

茅ヶ崎市立病院経営計画の点検・評価
(令和 6 年度 期末期)

令和 7 年 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、令和4年3月に「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年度から令和9年度までを計画期間とする「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確認し、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、病院事業管理者・病院長と診療科をはじめとする各セクションの職員とで実施されるヒアリング等の機会を捉えて、経営への理解や職員一人一人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、実行した内容や効果を中間期・期末期に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年度期末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日から令和7年3月31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、決算認定前の段階ではありますが、速報値の集計により実績を算出し、その達成度に基づき、定量的視点による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年度末時点の実績に基づき定量的視点による評価を、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年度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視点による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	期末期末実績	期末期末達成率 自己評価
1	経常収支比率	109.2%	100.0%	95.7%	—	97.4%	101.8% 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 年度期末期末における収支の実績（速報値）に関しては、22 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。
- 経常収支比率の目標達成については、入院収益と外来収益の増収による影響が最も大きいと分析しています。
- 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、それに基づく訪問活動を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。

- また、広報活動にも積極的に取り組みました。令和 5 年 7 月に導入した手術支援ロボット、同年 8 月に開設した脊椎センター・人工関節センター、内視鏡センターやがん診療など、当院の「強み」となる診療科や疾患に関する広報活動に加えて、出張講座や市民公開講座を開催し、市民向けにわかりやすく医療情報や当院の取り組みを継続して発信したことも患者数の増加につながっているものと分析しています。
- 特に、入院収益の増収は著しく、その基礎的な要因は、新規入院患者数の増加と捉えていますが、手術件数の増加と、診断群分類別包括評価制度における医療機関の機能や効率性を評価するために用いられる係数である D P C 係数（以下単に「D P C 係数」という。）の向上が相乗効果として影響しているものと分析しています。
- 手術件数の増加に関しては、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たこと、常勤医の配置により脳神経外科において入院手術を再開したこと、外科や呼吸器外科において手術支援ロボットの P R や診療所訪問を積極的に実施したことなどが要因として挙げられます。
- D P C 係数の向上に関しては、令和 6 年 5 月に総合入院体制加算 3、同年 6 月に診療報酬改定、令和 7 年 1 月に夜間 100 対 1 急性期看護補助体制加算と夜間看護体制加算、同年 2 月に診療録管理体制加算 1 を届出しました。
- 収益が増収となった一方で、費用も増加しています。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。
- 収益、費用ともに増加している中であって、経常収支比率は、目標値である 95.7%を 1.7 ポイント上回る 97.4%となり、目標を達成しました。目標は達成したものの、経常損失が発生していることから、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	期末期末実績	期末期末達成率	期末期末自己評価
1	修正医業収支比率	90.0%	90.8%	88.4%	109.1%	91.0%	102.9%	A
2	職員給与費対修正医業収益比率	59.0%	57.3%	58.6%	44.8%	55.5%	105.6%	A
3	薬品費対修正医業収益比率	14.5%	15.6%	15.5%	15.3%	14.7%	105.4%	A
4	診療材料費対修正医業収益比率	10.3%	10.0%	10.1%	10.8%	10.6%	95.3%	B
5	委託費対修正医業収益比率	14.0%	13.8%	13.5%	13.5%	13.8%	97.8%	B
6	現金現在高	46.5 億円	49.4 億円	42.0 億円	30.6 億円	40.8 億円	97.1%	B
7	借入残高	77.0 億円	92.6 億円	88.3 億円	86.5 億円	86.1 億円	102.6%	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 年度期末期における収支の実績（速報値） 関しては、22 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。
- 本計画における収支見通しと比較すると、令和 6 年度は、医業収益が約 6.8 億円の増収、医業費用が約 3.8 億円の増加となりました。入院収益の大幅な増収の影響から、修正医業収支比率は 91.0%となり、目標値である 88.4%を 2.6 ポイント上回り、目標を達成しました。政策的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、積極的な人材の確保が収益改善につながるケースもあり、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。医業収益の大幅な増収により、職員給与費対修正医業収益比率は目標値を達成しました。
- 診療材料費対修正医業収益比率は 10.6%となり、目標値である 10.1%を 0.5 ポイント上回り、目標達成には至りませんでした。診療材料費に関して、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、より詳細な分析を進めます。
- 委託費対修正医業収益比率は 13.8%となり、目標値である 13.5%を 0.3 ポイント上回り、目標達成には至りませんでした。要因として、令和 5 年度に整備した医療機器の保守点検業務委託に要する経費が増加したことや、タスクシェアやタスクシフトを推進するため医師事務作業補助者派遣業務委託を実施したことなどが挙げられます。また、新たな施設基準を満たすため看護補助者派遣業務委託に係る経費が増加しましたが、施設基準を満たすことにより収益増につながる取り組みとなりました。
- 現金現在高は、当院本館の改修工事や設備更新、高精度放射線治療装置の更新や手術支援ロボットの導入をはじめとした医療機器等の財源として、令和 5 年度に発行した企業債の元金償還が本格化したこと、また、将来の支払いを約束した負債である未払金の減少による現金の減少を要因として、目標値を下回りました。
- 借入残高は、医療機器購入時における市場価格をもとにした値引き交渉の結果により、借入額を抑えることができたことから、目標を達成しました。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、新たな医療機器の導入、または、導入の検討を行うこととしています。医療機器導入の際は企業債の発行が伴うことから、借入残高を注視しつつ、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	期末期末実績	期末期末達成率	期末期末自己評価
1	1日当たり入院患者数	275.2人	287.9人	290.0人	298.6人	305.5人	105.3%	A
2	新規入院患者数 ※1	9,278人	10,131人	10,200人	5,441人	10,903人	106.9%	A
3	病床利用率	68.6%	71.8%	72.3%	74.5%	76.2%	105.4%	A
4	手術件数 ※1	3,284件	3,451件	3,450件	1,913件	3,865件	112.0%	S
5	平均在院日数 ※2	10.9日	10.5日	10.5日	10.1日	10.3日	101.9%	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	68,847円	102.8%	A
7	1日当たり外来患者数	899.1人	902.8人	890.0人	893.5人	932.3人	104.8%	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	17,486円	98.8%	B
9	紹介数（初診に限る）※1	11,682人	12,192人	12,300人	6,399人	12,972人	105.5%	A
10	逆紹介数 ※1	15,715人	17,243人	17,800人	8,994人	19,328人	108.6%	A

