# 地方独立行政法人
# 市立大津市民病院

## 第２期中期目標期間の業務実績
## に関する見込評価結果報告書

地方独立行政法人市立大津市民病院の業務実績を評価した書類

１　中期目標期間の終了時に見込まれる業務実績に関する
評価結果報告書（大項目評価）
・・・・・・・・・・　（Ｐ１～Ｐ１３）

２　中期目標期間の終了時に見込まれる業務実績の小項目に
関する評価結果報告書
・・・・・・・・・・　（Ｐ１５～Ｐ６３）

# 地方独立行政法人市立大津市民病院
# 中期目標期間の終了時に見込まれる
# 業務実績に関する評価結果報告書
（令和３年４月１日から令和７年３月３１日まで）

令和６年７月

大　津　市

〇評価の基本方針及び方法

Ⅰ　全体評価　５頁

１　評価結果及び判断理由

２　全体評価に当たって考慮した内容

３　評価に当たっての意見、今後に向けての指摘等

Ⅱ　項目別評価

１　第２　市民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するためとるべき措置　７頁

（１）評価結果

（２）判断理由及び考慮した事項、内容

（３）小項目評価の集計結果

（４）中項目における評価に当たっての意見等

２　第３　業務運営の改善及び効率化に関する目標を達成するためとるべき措置　９頁

（１）評価結果

（２）判断理由及び考慮した事項、内容

（３）小項目評価の集計結果

（４）中項目における評価に当たっての意見等

３　第４　財務内容の改善に関する目標を達成するためとるべき措置　１１頁

（１）評価結果

（２）判断理由及び考慮した事項、内容

（３）小項目評価の集計結果

（４）中項目における評価に当たっての意見等

〈参考〉　第２期中期目標期間の終了時に見込まれる業務実績に関する小項目評価基準　１３頁

## Ⅰ　全体評価

### 1　評価結果及び判断理由

**全体評価結果　：　市民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上はやや遅れている。また、財務内容の改善は遅れており、それぞれ注視する必要がある。**

地方独立行政法人市立大津市民病院（以下「法人」という。）における令和３年度から令和６年度までの中期目標期間の終了時に見込まれる業務実績に関する全体評価の結果は、大項目ごとの評価としてＢが１つ、Ｃが１つ、Ｄが１つであり、業務の改善及び効率化はおおむね計画どおり進んでいるが、市民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上はやや遅れている。また、財務内容の改善は遅れており、それぞれ注視する必要があると評価した。

第２期中期目標期間の初年度である令和３年度（以下「第５事業年度」という。）の業務実績は、令和２年度に引き続き、一般診療との両立を図りながら新型コロナウイルス感染症（以下「新型コロナ」という。）に対応し、感染症指定医療機関として職員が一丸となって医療サービスの提供に取り組んだ。新型コロナへの対応のために一部の病床を休床した影響により、これを考慮しない年度計画値の多くで達成には至らなかったが、新型コロナに適切に対応したことによる国県等補助金収入が寄与し、経常収支は２，９３１百万円の利益を計上するとともに、資金残高も高水準となった。

令和４年度（以下「第６事業年度」という。）の業務実績は、第５事業年度と同様に、感染者数が前年度より増加する新型コロナへの対応と一般診療の両立を図りながら業務運営を行った。一部の病床を休床したことや診療提供体制に変更が生じたことの影響で、これらを考慮しない年度計画値の多くで達成には至らなかった。このような中、新型コロナに適切に対応したことによる国県等補助金収入が寄与し、経常収支は９８８百万円の利益を計上するとともに、資金残高も高水準を維持した。また、新たに就任した理事長及び院長のリーダーシップの下、職員が一丸となって、診療提供体制と信頼関係の構築に努めた。

令和５年度（以下「第７事業年度」という。）の業務実績は、新型コロナが５類に移行する中、一般診療を行いながら感染症指定医療機関として新型コロナ患者を診察し、適宜必要な病床運用を行った。また、過去最高に増加した救急搬送や能登半島地震などの災害医療に対応するなど、公立病院として求められる役割に応えた年度となった。院内では組織風土の刷新に取り組み、地域連携では、専門医による訪問診療の支援やこれを拡充するために在宅診療センターの開設準備、近隣医療機関との人事交流を行うなど、圏域における有機的な機能分担の促進に取り組んだ。これにより、年度計画値の多くで達成には至らなかったものの、多くの実績値で第６事業年度より改善した。財務状況は、資金残高は高水準を維持したが、経常収支は４５９百万円の損失となり、単年度資金収支や経常収支比率は年度計画値の達成にわずかに至らなかった。また、総務省が示す「持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化ガイドライン」（以下「「公立病院経営強化ガイドライン」」という。）に沿って適切に対応し、第２期中期計画を一部変更した。

令和６年度（以下「第８事業年度」という。）は、持続可能な地域医療提供体制を確保するために、公立病院として平時からの取組を推進する重要な局面であり、第２期中期目標期間の最終年度として、業務改善に一定の道筋を立てなければならない。

この第２期中期目標期間である４年間のうちの３年間を振り返ると、第２期中期目標の達成に向けて、法人が掲げる重要業績評価指標では、多くの指標で年度計画値の達成には至っておらず、経営改善のスピードは遅いものの、経営環境の変化に応じた取組を着実に推進している。市民に対して提供するサービス及び財務内容の改善は遅れており、注視する必要がある。また、新型コロナに適切な対応をしたことによる補助金で、資金残高は高水準となったが、補助金は終了したので資金管理には注意が必要である。こうした現状を踏まえ、法人が地域からの更なる信頼の向上を目指すとともに、限られた経営資源を効率的かつ効果的に活用し、持続可能な病院経営の実現を求めたい。

### 2　全体評価に当たって考慮した内容

#### （１）中期目標期間の終了時に見込まれる大項目における評価結果

| No. | 大　項　目 | 大項目評価 | |
|---|---|---|---|
| 1 | 第２　市民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するためとるべき措置 | C | やや遅れている |
| 2 | 第３　業務運営の改善及び効率化に関する目標を達成するためとるべき措置 | B | おおむね計画どおり進んでいる |
| 3 | 第４　財務内容の改善に関する目標を達成するためとるべき措置 | D | 遅れている |

〈参考〉

| | S | A | B | C | D | E |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 大項目評価基準 | 特筆すべき進捗状況にある。（全ての小項目の評価が３から５まで、かつ、評価委員会が特に認める場合） | 計画どおり進んでいる。（全ての小項目の評価が３から５まで） | おおむね計画どおり進んでいる。（小項目の評価において３から５までが８割以上） | やや遅れている。（小項目の評価において３から５までが５割以上８割未満） | 遅れている。（小項目の評価において３から５までが５割未満） | 重大な改善すべき事項がある。（評価委員会が特に認める場合） |

（２）全体評価に当たって考慮した大項目評価に関する意見

ア　「第２　市民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するためとるべき措置」について

第２期中期目標の達成状況の見込みに関して法人が掲げる重要業績評価指標に基づく定量的及び定性的な評価を行った結果、やや遅れている。
「１　市民病院としての役割」については、業務実績は芳しくない。
一方で、新型コロナの感染拡大で公立病院としての役割が重要視される中、大津保健医療圏域で唯一の感染症指定医療機関として適切な対応に職員が一丸となって務めることができた。今後も、市民に対して提供する医療サービスの向上に努め、もって市民の医療安全の確保と安心感の醸成に尽力願いたい。
「２　地域の病院、診療所等との機能分化及び連携強化」及び「４　医療の質の向上」については、おおむね計画どおりに進んでいるが、「３　市民・患者への医療サービス」については、やや遅れている。

イ　「第３　業務運営の改善及び効率化に関する目標を達成するためとるべき措置」について

第２期中期目標の達成状況の見込みに関して法人が掲げる重要業績評価指標に基づく定量的及び定性的な評価を行った結果、おおむね計画どおり進んでいる。
「１　経営の効率化」については、労働生産性の向上に関する指標は計画値の達成には至らなかった。最適な医療サービスの提供による収益の向上と、実効性のある医師のタスクシフトやタスクシェアの構築等により業務の効率性を高め、生産性の向上を図る必要がある。
「２　経営管理体制の強化」については、経営会議の設置運営による法人の意思決定プロセスの透明性向上、内部統制の強化に適切に取り組んでいる。
「３　組織運営体制の強化と職員の意識改革」については、理事長及び院長が、組織風土の刷新に努めている。医師の働き方改革に向けて適切に対応している。また、医師を対象とする人事評価に係る制度設計の完了、昇格基準の見直しによる幹部候補職員育成のスピードアップなど、人材確保への取組を着実に進めている。

ウ　「第４　財務内容の改善に関する目標を達成するためとるべき措置」について

第２期中期目標の達成状況の見込みに関して法人が掲げる重要業績評価指標に基づく定量的及び定性的な評価を行った結果、やや遅れている。
「前文」、「１　収支バランスの適正化」については、業務実績は芳しくない。第７事業年度において、単年度資金収支や経常収支比率は年度計画値の達成にわずかに至らず、経常収支比率が１００％をわずかに下回った。「公立病院経営強化ガイドライン」で経常収支比率１００％は必達とされていることから、収益の最適化と費用の抑制による経営改善が必要である。
一方、新型コロナ患者の診療を適切に行った結果、国県等補助金の交付を受けることができ、期間を通じて資金残高は高水準だったが、補助金は終了したので資金管理には注意が必要である。地域の医療ニーズに応える診療提供体制を確立し、平時において収益の最適化と費用の抑制に努めること。

３　評価に当たっての意見、今後に向けての指摘等

「市民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上」、「業務運営の改善及び効率化」、「財務内容の改善」は密接に関連している。
法人が地域において求められている果たすべき役割に真摯に向き合い、業務運営の改善及び効率化に取り組むことが財務内容の改善への近道であり、着実な向上策である。
市民サービスを高めるための手段として、地方独立行政法人の特長を十分に生かし、今後の経営改善に取り組んでいただきたい。
法人が地域からの更なる信頼の向上を目指すとともに、限られた経営資源を最大限活用し、持続可能な病院経営の実現を求めたい。

## Ⅱ　項目別評価

### １　第２　市民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するためとるべき措置

（１）評価結果　　Ｃ　やや遅れている。

| 大項目評価基準 | S | A | B | C | D | E |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 特筆すべき進捗状況にある。 | 計画どおり進んでいる。 | おおむね計画どおり進んでいる。 | やや遅れている。 | 遅れている。 | 重大な改善すべき事項がある。 |

（２）判断理由及び考慮した事項、内容

次項「小項目評価の評価結果」において、評価３から５までの構成比率が８割未満であったため、「やや遅れている」と評価した。評価における主な判断理由は次のとおり。

- 市民病院としての役割における指標の達成状況は、第７事業年度終了時点で芳しくない。
- 新型コロナの感染拡大時に院長をはじめ医療スタッフが一丸となって医療提供体制の確保に努めたことで、感染症指定医療機関として重要な役割を果たすことができた。
- 地域の病院、診療所等との機能分化及び連携強化において、地域で果たすべき役割、関係機関との連携の項はおおむね計画どおり進んでいるが、地域医療支援病院としての役割の項における指標の達成状況は、第７事業年度終了時点で芳しくない。
- 市民・患者への医療サービスにおいて、市民・患者の求める医療サービスの提供の項における指標の達成状況は、第７事業年度終了時点で芳しくないが、患者サービスの向上の項はおおむね計画どおり進んでいる。
- 医療の質の向上に関しては、おおむね計画どおり進んでいる。

（３）小項目評価の集計結果

| No. | 項　目 | | ｳｴｲﾄ | 小項目評価点数 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 評価５ | 評価４ | 評価３ | 評価２ | 評価１ |
| 1 | １　市民病院としての役割 | (1)　５疾病に対する医療の提供 | ×２ | | | | ４ | |
| 2 | | (2)　４事業に対する医療の確保 | ×２ | | | | ４ | |
| 3 | | (3)　在宅医療・介護との一層の連携強化 | ×１ | | | | ２ | |
| 4 | | (4)　感染症医療の充実及び強化 | ×１ | | ４ | | | |
| 5 | | (5)　健康増進、予防医療の充実及び強化 | ×１ | | | | ２ | |
| 6 | ２　地域の病院、診療所等との機能分化及び連携強化 | (1)　地域で果たすべき役割 | **×１** | | | ３ | | |
| 7 | | (2)　地域医療支援病院としての役割 | **×１** | | | | ２ | |
| 8 | | (3)　関係機関との連携強化 | **×１** | | | ３ | | |
| 9 | ３　市民・患者への医療サービス | (1)　市民・患者の求める医療サービスの提供 | ×１ | | | | ２ | |
| 10 | | (2)　患者サービスの向上 | ×１ | | | | ２ | |
| 11 | ４　医療の質の向上 | (1)　医療の安全の徹底 | ×１ | | | ３ | | |
| 12 | | (2)　診療データ分析による医療の質と効率性の標準化 | ×１ | | | ３ | | |
| 13 | | (3)　チーム医療の充実 | ×１ | | | ３ | | |
| ウエイト考慮後の小項目評価点数 | | | | | ４ | １５ | １８ | |
| ウエイト考慮後の評価３から５の構成比率（%） | | | | ５１．４％ | | | － | － |

※　業績評価における小項目評価基準は、当報告書の末尾のとおり。

（４）中項目における評価に当たっての意見等

ア　市民病院としての役割

【評価は、定量及び定性による】
「５疾病に対する医療提供」では、新規がん患者への放射線治療件数が増加した。脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病への対応では、多くの指標で計画値の達成には至らなかった。精神疾患については、幅広い層の精神疾患や心身症の患者を受け入れ治療に当たったため、指標の計画値を達成した。
「４事業に対する医療の確保」では、救急医療に関する項目の多くが指標の計画値を達成したが、救急搬送応需率はわずかに計画値の達成には至らなかった。小児医療に関する項目は目標値の達成に至らなかった。災害医療に関しては、令和６年６月１日に発生した能登半島地震においてＤＭＡＴ隊に加え、看護師、薬剤師を派遣し被災地支援に当たった。
「在宅医療・介護との一層の連携強化」では、特定看護師の育成をすることができた。在宅療養利用者訪問件数は減少し、計画値の達成には至らなかった。今後、在宅診療センターにおいて、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーション等が一体的に訪問医療を実施していくことを期待する。
「感染症への対応」では、新型コロナの感染拡大時に院長をはじめ医療スタッフが一丸となって医療提供体制の確保に努めたで、感染症指定医療機関として重要な役割を果たすことができた。これは、これまでの常に備える姿勢があったからである。引き続き平時から有事に備え、安全・安心な医療サービスの提供を期待する。
「健康増進、予防医療の充実及び強化」では、新型コロナ感染拡大の影響によって減少していた健診センター受診者数が、第７事業年度に改善傾向となったので、受診者ニーズに応える取組を推進願いたい。

イ　地域の病院、診療所等との機能分化及び連携強化

【評価は、定量及び定性による】
「地域で果たすべき役割」では、専門医による訪問診療の支援や近隣医療機関との人事交流など、今後見込まれる高齢患者への医療需要の拡大を見据え、強みを活かした地域の医療機関との連携強化を積極的に進めている。
「地域医療支援病院としての役割」では、紹介率の指標で第７事業年度に年度計画値を達成した。地域医療連携支援センターの整備や、理事長、院長及び各診療科医師が地域医療機関を訪問し顔の見える連携を推進しているので、今後も継続的な取組を期待する。
「関係機関との連携強化」では、「公立病院経営強化ガイドライン」に基づく経営強化プランの要旨を圏域の地域医療構想調整会議に示し、合意を得た。これらに沿って第２期中期計画を一部変更している。



ウ　市民・患者への医療サービス

【評価は、定量による】
「市民・患者の求める医療サービスの提供」では、病院玄関で患者の移動支援等を行うコンシェルジュサービスを実施し、患者に寄り添ったサービスの充実を図っている。アンケート調査では、入院患者の満足度が計画値を達成したが、外来患者の満足度及び相談体制に関する満足度は計画値の達成には至らなかった。課題の抽出から解決策の実施による改善効果までのフォローアップが必要である。
「患者サービスの向上」では、接遇に対する職員の理解が進んでいる。今後は患者の満足度の更なる向上につなげることを期待する。

エ　医療の質の向上

【評価は、定量及び定性による】
「医療の安全の徹底」では、医療安全研修会を開催しており、計画よりも少ない回数の開催となったが、受講者の満足度は計画値を達成し、医療安全に対する理解が進んでいる。また、第三者機関による客観的な評価を受け、これに準拠する内部監査を実施し、継続的に医療の質の向上に取り組んでいることを評価する。
「診療データ分析による医療の質と効率性の標準化」では、クリニカルパスを定期的に見直し、クリニカルパス適用患者割合を目標値以上に保つことができた。今後もクリニカルパスの整備を継続し、平均在院日数の最適化を図ることを期待する。
「チーム医療の充実」では、入退院センターにおいて多職種が連携し、入院前から退院まで切れ目のなく円滑に患者を支援し、在院日数の適正化に努めている。

## ２　第３　業務運営の改善及び効率化に関する目標を達成するためとるべき措置

### （１）評価結果　　Ｂ　おおむね計画どおり進んでいる。

| 大項目評価基準 | S | A | B | C | D | E |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 特筆すべき進捗状況にある。 | 計画どおり進んでいる。 | おおむね計画どおり進んでいる。 | やや遅れている。 | 遅れている。 | 重大な改善すべき事項がある。 |

### （２）判断理由及び考慮した事項、内容

次項「小項目評価の評価結果」において、評価３から５までの構成比率が８割以上であったため、「おおむね計画どおり進んでいる」と評価した。評価における主な判断理由は次のとおり。

- 原価計算の運用を開始したことは評価する。今後、各部門が分析データを業務運営に活用し、法人全体の経営効率の向上に資することを期待する。
- 労働生産性の向上に関する指標は計画値の達成には至らなかった。部署ごとに目標を設定し、個別ヒアリングによる改善に取り組んでいるが、今後は、目標の進捗管理及び業務改善のフォローアップが必要である。
- 理事長及び院長が、組織風土の刷新に努めている。経営改善や業務改善に繋がる提案を全職員に募り、現場にある問題点の洗い出しのみならず、職員が経営に参画する意識の醸成を図ることや風通しの良い職場づくりにも資する職場風土づくりに取り組んでいる。トップダウンとボトムアップの相乗効果を期待する。
- 医師の働き方改革への対応などに適切に対応し、必要な人材を確保することができた。
- 人材の確保については、第７事業年度において昇格基準の短縮による幹部候補職員の昇格を行い、人事制度面から幹部職員育成のスピードアップを図ったことは評価できる。これに伴い、管理職に求められるマネジメント能力の習得を目的とする研修についても早期実施が必要となる。

### （３）小項目評価の集計結果

| No. | 項　目 | | ｳｴｲﾄ | 小項目評価点数 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 評価５ | 評価４ | 評価３ | 評価２ | 評価１ |
| 1 | １　経営の効率化 | (1)　原価計算を基にした業務運営の改善 | ×１ | | | ３ | | |
| 2 | | (2)　診療科目の適正化 | ×１ | | | ３ | | |
| 3 | | (3)　病床数の適正化 | ×１ | | | ３ | | |
| 4 | | (4)　労働生産性の向上 | ×２ | | | | ４ | |
| 5 | | (5)　効率的かつ効果的な設備投資 | ×１ | | | ３ | | |
| 6 | ２　経営管理体制の強化 | (1)　業務運営体制の強化 | ×１ | | | ３ | | |
| 7 | | (2)　業務管理（リスク管理）の充実 | ×１ | | | ３ | | |
| 8 | ３　組織運営体制の強化と職員の意識変革 | (1)　組織運営体制の強化 | ×１ | | | ３ | | |
| 9 | | (2)　職員の意識変革 | ×１ | | | ３ | | |
| 10 | | (3)　計画的で効果的な人員育成 | ×１ | | | ３ | | |
| ウエイト考慮後の小項目評価点数 | | | | | | ２７ | ４ | |
| ウエイト考慮後の評価３から５の構成比率（%） | | | | ８７．１　% | | | － | － |

※　業績評価における小項目評価基準は、当報告書の末尾のとおり。

（４）中項目における評価に当たっての意見等

ア　経営の効率化

【評価は、定量及び定性による】
「原価計算を基にした業務運営の改善」では、原価計算の運用を開始したことは評価する。今後、各部門が分析データを業務運営に活用し、法人全体の経営効率の向上に資することを期待する
「診療科目の適正化」では、診療提供体制に変更が生じたが、現理事長の就任後、そのリーダーシップの下、個別ヒアリングを通じて部門ごとの目標を設定し、業務運営の改善及び効率化に取り組んでいることを評価する。
「病床数の適正化」では、新型コロナの感染拡大時においても、新型コロナ患者数に応じた適正な病床数及び看護師配置を確保し、医療提供体制を整えることができた。
「労働生産性の向上」では、期間を通じて労働生産性が芳しくない。部署ごとに目標を設定し、個別ヒアリングによる改善に取り組んでいるが、顕著な改善・効率化には至っていない。今後は、目標の進捗管理及び業務改善のフォローアップが必要である。また、医師のタスクシフトやタスクシェアの構築によっても労働生産性を図る必要がある。
「効率的かつ効果的な設備投資」では、老朽化施設や修理不能機器を適時更新し、安心・安全で良質な医療を提供できる環境整備を進めているほか、ＡＩによる先進的な技術を導入しＤＸを推進している。同時に、デジタル化の進展に伴うリスクへも対応している。要配慮個人情報を多数取り扱う病院の特性からも、今後も情報セキュリティの徹底を継続する必要がある。

