

令和6年度 改革プランの点検・評価

令和8年3月4日実施 第1回砂川市立病院経営改善評価委員会

砂川市病院事業経営強化プランの点検・評価について

1. 基本的な考え方

砂川市病院事業経営強化プラン（以下「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。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

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、プラン中「実現に向けた取り組み（第11章、P27～32）」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（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	氏家 実	空知医師会事務局長
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6年度事業における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8年3月4日（水） 14:00～14:35
開催場所	砂川市立病院第2会議室
審議内容	令和6年度プラン点検・評価

戦略目標・成功要因・評価指標	R5年度 参考値	R6年度		R7年度		R8年度		R9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	79.4%	89.8%	78.9%	90.7%	91.6%	92.4%			
(2) 経常収支比率	89.0%	96.6%	89.7%	97.4%	98.2%	99.0%			
医療機器の適正更新									
(3) 予算執行率	99.8%	100.0%	99.9%	100.0%	100.0%	100%			
急性期機能の充実									
(4) 入院平均単価	75,308円	71,868円	75,742円	73,313円	74,757円	76,202円			
生産性の向上									
(5) 職員1人1日あたり収益	32,821円	47,400円	33,580円	47,900円	48,400円	48,900円			
入院患者数の増加									
(6) 1日平均患者数	293.6人	398.0人	301.7人	398.0人	398.0人	397.0人			
外来患者数の適正化									
(7) 入外患者比率	3.2%	2.4%	3.1%	2.4%	2.4%	2.3%			
【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	11.1日	14日	11.4日	14日	14日	14日			
(9) 入退院支援加算算定件数	2,264件	2,300件	2,101件	2400件	2,500件	2,600件			
在宅療養支援									
(10) 24時間対応体制加算率	84.0%	80.0%	80.3%	80.0%	80.0%	80.0%			
患者の逆紹介・紹介									
(11) 逆紹介患者数	9,050人	8,400人	8,867人	8,467人	8,533人	8,600人			
(12) 紹介患者数	7,307人	7,500人	8,035人	7,567人	7,633人	7,700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）									
医療従事者の確保									
(13) 採用人員達成度	91.6%	100%	100%	100%	100%	100%			
TQMの成功									
(14) 業務改善策数	0件	10項目	9項目	12項目	13項目	15項目			
クリニカルパスの活用									
(15) クリニカルパス適用率	39.6%	38.0%	45.8%	39.3%	40.7%	42.0%			
QualityIndicator（医療の質の指標）設定									
(16) HPで公表するQI数	27指標	27指標	29指標	28指標	29指標	30指標			
【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、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									
(17) A評価以上職員数率	46.8%	35.5%	38.4%	35.8%	36.0%	36.3%			
就労環境の改善と職員の定着									
(18) 有給取得日数	12.4日	11.0日	12.5日	11日	11日	11日			
(19) 定着率(医師を除く)	95.5%	94.0%	94.3%	94.0%	94.0%	94.0%			
専門スキルの習得									
(20) 専門資格の取得者数	5人	2人	8人	2人	2人	2人			
育児休業・短時間労働介護休暇の奨励									
(21) 男性職員の育児休業等取得率	72.7%	68.0%	40.9%	68.5%	69.0%	69.5%			
(22) 組織活性化度（意欲度、満足度）	64.4%	66.5%	65.0%	67.0%	67.5%	68.0%			
好事例の共有									
(23) 好事例の情報共有・発信	6回	3回	6回	4回	5回	6回			

