

経営強化プラン評価集計表(令和6年度分)

A：目標を十分達成した B：目標はおおむね達成した C：目標に向け取り組んでいるが、目標は達成できていない D：目標達成と大きく乖離している E：取組がなされていない

委員会最終評価
(候補:B)

I 取組状況の評価(基本目標1 院内評価【B】)

【基本目標1 地域医療構想等を踏まえた当院の果たすべき役割・機能（経営強化プラン2-2）】

取組項目		取組の評価指標				主な取組状況等	委員評価及びコメント		
		項目	R6目標値	実績	院内評価				
1 機能分化 (当院の果たすべき役割)・ 機能の促進	(1)災害拠点病院としての役割・機能	BLS／AED研修会の実施回数及び参加人数	4回	4回	概ね達成	R6度BLS/AED研修を4回実施。(7月、9月、11月、2月)	藤原委員長【B】 中村副委員長【B】 夏井委員【B】 薄井委員【B】 長谷委員【B】	基本目標1の事前評価	
			50人	44人					
		院内災害訓練一般職員参加率	10%	10%	達成	火災避難訓練(11月実施済み)、地震避難訓練・本部設営訓練(12月実施済み)、災害実働訓練(9月実施済み)。 (※過去に1回以上の参加経験がある者)			中村副委員長 1)研修会の参加人数、院内災害訓練参加経験者割合がやや下回っていますが、概ね達成していると考えます。 2)がん診療連携拠点病院に関してはすべて達成しています。
		院内災害訓練DMAT隊員参加率	80%	80%	達成				
		院内災害訓練参加経験者※割合	14%	12%	概ね達成				
	DMAT隊員育成人数	1人	2人	達成	令和6年度の隊員養成研修参加者2名。	薄井委員 院内災害訓練について、一般職員、DMATの参加率を達成しながら参加経験者割合が低下しているのは、目標値の設定に問題があるのでしょうか。			
	(2)地域がん診療連携拠点病院	がんセンターボードの開催	12回	14回	達成	定期的な開催とともに、症例相談に関しても適宜開催している。定例9回(5月～1月)臨時4回、CPC1回の14回開催。	長谷委員 未達成項目の解消など、前向きに取り組まれており、7年度以降も継続していただければと思います。		
		緩和ケアチームカンファレンスの実施	毎週1回	毎週1回	達成	週1回、多職種カンファレンスを実施している。計画に基づき毎週木曜日に定期的の実施することができた。			
		小樽後志がん診療セミナーの開催	2回	2回	達成	年2回、がん診療セミナーを継続して実施している。(6/13、10/21に開催)			
		市民向け公開講座の実施	1回	1回	達成	小樽市保健所、市立小樽図書館と連携して9/26に開催した。			

【基本目標1 地域医療構想等を踏まえた当院の果たすべき役割・機能（経営強化プラン2-2）】

取組項目		取組の評価指標				主な取組状況等	委員評価及びコメント
		項目	R6目標値	実績	院内評価		
2 連携強化 (地域の医療機関等との連携を強化)	(1)医療機関等との連携強化、医師・看護師等の派遣	紹介率	60%	70. 6% (平均)	達成	紹介率のモニタリング中。維持・向上に向け、連携強化のための病院訪問等を継続実施中。	中村副委員長 紹介医療機関数については、地域の医療機関が減っていると考えられますので、前回発言しましたが、紹介患者数も目標値に入れたほうが分りやすいのではないのでしょうか。 退院時薬剤情報連携加算は令和5年度よりも減っていますが今年度は目標値を超えてください。 薄井委員 逆紹介率について、各医療機関との連携により機能分化が進んでいると思われますが、目標値に比し約50%増という数値はどのような現状にあると考えればよろしいのでしょうか。
		逆紹介率	80%	119. 5% (平均)	達成	逆紹介率のモニタリング中。逆紹介の推進を図り、連携強化のための病院訪問等を継続実施中。	
		地域の医療機関従事者向け講演会の開催	12回以上	12回	達成	医療従事者向けの研修会等を定期的に開催している。	
		紹介医療機関数	前年度(430)を上回る	416	未達成	目標値である前年度実績を下回っており、目標は達成できなかった。	
		逆紹介医療機関数	400	451	達成	達成率は目標の112%であり、目標は達成できた。	
		退院時薬剤情報連携加算の算定件数及び効果額(円)	240件	237件	概ね達成	前年度より43件/年減少したが、目標件数はほぼ達成。初めて病棟担当となった薬剤師が多かったことが減少要因として考えらる。	
			144,000	142,200			
		連携充実加算の算定件数及び効果額(円)	1,080件	1,271件	達成	前年度より61件/年増加し、目標件数達成。算定件数は、ほぼ最大値と考えられる。	
	1,620,000	1,906,500					
	保険薬局との研修会(講演会)の開催	3回	4回	達成	基本Web開催にて実施。 保険薬局からの発表の際は現地開催で実施。		
3 精神医療	(1)後志圏域の精神医療の状況を踏まえた、当院が果たすべき主な役割・機能の推進	通電療法のべ回数	30回	87回	達成	実施しており目標件数を上回った。	中村副委員長 院内他科への往診件数が令和5年度に比して大きく減っていますが、原因について言及してください。
		精神科救急件数	5件	17件	達成	精神科救急対応をしており目標件数を上回った。	
		院内他科への往診件数	650件	442件	半ば達成	実施している。往診件数は目標件数の68%だった。	
		認知症疾患医療センター検査対応	70件	94件	達成	検査依頼の対応をしており目標の約1.3倍の依頼を受けた。	
		児童発達障害外来新患数	38人	41件	達成	新患数は目標件数を上回った。	
		デイケア参加人数	2,600人	3173人	達成	予定通り実施しており目標を達成した。	
		訪問看護件数	300件	364件	達成	予定通り実施しており目標を達成した。	

