



# 令和7年度第1回高松市立病院を良くする会

## 目 次

- 1P 設置要綱
- 2P 委員名簿
- 3P 経営健全化計画の取組状況に係る評価
- 5P 自己評価表・具体的取組状況（令和6年度実績）【みんなの病院 編】
- 20P 自己評価表・具体的取組状況（令和6年度実績）【塩江分院 編】

# 高松市立病院を良くする会設置要綱

(設置)

第1条 医療の質、透明性及び効率性の向上並びに病院事業の経営健全化を図ることにより、市民を支え、市民のための病院の実現に資することを目的として、高松市立病院を良くする会（以下「良くする会」という。）を設置する。

(職務)

第2条 良くする会は、病院事業の次に掲げる事項について、必要な提言を行う。

- (1) 高松市病院事業経営健全化計画の策定、見直し及び進捗状況の評価に関すること。
- (2) 高松市立病院の経営の改善に関すること。
- (3) 市民のための病院の実現に必要な事項に関すること。

(組織)

第3条 良くする会は、委員10人以内で組織する。

2 委員は、次に掲げる者のうちから、病院事業管理者が委嘱する。

- (1) 学識経験者
- (2) 医療関係者
- (3) その他病院事業管理者が必要と認める者

3 委員の任期は、原則として2年とする。ただし、委員が欠けた場合における補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

4 委員は、再任することができる。

(会長及び副会長)

第4条 良くする会に会長及び副会長をそれぞれ1人置き、会長は委員の互選により定め、副会長は委員のうちから会長が指名する。

2 会長は、会務を総理し、良くする会を代表する。

3 副会長は、会長を補佐し、会長に事故があるとき、又は会長が欠けたときは、その職務を代理する。

(会議)

第5条 良くする会の会議は、会長が招集し、会長は会議の議長となる。

2 良くする会は、委員の過半数が出席しなければ、会議を開くことができない。

3 会長は、必要があると認めるときは、委員以外の者に会議への出席を求め、意見又は説明を聴くことができる。

(庶務)

第6条 良くする会の庶務は、病院局みんなの病院事務局経営企画課において処理する。

(委任)

第7条 この要綱に定めるもののほか、良くする会の運営に関し必要な事項は、良くする会に諮って定める。

附 則

この要綱は、平成23年6月1日から施行する。

附 則

高松市立病院を良くする会設置要綱の一部を改正する要綱は、平成24年4月1日から施行する。

附 則

高松市立病院を良くする会設置要綱の一部を改正する要綱は、平成30年9月1日から施行する。

# 高松市立病院を良くする会委員名簿

| 職 名 | 氏 名     | 役職等                          |
|-----|---------|------------------------------|
| 委 員 | 赤 池 雅 史 | 徳島大学大学院医歯薬学研究部 研究部長          |
| 委 員 | 伊 藤 輝 一 | 一般社団法人高松市医師会 会長              |
| 委 員 | 岡 下 照 子 | 高松市婦人団体連絡協議会 理事              |
| 委 員 | 奥 山 和 子 | 公募委員 （仏生山女性の会、仏生山地区保健委員会他所属） |
| 委 員 | 門 脇 則 光 | 国立大学法人香川大学医学部附属病院 病院長        |
| 委 員 | 谷 田 一 久 | 東京都立大学客員教授                   |
| 委 員 | 富 山 清 江 | 公益社団法人香川県看護協会 会長             |
| 委 員 | 藤 田 純 子 | 公募委員 （がん患者会ネットワークかがわ 会長）     |
| 委 員 | 和 田 頼 知 | 和田公認会計士事務所 公認会計士             |

[敬称略 五十音順(会長・副会長を除く)]

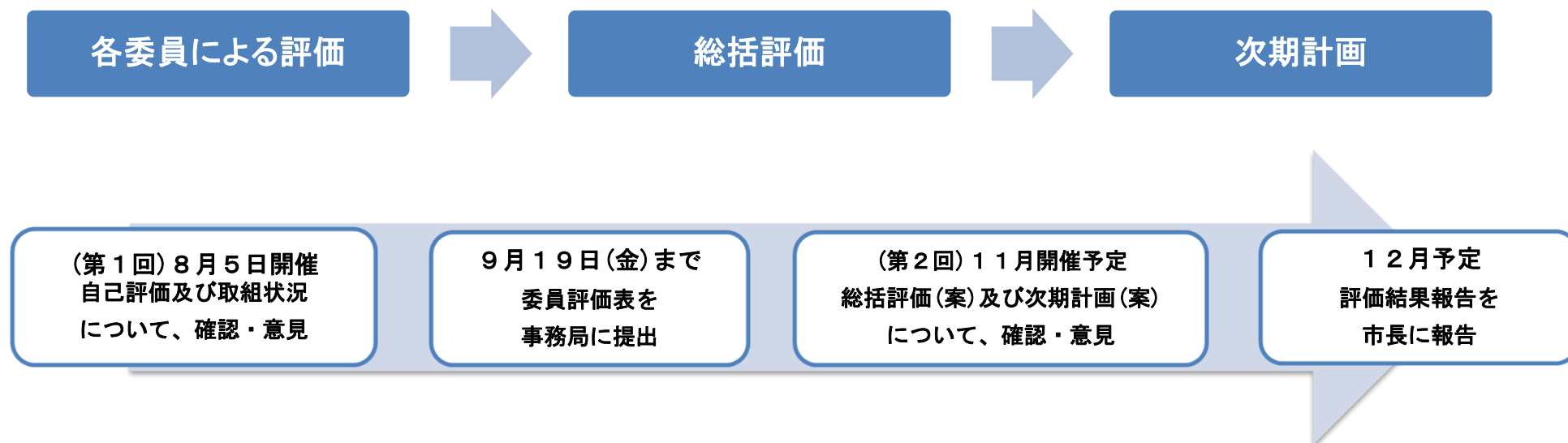
# 経営健全化計画の取組状況に係る評価

## 1 外部評価の実施について

「高松市病院事業経営健全化計画」（令和6年度～令和9年度）を策定し、高松市立病院の果たすべき役割や実施施策に則り、機動的かつ自立的な病院経営に取り組んでいることを踏まえ、その進捗状況や取組内容について、高松市立病院を良くする会に、総合的な点検・評価の実施を依頼します。

## 2 評価方法及びスケジュール

評価はみんなの病院・塩江分院それぞれに行います。



### 3 評価基準

| 評価 | 区分                     | 評価の考え方                                                          |
|----|------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| ◎  | 計画どおり順調である<br>【優良】     | 目標を達成した、又は目標達成と同程度の具体的成果が得られた。                                  |
| ○  | おおむね順調である<br>【良好】      | 目標達成のための取組みを進め、一定の成果が得られた、又は計画期間内に、目標達成と同程度の具体的成果が得られることが見込まれる。 |
| △  | やや遅れている<br>【要努力】       | 目標達成のための取組みが不十分、又は取組みを進めたものの、具体的成果が得られなかった。                     |
| ×  | かなり遅れている<br>【要改善・要見直し】 | 消極的、又は目標達成のための取組みができていない。                                       |
| -  | 評価対象外                  | 新型コロナウイルスの影響により、評価対象の取組みができなかった。                                |

### 4 委員評価表

「小分類評価」及び「委員意見等」の欄を御記入の上、9月19日（金）までに御提出ください。

| 具体的施策                   | 取組項目における<br>具体的な実施内容 | 取組内容                                    | R4.3<br>自己<br>評価 | 小分類<br>評価 | 委員意見等                                |
|-------------------------|----------------------|-----------------------------------------|------------------|-----------|--------------------------------------|
| 取組項目（大分類）               |                      |                                         |                  |           |                                      |
| 取組項目（小分類）               |                      |                                         |                  |           |                                      |
| 医療の質の確保                 |                      |                                         |                  |           |                                      |
| 医療技術                    |                      |                                         |                  |           |                                      |
| 1 高松市医療全体の最適化を目指した役割の強化 | (1) 救急医療の強化          | ア 救急患者の受入れ<br>○救急車搬送患者受入件数              | ◎                |           | 評価の補足となる、意見・提言等お気づきの点を、できるだけ御記入ください。 |
|                         |                      | ○救急車受入不可率                               | ○                |           |                                      |
|                         | (2) がん診療機能の強化        | ア 診療機能の強化<br>○がん診療連携研修会開催数              | ◎                |           |                                      |
|                         |                      | ○がん診療関連研修会開催数                           | ◎                |           |                                      |
|                         |                      | イ 地域を含めたがん患者及び家族への支援<br>○がん患者家族への相談支援件数 | ◎                |           |                                      |
|                         |                      | ○がん相談員基礎研修(1.2)修了者累計数                   | ○                |           |                                      |
|                         |                      | ○がん相談員基礎研修(3)修了者累計数                     | ○                |           | 小分類ごとに、◎、○、△、×の評価をご記入ください。           |
|                         | (3) 地域包括ケアへの対応       | ○病床利用率                                  | ◎                |           |                                      |

---

# 自己評価表・具体的取組状況

(令和6年度実績)

【みんなの病院 編】

---

## 高松市立みんなの病院基本方針

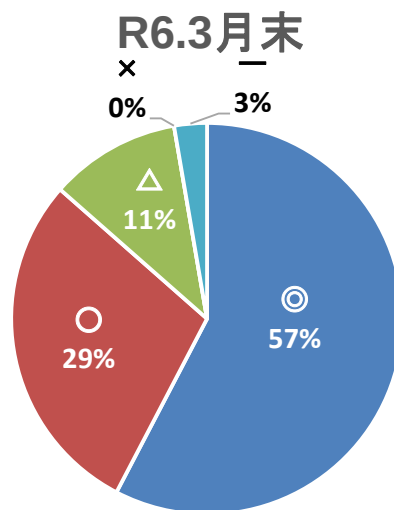
- 1 『リーディングホスピタル』として、高松市医療全体の最適化を目指します。
- 2 『安全で良質な医療』を、ファインチームワークで提供します。
- 3 『まごころのある医療人』を、全力で育成します。
- 4 『地域とのつながり』を大切にし、みんなの暮らしを支えます。

## 高松市病院事業経営健全化計画の取組項目に対する評価について【みんなの病院】

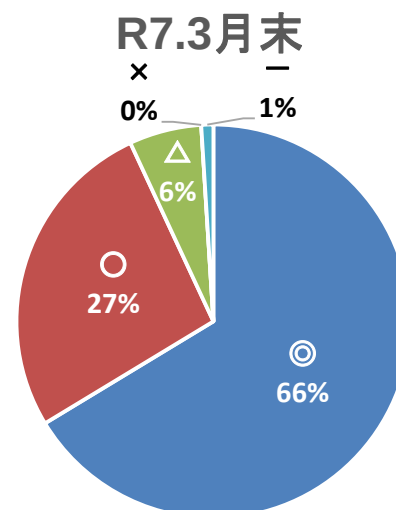
### 1 評価基準

| 評価基準 |             | 評価の考え方                                                          |
|------|-------------|-----------------------------------------------------------------|
| 評価   | 区分          |                                                                 |
| ◎    | 計画どおり順調である。 | 目標を達成した、又は目標達成と同程度の具体的成果が得られた。                                  |
| ○    | 概ね順調である。    | 目標達成のための取組みを進め、一定の成果が得られた、又は計画期間内に、目標達成と同程度の具体的成果が得られることが見込まれる。 |
| △    | やや遅れている。    | 目標達成のための取組みが不十分、又は取組みを進めたものの、具体的成果が得られなかった。                     |
| ×    | かなり遅れている。   | 消極的又は、目標達成のための取組みができていない。                                       |
| —    | 評価対象外       | 新型コロナウイルスの影響により、評価対象の取組みができなかった。                                |