イ　経営管理機能の充実

【評価は、定性による】
「業務運営体制の強化」では、現理事長の就任後、常勤役員及び幹部職員により構成する経営会議が設置運営され、理事会の審議事項等が当該会議で議論されており、法人の意思決定プロセスの透明性が向上したことを評価する。理事会や経営会議の内容は所属長以上の職員に共有しているが、所属職員への伝達は各所属長に委ねている現状であるため、今後、こうした情報が職員一人一人にまで浸透させる必要がある。
「業務管理の充実」では、ハラスメント対策に係る法人規程等を刷新し、適正に運用しており、また、個人情報の保護についても法改正に適切に対応していることを評価する。今後も、患者及び職員の権利保護のため、リスクの未然防止、リスク発生後の対応の両面から管理強化に努めること。

ウ　組織運営体制の強化と職員の意識変革

【評価は、定性による】
「組織運営体制の強化」では、医師の働き方改革に向けて適切に対応し、必要となる人材を確保している。今後、実効性のあるタスクシフトやタスクシェアを構築し、業務の効率性及び生産性の向上を実現する必要がある。
「職員の意識改革」では、理事長及び院長が組織風土の刷新に努めている。経営改善や業務改善に繋がる提案を全職員に募り、現場にある問題点の洗い出しのみならず、職員が経営に参画する意識の醸成を図ることや風通しの良い職場づくりにも資する職場風土づくりに取り組んでいる。トップダウンとボトムアップの相乗効果を期待する。また、中期計画の実行計画といえる「サクセススパイラルプロゴラム」を策定し、中期計画の目標達成に向けた取組の具体化を図っている。その進捗状況等は会議を通じて所属長以上に共有しているが、全職員が一丸となって目標の達成に取り組むためには、職員一人一人にまで確実に情報を共有することが課題である。
「計画的で効果的な人材育成」では、これまで試行段階であった人事評価について、医師を対象とする本格実施に向けた制度設計が完了した。今後は、人材育成基本計画を策定し、多職種を含め、採用、育成、評価及び処遇が一体となったトータル人事システムの確立を期待する。

## 3　第４　財務内容の改善に関する目標を達成するためとるべき措置

### （１）評価結果　　Ｄ　遅れている。

| 大項目評価基準 | S | A | B | C | D | E |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 特筆すべき進捗状況にある。 | 計画どおり進んでいる。 | おおむね計画どおり進んでいる。 | やや遅れている。 | 遅れている。 | 重大な改善すべき事項がある。 |

### （２）判断理由及び考慮した事項、内容

次項「小項目評価の評価結果」において、評価３から５までの構成比率が８割未満であったため、「やや遅れている」と評価した。評価における主な判断理由は次のとおり。

- ●　第７事業年度において、単年度資金収支や経常収支比率は年度計画値の達成にわずかに至らず、経常収支比率が１００％をわずかに下回った。「公立病院経営強化ガイドライン」で経常収支比率１００％は必達とされていることから、収益の最適化と費用の抑制による経営改善が必要である。
- ●　医業収支比率及び営業費用対医業収益等は期間を通じて計画値の達成には至らなかった。新型コロナ患者の診療を適切に行った結果、国県等補助金の交付を受けることができ、期間を通じて資金残高は高水準だったが、補助金は終了したので資金管理には注意が必要である。地域の医療ニーズに応える診療提供体制を確立し、平時においても収益の最適化と費用の抑制に努めること。
- ●　医業収益に関する指標について、入院及び外来診療単価は期間を通じて計画値を達成した。一方で、患者数に関連する各指標の多くは期間を通して計画値の達成には至らなかった。なお、これらの指標は第７事業年度において、第６事業年度から改善している。
- ●　職員給与費対医業収益等、材料費比率及び委託費比率は基本的に期間を通じて芳しくなく、第７事業年度終了時においていずれも計画値の達成には至らなかった。

### （３）小項目評価の集計結果

| No. | 項　目 | | ｳｪｲﾄ | 小項目評価点数 評価5 | 評価4 | 評価3 | 評価2 | 評価1 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 前文 | | ×３ | | | | 4 | |
| 2 | １　収支バランスの適正化 | (1)　収入の安定的確保及び収益の最適化 | ×１ | | | | 2 | |
| 3 | | (2)　支出及び費用の抑制 | ×１ | | | | 2 | |
| 4 | ２　運営費負担金 | | ×１ | | | 3 | | |
| 5 | ３　計画期間内の収支見通し | | ×１ | | | 3 | | |
| | ウエイト考慮後の小項目評価点数 | | | | | １５ | 4 | |
| | ウエイト考慮後の評価３から５の構成比率（%） | | | ３７．５　% | | | － | － |

※　業績評価における小項目評価基準は、当報告書の末尾のとおり。

（４）中項目における評価に当たっての意見等

ア　前　文

【評価は定量による】
医業収支比率及び営業費用対医業収益等は期間を通じて計画値の達成には至らなかった。第７事業年度において、単年度資金収支や経常収支比率は年度計画値の達成にわずかに至らず、経常収支比率が１００％をわずかに下回った。「公立病院経営強化ガイドライン」で経常収支比率１００％は必達とされていることから、収益の最適化と費用の抑制による経営改善が必要である。
医業収支比率及び営業費用対医業収益等は期間を通じて計画値の達成には至らなかった。新型コロナ患者の診療を適切に行った結果、国県等補助金の交付を受けることができ、期間を通じて資金残高は高水準だったが、補助金は終了したので資金管理には注意が必要である。地域の医療ニーズに応える診療提供体制を確立し、平時においても収益の最適化と費用の抑制に努めること。

イ　収支バランスの適正化

【評価は定量による】
「収入の安定的確保及び収益の最適化」では、医業収益に関する指標について、入院及び外来診療単価は期間を通じて高い水準を保ち、計画値を達成した。一方で、患者数に関連する各指標の多くは期間を通じて計画値の達成には至らなかった。なお、これらの指標は第７事業年度において、前事業年度から改善している。
「支出及び費用の抑制」では、職員給与費対医業収益等、材料費比率及び委託費比率は基本的に期間を通じて芳しくなく、第７事業年度終了時においていずれも計画値の達成には至らなかった。実効性のあるタスクシフトやタスクシェアの構築などに取り組む必要がある。

ウ　運営費負担金

【評価は、定性による】
特筆すべき意見などはない。

エ　計画期間内の収支見通し

【評価は、定性による】
法人理事会において中期計画の進捗について報告している。
また、目標達成状況及びその要因を分析し、四半期ごとに地方独立行政法人市立大津市民病院評価委員会に報告している。法人は、評価委員会の意見に対し今後も適切に対応することが求められる。

〈参考〉　第２期中期目標期間の終了時に見込まれる業務実績に関する小項目評価基準

| | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|---|
| 小項目評価 | 法人の活動により、中期計画における所期の目標を量的及び質的に上回る顕著な成果が得られていると認められる。 | 法人の活動により、中期計画における所期の目標を上回る成果が得られていると認められる。 | 中期計画における所期の目標を達成していると認められる。 | 中期計画における所期の目標を下回っており、改善を要する。 | 中期計画における所期の目標を下回っており、業務の廃止を含めた抜本的な改善を要する。 |
| 定量的測定基準 | 定量的指標においては対計画値の１２０％以上で、かつ質的に顕著な成果が得られていると認められる場合 | 定量的指標においては対計画値の１２０％以上 | 定量的指標においては対計画値の１００％以上１２０％未満 | 定量的指標においては対計画値の８０％以上１００％未満 | 定量的指標においては対計画値の８０％未満 |
| 定量的に測定しがたい場合 | － | 難易度を高く設定した目標について、目標の水準を満たしている。 | 目標の水準を満たしている（「４」に該当する事項以外）。 | 目標の水準を満たしていない（「１」に該当する事項以外）。 | 目標の水準を満たしておらず、業務の廃止を含めた抜本的な改善を要する。 |

# 地方独立行政法人市立大津市民病院
# 中期目標期間の終了時に見込まれる
# 業務実績の小項目に関する評価結果報告書
# （令和３年４月１日から令和７年３月３１日まで）

令和６年６月　報告　地方独立行政法人市立大津市民病院
令和６年７月　評価　大　津　市

# 目　　次


**Ⅰ　地方独立行政法人市立大津市民病院の概要**

１　現　況　１９　項
２　市立大津市民病院の基本的な目標等　１９　項

**Ⅱ　全体評価**

１　法人の総括と課題　２０　項
２　大項目ごとの特記事項　２０　項
（１）中期目標及び中期計画の期間　２０　項
（２）市民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するための取組　２０　項
（３）業務運営の改善及び効率化に関する目標を達成するためとるべき措置　２１　項
（４）財務内容の改善に関する目標を達成するための取組　２１　項

**Ⅲ　項目別評価（法人の自己評価と市の評価）**

第１　年度計画の期間
第２　市民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するためとるべき措置　２３　項
第３　業務運営の改善及び効率化に関する目標を達成するためとるべき措置　４５　項
第４　財務内容の改善に関する事項　５６　項

## Ⅰ　地方独立行政法人市立大津市民病院の概要

### １　現　況（令和６年４月１日現在）

（１）法人名

地方独立行政法人市立大津市民病院

（２）所在地

大津市本宮二丁目９番９号

（３）設立年月日

平成２９年４月１日

（４）役員の状況

| 役　職 | 氏　名 | 備　考 |
|---|---|---|
| 理事長（常勤） | 河内　明宏 | |
| 副理事長（常勤） | 日野　明彦 | 院長 |
| 理事（常勤） | 西村　由香 | 看護局長 |
| 理事（常勤） | 押栗　雅則 | 事務局長 |
| 理事（非常勤） | 北野　博也 | 社会医療法人誠光会　理事長 |
| 理事（非常勤） | 三木　恒治 | 済生会滋賀県病院　院長 |
| 理事（非常勤） | 内海　靖 | 内海会計事務所　公認会計士、税理士 |
| 監事（非常勤） | 田中　正志 | 公認会計士、税理士 |
| 監事（非常勤） | 野嶋　直 | 弁護士 |

（５）設置・運営する病院等

市立大津市民病院

（６）職員体制

職員数　８９７人

（内訳）医師　１１８人、看護師　４４５人、医療技術員　１６０人、事務職１２４人

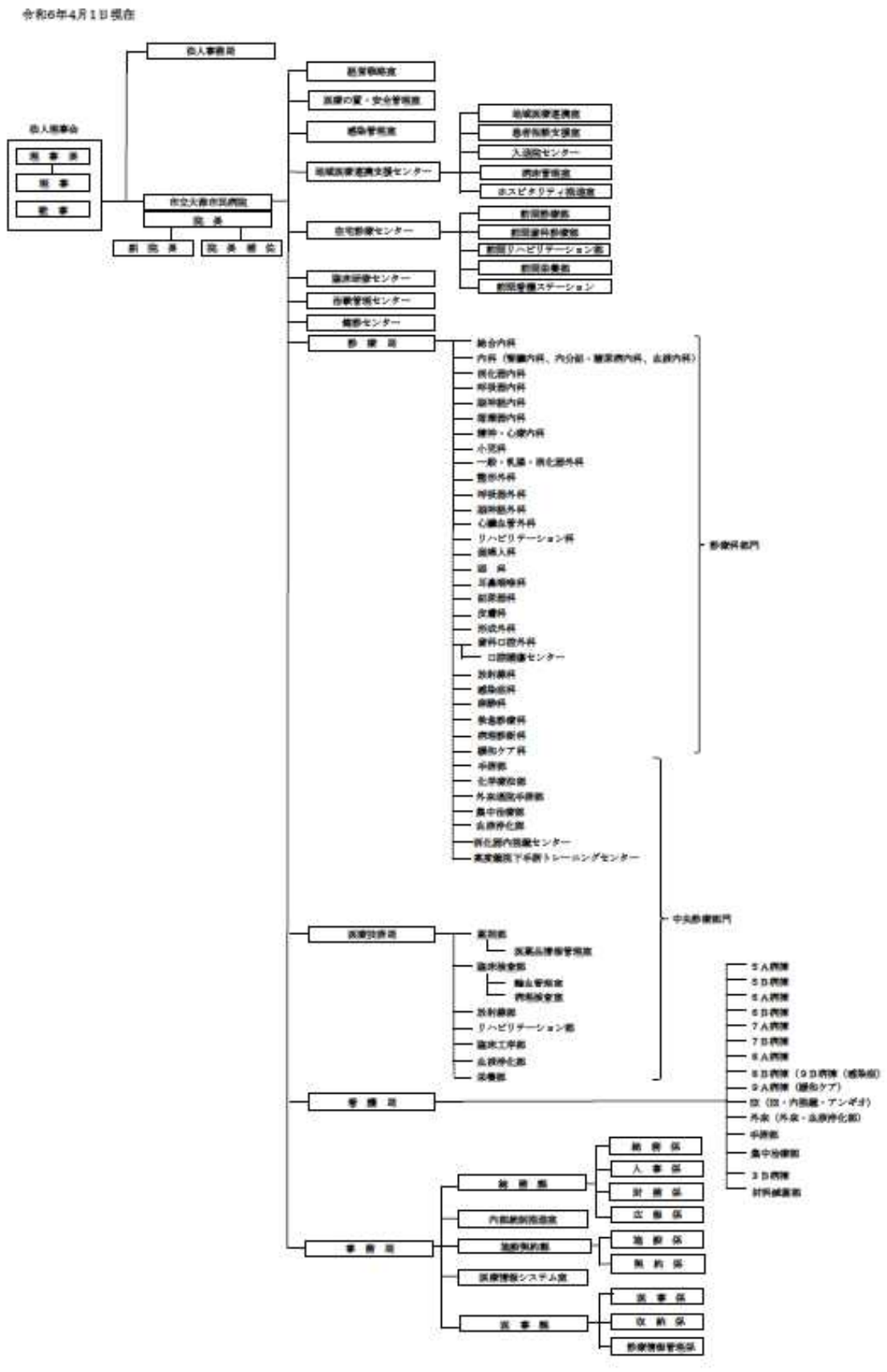
補助者　５０人

### ２　市立大津市民病院の基本的な目標等

（中期計画前文より抜粋）

安定的な病院経営の観点から急性期医療の提供を行い、及び超少子高齢社会の観点から高齢者への医療の提供を行うこと並びに滋賀県保健医療計画において求められている公立病院としての役割を果たすことが求められていることから、大津保健医療圏域における病院間連携及び病診連携の中心として、市民や地域の医療ニーズを的確に捉え、圏域全体のバランスを考慮しながら、効果的な医療機能の充実を図り、医療水準の向上に努める。また、市民に寄り添った、安全・安心で、質の高い医療の提供のため、医師及び看護職員を始めとした医療スタッフから働きたいと評価される魅力のある病院づくりに努めながら、診療体制を見直すことなどにより、経営状況を改善し、持続可能な病院経営の実現に取り組んでいく。

病院組織図



Ⅱ　全体評価

## １　法人の総括と課題

**○総括**

地方独立行政法人市立大津市民病院は、市民に救急医療及び高度医療を始め、良質で安全な医療を継続的かつ安定的に提供するとともに、地域の医療機関との機能分担及び連携を行うことにより、市民の健康の維持及び増進に寄与することを目的として設立された。

この目的を実現するため、地域医療支援病院として、大津保健医療圏域（以下「圏域」という。）における病院及び診療所との医療連携の中心として、地域のニーズを的確に捉え、圏域内のバランスを考慮しながら、効果的な医療機能の充実を図り、もって圏域全体の医療水準の向上に努めてきた。また、地域の中核病院として、「信頼の絆でつながる、市民とともに歩む健康・医療拠点」の理念のもと、市民の健康の維持・増進に寄与し、市民から求められる医療の提供や、圏域での必要な医療提供体制を確保したところである。

特に第一種感染症医療機関として、新型コロナウイルス感染症感染拡大時には、圏域のみならず滋賀県全域から中等症以上の患者の入院の受入を行うとともに、疑似症患者も含めて感染症ＥＲにおいて２４時間体制で対応した。また、当該患者の宿泊療養施設であるピアザ淡海へ、医師、看護師、薬剤師によるチームとして往診業務も行った。このように、大津市が定める中期目標と、当院が定め大津市が認可する中期計画に基づき事業を推進し、業務運営の改善・効率化及び財務内容の改善に取り組んだ。

**○課題**

全世界で猛威を振るった新型コロナウイルス感染症に対して、第一種感染症指定医療機関として、最前線で様々な対応をし、中等症以上の入院受入を行ってきたことにより、一般病床を休床せざるを得なくなり、入院患者数は減少することになった。加えて、令和３年度末から令和４年度末にかけて医師が退職し、診療提供体制が大きく変更した影響により患者の流出（他院への紹介）と、風評被害が起こったことで患者数は大きく減少し、大変厳しい経営状況に陥った。

令和４年度に新たな院長、理事長を迎え、大学との連携により医師を確保し診療提供体制を整えるとともに、新たな経営体制を再構築し、患者と信頼を回復するために様々な取組を進めた。令和５年度には回復基調にあるものの、新型コロナウイルス感染症拡大前の状態にはまだ戻っていないが、今後の超高齢社会の進展に伴う患者動向、医療需要を見据え、地域医療支援病院として、更なる医療連携を強化し、公立病院としての責務を果たすために尽力する。

収支状況については、新型コロナウイルス感染症の影響で患者数は減少したものの、感染症患者の診療に対する「診療報酬請求の臨時的な取扱い」や国県からの「病床確保補助金」などにより、令和３年度は、計画比で２２億７，９００万円の増益となった。令和４年度は、令和３年度と同様の増収要素はあったものの前述の影響で計画比で４億３，８００万円増益となった。令和５年度は新型コロナウイルス感染症の５類移行に伴う補助金の大幅な減少や前述の影響で計画比１３億４，９００万円の減収となった。

資金状況については、一般診療と新型コロナウイルス感染症への対応を両立したことで、国県等の補助金を受けることができ、第１期中期目標期間末から大きく改善し、令和５年度末の計画比で３６億４，６００万円増加した。今後もこのキャッシュを減少させることなく安定した運営が出来るよう医業収益の増収と費用の減少に努める。

## ２　大項目ごとの主な取り組みと特記事項

**（１）中期目標及び中期計画の期間**

令和３年４月１日から令和７年３月３１日まで

**（２）市民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するための取組**

「市民病院としての役割」

○　地域の中核的な急性期病院として、５疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患）に対する医療を提供した。
○　新たな検査機器を導入するなど治療方法の適切な組み合わせ（手術、化学療法、放射線治療）をがん診療にて提供した。
○　４事業（救急医療、災害医療、小児医療、周産期医療）においては求められる医療や果たすべき役割を提供し、他病院との機能分化を推進した。
○　災害医療への対応として、令和６年１月１日に発生した能登半島沖地震において複数回に亘りＤＭＡＴ隊及び災害支援看護師を派遣した。
○　感染症への対応として、第一種及び第二種感染症指定医療機関として新型コロナウイルス感染症患者に対して、県、市と連携を図り医療を提供した。
○　感染症ＥＲにて発熱患者の受入を積極的に行い、大津保健医療圏域において救急医療体制の維持に貢献した。
○　令和３年度新たに、食料品、飲料水及び日用品等の災害発生時に院内で必要となる物資の円滑な調達、供給等について、院内においてコンビニエンスストアを運営する事業者と協定を締結した。
○　新型コロナウイルス感染症による自宅療養者の増加に伴い、滋賀県が設置する滋賀県見守り観察ステーションにＤＭＡＴを派遣し、２４時間体制で同ステーションの運営にあたった。
○　在宅医療・介護との連携強化について、在宅医療・介護への円滑な移行や在宅医療の後方支援機能について訪問看護ステーションで取り組み、土日・祝日も計画的に定期訪問を行った。
○　予防医療の提供について、健診センターにて人間ドックや健康診断を行い、「がん検診セット」や「鎮静下内視鏡」など受診者のニーズに応えながら、病気の早期発見に取り組んだ。

「地域の病院、診療所等との機能分化及び連携強化」

○　地域で果たすべき役割として、地域の医療機関から求められた場合は病床の使用状況を考慮の上、積極的に患者を受け入れた。また、新型コロナウイルス患者に関しても県と連携を取りながら受け入れを行った。
○　地域医療支援病院としての役割として、急性期機能を有する地域医療支援病院及び中核病院として、かかりつけ医や地域の医療機関との機能分担と連携をより一層強化するため、地域連携室を中心に地域医療機関訪問を行った。診療情報提供書に関する返書、逆紹介、報告書の記載フォローをタイムリーに実施するために数値を見える化することでリマインドメールを強化し連携推進を図った。
○　関係機関との連携強化として、“顔の見える連携”の更なる推進のため、地域医療連携の会を、対面形式で開催した。当会では、理事長及び院長並びに診療部長が、市民病院及び各診療科のアピールポイント等についてプレゼンテーションを行った。
○　今後需要が増加する高齢者医療への取組として、後方支援病院と看護師の人事交流を行い、地域で円滑に対応できるよう連携強化を推進した。