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

主担当：経理係・医療DX係

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

掲載 29P

総合評価	B
------	---

	R5年度 (参考値)	R6年度				
目標値 (%)	—	89.8%	—			
実績値 (%)	79.4%	—	78.9%	評価委員評価欄	評価委員評価欄	評価委員評価欄
医業収益	11,991,487,182	14,542,025,000	12,146,304,879			
医業費用	15,104,095,142	16,190,210,000	15,390,620,708			
差異	—	—	-10.9%			
自己評価						
A 計画通り	—	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	—	<p>1. 収益面</p> <ul style="list-style-type: none"> ●紹介受診重点医療機関の指定取得 地域医療機関との連携を強化し、紹介患者の受け入れを推進。患者数の安定的確保と診療報酬増収を実現。 ●急性期充実体制加算の取得 救急搬送患者や重症患者への対応力を強化し、急性期医療の提供体制を整備。新たな加算取得により収益基盤を拡充 <p>2. 費用面</p> <ul style="list-style-type: none"> ●人事院勧告に伴う人件費増加、物価高騰の影響等による経費の増加。 ●中空知圏域の人口減少・高齢化による患者数の減少。 ●ベンチマークを活用し価格交渉や安価な同等品への切替などにより費用を最小限に留める。 				
今後に向けての課題や方向性	—	<p>1. 収益面の課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ●加算取得の継続的対応 診療報酬に依存する収入の大幅な増加は見込めない状況であることから、最新の加算要件を把握し、迅速に対応する体制の構築。 ●患者数の安定確保 地域人口減少や高齢化の影響により、患者数の減少が想定されることから地域医療連携の強化や新規患者層の開拓が必要。 <p>2. 費用面の課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ●人件費の最適化 医療従事者の確保や働き方改革への対応が不可欠であり、患者数に合わせた病床数にすることで人員の適正配置を行い、人件費の最適化を図る。 ●設備投資のバランス 新規設備導入による費用増加と、長期的なコスト削減効果のバランスを慎重に検討する必要がある。 ●ICT活用の推進 電子カルテやオンライン診療のさらなる活用により、業務効率化と患者サービス向上を両立する必要がある。 ●委託料の削減 業務内容の見直しや縮小を図る。 <p>3. 総括 収益増加と費用削減の両面で一定の成果を上げているが、人口動態の変化や制度改正に伴う環境変化に柔軟に対応し、持続可能な病院経営を行うことが今後の課題である。</p>		<ul style="list-style-type: none"> ●患者数の安定確保について 地域の高齢化や人口減少が進んでいく状況において、現状の医療提供体制で考えるならば、記載されている通り、今までより広範囲な医療機関や介護施設などと連携強化を図り、患者数の安定確保を目指す必要があるかと思えます。 <p>A ご指摘のとおり、連携強化・患者の安定確保は重要な施策と考えております。例えば、地域がん診療連携拠点病院、がんゲノム医療連携病院は空知管内唯一の指定を受けており、また、分娩の取扱いが出来る医療機関も空知では2件であることなど、中空知二次医療圏を超えた役割を果たしています。</p> <p>また、疾患によっては南空知、留萌、富良野各医療圏から救急車を受入れるなど、道央三次医療圏の地域救命救急センターの役割も果たしています。</p> <p>引き続き、広範囲での連携強化に努めてまいります。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●費用面の課題 砂川市立病院は札幌～旭川間で最大規模の病院であり、広範囲な地域に安心・安全な医療を確立し続けるには費用がかかるのは致し方ないことかと思えます。 <p>例えば、以下のa～dの経費削減はいかがでしょうか？</p> <p>a～ 人員が適正かどうか（兼務が可能かどうか）</p> <p>b～ AIやITの活用</p> <p>c～ 補助金などの活用</p> <p>d～ 出費金額が多い物の共同購入</p> <p>A.</p> <p>a～ 7年度は、会計年度任用職員削減や、採用抑制などを実施しています。さらにコンサルからのデータをもとに同規模・同機能病院との人員数の比較も実施しています。</p> <p>b～ AIやITの活用につきましては、8年度更新予定の電子カルテや画像診断システムに一部AI機能を搭載するなど業務軽減・効率化のため活用に向け検討・導入していきます。</p> <p>c～ 補助金につきましては、当院が対象となるものに関しては積極的に活用しております。</p> <p>d～ 材料に関してはベンチマークの活用や共同購入を実施しています。引き続き出費金額を少しでも削減できる様に取り組んでいきます。</p>	

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

主担当：経理係・医療DX係

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) 掲載 29P

総合評価	B
------	---

	R5年度 (参考値)	R6年度				
目標値 (%)	—	96.6%	—	評価委員評価欄	評価委員評価欄	評価委員評価欄
実績値 (%)	89.0%	—	89.7%			
病院事業収益	13,699,604,166	15,904,749,000	14,037,991,241			
特別利益	26,963,840	300,000	8,111,726			
病院事業費用	15,378,349,333	16,522,019,000	15,686,763,901			
特別損失	22,692,363	51,276,000	41,790,121			
差異	—	—	-6.9%			
自己評価	—	B		B	B	B
A 計画通り						
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. (1)と同理由 2. 院内LED化によるエネルギーコスト削減。照明設備を全面的にLEDへ更新。電力使用量を削減し、年間光熱費の抑制。 3. 実施状況と成果 ●LED化により光熱費削減。 4. 総括 収益増加と費用削減の両面から具体的施策を展開し、経営基盤の安定化を図った。今後も地域医療への貢献と持続可能な病院運営を目指し、継続的な改善を進める。				
今後に向けての課題や方向性		1. (1)と同理由 2. 総括 収益増加と費用削減の両面で一定の成果を上げているが、人口動態の変化や制度改正に伴う環境変化に柔軟に対応し、持続可能な病院経営を行うことが今後の課題である。				

