

平成24年度 第4回峡南北部二病院統合協議会 議事録

1 日 時 平成25年2月28日(木) 午後7時～8時45分

2 場 所 富士川町役場1階会議室

3 出席者(敬称略)

(委員) 久保眞一(市川三郷町長) 内田利明(同町議会議長)
秋山詔樹(同町議会特別委員長) 松野清貴(同町議会議員)
深澤新次郎(同町学識経験者)
志村 学(富士川町長) 芦澤益彦(同町議会議長)
齋藤正行(同町議会特別委員長) 井上光三(同町議会議員)
今村辰夫(同町学識経験者)
河野哲夫(市川三郷町立病院長) 伊藤正己(同事務長)
穂坂さち子(同総看護師長)
中島育昌(社会保険鯉沢病院長) 大間辰雄(同事務局長)
保坂ひろみ(同看護局長)
佐藤 弥(山梨大学医学部附属病院副病院長)

(事務局) 市川三郷町 小林室長 他1名
富士川町 大森リーダー 他1名
市川三郷町立病院 小林主査
社会保険鯉沢病院 秋山課長
山梨大学医学部 山田室長
山梨県医務課 田中課長、山本地域医療監 他3名

4 議 題

- (1) 移行実務計画について
- (2) 人事管理計画について
- (3) 財務会計計画について
- (4) 管理運営計画について
- (5) その他

5 議 事

- (1) 移行実務計画について

○議長(会長)

議長を努めさせていただきます。よろしく申し上げます。

議事の1の移行実務計画につきまして、事務局から説明をお願いします。

○事務局

資料1に従いまして移行実務計画について説明させていただきます。まず、移行実務計画は人事管理、財務会計、管理運営計画と並び、基本計画を構成する要素の一つという位置づけでございます。今回、初めての検討の機会でございますので、検討の進め方につきまして、説明させていただきます。

3ページをお開きいただきたいと思います。移行実務計画では統合病院の必要な移行実務の検討方法を決め、その実行に必要な体制を決定してまいります。図で表したとおり、法的に必要なものと非法的に必要なものを決めまして、移行実務の検討項目を見定め、移行実務の実行体制についても併せて検討してまいりたいと思っております。また、移行実務の全体的な見取り図と申しますか、ロードマップを4ページに掲載させていただきましたのでご覧いただきたいと思います。上段が実行体制でございまして、本協議会、統合協議会と峡南北部二病院統合事務組合、これは前回の協議会でご承認いただきました一部事務組合でございます。それと、両町・両病院職員によりますワーキンググループ、これが実行体制となっております。統合協議会におきまして現在、さまざまな事項について検討を行っておりますが、年度内、できるだけ早期に企業長候補者の選任をお願いし、年度明け早々にも開院準備のための一部事務組合の設立をお願いしたいと思っております。併せて企業長を内定していただき、この方を中心に、経営計画等を練っていただくという段取りをご提示させていただいております。検討事項でございますが、ただ今、点線で囲まれた基本計画の策定作業を行っております。年度が明けますと、一部事務組合を中心に企業長内定者の指示を受けながら経営計画、人員配置計画及び施設・設備整備計画を策定していただきたいと思います。また、人事管理や管理運営、財務会計に関する具体的な取り組みを開院後も通じて継続して行っていただく、ということでございます。また、職員や住民とのコミュニケーションという面も非常に重要でございます。職員への説明会、住民への説明会を経営計画の進捗状況に併せて、できるだけ早期に開催していただきたいと思います。職員に対しましては面談を行った後、年内には採用の内示を行っていただき、年度末に配属の内示をお願いしたいと思っております。また、外部有識者などからなる外部委員会の設立の準備作業を進めていただきたいと思います。手続きの面でございますが、これは法的に必要な手続きが主になりますけれども、企業団の設立手続き、また、医療法等に基づく病院開設許可等の手続き、また、学会認定あるいは告示等によります県の認定でございますが、各種専門認定の手続きを来年度第4四半期をお願いしたいと思っております。ロードマップは以上でございます。この中に盛り込まさせていただきました、3つの実行体制についての役割分担を5ページに整理させていただきました。本協議会は来年度も存続し、継続して協議をお願いしたいと思っております。この協議会には山梨大学等外部との交渉や一部事務組合では解決が難しい事項等についての調整・検討をお願いしたいと思っております。開催頻度は四半期に一回程度、報告等を兼ねて進めてまいりたいと思っております。中段になります、一部事務組合でございますが、先ほど申しましたとおり、企業長内定者を中心に統合病院の経営計画、人員配置計画等を策定していただくこと、また、病院職員への説明会や面談、住民への説明会、また、開業に必要な諸手続きを行

っていただきたいと思っております。町・病院職員によるワーキンググループはさらにブレークダウンした実務に関する取り組みを計画し実行する役割とさせていただきます。これらの関係を表したものが6ページでございます。本協議会と一部事務組合は並列の関係で、先ほど申しましたように、一部事務組合では解決が難しい事項に関する調整等を本協議会で行ってまいりたいと考えております。また、それぞれの町・病院の職員によるワーキンググループをいくつか設置させていただき、実務的な検討を進めてまいりたいと考えております。人事・総務ワーキンググループですとか診療ワーキンググループといったようなものを列記させていただいておりますが、あくまでこれは例示ということでございまして、必要に応じて立ち上げていくことを想定しております。7ページは先ほど申しました、法的に必要な諸手続きを提示させていただきました。企業団設立手続、病院開設許可手続、各種専門認定手続でございます。専門認定手続の中には、告示によります知事等の認定、救急告示病院ですとか、へき地医療拠点病院、地域災害拠点病院といったようなものが内容となってまいります。そのほかに、学会認定の施設としての認定を受ける必要も出てまいります。市川三郷・富士川とも資料に表記させていただいておりますのは、ただ今の認定の状況でありますので、役割分担をしていく中で、適宜見直しをする必要があると考えております。一番下の行に標準的な所要期間を掲げさせていただいておりますが、概ね四半期内に全ての手続きが終えられるものと想定しております。以上が、今回移行実務計画においてご協議お願いしたいと思っている事項でございます。よろしく申し上げます。

○議長

ただいま、事務局の説明が終わりました。議事の1、移行実務計画につきまして、委員の皆様のご意見、ご質問等ございましたらお願いをいたします。

○委員

4ページにありますロードマップに遅れないように皆で努力していきたいと思っております。

○議長

他にご意見等がございますか。

(他に意見等なし)

○議長

他にご意見等がないようですので、議事の1の移行実務計画については、ただ今の説明の方向で進めることとしてよろしいでしょうか。

(異議なし)

○議長

それでは、議事の1の移行実務計画につきましては、この方向で進めることとしま

す。

(2) 人事管理計画について

○議長

次に議事の2、人事管理計画につきまして、事務局から説明をお願いします。

○事務局

人事管理計画につきまして、資料2をもとに説明させていただきたいと思います。人事管理計画は前回からの継続協議となっておりますので、今回が2回目の検討機会となります。3ページをご覧いただきたいと思います。前回、それぞれの病院に人事上の課題があるという整理をさせていただきました。左側の図でございますが、それぞれの病院にある課題を解決するために、人事処遇制度や就業規則、期待される組織貢献を実現する、人事管理方針である職種別に期待される組織貢献を実現していただく、ということをご想定しております。このための、人事処遇制度のポイントといたしまして右側に5項目の検討すべき点を整理させていただきました。1点目が、統合病院において実施していく人事処遇制度の方向性そのものについてでございます。2点目が移行時のポイントということになりますが、移行時・採用時における職員の給料決定をいかに考えるかということでございます。3点目は、標準的な給料水準との格差が発生した場合、それをどうやって是正するかという点でございます。4点目は、最高号給を上回る職員が出た場合、これをどうやって調整していくかという点でございます。5点目が両病院で異なる手当制度を持っておりますので、これをどうやって統合していくかという点でございます。6点目は、就業規則面におきまして、これも就業規則が両病院で異なっておりますので、これをどのように考えていくかという点でございます。

