

令和6年度

豊橋市民病院経営強化プラン取組状況報告書

令和7年9月

豊橋市(豊橋市民病院)

この報告書は、豊橋市民病院経営強化プラン(令和3年度～令和9年度)の取り組み状況について、年度ごとにとりまとめ、豊橋市民病院経営強化プラン策定会議において点検・評価し、市議会に報告のうえ公表するものです。

目 次

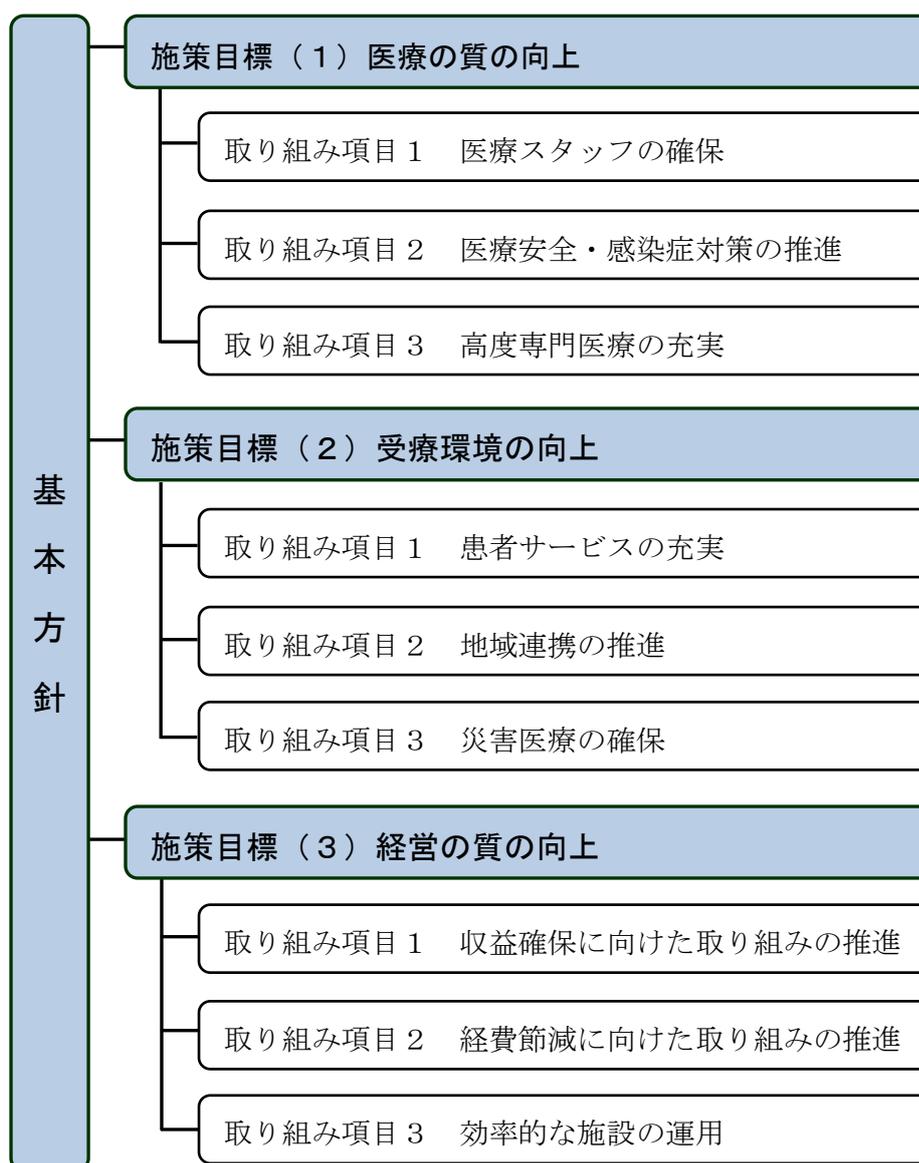
1. 豊橋市民病院経営強化プランの概要	P. 3
2. 事業計画と令和6年度決算	P. 4
(1)収益的収支	〃
(2)資本的収支	P. 6
(3)定員管理に関する計画	P. 7
3. 取り組み結果の概要	P. 8
4. 施策目標達成の具体的な取り組み	P. 10
(1)医療の質の向上	〃
(2)受療環境の向上	P. 17
(3)経営の質の向上	P. 24
5. 役割・機能の最適化と連携の強化	P. 30
6. 取り組みに対する評価	P. 30

1. 豊橋市民病院経営強化プランの概要

豊橋市民病院経営強化プランは、「第3次豊橋市民病院改革プラン(令和3年度～令和7年度)」について、令和4年3月に総務省より新たなガイドラインが示されたことから、内容を改訂するとともに計画期間を2年間延長し、令和9年度までの計画として令和6年3月に策定しました。

これまでのプランの取り組みを継承しつつ、東三河の地域医療を担う中核病院として、診療機能の充実及び経営の一層の強化を図るため、中期的な視点から目指すべき方向性や具体的な取り組みを明らかにするとともに、地域医療の現状を踏まえ、病床数の見直しや急性期機能の更なる充実を図る内容となっています。

- (1) 基本方針 東三河の地域医療を支える中核病院 ～医療の変革と新しい価値観の時代を生き抜くために～
- (2) 計画期間 令和3年度から令和9年度までの7年間
- (3) 施策目標及び取り組み項目



2. 事業計画と令和6年度決算

(1) 収益的収支

① 収支計画(税抜き)

上段()書:計画、下段:決算

(単位:百万円)

区 分		R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
収 入	入院収益	(18,917) 17,607	(19,253) 18,214	(19,717) 19,361	(20,866) 19,595	(21,057)	(21,367)	(21,589)
	外来収益	(12,907) 12,175	(13,111) 12,706	(13,397) 13,384	(13,715) 13,525	(13,810)	(14,616)	(14,856)
	国県補助金	(75) 4,305	(75) 2,414	(69) 555	(75) 64	(75)	(75)	(75)
	一般会計繰入金	(1,500) 1,470	(1,518) 1,509	(1,507) 1,452	(1,494) 1,462	(1,636)	(1,620)	(1,621)
	その他収益	(1,445) 1,547	(1,434) 1,350	(1,272) 1,216	(1,246) 1,202	(1,265)	(1,266)	(1,240)
	特別利益	(505) 594	(477) 519	(569) 672	(477) 409	(158)	(6)	(5)
	計	(35,349) 37,698	(35,868) 36,712	(36,531) 36,640	(37,873) 36,257	(38,001)	(38,950)	(39,386)
支 出	人件費	(13,617) 13,354	(13,704) 13,571	(14,319) 13,897	(15,010) 14,878	(14,954)	(15,584)	(15,206)
	材料費	(12,580) 11,555	(12,704) 12,178	(13,022) 13,056	(13,401) 13,372	(13,467)	(14,176)	(14,243)
	経費	(4,562) 4,358	(4,467) 4,805	(5,075) 4,772	(5,275) 5,095	(5,089)	(5,066)	(5,216)
	減価償却費等	(2,684) 2,666	(2,421) 2,549	(2,142) 2,084	(2,464) 2,329	(2,819)	(2,642)	(2,655)
	支払利息	(259) 257	(202) 200	(146) 144	(101) 93	(49)	(23)	(21)
	その他費用	(1,048) 880	(1,058) 970	(1,104) 1,043	(1,110) 1,045	(1,115)	(1,183)	(1,188)
	特別損失	(0) 0	(0) 44	(0) 0	(55) 48	(0)	(0)	(0)
	計	(34,750) 33,070	(34,556) 34,317	(35,808) 34,996	(37,416) 36,860	(37,493)	(38,674)	(38,529)
収支差引	(599) 4,628	(1,312) 2,395	(723) 1,644	(457) △603	(508)	(276)	(857)	
経常収支差引	(104) 4,034	(845) 1,920	(164) 972	(45) △964	(360)	(280)	(862)	
未処分利益剰余金	(1,866) 6,305	(2,579) 5,194	(4,214) 5,116	(3,895) 2,837	(3,500)	(2,251)	(2,833)	
剰余金の処分	(599) 5,038	(1,312) 3,927	(2,947) 3,848	(2,628) 2,171	(2,233)	(984)	(1,566)	