【基本目標1 地域医療構想等を踏まえた当院の果たすべき役割・機能（経営強化プラン2-2）】

取組項目		取組の評価指標				主な取組状況等	委員評価及びコメント
		項目	R6目標値	実績	院内評価		
4 地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割・機能	(1)入退院支援等の質の向上	介護支援連携等指導料の算定件数及び効果額(円)	90件	90件	達成	多職種連携を強化し、目標を達成できた。	中村副委員長 目標値はすべて達成しています。
			360,000	360,000			
		多職種カンファレンスの参加	1,440回	1,440回	達成	多職種カンファレンスの参加を継続している。	
		看護師とMSW※による事例検討	8回	8回	達成	計画どおり多職種カンファレンスに参加し、目標を達成できた。 (※MSW:医療ソーシャルワーカー)	
		在宅復帰・病床機能連携率のモニタリング	実施	実施	達成	毎月、医事課で管理している。	
		後志認知症疾患医療連携協議会の開催	実施	実施	達成	5月31日、11月29日に協議会を開催した。	
5 医療機能や医療の質の向上	(1)救急患者の増加	救急車受入件数	2,142件	2,209件	達成	救急患者応需率のモニタリングを実施している。	中村副委員長 概ね達成していますが、パス使用率が目標より低いのは気になります。コロナの影響でやむを得なかったのですが、今年は目標を越えてください。手術件数が増えているのは素晴らしい印象を受けます。 夏井委員 昨年に比して、救急車受け入れ件数が減少しておりますが、要請が減少したためでしょうか？それとも、応需困難なケースが増えたためでしょうか？
		救急救命士生涯教育病院実習の受入人数	10人	14人	達成	実習生14人受入れた。	
	(2)手術件数の増加	手術件数及び効果額(円)※	3,940件	4,034件	達成	手術件数、手術室稼働率、提示超過時間等のモニタリングについて手術室医療センター運営委員会で報告し関連部門と共有している。 (※手術件数は手術室実施分。効果額は令和4年度の手術単価を基に算出。)	
			2,122,103,700	2,172,732,570			
		全身麻酔件数	2,240件	2,365件	達成	手術室にてモニタリングを実施している。	
	(3)クリニカルパスの活用	パス使用率	55.0%以上	50.3%	概ね達成	目標に対する実績値は91.5%の達成率だった。日本クリニカルパス学会が出している使用率の全国平均47.0%は上回っている。実績が減少した理由は、昨年同様感染症のアウトブレイク発生により使用率が低い月が有ったこと・従来のパスでは適応外の患者が増えたことが考えられる。来年度は使用率の低い診療科のパス作成を試み実績値を上げる。	
		全病棟パス分析の実施回数	1回/病棟	1回/病棟	達成	全病棟にてパス分析を行い、看護パスリンクナース部会にて分析結果を各部署発表済みである。	
		全病棟パス分析成果発表会の開催	1回	1回	達成	R7年3月27日にクリニカルパス大会を開催した。	

【基本目標1 地域医療構想等を踏まえた当院の果たすべき役割・機能（経営強化プラン2-2）】

取組項目		取組の評価指標				主な取組状況等	委員評価及びコメント
		項目	R6目標値	実績	院内評価		
5 医療機能や医療の質の向上	(4)栄養管理体制の充実	入院時栄養食事指導料の算定件数及び効果額(円)	1,080	855件	概ね達成	多職種と連携した入院患者の栄養状態の評価等を実施。	藤原委員長 PXサーベイ等については、病院が提供するサービスの評価のために早期の実施が望まれます。
			2,812,000	2,211,500			
		早期栄養介入管理加算の取得率及び効果額(円)	SCU入院患者の65%	SCU入院患者の75.2%	概ね達成	病棟での指導が効率的に行える人員配置について検討した。	中村副委員長 患者満足度の調査の実施をお願いします。入院時栄養食事指導料の算定件数が、令和5年度よりも減少しているのが気になります。
			3,500,000	2,712,000			
	(5)患者満足度の向上	患者満足度調査の検討、実施、公表	実施	調査は未実施	未達成	検討を進めたものの調査は未実施。R7はPX(患者経験価値)を用いて実施する予定。	夏井委員 前年同様、患者満足度の向上に対する取り組みがなされておらず、R7年度の必修項目として取り組むことを願います。 薄井委員 患者満足度について、詳細は分かりませんが、満足度を測ることは経営の一助となることが想定されますので、目標値にある以上、実施に向け検討すべきと考えます。
		外来における総合的な患者満足度	前年度を上回る	評価なし	-		
		入院における総合的な患者満足度	前年度を上回る	評価なし	-		
		投書箱の意見に基づく改善	1件以上	1件	達成	職員の接遇に対する苦情について、研修・指導を実施した。	
6 住民の理解のための取組(地域住民への情報発信など)	(1)地域医療への住民の理解	機能分化・連携強化に係る住民への広報活動の継続	継続	継続	達成	ホームページや各種講演会等などの際に市民に向けた周知を実施している。	中村副委員長 市民公開講座の年2回の開催は大変かもしれませんが、宜しくお願いいたします。 薄井委員 健康教室について、目標値は「健康教室の開催」とされていることから、「主な取組状況等」の記載では状況が分かりづらいと考えます。 長谷委員 回数は未達成であっても、例えば、研修の動画収録してオンデマンド受講可能にするなど、市民の受講機会を増やす取組は可能でしょうか。
	(2)地域住民に愛される病院	市民公開講座の開催	2回	1回	半ば達成	11月23日開催の病院まつりに合わせて市民公開講座を開催したが、目標である2回の開催には至らなかった。	
		健康教室の開催	2回	3回	達成	健康教室は開催しなかったが、市民向けの講演会等を開催し、目標を達成した。	