4ページには人事管理の方針ということで、全職員に求める組織貢献のあり方として、病院の方針や目標を理解しそれに沿った行動を具現化すること。本人の希望に沿った能力の向上を促し自身の能力を組織に還元できる職員となっていただくこと、自身の能力を他の職員との連携に活かし組織としての一体感醸成に貢献していただく、ということをご掲げさせていただきました。

この方針を実現するための人事処遇制度を考えていくわけですが、5ページに一般的な自治体病院の人事処遇制度はどのようになっているかということをお分かりにならない方もいらっしゃるかと考えまして、一般的な人事処遇制度の概要を整理させていただきました。まず、給与制度でございます。左側でございますが、給与は給料と手当から構成されまして、職種ごとに給料表を作成しております。また、級ごとに昇給余地、上と下のレンジを設ける形になっておりまして、標準的な勤務成績の職員は毎年4号ずつ給料が昇給していくというような形になっております。また、このほか、仕事上の特別な役割の対価、あるいは生活への配慮として手当が支給されております。右側になりますが、格付け制度、右下でございます。この給料表の中で級別に職務分類を行い、職務に応じて格付けを行うということを一般的に行っております。下は、看護師の例でございますが、これは市川の例でもなく、鯉沢の例でもない、一

一般的に自治体病院にある看護師の級別職務分類の一例ということでご覧いただきたいと思えます。例えば、准看護師の方は1級、看護師になれば2級、副主任になれば3級、というような形で、職務と責任に応じて級が上がっていくということでございます。その上で、人事評価を通じて昇給昇格の運用をしていくということです。その上の図でございしますが、年間の勤務成績に基づき評価を行い、評価結果に応じて昇給号数を決定していく、ということでございます。先ほども申しましたが、標準的な職員の場合、年4号アップ、最も成績が良い職員であると8号、最も勤務成績が悪い職員であると昇給なしということでございます。これが一般的な自治体病院の人事処遇制度の基本構造でございします。それでは統合病院においてどのような人事処遇制度を考えていくべきかということでございしますが、6ページに移ります。

ここで申し上げたいのは、一般的な自治体病院の人事処遇制度を踏襲していくことが望ましいのではないかと、ということでございます。先ほどの繰り返しになりますが、職種に応じた給料表を適用した例でございしますが、医師職、コメディカル職、看護職、事務職、技能労務職といったような職種に応じた給料表を適用していくこと、また、その右側でございしますが、職種ごとの給料表の職務分類に応じた格付けを実施していくということを行っていったら望ましいのではないかと考えております。また、評価に基づく昇給昇格運用をしていくオーソドックスな形でやっていくことが望ましいというように考えております。

この人事処遇制度を運用していくにあたりまして、7ページでございしますが、評価制度を絡めていく、ということで、例えば、意欲でありますとか、能力、成果といったようなものを勘案して、それぞれの職員の人事評価、勤務成績の考課を行っていくということが必要になってくると考えております。

8ページをご覧いただきたいと思えます。統合病院における給料モデルの考え方ということでございします。標準的な職員の給料の推移をモデルという形で示させていただきました。3例を示させていただいておまして、一番上が年功的な給料モデルということで、現行の市川三郷病院に近い形となっております。これは、経験年数に応じて給料が上がっていくというモデルでございまして、役職への登用ということも勿論ありますが、登用されない場合でもある程度は経験年数に応じて上がっていくというものでございします。職員の頑張りが給料に反映されにくく、改善意欲のある職員のモチベーションが下がってしまうのではないかとという課題がございします。また、一番下のモデルでございしますが、これは現行の社会保険齋沢病院に近いモデルでございします。選抜による格差をつけた給料モデルでございまして、40歳過ぎくらいまでは市川と同じように上がってまいります。それを過ぎたあたりから役職に登用されるかどうかによって、給料に大きな差がつくということでございまして、選抜されない場合、昇格昇任しない場合は、給料が上がっていかないということでございまして、限りあるポストへの就任がなければ給料が上がらず、モチベーションの維持が難しいというモデルになっております。一方、この真ん中のモデルでございしますが、年功モデルと選抜モデルの両方の特色を合わせもつものとなっております。昇給しなくても一定の昇給余地はありますが、役職に登用されることで、大きく給料が上がるというモデルになっておまして、非管理職のモチベーションも一定程度維持することが可

能なモデルではないかと考えているところでございます。

次に9ページでございますが、移行時・採用時における職員の給料決定の考え方ということでございまして、この際に、職種に応じた給料表の適用ということがまず必要になりますが、その時に先ほど申しましたように、職務に基づいて職員を格付けするという必要が出てまいります。ここでは、少し極端な例ですが、現行の格付け、級別職務分類が8級までである場合、これを新しい病院では6級にした場合ということをご想定いたしまして、これを、凡例として示させていただいております。統合病院での職務、これは、職務・職責に基づきまして新しい制度の級にそれぞれ格付けしていただく、ということになってまいります。例えば、看護師の場合は、看護師の方であれば2級、副師長であれば4級、総看護師長であれば6級、というような形で職務に基づいて新制度の級に格付けをしていただくという作業がまず必要となってまいります。その上で、等級内で給料決定を右側の吹き出しのところで行っていくわけですが、基本的には同じ等級で経験年数が同じ方は同じ給料になることが望ましいと考えております。標準的な給料水準というところで示させていただいたのは役職と経験年数によって導かれる標準的な給料の水準とご理解いただければと思っております。一方、現在の給料水準がそれよりやや低いという場合を想定した書き方となっております。この方をいきなり標準的な給料水準のところを持っていくのはコストインパクトが大きすぎるといってもよいと思いますが、いきなりこのような形で処遇することは団体の体力的にもかなり厳しいと考えられます。このため、移行時には直近上位の号給、その役職に登用された方で現在もらっている給料水準の直近上位の給料水準のところへ位置づけさせていただきと考えておるところでございます。こうなりますと、標準的な給料水準との間に乖離が発生します。この間の乖離をどうやって調整するかということが一つの課題となってまいります。

10ページでございます。移行時の給料決定に伴い発生する問題点でございます。先ほど申し上げた問題が①でございます。同じ級に格付けされた同一経験年数の職員間に給料の格差が生じる、これをどうやって調整していくかという点が一つの問題であります。もう一つの問題は現在の給料が格付けされた級の最高号給の給料を上回るというものでございます。例えば、看護師の場合、現在5級で給料をいただいていると想定した場合、この方は統合病院では副看護師長に任用されるという場合で想定すると、役職に基づく格付けだと4級にせざるを得ない、ということになった場合、4級の昇給余地との間に乖離が発生する場合がございます。現在5級で給料月額をもらっている方が4級の最高号給となってもそこに追いつかない、というケースが想定されます。その場合の処遇をどうするかという問題がもう一つ発生してまいらうかと思っております。一つひとつ考え方の方向性を説明させていただきたいと思っております。まずは①同じ級に格付けされた同一経験年数の職員間に給料の格差が発生した場合、どのように調整するかということでございますが、11ページをご覧くださいと思います。

図の中に同一、同じ級に格付けされた同一経験年数の2の方がいらっして、それぞれ、標準的な給料水準の方とは乖離があるということをご想定した図になっております。先ほど申しましたように直近上位の給料月額に位置づけると、このようなことが発生いたします。これをどのような形で調整していくかということでございます。

