

県立中央病院の運営とあり方についての検討会

経過報告書

平成19年6月

県立中央病院の運営とあり方についての検討会

はじめに

バブル経済崩壊後の景気低迷による県税収入の落込みや、今日の地方自治体の構造改革の流れの中で、三位一体の改革による地方交付税の大幅な削減により歳入が減る一方で、公債費、医療・福祉関係経費、退職金を含めた職員人件費などの義務的支出は増えこそしても減らすことは難しく、茨城県の財政はこれまで経験したことがない財源不足に追い込まれております。そのような県財政が厳しい状況におかれている中で、中央病院は、県から20億円近くの繰入金を毎年受けながら近年大幅な赤字を出し続けてきました。そして今後繰入金がさらに減少することが予測される中であって、このままの経営を続けるならば財政的に立ち行かない状況に追い込まれてきています。

このため、平成17年1月に「県立病院の経営形態に関する検討委員会」を設置し、新たな経営形態について検討を行い、同年9月「早急に『地方公営企業法の全部適用』を導入した上で、新たに設置される病院事業管理者のもと徹底した経営改善に努めていくべき」との報告がなされました。平成18年4月から県立病院事業に地方公営企業法が全部適用され、病院事業管理者のもと、抜本的な経営改善に取り組むとともに、より質の高い医療を目指し、県民から信頼される存続可能な県立病院とすることを喫緊の課題として病院改革が開始されることとなりました。

このような状況の中で50年の歴史を有する中央病院の診療のあり方と健全経営についての改革を進めることとし、4年間という限られた期間にその存続の是非が問われることになりました。

昨年8月より病院事業管理者の下に茨城県医師会長をはじめとする有識者からなる「県立中央病院の運営とあり方についての検討会」が設置されました。この検討会は県民の求める質の高い安全・安心な医療を如何にして提供すべきかなど、公的病院としての中央病院のあり方と妥当な存続経営形態について、病院事業管理者に対し具体的な提言を行なうことにより改革推進を支援しつつその成果を見守ることを使命と考えております。この1年間、数回にわたり現状分析とそれに立ち至った種々の要因について様々な角度から検討を行ってきました。

この検討会としてはこれまでの検討内容を取りまとめ、経過報告書としてここに提出する次第です。なお、本検討会としては19年度にさらに数回開催し、最終報告書を作成し提出する予定であります。

平成19年6月8日

県立中央病院の運営とあり方についての検討会
議長 山口 巖（前筑波大学医学部附属病院長）

目次

1．中央病院の沿革と現状	2
2．中央病院を取り巻く環境	4
3．検討内容	5
(1) 中心となる診療機能	5
(2) 県立病院として担うべきその他の役割	7
4．中央病院の健全財政のあり方	9
5．まとめ	10
県立中央病院の運営とあり方についての検討会 検討経過	11
県立中央病院の運営とあり方についての検討会 メンバー名簿	11
(参考資料) 沿革, 施設概要, 患者数, 収支及び経営指標	12

