

秋田大学医学部附属病院 大学病院改革プラン

令和6年6月策定

（令和7年4月・令和8年4月改訂）

目 次

【現状と基本方針】

前文／大学の概要	1
I. 運営改革	2
I－1 自院の役割・機能の再確認（改革の基本方針）	2
I－2 病院長のマネジメント機能の強化	3
I－3 大学等本部，医学部等関係部署との連携体制の強化	4
I－4 人材の確保と処遇改善	5
I－5 その他の運営改革に資する取組等	7
I－5－1 患者アンケートに基づく運営改革	7
I－5－2 紹介・被紹介にかかわる相手方病院へのアンケートに基づく運営改革	7
II. 教育・研究改革	7
II－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	7
II－1－1 臨床実習における本院と臨床実習協力機関の役割分担の明確化と最適化	8
II－1－2 県内デジタル教育ネットワークによる臨床実習協力機関との連携強化	8
II－1－3 遠隔医療を活用した臨床実習協力機関実習生への指導推進	9
II－1－4 CCの本格実施により指導医の負担を軽減するための6年間一貫統合教育の推進	9
II－1－4－1 低学年からの症例・症候ベースの教育を充実	9

II-1-4-2	CC1期間中の各科シミュレーション教育による経験値の向上	10
II-2	臨床研修や専門研修等に係る研修プログラムの充実	10
II-2-1	本院の卒後臨床研修プログラムの特徴を強化した効果的に周知	10
II-2-2	本院の各科専門研修プログラムの特徴を強化し効果的に周知	11
II-2-3	多職種連携の強化を目的とした教育研修プログラムの充実	11
II-2-4	AI医療機器を活用した教育研修プログラムの充実	12
II-3	企業等や他分野との共同研究等の推進	13
II-4	教育・研究を推進するための体制整備	13
II-5	その他教育・研究環境の充実に資する支援策	14
III	診療改革	14
III-1	秋田県等との連携の強化	15
III-2	地域医療機関等との連携の強化	15
III-3	医師の労働時間短縮の推進	16
III-4	ICTや医療DXの活用による業務の効率化	18
III-5	連携拠点病院の機能強化と医療人材派遣による支援	19
IV	財務・経営改革	20
IV-1	収入増に係る取組の推進	20
IV-1-1	保険診療収入増に係る取組等の更なる推進	20
IV-1-2	保険診療外収入の獲得	25
IV-1-3	寄附金収入の拡充	26
IV-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	27

IV－2－1	施設・設備・機器等の整備計画の適正化	27
IV－2－2	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	27
IV－2－3	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	27
IV－3	医薬品費，診療材料等に係る支出の削減	28
IV－3－1	医薬品費の削減	28
IV－3－2	診療材料費の削減	30
IV－3－3	その他支出の削減	31
IV－4	その他財務・経営改革に資する取組等	32
IV－5	改革プランの対象期間中の各年度の収支計画	32

秋田大学医学部附属病院 大学病院改革プラン

現状と基本方針	計画と評価指標
前文／大学の概要 秋田大学医学部附属病院（以下「本院」という。）は、1971年に開設された。以後53年間、県内唯一の医学教育機関、特定機能病院として秋田県医療の中核をなしている。 秋田県は、北東北の日本海と奥羽山脈にはさまれた国内第6位の広大な県土を有するが、その半分は山地である。この県土に人口3万人以上の市が8つ散在し、それぞれの地域の拠点病院が本院と密接な連携を保って県の医療を担っている。従来、県内に8つの二次医療圏が設けられていたが、2024年度より3つに再編された（ただし、がん・脳卒中・循環器病等領域の医療提供体制の圏域は、県内8圏域（従来の二次医療圏単位）としている。）。 本院がある秋田市（人口約30万人）は海側のほぼ中央に位置し、最も遠い地域まで車で約2時間を要する。県人口は1985年約125万人に対し、2040年約69万人（65歳以上人口割合45.9%）と想定され全国最大の減少率である。死因別死亡率（2023年）では、がん、脳血管疾患で全国1位となっている。 秋田県の地域医療構想においては、今後の急性期医療需要の減少、回復期医療需要の増加が見込まれており、このことを十分に考慮したうえで本院と地域病院の役割分担、機能集約、人材配置をする必要がある。働き方改革を進めながら、これらを実現するために、本院は、高度医療の実践とそれに関連した研究、教育を通じた医師・看護師・他の医療関係資格者（各種士など）の人材育成・確保に努めなければならない。その過程で、業務効率化のため、教育・研究・診療の各分野でDXやICTを活用していく必要がある。	

I 運営改革

働き方改革の推進と、秋田県唯一の医育機関・特定機能病院としての機能の両立を目指すため、本院の理念6項目や秋田大学（以下「本学」という。）中期目標・計画も踏まえて、本院としての大学病院改革の基本方針を明確にする。

実際に改革を進めるにあたっては、病院長のリーダーシップのもと、大学本部、行政、各地域医療機関と連携をとっていく。さらに教育や研究の推進のためには、本院各部署とのタスク・シェアを含めた連携や、ICTやDXを縦横に取り入れた業務効率化も必須となる。これらについて、一定の目標を定め、PDCAサイクルが有効にまわる仕組みを導入する。

大学病院改革プラン（以下「本プラン」という。）の最終的目標は、患者、本院、地域医療機関それぞれの幸福に資することである。

I-1 自院の役割・機能の再確認（改革の基本方針）

本院の理念は、高度医療の提供、人材育成、先進的医療の研究・推進、地域医療の中核、国際貢献、職員の幸福の6項目からなる。本学の第4期中期計画でも同様の方向性と、そのための方策としてICT、DXの活用が掲げられている。

本院の現在地に関する基本データは、以下の通りである。2023年度病院収支はわずかながら黒字、初回入院患者数は全国平均超で増加傾向、平均在院日数11.9日、Ⅱ期以内退院率は60.6%と比較的良好である。病院再開発は最近終了したところであり、資産維持は可能で量的にも適切と考えられる。一方、医療機器等老朽化比率は70.9%、有利子負債依存度（土地を除く）は86.0%である（いずれも令和4年度）。

これらを踏まえ、本院の役割・機能としては、第一に高度・先端医療の提供が挙げられる。また、特定機能病院にふさわしい医療安全体制を整え、安全文化の醸成と普及に努める必要がある。

医師のみならず看護師、理学・作業療法士、言語聴覚士、さらに診療看護師（NP）等の人材育成に努め、育成した人材が秋田県に残り活躍できる場を整え、地域の特性に合わせて適材適所で配置することが必要である。持続的な人材確保につなげるため、働き方改革に連動した職員の処遇改善やICT活用による業務効率化、ダイバーシティ推進を行い、職員の満足度を高めていく。

I-1 自院の役割・機能の明確化のためにとるべき措置

I-1-1 秋田県内唯一の特定機能病院としての高度で安全な急性期医療の提供

本院のみが有する高度救命救急センター、第一種感染症病棟、がん診療拠点病院等の機能や、本院へ集約されている大動脈解離、TAVI（経カテーテル的大動脈弁置換術）、悪性脳腫瘍、造血幹細胞移植、ロボット支援下手術などに関しては、引き続き本院独自の役割を果たしていく。これら高度・先端医療と、地域医療機関の役割を明確化し、医療資源の効率的な運用につなげる。また、これと表裏一体をなすべき医療安全体制を整え、安全文化を県内に根付かせる核となる。

評価指標	
	1. 高度・先進医療実施を継続する。
	2. 手術技術度DとEの手術件数を改革前より増やす。
	3. 重症入院患者の手術全身麻酔件数を改革前より増やす。
	4. 手術死亡率を改革前より低下させる。
	5. 医師のインシデントレポート提出率を全体の10%以上とする。
	6. 救急搬送患者受入件数を増加させる。
	7. ICU・HCU受入患者数を増加させる。
	8. 循環器内科、心臓血管外科及び脳神経外科領域における専門医資格取得医師延べ数について、令和7年度117

また、秋田県地域医療構想に基づいて、急性期医療は本院と二次医療圏基幹病院が担い、それ以外は回復期・維持期にシフトできるよう自治体、医師会や設置主体とも連携して進めていく。

研究面や国際貢献では、病院長裁量経費を用いた特定臨床研究支援や、本学理工学部との医理工連携による医療機器の開発、海外提携大学との学生交換留学、教員の留学支援等を行ってきたが、今後ICTやDXを応用して研究時間や交流機会を確保しさらに推進していきたい。

これらが改革の基本方針となるが、教育・研究改革、診療改革、経営改革については別項目で詳細を計画する。運営改革としては、これら各項目に関し、ICTを活用して状況把握に努め、病院長のリーダーシップのもと、本部等との連携も踏まえ、定期的な病院幹部会議等で対策を立案し、ISO9001に沿ったPDCAサイクルを継続することにより、遅延・未達成項目をなくしていく。また、患者、職員、連携先施設に定期的にアンケートを行って、本院の問題点の抽出と改善に努める。

さらに、本院は文部科学省「大学病院機能強化推進事業」を活用し、「人口減少県における脳・循環器治療拠点の構築とそれを支える“実装型”医療人材の育成」を推進する。

本事業では、秋田県において死亡率が高く、今後も医療需要の増加が見込まれる脳血管疾患及び循環器疾患に対する診療体制の強化を図るため、高度医療機器の整備、ICU・HCU機能の強化、医療DX及びICT基盤の整備を進めるとともに、医学生、研修医、医師、看護師、メディカルスタッフ等を対象とした実践的な教育・研修環境の充実を図る。

また、医療DX及びICTを活用した教育・診療体制を構築し、地域医療の課題解決を実践できる「実装型」医療人材を育成することで、高度急性期医療の提供機能の強化と、地域医療を支える人材の確保・定着を推進する。

これらの取組を通じて、救急搬送患者及び重症患者の受入体制の強化、高度専門医療の提供体制の充実、教育研究機能の向上並びに持続可能な大学病院運営への構造転換を実現する。

I-2 病院長のマネジメント機能の強化

病院長の職務は、医療安全管理体制確保、高度先端医療の提供やそれに付随する教育・研究、病院組織の適切な把握と管理・運営、地域医療との連携、診療等の記録や個人情報管理、病院経営があり、これらにおいてリーダーシップを発揮するためには、

- 人から令和11年度137人への増加を目指す。
9. 循環器及び脳疾患領域における専門資格取得メディカルスタッフ延べ数について、令和7年度23人から令和11年度36人への増加を目指す。

I-1-2 改革の基本方針を進めるためのPDCAサイクル整備

- | 評価指標 | |
|------|--|
| | 1. 本プランの継続的モニターのために、ISO委員長を含む各部署代表による本プラン検証会議を立ち上げる。 |
| | 2. 本プラン検証会議の検討会を年2回以上開催する。 |
| | 3. 本プランの項目のうち、遅延・未達成項目の割合を毎年減少させる。 |

