

令和元年度 改革プランの点検・評価

令和3年2月16日実施 第3回砂川市立病院経営改善評価委員会

砂川市立病院改革プランの点検・評価について

1. 基本的な考え方

砂川市立病院改革プラン（以下「改革プラン」という。）については、年1回以上の点検を行い、実績と計画の乖離を評価し、必要に応じ見直しを行います。改革プランの推進にあたっての経営管理手法として「バランスト・スコアカード（以下、「BSC」）を活用し、「戦略マップ」において目標の共有及び進捗管理を行っています。

なお、病院全体の戦略マップの目標を達成できるよう、より意義や価値の高いものにするために、院内の各部署においても、「アクションプラン」として目標の進捗管理を行っています。

2. 点検・評価の実施主体

改革プランの策定主体は市立病院であることから、市立病院による内部点検・評価を行い、客観性を確保できるよう、外部有識者等を含めた「砂川市立病院経営改善評価委員会」の場にて意見聴取を行うこととなっています。

3. 点検・評価の対象事業

点検・評価は、事業の実績や状況等に基づき定量的に判断する必要があることから、改革プラン中「実現に向けた取り組み（第Ⅲ章、P21～24）」に記載の事業のうち、「目標値」が設定されている事業（成功要因・評価指標）について行うものとします。

4. 点検の方法

点検・評価の方法項目は次のとおりとします。

- ・具体的な取り組みと実施状況
- ・次年度以降に向けての課題や方向性

5. 評価の基準

点検に基づく評価基準は次のとおりとします

- A : 計画どおりに進捗している
- B : 課題はあるが前進している
- C : 計画を下回る

6. 経営改善評価委員会開催状況

(1) 外部評価委員の構成

砂川市立病院経営改善評価委員会は次の3名の委員で構成され、任期は4年（改革プラン期間終了まで）となっています。

役職名	氏名	備考
委員長	杉沼 哲良	砂川慈恵会病院事務長
副委員長	福地 隆康	北海道薬剤師会北空知支部砂川部会長
委員	竹田 俊一	竹田俊一税理士事務所長

(2) 評価委員会の開催状況

令和元年度事業における改革プランの点検評価に係る評価委員会を、次のとおり開催しました。

開催日時	令和3年2月16日（火）	14:00～15:00
開催場所	砂川市立病院第1会議室	
審議内容	令和元年度改革プラン点検・評価	

戦略目標・成功要因・評価指標	H29年度 総合評価	H30年度 総合評価	R元年度 自己評価	R元年度 総合評価	R2年度 評価
【財務の視点】地域中核病院として急性期医療の提供					
適正利益の確保					
(1) 医業収支比率	A	B	B	B	
(2) 経常収支比率	A	A	B	B	
医療機器の適正更新					
(3) 対予算消費率	A	A	A	A	
急性期機能の充実					
(4) 入院平均単価	A	B	A	A	
生産性の向上					
(5) 職員1人1日あたり医業収益	B	C	C	C	
入院患者数の増加					
(6) 1日平均患者数	A	A	A	A	
外来患者数の適正化					
(7) 入外患者比率	A	A	A	A	
【顧客の視点】中空知医療圏内の医療・介護関連事業所との機能分担と密なコミュニケーション					
円滑な退院支援					
(8) 平均在院日数（一般）	A	A	A	A	
(9) 退院支援加算算定件数	C	B	A	A	
地域とのコミュニケーション					
(10) そら-ねっと登録患者数	A	A	A	A	
(11) みまもりんく登録患者数	A	A	A	A	
患者の逆紹介・紹介					
(12) 逆紹介患者数	A	A	A	A	
(13) 紹介患者数	B	A	A	A	
【業務プロセスの視点】人材確保、診療プロセスの標準化、質指標の設定と可視化（院内共有）					
医師・医療スタッフの確保					
(14) 常勤医師数	A	B	B	B	
Z-prjectの成功					
(15) 前年実績を上回った項目割合	B	B	—	—	
クリニカルパスの活用					
(16) クリニカルパス適用率	A	A	A	A	
QualityIndicator設定					
(17) HPで公表するQI数	A	A	A	A	
【学習と成長の視点】期待人材像の明示と全職員の経営参画、全職員のモチベーション・ロイヤリティ向上、次世代（若手職員）の育成					
人事評価制度の活用					
(18) A評価以上職員数率	C	A	B	B	
就労環境の改善と職員の定着					
(19) 有給取得日数	B	B	A	A	
(20) 離職率(医師を除く)	C	B	B	B	
専門スキルの習得					
(21) 専門資格取得数	C	B	B	B	
多職種・職員の交流					
(22) 懇親会参加人数	A	A	A	A	
(23) 組織活性化（意欲度）	C	A	A	A	
(24) 組織活性化（満足度）	B	A	A	A	
好事例の共有					
(25) 院内発表会の開催	C	A	—	—	
(26) (発表数)					

戦略目標・成功要因・評価指標	H28年度 参考値	H29年度		H30年度		R元年度		R2年度	
		目標値	実績値	目標値	実績値	目標値	実績値	目標値	実績値
【財務の視点】地域中核病院として急性期医療の提供									
適正利益の確保									
(1) 医業収支比率	86.0%	85.0%	89.10%	88.7%	87.0%	88.9%	86.5%		89.7%
(2) 経常収支比率	90.1%	90.8%	96.90%	94.3%	94.8%	94.4%	94.1%		95.2%
医療機器の適正更新									
(3) 対予算消費率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	95.9%	100.0%	99.5%		100.0%
急性期機能の充実									
(4) 入院平均単価	56,983	56,600	56,639	58,000	57,551	58,000	61,137		58,500
生産性の向上									
(5) 職員1人1日あたり医業収益	37,300	37,600	36,572	39,300	34,501	39,500	34,419		40,100
入院患者数の増加									
(6) 1日平均患者数	376.5	382.0	409.5	388.0	398.2	388.0	378.9		390.0
外来患者数の適正化									
(7) 入外患者比率	2.80	2.77	2.58	2.72	2.65	2.69	2.77		2.69
【顧客の視点】中空知医療圏内の医療・介護関連事業所との機能分担と密なコミュニケーション									
円滑な退院支援									
(8) 平均在院日数（一般）	13.0日	13.0日	13.0日	13.0日	12.6日	13日	12日		13日
(9) 退院支援加算算定件数	1,500件	1,500件	1,329件	1,500件	1,440件	1,500件	1,699件		1,500件
地域とのコミュニケーション									
(10) そら-ねっと登録患者数	100人	200人	1,394人	300人	3,061人	400人	4,668人		500人
(11) みまもりんく登録患者数	950人	1,400人	1,610人	1,850人	2,188人	2,300人	2,708人		2,750人
患者の逆紹介・紹介									
(12) 逆紹介患者数	4,500人	4,500人	4,968人	4,500人	5,224人	4,500人	8,599人		4,500人
(13) 紹介患者数	6,600人	6,600人	6,460人	6,600人	7,136人	6,600人	7,456人		6,600人
【業務プロセスの視点】人材確保、診療プロセスの標準化、質指標の設定と可視化（院内共有）									
医師・医療スタッフの確保									
(14) 常勤医師数	71	74	75	78	73	78	74		78
Z-prjectの成功									
(15) 前年実績を上回った項目割合	88.9%	90.0%	81.8%	90.0%	54.5%	90.0%	90.9%		90.0%
クリニカルパスの活用									
(16) クリニカルパス適用率	19.6%	20.0%	33.5%	20.0%	40.5%	25.0%	42.6%		25.0%
QualityIndicator設定									
(17) HPで公表するQI数	準備	5	7	10	18	15	15		20
【学習と成長の視点】期待人材像の明示と全職員の経営参画、全職員のモチベーション・ロイヤリティ向上、次世代（若手職員）の育成									
人事評価制度の活用									
(18) A評価以上職員数率	34.5%	38.5%	21.6%	22.5%	28.1%	22.5%	21.9%		22.5%
就労環境の改善と職員の定着									
(19) 有給取得日数	7.1日	10.0日	8.2日	10.0日	9.1日	11.0日	9.9日		11.0日
(20) 離職率(医師を除く)	3.6%	3.5%	5.2%	3.5%	4.4%	3.5%	4.8%		3.5%
専門スキルの習得									
(21) 専門資格取得数	53	70	11	70	56	70	34		70
多職種・職員の交流									
(22) 懇親会参加人数	717	770	799	820	937	870	844		920
(23) 組織活性化度（意欲度）	4.52	4.64	4.51	4.76	4.86	4.88	4.89		5
(24) 組織活性化度（満足度）	4.29	4.47	4.44	4.65	4.80	4.83	4.84		5
好事例の共有									
(25) 院内発表会の開催	1	1	1	1	1	—	—		—
(26) (発表数)	6	8	4	10	14	—	—		—

戦略目標：【財務の視点】地域中核病院としての急性期医療の提供

成功要因：適正利益の確保

評価指標：(1)医業収支比率

算定式： 医業収支比率 = 医業収益 ÷ 医業費用

総合評価	B	主担当：経理係・企画係	登載 21P
------	---	-------------	--------

	H28年度 (参考値)	H29年度 総合評価		H30年度 総合評価		R元年度 自己評価		評価委員評価欄	評価委員評価欄	評価委員評価欄
目標値 (%)	86.0%	85.0%	—	88.7%	—	88.9%	—			
実績値 (%)	94.8%	—	89.1%	—	87.0%	—	86.5%			
医業収益	12,528,158,918	11,467,000,000	11,973,932,261	11,998,000,000	11,950,456,309	12,060,000,000	12,105,928,748			
医業費用	13,217,172,935	13,485,000,000	13,437,684,152	13,529,000,000	13,743,116,971	13,564,000,000	14,002,314,575			
差異	8.8%	—	4.1%	—	-1.7%	—	-2.5%			
自己評価										
A 計画通り	—	A	B	B	B	B	B	B	B	B
B 課題はあるが前進										
C 計画を下回る										
具体的な取り組みと実施状況	—	A	B	B	B	B	B	B	B	B
次年度以降に向けての課題や方向性	—	A	B	B	B	B	B	B	B	B

戦略目標：【財務の視点】地域中核病院としての急性期医療の提供

成功要因：適正利益の確保

評価指標：(2)経常収支比率

算定式：経常収支比率 = (病院事業収益 - 特別利益) ÷ (病院事業費用 - 特別損失)

