

# 愛媛大学医学部附属病院 改革プラン

令和 6 年 6 月策定  
国立大学法人愛媛大学

令和 8 年 9 月改訂

# 目 次

## (1) 運営改革

- ①自院の役割・機能の再確認・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
  - 1) 医学部の教育研究に必要な附属施設としての役割・機能・・・・・・ 1
  - 2) 専門性の高い高度な医療人を養成する研修機関としての役割・機能・・・・ 1
  - 3) 医学研究の中核としての役割・機能・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
  - 4) 医療計画及び地域医療構想等と整合した医療機関としての役割・機能・・・・ 2
- ②病院長のマネジメント機能の強化
  - 1) マネジメント体制の構築・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3
  - 2) 診療科等における人員配置の適正化等を通じた業務の平準化・・・・・・ 3
  - 3) 病床の在り方をはじめとした事業規模の適正化・・・・・・・・・・・・ 3
  - 4) マネジメント機能の強化に資する運営に係る ICT や DX 等の活用・・・・ 3
- ③大学等本部、医学部等関係部署との連携体制の強化・・・・・・・・・・ 4
- ④人材の確保と処遇改善・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 4

## (2) 教育・研究改革

- ①臨床実習に係る臨床実習協力機関との役割分担と連携の強化・・・・・・ 6
- ②臨床研修や専門研修等に係る研修プログラムの充実・・・・・・・・・・ 6
- ③教育・研究を推進するための体制整備
  - 1) 人的・物的支援・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 7
  - 2) 制度の整備と活用・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 8
- ④その他教育・研究環境の充実に資する支援策・・・・・・・・・・ 8

## (3) 診療改革

- ①都道府県等との連携の強化・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 10
- ②地域医療機関等との連携の強化・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 10
- ③自院における医師の労働時間短縮の推進
  - 1) 多職種連携によるタスク・シフト／シェア・・・・・・・・・・・・ 10
  - 2) ICT や医療 DX の活用による業務の効率化等・・・・・・・・・・・・ 11
- ④医師少数区域を含む地域医療機関に対する医師派遣（常勤医師、副業・兼業） 11

## (4) 財務・経営改革

- ①収入増に係る取組の推進
  - 1) 保険診療収入増に係る取組等の更なる推進・・・・・・・・・・・・ 12
  - 2) 寄附金・外部資金収入の拡充・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 12
- ②施設・設備及び機器等の整備計画の適正化と費用の抑制
  - 1) 自院の役割・機能等に応じた施設・設備・機器等の整備計画の適正化・・・・ 12
  - 2) 費用対効果を踏まえた業務効率化・省エネルギーに資する設備等の導入・・・・ 13
  - 3) 導入後の維持管理・保守・修繕等も見据えた調達と管理費用の抑制・・・・ 13
- ③医薬品費、診療材料費等に係る支出の削減
  - 1) 医薬品費の削減・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 14

|                       |    |
|-----------------------|----|
| 2) 診療材料費の削減           | 15 |
| ④その他財務・経営改革に資する取組等    | 16 |
| ⑤改革プランの対象期間中の各年度の収支計画 | 16 |

(資料)

|     |    |
|-----|----|
| 資料1 | 17 |
| 資料2 | 18 |
| 資料3 | 19 |
| 資料4 | 23 |
| 資料5 | 24 |

## (1) 運営改革

### ①自院の役割・機能の再確認

愛媛大学医学部附属病院（以下「本院」という。）は、「患者から学び、患者に還元する病院」を理念として掲げ、その実現のため以下の3つの目標を掲げている。

- ・愛媛県民から信頼され愛される病院（診療）
- ・患者の立場に立てる医療人の養成（教育）
- ・愛媛で育ち、世界に羽ばたく医療の創造（研究）

さらに、本院の愛媛県内での役割・機能を再確認し、目標を着実に実施することを目的として、愛媛県における中長期的な医療需要に基づく外部環境分析（資料1）及び現状の内部環境分析（資料2）を行い、その分析結果を反映したバランススコアカード（以下「BSC」という。）\*（資料3）を令和5年度より策定し、業務評価指標（以下「KPI」という。）による目標の進捗管理等を毎年度実施することとしている。

\*バランススコアカード（BSC（Balanced Score Card））とは、「財務」「顧客（患者）」「内部プロセス」「学習と成長」の視点から経営戦略を策定する手法のこと。

### 1) 医学部の教育研究に必要な附属施設としての役割・機能

愛媛大学医学部（以下「学部」という。）は、学部の理念である「患者から学び、患者に還元する教育・研究・医療」を実践できる医療人を育成することにより、最良の医療、保健、福祉を通して社会に貢献することを目的としている。

本院は、学部の附属施設として、教育面においては「患者の立場に立てる医療人の養成」の目標のもとに、診療参加型臨床実習等地域医療を含む日本の保健・医療・福祉に貢献できる人材を育成する実践の場を提供する。また、研究面においては、「愛媛で育ち、世界に羽ばたく医療の創造」の目標のもとに、先端医療創生センターを中心として基礎医学と臨床医学の融合による橋渡し研究を推進し、世界レベルの質の高い先端医療を創造・発信する。

### 2) 専門性の高い高度な医療人を養成する研修機関としての役割・機能

【総合臨床研修センターに高度先端教育機能を統合し多種に渡るシミュレータ機器等を利用した集約的臨床教育による戦略的な医療人材育成と定着化の実現】

- ・本院内外に開かれた教育拠点を創出するために、本院内多職種の教育機能を集約するとともに、部門横断的な教育の仕組みを創出し、学生教育にも積極的に取り組む。

さらに、総合臨床研修センターを拠点として、地域の医療従事者、外国人研修生に対してもオープンな高度先端教育のプラットフォームを構築する。

- ・集約的臨床教育の場となる手術手技研修センターにおいて、医療技術の習得や医療安全推進のためのシミュレーション教育を担当する医療人材を養成するとともに、地域医療に貢献できる高い専門性と実技能力を兼ね備えた医療人材を輩出する。

### 3) 医学研究の中核としての役割・機能

【基礎研究と臨床研究の融合を推進し、世界に発信する研究拠点の形成】

- ・基礎研究と臨床研究の融合による橋渡し研究を推進することを目的として設置した

先端医療創生センターの機能をさらに強化し、愛媛から世界に発信する橋渡し研究の中核拠点を形成する。

- ・本院の強みであるバイオバンク事業、東温スタディ、愛大コーホート研究等を連携・推進するため、基礎研究と臨床研究の融合を効率的に促進する研究基盤を構築する。
- ・教育と研究の有機的連携により、医療分野を先導し、医学研究の中核となって活躍できる科学的視点をもった医療人を育成する。

#### 4) 医療計画及び地域医療構想等と整合した医療機関としての役割・機能

##### 【医療提供、教育の拠点として、愛媛県の医療に貢献】

- ・現在も県内の40%以上を取り扱っている高度急性期医療については、県内の10～20年先の人口動態や疾患人口の推移を踏まえると、今後20年は維持する必要がある。そこで、高難度最先端医療の安全な提供、自治体・地域医療機関との連携強化による地域医療への貢献、新興感染症や災害時医療への対応、高度な臨床・研究能力を持った医療人材育成等、本院の果たすべき役割・機能について病院再開発を含め、準備を行っている。
- ・本院が県内のほとんどの地域に医師派遣を行っている視点より、病院長及び副病院長（救急・危機対策担当）が県内の6圏域における地域医療構想調整会議に参画し、県全体の医療機関の機能再編に関する議論に加わっている。
- ・地域医療構想及び医療計画に基づき、将来的に県内の救急医療体制は医師の高齢化等により維持が困難になることが予想される等、県内で不足する救急医療に対し、自治体と連携し、地域医療機関と遠隔医療連携や機能分化を図りながら、県下各圏域の一次・二次・三次救急医療体制の維持、地域包括ケアシステムの維持に貢献する。
- ・救急医療や、災害・感染症等の有事の医療提供の拠点として、その対応力の強化を図る。
- ・感染症については、第8次医療計画に先駆け、医学部に感染制御学講座を設置しており、新興感染症に対応できる多職種の人材育成を推進し、本院が重症患者を受け入れる病院として機能を強化する。
- ・救急対応も含め幅広い地域から必要とされる医療提供を通じた教育機会を充実し、地域に貢献できる医療人材の育成を推進する。

##### 【高品質な医療の提供及び先進医療に取組み、患者の安心・安全及び医療従事者の働きやすさの両立を実現】

- ・高品質な医療提供のため、県内全域における高度急性期医療（周術期）の中核的役割を引き続き担うとともに、県内医療の提供体制に応じて三次救急に加え、地域の二次救急の機能に臨機応変に対応する。
- ・県下各圏域の円滑な救急搬送遂行のため、各医療圏域医師会、消防、行政等と密な連携を図る。
- ・高度先進医療である低侵襲手術、再生医療等の先進医療を積極的に推進する。

・本院の再開発による効率的な診療の導線確保及び DX 等を活用した多職種が働きやすい環境を実現する。

## ②病院長のマネジメント機能の強化

### 1) マネジメント体制の構築

本院は、病院長の職務を補佐するため、経営・財務担当、救急・危機対策担当、教育・研究担当、総務・診療担当、医療安全・外部評価担当、ホスピタリティ担当の6人の副病院長を配置している。また、病院長が行う業務を補佐するための病院長補佐を4人配置し、感染症、インテリジェントホスピタル、広報、地域医療の各分野を担当させ、病院長のマネジメント機能を適切に働かせるための体制を構築している。

令和8年度から、経営・財務担当副病院長を総括副病院長として位置付けるほか、令和11年度までに、病院長をはじめとする病院執行部構成員に対して、病院経営や組織マネジメント等に関する各種研修の受講を義務付け、年度単位で研修プログラムを策定し、計画的に受講させることにより、病院長のマネジメント機能のさらなる強化を図る。

### 2) 診療科等における人員配置の適正化等を通じた業務の平準化

本院は、愛媛県の地域医療を支援する重要な使命のもと、多くの医師を各医療機関に派遣している。さらに医師の働き方改革推進の影響もあり、本院における教育、研究及び診療体制維持に必要なマンパワーが不足する状況にある。このような状況を打開するため、各医療圏域において、地域医療構想調整会議での議論を通じ、県内の診療科・救急疾患別に機能再編を進めることにより、地域医療の現場の効率的な機能維持と本院のマンパワー維持の両立を図る。また、本院内では、特に繁忙な診療科への支援体制について検討する。具体例として、救急科医師で対応している院内迅速対応システム(RRS)等の業務に関し、他診療科との協力体制を構築する。

### 3) 病床の在り方をはじめとした事業規模の適正化

愛媛県内の各圏域の大半は入院患者が流出過多の状態であり、その多くは本院が属する松山圏域に流入している。今後も他の圏域からの相当数の患者流入が想定される。県内の高度急性期病床は松山圏域の本院、愛媛県立中央病院、松山赤十字病院に集中しており、本院が果たすべき役割としては、引き続き高度急性期機能を継続し、さらに愛媛県立中央病院、松山赤十字病院や四国がんセンターからの難症例の転院搬送への対応といった一段階高次での重要な役割を発揮することが求められている。

本院では現状及び将来予測される医療需要を踏まえて、医学部附属病院病棟再編ワーキンググループにおいて、事業規模の適正化を含めた既存の病棟の再編計画を策定する。

### 4) マネジメント機能の強化に資する運営に係る ICT や DX 等の活用

地域医療連携については、現在の地域医療連携システムの形態では当院からの情報提供のみとなり、地域の医療機関からの情報提供が受けられておらず双方向を実現できていない。近年広がりつつある PHR(Personal Health Record)を軸とした患者を中心として地域の医療機関が連携する地域医療連携を検討する。