「市民・患者への医療サービス」
○　市民・患者の求める医療サービスの提供として、毎年度患者満足調査を実施し、当院の診療体制についてどのような意見があるのか調査した。また意見については院内会議にて周知を行い、今後の患者サービスの向上に努め、結果はホームページに公開した。
○　患者サービスの向上として、新規採用職員研修にビジネスマナー研修を実施、全職員を対象とした接遇研修を実施し、職員の接遇の質の向上に努めた。また、患者相談支援室を拡張整備し、患者のプライバシーが守られる相談室を設置した。更にセカンドオピニオン外来を設置し、当院へのセカンドオピニオン希望患者について、より受診しやすくした。また、セカンドオピニオンを希望する患者には、他院への情報提供を行うなど、適切な対応を行った。

「医療の質の向上」
○　医療の安全の徹底について、日本医療機能評価機構による病院機能評価の更新認定を受審し、認定交付を受けた。院内に設置した病院機能評価委員会で内部監査をすることで、外部審査を一時的なものとせず、医療の質改善を継続的に確認する体制を構築した。安全管理の徹底について、医療安全カンファレンス、医療安全管理対策委員会を定例で開催し、医療事故を分析、再発防止対策の充実を図った。院内感染防止対策の徹底として、感染管理室と感染対策チーム及び抗菌薬適正使用支援チームが連携しながら、感染対策の構築及び強化に取り組んだ。新型コロナウイルス感染症流行時には職員の行動（黙食やマスク未装着時の行動など）についても確認し、院内発生の予防に向け啓発も行った。院内で発生した感染症については、細菌検査室より速やかに感染管理室へ報告があり、感染対策マニュアルに基づいた対策を実施できるよう感染管理室が介入した。
○　診療データ分析による医療の質と効率性の標準化については、クリニカルパスの見直しを行い、クリニカルパス委員会において不要パスの整理を実施した。
○　チーム医療の充実として、入院前からの円滑な入退院業務の遂行を目指し入退院センターのリニューアルを行った。そこでは、入院・手術が決定された患者を対象に各専門スタッフが看護師面談・薬剤師面談・歯科診察・麻酔科診察・必要時には栄養指導・禁煙指導を実施する多職種協働システムを構築した。

**（３）業務運営の改善及び効率化に関する目標を達成するためとるべき措置**
「経営の効率化」
○　原価計算を基にした業務運営の改善について、院内の按分基準に則った原価計算を作成し、診療科ごとの支出率を算定し、毎月の会議にて提示し、支出率が顕著に増加した項目については、当該診療科に聴き取りを行った。
○　診療科目の適正化について、診療科の適切な運営に向け、理事長、院長が診療部長に近隣病院の疾患別診療状況や全国同等規模病院のベンチマーク等を用いてヒアリングを実施した。
○　病床数の適性化について、新型コロナウイルス感染症患者数に応じて適切な病床数並びに看護配置を行い、急性期医療を中心とした提供を行った。
○　労働生産性の向上について、理事長が医師並びに看護局、医療技術局及び事務局の所属長に対して、個別ヒアリングを実施し、業務運営の改善及び効率化のための目標値を設定し、共有を図った。
○　効率的かつ効果的な設備投資について、設備投資の効果検証を十分に行い、その効果を整理した上で実施した。

「経営管理機能の充実」
○　業務運営体制の強化として、経営幹部による病院の意思決定機関として経営会議を新たに設置した
○　業務管理（リスク管理）の充実として、コンプライアンスについて、ハラスメント相談があった場合の対応・調査フローを刷新した。

「組織運営体制の強化と職員の意識変革」
○　組織運営体制の強化として、医師の派遣元大学と連携して組織運営及び診療提供体制の維持に努めた。また、医師のタスクシフト及び宿日直業務の取り扱いを推進するために、医療技術局職員の増員を行った。
○　職員の意識変革について、中期計画目標指標及び年度指標目標を病院幹部、診療部長、所属長に会議内で共有を行った。また、「持続可能な地域医療体制を確保するための公立病院経営強化ガイドライン」に基づき、地方独立行政法人市立大津市民病院中期計画の一部変更を行い、職員に周知した。
○　経営改善や業務改善に繋がる提案を全職員に募り、現場にある問題点の洗い出しのみならず、職員が経営に参画する意識の醸成を図ることや風通しの良い職場づくりにも資する職場風土づくりとして取り組んだ。
○　優れた職員や活動に対して職員やチームを讃える表彰制度を実施した。

**（４）財務内容の改善に関する目標を達成するための取組**
「収支バランスの適正化」
○　収入の安定的確保及び収益の最適化について、社会保険支払基金の審査員でもある当院医師２名と医事課職員、請求担当で構成されている保険審査専門部会を月１回開催し、査定に対する検討および再審査請求や、各診療科医師への周知等に努めた。
○　未収金発生の防止のため、医事課職員が病棟スタッフや医療ソーシャルワーカーと密に連携し、発生の抑制に努めた。なお、回収が困難となった未収金については、弁護士へ回収業務を委託し、債権回収を実施した
○　各診療部長による診療所訪問はもちろんのこと、医師会との意見交換会を開催するなど“顔の見える連携”を推進し、新規患者数の増加に努めた。
○　入退院センターの改修を行い、より多くの入院予定患者が入院前からの入退院支援を受けることが可能となることで在院日数の適正化に努めた。
○　令和４年及び令和６年の診療報酬改定時の対応及び新規加算取得に向けて体制の整備を行い、速やかな施設基準の取得に努めた。
○　新型コロナウイルス感染症に係る「診療報酬上の臨時的な取扱い」の通知に対し、迅速に対応することで早期から算定できる体制を整えた。
○　訪問看護ステーションでは土日・祝日、年末年始において、計画的に定期訪問を行った。２４時間電話対応し、必要に応じて緊急訪問を行った。
○　広報プロジェクトチームを発足させ、ＳＮＳに関すること、ホームページに関すること、院外広報誌に関すること、講演・研修に関することを一元管理することにより戦略的に情報発信を行った。
○　支出及び費用の抑制について、材料費の抑制として、複数品目の診療材料において、より安価な他メーカー製品への切替により経費削減を進めた。また、契約先のベンチマークを利用しながら納入業者との価格交渉を行った。また、薬剤については、薬事委員会を開催し随時議論を行った。委託料の削減として、医療機器数種類の保守契約を締結せず、不具合発生時のスポット修理にて対応することにより、トータルコストの削減を図った。人件費の抑制として、医師から他職種へのタスクシフトを推

進するとともに、看護師においても看護師から看護補助者へのタスクシフトを推進した。また、総務課内に事務サポートチームを設置し、院内の各部署より軽微な事務作業を取りまとめて行うことで、各部署における事務作業の軽減、専門性を活かした業務時間の確保を行った。

「運営費負担金」

○　政策的医療、高度医療等については、総務省の通知に基づいて金額を算定し、大津市と算定方法について協議することで、金額抑制に努めた。

「計画期間内の収支見通し」

○　理事会において、年度計画の主要な指標の達成状況、新型コロナウイルス感染症対応状況について報告を行った。未達成の項目については担当部署に対して報告を行った。また四半期ごとに評価委員会に対して報告を行った。

Ⅲ　項目別評価（法人の自己評価と市の評価）

## 第２　市民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する事項
### １　市民病院としての役割
#### （１）　５疾病に対する医療の提供

【小項目ごとの評価結果】

| 年度 | 令和３年度 | 令和４年度 | 令和５年度 | 令和６年度 | 期間見込評価 | 期間最終評価 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 評価結果 | ２ | ２ | ２ | | ２ | |

| 中期目標 | |
|---|---|
| | ア　がん<br>（ア）　地域がん診療連携支援病院としての役割を果たすこと。<br>（イ）　緩和ケア病棟を運営すること。<br>（ウ）　市が実施する各種がん検診に積極的に協力し、がん予防医療の取組に努めること。<br>イ　脳卒中<br>症例に対し専門的な治療を行い、リハビリテーションを実施すること。<br>ウ　急性心筋梗塞<br>症例に対し速やかに初期治療を行い、リハビリテーションを実施すること。<br>エ　糖尿病<br>急性合併症等急性増悪時の治療及び慢性合併症の治療に対応すること。<br>オ　精神疾患<br>多くの疾患の背景にある心身相関のメカニズムを探り、患者の抱える問題を軽減し、解決に努めること。 |

| 中期計画 | 法人自己評価 | | | 市の評価 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 評価の判断理由（業務実績の状況等） | ｳｪｲﾄ | 評価 | 評価 | 判断理由など |
| ア　がん<br>地域がん診療連携支援病院として、がん検診や人間ドックの受診の啓発を行い、治療実績の多い大腸がん、胃がん及び肺がんに係る治療については引き続き提供するとともに、乳がんに係る治療についても体制を強化する。なお、５大がんには含まれない前立腺がんに係る治療についても、市民病院の強みとなるように体制を整備する。<br>また、内視鏡治療、鏡視下手術、ロボット支援手術など患者に与える負担を低く抑える低侵襲で高度な治療を提供し続けることで、施設基準を満たし、新たな手術治療を提供することを市民病院の特色としていく。<br>さらに、就労年齢がん患者に対しては、入院期間が短縮可能となる低侵襲な医療とともに、通院化学療法及び侵襲のより少ない放射線治療を提供することで、短期間でがん治療を完結させ、早期の社会復帰を実現し、その不安感の低減を行う。また、患者の要望に応えられるよう簡易ながん検査についての取組を進めるとともに、緩和ケア病棟を運営し、引き続き患者のＱＯＬの維持を図る。<br><br>目標指標 / 令和元年度実績 / 令和６年度目標値<br>がん手術件数 / ５６３件 / ５８０件以上<br>化学療法件数 / ２，０３７件 / ２，０６８件以上<br>放射線治療件数 / １１２件 / １１５件以上 | **ⅰ　主な実績又は成果**<br>地域の中核的な急性期病院として、５疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患）に対する医療を提供した。<br>ア　がん<br>地域がん診療連携支援病院として、がん検診や人間ドックの受診の啓発を行い、低侵襲で高度な治療を提供した。また、緩和ケア病棟を運営し、引き続き患者のＱＯＬの維持を図った。<br>・　新型コロナウイルス感染症対策に留意しつつ、手術、化学療法、放射線治療を組み合わせ、患者ごとに最適な治療を行った。外科、泌尿器科領域に続き呼吸器外科においてもロボット支援手術の提供を開始した。<br>・　短時間で簡単にがんや生活習慣病の血液検査を受けてもらえる検診を行った。<br>・　ロボット支援手術機器を更新し、高度かつ最適な医療を提供する体制を整えた。<br>・　前立腺がん診断において、診断率向上と早期発見・早期治療に繋げるため、大津保健医療圏域で初の高精度の検査機器を導入した。<br>・　緩和ケア病棟についても新型コロナウイルス感染拡大時には休床していたが、感染収束時には　速やかに再稼働するなど、適切に運営した。<br>イ　脳卒中<br>脳神経外科及び脳神経内科を中心に他部門や他院と連携し、２４時間３６５日高度な治療を提供した。脳神経内科医が退職した後も脳神経外科にて受入体制を継続し、治療を提供した。<br>・　一次脳卒中センターとして２４時間３６５日当該疾患の患者を受け入れ、患者搬入後は速やかに血 | ×2 | ２ | ２<br>定量 | 指標の達成状況を定量的に評価した。<br><br>新型コロナウイルス感染症拡大等による患者数減少の影響で、多くの目標指標で計画値の達成には至らなかった。 |

| | | |
|---|---|---|
| （新規患者に係るものに限る。） | | |
| 緩和ケア病棟利用患者数 | ２０６人 | ２１８人以上 |

イ　脳卒中

脳神経外科及び脳神経内科を中心に他部門と連携し、脳卒中センターにおいて、２４時間３６５日高度な治療を提供していく。リハビリテーションを積極的に提供し、患者のＡＤＬ（日常生活動作）が早期に回復するよう努める。

| 目標指標 | 令和元年度実績 | 令和６年度目標値 |
|---|---|---|
| 脳卒中患者数 | ２０２人 | ２０３人以上 |
| 血栓溶解療法件数 | ６件 | ６件以上 |
| 血栓回収療法件数 | ６件 | ７件以上 |
| 外来での脳血管疾患リハビリテーション実施患者数 | ２，０８５人 | ２，１００人以上 |
| 入院での脳血管疾患リハビリテーション実施患者数 | １０，３５５人 | １１，３９０人以上 |

ウ　急性心筋梗塞

急性心筋梗塞を含めた全ての循環器救急疾患に対応するため、２４時間３６５日の即時オンコール体制を維持し、急性心筋梗塞や重篤な不整脈、心肺停止などの重症救急症例に対応していく。特に心大血管疾患リハビリテーションについては、入院早期から多職種が連携して運動療法と生活指導を行うことで早期退院につなげていく。また、外来でのリハビリテーションを継続し、再発予防及び生命予後改善を目指す。

| 目標指標 | 令和元年度実績 | 令和６年度目標値 |
|---|---|---|
| 急性心筋梗塞患者数 | ３７人 | ４３人以上 |
| 急性心筋梗塞患者の病院到着後９０分以内の初回ＰＣＩ実施割合※１ | ５５．６％ | ７２．９％以上 |
| ＰＣＩ実施件数 | １４４件 | １４６件以上 |
| 冠動脈ＣＴ検査件数 | ３３５件 | ３３５件以上 |
| 外来での心大血管疾患リハビリテーション実施患者数 | ２，４６２人 | ２，６２２人以上 |
| 入院での心大血管疾患リハビリテーション実施患者数 | ２，２８６人 | ２，５６７人以上 |

栓溶解療法を含めた診療を開始した。

・　脳神経外科及び脳神経内科を中心に他部門と連携し、２４時間３６５日高度な治療を提供した。リハビリテーションを積極的に提供し、患者のＡＤＬ（日常生活動作）が早期に回復するよう努めた。

・　令和５年度には、脳神経内科医が退職し、脳神経外科医１名での受入体制になったが、年度内に脳神経外科の体制強化を行う等、医療の充実に努めた。

ウ　急性心筋梗塞

新型コロナウイルス感染拡大時にも、ＡＭＩ患者に対して必要時迅速にＰＣＩ治療を行った。また、早期回復に向け、多職種が連携し、入院早期から退院まで切れ目のないリハビリテーションと外来リハビリテーションを提供した。

エ　糖尿病

多職種連携をＷＥＢ会議などで行いチーム医療体制を維持、入院や外来において個別対応で総合的な糖尿病治療の提供を行った。また慢性腎臓病に対しては、引き続き腎臓内科と連携し腎予後改善が必要な場合には積極的に教育入院を行った。

・　簡易な糖尿病検査を提供した。

・　【糖尿病１１０番】と銘打った小冊子を作成し、院内に配置し、糖尿病予防に対する啓発を行った。

オ　精神疾患

かかりつけ医のない１０歳代から高齢者までの幅広い層の精神疾患や心身症の患者につき、１件も断らず速やかに受入れて治療に当たった。入院患者に対する精神療法、認知行動療法を含む精神療法及び薬物療法による適切な医療を広く提供した。公認心理師によるカウンセリングも実施して患者に精神的やすらぎと精神疾患の発症・再燃の予防に努めた。

**ⅱ　目標指標**

| 目標指標<br>【１９指標】 | R03<br>目標<br>実績 | R04<br>目標<br>実績 | R05<br>目標<br>実績 | R06<br>目標 |
|---|---|---|---|---|
| がん手術件数 | 572<br>596 | 575<br>387 | 578<br>465 | 580 |
| 化学療法件数 | 2,037<br>2,198 | 2047<br>1,858 | 2,057<br>1,704 | 2,068 |
| 放射線治療件数（新規患者に係るものに限る。） | 114<br>142 | 115<br>66 | 115<br>132 | 115 |
| 緩和ケア病棟利用患者数 | 215<br>63 | 216<br>170 | 217<br>170 | 218 |
| 脳卒中患者数 | 200<br>191 | 201<br>158 | 202<br>116 | 203 |
| 血栓溶解療法件数 | 6<br>5 | 6<br>2 | 6<br>6 | 6 |
| 血栓回収療法件数 | 6<br>2 | 6<br>0 | 7<br>6 | 7 |
| 外来での脳血管疾患リハビリテーション実施患者数 | 2,100<br>1,449 | 2,100<br>1,557 | 2,100<br>1,945 | 2,100 |

※１　来院後９０分以内に手技を受けた患者数÷１８歳以上の急性心筋梗塞でＰＣＩ（カテーテルを用いた心臓疾患治療をいう。）を受けた患者数×１００

エ　糖尿病

日本糖尿病学会から教育施設として施設認定を受ける病院として、糖尿病教育入院はもとより、合併症治療など専門的な糖尿病治療を行う。医師、看護師、管理栄養士、薬剤師などがチームとなり、横断的に全ての入院患者の周術期栄養や血糖管理を行い、安全な医療の提供を行う。一方、外来では、糖尿病教室や栄養指導など必要な治療を実施するとともに、患者の要望に応えられるよう、簡易な糖尿病検査についての取組を進める。

| 目標指標 | 令和元年度実績 | 令和６年度目標値 |
|---|---|---|
| 糖尿病・慢性腎臓病患者への栄養管理実施割合※１ | ８１．２％ | ８１．６％以上 |
| 糖尿病透析予防指導及びフットケアの実施件数 | ６０９件 | ６０９件以上 |

※１　特別食の算定回数÷１８歳以上の糖尿病・慢性腎臓病を併存症に持つ入院患者に対するこれらの疾病の治療が主目的ではない食事の回数×１００

オ　精神疾患

思春期から老年期までの幅広い精神疾患や心身症の患者については、速やかにその受入を行うとともに、治療に当たる。診療に当たっては、「見落とさない診断」、「心理面の幅広い評価」、「安全と効果を意識した治療」及び「身体疾患に合併した精神症状への積極的対応」の４点に重きを置き、入院患者に対する精神療法、認知行動療法を含む精神療法及び薬物療法による適切な医療を提供する。また、公認心理師によるカウンセリングを実施することで患者に安らぎを与えるとともに、精神疾患の発症・再燃を予防する。

| 目標指標 | 令和元年度実績 | 令和６年度目標値 |
|---|---|---|
| 通院精神療法の算定数 | ６，７７７件 | ６，７７７件以上 |
| 入院精神療法の算定数 | ８０４件 | ８２６件以上 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 入院での脳血管疾患リハビリテーション実施患者数 | 11,224<br>9,526 | 11,279<br>7,009 | 11,335<br>7,313 | 11,390 |
| 急性心筋梗塞患者数 | 42<br>32 | 43<br>28 | 43<br>30 | 43 |
| 急性心筋梗塞患者の病院到着後９０分以内の初回ＰＣＩ実施割合 | 72.9<br>24.1 | 72.9<br>33.3 | 72.9<br>54.5 | 72.9 |
| ＰＣＩ実施件数 | 144<br>129 | 145<br>106 | 146<br>130 | 146 |
| 冠動脈ＣＴ検査件数 | 335<br>344 | 335<br>260 | 335<br>298 | 335 |
| 外来での心大血管疾患リハビリテーション実施患者数 | 2,622<br>1,910 | 2,622<br>1,913 | 2,622<br>2,438 | 2,622 |
| 入院での心大血管疾患リハビリテーション実施患者数 | 2,530<br>2,579 | 2,542<br>2,709 | 2,555<br>2,807 | 2,567 |
| 糖尿病・慢性腎臓病患者への栄養管理実施割合 | 81.6<br>58.0 | 81.6<br>45.8 | 81.6<br>59.4 | 81.6 |
| 糖尿病透析予防指導及びフットケアの実施件数 | 609<br>586 | 609<br>317 | 609<br>445 | 609 |
| 通院精神療法の算定数 | 6,777<br>8,325 | 6,777<br>9,408 | 6,777<br>10,242 | 6,777 |
| 入院精神療法の算定数 | 814<br>1,025 | 818<br>964 | 822<br>1,014 | 826 |

iii　自己評価の理由

５疾病に対する医療を積極的に提供したが、新型コロナウイルス感染症拡大等による患者数の減少により多くの目標指標で達成に至らなかったため。

iv　課題とその改善の方策

目標指標に対する未達部分については診療科ごとに分析を細分化し、ヒアリング等を通じて目標達成に向けた取組を立案し共有する。

## （２）４事業に対する医療の確保

【小項目ごとの評価結果】

| 年度 | 令和３年度 | 令和４年度 | 令和５年度 | 令和６年度 | 期間見込評価 | 期間最終評価 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 評価結果 | 2 | 2 | 2 | | 2 | |