1. 中央病院の沿革と現状

(1) 沿革

- ・ 中央病院は茨城県のほぼ中央に位置し、昭和31年に結核患者を対象とした県立友部療養所を開設して以来、昭和32年に県立中央病院と名称を改め、昭和36年に総合病院として12診療科でスタートしたが、その時点では地域医療に対する診療が中心であった。
- ・ 昭和34年、先進的な治療を行う病院として、大学以外では全国初の脳神経外科が開設された。
- ・ 昭和63年、県民の医療に対する期待に応える総合病院として地域住民に対する一般医療を提供するとともに、地域医療に欠ける機能を補完し、あわせて教育・研修及び公衆衛生に協力する機能を備えるため、病院の全面改築が行われた。
- ・ 平成2年、「へき地中核病院」に指定された。
- ・ 同年、「茨城県総合がん対策推進計画」が策定された。これに基づき「がん専門医療施設設備方針」により、広い可住地面積をもつ茨城県の特徴に合わせ全国で初めての分散型がんセンター方式が採用され、県内に4ヶ所の病院（茨城県立中央病院、土浦協同病院、筑波メディカルセンター病院、日立総合病院）が地域がんセンターの指定を受けた。
- ・ 平成5年、「臨床研修病院」に指定され、筑波大学との診療連携を強化し、教育総合診療体制の充実を図ってきている。
- ・ 平成7年、茨城県ではじめて、難治性がんに対し高度専門的な治療を行う100床の地域がんセンター病棟が併設された。
- ・ 平成9年、「地域災害拠点病院」に指定された。阪神大震災や新潟中越地震にも診療協力のための医療スタッフの派遣を行った。
- ・ 平成10年、24時間365日体制の救急医療を開始し、現在まで二次救急を中心に地域の救急医療体制を支えてきている。
- ・ 平成11年、本県東海村でJCO臨界事故が発生し、診療協力のための医療スタッフの派遣を行い、事故後の住民の健康診断にも協力している。
- ・ 平成14年 医療における情報提供とインフォームド・コンセントの普及による専門医の意見(セカンド・オピニオン)を求める機会に対応するため、がん専門医療相談としてのセカンドオピニオン外来を開設し、県民のニーズに応えてきている。
- ・ 平成15年、へき地医療支援機構が設置され、同機構を中心にへき地保健医療体制を支えてきている。
- ・ 同年、「茨城県総合がん対策推進第二次計画」に基づき、「地域がん診療拠点病院」の指定を受け、がん予防やがん相談、放射線治療や緩和ケアの充実に努めてきている。
- ・ 平成16年、新臨床研修制度が実施され、独自の研修プログラムを提供すると共に、東京大学、筑波大学、自治医科大学、東京医科大学等と連携して研修体制を強化し、研修医を教育し養成している。
- ・ 平成18年4月に茨城県病院事業に地方公営企業法が全部適用され、病院事業管理者のもとで、病院の経営改善に着手した。

(2) 診療体制における現状

- ・ 中央病院は、全県を対象とした診療体制を構築する上で、担うべき医療や診療体制等に課題を抱え、今後検討していく必要がある。
- ・ 平成7年に地域がんセンターを併設し、がんの高度専門医療を提供し、平成18年度には年間1,250件のがん登録を行うなど、県のがん医療を牽引するため努力をしてきている。中央病院は、今までは地域医療との連携体制及び全県を対象とした質の高い種々の医療サービスが十分ではない、との指摘がたびたびなされてきた。今後は、県財政の再建が議論される中で、全県民を対象とした高度総合診療の充実と共に、県の中心的ながんセンターとしての役割を果たしつつ、さらなる専門性の高い医療を担っていく必要がある。
- ・ 救急医療については、夜間休日において内科系1名外科系1名の計2名の当直日直体制をとり、24時間365日救急患者受け入れており、救急患者数は年々増加してきている。しかしながら、県民のニーズが増加しつつある現状においては、中央病院の救急施設が不十分であり、診療各科間における診療連携が十分ではない等の課題もある。平成19年4月より救急専門医を迎え、救急医療体制の充実に取り組み始めたところであるが、緊急処置が必要な重症の患者の受け入れ体制の強化などを含め、質・量共にその充実がさらに強く求められている。
- ・ 全国的な医師・看護師不足の中で、常勤医不在等の理由で、平成17年4月より産科の入院外来診療、平成18年6月より小児科の入院診療が休止の状態にある。また、平成18年9月より腎臓内科についても、非常勤医により血液透析治療を行っている状況にあるなど、必要な専門医師確保が急務となっている。
さらに安全・安心な医療が提供できる診療体制を整え、将来を担う医療スタッフの人材育成などについても、県民からの信頼と期待に十分にこたえていかなければならない。

(3) 経営実体からみた現状 (14ページ, 表3, 4参照)

500床規模の急性期総合病院として、他の自治体病院と比べて医業収支比率や入院診療単価(患者一人一日あたりの入院収入)などが明らかに低い現状にある。経営改善を目指すための前提条件となる財務内容を示す具体的な数字を整理・明確化することにより、健全財政を目指していくことが求められる。

- ・ 平成17年度において、総収入104.7億円、総支出113.4億円で純損益8.7億円となっている。

- ・ 医業収益83.2億円，医業費用104.0億円で，医業収支比率は80.0%となり，500床以上の黒字自治体病院（*）（以下黒字病院）の97.7%と比べて低い。医業収益に占める給与費の割合は70.0%で，黒字病院の50.0%と比べて高い。
- ・ 入院診療単価は39,822円で，黒字病院の43,686円と比べて低い。一方，外来診療単価（患者一人一日あたりの外来収入）は10,317円で，黒字病院の10,833円とほぼ同額である。

