



令和 8 年度第 1 回高松市立病院を良くする会

目 次

- 2P 設置要綱
- 3P 委員名簿
- 4P 経営健全化計画の取組状況に係る評価
- 6P 自己評価表・具体的取組状況（令和 7 年度実績）【みんなの病院 編】
- 21P 自己評価表・具体的取組状況（令和 7 年度実績）【塩江分院 編】
- 28P 委員評価表（令和 7 年度実績）【みんなの病院 編】
- 36P 委員評価表（令和 7 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 理事・副学長
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	杉 元 幹 史	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)]

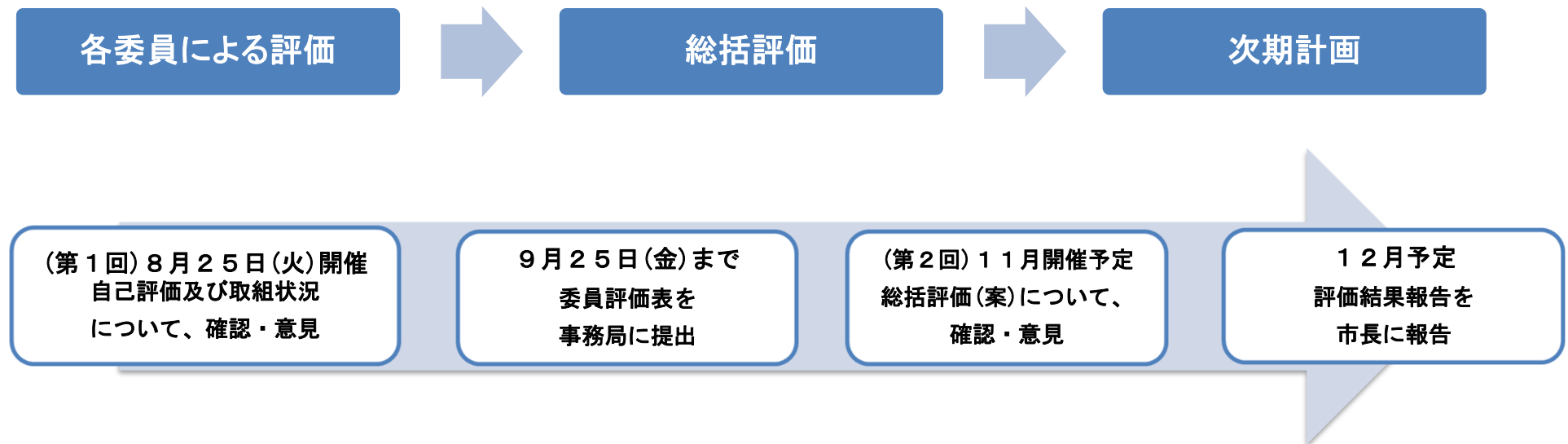
経営健全化計画の取組状況に係る評価

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 【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 【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 【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 【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	環境の変化・制度の見直しなどにより、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25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 具体的な実施内容	取組内容	R6 自己 評価	小分類 評価	委員意見等
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 ○救急車搬送患者受入件数	◎		
		○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 ○がん診療連携研修会開催数	○		
		○がん診療連携研修会開催数	◎		
		イ 地域を含めたがん患者及び家族への支援 ○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)終了者累計数	◎		

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。

小分類ごとに、◎、○、△、×の評価をご記入ください。

自己評価表・具体的取組状況

(令和7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

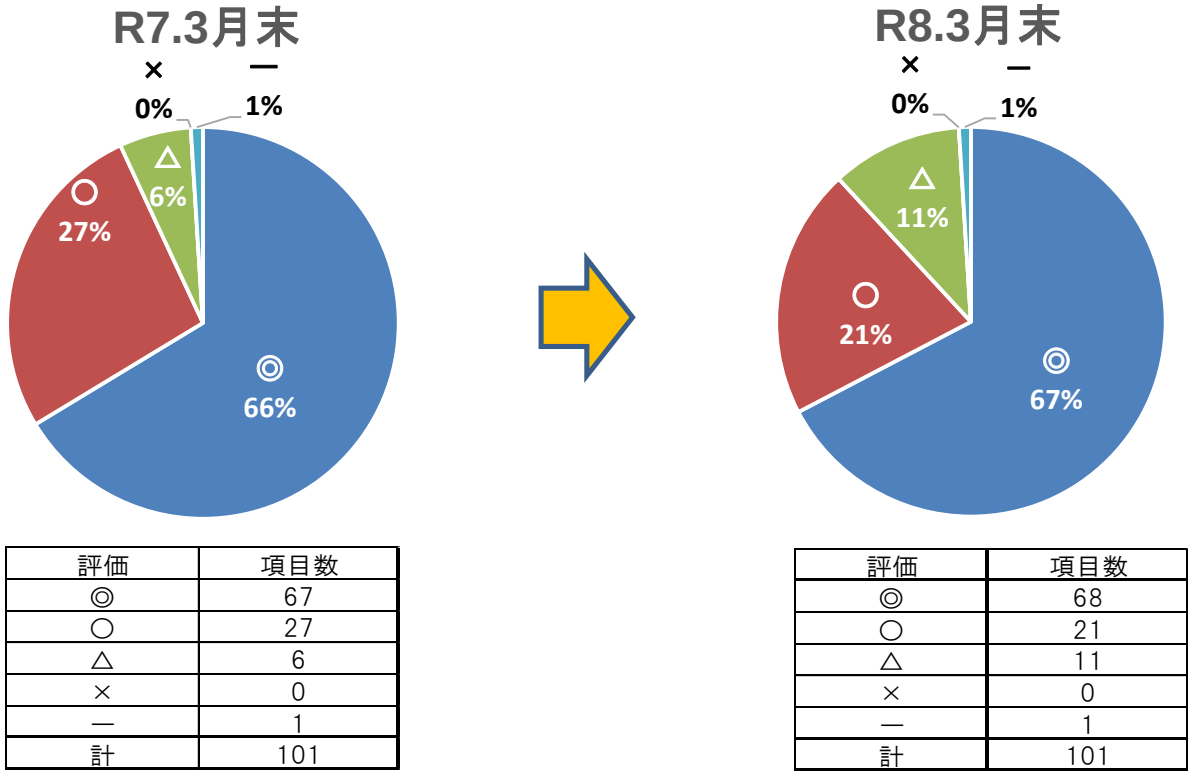
- 1 『リーディングホスピタル』として、高松市医療全体の最適化を目指します。
- 2 『安全で良質な医療』を、ファインチームワークで提供します。
- 3 『まごころのある医療人』を、全力で育成します。
- 4 『地域とのつながり』を大切にし、みんなの暮らしを支えます。

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	環境の変化・制度の見直しなどにより、評価対象の取組みができなかった。