これは、標準的な給料水準より下の場合は昇給を促進し、上の場合には昇給を抑制することで何年かかけて標準的な給料水準にすり合わせていくということが最も望ましいのではないかと考えております。標準的な給料水準より市川三郷病院はやや高く、鯉沢病院はやや低いケースが多く発生するのではないかと考えております。といいますのも、11ページの右下にラスパイレス指数、市川三郷病院を100とした場合の指数を算出してございますが、鯉沢病院の指数は概ね90前後ということでございまして、これは手当を含む給与全体の格差を見ておりますので、給料月額だけではもっと圧縮されると思いますけれども、格差はあるだろうと考えてございまして、11ページで説明させていただいたような形で調整をさせていただければと考えております。

12ページをご覧いただきたいと思っております。これは、最高号給を上回る職員の給料調整の方向性でございまして、現在の給料が格付けされた級の最高号給の給料を上回っている場合、先程申しましたとおり、現在は5級だけれども、職務の責任に応じて制定される新格付けでは4級にせざるを得ないという場合に、差額が発生します。この場合の差額をどのような形で調整するかということでございます。そもそも、調整しないという方法も考えられるわけでございますが、生活給たる給料を減額することは適切でないと考えてございまして、差額を何らかの形で調整することが望ましいと考えております。本給に反映させるのは非常に難しいと思っておりますので、差額は調整手当という形で、手当で調整させていただくことが最も望ましいと考えております。この結果、現在の給料月額、現給を維持するという形にすることが望ましいと考えております。ただ、これも、ずっと行っていくかどうかということを見ると、3つほどパターンが出てまいります。右側でございまして、一番上は、減額調整を行わず、ずっと調整手当を支給していくということでございまして、これは、周囲の職員の不平等感、あるいはコストが高くなるというような課題がございまして、真ん中の例は、すぐに減額を開始する例でございまして、これは、モチベーションの低下や離職されてしまうリスクも懸念されるようになっております。この際、例えば、減額調整をする対象を限定するというやり方も可能ではないかと考えております。例えばですが、評価が著しく不良な場合に限って減額する、あるいは55歳など、一定の年齢未満の方に限定して減額するというような形も場合によっては考えられると考えております。一番下の凡例は一定期間の猶予を設け、その期間が経過した後に減額調整を行うというものでございまして、この猶予期間の間に本人のご努力で昇格していただければ、減額という事態は回避されるということになってまいります。この3つの例の中から最も望ましいものをご協議いただくのが一番望ましいのではないかと考えております。以上が給料の調整につきまして、格差是正の方向性と最高号給を上回る職員の給料調整の方向性について説明させていただきました。

13ページ以降は手当の制度の考え方でございまして、14ページ以降に2病院の手当の現在の状況、それから、比較のために国立病院機構の手当の状況を整理させていただきまして、一番右側にそのコメントを書かさせていただいております。13ページにお戻りいただきたいと思っておりますが、まず、基本的な考え方といたしましては、今、異なる制度となっております2病院の手当制度を統一する、一本化することを提案させていただきたいと思っております。その上で手当の内容等につきましては、採用競争

力を確保するということを前提に必要性を鑑みて残存させるかどうかを協議していただきたいと考えております。14ページ以降は2病院と国立病院機構の手当制度について整理させていただきました。14ページは仕事上の特別な役割への対価としての手当でございます。15ページは外部水準との調整、人員確保等を図るためのインセンティブになるための手当でございます。下段については生活上の配慮、16ページは通勤手当で実費負担、仕事上の負荷に対する手当ということでございます。手当制度につきましては18ページまで実績への報奨ということで、期末勤勉手当を含めまして、恐らく両病院の手当制度のほとんどの部分は整理できているのではないかと考えております。これらにつきましても、今回は整理するところまでとさせていただいておりますが、いずれかの病院の手当制度に合わせるか、あるいはそれぞれの項目ごとに望ましいものを残していくか、いろいろなやり方が考えられると思いますが、新しい病院の手当に相応しいものを今後、両町で協議していただければと考えております。

19ページ以降が就業規則でございます。これも、実際に内容を見ていただいたほうがわかりやすいと思います。20ページをお開きいただきたいと思います。これは、労働条件や福利厚生などの面でのそれぞれの病院の違いでございます。これも比較対象とするため、国立病院機構の例を参考までに掲げさせていただきました。就業時間や休日に関するもの、あるいは休暇に関するもの、あるいは福利厚生に関するもの、といったように、いくつか就業条件について両病院間で違う部分がございます。19ページに戻っていただきたいと思いますが、これも就業規則の方向性、基本的な考え方といったしましては、2病院の就業規則を統一する、一本化するということを提案させていただくものです。その上で現状の2病院のいずれか、あるいは他の公立病院のルールに合わせることを基本とし、項目によっては3つの病院のうち最も適当なものを採用する形で整理していくことが望ましいと考えているところでございます。これについても、それぞれの項目について、ここでこれがいい、あれがいいということは申し上げませんが、両町でよく協議をし、それぞれ決定していただければと考えております。人事管理計画については以上でございます。よろしくお願いたします。

○議長

ただ今、事務局の説明が終わりました。議事の2、人事管理計画につきましては、人事処遇、給料、手当、就業規則、福利厚生、労働条件等について詳しく説明をいただきました。委員の皆様のご意見、ご質問等ございましたらお願いをいたします。

(意見等なし)

○議長

両病院、できる限り一本化するという方向で進むということによろしいでしょうか。(異議なし)

○議長

それでは、ご意見等がないようですので、議事の2、人事管理計画につきましては、

一本化していくという方向で進めることとしてよろしいでしょうか。

(異議なし)

○議長

その方向で進めることといたします。

(3) 財務会計計画について

○議長

次に、議事の3、財務会計計画につきまして、事務局から説明をお願いいたします。

○事務局

資料3の財務会計計画について、3ページをお開きいただきたいと思います。今回の協議項目を編み掛けの部分で表示させていただいています。まず財務上の現状課題ということで、財務分析の中で介護老人保健施設についての分析がまだでございますので、その部分を行なわせていただき、その上で財務シミュレーションの結果について説明させていただきたいと思っています。それらを踏まえまして、投資や資金繰りの設定とか財産の管理・処分の方角性を説明させていただきたいと思っています。併せまして、会計処理方法についての基本的考え方を説明をさせていただきたいと思っています。

まず、財務上の現状課題、老健でございますが、5ページでございます。どのような項目を分析の対象としたか、入所単価、通所単価、損益、特に収益面に関する分析項目を列記させていただいています。

6ページをご覧くださいと思います。損益の中で費用の部分について、材料費、経費、委託費といった部分、その下に投資や資金面での分析項目として、流動比率や固定長期適合率などを勘案したことを整理させていただきました。これは分析項目でございますが、こうした項目を基に分析を行なった結果が7ページから9ページでございます。

7ページが収益面での損益分析でございます。前回病院の財務分析を行ったときと同じように、ベンチマークと比べて劣っている部分を太い罫線で囲っております。収益面での課題となっておりますのが、市川三郷の老健施設の平均通所率の低さでございます。45.4%ということで、ベンチマークを大きく下回っています。右側に定員数が書かれていますが市川三郷の老健は、入所70、通所12の定員で運営をしています。45.4%と言うことは通所12人のうち1日当りの平均通所利用者は6人未満の状況となっております。ここについては今後見直しを行なっていく必要があるものと考えています。

1枚まくっていただきまして、費用面での損益分析でございます。両病院とも給与費率、事業収益に占める給与費の割合でございますが、給与費率が高いということが申し上げます。特に市川三郷の老健は7割ということで、これは病院にも共通して言えることで人件費の割合、給与費の割合がベンチマークと比べて相当高いと言えます。また、両施設に言えることですが、事業収益に占める経費の割合を示す経費率

が24.4%でこれもベンチマークと比べると高いと言うことが申し上げます。これは、光熱水費でありますとか賃借料等でございます。経費の節減ということが短期的に取り組むべき課題と考えられます。また、後で述べますが市川三郷の老健は支払利息が8%ということで高くなっています。全体として経営的には今ひとつ芳しくないという状況がございます。

