

令和 5 事業年度事業報告書

自 令和 5 年 4 月 1 日

至 令和 6 年 3 月 3 1 日

地方独立行政法人東金九十九里地域医療センター

目 次

1. 理事長からのメッセージ	1
2. 法人の目的及び業務内容	1
3. 法人の位置付け及び役割	1
4. 中期目標の概要	1
5. 理事長の理念並びに運営上の方針及び戦略	2
6. 法人に関する基礎的な情報	2
7. 中期計画及び年度計画の概要	3
8. 持続的に適正なサービスを提供するための源泉	3
9. 業務運営上の課題及びリスクの状況並びにその対応策	5
10. 業績の適正な評価に資する情報	15
11. 業務の成果及び当該業務に要した資源	15
12. 予算及び決算の概要	16
13. 財務諸表の要約	16
14. 財政状態及び運営状況の理事長による説明	18
15. 内部統制の運用状況	19

1. 理事長からのメッセージ

令和6年の年明けに石川県能登地方一帯は、阪神・淡路大地震を超える最大震度7という「能登半島地震」に見舞われ、甚大な被害を受けました。被災された方々に心よりお見舞い申し上げます。東千葉メディカルセンターでは、震災後直ちにDMATを現地に派遣し、被災地の医療支援にあたりました。DMATとは、災害急性期に活動するトレーニングを受けた医療チームで、当センターはDMATを派遣するDMAT指定医療機関になっています。また、災害拠点病院に指定されており、万一周辺に災害が発生した時には、東千葉メディカルセンターの災害医療の訓練を受けたスタッフが中心となって地域の医療を支えます。

直面している医療の課題をみますと、わが国は少子高齢化が進んでおり、東千葉メディカルセンターの周辺の地域でも、75歳以上の人口は令和12年（2030年）頃をピークに、高齢者の増加が今後も続いていきます。高齢者はいくつかの病気を抱えている方が多く、また急に体調を悪化されることも珍しくありません。そこで、高齢者の医療を考えますと、急な不具合に対応できる救急医療、そして複数の診療科の連携が可能な総合病院へのニーズが高くなります。東千葉メディカルセンターは、地域の急性期医療を担う基幹病院として、また救命救急センターとして、役割はこれからも大きくなると認識し体制を整えています。また、今後も新型コロナウイルス感染症を含めて、多様な感染症の流行リスクは決して低くありません。東千葉メディカルセンターは感染症の重点医療機関として、これからも地域の役割を果たしてまいります。

一方で、東千葉メディカルセンターでは、病院運営の問題が明らかになったことで、病院体制を刷新させ運営の適正化を進めてまいりました。しかし、まだ課題が多く残っておりますので、引き続き病院の組織能力の充実と向上に努めてまいります。

令和6年4月より医師の時間外労働を規制する「医師の働き方改革」が始まり、医師数の不足や医師の偏在化もあり、診療の制限を行う医療機関が出ています。東千葉メディカルセンターは、少しずつですが医師数は増えており、現在の医療体制の維持に問題はありません。このように医療の多様化が進む状況において、皆様方から頼りにされる地域の病院として、職員一同力を合わせて医療の質の更なる向上に努めてまいります。

2. 法人の目的及び業務内容

地方独立行政法人東金九十九里地域医療センター（以下「法人」という。）は、地方独立行政法人法（平成15年法律第118号）に基づき、救急医療及び急性期医療を軸とした地域の中核的な医療機関として、医療の提供、医療に関する研究、研修等を行うとともに、他の医療機関、教育機関、行政機関等と連携し、地域における医療水準の向上と住民の健康の維持及び増進に寄与することを目的としています。

3. 法人の位置付け及び役割

法人は、医療ニーズの多様化・高度化に対応すべく、地域の中核病院としての機能強化、経営の安定化及び広域的連携による地域医療体制の充実を図ります。

また、住民生活に重大な脅威となり得る新たな感染症などに対しても、迅速に体制を整え関係機関とともに適切な対策を行います。

4. 中期目標の概要

法人は、医療を取り巻く経営環境が常に変化し、かつ、厳しくなる中、第4期中期目

標において、次のとおり重点的な目標を定めています。第１に、公的使命を適切に果たすため、令和２年に判明した不適切な業務運営を教訓とし、関係法令を遵守し、倫理を確立した適正な病院運営を行うこと、第２に、地域の医療需要の動向を的確に見据えた中で、診療科の開設と病棟の開棟を計画的かつ柔軟に行い、効率的かつ効果的な運営により、経常収支比率１００％以上を達成すること、第３に、関係機関との連携により地域包括ケアシステムを推進するとともに、千葉県地域医療構想を踏まえ地域医療機関との役割分担を明確化し、山武長生夷隅保健医療圏の中核病院としての機能を担うこと以上３点の取組に重点を置いています。

５．理事長の理念並びに運営上の方針及び戦略

（１）基本理念

患者の権利を尊重し、救急医療・急性期医療を核とした地域中核病院として地域住民に信頼される高度で安全な医療を行います。

（２）基本方針

- ①救命救急センターを併設して２４時間、３６５日の救急医療の提供を行います。
- ②高度な専門医療の提供を行い、地域住民の生命と健康を守ります。
- ③常に安全・安心の医療を行います。
- ④患者の権利を尊重し、常に患者第一の医療提供を行います。
- ⑤医療連携を推進し、地域の患者により良い医療を提供します。
- ⑥地域の中核病院として、地域医療機関と密接な連携を図ります。
- ⑦医療従事者の教育・研修に努め、継続的に地域における医療の質の向上を図ります。
- ⑧千葉大学医学部・同附属病院と密接に連携して診療を行います。
- ⑨健全経営に努めるとともに、生き生きとした職場づくりに努めます。
- ⑩地域の保健・医療に貢献するため、地域中核病院としての役割を担います。

６．法人に関する基礎的な情報

（１）法人現況

①法人名

地方独立行政法人東金九十九里地域医療センター

②所在地

千葉県東金市丘山台三丁目６番地２

③法人設立

平成２２年１０月１日

④職員数(令和６年３月３１日現在)

