

小樽市立病院経営強化プラン評価報告書【令和6年度】

【 目 次 】

| | |
|-------------------|---------------|
| ・ 目次 | · · · · P. 1 |
| ・ 本報告の目的 | · · · · P. 2 |
| ・ 本委員会の評価の方法 | · · · · P. 2 |
| ・ 項目別評価 | |
| I . 令和 6 年度の取組状況 | · · · · P. 3 |
| II . 令和 6 年度の収支状況 | · · · · P. 9 |
| ・ 総合評価 | · · · · P. 10 |

【 委員会資料 】

第 1 回委員会（令和 7 年 9 月 1 日開催）

- ① 小樽市立病院経営強化プラン評価委員会 委員名簿
- ② 小樽市立病院職員名簿（経営強化プラン評価委員会出席職員）
- ③ 令和 7 年度小樽市立病院経営強化プラン評価委員会 開催スケジュール（案）
- ④ 令和 5 年度評価報告書に係る院内取組状況
- ⑤ 小樽市立病院経営強化プラン実行計画（令和 6 年度）
- ⑥ 令和 6 年度経営強化プラン実行計画の院内評価の方法について
- ⑦ 令和 6 年度の取組状況
- ⑧ 令和 6 年度の収支状況
- ⑨ 経営指標等に係る数値目標の令和 6 年度達成状況

第 2 回委員会（令和 7 年 10 月 14 日開催）

- ① 経営強化プラン評価集計表（令和 6 年度分）
- ② 経営強化プラン評価集計表 質疑応答（令和 6 年度分）
- ③ R P A シナリオ作成管理表

第 3 回委員会（令和 7 年 11 月 27 日開催）

- ① 小樽市立病院経営強化プラン評価報告書【令和 6 年度】（案）

【本報告の目的】

本委員会は小樽市病院事業管理者の委嘱を受け、総務省「持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化ガイドライン」(令和4年3月29日付総務省自治財政局長通知)に沿って策定された「小樽市立病院経営強化プラン」(令和5年3月)について、同ガイドラインの「第4 経営強化プランの策定・点検・評価・公表」「2 経営強化プランの点検・評価・公表」に従って、計画期間における各年度の取組等の進捗状況における客観的な外部評価を行い、また、委員各自の知識と経験から具体的提言を行い、これらを小樽市病院事業管理者に報告することをもって、小樽市病院事業の経営の健全化に資することを目的とする。

【本委員会の評価の方法】

令和7年度第1回委員会において、今回の評価対象年度である令和6年度の評価に先立ち、「令和5年度評価報告書に係る院内取組状況」(第1回委員会資料④)により、前年度評価を受けての院内取組状況などについて提示された。

次に「令和6年度の取組状況」(第1回委員会資料⑦)(経営強化プラン実行計画に掲げた具体的取組項目や、その達成状況を計る目標値及び主な取組状況を示したもの)、「令和6年度の収支状況」(経営強化プランの収支計画と見込との比較などを示したもの)及び「経営指標等に係る数値目標の令和6年度達成状況」(第1回委員会資料⑧・⑨)が資料として提示された。

事務局は各委員の事前評価及びコメントを集約した「経営強化プラン評価集計表(令和6年度分)」(第2回委員会資料①)及び各委員から寄せられた質疑事項及びその回答をまとめた「経営強化プラン評価集計表 質疑応答(令和6年度分)」(第2回委員会資料②)、「R P A シナリオ作成管理表」(第2回委員会資料③)を作成し、第2回委員会前に各委員へ事前配布した。

第2回委員会では、資料②を用いて、委員長が各委員より意見及び質問を求め、議論を深め、資料①を用いて、委員長が各委員の意見を集約しながら、令和6年度における「取組状況」、「収支状況」及び「経営強化プラン」の委員会としての評価を取りまとめた。

評価の区分

- 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

【項目別評価】

I 令和6年度の取組状況

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：総合評価【B】

「機能分化（当院の果たすべき役割）・機能の促進」

- 研修会の参加人数、院内災害訓練の参加経験者割合については、いずれも目標値をわずかに下回っているものの、災害拠点病院として必要とされる訓練体制の維持や参加促進に向けた取組が継続されている点は一定程度評価できる。今後は、参加経験の平準化や研修体系のさらなる工夫により、より確実な達成を図ることが望まれる。
- 地域がん診療連携拠点病院に係る取組項目については、キャンサーボードの開催や多職種カンファレンス、セミナー開催など、求められる機能がすべて計画どおりに実施されており、高く評価するものである。

「連携強化（地域の医療機関等との連携を強化）」

- 紹介医療機関数については、地域全体で医療機関の減少や診療機能の縮小が進んでいる状況を踏まえる必要があると考える。単純な医療機関数のみで目標達成度を判断することは、地域医療の実態を十分に反映できない可能性があるため、紹介患者数そのものを目標指標に加えることで、より現状に即した評価が可能になると考える。
- 退院時薬剤情報連携加算については、令和5年度と比較して実績値が減少している点が確認される。算定を進めることは地域の薬局や医療機関との連携を深めるうえで重要であり、当該加算の取得に向けた業務フローの整理や職員間の周知など、改善に向けた取組を進めることで、令和7年度は目標値を上回る成果を挙げることを期待する。

「精神医療」

- 院内他科への往診件数が令和5年度と比較して大きく減少している点については、その背景要因を明らかにする必要があると考える。診療体制の変更、患者構成の変化、あるいは他部門との連携状況など、複数の要因が影響している可能性があるため、今後の適切な医療提供体制の維持・改善に資するよ

う、要因分析と改善策の検討が望まれる。

「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」

- ・ 入退院支援等の質の向上に関する取組項目については、多職種による継続的なカンファレンスの実施や在宅復帰支援の強化など、計画された内容が全て達成されており、地域包括ケアの推進に向けた取組が着実に進められている点を評価する。これらの取組は高齢化が進む地域で重要性を増すものであり、今後も継続的な強化が望まれる。

「医療機能や医療の質の向上」

- ・ 手術件数の増加に向けた取組については、診療体制の整備や症例の受入れ強化など、これまでの努力が実を結び、目標を達成している点を評価するものである。手術件数の確保は病院機能の維持に直結する重要指標であることから、今後も安定的な診療提供体制を維持することが望まれる。
- ・ クリニカルパスの使用率が目標に達しなかった点は気掛かりである。クリニカルパスは診療プロセスの標準化と質の向上に資する重要なツールであり、運用状況の把握や現場での活用促進策を講じることで、令和7年度は目標の達成を期待する。
- ・ 栄養管理体制の充実に関して、入院時栄養食事指導料の算定件数が令和5年度より減少している点は懸念される。適切な栄養介入は患者アウトカムの改善に寄与することから、算定減少の要因分析を行い、必要な体制整備や業務フローの見直しを進めることが望まれる。
- ・ 患者満足度向上に資する患者満足度調査については、前年に引き続き実施されていない状況が続いている点は問題である。患者の声を把握し、改善につなげることは患者中心の医療を推進する上で不可欠であるため、令和7年度の必須項目として早急に実施されることを強く望む。

「住民の理解のための取組（地域住民への情報発信など）」

- ・ 地域医療に対する住民の理解促進を目的とした市民公開講座については、年2回の開催を継続して実施している点を評価するものである。準備や運営に一定の負担が伴う取組であると推察されるが、地域住民が医療に関する正しい知識を得る機会を提供することは、当院の役割として極めて重要であるため、今後も継続して取り組まれることを望む。

- ・市民公開講座のさらなる充実に向けて、講演内容を収録し、アーカイブ動画として提供するなど、市民がより幅広く受講できる機会を増やす工夫を検討されたい。デジタル活用は住民サービスの向上に資するものであり、時間的・地理的制約を超えた情報発信手段として有効であると考える。

基本目標2 医師・看護師等の確保と働き方改革：総合評価【B】

「医師・看護師等の確保、若手医師の確保」

- ・看護師の確保に関して、離職に係る実績値が目標を下回っている点は気掛かりである。慢性的な人材確保の困難が続く中で、組織のエンゲージメントを高めることは離職抑制に加え、採用活動にも良い影響を及ぼす重要な要素であると考える。引き続き職場環境整備や働きやすさの向上に向けた取組に期待する。
- ・人間関係による離職者が令和5年度と比較して令和6年度に急増している点については、その原因を「人間関係」として一括りに質問するのではなく、離職理由の尋ね方や分類の方法に工夫を加える必要があると考える。詳細な要因分析を行うことで、より実効性のある離職対策につながるものと期待される。
- ・職員採用に向けた学生等への働きかけについて、目標値及び実績値が延べ人数で示されていることは、この指標の性質からすると必ずしも明確でないと考える。採用活動における実効性を判断するためには、実人数や接触の質的評価など、より実態に即した指標設定の検討が望まれる。
- ・薬剤部への実習生受入れについては、体制や業務負荷の観点から難しい部分があると推察されるが、薬剤師確保の観点からも意義ある取組であるため、可能な範囲で引き続き努力を望む。
- ・社会全体で求人環境が厳しさを増す中、新たな人材を確保できている点は評価するものである。今後も採用チャネルの多様化や魅力発信を通じて、安定的な人材確保につなげていくことを期待する。

「医師の働き方改革への対応」

- ・ I C T¹機器、R P A²については、医師の業務負担軽減及び長時間労働の抑制に寄与する重要な取組であると評価する。これらのデジタル技術の活用は、業務プロセスの効率化を進めるうえで不可欠であり、導入後の定着や改善も含め、引き続き長時間労働の解消に向けた継続的な取組を望む。

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：総合評価【B】

「感染症指定医療機関としての役割・機能」

- ・ B C P³の策定は、小樽市の基幹病院としての診療継続体制を確保するうえで極めて重要である。新興感染症や災害時における迅速な対応力を高める観点からも、他の公立病院の先行事例等を参考にしながら、早期に策定を進めたい。
- ・ 防護具等の資機材については、院内感染対策及び職員の安全確保に不可欠なものであり、必要数量の確保を着実に進める必要がある。調達計画や備蓄体制の見直しも含め、引き続き適正な管理を行っていただきたい。
- ・ 感染防止対策マニュアルの改訂は、感染症の流行状況や新知見の蓄積に応じて継続的に実施すべき作業である。現場の実態に即した内容となるよう、定期的かつ計画的に改訂を行い、職員への周知徹底を図ることが望まれる。

¹ 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。

² 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。

³ BCP : Business Continuity Plan（ビジネス・コンティニュイティ・プラン）の略。診療継続計画。

基本目標4 施設・設備の最適化：総合評価【A】

「施設・設備の適正管理と整備費の抑制」

- ・ 企業債発行額及び残高について、いずれも目標を達成している点は適切に財政規律が保たれているものと評価する。今後も計画的な設備投資と財政負担の最適化を図りつつ、この状況が次年度以降も継続されることを期待する。

「デジタル化への対応」

- ・ DX⁴の推進に関しては、業務の選別や標準化を進めながら、RPAやAIの活用を引き続き検討されたい。デジタル技術の導入は業務効率化や医療の質向上に資するものであり、病院全体の生産性向上に向けた重要な取組であると考える。
- ・ RPA化については、導入効果が経営にどの程度寄与しているかを把握するためにも、業務削減量や時間短縮効果など、経営に与えるインパクトが定量的に示されることが望まれる。これにより、さらなる適用範囲の検討や優先順位の明確化が可能になると考える。

基本目標5 経営の効率化等：総合評価【B】

「民間病院等の経営手法の研究」

- ・ 分析結果や良好な事例については、院内で積極的に共有されたい。民間病院の取組や経営手法は、経営改善や業務効率化の参考となる点が多く、院内全体のマネジメント力向上につなげていただきたい。

「収入増加・確保対策」

- ・ リハビリの質の向上や経営面での安定した収益確保に向けた各種指標について、一部が目標値に届かなかった点は確認されるものの、療法士に時短勤

⁴ DX : Digital Transformation の略。デジタルと変革を意味するトランسفォーメーションによりつくられた造語で、進化したデジタル技術を社会に浸透させることで人々の生活をより良いものへと変革すること。英語圏では Trans を X と略すことが一般的なため、略称は「DX」が使われている。

務や産休・育休職員が一定数含まれている状況を考慮すれば、やむを得ない面があると考える。引き続き、限られたマンパワーの中で効果的な業務運営が図されることを期待する。

- 前年度未達成の項目が達成されるなど、改善が見られている点は評価する。これらの取組が継続されることで、さらなる収入確保と経営安定化につながることを期待する。

「経費削減・抑制対策」

- 材料費や委託費については、社会全体で物価及び人件費が高騰している状況を踏まえれば、増加が生じることもやむを得ないものと考える。とはいえ、効率的な資源活用が求められる領域であり、引き続き対策の検討が望まれる。
- 時間外業務の内容については、業務の精査を進め、RPA化などによる業務効率化の余地をさらに検討いただきたい。働き方改革の観点からも、業務の棚卸しと業務フロー改善を進めることができ、時間外縮減や生産性向上に資するものと考える。

「その他」

- 職場環境満足度調査については、組織のエンゲージメントを把握し、職員が働きやすい環境を整備するうえで極めて重要な取組である。長期間実施されていない状況は課題であり、早期の実施が望まれる。職員のエンゲージメント向上は、組織として十分なパフォーマンスを発揮するための鍵であり、離職防止や他部門との連携強化につながるだけでなく、ひいては患者に対する良質な医療提供の基盤となるものである。このような観点からも、本調査の実施と結果の活用は当院の組織力強化に欠かせないものと考える。

II. 令和6年度の収支状況

1. 経営指標に係る数値目標及び各種の臨床指標：総合評価【B】

「経常収支比率」

令和6年度は、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 1,034 百万円増となつたことから、経常収支は計画より 674 百万円下回った▲1,093 百万円となり、計画より 4.7% ポイント低い 91.9% となつた。

「修正医業収支比率」

令和6年度は、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 百万円増となつたことから、計画より 4.9% ポイント低い 83.0% となつた。

「資金過不足比率」

令和6年度は、計画より資金の過不足額が 723 百万円減少したことなどから、計画よりも 6.4% ポイント低い▲2.7% となつた。

「職員給与費比率」

令和6年度は、職員給与費が計画よりも 457 百万円増となり、医業収益が計画より 213 百万円増収したことにより、計画より 3.0% ポイント高い 56.9% となつた。

「平均在院日数（一般病床）」

令和6年度は、計画より 0.5 日短縮した 12.0 日となつた。

「病床稼働率（精神科を除く）」

令和6年度は、計画より 1.8% ポイント低い 85.2% となつた。

- ・ 令和6年度は、厳しい経営環境の中にあっても経常収益が計画を上回り、増収を確保している点は評価する。物価高騰や医療材料費・委託費の上昇、人件費の増加など、全国的に公立病院が直面している外部要因を踏まえると、増収確保は重要な成果であると考える。
- ・ 職員給与費比率については、職員給与費が計画を上回ったことで比率が上昇しているが、今後も人件費の上昇が見込まれることから、次年度以降の計画に適切に反映していく必要があると考える。
- ・ 給与費については政府の人事院勧告に準拠して改定される仕組みであることを踏まえると、今回の目標未達は制度上やむを得ない側面が大きいと考える。公立病院としての役割を維持するためにも、今後は勧告の影響を見越した計画設定が求められる。

【総合評価】

令和6年度 小樽市立病院経営強化プラン：総合評価【B】

令和6年度における経営強化プランの取組状況については、基本目標1から5の各項目において、概ね着実な進展が見られた。特に、施設・設備の最適化やデジタル化への対応、経営効率化に向けたRPAの活用など、経営基盤の整備と持続的な改善に向けた姿勢は評価できる。一方で、患者満足度調査や職場環境満足度調査といった“声”的把握・可視化に関する取組が未実施のままである点は、組織のエンゲージメント向上及び患者中心の医療推進の観点から、早急な着手が求められる。

収支面では、経常収支比率や修正医業収支比率などの主要指標において、依然として計画値を下回る結果となった。物価や人件費の上昇、診療報酬改定の影響など、厳しい経営環境が続く中であっても、病床稼働率の維持や収益増加に向けた努力が見られた点は一定の評価に値する。今後は、費用構造の分析をより精緻化し、重点的な改善領域を明確にしたうえで、経営改善施策の実効性を一層高めていくことが期待される。

人口減少が進行する中で、地域医療提供体制の再構築が求められている。単に「選ばれる病院」としての競争力を高めるだけでなく、二次医療圏全体の最適配置を見据え、地域の医療機関や介護事業者等との連携を強化しながら、地域全体で支える医療提供モデルを構築していくことが重要である。併せて、医療の質指標として注目される患者経験（PX：Patient Experience）や、従業員経験（EX：Employee Experience）の概念を組織運営に取り入れ、医療の質と経営の質を両立させる取組が望まれる。

総じて、令和6年度の取組はおおむね計画に沿って進展しており、前年度からの改善の兆しも見られることから、総合評価としては【B】とする。今後は、経営指標の改善に直結する実効的な取組とともに、それを支える人材育成と組織体制の一層の強化を軸に、持続可能な地域医療の実現に向けたさらなる発展を期待する。

【 委員会資料 】

小樽市立病院経営強化プラン評価委員会

【令和7年度 第1回】

日時：令和7年9月1日(月)18:30

会場：小樽市立病院 講堂

次 第

- ・ 開会
- ・ 委嘱状交付
- ・ 小樽市病院事業管理者挨拶
- ・ 病院職員紹介

【議事】

- 1 委員会開催スケジュール(案)について
- 2 令和5年度評価報告書に係る院内取組状況等について
- 3 令和6年度経営強化プラン実行計画の院内評価の方法及び取組状況について
- 4 令和6年度の収支状況について
- 5 その他
- 6 閉会

<資料>

- ① 小樽市立病院経営強化プラン評価委員会 委員名簿
- ② 小樽市立病院職員名簿(経営強化プラン評価委員会出席職員)
- ③ 令和7年度小樽市立病院経営強化プラン評価委員会 開催スケジュール(案)
- ④ 令和5年度評価報告書に係る院内取組状況
- ⑤ 小樽市立病院経営強化プラン実行計画(令和6年度)
- ⑥ 令和6年度経営強化プラン実行計画の院内評価の方法について
- ⑦ 令和6年度の取組状況
- ⑧ 令和6年度の収支状況
- ⑨ 経営指標等に係る数値目標の令和6年度達成状況

小樽市立病院経営強化プラン評価委員会 委員名簿

令和7年9月1日時点

| 職名等 | 氏名 |
|---------------------------------|--------------------|
| 1 国立大学法人 小樽商科大学 大学院商学研究科 准教授 | 藤原 健祐 タジワラ ケンスケ |
| 2 中村記念病院 理事長・病院長 | 中村 博彦 ナカムラ ヒロコ |
| 3 小樽市医師会 理事 | 夏井 清人 ナツイ チヨトメ |
| 4 小樽商工会議所 専務理事 | 薄井 洋仁 ワスイ ヨウジン |
| 5 北海道税理士会小樽支部 税理士 | 長谷 淳 ハセキ ヒヅシ |

