

# 中津市民病院経営強化プラン

令和6年3月策定

中 津 市

## 【目次】

### 第1章 経営強化プランの策定にあたって(P1～P2)

#### 第1節 経営強化プラン策定の趣旨

#### 第2節 公立病院の現状と課題

### 第2章 市民病院の現状(P3～P10)

#### 第1節 理念

#### 第2節 基本方針

#### 第3節 当院の現状

### 第3章 市民病院の役割・機能の最適化と連携強化(P11～P19)

#### 第1節 地域医療構想を踏まえた当院の果たすべき役割・機能

#### 第2節 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

### 第4章 医師・看護師等の確保と働き方改革(P20～26)

#### 第1節 医師・看護師等の確保

#### 第2節 臨床研修医の受入れを通じた若手医師の確保

#### 第3節 働き方改革への対応

### 第5章 経営形態の見直し(P26)

### 第6章 新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組(P26～P27)

### 第7章 施設・設備の最適化(P28～P29)

### 第8章 経営の効率化等(P30～P36)

#### 第1節 経営指標に係る数値目標

#### 第2節 目標達成に向けた具体的な取組

#### 第3節 各年度の収支計画

### 第9章 点検・評価・公表等(P36)

## 【用語解説】

## 【参考資料】

# 第1章 経営強化プランの策定にあたって

## 第1節 経営強化プラン策定の趣旨

公立病院は地域における基幹的な公的医療機関として、地域医療の確保のため重要な役割を果たしているが、多くの公立病院において経営状況の悪化や医師不足等のために医療提供体制の維持が厳しい状況になったことから「公立病院改革ガイドライン」（平成19年12月24日付け総務省自治財政局長通知）及び「新公立病院改革ガイドライン」（平成27年3月31日付け総務省自治財政局長通知。以下「新改革ガイドライン」という。）を策定し、病院事業を設置する地方公共団体に対し、公立病院改革プラン及び新公立病院改革プランの策定を要請してきたところである。

これまで各地方公共団体において、再編・ネットワーク化や経営形態の見直しなど、病院事業の経営改革の取組が行われてきたが、依然として、医師・看護師等の不足、人口減少や少子高齢化の急速な進展に伴う医療需要の変化、医療の高度化といった経営環境の変化、さらに新型コロナウイルス感染症への国家的な対応といった厳しい状況は続いており、持続可能な経営を確保しきれない病院も多くなっているのが実態である。更に医師の働き方改革の実施も令和6年度には義務づけられることとなる。

上記のような経営状況にある中、地域に必要な医療提供体制を確保するため、機能分化・連携強化、医師・看護師確保等による公立病院の経営強化を推進するため、総務省は「公立病院経営強化ガイドライン」（以下「経営強化ガイドライン」という。）を策定し、公立病院に令和4年度又は令和5年度中に経営強化プランを策定することを求めることとなった。

当院では、「新中津市民病院改革プラン」（平成29年3月策定）において実施してきた施策を更に進めることはもちろんのこと、経営強化ガイドラインにおいて示されている働き方改革への対応、新興感染症の感染拡大時に備えた平時からの取組等を加味し、持続可能な地域医療提供体制を確保するため経営強化プランを策定することとした。なお、経営強化プランの対象となる期間は令和5年度から令和9年度までの期間とする。

## 第2節 公立病院の現状と課題

### 第1項 公立病院の現状

令和3年度において、全国の公立病院（公営企業型独立行政法人病院を含む。）の数は853病院となっている。（うち建設中4病院。）

経営主体別にみると都道府県立191病院、指定都市立42病院、市立363病院、町村立153病院及び一部事務組合等立104病院となっており、病院種類別では一般病院816病院、精神科病院40病院となっている。このうち、地方公営企業法の規定の全部を適用している事業数は、都道府県117病院、指定都市11病院、市184病院、町村24病院、一部事務組合等46病院、合計382病院となっている。また、一般病院813病院のうち病床数300床以上の病院は34.1%に当たる277病院となっており、地域における中核的な役割を担う病院として地域医療を支えている。

一方、病床数が150床未満であり、直近の一般病院までの移動距離が15キロメートル以上となる位置に所在している等の条件下にある「不採算地区病院」は、一般病院の38.1%に当たる310病院となっており、民間医療機関による診療が期待できない離島、山間地等のへき地における医療の確保のため、重要な役割を果たしている。さらに、公立病院全体の85.5%に当たる729病院が救急告示病院として告示を受けており、地域の救急医療を担っている。

経常収支の状況は、628病院が黒字となっており、221病院が赤字である。令和元年度には赤字病院の割合が62.8%（857病院中538病院）だったのに対し令和3年度は26%と

なっている。新型コロナウイルス感染症に係る空床確保補助金等により黒字化した病院が多くなったものと考えられる。

## 第2項 公立病院の課題

経営改善という視点では数字上改善となっているが、公立病院はその性格上、民間病院の立地が困難なへき地等における医療や、救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に係る医療、民間病院では限界のある高度・先進医療の多くを担っている現状がある。そういった中であって、地方では医師、看護師等の確保、地域医療構想との整合、医師を含めた働き方改革、新型コロナ感染症対応と課題をあげれば枚挙にいとまのない状況である。

これら多くの課題に向き合い、解決することで地域住民のニーズに応えうる医療提供体制の確立を目指す。そのためにも本経営強化プランをより良いものし、その取組を着実に進めていかなければならない。



## 第2章 市民病院の現状

### 第1節 理念

いつでも誰にでも安全で質の高い医療を提供し、地域住民の心の拠り所となるよう全力を尽くします。一病む人の身になって、最善・最高の医療を—

### 第2節 基本方針

- がんや生活習慣病に対し高度・専門医療を提供します。
- 安心して子どもを育てられる周産期・小児医療を提供します。
- 救急・災害医療体制を整備し、新興感染症に対応します。
- 優れた人材を育成し、地域全体の医療水準の向上に寄与します。
- 健全な経営と職員の健康増進に努め、持続可能な医療体制を整備します。

### 第3節 当院の現状

#### 第1項 概要

開設	中津市
事業管理者	是永 大輔
院長	折田 博之
副院長	日高 啓
	木村 龍範
	福山 康朗
事務部長	大江 英典
敷地面積	33,142.73 m <sup>2</sup>
延床面積	21,349.38 m <sup>2</sup>
標榜診療科	内科、糖尿病・内分泌内科、心療内科、神経内科、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、血液内科、腎臓内科、小児科、外科、消化器外科、内視鏡外科、乳腺外科、肛門外科、呼吸器外科、小児外科、泌尿器科、整形外科（休診中）、脳神経外科、心臓血管外科、産婦人科、耳鼻咽喉科（休診中）、放射線科、麻酔科、病理診断科、歯科口腔外科 計 27 科
許可病床数	250 床
看護基準	7 : 1（地域包括ケア病棟 13 : 1）

## 第2項 職員の状況

(単位：人)

職種	正規職員	会計年度 任用職員	計	備考
医師	54	12	66	
薬剤師	9	2	11	
診療放射線技師	12	0	12	
臨床検査技師	10	6	16	
臨床工学技士	5	0	5	
理学療法士	6	0	6	
作業療法士	2	0	2	
言語聴覚士	2	0	2	
管理栄養士	3	1	4	
歯科衛生士	1	2	3	
看護師	244	32	276	
准看護師	0	15	15	
助産師	17	3	20	
保健師	2	0	2	
事務職員	16	31	47	
診療情報管理士	5	1	6	
医療SW	4	0	4	
医療秘書	0	17	17	
外来クラーク	0	10	10	
看護助手	0	11	11	
介護福祉士	0	1	1	
保育士	0	1	1	
当直・警備員	0	11	11	
計	392	156	548	

(令和5年4月1日現在)

職員の状況は、548人となっており、診療体制の充実とともにその数は増加となっている。

薬剤師及び看護師の確保が課題と言え、看護師については近隣看護学校への訪問や就職説明会へ多く参加し、薬剤師については令和3年に奨学金返還支援に係る助成金制度を創設したところである。

今後もあらゆる職種の確保に努めるとともに、後述するが医師を含めた働き方改革を進めていくものとする。

## 第3項 指定機関等

### 1. 指定機関

- (1) がん診療連携拠点病院 ※1
- (2) 災害拠点病院 ※2
- (3) 救急告示病院
- (4) 地域周産期母子医療センター ※3
- (5) 地域医療支援病院 ※4
- (6) へき地医療拠点病院 ※5

- (7) 臨床研修病院 ※6
- (8) 労災保険指定病院
- (9) 生活保護法指定病院
- (10) 指定自立支援医療機関

## 2. 協力機関

- (1) 大分県重症難病患者医療ネットワーク基幹協力病院
- (2) 肝疾患診療協力医療機関
- (3) 初期臨床研修協力病院（九州大学、大分大学）
- (4) 大分県指定 HIV 診療協力病院
- (5) 献腎摘出協力医療機関
- (6) がん精密検診協力医療機関

## 第4節 今後の課題（現状分析と課題）

### 第1項 患者の動向と現状・課題

#### （1）患者の動向

区分	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
1日当たり入院患者数 (人)	(234.2)	(261.6)	(232.8)	(230.6)	(239.9)
	213.9	229.8	212.3	208.8	215.8
病床稼働率	93.7%	100.6%	93.1%	92.2%	96.0%
病床利用率	85.6%	91.9%	84.9%	83.5%	86.3%
入院診療単価(円)	(56,292)	(57,220)	(57,328)	(61,580)	(63,924)
	61,634	62,649	62,864	68,009	65,430
新規入院患者数 (人)	7,435	7,957	7,462	7,964	8,766
平均在院日数	10.5	10.6	10.4	9.6	9.0
1日当たり外来患者数 (人)	279.0	285.1	267.2	272.9	294.0
外来診療単価(円)	24,853	27,384	29,369	30,553	30,724
手術件数	1,645	1,676	1,598	1,609	1,617
分娩件数	298	313	331	279	274

※（ ）書きの数値は退院患者数を含む決算統計の数値

※病床稼働率＝(24時現在の患者数＋1日に退院した患者数)／病床数

病床利用率＝24時現在の患者数／病床数

病床数＝250床

※入院診療単価＝入院収益／延入院患者数

※外来診療単価＝外来収益／延外来患者数

#### （2）現状について

##### ①入院患者の動向について

入院患者については、令和元年度まで毎年増加の傾向にあり病床稼働率が90%を超える高い稼働率となっている。これは、当院が地域における基幹病院として急性期の患者を受け入れ、回復期の患者を地域の医療機関に戻すという役割分担が確立したことによるものと考えられる。当院では患者サポートセンターを新設し、効率的な病床管理や入退院支援看護師の配置により、在宅や後方病院への転院がスムーズに行えるようになった。なお、令和2年度からは新型コロナウイルス感染症の影響により入院患者数は減少しているが依然として病床稼働率は90%を超える状況にある。



入院診療単価についても年々増加している。診療単価については、診療報酬改定の影響はもとより、単価の高い手術件数の増加、各種施設基準の取得によるDPC※7係数向上により増加している。

②外来患者の動向について

外来患者については、新型コロナウイルス感染症の拡大による患者の受診控えもあり年々減少していたところであるが、令和4年度には一日当たり外来患者数が290人を超え、増加傾向に転じている。

外来診療単価については、年々増額している。これは、外来化学療法の高額医薬品の保険適用拡大による使用増加及び重症患者の受入増が要因と考えられる。

③手術および分娩件数

手術については、診療科の増、高度な手術を実施できる医療機器等の導入、医師の確保等により年間1,600件を超える件数となっている。令和2年度においては新型コロナウイルス感染症の影響により手術の件数は前年度以前に比べると減となっている。

分娩については、平成22年12月に地域周産期母子医療センターの指定を受け地域産婦人科と連携しハイリスク妊婦の受入を積極的に行っている。また平成24年10月の新病院開院後には妊婦の満足できる清潔感ある環境も好まれ年々件数が伸びている状況である。件数としては毎年300件超の分娩件数となっていたが令和4年度は新型コロナウイルス感染症の影響により274件と減少している。

(3) 今後の課題

当院の存する北部医療圏において、急性期医療を担う医療機関として現状はその役割を果たしているとは患者動向から読み取ることができる。

今後の課題としては、「大分県地域医療構想※8」との整合性の観点からも医療提供体制の構築を図る必要があること。地域医療構想策定時に課題として挙げられていた医師及び看護師の確保に関することも重要なことである。

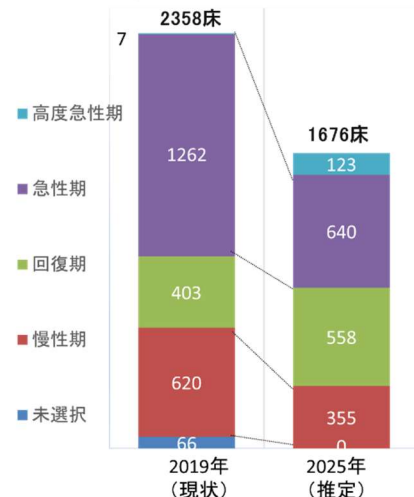
医療構想の中で、北部医療圏の今後の人口推計は人口が平成27年の約16.2万人から減少が進み、令和7年には約15万人、令和22年には約13万人になる見込みである。

65歳以上の高齢者は、令和2年までは年々増加し、ピーク時で約5.2万人となり、その後減少していくと見込まれているが、後期高齢者とされる75歳以上高齢者の人口は、令和12年まで年々増加し、ピーク時で約3.1万人となり、その後減少していくと見込まれている。

地域医療構想によると北部医療圏の病床数は、急性期病床は過多、回復期病床は不足している状況が指摘されており、高齢者人口の増加に対応できるよう急性期病床から回復期病床への転換を図っていく必要が生じてくるとされている。

都道府県が作成したデータによると、2016年における全国の病床必要数は、高度急性期：約17万、急性期：約58万、回復期：約13万、慢性期：約35万で、2025年時点では、各々の概数は、13万、40万、37万、28万と報告されており、全体として急性期過剰、回復期不足が顕著となり、病床再編が求められている。