常勤職員：５１１人、非常勤職員：１３８人

（２）病院現況

①病院名

東千葉メディカルセンター

②開院

平成２６年４月１日

③病床数

２７９床

一般：２４７床

救命救急センター：20床（ICU：10床、HCU：10床）

SCU：12床

④診療科

22科（総合診療科、消化器内科、脳神経内科、呼吸器内科、循環器内科、代謝・内分泌内科、小児科、外科、心臓血管外科、整形外科、脳神経外科、形成外科、皮膚科、産婦人科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科、精神科、歯科口腔外科、救急科・集中治療部、病理診断科）

⑤医師

178人（常勤：67人（臨床研修医3人を含む）、非常勤：111人）

⑥看護師

318人（常勤：303人、非常勤：15人）

7. 中期計画及び年度計画の概要

詳細については、別添「令和5事業年度業務実績報告書」に記載のとおりです。

8. 持続的に適正なサービスを提供するための源泉

（1）ガバナンスの状況

東千葉メディカルセンター（以下「当センター」という。）は、中期目標等に基づき法令等を遵守し業務を行い、地方独立行政法人法第1条の目的を有効かつ効率的に果たすため、内部統制に関する基本的な方針を定めています。

また、役員等の職務執行が地方独立行政法人法等に適合することを確保するとともに業務の適正を確保するための体制として、内部統制システムの整備に関する事項を業務方法書に定めています。

（2）運営改善への取組

当センターにおいては、令和2年10月の内部告発以降、設立団体による調査・是正命令及び第三者委員会による調査等を経て、病院内部における不適切な業務運営が明らかとなりました。当センターでは、一日も早い地域住民の皆様の信頼回復を目指し、各種規程に則った業務運営の徹底を図るとともに、不適切な事案について刑事・民事の両面から法的手続き等を行ってきたほか、病院運営体制の刷新と適正化に向けた以下の取組を進めています。

①内部管理体制の強化への取組

内部管理体制の脆弱性が不適切な業務運営の要因となった反省から、理事長の指揮のもと、内部管理体制の強化へ向けた取組を進めています。

この取組を通して、経営判断に係る意思決定機能の強化のほか、現場（各部門）、内部管理推進部門、監事監査の3つのラインにより不適切な業務運営の発生を防止する組織体制の構築を目指しています。取組の内容は、以下のとおり（図8-1参照）。

ア) 運営体制の強化

運営機能と業務分担の明確化及び業務の効率化を図るため、令和4年度において副センター長を従前の2名から4名に増員するとともに、令和5年度からは専任のセンター長が就任しています。

イ) 会議の活性化

経営状況や運営上の課題の透明性を高め、情報共有を図るため、理事長を中心として執行部会議や運営会議の活性化、病院業務の見直しによる各担当委員会の整備

及び設立団体との連携を推進しています。

ウ) 内部管理体制の構築

内部管理体制の構築を図るために設置された内部統制推進課において、内部統制に関する組織横断的な整備・運用を推進するとともに、リスク管理や内部通報制度の窓口を担当しています。

②業務改善に向けた取組

不適切な業務運営の要因となった業務面での諸課題について、以下の取組を通して業務の効率化・透明化を図り、不適切な業務運営の再発防止を図っています。

ア) 事務管理体制の整備

事務管理体制の強化とともに職員の法令遵守を徹底するため、各種規程等の整備及び研修を行っています。

イ) 監査機能の充実

監事の指示に基づき、毎週、公認会計士による業務監査を実施しています。監査結果については、理事長・センター長・事務部長と監事において情報共有を図るとともに、関係部門等へのフィードバック及び業務改善に取り組んでいます。

内部通報制度を整備し運用を行っています。法人運営において、不適切な運営の傾向をとらえた場合は、改善に必要な措置を講じます。

ウ) 契約業務の適正化

事務部門内に調達部門として管財課を組織し、経済性や透明性に留意し、規程に基づいた調達業務を進めています。

入札・契約等の状況についての監視強化のため、契約監視委員会により調査・点検を行っています。

エ) 事業部門間の連携強化

事務部門内での連携や情報共有を推進し、透明性の確保及び相互点検を徹底するため、業務分担の見直しを進めています。また、これによって診療報酬の収入確保を図ります。

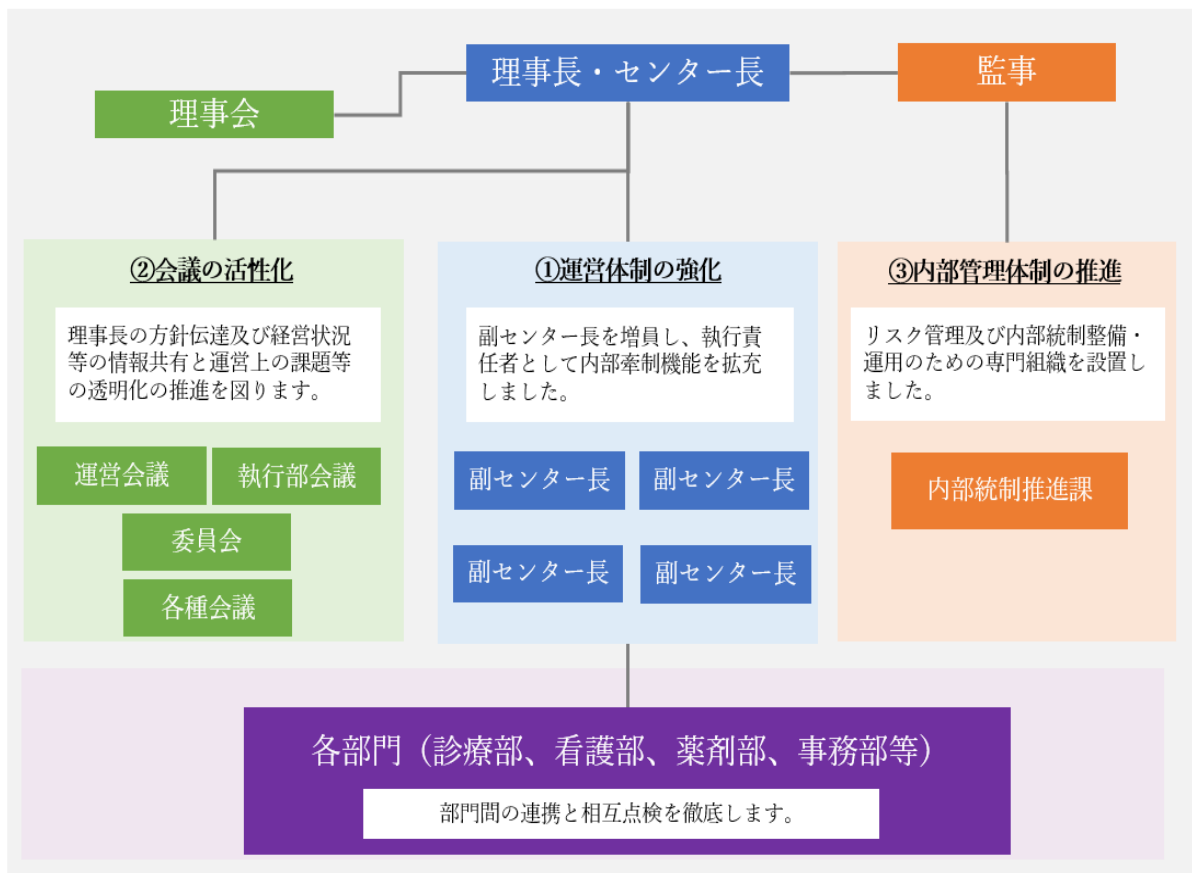
医療機器等の適正な設置・活用及び医師の働き方改革への対応等を含めて、業務の効率化に向けた取組を進めています。