総合評価	B	主担当：経理係・企画係	登載 21P
------	----------	-------------	--------

	H28年度 (参考値)	H29年度	総合評価		H30年度	総合評価		R元年度	自己評価		評価委員評価欄	評価委員評価欄	評価委員評価欄
目標値 (%)	90.1%	90.8%	-		94.3%	-		94.4%	-				
実績値 (%)	93.5%	-	97.0%		-	94.8%		-	94.1%				
病院事業収益	12,528,158,918	12,479,000,000	13,496,583,418		13,005,000,000	13,636,068,883		13,052,000,000	13,749,928,178				
特別利益	179,053,243	0	234,033,918		0	379,375,452		0	336,032,689				
病院事業費用	13,217,172,935	13,761,000,000	13,695,839,587		13,810,000,000	13,997,238,153		13,849,000,000	14,292,368,244				
特別損失	15,750,593	13,000,000	16,366,078		22,000,000	8,275,585		30,000,000	33,705,328				
差異	3.4%	-	6.2%		-	0.4%		-	-0.4%				
自己評価													
A 計画通り	-	A	A	A	B	B	B	B	B	B	B	B	B
B 課題はあるが前進													
C 計画を下回る													
具体的な取り組みと実施状況		(1) 医療収支比率と同理由 その他理由 ●医療外収益、看護専門学校収益、院内保育事業収益の繰入金（負担金）について、特別交付税の単価が特殊病床（精神・救命救急・周産期等）で増加（看護専門学校生徒1人当たりの単価は大きく減少）、また、看護専門学校の赤字分繰入皆増のため（例年当初予算計上無し）、収益的収入全体で3千8百万円の増加となっている。 ●院内施設貸付料（会議室等使用料）において、主に製薬会社が勉強会を開催する際（営利目的）の使用料単価を大幅に増額し、効果を上げている。	(1) 医療収支比率と同理由 その他理由 ●医療外収益、看護専門学校収益、院内保育事業収益の繰入金（負担金）について、普通交付税（病床分）で減額（看護専門学校生徒1人当たりの単価は増額）、特別交付税の単価が特殊病床（周産期）で増加。また、看護専門学校の赤字分繰入皆増のため（例年当初予算計上無し）、収益的収入全体で4千5百万円の増加となっている。 ●主に製薬会社が勉強会を開催する際（営利目的）の院内施設貸付料（会議室等使用料）が、効果を上げている。	(1) 医療収支比率と同理由 その他理由 ●医療外収益、看護専門学校収益、院内保育事業収益の繰入金（負担金）について、普通交付税（病床分）で減額（看護専門学校生徒1人当たりの単価も減額）となったが、特別交付税の特殊病床（周産期）で病床数の増による増加、新たな措置による増加、また、看護専門学校の赤字分繰入皆増のため（例年当初予算計上無し）、収益的収入全体で1千5百万円の増加となっている。 ●主に製薬会社が勉強会を開催する際（営利目的）の院内施設貸付料（会議室等使用料）が、効果を上げている。									
次年度以降に向けての課題や方向性		(1) 医療収支比率と同理由 その他理由 ●医療外収益、看護専門学校収益、院内保育事業収益中、繰入金（普通交付税及び特別交付税）については、外的要因となる。 ●企業債利息については、24年度をピーク（約1.5億円）に減少傾向、30年度以降は年間4百万円連続して減少していく。 ●コロナ禍、製薬会社の院内施設貸付料も減少の中で、しっかり維持できている。	(1) 医療収支比率と同理由 その他理由 ●医療外収益、看護専門学校収益、院内保育事業収益中、繰入金（普通交付税及び特別交付税）については、外的要因となる。 ●企業債利息については、24年度をピーク（約1.5億円）に減少傾向、借入利率が低いため年間4百万円連続して減少していく。しかし、新病院開院時に整備した医療機器及び医療情報システムの更新時期が到来していることから、現状の医用機能を維持する上では計画的に引き続き整備する必要がある。ただし、全てのものを更新していくのが検証が必要となる。	(1) 医療収支比率と同理由 その他理由 ●医療外収益、看護専門学校収益、院内保育事業収益中、繰入金（普通交付税及び特別交付税）については、外的要因となる。 ●企業債利息については、24年度をピーク（約1.5億円）に減少傾向、借入利率が低いため年間4百万円連続して減少していく。しかし、新病院開院時に整備した医療機器及び医療情報システムの更新時期が到来していることから、現状の医療機器を維持する上では計画性を持ち、かつ効率的効果的整備が必要となる。									

戦略目標：【財務の視点】地域中核病院としての急性期医療の提供

成功要因：医療機器の適正更新

評価指標：(3)対予算消費率

算定式： 資本的支出・資産購入費 決算額（月次後） / 同 予算額

総合評価	A	主担当：用度係	登録 21P
------	---	---------	--------

	H28年度（参考値）	H29年度	総合評価	H30年度	総合評価	R元年度	自己評価	評価委員評価欄	評価委員評価欄	評価委員評価欄
目標値	100.0%	100.0%	-	100.0%	-	100.0%	-			
実績値	99.8%	-	100.0%	-	95.9%	-	99.5%			
資産購入費 医療器械購入費予算額	332,458,000	159,559,000	193,121,000	150,000,000	465,361,000	150,000,000	430,568,000			
同 決算額（税込）	331,920,992	159,559,000	193,120,080	150,000,000	446,123,423	150,000,000	428,504,694			
差異	-0.2%	-	0.0%	-	-4.1%	-	-0.5%			
自己評価										
A 計画通り	-	A		A		A		A	A	A
B 課題はあるが前進										
C 計画を下回る										
具体的な取り組みと実施状況		<ul style="list-style-type: none"> ● 予算立案時（前年12月）に、病院事業管理者、院長と各診療科の医師のヒアリングを実施し、翌年度購入医療機器を選定している。 ● 29年度は100件の医療機器を新規・更新・増設の理由で購入した。 ● 年度途中で急遽購入しなければならない機器については（6月、常勤歯科医師着任による歯科関連機器、9月、消化器内科医師増員による上部消化管内視鏡）補正予算で対応した。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 昨年と同様に予算立案時（前年12月）に、病院事業管理者、院長と各診療科の医師及び医療機器要求部署の所属長のヒアリングを実施し、翌年度購入医療機器を選定。 ● 30年度は85件の医療機器を新規・更新・増設の理由で購入した。 ● 循環器内科の専門医（経皮的カテーテル心臓病術）の着任により、心臓カテーテル用検査装置の購入に対し、6月の補正予算で対応した。 ● 医療機器購入の際には指名競争入札又は随意契約（見積合わせ）を実施、その以前の価格交渉の結果、予算額に対し購入額が減額したことで計画を下回った。このことから医療機器は適正に更新されている、更には費用削減に大きな貢献となった。 	<ul style="list-style-type: none"> ● H30年度と同様に予算立案時（前年12月）に、病院事業管理者、院長と各診療科の医師及び医療機器要求部署の所属長のヒアリングを実施し、翌年度購入医療機器を選定。 ● R元年度は70件の医療機器を新規・更新・増設の理由で購入した。 ● 特にカラーナであるSPECT装置は購入から13年以上経過したことから、新たな核医学診断装置を更新、又、新病院以前から使用している患者用"α"100台を電動"α"へ更新した。 ● 緊急に更新しなければならない予算外の医療機器購入の際には指名競争入札又は随意契約（見積合わせ）を実施し購入額が減額したことにより計画を下回った。このことから医療機器は適正に更新されている。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 医療機器購入が継続して減額できており、素晴らしい。 					
次年度以降に向けての課題や方向性		<ul style="list-style-type: none"> ● 医療機器の地方公営企業法施行規則上の耐用年数は概ね5年から6年であり、22年の新病院開院と同時に購入した医療機器が多々存在し、間もなく更新時期となる。特に放射線機器については、非常に高額であり、旧病院から移設した高額機器も存在する（SPECT2台）。 ● 各診療科医師への要望の聞き取り及び診療科収支等による医療機器購入決定プロセスの構築を図る。 ● 医療機器更新計画（29年度作成）に沿った医療機器及びシステムの更新を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 平成22年の新病院開院と同時に購入した医療機器が多々存在し、間もなく更新時期となる。更には新病院開院前に購入している医療機器等（患者用ベッドなど）の更新もある。特に放射線機器については、非常に高額であり、旧病院から移設した高額機器も存在する。今後、SPECT、MRI、CTの更新を予定している。 ● 各診療科医師への要望の聞き取りによる医療機器購入決定プロセスの構築を継続し又、関係部署などの聞き取りを行いより一層の強化を図る。 ● 医療機器更新計画（30年度作成）に沿った医療機器及びシステムの更新を行うが、更新時には保守料の比較も合わせて行うなど努力し、それに伴う起債償還を踏み更なる精査を図っていく。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 平成22年の新病院開院と同時に購入した医療機器の更新時期が到来している。更には新病院開院以前に購入している患者用ベッドは次年度以降も更新しなければならない。特に放射線機器については、非常に高額であり、旧病院から移設した高額機器も存在する。今後、MRI、CTの更新を予定している。 ● 各診療科医師への要望の聞き取りによる医療機器購入決定プロセスの構築を継続し又、関係部署などの聞き取りを行い、一層の購入プロセスまでの強化を図る。 ● 医療機器更新計画（30年度作成）に沿った医療機器及びシステムの更新を行うが、更新時には保守料の比較も合わせて行うなど努力し、それに伴う起債償還を踏み更なる精査を図っていく。 						

戦略目標：【財務の視点】地域中核病院としての急性期医療の提供

成功要因：急性期機能の充実

評価指標：(4)入院平均単価

算定式：入院収益 / 入院患者数

※目標値、千円未満四捨五入

総合評価 **A**

主担当：医事係

登載 21P

	H28年度 (参考値)	H29年度	総合評価		H30年度	総合評価		R元年度	自己評価		評価委員評価欄	評価委員評価欄	評価委員評価欄
目標値 (円)	56,983	56,600	-		58,000	-		58,000	-				
実績値 (円)	56,271	-	56,639		-	57,551		-	61,137				
入院収益	7,768,188,329	7,890,394,000	8,466,521,964		8,254,110,000	8,364,568,174		8,321,590,000	8,479,066,915				
入院患者数	138,050	139,388	149,483		141,912	145,341		142,667	138,690				
差異	▲ 712	-	38		-	▲ 448		-	3,137				
自己評価													
A 計画通り	-	A	B	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
B 課題はあるが前進													
C 計画を下回る													
具体的な取り組みと実施状況		<ul style="list-style-type: none"> ●H28年度からH29年度にかけては、診療報酬の改定はない年であったが、Z-Project等の取り組みにより、指導料等の算定チェックを実施し、わずかであるが単価が上昇した。 ●乳腺外科、整形外科、産婦人科において前年度より手術件数が増加していることも、入院平均単価の増加に結びついている。 ●ベッドコントロールにより他科のベッドを利用することや、地域包括ケア病床を利用することにより、全体的に病床稼働率を上げることができた。 	<ul style="list-style-type: none"> ●平成30年度診療報酬改定において、新規に・感染防止対策加算抗菌薬適正使用支援加算（入院初日100点） ・医療安全管理加算地域連携加算1（入院初日50点） ・病棟薬剤業務実施体制加算1.2（1：週1回100点、2：1日につき80点） ・医師事務作業補助体制加算1（15:1：入院初日920点） の施設基準を取得するための整備をした。全て入院基本料の医療機能係数に影響があることから入院単価の上昇につながる。 ●Z-Projectの推進に努め、算定項目や体制の見直しに努めた。 	<ul style="list-style-type: none"> ●新たな施設基準の取得として、介護福祉士の増員により、令和元年7月より、急性期看護補助加算における夜間100対1看護補助加算及び夜間看護体制加算を届出し、1日につき160点（DPC係数0.0328）の影響がある。 ●Z-Projectのワーキンググループを新たに立ち上げ、消化器外科における処置・時間外加算1の取得を目指し、同年8月に届出を行い、9月から実施。手術に応じるためばらつきはあるが、一定の収益は得ている。 	<ul style="list-style-type: none"> ●施設基準の為、有資格者をしっかりと利用し、収益に結びついている。 								
次年度以降に向けての課題や方向性		<ul style="list-style-type: none"> ●入院前の生活から病院での治療・リハビリテーション、退院後の生活まで指導等を含めシームレスな連携を実現することによって収益、医療の質が担保される。そのためには外部（ケアマネージャー等）と情報共有やカンファレンス、また、研修等によって顔を合わせ、お互いの認識を高めていく。 ●急性期治療を終え、1日当たりの入院単価を考慮した地域包括ケア病棟への転棟を促進する。 	<ul style="list-style-type: none"> ●引き続きZ-projectの推進を図り、良質な医療の提供に合わせ、増収対策の強化に努める。 ●引き続き地域包括ケア病棟へ転棟のタイミングを見極め、経営的な視点と看護必要度など施設基準の観点から検討していきたい。（※2020年の診療報酬改定において地域包括ケア病棟入院料の算定が見直される予定） ●医師へのヒアリングを通じ、手術件数アップの方策を検討したい。（歯科口腔外科、血管造影室（アブレーション治療等） 	<ul style="list-style-type: none"> ●2020年度診療報酬改定に向けて、当院に良い風向きになるように取得できる施設基準に注意を払う。 ●現段階では機能評価係数Ⅰは最大であると考えられるため、機能評価係数Ⅱについて、特に効率性係数及び救急医療係数の上昇を検討する。（地域包括ケア病棟への転棟タイミング、状態にあったDPCコードの検討、救急医療管理料、救命救急センターからの入院の適正化） 									

