

新公立病院改革プランの概要

団体コード	198731
施設コード	001

団体名	身延町早川町国民健康保険病院一部事務組合							
プランの名称	飯富病院経営健全化計画							
策定日	平成 28 年 3 月 31 日							
対象期間	平成 28 年度 ~ 平成 33 年度							
病院の現状	病院名	身延町早川町国民健康保険病院一部事務組合立飯富病院	現在の経営形態			公営企業法財務適用		
	所在地	山梨県南巨摩郡身延町飯富1628						
	病床数	病床種別	一般	療養	精神	結核	感染症	計
			61	26	0	0	0	87
一般・療養病床の病床機能	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計※	※一般・療養病床の合計数と一致すること		
		41	20	26	87			
診療科目	科目名	内科、外科、整形外科、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科、精神科、肝臓外科、リハビリテーション科、放射線科、救急科(計11科目)						
(1) 地域医療構想を踏まえた役割の明確化	① 地域医療構想を踏まえた当該病院の果たすべき役割(対象期間末における具体的な将来像)	<p>公立病院はその開設の経緯、立地条件、規模等様々です。各々その役割も一様でなく、地域住民の意向により開設されたものであり、住民の意向に沿って運営が行われるべきものと考えます。当院においても一律に政策医療(高度・特殊・先進的医療)等、医療の範囲を限定すべきではなく、むしろ政策医療より一般医療(地域医療)の充実を目指すべきだと思います。公共性と企業性を最大限に発揮しつつ、以下の項目の実現を目指します。</p> <p>①へき地医療、在宅医療の充実を図り、地域住民の医療・福祉・介護の確保に貢献する。</p> <p>②24時間対応できる救急医療体制の維持。</p> <p>③峡南地域災害協力病院として災害時に対応できる施設の充実と人材確保、備蓄資材の確保に努める。</p> <p>④高齢化と人口減少が激しい過疎地域において、行政と密接な連携を構築し、地域包括ケアシステムの中で中心的役割を果たす。</p> <p>⑤過疎地域での職場の確保に貢献。</p> <p>⑥未病の可視化から生活習慣病予防、運動の習慣化など健康生活が地域活性化につながる仕組みを構築する。</p> <p>⑦認知症患者を地域で支援するシステムを構築し、認知症患者にやさしい地域づくりを推進する。</p> <p>⑧地域医療・ケアを実践できる人材の育成強化。</p>						
	平成37年(2025年)における当該病院の具体的な将来像	<p>二次医療圏において、飯富病院を中心とする地域包括ケアシステムを構築し、高齢者の医療・介護・福祉の全国的先進地域の形成を目指す。そのために、病院内に保健福祉センターを併設し、行政機能と密接でスピード感のある連携をとりながら多様化する住民ニーズに効率且つ効果的に応える体制づくりを推進する。また、今後の人口減、高齢化の動向により、身延山病院との役割分担を明確にし、連携を強化するが、身延町、早川町に南部町も入った組合立の病院として合併も視野に入れるべきと考える。</p>						
(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	<p>地域包括ケアシステム構築において、介護・福祉・行政との連携、住民の理解と協力は不可欠である。平成18年度に「できる限り住み慣れた地域で、最後まで尊厳をもって自分らしい生活を送りたい」という多くの人々の願いに応ずるべく、地域密着型サービスや地域包括支援センターの創設、平成24年度には医療・介護・予防・住まい・自立した日常生活の支援を一体的に提供する「地域包括ケアシステム」の実現に向けた取り組みをスタートさせた。病院周辺の身延町、早川町は日本一高齢化が進んだ地域で、人口が激減する中、在宅医療・介護を支えることが非常に難しい状況にあるため、急性期機能を維持したまま回復期、ポストアキュート、更には在宅まで病院機能を拡充し、地域に密着したケアミックス型医療に再構築する必要性にせまられている。</p> <p>平成26年4月の診療報酬改定により地域包括ケア病床の施設基準が新設された。当院は平成27年7月にこの施設基準の2を、10月に施設基準の1を取得した。地域包括ケア病床1の機能は①急性期治療後の患者を受け入れ継続的な治療とリハビリを行なう機能(ポストアキュート)。②高齢者施設や在宅療養患者の急性増悪などの軽中度の救急患者を受け入れる機能(サブアキュート)。③受け入れた患者にリハビリを実施し自宅や施設に帰れるまでの状態に回復させる機能(在宅復帰)。④短期滞在手術、透析、化学療法機能があり、これらは当院が地域で果たすべきケアミックス型医療には必須の要素である。今後の地域包括ケアシステムにおいて、「医療」の部分を担当することは言うまでもないが、入院から在宅にスムーズに移行するための準備、調節をするプロセスとして地域包括ケア病床を考えている。</p> <p>また、現在当院に併設している介護老人保健施設も在宅復帰を支援する施設であり、協力型臨床研修病院、災害協力病院などの機能に加え、全国自治体病院協議会の地域包括医療・ケア認定施設として地域包括ケアに関与している。今後、地域住民の理解、援助、協力が必要であることから、病院医療者と在宅・介護・福祉関係者との「顔の見える交流」を進めると同時に、今後の医療需用の見直し、現在の医療体制の問題点、地域包括ケアシステムの必要性について啓蒙していかなければならない。さらに、地域の情報を集約しコーディネートする事務局機能も必要であり、当院に併設している峡南在宅医療支援センターはその機能を担うことになると考える。</p>							