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

主担当：用度係

評価指標：(3)対予算執行率

掲載 29P

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
------	---

	R5年度（参考値）	R6年度				
目標値	—	100.0%	—	評価委員評価欄	評価委員評価欄	評価委員評価欄
実績値	99.0%	—	99.9%			
資産購入費 医療器械購入費予算額	598,953,000	729,966,000	741,818,000			
同 決算額（税込）	592,697,424	729,966,000	741,195,862			
差異	—	—				
自己評価	—	A		A	A	A
A 計画通り						
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"> ●昨年と同様に予算立案時(前年12月)に、病院事業管理者、院長と医療機器要求分について協議し、翌年度購入医療機器を選定。 ●R6年度は62件の医療機器を新規・更新・増設の理由で購入した。 ●血管造影X線診断装置は購入から10年以上経過したことから更新。また、内視鏡手術支援ロボットを新規購入した。 ●緊急整備しなければならない予算外での医療機器の購入については、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。 				
今後に向けての課題や方向性		<ul style="list-style-type: none"> ●医療機器の計画更新が継続している。特に放射線機器については、非常に高額であり、今後もリニアック・PET-CT・MRI・CT・デジタルX線TVシステム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を継続。また、関係部署などの聞き取りの一層強化を図る。 ●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価格交渉し、それに伴う起債償還を鑑み更なる精査を図っていく。 	<ul style="list-style-type: none"> ●大型機器の更新は可能なのか <p>A.良質で安全な医療提供の為に、更新は必要と考えております。更新に向けて関係部署との協議を重ね、機器の採算性・企業債の償還等を考慮し、適正な予算執行に取り組んでいきます。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●補助金などを活用するとともに、メーカーからの今後の値上げ情報などを参考に、得する買い方をしていければいいと思う。 <p>A.現在、公立病院が該当となる医療機器に対する補助金はほとんどありません。</p> <p>得する買い方につきましては、一例ではありますが、8年度において電子カルテを更新しますが、半導体不足によるハードウェアの大幅値上げが予想されることから、ハードウェアを先行発注するなど、社会情勢を考慮しながら調達を行っています。</p>		

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

主担当：医事係

掲載 29P

総合評価	A
------	---

	R5年度 (参考値)	R6年度				
目標値 (円)	-	71,868	-			
実績値 (円)	75,308	-	75,742			
入院収益	8,071,040,179	10,440,436,000	8,341,748,057	評価委員評価欄	評価委員評価欄	評価委員評価欄
入院患者数	107,174	145,273	110,134			
差異	-	-	3,874			
自己評価						
A 計画通り	-	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"> ●診療報酬改定により維持が困難となった地域包括ケア病棟をR6.9月末で廃止し、10月より急性期に特化した急性期充実体制加算の取得に踏み切った。 ●前段として紹介受診重点医療機関の取得が必要となり地域医療構想調整会議及び関連病院への訪問で協力体制を築いた。 ●R6年度では急性期に特化した入院加算で82,000千円の収益があり診療単価の上昇となった。 ※地域包括ケア病棟廃止、紹介受診重点医療機関の手上げについては、R6.8開催のR6年度第1回中空知地域医療構想調整会議に提案し、了承を得た。				
今後に向けての課題や方向性		<ul style="list-style-type: none"> ●急性期充実体制加算を維持していくためには様々な施設基準があるが、目標値を院内に周知し未達成がないように管理していく。 ●R8.5に経過措置が終了する医師の勤務環境改善を図る目的で始まった加算（処置・手術の時間外加算等）については、当院は継続が困難であると認識しており、これによる減収とR8年度診療報酬改定で当加算の評価の見直しにより他の項目に影響が出ないかが課題となっている。 				

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

主担当：医事係

評価指標：(5)職員1人1日あたり収益 ※目標値、百円未満四捨五入

掲載 29P

算定式： 医業収益 / (正職員数 + 非常勤職員常勤換算数) / 365

総合評価	B
------	---

	R5年度 (参考値)	R6年度					
目標値 (円)	—	47,400	—	評価委員評価欄	評価委員評価欄	評価委員評価欄	
実績値 (円)	32,821	—	33,580				
医業収益	11,991,487,182	14,542,025,000	12,146,304,879				
正職員数	816	1,076	825				
非常勤	185		166				
差異	—	—	▲ 13,820				
自己評価		B		B		B	
A 計画通り	—						
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"> ●Zプロジェクト（指導・加算算定率向上・増収プロジェクト）を中心に、医療の質の向上と見合う収益の確保に努めてきた。 ●現在12のプロジェクトがあり、多職種が関わり合いを持ち、ベンチマーク分析をしながら算定率の向上に努めている。 ●外部のコンサルから課題とされていた救急搬送患者の入院率の向上、適正な入院期間を考慮しての退院調整など院内全体での取り組みもスタートしている。 	<ul style="list-style-type: none"> ●院内全体での取り組みをスタートさせて課題はなにかあるか A.他の自治体病院と比較して当院は救急搬送後の入院率が低く、救急外来からの帰宅患者の中に処置室での長期滞在患者も含まれていたため、コンサルより指摘を受けています。現在は応需件数・入院率が取り組み開始当初より上昇傾向ではありますが、平均値には至っていません。特に深夜の搬送患者における帰宅患者等の症例を評価し適切な体制を構築していきます。 				
今後に向けての課題や方向性		<ul style="list-style-type: none"> ●診療報酬制度においては人員の規模により施設基準が取得できた時代からチーム医療の推進、業務の効率化・共同化・連携推進の評価へと変化している。 ●そのような中、タスクシェアやタスクシフト、働き方改革の推進そして安全・安心で質の高い医療が求められており、さらにR6年度に身体拘束の最小化が義務化された。 ●安心・安全な医療を確立し収益を得るには、相応の人員費を要するため、今後の診療報酬改定に期待を寄せる以外ない。 					