戦略目標：【財務の視点】地域中核病院としての急性期医療の提供

成功要因：生産性の向上

評価指標：(5)職員1人1日あたり医業収益

算定式： 医業収益 / (正職員数 + 非常勤職員常勤換算数) ※目標値、千円未満四捨五入

総合評価	C	主担当：医事係・職員係	登録 21P
------	---	-------------	--------

	H28年度 (参考値)	H29年度	総合評価	H30年度	総合評価	R元年度	自己評価	評価委員評価欄	評価委員評価欄	評価委員評価欄
目標値 (円)	37,300	37,600	-	39,300	-	39,500	-			
実績値 (円)	34,704	-	36,572	-	34,501	-	34,419			
医業収益	11,077,233,857	11,467,000,000	11,973,932,261	11,998,000,000	11,950,456,309	12,060,000,000	12,105,928,748			
正職員数	705		740		776		790			
非常勤	170	836	157	836	173	836	171			
差異	▲ 2,596	-	▲ 1,028	-	▲ 4,799	-	▲ 5,081			
自己評価										
A 計画通り	-	B	C	C	C	C	C	C	C	C
B 課題はあるが前進										
C 計画を下回る										
具体的な取り組みと実施状況		<ul style="list-style-type: none"> ●患者数が増加し施設基準をクリアするために看護師を増やして対応しているが、一番は医師を確保(増加)しなければ、収益の増に結び付かない。 ●コメディカルを増員し、指導料等を算定するが、新人が入職した場合などは、立ち回すために半年ほど時間が必要である。そのため、増員=収益とならない場合もある。 ●施設基準を満たすまで、段階を踏んで必要職種を採用しているため、給与費が増大する(例、医師事務作業補助者について、A207-2医師事務作業補助体制加算イ15:1を算定するまで、あと6人必要であるが、一気に6人を採用することは困難である。6人に達するまでの間は、費用対効果が無いともいえる。また、募集してもなかなか集まらない) 	<ul style="list-style-type: none"> ●次年度の経過措置が終了する前にベンゾジアゼピン受容体の研修を当院の医師を講師にして医師に対し実施。→受講しなければ処方料(29点)・処方箋料(40点)減算。 ●薬剤師の充足により病棟薬剤業務の実施開始 ●医師事務作業補助者の充足により15対1が取得可能(10月開始) ●医業収益が横ばいであるのに対し、職員数が52名の増加となったのは、(1)医業収支比率の人員費の説明と同。 	<ul style="list-style-type: none"> ●医事課(医事係)は、施設基準に必要な人員は把握でき、数字上で過不足があれば、部署に情報伝達を行っている。しかし、実際の作業効率や患者の重症度にあった人員が適正に配置されているかは把握していないため、情報伝達以上のことは行えない。収益としてあがったものだけの人員が費やされているなどの把握が必要だとは思いますが、現状で実施することは難しい。 ●医療従事者(看護師、医師事務作業補助者)などの職員の増員に対し、医業収益は横ばいである。これは(1)医業収支比率の人員費の説明と同じく、新たな医療を展開しない限り、職員1人1日当りの医業収益は向上しないと思われる。 						
次年度以降に向けての課題や方向性		<ul style="list-style-type: none"> ●職員数の増加が収益の増に結び付くとするならば、看護師は7階西病棟においてA207-4夜間看護職員配置加算、A207-2医師事務作業補助体制加算イ15対1、A207-3の夜間急性期看護補助加算が今後体制が整えば取れそうな施設基準である。 ●各部署毎の原価管理による適正人員配置の検討を行う。 ●職員の自発的貢献意欲(エンゲージメント)の向上により、生産性の向上を図る。 	<ul style="list-style-type: none"> ●現在の施設基準を維持する職員配置に努め、また現状の職員数で対応できる施設基準の取得に向け努力する。 ●医業収益を上げるには医師の確保が絶対条件であるが、大学医局員の減少に伴い、近年、人員確保に繋がらない現状にあるため、今後、民間の「医師求人サイト」を活用し人員確保に努める。 	<ul style="list-style-type: none"> ●外部コンサル等でも職員1人当たりに対する手技の実施率・回数などが取り上げられることがあるが、同じ部内でも担当者によるばらつきがある。それは、診療点数にならないカンファレンスや会議、そもそも点数の取れない病棟での手技や在宅への移動時間などに費やされている部分がある。そういった見えない部分を洗い出しする必要はあるとは思いますが、なかなかうまくできていない状態である。当院の財産である人員を有効に活用し、医療の質の向上を引き続き目指していくことで、職員1人あたりの収益の向上を目指す。 	<ul style="list-style-type: none"> ●コロナ禍での人材ローテーションや在宅医療の口数は、現状は上げられない。 ●引き続きスペシャリスト育成に努めてほしい。 	A:今後も人材育成に努め、引き続き、財産である人員を有効に活用し、医療の質の向上を目指し、医業収益及び患者サービスの向上を図っていきたい。				

戦略目標：【財務の視点】地域中核病院としての急性期医療の提供

成功要因：生産性の向上

評価指標：(6)1日平均患者数

算定式：入院患者数 / 診療実日数

※目標値、1人未満調整

総合評価 **A**

主担当：医事係

登録 21P

	H28年度 (参考値)	H29年度 総合評価		H30年度 総合評価		R元年度 自己評価		評価委員評価欄	評価委員評価欄	評価委員評価欄
目標値 (人)	376.5	382.0	-	388.0	-	389.0	-			
実績値 (人)	378.2	-	409.5	-	398.2	-	378.9			
入院患者数	138,050	139,388	149,483	141,912	145,341	142,667	138,690			
診療実日数	365	365	365	365	365	366	366			
差異	1.7	-	27.5	-	10.2	-	▲ 10.1			
自己評価										
A 計画通り	-	A	A	A	A	A	A	A	A	A
B 課題はあるが前進										
C 計画を下回る										
具体的な取り組みと実施状況		<ul style="list-style-type: none"> ●5月の連休明けから、近年にない高い病床利用率がほぼ年度末まで継続した。前年比108%となっている。 ●増加した主な科は、乳腺外科226%（検診の強化として出張出前講座を実施）、神経内科134%（脳神経外科の患者で手術を要しない患者及び、地域包括ケア病棟に転棟した場合、神経内科で診ることとした）、形成外科128%、循環器内科119%、整形外科117%（人工関節の増加）となっている。その他の科についても軒並み110%となっている（減少科は4科）。 ●専門医の存在、高度医療機器の設置を周知することにより、都市部の大病院へ行かなくても治療できることが浸透してきた。 	<ul style="list-style-type: none"> ●9月に起きたブラックアウトで、予定手術の延期や検査入院を規制した影響により入院患者数の減少が見られた。 ●昨年10月滝川市の産婦人科の分娩中止及び小児科病院の閉院などの要因で、小児科・産婦人科の患者の増加が見られた。 ●昨年からの歯科医師が常勤になり、入院患者数の増加が見られた。 ●ただし、当初の計画よりは増加している。 	<ul style="list-style-type: none"> ●急性期病棟での適切な在院日数を維持しながら、地域包括ケア病棟で回復に向けた日数を管理していく。 ●新型コロナウイルスの影響から、入院患者数は減少したが、D P C期間Ⅱ以内での退院率が上昇しているため、適切な管理ができています。 	<ul style="list-style-type: none"> ●コロナ禍でしっかり取り組まれていると思う。 					
次年度以降に向けての課題や方向性		<ul style="list-style-type: none"> ●適切な入院期間（退院支援の強化、リハビリテーションの強化、地域連携の強化）を重視し、回転良くベッドコントロールが行えるよう関係部署と協力する。 	<ul style="list-style-type: none"> ●適正な入院期間の推進 ●病床利用率の状況に応じたベッドコントロールが行えるよう関係部署と協力する。 	<ul style="list-style-type: none"> ●次年度改定によりさらにベッドコントロールが難しくなる。関係部署と調整し、効率性係数の向上及び適切な入院期間を確保する。 						

戦略目標：【財務の視点】地域中核病院としての急性期医療の提供

成功要因：生産性の向上

評価指標：(7)入外患者比率

算定式： 1日平均外来患者数 / 1日平均入院患者数

総合評価	A	主担当：医事係	登録 21P
------	---	---------	--------

	H28年度 (参考値)	H29年度 総合評価	H30年度 総合評価	R元年度 自己評価	評価委員評価欄	評価委員評価欄	評価委員評価欄
目標値	2.80	2.77	2.72	2.69			
実績値	2.79	2.58	2.65	2.77			
1日平均外来患者数	1,056.0	1,056.3	1,056.3	1,055.5			
1日平均入院患者数	378.2	381.8	388.8	389.8			
差異	▲ 0.01	0.19	0.07	▲ 0.08			
自己評価							
A 計画通り	-	A	A	A	A	A	A
B 課題はあるが前進							
C 計画を下回る							
具体的な取り組みと実施状況		<ul style="list-style-type: none"> ●入院患者数の増加に合わせて、平成30年1月から、内科・循環器内科医師の疲弊が深刻な状況となり、内科・循環器内科の初診時選定療養費値上げ(1,080円→3,780円)、内科の新患午後休診、逆紹介推進等を実施し、患者にも浸透しつつあり、効果が表れているところである。 	<ul style="list-style-type: none"> ●昨年度、内科・循環器内科の医師の疲弊が深刻な状況となり、初診時選定療養費値上げ等の対策を施したが、効果が薄れてきている。 ※ (12) 逆紹介患者数も参照 	<ul style="list-style-type: none"> ●地域かかりつけ医への逆紹介を推進し、外来患者数の適正化を実施。逆紹介率は上昇した。 ※ (12) 逆紹介患者数も参照 			
次年度以降に向けての課題や方向性		<ul style="list-style-type: none"> ●初診患者に対する紹介・逆紹介患者の比率を常にモニタリングしていかなければならない。外来待ち時間の関係からも逆紹介の推進に努めなければならない。 ●具体的な取り組みとして、医師からの声かけ、広報、地域医療連携室においてかかりつけ医との連携を強化等取り組んでいく。 	<ul style="list-style-type: none"> ●引き続き逆紹介の推進に努めると共に、何かあった場合の後方病院として、受入れる体制を維持していく。 ●在宅医療を実施している患者の適正な受診管理を強化していく。(在宅療養指導管理) →今後Z-Projectの検討 ※ (12) 逆紹介患者数も参照 	<ul style="list-style-type: none"> ●逆紹介の推進に努め、紹介率の向上(かかりつけ医の推進)を目指す。 ※ (12) 逆紹介患者数も参照 			