*黒字自治体病院：総収入が総支出を上回る自治体病院のことをいう。

2. 中央病院を取り巻く環境

（1）国の医療制度改革

昭和36年に始まった国民皆保険制度のもと，日本人の平均寿命の長さや乳幼児死亡率の低さは世界のトップレベルになったが，それとともに医療費は増加の一途をたどり，平成16年度には32兆円を超えた。厚生労働省は，平成14年度に診療報酬のマイナス2.7%改定に続き，平成18年度にはマイナス3.16%の大幅な改定を行うなど，医療費抑制の方向が打ちだされている。医療財源が枯渇化する中で急性期入院での包括払いとしてDPC（*）や，7：1看護体制の導入など，病院の新たな機能分化を図ろうとしている。

一方，平成11年4月，厚生労働省は診療録の電子媒体による保存を解禁して以来，電子カルテシステムに補助金を出したりするなどIT化の推進に取り組んできている。

*DPC：Diagnosis Procedure Combinationの略。入院1日当りの定額払い方式をいう。DPCは傷病名を基本として，次に手術・処置の選択，最後に重症度や合併症の有無によって分類するため，臨床現場における診療の思考過程により近い分類であるとされている。

（2）茨城県の財政状況

最近の景気の回復の中で税収は伸びているが，三位一体改革による地方交付税の大幅な削減などにより，平成20年度と平成21年度併せて約1,000億円もの財源不足が見込まれている。一方で，一般財源基金も枯渇寸前であり，茨城県の財政は未曾有の危機に瀕している。

このような状況の中で，平成18年4月より茨城県病院事業は地方公営企業法の全部が適用され，経済性を踏まえつつ採算性を前提とした病院経営が求められている。

3. 検討内容

今後、中央病院としてはすべての県民が求める良質で安全・安心な医療を積極的に提供できる適切な診療体制の基盤構築を行っていく必要がある。そのために本検討会としては、県における医療政策における重要な課題についていくつかを取り上げ、それらに関する診療機能の充実・改善への取り組みが不可欠であるとの判断の下に以下の検討を行ってきた。

(1) 中心となる診療機能

専門医の連携による高度総合診療の充実

県立で唯一の総合病院として、全県の県民が求めているニーズに応えていくためには、必要な診療科を揃え、各科が調和の取れた診療を実施できる高度総合診療機能を備えることが求められている。その体制を充実していくためには筑波大学との連携強化を図り、県において中央病院と筑波大学は、いわば車の両輪となる体制を整えていかなばならない。

一方、高齢化時代を迎え、心疾患、脳血管疾患、糖尿病など、複数の合併症を持った症例（例えば、多くの合併症を抱える透析患者さんなど）が増加しており、各専門医が連携して、より高いレベルの治療に当たれるような体制の充実が求められている。そのためにも、平成18年9月より不在となっている常勤腎臓内科医を早急に確保・育成していく必要がある。

また、精神的疾患を有する患者に対しても、友部病院と連携して治療に当たることができる体制の強化が求められている。

がん診療連携拠点病院としての機能

茨城県には、その広域性により、4つの地域がんセンターが開設されているが、中央病院は、そのトップバッターとして平成7年に地域がんセンターを併設し、「全国がん（成人病）センター協議会」のメンバーとして、がんの高度専門医療を提供し、県のがん医療を牽引してきた。

がんの手術症例数では、平成18年には、難治性がんである肝臓・胆道・膵臓がん95例や肺癌124例を始め、胃がん123例、大腸がん134例など、県内屈指の症例数を有している。

引き続きがん診療における最新の診断・治療を県民に提供していくため、筑波大学や国立がんセンター中央病院・東病院等との連携協力体制のさらなる強化が求められる。

今後増加する外来化学療法に対する看護師・薬剤師等のスタッフの確保や、リニアックによる放射線治療は年間延べ11,000件を超え、その許可線量が上限に達しつつあることなど、解決しなければならない課題も多い。

近年重要性が叫ばれている緩和ケアについては、各がん専門医が治療から緩和医療まで担当しており、今後緩和ケア専門医を確保し、専門チームを整備して緩和医療を充実させていくことが強く求められる。