② 経営指標

上段()書:計画、下段:決算

区 分	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
病床数(床)	(800) 800	(800) 800	(800) 800	(800) 800	(800) 800	(750)	(750)
一般病床利用率(%)	(90.0) 78.4	(90.0) 78.2	(90.0) 85.3	(85.0) 85.7	(85.0)	(90.0)	(90.0)
平均在院日数(日)	(11.5) 11.0	(11.4) 10.8	(11.3) 10.4	(10.6) 10.2	(10.4)	(10.2)	(10.0)
1日平均 入院患者数(人)	(720) 630	(720) 635	(720) 669	(680) 670	(680)	(680)	(680)
患者1人1日当り 入院収益(税抜き・円)	(71,980) 76,620	(73,260) 78,567	(74,820) 79,115	(84,070) 80,076	(84,840)	(86,090)	(86,740)
1日平均 外来患者数(人)	(1,900) 1,916	(1,900) 1,924	(1,900) 1,911	(1,900) 1,965	(1,900)	(1,900)	(1,900)
患者1人1日当り 外来収益(税抜き・円)	(28,070) 26,257	(28,400) 27,184	(29,020) 28,821	(29,710) 28,324	(30,040)	(31,920)	(32,180)
※1) 経常収支比率(%)	(100.3) 112.2	(102.4) 105.6	(100.4) 102.8	(100.1) 97.4	(101.0)	(100.7)	(102.2)
※2) 医業収支比率(%)	(99.5) 98.1	(101.5) 97.3	(100.1) 101.0	(100.4) 97.1	(100.0)	(99.8)	(101.5)
※3) 修正医業収支比率(%)	(-) 96.0	(-) 95.0	(97.8) 98.6	(98.2) 94.9	(97.8)	(97.6)	(99.3)
※4) 職員給与比率 (医業収益比・%)	(41.1) 42.8	(40.6) 42.1	(41.5) 40.8	(41.8) 43.3	(41.3)	(41.7)	(40.2)

※1) 経常収支比率 = 経常収益/経常費用×100 で表され、100%以上であることが望ましい(経常黒字 100%以上)

※2) 医業収支比率 = 医業収益/医業費用×100 で表され、100%以上であることが望ましい

※3) 修正医業収支比率 = (入院収益+外来収益+その他医業収益)/医業費用×100 で表され、医業収益から
他会計負担金等を除いたものを用いて経営の収益性を示す

※4) 職員給与比率 = 人件費/医業収益×100 で表され、40~50%であることが望ましい

(2) 資本の収支

① 収支計画(税込み)

上段()書:計画、下段:決算

(単位:百万円)

区 分		R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
収 入	企 業 債	(148) 100	(683) 312	(1,144) 1,144	(0) 0	(0)	(0)	(0)
	出 資 金	(30) 22	(0) 0	(0) 0	(0) 0	(0)	(0)	(0)
	負 担 金	(1,388) 1,388	(1,425) 1,425	(1,352) 1,352	(1,303) 1,303	(993)	(315)	(315)
	固定資産売却代金	(795) 701	(809) 3	(826) 16	(817) 0	(840)	(840)	(840)
	投資回収金	(9) 11	(10) 7	(12) 5	(8) 6	(9)	(8)	(9)
	国 県 補 助 金	(0) 56	(0) 8	(0) 0	(0) 7	(0)	(0)	(0)
	計	(2,370) 2,278	(2,927) 1,755	(3,334) 2,517	(2,128) 1,316	(1,842)	(1,163)	(1,164)
支 出	建 設 改 良 費	(1,806) 1,738	(1,682) 1,582	(2,695) 2,478	(3,089) 2,092	(2,876)	(1,706)	(1,860)
	投 資	(839) 737	(839) 26	(879) 24	(877) 22	(877)	(877)	(877)
	償 還 金	(2,325) 2,325	(2,382) 2,382	(2,224) 2,224	(2,171) 2,171	(1,725)	(708)	(709)
	計	(4,970) 4,800	(4,903) 3,990	(5,798) 4,726	(6,137) 4,285	(5,478)	(3,291)	(3,446)
収 支 差 引	(▲2,600) ▲2,522	(▲1,976) ▲2,235	(▲2,464) ▲2,209	(▲4,009) ▲2,969	(▲3,636)	(▲2,128)	(▲2,282)	
補 填 財 源 使 用 額	(2,600) 2,522	(1,976) 2,235	(2,464) 2,209	(4,009) 2,969	(3,636)	(2,128)	(2,282)	
補 填 財 源 残 額	(669) 1,752	(694) 5,655	(6,738) 6,937	(5,024) 7,027	(3,989)	(4,522)	(4,708)	

② 企業債残高

上段()書:計画、下段:決算

(単位:百万円)

区 分	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
総 額	(12,060) 12,012	(10,361) 9,942	(8,862) 8,862	(6,691) 6,691	(4,966)	(4,258)	(3,549)

③ 設備投資計画

上段()書:計画、下段:決算

(単位:百万円)

区 分	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
病院改修等建設改良	(657) 581	(980) 637	(1,627) 1,432	(752) 154	(1,442)	(366)	(543)
医療機器等購入	(1,149) 1,157	(702) 945	(1,068) 1,046	(2,337) 1,938	(1,434)	(1,340)	(1,317)
合 計	(1,806) 1,738	(1,682) 1,582	(2,695) 2,478	(3,089) 2,092	(2,876)	(1,706)	(1,860)

(3) 定員管理に関する計画

上段()書:計画、下段:実績(4/1 現在)

(単位:人)

区 分	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
医 師	(230) 239	(230) 236	(230) 234	(230) 233	(230) 237	(230)	(230)
看 護 師	(774) 787	(789) 794	(804) 795	(820) 786	(835) 777	(835)	(835)
医療技術員	(228) 224	(231) 228	(232) 235	(250) 241	(252) 258	(254)	(254)
事務職員等	(81) 73	(82) 80	(82) 85	(91) 92	(95) 100	(100)	(100)
合 計	(1,313) 1,323	(1,332) 1,338	(1,348) 1,349	(1,391) 1,352	(1,412) 1,372	(1,419)	(1,419)

3. 取り組み結果の概要

(1) 収支状況（P.4参照）

令和6年度の収支状況については、4億 5,700 万円の純利益を計画したところ、診療単価が伸びず入院・外来収益が計画値を下回ったことに加え、人件費・材料費・経費の増加や新型コロナウイルス感染症に係る病床確保料の県補助金の減少などにより、実績ではマイナス6億 300 万円となり、計画値から 10 億 6,000 万円下回りました。また、特別利益を除いた経常収支は、マイナス9億 6,400 万円となり、平成 21 年度以来の赤字となりました。