I-2 病院長のマネジメント機能強化のためにとるべき措置

I-2-1 病院長のガバナンスを発揮しやすい院内体制の整備

病院長のもとに副病院長（4名）と病院長補佐（7名）を置き、病院経営、医療安全、地域医療、研究・教育、多職種連携などに関する情報収集・共有と意思決

各部署を横断的に把握し管理することが必須となる。

様々な課題に対し、病院長直轄の時限的プロジェクトチーム（病院長参加）やワーキンググループ（病院長報告のみ）を適宜作り、並行して進めながら、一つずつ着実に課題を解決していく体制を確立する。

また、病院で生じる様々な情報やデータは近年増加しており、これを効率的に把握し、病院経営上の判断を下すには、病院経営の専門家の支援も必要である。そのため、本院では病院経営学の教授を採用し、より一層のマネジメント機能の強化を図る。また、ICT、AIやDXも活用して病院の強みや弱点を把握し、それぞれにPDCAサイクルが有効に機能しているかという点も含め、病院長として大局的かつ現場の状況を考慮した高度な判断ができる体制を構築する。

定・指示を円滑に進める。そのため、対面での会議とセキュリティの担保されたICTシステムを組み合わせることで効率的な意思疎通を図る。

また、課題ごとに病院長直轄の時限的プロジェクトチームやワーキンググループを立ち上げ、課題解決に向けて戦略の策定から実行まで迅速に進める。

さらに、附属病院教員の配置を病院長が管理できるようにする。また、診療科の規模や近隣の同規模大学病院と比較し、各診療科の医員数の見直しを行い、適正な再配置を行っていく。

評価指標	1. プロジェクトチーム、またはワーキンググループをそれぞれ年1つ以上立ち上げる。 2. 全職員対象のFD講習会を年4回以上実施する。 3. 病院経営学を専門とする教授を採用し病院長直轄とする。 4. 附属病院教員の配置を病院長が管理できるようにする。 5. 各診療科の負担の程度を考慮し、各診療科の医員数の見直しを行い、適正な再配置を行う。
------	---

I-2-2 ICTを活用した病院長マネジメント機能の強化とPDCAサイクルの管理

病院内の診療、教育、研究に付随して生じる膨大なデータを、ICTを利用して把握し、経時的にこれらの進展・改善を図り、I-1-2のPDCAサイクルの実効性を、病院長自らが確認する機会を常時設ける。

評価指標	1. PDCAサイクルの実効性を確認するための病院幹部による改革プラン検証会議を年2回以上開催する。
------	--

I-3 大学等本部、医学部等関係部署との連携体制の強化

本院の改革を進めるにあたっては、本学本部や本学大学院医学系研究科との相互理解に基づいた協働が必須である。病院長は、本部で毎週または毎月開催される各種会議に参加することに加え、前病院長である学長や医学部経験の多い事務職員等との連携を更に強化するほか、大学直轄組織への変更を検討する。

本学大学院理工学研究科・理工学部との医療機器開発等を目標とした医理工連携フォーラム（「夢を語る会」等）をさらに推進する。2020年設置の先進ヘルスケア工学院で医学と理工学を融合さ

I-3 大学等本部、医学部等関係部署との連携体制の強化のためにとるべき措置

I-3-1 大学等本部との連携の強化

本部との連携の強化を図るため、本院を「秋田大学医学部附属病院」から「秋田大学附属病院」へ変更することを推進する。病院長は、本部で毎週開催される役員ミーティングへの参加のほか、毎月開催される役員会、大学運営会議、教育研究評議会、大学経営会議等において、運営方針や将来設計、経営面、教育・研究上の問題等の共有を図る。また、医学と工学の連携・融合を推進するため、理工学部等との共同研究、共同開発を行う。医学系研究科と理工学研究科が共同で設置した先進

せ、DXを用いた医学教育やロボットリハビリ等、特色ある教育、研究を実践する。2025年には情報データ科学部（仮称）を開設し、デジタル人材を養成するとともに医学とも密接に連携していく。

本学組織である「感染統括制御・疫学・分子病態研究センター」を附属病院と大学院医学系研究科が主体的に運営発展させ、新興感染症、耐性菌、グローバル感染対策などの臨床、疫学、基礎研究において、秋田県はもとよりグローバルな知見を発信し、附属病院の臨床と基礎研究の両面での先端性を感染症においても発揮する。

秋田県の課題である高齢化率や自殺率の高さは今後、国内はもとより国際的にも普遍性のある問題になる可能性がある。これらに対する科学的かつ実効性ある対策として、本学組織である「高齢者医療先端研究センター」「自殺予防総合研究センター」を立ち上げ実績をあげてきたが、本院主導のもとにさらに推進し国内外のモデルとなりうる情報を発信していく。

本部の情報統括センターと本院の医療情報部及び大学院医学系研究科の医療情報学講座は、相互に電子化情報を連携・共有することで、財務（病院経営等）、教育（成績管理等）、研究（業績管理等）、労務管理等を効率化することに努めている。研究業績管理については、本部の大学情報データベースを本院医師も利用することで効率を向上させる。今後も、本学本部と一体となつて、電子化情報の活用、ペーパーレス化に注力し、事務部門を含めた全職員の労務負担を軽減する。

大学院医学系研究科の基礎医学、社会医学講座との研究・教育面での連携は従来から行っているが、複数の講座や診療科による共同研究をさらに推進し、科研費等の獲得につなげていく。

本部の情報統括センターと本院の医療情報部及び大学院医学系研究科の医療情報学講座は、相互に電子化情報を連携・共有することで、財務（病院経営等）、教育（成績管理等）、研究（業績管理等）、労務管理等を効率化することに努めている。今後、電子化情報の活用に注力することで事務部門を含めた全職員の労務負担を軽減する。

大学院医学系研究科の基礎医学、社会医学講座との研究・教育面での連携は従来から行っているが、複数の講座や診療科による共同研究をさらに推進し、科研費等の獲得につなげていく。

I-4 人材の確保と処遇改善

ヘルスケア工学院との人的交流を行い、連携を強化する。本学が行うペーパーレス・電子化を本院でも推進し、事務作業の効率化を実現する。研究者の論文等の業績把握・報告を電子化して効率化するために大学情報データベースがあるが、この利用を促進する。

評価指標	1. 大学本部との会議への病院長の参加を週1回確保する。 2. 「夢を語る会」等の理工学部等との共同研究、共同開発を促進する機会を年3回以上設ける。 3. 先進ヘルスケア工学院への医学部教員の配置を年10名以上行う。 4. 感染統括制御・疫学・分子病態研究センター、高齢者医療先端研究センター、自殺予防総合研究センターへの医学部教員の配置をそれぞれ年2名以上行う。
------	---

I-3-2 医学系研究科の基礎医学、社会医学講座等との連携の強化

病院で臨床を担う医師が、研究も行っていくには、異なる知識や技術をもった基礎・社会医学系研究者との共同研究が有効である。このような研究体制を作ることには科研費等の獲得にも重要である。

評価指標	1. 病院職員と医学系研究科の他科・他講座との共同研究による新規科研費採択数を、年5件以上とする。
------	---

I-4 人材の確保と処遇改善のためにとるべき措置

秋田県では、2022年県医師数262.2人（人口10万人当たり、全国平均274.7人）、薬剤師数221.0人（全国259.1人）、2020年の理学療法士は対全国比68.2%といずれも不足している。看護師の絶対数は全国平均を上回るが、減少傾向にあり、令和6年度の充足率は93.7%と推計されている。

特に、本院においては、あらゆる職種において雇用条件が周辺の他の病院・薬局などに比べて劣るため人材が他施設に流れがちである。雇用条件の改善、すなわち給与面、福利厚生面で本院以外の施設に匹敵する程度の改善が必要である。

医師数増加のための県の施策として、①修学資金貸与者の県内定着、②医師の労働環境等改善、特に子育てと仕事の両立支援、③中高等学校訪問やオープンキャンパス、④研修医向け講習会や交流会などを行っている。

また、各診療科に事務系補助員を増員し、増大する事務処理のタスク・シェアを行う。2重3重のタスク・シフトが可能なように多職種で、かつ内製化と外製化をバランスよく併用する。高度医療人材養成事業（大学病院の環境整備）令和5年度補正予算を活用して環境整備を進める。

処遇改善の効果を確認するため、男女共同参画推進室のアンケートを参考にし、新たに多職種へのアンケートを実施する。

また、勤務環境改善に関する第三者の意見を参考にするため、秋田県医療勤務環境改善支援センターへの相談機会を設ける。

以上のような、本院の先端的な取り組みを地域の基幹病院が情報共有し自院に生かせるような関連病院との処遇改善担当者会議を行う。

I-4-1 秋田県全体での人材確保のための対応

秋田県では医療・介護職員の絶対数が足りず、改善には医育機関・人材派遣機関としての本院の役割が大きい。医師については、秋田県地域枠、新設予定の東北地域枠を活用して、秋田県で勤務する医師を確保する。他の医療従事者については、各部門からの情報発信を強化して実習学生の受け入れを増加するなどして確保に努める。事務系補助員については、附属病院収益を増やすことにより増員を目指す。

評価指標	1. 医師については、「Ⅱ．教育・研究改革」の項の「Ⅱ-2-2-1」の評価指標と同じ。 2. 薬剤師数を改革前より増加させる。 3. 看護師数を改革前より増加させる。 4. 事務職員数を改革前より増加させる。
------	---

I-4-2 処遇改善のための対応

女性・若手医師や看護師、薬剤師等のコメディカルが、本院や秋田県に定着しやすくなるよう、まず本院の処遇改善に努める必要がある。若手医師や看護師、薬剤師、各種医療資格者、事務職員等に対する基本給増額を図る。

これらの処遇改善に関する院内職員の評価について、アンケートを通じて把握し、既存の処遇改善ワーキンググループの意見も聞いて課題を抽出して改善につなげる。

さらに地域の関連病院と処遇改善のための情報交換、現状把握や課題解決のための機会（処遇改善担当者会議）を設ける。

評価指標	1. 各職種の基本給を改革前より上昇させる。 2. 施設内保育園や健康支援室利用数を向上する。 3. 男女それぞれの育休取得割合を令和5年度比100%以上とする。 4. 院内多職種へのアンケートを実施する。 5. 秋田県医療勤務環境改善支援センターへの相談を年1回以上実施する。 6. 地域の関連病院との処遇改善担当者会議を年1回開催する。 7. 非正規雇用のコメディカルスタッフを段階的に正規雇用にしていく。
------	---

I-5 その他の運営改革に資する取組等

I-5-1 患者アンケートに基づく運営改革

患者アンケートは改善すべき点を明らかにする効果があり、毎年1回行っている。これにより、診察や会計待ちの時間や患者応対等に関する課題抽出と改善を図る。

I-5-2 紹介・被紹介にかかわる相手方病院へのアンケートに基づく運営改革

本院が特定機能病院として高度専門医療を推進するには、地域その他医療機関との連携、役割分担が欠かせない。これをスムーズに行うには、相手方の状況を把握し相互理解が必要である。定期的に本院との連携における問題点の有無等について、連携先病院にアンケートを行い課題の改善を図る。

I-5 その他の運営改革に資する取組への措置

I-5-1 患者アンケートに基づく課題把握と対応

評価指標	1. 患者アンケートにおける満足度（総合評価で「大変よい＋よい」）が全体の70%以上を目指す。 2. 患者アンケートから抽出した新規課題に、年2件以上対応する。
------	---

