に要する経費
- ⑦ 基礎年金拠出金にかかる公的負担に要する経費
- ⑧ 保健衛生行政事務に要する経費
- ⑨ 経営基盤強化対策に要する経費

(6) 住民の理解

町立病院は、これまで地域包括ケアシステムの構築のほか、診療科の整備、町民のいのちと健康を守る救急、健診事業などに力を注いできました。当プランでは、将来的に持続可能な経営を目指し事業展開を集約していくため、これらの機能についても見直しを行う必要があるものとしており、プランの実施により町民生活に影響が出ることも想定されます。

町立病院は、町民のための病院であり、町民の信頼なくして病院の経営は成り立ちません。これまで提供してきた医療サービスについて見直しをすることは、町民にとって受け入れがたい場合があるかもしれません。しかし、持続可能な町立病院の経営に向けては、町立病院の現状、課題などについて、丁寧な説明を行い、理解を求めていくことに加え、町民の声を聴き、ニーズや改善点の提案を受けていく必要があります。

そのため、町立病院の広報誌「ほっと通信」の発行やホームページでの情報発信、「あなたの声」による意見や地域での医療懇談会の開催、まちかど医療相談での情報交換など、多様な機会と媒体を通じて町民の理解を深めていく必要があります。

4 組織・体制・マネジメントの強化

(1) 最適な経営形態の選択

国のガイドラインでは、公立病院の経営改善に向け、①地方公営企業法の全部適用②地方独立行政法人化③指定管理者制度の導入④事業形態の見直しなどが示されています。

現在、町立病院は、地方公営企業法の一部適用により運営しています。これは、町立病院が地方公営企業の財務規定のみを適用し、町行政の一環として直営による医療提供を行うものです。地理的特性から代替となる医療機関が少ないことや、不採算であっても医療提供が必要な部門があることなど、政策的な医療提供が必要であることから、地方公営企業法の一部適用を採用しています。

①の地方公営企業法の全部適用を採用した場合、設置者は、町ではなくなり、事業管理者を置くことになり、経営責任についても事業管理者が負うこととなります。また、予算原案の作成や組織・体制の決定、人事給与についても町から独立することになり、企業性のさらなる発揮が期待されます。県内の公立病院でも導入されている制度ですが、町立病院においては、政策的に不採算部門であっても医療提供している現状から、全部適用への移行は困難なものと考えられます。

②の地方独立行政法人化や③の指定管理者制度の導入においては、町立病院の規模や、本町を取り巻く社会環境からみて現実的であるとは言いがたい状況にあります。

そのため、町立病院としては、地方公営企業法の一部適用を継続しながら、病院機能の見直しを検討していくこととします。その際、本町の人口減少傾向の継続や県の地域医療構想を踏まえた対応として、病床数の適正化と診療機能の見直しにより持続可能な経営形態を検討していくものとします。

(2) 医師・看護師等の確保

町立病院の経営を将来にわたって持続可能なものとし、町民に必要な医療を提供していくためには、医師や看護師等の医療スタッフの確保が前提となります。

医師については、令和2年度末をもって常勤医師が1名退職し、現在は常勤医師は内科医2名(うち1名は派遣医師)と歯科医1名で、他の医師については全て非常勤の派遣医師となっています。県内の同規模病院においても最低限の人員となっており、入院病棟を運営するには当直の医師が必要であることなどに加え、町民にとって、できる限り同じ医師に診察を続けてほしいというニーズもあり、常勤医の確保が喫緊の課題となっています。

診療科の確保や当直の応援などでは非常勤の派遣医師が必要になり、令和2年は、1年間でのべ87名の医師派遣を受けています。医師の確保については、山形大学医学部、新潟大学医学部、自治医科大学、山形県などの関係機関との情報交換により適正配置を求めていくとともに、公立置賜総合病院との連携など多様な方法で確保を図っていく必要があります。

看護師等医療スタッフの確保については、職員採用試験の実施やUターンを見越した募集などに加え、再任用、会計年度任用職員制度など多様な方法で確保にあたっていますが、非常に厳しい状況にあります。

町立病院では急性期の患者が少ないことや、専門的な医療がないことなどから、医療従事者にとってキャリアアップの道筋が見通しにくいことが、人材確保を困難にしている一因となっていると考えられます。包括ケアシステムの中での町立病院の役割と、医療スタッフの働きなどを正確に伝え、町立病院の魅力を伝えていくことが必要になっています。