※1 令和6年度の病院重点目標とした項目を示しています。

※2 平均在院日数は、短いほど患者さんが早期に退院できていることを示し、医療の効率性が高いと評価されることから、目標値よりも短い日数とすることを目指しています。

【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ました。
- 「新規入院患者数」と「手術件数」は、「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により整形外科で、常勤医を配置できたことによる入院手術の再開により脳神経外科で、また、手術支援ロボットのPRや診療所訪問を積極的に実施したことにより外科と呼吸器外科で大きく増加しています。
- 増加する手術件数に対応するため、手術枠の増設に着手しました。診療科ごとの手術枠配分時間に対する利用率や利用時間等をモニタリングするとともに、曜日ごとの手術室利用傾向等の分析を進めました。とりまとめたデータをもとに手術枠増設の可否について議論を進め、木曜日の手術枠増設を実行し、効率的な手術室の運用が可能となるよう体制を整備しました。
- 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。
- 令和6年度は、4つの病院重点目標すべてが目標を達成しました。
- 業務に係る指標のうち、「1日1人当たり外来収益」のみ、目標値を下回る結果となりました。

(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

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、年度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年度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】

各取組に関する点検・評価の詳細は、10ページ～21ページをご参照ください。

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	1		1	
		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		1	3	1	
		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	3	7	12	4	0

(5) 令和6年度の点検・評価の総括

本計画では、経常収支比率を最終経営目標として掲げ、計画期間最終年度である令和9年度までの経常収支黒字化達成を目指しています。

本計画の初年度である令和6年度は、経営や業務に係る指標を常に意識した事業運営に努めるとともに、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ことで、経営への理解や職員一人一人の経営改善への意識を促しました。具体的には、病院事業管理者・病院長が診療科をはじめとする各セクションの職員とヒアリングを実施し、その中で病院重点目標（新規入院患者数・手術件数・紹介数・逆紹介数）を設定するとともに、月次評価を行い、目標達成のために必要な対策や手法などの議論を深めました。

令和5年度に地方公営企業法全部適用に移行したことにより、経営の責任者として病院事業管理

者を新たに設置し、「診療報酬上の医業収益増」、「患者サービスや医療安全の向上」を推し進めてきました。令和6年度は、経常収支比率の目標値である95.7%に対して97.4%となり、これまで推し進めてきた取り組みが、奏功したものと認識しています。

地域連携や広報活動の強化など、特に、集患に注力した病院経営を推し進めたことは、患者数の増加という結果に表れているものと認識しています。1日当たり入院患者数は305.5人で、目標値と比較すると15.5人増加、令和5年度と比較すると17.6人増加となりました。また、1日当たり外来患者数は932.3人で、目標値と比較すると42.3人増加、令和5年度と比較すると29.5人増加となりました。入院・外来ともに、患者数は、新型コロナによる危機事態発生前の水準以上まで回復しました。

また、病院重点目標として設定した項目のうち、特に手術件数の増加は著しく、令和5年度と比較すると414件(12.0%)増加しました。これに伴い、入院に係る手術料が前年度比で約4億円増加したことが医業収益増、ひいては、経常収支比率の目標達成に大きく寄与したものと分析しています。

加えて、地域の基幹病院として、高度で良質な医療を提供するため、令和6年7月にはデジタルX線TVシステムの更新を、令和7年3月には内視鏡タワーの更新を進めるとともに、外来患者用Wi-Fiの運用を開始し、待ち時間に対するアメニティを提供するなど、予定していた建設改良事業を実施しました。そのほか、令和6年11月にはAIを搭載した内視鏡画像診断支援プログラムを、令和7年3月には電子処方箋管理サービスを導入するなど、先進的な医療技術の導入と医療DXの推進に努めました。

これらの取り組みにより、「診療報酬上の医業収益増」、「患者サービスや医療安全の向上」を推し進め、各指標も概ね令和6年度目標を達成している一方で、令和2年度から4年間継続してきた経常収支黒字の経営から赤字経営に転じることとなり、病院経営は非常に厳しい状況であると認識しています。

損益計算書上の病院事業収益は、135億6,565万円で、本計画における収支見通しと比較すると7億3,876万9千円(5.8%)の増収となりました。経営を常に意識した事業運営と、職員一人一人の経営改善に対する意識の醸成等を推し進めたことにより、入院収益は同5億8,373万3千円(8.2%)の増収、外来収益は同6,806万1千円(1.7%)の増収となりました。その一方で、新型コロナの対応のための補助金の減の影響は大きく、本計画における収支見通しでは見込んでいないものの、補助金全体では前年度比で4億1,400万9千円の減となりました。

病院事業費用は、139億9,783万8千円で、本計画における収支見通しと比較すると6億433万6千円(4.5%)の増となりました。給与費や減価償却費は本計画における収支見通しとほぼ同程度となった一方で、昨今の国際的な原材料価格の上昇等の影響による物価高騰やエネルギー価格の高騰が続いていることを要因として、診療材料費が1億3,320万7千円(11.7%)の増、委託料が1億2,973万8千円(8.5%)の増、消費税に関連する雑損失を含む医業外費用が1億1,961万6千円(20.0%)の増となりました。

これらのことから、令和6年度は、3億5,915万2千円の経常損失を計上することとなりました。本計画における収支見通しである経常損失5億6,662万1千円、経常収支比率95.7%と比較すると、経常損失は2億746万9千円圧縮することができ、経常収支比率は1.7ポイント上回りました。

(6) 今後の課題

令和6年度は、特に、集患に注力した病院経営を推し進めたことにより、病院事業収益の増収、ひ

いては、経常収支比率の目標達成につながった一方で、人件費や物価の高騰等を要因とした費用の増加が病院経営に与えるインパクトは非常に大きいものでありました。

収益増の取り組みとしては、入院期間を意識した病床運営や手術室の効率的な運営、それを実現させるためのさらなる前方連携の強化や救急応需対策が課題であると分析しています。また、費用面でもさらなる精査による削減・抑制に努めることで、計画期間中の経常収支黒字化達成を目指します。

【茅ヶ崎市立病院経営計画 点検・評価シート】

・各項目において、目標値を上回ることを目指すべきものには「↑」を、下回ることを目指すべきものには「↓」を付しています。

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 実績	期末期 達成率	中間期 自己 評価	期末期 自己 評価	期末期 外部 評価
1	経常収支比率	↑	109.2%	100.0%	95.7%	-	97.4%	101.8%	A	A	

・本表における数値は、決算認定前の段階であり、速報値の集計により算出したものであることをご了承ください。

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 実績	期末期 達成率	中間期 自己 評価	期末期 自己 評価	期末期 外部 評価
1	修正医業収支比率	↑	90.0%	90.8%	88.4%	109.1%	91.0%	102.9%	A	A	
2	職員給与費対修正医業収益比率	↓	59.0%	57.3%	58.6%	44.8%	55.5%	105.6%	A	A	
3	薬品費対修正医業収益比率	↓	14.5%	15.6%	15.5%	15.3%	14.7%	105.4%	A	A	
4	診療材料費対修正医業収益比率	↓	10.3%	10.0%	10.1%	10.8%	10.6%	95.3%	B	B	
5	委託費対修正医業収益比率	↓	14.0%	13.8%	13.5%	13.5%	13.8%	97.8%	B	B	
6	現金現在高	↑	46.5億円	49.4億円	42.0億円	30.6億円	40.8億円	97.1%	B	B	
7	借入残高	↓	77.0億円	92.6億円	88.3億円	86.5億円	86.1億円	102.6%	A	A	

