

「鶴岡市立荘内病院経営強化プラン」

「鶴岡市立荘内病院経営強化プラン 実施計画」

(令和6年度～令和9年度)

令和6年度事業実績の自己点検・評価報告書

令和7年10月

鶴岡市立荘内病院

1 鶴岡市立荘内病院経営強化プランの自己点検及び評価について

「鶴岡市立荘内病院経営強化プラン」の実施状況については、毎年度、点検・評価を行うこととしていることから、令和6年度の決算に基づく数値目標の達成状況及び事業実績に関して、院内の担当部署が自己点検・評価を行いましたので、その結果を報告します。

なお、評価については、以下の基準により行っています。

評価	評 値 基 準	
	数値目標がない場合	数値目標がある場合
A	計画・目標を達成した又は達成に近い状態である	目標とする数値を達成した又は達成に近い状態である
B	計画・目標達成に向け概ね順調に推移又は現状から進展がある	目標とする数値の達成に向け概ね順調に推移又は現状値（初期値）から進展がある
C	計画・目標達成に向け進展がない又は後退した	現状値（初期値）から進展がない又は後退した
—	施策の効果の発現が後年度になるもの又は全体的な調整・管理となるもの	データが未集計若しくは有効な数値がない又は施策の効果の発現・把握が今後になるもの

2 経営指標に係る数値目標の達成状況及び評価

(1) 「1 (4) 医療機能や医療の質、連携の強化等に係る数値目標」(プランP 1 2)

指標	年度	R5	R6		
		実績	計画	実績	実績－計画
①手術件数	(件)	3,907	3,630	4,105	475
②患者満足度	(%)	93.5	93.6	90.9	△ 2.7
③紹介率	(%)	89.7	89.5	89.7	0.2
④逆紹介率	(%)	66.2	64.1	65.2	1.1

(2) 「6 (1) 経営指標に係る数値目標」(プランP 1 6)

①収支改善に係るもの

指標	年度	R5	R6		
		実績	計画	実績	実績－計画
経常収支比率	(%)	96.1	95.7	90.5	△ 5.2
医業収支比率	(%)	88.3	90.9	84.2	△ 6.7
修正医業収支比率	(%)	86.4	89.0	82.3	△ 6.7

- ・経常収支比率：(経常収益)／(経常費用) × 100

医業費用、医業外費用に対する医業収益、医業外収益の割合を表し、通常の病院活動による収益状況を示す指標。100%以上の場合は、単年度の収支が黒字であることを示し、100%未満の場合は、赤字であることを示す。

- ・医業収支比率：(医業収益)／(医業費用) × 100

病院の本業である医業活動から生じる医業費用に対する医業収益の割合を示す指標。数値が高いほど、医業活動における経営状況が良好であることを示す。

- ・修正医業収支比率：(医業収益－繰入金)／(医業費用) × 100

医業収益から不採算部門に対する繰入金(救急、保健衛生行政)を差し引いた「修正医業収益」を「医業費用」で除した比率であり、この比率を見ることで、本来の病院経営の実態をより正確に把握することができます

②収入確保に係るもの

指標	年度	R5	R6		
		実績	計画	実績	実績－計画
入院患者1人1日当たり収益 (円)		56,821	60,383	60,949	566
外来患者1人1日当たり収益 (円)		16,714	17,291	16,241	△ 1,050
病床利用率 (%)		68.8	71.8	64.9	△ 6.9

- ・入院診療単価：入院収益／入院患者数

入院患者への診療に係る収益について、入院患者1人1日当たりの平均単価を示す指標。

- ・外来診療単価：外来収益／外来患者数

外来患者への診療に係る収益について、外来患者1人1日当たりの平均単価を示す指標。

- ・病床利用率： 年延入院患者数／年延病床数×100

病院の施設が有効に活用されているか判断する指標。当該指標が低い場合、病床数に見合う職員配置による経費が生じているにもかかわらず、それに相応する診療収入が得られず、経営悪化の要因となる。

③経費削減に係るもの

指標	年度		R6	
	実績	計画	実績	実績－計画
給与費対修正医業収益比率 (%)	61.9	58.9	64.6	5.7
材料費対修正医業収益比率 (%)	22.9	21.8	22.6	0.8
経費対修正医業収益比率 (%)	17.1	18.3	19.5	1.3

- ・給与費対修正医業収益比率： 職員給与費／修正医業収益×100

修正医業収益の中で職員給与費が占める割合を示す指標。病院は人的サービスが主体となる事業であり、職員給与費が最も高い割合を占めるため、職員給与費をいかに適切なものとするかが重要なポイントである。

- ・材料費対修正医業収益比率： 材料費／修正医業収益×100

修正医業収益の中で材料費が占める割合を示す指標。薬品費等を含む材料費は、費用のうち職員給与費に次いで高い割合を占める要因の一つである。

- ・経費対修正医業収益比率： 経費／修正医業収益×100

修正医業収益の中で経費が占める割合を示す指標。

④経営の安定性に係るもの

指標	年度		R6	
	実績	計画	実績	実績－計画
4月1日時点医師数 (人)	75	76	71	△ 5
4月1日時点看護師数 (正職) (人)	439	440	427	△ 13

(3) 「6(2) 目標達成に向けた具体的取組」(プランP17~18)

実 施 項 目	No.	R6年度 評価	調書 の頁
1 収支改善に係るもの			
(1) 病院経営の健全化			
① 施設基準、人員配置など体制の整備	調書1	B	P8
② 病院資源の有効活用	調書2	C	P9
③ 経営アドバイザー、経営分析システムの活用	調書3	B	P10
④ 管理会議、経営会議等での検証	調書4	B	P11
2 収入確保に係るもの			
(1) 医療機能・体制整備			
① 救急・急性期医療体制の充実	調書5	B	P12
② 災害拠点病院機能の整備・充実	調書6	B	P14
(2) 高度医療の推進			
① 手術件数の増加	調書7	B	P15
② がん診療の充実	調書8	B	P16
③ 国立がん研究センター東病院との診療連携の推進	調書9	B	P18
(3) 地域医療連携の推進			
① 地域医療支援病院機能の充実	調書10	B	P19
② 地域連携パスの充実	調書11	B	P21
③ 緩和ケアサポートセンター機能の充実	調書12	B	P22
④ 地域包括ケアシステム構築の推進	調書13	B	P24
(4) その他の診療体制			
① 人間ドック体制の充実	調書14	C	P25
② オンライン診療の実施	調書15	B	P26
(5) 設備投資			
① 省エネルギー化を推進する施設整備	調書16	B	P27
② 長寿命化や高度医療機器の最適化	調書17	B	P28
③ 医療DXの推進	調書18	B	P29
(6) 医療の質の向上			
① 患者本位の医療の提供	調書19	B	P30
② 医療安全の実施	調書20	B	P31
③ 院内感染対策の実施	調書21	B	P33
④ 新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組	調書22	B	P35
(7) 患者サービスの向上			
① 外来待ち時間短縮や待合環境の改善	調書23	C	P36
② 入院サポートセンターの充実	調書24	B	P37
③ 接遇の向上	調書25	B	P38

実 施 項 目	No.	R6年度 評価	調書 の頁
(8) 診療報酬請求の適正化等収入の確保			
① 新たな施設基準、加算、機能係数の取得や算定率向上	調書26	B	P39
② 在院日数の短縮	調書27	B	P41
③ 診療報酬請求精度の向上、返戻・査定減の防止	調書28	C	P42
(9) 未収金の発生防止と早期回収の徹底			
① 新規未収金の発生防止や請求手続きの迅速化	調書29	B	P43
(10) 国、県補助金制度等の活用			
① 制度の情報収集、活用	調書30	B	P44
3 経費削減に係るもの			
(1) 職員給与費の適正化			
① 業務効率化による時間外勤務の削減	調書31	A	P45
(2) 各種経費の削減			
① 共同購入、ベンチマークを活用した診療材料費等の抑制	調書32	A	P47
② 院内照明LED化等による光熱水費の抑制	調書33	B	P49
③ 委託内容見直し等による委託料の抑制	調書34	C	P50
4 経営の安定性に係るもの			
(1) 人材の確保			
① 医師確保	調書35	A	P51
② 看護師をはじめとした医療従事者の確保	調書36	B	P53
③ 臨床研修医の確保	調書37	B	P55
(2) 専門性及び医療技術の向上			
① 院内研修の充実、外部研修への参加や認定資格、専門資格取得の支援	調書38	C	P56
② 高度先進病院との人事交流	調書39	A	P57
(3) 働きやすい環境の整備			
① 医師の事務的業務の軽減	調書40	B	P58
② 特定行為研修修了看護師等によるタスクシフトやチーム医療によるワークシェアなど医師の働き方改革	調書41	B	P59
③ 人事ヒアリングの実施等による職員定着に向けた取組	調書42	B	P60
④ 院内保育所の充実、医師公舎の維持管理	調書43	B	P62

<評価結果>

A評価	4項目	(9.3%)
B評価	33項目	(76.7%)
C評価	6項目	(14.0%)
－評価	0項目	(0.0%)
43項目 (100.0%)		

(4) 「6 (3) 経営強化プラン対象期間中の各年度の収支計画等」(プランP 19~20)

<令和6年度の決算状況>

①収益的収入及び支出

(単位：百万円)

	R5	R6			実績(R6-R5)	
		実績	計画	実績	実績－計画	増減
病院事業収益 ①	12,657	13,329	12,349	△ 980	△ 308	△2.4%
医業収益	10,702	11,580	10,519	△ 1,061	△ 183	△1.7%
入院収益	7,454	8,238	7,518	△ 720	64	0.9%
外来収益	2,757	2,831	2,508	△ 323	△ 249	△9.0%
その他医業収益	491	511	493	△ 18	2	0.3%
うち他会計負担金	225	240	234	△ 6	9	4.2%
医業外収益	1,611	1,343	1,439	96	△ 172	△10.7%
うち他会計負担金	777	764	782	18	5	0.7%
うち長期前受金戻入	466	488	495	7	29	6.2%
うち県補助金	296	36	40	4	△ 256	△86.5%
うちコロナ病床確保料	230	0	0	0	△ 230	△100.0%
看護学校収益	126	185	171	△ 14	45	35.2%
うち他会計負担金	115	172	157	△ 15	42	36.9%
特別利益	218	221	221	0	3	1.4%
病院事業費用 ②	12,947	13,704	13,406	△ 298	459	3.5%
医業費用	12,122	12,744	12,490	△ 254	368	3.0%
給与費	6,861	7,045	7,019	△ 26	158	2.3%
材料費	2,401	2,469	2,328	△ 141	△ 73	△3.0%
経費	1,806	2,092	2,015	△ 77	209	11.6%
減価償却費	798	843	835	△ 8	37	4.7%
資産減耗費	11	29	22	△ 7	11	103.9%
研究研修費	245	266	270	4	25	10.3%
医業外費用	699	775	745	△ 30	46	6.7%
うち支払利息	135	135	128	△ 7	△ 7	△5.6%
看護学校費用	126	185	171	△ 14	45	35.2%
特別損失	0	0	0	0	0	△100.0%
経常損益	△ 508	△ 596	△ 1,277	△ 681	△ 769	△151.5%
純損益 ①-②	△ 290	△ 375	△ 1,057	△ 682	△ 767	△264.0%

※R6（実績－計画）及び実績（R6-R5）の数値は、百万円単位での差引を行い、実績（増減率）については、円単位で計算しています。

②資本的収入及び支出

(単位：百万円)

	R5	R6			実績(R6-R5)	
		計画	実績	実績－計画	増減	増減率
資本的収入 ③	2,198	2,911	2,821	△ 90	623	28.3%
企業債	1,278	1,124	1,202	78	△ 76	△5.9%
他会計負担金	904	1,778	1,608	△ 170	704	77.9%
その他	16	9	10	1	△ 6	△35.4%
資本的支出 ④	2,743	3,588	3,493	△ 95	750	27.3%
建設改良費	759	784	709	△ 75	△ 50	△6.6%
リース資産	1	1	1	0	0	-
施設・機器整備費	758	783	708	△ 75	△ 50	△6.6%
企業債償還金	1,380	1,643	1,643	0	263	19.0%
長期貸与金	8	14	6	△ 8	△ 2	△25.0%
看護学校整備費	596	1,147	1,135	△ 12	539	90.3%
資本的収支差引 ③-④	△ 545	△ 677	△ 672	5	△ 127	△23.2%

※R6（実績－計画）及び実績（R6-R5）の数値は、百万円単位での差引を行い、実績（増減率）については、円単位で計算しています。

③実質的収支等

(単位：百万円)

	R5	R6			実績(R6-R5)	
		計画	実績	実績－計画	増減	増減率
実質収支	△ 352	△ 471	△ 1,239	△ 768	△ 887	△252.2%
年度末現金預金	2,043	1,304	1,742	438	△ 301	△14.7%
累積欠損金	10,691	11,089	11,748	659	1,057	9.9%
企業債残高（前年度未償還額+借入額-償還額）	11,696	11,214	11,255	41	△ 441	△3.8%
一般会計繰入金計	2,020	2,954	2,781	△ 173	761	37.7%

調書 1

1 収支改善に係るもの		(1) 病院経営の健全化																					
実施項目	① 施設基準、人員配置など体制の整備																						
課題等	医療従事者の偏在、人口減少、少子高齢化を背景として、医療従事者の確保が難しくなっている。患者動向、ニーズに見合った病床機能、病床数について検討するとともに、施設基準を満たす体制の維持・整備が必要である。																						
実施内容	<ul style="list-style-type: none"> 診療圏域の将来的な医療需要を踏まえ、ニーズに見合った適正な病床数についての調査分析 施設基準を満たす体制の維持・整備 																						
年度計画	令和6年度		令和7年度	令和8年度	令和9年度																		
	(a) 山形県地域医療構想を踏まえた当院の役割、病床機能のあり方を検討 (b) 病床数最適化に向けた調査、分析		⇒同左	⇒同左	⇒同左																		
			⇒同左	⇒同左	⇒同左																		
実績	(a) 当院の役割、病床機能のあり方に基づいた医療を提供了 (b) 6階西入院棟の休棟を継続するとともに、施設基準を満たす体制を採った																						
自己評価 (A, B, C, -)	B																						
評価結果 (評価委員会)																							
■令和6年度事業の実施状況																							
(a) 山形県地域医療構想を踏まえた当院の役割、病床機能のあり方を検討																							
<ul style="list-style-type: none"> 庄内南部地域における基幹病院として、「救急告示医療機関」、「災害拠点病院」、「地域医療支援病院」、「山形県地域周産期母子医療センター」、「山形県がん診療連携指定病院」等の指定を受け、総合的な医療体制のもと、急性期医療、救急医療を中心に、民間医療機関による提供が困難な医療やがん治療などの高度医療を担った。 高度急性期 108 床、急性期 403 床、回復期 10 床の合計 521 床を有する中、地域医療機関への支援や地域連携パスの作成・運用を通して、地区医師会や地域医療機関との連携強化を推進し、「地域完結型医療」の確立と充実を図った。 																							
(b) 病床数最適化に向けた調査、分析																							
<ul style="list-style-type: none"> 近年における入院患者数などの現状を踏まえ、令和6年1月1日から実施している6階西入院棟（急性期50床）の休棟を継続した。 院内で毎月開催している経営対策会議で、病床利用の状況把握を行った。 施設基準を満たす体制としては、令和6年10月以降、急性期一般入院基本料1から基本料2に移行した。 																							
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>R5</th><th>R6</th><th>R7</th><th>R8</th><th>R9</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>病床利用率(年間平均)</td><td>68.8%</td><td>64.9%</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>休床を除いた場合</td><td>70.5%</td><td>71.7%</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>							R5	R6	R7	R8	R9	病床利用率(年間平均)	68.8%	64.9%				休床を除いた場合	70.5%	71.7%			
	R5	R6	R7	R8	R9																		
病床利用率(年間平均)	68.8%	64.9%																					
休床を除いた場合	70.5%	71.7%																					
※病床利用率=延入院患者数/延病床数（521床×日数）																							
※令和6年1月1日から6階西入院棟（50床）を休棟している。																							
■自己評価理由																							
<ul style="list-style-type: none"> 施設基準を満たす体制として急性期一般入院基本料1から基本料2に移行したものの、急性期医療、救急医療を中心に、民間医療機関による提供が困難な医療やがん治療などの高度医療を担つたことから、計画・目標達成に向けて順調に推移したと考えB評価とした。 																							
■今後の取組予定・課題等																							
診療圏（南庄内）の基幹病院として、将来必要と考えられる診療機能を重点的に強化し、病床機能の適正化について、継続した分析を行っていく。																							
推進部署	診療部、看護部、総務課、管理課																						

調書 2

1 収支改善に係るもの		(1) 病院経営の健全化																																							
実施項目		② 病院資源の有効活用																																							
課題等	病院の医療資源等の有効活用により、経営の健全化に資する必要がある。																																								
実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ・所有資産の有効活用 ・資産の貸付等の検討、実施 																																								
年度計画	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度																																					
	(a)所有資産等の有効活用の検討、実施	⇒同左	⇒同左	⇒同左																																					
実績	(a)機器の共同利用合計 件数289件																																								
自己評価 (A, B, C, -)	C																																								
評価結果 (評価委員会)																																									
■令和6年度事業の実施状況																																									
(a)所有資産等の有効活用の検討、実施																																									
<ul style="list-style-type: none"> ・新たに心肺運動負荷試験の共同利用を開始したものの、共同利用の合計件数は微減した。 																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th><th>R5</th><th>R6</th><th>R7</th><th>R8</th><th>R9</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CT</td><td>215 件</td><td>213 件</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>MRI</td><td>66 件</td><td>69 件</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>骨シンチ、骨密度</td><td>7 件</td><td>5 件</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>心肺運動負荷試験</td><td></td><td>2 件</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>合計</td><td>288 件</td><td>289 件</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>							R5	R6	R7	R8	R9	CT	215 件	213 件				MRI	66 件	69 件				骨シンチ、骨密度	7 件	5 件				心肺運動負荷試験		2 件				合計	288 件	289 件			
	R5	R6	R7	R8	R9																																				
CT	215 件	213 件																																							
MRI	66 件	69 件																																							
骨シンチ、骨密度	7 件	5 件																																							
心肺運動負荷試験		2 件																																							
合計	288 件	289 件																																							
■自己評価理由																																									
<ul style="list-style-type: none"> ・新たに心肺運動負荷試験の共同利用を開始したものの、共同利用の合計件数は横ばいで、計画・目標達成に向けて進展がなかったと考えC評価とした。 																																									
■今後の取組予定・課題等																																									
<ul style="list-style-type: none"> ・機器の共同利用件数が微減しているので、共同利用できる機器の周知を図ることで、地域のかかりつけ医を支援し、地域医療の確保に貢献していく。 																																									
推進部署	総務課、管理課、各部署																																								

調書3

1 収支改善に係るもの		(1) 病院経営の健全化			
実施項目		③ 経営アドバイザー、経営分析システムの活用			
課題等		地域での人口減少、高齢化が進む中で、医療需要の変化に伴い、医業の収益性が低下している。 効率的な病院経営を行い収支を改善する必要がある。			
実施内容		<ul style="list-style-type: none"> ・経営アドバイザーによる経営分析 ・経営分析システムの活用による分析、経営改善策の検討 			
年度計画		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度
		(a) 経営の専門家による経営指導の推進 (b) 経営分析システムの活用	⇒同左 ⇒同左	⇒同左 ⇒同左	⇒同左 ⇒同左
実績		(a) 情報収集した (b) 経営改革推進チームを立ち上げ、システム等を活用した分析を開始した			
自己評価 (A, B, C, -)		B			
評価結果 (評価委員会)					
■令和6年度事業の実施状況					
(a) 経営の専門家による経営指導の推進					
<ul style="list-style-type: none"> ・外部アドバイザーによる経営分析等に向け、情報を収集した。 					
(b) 経営分析システムの活用					
<ul style="list-style-type: none"> ・12月から経営改革推進チームを立ち上げ、経営分析システム等を活用した分析を開始した。 					
■自己評価理由					
<ul style="list-style-type: none"> ・経営コンサルタントの活用に向け情報を収集したほか、経営改革推進チームを立ち上げ経営分析システムを活用できたことから、計画・目標達成に向けて順調に推移したと考えB評価とした。 					
■今後の取組予定・課題等					
<ul style="list-style-type: none"> ・令和6年度が大幅な赤字決算となったことを受け、令和7年度中に経営コンサルタントの利用を開始する。 ・経営分析システムを活用した分析を行うとともに、各診療科へのヒアリングにより、診療科ごとの課題を整理し、収支改善のためにできることから取組を開始する。 ・担当する職員のスキルアップに向けて、経営分析等に係る研修機会を活用していく。 					
推進部署		総務課、医事課、経営対策会議、各部署			

調書4

1 収支改善に係るもの		(1) 病院経営の健全化			
実施項目		④ 管理会議、経営会議等での検証			
課題等	各種取組の効果を検証し、取組内容の評価・見直しを図る必要がある。				
実施内容	・毎月、管理会議、経営対策会議を開催し、現状の把握と問題点、改善事項について検証し、改善に向けた取組を進める				
年度計画	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	
	(a) 管理会議、経営対策会議等の開催による検証と改善策の推進	⇒同左	⇒同左	⇒同左	
実績	(a) 原則月1回開催される、管理会議において3か年運営計画の評価結果を共有するとともに、経営対策会議においては収益に影響のある項目を報告し改善策を議論した				
自己評価 (A, B, C, -)	B				
評価結果 (評価委員会)					
■令和6年度事業の実施状況					
(a) 管理会議、経営対策会議等の開催による検証と改善策の推進					
・管理会議（10回開催）では、9月開催時に「3か年運営計画の自己評価」を共有し、10月開催時には「3か年運営計画評価委員会」の開催結果を報告した。					
・経営対策会議（10回開催）では、収支状況、入院・外来の稼働額のほか、収益等に影響のある項目を報告し、改善策を議論した。					
■自己評価理由					
・経営対策会議において状況の共有と改善策の議論を進めたほか、管理会議にて「3か年運営計画の自己評価」を共有するなど、現状の把握と問題点、改善事項について検証し、改善に向けた取組を進められることから、計画・目標達成に向けて順調に推移したと考えB評価とした。					
■今後の取組予定・課題等					
・管理会議では、経営強化プランの自己評価及び評価委員会開催結果の共有を行うとともに、経営改善に繋がる具体策を決定していく（検討は経営対策会議等で行う）					
・経営対策会議では、収益等に影響のある項目を報告し、改善策を議論していく。					
推進部署	管理会議、経営対策会議、総務課、 医事課				