北部医療圏の必要病床数



大分県北部医療圏の病床機能報告に注目すると、2019年と2025年の必要病床数に682床の乖離がある(図)。急性期過剰・回復期不足の傾向は変わらないが、とりわけ高度急性期病床が2025年の必要数123床に対して2019年は7床と極端に少なく、高度急性期病床の不足が浮き彫りになっている。現時点では当院の9床(HCU6、NICU3)に増加しているが、高度急性期病床の不足が北部医療圏の特徴と言っても過言ではない。

急性期医療の充実には基幹病院が担うべき役割であり、北部医療圏の中核として、今年度よりコロナ病棟16床を救急病棟に改編して救急受け入れ強化を図っており、将来的にICU・CCUへの発展を視野に入れている。

前回の改革プランに引き続き、当院としては、北部医療圏唯一の公的病院であり、基幹病院でもあることから、救急医療、周産期医療、小児医療などを今後も担っていくことが求められるため、病床転換については必要最小限に留め、急性期病床の維持を図っていく。

ただし、高齢者人口の増加に伴い、認知症など高齢者特有の疾患にも対応できるよう認知症看護認定看護師を配置するなど医療体制の充実を図っているところである。

## **第2項 病院事業収益・病院事業費用の状況**

当院は、平成12年7月に旧国立中津病院から経営移譲され中津市民病院として誕生し、平成24年10月には建て替えより新病院として稼働を開始し、平成31年2月には新病棟・リハビリ棟を増築した。

平成25年4月に脳神経外科、平成28年1月に心臓血管外科、同年10月に歯科口腔外科、平成31年4月には腎臓内科を開設、緩和ケアセンターの開設と北部医療圏での医療提供体制の充実を図ってきた。今後も、①救急医療の充実、②周産期母子医療センターの充実、③地域がん診療連携拠点病院としてがん治療の一層のレベルアップ、④地域医療支援病院としてかかりつけ医との連携強化等に積極的に取り組んでいき、安定した経営状態を維持した上で、地域住民の健康を守る医療機関となれるよう努めていく。以下、病院事業収益費用の状況及び課題について記述していく。

(単位：千円)

区分	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
病院事業収益	7,717,192	7,827,602	8,319,181	8,709,681
医業収益	7,326,642	6,943,602	7,377,146	7,963,918
入院収益	5,269,173	4,871,294	5,183,120	5,597,414
外来収益	1,873,714	1,906,931	2,017,761	2,194,623
その他医業収益	133,885	115,174	126,395	122,011
他会計負担金	49,870	49,870	49,870	49,870
医業外収益	388,248	382,509	941,500	745,323
受取利息及び配当金	2,393	2,586	2,024	13,056
他会計負担金	89,114	143,178	120,638	121,192
他会計補助金	156,010	149,978	142,499	142,019
長期前受金戻入額	74,872	170,930	177,682	196,879
補助金	24,102	379,169	458,795	240,498
その他医業外収益	41,727	36,668	39,862	31,679
特別利益	2,302	1,824	535	440
病院事業費用	7,710,714	7,814,766	8,295,382	8,637,815
医業費用	7,351,297	7,406,601	7,828,918	8,178,335
給与費	3,529,848	3,684,510	3,758,692	3,908,939
材料費	2,011,150	1,928,261	2,091,030	2,283,686
経費	1,245,440	1,260,839	1,427,105	1,412,872
減価償却費	531,993	502,567	506,718	532,642
資産減耗費	55	5,047	20,591	6,615
研究研修費	32,811	25,377	24,782	33,581
医業外費用	335,488	366,211	410,626	437,048
支払利息	40,977	39,438	37,948	36,587
長期前払消費税償却費	14,432	14,903	14,904	14,904
雑損失	280,079	311,870	375,774	385,557
特別損失	23,929	41,954	55,838	22,432
当年度純損益	6,478	12,836	23,799	71,866
一般会計繰入金を除く当期純損益	▲ 288,546	▲ 330,190	▲ 289,208	▲ 241,215

## (1) 病院事業収益の状況及び課題

## ① 病院事業収益の状況

病院事業収益については、年々増加傾向となっている。内訳をみると、入院収益は令和4年度 5,597 百万となり過去最高額となっている。緩和ケアセンターの開設、HCUの増床、患者サポートセンターによる入退院支援体制が充実したことが要因と思われる。推移を見ると、令和2年度については新型コロナウイルス感染症の影響により前年度より

398 百万減の 4,871 百万となった。令和 3 年度については新規入院患者数が令和元年度並みに回復し 5,183 百万となった。

対して外来収益については、化学療法の高額医薬品の適用範囲拡大による収益増、重症患者の受入増などにより年々増加となっており、令和 4 年度には 2,195 百万と過去最高額となっている。

医業外収益については、平成 30 年度、令和元年度は同程度の金額で推移しているが、令和 2 年度では、新型コロナウイルス感染症に係る補助金が交付され大幅増となり、前年度と比べ 355 百万増の 379 百万、令和 3 年度は更に増額の 459 百万となった。令和 4 年度は確保病床数の減もあり 240 百万となった。また、補助金等により取得した固定資産につき減価償却見合い分を順次収益化する長期前受金戻入額が令和 2 年度には 171 百万、令和 3 年度 178 百万、令和 4 年度には 196 百万となった。これは新病棟・リハビリ棟増築、高額医療機器の更新による減価償却費の増が要因である。

#### ②今後の課題について

医業収益については、診療報酬改定に伴い、7 対 1 入院基本料※9 につき医療・看護必要度の評価項目の見直し、許可病床数 200 床以上の医療機関では医療・看護必要度Ⅱの要件化といった厳しい要件が付されることとなることから、看護部を中心に必要な体制をとらなければならない。また、新型コロナウイルス感染症の影響により医業収益は大きな変動をきたす可能性があるが、地域の中核病院、公的病院としての役割を果たす取り組みをしなければならない。

医業外収益については、新型コロナウイルス感染症に係る補助金は今後同感染症の終息とともになくなるものとする。他会計負担金、他会計補助金については地方公営企業に対する他会計繰出金の基準額範囲内としているので課題は認められない。

収益について、特に大きな課題はない現状ではあるが、「患者の状態に応じた適切な医療を切れ目なく提供するために、不足する医療機能をいかに充実させていくか」という大分県地域医療構想に掲げる基本的な考えに沿った病院運営と収益の確保を果たしていく。

### (2) 病院事業費用の状況と課題

#### ①病院事業費用の状況

病院事業費用全体で見ると年々増加傾向であり平成 30 年度から令和元年度では 670 百万増の 7,711 百万、令和元年度から令和 2 年度では 104 百万増の 7,815 百万、令和 2 年度から令和 3 年度では 480 百万増の 8,295 百万となっている。令和 3 年度から令和 4 年度では 342 百万増の 8,638 百万となっている。

その内訳をみると、医業費用については、昇給及び医師及び看護師等の人材確保による給与費の増、抗がん剤等高額薬品の使用増による材料費の増、近年の原材料価格の高騰による光熱水費等経費も大きく増となっている。

医業外費用については、控除対象外消費税の増による雑損失が増となっている。

#### ②今後の課題について

今後の課題としては、昇給による給与費の増加が見込まれることと、高額医療機器の更新及び修繕にかかる費用がかかることも見込まれている。また、医療情報システムの更新が令和 5 年度に行われ、今後、減価償却費の増などが見込まれ病院経営に影響があるものと思われる。

### 第3章 市民病院の役割・機能の最適化と連携強化

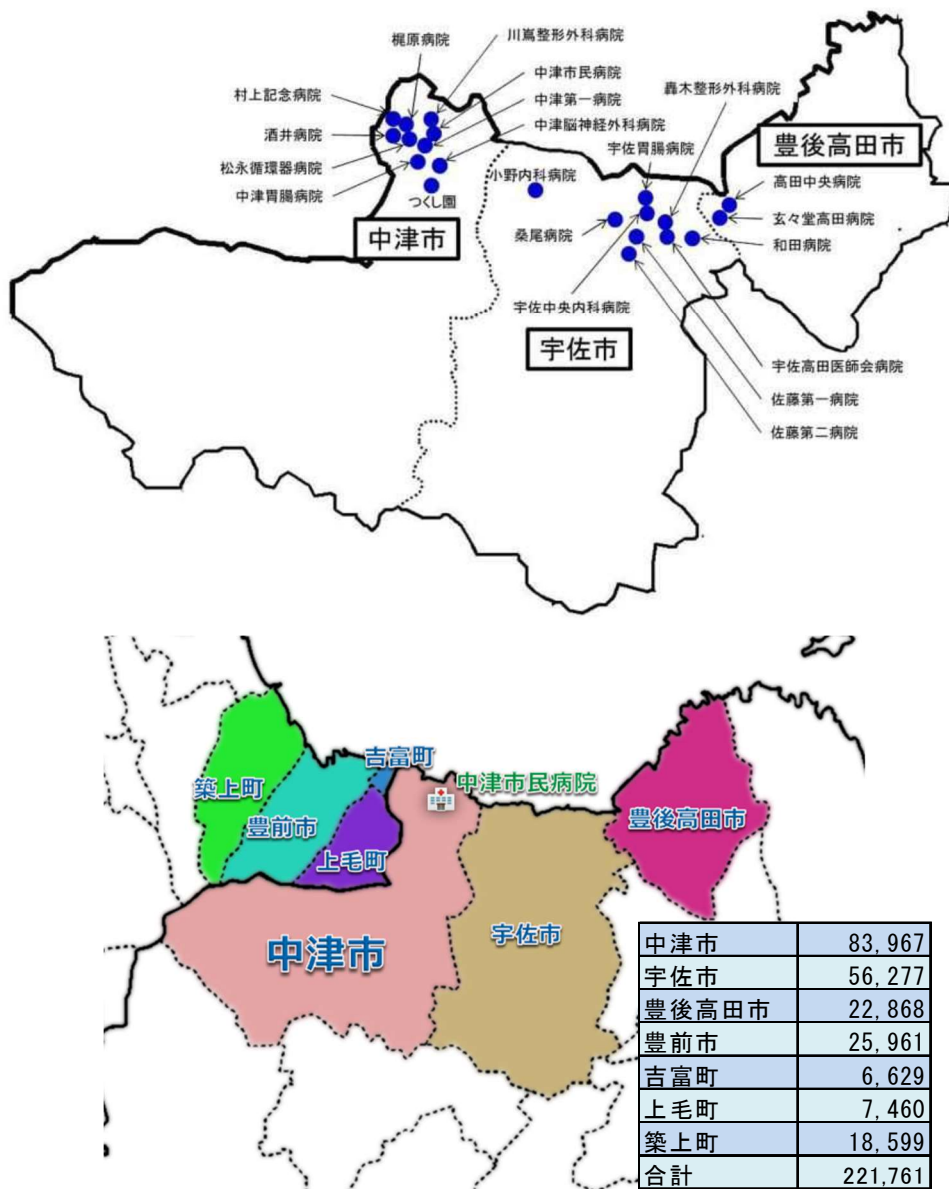
#### 第1節 地域医療構想を踏まえた当院の果たすべき役割・機能

##### 第1項 当院の存する医療圏について

当院は豊後高田市、宇佐市、中津市の3市で構成される大分県北部医療圏に属する。

また、中津市西北部に隣接する豊前市、吉富町、上毛町、築上町は福岡県京築医療圏に属するが、地域内に中核的な医療機関がないため当該医療圏も含めて当院の診療圏と含め、実際に九州周防灘地域定住自立圏共生ビジョン※10を締結し医療分野での相互協力体制にある。

この医療圏での人口は大分県、福岡県4市3町で約22万人となり、さらに当院は当該地域における唯一の中核公的医療機関である。



(上記表令和2年度国勢調査市町村別速報集計結果より、単位：人)

## 第2項 地域医療構想による将来像

地域医療構想は、地域ごとの医療機能の現状や高齢化の進展を含む地域の将来的な医療ニーズの客観的データに基づく見通しを踏まえたうえで、将来におけるその地域にふさわしいバランスのとれた医療提供体制を示すものである。具体的には、入院医療を提供する病床の有する医療機能に着目し、令和7年(2025)年における病床の機能区分ごとの病床数の必要量や居宅等における医療の必要量等について定めるとともに、その達成に向けた施策の方向性について盛り込んでいる。

(※以下、人口推計値は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」平成25年3月推計による)

### (1) 人口推移

#### ①大分県北部医療圏の人口

平成27(2015)年現在の人口は約16.2万人であるが、今後も人口減少が進み、令和7(2025)年には約15万人(2015年比7.7%減)、令和22(2040)年には13万人を割り込む(2015年比20.1%減)。また、65歳以上の高齢者も令和2年(2020)年頃をピークに減少に転じる見込みであり、令和7(2025)年には約5.1万人と、平成25(2013)年現在と同程度で、令和22(2040)年には約4.1万人(2015年比9.3%減)まで減少する見込みである。一方、75歳以上の人口は令和12(2030)年頃の約3.1万人まで増加し、その後は減少すると予想されている。

#### ②福岡県東部の人口

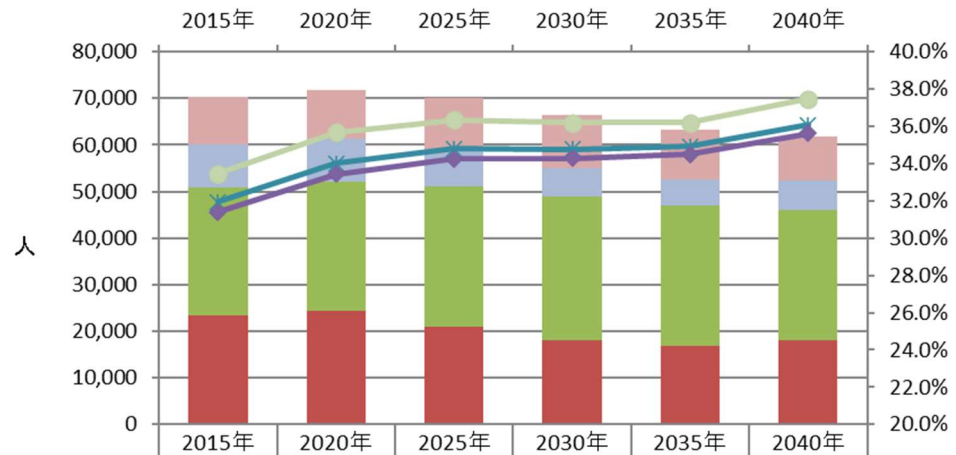
隣接する福岡県東部(豊前市、吉富町、上毛町、築上町)については、総人口は平成27(2015)年に5.8万人、令和7(2025)年に5.1万人(2015年比11%減)、令和22(2040)年に4.2万人へと減少する(2015年比28%減)と予想されている。一方、75歳以上人口は、平成27(2015)年に1.0万人となり、令和7(2025)年にかけて1.1万人へと増加する(2015年比10%増)が、令和22(2040)年には団塊の世代の減少等により0.9万人へと減少する(2015年比10%減)ことが見込まれている。