(2) 経営指標（P.5参照）

令和6年度は、病床再編に伴う南病棟の工事開始により、病床が減少する中で効率的なベッドコントロールに努めたことで、「一般病床利用率」は計画値を 0.7 ポイント上回り 85.7%となるとともに、クリニカルパスの整備や入退院支援の充実により、「平均在院日数」は、計画値より 0.4 日短縮の 10.2 日となりました。一方、「患者1人1日当り入院収益」、「1日平均入院患者数」は増加傾向にあるものの、計画値を下回りました。

「経常収支比率」、「医業収支比率」は、人事院勧告に伴う人件費の上昇や物価高騰による経費の増加など医業費用が増加したことで、計画値を下回り、「修正医業収支比率」についても計画値を 3.3 ポイント下回りました。また、「職員給与比率」については、令和5年度より 2.5 ポイント上昇しました。

(3) 設備投資計画（P.7参照）

「病院改修等建設改良」は、入札不調などによる工事着手の遅れにより、病床再編に伴う工事請負費を令和7年度以降に繰り越したため、計画値より 5 億 9,800 万円少ない 1 億 5,400 万円となりました。

「医療機器等購入」では、地域連携の強化と国が進める医療DXに対応するため、病院総合情報システムを更新し、より質の高い医療提供体制の整備に努めました。

(4) 定員管理（P.7参照）

医師の着実な採用と採用困難な薬剤師や放射線技師などの医療技術員の採用活動に積極的に取り組んだことで、医師、医療技術員は計画値を上回りましたが、看護師については採用を上回る退職者の増加により、計画値を 58 人下回りました。その結果、全体としては計画値を 40 人下回りました。

(5) 事業運営

令和6年度は、高度急性期機能の更なる充実と患者の療養環境の改善を目的とする病床再編の工事に着手するとともに、病院総合情報システムを更新し、医療DXに向けた環境整備を進めるなど経営強化プランに基づく病院運営を推進しました。

医療の質の向上に向けた取り組みでは、資格取得費用の全額負担などにより、専門医の人員確保に努めるとともに、ロボット手術による高度かつ低侵襲な治療を推進しました。また、感染症専用病棟の開設や結核病棟の改修工事への着手など、今後の新興感染症の発生に備えたほか、がん拠点病院の充実を図るため、外来治療センターの拡張整備に向けた設計を行いました。

受療環境の向上に向けた取り組みでは、会計時の診療費後払いサービスの周知を積極的に行い、待ち時間の削減を推進するとともに、ベンチマーク分析に基づき、既存のクリニカルパスを見直すなど患者の負担軽減を図りました。また、入院患者に対する説明資料の改善や退院調整看護師と社会福祉士の専門性を生かした連携を強化することで、入退院支援の充実に努めたほか、サイバー攻撃によるシステム障害が発生した際の初動対応力向上のため、業務継続計画(IT-BCP)に基づく訓練を実施するなど、セキュリティ対策の強化を図りました。

経営の質の向上に向けた取り組みでは、令和6年度診療報酬改定で新設された施設基準を積極的に取得するとともに、高騰する食材費や新興感染症に対応した陰圧装置などに対して、補助金を活用し収入を確保したほか、後発医薬品への着実な切り替えやベンチマーク分析を活用した業者との価格交渉などにより、費用の抑制に努めました。

4. 施策目標達成の具体的な取り組み

施策目標(1) 医療の質の向上

取り組み項目1 医療スタッフの確保

① 優秀な人材の確保

取 り 組 み							
<p>関連大学医局との連携や年間を通じた採用試験を実施するとともに、資格取得のための支援による専門医や認定看護師などの人材の育成・確保に加え、質の高い初期臨床研修の充実により、研修医を確保します。</p>							
評 価 指 標							
(人数:年度末)							
指標名	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度	9年度	9年度 目標値
専門医人数	119人	121人	127人				122人
認定看護師人数	32人	30人	31人				42人
※研修医マッチング率	100%	89.5%	100%				100%
令和6年度の取り組みと評価							
<p>専門医人数は、資格取得に係る費用を全額負担するなど環境づくりに努めた結果、令和5年度と比べ6人増加となった。一方、認定看護師人数は、緩和ケアの分野で1人を養成研修に派遣し、認定看護師の資格を持った看護師1人を採用したことで2人の増員となったが、1人退職により31人となった。</p> <p>研修医マッチング率は、当院が研修先として選ばれるよう合同説明会を年1回から2回に増やし、専任指導医制・メンター制によるきめ細やかで充実した指導・教育体制を広く周知したことで、100%となった。</p> <p>今後も引き続き、医療職の有資格者を計画的に増員するとともに、研修管理委員会や研修医ミーティングなどで、医学生に対してより魅力的にアピールしていく。</p>							

※研修医マッチング率：マッチング(当院を研修先に希望する医学生と、当院が採用したい医学生を組み合わせるシステム)により当院に内定した人数÷募集定員

② 労働環境の整備

取 り 組 み							
<p>医師の労働時間短縮計画の取組項目に基づく労務管理や、今後活用が見込まれる AI 技術の導入をはじめとした ICT の活用などによる働き方改革を推進し、医療スタッフの負担軽減などの処遇改善を図ることで、働き続けられる労働環境を整備します。</p>							
評 価 指 標							
							(人数:年度末)
指標名	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度	9年度	9年度 目標値
※1)医師事務作業補助者人数	51人	48人	51人				62人
※2)病棟看護補助者人数	93人	101人	117人				100人
時間外労働 年 960 時間超医師数	58人	60人	30人				46人
令和 6 年度の取り組みと評価							
<p>医師事務作業補助者人数は、業務評価による昇進制度の導入や勤続年数に応じた昇給制度の見直しによる処遇改善、応募資格要件の廃止、病院ホームページの採用情報の充実に加え、新規採用者の研修内容の拡充や補助者同士の交流機会の創出を通じて職場定着に努めたことで、令和5年度と比べて3人増加した。</p> <p>病棟看護補助者人数は、入浴・食事介助等の患者サービスの充実や看護師の負担軽減に向けた病棟看護補助者の採用活動により、令和5年度と比べ 16 人増加した。また、病棟看護補助者を含む医療スタッフの処遇改善を目的にベースアップ評価料による賃金引き上げを実施した。</p> <p>時間外労働年 960 時間超医師数は、時間外勤務とされる宿日直業務を通常の勤務時間と入れ替える変則勤務の実施や小児科(新生児)における新たなシフト制の導入など、効率的な業務運営に努めたことで、令和5年度と比べ 30 人減少した。</p> <p>さらに、病院総合情報システムの更新に加え、AI補助の画像診断システムの導入など、診断業務の効率化と医師の負担軽減を図った。</p> <p>今後も引き続き、医療スタッフの更なる負担軽減に向け、求人情報の発信を継続し、必要人数の維持及び増員に努める。さらに、労働時間短縮計画に基づくタスクシフティングや、ICTの活用による業務効率化を推進するとともに、医療スタッフが働きやすい環境の整備に努めていく。</p>							

※1)医師事務作業補助者：医師の指示のもと、カルテや診療記録の作成の補助など事務の一部を代行する職員

※2)病棟看護補助者：看護師が行う業務のうち、療養環境の整備など専門的な判断が必要ない業務を代行する職員(介護福祉士、看護補助者)