I-5-2 連携先である関連病院院長ヒアリングに基づく本院の課題把握と対応

連携先である関連病院の病院長から、本院の医療連携等に関する対応についてヒアリングを定期的実施し、改善すべき課題を明らかにする。

評価指標	1. 大学関連病院の院長を対象に、当院との病病連携に関するヒアリングを年1回以上行う。 2. ヒアリングから抽出した新規課題に、年2件以上対応する。
------	---

II. 教育・研究改革

II-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

本学の臨床実習は、4年次後期～5年次前期の期間に各診療科を1～2週間ずつ実習するCC1と、5年次10月～6年次7月の期間、学内及び県内臨床実習協力機関を4～5週ずつ選択実習するCC2で構成されている。現在、学内各科の1クールあたりの受け入れ学生数は、CC1の6～7名、CC2の4～6名の計10～13名となっており、この受け入れ人数の多さが医師である教員の教育負担となっている。一方、臨床実習協力機関におけるCC2の受け入れ学生数は、全機関あわせて1クールあたり39名である（秋田市内の4病院で1クール4名、秋田市以外の2病院で1クール2名、他の秋田市以外の19病院で1名）。臨床実習協力機関との役割分担と連携の強化を図るために、本プランでは、次の目標を掲げる。特に、II-1-4に掲げた「CCの本格実施を目指した統合教育の強化」に

より、指導医の『実習教育』と『診療（病棟回診、病歴聴取、カルテ記載等）』の負担軽減につなげることが重要になってくる。

Ⅱ-1-1 臨床実習における本院と臨床実習協力機関の役割分担の明確化と最適化

Ⅱ-1-2 県内デジタル教育ネットワークによる臨床実習協力機関との連携強化

Ⅱ-1-1 臨床実習における本院と臨床実習協力機関の役割分担の明確化と最適化のためにとるべき措置

Ⅱ-1-1-1 院内各科教育主任と臨床実習協力機関のCC担当医からなる臨床実習適正化プロジェクトチームを、学務委員会を中心に作り①～③を遂行する。

- ①院内各科の実情（指導医数、経験疾患、医行為の実施割合）を考慮した上で、臨床実習における院内と協力機関の役割分担の明確化とプログラムの修正を図る。
- ②臨床実習協力機関での受け入れ学生数を増やした場合に生じる課題（交通費問題など）を抽出し、対策を検討する。
- ③ ①②の検討結果を踏まえ、学内と臨床実習協力機関における次年度各科実習人数とその期間を調整し、学生受け入れの年間計画を立てる。6年間で5%臨床実習協力機関での学生受け入れ数増加を目標とする。

評価指標
1. 臨床実習適正化プロジェクトチームの検討を年1回以上開催する。
2. 臨床実習協力機関における実習の受け入れ人数を6年間で5%増加させる。

Ⅱ-1-2 県内デジタル教育ネットワークによる臨床実習協力機関との連携強化のためにとるべき措置

Ⅱ-1-2-1 先進デジタル医学・医療教育学講座／デジタル医学医療教育推進センターが中心となって、臨床実習協力機関との間にデジタル教育ネットワークを構築し①及び②を実現する。

- ①各科実習に際し学生と学内指導医、臨床実習協力機関の指導医間で共有できるe-ラーニング教材を作成し臨床実習指導の連携強化を図る。
- ②学内及び臨床実習協力機関の両方で卒前臨床実習生用オンライン臨床教育評価システム：Clinical Clerkship E-Portfolio of Clinical training（以下「CC-EPOC」という。）を活用し、実習経験値情報を横断的に共有することで連携強化につなげる。

Ⅱ-1-3 遠隔医療を活用した臨床実習協力機関実習生への指導推進

本院では以前よりCC1の循環器内科実習に心エコー診断を取り入れていたが、各学生への心エコー実技指導時間は十分ではなかった。その補足として学生の経験値上昇を目的に、2021年から既に実施していた遠隔心エコー診療とCC2地域医療実習を連携させた新たな教育手法を開始している。この遠隔心エコー地域医療実習は1～2人の少人数対象のため、以前は時間的に困難であった1対1での実技指導が可能となり、各個人の実技力向上が望める。地域医療実習生が病歴聴取した患者の心機能を直接画像で評価、診断に繋がっているため、病態生理の理解が深まり、以前の臨床実習に比し教育効果が向上する可能性がある。また、呼吸器内科ではミラーリングによる画像共有技術を用いて、遠隔の地域基幹病院との間で重要症例に関するディスカッションやミーティングを行っている。これに学生も参加して、遠隔医療技術を用いた地域医療連携の実践を学んでいる。

Ⅱ-1-4 CCの本格実施により指導医の負担を軽減するための6年間一貫統合教育の推進

CCを卒後臨床研修医に近い理想形で本格実施することで、指導医の『実習教育』と『診療（病棟回診、外来の病歴聴取・臨床推論、カルテ記載等）』の負担軽減につなげていく。

Ⅱ-1-4-1 低学年からの症例・症候ベースの教育を充実

評価指標	1. 学内及び臨床実習協力機関でのデジタルネットワーク登録分野数80%以上、登録機関数80%以上を目指す。 2. e-ラーニング教材の制作数として、年8教材以上作成する。 3. 学内及び臨床実習協力機関の指導医向けFDを年2回以上開催する。 4. CC-EPOCの入力率80%以上を目指す。
------	--

Ⅱ-1-3 遠隔医療を活用した臨床実習協力機関実習生への指導推進のためにとるべき措置

カリキュラム検討委員会で各科の遠隔医療を活用した臨床実習協力機関における実習生への指導を推進する。

評価指標	1. 遠隔医療を活用した臨床実習協力機関実習生への指導実績（学生数）を1クール2名以上とする。
------	---

Ⅱ-1-4 CCの本格実施を目的とした6年間一貫統合教育を推進するためにとるべき措置

Ⅱ-1-4-1 基礎医学の講義に臨床医学の重要ポイントを導入する割合を高め、低学年からの症例・症候ベースの教育を充実させる。

評価指標	1. 基礎医学の講義に臨床の重要ポイントを導入する割合を6年間で20%増加させる。
------	---

II-1-4-2 CC1期間中の各科シミュレーション教育による経験値の向上

II-1-4-2 CC1時の各科シミュレーション教育による経験値の向上を図る。

シミュレーション教育が基本的診療技能の修得につながっているかどうかの視点で検討を行う。

その結果を基に、継続的な改良につなげる目的でFDを開催する。

評価指標	1. シミュレーション教育効果についての検討回数を年1回以上とする。 2. FDの実施回数を年2回以上とする。 3. 新規または改良したシミュレーション教育企画数を年1件以上とする
------	--

II-2 臨床研修や専門研修等に係る研修プログラムの充実

本院の臨床研修プログラムを選択する研修医は例年3～8名程度と少人数で経過している。卒後3年目からの各科専門研修には毎年40～50名の応募があるが、主な25診療科の学内及び県内充足には不十分な状況にある。これらの課題を解決することを目標に、病院長のリーダーシップのもと総合臨床教育研修センターを中心に推進していく。

特に高齢化・過疎化が進む秋田県の地域医療のためにニーズが高まっている総合診療医に関しては、行政のサポートを受けて附属病院に総合診療医センターを開設して専門研修体制を強化している。

II-2-1 本院の卒後臨床研修プログラムの特徴を強化し効果的に周知

II-2-1 本院の卒後臨床研修プログラムの特徴を強化し効果的に周知するための措置

II-2-1-1 総合臨床教育研修センターの各科委員や若手指導医中心に卒後臨床研修推進プロジェクトチームを立ち上げ、研修医増加に向けて以下の取り組みを推進する。

- ①学生、学内外の研修医、指導医から本院の卒後臨床研修プログラムの課題に関する情報を収集する。
- ②上記課題の改善計画を策定し実施する。
- ③SNSを用いた卒後臨床研修プログラム課題の新たな配信手段を創設する。

II-2-2 本院の各科専門研修プログラムの特徴を強化し効果的に周知

II-2-3 多職種連携の強化を目的とした教育研修プログラムの充実

高齢化の進展に伴う疾病構造の変化により求められる医療の複雑化・多様化への対応に加えて多職種連携のニーズが高まっている。

各種医学・医療教育に関する情報を県内臨床実習協力機関の医師・看護師・薬剤師・医療者間で効率的に共有して多職種連携教育を充実させ、県全体の医学・医療教育及び医療の質向上に寄与する。

評価指標

1. 卒後臨床研修推進プロジェクトチームによる卒後臨床研修プログラム課題の見直しを年1回以上行う。
2. 卒後臨床研修説明会の実施数を年2回以上とする。
3. 本学における卒後臨床研修医数を前年度比10%以上とする。
4. SNSを用いた新たな配信手段を検討し実施する。

II-2-2 本院の各科専門研修プログラムの特徴を強化し効果的に周知するための措置

II-2-2-1 総合臨床教育研修センターの委員を中心に各科専攻医増員のためのプロジェクトチームを立ち上げ、これまでの各科の取り組みを強化するとともに、各科専門研修の魅力を積極的に情報発信する。

- ①各科専門研修プログラムやキャリア形成過程のサポート体制に関する魅力や課題に関する情報を収集する。
- ②課題解決に向けて科内での改善計画を策定し実施する。特に募集定員の3分の1に到達していないプログラムに関しては内容を検討して改善につなげる。
- ③SNSを用いた専門研修プログラム課題の新たな配信手段を創設する。
- ④県内の臨床研修病院の指導医ネットワークを介して、学生あるいは研修医向け教育企画や各分野と連携した情報交換会企画等、各プログラムの魅力を伝える機会を増やす取り組みを推進する。

評価指標

1. プロジェクトチームの検討回数を年1回以上とする。
2. 説明会、または情報交換会の実施数として、全体説明会を年1回以上、各科説明会を年1回以上とする。
3. 本学のプログラムへの専攻医応募総数を年40名以上とする。

II-2-3 多職種連携のための各種シミュレーション教育研修プログラムを充実させるための措置

多職種連携強化のための各種研修のニーズについて情報収集を行い、各科・各部門による新規企画の実施や既存企画の改善を実現する。

前述の学内及び県内臨床実習協力機関指導医の教育ネットワークに、各機関の教育担当看護師・薬剤師・医療者が加わって、多職種連携教育のためのデジタル教育ネットワークを構築する。このネットワークにより医学・医療のデジタル情報・オンライン企画等を共有することで各機関における多職種連携教育を充実させ、県全

体の医学・医療教育及び医療の質向上を図る。

評価指標	1. 各科・各部門における新規企画の実施あるいは既存企画の改善を年2つ以上実現する。 2. 臨床実習協力機関での多職種連携デジタル教育ネットワークを開設する。 3. 学内外の多職種指導者向けFDを年1回以上開催する。 4. 多職種連携e-ラーニング教材を年2教材（企画）以上作成する。
------	---