### 2 自己評価結果



| 評価 | 項目数 |
|----|-----|
| ◎  | 64  |
| ○  | 32  |
| △  | 12  |
| ×  | 0   |
| —  | 3   |
| 計  | 111 |



| 評価 | 項目数 |
|----|-----|
| ◎  | 67  |
| ○  | 27  |
| △  | 6   |
| ×  | 0   |
| —  | 1   |
| 計  | 101 |

| 具体的施策                         | 取組項目            | 取組項目における<br>具体的な実施内容                                                 | 取組内容 【 R6年実績 】<br>(R5:実績 → R6:計画目標値) | 責任所属名 | 自己<br>評価                                                                                                                                                                                                                                                   | 目標達成に向けた A取組 B課題 |
|-------------------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
|                               |                 |                                                                      |                                      |       |                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |
| 1 役割・機能の最適化と連携の強化             |                 |                                                                      |                                      |       |                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |
| 1 地域医療構想等を踏まえた市立病院の果たすべき役割・機能 | ① 救急医療の強化       | ア 救急患者の受入れ<br>○救急車搬送患者受入件数【 3,250 件 】<br>(R5:3,775 件 → R6:3,000 件)   | 救急委員会                                | ◎     | A: 令和6年度の救急搬送件数は3,250件で目標値を上回った。近年では救急車受入数は3,000件/年を超えており、今後も同等の受入ができるよう救急受入体制を維持したい。                                                                                                                                                                      |                  |
|                               |                 | ○救急車受入不可率【 47.0 % 】<br>(R5:40.5 % → R6:30.0 %)                       | 救急委員会                                | ○     | A: 救急車搬送受入不明率については、目標を達成できていないが、救急要請・搬送患者数は年々増加している状況であり、増加する受入要請に対応できないことが原因といえる。<br>B: 当院は二次救急医療機関であるが、搬送依頼の中には軽症例も多い。重症度に応じた搬送先医療機関の選定など、医療行政や消防局との情報共有をしていきたい。                                                                                         |                  |
|                               | ② がん診療機能の強化     | ア 診療機能の強化<br>○がん診療連携センター<br>(R5:11 回 → R6:12 回)                      | がん診療支援センター                           | ○     | A: 定期的にがん診療連携センターを開催し、患者情報の共有や治療方針の検討など診療科を超えての意見交換を行っている。<br>B: 検討症例の充実に努めていきたい。                                                                                                                                                                          |                  |
|                               |                 | ○がん診療連携研修会開催数【 19 回 】<br>(R5:17 回 → R6:12 回)                         | がん診療支援センター                           | ◎     | A: がん診療連携センターの研修に加えて、「がん患者の苦痛とサポーターケア研修」として悪心嘔吐や末梢神経障害、アピラランスケアなど患者の苦痛に対するシリーズ研修を開始し、スタッフの知識の向上に努めている。<br>B: 継続的にがん診療や患者支援に関する研修会を開催し、知識の向上を目指していく。                                                                                                        |                  |
|                               |                 | イ 地域を含めたがん患者及び家族への支援<br>○がん患者家族への相談支援件数【 56 件 】<br>(R5:26件 → R6:50件) | がん診療支援センター                           | ◎     | A: アピラランスケア相談など積極的に行い相談件数は増加している。<br>B: 診断告知や治療開始後早期からの相談対応など支援の必要性も感じている。患者家族の相談に対応するとともに、がん相談を含む患者支援の充実や広報を進めていく。                                                                                                                                        |                  |
|                               |                 | ○がん相談員基礎研修(1.2)修了者累計数【 3 人 】<br>(R5: 3人 → R6: 4人)                    | がん診療支援センター                           | △     | A: 国立がん研究センターがん相談員基礎研修(1)(2)を修了は3名のままである。<br>B: 研修受講の推奨とがんに対する知識の習得、相談員の質の向上を図る。                                                                                                                                                                           |                  |
|                               |                 | ○がん相談員基礎研修(3)終了者累計数【 3 人 】<br>(R5: 2 人 → R6: 3 人)                    | がん診療支援センター                           | ◎     | A: 国立がん研究センターのがん相談員基礎研修(3)修了者が1名増加して3名となった。<br>B: 今後も上記(1)(2)からの研修受講を目指し、相談支援の充実を目指す。                                                                                                                                                                      |                  |
| 2 地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割・機能 | ① 地域包括ケアへの対応    | ○病床稼働率【 72.2 % 】<br>(R5: 64.6 % → R6: 85.0 %)                        | 医事課                                  | ○     | A: 地域包括ケア病床選定会議を定期的に開催し、患者の病態を始め、診療報酬点数や在宅復帰の可能性を踏まえ、適切に一般病棟からの転棟を促進することにより一定の稼働率を確保することで、地域包括ケアの後方支援に取り組んだ。<br>B: 定期の選定に加え、日々の臨時選定を行うことで安定した稼働を目指す。                                                                                                       |                  |
|                               |                 | ○平均在院日数【 13.2 日 】<br>(R5: 12.8 日 → R6: 13.0 日)                       | 医事課                                  | ○     | A: 病院全体として、診療体制の効率化、患者への情報提供、退院後のケア体制の構築など、多方面からアプローチした。<br>B: 病院全体として、診療体制の効率化、患者への情報提供、退院後のケア体制の構築など、多方面からアプローチしていく。                                                                                                                                     |                  |
| 3 機能分化・連携強化                   | ① 重点エリアの連携体制の強化 | ○地域医療機関等訪問件数【 233 件 】<br>(R5: 126 件 → R6: 200 件)                     | 地域医療・患者支援センター                        | ◎     | A: みんなの病院では令和2年より発行している、「診療のご案内」を令和6年7月に発行した。県内約800箇所の病院、クリニックへ配布し、そのことを院内全体に周知した。また近郊には、直接当機関誌を持参し、案内した。また専門外来パンフレット等も引き続き作成し、診療科のPRに努めた。それ以外にも、ケアマネージャーへの訪問を行い、レスパイト入院の紹介をした。レスパイト入院は令和5年15名から6年度は23名に増加した。<br>B: 訪問エリアを確実に増やし、当院への要望等を聞き、診療の拡充に繋げていきたい。 |                  |

みんなの病院自己評価

| 具体的施策                     |                    | 取組項目における<br>具体的な実施内容                                                                                                                             | 取組内容 【R6年実績】<br>(R5:実績 → R6:計画目標値)           | 責任所属名         | 自己<br>評価                                                                                                                                                                                                                                        | 目標達成に向けた A取組 B課題                                                                                                                                                                |
|---------------------------|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 取組項目                      |                    |                                                                                                                                                  |                                              |               |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                 |
| 1 役割・機能の最適化と連携の強化         |                    |                                                                                                                                                  |                                              |               |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                 |
| 3 機能分化・連携強化               | ② 地域医療連携セミナー等の開催   | ○「地域医療連携セミナー」開催数【6回】<br>(R5: 5回 → R6: 6回)                                                                                                        | 地域医療・患者支援センター                                | ◎             | A: 令和6年度は、地域医療連携セミナーを6回開催することができた。開催に際しては、参加医療機関の外来終了時間を考慮し、また、感染対策を継続したWEB(ZOOM)開催とすることで、知識の共有に寄与できたと考える。最終総出席者383名、うち医師196名と多くの参加者を得た。<br><br>B: より多くの方に参加いただけるようタイムリーな講演テーマを企画することや当日の快適な運用に努める。リモートでの研修としたので、勤務終了後の地域医療機関の医師からも多数の参加を確認できた。 |                                                                                                                                                                                 |
|                           |                    | ○「地域医療連携カンファレンス」開催数【1回】<br>(R5: 1回 → R6: 1回)                                                                                                     | 地域医療・患者支援センター                                | ◎             | A: 地域医療連携カンファレンスは、7月11日、当院のみんなのホールにて、4月より着任している産婦人科加藤剛志医師、山下瑞穂医師、徳井貴子医師の講演を開催した。当日出席者94名、うち医師37名。研修を含め意見交換会も実施し、有益な講演となった。<br><br>B: より多く参加いただけるよう、タイムリーな講演テーマを依頼することや当日の快適な運用に努める。                                                             |                                                                                                                                                                                 |
| 4 医療機能や医療の質、連携の強化等に係る数値目標 | ① 病院機能評価の受審及び改善の実施 | A 地域救急貢献<br>○地域救急貢献【12.6%】<br>(R5: 14.4% → R6: 15.0%)                                                                                            | 救急委員会                                        | ○             | A: 地域医療の一環として地域(二次医療圏)で発生する救急搬送患者をできるだけ当院で受入できるよう努める。                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                 |
|                           |                    | I 手術<br>○手術件数【2,766件】<br>(R5: 2,472件 → R6: 2,500件)                                                                                               | 手術室                                          | ◎             | A: 手術枠の調整を行う事で手術運営の効率化につながり、手術件数を増加することができた。<br><br>B: 今後も手術枠の調整を行いながら効率的な手術運営を行っていく。                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                 |
|                           |                    | U リハビリ<br>○リハビリ件数【230件/月】<br>(R5: 212件/月 → R6: 230件/月)                                                                                           | リハビリテーション技術科                                 | ◎             | A: リハビリテーション依頼の推進により、前年度より10%増を達成できた。                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                 |
|                           | ② 品質の向上及び他病院との比較   | ・平成22年に厚生労働省が実施した「医療の質の評価・公表等推進事業」を引き継ぐ日本病院会の「QI(Quality indicator)プロジェクト」、また、全国自治体病院協議会の「医療の質の評価・公表等の推進事業」に参加し、データに基づいて自院の現状を把握し、医療品質の向上に寄与します。 | 医事課                                          | ○             | A: 令和6年度も引き続き参加し、各部署協力のもと、データ提出を行うとともに、当院データの関連部署への情報提供や電子カルテグループウェアを通じての院内における情報共有を行い、医療品質の向上に努めた。                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                 |
|                           |                    | ③ 地域連携クリニカルパスの積極的な活用                                                                                                                             | ○地域連携クリニカルパス活用件数【92件】<br>(R5: 83件 → R6: 60件) | 地域医療・患者支援センター | ◎                                                                                                                                                                                                                                               | A: パスの件数については、対象患者について使用し、標準化されたデータで転院に貢献した。<br><br>B: 入院時十分説明をし、増加するよう努力していきたい。                                                                                                |
|                           |                    |                                                                                                                                                  | ○シームレスケア研修会参加者数【17人】<br>(R5: 20人 → R6: 20人)  | 地域医療・患者支援センター | ○                                                                                                                                                                                                                                               | A: シームレス研究会(4回/年)開催を院内に周知し、関係部署から参加している。研究会の参加人数については徐々に参加可能人数を増やしていく方針であり、活発な意見交換となってきた。各施設状況を確認しつつ、地域での情報交換に努めている。<br><br>B: 参加対象者が関連部署に限られているため参加者数の増加は難しいが、今後も関係者の参加を募っていく。 |
|                           | ④ クリニカルパスの拡充       | ○クリニカルパス使用件数(電子カルテパスのみ)【2,612件】<br>(R5: 2,474件 → R6: 2,600件)                                                                                     | クリティカルパス委員会                                  | ◎             | A: 委員会を開催し、実績確認等を行い、新規パスの作成に取り組んだ。既存のパスにおいても患者用パス(入院診療計画書)を作成し、患者への治療参画に繋げた。<br><br>B: R7年度も定期的に委員会を開催し、実績データ確認する。そのデータを基に既存パスの見直しや新規パスの作成等を行ない、パスの使用数や適応率の増加に努める。                                                                              |                                                                                                                                                                                 |

みんなの病院自己評価

| 具体的施策                     |                | 取組項目における<br>具体的な実施内容                                                              | 取組内容 【R6年実績】<br>(R5:実績 → R6:計画目標値) | 責任所属名 | 自己<br>評価                                                                                                                                                                  | 目標達成に向けた A取組 B課題 |
|---------------------------|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 取組項目                      |                |                                                                                   |                                    |       |                                                                                                                                                                           |                  |
| 1 役割・機能の最適化と連携の強化         |                |                                                                                   |                                    |       |                                                                                                                                                                           |                  |
| 4 医療機能や医療の質、連携の強化等に係る数値目標 | ⑤ 高度医療機器の活用    | OPET-CT検査件数【314 件】<br>(R5: 307 件 → R6: 360 件)                                     | 放射線技術科                             | △     | A: 目標とする件数には及ばないが前年度より7件の微増であった。<br>B: 院内外の患者獲得に向けた取組を病院内で共有する。新しい技術のアミロイドPET検査の情報発信や私費検査増加に向けた方策の検討。                                                                     |                  |
|                           |                | ○新規がん放射線療法患者数 【74 人】<br>(R5: 91 人 → R6: 100 人)                                    | がん診療支援センター                         | △     | A: 徳島大学病院の協力により、医師の派遣を2回／週受け入れている。これにより、他院からの放射線治療患者の紹介も受けている。<br>B: 紹介患者への治療と医師派遣の回数増加の要望を継続する。                                                                          |                  |
|                           | ⑥ 患者満足度調査の実施   | ○入院患者満足度【4.5 点】<br>(R5: 4.3 点 → R6: 4.5 点)                                        | 患者サービス向上委員会、総務課                    | ◎     | A: アンケートについて外来、病棟それぞれ400枚達成の目標を設定し、LOGOフォームを活用しQRコードでの回答も可能とし、令和6年11月1日～令和7年3月7日まで患者満足度調査を行った。<br>病棟の回収枚数542枚、外来は309枚であった。総合的な評価では、R5年度と比べて外来で0.3ポイント減少し、病棟では0.2ポイント増加した。 |                  |
|                           |                | ○外来患者満足度【4.0 点】<br>(R5: 4.3 点 → R6: 4.4 点)                                        | 患者サービス向上委員会、総務課                    |       |                                                                                                                                                                           |                  |
|                           | ⑦ 待ち時間短縮及び接客改善 | A 待ち時間の短縮<br>○予約患者の待ち時間(30分以内)の割合【45 %】<br>(R5: 56 % → R6: 45 %)                  | 患者サービス向上委員会、総務課                    | ◎     | A: 予約患者について、待ち時間が30分未満であった予約患者の割合は46%となっており、令和5年度の56%と比べて減少した。また、待ち時間が90分以上であった予約患者の割合は4%であり、令和5年度の6%と比べて減少した。                                                            |                  |
|                           |                | I 接客改善の取組及びクレーム対応能力の向上<br>○院内での接客研修会の開催数【1 回／年】<br>(R5: 4 回／年 → R6: 4 回／年)        | 患者サービス向上委員会、総務課                    | ◎     | A: 外部講師を招いての接客研修会を年4回開催(4月6日、8月17日、11月2日、1月18日)し、職員の接客改善に努めた。<br>B: 講義形式を採用している現在の接客研修は、開始から5年を経過し、院内でも研修内容が形骸化しているとの意見がある。今後、研修内容や別の手法による接客改善の取組について検討を進めたい。             |                  |
|                           | ⑧ 外来でのサービス拡充   | ○セカンドオピニオン受入件数【1 件】<br>(R5: 0 件 → R6: 3 件)                                        | がん診療支援センター                         | ○     | A: 前年度の0件から増加して2件の依頼があり、1件受け入れた。1件は依頼者の希望(保険診療と自由診療の関係)が折り合わず相談のみとなった。<br>B: 医師の異動による担当医師変更や追加も行っており、継続して依頼に対応していく。                                                       |                  |
|                           | ⑨ 病棟でのサービス拡充   | A 病棟薬剤業務・服薬指導業務の充実<br>○服薬指導率【84.9 %】<br>(R5: 87.6% → R6: 85.0 %)                  | 薬剤局                                | ◎     | A: 救急病棟では、夜間入院・午前退院の患者が多数いるため、救急病棟の患者への服薬指導件数が増加しないため、これ以上の伸びしろは期待できない。                                                                                                   |                  |
|                           |                | I 摂食不良患者への支援<br>○病棟訪問件数【1,325 件】<br>(R5: 1,364 件 → R6: 1,300 件)                   | 栄養科                                | ◎     | A: 訪問件数は1,325件で目標は達成した。                                                                                                                                                   |                  |
|                           |                | ウ 地域包括ケア病棟におけるリハビリの実施及び支援<br>○平均2単位実施【100 %】<br>(R5: 100 % → R6: 100 %)           | リハビリテーション技術科                       | ◎     | A: 施設基準の遵守のため、リハビリ実施状況を見て平均2単位を維持できるように取り組んだ。<br>B: 今後も実施状況を見ながら平均2単位実施を目標に取り組んでいく。                                                                                       |                  |
|                           |                | E 身体抑制の削減と転倒・転落防止対策への取組<br>○医師、メディカルスタッフとの院内ラウンド回数【47 回】<br>(R5: 21 回 → R6: 20 回) | 医療安全管理センター                         | ◎     | A: 身体抑制の削減と転倒・転落防止対策の取り組みであるラウンドは年間47回実施できた。ラウンドは医師をはじめ他職種でラウンドを行った。ラウンド結果についてはカルテに記載することで部署と情報共有する事ができた。                                                                 |                  |