2 自己評価結果



具体的施策	取組項目における 具体的な実施内容		取組内容【R7年実績】 (R6:実績→R7: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					
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 ○救急車搬送患者受入件数【3,123件】 (R6:3,250件→R7:3,000件)	救急委員会	◎	A:令和7年度の救急搬送件数は3,123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と考えている。	
		○救急車受入不可率【38.9%】 (R6:47.0%→R7:25.0%)	救急委員会	△	A:救急車受入不可率については、目標を達成できていない。 B:今後も当院の救急受入体制で対応可能な救急診療を行っていく。夜間・休日は、日当直医の専門外の患者受入は難しいことが多いが、平日時間内の救急車の受入はできる限り対応していく。	
	② がん診療機能の強化	ア 診療機能の強化 ○がんサージボード開催数【10回】 (R6:10回→R7:12回)	がん診療支援センター	○	A:ワークライフバランスを考慮して8月12月は休会とした。定期的にがんサージボードを開催し、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。 B:検討症例の充実に努めていきたい。	
		○がん診療関連研修会開催数【24回】 (R6:19回→R7:12回)	がん診療支援センター	◎	A:がんサージボード後の研修に加えて、化学療法評価委員会と緩和ケアチーム会協働で「がん患者の苦痛とサポーターシップケア研修」を実施している。また、新規薬剤等の病棟単位の研修も行い、スタッフの知識の向上による患者支援に努めている。 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 ○がん患者家族への相談支援件数【108件】 (R6:56件→R7:50件)	がん診療支援センター	◎	A:相談員は勤務部署での相談支援を中心に取り組んでおり、他外部や相談依頼等に関して、がん診療支援センターの認定看護師が対応しており、相談件数は増加している。 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充実が必要である。患者家族の相談に対応するとともに、がん相談の体制整備や患者支援の充実、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】 (R6:3人→R7:5人)	がん診療支援センター	△	A:今年度の受講修了者はおらず、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。 B:R8年度は1名以上の受講修了と、相談員の質の向上を目指す。	
		○がん相談員基礎研修(3)修了者累計数【3人】 (R6:3人→R7:3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3名在籍している。 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【73.5%】 (R6:72.2%→R7:85.0%)	医事課	△	A:地域包括ケア病床選定会議を定期的に開催し、患者の状態や在宅復帰の可能性を踏まえて総合的に判断し、適切に一般病棟からの転棟を促進することにより、安定した稼働率を目指した。対象候補を増やすために、選定基準値の見直しも行った。 B:転棟タイミングの再検討や定期的な選定に加え、日々の臨時選定を行うことで、さらに安定した稼働を目指す。	
		○平均在院日数【11.0日】 (R6:11.9日→R7:13.0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。 B:今後も、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【161件】 (R6:233件→R7:200件)	地域医療・患者支援センター	○	A:訪問件数は減少したものの、院内の各診療科医師に「訪問に関するアンケート」を実施した上で、計画的に地域医療機関への訪問を行った。また、ケアマネージャーへの訪問を行い、レスパイト入院の周知に努めた結果、令和6年度23名、令和7年度24名のレスパイト入院患者を受け入れている。 B:医師による訪問の効果は大きいですが、外来・手術等の対応により、各診療科の医師が訪問に割ける時間が限られているため、より計画的・効率的な訪問を計画する必要がある。	

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 具体的な実施内容	取組内容 【R7年実績】 (R6:実績 → R7: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					
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【 5 回 】 (R6:6 回 → R7:7 回)	地域医療・患者支援センター	○	A:令和7年度は、地域医療連携セミナーを5回開催した。開催に際しては、参加医療機関の外来終了時間を考慮し、引き続き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280名、うち医師123名と多くの参加者を得た。 B:地域の医療機関のニーズを踏まえた講演テーマの設定や、より多くの方に参加いただけるよう、セミナーの開催について効果的な周知を行う必要がある。	
		○「地域医療連携カンファレンス」開催数【 1 回 】 (R6:1 回 → R7:1 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9日、JRホテルクレメント高松にて、徳島大学大学院医歯薬学研究部 血液・内分泌代謝内科学分野 教授 松岡賢市先生の講演を開催した。当日出席者103名、うち医師57名。特別講演の後、意見交換会も実施し、有益なカンファレンスとなった。 B:より多くの方に参加いただけるよう、カンファレンスの開催について効果的な周知を行う必要がある。	
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 ○地域救急貢献【 12.6 % 】 (R6:12.6 % → R7:15.0 %)	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。夜間・休日は、日当直医の専門外の患者受入は難しいことが多いが、平日時間内の救急車の受入はできる限り対応していく。	
		I 手術 ○手術件数【 2,861 件 】 (R6:2,766 件 → R7:2,500 件)	手術室	◎	A:手術枠の調整や看護師の手術配置の調整を行い、時間内により多くの手術を実施することができた。 B:DaVinci手術搬入時間を9時30分から9時へ調整し、手術枠を有効的に使用できるようにする。	
		U リハビリ ○リハビリ件数【 220 件/月 】 (R6:230 件/月 → R7:240 件/月)	リハビリテーション技術科	△	A:全体の入院患者数減少も影響し、目標より減少した。 B:カンファレンスなどでリハ未依頼患者を抽出し、依頼している。	
	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7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【 63 件 】 (R6:92 件 → R7:60 件)	地域医療・患者支援センター	◎	A:対象となる患者に地域連携クリニカルパスを使用し、目標件数を達成できた。
			○シームレスケア研究会参加者数【 20 人 】 (R6:17 人 → R7:20 人)	地域医療・患者支援センター	◎	A:シームレスケア研究会(4回/年)の開催について、院内に周知し、関係部署から参加者を募っている。研究会の参加人数については徐々に増加し、他の医療機関の職員等と活発な情報交換・意見交換に努めている。
	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)【 2,389 件 】 (R6:2,612 件 → R7:2,600 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、10個以上のパスの見直しと新規パスを4個作成した。パス委員会の開催により他部門との意見交換が行え、修正もできた。 B:令和8年度も定期的に委員会を開催し、実績データ確認し、どの診療科でも使用出来るパスの作成と周知を行う。適用パスの監査を行い、パスの適正使用に努める。並びに未作成診療科を中心に、活用可能なクリニカルパスの作成に努める。	