Ⅱ-2-4 AI医療機器を活用した教育研修プログラムの充実

AI技術を搭載した最先端医療機器を導入し、実践的な研修を通じて診断精度の向上や業務効率化に資するスキルを有する人材を育成する。

医学生・若手医師・メディカルスタッフがAIの知識と技術を修得することで、医師不足の解消と地域医療の質の向上に寄与する。

Ⅱ-2-4 AI医療機器を活用し教育研修プログラムを充実させるための措置

AI技術を搭載した先進的医療機器を導入し、医学生・若手医師・メディカルスタッフを対象に、実践的な教育研修を展開する。

画像診断補助AI、AI心電計、内視鏡AIソフトウェアなどを活用し、診断精度や術前計画の質を向上させる。さらに、学内外の医療機関と連携したデジタル教育ネットワークにより、専門知識の共有と教育資源の相互活用を促進する。AI活用スキルを備えた医療人材の育成を通じて、地域医療の充実と医師不足への対応を図る。

評価指標	1. 医療AIやICTをはじめとする医療DXを十分に活用できる人材を育成するため、年間124名の学生を受け入れ、そのうち45名の定着を目指す。 2. 地域の医療機関においても医療DXの推進を図るため、年間10名の医療従事者を受け入れ、実践的な教育を実施する。
------	--

Ⅱ-3 企業等や他分野との共同研究等の推進

本学では、これまで企業等や他分野との共同研究のための企画を進めてきた。今後の働き方改革時代においても推進する必要があるため、産学官の研究者ネットワークづくりを通じて更なる発展と研究支援体制の強化を図る。

Ⅱ-3 臨床研究支援センターの体制の強化

本院の附属施設である臨床研究支援センターを全学組織として強化する。治験などの受入を促進する。具体的には、既存の人員配置を見直すことにより、専任教員及びCRCの増員、事務系スタッフの増員、外部CRCの導入を行い体制の強化を図る。また、研究科長による先端研究助成、病院長による臨床研究助成、研究プロモートセミナーの開催などにより企業主導治験、医師主導治験、特定臨床研究、多

	施設共同研究を推進する。 <table border="1" data-bbox="1151 220 2148 671"> <tr> <td data-bbox="1151 220 1413 671">評価指標</td><td data-bbox="1413 220 2148 671"> 1. 臨床研究支援センターの組織改編の実施 2. 専従教員を1名増員する。 3. C R Cを1名増員する。 4. 事務系スタッフを1名増員する。 5. 外部C R Cを活用した企業主導治験を年間3件実施する。 6. 企業主導治験の実施率を年62.5%以上とする。 7. 医師主導治験を5件以上実施する。 8. 特定臨床研究を年間5件以上実施する。 9. 研究科長による先端研究助成を年間3件実施する。 10. 病院長による臨床研究助成を年間3件実施する。 11. 研究プロモートセミナーを年間8件開催する。 </td></tr> </table>	評価指標	1. 臨床研究支援センターの組織改編の実施 2. 専従教員を1名増員する。 3. C R Cを1名増員する。 4. 事務系スタッフを1名増員する。 5. 外部C R Cを活用した企業主導治験を年間3件実施する。 6. 企業主導治験の実施率を年62.5%以上とする。 7. 医師主導治験を5件以上実施する。 8. 特定臨床研究を年間5件以上実施する。 9. 研究科長による先端研究助成を年間3件実施する。 10. 病院長による臨床研究助成を年間3件実施する。 11. 研究プロモートセミナーを年間8件開催する。
評価指標	1. 臨床研究支援センターの組織改編の実施 2. 専従教員を1名増員する。 3. C R Cを1名増員する。 4. 事務系スタッフを1名増員する。 5. 外部C R Cを活用した企業主導治験を年間3件実施する。 6. 企業主導治験の実施率を年62.5%以上とする。 7. 医師主導治験を5件以上実施する。 8. 特定臨床研究を年間5件以上実施する。 9. 研究科長による先端研究助成を年間3件実施する。 10. 病院長による臨床研究助成を年間3件実施する。 11. 研究プロモートセミナーを年間8件開催する。		
Ⅱ-4 教育・研究を推進するための体制整備 令和6年度 大学教育再生戦略推進費 高度医療人材養成拠点形成事業（高度な臨床・研究能力を有する医師養成促進支援）へ申請している。 本学，弘前大学では薬物の遺伝情報を加味したTDM投与量設計を行い，グローバルに発信，複数の薬物血中濃度測定を保険承認に繋げてきた実績がある。今後優れた遺伝・TDM統合臨床研究の先進化には，電子カルテ内の情報を直結してデータベース化できる仕組みや，基礎と臨床の両面に精通した臨床研究医の養成が必須である。 本事業では以下の2つの柱を実現する。 ①電子カルテからの臨床情報やデータを素早くデータベース化し臨床研究医に提供するシステム構築。ゲノム解析と薬物血中濃度測定システムを統合し，研究医が容易に研究実施できる体制を整備。 ②『臨床研究医養成センター』設置，学部学生時代から研究室配属，リサーチドクター養成キャンプ，学会発表や国際誌での論文発表等で基礎から臨床へのトランスレーション研究志向をもった研究医を養成する。 ①②により，先端的遺伝・TDMによる統合臨床研究と研究医養成の持続的拠点となる。	Ⅱ-4 令和6年度 大学教育再生戦略推進費 高度医療人材養成拠点形成事業（高度な臨床・研究能力を有する医師養成促進支援）との連動 臨床研究医養成センターのSA，TA，RAを活用して，各分野の臨床研究をサポートする。SA，TA，RAは，臨床研究をサポートと並行して効果的にCCを充実させるためのデジタル教材作成をサポートすることで卒前・卒後教育研修にも寄与する。 <table border="1" data-bbox="1151 983 2148 1260"> <tr> <td data-bbox="1151 983 1413 1260">評価指標</td><td data-bbox="1413 983 2148 1260"> 1. 臨床研究医養成センターが採用するTA及びRAを4名，SAを2～3名／3年次以上とする。 2. 臨床研究論文を含む査読あり総英文論文数の過去6年間（2017～2022年度）のうち変動の大きい最大・最低年度を除いた平均値399編（本学 基礎値）から，2029年度（令和11年度）までに8%以上向上させる（431編以上） </td></tr> </table>	評価指標	1. 臨床研究医養成センターが採用するTA及びRAを4名，SAを2～3名／3年次以上とする。 2. 臨床研究論文を含む査読あり総英文論文数の過去6年間（2017～2022年度）のうち変動の大きい最大・最低年度を除いた平均値399編（本学 基礎値）から，2029年度（令和11年度）までに8%以上向上させる（431編以上）
評価指標	1. 臨床研究医養成センターが採用するTA及びRAを4名，SAを2～3名／3年次以上とする。 2. 臨床研究論文を含む査読あり総英文論文数の過去6年間（2017～2022年度）のうち変動の大きい最大・最低年度を除いた平均値399編（本学 基礎値）から，2029年度（令和11年度）までに8%以上向上させる（431編以上）		

II-5 その他教育・研究環境の充実に資する支援策 これまで総合臨床教育研修センターは、あきた医師総合支援センターと協力して各種教育・研修の充実、メンター・メンティーによるキャリア相談、子育ての支援や相談等、学内の若手医師を支援する体制を推進してきている。今後も若手医師・子育て世代医師へのキャリアサポートを強化する。	II-5 総合臨床教育研修センターを中心とした若手医師・子育て世代医師へのキャリアサポートの強化 総合臨床教育研修センターの委員を中心に若手医師・子育て世代医師へのキャリアサポートを強化するためのプロジェクトチームを立ち上げ、これまでの取り組みにおける課題を抽出して改善に結び付ける。 <table border="1" data-bbox="1151 392 2157 488"> <tr> <td data-bbox="1151 392 1415 488">評価指標</td><td data-bbox="1415 392 2157 488">1. これまでの取り組みにおける課題を抽出して改善に結び付ける検討会を年2回以上実施する。</td></tr> </table>	評価指標	1. これまでの取り組みにおける課題を抽出して改善に結び付ける検討会を年2回以上実施する。
評価指標	1. これまでの取り組みにおける課題を抽出して改善に結び付ける検討会を年2回以上実施する。		
III. 診療改革 働き方改革のもと、医師の時間外労働時間を短縮する中で、大学病院の責務である「診療」「教育」「研究」を遺漏なく遂行するためには診療の効率化をさらに推進する必要がある。その具体的な方策として、秋田県との連携強化により、全県及び各自治体の最新の医療状況と課題を共有し、医師会、病院協会との協議により大学病院に求められる具体的な役割や各地域の医療機関との連携の在り方を明確にする。また、県内各医療圏の拠点病院とのシームレスな連携体制構築のため、医師派遣や技術提供による支援を行う。			
III-1 秋田県等との連携の強化 本院は三次医療圏の中核病院、県内唯一の特定機能病院として高度救命救急や先端医療を提供するとともに、医育機関として県や市町村とともに地域医療の支援や人材育成に取り組むことが求められている。秋田県の医師偏在指標は47都道府県中41位であり、さらに二次医療圏よりも小さい単位の地域で局所的に医師が少ない「医師少数スポット」が多数存在する。このような実情を踏まえ、秋田県医師確保計画のもと、秋田県、秋田県医師会、秋田県病院協会と協働して医師の地域偏在を解消する取組を推進する。 また、本院は、医学部とともに、秋田県医師会、秋田県病院協会及び秋田県健康福祉部との四者懇談会等を通じて連携を深化させ、地域医療の課題共有と役割分担の明確化を図る。 あわせて、地域医療提供体制の維持・強化に向けて、秋田県との連携を一層推進するため、本学・秋田県庁のトップ層が協議す	III-1 秋田県等との連携の強化を達成するためにとるべき措置 III-1-1 秋田県・秋田県医師会・秋田県病院協会との連携強化 県内の医療提供体制に係る連携強化のために、秋田県医師会、秋田県病院協会、秋田県健康福祉部、医学部及び附属病院との四者懇談会を毎年開催する。 また、本学・秋田県庁のトップ層が協議する場を定期的に開催し、秋田県の保健医療福祉計画や地域医療構想に定められた医療政策に沿いつつ、地域医療提供体制の維持・強化、医師偏在対策、脳・循環器疾患医療体制の強化、医療人材の確保・育成等について協議を行う。 <table border="1" data-bbox="1151 1278 2157 1477"> <tr> <td data-bbox="1151 1278 1415 1477">評価指標</td><td data-bbox="1415 1278 2157 1477"> 1. 秋田県医師会、秋田県病院協会、秋田県健康福祉部、医学部及び附属病院との四者懇談会を年1回開催する。 2. 本学・秋田県庁のトップ層が協議する場を年2回以上開催する。 </td></tr> </table>	評価指標	1. 秋田県医師会、秋田県病院協会、秋田県健康福祉部、医学部及び附属病院との四者懇談会を年1回開催する。 2. 本学・秋田県庁のトップ層が協議する場を年2回以上開催する。
評価指標	1. 秋田県医師会、秋田県病院協会、秋田県健康福祉部、医学部及び附属病院との四者懇談会を年1回開催する。 2. 本学・秋田県庁のトップ層が協議する場を年2回以上開催する。		