9ページでございますが、流動比率が安全性の分析ということで投資資金面での状況を見ています。特に市川三郷の老健施設の流動比率の低さが目立ちます。これは流動資産を流動負債で割ったものですが、短期的な運転資金の確保が非常に厳しいということが見て取れる状況です。以上が老健施設の課題で、いくつかの課題が炙り出されたということが申し上げます。

10ページから13ページまでは、2つの老健施設の貸借対照表、損益計算書の前5期の比較表なっていますので参考までにご覧になってください。老健の財務分析、前回の病院の財務分析を踏まえまして今後財務シミュレーションを行なってまいります。

15ページ以降がシミュレーションを行なう上での前提の提示となっています。まず、15ページに両病院の負債の提示させていただきました。左側が市川三郷町立病院、右側が社会保険鰹沢病院と現在の呼称のままさせていただきます。市川三郷町立病院は、短期の借入金が2億8,000万円、長期の借入金が3億2,600万円ですが、返済計画に基づき徐々に返済を行なっていただきますので、25年度末には2億7,100万円余まで下がってまいると考えられます。また、短期借入金は年度を越さない借入金でございますので、25年度末にはゼロになると想定しています。一方、鰹沢病院の扱いですが短期借入金はございません、長期借入金は18億円強ございますが、RFOからの買い取り時に清算されることになっていますので、これはゼロとみなしてよいと思います。

1枚めくっていただきまして16ページでございます。財務分析を行なった老健についても、負債の状況を提示しています。市川三郷の老健は短期借入金が6,000万円、これは年度末に償還していただきます。長期借入金は23年度末の8億2,100万円余、これも返済計画に基づきまして25年度末には7億2,300万円余に下がってまいる見通しです。社会保険鰹沢病院は長期、短期借入金はありません、以上がそれぞれの施設の負債の状況でございます。今後シミュレーションを行なっていく上で、それぞれの扱いに、いくつかの仮定を置いてシミュレーションをしています。

まず、17ページは流動資産・流動負債の取扱いについてですが、流動資産・流動負債につきましては、平成25年度末に市川三郷町に帰属させることし、特別会計を創設して別途清算するとの前提を置かせていただきました。これは視察をしていただきました、さんむ医療センターの清算の手法と同じでございます。流動資産と流動負債は現状でほぼバランスしていますので、未収金等と短期借入金等はそれぞれ相い償われる関係になろうかと考えています。このように、シミュレーションを行なうにあたりましては、市川三郷町立病院の一時借入金をゼロとして試算を行います。

18ページをご覧くださいと思います。病院の固定負債の扱い方でございますが、長期借入金、これは社会保険鰹沢病院にはありませんが、市川三郷病院に2億7

千100万円余ございます。これを新しい事務組合（企業団）が負担して行くか行かないかということで、選択肢が2つに分かれます。負債を一組が負担する場合と一組以外が負担する場合に整理させていただきました。一組以外が負担する場合というのは、構成団体である市川三郷町が直接負担する場合、この場合はバランスシートから切り離すといういわゆるオフバランスにするわけでございますが、その場合の他一組のバランスシートの中に抱え込みながら構成団体からの特別負担金を得て一組が債務を返済していく場合の、両方を含ませさせていただきます。

また、19ページには老健とその固定負債の扱いについての選択肢を示しました。老健について両病院の老健を引き継ぐ場合と引き継がない場合がそれぞれ想定されると思います。また、市川三郷の老健の長期借入金7億2,300万円余ですが、一組が負担する場合と一組以外が負担する場合とに分かれてきます。

このような形で整理させていただきますと、20ページをご覧くださいと思いますが、想定されるパターンが6つに分かれます。損益ベースは基本構想を踏襲させていただきます、病院負債の扱いについては、一組が負担する場合、一組以外が負担する場合、老健施設につきましては引き継ぐ場合と引き継がない場合、引き継ぐ場合はさらに負債を一組が負担する場合と一組以外が負担する場合に分かれます。こういった形で6つのパターンの財務シミュレーションを行いました。

21ページ以降がシミュレーションを行う上での前提条件となります。21ページが損益に関する前提条件でございます、たとえば、市川病院につきましては入院単価が2万4,500円、基本構想に掲げました一般病床40床の平均入院単価と療養病床40床の平均入院単価の平均値を算出するなど、どの様なところでそれぞれの値を求めたかというところを掲載してあります。

22ページにつきましては、室料差額、医療相談収益など外来や入院以外の医業収益、他会計負担金これは医療外収益に想定されるものでございまして、一般会計からの繰入金でございますとか、県からの補助金、患者外給食収益、預金利息という様に考えています。一般会計からの繰入金は交付税相当額としていきますので、年度によって変動がございます。このような形で、たとえば26年度市川は2億5,800万円の他会計負担金、35年度は1億9,400万円の想定をさせていただきます。

23ページは費用面での前提の値です、給与費でありますとか材料費、経費、委託費、研究研修費など現状の実績を基に、仮定を置かせていただいています。

24ページは投資に関する前提条件で、シミュレーションを行う上での仮定の数値です。鰯沢病院の買い取り経費として現在、RFOとの交渉をさせていただいていますが、仮の設定値として5億円と設定しました。また市川の病院の建物が老朽化し建て替えが必要となりますが、これがいつの時点でどれくらいの金額になるか、今後協議になる訳ですが、シミュレーションを行う上での仮定といたしまして、平成30年度に固定資本を形成し、その額は20億円という仮定を置かせていただき、シミュレーションを行っております。施設改修及び医療機器購入に関しましては、基本構想時点で市川三郷町立病院2億、鰯沢病院2億の計4億ということでご承認をいただきました。今回設備投資に関しましては、4億に足りない部分が出てくることを想定し、追加の施設・設備整備を前提としたシミュレーションをおこないました。具体的には、

鰺沢病院で施設改修、院内保育所とかあるいは医療機器の購入としてMRI、CTを購入するための経費として、3億程度の設備投資は必要であると仮に想定してシミュレーションを行いました。

長期の借入金につきましては、25ページのとおり市川三郷病院が2億7,000万円余、老健が7億2,000万円余という既存の借入を前提としてシミュレーションを行っています。

次に、26ページの新規の借入ですが、後ほど説明する分も含まれますが、開院準備や開院時の運転資金のために、借入を起こす必要があると考えています。開院準備のための設備投資として3億円程度の借入が必要になるだろうと仮定して、返済を想定しました。また開院時の運転資金として、平成26年度に短期借入金を調達し、27年度から30年度に渡り返済・調達を繰り返し順次金額を減らしながら、31年度以降は新たな短期借入は行わない経営基盤をつくっていくことを前提にシミュレーションを行いました。また、市川三郷町立病院の建て替え資金については全額起債により長期借入を行うことを前提としてシミュレーションを行いました。地域医療再生基金につきましては、基本構想で承認いただいたとおり9億1,500万円、内訳は病院の買い取りを含む設備投資7億円、電子カルテの整備に2億、バスの整備に1,500万円をそのまま計上しました。

27ページから32ページに先ほど申し上げたとおり、6つのパターンについて開業1年前の平成25年度から、開業10年目になります平成35年度までのキャッシュベースの収支のシミュレーションの結果を掲げています。医業収支と医業外の収支を掲げ、当期の経常収支を出しています。そのさらに下に投資や返済その為の資金調達の記載をして、ブロックの一番下になりますが、留保金額預貯現預金残高という締めくくりの計をしてあります。参考までに最後の6行は損益面での分析シミュレーション結果を示しています。それぞれのパターンについて数字をお示ししていますが、時間もありますので結果を33ページと34ページで説明します。