さらに、がん専門医、がん関連認定看護師やがん専門薬剤師等の確保・育成・研修に力を注ぎ、さらなるがん予防、診断及び治療等の向上に資することに努め、都道府県がん診療連携拠点病院を視野に入れた体制を整えていく必要がある。

救急医療の充実

夜間休日において内科系1名外科系1名の計2名の当直日直体制をとり、24時間365日救急患者を受け入れている。救急患者数は年々増加してきており、救急車による搬送件数は平成13年度約1,300件に対し、平成18年度約2,500件と倍増している。また、救急患者総数に占める二次・三次救急患者数の割合も平成13年度18.4%に対し、平成18年度23.0%と4.2ポイント増加している。このような状況から、救急室の拡充や集中治療室の整備等が必要となってきている。

県立病院として、地域医療機関と連携し、救急専門医を中心とした重症救急患者にも対応できる体制強化が必要である。そのためには、救急専門医をさらに確保し、将来はドクターヘリの活用なども視野に入れた救急医療体制の整備が望まれる。あわせて、血管系疾患の治療・緊急手術に対応するため、血管外科専門医の確保も検討していかなばならない。

一般救急と精神科救急の連携体制についても、友部病院と力を合わせて治療に当たる体制も強化していくべきである。

循環器・脳血管疾患の診療機能

循環器・脳血管疾患分野において生命をおびやかす疾患としては、心疾患では心筋梗塞、脳血管疾患では脳梗塞などがあげられる。茨城県においては、平成17年末現在、心筋梗塞による年齢調整死亡率(*)が全国で高い方から数えて男性は2番目、女性は1番目である。また、脳梗塞による年齢調整死亡率は、男性が7番目、女性が1番目となっている。これらの疾患に対する死亡率低下のための医療体制の抜本的な対策・整備は急務である。

今後中央病院が担う機能として、循環器・脳血管疾患についての総合的な診療体制の必要性について十分に検討するべきである。

*年齢調整死亡率：人口規模や年齢構成が異なる地域の死亡数を基準人口で補正し、それぞれの集団の死亡率がどのような特徴を持つかを指標として、比較分析する際に使用する。

産科、小児科の診療機能

産科は平成17年4月より入院外来とも診療を休止し、小児科は平成18年6月より入院診療を休止した。全国的に産科医・小児科医が不足している中で、本県としてもその例外ではなくそれぞれの専門医確保は困難な状況におかれている。しかし、県立で唯一の総合病院として、バランスの取れた総合診療体制の整備を目指すことは県民にとって言うまでもなく重要であり、教育研修施設としての観点からも総合病院にふさわしい規模での産科・小児科の診療体制を構築することはきわめて重要な課題であり、時間をかけつつ出来るだけ早期にその実現を目指す必要がある。

充実した卒後臨床研修受け入れ体制

平成16年4月より、新臨床研修制度が実施され、独自の研修プログラムを提供すると共に、東京大学、筑波大学、自治医科大学、東京医科大学等と連携して研修体制を強化し、現在、後期研修プログラムと併せて、多くの研修医を教育し養成してきている。

平成19年4月現在、初期臨床研修医12名、後期臨床研修医・がんレジデント等17名、計29名に対し、教育・研修を行っている。県立病院は、県民の要望に出来るだけ応えられる診療体制を築くと共に、一方では、将来県内の医療機関に定着し、医療水準の向上に貢献するための優れた医療人材の育成にも協力することが求められている。臨床研修医やがんレジデントの確保・研修体制の強化において、筑波大学、国立がんセンターや他の医療機関と連携した研修プログラムをさらに一層整備していく必要がある。

(2) 県立病院として担うべきその他の役割

地域における医療連携

県民にとって県立病院の機能が活かされるためには、中央病院は、全県を視野にいたした医療連携を確立するとともに、地域医療機関と相互補完的な連携を図ることが不可欠である。

少子高齢化社会とともに増加する時間外診療に対応する診療体制については、地域医療機関との協力体制を整え、今ある地域医療連携室の機能強化を図ることにより紹介・逆紹介患者の対応システムを確立していくなど、具体的な方策を検討する必要がある。

積極的に地域医療機関の医師とのコミュニケーションを図り、中央病院の医師と地域医療機関の医師とのいわば「顔が見える」関係を構築し、医療連携を推進していくことが求められている。