小樽市立病院 職員名簿（関係職員抜粋）

令和7年9月1日現在

| 役職等 | 氏名 |
|---------------------|--------|
| 病院事業管理者・病院局長 | 有村 佳昭 |
| 副局長 | 金内 優典 |
| 病院長 | 越前谷 勇人 |
| 特任理事 | 櫻木 範明 |
| 特任理事 | 信野 祐一郎 |
| 特任理事 | 川原田 修義 |
| 理事・副院長 | 新谷 好正 |
| 理事・副院長 | 中林 賢一 |
| 理事・副院長 | 深田 穣治 |
| 理事・副院長 | 金戸 宏行 |
| 理事・主任医療部長 | 山下 登 |
| 理事・主任医療部長 | 高川 芳勲 |
| 理事・主任医療部長 | 佃 幸憲 |
| 理事・主任医療部長 | 渡邊 義人 |
| 理事・看護部長 | 濱崎 弓子 |
| 主任医療部長・院長補佐 | 今井 章仁 |
| 主任医療部長 | 笛川 嘉久 |
| 主任医療部長 | 小野 晓 |
| 主任医療部長 | 汐谷 心 |
| 主任医療部長 | 市村 亘 |
| 主任医療部長 | 矢花 崇 |
| 主任医療部長・院長補佐 | 保科 大地 |
| 医療部長 | 古川 浩司 |
| 主任医長・院長補佐 | 太田 千秋 |
| 薬剤部長 | 鶴谷 勝実 |
| 看護部 副看護部長 | 長谷川 和代 |
| 医療技術部 放射線室長 | 小笠原 弘 |
| 医療技術部 検査室長 | 小山田 重徳 |
| 医療技術部 リハビリテーション科 主幹 | 庄司 浩 |
| 医療技術部 栄養管理科 主幹 | 渡辺 恵子 |
| 医療技術部 臨床工学科 主幹 | 難波 泰弘 |
| 患者支援センター 次長 | 大口 明男 |
| 事務部長 | 安部 俊克 |
| 事務部 次長 | 伊藤 雅浩 |
| 事務部 主幹 | 木戸 誠治 |
| 事務部 事務課長 | 渡辺 裕也 |
| 事務部 経営企画課長 | 荻原 美貴 |
| 事務部 医事統括室長 | 三田 学 |
| 事務部 医事統括室 主幹 | 堀合 謙一 |

令和7年度 小樽市立病院経営強化プラン評価委員会 開催スケジュール（案）

● 第1回委員会（9月1日）

- ・令和5年度評価報告書に係る取組状況等の説明
- ・令和6年度の取組状況及び収支状況の説明
- ・令和6年度の取組状況及び収支状況等に係る質疑及び意見

● 第2回委員会（10月頃）

- ・令和6年度の取組状況及び収支状況並びに経営指標等に係る達成状況等に対する意見及び評価
- ・経営強化プラン推進に関し必要な事項についての意見
- ・評価報告書作成に向けた意見のとりまとめ

● 第3回委員会（11月頃）

- ・評価報告書案の審議【評価報告書の内容決定】

● 委員長から病院事業管理者へ報告書を手交（11月頃）

以上

令和5年度 評価報告書に係る院内取組状況

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(No.1～No.4)

| 項目 | 評価報告書指摘事項等 No. | 検討・報告内容 |
|------------------------------|--|--|
| 1 機能分化 (当院の果たすべき役割・機能の促進) | 1 (1)災害拠点病院としての役割・機能 (2)地域がん診療連携拠点病院 | DMAT隊員育成人數について、隊員増員に向けて院内での働きかけを実施するも、令和5年度の隊員養成研修参加者がなかなかものであるが、研修参加の希望者がなくとも毎年計画的に数名の育成を実施すべきものと考える。 小樽・後志がんセミナーは令和6年6月13日、令和6年10月21日に、がんに関する内容をテーマとした市民向け公開講座は、小樽市保健所、市立小樽図書館と連携して令和6年9月26日に実施しました。令和7年度においても取組は、継続していく予定です。 |
| 2 連携強化 (地域の医療機関等との連携を強化) | 2 地域がん診療連携拠点病院に係る取組項目 (1)医療機関等との連携強化、医師・看護師等の派遣 | 内容が、ほぼ達成されていることは評価する。後志管内唯一の地域医療支援病院の役割として、各種研修やセミナー開催なども継続していく必要があるものと考える。 紹介患者の紹介率・逆紹介率について、維持・向上に向けて連携強化のための病院訪問等を継続して実施しております。令和6年度の紹介率は平均70.6%、逆紹介率は平均119.5%となり、目標を大きく上回って達成することができました。 |
| 5 医療機能 や医療の質の向上 | 4 (5)患者満足度の向上 | 患者満足度の向上に係る患者満足度調査について、令和6年度では検討を進めたものの調査は未実施となりました。令和7年度はP(X(患者経験価値)を用いた調査を実施する予定です。 |

基本目標2 医師・看護師等の確保と働き方改革(No.5～No.6)

| 項目 | No. | 評価報告書指摘事項等 | 検討・報告内容 |
|--------------------------|-----|---|--|
| 1 医師・看護師等の確保、若手医師への働き方改革 | 5 | 職員の採用に向けた学生等への働きかけについて、採用のみならず、病院のプロモーションという側面からも美習生は積極的に受け入れていただきたい。 実習生の受け入れについては、地理的な問題があり難しいところがあると考えるが、引き続き地道な努力を望む。 今後さらに人材確保が厳しくなる中、前広に働きかけを継続していくことが重要であり、職員採用に向け、さらに積極的な取組に期待する。 | 実習生の積極的な受入れの取組は継続して実施しており、令和6年度において各部門の目標を達成又は概ね達成しております。また、初期研修医にかかる取組の評価指標として、令和6年度より新たに「見学生の満足度」を設定し、満足度100%を目標としております。令和6年度の実績は、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」を合わせて満足度100%を達成しております。 |
| 2 医師の働き方改革への対応 | 6 | 医師の働き方改革への対応について、時間外勤務の長い医師については、意識改革が必要であり、特定の職員の勤務時間が過重にならぬよう、引き続き、適切な勤務時間管理を行う必要があるものと考える。 | 時間外・休日労働時間数の多い医師に対する面談は、該当者がいる場合は実施しております。令和6年度においては、目標の960時間を超える事例ではなく目標を達成しました。 |

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(No.7)

| 項目 | No. | 評価報告書指摘事項等 | 検討・報告内容 |
|----------------------|-----|---|--|
| 1 感染症指定医療機関としての役割・機能 | 7 | BCPの策定は大変であり、中々進まないことは理解できるが、策定の必要性を認識したうえで、コンサルタント会社の活用などを検討し、速やかに策定されることを望む。 感染防止対策マニュアルの改訂は、大きな変更は必要ないため、状況に合わせて毎年の定期的な改訂をしていただきたい。 | 新興感染症発生時ににおける診療継続計画(BCP)の策定について、コンサルタント会社の活用なども議論しましたが、結論を得ることできず令和6年度も策定に至っていない状況です。現在、ICT(感染対策委員会及び感染対策チーム)部会メンバーが所属する部署にBCP案の提出を依頼して作業を進めているところです。 感染防止対策マニュアルの改訂は、定期改訂が想定より多く一部は翌年に持ち越している状況ですが、実施しております。目標を概ね達成しております。 |

基本目標4 施設・設備の最適化(No.8)

| 項目 | No. | 評価報告書指摘事項等 | 検討・報告内容 |
|-------------|-----|---|---|
| 2 デジタル化への対応 | 8 | デジタル化への対応について、国から指示を待つて対応せざるを得ない状況であり、院内の取組について、現状でやむを得ないものと考える。 RPA化の可能な業務を選別し、RPA化への移行や時間外勤務等の削減に期待する。 | 令和6年7月に自動再受付機を更新して、マイナシバーカードの保険証利用に対応する体制整備を実施しました。今までに5件のRPA化が実施に向け調整中で、更に拡大していく予定です。令和7年度は医師へのスマートフォンの導入により画像を含む診療情報を関係医療機関と共にする取組を進めながら、AI問診、生成AIの活用などを予定しており、デジタル化による業務の効率化を推進していきます。 |

基本目標5 経営の効率化等(No.9～No.12)

| 項目 | No. | 評価報告書指摘事項等 | 検討・報告内容 |
|-----------------|--------------------------------|--|---|
| 2 民間病院手法等の経営の研究 | (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 | 9 民間の経営手法の取り入れなど、意識醸成を含めた経営改善に向けた取組は、継続していただきたい。 | 民間病院の手法を参考に、令和6年4月より、病棟担当副看護部長、患者支援センター次長がベッドコントロール担当として、週に2回病棟を回診し、長期入院患者の状況、医療ソーシャルワーカーの介入状況、病棟ごとの週次入院数、回転率等の確認を行い、ベッドコントロールを効率的に行う取組を実施しております。令和7年度は、各病棟にデジタルサイネージを設置して、ベッドコントロールの状況について「見える化」を進める予定です。 |
| 3 収入増加・確保対策 | (5)リハビリの質の向上、経営面での安定した収益確保 | 10 リハビリレーション総合計画評価料の算定率が低いことは問題である。 | 令和6年度においては、病棟の協力を得ながら、リハビリ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ます。 |
| 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 | 11 医療材料のコスト削減について、資材高騰の影響などにより大変厳しい状況だが、削減の取組は継続していただきたい | 令和元年度より取組を始めた、診療材料費の共同購入事業にかかる令和6年度の効果額は前年費より601万円増加した4,601万円となり、目標の800万円には届かなかったものの達成率は75.1%と概ね達成しております。令和6年度は、新たに償還価格のない診療材料について購入額の大さき物を抽出して、強力に減額交渉を行いながら、一部安価な代替品に変更するなどの取組を実施し、削減効果額は年換算で1,312万円となりました。診療材料の値上がりは続いているますが、引き続き削減の取組について進めていく予定です。 |
| | (6)時間外業務の削減 | 12 時間外業務の業務内容の精査は、RPA化で見る業務の有無などを検討していく必要性からも、今年度必ず進めたい。 | 時間外業務の業務内容の精査は病院全体としては進んでいない状況で、抜本的な業務内容の見直しには至っておりません。個別に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ます。ところで、RPA化などを推進することより、時間外業務の削減に努めしていく予定です。 |

基本目標5 経営の効率化等(No.13～No.14)

| 項目 | | 評価報告書指摘事項等 検討・報告内容 | |
|-------|---------------------|-----------------------|--|
| 5 その他 | (1)人材教育・育成の推進 | No. 13 | 人材育成は各業種共通の課題でもあり、着実にスキルアップを進められるよう、毎年継続して長い長期的に取り組むことが必要と考える。 |
| | (2)職員が安心して働く職場環境づくり | No. 14 | 患者満足度を高めるには従業員の満足度を高める必要があることから、人材確保のためにも職場環境満足度調査は早期の実施を望む。 |

小樽市立病院経営強化プラン実行計画

(令和6年度)

令和5年10月作成
令和7年 8月改訂

小樽市立病院

編集：経営強化プラン推進委員会

【小樽市立病院経営強化プラン実行計画作成の主旨】

小樽市では病院事業の経営強化に総合的に取り組むことを基本として、令和5年3月に小樽市立病院経営強化プランを策定しました。同プランでは、地域医療における当院の役割・機能、経営の効率化等に係る様々な取組を病院全体で着実に実施し、経営改善を図ることとしています。

小樽市立病院では、同プランの実施状況を検証するための実行方針、具体的な取組、取組の評価指標等を定めることを目的として本実行計画を作成しました。

なお、本実行計画は、適時、見直しを検討することとします。

【目 次】

| | |
|---------------------------------|---------|
| 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 | ・・・・P1 |
| 1 機能分化（当院の果たすべき役割）・機能の促進 | |
| 2 連携強化（地域の医療機関等との連携を強化） | |
| 3 精神医療 | |
| 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 | |
| 5 医療機能や医療の質の向上 | |
| 6 住民の理解のための取組（地域住民への情報発信など） | |
| 基本目標2 医師・看護師等の確保と働き方改革 | ・・・・P11 |
| 1 医師・看護師等の確保、若手医師の確保 | |
| 2 医師の働き方改革への対応 | |
| 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 | ・・・P14 |
| 基本目標4 施設・設備の最適化 | ・・・P16 |
| 1 施設・設備の適正管理と整備費の抑制 | |
| 2 デジタル化への対応 | |
| 基本目標5 経営の効率化等 | ・・・P18 |
| 1 経営指標に係る数値目標 | |
| 2 民間病院等の経営手法の研究 | |
| 3 収入増加・確保対策 | |
| 4 経費削減・抑制対策 | |
| 5 その他 | |
| ※目標指標等 | ・・・・巻末 |

※ 本計画における各項目の記載様式は右のとおりです。

【〇〇〇〇】 実行計画の方針
 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

«具体的な取組» **実行方針に沿った具体的な取組**

所管 〇〇〇〇委員会

1 〇〇〇〇〇

«取組の評価指標» **取組の数値目標**

| | 基準 | R5目標 | R6目標 | R7目標 | R8目標 | R9目標 |
|-------|----|------|------|------|------|------|
| 〇〇〇〇〇 | 〇〇 | 〇〇 | 〇〇 | 〇〇 | 〇〇 | 〇〇 |

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)

1 機能分化（当院の果たすべき役割）・機能の促進

○ 経営強化プランの内容

- ・ヘリポートを備えた災害拠点病院として幅広い救急医療を担い、現在の高度急性期機能及び急性期機能を推進するほか、小児・災害・精神などの不採算・特殊部門に関わる医療の提供や、高度・先進医療を担っています。
- ・後志圏域で唯一の地域がん診療連携拠点病院として、専門的ながん医療の提供、がん診療の連携協力体制の整備及び患者への相談支援や情報提供などの役割・機能を担っています。

○ 経営強化プランの実行方針、具体的な取組など

1 【災害拠点病院としての役割・機能】

災害時における医療拠点としての体制を整備し、関係機関との連携を強化します。

救急・災害医療啓発部会

«具体的取組»

1 医療救護や医療従事者の派遣に対応できる体制を構築

1 関係機関との合同研修会・講習会の実施

1 小樽市総合防災訓練へのDMA T参加を継続。今後は小樽市消防本部と合同で化学災害や原子力災害協力医療機関として放射線災害訓練の実施を検討。

2 小樽市医師会・小樽市保健所と、地域災害時の「地域災害医療連絡会議」の連携を確立済みであり、合同訓練を実施。

3 MCLS、ICLS、BLS/AEDの研修会を実施、又は実施を検討

2 災害発生時に備えた取組

1 院内災害訓練として、火災消火・避難訓練、地震避難訓練を年2回実施し、加えて大規模災害想定の本部運営及び多数傷病者想定訓練を年1回実施。

2 地域災害拠点病院におけるDMA Tの養成目標チーム数確保のため、増員及び資機材等の拡充を図るほか、増員に向けて医師隊員及びロジスティク隊員の追加養成に努める。

3 BCP及び災害対策マニュアルは、救急・災害医療啓発部会で分科会を構成し、継続的に見直しを行う。

4 医薬品等は一定量を備蓄する。非常食及び飲料水は入院患者用は備蓄済みであり、職員用は、計画的に備蓄を進める。

«取組の評価指標»

| | 基準 | R5実績 | R6実績 | R7目標 | R8目標 | R9目標 |
|-----------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| BLS/AED研修会の実施回数及び参加人数 | 4回 50人 | 4回 45人 | 4回 44人 | 4回 50人 | 4回 50人 | 4回 50人 |
| 院内災害訓練の実施 | | | | | | |

| | | | | | | |
|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 一般職員参加率 | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% |
| DMAT隊員参加率 | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% |
| 参加経験者の割合※ | 10% | 12% | 12% | 16% | 18% | 20% |

(※過去に1回以上の参加経験がある者の割合。)

| | 基準 | R5実績 | R6実績 | R7目標 | R8目標 | R9目標 |
|------------|------|------|------|------|------|------|
| DMAT隊員育成人数 | 0～2人 | 0人 | 2人 | 1人 | 0人 | 0人 |

2 【地域がん診療連携拠点病院】

地域の医療機関と連携を強化するとともに、院内各部門が連携してチーム医療を提供するがん診療センターを設置し、専門的な診断・治療から治療終了後のQOL管理まで、がん診療全般を完結できることを目指します。

がん診療センター管理運営委員会

«具体的取組»

1 がん医療の提供体制の充実

- 1 手術療法、放射線療法、化学療法、及び緩和ケアに係る専門部会を設置
- 2 専門的知識や技能を有する医師、及び医師以外の診療従事者の育成と配置
- 3 専門を異にする多くの医師や医療従事者が参加するキャンサーボードを積極的に開催
- 4 遺伝診療部門など専門外来の設置

2 緩和ケアの提供体制の充実

- 1 緩和ケアチームは、専従の医師の他、専門資格を有する診療従事者等の常勤職員で構成
- 2 緩和ケアチームは、定期的にカンファレンス等を行い、必要に応じて助言や指導を実施
- 3 リンクナースを配置し、院内の診療従事者と緩和ケアチームの連携を確保
- 3 関係医療機関等との連携を強化し、がん患者の紹介・逆紹介を推進
 - 1 かかりつけ医や在宅等への入退院支援を効率的に行うための取組を検討
 - 2 小樽後志がん診療セミナーを開催し、地域の医療機関等との連携を強化

4 がん相談支援の推進、及び情報提供・普及啓発の取組

- 1 がん相談支援センターの利用促進を図り、リーフレットや紹介カードを配付
- 2 患者サロンは、当院主催のほか、院外のがん患者団体と連携してオンラインで実施
- 3 がんに関する内容をテーマとした市民向け公開講座の実施
- 4 小樽市図書館と連携し、「がん情報コーナー」を設置し、リーフレット等を配置

«取組の評価指標»

| | 基準 | R5実績 | R6実績 | R7目標 | R8目標 | R9目標 |
|-------------------|------|------|------|------|------|------|
| キャンサーボードの開催 | 12回 | 10回 | 14回 | 12回 | 12回 | 12回 |
| 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 | 毎週1回 | 毎週1回 | 毎週1回 | 毎週1回 |
| 小樽後志がん診療セミナーの開催 | 2回 | 2回 | 2回 | 2回 | 2回 | 2回 |
| 市民向け公開講座の実施 | 1回 | 1回 | 1回 | 1回 | 1回 | 1回 |

2 連携強化（地域の医療機関等との連携を強化）

○ 経営強化プランの内容

- ・地域における医療機能の分化に伴い、基幹病院として求められる高度・特殊な医療を確実かつ効率的に提供していくため「かかりつけ医制度」を進め、地域の医療機関との患者の紹介・逆紹介を推進します。
- ・関係医療機関による当院の高度医療機器の活用や研修会の開催を通じて、地域の医療機関との連携を深め、後志圏域で初となる「地域医療支援病院」を目指します。
- ・地域医療支援病院となり、外来がスリム化することで、患者の待合スペースの過密化や診察待ちの長時間化などを軽減し、患者サービス・運営面での改善を目指します。
- ・二次救急や他の医療機関からの紹介患者は、全て受け入れることを原則とします。
- ・持続可能な医療提供体制確保のために、医師・看護師の確保に取り組むとともに、北海道や関係医療機関と調整しながら、小樽・後志地域の基幹病院として、医師や看護師等を派遣する取組を継続して実施します。

○ 経営強化プランの実行方針、具体的な取組など

【医療機関等との連携強化、医師・看護師等の派遣】

- ・患者さんが身近な地域で医療を受けられる体制を持続するために、地域医療支援病院の認定を目指すとともに地域の医療機関等との連携を強化します。
- ・地域の基幹病院として、関係機関からの要請に応じて医師、看護師を派遣します。

患者支援センター、薬剤部

«具体的取組»

- 1 紹介率の維持・向上
- 2 患者受入プロセスの改善
 - 1 紹介患者拒否データの収集
 - 2 患者受入れプロセス（紹介制の拡大検討）の整理
- 3 逆紹介の推進
 - 1 診療科別の逆紹介率のモニタリング
- 4 院外営業活動、医療従事者等への研修
 - 1 地域連携に係る先進的な活動をしている病院を訪問
 - 2 医療機関へのアプローチ
 - 1 医療従事者研修プログラムの作成
 - 2 医療従事者向け勉強会の実施
 - 3 高度医療機器利用の対応
 - 4 満足度調査の実施に係る検討
- 5 地域の保険薬局等との連携強化
 - 1 退院後の患者情報の共有
 - 1 退院時にかかりつけの保険薬局へ薬剤管理サマリーを用いて情報共有を図る。
 - 2 退院時薬剤情報連携加算件数のモニタリング
 - 2 外来での抗がん剤治療の質の向上
 - 1 患者にレジメン（治療内容）を提供し、患者の状態を踏まえた指導を行うとともに、地域の薬局の薬剤師等を対象とした研修会を実施する等の連携体制を整備する。
 - 2 連携充実加算件数のモニタリング