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 具体的な実施内容	取組内容 【 R7年実績 】 (R6:実績 → R7: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					
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	○PET-CT検査件数【 316 件 】 (R6:314 件 → R7:370 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2件の微増であった。アミロイドPET検査は令和6年度4件、令和7年度15件と増加であった。 B: 院内外の患者獲得に向けた取組を病院内で共有する。	
		○新規がん放射線療法患者数【 62 人 】 (R6:74 人 → R7:100 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。 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【 4.6 点 】 (R6:4.5 点 → R7:4.5 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7年11月3日～令和8年2月27日まで患者満足度調査を行った。 病棟の回収枚数476枚、外来は490枚であった。総合的な評価では、令和6年度と比べて外来で0.3ポイント、病棟では0.1ポイント増加した。	
		○外来患者満足度【 4.3 点 】 (R6:4.0 点 → R7:4.4 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 ○予約患者の待ち時間(30分以内)の割合【 49 % 】 (R6:45 % → R7:45 %)	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49%となっており、令和6年度の45%と比べて増加した。また、待ち時間が90分以上であった予約患者の割合は12%であり、令和6年度の4%と比べて増加した。	
		I 接客改善の取組及びクレーム対応能力の向上 ○院内での接客研修会の開催数【 1 回／年 】 (R6:1 回／年 → R7:4 回／年)	患者サービス向上委員会、総務課	○	A: 形骸化していると意見のあった講義形式の接客研修の改善について、香川県医療勤務環境改善支援センターと協議し、新たな形式(講義＋体験型グループワーク)での研修を実施した。協議に時間を要したことから、回数については、部下を持つ職員向け、若手職員向けの2回を企画したが、若手職員向け研修について、受講参加調整がつかず、中止となったため、1回の開催となった。 B: 研修内容については、概ね満足度は高かったことから、研修参加に係る負担を軽減するため、接客の主軸となる看護職について、従来の会議体を活用した研修を実施できないか検討する。	
	⑧ 外来でのサービス拡充	○セカンドオピニオン受入件数【 2 件 】 (R6:1 件 → R7:4 件)	がん診療支援センター	○	A: 令和6年度の1件から2件に増加し、新たに泌尿器科と脳神経外科のセカンドオピニオンを受け入れることができた。 B: 医師の異動による担当医師変更や追加も行っており、ホームページや院内掲示など継続して広報していく。	
	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 ○服薬指導率【 84.3 % 】 (R6:84.9 % → R7:85.0 %)	薬剤局	○	A: 救急病棟では、職員が不在の時間帯の夜間入院・午前退院の患者が多数おり、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 ○病棟訪問件数【 2,378 件 】 (R6:1,325 件 → R7:1,300 件)	栄養科	◎	A: 訪問件数は2,378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 ○平均2単位実施【 100 % 】 (R6:100 % → R7:100 %)	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。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 ○医師、メディカルスタッフとの院内ラウンド回数【 54 回 】 (R6:47 回 → R7:20 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54回実施できた。 ラウンドには病棟スタッフも参加し、カンファレンス内容の提案事項をカルテ記載し現場で実施することで、転倒転落発生率や身体抑制実施率の減少、患者の安寧に寄与することができた。	

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 具体的な実施内容	取組内容 【R7年実績】 (R6:実績 → R7: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					
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 % 】 (R6:100 % → R7:100 %)	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ることで、実施率100%を維持すると共に、入退院支援に係る診療報酬加算を着実に算定できた。(入退院支援加算1(700点):1,819件→1,860件、介護支援連携指導料(400点):174件→201件、多機関共同指導加算(2,000点):12件→12件)	
			地域医療・患者支援センター	◎	A:医療ソーシャルワーカーを始め、他職種の職員が連携して、主に在宅、居住系施設へ退院できる患者の支援を継続して行った。	
		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 % 】 (R6:91.0 % → R7:95.0 %)	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状況を毎日確認の上、医師へ連絡し、3日以内の返書を促している。 B:医師に対して、外来、入院別に返書状況を書面で示すなど、返書率100%を目指す。
				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の配布、「診療のご案内」の配布などを計画的に実施して、紹介患者の増に向けた、当院のPRIに努めた。また、紹介患者の増に向けた取組として、地域の医療機関の医師が、当院の専門医に直接相談等ができるホットライン(脳卒中・消化器・呼吸器科)を開設しているほか、FAX予約受付時間について、平日は18時まで延長、土曜日の午前中にも受付を行っている。月1回、地域医療連携支援チーム会を開催し、月ごとの紹介率・逆紹介率や診療科ごとの新規紹介患者数などを院内で情報共有している。
			○逆紹介率【 91.9 % 】 (R6:86.6 % → R7:80.0 %)	地域医療・患者支援センター	◎	
				○紹介患者の入院率【 20.0 % 】 (R6:22.0 % → R7:25.0 %)	地域医療・患者支援センター	○
	⑫ チーム医療体制の充実	ア 医療安全対策チーム ○ラウンド件数【 52 件 】 (R6:44 件 → R7:46 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発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。 B:医療安全対策チームでモニターラウンドに取り組んだ。チームメンバーでラウンドを実施することで、部署に対して意識改革の啓発活動につながったが、モニターアラーム削減には反映されなかった。今後も引き続き定期的に医療安全対策メンバーでラウンドを行い、患者安全を醸成する。
			院内感染対策センター	◎	A:感染対策向上加算1施設の香川大学医学部附属病院と相互評価を実施した。指導強化加算のため、連携施設4施設へ指導に赴いた。 B:指導強化加算の施設訪問を、短期間で4施設実施しないように検討したが、年間スケジュールの都合で、12月と1月の訪問となった。今後も「過去1年間に4回以上の訪問」との基準が満たせるように実施していく。	

みんなの病院自己評価

具体的施策	取組項目における 具体的な実施内容	取組内容【R7年実績】 (R6:実績→R7: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				
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 ・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 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 ②紹介患者の回診 ③GLIM基準による低栄養患者の症例検討 ④栄養管理に関するスキルアップのサポート ⑤口腔ケアチーム、摂食嚥下チームとの連携 B: 褥瘡対策チームとの連携強化 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 ○RSTラウンド回数【44回】 (R6:46回→R7:45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や栄養状態の改善に努めた。令和7年度ラウンド回数:44回(3回:対象者無しにてラウンドなし) A: 研修会:8回/年 実施できた。
		オ 褥瘡対策チーム ○皮膚排泄ケア認定資格取得者累計人数【1人】 (R6:1人→R7:1人)	褥瘡対策チーム	◎	A: 令和6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 ○褥瘡発生率【1)1.44%】【2)0.25%】 日本病院会QI事業(※)平均値以下を目指す 1)新規褥瘡発生率(R6:1.76%→R7:0.11%以下) 2)新規医療関連機器圧迫創傷(MDRPU)発生率	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:0.78%、②新規医療関連機器圧迫創傷(MDRPU)発生率0.24%である。当院において(令和7年4月～令和8年3月)①新規褥瘡発生率1.44%、②新規医療関連機器圧迫創傷(MDRPU)発生率0.25%であり、両者とも平均値を上回っている。 B: 褥瘡ラウンドの充実・ポジショニングラウンドの継続、予防ケアに対する院内研修会などの取り組みを実施していく。
		カ 緩和ケアチーム ○緩和ケアチームの介入患者数【4人】 (R6:3人→R7:20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。 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 ○糖尿病教室の開催回数【12回】 (R6:11回→R7:12回)	糖尿病チーム	◎	A: 令和7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た。令和6年度に比べ、27人増加の72名の参加があった。今年度も外来患者への発信、入院患者の参加も促していく。 B: 研修タイトルが毎年同じような内容になっており、刷新できるよう促していく。
		キ 糖尿病チーム ○糖尿病研修会の開催回数【7回】 (R6:9回→R7:9回)	糖尿病チーム	○	A: 令和7年度は、9回の開催を予定していたが、7回に留まった。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。 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	取組項目における 具体的な実施内容	取組内容 【R7年実績】 (R6:実績 → R7: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					
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 ○糖尿病チームラウンド【 39 回 】 (R6:46 回 → R7:50 回)	糖尿病チーム	○	A:令和7年度は39回、令和6年度より4名多い86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 ○排尿自立指導実施件数【 74 件 】 (R6:170 件 → R7:180 件)	排泄ケアチーム	△	A:排尿自立支援加算件数(排尿自立支援加算数＋外来排尿自立指導料)は、令和7年度は、入院で53件、外来で21件、計74件算定できたが、令和6年度より大幅な減少が見られた。理由として、短期退院が多いことなどがあげられ、目標の達成はできなかった。しかし、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できた。また、院内勉強会を年1回開始し、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ことに繋がった。 B:院内全体の排泄ケアに対する知識と看護の質を向上させる必要があり、排尿自立支援加算をしっかりと取れるよう、改めてリンクナースに指導していく必要がある。	
		ケ 摂食嚥下チーム ・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7年度には、24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。 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。令和7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 ・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ブ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:病棟スタッフに対して口腔ケア研修会を行い、目標を達成できた。 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:地域医療・患者支援センターの看護師、医療ソーシャルワーカーを中心に、薬剤局、医事課等の関係部署と連携を図りながら患者相談を実施した。
			地域医療・患者支援センター	◎	A:患者相談窓口及び電話等で患者相談対応を行った。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。(令和7年度実績:診療相談15,242件、医療費相談387件、福祉相談240件、施設・設備相談327件、その他の項目3,113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した。	
	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【 7 回 】 (R6:9 回 → R7:8 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、外部講師を招き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 】 (R6:2 回 → R7:2 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確認した。	
		○放射線関係医療安全取扱研修開催数 【 3 回 】 (R6:3 回 → R7:3 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:令和7年度は、総務省通知に基づいたもののほか、協議により基準外で、みんなの病院建設時の起債償還の一部を繰り入れている。

