

# 信州大学医学部附属病院改革プラン

令和6年 7 月

信州大学

# 目 次

## 第Ⅰ章 信州大学医学部附属病院改革プランの基本的事項

- 1.策定趣旨
- 2.改革プランの対象期間

## 第Ⅱ章 附属病院の経営改革の歩み

- 1.経営管理体制の整備
- 2.病院機能強化事業(新病棟建築、病棟改修)への対応
- 3.更なる経営体制の強化に向けて

## 第Ⅲ章 附属病院の現状

- 1.職員数
- 2.機能・役割
- 3.患者統計
- 4.財務状況

## 第Ⅳ章 附属病院を取り巻く状況

- 1.人口動態の変化
- 2.地域医療における附属病院のシェア
- 3.地域医療構想
- 4.診療報酬改定の方向性
- 5.国及び長野県の医療政策
  - (1)国の医療政策(健康日本 21)
  - (2)長野県の医療政策(第3期信州保健医療総合計画)

## 第Ⅴ章 信州大学医学部附属病院改革プラン

- 1.理念
- 2.全体構想
- 3.各領域における附属病院の改革プラン
  - (1)教育
  - (2)研究
  - (3)診療
  - (4)地域医療
  - (5)財務・経営
  - (6)人事・組織
  - (7)施設・設備
  - (8)改革プランの対象期間中における各年度の収支計画

# 第 I 章 信州大学医学部附属病院改革プランの基本的事項

## 1. 策定趣旨

信州大学医学部附属病院改革プラン(以下「改革プラン」という。)は、信州大学医学部附属病院(以下「附属病院」という。)を取り巻く社会環境の変化に対応し、大学病院かつ特定機能病院としての役割を果たせるよう、附属病院がこれから進むべき方向性を示すものである。

改革プランの策定にあたっては、病院長、副病院長、院内関係者、本学本部、医学部、学内有識者を含むメンバーで構成される「附属病院経営推進部門会議」にて検討、近隣病院、自治体(長野県)、学長、関係理事を含む「病院業務監督委員会」にて意見を聞きながら、附属病院が短、中期的に目指すべき基本方針を示した「附属病院将来構想コンセプト」を策定する中で、本コンセプトをベースとする「改革プラン」をまとめたものである。

今後は本プランをより具体的に、着実に実行することにより持続可能な附属病院の経営の実現を目指す。

## 2.改革プランの対象期間

本改革プランの対象期間は、令和 6(2024)年度から令和 11(2029)年度の 6 年間とする。

## 第Ⅱ章 附属病院の経営改革の歩み

### 1. 経営管理体制の整備

附属病院の経営状況については、平成25(2013)年度より病院経営検討委員会を開催し、学長、担当理事、病院長等により検討がなされてきた。しかしながら、平成26(2014)年度決算にて約6億6000万円の赤字となったことを踏まえ、調査部会が設置され、平成27(2015)年7月に最終報告書が学長に報告された(別紙資料1「病院経営検討委員会調査部会最終報告書」参照)。

本報告書において、病院経営が悪化に陥った調査結果が報告され、主な要因として、構造的な原因(経営意識の欠落、経営と管理の区別がない等)及び有効な経営管理プロセスの欠缺(診療科別の管理会計の不在、計画性なき設備投資等)が挙げられ、また、今後取り組むべきこととして医業収益の増加に向けた取組や材料費、人件費の抑制という短期的な施策とともに、中長期的な課題の一つとして「経営企画・管理機能の強化」が提言された。

本提言を受け、附属病院は平成28(2016)年10月に事務部門として「経営推進課」を設置し、経営指標の把握に基づく経営分析及び予算・決算管理事務を担うとともに、施策決定機関として設置した、副病院長をリーダーとし院外有識者をメンバーに含む「経営推進部門」の運営を行うことにより、戦略的に経営を行う体制を整えた。また、平成27(2015)年度より経営改善プランを毎年度作成し、具体的な経営目標や方策を全職員に周知し、経営マインドの醸成を促している。

平成28(2016)年度以降、稼働請求額は238億円から令和5(2023)年度には299億円と増加し(別紙資料2「将来構想における基礎資料集」(以下「資料集」という。))42頁を参照)、また、決算においても、ここ数年は黒字を確保できており、経営状況は徐々に改善している。

### 2. 病院機能強化事業(新病棟建築、病棟改修)への対応

平成26(2014)に医療需要の変化への対応及び老朽化した病棟の改修を目的として「病院機能強化(建物増改築)計画」を策定、平成30(2018)年4月に手術室の増設、がんセンターの移設、周産期医療病棟の充実及びMRIの増設を主な目的として「包括先進医療棟」を新築、また、令和3(2021)年度から老朽化した病棟の改修が開始された(令和7(2025)年3月完了予定)。病棟改修においては、病院敷地が建て詰まりであることから、改修病棟において診療を継続しながらの「居ながら改修」が選択され、工事期間中、大幅な病床減(最大約100床)が生じることになった。経営推進部門において病床減による減収に対応するための戦略が策定され、限られた病床を最大限運用するために、①ベッドコントロール室設置による機能強化、②共通病床の増加、③在院日数短縮のためのPFM推

進、また、減少した収益を補うため、④「敷地内薬局」の誘致による医業外収入の確保、⑤新規患者増のための初診予約方法の改善等が行われた。期間中、新型コロナウイルス感染症の拡大に伴う病棟閉鎖や資材の高騰に伴う建築費の増加などイレギュラーな事態も発生したが、新型コロナウイルス感染症に対する病床確保の補助金等の給付もあったことから、工事開始から令和5(2023)年度まで、決算においては黒字化を達成している。

### 3. 更なる経営体制の強化に向けて

令和5(2023)年4月には、経営推進課の業務に病院機能強化事業を含む「施設管理」を組み込んだ(従前は経営管理課)。また、令和6(2024)年4月には、病院情報戦略室を経営推進課内に設置(事務職員は経営企画部から病院に配置換)し、今後の再々開発といった施設整備計画の策定や、医療DXの推進についても一元的に戦略を立てられる体制を整備した。