経営強化プラン評価集計表(令和6年度分)

A：目標を十分達成した B：目標はおおむね達成した C：目標に向け取り組んでいるが、目標は達成できていない D：目標達成と大きく乖離している E：取組がなされていない

委員会最終評価
(候補:B)



I 取組状況の評価(基本目標2 院内評価【B】)

【基本目標2 医師・看護師等の確保と働き方改革 (経営強化プラン:3)】

取組項目		取組の評価指標				主な取組状況等	委員評価及びコメント	
		項目	R6目標値	実績	院内評価			
1 医師・看護師等の確保、若手医師の確保	(1)看護師の確保	採用に係る説明会の実施	5回	11回	達成	学校2校、就職説明会1回、病院見学会8回	藤原委員長【B】 中村副委員長【C】 夏井委員【A】 薄井委員【B】 長谷委員【B】	基本目標2の事前評価
		職員定数充足率	95%	97%	達成	年度当初時点で目標を達成している。		
		看護師(新人)の離職率	10%以下	7.7%	達成	目標を達成している。		
		看護師(既卒者)の離職率	10%以下	13.0%	未達成	離職理由は外部への興味、業務負担、人間関係だった。		
		人間関係を理由とする離職者(看護師)	5%以下	11.4%	未達成	同職種・多職種間の人間関係が理由だった。		
		看護補助者の離職率	10%以下	5.7%	半ば達成	離職理由は業務負担、人間関係だった。		
		人間関係を理由とする離職者(看護補助者)	5%以下	25.0%	未達成	同職種間の人間関係が理由だった。		
	(2)職員の採用に向けた学生等への働きかけ (注:人数は延べ数です。)	実習生受入れ(初期研修医)	9人	7人	概ね達成	各診療科では実習生の受入れに対して理解と協力をいただいております。結果、大学・医学生からの実習希望が多くなっていると考えています。	中村副委員長 人間関係での離職者が令和5年度は少なかったのに令和6年度は急に増えています。職場に問題があるというよりは、理由の尋ね方に問題がないでしょうか。人間関係を理由にした方が辞めやすいようにも思えます。 薄井委員 看護師の確保について、職員採用に向け取組を進められていると思いますが、人材確保難の中、更なる検討を要することが想定されます。人間関係を理由とする離職は難しい問題ですが、そのあとのフォローや対策についても「主な取組状況等」に記載があると良いと思います。 職員の採用に向けた学生等への働きかけについて、目標、実績の人数が延べ人数というのは、この目標値の性格からすると分かりづらいように思います。 長谷委員 社会全般に厳しい求人情の中、新たな人材を確保できている点は評価できると思います。	
		見学生受入れ(初期研修医)	80人	67人	概ね達成	受入条件は従前と同じであり、実績も前年度と同数となった。ちなみに、午前と午後で別科を見学する学生を延べ人数として算定すると79人となり目標に近くはなる。		
		見学生の満足度 ※R6新規	100%	100%	達成	見学生に対応した指導医、研修医、その他職員への好意的な回答が多く、「満足、やや満足」を合わせて100%を達成した。		
		マッチング率(初期研修医)	100%	100%	達成	実習生や見学生を積極的に受入れ、当院のPRを意欲的に行った結果、6名の定員に6名マッチングし、目標を達成することができた。		

【基本目標2 医師・看護師等の確保と働き方改革（経営強化プラン:3）】

取組項目		取組の評価指標				主な取組状況等	委員評価及びコメント
		項目	R6目標値	実績	院内評価		
1 医師・看護師等の確保、若手医師の確保	(2)職員の採用に向けた学生等への働きかけ (注:人数は延べ数です。)	実習生受入れ人数/学校数(看護部)	50人/5校	67人/4校	達成	医師会閉校により1校減少したが目標数は達成	中村副委員長 薬学部の実習生受け入れは難しいので、引き続き努力をお願いします。
		実習生受入れ人数/学校数(薬剤部)	4人/2校	3人/1校	概ね達成	3期1名、4期2名の実習生を受け入れを実施(3期、4期各2名を要望)	
		実習生受入れ人数/学校数(栄養管理科)	10人/4校	10人/5校	達成	前年と同様の学校からの受け入れを行うことができた。	
		実習生受入れ人数/学校数(検査室)	4人/4校	8人/4校	達成	8名の実習生受入れを実施、完了している。	
		実習生受入れ人数/学校数(放射線室)	40人/2校	47人/2校	達成	2校とも予定より多くの実習生を受け入れた。目標達成。	
2 医師の働き方改革への対応	(1)医師の働き方改革への対応	多職種職員へのタスクシフト/シェアの推進	5か年(R5～R9)で1件以上の業務拡大	薬剤部ではR6年度にも、導入	達成	薬剤部では令和6年から「疑義照会簡素化プロトコル」を開始。	中村副委員長 RPA導入は大正解です。 薄井委員 ICT機器の導入実績について、RPAの導入による効果の記載が「主な取組状況等」にあると、なお良いと思います。 長谷委員 ICTの導入拡大など、長時間労働の解消に引き続き取り組んでいただければと思います。
		タスクシフト/シェアに関する指定講習の受講	5か年(R5～R9)で対象者の100%が受講	検査室9人受講 放射線室17人受講 ME3人受講	達成	計画的に受講中。	
		ICT※機器の導入実績	1件以上導入	R6はRPAを導入し、引き続き取り組んでいる	達成	令和6年度にRPAを導入し、令和7年度にはAI問診を導入する予定。 (※ICT:Information and Communication Technology (インフォメーション・アンド・コミュニケーション・テクノロジー)の略。通信を使ってデジタル化された情報をやり取りする技術のこと。)	
		医師の時間外・休日労働時間数	960時間以下	960時間以下に取り組んでいる	達成	令和6年度は960時間を超える医師はいなかった。	