### ③大学等本部、医学部等関係部署との連携体制の強化

大学の業務及び管理運営に関する重要事項を審議する役員会に、病院長が副学長（病院運営・地域医療）として参画し、学長、理事等大学執行部と病院運営、地域医療について課題共有できる体制は構築できている。今後も四半期ごとに附属病院における診療及び経営状況を役員会に報告する等、速やかな情報共有を図る。

また、現在、本部施設基盤部の職員 1 人を、本院の再開発に向けて学部を設置した病院再開発準備室に兼務発令しており、今後も様々な本院の課題に対して大学本部と医学部の連携強化を図る。

### ④人材の確保と処遇改善

#### 【人材の確保】

本院の診療及び教育・研究機能の強化と効率化の両面から、さらなる診療支援体制、研究支援体制の充実を図るため、以下の取組を実施する。

#### ・医療人材の確保

##### （看護師の確保）

看護師の採用増加と離職防止のための計画を策定・実施するため令和 7 年度まで病院長のもとに設置されていた「看護師確保策定 WG」における検討を踏まえた看護師不足対応策として、以下の取組を実施する。

・採用増加の方策としては、医学部看護学科学生に対する奨学金制度の創設、同学科の地域特別推薦枠の拡大、インターンシップや採用説明会など採用活動の強化などを行う。

・離職防止の方策として、給与面や労働環境の改善、多様な働き方に対応できる労働時間制度の創設などもあわせて実施する。

##### （その他医療人材の確保）

薬剤師については、薬剤業務向上加算により増員を行い、研修体制を充実させ、チーム医療の推進と薬物治療の質の向上を図る。また、愛媛県、学校法人松山大学及び本院において愛媛県薬剤師確保修学資金支援制度に関する連携協定を締結し、県内で不足する病院薬剤師の安定的な確保と定着を促進し、医療提供体制の充実を図る。

その他の医療従事者についても、タスク・シフト／シェアの推進と診療支援体制の充実を図るため、戦略的に増員を行う。

#### ・教育・研究にかかる人材の確保

##### （臨床研究支援体制の構築）

臨床研究の質の向上を目的として、臨床研究支援センター（センター長 1 人、副センター長 1 人、看護師長 1 人、CRC\*12 人、データマネージャー 1 人、治験薬管理補助者 2 人、事務 10 人）、臨床研究支援センターから独立した組織として、臨床研究データセンター、臨床研究クオリティマネジメント部及び臨床研究 COI\*マネジメント部を設置し、臨床研究支援体制を構築している。今後、中四国の国立大学病院と

の連携を深めることにより、さらなる臨床研究の充実を図る。

\*CRC：臨床研究コーディネーター

\*COI：利益相反

#### （生物統計家の活用）

臨床研究支援センターにおいて令和５年度から導入している生物統計家による臨床研究に関する相談（目的に合った研究デザイン、解析方法の選択、症例数の決定等）及び基礎研究に関する相談（実験結果の統計解析等）を充実・活性化させる。

#### （バイオインフォマティクスの養成）

先端医療創生センターにおいて令和５年度に採用した特定職員（技術職員）をバイオインフォマティクスとして養成し、バイオバンク事業を推進するとともに医療情報分野の充実を図る。

#### （臨床研究推進部門の設置による人材養成）

高度医療人材養成拠点形成事業を活用し、本院臨床研究支援センター内に「臨床研究推進部門（仮称）」（准教授１人、リサーチ・アドミニストレーター１人、研究支援者２人（医療職１人・事務職１人））を設置しており、これにより、臨床疫学研究の研究計画から論文受理までの研究指導サポート体制を構築し、愛媛県内における臨床疫学研究を推進するとともに、データサイエンスに長けた臨床研究人材を養成する。

#### （シミュレーション・スペシャリストの配置・養成）

医療系資格を持ちシミュレータに精通した専任職員を配置し、シミュレータの管理や実習、研修の補助等を担当することで、各診療科等の負担を軽減させる。さらに、シミュレータの活用やファシリテータ育成コース等の研修により、医療技術の習得や医療安全推進のためシミュレーション教育を担当する人材（医師、看護師、医療職員）を養成し、院内各部署に応じた教育の実現を目指す。

#### 【処遇改善】

優秀な人材を安定的に確保するために、賃金、労働環境等、一層の処遇改善に取り組む。

- ・医師（特に４０歳以下の若手）や医師以外の医療従事者、事務職員等の給与制度を見直し、賃金アップを図る。
- ・本院で実施している看護師の特定行為研修をさらに推進し、特定行為看護師の増員を図るため、特定行為研修を修了し、医師の指示のもとに一定の医療行為を行う特定看護師に対する手当を継続的に支給する。
- ・医師事務作業補助者については、効果的な採用を行うため、常勤枠を設け、待遇改善と持続的な雇用継続を行い、必要な人員を確保できる体制を整備するとともに、キャリアパスを明確化し、キャリアに応じた教育プログラムを構築することにより、優秀な人材の育成を行う。
- ・多職種連携によるタスク・シフト／シェアを推進するため、医療従事者の増員に加え、ICT、医療DXの活用等により業務の効率化を進め、労働時間の削減につなげる。
- ・事務系職員にフレックスタイム制や週休３日制の導入を進める。他職種においても、現

行の変形労働時間制や育児短時間勤務等に加え、職員一人ひとりのライフスタイルにあった多様な働き方を選択できる制度の導入を検討する。

- ・出産・育児等のライフイベントと就業の両立を促進するため、院内保育所に対するニーズ調査を行い、院内保育所の再整備やその他育児等支援制度の拡充を検討する。
- ・毎年行う「職員満足度調査」等により、職員から就業環境に対する意見・要望を集約し、職場環境改善につなげる。

## （２）教育・研究改革

### ①臨床実習に係る臨床実習協力機関との役割分担と連携の強化

愛媛大学医学部関連教育病院臨床実習運営協議会、愛媛大学医学部ステークホルダー懇談会を定期的に開催し、医学教育モデル・コア・カリキュラムに関する情報提供・意見交換等を行うとともに大学病院及び臨床実習協力機関における経験可能な症例を調査し、臨床実習生として対応可能な医行為について検討を行う。さらに、臨床実習協力機関に医行為の実施について指導を依頼し、令和６年度入学生からモデル・コア・カリキュラム（令和４年度改訂版）に対応した臨床実習を実施する。また、定期的に実習内容及び評価方法について協力機関との意見交換や学生側からの振り返りについての情報共有により、実習内容及び評価方法のブラッシュアップを行う。

診療参加型臨床実習を充実させるため、実習先となる協力機関、受入れ人数及び週数を増加させ、医学知識・臨床推論・態度に加え、医行為の実施による技能の習得を実践的かつ総合的に身につけさせる。

### ②臨床研修や専門研修等に係る研修プログラムの充実

#### 【研修医・専攻医獲得】

愛媛大学医学部医学科では、毎年約 110 人（県外出身者：約 60 人、県内出身者：約 50 人（地域枠 20 人を含む））が卒業し、そのうち、愛媛県内で研修医となる者は、県外出身者の約 4 割と県内出身者の約 8 割の 60 人程度である。愛媛県全体の研修医数は 80 人程度で推移しているが、県内の研修医数の増加に向け、本学卒業生で愛媛県内の臨床研修プログラムへの参加者を増加させることに加え、他大学卒業生で、特に県内出身者に対する愛媛県内の臨床研修プログラムへの勧誘・獲得が重要となる。

また、県内の臨床研修医修了者数の約 9 割が、県内医療機関の専攻医として採用されていることから、研修医数の増加が専攻医数の確保にもつながる。以上のことから、地域の医療体制確保のためにも、研修医の獲得に力を入れる必要があり、以下の内容に取り組む。

- ・愛媛県及び県内基幹型臨床研修病院と協力し、愛媛県内の臨床研修及び専門研修プログラムの認知度を上げ、愛媛県全体で研修医及び専攻医の獲得ができるよう情報発信する。
- ・愛媛県医師会と連携し、県内の研修医を対象とした勉強会等を開催する。
- ・研修医のニーズや臨床研修ガイドラインに沿い、本院ならではの研修項目を追加する。

- ・屋根瓦式教育（指導医から専攻医や研修医、専攻医や研修医からスチューデント・アシスタントや上級生へ、スチューデント・アシスタントや上級生から下級生へ指導）を推進し、自身のキャリア形成をイメージする機会を増加させる。
- ・各専門研修プログラムにおいては、各人のキャリア志向やライフステージに柔軟に対応し、大学院進学や県外施設での研修も取り入れて、県内定着と高度人材育成の両立を目指す。

#### 【看護師特定行為研修】

愛媛県内には、看護師特定行為研修指定研修機関が、本院を含めて3医療機関しかなく、令和2年10月から開講している本院は、これまで7人の修了者（内、院内3人）を輩出している。引き続き、院内の看護師のニーズを見極め、多くの修了者を輩出するために、研修内容の見直しを行う。

#### 【シミュレーション教育担当人材養成】

既存のシミュレータを活用し、医療技術の習得や医療安全推進のためのシミュレーション教育を担当できる人材を養成する研修会を開催する。受講者を医師、看護師、医療職員と拡げ、学んだ知識を各部署に還元していくことで、質の高い医療人の養成を行う。

### ③教育・研究を推進するための体制整備

#### 1) 人的・物的支援

##### 【人的支援：教育関係】

医学教育モデル・コア・カリキュラムに対応したビデオ・VR教材の開発、教授法・学修成果の評価法の改善等、学生・研修医の学びの向上を目的として、医学教育センター及び臨床研修センターの組織体制を強化し、基礎医学・臨床医学の教育的取組を推進する。

その際、シミュレータに精通した専任職員を活用する。

##### 【人的支援・物的支援：研究関係】

特定機能病院としての重要な役割である質の高い医学研究（基礎研究、臨床研究）を推進するとともに、医師の働き方改革に伴うタスク・シフト／シェアも推進する目的として、機能強化と効率化の両面からさらなる研究支援体制の充実を図る。

##### ・臨床研究支援体制の構築（再掲）

臨床研究の質の向上を目的として、臨床研究支援センター（センター長1人、副センター長1人、看護師長1人、CRC\*12人、データマネージャー1人、治験薬管理補助者2人、事務10人）、臨床研究支援センターから独立した組織として、臨床研究データセンター、臨床研究クオリティマネジメント部及び臨床研究COI\*マネジメント部を設置し、臨床研究支援体制を構築している。今後、中四国の国立大学病院との連携を深めることにより、さらなる臨床研究の充実を図る。

\*CRC：臨床研究コーディネーター

\*COI：利益相反

##### ・生物統計家の活用（再掲）

臨床研究支援センターにおいて令和5年度から導入している生物統計家による臨床

研究に関する相談（目的に合った研究デザイン、解析方法の選択、症例数の決定等）及び基礎研究に関する相談（実験結果の統計解析等）を充実・活性化させる。

・ バイオバンク事業の推進

基礎研究と臨床研究の融合を推進する研究基盤を構築し、相互交流による新しい発見やリサーチマインドの滋養、臨床検体を用いた共同研究、臨床及び橋渡し研究を促進するとともに、その実現に資する取組みとして、令和4年度に先端医療創生センターにバイオバンクを新設した。バイオバンク事業は、各部門等で保有している膨大な臨床検体や臨床データを有効活用するためのデータベースを構築し、遺伝子発現や代謝産物等の先端的な解析をサポートするものである。このバイオバンク事業を通して、臨床検体を活用した基礎・臨床研究を推進するとともに、研究を効率的に遂行するためのインフラを統合的に整備する。