戦略目標：【顧客の視点】中空知医療圏内の医療・介護関連事業との機能分担と密なコミュニケーション

成功要因：円滑な退院支援

評価指標：(8)平均在院日数（一般）

算定式： 在院患者延日数 / ((入院患者数 + 退院患者数 / 2))

総合評価		A		主担当：医事係		登載 22P	
		評価委員評価欄		評価委員評価欄		評価委員評価欄	
目標値	H28年度（参考値）	H29年度	総合評価	H30年度	総合評価	R元年度	自己評価
実績値	13.0	13.0	-	13.0	-	13.0	-
一般病棟在院患者延日数	12.0	-	13.0	-	12.6	-	12.0
同 入院患者数	88,519	現状維持	117,647	現状維持	114,633	現状維持	108,149
同 退院患者数	7,367		9,064		9,143		8,971
差異	7,343		9,095		9,089		9,003
自己評価	▲ 1.0	-	0.0	-	0.4	-	1.0
A 計画通り	-	A		A		A	
B 課題はあるが前進		A		A		A	
C 計画を下回る		A		A		A	
具体的な取り組みと実施状況		コンサル等でベンチマークを分析し、疾患別に比較。在院日数についても分析の対象項目の一つとなっている。	●効率性係数について現状を把握。コンサル等を通じ他医療機関との比較。適正な入院期間のコントロール・マネジメントを推進する。	●1日平均患者数と同様に、在院日数の適切な管理が必要になっているので、関係部署に患者ごとの情報を伝達し、理解してもらう。			
次年度以降に向けての課題や方向性		●突発的に病棟が混み、平均在院日数が延びた月があったが、受け入れ先である慢性期病棟の体制が整わないことも理由の一つである。 ●今後においても適当なDPC期間にて退院できるようクリニカルパスの推進及び地域との連携強化を図っていきたい。 ●精神科病棟においては、医師が減少しているため、A249精神科急性期医師配置加算の取得が厳しくなるなど、医事課と精神科医師、精神保健福祉士（PSW）などで情報共有を行う（精神科調整会議への出席）。	●適正な入院期間のコントロール・マネジメントを推進。コンサル等で特に効率性係数に関する疾患について注意。 ・前立腺針生検 ・ポリペク ・誤嚥性肺炎 特殊な事例が平均在院日数を伸ばしている。	●効率性係数に特に影響が高い疾患について、適正なパスが組まれているか確認し、情報伝達ができるように整備する。			

戦略目標：【顧客の視点】中空知医療圏内の医療・介護関連事業との機能分担と密なコミュニケーション

成功要因：円滑な退院支援

評価指標：(9)退院支援加算算定件数

算定式： 地域医療連携課測定値

総合評価 **A**

主担当：在宅・入退院支援係

登載 22P

	H28年度 (参考値)	H29年度 総合評価	H30年度 総合評価	R元年度 自己評価	評価委員評価欄	評価委員評価欄	評価委員評価欄
目標値 (件)	1,500	1,500	1,500	1,500			
実績値 (件)	1,338	-	-	-			
差異	▲ 162						
自己評価							
A 計画通り							
B 課題はあるが前進							
C 計画を下回る							
	—	C	B	A	A	A	A
具体的な取り組みと実施状況		●退院支援担当者の欠員が生じ、5階西病棟、4階東病棟の業務を振り分けた。各担当者らの業務が膨大となり、患者・病棟からの要望に対してはすべて対応したが、掘り起こした算定まで手が回らず、「退院支援加算」の算定目標に届かなかった。	●欠員も補充され、一年を通して新人教育を行いながら次年度に向けて担当病棟を持てるように取り組んだ。また、退院支援数を増やすことや質の高い退院支援を目標に「退院のしおり」をチームで作成した。年明けより患者に配布し始めている。介護支援連携加算の算定にも積極的に取り組み算定数がH29 (380件) ⇒H30(657件)と277件増と大幅に伸ばすことができた。	一つの病棟を退院支援看護師1・医療ソーシャルワーカー1名で担当する体制を整えた。退院支援数も目標値の1,500件のところを1,699件 (+199件) という結果を出す事が出来た。チームで作成した「退院のしおり」を使った退院支援も精力的に行い、+168件を退院支援加算に算定する事が出来た。介護連携等支援加算も昨年度の+150の807件を算定した	●ICTも利用され、連携も円滑になりつつある。		
次年度以降に向けての課題や方向性		●退院支援担当者の欠員が補充され、また増員となった。患者さんに対して手厚い退院支援に繋げるとともに算定数の増加を目指していきたい。 ●地域の在宅ケアを担うケアマネジャーとの積極的な連携を行い、顔の見える連携・情報共有とともに「介護支援連携等加算」の算定にも力を入れていきたい。 ※退院支援加算：30年診療報酬改定において「入退院支援加算」と改称された。 A246入退院支援加算 (退院時1回) 1 入退院支援加算1 イ一般病棟入院基本料等の場合 600点	●新人も担当病棟を持ち、退院支援を行い始めており、退院係の人的不足が改善していくとともに、より細かな患者支援を行い、個別性を尊重した退院支援を行う。 ●「退院のしおり」を見直しを含め、積極的に活用し退院支援数の増や質のアップに繋げていく。 ●ケアマネジャーや施設相談員との積極的な顔の見える連携に継続して取り組む。	R2年度より医療ソーシャルワーカー1名が産休・育休をとることとなり欠員が生じる。業務のフロー化など効率化を図ることで人的問題を解決していく必要がある。			

戦略目標：【顧客の視点】中空知医療圏内の医療・介護関連事業との機能分担と密なコミュニケーション

成功要因：地域とのコミュニケーション

評価指標：(10)そら-ねっと登録患者数（累計）

算定式： 地域医療連携課測定値

総合評価	A	主担当：地域医療連携係
登録 22P		

	H28年度（参考値）	H29年度 総合評価		H30年度 総合評価		R元年度 自己評価		評価委員評価欄	評価委員評価欄	評価委員評価欄
目標値（人）	100	200	—	300	—	400	—			
実績値（人）	520	—	1,394	—	3,061	—	4,668			
差異	420	—	1,194	—	2,761	—	4,268			
自己評価										
A 計画通り	—	A		A		A		A	A	A
B 課題はあるが前進										
C 計画を下回る										
具体的な取り組みと実施状況		<ul style="list-style-type: none"> ●そら-ねっと（中空知医療情報連携ネットワークシステム） ●公開型5病院（砂川市立病院、滝川市立病院、あかびら市立病院、市立戸別病院、奈井江町立国保病院）がそれぞれ患者同意を順調に取得し、目標値を大きく上回った ●順調に同意を取得した要因は、システム登録事業所間の紹介、退院支援時に同意書取得を積極的に行ったため。 	<ul style="list-style-type: none"> ●そら-ねっと（中空知医療情報連携ネットワークシステム） ●6自治体病院（砂川市立病院、滝川市立病院、あかびら市立病院、市立戸別病院、奈井江町立国保病院、歌志内市立病院）がそれぞれ患者同意を順調に取得し、目標値を大きく上回った 	<ul style="list-style-type: none"> ●そら-ねっと（中空知医療情報連携ネットワークシステム） ●そら-ねっと参加施設、特に6自治体病院（砂川市立病院、滝川市立病院、あかびら市立病院、市立戸別病院、奈井江町立国保病院、歌志内市立病院）がそれぞれ患者同意を順調に取得し、目標値を大きく上回った 						
次年度以降に向けての課題や方向性		<ul style="list-style-type: none"> ●参照型医療機関に調剤薬局の参加を進め（各病院の運用担当者が参加を勧誘する）、さらに登録患者を増やしていく。 	<ul style="list-style-type: none"> ●調剤薬局の参加が決定した。今後も紹介・逆紹介時や転院時に同意取得をしていく。また、他市において介護事業者の参加については、個人情報保護条件で進んでいない。 	<ul style="list-style-type: none"> ●今後も紹介・逆紹介時や転院時に同意取得をしていく。また、滝川市において介護事業者の参加が、個人情報保護条例で認められていないため、そら-ねっと協議会としては、足並みをそろえるため介護事業者の参加は認められていない。滝川市立病院が滝川市に参加を認めるよう今後も働きかける。 	<ul style="list-style-type: none"> ●そら-ねっとの条例一刻も早く認められるように願う。 					

戦略目標：【顧客の視点】中空知医療圏内の医療・介護関連事業との機能分担と密なコミュニケーション

成功要因：地域とのコミュニケーション

評価指標：(11)みまもりんく登録患者数（累計）

算定式： 地域医療連携課測定値

総合評価 **A**

主担当：地域医療連携係

登録 22P

	H28年度（参考値）	H29年度 総合評価		H30年度 総合評価		R元年度 自己評価		評価委員評価欄	評価委員評価欄	評価委員評価欄
目標値（人）	950	1,400	-	1,850	-	2,300	-			
実績値（人）	1,037	-	1,610	-	2,188	-	2,708			
差異	87	-	210	-	338	-	408			
自己評価										
A 計画通り	-	A	A	A	A	A	A	A	A	A
B 課題はあるが前進										
C 計画を下回る										
具体的な取り組みと実施状況		<ul style="list-style-type: none"> ●砂川みまもりんく（砂川市地域包括ケアネットワークシステム） ●当院を含め、各参加事業所でそれぞれ患者同意を取得し、目標値を上回った。 ●目標を上回った主な理由としては、包括支援センターが新規で介護予防開始時に同意書取得したことが挙げられる。 	<ul style="list-style-type: none"> ●砂川みまもりんく（砂川市地域包括ケアネットワークシステム） ●砂川市役所で介護保険認定調査時の取得件数など、各参加事業所でそれぞれ患者同意を取得し、目標値を上回った。また、新たに介護認定情報を市が入力し、順次公開している。 	<ul style="list-style-type: none"> ●砂川みまもりんく（砂川市地域包括ケアネットワークシステム） ●砂川市役所での介護保険認定調査時、当院での退院支援時、各参加事業所でのサービス利用時などそれぞれ患者同意を取得し、目標値を上回った。 	<ul style="list-style-type: none"> ●コロナ禍 <p>情報共有は必須であり、有益であってほしい。</p>					
次年度以降に向けての課題や方向性		<ul style="list-style-type: none"> ●各参加事業所で関わっている患者からはすでに登録されているため、今後新規として登録する患者数の伸びとして多くは期待できないが、地域ケア会議等で地域連携を図り登録患者増に努める。 	<ul style="list-style-type: none"> ●各参加事業所で関わっている患者はすでに登録されているため、今後新規として登録する患者数の伸びとして多くは期待できないが、参照内容の検討や各事業所の利用方法などを共有し、参加事業所を増やす事で同意取得を続けていく。 	<ul style="list-style-type: none"> ●各参加事業所で関わっている患者はすでに登録されているため、今後新規として登録する患者数の伸びとして多くは期待できないが、介護予防等も含め、新規の患者との関わり時に同意取得を続けていく。 						