経営強化プラン評価集計表(令和6年度分)

A : 目標を十分達成した B : 目標はおおむね達成した C : 目標に向け取り組んでいるが、目標は達成できていない D : 目標達成と大きく乖離している E : 取組がなされていない

委員会最終評価
(候補:B)

I 取組状況の評価(基本目標3 院内評価【B】)

【基本目標3 新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組 (経営強化プラン:5)】

取組項目	取組の評価指標				主な取組状況等	委員評価及びコメント
	項目	R5目標値	実績	院内評価		
1 感染症指定医療機関としての役割・機能	ICC(院内感染防止対策委員会)の開催	12回	12回	達成	毎月開催している。	藤原委員長【B】 中村副委員長【B】 夏井委員【B】 薄井委員【B】 長谷委員【B】 } 基本目標3の事前評価
	ICT(感染対策委員会及び感染対策チーム)部会の開催	12回	12回	達成	毎月開催している。	
	診療継続計画(BCP)の策定(ICT部会メンバー所属部署)	策定	作成中	未達成	ICT部会メンバーの各所属部署にBCP案の提出を依頼し作業を進めている。	
	診療継続計画(BCP)の策定(上記以外の部署)	-	-	-	評価なし。(次年度以降の取組)	
	防護具等の必要量の算出及び保管場所の調整	実施	実施	達成	保管場所の拡大は困難。 SPDで流通している防護具等はSPD管理へ移行し、ローリングストックを開始した。	藤原委員長 BCPについては昨年も作成中であったことから、早期の対応が必要と考えます。 中村副委員長 BCPを何とか今年度内に策定してください。 薄井委員 BCPの策定について、現在作業中とのことですが、本市における公立基幹病院として、速やかなBCP策定が望まれます。 防護具等資機材について、目標値に「確認」とありますが、必要数量は確保されているのでしょうか。 長谷委員 他の公立病院を参考にするなど、早期にBCP策定していただきたいと考えます。
	防護具等の在庫数量の確認	1回	1回	達成	感染防止対策室にて確認している。	
	N95マスクの在庫数量の確認	12回	12回	達成	〃	

【基本目標3 新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組（経営強化プラン:5）】

取組項目	取組の評価指標				主な取組状況等	委員評価及びコメント
	項目	R5目標値	実績	院内評価		
1 感染症指定医療機関としての役割・機能	防護具等の使用期限の確認	12回	12回	達成	感染防止対策室にて確認している。	中村副委員長 マニュアルの改訂は継続的にしなければならない作業なので、宜しくお願いします。
	感染防止対策マニュアルの改訂(定期)	改訂	改訂	概ね達成	定期改訂が想定より多く、一部は翌年に持ち越している。	
	感染管理講習会の開催	2回	2回	達成	第1回は9/3、第2回は10/2に開催した。	
	ICTラウンドの実施(院内全体)	毎週1回	毎週1回	概ね達成	月・木曜日で、ラウンドを行った。医師、薬剤師、検査技師、看護師の4職種が揃うことは前年度より増えている。	
	新興感染症の発生等を想定した訓練の実施	1回	1回	達成	10/16に小樽検疫所と共催で実施した。	

経営強化プラン評価集計表(令和6年度分)

A : 目標を十分達成した B : 目標はおおむね達成した C : 目標に向け取り組んでいるが、目標は達成できていない D : 目標達成と大きく乖離している E : 取組がなされていない

委員会最終評価
(候補:A)

I 取組状況の評価(基本目標4 院内評価【A】)