33ページが経常収支でのシミュレーション結果で、パターン1～6までを開業1年目から10年目までの折れ線グラフで表現しています。全体が大きく2つのグループに分かれており、下2つはパターン3と6でいずれも老健施設を引き継がないパターンです。上の4つは老健施設を引き継いだ場合のシミュレーションでその2つの間は1億円強の開きがあります。これで何が言えるかというと、老健を引き継ぐことでキャッシュの獲得能力が増すと言えます。いずれにしましても経常収支は、開業1年目から黒字基調になると見込まれます。

34ページは当期の資金の獲得状況を経年でグラフ化したもので、縦の計が金額、ゼロを下回る年が数年あります。平成27年度、28年度、30年度にゼロを下回り、資金が不足する年が何年か出てきますが、全体の折れ線グラフの散らばりが大きくないことが分かります、特に27年、28年、29年は脚注にありますように、開院後の運転資金を確保するため、平成26年度から平成30年の間に、毎年短期借入を行いその年度内に返済を行っていくことを繰り返し、徐々に借入金額を減らしていきます。当期の資金は不足しますが、借入を行うことで現預金残高はプラスを維持できます。また平成30年度が最も当期の資金が不足しますが、これは市川三郷病院の建て

替えに伴うもので、当期の獲得資金としてはマイナスになりますが借入を起こして建物資産と同額を調達するため、一組（企業団）の現預金残高はプラスを維持できると考えています。

以上の結果をまとめたものが35ページと36ページで、パターン1から6まで通じて大きな違いは無いといえます。パターン1で、これは老健を引き継ぎ、病院と老健の負債を一組が負担、一組にとって見れば非常に負担が重いと考えたパターンです。このパターンでも資金繰りは将来的に滞ることなく回っていくことがシミュレーション結果から見込まれます。病院負債を一組が負担する場合は、負担しない場合に比べて、最大で年間3,600万円程度資金繰りに影響があると言えます。また、老健の負債を一組が負担する場合は、負担しない場合に比べて、最大で年間8,000万円程度資金繰りに影響があると言えます。繰り返しますが、資金繰り面では将来的に滞ることなく回って行くシミュレーション結果となっています。このような形でパターン2、3、4、5、6を見て参りますと、資金繰りの余裕度という差がありますが、資金繰りは可能ではないかと考えます。

総括といたしまして37ページと38ページに病院負債の取り扱いについて、まとめを記載してあります。

37ページですが、基本構想の損益計算をベースとした場合、既存の病院負債について一組（企業団）が引き継いだとしても将来的に資金は回っていく結果となります。ただし、一組（企業団）が既存の病院負債を負担する場合は、負担しない場合に比べ資金への影響という面では、最大で年間3,600万円資金が少ない状況になります。このことから、病院負債を引き継いでも将来的に資金は回るが、一概に一組（企業団）が負担すべきとは言えず、今回のシミュレーション結果を参考に、両町で負債の扱いについて協議していくことが望ましいと考えています。

同じように老健の施設と負債の扱いについて38ページにまとめてあります。老健の負債を含めて老健を引き継いだ場合、引き継がない場合に比べて経常収支が毎年1億円強大きくなり、これは老健事業が収益に貢献するということが、キャッシュの獲得能力が高いことを示しています。後で述べますが老健を引き継いだ場合、経理面、金銭面ばかりでなく病院業務面、サービス面でもメリットが得られるため、一組（企業団）として老健を引き継ぐことが望ましいと考えられます。老健の負債について、一組（企業団）が負担する場合には、負担しない場合に比べ、当期資金で最大で年間8,000万円程度影響があると考えられます。まとめとして、老健を引き継ぐことにより、収支面としても病院運営面でもメリットが得られるため、一組（企業団）として老健を引き継ぐことが望ましいと考えられます。なお、老健の負債の処理については、病院の負債と同様、今回のシミュレーション結果を参考に、両町協議していくことが望ましいと考えます。以上がシミュレーション結果から得られるまとめでございますが、固定負債の処理と構成団体からの出資を両立させる一つの例ということで、39ページのスキームを提案させていただきます。

これは病院、老健の負債の円滑な処理と一部事務組合（企業団）の自己資本額の充実を両立させるスキームです。市川三郷町立病院及び老健施設の固定資産と固定負債の差額実質的な自己資本分、純資産といっても良いが、これを市川三郷町が一部事務

組合（企業団）に現物出資していただき、これと同額（等価）を富士川町が金銭出資するというものです。これは、先ほど申しましたように、老健と病院の負債を一部事務組合（企業団）が引き継ぐということを前提としたスキームになっています。下のほうに図を書かせていただきました、市川三郷町は現物出資をしていただき、富士川町はそれと等価の金銭出資をしていただき、市川三郷町の現物出資の価値を算定するために、固定資産の額から固定負債の額を引いたものが実質的な自己資本、純資産としての価値となると考えています。固定資産の額がどの程度になるか、不動産鑑定評価が終了していないので申し上げられませんが、仮に固定資産が20億とすると、先ほど見ていただいたとおり、病院と老健の負債約10億円を差し引いたところの10億が純資産額となります。ただその際に右に脚注を付けさせていただきましたが、固定資産額の算定に当たっては、資産形成に係る市川三郷町の寄与分として、国や県の補助金相当額を差し引いた資産価値を算定する必要があるため、不動産鑑定評価額に一定の歩掛率を乗じて固定資産額を評価するという方法が考えられると思います。これはあくまで一つのスキームを提案するもので、不動産鑑定評価もまだ出ていませんので、このような解決方法が考えられることを、一つの案として提案させていただきます。

次に、40ページでございますが、先ほど申しましたように開院直後に資金不足が想定されます。開院後約3ヶ月に渡って保険審査機関からの診療報酬の入金が無い状態が続きます、おそらく6月下旬くらいにならないと診療報酬が入って来ないので、その間の収入は現金収入、本人負担分のみとなり、それを積算しますと支出と比べ10.9億円の現金不足が発生することが想定されます。これにつきましては、構成団体からの出資金、先ほどのスキームで言えば富士川町の出資分、これに一時借入金を補完することなどで対応できると考えています。これまでを総括して、開院前から開院直後までに必要な資金と調達方法を整理したものが41ページの表です。

項目、調達方法と左から右へ見ていただき、市川三郷病院の改修、鰯沢病院買い取り、電子カルテ整備、バス運行整備、それから鰯沢病院の買い取り額がいくらになるかということもあり正確に申し上げられませんが、設備投資の一部に付きまして、地域医療再生基金を当てることが認められています。これに、その他設備投資として追加で必要になる部分を含めまして、設備資金が14億円強必要になり、基金のほか必要な部分は起債等で賄うことが必要となります。また、運転資金については10.9億円が必要となり、出資金と一時借入金で賄っていく。返済が必要な借入金は、先ほど申しましたように、病院と老健分合わせて約10億円ありますが、一部事務組合（企業団）もしくは町が負担するということとなりますが、39ページで示したスキームによると一部事務組合（企業団）の負担になると思います。

42ページですが、老健施設を引き継ぐメリットが金銭面以外にも認められます。企業団の経営方針や目標に向け、病院と一体となって活動できること、或いは企業長の管理のもと、病院と老健間の人事異動がスムーズにできること。同一団体ですのでカルテ共有ができ、円滑に患者の治療に関する情報をやり取りできること。患者へのサービス面では、老健でリハビリを行うなどしながら在宅への復帰準備を行うことができること。また、老健の入所者の容態が悪化したときに、すぐに隣にある病院で対

応できることなど、いくつものメリットが認められます。一番下にありますが、老健の扱いについて、統合病院として両病院の老健を引き継ぐことにより、経営方針や運営管理について共通の考え方・仕組みにより運営を行うことができ、結果として病院の患者及び老健の入所者にとっても大きなメリットになるなど、デメリットを上回る効用が期待できる。このため、老健施設については、一部事務組合（企業団）に引き継ぐことが望ましいことを、この旨提案させていただきました。以上が財務分析とそれに基づく財務シミュレーション、さらに、財務シミュレーションの結果から得られるいくつかのご提案となります。

