

茅ヶ崎市立病院経営計画の点検・評価
(令和 7 年度 期末期)

令和 8 年 7 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、病院事業管理者・病院長が診療科をはじめ各セクションの職員（医師、医療技術職員、看護職員、事務局職員）と行うヒアリングなどの機会を捉えて、経営や業務に係る指標、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。また、全職員に対して、経営状況や目標進捗率に関する情報提供を積極的に実施するとともに、徹底した月次評価を実施し、今後必要となる対策や手法等について議論を深め、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7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7年4月1日から令和8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		R5 年度	R6 年度	R7 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	100.0%	97.4%	97.5%	—	98.1%	100.6% 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 7 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、医業収益の増加、特に入院収益の増加による影響が最も大きいと分析しています。
- 入院収益の増加の主な要因として、①従前から取り組んでいる診療報酬上の加算取得の体制構築の結果として、医療提供体制上の評価である「総合入院体制加算 2」が取得できたことな

どにより、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DPC係数（以下単に「DPC係数」という。）が向上したこと②地域医療連携や広報の充実により新規入院患者数が増加したこと③より効率的な病床運営により適正な入院期間を堅持できたこと④手術室の運用状況のモニタリングと分析から手術枠の見直し・増設を進めたことにより手術件数が大幅増となったことーなどにより、1日1人当たり入院収益について、令和6年度実績である68,847円から72,861円（+4,014円）にまで増加することができたと分析しています。

- その一方で、費用も大幅に増加しています。社会経済情勢の影響による価格高騰等が今もなお深刻な厳しい状況であり、特に給与費と材料費において増加が著しくなっています。
- 収益、費用ともに過去最高額を更新する状況下にあつて、経常収支比率は、目標値である97.5%を0.6ポイント上回る98.1%となり、目標を達成しました。
- ただし、目標達成に当たっては国の補正予算によって追加された財政支援である「医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業費補助金」の収入（医業外収益のうち補助金）による影響は大きかったものと認識しています。このことから、経常収支黒字化達成に向けては課題が残る結果でありました。

（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		R5 年度	R6 年度	R7 年度				
		実績	実績	目標	中間期 実績	期末期 実績	期末期 達成率	期末期 自己評価
1	修正医業収支比率	90.8%	91.0%	90.1%	107.7%	89.9%	99.8%	B
2	職員給与費対修正医業収益比率	57.3%	55.5%	57.3%	45.9%	56.9%	100.7%	A
3	薬品費対修正医業収益比率	15.6%	14.7%	15.5%	16.1%	15.5%	100.0%	A
4	診療材料費対修正医業収益比率	10.0%	10.6%	10.1%	10.3%	10.3%	98.1%	B
5	委託費対修正医業収益比率	13.8%	13.8%	13.3%	13.5%	13.7%	97.1%	B
6	現金現在高	49.4 億円	40.8 億円	37.1 億円	33.0 億円	34.7 億円	93.5%	B
7	借入残高	92.6 億円	86.1 億円	78.2 億円	79.6 億円	77.1 億円	101.4%	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7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7年度は、入院収益の増加を主な要因として医業収益が約9.7億円増加した一方で、給与費や材料費の増加を主な要因として医業費用が約11.1億円の増加となりました。
- 医業収益と医業費用で算出する医業収支比率は目標値である90.1%を0.2ポイント下回る89.9%となりました。給与費や材料費をはじめ、医業費用が大幅に増となったことが医業収支

比率を押し下げた要因となっています。

- 病院事業は、人的サービスが主体となることから、費用としては職員給与費が最も高い割合を占めることとなります。令和 7 年度においても、人事院による国家公務員の給与に関する勧告に鑑み、職員の給与月額等の改定を行い、給与費は対収支見通し比で約 5 億円の増、対前年度比で約 5.7 億円の増加となりましたが、医業収益の大幅な増により、職員給与費対修正医業収益比率は目標値である 57.3%に対して 56.9%で目標達成となりました。
- なお、令和 7 年度は、特に看護職員の採用に力を入れ、令和 8 年 4 月 1 日付で 35 人の看護職員を採用しました。引き続き、人材の確保と育成により、今後の収益確保と医療提供体制の充実を進めるとともに、職員給与費対修正医業収益比率の改善を目指します。
- 薬品費対修正医業収益比率は目標値である 15.5%と同水準、診療材料費対修正医業収益比率は目標値 10.1%に対して 10.3%となりました。診療材料費に関しては、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ることから、令和 7 年度の途中から、医療材料の共同購入に着手するとともに、手術等に用いる針・糸の製品切り替え等、質を担保した上での安価な物品への切り替え等を積極的に実施しました。共同購入に関する効果検証を行いながら、引き続き、材料費の抑制に努めます。
- 委託費対修正医業収益比率は目標値 13.3%を 0.4 ポイント上回る 13.7%で、目標達成に至りませんでした。医療機器の保守点検費用に加え、医事業務、医師事務作業補助者派遣業務、看護補助者派遣業務、準夜勤看護補助者派遣業務、手術室補助業務、給食調理業務など、人件費や食材費といった価格高騰の影響を受けやすい業務での増額が主な要因となっています。
- 費用が増加傾向にあることから、薬品の単価契約における価格交渉、医療材料の共同購入、手術等に用いる製品の切り替え等の外部調達費用の縮減と合わせて、井水のトイレ等排水への利用等の施設維持管理コストの縮減にも取り組み、費用の抑制に努めています。
- 現金現在高は、目標値である 37.1 億円を 2.4 億円下回る 34.7 億円となりました。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 年度には約 25 億円の企業債を発行し、ここ数年では、特に企業債の発行額が多かった年度といえます。その企業債が令和 6 年度から償還期間を迎え、当面は企業債償還金が高い水準で推移することから、計画期間中は、現金の減少が見込まれます。このことから、令和 7 年度は、令和 6 年度に引き続き、収支改善の取り組みと合わせて、計画的な企業債発行にも努めました。
- 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等により、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、費用対効果を考慮した上で、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		R5 年度	R6 年度	R7 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	287.9 人	305.5 人	300.0 人	302.8 人	305.3 人	101.8%	A
2	新規入院患者数 ※1	10,131 人	10,903 人	10,500 人	5,575 人	11,374 人	108.3%	A
3	病床利用率	71.8%	76.2%	74.8%	75.5%	76.1%	101.7%	A
4	手術件数 ※1	3,451 件	3,865 件	3,500 件	2,008 件	4,138 件	118.2%	S
5	平均在院日数 ※2	10.5 日	10.3 日	10.5 日	10.0 日	9.8 日	107.1%	A
6	1 日 1 人当たり入院収益	65,179 円	68,847 円	68,000 円	71,773 円	72,861 円	107.1%	A
7	1 日当たり外来患者数	902.8 人	932.3 人	890.0 人	899.1 人	929.2 人	104.4%	A
8	1 日 1 人当たり外来収益	17,413 円	17,486 円	18,100 円	18,837 円	18,737 円	103.5%	A
9	紹介数（初診に限る）※1	12,192 人	12,972 人	12,600 人	6,737 人	13,169 人	104.5%	A
10	逆紹介数 ※1	15,942 人	17,787 人	18,600 人	9,014 人	18,734 人	100.7%	A