3 保険薬局との研修会開催の推進

1 保険薬局とお互いの情報共有の場として定期的に合同の研修会を実施する。

2 研修会開催回数のモニタリング

6 関係機関からの要請に応じた医師・看護師の派遣

«取組の評価指標»

| | 基準 | R5実績 | R6実績 | R7目標 | R8目標 | R9目標 |
|--------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| 紹介率 | 50% | 57.4% (平均) | 70.6% (平均) | 60% | 65% | 65% |
| 逆紹介率 | 70% | 97.9% (平均) | 119.5% (平均) | 80% | 40% | 40% |
| 地域の医療機関従事者向け講演会の開催 | 12回以上 | 24回 | 12回 | 12回以上 | 12回以上 | 12回以上 |
| 紹介医療機関数 | 382 (R4) | 430 | 416 | 前年度を上回る | 前年度を上回る | 前年度を上回る |
| 逆紹介医療機関数 | 400 | 446 | 451 | 400 | 400 | 400 |
| 退院時薬剤情報連携加算の算定件数及び効果額(円) | 180件 108,000 | 280件 168,000 | 237件 142,200 | 300件 180,000 | 300件 180,000 | 360件 216,000 |
| 連携充実加算の算定件数及び効果額(円) | 1,020件 1,530,000 | 1,210件 1,815,000 | 1,271件 1,906,500 | 1,140件 1,710,000 | 1,140件 1,710,000 | 1,200件 1,800,000 |
| 保険薬局との研修会(講演会)の開催 | 3回 | 4回 | 4回 | 4回 | 4回 | 5回 |

3 精神医療

○ 経営強化プランの内容

- ・後志圏域の状況は、救急患者に対応している医療機関が少ないこともあります、当院の精神科では救急医療の新規入院を受け入れ可能な病棟を有しています。
- ・認知症をはじめとする身体合併症のある精神疾患患者の治療に特化せず、慢性期精神疾患患者の診療も行っています。

○ 経営強化プランの実行方針、具体的な取組など

後志圏域の精神医療の状況を踏まえながら、当院が果たすべき主な役割・機能の推進に取り組みます。

＜当院が果たすべき主な役割・機能＞

- 1 精神科救急医療 2 身体合併症のある精神疾患患者の診療 3 認知症患者の診療
4 児童・発達障害患者の診療 5 精神疾患患者の地域移行促進

精神科

«具体的取組»

1 精神科救急医療

- 1 空床がある限り、夜間休日を含めて精神科救急に対応
- 2 精神科で当番医制をとり、精神保健指定医による医療保護入院のバックアップ

2 身体合併症のある精神疾患患者の診療

- 1 総合病院精神科として、他科の協力を得て身体合併症のある患者の受入れ
- 2 院内他科に入院している患者の精神症状に関する往診治療

3 認知症患者の診療

- 1 MRI、脳血流SPECT、MIBG心筋シンチなど、他院精神科や診療所では行えない検査の依頼への対応（認知症疾患医療センター）
- 2 今後に向けた認知症専門外来や検査入院の設定について検討

4 児童・発達障害患者の診療

- 1 児童発達障害専門外来を継続
- 2 成人の発達障害について、心理検査や福祉関連施設との連携により対応

5 精神疾患患者の地域移行促進

- 1 デイケアや訪問看護により、退院・通院患者の生活支援、就労支援施設への通所、就労を進める。

«取組の評価指標» (全て精神科)

| | 基準 | R5実績 | R6実績 | R7目標 | R8目標 | R9目標 |
|-----------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 通電療法のベ回数 | 30回 | 65回 | 87回 | 30回 | 30回 | 30回 |
| 精神科救急件数 | 5件 | 11件 | 17件 | 5件 | 5件 | 5件 |
| 院内他科への往診件数 | 650件 | 692件 | 442件 | 650件 | 650件 | 650件 |
| 認知症疾患医療センター検査対応 | 70件 | 63件 | 94件 | 70件 | 70件 | 70件 |
| 児童発達障害外来新患数 | 38人 | 31人 | 41人 | 38人 | 38人 | 38人 |
| デイケア参加人数 | 2,500人 | 2,651人 | 3,173人 | 2,600人 | 2,600人 | 2,600人 |
| 訪問看護件数 | 300件 | 381件 | 364件 | 300件 | 300件 | 300件 |

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

○ 経営強化プランの内容

- ・高度急性期機能及び急性期機能を中心とした医療を提供し、治療が一段落した患者さんが住み慣れた地域での生活への復帰を支援するため、地域の医療機関への紹介(逆紹介)を積極的に進めます。
- ・小樽市内の各地域包括支援センター等の関係機関との連携を図りながら、認知症に関する鑑別診断、専門医療相談を実施し、地域における認知症医療の一翼を担っているほか、「後志認知症疾患医療連携協議会」の開催等により、関係機関との連携を図っています。

○ 経営強化プランの実行方針、具体的な取組など

【入退院支援等の質の向上】

患者さんが退院後に安心した生活を送れるよう、入院早期に退院後の懸念材料の抽出や支援計画を策定することが重要であり、「地域包括ケアシステム」の推進にも寄与する退院支援を強化します。

患者支援センター、看護部、認知症疾患医療センター

«具体的な取組»

- 1 入退院支援加算1の取得に向けた取組の実施
 - 1 介護支援連携等指導加算の算定を拡大
 - 2 看護師、多職種との協働（相談員の病棟担当制）
 - 3 看護師の退院支援実践能力の評価と改善
 - 4 看護師とMSWによる事例検討
- 2 認知症疾患医療センターの活動の促進
 - 1 後志認知症疾患医療連携協議会の開催
 - 3 在宅復帰・病床機能連携率のモニタリング（診療報酬）

«取組の評価指標»

| | 基準 | R5実績 | R6実績 | R7目標 | R8目標 | R9目標 |
|-------------------------|--------------------|----------------|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 介護支援連携等指導料の算定件数及び効果額(円) | 80件 320,000 | 83件 332,000 | 90件 360,000 | 100件 400,000 | 100件 400,000 | 100件 400,000 |
| 多職種カンファレンスの参加 | 1,440回 (120回/月) | 1,440回 | 1,440回 | 1,440回 | 1,440回 | 1,440回 |
| 看護師とMSWによる事例検討 | 8回 | 11回 | 8回 | 8回 | 8回 | 8回 |
| 在宅復帰・病床機能連携率のモニタリング | 実施 | 実施 | 実施 | 実施 | 実施 | 実施 |
| 後志認知症疾患医療連携協議会の開催 | 実施 | 実施 | 実施 | 実施 | 実施 | 実施 |

5 医療機能や医療の質の向上

○ 経営強化プランの内容

- 当院が果たすべき役割に沿った質の高い医療機能を十分に発揮しているかを検証するため、救急車や救急患者の受入れ状況、手術件数、患者満足度等の指標について注視していきます。

○ 経営強化プランの実行方針、具体的な取組など

1 【救急患者の増加】

地域の二次救急病院としての機能・役割を果たすべく、全ての患者を受け入れるという方針に基づき、救急車・救急患者の受け入れに注力するとともに、救急隊との連携を強化します。

救急外来・集中治療室運営部会

«具体的取組»

- 救急患者受入不可データを取得する体制の構築
 - 救急患者応需率のモニタリングの実施
- 救急隊との連携強化
 - 救急隊との情報交換・勉強会の実施
 - 救急救命士生涯教育病院実習等の受入れ

«取組の評価指標»

| | 基準 | R5実績 | R6実績 | R7目標 | R8目標 | R9目標 |
|--------------------|----------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 救急車受入件数 | 2,100件以上 | 2,344件 | 2,209件 | 2,163件 | 2,184件 | 2,205件 |
| 救急救命士生涯教育病院実習の受入人数 | 10人 | 10人 | 14人 | 10人 | 10人 | 10人 |

2 【手術件数の増加】

後志圏域の基幹病院として必要な患者に必要な医療を提供するとともに、受入可能件数を増やし、地域医療に貢献します。

手術医療センター運営委員会

«具体的取組»

- 手術関連データ分析・ヒアリング調査
 - 手術件数、手術室稼働率、提示超過時間等のモニタリング
 - データ分析と課題整理（手術室システムの活用等）

«取組の評価指標»

| | 基準 | R5実績 | R6実績 | R7目標 | R8目標 | R9目標 |
|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 手術件数及び効果額(円)※ | 3,900件 | 3,736件 | 4,034件 | 4,020件 | 4,060件 | 4,100件 |
| | 2,100,559,500 | 2,012,228,280 | 2,172,732,570 | 2,165,192,100 | 2,186,736,300 | 2,208,280,500 |
| 全身麻酔件数 | 2,200件 | 2,251件 | 2,365件 | 2,260件 | 2,280件 | 2,300件 |

(※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。)

3 【クリニカルパスの活用】

医療の質の向上、患者サービスの向上、チーム医療の円滑化・効率化、医療プロセスの効率化を図るためのクリニカルパスの導入及び推進を図ります。

クリニカルパス委員会

«具体的取組»

1 クリニカルパスの活用推進

1 パスの必要性についての勉強会（パス大会）開催

2 クリニカルパスの策定・見直し

1 臨床データ分析

2 DPCデータ分析

3 医事データ分析

3 クリニカルパス使用状況のモニタリング・評価

«取組の評価指標»

| | 基準 | R5実績 | R6実績 | R7目標 | R8目標 | R9目標 |
|-------|---------|--------|--------|---------|---------|---------|
| パス使用率 | 50.6%以上 | 52.51% | 50.30% | 55.0%以上 | 55.0%以上 | 55.0%以上 |

全病棟パス分析

| | | | | | | |
|----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 分析の実施回数 | 1回/病棟 | 1回/病棟 | 1回/病棟 | 1回/病棟 | 1回/病棟 | 1回/病棟 |
| 成果発表会の開催 | 1回 | 1回 | 1回 | 1回 | 1回 | 1回 |

4 【栄養管理体制の充実】

患者の栄養管理を推進し、治療に貢献します。

栄養管理科

«具体的取組»

1 栄養管理体制の充実、経営面における業務の充実

1 多職種と連携した入院患者の栄養状態の評価、栄養計画の作成、栄養指導の実施

2 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、加算を効果的に取得

«取組の評価指標»

| | 基準 | R5実績 | R6実績 | R7目標 | R8目標 | R9目標 |
|-------------------------|-------------|---------------|---------------|-------------|-------------|-------------|
| 入院時栄養食事指導料の算定件数及び効果額(円) | 1,080件 | 974件 | 855件 | 1,080件 | 1,080件 | 1,080件 |
| | 2,812,000 | 2,526,300 | 2,211,500 | 2,812,000 | 2,812,000 | 2,812,000 |
| 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82.5% | SCU入院患者の75.2% | SCU入院患者の65% | SCU入院患者の65% | SCU入院患者の65% |
| | 3,500,000 | 3,374,000 | 2,712,000 | 3,500,000 | 3,500,000 | 3,500,000 |

5 【患者満足度の向上】

患者中心の医療を目指し、患者さんやその家族からの相談や意見に耳を傾け、診療以外の部分でも満足いただけるような体制や環境づくりに取り組みます。

患者サービス向上部会

«具体的取組»

- 1 患者満足度調査の内容に係る検討、調査の実施、及び結果の公表
 - 1 患者満足度調査結果に基づく関係部門での改善策の検討、及び改善策の実施
 - 2 上記1の検討・実施に係る内容を院内全体に周知し、改善の意識を共有
- 2 院内投書箱に寄せられた意見への対応
 - 1 意見に対しては、必ず回答することとし、患者等が閲覧できるよう院内に掲示
 - 2 回答の内容は、幹部会議等で報告し、職員への共有を図る。

«取組の評価指標»

| | 基準 | R5実績 | R6実績 | R7目標 | R8目標 | R9目標 |
|------------------|------------|--------|--------|---------|---------|---------|
| 患者満足度調査の検討、実施、公表 | 実施 | 調査は未実施 | 調査は未実施 | 実施 | 実施 | 実施 |
| 外来における総合的な患者満足度 | 78.3% (R1) | 評価なし | 評価なし | 前年度を上回る | 前年度を上回る | 前年度を上回る |
| 入院における総合的な患者満足度 | 91.8% (R1) | 評価なし | 評価なし | 前年度を上回る | 前年度を上回る | 前年度を上回る |
| 投書箱の意見に基づく改善 | 1件以上 | 1件 | 1件 | 1件以上 | 1件以上 | 1件以上 |

6 住民の理解のための取組（地域住民への情報発信など）

○ 経営強化プランの内容

- ・ 地域住民に対して、提供する医療の内容を積極的に情報発信し、救急医療の知識や「かかりつけ医」の推進を含めた地域医療連携の推進等について、広報や啓発を行います。
- ・ 後志圏域で初となる「地域医療支援病院」を目指すことから、紹介制試行の診療科を順次拡大し、機能分化・連携強化の必要性について地域住民の理解を深めるとともに、初診時選定療養費の導入についても町会向けの説明会や市広報紙なども活用し理解を得ながら進めます。
- ・ 病院まつりなど住民参加型のイベントを通じて、地域住民に愛される病院を目指すとともに、広報・啓発活動を実施し市民の健康管理に役立つよう取り組みます。

○ 経営強化プランの実行方針、具体的な取組など

1 【地域医療への住民の理解】

地域医療支援病院としての機能・役割を果たすとともに、地域医療における医療機関の機能分化・連携強化の必要性について住民の理解を得られるよう取り組みます。

患者支援センター

«具体的取組»

- 1 地域医療における機能分化・連携強化の必要性に係る住民理解の促進
 - 1 町会向け説明会の実施
 - 2 市広報誌の活用
 - 3 病院広報誌の活用
- 2 地域の医師会や保健所等の行政機関と連携を図る。

«取組の評価指標»

| | 基準 | R5実績 | R6実績 | R7目標 | R8目標 | R9目標 |
|-------------------------|----|------|------|------|------|------|
| 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 | 継続 | 継続 | 継続 | 継続 |

2 【地域住民に愛される病院】

市民の健康管理に役立つ講座・教室の開催や広報・啓発活動の実施、病院まつり等の住民参加型のイベント開催等に取り組みます。

患者支援センターほか

«具体的取組»

- 1 地域住民の健康管理の促進
 - 1 市民公開講座・健康教室の開催
 - 2 広報誌の発行
 - 3 病院まつりなど住民参加型のイベントの開催

«取組の評価指標»

| | 基準 | R5実績 | R6実績 | R7目標 | R8目標 | R9目標 |
|-----------|----|------|------|------|------|------|
| 市民公開講座の開催 | 2回 | 1回 | 1回 | 2回 | 2回 | 2回 |
| 健康教室の開催 | 2回 | 2回 | 3回 | 2回 | 2回 | 2回 |

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)

1 医師・看護師等の確保、若手医師の確保

○ 経営強化プランの内容

- ・職員の採用については、効率的な入院基本料維持と職員の負担軽減のため、会計年度職員の医師や看護師を計画的に採用するほか、大学医局への医師派遣の要請や看護師採用イベント等の採用活動を強化します。
- ・勤務環境の整備については、医師数の増加による診療科の複数名化や、薬剤部、放射線室、検査室の職員数増加による2交代制勤務の実施を目指します。
- ・初期臨床研修医や専攻医を採用し、充実した研修体制を構築することによる若手医師の確保及び育成に努めています。

○ 経営強化プランの実行方針、具体的な取組など

1 【看護師の確保】

- ・教育体制の整備、専門認定看護師による専門性の高い看護実践等により看護の質を向上し、組織の魅力づくりに努めます。
- ・看護実習の受入校の増加や広報活動に取り組みます。
- ・働きやすい職場風土の醸成に取り組みます。

看護部

«具体的取組»

1 院内教育体制のさらなる整備

1 中堅層～プラチナナースまで見据えた教育体制の構築

2 地域に発信できる看護教育・実践

1 専門・認定看護師による専門性の高い看護の共有

3 職場環境改善

1 人間関係構築のための取組

2 夜勤2交代制導入病棟の拡大

3 時間外労働時間の削減等

4 看護師確保の取組

1 実習医療機関の拡大

2 実習医療機関への就職説明会実施

3 病院見学会・インターンシップの受け入れ

5 看護助手の業務改善

1 助手業務内容の標準化による公平性の担保

2 業務の簡素化

3 高齢職員の負担を考慮した機器利用の検討

(腰痛予防のためのベルトや機器利用など)

6 看護助手の教育体制

1 タスクシフトに伴う教育体制の整備

7 看護助手の職場環境の改善

1 人間関係構築のための取組

«取組の評価指標»

| | 基準 | R5実績 | R6実績 | R7目標 | R8目標 | R9目標 |
|--------------|---------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 採用に係る説明会の実施 | 5回 | 10回 | 11回 | 5回 | 5回 | 5回 |
| 職員定数充足率 | 95% | 100% | 97% | 95% | 95% | 95% |
| 看護師、看護助手の離職率 | | | | | | |
| 看護師 | 新人 | 10%以下 | 8.33% | 7.7% | 10%以下 | 10%以下 |
| | 既卒者 | 10%以下 | 6.48% | 13.0% | 10%以下 | 10%以下 |
| | 人間関係を理由とする離職者 | 5%以下 | 0.00% | 11.4% | 5%以下 | 5%以下 |
| 看護助手 | 離職率 | 10%以下 | 4.41% | 5.7% | 10%以下 | 10%以下 |
| | 人間関係を理由とする離職者 | 5%以下 | 0.00% | 25.0% | 5%以下 | 5%以下 |

2 【職員の採用に向けた学生等への働きかけ】

医師、看護師、医療技術職員の人材確保に向けて、実習生の受入れ、医系大学等へのPR・広報等の活動を行います。

関係各部門

«具体的取組»

- 1 実習生の積極的な受入れ（人数・学校数）
- 2 医系大学や関係機関の就職説明会や合同プレゼンテーション等への参加
- 3 病院見学・インターンシップの受入れ
- 4 病院ホームページ等を活用した情報発信、PR活動の実施

«取組の評価指標»

| | 基準 | R5実績 | R6実績 | R7目標 | R8目標 | R9目標 |
|--------|---------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 初期研修医 | 実習生受入れ | - | 7人 | 7人 | 9人 | 9人 |
| | 見学生受入れ | - | 67人 | 67人 | 80人 | 80人 |
| | 見学生の満足度 (R6新規) 100% | - | 100% | 100% | 100% | 100% |
| | マッチング率 | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| コメディカル | 【主な部門の実習生受入れ人数/学校数】 | | | | | |
| | 看護部 | 50人/5校 | 92人/4校 | 67人/4校 | 50人/5校 | 50人/5校 |
| | 薬剤部 | 4人/2校 | 2人/1校 | 3人/1校 | 4人/2校 | 4人/2校 |
| | 栄養管理科 | 10人/4校 | 9人/4校 | 10人/5校 | 10人/4校 | 10人/4校 |
| | 検査室 | 4人/4校 | 2人/2校 | 8人/4校 | 4人/4校 | 4人/4校 |
| | 放射線室 | 40人/2校 | 31人/2校 | 47人/2校 | 40人/2校 | 40人/2校 |

(注：人数は延べ数です。)

2 医師の働き方改革への対応

○ 経営強化プランの内容

- 令和6年度から適用開始となる医師に対する時間外・休日労働の上限規制に関して、院内の「働き方改革検討委員会」において協議してきた取組を実施し、労働時間短縮に取り組みます。

○ 経営強化プランの実行方針、具体的な取組など

【医師の働き方改革への対応】

医師の時間外・休日労働時間の上限規制におけるA水準の取得・維持のため、関係職種が実施可能な業務についてタスクシフト/シェアを最大限に推進します。

働き方改革検討委員会、看護部

«具体的取組»

