

茅ヶ崎市立病院経営計画の点検・評価
(令和6年度 中間期)

令和7年1月
茅ヶ崎市立病院

1 はじめに

茅ヶ崎市立病院（以下「当院」という。）では、これまで数次にわたって経営計画を策定し、地域の基幹病院として、急性期医療の充実を図るとともに、地域の医療機関等との連携を強化しながら、市民の安全で安心な生活に寄与するための取組を進めてまいりました。

コロナ禍においては、感染症の対応に公立病院が中核的な役割を果たし、感染拡大時における公立病院の果たす役割の重要性が改めて認識された一方で、医師不足等により依然として厳しい経営状況に直面しています。その中で、国は「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」（以下「ガイドライン」という。）を策定し、公立病院を運営する地方公共団体に対して、「公立病院経営強化プラン」を策定するよう求めました。

当院では、このガイドラインと、当院を取り巻く内外の環境を踏まえて、今後も地域において必要な医療を提供するとともに、安定した経営のもとで不採算医療や高度・先進的な医療等を提供する役割を継続的に担うことができるよう、経営を強化する指針となるものとして、令和6年度～令和9年度を計画期間とする「茅ヶ崎市立病院経営計画」（以下「本計画」という。）を令和6年3月に策定・公表しました。

2 本計画の点検・評価について

本計画の進行管理段階においては、毎月開催される院内会議において、目標に対する進捗率を管理し、経営改善の取組状況や効果を検証しています。また、目標達成のために、職員に対して定期的に経営状況について情報提供を行うとともに、診療科ごとに実施される病院事業管理者・病院長とのヒアリング等の機会を捉えて、経営への理解や職員一人ひとりの経営改善への意識を促すなど、随時改善を進めています。

本計画の取組については、毎年、中間期・期末期に実行した内容や効果を自己点検して課題や問題点についての洗い出しを行った後、茅ヶ崎市病院事業経営審議会における助言を改善や対策につなげるなど、PDCA サイクルの効果を高め、目標達成へ向けた取組により病院経営の健全性を確保することとしています。

今般、令和6年度中間期の自己点検結果をとりまとめましたので、報告します。

3 点検・評価の期間

令和6年4月1日から9月30日まで

4 点検・評価の対象

評価の対象は、本計画において具体的な数値を定めた事項と、目標達成に向けて実施する計画期間中における重点的な取組とし、次の項目を対象とします。

なお、(1)～(3)は本計画23ページを、(4)は本計画24ページ～30ページをご覧ください。

- (1) 最終経営目標
- (2) 経営に係る指標
- (3) 業務に係る指標
- (4) 計画期間中における重点的な取組に掲げる目標値及び取組事項

5 点検・評価の基準

数値目標が設定されている「最終経営目標」、「経営に係る指標」、「業務に係る指標」及び「計画期間中における重点的な取組に掲げる目標値」については定量的視点による評価を、数値目標が設定されていない「計画期間中における重点的な取組事項」については定性的視点による評価を実施しました。

区分	点検・評価に係る判断基準	
	定量的視点	定性的視点
S	110%以上の実績	取組が当初の見込み以上に実施され、目標を達成した
A	100%以上 110%未満の実績	取組が当初の見込みどおり順調に実施され、目標を達成した
B	80%以上 100%未満の実績	当初の見込みどおり取組を実施したが、目標に達していない
C	80%未満の実績	取組が遅れ、または、不十分であり、目標に達していない
D	-	取組が実施されていない

6 点検・評価の手法と考え方

「4 点検・評価の対象」として設定した項目のうち、(1)～(3)（「最終経営目標」、「経営に係る指標」及び「業務に係る指標」）に関しては、病院事業の経営状況の評価に大きく影響を及ぼすものであるとともに、中間期の実績に基づく評価ではなじまない項目もあり、期末期に向けての動向を踏まえて評価すべきものと認識しています。このことから、中間期の実績により、期末期の実績見込みを推計し、その推計値（実績見込み）に基づき、評価を実施しました。

また、(4)（「計画期間中における重点的な取組に掲げる目標値及び取組事項」）に関しては、数値目標が設定されているものは 9 月末時点の実績に基づく評価を、数値目標が設定されていない取組事項は個々の取組事項について 9 月末時点における進捗状況等を自己点検し、それらを総合的に勘案した上で評価を実施しました。

7 点検・評価の総括

(1) 最終経営目標

ガイドラインでは、公立病院の持続可能な経営の実現に向けては、「一般会計等から所定の繰出が行われれば「経常黒字」となる水準を早期に達成し、これを維持すること」が求められています。持続可能な病院経営を行っていくため、本計画期間中の令和 9 年度までに経常黒字（経常収支比率が 100%以上）化を実現することを目指し、目標値を設定しています。

項目	R4 年度	R5 年度	R6 年度			
	実績	実績	目標	中間期実績	期末期実績見込	中間期自己評価
1 経常収支比率	109.2%	100.0%	95.7%	-	98.2%	A

【自己点検・評価のポイント】

- 「経常収支比率」は、「経常費用（＝医業費用＋医業外費用）が経常収益（＝医業収益＋医業外収益）によって、どの程度賄われているか」を示す指標で、病院活動による収益状況を示す指標となります。令和 6 年度中間期における収支の実績と、それに基づく期末期実績見込みに関しては、20 ページの「収支見通しに対する実績（単位：千円／税抜表示）」をご参照くだ