診療情報の発信基地としての機能

県全体の効率的な診療ネットワークというものを作っていく上で、専門的医学の知識や実績を有する中央病院はその専門性を生かし、総合的な診療情報の発信基地としての機能を担う必要がある。例えば、茨城県の循環器疾患予防月間において、積極的に専門性を活かして、県民に対して循環器病に関する啓発を行い、地域と連携し、予防医学・予防医療に貢献することなどが求められる。また、高齢者医療やリハビリ等についての情報提供もあわせて検討していく必要がある。

がん等の分野でも同様に、ホームページなどを通じた情報発信を充実していく必要がある。平成19年1月には患者・家族などからの相談体制の整備のため、「相談支援センター」を開設し、看護師2名、医療ソーシャルワーカー3名、事務職1名を配置し、患者・家族の不安や悩み等に対応しており、セカンドオピニオン外来と合わせ、今後それらの機能の一層の充実を図る必要がある。

感染症対策

近年の感染症を取り巻く問題としては、国際化の進展に伴う海外からの感染症（重症急性呼吸器症候群（SARS）やウエストナイル熱等）の進入，生物テロ（天然痘等）発生への危惧，高病原性鳥インフルエンザや新型インフルエンザ発生のおそれ，結核の再燃，麻疹の集団感染の発生，エイズ感染者の拡大，院内感染（セラチア，結核等）の発生，肝炎ウイルスの持続感染者（いわゆるキャリア）への対応などがあげられる。

中央病院は，肝炎治療等はいままでもなく結核やエイズなどの治療にも貢献してきているが，今後新興感染症であるSARSや鳥インフルエンザ等への対応も含め，様々な感染症への対策が求められているため，担うべき機能についての具体的な体制づくりを検討する必要がある。

へき地保健医療への対応

県北の山村や過疎地域には，地理的な条件等に恵まれず，保健医療サービスの利用が困難な地域が存在する。今日，へき地保健医療のあり方については現実を踏まえ，その合理性や効率性について再検討することも必要と思われる。従って，「へき地医療拠点病院」に指定されている中央病院としては，今後これらの地域に対する保健医療の確保のための対策や各種事業の実施についてもより効率的なあり方を検討していく必要がある。

災害に対する医療

大地震や風水害等の広域的な大規模災害時には，負傷者が同時に多数発生し，医療機関の通常の診療能力をはるかに超えた負傷者が集中することが予想される。平成7年の阪神・淡路大震災には医療救護班を派遣し，その後の平成9年1月災害拠点病院に指定された。平成16年の新潟中越地震などに際しても，医療救護活動を行ってきており，今後DMAT（緊急災害医療派遣チーム）複数班を編成すると共に，消防機関や他の医療機関と連携して，災害時に迅速・適切な医療活動が行えるようにする必要がある。

緊急被ばく医療

平成11年9月30日に東海村で発生したJCO臨界事故を踏まえ，中央病院は二次被ばく医療機関に指定されていることから，原子力事故時における緊急被ばく医療の拠点として機能することが求められている

4．中央病院の健全財政のあり方

病院経営を責任を持って行うためには、病院の財務内容を示す具体的な数字をより明確に整理し、各部門の責任体制を整えるために、管理会計体制を確立しなければならない。その体制のもとで、経営改革期間として与えられた4年間のうちに以下のような収益の向上や費用の削減を実施し、健全財政を目指すべきである。

収益の向上では、医療スタッフを確保し診療体制の充実や診療単価の向上などを図る必要がある。また、レセプトの精度向上やD P Cの導入を見据え、病院経営の基本となる財務指標を的確に把握するためのシステムを整え、専門の事務スタッフを育成・充実させていくことが求められる。

費用の削減では、無駄を排除し非合理的な部分を見直し是正していくことが必要である。その上で固定費用の多くを占める給与費などの削減に努めていくことが求められる。長年指摘されてきた割高な職員給与については平成18年11月1日より職員の給与削減を行ったことは評価に値するが、適正な人員配置に努めることがさらに必要である。また、病院債の借り換えや材料費の適正化に向けたSPD（*）の強化など一層の歳出削減の努力が早急に求められる。

