

施策1 医療機能の充実・強化

井田病院

取組項目(1) 救急・災害医療機能の強化 取組項目(3) 高度・専門医療の確保・充実

取組項目(2) がん診療機能の強化・拡充 取組項目(4) 医療安全の確保・拡充

◎：関連性が特に大きい指標 ○：関連性が大きい指標

成果指標名	成果指標と取組項目の関連性	R5年度 目標値	R5年度 実績値	R5年度 達成率	R5年度 達成度	R3年度 実績値	R4年度 実績値	成果指標名	成果指標と取組項目の関連性	R5年度 目標値	R5年度 実績値	R5年度 達成率	R5年度 達成度	R3年度 実績値	R4年度 実績値
救急自動車搬送受入数	◎ 救急・災害医療機能の強化	2,600件	3,152件	121.2%	a	2,392件	2,923件	専門及び認定看護師数	◎ 高度・専門医療の確保・充実 ○ 医療安全の確保・拡充	20名	22名	110.0%	a	20名	23名
災害対策関連会議開催回数	◎ 救急・災害医療機能の強化	12回	12回	100.0%	a	10回	11回	医業収益額(百万円)	○ 救急・災害医療機能の強化 ○ がん診療機能の強化・拡充 ○ 高度・専門医療の確保・充実	9,355百万円	8,102百万円	86.6%	b	7,145百万円	7,713百万円
手術件数(麻酔科管理下の中央手術室における全身麻酔)	◎ がん診療機能の強化・拡充 ◎ 高度・専門医療の確保・充実	1,300件	1,172件	90.2%	c	1,182件	1,224件	許可病床に対する病床利用率	○ 救急・災害医療機能の強化 ○ がん診療機能の強化・拡充 ○ 高度・専門医療の確保・充実	80.0%	69.4%	86.8%	b	54.8%	61.4%
がん登録数	◎ がん診療機能の強化・拡充	1,300件	1,016件	78.2%	c	1,254件	1,030件	1日当たり入院患者数	○ 救急・災害医療機能の強化 ○ がん診療機能の強化・拡充 ○ 高度・専門医療の確保・充実	293人	266人	90.8%	b	210人	235人
内視鏡検査件数(内視鏡センター管理下分)	◎ 高度・専門医療の確保・充実	6,000件	4,748件	79.1%	c	5,611件	5,556件	1日当たり外来患者数	○ 救急・災害医療機能の強化 ○ がん診療機能の強化・拡充 ○ 高度・専門医療の確保・充実	660人	576人	87.3%	c	580人	589人
緩和ケア外来患者数	◎ がん診療機能の強化・拡充	500人	728人	145.6%	a	546人	662人	入院患者1人1日当たり診療収入(入院診療単価)	○ 救急・災害医療機能の強化 ○ がん診療機能の強化・拡充 ○ 高度・専門医療の確保・充実	49,222円	50,771円	103.1%	a	53,182円	54,768円
紹介率	◎ 高度・専門医療の確保・充実	60.0%	61.2%	102.0%	a	56.0%	56.8%	外来患者1人1日当たり診療収入(外来診療単価)	○ 救急・災害医療機能の強化 ○ がん診療機能の強化・拡充 ○ 高度・専門医療の確保・充実	18,586円	18,962円	102.0%	a	17,231円	17,954円
逆紹介率	◎ 高度・専門医療の確保・充実	80.0%	99.5%	124.4%	a	68.3%	89.6%	医師1人当たり診療収入(入院及び外来)(単位:千円)	○ 救急・災害医療機能の強化 ○ がん診療機能の強化・拡充 ○ 高度・専門医療の確保・充実	96,000千円	84,469千円	88.0%	b	80,280千円	82,345千円
入院における総合的な満足度(患者満足度調査)	◎ 高度・専門医療の確保・充実 ○ 医療安全の確保・拡充	91.3%	95.3%	104.4%	a	92.7%	93.4%	医療安全研修受講率	◎ 医療安全の確保・拡充	70.0%	78.0%	111.4%	a	74.0%	73.7%
外来における総合的な満足度(患者満足度調査)	◎ 高度・専門医療の確保・充実 ○ 医療安全の確保・拡充	85.2%	90.6%	106.3%	a	87.4%	88.4%	感染管理研修受講率	◎ 医療安全の確保・拡充	70.0%	63.3%	90.4%	c	70.0%	60.0%
職場に対する総合的な職員満足度(職員満足度調査)	◎ 高度・専門医療の確保・充実	45.0%	50.2%	111.6%	a	40.1%	45.5%								