・ バイオインフォマティクスの養成（再掲）

先端医療創生センターにおいて令和5年度に採用した特定職員（技術職員）をバイオインフォマティクスとして養成し、バイオバンク事業を推進するとともに医療情報分野の充実を図る。

・ 臨床研究推進部門の設置による人材養成（再掲）

高度医療人材養成拠点形成事業を活用し、本院臨床研究支援センター内に「臨床研究推進部門（仮称）」（准教授1人、リサーチ・アドミニストレーター1人、研究支援者2人（医療職1人・事務職1人））を設置しており、これにより、臨床疫学研究の研究計画から論文受理までの研究指導サポート体制を構築し、愛媛県内における臨床疫学研究を推進するとともに、データサイエンスに長けた臨床研究人材を養成する。

## 2) 制度の整備と活用

研究力の向上を目的として、研究者の処遇改善及び研究に専念できる研究環境を整備することを通して、外部資金獲得に対する研究者のモチベーションアップするため、令和3年度にバイアウト制度、令和4年度にPI人件費制度を導入している。医師の働き方改革に伴う医師の労働時間適正化の推進と、研究力維持の両立を目指すため、両制度のさらなる周知を通じて活用実績を増加させる。

### ④その他教育・研究環境の充実に資する支援策

#### 【教育環境の充実に資する支援】

・ 本院は、放射線科専門医研修施設として認定されており、地域のがん診療体制を維持する必要がある。

年間100人を超える学生を対象とした放射線医学実習では、愛媛県内に本院を含めて2施設しか設置されていない最新機器（「腔内照射装置（RALS）」）に加えて、「核医学SPECT装置」を利用して、放射線治療計画の立案や治療結果の評価方法等について理解を深めさせ、放射線医学教育を充実させる。

・ 愛媛県は、令和2年の心疾患年齢調整死亡率が男女とも全国1位である。特に、心不全

については、令和2年の年齢調整死亡率が女性2位、男性4位という状況にある。このような状況において、本院では、「ハイブリッド手術室システム（据置型デジタル式循環器用 X 線透視診断装置）」を整備し、地域において構造的な疾患（以下、「SHD」という。）の治療適応診断に従事する医師及び大学病院の SHD 治療を担う医師を養成するための教育プログラム（愛媛県下における SHD 診断・治療医養成プログラム）を実施する。具体的には、SHD に関する講義（病態、診断、治療、地域医療）、シミュレータ実習（超音波、カテーテル、拡張現実/仮想現実（AR/VR）システム）、ハイブリッド手術室での実習、手術手技実習（キャダバートレーニング）を行う。

- ・手術手技研修センターでは、キャダバー、シミュレータ、VR 等を活用し、実臨床までシームレスな教育が行える統合プラットフォームを構築する。
- ・総合臨床研修センターを通じて、本院や愛媛県で働くことのモチベーションにつながる教育を行い、戦略的に医療人材の定着化を図る。

#### 【研究環境の充実に資する支援】

企業等との連携を強化するための医学部発信の全学制度として、令和5年度に産学協働講座制度を新設した。この制度は、民間から経費や人材等を受け入れ、産学協働の講座を大学に設置し、大学教員と民間からの研究者が共通の研究課題を共有し、研究成果の社会実装を見据えた教育研究活動を協働で実施することにより、教育研究活動の一層の充実と社会貢献を図るものである。令和5年度に設置した「免疫創薬科学講座」、「先端画像解析開発講座」、「ヘルスケアデータサイエンス講座」\*及び「創薬プラットフォーム開発講座」において、大学と企業等の研究者間の日常的な協働による共同研究の推進を図り、中長期的な研究開発戦略に沿った研究成果を発信する。

\*「ヘルスケアデータサイエンス講座」とは、令和5年度にロッシュ・ダイアグノスティックス（株）と協働で「愛媛リアルワールドデータ」構想を推進することを目的として設置した産学協働講座である。

※「愛媛リアルワールドデータ」構想とは、次世代医療基盤法に基づき愛媛県内全医療機関の医療情報データベースを構築し、医療情報を活用することにより臨床研究の活性化を図るものである。

#### 【教育研究環境の充実に資する支援】

大学病院が担うべき低侵襲高度医療の中核拠点として、低侵襲高度医療育成センターを設立することで、高度医療人材を持続的に育成・確保するとともに、臨床研究の充実を図り、地域に還元する循環モデルを確立し、同時に ICU・手術部門の強化を図り、高度急性期医療を安全かつ安定的に提供できる体制を確立し、地域とのプラットフォームを通じて地域医療提供体制の強化と機能分化を促進するために、次の事業に取り組む。

- ・ICU・手術部門に属する看護師について、十分な人員を確保することで、高度急性期医療の実施基盤を充実させる。
- ・医師が担っている業務を看護師が特定行為として実施できるように、タスク・シフト／シェアを進め、医師がより教育・研究活動に取り組むための時間を確保する。

- ・複数の外科系診療科から構成される組織横断的な「低侵襲高度医療育成センター」を設置し、若手医師や学生に最先端の医療機器について具体的な教育を行うとともに、高度医療を担う人材を育成する。
- ・地域に低侵襲高度医療に係る知識と技術を有する医師を輩出し、地域医療提供体制の維持・強化及び地域の医療機関との連携を強化する。
- ・愛媛県及び地域の医療機関との協議の場（プラットフォーム）の構築及び諸調整を実施し、地域医療の課題解決に向けた協議を行う。

### （３）診療改革

#### ①都道府県等との連携の強化

地域医療構想に積極的に関与するため、愛媛県の地域医療構想推進戦略会議に医学系研究科長と病院長が参画し、全県的な地域医療構想の策定から実現までを専門的な知見から支援する。

また、県下６圏域すべてに本院より医師を派遣している視点より、各圏域すべての地域医療構想調整会議に病院長及び副病院長（救急・危機対策担当）が参画し、地域の実情に応じた地域医療提供体制のあり方について関係者と協議する。

今後も引き続き愛媛大学医学部連携病院長会議における臨床研修等協議会、先進医療協議会、地域医療ネットワーク協議会の活動を介し、県内での若手医師育成や連携病院間の医療ネットワークの充実について、行政や地域医師会等関係機関との連携推進も図る。

#### ②地域医療機関等との連携の強化

本院は地域医療の最後の砦として機能している。松山医療圏の基幹施設である愛媛県立中央病院、松山赤十字病院に加え、がん拠点病院である四国がんセンターから難症例や重症な基礎疾患を有する患者を各部署で専門性の高い医療従事者が今後も引き続き集学的に対応する。加えて、医師の働き方を十分に考慮のうえ、県内各圏域の施設に医師派遣を行い、各圏域の地域医療を守る。

さらに、県内の救急体制を維持するために、関連する郡市医師会、県メディカルコントロール・地域メディカルコントロールとの連携協議会を立ち上げ、各地域の救急輪番施設との連携強化や医師支援を行う。加えて、東温市と連携し、東温市内の二次救急搬送を積極的に受け入れることで、松山医療圏の救急医療体制を強化する。

地域医療維持については、病院長及び副病院長（救急・危機対策担当）が地域医療構想調整会議に参画のうえ、より有効な医療機関の機能再編計画に関与し、医師派遣を有効に行うことにより本院の機能も最大限に発揮できるよう調整する。

愛媛県地域医療構想推進戦略会議や愛媛大学医学部連携病院長会議、愛媛県国民健康保険診療施設連絡協議会等において、県医師会長、郡市医師会長、市町首長等と情報共有を密に行い、県内医療機関間のさらなる連携の維持・強化のための方策を検討する。

#### ③自院における医師の労働時間短縮の推進

##### １）多職種連携によるタスク・シフト／シェア

病院職員の業務負担軽減、勤務環境改善等に関することを審議するために、多職種から構成する「勤務環境改善検討委員会」を設置している。特にタスク・シフト／シェアについては、同委員会の下に設置する「タスク・シフティング推進検討 WG」において検討・実施しており、今後も以下の事項等の実現により、タスク・シフト／シェアを推進する。

- ・タスク・シフト／シェアを担う医師以外の医療従事者については、毎年、病院長が実施する経営状況に関するヒアリングにおいて、各診療科等からの要望を集約し、費用対効果（診療報酬の増収やタスク・シフト／シェアの効果等）を考慮のうえ、戦略的に増員・配置を行う。
- ・本院で実施している看護師の特定行為研修をさらに推進し、特定行為看護師の増員を図るため、特定行為研修を修了し、医師の指示のもとに一定の医療行為を行う特定看護師に対する手当を継続的に支給する。（再掲）
- ・医師事務作業補助者については、効果的な採用を行うため、常勤枠を設け、待遇改善と持続的な雇用継続を行い、必要な人員を確保できる体制を整備するとともに、キャリアパスを明確化し、キャリアに応じた教育プログラムを構築することにより、優秀な人材の育成を行う。（再掲）

## 2) ICT や医療 DX の活用による業務の効率化等

- ・文書生成 AI システムを導入することにより、すべての医療従事者の院内文書作成業務の自動化・効率化を図り、関係者の労働時間を短縮するとともに、医療の質を落とさずに患者サービスの向上を図る。
- ・リアルタイム病床管理システムを導入することにより、病床運用の効率化、看護師の適正配置、医療安全の向上を図る。
- ・セキュリティ対策については院内への通信を集約・外部接続を一元管理し、アクセス制御、権限管理、証跡管理の対応等の院内への通信を制御・監視する内部統制を実施できる環境・体制作りを検討する。
- ・同意書の署名の電子化については、医師や看護師の業務の効率化及び医療安全の推進のため、次期病院情報システム更新時にベースとなる機能を盛り込むことを検討する。

### ④医師少数区域を含む地域医療機関に対する医師派遣（常勤医師、副業・兼業）

本院は、愛媛県下を中心に 228 の医療機関に医師を派遣し、医師や診療科の偏在が顕著な地域の医療提供体制の確保に貢献している。医師派遣の実施にあたっては、診療科の判断に委ねるところが大きかったが、今後の地域医療体制の確保に対応するため、病院長のマネジメントのもと、県の医療対策協議会や関係機関と連携し、効果的な医師派遣を実施する。地域医療構想を円滑に進めるため、病院長と行政間で情報を共有したうえで地域医療構想調整会議を行い、圏域ごとに対応策を検討する。

さらに、実効性をより確実にするため、地域医療構想に精通した人材をアドバイザーとして参画させる。

医師派遣計画を検討するにあたり、医師の派遣（常勤医師、副業・兼業）状況をデータベース化することにより、常に最新の情報を把握できる仕組みを構築する。医師の働き方改革の

視点からも本院医師の時間外労働時間を的確に把握し、医師少数地域への医師派遣の要否に関する評価を行い、行政とも連携のうえ、対応策を講じる。

#### (4) 財務・経営改革

##### ①収入増に係る取組の推進

##### 1) 保険診療収入増に係る取組等の更なる推進

##### 【保険診療収入増に係る取組】

- ・保険委員会・診療記録管理委員会・DPC 委員会・クリニカルパス推進委員会による診療科毎の診療記録に関するレポートを発行し、事前に診療録記載のチェックポイントや査定内容の分析結果を連絡したうえで、希望する診療科に対して勉強会を実施する。また、保険診療に関する講演会の実施、特定共同指導チェックポイントを記載した病歴 News の発行、DPC の適切なコーディングに関する e-learning の実施等により、適正な診療録記載や査定内容を共有し、適正な診療報酬の確保に努める。
- ・後発医薬品、バイオシミラーへの置き替え、他医療機関と連携しての医療材料物品納入価格交渉等を促進し、医療費の支出を抑え、利益を確保する。
- ・多職種で構成している経営改善タスクフォースと若手事務職員で構成している経営企画プロジェクトチームを組織し、互いに連携しながら保険診療収入増に係る企画、立案（在院日数の適正化、新たな施設基準の取得、算定漏れの改善等）を行う。実行した増収策については、経営改善タスクフォースで効果検証を行い、さらなる改善につなげる。
- ・毎年度、病院経営目標\*を設定し、病院運営委員会にて審議・了承のうえ、院内に周知し、役員会及び経営協議会において報告している。