取り組み項目2 医療安全・感染症対策の推進

① 医療安全の推進

取 り 組 み							
医療事故の発生を未然に防ぎ、安全な医療を提供するため、職員の医療安全に対する意識の向上とスキルアップを図ります。							
評 価 指 標							
指標名	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度	9年度	9年度 目標値
※医療安全講習会の参加率	95.0%	98.1%	97.9%				100%
令和6年度の取り組みと評価							
<p>医療安全に対する意識の向上を図るため、全職員を対象に「医療安全と医療倫理」と「今、当院で何が起きているか！？」をテーマとした医療安全講習会を開催した。業務等で参加できなかった職員には、動画配信により事後講習を促したが、参加率は令和5年度と比べ0.2ポイント低下した。</p> <p>医療安全管理委員会による定期的な院内安全ラウンドは31回実施し、医療現場における患者確認の徹底等を図るとともに、職員向けに「医療安全管理たより」を年9回、「Good Job 通信」を年4回配信するなど、職員の医療安全に対する意識向上とスキルアップに努めた。</p> <p>また、各部門の医療安全管理担当者等が参加するカンファレンスを週1回程度実施し、院内で発生したインシデント・アクシデント事例の報告と対応策を協議したほか、院内にも周知することで再発防止に取り組んだ。</p> <p>今後は、講習会に参加できなかった職員に対して、積極的な事後講習の受講を促すなど、参加率100%を目指すとともに、注意すべき事例についての情報発信を行い、院内の医療安全に対する意識の向上を図っていく。</p>							

※医療安全講習会の参加率：全職員を対象とした「医療安全講習会」の参加人数÷全職員数

② 感染症対策の推進

取 り 組 み							
<p>第二種感染症指定医療機関として、今後の新興感染症の流行に備え^{※1)}陰圧の個室 10 床を備えた感染症専用病棟を整備するとともに、平時からの感染対策を推進します。また、地域の医療機関に対して必要時に院内感染対策に関する助言等を行います。</p>							
評 価 指 標							
指標名	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度	9年度	9年度 目標値
※2)院内感染対策講習会の参加率	97.2%	98.4%	99.3%				100%
令和6年度の取り組みと評価							
<p>※3)医療関連感染サーベイランスによる院内感染症対策の評価、見直しを行い、診療科における感染症対策の意識向上を図るとともに、全職員を対象に「医療関連感染サーベイランスの重要性」と「当院の針刺し・体液暴露の現状、抗菌薬のPK/PDと副作用」をテーマとした院内感染講習会を開催した。業務等で参加できなかった職員には、動画配信等による事後講習の受講を促したことで、参加率は令和5年度比べ 0.9 ポイント上昇した。</p> <p>また、第二種感染症指定医療機関として、隔離患者の療養環境の向上に向けた整備を進めており、令和6年4月に感染症専用病棟を新たに開設したことに続き、令和7年度の稼働に向け、結核病棟の改修工事に着手した。</p> <p>院内感染対策としては、基本的な感染対策である手指消毒について、WHOが推奨する「※5)5つのタイミング(5Moments)」で手指消毒するよう院内職員に周知したことで、一般病棟における1患者に対する1日当たりの手指消毒薬使用量の平均使用量が令和5年度と比べ 1.64ml増の 12.59mlとなった。</p> <p>さらに、感染症管理センターに専従薬剤師を1人増員し、※4)ASTの業務支援や臨床医の抗菌薬治療の相談に対応できるようになり、院内の薬剤耐性菌拡散防止の強化に努めた。</p> <p>今後は、「抗菌薬使用ガイドライン」の改定を行い、適正な使用方法や使用量を院内周知するとともに、地域の医療機関・介護施設との連携体制を整備することで、平時からの感染対策を推進していく。</p>							

※1)陰圧の個室

: 室内の空気やウイルスが室外に流出しないように、空調制御により室内の気圧を低くできる個室

※2)院内感染対策講習会の参加率

: 全職員を対象とした「院内感染対策講習会」の受講人数÷全職員数

※3)医療関連感染サーベイランス

: 医療行為で発生する感染を監視する活動

※4)AST(Antimicrobial Stewardship Team)

: 抗菌薬適正使用チームの略で、抗菌薬の使用を適切に管理・支援する組織

※5)5つのタイミング

: 世界保健機関のガイドラインで定義する医療従事者が手指衛生を行うべき重要な5つのタイミング

(1. 患者に触れる前、2. 清潔/無菌操作前、3. 体液曝露リスクの後、4. 患者に触れた後、5. 患者の周辺に触れた後)

取り組み項目3 高度専門医療の充実

① 内視鏡手術の拡大

取 り 組 み							
<p>手術支援ロボットなどの内視鏡手術を積極的に行い、患者にやさしく負担の少ない治療の一層の拡大を図るとともに、ロボット手術における数少ない婦人科領域の症例見学施設として、全国から医師の受け入れを積極的に行います。</p>							
評 価 指 標							
指標名	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度	9年度	9年度 目標値
手術件数	7,514 件	8,059 件	8,461 件				9,000 件
うち内視鏡手術件数	1,619 件	1,668 件	1,724 件				1,900 件
うちロボット手術件数	313 件	460 件	497 件				500 件
令和6年度の取り組みと評価							
<p>手術件数は、整形外科や皮膚科などで件数が増加したことにより、令和5年度と比べ402件増加した。</p> <p>内視鏡手術件数とロボット手術件数では、外科や産婦人科、呼吸器外科で積極的に実施したことにより、令和5年度と比べ内視鏡手術件数は56件、ロボット手術件数は37件増加した。</p> <p>また、全国でも数少ないロボット手術における婦人科領域の症例見学施設として、全国から31人の医師を受け入れた。</p> <p>今後も引き続き、診療報酬改定による新たな対象疾患に対応するなど高度かつ低侵襲な治療を推進していくとともに、ロボット手術の症例見学施設として医師の受け入れを積極的に行い、執刀医の育成に努めていく。</p>							

② がん拠点病院の機能充実

取 り 組 み							
地域がん診療連携拠点病院として、放射線治療や外来化学療法の実施のほか、がんゲノム診療や緩和ケアの提供体制の充実を図るとともに、がん相談支援機能の強化に取り組めます。							
評 価 指 標							
指標名	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度	9年度	9年度 目標値
※1)IMRT、※2)定位放射線治療件数	4,003 件	5,086 件	6,384 件				5,000 件
※3) 外来化学療法件数	10,482 件	10,918 件	10,361 件				15,000 件
がん専門相談員研修修了者数	10 人	13 人	13 人				13 人
緩和ケアチーム対応件数	219 件	277 件	243 件				300 件
令和 6 年度の取り組みと評価							
<p>IMRT・定位放射線治療件数は、咽頭がん等の耳鼻いんこう科で患者数が増加したことにより、令和5年度と比べ 1,298 件増加した。</p> <p>外来化学療法件数は、投与する薬剤を見直し、乳がんの抗がん剤など外来治療センターで使用する薬剤の一部を外来診療科での注射に切り替えたことで、令和5年度と比べ 557 件減少した。また、外来化学療法の受入体制を強化するため、令和7年度中に行う外来治療センターの拡張整備に向け、基本設計及び実施設計を行った。</p> <p>がん専門相談員研修修了者数については、令和5年度に引き続き目標値人数を確保するとともに、がん相談支援の強化のため、新たに社会福祉士1人が研修を受講した。</p> <p>緩和ケアチーム対応件数は、診療科内で緩和ケアの対応が可能となり、緩和ケア提供体制の充実が図られたことで、緩和ケアチームへの依頼が減少したが、依頼数の少なかった診療科や新たな診療科からの依頼は増加した。また、がんゲノム診療における遺伝子パネル検査は、運用実施手順を見直し、多職種による支援体制を整備したことで、ゲノム診療提供体制の充実を図った。</p> <p>今後は、医師からの依頼の有無に関わらず、緩和ケアチームが主体的に緩和ケアを提供できる体制を整備していくとともに、がん診療及びがん相談支援の充実を図るため、院内の体制整備を継続し、患者が安心して安全ながん治療を受けられる環境を整えていく。</p>							