戦略目標：【顧客の視点】中空知医療圏内の医療・介護関連事業との機能分担と密なコミュニケーション

成功要因：患者の逆紹介・紹介

評価指標：(12)逆紹介患者数

算定式： 地域医療連携課測定値

総合評価 **A**

主担当：地域医療連携係

登載 22P

	H28年度 (参考値)	H29年度 総合評価		H30年度 総合評価		R元年度 自己評価		評価委員評価欄	評価委員評価欄	評価委員評価欄
目標値 (人)	4,500	4,500	-	4,500	-	4,500	-			
実績値 (人)	4,895	-	4,968	-	5,224	-	8,599			
差異	395	-	468	-	724	-	4,099			
自己評価										
A 計画通り	-	A		A		A		A	A	A
B 課題はあるが前進										
C 計画を下回る										
具体的な取り組みと実施状況		<ul style="list-style-type: none"> ●院内外に病院の機能分化を周知することで逆紹介患者が増加し、目標値を上回った。 ●具体的には、内科・循環器内科の診療体制の変更をポスター掲示・新聞や広報紙などで広く患者に周知した。 	<ul style="list-style-type: none"> ●前年から継続して、院内外に病院の機能分化を周知することで逆紹介患者が増加し、目標値を上回った。 ●院内の周知を強化し、医局会等で、医師に対し逆紹介を勧めた。 	<ul style="list-style-type: none"> ●前年から継続して、院内外に病院の機能分化を周知することで逆紹介患者が増加し、目標値を上回った。 ●院内の周知を強化し、医局会等で、医師に対し逆紹介を勧めた。 						
次年度以降に向けての課題や方向性		<ul style="list-style-type: none"> ●内科・循環器内科の診療体制を変えるなど、機能分化・かかりつけ医制度推進の必要性を患者に周知する。 ●患者への周知としてまちづくり出前講座に「かかりつけ医」の項目を追加し周知を図る。 	<ul style="list-style-type: none"> ●継続して、粘り強く、機能分化・かかりつけ医制度推進の必要性を院内外に周知する。しかし、病院からの発信には限界があり、世論形成などにも期待したいと考えている。 	<ul style="list-style-type: none"> ●継続して、粘り強く、機能分化・かかりつけ医制度推進の必要性を院内外に周知する。病院からの発信には限界があるが、市民向け出前講座「かかりつけ医」などを活用して周知を図りたい。 						

戦略目標：【顧客の視点】中空知医療圏内の医療・介護関連事業との機能分担と密なコミュニケーション

成功要因：患者の逆紹介・紹介

評価指標：(13)紹介患者数

算定式： 地域医療連携課測定値

総合評価 **A**

主担当：地域医療連携係

登録 22P

	H28年度 (参考値)	H29年度 総合評価		H30年度 総合評価		R元年度 自己評価		評価委員評価欄	評価委員評価欄	評価委員評価欄
目標値 (人)	6,600	6,600	-	6,600	-	6,600	-			
実績値 (人)	6,324	-	6,460	-	7,136	-	7,456			
差異	▲ 276	-	▲ 140	-	536	-	856			
自己評価										
A 計画通り	-	B	A	A	A	A	A	A	A	A
B 課題はあるが前進										
C 計画を下回る										
具体的な取り組みと実施状況		<ul style="list-style-type: none"> ●近隣の病院・診療所に「かかりつけ医」登録を依頼（65機関に発送し、32機関が登録）することにより、紹介患者数増加を図ったが、目標値にやや届かなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> ●前年から継続して、院内外に病院の機能分化を周知することで紹介患者が増加し、目標値を上回った。 	<ul style="list-style-type: none"> ●前年から継続して、院内外に病院の機能分化を周知することで紹介患者が増加し、目標値を上回った。 	<ul style="list-style-type: none"> ●ICT有益に働いている。 					
次年度以降に向けての課題や方向性		<ul style="list-style-type: none"> ●ネットワークシステムを有効に利用することにより、スムーズかつ確かな情報共有が可能となるため、患者紹介数を増やしていく。 ●みまもりんくは、市内の病院・診療所はすべて参加している。 ●そら-なっとは、参加各自治体病院が地元医療機関を勧誘することとしている。 	<ul style="list-style-type: none"> ●継続してネットワークシステムを有効に利用することにより、スムーズかつ確かな情報共有が可能となるため、患者紹介数を増やしていく。 ●また、逆紹介を推進することで、紹介を増加させるサイクル確立を目指す。 	<ul style="list-style-type: none"> ●継続してネットワークシステムを有効に利用することにより、スムーズかつ確かな情報共有が可能となるため、患者紹介数を増やしていく。 ●また、逆紹介を推進することで、紹介を増加させるサイクル確立を目指す。 						

戦略目標：【業務プロセスの視点】人材確保

成功要因：医師・医療スタッフの確保

評価指標：(14)常勤医師数

算定式： 年度末医師数

総合評価	B	主担当：職員係	登録 23P
------	----------	---------	--------

	H28年度 (参考値)	H29年度 総合評価		H30年度 総合評価		R元年度 自己評価		評価委員評価欄	評価委員評価欄	評価委員評価欄
目標値 (人)	71	74	-	78	-	78	-			
実績値 (人)	71	-	75	-	73	-	74			
差異	0	-	1	-	▲ 5	-	▲ 4			
自己評価										
A 計画通り	-	A		B		B		B	B	B
B 課題はあるが前進										
C 計画を下回る										
具体的な取り組みと実施状況		<ul style="list-style-type: none"> 「道内3医科大学との連携強化」、「ホームページによる医師募集」、「医師求人求職支援センターへの登録」、「臨床研修病院合同プレゼンテーションの参加」を行っている。今年度は「自治体病院・診療所医師求人求職支援センター」において、リハビリテーション科医師を採用することができた。(H30.4.1採用) 医師が診療しやすい医療機器の整備など実施している。 医師住宅を建設(一戸建て3棟)し、環境整備を図った。 36協定を締結し、時間外労働の上限を明確することにより、長時間労働の抑制を図った。 	<ul style="list-style-type: none"> 「道内3医科大学との連携強化」、「ホームページによる医師募集」、「医師求人求職支援センターへの登録」、「臨床研修病院合同プレゼンテーションの参加」を行っている。 医師が診療しやすい医療機器の整備など実施している。 事業管理者・院長による医師の個人面談を実施し、労働環境の改善に向けた要望等のヒアリングを実施した。 医師の業務負担軽減として、医師事務作業補助者の増員や働き方改革に伴い、時間外労働の縮減に向けた取り組みの強化。 	<ul style="list-style-type: none"> 「道内3医科大学との連携強化」、「ホームページによる医師募集」、「医師求人求職支援センターへの登録」、「臨床研修病院合同プレゼンテーションの参加」を行っている。 医師が診療しやすい医療機器の整備など実施している。 事業管理者・院長による医師の個人面談を実施し、労働環境の改善に向けた要望等のヒアリングを実施した。 医師の業務負担軽減として、医師事務作業補助者の増員や働き方改革に伴い、時間外労働の縮減に向けた取り組みの強化。 						
次年度以降に向けての課題や方向性		<ul style="list-style-type: none"> 臨床研修医制度による医科大学の医局員減少や、新専門医制度の開始に伴い、都市部への集中が懸念されているが、上記の取り組みを継続し、中核病院としての役割を担う。 医師の人員確保により時間外勤務の縮減や過重労働の軽減を図りたい。 	<ul style="list-style-type: none"> 産婦人科・放射線診断科が各1名年度内に退職され後任医師の確保ができなかった。 歯科口腔外科は1名の増員となった。 大学医局員の減少に伴い、近年、人員確保に繋がらないことから今後、民間の「医師求人サイト」を活用し人員確保に努める。 	<ul style="list-style-type: none"> 目標値の人員確保はできなかったが、脳神経外科・心臓血管外科が増員となった。 救急科の常勤医が他診療科へ異動され後任医師の確保ができなかった。 大学医局員の減少に伴い、近年、人員確保に繋がらないことから、民間の「医師求人サイト」等を活用し人員確保に努める。 	●引き続き頑張ってもらいたい。					