【基本目標4 施設・設備の最適化 (経営強化プラン:6)】

取組項目	取組の評価指標				主な取組状況等	委員評価及びコメント
	項目	R6目標値	実績	院内評価		
1 施設・設備の適正管理と整備費の抑制	企業債発行額	5か年(R5～R9)で20億円以内	企業債発行額2.6億円	達成	予定通り取組が出来ており目標達成が見込まれる。	藤原委員長【A】 中村副委員長【A】 夏井委員【A】 薄井委員【A】 長谷委員【A】 基本目標4の事前評価 中村副委員長 引き続き宜しくお願いします。 薄井委員 着実な取組の推進に期待します。 長谷委員 発行額及び残高とも目標達成されており、次年度も継続されることを期待します。
	企業債残高	基準:115億円(5か年で対基準比20%減)	企業債残高減額5.9億円	達成	単年度の企業債新規発行額を4億円以内に出来れば目標達成が見込まれる。	
2 デジタル化への対応	マイナンバーカードの健康保険証利用の推進	体制の整備及び利用の促進	体制の整備・推進	達成	R6年度に機器更新を行いマイナンバーカードの健康保険証利用の推進に向けた体制整備を行った。	藤原委員長 院内評価として「達成」となっておりますので、評価をAとしました。RPA化については、経営に与えるインパクトが定量的に示されるとよいと思います。
	電子処方箋の導入及び利用促進	導入及び利用に係る検討	-	-	評価なし。国の動向、他自治体病院の状況等を踏まえ、整備の検討を行う。	中村副委員長 電子処方箋は少し様子を見ても構わないと考えます。
	業務のRPA※化の推進	RPA化2件以上	RPA化5件	達成	R6年6月よりRPAシステムを導入し、業務のRPA化を実施した。(5件) (※RPA:Robotic Process Automation(ロボティック・プロセス・オートメーション)の略。人間が行ってきた作業を代行・代替するプログラムのこと。)	薄井委員 電子処方箋の導入等について、目標値があるので、「評価なし」ではなく「未達成」ではないでしょうか。 業務のRPA化の推進について、RPAによる効果を「主な取組状況等」に記載すると、より良いと思います。
	情報セキュリティ研修実施回数	1回	1回	達成	情報セキュリティ対策部会において、R6年3月に北海道警察に協力いただき、情報セキュリティ研修を実施。	長谷委員 デジタル化に沿う業務の選別など、RPAやAIの活用を引き続き検討いただくようお願いいたします。医事課以外での活用例がありましたら、ご披露いただければと思います。

経営強化プラン評価集計表(令和6年度分)

A：目標を十分達成した B：目標はおおむね達成した C：目標に向け取り組んでいるが、目標は達成できていない D：目標達成と大きく乖離している E：取組がなされていない

委員会最終評価
(候補:B)



I 取組状況の評価(基本目標5 院内評価【B】)

【基本目標5 経営の効率化等 (経営強化プラン:7)】

取組項目		取組の評価指標				主な取組状況等	委員評価及びコメント
		項目	R6目標値	実績	院内評価		
1 経営指標に係る数値目標 (※収支状況に係る評価項目としている。)		経常収支比率(税込)	96.6以上	91.9%	概ね達成	各部門は組織目標を定め経営改善等に取り組んでおり、進捗状況について経営戦略会議で定期的に報告している。 理事会や経営運営会議において、毎月の経営収支状況や患者数等の指標を報告しており、現状把握や改善意識の共有を図っている。	
		修正医業収支比率(税込)	87.9以上	83.0%	概ね達成		
		資金過不足比率(税込)	3.7以上	▲2.7%	概ね達成		
		給与費比率(税込)	53.9以下	56.9%	概ね達成		
2 民間病院等の経営手法の研究	(1)自治体病院として取組み可能な民間病院等の経営手法の研究	外部コンサルタント等による研修会・講演会	1回	1回	達成	外部の有識者として市立函館病院 森下院長による病院経営Webセミナーを実施しており、目標回数は達成した。	藤原委員長【B】 中村副委員長【B】 夏井委員【B】 薄井委員【B】 長谷委員【B】 基本目標5の事前評価 中村副委員長 しっかり実施されていると思います。 薄井委員 DPCデータ分析結果の勉強会について、目標値1回に対し、実績が「実施」という記載はなじまないのではないのでしょうか。 長谷委員 分析結果や良好な事例は院内で共有していただきたいと思います。
		経営強化に向けた協議・提案	実施	実施	達成	部会において経営強化に向けて協議しており、かつ理事会での提案等につながった事例もあり、目標は達成した。	
	(2)DPCデータ分析の実行と活用	DPCデータ分析結果の勉強会(全体)	1回	実施	達成	DPCの基礎および当院での請求事例、分析データを用いた研修として、新入職医師・看護師向けに勉強会を実施。また、入院患者の多い消化器内科の分析結果を診療科カンファレンスにて周知。	
		改善提案	1回	全病棟1回ずつ実施	達成	クリニカルパス委員会の活動として改善提案を実施、成果をクリニカルパス大会として2月に院内に発表。	
3 収入増加・確保対策	(1)DPC期間Ⅱ超率の改善	DPC期間Ⅱ以内退院率	61.0%以上	60.6%	概ね達成	期間Ⅱ以内退院率は、令和5年度57.3%より+3.3%向上。	中村副委員長 目標を超えるように頑張ってください。
	(2)高度な診療報酬加算の取得	急性期一般入院料1	維持	維持	達成	毎月、医事課にてモニタリングを実施している。	
		SCU加算	維持	維持	達成	〃	