- ※1)IMRT(Intensity Modulated Radiation Therapy) : 強度変調放射線治療。高度の治療計画装置と高精度の照射ができる治療機械により、自由に線量や照射野(照射される範囲)を操ることのできる放射線の治療の方法
- ※2)定位放射線治療 : がん病巣に対して、あらゆる方向から放射線を照射することにより、線量を集中させて行う治療の方法
- ※3)外来化学療法件数 : 外来治療センターで行う点滴や注射、服薬などによる投薬の件数

③ 救急医療の充実

取 り 組 み							
<p>第三次救急医療機関として、より高度な集中治療を 24 時間 365 日提供するため、ICU(集中治療室)の高機能化を図るとともに、新興感染症の流行時に機動的に対応できる救急入院センターの再整備を行うなど、救急医療体制の充実を図ります。</p>							
評 価 指 標							
指標名	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度	9年度	9年度 目標値
※救急からの入院患者割合	27.9%	29.8%	30.7%				30%
ハイリスク分娩割合	25.6%	27.3%	31.0%				26%
集中治療室患者数	1,549 人	1,649 人	1,739 人				2,000人
令和 6 年度の取り組みと評価							
<p>救急からの入院患者割合は、入院患者数が増加し、発熱患者など入院を必要としない患者が減少したため、令和5年度と比べ 0.9 ポイント上昇した。</p> <p>ハイリスク分娩割合は、分娩件数が減少したものの、ハイリスク分娩の妊婦を積極的に受け入れたため、令和5年度と比べ 3.7 ポイント上昇した。</p> <p>集中治療室患者数は、手術件数の増加などにより、令和5年度と比べ 90 人増加した。</p> <p>高度急性期機能及び救急医療体制の充実を図るため、令和8年度までに行うスーパーICUの設置や救急入院センターの再整備などに向け、令和7年1月より南病棟の工事を開始した。</p> <p>今後は、集中治療センター等改修工事を着実に進めるとともに、多職種連携による高度な診療体制を整備していく。</p>							

※救急からの入院患者割合：救命救急センターの入院患者数÷(同入院患者数+同外来患者数)

施策目標(2) 受療環境の向上

取り組み項目1 患者サービスの充実

① ホスピタリティの向上

取 り 組 み							
<p>接遇研修による職員の意識改革や、患者満足度調査を活用した業務改善により、病院全体で患者や家族の不安を軽減する体制づくりに加え、^{※1)}オンライン資格確認等システムの活用や患者の療養環境改善のための6人床解消など、ホスピタリティの向上を図ります。</p>							
評 価 指 標							
指標名	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度	9年度	9年度 目標値
職員に関する満足度	96.4%	95.5%	96.2%				98%
^{※2)} 入院患者満足度	96.8%	98.1%	96.2%				98%
^{※2)} 外来患者満足度	92.2%	91.4%	92.2%				96%
令和6年度の取り組みと評価							
<p>職員に関する満足度は、職員向けに外部講師による医療現場でのマナーやコミュニケーションに関する接遇研修を行い、患者対応力の向上を図ったことで、「質問や相談のしやすさ」などの満足度が上がり、令和5年度と比べ0.7ポイント上昇した。</p> <p>入院患者満足度は、面会の時間の延長や人数の緩和など改善を図ったものの、「トイレ・洗面所の使い心地、清潔さ」の満足度が低下したことにより令和5年度と比べ1.9ポイント低下したため、各病棟のトイレや洗面台などの不調時には、なるべく早期に修繕を行い、患者の療養環境整備に努めた。</p> <p>外来患者満足度は、会計待ち時間の負担軽減のため、診療費後払いサービスの周知に努めたことで「会計待ち時間」の満足度が上昇し、令和5年度と比べ0.8ポイント上昇した。待ち時間の更なる負担軽減に向け、令和7年1月から、外来患者を対象に予約確認や診察日の再来受付後に呼び出しを行う「外来案内LINEサービス」を開始した。</p> <p>今後は、接遇向上啓発ポスターの更新と院内周知を行い、職員の意識向上を図るとともに、患者満足度の低い診察・会計の待ち時間などに対する改善策を検討・実施し、満足度の向上に努めていく。</p>							

※1)オンライン資格確認等システム : マイナンバーカードなどにより、医療機関でオンラインによる保険証の資格情報の確認が行えるシステム。診療・薬剤情報や特定健診等情報も閲覧可能

※2)入院・外来患者満足度 : アンケート調査による総合的な満足度
 (「非常に満足」+「満足」)÷(「有効回答数」-「普通」-「無回答」)

② クリニカルパスの整備

取 り 組 み							
<p>入院中の不安を解消し、安心して入院生活を送れるよう、治療や検査などのスケジュールを事前に分かりやすく説明するためのクリニカルパスを整備するとともに、使用を推進します。</p>							
評 価 指 標							
指標名	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度	9年度	9年度 目標値
※1)クリニカルパス整備数	47件	64件	68件				80件
※2)クリニカルパス使用率	42.3%	45.7%	46.5%				60%
令和6年度の取り組みと評価							
<p>クリニカルパス整備数は、泌尿器科と腎臓内科で新たに整備したことにより、令和5年度に比べ4件増加した。既存のクリニカルパスにおいては、※3)ベンチマーク分析に基づく検査・薬剤の適正化及び診療報酬改定に合わせた入院日数の短縮等の見直しによって、患者負担の軽減を図った。</p> <p>クリニカルパス使用率は、整備と見直しを行ったことで、クリニカルパスの適用件数が増加し、令和5年度と比べ0.8ポイント上昇した。</p> <p>今後は、対象疾患の拡大による整備数の増加と、クリニカルパスの利点・活用方法の積極的な周知を通して、院内での更なる利用推進に努めていく。</p>							