※1 令和 7 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 7 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、目標進捗率等に関する情報提供を積極的に実施するとともに、徹底した月次評価を実施しました。
- 「新規入院患者数」と「紹介数（初診に限る）」に関して、特に、消化器内科で大きく増加しました。当院の強みである、がんの内視鏡診断・治療において中心的な役割を果たす消化器内科では、令和 6 年 11 月に、A I を搭載した内視鏡画像診断支援プログラムを導入し、より迅速で精度の高い診断結果を提供することが可能となりました。先進的な医療技術の P R や診療所訪問を積極的に実施したことにより、大きく増加しています。
- 「手術件数」に関して、「脊椎センター・人工関節センター」において、脊椎脊髄疾患や膝・股関節疾患の専門的な診療を積極的に実施している整形外科、そして、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により外科、呼吸器外科、泌尿器科で大きく増加しています。
- 手術件数が年々増加傾向となっていることから、手術室運用状況のモニタリングと分析を継続して実施しています。当該分析結果による手術枠の見直し・増設も進め、令和 7 年 1 月から実施した木曜手術枠の増設を通年運用とするとともに、7 年 10 月からは金曜手術枠の増設も実施し、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。
- これらの取り組みにより、令和 7 年度は、4 つの病院重点目標を含むすべての項目で目標を達成しました。
- すべての項目で目標を達成し、紹介数についても堅調に推移した一方で、「1 日当たり入院患者数」「病床利用率」「1 日当たり外来患者数」は令和 6 年度実績を下回る結果となりました。

- 「1日当たり入院患者数」と「病床利用率」については、これまでの取り組みとしてDPC入院期間Ⅱを意識した病床運営によるものです。入院単価の上昇にも寄与する取り組みであることから、さらなる収益確保のため、前方連携に力を入れ、紹介患者の確保に努めるとともに、救急からの入院にも力を入れ、新規入院患者の増加と病床利用率の向上に努めます。
- 「1日当たり外来患者数」については、代謝内分泌内科において、紹介数は増加しているものの、地域の医療機関で糖尿病の血糖コントロールを支援する体制が整備されていることから逆紹介が一層推進されたこと、また、総合内科において、発熱症状などの患者さんが減少したことなどが要因であると分析しています。今後も、診療科ごとの需要の変化に対応した効率的な外来運営に努めます。

(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、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	1		1	
		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		3	1		
		重点的な取組	1			1		

項目（続）			点数評価区分					
			合計	S	A	B	C	D
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	8	13	3	0

(5) 令和 7 年度の点検・評価の総括

本計画では、経常収支比率を最終的な成果指標として位置付け、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 2 年目となる令和 7 年度は、「新規入院患者数」「手術件数」「紹介数」「逆紹介数」を病院重点目標に設定するとともに、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（医師、医療技術職員、看護職員、事務局職員）と行うヒアリングなどの機会を捉えて、経営や業務に係る指標、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。また、全職員に対して経営状況や目標進捗率等に関する情報提供を積極的に実施するとともに、徹底した月次評価を実施し、今後必要となる対策や手法等について議論を深めました。

また、地域の基幹病院として、良質な療養環境と安全・安心な医療を提供するため、中央監視装置、病棟の照明やリモートコントロールベッド等の施設・設備の更新を進めるとともに、病棟セントラルモニター式をはじめ医療機器の更新を進めたほか、診療の継続性確保のため、緊急事態下においても診療を継続できるよう、電子カルテシステムのオフライン参照環境を構築するなど、予定していた建設改良事業を実施しました。そのほか、近年、痛みの軽減や歩行能力の改善を目的とした人工関節置換術のニーズが高まっていることから、令和 7 年第 4 回市議会定例会（会期：令和 7 年 11 月 27 日から 12 月 19 日まで）において、人工関節手術支援ロボットの購入に係る補正予算を提案しました。補正予算議案の可決を経て、先進的な医療技術として、湘南東部医療圏内では初となる人工関節手術支援ロボット「Mako（メイコー）」を購入し、早期稼働に向けた準備を進めました。

地方公営企業法全部適用という組織体制を生かした機動的な病院経営を実践するとともに、診療報酬上の加算取得のための体制構築、効率的な病床運営と救急受け入れ体制の見直し、地域医療連携の強化や広報の充実といった「収益確保に資する取り組み」と「良質な療養環境と安全・安心な医療の提供」を推し進めました。

損益計算書上の病院事業収益は、145 億 8,480 万 7 千円で、本計画における収支見通しと比較すると 13 億 196 万 2 千円（9.8%）の増となりました。診療報酬上の加算取得のための体制構築、効率的な病床運営、手術枠の見直しや増設を推し進めたことにより、入院収益は同 6 億 7,237 万 8 千円（9.0%）の増となりました。また、本計画における収支見通しでは見込んでいない収益として、国の補正予算によって追加となった「医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業費補助金」による収入が 2 億 2,819 万 5 千円（皆増）あったことなどから、病院事業収益は過去最高収益を更新する結果となりました。

一方、病院事業費用は 149 億 4,250 万 1 千円で、本計画における収支見通しと比較すると 13 億 2,840 万 4 千円（9.8%）の増となりました。社会経済情勢の影響による価格高騰等が今もなお深刻な状況にあり、給与費が同 5 億 121 万 8 千円（7.5%）の増、材料費が同 3 億 5,830 万 4 千円（11.7%）

の増、委託料が同 1 億 7,604 万 7 千円 (11.3%) の増、消費税に関連する雑損失を含む医業外費用が同 1 億 3,199 万円 (22.3%) の増となりました。

これらのことから、令和 7 年度は、2 億 8,403 万 4 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 3 億 3,125 万 2 千円、経常収支比率 97.5%と比較すると、経常損失は 4,721 万 8 千円圧縮することができ、経常収支比率は 0.6 ポイント上回る 98.1%となりました。

令和 7 年度は、経常収支比率は目標値を上回り、また、経営に係る指標と業務に係る指標についても、概ね目標達成をしていることから、これまで推し進めた取り組みが奏功しているものと認識しています。しかしながら、経常収支比率の目標達成に当たっては、国の財政支援による影響は大きかったものと認識しており、経常収支黒字化達成に向けては課題が残る結果でありました。

(6) 今後の課題

令和 7 年度の病院経営を進める中で、今後、注力すべき課題については、次のとおり分析しています。

【各指標の令和 6 年度実績との比較】

指標	令和 6 年度実績	令和 7 年度実績	増減	増減率
新規入院患者数	10,903 人	11,374 人	+471 人	104.3%
平均在院日数	10.3 日	9.8 日	▲0.5 日	—
延べ入院患者数	111,493 人	111,431 人	▲62 人	99.9%

令和 7 年度は、新規入院患者数の増加と平均在院日数の短縮が同時に実現できていることから、病床運営の効率化が確実に進展しているものと認識しています。しかしながら、延べ入院患者数は減少に転じたことから、さらなる集患に結びつける取り組みが重要となります。

これまでも、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、紹介数や逆紹介数の増加につながっています。しかしながら、直近の退院患者数調査 (DPC) 結果を分析したところ、湘南東部医療圏では、流出患者割合が高い傾向にあることから、今後、地域医療連携体制のさらなる強化や、戦略的な広報活動を展開するなど、新規入院患者数の最大化に資する取り組みが必須であると分析しています。

また、価格高騰等の影響が今もなお深刻な状況であり、費用全般に関しても、経営計画における収支見通しと比較して大幅に増加していることから、費用のさらなる精査が重要となります。費用の抑制に関しては、外部調達費用の抑制策として、令和 7 年度から、新たに医療材料の共同購入に着手し、質を担保した上での安価な物品への切り替え等も積極的に進めました。共同購入に関する効果検証を進めながら、費用の適正化を進める必要があります。費用の適正化に関しては、ICT の活用等による時間外勤務の縮減やタスクシフト／シェアの推進、医療材料の共同購入や客観的データに基づく価格交渉等による外部調達費用の縮減、使用量の見直し等による維持管理コストの縮減といった視点から、取り組みを進めます。