別記1

<p>③ 一般会計負担の考え方 (繰出基準の概要)</p>	<p>公立病院は、地方公営企業として運営することとされており、独立採算を原則とすべきものです。一方、地方公営企業法では、「その性質上当該地方公営企業の経営に伴う収入をもって充てることが適当でない経費」及び「当該地方公営企業の性格上能率的な経営を行ってもなおその経営に伴う収入のみを充てることが客観的に困難であると認められる経費」については、一般会計等において負担するものとされています。当該公立病院の提供する医療等のうち一般会計等において費用負担が行われるべきものの範囲についての考え方及び一般会計負担金の算定基準(繰出基準)について明らかにする必要があります。公立病院は、自治体病院としての役割や都道府県の医療計画を踏まえた役割などを果たすうえで、救急医療など不採算となる事業についても行わなければならない。一般会計からの負担は、そのような点に着目して行われるものです。負担の基準については、地方公営企業法に基づき、毎年度総務省より通知される「地方公営企業繰出金について」に定められており、次のとおりです。①「病院の建設改良に要する経費」②「へき地医療の確保に要する経費」③「結核病院の運営に要する経費」④「精神病院の運営に要する経費」⑤「リハビリテーション医療に要する経費」⑥「周産期医療に要する経費」⑦「小児医療に要する経費」⑧「公立病院附属看護師養成所の運営に要する経費」、⑨「院内保育所の運営に要する経費」⑩「救急医療の確保に要する経費」⑪「附属診療所の運営に要する経費」⑫「高度医療に要する経費」⑬「保健衛生行政事務に要する経費」⑭「経営基盤強化対策に要する経費」地方公営企業繰出金については、毎年度地方財政計画において公営企業繰出金が計上され、直接医療に関わる部分だけでなく、例えば、①健康教育、集団検診、健康増進、疾病予防に要する費用、②医療相談に要する費用、③訪問看護ステーションや地域包括医療センター等との連携に要する費用、④通所リハビリや訪問リハビリ等のリハビリテーションに係る費用、⑤病院が中心になって行う保健・福祉等に関する一般行政部門との共同研修等に要する費用なども繰出しの基準とされています。したがって、飯富病院が行っている地域包括医療・ケアも一般会計の繰出しに該当すると考えられます。現行、構成自治体(身延町、早川町)から支出される飯富病院への繰出し金は企業債元利償還金の8割と定められ、両町の分賦割合は、均等割合100分の35、人口割100分の32.5、患者割100分の32.5と規約定められている。現在の身延町の負担割合は73.48%、早川町が26.52%となっている。</p>																																																																																								
<p>④ 医療機能等指標に係る数値目標</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="188 748 427 770">1)医療機能・医療品質に係るもの</th> <th data-bbox="435 748 555 770">26年度(実績)</th> <th data-bbox="563 748 683 770">27年度</th> <th data-bbox="691 748 810 770">28年度</th> <th data-bbox="818 748 938 770">29年度</th> <th data-bbox="946 748 1066 770">30年度</th> <th data-bbox="1074 748 1193 770">31年度</th> <th data-bbox="1201 748 1321 770">32年度</th> <th data-bbox="1329 748 1441 770">備考</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="188 779 427 801">救急患者数(夜間)</td> <td data-bbox="435 779 555 801">434</td> <td data-bbox="563 779 683 801">450</td> <td data-bbox="691 779 810 801">450</td> <td data-bbox="818 779 938 801">450</td> <td data-bbox="946 779 1066 801">450</td> <td data-bbox="1074 779 1193 801">450</td> <td data-bbox="1201 779 1321 801">450</td> <td data-bbox="1329 779 1441 801">450</td> </tr> <tr> <td data-bbox="188 810 427 833">救急患者数(休日)</td> <td data-bbox="435 810 555 833">709</td> <td data-bbox="563 810 683 833">720</td> <td data-bbox="691 810 810 833">720</td> <td data-bbox="818 810 938 833">720</td> <td data-bbox="946 810 1066 833">720</td> <td data-bbox="1074 810 1193 833">720</td> <td data-bbox="1201 810 1321 833">720</td> <td