1 タスクシフト/シェアの推進

1 多職種職員へのタスクシフト/シェアを推進

1 必要な資格・技能を習得するための研修・学会への参加を促進

2 特定行為研修終了者の活用

3 メディカルクラークの研修の実施

4 メディカルクラークの業務標準化の推進

2 I C T※の活用

1 I C T機器導入による医師の負担軽減を検討

(※Information and Communication Technology～「情報通信技術」の略。)

3 適切な労務管理の実施

1 時間外・休日労働時間数の多い医師に対する面談等の実施

«取組の評価指標»

| | 基準 | R5実績 | R6実績 | R7目標 | R8目標 | R9目標 |
|-----------------------|-----------------|--|-----------------------------|------------------------|---------|---------|
| 多職種職員へのタスクシフト/シェアの推進 | タスクシフト/シェア業務の拡大 | 5年度から薬剤部で新規導入 | 薬剤部で業務拡大 | 5か年で1件以上の業務拡大 | | |
| タスクシフト/シェアに関する指定講習の受講 | 5か年で100% | 検査室6/29 放射線室3/21 臨床工学科 5/9受講済 | 検査室9人 放射線室17人 ME3人受講済 | 5か年(R5~R9)で対象者の100%が受講 | | |
| ICT機器の導入実績 | 導入 | 導入に向検討中 | RPAを導入し、引き続き取り組んでいる | 1件以上導入 | | |
| 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。 | 960時間以下 | 960時間以下 | 960時間以下 | 960時間以下 |

**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)**

○ 経営強化プランの内容

- ・新型コロナウイルス感染症への対応や取組を経験として生かしながら、今後の新興感染症の感染拡大時に速やかな対応が可能となるよう、引き続き第二種感染症指定医療機関としての役割・機能を果たすべく病院全体で取り組んでいきます。

○ 経営強化プランの実行方針、具体的な取組など

【感染症指定医療機関としての役割・機能】

当院は、2類感染症等の患者に対し早期に良質かつ適切な医療を提供し重症化を防止する医療機関として知事の指定を受けています。

また、患者、家族をはじめ、病院に関わる全ての方を医療関連感染から守るために、平常時から院内感染症の発生を予防し、発生した際には速やかに感染拡大防止対策を取るよう、専門家チームで組織横断的に活動しています。

感染防止対策委員会

«具体的取組»

1 感染防止に向けた組織体制の構築

1 院内感染防止対策委員会（以下 I C C）、I C T※部会の設置及び開催

（※Infection Control Team～「感染対策委員会及び感染対策チーム」の略。）

2 新興感染症対策委員会を設置

2 新興感染症発生時における診療継続計画（B C P）の策定

（I C T部会メンバー所属部署のB C P、及びその他の部署のB C Pを作成）

3 防護具等の備蓄

1 感染症指定医療機関運営費補助金等を有効活用し、必要数を確保

2 備蓄在庫の適切な管理（数量や使用期限の確認、S P D管理へ移行の検討等）

4 基本的な感染対策の導入及び指導の継続

1 院内感染防止対策マニュアルの改定（定期及び隨時）

2 年2回の感染管理講習会の開催

3 I C Tによる院内ラウンドの実施

5 新興感染症となり得る感染症発生情報の収集・発信

6 新興感染症の発生等を想定した訓練の実施

（新型インフルエンザ等の患者搬送訓練の実施（小樽検疫所と共に））

7 人材育成の取組を推進

1 I C Tを構成する4職種（医師、薬剤師、臨床検査技師、看護師（感染管理認定看護師））

以外のI C T部会メンバーの育成

2 リンクナースの育成

«取組の評価指標»

| | 基準 | R5実績 | R6実績 | R7目標 | R8目標 | R9目標 |
|------------|---------------|------|------|------|------|------|
| I C Cの開催 | 12回 (1回/月) | 12回 | 12回 | 12回 | 12回 | 12回 |
| I C T部会の開催 | 12回 (1回/月) | 12回 | 12回 | 12回 | 12回 | 12回 |

| | 基準 | R5実績 | R6実績 | R7目標 | R8目標 | R9目標 |
|----------------------|-----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| B C Pの策定等 | | | | | | |
| ICT部会メンバー所属部署 | 策定 | 作成中 | 作成中 | - | 見直し | - |
| 上記以外の部署 | 策定 | - | - | 策定 | - | - |
| 防護具等の備蓄 | | | | | | |
| 必要量及び保管場所の確認 | 2年に1回 | - | 実施 | - | 確認 | - |
| 在庫数量の確認 ※N95マスクのみ | 1回 12回(1回/月) | 1回 12回 | 1回 12回 | 1回 12回 | 1回 12回 | 1回 12回 |
| 使用期限の確認 | 12回 (1回/月) | 12回 | 12回 | 12回 | 12回 | 12回 |
| 感染防止対策マニュアルの改訂(定期) | 2年に1回 | - | 改訂 | - | 改訂 | - |
| 感染管理講習会の開催 | 2回 | 2回 | 2回 | 2回 | 2回 | 2回 |
| ICTラウンドの実施(院内全体) | 毎週1回 | 毎週1回 | 毎週1回 | 毎週1回 | 毎週1回 | 毎週1回 |
| 新興感染症の発生等を想定した訓練の実施 | 1回 | 1回 | 1回 | 1回 | 1回 | 1回 |

**基本目標4
施設・設備の最適化
(経営強化プラン: 6)**

1 施設・設備の適正管理と整備費の抑制

○ 経営強化プランの内容

- 施設については「小樽市立病院施設維持管理計画」に基づいて計画的な整備・点検・保守及び修繕・更新等を行い、施設・設備等の長寿命化を図ります。
- 医療機器については、機器ごとに耐用年数が異なりますが、それぞれ可能な限り長期間の使用が可能となるよう、適切な保守・点検の実施に努めます。
- 今後の施設・設備に係る投資については、地域医療における役割・機能を踏まえた上で、必要性や規模について十分に検討しながら、長期的な視点で費用負担の平準化を図ります。

○ 経営強化プランの実行方針、具体的な取組など

医療機器の整備を計画的に行うとともに、機器の更新等に係る企業債の発行額を制限し、企業債残高を漸減させるよう自立して経営の安定化を図ります。

経営企画課

«具体的な取組»

1 高額医療機器等の計画的な更新・整備

1 更新・整備に係る計画を策定し、計画的な企業債発行を図る。

2 企業債残高の削減

1 経営強化プラン対象期間の企業債発行額の上限を設定し、企業債残高を漸減

«取組の評価指標»

| | 基準 | R5実績 | R6実績 | R7目標 | R8目標 | R9目標 |
|--------|------------|--------------|--------------|---------------------|------|------|
| 企業債発行額 | 5か年で20億円以内 | 企業債発行額3.1億円 | 企業債発行額2.6億円 | 5か年 (R5~R9) で20億円以内 | | |
| 企業債残高 | 115億円 | 企業債残高減額4.1億円 | 企業債残高減額5.9億円 | (対基準比20%減) | 92億円 | |

2 デジタル化への対応

○ 経営強化プランの内容

- ・インターネット回線を通じて関係医療機関が診療情報を共有できる小樽後志地域医療連携システム「I D-L i n k」を活用し、医療機関との連携を図っています。
- ・遠隔診療・オンライン診療について、今後、運用方法について検討してまいります。その他に、R P A、A I 問診・音声入力、バイタル連携等のシステムによる業務の効率化や負担軽減についても、今後、検討を進めてまいります。
- ・「小樽市病院局情報セキュリティ対策要綱」及び「小樽市病院局情報セキュリティ対策マニュアル」を策定しており、院内職員への情報セキュリティ教育の実施等をしてまいります。

○ 経営強化プランの実行方針、具体的な取組など

マイナンバーカードの利用推進、電子処方箋の導入など、国が推進する医療DXに沿ったデジタル化に対応するとともに、患者サービスの向上や、職員の業務負担軽減による働き方改革の推進に寄与するシステムの導入を検討します。

また、昨今の医療機関へのサイバー攻撃に対するセキュリティ体制の強化を検討するとともに、職員への研修を通じて院内全体の情報リテラシーを高めることで、医療事故を未然に防ぎ、医療機能の維持継続を図ります。

医療情報システム委員会

«具体的取組»

- 1 マイナンバーカードの健康保険証利用の推進及び電子処方箋の導入を踏まえ、高機能かつ多人数に対応可能な自動再来受付機の導入を検討
- 2 既存のオンライン面会システムや院内wi-fiの活用に加え、後払いシステムやA I 問診等の導入を検討
- 3 働き方改革を踏まえた職員の業務負担軽減のため、業務フローを見直し、R P A化による業務の効率化を推進
- 4 サイバー攻撃に備え、国のガイドラインに則した厳重なセキュリティ体制を構築
- 5 啓発活動として、全職員を対象とした情報セキュリティ研修を定期的に実施

«取組の評価指標»

| | 基準 | R5実績 | R6実績 | R7目標 | R8目標 | R9目標 |
|----------------------|----------------|------------|----------|---------------------------------------|------------|------------|
| マイナンバーカードの健康保険証利用の推進 | 利用可能な体制の整備及び推進 | 体制の整備に係る検討 | 体制の整備・推進 | 体制の整備及び利用の促進 (時期は国の動向を踏まえて検討) | | |
| 電子処方箋の導入及び利用促進 | 利用可能な体制の整備・推進 | 評価なし | 評価なし | 導入に係る体制の整備及び利用の促進 (時期は国の動向を踏まえて検討) | | |
| 業務のR P A化の推進 | R P A化5件以上 | 体制の整備に係る検討 | R P A化5件 | R P A化3件以上 | R P A化4件以上 | R P A化5件以上 |
| 情報セキュリティ研修実施回数 | 1回以上 | 1回 | 1回 | 1回以上 | 1回以上 | 1回以上 |

**基本目標5
経営の効率化等
(経営強化プラン：7)**

1 経営指標に係る数値目標

○ 経営強化プランの内容

- ・健全で自立した病院経営に努めることは当院の基本方針であり、また経営の効率化は地域の医療提供体制を確保し、良質な医療を継続的に提供して行くためには必須であることから、当院が果たすべき役割の方向性と経営課題の双方を踏まえて、「経常収支比率」と「修正医業収支比率」を数値目標として設定します。
- ・病院全体で様々な取組を着実に実施することにより経営改善を図っていくこととし、令和11年度での経常収支黒字化を目指します。

○ 経営強化プランの実行方針、具体的な取組など

経常収支黒字化に向けて、収入増加・経費削減に係る様々な取組を病院全体で着実に実施し経営改善を図ります。

病院全体

«具体的取組»

- 1 本実行計画に定める「収入増加・確保対策」、「経費削減・抑制対策」のほか、経営改善に向けた様々な取組を着実に実施する。
- 2 幹部や管理職が参加する定例会議において、経営や収支に関する状況を定期的に報告し、経営改善の意識の啓発を図る。

«取組の評価指標»

(単位：%)

| | 基準 | R5実績 | R6実績 | R7目標 | R8目標 | R9目標 |
|-------------------|----------------|------|------|--------|--------|--------|
| 経常収支比率 (税込)※ | 100.2 (R11) | 92.6 | 91.9 | 97.7以上 | 97以上 | 98.3以上 |
| 修正医業収支比率 (税込)※ | 92.4 (R11) | 82.9 | 83.0 | 89.1以上 | 88.7以上 | 90.2以上 |
| 資金過不足比率 (税込) | 12.7 (R11) | 2.3 | ▲2.7 | 5.2以上 | 5.7以上 | 7.9以上 |
| 給与費比率 (税込) | 59.0 (R4) | 56.2 | 56.9 | 53.1以下 | 54.2以下 | 52.7以下 |

(※経常収支比率、修正医業収支比率の令和11年度までの指標は巻末「※目標指標等」に記載しています。)

2 民間病院等の経営手法の研究

○ 経営強化プランの内容

- ・民間病院並みの効率化を目指し、民間病院の手法や全国の病院と比較可能なDPC分析を経営に活用できるよう、研究を進めます。
- ・幹部職員が経営強化に強い意識を持つとともに、経営感覚に優れた人材の登用や事務職員の人材開発の強化について研究します。
- ・民間病院等の経営や診療報酬制度に精通した外部コンサルタント等の活用の有効性について研究を進めます。

○ 経営強化プランの実行方針、具体的な取組など

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】

民間病院等の経営ノウハウを有する外部コンサルタントや有識者等の活用により、病院全職員の意識啓発を図るとともに、経営強化に向けた取組を推進します。

経営改善対策部会

«具体的取組»

- 1 外部コンサルタントや有識者等による研修会・講演会の開催
 - 1 研修会・講演会の職員アンケートの実施
 - 2 院内各部門、各委員会への情報共有と経営強化に向けた協議・提案の実施
- 2 外部コンサルタントや有識者等の活用・導入に係る検討

«取組の評価指標»

| | 基準 | R5実績 | R6実績 | R7目標 | R8目標 | R9目標 |
|----------------------|----|------|------|------|------|------|
| 外部コンサルタント等による研修会・講演会 | 1回 | 2回 | 1回 | 1回 | 1回 | 1回 |
| 経営強化に向けた協議・提案 | 実施 | 実施 | 実施 | 実施 | 実施 | 実施 |

2 【DPCデータ分析の実行と活用】

医療の質、収入増加・経費抑制の観点から、DPCデータ分析の実行と活用を継続します。

DPC委員会

«具体的取組»

- 1 DPCデータ分析
 - 1 DPC分析に基づく改善計画策定
 - 2 診療科ごとのディスカッション及び改善検討（科別、各論）

«取組の評価指標»

| | 基準 | R5実績 | R6実績 | R7目標 | R8目標 | R9目標 |
|--------------------|----|-------------|-----------|------|------|------|
| DPCデータ分析結果の勉強会（全体） | 1回 | 令和6年5月に実施予定 | 実施 | 1回 | 1回 | 1回 |
| 改善提案 | 1回 | 全病棟1回ずつ実施 | 全病棟1回ずつ実施 | 1回 | 1回 | 1回 |

3 収入増加・確保対策

○ 経営強化プランの内容

- ・救急医療機関等と連携を図り、救急患者、救急車の受入れによる入院患者数の確保を目指します。
- ・紹介患者を積極的に受け入れ、入院及び外来患者の確保につながるよう努めます。
- ・医師確保のため、大学医局等への派遣依頼を引き続き積極的に推進していきます。
- ・DPC入院期間を踏まえ、クリニカルパスの活用等により適切な在院日数の確保に努めます。
- ・診療報酬制度改定や社会情勢を踏まえ、適宜適切に各種加算等の取得に向けた対策を講じていきます。
- ・資産の有効活用による収益の確保を図ります。

○ 経営強化プランの実行方針、具体的な取組など

1 【DPC期間Ⅱ超率の改善】

限りある一般病床を有効活用するため、平均在院日数短縮の取組が引き続き必要である。そのためDPC期間Ⅱ超リストを活用した取組を推進し、ベンチマーク病院の中央値並みを最終目標とします。

病棟管理委員会

«具体的取組»

1 DPC期間Ⅱ超率の改善

- 1 DPC期間Ⅱ超えのモニタリング（DPCデータ等）
- 2 DPC期間Ⅱ超え抑制策の実行
- 3 円滑なベッドコントロールのための取組方法の整理

«取組の評価指標»

| | 基準 | R5実績 | R6実績 | R7目標 | R8目標 | R9目標 |
|-----------------|-------------|-------|-------|-------------|-------------|-------------|
| DPC期間Ⅱ以内 退院率 | 52.4% 以上 | 57.3% | 60.6% | 64.0% 以上 | 67.0% 以上 | 70.0% 以上 |

2 【高度な診療報酬加算の取得】

急性期一般入院料1等の各加算について、診療報酬上の施設基準や算定維持について継続してチェックを実施します。

医事課

«具体的取組»

1 急性期一般入院料1、SCU加算、HCU加算の維持

- 1 必要度モニタリング、適正化チェック
- 2 看護体制モニタリング
- 3 その他項目モニタリング

2 「総合入院体制加算3」取得の検討

- 1 施設基準の状況調査
- 2 診療科別目標値の検討

«取組の評価指標»

| | 基準 | R5実績 | R6実績 | R7目標 | R8目標 | R9目標 |
|----------------|----|--------|------|------|------|------|
| 急性期一般入院料1 | 維持 | 維持 | 維持 | 維持 | 維持 | 維持 |
| S C U加算 | 維持 | 維持 | 維持 | 維持 | 維持 | 維持 |
| H C U加算 | 維持 | 維持 | 維持 | 維持 | 維持 | 維持 |
| 総合入院体制加算3 | 維持 | 取得の検討中 | 取得 | 維持 | 維持 | 維持 |
| 地域医療支援病院入院診療加算 | 維持 | 仮提出済 | 取得 | 維持 | 維持 | 維持 |

3 【診療科ごとの收支分析の検討】

当院版「落ち穂拾い作戦」について、保険診療委員会で問題点を確認しながら、取組を実施・継続します。

保険診療委員会

«具体的な取組»

1 経営分析ツールを利用し、診療報酬出来高請求額の向上策を検討・実施

2 目標値の再設定

- 1 入院栄養指導料
- 2 退院時リハビリテーション指導料
- 3 診療情報提供料資料添付加算
- 4 リハビリテーション総合計画評価料
- 5 退院支援加算
- 6 外来化学療法加算 1連携充実加算
- 7 介護支援等連携指導料

«取組の評価指標»

| | 基準 | R5実績 | R6実績 | R7目標 | R8目標 | R9目標 |
|----------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 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 | 検討及び実施 | 検討及び実施 | 検討及び実施 | 検討及び実施 |

4 【健診業務の最適化の研究】

二次健診対象患者の当院受診は紹介率向上にも寄与するため、患者支援センターとも共同して取り組みます。

けんしんセンター運営委員会

«具体的な取組»

1 健診統計の整理

1 月別健診件数及び収入額のモニタリング

2 他院健診実施後の二次健診対象者獲得に向けた検討

1 対象医療機関へのアプローチ

«取組の評価指標»

| | 基準 | R5実績 | R6実績 | R7目標 | R8目標 | R9目標 |
|--------------------|----|------|------|------|------|------|
| 二次健診対象者獲得に向けた検討の実施 | 実施 | 実施 | 実施 | 実施 | 実施 | 実施 |

5 【リハビリの質の向上、経営面での安定した収益確保】

同規模病院との比較において取得単位数が少ない1日あたり単位数や、リハビリテーション総合計画評価料の算定率の目標値を定め、収益増加に努めます。

リハビリテーション科

«具体的取組»

1 経営分析ツールを利用したベンチマーク比較により、当科における検討課題を発掘

1 療法士1人当たりの単位数の増、リハビリテーション総合計画評価料の算定増

«取組の評価指標»

| | 基準 | R5実績 | R6実績 | R7目標 | R8目標 | R9目標 |
|------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 療法士1人当たり単位数 | | | | | | |
| 単位数(1日当たり) | 16.0単位 | 13.5単位 | 13.3単位 | 15.5単位 | 15.7単位 | 16.0単位 |
| 単位数(年間) | 3,876単位 | 3,156単位 | 3,273単位 | 3,756単位 | 3,804単位 | 3,876単位 |
| 単位数の対前年増加数及び効果額(円) | - | 126単位 | 117単位 | 120単位 | 48単位 | 72単位 |
| | - | 252,000 | 447,000 | 240,000 | 240,000 | 240,000 |
| 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) | 87% | 47% | 80% | 80% | 85% | 90% |
| | 486,000 | 157,800 | 447,000 | 447,000 | 474,000 | 501,000 |

6 【検査体制の強化】

効率的に業務を実施することで、検査件数の増加及び人員不足への対応を図るとともに、診療科からの検査依頼に対応できる体制づくりに取り組みます。

放射線室

«具体的取組»