みんなの病院自己評価

| 具体的施策<br>取組項目             | 取組項目における<br>具体的な実施内容        | 取組内容 【R6年実績】<br>(R5:実績 → R6:計画目標値)                                                                                    | 責任所属名         | 自己<br>評価 | 目標達成に向けた A取組 B課題                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                           |                             |                                                                                                                       |               |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 1 役割・機能の最適化と連携の強化         |                             |                                                                                                                       |               |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 4 医療機能や医療の質、連携の強化等に係る数値目標 | ⑩ 退院支援の充実                   | ○退院調整を要する患者等への実施率【100 %】<br>(R5: 100 % → R6: 100 %)                                                                   | 地域医療・患者支援センター | ◎        | A: 退院計画スクリーニングを基準に、退院支援の必要な患者に対し、入院前から定期的にカンファレンスを実施し、円滑な退院支援に努めている。(入退院支援加算1(700点): 1,775件→1,819件で44件の増加、介護支援連携指導料(400点): 157件→174件と17件増加、多機関共同指導加算(2,000点): 12件→12件で同数) 対面での相談が増えつつある。関連職種へ連絡し、退院前カンファレンスを実施して、多機関共同指導加算に繋げることができた。<br><br>B: 多職種、他施設との連携強化に努め、加算状況や病床利用状況を評価し、円滑な入退院支援の介入を確実に実施する。 |
|                           |                             | ○在宅復帰率【90.8 %】<br>(R5: 92.6 % → R6: 90 %)                                                                             | 地域医療・患者支援センター | ◎        | A: 在宅復帰支援を行うため、地域ケア病棟への入退院、直接入院患者やレスパイト入院を周知し、主に在宅、居住系施設へ退院できる患者の管理を継続して行った。                                                                                                                                                                                                                          |
|                           | ⑪ 初診連絡の徹底、紹介、逆紹介に関する連携体制の強化 | ○返書率【91.0 %】<br>(R5: 89.5 % → R6: 95.0 %)                                                                             | 地域医療・患者支援センター | ○        | A: 返書・診療情報提供書の作成・必要性等を院内で周知し、毎日確認して医師へ連絡し、3日以内の返書率を算定している。率については、昨年度とほぼ同数であった。<br><br>B: 返書率100%を目指し外来、入院別に返書状況を書面で示し意識向上に努める。                                                                                                                                                                        |
|                           |                             | ○紹介率【80.5 %】<br>(R5: 78.9 % → R6: 75.0 %)                                                                             | 地域医療・患者支援センター | ◎        | A: 地域医療機関への訪問活動、地域医療連携だより、「診療のご案内」の配布などを計画的に実施して、率の向上に努めた。紹介・逆紹介では、紹介率が1.6%上昇した。またホットライン(脳卒中・消化器・呼吸器科)は地域医療機関の医師が専門医師と直接、医療相談できる体制で利便性を図り、紹介患者の増加に努めている。FAX予約は平日18時までの時間延長・土曜日なども行い、順調な伸びである。逆紹介患者については、対象者、算定状況等の確認を行い、逆紹介率の向上を目指している。最終の結果として、逆紹介率は令和5年度の88.3%より1.6%低下した。                           |
|                           |                             | ○逆紹介率【86.6 %】<br>(R5: 88.3 % → R6: 80.0 %)                                                                            | 地域医療・患者支援センター | ◎        | B: 毎月、各科の紹介、逆紹介率を周知し、地域医療支援病院としての条件の紹介率50%以上、逆紹介率70%以上を目指す。                                                                                                                                                                                                                                           |
|                           |                             | ○紹介患者の入院率【22 %】<br>(R5: 21.6 % → R6: 25.0 %)                                                                          | 地域医療・患者支援センター | ○        | A: 目標とした紹介患者での入院率は、25%で有るところ、22%であった。紹介より入院に繋がるケースも徐々に増加すると考える。<br><br>B: 紹介患者での入院率について、推移を確認していく。                                                                                                                                                                                                    |
|                           | ⑫ チーム医療体制の充実                | A 医療安全対策チーム<br>○ラウンド件数【44 件】<br>(R5: 47 件 → R6: 46 件)                                                                 | 医療安全対策チーム     | ○        | A: 医療安全対策チームメンバーは多職種で構成されており、ラウンドを行うことで医療安全の啓蒙活動につながっている。ラウンドの結果は、内容により医療安全対策チーム会や医療安全管理委員会でフィードバックしている。<br><br>B: 昨年度は医療安全対策チームで患者誤認予防について取り組んだが、インシデント報告の減少に大きく寄与できなかった。今後は定期的に医療安全対策メンバーでラウンドを行い、患者確認行動の遵守を目指す。                                                                                    |
|                           |                             | I 院内感染対策チーム<br>・院内感染対策センターとともに医療関連感染の低減を目指します。また、現在、感染対策向上加算1と指導強化加算を、今後も継続して算定できるよう、院内感染対策センターと連携して施設基準を満たすことを目指します。 | 院内感染対策センター    | ◎        | A: 感染対策向上加算1施設の小豆島中央病院と相互評価を実施した。<br>指導強化加算のため、連携施設へ指導に5施設赴いた。<br><br>B: 指導強化加算の訪問は今までは同時期に集中して実施していたが、施設基準には「過去1年間」と記載があるため、分散して訪問する必要がある。令和7年度は、3か月に1回などにするなど調整予定である。                                                                                                                               |

みんなの病院自己評価

| 具体的施策                     | 取組項目         | 取組項目における<br>具体的な実施内容                                                                                                                       | 取組内容 【R6年実績】<br>(R5:実績 → R6:計画目標値) | 責任所属名 | 自己<br>評価                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 目標達成に向けた A取組 B課題 |
|---------------------------|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
|                           | 取組項目         |                                                                                                                                            |                                    |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |
| 1 役割・機能の最適化と連携の強化         |              |                                                                                                                                            |                                    |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |
| 4 医療機能や医療の質、連携の強化等に係る数値目標 | ⑫ チーム医療体制の充実 | ウ 栄養サポートチーム<br>・患者の栄養状態の評価を始め、摂食状況の調査、適切な栄養療法の実施などを通し、他の医療チームと連携しながら患者の全身状態の改善及び合併症の予防に努めます。                                               | 栄養サポートチーム                          | ◎     | A: 月1回会議、週1回のラウンド・スクリーニング<br>①チーム会議でのスクリーニングとカンファレンスの実施<br>②紹介患者の症例検討<br>③学習会の開催<br>④口腔ケアチーム、摂食嚥下チームとの連携<br><br>B: 褥瘡対策チームとの連携強化<br>褥瘡患者全件に原則として1度はカンファレンスを行うこととし、必要に応じて介入している。                                                                                                                                                                                                                               |                  |
|                           |              | エ 呼吸療法サポートチーム<br>○RSTラウンド回数【46回】<br>(R5: 45回 → R6: 45回)                                                                                    | 呼吸サポートチーム                          | ◎     | A: 週1回、対象患者へのラウンドを施行し、呼吸器の安全管理、使用環境の整備、廃用予防など、呼吸器からの早期離脱を図る。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |
|                           |              | オ 褥瘡対策チーム<br>○皮膚排泄ケア認定資格取得者累計人数【1人】<br>(R5: 1人 → R6: 1人)                                                                                   | 褥瘡対策チーム                            | ◎     | A: R6年度皮膚排泄ケア認定取得者1名のため目標は達成。今後の取得者の予定は未定。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                  |
|                           |              | オ 褥瘡対策チーム<br>○褥瘡発生率【1】1.76%以下【2】0.26%】<br>日本病院会QI事業(※)平均値以下を目指す<br>1)新規褥瘡発生率(R5: 0.09% → R6: 0.11%)<br>2)新規医療関連機器圧迫創傷(MDRPU)発生率(R6: 0.26%) | 褥瘡対策チーム                            | △     | A: 日本病院会QI事業参加病院平均値は①新規褥瘡発生率:0.76%、②新規医療関連機器圧迫創傷(MDRPU)0.26%である。当院において(令和6年4月～令和7年3月)①新規褥瘡発生率1.76%、②新規医療関連機器圧迫創傷(MDRPU)発生率0.26%であり、両者とも平均値を上回っている。<br><br>B:現在対策として、ポジショニングラウンドの実施を開始しラウンド前後の体圧測定の実施、ポジショニングについて担当看護師に指導、適正なポジショニングの写真をベッドサイドに表示し、適正なポジショニングが継続して実施できるような取り組みを開始した。また、MDRPUIに関して、NPPVによるMDRPU発生がR6年9件あり、関連医療機器の中で最も多かった。そこで呼吸ケアチームと相談し呼吸器チェックリストに観察項目を追加した。今年度もQI事業参加病院平均値を下回れるよう予防対策を実施していく。 |                  |
|                           |              | カ 緩和ケアチーム<br>○緩和ケアチームの介入患者数【3人】<br>(R5: 8人 → R6: 20人)                                                                                      | 緩和ケアチーム                            | △     | A: 毎週火曜日のラウンドと紹介患者に対する緩和ケア認定看護師のラウンドは継続しているが、介入数は増加していない。<br><br>B: 定期的な病棟訪問のラウンド継続、医療用麻薬使用患者を薬剤師が抽出して、ラウンド時にがん性疼痛の緩和状況を確認し、緩和ケアチームへの依頼を促していく。院内緩和ケアの充実のために活動の可視化、チームメンバーの知識の向上を図る。早期からの緩和ケア紹介をリンクナースなどに依頼する                                                                                                                                                                                                  |                  |
|                           |              | キ 糖尿病チーム<br>○糖尿病教室の開催回数【11回】<br>(R5: 10回 → R6: 12回)                                                                                        | 糖尿病チーム                             | ○     | A: 4月開催予定にしていたが参加者が集まらず中止となり目標としていた毎月開催は出来なかった。前年同様、参加人数が少なく集客に問題があった。今年度もチラシ作成、ホームページやSNSを利用した周知を行い外来患者や地域の方の参加を促していきたい。引き続き入院患者の参加も促していく。                                                                                                                                                                                                                                                                   |                  |
|                           |              | キ 糖尿病チーム<br>○糖尿病研修会の開催回数【9回】<br>(R5: 9回 → R6: 9回)                                                                                          | 糖尿病チーム                             | ◎     | A: 令和6年度は、9回の開催を予定通り行えた。今年度も看護師、コメディカルスタッフへ糖尿病に対する情報提供を行い知識獲得出来るよう支援していく。<br><br>B:参加人数に偏りがあり魅力ある研修会タイトルを考えていく。                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |

みんなの病院自己評価

| 具体的施策                     |                | 取組項目における<br>具体的な実施内容                                                                                                                                                                          | 取組内容 【R6年実績】<br>(R5:実績 → R6:計画目標値)                                                   | 責任所属名 | 自己<br>評価                                                                                                                                                                                                                                  | 目標達成に向けた A取組 B課題                                                             |
|---------------------------|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| 取組項目                      |                |                                                                                                                                                                                               |                                                                                      |       |                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                              |
| 1 役割・機能の最適化と連携の強化         |                |                                                                                                                                                                                               |                                                                                      |       |                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                              |
| 4 医療機能や医療の質、連携の強化等に係る数値目標 | ⑫ チーム医療体制の充実   | キ 糖尿病チーム<br>○糖尿病チームラウンド【 46 回 】<br>(R5: 43 回 → R6: 50 回)                                                                                                                                      | 糖尿病チーム                                                                               | ○     | A:令和6年度は46回、前年同様82名の患者にラウンドを行った。リンクナースによる対象患者の選定を行い、ラウンド実施後の病棟へのフィードバックを徹底する。ラウンド回数、質を維持し、糖尿病の重症化予防に繋げていきたい。                                                                                                                              |                                                                              |
|                           |                | ク 排泄ケアチーム<br>○排尿自立指導実施件数【 170 件 】<br>(R5: 209 件 → R6: 180 件)                                                                                                                                  | 排泄ケアチーム                                                                              | ○     | A: 排尿自立支援加算件数は、令和6年度は、入院で127件、外来で43件、計170件算定できた。目標の達成は出来なかったが、尿道留置カテーテルが挿入されている患者でも早期に下部尿路機能障害を予見し、早期介入を行うことが出来た。また、院内勉強会を年1回開催し、毎月チーム内でも勉強会を行うことでリンクナースの排泄ケアに対する知識を向上させる事に繋がった。<br><br>B: 院内全体の排泄ケアに対する知識を看護の質を向上させる必要がある。               |                                                                              |
|                           |                | ケ 摂食嚥下チーム<br>・主に食物を咀嚼、又は飲み込むことができない患者を対象に、「食べる楽しみ」を維持するために、摂食サポートや栄養状態、嚥下機能の評価に基づく治療や訓練を実施する中で、誤嚥性肺炎の発症防止と摂食機能の回復に努めます。                                                                       | 摂食嚥下チーム                                                                              | △     | A: 令和6年度には、58例の患者に対して、摂食嚥下チームがラウンドにより摂食嚥下評価、嚥下訓練メニューの指導、嚥下食の検討などを行った。<br><br>B: 重度の場合は、言語聴覚士の介入となるが、軽症例は看護師による食事介助としている。今年度は対象となる患者が少なかった。スクリーニングやリンクナースとの連携がうまくとれていない可能性がある。嚥下機能よりも食事形態の変更や口腔外科の介入などを積極的に行う必要があり、連絡を取り合うようにする。           |                                                                              |
|                           |                | コ 口腔ケアチーム<br>・口腔ケアが必要な患者に、より効果的な口腔ケアを実施します。その際には感染防止の観点よりスタンダードプリコーションを徹底します。口腔ケアを通して誤嚥性肺炎の発症防止や化学療法・放射線治療などに伴う口内炎の症状緩和を図り、早期回復を促します。また、職員に口腔内ケア教育を実施します。「医師の確保と働き方改革」に則り、ワークシェア、タスクシフトを図ります。 | 口腔ケアチーム                                                                              | ◎     | A: 医療・介護関連施設職員研修会や口腔ケア研修会を行い、目標を達成できた。<br><br>B: 病棟スタッフの入れ替え、異動などあるため、引き続き「口腔ケアに対する重要性、必要性に対する理解を深め、医療スタッフ自身がより効果的な口腔ケアを行うことができるようにすること」を課題とする。                                                                                           |                                                                              |
|                           | ⑬ 相談事業の充実      | ・専門的知識を有する当院のスタッフが、患者を含む市民の医療に関する、様々な悩みごとの相談に応じる体制を充実します。医療福祉相談件数については、相談しやすい環境や体制づくりを行い相談件数の増加を目指し、施設・設備相談、その他に関しては、院内外の設備環境や表示等を患者さんの目線になって改善して相談件数の減少を目指した患者サービスを図ります。                     | 地域医療・患者支援センター                                                                        | ◎     | A:看護師・医療ソーシャルワーカー、薬剤局、事務等、関係部署と連携を図っている。<br><br>B:看護局、医療安全とも連携を図りクレームへの再発防止に努める。                                                                                                                                                          |                                                                              |
|                           |                |                                                                                                                                                                                               | 地域医療・患者支援センター                                                                        | ◎     | A:患者相談として、患者相談窓口及び電話等で対応している。他職種からなる「患者サポート体制」の委員が毎週カンファレンスを実施、3ヶ月に1回全体会を開催している。最終として、診療相談(17,065件)、医療費相談(384件)、福祉相談(275件)、施設・設備相談(468件)その他の項目(2,407件)、各部署の行った対応について情報共有し、定期的に患者サービス向上委員会へ報告できた。<br><br>B:患者サービス向上委員会と連携を図り院内全体の情報共有に努める。 |                                                                              |
|                           | ⑭ 医療安全意識の共有と醸成 | ○ヒヤリハット報告会開催数【 9 回 】<br>(R5: 11 回 → R6: 8 回)                                                                                                                                                  | 医療安全管理センター                                                                           | ◎     | A:年間計画に沿って研修会を開催する事ができた。研修会アンケートも実施し、希望する研修等についても調査が行え研修計画に反映することができた。                                                                                                                                                                    |                                                                              |
|                           |                | ○安全管理研修(全体研修)開催数【 2 回 】<br>(R5: 2 回 → R6: 2 回)                                                                                                                                                | 医療安全管理センター                                                                           | ◎     | A:必須研修は予定通り2回開催し、不参加者に対してはDVD視聴で対応した。2回の研修に対して、参加とDVD視聴を合わせ100%受講達成に取り組んだ。 またDVD視聴者に対して理解できているかテスト等を実施した。                                                                                                                                 |                                                                              |
|                           |                | ○放射線関係医療安全取扱研修開催数 【 3 回 】<br>(R5: 3 回 → R6: 3 回)                                                                                                                                              | 放射線技術科、医療安全管理センター                                                                    | ◎     | A:MRIの安全研修を中心に、講習・現地研修を実施。研修医や看護師等の職員64名に実施。                                                                                                                                                                                              |                                                                              |
|                           | 5 一般会計負担の考え方   | ① 一般会計負担の考え方                                                                                                                                                                                  | ・病院事業では、繰出しに要する経費については、高松市当局と十分に協議し、一般会計から適正な繰入措置を行った上で、地方公営企業の病院として、効率的な経営に努めていきます。 | 経営企画課 | ◎                                                                                                                                                                                                                                         | A:R6年度は、総務省通知に基づいたもののほか、協議によりみんなの病院建設時の起債償還の一部や附属医療施設整備室の職員に係る給与費などを繰り入れている。 |

みんなの病院自己評価

| 具体的施策             |           | 取組項目における<br>具体的な実施内容                                                                                                                                                                                                                                      | 取組内容 【R6年実績】<br>(R5:実績 → R6:計画目標値) | 責任所属名 | 自己<br>評価                                                                                                                                                                                                                                                                           | 目標達成に向けた A取組 B課題 |
|-------------------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 取組項目              |           |                                                                                                                                                                                                                                                           |                                    |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                  |
| 1 役割・機能の最適化と連携の強化 |           |                                                                                                                                                                                                                                                           |                                    |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                  |
| 6 住民理解のための<br>取組  | ① 病院広報の拡充 | ア ホームページ・SNSの充実<br>・ホームページやFacebook、Instagram等のSNSについては、情報提供の最重要手段の一つとして積極的に活用するために、画一的で無機質な印象を与えることがないよう、医師、看護師等多職種のスタッフにも協力を求めるとともに、ホームページのページ更新や新規作成に当たっては、専門業者にレイアウト等を外注するなど、より高い効果が得られるよう取り組みます。また、掲載内容やレイアウト等を随時見直し、分かりやすく親しみやすい医療情報等の提供・発信に取り組みます。 | 医事課                                | ○     | A: みんなの病院のホームページについては、適宜内容を更新し、最新の情報を発信するとともに、SNS(Facebook、Instagram)での広報を行うなど、広く市民に情報発信を行った。また、高松市の広報広聴課・シティプロモーション課と連携し、YouTube(高松ムービーチャンネル)において、広報高松の記事(教えて！みんなの病院)と連動した動画の配信を開始した。<br><br>B: みんなの病院のアピールポイントを踏まえ、各科・部門において積極的な情報発信を継続していくことが必要である。                             |                  |
|                   |           | イ 「地域連携だより」及び「医師紹介パンフレット」の発行<br>○「地域連携だより」発行回数【6回】<br>(R5: 6回 → R6: 6回)                                                                                                                                                                                   | 地域医療・患者支援センター                      | ◎     | A: 「地域医療連携だより」を奇数月(6回/年)に発行し、県内地域医療機関へ送付することができている。内容は地域医療連携セミナーなどとリンクし、関連性をもった掲載を心掛けている。<br><br>B: ホームページに掲載している「地域医療連携だより」を閲覧していただくことで、紹介や受診につなげる。                                                                                                                               |                  |
|                   |           | イ 「地域連携だより」及び「医師紹介パンフレット」の発行<br>○「診療のご案内」発行回数【1回】<br>(R5: 1回 → R6: 1回)                                                                                                                                                                                    | 地域医療・患者支援センター                      | ◎     | A: 「診療のご案内」として当院の機関誌は情報データを更新し、県内800箇所へ提供できた。内容として診療科の医師紹介の他に、部門として、看護局・検査技術科・放射線科・栄養科等、また各センターやチーム紹介である。これは7月に香川県内の医療機関へ送付することができた。<br><br>B: 「診療のご案内」を医療機関で活用していただき、紹介につなげる。                                                                                                     |                  |
|                   |           | ウ 市政出前ふれあいトーク及びやさしく学べる健康講座の実施<br>○やさしく学べる健康講座【17回】<br>(R5: 14件 → R6: 6回)                                                                                                                                                                                  | 地域医療・患者支援センター                      | ◎     | A: 市民を支える自治体病院として、当院から地域へ積極的に出向き地域住民の方に健康講座を実施。また、当院をアピールすることで当院を知ってもらい、かかりつけ医から紹介していただき、選定されるような病院を目指す。令和5年度に、新型コロナウイルス感染症が2類相当から5類へ引き下げられたことから、市民の研修活動が活発化した。計画は6回であったが、それ以上の申し込みがあり、市民の健康に関する意識も高まりつつあると感じる。<br><br>B: 依頼については全て対応している。今後もホームページでの案内やリピート確保に地域の状況を確認しながら実施していく。 |                  |
|                   |           | エ 地域住民との交流<br>・病院や地域で行われるイベントなどを通じて、地域住民との交流を推進し、地域との一体感の醸成に取り組みます。                                                                                                                                                                                       | 医療安全管理センター                         | ◎     | A: 1月に開催し、当院の医療事故について原因分析・究明・および再発防止策等の評価・提言を行い、組織的な医療事故防止に資するためのご意見、評価を頂いた。                                                                                                                                                                                                       |                  |
|                   |           |                                                                                                                                                                                                                                                           |                                    |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                  |
| 2 医師の確保と働き方改革     |           |                                                                                                                                                                                                                                                           |                                    |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                  |
| 1 医師の確保           | ① 医師確保の工夫 | ○医師増加数【3人】<br>(R5: ▲2人 → R6: 4人)                                                                                                                                                                                                                          | 総務課                                | ○     | A: 医師数が増加(3人)した。<br>(内訳)増加: 外科1名、小児科2名、消化器内科1名、泌尿器科1名<br>減少: 消化器内科1名、小児科1名                                                                                                                                                                                                         |                  |
|                   |           | ○病院実習生受入人数【19人】<br>(R5: 21人 → R6: 18人)                                                                                                                                                                                                                    | 総務課                                | ◎     | A: 徳島大学及び香川大学の医学実習生を例年20名程度受け入れている。令和6年度は徳島大学から17名、香川大学から2名の、合計19名の医学生を受け入れた。<br><br>B: 今後においても、本院の新しい施設や設備を活用し、実習生の受け入れ人数の増加に努める。                                                                                                                                                 |                  |
|                   |           | ○病院見学生受入人数【23人】<br>(R5: 8人 → R6: 9人)                                                                                                                                                                                                                      | 総務課                                | ◎     | A: 病院の見学に訪れる医学生に対して、2万円を上限として旅費の助成を行っており、令和6年度は23名の医学生が見学に訪れた。<br><br>B: 見学者の増加を図るとともに、見学の機会をとらえて本院の魅力を積極的にPRするなど、臨床研修医獲得につなげるための工夫が必要である。                                                                                                                                         |                  |