病院収支や主要な個別項目に係る実績値については、毎月病院運営委員会にて報告し、病院長ヒアリングの際は、診療科別の経営成績を提示することで、各診療科に対して収入増及び利益の確保に係る意識付けを継続的に行う。

\*病院収入、病床稼働率、平均在院日数、新入院患者数、入院診療単価、外来1日平均患者数、外来診療単価、査定率、医療費率、紹介患者数、逆紹介患者数等に係る目標値を設定する。これらについては、BSC でも採用している。

##### 2) 寄附金・外部資金収入の拡充

令和6年度に設置した「愛媛大学医学部附属病院開院 50 周年記念事業寄附」において、患者サービス向上事業の推進に向け、本事業の趣旨に賛同いただくため積極的に広報を行う。

また、ファンドレイザーによる寄附者データのペルソナ分析結果及びコンサルティングを受け、寄附獲得施策として、寄附者向け報告会の開催や寄附金活用実績及び受益者の声の発信等、寄附者との継続的な関係構築に資する取組を推進する。

##### ②施設・設備及び機器等の整備計画の適正化と費用の抑制

##### 1) 自院の役割・機能等に応じた施設・設備・機器等の整備計画の適正化

### 【施設整備計画の適正化】

病院再開発整備に向けた基本構想の検討を、病院長、副病院長及び運営部長を構成員とした「医学部附属病院再開発基本構想作成ワーキンググループ」にて令和4年度より開始しており、本院を取り巻く外部環境、内部環境の現状分析を踏まえ、再開発整備の基本方針及びその実現に向けた病院施設の将来計画の検討を行い、基本構想として「愛媛大学医学部附属マスタープラン2023」を令和5年度にまとめた。高度急性期医療の機能強化を図るため、新棟（4号館）の増築から開始し、既存病棟の2号館の全面改修、老朽化の進む1号館の病棟部分の取り壊しを行い、併せて重信団地全体のエネルギー供給施設である中央機械室についても、長期的な建物配置計画を考慮し、移転整備する予定としている。

令和8年度は、昨今の物価高騰に伴い事業規模及び事業費の見直しを行い、基幹・環境整備計画と協調を取りつつ、令和9年度中に返済可能な償還計画に基づいた基本設計をまとめる予定とし、令和10年度に文部科学省担当部署との打合せ及び概算要求を行い、令和11年度の事業着手を目指す。

### 【医療機器等の適切な更新】

- ・病院長のリーダーシップのもと、各診療科等へヒアリングを行い、安全かつ高レベルな医療の提供、高度先端医療の推進を念頭に、病院の自助努力（病院収入）等により基盤的な医療機器等の維持・更新を図る。特に、設備が備えるべき仕様等については、過剰な機能等の抑止（費用の縮減）や収益性（採算性）を精査して決定する。

- ・病院全体で集中管理・整備することが望ましい医療機器等について、対象を明確化するとともに、ME機器センターにて集中整備・管理する。

具体的には、人工呼吸器、シリンジポンプ、輸液ポンプ等の機器について、稼働率を考慮した定数を設定し、集中整備・管理することにより、複数診療科との兼用による効率的な機器の活用及び機器の品質維持、保有台数の削減に努める。

- ・計画的・継続的な医療機器等の整備に対する取組みを行うことにより、医療機器等に係る医療機器老朽化度を徐々に改善させる。

当該指標については、BSCにおいても採用している。

- ・上記に基づき、詳細な設備整備計画を別添（資料5）のとおり作成している。

## 2) 費用対効果を踏まえた業務効率化・省エネルギーに資する設備等の導入

### 【省エネルギー】

24時間稼働している照明設備を調査し、費用対効果の高いLED化工事を実施しており、令和6年度以降も本調査内容をもとに継続的な工事を実施する。また、毎月の電気使用量の周知等、省エネルギーに対する啓発活動も実施している。今後も、各医療機器・装置の更新や照明設備及び空調設備等の更新については、省エネルギー効果の高い設備等を積極的に採用し、令和8年度は手術部、集中治療部のLED化を予定している。

## 3) 導入後の維持管理・保守・修繕等も見据えた調達と管理費用の抑制

### 【機器の保守】

手術支援ロボットのように入力経費が高額で、安全な手術環境を維持するため定期的な保守が必要な医療機器については、予算面や故障時の診療体制への影響を考慮し、保守込みのリース契約を締結する等、柔軟に対応する。

### 【施設の保守】

費用の削減及び平準化のため、複数年契約や全学での契約を推進する。

## ③医薬品費、診療材料費等に係る支出の削減

### 1) 医薬品費の削減

県内唯一の特定機能病院としての取組や地域がん診療連携拠点病院としての取組を通じて、地域医療の中核的役割、地域医療の最後の砦として機能していくことが社会的に求められる。

そのような状況で、外来患者の増加に伴う抗がん剤等の増加や難病患者への高額医薬品の使用に伴い、医薬品費は年々増加傾向にある中、薬剤部において、令和6年度から使用頻度の低い医薬品を採用削除等する取組を行うほか、診療報酬におけるバイオ後続品使用体制加算を目標として、令和6年度の病院経営目標にバイオシミラー導入を促進する数値目標を設定し、令和11年度末までにバイオシミラーについて数量ベースで80%以上置き換わった成分数が全体の成分数の60%以上にすることを目指す、という国の方針に対応する。

また現在、本院では後発医薬品への置換率が数量ベースで90%を超えているが、令和5年度より国立大学病院長会議事務局から提供された医薬品パフォーマンス分析ツールを活用し、今後、さらなる後発医薬品及びバイオシミラーへの置き換えを目指す。

#### ア 採用品目の厳格な選定

令和8年度の診療報酬改定に伴い、バイオ後続品使用体制加算の要件が「対象となる個々の成分ごとに、それぞれ定められた置き換え率（80%または50%）を達成すること」へと厳格化された。この要件変更に対応し、確実な目標達成と医療費の適正化を図るため、バイオシミラーの積極的な使用に関する院内の統一的な指針を新たに作成するとともに、対象成分全体を網羅したバイオシミラーの院内フォーミュラリーの策定を進める。

さらに、先行品と後続品で適応症が異なる医薬品については、電子カルテのシステムマスターを活用し、承認されている特定の病名でのみ先行品の処方を許可する等のシステム的な処方制限の導入を視野に入れ、より実効性の高い使用体制の構築を目指す。

さらに、必要に応じて院内フォーミュラリーを策定する。

#### イ 医薬品の適正な管理と使用

現状実施している在庫医薬品の定期的な使用期限確認、使用頻度が低下した医薬品の早期返品（冷所保管品等を除く）、キュービックスの活用による冷所保管医薬品の在庫管理使用期限リフレッシュ等の業務を継続し、使用期限切れ医薬品の発生を極

力回避するように努める。

また、本院は適正な在庫を調整しながら週2回の納品業務を実施しているが、今後も「物流の2024年問題」に配慮し、極力、時間内外問わず急配が発生しないよう在庫の適正化を目指す。

使用頻度が低下した医薬品（冷所保管品等を除く）の候補についてリストを毎月作成し、早期返品に繋げる。

#### ウ 効果的かつ継続的な価格交渉

薬剤部と調達担当部署が協働し、ベンチマークシステムの活用及び近隣医療機関の納入単価を参考に、適正な価格で医薬品を購入できるよう医薬品の価格交渉に取り組む。具体的には競争入札の実施はもとより、競争入札後においては、契約相手と早期妥結を前提とした単品単価交渉を実施する。また同種同効品の一元化を薬剤部と調達担当部署が協働し推進する。

### 2) 診療材料費の削減

手術件数の増加や高額診療材料費の増加等により診療材料費は年々増加傾向にある中、医療材料委員会と調達担当部署が協働し、価格交渉や同種同効品の一元化に取り組む。さらに調達担当部署において、愛媛大学・徳島大学で診療材料の共同交渉を開始し、病院間の使用共通品を拡大することで単価を下げ、診療材料費の削減を図る。

#### ア 採用品目の厳格な選定

医療材料委員会において、必要性、すでに使用している診療材料との比較、患者への影響及び金額の妥当性等を審査し、新規に採用する診療材料を決定する。

診療材料の同種同効品の一元化の取組については、医療材料委員会を通して、国立大学病院長会議事務局等から提供されるより安価な同種同効品の情報を元に、関係部署へ切替え依頼を積極的に行う。

また、より安価な同種同効品の採用として、医療材料委員会で審査のうえ、再製造単回使用医療機器の使用を促進し、医療材料費の削減を目指す。

#### イ 診療材料の適正な管理と使用

破損・汚損及び使用期限切れの防止の取組について、滅菌物を各診療科・病棟へ払い出す前に、材料部で月1回、目視で破損・汚損及び使用期限切れを確認し、払い出し後は各診療科・病棟で管理している。

過剰使用抑止の取組について、各診療科・病棟から請求が多い診療材料については、材料部の物流倉庫で一括管理し、在庫量の変動が大きい場合には随時見直し、最適化を図っている。

今後の病院再開発において、診療材料のトレーサビリティを導入することで紛失防止や使用期限の管理等を材料部で一元化することを検討する。

#### ウ 効果的かつ継続的な価格交渉

調達担当部署において、ベンチマークシステムの活用及び近隣医療機関の納入単価を参考に、適正な価格で診療材料を購入できるよう価格交渉に取り組む。

具体的には競争入札の実施は元より、国立大学病院長会議事務局の共同交渉、共同調達の取組を活用した単品単価交渉、同種同効品の一元化を医療材料委員会と調達担当部署が協働し推進する。

また、令和5年度から開始した県内の病院調達担当者が集い、医療材料、医薬品、医療機器の契約や価格交渉の方法について知識やノウハウを共有する「愛媛県病院調達業務実務者会議」を継続的に開催することで、調達担当部署のレベルアップを図り、診療経費削減の取組みを強化する。

調達担当部署において、四国4国立大学病院の共同交渉プラットフォーム構築の議論を始め、そのプラットフォーム内で病院間の使用共通品を拡大することで単価を下げ、診療材料費の削減を図る。

#### ④その他財務・経営改革に資する取組等

本院では病院経営改善専門のチームとして、医師、看護師や技師等のメディカルスタッフ、事務職員の多職種で構成された「経営改善タスクフォース」と若手事務職員で構成された「経営企画プロジェクトチーム」を組織し、経営改善に関する方策を企画、立案、実行している。

両チームが連携し、BSCのKPIである病院収入の増収提案件数について、令和9年度までに20件を達成する。

#### ⑤改革プランの対象期間中の各年度の収支計画

別添（資料4）のとおり。

ただし、今後のプラン取組みや社会情勢、診療報酬改定の影響等に鑑み、随時変更を行うことがある。

## 【外部環境分析】

愛媛県は、松山医療圏に他医療圏から患者が大量流入しており、高度急性期医療については3つの医療機関に一局集中している。とりわけ県内の高度急性期機能病床の40%を占める当院には、県内全域からの高度急性期患者の受入体制が期待される。