1 運営面での改善

1 一般撮影の検査数の増加による収入の増加等

1 R4年度に整備した新撮影室の活用に係る検討

2 撮影待ち時間の短縮

3 骨密度検査依頼への対応

1 予約枠の撤廃について検討

4 人員不足への対策

1 業務の見直し、新採用職員の教育の推進

«取組の評価指標»

| | 基準 | R5実績 | R6実績 | R7目標 | R8目標 | R9目標 |
|--------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 骨密度検査の算定件数及び効果額(円) | 800件 | 1,185件 | 1,478件 | 1,200件 | 1,200件 | 1,200件 |
| | 3,600,000 | 5,332,500 | 6,651,000 | 5,400,000 | 5,400,000 | 5,400,000 |

7 【経済性の追求】

業務内容の見直し等による支出の削減、新規検査業務の導入等による収入の増加に取り組みます。

検査室

«具体的取組»

- 1 収入増加、支出削減への寄与
 - 1 新規検査業務の導入による収入増加
 - 2 経営分析ツールによるベンチマーク比較を行い、検討材料を発掘し、医師への提案（働きかけ）を行う。
 - 3 業務内容や検査試薬、使用物品などの見直しによる支出の削減

«取組の評価指標»

| | 基準 | R5実績 | R6実績 | R7目標 | R8目標 | R9目標 |
|-----------|-------|------|------|-------|-------|-------|
| 新規検査の導入件数 | 1 件以上 | 2 件 | 0 件 | 1 件以上 | 1 件以上 | 1 件以上 |
| 検討材料の提案件数 | 1 件以上 | 0 件 | 1 件 | 1 件以上 | 1 件以上 | 1 件以上 |

8 【業務改善等の実施】

限られた職員で、より質の高い、かつ安全な医療を提供するため、業務改善等に取り組みます。

臨床工学科

«具体的取組»

- 1 安全性を担保した業務効率の向上
 - 1 業務マニュアルの整備
 - 2 医療材料費のコスト削減
 - 1 医療材料の性能と価格を検討し、共同購入選定品への変更を推進

«取組の評価指標»

| | 基準 | R5実績 | R6実績 | R7目標 | R8目標 | R9目標 |
|----------------|-------|-------------|-------------|-------|-------|-------|
| 業務マニュアルの整備・見直し | 1 回以上 | 1 回以上 実施 | 1 回以上 実施 | 1 回以上 | 1 回以上 | 1 回以上 |

4 経費削減・抑制対策

○ 経営強化プランの内容

- ・経費に占める割合が高い委託料については、個々の業務特性を踏まえて競争入札及び長期契約を積極的に検討します。また、直営か委託かについても、業務特性や経済性の観点から継続的に点検、見直しを行います。
- ・薬品費については、採用薬品数を必要最小限とするほか、後発医薬品のDPC係数への影響も踏まえた効率的な割合を維持するよう努めます。
- ・診療材料費については、共同購入制度の活用等により、材料を統一し、同等の品質であれば安価なものとするよう取り組むとともに、新規材料の精査やSPDについて、隨時、見直しや有効性の検証を行います。

○ 経営強化プランの実行方針、具体的な取組など

1 【医療材料調達方法の見直し・改善、コストの削減・抑制】

共同購入制度の活用等により、医療材料購入コストの削減を図るとともに、SPD業務の改善を図ります。

医療材料検討委員会、関係部門

«具体的取組»

- 1 医療材料の品目数の抑制及び採用品の適正化を図り、新規採用品に係る精査を実施（「医療材料採用等取扱要領」に基づく取組の実施）
- 2 SPD業者からの業務報告に基づく点検・検証を継続的に実施し、問題点の発掘や業務内容の改善を図る。
- 3 医療材料購入に係る価格交渉や見積合せを有効的に実施するための体制を構築
 - 1 ベンチマークシステムの利用や、SPDシステムの医療材料マスタの整備を推進
- 4 医療材料の統一化及び医療材料購入費の削減・抑制に向けて、共同購入品の採用を推進
 - 1 共同購入品の採用率について定期的にモニタリングを実施し、採用率が低い部門等に対し共同購入品への切り替えを促す。

«取組の評価指標»

| | 基準 | R5実績 | R6実績 | R7目標 | R8目標 | R9目標 |
|---------------------|-------|--------------------|--------------------|-------------|-------------|-------------|
| 新規採用品の精査 | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| SPD業務報告の精査 | 1回以上 | 1回 | 2回 | 1回以上 | 1回以上 | 1回以上 |
| 医療材料マスタ整備率 | 100% | 70% | 80% | 100% | 100% | 100% |
| 共同購入品採用率 (代表的分野) | R4採用率 | 代表的3分野 平均 +4.6% | 代表的3分野 平均 +5.8% | 対基準比 3%増 | 対基準比 4%増 | 対基準比 5%増 |
| 共同購入の効果額 (円)※ | - | 11,173,657 | 6,011,965 | 6,000,000 | 4,000,000 | 2,000,000 |
| 材料費比率 (税込) | 26.8% | 27.7% | 28.0% | 26.1% 以下 | 26.2% 以下 | 26.2% 以下 |

(※共同購入品への切り替えの推進により、購入コストが前年度と比べてどの程度削減するかを示す額。)

2 【採用医薬品数削減の取組】

採用医薬品を管理することで不良在庫を削減し病院経営に貢献します。

薬事委員会

«具体的取組»

- 1 採用医薬品数のモニタリング
- 1 採用医薬品リストの作成（毎月）
- 2 院内周知

«取組の評価指標»

| | 基準 | R5実績 | R6実績 | R7目標 | R8目標 | R9目標 |
|--------|---------------|---------|---------|---------------|---------------|---------------|
| 採用医薬品数 | 1,500品目 以下 | 1,431品目 | 1,432品目 | 1,500品目 以下 | 1,500品目 以下 | 1,500品目 以下 |

3 【後発医薬品割合の向上】

後発医薬品の利用促進により後発医薬品使用体制加算1の算定を継続し、また安価な後発医薬品の割合を増加させることで医薬品購入費の抑制に努めます。

薬事委員会

«具体的取組»

- 1 各目標指標のモニタリング
- 1 医事課から入院・外来の後発医薬品数量シェア率・カットオフ値入手(毎月)
- 2 院内周知

«取組の評価指標»

| | 基準 | R5実績 | R6実績 | R7目標 | R8目標 | R9目標 |
|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 後発医薬品割合 | 90%以上 | 91.3% | 91.6% | 90%以上 | 90%以上 | 90%以上 |
| カットオフ値 | 50%以上 | 53.6% | 48.1% | 50%以上 | 50%以上 | 50%以上 |

4 【委託契約の点検・見直し】

経費に占める割合の高い委託料について、業務特性や経済性の観点から、継続的に点検・見直しを行います。

医事課、事務課

«具体的取組»

- 1 業務仕様書の見直し、競争入札の推進、長期継続契約への変更等について検討し、委託料の適正化を図る。

«取組の評価指標»

| | 基準 | R5実績 | R6実績 | R7目標 | R8目標 | R9目標 |
|---------------|-------|-----------------|-----------------|-------------|-------------|-------------|
| 委託契約の点検・見直し | 1回以上 | 1回 | 1回 | 1回以上 | 1回以上 | 1回以上 |
| 委託料比率 (税込) | 12.4% | 12.5% (学院除く) | 11.9% (学院除く) | 11.1% 以下 | 10.9% 以下 | 10.8% 以下 |

5 【経費削減の取組の検討・実施】

緊迫した世界情勢の影響等により光熱水費は増加傾向にありますが、職員一人一人がコスト意識を持ち経費の削減を目指します。

事務課

«具体的取組»

1 光熱水費の縮減

1 院内照明のLED化、職員のコスト意識の醸成、節電の呼びかけ等に取り組む。

«取組の評価指標»

| | 基準 | R5実績 | R6実績 | R7目標 | R8目標 | R9目標 |
|---------|-----------------|----------------|----------------|--------------|--------------|--------------|
| 電気使用量 | 5,235,799 kwh/年 | 対基準比 1.6%削減 | 対前年比 3.6%削減 | 対前年比 1%削減 | 対前年比 1%削減 | 対前年比 1%削減 |
| ガス使用量 | 727,945 m³/年 | 対基準比 8.2%削減 | 対前年比 5.7%削減 | 対前年比 1%削減 | 対前年比 1%削減 | 対前年比 1%削減 |
| 上下水道使用量 | 91,556 m³/年 | 対基準比 1.6%削減 | 対前年比 1.1%削減 | 対前年比 1%削減 | 対前年比 1%削減 | 対前年比 1%削減 |

6 【時間外業務の削減】

働き方改革を踏まえ、業務の効率化や業務内容の見直しによる時間外業務の削減を目指します。

病院全体

«具体的取組»

- 1 残業命令の実施徹底
- 2 残務調整の実施
- 3 業務プロセスの改善

«取組の評価指標»

| | 基準 | R5実績 | R6実績 | R7目標 | R8目標 | R9目標 |
|-------------------------|----|------|------|------|------|------|
| 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 | 実施 | 実施 | 実施 | 実施 |

5 その他

○ 経営強化プランの内容

- ・職員に対しては、経営面に係る意識の啓発を図るとともに、「小樽市人材育成基本方針」に則り、資質向上や能力開発を図ります。
- ・学会や研修会の参加を奨励し、技術面、知識面の維持及び向上を図ります。
- ・持続可能な医療の提供には安定した人員体制を構築する必要があり、働き方改革等も踏まえ、職員が安心して働く職場環境づくりを目指します。

○ 経営強化プランの実行方針、具体的な取組など

1 【人材教育・育成の推進】

- ・安全で、より質の高い医療を提供するため、学会や研修会等に参加し、技術面、知識面の維持、向上を推進します。
- ・小樽市人材育成方針に基づき、職場でのOJTの充実と職場研修の計画的な実施により職員個々の能力育成と組織力の向上を図ります。

教育・人材育成委員会、関係部門

«具体的取組»

- 1 院外の研修会や学会への参加・発表を推進
- 2 教育・研究活動の活性化を図り、研究論文の執筆・投稿を支援
- 3 職場内研修の実施により人材を育成
- 4 認定資格の計画的な取得・更新
 - 1 認定資格取得・更新計画の作成及び履行（各部門）

«取組の評価指標»

| | 基準 | R5実績 | R6実績 | R7目標 | R8目標 | R9目標 |
|-----------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| 研修会・学会への参加・発表に係る支援(円) | 20,000,000 | 42,207,707 | 45,159,670 | 24,000,000 | 25,000,000 | 26,000,000 |
| 学会での発表者数 | 10人以上 | 24人 | 33人以上 | 10人以上 | 10人以上 | 10人以上 |
| 外国語論文の学術雑誌掲載に係る経費の助成 | 実施 | 実施 | 実施 | 実施 | 実施 | 実施 |
| 職場内研修の実施部門数（病院全体） | 14部門 | 11部門 | 18部門 | 17部門 | 18部門 | 19部門 |
| 認定資格取得・更新計画の履行 | 履行 | 履行 | 履行 | 履行 | 履行 | 履行 |

2 【職員が安心して働く職場環境づくり】

安定した経営に必要な人員体制の構築・維持に向けて、計画的な職員数※の増加を図るとともに、職員が安心して働く職場環境づくりを目指します。

(※経営強化プラン収支計画の算出に用いた職員数は巻末「※目標指標等」に記載しています。)

病院全体

«具体的取組»

- 1 職場環境に係るヒアリングの実施（人員配置、業務体制等）
- 2 職場環境満足度調査の実施、及び調査結果に係る協議・検討

«取組の評価指標»

| | 基準 | R5実績 | R6実績 | R7目標 | R8目標 | R9目標 |
|-----------------|------------|---------|----------|---------|---------|---------|
| 職場環境満足度の向上 | | | | | | |
| 満足度調査 | 実施 | 情報収集を実施 | 具体的検討を実施 | 実施 | 実施 | 実施 |
| 満足度調査結果に係る協議・検討 | 実施 | 評価なし | 評価なし | 実施 | 実施 | 実施 |
| 満足度 | 前年度を上回る | 評価なし | 評価なし | 前年度を上回る | 前年度を上回る | 前年度を上回る |
| 年次有給休暇平均取得率 | 53.6% (R4) | 57.7% | 60.1% | 57.7% | 59.0% | 60.3% |

※目標指標等

1 経営強化プランの収支計画（抜粋）

(単位：%)

| | R5 | R6 | R7 | R8 | R9 | R10 | R11 |
|----------|------|------|------|------|------|------|-------|
| 経常収支比率 | 96.7 | 96.6 | 97.7 | 97.0 | 98.3 | 97.8 | 100.2 |
| 修正医業収支比率 | 87.9 | 87.9 | 89.1 | 88.7 | 90.2 | 89.9 | 92.4 |

2 経営強化プランの収支計画の算出に用いた数値

| | R5 | R6 | R7 | R8 | R9 | R10 | R11 |
|-----------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 入院延患者数及び1日当たり単価 | | | | | | | |
| 延患者数 | 120,992人 | 121,359人 | 122,899人 | 124,452人 | 124,893人 | 125,309人 | 125,728人 |
| 単価 | 58,391円 | 58,969円 | 59,547円 | 60,126円 | 60,704円 | 61,282円 | 61,860円 |
| 外来延患者数及び1日当たり単価 | | | | | | | |
| 延患者数 | 215,809人 | 215,613人 | 214,985人 | 214,363人 | 213,740人 | 213,118人 | 212,496人 |
| 単価 | 14,671円 | 14,958円 | 15,246円 | 15,390円 | 15,534円 | 15,677円 | 15,821円 |
| 職員数 | | | | | | | |
| 医師 | 63人 | 64人 | 65人 | 66人 | 67人 | 67人 | 67人 |
| 看護師 | 353人 | 363人 | 367人 | 370人 | 370人 | 370人 | 370人 |
| その他 | 69人 | 71人 | 74人 | 76人 | 76人 | 76人 | 76人 |

3 各種の臨床指標

| | 基準 | R5実績 | R6実績 | R7目標 | R8目標 | R9目標 |
|-------------------|---------------|---------------|----------------|-------------|-------------|-------------|
| 平均在院日数 (一般病床) | 13.1日 (R4) | 13.6日 | 12.0日 | 12.2日以下 | 11.9日以下 | 11.6日以下 |
| 病床稼働率 (精神科を除く) | 83.7% (R4) | 87.7% | 85.2% | 88.0% 以上 | 89.0% 以上 | 90.0% 以上 |
| 紹介率※ | 50% | 57.4% (平均) | 70.6% (平均) | 60% | 65% | 65% |
| 逆紹介率※ | 70% | 97.9% (平均) | 119.5% (平均) | 80% | 40% | 40% |

(※「基本目標1」「2 連携強化」の再掲。)

令和6年度 経営強化プラン実行計画の院内評価の方法について

- 1 <各項目の評価> 各項目について取組目標の達成度を4段階で自己評価し、点数を付ける
※評価点（達成3点、概ね達成2点、半ば達成1点、未達成0点）
- 2 <基本目標ごとの評価> 取組状況に係る評価として、換算後の合計点を4段階で評価。（基本目標1～5）
- 3 <基本目標5のうち「1 経営指標に係る目標数値」及び目標指標等のうち平均在院日数（一般病床）、病床稼動率（一般病床）の評価> 該当する6項目は収支状況に係る重要数値であることから、収支状況に係る評価として項目数において取組状況の合計に匹敵する加重（21倍）を行う。
- 4 <実行計画全体の評価> 「基本目標1～5」及び目標指標等の評価を基に計画全体を評価

○院内評価結果（自己評価は4段階）

取組状況に係る評価

| | 項目数 | 達成 | | | 概ね達成 | 半ば達成 | 未達成 | 評価なし | 評価点 ※1 | 満点 ※2 | 評価点 割合 | 総合 評価 |
|-----------------------------------|-----|----|------|------|------|------|-----|------|-----------|----------|-----------|----------|
| | | 達成 | 概ね達成 | 半ば達成 | | | | | | | | |
| 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 | 45 | 33 | 6 | 2 | 2 | 2 | | | 113 | 129 | 87.6% | B |
| 基本目標 2 医師・看護師等の確保と働き方改革 | 20 | 13 | 3 | 1 | 3 | 0 | | | 46 | 60 | 76.7% | 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 | 12 | 8 | 2 | 0 | 1 | 1 | | | 28 | 33 | 84.8% | B |
| 基本目標 4 施設・設備の最適化 | 6 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | 15 | 15 | 100.0% | A |
| 基本目標 5 経営の効率化等（「1 経営指標に係る数値目標」除く） | 44 | 30 | 8 | 0 | 4 | 2 | | | 106 | 126 | 84.1% | B |
| 計 | 127 | 89 | 19 | 3 | 10 | 6 | | | 308 | 363 | 84.8% | B |

※1：達成3点、概ね達成2点、半ば達成1点、未達成0点で換算。※2：「評価なし」を除く項目数×3点

収支状況に係る評価

| | 項目数 | 達成 | | | 概ね達成 | 半ば達成 | 未達成 | 評価なし | 評価点 ※1 | 満点 ※2 | 評価点 割合 | 総合 評価 |
|--|-----|----|------|------|------|------|-----|------|-----------|----------|-----------|----------|
| | | 達成 | 概ね達成 | 半ば達成 | | | | | | | | |
| ※基本目標5のうち「1 経営指標に係る目標数値」及び目標指標等のうち平均在院日数（一般病床）、病床稼動率（精神科を除く） | 6 | 1 | 5 | 0 | 0 | 0 | | | 273 | 378 | 72.2% | B |
| ※1：達成6点、概ね達成4点、半ば達成2点、未達成0点で換算。※2：項目数×63点（3点×21） | | | | | | | | | | | | |

実行計画全体の評価

| | 項目数 | 達成 | | | 概ね達成 | 半ば達成 | 未達成 | 評価なし | 評価点 ※1 | 満点 ※2 | 評価点 割合 | 総合 評価 |
|--|-----|----|------|------|------|------|-----|------|-----------|----------|-----------|----------|
| | | 達成 | 概ね達成 | 半ば達成 | | | | | | | | |
| 取組状況に係る評価 | 133 | 90 | 24 | 3 | 10 | 6 | | | 581 | 741 | 78.4% | B |
| ※1：達成6点、概ね達成4点、半ば達成2点、未達成0点で換算。※2：項目数×63点（3点×21） | | | | | | | | | | | | |

令和6年度の取組状況【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 |
|--------------------------|---------------------------|---------------|----------------|------|---|
| | 項目 | R6目標値 | 実績 | 院内評価 | |
| (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) |
| | 院内災害訓練一般職員参加率 | 50人 | 44人 | | |
| | 院内災害訓練DMAT隊員参加率 | 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)、災害実動訓練(9月実施済み)。 |
| | 院内災害訓練参加経験者※割合 | 80% | 80% | 達成 | |
| | DMAT隊員育成人數 | 14% | 12% | 概ね達成 | (※過去に1回以上の参加経験がある者) |
| | キャンサーボードの開催 | 1人 | 2人 | 達成 | 令和6年度の隊員養成研修参加者2名。 |
| 1 機能分化(当院の果たすべき役割)・機能の促進 | 緩和ケアチームカンファレンスの実施 | 12回 | 14回 | 達成 | 定期的な開催とともに、症例相談に關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。 |
| | 小樽後志がん診療セミナーの開催 | 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に実施することができた。 |
| | 市民向け公開講座の実施 | 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) |
| | 紹介率 | 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。 |
| | 逆紹介率 | 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。 |
| | 地域の医療機関従事者向け講演会の開催 | 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。 |
| 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 | 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つた。 |
| | 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。 |