4 3 ページ以降は会計処理方法の設定についてでございます。

4 4 ページを見ていただければと思いますが、いくつかの点で2つの病院が一つになりますので、検討すべき項目がいくつかあります。例えば会計基準、これは企業団になりますので、地方公営企業会計に会計基準を合わせる必要があります。26年4月の開院時に基準が変わってきますので、対応する必要があります。会計方針についても、例えば棚卸資産の評価や減価償却資産の償却方法等、決めるべきことがあります。4 4 ページの最後から4 5 ページにかけて、勘定科目あるいは補助科目の設定についてルールをつくる必要があります。特に勘定科目ですが、新しい会計基準の内容によって、市川三郷の借入資本金を他会計長期借入金である負債とみなすことによって、貸借対照表等への影響があると思われれます。

4 5 ページは帳簿体系、財産目録、資産管理番号で、会計帳簿の種類とか書式、財産目録については目録の作成や分類方法などについて決めていく必要があります。資産の管理番号については、両病院の共通のナンバーを付してどちらの資産か明示できる方法が望ましいというような整理をさせていただきました。

4 6 ページは集計の単位、データ集計を行う際の集計の単位、財務会計システム、現在それぞれの病院が違ったシステムを採用しているので統一していくことが望ましいと考えております。会計の監査につきましても、委託によるか監査人による会計監査によるか今後協議していく必要があると考えております。長くなりましたが、財務会計計画については以上でございます。よろしく申し上げます。

○議長

ただいま財務会計計画につきまして細かく分析した結果やシミュレーション等々、詳しく説明をいただきました。委員の皆様のご意見ご質問等ございましたらお願いいたします。

考え方としてはこのお示しいただいた方向でよろしいでしょうか。負債の扱いその他老健のことを含めて、両町で協議していくことがありますから、両町でしっかり協議していきたいと思っております。それ以外の部分ではよろしいでしょうか。ご意見等あればお聞きしたいと思います。原案の方向で進めていくということと、両町で協議するという部分がありますから、両町でしっかり協議をしていきたいと思っておりますが、よろしいでしょうか。

(はいの声)

○委員

市川三郷町立病院の建て替えが5年後の30年とあり、その中で固定資本形成と仮定とあるわけですが、30年度に仕上がるということですのでよろしいかその辺を確認したいです。

○議長

事務局でお願いします。

○事務局

30年度に固定資本形成といいますのは、30年度に完了するという意味でございます。これは先ほど申しました、シミュレーションを行う上での仮定ということでありまして、実際の整備は施設の状況等に応じましてこれより先の場合もありますし、前の場合もあると思いますので、その旨ご承知いただきたいと思っております。

○委員

状況に応じてということかと思いますが、どっちにしても一部事務組合が立ち上がったからの審議になるかと思っておりますけれども、非常に市川三郷町立病院は老朽化しております。水回り等いつパンクするかわからないという点がございまして、組合が設立して審議する中で、基本的な構想も速やかに審議に入ることになっておりますので、その辺はこの状況を見ながら、状況によっては早くなるということですのでよろしいでしょうか。

(はいの声)

わかりました。

○議長

それ以外、ございますでしょうか。

(なし)

なければ、この方向で進めさせていただき、両町協議の部分が残っておりますけれども、両町でしっかり協議をしまいたいと思っておりますが、よろしいでしょうか。

(異議なし)

そのように進めさせていただきます。

(4) 管理運営計画について

○議長

次に議事の4、管理運営計画につきまして、事務局から説明をお願いいたします。

○事務局

資料4-1により、管理運営計画について、引き続き、説明をさせていただきたいと思っております。資料の4ページをご欄いただきたいと思っております。管理運営計画につきましては、診療分野と管理分野に分け、それぞれの分野につきまして、外来・入院や手

術、救急といったような項目について、目標を設定し、目標を達成するための具体的な取り組みについてそれぞれ協議をしまいたったわけですが、今回、透析、検査検診・放射線、薬剤、リハビリテーションといったところの目標設定を、した上で、全ての項目について具体的な取り組みの方向性を協議させていただきたいと思っております。それぞれの内容につきましては資料4-2において、目標と具体的な取り組み、それから、それを補完するためのイメージ図で整理させていただいております。内容的には資料4-1と重なってまいりますので、資料4-2をご覧くださいながら説明をさせていただきたいと思っております。

1 ページの外来・入院でございますが、目標については前回ご承認いただきました。具体的な取り組みにつきましては、開院時までの具体的な取り組みと、開院後短期の取り組み、中長期の取り組み、その結果、期待される効果、という形で整理をさせていただきました。開院時までの取り組み項目といたしましては、医師・看護師・コメディカルの要員の再配置や異動、山梨大学や他病院と統合病院間での役割明確化、統合病院内での各科目における診療対象疾患の特定、診療ラインの流れといったところを整理させていただきました。特に、統合病院内での各科目における診療対象疾患の特定につきましては、各診療科内でどの疾患を診ることができ、どの疾患を診ることができないかということ、明確にしていくということが必要になってまいります。例えば、消化器科におきましては、肝炎・肝硬変は積極的に対応していきませんが、食道がんについては対応できないといったようなこと、これは例示でございますが、対応できる部分を明確にするという作業をしていただく。その下でございますが、診療連携の流れの整理ということでございまして、特に、急性期から回復期に流れる患者の診療内容について、統合病院間、2つの医療施設間の役割を明確にし、スムーズに流れるしくみづくりをしていく必要があります。下に資料1ということで整理をさせていただきました。統合病院における診療の流れでございます。基本構想に基づき、富士川病院が急性期、市川三郷病院が急性期以外を主に担っていただくという整理が行われておりまして、疾病の段階といたしましては富士川病院が高度急性期や一般急性期に対応し、市川三郷病院は亜急性期以降に対応するということを想定しております。平均在院日数につきましては、これはあくまで想定でございますが、富士川病院で高度急性期・一般急性期を含めまして、1ヶ月程度までということでございまして、それ以降の長い療養期間はリハビリ等を行いながら在宅への復帰のための療養を市川三郷病院で過ごしていただくという想定となっております。対応病床につきましては、平成31年開設を目指します、富士川病院の7対1看護、54病床が高度急性期を担っていただき、10対1看護の100床が一般急性期、市川三郷病院では40床の一般病床と40床の療養病床がございますので、それぞれ、亜急性期回復期と維持期、療養期を担っていただくということを想定しております。今後は一つの団体になりますので、連携はスムーズにまいるわけですが、さらに、連携をスムーズにしていくために、橋渡しになる部署が必要ではないかと考えておりまして、病院間の橋渡し役として地域連携室等を活用し、院内連携をより強固なものとしていく必要があると考えております。

2 ページは、手術に関することでございます。手術に関しましては、目標は前回協

議させていただきました。具体的な取り組みに関してですが、開院時までの取り組みの2項目目、統合病院にて行う手術症例の検討ということで、どの症例の手術は積極的に行うかということについて、目安になるものを設定していく必要があるのではないかと考えております。例えば、消化器科におきましては、肝炎・肝硬変は対応していくが、食道がんは対応できない、先ほどと同じようなことでございます。また、手術関連設備・機器の購入検討や実施をするということは開院時までに是非必要であるものと考えております。老朽化により更新が必要な設備・機器の購入を検討し実施するといったようなことが具体的な取り組みの内容となります。