収益確保と費用抑制の双方の取り組みを進め、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		R5年度	R6年度			R7年度						
		実績	目標	実績	達成率	目標	中間期実績	期末期末実績	期末期末達成率	中間自己評価	期末自己評価	期末外部評価
1	経常収支比率	↑	100.0%	95.7%	97.4%	101.8%	97.5%	-	98.1%	100.6%	B	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		R5年度	R6年度			R7年度						
		実績	目標	実績	達成率	目標	中間期実績	期末期末実績	期末期末達成率	中間自己評価	期末自己評価	期末外部評価
1	修正医業収支比率	↑	90.8%	88.4%	91.0%	102.9%	90.1%	107.7%	89.9%	99.8%	A	B
2	職員給与費対修正医業収益比率	↓	57.3%	58.6%	55.5%	105.6%	57.3%	45.9%	56.9%	100.7%	A	A
3	薬品費対修正医業収益比率	↓	15.6%	15.5%	14.7%	105.4%	15.5%	16.1%	15.5%	100.0%	B	A
4	診療材料費対修正医業収益比率	↓	10.0%	10.1%	10.6%	95.3%	10.1%	10.3%	10.3%	98.1%	A	B
5	委託費対修正医業収益比率	↓	13.8%	13.5%	13.8%	97.8%	13.3%	13.5%	13.7%	97.1%	B	B
6	現金現在高	↑	49.4億円	42.0億円	40.8億円	97.1%	37.1億円	33.0億円	34.7億円	93.5%	B	B
7	借入残高	↓	92.6億円	88.3億円	86.1億円	102.6%	78.2億円	79.6億円	77.1億円	101.4%	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		R5年度	R6年度			R7年度						
		実績	目標	実績	達成率	目標	中間期実績	期末期末実績	期末期末達成率	中間自己評価	期末自己評価	期末外部評価
1	1日当たり入院患者数	↑	287.9人	290.0人	305.5人	105.3%	300.0人	302.8人	305.3人	101.8%	A	A
2	新規入院患者数	↑	10,131人	10,200人	10,903人	106.9%	10,500人	5,575人	11,374人	108.3%	A	A
3	病床利用率	↑	71.8%	72.3%	76.2%	105.4%	74.8%	75.5%	76.1%	101.7%	A	A
4	手術件数	↑	3,451件	3,450件	3,865件	112.0%	3,500件	2,008件	4,138件	118.2%	S	S
5	平均在院日数	↓	10.5日	10.5日	10.3日	101.9%	10.5日	10.0日	9.8日	107.1%	A	A
6	1日1人当たり入院収益 ※	↑	65,179円	67,000円	68,847円	102.8%	68,000円	71,773円	72,861円	107.1%	A	A
7	1日当たり外来患者数	↑	902.8人	890.0人	932.3人	104.8%	890.0人	899.1人	929.2人	104.4%	A	A
8	1日1人当たり外来収益 ※	↑	17,413円	17,700円	17,486円	98.8%	18,100円	18,837円	18,737円	103.5%	A	A
9	紹介数（初診に限る）	↑	12,192人	12,300人	12,972人	105.5%	12,600人	6,737人	13,169人	104.5%	A	A
10	逆紹介数	↑	15,942人	17,800人	17,787人	99.9%	18,600人	9,014人	18,734人	100.7%	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。

審議会における助言・意見等

--

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	R5年度	R6年度		R7年度				
	実績	目標	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	551	550	640 116.4%	600	346 57.7%	S	725 120.8%	S
外来化学療法件数	2,041	2,150	2,016 93.8%	2,200	1,197 54.4%	A	2,372 107.8%	A
放射線治療新規患者数	155	160	145 90.6%	200	82 41.0%	C	159 79.5%	C
がん相談件数	1,212	1,020	2,067 202.6%	1,040	1,279 123.0%	S	2,298 221.0%	S

※R6年度実績欄・R7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みます。
- 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	B
○目標値を設定している4項目のうち、3項目で50%を超える達成状況となっている。放射線治療新規患者数の目標達成率は41.0%であるが、R6年度から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◆ ○R6年12月に、がん診療支援センターを設置して以降、がん診療の提供、地域医療連携、がん相談機能、情報収集機能が一体化されている。ホームページに「がん診療支援センター」のページを開設し、がん治療、内視鏡センター、外来化学療法室、放射線治療、緩和ケア、院内がん登録、がん相談支援センターの情報発信を行っている。また、診療トビックスとして、茅ヶ崎・寒川地域早期肺癌診断プロジェクト、AI搭載内視鏡画像診断支援プログラム導入の情報発信を行った。 ◆安心して受診できる環境の整備と相談機能の充実◆ ○R6年度下半期に開設した緩和ケア認定看護師による「がん看護専門外来」の上半期実績は6件であった。専門外来の枠外であっても、必要な場合は専門外来と同様の内容で対応しているケースもあることから、下半期はその件数も抽出していく。 ○がん相談件数は上半期1,279件で前年度比126.3%であった。患者さん、家族、関係者に対し、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対応を行った。 ○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。 ○自己点検の指標として、「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算定する『がん患者指導管理料（イ）』」と、「医師または看護師等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する『がん患者指導管理料（ロ）』」の件数をモニタリングしている。 ○（イ）は上半期106件（前年同時期：72件）で前年度比147.2%、（ロ）は上半期17件（前年同時期：7件）で前年度比242.9%であった。（ロ）のうち6件はR6年度開設の「がん看護専門外来」で対応した。いずれも前年度を上回る対応件数であり、今後も安心してがん治療が受けられるよう、がん相談機能の充実を進める。 ○（イ）に関しては、多くの患者さんが安心して治療が受けられることへ貢献しているものと分析している。「がん看護専門外来」については（ロ）に関する内容で対応しているが、患者さんのニーズに合わせ対応する際、専門外来枠での対応となることがある。今後は、枠内外での実績を確認しながら、どのような体制がよいか検討を進める。 ○「スキンケア外来」は上半期94件（前年同時期：79件）に対応し、より多くの患者さんが安心して治療を受けられることに貢献しているものと分析しており、今後も看護専門外来の相談機能や体制の充実を進める。 ◆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、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、各部署におけるカンファレンスにチームメンバーが参加し、ケアの検討を行い、多職種におけるチーム医療の向上、推進に寄与している。個々のチームメンバーが患者さん、ご家族に直接サポートをすることもあり、医療者への支援と共に患者さん、ご家族への支援の両側面からサポートを継続している。 ◆がん専門職員の育成と人材確保◆ ○看護部門での実践力を高めるため、「がん化学療法看護研修（院内研修）」を実施し、7名が受講、現場での実践に生かせる学習を行った。 ○放射線治療に関して、1名が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すとともに、人材育成を進めている。緩和ケアに関して、院内で緩和ケア認定看護師による研修を7名が受講、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。 ○医師では、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、乳腺外科では二次読影を実施している。また、がん治療認定医取得などキャリアパスを構築している。内視鏡センターではAIを活用した内視鏡画像診断を進めるなど、地域のがん医療の水準向上を図っている。その他、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、術者増を図っている。 ○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、「緩和ケア」に関しては、今年度は9名が受講し、現場での実践に生かせる学習を進めている。過去3年では30名が受講修了者となっている。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。		
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、3項目（悪性腫瘍手術件数、外来化学療法件数、がん相談件数）で目標を達成するとともに、前年度実績を上回る結果となった。放射線治療新規患者数は、前年度実績を上回ったものの、目標達成率は79.5%に留まった。放射線治療新規患者数は、診療報酬上、より高い体制評価を取得するために必要な項目であることから、引き続き、院内での情報提供と改善に向けた意識を促していく。 ◆（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診療機能、情報提供、研修体制等に対応できる組織として、R6年12月に、がん診療支援センターを設置し、ホームページに特設ページを設け、情報発信を継続している。 ○R7年度の院内がん登録件数は970件で、R6年度実績の871件から99件増加、対前年度比111.4%となった。 ○がん患者さんやそのご家族が心の悩みや体験を語り合う場として、がん患者サロン「すまいる」を開設している。R7年度は、開催回数を前年度比1回増となる5回開催し、アピランスケア（がんやその治療に伴う外見（アピランス）の変化によって生じる患者の身体的・心理的・社会的な苦痛を軽減し、自分らしく生活できるよう医療者が支援するアプローチ）や不安解消等の対応を進めた。 ○R7年度は、他院における乳がん検診の二次読影依頼を当院で開始する取り組みを進めた。なお、R8年度に向けては、医師会での施行となることから、その運用について検討を進めた。 ○また、ピンクリボン月間（10月）に、初の試みとして、乳がんの早期発見、早期治療の大切さを啓発する活動であるピンクリボンライトアップを実施した。 ○ホームページ、パンフレット、ポスター掲示等で「がん診療」「がん相談体制」に関する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◆ ○R6年度下半期に開設し、毎週金曜日としていた「がん看護専門外来」について、患者さんや家族が必要なときに随時対応を可能とする相談しやすい支援体制の整備を進めた。なお、R7年度の対応件数は30件であった。 ○R7年度のがん相談件数2,298件で、前年度実績である2,067件から231件増加、対前年度比111.2%となった。引き続き、患者さん、家族、関係者に対し、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対応を進めていく。 ○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。 ○自己点検の指標として、「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算定する『がん患者指導管理料（イ）』」と、「医師または看護師等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する『がん患者指導管理料（ロ）』」の件数をモニタリングしている。 ○（イ）のR7年度実績は189件で、前年度実績である158件から31件増加、対前年度比119.6%となった。（ロ）のR7年度実績は30件で、前年度実績である7件から23件増加、対前年度比428.6%となった。 ○また、「スキンケア外来」に関しては、医師等の指示に基づき看護師等が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に算定する「在宅療養指導料」と、ストーマをもつ患者さんに対して処置を行った場合に算定する「ストーマ処置」の件数をモニタリングしている。在宅療養指導料のR7年度実績は202件で、前年度実績である189件から13件増加、対前年度比106.9%となり、ストーマ処置のR7年度実績は166件で、前年度実績である170件から4件の減少、対前年度比97.6%となった。今後も看護専門外来の相談機能や体制の充実を進める。 ◆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、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、各部署におけるカンファレンスにチームメンバーが参加し、ケアの検討を行い、多職種におけるチーム医療の向上、推進に寄与している。個々のチームメンバーが患者さん、ご家族に直接サポートをすることもあり、医療者への支援と共に患者さん、ご家族への支援の両側面からサポートを継続している。 ◆がん専門職員の育成と人材確保◆ ○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、「緩和ケア」に関しては、R7年度は9名が受講し、現場での実践に生かせる学習を進めた。過去3か年では、30名が受講を修了している。 ○放射線治療に関しては、1名が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すとともに、人材育成を進めている。 ○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。 ○1名欠員となっていた薬剤師について、採用活動を進めた結果、R8年4月1日付けで1名採用となった。今後も、外来抗がん剤治療患者さんへの介入強化等、地域全体のがん医療の水準向上に取り組んでいく。		
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	R5年度	R6年度		R7年度				
	実績	目標	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	4,667	5,100	4,743 93.0%	5,200	2,571 49.4%	B	5,367 103.2%	A
市消防救急車搬送割合	27.2%	35.0%	27.9% 79.7%	35.0%	31.5% 90.0%	B	32.7% 93.4%	B
救急車応需率	83.6%	90.0%	85.7% 95.2%	90.0%	89.9% 99.9%	B	90.8% 100.9%	A