調書5

2 収入確保に係るもの		(1) 医療機能・体制整備																																					
実施項目		① 救急・急性期医療体制の充実																																					
課題等		当院は南庄内の救急告示病院として、軽症から重症まで多くの救急患者が来院する。非紹介患者初診加算料、時間外診療加算料の導入、さらには広報等による市民への適正受診啓発の取組により、いわゆるコンビニ受診の抑制は一定の効果があったが、引き続き適正受診に向けた取組を継続しながら、救急医療の強化を目指す。 一方で医師不在の診療科があるなど一部対応できない症例もある。																																					
実施内容		<ul style="list-style-type: none"> 機能分担や病診連携について、引き続き周知に努めるとともに、体制の充実に努める 救急医療体制の確立については、救急告示病院である鶴岡協立病院、三井病院並びに休日夜間診療所の機能分担をより明確にし、当院で対応困難な症例は、日本海総合病院とも連携して救急需要に対応する必要があり、庄内地域での役割分担による連携をさらに進める 																																					
年度計画		令和6年度		令和7年度		令和8年度		令和9年度																															
		(a)連携による救急・急性期医療体制の充実		⇒同左		⇒同左		⇒同左																															
		(b)救急医の増員による体制の強化		⇒同左		⇒同左		⇒同左																															
		(c)救急適正受診に関する啓発		⇒同左		⇒同左		⇒同左																															
実績		<p>(a)救急体制について関係機関との機能分担を行うとともに、日本海総合病院とも連携した</p> <p>(b)医師数は6名増員した</p> <p>(c)HPにて周知した</p>																																					
自己評価 (A, B, C, -)		B																																					
評価結果 (評価委員会)																																							
■令和6年度事業の実施状況																																							
(a)連携による救急・急性期医療体制の充実																																							
<ul style="list-style-type: none"> 救急体制については、一次救急医療（かかりつけ医、休日夜間診療所）と二次救急医療（庄内病院、鶴岡協立病院、三井病院）の機能分担を明確にするとともに、当院で対応困難な症例は、日本海総合病院と連携して救急需要に対応した。 																																							
(b)救急医の増員による体制の強化																																							
<ul style="list-style-type: none"> 当院の救急体制については、日直（土日祝：8:30～17:15）、救診医（17:15～23:00）、宿直（23:00～8:30）、出番体制を採用しており、これらに携わる当院の医師数は、71人（R6.4）から77人（R7.3）と6名増員となった。 																																							
※参考（医師数）																																							
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>R5</th><th>R6</th><th>R7</th><th>R8</th><th>R9</th><th></th><th></th><th></th><th></th></tr> <tr> <th></th><th>R5.4</th><th>R6.3</th><th>R6.4</th><th>R7.3</th><th>R7.4</th><th>R8.3</th><th>R8.4</th><th>R9.3</th><th>R9.4</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>医師数</td><td>75人</td><td>74人</td><td>71人</td><td>77人</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>R10.3</td></tr> </tbody> </table>											R5	R6	R7	R8	R9						R5.4	R6.3	R6.4	R7.3	R7.4	R8.3	R8.4	R9.3	R9.4	医師数	75人	74人	71人	77人					R10.3
	R5	R6	R7	R8	R9																																		
	R5.4	R6.3	R6.4	R7.3	R7.4	R8.3	R8.4	R9.3	R9.4																														
医師数	75人	74人	71人	77人					R10.3																														
(c)救急適正受診に関する啓発																																							
<ul style="list-style-type: none"> 適正受診を促すため、時間外診療加算料3,300円（H24.4.1～）及び非紹介患者初診加算料7,000円（歯科は5,000円）について、当院ホームページにて周知した。 																																							
※参考（救急受診の状況）																																							
年度	救急患者数 (A)	うち 軽症	うち中等症以上 (B)	中等症以上 の患者割合 《B/A》	時間外診療加算料 算定件数	非紹介患者初診加算料 算定件数・割合		院内トリアージ 算定件数・割合																															
						件数 (C)	算定割合 《C/A》	件数 (D)	算定割合 《D/(A-E)》																														
R2	13,800	9,116	4,684	33.9%	1,583	1,368	9.9%	4,700	46.1%																														
R3	19,447	14,731	4,716	24.2%	2,198	1,542	7.9%	12,645	80.1%																														
R4	19,687	14,951	4,736	24.1%	1,316	1,695	8.6%	15,979	99.9%																														
R5	13,811	8,795	5,016	36.3%	691	2,494	18.1%	4,618	47.6%																														
R6	13,074	8,279	4,795	36.7%	712	2,955	22.6%	3,834	42.4%																														
→「時間外診療加算料」と「非紹介患者初診加算料」は、とともに緊急性のない場合に算定できる加算である。「時間外診療加算料」が算定されるケースとしては、時間外に再診する場合のほか、「非紹介患者初診加算料」の対象外となる公費負担医療の対象患者が時間外に受診した場合が考えられる。																																							
■自己評価理由																																							
<ul style="list-style-type: none"> 一次、二次救急の機能分担を明確にするとともに、救急医の増員による体制の強化が図られたことから、計画・目標達成に向けて順調に推移したと考えB評価とした。 																																							

■今後の取組予定・課題等

- ・適正受診に向けた取組を継続するとともに、救急患者の受入体制を強化していく。
- ・令和7年4月には、救急集中治療科を創設したところであり、今後、救急・集中治療の強化を目指していく。

推進部署	医事課（医事係）、総務課（庶務係）、救急センター運営委員会、集中治療センター運営委員会
------	---

調書 6

2 収入確保に係るもの		(1) 医療機能・体制整備			
実施項目		② 災害拠点病院機能の整備・充実			
課題等		<ul style="list-style-type: none"> 自然災害は増加傾向にあり、災害時の医療体制の整備・充実が必要である。 災害拠点病院指定要件の一部改正により浸水対策を行う必要がある。 県のDMAT（災害医療派遣チーム）養成計画において令和7年度に1チームの増加が予定されていることから、隊員の確保を進める必要がある。 			
実施内容		<ul style="list-style-type: none"> 災害時において地域の医療・救護活動の拠点となる災害拠点病院として災害発生時に迅速かつ確実に医療提供できるよう、必要な薬品・備品等の整備、時勢に合わせた対応マニュアルの随時見直し、災害医療訓練の実施に取り組み、職員の危機管理意識の向上と体制の充実を図る 浸水対策についての取組を検討し、実施する DMAT 3班編成に向けた体制の整備 			
年度計画		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度
		(a) 災害マニュアルの見直し検討	⇒同左	⇒同左	⇒同左
		(b) 事業継続計画推進	⇒同左	⇒同左	⇒同左
		(c) 消防本部と合同訓練実施	⇒同左	⇒同左	⇒同左
		(d) 備蓄整備	⇒同左	⇒同左	⇒同左
		(e) 浸水対策の検討	⇒防水対策工事の実施	⇒防災施設整備検討	⇒同左
		(f) DMAT 隊員数3班編成に向けた検討	⇒DMAT 隊員数増員 (3班編成へ)	⇒DMAT 隊員 (3班編成維持)	⇒同左
実績		(a) 「簡易マニュアル」と「災害発生時の行動」を作成した (b) 事業継続計画に基づく防災マニュアルに沿った火災・地震総合訓練を行った (c) 火災総合訓練及び地震総合防災訓練を消防本部と合同で開催 (d) 飲料水を更新した (e) 浸水対策工事の実施設計を実施 (f) 隊員を募集した			
自己評価 (A, B, C, -)		B			
評価結果 (評価委員会)					
■令和6年度事業の実施状況					
(a) 災害マニュアルの見直し検討					
<ul style="list-style-type: none"> 災害訓練における動きや反省点を踏まえ、より実効的なマニュアルの整備が求められたことから、災害対策委員会（マニュアル検討班）において、防災マニュアルの改訂に先駆け、「簡易マニュアル」と「災害発生時の行動」を作成した。 					
(b) 事業継続計画の推進					
<ul style="list-style-type: none"> 事業継続計画に基づく防災マニュアルに沿った火災・地震総合訓練を行った。 					
(c) 消防本部との合同訓練					
<ul style="list-style-type: none"> 緊急時に迅速な対応が取れるよう、防災マニュアルに沿った火災総合訓練を11月に1回（初動訓練は毎月1回の年12回）、地震総合防災訓練（消防本部と合同）を10月に1回開催した。 					
(d) 備蓄整備					
<ul style="list-style-type: none"> 令和6年8月に飲料水1食分（500ml、408本、10年保存可）の更新を行った。（栄養科） 					
(e) 浸水対策の検討					
<ul style="list-style-type: none"> 災害拠点病院としての機能強化を図るため、浸水対策工事の実施設計を行った。 					
(f) DMAT 隊員数3班編成に向けた検討					
<ul style="list-style-type: none"> 募集チラシを作成し、3班編成に向けた人員を募集した（募集期間は令和7年4月15日まで）。 					
■自己評価理由					
<ul style="list-style-type: none"> 災害訓練の実施、飲料水の備蓄、浸水対策工事の実施設計、DMAT 隊員の確保など、計画・目標達成に向けて順調に推移したと考えB評価とした。 					
■今後の取組予定・課題等					
<ul style="list-style-type: none"> 令和7年度に浸水対策工事を実施する。 令和7年度におかゆ1食分（360食、8年保存可）を更新する（栄養科）。 DMAT 隊員への応募を受けて隊員を選出し、3班編成の人材を確保する。 					
推進部署	総務課（庶務係）、管理課（施設係）、防火・防災管理委員会、災害医療対策委員会				

調書7

2 収入確保に係るもの		(2) 高度医療の推進																											
実施項目	① 手術件数の増加																												
課題等	緊急手術の件数が増加傾向にあるが、予定手術は減少傾向にある。 定時手術・臨時手術ともに増加傾向にある。																												
実施内容	<ul style="list-style-type: none"> 手術室の効率的運用や、整備による受入環境の向上に努め、救急告示病院としより多くの緊急手術の受入ができるように体制を整える 予定定時手術の患者を増やすため、地域開業医との連携を強め、紹介患者の増加を図る 手術の対応可能な専門医の増員に努める 																												
年度計画	令和6年度		令和7年度	令和8年度	令和9年度																								
	(a) 手術室の効率的運用	⇒同左	⇒同左	⇒同左	⇒同左																								
	(b) 手術環境の整備	⇒同左	⇒同左	⇒同左	⇒同左																								
	(c) 予定 定時 手術の紹介患者数を増加	⇒同左	⇒同左	⇒同左	⇒同左																								
	(d) 専門医の増員	⇒同左	⇒同左	⇒同左	⇒同左																								
実績	(a) 定時手術件数を増やすことで、スケジュールの最適化を行い、手術室を効率的に運用した (b) 専門の術式に合わせた機器を揃えた (c) FAX紹介予約を活用し対応した (d) 2名減員																												
自己評価 (A, B, C, -)	B																												
評価結果 (評価委員会)																													
■令和6年度事業の実施状況																													
(a) 手術室の効率的運用																													
<ul style="list-style-type: none"> 定時手術が 104 件増加 (3.1%増、3,382 件→3,486 件) 、臨時手術は 94 件増加 (18.0%増、525 件→619 件) した。 																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>種類</th><th>R5</th><th>R6</th><th>R7</th><th>R8</th><th>R9</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>定時手術</td><td>3,382 件</td><td>3,486 件</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>臨時手術</td><td>525 件</td><td>619 件</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>合計</td><td>3,907 件</td><td>4,105 件</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>						種類	R5	R6	R7	R8	R9	定時手術	3,382 件	3,486 件				臨時手術	525 件	619 件				合計	3,907 件	4,105 件			
種類	R5	R6	R7	R8	R9																								
定時手術	3,382 件	3,486 件																											
臨時手術	525 件	619 件																											
合計	3,907 件	4,105 件																											
(b) 手術環境の整備																													
<ul style="list-style-type: none"> 専門分野ごとの手術となるため、術式に合わせた機器（手術廃液回収システム2台、電気パッド加温装置3台、無影灯(LED) 1台など）を揃えた。 集中治療センター、救急センター、手術センターといった重症部門における医療現場で医師や看護師の業務を支援するため、令和6年7月に、重症部門・手術部門システムを導入する契約を締結し、各部門システムのワーキングを通じて、導入に向けた準備を進めた。 																													
(c) 定時手術の紹介患者数を増加																													
<ul style="list-style-type: none"> FAX紹介予約を活用し対応した。また、FAX紹介予約の予約枠外で予約を希望された場合は、適宜、担当医に確認して対応した。 																													
(d) 専門医の増員																													
<ul style="list-style-type: none"> 手術対応可能な専門医は2名減員となった (4/1 現在の人数で、内科1名増、外科2名減、整形外科1名減、脳神経外科1名増、泌尿器科1名減)。 また麻酔科医が1名増員となった (合計で4名) 																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>R5.4</th><th>R6.4</th><th>R7.4</th><th>R8.4</th><th>R9.4</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>医師数</td><td>24名</td><td>22名</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>							R5.4	R6.4	R7.4	R8.4	R9.4	医師数	24名	22名															
	R5.4	R6.4	R7.4	R8.4	R9.4																								
医師数	24名	22名																											
■自己評価理由																													
<ul style="list-style-type: none"> 手術対応可能な医師は減員しているものの、麻酔科医が増えたこと、そして手術件数が伸びていることから、計画・目標達成に向けて順調に推移したと考えB評価とした。 																													
■今後の取組予定・課題等																													
<ul style="list-style-type: none"> 手術室の稼働率を上げ、より多くの手術を受入れていく。 																													
推進部署	診療部、 看護部 、手術センター運営委員会、地域医療連携室																												

調書8

2 収入確保に係るもの		(2) 高度医療の推進																																																																																															
実施項目		② がん診療の充実																																																																																															
課題等	南庄内地域のがん診療において、手術、放射線療法、化学療法を組み合わせた集学的治療を含む専門的な診療を取り組んできたが、当院で専門としない領域のがんについては、他の専門医療機関との連携の強化により、がん診療の充実を図る必要がある。																																																																																																
実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ・緩和ケアの充実 ・がん相談支援センターの充実 ・当院で専門としない領域のがんの診療については、他の専門医療機関との連携を強化する 																																																																																																
年度計画	令和6年度		令和7年度		令和8年度																																																																																												
	(a) 緩和ケアの充実 (b) がん相談支援センターの充実 (c) キャンサートリートメントボード開催（月1回程度） (d) がん看護専門看護師の育成		⇒同左 ⇒同左 ⇒同左 ⇒同左		⇒同左 ⇒同左 ⇒同左 ⇒同左																																																																																												
実績	(a) 緩和ケア内科の標榜に加え、緩和ケアチームによる対応を行った (b) がん相談支援センターへ緩和ケア認定看護師を配置した (c) 10回開催 (d) 取得に向け1名が大学進学した																																																																																																
自己評価 (A, B, C, -)	B																																																																																																
評価結果 (評価委員会)																																																																																																	
■令和6年度事業の実施状況																																																																																																	
(a) 緩和ケアの充実																																																																																																	
<ul style="list-style-type: none"> ・緩和ケア内科を標榜し令和6年8月から緩和ケア外来を開始した。 ・提供ケアの質の評価については、患者目線での苦痛評価にするための指標として IPOS（身体的・精神的・社会的な苦痛を多職種で早期に評価し QOL を改善するための指標）を導入した。 																																																																																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>4 西</th><th>5 西</th><th>7 東</th><th>8 西</th><th>8 東</th><th>外来</th><th>合計</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>IPOS 実施件数</td><td>119 件</td><td>121 件</td><td>35 件</td><td>40 件</td><td>294 件</td><td>12 件</td><td>621 件</td></tr> </tbody> </table>								4 西	5 西	7 東	8 西	8 東	外来	合計	IPOS 実施件数	119 件	121 件	35 件	40 件	294 件	12 件	621 件																																																																											
	4 西	5 西	7 東	8 西	8 東	外来	合計																																																																																										
IPOS 実施件数	119 件	121 件	35 件	40 件	294 件	12 件	621 件																																																																																										
<ul style="list-style-type: none"> ・緩和ケアチームに麻酔科医が加わり、がん性疼痛に対し薬物療法・放射線療法に加え、神経ブロック（神経の近くに局所麻酔薬を注射し、神経の働きを一時的に遮断することで痛みやしづれを軽減する治療法）が可能となり疼痛管理の充実につながった。 																																																																																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>R5</th><th>R6</th><th>R7</th><th>R8</th><th>R9</th><th></th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>緩和ケアチームへの新規依頼件数</td><td>120 件</td><td>145 件</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>								R5	R6	R7	R8	R9		緩和ケアチームへの新規依頼件数	120 件	145 件																																																																																	
	R5	R6	R7	R8	R9																																																																																												
緩和ケアチームへの新規依頼件数	120 件	145 件																																																																																															
<ul style="list-style-type: none"> ・がん患者が納得して治療にのぞめるよう、診断や治療方針について説明や支援を行った。 																																																																																																	
※参考 (がん患者指導管理料とがん性疼痛指導管理料)																																																																																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>R5</th><th>R6</th><th>R7</th><th>R8</th><th>R9</th><th></th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>がん患者指導管理料イ</td><td>212 件</td><td>108 件</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td></td><td>1, 060, 000 件</td><td>540, 000 円</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>がん患者指導管理料ロ</td><td>156 件</td><td>125 件</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td></td><td>312, 000 円</td><td>250, 000 円</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>がん患者指導管理料ハ</td><td>174 件</td><td>71 件</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td></td><td>348, 000 円</td><td>142, 000 円</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>がん患者指導管理料ニ</td><td>8 件</td><td>0 件</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td></td><td>24, 000 円</td><td>0 円</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>がん性疼痛指導管理料</td><td>462 件</td><td>351 件</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td></td><td>924, 000 円</td><td>702, 000 円</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>合計</td><td>1, 012 件</td><td>655 件</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td></td><td>2, 668, 000 円</td><td>1, 634, 000 円</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>								R5	R6	R7	R8	R9		がん患者指導管理料イ	212 件	108 件						1, 060, 000 件	540, 000 円					がん患者指導管理料ロ	156 件	125 件						312, 000 円	250, 000 円					がん患者指導管理料ハ	174 件	71 件						348, 000 円	142, 000 円					がん患者指導管理料ニ	8 件	0 件						24, 000 円	0 円					がん性疼痛指導管理料	462 件	351 件						924, 000 円	702, 000 円					合計	1, 012 件	655 件						2, 668, 000 円	1, 634, 000 円				
	R5	R6	R7	R8	R9																																																																																												
がん患者指導管理料イ	212 件	108 件																																																																																															
	1, 060, 000 件	540, 000 円																																																																																															
がん患者指導管理料ロ	156 件	125 件																																																																																															
	312, 000 円	250, 000 円																																																																																															
がん患者指導管理料ハ	174 件	71 件																																																																																															
	348, 000 円	142, 000 円																																																																																															
がん患者指導管理料ニ	8 件	0 件																																																																																															
	24, 000 円	0 円																																																																																															
がん性疼痛指導管理料	462 件	351 件																																																																																															
	924, 000 円	702, 000 円																																																																																															
合計	1, 012 件	655 件																																																																																															
	2, 668, 000 円	1, 634, 000 円																																																																																															

- 以下の研修会を実施し、緩和ケア提供者に必要とされる知識を習得した。

研修名	実施日	備考
がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会（PEACE 研修）	10/20	受講者 8 人
エンド・オブ・ライフケアに携わる看護師に対する研修（ELNEC-J コアカリキュラム）	8/31～9/1	受講者 21 人 指導資格者 2 人
がん関連看護師対象 研修	緩和ケア関連 がん放射線看護	5/24、10/30、12/15 7/1、8/8、9/30
緩和ケアチーム主催 院内研修	①オピオイドの基礎 ②呼吸器症状の緩和ケア ③心不全と緩和ケア ④看取りのケア	6/27 8/22 10/10 2/27

- 令和 6 年度は新たに、アピアランスケア（がん治療による外見の変化に伴う身体的・心理的・社会的な困難を軽減し、患者さんが自分らしく過ごせるように支援するケア）の取組として、ウィッグ・補正下着の相談会を 5 月、8 月、11 月、3 月に開催し、総数 21 名の患者や家族が相談のため来院した。
- がん制圧期間として 9 月 9 日～30 日まで、1 階ホールにがん相談支援センターの展示とがん関連のパンフレット・リーフレットを設置した。
- がん啓発期間のライトアップを実施した（11 月胃がん、1 月子宮頸がん、3 月大腸がん）

(b) がん相談支援センターの充実

- 緩和ケア認定看護師 1 名を配置した（国立がん研究センターがん相談員基礎研修 1・2 受講終了）

(c) キャンサートリートメントボード開催（月 1 回程度）

- 月 1 回、院内多職種の他、山形大学医学部の専門医から会議へ出席いただき、がん患者の治療方針について症例検討を行った。

(d) がん看護専門看護師の育成

- がん看護専門看護師取得に向け 1 名が大学院へ進学した。

※参考（がん関連認定看護師）

種類	人数	令和 6 年度の状況
緩和ケア認定看護師	2 名	1 名更新
がん化学療法認定看護師	1 名	
がん薬物療法特定認定看護師	2 名	1 名静岡がんセンター長期研修終了後取得
乳がん看護認定看護師	1 名	1 名更新
がん放射線看護認定看護師	1 名	

■自己評価理由

- 医師の転出によりがん患者指導管理料の算定件数が大幅に下がっているものの、提供ケアの質の評価として IPOS を入院棟へ広めるとともに、新たにアピアランスケアの取組を行うなど、計画・目標達成に向けて進展があったと考え B 評価とした。

■今後の取組予定・課題等

(a) 緩和ケアの充実

- 「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会（PEACE 研修）」及び「エンド・オブ・ライフケアに携わる看護師に対する研修（ELNEC-J コアカリキュラム）」についてそれぞれ年 1 回開催していく。
- がん患者指導管理料算定の取組として、がんと診断された患者が納得して治療にのぞめるよう、診断や治療方針について説明や支援を行っていく。加えて医師とがん関連認定看護師が協力できるように院内周知を図っていく。