【基本目標5 経営の効率化等（経営強化プラン:7）】

取組項目		取組の評価指標				主な取組状況等	委員評価及びコメント
		項目	R6目標値	実績	院内評価		
3 収入増加・確保対策	(2)高度な診療報酬加算の取得	HCU加算	維持	維持	達成	毎月、医事課にてモニタリングを実施している。	中村副委員長 リハビリについては、時短勤務職員や産休・育休職員がいるので仕方がないと考えます。 薄井委員 (7)検討材料の提案件数について、「主な取組状況等」に具体的提案に至らなかったとありますので、「未達成」ではないでしょうか。 長谷委員 前年度未達成の項目が達成されるなど、改善が見られ、良好と思います。
		総合入院体制加算3	取得	取得	達成	目標を達成した。(R6.6月取得)	
		地域医療支援病院入院診療加算	取得	取得	達成	目標を達成した。(R6.4月取得)	
	(3)診療科ごとの収支分析の検討	診療報酬出来高請求の向上策の検討及び実施	検討及び実施	検討及び実施	概ね達成	経営分析ツールを利用し、モニタリングを毎月実施している。その中で、他院と比較して算定率が低いリハビリテーション総合計画評価料について、算定フローの見直しを行った。	
	(4)健診業務の最適化の研究	二次健診対象者獲得に向けた検討の実施	実施	実施	達成	二次検診の希望があった場合には診療科や患者支援センターと調整をし、当院で二次検診を受けられるように進めている。	
	(5)リハビリの質の向上、経営面での安定した収益確保	療法師1人当たり単位数(1日当たり)	15.0	13.3	概ね達成	時短勤務職員および産休・育休職員がいたが、職員間で業務を補い合い目標の88%程達成できた。	
		療法師1人当たり単位数(年間)	3,636	3,273	概ね達成	時短勤務職員および産休・育休職員がいたが、職員間で業務を補い合い目標の90%程達成できた。	
		療法師1人当たり単位数の対前年増加数及び効果額(円)	120	117	概ね達成	概ね目標を達成できた。	
			240,000	232,000			
		リハビリテーション総合計画評価料の算定率及び効果額(円)	75%	80%	達成	病棟の協力を得ながら、介入後速やかに計画書を作成、早期退院患者に係わる算定漏れを防止できるようになった。	
		420,000	447,000				
	(6)検査体制の強化(放射線室)	骨密度検査の算定件数及び効果額(円)	1,200件	1,478件	達成	予約フリーとし、整形外科だけではなく、他の診療科の検査数も増えている。	
			5,400,000	6,651,000			
	(7)経済性の追求(検査室)	新規検査の導入件数	1件以上	0件	未達成	外注検査を院内検査化する目的で、検討を行っていたが、導入には至っていない。	
		検討材料の提案件数	1件以上	1件	達成	経営分析ツールを活用し、外来収益に繋がる検索をしたが、具体的提案には至らなかった。機器更新に伴うランニングコストの削減については、年間約96万円の削減の見込みである。	
	(8)業務改善等の実施(臨床工学科)	業務マニュアルの整備・見直し	1回以上	1回以上実施	達成	血液浄化・ペースメーカ業務マニュアルの改訂・追加を実施した。	

【基本目標5 経営の効率化等（経営強化プラン:7）】

取組項目		取組の評価指標				主な取組状況等	委員評価及びコメント
		項目	R6目標値	実績	院内評価		
4 経費削減・抑制対策	(1)医療材料調達方法の見直し・改善、コストの削減・抑制	新規採用品の精査	100%	100%	達成	要領に基づき取組が出来ており、目標を達成した。	中村副委員長 材料費や委託料については、物価上昇のためやむを得ないと考えます。Bで問題ないのではないのでしょうか。 夏井委員 材料費、委託費などに関しては、物価、人件費の高騰を考慮するとやむを得ないと思いました。 薄井委員 原材料費、エネルギー価格等の高騰が続く中、節電をはじめ様々な取組を進められていると思います。人件費の増と併せ、これら経費を折り込みながら経営を進めていくことが、より大変で重要になってくると思います。 長谷委員 資材高騰の影響を受ける中、努力されていると思います。
		SPD業務報告の精査	1回以上	2回	達成	SPD業者からの業務報告を受けて、内容を確認のうえ購入価格の低減化について検討した。	
		医療材料マスタ整備率	80%	80.0%	達成	目標を達成した。(年度末で80%) ・頻繁に使用する物品についてJANコード付番がほぼ100%完了(マスタ整備全体の40%) ・要領に基づく不使用物品のデータ削除が11月中旬に完了(同30%) ・物品分類のためのJMDNコード付番について、可能なものはほぼ終了したが、全体の整備化にはJMDNコードによる分類のみでは不十分と判明したため、別の分類方法について検討中(同30%、うち10%程度達成)	
		共同購入品採用率(代表的分野)	対基準比2ポイント増	対基準比5.8ポイント増	達成	代表的3分野のいずれも目標を達成した。 (①汎用医療材料 +4.4 ②ME・透析 +10.7 ③手術室関連 +2.3)	
		共同購入の効果額(円)	8,000,000	6,011,965	概ね達成	R6の還元額は4,601万円で、基準(4,000万円)と比較した効果額は601万円(達成率75.1%)。	
		材料費比率(税込)	26.1%	28.0%	未達成	材料費削減の取り組みは進めているものの、値上げの影響もあり未達成となった。	
	(2)採用医薬品数削減の取組	採用医薬品数	1,500品目以下	1,432品目	達成	目標を達成した。ほぼ一増一減が来ている。	
	(3)後発医薬品割合の向上	後発医薬品割合	90%以上	91.6%	達成	出荷制限、出荷停止、販売中止の医薬品が多く、思うように採用薬品を変更できないが、なんとか後発医薬品割合を目標値以上に保てた。	
		カットオフ値	50%以上	48.1%	概ね達成	月によるバラツキは大きく目標値を達成できない月もあるが臨時的取り扱いでは目標値を達成している。	
	(4)委託契約の点検・見直し	委託契約の点検・見直し	1回以上	1回	達成	支出額が特に大きなものを中心に、適正性についてヒアリングやプロポーザルを行った。	
		委託料比率(税込)	11.5%以下	11.9%(学院除く)	未達成	見直しをしたものの人件費や物価の高騰などにより未達成となった。	
	(5)経費削減の取組の検討・実施	電気使用量	対基準比1%削減	4,958,628 kWh 対前年比3.6%減	達成	暖冬の影響もあり、基準を上回るペースで推移している。今後も節電の呼びかけを継続する。	
		ガス使用量	対基準比1%削減	629,527㎡ 対前年比5.7%減	達成	暖冬の影響もあり、基準を上回るペースで推移している。今後も節約の呼びかけを継続する。	