#### ③まとめ

平成27(2015)年現在の医療圏人口は約22万人であるが、今後は人口減少が進み、令和7(2025)年には約20.1万人(2015年比8.6%減)、令和22(2040)年には17.1万人(2015年比22.0%減)となる見込みである。また、65歳以上の高齢者は令和2(2020)年頃の7.1万人をピークに減少に転じ、令和7(2025)年には約7.0万人と、平成25(2013)年現在と同程度で、令和22(2040)年には約6.1万人(2015年比11.9%減)まで減少すると予想される。

一方、75歳以上の人口は令和12(2030)年頃の約4.2万人まで増加し、その後は減少する見込みとなっている。(詳細なデータは以下資料を参照。)

## 当院の医療圏における高齢者人口と高齢化率



	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
福岡県側 うち75歳～	10,164	10,534	11,423	11,429	10,687	9,660
福岡県側 うち65～74歳	9,288	9,095	7,400	6,125	5,705	6,155
大分県側 うち75歳～	27,353	27,854	30,147	30,962	30,022	27,983
大分県側 うち65～74歳	23,503	24,298	21,085	18,027	16,936	18,127
◆ 合計 高齢化率	31.9%	34.0%	34.8%	34.8%	34.9%	36.1%
◆ 大分県側 高齢化率	31.4%	33.4%	34.3%	34.3%	34.5%	35.6%
◆ 福岡県側 高齢化率	33.5%	35.7%	36.4%	36.2%	36.2%	37.5%

(国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口(平成25年3月推計)』)

		2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
合計	総人口	220,160	211,039	201,294	191,383	181,475	171,622
	65歳以上	70,308	71,781	70,055	66,543	63,350	61,925
	うち65～74歳	32,791	33,393	28,485	24,152	22,641	24,282
	うち75歳～	37,517	38,388	41,570	42,391	40,709	37,643
	高齢化率	31.9%	34.0%	34.8%	34.8%	34.9%	36.1%
大分県側	総人口	162,016	156,009	149,523	142,887	136,182	129,410
	65歳以上	50,856	52,152	51,232	48,989	46,958	46,110
	うち65～74歳	23,503	24,298	21,085	18,027	16,936	18,127
	うち75歳～	27,353	27,854	30,147	30,962	30,022	27,983
	高齢化率	31.4%	33.4%	34.3%	34.3%	34.5%	35.6%
福岡県側	総人口	58,144	55,030	51,771	48,496	45,293	42,212
	65歳以上	19,452	19,629	18,823	17,554	16,392	15,815
	うち65～74歳	9,288	9,095	7,400	6,125	5,705	6,155
	うち75歳～	10,164	10,534	11,423	11,429	10,687	9,660
	高齢化率	33.5%	35.7%	36.4%	36.2%	36.2%	37.5%

(国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口(平成25年3月推計)』)

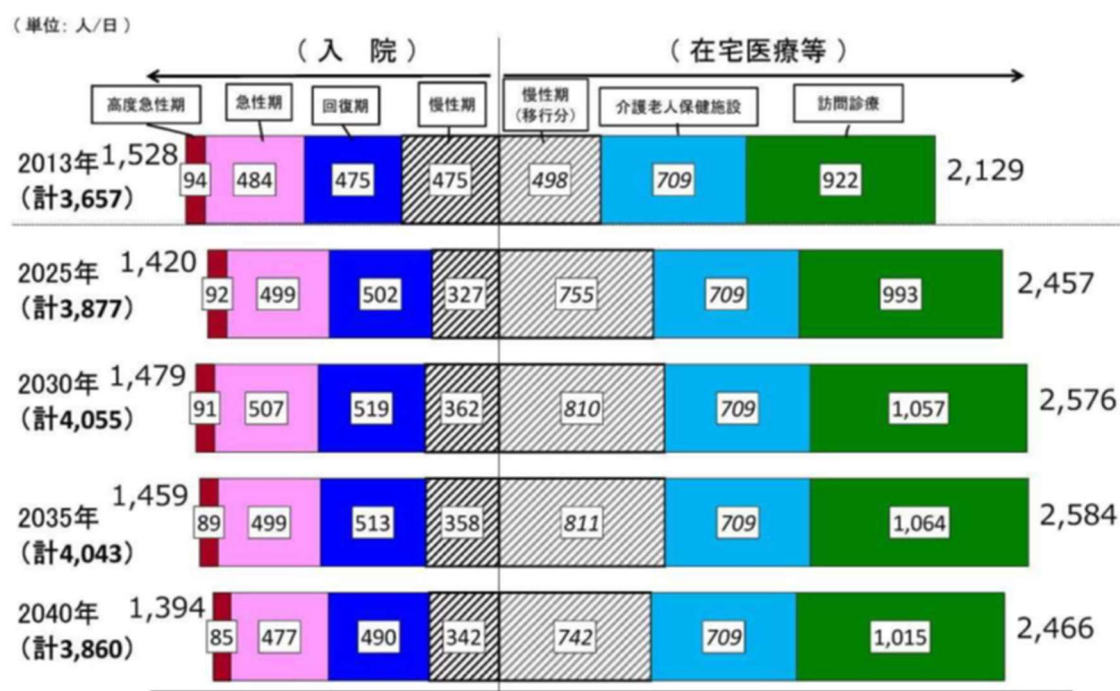


## (2) 医療需要

大分県地域医療構想によると、75歳以上人口が概ねピークを迎える2035年頃までは急性期から慢性期にかけてほぼすべての病床機能において需要が増えると予測されている。

2040年代に入ると入院需要、在宅医療等どちらも減少の傾向に入っていく予測となっている。

地域医療構想が挙げる現状及び将来の推計を踏まえた課題としては、北部医療圏では、北九州医療圏への患者の流出と、それを上回る京築医療圏からの流入がみられる一方、県内でも東部や中部医療圏との連携が強くなっているという現状があるということ。現状の病床機能報告と必要病床数を比較すると、回復期の不足が見込まれており、急性期からの転換を中心にその確保が求められている。



	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	未選択等	計
病床機能報告(2014年)(床)	0	1418	292	646	123	2479
必要病床数(2025年)(床)	123	640	558	355		1676

(現状(病床機能報告)と必要病床数との比較(北部医療圏))

当院の状況としては、大分県北部医療圏及び福岡県京築地域医療圏において急性期医療を提供できる中核病院として、そのニーズは高いものと考えている。医療構想においても2035年までは急性期医療の需要は微増ではあるが現在より増となっていることから、従来どおり急性期医療の提供が基軸となる。

しかし、医療構想にあるように圏域内の住民に対し、急性期から、回復期、慢性期、在宅へと切れ目のない医療提供体制を構築するために地域医療支援病院として24時間365日かかりつけ医等からの要請により当院への入院受入をするとともに、回復期の充実が必要とされていることから、当院においても平成28年から地域包括ケア病床の活用をしているところであり、またリハビリについても平成28年から始め、平成30年にはリハビリテーション科を開設し充実を図っているところである。



### (3) 当院の果たすべき役割・機能、連携強化

当院の果たすべき役割としては、前述したようにまずは医療圏における唯一の公的の中核病院として急性期医療の提供を果たしつつ、各種指定病院として機能を発揮していく必要がある。「公立病院経営強化プランガイドライン」の中でも機能分化・連携強化のイメージとして基幹病院は急性期機能を集約し、医師・看護師等の確保をした上で基幹病院以外の不採算地区病院等と連携を強化し、医師等の派遣・遠隔診療等を実施、回復期、初期救急は不採算地区病院等が担うとしている。

当院では既に医師会等関係機関とそういった役割・機能分担をしているところであるが、今後更に連携強化を図り地域医療の熟成に寄与していく。

以下、指定機関としての役割を中心に述べる。

#### ① 救急医療

当院の救急医療体制としては、限られた人的資源の中で運営していることから非常に疲弊しやすい状況にあったため、平成30年6月から医師会や関係医療機関、関係機関と協議し、役割分担を明確にした。具体的には、休日・夜間の一次救急を医師会や他の救急告示病院に対応していただき、対処が困難と判断されれば当院が高次救急対応病院として診療にあたることとした。これによりそれぞれの役割が明確化されスムーズな救急医療体制が構築されている。(是永大輔 横田昌樹 地域医師会と連携した救急医療体制の構築～みんなで救急医療を守ろう～全国自治体病院学会雑誌 57

(10) 45-48)

また、高度急性期病床の不足は、北部医療圏において深刻な課題であり、急性期医療の充実には基幹病院である当院の担うべき役割であるため、令和4年度には救急専用病棟を創設し、今後は地域救命救急センターの整備を視野に入れている。

さらに、救急救命士の再教育研修として年に60人から90人を受け入れていることから、救急救命士を中心とした救急隊員の知識・技術の向上を目的とした救急ワークショップを整備し、救急事後検証や症例検討会を通して、当院の医師・看護師との連携強化を図り、救急救命体制を充実させる。なお、日中夜間を含む救急搬送件数は以下のとおりである。搬送の件数は年々増加傾向にあることがわかる。

(単位：人)

	R1	R2	R3	R4
救急車搬送患者数(初診のみ)	2,438	2,467	2,912	3,581

#### ② 災害拠点病院

当院は、災害拠点病院として、災害等事案が発生した場合、地域医療機関・消防本部等と連携し、患者の受け入れや救護チームの派遣等を行う。

また、DMAT(災害派遣医療チーム)については、日本DMAT(医師、看護師、業務調整員を含む隊員5名で構成)資格保持者、日本DMATの技術を地域に応用した大分DMAT(医師と看護師を含む2名以上で構成)資格保持者が複数おり、出動要請時には速やかな対応ができるよう研修・訓練を積極的に行う。

今後も災害拠点病院として、DMAT 隊員の養成、訓練の実施やそれに関連する事業継続計画(BCP) ※11 の改定や追加を適宜行っていく。

#### ③ へき地医療

当院は、へき地医療拠点病院としての指定を受けており、代診医の派遣、研修医に対しへき地医療を経験できる初期臨床研修プログラムを実施している。今後も、へき地医療拠点病院としての機能を発揮できるよう努めていく。

④ 周産期医療

当院は、北部医療圏では唯一、地域周産期母子医療センターに認定されている（平成 22 年 12 月）。産科では、帝王切開術等の実施に必要な医療機器、分娩監視装置、超音波診断装置、微量輸液装置、その他産科医療に必要な設備を備えており、緊急帝王切開術にも迅速に対応することが可能である。小児科では、新生児室及び新生児・小児科用人工呼吸器、鼻腔式人工呼吸器、開放及び閉鎖型保育器、搬送用保育器、NICU（新生児集中治療室）を有し、医師・看護師が 24 時間体制で対応している。

今後も総合周産期母子医療センターである大分県立病院や他の地域周産期母子医療センターと連携し、周産期医療に取り組む。

（単位：件）

	R1	R2	R3	R4
分娩件数	313	331	279	274
（うち 帝王切開）	122	140	112	97

⑤ 小児救急医療

小児救急医療については、全国的に小児科医が減少している中で、医師の確保が困難な状況ではあるが当院は九州周防灘定住自立圏共生ビジョンに基づき、関係自治体の協力のもと 365 日 24 時間医療提供をしてきた。しかし、医師不足により運営が厳しくなり平成 29 年 4 月に各医師会、各大学、近隣病院の協力を得ながら運営する小児救急センターを立ち上げることとなった。これにより、小児救急センターが初期救急を担い、当院は二次医療機関として安定的な医療提供をすることができるようになった。（是永大輔 横田昌樹 地域医師会と連携した救急医療体制の構築～みんなで救急医療を守ろう～全国自治体病院学会雑誌 57（10）45-48）

新型コロナウイルス感染症の影響による受診控えや社会全体での感染対策等予防医療が徹底されたことから受診者は減少している傾向にはあるが、今後も小児救急センター及び各関係機関と協力しながら地域における小児救急医療に取り組んでいく。

⑥ 地域在宅医療

地域包括ケアシステム、大分県地域医療構想からも今後は在宅医療のニーズが増加していくことが明らかである。在宅にあっても適切な医療の提供を行うことが重要であり、患者の在宅での生活支援も欠かせないものとなる。その中で、医療と介護の連携やその他地域資源を患者が活用できるよう、当院としても、患者サポートセンターを中心に患者のニーズに応じていく。

上記目的を果たすために、平成 28 年に回復期（地域包括ケア）病床の設置し、平成 29 年度から医療と介護の連携強化を目的に地域連携会を年 2 回程度開催しているところである。今後も役割分担、連携の強化を図っていく。

(4) 医療機能や医療の質、連携強化等に係る数値目標

当院の果たすべき役割、連携強化を図るための数値目標を以下のとおり設定する。

項目	R3年度(実績)	R4年度(実績)	R5年度(目標)	R6年度(目標)	R7年度(目標)	R8年度(目標)	R9年度(目標)	備考
救急患者数	2,912	3,581	3,300	3,300	3,400	3,400	3,400	
手術件数	1,609	1,617	1,600	1,600	1,600	1,600	1,600	
臨床研修医の受入件数	6	7	7	7	7	7	7	
紹介率	87.7	89.9	90.0	90.0	90.0	90.0	90.0	
逆紹介率	76.9	80.5	80.0	80.0	80.0	80.0	80.0	
分娩件数	279	274	300	300	300	300	300	