data-bbox="1329 810 1441 833">720</td> </tr> <tr> <td data-bbox="188 842 427 864">救急車受入件数</td> <td data-bbox="435 842 555 864">379</td> <td data-bbox="563 842 683 864">400</td> <td data-bbox="691 842 810 864">400</td> <td data-bbox="818 842 938 864">400</td> <td data-bbox="946 842 1066 864">400</td> <td data-bbox="1074 842 1193 864">400</td> <td data-bbox="1201 842 1321 864">400</td> <td data-bbox="1329 842 1441 864">400</td> </tr> <tr> <td data-bbox="188 873 427 896">手術件数</td> <td data-bbox="435 873 555 896">148</td> <td data-bbox="563 873 683 896">160</td> <td data-bbox="691 873 810 896">160</td> <td data-bbox="818 873 938 896">160</td> <td data-bbox="946 873 1066 896">160</td> <td data-bbox="1074 873 1193 896">160</td> <td data-bbox="1201 873 1321 896">160</td> <td data-bbox="1329 873 1441 896">160</td> </tr> <tr> <td data-bbox="188 936 427 958">2)その他</td> <td data-bbox="435 936 555 958">26年度(実績)</td> <td data-bbox="563 936 683 958">27年度</td> <td data-bbox="691 936 810 958">28年度</td> <td data-bbox="818 936 938 958">29年度</td> <td data-bbox="946 936 1066 958">30年度</td> <td data-bbox="1074 936 1193 958">31年度</td> <td data-bbox="1201 936 1321 958">32年度</td> <td data-bbox="1329 936 1441 958">備考</td> </tr> <tr> <td data-bbox="188 967 427 990">卒後臨床研修医受入数</td> <td data-bbox="435 967 555 990">8</td> <td data-bbox="563 967 683 990">10</td> <td data-bbox="691 967 810 990">15</td> <td data-bbox="818 967 938 990">15</td> <td data-bbox="946 967 1066 990">15</td> <td data-bbox="1074 967 1193 990">15</td> <td data-bbox="1201 967 1321 990">15</td> <td data-bbox="1329 967 1441 990">15</td> </tr> <tr> <td data-bbox="188 999 427 1021">医学生実習受入数</td> <td data-bbox="435 999 555 1021">10</td> <td data-bbox="563 999 683 1021">10</td> <td data-bbox="691 999 810 1021">10</td> <td data-bbox="818 999 938 1021">10</td> <td data-bbox="946 999 1066 1021">10</td> <td data-bbox="1074 999 1193 1021">10</td> <td data-bbox="1201 999 1321 1021">10</td> <td data-bbox="1329 999 1441 1021">10</td> </tr> <tr> <td data-bbox="188 1030 427 1052">人間ドック受入数</td> <td data-bbox="435 1030 555 1052">23</td> <td data-bbox="563 1030 683 1052">30</td> <td data-bbox="691 1030 810 1052">50</td> <td data-bbox="818 1030 938 1052">50</td> <td data-bbox="946 1030 1066 1052">50</td> <td data-bbox="1074 1030 1193 1052">50</td> <td data-bbox="1201 1030 1321 1052">50</td> <td data-bbox="1329 1030 1441 1052">50</td> </tr> </tbody> </table>								1)医療機能・医療品質に係るもの	26年度(実績)	27年度	28年度	29年度	30年度	31年度	32年度	備考	救急患者数(夜間)	434	450	450	450	450	450	450	450	救急患者数(休日)	709	720	720	720	720	720	720	720	救急車受入件数	379	400	400	400	400	400	400	400	手術件数	148	160	160	160	160	160	160	160	2)その他	26年度(実績)	27年度	28年度	29年度	30年度	31年度	32年度	備考	卒後臨床研修医受入数	8	10	15	15	15	15	15	15	医学生実習受入数	10	10	10	10	10	10	10	10	人間ドック受入数	23	30	50	50	50	50	50	50