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：入院患者数の増加

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

主担当：医事係

登載 29P

総合評価	C
------	---

	R5年度 (参考値)	R6年度				
目標値 (人)	—	398.0	—			
実績値 (人)	293.6	—	301.7	評価委員評価欄	評価委員評価欄	評価委員評価欄
入院患者数	107,174	145,273	110,134			
診療実日数	365	365	365			
差異	—	—	▲ 96.3			
自己評価		C		C	C	C
A 計画通り	—					
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		<p>●地域包括ケア病棟の廃止における関連病院との調整を行い、スムーズに退院支援ができるよう努めたが、それ以外に地域の病院へのアプローチについては丁寧な返書管理・逆紹介の推進は停滞しており、患者数の増加に繋がっていない。</p>				
今後に向けての課題や方向性		<p>●地域の高齢化や人口減少、患者の受診動向の変化により患者数の増加は厳しい中、他医療機関との連携による紹介・逆紹介の率の向上に努め、新規入院患者の増加、適正な入院期間の推進による延べ入院患者の増に努めていく。</p>				

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：外来患者数の適正化

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

主担当：医事係

登載 29P

総合評価	B
------	---

	R5年度 (参考値)	R6年度				
目標値	—	2.4	—			
実績値	3.2	—	3.1	評価委員評価欄	評価委員評価欄	評価委員評価欄
1日平均外来患者数	939.6	945.0	945.6			
1日平均入院患者数	292.8	398.0	301.7			
差異	—	—	▲ 0.76			
自己評価	—	B		B	B	B
A 計画通り						
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"> ●急性期に特化した入院の受け入れ及び高度医療機器を必要とする外来の受け入れを強化している。 ●99%の救急搬送患者の応需、抗アミロイドβ抗体薬治療（アルツハイマー病による軽度認知障害（MCI）あるいは軽度の認知症治療）の開始、がんゲノム医療の開始など専門医療を中心に特色ある医療を展開している。 ※再掲：R6.10～紹介受診重点医療機関				
今後に向けての課題や方向性		<ul style="list-style-type: none"> ●地域に医療機関が乏しいことから、初期診療から在宅医療、高度急性期を担う状況となっており、外来医療の機能分化や強化が推進できていない現状がある。 ●質の高い医療を継続するためには、200床以上の病院では取得できない加算(在宅時医学総合管理料、生活習慣病管理料)などの撤廃がなければ、当地域の医療は維持できないと考えている。 				

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 主担当：医事係
 評価指標：(8)平均在院日数
 算定式： 在院患者延日数 / ((入院患者数 + 退院患者数 / 2) 戸載 搭載 30P

総合評価	B
------	---

	R5年度 (参考値)	R6年度				
目標値	-	14.0	-	評価委員評価欄	評価委員評価欄	評価委員評価欄
実績値	11.1	-	11.4			
一般病棟在院患者延日数	78,660	現状維持	87,260			
同 入院患者数	7,088		7,672			
同 退院患者数	7,073		7,621			
差異	-	-	▲ 2.6			
自己評価	-	B		B	B	B
A 計画通り						
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"> ●地域の医療機関において医療機能の分化を行い、当院が目指す急性期に特化した医療機関にとっては平均在院日数の管理は大切となる。 ●全病棟で患者の入院期間について意識し、患者の個々の状況や受け入れ先の状況を考慮しながら、適正に退院支援を行っている。 	<ul style="list-style-type: none"> ●平均在院日数の管理の為に何を実施しているのか A.クリニカルパスの作成を実施しています。院内会議において適正な入院期間における退院率の資料の提示を実施しています。 			
今後に向けての課題や方向性		<ul style="list-style-type: none"> ●入院期間の適正化を図ると共に、急性期を終えた患者がスムーズに移行できるよう引き続き退院支援を行っていく。 	<ul style="list-style-type: none"> ●スムーズに移行できないケースとは、どのようなケースが多いのか A.疾病ごとに全国の平均的な入院期間になるように退院調整を行っていますが、患者の病態、退院先の受け入れ体制、患者・家族の在宅受け入れ状況等でスムーズに移行できないケースが多いです。安心安全な医療を提供するために優先される適切な入院期間を院内で共有し意識を高めることが必要だと考えています。 			