(5) 一般会計負担の考え方

公立病院は、地方公営企業として運営される以上、独立採算を原則とすべきであるが、地方公営企業法第17条の2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、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もって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る。

現在の一般会計による経費負担のルールは、平成26年に定めたもので、その内容は、「繰出しは、普通交付税の基準財政需要額に算入された額及び特別交付税の算定に用いられる額とする。ただし、病院会計が赤字の決算見込みとなる場合は、繰出し基準を上回らない範囲内で繰出し措置する。」としている。今後も基本的にはこの基準に従っていくとともに、地方交付税等の措置額を勘案して協議していく。

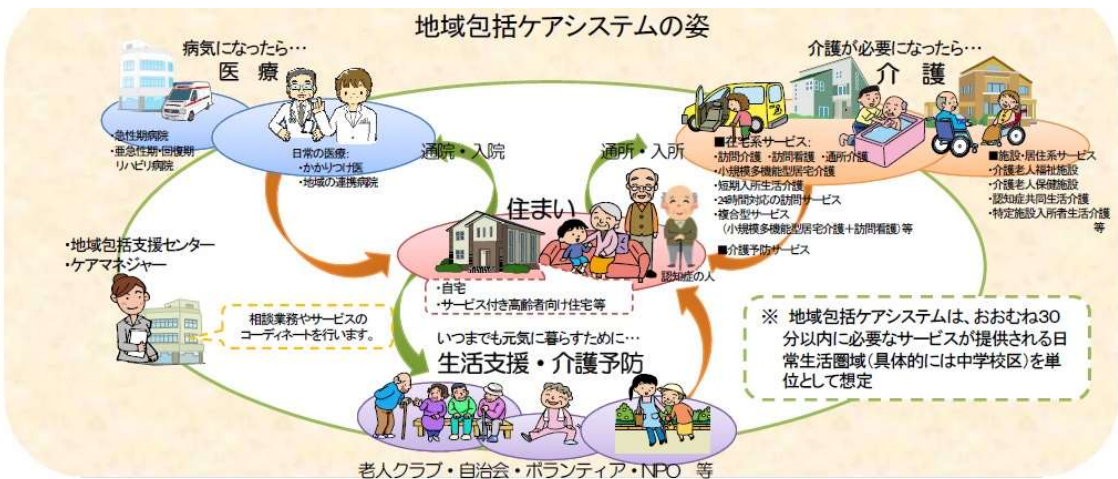
**第2節 地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割・機能**

**第1項 地域包括ケアシステムとは**

地域包括ケアシステムについては、医療介護総合確保推進法第2条第1項において、「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制」と規定されており、この体制を構築することにより、医療と介護が総合的に確保されることを求めているものである。

現在、地域包括ケアシステム概念は高齢者だけにとどまらず障がい者やこどもも含んだところで支援できる体制という意味合いが強くなっている。

公立病院にあっては、介護保険事業との整合性を確保しつつ、例えば、在宅医療に関する当該公立病院の役割、住民の健康づくりの強化に当たっての具体的な機能、緊急時における後方病床の確保や人材育成など、当該病院の規模や特性に応じた役割を下記のとおり果たしていく。また高齢者だけではなく障がい者やこども等広い範囲での地域包括ケアに寄与していく。



(厚生労働省資料より)

## 第2項 当院の果たすべき役割・機能

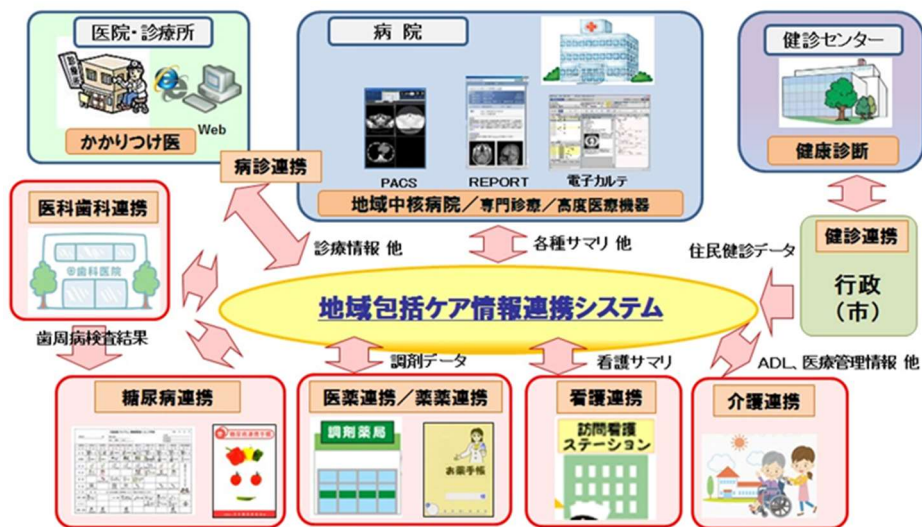
高齢者等ができる限り住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、医療・介護（福祉）・介護予防・生活支援・住まいの5つのサービスが一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の構築に向け、地域の中核病院として以下の役割を担う。

### (1) 医療連携、医療・介護（福祉）連携への協力

地域包括ケアシステムがその高齢者等への円滑なサービスの提供をするために一番大事なことは多様な主体によるサービス提供機関同士の連携である。そのためには自治体や医師会を主体としたICTを活用した情報連携ネットワークが必要となってくる。

現在、国は地域において医療等の情報連携ネットワークの構築を進めているところであり、当院の医療圏においてもその構築に向けて動き出すものと思われる。当院としては、急性期医療の現場において得た情報を患者が地域に戻り生活をする上で医療や介護のサービス提供機関と共有することにつき協力していくものとする。

また、紹介・逆紹介を行う場合や、当院の持つ高度医療機器の利用についてスムーズな連携を行えるようシステム化することを検討していく。



### (2) 在宅医療に関して

在宅復帰の促進には、「ADLの低下を防ぐ」「院内感染リスクを低減する」「在院日数の短縮につながり医療費を適正化する」などの効果がある。当院では、患者サポートセンターが中心となり多職種で支援に取り組んでいる。

まず、退院困難な患者に対し、入院早期から退院支援計画を策定し、在宅復帰を促進する。

退院支援を行う患者サポートセンターを設置していることから、退院支援の専任者が他の医療機関や介護保険事業所等と緊密な連携をとり、患者の退院を支援することに活用する。

また、普段からスムーズな在宅復帰を進めるために、地域のケアマネジャーや訪問看護スタッフと医療と介護の連携を目的とした地域連携会を毎年開催している。

今後も地域包括ケアシステムの構築において重要な“在宅復帰”を関係機関と協力しながら進めていく。

### (3) 住民の健康づくりの強化及び住民理解のための取組

地域包括ケアシステムの構築という方針の中で急性期から回復期、慢性期、在宅医療に至るまで、患者の状態に応じた適切な医療を切れ目なく提供するためには地域住民にも以下のことを理解してもらう必要がある。そのために市報、ホームページ、健康教室や講演会を通し普及啓発を行っていく。

- ① 日頃から相談できる「かかりつけ医」を持つ。当院や大学病院等への受診が必要な場合には「かかりつけ医」に紹介してもらう。
- ② 医療機関は通常の診療時間の方がスタッフもそろい、機能が充実しているのでできるだけ診療時間内に受診をし、不要不急の受診は行わない。
- ③ 急性期、回復期、慢性期などの機能別の医療提供体制について理解し、適切な医療機関で受診していただく。
- ④ 人生の最期をどこでどう過ごすか、どのような医療を受けたいかなどについて家族で話をする機会を設けていただく。
- ⑤ 生活習慣病の予防など、健康で自立した生活を送るための主体的な健康づくりに努めていただく。

#### (4) 緊急時における後方病床の確保

上記で述べたように、地域包括ケアシステムの構築に向けて当院としても、回復期病床を設置しているが、同時に「在宅療養後方支援病院」としての機能も期待されている。

「在宅療養後方支援病院」の施設基準としては、①許可病床が200床以上の病院であること、②当院を緊急時に入院を希望する病院としてあらかじめ当院に届けている患者（以下、入院希望者という）について緊急時にいつでも対応し、必要があれば入院を受け入れること、③入院希望患者に対して在宅医療を提供している医療機関と連携し、3月に1回以上、診療情報の交換をしていることがあげられている。

当院では令和4年6月から認定を受け、令和5年10月末時点で3箇所の在宅医療を行う診療所等関係機関と連携し、患者の支援を行っている。今後も急変時のスムーズな入院受入及び治療を行い、関係機関との連携を強化し地域包括ケアシステムの構築に寄与していく。

## 第4章 医師・看護師等の確保と働き方改革

公立病院では、今まで「新改革プランガイドライン」に沿って再編・ネットワーク化、経営形態の見直しなどに取り組んできたが、地方における医師・看護師等の不足・偏在という状況が続いており持続可能な経営を確保しきれない病院が多いのが実態である。

また、2024年からは医師の時間外労働規制いわゆる働き方改革も厳しく求められることとなる。

人的資源の確保によるワーク・ライフバランスの均衡をとるためにも当院としても種々の対応を検討・実施していく。

### 第1節 医師・看護師等の確保

#### 第1項 職員数の推移

職員数の推移は以下のとおりとなっている。

医師については診療科が増えたこと、臨床研修医を多数受け入れていることもあって人数は順調に増えている。

薬剤師は10名程度で推移しているが、薬局だけでなく病棟での業務を考えると人数が不足していると感じている。募集をしても中々応募がないという状況である。

看護師については現状不足している状況ではない。

(単位：人)

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
医師	58	62	62	65	66
薬剤師	9	10	11	11	11
診療放射線技師	11	11	11	12	12
臨床検査技師	17	17	16	16	16
臨床工学技士	4	4	4	4	5
理学療法士	6	6	6	6	6
作業療法士	1	1	2	2	2
言語聴覚士	0	1	1	1	2
管理栄養士	4	4	4	4	4
歯科衛生士	2	2	2	2	3
看護師	248	257	273	284	276
助産師	19	17	21	21	20
准看護師	11	12	13	14	15
保健師	1	1	1	2	2
保育士	1	1	1	1	1
事務員	39	44	40	44	47
診療情報管理士	4	4	5	5	6
医療ソーシャルワーカー	4	5	5	5	4
医療秘書	14	14	14	14	17
外来クラーク	8	11	13	10	10
病棟事務補助	5	7	7	8	0
介護福祉士	1	1	1	1	1
看護助手	10	15	14	11	11
当直・警備員	10	12	12	12	11
計	487	519	539	555	548

※各年度4月1日現在の人数。会計年度任用職員、育休等職員含む。

## 第2項 人員の確保

### (1) 医師の確保

#### ①大分県医師確保計画

医師については、令和2年度から実施されている「大分県医師確保計画」によると大分県は医師偏在指標上全国18位で、医師多数県でも医師少数県でもない状況である。更に当院のある北部医療圏も多数・少数どちらでもない医療圏という結果が出ている。そういう状況ではあるが今後の医師の働き方改革を考え医師の確保を目指すとしている。

下記の表をもとに国では北部医療圏の令和5年時目標医師数を233人としており、現在の医師数は317名と目標を上回る数値となっている。

二次医療圏	医師偏在指標	現在医師数	H30.1.1時点の人口	推計人口(R5年)	国が算定した目標医師数※(R5年時点)
東部医療圏	250.8	659	208,100	195,600	398
中部医療圏	281.0	1,741	571,800	559,600	991
南部医療圏	157.0	131	72,900	64,100	118
豊肥医療圏	184.3	113	59,200	51,300	87
西部医療圏	157.5	154	92,500	81,300	132
北部医療圏	181.8	317	164,700	153,900	233
県全体	242.8	3,115	1,169,200	1,105,800	1,959
(大分県医師確保計画より)					

また県では産科医師と小児科医師の確保は政策医療の観点から特に必要性が高いと判断し、別途計画を立てているが状況は以下のとおりである。

まず、産科医師の充足状況を産科医師偏在指標で全国の状況と比較すると大分県は全国26位で医師少数県には該当しないとなっている。周産期医療圏の状況で見ると北部医療圏は全国284医療圏中102位となっており少数区域とはなっていない。

小児科医師の充足状況を小児科医師偏在指標で全国の状況と比較すると大分県は全国19位で医師少数県には該当していない。小児医療圏の状況で見ると北部医療圏は全国307医療圏中193位となっており少数区域とはなっていない。

当院のある北部医療圏について現在は医師の少数区域ではないという結果であるが、大分県では大分大学医学部や大分県医師会等と連携を図り、地域枠医師派遣調整、自治医科大学卒業医師の派遣、臨床研修医の確保・定着などの施策を行うこととしている。

#### ②当院の取り組み

医師については、新規診療科の開設もあり順調に推移しており、医療提供体制としては保たれていると考える。今後も診療科ごとに医師が不足しないよう大学医局への積極的な訪問をし、協力を求めていく。医師の採用募集も随時ホームページ等各種媒体を利用し実施していく。

### (2) 看護師の確保

看護師については、現状の人数で不足は生じていないが、退職等による人数減に対して補充できるよう計画的に採用をしていく。



また、近隣の看護学校等に対して採用情報の提供や情報交換ができるよう働きかけていくとともに就職説明会へも積極的に参加していく。

当院に実習に来る看護学生に対しては実習を通して魅力ある職場環境とじてもらえるよう努めていく。

### (3) 薬剤師の確保

薬剤師については、人員確保が困難な職種となっている。近隣大学に薬学部がないことからなかなか当院を含む北部医療圏への就職ということに結びついていない状況である。

当院薬剤部の魅力である「学ぶことができる環境」、「チーム医療の充実」といったことを就職説明会等様々な場面でアピールしていく。

また、令和3年度には、薬剤師の確保に資することを目的に奨学金返還支援助成金制度を創設したところである。

### (4) その他

その他の職種についても人員の不足が生じないように計画的に採用を実施していく。

## 第2節 臨床研修医の受入れを通じた若手医師の確保

### 第1項 臨床研修医受入の推移

一年次研修医の推移は表のとおりとなっている。二年次と合わせると10名を超える研修医の人数となっている。

(単位：人)