(3) 役員の状況

(令和6年3月31日現在)

役職	氏名	備考
理事長	河 野 陽 一	
理事	岩 立 康 男	センター長
理事	鈴 木 勝	事務部長
理事（非常勤）	伊 藤 よしみ	山武郡市医師会会長
理事（非常勤）	星 野 恵美子	前公益社団法人千葉県看護協会会長
理事（非常勤）	鈴 木 茂	山武郡市歯科医師会会長
理事（非常勤）	野 嶋 剛	山武郡市薬剤師会会長
理事（非常勤）	秋 葉 哲 生	千葉大学和漢診療学客員教授
理事（非常勤）	伊 藤 彰 一	千葉大学大学院医学研究院医学教育学教授
監事（非常勤）	樋 口 幸 一	公認会計士

【図 8-1】



9. 業務運営上の課題及びリスクの状況並びにその対応策

(1) 業務運営上の課題

令和5年度における当センターの運営状況については、経常収益が計画値86億4千8百万円に対して実績値83億6千7百万円でありました。医業収益は69億1千5百万円で、前年度よりも7億1千4百万円の減となっています。これは、新型コロナウイルス関連補助金の減額及び入院に係る診療報酬単価の減などの影響があったためです。結果として、総収益83億7千万円、総費用92億5千8百万円で、当期総損失は△8億8千8百万円となりました。また、純資産合計は14億2千2百万円となっています。

令和5年度の資金繰りの状況については、資金期首残高43億9千4百万円に対し、資金期末残高49億5千1百万円となっています。

損益収支については、費用面では目標値を達成していますが、収益面では目標値を下回っており、今後とも不透明な社会状況等を見据えながら、更なる収益の確保及び経費の節減に取り組んでいく必要があります。

救急医療について、救急車搬送受入患者数は、計画値を上回っています。また、入院及び外来の収益確保について、入院及び外来の平均患者数は、それぞれ計画値を下回っ

ています。

新型コロナウイルス感染症対応について、当センターは、山武長生夷隅圏域内で重症患者に対応できる唯一の病院として、重症患者の受入れを積極的に行ってきたところですが、令和5年5月から新型コロナウイルス感染症は感染症法上の位置付けが5類感染症に変更されました。今後は、新型コロナウイルス感染症の状況にも配慮しつつ、早急に当センターが本来の機能を十分に果たせるよう、病棟の開棟や入院・外来患者数、手術件数等を増やす取組を進めて行く必要があります。

令和2年度に発覚した不適切な業務運営に関する事案については、設立団体による是正命令や第三者委員会の報告書等に基づき、組織体制の強化及び業務運営改善の具体化に向けた作業を進めています。

当センターとしては、医療機能や持続可能な経営等を中心として、当センターの目指すべき方向性について、設立団体をはじめ関係機関と十分に協議を重ね、かつ現行の目標に対する評価結果等を踏まえ、適切に経営改善に向けた取組を進めています。

◇過去3カ年の経営に係る主要数値

項目	令和3年度	令和4年度	令和5年度
開設病床数	255床	255床	279床
医師数（常勤）	64人	62人	67人
看護師数（常勤）	292人	298人	303人

（※各年度末の数値）

項目	令和3年度	令和4年度	令和5年度
経常収支比率	129.1%	118.8%	90.4%
医業収支比率	87.8%	86.3%	78.1%

（収益関係）

項目		令和3年度	令和4年度	令和5年度
経常収益		12,099百万円	10,918百万円	8,367百万円
医業収益		7,603百万円	7,629百万円	6,915百万円
入院	病床利用率		76.5%	80.0%
	平均患者数	202.3人／日	210.6人／日	220.3人／日
	診療報酬単価	82,982円	76,413円	71,940円
	平均在院日数	8.1日	9.7日	9.7日
外来	平均患者数	393.0人／日	394.9人／日	400.0人／日
	診療報酬単価	14,874円	14,576円	14,141円
手術件数		2,048件	2,107件	2,155件

(費用関係)

項目	令和3年度	令和4年度	令和5年度
経常費用	9, 374百万円	9, 192百万円	9, 255百万円
医業費用	8, 658百万円	8, 836百万円	8, 849百万円
医業収益対材料費率	23.6%	23.1%	24.8%
医業収益対経費率	24.0%	26.7%	28.7%
医業収益対職員給与費率	63.3%	63.5%	72.1%

(2) リスクの状況及びその対応策

① リスク管理の状況

法人は、リスク管理規程等に基づき、法人の定款第1条に規定する目的（救急医療及び急性期医療を軸とした地域の中核的な医療機関として、医療の提供や医療に関する研究、研修等を行うとともに、他の医療機関・教育機関・行政機関等と連携し、地域における医療水準の向上と住民の健康の維持及び増進に寄与すること）の達成を阻害するリスクについて、適正なリスク管理を行います。この場合のリスク管理とは、リスクの顕在化の抑制及びリスクが顕在化した場合の損失の最小化を図ることをいい、リスクとは、次に掲げる事象を指します。