次に救急に関することとございます。これも目標については前回協議したところでありますので、具体的な取り組みについて説明させていただきます。2項目目でございますが、山梨大学・他病院と統合病院間での役割明確化ということでございまして、現状の救急医療指定5病院との輪番制のあり方について再検討を行っていくということが必要となってきます。これは峡南の2次輪番のイメージ、2次救急病院の輪番体制を今現在とっておりますけれども、それをどのように考えていくかということ資料2に例をお示ししております。左側が現状でございます。夜間・休日とも峡南地域の5つの病院、峡南中南部の身延山・飯富の2病院を含む5病院の輪番体制を夜間・休日輪番でそれぞれつくっております。これが統合後、どのような形となるかということとございますが、富士川病院は365日24時間稼働するということを前提にしつつ、峡南地域全域の救急医療における砦となっていただく。また、市川三郷病院はマンパワーの問題で、休日輪番には加わるが夜間輪番は行わないこととさせていただきながら、ただし、夜間に急患が発生した場合にはオンコールで対応できる体制を整えていただきたいと思いますと考えております。3ページは以上でございます。

4ページをご覧くださいと思います。透析についてでございます。透析については今回、目標から説明させていただきたいと思います。目標は開院時において、透析機能の提供が市川三郷病院で行われているということ、開院後につきましては、いろいろなことを契機に適宜見直しが行われている状態ということを目指したいと考えております。具体的な取り組みといたしましては、開院時までに現状機能の維持ということで透析機能を維持すること、開院後は大型医療機器の買い替え等のタイミングに地域状況等考慮して機能の見直しを検討し、実施するというのも考えていくということを提案させていただきたいところです。検査健診・放射線につきましても、目標から説明させていただきますが、開院時までにCT、MRI、レントゲン検査等、両病院とも既存の機能を提供していくということを前提に考えさせていただいております。開院後につきましては必要な機器の買い替えが行われ、特に富士川病院については検査機能が強化されている状態を目指したいと考えております。具体的な取り組みといたしましては、特に富士川町などで関連する自治体向けの健診、周辺自治体への営業活動等を、積極的にやっていただく、また、開院後につきましては、2項目目でございますが、企業健診の取り込みに向けて健診担当者が企業に積極的に出向き本院の企業健診サービスについてPRしていく、ということを目指したいと思います。薬剤に関しましても目標からになります。同一の薬剤に関する仕入れが同一の仕入先から行われていること、また、承認や品目情報が共通化されていることを目指

したいと思います。このため、開院時までの取り組みとして、品目マスタ・品目情報を統合するとともに、新薬承認のルートを両病院で統合するという手続きが必要となってまいります。また、その後、開院後、短期・中長期を通じましてコスト削減施策といたしまして、例えば、他の病院との共同購入でありますとか、SPDと言いまして、これは院内在庫を持たない、SPD業者に院内に入っただき、倉庫の管理委託をしていただく。そこから払い出しをして、消費をした段階で支払いが発生するというのでございまして、無駄な在庫を持たない、いわゆるロスが生じないということで、コスト削減策につながると言われております。こういったようなものを積極的に導入していくことを提案させていただきたいと思っております。

5ページは、リハビリについてでございます。リハビリにつきましては開院時までに、市川三郷病院で回復期のリハ、富士川病院においては急性期のリハという役割分担で提供を願いたいと考えております。このための具体的な取り組みといたしまして、診療対象疾患の特定ということでございますが、急性期と回復期のリハビリテーションについて幅広く受けつつも、両病院が受け入れできる範囲について目安を設定することが必要になってまいります。これは資料4を見ていただきたいと思います。急性期のリハビリと回復期のリハビリの違いということでございまして、急性期病棟において行われるリハビリは廃用症候群、過度に安静にすることや活動性の低下によりまして、手足が動かなくなってしまうというようなことを防ぐために、手術後数週間の間立ち上がりの訓練ですとか、起き上がる訓練を行うというものでございます。我々がイメージするところの多くの部分のリハビリテーションは回復期のリハビリということでございます。これは市川三郷病院の方で主に行っていただくということでございまして、運動療法や物理療法、日常生活動作訓練といったようなことを幅広く行っていただくという役割分担になろうかと思っております。また、開院後短期の段階で回復期リハビリテーション病棟を開設する、病床稼働率や院内インフラがそろえば、この回復期リハビリテーション病棟の開設申請を行うということ具体的な取り組みとして提案させていただきたいと思っております。これは、さんむ医療センターを視察した折に、この回復期リハビリで大きな収益を得ているという説明があったところでございます。資料5でございます。回復期リハビリテーション病棟には施設基準があって、1～3までございます。それぞれ、マンパワーの設置状況、或いは在宅への復帰率や重症患者率といったものに応じて認定が受けられるわけですが、一番下の行になります。病棟入院料1日当たり、1であれば1,900点、3であれば1,600点というように、一定の収益が得られるということで、収益の柱として期待が出来るのではないかと考えているところでございます。

次に、給食でございます。7ページでございますが、これも目標からの説明とさせていただきます。開院時までに入院患者に対して、特に急性期の術後管理として、栄養サポートチームによる栄養管理が行われている状況を目指したいと考えております。業務につきましては現状どおり、市川三郷病院では直営、富士川病院では委託で行うということ前提とさせていただいております。このための具体的な取り組みといたしまして、開院時までに、市川三郷病院におきましては、医師、管理栄養士等を中心に栄養サポートチームを立ち上げるということ、富士川病院につきましては現在も栄

養サポート委員会がございまして、活動が休止している状態でございますので、稼働を再開し、患者の栄養管理を行っていただくというを目標していただきたいと思います。各種指定につきましては今回初めてとなりますので、目標からとなります。市川三郷病院は救急告示、へき地医療拠点病院として期待される機能、富士川病院は救急告示、地域災害拠点病院として同じく機能を発揮していくという状況を目指したいと考えております。このため、開院時まで、移行実務計画の中でも申し上げましたが、それぞれ、指定を受けるための申請を行っていただきたいと思いますと考えております。

8ページでございます。在宅診療でございます。在宅診療につきましても今回、目標からとなります。市川三郷病院に在宅診療部を設置し、在宅診療支援の強化に向けた準備が出来ている状態を開院時までに達成したい、その後開院後短期の段階で市川三郷病院に勤務する医師の方に認知症サポート医の登録をしていただき、認知症のサポートが円滑にできる状態を目指したいと考えております。認知症サポート医というのは初期診断や専門医への紹介を行っていただく役割がございまして、今、峡南医療圏に3人の方が認知症サポート医として登録されているということでございます。具体的な取り組みといたしまして、開業医との役割明確化ということが必要になってまいります。2項目目でございますが、市川三郷病院で診る患者さんと、開業医が診る患者さんを区分する、目安を設定することが必要になってまいります。病院は、開業医の支援を行うという立場で在宅診療支援を行っていただくという立場でございまして、開業医の方がフォローできない分野を病院のほうで行うということが必要になってまいるかと思っております。資料7で説明させていただきます。開業医のいない地域への巡回診療や在宅診療を行ったり、開業医はいるけれども、開業医では扱えない難易度の高い疾患に対応するというを病院でやっていただくことを想定させていただいております。次に、受付でございます。目標といたしましては、外来・入院を問わず、同一の流れで患者の受付が行われていること、また、開院時までに患者を認識するためのIDが共通されること、また、開院後最初の診療時までに患者の方が新しい診察券を使えるようにすることを目標として掲げさせていただいております。このための具体的な取り組みといたしまして、開院時までに業務の統合や患者名簿の名寄せ等を行い、診察券の更新時期の検討を行い、開院と同時に既存患者に対しても、都度統合診察券に更新するというを行ってまいりたいと考えております。

9ページをご覧くださいと思います。診療体制でございます。これは目標は前回ご覧いただきましたので、具体的な取り組みについて説明させていただきます。開院時までに、医師、看護師、コメディカル等の要員再配置や異動を行うということでございます。各診療科目の機能や要員数を決定し、具体的な人材を当てはめ異動させるということでございます。これは資料8を見ていただきたいと思いますと思いますが、要因の配置に関するイメージでございます。現状、鰯沢病院のみ開設している診療科について、今後、市川三郷病院でも外来を開設する場合の例ということでございます。全ての医師・看護師が両方の職務を兼務していただくわけではなく、一部の医師が両病院を兼務していただく、富士川病院に籍をおきながら、両病院の診療を兼務、例えば曜日単位で兼務していただくというようなイメージをもっております。中でも、医師B、