※1)クリニカルパス整備数：院内クリニカルパス委員会で承認された件数

※2)クリニカルパス使用率：クリニカルパス新規適用入院患者数 ÷ 新入院患者数

※3)ベンチマーク分析：他病院と「提供する医療の質」「運営効率」「コスト」などを比較分析し、自らの活動の評価や改善点の発見のために用いる手法

取り組み項目2 地域連携の推進

① 地域の医療機関等との連携強化

取 り 組 み							
<p>※1) 紹介受診重点医療機関として、外来機能の明確化と地域の医療機関等との役割分担の推進を行うとともに、地域医療支援病院として、医療機器の共同利用の実施や地域の医療従事者に対する研修を行うことで、地域の医療機関等との連携強化を図ります。</p>							
評 価 指 標							
指標名	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度	9年度	9年度 目標値
※2) 患者紹介率	77.6%	84.5%	84.0%				85%
※3) 患者逆紹介率	82.3%	88.8%	86.2%				90%
令和6年度の取り組みと評価							
<p>※4) 地域連携登録医が11人増加したほか、新たに肺炎や尿路感染症などの急性期の※5) 地域連携パスの運用を開始し地域の医療機関との連携強化と役割分担を推進したが、インフルエンザの流行など紹介状を持たない初診患者数が増加したことで、令和5年度と比べ、患者紹介率は0.5ポイント減少し、患者逆紹介率は2.6ポイント減少した。</p> <p>地域の医療機関に向けた取り組みとして、医師をはじめ職員による医療機関訪問を積極的に行い、急性期、回復期、かかりつけ医など異なる機能・役割を持つ医療機関と顔の見える関係づくりに努めたことで、CTやMRIなど検査医療機器の年間利用件数は、令和5年度と比べ86件増の1,284件となった。</p> <p>また、患者情報の一部を共有できる※6) 地域医療連携ネットワークシステムは、令和7年3月から新たにCT、MRIのネット予約を開始した。利用登録医師数は令和5年度と比べ12人増の88人になるとともに、公開登録患者数は160人増の1,610人となった。さらに、地域の医療従事者向けに専門的な医療知識や技術等に関する研修を57回開催し、延べ1,561人が受講するなど、地域医療の質の向上を図ることができた。</p> <p>今後も引き続き、地域の拠点病院として、かかりつけ医をはじめとする地域の医療機関等との連携を強化するとともに、役割分担を推進していく。</p>							

- ※1) 紹介受診重点医療機関 : 外来機能報告制度の中で、医療資源を重点的に活用する外来に関する基準を満たし、「地域の協議の場」において協議が整い都道府県から公表された医療機関
- ※2) 患者紹介率 : 当院を受診した初診患者のうち、他の医療機関から紹介されて来院した患者の割合
- ※3) 患者逆紹介率 : 当院を受診した初診患者のうち、当院から他の医療機関に紹介した患者の割合
- ※4) 地域連携登録医 : 地域の医療機関と相互の機能向上を図り、連携を深めることで地域医療の充実と発展に資することを目的とした「地域医療連携登録医制度」に登録した医師、歯科医師
- ※5) 地域連携パス : 地域の中で、急性期、回復期、かかりつけ医など異なる機能・役割を持つ医療機関や介護施設が連携を図り、治療の全体像を共有する疾患別クリニカルパス
- ※6) 地域医療連携ネットワークシステム : かかりつけ医が、当院を受診した患者の検査結果や画像データ、入院中の経過などの診療情報を参照できるシステム

② 入退院支援の充実

取 り 組 み							
<p>安心して入院生活を送り、退院後も住み慣れた地域で生活できるようサポートする入退院支援センターの充実を図ります。</p>							
評 価 指 標							
指標名	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度	9年度	9年度 目標値
※1)入院時説明件数	5,930件	5,227件	5,991件				6,700件
※2)退院支援件数	4,167件	3,923件	5,296件				6,100件
※3)介護支援連携指導件数	137件	227件	221件				380件
令和6年度の取り組みと評価							
<p>入院時説明件数は、看護師を1人増員したほか、患者が事前に読む資料を分かりやすく改善し説明時間を短縮するとともに、緊急入院患者にも積極的に説明を行ったことで、令和5年度と比べ764件増加した。</p> <p>退院支援件数は、支援対象者の基準を平準化するとともに、医療的側面からの支援を行う退院調整看護師と地域の社会的側面からの支援を行う社会福祉士が連携し、対応力の向上に努めた。また、入退院支援の活動を院内周知し、退院支援カンファレンスを充実させたことで、令和5年度と比べ1,373件増加した。</p> <p>介護支援連携指導件数は、令和5年度と比べ6件の減少となったが、地域のケアマネジャー等と意見交換を積極的に行い、入院時の情報提供の方法や退院時の連携の仕組みに反映させることで、より質の高い支援提供に努めた。</p> <p>今後も引き続き、患者の意向に沿った療養生活の実現に向けて、院内外の専門職が役割分担を行いつつ連携していくことで、総合的なサポートができるよう取り組みを進めていく。</p>							

- ※1)入院時説明件数 : 入院患者に対して、入院生活の説明や服薬状況の確認、栄養状態の評価など、多職種で支援した件数
- ※2)退院支援件数 : 入院早期より、退院困難な患者に対して早期に住み慣れた地域で療養や生活が継続できるように、転院の調整や退院後の療養上必要な支援などを行い、入退院支援加算を算定した件数
- ※3)介護支援連携指導件数 : 入院中に、介護サービス等が必要な患者に対して、地域のケアマネジャーなどと連携し、退院後に利用が望ましい介護サービス等について説明し、介護支援等連携指導料を算定した件数

③ 医療福祉相談の充実

取 り 組 み							
<p>さまざまな課題を抱えた患者が安心して医療を受けられるよう、患者サポート体制を充実させるとともに、 ※ACPのプロセスを踏まえ、地域の関係機関との連携を推進することで、医療福祉相談の充実を図ります。</p>							
評 価 指 標							
指標名	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度	9年度	9年度 目標値
医療福祉相談件数	40,931件	39,822件	45,591件				45,500件
令和6年度の取り組みと評価							
<p>医療福祉相談件数は、対応する職員を1人増員し、複雑化した心理・社会的課題を抱えた患者に丁寧に 対応したことで、令和5年度と比べ5,769件増加した。</p> <p>また、ACPの普及に向け、ACP研究会を設立し、年3回の研究会を開催した。延べ78施設の医療、福 祉、介護等の関係機関が参加し、意識向上を図るとともに、多職種向けのACPに関する地域の研修会、市 民向け出前講座を開催し、地域の医療、福祉、介護等の関係機関や市民と直接意見交換することで、地域 との連携を推進した。</p> <p>今後も引き続き、包括的な「ワンストップ相談窓口」として、患者総合支援センターの強みである院内外の多 職種連携のネットワークを生かし、どのような相談内容にも柔軟に対応し、増加していく複合的な課題を抱えた 患者・家族等のニーズに対応できるよう努めていく。</p>							

※ACP(Advance Care Planning)：今後の医療・ケアについて、本人の意向が十分尊重されるよう、本人が家族等や医療・ケア
チームと事前に繰り返し話し合うこと

取り組み項目3 災害医療の確保

① 災害医療提供体制の継続

取 り 組 み							
<p>地域中核災害拠点病院として、これまで整備してきた災害に強い受変電設備などの主要設備を適切に管理するとともに、南海トラフ地震などの大規模災害発生時に迅速かつ適切な医療を提供できるよう、保健所や市内の医療機関と一層の連携強化を図ります。</p>							
評 価 指 標							
指標名	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度	9年度	9年度 目標値
職員・入院患者用非常食	5日分	5日分	5日分				5日分
※DMAT 隊員数	15 人	16 人	16 人				19 人
BCPに基づいた 災害対応訓練の実施回数	1回	1回	2回				1回
令和6年度の取り組みと評価							
<p>職員・入院患者用非常食については、賞味期限の到来に合わせ、非常食(白米、飲料水等)を計画どおり更新し、5日分を確保した。</p> <p>DMAT隊員数については、令和5年度と同様に16人を登録しており、外部研修への参加や院内での情報共有を行うなど、災害時に派遣できる体制を維持している。</p> <p>災害対応訓練については、BCP及び災害対応マニュアルに基づき大規模地震の発生を想定した訓練を実施し、災害対策本部の立ち上げや本部における活動の役割を確認、さらに搬送患者のトリアージや各部門への搬送等実際の動きを確認した。また、訓練を2回行い、1回目での反省点を2回目の訓練に反映させることで、災害時における対応力向上を図った。</p> <p>今後も引き続き、DMAT 隊員の増強を図り、被災地からの派遣要請に対応できる体制を維持していくとともに、様々な種類の災害に対応した訓練を行うなど、地域中核災害拠点病院としての役割を果たしていく。</p>							