さらに、財務指標の的確な把握やレセプトの請求漏れなどを防ぐためにも、500床規模の総合病院として電子カルテシステムが現在稼動していない現状をみると、全国的にみて明らかに遅れをとっており、速やかな導入を検討する必要がある。

今後は、職員の退職金の積み立てなども将来できるような経営努力を続ける必要がある。併せて職員の意欲の向上を目指し、成果主義を給与に反映する仕組み等を検討しつつ、職員の意識改革を推し進め、自己責任、コスト意識、説明責任を果たすことを前提とした県立病院としての役割を明確にしつつ、診療サービスの充実を一層推し進め、病院経営の合理化、効率化を進める必要がある。

* SPD : Supply Processing & Distributionの略

病院内で流通する「もの」とその「情報」等の総合的な管理を行う、1つの手法（システム）である。

5.まとめ

これまで4回にわたり検討会は、中央病院のあり方とその現状と課題及び求められる機能等について検討を重ねてきた。

平成18年4月より「改革の三原則」（病院経営の合理化・効率化、質の高い安心・安全の医療サービス、職員の意識改革と自己変革）を掲げ、すでに改革に取り組んできている。その中で、現行の中央病院の果たしている機能については、診療対象が地域に限定されたものになってきていることや各診療科の診療内容・体制が今日の県民のニーズに十分応えていないことなど、多くの改善すべき点を指摘することとなった。

財政再建についてもこれから取り組むべき課題が山積している。もはや県立病院は、説明責任なしに財政的支援を県や国に求める時代は終わりを告げようとしている。一方、わが国の構造改革が進められる中で保健医療、福祉といった最も重視すべき課題が取り残されつつある。公的医療を担う県立病院が県民に果たす役割は決して少なくなく、そのためには、患者の気持ちに配慮した医療を念頭に置きつつ、県民の目線に立って県民が求める質の高い、安心・安全な医療サービスを効率的に提供することができる体制の確保が不可欠である。

本検討会としては、改革2年目に発足した新病院長を中心とした病院の新執行部の努力に期待しつつ、今後それぞれの課題についてさらに議論を深め、病院の健全財政のあり方と中央病院が担うべき診療機能について県民の立場に立ち将来を見据えた検討を加えていくつもりである。この経過報告書に書かれていることはすべて議論を尽したわけではないが、新執行部においてはできる課題から取り組んで、今後の改革をスピード感を持って行っていただくことを検討会の委員一同が心から願うものである。

県立中央病院の運営とあり方についての検討会 検討経過

	開催日	内 容
第1回	平成18年 8月23日	中央病院の現況，役割等
第2回	平成18年12月12日	中央病院の診療内容・体制・規模， 救急医療のあり方等
第3回	平成19年 2月14日	中央病院の診療内容・体制・規模， 救急医療のあり方等
第4回	平成19年 5月23日	中間報告案の検討

県立中央病院の運営とあり方についての検討会 メンバー名簿

役 職 等	氏 名	備 考
笠間市医師会長	石本 誠	
筑波大学教授	大久保 一郎	
日立製作所日立総合病院長	岡 裕爾	
自治医科大学医学部附属病院長	島田 和幸	
新日本監査法人公会計本部長	清水 至	
茨城県医師会長	原中 勝征	
福岡小児科医院長	福岡 和子	
前筑波大学医学部附属病院長	山口 巖	議 長

(敬称略，五十音順)

(参考資料)