戦略目標：【業務プロセスの視点】診療プロセスの標準化・質指標設定と可視化（院内共有）

成功要因：Zプロジェクトの成功

評価指標：(15)前年実績を上回った項目割合

算定式：前年度比増加したWG数

R元年度以降の評価を休止とする

総合評価

— 主担当：業務係

登録 23P

	H28年度（参考値）	H29年度 総合評価	H30年度 総合評価	R元年度 自己評価			
目標値（%）	88.9%	90.0%	90.0%	90.0%	—	—	—
実績値（%）		H29年度値			—	—	—
薬剤指導WG		13,837,200 +	9,663,750 +	1,776,800 +			
特食・栄養指導WG		2,549,316 +	-2,703,392 -	-88,060 -			
血中濃度WG		▲ 929,700 -	814,050 +	209,000 +			
診療情報提供WG		466,000 +	320,000 +	464,000 +			
精神専門WG		30,017,000 +	-4,520,220 -	5,847,000 +			
健診WG		818,258 +	1,066,119 +				
退院時リハWG		2,274,000 +	-1,275,000 -	336,000 +			
入退院支援WG		198,200 +	2,053,800 +	3,274,800 +			
周術期口腔ケアWG		2,924,500 +	2,551,900 +	1,948,400 +			
査定WG		▲ 5,571,422 -	-5,975,159 -				
コーディングWG			+ 5,074,510 -				
認知症ケアWG				147,840 +			
手術時間外WG（2019年9月より）				2,239,040 +			
訪問看護・訪問診療WG				16,730,694 +			
計		46,583,352	-3,078,662	32,885,514	81.8%	54.5%	90.9%
差異	-89%		-8.2%			-35.5%	0.9%
自己評価							
A 計画通り	—	B	B	—	—	—	—
B 課題はあるが前進							
C 計画を下回る							
具体的な取り組みと実施状況		<ul style="list-style-type: none"> ● 算定率、算定対象患者、算定漏れのデータ洗い出し→問題点や課題の抽出作業実施。 ● 職種間で情報共有をし、算定までの流れの確立、他部署との連携を実施する。 ● 算定要件の理解、加算等を積極的に算定していく意識面の改善も行った。 ● 目標数値と、スケジュールを立てPDCAサイクルを回した。 ● 11月に中間報告会、翌年5月に年報報告会を実施 ● これらの施策により「全体で知恵を出す」、「病院全体で算定漏れを無くそうとする機運が高まる」など、更に協力体制が強化となった。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 前年同様の取り組みをした中で、さらに若手の意識向上の観点から、若手職員を中心にWGを構成し取り組んだ。 ● 11月の中間実績報告会には他院の方々も出席され、当院の報告とは別に他院の報告も受け、増収対策を参考とした。毎年5月には年報報告会を開催している。●【特食・栄養指導WG】栄養士不足による指導件数の減少。（入院、退院栄養指導科）●【精神専門WG】医師不足による加算件数の減少。（精神科急性期医師総量加算）●【退院時リハWG】対象患者の減少による指導、評価の減少。（退院時リハ）●【総合計画評価科】●【査定】査定率は、医師別にリスト化し配布しており、分析を行うことで医師への情報伝達や医療課内の情報共有を行っている。外来においては査定率0.2%台で推移している。査定時に疑義がある場合は再審査請求を行っており、復活する場合もある。入院については、主に術式や材料の査定であり、請求時に手術記録や詳細などを付けて必要性を訴えているが、審査にて査定されている。これらの状況により、査定率はなかなか目標値に届いていない。 ●【コーディング】コーディングについては、H30年度は前年度より修正した件数は50件減少しているが、患者数や症例によるため一概に金額と比較するのは難しい。基本的には全ての退院患者さんを確認しているが、修正するような症例が多ければ金額も増加し、少なければ金額は減少する。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 前年同様の取り組みをした中で、さらに若手の意識向上の観点から、若手職員を中心にWGを構成し取り組んだ。 ● 11月に中間実績報告会を開催し、更なる増収対策を確認した。 ●【特食・栄養指導WG】栄養士不足による指導件数の減少。（入院、退院栄養指導科）特別食加算件数の減少。 ●【診療情報提供WG】医師、病棟、外来看護師、MA等の協力もあり、必ず検査結果を添付することを徹底した。診療情報添付加算が増加している。 ●【周術期口腔ケアWG】対象患者の歯科受診を徹底した。対策に効果が出ている。誤嚥性肺炎を予防するなど更なる医療の質向上を目指す。 ●【在宅療養指導管理材料WG】新規のWG。減収の原因を無くすことに焦点をあて、費用の支払いと診療報酬算定が過不足なく行っているか調査し、適正化することを対策目標とした。現状の把握に時間を要し、対策効果がまだ出ていないが、今後も対策を継続していく。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 栄養士不足が明確化しているので、次年度へ引き続き、課題取り組み明確。 		
次年度以降に向けての課題や方向性		<ul style="list-style-type: none"> ● H30年度も11のWGとする。ただし対策項目については見直しをしていく。 ● 4月の診療報酬改定において「入院時支援加算」や、体制が整いつつある「精神科退院前訪問看護指導料」を項目に加え増収対策を行う。 ● WGメンバーについては、若手の意識向上という観点から、若手に引き継ぎプロジェクトを進める。 ● Z-Projectという言葉が院内の共通語となり、各部署の協力体制も整いつつあることから、今後も取り組みを拡大、継続していく方針である。 	<ul style="list-style-type: none"> ● H31年度は13のWGとする。継続WGは対策項目について見直しをしていく。●体制が整いつつある「手術時間外WG」「訪問看護・訪問診療WG」、見直し対策が必要とする「在宅療養指導管理材料WG」を前年度に及ぶ増収対策を行う。●各部署の協力体制もあることから、今後も取り組みを拡大、継続していく方針である。●それぞれWGについて、概ね対象の振り返り起こしや手法については軌道に乗ったと思われる。診療報酬の改定により、新たに加算等に取組む項目が増加する可能性があるが、引き続きZ-projectの取り組みは継続するが、「前年比増加」を測定することが困難となっており、ため、次年度以降の評価は行わない。 	<ul style="list-style-type: none"> ● R2年度は11のWGとする。継続WGは対策項目について見直しをしていく。 ● 各部署の協力体制もあることから、今後も取り組みを拡大、継続していく方針である。 ● それぞれのWGについて、概ね対象の振り返り起こしや手法については軌道に乗ったと思われるが、引き続きZ-projectの取り組みは継続する。次年度については件数比較及び算定率を提示し、更なる増収及び医療の質向上を目指していきたいと考える。 			

戦略目標：【業務プロセスの視点】診療プロセスの標準化・質指標設定と可視化（院内共有）

成功要因：クリニカルパスの活用

評価指標：(16)クリニカルパス適用率

算定式：パス適用患者 / 入院患者数

総合評価	A	主担当：医事係	登録 23P
------	---	---------	--------

	H28年度（参考値）	H29年度 総合評価	H30年度 総合評価	R元年度 自己評価	評価委員評価欄	評価委員評価欄	評価委員評価欄
目標値 (%)	19.6%	20.0%	20.0%	25.0%			
実績値 (%)		24.7%	40.5%	42.6%			
パス適用患者数		36,850	3,935	4,094			
入院患者数		149,483	9,723	9,612			
差異	-19.6%	4.7%	20.5%	17.6%			
自己評価							
A 計画通り	-	A	A	A	A	A	A
B 課題はあるが前進							
C 計画を下回る							
具体的な取り組みと実施状況		<ul style="list-style-type: none"> ●クリニカルパス大会の実施。パスを実践することでのメリットを参加した職員に伝達できた。 ●先進病院（市立札幌病院）の視察。組織立ってパスへの取り組みがされており、教育も徹底されていた。 	<ul style="list-style-type: none"> ●クリニカルパス大会を実施 基本的なパスの知識の共有と効率性係数を考慮したパスの見直しを実践できた（1回開催、61名の参加） 	<ul style="list-style-type: none"> ●クリニカルパス大会は、年度末に実施予定だったがコロナの影響で未実施となった。 看護部のパス担当によるパス作成のための動画を作成。作成手順をまとめている。 			
次年度以降に向けての課題や方向性		<ul style="list-style-type: none"> ●看護部ではクリニカルパス推進会議が運営されており、教育・アウトカム評価・バリアンス分析（パスからの逸脱・変動）についてチームを作り、取り組みを開始している。医師への意識づけも課題の一つとなっている。 	<ul style="list-style-type: none"> ●クリニカルパス大会を実施 パスを基本とした適正な入院期間の把握、バリアンス分析をすることでより使えるパスが育つ。 現状、日常業務の傍らでパス担当者が活動しているので、浸透させる方法に苦慮。担当者の専従配置について看護部など関係部署と協議をする。 ●診療報酬の改定に合わせ、パスの検証・見直しを行う。 	<ul style="list-style-type: none"> ●クリニカルパス大会を実施 ●効率性係数に合わせたパスの見直しを行う。 			

戦略目標：【業務プロセスの視点】診療プロセスの標準化・質指標設定と可視化（院内共有）

成功要因：QualityIndicator設定

評価指標：(17)HPで公表するQI数

算定式：診療情報係測定値

総合評価	A	主担当：診療情報係	登録 23P
------	---	-----------	--------

	H28年度（参考値）	H29年度 総合評価		H30年度 総合評価		R元年度 自己評価		評価委員評価欄	評価委員評価欄	評価委員評価欄
	準備	5	-	10	-	15	-			
目標値										
実績値		-	7	-	18	-	15			
差異		-	2	-	8	-	0			
自己評価										
A 計画通り	-	A		A		A		A	A	A
B 課題はあるが前進										
C 計画を下回る										
具体的な取り組みと実施状況		<ul style="list-style-type: none"> ●DPC対象病院として、病院指標を7項目掲載している。 (http://www.med.sunagawa.hokkaido.jp/outline/h_index.html ①年齢階級別退院患者数 ②診断群分類別患者数等 ③初発の5大癌のUICC病分類別並びに再発患者数 ④成人市中肺炎の重症度別患者数等 ⑤脳梗塞のICD10別患者数等 ⑥診療科別主要手術別患者数当、⑦その他) ●全国自治体病院協議会のDPCデータ分析事業への協力や、「医療の質の評価・公表等推進事業 https://www.jmha.or.jp/jmha/contents/info/137」へ参加している。 		<p>平成30年度末に、当院独自の臨床指標として、11項目をHPへ掲載した。また、DPC対象病院としての7項目も昨年同様に作成し、掲載している。その他、日本病院会や全国自治体病院協議会へデータ送信や該当指標の報告は継続して実施している。</p>		<p>令和元年度末に当院独自の臨床指標として、新規に4項目を追加した15項目をHP上へ掲載しました。また、DPC対象病院としての病院指標7項目は継続掲載の為、評価としての7項目は計上しない事としました。その他、日本病院会や全国自治体病院協議会、国立がん研究センターなどへDPC等のデータ提供協力を継続実施していく。</p>				
次年度以降に向けての課題や方向性		<ul style="list-style-type: none"> ●H29年度からは、日本病院会のQIプロジェクトへ参加し (https://www.hospital.or.jp/qip/index.html) 当院の年度別の経年変化を含め、ホームページに掲載することが可能となる。 ●30年度は新たな指標の掲載を目指す ●臨床指標の項目については、先進事例を参考に精度の高いデータを掲載できるよう努める。 		<p>年度更新の指標作成について、継続的に次年度の指標を掲載していく。</p>		<p>他病院の臨床指標を参考にしながら、当院においても作成できる新規項目を選択し、追加掲載していく。</p>		<ul style="list-style-type: none"> ●引き続き、先進事例を参考に精度の高いデータを 		

戦略目標：【学習と成長の視点】全職員のモチベーション・ロイヤリティ向上

成功要因：人事評価制度の活用

評価指標：(18)A評価以上職員数率

算定式：(Sランク者数+Aランク者数) / 評価者総数

総合評価 **B** 主担当：職員係

登載 24P

	H28年度 (参考値)	H29年度 総合評価	H30年度 総合評価	R元年度 自己評価			
目標値 (%)	34.5%	38.5%	42.5%	46.5%			
実績値 (%)		21.6%	28.1%	23.9%			
Sランク		27	55	37			
Aランク		97	114	112			
Bランク		352	352	378			
Cランク		90	62	90			
Dランク		8	18	7			
評価者総数		574	601	624			
差異		-	-16.9%	評価平均点 26.36	-	21.90	
新指標【評価平均点】			22.54	3.82		▲ 0.64	
自己評価							
A 計画通り							
B 課題はあるが前進							
C 計画を下回る							
	—	C	A	B	B	B	B
具体的な取り組みと実施状況		<ul style="list-style-type: none"> ●医師以外の人事評価制度の導入は、トライアルを含め2年が経過した。 ●人事評価の結果において、医師以外は処遇反映を当面行わないことからランク付けの必要性は無いが、将来を見据えて評価点数の合計点を用いてSランクからDランクまでの5段階のランク付けを行っている。 ●評価ランク付けを行うにあたり評価合計点数を5つの分布点数に分ける評価ランク基準を設定している。 ●今年度より目標（評価平均点）を変更している。 ●所属長によるフィードバックを重ねることにより、目標に到達できるようアシストしている。 	<ul style="list-style-type: none"> ●人事評価の結果において、医師以外は処遇反映を当面行わないことからランク付けの必要性は無いが、将来を見据えて評価点数の合計点を用いてSランクからDランクまでの5段階のランク付けを行っている。 ●評価ランク付けを行うにあたり評価合計点数を5つの分布点数に分ける評価ランク基準を設定している。 ●今年度より目標（評価平均点）を変更している。 ●所属長によるフィードバックを重ねることにより、目標に到達できるようアシストしている。 	<ul style="list-style-type: none"> ●人事評価の結果において、医師以外は処遇反映を当面行わないことからランク付けの必要性は無いが、将来を見据えて評価点数の合計点を用いてSランクからDランクまでの5段階のランク付けを行っている。 ●評価ランク付けを行うにあたり評価合計点数を5つの分布点数に分ける評価ランク基準を設定している。 ●所属長によるフィードバックを重ねることにより、目標に到達できるようアシストしている。 			
次年度以降に向けての課題や方向性		<ul style="list-style-type: none"> ●S・Aランクの職員数率は、分布方式では正規分布（釣鐘型カーブ）に近い結果となるよう評価ランク基準を調整することからAランク以上の職員率は上昇しないことが分かった。しかし、目標値を変更することはできないことから、<u>評価ランク基準となる評価平均点が上がることを目標とする。</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ●人事評価制度が導入され3年が経過し職員一人ひとりが人事評価制度の目的である「病院理念の実現」など理解し実践してきた結果、新指標値も昨年度より、3.82上昇したものと考えられる。 ●人事評価制度が導入され3年が経過したが次年度に向け、全評価者が評価判断を一定になるよう評価者に「ガイドブック」を作成・配布する。 	<ul style="list-style-type: none"> ●前年度より評価平均点が減少となったが職員一人ひとりが人事評価制度の目的である「病院理念の実現」など理解し実践するよう所属長によるフィードバックを重ねる。 			