※R6年度実績欄・R7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、DMAT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
○目標値を設定している3項目いずれも評価区分はBとなったが、院内において事例や課題の共有を進めるとともに、現場職員同士の顔の見える関係の構築を進めるなど、院内内外への積極的な働きかけが奏功し、R6年度から改善傾向となっている。 ◆断らない良質な救急医療の提供◆ ○R7年度上半期の茅ヶ崎市消防からの救急車搬送受け入れ件数は2,571件で、前年同時期の2,273件から298件増加した。茅ヶ崎市消防が行う救急搬送件数は、R7年度上半期は8,172件で、前年同時期の8,158件から14件増加した。当院への搬送割合は、R7年度上半期は31.5%で、前年同時期の27.9%から3.6ポイント増加し、全ての月で、市内医療機関で最も高いシェアとなった。なお、全消防からの救急車搬送件数は、R7年度上半期2,628件で、前年同時期の2,382件から246件増加した。 ○救急車の応需件数を増やすため、次の取り組みを行った結果、R7年度上半期の応需率は89.9%で、前年同時期の86.5%から3.4ポイント改善した。 「病院実習を活用した現場職員同士の顔の見える関係の構築」「救急車対応簿の改訂」「医師別応需率集計表を活用した事例の洗い出し、院内情報共有及び指導」「救急救命士への当院活動内容の啓発」「平日日勤帯の循環器ホットラインの救急隊への周知」 ○登録医専用回線のR7年度上半期の件数は378件で、前年同時期の317件から61件増加した。循環器内科ホットラインのR7年度上半期の件数は15件で、前年同時期の14件から1件増加した。 ◆患者さんのスムーズな受入体制の構築◆ ○救急搬送後の入院件数について、R7年度上半期は970件で、前年同時期の940件から30件増加した。一方、救急搬送後の入院率については、R7年度上半期は36.9%で、前年同時期の39.5%から2.6ポイント減少した。 ○救急車で来院した患者さんの入院について、満床でも一時的にオーバーベッドとして受け入れても問題ないことが医療法施行規則に明記されているため、必要時はオーバーベッドでも入院を受け入れられることを院内に周知した。 ○救急車の応需を行う際、高度な治療が必要な患者さんの場合は、高次病院への転院搬送を適切に行っている。 ◆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、被災時に的確に対応できるよう災害対応訓練を行っている。R7年度は8月25日に机上訓練を実施し、10月25日には近隣病院等にも協力いただき、実働訓練を実施する予定である。 ○DMAT体制を維持するため、院内で新たな隊員を募集するとともに、国や県が主催する訓練研修等に参加した。 ○看護部災害対策チームでは、10月25日実施予定の実動訓練結果を踏まえ、下半期も机上訓練を行い、災害時に対応できるアクションカードの検証・整備を進める。また、県看護協会の「災害対応力向上研修」に2名が受講した。下半期は、同研修に1名が受講予定である。 ◆救急医療に従事する職員の確保と育成◆ ○看護職員を対象として、アンダートリアージに関する症例検討や学習会を実施している。上半期は、救急外来で22事例を実施し、トリアージの質向上を目指している。また、救急経験3年未満の看護師5名に対して、対象者のトリアージを全件チェックし、アンダートリアージの振り返りとフィードバックを行っている。 ○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、BLS研修は新人看護職員全員と中堅以上の看護職員を対象に院内研修を実施しており、受講者が各部署で伝達講習を実施している。 ○R8年1月には中堅看護職員対象にACLS研修を実施予定である。また、アンダートリアージの研修会を救急外来で実施予定であり、トリアージの質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。 ○実際の搬送事例を基に、救急隊との定例的な症例検討会を7月に実施した。実際の搬送事例に対して、救急隊の対応と当院での対応を発表するとともに、意見交換を実施し、救急隊と当院医師双方の知識向上を図っている。なお、症例検討会は、下半期においては2回の開催（12月・3月）を予定している。 ○救急救命士の専門研修として、年間度次のとおり受け入れを予定している。 「再教育病院実習（96時間）7名」「再教育病院実習（48時間）1名」「気管挿管病院実習（30症例）2名」「ビデオ喉頭鏡病院実習（2症例）2名」「気管挿管再教育病院実習（1症例）7名」 ○特に再教育病院実習では、ICUや手術室、循環器内科での心臓カテーテルなど、搬送後の患者さんへの処置等を実際に見ていただき、現場職員同士の顔の見える関係の構築を行うことができている。また、再教育病院実習は火曜日と金曜日の週2日で受け入れているが、受け入れ日数と受け入れ人数の増加を検討している。		
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
○目標値を設定している3項目いずれも中間期の評価区分はBであったが、院内において事例や課題の共有を進めるとともに、現場職員同士の顔の見える関係の構築を進めるなど、院内内外への積極的な働きかけが奏功し、市消防救急車搬送件数と救急車応需率は目標を達成した。 ◆断らない良質な救急医療の提供◆ ○茅ヶ崎市消防が行う救急車搬送件数は16,408件で、前年度の16,977件から569件減少、対前年度比96.6%となった。全体での搬送件数が減少した状況で、当院における茅ヶ崎市消防からの救急車搬送受け入れ件数は5,367件で、目標を達成するとともに、前年度実績である4,743件から624件の増加、対前年度比113.2%となった。これに伴い、当院への搬送割合は前年度実績である27.9%から4.8ポイント増加の32.7%となった。また、市内医療機関で最も高いシェアを維持できた。 ○救急車の応需件数を増やすため、「病院実習を活用した現場職員同士の顔の見える関係の構築」「医師別応需率集計表を活用した事例の洗い出し、院内情報共有及び指導」「救急救命士への当院活動内容の啓発」「平日日勤帯の循環器ホットラインの救急隊への周知」等の取り組みを継続した。特に、医師別応需立集計表を活用し、医師個人についても救急車応需率90%以上を徹底するとともに、不応需となった事例については検証を行い、その検証結果について、副院長から診療部長、各診療科部長、担当医への情報共有等を積極的に実施した。この結果、救急車応需率は90.8%で、目標を達成するとともに、前年度実績である85.7%から5.1ポイント改善した。 ○登録医専用回線の件数は703件で、前年度の605件から98件増加、対前年度比116.2%となった。循環器内科ホットラインの件数は27件で、前年度の36件から9件減少、対前年度比75.0%となった。 ○全体的に改善がみられるものの、市消防救急車搬送割合は目標達成に至らなかったことから、引き続き、取り組みを進めていく。 ◆患者さんのスムーズな受入体制の構築◆ ○救急搬送後の入院件数は2,004件で、前年度実績である1,848件から156件増加、対前年度比108.4%となった。一方、救急車搬送後の入院率については36.5%で、前年度実績である37.1%から0.6ポイント減少した。 ○診療部と看護部が連携しながら病床管理を行うとともに、DPC期間Ⅱ以内での退院調整が進められるよう、院内研修を実施した。院内研修は、DPCの基本を理解し、各部署管理に生かすことを目的として4回実施し、DPC期間Ⅱ以内での退院調整等に関する知識を深めた。 ○救急車不応需事例を減少させ、救急医療が必要な患者さんを適切に受け入れることができるよう、主たる診療科の病棟以外でも、空床があれば受け入れ可能な体制を整えている。 ○救急車の応需を行う際、高度な治療が必要な患者さんの場合は、高次病院への転院搬送を適切に行っている。 ◆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、被災時に的確に対応できるよう災害対応訓練を行っている。R7年度は8月25日に机上訓練を実施し、10月25日には近隣病院等にも協力いただき、実働訓練を実施した。なお、看護部災害対策チームでは、実働訓練の結果を踏まえ、下半期においても机上訓練を行うとともに、災害時対応できるアクションカードの検証と整備を実施した。 ○DMAT体制を維持するため、院内で新たな隊員を募集するとともに、国や県が主催する訓練研修等に参加した。 ○看護部内研修として「災害看護」を実施した。災害拠点病院としての看護職員に必要な災害看護を学ぶことを目的とし、11名が受講した。 ○R7年度は、県看護協会の「災害対応力向上研修」に3名が受講した。今後も受講者を増やし、災害時での対応に生かせるよう努める。 ◆救急医療に従事する職員の確保と育成◆ ○看護職員を対象として、アンダートリアージに関する症例検討会と学習会を実施した。救急外来で振り返りシートを使用し、上半期22事例、下半期16事例の計38事例のアンダートリアージの振り返りとフィードバックを実施した。今後も症例検討会と学習会を継続するとともに、外部での研修も積極的に受講し、知識の向上に努める。 ○BLS研修とICLS研修受講者が看護部全体で52名となった。引き続き、研修受講者の増加と知識の向上に努める。 ○実際の搬送事例を基にした救急隊との症例検討会を3回実施した。症例発表の後の質疑応答では、救急隊から積極的な質問があり、医師と救急隊との間で議論を深めることができた。 ○救急救命士の専門研修として、当初の予定どおり研修を受け入れた。なお、受け入れ実績は次のとおりである。 「再教育病院実習（96時間）7名」「再教育病院実習（48時間）1名」「気管挿管病院実習（30症例）2名」「ビデオ喉頭鏡病院実習（2症例）2名」「気管挿管再教育病院実習（1症例）7名」 ○また、院内向け救急蘇生講習会として、AHA-BLS研修（突然の心肺停止や呼吸困難に陥った傷病者に対して救急隊が到着するまでに行う一時救命処置を学ぶ研修：1回）とICLS研修（突然の心停止に対する最初の10分間の適切なチーム蘇生を習得することを目標とした研修：2回）を受講希望者を対象に実施し、26名が受講した。今後は、全職員を対象とした救急蘇生講習会を実施し、職員の救急対応力の向上に努める。		
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（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	R5年度	R6年度		R7年度				
	実績	目標	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	379	400	407 101.8%	400	188 47.0%	B	379 94.8%	B
母体搬送件数	46	60	39 65.0%	60	12 20.0%	C	23 38.3%	C
新生児搬送件数	45	50	42 84.0%	50	16 32.0%	C	39 78.0%	C