(b) がん相談支援センターの充実

- AYA 世代（15～39 歳）のがん患者のサポート体制（がんと診断された場合に相談支援センターにつながるシステムづくり）を強化していく。

(c) キャンサートリートメントボード開催（月 1 回程度）

- 月 1 回の開催予定としていく。症例を提出する診療科の偏在がみられるため、院内メールにおいて提出の呼びかけを行う。

(d) がん看護専門看護師の育成

- がん看護専門認定看護師を育成していく。

推進部署	診療部、看護部、医事課、総務課（経営企画係）、地域医療連携室、化学療法運営委員会
------	--

調書9

2 収入確保に係るもの		(2) 高度医療の推進																											
実施項目		③ 国立がん研究センター東病院との診療連携の推進																											
課題等		当院は、国立がん研究センター東病院との診療連携の協定を結んでいることから、そのアドバンテージを十分に生かす必要がある。																											
実施内容		<ul style="list-style-type: none"> ・国立がん研究センター東病院との診療連携により、専門性の高いがん治療が可能となる体制の整備を進める ・患者の身体的・経済的負担の軽減のため、遠隔技術を活用し、遠隔アシスト手術やがん相談外来、術後フォローを鶴岡にいながら享受できる体制の整備を進める ・メディカルスタッフ等の人事交流などにより、職員のがん診療に対する意欲の向上とスキルアップを図る 																											
年度計画		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度																								
		(a)遠隔アシスト手術の推進 (b)がん相談外来の推進 (c)鶴岡市民向けのがん公開講座の開催 (d)職員の人事交流、スキルアップ研修の実施	⇒同左 ⇒同左 ⇒同左 ⇒同左	⇒同左 ⇒同左 ⇒同左 ⇒同左	⇒同左 ⇒同左 ⇒同左 ⇒同左																								
実績		(a)遠隔アシスト手術は 16 件 (b)延べ 24 名が受診 (c)緩和ケア市民公開講座を開催 (d)長期研修派遣のほか研修会を開催																											
自己評価 (A, B, C, -)		B																											
評価結果 (評価委員会)																													
■令和6年度事業の実施状況																													
(a)遠隔アシスト手術の推進																													
<ul style="list-style-type: none"> 当院で行うがん手術を東病院の医師がオンラインモニターを通して確認し、リアルタイムで口頭や図示で助言等を行う「遠隔アシスト手術」を 16 症例実施した。患者にとっては、より高度な手術を鶴岡にいながら享受することができるとともに、若手医師の技術向上につながった。 																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>遠隔アシスト手術</th><th>R5</th><th>R6</th><th>R7</th><th>R8</th><th>R9</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>外科</td><td>10 件</td><td>12 件</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>婦人科</td><td>4 件</td><td>4 件</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>合計</td><td>14 件</td><td>16 件</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>						遠隔アシスト手術	R5	R6	R7	R8	R9	外科	10 件	12 件				婦人科	4 件	4 件				合計	14 件	16 件			
遠隔アシスト手術	R5	R6	R7	R8	R9																								
外科	10 件	12 件																											
婦人科	4 件	4 件																											
合計	14 件	16 件																											
(b)がん相談外来の推進																													
<ul style="list-style-type: none"> がん相談外来（R2.11 から開始）を実施するとともに、当院の外来診察室にて、当院看護師同席のもと、情報通信機器を用いて、国立がん研究センター東病院の専門医に相談できる「おんらいんがん相談」の実施に向けた検討を行った。 																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>がん相談外来</th><th>R5</th><th>R6</th><th>R7</th><th>R8</th><th>R9</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>延べ人数</td><td>45 人</td><td>24 人</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>						がん相談外来	R5	R6	R7	R8	R9	延べ人数	45 人	24 人															
がん相談外来	R5	R6	R7	R8	R9																								
延べ人数	45 人	24 人																											
(c)鶴岡市民向けのがん公開講座の開催																													
<ul style="list-style-type: none"> 国立がん研究センター東病院との連携した市民公開講座の代わりに、緩和ケア市民公開講座を 11/23 に開催し 117 人の参加があった。 																													
(d)職員の人事交流、スキルアップ研修の実施																													
<ul style="list-style-type: none"> 緩和ケア認定看護師 1 名が、国立がん研究センター東病院への長期研修を実施した（10～12 月）。 国立がん研究センター主催「がん看護スペシャリストコース」の公開研修を 21 名が受講した。 国立がん研究センター東病院の医師を講師とした緩和ケアスキルアップ研修会を 2 月に開催し、院内外の医療福祉関係者が 41 名参加した。 																													
■自己評価理由																													
<ul style="list-style-type: none"> 交通事情により担当医師が来鶴できなかつた日もあったことからがん相談外来の受診者は減少しているが、遠隔アシスト手術の件数も前年度並みに実施しており、また職員の人事交流及びスキルアップ研修も実施できしたことから、計画・目標達成に向け順調に推移したと考え B 評価とした。 																													
■今後の取組予定・課題等																													
<ul style="list-style-type: none"> 遠隔アシスト手術、がん相談外来、市民向けのがん公開講座、スキルアップ研修等を継続していくとともに、令和 7 年度には新たに「おんらいんがん相談」を実施する。 長期研修で得たスキルを入院サポートセンターでの活用・ACP・意思決定支援等の実践に生かしていくとともに、その実践報告を国立がん研究センター東病院へフィードバックしていく。 																													
推進部署		診療部、看護部、地域医療連携室、総務課																											

調書 10

2 収入確保に係るもの		(3) 地域医療連携の推進																																							
実施項目		① 地域医療支援病院機能の充実																																							
課題等		地域の医療機関、医療従事者との連携を推進し、地域医療の充実を図る必要がある。																																							
実施内容		地域医療支援病院の機能を一層強化し、地域の医療機関との適切な役割分担と連携を図り、さらに良質な医療サービスの提供を行う ・紹介率・逆紹介率の上昇、・機器共同利用の促進 ・地域の医療従事者を対象とする研修の充実																																							
年度計画		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度																																				
	(a)紹介率89.5%以上 逆紹介率64.1%以上 (b)新規開業医への登録推進 (c)機器(CT、MRI、骨シンチ、骨密度)の共同利用の推進 (d)地域医療従事者に対する研修会開催 (e)地域医療連携推進協議会の開催 (f)介護保険施設等への訪問、意見交換	(a)紹介率90.0%以上 逆紹介率64.4%以上 ⇒同左 ⇒同左 ⇒同左 ⇒同左 ⇒同左 ⇒同左	(a)紹介率90.5%以上 逆紹介率64.7%以上 ⇒同左 ⇒同左 ⇒同左 ⇒同左 ⇒同左 ⇒同左	(a)紹介率91.0%以上 逆紹介率65.0%以上 ⇒同左 ⇒同左 ⇒同左 ⇒同左 ⇒同左 ⇒同左	(a)紹介率91.0%以上 逆紹介率65.0%以上 ⇒同左 ⇒同左 ⇒同左 ⇒同左 ⇒同左 ⇒同左																																				
実績	(a)達成(紹介率89.7% 逆紹介率65.2%) (b)登録数は伸びなかった (c)289件 (d)2種類計6回開催 (e)4回開催 (f)27施設へ訪問し、意見交換を行った																																								
自己評価 (A, B, C, -)	B																																								
評価結果 (評価委員会)																																									
■令和6年度事業の実施状況																																									
(a)紹介率89.5%以上、逆紹介率64.1%以上																																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>R5</th><th>R6</th><th>R7</th><th>R8</th><th>R9</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>紹介率</td><td>89.7%</td><td>89.7%</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>逆紹介率</td><td>66.2%</td><td>65.2%</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>							R5	R6	R7	R8	R9	紹介率	89.7%	89.7%				逆紹介率	66.2%	65.2%																					
	R5	R6	R7	R8	R9																																				
紹介率	89.7%	89.7%																																							
逆紹介率	66.2%	65.2%																																							
(b)新規開業医への登録推進																																									
<ul style="list-style-type: none"> 登録医となっていない医療機関には随時声掛けを行ったが、登録数は伸びなかった。 <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>R5</th><th>R6</th><th>R7</th><th>R8</th><th>R9</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>医療機関数</td><td>70施設</td><td>70施設</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>登録医数</td><td>88名</td><td>86名</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>							R5	R6	R7	R8	R9	医療機関数	70施設	70施設				登録医数	88名	86名																					
	R5	R6	R7	R8	R9																																				
医療機関数	70施設	70施設																																							
登録医数	88名	86名																																							
(c)機器(CT、MRI、骨シンチ、骨密度)の共同利用の推進																																									
<ul style="list-style-type: none"> 新たに、心配運動負荷試験の共同利用を開始したが、共同利用の合計件数は横ばいであった。 <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>R5</th><th>R6</th><th>R7</th><th>R8</th><th>R9</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CT</td><td>215件</td><td>213件</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>MRI</td><td>66件</td><td>69件</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>骨シンチ、骨密度</td><td>7件</td><td>5件</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>心肺運動負荷試験</td><td></td><td>2件</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>合計</td><td>288件</td><td>289件</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>							R5	R6	R7	R8	R9	CT	215件	213件				MRI	66件	69件				骨シンチ、骨密度	7件	5件				心肺運動負荷試験		2件				合計	288件	289件			
	R5	R6	R7	R8	R9																																				
CT	215件	213件																																							
MRI	66件	69件																																							
骨シンチ、骨密度	7件	5件																																							
心肺運動負荷試験		2件																																							
合計	288件	289件																																							
(d)地域医療従事者に対する研修会開催																																									
<ul style="list-style-type: none"> 地域症例検討会を11回(8月以外)、地域医療従事者対象の研修会として、「緩和ケアスキルアップ研修会」を6月、10月、2月の3回、「緩和ケアを学ぼう会」を6月、9月、3月の3回開催し、医療、介護等のスキルアップに努めた。 																																									
(e)地域医療連携推進協議会の開催																																									
<ul style="list-style-type: none"> 地域医療連携推進協議会を、6月、9月、12月、3月の4回開催し、医療機関、施設、行政等相互の連携を推進した。 																																									
(f)介護保険施設等への訪問、意見交換																																									
<ul style="list-style-type: none"> 地域の特別養護老人ホーム、介護老人保健施設27箇所へ訪問し、意見交換を行った。 																																									
■自己評価理由																																									
<ul style="list-style-type: none"> 紹介率及び逆紹介率ともに目標値以上であったことに加え、地域医療支援病院として、かかりつけ医への支援、医療資源の共有、医療従事者への研修などを実施できたことから、計画・目標達成に向け順調に推移したと考えB評価とした。 																																									

■今後の取組予定・課題等

- ・地域の医療機関と連携していくためにも、研修会、協議会、意見交換の場を継続していくとともに、ICT (Net4U) を有効活用していく。
- ・また、新規開業医の登録件数を増やすためにも、後継者の帰ってきた医療機関などを訪問し、登録医の協力依頼を行っていくとともに、共同利用できる機器の周知を図ることで、地域のかかりつけ医を支援し、地域医療の確保に貢献していく。

推進部署 地域医療連携室、医事課

調書 1 1

2 収入確保に係るもの (3) 地域医療連携の推進

実施項目	②地域連携パスの充実			
課題等	地域連携パスは、庄内南部地域の診療圏において、大腿骨頸部骨折、脳卒中、糖尿病、がん、急性心筋梗塞の5疾病について治療計画の共有を目的に運用されている。医療の標準化を推進するためIDリンク等を活用し、パスの充実が必要である。 令和5年度からパスによる新たな地域医療連携の仕組みとして、協定を結び、「鶴岡・田川3病院地域包括ケアパス」をスタートしており、今後、特に高齢者に多い疾病についてパスの充実を図る必要がある。			
実施内容	・「鶴岡・田川3病院地域包括ケアパス」のパスの拡大、充実 ・既に運用している地域連携パスについては、院内の取組や医療機関との連携を強化するなど、安定した運用環境の維持・向上に努める			
年度計画	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度
	(a)新たなパスの導入検討・実施 (b)既存のパスの見直し	⇒同左 ⇒同左	⇒同左 ⇒同左	⇒同左 ⇒同左
実績	(a)再骨折予防パスの作成と実施。尿路感染症パスの導入 (b)糖尿病パス及び認知症パスの終了			
自己評価 (A, B, C, -)	B			
評価結果 (評価委員会)				

■令和6年度事業の実施状況

(a)新たなパスの導入検討・実施

- 「地域連携パス」の新たなパスとして、「再骨折予防パス」の説明会を10月に実施した（運用は令和7年6月から）。
- 「鶴岡・田川3病院地域包括ケアパス」の新たなパスとして「尿路感染症パス」を導入した。また、転院割合は、肺炎が70.1%、尿路感染が77.3%となった。

(b)既存のパスの見直し

- 糖尿病パス及び認知症パスについては運用実績がなく終了した。

※参考（連携パスの新規登録件数）

		R5	R6	R7	R8	R9
地域連携 パス	大腿骨近位部骨折	249件	279件			
	脳卒中	438件	456件			
	糖尿病	0件	終了			
	5 大 が ん	乳 肺 大腸 胃 肝臓 小計	0件 0件 1件 1件 0件 2件	0件 0件 4件 2件 0件 6件		
	急性心筋梗塞	16件	19件			
	認知症	0件	終了			
	再骨折予防(R7.6~)					
		小計	705件	760件		
鶴岡・田川 3病院 地域包括 ケアパス	肺炎(R5.5~)	141件	211件			
	尿路感染症(R6.3~)	1件	65件			
	小計	142件	276件			
	合計	847件	1,036件			

■自己評価理由

- 新たな地域連携パスの導入に向けた準備ができたことや、鶴岡・田川3病院地域包括ケアパスも含め、パスの登録件数が伸びていることから、計画・目標達成に向け進展があったと考えB評価とした。

■今後の取組予定・課題等

- 登録件数の状況を見ながら、急性心筋梗塞パスの方向性を検討していく（終了か継続か）。
- 「再骨折予防パス」については、医療機関に対して、パス参加を呼びかけていく。
- 「鶴岡・田川3病院地域包括ケアパス」については、当院、鶴岡協立病院、庄内余目病院の3病院間で定期的に協議の場を持ち、課題を抽出し、対策を講じていく。

推進部署	地域医療連携室、診療部、看護部、医療標準化委員会
------	--------------------------

調書 12

2 収入確保に係るもの		(3) 地域医療連携の推進																											
実施項目		③緩和ケアサポートセンター機能の充実																											
課題等		南庄内緩和ケア推進協議会（鶴岡市・三川町で構成）と連携し、がんなど生命を脅かすような症状に対して、患者とその家族が可能な限り質の高い治療を受け、療養生活を送れるように、緩和ケアサポートセンターを置いている。 今後も、地域連携による適切な緩和ケアを提供するため、サポートセンターの機能の充実が必要。																											
実施内容		<ul style="list-style-type: none"> 緩和ケアチームによる相談や退院前カンファレンスを実施し、様々な苦痛、不安を抱えている患者さんや家族に対し、希望に沿った緩和ケアが提供できる体制を強化する 緩和ケアの研修会、事例検討会等を企画・運営し、病院スタッフや地域医療・福祉・介護従事者のスキルアップを図る 																											
年度計画		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度																								
		(a) がん相談・退院前カンファレンスの充実 (b) 医療職・介護職向け研修会の実施 (c) 事例検討会の実施 (d) 緩和ケア・健康に関する講演会の実施	⇒同左 ⇒同左 ⇒同左 ⇒同左	⇒同左 ⇒同左 ⇒同左 ⇒同左	⇒同左 ⇒同左 ⇒同左 ⇒同左																								
実績		(a) がん相談支援センターへ緩和ケア認定看護師を配置するとともに、緩和ケアチームによる相談体制をとった (b) 3回開催 (c) 11回開催 (d) 専門職員を対象としたものを3回、一般市民を対象としたものを5回、緩和ケア市民公開講座を1回開催																											
自己評価 (A, B, C, -)		B																											
評価結果 (評価委員会)																													
■令和6年度事業の実施状況																													
(a) がん相談・退院前カンファレンスの充実																													
<ul style="list-style-type: none"> がん相談支援センターへ緩和ケア認定看護師1名を配置するとともに、緩和ケアチームによる相談や退院前カンファレンスを実施した。 																													
※参考（緩和ケアチーム相談件数及び退院前カンファレンス件数） <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>R5</th> <th>R6</th> <th>R7</th> <th>R8</th> <th>R9</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>緩和ケアチーム (PCT) 相談件数</td> <td>121 件</td> <td>145 件</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>退院前カンファレンス</td> <td>がん患者</td> <td>48 件</td> <td>47 件</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>非がん患者</td> <td>34 件</td> <td>38 件</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>							R5	R6	R7	R8	R9	緩和ケアチーム (PCT) 相談件数	121 件	145 件				退院前カンファレンス	がん患者	48 件	47 件				非がん患者	34 件	38 件		
	R5	R6	R7	R8	R9																								
緩和ケアチーム (PCT) 相談件数	121 件	145 件																											
退院前カンファレンス	がん患者	48 件	47 件																										
	非がん患者	34 件	38 件																										
(b) 医療職・介護職向け研修会の実施																													
<ul style="list-style-type: none"> 院内外の多職種を対象とした「緩和ケアスキルアップ研修会」を6月、10月、2月に実施し、それぞれ72人、61人、41人の合計174人が参加した。 																													
(c) 事例検討会の実施																													
<ul style="list-style-type: none"> 地域緩和ケア症例検討会を年11回開催し、病院・訪問看護師・担当ケアマネが関わった事例について検討した。 																													
(d) 緩和ケア・健康に関する講演会の実施																													
<ul style="list-style-type: none"> ケアマネージャーと福祉職員を対象とした「緩和ケアを学ぼう会」を6月、9月、3月に実施し、それぞれ98人、91人、45人の合計234人が参加した。 一般市民を対象とした「つるおか健康塾」を5月、7月、9月、1月、3月に実施し、それぞれ39人、48人、39人、48人、34人の合計208人が参加した。 第17回緩和ケア市民公開講座を11/23に開催し117人の参加があった。 																													
■自己評価理由																													
<ul style="list-style-type: none"> がん相談支援センターへ緩和ケア認定看護師を配置したこと、緩和ケアチームへの相談件数が増えていくこと、そして地域連携による適切な緩和ケアを提供するための研修会等を実施できていることから、計画・目標達成に向け概ね順調に推移したと考えB評価とした。 																													

■今後の取組予定・課題等

- ・緩和ケアチームによる相談や退院前カンファレンスを継続していくとともに、緩和ケアの研修会、事例検討会等を企画・運営し、病院スタッフや地域医療・福祉・介護従事者のスキルアップを図っていく。

推進部署 地域医療連携室（緩和ケアサポートセンター）

調書 1 3

2 収入確保に係るもの		(3) 地域医療連携の推進																											
実施項目		④地域包括ケアシステム構築の推進																											
課題等		令和5年度から庄内病院、鶴岡協立病院、庄内余目病院の3病院が医療連携協定を結び、高齢者に多い疾病を中心とした「鶴岡・田川3病院地域包括ケアパス」をスタートしている。今後も地域の実情にあった柔軟な対応が求められており、市健康福祉部、地区医師会、回復期医療を受け持つ病院、訪問看護事業者と連携を図りながら、地域包括ケアシステムにおいての病院の役割を構築する必要がある。																											
実施内容		<ul style="list-style-type: none"> 急性期医療から在宅医療・介護までの一連のサービスが確保され、さらに、救急医療や居宅等で容体が急変した場合の受入れ等、ニーズに見合った医療・介護サービスが地域に適切に提供できるよう、各関係者と地域包括ケアシステムの構築に向けた検討を行う 「鶴岡・田川3病院地域包括ケアパス」の推進のため協力医療機関、開業医、介護施設等との連携を強化する 																											
年度計画		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度																								
		(a) 地域包括ケアシステムの構築・推進	⇒同左	⇒同左	⇒同左																								
		(b) 病院医師と診療所医師との連携強化、連携会議等への参加	⇒同左	⇒同左	⇒同左																								
実績		(a) 鶴岡・田川3病院地域包括ケアパスの運用を行うとともに、連携協定を結んでいる高齢者施設との間で会議を行った。 (b) 協議会を1回、実務者会議を3回開催																											
自己評価 (A, B, C, -)		B																											
評価結果 (評価委員会)																													
■令和6年度事業の実施状況																													
(a) 地域包括ケアシステムの構築・推進																													
<ul style="list-style-type: none"> 急性期医療から在宅医療・介護までの一連のサービスがスムーズに受けられるよう、入院から3日以内に退院困難要因のある患者をリストアップし、退院支援計画書を作成した。さらに、7日以内に入院棟、看護師、退院支援スタッフによるカンファレンスを行い、退院の方向性（在宅医療、介護施設利用など）について情報を共有した。 																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>退院支援計画書</th><th>R5</th><th>R6</th><th>R7</th><th>R8</th><th>R9</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>作成件数</td><td>5,416 件</td><td>6,240 件</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>						退院支援計画書	R5	R6	R7	R8	R9	作成件数	5,416 件	6,240 件															
退院支援計画書	R5	R6	R7	R8	R9																								
作成件数	5,416 件	6,240 件																											
<ul style="list-style-type: none"> 高齢者に多い肺炎などの特定の疾患について、鶴岡協立病院、庄内余目病院と「鶴岡・田川3病院地域包括ケアパス」の運用を行った。 																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>地域包括ケアパス</th><th>R5</th><th>R6</th><th>R7</th><th>R8</th><th>R9</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>肺炎(R5.5~)</td><td>141 件</td><td>211 件</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>尿路感染 (R6.3~)</td><td>1 件</td><td>65 件</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td></td><td>142 件</td><td>276 件</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>						地域包括ケアパス	R5	R6	R7	R8	R9	肺炎(R5.5~)	141 件	211 件				尿路感染 (R6.3~)	1 件	65 件					142 件	276 件			
地域包括ケアパス	R5	R6	R7	R8	R9																								
肺炎(R5.5~)	141 件	211 件																											
尿路感染 (R6.3~)	1 件	65 件																											
	142 件	276 件																											
<ul style="list-style-type: none"> 連携協定を結んでいる高齢者施設との間で、年1回の会議を行った。 																													
(b) 病院医師と診療所医師との連携強化、連携会議等への参加																													
<ul style="list-style-type: none"> 鶴岡・田川地域包括ケアパス協議会及び実務者会議を開催し、パス運用の課題解決に取り組んだ。また、介護施設職員を対象に「鶴岡・田川3病院地域包括ケアパス」の連携協力について説明する会を開催した。 																													
■自己評価理由																													
<ul style="list-style-type: none"> 鶴岡・田川3病院地域包括ケアパスの運用が順調に進んでいることから、計画・目標達成に向け進展があったと考えB評価とした。 																													
■今後の取組予定・課題等																													
<ul style="list-style-type: none"> 「鶴岡・田川3病院地域包括ケアパス」のアウトカムとバリアンス分析（クリティカルパスや診療計画からのずれであるバリアンスを特定し、その原因を分析し、ケアの質改善に繋げるための手法）を行っていく。 3病院で実施していた鶴岡・田川地域包括ケアパスについて、令和7年度から参加主体を地域の医療機関や高齢者の入所施設へ拡大していく（Net4Uの拡大も含む）。 令和7年度から、地域医療連携室に高齢者施設との連携担当者を配置している。 																													
推進部署		地域医療連携室、総務課、医事課、各部署																											