・本表における数値は、決算認定前の段階であり、速報値の集計により算出したものであることをご了承ください。

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 実績	期末期 達成率	中間期 自己 評価	期末期 自己 評価	期末期 外部 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	305.5人	105.3%	A	A	
2	新規入院患者数	↑	9,278人	10,131人	10,200人	5,441人	10,903人	106.9%	A	A	
3	病床利用率	↑	68.6%	71.8%	72.3%	74.5%	76.2%	105.4%	A	A	
4	手術件数	↑	3,284件	3,451件	3,450件	1,913件	3,865件	112.0%	S	S	
5	平均在院日数	↓	10.9日	10.5日	10.5日	10.1日	10.3日	101.9%	A	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	68,847円	102.8%	A	A	
7	1日当たり外来患者数	↑	899.1人	902.8人	890.0人	893.5人	932.3人	104.8%	A	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	17,486円	98.8%	B	B	
9	紹介数（初診に限る）	↑	11,682人	12,192人	12,300人	6,399人	12,972人	105.5%	A	A	
10	逆紹介数	↑	15,715人	17,243人	17,800人	8,994人	19,328人	108.6%	A	A	

・本表において※を付した数値は、決算認定前の段階であり、速報値の集計により算出したものであることをご了承ください。

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	640 116.4%	S
外来化学療法件数	2,142	2,041	2,150	1,015 47.2%	B	2,016 93.8%	B
放射線治療新規患者数	30	155	160	74 46.3%	B	141 88.1%	B
がん相談件数	830	1,213	1,020	1,013 99.3%	S	2,064 202.4%	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 〕
○ 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こらない、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
○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。 ◆（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。 ○前立腺がんと直腸・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。 ◆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。 ◆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。 ◆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。		
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	B
○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堅調に件数を伸ばし、110%を超える達成状況となった。外来化学療法件数と放射線治療新規患者数は下半期に件数を伸ばすことができず、目標達成とならなかった。放射線に関する診療は、現在、非常勤医師での対応であることが要因の一つである。 ◆（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◆ ○がん診療支援における組織の診療機能、情報提供、研修体制等に対応できる新組織として、6年12月にがん診療支援センターを患者支援センター内に設置した。また、ホームページに特設ページを設け、積極的に情報発信を行っている。 ○6年度の院内がん登録数は871件で、5年度実績である877件と比較して若干減少傾向となった。なお、部位別報告数としては、大腸がんが155件で最多であった。 ○がん相談の場として、コロナ禍で休止していたがん患者サロンを6年7月に再開し、多職種と患者さんの情報を共有しながら、アピアランスケアや不安等の対応を行った（計4回）。 ○7年2月に緩和ケア認定看護師による「がん看護専門外来」を開設し、さらなる相談機能の充実を図った。今後、専門外来が軌道にのよう取り組みを進めていく。 ○パンフレット、ホームページ、ポスター掲示等で、「がん診療/相談体制」について市民や患者さんへの情報発信を継続している。 ◆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13症例実施しており、診療所と連携してがん診療を提供している。がん相談件数は2,064件で目標値を大きく上回った。なお、そのうち院外からの相談は39件であった。また、治療前、治療中、治療後、グリーフケアに至るまで繰り返し相談に対応しており、神奈川県に専門家派遣を要請し、4例を臨床心理士、社会保険労務士、キャリアコンサルタント等の専門家相談につなげることができた。 ○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。その実績として、「がん患者指導管理料（イ）」について6年度は158件（5年度は84件）、「がん患者指導管理料（ロ）」について6年度は7件であった。（イ）に関しては、5年度実績と比較して約2倍の患者さんに対応しており、多くの患者さんが安心して治療を受けられる体制が整ってきていると認識している。なお、「がん患者指導管理料（イ）」は、医師が看護師と共同して診療方針等について話し合いその内容を文書等により提供した場合に、「がん患者指導管理料（ロ）」は、医師、看護師又は公認心理士が心理的不安を軽減するための面接を行った場合に算定される。 ○スキンケア外来ではストーマケアへの対応も行っており、また、患者さんだけでなく、地域の病院からの受診相談にも応じている。スキンケア外来患者数は189名、そのうちストーマに関しては170名が受診した。 ◆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、院内におけるコンサルト事例等も含め、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、適宜、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。 ○乳腺外科外来との月1回の定期的なカンファレンスは、継続して実施している。 ○緩和ケアチームの依頼件数は、6年度は155件で、5年度実績である140件と比較して15件増加した。 ○個別事例のコンサルトだけでなく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と分析している。また、6年度は緩和ケアチームの下部組織としてACPフーキンググループを立ち上げ、ACPに関する院内の体制整備を行った。「人生の最終段階における適切な意思決定支援の推進」のガイドラインを修正して「人生の最終段階における医療・ケアに関する指針」を作成し、終末期に限らず、幅広く事前指示に対応できる体制を整備した。 ○患者さんが主体となり、意思決定支援のプロセスを医療者が共に歩めるよう、各種書類等を整え、実践に活用できるように院内への周知活動を開始した。 ◆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ているほか、二次読影を実施し、地域のがん医療の水準向上を図っている。そのほか、手術支援ロボットの導入により、ロボット支援手術認定医の取得を支援し、術者増を図っており、6年度期末期におけるロボット支援手術認定医は6名である。 ○看護部門で実施している実践力を高めるための院内研修のうち、「がん化学療法看護研修」に関して、6年度は7名が受講し、現場での実践に生かせる学習を進めた。 ○放射線治療に関して、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名が受講した。これまでの受講者は計9名となり、放射線看護の質向上を目指した看護を実践できる人材を育成している。 ○すべてのがん診療に携わる医師が、がん等に伴って生じる苦痛に対して緩和ケアの基本的な知識・技術・態度を習得し、実践することができるよう、院内医師と在宅医が講師となる「緩和ケア研修」を年1回実施しており、6年度は29名が受講した。 ○緩和ケアについては、院内で緩和ケア認定看護師による研修を7名が受講し、過去3年では21名の受講者となっている。 ○これらの院内外における研修受講により、知識・スキルを習得する機会を設け、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を進めている。 ○薬剤師の定数を6年度から1名増員したが、6年度中の採用には至らなかった。7年度中の採用が可能となるよう準備を進め、外来抗がん剤治療者への介入の強化を図っていく。		
審議会における助言・意見等	期末期外部評価	

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	4,743 93.0%	B
市消防救急車搬送割合	32.5%	27.2%	35.0%	27.9% 79.7%		27.9% 79.7%	
救急車応需率	86.0%	83.6%	90.0%	86.5% 96.1%	B	85.7% 95.2%	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 〕
○ 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。