成果指標及び取組指標等の状況と成果の分析	令和5年度の達成状況
<p>【取組項目(1) 救急・災害医療機能の強化】 救急患者受入病床の効率的な運用を行いながら、川井田連携(川崎病院との連携)、令和4年7月から試行、昨年10月から本格実施した中原二次救急当番制、それに伴う院内の体制強化等、効率的な救急医療を進めたことにより、救急自動車搬送受入数は、平成27年救急センター開設以来の最高値となる3,152件と目標を達成しました。 1月に発生しました能登半島地震では、災害派遣チーム(DMAT)を1回(5名)、看護師を3回(計6名)派遣し、被災地支援を行いました。</p> <p>【取組項目(2) がん診療機能の強化・拡充】 悪性腫瘍手術件数については、外科医(手術執刀医)減少の影響もあり、地域がん診療連携拠点病院の指定要件である年400件以上を達成しましたが、目標を達成出来ませんでした。 放射線治療紹介患者数、化学療法延べ患者数及び放射線延べ治療件数は目標を達成しました。 5つのがん検診のうち、胃は目標を達成しましたが、残り4つ(肺・大腸・子宮・乳)については前年度実績を上回るものの目標を達成出来ませんでした。 また、健診強化の一環として、昨年10月から「そこだけドック」(足・腰、脳、膵がん等気になる部分だけ行う)を含む健診用広報ラックを会計待合スペースに設置する等、健診受診の広報にも取り組みました。</p> <p>【取組項目(3) 高度・専門医療の確保・充実】 令和4年7月12日から再開し、令和元年度以来の通年稼働となりました結核病棟の入院患者受入数は目標を達成しました。 疾患別リハビリテーションの算定単位数について、育児休暇等により従事できる療士士の減少もあり、目標を達成出来ませんでした。 薬剤師配置病棟数、薬剤管理指導料算定件数、摂食嚥下支援チーム・褥瘡対策チームのラウンド延べ実施患者数及び専門・認定看護師数は目標を達成しました。</p> <p>【取組項目(4) 医療安全の確保・拡充】 医療安全研修職員受講率は目標を達成しましたが、感染管理研修職員受講率は目標を達成出来ませんでした。 画像診断報告書確認チームを立ち上げ、報告書管理体制加算の届出を行いました。</p>	<p>Ⅱ</p> <p>一定の進捗があった</p>

今後の方向性
<p>【取組項目(1) 救急・災害医療機能の強化】 これまでの取組を継続するとともに、新たに立ち上げました救急医療支援PJ(若手医師の救急対応技術の向上を図るもの)の活動等を含め、引き続き救急機能の強化に取り組みます。 災害拠点病院として、昨年度再開されました災害医療訓練等の各種訓練への参加、災害時院内情報管理システム(D-HIMS)を活用した情報入力訓練等、引き続き、災害時医療機能の強化に取り組みます。</p> <p>【取組項目(2) がん診療機能の強化・拡充】 引き続き、手術支援ロボットによる実施を含む悪性腫瘍手術件数の増加に取り組みます。 健診受診の広報強化、手術・治療等の件数増加に取り組むとともに、精密がん検診として大腸内視鏡検査(人間ドックオプション)、CTによる肺がん検診の実施件数増加に取り組むほか、「そこだけドック」(足・腰、脳、膵がん等気になる部分だけ行う)など受診しやすい環境づくりにも取り組みます。 がんサロンについては、本年6月20日から対面参加を再開し、内容も充実させるなど参加しやすいサロンの運営に取り組みます。</p> <p>【取組項目(3) 高度・専門医療の確保・充実】 翌日予約可能な検査枠の確保及び24時間365日緊急内視鏡の要請に応える体制強化により内視鏡検査実施件数増加に取り組みます。 理学療法士増員に伴う体制強化によるリハビリテーション算定単位数増加等に取り組みます。 病棟薬剤師の配置病棟を更に拡大し、病棟薬剤業務実施加算1の届出を目指します。</p> <p>【取組項目(4) 医療安全の確保・拡充】 研修受講率の向上、院内研修の充実等、医療安全対策や院内感染対策を推進します。</p>