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 主担当：総合相談支援室
 評価指標：(9)入退院支援加算算定件数
 算定式： 総合相談支援室測定値 登載 30P

総合評価	B
------	---

	R5年度 (参考値)	R6年度				
目標値 (件)	-	2,300	-	評価委員評価欄	評価委員評価欄	評価委員評価欄
実績値 (件)	2,222	-	2101			
差異	-	-	▲ 199			
自己評価	-	B		B	B	B
A 計画通り						
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"> ●人事異動や新卒採用などの組織的な変動などに伴い、算定件数が減少した月もあったが、周囲のフォローにより、年間では概ね目標値を算定することができた。 				
今後に向けての課題や方向性		<ul style="list-style-type: none"> ●コンサルから他の病院と比較し伸びしろありと判断されたこともあり、入退院支援シートの項目見直しを実施した結果、令和7年度途中より算定件数は増加傾向となった。 ●さらなる算定件数の向上と、より効果的な支援体制の確立を目指し、病棟と協働した算定方法の検討を進めていく。 		<ul style="list-style-type: none"> ●増加傾向とあるが傾向とはどういことか A.前年同月比で、毎月増加とはなっていませんが累計では増加と なっています。		

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：在宅療養支援

主担当：総合相談支援室

評価指標：(10)24時間対応体制加算率

算定式：総合相談支援室測定値

登載 30P

総合評価	A
------	---

	R5年度（参考値）	R6年度				
目標値	—	80.0	—	評価委員評価欄	評価委員評価欄	評価委員評価欄
実績値	84.0	—	80.3			
差異	—	—	0.3			
自己評価	—	A		A	A	A
A 計画通り						
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"> ●訪問看護全体の件数増加対策として、訪問看護内の現状に合わせて対象患者の掘り起こしを行ったこともあり、訪問看護の件数は増加している。 ●24時間対応については患者希望によるが概ね維持している。 				
今後に向けての課題や方向性		<ul style="list-style-type: none"> ●現体制での訪問看護件数は最大値である。その中で、24時間体制加算については同程度の数値を維持していく方針ではある。あくまでも利用者の希望であり、利用者やその家族の安心・安全は得られるが、金銭面での負担が増えるため強制はできない。 				

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 主担当：総合相談支援室
 評価指標：(11)逆紹介患者数
 算定式： 地域医療連携課測定値 登載 30P

総合評価	B
------	---

	R5年度 (参考値)	R6年度		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)	-	8,400	-			
実績値 (人)	9,050	-	8,867			
差異	-	-	467			
自己評価		B		B	B	B
A 計画通り	-					
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"> ●医師の働き方改革や紹介受診重点医療機関の指定を受けたこともあり、主治医からの積極的な声掛けや院内でのポスター周知により、かかりつけ医への逆紹介を推進しているが、紹介元や地域医療の弱体化などもあり、かかりつけや地域に戻せない課題も生じており、逆紹介が大きく進展する状況ではない。 				
今後に向けての課題や方向性		<ul style="list-style-type: none"> ●引き続き、患者への理解を求めていくと共に、かかりつけ医からの予約方法の利便性強化等も検討していく。 ●急性期病床を有効的に稼働できていない状況であり、医師をはじめとした医療者の負担増にもつながっている。 ●亜急性期や慢性期に移行するケースでは医療機関のみならず在宅療養や介護施設等での受入強化を目指す。 ●医療機能分担に関して地域住民に対する理解を深める努力も必要。 		<ul style="list-style-type: none"> ●かかりつけ医からの予約方法の利便性強化とは A.現在はFAXのみであり、オンラインでの予約など予約方法の効率化を進めます ●病床を有効的に稼働できていないのであれば医療者の負担は減るのではないか A.急性期が終了した患者の退院調整が進まない為、回復期、慢性期の患者も混在しています。地域・病院の特性上、急性期以外の患者の受け入れも行っているため、本来の病床稼働になっていないため負担が増えています。 ●地域住民に対する理解を深める努力も必要とはどのような意味か A.当地域における機能分化が明確になれば、当院の急性期としての役割を様々な媒体を使って発信していきます。一例では、逆紹介推進のポスターを掲示し、医師からは逆紹介がしやすくなり、効果が上がっているとの声も聞いています。 		

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 主担当：総合相談支援室
 評価指標：(12)紹介患者数
 算定式： 総合相談支援室測定値 登載 30P

総合評価	A
------	---

	R5年度 (参考値)	R6年度		評価委員評価欄	評価委員評価欄	評価委員評価欄	
		7,500	-				8,035
目標値 (人)	-						
実績値 (人)	7,307	-					
差異	-	-					
自己評価							
A 計画通り	-	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		(11)逆紹介患者数と同					
今後に向けての課題や方向性		(11)逆紹介患者数と同					