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	B
◆断らない良質な救急医療の提供◆ ○6年度中間期の茅ヶ崎市消防からの救急車搬送の受け入れ数は2,273件で、5年度中間期の2,578件から減少した。茅ヶ崎市消防が行う救急搬送件数が全体で8,158件あり、5年度中間期8,749件から減少していることから、全体の救急搬送件数が減少していることが大きな要因と分析している。目標値には届いていないものの、当院への搬送割合は27.9%であり、他の医療機関を上回る実績となっている。 ○救急車の不応需事例を減らす取組として、救急車対応簿の改訂を予定している。1か月の不応需の件数や理由の内訳、応需率を毎月救急医療部会や病院運営連絡調整会議で報告している。外的要因を取り除いた応需率の平均は、5年度年間実績が83.8%、6年度中間期実績が86.5%であり、2.7ポイント改善したことから、今後もこの取り組みを継続していく。 ○登録医専用回線の中間期の利用件数は317件（前年度中間期は245件）で、循環器内科ホットラインの中間期の利用件数は14件（前年度中間期は19件）となっている。 ◆患者さんのスムーズな受入体制の構築◆ ○救急搬送後の入院率の6年度中間期実績は39.5%で、5年度中間期実績である35.2%から4.3ポイント上昇している。なお、高度な治療が必要な場合は、引き続き高次病院への転院搬送を適切に行っている。救急医療が必要な患者さんが治療を受けられるように、当該診療科の病棟以外でも空床があれば受け入れができるような体制を整備している。 ◆災害時医療に備えた体制の整備◆ ○災害拠点病院として、災害発生時の初動確認や課題の洗い出しを行い、被災時に的確な対応を行えるよう災害対応訓練を行っている。6年度は10月26日に訓練実施を予定しており、上半期は訓練に向けた準備を行った。 ○DMA T体制を維持するため、国が主催する研修に定期的に参加している。なお、看護部には、現在、災害支援ナースが4名おり、下半期には県看護協会が行う災害支援ナース養成研修を2名が受講し、6名体制となる予定である。 ◆救急医療に従事する職員の確保と育成◆ ○救急部門では、臨時医師が2名（週1の医師が2名）いるが、常勤医の確保にまでは至っていない。 ○看護部門では、断らない救急を目指し、救急応需率が上がるように、多職種と連携して受け入れを行っている。またクリティカルケア認定看護師と連携を図り、異動したスタッフに対して、I C L S、B L S研修を受講できるようにしている。また、アンダートリアージをはじめとした研修会を実施し、救急に従事できるスタッフを増やす取組をしている。 ○上半期は茅ヶ崎市消防との症例検討会を1回実施したほか、救急救命士を通年研修8名、気管挿管再教育実習2名を受け入れている。 ○病院内の職員向けにB L S研修を2回開催した。		
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	B
○目標値を設定している3項目のうち、市消防救急車搬送件数は5年度と比較して微増となった。救急応需率については、脳神経外科に常勤医を1名配置できたこと、また、救急車対応簿の改訂や、院内会議での実績と課題の共有による改善に向けた意識の醸成等取り組みを進めていることから、5年度実績と比較すると数値の増加や改善が見られるが、3項目すべてにおいて目標達成には至らなかった。 ◆断らない良質な救急医療の提供◆ ○6年度の茅ヶ崎市消防からの救急車搬送の受け入れ数は4,743件で、5年度の4,667件から76件増加した。当院への搬送割合は27.9%であり、目標達成には至らなかったが、他の医療機関を上回る実績は維持できている。 ○6年度の救急車応需率は85.7%で、5年度の83.6%から2.1ポイント改善した。脳神経外科に常勤医を1名配置できたことにより、脳神経外科の治療対象となる患者さんの不応需について、5年度は431件であったのに対し、6年度は136件まで減少できたことが大きく寄与している。また、救急車不応需事例を減らす取り組みとして、救急車対応簿の記載内容を10月に改訂し、1か月の不応需の件数や理由の内訳、応需率を毎月救急医療部会や病院運営連絡調整会議で報告している。今後もこの取り組みを継続し、目標達成を目指す。 ○登録医専用回線の利用件数実績は605件（5年度505件）、循環器内科ホットラインの利用件数実績は36件（5年度37件）であった。 ◆患者さんのスムーズな受入体制の構築◆ ○6年度の救急搬送後入院率は37.1%で、5年度の36.5%から0.6ポイント上昇している。なお、高度な治療が必要な場合は、引き続き高次病院への転院搬送を適切に行っている。救急医療が必要な患者さんが治療を受けられるように、当該診療科の病棟以外でも空床があれば受け入れができるような体制を整備している。 ○診療部と看護部が連携しながら病床管理を行い、受け入れ体制を整備していたものの、年明けからベッド満床状況が続き、不応需となることもあった。このことから、今後は救急医療が必要な患者さんが治療を受けられるよう、退院調整に焦点を当てた病床管理の強化を進める。 ◆災害時医療に備えた体制の整備◆ ○災害拠点病院として、災害発生時の初動確認や課題の洗い出しを行い、被災時に的確な対応を行えるよう災害対応訓練を行っている。6年10月26日に訓練を実施、市内及び近隣市の病院にも協力いただき、病院間の搬送訓練等もあわせて実施した。 ○DMA T体制を維持するため、内閣府が主催する大規模地震等医療活動訓練に参加した。 ○看護部では、看護部防災対策チームを立ち上げ、地震時のアクションカードの見直し、修正を行った。今後は、水害時・火災時のマニュアルの見直し、災害医療対応マニュアル全体の見直しを行う予定である。 ○県看護協会主催の「災害支援ナース養成研修」を2名が受講し、災害支援ナースは6名となった。災害時に医療支援ができるように、災害支援ナースがスキルを維持していくことが課題である。 ◆救急医療に従事する職員の確保と育成◆ ○救急部門では、臨時医師が2名（週1の医師が2名）いるが、常勤医の確保にまでは至らなかった。 ○看護部門では、断らない救急を目指し救急応需率が上がるように、多職種と連携して受け入れを行っている。また、積極的に研修の受講を促し、I C L S研修が24名、B L Sプロバイダー研修が8名、受講済みとなっている。B L S研修は看護部における院内研修で新人看護師と中堅看護師対象にも実施しており、受講者が伝達講習を実施している。また、アンダートリアージの研修会を救急外来で2事例実施、25名が参加し、トリアージの質の向上を目指している。今後も、トリアージに関する研修会を継続するとともに、外部研修の受講も進めていく。 ○茅ヶ崎市消防との救急症例検討会を3回開催したほか、救急救命士を再教育病院実習で8名、気管挿管病院実習で2名、ビデオ咽喉鏡病院実習で2名、気管挿管再教育実習で3名受け入れた。また、病院職員向けのB L S研修について、院内コースを1回、AHAコースを1回、I C L Aコースを1回、J M E C Cコースを1回実施した。		
審議会における助言・意見等	期末期外部評価	

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	407 101.8%	A
母体搬送件数	40	36	60	24 40.0%	B	38 63.3%	C
新生児搬送件数	36	48	50	27 54.0%	A	57 114.0%	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(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]
○ 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。