※指標達成度の基準 a.目標値以上 b.令和3年度実績値以上~目標値未満 c.目標達成率60%以上~令和3年度実績値未満 d.目標達成率60%未満
 ※達成状況の基準 I.順調に推移した(目標達成した) II.一定の進捗があった(目標未達成のものがあるが一定の進捗があった)
 III.進捗が遅れた(計画策定時【令和3年度】を下回るものが多かった)
 IV.進捗が大幅に遅れた(計画策定時【令和3年度】を大幅に下回った)

施策2 地域完結型医療の推進

井田病院

取組項目 医療機能の分化・連携と地域包括ケアシステムの推進

◎：関連性が特に大きい指標 ○：関連性が大きい指標

成果指標名	成果指標と取組項目の関連性	R5年度 目標値	R5年度 実績値	R5年度 達成率	R5年度 達成度	R3年度 実績値	R4年度 実績値	成果指標名	成果指標と取組項目の関連性	R5年度 目標値	R5年度 実績値	R5年度 達成率	R5年度 達成度	R3年度 実績値	R4年度 実績値
紹介率	◎ 医療機能の分化・連携と地域包括ケアシステムの推進	75.0%	61.2%	81.6%	b	56.0%	56.8%	入院における総合的な満足度（患者満足度調査）	○ 医療機能の分化・連携と地域包括ケアシステムの推進	91.3%	95.3%	104.4%	a	90.4%	93.4%
逆紹介率	◎ 医療機能の分化・連携と地域包括ケアシステムの推進	80.0%	99.5%	124.4%	a	68.3%	89.6%	外来における総合的な満足度（患者満足度調査）	○ 医療機能の分化・連携と地域包括ケアシステムの推進	85.2%	90.6%	106.3%	a	69.3%	88.4%
地域ケア懇談会開催数	◎ 医療機能の分化・連携と地域包括ケアシステムの推進	2回	3回	150.0%	a	0回	0回	平均在院日数	○ 医療機能の分化・連携と地域包括ケアシステムの推進	16.0日	15.6日	102.6%	a	14.4日	13.9日
地域包括ケア病床の病床利用率	◎ 医療機能の分化・連携と地域包括ケアシステムの推進	90.0%	78.3%	87.0%	b	66.8%	72.3%	1日当たり外来患者数	○ 医療機能の分化・連携と地域包括ケアシステムの推進	660人	576人	87.3%	c	580人	589人
在宅療養後方支援病院登録患者数	◎ 医療機能の分化・連携と地域包括ケアシステムの推進	330人	525人	159.1%	a	330人	340人	外来患者1人1日当たり診療収入（外来診療単価）	○ 医療機能の分化・連携と地域包括ケアシステムの推進	18,586円	18,962円	102.0%	a	17,231円	17,954円

成果指標及び取組指標等の状況と成果の分析	令和5年度の達成状況
<p>地域医療連携の推進については、紹介率・逆紹介率及びかかりつけ医紹介相談件数は目標を達成するとともに、昨年10月に紹介受診重点医療機関の指定、本年3月に地域医療支援病院の名称承認を受けました。</p> <p>昨年7月から連携登録医専用回線「つなぐ・つながるホットライン」を開設し、迅速かつ原則断らない対応により、9か月間で153件（月平均17件）の依頼患者に対し100名（月平均11名）が入院（入院率74.6%）となるなど、地域との連携強化に取り組みました。</p> <p>地域包括ケア病棟の安定的な運営については、在宅復帰率及び地域包括ケア病棟における認知症等の患者の割合は目標を達成しましたが、病床利用率は令和4年度実績を上回るも目標を達成出来ませんでした。</p> <p>在宅療養後方支援体制の強化については、在宅療養後方支援登録患者数及び在宅療養後方支援登録患者の緊急受入患者数は目標を達成しました。</p>	<p>II</p> <p>一定の進捗があった</p>
今後の方向性	
<p>地域医療連携の推進については、紹介率、逆紹介率向上のための取組等を継続し、紹介受診重点医療機関、地域医療支援病院として地域のかかりつけ医、近隣の総合病院等との連携強化に取り組みます。</p> <p>連携登録医専用回線「つなぐ・つながるホットライン」については、昨年度末に実施しました開業医満足度調査から認知度が低い（30%）という結果を踏まえ、開業医がその日のうちに当院で診てもらいたいと思う患者の受入れ専用回線であるという趣旨説明のための連携登録医訪問を行うとともに依頼のあった連携登録医との症例検討会を行う予定です。</p> <p>地域包括ケア病棟の安定的な運営については、入院期間に応じた評価、院内転棟率や在宅復帰率等、今回の診療報酬改定による施設基準の見直しに対応するとともに医療機関のほか介護施設等との連携を図りながら病床利用率の向上に取り組みます。</p> <p>在宅療養後方支援体制の強化については、積極的な広報活動を継続するとともに、登録患者数及び登録患者の緊急受入数の増加に取り組みます。</p>	