令和6(2024)年6月には、人口動態の変化や働き手不足等、今後大きく変化する社会情勢に対して、将来のビジョンを全職員で共有し、経営の一貫性を保つことを目的とした「信州大学医学部附属病院将来構想コンセプト」を策定した。

## 第Ⅲ章 附属病院の現状

### 1.職員数

令和6(2024)年5月1日時点で、附属病院の職員数は、教員(医学部所属の臨床系教員を含む)264名、医員・研修医395名、看護職員825名、メディカルスタッフ315名、事務職員246名の計2,045名(常勤職員1,295名、非常勤職員750名)である。

### 2.機能・役割

附属病院は、長野県唯一の大学病院であり、特定機能病院である。加えて、災害拠点病院、都道府県がん診療連携拠点病院、高度救命救急センター、地域周産期母子医療センター等の指定を受けており、長野県の医療において中心的な役割を担っている。

病床数は一般病床677床、精神病床40床の717床である。診療科数は34診療科であり、特殊な病棟機能として、ICU(14床)、HCU(16床)、高度救命救急センター(20床)、NICU(12床)、GCU(18床)を有している。

### 3.患者統計

令和5(2023)年度の患者統計は以下のとおりである。

- ①外来延べ患者数 348,234名(平日の1日平均1,433名)
- ②入院延べ患者数 187,809名(1日平均513名)
- ③実入院患者数 16,336名(平日の1日平均67名)
- ④病床稼働率(稼働病床数ベース) 85.0%
- ⑤平均在院日数 10.5日
- ⑥手術件数 7,641件(平日の1日平均31件)
- ⑦紹介率 91.7%
- ⑧逆紹介率 71.5%

(各年度の患者統計の推移については、資料集37~42頁を参照)

### 4.財務状況

【損益状況】

(令和5年度損益計算書-附属病院セグメントより)

(1)収益

- ① 診療による附属病院収益 297.5 億円
  - ② 国からの運営費交付金 20.0 億円
  - ③ 外部資金収益 18.6 億円
  - ④ その他収益 5.6 億円
- 収益計 341.7 億円 (A)

(2)費用

- ① 診療経費 213.7 億円
  - ② 人件費 113.0 億円
  - ③ 教育研究経費 3.1 億円
  - ④ 外部資金関連経費 5.3 億円
  - ⑤ その他経費 3.4 億円
- 費用計 338.5 億円 (B)

(3)損益

- 経常利益 3.2 億円 ( $C=A-B$ )  
利益率 0.9% ( $D=C\div A$ )

【資産・負債状況】

(令和 6 年3月 31 日時点の貸借対照表より)

(1)資産

- ① 建物(構築物含む) 348.3 億円  
(減価償却累計額 226.2 億円→老朽化比率 64.9%)
- ② 医療機器など工具器具備品 250.9 億円  
(減価償却累計額 195.7 億円、老朽化比率 78.0%)

(2)負債

国からの借入金 172.6 億円

(各年度の推移については、資料集 44～47 頁を参照)

## 第Ⅳ章 附属病院を取り巻く状況

### 1.人口動態の変化

国から示されている将来人口推計によると、総人口に占める65歳以上の人口の割合は、「団塊の世代」全員が75歳以上の後期高齢者となる令和7(2025)年には29.6%(3,653万人)、「団塊ジュニア世代」全ての者が65歳以上となる令和22(2040)年には34.8%(3,928万人)となると推測されている。一方で、65歳未満人口は年々減少を続け、総人口は令和7(2025)年には1億2,326万人、令和22(2040)年には1億1,284万人となる見込みである(資料集3頁を参照)。附属病院でも、平成29(2017)年に65歳以上の入院患者数が65歳未満の入院患者数を上回り、年々その差が広がっている(資料集38頁を参照)。また、将来人口推計に基づく松本医療圏における入院患者数の推計値によると、疾患によっては大幅に減少するものもあれば、現状維持ないしは緩やかに減少するものもある(資料集6～9頁を参照)。さらに、附属病院の入院患者数を人口推計値で重み付けした入院患者数推計によると、疾患によって増減はあるものの、令和7(2025)年までは患者数の総数としては減少せず、それ以降緩やかに減少していく見込みであり(資料集10～12頁を参照)、この10年は大きく医療需要が変化することはないと思われる。

### 2.地域医療における附属病院のシェア

令和2(2020)年度のDPC調査データを基に分析された長野県内における附属病院の疾患別シェアによると、長野県内では、呼吸器系や消化器系などの疾患による患者数の母数が多く、対応可能な医療機関が多い疾患は、附属病院のシェアはそれほど大きくない一方、耳鼻咽喉科系、筋骨格系、皮膚系、内分泌系など、対応可能な医療機関が少ない疾患は附属病院が高いシェアを持つなど、疾患によりばらつきが見られる(資料集17～32頁を参照)。

### 3.地域医療構想

「地域医療構想」は、令和7(2025)年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに令和7(2025)年の医療需要と病床の必要量を推計し、各医療圏で調整会議を行い、必要に応じて病床機能の転換を図るものである。附属病院が含まれる松本医療圏では、急性期病床が過剰な状態であり、今後更なる機能転換を地域として検討していくことになる(資料集33頁を参照)。附属病院は、病棟改修が完了する令和7(2025)年以降は、高度急性期401床、急性期262床の合計663床(精神病床40床を除く)とする予定である。

## 4. 診療報酬改定の方向性

令和6(2024)年度の診療報酬改定では、医療従事者の賃上げが大きなトピックとなったが、それ以外の改定項目については、附属病院にとって大幅な増収が見込める項目は少ない。国の医療財政は厳しい状態であり、診療報酬改定の財源が限られる中、今後の改定でも大幅な増収は期待できないと推測される。診療報酬を財源とした病院収益以外の収益を確保することが増収に向けた今後の課題の一つであると考えられる。