調書 14

2 収入確保に係るもの		(4) その他の診療体制				
実施項目		①人間ドック体制の充実				
課題等		外来ドックは1年を通じ需要があるが、入院ドックは冬期間に受診枠に対する需要が落ち込む傾向がある。 受入增加のためには、快適に受診できる環境の整備も必要である。				
実施内容		<ul style="list-style-type: none"> ・人間ドック希望者の受入を最大限に高めるためドック閑散期（12月～4月）に外来ドックへ受診枠の振替を行い、増収を図る ・入院ドックの新たなオプション検査項目の導入を検討・実施する ・人間ドック受診者の満足度を高めるための環境整備を行う 				
年度計画		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	
		(a) 入院ドック閑散期の外来ドックへの受診枠の振替	⇒同左	⇒同左	⇒同左	
		(b) オプション検査項目導入の検討・実施	⇒同左	⇒同左	⇒同左	
		(c) 快適な受診環境の整備検討・実施	⇒同左	⇒同左	⇒同左	
実績		(a) 入院ドックの閑散期において、一部日程を外来ドックへ振り替え、受診枠を増やした (b) 新規オプション検査の導入を決定した (c) 床頭台を配置した				
自己評価 (A, B, C, -)		C				
評価結果 (評価委員会)						
■令和6年度事業の実施状況						
(a) 入院ドック閑散期の外来ドックへの受診枠の振替						
<ul style="list-style-type: none"> ・入院ドックは月・木曜日に実施しているが、閑散期（12月～4月）については、月曜日のみの実施とし、木曜日を外来ドックに振り替えた（16日・160枠）。 						
(b) オプション検査項目導入の検討・実施						
<ul style="list-style-type: none"> ・令和7年4月からの導入を目指し、新規オプション検査（BNP検査、Lox-Index検査、アレルギー検査、体成分分析、CT内臓脂肪測定）の導入準備を進めた。 						
(c) 快適な受診環境の整備検討・実施						
<ul style="list-style-type: none"> ・休床入院棟の使用していない床頭台を入院ドックの各部屋に配置した。 						
※参考（人間ドック収益と受診者数）						
入院 (月/木)	収益	27,142,483円	27,533,132円	R6	R7	
	受診人数	302人	304人			
	平均単価	89,876円	90,570円			
外来 (火/水/金)	収益	64,968,027円	63,895,449円	R8	R9	
	受診人数	1,545人	1,534人			
	平均単価	42,051円	41,653円			
合計	収益	92,110,510円	91,428,581円			
	受診人数	1,847人	1,838人			
	平均単価	49,870円	49,744円			
※入院ドックの基本料金は74,950円～85,090円、外来ドックの基本料金は33,860円（男性は36,610円）						
■自己評価理由						
<ul style="list-style-type: none"> ・入院ドックの外来ドックへの振替や、オプション検査項目の導入など行ったものの、入院・外来収益の合計は前年度を下回っていることから、計画・目標達成に向け後退したと考えC評価とした。 						
■今後の取組予定・課題等						
<ul style="list-style-type: none"> ・精検受診率が低下していることから（例え、大腸がんR5：58.9%→R6：53.5%、乳がんR5：89.5%→R6：76.5%）、受診勧奨の回数を増やすほか、精密検査の重要性に関する情報提供を工夫していく。 ・受診人数を増やすため、入院・外来ドックのニーズを見ながら、閑散期の入院ドックを外来ドックへ振り替えるなど対応していく。 ・多様な検査ニーズに対応するため、オプション検査項目については、新規項目の導入に向けて情報収集を行うとともに、令和7年度に導入となったオプション検査についてはプロモーションを行っていく。 						
推進部署	医事課（医事係）、人間ドック・検診検討委員会					

調書 15

2 収入確保に係るもの		(4) その他の診療体制																										
実施項目	②オンライン診療の実施																											
課題等	<p>慢性疾患等で当院を定期的に受診している方で、主治医がオンライン診療での診察が可能と判断した方を対象に、令和5年8月1日から一部診療科（一部医師）においてオンライン診療を開始している。</p> <p>通院が大変な小児科の患者や、新型コロナウイルス感染症に罹患し来院出来ない予約患者について、主にオンライン診療を実施している。一方で、身体所見の取得が必要などオンライン診療に適さない場合もあるため、拡大については難しいところもあるが、新規の感染症が流行した際には、オンライン診療が有効であることから、オンライン診療研修未受講の医師へ情報提供や受講の働きかけを行う必要がある。</p>																											
実施内容	<ul style="list-style-type: none"> 令和4年度の診療報酬改定により、オンライン診療の算定が可能となったことから、厚生労働省で示している「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に適応したオンライン診療体制を継続していく また、オンライン診療を実施する医師は、厚生労働省が指定する研修を受講しなければならないことから、医師への情報提供や受講の働きかけを行う 																											
年度計画	令和6年度		令和7年度	令和8年度	令和9年度																							
	(a) オンライン診療体制の継続と医師への情報提供による受講の働きかけ		⇒同左	⇒同左	⇒同左																							
実績	(a) オンライン診療を451件実施するとともに、新規に2名の医師が指定されている研修を修了した																											
自己評価 (A, B, C, -)	B																											
評価結果 (評価委員会)																												
■令和6年度事業の実施状況																												
(a) オンライン診療体制の継続と医師への情報提供による受講の働きかけ																												
<ul style="list-style-type: none"> 令和6年度に実施したオンライン診療件数は451件であった。 																												
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>R5</th><th>R6</th><th>R7</th><th>R8</th><th>R9</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>小児科</td><td>446件</td><td>451件</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>他科</td><td>2件</td><td>0件</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>合計</td><td>448件</td><td>451件</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>						R5	R6	R7	R8	R9	小児科	446件	451件				他科	2件	0件				合計	448件	451件			
	R5	R6	R7	R8	R9																							
小児科	446件	451件																										
他科	2件	0件																										
合計	448件	451件																										
<ul style="list-style-type: none"> 厚生労働省が指定する研修について、令和6年度は新規に2名受講終了し、修了証提出済み医師は10名（小児科7名、内科1名、外科1名、脳神経外科1名）となり、うちオンライン診療実施者は4名（小児科4名）であった。 																												
■自己評価理由																												
<ul style="list-style-type: none"> オンライン診療の実施件数は前年度並みとなっているが、オンライン診療実施に必要な研修について、新たに2人が修了したことから、計画・目標達成に向け進展があったと考えB評価とした。 																												
■今後の取組予定・課題等																												
<ul style="list-style-type: none"> 現在、小児科のみがオンライン診療を実施していることから、他科の医師についても、オンライン診療を実施するための研修の案内を周知していく。 																												
推進部署	診療部、医事課（医事係）																											

調書 16

2 収入確保に係るもの		(5) 設備投資																					
実施項目		①省エネルギー化を推進する施設整備																					
課題等	施設設備の老朽化により更新の時期を迎えており、エネルギー価格高騰の傾向もあることから、省エネルギー化を意識した更新が必要。																						
実施内容	・空調関係の改修について、計画的に実施していく																						
年度計画	令和6年度		令和7年度	令和8年度	令和9年度																		
	(a) 空調改修基本設計 <u>(b) LED化更新工事</u>		(a) 空調改修実施設計 <u>(b) 同左</u>	(a) 空調改修工事 <u>(b) 同左</u>	(a) 同左 <u>(b) 同左</u>																		
実績	(a) 空調改修に係る基本設計を作成した (b) 直管型蛍光管を直管型 LED 管へ更新																						
自己評価 (A, B, C, -)	B																						
評価結果 (評価委員会)																							
■令和6年度事業の実施状況																							
(a) 空調改修基本設計																							
・空調設備の更新を目指し、空調改修の基本設計を作成した。 ・基本設計によると、改修工事を実施することで、年間約 550 万円のランニングコストを削減できる見込みとなっている。																							
(b) LED化更新工事																							
・院内の直管型蛍光管を直管型 LED 管へ更新した（令和5～6年度の予定）。 ・直管型 LED 管へ全て交換した場合、年間約 1,300 万円のランニングコストが削減できる見込みとなっている。																							
※参考（事業費）																							
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>R5</th><th>R6</th><th>R7</th><th>R8</th><th>R9</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>空調改修</td><td></td><td>3,520 千円</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>LED化更新工事</td><td>28,016 千円</td><td>33,110 千円</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>							R5	R6	R7	R8	R9	空調改修		3,520 千円				LED化更新工事	28,016 千円	33,110 千円			
	R5	R6	R7	R8	R9																		
空調改修		3,520 千円																					
LED化更新工事	28,016 千円	33,110 千円																					
■自己評価理由																							
・設備等の更新に合わせて、ランニングコストの削減も図られることから、計画・目標達成に向け順調に推移したと考え B 評価とした。																							
■今後の取組予定・課題等																							
・空調改修については、令和7年度に実施設計を行い、令和8年度より6年間かけて改修を行っていく予定。 ・LED化更新工事については、令和7年度も実施していく（令和7～9年度は直管型蛍光管以外の照明器具を LED 器具へ更新する予定）。																							
推進部署	管理課（施設係）																						

調書 17

2 収入確保に係るもの		(5) 設備投資								
実施項目	②長寿命化や高度医療機器の最適化									
課題等	新病院建設から20年が経過していることから、付帯設備の更新時期を迎えており、修繕件数・費用が増加傾向にある。 医療機器の購入は、経営に与える影響が大きいことから、今後の患者の動向を見据えた更新内容にするとともに更新時期の調整により費用の平準化を図る必要がある。									
実施内容	<ul style="list-style-type: none"> 設備等については故障やトラブルによる修繕の有無・頻度を確認し更新内容や時期を見直し長寿命化を図る 既存の医療機器の更新、新規診療機能に対応するための施設設備、医療機器の購入などについて、計画的に実行する 高度医療機器の購入については、院内検討委員会を立ち上げ、仕様、価格の検討を行う 									
年度計画	令和6年度		令和7年度	令和8年度	令和9年度					
	(a) 設備等更新検討・実施 (b) 重症部門システム導入 (c) 血管造影 X 線診断装置（一般アンギオ）更新 (d) 眼科用光凝固装置更新		⇒同左 (b) CT (X線診断撮影装置) 更新	⇒同左 (b) 血管造影 X 線診断装置更新（循環器アンギオ）更新	⇒同左 (b) ガンマカメラ更新 (c) 高度医療機器更新検討					
実績	(a) (d) 通常の入札手続きにより更新等を行った (b) 導入に向けた準備を行った (c) 医療機器選定委員会を開催するとともに、他院の購入実績を調査したうえで購入手続きを行った									
自己評価 (A, B, C, -)	B									
評価結果 (評価委員会)										
■令和6年度事業の実施状況										
(a) 設備等更新検討・実施、(d) 眼科用光凝固装置更新										
<ul style="list-style-type: none"> 地域の基幹病院として、安全・安心かつ高度な医療の提供に向け、既存の医療機器の更新や新たな診療機能に対応するための新規医療機器を計画的に購入した。 										
<1件 500万円以上の機器>										
種別	申請科等	機器名			契約金額					
更新	血液浄化療法センター	多用途透析用監視装置			10,604千円					
	歯科口腔外科	診療ユニット			5,720千円					
	病理科	密閉式自動固定包埋装置			5,225千円					
	放射線画像センター	MR 装置用高調波コイル			7,938千円					
	栄養科	哺乳瓶用洗浄機			15,818千円					
	放射線画像センター	放射線治療システム (EMD ジェネレータ)			16,500千円					
	手術センター	器具除染用洗浄器			9,955千円					
	中央検査科	自動採血管準備装置			9,636千円					
	眼科	眼科用光凝固装置			22,000千円					
新規	小児科	脳波検査計			8,360千円					
	手術センター	手術廃液回収システム			8,800千円					
	集中治療センター	中心整脈留置型皮の体温調節装置コントロールユニット			5,775千円					
	薬局	自動秤量機能付散薬分包機			7,128千円					
	中央検査科	全自动血液培養分析装置			14,025千円					
(b) 重症部門システム導入										
<ul style="list-style-type: none"> 集中治療センター、救急センター、手術センターといった重症部門における医療現場で医師や看護師の業務を支援するため、令和6年7月に、重症部門・手術部門システムを導入する契約を締結し、各部門システムのワーキングを通じて、導入に向けた準備を進めた。 										
(c) 血管造影 X 線診断装置（一般アンギオ）更新										
<ul style="list-style-type: none"> 医療機器選定委員会を開催するとともに、他院の購入実績を調査したうえで購入手続きを進めた（199,892千円）。 										
■自己評価理由										
<ul style="list-style-type: none"> 設備等の更新について計画的に進めることができたことから、計画・目標達成に向け順調に推移したと考え B評価とした。 										
■今後の取組予定・課題等										
<ul style="list-style-type: none"> 物価高に伴い医療機器の価格も高騰していることから、診療材料購入で導入している共同購入の仕組みや情報を参考として、一層の経済的な機器購入に取り組んでいく。 										
推進部署	管理課（用度物流係）、医療機器選定委員会									

調書 18

2 収入確保に係るもの		(5) 設備投資			
実施項目		③医療DXの推進			
課題等		医療現場における人材不足や長時間労働などが問題視されているなか、システムの導入による業務効率化や、患者サービスの向上が求められている。 また、統合医療情報システムや部門システムの医療情報の増大に伴い改善を要する事項が生じている。			
実施内容		<ul style="list-style-type: none"> これまで看護師勤務表A I自動作成システム、医療費後払いシステム、診察状況案内システムなどの導入によりDXを進めてきたが、更なる病院業務の効率化を検討する 電子カルテや部門システムなどで紙運用のまま残っている業務の電子化に取り組み、業務の効率化を図る 個人情報の保護については、圧内病院個人情報保護方針を遵守し、委託職員も含めた職員への教育機会の定期的な確保、セキュリティ管理の強化などにより、一層の徹底に努める 			
年度計画		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度
		(a)新たなDX導入の検討 (b)業務の電子化の検討 (c)部門システム等の新規導入、更新検討 (d)情報セキュリティ研修の実施	⇒同左 ⇒同左 ⇒同左 ⇒同左	⇒同左 ⇒同左 ⇒同左 ⇒同左	⇒同左 ⇒同左 ⇒同左 ⇒同左
実績		(a)コミュニケーションアプリJoinを導入 (b)麻薬廃棄簿、廃棄届をExcel運用に切り替えた (c)重症部門・手術部門システム導入の契約を締結した (d)1回開催			
自己評価 (A, B, C, -)		B			
評価結果 (評価委員会)					
■令和6年度事業の実施状況					
①新たなDX導入の検討					
<ul style="list-style-type: none"> PACS（医療用画像管理システム）などと連携し、チャットで必要な医療情報を共有するクラウドサービス型のアプリである医療関係者間コミュニケーションアプリ「Join」を令和7年3月に導入した。 					
②業務の電子化の検討					
<ul style="list-style-type: none"> 麻薬廃棄簿、廃棄届について、紙運用からExcel運用に切り替えた。 					
③部門システム等の新規導入、更新検討					
<ul style="list-style-type: none"> 令和6年7月に、重症部門・手術部門システム導入の契約を締結し、各部門システムのワーキングを開催し、導入に向けて準備を進めた。 また、令和7年3月に放射線画像読影システムを更新した。 					
④情報セキュリティ研修の実施					
<ul style="list-style-type: none"> 令和7年3月に全職員向けに情報セキュリティ研修会を開催した。 					
■自己評価理由					
<ul style="list-style-type: none"> 新たなDXの導入や業務の電子化などを進めるなど、計画・目標達成に向け進展があったと考えB評価とした。 					
■今後の取組予定・課題等					
<ul style="list-style-type: none"> 令和7年度に、勤怠管理システムの導入及び処置オーダーのシステム運用への切り替えを予定している。 					
推進部署	医事課（情報管理係）、S-HIS改善運営委員会、電子化委員会、総務課、管理課				

調書 19

2 収入確保に係るもの		(6) 医療の質の向上																																	
実施項目		①患者本位の医療の提供																																	
課題等		患者・家族が病状や治療について、医療従事者から十分な説明を受けたうえで、納得し、同意（インフォームド・コンセント）したうえで診療が行われることが重要であり、わかりやすい説明に努めている。患者満足度調査の「説明のわかりやすさ」の項目では、やや満足、満足の割合が、全職種において93%以上となっており上昇傾向にあるが、患者さんの高齢化などにより理解が困難な場合も増えており、患者の治療方針の意思決定のため、職員によるより丁寧なわかりやすい説明が重要となっている。																																	
実施内容		<ul style="list-style-type: none"> 患者満足度調査を実施、調査結果の活用により患者本位の医療の提供に努める インフォームド・コンセントの指針及び手順の充実を図るとともに職員に対する研修会等の実施による周知、徹底を図る 																																	
年度計画		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度																														
		(a)患者満足度調査実施 (b)指針及び手順の充実 (c)インフォームド・コンセントの研修会実施	⇒同左 ⇒同左 ⇒同左	⇒同左 ⇒同左 ⇒同左	⇒同左 ⇒同左 ⇒同左																														
実績		(a)満足度調査（説明のわかりやすさ）が90%以上となった (b)指針及び手順を活用して対応した (c)1回開催																																	
自己評価 (A, B, C, -)		B																																	
評価結果 (評価委員会)																																			
■令和6年度事業の実施状況																																			
(a)患者満足度調査実施																																			
<ul style="list-style-type: none"> 患者満足度調査（説明のわかりやすさ）における「満足」+「やや満足」の割合は、いずれの職種も90%以上となった。 																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>R5</th><th>R6</th><th>R7</th><th>R8</th><th>R9</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>医師</td><td>94%</td><td>91%</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>看護師</td><td>96%</td><td>94%</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>技師・薬剤師</td><td>93%</td><td>93%</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>事務</td><td>93%</td><td>91%</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>							R5	R6	R7	R8	R9	医師	94%	91%				看護師	96%	94%				技師・薬剤師	93%	93%				事務	93%	91%			
	R5	R6	R7	R8	R9																														
医師	94%	91%																																	
看護師	96%	94%																																	
技師・薬剤師	93%	93%																																	
事務	93%	91%																																	
(b)指針及び手順の充実																																			
<ul style="list-style-type: none"> 具体的な手順、必要となる同意書、説明書等を列記した「インフォームド・コンセントの手順」を活用し、患者さんの意思を尊重して同意を得るように努めた。 																																			
(c)インフォームド・コンセントの研修会実施																																			
<ul style="list-style-type: none"> 研修会を令和7年3月に実施した（参加人数は71人）。※参加職種：医師、看護師、薬剤師、事務 																																			
■自己評価理由																																			
<ul style="list-style-type: none"> 研修会の実施による指針及び手順の周知・徹底を図ったほか、患者満足度調査における説明の分かりやすさの満足度が90%以上であったことから、計画・目標達成に向け順調に推移したと考えB評価とした。 																																			
■今後の取組予定・課題等																																			
<ul style="list-style-type: none"> インフォームド・コンセントの指針及び手順の見直しに加え、周知と効果的な研修を行い、現場実践力の強化を目指していく。 患者満足度調査や患者さんからのご意見等を総合的に評価し、PDCAサイクルを回していく体制を目指す。 																																			
推進部署		診療部、看護部、医事課、総務課（庶務係）、各専門チーム																																	

調書 2 O

2 収入確保に係るもの		(6) 医療の質の向上			
実施項目		②医療安全の実施			
課題等		看護師以外の職種からの事例報告や0レベル（未然に防げた事例）報告が少なく、組織としてのガバナンスの強化が課題。 入院患者の高齢化率は高く転倒転落の発生は多くなっているが、受傷率の低下に向けて引き続き対策の強化が必要。			
実施内容		院内における安全文化の醸成に向けて、事例報告の啓蒙、再発防止策の共有を徹底し、事故の防止に努める ・医療安全研修会の開催 ・医療安全マニュアルの改訂と遵守の啓蒙 ・院内での死亡症例、急変事例の迅速な報告の実施と振り返り ・現場医療安全管理者を中心としたリスク感性を高めるための活動 ・他施設との医療安全対策に関するラウンドを実施し改善に繋げる			
計画年次		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度
		(a)1ヶ月間、100床あたりの医療安全報告件数 (QI中央値37.5件以上) 看護師以外からの報告件数の増加を目指す	(a)1ヶ月間、100床あたりの医療安全報告件数 (QI <u>前年度中央値</u> 以上) 看護師以外からの報告件数の増加を目指す	⇒同左	⇒同左
		(b)全報告中医師による報告の占める割合 (当院QI前年度値30.7%以上)	(b)全報告中医師による報告の占める割合 (QI <u>前年度値</u> 以上)	⇒同左	⇒同左
		(c)転倒転落による損傷レベル4以上の発生率 (QI中央値0.04%以下)	(c)転倒転落による損傷レベル4以上の発生率 (QI <u>前年度中央値</u> 以下)	⇒同左	⇒同左
実績		(a)達成 (46.4件) (b)達成 (31.5%) (c)未達成 (0.06%)			
自己評価 (A, B, C, -)		B			
評価結果 (評価委員会)					

■令和6年度事業の実施状況

- 一つの事例に多職種、同職者複数が関わっている場合など、多角的な視点での報告を推奨した結果、報告数の増加や横断的な対策立案につながった。
- 事象レベル0（ヒヤリ・ハット事例）の報告は全体の14%で、薬剤、機器関連、書類関連の事例が多かった。

	R5	R6	R7	R8	R9
(a)1ヶ月間、100床あたりの医療安全報告件数	41.3件	46.4件			
(b)全報告中医師による報告の占める割合	30.7%	31.5%			
(c)転倒転落による損傷レベル4以上の発生率	0.07‰	0.06‰			