一方で、医師や看護師の募集や人材育成、キャリアアップのための研修参加などの面で、小規模病院や自治体が単独で対応していくことは難しくなっています。そのため、他の病院と連携した人材確保や人材育成を検討していくことが求められています。

(3) 医師の働き方改革への対応

医師の働き方改革については、令和6年度から医師の時間外労働規制が開始されます。これは、我が国の医療が医師の自己犠牲的な長時間労働により支えられている現実があり、長時間労働の是正は、ワーク・ライフ・バランスの改善により、女性、高齢者の就業の促進や、労働生産性の向上、職業を通じた幸せな人生の実現の追求など日本全体の課題認識に基づいて進められるものです。

医師の働き方改革では、年間760時間を超える時間外労働がある場合に対応策を講じる必要があります。町立病院の勤務では、問題とされる長時間勤務の実態はありませんが、大学病院からの派遣医師などに影響が出る事も懸念されます。

また、労働時間規制以外にも労働基準法を遵守していく観点から、宿日直の回数の適正化や休暇取得の推進などに取り組んでいく必要があります。

(4) 事務局体制の強化

(1)の「最適な経営形態の選択」にあるように、町立病院は、地方公営企業法の一部適用となっています。地方公営企業法一部適用の公営企業の問題点のひとつに、庁内他部門との人事異動があるため専門性の高い事務職員の育成が難しく、事務局体制の強化が図りにくいという点があります。

町立病院では、今後も一部適用を継続していきますが、経営改善や経営強化のためには、取り組みを調整していく事務局体制が必要になります。町立病院では、これまで、医事事務の委託先を専門事業者に変更することや診療情報管理士を事務職員として採用することなどを通じて、事務部門と医療提供部門との調整機能を高めてきました。

事務職員は一般行政部門等との異動を前提とする必要があるため、このような取り組みを継続するとともに、地方公営企業法や企業財務といった一般行政と異なる取扱いに関する研修の実施や、病院内の各種委員会への事務職員の配置、経営指導におけるの外部人材の利用などにより、事務職員のスキルアップと事務職医療職の連携強化と経営能力の向上を図ります。

5 施設・設備の最適化

(1) 施設・設備の計画的かつ適正な更新

町立病院は、平成12年度の移転新築から20年以上経過しています。医療機器等については適宜更新を行ってきましたが、給排水設備や電源、冷暖房設備など施設の基幹的な設備が更新時期を迎えています。

これらの設備は、不備が生じた時に施設の基本的な機能に影響を生じる反面、更新や改修に多額の経費を必要とするため、計画的な実施が求められます。

医療機器の更新等においては、診療上の必要性に加え、採算性やメンテナンスのコスト、財源の確保など多様な要素が関連するため、院内の検討に加え一般会計等との協議の上で実施を判断します。また、機種を選定に当たっては、機種選定委員会を設けて検討し、選定理由の精査を行います。

病院では、カルテ処理や医療保険の請求、画像処理や健診結果処理など多種多様なシステムが使用され、それらの多くが統合された形で電子カルテシステムを構築しています。現行の電子カルテシステムは、令和元年度に更新しており、耐用年数まで期間がありますが、ベンダーロックイン（※13）など新たな課題も出ていますので、将来の更新に向けた検討を早い段階から開始する事とします。

※13 ベンダーロックインとは、ベンダー（メーカー）の独自の技術によるサービスや製品、システムなどを一度採用すると、保守点検や更新において他のベンダーへの切り替えが難しくなること。この結果、選択肢が狭まりコストの削減の取り組みがしにくくなる事が指摘されている。

(2) 新興感染症対策のための施設・設備の改修・整備

新興感染症対策として、院内感染予防、感染の有無を確認する検査、予防接種、治療入院などが想定されます。新型コロナウイルス感染症の流行においては、未知の感染症に対する知見の集積、治療方法の変化、ウイルスの変異などが同時に進行しており、対策の変更を繰り返しています。将来的な新興感染症においても同様に状況に応じた対応の変更が想定され、あらかじめ備えを行うことは難しい面があります。

しかしながら、今般の新型コロナウイルス感染症の対策では、健診ルームを常設の発熱外来に転用したことや、空調が独立した個室を「疑い患者」用病室に転用したことなど、最小限の改修により対応できました。今回の取り組みについては、将来、新たな感染症に対峙する時のケーススタディとして有効なものとなると思われます。