みんなの病院自己評価

具体的施策		取組項目における 具体的な実施内容	取組内容【R7年実績】 (R6:実績→R7: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						
1 役割・機能の最適化と連携の強化						
6 住民理解のための 取組	① 病院広報の拡充	ア ホームページ・SNSの充実 ・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、高松市の広聴広報・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)と連動した動画を配信した。令和7年12月からは、みんなの病院公式LINEを開設し、各種イベントや休診情報等の配信を行った。 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 ○「地域連携だより」発行回数【6回】 (R6:6回→R7:6回)	地域医療・患者支援センター	◎	A: 診療科の紹介や、直近で開催予定の地域連携セミナーの開催案内など、タイムリーな記事を掲載した「地域医療連携だより」を奇数月(6回/年)に発行し、県内約800か所の医療機関へ送付した。	
		イ「地域連携だより」及び「医師紹介パンフレット」の発行 ○「診療のご案内」発行回数【1回】 (R6:1回→R7:1回)	地域医療・患者支援センター	◎	A: 令和2年度から発行している「診療のご案内」について、令和7年度版を7月に発行し、県内約800か所の医療機関へ送付した。	
		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 ○やさしく学べる健康講座【39回】 (R6:17件→R7:7回)	地域医療・患者支援センター	◎	A: 市民の健康を支える市立病院として、当院の医師、看護師、コメディカルの職員が地域へ積極的に出向き、健康講座を実施した。市民の健康に対する意識の高まりもあり、計画を大きく上回る実施回数となった。	
		エ 地域住民との交流 ・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めます。	事務局 (医事課)	◎	A: 令和7年10月25日に、病院文化祭を開催し、地域住民との交流を推進した。来場者は、約500人であった。	
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【▲1人】 (R6:3人→R7:1人)	総務課	○	A: 常勤医師数は増減ないものの、会計年度任用医師が減少(1名)した。 (内訳)増加: 内科1名、循環器内科1名、産科・婦人科1名、病理診断科1名 減少: 呼吸器内科3名(うち会計年度任用医師1名)、外科1名、泌尿器科1名	
		○病院実習生受入人数【29人】 (R6:19人→R7:18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7年度は徳島大学から25名、香川大学から4名の、合計29名の医学生を受け入れた。 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【31人】 (R6:23人→R7:10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7年度は31名の医学生が見学に訪れた。 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。	

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 具体的な実施内容	取組内容 【 R7年実績 】 (R6:実績 → R7: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 ○認定資格等の取得者累計数【 42 人 】 (R6:41 人 → R7:50 人)	看護局	○	A:〔呼吸療法認定士〕2名更新 計17名 〔糖尿病療養指導士〕2人退職 1人失効 計6名 〔特定行為研修〕R8.3認定看護師2名が特定行為研修修了 〔心不全療養指導士〕R8年12月受験 3月試験合格 〔認定看護師〕感染管理認定看護師1人 更新 B:認定看護師・認定看護管理の育成 〔心不全看護認定看護師〕R8年2月教育課程受講修了。10月認定審査試験予定。	
		○研修実習生【 82 人 】 (R6:99 人 → R7:100 人)	看護局	○	A:各部署毎に、検査等のイベント項目や見学できる処置やケアをリストアップして可視化している。実習指導委員会で、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、各校の学生に応じた実習計画の中で目標を明示し指導者の共通認識のもと実習支援を行っている。 B:少子化に伴う若年人口減少で 看護専門学校を中心に定員割れしている状況が続いており、当院の研修実習生は減少傾向である。一方、大学進学率は増加傾向にあり、教育の大学化が進んでいる。大学の現場ではコロナ禍以降、遠隔事業やデジタル教材の導入が進み、看護職を選択した学生は、臨地実習で対象患者との信頼関係の構築や他職種連携に対する戸惑いや学業に対する心身の負担を感じる学生もいる。実習病院として、人材育成の役割の一端を担っており、全スタッフが、より充実した実習支援ができるよう、注力していきたい。	
		○離職率【 7.4 % 】 (R6:9.4 % → R7:10 %)	看護局	◎	A:令和7年度の離職者は、全員で24人 内訳 ・定年および再認用者期限満了者 6人 ・家庭の事情(結婚も含む) 5人 ・身体 3人 ・精神的要因 4人 ・転職 2人 ・その他 4人 上記のうち、新人離職者1名で、内訳は既卒者が0人、新卒者の1名となっている。 また、定年→再認用者除けば、7.4 %となっている。 B:心理的安全性についての職場調査を継続して実施している。また、学研のWeb研修を取り入れた研修を実施した。令和7年度は離職者が低減したが、メンタルの不調を来す職員もあり離職にはならなかったが病気休暇が必要な者もいた。引き続き、お互いを思いやる組織風土の醸成を促進していきたい。	
		イ 薬剤局 ○認定資格等の取得者累計数【 24 人 】 (R6:24 人 → R7:24 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5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2名	
		○研修実習生【 3 人 】 (R6:2 人 → R7:1 人)	薬剤局	◎	A:実務実習受入機構への要望がとおり令和7年度は、実習生を3名受け入れることができた。	
		○早期体験学習生【 0 人 】 (R6:0 人 → R7:2 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 ○認定資格等の取得者累計数【 8 人 】 (R6:8 人 → R7:8 人)	検査技術科	◎	A:科内では複数の技師が育児休暇を取得しており、正規職員の割合が減少している状況である。令和7年度は新たな認定資格取得者はいないが、取得に向けて準備を行っている段階である。担当分野の学会や研修会に参加することで、他病院などとの繋がりを築きながら、知識や技術の向上に努めることが出来た。また、各分野専門性が高まっているが、部門のくくりを広げながら可能な範囲でローテーションを行い、技師一人一人の汎用性を高めるために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環境を目指して、取り組みを継続していく。 B:女性の多い職場のため産休や育休、復帰後の部分休業の取得、さらに育児・介護も含めた看護休暇等を取得する者の割合が増加している状況である。今後も職員の欠員が多数重なる恐れがあるため、日常業務に加え、日当直業務の安定した運用に課題を感じている。年齢層の若返りもあり、医療安全に対する取り組みや、専門技術の習得、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。	