戦略目標：【業務プロセスの視点】人材確保

成功要因：医療従事者の確保

評価指標：(13)採用人員達成度

算定式： 年度末医療従事者数

主担当：職員係

登載 31P

総合評価	A
------	---

	R5年度（参考値）	R6年度				
目標値	—	100%	—	評価委員評価欄	評価委員評価欄	評価委員評価欄
実績値	91.6%	—	100%			
不足人数	107	—	85			
補充人数	98	—	85			
差異	—	—	0			
自己評価	—	A		A	A	A
A 計画通り						
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"> ●令和6年4月の採用者については、令和5年5月に採用試験を実施し、看護師・助産師・薬剤師・栄養士・公認心理師の欠員補充充分を採用した。 ●大学、養成学校等への求人活動や採用試験時には求人票を送付するなど当院の魅力を発信し、応募者の確保に努める取り組みを実施した。 				
今後に向けての課題や方向性		<ul style="list-style-type: none"> ●病床数、病院機能及び業務量に見合った職員数にする必要があることから、これまでの退職＝採用という考えではなく、業務改善を推進するとともに各部署における業務実態を把握したなかで退職者数を見極めながら人員の確保に努める。 		<ul style="list-style-type: none"> ●業務実態の把握はどのように行っているのか <p>A.業務実態の把握については、各部門毎に行っており、患者数、検査件数、手術件数及び労働時間などをもとに部門別ヒアリングを実施し総合的に判断しております。</p>		

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：TQMの成功

評価指標：(14)業務改善策数

算定式：前年度比増加したWG数

主担当：看護部

登載 31P

総合評価	A
------	---

	R5年度（参考値）	R6年度		評価委員評価欄	評価委員評価欄	評価委員評価欄
目標値	-	10	-			
実績値	0	-	9			
差異	-	-	▲1			
自己評価						
A 計画通り	-	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		<p>●看護部の部署のみで6部署。実績値は目標値に届かないが、外部講師（ケアコム株式会社）指導の下、手上げでQC活動に参加した部署が問題解決方法を学びながら顧客（患者・職員双方）の満足度を上げる業務改善を進めている。患者や職員が満足するような業務改善にスポットを当てている。</p> <p>●問題（課題）の真の要因や客観的データを活用した解決策は12月に成果発表を予定している。</p> <p>7西：点検業務の時間短縮</p> <p>6東：患者のリスク評価を漏れないケア提供の為に</p> <p>4東：患者呼び出しに円滑に対応できていない</p> <p>教育：ラダー申請率向上を目指して</p> <p>6西：時間外削減、前残業現象の取組み</p> <p>4南：転倒転落予防、内服インシデント減少</p>				
今後に向けての課題や方向性		<p>●今進めているのは、QC（業務改善活動）。今後はTQM（トータルクオリティマネージメント）となるように横断的に部署を巻き込み、組織としての目標設定（KPI）をし、組織で取り組むように体制を整える必要がある。他職種の参加を目指したい</p>		<p>●手上げでQC活動に参加した部署への評価や、秀でた業務改善活動には表彰などがあっていいかと思えます。</p> <p>A.類似して、医療安全に資する「グッドジョブ」や整理整頓等に資する「5S活動」について、表彰を行っています。</p>		

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

主担当：看護部

評価指標：(15)クリニカルパス適用率

算定式：パス適用患者 / 入院患者数

登録 31P

総合評価	B
------	---

	R5年度（参考値）	R6年度				
目標値（%）	—	38.0%	—	評価委員評価欄	評価委員評価欄	評価委員評価欄
実績値（%）	39.56%	—	45.76%			
パス適用患者数	3,552	—	4,499			
入院患者数	8,979	—	9,831			
差異	—	—	7.8%			
自己評価	—	B		B	B	B
A 計画通り						
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"> ●今年度は、パス大会は2月を予定。昨年に続き2年連続の開催となる。 ●アウトカムにはBOM（クリニカルパス学会認定の全国で使用されている標準的患者目標）を導入し、看護記録にHcbooks（目標達成志向型標準看護計画セット）を導入したのをきっかけに、看護計画とパスの医療タスクの乖離がないよう同期するよう作成している。しかし、旧パスのままの診療科もあるため、修正の呼びかけを継続する。 ●ひとつのDPC病名に対して、複数のパスが（入院日の違い・左右の違い・禁忌薬剤等）存在して、パス数、種類の整理が必要。 				
今後に向けての課題や方向性		<ul style="list-style-type: none"> ●旧パスのまま（BOMになっていない、看護指示がない）の診療科もあるため、修正の呼びかけを継続する。 ●ひとつのDPC病名に対して、複数のパスが（入院日の違い・左右の違い・禁忌薬剤等）存在してパス数、種類の整理が必要。 ●患者パスと医療者パスが同期していない。パス形式ではなく、説明文で患者説明を行っているなどが考えられる。患者パスを作成してもらうようにすすめる。パスの適応率は50%超えを目指す 		<ul style="list-style-type: none"> ●修正の呼びかけに応えてくれない診療科がある場合はどうするか。 <p>A.看護部だけでなく、多職種からの協力も得ながら修正・更新に向けて継続的に声掛けを行っていきます。 全国のクリニカルパス適応率は46%と言われており、当院も全国並みとなったところです。</p>		