る場（プラットフォーム）を活用し、継続的な協議を実施する。
 これらの協議の場においては、地域医療構想を踏まえた医療機能の分化・連携、脳・循環器疾患医療体制の強化、医師偏在対策、医療DXの推進及び医療人材の確保・育成等について協議し、地域全体で持続可能な医療提供体制の構築を目指す。

Ⅲ-2 地域医療機関等との連携の強化

大学病院と県内各医療圏の拠点病院との役割分担と連携の強化は、地域全体の医療サービスの質及び医療アクセスを担保するために重要である。特定機能病院である本院は高度救命救急や難治疾患に対する集学的治療、高度医療、先端医療に医療資源を集約する。そのために、大学病院と各二次医療圏の医療機関との間に双方向的でシームレスな医療連携体制を構築する。

各二次医療圏の拠点病院、連携病院における医療人材を確保するため、病院長のマネジメントのもと、秋田医師適正配置委員会（仮称）の構想に基づき医師（常勤医師、兼業医師）を派遣する。地域の自治体・医療機関と連携して総合診療医の現場教育を目的とした寄付講座の設置を行うとともに、総合診療医を育成する医療機関のネットワークを構築・維持する。医療過疎や豪雪による医療施設への通院困難等の問題を解決することを目的に、医療のDXを推進し、遠隔診療の拡充を図る。また遠隔診療を安全に実施できる医療人を養成する。

Ⅲ-2 地域医療機関等との連携の強化を達成するためにとるべき措置

Ⅲ-2-1 地域医師会や各医療圏拠点病院との役割分担の整理や連携強化

地域医師会や拠点病院との協議を通じ、大学病院が担うべき高度医療・先端医療と、地域医療機関が担うべき一般医療・基本医療の役割を明確化し、医療資源の効率的な運用を目指す。

三次救急医療施設として高度救命救急センターの機能を拡充し、適切な救急患者を随時受け入れられる体制を整える。そのために救急科から各診療科へのスムーズな転科を可能にするベッドコントロール体制を院内の病床適正配置検討委員会内に構築する。

また医療のDXを推進し、医師少数地域からの要請が強いミラーリング／VPNによる画像共有技術などを用いた遠隔診療の拡充を図るとともに、遠隔診療を安全に実施できる医療人を養成する。

評価指標	1. 県内各医療圏域の拠点病院、連携病院との間の紹介率、逆紹介率を増加させる。 2. 救急搬送患者を年間2,000件以上受け入れる。 3. 救急科・ICUから担当診療科へのベッドコントロール体制を病床適正配置検討委員会内に構築し、運用する。 4. 医師不足地域の医療機関を対象に遠隔診療による支援・指導を行う。 5. 秋田医師適正配置委員会（仮称）の開催を年2回行う。
------	--

Ⅲ-2-2 各医療圏の拠点病院への支援体制の強化

大学病院内に院長をトップとし、大学病院及び各医療圏の拠点病院の医局長を構成員とする診療科横断的な秋田医師適正配置委員会（仮称）を設け、四者懇談会での協議内容に沿って、各年度の医療統計データの解析結果などを元に、医師少数区域を含む地域医療機関に対する医師派遣、技術支援など地域の医療提供体制の課題

や改善点について議論する。

評価指標

1. 診療科横断的な秋田医師適正配置委員会（仮称）を設置し、毎年2回開催する。
2. 医師少数区域を含む地域医療機関に対する医師派遣状況を把握する。
3. 総合診療医育成のための地域病院との広域ネットワーク（東北日本海側総合診療医絆ネットワーク：GP NET）を維持するとともに、医療機関・自治体と連携し、総合診療医の派遣と教育を目的とする寄附講座を2カ所以上設置する。

Ⅲ-3 医師の労働時間短縮の推進

本院ではB、連携B水準の指定を受けているが、2035年までに全診療科でA水準（時間外労働年間960時間以下）を導入しなくてはならない。総労働時間を短縮し、かつ教育・研究時間を確保するためには、医師の確保が喫緊の課題である。医師数が人口10万人当たり262.2人（令和4年末現在）と、全国平均の274.7人を大きく下回っている本県においては、産婦人科、小児科、麻酔科等の特定の診療科のみならず、高齢者医療に関わる内科、整形外科、外科、眼科をはじめ、ほぼ全ての診療科で医師不足となっている。とりわけ減少傾向が目立つ外科、産婦人科、小児科の医師確保に取り組む必要がある。一方で、地域で完結する医療体制の整備のためには、専門診療科の枠を越えた総合診療能力を有する医師の育成が必要である。また、医師確保と同時に、診療の効率化を図る必要があり、多職種連携によるタスク・シフト／シェアを更に推進する。

Ⅲ-3 医師の働き方改革を推進するためにとるべき措置

Ⅲ-3-1 医師業務のタスク・シフト／シェアの推進

医師や看護師など医療を提供する人材育成のため、本院は秋田県医師確保計画に基づき、秋田県医療人材対策室、地域医療対策協議会、あきた医師総合支援センター等と協働しての臨床実習や研修プログラムを提供し、地域の医療人材の育成と質の向上を支援する。

医師業務のタスク・シフト／シェアの主な担い手として期待される診療看護師、超音波検査士の認定を受けた臨床検査技師、病棟薬剤師、放射線技師、医師事務作業補助者などの人材確保と育成のための教育プログラムを充実させるとともに、病院職員職種の協力のもと、院内での研修機会を確保できるように業務配慮する。

B水準、連携B水準の医師を減らすために、医師の労働時間短縮計画に基づき、該当診療科に診療看護師の重点配置を行うなどタスク・シフト／シェアの効率的な運用を目指す。

本院の総合診療医センターを中心として、総合診療能力の学びをサポートし、次世代のプライマリ・ケア領域の指導者となる総合診療医を育成する。

院外処方箋に関する問い合わせの医師の負担軽減のため、院外処方箋における問合せ簡素化プロトコルを導入する。

タスクシフト／シェアを受ける側の職員の労働環境の整備と健康管理・ストレスケアを行う。

	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="1151 185 1413 794">評価指標</td><td data-bbox="1413 185 2145 794"> 1. B水準、連携B水準の診療科の医師の中でA水準（時間外労働年間960時間以下）を満たす者の割合を対前年より増加させる。 2. B水準、連携B水準の診療科に診療看護師を重点配置する。 3. 総合診療医を年間4名以上育成する。 4. 経験年数3年以上の看護師の10%以上が看護師特定行為研修共通科目を1科目以上履修する。 5. 看護師特定行為研修を10名以上が修了する（追加項目取得者を含む）。 6. 超音波検査士を年間1名以上養成する。 7. 専従・専任の病棟薬剤師数を16名以上配置する。 8. 院外処方箋における問合せ簡素化プロトコルを導入する。 9. メンタルヘルスサポートチームによる職員からの相談窓口を設ける。 10. 医師事務作業補助者の内製化を進める。 </td></tr> </table>	評価指標	1. B水準、連携B水準の診療科の医師の中でA水準（時間外労働年間960時間以下）を満たす者の割合を対前年より増加させる。 2. B水準、連携B水準の診療科に診療看護師を重点配置する。 3. 総合診療医を年間4名以上育成する。 4. 経験年数3年以上の看護師の10%以上が看護師特定行為研修共通科目を1科目以上履修する。 5. 看護師特定行為研修を10名以上が修了する（追加項目取得者を含む）。 6. 超音波検査士を年間1名以上養成する。 7. 専従・専任の病棟薬剤師数を16名以上配置する。 8. 院外処方箋における問合せ簡素化プロトコルを導入する。 9. メンタルヘルスサポートチームによる職員からの相談窓口を設ける。 10. 医師事務作業補助者の内製化を進める。
評価指標	1. B水準、連携B水準の診療科の医師の中でA水準（時間外労働年間960時間以下）を満たす者の割合を対前年より増加させる。 2. B水準、連携B水準の診療科に診療看護師を重点配置する。 3. 総合診療医を年間4名以上育成する。 4. 経験年数3年以上の看護師の10%以上が看護師特定行為研修共通科目を1科目以上履修する。 5. 看護師特定行為研修を10名以上が修了する（追加項目取得者を含む）。 6. 超音波検査士を年間1名以上養成する。 7. 専従・専任の病棟薬剤師数を16名以上配置する。 8. 院外処方箋における問合せ簡素化プロトコルを導入する。 9. メンタルヘルスサポートチームによる職員からの相談窓口を設ける。 10. 医師事務作業補助者の内製化を進める。		
Ⅲ-4 ICTや医療DXの活用による業務の効率化 働き方改革により医師の労働時間の短縮が求められている一方、医療レベルは年々高度になっており、質の高い医療の維持も同時に求められている。さらに大学病院では教育・研究の高いレベルでの維持も不可欠である。 この問題の解決には、他職種とのタスク・シフト／シェアのほかに、ICTや医療DXの活用による業務の効率化が不可欠である。労働時間管理の適正化と省力化、チーム医療の推進、医師の行う作業の省力化と診療行為の補助などにおいて、ICTや医療DXの活用による業務の効率化を推進する。 ICTや医療DXの活用においては、それに伴うセキュリティ対策も必要であり、この点に留意した対応も併せて行う。	Ⅲ-4 ICTや医療DXの活用による業務の効率化のためにとるべき措置 Ⅲ-4-1 ICTを用いた医師の労働時間管理の適正化と省力化の強化、チーム医療の促進 ICTによる勤怠管理システムを速やかに導入し、医師の正確な勤務実態の把握と労働時間管理の適正化を図る。リアルタイムで勤務状況を把握することは医師が超過勤務に陥る前に上長による勤務調整や指導を可能にし、健康経営の観点からも有用である。さらに事務作業の省力化も同時に目指す。また、勤怠管理システムには職員同士のチャットシステムを構築する機能があり、これによりチーム医療の連携をさらに促進する。 <table border="1"> <tr> <td data-bbox="1151 1225 1413 1318">評価指標</td><td data-bbox="1413 1225 2145 1318"> 1. 医師の院内における勤怠管理を令和6年度中に完全オンライン化する。 </td></tr> </table> Ⅲ-4-2 医師の行う作業の省力化と診療行為の補助 タスク・シフト／シェアを進めても医師が行うべき作業は多いが、それらのタス	評価指標	1. 医師の院内における勤怠管理を令和6年度中に完全オンライン化する。
評価指標	1. 医師の院内における勤怠管理を令和6年度中に完全オンライン化する。		

クを細分化して、更なるタスク・シフトやD X化をすることで省力化を図る。

評価指標	1. マイナンバーカードによる電子処方箋機能を電子カルテに導入し、患者情報収集や入力を簡便化する。 2. A I ナレーションによる各種医療行為前のインフォームド Consent 支援システムを導入する。年 2 件以上の医療行為に対して新規導入する。
------	--

Ⅲ-4-3 遠隔地との連携の強化

本県既存のネットワークを利用することで、本院の病診連携やオンライン診療を促進する。

評価指標	1. 秋田県医療連携ネットワークシステムを活用する。 2. 急性期の医療連携に利用する急性期画像連携システムの導入施設を 11 施設にすることを目指す。 3. 遠隔医療推進開発研究センターを中心とした医療MaaSにより、延べ年100名以上の患者の遠隔診療を行う。
------	---