さい。

- 「総合入院体制加算3の取得」、「新規入院患者数の増加」及び「高点数の手術増加に伴う入院単価が高い患者の増加」等を要因として、入院収益の増収が見込まれます。
- 特に、令和5年8月に脊椎センター・人工関節センターを開設して以降、整形外科において脊椎手術及び人工関節手術の件数が大幅に増加していることなどが要因として挙げられます。
- 従前から実施している診療所訪問に関して、過去の実績等の分析結果から、効果的かつ効率的な訪問計画を作成し、それに基づき実施したことなどにより「紹介数」の増加につながっています。
- 加えて、注射料(難病治療薬や抗がん剤)などの増加により、外来収益の増収が見込まれます。
- 収益の増収が見込まれる一方で、費用の増加も見込まれます。手術件数の増加に比例して、その執刀に要する経費として診療材料費が増加傾向となっています。また、医療機器について、ロボットによる手術支援等、技術の進展が目覚ましい中であって、適正な医療を提供するために各種機器の導入を進めていることから、その保守点検に要する経費として委託料が増加しています。
- それに伴い、「医業外費用」も増加しています。「医業外費用」の内訳は、そのほとんどが雑損失(消費税)となります。課税対象となる費用(主に材料費や経費)の規模が大きくなればなるほど、消費税相当額も増加します。加えて、収益のうち非課税の売上である診療報酬(主に入院収益と外来収益)が増収となることで、課税売上割合が減少することから仕入控除税額が目減りし、結果として消費税額が増加することとなります。
- 収益、費用ともに増加している中であって、中間期実績に基づく期末期実績見込みは98.2%となり、目標値である95.7%から2.5ポイント改善する見込みとなりました。目標を達成するものの、経常損失が発生する見込みであることから、引き続き、経営改善に努めます。

(2) 経営に係る指標

独立採算が原則である公営企業会計では、収支に影響を与える要因について、常にその推移をモニタリング、分析し、経営の効率化等により収支改善を進める必要があることから、収入確保(収益の最大化)と経費削減(費用の最小化)の観点から、次の項目と目標値を設定しています。

項目	R4年度	R5年度	R6年度			
	実績	実績	目標	中間期実績	期末期実績見込	中間期自己評価
1 修正医業収支比率	90.0%	90.8%	88.4%	109.1%	91.8%	A
2 職員給与費対修正医業収益比率	59.0%	57.3%	58.6%	44.8%	54.6%	A
3 薬品費対修正医業収益比率	14.5%	15.6%	15.5%	15.3%	14.6%	A
4 診療材料費対修正医業収益比率	10.3%	10.0%	10.1%	10.8%	10.5%	B
5 委託費対修正医業収益比率	14.0%	13.8%	13.5%	13.5%	14.0%	B
6 現金現在高	46.5億円	49.4億円	42.0億円	30.6億円	39.4億円	B
7 借入残高	77.0億円	92.6億円	88.3億円	86.5億円	87.3億円	A

【自己点検・評価のポイント】

- 「経営に係る指標」は、最終経営目標である経常収支比率と同様に、病院活動による収支状況

を示す指標となります。令和 6 年度中間期における収支の実績と、それに基づく期末実績見込みに関しては、20 ページの「収支見直しに対する実績（単位：千円／税抜表示）」をご参照ください。

- 本計画における収支見直しと比較すると、令和 6 年度は、医業収益が約 6.9 億円の増収、医業費用が約 2.7 億円の増加と見込まれます。入院収益の大幅な増収の影響から、修正医業収支比率の期末実績見込は 91.8% となり、目標値である 88.4% から 3.4 ポイント改善する見込みとなりました。いわゆる不採算医療を担う当院では、修正医業収支比率が 100% を超えることは厳しい状況ではありますが、引き続き、経営改善に努めます。
- 病院事業は、人的サービスが主体となることから、職員給与費が最も高い割合を占めることとなります。その一方で、単なる人件費の抑制・削減では収支改善につながらないといえます。医業収益が大幅な増収見込みであることから、職員給与費対修正医業収益比率は目標値を達成する見込みとなっています。
- 薬品費対修正医業収益比率は、他病院における購入価格のベンチマークを参考とした値引き交渉による削減効果が発現し、目標を達成する見込みである一方で、診療材料費対修正医業収益比率の期末実績見込は 10.5% であり、目標値の 10.1% から 0.4 ポイント悪化することが見込まれます。診療材料費に関しても、薬品費と同様に値引き交渉等を行っているものの、手術件数の増加と比例して費用も増加傾向にあります。診療材料費は、医業収益の増収と連動する項目であることから、その水準が適正であるか否か、引き続き、注視します。
- 委託費対修正医業収益比率は、目標値である 13.5% から 0.5 ポイント悪化し、14.0% となることを見込まれます。各種業務のアウトソーシングなどにより、年々委託料は増加傾向となっています。しかしながら、医療安全管理上、また、施設安全管理上、必要となる保守点検業務委託等も多くあることから、委託料に関しては、真に必要な経費か否か、一つ一つその内容の精査を進めます。
- 現金現在高は、令和 5 年度決算や中間期実績の状況により、一定の割合で未収金があるものと想定していることから、減少が見込まれます。
- 借入残高は、本計画策定時では見込値であった令和 5 年度借入額が確定しました。入札差金等により借入額が減少となったことから、目標値を達成する見込みとなっています。本計画では、今後の医療需要を的確に捉え、適正な医療を提供するため、時代の水準に追従する医療機器の検討や導入を行うこととしており、医療機器導入の際は企業債の発行が伴います。借入残高も注視しつつ、引き続き、施設や設備の最適化に努めます。