令和6年度の取組状況【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 |
|-------------------------------|---------------------------------|---------------------|---------------------|------|--|
| | 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) | 退院時薬剤情報連携加算の算定期定件数及び効果額(円) | 240件 144,000 | 237件 142,200 | 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つた薬剤師が多かつたことが減少要因として考えらる。 |
| | 連携充実加算の算定期定件数及び効果額(円) | 1,080件 1,620,000 | 1,271件 1,906,500 | 達成 | 前年度より61件/年増加し、目標件数達成。 算定期定件数は、ほぼ最大値と考えられる。 |
| | 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。 |
| | 通電療法のペ回数 | 30回 | 87回 | 達成 | 実施しており目標件数を上回った。 |
| | 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。 |
| | (1)後志地域の精神医療の状況を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 | 3,173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。 |
| 3 精神医療 | 介護支援連携等指導料の算定期定件数及び効果額(円) | 90件 360,000 | 90件 360,000 | 達成 | 多職種連携を強化し、目標を達成できた。 |
| | 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。 |
| | (1)入退院支援等の質の向上による事例検討 | 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。 |
| 4 地域包括ケアシステムの構築にかけて果たすべき役割・機能 | | | | | |

令和6年度の取組状況【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 |
|---------------------------------|------------------------------|-------------------------|-------------------------|----------|---|
| | 項目 | R6目標値 | 実績 | 院内評価 | |
| (1)救急患者の増加 | 救急車受入件数 救命土生生涯教育病院実習の受入人数 | 2,142件 10人 | 2,209件 14人 | 達成 達成 | 救急患者応需率のモニタリングを実施している。 |
| (2)手術件数の増加 | 手術件数及び効果額(円)※ 全身麻酔件数 | 3,940件 2,122,103,700 | 4,034件 2,172,732,570 | 達成 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。) |
| 5 医療機能や医療の質の向上 (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 | 手術室にてモニタリングを実施している。 |
| | 全病棟パス分析の実施回数 | 1回/病棟 | 1回/病棟 | 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・従来のバ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バス作成を試み実績値を上げる。 |
| | 全病棟パス分析成果発表会の開催 | 1回 | 1回 | 達成 | 全病棟にてバス分析を行い、看護ペ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。 |
| | 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 | R7年3月27日にクリニカルバス大会を開催した。 |
| (4)栄養管理体制の充実 | SCU入院患者の65% | SCU入院患者 の75.2% | | 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。 |
| | 早期栄養介入管理加算の取得率及び効果額(円) | 3,500,000 | 2,712,000 | 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。 |

令和6年度の取組状況【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 |
|-----------------------------|------------------|-------------------------|--------|------|---|
| | 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 | 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。 |
| | 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 | - | |
| 6 住民の理解のための取組(地域住民への情報発信など) | 投書箱の意見にに基づく改善 | 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。 |
| | (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 | 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。 |
| | (2)地域住民に愛される病院 | 市民公開講座の開催 | 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。 |

令和6年度の取組状況【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 |
|--|---------|-------|------|---|---------|
| | 項目 | R6目標値 | 実績 | 院内評価 | |
| 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 | |
| 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。 | |
| (1)看護師の確保 人間関係を理由とする離職者(看護師) | 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。 | |
| 看護補助者の離職率 | 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。 | |
| 人間関係を理由とする離職者(看護補助者) | 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。 | |
| 実習生受入れ(初期研修医) | 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。) | 9人 | 7人 | 概ね達成 | 各診療科では実習生の受け入れに対して理解と協力をいたしました。結果、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る。 | |
| 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どなった。ちなみに午前と午後に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ある。 | |
| 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け入れ、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。 | |

令和6年度の取組状況【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 |
|--|-----------------------|------------------------|--------------------------------|------|--|
| | 項目 | R6目標値 | 実績 | 院内評価 | |
| 1 医師・看護師等の確保、若手医師の確保に向けた学生等への働きかけ(注:人數は延べ数です。) | 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) |
| | 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名の実習生受け入れを実施、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。 |
| | 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。 |
| | 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/RPAを導入し、引き継ぎ取り組んでいる | 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。通信を使ってデータ) |
| 2 医師の働き方改革への対応 | 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。 |

令和6年度の取組状況【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 |
|-------------------------------|---------|-------|------|---|---------|
| | 項目 | R6目標値 | 実績 | 院内評価 | |
| 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。 | |
| 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。 | |
| 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 | | |
| 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。 | |
| 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職種が揃うことに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に小樽検疫所と共に実施した。 | |

令和6年度の取組状況【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 |
|---------------------|----------------------|---|---------------------------------|----------|---|
| | 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 企業債残高 | 5ヵ年(R5～R9)で20億円以内 基準:115億円(5ヵ年で対基準比20%減) | 企業債発行額2.6億円 企業債残高 減額5.9億円 | 達成 達成 | 予定通り取組が出来ており目標達成が見込まれる。 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。 |
| | 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。 |
| 2 デジタル化への対応 | 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。 |
| | 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。) |
| | 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。 |

令和6年度の取組状況【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 |
|---------------------------------------|--|---|--------------------------|----------------------|---|
| | 項目 | R6目標値 | 実績 | 院内評価 | |
| 1 経営指標に係る数値目標 (※取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。 |
| | 修正医業収支比率 (税込) | 87.9以上 | 83.0% | 概ね達成 | 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。 |
| | 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 (2)DPCデータ分析の実行と活用 | 外部コノサルタント等による研修会・講演会 経営強化に向けた協議・提案 | 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。 |
| | DPCデータ分析結果の勉強会 (全体) | 1回 | 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。 |
| 3 収入増加・確保対策 | 改善提案 (1)DPC期間Ⅱ超率の改善 | 全病棟1回ずつ実施 | 達成 | 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。 |
| | DPC期間Ⅱ以内退院率 急性期一般入院料1 | 61.0%以上 | 60.6% | 概ね達成 | 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会として2月に院内に発表。 |
| | SCU加算 HCU加算 | 維持 | 維持 | 達成 | 期間Ⅱ以内退院率は、令和5年度57.3%より+3.3%向上。 毎月、医事課にてモニタリングを実施している。 |
| | 高額な診療報酬加算の取得 (3)診療科ごとの収支分析の検討 (4)健診業務の最適化の研究 | 維持 維持 検討及び実施 実施 | 維持 維持 検討及び実施 実施 | 達成 達成 達成 達成 | 目標を達成した。(R6.4月取得) 目標を達成した。(R6.6月取得) 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。 二次検診の希望があつ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。 |

令和6年度の取組状況【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 |
|----------------------------|-----------------------------|----------------|---------|------|---|
| | 項目 | R6目標値 | 実績 | 院内評価 | |
| (5)リハビリの質の向上、経営面での安定した収益確保 | 療法士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目標の88%程達成できた。 |
| | 療法士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目標の90%程達成できた。 |
| | 療法士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。 |
| | リハビリーション総合計画評価料の算定率及び効果額(円) | 240,000 | 232,000 | | |
| | 骨密度検査の算定期件数及び効果額(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。 |
| | 骨密度検査件数(円) | 420,000 | 447,000 | | |
| | (6)検査体制の強化(放射線室) | 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。 |
| | 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、具体的な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。 |
| | (7)経済性の追求(検査室) | 業務マニュアルの整備・見直し | 1回以上実施 | 達成 | 血液浄化・ペースメーカー業務マニュアルの改訂・追加を実施した。 |
| 3 収入増加・確保対策 | 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。 |
| | 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。 |
| | (1)医療材料調達方法の見直し・改善・抑制 | | | | 目標を達成した。(年度末で80%) |
| | 医療材料・マスター整備率 | 80% | 80% | 達成 | 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(マスター整備全体の40%) |
| 4 経費削減・抑制対策 | (1)医療材料調達方法の見直し・改善・抑制 | | | | ・要領に基づく不使用物品のデータ削除が11月中に完了(同30%) |
| | 医療材料・マスター整備率 | 80% | 80% | 達成 | ・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断したため、別の分類方法について検討中(同30%、うち10%程度達成) |

令和6年度の取組状況【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 |
|------------------------------|------------------|-------------------------|---------------------------------------|---|---|
| | 項目 | R6目標値 | 実績 | 院内評価 | |
| (1)医療材料調達方法の見直し・改善、コストの削減・抑制 | 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 | 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 |
| | (3)後発医薬品割合の向上 | 後発医薬品割合 カットオフ値 | 90%以上 50%以上 | 91. 6% 48. 1% | 達成 概ね達成 |
| | (4)委託契約の点検・見直し | 委託料比率 | 1回以上 | 1回 | 達成 |
| 4 経費削減・抑制対策 | 委託料比率 | 11. 5%以下 | (学院除く) | 11. 9% | 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。 |
| | 電気使用量 ガス使用量 | 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。 |
| | (5)経費削減の取組の検討・実施 | ガス使用量 | 対基準比1%削減 | 629,527 m ³ 対前年比 5.7%減 | 達成 |
| | 上下水道使用量 | 対基準比1%削減 | 89,000m ³ 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。 |
| | (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。 |

令和6年度の取組状況【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 |
|----------------------|-----------------------|------------|------------|------|--|
| | 項目 | R6目標値 | 実績 | 院内評価 | |
| (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。 |
| | 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。 |
| | 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。 |
| | 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。 |
| | 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。 |
| | 職場環境満足度調査 | 実施 | 実施 | 未達成 | 実施に向け、具体的な検討を行つたものの、R6は実施に至らなかつた。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 | 56.4% | 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。 |
| | | | | | |
| 5 その他 | | | | | |
| (2)職員が安心して働ける職場環境づくり | | | | | |

令和6年度の収支状況

1. 収支計画（収益的収支）

(単位:百万円、%)

| 区分 | 年度 | 5年度 | 6年度 | 6年度 | B-A |
|------|-----------------|----------|----------|-----------|---------|
| | | (実績) | 計画A | 見込B | |
| 収 | 1. 医業収益 a | 10,866 | 11,125 | 11,320 | 195 |
| | (参考:税込額) | (10,884) | (11,125) | (11,338) | (213) |
| | (1) 料金収入 | 10,193 | 10,381 | 10,623 | 242 |
| | (参考:税込額) | (10,194) | (10,381) | (10,625) | (244) |
| | 入院収益 | 7,085 | 7,156 | 7,379 | 223 |
| | (参考:税込額) | (7,086) | (7,156) | (7,381) | (225) |
| | 外来収益 | 3,107 | 3,225 | 3,244 | 19 |
| | (参考:税込額) | (3,108) | (3,225) | (3,245) | (20) |
| | (2) その他の | 673 | 744 | 696 | ▲ 48 |
| | (参考:税込額) | (690) | (744) | (713) | (▲ 31) |
| 入 | うち他会計負担金 d | 504 | 547 | 529 | ▲ 18 |
| | 2. 医業外収益 | 1,135 | 954 | 1,097 | 143 |
| | (参考:税込額) | (1,138) | (954) | (1,100) | (146) |
| | (1) 他会計負担金・補助金 | 657 | 608 | 730 | 122 |
| | (2) 国(道)補助金 | 140 | 28 | 30 | 2 |
| | (3) 長期前受金戻入 | 93 | 83 | 95 | 12 |
| | (4) その他の | 246 | 235 | 242 | 7 |
| | (参考:税込額) | (249) | (235) | (246) | (11) |
| | 経常収益(A) | 12,000 | 12,079 | 12,416 | 337 |
| | (参考:税込額) | (12,022) | (12,079) | (12,439) | (360) |
| 支 | 1. 医業費用 b | 12,312 | 12,030 | 12,822 | 792 |
| | (参考:税込額) | (12,514) | (12,030) | (13,026) | (996) |
| | (1) 職員給与費 c | 6,108 | 5,999 | 6,451 | 452 |
| | (参考:税込額) | (6,113) | (5,999) | (6,456) | (457) |
| | (2) 材料費 | 3,011 | 2,907 | 3,180 | 273 |
| | (参考:税込額) | (3,011) | (2,907) | (3,180) | (273) |
| | (3) 経費 | 2,269 | 2,170 | 2,267 | 97 |
| | (参考:税込額) | (2,463) | (2,170) | (2,463) | (293) |
| | (4) 減価償却費 | 873 | 855 | 869 | 14 |
| | (5) その他の | 51 | 99 | 55 | ▲ 44 |
| 出 | (参考:税込額) | (53) | (99) | (58) | (▲ 41) |
| | 2. 医業外費用 | 651 | 468 | 688 | 220 |
| | (参考:税込額) | (471) | (467) | (506) | (39) |
| | (1) 支払利息 | 35 | 36 | 42 | 6 |
| | (2) その他の | 616 | 432 | 646 | 214 |
| | (参考:税込額) | (436) | (432) | (464) | (32) |
| | 経常費用(B) | 12,963 | 12,498 | 13,510 | 1,012 |
| | (参考:税込額) | (12,985) | (12,498) | (13,532) | (1,034) |
| | 経常損益(A)-(B) (C) | ▲ 963 | ▲ 419 | ▲ 1,094 | ▲ 675 |
| | (参考:税込額) | (▲ 963) | (▲ 419) | (▲ 1,093) | (▲ 674) |
| 特別損益 | 1. 特別利益(D) | 3 | 0 | 1 | 1 |
| | (参考:税込額) | (4) | (0) | (2) | (2) |
| | 2. 特別損失(E) | 13 | 0 | 3 | 3 |
| | (参考:税込額) | (14) | (0) | (3) | (3) |
| | 特別損益(D)-(E) (F) | ▲ 10 | 0 | ▲ 1 | ▲ 1 |
| 純損益 | (参考:税込額) | (▲ 10) | (0) | (▲ 2) | (▲ 2) |
| | 純損益(C)+(F) | ▲ 973 | ▲ 419 | ▲ 1,095 | ▲ 676 |
| | (参考:税込額) | (▲ 973) | (▲ 419) | (▲ 1,095) | (▲ 676) |

※計数はそれぞれ四捨五入しているため、計が一致しない場合があります。

令和6年度の収支状況

| 区分 | 年 度 | 5年度 (実績) | 6年度 計画A | 6年度 見込B | B-A |
|--|--------|-------------|------------|------------|-----|
| 累 積 欠 損 金 (G) | 13,140 | 13,208 | 14,235 | 1,027 | |
| 流 動 資 産 (ア) | 2,366 | 2,702 | 2,115 | ▲ 587 | |
| 流 動 負 債 (イ) | 2,170 | 2,444 | 2,577 | 133 | |
| うち 一時借入金 | 0 | 0 | 400 | 400 | |
| 経常 収支比率 $\frac{(A)}{(B)} \times 100$ | 92.6 | 96.6 | 91.9 | ▲ 4.7 | |
| (参考:税込比率) | (92.6) | (96.6) | (91.9) | (▲ 4.7) | |
| 医業 収支比率 $\frac{a}{b} \times 100$ | 88.3 | 92.5 | 88.3 | ▲ 4.2 | |
| (参考:税込比率) | (87.0) | (92.5) | (87.0) | (▲ 5.4) | |
| 修正 医業 収支比率 $\frac{a-d}{b} \times 100$ | 84.2 | 87.9 | 84.2 | ▲ 3.7 | |
| (参考:税込比率) | (82.9) | (87.9) | (83.0) | (▲ 4.9) | |
| 職員給与費対医業収益比率 $\frac{c}{a} \times 100$ | 56.2 | 53.9 | 57.0 | 3.1 | |
| (参考:税込比率) | (56.2) | (53.9) | (56.9) | (3.0) | |
| 地方財政法施行令第15条第1項 により算定した資金の過不足額 (H) | 250 | 415 | ▲ 308 | ▲ 723 | |
| 資 金 過 不 足 比 率 $\frac{(H)}{a} \times 100$ | 2.3 | 3.7 | ▲ 2.7 | ▲ 6.4 | |
| (参考:税込比率) | (2.3) | (3.7) | (▲ 2.7) | (▲ 6.4) | |
| 病 床 稼 働 率 | 84.2 | 85.7 | 82.0 | ▲ 3.7 | |

※計数はそれぞれ四捨五入しているため、計が一致しない場合があります。

令和6年度の収支状況

2. 収支計画(資本的収支)

| 区分 | 年 度 | 5年度 (実績) | 6年度 | 6年度 | B-A |
|--|--------------------------|-------------|-------|-------|-------|
| | | | 計画A | 見込B | |
| 収入 | 1. 企 業 債 | 312 | 400 | 264 | ▲ 136 |
| | 2. 他 会 計 出 資 金 | 446 | 483 | 482 | ▲ 1 |
| | 3. 他 会 計 負 担 金 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 4. 他 会 計 借 入 金 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 5. 他 会 計 補 助 金 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 6. 国(道)補助金 | 0 | 0 | 9 | 9 |
| | 7. そ の 他 | 15 | 0 | 20 | 20 |
| | 収 入 計 (a) | 774 | 883 | 775 | ▲ 108 |
| うち翌年度へ繰り越される支出の財源充当額 | (b) | | | | |
| | 前年度許可債で当年度借入分(c) | | | | |
| | 純計(a)−{(b)+(c)} | (A) | 774 | 883 | 775 |
| | | | | | ▲ 108 |
| 支出 | 1. 建 設 改 良 費 | 317 | 400 | 279 | ▲ 121 |
| | 2. 企 業 債 償 還 金 | 725 | 859 | 854 | ▲ 5 |
| | 3. 他 会 計 長 期 借 入 金 返 還 金 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 4. そ の 他 | 21 | 22 | 17 | ▲ 5 |
| | 支 出 計 (B) | 1,063 | 1,281 | 1,150 | ▲ 131 |
| 差引不足額(B)−(A) | (C) | 289 | 398 | 375 | ▲ 23 |
| 補てん財源 | 1. 損 益 勘 定 留 保 資 金 | 288 | 398 | 375 | ▲ 23 |
| | 2. 利 益 剰 余 金 処 分 額 | | | | 0 |
| | 3. 繰 越 工 事 資 金 | | | | 0 |
| | 4. そ の 他 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 計(D) | 289 | 398 | 375 | ▲ 23 |
| 補てん財源不足額(C)−(D) | (E) | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 当 年 度 同 意 等 債 で 未 借 入 (F) 又 は 未 発 行 の 額 | | | | | |
| 実質財源不足額(E)−(F) | | 0 | 0 | 0 | 0 |

※計数はそれぞれ四捨五入しているため、計が一致しない場合があります。

3. 一般会計等からの繰入金の見通し

| | 5年度 (実績) | 6年度 計画A | 6年度 見込B | B-A |
|-----------|---------------|---------------|----------------|--------------|
| 収 益 的 収 支 | (0) 1,161 | (0) 1,155 | (40) 1,259 | (40) 104 |
| 資 本 的 収 支 | (0) 446 | (0) 483 | (0) 482 | (0) ▲ 1 |
| 合 计 | (0) 1,607 | (0) 1,638 | (40) 1,741 | (40) 103 |

※()内はうち基準外繰入金額です。

※「基準外繰入金」とは、「地方公営企業繰出金について」(総務副大臣通知)に基づき他会計から公営企業会計へ繰り入れられる繰入金以外の繰入金をいいます。

※計数はそれぞれ四捨五入しているため、計が一致しない場合があります。

経営指標等に係る数値目標の令和6年度達成状況

1. 経営指標に係る数値目標（収支状況に係る評価項目）

(単位：%)

| 区分 | 5年度 (実績) | 6年度 計画 A | 6年度 見込 B | B - A |
|--------------|-------------|-------------|-------------|---------|
| 経常収支比率 | 92.6 | 96.6 | 91.9 | ▲ 4.7 |
| (参考：税込比率) | (92.6) | (96.6) | (91.9) | (▲ 4.7) |
| 修正医業収支比率 | 84.2 | 87.9 | 84.2 | ▲ 3.7 |
| (参考：税込比率) | (82.9) | (87.9) | (83.0) | (▲ 4.9) |
| 資金過不足比率 | 2.3 | 3.7 | ▲ 2.7 | ▲ 6.4 |
| (参考：税込比率) | (2.3) | (3.7) | (▲ 2.7) | (▲ 6.4) |
| 給与費比率 | 56.2 | 53.9 | 57.0 | 3.1 |
| (参考：税込比率) | (56.2) | (53.9) | (56.9) | (3.0) |
| 材料費比率 ※ | 27.7 | 26.1 | 28.1 | 2.0 |
| (参考：税込比率) | (27.7) | (26.1) | (28.0) | (1.9) |
| 委託料比率（学院除く）※ | 11.4 | 11.3 | 10.9 | ▲ 0.4 |
| (参考：税込比率) | (12.5) | (11.3) | (11.9) | (0.6) |