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

主担当：診療情報係

評価指標：(16)HPで公表するQI数

算定式：診療情報係測定値

掲載 31P

総合評価	A
------	---

	R5年度（参考値）	R6年度				
目標値（指標）	-	27	-	評価委員評価欄	評価委員評価欄	評価委員評価欄
実績値（指標）	27	-	29			
差異	-	-	2			
自己評価		A		A	A	A
A 計画通り	-					
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 ●当院における医療の質向上の取組状況を明らかにするため、医療の質指標9項目についても公表している。 ●全国自治体病院協議会が実施するDPCデータ分析事業に協力するとともに、「医療の質の評価・公表等推進事業」(https://www.jmha.or.jp/jmha/contents/info/137)に参加し、医療の質の継続的な向上及び情報公開の適正な推進に努めている。 				
今後に向けての課題や方向性		<ul style="list-style-type: none"> ●毎年度、臨床指標の項目及び内容を見直し、状況に応じた適切な情報提供が行える体制の整備に努める。 ●医療情報の精度を維持・向上させるため、継続的な管理・改善に努める。 		<ul style="list-style-type: none"> ●情報公開の適正な推進とはどのようなことか 	A.透明性とプライバシーの保護の両立をし、必要な情報を公開することを指しています。	

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 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

成功要因：人事評価制度の活用

主担当：職員係

評価指標：(17)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

登載 32P

総合評価	B
------	---

	R5年度（参考値）	R6年度				
目標値（%）	—	35.5%	—	評価委員評価欄	評価委員評価欄	評価委員評価欄
実績値（%）	46.8%	—	38.4%			
Sランク	100	—	85			
Aランク	203	—	166			
評価者総数	647	—	653			
差異	—	—	2.9%			
自己評価	—	B		B	B	B
A 計画通り						
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"> ●人事評価の結果において、処遇反映を行っていないが、将来を見据えて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 				
今後に向けての課題や方向性		<ul style="list-style-type: none"> ●人事評価制度における評価者の評価判断が一定になるよう評価者向けの研修会の開催を検討する。 				

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 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

成功要因：就労環境の改善と職員の定着

主担当：職員係

評価指標：(18)有休取得日数

算定式： 年休取得日数 / 年休付与者数

登載 32P

総合評価	A
------	---

	R5年度（参考値）	R6年度				
目標値（日）	-	11	-			
実績値（日）	12.4	-	12.5	評価委員評価欄	評価委員評価欄	評価委員評価欄
年休付与者数	827	-	833			
年休取得日数	10,238	-	10,413			
差異	-	-	1.5			
自己評価						
A 計画通り	—	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"> ●各部署において取り組みは様々であるが、パースデー休暇や記念日休暇など予め休暇取得日を定める取り組みが広がり休暇取得を推進していることに加え、職員の業務情報の共有により休みやすい職場環境の整備を図っている。 				
今後に向けての課題や方向性		<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」が義務付けられたことから、ワークライフバランスの推進のためにも全職員が5日以上の取得を確実に行えるよう各部門への周知を強化する取り組みを行う。また、同じ部署でも取得日数に偏りが生じないようタスクシェアの推進を行う。 				

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 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

成功要因：就労環境の改善と職員の定着

主担当：職員係

評価指標：(19)定着率（医師を除く）

登載 32P

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	A
------	---

	R5年度（参考値）	R6年度					
目標値（%）	—	94.0%	—				
実績値（%）	95.5%	—	94.3%				
年間退職者率	4.51%	6.0%	5.7%				
年間退職者数	41	—	52				
平均職員数	908.5	—	905				
（4/1在職職員数）	912	—	922				
（3/31在職職員数）	905	—	888				
差異	—	—	0.3%				
自己評価							
A 計画通り	—	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"> ●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づくりを図っている。 ●研修会、学習会等については、勤務時間内に実施することで職員の負担軽減に努めている。 					
今後に向けての課題や方向性		<ul style="list-style-type: none"> ●今年度の退職事由は、他医療機関転出が70%と例年に比べ高く、若手職員の都会志向により、修学資金貸与者が指定勤務期間に達し、免除となるタイミングでの退職者が増加傾向であるため、働きやすい職場環境の整備や定着率向上に向けた取り組みを検討する。 					