(3) 業務に係る指標

当院は、地域の急性期基幹病院として、地域医療支援病院、地域周産期母子医療センター、神奈川県がん診療連携指定病院、紹介受診重点医療機関等、多くの機能を担っています。当院が、その果たすべき役割に沿った医療機能を発揮しているかを検証する視点から、次の項目と目標値を設定しています。

項目		R4 年度	R5 年度	R6 年度			
		実績	実績	目標	中間期実績	期末期実績見込	中間期自己評価
1	1日当たり入院患者数	275.2人	287.9人	290.0人	298.6人	312.2人	A
2	新規入院患者数※	9,278人	10,131人	10,200人	5,441人	11,051人	A
3	病床利用率	68.6%	71.8%	72.3%	74.5%	77.9%	A
4	手術件数※	3,284件	3,451件	3,450件	1,913件	4,011件	S
5	平均在院日数	10.9日	10.5日	10.5日	10.1日	10.1日	A
6	1日1人当たり入院収益	66,010円	65,179円	67,000円	68,560円	67,820円	A
7	1日当たり外来患者数	899.1人	902.8人	890.0人	893.5人	918.8人	A
8	1日1人当たり外来収益	16,955円	17,413円	17,700円	17,412円	17,647円	B
9	紹介数（初診に限る）※	11,682人	12,192人	12,300人	6,399人	12,798人	A
10	逆紹介数※	15,715人	17,243人	17,800人	8,994人	17,988人	A

※を付した項目は、令和6年度の病院重点目標とした項目

【自己点検・評価のポイント】

- 令和6年度は、業務に係る指標のうち、特に、「新規入院患者数」、「手術件数」、「紹介数（初診に限る）」及び「逆紹介数」を病院重点目標として、診療科ごとに目標値を設定し、その実績を共有しながら、徹底した目標管理を実施しています。
- 令和5年7月から稼働した手術支援ロボット「ダヴィンチ」や、同年8月に開設した「脊椎センター・人工関節センター」に関して、積極的な広報活動を継続して実施したことなどにより、「新規入院患者数」や「手術件数」は、主に整形外科、外科、泌尿器科等で大きく増加しています。
- また、患者支援センターが中心となり、各診療科の医師と共に地域の医療機関を訪問し、お互いの顔の見える関係構築に積極的に取り組んだことにより、「紹介数（初診に限る）」と「逆紹介数」が大きく増加しています。
- 中間期では、4つの病院重点目標すべてが年間目標を達成する見込みとなっています。
- 「1日1人当たり外来収益」は、目標値を若干下回る見込みとなっています。

(4) 計画期間中における重点的な取組に掲げる目標値及び取組事項

当院を取り巻く内外の環境を踏まえ、地域における基幹病院として、良質な医療サービスを提供し、市民や患者さんからの信頼を獲得しなければなりません。また、継続して病院を運営していくためには、経営の健全性を向上させることも必要であり、バランスを意識した病院経営が必要です。

目標達成に向けて、計画期間中における重点的な取組として、「がん診療体制の強化」、「救急診療の充実」、「小児・周産期医療の充実」、「地域完結型医療の推進」、「患者さんから選ばれる病院を目指す」及び「職員が働きたいと思う病院を目指す」の6項目を掲げています。各項目に、目標値と取組事項を掲げ、これらを実践することで、基本理念の実現と、病院経営の健全性の確保を目指します。

【自己点検・評価のポイント】

- 計画期間中における重点的な取組である6つの項目には、それぞれ目標値と計画期間中に実施する取組事項を定めています。

- 数値目標が設定されているものは、9月末時点の実績に基づき、目標達成率により定量的評価を実施しました。
- 数値目標が設定されていない計画期間中に実施する取組事項は、個々の取組事項について9月末時点における進捗状況等を自己点検し、それらを総合的に勘案した上で定性的評価を実施しました。

計画期間中における重点的な取組に関する点検・評価一覧表

項目		点検評価区分							
		合計	S	A	B	C	D	-	
1	がん診療体制の強化	目標値	4	2		2			
		重点的な取組	1				1		
2	救急診療の充実	目標値	3			2	1		
		重点的な取組	1			1			
3	小児・周産期医療の充実	目標値	3		1	2			
		重点的な取組	1		1				
4	地域完結型医療の推進	目標値	4		4				
		重点的な取組	1				1		
5	患者さんから選ばれる病院を目指す	目標値	5		2				3
		重点的な取組	1				1		
6	職員が働きたいと思う病院を目指す	目標値	1						1
		重点的な取組	1		1				
合計			26	2	9	7	4	0	4

※「-」は、下半期に実施する「患者満足度調査」及び「職員満足度調査」の項目を数値目標として設定していることによる。そのため、数値目標に対する評価は期末期に実施することとします。

最終経営目標

項目	R4年度	R5年度	R6年度			評価区分			
	実績	実績	目標	中間期実績	期末期末実績見込	期末期末実績	中間期自己評価	期末期末自己評価	期末期末外部評価
1 経常収支比率	109.2%	100.0%	95.7%	-	98.2%		A		

※R6年度「期末期末実績見込」欄は、6年度中間期における収支の実績をもとに推計した数値を計上しました。6年度中間期実績と、期末期末実績見込を推計するに当たっての基本的な考え方は、20ページの「収支見通しに対する実績（単位：千円／税抜表示）」をご参照ください。