検査体制においては、当初、当院では検体採取を主に行い、検査分析は外部機関を活用してきました。外部機関での検査分析は、時間や経費がかかる反面、院内では処理しきれない多数の検体を処理できることや、検査材料の確保が町立病院単独で行うよりも有利であることなどのメリットもあります。

検査機器の整備に当たっては、検査分析について外部機関への委託と院内検査を併用する事を前提に、機種や機能の検討を行います。

(3) デジタル化への対応

町立病院では、電子カルテシステムの導入や、OKIネットへの加入、専門医によ

る読影のための画像送信システムなどの情報処理のデジタル化が完了しており、今後は、更新時における効率化が課題となっています。急速に普及が進んでいるマイナンバーカードの活用やキャッシュレス決済については、令和3年度中の対応を検討しています。

デジタル技術を活用した遠隔診療についても課題となっているため、検討を進める必要があります。町立病院で取り組んでいく遠隔診療については、病院に来ることが困難な患者が自宅で診察を受られるようにするものと、遠隔で専門医の診察を受けられるようにするものとが考えられます。

病院に来ることが困難な方が自宅で診察を受けるため、現在は、訪問診療を実施していますが、医師や看護師の数に限りがあるため、診察日程は週に2から3回となっています。遠隔診療の導入が実現できれば、訪問診療に加えて遠隔診療を行うことで、必要な方に訪問回数を増やす事が可能になります。

また、町立病院で遠隔診療により専門の医師の診察を行う事については、町立病院が目指す総合診療的な医療提供との整理、受け入れ側となる専門医療機関の体制といった課題もあり、今後診療科目の再編と合わせて検討を深めていく必要があります。

(4) 不要な施設・設備の他用途への転用等

町立病院は、公営企業法一部適用の病院として、町行政の運営方針と同一基調で対応を行っていきます。そのため不要な施設等の取扱いについては、小国町公共施設管理計画及び小国町公共施設用途別計画に即して対応していくこととします。

町立病院では、病院本体の他、医師住宅3棟、医師住宅用地一区画を保有しています。医師住宅のうち病院の敷地外にある医師住宅2棟は、医師数の減少などから現在使用されていないため、派遣研修医の宿舎や災害時の臨時職員宿舎として使用するものとしていますが、医師住宅用地一区画と合わせて、購入等の申し出があれば処分手続きに基づいて積極的に対応します。

第3期プランでは、病床数の10床削減とこれに伴う空き病室を他用途に転用することを計画していました。病床削減は3期プラン中に行わず、本プランにおいて実施することとしますが、空き病床の活用については新たな課題が生じています。

新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴い、病棟への立入が制限され、親族、家族の面会制限にまで及びました。将来的に病棟に他用途の施設を設置する事は難しくなることが考えられ、病室の他用途への転用については慎重な検討が必要になっています。