1)医療機能・医療品質に係るもの	26年度(実績)	27年度	28年度	29年度	30年度	31年度	32年度	備考																																																																																	
救急患者数(夜間)	434	450	450	450	450	450	450	450																																																																																	
救急患者数(休日)	709	720	720	720	720	720	720	720																																																																																	
救急車受入件数	379	400	400	400	400	400	400	400																																																																																	
手術件数	148	160	160	160	160	160	160	160																																																																																	
2)その他	26年度(実績)	27年度	28年度	29年度	30年度	31年度	32年度	備考																																																																																	
卒後臨床研修医受入数	8	10	15	15	15	15	15	15																																																																																	
医学生実習受入数	10	10	10	10	10	10	10	10																																																																																	
人間ドック受入数	23	30	50	50	50	50	50	50																																																																																	
<p>⑤ 住民の理解のための取組</p>	<p>自治体病院は常に企業の経済性を発揮するとともに、その本来の目的である公共の福祉を増進するように運営されなければならない。経済性と公共の福祉の両立が求められている。この公共の福祉を担保するため、「受益者負担」になじまないものや「受益者負担」になじむものの、サービス提供の公平性を担保するためには不採算とならざるをえない事業に対し、総務省は一般会計から病院事業への繰出基準を定め、その財源を地方交付税措置している。その財源措置がより住民に還元されるためにも、繰出基準に沿った繰出金について、自治体との協議に取り組む。</p>																																																																																								

(2) 経営の効率化	① 経営指標に係る数値目標									
	1) 収支改善に係るもの		26年度(実績)	27年度	28年度	29年度	30年度	31年度	32年度	備考
	経常収支比率(%)		99.4	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	
	医業収支比率(%)		96.8	102.3	102.1	99.9	99.9	99.9	99.9	
	職員給与費率(%)		54.9	53.1	53.4	54.0	54.2	54.4	54.6	
	材料費対医業収入比率(%)		20.9	19.8	18.4	18.5	19.4	19.6	19.7	
	2) 経費削減に係るもの		26年度(実績)	27年度	28年度	29年度	30年度	31年度	32年度	備考
	ジェネリック医薬品導入率(%)		14.8	16.0	18.0	20.0	25.0	30.0	35.0	H26実績 133/896
	3) 収入確保に係るもの		26年度(実績)	27年度	28年度	29年度	30年度	31年度	32年度	備考
	病床利用率(%)		93.0	92.0	91.0	90.0	89.0	89.0	87.0	
入所利用率(%)		90.8	91.5	92.0	92.0	92.0	92.0	92.0		
外来患者数(人)		58,482	57,500	56,500	55,500	54,500	53,500	52,500		
デイケア利用者数(人)		5,260	5,260	5,300	5,300	5,300	5,300	5,300		