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	A
○目標値を設定している3項目のうち、新生児搬送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、分娩件数と母体搬送件数の達成状況は50%を下回っている。ただし、母体搬送に関しては、ハイリスク妊娠とわかった時点で外来に紹介されるケースも増加していると思われることから、実態の把握を進める。 ◆産後ケアの取組◆ ○助産師等による専門的ケアを受けられる産後ケア事業として、自宅への訪問、または、院内への来院により、母子の心身ケアや育児相談を実施している。6年度からは、「訪問型」に加えて「通所型：デイサービス」を開始した。通所型のサービス内容は、訪問型の産婦の健康管理や育児指導に加えて、沐浴指導や産婦の休息時間確保、食事の提供等であり、訪問型ではできないサービスを提供している。中間期利用実績は、訪問型8件と通所型9件の計17件あり、5年度年間利用実績である15件をすでに上回っている。予約は絶えず入っており、産後ケアのニーズが高まっている。 ○上半期は、助産師の教育や育成に注力し、産後ケア事業を担当できる助産師を、昨年度までの4名から8名へ増やすことができた。今後も担当できる助産師を増員し、利用件数の増加に対応できる体制を整えていくことが課題である。 ◆メディカルショートステイの受入◆ ○令和6年1月29日から、神奈川県障害児等メディカルショートステイ運営事業の協力医療機関となり、小児科病棟と脳神経内科病棟で各1床の受け入れ体制を整えている。実績は、令和5年度が小児科0件・脳神経内科0件で、6年度中間期が小児科7件・脳神経内科0件となっている。病床が空いているかぎりは受け入れる体制を整えており、県との連携のもと、適切な対応ができていものと認識している。 ◆妊産婦や新生児の安全安心な療養環境の整備◆ ○病棟の一部を産科専用としてユニット化し、他の一部をゾーニングした区域の運用は定着している。また、退院後に小児科入院となった新生児と産後ケア事業で来院する児についても、妊産婦や新生児の療養環境と区別できている。6年度はユニットやゾーニングのさらなる強化を目標としており、勉強会や事例検討会を通して、課題を収集し、改善策を挙げ実施につなげる予定である。 ◆産科医師・小児科医師・助産師の確保と育成◆ ○現在、産科医師5名、小児科医師11名が在籍しており、産婦人科は大学医局との連携において、6年度のみ1名増である。 ○アドバンス助産師は7名在籍しており、妊産婦のケアを始め、産後ケアとして退院後の訪問やデイサービスを実施している。なお、アドバンス助産師に関して、7年度に1名の申請を予定している。今後も質の高い産前産後のケアを目指し、助産師の育成を行っていく。また、ホームページにアドバンス助産師の活動を掲載し、周知を行うことで助産師の確保につなげていく。 ○上半期で、小児医療セミナーを5回、周産期連携カンファレンスを1回開催した。		
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	A
○目標値を設定している3項目のうち、分娩件数は、本市における出生数が減少傾向となっている中でも5年度以上の実績となり、中間期では目標達成率が48.5%であったが、最終的には目標を達成した。新生児搬送件数は引き続き高い水準を維持し、達成率は110%を超えることとなった。市内の小児・周産期にスポットをあてると、分娩施設は減少傾向にあり、また、小児科で入院が可能な医療機関は当院のみという取り巻く環境も要因の一つであると考えられる。母体搬送件数の達成率は63.3%にとどまったが、ハイリスク妊娠と分かった早い段階で紹介されるケースが増えたことによるものである。 ◆産後ケアの取組◆ ○6年度から「訪問型」に加えて「通所型：デイサービス」を開始した。通所型のサービス内容は、訪問型の産婦の健康管理や育児指導に加え、沐浴指導や産婦の休息時間確保、食事の提供など訪問型ではできないサービス提供を実施している。6年度実績は、訪問型13件、通所型15件の計28件であり、5年度実績である15件を上回ることができた。「通所型：デイサービス」のニーズは高く、また、利用者全員が休息を目的としたものであった。 ○産後ケア事業を担当できる助産師の教育を継続して実施しており、昨年度までの4名から8名へ増やし、現在も担当できる助産師を育成中である。利用者1名に対し1名の助産師が担当しているが、通所型は2名同時利用も検討している。安全に配慮した効率的な運用を目指し、今後も取り組んでいく。 ◆メディカルショートステイの受入◆ ○6年1月29日から、神奈川県障害児等メディカルショートステイ運営事業の協力医療機関となり、小児科病棟と脳神経内科病棟で各1床の受け入れ体制を整えている。6年度の実績は、小児科が14件・入院合計日数73日、脳神経内科が0件であった。引き続き、県との連携のもと、適切に対応していく。 ◆妊産婦や新生児の安全安心な療養環境の整備◆ ○病棟の一部を産科専用のユニット化とし、他の一部をゾーニングした区域の運用は定着している。退院後に小児科入院となった新生児と産後ケア事業で来院する児についても、妊産婦や新生児の療養環境と区別できている。6年度は産科以外、主に抗がん剤治療患者の療養環境の改善も目指し活動した。今後も妊産婦や新生児の安全安心な療養環境を整えていく。 ◆産科医師・小児科医師・助産師の確保と育成◆ ○産科医師は大学医局との連携において、6年度のみ1名増の5名在籍、小児科医師は当初11名だったが、1名退職し10名在籍となった。 ○アドバンス助産師は現在7名在籍しており、妊産婦のケアを始め、産後ケアとして退院後の訪問やデイサービスを実施している。アドバンス助産師の申請を7年度に1名予定している。今後も質の高い産前産後のケアを目指し、助産師の育成を行っていく。また、ホームページへ産後ケア訪問の活動を掲載し、助産師の活動を周知した。今後、アドバンス助産師の活動の掲載を予定している。 ○6年度は、小児医療セミナーを10回、周産期連携カンファレンスを2回開催した。		
審議会における助言・意見等	期末期外部評価	

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	12,972 105.5%	A
紹介率	64.0%	69.9%	70.0%	72.2% 103.1%	A	72.9% 104.1%	A
逆紹介数	15,715	17,243	17,800	8,994 50.5%	A	19,328 108.6%	A
地域医療機関向け研修会回数	22	26	23	12 52.2%	A	25 108.7%	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 〕
○ 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、P F M（パーシェント・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。