| 具体的施策         | 取組項目                | 取組内容【R6年実績】<br>(R5:実績→R6:計画目標値)                  | 責任所属名 | 自己評価 | 目標達成に向けたA取組B課題                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------|---------------------|--------------------------------------------------|-------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|               | 取組項目                |                                                  |       |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 2 医師の確保と働き方改革 |                     |                                                  |       |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 1 医師の確保       | ② メディカルスタッフの確保と機能強化 | ア 看護局<br>○認定資格等の取得者累計数【41人】<br>(R5: 38人→R6: 46人) | 看護局   | ○    | A:〔呼吸療法認定士及び糖尿病療養指導士〕資格継続せず、資格失効した者が4名。新たに資格取得した者1名。<br>〔感染管理認定看護師〕R6年12月認定試験合格し、2人目の感染管理認定看護師として、活動開始している。<br>〔肝炎医療コーディネーター〕R6年度、研修修了者1名増員。<br>〔心不全看護認定看護師〕R7年7月より、教育課程受講予定。                                                                                                                                                                 |
|               |                     | ○研修実習生【99人】<br>(R5: 113人→R6: 100人)               | 看護局   | ◎    | A:各部署毎に、シミュレーションや見学できる処置やケアをリスト化し、実施状況が分かるよう学生に配布している。また、看護局内の委員会では、学生指導についての振り返りと指導についての自己評価を得点化し、実習指導に積極的な関わりを意識できるよう、看護局全体で支援している。また、委員会の中でも、定期的に学校の教員と情報共有を図っている。<br>B:数年前より、少子化に伴う看護学校への志願者が、定員割れの傾向にあると言うことを聞いている。看護職という厳しくも、やりがいのある職業を選択した学生に対する人材の育成に於いては、実習病院として、その役割の一端を担っている。全スタッフが、そのような認識のもと、より充実した実習となるよう、学生指導に注力していきたい。        |
|               |                     | ○離職率【9.4%】<br>(R5: 4.9%→R6: 10%)                 | 看護局   | ◎    | A:令和6年度の離職者は、全員で25人<br>内訳・定年および再認用者期限満了者 8人<br>・家庭の事情(結婚も含む) 5人<br>・精神的要因 6人<br>・転職 2人<br>・その他 4人<br>上記のうち、新人離職者2名で、内訳は既卒者が1人、新卒者の1名となっている。<br>また、定年→再認用者除けば、7.1%となっている。<br>B:心理的安全性についての職場調査を3年に渡って実施し、更には、Z世代との向合い方を学習するため、日本看護協会のweb研修を企画、実施した。しかし、R6年度は、精神的要因での離職者が増加した。直接的な原因は、個々で違っているが、ストレスフルな職務であるからこそ、お互いを思いやる組織風土の醸成を、今以上に促進していきたい。 |
|               |                     | イ 薬剤局<br>○認定資格等の取得者累計数【24人】<br>(R5: 21人→R6: 24人) | 薬剤局   | ◎    | A:がん薬物療法認定薬剤師1名、感染制御認定薬剤師2名、実務実習認定薬剤師4名、日病薬病院薬学認定薬剤師6名、糖尿病療養指導士1名、香川県吸入支援療法士1名、栄養サポートチーム加算所定研修終了者2名、在宅医療コーディネーター1名、薬剤師研修センター認定薬剤師1名、生薬・漢方認定薬剤師1名、アレルギー疾患療養指導士1名、術後疼痛管理研修2名、災害薬事コーディネーター1名                                                                                                                                                     |
|               |                     | ○研修実習生【2人】<br>(R5: 0人→R6: 2人)                    | 薬剤局   | ◎    | A:実務実習受入機構への要望がとおりR6年度から実習生を2名受け入れることができた。                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|               |                     | ○早期体験学習生【0人】<br>(R5: 0人→R6: 2人)                  | 薬剤局   | —    | A:徳島文理大学での早期体験学習の方式が変更になり、VR(バーチャルリアリティ)を活用し、架空調剤室を大学で実現し講師として招かれなくなった。また、レディ薬局のロボット調剤についての講義に置き換わった。                                                                                                                                                                                                                                         |
|               |                     | ウ 検査技術科<br>○認定資格等の取得者累計数【8人】<br>(R5: 7人→R6: 8人)  | 検査技術科 | ◎    | A:令和6年度、科内では初めて微生物分野の二級臨床検査技師の資格を取得することが出来た。また、各自が担当分野の学会や研修会に参加することで、知識や技術の向上に努めることが出来た。また、技師一人一人の汎用性を高めるため、部門のくりを広げながら、一部分であるが、ローテーションを行い科内で知識や技術の共有を図る取り組みを行った。今後も変化に対応できる職場作りを継続していく。<br>B:女性の多い職場のため産休・育休や復帰後の部分休業、さらに育児・介護も含めた看護休暇を取得する者も発生し、職員の欠員が多数重なる恐れが続いている。会計年度任用職員の応募者が見つからない現状もあるため、専門技術の習得と並行して、幅広い技術を持った技師の育成をより一層継続していく。     |

みんなの病院自己評価

| 具体的施策<br>取組項目           | 取組項目における<br>具体的な実施内容    | 取組内容 【R6年実績】<br>(R5:実績 → R6:計画目標値)                               | 責任所属名         | 自己<br>評価 | 目標達成に向けた A取組 B課題                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------|-------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                         |                         |                                                                  |               |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 2 医師の確保と働き方改革           |                         |                                                                  |               |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 1 医師の確保                 | ② メディカルスタッフの確保と<br>機能強化 | ○研修実習生【 2 人 】<br>(R5: 2 人 → R6: 2 人)                             | 検査技術科         | ◎        | A: 令和6年度、約3ヶ月間、実習生2名の受け入れを行った。令和6年度より施行されたガイドラインに沿った実習指導を行い、臨地実習指導プログラムに準じて対応した。今後もできる範囲で受け入れを行い、未来の臨床検査技師育成に貢献しながら、指導者としてのスキルアップにも繋げていきたい。                                                                                                                                                                                                                                              |
|                         |                         | エ 放射線技術科<br>○認定資格等の取得者累計数【 10 人 】<br>(R5: 6 人 → R6: 10 人)        | 放射線技術科        | ◎        | A: 認定資格取得者のうち2名(放射線治療品質管理士)が新たに資格の取得。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                         |                         | ○研修実習生【 6 人 】<br>(R5: 5 人 → R6: 5 人)                             | 放射線技術科        | ◎        | A: 計画では5名のところと6名の研修実習生を受入れ。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                         |                         | オ リハビリテーション技術科<br>○認定資格等の取得者累計数【 35 人 】<br>(R5: 33 人 → R6: 33 人) | リハビリテーション技術科  | ◎        | A: がんリハ:6名、3学会呼吸療法認定:4名、認知症予防運動指導:5名、地域包括ケア推進リーダー:3名、介護予防推進リーダー:1名、感覚検査士:1名、初級管理者:1名、認定理学療法士:2名、臨床実習指導者取得:新たに2名修了し12名となった。<br><br>B: 心不全チームに必要な心不全療養指導士の講習・資格を受講予定である。                                                                                                                                                                                                                   |
|                         |                         | ○研修実習生【 7 人 】<br>(R5: 7 人 → R6: 10 人)                            | リハビリテーション技術科  | ○        | A: 理学療法研修実習生6名、作業療法研修実習生1名であった。<br>作業療法士2名の育児休暇取得に伴い、作業療法の研修実習生が予定より減少となった。<br><br>B: 育児休暇後の復職状況によって検討する。                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                         |                         | カ 臨床工学科<br>○研修実習生【 6 人 】<br>(R5: 6 人 → R6: 4 人)                  | 臨床工学科         | ◎        | A: 徳島文理大学2名、四国医療福祉専門学校4名合計6名の実習生受け入れができた。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                         |                         | キ 栄養科<br>○認定資格等の取得者累計数【 11 人 】<br>(R5: 11 人 → R6: 9 人)           | 栄養科           | ◎        | A: 認定資格保有者数は人事異動で1名減となったが、新たに肝疾患病態栄養専門管理栄養士の資格を取得したため、延べ11名となった。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 2 臨床研修医の受入れ等を通じた若手医師の確保 | ① 医師確保機能の強化             | ○臨床研修医(基幹型)受入数【 4 人 】<br>(R5: 0 人 → R6: 4 人)                     | 臨床教育センター(総務課) | ◎        | A: 次年度の基幹型プログラムへの研修医マッチング(定員4名)を目標として、レジナビ等のブース説明会に参加した学生や実習生、見学生に対して継続して連絡を取り、研修医マッチングにつなげる取り組みをしており、臨床研修医の獲得を目指している。<br><br>B: 医師の人脈による確保が有効な方法であることから、引き続き医師の意識高揚と啓発が重要である。また、見学者が臨床研修医として勤務を希望する人が多いことから、見学者の増加につながる方策を検討・実施していく。令和6年度のマッチング(令和7年度受入)ではフルマッチの4名(うち採用は3名)となり今後につなげることができた。                                                                                            |
|                         |                         | ○説明会でのみんなの病院への参加学生数【 32 人 】<br>(R5: 13 人 → R6: 5 人)              | 臨床教育センター(総務課) | ○        | A: 令和6年度の説明会結果は以下のとおり。<br>レジナビ大阪、香川大学合同説明会、徳島大学説明会、レジナビオンラインに参加。<br>レジナビ大阪(5/26 藤井センター長が参加、ブース訪問者13名)<br>香川大学合同説明会(6/3 院長、藤井センター長が参加 ブース訪問者16名)<br>徳島大学説明会(7/6 院長、藤井センター長が参加 ブース訪問者3名)<br>レジナビオンライン(3/2 藤井センター長 閲覧者63名)<br><br>B: 臨床研修医の説明会への参加については、院長ほか、若手医師の出席により、参加者が来やすく話しやすい環境作りが大切である。次年度においては、初期臨床研修医がいるため、各説明会へ参加してもらい、より話しやすい環境を整える。また、来ブース者に病院見学に来てもらい、臨床研修医の確保につなげることが必要である。 |

みんなの病院自己評価

| 具体的施策                         |                              | 取組項目における<br>具体的な実施内容                                                                                                                                               | 取組内容【R6年実績】<br>(R5:実績→R6:計画目標値) | 責任所属名 | 自己<br>評価                                                                                                                                                                                                                                                                 | 目標達成に向けた A取組 B課題 |
|-------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 取組項目                          |                              |                                                                                                                                                                    |                                 |       |                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |
| 2 医師の確保と働き方改革                 |                              |                                                                                                                                                                    |                                 |       |                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |
| 3 医師の働き方改革への対応                | ① 勤務環境の改善                    | ○職員の平均年次有給休暇取得日数【12.0日】<br>(R5: 11.8日→R6: 10.8日)                                                                                                                   | 総務課                             | ◎     | A: 年次有給休暇の年5日取得義務化や、夏季の特別休暇の取得も含め、有給休暇の取得に関する周知を行い、計画目標値を達成した。実績においても、令和5年度と比較して改善した。<br>B: 有給休暇を意識的に取得するよう周知を行う。また、各所属においては業務の効率化に取り組む。                                                                                                                                 |                  |
|                               | ② 時間外業務の可視化と業務の見直し           | ○1人1月当たり時間外勤務時間【12.6時間】<br>(R5: 14.2時間→R6: 14.5時間)                                                                                                                 | 総務課                             | ◎     | A: 令和6年11月の「医師労働時間短縮計画作成ガイドライン(厚労省)」の改正を受け、当院における医師の労働時間の削減が従前の計画と比べ、より実効性のあるものとなるよう、医師労働時間短縮計画(計画期間: 令和7～11年度)を策定した。<br>また、職員の労働時間適正管理のため、勤怠管理システムの導入について検討した。<br>B: 職員の労働時間適正管理のため、当院の勤務形態に適合する勤怠管理システムを導入する。                                                          |                  |
|                               | ③ 医師事務作業補助者の活用               | ○医師事務作業補助体制加算【25対1】<br>(R5: 25対1→R6: 20対1)                                                                                                                         | 医事課                             | ○     | A: 医師事務作業補助者16名により適切な診療事務に努めたものの、令和7年3月に1名退職となったため、加算が25対1の体制となった。<br>B: より一層の適切、円滑な診療事務の遂行に向けて、また近い将来20対1を見据えて人員確保を図る必要がある。                                                                                                                                             |                  |
| 3 経営形態の見直し                    |                              |                                                                                                                                                                    |                                 |       |                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |
| 1 地方公営企業法の全部適用                | ① 地方公営企業法の全部適用               | ・現在、みんなの病院は、地方公営企業法の全部を適用して運営しています。病院事業管理者の下、より自律的な運営が可能となる法全部適用による効率的な経営をしていくこととしております。                                                                           | 経営企画課                           | ◎     | A: 地方公営企業法の全適用としている。                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |
| 4 災害時や新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組 |                              |                                                                                                                                                                    |                                 |       |                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |
| 1 平時からの取組、感染拡大時の取組            | ① 感染管理意識の共有と醸成               | ○感染管理研修会(全体研修)のテーマ別開催数【6回】<br>(R5: 6回→R6: 6回)                                                                                                                      | 院内感染対策センター                      | ◎     | A: 院内感染対策チーム(ICT)・抗菌薬適正使用支援チーム(AST)研修をICT3回、AST3回の計6回開催した。<br>B: 今まで時間内にICT・ASTが主体で開催を実施してきたが、他の部門の加算の関係で時間内の開催が難しくなった。<br>令和7年度は、1回の研修の中に、ICT、ASTがそれぞれ研修を実施し、時間内の年2回の開催とした。<br>例年よりも研修回数が少なくなり時間も短くなるため、知識の習得の低下の恐れがある。それらを補うために院内感染対策センターが主体の自由参加の研修会を時間外に4回実施することとした。 |                  |
|                               | ② 病院災害対策                     | ・DMATの編成や防災対策訓練を始め、防災教育、施設等の安全対策、災害対策用備蓄品の調達などの必要な措置を講じ、災害拠点病院として、発生時には、地域の医療提供の核となるよう備えます。                                                                        | 病院災害対策委員会(総務課)                  | ◎     | A: 日本DMAT及び県DMATを編成し、災害派遣に備えるとともに、災害対策用備蓄品を貯蔵管理し、発災時に災害拠点病院としての機能を発揮できるよう備えている。<br>令和6年度は、四国ブロックDMAT実働訓練と院内の災害対策訓練を合同で実施し、130名が参加した。<br>B: 今後も災害拠点病院としての役割を果たすべく、災害体制の強化に努めていく。                                                                                          |                  |
|                               | ③ 感染拡大時の病床確保や転用しやすいスペースなどの整備 | ・第二種感染症医療機関として、平時には、感染症病床(6床)を設置し対応することとしていますが、新興感染症等の感染拡大時には、既存の感染症病床に加えて、一般病床を転換して病棟単位で患者を受け入れられるように、転用病床を確保しています。                                               | 総務課                             | ◎     | A: 新興感染症発生・まん延時に入院患者を受け入れられる病床(流行初期8床、流行初期以降14床)を確保している。<br>B: 配慮が必要な患者の受入れ体制を構築していく。                                                                                                                                                                                    |                  |
|                               | ④ 医療機関の間での連携、役割分担            | ・新興感染症、再興感染症の発生に備え、高松市保健所、空港検疫所において訓練を実施、受入れの方法、搬送方法等を確認し連携できるようにします。また、感染拡大時は、国の指示に従い、第二種感染症指定医療機関として役割を果たします。さらに、クラスター等発生時の指導等は、加算連携をしている施設に対して、人材に余裕がある際には行います。 | 院内感染対策センター                      | ◎     | A: 新興感染症、再興感染症の発生に備え、高松市保健所、空港検疫所と患者の受入れ訓練を実施した。<br>B: 感染症発生時の対応がよりスムーズになるよう、今後も様々な訓練の実施が必要である。                                                                                                                                                                          |                  |
|                               | ⑤ 感染防護具等の備蓄                  | ・感染防護具については、本院の消費数量を基に1か月分程度の在庫を常時確保しています。                                                                                                                         | 総務課                             | ○     | A: 新興感染症への対応力の強化のため、令和6年度事業として創設された新興感染症対応力強化事業により、個人防護具保管施設の整備を進めたが、入札不調により、事業を取下げた。<br>B: 新興感染症の発生時に速やかに対応できる医療体制を構築していく。                                                                                                                                              |                  |