## 5. 国及び長野県の医療政策

### (1) 国の医療政策(健康日本 21)

健康増進の考え方は、健康の定義から始まり、時代とともに変化してきた。個人の生活習慣改善から始まり、昭和 55(1980)年代以降は環境整備も含まれるようになった。高齢化率の上昇や疾病構造の変化から、健康増進の重要性は増している。我が国においては健康増進に係る取組として、「国民健康づくり対策」が昭和 53(1978)年から数次にわたって展開されており、令和6(2024)年度から国民の健康寿命の延伸や生活の質の向上を目指すべく、第5次国民健康づくり対策である「21 世紀における第三次国民健康づくり運動(健康日本 21(第三次))」が開始された。この取組では、生活習慣の改善や健康情報の提供など、一次予防に重点が置かれている。(資料集 59~60 頁を参照)

### (2) 長野県の医療政策(第3期信州保健医療総合計画)

長野県では、「健康長寿」という共通の目標に向かい、総合的に施策を推進するため、医療法に基づく第 8 次長野県保健医療計画をはじめとした保健医療に関連する 10 の計画を包括する第3期信州保健医療総合計画を策定し、令和6(2024)年度から施行されている。この計画では医療政策として5疾病(がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患)、6事業(救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む。)新興感染症等)に関して記載されているほか、令和 22(2040) 年を含む中長期を見据えた本県の目指すべき医療提供体制のあり方や、その実現に向けた取組の大枠の方向性を示す「医療提供体制のグランドデザイン」が示されており、附属病院としてもこの計画に沿った形の医療提供体制を整備する必要がある。(資料集 63~68 頁を参照)

## 第V章 信州大学医学部附属病院改革プラン

### 1.理念

附属病院の理念は、「本院は大学病院の使命としての診療・教育・研究を遂行し、患者さんの人権を尊重した先進的医療を行うとともに、次代を担う医療人を育成する。」である。本プランは、この理念を実現するために作成されていることを常に念頭に置く必要がある。

### 2.全体構想

人口減少や少子高齢化、疾病構造の変化等、大きく変化する社会情勢の中、附属病院が果たすべき社会的使命(医学教育、医学研究、高度な医療、地域医療提供体制の中核)を維持するとともに、それを支えるための病院長のガバナンス強化も含めた堅固な運営体制及び経営体制を、本学本部及び医学部との強固な連携のもとに構築する。

### 3.各領域における附属病院の改革プラン

#### (1)教育

附属病院では、理念を遂行するために、「教育・研究」についても積極的に施策を実施している。若手職員による附属病院の特色となるような教育・研究・診療・業務改善を推進するプロジェクトを支援する「教育・研究・診療・業務改善推進プロジェクト経費」や、附属病院の発展のために優秀な人材を育成することを目的とした「留学支援制度」の設置、また年度予算として各診療科への「教育研究経費」の配分を着実にやっている。

しかしながら、「医師の働き方改革」により医師の実労働時間の縮減がなされていく中、附属病院における教育・研究体制の「基盤」をより一層強固にする施策が必要となる。

#### **プラン1:魅力ある初期研修先としての地位を確立する**

##### 【現在の状況】

- ・ 附属病院における研修を希望する研修医が減少している。初期研修医が減ると長期的には専攻医の減少及び組織の活性の低下につながることから、魅力のある初期研修医の受け入れ体制を整える必要がある。

##### 【今後の取組】

- ・ 現在、研修医の給与改善や、たすきがけの初期研修プログラムという特徴ある研修プログラムに取り組んでいるが、それを活かすための効果的な広報の実践や附属病院を魅力ある研修先にするための取組をパッケージとして実施する。併せて、事務に

よるサポート体制を強化する。

## **プラン2:院内教育・研修のトータルマネジメントを行う**

### **【現在の状況】**

- ・ 研修の企画や受講者の管理は各部署で行われており、統括的な管理ができていない。また、研修の企画や内容の決定も各部署で行われており、附属病院としての意向を反映しづらい形になっている。

### **【今後の取組】**

- ・ 総合教育研修部(仮称)を新設し、初期研修医や看護師、メディカルスタッフ、事務職員等、異なる職種の教育をトータルマネジメントできる体制を整える。
- ・ 受講歴についても、関係部署による横断的な管理を行うことができる体制を整え、必要に応じて院内全体の受講者を把握できる仕組みを構築する。
- ・ 文部科学省の高度医療人材養成事業(医師養成課程充実のための教育環境整備)を活用して導入する SPECT-CT を始めとする最先端の医療機器を利用した医療従事者及び学生の教育・研修体制を充実させる。

## **プラン3:附属病院「長野県医療教育研修センター」による地域医療人材の育成及び知見の集約化を目指す**

### **【現在の状況】**

- ・ 看護師として地域から研修生を受け入れることはあるものの、その逆は少ない。事務職員は、他機関との交流はほとんど行われていない。また、教育に関する地域との交流や自治体との連携もあまり行われていない。附属病院に設置された「先端医療教育研修センター」では、シミュレーター等の最新教育設備の充実を図ってきた。本研修センターを含め、大学病院であることを強みにした研修の実施が望まれる。具体的には、災害防災、救急、感染、医療 DX 等が挙げられる。附属病院の人的資源、施設・設備を活用し、長野県内の医療人材育成に貢献することができる。附属病院では令和 4(2022)年度、長野県との包括連携協定の下に、医療人材の育成を目的とした「長野県医療教育研修センター」を設置し、新型コロナウイルス感染症対応について医療機関等に向けた研修会を開催した実績がある。現在、その枠組みを今後の地域医療人材育成に活かす方策を検討している。

### **【今後の取組】**

- ・ 長野県医療教育研修センターを通じて地域医療を担う人材の知見を共有し、地域と附属病院が協力して学べる仕組みを構築する。
- ・ 人材確保に関して行政との連携を推進する。