(1) 沿革

- 昭和31年1月 茨城県立友部療養所として開設(内科,外科)
32年10月 茨城県立中央病院と改称
人間ドック開設
34年5月 脳神経外科開設
36年5月 産婦人科,小児科,整形外科,泌尿器科開設
10月 眼科,耳鼻いんこう科,皮膚科,放射線科開設
37年1月 麻酔科開設
4月 地方公営企業法の一部適用
49年2月 理学診療科開設
52年3月 救急告示
61年8月 改築工事着工
63年6月 新病院開設(400床)
一般病床 336床 375床
結核病床 67床 25床
神経科開設,歯科の廃止
- 平成 2年4月 へき地中核病院の指定
9月 地域がんセンターの指定
5年4月 臨床研修病院指定
6年3月 作業療法室増築
7年4月 地域がんセンター開設(100床)
8年3月 県立中央病院経営改善計画策定
8年4月 精神科開設
9年1月 災害拠点病院の指定
5月 がん診療施設情報ネットワークに加入
10年2月 中央病院のホームページ開設
6月 臓器移植法による「臓器提供施設」
10月 全日全科夜間休日救急診療体制の整備
11年2月 (財)日本医療機能評価機構の認定
8月 臓器移植シミュレーションの実施
12月 難病医療拠点病院の指定
13年3月 放射線検査センター竣工
14年3月 県立中央病院経営改革委員会報告
14年4月 禁煙外来,がん専門医療相談,母乳外来開設
平成14年度「県立中央病院経営改善アクションプラン」策定
15年4月 茨城県へき地医療支援機構の設置
平成15年度「県立中央病院経営改善アクションプラン」策定
8月 地域がん診療拠点病院の指定
10月 標榜科目の変更(呼吸器科,消化器科,循環器科,神経内科,呼吸器外科を開設し,神経科を廃止)
10月 管理型臨床研修病院の指定
16年4月 平成16年度「県立病院改善アクションプラン」策定
17年2月 オーダリングシステム稼働
18年3月 CT付きPET検査装置設置
災害医療センター完成
4月 地方公営企業法の全部適用

(2) 施設概要 (表 1)

平成 1 9 年 4 月 1 日現在

所在地	笠間市鯉淵6528
施設概況	敷地 85,033m ² 建物延面積 31,583.59m ²
診療科目	内科,呼吸器科,消化器科,循環器科,神経内科,小児科,外科,呼吸器外科 整形外科,皮膚科,泌尿器科,産婦人科,眼科,耳鼻咽喉科,リハビリテーション科 放射線科,脳神経外科,麻酔科,精神科
病床数	500床(一般475床(うちがんセンター100床),結核25床)
職員数	519名(医師57名 看護師333名 その他129名)

(3) 患者数

表 2 中央病院の患者数の推移

(単位 : 人 / 日)

年度		H13	H14	H15	H16	H17
一般 (475床)	1日平均入院患者数	416	400	396	399	395
結核 (25床)	1日平均入院患者数	10	10	10	6	4
病院計 (500床)	1日平均入院患者数	426	410	406	405	399

年 度	H13	H14	H15	H16	H17
1日平均外来患者数	1066	992	935	945	896

(4) 収支及び経営指標

表3 中央病院事業年度別収支決算状況
[収益的収入及び支出]

(千円)

事項		年度	平成13年度	平成14年度	平成15年度	平成16年度	平成17年度
収入	医業収益 (a)		8,125,551	7,942,555	8,038,626	8,195,661	8,315,674
	医業外収益		2,332,086	2,024,924	2,179,314	1,961,775	1,932,001
	特別利益		98,871	37,208	116,743	143,532	219,392
	計 (A)		10,556,508	10,004,687	10,334,683	10,300,968	10,467,067
支出	医業費用		9,581,853	9,415,999	9,676,671	9,708,228	10,398,885
	医業外費用		814,095	774,763	751,181	757,562	857,020
	特別損失		60,934	60,983	66,154	83,974	82,491
	計 (B)		10,456,882	10,251,745	10,494,006	10,549,764	11,338,396
純損()益 (A - B)			99,626	247,058	159,323	248,796	871,329
翌年度繰越剰余金 (欠損金)			3,183,800	3,430,858	3,590,181	3,838,977	4,710,306

表4 年度別経営指標

項目		13年度	14年度	15年度	16年度	17年度	経営指標
(1) 経常収支比率	(%)	100.6%	97.8%	98.0%	97.1%	91.0%	103.7%
(2) 医業収支比率	(%)	84.8%	84.4%	83.1%	84.4%	80.0%	97.7%
(3) 他会計繰入金対医業収益比率	(%)	29.9%	26.6%	28.3%	24.7%	23.6%	12.8%
(4) 職員給与費の医業収益に対する割合	(%)	66.2%	63.4%	64.2%	66.3%	70.0%	50.0%
(5) 病床利用率(一般病床)	(%)	87.6%	84.3%	83.6%	84.1%	83.0%	90.7%
(6) 患者1人1日当たり診療収入	入院(円)	35,073	35,843	36,919	38,162	39,822	43,686
	外来(円)	9,089	9,400	9,818	9,840	10,317	10,833

経営指標は、平成17年度の500床以上の黒字自治体病院の数値