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 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
 成功要因：専門スキルの習得
 評価指標：(20)専門資格取得者数
 算定式：教育研修センター測定値

主担当：教育研修センター

掲載 32P

総合評価	A
------	---

	R5年度（参考値）	R6年度				
目標値（人）	-	2	-	評価委員評価欄	評価委員評価欄	評価委員評価欄
実績値（人）	5	-	8			
差異	-	-	6			
自己評価						
A 計画通り	-	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"> ●予算及び研修計画等により道内・道外の学会、研修会の参加やWebでの受講に取り組んだ。概ね計画どおりに参加できた。 				
今後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。 ●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。 		<ul style="list-style-type: none"> ●目標値が低いのではないか <p>A. 1つの資格を複数人が保持している状態にあり、資格取得にも費用が発生することから、近年の経営状況を鑑みて資格取得者を調整していることより現状の目標値になっています</p> <ul style="list-style-type: none"> ●参加者は希望者が指名か <p>A. 必要に応じて各部門で希望者を募り、希望者がいない場合には所属長より、経験や年次をもとに指名しています。</p>		

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 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

成功要因：育児休業・短時間労働介護休暇の奨励

主担当：職員係

評価指標：(21)男性職員の育児休業取得率

算定式： 職員係測定値

登載 32P

総合評価	B
------	---

	R5年度（参考値）	R6年度				
目標値	-	68.0	-			
実績値	72.7	-	40.9			
差異	-	-	▲ 27.1			
自己評価		B		B	B	B
A 計画通り	-					
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		<p>●令和4年に改正地方公務員育児休業法が公布されたことに伴い、育児休業の取得回数の制限が緩和されたことや男性の育児休業が取得しやすくなるなど、両立支援制度が拡充されてきた背景があるものの、医師については、育児休業取得率が約10%と低迷しており、医師以外の職種については取得率が上昇している。</p>				
今後に向けての課題や方向性		<p>●男性の育児と仕事の両立を推進する制度が拡充されたことにより、今後においては育児休業取得率が増加することが予測されるが、部門によっては代替職員の配置等も検討が必要となり、限られた職員数のなかで効率的な病院運営が求められる。</p>				

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 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

成功要因：育児休業・短時間労働介護休暇の奨励

主担当：職員係

評価指標：(22)組織活性化度（意欲度、満足度）

登載 32P

算定式：各設問ごとに%算出、意欲度+満足度/2

総合評価	B
------	---

	R5年度（参考値）	R6年度				
目標値	—	66.5	—			
実績値	64.4	—	65.0			
職員満足度調査設問【意欲度】	65.8	—	68.5			
仕事への意欲	74.1	—	75.8			
部署の一員としての意欲	64.9	—	67.9			
組織の一員としての意欲	58.4	—	61.8			
職員満足度調査設問【満足度】	63.1	—	61.5			
仕事への満足	61.9	—	62.0			
部署の一員としての満足	65.7	—	65.7			
組織の一員としての満足	61.6	—	56.9			
差異	—	—	-1.5			
自己評価						
A 計画通り	—	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		<p>●全職員のモチベーション・ロイヤリティ向上について、職員満足度調査の結果から、意欲度及び満足度ともに前年度と比較して増加している。コロナ禍から脱却し、職員間のコミュニケーションが活発化されたことや院内での情報発信の強化などが要因と考えられる。</p>				
今後に向けての課題や方向性		<p>●毎年実施している満足度調査において、自由記載の意見の多くは、経営状況に対する不安の意見である。また、意見が反映されているのかとの不満の声もあることから、職員に対して経営状況を正しく伝えることや意見に対してフィードバックする仕組みを検討し、目標達成に向けた取り組みを実施する。</p>				

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：好事例の共有

評価指標：（23）好事例の情報共有・発信

算定式： 発表事例数

主担当：医療DX係

掲載 32P

総合評価	A
------	---

	R5年度（参考値）	R6年度				
目標値	-	3	-	評価委員評価欄	評価委員評価欄	評価委員評価欄
実績値	6	-	6			
差異	-	-	3			
自己評価		A		A	A	A
A 計画通り	-					
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"> ●認知症疾患医療センターより、一般病棟で行っている認知症ケアやせん妄予防ケアの取り組みを紹介している「GoodPractice」を年5回電子掲示板にて職員へ情報共有・発信。 ●医療安全推進室より、グッジョブ・5S活動として院内活動の取り組みを表彰する様子を電子掲示板にて年1回情報共有・発信。 				
今後に向けての課題や方向性		<ul style="list-style-type: none"> ●上記で記した部署以外にも、各部門より○○通信や活動内容発信の院内周知に関する掲載依頼は増加してきている。これに伴い、掲載の仕方や短い時間で目に留まる記事の載せ方を工夫し、院内の好事例の発信・情報共有の件数を増加させる。 				