ア) 業務の有効性及び効率性を阻害するもの

イ) 事業活動に係る法令等の遵守を阻害するもの

ウ) 資産の保全を阻害するもの

エ) 財務報告等の信頼性を阻害するもの

オ) その他定款第1条の目的の達成を阻害するもの

また、リスク管理の対応に際しては、次の点に留意します。

カ) 社会的信用維持のため事象への迅速な対応と社会的説明責任の履行に努める。

キ) 患者・来院者・職員等の安全と健康を確保する。

ク) 職場環境の悪化や職員のモチベーション低下を回避する。

ケ) 法人資産（資金・財産・データ等）の保全・回復を図る。

コ) 法人としての継続的・安定的な業務の遂行を図る。

② リスク管理の対応

リスク管理については、組織に起こりうる損害を未然に防ぐため、及び損害が発生した場合でもその損害を最小限に抑えるため、①リスクの特定、②リスクの分析、③リスクの評価、④リスク対応、⑤リスク対応のモニタリング、⑥リスク対応の改善、というような各プロセスにより実施します（図9-2参照）。

リスク管理では、今後発生するかもしれないリスクを想定し、優先度の高いリスクを回避するための対策を取り、回避可能なリスクを管理することが求められます。そこで、リスクの発生頻度及び発生した際の影響度等を勘案して、早急に対応すべきリスクを明確にするために想定されるリスクごとに優先度を付け、リスク管理を効率的に行うことが求められます。そのため、リスク管理の各プロセスを以下のように想定し、リスクに係る対応を行うこととしています。

ア) リスクの特定

法人が掲げる目的・目標の達成を阻害する可能性があるとして想定されるリスクを

全て洗い出すことによりリスクの特定を行います。

各部署において業務フローから想定されるリスクを洗い出します。医事・財務等の各種データから想定される損失リスクを特定し、最終的にはリスク一覧を作成します。

特定したリスクについて、顕在化したリスクと潜在的なリスクを識別します。また、想定されるリスクの要因（内部体制・人的要因・システム要因・外生的要因等）についても検討し識別します。

※リスクの要因例

- ・内部体制⇒規程・手続きの不備等
- ・人的要因⇒事務未習熟、検証不十分、不正行為等
- ・システム要因⇒機器故障、システム障害等
- ・外生的要因⇒自然災害、外部犯罪等

イ) リスクの分析

特定されたリスクの特質を理解し、法人でのリスクの発生頻度や影響度を分析し、それぞれのリスクの重大さを可視化することにより監視が必要なリスクを絞り込みます。なお、リスクの発生頻度は、そのリスクが発生する頻度や確率を表し、リスクの影響度は、そのリスクが発生した場合に法人の目的・目標に与える影響の大きさを表すものです。絞り込みを行ったリスクについて、リスク管理規程等に基づきリスクの分析を実施します。

ウ) リスクの評価

リスクの発生頻度及び影響度を勘案した上で、リスクマップ等を用いてリスクの評価を行い、優先的に対応すべきリスクについて検討します。リスクマップは、リスクの発生頻度及び影響度を俯瞰的な視点で分析できるように整理した表で、リスクの優先順位付けや絞り込みに活用します（図9-1参照）。

リスクの判定は、リスクマップ等に基づき、概ね4段階（超高リスク・高リスク・中リスク・低リスク）に判別します。その中で特に超高リスクと高リスクは、監視及び対策を強化する対象とします。

※リスクの判定

- ・超高リスク⇒予防策と発生時対策を立て、監視を続ける。
- ・高リスク⇒予防策と発生時対策を立て、監視を続ける。
- ・中リスク⇒発生時対策を立て、監視を続ける。
- ・低リスク⇒リスク低減の取組を行い、監視を続ける。

エ) リスク対応

リスクの評価によって監視の対象となるリスクを特定し、リスク対応策を準備します。リスク対応策は、リスクの発生を抑えるための予防策とリスクが発生した場合の発生時対策に大別し、リスクの予防策では、リスクの原因分析に基づき、潜在的な状態にあるリスクをできる限り早期に把握し、リスクを顕在化させないための対策を立てます。また、リスクの発生時対策では、想定したリスクの影響を回避・軽減するための対策を立てます。

リスク対応策については、リスク管理委員会・執行部会議等で検討を行い策定します。その際、リスクの分析・評価に基づき、被害や影響の最小化に向けて、主に次の4つの観点から対応を検討します。

①リスク回避

リスクの原因を除去し、リスク現実化の根源を断つ対応策。事業活動の停止等によりリスクを遮断するとともに、予防策を講じます。

事業にもたらす利益が少ない状態でリスク発生時の影響が大きい場合、又はリスクの発生頻度が高い場合には、リスク回避を選択します。

※（例）リスクの大きい新規事業展開の断念

⑥ リスク軽減

リスク発生の防止又は発生した場合の業務への影響軽減のために、損失の発生率の低下や損失の最小化を図ります。

※（例）経営戦略の再検討・職員研修の充実・システムの改善

⑦ リスク移転

発生のおそれがあるリスクを第三者に移転するもので、発生頻度が低く発生時の影響が大きい場合には、リスク移転を選択します。

※（例）各種保険等の活用による第三者からの損失補填

⑧ リスク保有

潜在するリスクを認識しながら軽減・移転の対策を講じない、又は対策を講じながらも残存するリスクを受容する対応策。リスクを100%管理することは不可能であるため、法人においても一部のリスクを保有するものです。また、リスク対策にかかるコストよりも損失の方が小さい場合にもリスク保有を選択します。

※（例）保険活用時の免責による自己負担

オ) リスク対応のモニタリング

内部統制におけるモニタリングは、内部統制が有効に機能していることを継続的に評価するプロセスであり、リスク対応に関してもモニタリングを行う必要があります。

リスク対応に関するモニタリングは、日常業務に組み込まれている日常的モニタリングと通常業務から独立した視点で定期的又は随時に行われる随時モニタリングに分けられます。リスク対策を実施した場合には、対策を講じた影響・効果・改善点等を確認し、その効果測定を行います。その後、実施した対応の検証を行い、改善点を整理し、以降の対応時のためのガイドラインとします。

① 日常的モニタリング

役員及び職員が、各業務において日常的に自己点検や相互牽制、承認手続等を行う中で、リスクの内容を見直すとともに、未然防止や早期把握の取組の有効性を検証し、必要に応じて改善を行っていきます。