経営に係る指標

項目	R4年度	R5年度	R6年度			評価区分			
	実績	実績	目標	中間期実績	期末期末実績見込	期末期末実績	中間期自己評価	期末期末自己評価	期末期末外部評価
1 修正医業収支比率	90.0%	90.8%	88.4%	109.1%	91.8%		A		
2 職員給与費対修正医業収益比率	59.0%	57.3%	58.6%	44.8%	54.6%		A		
3 薬品費対修正医業収益比率	14.5%	15.6%	15.5%	15.3%	14.6%		A		
4 診療材料費対修正医業収益比率	10.3%	10.0%	10.1%	10.8%	10.5%		B		
5 委託費対修正医業収益比率	14.0%	13.8%	13.5%	13.5%	14.0%		B		
6 現金現在高	46.5億円	49.4億円	42.0億円	30.6億円	39.4億円		B		
7 借入残高	77.0億円	92.6億円	88.3億円	86.5億円	87.3億円		A		

※R6年度「期末期末実績見込」欄は、6年度中間期における収支の実績をもとに推計した数値を計上しました。6年度中間期実績と、期末期末実績見込を推計するに当たっての基本的な考え方は、20ページの「収支見通しに対する実績（単位：千円／税抜表示）」をご参照ください。

業務に係る指標

項目	R4年度	R5年度	R6年度			評価区分			
	実績	実績	目標	中間期実績	期末期末実績見込	期末期末実績	中間期自己評価	期末期末自己評価	期末期末外部評価
1 1日当たり入院患者数 ※1	275.2人	287.9人	290.0人	298.6人	312.2人		A		
2 新規入院患者数 ※1	9,278人	10,131人	10,200人	5,441人	11,051人		A		
3 病床利用率 ※2	68.6%	71.8%	72.3%	74.5%	77.9%		A		
4 手術件数 ※1	3,284件	3,451件	3,450件	1,913件	4,011件		S		
5 平均在院日数 ※3	10.9日	10.5日	10.5日	10.1日	10.1日		A		
6 1日1人当たり入院収益 ※4	66,010円	65,179円	67,000円	68,560円	67,820円		A		
7 1日当たり外来患者数 ※1	899.1人	902.8人	890.0人	893.5人	918.8人		A		
8 1日1人当たり外来収益 ※4	16,955円	17,413円	17,700円	17,412円	17,647円		B		
9 紹介数（初診に限る） ※5	11,682人	12,192人	12,300人	6,399人	12,798人		A		
10 逆紹介数 ※5	15,715人	17,243人	17,800人	8,994人	17,988人		A		

※1 「1日当たり入院患者数」、「新規入院患者数」、「手術件数」及び「1日当たり外来患者数」は、R6年度中間期実績をもとに、前年度伸び率（R5年9月末からR6年3月末までの伸び率）を反映させ、R6年度期末期末実績見込を推計しました。

※2 「病床利用率」は、1日当たり入院患者数（312.2人）を当院の病床数（401床）で除した数値を計上しました。

※3 「平均在院日数」は、R6年度中間期実績をR6年度期末期末実績見込として計上しました。

※4 「1日1人当たり入院収益」は、R6年度中間期における収支の実績をもとに推計した期末期末入院収益見込額（税込）を延べ入院患者見込数で除した数値を計上しました。「1日1人当たり外来収益」も同様に、R6年度中間期における収支の実績をもとに推計した期末期末外来収益見込額（税込）を延べ外来患者見込数で除した数値を計上しました。

※5 「紹介数（初診に限る）」及び「逆紹介数」は、R6年度中間期実績を年換算した数値を計上しました。

計画期間中における重点的な取り組み（1） がん診療体制の強化

当院は、神奈川県がん診療連携指定病院に指定されており、患者さんが住み慣れた地域で質の高いがん治療を安心して受けられる環境を整える必要があります。近年では、令和3(2021)年度に内視鏡センター及び外来化学療法室のリニューアル、令和5(2023)年度に放射線治療機器の更新や手術支援ロボットが稼働しました。患者さんの病状に応じ、適切な治療の選択ができるよう手術、放射線治療及び薬物療法を効果的に組み合わせた集学的治療を提供する体制を強化し、がん患者さんの受け入れ増加を図ります。

項目	R4年度	R5年度	R6年度				
	実績	実績	目標	中間期		期末期	
				実績	評価区分	実績	評価区分
悪性腫瘍手術件数	577	551	550	303 55.1%	S	—	
外来化学療法件数	2,142	2,041	2,150	1,015 47.2%	B	—	
放射線治療新規患者数	30	155	160	74 46.3%	B	—	
がん相談件数	830	1,213	1,020	1,013 99.3%	S	—	

※R6年度の中間期実績欄と期末期実績欄について、上段は実績値を、下段は目標値に対する達成率を示します。

[取組事項(1)]	[とりまとめ部署]	[関係部署]
(仮称)がん診療支援センターを設置し、診療・相談体制の充実と情報発信を強化します	医事課	診療部、患者支援センター、診療記録管理室、薬局、看護部
安心して受診できる環境の整備及び相談機能の充実を図ります	患者支援センター	診療部、医療安全管理室、看護部
チーム医療の更なる向上と推進を図ります	病院経営企画課	診療部、リハビリテーション科、栄養科、薬局、看護部、医事課
がん専門職員の育成と人材確保を図ります	病院総務課	診療部、薬局、看護部