※指標達成度の基準 a.目標値以上 b.令和3年度実績値以上～目標値未満 c.目標達成率60%以上～令和3年度実績値未満 d.目標達成率60%未満

※達成状況の基準 I.順調に推移した（目標達成した） II.一定の進捗があった（目標未達成のものがあるが一定の進捗があった）

III.進捗が遅れた（計画策定時【令和3年度】を下回るものが多くあった）

IV.進捗が大幅に遅れた（計画策定時【令和3年度】を大幅に下回った）

施策3 効果的・効率的な運営体制づくり

井田病院

取組項目(1) 人材の確保・育成の推進

取組項目(2)

働き方・仕事の進め方改革の推進

◎：関連性が特に大きい指標 ○：関連性が大きい指標

成果指標名	成果指標と取組項目の関連性	R5年度 目標値	R5年度 実績値	R5年度 達成率	R5年度 達成度	R3年度 実績値	R4年度 実績値	成果指標名	成果指標と取組項目の関連性	R5年度 目標値	R5年度 実績値	R5年度 達成率	R5年度 達成度	R3年度 実績値	R4年度 実績値
職場に対する総合的な職員満足度(職員満足度調査)	◎ 人材の確保・育成の推進	45.0%	50.2%	111.6%	a	40.1%	45.5%	許可病床に対する病床利用率	○ 人材の確保・育成の推進	80.0%	69.4%	86.8%	b	54.8%	61.4%
	◎ 働き方・仕事の進め方改革の推進														
専門及び認定看護師数	○ 人材の確保・育成の推進	20名	22名	110.0%	a	20名	23名								
	○ 働き方・仕事の進め方改革の推進														

成果指標及び取組指標等の状況と成果の分析	令和5年度の達成状況
<p>【取組項目(1) 人材の確保・育成の推進】 これまでのコロナ禍による制限を見直し、受け入れ体制を整備し、学生による病院見学や実習を積極的に受け入れましたが、看護学生実習受入人数及び医師、看護師以外の学生の受入人数は目標を達成出来ませんでした。 専門及び認定看護師数については、定年退職により1名減少しましたが目標を達成しました。 また、病院局で独自採用する医療事務職(プロパー職)を有効に活用するとともに、他職種を対象とした診療報酬関連研修会の開催により職員の専門能力の向上に取り組みました。</p> <p>【取組項目(2) 働き方・仕事の進め方改革の推進】 医師の負担軽減を目指し、病棟薬剤師の6病棟への配置(前年度4病棟)、医師事務作業補助者22名の確保(前年度21名)等に取り組みました。なお、病棟薬剤師の配置拡大は、看護師の負担軽減・業務効率や薬物療法の質の向上にもつながっています。 タスクシフト/シェアについては、受ける側の負担軽減、今後の働き手減少等に対応する必要があることから、人でなければならない業務とそうでない業務等の切り分け、システム化、機器・ロボット導入等について各部門へのヒアリングを実施し、検討メンバーで共有しました。 また、病院全体の正規職員の年次有給休暇平均取得日数は目標を達成しました。職員に対する総合満足度では50.2%が高評価であり、直近3年間で最高水準でしたが、職種別では、看護師の満足度が43.2%と低い状態が続いているため、働き甲斐のある職場の実現や私生活とのバランスの改善が今後の課題となっています。</p>	<p>I</p> <p>順調に推移した</p>