【基本目標5 経営の効率化等（経営強化プラン:7）】

取組項目		取組の評価指標				主な取組状況等	委員評価及びコメント
		項目	R6目標値	実績	院内評価		
4 経費削減・抑制対策	(5)経費削減の取組の検討・実施	上下水道使用量	対基準比1%削減	89,000㎡ 対前年比1.1%減	達成	上下水道については年間の使用料にさほどの大きな変動はなく、基準に近いペースで推移している。今後も節水の呼びかけを継続する。	中村副委員長 頑張っています。
	(6)時間外業務の削減	時間外業務の業務内容の精査及び削減に向けた検討	実施	実施	概ね達成	時間外業務の業務内容の精査は病院全体としては未取組、抜本的な業務内容の見直しには至っていないものの、業務内容の精査に取り組んでおり、効率化に係る検討も進めている。	薄井委員 時間外業務の削減について、「主な取組状況等」の記載では、業務内容の精査を行っているのか否か、分かりづらいと思います。 長谷委員 時間外業務内容の精査と効率化の検討を進めていただければと思います。
5 その他	(1)人材教育・育成の推進	研修会・学会への参加・発表に係る支援(円)	23,000,000	45,159,670	達成	円安による外国雑誌購入価格増の影響が要因の一つと考えられる。	藤原委員長 職場環境満足度調査は組織のエンゲージメントを評価する上で重要です。早期の実施が望まれます。
		学会での発表者数	10人以上	33人	達成	各部門で発表者数の目標は達成している。	中村副委員長 満足度調査は大変かと思いますが、内容はともかくとにかくやってみるしかありません。
		外国語論文の学術雑誌掲載に係る経費の助成	実施	実施	達成	実施しており目標を達成したほか、要綱の見直しを行った。	夏井委員 職場環境満足度調査については、前年も同様であり、継続した職員の確保、連携、そして、患者さんがたへの良質な医療の提供の観点からも重要と考えます。ぜひ、早急な取り組みをお願いします。
		職場内研修の実施部門数(病院全体)	16部門	18部門	達成	年度当初に設定した計画に沿って、研修が実施されている。	薄井委員 職場環境満足度調査について、職員のエンゲージメント向上は、パフォーマンスを発揮する上で、より重要度を増しています。調査あるいは把握について進めていく必要があります。 長谷委員 7年度中の満足度調査実施を期待しております。
		認定資格取得・更新計画の履行	履行	履行	達成	令和5年度完成したが、人事異動もあることから、令和7年度も継続して更新していく。	
	(2)職員が安心して働ける職場環境づくり	職場環境満足度調査	実施	実施に向け、具体的な検討をしている。	未達成	実施に向け、具体的な検討を行ったものの、R6は実施に至らなかった。R7は外部有識者の助言を得て、病院全体を対象とした調査を行う予定。	
		職場環境満足度調査結果に係る協議・検討	-	-	-	評価なし。満足度調査未実施のため。	
		満足度	-	-	-	同上	
		年次有給休暇平均取得率	55.0%	60.1%	達成	取得率については年度終了後に職員全体の出勤管理表を基に算出しており、目標を上回っている。	

経営強化プラン評価集計表(令和6年度分)

A：目標を十分達成した B：目標はおおむね達成した C：目標に向け取り組んでいるが、目標は達成できていない D：目標達成と大きく乖離している E：取組がなされていない

委員会最終評価
(候補:B)

Ⅱ 収支状況の評価（院内評価【B】）

取組項目		取組の評価指標				備考	委員評価及びコメント
		6年度 計画 A	6年度 見込 B	増減 (B-A)	院内 評価		
1 経営指標 に係る数値目 標	(1)経常収支比率 (税込、%)	96.6	91.9	▲ 4.7	概ね 達成	6年度は、税込で経常収益が計画より360百 万円増収したものの、経常費用が計画より1,0 34百万円増となったことから、経常収支は計画 より674百万円悪化し、▲1,093百万円の見 込みとなりました。これにより経常収支比率は、 計画より4.7%ポイント悪化した91.9%となる 見込みです。 ○経常費用に対する経常収益の割合で、「経 常収益/経常費用×100」の式で算出し、値が 高いほうがよく、100%以上が望ましいも です。	藤原委員長【C】 中村副委員長【B】 夏井委員【B】 薄井委員【C】 長谷委員【B】 収支状況の事前評価 藤原委員長 達成項目が1つのみという観点から、評価をCとしており ますが、目標値が高すぎるのかもしれませんが。 中村副委員長 状況は十分に理解できるし当然の結果ですが、Aを目 指すには計画の数字を下げるしかありません。
	(2)修正医業収 支比率 (税込、%)	87.9	83.0	▲ 4.9	概ね 達成	6年度は、税込で医業収益(他会計負担金を 除く)が計画より231百万円増収したものの、医 業費用が計画より996百万円増となったことか ら、計画より4.9%ポイント悪化した83.0%と なる見込みです。 ○医業費用に対する医業収益(他会計負担金 を除く)の割合で、「医業収益(他会計負担金 を除く)/医業費用×100」の式で算出し、値が 高いほうがよく、100%に近いことが望ましいも です。	夏井委員 延べ入院患者数は2.9%、外来患者数は、1.5%減少し ました。患者一人当たりの単価の上昇分で医業の中の料 金収益が4.2%上昇しております。診療報酬改定に伴う本 体部分の上昇は医科でわずかに0.52%ですので、収益 の向上が確認されていると思います。一方、2024年度の 物価上昇率は2.5%、人事院勧告による給与上昇率は 2.5%程度で、ベア上昇による分は一部加算などで補填 されていると思いますが、材料、委託費、その他の経費、 また定期昇給分を考慮すると吸収できるものではなく、 修正医業収益比率は、計画比ではマイナスですが前年 比同等でおおむね良好と判断しました。
	(3)資金過不足 比率 (税込、%)	3.7	▲ 2.7	▲ 6.4	概ね 達成	6年度は、税込で計画より資金の過不足額が7 23百万円減少したことなどから、計画よりも6. 4%ポイント悪化した▲2.7%となる見込みで す。 ○医業収益に対する地方財政法上の資金過 不足額の割合で、「資金過不足額/医業収益 ×100」の式で算出し、資金不足がないことが 基本です。	薄井委員 増収に関わらず、収支の悪化はどこが一番の要因と なっているのでしょうか。複合的なものかもしれませんが、物 価の高騰がやはり大きいのでしょうか。そうした点が「備 考」にあると状況がより分かりやすいと思いました。 長谷委員 厳しい状況の下、収益増収している点は評価できると思 います。