※DMAT(Disaster Medical Assistance Team) : 大規模災害や事故などの現場に派遣される専門的な訓練を受けた災害派遣医療チーム

② サイバーセキュリティ対策の強化

取 り 組 み							
<p>病院を標的としたサイバー攻撃に備え、ネットワークのセキュリティ対策等を強化するとともに、有事の際に診療業務が継続できるよう、業務継続計画(IT-BCP)を策定します。あわせて、研修等を通じ職員の情報セキュリティに関する意識の向上を図ります。</p>							
評 価 指 標							
指標名	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度	9年度	9年度 目標値
※情報セキュリティ研修の受講率	97.8%	98.8%	99.6%				100%
令和6年度の取り組みと評価							
<p>情報セキュリティにおける意識向上を図るため、改正個人情報保護法の内容の解説や情報漏えい防止のポイントを中心とした「情報セキュリティ研修」を実施し、研修未受講者に対しては、受講案内の再送付などフォローアップを丁寧に行ったことで、受講率は令和5年度と比べ0.8ポイント上昇した。</p> <p>また、令和5年度に策定した「業務継続計画(IT-BCP)」に基づく訓練を実施し、顕在化した課題に対し見直しを行った。令和7年1月から稼働した第3期病院総合情報システムの構築では、未知のウイルスから診療データを守る仕組みのほか、リモート保守に起因するサイバー攻撃への対策を図る仕組みを新たに導入した。</p> <p>今後は、サイバー攻撃による診療情報の漏えいや診療業務の停止を防ぐため、攻撃の標的となりうる病院総合情報システムのネットワークについて、脆弱性の有無の調査を行っていく。また、万が一攻撃を受けた場合を想定した訓練を継続実施し、IT-BCPの実効性が高まるよう見直しを図っていく。</p>							

※情報セキュリティ研修の受講率：全職員を対象とした「情報セキュリティ研修」の受講人数÷全職員数

施策目標(3) 経営の質の向上

取り組み項目1 収益確保に向けた取り組みの推進

① 経営意識の向上

取 り 組 み							
<p>効率的な病院運営を推進するため、診療データ等を活用した分析と積極的な情報発信などにより、職員全員の経営に対する意識の向上を図るとともに、大学病院本院に準ずる高度な医療を提供する※1)DPC 特定病院群指定の継続に取り組みます。</p>							
評 価 指 標							
指標名	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度	9年度	9年度 目標値
DPC 特定病院群の指定	継続	→	継続				継続
※2)DPC 入院期間Ⅱ以内率	69.5%	70.5%	70.3%				70%
令和6年度の取り組みと評価							
<p>DPC特定病院群の指定については、全身麻酔での手術や低侵襲なロボット手術などの高度かつ専門性の高い治療を推進するとともに、効率的なベッドコントロールによる平均在院日数の短縮に取り組んだことで、令和5年度に引き続き継続することができた。</p> <p>DPC入院期間Ⅱ以内率については、令和6年度診療報酬改定に伴い、DPC入院期間が短縮されたことで、令和5年度と比べ0.2ポイント低下した。</p> <p>効率的な経営を推進するため、診療データを活用した診療科分析を行うとともに、コメディカルが主体の職種別の勉強会を10回開催し、新たな施設基準の取得に向けた検討や部局内の運営状況を精査するなど、更なる経営改善に向けた検討を行った。</p> <p>また、院内会議等で新規入院患者数や手術件数など重要経営指標の年度目標を周知するとともに、毎月の経営実績を示す活動状況を報告することで、各診療科の経営改善に対する意識向上を図った。</p> <p>今後も引き続き、先進病院の調査・研究や診療科分析に基づいた改善提案をしていくとともに、職員への経営意識の向上に努めていき、DPC特定病院群の指定の継続を目指していく。</p>							

※1)DPC 特定病院群：Diagnosis(診断) Procedure(手技) Combination(組み合わせ)の略。病気と治療内容により1日あたりの入院費用が定められている包括支払方式。DPC病院は、役割や機能に応じて、「大学病院本院群(82病院)」「DPC 特定病院群(178病院)」「DPC 標準病院群(1,526病院)」の3つに分類される(令和6年4月時点)。診療報酬改定にあわせ2年に1度見直しがされる

※2)DPC 入院期間Ⅱ：全国のDPC病院から提出されたデータを用いて、病名と治療内容ごとに計算された平均在院日数

② 施設基準等の取得

取 り 組 み							
診療報酬改定などの最新情報をいち早く察知し、※施設基準や国県補助金などを積極的に取得します。							
評 価 指 標							
指標名	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度	9年度	9年度 目標値
施設基準届出数	235 件	244 件	264 件				280 件
令和 6 年度の取り組みと評価							
<p>施設基準届出数は、令和6年度診療報酬改定で新設された看護職員等の医療関係職種の賃上げを行うことを評価するベースアップ評価料など見直された項目について届出を行ったことで、令和5年度と比べ 20 件増加した。</p> <p>また、高騰する食材費に対する補助金を引き続き活用したほか、新興感染症に対応した陰圧装置などの整備に対する補助金を活用し、医療提供体制の強化を図った。</p> <p>今後も引き続き、施設基準を含む診療報酬の改定内容に沿った診療体制を整えていくことで、算定可能項目を増やし収入の確保に努めていくとともに、国県補助金などの積極的な取得に努めていく。</p>							

※施設基準：医療機関の機能や設備、診療体制等について厚生労働大臣が定める基準。診療行為の一部は施設基準を取得して初めて算定可能

③ 未収金対策の充実

取 り 組 み							
<p>社会福祉制度の活用や多様な支払い方法の検討など、未収金の発生防止に取り組むとともに、債権管理の強化により未収金の削減を図ります。</p>							
評 価 指 標							
指標名	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度	9年度	9年度 目標値
※1)未収金の割合	1.16%	1.49%	0.83%				1.00%
※2)収入率	86.74%	87.48%	87.63%				89.25%
令和6年度の取り組みと評価							
<p>未収金の割合は、連絡のつかない無保険の高額未収案件などが減少したことで、令和5年度と比べ 0.66ポイント改善した。</p> <p>収入率は、診療費後払いサービスの利用促進や早期からの文書・電話による催告に努めたほか、弁護士への債権回収業務委託を実施したことで、0.15ポイント向上した。</p> <p>今後も引き続き、未収担当者、※3)MSW、病棟担当者が未収金対策を必要とする個別のケースについて情報共有するとともに、分納など支払方法の相談や社会福祉制度の活用などの対応を検討する連絡会議を定期的で開催し、早期から患者に寄り添った支援を行うことで未収金の発生抑制を図るほか、未収金発生後に速やかな督促業務を強化することで、未収金の削減を進めていく。</p>							

※1)未収金の割合

: 個人負担分の前年度調定額に対する年度末未収金額の割合

※2)収入率

: 個人負担分の調定額に対する収入済額の割合

※3)MSW(Medical Social Worker)