※R6年度実績欄・R7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	B
○目標値を設定している3項目いずれも50%未満の達成率となった。特に、母体搬送件数の達成率が低い状況にあるが、妊婦さんの異常を早期に発見することで、治療に早期介入でき、重症化が減少しているものと認識している。 ◆産後ケアの取組◆ ○産後ケア事業では、「訪問型」「通所型：デイサービス」を実施している。通所型では、産婦の休息時間の確保、食事の提供など、訪問型ではできないサービスを提供している。 ○R7年度上半期の利用件数は、訪問型8件（前年同時期：8件）・通所型5件（前年同時期：9件）の合計13件であった。上半期実績では減少したが、産後ケアへのニーズに継続して対応できていると認識している。 ○産後ケアを担当できる助産師を育成しており、R6年度の8名から1名増加し、9名が対応できるようになった。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名同時利用の検討を進めつつ、安全に配慮した効率的な運用を目指している。 ◆メディカルショートステイの受入◆ ○神奈川県障がい児等メディカルショートステイ事業のR7年度上半期実績は、小児科16件・入院合計日数85日となり、前年同期間（7件・32日）を上回った。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◆ ○産科専用のユニット化や、妊産婦・新生児と産後ケア事業で来院する児との療養環境を区別したゾーニングに加え、抗がん剤治療患者さんとの療養環境のゾーニングが定着できている。今後も混合病棟である特徴を踏まえつつ、妊産婦や新生児の安全・安心な療養環境の整備を進める。 ◆産科医師・小児科医師・助産師の確保と育成◆ ○アドバンス助産師は9月末時点で7名在籍し、1名が申請中のため計8名になる予定である。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、質の高い産前産後ケアの提供に努めている。助産師学生の実習受け入れをR6年度から再開し、助産師の確保と育成を図っている。 ○産後ケア訪問の活動やアドバンス助産師の活動について、ホームページに掲載し、周知に努めている。		
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
○目標値を設定している3項目いずれも目標達成に至らず、また、前年度実績を下回る結果となった。ただし、母体搬送件数に関しては、妊婦さんの異常を早期に発見することで、治療に早期介入でき、重症化が減少しているものと認識している。 ◆産後ケアの取組◆ ○産後ケア事業では、「訪問型」「通所型：デイサービス」を実施している。通所型では、産婦の休息時間の確保、食事の提供など、訪問型ではできないサービスを提供している。 ○産後ケア事業を担当できる助産師の教育や育成等に注力した結果として、R7年度までは1日1組の利用に限られていたが、R8年度からは、1日2組同時利用できる体制を整備することができた。 ○しかしながら、訪問型の利用件数は10件で、前年度実績である13件から3件減少、対前年度比76.9%となり、通所型の利用件数は12件で、前年度実績である15件から3件減少、対前年度比80.0%となった。 ○今後も産後ケア事業のニーズに応えるため、入院中から継続した支援について、産婦一人一人に説明をしていく。引き続き、安全に配慮した効率的な運用を目指して取り組みを進める。 ◆メディカルショートステイの受入◆ ○神奈川県障がい児等メディカルショートステイ事業の利用実績は、小児科で20件・入院合計日数115日となり、前年度実績である14件・入院合計日数73日から、それぞれ6件・42日増加（対前年度比233.3%・157.5%）した。なお、脳神経内科での利用実績は0件であった。引き続き、県との連携のもと、対象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努めていく。 ◆妊産婦や新生児の安全安心な療養環境の整備◆ ○産科専用のユニット化や、妊産婦・新生児と産後ケア事業で来院する児との療養環境を区別したゾーニングに加え、抗がん剤治療患者さんとの療養環境のゾーニングが定着できている。今後も混合病棟である特徴を踏まえつつ、妊産婦や新生児の安全・安心な療養環境の整備を進める。 ○また、R8年6月の診療報酬改定において、分娩を伴う入院中の患者さんについて、必要な産科管理を行った場合に算定される「産科管理加算」が新設された。当該加算の算定要件である視覚的に区域が区分されるゾーニングを適切に実施する。 ◆産科医師・小児科医師・助産師の確保と育成◆ ○小児科医師について、大学医局との連携を図り、R7年10月から1名増の11名となった。 ○アドバンス助産師について、R7年度は1名が申請承認され、計8名となった。引き続き、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、質の高い産前産後ケアの提供に努めていく。R6年度から再開した助産師学生の実習受け入れを継続し、助産師の確保と育成を図っている。なお、R7年度での助産師学生の実習受け入れ実績は2名で、前年度実績と同数であった。 ○産後ケア訪問の活動やアドバンス助産師の活動について、ホームページに掲載し、周知に努めている。		
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（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	R5年度	R6年度		R7年度				
	実績	目標	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）	12,192	12,300	12,972 105.5%	12,600	6,737 53.5%	A	13,169 104.5%	A
紹介率	69.9%	70.0%	72.9% 104.1%	70.0%	76.2% 108.9%	A	76.5% 109.3%	A
逆紹介数	15,942	17,800	17,787 99.9%	18,600	9,014 48.5%	B	18,734 100.7%	A
地域医療機関向け研修会回数	26	23	25 108.7%	24	9 37.5%	C	23 95.8%	B