[計画期間中の取組概要]
<ul style="list-style-type: none"> ○ 高度ながん医療の提供、地域医療連携、相談機能の充実、情報提供・情報発信の強化を行い、患者さんや地域の医療機関に信頼されるがん診療に取り組めます。 ○ 地域の診療所等とスムーズな連携を取り、紹介患者さんの受け入れ体制を整えることや、患者さんの病状や希望に応じた治療計画を立案し、迅速かつ最適な治療を行います。また、手術や治療などの過程で発生する合併症が起らない、または、起こったとしても最小限に止めるよう、安全性の向上や予防策を実施し医療の質の向上を目指します。さらに、がん相談センターや看護外来等における相談機能を高め、安心して治療が受けられる環境を整えます。 ○ 緩和ケアチームなど医師をはじめとしたがん治療に特化した専門職種(薬剤師、専門看護師、認定看護師、栄養士、リハビリスタッフなど)が連携して治療・看護・ケアを行います。また、患者さんや家族に身体的な負担の軽減だけでなく、治療に伴う精神的・心理的なサポートを行います。 ○ 医師、看護師、薬剤師などががん専門職員としてのキャリアパスの構築や最新のがん治療に関する知識・スキルを習得する機会を積極的に提供することで、職員の育成と成長をサポートし、医療の質の向上につなげます。また、茅ヶ崎医師会やがん診療連携拠点病院等と連携し、最新のがん医療等について研修などを通じて、地域全体のがん医療の水準向上を図ります。

中間期の自己点検（取り組んだ事項に関する効果や課題等）	中間期自己評価	C
<p>○目標値を設定している4項目のうち、悪性腫瘍手術件数とがん相談件数は中間期時点で50%を超える達成状況となっている一方で、外来化学療法件数と放射線治療新規患者数は50%に達していない。放射線に関する診療は、6年度は非常勤医師での対応となっていることが要因の一つと考えられる。</p> <p>◆（仮称）がん診療支援センターの設置、診療・相談体制の充実と情報発信の強化◆ ○（仮称）がん診療支援センターの設置に必要な要素を整理し、6年度下半期での当該支援センター立ち上げを目指す。 ○前立腺がんや直腸・結腸がんに加えて、6年度上半期にダヴィンチで胃がん及び縦隔腫瘍に関する手術を開始した。 ○情報提供・情報発信の強化として、6年度は広報支援委託事業者と契約し、病院広報編集やホームページの改修を実施している。そのほか、パンフレット等で、「がん相談」や「緩和ケア認定看護師」について情報発信している。また、上半期（7月）には、新型コロナウイルスの影響により一時休止としていた「がん患者サロン」を再開し、下半期は、がん、緩和ケアについて緩和ケア認定看護師、がん化学療法看護認定看護師が連携した市民講座を予定している。</p> <p>◆安心して受診できる環境の整備と相談機能の充実◆ ○がん地域連携バスは14症例実施し、診療所と連携してがん診療を提供している。がん相談は治療前、治療中、治療後、経過観察中、グリーフケアに至るまで繰り返し対応している。上半期1,013件（うち院外25件）の相談対応を行った。また、神奈川県に臨床心理士派遣を要請し、2例を専門家相談につなげた。 ○緩和ケア認定看護師が告知や治療方針の話し合いに同席し、意思決定支援を行っている。がん患者指導管理料（イ）は6年度中間期72件で、5年度中間期の43件から増加、（ロ）は7件であった。6年度下半期には「がん看護専門外来」として組織化し、安心して治療が受けられるように看護における環境整備を予定している。 ○ストーマに関連したケアは、「スキンケア外来」で対応しており、患者さんだけでなく地域の医療機関からの受診相談にも応じている。地域の医療機関から上半期9件の相談があり、その他に延べ15名の患者さんが「スキンケア外来」の受診につながった。</p> <p>◆チーム医療の更なる向上と推進◆ ○緩和ケアチームでは、毎週1回多職種によるチームカンファレンスを実施し、院内でのコンサルト事例なども含め、患者さん、家族のサポート及び職員との連携を図っている。また、必要時はチームメンバーが参加したカンファレンスを外来、病棟、地域と実施し、ケアの検討を行う機会を設けている。外来との連携の観点では、特に乳腺外科外来とカンファレンスを月1回実施している。病棟でのカンファレンスへは25件参加し、地域のサービス提供者参加のカンファレンスは4件実施した。なお、カンファレンスでは、ACPIに関して議題とすることもあり、現在、ガイドラインの見直しを進めている。カンファレンスを活用していることが、多職種におけるチーム医療の向上、推進に寄与しているものと認識している。</p> <p>◆がん専門職員の育成と人材確保◆ ○医師では、日本がん治療認定医機構におけるがん治療認定医が8名（泌尿器科2名、消化器内科3名、外科1名、産婦人科1名、歯科口腔外科1名）在籍しており、キャリアパスを構築している。また、茅ヶ崎医師会からの依頼により、胃がん及び肺がん読影会に定期的に参加し、地域のがん医療の水準向上を図っている。そのほか、ロボット支援手術認定医の取得を支援し、術者増を図っている。なお、6年度中間期におけるロボット支援手術認定医は4名である。 ○看護部門では、実践力を高めるための化学療法に関する院内研修を年1回行っており、今年度は7名受講している。放射線治療に関しては、毎年、国立研究開発法人量子科学技術研究開発機構が主催する「放射線看護課程研修」を1名ずつ受講しており、これまでの受講者は合計9名である。放射線診療患者の看護についての基礎知識を習得し、放射線についての理解を深め、放射線看護の向上を目指した看護を実践できる人材を育成している。緩和ケアについては、毎年、看護部で苦痛のアセスメント力を高める院内研修を実施し、今年度は7名受講、過去3年間で受講生は21名である。これらの院内外における研修受講により、知識・スキルを向上に努め、がん診療連携指定病院で勤務する看護職としての人材育成に努めている。 ○薬剤師の定数を6年度から1名増員した。外来抗がん剤治療者への介入の強化を図っていく。</p>		
期末期の自己点検（取り組んだ事項に関する効果や課題等）	期末期自己評価	
審議会における助言・意見等	期末期外部評価	
<p>【中間期】</p> <p>【期末期】</p>		