Ⅲ-4-4 D X / I C T 化に伴うセキュリティ対策

D X / I C T 化に伴うセキュリティ対策として、各種マニュアル・手順書の点検・見直し、教職員及び学生の情報セキュリティ意識の向上を図るための企画を行う。

評価指標	1. 遠隔診療における個人情報の取り扱いや医療情報に関する研修会を年 1 回以上開催し、附属病院教職員の出席率を100%にする。
------	--

Ⅲ-5 連携拠点病院の機能強化と医療人材派遣による支援

大学病院が高度救命救急や先端医療を安定して提供するためには、各二次医療圏の医療機関との間に双方向的でシームレスな医療連携体制を構築する必要がある。そのためには、各二次医療圏の拠点病院へ医療人材を適正配置する必要がある。その目的のため、診療科ごとの医師派遣状況に関する情報を病院長に集約し、調整することで、各拠点病院機能の維持・強化に貢献する。

Ⅲ-5 連携拠点病院の機能強化と医療人材派遣を達成するためにとるべき措置

Ⅲ-5-1 医師少数区域を含む地域医療機関に対する医師派遣

秋田大学長のもとで県内の連携病院長会議を開催し、各医療機関の医師を含む医療人材の充足状況を把握する。医療人材の適正配置のために秋田医師適正配置委員会（仮称）において、診療科ごとの派遣状況（常勤医師、副業・兼業）を把握し、地域偏在・診療科偏在が著しい地域への医師派遣の可否について検討を行う。

評価指標

1. 秋田大学長のもとで県内の連携病院長会議を年1回開催する。
2. 秋田医師適正配置委員会（仮称）を年2回開催し医療人材の配置を調整する。
3. 医師少数スポットへの医師派遣を目的とした寄附講座を運用する。

Ⅳ. 財務・経営改革

本院は、秋田県内唯一の大学病院、特定機能病院として秋田県の診療、教育、研究の中核を担っている。令和4年度の新入院患者数は12,175人、新規外来患者数は12,751人、病床稼働率は72.6%、平均在院日数は11.9日、入院診療単価は95,051円、DPC入院期間Ⅱ以内退院率は60.7%、外来診療単価は30,335円であった。令和4年度の附属病院収益（100床あたり）は約3,665百万円と経年的に増加傾向だが、経常利益率は-3.80%、新型コロナウイルス感染症関連補助金を除いた場合の経常利益率は-5.38%と例年と比較して低下した。また医療機器等の老朽化比率は70.94%と高値が持続、建物老朽化比率は53.5%で増加し、有利子負債依存度（土地を除く）は94.8%であった。

今後6年間に於いて、診療報酬の改定、医師の働き方改革や人事院勧告による人件費の増加、先進医療にかかる高額医薬品の使用の増加、光熱水料の更なる増加が見込まれるほか、令和7年度からは病院情報管理システムのリース料の増加が見込まれている。秋田県で進行する高齢化、少子化と人口減少による本院を含めた地域の病院を取り巻く地域医療環境の変化も踏まえながら、本院が大学病院、特定機能病院として秋田県の診療、教育、研究の中核を担い続

けるために、その基盤となる経営状況の維持・改善に向けて、財務データ分析と長期的な視点から、様々な対策を施し、適切な経営判断と運営を行っていく。					
IV-1 収入増に係る取組の推進 IV-1-1 保険診療収入増に係る取組等の更なる推進 保険診療収入の増加のためには、戦略的な施設基準の適用や機能評価係数Ⅱの改善、DPC制度（DPC／PDPS）下における在院日数の適正化、保険診療収入増や診療科別責任病床配分の柔軟な見直しが重要である。経営戦略企画室が中心となり、各診療科がDPCⅡ期以内退院率増加の対策により効率性係数や機能評価係数Ⅱが改善するなど一定の効果が得られているが、病院の病床稼働率は新型コロナウイルス感染症の流行前の水準を取り戻せていないなどの課題も多い。秋田県の人口動態や疾病構造の変化、医療の進歩など様々な要因が考えられ、さらなる保険診療収入の増加や柔軟な診療科別責任病床配分など含め、右記のように保険診療収入増を試みる。	IV-1 収入増に係る取組の推進のための措置 IV-1-1 保険診療収入増に係る取組等の更なる推進のための措置 IV-1-1-1 保険診療収入の増加をリードする効果的な体制の強化 本院に経営戦略会議を令和6年度に設置し財務・経営を統率する。財務・経営の分析を行う経営分析会議における検討も踏まえ、特に保険診療収入の増加について、病院運営委員会、医局長会議、診療報酬委員会、各診療科、事務部、各部門が一丸となって保険診療収入の改善を行う。また、院内外の状態変化への柔軟な対応により、持続可能な財務・経営を実現する。 <table border="1" data-bbox="1151 703 2148 1086"> <tr> <td>評価指標</td><td> 1. 経営戦略会議を設置する。 2. 各診療科、各部門における診療報酬経営担当委員で組織した診療報酬経営委員会を設置する。 3. 経営戦略会議・経営分析会議における重点目標の設定数を評価指標とする。 4. 病院運営委員会、診療報酬経営委員会、医局長会における重点目標の伝達及び議論の回数を評価指標とする。 5. 病院全体及び各部署における重点目標の達成度を評価指標とする。 </td></tr> </table> IV-1-1-2 診療報酬改定に伴う施設基準や各種加算への対応 診療報酬改定による施設基準や各種加算の新設・改定の情報を速やかに収集し、医事課、診療報酬委員会、各診療科、各部門で情報を共有する。経営分析会議のもと、医事課、各診療科、各部門は施設基準や各種加算の新規取得及び上位加算の取得を目指す。 <table border="1" data-bbox="1151 1362 2148 1466"> <tr> <td>評価指標</td><td> 1. 医事課、診療報酬委員会、各診療科、各部門による診療報酬改定による施設基準や各種加算の新設等、改定の情報共有を行う。 </td></tr> </table>	評価指標	1. 経営戦略会議を設置する。 2. 各診療科、各部門における診療報酬経営担当委員で組織した診療報酬経営委員会を設置する。 3. 経営戦略会議・経営分析会議における重点目標の設定数を評価指標とする。 4. 病院運営委員会、診療報酬経営委員会、医局長会における重点目標の伝達及び議論の回数を評価指標とする。 5. 病院全体及び各部署における重点目標の達成度を評価指標とする。	評価指標	1. 医事課、診療報酬委員会、各診療科、各部門による診療報酬改定による施設基準や各種加算の新設等、改定の情報共有を行う。
評価指標	1. 経営戦略会議を設置する。 2. 各診療科、各部門における診療報酬経営担当委員で組織した診療報酬経営委員会を設置する。 3. 経営戦略会議・経営分析会議における重点目標の設定数を評価指標とする。 4. 病院運営委員会、診療報酬経営委員会、医局長会における重点目標の伝達及び議論の回数を評価指標とする。 5. 病院全体及び各部署における重点目標の達成度を評価指標とする。				
評価指標	1. 医事課、診療報酬委員会、各診療科、各部門による診療報酬改定による施設基準や各種加算の新設等、改定の情報共有を行う。				

- | | |
|--|---|
| | 2. 経営分析会議において加算の検討を行う。
3. 各診療科、各部門による施設基準や各種加算の新規取得及び上位加算の取得数を増やす。 |
|--|---|

IV-1-1-3 レセプト査定率の低減に向けた対策

各診療科や各部門で適切な病名の登録や医療行為の実施を徹底する。レセプトチェックシステム・チェックアイを活用するほか、AI技術を活用したAIレセチェッカーの導入を検討する。レセプトの点検強化をはじめ、各部署横断的な情報共有によりレセプトの精度向上を図り、請求漏れの防止や返戻・査定の低減に努める。病名漏れなどの査定件数をモニターすることにより、導入による費用対効果を継続的に検証する。

- | | |
|------|--|
| 評価指標 | 1. 診療報酬経営委員会における査定・返戻内容の確認や適切なDPCコーディングを年4回以上討議する。
2. 返戻や査定の件数と額（査定率目標0.35%未満）を減らす。
3. 請求漏れや病名漏れの件数と額を減らす。 |
|------|--|

IV-1-1-4 病床稼働率の改善と在院日数（DPC入院期間Ⅱ以内退院率）の適正化

病床稼働率やDPC入院期間Ⅱ以内退院率、病床の回転数はリアルタイムに各診療科や各病棟にフィードバックし、病床稼働率の改善と在院日数の適正化を目指す。国立大学病院管理会計システム（HOMAS 2）やDPCデータ分析システム（ヒラソル）を活用し、ベンチマーク分析などの経営分析を行い、入院期間Ⅱ退院率が全国平均と比較し特に低いDPC病名等の情報等を、各診療科や各病棟にフィードバックするほか、DPC／PDPSの向上を目指した適切なコーディングについて診療報酬委員会等の会議で検討する。クリニカルパス委員会においては、各診療科や各部門と連携して、DPC入院期間Ⅱ以内退院率の向上に寄与すると考えられるクリニカルパスの積極的な導入を行う。

- | | |
|------|---|
| 評価指標 | 1. 病床稼働率の目標を84%以上とする。
2. DPC入院期間Ⅱ以内退院率を本プランの開始前より改善する。 |
|------|---|

- | |
|---|
| 3. DPC/PDPSの適切なコーディングについて各診療科や各部門との情報共有回数を年4回以上とする。 |
| 4. 国立大学病院管理会計システム（HOMAS 2）やDPCデータ分析システム（ヒラソル）を活用する。 |
| 5. 10例以上適用したクリニカルパス（クリティカルパス）数を本プランの開始前より増やす。 |

IV-1-1-5 診療科別責任病床配分の柔軟な運用

診療科別責任病床の配分については、病院全体の稼働率や在院日数の適正化のために、現状の各診療科、各病棟の病床稼働率などに応じて、病床適正配置検討委員会や病院長ヒアリングなどで再検討し、柔軟性を持たせた運用を行う。現在の各診療科の定床は平成21年の新病棟建築と稼働開始に伴う病床再編で定められた定床数が基礎となっているため、超高齢化と少子化の進んだ秋田の現状に合わせて柔軟に運用を行う。

- | | |
|------|---|
| 評価指標 | 1. 病床適正配置検討委員会や病院長ヒアリングなどによる診療科別責任病床の配分に関する分析を実施する。
2. 診療科別責任病床の配分の見直しを実施し、当該病棟や病院全体の病床稼働率を改善する。 |
|------|---|

IV-1-1-6 地域のかかりつけ医や病院との連携

本院の逆紹介率（医科）は令和4年度で81.27%と全国の国立大学病院として平均的だが、紹介率（医科）は86.27%と低目である。地域のかかりつけ医や病院との連携の拡充と強化を行い、紹介・逆紹介患者の増加を図る。

- | | |
|------|--------------|
| 評価指標 | 「Ⅲ．診療改革」を参照。 |
|------|--------------|

IV-1-1-7 臨床検査技師の待遇改善・人員強化と超音波検査の強化

本院の臨床検査技師数は常勤数＋常勤換算数（令和4年度）で43.9人、令和4年度の臨床検査技師による超音波検査の実施数は2,621件であり、全国の大学病院と比較して少ない。臨床検査技師の正職員化により待遇を改善、人員を強化し、心エコーに加えて、特に需要が高い腹部超音波検査、血管超音波検査、乳腺・内分泌超音波検査等、各診療科からの直接依頼を可能にすることで依頼件数を増やし、増収を図る。