具体的施策		取組項目における 具体的な実施内容	取組内容【R7年実績】 (R6:実績→R7: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	○研修実習生【2人】 (R6:2人→R7:2人)	検査技術科	◎	A:令和7年度、約3ヶ月間、実習生2名の受け入れを行った。ガイドラインに沿った実習を行い、臨地実習指導プログラムに準じて指導した。実習生の受け入れにより、情報の更新が図られ、結果的に検査室のレベルアップに繋がったと感じている。今後も地域医療を支える臨床検査技師の育成に貢献していきたい。	
		エ 放射線技術科 ○認定資格等の取得者累計数【11人】 (R6:10人→R7:11人)	放射線技術科	◎	A:認定資格取得者11名、資格更新・維持出来た。	
		○研修実習生【6人】 (R6:6人→R7:5人)	放射線技術科	◎	A:6名の研修実習生を受け入れた。	
		オ リハビリテーション技術科 ○認定資格等の取得者累計数【36人】 (R6:35人→R7:33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1名修了し、13名となった。 B:心不全チームや心不全予防に関する加算に必要な心臓リハビリテーション指導士の取得に向け、心臓リハビリテーション学会に所属した。試験は所属後2年の要件があり、今後に取得予定である。	
		○研修実習生【6人】 (R6:7人→R7:10人)	リハビリテーション技術科	○	A:理学療法研修実習生6名であった。 実習校や実習生の都合もあり、予定より減少した。 B:今後も予定通り、実習受け入れを行う。	
		カ 臨床工学科 ○研修実習生【6人】 (R6:6人→R7:4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 ○認定資格等の取得者累計数【11人】 (R6:11人→R7:9人)	栄養科	◎	A: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】 (R6:4人→R7:4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。 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場合が多いことから、見学者の増加につながる方策を検討・実施していく。昨年度に引き続き、令和7年度のマッチング(令和8年度受入)もフルマッチの4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【125人】 (R6:32人→R7:5人)	臨床教育セン ター(総務課)	◎	A:令和7年度の説明会結果は以下のとおり。 レジナビ大阪、香川大学合同説明会、徳島大学説明会、マイナビRESIDENTfestival、レジナビオンラインに参加。 香川大学合同説明会(6/2 院長、藤井センター長、神野研修医、寛研修医が参加 ブース訪問者19名) 徳島大学説明会(6/14 藤井センター長、伊藤研修医、籠島研修医が参加 ブース訪問者5名) レジナビ大阪(7/6 院長、美濃研修医、川西研修医が参加 ブース訪問者17名) マイナビRESIDENTfestival(3/1 院長、山口由Dr、籠島研修医、川西研修医が参加 ブース訪問者33人) レジナビオンライン(3/21 藤井センター長、川西研修医、豊島研修医 閲覧者51名) B:臨床研修医の説明会への参加については、院長ほか、現在研修中の研修医の出席により、参加者が来やすく話しやすい環境作り等が大切である。令和8年度においても、引き続き初期臨床研修医にも参加してもらい、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、臨床研修医のより良い人材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 具体的な実施内容		取組内容 【 R7年実績 】 (R6:実績 → R7: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						
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【 13.0 日 】 (R6:12.0 日 → R7:10.8 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6年度と比較して改善した。 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【 11.6 時間 】 (R6:12.6 時間 → R7:14.5 時間)	総務課	◎	A: 令和6年11月に策定した医師労働時間短縮計画(計画期間: 令和7～11年度)を始めとした職員の時間外勤務削減に努めた。 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を進めた。 B: 勤怠管理システム導入後も、その活用を含め時間外削減に努めてまいりたい。	
	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【 20 対 1 】 (R6:25対 1 → R7:20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、20対1の体制となった。 B: 適切、円滑な診療事務の遂行に向けて、今後も人員確保を図る。	
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部適用としている。	
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 】 (R6:6 回 → R7:6 回)	院内感染対策センター	◎	A: ICT・AST合同研修会を2回、10分研修会を4回開催し、合わせて6回の開催となった。 B: 加算の施設基準のICT研修2回、AST研修2回を満たすことができた。また、知識を補うために、10分研修会を4回実施したが、出席人数は少なかった。ICTニュースの発行を増やすなどしていく予定である。	
	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。令和7年度は、院内の災害対策訓練を実施し、19名が参加した。当院のBCPについて、令和7年9月に香川県が地震・津波被害想定の見直しを公表したことにより、当該BCP において関連する項目等を改定した。 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事には、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。 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。 B:感染症発生時の対応がよりスムーズになるよう、今後も様々なケースを想定し訓練を実施する必要がある。	
	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7年度新興感染症対応力強化事業を活用し、個人防護具保管施設として、第2駐車場に屋外倉庫を建設した。 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

具体的施策		取組項目における 具体的な実施内容	取組内容 【R7年実績】 (R6:実績 → R7: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						
5 施設・設備の最適化						
1 施設・設備の適正 管理と整備費の 抑制	① 施設・設備の投資	○医療収益に対する減価償却比率【13.6 %】 (R6:15.0 % → R7:13.3 %)	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。 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、及び関係部署・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。サイバーセキュリティ対策では、香川県警察本部の協力を得て当院初となる訓練を実施した。サイバーインシデント発生時の職員の基本的な対応手順を確認し、具体的な患者対応や診療時間外での発生時運用といった次回以降の課題点の洗い出しを行った。 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の運用拡大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。 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増設や患者への積極的な声掛けを行っていく。	
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。 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、決算見込などを報告し、情報共有している。また、毎月異なる議題について、担当部署が発表を行い、問題点を共有し、改善点を議論している。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、議論する形式に変更した。 B:会議の中で提案された収益の増加、費用の削減案などについて、迅速かつ着実に実行する体制を構築・強化していく。	
	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:入院患者の情報を「患者支援センター」に集約し、入院前のスクリーニング情報を基に、「患者支援センター」の医療ソーシャルワーカー、看護師を中心に、薬剤師、管理栄養士、医療事務などが連携し、早期介入に努めた結果、入退院支援に係る診療報酬加算も適切に算定できた。(入院時支援加算1 72件→147件) また、ベッドコントロールについても、「患者支援センター」で一元的な管理を行い、効率的な病床管理に努めた。月に1回、病床管理委員会を開催し、病棟ごとの稼働率等について、情報共有を行った。	
	③ 適切な診療報酬の請求	○診療報酬請求額査定率(%以内)【0.35 %】 (R6:0.25 % → R7:0.14 %) ※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。 B:令和6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	取組項目における 具体的な実施内容	取組内容 【R7年実績】 (R6:実績 → R7: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
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。毎月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7年度は、5月24日に開催した。令和6年度の実績と令和7年度の目標、関連部署等への要望・意見について、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た。	
	⑥ 未収金の発生防止及び回収推進	○現年度分収納率【 98.3 % 】 (R6:98.7 % → R7:98.8 %)	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。また、令和8年2月から、救急外来において診療費の後払いシステムを導入した。 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。今後は、後払いシステムの入院費や外来診療費への拡大を検討する。	
		○過年度未収金回収率【 5.4 % 】 (R6:7.7 % → R7:10.0 %)	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。 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【 12.22 % 】 公定価格に対する契約単価 (R6:12.48 % → R7:13.345 %)	総務課	◎	A:薬価交渉に関し、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。 B:全国的に薬価の値引き率が減少する中、「流通改善ガイドライン」を遵守しつつ、値引き率の向上に努める必要がある。	
		○100床当たり職員数【 183.9 人 】 (R6:183.6 人 → R7:180.0 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。 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 % 】 (R6:94.8 % → R7:94.0 %)	薬剤局	◎	A:DPCでの後発医薬品使用数量率は令和6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94%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。 ※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。) 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る中、室温等を適切に設定する必要がある。	