C、看護師Dといったように今までどおり富士川病院のみで診療する方も当然いらっしゃるということをイメージしております。こういったことをローテーション勤務の一例として提案させていただきたいと思っております。また、開院時までの2項目目ですが、総合医研修体制や方法の検討ということで、急性期から回復期・維持期まで幅広く診ることができる総合医、総合診療医とも申し上げますけれども、これを育成するための体制や研修内容、ローテーション方法などについて検討し、研修プログラムを作成するということが必要になってくると考えております。総合医につきましては資料9、下の図で説明をさせていただいております。総合医は今、国の検討会でも専門医としての総合医の資格認定のあり方などについて検討が行われておりますが、初期診断を行い、疾患のレベルや重症度などを鑑みて最適な治療が受けられる病院へ転院を促すということで、ゲートキーパーの役割を果たしていただく方でございます。こういった方を人材育成するための拠点として、市川三郷病院がその機能を発揮していただくとすることを想定させていただいております。

10ページをご覧くださいと思います。以降が管理分野でございます、特に事務的な項目が多くなっています。経営管理や経理に関しては、両病院とも経営分析が同じフォーマットでできているということが大前提になります。このための具体的な取り組みとして、貸借対照表や損益計算書といったような財務諸表、或いは経営フォーマットに関して、両病院共通の様式を作成するということが必要になります。また、会計ルールも統一したものとして設定するということも必要になってまいります。中長期的な取り組みといたしましては、人材育成が必要になってまいります。経営分析が自らできる担当者を育成するということで、経営分析ソフト等を用いて経営分析が行える担当者を養成していくということが必要であります。10ページの下は購買に関するものでございます。物品の購入に関する申請・承認、或いは管理の方法が両病院で共通化されているということございまして、これも具体的な取り組みといたしましては、これらのルールについて両病院共通のものが設定されていること、また、物品管理の方法についても同じようなルールが設定されているということが必要になってまいります。先ほど、薬剤の部分でSPDという、在庫を持たないコスト削減策を紹介させていただきましたが、医療材料品につきましても、同じようにSPDの導入が考えられるのではないかと考えております。

11ページをご覧くださいと思います。医事に関してでございます。いわゆる診療報酬の請求に関してですが、請求の手続きが両病院で共通化されているということが大きな目標となります。また、中長期的な目標としては、診療報酬の査定減が減少し、適切な診療報酬が得られている状態を目指すということが必要になってまいります。このために、査定減を減らすことを目的として、両病院の担当者が勉強会を開催し、手続きに関して習熟していただくということが必要になってまいります。また、保険診療外収入の価格設定につきましても、両病院で統一の基準による価格体系を設定する必要がございます。総務に関しましては、両病院共通の認識として、出勤や退勤、或いは欠勤の管理など、勤怠管理の方法について、両病院共通の方法、手順や帳票等で行われていることが開院時までの目標となります。また、例規等が両病院で統一化されていることも必要になってまいります。このために、勤怠管理に関しまして

は、両病院のルールを設定すること、或いは統合病院として統一した例規を整備していくということが今後必要となってまいります。

12ページをご覧くださいと思います。地域連携でございます。これは管理分野に整理させていただいておりますが、医療・診療面でも大きく係わりが出てくる部分でございます。現在両病院で行っている連携方式やシステム、帳票の共通化ができていて、特に内科や外科、整形外科、リハビリ科、小児科、健診といったような診療科に関しましては、地域の開業医との間で連携が強化されている状態を目指したいと考えております。このために、開院後短期の取り組みの中に地域連携パスの作成、これは資料10、下のほうで表示をさせていただいております。これは急性期病院から回復期病院、診療所から統合病院、老健など介護施設から療養型病院といったように、医療施設間同士の連携がスムーズにできるためのパスになってまいります。右側に脳卒中の場合の地域連携パスの一例を掲げさせていただいております。施設ごとの治療経過でありますとか、患者の状態を示し、スムーズな受入を行うために共通したフォーマット、様式が必要となってくると考えております。こういったものを作成し、運用していくということが必要ではないかと考えております。

13ページをご覧くださいと思います。業務連携に関しまして、開院時までには部門ワーキングを定期的で開催し、個別課題について検討が行われている、これは移行実務計画の中でも、両町・両病院職員によるワーキンググループということで、整理をさせていただいておりますが、こういったことが必要になってきます。このために、開院時までには職種別にワーキングを立ち上げ、職種に関連する個別の課題について検討を行うこと、或いは顔が見えるコミュニケーションを行うことが必要になるだろうということで、定期的な職員懇親会といったことも必要になってくると考えております。情報システムに関しましては、両病院の情報システム、これは、診療上必要になる電子カルテや医事会計といったもののほか、勤怠管理や給与計算、或いは職員間のイントラネットであるグループウェアについても共通化されているということを開院時までの目標としております。さらに、電子カルテシステムについては、山梨大学医学部附属病院と連携されている状況を目指したい、このため、開院時までの具体的な取り組みとして、情報システムの選定を行い、導入システムの習熟を行っていく必要があると考えております。組織体制につきましましては、両病院を統括する本部機能が新たに設置され、経営状況を一元的に把握し、人員や資金をコントロールできている状態を目標としております。このための具体的な取り組みといたしまして、両病院を統括する本部機能を新たな部門として設定するか、若しくは両病院のどちらかの部門にその機能を持たせるかといったところについて、今後、検討していく必要があると思います。

14ページでございます。要員数や勤務体系でございます。これは、診療機能を十分に提供できる職員数の確保、或いは職員が働く上で過度に負担がかからない勤務体系が整備されているということが必要であります。このために、要員数を各部門ごとに設定し、配属する職員を選定するとともに、勤務体系を設定していく必要がございます。次に、会議体でございます。法律上設置が必要な委員会、或いは法律上設置が必要とされないまでも病院の運営上必要な委員会、これを両病院で同一の名称、同一

の目的のもとで、それぞれ、若しくは両病院全体として設置されている状況を目指したいと考えております。このために開院時までには、統合病院として必要な委員会など、会議体の洗い出しを行い、設定していく必要がございます。最後に、研修体制になります。研修につきましては、各職種のスキル向上に向けた研修メニューが設定され、両病院で共通のものが整備されているという状況が必要になります。このため、開院時までの具体的な取り組みとして、過去の研修に対する意見を基に、職員の研修メニューを設定し、中長期的に見直しを行うということが必要になってまいります。以上が前回の残りの目標設定と目標の達成に向けた具体的な取り組みについてであります。このような形で管理運営計画を策定させていただければと考えております。よろしくお願いいたします。

○議長

ただいま事務局から管理運営計画につきまして、外来・入院、手術、救急、最終の研修体制まで14ページにわたって、説明をいただきました。委員の皆様のご意見、ご質問等ございましたらお願いいたします。

(意見等なし)

○議長

基本的にはこの方向で進めるということよろしいでしょうか。

(異議なし)

○議長

それでは、議事の4、管理運営計画につきましては、この方向で進めることといたします。

以上で予定されました議事はすべて終了いたしました。その他といたしまして、何かございますでしょうか。

(意見等なし)

無いようですから、以上で議事を終了し、議長の任を解かさせていただきます。ご協力ありがとうございました。

※ 議事終了後、事務局から、次回開催予定について連絡し、全委員により次のとおり日時が確認された。

・平成24年度 第5回峡南北部二病院統合協議会

1 日 時 平成25年3月28日(木) 午後7時～

2 場 所 市川三郷町役場1階会議室

<照会先>

山梨県福祉保健部医務課 地域医療再生担当
直通055-223-1483