② 随時モニタリング

時期を定めず、特定のテーマに関して監事監査や内部監査等を実施します。

カ) リスク対応の改善

実際のリスク発生に際しての対応時以外でも、社会情勢や法人の状況の変化に伴い、リスクやそれに伴う対応策も変化していく可能性があるため、常にリスク対応についてのモニタリングと改善を継続的行っていきます。また、リスク処理の見直しや規程・指針・マニュアル等の再整備、職員研修等の充実を図っていきます。

③ リスク管理におけるPDCAサイクル

リスク管理の各プロセスは、PDCAサイクルを形成します（図9-2参照）。

- ア) P L A N : リスクの特定⇒リスクの分析⇒リスクの評価
 イ) D O : リスク対応 (リスク回避・リスク軽減・リスク移転・リスク保有)
 ウ) C H E C K : リスク対応のモニタリング
 エ) A C T I O N : リスク対応の改善

リスク管理については、このP D C Aサイクルを継続的に回すことにより、常に変化するリスクを把握し適切に対処する取組を進めていきます。

◇内部統制の目的別で想定されるリスク

大項目	中項目	小項目
①業務の有効性・効率性	(1)プロセス	ガバナンスの不徹底
		意思決定プロセスの欠如
		モニタリングの機能不全
		説明責任の欠如
		情報伝達の遅延
		情報の隠蔽
		組織間の壁
		職員間トラブル
	(2)人事管理	硬直的な人事管理
		人事評価制度の不備
		職員採用計画の不備
		職員のモラル欠如
		職員研修の不徹底
		時間外勤務の増大
	(3) I C T 管理	システムダウン
		ハードウェア障害
		ネットワーク障害
		コンピュータウイルス感染
		ブラックボックス化
		不正アクセス
	(4)財務管理	財務体質の悪化
		資金計画の不備
②事業活動での法令等遵守	(1)事件	職員等の不祥事 (勤務外)
		職員等の不祥事 (勤務中)
		不正請求
		不当要求
		セクハラ・パワハラ
	(2)書類・情報の管理	文書管理の不徹底
		書類の偽造
		書類の隠ぺい
		個人情報の漏えい・紛失
		機密情報の漏えい・紛失

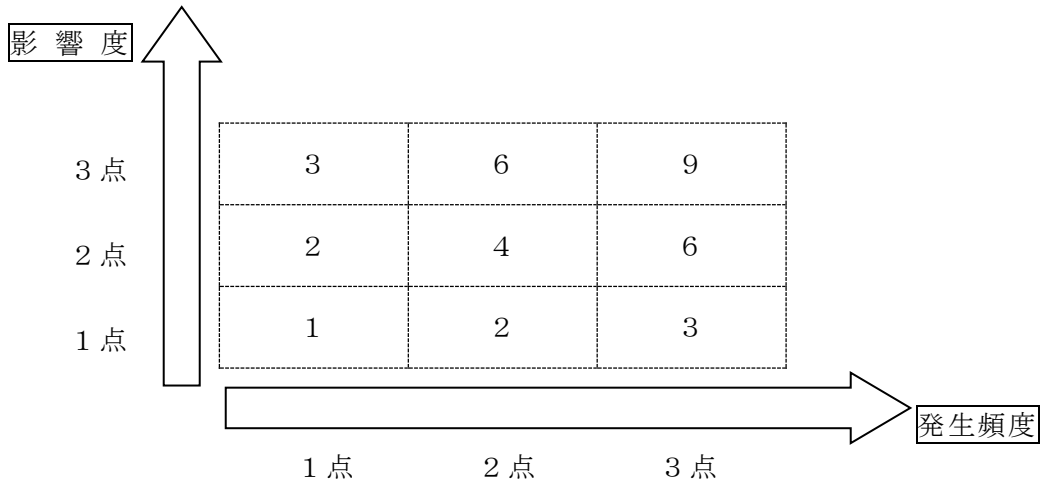
	(3)契約・経理関係	収賄
		横領
		契約金額と相違する支払
		不適切な価格での契約
		過大徴収
		過少徴収
		架空受入
		検収漏れ
③資産の保全	(1)資産管理	不十分な資産管理
		固定資産の非有効活用
		無形固定資産の不適切な管理
		不適切な不用決定
		現金の紛失
	(2)二重計上	二重の廃棄・売却処理
		二重発注
	(3)不正確な金額による計上	発注価格の誤り
		固定資産の処分金額の誤り
④財務報告等の信頼性	(1)不正確な金額による計上	固定資産の処分処理の漏れ
		固定資産の登録処理の漏れ
	(2)二重計上	財務データ改ざん
		支払誤り
	(3)分類誤りによる計上	過大入力
		過少入力
		システムによる計算誤り
⑤経営体リスク	(1)自然災害・事故	データの二重入力
		二重の納品処理
		受入内容のミス
		システムへの科目入力ミス
	(2)医業活動	科目の不正変更
		地震・風水害等
	(3)その他	浸水・漏水・断水・停電等
		火災
		施設内での事故
		医療事故
	(1)自然災害・事故	院内感染
		職員と患者・来訪者間のトラブル
		不審物による被害
		施設・設備の故障・不具合
	(2)医業活動	マスコミ対応

◇業務に関して具体的に想定されるリスク

項目	リスクの内容
①事務処理	(1)一般的事務業務 ・ 軽微なミスや事務処理誤り等の常態化 ⇒コンプライアンス意識の低下 ・ 対応：日常的な上司等のチェック及び指導
	(2)支払事務・資金管理 ・ 故意や重過失等による不適正事案（横領・亡失等） ⇒経済的損失・社会的信用失墜 ・ 対応：職員相互の業務チェック・上司等の決裁・月次決算 口座チェック
	(3)契約事務 ・ 業者との癒着等による不正 ⇒経済的損失・社会的信用失墜 ・ 対応：契約関係規程に基づく契約事務・上司等の決裁
②ハラスメント	・ 各種ハラスメント行為の看過 ⇒職場環境の悪化等 ・ 対応：ハラスメント関係規程に基づく対策・職員研修の実施 相談員による苦情相談等
③情報セキュリティ	・ 個人情報の流出等・システムへの不正アクセス ・ 対応：個人情報保護に関するルールの厳守 情報セキュリティの確保対策
④医療安全	(1)医療安全管理 ・ 患者の生命及び健康に関する被害 ・ 対応：医療安全管理指針に基づく対策・職員研修の実施
	(2)感染対策 ・ 患者や職員の生命及び健康に関する被害 ・ 対応：感染防止対策指針に基づく対策・職員研修の実施
	(3)医薬品安全管理 ・ 患者の生命及び健康に関する被害 ・ 対応：医療安全管理指針に基づく対策・職員研修の実施
	(4)医療機器安全管理 ・ 患者の生命及び健康に関する被害 ・ 対応：医療安全管理指針に基づく対策・職員研修の実施
	(5)医療情報管理 ・ 正確かつ精緻な医療情報記録の不履行 ・ 対応：医療クラーク等によるサポート