## (2)研究

### プラン1:マイルストーン方式の研究費の支援体制を確立する

#### 【現在の状況】

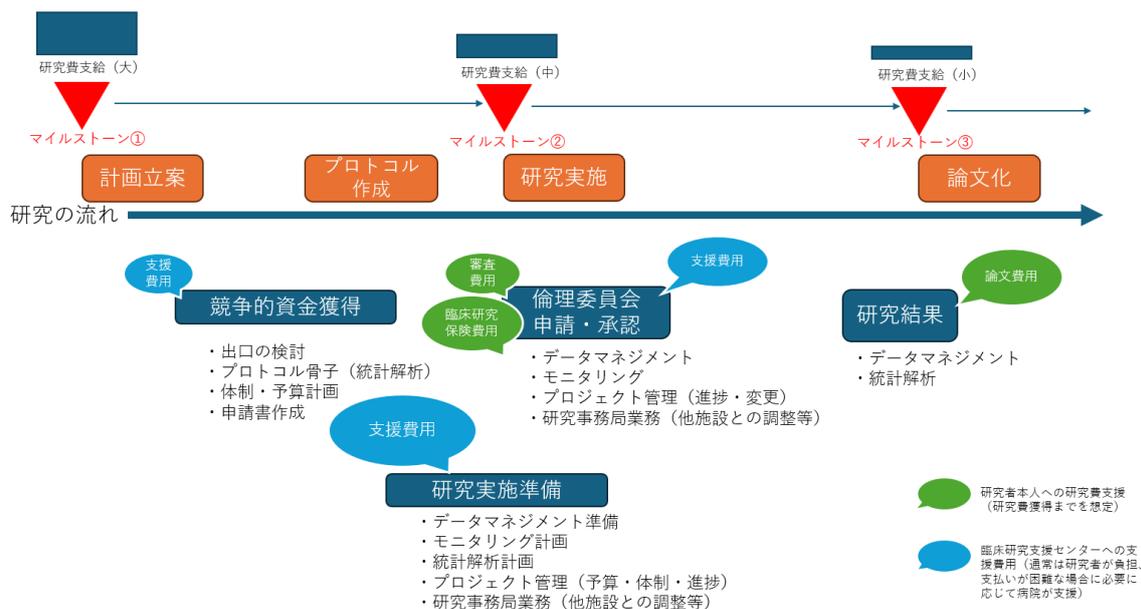
- ・ 現在附属病院では医師である研究者が研究を行う余力がなく、研究数(論文数、医師主導治験数ともに)が少ない。具体的な問題としては、研究をする①若手医師の減少、②時間の減少、③資金の不足がある。
- ・ 通常、多くの臨床研究が実施・論文化され、その中から、実用化研究に繋がっていくが、そもそもの臨床研究が少ないと、論文も書けなく、実用化研究も生まれない。特に特定臨床研究の実施、論文数、医師主導治験の実施数は、対外的にも研究実施に関する指標となることが多いが、いずれも低調である。
- ・ これには、以下の2つの要因が大きく関与していると考える。

1)附属病院臨床研究支援センターでは、研究計画書の作成から実施、論文化に至るまで研究者に伴走したサポートをしており、研究者の研究実施に際しての時間的負担をかなり軽減することができるが、研究資金等の関連で支援に繋がらない場合も多い。

2)研究資金はAMEDなどの公的研究費、企業からの助成金があり、臨床試験の種類・規模にもよるが、数千万円から億単位の研究費が必要となることもある。多額の競争的資金は、資金獲得のための申請書作成にも緻密な研究計画が必要となるが、研究者のみではその作成は難しい。一方、臨床研究支援センターではこの申請書作成の支援を行っているが、要員不足等の関係から多くの支援は困難である。

#### 【今後の取組】

- ・ 臨床研究支援センターの支援により、研究者としての時間はある程度確保できると推測されるが、同センターの支援に関わる費用(研究資金)を研究者がどのように獲得するかということが問題となる。そこで、医師主導治験あるいは特定臨床研究では、①研究立案及びプロトコル作成→②研究実施→③論文化のそれぞれのマイルストーンへの到達に応じて研究費を支給する体制とする(図)。また、研究費獲得と研究実施準備のため、①②に関しては同センターの支援費用(研究規模により見積)も併せて附属病院から支給する。現行の附属病院における支援経費である「教育・研究・診療・業務改善推進プロジェクト経費」(以下「プロジェクト経費」という。)+ $\alpha$ (経費の拡大)を上記の費用に充てることとし、プロジェクト経費の現行の配分方法を改めることとする。



## プラン2: 医療研究者の負担軽減を図るための研究支援体制を強化する

### 【現在の状況】

- ・ プラン1における【現在の状況】により、結果的に特定臨床研究実施数が確保できず、本学の認定倫理審査委員会が廃止となり、学内で特定臨床研究を審議できない状況である。他大学に審議してもらうためには煩雑な手順もあるため、研究を推進するためには、できるだけ早期に再設置することが望ましい。
- ・ また、臨床研究支援センターの人員配置数は他大学に比べても少ない調査結果が出ており、今後研究数を増やしていくためには、同センターの体制強化が必要である。

### 【今後の取組】

- ・ プラン1における研究資金の支援等に取り組むことにより、特定臨床研究実施数の確保につなげる。
- ・ 本学内における医療関連倫理審査体制の整備を行い、研究者が安心して研究を実施できる基盤の構築について検討を進める。
- ・ 臨床研究数の増加に応じて、臨床研究支援センターの支援人員、設備などの拡充を図り、研究者に対する十分な支援を実施できるようにする。
- ・ 臨床研究の立案・計画書作成・実施に当たり、DXによる効率化を図る。また、必要に応じて本学の学術研究・産学官連携推進機構(SUIRLO)と連携する。

### (3)診療

機能分化が進む中、附属病院は、「大学病院・特定機能病院」としての役割を果たすことが必要である。医師の働き方改革や人口動態の変化により減少する医療資源について、コンセプトを明確にし、重点的配分を行うことが必要となる。

#### プラン1:疾病構造の変化に対応できる弾力的な医療体制を整備する

##### 【現在の状況】

- ・ 高齢者が増加する中、長野県においても慢性疾患や複合病態の患者が増えている。さらに、加速する医療技術の進歩に対応するため、新しい技術を効果的かつ効率的に取り入れる必要がある。また、新興感染症やパンデミック、災害に対応するための体制の整備も継続的に必要である。

##### 【今後の取組】

- ・ 長野県の人口動態や疾病の傾向を分析し、5疾病(がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患)・6事業(救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療、新興感染症)を注視しながら、需要が高まる可能性のある領域や特定の専門分野に対して資源の重点的な配分を行う。
- ・ 予防医療の重要性を認識し、大学病院の機能を活かした疾病予防や健康促進機能の強化を推進する。
- ・ 新たな感染症の脅威に対応するために、新型コロナウイルス感染症対応により構築されたプロトコルやガイドラインを、DX化を図る等の工夫を施しながら定期的に確認・更新する。