※R6年度実績欄・R7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（パーシエント・フロー・マネジメン）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	B
○診療科部長による診療所訪問や、医師会との研修会の実施など、お互いの顔の見える関係構築に取り組んだことにより、紹介・逆紹介に関しては、目標達成の水準となっている。 ◆スムーズで安心な前方連携・後方連携体制の構築◆ ○前方連携強化として、病診連携・病病連携がスムーズとなるよう、診療科部長と共に診療所21か所と2病院の訪問活動を実施し、診療科のアピールと連携上の課題を共有した。また、後方連携強化として、5病院を訪問し、病院間交流として3施設の訪問を受け入れ、相互理解を深める活動を実施した。 ○PFM強化では、入院センターで「入院のご案内」の説明動画を作成し、10月から運用を開始することとした。入院前から患者情報を多職種で共有し、入退院支援に生かしている。 ○PFMのうち特に病床管理に力を入れており、診療科と看護部、患者支援センターで入院期間の適正化を進めている。 ○緊急入院の振り分けを実施するベッドコントロール内容の見直しを進めるとともに、R7年度上半期からは、診療科単位での入院期間の状況（DPC入院期間Ⅱ以内割合）を確認しながら退院調整を実施している。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に取り組んでいる。 ○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、R7年度上半期実績は3,912件で、前年同時期の3,121件から791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、R7年度上半期実績は38件で、前年同時期の56件から18件減少した。 ○入院前に支援を行った場合に、その支援の内容に応じて算定される「入院時支援加算1」について、R7年度上半期実績は1,851件で、前年同時期の1,445件から406件増加した。 ◆地域医療機関と共に取り組む医療の質の向上◆ ○9月末時点で、当院のクリニカルパスは220件あり、入院期間の適正化を図るため、DPC入院期間Ⅱを越えるクリニカルパスを洗い出し、見直しを実施した（1パス）。そのほか、内容の修正や名称変更を行い、上半期に15パスを改定した。 ○地域医療支援病院として地域医療支援研修会（1回）、症例検討会・連携カンファレンス（8回）を開催している。上半期は、9件の研修会等を開催し、地域の医療機関、関係機関から計239名が参加した。 ◆入退院支援相談員の増加◆ ○入院支援を担う入院センターでは、4月に看護師（会計年度任用職員）2名が配置され、前年度からの欠員分の補充がされた。 ○退院支援を担う職員は増員できていないが、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ている。対応件数は増加しているが、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。		
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
○診療科部長による診療所訪問や、医師会との研修会の実施など、お互いの顔の見える関係構築に取り組んだことにより、紹介・逆紹介に関しては、目標を達成した一方で、地域医療機関向け研修会に関しては、目標達成に至らず、また、前年度実績を下回る結果となった。地域医療機関向け研修会を積極的に実施することは、紹介数の向上と逆紹介の円滑化に寄与し、経営的貢献度が高いものであることから、目標達成を目指すとともに、さらなる地域医療連携の推進に取り組む必要がある。 ◆スムーズで安心な前方連携・後方連携体制の構築◆ ○前方連携強化として、病診連携・病病連携がスムーズとなるよう、診療科部長と共に診療所25か所と2病院の訪問活動を実施し、診療科のアピールと連携上の課題を共有した。また、後方連携強化として、7病院と2施設を訪問するとともに、病院間交流として3施設の訪問を受け入れ、相互理解を深める活動を実施した。 ○PFM強化では、患者さんが安心して治療を受け、入院生活が送れるように、標準的な説明については説明動画を作成し、説明業務の標準化と効率化を図った。「入院のご案内」「転倒予防 安全な入院生活のために」「入院前からできるフレイル予防」について、説明動画の視聴を開始し、自宅での繰り返し視聴や家族との共有が可能となった。 ○R7年度は、PFMのうち特に病床管理に力を入れ、看護師長が退院日決定に参画できる体制づくりを行った。DPC入院期間Ⅱ以内退院割合について、R7年度実績は64.7%で、前年度実績である59.8%から4.9ポイント増加した。入院期間の適正化により、急性期の治療が必要な患者さんを適切に受け入れる体制を整備し、PFMが円滑に機能するよう努めた。 ○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、R7年度実績は7,985件で、前年度実績である6,795件から1,190件増加、対前年度比117.5%となった。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、R7年度実績は88件で、前年度実績である123件から35件減少、対前年度比71.5%となった。また、入院前に支援を行った場合に、その支援の内容に応じて算定される「入院時支援加算1」について、R7年度実績は3,765件で、前年度実績である3,136件から629件増加、対前年度比120.1%となった。 ○「入退院支援加算1」の算定率は70.2%で、前年度実績である62.6%から7.6ポイント増加し、退院困難な要因を有する患者さんへの支援体制が進んだものと認識している。 ◆地域医療機関と共に取り組む医療の質の向上◆ ○入院期間の適正化を図るため、DPC入院期間Ⅱを超えるクリニカルパスを洗い出し、8パスの見直しを実施した。なお、R7年度末時点で、当院のクリニカルパスは221件である。 ○地域医療支援病院として地域医療支援研修会（3回）、症例検討会・連携カンファレンス（20回）を開催し、地域の医療機関、関係機関から計632名が参加した。地域医療機関向け研修会の開催回数は23回で、前年度実績である25回から2回減少したものの、参加人数については、前年度実績である592名から40名増加し、対前年度比106.8%となった。 ◆入退院支援相談員の増加◆ ○入院支援を担う入院センターでは、4月に看護師（会計年度任用職員）2名が配置され、前年度からの欠員分の補充がされた。患者さんや家族へスムーズに対応できるよう努めた。 ○退院支援を担う職員は増員できていないが、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ている。対応件数は増加しているが、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、患者さんや家族のサポートを継続した。		
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		R5年度	R6年度		R7年度				
		実績	目標	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		10, 131	10, 200	10, 903 106.9%	10, 500	5, 575 53.1%	A	11, 374 108.3%	A
患者満足度	(入院)	98.3%	100.0%	98.1%	100.0%	【実施期間】 8年1月28日から 2月4日まで		94.4%	B
				98.1%				94.4%	
	(外来)	93.2%	100.0%	94.0%	100.0%			94.5%	B
				94.0%				94.5%	
	(健康管理センター)	100.0%	100.0%	97.5%	100.0%			100.0%	A
				97.5%				100.0%	
市民・患者さん向け公開講座回数		12	22	15 68.2%	24	7 29.2%	C	23 95.8%	B