・医療安全研修会の開催

8回開催し、2回以上の研修受講者の割合は96%であった。

開催日	内容・講師	参加人数	受講率
5/20	医療安全研修「RRTについて」 クリティカルケア特定認定看護師 三浦 良哉（当院看護師）	659人	85%
7/5	医療安全研修「せん妄の予防/薬物治療について」 日本海総合病院 渋谷 譲先生（精神科部長）	625人	78%
9/21	医療安全研修「医療メディエーション」 Eラーニング	39人	
10/28	医療安全研修「離床センサーについて」 テクノスジャパン リスクマネージャー 斎藤 友子（当院看護師）	96人	
11/27	医療安全研修「化学物質管理について」 化学物質管理者 阿部 幸輝（当院病理科技師） 医療放射線安全管理研修「診療放射線の安全管理」 バイエル薬品 中神 龍太朗先生	550人	69%

開催日	内容・講師	参加人数	受講率
12/13	医療機器安全管理研修「DVT 予防対策」 カーディナルヘルス リスクマネージャー 高橋 美恵（当院看護師）	481 人	60%
2/2～28	医療放射線安全管理研修「診療用放射線の安全利用のための研修」 E ラーニング	441 人	55%
2/28	医薬品安全管理研修「医薬品の安全管理」 虎ノ門病院 林 昌洋先生	411 人	51%

・医療安全マニュアルの改訂と遵守の啓蒙

マニュアルについては、22項目を改訂したほか、以下の会議開催及び情報の共有を行った。

内容	頻度
医療安全推進員会	12回開催
インシデント検討部会	1回/週（金曜日）開催
リスクマネージャー会議	11回開催
月報	12回発行
医療安全管理室情報	随時発行

・院内での急変事例、警鐘事例の迅速な報告の実施と振り返り

急変事例では、事例発生時の速やかな報告を周知しながら、報告事例を関係委員会やチームと共に、部署と振り返りを行った。また、インフォームド・コンセント後や面会時の家族との関わり、急変時含めた記録の徹底など現場指導を行った。

内容	件数
急変事例	14件
無断離院	4件
患者家族からの暴言・暴力	4件
自殺企図	1件

・現場医療安全管理者を中心としたリスク感性を高めるための活動

多職種による3つのワーキンググループ（誤薬予防・転倒転落予防・誤認予防）を中心に改善活動をすすめたことで、多角的視点で改善活動に取り組むことができた。

・他施設との医療安全対策に関するラウンドを実施し改善に繋げる

医療安全地域連携加算の病院間における相互ラウンドを連携施設間で実施した。外部監査により、自施設の課題が明確になっただけでなく、病院間の情報共有を図ることで、互助的な機能も強化することができた。

■自己評価理由

- ・転倒転落による損傷レベル4以上の発生率は目標値に対してわずかに届かなかったものの、そのほかの指標については、目標とする数値の達成に向け概ね順調に推移したと考えB評価とした。

■今後の取組予定・課題等

- ・医療安全報告を活用した医療安全研修の開催、事例共有による再発防止策の立案、他施設との医療安全対策に関するラウンドなどを行うとともに、QI指標をフィードバックすることで、自院の医療の質の改善に繋げていく。

推進部署	医療安全管理室、医療安全推進委員会、総務課、各部署
------	---------------------------

調書 2 1

2 収入確保に係るもの		(6) 医療の質の向上			
実施項目		③院内感染対策の実施			
課題等		<p>手指消毒回数は年々増加しており2023年度では、13.3回となっているが、タイミングのよい手指衛生実践について、WHOが推奨する5つのタイミングの実施率が45%～72%であり、部署・職種・個人で差があるため、全職員で組織横断的に取り組む必要がある。</p> <p>医療関連感染サーベイランスについては、現在、カテール関連尿路感染（成人の入院棟）、カテール関連血流感染および人工呼吸器関連肺炎（集中治療センター）、手術部位感染（外科・整形外科・婦人科）のターゲットサーベイランスを実施しているが、外部評価において一部の部門ではなく病院全体の把握に向け対象範囲の拡大を図ることが指摘されている。</p> <p>J-SIPHE（感染対策連携共通プラットフォーム）の活用により、他施設と各データを共有しデータ比較や分析を行い、地域連携の強化による感染対策の質向上に役立てていく必要がある。</p>			
実施内容		<p>院内感染対策の推進体制を充実し、院内外の感染症情報や方策の共有を徹底して、職員の意識・技術の向上を図り、院内感染の防止に努める</p> <ul style="list-style-type: none"> ・最新情報に基づくマニュアル改訂 ・効果的な研修会の開催 ・標準予防策および経路別予防策の徹底 ・抗菌薬の適正使用推進 ・院内感染発生率の低減およびアウトブレイク発生時の早期介入 ・地域連携の強化による感染対策の質向上 			
計画年次		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度
		(a)耐性菌検出率 前年度以下 (1000患者・日あたり)	⇒同左	⇒同左	⇒同左
		(b)アウトブレイク0	⇒同左	⇒同左	⇒同左
		(c)指定抗菌薬使用時の血液培養実施率 38%以上	⇒同左	⇒同左	⇒同左
		(d)手指衛生指数14回以上	⇒同左	⇒同左	⇒同左
		(e)症候性尿路感染発生率3.0%以下 (1000患者あたり)	⇒同左	⇒同左	⇒同左
実績		(a)未達成 (MRSAは0.14) (b)達成 (ゼロ) (c)達成 (43.8%) (d)達成 (14.7回) (e)達成 (2.5‰)			
自己評価 (A, B, C, -)		B			
評価結果 (評価委員会)					

■令和6年度事業の実施状況

サーベイランス・ラウンドにより発生状況や遵守状況をモニタリングし、フィードバックしたほか、課題については現場スタッフと改善策を検討し、会議や研修会で周知・指導を行った。

	R5	R6	R7	R8	R9
(a)耐性菌検出率	MRSAは0.09	MRSAは0.14			
(b)アウトブレイク	0	0			
(c)指定抗菌薬使用時の血液培養実施率	22.9%	43.8%			
(d)手指衛生指数	14.5回	14.7回			
(e)症候性尿路感染発生率	3.3‰	2.5‰			

・最新情報に基づくマニュアル改訂

クロイツフェルト・ヤコブ、VRE、結核、COVID-19等、現状に応じて作成・改訂を行った。

・効果的な研修会の開催

研修会は、タイムリーなテーマとし、現地参加に加えてオンラインやeラーニングでも受講できるようにした。アンケート評価は良好であり、年2回受講率は前年度の73%から91%へ上昇した。

・標準予防策および経路別予防策の徹底

定期・臨時のICTラウンドを行い、標準予防策および経路別予防策を評価し具体的に現場指導を行った。

・抗菌薬の適正使用推進

ASTカンファレンスによる症例検討やAST研修会にて抗菌薬の適正使用について学び合い推進を図った。

・**院内感染発生率の低減およびアウトブレイク発生時の早期介入**

耐性菌の院内発生率は低いまま維持できている。MRSAが平時より増加傾向にあった部署があったが速やかに注意喚起を行ったことで拡大を防止できた。また、COVID-19の院内発生もあったが、適切に接触者対応を行ったことでクラスターに至らず早期終息できた。

・**地域連携の強化による感染対策の質向上**

連携病院との合同カンファレンスや相互ラウンド、要望した高齢者施設へのラウンドを行った。また、保健所と協働し、高齢者施設の職員向けに感染対策リーダー養成講座を開催した。各施設へのリーダー配置により自ら問題解決を図る組織になっていくことが期待できる。

■**自己評価理由**

- ・耐性菌検出率は目標値に対してわずかに届かなかったものの、そのほかの指標については、目標とする数値の達成に向け概ね順調に推移したと考えB評価とした。

■**今後の取組予定・課題等**

- ・手指衛生の多角的戦略を導入していく。
- ・血管内カテーテル関連サーベイランスをすべての入院棟で実施していく。
- ・サーベイランスデータやカンファレンスをより効果的に行い、質向上に貢献していく。

推進部署	感染管理室 、ICT委員会、感染対策委員会、各部署、総務課
------	---

調書 2 2

2 収入確保に係るもの		(6) 医療の質の向上			
実施項目		④新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組			
課題等		県の要請に基づき、病床の確保などの新興感染症等に係る医療を提供するとともに、平時から地域の医療機関・介護施設等と連携し、地域全体の感染拡大時等の感染対策向上を図る必要がある。			
実施内容		<ul style="list-style-type: none"> ・地域の医療機関・介護施設等と連携し、地域全体の感染対策を強化させる ・県の要請に基づいた、病床確保などの新興感染症等に係る医療の提供 			
年度計画		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度
		(a) 医療機関・介護施設等の感染対策向上に向けた研修会や訓練の開催	⇒同左	⇒同左	⇒同左
		(b) 医療機関・介護施設等や保健所との効果的な合同カンファレンスの実施	⇒同左	⇒同左	⇒同左
		(c) 院内BCP（業務継続計画）の見直し	⇒同左	⇒同左	⇒同左
		(d) 感染対策用品の備蓄確保	⇒同左	⇒同左	⇒同左
実績		(a) 全4回開催			
		(b) 連携病院等と合同カンファレンス等を行うとともに、要望のあった高齢者施設へのラウンドを行い、感染対策の実施状況を共有した			
		(c) 各部署に対応を委ねたままで全般的な取組として進められなかった			
		(d) 県と医療措置協定を締結し、備蓄を進めた			
自己評価 (A, B, C, -)		B			
評価結果 (評価委員会)					
■令和6年度事業の実施状況					
①医療機関・介護施設等の感染対策向上に向けた研修会や訓練の開催					
保健所と協働し高齢者施設の職員向けに感染対策リーダー養成講座を開催したことで、高齢者施設の感染対策の底上げに貢献した。					
②医療機関・介護施設等や保健所との効果的な合同カンファレンスの実施					
連携病院との合同カンファレンスや相互ラウンド、要望した高齢者施設へのラウンドを行い、現状の課題や感染対策の実施状況について共有した。					
③院内BCP（業務継続計画）の見直し					
令和6年度は各部署に対応を委ねたままで、全般的な取組として進められなかった。					
④感染対策用品の備蓄確保					
令和6年5月に山形県と医療措置協定書を締結し、個人防護具の備蓄について定め、取組を進めた。					
■自己評価理由					
・院内BCPの見直しについては全般的な取組として進められなかつたが、関係機関との研修会開催や合同カンファレンスの実施など、計画・目標達成に向け概ね順調に推移したと考えB評価とした。					
■今後の取組予定・課題等					
新興感染症発生時のゾーニング等についてBCPを見直し、全体で取組を進めていく。					
推進部署	感染管理室、ICT委員会、感染対策委員会、総務課（庶務係）				

調書 2 3

2 収入確保に係るもの		(7) 患者サービスの向上																																	
実施項目		①外来待ち時間短縮や待合環境の改善																																	
課題等		各種取組により、待ち時間の短縮や心理的負担の軽減を図ってきたが、「声のポスト」等でもご意見があることから、短縮に向けて引き続き検討を行う。																																	
実施内容		外来での待ち時間について、時間の短縮とともに、待合中の心理的負担の軽減を図る ・待ち時間短縮の具体策の検討・実施 ・待合時の負担軽減策の検討・実施																																	
年度計画	令和6年度		令和7年度	令和8年度	令和9年度																														
	(a)紹介患者FAX利用の促進 (b)システムデータによる待ち時間調査の実施 (c)待ち時間短縮、待合時の負担軽減の具体策の検討、実施 (d)外来、救急待合へのテレビ設置	⇒同左 ⇒同左 ⇒同左	⇒同左 ⇒同左	⇒同左	⇒同左 ⇒同左 ⇒同左																														
実績	(a)FAX利用率は90.1%で前年度よりも増えた (b)待ち時間平均31分と前年度と比較して1分伸びた (c)案内表示板やホームページで診察状況がわかるようにならなかったほか、待ち時間の心理的負担軽減として、キッチンカー等の出店を行った (d)外来等の待合へテレビを設置した																																		
自己評価 (A, B, C, -)	C																																		
評価結果 (評価委員会)																																			
■令和6年度事業の実施状況																																			
(a)紹介患者 FAX 利用の促進																																			
・開業医の紹介患者については、初診日のFAXによる予約申込を推奨した結果、待ち時間が軽減され、予約状況を踏まえたうえで、他の患者を計画的に予約できるようになった（当日申込を受け入れるフリー外来をあるため、FAX紹介されない診療科もあるが、これを除けばFAX予約は十分に活用されている）。																																			
※参考（紹介患者のFAX利用率）																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>R5</th><th>R6</th><th>R7</th><th>R8</th><th>R9</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>初診患者数</td><td>12,106人</td><td>11,389人</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>紹介患者数</td><td>6,520人</td><td>6,365人</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>うちFAX紹介患者数</td><td>5,422人</td><td>5,732人</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>FAX利用率</td><td>83.1%</td><td>90.1%</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>							R5	R6	R7	R8	R9	初診患者数	12,106人	11,389人				紹介患者数	6,520人	6,365人				うちFAX紹介患者数	5,422人	5,732人				FAX利用率	83.1%	90.1%			
	R5	R6	R7	R8	R9																														
初診患者数	12,106人	11,389人																																	
紹介患者数	6,520人	6,365人																																	
うちFAX紹介患者数	5,422人	5,732人																																	
FAX利用率	83.1%	90.1%																																	
(b)システムデータによる待ち時間調査の実施																																			
・システムデータを用いた待ち時間調査の結果、待ち時間の平均が1分伸びていた。																																			
※参考（待ち時間）																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>R5</th><th>R6</th><th>R7</th><th>R8</th><th>R9</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>待ち時間（平均）</td><td>30分</td><td>31分</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>会計待ち時間（平均）</td><td>14分</td><td>14分</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>							R5	R6	R7	R8	R9	待ち時間（平均）	30分	31分				会計待ち時間（平均）	14分	14分															
	R5	R6	R7	R8	R9																														
待ち時間（平均）	30分	31分																																	
会計待ち時間（平均）	14分	14分																																	
(c)待ち時間短縮、待合時の負担軽減の具体策の検討、実施																																			
・医師の診察の遅れなどにより待ち時間が生じる際は、案内表示板で待ち時間の見込みを表示とともに、令和5年4月に導入した「外来診察状況案内サービス（診察状況をホームページ上で確認できるサービス）」や「医療費後払いシステム」により、待ち時間の短縮を図った。 ・待ち時間の心理的負担軽減としてのキッチンカー等の出店を行った。																																			
(d)外来、救急待合へのテレビ設置																																			
・外来1・2階の東西及び救急センターの待合にテレビを設置し、待合時の心理的な負担の軽減に努めた。																																			
■自己評価理由																																			
・紹介患者のFAX利用や診察状況をホームページ上で確認できるサービスなど様々な対策を講じたが、待ち時間（平均）が伸びていることから、計画・目標達成に向け後退したと考えC評価とした。																																			
■今後の取組予定・課題等																																			
・待ち時間が発生する原因を分析し、その原因ごとに対策を講じていく。 ・医師数増加による外来診察枠の増設を検討していく。																																			
推進部署	医事課（医事係）、接遇委員会、地域医療連携室																																		

調書 2 4

2 収入確保に係るもの		(7) 患者サービスの向上																											
実施項目		②入院サポートセンターの充実																											
課題等		予定入院の患者に対しては、社会的、経済的、病態等におけるリスク評価を栄養、看護、薬剤面から実施し、必要時に外来から介入を行う流れができているが、緊急入院には対応しきれていない。緊急入院の割合が予定入院より高く、緊急入院はリスクの高い患者が多いため、スムーズな退院に向け、早期介入する体制整備が必要である。																											
実施内容		<ul style="list-style-type: none"> 入院が決定した患者が安心して入院生活を送れるよう入院手続きの案内、療養中の生活について看護師や医療事務員が説明する体制を推進 緊急入院の対応の体制整備と運用 																											
年度計画	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度																									
	(a) 入院相談の対応の充実 (b) 予定入院に加え、緊急入院への対応の拡大検討・実施	⇒同左 <u>(C G A導入による入院前からの介入を充実)</u> ⇒同左 <u>(P F M導入による緊急入院への対応拡充)</u>	⇒同左	⇒同左	⇒同左																								
実績	(a) 達成（入院時支援加算算定件数の増） (b) 緊急入院への対応を開始した																												
自己評価 (A, B, C, -)	B																												
評価結果 (評価委員会)																													
■令和6年度事業の実施状況																													
(a) 入院相談の対応の充実、(b) 予定入院に加え、緊急入院への対応の拡大検討・実施																													
<ul style="list-style-type: none"> 予定入院患者対応は 809 件（予定入院患者の 32%）、緊急入院患者対応は 10 件となっている。 																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>R5</th><th>R6</th><th>R7</th><th>R8</th><th>R9</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>予約入院対応</td><td>835 件</td><td>809 件</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>緊急入院対応</td><td></td><td>10 件</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>合計</td><td>835 件</td><td>819 件</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>							R5	R6	R7	R8	R9	予約入院対応	835 件	809 件				緊急入院対応		10 件				合計	835 件	819 件			
	R5	R6	R7	R8	R9																								
予約入院対応	835 件	809 件																											
緊急入院対応		10 件																											
合計	835 件	819 件																											
<ul style="list-style-type: none"> 入院時支援加算の算定件数は 260 件となっている。 																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>R5</th><th>R6</th><th>R7</th><th>R8</th><th>R9</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>入院時支援加算算定件数</td><td>186 件</td><td>260 件</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>							R5	R6	R7	R8	R9	入院時支援加算算定件数	186 件	260 件															
	R5	R6	R7	R8	R9																								
入院時支援加算算定件数	186 件	260 件																											
■自己評価理由																													
<ul style="list-style-type: none"> 新たに緊急入院への対応を開始するとともに、入院時支援加算の算定件数が伸びたことから、計画・目標達成に向け現状から進展があったと考え B 評価とした。 																													
■今後の取組予定・課題等																													
<ul style="list-style-type: none"> 外来と共同して介入していくことで、予定入院患者の介入件数を増加していく。 C G A (Comprehensive Geriatric Assessment : 総合的高齢者機能評価) の導入により、早期からの患者支援体制を整備していく。 P F M (入院前から退院後の生活までを一貫して患者一人ひとりに寄り添い、病床の効率的な運用と質の高い医療の提供を目指すマネジメント手法) の導入により、緊急入院への対応を拡充していく。 																													
推進部署	地域医療連携室、医事課、栄養科、薬局、看護部																												

調書 2 5

2 収入確保に係るもの		(7) 患者サービスの向上																																	
実施項目	③接遇の向上																																		
課題等	患者満足度調査では、職員の接遇に関して比較的良い評価を得られているが、一部において「事務的な対応」「忙しさが伝わる振る舞い」等の指摘もあることから、職員一人一人の更なる接遇力向上が求められる。																																		
実施内容	医師、看護師、医療技術職、事務職、委託職員等、全職員が患者さんに優しさといったわりの気持ちを持って対応するよう、研修の実施やアンケートの実施・活用等により接遇能力の向上を図る ・計画的な研修等の実施 ・患者アンケートの実施と結果の集計・分析、職員への周知 ・投書内容に対する迅速な対応と院内掲示																																		
年度計画	令和6年度		令和7年度	令和8年度	令和9年度																														
	(a)全自病協山形県支部等の研修会に参加	⇒同左	⇒同左	⇒同左	⇒同左																														
	(b)院内接遇研修会の実施	⇒同左	⇒同左	⇒同左	⇒同左																														
	(c)接遇委員会の開催	⇒同左	⇒同左	⇒同左	⇒同左																														
	(d)挨拶運動の実施	⇒同左	⇒同左	⇒同左	⇒同左																														
	(e)患者アンケートの実施	⇒同左	⇒同左	⇒同左	⇒同左																														
	(f)院内に投書を掲示	⇒同左	⇒同左	⇒同左	⇒同左																														
実績	(a)WEB研修に参加した (b)1回開催 (c)5回開催、(d)12回実施 (e)病院の総合評価としての満足度は88.2% (f)投書内容を来院者や職員へ周知した																																		
自己評価 (A, B, C, -)	B																																		
評価結果 (評価委員会)																																			
■令和6年度事業の実施状況																																			
(a)全自病協山形県支部等の研修会に参加																																			
・全国自治体病院協議会が主催するWEB(e-ラーニング)研修に参加した。																																			
(b)院内接遇研修会の実施																																			
・「庄内で起業された方の想いや熱意」をテーマに、11/8に研修会を開催した(参加者41人)																																			
(c)接遇委員会の開催																																			
・患者及び来院者の接遇に関する対策等を講じるために接遇委員会を5回開催した。																																			
・また、患者と接する機会が多い看護部を中心に独自の接遇委員会を設け、定期的な研修とともに接遇の向上に努めた。																																			
(d)挨拶運動の実施																																			
・毎月15日、25日の朝に正面玄関及び東口において、にこにこ挨拶運動を12回実施した。																																			
(e)患者アンケートの実施																																			
・11月11日～29日の期間でアンケート(患者満足度調査)を実施し、病院の総合評価としての満足度割合が88.2%となった。調査結果については、院内へ周知した。																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>R5</th><th>R6</th><th>R7</th><th>R8</th><th>R9</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>回答者数</td><td>外来 168人</td><td>661人</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td></td><td>入院 179人</td><td>166人</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td></td><td>合計 860人</td><td>827人</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>病院の総合評価</td><td>90.3%</td><td>88.2%</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>							R5	R6	R7	R8	R9	回答者数	外来 168人	661人					入院 179人	166人					合計 860人	827人				病院の総合評価	90.3%	88.2%			
	R5	R6	R7	R8	R9																														
回答者数	外来 168人	661人																																	
	入院 179人	166人																																	
	合計 860人	827人																																	
病院の総合評価	90.3%	88.2%																																	
(f)院内に投書を掲示																																			
・平成26年度から総合相談員を配置し、院内投書への迅速な対応が可能となっている。																																			
・投書内容と改善状況等については、院内ポータルサイトに掲示し、院内全体の取組意識の向上を図った。																																			
■自己評価理由																																			
・接遇向上に向けた様々な活動は行ったほか、患者満足度調査の結果は90%前後で推移していることから、計画・目標達成に向け順調に推移したと考えB評価とした。																																			
■今後の取組予定・課題等																																			
・職員の接遇力の向上を目指し研修会を続けていくとともに、アンケートや投書を活用して、院内全体での取組意識を醸成していく。																																			
推進部署	総務課(庶務係)、接遇委員会																																		