評価指標	1. 臨床検査技師が行う超音波検査の算定回数を2,800件以上に増加させる。
------	--

IV-1-1-8 医師事務作業補助体制の強化

令和6年の診療報酬改定では、医師の業務への適切な支援を推進する観点から、医師事務作業補助体制加算の引き上げとともに、医師事務作業補助体制加算1の要件に、医師事務作業補助者の勤務状況及び補助が可能な業務内容を定期的な評価が推奨されている。全国の大学病院では医師事務作業補助者の内製化を行う施設も多く、本院における医師事務作業補助体制収入と人件費を試算し、医師事務作業補助者の内製化も検討する。

評価指標	1. 医師事務作業補助体制加算体制の強化を検討する。 2. 医師事務作業補助者の勤務状況及び補助が可能な業務内容について定期的な評価を実施する。 3. 医師事務作業補助体制加算体制の強化を実施する。
------	---

IV-1-1-9 診療録管理体制加算の強化

現在、本院ではDPC/PDPSの機能評価係数Iの診療録管理体制2を取得しているが、DPC対象となる大学病院として望ましい診療録体制加算1の取得を目指す。

評価指標	1. 診療録管理体制強化の対策を検討する。 2. 診療録管理体制の強化を実施する。
------	--

IV-1-1-10 薬剤師による薬剤管理指導体制の強化

秋田県内に薬剤師を養成する薬学部がないなど困難な背景があるが、DPC/PDPSの機能評価係数Iの病棟薬剤業務実施加算の取得のため薬剤師の増員を図り体制を強化する。

評価指標	1. 薬剤師増員のリクルート強化策を検討し実施する。 2. 実習生の受け入れを強化する。 3. 薬剤師数（常勤数＋常勤換算数）を評価指標とする。 4. 病棟薬剤業務実施加算を取得する。 5. 薬剤管理指導料の算定件数を増やす。
------	---

IV-1-2 保険診療外収入の獲得

IV-1-1-1 救急受け入れ体制の強化

本院の救急医療は広大な面積の秋田県全域をカバーしており、令和4年度の救急実患者数は6,821人、うち救急車の患者数は2,484人と全国の大学病院の中でも多く、地域への貢献度が高い。高度救命救急センター経由の入院は、病院の入院病床の稼働における重要な要素でもある。救急科から各診療科へのスムーズな転科など、適切な救急患者を随時受け入れられる体制を整える。

評価指標	1. 救急搬送患者数を年間2,000件以上に増加させる。 2. 救急科・ICUから担当診療科への転科体制の構築と運用を実施する。 3. 救急科から各診療科への転科患者数を増やす。 4. 救急科の病床回転数を上げる。
------	--

IV-1-1-2 手術機能の強化

本院は難易度の高く手術時間が長い症例が多い中、本プラン開始前の5年間、手術件数と手術室稼働率が増加している。手術室稼働率の増加と維持に努めつつ、時間外勤務状況の分析とタスク・シフトを進め、手術件数の増加に対応できる体制を整える。

評価指標	1. 手術室稼働率の目標を60%以上とする。 2. 時間外勤務状況の分析とタスク・シフトを進める。
------	--

IV-1-2 保険診療外収入の獲得のための措置

IV-1-2-1 特別療養環境室料の改善

特別療養環境室の需要についてモニターを行い、患者のニーズに応じた適切な対応を行う。入院中の患者から要望の多いW i - F i の整備を、特に特別療養環境室を優先して設置するなど、入院療養環境のさらなる改善を行う。

評価指標	1. 特別療養環境室の病床数の適切な設定を行う。 2. 特別療養環境室の入院療養環境を改善する。 3. 特別療養環境室の稼働率と稼働額を向上させる。
------	--

IV-1-3 寄附金収入の拡充

IV-1-2-2 臨床研究支援センターの体制の強化

本院の附属施設である臨床研究支援センターを全学組織として強化することにより、治験などの受入を促進する。具体的には、専従教員及びCRCの増員、事務系スタッフの増員、外部CRCの導入、研究科長による先端研究助成、病院長による臨床研究助成、研究プロモートセミナーの開催などにより企業主導治験、医師主導治験、特定臨床研究、多施設共同研究を推進する。

評価指標	「Ⅲ．診療改革」を参照。
------	--------------

IV-1-2-3 施設貸付料等収入の確保

本院では、現在、駐車場料収入、床頭台収入、テレビカード手数料収入、入院セット提供業務収入、レストラン等貸付料収入を獲得している。これらは、病院運営において不可欠な要素であり、事業を継続して展開していくことで、患者への適切な医療提供の維持にも繋がることから、引き続きこれらの収入の獲得を推進していく。

また、40周年記念講堂の貸付対象を他企業にも拡げて、収入の獲得につなげていく。

評価指標	1. 施設貸付料等の収入額 2. 40周年記念講堂の貸付対象を他企業にも拡げる。
------	---

IV-1-3 寄附金収入の拡充のための措置

秋田大学みらい創造基金には、大学全体の活動を広く支援する一般基金のほか、寄附者が使途を特定する特定基金があり、病院寄附金（特定基金）の使途は以下のとおりとなっている。

- （１）病院内外の施設及び環境整備
- （２）地域連携支援，社会貢献，医療技術の向上
- （３）医療従事者の育成
- （４）医学研究教育の充実
- （５）病院備品の充実

クレジット決済による継続寄附システムの導入，医学科同窓会を通じたPR，DMの送付による寄附のお願い，役員・部局長等による企業訪問等を行ってきた。令

	和4年度の受入金額は11,354千円を受け入れている。今後も、病院寄附金収入の拡充のための活動に力を入れる。 <table> <tr> <td>評価指標</td><td>1. 病院寄附金の受入件数及び受入額を評価指標とする。</td></tr> </table>	評価指標	1. 病院寄附金の受入件数及び受入額を評価指標とする。		
評価指標	1. 病院寄附金の受入件数及び受入額を評価指標とする。				
IV-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 IV-2-1 施設・設備・機器等の整備計画の適正化 IV-2-2 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 IV-2-3 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	IV-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のための措置 IV-2-1 施設・設備・機器等の整備計画の適正化のための措置 本院の医療機器等の老朽化比率は70.94%と高値が持続し、建物老朽化比率は53.5%で例年増加している。自院の担うべき役割・機能を踏まえて、将来的な外部環境の変化にも十分配慮し、長期的な視点をもって戦略的に適正な整備計画を策定する。設備整備にあたっては、医療機器等の計画的かつ効率的・効果的な整備を行うため、医療機器等整備計画検討WGを設置し、100万円以上の医療機器について、老朽度や共同利用の状況、医療安全など様々な観点から優先順位をつけ、導入等を検討する。 <table> <tr> <td>評価指標</td><td> 1. 医療機器の価値残存率のモニタリングを行う。 2. 医療機器の更新を行い、購入必要度の調査を行う。 3. 医療機器等整備計画検討WG、経営戦略会議において病院の整備計画を決定する。 </td></tr> </table> IV-2-2 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のための措置 医療機器等整備計画検討WGにおいて、診療科等から申請された「医療機器等要望書」に基づき導入の検討を行う。検討にあたっては、本要望書において、他メーカーの同等品の有無や導入による増収見込み・医療材料等のコスト増の見込み等の経営効果、省エネ効果の状況に関して確認し行う。 <table> <tr> <td>評価指標</td><td>1. 医療機器等整備計画検討WGにおいて、経営効果・省エネ効果の検討を行う。</td></tr> </table> IV-2-3 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のための措置	評価指標	1. 医療機器の価値残存率のモニタリングを行う。 2. 医療機器の更新を行い、購入必要度の調査を行う。 3. 医療機器等整備計画検討WG、経営戦略会議において病院の整備計画を決定する。	評価指標	1. 医療機器等整備計画検討WGにおいて、経営効果・省エネ効果の検討を行う。
評価指標	1. 医療機器の価値残存率のモニタリングを行う。 2. 医療機器の更新を行い、購入必要度の調査を行う。 3. 医療機器等整備計画検討WG、経営戦略会議において病院の整備計画を決定する。				
評価指標	1. 医療機器等整備計画検討WGにおいて、経営効果・省エネ効果の検討を行う。				

	医療機器等について，医療機器等整備計画検討WGにおいて，診療科等から申請された「医療機器等要望書」に基づき導入の検討を行う。検討にあたっては，本要望書において，消耗品費や保守費等のランニングコスト，付随する工事や改修費用の見込みに関して確認し行う。 <table border="1" data-bbox="1151 323 2157 419"> <tr> <td data-bbox="1151 323 1415 419">評価指標</td><td data-bbox="1415 323 2157 419">1. 医療機器等整備計画検討WGにおいて，消耗品費や保守費等のランニングコスト，改修費用の検討を行う。</td></tr> </table>	評価指標	1. 医療機器等整備計画検討WGにおいて，消耗品費や保守費等のランニングコスト，改修費用の検討を行う。
評価指標	1. 医療機器等整備計画検討WGにおいて，消耗品費や保守費等のランニングコスト，改修費用の検討を行う。		
IV-3 医薬品費，診療材料費等に係る支出の削減 本院の医薬品，医療材料，検査試薬を含む令和5年度の医療費率は47%と大きな割合を占めるため，医薬品費，医療材料費等に係る支出の削減は重要である。本院では，全国の国立大学法人を含む多くの医療機関が加盟しているベンチマークシステムを有し，医薬品，医療材料のコスト削減と適切な管理をサポートする外部企業に，平成28年度よりベンチマークシステム，医薬品契約支援業務及び医療材料契約支援業務を契約しており，償還価格改定や経過措置品などの変化，国大共同価格交渉に合わせた価格交渉の実施や，後発医薬品の積極的採用などにより支出の削減に努める。 IV-3-1 医薬品費の削減	IV-3 医薬品費，診療材料費等に係る支出の削減のための措置 IV-3-1 医薬品費の削減のための措置 IV-3-1-1 採用医薬品の厳格な選定 ・HOMAS 2（国立大学附属病院管理会計システム）のデータを活用した医薬品パフォーマンス分析ツールにより，他大学との医薬品の使用実績を比較し，同種同効品の一元化に努める。また，先発医薬品から後発医薬品・バイオ後続品への切替えによる収支改善を事前に試算し，収支を改善させる。 ・臨時購入医薬品申請書が先発医薬品で提出された場合には，医師に後発医薬品・バイオ後続品への切替えを提案する。 ・先発医薬品からバイオ後続品への積極的な切替えにより，バイオ後続品使用体制加算を算定する。 ・一成分一品目（一規格）を原則とし，採用医薬品数は最低限とすることで，不動態在庫を抑制し，名称類似などから発生するインシデントを防止する。 ・名称類似品，外観類似品の採用を回避し，インシデントを防止する。 ・医薬品採用時は小包装品を優先し，充填ミスや不動態在庫を防止する。		