| 中期目標 | |
|---|---|
| | ア　救急医療<br>救急告示病院としての役割を果たすこと。<br>イ　災害医療<br>災害拠点病院としての役割を果たすこと。<br>ウ　小児医療<br>小児疾患全般を幅広く診療し、対応困難な症例に対しては三次医療機関や専門医療機関と連携すること。<br>エ　周産期医療<br>対応困難な症例に対しては三次医療機関や専門医療機関と連携すること。 |

| 中期計画 | 法人自己評価 | | | 市の評価 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 評価の判断理由（業務実績の状況等） | ｳｴｲﾄ | 評価 | 評価 | 判断理由など |
| ア　救急医療<br>救急外来「ＥＲおおつ」において、２４時間３６５日対応可能な救急体制を維持し、救急専門医を中心に内科系、外科系の医師が救急患者の診療に当たり、重症の患者にあってはＩＣＵと連携し対応していく。特に超少子高齢社会の進展や感染症への対応に関して、圏域において市民病院の果たすべき役割は大きいため、これらの重症患者を積極的に受け入れる。<br><br>目標指標 ／ 令和元年度実績 ／ 令和６年度目標値<br>救急車搬送入院患者数 ／ １，３５８人 ／ １，４０８人以上<br>救急車搬送受入件数 ／ ３，４８１件 ／ ３，５３３件以上<br>救急車受入要請件数 ／ ３，５２０件 ／ ３，５６１件以上<br>救急搬送応需率※１ ／ ９８．９％ ／ ９９．２％以上<br>救急入院患者数 ／ ２，５５１人 ／ ２，６０１人以上<br>救急入院患者割合※２ ／ １７．６％ ／ １７．６％以上<br>救急ストップ時間 ／ ６３時間 ／ ２９時間以下<br>※１　救急搬送受入件数÷（救急搬送受入件数＋救急搬送を断った件数）×１００<br>※２　救急経由入院患者数÷新規入院患者数×１００<br><br>イ　災害医療<br>災害拠点病院として、大津市地域防災計画及び滋賀県広域災害時医療救護活動マニュアルに基づき、災害時における医療救護活動を実施し、災害対応に当たる。そして、救急連絡体制の確保や災害訓練の実施などを重ねることで、災害発生時の迅速な対応体制の向上に努める。 | **ｉ　主な実績又は成果**<br>４事業（救急医療、災害医療、小児医療、周産期医療）においては求められる医療や果たすべき役割を提供した。<br>ア　救急医療<br>救急外来「ＥＲおおつ」にて通常救急患者の受け入れはもちろんのこと、感染症ＥＲにて発熱患者の受け入れも積極的に行い、大津保健医療圏域において救急医療体制の維持に貢献した。<br>・　感染患者の積極的な受入と急性期患者に対しても断らない医療を実践し、令和４年度には単月受入数の過去１５年で最大になった月があった。<br>・　大津市消防局との更なる連携の強化を目的に、令和５年度に情報交換会を開催した。<br>・　令和５年度に、大津市民の救命率向上および後遺症軽減を目的に、ドクターカーの運用を開始した。<br>イ　災害医療<br>災害拠点病院として、災害発生時の迅速な対応が可能な体制を整え、災害に備えた訓練や研修等を行い、体制強化を図った。<br>・　食料品、飲料水及び日用品等の災害発生時に院内で必要となる物資の円滑な調達、供給等について、院内においてコンビニエンスストアを運営する事業者と協定を締結した。<br>・　また、新型コロナウイルス感染症による自宅療養者の増加に伴い滋賀県が設置する滋賀県見守り観察ステーションにＤＭＡＴを派遣し、２４時間体制で同ステーションの運営にあたった。<br>・　令和４年度には新型コロナウイルス感染症の影響により自粛していた院内災害訓練を３年ぶりに実施した。<br>・　令和６年１月１日に発生した能登半島地震において、ＤＭＡＴ（災害派遣医療チーム）を３度派遣した。さらに、滋賀県看護協会の派遣として看護師が、滋賀県薬剤師会の派遣として薬剤師が当院から派遣され、それぞれ被災地で支援活動を行った。<br>ウ　小児医療 | ×2 | 2 | 2<br>定量 | 指標の達成状況を定量的に判断した。<br><br>救急医療に対す計画値は多くの指標で達成したが、これ以外の目標指標で計画値の達成には至らなかった。<br><br>【中期目標で示した、市民病院としての役割を果たすための指標及び達成すべき水準並びに困難度】<br>・救急搬送応需率：９８．７％以上<br>・困難度が高い。<br>【期間見込評価時点での達成状況とその数値】<br>・救急搬送応需率：未達成、９６．８％（令和５年度実績値） |

また、災害発生時には、滋賀県及び大津市の関係機関と連携して、ＤＭＡＴ（災害派遣医療チーム）の派遣を含めた医療救護活動を行うとともに、ＢＣＰ（事業継続計画）に基づき、事業を継続しながら被災者の診療に当たる。

ウ　小児医療

感染症、食物アレルギーなどのアレルギー疾患、内分泌疾患、腎疾患及び心疾患などの慢性疾患、頭痛や不登校などの心身症等に係る幅広い小児医療を提供するとともに、育児支援や発達援助等を行う。また、診療所や他の病院からの紹介を受け入れ、三次医療機関や専門医療機関と連携しながら、地域に必要とされる医療を提供する。

| 目標指標 | 令和元年度実績 | 令和６年度目標値 |
|---|---|---|
| 小児科入院患者数 | ２，３８３人 | ２，４４９人以上 |
| 小児科救急受入件数 | １，９１９件 | ２，１６３件以上 |
| 小児科外来患者数 | ９，７９４件 | ９，７９４件以上 |
| 小児科紹介患者数 | ４７０人 | ４８３人以上 |

エ　周産期医療

分娩については、機能分担の推進や分娩取扱い施設の集約化の観点があることを踏まえ、地域の専門医療機関と協議を重ねながら、機能分化を進める。

気管支喘息、食物アレルギー等のアレルギー疾患のほか各小児疾患患者に対して、専門分野を持つ専門医が地域の医療機関と連携を図りながら診療を行った。救急医療では「ＥＲおおつ」において、救急治療の必要な小児患者の受入を行い、新型コロナウイルス感染症を含む発熱患者は感染症ＥＲにて診療を行い、必要時に入院加療も行った。

エ　周産期医療

休止している分娩については、引き続き、地域の専門医療機関と連携している。

**ii　目標指標**

| 目標指標<br>【１１指標】 | R03<br>目標<br>実績 | R04<br>目標<br>実績 | R05<br>目標<br>実績 | R06<br>目標 |
|---|---|---|---|---|
| 救急車搬送入院患者数 | 1,378<br>1,499 | 1,388<br>1,490 | 1,397<br>1,683 | 1,408 |
| 救急車搬送受入件数 | 3,481<br>3,683 | 3,498<br>4,167 | 3,516<br>4,051 | 3,533 |
| 救急車受入要請件数 | 3,508<br>3,854 | 3,525<br>4,340 | 3,543<br>4,183 | 3,561 |
| 救急搬送応需率 | 99.2<br>95.6 | 99.2<br>96.0 | 99.2<br>96.8 | 99.2 |
| 救急入院患者数 | 2,571<br>2,519 | 2,581<br>2,289 | 2,590<br>2,832 | 2,601 |
| 救急入院患者割合 | 17.6<br>15.8 | 17.6<br>13.6 | 17.6<br>19.5 | 17.6 |
| 救急ストップ時間 | 29<br>626 | 29<br>420 | 29<br>74 | 29 |
| 小児科入院患者数 | 2,413<br>1,247 | 2,425<br>1,133 | 2,437<br>1,965 | 2,449 |
| 小児科救急受入件数 | 2,161<br>1,237 | 2,162<br>1,977 | 2,163<br>1,210 | 2,163 |
| 小児科外来患者数 | 9,794<br>7,323 | 9,794<br>8,859 | 9,794<br>7,252 | 9,794 |
| 小児科紹介患者数 | 470<br>366 | 474<br>394 | 478<br>434 | 483 |

**iii　自己評価の理由**

４事業に対する医療を確保するために様々な取組を行い、救急医療に対する目標値は多くの指標で達成したが、これ以外の目標指標で達成に至らなかったため。

**iv　課題とその改善の方策**

事業による患者数の増減を見極め、地域のニーズに合わせた医療提供体制の確保に努める。

## （３）在宅医療・介護との一層の連携強化

【小項目ごとの評価結果】

| 年度 | 令和３年度 | 令和４年度 | 令和５年度 | 令和６年度 | 期間見込評価 | 期間最終評価 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 評価結果 | ３ | ２ | ２ | | ２ | |

| 中期目標 | |
|---|---|
| | ア　在宅医療・介護への円滑な移行への取組<br>地域包括ケアシステム構築の役割を担い、患者が在宅医療へ円滑に移行することができるよう支援するため、医療機関及び介護関係機関との連携による入退院支援の強化を図るとともに、これを遂行するために、熟練した看護技術と知識を用いて水準の高い看護が実践できる人材を育成すること。<br>イ　在宅医療の後方支援機能<br>かかりつけ医との連携を強化し、在宅患者の急変増悪時等における在宅医療の後方支援を図ること。 |

### 中期計画

ア　在宅医療・介護への円滑な移行への取組

患者の在宅医療を円滑に継続できるよう訪問看護ステーションの機能強化を図るとともに、これまで進めてきた医療機関及び介護関係機関との連携を更に強化し、入退院支援を行う。

また、院内における特定看護師の育成及び確保を行うとともに、入院患者に対し、訪問看護認定看護師をはじめとした訪問看護ステーションスタッフによる切れ目のない在宅医療の提供を支援する。

| 目標指標 | 令和元年度実績 | 令和６年度目標値 |
|---|---|---|
| 特定看護師数 | ２人 | １０人以上 |
| 在宅療養利用者訪問件数 | ７，７０８件 | ９，２５０件以上 |

イ　在宅医療の後方支援機能

訪問看護ステーションの機能強化を図ることで、３６５日を通じて訪問看護を実施し、訪問患者数の増加を図る。また、これまで以上にかかりつけ医との連携を強化するとともに、在宅患者の負担を軽減し、在宅患者増悪時についても診療所等と連携した対応に取り組んでいく。

### 法人自己評価

評価の判断理由（業務実績の状況等）

**ⅰ　主な実績又は成果**

訪問看護ステーションの機能強化を図り、在宅医療・介護への架け橋となるように取り組んだ。

ア　在宅医療・介護への円滑な移行への取組

患者の在宅医療を円滑に継続できるよう訪問看護ステーションの機能強化を図り、これまで進めてきた医療機関及び介護関係機関との連携を更に強化し、入退院支援を行った。

イ　在宅医療の後方支援機能

病院医師と在宅医、訪問看護師との連携により、緊急訪問後当院に入院する体制を整えた。また、土日・祝日も計画的に定期訪問を行うなどの訪問看護ステーションの機能強化を図った。

**ⅱ　目標指標**

| 目標指標<br>【１１指標】 | R03<br>目標<br>実績 | R04<br>目標<br>実績 | R05<br>目標<br>実績 | R06<br>目標 |
|---|---|---|---|---|
| 特定看護師数 | 2<br>3 | 3<br>5 | 6<br>7 | 10 |
| 在宅療養利用者訪問件数 | 7,708<br>7,810 | 8,191<br>6,796 | 8,704<br>5,819 | 9,250 |

**ⅲ　自己評価の理由**

訪問看護について、診療提供体制の変更や看護師の休職による耐性変更の影響により在宅療養利用者訪問件数が減少し、目標指標の達成に至らなかったため。

**ⅳ　課題とその改善の方策**

病院内との連携はもちろんのこと、院外とも連携をするために令和６年度に設置する在宅診療センターが中心となり、訪問診療や訪問リハビリテーション等の連携により在宅医療の後方支援

| ｳｪｲﾄ | 評価 |
|---|---|
| ×1 | 2 |

### 市の評価

| 評価 | 判断理由など |
|---|---|
| 2<br>定量 | 指標の達成状況を定量的に判断した。<br><br>特定看護師数は計画値を達成したが、在宅療養利用者訪問件数は計画値の達成には至らなかった。<br><br>【中期目標で示した、市民病院としての役割を果たすための指標及び達成すべき水準並びに重要度】<br>・訪問看護認定看護師数：１人以上<br>・重要度が高い。<br>【期間見込評価時点での達成状況とその数値】<br>・訪問看護認定看護師数：未達成、ゼロ（令和５年度実績） |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | を担う。 | | | | |

## （４）感染症医療の充実及び強化

【小項目ごとの評価結果】

| 年度 | 令和３年度 | 令和４年度 | 令和５年度 | 令和６年度 | 期間見込評価 | 期間最終評価 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 評価結果 | ５ | ４ | ３ | | ４ | |

| | |
|---|---|
| 中期目標 | 感染症指定医療機関として、圏域の感染症医療において中心的な役割を果たすこと。<br>また、新感染症等が発生したときは、県や市と密に連携し、積極的に病床確保に努めるとともに、感染拡大期には、迅速かつ的確に専用外来の設置及び運用や入院患者の受入れに向け、勤務体制を平時の体制からそのときに求められる体制へ速やかに移行できるように、効率的かつ効果的な人材の育成及び確保並びに人員体制の整備に努めること。そして、新感染症等の患者の受入れに当たっての必要な施設整備については、市と協議の上、計画的に行うこと。 |

| 中期計画 | 法人自己評価 | | | 市の評価 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 評価の判断理由（業務実績の状況等） | ｳｪｲﾄ | 評価 | 評価 | 判断理由など |
| 感染症指定医療機関として、感染症に関する情報収集と受入れ時の対応訓練を常に行い、感染症発生時の受入れ体制を整備する。また、感染拡大期に迅速な対応ができるように、認定看護師の育成及び確保を行い、感染症対応のために必要な設備については大津市と協議の上、計画的に整備する。<br>今後も、滋賀県、大津市及び大津市医師会と連携し、感染症対策の中心的役割を果たしていくとともに、新型コロナウイルス感染症患者の重点医療機関である公立病院の使命と役割について、職員は高い自覚を持ち、医療の提供を行う。特に重症患者に対する積極的な治療の実施に加え、感染症の拡大状況に応じ、適時適切な体制を整え、感染症医療と一般医療の両立を図る。 | ⅰ　主な実績又は成果<br>感染症指定医療機関として、県と連携しながら新型コロナウイルス患者の受入を積極的に行い、外来又は入院にて治療を実施した。また、大津市保健所と連携し、新型コロナウイルス感染症で自宅療養をされている患者の診察についても、２４時間対応で行い、県指定の陽性者宿泊療養施設にも医師及び看護師を派遣し、診察を行った。<br>院内では、日常的な手指衛生や防護用具の使用を含めた標準予防策の徹底を行い、感染管理体制及び人材育成の充実に取り組んだ。<br>人事交流により、後方支援病院へ認定看護師を派遣し、感染対策の指導支援を行った。 | ×1 | 4 | 4<br>定量 | 指標の達成状況及び取組状況により判断した。<br><br>感染症管理認定看護師数は計画値の達成には至らなかった。しかし、新型コロナウイルス感染症の重点医療機関として多くの患者を受け入れ、滋賀県見守り観察ステーションへの医師等の派遣、自宅療養患者の診察及び陽性患者宿泊療養施設への医師等派遣など、中期目標に掲げる「圏域内の感染症医療において中心的な役割を担うこと」が十分に発揮された。これらに対し、滋賀県知事の感謝状を授与されるなど、地域における貢献度が極めて高いとの評価を得た。<br><br>【中期目標で示した、市民病院としての役割を果たすための指標及び達成すべき水準並びに重要度】 |

目標指標

| 目標指標 | 令和元年度実績 | 令和６年度目標値 |
|---|---|---|
| 感染管理認定看護師数 | ２人 | ３人以上 |

ⅱ　目標指標

| 目標指標<br>【１指標】 | R03<br>目標<br>実績 | R04<br>目標<br>実績 | R05<br>目標<br>実績 | R06<br>目標 |
|---|---|---|---|---|
| 感染管理認定看護師数 | 3<br>2 | 3<br>2 | 3<br>2 | 3 |

ⅲ　自己評価の理由

感染症指定医療機関として新型コロナウイルス感染拡大時に院長を始めとした病院スタッフ全員が一丸となり力を発揮することができたため。

ⅳ　課題とその改善の方策

今後も第一種感染症指定医療機関としてフルＰＰＥ着脱訓練を行い、今後起こりうる新興感染症等に対応出来る体制を整え続ける。また、感染管理認定看護師の確保については、感染管理認定看護師を目指す看護師が感染管理の実務を学ぶ体制を設け、感染管理認定看護師に必要な知識等を習得できるようサポートしていく。

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | ・感染管理認定看護師数：２人以上<br>・重要度が高い。<br>【期間見込評価時点での達成状況とその数値】<br>・感染管理認定看護師数：達成、２人（令和５年度実績値） |

## （５）健康増進、予防医療の充実及び強化

【小項目ごとの評価結果】

| 年度 | 令和３年度 | 令和４年度 | 令和５年度 | 令和６年度 | 期間見込評価 | 期間最終評価 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 評価結果 | ２ | ２ | ２ | | ２ | |

| 中期目標 | 人間ドックや特定健診などに加え、がんなどの医療需要に対応した検診オプションの追加や予防接種など、市民に対して予防医療の提供を積極的に行うとともに、早期治療に努めること。<br>また、「市民とともにある健康・医療拠点」として、市民の健康寿命の延伸に貢献すること。 |
|---|---|

### 中期計画

超少子高齢社会の進展に伴い、がん罹患者数が増加していることを踏まえ、健診センターでのがん検診に重点を置いた健診を提供するとともに、特定健診とがん検診を組み合わせたセット検診について大津市と連携しながら提供することを目指す。さらに、要精検受診者の追跡と精検受診率を向上させるとともに、健診センターから診療部門への切れ目のない医療を提供することで、疾病の早期発見、早期治療を行う。

また、市民の健康を守るため、市民に対して健康支援講座を定期的に開催するとともに、健康支援に係る相談に応じるなど、市民の疾病予防を支援する。

| 目標指標 | 令和元年度実績 | 令和６年度目標値 |
|---|---|---|
| 市民向け公開講座開催回数 | ８回 | １０回以上 |
| 市民向け公開講座延べ受講者数 | ５４９人 | ６４０人以上 |
| 健診センター総受診者数 | １１，５１７人 | １３，２３４人以上 |
| 人間ドック受診者数 | ３，３０３人 | ３，４５２人以上 |
| がん検診受診者数 | ４，０９８人 | ４，５９１人以上 |
| 乳がん検診受診者数 | １，２３０人 | １，３３４人以上 |
| 胃がん検診（内視鏡）受診者数 | ５３人 | ７４人以上 |
| 子宮がん検診受診者数 | ７４人 | ８７人以上 |
| 肺がん検診受診者数 | ２，３０２人 | ２，４３５人以上 |
| 大腸がん検診受診者数 | ４３９人 | ６６１人以上 |

### 法人自己評価

評価の判断理由（業務実績の状況等）

ｉ　主な実績又は成果

予防医療の提供について、健診センターにて人間ドックや健康診断を行い、「がん検診セット」や「鎮静下内視鏡」など新しい取組を行いつつ受診者のニーズに応えながら、病気の早期発見に取り組んだ。

- 年間で計５回の「特定健診の日」を設け、特定健診受診者に健康支援講座を開催した。
- 精検受診率の向上にむけた取組として、従来人間ドック受診者のみに送付していた精検受診勧奨文書を、一般健診受診者にも送付するようシステムを改修した。
- 契約締結のある企業、団体及び健康保険組合等を訪問し、健診の現状や要望等のヒアリングを行った。
- 令和４年度に大津市乳がん検診の日曜検診を再開した。
- 令和５年度には歯科検診、臓器別単独乳腺コースの開始、鎮静下胃部内視鏡検査の増枠、日曜乳がん検診の毎月の実施等に取り組んだ。