#### プラン2:PFMの推進により患者の安全の担保と医療の質を維持する

##### 【現在の状況】

- ・ 患者の安全を強化・推進することは、医療機関や医療提供者にとって不可欠な責務であり、継続的な努力と取組が求められる。附属病院では令和3(2021)年度に患者サポート部(旧称:医療福祉支援センター)を開設するとともに、副病院長を部長とすることによるガバナンスの強化及び事務部門の体制整備を行い、患者支援体制の強化とPFM(Patient Flow Management:患者の入院から手術までの、諸問題の早期解決を目的に、入院前から、必要な情報を収集し、入院中や退院後の生活を見越した支援を行うこと)の推進を行っている。

##### 【今後の取組】

- ・ PFMを継続的に推進する。
- ・ 診療フローを最適化して、各段階での待ち時間を短縮する。診察前の事前情報提供や検査結果の事前取得など、患者がスムーズに診療を受けられる環境を整備する。
- ・ 医療スタッフや関連部署とのコラボレーションを強化する。チームベースでの連携に

より、情報の円滑な共有や問題解決を図る。

### プラン3:教育・研究機能、医療の質、病院収益の維持・向上を前提とした「医師の働き方改革」への対応を進める

#### 【現在の状況】

- ・ 令和6(2024)年度に施行された「医師の働き方改革」は、医療従事者の健康維持やワーク・ライフ・バランスの改善のために必要な改革であるが、その実現のためには、労働力の確保面や財政面からも大きな課題がある。附属病院では、総務課に「働き方改革推進係」を設置し、「勤怠管理システムの導入」、「医師の働き方改革 WG の設置」、「合同当直の実現」等、積極的に施策を推進している。
- ・ 本改革プランの対象期間としている令和 11(2029)年度まではもとより、特例水準(B 水準・連携 B 水準)が廃止される令和 17(2035)年度までを見据え、令和 6(2024)年 4 月～令和 7(2025)年 3 月末までの医師労働時間短縮計画を策定した。(別紙資料 3「令和 6 年度信州大学医学部附属病院医師労働時間短縮計画」を参照)

#### 【今後の取組】

- ・ 医師労働時間短縮計画を着実に実行するとともに、医師事務作業補助者や看護補助者等、診療報酬により措置される医療従事者の確保を最優先に進めつつ、多職種連携によるタスク・シフト／シェアが可能な業務の整理や特定の職種に集中している意思決定の権限委譲による分散化等、特定の部署や職種に業務が集中しないような体制を整備する。
- ・ 国が進める医療 DX への対応や、業務効率化のための医療 DX の推進等、各職種の業務負荷軽減のための DX を、医療情報部及び医療情報戦略室が中心となり、必要に応じて本学の情報・DX 推進機構と連携のうえ、積極的に推進する。

## (4)地域医療

大学病院は、地域社会の発展と維持のために不可欠な存在であると同時に、地域医療の充実に貢献する責務を負っている。長野県は県土が縦に長いという地理的特性があることから、医療情報の共有等、附属病院が行政と連携して全国のモデルとなるような新しい取組を行うことにより、地域医療に貢献していく必要がある。

### プラン1:地域連携の更なる強化を行う

#### 【現在の状況】

- ・ 特定機能病院の最も大きな役割は、一般病院では対応できない怪我や病気、疾患に対応できる「高度の医療提供」である。しかしながら実際には松本医療圏からの患者が半数を占めており、松本医療圏の中核病院としての役割も担っている。

#### 【今後の取組】

- ・ 地域の医療機関やかかりつけ医との役割分担を明確にし、特定機能病院として本来診なければならない患者を受け入れられるよう、機能分化を進める。同時に、限られた人的資源を有効活用できるよう、例えば外来医療から入院医療へ人的資源を配分する等、院内での資源配分を最適化することも検討する。
- ・ 地域との連携を深めつつ、附属病院に人材を引き寄せる手段を検討する。具体的には、医療DXやICTを他に先駆けて取り入れることで、最先端の医療及び最先端の労働環境の提供を目指す。
- ・ 地域医療機関からの患者紹介及び附属病院からの患者逆紹介を効率的かつ積極的に進めるため、紹介・逆紹介の機能及び体制の強化を図る。

### プラン2:行政との協働による医療提供体制の構築を進める

#### 【現在の状況】

- ・ 医師の働き方改革や、長野県内における今後の労働人口の減少による医療人材の不足が懸念される(資料集 14 頁を参照)。今後、地域に対する医師の供給の重要性が高まるとともに、地域の拠点病院としての機能を維持していくためには、附属病院における勤務を希望する職員を確保し続ける必要がある。

#### 【今後の取組】

- ・ 医療ニーズの変化に伴う附属病院の役割を再確認しつつ、地域医療構想において求められている役割を担い続けることができるよう、地域医療環境に即した柔軟な医療提供体制を構築する。
- ・ 救急医療や周産期医療等、地域住民が安心して暮らせるような医療提供体制を整える。
- ・ 附属病院は長野県内の各医療機関へ医師の派遣を行い、地域医療の機能維持に貢献しているが、移動時間がかかることが医師にとって負担となっている。そこで、行

政と連携することにより、院外で電子カルテを閲覧できる仕組み、遠隔による画像診断、病理診断の仕組み等を附属病院が率先して構築することで、移動時間を減らす、あるいは在宅で診断をすることが可能となる。これを医師の働き方改革の推進に活かすとともに、ワーク・ライフ・バランスに配慮した勤務環境の提供に寄与する。

- ・ 附属病院の医師派遣に関する情報を集約し、行政に積極的に協力する体制を整える。

## (5)財務・経営

大学病院の収入の大部分は診療報酬であるが、公定価格であり、国の財政事情により制限を受ける。そのような状況の中、大学病院はその使命として、地域医療の最後の砦としての機能だけではなく、特定機能病院としての高度医療や教育、研究まで担わなければならない。また、人件費の高騰や、医師の働き方改革への対応も必要である。さらに、施設や高度医療機器の老朽化が進み、この状況が続けば、高度医療のみならず、基盤的な医療さえも継続が危ぶまれることとなる。財務・経営は病院業務のすべての基盤であり、安定化は病院運営において最低限の条件となる。