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
◆スムーズで安心な前方連携・後方連携体制の構築◆ ○委託事業者の支援を受け、前方連携・後方連携に関する分析を行い、前方連携強化として診療所20カ所を訪問した。下半期は、後方連携強化として病院訪問を計画し、課題を抽出しながら改善活動を進めていく。 ○入院センターでは予定入院患者情報の聞き取り、入院前オリエンテーションを実施している。その中で入院前に他職種間で共有が必要な場合は、事前情報を共有し、入院中のケアに生かせるようにしている。地域連携枠の見直しやP F M導入に向けた準備は、経営計画に基づき進めていく。 ◆地域医療機関と共に取り組む医療の質の向上◆ ○当院では、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たとともに、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ることを目指している。6年度中間期におけるクリニカルパスは221件、使用率は56.1%で、5年度中間期と比較するとそれぞれ5件増、4.9ポイント増となった。引き続き、D P Cの入院期間との整合性や病棟稼働状況を見極めながら、内容の見直しや新規クリニカルパスの作成を行っていく。また、地域医療支援病院として、上半期は、地域医療支援委員会や地域医療支援研修会（2回）、症例検討会（6回）、連携カンファレンス（4回）の計12回の研修会を開催し、地域の医療機関、関係機関から計290名が参加した。 ◆入退院支援相談員の増加◆ ○相談員が増員できていない状況下で退職者もあり、これまでの相談対応が維持できるように職員間で協力体制を取りながら対応している。 ○退院支援システム導入により、転院に関してはシステム上で複数医療機関に一括で打診ができ、電話やF A Xによる連絡調整が大幅に減少している。システムで対応できない在宅や施設への退院はこれまで通り、電話やF A Xによる対応を継続している。		
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	B
○6年度は、特に病診連携強化の取り組みに注力した。これまでの前方連携・後方連携に関する分析から、効果的、かつ、効率的な診療所訪問等を実施したことが結果し、目標値を設定している4項目すべての達成につながったものと認識している。 ◆スムーズで安心な前方連携・後方連携体制の構築◆ ○委託事業者の支援を受け、前方連携・後方連携に関する分析を行った。6年度は、前方連携強化として診療所・病院を23カ所訪問するとともに、後方連携先病院・小規模多機能施設を11カ所訪問した。連携上の情報共有を行い、患者状況にあわせた退院先の提案や調整に活用している。 ○入院センターでは入院前面談で患者情報の聞き取り、オリエンテーションを実施している。その中で多職種間で情報共有が必要な場合は、事前情報を入院前から共有し入院中のケアに活かせるようにしている。入院前オリエンテーションの充実、フレイル予防等、P F M本格導入に向けて準備を進めている。入院センターで入院前の患者情報の聞き取りをする中で、入院中必要となる情報は病棟への連絡と、患者カルテへの記載により共有し、入院中のケアに活かせるようにしている。 ○退院困難な要因を有する患者さんに入退院支援を実施した際に算定される「入退院支援加算1」について、6年度実績は6,795件で、5年度実績である5,604件から1,191件増加した。また、退院後の在宅療養を担う医療機関と共同して在宅療養上必要な説明・指導を実施した際に算定される「退院時共同指導料2」について、6年度実績は123件で、5年度実績である52件から71件増加した。 ○患者さんの退院や転院の調整について院外関係者とのカンファレンスを開催している。6年度は128回開催し、5年度実績である116回から12回増加した。 ○7年度はP F Mシステムの一環として、患者さんが入院前から入院生活における準備ができ、治療後は地域にスムーズに戻れるような仕組みを導入できるよう検討を進める。 ◆地域医療機関と共に取り組む医療の質の向上◆ ○6年度末時点で利用可能なクリニカルパスは226件であり、5年度末時点での214件から12件増加した。D P Cの入院期間との整合性や病棟稼働状況を見極めながら、内容の見直しや新規クリニカルパスの作成を行っている。 ○入院予定患者に診療内容を分かりやすく伝えたとともに、入院期間の説明を行っている。また、地域医療支援病院として地域医療支援委員会や地域医療支援研修会、症例検討会、病診連携カンファレンスを開催している。6年度は25回の研修会を開催し、地域の医療機関、関係機関から計592名が参加した。 ◆入退院支援相談員の増加◆ ○退院支援システム導入により、転院に関してはシステム上で複数医療機関に一括打診ができ、電話やF A Xによる連絡調整が大幅に減少している。6年度は、老健や二次医療圏以外の病院が連携システムに加入し、対面による病病・病介の連携会が開催され、連携機関との交流が行われた。相談員の増員はできていない状況であり、職員間で協力体制を取りながら対応している。 ○入院センターについては、7年4月に看護師(会計年度任用職員)を2名増員した。		
審議会における助言・意見等	期末期外部評価	

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	10,903 106.9%	A
患者満足度	(入院)	-	98.3%	100.0%	【実施期間】 7年1月29日から 2月5日まで		98.1%	
							98.1%	
	(外来)	-	93.2%	100.0%			94.0%	B
							94.0%	
	(健康管理センター)	-	100.0%	100.0%			97.5%	B
							97.5%	
市民・患者さん向け公開講座回数		7	12	22	11 50.0%	A	15 68.2%	C

※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]
○ 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。