	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
基幹型	2	4	3	5	4	4	4	6
協力型	1	3	3	3	4	2	3	1
計	3	7	6	8	8	6	7	7

また、病院見学は随時受け入れており、毎年多くの医学部生が来ており、その中から実際に当院の臨床研修医になる例が多い。

(単位：人)

	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
見学数(延べ)	16	33	22	20	22	18	27
(うち翌年度当院研修医採用)	4	5	5	4	5	6	7

### 第2項 研修プログラム・指導医の充実

魅力ある研修プログラムを提供することで臨床研修医の獲得を目指す。当院は、臨床研修病院の指定を受けており、研修医の指導に力を入れている。当院を受診している患者は高齢者や肝硬変、糖尿病、脳卒中、心臓病などの全身合併症を有する患者が多く、このようなハイリスク症例に対し、指導医の指導のもと研鑽を積むことができるということが魅力と言える。

プログラムの特徴としては下記のとおりである。

- ・救急外来業務は、医長以上の当直の際に副当直医として、月4回から6回当直業務を行い、救急研修を補っている。救急患者の80%は一次救急であり、また60%は小児救急であるため、プライマリ・ケア※12の診療能力を身につけるには最適である。
- ・へき地医療等への関わりを特色の一つとしている。急性期医療に偏りがちな研修期間中に、精神科研修では“一人の患者について必要なことを知り尽くそうとする努力をする習慣”を身につけてもらい医師としての基本的態度の涵養に役立てる。
- ・当院の病院見学を訪れた医学部生の臨床実習や、年間150名が参加する地域看護



学生の臨床研修にも携わり、人に教えることで知識を確固たるものにする。  
また、下記の表のとおり当院には多くの指導医がおり、研修医にとっては多くのことを学ぶ環境が提供できている。

**【指導医の人数】**

外科指導医	6
心臓血管外科指導医	2
呼吸器外科指導医	1
脳神経外科指導医	1
消化器内科指導医	1
循環器内科指導医	1
産婦人科指導医	1
小児科指導医	3
泌尿器科指導医	1
放射線科指導医	1
麻酔科指導医	1
病理指導医	1

(令和5年4月1日現在)

研修修了者からは「多くの症例を学ぶことができた。」「先輩医師、看護師やパラメディカルの皆さんがやさしく指導、協力してくれた。」と好評を得ている。

また上記で述べたように見学に来た医学生が当院の臨床研修に応募してくれることが多い状況である。当院の臨床研修を修了した医師の医学部生への紹介も臨床研修医の獲得につながっている。今後も魅力あるプログラムを提供し、多くの臨床研修に貢献していく。

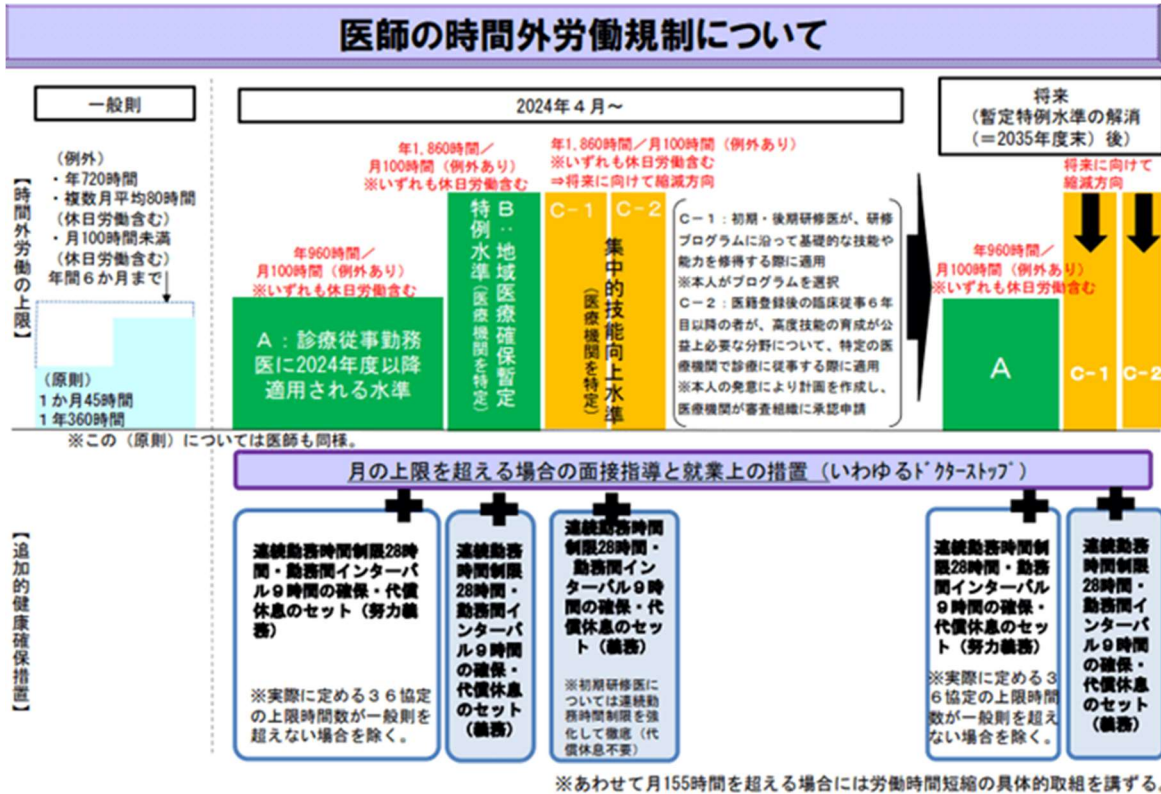
### 第3節 働き方改革への対応

#### 第1項 医師の働き方改革

これまでの医療は医師の長時間労働によって支えられており、今後、医療ニーズの変化、医療の高度化、少子化に伴う医療の担い手不足が進む中で、医師の負担が更に増加するのではないかと危惧されている。

労働環境の改善をすることが、医療の質・安全を確保することになり、持続可能な医療提供体制の構築につながると考えられている。

そこで国では、令和6年度から医師の時間外労働規制に取り組むこととした。今後、医療機関では医師の労働時間短縮計画を作成し、それを評価センターが評価、都道府県知事が水準を指定し、医療機関は計画を実施していくこととしている。



#### 第2項 当院の取り組みと今後

##### (1) これまでの取り組み

当院では、独自の取り組みとして平成29年6月に医師の二交代制勤務を導入した。(是永大輔 横田昌樹 医師の働き方改革～地方の中規模病院における二交代制勤務の導入～全国自治体病院学会雑誌 58 (12) 55-60)

夜勤時間は16:30～9:00であり、前後2日の休みが必要となる。夜勤明けの13:00以降は原則として時間外勤務を禁じ、半日休みを義務化しており、それ以外の時間帯は時間外手当で対応するという考え方(図1)による。翌日13:00以降に特別な理由で勤務せざるを得ない場合は届け出制とし、それ以外の時間は原則、本人の意思に任せている。多くの医師が夜勤前(8:30～16:30)は日常診療を行い、夜勤明け(9:00～13:00)に外来診療を行っている。

連続勤務時間は8:30～翌13:00の28時間30分となり、連続勤務時間に支障なく、9時間の勤務間インターバルも確保できるようになった。

制度導入前は夜間の救急搬送を断る当直医師が少なからずいたが、夜勤体制となると特別な理由がない限り安易に患者を断らないという風土が定着し、重

症患者の救急搬送患者入院率が向上した。また、本来この制度では、時間外勤務が増えるはずだが、平均時間は着実に減少傾向となり、医師自体の自発的な業務改善が行われたものと推察できる。(表1)

経営的にみるとこの制度では、通常の宿直手当と比較すると時間外手当は負担が大きくなるという面があるが、医師が無理なく働ける環境づくりが重要と考える。

図1. 二交代制勤務の考え方



表 1. 二交代制導入前後の時間外労働時間

期間	平均	最大	100 時間超の延べ人数(%)
<b>【導入前】</b>			
2016 年 1～6 月	59.1 時間	205 時間	39 人//6 ヶ月 (16.1) 6.5 人/月
2017 年 1～6 月	50.1 時間	202 時間	11 人//6 ヶ月 (14.4) 1.8 人/月
<b>【導入後】</b>			
2018 年 1～6 月	53.4 時間	127 時間	7 人//6 ヶ月 (12.9) 1.1 人/月
2019 年 1～6 月	51.1 時間	159 時間	7 人//6 ヶ月 (12.7) 1.1 人/月

二交代制勤務は 2017 年 6 月に導入 (但し、2016 年 3 月～2017 年 3 月の期間、小児科は 24 時間診療のため完全二交代制勤務を実施)

※参考文献 是永大輔 横田昌樹 医師の働き方改革～地方の中規模病院における二交代制勤務の導入 全国自治体病院学会雑誌 58 (12) 55-60

## (2) 当院の働き方改革への対応

### ① 勤怠管理システムの導入

今までは看護部のみに勤怠管理システムを導入していたが、令和 5 年度から全職種に対応する勤怠管理システムを導入した。これにより、出退勤、時間外、業務外時間、年次休の管理等々把握し、医師における年 960 時間、月 100 時間の規制を含む全職員の適正な労働管理を行うこととする。

### ② タスク・シフト/シェア※13 の推進

タスク・シフト/シェアについては厚生労働省において医師の労働時間を短縮する必要からタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会を開催し、具体的に推進していく項目等が挙げられている。タスク・シフト/シェア可能な業務は、医行為に該当する業務とそうでない業務がある。医行為ではない業務については、職種毎の専門性を踏まえつつ、幅広い職種にタスク・シフト/シェアしていく必要がある。

医行為にあたる業務については医師の指示の下で行われることを前提として、医療

の質や安全性を担保しながら推進していく必要がある。医行為にあたる業務については、特定行為研修を修了した看護師が必要となることから、認定看護師を中心に特定行為研修受講を推進していくこととする。

タスク・シフト/シェアが可能な業務の中には法令改正が必要なものもあり今後国の方で整備が進んでいくものと思われるので順次できることから対応し、働き方改革を進めていく。

### ③職員の健康確保

長時間労働になっている又はなりそうな職員がいる場合には、所属長への報告と面接指導実施医師の面談、さらに必要に応じて当該職員と産業医が面談し、健康状態の確認及び長時間労働を是正する働きかけを行っていく。

### ④地域住民の適切な受診の推進

診療時間内の受診を呼びかけることで長時間労働を生む構造的な問題を解決していく。

## 第5章 経営形態の見直し

経営強化プランでは、当該病院の規模や置かれた環境といった地域の実情を踏まえ、経営の強化に向けた最適な経営形態を検討し、経営形態の見直しが必要となる場合は、新経営形態への移行の概要を明記するよう求めている。

当院においては、平成26年4月に地方公営企業法の「一部適用」から「全部適用」へと移行しており、当面は地方公営企業法の「全部適用」を維持していくこととする。

## 第6章 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の一連の対応・経験により発生した課題等を踏まえ、新興感染症等の感染拡大時に、病床の確保等必要な対策が機動的に講じられるよう、国は都道府県に対し令和6年度からの第8次医療計画から計画の記載事項に新興感染症等の対応を追加することとなった。

公立病院においても地域医療の中で新興感染症等が拡大した場合に備え、様々な準備をしておかなければならないことから以下ガイドラインに沿って取り組み事項について記載する。

### 第1節 当院の感染対策について

当院の感染対策は、病院感染対策指針に従い、感染対策チーム（以下、「ICT」）が主導で種々の感染対策を講じる体制ができている。

ICTは医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師、事務職員で構成されており、うち看護師は感染管理認定看護師※14となっている。

年2回の全職員向け感染対策研修を開催し、週1回の地域感染状況と対策につき院内周知を図っている。

今般の新型コロナウイルス感染症についてもICTが中心となり必要な事項を院長の指揮のもと実施した。内容としては面会禁止の取り組み、病院出入口における検温・手指消毒・マスク着用の徹底、職員に対しては防護服の正しい着用方法、患者への対応方法、健康管理の徹底などである。







## 第7章 施設・設備の最適化

病院施設・設備については、多額の費用がかかることから、長期的な視点をもって病院施設・設備の長寿命化や更新を計画的に行うことが求められており、補助金や企業債を効果的に活用し、費用対効果の観点から進めていく必要がある。

また、新型コロナウイルス感染症の流行を契機にデジタル化への対応は国を挙げての政策となっており、病院事業においても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）、音声入力等様々なデジタル化に向けた取り組みを着実に進めていかなければならない。

以下、施設・設備の計画的な管理、デジタル化への計画について記載する。

### 第1節 施設・設備の計画的な管理

#### (1) 施設・設備管理

平成24年6月に新病院本館が完成し、その年10月から稼働が始まった。その後平成31年2月に新病棟・リハビリ棟が増築され、建屋部分については今後大きな計画はない。ただし、新病院本館部分は築10年を経過し、大規模な修繕や改修が必要となってくる。これらにかかる費用は多額になることが予想されるので特別修繕引当金に引き当てるなどし、計画的に行い期間損益計算を適切に行っていく。

医療機器等についても今後、多くの医療機器が更新時期を迎えていること、また新たにロボット手術支援システムの導入などを予定しており、多額の費用がかかることが予想される。そのため、企業債の活用、補助金のメニューがあれば補助金を申請するなど病院運営に有利な方法にて更新を行っていく。

### 第2節 デジタル化への対応

#### (1) 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）

オンライン資格確認については、令和3年10月20日から運用を開始した。開始後の利用件数は月平均5件程度となっており低調なものとなっていたが、現状では月平均40件程度の利用となり少しずつ利用件数が増えている。本制度は、診療時における確実な本人確認と保険資格確認を可能にし、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。当院では現状薬剤情報や特定健診情報は取得していないので将来的にはこういった情報の取得もできるようにしていく。