### プラン 1: 医業収益の最大化及び医業外収益を視野に入れた増収を図る

#### 【現在の状況】

- ・ 診療報酬は公定価格であり、国の財政事情により増減するため、物価高や人件費の高騰を収入の単価に直接転嫁するなど、医療機関の裁量で診療収入を増やすことはできない。診療報酬対策チームやクリニカルパス委員会の設置による診療単価の底上げを進めるとともに、令和 4(2022)年度に敷地内薬局の誘致を行う等、医業外収益の増加策についても積極的に取り組んでいる。

#### 【今後の取組】

- ・ 診療報酬は病院経営の基盤であり、加算の算定による診療単価の底上げは必須である。診療報酬対策チーム、クリニカルパス委員会の取組を継続するとともに、DPC コーディングを強化する。
- ・ 今後の社会情勢が不透明な中、検診センター(予防医療推進センター)の院内設置、治験や臨床研究費の獲得、院内施設の有効活用等、医業外収益のより一層の獲得に向けた具体的な検討を行う。

### プラン 2: 保有する資産の状況を正確に把握しつつ必要な設備・機器を確実に更新する

#### 【現在の状況】

- ・ これまで医療機器の更新は、故障してからの買い替え、施設の大規模改修の時期における一括購入等、場当たりの購入を行ってきた。一方で附属病院の経営は単年決算で何とか赤字を出さない程度の利益しか生み出せず、医療機器の老朽化が年々進んでいる。機能維持のためには早急な更新が求められるが、附属病院の保有する医療機器は 100 億円を優に超え、全医療機器を 10 年で更新しようとする、最低でも年間 10 億円の費用がかかることから、医療機器全体の規模を圧縮する、更新のための財源を確保する等の方策が必要となる。これらに対応するため、令和 4(2022)年度に機器の状況把握と管理を目的として、臨床工学部内に「医療機器統括管理室」を設置している。

#### 【今後の取組】

- ・ 医療機器統括管理室を中心に、事務部門と臨床工学部が連携し、資産の正確な把握と適切な設備更新計画を策定する。
- ・ 診療に最低限必要な基盤的医療機器の更新を確実に行うとともに、将来的な診療・研究・教育のための機器についても経営状況に応じた弾力的な予算措置を行う。また、これらの遂行に支障を来さぬよう、事務職員の配置等により、臨床工学部のさらなる機能強化を図る。

### プラン3:医療機器の効率的な使用体制を構築する

#### 【現在の状況】

- ・ 診察室や医療機器が所有する部署で既得権益化されており、共同利用等、横の連携による運用が十分にはできていない。

#### 【今後の取組】

- ・ エコー機器等、これまで診療科ごとに設置、運用している機器の集約化(エコーセンターの設立等)を進めることにより、予算の効率化を図る。特に高額医療機器については院内のみならず地域においての共用化や機能分担についても検討する。

### プラン4:広報活動を強化する

#### 【現在の状況】

- ・ 地域住民や地域の医療機関に対する情報発信の機会が少なく、附属病院がどのような診療を行っているか広く認知されていない。その結果、他医療機関へ患者が流れる等、多くの機会損失が懸念される。現在広報を担当する部署として「広報企画室」が設置され、これまでに附属病院の治療内容を紹介する書籍の発行や、附属病院全職員の一体感を高めるためのキャッチフレーズ及びロゴマークの制定等の取組を行っているが、より戦略的かつ積極的な広報活動を行うためには、広報体制の更なる充実が必要となる。

#### 【今後の取組】

- ・ 今後の社会情勢の変化の中で、附属病院が地域に「必要とされる病院」であり続けるためには、「広報活動」をいかに戦略的に行うかが重要となる。広報とは、PR 誌やHP により附属病院の存在を患者・地域医療機関に認知していただくことだけでなく、地域医療機関から継続的に患者を紹介していただく活動や、不足する看護師、メディカルスタッフ等の募集活動、研修医増加のための PR、院内スタッフへの情報発信等も含まれる。
- ・ 係の新設や専門要員の配置等により、単なる広報ではなく病院外への情報発信や地域連携、人材募集等を総合的・継続的に企画、運用する体制を整備する。

## プラン 5:医療情報の戦略的な活用を推進する

### 【現在の状況】

- ・ 医療 DX を進めるためには戦略性をもった企画を行う必要があるが、医療情報に対する知見を持ち、かつ企画することができる部門の体制が弱く、DX 化が進んでいない。この課題に対応するため、附属病院は令和 6(2024)年度 4 月に事務組織として「医療情報戦略室」を設置した。

### 【今後の取組】

- ・ 医師の働き方改革や、国の施策による医療 DX 化に対応するためには、医療情報の戦略的な活用が不可欠である。医師の働き方改革や労働力不足に対応するための DX の推進や、電子カルテの更新、人材育成等、「医療情報を戦略的に活用できる」体制の構築を目指す。
- ・ 医療 DX に必要な予算の積極的な配分を検討する。限られた人材を活用するため、電子カルテ等従来の保守管理業務について外部委託等、効率的な運用を検討する。

## プラン 6:医薬品・診療材料・医療機器の価格交渉力を強化する

### 【現在の状況】

- ・ 医薬品費や診療材料費は年々高騰しており、医療機器も高性能化が進んでいることから、従前より価格が上昇している。業者の提示価格で購入することは病院にとって不利になることが多く、価格交渉が必須と考えられる。価格交渉・対策の手法として、①共同購入組織への加入、②ベンチマークを利用したディーラーとの価格交渉、③医療機器選定小委員会における多職種視点からの多角的・客観的な検討による購入機器の適正化を行っているが、価格交渉の知見を持った職員が不足していることに加え、契約案件の増加により、価格交渉に回せるマンパワーが足りていない。