Ⅱ 収支状況の評価（院内評価【B】）

取組項目		取組の評価指標				備考	委員評価及びコメント
		6年度 計画 A	6年度 見込 B	増減 (B-A)	院内 評価		
1 経営指標に係る数値目標	(4)給与費比率(税込、%)	53.9	56.9	3.0	概ね達成	6年度は、税込で医業収益が計画より213百万円増収したものの、職員給与費が計画よりも457百万円増となったことなどから、計画より3.0%ポイント悪化した56.9%となる見込みです。 ○医業収益に対する職員給与費の割合で、「職員給与費/医業収益×100」の式で算出し、病院職員数や給与水準等が適切であるかを示す指標で、値が低いほうが経営的に貢献度が高いものです。	中村副委員長 給与の上昇については、前もって予想できなかったところがあるので仕方ありません。 薄井委員 給与費比率について、人件費は今後も上昇が想定されますので、計画への反映が必要に思います。 病床稼働率について、稼働率の要因の記載があると、より分かりやすいと思います。
2 各種の臨床指標	(1)平均在院日数(一般病床)(日)	12.5	12.0	▲ 0.5	達成	6年度は、計画より0.5日短縮した12.0日 ○病院に入院した患者の入院日数の平均値で、「在院患者延べ数/{(新入院患者+退院患者数)/2}」の式で算出します。	長谷委員 給与費について、政府の人事院勧告に準拠して小樽市の給与が改訂される現状から、目標達成は難しかったと考えます。
	(2)病床稼働率(精神科を除く)(%)	87.0	85.2	▲ 1.8	概ね達成	5年度は、計画より1.8%ポイント低い85.2% ○病院ベッドの稼働率(年延許可病床数に対する年延入院患者数の割合)で、ベッドが有効に活用されているかを示す指標です。「年延入院患者数/年延許可病床数×100」の式で算出し、値が高いほうが望ましい指標です。	

◎全体を通して、総括的なご意見・ご指摘事項などがあれば記載をお願いします。

藤原委員長 基本目標1から5については概ね達成されており、その積み重ねが組織としての力を着実に高めていることが感じられます。こうした基盤づくりは、今後の経営改善に大きく資するものと評価できます。他方、収支状況の改善にはまだ明確な反映が見られていません。収支状況の改善を真に重視するのであれば、収支に直結する要因を整理・分析し、インパクトの大きい項目に的を絞って注力することも戦略として有効と考えます。また、不確実性の高い環境にあつては、柔軟に目標を軌道修正しながら長期ビジョンを実現する姿勢も重要ではないでしょうか。取り組みを一層発展させ、経営成果へと着実につなげていかれることを期待しています。
夏井委員 救急を含め、日々の診療に対し、お礼申し上げます。看護職員も減少したなかで、同水準の収益を保つことのご苦労は相当のものと思います。今後とも職員の確保、良質な医療の堅持に向け、よろしくお願いいたします。一言、医師が66人、看護職など他の職員が402名ですが、単純計算で、一人当たり1379万円の給与が支払われてます。社会保険料、退職金なども含めた金額と思いますが、いかがでしょうか？
薄井委員 職員の採用はますます地域間の競争になることが想定されますので、不断の取組がより必要になりますし、病院経営の核となる職員のエンゲージメント向上は、経営においてさらに重要度が増すものと考えられます。そうした中で、業務のデジタル化やDXの推進は、効率化や生産性向上などの観点から進めていく必要があるものと考えられます。 人口減少のほか、物価の高騰や人件費の上昇など、経営環境はさらに厳しさが増すものと想定されますが、地域医療の充実は、街の安全・安心な住みやすさ、また、小樽市の人口対策としても非常に重要な役割を担っていますので、今後とも改善を重ねながら、着実かつスピード感のある取組を進められますよう期待いたします。
長谷委員 公立病院としての立ち位置や、人件費や原材料費の高騰の状況下ではありますが、各種取り組みを着実に実施し、より多くの項目を達成するよう努め、質の高い地域基幹病院として役割を引き続き果たしていただきたいと思います。