みんなの病院自己評価

みんなの病院自己評価

| 具体的施策                       | 取組項目における<br>具体的な実施内容    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 取組内容 【R6年実績】<br>(R5:実績 → R6:計画目標値) | 責任所属名 | 自己<br>評価                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 目標達成に向けた A取組 B課題 |
|-----------------------------|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
|                             | 取組項目                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                    |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |
| 5 施設・設備の最適化                 |                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                    |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |
| 1 施設・設備の適正<br>管理と整備費の<br>抑制 | ① 施設・設備の投資              | ○医療収益に対する減価償却比率( 15.0 %)<br>(R5: 14.6 % → R6: 14.3 %)                                                                                                                                                                                                                                                                       | 総務課                                | ◎     | A:医療機器等の故障や不具合発生時においては、耐用年数を下回っての処分とならないよう、可能な限り修繕を行い、固定資産の増加を抑えている。<br><br>B:適切な時期での投資(購入)となるよう在庫や使用状況を管理する必要がある。                                                                                                                                                                                                                                                           |                  |
| 2 デジタル化への対応                 | ① 情報化の推進                | ・医療情報の共有化・医療の均質化を図り、更なる効率化を推進するために、医療情報システムの安定稼働を図るとともに、医療DXにも積極的に取り組みます。また、コロナ禍を機に、利用が広がったオンラインによる会議や研修については、引き続き、積極的に活用するとともに、オンライン診療を幅広く適正に活用することについても検討します。                                                                                                                                                             | 医事課                                | ◎     | A:医療情報システムのサイバーセキュリティ対策に係る事業継続計画(BCP)策定を行い、院内体制の構築、および関係部署・委託業者等の外部連絡先について洗い出しを行った。医療DX関連では、電子処方箋システムの導入を完了し、他の医療機関や薬局、患者との間で薬剤情報を共有できる体制を構築した。<br><br>B:BCPの策定と共に、診療録管理体制加算1の算定要件ともなっている、年1回のサイバーセキュリティ訓練を継続的に実施する必要がある。電子処方箋関連では、運用本格化のために、医師へHPKIカードの作成依頼を継続する。また、医療DX関連では、診療費の後払いシステムや電子カルテ情報共有サービスの構築に取り組む。オンライン診療については、塩江分院との間で、「D to P with N」の形での診療体制が構築できるよう導入を進める。 |                  |
|                             | ② マイナンバーカードの健康保険証利用     | ・マイナンバーカードの健康保険証利用については、診療時における確実な本人確認と保険資格確認を可能とし、薬剤情報や特定健診情報等を提供することにより、医療保険事務の効率化や患者の利便性向上に資するものであることから、その利用促進に向けて、患者への周知等に率先して取り組みます。                                                                                                                                                                                   | 医事課                                | ○     | A:1階受付窓口にマイナンバーカードリーダーを増設(3台→4台)し、窓口においても声掛けやチラシを配布する等利用促進に取り組んだ。<br><br>B:より一層の利用促進に向けてマイナンバーカードリーダーの充実や患者への声掛けを積極的に行っていく。                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |
| 6 経営の効率化等                   |                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                    |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |
| 1 効率化の推進                    | ① 病院事業の健全かつ円滑な運営        | ・「経営の安定なくして、良質な医療なし」の考えの下、病院事業管理者を始め、幹部職員で開催する経営戦略会議等において、市立病院を取り巻く諸課題について、情報共有を図るとともに、問題意識をもって病院運営の現状を把握し、必要な改善を講じ、さらには将来を見据えた戦略的な取組等を議論します。また、重点管理指標を設定した上で、収支改善に向けた各種施策・計画の管理遂行体制の強化を図り、目標に対する院内の共通認識化、目標達成に向けたプロセスの共有、モニタリング及びフィードバック体制を検討し、各種施策の目標達成に繋がります。<br>このほか、外部評価機関としての「高松市立病院を良くする会」を開催し、病院事業の健全かつ円滑な運営を推進します。 | 経営企画課                              | ○     | A:毎月開催している経営戦略会議において、入院患者数・外来患者数、入院単価・外来単価などを報告し情報共有している。また、病院運営について問題点などを挙げ、改善点を議論している。<br><br>B:より有意義な会となるよう、令和7年度からは、定例報告の時間を短縮し、各ブロックから収益の増加、費用の削減案を提案してもらい、議論するスタイルに変更している。                                                                                                                                                                                             |                  |
|                             | ② PFM体制整備・機能強化及び病床管理の徹底 | ・全ての入院患者の情報を「患者支援センター」に集約し、入院前～入院中～退院前の管理の一元化を図ります。また、病院全体の病床稼働率を管理する体制を整備します。                                                                                                                                                                                                                                              | 地域医療・患者支援センター                      | ○     | A:入院・退院患者の一元化にあたり、予約入院患者の入院説明を行なう事、また「入院時支援加算1」を取得できる対象者については入院前のスクリーニング情報を始めとして、薬剤局・栄養科・医事課事務・看護師らが関与し、早期に退院調整が図れるよう情報入力と介入に努めた。令和5年度入院時支援加算1の取得実績は37件であったが、令和6年度は72件と増加した。また、同時に実施している院内ベットコントロールにて、稼働率を管理するために一元化した集約で、円滑な采配を実施することができている。その他、月に1回、病床管理委員会を開催している。救急からの依頼、紹介患者の入院など制約がある中においても全ての部署において効率的に運用している。<br><br>B:引き続き病床稼働率の維持向上について管理を行なっていく。                  |                  |
|                             | ③ 適切な診療報酬の請求            | ○診療報酬請求額査定率(%以内)【0.25 %】<br>(R5: 0.26 % → R6: 0.14 %)<br>※査定率=(査定額)/(外来・入院診療費)×100                                                                                                                                                                                                                                          | 医事課                                | ○     | A:診療報酬請求の査定減については、医療事務委託業者を中心に診療改善・保険診療委員会で査定状況を報告するとともに、医師を始め、関係するコメディカルとの連携を密にし、請求の適正化の検証を行った。<br><br>B:令和5年度に比べ査定率はほぼ横ばいとなっており、目標達成に向け、医師を始め関係するコメディカルが情報を共有し、研修会に参加する等、更なる個々のスキルアップに取り組む必要がある。                                                                                                                                                                           |                  |

みんなの病院自己評価

| 具体的施策     | 取組項目における<br>具体的な実施内容    | 取組内容 【 R6年実績 】<br>(R5:実績 → R6:計画目標値)                                                                                                                    | 責任所属名      | 自己<br>評価 | 目標達成に向けた A取組 B課題                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|           | 取組項目                    |                                                                                                                                                         |            |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 6 経営の効率化等 |                         |                                                                                                                                                         |            |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 1 効率化の推進  | ④ 適切なDPCコーディングの実施       | 医師、看護師等、多職種で構成した「適切なコーディングに関する委員会」(DPC委員会)を開催し、適切な傷病名のコーディング(選択)を行う体制を確保します。また、DPC関連において、情報を収集し、必要に応じて院内関係部署に情報提供を行うことにより、適切な対策につなげます。                  | 医事課、DPC委員会 | ◎        | A:DPC部位詳細不明病名使用リスト作成の効率化を図った事で、迅速に主治医と協議することができるようになり、使用率の低減につながっている。また、医師による電子カルテ病名入力時点においても、部位詳細不明病名を判別しやすいようにシステム改善を行った。令和6年度は、月に1回、DPC委員会を開催し、副傷病名が影響する診断群分類等、適切なDPCコーディングに関する情報の共有を行った。                                                                                        |
|           | ⑤ 業務実績報告・目標発表会の開催       | ・診療科、各局を含めた病院を構成する全組織が一堂に会して、これまでの業務実績を報告するとともに当該年度の目標を発表し、異なる職種間での相互理解と相互信頼を深め、病院の円滑な運営に努めます。                                                          | 経営企画課      | ◎        | A:令和6年度は、5月7～10日の4日間にわたり開催した。令和5年度の実績と令和6年度の目標について、各所属から報告があり、異なる職種間での相互理解を深めることで、病院の円滑な運営に資する会となっている。                                                                                                                                                                              |
|           | ⑥ 未収金の発生防止及び回収推進        | ○現年度分収納率【 98.7 %】<br>(R5: 98.1 %→R6: 98.8 %)                                                                                                            | 医事課        | ◎        | A:未収者の来院時における受付窓口での声掛けや分納相談を積極的に行うことにより、一定の収納率を確保した。<br><br>B:現年度分については高い収納率で推移している。クレジットカードやIruCaカードによる納付など、現金以外の納付チャネルの活用により、未収金の発生防止に努めている。また、診療費の後払いシステムの導入検討を進めている。                                                                                                            |
|           |                         | ○過年度未収金回収率【 7.7 %】<br>(R5: 6.2 %→R6: 10.0 %)                                                                                                            | 医事課        | ◎        | A:弁護士への収納委託を継続するとともに、未収者の来院時における受付窓口での声掛けや分納相談を積極的に行うことにより、一定の回収率を確保した。<br><br>B:私債権の財産調査は任意となっており、自己申告に基づく財産有無の真偽の見極めは困難なため、積極的な未収金の回収には限界があることから、回収率の更なる向上は難しい。このため、市関係課(国保・高齢者医療課、生活福祉課)とも連携し、債権発生 of 未然防止に努めている。また、死亡者や生活保護者などの回収不可能な特定の者については、債権放棄の実施により、不良債権化した債権の整理を行う必要がある。 |
|           | ⑦ 低価格材料への置き換え及び委託業務の見直し | ○医薬品の値引き率( 12.48 %)<br>公定価格に対する契約単価<br>(R5: 13.25 %→R6: 13.45 %)                                                                                        | 総務課        | ○        | A:目標値引き率を設定するとともに、購入金額が多い上位品目については、個別に目標とする単価を設定し、卸売り業者と価格交渉を行った。<br><br>B:光熱費、人件費(働き方改革)の高騰及び円安の影響より、値引き率が低くなってきているため、薬価差益の確保が、年々難しい状況となってきた。                                                                                                                                      |
|           |                         | ○100床当たり職員数( 183.6 人)<br>(R5: 178.6 人→R6: 180.0 人)                                                                                                      | 総務課        | ○        | A:計画的な職員採用やきめ細やかな職員のメンタルケアを行い、離職防止の対応を行うなど、適切な職員数の確保に努め、適宜、委託業務における仕様の見直しを行った。<br><br>B:今後も引き続き、適切な職員数の確保に努め、必要に応じ、委託業者における仕様の見直しを行う。                                                                                                                                               |
|           | ⑧ ジェネリック医薬品の採用拡大        | ○ ジェネリック医薬品使用数量率( 94.8 %)<br>(R5: 94.8 %→R6: 94.0 %)                                                                                                    | 薬剤局        | ◎        | A:DPCでの後発医薬品使用数量率は令和4年度診療報酬改訂で90%以上に率が引き上げられたが維持できるようにするとともに今後も持続的に対応できるよう95%以上を維持する。                                                                                                                                                                                               |
|           | ⑨ 省エネルギー活動の推進           | ・本市の「ゼロカーボンシティ※」実現に向けた取組として、地球温暖化防止への対応はもとより、増え続ける光熱水費を抑制するなど、省エネルギー活動に積極的に取り組み、効率化の推進を図ります。<br>※脱炭素社会の構築に向けて、2050年に温室効果ガスの排出量を実質ゼロにすることを目指すことを表明した自治体。 | 総務課        | ◎        | A:こまめな消灯など、節電に努めるとともに、紙類の再生化など、各所属で省エネルギー化に取り組んでいる。また、コミッションing(性能検証)による建築設備の運用改善を専門業者に委託し、より効率的な施設運営を実施した。(令和4年度にプロポーザル方式による業者決定、委託契約を実施し、令和5年度に事業委託する。)<br><br>B:毎年、気温の上昇による館内の温度及び湿度の管理が困難となっている。                                                                                |

| 具体的施策      | 取組項目                 | 令和5年度実績 | 令和6年度目標 | 達成状況<br>【令和6年度実績】 |
|------------|----------------------|---------|---------|-------------------|
| 医療機能に関する指標 | ○入院患者数(人)            | 85,656  | 85,775  | 87,056            |
|            | ○1日当たり入院患者数(人)       | 234     | 235     | 239               |
|            | ○病床利用率(%)【全病床:305床】  | 76.7    | 77.0    | 78.2              |
|            | ○病床利用率(%)【一般病床:299床】 | 77.7    | 78.6    | 79.8              |
|            | ○入院単価(円)             | 60,791  | 60,000  | 58,949            |
|            | ○外来患者数(人)            | 96,680  | 95,985  | 97,494            |
|            | ○1日当たり外来患者数(人)       | 398     | 395     | 401               |
|            | ○外来単価(円)             | 19,053  | 19,000  | 19,691            |
|            | ○紹介率(%)              | 78.8    | 75.0    | 80.5              |
|            | ○逆紹介率(%)             | 88.2    | 80.0    | 86.6              |
|            | ○患者満足度・入院(点)         | 4.6     | 4.5     | 4.5               |
|            | ○患者満足度・外来(点)         | 4.6     | 4.4     | 4.0               |
| 経営に関する指標   | ○経常損益(百万円)           | 8       | △ 196   | △ 772             |
|            | ○経常収支比率(%)           | 100.1   | 98.0    | 92.3              |
|            | ○医業収支比率(%)           | 88.4    | 87.3    | 81.0              |
|            | ○職員給与費対医業収益比率(%)     | 56.9    | 63.1    | 62.5              |
|            | ○材料費対医業収益比率(%)       | 22.4    | 23.0    | 24.6              |
|            | ○委託費対医業収益比率(%)       | 8.4     | 11.5    | 10.4              |
|            | ○減価償却対医業収益比率(%)      | 14.6    | 15.5    | 15.1              |
|            | ○年度末現金残高(百万円)        | 4,019   | 4,120   | 3,632             |