評価指標	1. 医薬品費の推移 2. 採用医薬品数 3. 先発医薬品から後発医薬品へ切替えた品目数，後発医薬品の数量シェア 4. 先発バイオ医薬品からバイオ後続品へ切替えた品目数，バイオ後続品の数量シェア 5. 後発品置き換え率 6. カットオフ値
------	--

IV-3-1-2 医薬品の適正な管理と使用

ア) 医薬品の破損・汚損及び使用期限切れの防止

・医薬品の納品時に，目視できるような汚損や破損がないことを確認し，異常がある場合には返品する。また，薬剤部，病棟，外来において，医薬品の使用期限を確認し，1年未満の注射薬は優先的に使用する。

イ) 温度管理を要する医薬品の払い出し管理

・薬剤部内における医薬品は，薬剤師が毎日温度を確認し，記録する。また，病棟や外来に定数配置されている医薬品は，看護師が同様の手順で管理する。

ウ) 在庫（備蓄）品目及び数量の見直し

・年3回，採用医薬品の購入量と在庫量の見直しを実施する。また，1処方あたり1,000万円を超える返品不可能な高額医薬品は，事前に医師へ許可を得て，使用確定後に発注する。

エ) 過剰使用の抑止

・調剤業務，病棟業務，治療薬物モニタリングを通して，ポリファーマシー対策を実践し，減薬や適切な用法・用量に繋げる。

評価指標	1. 医薬品の破損・汚損件数と損失金額 2. 医薬品の使用期限切れ件数と損失金額 3. 品質管理不足による廃棄件数と損失金額 4. 在庫（備蓄）品目及び数量の見直し実施件数と在庫金額
------	--

IV-3-1-3 効果的かつ継続的な医薬品価格交渉

効果的かつ継続的な医薬品の価格交渉実施のために，下記の項目に重点を置いた

IV-3-2 診療材料費の削減

対応を行う。

評価指標	1. ベンチマークシステムを活用した価格設定による価格交渉を行う。 2. 上期契約期間，下期契約期間での妥結を見据えた価格交渉を実施する。
------	--

IV-3-2 診療材料費の削減のための措置

IV-3-2-1 採用診療材料品目の厳格な選定

医療用材料標準化委員会において，申請材料毎に下記の項目に重点を置いて，採用・保留・不採用の審議を行い，厳正に選定を行うため，下記の項目に重点を置いた対応を行う。

- ・同種同効品の一元化
- ・安価な同種同効品への切り替え
- ・大学病院共同調達品の積極的な採用
- ・品質と安全性の確保から安価な切替品は試用と評価を感染制御部や医療安全管理部とも共有し品質を担保する。
- ・保管及び管理と安全使用上の取り扱い～医療材料はUD I（機器固有識別）管理方式となっており，医療材料のリコール発生時はトレーサビリティにより使用患者を迅速に特定する。

評価指標	1. 同種同効品の一元化の実施数（削除品の数）を評価指標とする。 2. 安価な同種同効品への切替えの実施数を評価指標とする。 3. 大学病院共同調達品の新規採用数を評価指標とする。 4. 品質と安全性の確保のための活動を評価指標とする。 5. 保管及び管理と安全使用上の取り扱いの活動を評価指標とする。
------	---

IV-3-2-2 診療材料の適正な管理と使用

特定機能病院である当院の中で行われる高度医療の安全を守り必要な材料を過不足なく現場に供給するために，下記のような対策を行う。

- ・在庫（備蓄）品目の調査を年2回行う。未確認ラベルについても把握する。
- ・破損，汚損及び使用期限切れの防止のために，検収時・ラベル貼付時・ピッキ

ング時等に材料の破損を確認する。毎月、期限切迫リストを部署に提示する。期限切れ医療材料は今後の需要予測も併せて、定数の調整を行う。

- ・過剰使用の抑止から使用量のモニタリングと教育とトレーニングを行う。

評価指標	1. 期限切れ医療材料数とその金額 2. 在庫医療材料のラベル数と確認できなかったラベル数 3. 医療材料の破損等による返品数
------	---

IV-3-2-3 効果的かつ継続的な医療材料価格交渉

効果的かつ継続的な医療材料価格交渉の実施のために、下記の項目に重点を置いた対策を行う。

評価指標	1. 大学病院ベンチマークシステムを活用した価格交渉を実施する。 2. 大学病院共同交渉に伴う価格交渉の実施と削減額を評価指標とする。
------	--

IV-3-3 その他支出の削減

IV-3-3 その他支出の削減のための措置

病院長直轄のプロジェクトチーム（アドホック）を設置し、下記の項目について重点をおいてその他の支出の削減を行う。

- ・デジタル化推進による業務効率化（コピー等印刷費用の削減など）
- ・カルテの電子化の推進と紙媒体印刷費用の削減
- ・超過勤務手当の削減（定時退庁日の設定など）
- ・空調機器の燃料（重油、ガス）の使い分けによる光熱費の抑制

評価指標	1. 病院長直轄のプロジェクトチームを設置する。 2. 新たにデジタル化した通知文書等の数を増やし、コピー用紙枚数を削減する。 3. 印刷費用の削減額を増やす。 4. 事務職員の定時退庁日を設定する。 5. 超過勤務手当の削減額を増やす。 6. 光熱費を減らす。
------	--

IV-4 その他財務・経営改革に資する取組等

IV-4 その他財務・経営改革に資する取組等

病院経営改善のため、毎月院内会議において経営状況報告を行い、大学本部と経営状況の検討を行う協働体制をとる。監査法人から監査・指導を受けるほか、病院経営学の教員や大学病院経営のアドバイザーから経営分析や経営方針、経営戦略に係る助言を受けるなどの財務・経営改革に資する取組を行う。

評価指標	1. 監査法人の監査・指導を実施する。 2. 院内会議（病院執行部会議、病院運営委員会のほか、医局長会等）における経営状況報告を実施する。 3. 大学本部との経営状況についての協働体制を構築する。 4. 病院経営学の教員を採用する。 5. 医事業務委託について内製化を検討し実施する。
------	--

IV-5 改革プランの対象期間中の各年度の収支計画

IV-5 改革プランの対象期間中の各年度の収支計画

以上IV-1～4の保険診療収入増に係る取り組み、保険診療外収入や寄附金収入の拡充の取り組み、財政投融资や施設・設備・機器等の老朽化の見通しと自院の役割・機能等に応じた整備計画、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、医薬品費、診療材料費等に係る支出の削減の取り組み等に基づいて、大学病院改革ガイドライン計画の期間中の各年度の収支計画を（別紙）のように計画する。大学病院改革ガイドライン計画の策定後も、さまざまな状況変化に応じて必要な見直しを行っていく。

評価指標	1. 各年度の収支計画を策定する。 2. 収支計画の見直しを実施する 3. 大学本部との経営状況についての協働体制を構築する。
------	---

令和6年度～令和11年度 収支計画

(単位：百万円)

区分	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	期間合計
費用の部							
経常費用	26,509	26,592	26,514	26,571	26,689	26,674	159,549
業務費	23,988	23,269	23,239	23,319	23,481	23,548	140,844
教育研究経費	160	162	164	165	167	168	986
診療経費	15,940	15,112	15,008	15,058	15,159	15,200	91,477
受託研究費等	156	156	156	156	156	156	936
教員人件費	1,919	1,934	1,945	1,949	1,957	1,961	11,665
職員人件費	5,813	5,905	5,966	5,991	6,042	6,063	35,780
一般管理費	135	134	132	130	129	127	787
財務費用	37	48	48	52	54	55	294
雑損	0	0	0	0	0	0	0
減価償却費	2,349	3,141	3,095	3,070	3,025	2,944	17,624
臨時損失	0	0	0	0	0	0	0
収入の部							
経常収益	26,549	26,541	26,762	26,835	27,021	27,080	160,788
運営費交付金収益	1,041	1,041	1,041	1,041	1,041	1,041	6,246
附属病院収益	24,861	24,832	25,093	25,201	25,417	25,505	150,909
受託研究等収益	185	185	185	185	185	185	1,110
補助金等収益	360	381	341	306	276	247	1,911
寄附金収益	31	31	31	31	31	31	186
財務収益	0	0	0	0	0	0	0
雑益	71	71	71	71	71	71	426
臨時利益	0	0	0	0	0	0	0
純利益	40	▲51	248	264	332	406	1,239
総利益	40	▲51	248	264	332	406	1,239

注) 受託研究費等は、受託事業費、共同研究費及び共同事業費を含む。

注) 受託研究等収益は、受託事業収益、共同研究収益及び共同事業収益を含む。

注) 純利益及び総利益には、附属病院における借入金返済額（建物、診療機器等の整備のための借入金）が、対応する固定資産の減価償却費よりも大きいため発生する会計上の観念的な利益を含む。

施設・設備等の整備計画

各年度における整備予定金額

(単位：百万円)

事項	整備予定年度						期間合計
	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	
整備予定金額	1,615	1,011	1,432	1,615	1,828	2,505	10,006
施設	0	175	80	447	784	457	1,943
うち、借入金	0	157	72	402	706	411	1,748
設備	1,615	836	1,352	1,168	1,044	2,048	8,063
うち、借入金	1,008	129	0	0	0	1,000	2,137

取得金額が10百万円以上の導入検討対象機器

(単位：百万円)

年度	財源	整備予定機器等名称	備考
令和6年度 導入検討対象機器	借入金	多目的血管撮影装置システム	高度医療人材養成事業
		全身用X線CT装置システム	
	補助金	デジタルマンモグラフィシステム	
		ERモニタリングシステム	
		手術室用Cアームイメージングシステム	
		超音波診断装置	
		手術に代わる低侵襲性肺疾患診断治療システム	
	自己財源等	生体情報モニタリングシステム	
		診療材料カート	
令和7年度 導入検討対象機器	借入金	高線量率放射線内照射治療システム	高度医療人材養成事業
		頭頸部X線撮影システム	
	補助金	AIを活用した読影補助・X線撮影システム	
		TRUS/MR融合前立腺生検システム	
		AI心電計PFAシステム	
		EUS内視鏡用超音波観測装置	
		全内視鏡下脊椎手術システム	
		前立腺がん密封小線源治療計画装置	
	自己財源等	全自動注射薬払出システム	
		遠心型血漿成分分離装置	
令和8年度 導入検討対象機器	補助金	Wi-Fiシステム	大学病院機能強化推進事業
		脳神経システム	
		Afferaシステム	

		遠心ポンプ装置	
		手術用顕微鏡システム	
		心臓リハビリテーション評価システム	
	自己財源等	透析システム	令和8～9年度
		新生児用人工呼吸器	
	令和9年度 導入検討対象機器	自己財源等	透析システム
生体情報モニタリングシステム			
令和10年度 導入検討対象機器	自己財源等	タイムラプスシステム	
		3D対応4K内視鏡装置	
令和11年度 導入検討対象機器	自己財源等	高速液体クロマトグラフ質量分析計	
		密封小線源位置決め透視装置	

注）導入検討対象機器，金額については見込みであり，教育研究診療上，必要な業務の実施状況等や緊急性等を勘案した整備の見直しをすることもある。