4) 経営の安定性に係るもの		26年度(実績)	27年度	28年度	29年度	30年度	31年度	32年度	備考	
医師数(人)		7	6	7	7	7	7	7		
純資産の額(千円)		2,325,185	2,325,000	2,325,000	2,325,000	2,325,000	2,325,000	2,325,000		
現金保有残高(千円)		610,457	620,000	620,000	720,000	820,000	920,000	1,020,000		
一般会計繰入金額(千円)		101,522	93,728	233,000	233,000	233,000	233,000	233,000		
上記数値目標設定の考え方		今後も病院と老健施設全ての病床を一元管理し、入院患者、入所者の効果的な移動により病床利用率90%に維持したいが、人口の減少が著しく、維持することは難しい状況にある。包括算定の病床が増えるため、ジェネリック医薬品の導入をさらに進め、収益の向上に努める。高齢化率が50%で在宅医療が困難な地域状況に対し、回復期機能を充実した地域包括ケア病床を開設し、量から質への医療提供内容に切り替え在宅復帰率を上げる。同時に増収を図る。健診(人間ドック)・検診業務を積極的に実施し、予防医療に貢献する。消費税が10%になる平成29年度以降の経常黒字は難しい状況にある。一般会計からの繰出金を総務省の繰出し基準に添ったものに軌道修正し独立採算を維持したい。								
② 経常収支比率に係る目標設定の考え方(対象期間中に経常黒字化が難しい場合の理由及び黒字化を目指す時期、その他目標設定の特例を採用した理由)		峡南医療圏は人口の社会減・自然減の合計が毎年約1000人という過疎高齢化地域であり、病院の外来・入院患者や老人保健施設の入所者・デイケア利用者の増加は見込めない。平成29年度より導入される控除対象外消費税は8%から10%になる。この問題は経営努力だけでは解決できるものではないため、税制上での抜本的な解決策を早急に打出さなくては病院経営は成り立っていかない。控除対象外消費税10%導入の平成29年度以降は経常黒字を維持することは困難と予想する。								
③ 目標達成に向けた具体的な取組(どのような取組をどの時期に行うかについて、特に留意すべき事項も踏まえ記入)		民間的経営手法の導入	SPDによる医療・介護材料の品目ごとの消費状況の可視化データーを利用し、変動経費削減等あらゆる面で徹底した経費削減を実施していく。また、特色ある診療・介護提供体制の構築(婦人科、心療内科)、施設環境や医業活動、介護活動のシステムの差別化で患者・利用者の獲得を図る。独立採算経営を前提とする職員のやる気、経営意識の高揚を図るため、経営状況並びに効率的かつ適正コストのあり方について分析情報を職員全体で共有する。							
		事業規模・事業形態の見直し	経営改善の実現しやすい組織形態としては公営企業法の一部適用より全部適用が妥当と考える。事業管理者に権限委譲を行なった上で経営責任を明確にし、企業としての機動性と弾力的な運用を図れる。また、医療を取り巻く社会情勢は流動的であり、今後、継続的に安定した経営が困難となる事態が予測された場合、地方独立行政法人化等の経営形態への移行については多方面より検討して柔軟に対応する。病床数については、今後継続的に80%を下回るような場合、病床の有効利用と看護体制の効率化を考慮し、一般病床から地域包括ケア病床への移行を検討する。							
		経費削減・抑制対策	①フレックスタイム勤務体制を更に広げ超過勤務手当の削減を図る。 ②ジェネリック医薬品の採用推進を図り、医薬品費の削減に努める。 ③衛生費の削減。特にゴミ処理費の削減。感染性廃棄物、産業廃棄物、生ゴミ、一般ゴミの分別処理により削減。さらに資源ゴミ買取回収業者を利用し処理費の削減。 ④空調熱源機器、電動機器等のランニングコストを最小限に抑えたタイマー運転形態の実施。設備機器の更新においては省エネ法に基づく特定機器の採用を図るなど、積極的に省エネ提案の活用により、経費(光熱水費)の削減に努める。 ⑤物流及び在庫管理、購買代行の効率化を図るSPD方式の更なる適用物品の範囲を広げ経費削減を進める。 ⑥給食材料費は常に原価率を意識するよう指導していく。							
		収入増加・確保対策	①地域包括ケア病棟入院医学管理料1の施設基準を平成27年10月取得した。病床機能の一部を回復期病床に変更し、入院基本料の増収を図る(保険点数は、一般病棟入院基本料10:1が1332点に対し、2558点となる。)一方、急性期病院の地域連携室との関係を密にし、急性期病院の退院調整と当院の入院患者獲得の両面から病床利用率の改善を図る。 ②当院は老人保健施設を併設し、医療、介護の企業内機能連携を行なっている。その入口がデイケアである。その機能強化を図るため、テイルームの増改築、リハビリ専用訓練室の設置、365日営業体制への変更など環境整備を実施した。他施設との差別化を図ることにより利用者の獲得を図る。 ③未収金の発生を極力防止するとともに、発生した場合早期回収に努める。また、発生してしまった未収金については継続して未収金督促状の発行に努める。 ④地域包括ケアシステムの早期構築により、在宅医療・介護を担う当院併設の在宅ステーション(訪問看護ステーション、ヘルパーステーション)の収益増を図る。							

別記1