---

# 自己評価表・具体的取組状況

(令和6年度実績)

【塩江分院 編】

---

## 塩江分院基本方針

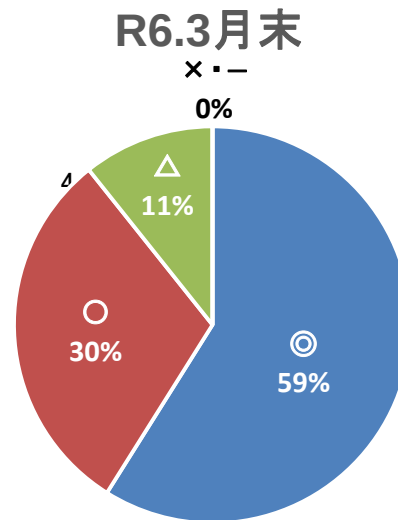
- 1 『地域まるごと医療』を、市民とともに実践します。
- 2 『安全で良質な医療ケア』を、ファインチームワークで提供します。
- 3 『住民に愛される病院』を、おもいやりの心で実現します。

## 高松市病院事業経営健全化計画の取組項目に対する評価について【塩江分院】

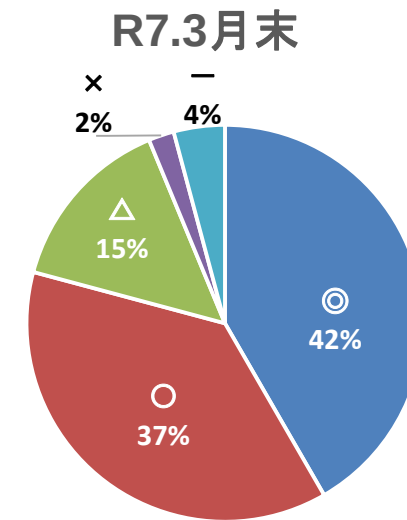
### 1 評価基準

| 評価基準 |             | 評価の考え方                                                          |
|------|-------------|-----------------------------------------------------------------|
| 評価   | 区分          |                                                                 |
| ◎    | 計画どおり順調である。 | 目標を達成した、又は目標達成と同程度の具体的成果が得られた。                                  |
| ○    | 概ね順調である。    | 目標達成のための取組みを進め、一定の成果が得られた、又は計画期間内に、目標達成と同程度の具体的成果が得られることが見込まれる。 |
| △    | やや遅れている。    | 目標達成のための取組みが不十分、又は取組みを進めたものの、具体的成果が得られなかった。                     |
| ×    | かなり遅れている。   | 消極的又は、目標達成のための取組みができていない。                                       |
| —    | 評価対象外       | 新型コロナウイルスの影響により、評価対象の取組みができなかった。                                |

### 2 自己評価結果



| 評価 | 項目数 |
|----|-----|
| ◎  | 33  |
| ○  | 17  |
| △  | 6   |
| ×  | 0   |
| —  | 0   |
| 計  | 56  |



| 評価 | 項目数 |
|----|-----|
| ◎  | 20  |
| ○  | 18  |
| △  | 7   |
| ×  | 1   |
| —  | 2   |
| 計  | 48  |

| 具体的施策                         |                   | 取組項目における<br>具体的な実施内容                                                                                                                  | 取組内容 【R6年実績】<br>(R5:実績 → R6:計画目標値) | 責任所属名 | 自己<br>評価                                                                                                                                 | 目標達成に向けた A取組 B課題 |
|-------------------------------|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 取組項目                          |                   |                                                                                                                                       |                                    |       |                                                                                                                                          |                  |
| 1 役割・機能の最適化と連携の強化             |                   |                                                                                                                                       |                                    |       |                                                                                                                                          |                  |
| 1 地域医療構想等を踏まえた市立病院の果たすべき役割・機能 | ① 住民参加会議の開催       | ・当院の運営を継続・維持するための協力と理解を得るために、引き続き、塩江分院の経営戦略会議に地域住民の代表者の出席を求めるとともに、塩江町の支所、保健センター及び地域包括支援センター職員にも同席を求め、地域における塩江分院の果たすべき役割等について協議・検討します。 | 事務局                                | △     | A: 地域住民や関係市職員の参加した経営戦略会議は開催しなかった。<br>B: 地域住民等との協議などは重要であると認識している。                                                                        |                  |
|                               | ② 患者輸送車運行事業の推進    | ○患者輸送車運休回数【0 件】<br>(R5:0 件 → R6:0 件)                                                                                                  | 事務局                                | ◎     | A: 運行表どおり運行した。                                                                                                                           |                  |
| 2 地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割・機能 | ① 地域包括ケアシステムの構築支援 | ・塩江町地域が先進的な地域包括ケアシステムのモデル地域となるよう、地域の医療機関、介護施設、コミュニティ協議会等で構成する地域ケア小会議に参加し、地域課題や個別課題の解決に向けた積極的な提案等を行うなど、その構築支援に取り組みます。                  | 事務局                                | △     | A: 開催されていない。<br>B: 入院病床を休床して外来診療のみとなっていることから、構築支援での役割・方策等についての検討が必要である。                                                                  |                  |
| 3 機能分化・連携強化                   | ① 市立病院間の診療面の連携・協調 | ・「ファインチームワーク」の精神の下、みんなの病院との人員交流などを行い、医師やメディカルスタッフが、それぞれの専門性を十分に発揮して、連携・協調しながら、市立病院での良質な医療の提供に努めます。                                    | 医療局                                | ◎     | A: みんなの病院からの外科医師(月1回)と泌尿器科医師(月2回)の応援派遣により専門外来を実施した。                                                                                      |                  |
|                               |                   |                                                                                                                                       | 看護局                                | ◎     | A: みんなの病院の救急認定看護師によるICLS(医療従事者の為の蘇生トレーニング)研修会の開催など、連携を図った。                                                                               |                  |
|                               |                   |                                                                                                                                       | 薬局                                 | ◎     | A: みんなの病院との間で相互に“dead stock”の譲り渡し、譲り受けを行った。また、必要に応じて情報を共有した。毎日、みんなの病院薬剤師1名の応援派遣を受けた。                                                     |                  |
|                               |                   |                                                                                                                                       | 医療局<br>(検査技術)                      | ○     | A: みんなの病院に臨床検査業務・エックス線フィルムの読影を依頼することで、検査業務の効率化に努めている。                                                                                    |                  |
|                               |                   |                                                                                                                                       | 放射線科                               | ◎     | A: 毎日、みんなの病院の診療放射線技師1名の応援派遣を受けた。                                                                                                         |                  |
|                               |                   |                                                                                                                                       | リハビリテーション科                         | ◎     | A: みんなの病院リハビリテーション科と連携を図り、呼吸器、脳血管、運動器リハなどについて逐次情報交換を行った。また、良質な医療を提供するために定期的に勉強会を開催してスキルアップに努めた。                                          |                  |
|                               |                   |                                                                                                                                       | 栄養科                                | ○     | A: みんなの病院での栄養管理を参考にした指導を行った。                                                                                                             |                  |
| 4 医療機能や医療の質、連携の強化等に係る数値目標     | ① 訪問事業の推進         | ○訪問診療件数【22 件】<br>(R5:393件 → R6:400件)                                                                                                  | 医療局<br>(医科)                        | △     | A: 病床の休床に伴い、老健施設との契約がなくなったことから、件数が大幅に減少した。<br>B: 塩江地域の人口の減少のほか、契約患者の死亡や介護施設への入所などにより、訪問件数の増加は困難な状況にある。                                   |                  |
|                               |                   | ○訪問歯科件数【36 件】<br>(R5:46件 → R6:80件)                                                                                                    | 医療局<br>(歯科)                        | ○     | A: 外来患者の診察時間の調整などの業務を見直すなどして訪問診療の拡大に努めたが、目標の件数には達していない。<br>B: 塩江地域の人口の減少のほか、契約患者の死亡や介護施設への入所などにより、訪問件数が増加しづらい状況にある。                      |                  |
|                               |                   | ○訪問看護件数【1,785 件】<br>(R5:1,800件 → R6:2,100件)                                                                                           | 訪問看護ステーション                         | ○     | A: 利用者数を増やすため、社会福祉協議会と連携を行った。また、地域連携により医療施設と情報交換などの取組を行っている。<br>B: 現状(看護師3人)の体制では、今以上の件数増加への対応は難しい。                                      |                  |
|                               |                   | ○訪問リハビリテーション件数【554 件】<br>(R5:672件 → R6:650件)                                                                                          | リハビリテーション科                         | ○     | A: 理学療法士2名体制で外来患者の調整を行いながら、香川町地域などの周辺地域も含めて積極的な訪問に努めたほか、院外での健康教室の開催等にも取り組んだ。<br>B: 塩江地域の人口の減少のほか、契約患者の死亡や介護施設への入所などにより、訪問件数が増加しづらい状況にある。 |                  |

| 具体的施策                                    |                                            | 取組項目における<br>具体的な実施内容                                                                                                      | 取組内容 【R6年実績】<br>(R5:実績 → R6:計画目標値) | 責任所属名                                                  | 自己<br>評価                                                                                       | 目標達成に向けた A取組 B課題 |
|------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 取組項目                                     |                                            |                                                                                                                           |                                    |                                                        |                                                                                                |                  |
| 1 役割・機能の最適化と連携の強化                        |                                            |                                                                                                                           |                                    |                                                        |                                                                                                |                  |
| 4 医療機能や医療の質、連携の強化等に係る数値目標                | ② 訪問診療、訪問看護への同行回数                          | ア 訪問診療、訪問看護への同行回数<br>○看護師【3回】<br>(R5:2回 → R6:4回)                                                                          | 看護局                                | ○                                                      | A:訪問看護師と連携し、同行が必要な患者を訪問した。                                                                     |                  |
|                                          |                                            | ○管理栄養士【1回】<br>(R5:2回 → R6:0回)                                                                                             | 栄養科                                | ○                                                      | A:訪問看護師と連携し、同行が必要な患者を訪問した。                                                                     |                  |
|                                          |                                            | ○歯科衛生士【0回】<br>(R5:0回 → R6:0回)                                                                                             | 歯科                                 | ○                                                      | A:歯科衛生士(1名)が外来患者対応のため、調整が困難だった。                                                                |                  |
|                                          | ③ 患者満足度調査の実施                               | ○外来満足度【3.6点】<br>(R5:4.0点 → R6:4.5点)                                                                                       | 看護局                                | ○                                                      | A:サンプル数が少ないため、一件低い評価になると、相対的に評価が低くなる。当院は、ほとんどの患者から高い評価を頂いている。ご意見として「薬局、会計での待ち時間が長い」というご意見を頂いた。 |                  |
|                                          | ④ 接遇改善の取組                                  | ○接遇委員会開催数【12回】<br>(R5:12回 → R6:12回)                                                                                       | 接遇委員会                              | ◎                                                      | A:会を毎月開催して、患者からの声への対応を検討し、職員で共有するなどした。                                                         |                  |
|                                          |                                            | ○接遇研修【1回】<br>(R5:1回 → R6:1回)                                                                                              | 接遇委員会                              | ◎                                                      | A:院内の全職員を対象に研修を実施した。                                                                           |                  |
|                                          | ⑤ チーム医療体制の充実                               | 患者を中心として、全ての職種が、それぞれの専門性を発揮しながら、ファインチームワークの精神の下、「チーム医療」としての効果を最大限発揮できるような取組を行います。<br>また、各チーム間での連携を図るとともに、スタッフ教育を積極的に行います。 | 事務局                                | ○                                                      | A:カンファレンスなどを通じて、院内での情報共有に努めた。                                                                  |                  |
|                                          | ⑥ 医療安全意識の共有と醸成                             | ○医療安全委員会開催数【12回】<br>(R5:12回 → R6:12回)                                                                                     | 医療安全委員会                            | ◎                                                      | A:会を毎月開催して、情報共有に努めた。                                                                           |                  |
| ○安全管理研修会(全体研修)開催数【2回】<br>(R5:2回 → R6:2回) |                                            | 医療安全委員会                                                                                                                   | ◎                                  | A:医療ガス納入業者等の専門家に講師を依頼するなどして、「医療安全について」、職員に対する研修会を実施した。 |                                                                                                |                  |
| ⑦ 地域社会との連携                               | ○地元イベント参加・派遣看護師延べ人数【0人】<br>(R5:2人 → R6:1人) | 看護局                                                                                                                       | ×                                  | A:参加を予定していたイベントが荒天により中止になった。                           |                                                                                                |                  |
| 5 一般会計負担の考え方                             | ① 一般会計負担の考え方                               | ・病院事業では、繰出しに要する経費については、高松市当局と十分に協議し、一般会計から適正な繰入措置を行った上で、地方公営企業の病院として、効率的な経営に努めています。                                       | 経営企画課                              | ◎                                                      | A:R6年度は、総務省通知に基づいたものの他、協議により附属医療施設整備室職員の給与や過疎債の償還金などを繰入れている。一般会計から繰入措置を行った。                    |                  |
| 6 住民の理解のための取組                            | ① 「ほたる通信」の発行                               | ○「ほたる通信」発行回数【2回】<br>(R5:1回 → R6:2回)                                                                                       | 広報紙作成委員会                           | ○                                                      | A:地域住民等を対象に、紙ベースで塩江分院の情報発信に努めた。                                                                |                  |
|                                          | ② 教室・講座の実施                                 | ○出張健康講座等開催数【8回】<br>(R5:8回 → R6:13回)                                                                                       | 地域包括ケア推進チーム                        | △                                                      | A:無医地区で、冬季を除き看護師等による健康教室を月1回開催した。                                                              |                  |