計画期間中における重点的な取り組み（2） 救急診療の充実

地域の診療所や市消防本部とこれまで以上に連携を図るとともに、拡張した救急エリアを有効活用することで、救急患者さんをいつでも受け入れられる体制を確保し、また、救急車搬送による患者さんを積極的に受け入れます。
超高齢社会の進展により、救急車搬送件数は今後も増加することが予想され、三次救急である藤沢市民病院をはじめ近隣病院と病病連携を図り、市民が安心して医療を受けられる体制をつくります。

項目	R4年度	R5年度	R6年度				
	実績	実績	目標	中間期		期末期	
				実績	評価区分	実績	評価区分
市消防救急車搬送件数	5,159	4,667	5,100	2,273 44.6%	B	—	
市消防救急車搬送割合	32.5%	27.2%	35.0%	27.9% 79.7%		C	—
救急車応需率	86.0%	83.8%	90.0%	86.5% 96.1%	B		—

※R6年度の中間期実績欄と期末期実績欄について、上段は実績値を、下段は目標値に対する達成率を示します。

[取組事項(2)]	[とりまとめ部署]	[関係部署]
断らない良質な救急医療を提供します	医事課	救急医療部、看護部
患者さんのスムーズな受入体制を構築します	医事課	救急医療部、看護部
災害時医療に備えた体制を整えます	病院総務課	全部署
救急医療に従事する職員の確保と育成を図ります	病院総務課	救急医療部、看護部、 医事課

[計画期間中の取組概要]
<ul style="list-style-type: none"> ○ 断らない救急を実践するため、市消防本部と情報共有しながら、救急医療を要する患者さんへの迅速かつ最適な医療を提供します。 また、当院の登録医専用救急回線や循環器内科ホットラインを通じて、救急患者さんに対して迅速に対応を行います。 ○ 救急不応需を減らし、適切なベッドコントロールを行うことにより、救急医療が必要な患者さんへの受け入れを推進します。また、さらに高度な治療が必要な場合は、高次の病院へ転院搬送を行い、患者さんの安全・安心を確保します。 ○ 災害拠点病院として、迅速かつ適切な医療救急活動を行うことが求められます。市消防本部や災害協力病院と連携した災害対応訓練の実施などを通して職員意識やスキル向上を図ります。また、DMA T体制の維持、強化を図り、災害時における被災地への医療支援を行います。 ○ 増加が見込まれる救急医療の需要に対応するため、救急医の常勤医師などの確保に努め、救急に従事する看護師を増員します。また、救急隊との定期的な症例検討会や救急救命士の専門研修を行い、地域における救急医療に関する実践力の維持向上を行うとともに院内向けの救急蘇生講習会において様々な職種の救急対応力の向上に努めます。

計画期間中における重点的な取り組み(3)
小児・周産期医療の充実

神奈川県周産期救急医療システム受入病院(中核病院)として、24時間365日体制で、地域内外のハイリスク妊婦の受け入れを行うとともに、地域周産期母子医療センターとして、高度で専門的な医療を必要とする新生児の受け入れを行い、安心して子どもを産み育てることができる体制を維持します。

項目	R4年度	R5年度	R6年度				
	実績	実績	目標	中間期		期末期	
				実績	評価区分	実績	評価区分
分娩件数	382	379	400	194 48.5%	B	—	
母体搬送件数	40	36	60	24 40.0%	B	—	
新生児搬送件数	36	48	50	27 54.0%	A	—	

※R6年度の中間期実績欄と期末期実績欄について、上段は実績値を、下段は目標値に対する達成率を示します。

[取組事項(3)]	[とりまとめ部署]	[関係部署]
産後ケアに積極的に取り組みます	看護部	医事課
メディカルショートステイの受入を行います	医事課	脳神経内科、小児科、 患者支援センター
妊産婦や新生児の安全安心な療養環境を整えます	看護部	病院総務課
産科医師・小児科医師、助産師の確保と育成を図ります	病院総務課	小児科、産婦人科、 看護部