### ① 将来医療 需要推計

- 県人口は2025年時点で約126万人であり、全国的に見て人口減少及び高齢化の進展が早い県であるため、2045年には約100万人に落ち込むことが推計されている。松山医療圏の高齢化率は県全体よりも緩やかではあるものの、2040年には40%を超える見込みとなっている。
- 県全体では2030年をピークに入院患者数が落ち込むものの、松山医療圏では2035年でピークに達し、以降横ばいで推移すると推計される。
- 外来患者数は県全体ではすでに減少フェーズにある一方、松山医療圏では2030年まで増加し、その後緩やかに減少することが推計される。
- 入院では循環器・呼吸器疾患の患者が増加し、外来では循環器疾患が増加するが、2040年には全疾患が2020年時点患者数を下回ると推計される。

### ② 患者 流出入 動向

- 県内の構想区域の大半は入院患者が流出超過の状態であり、多くは松山構想区域に流入していると考えられる。
- 特に高度急性期機能の病床は、宇摩や八幡浜・大洲等の構想区域で顕著に不足しており、松山構想区域の流入率を高めていると考えられる。
- 県全体では約2,000症例が流出超過となっており、圏内で流入超過となっている疾患群は18分類のうち耳鼻・乳房・新生児・小児のみである。

### ③ 高度急性 期病床 の動向

- 県内の高度急性期病床は、ほぼ松山構想区域内の当院・県立中央病院・松山赤十字病院に集中している。特に令和6年時点では、当院の508床が県全体の高度急性期機能病床の40%を占めている。
- 2025年の推計必要病床数と比較すると、松山医療圏では急性期機能の病床が過剰傾向であり、回復期機能の病床が不足している。入院料別に見ると、7対1看護配置の病床数が少なく、10対1看護配置の病床数が多い。機能別の入院料で見ると、結核病棟、HCU、精神療養病棟などの入院料の算定が少ない傾向にある。
- 各医療圏とも病床数は減少傾向にあるが、松山医療圏の高度急性期機能病床は維持、もしくは今後微増する見込みである。

### ④ 地域医療 構想の 進展状況

- 愛媛県の地域医療構想では、限られた医療資源の中で、医療機関ごとの役割分担や構想区域ごとの医療提供体制を明確化し、医療資源の有効活用と医療機関・構想区域間の連携強化を図ることが求められている。松山構想区域では、今後も他の構想区域から相当数の患者流入が継続することが見込まれることから、全県レベルの医療提供体制を視野に入れることが求められている。
- 第8次愛媛県地域保健医療計画における当院の役割としては、県全体の医療機関の機能高度化を牽引する役割を担うとともに、政策医療の拠点として一層の機能強化と連携の強化が望まれる。また、地域医療に従事する医師の養成の拡充が望まれる。

### ⑤ 国立大学 病院の 期待役割

- 6分野において提言がまとめられており、教育分野では地域・大学病院間のネットワーク活用による専門医育成や、診療参加型臨床実習の更なる充実など、診療分野では高難度最先端医療の安全な提供、地域医療分野ではメディカルICTや自治体・地域医療機関との連携強化による地域医療安全・感染対策・災害時の危機管理への積極的な参画が提言されている。国立大学病院のあるべき将来像を踏まえた機能維持が必要である。

## 【内部環境分析】

県内全域からの患者を受け入れており、特に高難度手術の実施において地域医療への貢献を果たしているが、現状調査ではハード面の整備課題が挙げられており、将来的に効率的な診療体制に影響がでるとされ、機能発揮のボトルネックとなりうると考えられた。新興感染症等感染症対応できる診療体制の構築も、今後の病院の在り方の論点になると考えられる。

### ① 医業経営 状況

- ・ 当院は経営改善に努めており、令和6年度の経常収支比率は98.8%であり、同規模の国立大学病院群の中ではやや低い傾向にある。
- ・ 医業収益は、入院・外来収益ともに増加傾向にあり、主に処置・手術や注射料収益の増大による診療単価上昇が要因となっている。
- ・ 一方、新型コロナウイルス感染症流行に伴う令和2年度以降の病床稼働率が低下しており、80%未満のまま推移している。

### ② 集患と 地域連携 状況

- ・ 入院症例は令和元年度まで増加傾向にあり、平成27年度と比較して約19%増加している。
- ・ 住所別にみると、松山市からの入院患者が最も多いが、東温市よりも他医療圏の西条市や今治市からの入院患者の方が多く、県内全域からの入院患者を受け入れている。
- ・ また紹介件数を見ると、県立中央病院・松山赤十字病院からの紹介が多く、より重篤な患者が紹介されていることが推測される。一方、全体的に逆紹介の件数は少なく、入院患者の他院転院や退院後他院通院といった連携も少ない。
- ・ 救急搬送入院率は高く、新居浜・西条や八幡浜・大洲などからの受け入れもあるが、全体的な救急搬送受け入れ件数自体は少ない。

### ③ 高度医療 実施状況

- ・ 県内の10万点以上の高額手術の半数近くが当院で行われている。5万点以上の手術の県内シェアも30%を超えるなど、県内の高難度手術の実施体制に大きな貢献をしていることが想定される。
- ・ 大学病院の中にあっても1病床当たりの全身麻酔件数が多いなど、周術期に重点を置いた診療機能を有していると考えられる。
- ・ 一方、手術件数自体は新型コロナウイルス感染症の影響もあり、令和元年度に大幅増加したものの、その後は平成29年度時点と同水準を維持している。特に令和元年度においては、10万点以上など高額手術での件数増が目立っている。
- ・ 平均在院日数は短縮傾向にあり、大学病院本院群平均とほぼ同水準となっている。
- ・ 当院は、愛媛県内における新型コロナウイルス感染症重症患者の8割以上を受け入れた実績があり、高度医療を提供する重要な役割を担う。

### ④ 高度医療 機器の 稼働状況

- ・ ダヴィンチの利用件数が増加傾向にあり、特に消化器外科での件数が増加している。ハイブリッド手術室は心臓血管・呼吸器外科による利用実績が増加しているものの、令和3年度に減少している。
- ・ 放射線治療実績が大幅に上がっており、圏内シェアの25%超まで増加している。
- ・ PET-CTは令和元年以降大きく増加したものの、その後減少傾向が続いている。

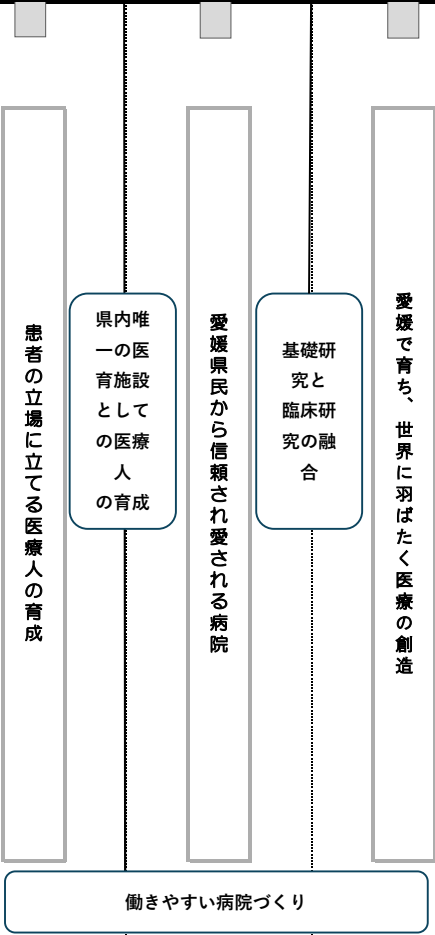
### ⑤ ハード面の 状況

- ・ 病院本館は築49年であり、施設・設備の老朽化と狭隘化が課題となっている。
- ・ 手術部門の集約化や、ICU・感染症対応診察エリアと合わせた整備が検討課題となっている。
- ・ 効率的な運用を実現するためには、部門の再配置計画と合わせた施設整備、改修プランの検討が必要とされている。

| 戦 略<br>テーマ                 | 患者の立場に立てる<br>医療人の育成                                        | 愛媛県民から信頼<br>され愛される病院 | 愛媛で育ち、世界に<br>羽ばたく医療の創造 | ビジョン（理念）           | 患者から学び、患者に<br>還元する病院 | 2026年度                                        |                                                           |                                                                                                 |                                              |           |
|----------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------|--------------------|----------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------|
| 視<br>点                     | 戦略マップ                                                      |                      |                        | 戦略目標（KGI）          | 重要成功要因（CSF）          | 業務評価指標（KPI）                                   | 目標値                                                       | アクションプラン                                                                                        | BSCに係る責任部署                                   |           |
|                            |                                                            |                      |                        |                    |                      |                                               |                                                           |                                                                                                 | 担当委員会等                                       | 主な担当部署等   |
| Ⅰ<br>財<br>務<br>の<br>視<br>点 | <div>↑↑↑</div> <div>持続可能な<br/>財政基盤の確保</div> <div>↑↑↑</div> |                      |                        | 1.持続可能な財政基盤の<br>確保 | (1)医業収益の確保<br>（収益性）  | 01 病院収入                                       | 285億円以上                                                   | 病院経営目標による。                                                                                      | 病院運営委員会                                      | 経営管理課     |
|                            |                                                            |                      |                        |                    |                      | 02 病床稼働率                                      | 85.0％以上                                                   | 病院経営目標による。                                                                                      | 病院運営委員会                                      | 経営管理課     |
|                            |                                                            |                      |                        |                    |                      | 03 平均在院日数                                     | 12.5日未満                                                   | 病院経営目標による。                                                                                      | 病院運営委員会                                      | 経営管理課     |
|                            |                                                            |                      |                        |                    |                      | 04 新入院患者数                                     | 1,250人以上/月                                                | 病院経営目標による。                                                                                      | 病院運営委員会                                      | 経営管理課     |
|                            |                                                            |                      |                        |                    |                      | 05 入院診療単価                                     | 104,000円以上                                                | 病院経営目標による。                                                                                      | 病院運営委員会                                      | 経営管理課     |
|                            |                                                            |                      |                        |                    |                      | － 外来患者数                                       |                                                           |                                                                                                 |                                              |           |
|                            |                                                            |                      |                        |                    |                      | 06 ・新規外来患者数                                   | 1,250人以上/月                                                | 地域医療機関との連携を強化し、新規紹介患者獲得増を目指す。                                                                   | 病院運営委員会                                      | 経営管理課     |
|                            |                                                            |                      |                        |                    |                      | 07 外来診療単価                                     | 29,000円以上                                                 | 病院経営目標による。                                                                                      | 病院運営委員会                                      | 経営管理課     |
|                            |                                                            |                      |                        |                    |                      | 08 高度手術の実施件数                                  | 手術部手術手技D難度以上を第3期平均実績（5,944件）の10％以上（595件増）※R9年度末まで6,539件以上 | 第4期中期目標・中期計画による。                                                                                |                                              | 医事課／経営管理課 |
|                            |                                                            |                      |                        |                    |                      | 09 病院収入の増収提案件数                                | R9年度末までに20件以上                                             | 他機関の経営改善事例等を積極的に情報収集し、本院での実現可能性について検討する。                                                        | 経営改善TF<br>病院経営企画PT                           | 経営管理課     |
|                            |                                                            |                      |                        |                    | (2)適切な保険診療<br>（安定性）  | 10 査定率                                        | 0.4％以下                                                    | 診療科毎に診療記録に関するレポートを発行する。                                                                         | 保険診療指導対策組織<br>（チーム：総務・教育<br>担当副病院長及び医事<br>課） | 医事課       |
|                            |                                                            |                      |                        |                    |                      | 11 適正な保険診療（保険診療指導対策・DPC対策）                    | 診療科毎に診療記録に関するレポートを発行                                      | 保険診療に関する講演会を2回実施する。<br>特定共同指導チェックポイントを記載した病歴Newsを5回以上発行する。<br>DPCの適切なコーディングに関するe-learningを実施する。 |                                              |           |
|                            |                                                            |                      |                        |                    | (3)安定的継続運営<br>（継続性）  | 12 医療費率（医療費使用額／診療報酬請求額）                       | 49.5％以下                                                   | 病院経営目標による。                                                                                      | 病院運営委員会                                      | 経営管理課     |
|                            |                                                            |                      |                        |                    |                      | 13 剰余金設定額（予算決算収支額）                            | 1.9億円以上                                                   | 病院再開発のために、第4期中期計画期間末（R9年度末）時点で必要な剰余金16億円を確保するための年度目標額を設定する。                                     | 病院運営委員会                                      | 経営管理課     |
|                            |                                                            |                      |                        |                    |                      | 14 経費率（（固定費+変動費）／附属病院収益）                      | 年間94％未満                                                   | 医業活動における利益が明確になるため、より効果的・効率的な医業活動ができないかという視点でPDCAサイクルを実施する。特に固定費である人件費や委託費等を増加させる場合は十分に検討する。    |                                              | 経営管理課     |
|                            |                                                            |                      |                        |                    |                      | 15 人件費比率（人件費／附属病院収益）                          | 年間45.1％未満                                                 | 雇用時に必要性および短期的長期的な費用対効果を十分に精査したうえで検討する。                                                          |                                              | 経営管理課     |
|                            |                                                            |                      |                        |                    |                      | 16 借入金等比率（有利子負債／1ヵ月当たり病院収益）                   | 年間6.2程度                                                   | 事業活動に対する借入金等の依存度を図るものであり、債務償還計画と合わせて借入金等の規模が適正かどうかを判断し必要に応じ見直す。                                 |                                              | 経営管理課     |
|                            |                                                            |                      |                        |                    |                      | 17 投資比率（キャッシュ・フローによる成長分析（投資CF/医業収益CF））        | 年間7.2％程度                                                  | 経営ビジョンを見据え中長期的に医業活動の収支状況を踏まえながら実施する。                                                            |                                              | 経営管理課     |
|                            |                                                            |                      |                        |                    |                      | 18 医療機器老朽化度（減価償却累計額／取得原価（資産計上額）（機械装置、工具器具備品）） | 年間76.0％未満                                                 | 再開発を含めた中長期的な設備更新計画を作成のうえ機器整備を行う。                                                                |                                              | 経営管理課     |
|                            |                                                            |                      |                        |                    |                      | 19 2大学連携による医療材料の共同価格交渉                        | -                                                         | コンサルティング会社と契約し、徳島大学と2大学連携による価格交渉を行い、医療材料購入費用削減を図る。                                              |                                              | 経営管理課     |