	<p>その他</p>	<p>【地域包括ケアシステムとサービス付高齢者向け住宅の建設】 地域包括ケアシステムは、高齢者の尊厳保持と自立生活支援の目的の下、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後まで続けることができるよう、地域での包括的な支援・サービス提供体制を自治体と協働構築するシステムです。その包括支援の中心にあるのが住まいの問題です。 現在、全国で急激に増加している、サービス付き高齢者向け住宅は、バリアフリーなどを有し、介護、医療を地域と連携して高齢者への支援サービスを提供する賃貸住宅です。峡南医療圏には医療・介護資源は整備されている。一方、住み替え促進税制として2017年に税制改正が行なわれる。政府は地方創生の一環で、移住高齢者でつくる共同体「生涯活躍のまち」構想を掲げ、高齢者が安否確認サービスを受けながら暮らせる賃貸サービス付住宅で暮らすことを想定している。 急激な少子化と50%になる高齢化率、さらに広範囲に点在する人家を抱える峡南地域における地域包括ケアシステムの構築には、在宅医療・介護を成立させるサービス付き高齢者向け住宅の建設が必須であり、社会福祉施設の建設により増大している介護保険料の削減に貢献すると同時に、高齢者の定住政策、都会からの移住受け入れ政策にもなり、人口減対策の役割を担うものであると考え。地域医療構想においてベッド数を削減し、在宅医療に重点を置く方向であるが、その在宅の形を変えた在宅医療促進のための受け皿をつくらなければならない。</p>
<p>④ 新改革プラン対象期間中の各年度の収支計画等</p>	<p>別紙1記載</p>	

別記1

<p>(3)再編・ネットワーク化</p> <p>当該公立病院の状況</p>	<p><input type="checkbox"/>施設の新設・建替等を行う予定がある</p> <p><input type="checkbox"/>病床利用率が特に低水準(過去3年間連続して70%未満)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>地域医療構想等を踏まえ医療機能の見直しを検討する必要がある</p>				
<p>二次医療又は構想区域内の病院等配置の現況</p>	<p>峡南医療圏には、市川三郷町立病院、社会保険諏訪野病院が平成25年に経営統合し、峡南医療センター企業団となったことにより、峡南病院、しもべ病院、身延山病院と当院の4病院、1病院企業団となった。北部は深刻な医師不足で、病床利用率の低下が著しく、その対策が考えられている。一方、峡南中南部の身延山病院と当院は自治医科大学出身医師が中心に勤務する病院である。周辺の人口減少が著しく経営的に苦しい状況が続いている。</p>				
<p>当該病院に係る再編・ネットワーク化計画の概要</p> <p>(注) 1詳細は別紙添付可 2具体的な計画が未定の場合は、①検討・協議の方向性、 ②検討・協議体制、 ③検討・協議のスケジュール、結論を取りまとめる時期を明記すること。</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="432 376 560 427"><時期></th> <th data-bbox="560 376 1439 427"><内容></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="432 427 560 860">未定</td> <td data-bbox="560 427 1439 860"> <p>①検討・協議の方向性 全国的には医師や看護師等の医療スタッフの確保が困難な地域がみられる状況であり、また医療は医療密度が薄ければ医療安全の問題も含め医療の質は低下せざるを得ないという問題もあります。再編・ネットワーク化の効果は、新たな医療ニーズに対応した医療サービスが可能となること、機能分担による機能の特化により効率的な医療提供が可能となること、基幹病院への医師の集中により医療の質が確保されるとともに医師を確保しやすい環境となることなどが挙げられています。</p> <p>②検討・協議体制 再編・ネットワーク化は、広域的な取組が必要であり、個別の病院が単独で、あるいは単独の地方公共団体だけで検討、推進するのは困難な課題です。二次医療圏を単位とした構想をするべき事項であり、複数の自治体や病院等が複雑に関係する問題であるため、都道府県の積極的な取組と主体的な参画がなくては実施は困難であり、都道府県の役割が強く期待されます。</p> <p>③検討・協議のスケジュール 二次保健医療圏を単位とした公立病院等の再編・ネットワーク化は、複数の病院、経営体、自治体が絡み合うため、その必要性や目的などを共通の認識として共有できなければ実現は甚だ困難な課題です。現状峡南医療圏の医療は、提供体制の点においてスムーズに行われており、主体的に再編・ネットワーク化に取組まなければならない状況にはなく、当面現状のままで運営をすることとし、経営形態の見直しに係る検討の経過やその結果により、必要があると判断される場合は改めて検討することとします。</p> </td> </tr> </tbody> </table>	<時期>	<内容>	未定	<p>①検討・協議の方向性 全国的には医師や看護師等の医療スタッフの確保が困難な地域がみられる状況であり、また医療は医療密度が薄ければ医療安全の問題も含め医療の質は低下せざるを得ないという問題もあります。再編・ネットワーク化の効果は、新たな医療ニーズに対応した医療サービスが可能となること、機能分担による機能の特化により効率的な医療提供が可能となること、基幹病院への医師の集中により医療の質が確保されるとともに医師を確保しやすい環境となることなどが挙げられています。</p> <p>②検討・協議体制 再編・ネットワーク化は、広域的な取組が必要であり、個別の病院が単独で、あるいは単独の地方公共団体だけで検討、推進するのは困難な課題です。二次医療圏を単位とした構想をするべき事項であり、複数の自治体や病院等が複雑に関係する問題であるため、都道府県の積極的な取組と主体的な参画がなくては実施は困難であり、都道府県の役割が強く期待されます。</p> <p>③検討・協議のスケジュール 二次保健医療圏を単位とした公立病院等の再編・ネットワーク化は、複数の病院、経営体、自治体が絡み合うため、その必要性や目的などを共通の認識として共有できなければ実現は甚だ困難な課題です。現状峡南医療圏の医療は、提供体制の点においてスムーズに行われており、主体的に再編・ネットワーク化に取組まなければならない状況にはなく、当面現状のままで運営をすることとし、経営形態の見直しに係る検討の経過やその結果により、必要があると判断される場合は改めて検討することとします。</p>