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
◆患者さんの医療安全の確保◆ ○中間期におけるインシデント・アクシデント報告実績は704件で、5年度中間期比6件の増となった。報告されたインシデント・アクシデントは、毎週開催している医療安全管理室会議において、改善策を検討するとともに、医療安全管理委員会、病院幹部会議での承認を経て、院内への共有を行っている。また、医療安全研修をeラーニング形式で実施し、すべての職員が受講した。 ◆患者さんとのコミュニケーション◆ ○ハラスメントの被害者にも加害者にもならないための意識を高めるとともに、ハラスメントが発生した場合の適切な方法を学ぶ研修を、すべての職員を対象として実施した。また、看護部では、5年度から、接遇プロジェクトを立ち上げており、事例検討やディスカッションにより対応について検討を進めている。 ◆広報の充実・強化◆ ○市民や患者さん向けに、認知症予防等に関する出張講座や、ちがさき健康チャレンジフェスタにおいて講演会を実施し、153人が受講した。一方で、新たな担当としての広報担当は、配置に至っていない。イメージやブランド力を高め、経営資源の獲得が可能となるよう、より大局的な経営的視点により、当院の強みを分析し、効果的な広報につなげていく。 ◆看護外来の拡充◆ ○「ストーマ外来」は、ストーマだけでなく創傷ケアに関しても取組を拡大するにあたり、「スキンケア外来」と名称変更し稼働している。ストーマ処置料・在宅療養指導料としても昨年度同時期では168件であったが、217件と増加し、患者さん等への支援の幅が広がった。「フットケア外来」には糖尿病看護認定看護師も加わり、さらなる合併症予防に努めていく。下半期は、緩和ケア認定看護師が「がん看護専門外来」を構築する予定であり、スペシャリストを中心とした専門外来の拡充により患者さん、家族へ支援を行っていく。 ◆外来待ち時間の環境整備◆ ○外来待ち時間調査について、上半期に調査方法の検討を行い、下半期に業務改善・サービス向上委員会にて調査方法を定める準備を進めている。 ○充実した待合室環境を目指し、7年1月を別途とした無線LAN(Wi-Fi)の整備を進めている。 ○救急外来での待ち時間が長くなると予想される場合は、事前に受付から伝えている。また、医師と患者さんの状況によってはトリアージを行い順番を調整している。待合室で体調不良の患者さんを見かけたら、声をかけ休む場所の確保を行っている。 ◆療養環境の改善◆ ○療養環境の改善に向け、上半期は、病室内を業者と共に回り現状を視察した。下半期から病室内のリニューアルを始める予定である。 ◆バリアフリーへの対応◆ ○ハード面のトイレをすでに設置済みであり、敷地内段差解消と障がい者等優先の駐車場5台分の確保については、5年度に実施済みである。本館出入口の対応として、床及び音声案内を6年度下半期で設置する予定であり、上半期はその準備を行った。ソフト面では、人的対応として、5年度にコミュニケーションのとれるツールを作成し運用を開始している。6年度は心のバリアフリーの教育啓発として、下半期に研修の実施を予定している。 ◆患者さんの来院手段の確保◆ ○市担当課とコミュニティバス事業の方向性を確認するとともに、運行見直しや患者さんの利便性維持のために必要となるデータの収集手法等に関して意見交換を実施した。患者満足度調査等の機会を捉えて、患者さんの来院手段を調査するとともに、市担当課との情報共有を進め、必要な措置を検討する。 ◆駐輪場の再整備◆ 勤務者の駐輪場利用人数を把握するため、上半期は病院委託事業者に対し調査を行った。下半期に職員の駐輪場利用者を把握し、再整備の方向性を決定する。		
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	C
○目標値を設定している5項目のうち、目標値を達成したのは新規入院患者数のみであった。患者満足度調査に関して、総合的には一定の評価が得られているものと認識しているが、目標達成には至らず、また、入院と健康管理センターについては5年度実績を下回る結果となった。施設面、環境面、接遇のそれぞれについて、いただいたご意見をもとに、引き続き、業務改善とサービス向上活動に取り組む。市民・患者さん向け公開講座回数に関して、5年度実績は上回ったものの、目標達成率は68.2%であった。本計画における目標を意識しながら、市民や患者さんの関心のある講座や当院の強みを発信できる講座を企画立案し、開催につなげる。 ◆患者さんの医療安全の確保◆ ○6年度のインシデント・アクシデント報告件数は1,425件で、5年度実績と比較して109件増加した。報告されたインシデント・アクシデントは、毎週開催している医療安全管理室会議において、改善策を検討するとともに、医療安全管理委員会、病院幹部会議での承認を経て、院内への共有を行っている。また、医療安全意識の向上を目的とした研修を上半期・下半期の2回、eラーニング形式で実施し、いずれもすべての職員が受講した。 ◆患者さんとのコミュニケーション◆ ○ハラスメントの被害者にも加害者にもならないための意識を高めるとともに、ハラスメントが発生した場合の適切な方法を学ぶ研修や、医療機関に求められる接遇を学ぶ研修を全ての職員を対象として実施した。また、看護部では、5年度から接遇プロジェクトを立ち上げており、その活動の中で、接遇マニュアルの改定を行った。マニュアルは、院内ポータルサイトにアップすることで職員へ周知し、実践できるようにしている。また、個人情報、服務規律について、看護部内各部署で事例検討やディスカッションを行い、対応について検討し、実行している。 ◆広報の充実・強化◆ ○新たな担当としての広報担当設置に向け、採用活動を行ったが採用まで至らず、7年4月に病院総務課担当者1名を患者支援センター兼務とし、広報活動を強化している。 ○広報担当設置には至っていないが、アピールポイントに関心が集まるようホームページを改修したり、広報紙である「茅ヶ崎市立病院通信」の発行回数を増やしたりするなどの改善を行った。引き続き、採用活動を進め、イメージやブランド力を高め、経営資源の獲得が可能となるよう、より大局的な経営的視点により、当院の強みを分析し、効果的な広報につなげていく。 ◆看護外来の拡充◆ ○6年度から「ストーマ外来」はストーマだけでなく創傷ケアに関しても取り組みを拡大するにあたり、「スキンケア外来」と名称変更し稼働している。 ○ストーマ処置料に関しては170件、在宅療養指導料に関しては189件であり、患者さん、家族への支援の幅が広がっている。 ○現在実施している「フットケア外来」には糖尿病看護認定看護師も加わり、さらなる合併症予防に努めていく。 ○7年2月に、緩和ケア認定看護師が「がん看護専門外来」を、糖尿病看護認定看護師が「糖尿病看護専門外来」を開設した。今後もスペシャリストを中心とした専門外来の拡充により患者さん、家族へ支援を行っていく。 ◆外来待ち時間の環境整備◆ ○患者満足度調査の中で、待ち時間の調査を実施した。結果として「診察・検査等の待ち時間」について「やや不満」「非常に不満」の割合が42.3%であった。 ○また、待ち時間に対するアメニティの提供として、無線LAN(Wi-Fi)を整備し、7年3月から利用を開始した。本整備により、1階及び2階の待合室や会計時のエントランスフロア、地下1階放射線治療待合室、7階食堂でWi-Fiが利用できるようになった。 ○救急外来での待ち時間が長くなると予想される場合は、受付時に事前に伝えている。また、患者状態のトリアージを行い、緊急性、優先順位を考えながら調整しているが、順番が変わる場合は声かけするなど対応している。待合場所でさらに具合悪い状態となっている患者さんについては、状態観察のうえ必要時は速やかな診察ができるようにしている。 ◆療養環境の改善◆ ○療病室内のリニューアルを行う予定としていたが、資材の高騰や騒音等を考慮した仕様内容の変更を検討する中で実施が遅れ、入院患者数が増加する時期と工期が重なってしまったため、7年度当初へ工期を変更した。また、患者さんの状態に合わせ、安全で生活しやすい療養環境となるよう、ベッド周囲の床頭台やロッカーの配置を整えている。 ◆バリアフリーへの対応◆ ○出入口について、床及び音声案内の対応を6年度に実施した。 ○安全に病院内を移動できるように、来院患者の状態に合わせ適宜エレベーターへの案内を実施している。また、外來来院時や退院時等、駐車場やタクシー乗車での車椅子など移動介助が必要な患者さんに対し、適宜、移動補助・介助を実施している。 ◆患者さんの来院手段の確保◆ ○患者満足度調査で、コミュニティバスを利用した来院数を把握した。入院患者さんでは12.1%（回答数58件のうち7件）、外来患者さんでは9.4%（同1,048件のうち98件）、健康管理センターを利用した方では6.7%（同45件中3件）であった。また、市担当課が実施した乗降調査の結果の共有を行った。今後も、市担当課とコミュニティバス事業の方向性を確認するとともに、情報共有を進め、必要な措置を検討する。 ◆駐輪場の再整備◆ ○病院の勤務者における駐輪場利用者の人数を把握するため、病院の委託事業者に対し調査を行った。駐輪場利用者は職員(会計年度任用職員含む) 368名、委託事業者149名の合計517名であり、利用者数に応じて整備箇所を特定した。夜間退出動時の安全を考慮し照明を取り付けることとしたため、7年度当初の運用開始を予定している。		
審議会における助言・意見等	期末期外部評価	