※R6年度実績欄・R7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。

【 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	B
◆患者さんの医療安全の確保◆ ○上半期のインシデント・アクシデント報告件数は727件で、前年同時期と比較し23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、医療安全意識の向上を目的とした研修をeラーニング形式で実施し、全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（一般職向け・管理職向け）、コーチングの基本的な考え方やスキルの理解を深め、部下や同僚とのコミュニケーション向上を図る研修を全ての職員を対象に実施した。 ○また、当院を利用する方々に満足していただくとともに、職員の安全と尊厳を守り、良好な医療提供体制を維持することを目的として、バイシエントハラスメント対応マニュアルと対応フローの改定に着手した。下半期に改定を実施し、院内での情報共有等、組織的な対応強化を進める。 ○看護部では、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、実践に努めている。また、投書があった場合にも、各部署で対応を検討し、実践に努めている。 ◆広報の充実・強化◆ ○4月に病院総務課兼患者支援センターの事務職員が1名配置され、診療のご案内や広報紙の作成、ホームページの更新、院内掲示物・配架物の調整を行った。ホームページでは、茅ヶ崎市立病院の一日として、院内研修、がんサロン「すまいる」、就職説明会、地域医療支援研修会、出張講座等について情報発信を継続して実施した。市民・患者さん向けセミナーとして、「成人糖尿病教室（2回）」「成人糖尿病講演会」を実施するとともに、出張講座として、「骨粗しょう症予防」、「膝と腰の運動療法」、市民公開講座「知ってほしい！骨粗鬆症」、「ペビーマッサージ」を実施した。 ○また、新たな担当として広報担当の設置に向け、10月から広報担当者を1名配置した。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◆ ○認定看護師による看護専門外来は、「スキンケア外来」「がん看護専門外来」「糖尿病看護専門外来」「フットケア外来」を実施している。「スキンケア外来」における在宅療養指導料は111件（前年同時期：93件）、ストーマ指導料は94件（前年同時期：81件）で件数が増加しており、ケアが必要な患者さん、家族への支援ができていく。「糖尿病看護専門外来」と「がん看護専門外来」は開設して間もない状況であるが、それぞれ18件、6件の実績があった。アナウンスの強化等を進めるとともに、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◆ ○7月に外来待合椅子30脚を更新した。1人掛け用椅子の設置箇所を変更し、容態の悪い患者さんが横になってお待ちいただけるよう環境を整備した。 ◆療養環境の改善◆ ○9月末時点で、病棟の個室全67室中42室において、壁紙の張り替えと床清掃を実施した。実施に当たり看護部に入院患者調整を依頼し、計画どおり進めることができた。 ○小児病棟において、他の個室と壁紙を変更するなど個室を利用される患者さんが快適に過ごせるよう工夫した。 ○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。また、転倒転落対策として、転倒予防衝撃吸収マットを増やし、安全に療養できるよう環境を整えている。 ◆バリアフリーへの対応◆ ○安全に病院内を移動できるよう、患者さんの状態に合わせ、適宜エレベーターへの案内を実施している。また、外来来院時や退院時等、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、移動補助・介助を継続して実施している。 ◆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運行の見直しに関して情報共有を実施した。 ◆駐輪場の再整備◆ ○職員専用の駐輪スペースを新たに設置するとともに、既存の駐輪スペースにおいても、患者さん専用スペースを新設した。駐輪ができない時間帯は解消できたと認識しているが、患者さん等が快適にご利用いただけるよう、利用状況の確認を継続して実施する。		
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	B
○評価項目である患者満足度調査について、回答方法を電子と紙の2種類とすることで、回答率の向上に努めているものの、入院分と健康管理センター分の回答率が低い状況である。患者さんの満足・不満足を可視化し、院内環境の改善や職員の接遇力向上等のため、重要な調査であることから、より多くの回答をいただけるよう、調査の手法についても、改善に取り組む。なお、回答率については、次のとおりである。 ○入院（R7年度：26.7%、R6年度：23.3%）・外来（R7年度：95.9%、R6年度：98.8%）・健康管理センター（R7年度：68.0%、R6年度：90.0%） ◆患者さんの医療安全の確保◆ ○R7年度のインシデント報告件数は1,375件であり、前年度実績である1,425件から50件減少、対前年度比96.5%となった。また、レベル3b以上のアクシデント発生件数は8件であり、前年度実績である10件から2件減少、対前年度比80.0%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、医療安全意識の向上を目的とした研修について、eラーニング形式で年度内に2回実施し、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◆ ○当院における接遇の現状と改善すべき点等を把握し、よりよい医療サービスを提供するための取り組みを進めることを目的として、接遇を学ぶ研修をすべての職員を対象として実施した。 ○当院を利用する方々に満足していただくとともに、職員の安全と尊厳を守り、良好な医療提供体制を維持することを目的として、バイシエントハラスメント対応マニュアルを改定し、12月1日から施行した。引き続き、院内での情報共有と組織的な対応強化を進めていく。 ○看護部では、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、実践に努めている。また、投書があった場合にも、各部署で対応を検討し、実践に努めている。 ◆広報の充実・強化◆ ○10月から新たに広報担当者を1名採用・配置し、ホームページについて、最新の情報をわかりやすく伝えるよう工夫を重ね、また、病院広報紙等の紙媒体の内容充実にも努めるとともに、Instagramによる情報発信を開始した。院内の医療専門職による市民公開講座や出前講座、がん患者サロン、ペビーマッサージ、一日看護体験やわくわくナース探検隊等についても回数を増やすとともに、「茅ヶ崎市立病院の一日」としてホームページで積極的に情報発信し、当院の取り組みや活動を周知した。今後も、職員のモチベーションアップを図るとともに、当院の活動をより身近に感じてもらえるよう広報の充実に努める。 ◆看護外来の拡充◆ ○認定看護師による看護専門外来は、「スキンケア外来」「がん看護専門外来」「糖尿病看護専門外来」「フットケア外来」を実施している。「スキンケア外来」における在宅療養指導料の実績は202件で前年度である189件から13件増加、対前年度比106.9%となった一方で、ストーマ処置の実績は166件で前年度である170件から4件減少、対前年度比97.6%となった。「がん看護専門外来」と「糖尿病看護専門外来」は、いずれもR7年度に開設し、R7年度の実績としては、それぞれ30件と108件であった。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、患者さんと家族への支援を行っていく。 ◆外来待ち時間の環境整備◆ ○外来待ち時間改善に向けたモデルケースとして、R8年2月から乳腺外科において、紹介状や健診結果持参の患者さんを対象とした電話予約と窓口予約センターでの予約取得の運用を開始した。今後、運用の効果検証を進め、順次、他の診療科への対象拡大を目指す。 ○患者満足度調査において「診察・検査等の待ち時間」が、「やや不満」または「非常に不満」と回答した患者さんの割合は39.3%で、前年度調査の42.3%から3.0ポイント改善した。 ◆療養環境の改善◆ ○予定していた病棟の個室全67室における壁紙の張り替えと床清掃を実施した。看護部と連携を取り、入院患者調整を行うなど、予定どおり年度内で完了できた。 ○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。また、転倒転落対策として、転倒予防衝撃吸収マットを増やすとともに、使用率を上げ、安全に療養できるよう環境を整えている。 ◆バリアフリーへの対応◆ ○ハード面の取り組みとしては、多目的トイレや敷地内段差解消、障がい者等優先駐車場5台分の確保、出入口での音声案内等については実施済となっている。 ○安全に病院内を移動できるよう、患者さんの状態に合わせ、適宜エレベーターへの案内を実施している。また、外来来院時や退院時等、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、移動補助・介助を継続して実施している。 ◆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運行の見直しに関して情報共有を実施した。 ◆駐輪場の再整備◆ ○上半期に、職員専用の駐輪スペースを新たに設置するとともに、既存の駐輪スペースにおいても、患者さん専用スペースを新設した。新設後、利用状況の確認を継続した結果、「駐輪できない時間帯は解消できた」と分析している。		
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	R5年度	R6年度		R7年度				
	実績	目標	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	68.0%	80%以上	【実施期間】 8年1月28日から 2月11日まで		79.0%	B
			85.0%				98.8%	