<時期>	<内容>				
未定	<p>①検討・協議の方向性 全国的には医師や看護師等の医療スタッフの確保が困難な地域がみられる状況であり、また医療は医療密度が薄ければ医療安全の問題も含め医療の質は低下せざるを得ないという問題もあります。再編・ネットワーク化の効果は、新たな医療ニーズに対応した医療サービスが可能となること、機能分担による機能の特化により効率的な医療提供が可能となること、基幹病院への医師の集中により医療の質が確保されるとともに医師を確保しやすい環境となることなどが挙げられています。</p> <p>②検討・協議体制 再編・ネットワーク化は、広域的な取組が必要であり、個別の病院が単独で、あるいは単独の地方公共団体だけで検討、推進するのは困難な課題です。二次医療圏を単位とした構想をするべき事項であり、複数の自治体や病院等が複雑に関係する問題であるため、都道府県の積極的な取組と主体的な参画がなくては実施は困難であり、都道府県の役割が強く期待されます。</p> <p>③検討・協議のスケジュール 二次保健医療圏を単位とした公立病院等の再編・ネットワーク化は、複数の病院、経営体、自治体が絡み合うため、その必要性や目的などを共通の認識として共有できなければ実現は甚だ困難な課題です。現状峡南医療圏の医療は、提供体制の点においてスムーズに行われており、主体的に再編・ネットワーク化に取組まなければならない状況にはなく、当面現状のままで運営をすることとし、経営形態の見直しに係る検討の経過やその結果により、必要があると判断される場合は改めて検討することとします。</p>				
<p>(4)経営形態の見直し</p> <p>経営形態の現況(該当箇所にて✓を記入)</p>	<p><input type="checkbox"/>公営企業法財務適用 <input type="checkbox"/>公営企業法全部適用 <input type="checkbox"/>地方独立行政法人 <input type="checkbox"/>指定管理者制度</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>一部事務組合・広域連合</p>				
<p>経営形態の見直し(検討)の方向性(該当箇所にて✓を記入、検討中の場合は複数可)</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/>公営企業法全部適用 <input checked="" type="checkbox"/>地方独立行政法人 <input type="checkbox"/>指定管理者制度 <input type="checkbox"/>民間譲渡</p> <p><input type="checkbox"/>診療所化 <input type="checkbox"/>老健施設など、医療機関以外の事業形態への移行</p>				
<p>経営形態見直し計画の概要(注) 1詳細は別紙添付可 2具体的な計画が未定の場合は、①検討・協議の方向性、 ②検討・協議体制、 ③検討・協議のスケジュール、結論を取りまとめる時期を明記すること。</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="432 1039 560 1090"><時期></th> <th data-bbox="560 1039 1439 1090"><内容></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="432 1090 560 1503">未定</td> <td data-bbox="560 1090 1439 1503"> <p>①検討・協議の方向性 病院事業に限ったことではないが、経営の要諦は「権限と責任の一致」であり、それが確保されてはじめて経営の自律性が確保できます。とりわけ医療については、取り巻く環境が大きく変化の中で、経営方針の基本は維持しつつも、状況の変化を踏まえて柔軟かつ機動的に対応していくことが強く求められます。経営の良否を決めるのは究極のところ「人材」であり、新たな経営形態を導入するという形だけに目が向くようなことがあってはならない。自律的な経営の確保という観点に立って、幅広い視点から経営形態のあり方について検討を進める必要がある。</p> <p>②検討・協議体制 病院事業の経営形態については、まず、(仮称)病院事業検討委員会を設置し、さまざまな角度から病院事業についての検討を始めるとともに、関係機関等の意見や考え等も確認しながら、望ましい経営方法について研究等を開始しなければならない。更に、いずれの経営形態に移行するにしても、住民の理解を得ることが最も重要であり、さまざまな資料や情報、検討経緯等の公開、十分な説明のための効率的な仕組みを検討することが必要と考える。</p> <p>③検討・協議のスケジュール 現時点においては、予測は困難で、どういった経営形態とすべきなのかという予測もできません。したがって、病院事業の経営状況の検討結果、目指すべき経営形態の結論が出た時点で改革プランに具体的な計画を追加し、移行準備を行います。