具体的施策	取組項目	令和6年度実績	令和7年度目標	達成状況 【令和7年度実績】
医療機能に関する指標	○入院患者数(人)	87,056	85,775	83,231
	○1日当たり入院患者数(人)	239	235	228
	○病床利用率(%)【全病床:305床】	78.2	77.0	74.8
	○病床利用率(%)【一般病床:299床】	79.8	78.6	76.3
	○入院単価(円)	58,949	63,000	60,964
	○外来患者数(人)	97,494	96,800	96,869
	○1日当たり外来患者数(人)	401	400	400
	○外来単価(円)	19,691	19,000	19,779
	○紹介率(%)	80.5	75.0	81.8
	○逆紹介率(%)	86.6	80.0	91.9
	○患者満足度・入院(点)	4.5	4.5	4.6
	○患者満足度・外来(点)	4.0	4.4	4.3
経営に関する指標	○経常損益(百万円)	△772	△216	△1,070
	○経常収支比率(%)	92.3	97.8	89.6
	○医業収支比率(%)	81.0	87.7	78.3
	○職員給与費対医業収益比率(%)	62.2	63.6	67.1
	○材料費対医業収益比率(%)	24.6	23.0	24.2
	○委託費対医業収益比率(%)	10.4	11.5	11.7
	○減価償却対医業収益比率(%)	15.0	14.4	13.6
	○年度末現金残高(百万円)	3,632	4,205	2,747

自己評価表・具体的取組状況

(令和7年度実績)

【塩江分院 編】

塩江分院基本方針

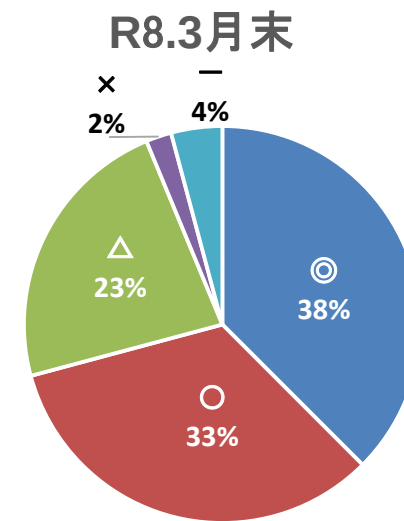
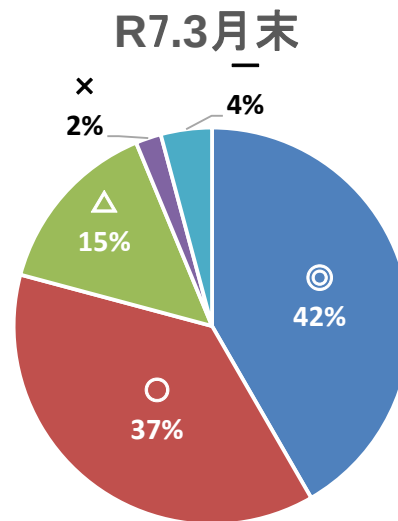
- 1 『地域まるごと医療』を、市民とともに実践します。
- 2 『安全で良質な医療ケア』を、ファインチームワークで提供します。
- 3 『住民に愛される病院』を、おもいやりの心で実現します。

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	環境の変化・制度の見直しなどにより、評価対象の取り組みができなかった。

2 自己評価結果



具体的施策		取組項目における 具体的な実施内容	取組内容 【R7年実績】 (R6:実績 → R7: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						
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:経営戦略会議では、内部の関係職員で運営状況や課題などを主に話し合った。地元のコミュニティ協議会の会合に出席して意見を聴くなどした。 B:経営戦略会議に限定せず、地域住民等との協議の場を設けることが必要。	
	② 患者輸送車運行事業の推進	○患者輸送車運休回数【0件】 (R6:0件 → R7:0件)	事務局	◎	A:運行スケジュールに沿った運行ができた。	
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:参加していない。 B:開催される地域ケア小会議の状況を確認し、関われるものがあれば積極的に参加する。	
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:専門外来として、みんなの病院からの医師の応援派遣により外科(月1回)と泌尿器科(月2回)が実施できた。	
			看護局	◎	A:みんなの病院の看護局との連携をとり、ICLS・BLS研修会に参加して指導力を向上させ、当診療所におけるスタッフへの指導につながっている。	
			薬局	◎	A:みんなの病院との間で情報を共有し、相互に“dead stock”の譲り渡し・譲り受けを行った。また、みんなの病院からの薬剤師の応援派遣により効率的な運営を行った。	
			医療局 (検査技術)	○	A:検査業務の効率化のために、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している。	
			放射線科	◎	A:レントゲン撮影において、みんなの病院からの放射線技師の応援派遣により効率的に行った。	
			リハビリテーション科	◎	A:呼吸器・脳血管・運動器リハビリテーションなどについて、みんなの病院との間で情報交換を行ったほか、勉強会を開催してスキルアップに努めた。	
			栄養科	○	A:患者への栄養指導において、みんなの病院からの管理栄養士の応援派遣により効率的に行った。	
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【38件】 (R6:22件 → R7:400件)	医療局 (医科)	△	A:病床の休床に伴う老健施設との訪問診療契約解消により減少した件数から回復していない。 B:人口減少や地理的条件などから、訪問診療件数の大幅な増加は困難ではあるが、対象先を増やすための地道な掘り起こしが必要。	
		○訪問歯科件数【30件】 (R6:36件 → R7:80件)	医療局 (歯科)	△	A:外来診療の調整による訪問診療時間の確保に努めるなどしたが、目標の件数には達していない。 B:人口減少や地理的条件などから、訪問件数が増加しづらい状況ではあるが、対象先を増やすための地道な掘り起こしが必要。	
		○訪問看護件数【1,667件】 (R6:1,785件 → R7:2,100件)	訪問看護ステーション	○	A:社会福祉協議会(塩江)のほか、他地区の社会福祉協議会と連携をとり、利用者の増加に努めたものの、目標の件数には及んでいない。 B: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ではあるが、対象先を増やすための地道な掘り起こしが必要。なお、地理的条件などから、極端な件数増加への対応は困難。	
		○訪問リハビリテーション件数【528件】 (R6:554件 → R7:650件)	リハビリテーション科	○	A:周辺地域も含めて積極的な訪問に努めたものの、目標の件数には及んでいない。 B:人口減少や地理的条件などから、訪問件数が増加しづらい状況ではあるが、対象先を増やすための地道な掘り起こしが必要。	