今後も窓口等での普及啓発を行い利用増加に努めていく。

#### (2) オンライン面会の実施

新型コロナウイルス感染症により入院患者への面会を禁止することとなり、ただでさえ不安な入院生活が家族に会えないことで更に不安になる状況となってしまった。当院では、比較的早い段階でオンライン面会ができる体制を看護部、事務部により構築し、実施している。現状、面会制限は一部緩和されているが、患者の状態によってはオンライン面会での対応をお願いしているところである。また、遠方のご家族等との面会に利用することができるという利便性もあることから今後も継続していくものとする。



#### (3) Wi-Fi環境の整備

今までエリアが限定されていたWi-Fi環境を、令和5年9月に拡大整備した。これにより患者満足度の向上及び院内ネットワークを強化し業務効率の向上につなげていく。

#### (4) スマートフォン・タブレット端末の導入

PHS の法人向けサービスが令和 5 年 3 月に終了したこともあり、現在使用している PHS 運用をスマートフォンに変更する必要がある。

スマートフォンになれば、データの送受信やチャットシステムの活用など今までできなかった機能が利用できるようになることから業務効率の向上に役立つものと考えている。

また、診療・看護業務においてもスマートフォン（タブレット端末）の導入を行った。電子カルテと連携することで病室でのバイタルサイン等看護記録を作成することができ、医師等との情報共有にチャットシステムを利用することができることから業務の効率化、厳格化につながる事が期待される。

#### (5) 勤怠管理システムの導入

第 4 章において述べたが、医師を含めた働き方改革が始まることから全職員対象の勤怠管理システムを令和 5 年度から導入した。今まで出勤簿、時間外、有給の申請など紙運用にて行っていたが、これにより電子による申請ができ、管理業務の大幅な効率化が図れる。

#### (6) 情報セキュリティ対策の徹底

近年、「標的型攻撃（メール）」、「ランサムウェア」などを使ったサイバー攻撃が医療機関も標的として実行される事案が増加している。攻撃を受けた医療機関では電子カルテが使えなくなり手術や外来、入院対応ができなくなるといった実被害も発生している。対岸の火事ではなく、攻撃を受ける可能性はいつでもあるということを認識しなければならない。

また、地域医療連携が進み、当院と他院・クリニック等との情報のやり取りが行われるようになればさらにセキュリティ対策に万全を期さなければならない。

今後は、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」（厚生労働省）に沿って、情報セキュリティ対策を構築するとともに、攻撃を受けた場合の対応、診療への影響が最小限に済むような体制を構築していく。

#### (7) その他

今後も職員の負担軽減、働きやすい職場環境構築のため RPA（Robotic Process Automation）の導入検討など更なる業務効率化を進めていく。

## 第8章 経営の効率化等

経営の効率化は、地域の医療提供体制を確保し、良質な医療を継続的に提供していくためには、避けて通れないものであり、医療の質の向上等による収入確保や医薬品費、医療材料費等の経費節減に積極的に取り組んでいく必要がある。

当院では、開院以来一貫して経常黒字を達成している。今後、人口減少や経済情勢等医療を取り巻く環境は大きく変わっていく可能性があるが、経常黒字を図っていく。

以下、収支改善・経費削減・収入確保・経営の安定性の4点につき過去の実績をもとに目標数値を掲げる。

### 第1節 経営指標に係る数値目標

当院は、平成12年に開院し、以後一貫して経常黒字を達成している。計画期間中も経常黒字の達成を図る。

以下、収支改善・経費削減・収入確保・経営の安定性の4点につき過去の実績をもとに目標数値を掲げる。

#### (1) 収支改善に係るもの

(単位：%)

項目	R1年度実績		R2年度実績		R3年度		R4年度 実績	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	備考
	当院	類似病院	当院	類似病院	当院	類似病院							
経常収支比率	100.4	96.3	100.7	99.9	101.3	104.2	101.1	101.0	100.7	102.2	102.1	101.7	経常的な経営活動から生じる経常収益で経常費用を賄うことができているかを示す指標。100%以上が目安であり、当院は類似病院平均に比べると安定した比率となっている。 【経常収益÷経常費用×100】
医業収支比率	99.7	85.5	93.7	80.1	94.6	81.4	97.4%	98.6%	96.9%	96.1%	95.4%	95.3%	医業活動に係る費用である医業費用を医業活動で得た医業収益で賄うことができているかを示す指標。100%以上が目安であり、当院は類似病院平均と比べると安定した比率となっている。 【医業収益÷医業費用×100】
修正医業収支比率	99.0	—	93.1	—	93.9%	—	96.8%	98.0%	96.4%	95.5%	94.8%	94.7%	修正医業収支比率=(医業収益-一般会計負担金)/医業費用×100

収支改善に係る指標として、経常収支比率、医業収支比率、修正医業収支比率をあげる。

経常的な経営活動から生じる経常収益で経常費用を賄うことができているかを示す経常収支比率については安定の目安である100%を超えている。

医業活動に係る費用である医業費用を医業収益で賄うことができているかを示す医業収支比率については、新型コロナウイルス感染症の影響もあり95%程度となっている。医業収支については、今後も感染症の影響はあるかと思われるが、地域医療機関との連携による患者紹介、救急患者の積極的な受入等に努め、100%以上を目指す。



(2) 経費削減に係るもの

(単位：%)

項目	R1年度実績		R2年度実績		R3年度		R4年度 実績	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	備考
	当院	類似病院	当院	類似病院	当院	類似病院							
材料費対医業収益比率	27.4	19.0	27.8	19.8	28.2%	19.9%	28.7%	27.7%	27.7%	27.7%	27.7%	27.7%	医業収益に対する材料費の割合。 【材料費÷医業収益×100】
うち薬品費対医業収益比率	14.3	9.5	18.1	10.0	18.0%	9.9%	18.1%	18.1%	18.0%	18.0%	18.1%	18.0%	医業収益に対する薬品費の割合。 【薬品費÷医業収益×100】
委託費対医業収益比率	10.6	12.4	11.4	13.6	11.3%	13.7%	11.3%	11.5%	11.5%	11.5%	11.5%	11.5%	医業収益に対する委託費の割合。 【委託費÷医業収益×100】
職員給与費対医業収益比率	47.7	59.8	52.6	66.1	50.7%	64.0%	49.1%	49.2%	49.0%	49.3%	49.6%	49.7%	医業収益に対する職員給与費の割合。当院は類似病院平均に比べると低い割合にあるが、今後伸びる可能性あり。 【職員給与費÷医業収益×100】
減価償却費対医業収益比率	7.3	9.9	7.2	10.2	6.8%	9.9%	6.7%	6.0%	7.7%	8.2%	8.5%	8.6%	医業収益に対する減価償却費の割合。 【減価償却費÷医業収益×100】
後発医薬品の使用割合	17.3%	—	18.8%	—	19.1%	—	19.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	後発医薬品数÷採用医薬品数×100 ※H28 12.0% H29 12.7% H30 17%

経費削減に係る指標としては材料費、委託費、職員給与費、減価償却費、後発医薬品にかかる指標をあげている。

材料費については、化学療法の増、高額な材料を使用する難易度の高い手術の増により増加していくことが予想される。後発医薬品を積極的に使用する等費用対効果が最大となるように努めていく必要がある。

委託費については、今後も同程度の金額で推移するものと予想されるが、更新等がある際には常に費用対効果を意識していくものとする。

職員給与費については、現状、全国の類似病院に比べると低い数値となっていることから、今後も職員数、職員の年齢層等を考慮した職員採用を行い、目標数値以下となるよう努力する。

減価償却費については、新病院建設に係る高額医療機器等の減価償却が順次費用化されていることから年々減少しているが、新病棟増築分や医療機器の更新分が費用化されていくので、今後は8%程度で推移するものと予想される。

全体として、一朝一夕に経費を削減できるものではないが、全職員が意識を持って取り組む必要がある。

(3) 収入確保に係るもの

(単位：％、円、人)

項目	R1年度実績		R2年度実績		R3年度		R4年度実績	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	備考	
	当院	類似	当院	類似	当院	類似								
病床利用率	91.9	73.0	84.9	65.6	83.5	64.5	86.3	95.0	95.0	95.0	95.0	95.0	病床数に対する24時現在の延入院患者数割合をいい、病院の入院状況を示す指標。当院は類似病院平均に比べ安定した比率となっている。 【年延入院患者数÷年延病床数×100】	
患者一人当たり診療収入(円)	入院	57,220	40,438	57,328	42,207	61,580	50,595	63,924	63,000	63,000	63,000	63,000	63,000	診療収入を延患者数で除して算出された患者一人当たりの平均診療単価。
	外来	27,384	10,897	29,369	11,549	30,553	13,428	30,724	30,000	30,000	30,000	30,000	30,000	
1日当たり入院患者数(人)	(251.6)	(166.0)	(232.8)	(161.0)	(230.6)	(158.0)	(239.9)	(248.0)	(248.0)	(248.0)	(248.0)	(248.0)		
	229.8	—	212.3	—	208.8	—	215.8	228.0	228.0	228.0	228.0	228.0		
1日当たり外来患者数(人)	285.1	414.0	267.2	373.0	272.9	393.0	294.0	280.0	280.0	280.0	280.0	280.0		
平均在院日数	10.6	16.4	10.4	16.2	9.6	15.8	9.0	10.0	10.0	10.0	10.0	10.0		

収入確保に係る指標として、病床利用率、診療単価等をあげている。

病床利用率については、全国の類似病院に比べると高い数値を保っている。病床管理については患者サポートセンターによる入退院支援に力を入れており、病床利用率と平均在院日数の管理に大きく貢献してくれている。今後も、目標値の達成に努めていく。

1日当たりの入院・外来患者数は新型コロナウイルス感染症の影響もあり不透明なところもあるが、今後の目標数値として入院患者数を228人、外来患者数を280人と見込んでいる。

(4) 経営の安定性に係るもの

(単位：円、人)

項目	R1年度実績	R2年度実績	R3年度実績	R4年度実績	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	備考
医師数	42	48	49	51	52	53	53	53	53	
純資産の額	6,976,028	5,959,494	5,984,358	6,057,299	6,051,739	5,862,726	5,844,296	5,827,075	5,775,575	
現金保有残高	2,798,428	3,720,092	1,992,851	1,959,015	2,105,199	2,033,368	2,171,395	2,259,505	2,358,369	
企業債残高	3,429,140	3,305,173	3,440,077	3,372,790	4,190,774	4,316,434	3,959,066	3,461,588	2,932,604	

経営の安定性という観点で上記4つの数値を上げている。

総合医療情報システムや高額医療機器の更新等がある中でも債務の返済能力を表す現金の保有高は経営の安定という意味でも十分であると考えている。

医師数も順調に推移してきており、今後も医師が不足することがないようにその確保に努めたい。

## 第2節 目標達成に向けた具体的な取組

前項に掲げた目標を達成するため、「民間的経営手法の導入」、「収入増加・確保対策」、「経費削減及び抑制対策」及び「医療の質と病院機能の向上」の4項目につき、重点的に取り組んでいく。

### (1) 民間的経営手法の導入

収益強化・経費削減に向け、DPC※11 分析による疾患別データ分析（ベンチマーキング等）を行っていく。また、患者に対する接遇態度を向上させ、満足度をあげることが信頼につながり経営の強化にもなることから患者やその家族等については丁寧な説明を行い、クレーム等がある場合も患者に寄り添った対応を行っていく。令和5年9月に患者用Wi-Fiの環境を整備し患者満足度の向上に努めているところである。

今後も常に先進的事例につき研究し、当院において導入できるものがあれば積極的に採用していく。

### (2) 収入増加・確保対策

#### ①地域医療機関ならびに介護保険事業所等との連携強化

今後も各医療機関の機能分担・連携強化に取り組み、「急性期病院」として患者に対し、質の高い医療を提供するとともに、紹介率および逆紹介率の向上を図る。

また、地域包括ケアシステムの構築においては、介護保険事業所等との連携は不可欠であり、患者サポートセンターを中心に、患者のことを考えた在宅復帰支援に向けて関係強化に努めていく。

#### ②病床稼働率の向上

現状、病床運営について、専任の患者サポートセンターを置き、各病棟との連携強化を図り、病床管理を行っているが、更に円滑な病床運営を目指し、病床稼働率の向上に努める。

また、地域医療機関と互いの医療機能について理解を深め、連携を強化することで紹介率の向上を図り、入院患者の増加を図る。

#### ③診療報酬制度への適切な対応

2年に1度改定される診療報酬制度※12についてはその内容に適切に対応し、取得可能な施設基準等については十分な検討をし、収益確保に取り組む。

#### ④未収金の取り扱い

患者の自己負担額につき、未収金となった場合、医事課において債権回収に向けた手続き（督促）を踏むことになるが、特に返済能力があるにもかかわらず滞納状況が長期に渡るような場合は、市債権回収担当部署と協力し、裁判所への申し立てによる財産の差し押さえを行い、未収金の回収に努める。

### (3) 経費削減及び抑制対策

#### ①SPD方式による在庫管理

医薬品や診療材料については、物流及び在庫管理の効率化を図るため、SPD※19方式による業務委託を採用しており、効率的な経費削減を図る。また、SPD方式を採用することで、医療スタッフはケアに専念することができ、患者へきめ細やかな医療サービスを提供することができる。

#### ②後発医薬品（ジェネリック医薬品※20）の利用

後発医薬品については、その使用割合によって、後発医薬品使用体制加算を受けるこ

とができ、また患者負担の軽減、医薬品費の軽減にもつながることから、当院としても積極的に推進しており、年々使用割合は増加しているところである。

### ③業務委託・設備保守管理等

その他の業務委託、設備保守管理等についても、常に費用対効果を意識して他病院の動向等を調査する。契約更新に際しては、より効率的、経費節減につながる契約ができるよう努める。

## (4) 医療の質と病院機能の向上

当院は、医療の質向上に取り組み、公益財団法人日本医療機能評価機構※21による審査を受け、平成 27 年 4 月に日本医療機能評価機構認定病院 (3rdG:Ver. 1.0) となり、その後令和 2 年 4 月には 3rdG:Ver. 2.0 に認定されたところである。今後も、①患者中心の医療の推進、②良質な医療の実践、③当院理念に向けた組織運営を果たし、医療の質向上、患者から信頼される医療の提供に取り組んでいく。