### 【今後の取組】

- ・ 病院経営の改善を図るためには材料費(医薬品費、診療材料費)、医療機器の適正化は非常に重要な改善要素となる。材料費のほとんどは診療行為により発生し医業収益に直結する。しかしながら、価格交渉を担当する事務職員は人事により 2 年から 3 年で異動しており、ノウハウが継承されない。病院における契約業務は専門知識が不可欠であり、知識の積み重ねができないのは大きな問題である。今後は外部委託による専門家の配置や、附属病院プロパーによる契約業務の育成等、継続的に業者と対等に交渉できる体制を構築する。

## (6)人事・組織

大学病院は、診療のみならず教育・研究もその使命として遂行する必要がある。しかしながら国からの予算は削減され、また収入も診療報酬により制限を受ける。そのような状況の中、地域医療の最後の砦としての機能を果たすためには、社会情勢の変化に対して、より柔軟な人事・組織により対応する必要がある。それは大学の中の組織として他の部局がとるべき業務運営体制とは異なるものであり、その認識を本学本部と共有する必要がある。

### プラン1:大学病院の特殊性を考慮したマネジメント体制の強化を行う

#### 【現在の状況】

- ・ 戦略に基づいた人員配置や、給与待遇面の改善等の施策を社会情勢の変化に応じて迅速に行うには病院長のマネジメント体制の強化が必須である。附属病院では「承継外の診療助教の人事権については病院長預かりにする」等、院内人事の流動性を高める施策を行い、適切配置の第一歩を踏み出している。しかしながら、承継職員の人事権が病院長にないことから、附属病院運営に関する施策の実施に当たり柔軟性に欠ける部分がある。

#### 【今後の取組】

- ・ 国の政策により診療報酬が抑制される中で、地域医療の中核に立ち、高度医療の提供や先端医療の開発、質の高い医療従事者の育成といった役割を果たして行くためには、より高い経営力と戦略性が附属病院に求められる。人口減少や高齢化が進む中、今後これらの役割を維持するためには、本学本部とともに、大学病院経営の特殊性を認識した上で、合理的な病院マネジメント体制を整備することが必要である。
- ① 附属病院が戦略的、弾力的に人事・経営を行うことができるよう、本学本部及び医学部との連携による新たな附属病院の運営構造を検討し、病院長の人事に関する権限の強化を図る。
  - ② 病院長が、効果的かつ効率的な戦略性を持った資源配分を行うために、裁量的な経費管理を行う。

### プラン2:病棟改修中に培われた組織力を維持継続・発展させる

#### 【現在の状況】

- ・ 附属病院は令和3(2021)年度から令和6(2024)年度まで「居ながらによる病棟改修」を行っている。この改修工事により最大約100床の病床減を余儀なくされる中、経営を維持するため改修計画に併せた経営戦略を策定した。代表的なものとして、限られた病床を最大限活用するための「ベッドコントロール室」の設置、在院日数を短くするための「PFMの推進」がある。病棟改修中の課題に対応するために設置された部署により、附属病院の経営力や事務職員を含む医療従事者のスキルは大き

く向上した。この改修工事が終了した後も改修中に培われた組織力を維持し、活用する必要がある。

#### 【今後の取組】

- ・ 病棟改修工事終了後においても、これまでに強化されたベッドコントロール機能及び多くの診療科を看ることによって培われた看護力を維持するとともに、共通病床を拡大させることにより高稼働率を維持する。また、在院日数を短くするための「PFMの推進」に関しても継続して取り組むとともに、登録医制度の導入等、新規患者の増加についての方策を検討し推進する。

### プラン 3:組織エンゲージメントを向上させる

#### 【現在の状況】

- ・ 育児短時間勤務を希望する職員が増加し、男性の育児休業が推奨されるようになっている中、育児と仕事の両立ができずに退職せざるを得ない、あるいは自己犠牲を余儀なくされる職員は少なくない。今後の労働人口の減少を踏まえると、これらの職員が附属病院における働きがいを抱きつつ、安心して働ける職場環境を構築することは喫緊の課題である。

#### 【今後の取組】

- ・ 附属病院にとって職員は資本であり、個人のスキルや能力などの価値を最大限に引き出し、中長期的な病院経営の安定へ繋げることが求められる。組織エンゲージメントとは、スタッフが組織への愛着や思い入れを持つことである。以下により、職員が主体的に組織に貢献しようとする状態を目指す。

##### ① ワーク・ライフ・バランスの改善

医師の働き方改革を推進するとともに、育児や介護等、ライフステージに合わせた多様な働き方が可能な職場環境を構築する。具体的には、部署に紐付かない共通常勤枠の設置、病後児及び病児保育体制の充実、育休明け短時間勤務が可能なポストの創設、夜間保育の実施、在宅勤務体制の整備等である。

##### ② キャリアパスの整備

既存の人的資源を最大限に活用できるよう、幅広い部署の経験を持った職員を育成できるキャリアパスを整備する。

##### ③ 職員が学べる環境の整備

リカレント研修機会の拡大により、スムーズな職場復帰を支援する体制や、学内のみならず学外の大学院における学びの推進、支援体制を整える。また、自己啓発による休暇を単発で取得できる仕組み等を検討する。

##### ④ ウェルビーイングの推進

患者の健康を守るためには、まずは職員が心身ともに健やかでなければならない。医師、看護職員、メディカルスタッフ、事務職員といった院内のすべての職員が健康で働きがいのある仕事ができるような仕組みを、設備・施設面も含めて検討する。

#### ⑤ 常勤化の推進

常勤職員とフルタイムの非常勤職員との業務内容にはほとんど差がない一方で、身分保障や給与面での差は大きく、身分も保証されていないため、非常勤職員の多くは自身の将来のキャリアについて不安を抱えながら業務に従事している。安定的な雇用を保証し、安心して働けるよう、非常勤メディカルスタッフの常勤化を継続的に進める。