| 戦 略<br>テーマ     | 患者の立場に立てる<br>医療人の育成                                                                                      | 愛媛県民から信頼<br>され愛される病院 | 愛媛で育ち、世界に<br>羽ばたく医療の創造 | ビジョン（理念）                   | 患者から学び、患者に<br>還元する病院               | 2026年度                                                                   |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |                      |                             |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------|----------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------|
| 視<br>点         | 戦略マップ                                                                                                    |                      |                        | 戦略目標（KGI）                  | 重要成功要因（CSF）                        | 業務評価指標（KPI）                                                              | 目標値                                                                                                      | アクションプラン                                                                                                                                                                               | BSCに係る責任部署           |                             |
|                |                                                                                                          |                      |                        |                            |                                    |                                                                          |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                        | 担当委員会等               | 主な担当部署等                     |
| Ⅱ 顧 客（患者）の 視 点 | <div>地域医療<br/>機関の<br/>機能分化</div> <div>安全・安心な<br/>医療の提供</div> <div>患者・家族<br/>にとって<br/>快適な病院<br/>づくり</div> |                      |                        | 1.患者・家族にとって快<br>適な病院づくり    | (1)患者サービスの向上                       | 20 患者満足度調査による総合評価                                                        | 前年度実績を踏まえ外来85.0点、入院89.0点                                                                                 | 患者満足度調査結果のローデータや患者からの自由意<br>見を基に改善に繋がる事項を拾い上げ、医療サービス<br>推進委員会で強化すべき活動、改善が可能な活動を検<br>討する。                                                                                               | 医療サービス推進委員<br>会      | 看護部／医療サービ<br>ス課／医事課         |
|                |                                                                                                          |                      |                        |                            |                                    | 21 外来待ち時間の短縮                                                             | 【診療までの待ち時間】前年度実績を踏まえ診療予約<br>からカルテ記載までの時間が30分以内の患者率50％以<br>上<br>【会計までの待ち時間】 前年度実績を踏まえ会計ま<br>での平均待ち時間10分以下 | 【診療までの待ち時間】実績データの収集を継続す<br>る。診療までの待ち時間の原因を医師、曜日等で分析<br>する。診療予約枠、診察前の検査有無、結果までの時<br>間等も考慮する。医療サービス推進委員会での検討や<br>病院の方針を明確にし短縮を図る。<br>【会計までの待ち時間】定期的に実績データを収集<br>し、分析を行い、待ち時間短縮のための改善を図る。 |                      |                             |
|                |                                                                                                          |                      |                        |                            |                                    | 22 患者からの苦情・意見への対応                                                        | 発生認知から5日以内                                                                                               | 目標値を維持する。                                                                                                                                                                              |                      |                             |
|                |                                                                                                          |                      |                        | 2.患者の医療ニーズへの<br>対応         | (1)疾病予防（1次予防）<br>としての患者への情報発信      | 23 ヘルスアカデミーによる情報発信回数                                                     | 年間4回以上                                                                                                   | 患者の利便性が高いことから、外部施設の利用を維持<br>する。今年度より、施設使用料を講演する診療科に一<br>部負担いただくこととした。その時々で関心の高い<br>テーマで市民公開講座を開催する。より多くの方に参<br>加いただけるよう工夫した広報を実施する。                                                    | 医療サービ<br>ス推進委員<br>会  | 看護部／医療サービ<br>ス課             |
|                |                                                                                                          |                      |                        |                            | (2)チーム連携による患<br>者中心の高度急性期医療<br>の提供 | 24 病床機能報告における高度急性期機能に該当例とされている病床（ICU・ICU2・<br>SCU・NICU・GCUの合計）の稼働率       | 70.0％以上                                                                                                  | 課題を抽出し解決案を立案する。                                                                                                                                                                        |                      |                             |
|                |                                                                                                          |                      |                        |                            | (3)慢性期及び終末期患<br>者への後方支援            | 25 入退院支援加算算定数                                                            | 5,000件/年                                                                                                 | 病棟での入退院支援業務の充実を図る。                                                                                                                                                                     | TMSC責任者会議／経<br>営改善TF | TMSC／医事課                    |
|                |                                                                                                          |                      |                        | 3.安全・安心な医療の提<br>供（医療の質の改善） | (1)医療安全対策の強化                       | 26 インシデントレポート等分析報告                                                       | レポートの報告件数が病床数の5倍、そのうち1割が医<br>師からの報告                                                                      | インシデントレポート提出の意義についての周知を強<br>化する。（職種別報告数に注視）                                                                                                                                            | 医療安全<br>管理委員<br>会    | 医療安全<br>管理部／医<br>療サービ<br>ス課 |
|                |                                                                                                          |                      |                        |                            |                                    | 27 医療安全に関する現場ラウンド                                                        | 年2回以上、全部署実施                                                                                              | 現状の医療安全に関する現場ラウンドを年2回以上、全<br>部署実施する。                                                                                                                                                   |                      |                             |
|                |                                                                                                          |                      |                        |                            |                                    | 28 医療安全に関する啓発活動                                                          | 年10回以上、講演会、研修会を実施                                                                                        | 目標値に則して、講演会、研修会の年度計画を作成す<br>る。                                                                                                                                                         |                      |                             |
|                |                                                                                                          |                      |                        |                            |                                    | 29 病院管理者による現場ラウンド                                                        | 年10回以上                                                                                                   | 病院長、看護部長等による現場ラウンドを実施し、各<br>部門等の課題抽出を行う。                                                                                                                                               |                      | 医療サービ<br>ス課                 |
|                |                                                                                                          |                      |                        |                            | (2)医療の質に関する検<br>討                  | － クリニカルパス適用                                                              |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                        | クリニカルパス委員<br>会       | 医事課                         |
|                |                                                                                                          |                      |                        |                            |                                    | 30 ・クリニカルパス適用率                                                           | 年間50％以上                                                                                                  | 医療スタッフ連携によるクリニカルパスを作成・見直<br>しを実施する。                                                                                                                                                    |                      |                             |
|                |                                                                                                          |                      |                        |                            |                                    | 31 ・クリニカルパス見直し率                                                          | 30％以上                                                                                                    |                                                                                                                                                                                        |                      |                             |
|                |                                                                                                          |                      |                        |                            |                                    | － 評価指標（QI）：プロセス（医療の過程）関係指標                                               |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                        | 医療業務の質改善委員<br>会      | 医事課                         |
|                |                                                                                                          |                      |                        |                            |                                    | 32 ・脳梗塞の早期リハビリテーション実施率（脳梗塞で入院し、入院後4日以内に<br>リハビリを開始できた比率）                 | 2023年度国立大学病院中央値85.1％以上                                                                                   | 継続的に評価を行い、医療の質向上、維持につなげ<br>る。                                                                                                                                                          |                      |                             |
|                |                                                                                                          |                      |                        |                            |                                    | 33 ・手術あり肺血栓塞栓症予防対策実施率（特定の手術をした患者に対する肺血栓<br>塞栓症（エコノミークラス症候群）の発生予防を実施した比率） | 2023年度国立大学病院中央値91.2％以上                                                                                   |                                                                                                                                                                                        |                      |                             |
|                |                                                                                                          |                      |                        |                            |                                    | － 評価指標（QI）：アウトカム（医療の結果）関係指標                                              |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |                      |                             |
|                |                                                                                                          |                      |                        |                            |                                    | 34 ・褥瘡発生率（入院患者に褥瘡（床ずれ）が発生した比率）                                           | 2023年度国立大学病院中央値0.5％以下                                                                                    | 継続的に評価を行い、医療の質向上、維持につなげ<br>る。                                                                                                                                                          |                      |                             |
|                |                                                                                                          |                      |                        |                            |                                    | 35 ・多剤耐性緑膿菌（MDRP）による院内感染症発生患者数（多剤耐性緑膿菌<br>（MDRP）が 院内にて感染して発症した患者の数）      | 2023年度国立大学病院中央値0.0以下                                                                                     |                                                                                                                                                                                        | 診療記録管理委員<br>会        | 医事課                         |
|                |                                                                                                          |                      |                        |                            |                                    | 36 診療記録の質的監査件数                                                           | 年間120件以上                                                                                                 | 多職種による診療記録監査を継続的にを行い、診療記録<br>の質を担保し、医療の質向上・維持につなげる。                                                                                                                                    |                      |                             |
|                |                                                                                                          |                      |                        |                            |                                    | 37 病院管理者による現場ラウンド（再掲：29）                                                 | 年10回以上                                                                                                   |                                                                                                                                                                                        |                      |                             |
|                |                                                                                                          |                      |                        | (3)感染管理対策の強化               |                                    | 38 医療関連感染サーベイランス                                                         | 国公協サーベイランス値と比較して中央値以下                                                                                    | 感染対策に関する啓発活動、感染発生時の早期介入。                                                                                                                                                               | 院内感染対策委員<br>会        | 感染制御部／医療<br>サービ<br>ス課       |
|                |                                                                                                          |                      |                        |                            |                                    | 39 感染管理対策に関する現場ラウンド                                                      | 侵襲リスクが高い部署は年2回以上、それ以外の部署は<br>年1回以上                                                                       | 侵襲リスクの高・低に応じた現場ラウンドを実施す<br>る。（侵襲リスク高：年2回以上、侵襲リスク低：年1<br>回以上）                                                                                                                           |                      |                             |
|                |                                                                                                          |                      |                        |                            |                                    | 40 手指衛生サーベイランス                                                           | 全セクション1患者あたり10回以上                                                                                        | 現場ラウンドでのフィードバック、講演会等による啓<br>発活動。                                                                                                                                                       |                      |                             |
|                |                                                                                                          |                      |                        |                            |                                    | 41 院内感染に関する研修会参加率                                                        | 1人2回以上の参加 100％                                                                                           | 研修会への参加促進を継続する。                                                                                                                                                                        |                      |                             |