【図 9-1】 発生頻度・影響度によるリスクマップの例示

- ・ 下図の数値は、[発生頻度の数値×影響度の数値]により想定されるリスクの等級付けの例示。数値が大きいほど、よりリスクが高いことを表す。
- ・ ただし、この数値は相対的なものであり、判断のひとつの目安。



※「影響度」⇒法人の業務運営等への想定される影響（財務面・業務日数面等）

「想定被害額・影響日数の程度が小」：1 点

「想定被害額・影響日数の程度が中」：2 点

「想定被害額・影響日数の程度が大」：3 点

※「発生頻度」⇒想定される発生の頻度・確率

「まれに発生」：1 点

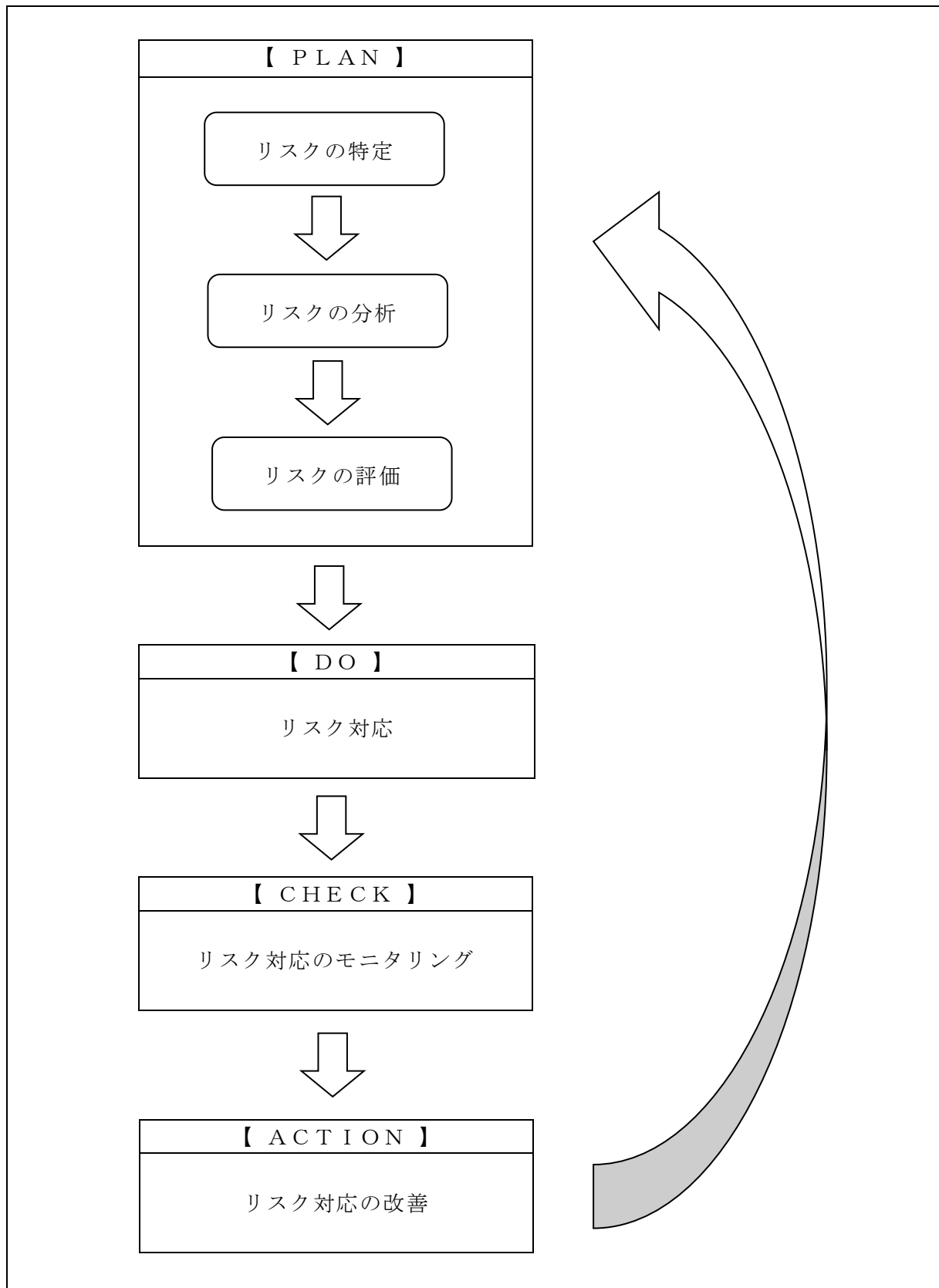
「一定頻度・期間で発生」：2 点

「日常的に発生」：3 点

- ・ 下表は、上図に例示した数値（リスクスコア）によるリスクの等級付けを表す。

リスク区分	リスクスコア	リスク対応の目安
超高リスク	9	「重大なリスク」 ⇒経営層による最優先での対応が必要
高リスク	6	「重大なリスク」相当 ⇒経営層の対応へ移行
中リスク	3～4	「重大なリスク」相当か判断 ⇒リスク対応策へ移行
低リスク	1～2	「原因分析」 ⇒リスク低減の取組