病院機能の向上については、これまで新病院開院に向けて、施設整備、機能強化に努めてきた結果、「地域周産期母子医療センター」「地域がん診療連携拠点病院」「地域医療支援病院」「へき地医療拠点病院」などの各種指定を受けることができた。今後も高度医療を提供する中核病院として病院機能の強化、地域医療機関の後方支援病院として、更なる病診連携機能の確立と整備を図りつつ、医師確保に向けた取り組みを継続し、更に病院機能を充実させていく。

そういった中で、平成 27 年度には心臓血管外科、平成 28 年度には歯科口腔外科、令和元年度には腎臓内科と新たな診療科も開設し、医療機能の強化を図ってきた。今後も地域における中核病院として必要な医療提供体制の確立に努めていく。

### 第3節 各年度の収支計画等

- (1) 経営効率化に係る当計画期間は令和5年度から令和9年度までの5年間  
 (2) 令和4年度実績及び令和5年度見込みをもとに算定した。

#### 【収益的収支計画】

(単位：百万)

区分		年度								
		R1年度(実績)	R2年度(実績)	R3年度(実績)	R4年度(実績)	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度
収 入	1. 医業収益 a	7,327	6,943	7,377	7,964	8,297	8,295	8,287	8,278	8,312
	(1) 料金収入	7,142	6,778	7,201	7,792	8,117	8,100	8,092	8,083	8,117
	(2) その他	185	165	176	172	180	195	195	195	195
	うち他会計負担金	50	50	50	50	50	50	50	50	50
	2. 医業外収益	388	883	942	745	560	595	775	817	793
	(1) 他会計負担金・補助金	245	293	263	263	276	274	274	274	273
	(2) 国(県)補助金	24	379	459	240	27	27	27	27	27
	(3) その他	119	211	220	242	257	294	474	516	493
	経常収益(A)	7,715	7,826	8,319	8,709	8,857	8,890	9,062	9,095	9,105
	支 出	1. 医業費用 b	7,351	7,407	7,829	8,178	8,419	8,556	8,627	8,675
(1) 職員給与費 c		3,530	3,685	3,759	3,909	4,078	4,065	4,089	4,110	4,130
(2) 材料費		2,011	1,928	2,091	2,284	2,301	2,296	2,294	2,292	2,301
(3) 経費		1,245	1,261	1,427	1,413	1,456	1,466	1,474	1,482	1,490
(4) 減価償却費		532	508	527	533	501	641	682	704	711
(5) その他		33	25	25	39	83	88	88	88	88
2. 医業外費用		335	366	411	437	349	276	240	232	230
(1) 支払利息		41	39	38	37	35	34	33	30	29
(2) その他		294	327	373	400	314	242	207	202	201
経常費用(B)		7,686	7,773	8,240	8,615	8,768	8,832	8,867	8,907	8,950
経常損益(A)-(B)(C)	29	53	79	94	89	58	195	188	155	
特別 損益	1. 特別利益(D)	2	2	1	0	0	0	0	0	0
	2. 特別損失(E)	24	42	56	22	65	30	30	30	30
	特別損益(D)-(E)(F)	△ 22	△ 40	△ 55	△ 22	△ 65	△ 30	△ 30	△ 30	△ 30
純損益(C)+(F)	7	13	24	72	24	28	165	158	125	

## 【資本的収支計画】

(単位：百万)

区分	年度									
	R1年度(実績)	R2年度(実績)	R3年度(実績)	R4年度(実績)	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	
収	1. 企業債	0	0	260	121	1,073	143	66	0	0
	2. 他会計出資金	52	46	46	54	91	111	291	337	318
	3. 他会計負担金	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	4. 国(県)補助金	0	49	16	18	0	0	0	0	0
	5. その他	0	0	2	0	0	0	0	0	0
	収入計(a)	53	95	324	193	1,164	254	357	337	318
入	うち翌年度へ繰り越される支出の財源充当額(b)									
	前年度許可債で当年度借入分(c)									
	純計(a)-(b)+(c)(A)	53	95	324	193	1,164	254	357	337	318
支	1. 建設改良費	112	123	360	278	1,294	561	176	113	113
	2. 企業債償還金	146	124	125	188	255	259	500	563	529
	3. その他	0	0	2,496	0	0	0	0	0	0
	支出計(B)	258	247	2,981	466	1,549	820	676	676	642
	差引不足額(B)-(A)(C)	205	152	2,657	273	385	566	319	339	324
補てん財源	1. 損益勘定留保資金	119	134	2,611	224	313	542	291	174	166
	2. 利益剰余金処分量	85	7	13	24	72	24	28	165	158
	3. その他	1	11	33	25	0	0	0	0	0
	計(D)	205	152	2,657	273	385	566	319	339	324
	補てん財源不足額(C)-(D)(E)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	当年度同意等債で未借入又は未発行の額(F)									
	実質財源不足額(E)-(F)	0	0	0	0	0	0	0	0	0

## 第9章 点検・評価・公表等

### (1) プランの点検・評価・公表

病院設置自治体である中津市は、当該改革プランを策定したのちは、速やかにこれを公表するとともに、その実施状況につき年1回以上の点検・評価を行うものとする。

### (2) 点検・評価方法

点検・評価については、病院関係者の他に外部有識者等を入れ、客観的に評価するものとする。具体的には、プランの進捗状況、目標未達成の場合の原因究明、今後の進め方等について議論するものとする。

### (3) プランの見直し

上記、点検・評価を受けたのち、プランに掲げた数値目標等を達成することが著しく困難と認められるとき、プランの見直しを行うこととする。

## 用語解説

### ※1 がん診療連携拠点病院

がん診療連携拠点病院とは、質の高いがん医療の全国的な均てん化を図ることを目的に整備された病院のことである。均てん化とは、「生物がひとしく雨露の恵みにうるおうように」という意味。

### ※2 災害拠点病院

災害拠点病院とは、地震・津波・台風・噴火等の災害発生時に災害医療を行う医療機関を支援する病院のことである。

### ※3 地域周産期母子医療センター

地域周産期母子医療センターとは、周産期（出産の前後の時期という意味）に係わる高度な医療を対象とした医療施設で、産科と新生児科の両方が組み合わせられた施設。

### ※4 地域医療支援病院

地域医療支援病院とは、地域の中核病院として地域の診療所・クリニック等では対応の困難な専門的な治療や高度な検査、手術等を行い「地域完結型医療」の中心的役割を担う病院のことである。

### ※5 へき地医療拠点病院

へき地医療拠点病院とは、無医地区および無医地区に準じる地区を対象として、へき地医療支援機構の指導・調整の下に、巡回診療、へき地診療所等への代診医派遣などの医療活動を継続的に実施できると認められる病院のことである。

### ※6 臨床研修病院

臨床研修病院とは、医学部を卒業し、医師免許を取得した医師（研修医）が卒後2年間、基本的な手技、知識（初期研修）を身につけるため籍を置く、つまり経験を積む、腕を磨く場を提供する病院である。

### ※7 DPC（診断群分類。Diagnosis Procedure Combination）

DPCとは、患者ごとに傷病名や年齢、意識障害レベル、手術、処置の有無などの治療行為を組み合わせた診断群分類。回復への最短治療に向けて、医療サービスが標準化されていく結果、医療費の抑制が期待できる。

### ※8 大分県地域医療構想

大分県地域医療構想とは、医療と介護の需要が増大する中、今後を見据えた医療提供体制の目指すべき方向性について、医療関係者、行政、県民が広く共有し、実現に向けて取り組むための指針となる構想のこと。

### ※9 7対1入院基本料（7対1看護配置）

まず、7対1看護配置とは、患者7人に対して、常時看護師1人以上を配置するもので、従来の10対1看護配置よりも手厚い看護体制で、医療安全の確保を図ることで、より安全・安心できる看護を提供するものである。次に、7対1入院基本料とは、一般病棟で、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき、厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、所定の点数が定められている基本料のこと。

※10 九州周防灘地域定住自立圏共生ビジョン

九州周防灘地域定住自立圏共生ビジョンとは、通勤・通学圏、医療圏、商圈等の状況を踏まえ、中津市・宇佐市・豊後高田市・福岡県豊前市・築上町・上毛町の4市2町の間で平成21年11月に協定を締結したことから始まる。圏域自治体が相互協力を行うことで、「生活機能の強化」、「結びつきやネットワークの強化」、「圏域マネジメント能力の強化」を図り、医療分野においては、小児救急医療体制の確保が謳われている。

※11 BCP

BCPとは英語の「Business continuity plan」の頭文字を取った略語のことで、日本語では「事業継続計画」と言われる。BCPを策定する目的は、組織にとって望ましくない事態（自然災害・大事故・不祥事など）が生じた際に、被害を最小限におさえつつ、最も重要なビジネスを素早く再開させることで、損害の発生を最小限に留めることとされる。

※12 プライマリケア

患者の心身を総合的に診て、初期段階での健康状態の把握や一時的な救急処置、日常的にみられる病気や軽度の外傷の治療、訪問診療などを行い、特殊な症例については、専門医に紹介する役割を担うことである。

※13 タスク・シフト/シェア

タスク・シフトとは、医師の仕事の一部を看護師など他の職種に任せること。タスク・シェアとは、医師の仕事を複数の職種で分け合うこと。タスク・シェア及びタスク・シフトが行われる職種として想定されるのは、看護師、薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、視能訓練士、義肢装具士、救急救命士、医師事務作業補助者。

※14 感染管理認定看護師

感染管理認定看護師とは、感染症対策の専門教育を受けた看護師とその資格のこと。感染症患者が発生した場合、周囲への感染を最小限に抑える事が役割で、「疫学」、「感染管理学」、「感染症学」、「微生物学」、「統計学」、「医療関連感染サーベイランス」、「医療管理学」、「職業感染管理」、「感染防止技術」、「感染管理指導・相談」、「洗浄・消毒・滅菌技術」、「ファシリティマネジメント」など、感染に関するさまざまな知識・技術を包括的に習得している看護師。

※15 ゾーニング

基本的には「区分する」という意味で使われている。病院や介護施設等でのゾーニングは、安全に医療を行う、感染を拡大させないようにするために行われる。新型コロナウイルスだけでなく、流行性ウイルス疾患（水痘など）インフルエンザ、結核など、空気感染・接触感染・飛沫感染で広まっていく感染症患者を扱う場所では欠かせない。とくに入院病棟などでは、病原体によって汚染されている区域（汚染区域）と、汚染されていない区域（清潔区域）を明確に分けることが必要とされている。

※16 感染制御認定薬剤師

感染制御専門薬剤師は、日本病院薬剤師会が認定を行う認定薬剤師資格の一つで、感染制御に関する高度な知識、技術、実践能力により、感染制御を通じて患者が安心・安全で適切な治療を受けるために必要な環境の提供に貢献するとともに、感染症治療に関わる薬物療法の適切かつ安全な遂行に寄与する薬剤師のこと。



※17 クラスタ

本来の意味には「塊(かたまり)」「群れ」「房」といったもの。コロナウイルスに関しての「クラスタの定義」は、まず、クラスタというのはひとりの感染者から複数の人間へ感染が広まること、またその感染が広まった集団のことを指す。「クラスタ＝感染者の集団」といった意味で使われることが一般的。

※18 アウトブレイク

感染症について、一定期間内に、ある限られた範囲内あるいは集団の中で、感染者が予想よりも多く発生すること。特に、その集団内ではこれまで特に見られなかったような感染症が急激に広まること。「集団発生」などとも訳される。院内感染などもアウトブレイクと呼ばれる。

※19 SPD (Supply Processing and Distribution)

SPDとは、院内で使用される医薬品、診療材料等を一元的に管理、供給する物流システムで、過剰在庫、期限切れ及びスタッフの業務の軽減などに効果がある。

※20 後発医薬品 (ジェネリック医薬品)

後発医薬品 (ジェネリック医薬品) は、先発医薬品と治療学的に同等であるものとして製造販売が承認され、一般的に研究開発に要する費用が低く抑えられることから、先発医薬品に比べて薬価が安くなっている。後発医薬品を普及させることは、患者負担の軽減や医療保険財政の改善に資するものとなっている。

後発医薬品使用体制加算とは、以下の施設基準を満たす場合に受けられる

①当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価 (薬価基準) 別表に規定する規格単位ごとに数えた数量 (以下「規格単位数量」という。) に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、後発医薬品使用体制加算 1 にあつては 70%以上、後発医薬品使用体制加算 2 にあつては 60%以上 70%未満、後発医薬品使用体制加算 3 にあつては 50%以上 60%未満であること。

②当該保険医療機関において調剤した薬剤の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が 50%以上であること。

※21 公益財団法人日本医療機能評価機構

日本医療機能評価機構は、国民の健康と福祉の向上に寄与することを目的とし、中立的・科学的な第三者機関として医療の質の向上と信頼できる医療の確保に関する事業を行う公益財団法人。

同法人が行う病院機能評価は、病院が組織的に医療を提供するための基本的な機能が、適切に実施されているかを中立・公正な立場で評価する。評価の結果明らかになった課題に対し、病院が改善に取り組むことによって、医療の質向上が図れる。

## 参考資料

### 中津市民病院の沿革

(令和4年3月31日現在)