ⅱ　目標指標

| 目標指標<br>【１０指標】 | R03<br>目標<br>実績 | R04<br>目標<br>実績 | R05<br>目標<br>実績 | R06<br>目標 |
|---|---|---|---|---|
| 市民向け公開講座開催回数 | 10<br>2 | 10<br>6 | 10<br>11 | 10 |
| 市民向け公開講座延べ受講者数 | 640<br>120 | 640<br>248 | 640<br>512 | 640 |
| 健診センター総受診者数 | 11,517<br>8,255 | 12,063<br>6,385 | 12,635<br>7,768 | 13,234 |
| 人間ドック受診者数 | 3,303<br>2,360 | 3,352<br>2,184 | 3,402<br>2,578 | 3,452 |
| がん検診受診者数 | 4,098<br>3,405 | 4,256<br>1,528 | 4,420<br>2,101 | 4,591 |
| 乳がん検診受診者数 | 1,230<br>878 | 1,264<br>423 | 1,298<br>874 | 1,334 |
| 胃がん検診（内視鏡）受診者数 | 53<br>111 | 59<br>184 | 66<br>198 | 74 |

| ｳｪｲﾄ | 評価 |
|---|---|
| ×1 | 2 |

### 市の評価

| 評価 | 判断理由など |
|---|---|
| 2<br>定量 | 指標の達成状況を定量的に判断した。<br><br>新型コロナウイルス感染症の感染拡大期に受診者数が減少した健診センターでは、ソフト、ハードの両面から各種の改善を行い、受診しやすい健診環境づくりを進めてきたが、計画値の達成には至らなかった。<br><br>【中期目標で示した、市民病院としての役割を果たすための指標及び達成すべき水準並びに重要度】<br>・市民向け公開講座及び健康講座の開催回数及び延べ受講者数：８回及び５１２人以上<br>・重要度が高い。<br>【期間見込評価時点での達成状況とその数値】<br>・市民向け公開講座及び健康講座の開催回数及び延べ受講者数：達成、１１回及び５１２人（令和５年度実績値<br>） |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 子宮がん検診受診者数 | 74<br>276 | 78<br>230 | 82<br>310 | 87 | | | |
| | 肺がん検診受診者数 | 2,302<br>1,808 | 2,351<br>314 | 2,396<br>305 | 2,435 | | | |
| | 大腸がん検診受診者数 | 439<br>300 | 504<br>355 | 578<br>375 | 661 | | | |

**iii　自己評価の理由**

新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴い、一部健診を中止せざるを得なかったことから、目標値の達成に至らなかったため。

**iv　課題とその改善の方策**

新型コロナウイルス感染拡大もあり受診者数が大きく減少したものの、年度ごとに増加しており、検診に対する需要の高まりがうかがえる。今後も受診者のニーズに応えられる取り組みを続けていき、市民病院として市民の健康維持・増進に積極的に関与し貢献していく。

## ２　地域の病院、診療所等との機能分化及び連携強化
### （１）地域で果たすべき役割

【小項目ごとの評価結果】

| 年度 | 令和３年度 | 令和４年度 | 令和５年度 | 令和６年度 | 期間見込評価 | 期間最終評価 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 評価結果 | ３ | ４ | ３ | | ３ | |

| | |
|---|---|
| 中期目標 | ア　地域で求められる病院機能とその役割<br>市民病院は、保健医療計画や近隣病院の医療提供体制等を踏まえ、医療機関として急性期患者が早期に急性期から脱するよう、また、患者の様態及びニーズに合った医療を提供できるよう、近隣病院と協議の上、その役割を分担し、地域で求められる病院機能を見極め、その役割を果たすこと。<br>イ　公立病院として主体的に担うべき役割<br>公立病院である市民病院は、超少子高齢社会に必要となる適切な医療を提供するために、人口構成や疾病等の医療需要予測に基づき不足する医療機能を補完する役割を主体的に担い、強化すること。 |

| 中期計画 | 法人自己評価 | | | 市の評価 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 評価の判断理由（業務実績の状況等） | ｳｪｲﾄ | 評価 | 評価 | 判断理由など |
| ア　地域で求められる病院機能とその役割<br>超少子高齢社会の進展に伴い、高齢者の入院が増加している中、特に内科的な複合疾患を抱える患者（以下「内科的回復期患者」という。）が増加するとともに、入院期間が長期化し、内科的回復期患者を支える後方支援病院が不足している現状において、滋賀県地域医療構想における議論を踏まえて対応していく観点から、近隣病院と協議の上、病院経営を圧迫しないことを条件に、一定の内科的回復期患者に対する継続的な入院治療の提供について検討する。また、今後も急性期一般病棟での内科的回復期患者の治療を行いつつ、今後の診療報酬制度等の改定の状況に応じ、柔軟に対応するとともに、回復期及び慢性期機能を担う病院との連携をより一層推進し、並びに救急搬送に関する大津市消防局との連携を更に強化する。<br>イ　公立病院として主体的に担うべき役割<br>超少子高齢社会において必要となる適切な医療を提供するために、在宅復帰に向けての継続的な入院治療を提供する。その際、リハビリテーションと栄養指導等の早期介入に努め、通院の困難な地域への医療提供を視野に入れたサービスを検討する。<br>また、急性期医療及び緩和医療を引き続き提供するとともに、圏域において市民病院が中心的な役割を果たすべき感染症医療や圏域の将来需要の推計を踏まえ増加が見込まれる医療需要へ対応力の強化を図る。 | ⅰ　主な実績又は成果<br>超少子高齢社会において必要な医療の提供をするために、内科的な複合疾患を抱える患者の入院も積極的に受け入れた。また、回復期及び慢性期機能を担う病院との連携をより一層強化した。<br>ア　地域で求められる病院機能とその役割<br>地域の医療機関から求められた場合は病床の使用状況を考慮のうえ、積極的に患者を受け入れた。また、新型コロナウイルス患者に関しても県と連携を取りながら受け入れを行った。<br>イ　公立病院として主体的に担うべき役割<br>新型コロナウイルス感染症の対応をしつつ救急医療を始めとした急性期医療を提供し続けた。稼働病床数を減らし運用していた緩和ケア病棟に関しては、新型コロナウイルス感染症の状況を見ながら段階的に病床を増やし運用した。<br>・　地域の医療機関を支援するため、一部診療科で専門医・看護師らによる訪問診療を開始した。<br>ⅱ　目標指標<br>なし（定性）<br><br>ⅲ　自己評価の理由<br>地域医療機関と連携し、求められる医療を提供することができたため。<br><br>ⅳ　課題とその改善の方策<br>今後、超高齢社会の進展により高齢者に対する急性期医療の需要が増大すると推計されていることから、より一層回復期及び慢性期機能を担う病院と連携を取りながら、診療提供体制を整えていく。 | ×1 | 3 | 3<br>定性 | 新型コロナウイルス感染症の重点医療機関として多くの患者を受け入れるなど、公立病院として主体的に担うべき役割を果たした。 |

## （２）地域医療支援病院としての役割

【小項目ごとの評価結果】

| 年度 | 令和３年度 | 令和４年度 | 令和５年度 | 令和６年度 | 期間見込評価 | 期間最終評価 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 評価結果 | ２ | ２ | ２ | | ２ | |

| | |
|---|---|
| 中期目標 | 地域医療支援病院として、地域の医療関係者等のニーズに応じ、地域医療の確保のために必要な支援を行うこと。<br>ア　紹介患者に対する医療の提供<br>かかりつけ医との機能分化・連携を更に深め、紹介及び逆紹介を推進すること。<br>イ　医療機器等の共同利用<br>建物、設備、機器等を地域の医師等が利用できる体制を確保すること。<br>ウ　地域の医療従事者に対する研修の実施<br>地域の医療従事者に対する研修を行うとともに、高度な専門知識を有する看護職等による教育的及び技術的な支援を行うこと。 |

| 中期計画 | 法人自己評価 | | | 市の評価 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 評価の判断理由（業務実績の状況等） | ｳｪｲﾄ | 評価 | 評価 | 判断理由など |
| 地域医療連携の中心的な役割を担う病院として、市民病院と診療所、市民病院と他の病院など地域の医療機関との連携と役割分担を一層強化するため、院長及び副院長を始め、診療部長を中心に地域の医療機関への訪問を実施することで“顔の見える連携”を行い、訪問強化及び地域の医療従事者との意見交換を積極的に行いながら、地域医療のニーズに的確に応える。<br>また、地域の医療機関からの紹介患者が円滑に受診できるよう、診療情報提供書の受理などを迅速に行うとともに、地域医療連携室を中心に、地域の医療機関や介護保険施設との“顔の見える連携”を推進する。<br><br>ア　紹介患者に対する医療の提供<br>急性期機能を有する地域医療支援病院及び中核病院として、かかりつけ医や地域の医療機関との機能分担と連携をより一層強化し、紹介及び逆紹介を円滑に進めることで、地域完結型医療を推進する。<br>目標指標 / 令和元年度実績 / 令和６年度目標値<br>紹介率※１ / ７１．５％ / ８０．０％以上<br>逆紹介率※２ / １０４．９％ / １０４．９％以上<br>地域医療機関訪問回数 / ３２７回 / ３５０回以上<br>※１　紹介初診患者数÷（初診患者数－（休日・夜間以外の初診救急車搬送患者数＋休日・夜間の初診救急患者数））×１００<br>※２　逆紹介患者数÷（初診患者数－（休日・夜間以外の初診救急車搬送患者数＋休日・夜間の初診救急患者数））×１００<br><br>イ　医療機器の共同利用<br>地域の病院及び診療所と協議を進め、高額医療機器等の共同利用について検討を行う。<br><br>ウ　地域の医療従事者に対する研修の実施 | ⅰ　主な実績又は成果<br>地域の医療機関との機能分担と連携を一層強化し、紹介及び逆紹介をより円滑に進めるため、新型コロナウイルス感染症の状況を見極めつつ、地域医療連携室を中心に訪問再開を図った。また、医師会との意見交換会を開催するなど“顔の見える連携”を推進した。<br>ア　紹介患者に対する医療の提供<br>急性期機能を有する地域医療支援病院及び中核病院として、かかりつけ医や地域の医療機関との機能分担と連携をより一層強化するため、地域医療連携室を中心に地域医療機関訪問を行った。診療情報提供書に関する返書、逆紹介、報告書の記載フォローをタイムリーに実施するために数値をデータ化する事でリマインドメールを強化し連携推進を図った。<br>・　令和５年度に開放型病床の運用を再開した。<br>・　地域連携の更なる強化に向け、地域医療連携室、入退院センター、訪問看護ステーション、患者相談支援室を集結させ地域医療連携支援センターを立ち上げたことで、病院、診療所からの意見に対して迅速に対応できるようになった。<br>イ　医療機器の共同利用<br>高額医療機器等の共同利用について検討を行った。また、診療所小児外科医師に対して手術室の開放を行った。<br>ウ　地域の医療従事者に対する研修の実施<br>新型コロナウイルス感染症拡大時には地域医療機関や市民向けの研修は開催が困難な状況であったが、ＹＯＵＴＵＢＥを利用した研修を行うなど、新たな取組で開催した。<br><br>ⅱ　目標指標<br>目標指標【４指標】 / R03 目標 実績 / R04 目標 実績 / R05 目標 実績 / R06 目標<br>紹介率 / 80.0 / 80.0 / 80.0 / 80.0 | ×1 | 2 | 2<br>定量 | 指標の達成状況を定量的に判断した。<br><br>紹介率は計画値を達成したが、その他の指標は計画値の達成には至らなかった。 |

地域の医療従事者を対象として、外部講師や市民病院の医師・医療スタッフによる研修を年間を通じて実施し、専門的知識や技術を共有し、地域との連携を推進する。

| 目標指標 | 令和元年度実績 | 令和６年度目標値 |
|---|---|---|
| 地域医療機関向け研修実施回数 | ４６回 | ５０回以上 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 66.5 | 66.6 | 80.0 | |
| 逆紹介率 | 104.9<br>89.3 | 104.9<br>100.3 | 104.9<br>101.3 | 104.9 |
| 地域医療機関訪問回数 | 275<br>491 | 300<br>307 | 325<br>174 | 350 |
| 地域医療機関向け研修実施回数 | 50<br>3 | 50<br>8 | 50<br>13 | 50 |

**iii　自己評価の理由**

地域医療支援病院として診療所や後方医療機関と連携強化を続けてきたが、目標達成に至らなかったため。

**iv　課題とその改善の方策**

引き続き“顔の見える連携”を推進し、今後も地域医療連携支援センターを中心に連携を計り続ける。

## （３）関係機関との連携強化

【小項目ごとの評価結果】

| 年度 | 令和３年度 | 令和４年度 | 令和５年度 | 令和６年度 | 期間見込評価 | 期間最終評価 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 評価結果 | ３ | ３ | | | ３ | |

| 中期目標 | 市の保健福祉部門を始めとした関係行政機関、医師会等との連携を図ること。また、市民病院が主体となって圏域の医療機関等と客観的事実（診療科別の収支及びその分析結果、現在の医療需要の推移等に基づく事実をいう。以下同じ。）を基に積極的に情報交換を行い、圏域で担うべき役割を果たすことができるよう連携を図ること。 |
|---|---|

| 中期計画 | 法人自己評価 | | | 市の評価 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 評価の判断理由（業務実績の状況等） | ｳｪｲﾄ | 評価 | 評価 | 判断理由など |
| 大津市の保健福祉部門を始め、関係行政機関、大津市医師会等と引き続き連携を図ることで、地域医療の充実を図る。また、医療の動向や病院経営に係る収支などの情報交換が可能な機会には積極的に参加するとともに、圏域の医療機関と意見交換を行いながら、担うべき役割を果たすよう努める。 | ⅰ　主な実績又は成果<br>大津市の保健福祉部門を始め、関係行政機関、大津市医師会等と引き続き連携を図った。<br>・　令和３年度から地域医療連携の会を開催し、理事長が地域医療を支える中核病院としての当院の経営方針を説明し、診療科の診療部長がそれぞれの診療内容等を発表するなど、当院の様々な取組を伝えることができた。<br>・　「公立病院経営強化ガイドライン」に基づく経営強化プランの要旨で当院の連携に関する考えについては、圏域の地域医療構想調整会議で説明し、合意を得た。<br><br>ⅱ　目標又指標<br>なし（定性）<br><br>ⅲ　自己評価の理由<br>関係行政機関、医師会との連携を深め、地域医療の充実に貢献することができたため。<br><br>ⅳ　課題とその改善の方策<br>引き続き関係行政機関、医師会、関係医療機関との連携を行い、人事交流の継続や医療機関からの提案に柔軟に対応し、今後の地域医療の充実に努める。 | ×1 | 3 | 3<br>定性 | 総務省が示す「公立病院経営強化ガイドライン」に基づき経営強化プランの要旨等を作成し、圏域の地域医療構想調整会議で合意を得ているなど、圏域の医療機関と意見交換を行いながら、担うべき役割を果たすよう努めていた。 |

## ３　市民・患者への医療サービス
### （１）市民・患者の求める医療サービスの提供

【小項目ごとの評価結果】

| 年度 | 令和３年度 | 令和４年度 | 令和５年度 | 令和６年度 | 期間見込評価 | 期間最終評価 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 評価結果 | ２ | ２ | ２ | | ２ | |

| 中期目標 | 入院及び外来の患者に対し、患者満足度調査（医療の質、外来での待ち時間、院内環境等に関する調査をいう。以下同じ。）を定期的に実施し、患者の求める医療サービスの向上を図ること。また、患者から寄せられた意見とそれに対する回答及び事後対応を公開すること。 |
|---|---|

**中期計画**

患者及び家族が医療内容を理解し、治療の選択に主体的に関わることができるように相談体制を充実させ、複数職種が協働し、患者及び家族の目線に立った支援を行うとともに、サービスの改善に資するよう、患者満足度調査（医療の質、外来での待ち時間、院内環境等に関する調査をいう。以下同じ。）を実施する。患者満足度調査や患者及び家族から寄せられた意見に関する情報については、ホームページ等を通じて公開する。

| 目標指標 | 令和元年度実績 | 令和６年度目標値 |
|---|---|---|
| 外来に係る患者満足度調査の「満足」及び「やや満足」と回答した者の割合の合計値 | ８２．８％ | ８５．７％以上 |
| 入院に係る患者満足度調査の「満足」及び「やや満足」と回答した者の割合の合計値 | ９０．１％ | ９３．２％以上 |
| 患者満足度調査における相談体制に関する項目の「満足」及び「やや満足」と回答した者の割合の合計値 | － | ９０．０％以上 |

**法人自己評価**

評価の判断理由（業務実績の状況等）

ⅰ　主な実績又は成果

患者満足度調査を実施し、当院の診療提供体制についてどのような意見があるのか調査した。意見については院内会議にて周知を行い、今後の患者サービスの向上に努めた。また、結果はホームページで公開した。

・　患者相談支援室について、患者のプライバシーが守ることができるよう拡張整備した。
・　病院玄関で車やタクシーからの乗降介助や車椅子での移動支援など患者や付き添いの方が安全・安心に受診できるようコンシェルジュサービスを開始した。

ⅱ　目標指標

| 目標指標<br>【３指標】 | R03<br>目標<br>実績 | R04<br>目標<br>実績 | R05<br>目標<br>実績 | R06<br>目標 |
|---|---|---|---|---|
| 外来に係る患者満足度調査の「満足」及び「やや満足」と回答した者の割合の合計値 | 85.7<br>87.1 | 85.7<br>74.0 | 85.7<br>79.9 | 85.7 |
| 入院に係る患者満足度調査の「満足」及び「やや満足」と回答した者の割合の合計値 | 93.2<br>92.0 | 93.2<br>88.3 | 93.2<br>93.7 | 93.2 |
| 患者満足度調査における相談体制に関する項目の「満足」及び「やや満足」と回答した者の割合の合計値 | 90.0<br>85.2 | 90.0<br>82.9 | 90.0<br>84.0 | 90.0 |

ⅲ　自己評価の理由

患者の意見を収集するため、患者満足度調査を毎年度実施した。得られたデータは各責任部門にフィードバックし、患者満足度の改善をに取り組んだ結果、改善が見られているが、目標達成には至らなかったため。

ⅳ　課題とその改善の方策

患者満足度調査で得られた情報をフィードバックするだけではなく、各部署においてどのような改善方法があるか対応を検討する。

| ｳｪｲﾄ | 評価 |
|---|---|
| ×1 | 2 |

**市の評価**

| 評価 | 判断理由など |
|---|---|
| 2<br>定量 | 指標の達成状況を定量的に判断した。<br><br>入院患者の満足度は計画値を達成した。外来患者の満足度と相談体制に関する満足度は計画値の達成には至らなかったが、前年度より改善している。<br>コンシェルジュ業務を実施し、患者に寄り添ったサービスの拡充を図った。<br><br>【中期目標で示した、市民・患者への医療サービスの向上を図るための指標及び達成すべき水準並びに重要度】<br>・外来に係る患者満足度調査の「満足」及び「やや満足」と回答した者の割合の合計値（以下「外来患者満足度」という。）：<br>８５．７％以上<br>・入院に係る患者満足度調査の「満足」及び「やや満足」と回答した者の割合の合計値（以下「入院患者満足度」という。）：<br>９３．２％以上<br>・いずれも重要度が高い。 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 【期間見込評価時点での達成状況とその数値】<br>・外来患者満足度：未達成、７９．９％（令和５年度実績値）<br>・入院患者満足度：達成、９３．７％（令和５年度実績値） |

## （２）患者サービスの向上

【小項目ごとの評価結果】

| 年度 | 令和３年度 | 令和４年度 | 令和５年度 | 令和６年度 | 期間見込評価 | 期間最終評価 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 評価結果 | 3 | 2 | 3 | | 2 | |

| | |
|---|---|
| 中期目標 | ア　職員の接遇の質の向上<br>職員に対し、接遇研修を定期的に実施するとともに、アンケート結果を基に病院全体の接遇の質の向上に努めること。<br>イ　インフォームド・コンセントの徹底<br>個人情報を適切に管理し、インフォームド・コンセント（患者が自ら受ける医療の内容に納得し、及び自らに合った治療法を選択することができるよう、患者に分かりやすく説明した上で同意を得ることをいう。）を徹底し、信頼性の向上に努めること。<br>ウ　セカンドオピニオンの推進<br>患者の視点に立ったセカンドオピニオン（医師の診断や治療法について、患者が別の医師の意見を求めることをいう。）を推進し、患者が納得できる医療を目指すこと。<br>エ　ＡＣＰの推進<br>ＡＣＰ（患者やその家族が医師等と一緒に自らが望む医療やケアについて前もって考え、繰り返し話し合い、共有する取組であるアドバンス・ケア・プランニングをいう。）を推進し、患者が望む医療やケアを提供すること。 |

| 中期計画 | 法人自己評価：評価の判断理由（業務実績の状況等） | 法人自己評価：ウエイト | 法人自己評価：評価 | 市の評価：評価 | 市の評価：判断理由など |
|---|---|---|---|---|---|
| ア　職員の接遇の質の向上<br>患者満足度調査や御意見箱の活用により、患者ニーズの動向を的確に把握するとともに、課題を抽出し、それらを改善するための研修会を実施することで、職員の接遇の質及び患者サービスの質の向上に努める。<br>（目標指標表は下記）<br><br>イ　インフォームド・コンセントの徹底<br>インフォームド・コンセント（患者が自ら受ける医療の内容に納得し、及び自らに合った治療法を選択することができるよう、患者に分かりやすく説明した上で同意を得ることをいう。）を徹底するとともに、医療相談の機能の充実を図る。また、当該相談に際しては、看護師のほか、必要に応じて認定看護師や医療ソーシャルワーカーが同席し、疾患及びその治療方法について十分な理解を得た上で、医療従事者と患者が協力して治療に取り組む。 | **ⅰ　主な実績又は成果**<br>患者サービスの向上を目指し、患者満足度調査や御意見箱を活用した。また、患者が望む医療の提供ができるように取り組んだ。<br>ア　職員の接遇の質の向上<br>患者サービスの向上を目指し全職員を対象とした接遇研修を実施し、職員一人一人が患者に寄り添い、安心した医療を提供できる人材育成を推進した。<br>イ　インフォームド・コンセントの徹底<br>病状や手術に対する患者への説明の際に、情報提供をしっかり行えるようにわかりやすく質の高い説明の徹底を行った。<br>ウ　セカンドオピニオンの推進<br>地域医療連携室において紹介患者を把握した。セカンドオピニオンを希望する患者には、他院への情報提供を行うなど、適切な対応を行った。<br>エ　ＡＣＰの推進<br>ＡＣＰを推進し、患者が望む医療やケアの提供に努めた。<br>・　組織的な取組に向けて院内にてＡＣＰに関する研修会を開催した。<br>・　電子カルテにＡＣＰの情報を入力できるように整備し、聞き取り時にステージごとの対応を入力するように改善した。<br>・　「ＡＣＰ（人生会議）」をテーマにした市民公開講座を開催し、広く市民にＡＣＰに対して啓発した。<br><br>**ⅱ　目標指標**<br>（目標指標表は下記） | ×1 | 2 | 2<br>定量 | 指標の達成状況及び取組状況により判断した。<br><br>接遇研修を実施し、受講者のアンケート結果は計画値に達成した。<br>ＡＣＰは具体的な取組を開始したものの、期間見込評価時点では目標指標の達成状況を確認できる段階に至っていないので、効果測定ができる取組を実施すること。 |