【図 9-2】リスク管理に係るプロセス（PDCAサイクル）のイメージ



10. 業績の適正な評価に資する情報

詳細については、別添「令和5事業年度業務実績報告書」に記載のとおりです。

11. 業務の成果及び当該業務に要した資源

(1) 令和5年度の業務実績とその自己評価

各業務の具体的な取組結果については、次のとおりです。詳細については、別添「令和5事業年度業務実績報告書」に記載のとおりです。

業務実績報告書に係る項目（大項目及び中項目）	自己評価	行政コスト
1．住民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するためとるべき措置		
(1)救急医療	4	9，298百万円
(2)地域の中核病院として担うべき医療	5	
(3)高度専門医療	4	
(4)安全・安心で信頼される医療	4	
(5)患者・住民サービスの向上	4	
(6)地域医療への貢献	5	
(7)メディカルセンターの段階的な診療科の開設と病棟の開棟	4	
2．業務運営の改善及び効率化に関する目標を達成するためとるべき措置		
(1)効率的かつ効果的な業務運営体制の整備	4	
(2)人材の確保	4	
(3)人材育成	4	
(4)働きやすい職場環境の整備	5	
(5)職員給与の原則	4	
3．財務内容の改善に関する目標を達成するためとるべき措置		
(1)健全な経営基盤の確立	3	
(2)収益の確保と費用の合理化	4	
4．その他業務運営に関する重要事項を達成するためとるべき措置		
(1)地域に対する広報	4	
(2)ボランティアとの協働	3	

※自己評価については、項目ごとに数値その他客観的な事実の確認に基づき、以下による5段階の評価区分により行っています。

- 5：年度計画を大きく上回って実施している。
- 4：年度計画をやや上回って実施している。
- 3：年度計画を予定どおりに実施している。
- 2：年度計画を十分には実施できていない。
- 1：年度計画を大幅に下回っている。

(2) 業務実績評価（事業年度評価）の状況

区分	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
評価	C	B	B	B

※業務実績評価については、各事業年度において項目別の評価結果を踏まえた全体の評価で、以下による5段階の評価区分により行っています。

- S：計画を大幅に達成し、又は計画よりも大幅に進捗していると認められる。
A：計画をやや超えて達成し、又は計画よりもやや進んでいると認められる。
B：概ね計画どおりに進んでいると認められる。
C：計画をやや下回り、又は計画よりもやや遅れていると認められる。
D：計画をかなり下回り、若しくは計画よりも大幅に遅れ、又は業務運営に関して重大な改善すべき事項等が認められる。

1 2. 予算及び決算の概要

詳細については、別添「令和5事業年度決算報告書」に記載のとおりです。

1 3. 財務諸表の要約

(1) 貸借対照表

(単位：千円)

《資産の部》	金額	《負債の部》	金額
固定資産	7,310,414	固定負債	11,057,684
有形固定資産	7,072,776	資産見返補助金等	239,779
無形固定資産	2,023	資産見返寄付金	447
投資その他の資産	235,615	長期借入金	10,425,899
流動資産	6,477,929	退職給付引当金	391,559
現金及び預金	4,950,733	流動負債	1,308,895
医業未収金	1,415,423	一年以内返済予定長期借入金	506,744
医業外未収金	14,871	医業未払金	488,689
医薬品	52,725	医業外未払金	3,677
診療材料	35,040	その他未払金	286
前払費用	1,007	預り金	101,446
立替金	0	寄付金債務	8,680
その他流動資産	8,130	賞与引当金	199,373
		負債合計	12,366,579
		《純資産の部》	金額
		資本金	95,236
		資本剰余金	3,208,753
		繰越欠損金	△1,882,225
		純資産合計	1,421,764
資産合計	13,788,343	負債純資産合計	13,788,343

(2) 損益計算書

(単位：千円)

科目	金額
営業収益 ①	8,148,439
医業収益	6,915,217
運営費負担金収益	536,339
補助金等収益	628,951
寄付金収益	6,440
資産見返補助金等戻入	56,712
資産見返寄付金等戻入	232
資産見返物品受贈額戻入	447
雑益	4,101
営業費用 ②	9,148,114
医業費用	8,848,673
一般管理費	299,441
営業利益 ③ (①－②)	△999,675
営業外収益 ④	218,892
運営費負担金収益	180,002
財務収益	27
その他営業外収益	38,863
営業外費用 ⑤	106,600
財務費用	106,600
経常利益 ⑥ (③＋④－⑤)	△887,383
臨時利益 ⑦	2,784
その他臨時利益	2,784
臨時損失 ⑧	3,106
その他臨時損失	3,106
当期純損失 ⑨ (⑥＋⑦－⑧)	△887,705
当期総損失	△887,705

(3) 純資産変動計算書

(単位：千円)

	資本金	資本剰余金	利益剰余金 (繰越欠損金)	純資産合計
当期首残高	95,236	3,081,874	△994,520	2,182,590
当期変動額	—	126,879	△887,705	△760,826
当期末残高	95,236	3,208,753	△1,882,225	1,421,764

(4) キャッシュ・フロー計算書

(単位：千円)

科目	金額
業務活動によるキャッシュ・フロー ①	1,247,312
材料の購入による支出	△1,724,703
人件費支出	△4,900,105
その他の業務支出	△1,919,117
医業収入	7,047,292
運営費負担金収入	883,514
補助金等収入	1,917,418
寄付金収入	6,000
その他	43,586
利息の受取額	27
利息の支払額	△106,600
投資活動によるキャッシュ・フロー ②	△1,313,713
有形固定資産の取得による支出	△1,292,566
貸付による支出	△28,400
貸付の返済分	7,253
財務活動によるキャッシュ・フロー ③	623,427
長期借入による収入	1,118,600
長期借入金の返済による支出	△495,173
資金増加額（又は資金減少額）（①＋②＋③）	557,026
資金期首残高	4,393,706
資金期末残高	4,950,732

(5) 行政コスト計算書

(単位：千円)

科目	金額
損益計算書上の費用	9,257,820
医業費用	8,848,673
一般管理費	299,441
財務費用	106,600
その他臨時損失	3,106
その他行政コスト	40,294
減価償却相当額	40,294
行政コスト合計	9,298,114

14. 財政状態及び運営状況の理事長による説明

(1) 貸借対照表

①資産

令和5年度末現在の資産合計は、13,788百万円と、前年度と比較して132百万円減（0.9%減）となっています。これは、前年度末と比較して、有形固定資産が609百万円増（9.4%増）、現金及び預金が557百万円増（12.7%増）であった一方で、流動資