具体的施策		取組項目における 具体的な実施内容	取組内容 【R7年実績】 (R6:実績 → R7: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						
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 ○看護師【8回】 (R6:3回 → R7:4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【0回】 (R6:1回 → R7:0回)	栄養科	△	A:管理栄養士の配置がなくなったため、同行調整が困難だった。 B:みんなの病院からの応援の管理栄養士との連携が必要。	
		○歯科衛生士【0回】 (R6:0回 → R7:0回)	歯科	△	A:1人の歯科衛生士により歯科外来を行っているため、同行調整が困難だった。 B:歯科衛生士のやり繰りの工夫などが必要。	
	③ 患者満足度調査の実施	○外来満足度【3.72点】 (R6:3.6点 → R7:4.5点)	看護局	○	A:サンプル数が少ないため、結果が全体像と合致しているかというところはあるが、高い評価をいただいている。一方、「待ち時間が長い」などのご意見も寄せられている。	
	④ 接遇改善の取組	○接遇委員会開催数【12回】 (R6:12回 → R7:12回)	接遇委員会	◎	A:毎月開催することにより、患者からの声への対応を検討して職員で共有するなどした。	
		○接遇研修【1回】 (R6:1回 → R7:1回)	接遇委員会	◎	A: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。 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:院内での各種会合やカンファレンスなどを通じて、職種や各スタッフ間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】 (R6:12回 → R7:12回)	医療安全委員会	◎	A:定期(毎月)開催することにより情報共有に努めた。	
○安全管理研修会(全体研修)開催数【1回】 (R6:2回 → R7:2回)		医療安全委員会	○	A:医療ガスの取り扱いについて研修会を実施した。		
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】 (R6:0人 → R7:1人)	看護局	×	A:参加を予定していたイベントが中止になった。 B:地元団体等との連携や情報共有が必要。		
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:令和7年度は、総務省通知に基づいたもののほか、協議により基準外で、附属医療施設整備室の職員に係る給与費、附属医療施設建設費のうち、企業債の対象とならない事業費の一部を繰り入れている。	
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【1回】 (R6:2回 → R7:2回)	広報紙作成委員会	○	A:広報誌を発行し、患者や他の医療機関のほか、塩江地域内の全世帯に配布するなどして情報発信に努めた。	
	② 教室・講座の実施	○出張健康講座等開催数【8回】 (R6:8回 → R7:13回)	地域包括ケア推進チーム	△	A:無医地区において、医師や看護師等による健康教室を開催し、地域住民の健康増進に努めた。	

具体的施策		取組項目における 具体的な実施内容	取組内容 【R7年実績】 (R6:実績 → R7: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	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:塩江地域はへき地であることから、医療の安定提供のために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】 (R6:4人 → R7:30人)	医療局	○	A:大学病院との調整により、学生を受け入れることができた。	
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【19.3%】 (R6:▲17.6% → R7:▲2.0%)	事務局	◎	A:各職員に時間外労働を圧縮する意識が浸透した。 B:部署によっては、縮減できていない。	
	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、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【0件】 (R6:1件 → R7:1件)	医療局	△	A:研究発表等ができなかった。 B:病床の休止で外来診療のみとなり、人員配置も見直した中ではあるが、研究発表等ができるようにしたい。	
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部適用としている。	
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】 (R6:12回 → R7:12回)	感染予防委員会	◎	A:委員会を毎月開催して、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】 (R6:2回 → R7:1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【1件】 (R6:0件 → R7:0件)	感染予防委員会	○	A:各職員が標準作業手順の遵守を徹底した。	
	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	—	必要量の資材は確保している。	

具体的施策		取組項目における 具体的な実施内容	取組内容 【R7年実績】 (R6:実績 → R7: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						
5 施設・設備の最適化						
1 施設・設備の適正 管理と整備費の 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:発生した建物や電気給排水等の設備の不具合については、最小限の補修や最善の修繕方法を検討し、実施した。 B:建物や設備を健全な状態に保つため、日常の細かな点検等が必要。	
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:電子カルテシステムの導入に向けての具体的検討に入った。	
	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:窓口での案内などにより、少しずつ利用者数が増加しているものの、高齢の患者が多いことから伸び悩んでいる。 B:事務の効率化・電子化を進めるためにも、さらなる利用率の上昇が必要。	
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。 また、本計画についても、PDCAサイクルによる進行管理を実施し、更なる業務改善や効率化を進めます。 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:経営戦略会議を毎月開催して、運営の状況を検証するとともに、改善点や重点的に取り組む項目を確認するなどしている。	
	② 適切な診療報酬の請求	○診療報酬請求額査定率【0.2%】 (R6:0.2% → R7:0.1%)	事務局	○	A:査定率の低下のために、各局で査定結果の情報を共有するなどしている。	
	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:経営戦略会議などの機会を利用して、各局の業務実績を共有して、取組目標などを共有した。	
	④ 未収金の発生防止及び回収促進	○現年分収納率【100%】 (R6:100% → R7:100%)	事務局	◎	A:現年度分の患者一部負担金については、未収金の発生防止に努めた。	
		○過年度未収金回収率【0%】 (R6:0% → R7:0%)	事務局	△	A:滞納者やその相続人の所在が不明などで過年度未収金の回収は困難であった。 B: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【91.2%】 (R6:93.2% → R7:90%)	薬局	◎	A:新規ジェネリック医薬品を順次採用しており、使用率向上に努めた。	
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【▲13.7%】 (R6:▲26.5% → R7:▲1.0%)	事務局	◎	A:各職員が節電に努めたほか、節電型の空調機器の導入により大幅な縮減となった。		

具体的施策	取組項目	令和6年度実績	令和7年度目標	達成状況 【R7年度実績】
医療機能に関する指標	○入院患者数(人)	休止	休止	休止
	○1日当たり入院患者数(人)	休止	休止	休止
	○外来患者数(人)※1	12,281	15,246	12,225
	○1日当たり外来患者数(人)	51	63	51
	○病床利用率(%)※2	休止	休止	休止
	○訪問診療件数(件)	22	400	38
	○訪問歯科件数(件)	36	80	30
	○訪問看護件数(件)	1,785	2,100	1,667
	○訪問リハビリテーション件数(件)	554	650	528
	○患者満足度(点)	3.6	4.5	3.7
経営に関する指標	○経常損益(百万円)	4	7	△7
	○経常収支比率(%)	101.0	101.6	98.2
	○医業収支比率(%)	36.4	38.8	36.7
	○職員給与費対医業収益比率(%)	181.1	171.2	182.7
	○材料費対医業収益比率(%)	32.8	38.8	33.4
	○委託費対医業収益比率(%)	21.9	13.4	22.3
	○減価償却対医業収益比率(%)	9.3	7.4	8.4
	○年度末現金残高(百万円)	68	228	142

※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。

委員評価表

(令和7年度実績)