中期計画の目標指標：

| 目標指標 | 令和元年度実績 | 令和６年度目標値 |
|---|---|---|
| 接遇研修会実施回数 | １回 | ２回以上 |
| 接遇研修会受講時アンケートの「参考になった」と回答した者の割合 | ９０．４％ | ９１．０％以上 |
| 患者満足度調査における接遇に関する項目の「満足」及び「やや満足」と回答した者の割合の合計値 | － | ９０．０％以上 |

ⅱ　目標指標：

| 目標指標<br>【５指標】 | R03<br>目標 | R04<br>目標 | R05<br>目標 | R06<br>目標 |
|---|---|---|---|---|

ウ　セカンドオピニオンの推進

患者の目線に立った医療を推進するための環境整備に努め、セカンドオピニオン（医師の診断や治療法について、患者が別の医師の意見を求めることをいう。以下同じ。）に関する窓口の設置や制度等の情報提供及び市民病院以外でセカンドオピニオンを希望する患者が他院を受診するための診療情報提供書の作成などにより、セカンドオピニオンに適切に対応する。

| 目標指標 | 令和元年度実績 | 令和６年度目標値 |
|---|---|---|
| 患者満足度調査における医師の応対と説明に関する項目の「満足」及び「やや満足」と回答した者の割合の合計値 | － | ９０．０%以上 |

エ　ＡＣＰの推進

ＡＣＰ（患者やその家族が医師等と一緒に自らが望む医療やケアについて前もって考え、繰り返し　話し合い、共有する取組であるアドバンス・ケア・プランニングをいう。以下同じ。）を推進し、患者が望む医療やケアを提供する。

| 目標指標 | 令和元年度実績 | 令和６年度目標値 |
|---|---|---|
| 患者満足度調査におけるＡＣＰに関する項目の「満足」及び「やや満足」と回答した者の割合の合計値 | － | ８０．０%以上 |

| | 実績 | 実績 | 実績 | |
|---|---|---|---|---|
| 接遇研修会実施回数 | 2<br>2 | 2<br>1 | 2<br>2 | 2 |
| 接遇研修会受講時アンケートの「参考になった」と回答した者の割合 | 91.0<br>97.6 | 91.0<br>91.8 | 91.0<br>97.0 | 91.0 |
| 患者満足度調査における接遇に関する項目の「満足」及び「やや満足」と回答した者の割合の合計値 | 90.0<br>90.2 | 90.0<br>87.8 | 90.0<br>86.0 | 90.0 |
| 患者満足度調査における医師の応対と説明に関する項目の「満足」及び「やや満足」と回答した者の割合の合計値 | 90.0<br>87.4 | 90.0<br>87.4 | 90.0<br>85.9 | 90.0 |
| 患者満足度調査におけるＡＣＰに関する項目の「満足」及び「やや満足」と回答した者の割合の合計値 | 80.0<br>- | 80.0<br>- | 80.0<br>- | 80.0 |

**iii　自己評価の理由**

患者満足度調査や御意見箱を活用し、患者サービスの向上に取り組んだものの、目標指標の達成に至らなかったため。

**iv　課題とその改善の方策**

今後も現在行っている全職員に対する接遇研修を引き続き実施し、職員一人一人が意識することで患者満足度の向上に繋げる。

また、ＡＣＰに関する当院の取組について研修会を実施し、理解度について調査する。

## ４　医療の質の向上
### （１）医療の安全の徹底

【小項目ごとの評価結果】

| 年度 | 令和３年度 | 令和４年度 | 令和５年度 | 令和６年度 | 期間見込評価 | 期間最終評価 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 評価結果 | ３ | ３ | ３ | | ３ | |

| | |
|---|---|
| 中期目標 | ア　第三者機関からの評価<br>第三者による医療の質に関する評価を受け、継続的に業務改善活動に取り組むこと。<br>イ　安全管理機能の向上<br>インシデント（ヒヤリ・ハット事象）及びその防止対策を医療安全管理委員会に報告し、同委員会を通じて周知するとともに、定期的に医療の安全に関する研修を行い、安全管理に対する意識の向上を図ること。<br>ウ　院内感染防止の徹底<br>院内感染に対する効果的な予防対策を周知し、院内感染予防マニュアルを充実させ、感染防止に取り組むこと。 |

| 中期計画 | 法人自己評価 | | | 市の評価 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 評価の判断理由（業務実績の状況等） | ｳｪｲﾄ | 評価 | 評価 | 判断理由など |
| ア　第三者機関からの評価<br>市民病院は、日本病院機能評価機構の認定を受けており、今後も機構からの認定を継続して受けるため、業務改善活動に取り組む。<br><br>イ　安全管理機能の向上<br>安全で安心な医療を提供するため、医療安全管理委員会が中心となって医療事故報告の収集や分析等を行い、医療事故の予防対策や再発防止対策の一層の充実を図る。医療事故の発生時には、医療事故調査制度に従って院内調査を実施し、その結果を医療事故調査・支援センターへ報告し、再発防止につなげる。また、計画的に医療従事者に対して医療安全に関する研修を行い、安全管理に対する意識の向上を図る。<br><br>ウ　院内感染防止の徹底<br>感染対策チーム及び抗菌薬適正使用支援チームによる感染管理体制を構築し、院内感染防止対策を実施する。また、院内感染予防マニュアルを適宜改訂し、これを職員に周知し、院内感染防止対策を啓発するとともに、院内感染が発生した場合には、当該マニュアル等に基づき、適切に対応する。 | ⅰ　主な実績又は成果<br>各種院内委員会での取組や第三者機関からの評価を受けることで医療の安全の向上に努めた。<br>ア　第三者機関からの評価<br>日本医療機能評価機構による病院機能評価の認定を継続して受け、業務改善に取り組んだ。<br>・　令和５年４月に日本医療機能評価機構による病院機能評価の更新認定を受審し、同年８月に認定交付を受けた。<br>・　院内に設置した病院機能評価委員会での内部監査において定期的に確認することで、外部審査を一時的なものとせず、病院の質改善の契機とし、医療の質改善を継続的に確認する体制を構築した。<br>イ　安全管理機能の向上<br>医療安全カンファレンス、医療安全管理対策委員会を定例で開催し、医療事故を分析、再発防止対策の充実を図った。<br>・　必要時に当院の医療安全管理指針に従い、院内調査を行った。また、調査結果を職員にフィードバックし、医療安全に対する意識の醸成を図った。<br>ウ　院内感染防止の徹底<br>感染管理室と感染対策チーム及び抗菌薬適正使用支援チームが連携しながら、感染対策の構築及び強化に取り組んだ。新型コロナウイルス感染症流行時には職員の行動（黙食やマスク未装着時の行動など）についても確認し、院内発生の予防に努めた。院内で発生した感染症については、細菌検査室から速やかに感染管理室へ報告があり、感染対策マニュアルに基づいた対策を実施できるよう感染管理室が介入した。<br>・　抗菌薬の適正使用については、週１回カンファレンスを実施し、抗生剤の不適切使用を監視・助言を行った。<br>・　感染対策マニュアルは、常に新しい情報を掲載するよう毎年度更新し、職員に周知した。<br><br>ⅱ　目標指標 | ×1 | ３ | ３<br>定量 | 指標の達成状況及び取組状況により判断した。<br><br>医療安全研修会は、目標回数の開催には至らなかったが、受講者の満足度は高まり、計画値を達成したことから、職員の安全管理に対する意識の高揚に寄与したと考えられる。第三者機関による病院機能評価は、新型コロナウイルス感染症の流行のため受検が延期されていたが、その間も適切に内部監査を実施し、認定更新を受けることができた。その後も病院機能評価に準拠する内部監査を実施し、継続的に医療の質の向上に取り組んでいる。 |

| 目標指標 | 令和元年度実績 | 令和６年度目標値 |
|---|---|---|
| 医療安全研修会開催回数 | １０回 | １２回以上 |
| 医療安全研修会に係る受講者満足度調査の「満足」及び「やや満足」と回答した者の割合の合計値 | ７７．０％ | ７７．０％以上 |

| 目標指標<br>【２指標】 | R03<br>目標<br>実績 | R04<br>目標<br>実績 | R05<br>目標<br>実績 | R06<br>目標 |
|---|---|---|---|---|
| 医療安全研修会開催回数 | 12<br>6 | 12<br>6 | 12<br>6 | 12 |
| 医療安全研修会に係る受講者満足度調査の「満足」及び「やや満足」と回答した者の割合の合計値 | 77.0<br>91.6 | 77.0<br>90.9 | 77.0<br>94.9 | 77.0 |

**iii　自己評価の理由**

第三者機関からの審査を受け、認定された。また、医療安全、院内感染防止についても委員会などを通じて、適切に実行することができたため。

**iv　課題とその改善の方策**

医療の質と安全の確保のために、定期的な委員会の開催と内容のフィードバック方法を続け、職員に対して意識の醸成を続ける、また、病院機能評価に準拠する内部監査を実施し、定期的な確認を行う。

## （２）診療データ分析による医療の質と効率性の標準化

【小項目ごとの評価結果】

| 年度 | 令和３年度 | 令和４年度 | 令和５年度 | 令和６年度 | 期間見込評価 | 期間最終評価 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 評価結果 | ３ | ３ | ３ | | ３ | |

| 中期目標 | 診療データを適時に分析することができる体制を整備し、医療の質と効率性を評価するとともに、標準化のためにクリニカルパスの整備を促進すること。 |
|---|---|

| 中期計画 | 法人自己評価 評価の判断理由（業務実績の状況等） | ｳｪｲﾄ | 評価 | 市の評価 評価 | 市の評価 判断理由など |
|---|---|---|---|---|---|
| クリニカルパス委員会においてクリニカルパスの整備を引き続き行い、ベンチマークシステムを用いた診療データについての評価を利用しながら、院内の医療の質及び効率性の標準化をより一層推進する。<br><br>目標指標：クリニカルパス適用患者割合※１／令和元年度実績：４９．１％／令和６年度目標値：４９．１％以上<br><br>※１　クリニカルパス適用患者数÷入院患者数×１００ | ⅰ　主な実績又は成果<br>クリニカルパス委員会を中心に全診療科の頻度が高い病名、処置のクリニカルパスを再整備した。<br>・　他院より講師を招き、クリニカルパスに対する知見を広げた。<br>・　医療資源投入量のベンチマークを提示し、他院に比べて多く使用している材料に関しては、クリニカルパスの見直しを指示した。<br><br>ⅱ　目標指標<br><br>目標指標【１指標】／R03 目標 実績／R04 目標 実績／R05 目標 実績／R06 目標<br>クリニカルパス適用患者割合／49.1 49.2／49.1 52.0／49.1 50.9／49.1<br><br>ⅲ　自己評価の理由<br>クリニカルパスの見直しを定期的に行い、目標指標も達成することができたため。<br><br>ⅳ　課題とその改善の方策<br>在院日数が延長している疾患に関してのクリニカルパスの整備を進める。 | ×1 | ３ | ３<br>定量 | 指標の達成状況を定量的に判断した。<br><br>診療科へのヒアリングを通じてクリニカルパスを見直した結果、クリニカルパス適用患者割合が目標値を達成した。 |

## （３）チーム医療の充実

【小項目ごとの評価結果】

| 年度 | 令和３年度 | 令和４年度 | 令和５年度 | 令和６年度 | 期間見込評価 | 期間最終評価 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 評価結果 | ４ | ３ | ３ | | ３ | |

| 中期目標 | 医療の質と安全性を高めるため、医師、看護師及びコメディカルスタッフなどの多職種及び多診療科間で編成したチーム医療の充実を図ること。 |
|---|---|

| 中期計画 | 法人自己評価 | | | 市の評価 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 評価の判断理由（業務実績の状況等） | ｳｪｲﾄ | 評価 | 評価 | 判断理由など |
| 入退院センターの本格的稼働により、入院前から医師、看護師、薬剤師、栄養士等によるチーム医療を推進し、より安全かつ安心な入院治療を提供する。また、地域の医療及び介護を担う関係者とカンファレンス等を行うことで、より効率的で実効性のある高度なチーム医療の充実を図る。 | ⅰ　主な実績又は成果<br>入退院センターをリニューアルし、患者サービスの向上・業務の効率化を目指し、多職種にて入院前から計画的な支援を行った。また、退院の支援に関しても、多職種と協働で計画的に情報を共有し、入院前から円滑な退院支援の調整を実施した。<br>・　入院前に看護師が、入院生活に関するオリエンテーション及び服用中の薬剤の確認、褥瘡・栄養等のスクリーニングを行った。<br>・　周術期外来を始め、入院・手術が決定された患者を対象に対し看護師及び薬剤師による面談並びに歯科及び麻酔科による診察を実施し、必要に応じて栄養指導や禁煙指導を実施する多職種協働システムを構築した。<br><br>ⅱ　目標又指標<br>なし（定性）<br><br>ⅲ　自己評価の理由<br>入退院センターをリニューアルし、多職種による多角的支援で入院前の支援体制を確立することができたため。<br><br>ⅳ　課題とその改善の方策<br>入院前からの退院日を意識した取組を今後も進めていくことで、ベッドコントロールの円滑化及び在院日数の短縮等に繋げていく。 | ×1 | 3 | 3<br>定性 | 入退院センターにおいて、多職種による多角的支援で入院前の支援体制を確立することができた。 |

## 第３　業務運営の改善及び効率化に関する目標を達成するためとるべき措置
### １　経営の効率化
#### （１）　原価計算を基にした業務運営の改善

【小項目ごとの評価結果】

| 年度 | 令和３年度 | 令和４年度 | 令和５年度 | 令和６年度 | 期間見込評価 | 期間最終評価 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 評価結果 | ２ | ３ | ３ | | ３ | |

| 中期目標 | 診療科別や部門別等の原価計算を行い、業務運営を改善すること。 |
|---|---|

| 中期計画 | 法人自己評価 | | | 市の評価 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 評価の判断理由（業務実績の状況等） | ｳｪｲﾄ | 評価 | 評価 | 判断理由など |
| 診療科及び部門別に原価計算を行い、採算性を明確化することで、診療材料費の削減及び後発医薬品の更なる使用促進並びに人員配置の適正化を行う。また、当該計算データに基づき費用の適正化を図り、業務運営を改善する。 | ⅰ　主な実績又は成果<br>院内の按分基準に則った原価計算を作成し、診療科ごとの支出率を算定し、毎月の会議にて提示した。<br><br>ⅱ　目標指標<br>なし（定性）<br><br>ⅲ　自己評価の理由<br>診療科ごとの原価計算を作成し、運用を開始し、費用の適正化に努めることができたため。<br><br>ⅳ　課題とその改善の方策<br>支出率のモニタリングを継続し、値に変化があった場合は速やかに調査を行う。 | ×1 | 3 | 3<br>定性 | 原価計算を実施、運用を開始した。今後、これを更に活用し、業務運営の改善を推進すること。 |

## （２）　診療科目の適正化

【小項目ごとの評価結果】

| 年度 | 令和３年度 | 令和４年度 | 令和５年度 | 令和６年度 | 期間見込評価 | 期間最終評価 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 評価結果 | ２ | ３ | ３ | | ３ | |

| 中期目標 | 第２第２項第３号に基づく関係機関との連携強化を踏まえ、市民病院に関する客観的事実及び近隣病院との協議により、市民病院の中長期的な役割及び病院経営の状況を見極めた上で、診療科目の適正化を図ること。 |
|---|---|

| 中期計画 | 法人自己評価 | | | 市の評価 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 評価の判断理由（業務実績の状況等） | ｳｪｲﾄ | 評価 | 評価 | 判断理由など |
| 市民病院に関する客観的事実（診療科別の収支及びその分析結果、現在の医療需要の推移等に基づく事実をいう。）を基に、近隣病院との間で機能分担や相互連携を含めた圏域における中長期的な医療提供の在り方に関する協議を行い、その結果を踏まえ、患者の受診動向や傾向を把握した上で、診療科ヒアリングを適宜行い、診療科目の適正化を図る。<br>また、公立病院として、フリーアクセスの基本は守りつつ、外来機能の専門化を検討するとともに、入院機能の強化を行う。 | **ⅰ　主な実績又は成果**<br>診療科の適切な運営に向け、理事長及び院長が診療部長に近隣病院の疾患別診療状況や全国同等規模病院のベンチマーク等を用いてヒアリングを実施した。また、その他部門においてもヒアリングを行った。<br>・　令和３年度のヒアリングにおいて、各診療部長と経営幹部の中で信頼関係の構築がされないまま話し合いを進めてしまい、病院運営を良い方向に進めることができなかった。<br>・　令和４年度からは、診療科の適切な運営に向け、理事長及び院長が近隣の疾患別診療状況や全国同規模病院のベンチマーク等を用いてヒアリングを実施した。<br>・　令和５年度には、理事長が医師並びに看護局、医療技術局及び事務局の所属長に対して、個別ヒアリングを実施し、業務運営の改善及び効率化のための目標値を設定し、共有を図った<br>**ⅱ　目標指標**<br>なし（定性）<br><br>**ⅲ　自己評価の理由**<br>院内での話し合いが円滑に進むよう理事長、院長が日頃からのコミュニケーションの健全化に努めながら、客観的資料に基づいたヒアリングを実施し、診療科の適正化を図ることができたため。<br><br>**ⅳ　課題とその改善の方策**<br>今後も部門ヒアリングを継続させ、進むべき病院の方向性の確認、それに対する各部門の取組内容などを確認する。 | ×1 | ３ | ３<br>定性 | 診療提供体制の変更後、理事長のリーダーシップの下、個別ヒアリングを通じて部門ごとの目標を設定し、業務運営の改善及び効率化に取り組んでいる。 |

## （３）　病床数の適正化

【小項目ごとの評価結果】

| 年度 | 令和３年度 | 令和４年度 | 令和５年度 | 令和６年度 | 期間見込評価 | 期間最終評価 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 評価結果 | ４ | ３ | ３ | | ３ | |

| 中期目標 | 前号を踏まえ、病床数の適正化を図ること。 |
|---|---|

| 中期計画 | 法人自己評価 | | | 市の評価 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 評価の判断理由（業務実績の状況等） | ｳｪｲﾄ | 評価 | 評価 | 判断理由など |
| 診療報酬の改定や各種関係法令の改正を踏まえ、日本の総人口の約３０％が６５歳以上となることが予測されている令和７年の医療提供体制や市民病院の地域での役割を見据え、病床機能の再構築と合わせて、病床数の適正化に向けて柔軟に対応する。 | ⅰ　主な実績又は成果<br>新型コロナウイルス感染拡大時には感染患者数に応じた適切な病床数並びに看護配置を行い、急性期医療を中心とした提供を行った。<br>・　当院の運営状況を鑑み令和３年１０月から許可病床数を４３９床から４０１床に適正化した。<br>・　感染症患者が増加した時期には感染症病床や緩和ケア病床を利用し、急性期病床を止めない取組を実行した。<br><br>ⅱ　目標指標<br>なし（定性）<br><br>ⅲ　自己評価の理由<br>新型コロナウイルス感染症の感染拡大時にも適切な病床数を保ち、医療提供体制を整えることができたため。<br><br>ⅳ　課題とその改善の方策<br>今後も適切な病床数と病床機能を構築する。 | ×1 | ３ | ３<br>定性 | 新型コロナウイルス感染症の感染拡大期においても、同感染症患者数に応じた適正な病床数及び看護師配置を確保し、医療提供体制を整えることができた。 |