調書 2 6

2 収入確保に係るもの		(8) 診療報酬請求の適正化等収入の確保			
実施項目		①新たな施設基準、加算、機能係数の取得や算定率向上			
課題等	令和6年度診療報酬改定による新たな施設基準・加算の取得については、医師数、医療従事者不足により、取得が難しいものがある。また要件の見直しにより算定が厳しくなるものもある。新たな施設基準を満たすため体制の整備が必要である。				
実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ・診療報酬の改定による新たな施設基準・加算の取得と、機能評価係数の向上に向け、職員への周知徹底、多職種と連携し運用等の取り決めを行う ・算定率の向上により診療サービスの向上を図るとともに増収を図る 				
年度計画	令和6年度		令和7年度	令和8年度	令和9年度
	(a) 令和6年度診療報酬改定に伴う新たな施設基準、加算取得の検討・実施 (b) 算定率向上の取組		⇒同左	(a) R8年度診療報酬改定による新たな施設基準、加算取得の検討・実施 ⇒同左	⇒同左
実績	(a) (b) 診療報酬改定等に伴い加算取得の届出21件行った				
自己評価 (A, B, C, -)	B				
評価結果 (評価委員会)					

■令和6年度事業の実施状況

(a) 令和6年度診療報酬改定に伴う新たな施設基準、加算取得の検討・実施

(b) 算定率向上の取組

- ・医事課、薬局、医師、各部署と連携し、入院基本料2の要件である「重症度、医療・看護必要度算定割合維持」の取組を行い、要件クリアで経過した。
- ・夜間急性期看護補助体制加算 100 対 1 の維持に向け、看護補助者の安定雇用に取り組んだ。
- ・加算取得のため、以下の施設基準の届出 21 件（令和5年度は5件）を行うとともに、院内向け「経営・診療情報」にてその状況を共有した。

※参考（施設基準の届出）

No.	年月日	項目	改定対応	点数等
1	R6. 4. 1	遺伝カウンセリング加算		1,000 点
2	R6. 6. 1	歯科外来診療医療安全対策加算 2	○	初診 13 点、再診 3 点
3	〃	医療 DX 推進体制整備加算	○	医科 8 点、歯科 6 点
4	〃	急性期看護補助体制加算 1(25 対 1)		DPC 係数 0.0587
		夜間急性期看護補助体制加算 100 対 1	○	DPC 係数 0.0431
		夜間看護体制加算		
		看護補助体制充実加算 1		20 点
5	〃	バイオ後続品使用体制加算	○	100 点
6	〃	医療的ケア児(者)入院前支援加算	○	1,000 点
7	〃	慢性腎臓病透析予防指導料	○	初回から 1 年以内の期間：300 点 1 年を超えた期間：250 点
8	〃	ウイルス・細菌核酸多項目同時検出(髄液)	○	1,700 点
9	〃	時間内歩行試験及び シャトルウォーキングテスト		各 200 点
10	〃	緊急穿頭血腫除去術	○	10,900 点
11	R6. 7. 1	術後疼痛管理チーム加算		100 点
12	〃	骨髓微小残存変量測定		遺伝子再構成の同定に用いるもの 3,395 点。モニタリングに用いるもの 2,100 点
13	〃	外来・在宅ベースアップ評価料 (I)	○	初診時 6 点、再診時 2 点
14	〃	歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (I)	○	初診時 10 点、再診時 2 点
15	〃	入院ベースアップ評価料	○	(R6. 7. 1) 88 点
16	R6. 8. 1	歯科外来診療感染対策加算 4	○	初診料 15 点、再診料 5 点
17	〃	ストーマ合併症加算	○	65 点
18	〃	病理診断管理加算 2		組織診断 320 点、細胞診断 160 点
19	〃	口腔病理診断管理加算 2		組織診断 320 点、細胞診断 160 点
20	R6. 12. 1	外来腫瘍化学療法診療料の注 9 に規定するがん薬物療法体制充実加算	○	100 点
21	R7. 1. 1	救急患者連携搬送料		①入院中以外の患者 1,800 点 ②入院初日の患者 1,200 点 ③入院 2 日目の患者 800 点 ④入院 3 日目の患者 600 点

※列「改定対応」の○印は、令和6年度診療報酬改定に伴う届出

- ・機能評価係数については、以下のとおりとなっている。

	R5	R6	R7	R8	R9
基礎係数	1.0395	1.0451			
機能評価係数 I	0.3434	0.3782			
機能評価係数 II	0.1383	0.1127			
救急補正係数		0.0237			
激変緩和係数					
病院係数	1.5212	1.5597			

- ・新たに取り組んだ診療報酬增收対策による增收額は、令和5年度との比較で2億3,700万円の増となっている。

■自己評価理由

- ・診療報酬改定等に伴い加算取得の届出を行えたことから、計画・目標達成に向け現状から進展があったと考えB評価とした。

■今後の取組予定・課題等

- ・重症入院患者の減少、高齢者救急患者の増加により、今後の診療報酬改定において更に急性期入院基本料維持が困難になる可能性がある。チーム医療の充実による退院調整、地域連携推進、集中救急医療の充実など急性期一般入院基本料2算定の安定維持の取組を継続していく。
- ・経営改革推進チームの分析や診療報酬適正化委員会等の活動充実により、新たな施設基準・加算の取得と、機能評価係数の向上に向け、職員への周知徹底、多職種と連携し運用等の取り決めを行っていく
- ・算定率の向上により診療サービスの向上を図るとともに增收を図る

推進部署 診療部、看護部、医事課、総務課、各委員会

調書 2 7

2 収入確保に係るもの		(8) 診療報酬請求の適正化等収入の確保																											
実施項目	②在院日数の短縮																												
課題等	高齢の患者が増加しており、術後のリハビリが必要な場合が多い。中には複数の慢性疾患を抱える患者が多く、急性期治療中にはほかの健康問題や、認知症などにより治療が長引き、在院日数が長くなる傾向がある。 また、急性期治療後の受け入れ先の確保が難しいことも在院日数が長期化する一因となっている。																												
実施内容	<ul style="list-style-type: none"> 入院中の適切な治療、栄養管理、薬物管理、看護提供、リハビリの早期介入などによる患者のADLの回復の実現により早期退院を促進する 鶴岡・田川3病院地域包括ケアパスの運用等により、急性期治療後の後方受入病院等との連携を強化し、在院日数の短縮を図る 院内クリニカルパスを見直し、パスの拡大を検討する 																												
年度計画	令和6年度		令和7年度	令和8年度	令和9年度																								
	(a) 平均在院日数の短縮。全体→13.2日以下		(a) 同左→13.1日以下	(a) 同左→13日以下 ⇒同左	(a) 同左→12.9日以下 ⇒同左 ⇒同左																								
	(b) 7対1看護体制→15日以下を維持		(b) <u>10対1看護体制→21日以下</u> を維持	(c) パスの拡大検討、実施、 <u>分析</u>																									
実績	(a) 平均在院日数12.1日 (b) 「重症度、医療・看護必要度」がクリアできず、10対1看護体制となった (c) パス利用率が14.7ポイント増加した																												
自己評価 (A, B, C, -)	B																												
評価結果 (評価委員会)																													
■令和6年度事業の実施状況																													
(a) 平均在院日数の短縮（全体→13.2日以下）																													
<ul style="list-style-type: none"> 平均在院日数は12.1日（前年度比0.4日減少） 																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>R5</th><th>R6</th><th>R7</th><th>R8</th><th>R9</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>平均在院日数</td><td>12.5日</td><td>12.1日</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>							R5	R6	R7	R8	R9	平均在院日数	12.5日	12.1日															
	R5	R6	R7	R8	R9																								
平均在院日数	12.5日	12.1日																											
※平均在院日数=延在院患者数/(新入院患者数+退院患者数)×0.5																													
<ul style="list-style-type: none"> 肺炎に関しては、肺炎パスを導入する前は27.7日だった平均在院日数が、令和6年度は誤嚥性肺炎が21.95日、肺炎が14.22日となった。 																													
(b) 7対1→15日以下を維持																													
<ul style="list-style-type: none"> 急性期一般入院基本料1における「7対1看護体制」、「平均在院日数（15日以下）」等は維持できていたが、「重症度、医療・看護必要度」の数値をクリアできなかつたことから、令和6年10月より急性期一般入院基本料2（「10対1看護体制」、「平均在院日数（21日以下）」）で算定することになった。 																													
(c) パスの拡大検討、実施																													
<ul style="list-style-type: none"> 令和6年度新規登録パスは32件で、パス利用率は66.9%（前年度比14.7ポイント増加） 																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>R5</th><th>R6</th><th>R7</th><th>R8</th><th>R9</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>新規登録パス</td><td>34件</td><td>32件</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>パス使用患者数</td><td>4,936人</td><td>6,100人</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>パス利用率</td><td>52.2%</td><td>66.9%</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>							R5	R6	R7	R8	R9	新規登録パス	34件	32件				パス使用患者数	4,936人	6,100人				パス利用率	52.2%	66.9%			
	R5	R6	R7	R8	R9																								
新規登録パス	34件	32件																											
パス使用患者数	4,936人	6,100人																											
パス利用率	52.2%	66.9%																											
■自己評価理由																													
<ul style="list-style-type: none"> 年度途中から急性期一般入院基本料2の算定へ変更となったものの、鶴岡・田川3病院地域包括ケアパスの運用等や、クリニカルパスの利用率上昇等に伴い、平均在院日数が短縮となったことから、計画・目標達成に向け順調に推移したと考えB評価とした。 																													
■今後の取組予定・課題等																													
<ul style="list-style-type: none"> 平均在院日数の目標値については、単なる短縮ではなく、稼働率を見ながら、経営的に適正な日数を決めていく必要がある。 急性期一般入院基本料2の維持に向け、各種データを注視していくとともに、急性期一般入院基本料1へ変更可能か多角的に分析していく必要がある。 																													
推進部署	診療部、看護部、医事課、地域医療連携室、医療標準化・パス推進委員会																												

調書 2 8

2 収入確保に係るもの		(8) 診療報酬請求の適正化等収入の確保																					
実施項目	③診療報酬請求精度の向上、返戻・査定減の防止																						
課題等	返戻・査定は一定程度発生している状況にあるため、減少に向けた取組が必要である。																						
実施内容	診療報酬算定が適正に行えるよう職員への診療報酬制度の周知徹底と意識の共有を図る (1)保険診療講習会の開催（年2回以上） (2)正確な診療報酬の算定 <ul style="list-style-type: none"> ・請求漏れ防止対策 ・査定減少対策（レセプト点検の徹底、レセプトチェックシステムの活用） ・正しいDPCコーディングの実施 ・DPCデータの検証、分析、他病院との比較 																						
年度計画	令和6年度		令和7年度	令和8年度	令和9年度																		
	(a)保険診療講習会を年2回開催		⇒同左	⇒同左	⇒同左																		
	(b)査定率0.15%以下の維持		⇒同左	⇒同左	⇒同左																		
実績	(a)2回開催 (b)未達成(0.16%)																						
自己評価 (A, B, C, -)	C																						
評価結果 (評価委員会)																							
■令和6年度事業の実施状況																							
(a)保険診療講習会を年2回開催																							
<ul style="list-style-type: none"> ・保険診療講習会の開催（10/31と2/25）や、保険者から査定された内容について、各診療科へ周知を図り、意識の共有を図った。 																							
(b)査定率0.15%以下の維持																							
<ul style="list-style-type: none"> ・査定率は0.16%となった（0.03ポイント増加）。 <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <th></th><th>R5</th><th>R6</th><th>R7</th><th>R8</th><th>R9</th></tr> <tr> <td>査定額</td><td>14,133,160円</td><td>18,321,750円</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>査定率</td><td>0.13%</td><td>0.16%</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>							R5	R6	R7	R8	R9	査定額	14,133,160円	18,321,750円				査定率	0.13%	0.16%			
	R5	R6	R7	R8	R9																		
査定額	14,133,160円	18,321,750円																					
査定率	0.13%	0.16%																					
■自己評価理由																							
<ul style="list-style-type: none"> ・査定額が前年度よりも多くなっていることから、収入確保という計画・目標達成に向け後退したと考えC評価とした。 																							
■今後の取組予定・課題等																							
<ul style="list-style-type: none"> ・保険診療講習会のほかに、診療報酬適正化委員会を開催し、査定の分析等を行い、減点査定の減少を図っていく。 																							
推進部署	医事課、診療報酬適正化委員会、DPC適正化委員会																						

調書 2 9

2 収入確保に係るもの		(9) 未収金の発生防止と早期回収の徹底																											
実施項目		①新規未収金の発生防止や請求手続きの迅速化																											
課題等		未収金対策により、過年度未収金は減少しているが、新たな未収金の発生を抑制することが必要である。																											
実施内容		<ul style="list-style-type: none"> 新たな未収金を発生させない初期対応として、限度額の適用などについてきめ細やかに説明するとともに、入院に係る患者負担について、退院後の速やかな請求に努める 電子マネー決済による支払いについて、導入を検討する 通院時の面談指導、電話督促、文書による催告を徹底・強化するとともに、法律事務所へ回収を委託するなど、徴収強化方策の検討を行い、未収金の早期回収、削減に努める 悪質な未納者については、法的回収手段などを検討する 																											
年度計画		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度																								
		(a) 未収金回収業務の法律事務所への委託	⇒同左	⇒同左	⇒同左																								
		(b) 過年度未収金収納率10%以上	⇒同左	⇒同左	⇒同左																								
		(c) 電子マネー決済導入の検討	⇒同左	⇒同左	⇒同左																								
		(d) 法的手段などの検討	⇒同左	⇒同左	⇒同左																								
実績		(a) 過年度未収金のうち56.2%である6,137,639円を法律事務所が回収した																											
		(b) 未達成 (9.07%)																											
		(c) 導入に際して確認すべき事項を整理した																											
		(d) 滞納金額の多い患者をリストアップし、法律事務所と相談した																											
自己評価 (A, B, C, -)		B																											
評価結果 (評価委員会)																													
■令和6年度事業の実施状況																													
(a) 未収金回収業務の法律事務所への委託																													
<ul style="list-style-type: none"> 平成28年9月から法律事務所へ委託しており、令和6年度は、過年度未収金回収の56.2%である6,137,639円を法律事務所が回収した。 																													
(b) 過年度未収金収納率10%以上																													
<ul style="list-style-type: none"> 過年度未収金収納率は9.07%で、目標(10%以上)を達成できなかった。 																													
(c) 電子マネー決済導入の検討																													
<ul style="list-style-type: none"> 導入に際して確認すべき事項(手数料、窓口の煩雑さ、現在の支払方法など)を整理した。 																													
(d) 法的手段などの検討																													
<ul style="list-style-type: none"> 滞納金額の多い患者をリストアップし、未収金回収法律事務所と対応を相談した。 																													
※参考 (過年度未収金の収納状況)																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>R5</th><th>R6</th><th>R7</th><th>R8</th><th>R9</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>過年度 未収金</td><td>年度当初 収納額 収納率 年度末</td><td>130,867,665円 11,983,261円 9.16% 118,884,404円</td><td>120,447,790円 10,926,908円 9.07% 109,520,882円</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td colspan="2">収納額のうち、 法律事務所回収額</td><td>6,958,512円</td><td>6,137,639円</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td colspan="2">上記の割合</td><td>58.1%</td><td>56.2%</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>							R5	R6	R7	R8	R9	過年度 未収金	年度当初 収納額 収納率 年度末	130,867,665円 11,983,261円 9.16% 118,884,404円	120,447,790円 10,926,908円 9.07% 109,520,882円			収納額のうち、 法律事務所回収額		6,958,512円	6,137,639円			上記の割合		58.1%	56.2%		
	R5	R6	R7	R8	R9																								
過年度 未収金	年度当初 収納額 収納率 年度末	130,867,665円 11,983,261円 9.16% 118,884,404円	120,447,790円 10,926,908円 9.07% 109,520,882円																										
収納額のうち、 法律事務所回収額		6,958,512円	6,137,639円																										
上記の割合		58.1%	56.2%																										
■自己評価理由																													
<ul style="list-style-type: none"> 過年度未収金の年度末残高が減っていることから、計画・目標に向け概ね順調に推移したと考えB評価とした。 																													
■今後の取組予定・課題等																													
<ul style="list-style-type: none"> 新たな未収金の発生に対しては、早期に対応していく。 電子マネー決済等の支払い方法については、費用対効果等を検討し、令和7年度中に結論を出す。 法的手段については、対象とすべき事案について、市役所の対応事例も参考としつつ、未収金回収法律事務所とも相談し、個別に対応していく。 																													
推進部署	医事課(計算係)																												

調書 3 O

2 収入確保に係るもの		(10) 国、県補助金制度等の活用								
実施項目	①制度の情報収集、活用									
課題等	活用できる補助が限られていることや厚生労働省以外の補助制度の情報収集が難しい面があるが、各方面からの情報を収集し、補助制度の有効的な活用について検討する必要がある。									
実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ・機器、施設整備の更新計画等を踏まえ、国、県の補助メニューの中で、申請可能な、機器、施設整備について、担当部署との調整を図り、有効な活用を進める ・各部署においても、機器、設備等の更新の際には有益な情報を収集し、有効活用を検討する 									
年度計画	令和6年度		令和7年度	令和8年度	令和9年度					
	(a)情報収集 補助金の有効活用検討		⇒同左	⇒同左	⇒同左					
実績	(a)医師人材紹介サービスの利用にあたり「山形県地域で活躍する医師確保促進事業費補助金」を活用した。また、令和7年度予算編成にあたり、第2CT装置更新に、「解剖・死亡時画像診断等設備整備事業費補助金」の活用を見込んだ。									
自己評価 (A, B, C, -)	B									
評価結果 (評価委員会)										
■令和6年度事業の実施状況										
(a)情報収集 補助金の有効活用検討										
<ul style="list-style-type: none"> ・「山形県地域で活躍する医師確保促進事業費補助金」の対象医療機関が令和5年度から拡大されたことを受け、令和6年度の医師人材紹介サービスの利用に当該補助金1,000,000円を活用した。専任のコンサルタントからアプローチしてもらった医師を含め26人に対して具体的なオファーを行ったが、希望年収、年齢、勤務地域等双方の条件が合致せず、採用には至らなかった。 ・令和7年度の予算編成にあたり、第2CT装置更新に、「解剖・死亡時画像診断等設備整備事業費補助金」の活用を見込んだ。(令和7年6月30日に、国から11,984,000円の内示あり) 										
■自己評価理由										
<ul style="list-style-type: none"> ・補助金を有効に活用するなど計画・目標に向け概ね順調に推移したと考えB評価とした。 										
■今後の取組予定・課題等										
<ul style="list-style-type: none"> ・補助メニューの公表の時期、予算措置、補助金申請のタイミング、補助要綱などを各部署と情報共有し、補助金の有効活用を図っていく。 ・令和7年度においても「山形県地域で活躍する医師確保促進事業費補助金」を使い、医師確保に向けた経費に充てていく。 										
推進部署	総務課（経営企画係）、管理課									

調書 3 1

3 経費削減に係るもの		(1) 職員給与費の適正化			
実施項目		①業務効率化による時間外勤務の削減			
課題等	医療従事者の働き方改革が求められており、業務効率化による時間外勤務の削減を進める必要がある。				
実施内容	・デジタル化等の検討や、業務内容、作業工程の見直しにより、業務の効率化を図り時間外勤務を削減する				
年度計画	令和6年度		令和7年度	令和8年度	令和9年度
	(a) デジタル化等による業務の効率化の検討、実施 (b) 委員会の統廃合 (c) 会議開催回数の減と会議の見直し (d) 勤務形態の見直し、検討 (e) 夜間看護補助者の安定雇用		⇒同左 ⇒同左 ⇒同左 ⇒同左 <u>(e) 夜間看護補助者の安定雇用</u>	⇒同左 ⇒同左 ⇒同左 ⇒同左 <u>⇒同左</u>	⇒同左 ⇒同左 ⇒同左 ⇒同左 <u>⇒同左</u>
実績	(a) 看護師勤務表自動作成ツール導入による作成時間の短縮を図った（時間外業務削減） (b) 委員会の研修会を合同開催するなど実施方法を工夫した (c) 会議開始時間を見直した (d) 看護部の一部の部署で二交代勤務へ移行した。また、夜間派遣看護補助者活用による業務効率化を図った。				
自己評価 (A, B, C, -)	A				
評価結果 (評価委員会)					

■令和6年度事業の実施状況

(a) デジタル化等による業務の効率化の検討、実施

- ・勤務表自動作成ツール導入による作成時間の短縮を図った（看護部）。

	R5 (2か月)	R6 (11か月)	R7 (11か月)	R8 (11か月)	R9 (11か月)
削減時間外数(h)	472	1,574			

※4月の勤務表については内示から勤務日までの日数が短いため、自動作成ツールを活用せずに作成しており、実質11か月での活用となっている

- ・電子指示の活用による効率化のほか、クリニカルパスの使用率向上による看護記録時間の短縮を図った（看護部）。

(b) 委員会の統廃合

- ・統廃合には至っていないが、医療安全研修会と衛生委員会で研修会を合同開催するなど実施方法を工夫した。

(c) 会議開催回数の減と会議の見直し

- ・会議の見直しには至っていないが、会議終了時間が勤務時間を超えないように、診療会議などの開始時間を見直した。

(d) 勤務形態の見直し、検討

- ・働きやすい環境づくりのため、看護部の一部の部署で、二交代勤務への移行を図った。
- ・夜間看護補助体制100対1を導入し、夜間派遣看護補助者活用による業務効率化を図った。

※参考（看護師の時間外勤務数）正規職員のみ

	R5	R6	R7	R8	R9
年間総時間外勤務数(h)	58,297	49,054			
延べ看護師数(人)	451	437			
1人1か月当たり平均時間外数(h)	10.8	9.4			

※参考（技師の時間外勤務数）正規職員のみ

	R5	R6	R7	R8	R9
年間総時間外勤務数(h)	20,715	18,982			
延べ技師師数(人)	114	116			
1人1か月当たり					
平均時間外数(h)	15.1	13.6			

■自己評価理由

- ・勤務表自動作成ツール導入による削減効果が出ていることに加え、看護師及び技師の時間外勤務数も減少していることから、業務効率化による時間外勤務の削減という計画・目標を達成した状況であると考えA評価とした。

■今後の取組予定・課題等

- ・デジタル化、AI の活用のほか、夜間看護補助者の安定的配置による業務効率化を進め、時間外勤務を削減していく。
- ・多様な働き方に対応できる柔軟な勤務形態を目指し、二交代勤務への移行なども含め、勤務形態の見直しを行っていく。