</p> </td> </tr> </tbody> </table>	<時期>	<内容>	未定	<p>①検討・協議の方向性 病院事業に限ったことではないが、経営の要諦は「権限と責任の一致」であり、それが確保されてはじめて経営の自律性が確保できます。とりわけ医療については、取り巻く環境が大きく変化の中で、経営方針の基本は維持しつつも、状況の変化を踏まえて柔軟かつ機動的に対応していくことが強く求められます。経営の良否を決めるのは究極のところ「人材」であり、新たな経営形態を導入するという形だけに目が向くようなことがあってはならない。自律的な経営の確保という観点に立って、幅広い視点から経営形態のあり方について検討を進める必要がある。</p> <p>②検討・協議体制 病院事業の経営形態については、まず、(仮称)病院事業検討委員会を設置し、さまざまな角度から病院事業についての検討を始めるとともに、関係機関等の意見や考え等も確認しながら、望ましい経営方法について研究等を開始しなければならない。更に、いずれの経営形態に移行するにしても、住民の理解を得ることが最も重要であり、さまざまな資料や情報、検討経緯等の公開、十分な説明のための効率的な仕組みを検討することが必要と考える。</p> <p>③検討・協議のスケジュール 現時点においては、予測は困難で、どういった経営形態とすべきなのかという予測もできません。したがって、病院事業の経営状況の検討結果、目指すべき経営形態の結論が出た時点で改革プランに具体的な計画を追加し、移行準備を行います。</p>
<時期>	<内容>				
未定	<p>①検討・協議の方向性 病院事業に限ったことではないが、経営の要諦は「権限と責任の一致」であり、それが確保されてはじめて経営の自律性が確保できます。とりわけ医療については、取り巻く環境が大きく変化の中で、経営方針の基本は維持しつつも、状況の変化を踏まえて柔軟かつ機動的に対応していくことが強く求められます。経営の良否を決めるのは究極のところ「人材」であり、新たな経営形態を導入するという形だけに目が向くようなことがあってはならない。自律的な経営の確保という観点に立って、幅広い視点から経営形態のあり方について検討を進める必要がある。</p> <p>②検討・協議体制 病院事業の経営形態については、まず、(仮称)病院事業検討委員会を設置し、さまざまな角度から病院事業についての検討を始めるとともに、関係機関等の意見や考え等も確認しながら、望ましい経営方法について研究等を開始しなければならない。更に、いずれの経営形態に移行するにしても、住民の理解を得ることが最も重要であり、さまざまな資料や情報、検討経緯等の公開、十分な説明のための効率的な仕組みを検討することが必要と考える。</p> <p>③検討・協議のスケジュール 現時点においては、予測は困難で、どういった経営形態とすべきなのかという予測もできません。したがって、病院事業の経営状況の検討結果、目指すべき経営形態の結論が出た時点で改革プランに具体的な計画を追加し、移行準備を行います。</p>				
<p>(5) (都道府県以外記載)新改革プラン策定に関する都道府県からの助言や再編・ネットワーク化計画策定への都道府県の参画の状況</p>	<p>「飯富病院経営健全化計画(改革プラン)策定に向け、(1)新公立病院改革ガイドライン及び財政措置、(2)再編・ネットワーク化に係る検討方法、(3)地域医療構想の概要及び策定までのスケジュール等について、平成27年7月に山梨県により説明会が開催された。また、新改革プランの骨子及び進捗状況について平成27年11月に山梨県と意見交換を行い、山梨県地域医療構想の方向性を踏まえた当院の役割等について概要説明を行い、県の考え方等について説明・助言を受けた。」</p>				
<p>※点検・評価・公表等</p> <p>点検・評価・公表等の体制(委員会等を設置する場合その概要)</p>	<p>「病院経営改革評価委員会」として設置し、毎年度の決算と併せて改革プランの取り組み状況の点検・評価・公表をおこなう。また、改革プランの内容の変更等に際しても当委員会において審議し、意見を反映させる仕組みとする。</p> <p><構成メンバー> (早川町) 町長、財政担当課長、福祉保健課長 (身延町) 町長、財政課長、福祉保健課長 (組合議会関係) 議長、副議長 (病院) 院長、副院長、総看護師長、事務長</p>				
<p>点検・評価の時期(毎年〇月頃等)</p>	<p>毎年度の議会への決算報告と併せ9月とする。</p>				
<p>公表の方法</p>	<p>ホームページに掲載。</p>				

別記1

その他特記事項	<p>【①地域包括ケアシステム構築への今後の取り組み計画】</p> <p>平成28年2月、飯富病院組合議会は地域包括ケアシステム先進施設として広島県尾道市の公立みつぎ総合病院の現地視察研修を実施した。その結果、病院組織内に福祉保健課の業務の一部を併設することで合意が得られた。今後、行政から職員の派遣や病院内に医療、介護、福祉の総合相談窓口の設置など具体的な協議のため、まず平成28年度4月中に飯富病院組合議会全員協議会をベースに地域包括ケアシステム構築検討委員会を立ち上げる。また年度内に地域包括ケアシステム構築を含む「医療・介護・福祉の総合戦略」を多職種協議会議等を開催しながら完成させる予定である。</p> <p>【②一般会計負担に係る特別交付税措置の制度改正について今後の取り組み計画】</p> <p>一般会計負担に係る特別交付税措置の制度改正については、平成28年4月より身延町、早川町両町の財政課長と飯富病院は打合せを実施する。6月を目途に一般会計等において費用負担が行なわれるべきものの範囲についての考え方及び一般会計負担金の算定基準(繰出基準)について調整しながら見直しを行なう予定。</p>
---------	--