6 経営の効率化

(1) 収支計画

区分		年度								
		30年度 決算額	元年度 決算額	2年度 決算額	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	
収 入	1. 医業収益 a	724,211	685,217	614,096	654,410	647,866	641,387	634,973	628,623	
	(1) 料金収入	585,792	545,770	473,278	515,000	509,850	504,752	499,704	494,707	
	入院収益	316,059	287,878	248,040	290,000	287,100	284,229	281,387	278,573	
	外来収益	269,733	257,892	225,238	225,000	222,750	220,523	218,317	216,134	
	(2) その他	138,419	139,447	140,818	139,410	138,016	136,636	135,269	133,917	
	うち他会計負担金	89,848	93,877	97,059	97,000	55,000	55,000	55,000	55,000	
	うち基準内繰入金	89,848	93,877	97,059	97,000	55,000	55,000	55,000	55,000	
	うち基準外繰入金									
	2. 医業外収益	336,198	323,907	430,152	363,576	348,448	347,885	342,500	331,460	
	(1) 他会計負担金	176,365	174,062	144,032	211,278	210,233	209,165	208,071	206,948	
	うち基準内繰入金	176,365	174,062	144,032	211,278	210,233	209,165	208,071	206,948	
	うち基準外繰入金	0	0	0	0	0	0	0	0	
	(2) 他会計補助金	119,787	112,061	97,799	88,309	89,767	90,835	86,929	78,052	
	一時借入金利息									
	その他									
	(3) 国(県)補助金	527	670	139,217	15,000	500	500	500	500	
	(4) 長期前受金戻入	26,374	26,416	37,882	37,879	36,949	36,496	36,220	35,288	
	(5) その他	13,145	10,698	11,222	11,110	10,999	10,889	10,780	10,672	
	経常収益(A)	1,060,409	1,009,124	1,044,248	1,017,986	996,313	989,272	977,473	960,083	
	支 出	1. 医業費用 b	1,039,917	1,035,072	1,013,120	987,765	972,590	952,328	934,075	916,253
(1) 職員給与費		615,948	618,485	590,365	580,000	568,400	557,032	545,891	534,973	
基本給		199,125	201,161	196,009	190,000	188,100	186,219	184,357	182,513	
退職給付費		400	400	400	0	0	0	0	0	
その他		416,423	416,924	393,956	390,000	380,300	370,813	361,534	352,460	
(2) 材料費		92,210	83,537	73,462	65,000	74,505	73,760	73,022	72,292	
うち薬品費		47,559	40,815	34,215	25,000	44,703	44,256	43,813	43,375	
(3) 経費		226,561	244,047	250,217	250,000	247,500	245,025	242,575	240,149	
うち委託料		140,958	137,933	139,777	150,000	148,500	147,015	145,545	144,089	
(4) 減価償却費		98,873	85,299	97,491	89,765	79,185	73,511	69,587	65,839	
(5) その他		6,325	3,704	1,585	3,000	3,000	3,000	3,000	3,000	
2. 医業外費用		42,583	53,561	43,480	41,539	39,420	37,275	35,105	32,900	
(1) 支払利息		18,238	16,800	15,294	13,917	12,350	10,747	9,107	7,422	
うち一時借入金利息										
(2) その他		24,345	36,761	28,186	27,622	27,070	26,528	25,998	25,478	
経常費用(B)		1,082,500	1,088,633	1,056,600	1,029,304	1,012,009	989,603	969,180	949,153	
経常損益(A)-(B)(C)		▲ 22,091	▲ 79,509	▲ 12,352	▲ 11,318	▲ 15,696	▲ 331	8,293	10,930	
特 別 損 益		1. 特別利益(D)	95		11,001					
		うち他会計繰入金								
		2. 特別損失(E)	1,388	835	11,971	800	800	800	800	800
特別損益(D)-(E)(F)	▲ 1,293	▲ 835	▲ 970	▲ 800	▲ 800	▲ 800	▲ 800	▲ 800		
純損益(C)+(F)	▲ 23,384	▲ 80,344	▲ 13,322	▲ 12,118	▲ 16,496	▲ 1,131	7,493	10,130		
累積欠損金(G)	14,512	94,856	108,178	120,296	136,793	137,924	130,430	120,300		
流動資産(ア)	368,214	234,869	332,879	268,485	251,944	244,747	238,346	230,894		
うち未収金	96,438	98,700	108,730	97,713	96,736	95,769	94,811	93,863		
流動負債(イ)	164,608	162,897	181,584	191,862	193,433	195,036	189,830	191,547		
うち一時借入金										
うち未払金	55,154	50,594	59,463	58,868	58,280	57,697	57,120	56,549		
翌年度繰越財源(ウ)	335,802	255,458	242,136	230,018	213,521	212,390	219,884	230,014		
当年度許可債で未借入 又は未発行の額(イ)										
単年度資金収支額	▲ 7,827	▲ 51,290	92,645	▲ 62,554	▲ 1,615	▲ 7,670	▲ 8,689	▲ 19,299		
累積欠損金比率 $\frac{(G)}{a} \times 100$	2.0	13.8	17.6	18.4	21.1	21.5	20.5	19.1		
医業収支比率 $\frac{a}{b} \times 100$	69.6	66.2	60.6	66.3	66.6	67.3	68.0	68.6		