| 2026年度                                         |                     |                                     |                                           |                       |                                          |                                                 |                                                                   |                                                                                                                                                                                                     |                                  |                   |
|------------------------------------------------|---------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------|
| 戦略<br>テーマ                                      | 患者の立場に立てる<br>医療人の育成 | 愛媛県民から信頼<br>され愛される病院                | 愛媛で育ち、世界に<br>羽ばたく医療の創造                    | ビジョン（理念）              | 患者から学び、患者に<br>還元する病院                     |                                                 |                                                                   |                                                                                                                                                                                                     |                                  |                   |
| 視<br>点                                         | 戦略マップ               |                                     |                                           | 戦略目標（KGI）             | 重要成功要因（CSF）                              | 業務評価指標（KPI）                                     | 目標値                                                               | アクションプラン                                                                                                                                                                                            | BSCに係る責任部署                       |                   |
|                                                |                     |                                     |                                           |                       |                                          |                                                 |                                                                   |                                                                                                                                                                                                     | 担当委員会等                           | 主な担当部署等           |
|                                                |                     |                                     |                                           | 4.地域医療機関の機能分<br>化     | (1)地域医療連携の病病<br>連携・病診連携（後方病<br>床との連携）の強化 | 42 平均在院日数（再掲：03）                                | 13.0日未満                                                           |                                                                                                                                                                                                     |                                  |                   |
|                                                |                     |                                     |                                           |                       |                                          | 43 新入院患者数（再掲：04）                                | 1,250人以上/月                                                        |                                                                                                                                                                                                     |                                  |                   |
|                                                |                     |                                     |                                           |                       |                                          | 44 紹介患者数                                        | 1,200人以上/月                                                        | 病院経営目標による。                                                                                                                                                                                          | 病院運営委員会                          | 経営管理課             |
|                                                |                     |                                     |                                           |                       |                                          | 45 逆紹介患者数                                       | 1,040人以上/月                                                        | 病院経営目標による。                                                                                                                                                                                          | 病院運営委員会                          | 経営管理課             |
|                                                |                     |                                     |                                           |                       |                                          | 46 HiMEネットを用いた患者同意数                             | R9年度末までに1,200件以上                                                  | 第4期中期目標・中期計画による。                                                                                                                                                                                    | TMSC責任者会議                        | TMSC／医事課          |
|                                                |                     |                                     |                                           |                       |                                          | 47 寄附講座件数                                       | R9年度末までに20件以上                                                     | 第4期中期目標・中期計画による。                                                                                                                                                                                    |                                  | 総務課               |
|                                                |                     |                                     |                                           |                       |                                          | 48 入退院支援加算算定数（再掲：25）                            | 5,000件/年                                                          | 病棟での入退院支援業務の充実を図る。                                                                                                                                                                                  |                                  |                   |
|                                                |                     |                                     |                                           |                       |                                          | 49 連携病院訪問                                       | 年50回以上                                                            | 連携病院に対し、当院での治療内容や転院後の医療・<br>看護について説明を行うことにより円滑な転院を目指<br>す。                                                                                                                                          | TMSC責任者会議                        | TMSC／医事課          |
|                                                |                     |                                     |                                           |                       |                                          | 50 TMSC入退院相談依頼件数                                | 年間7,000件以上                                                        | 入退院相談・支援を推進する。                                                                                                                                                                                      |                                  |                   |
|                                                |                     |                                     |                                           |                       |                                          | 51 救急搬送者数                                       | 年間1,000件以上                                                        | 救急搬送者数の増加及び救急患者受入体制の充実を図<br>る。                                                                                                                                                                      |                                  |                   |
| Ⅲ<br>業<br>務<br>プ<br>ロ<br>セ<br>ス<br>の<br>視<br>点 |                     |                                     |                                           | 1.医療構想に応じた医療<br>体制の確立 | (1)高品質な医療及び高度<br>先進医療の提供                 | 52 先進医療の届出件数                                    | 実施可能な先進医療届出件数7件以上                                                 | 令和4年届出数7件に基づく現状維持に努める。                                                                                                                                                                              |                                  | 医事課               |
|                                                |                     |                                     |                                           |                       |                                          | 53 高度手術の実施件数（再掲：08）                             | 手術部手術手技D難度以上を第3期平均実績（5,944件）<br>の10％以上（595件増）<br>※R9年度末まで6,539件以上 |                                                                                                                                                                                                     |                                  |                   |
|                                                |                     |                                     |                                           |                       | (2)がんへの対応                                | 54 悪性腫瘍手術件数                                     | 年間1,300件以上                                                        | 令和4年度悪性腫瘍手術件数に基づく現状維持に努め<br>る。                                                                                                                                                                      |                                  | 医事課               |
|                                                |                     |                                     |                                           |                       |                                          | 55 院内がん登録件数（当院責任症例件数）                           | 年間1,800件以上                                                        | 当院責任症例件数の維持に努める。                                                                                                                                                                                    |                                  | 医事課               |
|                                                |                     |                                     |                                           |                       |                                          | 56 外来腫瘍化学療法診療料及び外来化学療法加算等の算定状況                  | 年間7,000件以上                                                        | 令和4年度化学療法件数に基づく現状維持に努める。                                                                                                                                                                            |                                  | 医事課               |
|                                                |                     |                                     |                                           |                       | 2.チーム医療の実現<br>（部門間の連携強化）                 | (1)タスクシフト・シェ<br>アの推進                            | 57 医師事務作業補助者常勤換算数                                                 | 15対1医師事務作業補助体制加算の維持                                                                                                                                                                                 | 計画的かつ効果的な採用方法の検討と対象者の確保に<br>努める。 |                   |
|                                                |                     |                                     |                                           | 58 看護補助者数             |                                          |                                                 | 25対1急性期看護補助体制加算・夜間100対1急性期看護<br>補助体制加算の維持                         | 計画的かつ効果的な採用方法の検討と対象者の維持確<br>保に努める。                                                                                                                                                                  |                                  | 看護部／医事課           |
|                                                |                     |                                     |                                           | (2)医療の質に関する検<br>討（再掲） |                                          | 59 クリニカルパス適用率（再掲：30）                            | 年間50％以上                                                           |                                                                                                                                                                                                     |                                  |                   |
|                                                |                     |                                     |                                           |                       |                                          | 60 医療業務の質改善検討委員会における検討件数                        | 年間1件以上                                                            | 多職種で構成される医療業務の質改善検討委員会組織<br>による検討を進める。                                                                                                                                                              |                                  | 医事課               |
|                                                |                     |                                     |                                           | 3.業務効率化の推進<br>（DX化含む） | (1)診療情報管理機能の<br>充実                       | 61 退院サマリ作成率                                     | 退院サマリ30日時点作成率95%かつ14日以内作成率<br>90%                                 | 病歴室における作成率の管理・作成督促体制の強化、<br>診療科に対する作成協力依頼を行う。                                                                                                                                                       | 診療記録管理委員会                        | 医事課               |
|                                                |                     |                                     |                                           |                       |                                          | 62 AIを活用した医療DXの推進                               | 文書生成AIシステムを活用する                                                   | 文書生成AIシステムを導入し、院内文書作成の効率化<br>を図る。                                                                                                                                                                   | 診療記録管理委員会                        | 医事課               |
|                                                |                     |                                     |                                           |                       | (2)ICTを活用した負担軽<br>減への取組み                 | 63 AI電話 予約変更専用番号入電対応件数                          | 年間2,400件                                                          | AI電話を活用し、外来診療科の看護師・事務担当者の<br>負担軽減を図るとともに、患者サービスを向上させ<br>る。                                                                                                                                          |                                  | 医事課               |
|                                                |                     |                                     |                                           |                       |                                          | 64 TMSCで初回入院説明を受けた患者のうちクラウドICビデオを用いた入院説明実<br>施率 | 90％以上                                                             | 入院説明にクラウドICビデオを活用し、看護師の負担<br>軽減を図るとともに、患者の理解度を向上させる。                                                                                                                                                |                                  | 医事課／TMSC          |
|                                                |                     |                                     |                                           |                       | (3)病床の有効活用                               | 65 ICTを活用した病床の有効活用                              | 病床稼働率85.0％以上                                                      | 病院全体の空床を柔軟にコントロールできるルールを<br>作成する。<br>毎朝9：30に病棟師長全員が統合連携センターに集ま<br>り、当日・翌日の状況を病床管理システムで確認し、<br>協議を行うことで、空床を有効に活用できるようにす<br>る。<br>主治医に2日前までに入退院情報を入力いただくよう周<br>知を行い、入力されたデータをもとに空床を有効に活<br>用できるようにする。 |                                  | 看護部／経営管理課<br>／医事課 |
| (4)次世代診療支援基盤<br>の推進                            | 66 電子処方箋の導入推進       | HPKI・マイナカード取得率100％<br>マイナ保険証利用率 75％ | HPKI・マイナカード取得率を向上させる。<br>マイナ保険証利用率を向上させる。 |                       |                                          |                                                 |                                                                   |                                                                                                                                                                                                     |                                  |                   |