推進部署	全部署、総務課（庶務係）
------	--------------

調書 3 2

3 経費削減に係るもの		(2) 各種経費の削減			
実施項目		①共同購入、ベンチマークを活用した診療材料費等の抑制			
課題等		共同購入の推進により、診療材料費の抑制に一定の効果があったが、物価高騰により単価が上昇しており、支出抑制のため継続して取り組む必要がある。 後発医薬品使用体制加算1の要件が令和4年度の診療報酬改定で変更（90%以上へ）されたため、継続して要件を満たせるよう後発医薬品を積極的に採用するとともに価格交渉等による医薬品費の抑制に努める必要がある。			
実施内容		<ul style="list-style-type: none"> 診療材料の採用を審議・決定する診療材料委員会にて、現行品との比較でより安価な同等品の採用や診療材料の標準化を推進し、また、ベンチマークシステムを活用した価格交渉により、診療材料費の削減を図る 共同購入品への切替えを推進する 後発医薬品の積極的採用を図り、年間購入金額で上位を占める医薬品について、全国的に使用実績のある後発医薬品への切り替えを進める 後発医薬品の使用割合を90 %以上とし、その維持を目指す 全国の自治体病院の平均値引き率を基にした価格交渉により、医薬品費の削減を図る 			
年度計画		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度
		(a) 共同購入の推進 (b) 安価な同等品の採用や標準化の推進 (c) 後発医薬品の使用割合90%以上維持 (d) 自治体病院共済会全国ブロック平均値引き率を基に価格交渉	⇒同左 ⇒同左 ⇒同左 ⇒同左	⇒同左 ⇒同左 ⇒同左 ⇒同左	⇒同左 ⇒同左 ⇒同左 ⇒同左
実績		(a) 削減額4,214万2千円 (b) 6,600品目について同等品と見積もり合わせを行った。 (c) 90%以上維持 (d) 値引き率をもとに価格交渉を行った			
自己評価 (A, B, C, -)		A			
評価結果 (評価委員会)					

■令和6年度事業の実施状況

(a) 共同購入の推進

- 診療材料等の経費削減のため、一般社団法人ホスピタルアライアンスに加盟し、令和4年4月から共同購入を実施しており、令和6年度は4,214万2千円の削減効果を上げた。

※参考（共同購入による削減額）

	R5	R6	R7	R8	R9
削減額	38,210千円	42,142千円			

(b) 安価な同等品の採用や標準化の推進

- 診療材料委員会を4回開催し、新規採用申請のあった診療材料の適否判断を行った。
- 現行品との比較でより安価な同等品や標準化を推進し、対象となる6,600品目について見積もり合わせを実施するとともに、ベンチマークシステムを活用した993品目について価格交渉を実施し、133万5千円の削減を図ることができた。

(c) 後発医薬品の使用割合90%以上維持

- 薬事委員会を6回開催し、後発医薬品の積極的な採用を図り、42品目の切替えを実施した。
- 90%未満の月が、7月・8月の2か月あったが、9月からは90%以上を維持できた。

(d) 自治体病院共済会全国ブロック平均値引き率を基に価格交渉

- 自治体病院共済会全国ブロックの値引き率を基に価格交渉を実施した結果、124万円の削減が図られた。

値引き率	R5		R6		R7		R8		R9	
	上半期	下半期	上半期	下半期	上半期	下半期	上半期	下半期	上半期	下半期
全国平均	13.1%	13.5%	12.6%	12.9%						
荘内病院	12.8%	13.1%	12.1%	12.1%						

■自己評価理由

- ・共同購入を筆頭に様々な対策を講じてきた結果、経費削減という計画・目標を達成した状況であると考えA評価とした。

■今後の取組予定・課題等

- ・共同購入品への切替えにあたっては、患者サービスの低下を招くことがないよう、院内でサンプリングを行ったうえで判断していく。
- ・後発医薬品使用体制加算Iの要件（90%以上）を継続してクリアできるように後発医薬品への切替えを継続していく。

推進部署	管理課 (用度物流係)、薬局、薬事委員会、診療材料委員会
------	--

調書 3 3

3 経費削減に係るもの		(2) 各種経費の削減														
実施項目		②院内照明LED化等による光熱水費の抑制														
課題等	感染症対策の換気等で空調負荷が増加したことにより、電気及びガスの使用量増加が見込まれている。単価の高止まりにより支出が増加している。															
実施内容	<ul style="list-style-type: none"> 設備・機器の更新により省エネを推進するともに、病院全体で効率的な施設運用に努め、光熱水費の削減を図る 原油換算エネルギー使用量を、毎年前年比で1%削減させる 															
年度計画	令和6年度		令和7年度		令和8年度		令和9年度									
	(a) 原油換算エネルギー使用量2,611kL／年以下		⇒2,585kL／年以下		⇒2,559kL／年以下		⇒2,533kL／年以下									
実績	(a) 2,529kL／年															
自己評価 (A, B, C, -)	B															
評価結果 (評価委員会)																
■令和6年度事業の実施状況																
(a) 原油換算エネルギー使用量 2,611kL／年以下																
<ul style="list-style-type: none"> 院内の光熱水費については、電気、ガス、水道の使用量毎に単位が異なることから、各使用量を原油換算に再計算して、原油換算エネルギー使用量を指標として開院当初から省エネ対策の実施や設備の改良、改善を進めている。 令和5年度に、新型コロナウイルス感染症が5類に移行されたが、現在も感染症対策として全外気による換気を継続している。 契約単価が上がったことから、光熱水費は増加となったものの、令和6年度は原油換算エネルギー使用量の目標を達成した（上下水道使用分は原油換算エネルギー使用量には換算されない）。 																
年度	光熱水費 (使用料金 : 千円)							原油換算 エネルギー 使用量 (kL)								
	電気		ガス		上下水道		合計 (料金)									
使用 料金	使用量		使用 料金	使用量		上水道 使用量 (m³)	下水道 使用量 (m³)									
	(kwh)			(m³)												
H17	108,297	7,231,500	49,304	1,176,834	50,334	67,526	103,613	207,935	3,236							
R4	193,244	6,995,175	122,995	918,855	26,476	13,730	70,776	342,715	2,865							
R5	142,735	6,758,548	84,228	858,202	22,819	7,257	63,845	249,782	2,737							
R6	182,971	6,676,268	93,288	860,819	22,722	7,015	63,708	298,981	2,529							
<ul style="list-style-type: none"> 院内の直管型蛍光管を直管型LED管へ更新した（令和5～6年度の予定）。 直管型LED管へ全て交換した場合、年間約1,300万円のランニングコストが削減できる見込みとなっている。 																
■自己評価理由																
<ul style="list-style-type: none"> 契約単価の増により光熱水費は増加したものの、原油換算エネルギー使用量の目標は達成したことから、計画・目標達成に向け進展したと考えB評価とした。 																
■今後の取組予定・課題等																
<ul style="list-style-type: none"> 省エネ対策として、院内照明のLED化にも令和5年度より着手している（令和5～6年度は直管型蛍光管を直管型LED管へ更新。令和7～9年度は直管型蛍光管以外の照明器具をLED器具へ更新予定）。 																
推進部署	管理課（施設係）															

調書 3 4

3 経費削減に係るもの		(2) 各種経費の削減							
実施項目	③委託内容見直し等による委託料の抑制								
課題等	委託料については、増加傾向にあり、今後の働き手不足を考慮すると委託する業務内容の増加も懸念される。								
実施内容	<ul style="list-style-type: none"> 委託内容の見直しを検討し、委託料の抑制を図る 特に長期継続契約の更新時には、影響が大きいことから十分に検討を行う 								
年度計画	令和6年度		令和7年度	令和8年度	令和9年度				
	(a) 委託内容の見直しを検討・実施	⇒同左	⇒同左	⇒同左	⇒同左				
	(b) コンサルタント活用による市場調査、価格交渉	⇒同左	⇒同左	⇒同左	⇒同左				
実績	(a) 仕様書や単年度契約などの見なしを検討したが、委託料の増加を抑えられなかった (b) コンサルタントを活用し価格交渉を行った								
自己評価 (A, B, C, -)	C								
評価結果 (評価委員会)									
■令和6年度事業の実施状況									
(a) 委託内容の見直しを検討・実施									
<ul style="list-style-type: none"> 施設管理における委託内容について仕様書の見直しを検討したが、労務費単価が年5~10%の上昇率であり、委託料の増加を抑えられなかった。 機器保守点検における委託内容について単年度契約の見直しを検討したが、現状維持となり、価格交渉においても値引きとはならなかった。 									
※参考（医業費用における委託料、税抜）									
医業費用における委託料	R5 1,176,667千円	R6 1,305,927千円	R7	R8	R9				
(b) コンサルタント活用による市場調査、価格交渉									
<ul style="list-style-type: none"> IT費用削減コンサルティングを活用し、重症部門・手術部門システムを整備した。 									
■自己評価理由									
<ul style="list-style-type: none"> コンサルタントを活用して価格交渉を行うなどしたものの、委託内容の見直しは進まず、医業費用における委託料が大幅に増加した(+129,260千円)ことから、計画・目標達成に向け後退したと考えC評価とした。 									
■今後の取組予定・課題等									
<ul style="list-style-type: none"> 施設管理労務費単価が年5~10%の上昇率であり、見直しを行っても委託料が増加する傾向となっている。 機器性能維持と故障予防のためにも、医療機器の保守点検整備は重要であるが、適正な価格の調査により一層の経済的な契約に取り組んでいく。 									
推進部署	管理課、総務課、医事課								

調書 3 5

4 経営の安定性に係るもの		(1) 人材の確保									
実施項目	①医師確保										
課題等	医師の地域偏在、医師不足による病院勤務医の労働過重、「医師の働き方改革」の適用により、地域の医師確保は全国的にも大きな課題となっている。 当院においては、常勤医不在の診療科や、1人体制の診療科があり、特に内科系診療科において医師が不足している。 関連大学に対し医師の派遣要請を行い医師確保に努めているが、地方大学医局の医師不足が顕著となっていることから病院への派遣は非常に厳しい状況が続いている。										
実施内容	県への要望のほか、大学等関係機関との連携の強化などに取り組み、医師の確保に努める <ul style="list-style-type: none"> ・医師の派遣元大学との連携強化 ・医師修学資金貸与制度の活用 ・他院との専門研修プログラムの連携 ・山形大学・新潟大学・東北医科薬科大学・杏林大学の医学部実習生の受入れ ・民間人材紹介会社の活用 ・市内の医師志望の高校生を対象とした『オープンホスピタル』の開催 										
年度計画	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度							
	(a) 常勤医の増 (前年+1人) 76人	⇒77人	⇒78人	⇒79人							
実績	(a) 令和7年4月1日現在医師数84人 (対計画+8人、対前年+13人)										
自己評価 (A, B, C, -)	A										
評価結果 (評価委員会)											

■令和6年度事業の実施状況

- 令7年4月1日現在の医師数は84人と、前年度比13人増となった。

※参考 (4/1 現在の医師数)

		R5.4	R6.4	R7.4	R8.4	R9.4	R10.4
フルタイム	正規職員	61人	57人	67人			
	会計年度職員	10人	11人	12人			
	小計	71人	68人	79人			
パートタイム	会計年度職員	4人	3人	5人			
	合計	75人	71人	84人			

・医師の派遣元大学との連携強化

医師確保については、管理者・院長が関連大学医局等に対する医師派遣の働きかけを行ったほか、市の最重点要望事項として、県や国の関係部局への働きかけを行った。

・医師修学資金貸与制度の活用

4年ぶりに、新規で1名に貸与した。

また、貸与者のうち、令和6年4月1日現在、当院で勤務している医師は4人となった。

※参考 (医師修学資金の貸与状況)

	R5	R6	R7	R8	R9
新規貸与人数	0名	1名			
貸与額	8,000千円	4,000千円			
新規	0千円	2,000千円			
合計	8,000千円	6,000千円			

・他院との専門研修プログラムの連携

専攻医確保のため、また、臨床研修医確保のため、基幹病院である他病院との連携を図っており、新たに、東北医科薬科大学病院、昭和医科大学のプログラムと連携することになった。

基幹施設	診療科
山形大学医学部付属病院	内科、外科、脳神経外科、泌尿器科、麻酔科、放射線科、病理科、救急科
日本海総合病院	内科、外科、麻酔科
山形県立中央病院	外科、病理科、救急科
新潟大学医学歯学総合病院	内科、小児科、外科、整形外科、産科・婦人科、病理科
新潟市民病院	外科
久留米大学	外科
東邦大学医療センター大森病院	眼科
日本赤十字社医療センター	内科
山形市立病院済生館	内科
東京医科大学病院	内科
東北医科薬科大学病院	内科、外科、小児科、整形外科、救急科
昭和医科大学	内科

・山形大学・新潟大学・東北医科薬科大学・杏林大学の医学部実習生の受け入れ

山形大学から 22 人、新潟大学から 6 人、杏林大学から 2 人の臨床実習生を受け入れたほか、体験実習生として、東北医科薬科大学の 2 年次 5 人を受け入れた。

・民間人材紹介会社の活用

県の補助事業（山形県地域で活躍する医師確保促進事業費補助金）を活用し、新たに人材紹介会社のサービス利用を開始した。専任コンサルタントからアプローチしてもらった医師を含め、26 人に対して具体的なオファーを行ったが、希望年収、年齢、勤務地域等双方の条件が合致せず、採用には至らなかつた。

・市内の医師志望の高校生を対象とした『オープンホスピタル』の開催

医師、薬剤師を志望する高校生を対象に、一日医療体験（オープンホスピタル）を実施し、医師志望 8 人、薬剤師志望 2 人の参加があった。

■自己評価理由

- ・様々な対策を講じてきた結果、医師数が前年度比 13 人増となったことから、計画・目標を達成した状況であると考え A 評価とした。

■今後の取組予定・課題等

- ・関連大学医局等への継続的な医師派遣の働きかけや、他院との専門研修プログラムの連携、民間人材紹介会社の活用を行うとともに、将来の人材獲得に向けて、医師修学資金貸与制度の活用や、医学部実習生の受け入れ、オープンホスピタルの開催などを行っていく。

- ・加えて、将来の医療従事者の育成として、事業管理者が地元高校を訪問して、次世代による今後の地域医療の在り方を語る機会を設ける。

推進部署	管理会議、総務課
------	----------

調書 3 6

4 経営の安定性に係るもの		(1) 人材の確保					
実施項目	②看護師をはじめとした医療従事者の確保						
課題等	少子高齢化の進行による働き手不足や地域偏在などにより近年看護師、薬剤師、技士など、医療従事者の確保が難しくなってきている。						
実施内容	・多方面からの庄内病院の紹介など情報発信や学生の実習受入、学校訪問による募集活動など採用につながる活動に取り組む						
年度計画	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度			
	(a)HP、ハローワークによる採用活動の推進 (b)専門学校等訪問による募集活動の推進 (c)ふれあい看護体験等の開催 (d)インスタグラム等情報発信 (e)学生の実習受入 (f)就職サイトによる情報発信 (g)病院見学説明会・インターンシップの実施 (h)地元高校生に対する出前講座の検討・実施	⇒同左 ⇒同左 ⇒同左 ⇒同左 ⇒同左 ⇒同左 ⇒同左 ⇒同左 ⇒同左	⇒同左 ⇒同左 ⇒同左 ⇒同左 ⇒同左 ⇒同左 ⇒同左 ⇒同左 ⇒同左	⇒同左 ⇒同左 ⇒同左 ⇒同左 ⇒同左 ⇒同左 ⇒同左 ⇒同左 ⇒同左			
実績	(a)随時HPやハローワークによる採用活動を行った (b)県内外の大学・専門学校を訪問し募集活動を行った (c)院内開催と出前講座を行った (d)各部署の取組やイベント情報を発信した (e)受入69名 (f)就職サイトを活用し求人情報等を広くお知らせした (g)病院見学会を2回、助産師インターンシップを1回開催した						
自己評価 (A, B, C, -)	B						
評価結果 (評価委員会)							
■令和6年度事業の実施状況							
(a)HP、ハローワークによる採用活動の推進							
・庄内病院 HP 及びハローワークにて募集を行った。							
(b)専門学校等訪問による募集活動の推進							
・看護部では、5月に新潟・宮城・秋田・山形県内の大学・専門学校 17 校へ訪問し（令和5年度は 16 校）、11月に県内の大学・専門学校 3 校へ再訪し（令和5年度は 4 校）、看護師募集を行った。							
(c)ふれあい看護体験等の開催							
・院内開催としては 5/14 に開催し、高校生 9 人が参加した。また、院外開催としては小学校 2 校（櫛引西小6年生 30 人及び斎小6年生 15 人）に対して出前講座を行った。							
(d)インスタグラム等情報発信							
・週 1 回以上の更新を目標に、各部署での取組やイベント情報を発信した。 ・また、看護部及び研修医については、病院アカウントとは別にアカウントを開設し、採用に力を入れて発信を行っている。							
(e)学生の実習受入							
・専門学校、大学からの受入依頼により、看護師、薬剤師、技師等の学生を 69 人（令和5年度は 78 人）受け入れた。 ・庄内看護専門学校実習生に対して、当院で働きたいという意識付けを行うため、令和6年度から新規で、卒業生の職員との交流会を 3 月に開催し、学生ニーズの把握と実習での不安軽減にもつなげた。							
(f)就職サイトによる情報発信							
・マイナビ看護師のサイトを通して、採用試験情報や、説明会・見学会の情報を求職者に広くお知らせした。 ・ショウナイズカンにインタビュー記事及び求人を掲載した。							

(g) 病院見学説明会・インターンシップの実施

- 病院説明見学会については、8月と3月開催に、それぞれ26人、16人の合計42人が参加した（令和5年度は8月に28人、3月に18人の合計46人が参加）。
- 助産師インターンシップについては、8月に開催し、5人が参加した（令和5年度は1人が参加）。

※参考（4/1 現在の医療従事者数。医師、看護学校を除く）正規職員

職種	R5	R6	R7	R8	R9	R10
看護師	439人	427人	413人			
薬剤師	19人	19人	20人			
診療放射線技師	17人	18人	19人			
臨床検査技師	25人	25人	26人			
リハビリ技士	25人	26人	27人			
臨床工学技士	16人	16人	17人			
管理栄養士	6人	7人	7人			
視能訓練士	2人	2人	2人			
歯科衛生士	2人	2人	2人			
臨床心理士	1人	1人	1人			
	552人	543人	534人			

■自己評価理由

- 看護師を除く医療従事者数は増えている。また、看護師数は減少しているものの、新たに荘内看護専門学校実習生との交流会を開催し、ニーズ把握に努めるなど現状から進展があったと考えB評価とした。

■今後の取組予定・課題等

- 将来の医療従事者の育成として、事業管理者等が地元高校を訪問して、次世代による今後の地域医療の在り方を語る機会を設ける。

推進部署	総務課、看護部、診療部
------	-------------

調書 3 7

4 経営の安定性に係るもの		(1) 人材の確保																							
実施項目		③臨床研修医の確保																							
課題等	学生に対する当院の認知度が低く、臨床研修医を安定的に確保できていない。																								
実施内容	<p>当院の認知度を高めるためにHP等による情報発信を積極的に行うとともに、実習生や見学の受入を行う。また、医学生に選ばれる病院となるため、臨床研修運営体制の充実を図る</p> <ul style="list-style-type: none"> ・各種説明会におけるリクルート活動の実施 ・HPやSNS、各リクルートサイトによる情報発信 ・医学生の臨床実習や病院見学の受入れ ・協力型臨床研修医の受入れ ・臨床研修医の希望に配慮したプログラムの提供 ・臨床研修医のための講座の充実 ・院外開催講習会・学会への参加に係る費用助成 ・院内における教育研修のあり方検討、指導医講習会の受講による指導体制の充実 																								
年度計画	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度																					
	(a) 基幹型研修医の定員同数の採用	⇒同左	⇒同左	⇒同左																					
	(b) 各種説明会への参加	⇒同左	⇒同左	⇒同左																					
	(c) 医学生の見学・臨床実習の受入	⇒同左	⇒同左	⇒同左																					
	(d) 協力型臨床研修医の受入	⇒同左	⇒同左	⇒同左																					
	(e) 臨床研修委員会の開催	⇒同左	⇒同左	⇒同左																					
	(f) 指導医資格の取得推進	⇒同左	⇒同左	⇒同左																					
実績	(a) 定員7名に対し3名採用 (b) 合同説明会に3回参加 (c) 見学18人、臨床実習生30人を受入れ (d) 山形大学から1人を受入れ (e) 11回開催 (f) 指導医資格を3人が取得																								
自己評価 (A, B, C, -)	B																								
評価結果 (評価委員会)																									
■令和6年度事業の実施状況																									
<ul style="list-style-type: none"> ・研修プログラムの充実を目的に、研修連携施設として、山形県立河北病院（地域医療、内科（総合診療））及び上野ファミリークリニック（地域医療）を追加した。 																									
<p>(a) 基幹型研修医の定員同数の採用</p> <ul style="list-style-type: none"> ・令和7年度基幹型研修医採用について、定員7名に対して3名を確保した。 																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>R5. 4</th><th>R6. 4</th><th>R7. 4</th><th>R8. 4</th><th>R9. 4</th><th>R10. 4</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>定員</td><td>6名</td><td>6名</td><td>7名</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>採用人数</td><td>3名</td><td>6名</td><td>3名</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>						R5. 4	R6. 4	R7. 4	R8. 4	R9. 4	R10. 4	定員	6名	6名	7名				採用人数	3名	6名	3名			
	R5. 4	R6. 4	R7. 4	R8. 4	R9. 4	R10. 4																			
定員	6名	6名	7名																						
採用人数	3名	6名	3名																						
<p>(b) 各種説明会への参加</p> <ul style="list-style-type: none"> ・合同説明会（5月山形、6月東京、7月宮城）に参加し、医学生107人に当院の研修プログラムや研修環境をPRした。 																									
<p>(c) 医学生の見学（4～6年、既卒）、臨床実習（5～6年）の受入</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病院見学は、18人を受け入れた。 臨床実習は、山形大学から22人、新潟大学から6人、杏林大学から2人を受け入れた。 また、体験実習として、東北医科大学の2年次5人を受け入れた。 																									
<p>(d) 協力型臨床研修医の受入れ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・山形大学医学部附属病院から協力型研修医を1人受け入れ、各診療科で研修を行った。 																									
<p>(e) 臨床研修委員会の開催</p> <ul style="list-style-type: none"> ・11回開催し、研修医確保の取組や研修環境の整備について話し合った。 																									
<p>(f) 指導医資格の取得推進</p> <ul style="list-style-type: none"> ・上級医3人が指導医講習会を受講し、指導医資格を取得した。 																									
■自己評価理由																									
<ul style="list-style-type: none"> ・研修プログラムの充実や各種説明会への参加などマッチング率を上げる活動を様々行い、定員7名のところ採用内定者は5名となったことから、計画・目標達成に向け順調に推移したと考えB評価とした。（なお、採用内定者5名のうち2名については本人都合により採用とはならなかった） 																									
■今後の取組予定・課題等																									
<ul style="list-style-type: none"> ・基幹型研修医採用は、年によって定員に満たないなど波があるため、研修プログラムを充実させていくとともに、認知度向上を図るために合同説明会での勧誘やSNSでのPRなどに積極的に取り組んでいく。 																									
推進部署	臨床研修委員会、総務課（経営企画係）																								