今後の方向性
<p>【取組項目(1) 人材の確保・育成の推進】 これまでの取組を継続するとともに、民間事業者主催の合同就職説明会への参加等を通じて医学生や看護学生による病院見学を積極的に受け入れ、質の高い人材の確保に取り組みます。また、ICTツールを活用した診療報酬関連研修会の開催等、創意工夫しながら職員の専門能力の向上に取り組みます。 今年度は、病院局で独自採用する医療事務職(プロパー職)を1名増員し、医事課の体制強化を図ります。</p> <p>【取組項目(2) 働き方・仕事の進め方改革の推進】 病棟薬剤師の配置病棟を更に拡大し、病棟薬剤業務実施加算1の届出を目指します。 これまでの取組を継続するとともに、業務効率化の一環として事務部門へのRPAの導入に取り組み、他部門への展開に向けた検討を行います。</p>

※指標達成度の基準 a.目標値以上 b.令和3年度実績値以上~目標値未満 c.目標達成率60%以上~令和3年度実績値未満 d.目標達成率60%未満

※達成状況の基準 I.順調に推移した(目標達成した) II.一定の進捗があった(目標未達成のものがあるが一定の進捗があった)

III.進捗が遅れた(計画策定時【令和3年度】を下回るものが多くあった)

IV.進捗が大幅に遅れた(計画策定時【令和3年度】を大幅に下回った)

施策4 患者に優しい病院づくり

井田病院

取組項目 患者サービスの向上

◎：関連性が特に大きい指標 ○：関連性が大きい指標

成果指標名	成果指標と取組項目の関連性	R5年度 目標値	R5年度 実績値	R5年度 達成率	R5年度 達成度	R3年度 実績値	R4年度 実績値	成果指標名	成果指標と取組項目の関連性	R5年度 目標値	R5年度 実績値	R5年度 達成率	R5年度 達成度	R3年度 実績値	R4年度 実績値
入院における総合的な満足度（患者満足度調査）	◎ 患者サービスの向上	91.3%	95.3%	104.4%	a	92.7%	93.4%	医療安全研修受講率	○ 患者サービスの向上	70.0%	94.0%	134.3%	a	74.0%	73.7%
外来における総合的な満足度（患者満足度調査）	◎ 患者サービスの向上	85.2%	90.6%	106.3%	a	87.4%	88.4%	感染管理研修受講率	○ 患者サービスの向上	70.0%	63.3%	90.4%	c	85.0%	60.0%

成果指標及び取組指標等の状況と成果の分析	令和5年度の達成状況
<p>患者満足度調査については、入院、外来ともに総合的な満足度において目標値を上回り、直近3年間で最高水準となりました。重点改善項目としては、入院は快適性（病室・シャワールーム）と病院の施設（飲食・売店）、外来は駐車場（身体障害者用）がそれぞれ抽出されました。積極的な情報発信の推進については、各所属へのホームページ点検依頼回数を増やし、最新の情報発信に努めたほか、クリニカル・インディケーター（臨床指標）の公表を実施し、病院広報誌、SNSの活用については概ね目標を達成しました。地域のボランティアを交えた院内コンサートの実施回数については、面会制限を行っていることもあり、新型コロナウイルスの感染対策を講じながら1回のみ開催しましたが、目標を達成できませんでした。相談体制の強化については、アドボカシー相談員や医療相談窓口への職員配置を行うとともに、投書部会や患者サポート会議、病院モニター会議の開催により患者や外部委員から様々な意見を聴取することが出来ました。患者サポート会議では、直近の相談内容、アドボカシー等各部門からの報告・提案等を共有するほか、定期的に重症患者初期対応事例を取り上げ、看護師・ソーシャルワーカー等の関わり等症例検討を実施しました。</p>	<p>I</p> <p>順調に推移した</p>

今後の方向性
<p>患者満足度調査については、他病院での利用が多くベンチマーク比較が可能となる調査方法への変更とそれに伴う調査項目等の検討を進めています。積極的な情報発信の推進については、これまでの取組を継続するとともに、新型コロナウイルス感染症の感染状況を見ながら、地域のボランティアを交えた院内コンサートを実施します。相談体制の強化については、アドボカシー相談員を1名増員したほか、新たに情報紙（アドボカシー相談員便り）を発行し、院内向けに相談員の役割や相談事例を紹介するなど、引き続き、患者サポート会議等を通して相談内容、各部門からの報告・提案等を共有するなど取り組みます。なお、4月の人事異動に伴い入院時重症患者メディエーター（専任）が不在となったため、要請講習会への参加（抽選）申し込みを行い、年度内配置と重症患者初期支援充実加算の再取得を目指しています。</p>