| 戦 略<br>テーマ        | 患者の立場に立てる<br>医療人の育成                                                                | 愛媛県民から信頼<br>され愛される病院 | 愛媛で育ち、世界に<br>羽ばたく医療の創造 | ビジョン（理念）       | 患者から学び、患者に<br>還元する病院       | 2026年度                       |                                       |                                                                                                       |             |                |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------|----------------|----------------------------|------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------|
| 視<br>点            | 戦略マップ                                                                              |                      |                        | 戦略目標（KGI）      | 重要成功要因（CSF）                | 業務評価指標（KPI）                  | 目標値                                   | アクションプラン                                                                                              | BSCに係る責任部署  |                |
|                   |                                                                                    |                      |                        |                |                            |                              |                                       |                                                                                                       | 担当委員会等      | 主な担当部署等        |
| Ⅳ 学 習 と 成 長 の 視 点 |  |                      |                        | 1.働きやすい病院づくり   | (1)医師の労働時間短縮<br>推進         | 67 医師労働時間短縮計画の進捗率（医師の働き方改革）  | 医師労働時間短縮計画における各計画期間の診療科毎の目標値達成        | 医師労働時間短縮計画の遂行及び診療科ヒアリングによる確認を行う。<br>長時間労働医師への面接を施行する。                                                 | 勤務環境改善検討委員会 | 人事労務課          |
|                   |                                                                                    |                      |                        |                | (2)医療従事者の負担軽減              | 68 医師事務作業補助者常勤換算数（再掲：57）     | 15対1医師事務作業補助体制加算の維持                   |                                                                                                       |             |                |
|                   |                                                                                    |                      |                        |                |                            | 69 看護補助者数（再掲：58）             | 25対1急性期看護補助体制加算・夜間100対1急性期看護補助体制加算の維持 |                                                                                                       |             |                |
|                   |                                                                                    |                      |                        |                |                            | 70 看護業務の効率化                  | 手術材料のキット化の導入                          | 手術材料のキット化を導入することにより、看護師が行っていた材料準備業務の削減を図る。                                                            |             | 経営管理課          |
|                   |                                                                                    |                      |                        |                | (3)働き続けられる環境の整備            | 71 職員満足度調査                   | 満足度向上（前年度比）                           | 特に優先度の高い要望事項への対応を図る。                                                                                  | 勤務環境改善検討委員会 | 人事労務課          |
|                   |                                                                                    |                      |                        |                |                            | 72 新卒採用1年目看護職員の離職率           | 年間10％以下                               | 新人看護職員への教育支援及びキャリア形成支援体制を強化する。                                                                        | 看護部         | 看護部／人事労務課      |
|                   |                                                                                    |                      |                        | 2.県内唯一の医療人の育成  | (1)シミュレーション教育の充実           | 73 シミュレーション教育を担当する人材の養成数     | R9年度末までに40人以上                         | 第4期中期目標・中期計画による。                                                                                      |             | 総務課            |
|                   |                                                                                    |                      |                        |                | (2)手術手技教育の充実               | 74 手術手技研修会（キャダバートレーニング）の受講者数 | 年間530人以上                              | 第4期中期目標・中期計画による。                                                                                      |             | 総務課            |
|                   |                                                                                    |                      |                        |                | (3)地域医療に貢献できる医療人の輩出        | 75 専門医取得後の県内医療機関への医師輩出数      | R9年度末までに60人以上                         | 第4期中期目標・中期計画による。                                                                                      |             | 総務課            |
|                   |                                                                                    |                      |                        |                |                            | ー 臨床研修医数                     |                                       |                                                                                                       |             | 総合臨床研修センター／総務課 |
|                   |                                                                                    |                      |                        |                |                            | 76 ・臨床研修医数（本院）               | 25人以上                                 | 各種説明会への参加、病院見学、ホームページ等による広報活動を図る。                                                                     |             |                |
|                   |                                                                                    |                      |                        |                |                            | 77 ・県内臨床研修医師数（本院除く）          | 55人以上                                 | 総合臨床研修センターは、当院臨床研修医の確保のみならず、愛媛県内の研修医を確保する役割を担っており、県内基幹型連携病院と連携し説明会の開催及び参加、並びに会議等にて情報交換を行い、研修医の獲得に努める。 |             |                |
|                   |                                                                                    |                      |                        | 3.基礎研究と臨床研究の融合 | (4)実習・研修施設としての充実           | 78 受託実習生・病院研修生等の受入数          | 年間650人以上                              | 多職種（受託実習生・病院研修生等）の受入施設としての充実を図る。                                                                      |             | 総務課            |
|                   |                                                                                    |                      |                        |                | (1)バイオバンクによる基礎医学の研究結果の臨床実証 | 79 臨床検体を用いた基礎・臨床研究の倫理委員会申請数  | R9年度末までに第3期平均値比10％増（84件以上）            | 第4期中期目標・中期計画による。                                                                                      |             | 総務課／研究協力課      |
|                   |                                                                                    |                      |                        |                |                            | 80 臨床検体を用いた論文数               | R9年度末までに第3期平均値比10％増（163件以上）           | 第4期中期目標・中期計画による。                                                                                      |             |                |

注） KGI：Key Goal Indicator ， CSF：Critical Success Factor ， KPI：Key Performance Indicator

## 愛媛大学医学部附属病院 収支計画(令和6～11年度)

【単位:百万円】

令和6年度      令和7年度      令和8年度      令和9年度      令和10年度      令和11年度

## 経常費用

|          |        |        |        |        |        |        |
|----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 業務費      | 30,049 | 29,771 | 29,731 | 29,661 | 29,921 | 30,280 |
| 教育経費     | 40     | 40     | 40     | 40     | 40     | 40     |
| 研究経費     | 186    | 186    | 186    | 186    | 186    | 186    |
| 診療経費     | 18,617 | 18,165 | 17,993 | 17,791 | 17,919 | 18,147 |
| うち、医薬品費  | 8,020  | 8,020  | 8,020  | 8,020  | 8,081  | 8,143  |
| うち、診療材料費 | 4,511  | 4,511  | 4,511  | 4,511  | 4,546  | 4,581  |
| うち、減価償却費 | 2,155  | 1,702  | 1,489  | 1,228  | 1,258  | 1,387  |
| 教育研究支援経費 | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      |
| 受託研究費等   | 355    | 355    | 355    | 355    | 355    | 355    |
| 教員人件費    | 3,578  | 3,599  | 3,612  | 3,624  | 3,637  | 3,649  |
| 職員人件費    | 7,272  | 7,427  | 7,546  | 7,665  | 7,784  | 7,903  |
| 一般管理費    | 267    | 267    | 267    | 267    | 267    | 267    |
| 財務費用     | 33     | 33     | 33     | 33     | 33     | 33     |
| 雑損       | 6      | 6      | 6      | 6      | 6      | 6      |
| 経常費用合計   | 30,355 | 30,078 | 30,037 | 29,967 | 30,227 | 30,586 |

## 経常収益

|              |        |        |        |        |        |        |
|--------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 運営費交付金収益     | 2,685  | 2,685  | 2,685  | 2,685  | 2,685  | 2,685  |
| 附属病院収益       | 26,300 | 26,300 | 26,300 | 26,300 | 26,500 | 26,700 |
| 受託研究等収益      | 353    | 353    | 353    | 353    | 353    | 353    |
| 寄附金収益        | 49     | 49     | 49     | 49     | 49     | 49     |
| 施設費収益        | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      |
| 補助金等収益       | 560    | 560    | 560    | 560    | 560    | 560    |
| 雑益           | 331    | 331    | 331    | 331    | 331    | 331    |
| 経常収益合計       | 30,278 | 30,278 | 30,278 | 30,278 | 30,478 | 30,678 |
| 経常利益(又は経常損失) | △77    | 200    | 240    | 311    | 251    | 92     |

## 臨時損失

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
|---|---|---|---|---|---|

## 臨時利益

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
|---|---|---|---|---|---|

## 当期純利益(当期純損失)

|     |     |     |     |     |    |
|-----|-----|-----|-----|-----|----|
| △77 | 200 | 240 | 311 | 251 | 92 |
|-----|-----|-----|-----|-----|----|

## 目的積立金取崩額

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
|---|---|---|---|---|---|

## 当期総利益(当期総損失)

|     |     |     |     |     |    |
|-----|-----|-----|-----|-----|----|
| △77 | 200 | 240 | 311 | 251 | 92 |
|-----|-----|-----|-----|-----|----|

愛媛大学医学部附属病院 設備整備計画【令和8年7月時点】

1. 医療機械設備の整備に係る現状と課題、検討状況

本学の中期目標である「世界の研究動向も踏まえ、最新の知見を生かし、質の高い医療を安全かつ安定的に提供することにより持続可能な地域医療体制の構築に寄与するとともに、医療分野を先導し、中核となって活躍できる医療人を養成する。」にふさわしい環境作りを行うことを目的とし、安全かつ高レベルな医療の提供、高度先端医療の推進、医学部附属病院(以下、病院とする。)の自助努力(病院収入)等により基盤的な医療設備の維持更新を引き続き行う。

2. 基本方針

- (1) 財源としては、以下の5種類などを充てるが、特に1)、2)については本学の中期計画に基づき必要度・緊急性の高いものを優先する。
  - 1) 財政投融资(施設費貸付事業・病院特別医療機械整備費)
  - 2) 共通政策課題分(基盤的設備等整備分・医療機械設備)
  - 3) 外部資金(補助金等)
  - 4) 学長裁量経費・学長戦略経費
  - 5) 附属病院収入
- (2) 原則として、200万円以下のものは附属病院収入(病院長裁量経費)により支出し、200万円超のものについては、附属病院収入のほか、財政投融资、共通政策課題分、外部資金(補助金等)による支出を検討する。

3. 計画的・継続的な設備整備に対する取組み

- (1) 病院長のリーダーシップのもと、各診療科等へヒアリングを行い、安全かつ高レベルな医療の提供、高度先端医療の推進を念頭に、病院の自助努力(病院収入)等により基盤的な医療機器等の維持・更新を図る。特に、設備が備えるべき仕様等については、過剰な機能等の抑止(費用の縮減)や収益性(採算性)を精査して決定する。
- (2) 病院全体で集中管理・整備することが望ましい医療機器等について、対象を明確化するとともに、ME機器センターにて集中管理・整備する。具体的には、人工呼吸器、シリンジポンプ、輸液ポンプ等の機器について、稼働率を考慮した定数を設定し、集中管理・整備することにより、複数診療科との兼用による効率的な機器の活用及び機器の品質維持、保有台数の削減に努める。
- (3) 計画的・継続的な医療機器等の整備に対する取組みを行うことにより、課題となっている医療機器等に係る医療機器老朽化度(価値残存率)を徐々に改善させる。当該指標については、愛媛大学医学部附属病院BSC(バランススコアカード)においても採用している。

【年度別・設備整備計画一覧表】

| 財源区分        |                                     | 第5期中期計画・中期目標期間                  |                                                 |                             |                               |                    |                             |                    |                               |
|-------------|-------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|--------------------|-----------------------------|--------------------|-------------------------------|
|             |                                     | 令和8年度                           | 令和9年度                                           | 令和10年度                      | 令和11年度                        | 令和12年度             | 令和13年度                      | 令和14年度             | 令和15年度                        |
| 国等からの支援（要求） | 【財政投融资】<br><br>（施設貸付事業・病院特別医療機械整備費） | 総合臨床検査システム<br><br>眼科診療・手術支援システム | 高性能画像診断システム<br><br>総合検査支援システム<br><br>補助人工心臓システム | 総合臨床検査システム<br><br>放射線治療システム | 総合迅速検査システム<br><br>高性能画像診断システム | 総合臨床検査システム<br><br> | 総合検査支援システム<br><br>放射線治療システム | 総合迅速検査システム         | 総合臨床検査システム<br><br>高性能画像診断システム |
|             | 【共通政策課題分】<br><br>（基盤的設備等整備分・医療機械設備） |                                 | 生体情報モニタリングシステム<br>全自動アンブル払出システム                 |                             |                               |                    |                             |                    |                               |
|             | 【外部資金（補助金等）】                        |                                 |                                                 |                             |                               |                    |                             |                    |                               |
|             |                                     |                                 |                                                 |                             |                               |                    |                             |                    |                               |
|             |                                     |                                 |                                                 |                             |                               |                    |                             |                    |                               |
| 本部からの支援     | 【学長裁量経費・学長戦略経費】                     |                                 |                                                 |                             |                               |                    |                             |                    |                               |
|             |                                     |                                 |                                                 |                             |                               |                    |                             |                    |                               |
| 附属病院整備収入による | 【病院長裁量経費】<br><br>診療科等要望枠<br><br>その他 | 診療科等要望枠<br><br>その他              | 診療科等要望枠<br><br>その他                              | 診療科等要望枠<br><br>その他          | 診療科等要望枠<br><br>その他            | 診療科等要望枠<br><br>その他 | 診療科等要望枠<br><br>その他          | 診療科等要望枠<br><br>その他 | 診療科等要望枠<br><br>その他            |
|             | 【ME機器センター予算】<br><br>ME機器センター設備      | ME機器センター設備                      | ME機器センター設備                                      | ME機器センター設備                  | ME機器センター設備                    | ME機器センター設備         | ME機器センター設備                  | ME機器センター設備         | ME機器センター設備                    |
|             | 【リース】                               |                                 |                                                 |                             |                               |                    |                             |                    |                               |
|             |                                     |                                 |                                                 |                             |                               |                    |                             |                    |                               |
|             |                                     |                                 |                                                 |                             |                               |                    |                             |                    |                               |