### プラン 4: 大学病院の特殊性を踏まえた他部局等とは別の附属病院事務体制を構築する

#### 【現在の状況】

- ・ 病院経営は、診療報酬改定、人件費や材料費の高騰、病床稼働率の悪化等、様々な要因により常に悪化の危険性を含んでいる。このような各種要因の変動を適時認識し、的確な即時対応策を提案していくためには、病院事務職員の豊富な経験・知識が必要である。
- ・ しかし、附属病院事務部の承継職員は本学の事務職員として採用されているため、附属病院は、各部局等と同様、人事上のローテーションの一部署に位置付けられ、2、3年で院外へ異動することが想定されている。附属病院は他部局等に比べて特に経営を意識した業務運営が求められるが、他部局等とのギャップが大きく、業務量も膨大であることから、附属病院における勤務を希望する職員はそれほど多くない。また、承継職員の経験者採用枠がないため、例えば医事や広報、地域医療連携等、病院経営の上で戦略的に必要となる人材を外部に求めることができず、一方でそれらの人材の育成には時間を要するため、時勢に応じた柔軟かつ迅速な対応ができない。

#### 【今後の取組】

- ・ 事務職員の採用時に附属病院枠を設ける等、「附属病院専任の常勤事務職員」の配置を推進する。そのために、附属病院事務部の各部署における業務内容を見える化し、内外にアピールする。
- ・ 病院事務職員のキャリアパスを独自に構築し、附属病院の将来を担える事務職員を育成する。
- ・ 医療専門職として、病院事務に精通した職員の中途採用ができる人事制度の構築について学内での検討を行い、時勢の変化に迅速に対応できるようにする。

## (7)施設・設備

### プラン1:医療需要を見越した施設規模の適正化を推進する

#### 【現在の状況】

- ・ 附属病院の敷地内には今以上の施設を建設する土地がなく、新たなニーズに対応する施設の建立や、施設改修に伴う仮設施設の設置等が難しい状況である。

#### 【今後の取組】

- ・ 長野県の人口動態は今後長期にわたって減少が続き、令和 22(2040)年には 180 万 5 千人 (令和 2(2020)年と比較して約 24 万人減)までの減少が見込まれる(資料集 4 頁を参照)。しかしながら、松本市の人口減は比較的穏やかであり、医療需要としては令和 12(2030)年程度まで大きな減少は予測されない。(資料集5 頁を参照)
- ・ 附属病院は今後 10 年程度について、原則として医療需要に合わせた病床の弾力的な運用を行いつつ現在の施設規模を維持する。その後、施設改修に併せてダウンサイジングを視野に入れた適正規模を検討することにより、生じたスペースを活用して改修を進める。また、本学全体の施設整備計画との足並みを揃え、土地の活用等、十分な連携を行うことが重要である。
- ・ 医療のニーズに合わせた規模の縮小は将来的に想定されるが、大学病院、特定機能病院として、高度な検査や治療は維持する。

### プラン2:今後の改修や社会情勢の変化に対応できる施設計画の策定を行う

#### 【現在の状況】

- ・ 現在、東西病棟の改修工事を行っているが、中央診療棟も建設から 20 年以上が経過し、この 10 年以内に大規模改修が必要となる。その後も外来診療棟の改修を控えており、近年の建築費の高騰や金利上昇の影響から、従前の改修費用よりも高額になることが予想される。

#### 【今後の取組】

- ・ 施設改修において規模の適正化を行うが、単純に施設面積を減らすのではなく、今後の改修を考慮し、パイプスペースやダクトスペース等の複数設置や、院内の機能移転を計算に入れた設計を行う。また、施設改修は長期的な計画となるため、計画時に社会情勢の変化や医療需要を完全に予測することはできない。将来的に発生した医療需要の変化や新興感染症に対応するためのスペースも確保する。
- ・ 中央診療棟の改修時には、外来診療棟以降の施設改修を見据えた施設計画を策定する。

### プラン 3:施設設備の予防保全を推進する

#### 【現在の状況】

- ・ 施設設備の老朽化が進んでおり、特に中央診療棟では、大規模な施設については概算要求などを行い対応しているが、中小規模な施設については問題が発生したら修繕するという対応が先行している。施設に付随する問題は被害が大きくなる傾向が強くなり、患者の安全確保にも重大な影響を及ぼす可能性が高い。

#### 【今後の取組】

- ・ 施設に付随する問題が生じる前に保全を行う予防保全を進める。具体的には、①施設・設備の老朽度の把握と計画の策定 ②修繕のための予算確保を行う。

### プラン 4:地域連携を視野に入れた医療機器・施設の共有化を推進する

#### 【現在の状況】

- ・ 大学病院・特定機能病院として、最新の高度医療機器導入を行っているが、老朽化を迎える医療機器も多く、維持管理や更新のためのコストが年々増加している。今後の医療ニーズ等を踏まえ、附属病院のみで医療機器の維持方法等を考えるのではなく、地域全体で、役割に応じた医療機器・施設の共有化を検討する必要がある。

#### 【今後の取組】

- ・ 地域連携を視野に入れた医療機器・施設の共有化は、地域の医療サービスの効率化や質の向上に貢献するだけでなく、地域全体の医療システムの持続可能性を確保する重要な取組であるとともに、コストを削減し、費用負担を軽減することが可能となる。近隣病院との連携体制の強化や長野県との連携により、地域全体のニーズを把握するとともに、ネットワーク化や情報の共有化を図り、医療リソースの最適な活用を推進する。

## (8)改革プランの対象期間中における各年度の収支計画

本改革プランの対象期間(令和 6(2024)年度から令和 11(2029)年度)中における各年度の収支計画は、以下のとおりである。

(単位:百万円)

項目名	2024 年度	2025 年度	2026 年度	2027 年度	2028 年度	2029 年度
(収入)						
病院収入	31,769	34,287	34,684	34,684	34,684	34,684
運営費交付金収入	1,921	1,900	1,882	1,865	1,848	1,831
雑収入	1,624	1,528	1,528	1,528	1,528	1,528
収入合計	35,314	37,715	38,095	38,077	38,060	38,043
(支出)					0	0
人件費	11,733	11,968	12,207	12,207	12,207	12,207
診療経費	20,741	21,988	22,243	22,243	22,243	22,243
医療機器整備費	1,096	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
その他経費	436	363	363	363	363	363
債務償還経費	1,779	1,889	1,748	1,669	1,224	1,282
支出合計	35,785	37,207	37,561	37,482	37,036	37,095
収支差	-471	507	534	596	1,024	949