調書 3 8

4 経営の安定性に係るもの		(2) 専門性及び医療技術の向上																																																																																	
実施項目		①院内研修の充実、外部研修への参加や認定資格、専門資格取得の支援																																																																																	
課題等	外部研修への参加や認定資格、専門資格取得の支援については、長期の研修の場合、当院の職員配置の関係もあり、希望に応えられないことがある。 院内研修については、開催時間により、参加しにくい場合もあるため、開催方法についての検討も必要である。																																																																																		
実施内容	・院内研修の充実、外部研修への参加により職員の資質の向上に努める ・看護職及び医療技術職の専門性、医療技術の向上を図るため、当院の診療に必要と認められる認定資格、専門資格の取得を支援する																																																																																		
年度計画	令和6年度		令和7年度	令和8年度	令和9年度																																																																														
	(a) 認定看護師資格取得のための講習受講 1名以上検討		⇒同左	⇒同左	⇒同左																																																																														
	(b) 専門資格の取得支援		⇒同左	⇒同左	⇒同左																																																																														
	(c) 院内研修の充実		⇒同左	⇒同左	⇒同左																																																																														
	(d) 教育研修組織のあり方検討		⇒同左	⇒同左	⇒同左																																																																														
実績	(a) 認定看護師4人合格 (b) 延べ693人に対して外部研修等への参加支援を行った (c) 受講者のニーズに応じた研修会を開催 (d) 研修全体を統括する部門の設置などについては、話し合うことができなかった																																																																																		
自己評価 (A, B, C, -)	C																																																																																		
評価結果 (評価委員会)																																																																																			
■令和6年度事業の実施状況																																																																																			
(a) 認定看護師資格取得のための講習受講 1名以上検討																																																																																			
・クリティカルケア、感染管理、がん薬物療法看護、認知症看護の分野で4人が資格取得した。																																																																																			
(b) 専門資格の取得支援																																																																																			
・認定資格取得のほか、各種学会・セミナー・研修会等に出席し、技術の向上に努めた。																																																																																			
※参考 (WEB 参加を含む外部研修等への参加支援、延べ人数)																																																																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th>職種</th><th>R5</th><th>R6</th><th>R7</th><th>R8</th><th>R9</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>医師</td><td>355人</td><td>351人</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>看護師</td><td>267人</td><td>202人</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>薬剤師</td><td>46人</td><td>26人</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>診療放射線技師</td><td>33人</td><td>38人</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>臨床検査技師</td><td>28人</td><td>35人</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>リハビリ技士</td><td>26人</td><td>16人</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>臨床工学技士</td><td>29人</td><td>14人</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>管理栄養士</td><td>9人</td><td>9人</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>視能訓練士</td><td>0人</td><td>0人</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>歯科衛生士</td><td>0人</td><td>1人</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>臨床心理士</td><td>1人</td><td>1人</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td></td><td>794人</td><td>693人</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>						職種	R5	R6	R7	R8	R9	医師	355人	351人				看護師	267人	202人				薬剤師	46人	26人				診療放射線技師	33人	38人				臨床検査技師	28人	35人				リハビリ技士	26人	16人				臨床工学技士	29人	14人				管理栄養士	9人	9人				視能訓練士	0人	0人				歯科衛生士	0人	1人				臨床心理士	1人	1人					794人	693人			
職種	R5	R6	R7	R8	R9																																																																														
医師	355人	351人																																																																																	
看護師	267人	202人																																																																																	
薬剤師	46人	26人																																																																																	
診療放射線技師	33人	38人																																																																																	
臨床検査技師	28人	35人																																																																																	
リハビリ技士	26人	16人																																																																																	
臨床工学技士	29人	14人																																																																																	
管理栄養士	9人	9人																																																																																	
視能訓練士	0人	0人																																																																																	
歯科衛生士	0人	1人																																																																																	
臨床心理士	1人	1人																																																																																	
	794人	693人																																																																																	
(c) 院内研修の充実																																																																																			
・受講者のニーズに合わせ、e ラーニングを活用した研修会を実施した（事後提供も含む）ほか、看護部においては、ラダー研修（新人～IVまでのコース研修）を45回、専門研修（8分野3コース）を23回実施した。																																																																																			
(d) 教育研修組織のあり方検討																																																																																			
・院内研修については、各委員会を中心に実施しており、研修全体を統括する部門の設置などについては、話し合うことができなかった。																																																																																			
■自己評価理由																																																																																			
・認定看護師は4名資格取得しているものの、WEB 参加を含む外部研修等への参加支援人数は大幅に減少していることから、計画・目標達成に向け後退したと考えC評価とした。																																																																																			
■今後の取組予定・課題等																																																																																			
・組織として必要な分野の認定看護師を育成していく。 ・医療従事者の外部研修等への参加支援により、技術の向上を目指していく。 ・今後は、地域医療の充実に向けた資質の向上を図る必要があるため、在宅医療の視点や生活の視点を養う研修場所での学びについて具体化を図っていく（看護部）。																																																																																			
推進部署	各専門チーム、各委員会、各部署、総務課（庶務係）																																																																																		

調書 3 9

4 経営の安定性に係るもの		(2) 専門性及び医療技術の向上			
実施項目		②高度先進病院との人事交流			
課題等		長期にわたる人事交流については、相手先病院と当院の職員配置、本人の希望の有無により派遣ができない場合もあるが、質の高い医療・看護を提供できるよう、知識・技術・資質向上を図る必要があり、引き続き実施していく必要がある。			
実施内容		・看護力向上と資格取得を支援するため、高度先進病院へ職員を派遣する			
年度計画	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	
	(a)高度先進病院への看護師派遣（1名以上）	⇒同左	⇒同左	⇒同左	
実績	(a)国立がん研究センター東病院へ看護師1名を長期研修で派遣した				
自己評価 (A, B, C, -)	A				
評価結果 (評価委員会)					
■令和6年度事業の実施状況					
(a)高度先進病院への看護師派遣（1名以上）					
・緩和ケア認定看護師1名が、国立がん研究センター東病院で長期研修（10～12月）を実施した（外来、入院準備センター、病棟、チームを回って研修）。					
■自己評価理由					
・長期の派遣研修により得た知識・技術等を現場（入院サポートセンターの拡充等）に生かしていくことから、計画・目標を達成したに近い状況であると考えA評価とした。					
■今後の取組予定・課題等					
・入院サポートセンターの拡充により、標準化したスクリーニングを導入し、入院前からのケアに繋げていく。					
推進部署	総務課（庶務係）、看護部				

調書 4 O

4 経営の安定性に係るもの		(3) 働きやすい環境の整備			
実施項目		①医師の事務的業務の軽減			
課題等		<p>医師事務作業補助者の配置等により、医師の平均時間外数は減少傾向にあるが、平均時間外数は 50 時間を超え、未だ高水準である。</p> <p>医師事務作業補助者の配置は 25 対 1 から 20 対 1 へ増員しているが、各診療科医師の業務負担の軽減に資するよう適正配置の検討を進める必要がある。</p> <p>2035 年度末には全ての医師の時間外は、A 水準（年間 960 時間）を満たす必要があることから、事務的業務が軽減されるよう取り組む必要がある。</p>			
実施内容		<ul style="list-style-type: none"> 事務的負担の軽減を推進するため医師事務作業補助者の配置を行う 事務作業負担の軽減等について検討を行う 			
年度計画	令和 6 年度		令和 7 年度	令和 8 年度	令和 9 年度
	(a) 医師事務作業補助者の配置	⇒同左	⇒同左	⇒同左	⇒同左
実績	(b) 事務作業の軽減の検討、実施	⇒同左	⇒同左	⇒同左	⇒同左
	(a) 医師事務作業補助者を 20 対 1 の基準を満たす 27 名配置した				
自己評価 (A, B, C, -)	B				
評価結果 (評価委員会)					
■令和 6 年度事業の実施状況					
(a) 医師事務作業補助者の配置					
<ul style="list-style-type: none"> 本来 28 名配置するよう派遣元へ依頼しているところ、年度当初は 26 名配置に留まった。その後、4 月途中で 1 名補充されたが、年度末まで 1 名欠員の状態が続いた。 					
(b) 事務作業の軽減の検討、実施					
<ul style="list-style-type: none"> 莊内病院勤務医負担軽減計画を策定し、医師の働き方改革の取組を進めた。 					
■自己評価理由					
<ul style="list-style-type: none"> 年度末までに 1 名欠員の状態は続いたものの、医師事務作業補助者を 20 対 1 の基準以下とならないように適正配置するとともに、欠員分の早期補充を派遣元へ要請するなど、計画・目標達成に向け概ね順調に推移したと考え B 評価とした。 					
■今後の取組予定・課題等					
<ul style="list-style-type: none"> 事務引継を考慮すると現状の派遣による配置を継続したいが、人材不足の状況にもあり、医師事務作業補助者を安定的に確保することが課題となっている。 AI の活用も検討していくことで、医師の事務的業務の軽減を図っていく。 					
推進部署	医事課、総務課（庶務係）				

調書 4.1

4 経営の安定性に係るもの		(3) 働きやすい環境の整備																																																			
実施項目	②特定行為研修修了看護師等によるタスクシフトやチーム医療によるワークシェアなど医師の働き方改革																																																				
課題等	<p>医師の平均時間外数は減少傾向にあるが、<u>診療科によっては</u>平均時間外数 50-80 時間を超える<u>医師もいるなど</u>未だ高水準である。</p> <p>2035 年度末には全ての医師の時間外は、A 水準（年間 960 時間）を満たす必要があることから、他職種へのタスクシフト、ワークシェアの実施、デジタル技術等の積極的な活用が必要である。</p>																																																				
実施内容	<ul style="list-style-type: none"> 看護師特定行為修了者の活用、薬剤師、放射線技師、臨床検査師、臨床工学士などによるタスクシフトの推進 チーム医療等、多職種によるワークシェアの推進 																																																				
年度計画	令和 6 年度		令和 7 年度	令和 8 年度	令和 9 年度																																																
	(a) タスクシフト、ワークシェアの検討、実施		⇒同左	⇒同左	⇒同左																																																
実績	(a) 特定行為研修修了の認定・特定看護師の活用と、クリニカルパスの新規作成及び利用率向上を図った																																																				
自己評価 (A, B, C, -)	B																																																				
評価結果 (評価委員会)																																																					
■令和 6 年度事業の実施状況																																																					
(a) タスクシフト、ワークシェアの検討、実施																																																					
<ul style="list-style-type: none"> 特定行為研修を修了した認定・特定看護師を活用した（該当看護師数 8 人）。 クリニカルパスの新規登録（32 件）と利用率向上（52.2%→66.9%）により、医師の業務効率をアップした。 																																																					
※参考（特定行為実施件数、単位：件）																																																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th>分野</th><th>R5</th><th>R6</th><th>R7</th><th>R8</th><th>R9</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>クリティカルパス</td><td>377</td><td>463</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>WOC</td><td>120</td><td>71</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>がん薬物療法</td><td>0</td><td>4</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>がん放射線療法</td><td>1</td><td>6</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>認知症看護</td><td></td><td>17</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>感染管理</td><td></td><td>6</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td></td><td>498</td><td>567</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>						分野	R5	R6	R7	R8	R9	クリティカルパス	377	463				WOC	120	71				がん薬物療法	0	4				がん放射線療法	1	6				認知症看護		17				感染管理		6					498	567			
分野	R5	R6	R7	R8	R9																																																
クリティカルパス	377	463																																																			
WOC	120	71																																																			
がん薬物療法	0	4																																																			
がん放射線療法	1	6																																																			
認知症看護		17																																																			
感染管理		6																																																			
	498	567																																																			
※参考（医師の時間外勤務数）正規職員・会計年度任用職員																																																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>R5</th><th>R6</th><th>R7</th><th>R8</th><th>R9</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>年間総時間外勤務数(h)</td><td>37,476</td><td>38,954</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>延べ医師数(人)</td><td>83</td><td>80</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>1人1か月当たり 平均時間外数(h)</td><td>37.6</td><td>40.6</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>							R5	R6	R7	R8	R9	年間総時間外勤務数(h)	37,476	38,954				延べ医師数(人)	83	80				1人1か月当たり 平均時間外数(h)	37.6	40.6																											
	R5	R6	R7	R8	R9																																																
年間総時間外勤務数(h)	37,476	38,954																																																			
延べ医師数(人)	83	80																																																			
1人1か月当たり 平均時間外数(h)	37.6	40.6																																																			
※令和 6 年度の時間外総数が増えているのは、令和 6 年度における医師の働き方改革に際して、宿日直勤務の見直しを行い、新たに小児科の NICU 宿日直の許可を受けようとしたが要件を満たさなかったことから、その分の勤務を全額時間外勤務手當にて対応していることによるもの。																																																					
■自己評価理由																																																					
<ul style="list-style-type: none"> 医師 1 人 1 か月当たりの平均時間外数が増えている反面、特定行為研修修了の看護師は 4 名増え、又、特定行為実施件数も着実に増加しており、医師の負担軽減につながっていることから、現状から進展があったと考え B 評価とした。 																																																					
■今後の取組予定・課題等																																																					
<ul style="list-style-type: none"> 認定・特定行為看護師を活用することで、タスクシフトを進めていく。 デジタル技術の活用により、更なる業務効率のアップを図っていく。 																																																					
推進部署	診療部、看護部、医事課、総務課（庶務係）																																																				

調書 4 2

4 経営の安定性に係るもの		(3) 働きやすい環境の整備							
実施項目	③人事ヒアリングの実施等による職員定着に向けた取組								
課題等	<p>過去5年間において勤続5年未満での退職者（医師を除く）は35名となっており、採用時のイメージと実際とのギャップによる離職が多いと推測される。</p> <p>若い職員が働きやすい環境を整えるためにも、高いコンプライアンス意識のもとに風通しが良くコミュニケーションの取りやすい環境、モチベーションを保ち続けるための適切な評価制度が求められる。</p>								
実施内容	<ul style="list-style-type: none"> 人事評価制度を定着させ、各部署の業務内容と業務量、仕事の進め方を見直し検討する 人事ヒアリングを通じ適正な人員配置、職種間での業務分担、看護補助者などの配置、交代制職場の勤務体系などを見直す 職員の心身の健康及び勤労意欲の増進を図るため、検診事業、健康相談事業の充実及び働きやすい勤務環境づくりを進める 病院運営に関する職員の声を聴取し、より良い病院運営と働きやすい環境づくりに努め新採用員等の離職防止に向けた取組を推進する 								
年度計画	令和6年度		令和7年度	令和8年度	令和9年度				
	(a) 人事ヒアリングの実施 (b) 人事評価の実施 (c) ストレスチェックを実施、分析、職場環境改善に取り組む (d) MEYASUによる職員の声の聴取、取組の検討・公表 (e) 職員満足度調査の実施 (f) 職員の離職防止に向けた取組の検討、実施		⇒同左 ⇒同左 ⇒同左 ⇒同左 ⇒同左 ⇒同左	⇒同左 ⇒同左 ⇒同左 ⇒同左 ⇒同左 ⇒同左	⇒同左 ⇒同左 ⇒同左 ⇒同左 ⇒同左 ⇒同左				
実績	(a) 中長期的な人員配置の要望を確認し、計画的な採用に生かした (b) 業績目標の達成度と発揮した能力を把握し、人材育成に生かした (c) 集団分析結果を各所属長へフィードバックし、職場環境改善に取り組んだ (d) 寄せられた意見について関係部署と対応策を検討し、その内容を院内で公表した (e) 勤務環境について、現場の意見を重視した改善（2交代制の導入）に取り組んだ (f) 教育担当者によるサポートを行ったほか、就学前の子どもを有する職員の当直を免除した（放射線画像センター）								
自己評価 (A, B, C, -)	B								
評価結果 (評価委員会)									

■令和6年度事業の実施状況

(a) 人事ヒアリングの実施

- 各部署の中長期的な人員配置の要望を確認しており、安定した施設基準の取得のため、計画的な採用を行った。
- 看護部においては、所属長との定期面談を年3回実施した。

(b) 人事評価の実施

- 鶴岡市の人事評価制度を庄内病院でも実施し、部署ごとに、仕事の業績（目標達成度）と能力（執務態度と必要な能力の発揮）の2本立てで評価を行った。

(c) ストレスチェックを実施、分析、職場環境改善に取り組む

- 9月17日から27日にかけてストレスチェックを実施（受検率97.8%）するとともに、集団分析結果を各所属長へフィードバックすることで、職場環境改善に向けた取組により、メンタルヘルスケアを推進した。

(d) MEYASUによる職員の声の聴取、取組の検討・公表

- 病院運営に関する職員の声を汲み取り、より良い病院運営と働きやすい環境づくりにつなげるため、自由に意見を投稿できるみんなの目安箱「MEYASU」を令和5年6月から設置し、寄せられた意見（勤務環境改善や施設環境改善など）については、関係部署等と対応策を検討し、その内容を院内で公表した。

	R5	R6	R7	R8	R9
寄せられた意見	150件	57件			

(e)職員満足度調査の実施

- ・看護部においては、「働く環境調査」を実施し、勤務環境の整備として、現場の意見を重視した改善に取り組んだ（看護部における2交代制の積極的な導入と評価）。

(f)職員の離職防止に向けた取組の検討、実施

- ・新人研修を実施するとともに、教育担当者によるサポートを実施した。
- ・就学前の子どもを有する職員（特に女性技師）の当直を免除した（放射線画像センター）

※参考（勤続5年未満での退職者数） 医師を除く

	R5	R6	R7	R8	R9
看護師	5人	6人			
技師等	3人	2人			
事務・技能	0人	0人			
合計	8人	8人			

■自己評価理由

- ・勤続5年未満での退職者（医師を除く）は令和5年度と同人数であったが、現場の意見を重視し、看護部の一部の部署で二交代制を導入するなど、勤務環境の改善の面で現状から進展があったと考えB評価とした。

■今後の取組予定・課題等

- ・職員の定着については、採用後のフォローアップを続けていくとともに、公平な評価制度と研修機会の提供により職員のスキルアップとキャリア開発を後押ししていく。
- ・また、働きやすい勤務環境づくりについては、心身の健康づくりに取り組むとともに、職員から寄せられた勤務環境改善等の意見へ対応していく。

推進部署	各部署、総務課（庶務係）
------	--------------

調書 4 3

4 経営の安定性に係るもの		(3) 働きやすい環境の整備																											
実施項目		④院内保育所の充実、医師公舎の維持管理																											
課題等		院内保育所について、保育士の配置基準は満たしているものの、充実した保育体制を提供するためには人員の維持、確保が必要である。また保育士の年齢構成を考慮し、若手保育士の確保が必要である。 保育環境の安全の維持のため経年劣化を迎えている遊具や備品の計画的な更新が必要である。 医師公舎については、建設より8-10年経過し、設備の故障に伴う修繕が増えている。																											
実施内容		<ul style="list-style-type: none"> 院内保育所の環境、待遇等の充実を図り、人材の維持・確保等を図る 研修機会を提供し、保育士のスキルアップを図る 医師公舎については、快適な住環境を提供するため定期点検を踏まえ、メンテナンス、修繕等を行う 																											
年度計画	令和6年度		令和7年度	令和8年度	令和9年度																								
	(a)保育環境の充実 (b)医師公舎の定期点検とメンテナンス、修繕	⇒同左 ⇒同左	⇒同左 ⇒同左	⇒同左 ⇒同左	⇒同左 ⇒同左																								
実績	(a)備品を買い替えるとともに保育士の研修環境を整えた (b)故障した設備等を修繕した																												
自己評価 (A, B, C, -)	B																												
評価結果 (評価委員会)																													
■令和6年度事業の実施状況																													
(a)保育環境の充実																													
<ul style="list-style-type: none"> 入所希望者は全員入所できており、保育士不足は発生しなかった。 平成27年8月に整備した院内保育所により保育環境は大きく向上したが、整備から10年近く経過し、備品の故障等も発生していることから、保育環境を整えるため、食器乾燥機、冷蔵庫及び洗濯機を買い替えた。 保育士のスキルアップのため、タブレットによるWeb研修の受講環境を整えた。 																													
※参考（入所者数及び職員数）																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>R5.9.30</th><th>R6.9.30</th><th>R7.9.30</th><th>R8.9.30</th><th>R9.9.30</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>定員</td><td>40人</td><td>40人</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>入所者数</td><td>23人</td><td>17人</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>保育士等職員数</td><td>10人</td><td>9人</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>							R5.9.30	R6.9.30	R7.9.30	R8.9.30	R9.9.30	定員	40人	40人				入所者数	23人	17人				保育士等職員数	10人	9人			
	R5.9.30	R6.9.30	R7.9.30	R8.9.30	R9.9.30																								
定員	40人	40人																											
入所者数	23人	17人																											
保育士等職員数	10人	9人																											
(b)医師公舎の定期点検とメンテナンス、修繕																													
<ul style="list-style-type: none"> 建具の開閉修繕、床暖房設備の修繕等を行った。 																													
■自己評価理由																													
<ul style="list-style-type: none"> 院内保育所の経年劣化した備品を計画的に更新するとともに、医師公舎についても定期点検を踏まえた修繕を行うことができたことから、計画・目標達成に向け概ね順調に対応できたと考えB評価とした。 																													
■今後の取組予定・課題等																													
<ul style="list-style-type: none"> 院内保育所に関しては、遊具や備品の計画的な更新に努めていくとともに、保育士のスキルアップを図っていく。 医師公舎に関しては、快適な住環境を提供するために、定期点検を踏まえ、メンテナンス、修繕等を行っていく。 																													
推進部署	総務課（庶務係）、管理課（施設係）																												