産の医業外未収金が1,228百万円減（98.8%減）となったことが主な要因です。

②負債

令和5年度末現在の負債合計は、12,367百万円と、前年度と比較して629百万円増（5.4%増）となっています。これは、前年度末と比較して、長期借入金が612百万円増（6.2%増）となったことが主な要因です。

③純資産

純資産は、1,422百万円と、前年度比761百万円減（34.9%減）となっています。これは、繰越欠損金の増加が主な要因です。

(2) 損益計算書

①経常収益

令和5年度の経常収益は、8,367百万円と、前年度と比較して2,550百万円減（23.4%減）となっています。これは、前年度と比較して補助金等収益が1,835百万円減（74.5%減）となったことが主な要因です。

②経常費用

令和5年度の経常費用は、9,255百万円と、前年度と比較して63百万円増（0.7%増）となっています。これは、営業費用における一般管理費が前年度と比較して55百万円増（22.3%増）となったことが主な要因です。

③当期純損失

令和5年度の当期純損失は、△888百万円となりました。前年度の当期純利益1,342百万円から2,229百万円減（166.2%減）となっており、これは、補助金等収益1,835百万円減などが主な要因です。

(3) 純資産変動計算書

当事業年度の純資産は、資本剰余金が127百万円増加した一方で、繰越欠損金△888百万円により、結果として1,422百万円となっています。

(4) キャッシュ・フロー計算書

①業務活動によるキャッシュ・フロー

令和5年度の業務活動によるキャッシュ・フローは、1,247百万円の収入となり、前年度と比較して455百万円の収入減（26.7%減）となっています。これは、医業収入及び補助金等収入の減が主な要因です。

②投資活動によるキャッシュ・フロー

令和5年度の投資活動によるキャッシュ・フローは、1,314百万円の支出となっています。これは、病院情報システム更新に係る有形固定資産の取得による支出1,293百万円が主な要因です。

③財務活動によるキャッシュ・フロー

令和5年度の財務活動によるキャッシュ・フローは、623百万円の収入となっています。これは、病院情報システム更新に係る長期借入による収入1,119百万円が主な要因です。

(5) 行政コスト計算書

当事業年度の行政コストは、9,298百万円です。内訳としては、損益計算書上の費用が9,258百万円、その他行政コストが40百万円です。

15. 内部統制の運用状況

法人は、地域の住民に信頼される中核病院として、医療サービスを持続的かつ安

定的に提供していくため、内部統制制度を導入し、これにより、組織的かつ効果的に内部統制に取り組み、持続可能な病院運営の確保に努めています。

法人は、地方自治法（昭和22年法律第67号）第150条第2項の趣旨に則り、次のような内部統制に関する基本的な考え方に基づいて、内部統制体制の整備及び運用を行っています。

（１）法人の基本理念及び基本方針

本報告書2頁「５．理事長の理念並びに運営上の方針及び戦略」に記載のとおりです。

（２）内部統制の対象とする事務

内部統制の対象とする事務は、地方自治法第150条第2項第1号に規定する「財務に関する事務」のほか、法人が適正な運営を行う上で、リスクが高く対応が必要とされる事務とします。

（３）内部統制の目的

法人の目的は、法人の定款において定めるとおり、地方独立行政法人法に基づき、救急医療及び急性期医療を軸とした地域の中核的な医療機関として、医療の提供、医療に関する研究、研修等を行うとともに、他の医療機関、教育機関、行政機関等と連携し、地域における医療水準の向上と住民の健康の維持及び増進に寄与することです。

法人における内部統制は、法人が中期目標に基づき法令等を遵守しつつ業務を行い、法人の目的を有効かつ効果的に果たすため、法人の理事長が法人の組織内に整備・運用しているものです。これについては、内部統制の取組の最も重要な4つの目的（①業務の有効性及び効率性、②事業活動に係る法令等の遵守、③資産の保全、④財務報告等の信頼性）、及び6つの基本的要素（①統制環境、②リスクの評価と対応、③統制活動、④情報と伝達、⑤モニタリング、⑥ICTへの対応）が、法人の各業務に組み込まれ、組織内のすべての構成員によって合理的に遂行されることが必要であり、法人は、これに基づき各種の取組を推進しています。

（４）内部統制の目的に関する取組

①業務の有効性及び効率性

法人の基本理念、基本方針及び中期目標等に基づき、法人としての使命を果たすためより有効かつ効率的に業務を遂行します。

②事業活動に係る法令等の遵守

事業活動に係る法令その他の規範の遵守を促進します。

③資産の保全

資産の取得・使用・処分等に当たり、正当な手続・承認等により、資産の保全を図ります。

④財務報告等の信頼性

設立団体、住民及び第三者等に対する説明責任を果たし、財務報告等に係る情報の信頼性を確保します。

（５）内部統制の基本的要素に関する取組

①統制環境

法人の理事長がリーダーシップを発揮できる環境を整備するとともに、法人及び職員等の内部統制に関する意識を高めます。

②リスクの評価と対応

法人の目的達成の障害となるリスクを識別・分析・評価し、いかに管理するべきかを判断する基礎を構築します。

③統制活動

法人の業務が適法・効果的・効率的に行われる体制を確保します。

④情報と伝達

内部統制が有効に機能するため、情報を適切に伝達・保存・管理するためのシステムを構築します。

⑤モニタリング

内部統制の基本的要素（統制環境・リスク評価・統制活動・情報と伝達）が有効に機能していることを定期的に観察・記録し、継続的に監視・評価するため、法人内部及び監事によるモニタリング体制を整備します。

⑥ICTへの対応

法人の目的を達成するために、業務の実施においてICT（情報通信技術）に対し適切に対応するとともに、ICT環境の利用・統制を図ります。

（６）内部統制の有効性確保のための取組

①推進・評価体制の構築

理事長を最高責任者、事務部長を統括責任者とする内部統制推進体制を構築し、適切な制度運用を図ります。

②監事との連携

監事と情報共有や意見交換等を行い、効果的な制度運用に努めます。

③評価の実施

内部統制の整備状況及び運用状況について毎年度評価し、次年度以降の運用に反映します。

④制度運用の見直し

内部統制の整備・運用状況に関する評価結果、及びこれに対する監事の意見等を踏まえた上で、必要に応じて制度運用の見直しを行います。