: 患者や家族の相談にのり、社会福祉の立場から経済的・心理的・社会的問題の解決、調整、社会復帰を支援する職員

取り組み項目2 経費節減に向けた取り組みの推進

① ベンチマーク分析の活用等による経費の節減

取 り 組 み							
ベンチマーク分析の活用による適正価格の把握や在庫管理の徹底などにより、薬品費や診療材料費、器械備品購入費などの経費の節減を図ります。							
評 価 指 標							
指標名	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度	9年度	9年度 目標値
薬品、診療材料、器械備品購入費の節減額	40,136千円	38,831千円	94,069千円				40,000千円
令和6年度の取り組みと評価							
<p>薬品、診療材料、器械備品購入費の節減額は、原材料の高騰があったものの、ベンチマーク分析を活用し、業者と価格交渉を行うことで、診療材料や医療機器の購入価格を抑制するとともに、診療材料の※共同購入を着実に実施したほか、節減効果の高い後発医薬品への切り替えを積極的に進めたことで、令和5年度と比べ55,238千円増加した。</p> <p>今後も引き続き、原材料の高騰が予想されることから、ベンチマーク分析や共同購入の推進などにより経費の削減に努めていく。</p>							

※共同購入：診療材料などについて、メーカーと直接価格交渉を行う共同購入組織が、「仕入価格」と「当院への納入価格」の差額を当院へ還元することにより、コストの削減を図る手法

② 環境負荷低減への取り組み

取 り 組 み							
<p>効率的な設備への変更など、24 時間 365 日稼働する施設の省エネルギー化を推進し、環境負荷低減を図ります。</p>							
評 価 指 標							
指標名	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度	9年度	9年度 目標値
※1)エネルギーの使用に係る原単位	0.068kl/m ²	0.068kl/m ²	0.072kl/m ²				0.065 kl/m ²
令和 6 年度の取り組みと評価							
<p>エネルギーの使用に係る原単位は、令和5年度と比べ 0.004 kl/m²増加となった。</p> <p>令和6年度の気象状況が暑夏寒冬であったことから、電気及びガスの使用量がそれぞれ増加したが、エネルギーサービス事業者のモニタリングによる効果検証に基づいた効率的な運用を行うことで、使用量の上昇幅を抑え環境負荷の低減を図った。</p> <p>今後も継続してモニタリングを行うことにより、毎月の電気及びガスの使用量と熱源機器の稼働状況を分析し、運用方法の見直しを行うことで、更なる環境負荷の低減を図っていく。</p>							

※1)エネルギーの使用に係る原単位 : 病院で使用する電気、ガス及び重油の使用を原油相当でエネルギー換算したものを延床面積で除したもの

※2)エネルギーサービス : エネルギーの利用実態及び各種ニーズに合わせた最適なエネルギーシステムを設計から導入後のメンテナンスまで一括して行うサービス

取り組み項目3 効率的な施設の運用

① ファシリティマネジメントの推進

取 り 組 み							
<p>※1)個別施設計画の推進や既存スペースの有効活用により施設の最適化と整備費の抑制に努めるとともに、老朽化の進む職員公舎の廃止など、※2)ファシリティマネジメントを推進します。</p>							
評 価 指 標							
指標名	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度	9年度	9年度 目標値
老松町公舎・東小鷹野公舎・ 小鷹野公舎・牛川町公舎	廃止 (老松町公舎)	廃止 (牛川町公舎)	—				— (6年度完了予定)
※3)搬送設備の再構築	—	—	—				更新
令和6年度の取り組みと評価							
<p>職員公舎については、未利用地となっていた東小鷹野公舎及び小鷹野公舎の土地を売却処分するための手続きを行ったが、入札不調となった。</p> <p>搬送設備の再構築については、令和9年度の更新に向けて新たに検討委員会を設置し、各部署での使用状況の調査を実施するとともに構築方法の検討を行った。</p> <p>また、個別施設計画に基づき、老朽化したポンプや空気調和機54台のモーター部品の更新を行うなど、設備の長寿命化を図った。</p> <p>今後は、東小鷹野公舎及び小鷹野公舎の土地について、入札不調対策を検討し、早期売却に努めるほか、搬送設備の再構築では、構築内容を整理し工事手法の検討をするとともに、令和8年度の工事発注に向けて準備を進めていく。</p>							

- ※1)個別施設計画 : 建物や電気、空調設備などについて、今後の計画的な修繕・更新など、施設の適切な管理内容及び更新時期を定める計画
- ※2)ファシリティマネジメント : 保有する施設・資産を経営的視点から総合的に管理・活用する経営活動
- ※3)搬送設備 : 薬品や検体などを院内の他部署へ自動で搬送する設備

5. 役割・機能の最適化と連携の強化

県は、平成 28 年 10 月策定の「愛知県地域医療構想」を実現するため、「地域医療構想推進委員会(以下「推進委員会」という。)を設置し、医療機関が担っている病床機能の分析とともに、不足が見込まれる病床への転換など、地域医療構想の実現に向けた、各医療機関の自主的な取り組みを促進する。」こととしています。

これを受け、東三河南部地域の意見を集約するため、平成 29 年8月に東三河南部地域医療連携協議会(以下「連携協議会」という。)を設立しました。この連携協議会は、当院を代表幹事とする幹事病院8病院をはじめとした設立の趣旨に賛同した全 47医療機関(令和6年度末現在)で構成されています。

令和6年度の連携協議会は、9月に幹事会を開催し、東三河南部地域の2つの病院の病床転換について議論するとともに、2月に幹事会・全体会を開催し、9月の幹事会の内容に加え、「新たな地域医療構想」をテーマとした講演を行い、地域医療構想の基本的な考え方や今後の病院医療の方向性について、連携協議会の会員と共有を図りました。

今後も引き続き、関係医療機関との連携を強化し、地域の効率的・効果的な医療連携体制の構築に向けて取り組んでいきます。

6. 取り組みに対する評価

東三河の地域医療を支える中核病院としての役割を果たすため、地域住民の生命と健康を守ることを目的とし、「医療の質の向上」「受療環境の向上」「経営の質の向上」の3つを施策目標に掲げ、さまざまな取り組みを実施しました。

経営強化プランの4年目となる令和6年度は、42の評価指標のうち、令和5年度と比べて、改善・維持した指標が31あり、着実なプランの取り組みを進めることができました。

経営状況については、「一般稼働病床率」の上昇や「平均在院日数」の短縮化などにより、効率的な病院経営が図られましたが、県補助金の減少に加え、人件費の上昇や物価高騰による費用の増加などにより、経常収支は赤字となりました。外来治療センターの拡充やICUの高機能化による高度急性期機能の更なる充実を図るとともに、後発医薬品の積極的な切り替えやベンチマーク分析の活用などによる費用の節減に努めるなど、早期黒字化を目指します。

また、看護師の人材確保については、計画値を下回る結果となりましたので、引き続き採用活動の強化に努めるとともに、業務負担の軽減や多様な働き方の推進等による労働環境の改善に取り組み、離職防止に努める必要があります。

今後も、人件費上昇や物価高騰等による費用の増加が見込まれるなど、経営環境はますます厳しい状況が予想されますが、経営強化プランの着実な推進を図ることで、東三河の中核病院としての役割を果たすとともに、安定的かつ良質な医療を継続して提供できる体制の整備に努めていきます。

令和6年度
豊橋市民病院経営強化プラン取組状況報告書
(令和7年9月)

豊橋市民病院 経営企画室
電話／0532-33-6346
F A X／0532-33-6177
E-mail／hosp-keiei@city.toyohashi.lg.jp