【みんなの病院 編】

高松市立病院を良くする会

みんなの病院自己評価

具体的施策	取組項目における 具体的な実施内容		取組内容	R7 自己 評価	小分類 評価	委員意見等			
	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 救急医療の強化	ア 救急患者の受入れ ○救急車搬送患者受入件数	◎						
		○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 ○がん診療連携研修会開催数			○			
			○がん診療連携研修会開催数			◎			
			イ 地域を含めたがん患者及び家族への支援 ○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)終了者累計数			◎			
	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			△			
			○平均在院日数			○			
	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			○			
			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			○
						○「地域医療連携カンファレンス」開催数			◎
	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	ア 地域救急貢献 ○地域救急貢献			○			
			イ 手術 ○手術件数			◎			
			ウ リハビリ ○リハビリ件数			△			
		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。			○			
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	◎					
		○シームレスケア研修会参加者数	◎						
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)	○						

具体的施策		取組項目における 具体的な実施内容	取組内容	R7 自己 評価	小分類 評価	委員意見等
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	○PET-CT検査件数	△			
		○新規がん放射線療法患者数	△			
	⑥ 患者満足度調査の実施	○入院患者満足度	◎			
		○外来患者満足度				
	⑦ 待ち時間短縮及び接遇改善	ア 待ち時間の短縮 ○予約患者の待ち時間(30分以内)の割合	◎			
		イ 接遇改善の取組及びクレーム対応能力の向上 ○院内での接遇研修会の開催数	○			
		⑧ 外来でのサービス拡充	○セカンドオピニオン受入件数			○
	⑨ 病棟でのサービス拡充	ア 病棟薬剤業務・服薬指導業務の充実 ○服薬指導率	○			
		イ 摂食不良患者への支援 ○病棟訪問件数	◎			
		ウ 地域包括ケア病棟におけるリハビリの実施及び支援 ○平均2単位実施	◎			
		エ 身体抑制の削減と転倒・転落防止対策への取組 ○医師、メディカルスタッフとの院内ラウンド回数	◎			
		⑩ 退院支援の充実	○退院調整を要する患者等への実施率			◎
	○在宅復帰率		◎			
	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	○			
		○紹介率	◎			
		○逆紹介率	◎			
		○紹介患者の入院率	○			
	⑫ チーム医療体制の充実	ア 医療安全対策チーム ○ラウンド件数	◎			
		イ 院内感染対策チーム ・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。	◎			

29Pに記入

具体的施策		取組項目における 具体的な実施内容	取組内容	R7 自己 評価	小分類 評価	委員意見等
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 ・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。	◎		29Pに記入	
		エ 呼吸療法サポートチーム ○RSTラウンド回数	◎			
		オ 褥瘡対策チーム ○皮膚排泄ケア認定資格取得者累計人数	◎			
		オ 褥瘡対策チーム ○褥瘡発生率	△			
		カ 緩和ケアチーム ○緩和ケアチームの介入患者数	△			
		キ 糖尿病チーム ○糖尿病教室の開催回数	◎			
		キ 糖尿病チーム ○糖尿病研修会の開催回数	○			
		キ 糖尿病チーム ○糖尿病チームラウンド	○			
		ク 排泄ケアチーム ○排尿自立指導実施件数	△			
		ケ 摂食嚥下チーム ・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。	△			
		コ 口腔ケアチーム ・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。	◎			
	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。	◎			
			◎			
	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	◎			
		○安全管理研修(全体研修)開催数	◎			
		○放射線関係医療安全取扱研修開催数	◎			

みんなの病院自己評価

具体的施策		取組項目における 具体的な実施内容	取組内容	R7 自己 評価	小分類 評価	委員意見等
取組項目						
1 役割・機能の最適化と連携の強化						
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。	◎		
6	住民理解のため の取組	① 病院広報の拡充	ア ホームページ・SNSの充実 ・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。	◎		
			イ「地域連携だより」及び「医師紹介パンフレット」の発行 ○「地域連携だより」発行回数	◎		
			イ「地域連携だより」及び「医師紹介パンフレット」の発行 ○「診療のご案内」発行回数	◎		
			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 ○やさしく学べる健康講座	◎		
			エ 地域住民との交流 ・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。	◎		
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	○		
			○病院実習生受入人数	◎		
			○病院見学生受入人数	◎		

みんなの病院自己評価

32Pに記入

みんなの病院自己評価

具体的施策		取組項目における 具体的な実施内容	取組内容	R7 自己 評価	小分類 評価	委員意見等
取組項目						
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。	◎		
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	◎		
		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。	◎		
		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。	◎		
		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。	◎		
		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。	◎		
5 施設・設備の最適化						
1	施設・設備の適正管理と整備費の抑制	① 施設・設備の投資	○医業収益に対する減価償却比率	◎		
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。	◎		
		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。	○		

みんなの病院自己評価

具体的施策		取組項目における 具体的な実施内容	取組内容	R7 自己 評価	小分類 評価	委員意見等
取組項目						
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。 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。	○			
	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。	◎			
	③ 適切な診療報酬の請求	○診療報酬請求額査定率	△			
	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。	◎			
	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。	◎			
	⑥ 未収金の発生防止及び回収推進	○現年度分収納率	◎			
		○過年度未収金回収率	◎			
	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	◎			
		○100床当たり職員数	○			
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	◎				
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。 ※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。	◎				

委員評価表

(令和7年度実績)

【塩江分院 編】

高松市立病院を良くする会

塩江分院自己評価

具体的施策		取組項目における 具体的な実施内容	取組内容	R7 自己 評価	小分類 評価	委員意見等
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。	△			
	② 患者輸送車運行事業の推進	○患者輸送車運休回数	◎			
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。	△			
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。 ※上から、医療局、看護局、薬剤局、検査技術科、放射線科、リハビリテーション科、栄養科	◎			
			◎			
			◎			
			○			
			◎			
			◎			
			◎			
			○			
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	△			
		○訪問歯科件数	△			
		○訪問看護件数	○			
		○訪問リハビリテーション件数	○			

具体的施策		取組項目における 具体的な実施内容	取組内容	R7 自己 評価	小分類 評価	委員意見等
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	◎			
		○看護師				
		○管理栄養士	△			
		○歯科衛生士	△			
		③ 患者満足度調査の実施	○外来満足度			○
		④ 接遇改善の取組	○接遇委員会開催数			◎
			○接遇研修			◎
		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。 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。			○
⑥ 医療安全意識の共有と醸成	○医療安全委員会開催数	◎				
	○安全管理研修会(全体研修)開催数	○				
	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	×			
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。	◎			
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 教室・講座の実施	○出張健康講座等開催数	△			

具体的施策		取組項目における 具体的な実施内容	取組内容	R7 自己 評価	小分類 評価	委員意見等
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。	○		
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	○		
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	◎		
		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。	○		
		③ 学会や研修会での発表	○研究発表・論文発表件数	△		
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。	◎		
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	◎		
			○感染管理研修会(全体研修)開催数	◎		
			○針刺事故件数	○		
		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。	—		
		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。	—		

具体的施策		取組項目における 具体的な実施内容	取組内容	R7 自己 評価	小分類 評価	委員意見等
取組項目						
5 施設・設備の最適化						
1	施設・設備の適正 管理と整備費の 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。	○		
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、医療情報システムを更新するほか、必要なIT化に積極的に取り組みます。	△		
		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。	△		
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。 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。 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。	○		
		② 適切な診療報酬の請求	○診療報酬請求額査定率	○		
		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。	○		
		④ 未収金の発生防止及び回収促進	○現年分収納率	◎		
			○過年度未収金回収率	△		
		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	◎		
		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	◎		