戦略目標：【学習と成長の視点】全職員のモチベーション・ロイヤリティ向上

成功要因：就労環境の改善と職員の定着

評価指標：(19)有休取得日数

算定式： 年休取得日数 / 年休付与者数

総合評価	A	主担当：職員係	登録 24P
------	----------	---------	--------

	H28年度 (参考値)	H29年度 総合評価	H30年度 総合評価	R元年度 自己評価	評価委員評価欄	評価委員評価欄	評価委員評価欄
目標値 (日)	7.1	10.0	10.0	11.0			
実績値 (日)	7.8	-	8.2	9.1			
年休付与者数			745	738			
年休取得日数			6,101	6,724			
差異	0.7	-	▲ 1.8	▲ 0.9			
自己評価							
A 計画通り	-	B	B	A	A	A	A
B 課題はあるが前進							
C 計画を下回る							
具体的な取り組みと実施状況		<ul style="list-style-type: none"> ●具体的な取り組みについては、各部署においてバースデー休暇や記念日休暇など様々な取り組みが行われている。 ●目標には届かなかったが、年々取得日数が増加傾向にある。 ●10日取得達成部署は、58部署中、12部署となった。 ●職員の業務状況の共有による休みやすい職場環境の整備。 	<ul style="list-style-type: none"> ●職員の業務状況の共有による休みやすい職場環境の整備を図ることにより、各部署においてバースデー休暇や記念日休暇など様々な取り組みが行われている。 ●目標には届かなかったが、年々取得日数が増加傾向にある。 ●10日取得達成部署は、58部署中、19部署となり、前年度と比較し7部署増加した。 	<ul style="list-style-type: none"> ●働き方改革関連法施行に伴い労働基準法の一部が改正され「有給休暇年間5日の完全取得」が義務付けられたため、ワークライフバランスの推進のためにも全職員が5日以上の取得を取り組んだ。 ●目標には届かなかったが、年々取得日数が増加傾向にある。 ●各部署において、取得数にバラツキはあるが職員の業務状況の共有による休みやすい職場環境の整備を図ることにより、各部署においてバースデー休暇や記念日休暇など様々な取り組みが行われている。 	●コロナ禍 人材不足の中、よく取り組まれている		
次年度以降に向けての課題や方向性		<ul style="list-style-type: none"> ●有給休暇の取得は、何と云っても部署内での協力が不可欠である。ワークライフバランスの推進のためにも「年休休暇取得計画表」などの導入も検討し取得増加を図りたい。 	<ul style="list-style-type: none"> ●H31年からは働き方改革関連法施行に伴い労働基準法の一部が改正され「有給休暇年間5日の完全取得」が義務付けられるため、ワークライフバランスの推進のためにも全職員が5日以上の取得に向け取り組みを行う。 ●上記の取り組みとして各会議において、法改正の内容等を説明し、次年度の完全取得に向けトライアル実施。 	<ul style="list-style-type: none"> ●引き続き目標値である年間10日間取得に向け、取り組みを考える。 			

戦略目標：【学習と成長の視点】全職員のモチベーション・ロイヤリティ向上

成功要因：就労環境の改善と職員の定着

評価指標：(20)離職率（医師を除く）

算定式：年間退職者数 / 当該年度の平均職員数（(4/1在職職員数 + 3/31在職職員数) / 2） × 100

総合評価	B	主担当：職員係	登載 24P
------	----------	---------	--------

	H28年度（参考値）	H29年度 総合評価	H30年度 総合評価	R元年度 自己評価	評価委員評価欄	評価委員評価欄	評価委員評価欄
目標値 (%)	3.60%	3.50%	3.50%	3.50%			
実績値 (%)	3.60%	5.20%	4.4%	4.8%			
年間退職者数		35	31	35			
平均職員数		673	707	723			
(4/1在職職員数)		680	710	730			
(3/31在職職員数)		665	703	716			
差異	0.0%	1.7%	0.9%	1.3%			
自己評価							
A 計画通り	—	C	B	B	B	B	B
B 課題はあるが前進							
C 計画を下回る							
具体的な取り組みと実施状況		<ul style="list-style-type: none"> ● 離職の要因と考えられるのは、労働条件や教育体制による影響などが考えられるが、各職種、人員の確保を行い、年々職員数は増加し、業務の負担軽減に努めている。 ● 教育では、新人看護師研修から勤続年数に応じた研修会を実施することで看護技術を取得ができることや学会など幅広く参加できるような体制を図っている。 ● 末端職員への経営状況の共有による経営参画意識の醸成（トピックスやチラシの作成・会議での経営状況のレクチャー）。 ● BSC中間報告による他部署の取組の共有 ● 産休・育休取得者へ病院情報の送付（トピックス、広報誌）。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 各職種の適正配置を行い、業務負担軽減に努めている。 ● 教育では、新人看護師研修から勤続年数に応じた研修会を実施することで看護技術を取得ができることや学会など幅広く参加できるような体制を図っている。 ● 末端職員への経営状況の共有による経営参画意識の醸成（トピックスやチラシの作成・会議での経営状況のレクチャー）。 ● BSC中間報告による他部署の取組の共有 ● 産休・育休取得者へ病院情報の送付（トピックス、広報誌）による復職支援。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 各職種の適正配置を行い、業務負担軽減に努めている。 ● 教育では、新人看護師研修から勤続年数に応じた研修会を実施することで看護技術を取得ができることや学会など幅広く参加できるような体制を図っている。 ● 末端職員への経営状況の共有による経営参画意識の醸成（トピックスやチラシの作成・会議での経営状況のレクチャー）。 ● BSC中間報告による他部署の取組の共有 ● 産休・育休取得者へ病院情報の送付（トピックス、広報誌）による復職支援。 			
次年度以降に向けての課題や方向性		<ul style="list-style-type: none"> ● 今年度は他医療機関転出が多く見られる。現在では他の医療機関に転出する理由が明確でないため、次年度から退職者の協力を経て「なぜ転出するのか」など理由を把握するアンケート調査を実施する。 ● エンゲージメントレベルの現状分析とレベルの向上 ● 職員間情報共有の強化（電子掲示板、Dr.10Y【スマートフォンやパソコンによるコミュニケーションツール】の活用）。 ● 経営状況勉強会の開催。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 今年度の退職事由は、他医療機関転出が50%と前年に比べ低く、結婚による退職が25%と高い数字となった。 ● 今年度実施したeNPS調査（職員エンゲージメント調査）では、具体的に満足・不満足が明確になったことで、各項目を対処することで、エンゲージメントを高め更なる離職率を下げる。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 今年度の退職事由は、他医療機関転出が55.9%と前年に比べ増加し、結婚・家事専従による退職が14.7%と減少となった。 ● 昨年度実施したNPS調査（職員エンゲージメント調査）で、具体的に満足・不満足が明確になったことで、各項目を対処することで、エンゲージメントを高め更なる離職率を下げる。 	● 産休、育休、介護休など、復職支援継続		

戦略目標：【学習と成長の視点】次世代（若手職員）の育成

成功要因：専門スキルの習得

評価指標：(21)専門資格取得数

算定式： 研修管理室測定値

総合評価 **B**

主担当：研修管理室

登録 24P

	H28年度（参考値）	H29年度 総合評価		H30年度 総合評価		R元年度 自己評価		評価委員評価欄	評価委員評価欄	評価委員評価欄
目標値（個）	53	70	-	70		70				
実績値（個）	51	-	11		56		34			
差異	▲ 2	-	▲ 59		▲ 14		▲ 36			
自己評価										
A 計画通り										
B 課題はあるが前進										
C 計画を下回る										
	—	C	B	B	B	B	B	B	B	B
具体的な取り組みと実施状況		<ul style="list-style-type: none"> ●予算及び研修計画等により道内・道外の学会、研修会の参加については、病床利用率の上昇やスタッフの不足などにより計画どおりに参加できないものがあった。 ●認定看護師については、希望者はいたが、入学試験の準備不足、不合格により1名（糖尿病看護認定看護師）であった。 	<ul style="list-style-type: none"> ●予算及び研修計画等により道内・道外の学会、研修会の参加については、概ね計画どおりに参加できた。 ●認定看護師については、認知症看護認定看護師に1名合格した。 	<ul style="list-style-type: none"> ●予算及び研修計画等により道内・道外の学会、研修会の参加については、概ね計画どおりに参加できた。 	<ul style="list-style-type: none"> ●コロナ禍 学会や研修等が厳しい中、維持されたことは素晴らしい。 					
次年度以降に向けての課題や方向性		<ul style="list-style-type: none"> ●各職種の学会出張旅費・学会会費の取り決め事項を整備し、職員のキャリアアップを支援するとともに、施設基準、病院運営に必須の資格の取得について推進する。ただし、研修費用が膨大とならないよう予算部局と協議のうえ、適正な予算管理を遂行する。 ●平成30年度において、学会出張旅費、学会会費の支出基準を制定する予定である。 ●医療経営士資格の取得。 	<ul style="list-style-type: none"> ●各職種の学会出張旅費・学会会費の取り決め事項を再整備し、職員のキャリアアップを支援するとともに、施設基準、病院運営に必須の資格の取得について推進する。ただし、研修費用が膨大とならないよう予算部局と協議のうえ、適正な予算管理を遂行する。 ●平成31年1月から学会出張旅費、学会会費の支出基準を改定した。（航空運賃算定の見直し） ●平成30年度で医療経営士3級4名（薬剤師2名、事務員2名）が合格し、今後の当院の経営への参画活動が期待される。 	<ul style="list-style-type: none"> ●各職種の学会出張旅費・学会会費の取り決め事項を整備し、職員のキャリアアップを支援するとともに、施設基準、病院運営に必須の資格の取得について推進する。ただし、研修費用が膨大とならないよう予算部局と協議のうえ、適正な予算管理を遂行する。 						