※指標達成度の基準 a.目標値以上 b.令和3年度実績値以上～目標値未満 c.目標達成率60%以上～令和3年度実績値未満 d.目標達成率60%未満

※達成状況の基準 I.順調に推移した（目標達成した） II.一定の進捗があった（目標未達成のものがあるが一定の進捗があった）

III.進捗が遅れた（計画策定時【令和3年度】を下回るものが多くあった）

IV.進捗が大幅に遅れた（計画策定時【令和3年度】を大幅に下回った）

施策5 地域・社会への貢献

井田病院

取組項目 地域・社会への貢献

◎：関連性が特に大きい指標 ○：関連性が大きい指標

成果指標名	成果指標と取組項目の関連性	R5年度 目標値	R5年度 実績値	R5年度 達成率	R5年度 達成度	R3年度 実績値	R4年度 実績値	成果指標名	成果指標と取組項目の関連性	R5年度 目標値	R5年度 実績値	R5年度 達成率	R5年度 達成度	R3年度 実績値	R4年度 実績値
入院における総合的な満足度（患者満足度調査）	○ 地域・社会への貢献	91.3%	95.3%	104.4%	a	92.7%	93.4%	学会発表件数	◎ 地域・社会への貢献	40件	34件	85.0%	c	62件	39件
外来における総合的な満足度（患者満足度調査）	○ 地域・社会への貢献	85.2%	90.6%	106.3%	a	87.4%	88.4%	市民向け教育プログラム開催回数	◎ 地域・社会への貢献	12回	18回	150.0%	a	12回	16回
職場に対する総合的な職員満足度（職員満足度調査）	◎ 地域・社会への貢献	45.0%	50.2%	111.6%	a	40.1%	45.5%	医療従事者向け教育プログラム開催回数	◎ 地域・社会への貢献	14回	12回	85.7%	c	14回	12回

成果指標及び取組指標等の状況と成果の分析	令和5年度の達成状況
<p>初期臨床研修や専攻医研修を実施し、医療職の育成を図るとともに、医療系学生の実習受入による教育支援を行いました。また、医療従事者の学会発表や論文発表等の支援、治験参画の推進に取り組み、市民公開講座等の開催により市民に対する医学知識の普及啓発に取り組みました。</p> <p>また、環境を意識した病院運営について、LED照明の割合については、通常工事と比較して費用削減と工期短縮を図ることができるESCO事業（設備工事・維持・管理まで含めた包括サービス）により100%の導入となり目標を達成しました。</p> <p>空調用冷温水二次ポンプ自動制御システムの導入率については、令和6年度が市制100周年、全国都市緑化フェアの開催年にあたることから、脱炭素の取組として、導入準備を進めました。試算ではCO2を70%程度削減できる見込みです。</p>	<p>II</p> <p>一定の進捗があった</p>

今後の方向性
<p>実習受入等による医療系学生の教育支援、初期臨床研修や専攻医研修による若手医師の育成により、地域の医療資源確保に積極的に貢献するとともに、医療従事者の学会活動支援や治験推進、地域医療機関や福祉施設の従事者を対象とした症例検討会等の開催等により、職員の専門的能力の向上、市民や医療従事者に対する医学知識の普及啓発を目指します。</p> <p>空調用冷温水二次ポンプ自動制御システムの導入率については、引き続き導入に向けた調整を行います。部品調達等に係る課題もあることから、導入時期の見込みは未定となっております。引き続き、環境を意識した病院運営に取り組みます。</p>