※R6年度実績欄・R7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。

〔 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	B
○評価項目である職員満足度調査は下半期に実施を予定している。R6年度の調査結果等をもとに、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は、継続して進めていく。 ◆働く職員にとって魅力ある職場の醸成◆ ○職員の年次有給休暇の取得状況の調査を実施し、8月末時点で5日以上取得できた職員の割合は43.5%（前年度は36.8%）であった。結果は病院全体で共有するとともに、各所属長に対し、所属での取得の推進を図るよう促していく。 ○R6年度から導入した夜間派遣看護補助員が定着してきている。同時に、日勤と夜勤の看護補助員業務を整理しながら、看護補助員ラダーを活用し看護補助員へのタスクシェアを実施中である。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の推進に努めている。 ○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ているが、上半期は対象者はいなかった。 ◆タスクシェアやタスクシフトの推進と労働環境の整備◆ ○看護部が実施しているIVナースについては、R7年度上半期は95名が取得し、合計152名が実践している。今後も全看護職員を対象に、各部署で取得及び実践に向けた活動を行う。救急外来では「胸痛」のプロトコルを作成し、下半期から実施予定である。R6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できており、R7年度はその評価をする予定である。今後も時間外勤務の短縮や業務効率化から生み出した時間を、患者への看護実践の時間に充てられるように工夫を継続する。 ○医療技術職員、会計年度任用職員（一部）の就業管理システムを下半期に導入予定である。 ◆専門性を備えた職員の活用、育成・強化◆ ○R6年度の研修生2名が、「創傷管理関連」と「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」の特定行為修了者となり、当院における特定看護師は計9名となった。R7年度は創傷管理区分を1名が受講中である。R8年度から「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」の区分追加にあたり、申請準備を行った。8月に厚生労働省より承認されたため、下半期は次年度開講に向けた準備を進める。 ○定員不足及び普通退職者の補充のため、上半期は11回の採用試験を行った。下半期は看護職員採用試験を2回、事務局職員採用試験を1回実施予定である。 ◆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、近隣公立病院においても同様の課題認識がある。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。		
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
○評価項目である職員満足度調査について、前年度よりも実施期間を1週間長く設けるとともに、回答方法を電子と紙の2種類とすることで、回答率の向上に努めた。R7年度の回答率は59.4%で、前年度の35.1%から24.3ポイント上昇した。 ○また、職員満足度は79.0%で、前年度の68.0%から11.0ポイント上昇したものの、目標値である80.0%には達しなかった。調査結果等に基づき、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進めていく。 ◆働く職員にとって魅力ある職場の醸成◆ ○R7年度は、新たに所属長に対して、所属職員の年次休暇取得を促す取り組みを進めたが、R7年度において年次休暇を5日以上取得できた職員の割合は94.4%で、前年度実績である95.1%から0.7ポイント悪化した。医療現場では突発的な対応が求められることが多く、計画的な休暇の取得が難しい面はあるが、引き続き、各所属に取得状況を共有するとともに、勤務体制等を調整して取得を推進するよう促していく。 ○看護部の業務負担軽減を目的として導入した夜間派遣看護補助員について、R7年度からは全部署に配置し、定着している。看護補助員への業務拡大に取り組むため、日勤と夜勤の看護補助金業務の整理を進め、タスクシェアを実施している。また、時間外勤務の短縮や、計画的な年次休暇取得に組み、日タリリーフ体制の調整を図りながら、職員のワークライフバランスの推進に努めている。 ◆タスクシェアやタスクシフトの推進と労働環境の整備◆ ○看護の専門性に資するタスクシェア・タスクシフトに関して、IV認定ナースの取得に組み、R7年度は197名が取得し、（全看護職員406名中）合計254名となった。救急外来では「胸痛」のプロトコルを作成し、下半期から実施した。R6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て実施しており、アンケート調査を行った結果、8割がNFC連携を利用し、そのうち6割から「業務の効率化につながっている」との回答があった。 ○R8年度は、新たなICT機器が計画的に導入できるよう、また、時間外勤務の短縮や業務効率化から生み出した時間を患者さんへの看護実践の時間に充てられるように工夫を継続する。 ○医療技術職員、会計年度任用職員（一部）の就業管理システム導入について、下半期から運用方法の検討を進め、R8年度から運用開始を予定している。 ◆専門性を備えた職員の活用、育成・強化◆ ○R7年度の研修生1名が、「創傷管理関連」と「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」の特定行為を修了し、当院における特定看護師は計10名となった。また、新たに追加となった「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」の区分を含め、R8年度研修の開講に向けた準備を進め、3名の研修生の受講を決定した。今後も、計画的に、専門性を備えた職員の活用・育成を進めていく。 ◆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を把握してきたが、各病院とも運用に苦慮している。 ○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	