(2) 経営指標に係る数値目標の設定

	R2実績	R3	R4	R5	R6	R7	
	2020	2021	2022	2023	2024	2025	
経常収支比率(%)	98.8	98.9	98.4	100.0	100.9	101.2	
修正経常収支比率(%)	66.8	60.4	63.4	64.1	64.7	65.3	
医業収支比率(%)	60.6	66.3	66.6	67.3	68.0	68.6	
修正医業収支比率(%)	82.8	96.4	96.0	96.8	97.5	98.3	
他会計繰入金対経常収益(%)	32.5	39.0	35.6	35.9	35.8	35.4	
職員給与費対医業収益(%)	96.1	88.6	87.7	86.8	86.0	85.1	
病床利用率(%)	43.3	49.8	60.3	59.5	59.1	75.9	
一日平均患者数	入院(人)	23.8	27.4	27.1	26.8	26.6	26.6
	外来(人)	105.7	144.6	142.6	141.2	139.8	132.8
患者一人1日当たり診療収入	入院(円)	28,537	28,000	28,000	28,000	28,000	28,000
	外来(円)	7,397	7,400	7,400	7,400	7,400	7,400
薬品使用効率	100.3	98.3	99.3	98.1	99.1	97.9	
後発医薬品使用割合	86.2	90.0	90.0	93.0	93.0	95.0	

(3) 病院機能に係る数値目標の設定

	R2実績	R3	R4	R5	R6	R7
	2020	2021	2022	2023	2024	2025
予定病床数	55	55	45	45	45	35
人口推計(推計値)	7,400	7,338	7,277	7,215	7,154	7,092
在宅復帰率	85.0	80.0	80.0	80.0	80.0	80.0
臨床研修医の受入件数	3	6	6	6	6	6
訪問診療件数	1,177	800	850	900	950	1,000
訪問看護件数	5,101	4,500	4,500	4,500	4,500	4,500
リハビリ件数	7,838	8,000	8,000	8,000	8,000	8,000
地域医療連携室相談件数	56	55	55	60	60	60
紹介件数	638	650	680	680	700	700
逆紹介件数	1,055	1,055	1,080	1,080	1,100	1,100

(4) 経常収支比率及び医業収支比率に係る目標設定の考え方

経常収支比率は、黒字化を目指しますが、経常収益には一般会計からの繰入金を含むため、一般会計からの繰入金拡大による黒字化とにならないよう、一般会計からの繰入金を控除したものを修正経常収支とし、改善を目指します。

修正経常収支比率 (経常収入－一般会計繰入金) ÷ 経常費用

医業収支比率においては、不採算部門を抱える町立病院において医業収支改善のみを目標とすることは、不採算部門の切り捨てにつながる懸念があるため、医業収益に

医業外収益の他会計負担金（不採算病院への繰入等）を加えたものを採用します。

一方で、医業費用における減価償却費は、設備投資に対して耐用年数に応じて費用化するもので、次期の設備投資の資金を回収する性格があります。町立病院においては、設備投資に病院事業債による財源調達が可能なことに加え施設設備の拡大期ではないことから、設備資金を積極的に回収する必要性が低いため、医業費用から減価償却費を控除したものを採用します。

$$\begin{aligned} \text{修正医業収支比率} & \quad (\text{医業収益} + \text{医業外収益のうち他会計負担金}) \\ & \quad \div (\text{医業費用} - \text{減価償却費}) \end{aligned}$$

(5) 目標達成に向けた具体的な取り組み

① 医師看護師の確保

医師は、山形大学、新潟大学、山形県、公立置賜病院組合と連携を密にして安定的な確保に努めていきます。看護師は、介護老人保健施設、訪問看護ステーションへの配置と見込むとともに、常勤職員、会計年度任用職員、再任用といった制度を活用し、多様な働き方ができる環境を整えながら計画的に確保していきます。また、医師及び看護師の負担軽減に向けた多職種との役割分担に取り組みます。

院内及び癒しの園における学習会や業務改善の報告会を開催するほか、積極的に研修会に参加するなど、職員が自主的に学習しスキルアップを図っていくことができる環境を作り、学会等への参加を視野に入れた研究活動を後押ししていきます。これらの取り組みを通じて、働く者にとっても就職しようとする者にとっても魅力的な職場づくりを進めます。

② 患者サービスの向上

町立病院では、外来患者の約半数、入院患者の8割が後期高齢者であることから、これに対応したサービスの向上に努めていきます。特に入院患者には、退院後の生活維持や介護者の負担軽減などの支援を、多職種の連携により進めていきます。

また、待ち時間の短縮、キャッシュレス決済や口座振替の導入、歯科医科の会計一本化など利便性の向上を目指します。さらに、急速に進化しているデジタル技術を活用し遠隔診療の導入に取り組みます。

③ 医療機能に見合った診療報酬の確保

町立病院では、より精密な診療報酬確保を目指し医事業務の専門業者への委託を行うとともに、診療情報の適正な管理のために専門職として診療情報管理士を登用し、診療報酬の返戻件数の減少や新規の加算取得などを図ってきました。