[計画期間中の取組概要]
<ul style="list-style-type: none"> ○ 市では、母子ともに安心して生活ができるよう、助産師などによる専門的なケアを受けられる産後ケア事業を行っています。当院はこの事業に参画しており、当院で出産された方を対象に助産師が自宅に訪問し、産後の不安解消のために、母子の心身のケアや育児相談などを行います。 ○ 神奈川県の障害児等メディカルショートステイ運営事業（在宅での療養が一時的に困難となった場合の重症心身障害児者の受け入れ）の協力医療機関となり、対象児者と保護者が地域で安心して生活することができるよう県と連携しながら適切に対応します。 ○ 当院の産科病棟は産科以外の診療科も含めた混合病棟となっていますが、産科と他の診療科の患者さんが別室となるように「ユニット化」と「ゾーニング（区画管理）」を行うユニットマネジメントを導入し、妊産婦や新生児の安全安心な療養環境を整えます。 ○ 市内においては分娩施設が減少傾向にあることから、医療環境を維持するためにも派遣元である大学医局と連携し継続的な産科医師・小児科医師の確保に努めます。また、日本看護協会における助産師の実践能力認定制度であるアドバンス助産師を育成し、質の高い産前産後ケアを提供します。 さらに、茅ヶ崎医師会と連携し定期的にハイリスク症例に関する検討を行うなど、地域の小児医療・周産期医療の向上を図ります。

計画期間中における重点的な取り組み（4） 地域完結型医療の推進

地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関として、多くの診療科を擁している特性を活かし、「健やか・共創」の基本理念のもと、紹介・逆紹介を進めながら、地域内の医療機関の機能分化と地域連携を進めるほか、研修会等を通じた顔の見える関係の構築や地域医療全体の質の向上を目指します。また、患者さんが入院前、入院中、退院後において、安心して切れ目のない医療を受けることができるように支援を行い、地域完結型医療を推進します。

項目	R4年度	R5年度	R6年度				
	実績	実績	目標	中間期		期末期	
				実績	評価区分	実績	評価区分
紹介数（初診に限る）	11,682	12,192	12,300	6,399 52.0%	A	—	
紹介率	64.0%	69.9%	70.0%	72.2% 103.1%	A	—	
逆紹介数	15,715	17,243	17,800	8,994 50.5%	A	—	
地域医療機関向け研修会回数	22	26	23	12 52.2%	A	—	

※R6年度の中間期実績欄と期末期実績欄について、上段は実績値を、下段は目標値に対する達成率を示します。

[取組事項(4)]	[とりまとめ部署]	[関係部署]
スムーズで安心な前方連携・後方連携体制を構築します	患者支援センター	看護部
地域医療機関と共に医療の質の向上を図ります	患者支援センター	診療記録管理室
入退院支援相談員の増加を図ります	患者支援センター	看護部、病院総務課

[計画期間中の取組概要]
<ul style="list-style-type: none"> ○ 患者さんが必要な時に必要な医療を受けられるために、地域連携枠の見直しや事前に患者さんの必要な情報を受け取る方法の見直しなど業務フローの改善を行います。 また、患者さんの入退院支援の中心的な役割を担っている患者支援センターにおいて、PFM（パーシエント・フロー・マネジメント）システムを導入し、患者さんのニーズに合わせたケアができる体制を構築します。 ○ 治療や検査を標準化したクリニカルパスを増やすことで、入院患者さんへ診療内容をわかりやすく伝えるとともに、医療の質の向上や平均在院日数の適正化、医療安全の確保などにつなげます。また、病院同士もしくは診療所等との地域連携を進めることで患者さんに切れ目のない医療を提供することや地域医療支援委員会や地域連携研修会を積極的に行い、地域医療全体の質の向上を図ります。 ○ 入退院支援を行う職員を増やすことや退院支援システムの導入等により、連携する医療機関との必要な手続きの迅速化や患者さんやご家族へのサポートの充実を図ります。

計画期間中における重点的な取り組み(5)
患者さんから選ばれる病院

医療の質を高めることにより、患者さんから信頼される医療を提供するとともに、患者さんと共に効果的・効率的医療を創っていくために、患者さんからいただいたご意見やご要望などを取り入れることにより、医療サービスの質を向上させ、患者さんから選ばれる病院を目指します。

項目		R4年度	R5年度	R6年度				
		実績	実績	目標	中間期		期末期	
					実績	評価区分	実績	評価区分
新規入院患者数		9,278	10,131	10,200	5,441 53.3%	A	—	
患者満足度	(入院)	—	98.3%	100.0%	下半期 実施		—	
	(外来)	—	93.2%	100.0%			—	
	(健康管理センター)	—	100.0%	100.0%			—	
市民・患者さん向け公開講座回数		7	12	22	11 50.0%	A	—	

※R6年度の中間期実績欄と期末期実績欄について、上段は実績値を、下段は目標値に対する達成率を示します。

※患者満足度の数値は、患者満足度調査における総合的な満足度のうち、「非常に満足」「やや満足」と回答した割合としています。

※R5年度から患者満足度調査の内容を変更したことから、単純比較は困難であると判断し、R4年度実績を「-」としています。

[取組事項(5)]	[とりまとめ部署]	[関係部署]
患者さんの医療安全を確保します	病院総務課	医療安全管理室
患者さんとのコミュニケーションを大切にします	病院総務課	全部署
広報の充実・強化を図り、市民・患者さんへの啓発活動を進めます	病院経営企画課	患者支援センター、病院総務課、医事課
看護外来を拡充します	看護部	—
外来待ち時間の環境整備を行います	医事課	診療部、看護部、患者支援センター、病院総務課
療養環境の改善を実施します	病院総務課	看護部、病院経営企画課
バリアフリーへの対応を行います	病院総務課	全部署
患者さんの来院手段を確保します	病院経営企画課	医事課
駐輪場(自転車・バイク置場)を再整備します	病院総務課	病院経営企画課