※取組状況（「基本目標5」、「4. 経費削減・抑制対策」）に係る評価項目としている。

2. 経営強化プランの収支計画の算出に用いた数値（参考）

| 区分 | 5年度 (実績) | 6年度 計画 A | 6年度 見込 B | B - A |
|---------------------|-------------|-------------|-------------|-----------|
| 入院延患者数及び1日当たり単価 | | | | |
| 延患者数 | 119,587人 | 121,359人 | 116,100人 | ▲ 5,259人 |
| 単価 | 59,249円 | 58,969円 | 63,560円 | 4,591円 |
| (参考：税込額) | (59,256円) | (58,969円) | (63,570円) | (4,601円) |
| 外来延患者数及び1日当たり単価 | | | | |
| 延患者数 | 194,204人 | 215,613人 | 191,337人 | ▲ 24,276人 |
| 単価 | 16,001円 | 14,958円 | 16,953円 | 1,995円 |
| (参考：税込額) | (16,004円) | (14,958円) | (16,958円) | (2,000円) |
| 職員数 | | | | |
| 医師 | 64人 | 64人 | 66人 | 2人 |
| 看護師 | 344人 | 363人 | 331人 | ▲ 32人 |
| その他(薬剤師、放射線技師、検査技師) | 68人 | 71人 | 71人 | 0人 |

3. 各種の臨床指標（収支状況に係る評価項目）

(単位：%)

| 区分 | 5年度 (実績) | 6年度 計画 A | 6年度 見込 B | B - A |
|---------------|-------------|-------------|-------------|--------|
| 平均在院日数(一般病床) | 13.6日 | 12.5日 | 12.0日 | ▲ 0.5日 |
| 病床稼働率（精神科を除く） | 87.7 | 87.0 | 85.2 | ▲ 1.8 |
| 紹介率（参考）※ | 57.4 | 60.0 | 70.6 | 10.6 |
| 逆紹介率（参考）※ | 97.9 | 80.0 | 119.5 | 39.5 |

※取組状況（「基本目標1」、「2. 連携強化」）に係る評価項目としている。

小樽市立病院経営強化プラン評価委員会

【令和7年度 第2回】

日時：令和7年10月14日（火）18：30

会場：小樽市立病院 講堂

次 第

【議事】

1 開会

2 協議

3 その他

4 閉会

<資料>

- ① 経営強化プラン評価集計表（令和6年度分）
- ② 経営強化プラン評価集計表 質疑応答（令和6年度分）
- ③ RPA シナリオ作成管理表

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、目標は達成できないない 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

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 | 委員会最終評価 (候補:B) |
|----------------------------------|-----------------------|----------------------|-----------|------|---|--|
| | 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 | BLS/AED研修会の実施回数及び参加人数 | 4回 50人 | 4回 44人 | 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 |
| | 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)、災害実動訓練(9月実施済み)。 | 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 | | 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。 |
| | 院内災害訓練参加経験者※割合 | 14% | 12% | 概ね達成 | (※過去に1回以上の参加経験がある者) | |
| | DMAT隊員育成人數 | 1人 | 2人 | 達成 | 令和6年度の隊員養成研修参加者2名。 | |
| | キヤンサーボードの開催 | 12回 | 14回 | 達成 | 定期的な開催とともに、症例相談に關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ます。7年度以降も継続していただければと思います。 |
| | (2)地域がん診療連携拠点病院 | 緩和ケアアーチャンク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に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・看護師等との連携を強化) | 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多いやすいのではないか、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。 |
| | 逆紹介率 | 80% | 119.5% (平均) | 達成 | | |
| | 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つた。 | 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、目標値に比べ約50%増という数値はどういう現状にあると考ればよろしいのでしょうか。 |
| | 逆紹介医療機関数 | 400 | 451 | 達成 | 達成率は目標の112%であり、目標は達成できなかつた。 | |
| | 退院時薬剤情報連携加算の算定件数及び効果額(円) | 240件 144,000 | 237件 142,200 | 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つた薬剤師が多くかつたことが減少要因として考えらる。 | |
| | 連携充実加算の算定件数及び効果額(円) | 1,080件 1,620,000 | 1,271件 1,906,500 | 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。 | |
| | 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。 | |
| | 通電療法のペ回数 | 30回 | 87回 | 達成 | 実施しており目標件数を上回つた。 | |
| | 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つた。 | |
| 3 精神医療状況を踏まえたすべき主な役割・機能の推進 | (1)後志地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 | 院内他科への往診件数 | 650件 | 442件 | 半ば達成 | 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。 |
| | 認知症疾患医療センター検査対応 | 70件 | 94件 | 達成 | 実施している。往診件数は目標件数の68%だった。 | |
| | 児童発達障害外来新患数 | 38人 | 41件 | 達成 | 検査依頼の対応をしており目標件数を上回つた。 | |
| | 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たすべき役割・機能 | 介護支援連携等指導料の算定件数及び料金額(円) | 90件 360,000 | 90件 360,000 | 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。 |
| | 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。 | |
| | (1)入退院支援等の質の向上 | 看護師とMSWによる事例検討 | 8回 | 8回 | 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。 | |
| | 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。 | |
| | (1)救急患者の増加 | 救命士生の受入人數 | 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 2,122,103,700 | 4,034件 2,172,732,570 | 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。) |
| | 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)クリニックカルバスの活用 | バス使用率 | 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。日本クリニックバ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・外来のバスでは適応外の患者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バス作成を試み実績値を上げる。 |
| 5 医療機能や医療の質の向上 | 全病棟バス分析の実施回数 | 1回/病棟 | 1回/病棟 | 達成 | 全病棟にてバス分析を行い、看護バスリンクナース部会にて分析結果を各部署発表会である。 | |
| | 全病棟バス分析成果発表会の開催 | 1回 | 1回 | 達成 | R7年3月27日にクリニカルバス大会を開催した。 | |
| | | | | | | 3 / 15 ページ |

【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)栄養管理体制の充実 | 入院時栄養食事指導料の算定期件数及び効果額(円) | 1,080 2,812,000 | 855件 2,211,500 | 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サーべイ等については、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。 |
| | 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% 3,500,000 | SCU入院患者の75.2% 2,712,000 | 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期件数が、令和5年度よりも減少しているのが気になります。 |
| | 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。 |
| | 外来における患者満足度 | 前年度を上回る | 評価なし | - | | 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。 |
| | 入院における患者満足度 | 前年度を上回る | 評価なし | - | | |
| | 投書箱の意見改善に基づく改善 | 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。 | |
| (5)患者満足度の向上 | (1)地域医療への住民の理解 | 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けれませんが、宜しくお願ひいたします。 |
| | 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。 | 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。 |
| 5 医療機能や医療の質の向上 | (2)地域住民に愛される病院への情報発信など | 健康新聞の開催 | 2回 | 3回 | 達成 | 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ライン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。 |

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、目標は達成できないない 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

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）】

委員会最終評価
(候補:B)

| 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 | | |
| (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 |
| | 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。 |
| | 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け入れに対して理解と協力をいたしており、結果、大学・医学・学生からの実習希望が多くなっていると考えている。 |
| | (2)職員の採用に向けた学生等への働きかけ(注:人數は延べ数です。)※R6新規 | 見学生受入れ(初期研修医) | 80人 | 67人 | 受入条件は従前と同じであり、実績も前年度と同数どなった。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 | 100% | 100% | 達成 | 見学生に対する指導医、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。 |
| 1 医師・看護師等の確保、若手医師の確保 | 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け入れ、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。 |
| | 長谷委員長 | | | | 社会全般に厳しい求人事情の中、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。 |

【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:人數は延べ数です。) | 実習生受入れ人數/学校數(看護部) | 50人/5校 | 67人/4校 | 達成 | 医師会開校により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。 |
| | 実習生受入れ人數/学校數(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) | |
| | 実習生受入れ人數/学校數(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った。 | |
| | 実習生受入れ人數/学校數(検査室) | 4人/4校 | 8人/4校 | 達成 | 8名の実習生受け入れを実施、完了している。 | |
| | 実習生受入れ人數/学校數(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。 | |
| | 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ジェクト」を開始。 | 中村副委員長 RPA導入は大正解です。 |
| 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 | 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。 | 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。 |
| | 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ます。 | 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。 | 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どと思います。 |
| | 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ます。 | 達成 | 令和6年度は960時間を超える医師はいませんでした。 | |

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、目標は達成できないない 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) | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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 | 委員会最終評価 (候補:B) |
|-------------------------------|---------|-------|-----|---|--|-------------------|
| | 項目 | R5目標値 | 実績 | 院内評価 | | |
| 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。 | 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。 | |
| 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。 | 中村副委員長 BCPを何とか今年度内に策定してください。 | |
| 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) | 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。 | 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いけない 作業なので、宜しくお願ひします。 |
| | 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、目標は達成できないない 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 | | |
| 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] 薄谷委員[A] 長谷委員[A] |
| | 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 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。 | 中村副委員長 引き続き宜しくお願ひします。 薄井委員 着実な取組の推進に期待します。 長谷委員 発行額及び債務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。 |
| | マイナーバーカードの健康保険証利用の促進 推進 | 体制の整備・ 推進 | 達成 | R6年度に機器更新を行いマイナー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」となつておりますので、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 | - | - | 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。 |
| 2 デジタル化への対応 | 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行行・代替するプログラムのこと。) | 薄井委員 「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 | 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 引き続き検討して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、目標は達成できないない 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

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 | | |
| 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) 修正医業収支 比率(税込) 資金過不足比 率(税込) 給与費比率 (税込) | 96.6以上 87.9以上 3.7以上 53.9以下 | 91.9% 83.0% ▲2.7% 56.9% | 概ね達成 概ね達成 概ね達成 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る、現状把握や改善意識の共有を図っている。 |
| 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 (2)DPCデータ分析の実行と活用 | 外部コンサルタント等による研修会・講演会 経営強化に向けた協議・提案 DPCデータ分析結果の勉強会(全体) | 1回 実施 実施 1回 | 達成 達成 達成 1回 | 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。 部会において経営強化に向けた協議しており、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。 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。 |
| 3 収入増加・確保対策 | (1)DPC期間Ⅱ超率の改善 (2)高額な診療報酬加算の取得 | 改善提案 | 1回 | 全病棟1回ずつ実施 達成 | クリニカルハッス委員会の活動として改善提案を実施、成果をクリニカルハッス大会として2月に院内に発表。 |
| | (1)DPC期間Ⅱ以内退院率 (2)急性期一般入院料1SCU加算 | DPC期間Ⅱ 急性期一般入院料1 SCU加算 | 61.0%以上 | 60.6% 維持 維持 | 概ね達成 達成 達成 |
| | | | | | 期間Ⅱ以内退院率は、令和5年度57.3%より+3.3%向上。 |
| | | | | | 毎月、医事課にてモニタリングを実施している。 |
| | | | | | 〃 |

委員会最終評価
(候補:B)

81 【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 | | |
| (2)高难度診療報酬加算の取得 | HCU加算 総合入院体制 地城医療支援病院診療 加算 | 維持 取得 取得 | 維持 取得 取得 | 達成 達成 達成 | 毎月、医事課にてモニタリングを実施している。 目標を達成した。(R6.6月取得) | 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。 |
| (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 | 概ね達成 | 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。 | 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つたとありますので、前年度未達成の項目が達成されるなど、改善を見られ、良好だと思います。 |
| (4)健診業務の最適化の研究 | 一次健診対象者獲得に向けた検討の実施 | 実施 | 達成 | 達成 | 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なります。 | 長谷委員 前年度未達成 |
| | 療法士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%達成できました。 | |
| | 療法士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%達成できました。 | |
| (5)リハビリの質の向上、経営面での安定化の確保 | 療法士1人当たり単位数の対前年増加数及び効果額(円) | 120 240,000 | 117 232,000 | 概ね達成 | 概ね目標を達成できた。 | |
| | リハビリーション総合計画評価料の算定率及び効果額(円) | 75% 420,000 | 80% 447,000 | 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りました。 | |
| (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 5,400,000 | 1,478件 6,651,000 | 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。 | |
| (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、検討を行っていましたが、導入には至っていません。 | |
| | 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査をしたが、具体的提案には至らなかつた。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・ペースメーカー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 | 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かでしょうか。 |
| | 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。 | 夏井委員 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） |
| | (1)医療材料調達方法の見直し・改善、コストの削減・抑制 | 医療材料マスター整備率 | 80% | 80.0% | 達成 | 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、より大変で重要なと思っています。 |
| | 共同購入品採用率(代表的分野) | 対基準比2倍イント増 | 対基準比5.8倍イント増 | 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手術室開通 +2.3) | 長谷委員 資材高騰の影響を受ける中、努力されています。 |
| | 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。ほぼ一減が出来ている。 | |
| | (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の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 m ³ 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。 | |

83 【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 | 89,000m ³ 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大きな変動ではなく、基準に近いベ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。 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。 |
| | (6)時間外業務の削減 時間外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精査に取り組んでおり、効率化に係る検討も進めている。 | 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。 |
| | 研修会・学会への発表 への発表 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ひとつと考えられる。 | 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 国語論文の 学術雑誌掲載 に係る経費の 助成 | 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。 |
| | (1)人材教育・ 育成の推進 職場内研修の 実施門数 (病院全体) | 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、早急な取り組みを願います。 |
| | 認定資格取得・ 更新計画の 履行 | 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。 |
| 5 その他 | 職場環境満足度調査 結果に係る協議・検討 | 実施 | 実施 | 未達成 | 実施に向け、具体的な検討をついたものが、R6は実施しなかった。R7は外部有識者の実施に向け、具体的な検討を行つたものの、R6は実施を不得して、病院全体を対象とした調査を行う予定。 | 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。 |
| | (2)職員が安心して働ける職場環境づくり 年次有給休暇平均取得率 | - | - | - | 評価なし。満足度調査未実施のため。 | 同上 取得率につきまし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 | <input type="checkbox"/> |
| (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) | | |
| (1)経常収支比率 (税込、%) | 96.6 | 91.9 | ▲ 4.7 | 概ね達成 | <p>〇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%以上が望ましいものです。</p> |
| 1 経営指標 に係る数値目標 | | | | | <p>中村副委員長 藤原委員長 夏井委員 薄井委員 長谷委員</p> <p>藤原委員長が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がもしません。</p> <p>中村副委員長 夏井委員 薄井委員 長谷委員</p> <p>藤原委員長が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がもしません。</p> <p>中村副委員長 夏井委員 薄井委員 長谷委員</p> <p>藤原委員長が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がもしません。</p> |
| (2)修正医業収支比率 (税込、%) | 87.9 | 83.0 | ▲ 4.9 | 概ね達成 | <p>〇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のです。</p> |
| (3)資金過不足比率 (税込、%) | 3.7 | ▲ 2.7 | ▲ 6.4 | 概ね達成 | <p>〇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です。</p> |

85 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213百万円增收したものの、職員給与費が計画よりも457百万円増えたことなどから、計画より3.0%ポイント悪化した56.9%となる見込みです。 |
| 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 | ○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。 |
| | (2)病床稼働率(精神科を除く)(%) | 87.0 | 85.2 | ▲ 1.8 | 概ね達成 | 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。 |

◎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目的を絞って注力することも戦略として有効だと考えます。また、不確実性の高い環境にあっては、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な要素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、おれ申し上げます。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だと思います。今後とも職員の確保、良質な医療の堅持に向け、よろしくお願ひいたします。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います。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いく必要があります。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。また、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か、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。

経営強化プラン評価集計表質疑応答（令和6年度分）

I 取組状況の評価

【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 | 委員 | 質疑内容 | 回答 |
|------------------------------|---|---|--|
| 1 機能分化 (当院の果たすべき役割)・機能の促進 | 薄井委員 (1)災害拠点病院としての役割・機能 | 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と感じますか。 | 院内災害訓練の参加者は各部門からの推薦により選出されております。災害訓練の開催日時の関係で、必ずも参加経験者を自由に選出することはできませんが、参加の割合を増やす取組の必要性はあると考えております。 |
| 2 連携強化 (地域の医療機関等との連携を強化) | 薄井委員 (1)医療機関との連携強化、医師・看護師等の派遣 | 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くと思われますが、目標値に比し約50%増という数値はどのように現状にあると考えればよろしいのでしょうか。 | 紹介率、逆紹介率が高い数値を示すのは、機能分化が進んだ結果となります。逆紹介率増加の取組は、紹介率の増加を目的としておりますが、計画最終年度の目標(紹介率65%以上、逆紹介率40%以上)を既に達成しております。地域の医療機関との役割分担が進み、計画が順調に実行されているものと考えております。 |
| 3 精神医療 | 中村副委員長 (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 | 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、紹介患者数も目標値に入れたほうが分かりやすいのではないか。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。 | 御指摘のとおり、地域の医療機関数が減少している中で指標として適切であるかどうか、提案いただいた患者数を目標値とすることも含めて、今後検討したいと考えております。 |
| 5 医療機能 や医療の質の向上 | 夏井委員 (1)救急患者の増加 | (※)オーミュラリ:医療機関等において医学的妥当性や経済性等を踏まえて作成された医薬品の使用方針 | 院内フォームュラリ※の一例として、薬剤部からの働きかけにより、不眠やせん妄に対して、他科から状態に適した向精神薬の処方がされるようになつたことが挙げられます。 |
| | | | 現状で確認できる限りどなりますが、応需率は改善しており、要請件数の減少によるものと考えております。 |

【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 | 委員 | 質疑内容 | 回答 |
|-----------------------------|---------------------------------|--|--|
| (3)クリニカルバスの活用 | 中村副委員長 | バ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つたのでしょうか、今年は目標を越えてください。 | 現在50.5%の使用率ですが、以下の取り組みを進めています。 ・高齢者救急への対応：増加が見込まれる高齢者救急患者への対応として、誤嚥性肺炎を対象とした新規バスについて作成中であり、これまでの症例についても検討を進めています。 ・新規バス12件の導入：腎臓内科6件、脳神経外科4件、循環器内科1件、婦人科1件と、幅広い診療科でバス適用範囲を拡大しました。 これらとの取り組みはまだ道半ばですが、新規バスの浸透や新たな患者層への対応策が軌道に乗ることで、バス使用率は向上すると考えております。今後は、新規バスの周知徹底、未適用症例の分析、多職種連携の強化を通じて、目標達成に向けて行動してまいります。 |
| 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。 | 入院時初回栄養指導件数につきまして、R6年度974件に対してR6年度は855件に減少し、目標数値の1,080件の79%にどまる結果になりました。これには下記の要因が考えられます。 ・管理栄養士は正規職員4名です。そのうちの2名は育児時間を取得しており、子供の看護休暇などに伴い連続した休みに繋がることがありました。4名で病棟担当を振り分けていますが残った管理栄養士がabarにに入る余力はありませんでした。 ・栄養指導が組み込まれているクリニックバスに入院日数短縮の変更があり、実施できなかつた事例が発生しました。 栄養指導の対象者が比較的多い診療科がいくつかありますが、入院患者数がR5年度よりもR6年度が少なかつたこと、また、コロナによる入院制限等にも影響を受けました。 今年度も管理栄養士の体制、その他の条件等はR6年度と変わらないため目標数値を達成する見通しは立っていますが、最低限の毎月の目標件数を設定しクリアできるよう協力し合って行なっていきたいと考えております。 |
| (5)患者満足度の向上 | 藤原委員長 中村副委員長 夏井委員 薄井委員 | PXサービス等については、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れます。(藤原委員長) 患者満足度の調査の実施をお願いします。(中村副委員長) | 患者満足度調査の実施に向けて、小樽商科大学のご協力をいただきながら、患者経験価値の考え方を取り入れた調査の実施に向けて作業を進めているところです。 |
| 6 住民の理解のための取組(地域住民への情報発信など) | 長谷委員 | 市民公開講座について開催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、 | 今後、講演いただく先生の御意向等も確認しながら市民の理解を深めるための受講回数確保等に向けた取組を検討したいと考えております。 |