加算の取得にあたっては、適切なサービスの提供に加え適正な記録が必要なこと、多職種が連携する必要があるものが多いことなどから、医事係や診療情報管理士といった専門職を加えたチームを編成して柔軟に対応を行います。特に、令和4年度及び令和6年度には診療報酬の改定による医療機能の見直しも予定され、専門的な知見の活用が期待されます。

④ 病床規模の見直し

第3期プランにおいて、病床数を10床削減し45床とすることを計画していましたが、病床の削減は経費面で削減効果がない反面交付税が減収となることもあり、実施については保留していました。

人口減により病床利用率が低い水準にあることに加え、医師や看護師といった医療スタッフの確保が将来ますます困難になることが予見され、病床規模の適正化は不可避の課題となっています。

その際、短期的な視点ではなく将来的な視点のもとで考えると、2030年の人口推計は6,687人で、町立病院の建設を検討していた当時のおよそ半分近くまで減少する推計となっています。そのため、将来的な病床数は、25床程度の病院、あるいは20床を下回る有床診療所ということも視野に入れる必要があります。

病床規模の適正化のため、第3期プランで実施を見送った病床の削減を行うとともに、本プランの終期となっている令和7年度までに更に10床程度の病床削減を検討することとします。

⑤ 外来診療の見直し

町立病院は、外来診療科として8科を標榜していますが、診療日を統合して複数科目を受診しやすくすることや、複数の診療科の連携を図ることなど診療体制づくりに取り組んできました。しかし、今後も患者数の減少が予見されるため、年間の患者数が500名以下で、なおかつ、1日の平均患者数が10名以下の診療科について外来診療の見直し検討の対象とします。

○ 県内の同規模公立病院の診療科

	病床数	診療科数									
		内科	外科	整形	産婦	眼科	耳鼻	皮膚	歯科	その他	
町立最上	60	5	○	○	○	○		○			
朝日町立	40	4	○	○	○		○				
西川町立	34	4	○	○							○
町立真室川	55	3	○		○			○			
白鷹町立	60	5	○	○	○	○			○		
小国町立	55	8	○	○	○	○	○	○		○	

令和2年度決算統計

小国町立病院は、令和3年5月から外科、令和3年10月から産婦人科休診。

⑥ 救急告示の見直し

365日24時間体制で救急患者を受け入れる救急告示病院は、町民の安全安心を確保する上で重要な機能に位置づけられ、第3期プランにおいても重要課題に位置づけられていました。しかしながら、患者数の減少に伴い夜間等の救急患者数が減少する一方で、救急体制を維持するために医師、看護師のほか、レントゲンや検

査といった医療技術者を常時確保する必要があり、医療スタッフの確保が困難な状況の元では救急体制を維持することは、極めて困難な状況にあります。

救急告示の取り下げを行うことは、収支面においてはむしろマイナスの面があることや、町民の不安が大きいことなど多くの課題があり慎重な議論が必要ですが、医療スタッフの減少という医療資源の現状にあわせた対応を行っていきます。

7 再編ネットワーク化と経営形態の見直し

町立病院は、町民のいのちと健康を守ることが使命であります。町民に身近な医療機関として高度な医療や専門的な医療につないでいく1次医療を担うため、医療連携の推進に取り組んできました。今後も、公立置賜病院を中心とした医療ネットワークの構築と運用に取り組んでいきます。

現在、医療人材を確保することや育成することが、小規模な事業体単独では困難になってきています。そのため、地域医療連携法人制度などを活用し、ネットワーク化において医療提供における連携、役割分担にとどまらず、医療人材の確保や育成といった分野までを目的とした取り組みが全国的に進んでいますので、町立病院においても積極的に研究、検討していきます。また、医療資源の有効活用の観点から、将来的に公立置賜病院組合へ参入することも含め検討していきます。

町立病院は小国町における地域包括ケアシステムの柱として機能してきたことから、町行政と一体となった政策的な医療提供を担う病院と位置づけられてきました。一方で、地域包括ケアシステムの定着、充実に伴い、サービス提供における民間部門のウエイトが大きくなってきており、その分、町立病院が牽引していく部分が減ってきているといえます。再編ネットワーク化の中での地域包括ケアシステムのあり方についても検討していく時期になっています。

小国町立病院の経営理念

私たちは
地域の方々とともに歩み
医療を通して
安心のある地域づくりに貢献します