[計画期間中の取組概要]
<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療安全に関して地域連携を図り、相互ラウンドや訪問評価によるノウハウの提供により地域における医療機関の質の向上と安全性の向上を目指します。また、自院においては、インシデント報告の分析や改善策の検討のほか、全職員を対象とした医療安全研修などを通じて医療安全への取組を推進します。 ○ 患者さんに安心して医療を受けていただけるようにするため、全職員を対象として、コミュニケーション能力や接遇力向上のための研修を実施します。 ○ 新たに広報担当を置き、市民や患者さんの関心がある最新医療に関する講座や市立病院の特色ある医療について、出張講座や動画配信等を行い、市民や患者さんの健康維持、病気に対する知識の啓発を図ります。 ○ 現在実施している「ストーマ外来」「糖尿病面談」「フットケア外来」に加え、専門看護師及び認定看護師等スペシャリストを中心とした専門外来(「スキンケア外来」「(仮称)高齢者サポート外来」)などを拡充し、患者さんやご家族の生活支援を行います。 ○ 各診療科の患者さん待ち時間の実態調査を行い、待ち時間短縮に努めるとともに、患者さんの理解と協力を得ながら、症状が安定した患者さんにはかかりつけ医を紹介するなど逆紹介を進めます。また、待合室環境の改善や無線LAN(Wi-Fi)の整備、その他待ち時間に資する取組を実施します。 ○ 本館が竣工して約20年が経過し、建物・設備の老朽化が進み必要な修繕を随時実施しているところです。入院患者さんが多くの時間を過ごす病室内についても、快適に療養してもらえるよう安全面にも配慮しながら、順次リニューアルを行います。 ○ 茅ヶ崎市バリアフリー基本構想(令和5(2023)年8月策定)に基づき、特定事業として掲げているハード面の取組(出入口、敷地内通路、トイレ、駐車場)、ソフト面の取組(受付・窓口、案内、防災、教育啓発、人的対応・接遇、その他)について実施します。 ○ 現在、市が運営しているコミュニティバス事業については、今後、運行内容(運行形態、ルート、時間帯、運賃等)の見直しの検討が行われる予定です。コミュニティバスは患者さんが当院へ来院するための交通手段の一つとなっており、運行内容見直しの動向を踏まえて、利便性を維持するための必要な措置を検討します。 ○ 多くの患者さんが自転車やバイクを利用して来院していただいておりますが、駐輪場が職員との共同利用となっており、時間帯によっては駐輪できない状況となっています。患者さんと職員の駐輪スペースを分けることや敷地内に新たに駐輪スペースを設置するなど必要な対策を実施します。

計画期間中における重点的な取り組み(6)
職員が働きたいと思う病院

茅ヶ崎市立病院在り方検討委員会における答申において、「教育・研究制度の充実や病院に貢献した職員が報われる制度の構築など、病院と職員が相互利益となるような体制づくりが必要」であることが言及されています。患者さんや職員から選ばれる病院となるために、職員一人ひとりの成長を促し、やりがいや充実感を感じながら働くことができる環境を整えます。

項目	R4年度	R5年度	R6年度				
	実績	実績	目標	中間期		期末期	
				実績	評価区分	実績	評価区分
職員満足度	-	67.6%	80%以上	下半期実施		-	

※R6年度の中間期実績欄と期末期実績欄について、上段は実績値を、下段は目標値に対する達成率を示します。

※「あなたは、これからもこの病院で働き続けたいと思いますか。」の質問のうち、「非常にそう思う」「そう思う」と回答した割合としています。

※R5年度から職員満足度調査の内容を変更したことから、単純比較は困難であると判断し、R4年度実績を「-」としています。

[取組事項(6)]	[とりまとめ部署]	[関係部署]
働く職員にとって魅力ある職場を醸成します	病院総務課	全部署
タスクシェアやタスクシフトを推進し、労働環境の整備を行います	病院総務課	全部署
専門性を備えた職員の活用、育成・強化を図ります	病院総務課	看護部
病院に貢献した職員への処遇改善を検討します	病院総務課	-

[計画期間中の取組概要]
<ul style="list-style-type: none"> ○ これまで2年に1回実施していた職員満足度調査を1年に1回実施し、職員の声をタイムリーに集め、職場環境の改善につなげます。また、長時間労働の改善や年次有給休暇取得を促すなどワークライフバランス(仕事と生活の調和)を推進します。 ○ 働き方改革は、医師だけの問題ではなく、全ての職種に関わる重要な課題となります。医師や看護師から構成される働き方改革プロジェクトチームを全職種で構成されるチームに再編成し、具体的な取組事項の検討と実践を行い、業務の効率化や時間外勤務の縮減に努めます。また、デジタル技術を積極的に取り入れ、業務の効率化を図ります。 ○ 職員のキャリアアップやモチベーション向上のために、研修機会の充実や専門資格取得の支援などを行います。中でも具体的な取り組みの成果につなげるために、がん治療や看護、救急医療、小児・周産期医療を中心としたスキル向上に努めます。また、看護師の専門性を高めるため、特定行為研修を自施設で行うことができる「特定行為研修指定研修機関」に令和5(2023)年度に指定されたことを受け、看護師の養成を開始します。 さらに、定数の見直しや定年延長を踏まえて、豊富な知識・経験を有した職員の活躍の場や知識・経験を継承する場の創出を行うことや個々の働き方に合った効果的な人員配置を行い、組織の活性化やレベルアップを図ります。 ○ 経営状況を鑑みながら、病院に必要な専門資格を取得した職員に手当を支給するなど、処遇改善について検討を行います。