| 具体的施策                         |                   | 取組項目における<br>具体的な実施内容                                                                                                                                           | 取組内容 【R6年実績】<br>(R5:実績 → R6:計画目標値) | 責任所属名 | 自己<br>評価                                                            | 目標達成に向けた A取組 B課題        |
|-------------------------------|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| 取組項目                          |                   |                                                                                                                                                                |                                    |       |                                                                     |                         |
| 2 医師の確保と働き方改革                 |                   |                                                                                                                                                                |                                    |       |                                                                     |                         |
| 1 医師の確保                       | ① 医師の安定確保         | ・診療の安定提供のため、機会を捉え、非常勤医師の受入れを推進します。                                                                                                                             | 事務局                                | ○     | A:へき地である塩江地域での医療の安定提供のため、非常勤医師の受入れを推進した。                            |                         |
| 2 臨床研修医の受入れ等を通じた若手医師の確保       | ① 実習、見学等の受入れの充実   | ○香川大学等からの実習生受入人数【4人】<br>(R5:8人 → R6:30人)                                                                                                                       | 医療局                                | ○     | A:大学と調整しながら学生の受け入れを行っており、香川大学医学部附属病院1年生4名の受け入れた。                    |                         |
| 3 医師の働き方改革への対応                | ① 勤務環境の改善         | ○対前年度時間外勤務時間短縮比率【▲17.6%】<br>(R5:▲1.9% → R6:▲2.0%)                                                                                                              | 事務局                                | ◎     | A:大きく縮減したのは、入院病床が休床になったため。                                          |                         |
|                               | ② 資格取得            | ・医療の質の向上を図るとともに、病院機能を強化するために、個々の職員のスキルアップの視点の踏まえ、各職種において特定の専門性を必要とする業務に、必要な認定資格等の取得を促し、それらに従事する職員を育成します。                                                       | 事務局                                | ○     | A:学会に参加して必要な知識や資格の取得に努めている。                                         |                         |
|                               | ③ 学会や研修会での発表      | ○研究発表・論文発表件数【1件】<br>(R5:1件 → R6:1件)                                                                                                                            | 医療局                                | ○     | A:病院学会にて発表した。                                                       |                         |
| 3 経営形態の見直し                    |                   |                                                                                                                                                                |                                    |       |                                                                     |                         |
| 1 地方公営企業法の全部適用                | ① 地方公営企業法の全部適用    | ・現在、みんなの病院と同様、地方公営企業法の全部適用として運営しています。病院事業管理者の下、より自律的な運営が可能となる法全部適用による効率的な経営をしていくこととしております。                                                                     | 経営企画課                              | ◎     | A:地方公営企業法の全適用としている。                                                 |                         |
| 4 災害時や新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組 |                   |                                                                                                                                                                |                                    |       |                                                                     |                         |
| 1 平時からの取組、感染拡大時の取組            | ① 感染管理意識の共有と醸成    | ○感染予防委員会開催数【12回】<br>(R5:12回 → R6:12回)                                                                                                                          | 感染予防委員会                            | ◎     | A:会を毎月で開催して、職員の意識づけや感染発生時における対応手順の確認などをした。また、院内ラウンドにより平常時の感染対策に努めた。 |                         |
|                               |                   | ○感染管理研修会(全体研修)開催数【2回】<br>(R5:2回 → R6:1回)                                                                                                                       | 感染予防委員会                            | ◎     | A:感染対策研修を、年度の前期・後期に分け、全職員を対象に実施した。                                  |                         |
|                               |                   | ○針刺事故件数【0件】<br>(R5:0件 → R6:0件)                                                                                                                                 | 感染予防委員会                            | ◎     | A:職員の意識改革を図り、日常の感染対策の充実に努めた。                                        |                         |
|                               | ② 医療機関の間での連携、役割分担 | ・新興感染症、再興感染症の発生に備え、高松市保健所、空港検疫所を訓練を実施、受け入れの方法、搬送方法等を確認し連携できるようにします。感染拡大時は、国の指示に従い、第二種感染症指定医療機関としての役割を受け入れます。また、クラスター等発生時の指導等は、加算連携をしている施設に対して、人材に余裕がある際には行います。 |                                    | 事務局   | —                                                                   | 対象外。                    |
|                               | ③ 感染防護具等の備蓄       | ・感染防護具については、本院の消費数量を基に設定した1か月使用分程度の在庫数量を常時確保していきます。                                                                                                            |                                    | 事務局   | —                                                                   | 業務に必要なと思われる量の資材は確保している。 |

| 具体的施策                       |                                                | 取組項目における<br>具体的な実施内容                                                                                                                                                                                                                                               | 取組内容【R6年実績】<br>(R5:実績→R6:計画目標値) | 責任所属名                                                      | 自己<br>評価                                                                                                                     | 目標達成に向けたA取組B課題 |
|-----------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 取組項目                        |                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                 |                                                            |                                                                                                                              |                |
| 5 施設・設備の最適化                 |                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                 |                                                            |                                                                                                                              |                |
| 1 施設・設備の適正<br>管理と整備費の<br>抑制 | ① 施設・設備の投資                                     | ・附属医療施設の開設(令和10年度)までの間、必要最小限の維持管理を行う。                                                                                                                                                                                                                              | 事務局                             | ○                                                          | A:老朽化した空調設備(チラー、ボイラー)の不調による突然の停止を防ぐため、予防修繕をするなどした。<br>B:建物や電気・給排水等の設備を健全な状態の保つ。                                              |                |
| 2 デジタル化への<br>対応             | ① 情報化の推進                                       | ・医療情報の共有化・医療の均質化を図り、更なる効率化を推進するために、医療情報システムを更新するほか、必要なIT化に積極的に取り組みます。                                                                                                                                                                                              | 事務局                             | △                                                          | A:紙カルテの電子化に向け、システム導入の具体的検討に入った。                                                                                              |                |
|                             | ② マイナンバーカードの健康<br>保険証利用                        | ・マイナンバーカードの健康保険証利用については、診療時における確実な本人確認と保険資格確認を可能とし、薬剤情報や特定健診情報を提供することにより、医療保険事務の効率化や患者の利便性向上に資するものであり、その利用促進のため、患者への周知等に率先して取り組みます。                                                                                                                                | 事務局                             | △                                                          | A:高齢の患者が多く、利用者数が伸び悩んでいる中、窓口などでの案内を行っている。                                                                                     |                |
| 6 経営の効率化等                   |                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                 |                                                            |                                                                                                                              |                |
| 1 効率化の推進                    | ① 病院事業の健全かつ円滑な運営                               | ・「経営の安定なくして、良質な医療なし」の考えの下、病院事業管理者を始め、幹部職員による各病院で開催する経営戦略会議において、市立病院を取り巻く諸課題について、情報共有を図るとともに、問題意識を持って病院運営の現状を把握し、必要な改善を講じ、さらには将来を見据えた戦略的な取組等を議論します。<br>また、本計画についても、PDCAサイクルによる進捗管理を実施し、更なる業務改善や効率化を進めます。<br>あわせて、外部評価機関としての「高松市立病院を良くする会」を開催し、病院事業の健全かつ円滑な運営を推進します。 | 事務局                             | ○                                                          | A:経営戦略会議には経営状況の実績報告に合わせタイミングを逸しないよう重点取組項目を中心とした業務報告を行うことで、分院運営方針についての確認と見直しを図った。今後とも、より正確な業績分析や適切な運営方針の決定ができるよう取り組んでいくこととした。 |                |
|                             | ② 適切な診療報酬の請求                                   | ○診療報酬請求額査定率【0.2%】<br>(R5:0.1%→R6:0.1%)                                                                                                                                                                                                                             | 事務局                             | ○                                                          | A:院内周知などで診療報酬の査定率の減少に努める。                                                                                                    |                |
|                             | ③ 業務実績報告・目標発表会の開催                              | ・診療科、各局、業務委託業者を含めた病院を構成する全組織が一堂に会して、これまでの業務実績を報告するとともに当該年度の目標を発表し、異なる職種間での相互理解と相互信頼を深め、病院の円滑な運営に努めます。                                                                                                                                                              | 事務局                             | ◎                                                          | A:会を開催し、業務実績を報告するとともに、目標を発表した。                                                                                               |                |
|                             | ④ 未収金の発生防止及び回収促進                               | ○現年分収納率【100%】<br>(R5:100%→R6:100%)                                                                                                                                                                                                                                 | 事務局                             | ◎                                                          | A:現年度分の患者一部負担金の未収金発生防止に努めた。                                                                                                  |                |
|                             |                                                | ○過年度未収金回収率【0%】<br>(R5:0%→R6:0%)                                                                                                                                                                                                                                    | 事務局                             | △                                                          | A:滞納者の所在が不明等、現在の過年度未収金の回収は困難であった。今後、不能欠損処理等を行っていく予定である。                                                                      |                |
|                             | ⑤ ジェネリック医薬品の採用拡大                               | ○ジェネリック医薬品使用数量率【93.2%】<br>(R5:91.2%→R6:90%)                                                                                                                                                                                                                        | 薬局                              | ◎                                                          | A:新規ジェネリック医薬品を順次採用しており、利用率向上に努めた。                                                                                            |                |
| ⑥ 省エネルギー活動の推進               | ○電力使用量対前年度削減比率【▲26.5%】<br>(R5:▲23.0%→R6:▲1.0%) | 事務局                                                                                                                                                                                                                                                                | ◎                               | A:職員一人一人がこまめな節電に努めたほか、令和6年度から病床を休床して外来診療のみとなったため大幅な縮減となった。 |                                                                                                                              |                |

| 具体的施策      | 取組項目              | 令和5年度実績 | 令和6年度目標 | 達成状況<br>【R6年度実績】 |
|------------|-------------------|---------|---------|------------------|
| 医療機能に関する指標 | ○入院患者数(人)         | 2,766   | 休止      | 休止               |
|            | ○1日当たり入院患者数(人)    | 8       | 休止      | 休止               |
|            | ○外来患者数(人)※1       | 13,862  | 15,309  | 12,281           |
|            | ○1日当たり外来患者数(人)    | 58      | 63      | 51               |
|            | ○病床利用率(%)※2       | 15.1    | 休止      | 休止               |
|            | ○訪問診療件数(件)        | 393     | 400     | 22               |
|            | ○訪問歯科件数(件)        | 46      | 80      | 36               |
|            | ○訪問看護件数(件)        | 1,800   | 2,100   | 1,785            |
|            | ○訪問リハビリテーション件数(件) | 672     | 650     | 554              |
|            | ○患者満足度(点)         | 4.0     | 4.5     | 3.6              |
| 経営に関する指標   | ○経常損益(百万円)        | △45     | 11      | 4                |
|            | ○経常収支比率(%)        | 92.3    | 102.6   | 101.0            |
|            | ○医業収支比率(%)        | 34.9    | 39.2    | 36.4             |
|            | ○職員給与費対医業収益比率(%)  | 207.6   | 170.6   | 181.1            |
|            | ○材料費対医業収益比率(%)    |         | 38.6    | 32.8             |
|            | ○委託費対医業収益比率(%)    | 19.2    | 13.3    | 21.9             |
|            | ○減価償却対医業収益比率(%)   | 6.2     | 7.9     | 9.3              |
|            | ○年度末現金残高(百万円)     | 176     | 272     | 68               |

※1 外来患者数は歯科における摂食療法等を除いたもの

※2 許可病床87床のうち、37床は休床であるため、分母に含まれる病床数は50床として算出している。