戦略目標：【学習と成長の視点】全職員のモチベーション・ロイヤリティ向上

成功要因：多職種・職員の交流（正規・嘱託・臨時・委託・派遣等）

評価指標：(22)懇親会参加人数

算定式： 交友会測定値

総合評価 **A**

主担当：交友会

登載 24P

	H28年度（参考値）	H29年度 総合評価		H30年度 総合評価		R元年度 自己評価		評価委員評価欄	評価委員評価欄	評価委員評価欄
目標値（人）	717	770	-	820	-	870	-			
実績値（人）	737	-	799	-	937	-	844			
差異	20	-	29	-	117	-	▲ 26			
自己評価										
A 計画通り	-	A		A		A		A	A	A
B 課題はあるが前進										
C 計画を下回る										
具体的な取り組みと実施状況		<ul style="list-style-type: none"> ●福利厚生会（交友会）事業 ●今年度、2つの新規事業を実施したことによる成果と考える。 ●1つ目は、新任職員を対象とした「Welcome Café」には66名の参加があり、理事者との交流により同じ病院職員として働くチームの一員である認識が芽生えることを目的とした。 ●2つ目は、日帰りツアーを実施し、14名が参加した。 	<ul style="list-style-type: none"> ●福利厚生会（交友会）事業 ●各事業において参加者は増加した。 ●特に「日帰り旅行」は開催時期や旅行先などの希望を全会員にアンケート調査を実施。要望等を取り入れた結果、前年に比べ63名も増加。 ●各事業に対し「電子掲示板」や「交友会担当による周知」によるPRを強化した。 ●組織開発コンサルティングの受講による意識の共有（管理職層実施）。 	<ul style="list-style-type: none"> ●福利厚生会（交友会）事業 ●各事業に対し「電子掲示板」や「交友会担当による周知」によるPRを強化した。 ●8市立病院親睦野球大会が雨天のため中止となったことにより実績値が減少した一因となった。 	●コロナ禍である。					
次年度以降に向けての課題や方向性		<ul style="list-style-type: none"> ●昨年実施した「日帰りツアー」を引き続き今年度も計画するが、昨年は案内と申し込みが同時期であり、周知期間が短かったことによる反省もふまえ、今年度は、行先や目的など会員からの意見や要望も取り入れ、恒例行事として定着させていきたいと考えている。 ●他の事業においては、マンネリしているのではないかという意見もあるが、参加する人数もそこそこあり、引き続き職員の交流の場として実施して参りたい。 ●新規採用者を対象にした宿泊研修（チームビルディング）の実施検討。 ●組織開発コンサルティングの受講による意識の共有（H30年度、管理職層から順次開始）。 	<ul style="list-style-type: none"> ●マンネリ化しているという声も聞かれるが、各事業において、参加する会員もあり、引き続き職員の交流の場として実施する。 ●新規採用者を対象にした宿泊研修（チームビルディング）の実施検討。 ●組織開発コンサルティングの受講による意識の共有（看護師長・係長職層実施）。 	<ul style="list-style-type: none"> ●全事業において、前年より減少となり、マンネリ化しているという声も聞かれるが、各事業において、参加する会員もあり、引き続き職員の交流の場として実施する。 						

戦略目標：【学習と成長の視点】全職員のモチベーション・ロイヤリティ向上

成功要因：多職種・職員の交流（正規・嘱託・臨時・委託・派遣等）

評価指標：(23)組織活性化度（意欲度）

算定式： 職員満足度調査設問60「意欲をもって働いている」結果値 ※H30年度調査から調査の方法が変更 意欲度を測定する問1～問3の合計結果値

総合評価		A	主担当：職員係	登載 24P								
評価委員評価欄	評価委員評価欄	評価委員評価欄	評価委員評価欄	評価委員評価欄								
					自己評価	—	C	A	A	A	A	
						具体的な取り組みと実施状況	<ul style="list-style-type: none"> ●平成27年度より「職員満足度調査」を実施。 ●病院事業管理者による各部署ヒアリング、若手職員の座談会、幹部職員による週1回の院内ラウンドを実施。 	<ul style="list-style-type: none"> ●平成30年度より、調査方法（意欲度算出方法）が変わった（従前1問による算出→3問による算出）が、意欲度は大きく増加した。離職率が低下した一因とも考える。 ●平成27年度より「職員満足度調査」を実施。 ●病院事業管理者による各部署ヒアリング、幹部職員による月2回の院内ラウンドを実施。 	<ul style="list-style-type: none"> ●平成27年度より「職員満足度調査」を実施。 ●病院事業管理者による各部署ヒアリング、幹部職員による月2回の院内ラウンドを実施。 			
						次年度以降に向けての課題や方向性	<ul style="list-style-type: none"> ●「意欲をもって働いている」では、前年と比べ0.1ポイント下がった結果となった。中でも「達したい具体的な目標を持っているか」は、大きく下回った項目であり、この点については、人事評価のフィードバック面談を的確に実施しプラスに繋げる。 ●30年度においてeNPS調査（職員エンゲージメント調査）を実施。職員が満足・不満足としていることを具体的に聞き取り、対処に向かうことで、エンゲージメント（自発的貢献意欲）を高めたい。 	<ul style="list-style-type: none"> ●今年度より結果算出方法が変わったことにより単純に前年度と比較することは出来ないが、「意欲度」の80点満点中64.2点と活性型組織の結果となった。 ●人事評価制度において、上司より職員一人ひとりフィードバックを実施しており、成果や課題など今後の方針や目標を考え共有し、人材育成や意欲度の向上に繋げる。 ●今年度実施したeNPS調査（職員エンゲージメント調査）では、具体的に満足・不満足が明確になったことで、各項目を対処することで、エンゲージメントを高めたい。 	<ul style="list-style-type: none"> ●人事評価制度において、上司より職員一人ひとりフィードバックを実施しており、成果や課題など今後の方針や目標を考え共有し、人材育成や意欲度の向上に繋げる。 ●eNPS調査（職員エンゲージメント調査）で、具体的に満足・不満足が明確になったことで、各項目を対処することで、エンゲージメントを高めたい。 			

戦略目標：【学習と成長の視点】全職員のモチベーション・ロイヤリティ向上

成功要因：多職種・職員の交流（正規・嘱託・臨時・委託・派遣等）

評価指標：(24)組織活性化度（満足度）

算定式： 職員満足度調査設問59「当院の職員であることに満足している」結果値 ※H30年度調査から調査の方法が変更 満足度を測定する問4～問6の合計結果値

総合評価		A	主担当：職員係		登録 24P						
職員満足度調査設問59 (H30～設問6)	目標値	4.29	H29年度 総合評価	4.47	H30年度 総合評価	4.65	R元年度 自己評価	4.83	評価委員評価欄	評価委員評価欄	評価委員評価欄
	実績値	4.29	H29年度値	4.44	—	4.80	—	4.84			
	強く思う 7点		217.00	31	889.00	127	840.00	120			
	そう思う 6点		630.00	105	3,126.00	521	3,114.00	519			
	少し思う 5点		875.00	175	2,995.00	599	2,885.00	577			
	どちらとも言えない 4点		760.00	190	1,768.00	442	1,780.00	445			
	あまりそう思わない 3点		171.00	57	456.00	152	498.00	166			
	そう思わない 2点		66.00	33	176.00	88	120.00	60			
	全くそう思わない 1点		28.00	28	41.00	41	28.00	28			
	差異	0.00		▲ 0.03		0.15		0.01			
	自己評価										
A 計画通り	—	B	A	A	A	A	A	A			
B 課題はあるが前進											
C 計画を下回る											
具体的な取り組みと実施状況		● (23) 組織活性化度（意欲度）と同。	● (23) 組織活性化度（意欲度）と同。	● (23) 組織活性化度（意欲度）と同。							
次年度以降に向けての課題や方向性		●全体では▲0.03ポイント目標に届かなかったが「当院は長く働いていきたい」「当院の待遇」では、前年と比べ0.36ポイント上がった結果となった。 ●ただし、人手不足に関する内容が多く記載されているため何らかの業務上の負担がかかっているものと考えられるため、人員の適正配置に努めていく。	●今年度より結果算出方法が変わったことにより単純に前年度と比較することは出来ないが、「満足度」の80点満点中63.2点と活性化組織の結果となった。 ●ただし、役職別で見たときに「一般職」が準活性化組織に位置付けられているため、30年度実施したeNPS調査（職員エンゲージメント調査）結果を踏まえ、各項目を対処し、エンゲージメントを高めたい。	●人事評価制度において、上司より職員一人ひとりへフィードバックを実施しており、成果や課題など今後の方針や目標を考え共有し、人材育成や意欲度の向上に繋げる。 ●eNPS調査（職員エンゲージメント調査）で、具体的に満足・不満足が明確になったことで、各項目を対処することで、エンゲージメントを高めたい。							

戦略目標：【学習と成長の視点】期待人材像の明示と全職員の経営参画

成功要因：好事例の共有

評価指標：(25) 院内発表会の開催、発表数

算定式：発表事例数

総合評価 **—**

主担当：企画係

登載 24P

※R元年度以降JPA[®]は実施しないことから目標値、実績値及び評価は記載しない。

	H28年度 (参考値)	H29年度 総合評価		H30年度 総合評価		R元年度 自己評価		評価委員評価欄	評価委員評価欄	評価委員評価欄
目標値	6	8	—	10	—	—	—			
実績値	6	—	4	—	14	—	—			
差異	0	—	▲4	—	4	—	—			
自己評価										
A 計画通り	—	C	A	—	—	—	—	—	—	—
B 課題はあるが前進										
C 計画を下回る										
具体的な取り組みと実施状況		<ul style="list-style-type: none"> ●11/29 (水) 13:30~15:00 第1回BSCコンペ実施、テーマ：職員満足度向上と有給休暇 <ul style="list-style-type: none"> ①連携室「私休むよ！あなとも休みみな」藤井師長、②4南「わたらしらさにかえろう！」小坂師長、③検査科「今日は仕事あがっていいよ」渋谷技師長、④3階「こんな勤務表でごめんね」島崎師長の発表を実施、47名の参加を得た。参加者の投票により3階病棟が優勝となり、ミルクを温める等の用途に使用するため電子レンジ3台を進呈した。参加者からもおむね好評を得た。(病院予算から支出、業務効率化に資する物品として条件付) 	<ul style="list-style-type: none"> ●7/4 (水) 15:00~16:30 第2回BSCコンペ実施、①成し遂げなかったこと、②達成したorできなかったこと、③前年度を踏まえた今年度の目標、④自部署で頑張ること、⑤他部署への協力依頼、以上の5項目について14部署からの発表を行った。各部署の今年度の目標や他部署へ協力を仰ぎたいことなど、情報の共有が図られた。 	<ul style="list-style-type: none"> ●BSCが院内に深く浸透したとの見地から令和元年度からコンペは開催しないこととしたが、①前年度を踏まえた今年度の目標、②自部署で頑張ること、③他部署への協力依頼、について各部署の目標管理やフィードバックを行い、情報の共有を図る取り組みに努めた。 						
次年度以降に向けての課題や方向性		<ul style="list-style-type: none"> ●コンペ終了後、課内で検証を実施した。①今回は「有給休暇」という各部署共通の事象について発表できたが、今後各部署同じお題とすることができない。(各科においてそれぞれBSCを作成しているため)②優劣をつけるのはいかなものか？(取組んだ各部署皆頑張っている)次回からは甲乙つけない方向性。病院の総合計画でもあがるBSCを、職員が楽しみながら、関わりながら進めることができるよう工夫する。 ●30年7月、年間報告会実施。 	<ul style="list-style-type: none"> ●当初、コンペを実施目的として、院内に深く浸透することを想定しており、BSC開始から2年が経過し、浸透したと判断したため、31年以降についてはコンペは実施しないこととする。 ●しかし、引き続き院内各部署の特に良い取り組みについて、院内に周知を図り、事例の共有を図る。 	<ul style="list-style-type: none"> ●次年度もBSCが院内に深く浸透したとの見地からコンペは開催しないこととする。今年度同様に①前年度を踏まえた次年度目標、②自部署で頑張ること、③他部署への協力依頼、について各部署の目標管理やフィードバックを行い、更なる各部署との協力を強化し、情報の共有を図る取り組みに努める。 						