## （４）労働生産性の向上

【小項目ごとの評価結果】

| 年度 | 令和３年度 | 令和４年度 | 令和５年度 | 令和６年度 | 期間見込評価 | 期間最終評価 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 評価結果 | ２ | ２ | ２ | | ２ | |

| 中期目標 | 適正な人員配置の下、職員一人一人が業務の更なる効率化を図り、労働生産性の向上を図ること。 |
|---|---|

### 中期計画

医師１人１日当たりの診療収入が、全国の同規模の公立病院の中でも低位である現状を踏まえ、職員間で中期目標の指標の目標値を共有し、医療の質を保ちながら目標の達成を図る。
また、各診療科別での課題を明確にした上で、人員配置の適正化及び業務運営の改善を行う。

| 目標指標 | 令和元年度実績 | 令和６年度目標値 |
|---|---|---|
| 医師１人１日当たり診療収入※１ | ２２０．０千円 | ２８２．４千円以上 |
| 医師１人１日当たり入院患者数※２ | ２．７人 | ３．２人以上 |

※１　（入院収益＋外来収益）÷年度末職員数のうち医師数÷入院診療日数
※２　年延べ入院患者数÷年度末職員数のうち医師数÷入院診療日数

### 法人自己評価

#### 評価の判断理由（業務実績の状況等）

ⅰ　主な実績又は成果

毎月の理事会において、医師１人当たりの診療収入を経営指標の１つとして提示し、進捗を確認するとともに、外部理事から意見を聴いた。また診療部長会においても、各診療科の運営状況の情報共有を行った。

ⅱ　目標指標

| 目標指標【２指標】 | R03 目標 実績 | R04 目標 実績 | R05 目標 実績 | R06 目標 |
|---|---|---|---|---|
| 医師１人１日当たり診療収入 | 243.4<br>207.7 | 255.5<br>213.2 | 271.1<br>209.0 | 281.4 |
| 医師１人１日当たり入院患者数 | 2.8<br>2.2 | 2.9<br>2.2 | 3.1<br>2.3 | 3.2 |

ⅲ　自己評価の理由

毎月の理事会や診療部長会において、各診療科の運営状況の確認、情報共有を行ったが、目標指標の達成に至らなかったため。

ⅳ　課題とその改善の方策

診療科それぞれの目標数値を設定し、それを達成するために取るべき措置を明確にするために、診療科ヒアリング等を引き続き行い、情報の共有を行う。また、目標に対しての進捗状況を報告する。

#### ｳｪｲﾄ
×2

#### 評価
２

### 市の評価

#### 評価
２
定量

#### 判断理由など
個別ヒアリングを通じた部署ごとの目標設定など、業務運営の改善に向けた取組を強化しているが、計画値の達成には至っていない。
今後は設定目標の進捗状況の確認及び検証が必要である。また、医師のタスクシフトやタスクシェアの構築により労働生産性の向上を図る必要がある。

【中期目標で示した、経営の効率化を図るための指標及び達成すべき水準並びに重要度・困難度】
・医師１人１日当たり診療収入（常勤換算）：２８２．４千円以上
・１００床当たり医師数（常勤換算）：２５．３人以下
・いずれも重要度・困難度が高い。
【期間見込評価時点での達成状況とその数値】
・医師１人１日当たり診療収入（常勤換算）：未達成、２０９．０千円（令和５年度実績値）
・１００床当たり医師数（常勤換算）：未達成、２８．５人（令和５年度実

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 績値） |

## （５）効率的かつ効果的な設備投資

【小項目ごとの評価結果】

| 年度 | 令和３年度 | 令和４年度 | 令和５年度 | 令和６年度 | 期間見込評価 | 期間最終評価 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 評価結果 | ３ | ３ | ３ | | ３ | |

| | |
|---|---|
| 中期目標 | ア　設備投資の効果検証<br>限られた経営資源を最大限活用するために、設備投資に対する効果を毎年度検証し、市へ報告すること。<br>イ　効率的かつ効果的な設備投資の計画及び実施<br>施設整備や医療機器の導入及び更新については、社会情勢の変化や周辺の医療状況、市民ニーズ、地域への貢献度、医療従事者の確保等を充分に検証した上で行うこと。また、費用対効果やアセットマネジメントを考慮するとともに、市から長期借入を予定するときは、その償還の確実性などを具体的に検討し、市の理解の下、導入及び更新を行うこと。 |

| 中期計画 | 法人自己評価 | | | 市の評価 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 評価の判断理由（業務実績の状況等） | ｳｪｲﾄ | 評価 | 評価 | 判断理由など |
| ア　設備投資の効果検証<br>設備投資に対する収益性など費用対効果及び投資回収期間について、経営資源の投入前後で検証及び管理を行い、効率的かつ効果的な経営を推進する。また、効果検証の結果については、毎年度、大津市に報告を行う。<br><br>イ　効率的かつ効果的な設備投資の計画及び実施<br>施設整備や医療機器の導入及び更新については、次に掲げる事項について検証し、その効果を整理した上で、効率的かつ効果的な設備投資を計画し、実施する。また、設備投資に当たっては、大津市の理解を得た上で導入及び更新を行う。<br>医療に関するＤＸ（デジタルトランスフォーメーション）については、国の動向や医療機関を取り巻く状況などを見極め、患者サービスの質の向上、職員の業務負荷の軽減、医療の質の向上等を念頭に置いて推進する。<br>また、市民病院を標的とするサイバー攻撃に備え、情報セキュリティ対策に取り組んでいく。<br>（ア）社会情勢の変化や周辺の医療状況と市民ニーズ<br>社会情勢及び圏域の状況に鑑みて必要性があり、また、近隣医療機関の機器整備状況との整合が図られること。<br>（イ）地域への貢献度<br>設備投資による医療提供体制の充実など、地域への貢献が期待されること。<br>（ウ）医療従事者の確保等<br>設備投資による効果を発揮する人材の育成又は確保が可能であること。<br>（エ）費用対効果<br>設備による収益性がランニングコストに見合うものであること。<br>（オ）アセットマネジメント<br>現状の設備に係る資産管理の状況から、適切な時期であること。 | ⅰ　主な実績又は成果<br>設備投資や施設整備、医療機器の導入及び更新については、効果検証を行い、効率的かつ効果的な設備投資を計画した。また、医療に関するＤＸについて推進した。<br>ア　設備投資の効果検証<br>設備投資時には、費用対効果及び投資回収期間について検証を行った。<br>・　施設設備の改修については、建築基準法に基づく、特定建築物定期調査において改修するよう勧告を受けていた本館棟外壁タイルの大規模改修、管理部門の事務所等を旧耐震構造である管理棟から病院別館棟３階へ移転するための改修工事を実施した。<br>・　医療機器等の設備投資については、総合医療情報システムの更新、老朽化医療機器等の更新を行い、新型コロナウイルス感染症への対応を含む良質な医療を継続して実施できる環境を整えた。<br>イ　効率的かつ効果的な設備投資の計画及び実施<br>施設整備や医療機器の導入及び更新については、次に掲げる事項について検証し、その効果を整理した上で、効率的かつ効果的な設備投資を計画し、実施した。医療に関するＤＸの推進に関しては、胸部Ｘ線に対する読影のＡＩを導入し、医療安全の向上と医師の時間外労働緩和に繋げた。情報セキュリティ対策として情報セキュリティ研修を実施した。<br>（ア）社会情勢の変化や周辺の医療状況と市民ニーズ<br>・　新型コロナウイルス感染症の滋賀県における重点医療機関として、大津圏域の中で最も多くの陽性患者を受け入れるため、主に感染症診療、救急診療、手術機器に対する機器整備を行った。<br>・　ドクターカーの運用や在宅診療の開始に向け必要な機器・備品の整備を行った。<br>（イ）地域への貢献度<br>・　新型コロナウイルス感染症重点医療機関として、また地域医療支援病院として、近隣医療機関からの要請に適切に対応できるよう医療機器を整備した。 | ×1 | ３ | ３<br>定性 | 老朽施設や修理不能機器を適時更新し、安全・安心で良質な医療を提供できる環境整備を進めた。また、胸部Ｘ線の読影などにＡＩを導入しＤＸを推進した。同時に、デジタル化の進展に伴うリスクへも対応している。 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| （カ）償還の確実性<br>長期借入金の返済との関係上、返済が可能な利益を確保でき、将来的な負担がないこと。 | ・　手術室の小児外科診療所への開放<br>（ウ）医療従事者の確保等<br>・　新たな診療報酬における加算取得及び働き方改革における医療職間のタスクシフトのため、医療技術職の確保を行った。<br>（エ）費用対効果<br>・　機器購入に当たっては、初期費用に加え保守費用や消耗品費も踏まえ機種の選定に努めた。<br>（オ）アセットマネジメント<br>・　耐用年数及び保守対応期間を踏まえ、安全に診療が行えるよう更新を行っている。なお、保守対応期間が終了したものであっても、故障時にレンタル対応が可能な機器については、修理不能に陥る（または寸前）まで使用した後に更新を実施した。<br>・　エレベータ、医療ガス設備、高圧変電設備機器の改修及び、院内保育所の改修整備を行った。<br>（カ）償還の確実性<br>・　新型コロナウイルス感染症患者等入院医療機関及び重点医療機関等設備整備事業費補助金を最大限活用し、新型コロナウイルス感染症診療に用いる医療機器を中心に重点的に整備を行った。<br>・　機器の購入・更新時には診療報酬を意識し、費用対効果の高い購入・更新に努めた。<br><br>**ⅱ　目標指標**<br>なし（定性）<br><br>**ⅲ　自己評価の理由**<br>備投資や施設整備、医療機器の導入及び更新については、効果検証を行い、効率的かつ効果的な設備投資を行うことができたため。<br><br>**ⅳ　課題とその改善の方策**<br>今後も機器の購入・更新時には計画及び検証を行い、費用対効果の高い購入・更新に努める。 | | | | |

## ２　経営管理機能の充実
### （１）業務運営体制の強化

【小項目ごとの評価結果】

| 年度 | 令和３年度 | 令和４年度 | 令和５年度 | 令和６年度 | 期間見込評価 | 期間最終評価 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 評価結果 | ２ | ３ | ３ | | ３ | |

| 中期目標 | |
|---|---|
| | ア　市民病院の経営健全性の向上に向けた体制構築<br>理事長及び院長は、市民病院の経営健全性を高めるため、職員の意見を積極的に聴くとともに、経営全体を俯瞰(ふかん)して医療資源の投入を判断し、並びに医療の質及び地域医療への貢献の向上を図ることについて、より一層のリーダーシップが発揮できる業務運営体制を構築すること。<br>イ　経営情報の分析と適切な活用<br>経営情報の分析に当たっては、具体的な数値目標に基づく達成状況の管理を行うとともに、ベンチマークによる他病院との比較を常に行い、経営上の課題を把握し、その解決に取り組むこと。 |

| 中期計画 | 法人自己評価 | | | 市の評価 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 評価の判断理由（業務実績の状況等） | ｳｪｲﾄ | 評価 | 評価 | 判断理由など |
| ア　市民病院の経営健全性の向上に向けた体制構築<br>理事長及び院長は、幹部職員が参加する会議（以下この号において「幹部会議」という。）において、職員からの意見を積極的に聴取するとともに、医療制度改革や診療報酬の改定、近隣病院の動向などを的確に把握・分析し、自律的かつ戦略的な病院経営を推進する。<br>また、病院の経営上重要であると判断される内容については、これを幹部会議において十分に議論した後、理事会等において、経営情報からの課題の抽出、戦略の検討等を迅速かつ的確に行うなど、責任ある発言と行動をもってトップマネジメントを実施する。<br><br>イ　経営情報の分析と適切な活用<br>総務省が実施する地方財政状況調査の地方公営企業決算状況調査等を活用し、原価計算及び各種経営指標を分析することで課題を明確化し、幹部会議等においてその情報を共有するとともに、職員から聴取した意見を踏まえて議論を行うことで、その解決を図る。<br>また、当該課題とその改善策については、幹部会議等での協議後、全職員へ発信し、問題意識を共有する。特に各部門の長及び所属長は、理事会の決定事項を確実に推進していく立場にあることから、現場の課題を明確化し、速やかにその解決に向けて取り組んでいく。 | ⅰ　主な実績又は成果<br>業務運営体制の強化のためガバナンスの強化に取り組んだ。また、経営情報分析はベンチマーク比較を行い、それを共有した。<br>ア　市民病院の経営健全性の向上に向けた体制構築<br>経営幹部による病院の意思決定機関として経営会議を新たに設置した。そこで協議した内容を理事会に付議し、診療部長会議・所属長会議にて公表するシステムを構築した。<br>イ　経営情報の分析と適切な活用<br>ベンチマークシステムを用いて、症例数、１日単価、医師１人当たり収益、医療資源投入金額などの全国比較資料を作成し、診療科ごとのみならず、看護局、医療技術局とヒアリングを行った。<br>・　経営会議では各診療科の患者数、平均在院日数、診療収入等の重要指標を提示し、課題を共有した。<br><br>ⅱ　目標指標<br>なし（定性）<br><br>ⅲ　自己評価の理由<br>新たに経営幹部による病院の意思決定機関として経営会議を設置するなど経営健全性の向上に向けて取り組むことができたため。<br><br>ⅳ　課題とその改善の方策<br>経営会議、理事会で審議した内容は診療部長所属長会議を通じて全職員に通達される体制となっているが、所属職員への発信は所属長になっていることから、法人として重要案件を全職員に通達する新たな仕組みを構築する必要がある。 | ×1 | 3 | 3<br>定性 | 理事会では、経営会議での議論を経て提案された事項が審議されているほか、様々な理事長の専決事項についても経営会議で協議し、組織決定する体制を構築している。 |

## （２）業務管理（リスク管理）の充実

【小項目ごとの評価結果】

| 年度 | 令和３年度 | 令和４年度 | 令和５年度 | 令和６年度 | 期間見込評価 | 期間最終評価 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 評価結果 | ３ | ３ | ３ | | ３ | |

| 中期目標 | 内部監査機能を確保し、モニタリングを通して内部統制の仕組みが有効に機能しているかの点検及び検証を行い、その結果を踏まえての見直しを行うなど、内部統制の更なる充実を図ること。また、法令・行動規範（コンプライアンス）の遵守を徹底する取組を推進すること。 |
|---|---|

| 中期計画 | 法人自己評価 | | | 市の評価 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 評価の判断理由（業務実績の状況等） | ｳｪｲﾄ | 評価 | 評価 | 判断理由など |
| 年度の期中及び期末に内部監査を実施することで内部監査機能を確保し、合わせて自主監査を実施することで、内部統制の仕組みが有効に機能しているかの点検、検証及び見直しを行う。さらに、内部統制推進室相談員を院内に配置し、内部統制の充実を図る。<br>また、法令・行動規範（コンプライアンス）については、全職員への研修を実施し、共通認識とすることで法令・行動規範の遵守を徹底する。特に個人情報の保護については、個人情報保護マニュアルの整備や研修を行い、全職員で個人情報の管理の徹底及びその保護を図る。また、情報公開に関しては、大津市の条例等に基づき、適切に対応する。 | ⅰ　主な実績又は成果<br>コンプライアンスについて、ハラスメント相談があった場合の対応・調査フローを刷新し、公平・公正なハラスメント対応ができる組織体制をつくり、ハラスメント防止指針を策定した。個人情報保護については、要点や業務での注意点の理解を深まるよう研修会を開催した。また、情報公開請求を受けたときは、大津市の条例に基づいて適切に対応した。<br><br>ⅱ　目標指標<br>なし（定性）<br><br>ⅲ　自己評価の理由<br>コンプライアンスや個人情報保護に関して研修を行い、広く職員に周知した。また、内部監査を年度の期中及び期末に実施し、内部統制の仕組等が適切に検証できたため。<br><br>ⅳ　課題とその改善の方策<br>引き続き、監事による内部監査を実施し、内部監査機能を確保するとともに、コンプライアンス、個人情報保護についても研修会を実施することで法令遵守の意識を高める。 | ×1 | 3 | 3<br>定性 | ハラスメント対策に係る法人規程等を刷新し、公平・公正なハラスメント対応ができる組織体制をつくり、適正に運用している。また、ハラスメント防止指針を策定し、病院内外に周知している。<br>個人情報保護について、要点や業務での注意点の理解を深まるよう職員への研修を実施している。 |

## ３　組織運営体制の強化と職員の意識変革
### （１）組織運営体制の強化

【小項目ごとの評価結果】

| 年度 | 令和３年度 | 令和４年度 | 令和５年度 | 令和６年度 | 期間見込評価 | 期間最終評価 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 評価結果 | ３ | ３ | ３ | | ３ | |

| | |
|---|---|
| 中期目標 | ア　人材の計画的な確保<br>経営戦略や財務管理、医療事務、地域医療連携などを担う病院運営における専門性の高い職員を、計画的に確保すること。<br>イ　事務職における幹部職員の確保<br>事務職における幹部職員の確保に取り組むこと。 |

| 中期計画 | 法人自己評価 | | | 市の評価 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 評価の判断理由（業務実績の状況等） | ｳｪｲﾄ | 評価 | 評価 | 判断理由など |
| ア　人材の確保等<br>（ア）　人材の計画的な確保<br>診療機能の維持・強化のため、大学との密接な連携の強化に努め、広く人材を外部に求めることにより、医師、看護職員、薬剤師その他医療職の確保に努める。あわせて、チーム医療を支える認定医・認定看護師等の高い専門性を持った有資格者の育成に努めるとともに、診療報酬制度を熟知した人材の確保並びに医療経営に関し知見を有する人材の育成及び確保についても、将来的な院内配置を見据え、計画的に推進していく。<br>（イ）　医師の働き方改革への対応等<br>国による働き方改革の要請を踏まえ、医師の労働時間短縮計画に基づき、業務範囲の拡大に関する研修を通じて、現行の制度下における可能な領域につき、円滑に医師の業務を他の職種へと移管する取組を行うとともに、医療従事者が働きやすい勤務環境の整備に努める。<br>（ウ）　研修医の確保<br>臨床研修センターにおいて、市民病院の特徴を生かし、また、大学附属病院や地域の医療機関と連携することで、研修医が幅広い研修を主体的に選択して実践することができる環境を整備し、今後も研修医の確保に向けた取組を継続する。<br><br>イ　事務職における幹部職員の確保<br>他病院での幹部経験者の確保のみならず、他業種企業の経営経験者を含めた幅広い採用の実施を検討するとともに、人材育成方針を確立していく。 | **ⅰ　主な実績又は成果**<br>医療提供体制の維持・強化に加え、医師の働き方改革の対応を踏まえ、計画的な人材確保に取り組んだ。<br>ア　人材の計画的な確保<br>感染症指定医療機関として新型コロナウイルス感染症患者の診療機能維持・強化のため、必要な看護師を増員配置し、働き方改革における医療職間のタスクシフトや宿日直業務の取扱いのために医療技術職員を確保した。また、研修医の確保についても、研修医が幅広い研修を主体的に選択して実践することができる環境を整備した。これにより多くの研修医が当院を選び、毎年度フルマッチしている。<br>・　令和４年度に理事長、院長が新たに着任したことにより、診療提供体制の変更の影響のあった診療科についても、各大学と連携し、組織運営及び診療提供体制の適正化に努めた。<br>イ　事務職における幹部職員の確保<br>事務職における幹部職員育成を促進するため、昇格基準を見直した。<br><br>**ⅱ　目標指標**<br>なし（定性）<br><br>**ⅲ　自己評価の理由**<br>医師の働き方改革への対応に向けて、計画的な人材確保等を行った。また、事務職についても昇格基準を見直すなど、将来に向けた体制の変更に取り組むことができたため。<br><br>**ⅳ　課題とその改善の方策**<br>医療提供体制の維持のために職員の確保は必須であるが、増大する人件費比率について対応するために、効率性・生産性の高い働き方の向上に取り組む必要がある。 | ×1 | 3 | 3<br>定性 | 診療提供体制の適正化及び地域の医療機関との連携を進めている。また、医師の働き方改革等への対応のために計画的な人材確保を行ったことから、今後、効率性及び生産性の向上を実現する必要がある。 |