【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 | 委員 | 質疑内容 | 回答 |
|-----------------------------------|--------|---|--|
| 1 医師・看護師等の確保、(1)看護師の確保 若手医師の確保 | 中村副委員長 | 人間関係での離職者が令和6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ようか。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。 | ご指摘のように退職理由の適切さや他院とのベンチマークの必要性を感じ、令和7年度より日本看護協会の実態調査の項目を参考に項目数を増やし、聞き取り調査も併用し面談しております。 |

【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 | 委員 | 質疑内容 | 回答 |
|----------------------|-----------------------------------|---|--|
| 1 感染症指定医療機関としての役割・機能 | 診療継続計画(BCP)の策定 (ICT部会メンバー所属部署) | 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。 | 年度内の策定を目指して、作業を進めているところです。 |
| | 防護具等の在庫数量の確認 | 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。 | 計画的に備蓄を進めておりますが、保管場所確保の問題もあり一部に必要量まで確保できていらないものもあります。必要量の確保に向け、検討・取組を進めているところです。 |

【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 | 委員 | 質疑内容 | 回答 |
|-------------|----------------|--|--|
| 2 デジタル化への対応 | 電子処方箋の導入及び利用促進 | 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。 | 電子処方箋の導入について、国は「2025年までに普及させる」との目標を、「2030年の電子カルテ/共有サービスの導入に合わせて、一括して行う」と変更したこともあり、当院における導入も進んでいない状況です。当院でも数年後に控えた電子カルテの更新に合わせて、電子処方箋の導入を検討する予定であり、国の政策に影響を受ける内容であるため「評価なし」としております。 |
| | 業務のRPA化推進 | RPAによる効果を「主な取組状況等」に記載すると、より良いとします。 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。 | RPAの導入につきましては、別紙資料③をご覧ください。 DX化につきましては、今年度より医師を中心に行われるスマートフォンの導入や、外来部門において、小児科(9月)、整形外科(10月)を対象にして来院前AI問診を導入、生成AIを用いた院内における各記録の整理などの取組を進めております。 |

【基本目標5 経営の効率化等（経営強化プラン：7）】

| 取組項目 | 委員 | 質疑内容 | 回答 |
|-------------------------------|-----|--|---|
| 5 その他 (2)職員が安心して働ける職場環境づくり | 全委員 | 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な実施が望まれます。 | 職場環境満足度調査の実施に向けて、小樽商科大学のご協力をいただきながら、調査の実施に向けた作業を進めているところです。 |

II 収支状況の評価

| 取組項目 | 委員 | 質疑内容 | 回答 |
|----------------------------|------|--|---|
| (1)経常収支比率 1 経営指標に係る数値目標 | 薄井委員 | 増収にも関わらず、収支の悪化はどこが一番の要因となるのでしょうか。複合的なのがもしまれませんが、物価の高騰がやはり大きいのででしょうか。 | 総務省の発表によると、R6年度の公立病院事業全体の経常収支は赤字額となり、赤字病院の割合も過去最大の83%と、現状において非常に厳しい経営環境となっています。当院においても同様の傾向どなつております。費用全般の増加が、収支に反映しているものと考えります。 |
| (4)給与・費比率 | 夏井委員 | 医師が66人、看護職など他の職員が402人については、実行計画において計画的に増員する職種のみの人数となります。当院には、これに該当しない技術職員や事務職員などがいるため年度末職員数は765人になり、一人当たりの職員給与費は843万円となります。なお、社会保険料、退職金とともに職員給与費に含まれております。 | 医師が66人、看護職など他の職員が402人ですが、単純計算で、一人当たり1,379万円の給与が支払われます。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？ |

RPAシナリオ作成管理表

| 部署 | RoboNo | カテゴリ | 業務内容 | 人による作業の場合 | | |
|------------------|--------|------------------------------|---|------------|-------------|------------------|
| | | | | 1回あたりの作業時間 | 年間の削減時間(概算) | 運用開始年月 |
| 医局 (循環器内科) | IK001 | 電子カルテ操作 | 共有フォルダ内にある、PDFデータ(患者情報)を、該当患者のカルテに取り込む(スキャン取り込み機能) ※1回の作業で20~30人程度のデータを取り込み | 毎週 | 約30分 | R06.09 |
| 医事統括室(医事G) | IJ001 | KAGLA抽出 電子カルテ操作 | 各診療科で特定の診療行為(検査、処置、処方等)を実施した患者のうち、当該診療行為に関連する病名(対象期間に有効なもの)の登録が無い患者リストを抽出し、そのリストを基に、該当患者のカルテにレセプト病名の登録を行う。 ※対象項目数 171項目(R6.9.10時点) ※対象項目数 197項目(R7.7.7時点) | 毎日 | 約300分 | 約26時間 R06.07 |
| リハビリテーション科 | RB001 | 電子カルテ操作 | 当日に外来のリハビリを受診する患者が会計窓口に提出する外来リハビリ伝票を電子カルテから出力する。 ※1日35~45人程度 | 毎日 | 約20分 | 約80時間 R06.08 |
| 臨床工学科 | ME001 | 電子カルテ操作 | 共有フォルダ内にある、PDFデータ(患者情報)を、該当患者のカルテに取り込む(スキャン取り込み機能) ※1回の作業で100人以上のデータを取り込み | 毎月 | 約200分 | 約40時間 R06.10 |
| 診療情報管理課 | SJ001 | KAGLA抽出 Excel操作 | 令和6年度の診療報酬改定により、DPC様式1の登録項目が拡大し、PSWとの情報共有が必要となった。これに伴い、日々の精神科入退院患者のリストを更新する。 ①精神科の入院患者リストの更新・PSW入力用のExcelファイルの作成 ②精神科の退院患者リストの更新 | 毎日 | 約10分 | 約40時間 R06.11 |
| 医事統括室 (システムG) | IJ002 | Excel操作 部門システム操作 | レセプト会計時に入力する、診療材料マスターの登録作業。 ※約40~50件/月、約480~600件/年(540件試算) | 随時 | 約10分 | 約90時間 R07.04 |
| 診療情報管理課 | SJ002 | KAGLA抽出 Excel操作 プラウザ操作 | 毎日8:00と13:00にKAGLAで抽出した病床利用率を病院グループウェア(CoMedix)へアップロードする。 | 毎日 | 約10分 | 約40時間 R07.06 |
| 薬剤部 | YZ001 | KAGLA抽出 Excel操作 | 営業日前日に実施した注射一覧をKAGLAで抽出し、「●外来注射抗がん剤(JAN印刷)」のExcelに貼り付ける。 Excelに貼り付けをすることでJANコードが自動生成され、JANコードの印刷までをRPAで行う。 | 毎日 | 約10分 | 約40時間 R07.09 |
| 薬剤部 | YZ002 | KAGLA抽出 Excel操作 | 営業日明後日に実施予定の注射一覧をKAGLAで抽出し、「●外来注射抗がん剤(JAN印刷)」に貼り付ける。 Excelに貼り付けをすることでJANコードが自動生成され、JANコードの印刷までをRPAで行う。 | 毎日 | 約10分 | 約40時間 R07.09 |
| 看護部 | KK001 | KAGLA抽出 電子カルテ操作 | せん妄/バイタルスケール及び認知症ケア加算の対象者を抽出して、コスト(汎用オーダー)を登録する。 ※1日20分×一般病棟7病棟 | 毎日 | 約140分 | 約560時間 R07.09 |

※RPAの場合、夜間や早朝等にタイマーにより自動実行可能

小樽市立病院経営強化プラン評価委員会

【令和7年度 第3回】

日時：令和7年11月27日（木）18：30

会場：小樽市立病院 講堂

次 第

【議事】

1 開会

2 協議

3 その他

4 閉会

<資料>

① 小樽市立病院経営強化プラン評価報告書【令和6年度分】（案）

小樽市立病院経営強化プラン評価報告書【令和6年度】(案)

【 目 次 】

| | |
|-------------------|--------------|
| ・ 目次 | · · · · P. 1 |
| ・ 本報告の目的 | · · · · P. 2 |
| ・ 本委員会の評価の方法 | · · · · P. 2 |
| ・ 項目別評価 | |
| I . 令和 6 年度の取組状況 | · · · · P. 3 |
| II . 令和 6 年度の收支状況 | · · · · P. 8 |
| ・ 総合評価 | · · · · P. 9 |

【 委員会資料 】

第1回委員会（令和 7 年 9 月 1 日開催）

- ① 小樽市立病院経営強化プラン評価委員会 委員名簿
- ② 小樽市立病院職員名簿（経営強化プラン評価委員会出席職員）
- ③ 令和 7 年度小樽市立病院経営強化プラン評価委員会 開催スケジュール（案）
- ④ 令和 5 年度評価報告書に係る院内取組状況
- ⑤ 小樽市立病院経営強化プラン実行計画（令和 6 年度）
- ⑥ 令和 6 年度経営強化プラン実行計画の院内評価の方法について
- ⑦ 令和 6 年度の取組状況
- ⑧ 令和 6 年度の收支状況
- ⑨ 経営指標等に係る数値目標の令和 6 年度達成状況

第2回委員会（令和 7 年 10 月 14 日開催）

- ① 経営強化プラン評価集計表（令和 6 年度分）
- ② 経営強化プラン評価集計表 質疑応答（令和 6 年度分）
- ③ R P A シナリオ作成管理表

第3回委員会（令和 7 年 11 月 27 催）

- ① 小樽市立病院経営強化プラン評価報告書【令和 6 年度】（案）

【本報告の目的】

本委員会は小樽市病院事業管理者の委嘱を受け、総務省「持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化ガイドライン」(令和4年3月29日付総務省自治財政局長通知)に沿って策定された「小樽市立病院経営強化プラン」(令和5年3月)について、同ガイドラインの「4 経営強化プランの策定・点検・評価・公表」「2 経営強化プランの点検・評価・公表」に従って、計画期間における各年度の取組等の進捗状況における客観的な外部評価を行い、また、委員各自の知識と経験から具体的提言を行い、これらを小樽市病院事業管理者に報告することをもって、小樽市病院事業の経営の健全化に資することを目的とする。

【本委員会の評価の方法】

令和7年度第1回委員会において、今回の評価対象年度である令和6年度の評価に先立ち、「令和5年度評価報告書に係る院内取組状況」(第1回委員会資料④)により、前年度評価を受けての院内取組状況などについて提示された。

次に「令和6年度の取組状況」(第1回委員会資料⑦)(経営強化プラン実行計画に掲げた具体的取組項目や、その達成状況を計る目標値及び主な取組状況を示したもの)、「令和6年度の収支状況」(経営強化プランの収支計画と見込との比較などを示したもの)及び「経営指標等に係る数値目標の令和6年度達成状況」(第1回委員会資料⑧・⑨)が資料として提示された。

事務局は各委員の事前評価及びコメントを集約した「経営強化プラン評価集計表(令和6年度分)」(第2回委員会資料①)及び各委員から寄せられた質疑事項及びその回答をまとめた「経営強化プラン評価集計表 質疑応答(令和6年度分)」(第2回委員会資料②)、「R P A シナリオ作成管理表」(第2回委員会資料③)を作成し、第2回委員会前に各委員へ事前配布した。

第2回委員会では、資料②を用いて、委員長が各委員より意見及び質問を求め、議論を深め、資料①を用いて、委員長が各委員の意見を集約しながら、令和6度における「取組状況」、「収支状況」及び「経営強化プラン」の委員会としての評価を取りまとめた。

評価の区分

- 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

【項目別評価】

I 令和6年度の取組状況

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：総合評価【B】

「機能分化（当院の果たすべき役割）・機能の促進」

- ・ 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るものの、目標は概ね達成していると考える。
- ・ 地域がん診療連携拠点病院に係る取組項目の内容が、全て達成されていることは評価する。

「連携強化（地域の医療機関等との連携を強化）」

- ・ 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るため、紹介患者数も目標値に入れたほうが分りやすいと考える。
- ・ 退院時薬剤情報連携加算は令和5年度よりも実績値が減少していることから、今年度は目標値を超えることを期待する。

「精神医療」

- ・ 院内他科への往診件数が令和5年度に比して大きく減少している原因について検討願いたい。

「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」

- ・ 入退院支援等の質の向上のための取組項目について、全て達成されている点は評価する。

「医療機能や医療の質の向上」

- ・ 手術件数の増加への取組に関し、手術件数について、目標を達成していることは評価する。
- ・ クリニカルパスの使用率が目標に達しなかった点について気掛かりである。今年度は目標の達成を期待する。
- ・ 栄養管理体制の充実について、入院時栄養食事指導料の算定件数が、令和5年度より減少していることは気掛かりである。
- ・ 患者満足度の向上に係る患者満足度調査について、前年同様に取組がなされていないことから、令和7年度の必修項目として、早急に実施されることを望む。

「住民の理解のための取組（地域住民への情報発信など）」

- ・ 地域医療への住民の理解のための取組について、市民公開講座の年2回開催は、大変であると思われるが継続して行うことを望む。
- ・ 市民公開講座について、収録された動画のアーカイブ視聴など、市民の受講機会を増やす取組について、今後検討を願いたい。

基本目標2 医師・看護師等の確保と働き方改革：総合評価【B】

「医師・看護師等の確保、若手医師の確保」

- ・ 看護師の確保について、離職に関する実績値が目標に対して下回っている点が気掛かりである。採用が厳しい状況にある中で、組織のエンゲージメントを高めることは重要であり、結果として採用にもよい影響をもたらすものと考える。
- ・ 人間関係での離職者が令和5年度に比して令和6年度は急に増加している点について、単に人間関係を原因とするという聞き方ではなく、離職理由の尋ね方に工夫が必要であると考える。
- ・ 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不明瞭であると考える。
- ・ 薬学部への実習生の受け入れについては、難しいところがあると考えるが、引き続き努力を望む。
- ・ 社会全般に厳しい求人事情の中、新たな人材を確保できている点は評価する。

「医師の働き方改革への対応」

- ・ I C T¹機器、R P A²の導入について、長時間労働の解消に向けて引き続き取り組んでいただきたい。

¹ 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。

² RPA:Robotic Process Automation（ロボティック・プロセス・オートメーション）の略。人が行ってきた作業を代行・代替するプログラムのこと。

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：総合評価【B】

「感染症指定医療機関としての役割・機能」

- ・ BCP³の策定は、小樽市の基幹病院としての役割などから重要であり、他の公立病院を参考にするなどして、早期に策定していただきたい。
- ・ 防護具等資機材について、必要数量の確保を進めていただきたい。
- ・ 感染防止対策マニュアルの改訂は、継続的に行わなければならない作業であるため、状況に合わせて定期的な改訂をしていただきたい。

基本目標4 施設・設備の最適化：総合評価【A】

「施設・設備の適正管理と整備費の抑制」

- ・ 企業債発行額及び残高とも目標を達成しており、次年度も継続されることを期待する。

「デジタル化への対応」

- ・ DX⁴の推進について、業務の選別など、RPAやAIの活用を引き続き検討されることを望む。
- ・ 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ことを期待する。

³ BCP : Business Continuity Plan (ビジネス・コンティニュイティ・プラン) の略。診療継続計画。

⁴ DX : Digital Transformation の略。デジタルと変革を意味するトランسفォーメーションによりつくられた造語で、進化したデジタル技術を社会に浸透させることで人々の生活をより良いものへと変革すること。英語圏では Trans を X と略すことが一般的なため、略称は「DX」が使われている。

基本目標5 経営の効率化等：総合評価【B】

「民間病院等の経営手法の研究」

- ・ 分析結果や良好な事例は院内で共有していただきたい。

「収入増加・確保対策」

- ・ リハビリの質の向上、経営面での安定した収益確保について、一部目標値に届かなかった点は、療法士に時短勤務職員や産休・育休職員がいることを考慮すると、やむを得ないものと考える。
- ・ 前年度未達成の項目が達成されるなど、改善が見られている点は評価する。

「経費削減・抑制対策」

- ・ 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考える。
- ・ 時間外業務の業務内容の精査と、RPA化などによる業務の効率化について更に検討を進めていただきたい。

「その他」

- ・ 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あり、早期の実施が望まれる。
- ・ 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ることから、進めていく必要があるものと考える。
- ・ 職場環境満足度調査については、継続した職員の確保、連携、そして、患者への良質な医療の提供の観点からも重要であると考える。

II. 令和6年度の収支状況

1. 経営指標に係る数値目標及び各種の臨床指標：総合評価【B】

「経常収支比率」

令和6年度は、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 1,034 百万円増となったことから、経常収支は計画より 674 百万円下回った▲1,093 百万円となり、計画より 4.7% ポイント低い 91.9% となつた。

「修正医業収支比率」

令和6年度は、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% ポイント低い 83.0% となつた。

「資金過不足比率」

令和6年度は、計画より資金の過不足額が 723 百万円減少したことなどから、計画よりも 6.4% ポイント低い▲2.7% となつた。

「職員給与費比率」

令和6年度は、職員給与費が計画よりも 457 百万円増となり、医業収益が計画より 213 百万円増収したことにより、計画より 3.0% ポイント高い 56.9% となつた。

「平均在院日数（一般病床）」

令和6年度は、計画より 0.5 日短縮した 12.0 日となつた。

「病床稼働率（精神科を除く）」

令和6年度は、計画より 1.8% ポイント低い 85.2% となつた。

- ・ 厳しい状況の下、収益増収している点は評価する。
- ・ 給与費比率について、人件費は今後も上昇が想定されることから、計画への反映が必要であると考える。
- ・ 給与費について、政府の人事院勧告に準拠して給与が改定される現状から、目標達成は難しかったと考える。

【総合評価】

令和6年度 小樽市立病院経営強化プラン：総合評価【B】

令和6年度における経営強化プランの取組状況については、基本目標1から5の各項目において、概ね着実な進展が見られた。特に、施設・設備の最適化やデジタル化への対応、経営効率化に向けたRPAの活用など、経営基盤の整備と持続的な改善に向けた姿勢は評価できる。一方で、患者満足度調査や職場環境満足度調査といった“声”的把握・可視化に関する取組が未実施のままである点は、組織のエンゲージメント向上及び患者中心の医療推進の観点から、早急な着手が求められる。

収支面では、経常収支比率や修正医業収支比率などの主要指標において、依然として計画値を下回る結果となった。物価や人件費の上昇、診療報酬改定の影響など、厳しい経営環境が続く中であっても、病床稼働率の維持や収益増加に向けた努力がみられた点は一定の評価に値する。今後は、費用構造の分析をより精緻化し、重点的な改善領域を明確にしたうえで、経営改善施策の実効性を一層高めていくことが期待される。

人口減少が進行する中で、地域医療提供体制の再構築が求められている。単に「選ばれる病院」としての競争力を高めるだけでなく、二次医療圏全体の最適配置を見据え、地域の医療機関や介護事業者等との連携を強化しながら、地域全体で支える医療提供モデルを構築していくことが重要である。併せて、医療の質指標として注目される患者経験（PX：Patient Experience）や、従業員経験（EX：Employee Experience）の概念を組織運営に取り入れ、医療の質と経営の質を両立させる取組が望まれる。

総じて、令和6年度の取組はおおむね計画に沿って進展しており、前年度からの改善の兆しも見られることから、総合評価としては【B】とする。今後は、経営指標の改善に直結する実効的な取組とともに、それを支える人材育成と組織体制の一層の強化を軸に、持続可能な地域医療の実現に向けたさらなる発展を期待する。