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	【実施期間】 7年1月29日から 2月5日まで		68.0%	B
						85.0%	

※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 〕
○ 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。

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	A
◆働く職員にとって魅力ある職場の醸成◆ ○職員に対して、年次有給休暇の取得状況を把握するため、取得状況調査を実施した。6年度下半期は、調査結果をもとに、年次有給休暇取得日数が少ない職員本人またはその所属長に周知し、適切に年次有給休暇が取得できる体制づくりに努める。また、看護師の負担を軽減するため、夜間の看護補助員の派遣業務委託の導入準備を進めるとともに、リリーフ体制を整え、各部署がバランスよく年次有給休暇の取得ができるようにした。 ○医師の働き方改革への取組として、働き方改革推進会議を2か月に1回開催し、医師の時間外労働時間や勤務間インターバルの取得状況を報告した。また、時間外勤務時間が長時間となることが見込まれる医師へは面談を実施し、また、上席者を交えて話し合うなど、時間外勤務時間削減に取り組んでいる。 ◆タスクシェアやタスクシフトの推進と労働環境の整備◆ ○6年度から、タスク・シフト/シェアプロジェクト会議を組織し、会議を1回開催した。 ○看護部では、「患者ファースト」の視点を共通理解のもと、IVナース制度の確立、救急外来におけるプロトコルの作成、看護師による尿道カテーテル挿入等について厚生労働省の手引きに則り、看護師が実施可能なタスクシフト/シェアを進めている。また、看護補助員との連携として、夜間派遣看護補助員を活用し業務の効率化を図っている。 ○患者さんの血圧測定結果等を電子カルテへ自動転送する医療用電子血圧計及びパルスオキシメータを導入し、看護師の業務省力化を進めた。また、デジタル技術による業務効率化を図るため、大腸内視鏡AI診断支援システムの導入を進めている。 ◆専門性を備えた職員の活用、育成・強化◆ ○6年度から、当院は「特定行為研修指定研修機関」として開校しており、特定行為2区分4行為について研修生2名が受講中である。区分は「創傷管理関連」と「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」である。上半期はe-ラーニングと演習を実施し、下半期は演習及び実習を実施予定である。 ○6年度に定数を見直し、看護職員、臨床検査技師、理学療法士、薬剤師、臨床工学技士及び事務職員を増員しており、順次採用試験を実施し、採用していく。 ◆病院に貢献した職員への処遇改善◆ ○病院に必要な専門資格を取得した職員に対する処遇については、近隣公立病院に聞き取りをしたところ、同様の課題認識があることが把握できた。地方公務員の給与制度のなかで、どのような方法がとれるか、引き続き研究していく。		
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	B
○職員の満足・不満足を可視化し、組織課題の洗い出しを行うことを目的とした職員満足度調査を実施し、目標値80%以上に対して68.0%であった。調査結果をもとに、職員のモチベーション向上、職場活性化、働きやすい職場環境に資する取り組みを行い、経営改善や患者満足度向上につなげていく。 ◆働く職員にとって魅力ある職場の醸成◆ ○上半期に実施した年次有給休暇取得状況調査の結果に基づき、年次有給休暇取得日数が少ない職員に通知をするとともに、その所属長には年次有給休暇を取得しやすい職場づくりを促すための通知を送付した。引き続き、年次有給休暇の取得率の向上に努める。 ○看護師の負担軽減のため導入した夜間派遣看護補助員が定着してきている。また、時間外勤務の短縮や年休取得に向け、日タリリーフ体制の調整を図り、職員のワークライフバランスを推進した。 ○医師の働き方改革への取り組みとして、働き方改革推進会議を2か月に1回開催し、医師の時間外勤務時間や勤務間インターバル取得状況を報告した。また、時間外勤務時間が長時間となることが見込まれる医師と面談を実施し、上席者を交えて話し合うなど、時間外勤務時間削減に取り組み、年間の時間外勤務時間をまとめ、7年度最初の働き方改革推進会議にて6年度総括を行った。6年度の医師の時間外勤務時間は533時間であり、4年度の572時間、5年度の542時間と比較して、微小ながら減少している。 ◆タスクシェアやタスクシフトの推進と労働環境の整備◆ ○6年度から、医療従事者働き方改革検討会議の下部組織として、タスク・シフト/シェアプロジェクト会議を組織した。 ○看護部におけるタスクシフト/シェアとしては、「患者ファースト」の視点を共通理解のもと、IVナース制度を確立し、57名が取得に至った。今後も全職員対象に各部署で取得に向けた活動を行う。救急外来では「発熱」で来院した患者を対象としたプロトコルを作成し、7年度からの活用を予定している。看護師による男性の尿道カテーテル挿入を実施するようになり、7年度はナーススキルでの課題学習を予定している。看護補助員との連携については、夜間派遣看護補助員の導入により業務の効率化が図られている。7年度は業務内容の定着に向けて取り組む予定である。5年度から導入した、体温計、パルスオキシメーターの自動入力といったNFC連携は全部署で定着した。今後も時間外勤務の短縮や効率化だけでなく、患者への看護実践の時間にあてられるように工夫を継続する。 ○そのほか、医師事務作業補助者を配置し、整形外科と歯科口腔外科で書類作成等を行っている。 ○7年度には、医療技術職員、会計年度任用職員（医師以外）の就業管理システムの導入を予定している。 ◆専門性を備えた職員の活用、育成・強化◆ ○6年度から「特定行為研修指定研修機関」を開講し、特定行為2区分4行為について研修生2名が受講中であり、区分は、「創傷管理関連」と「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」である。上半期はe-ラーニングと演習を実施し、下半期は実習を実施中であり、7年6月に修了予定となっている。 ○8年度からは、現在の「創傷管理関連」と「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」に加え、「血糖コントロールに係る薬剤投与関連」「循環動態に係る薬剤投与関連」区分も追加となるため、7年度はその準備期間となる。 ○主に看護部における定員不足の補充、また、7年度の採用に向けて、採用試験を行った。看護部では、例年、看護師や助産師として入職を検討されている方を対象とした病院見学・病院説明会・インターンシップや、当院からの学校訪問などを積極的に実施している。また、6年度はホームページを改修するなど情報発信の強化も実施したが、7年度当初において定員を満たす水準には至らなかった。 ◆病院に貢献した職員への処遇改善◆ ○病院に必要な専門資格を取得した職員に対する処遇については、近隣公立病院に聞き取りをしたところ、同様の課題認識があることが把握できた。 ○市給与関連条例の改正に伴い、病院給与関連規程についても地域手当増などの改正をした。 ○病院に貢献した職員への処遇改善として、地方公務員の給与制度のなかで、病院としてどのような方法がとれるか、引き続き研究していく。		
審議会における助言・意見等	期末期外部評価	