※指標達成度の基準 a.目標値以上 b.令和3年度実績値以上～目標値未満 c.目標達成率60%以上～令和3年度実績値未満 d.目標達成率60%未満

※達成状況の基準 I.順調に推移した（目標達成した） II.一定の進捗があった（目標未達成のものがあるが一定の進捗があった）

III.進捗が遅れた（計画策定時【令和3年度】を下回るものが多くあった）

IV.進捗が大幅に遅れた（計画策定時【令和3年度】を大幅に下回った）

施策6 強い経営体質への転換

井田病院

取組項目(1) 収入確保に向けた取組の推進 取組項目(3) 経営管理体制の強化

取組項目(2) 経費節減・抑制の強化

◎：関連性が特に大きい指標 ○：関連性が大きい指標

成果指標名	成果指標と取組項目の関連性	R5年度 目標値	R5年度 実績値	R5年度 達成率	R5年度 達成度	R3年度 実績値	R4年度 実績値	成果指標名	成果指標と取組項目の関連性	R5年度 目標値	R5年度 実績値	R5年度 達成率	R5年度 達成度	R3年度 実績値	R4年度 実績値
手術件数(麻酔科管理下の中央手術室における全身麻酔)	○ 収入確保に向けた取組の推進	1,300件	1,172件	90.2%	c	1,182件	1,224件	材料費対医療収益比率	○ 収入確保に向けた取組の推進 ◎ 経費節減・抑制の強化	27.7%	26.5%	104.5%	a	26.5%	26.6%
内視鏡検査件数(内視鏡センター管理下分)	○ 収入確保に向けた取組の推進	6,000件	4,748件	79.1%	c	5,611件	5,556件	薬品費対医療収益比率	○ 収入確保に向けた取組の推進 ◎ 経費節減・抑制の強化	19.5%	18.7%	104.3%	a	18.5%	18.5%
緩和ケア診療加算算定件数	○ 収入確保に向けた取組の推進	500人	728人	145.6%	a	546人	662人	委託費対医療収益比率	○ 収入確保に向けた取組の推進 ◎ 経費節減・抑制の強化	15.3%	17.4%	87.9%	b	18.2%	17.5%
紹介率	○ 収入確保に向けた取組の推進	60.0%	61.2%	102.0%	a	56.0%	56.8%	職員給与対医療収益比率	○ 収入確保に向けた取組の推進 ◎ 経費節減・抑制の強化	62.9%	71.1%	88.5%	b	77.6%	73.6%
地域包括ケア病床の病床利用率	○ 収入確保に向けた取組の推進	90.0%	78.3%	87.0%	b	66.8%	68.2%	許可病床に対する病床利用率	◎ 収入確保に向けた取組の推進	80.0%	69.4%	86.8%	b	54.8%	61.4%
入院における総合的な満足度(患者満足度調査)	○ 経営管理体制の強化	91.3%	95.3%	104.4%	a	92.7%	93.4%	平均在院日数	◎ 収入確保に向けた取組の推進	16.0日	15.6日	102.6%	a	14.4日	13.9日
外来における総合的な満足度(患者満足度調査)	○ 経営管理体制の強化	85.2%	90.6%	106.3%	a	87.4%	88.4%	年度末資金残高	○ 収入確保に向けた取組の推進 ◎ 経費節減・抑制の強化	-8,524百万円	-8,068百万円	105.7%	a	-6,307百万円	-6,643百万円
職場に対する総合的な職員満足度(職員満足度調査)	○ 経営管理体制の強化	45.0%	50.2%	111.6%	a	40.1%	45.5%	1日当たり入院患者数	◎ 収入確保に向けた取組の推進	293人	266人	90.8%	b	210人	235人
経常収支比率	○ 収入確保に向けた取組の推進 ○ 経費節減・抑制の強化 ○ 経営管理体制の強化	92.4%	86.2%	93.3%	c	86.4%	83.5%	1日当たり外来患者数	◎ 収入確保に向けた取組の推進	660人	576人	87.3%	c	580人	589人
医業収支比率	◎ 収入確保に向けた取組の推進	78.7%	71.9%	91.4%	b	68.3%	69.2%	入院患者1人1日当たり診療収入(入院診療単価)	◎ 収入確保に向けた取組の推進	49,222円	50,771円	103.1%	a	53,182円	54,768円
医業収益額(百万円)	◎ 収入確保に向けた取組の推進	9,355百万円	8,102百万円	86.6%	b	7,145百万円	7,713百万円	外来患者1人1日当たり診療収入(外来診療単価)	◎ 収入確保に向けた取組の推進	18,586円	18,962円	102.0%	a	17,231円	17,954円
純損益(百万円)	◎ 収入確保に向けた取組の推進 ○ 経費節減・抑制の強化	-915百万円	-1,452百万円	63.0%	c	1,281百万円	-661百万円	医師1人当たり診療収入(入院及び外来)(単位:千円)	◎ 収入確保に向けた取組の推進	90,000千円	84,489千円	93.9%	b	80,280千円	82,345千円