平成12年 6月 6日	中津市民病院の開設許可
平成12年 7月 1日	中津市民病院の使用許可
平成12年 9月 1日	事務当直業務外部一部委託
平成12年10月16日	救急告示病院認定
平成13年 4月 1日	診療連携室設置
平成14年 4月 1日	医療ソーシャルワーカー配置
平成14年 6月 3日	物品管理システム導入
平成14年12月 1日	病歴管理室設置
平成15年 2月 1日	急性期入院加算 取得
平成15年 3月14日	I S O14001認証 取得
平成15年 7月 1日	急性期特定入院加算 取得
平成15年10月 1日	中央材料室滅菌業務業者委託
平成15年10月 7日	災害拠点病院に指定
平成15年10月27日	臨床研修病院に指定
平成16年 3月23日	オムニテニスコート建設
平成16年 4月 1日	医療相談室設置
平成16年12月 1日	自家用発電機設備増設
平成17年10月 1日	更生医療指定病院に指定
平成18年 1月25日	中津市民病院経営・施設整備検討委員会設置
平成18年 5月 1日	一般病棟入院基本料2 取得 小児入院医療管理料1 取得
平成18年 7月 1日	別棟会議室新築完成
平成18年10月19日	臨床修練を行う病院に指定
平成18年11月28日	中津市とモンゴル国・国立モンゴル健康科学大学で医療分野における交流に関する協定書調印
平成19年 4月 1日	院内保育所開設（新築）
平成19年 5月24日	全国自治体病院協議会より自治体立優良病院として表彰される
平成19年 7月17日	中津市民病院経営・施設整備検討委員会の下部組織として「中津市民病院医療体制検討専門部会」を設置
平成20年 1月24日	中津市民病院経営・施設整備検討委員会が建て替え問題や診療体制などについて中津市長に報告
平成20年 4月 1日	DPC 対象病院に認定
平成20年 5月29日	総務大臣より自治体立優良病院として表彰される
平成20年 8月 1日	単純C T撮影・単純MR I 撮影 取得
平成20年 9月 1日	MR I 使用開始
平成20年10月 1日	大分大学医学部より産婦人科医1名派遣（常勤）

平成21年 2月13日	新病院建設用地取得の市議会議決
平成21年 8月 1日	医師事務作業補助加算 100 : 1 取得
平成22年 2月 1日	医師事務作業補助加算 75 : 1 取得
平成22年 6月 1日	H19 年度より休診中の産科を再開 妊婦健診開始
平成22年 6月24日	新病院起工式
平成22年 7月12日	分娩受け入れ再開
平成22年 8月 1日	急性期看護補助体制加算 75 : 1 取得
平成22年12月 1日	地域周産期母子医療センターに認定
平成23年 4月 1日	地域がん診療連携拠点病院に指定 がん治療連携計画策定料 取得
平成23年 6月 1日	乳腺悪性腫瘍手術におけるセンチネルリンパ節加算 取得
平成23年 8月 1日	医師事務作業補助体制加算 取得 (75 : 1) → (50 : 1)
平成23年10月 1日	高エネルギー放射線治療 取得
平成23年11月 1日	急性期病棟退院調整加算 1 取得 HPV 核酸同定検査 取得
平成24年 1月 1日	ハイリスク分娩管理加算 取得 ポジトロン断層撮影 取得
平成24年 6月30日	新病院本館完成
平成24年10月 1日	新病院開院 療養環境加算 取得 データ提出加算 2 取得 食堂加算 取得 単純 CT 撮影 (80 列マルチスライス CT) 取得 心大血管疾患リハビリテーション料 (2) + 初期加算 取得 呼吸器リハビリテーション料 (2) + 初期加算 取得 運動器リハビリテーション料 (3) 取得 脳血管疾患等リハビリテーション料 (3) 取得
平成24年11月 1日	新生児特定集中治療室管理料 2 取得 小児入院医療管理料 2 のプレイルーム加算 取得
平成24年12月 1日	輸血管管理料 (II) 取得
平成25年 2月 1日	冠動脈 CT 撮影加算 取得 大腸 CT 撮影加算 取得
平成25年 4月 1日	脳神経外科診療開始
平成25年 5月 1日	25 対 1 医師事務作業補助者体制加算 取得 医療安全対策加算 2 取得
平成25年 5月24日	地域医療支援病院 承認

平成25年 7月 1日	開放型病院共同指導料 取得
平成25年 8月 1日	喘息治療管理料 取得
平成25年 9月 1日	在宅患者訪問看護・指導料 取得
平成25年10月 1日	腹腔鏡下肝切除術 取得
平成25年10月15日	旧病院建物側植栽工事完成
平成25年11月 1日	75 対 1 急性期看護補助体制加算 取得
平成25年12月 1日	50 対 1 急性期看護補助体制加算 取得
平成26年 2月 1日	C T透視下気管支鏡検査加算 取得 30 対 1 医師事務作業補助者体制加算 取得
平成26年 3月 1日	25 対 1 医師事務作業補助者体制加算 取得
平成26年 3月17日	植込型心電図記録計移植術 取得 植込型心電図記録計摘出術 取得
平成26年 3月27日	本館屋上・公務員宿舎・駐車场上屋太陽光発電工事完成
平成26年 4月 1日	地方公営企業法の「全部適用」へ移行 へき地医療拠点病院に指定
平成26年 4月 1日	医師事務作業補助体制加算 1 (25 : 1) 補助体制加算 取得 胃瘻造設術 (経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む) 取得 経皮的冠動脈ステント留置術 取得 経皮的冠動脈形成術 取得 がん患者指導管理料 2 取得 HPV 核酸検出及び HPV 核酸検出 (簡易ジェノタイプ判定) 取得
平成26年 7月 1日	胃瘻造設術嚥下機能評価加算 取得
平成27年 1月28日	日本医療機能評価機構認定病院審査を受審
平成27年 2月 1日	小児入院医療管理料 3 取得 小児入院医療管理料 3 (プレイルーム加算) 取得
平成27年 3月 1日	診療録管理体制加算 1 取得
平成27年 4月 3日	日本医療機能評価 3rdG : Ver. 1.0 の認定
平成27年 5月 1日	感染防止対策加算 1 取得 感染防止対策地域連携加算 取得
平成28年 1月 1日	心臓血管外科診療開始
平成28年 5月 1日	糖尿病透析予防指導管理料 取得 小児入院医療管理料 2 取得 医師事務作業補助体制加算 (20 対 1) 補助体制加算 取得
平成28年 6月 1日	診療録管理体制加算 2 取得
平成28年 7月 1日	診療録管理体制加算 1 取得 退院支援加算 (加算 1) 取得
平成28年 8月 1日	早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術 取得

平成28年 9月 1日	ハイケアユニット入院医療管理料 2 取得 地域包括ケア病棟入院料 1 取得 がん患者リハビリテーション料 (Ⅱ) 取得
平成28年10月 1日	放射線治療専任加算 取得 外来放射線治療加算 取得 運動器リハビリテーション料 (Ⅱ) 取得 呼吸器リハビリテーション料 (Ⅰ) 取得 歯科口腔外科診療開始 ク라운・ブリッジ維持管理料 取得 歯科口腔リハビリテーション料 2 取得 歯科治療総合医療管理料 (Ⅰ) 及び (Ⅱ) 取得
平成28年11月 1日	輸血適正使用加算 取得 心大血管疾患リハビリテーション料 (Ⅰ) 取得
平成28年12月 1日	認知症ケア加算 (加算 2) 取得
平成29年 1月 1日	ハイケアユニット入院医療管理料 1 取得 歯科外来診療環境体制加算 取得
平成29年 2月 1日	急性期看護補助体制加算 (75 対 1) 取得
平成29年 4月 1日	腹腔鏡下腓体尾部腫瘍切除術 取得 中津市立小児救急センターとして小児救急センターを分離
平成29年 5月 1日	小児入院医療管理料 3 取得 神経学的検査 取得
平成29年 6月 1日	医師及び検査技師の 2 交代勤務導入
平成29年 9月 1日	院内保育所建替移転
平成30年 1月 1日	医療安全対策加算 1 取得
平成30年 4月 1日	医療安全管理加算 1 (医療安全対策地域連携加算 1) 取得 感染防止対策加算 1 (抗菌薬適正使用支援加算) 取得 入退院支援加算 1 (入院時支援加算) 取得 後発医薬品使用体制加算 3 取得 乳腺炎重症化予防ケア・指導料 取得 救急搬送看護体制加算 取得 腹腔鏡下肝切除術 取得 胆管悪性腫瘍手術 (膵頭十二指腸切除及び肝切除 (葉以上) を伴うものに限る。) 取得 悪性腫瘍病理組織標本加算 取得 乳房 MRI 撮影加算 取得 乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術 (一連につき) (MRI によるもの) 取得 小児鎮静下 MRI 撮影加算 取得

	地域歯科診療支援病院歯科初診料 取得
平成30年 4月 1日	麻酔管理料 (I) 取得 早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術 (取り下げ) 糖尿病透析予防指導管理料 (取り下げ)
平成30年 7月 1日	運動器リハビリテーション料 (II) (初期加算) 取得 脳血管疾患等リハビリテーション料 (III) (初期加算) 取得
平成30年 8月 1日	ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術 (リードレスペースメーカー) 取得
平成30年 9月 1日	バルーン閉塞化逆行性経静脈的塞栓術 取得 放射線技師に2交代勤務導入
平成31年 2月 1日	新病棟、リハビリ棟 (多目的ホール) 竣工
平成31年 4月 1日	腎臓内科診療開始 早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術 取得
令和元年 5月 1日	緩和ケア病棟入院料 取得
令和元年 8月 1日	人口肛門・人口膀胱造設術前処置加算 取得
令和元年11月 1日	経皮的冠動脈形成術 (特殊カテーテルによるもの) 取得 認知症ケア加算 I 取得
令和 2年 4月 1日	救急医療管理加算 取得 せん妄ハイリスク患者ケア加算 取得 地域医療体制確保加算 取得 救急搬送看護体制加算 1 取得 婦人科特定疾患治療管理料 取得 先天性代謝異常症検査 取得 連携充実加算 取得
令和 2年 7月 1日	がん患者指導管理料二 取得 BRCA1/2 遺伝子検査 取得
令和 2年 8月 1日	脳血管疾患等リハビリテーション料 (3)
令和 2年10月 1日	脳血管疾患等リハビリテーション料 (2) 運動器リハビリテーション料 (1)
令和 2年11月 1日	放射線治療専任加算 取得 外来放射線治療加算 取得
令和 3年 4月 1日	糖尿病合併症管理料 取得 放射線治療専任加算 (辞退届) 外来放射線治療加算 (辞退届)
令和 3年 5月 1日	糖尿病透析予防指導管理料 取得 腹腔鏡下臍腫瘍摘出術 取得
令和 3年 6月 1日	二階北病棟稼働開始 看護職員夜間 16 対 1 配置加算 1 取得

令和 3年 7月 1日	50 対 1 急性期看護補助体制加算 取得
令和 3年10月 1日	診療録管理体制加算 2 取得
令和 4年 4月 1日	感染症対策向上加算 1 取得 外来腫瘍化学療法診療料 1 取得 ハイリスク分娩管理加算 取得 一般不妊治療管理料 取得 内視鏡的小腸ポリープ切除術 取得
令和 4年 5月 1日	重症患者初期支援充実加算 取得
令和 4年 6月 1日	在宅療養後方支援病院 取得
令和 4年 7月 1日	腹腔鏡下胆嚢悪性腫瘍術 取得 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術 取得 腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術 取得 人工尿道括約筋植込み・置換術 取得
令和 4年11月 1日	下肢創傷処置管理料 取得
令和 5年 2月 1日	超急性期脳卒中加算 取得 褥瘡ハイリスク患者ケア加算 取得 腹腔鏡下十二指腸局所切除術（内視鏡処置を併施するもの） 取得

## 施設認定状況

(令和4年4月1日現在)

認定日（初回）	各種学会認定施設
平成13年12月12日	日本消化器外科学会専門医修練施設
平成14年 5月23日	日本呼吸器外科学会専門医制度関連施設
平成14年12月 1日	日本外科学会外科専門医制度修練施設
平成15年10月27日	臨床研修病院
平成16年 1月 1日	日本乳癌学会認定施設
平成16年 4月 1日	日本周産期・新生児医学会周産期新生児専門医暫定認定施設
平成16年 7月 1日	日本医学放射線学会専門医修練機関
平成17年 4月 1日	日本小児科学会小児科専門医研修施設
平成17年12月 5日	日本泌尿器科学会泌尿器科専門医教育施設 拠点教育施設
平成18年 4月 1日	日本周産期・新生児医学会周産期母体・胎児専門医暫定研修施設
平成18年10月19日	臨床修練病院
平成19年 2月 2日	日本 IVR 学会専門医修練施設
平成19年11月 1日	日本がん治療認定医機構認定研修施設
平成19年12月 1日	日本消化器内視鏡学会指導施設
平成20年 4月 1日	日本小児循環器学会小児循環器専門医修練施設
平成20年 7月 1日	マンモグラフィ検診施設
平成21年12月 2日	日本消化器病学会認定施設
平成22年 4月 1日	日本病理学会研修登録施設
平成22年 7月 1日	日本麻酔科学会 麻酔科認定病院
平成22年 8月 1日	日本内科学会認定教育関連病院
平成22年10月 1日	日本産婦人科学会専門医制度 専攻医指導施設
平成24年 4月 1日	日本静脈経腸栄養学会・NST 稼働施設
平成26年 1月 1日	日本脳卒中学会専門医研修教育病院



認定日（初回）	各種学会認定施設
平成27年 4月 1日	日本血液学会血液研修施設
平成28年 4月 1日	日本肝臓学会教育関連施設
平成28年 8月 1日	日本産科婦人科学会専門研修連携施設
平成29年 4月 1日	日本病院総合診療医学会認定施設
平成29年 4月 1日	日本静脈経腸栄養学会 NST 専門療法士認定教育施設
平成29年 7月 1日	日本アレルギー学会教育研修施設
平成29年11月 1日	日本小児神経学会認定研修施設
平成30年 3月 6日	特定非営利活動法人婦人科悪性腫瘍研究機構登録参加施設
平成30年 4月 1日	日本肝臓学会認定施設
平成30年10月 1日	日本口腔外科学会認定研修施設
平成30年12月 1日	下肢静脈瘤血管内焼灼術実施・管理委員会実施施設
平成31年 1月 1日	日本膵臓学会認定指導医指導施設
令和 3年 3月 1日	日本臨床腫瘍薬学会がん診療病院連携研修病院
令和 3年 4月 1日	日本認知症学会 教育施設認定証
令和 3年10月 1日	日本門脈圧亢進症学会技術認定教育施設