成果指標及び取組指標等の状況と成果の分析

令和5年度の達成状況

【取組項目(1) 収入確保に向けた取組の推進】
未収金催告・督促件数は、事後精算となるコロナ外来分の減少により、前年度2,313件から1,042件と大きく減少しましたが、目標を達成しました。また、ICTツールを活用したDPC勉強会を開催し、請求漏れ等を防ぐための取組を行いました。
個室病床の稼働率については、昨年11月から一部の個室料金を引き下げ、稼働率への影響などを検証するための実験を開始しました。
【取組項目(2) 経費節減・抑制の強化】
川崎病院との診療材料共同利用、医療機器購入時の保守契約を含めた合併入札の実施、外部医師報償費の抑制等費用削減に取り組みました。
【取組項目(3) 経営管理体制の強化】
局経営会議による稼働状況の管理については、毎月、入院・外来の稼働状況のほか、救急患者受入状況、紹介・逆紹介の状況、手術件数等とともに取組状況の情報共有等を行いました。診療科等ヒアリングについては、1回目を令和5年7月に今年度の稼働目標、行動目標、業務改善等6項目の取組、課題、病院全体に対する提案等について実施しました。2回目の診療科等ヒアリングについては、令和6年2月から3月にかけて年度の振り返りと次年度稼働目標等の取組について次年度1回目のヒアリングを兼ねる形で実施しました。また、導入した原価計算システムを活用し、令和4年度実績に基づく各診療科の現状や疾患別損益等、今後の取組に向けた説明を行いました。
病院経営戦略会議については、各部門メンバーで構成する収益向上PJ、地域医療支援病院承認PJ、診療報酬WG等により、課題や取組等を議論・検討し、その結果を定期的に戦略会議において報告、方向性の確認などを行いながら進めました。

II

一定の進捗があった

今後の方向性

【取組項目(1) 収入確保に向けた取組の推進】
未収金・会計待ち時間短縮対策として後払いシステム(事前にクレジットカード情報を登録し自動決済)の導入を進めるほか、ICTツールを活用した診療報酬(DPC)勉強会の開催、診療報酬改定に伴う対応に取り組みます。
個室病床の稼働率については、料金引き下げ(実験中)の検証と稼働率向上に取り組みます。
【取組項目(2) 経費節減・抑制の強化】
引き続き、光熱水費・委託費・材料費等の費用削減に向けた取組を推進します。医療機器の購入にあたっては、必要性・収益性を十分検討し、購入後の収支状況確認を行います。
【取組項目(3) 経営管理体制の強化】
引き続き、各種PJにより課題や取組等を検討し、定期的に病院経営戦略会議において報告、方向性の確認を行いながら進めます。
収益向上PJについては、新たなメンバーが加わったほか、若手医師が参加する等、職員の経営意識の醸成や組織の一体感にも寄与する取組として、院内への情報発信も含め、引き続き推進します。また、各診療科カンファレンスを利用して、原価計算システムから抽出された令和5年度実績に基づく現状や疾患別損益等を共有し、今後の収益確保と利益確保(量と質の向上)に向けた取組を進めます。
施設基準管理システムの導入により、施設基準管理業務の効率化・可視化・汎用化を図るとともに、診療報酬の増収と返還リスク軽減にも取り組みます。
職員の意識改革と育成の点から、原価計算システム等を活用し、コンサル任せにならないよう分析力・提案力の向上にも取り組みます。

※指標達成度の基準 a.目標値以上 b.令和3年度実績値以上～目標値未満 c.目標達成率60%以上～令和3年度実績値未満 d.目標達成率60%未満

※達成状況の基準 I.順調に推移した(目標達成した) II.一定の進捗があった(目標未達成のものがあるが一定の進捗があった)

III.進捗が遅れた(計画策定時【令和3年度】を下回るものが多かった)

IV.進捗が大幅に遅れた(計画策定時【令和3年度】を大幅に下回った)