## （２）職員の意識変革

【小項目ごとの評価結果】

| 年度 | 令和３年度 | 令和４年度 | 令和５年度 | 令和６年度 | 期間見込評価 | 期間最終評価 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 評価結果 | ３ | ３ | ３ | | ３ | |

| | |
|---|---|
| 中期目標 | ア　中期目標及び中期計画に沿った業務遂行の促進<br>市民病院の理念はもとより、中期目標及び中期計画を全職員で共有し、これに沿った業務の遂行に取り組むこと。<br>イ　中期目標及び中期計画の達成に向けた職員の意識変革<br>市民病院の経営課題を解決できる組織となるよう、職員の意識変革に取り組むこと。 |

| 中期計画 | 法人自己評価 | | | 市の評価 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 評価の判断理由（業務実績の状況等） | ｳｪｲﾄ | 評価 | 評価 | 判断理由など |
| ア　中期目標及び中期計画に沿った業務遂行の促進<br>中期目標及び中期計画の内容を院内で周知徹底するとともに、四半期ごとの計画進捗状況について、院内グループウェア等を用いて全職員で共有する。また、当該進捗状況に応じて、担当部署への聴取りを行い、その結果を分析し、計画達成のための業務改善を行う。<br><br>イ　中期目標及び中期計画の達成に向けた職員の意識変革<br>全職員が病院の経営課題に一丸となって取り組むため、中期計画の進捗状況及び課題について院内グループウェアを用いて全職員で共有し、計画達成に向けた業務改善の必要性を常に認識する病院風土を定着させる。 | ⅰ　主な実績又は成果<br>中期目標及び中期計画の達成に対して職員一丸となって取り組む体制を整えた。<br>ア　中期目標及び中期計画に沿った業務遂行の促進<br>四半期ごとに中期計画の進捗を担当部署から聴取し、進捗管理を行った。また、中期計画目標指標及び年度収支目標を病院幹部、診療部長、所属長に会議内で共有を行った。<br>イ　中期目標及び中期計画の達成に向けた職員の意識変革<br>各診療部長及び所属長に中期計画と中期計画説明資料の共有を行った。<br>・　令和５年度末までに取り組む必要があった「公立病院経営強化ガイドライン」に基づいた中期計画の一部変更を進めるとともに、病院経営幹部及びにそれに準ずる職員に対し経営講習会を開き当院の現状を情報共有した。また、病院の今後の方向性を決定するに当たり、経営決定チームを選定し、共有を行った。<br>・　令和５年度には中期計画目標達成に向けての行動指針として、経営会議にて５つの重点目標（経営の効率化・地域連携の強化・集患対策・近未来への診療体制・院内風土の刷新）を軸としたサクセススパイラルプログラムを新たに策定した。<br><br>ⅱ　目標指標<br>なし（定性）<br><br>ⅲ　自己評価の理由<br>四半期ごとの計画進捗状況について会議内で共有を行った。また、「公立病院経営強化ガイドライン」の対応について、病院経営幹部並びにそれに準ずる職員に対し研修を行い、多職種で方向性を検討し決定することができたため。<br><br>ⅳ　課題とその改善の方策<br>幹部層、所属長には、都度の情報共有ができているものの、所属職員への情報発信は所属長になっていることから、法人として重要案件を全職員に通達する新たな仕組みを構築する必要がある。 | ×1 | 3 | 3<br>定性 | 中期計画の目標達成に向け「サクセススパイラルプログラム」など取組の具体化を図っている。また、職員提案や表彰制度など、職員が主体的に業務改善に取り組む意識の涵養を進めている。 |

## （３）計画的で効果的な人材育成

【小項目ごとの評価結果】

| 年度 | 令和３年度 | 令和４年度 | 令和５年度 | 令和６年度 | 期間見込評価 | 期間最終評価 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 評価結果 | ３ | ３ | ３ | | ３ | |

| 中期目標 | 医療サービスの向上や経営管理機能の強化のため、職員に対し、計画的かつ体系的に部門別研修やテーマ別研修を行うなど、職員のスキルアップを図る各種研修を充実させること。 |
|---|---|

| 中期計画 | 法人自己評価 | | | 市の評価 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 評価の判断理由（業務実績の状況等） | ｳｪｲﾄ | 評価 | 評価 | 判断理由など |
| 全職員を対象とした職員研修体系を構築することで、市民病院の病院理念である「信頼の絆でつながる、市民とともに歩む健康・医療拠点」の実現を図る。<br>また、各職員が高い人間力を形成し、幅広い教養と社会性を身に付けられるよう、「職階別研修」、「スキル別研修」及び「必須研修」の３つの研修プログラムを実施し、職員自身のスキルアップを実感することでモチベーションの向上を図る。 | ⅰ　主な実績又は成果<br>病院理念である「信頼の絆でつながる、市民とともに歩む健康・医療拠点」の実現を図るため、法人全体に共通する「法人研修」、職種別、階層別といった区分ごとに職務の遂行に必要な知識、技能等を習得させることを目的とする「職場研修」、職員が自らの職務遂行能力の向上を図ることを目的とする「自主研修」を位置づけた職員研修体系を構築した。<br>・　医師の人事評価制度については、制度設計を完了し、令和６年度から運用を開始する。<br><br>ⅱ　目標指標<br>なし（定性）<br><br>ⅲ　自己評価の理由<br>研修では、それぞれの階層で求められるもの、必要なスキルなどを中心とした参加型の研修を行い、研修受講者の職務意識の向上、人間力の形成、幅広い教養と社会性の会得に努めることができたため。<br><br>ⅳ　課題とその改善の方策<br>人材育成の根本となる、人材育成基本計画を策定し、各職位に求められる能力の定義を行う。これに基づき、昇任基準、研修体系、人事評価の評価基準を明示し人材の育成を図る。 | ×1 | ３ | ３<br>定性 | 医師を対象とする人事評価の制度設計が完了し、人事制度の整備を前進させた。今後は、ほかの職種を含め、採用、育成、評価及び処遇を一体とするトータル人事システムの確立を進める必要がある。 |

## 第４　財務内容の改善に関する事項
前文

【小項目ごとの評価結果】

| 年度 | 令和３年度 | 令和４年度 | 令和５年度 | 令和６年度 | 期間見込評価 | 期間最終評価 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 評価結果 | ３ | ３ | ２ | | ２ | |

| 中期目標 | 公立病院としての役割を果たすには、安定した財務運営を行うことで経営基盤の一層の強化を行い、持続可能な病院経営を実現しなければならない。この実現に向け、医療サービスの受益者からの収入をもって医療サービスの提供に必要な経費に充てる自立した経営を目指すこと。 |
|---|---|

### 中期計画

公立病院として地域に必要とされる医療拠点としての使命を果たしつつ、収入の確保と支出の抑制を行うことで収支バランスの適正化を図り、健全で持続可能な病院経営を目指す。各目標指標については、診療科別に目標を掲げて進捗管理を行い、その達成を図る。

収入確保と費用抑制の徹底を図りながら効率的な経営を推進し、各事業年度の経常収支比率１００％以上の達成に取り組むとともに、営業費用対医業収益等の割合の減少に努める。

また、原価計算に基づく診療材料費の削減、後発医薬品の更なる使用促進及び人員配置の適正化を行うことで、利益の最適化を図る。

| 目標指標 | 令和元年度実績 | 令和６年度目標値 |
|---|---|---|
| 単年度資金収支※１ | １，８１５百万円 | ５１百万円以上 |
| 医業収支比率※２ | ９７．０％ | １０３．０％以上 |
| 経常収支比率※３ | １００．４％ | １０６．６％以上 |
| 営業費用対医業収益等※４ | １１１．２％ | １０４．４％以下 |

※１　単年度における資金の総収入（短期借入金を除く。）－総支出。なお、総収入のうち大津市からの運営費負担金の額は、計画額とする。

※２　（入院収益＋外来収益＋その他医業収益）÷医業費用（地方独立行政法人法第３４条第１項に規定する損益計算書の医業費用をいう。）×１００

※３　経常収益÷経常費用×１００

※４　営業費用÷（入院収益＋外来収益＋その他医業収益）×１００

### 法人自己評価

評価の判断理由（業務実績の状況等）

ｳｪｲﾄ：×3

評価：2

**ⅰ　主な実績又は成果**

新型コロナウイルス感染症拡大時には、病床の休床等を行いながら一般診療を継続しつつ新型コロナウイルス感染症の対応に努めたが、収益については制限され、費用については人件費や消耗品費が増加することとなり、医業収支バランスの適正化には至らなかった。一方で新型コロナウイルス感染症対応に伴う補助金収益により、令和３年度、令和４年度は損益収支、資金収支ともに大幅に改善した。

**ⅱ　目標指標**

| 目標指標<br>【４指標】 | R03<br>目標<br>実績 | R04<br>目標<br>実績 | R05<br>目標<br>実績 | R06<br>目標 |
|---|---|---|---|---|
| 単年度資金収支 | △32<br>2,552 | △26<br>988 | △24<br>△25 | 51 |
| 医業収支比率 | 102.6<br>94.7 | 101.6<br>86.5 | 102.2<br>86.9 | 103.0 |
| 経常収支比率 | 105.3<br>123.1 | 105.6<br>107.7 | 105.6<br>96.4 | 106.6 |
| 営業費用対医業収益等 | 105.0<br>113.4 | 105.9<br>124.4 | 105.2<br>123.9 | 104.4 |

**ⅲ　自己評価の理由**

第２期中期目標期間については、新型コロナウイルス感染症患者の診療を県内でも中心的に行ったことによる補助金収益があり、損益収支、資金収支ともに期首から改善することができたが、他の目標指標の達成には至らなかったため。

**ⅳ　課題とその改善の方策**

新型コロナウイルス感染症関連補助金がなくなり、財務指標がいずれも達成が困難になる。増収策と支出削減策の両側からスピード感をもって経営改善に取り組む。

### 市の評価

評価：2
定量

判断理由など

指標の達成状況を定量的に判断した。

新型コロナウイルス感染症及び診療提供体制の変更の影響があり医業収支比率及び営業費用対医業収益等は期間を通じて計画値の達成には至らなかった。一方、同感染症患者の診療を適切に行った結果、国県補助金の交付を受け、期間を通じて資金残高は高水準であったが、補助金は終了したので資金管理には注意が必要である。

しかし、令和５年度の単年度資金収支や経常収支比率は年度計画値の達成にわずかに至らず、経常収支比率が１００％をわずかに下回った。

令和６年度には、最重要指標である単年度資金収支や経常収支比率の年度計画値の達成を期待したい。

【中期目標で示した、収支バランスの適正化を図るための指標及び達成すべき水準並びに重要度・困難度】

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | ・単年度資金収支：零以上<br>・経常収支比率：１００％以上<br>・営業費用対医業収益等：１０８．２％以下<br>・職員給与費対医業収益等：５４．０％以下<br>・いずれも重要度・困難度が高い。<br>【期間見込評価時点での達成状況とその数値】<br>・単年度資金収支：未達成、△２５百万円（令和５年度実績値）<br>・経常収支比率：未達成、９６．４％（令和５年度実績値）<br>・営業費用対医業収益等：未達成、１２３．９％（令和５年度実績値）<br>・職員給与費対医業収益等：未達成、７２．３％（令和５年度実績値） |

## １　収支バランスの適正化
### （１）収入の安定的確保及び収益の最適化

【小項目ごとの評価結果】

| 年度 | 令和３年度 | 令和４年度 | 令和５年度 | 令和６年度 | 期間見込評価 | 期間最終評価 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 評価結果 | ２ | ２ | ２ | | ２ | |

| | |
|---|---|
| 中期目標 | 収入及び収益の向上並びに支出及び費用の削減に係る達成状況を個別に捉えることなく、常に収支のバランスに着眼し、その適正化に努めること。<br>ア　収入の安定的確保<br>第３の事項を踏まえた上で、適正な債権管理（請求漏れ及び誤請求の縮減、未収金の発生防止及び早期回収など）を図り、収入を確実かつ安定的に確保すること。<br>イ　収益の最適化<br>医療行為の標準化及び適切なベッドコントロールにより、疾患別に在院日数の最適化を図り、かつ、病床利用率を向上させるとともに、医療サービスの提供に見合った収益となるよう、原価計算に基づく収益の最適化を図ること。 |

| 中期計画 | 法人自己評価 | | | 市の評価 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 評価の判断理由（業務実績の状況等） | ｳｪｲﾄ | 評価 | 評価 | 判断理由など |
| ア　収入の安定的確保<br>未収金の回収の早期着手により、その減少を図るとともに、引き続きその発生の抑制に努める。また、診療報酬明細書の査定率及び返戻率の管理と低減策の実施により査定減少や返戻減少に関する対策を講じ、収入の安定確保に努める。<br><br>イ　収益の最適化<br>クリニカルパスを用いた医療行為の標準化を継続して行うとともに、次に掲げる事項を効率的に推進することで、収益の最適化を図る。<br>（ア）　新規入院患者の増加<br>院長及び副院長を始めとした病院幹部並びに診療部長及び地域医療連携室の職員が地域の医療機関を訪問し、患者情報の共有を進めるとともに、当該医療機関から更に信頼される市民病院になることで、新規入院患者数の増加を図る。<br>（イ）　入院診療単価及び在院日数の適正化<br>入退院センターにおいて、入院前から患者のリスクを把握し、円滑に入院治療を行うとともに、早期退院を実現するＰＦＭ（入退院支援）システムを用いて効率的なベッドコントロールを行い、病床稼働率の向上及び平均在院日数の適正化を図る。<br>また、ＤＰＣ対象病院として、各診療科がより一層効率的な医療を提供することで、入院診療単価の適正化を図る。<br>（ウ）　新規診療報酬による加算取得<br>これまで取得していなかった施設基準の積極的な取得を目指すことで、収益性の向上に努める。また、当該取得の要件が職種によるものにあっては、人員配置を考慮しながら採用計画に盛り込んでいく。<br>（エ）　訪問看護ステーションの強化<br>訪問看護ステーションを３６５日稼働させることにより、訪問患者数の増加及び収入の増収を図る。 | ｉ　主な実績又は成果<br>収入の安定的確保については未収金、返戻査定対策を行い、収益の最適化については、患者数の増加策、新規診療報酬による加算取得を行った。<br>ア　収入の安定的確保<br>未収金の回収の早期着手により、その減少を図り、回収が困難である個人未収金については、弁護士事務所へ委託し、債権回収を実施した。査定返戻率管理社会保険支払基金の審査員でもある当院医師２名と医事課職員、請求担当で構成されている保険審査専門部会を月１回開催し、査定に対する検討及び再審査請求や、各診療科医師への周知等に努めた。<br>イ　収益の最適化<br>クリニカルパスを用いた医療行為の標準化を継続して行い、次に掲げる事項を効率的に推進することで、収益の最適化を図った。<br>（ア）　新規入院患者の増加<br>入院患者の入り口となる診療所からの紹介、健診、救急搬送について対策を強化した。<br>・健診センターのリニューアルや閑散期に対する対応を行った。<br>・消防局との連携の推進のため、意見交換会を開催した。<br>（イ）　入院診療単価及び在院日数の適正化<br>入退院センターの改修を行い、より多くの入院予定患者が入院前からの入退院支援を受けることが可能となった事に加え、クリニカルパスの整備をすることで、入院診療単価及び平均在院日数の改善に寄与した。<br>・　ＤＰＣⅢ超え患者を見える化し、毎日のミーティングで共有することで適切なベッドコントロールに努めた。<br>（ウ）　新規診療報酬による加算取得<br>令和４年及び令和６年の診療報酬改定時の対応及び新規加算取得に向けて体制の整備を行い、速やかな施設基準の取得に努めた。<br>・　令和３年７月、算定要件を整え特定集中治療室管理料３から１に変更した。<br>・　新型コロナウイルス感染症に係る「診療報酬上の臨時的な取扱い」の通知に対し、迅速にかつ適切に対応した。<br>（エ）　訪問看護ステーションの強化 | ×1 | 2 | 2<br>定量 | 指標の達成状況を定量的に判断した。<br><br>入院・外来診療単価を期間を通じて高い水準を保ち計画値を達成した。<br>ＤＰＣⅡ期間以内患者割合は改善し計画値を達成したが、平均在院日数及び患者数、手術件数、病床稼働率などは計画値の達成には至っていない。 |

| 目標指標 | 令和元年度実績 | 令和６年度目標値 |
|---|---|---|
| 入院診療単価 | ５８，００１円 | ６２，１７３円以上 |
| 平均在院日数 | １３．１日 | １３．２日以下 |
| ＤＰＣⅡ期間以内患者割合※１ | ５７．９％ | ５７．９％以上 |
| 手術件数 | ３，６７４件 | ３，７３０件以上 |
| 病床稼働率※２ | ８５．０％ | ８７．９％以上 |
| ＩＣＵ稼働率※３ | １０７．７％ | １１９．６％以上 |
| 延べ入院患者数 | １２０，４７８人 | １２３，８１１人以上 |
| 新規入院患者数 | ８，５３３人 | ８，７５０人以上 |
| 新規入院患者数のうちＩＣＵ患者数 | ３２９人 | ３６９人以上 |
| 新規入院患者数のうち一般病棟新規患者数 | ８，０５７人 | ８，２２７人以上 |
| 外来診療単価 | １５，３１２円 | １６，０４９円以上 |
| 外来患者数 | １９８，４０９人 | １９８，４１０人以上 |

※１　ＤＰＣⅡ期間以内退院患者数÷退院患者数×１００

※２　延べ入院患者数÷延べ稼動病床数×１００

※３　（ＩＣＵ延べ入院患者数＋ＩＣＵからの退棟患者数）÷ＩＣＵ延べ稼動病床数×１００

土日・祝日、年末年始において、計画的に定期訪問を行った。２４時間電話対応し、必に応じて緊急訪問を行った。

**ⅱ　目標指標**

| 目標指標<br>【１２指標】 | R03<br>目標<br>実績 | R04<br>目標<br>実績 | R05<br>目標<br>実績 | R06<br>目標 |
|---|---|---|---|---|
| 入院診療単価 | 61,983<br>65,593 | 62,099<br>64,519 | 62,136<br>63,844 | 62,173 |
| 平均在院日数 | 13.2<br>13.4 | 13.2<br>14.7 | 13.2<br>13.5 | 13.2 |
| ＤＰＣⅡ期間以内患者割合 | 57.9<br>56.1 | 57.9<br>60.1 | 57.9<br>61.0 | 57.9 |
| 手術件数 | 3,674<br>2,822 | 3,693<br>2,419 | 3,712<br>2,693 | 3,730 |
| 病床稼働率 | 86.6<br>76.9 | 87.0<br>70.2 | 87.4<br>73.5 | 87.9 |
| ＩＣＵ稼働率 | 117.8<br>106.9 | 118.4<br>94.7 | 119.0<br>100.5 | 119.6 |
| 延べ入院患者数 | 122,006<br>108,293 | 122,605<br>100,724 | 123.207<br>105,752 | 123,811 |
| 新規入院患者数 | 8,622<br>7,512 | 8,664<br>6,445 | 8,707<br>7,309 | 8,750 |
| 新規入院患者数のうちＩＣＵ患者数 | 363<br>346 | 365<br>300 | 367<br>312 | 369 |
| 新規入院患者数のうち一般病棟新規患者数 | 8,107<br>7,166 | 8,147<br>6,085 | 8,187<br>6,997 | 8,227 |
| 外来診療単価 | 15,800<br>16,489 | 15,883<br>16,487 | 15,966<br>16,162 | 16,049 |
| 外来患者数 | 198,410<br>189,056 | 198,410<br>180,871 | 198,410<br>170,006 | 198,410 |

**ⅲ　自己評価の理由**

様々な取組を実行したが、新型コロナウイルス感染症の感染拡大などで、感染症指定医療機関としての責務を果たした結果、一般入院患者数の減少が顕著となり、目標指標の達成には至らなかったため。

**ⅳ　課題とその改善の方策**

市民に求められている医療提供を継続する事に加え、病診連携、病病連携を推進し、患者の確保に努める。また、引き続き診療報酬に関して知見を深め、新規施設基準の取得など医療サービスと診療報酬の最適化を図る。

## （２）支出及び費用の抑制

【小項目ごとの評価結果】

| 年度 | 令和３年度 | 令和４年度 | 令和５年度 | 令和６年度 | 期間見込評価 | 期間最終評価 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 評価結果 | ２ | ２ | ２ | | ２ | |

| 中期目標 | 第３第１項に基づく経営の効率化により、人件費や材料費、経費などの主要な費用について、収益に見合った具体的な数値目標を設定すること。また、その達成を図るための取組を推進し、効率的かつ効果的に支出及び費用を管理すること。 |
|---|---|

### 中期計画

ア　人件費の適正化

　各部署における収益及び業務量に見合った適正な人員配置を推進し、中期計画の達成を図る。また、医療技術部門の人員を確保し、主として医師、看護師の超過勤務の縮減を図る。

イ　材料費比率の抑制

　診療材料費及び医薬品費について、半期ごとにベンチマークを用いた契約単価の評価及びその使用の状況の分析を行い、特に高額医療材料の使用にあっては充分な検討の上で適正に使用するとともに、後発医薬品の使用率の向上に努める。

ウ　経費の削減

　医療機器の賃借及び保守並びに一般管理に係る委託業務については、随時、契約内容を見直し、その適正化を図る。

| 目標指標 | 令和元年度実績 | 令和６年度目標値 |
|---|---|---|
| 職員給与費対医業収益等※１ | ６２．３％ | ５６．４％以下 |
| 材料費比率※２ | ２２．７％ | ２１．７％以下 |
| 後発医薬品指数※３ | ９４．０％ | ９４．０％以上 |
| 委託費比率※４ | １２．１％ | １１．２％以下 |

※１　職員給与費÷（入院収益＋外来収益＋その他医業収益）×１００

※２　材料費÷（入院収益＋外来収益＋その他医業収益）×１００

※３　後発医薬品の規格単位数量÷（後発医薬品が存在する先発医薬品の規格単位数量＋後発医薬品の規格単位数量）×１００

※４　委託費÷（入院収益＋外来収益＋その他医業収益）×１００

### 法人自己評価

評価の判断理由（業務実績の状況等）

ｉ　**主な実績又は成果**

　支出及び費用の抑制に関して人件費、材料費、経費の削減に向けて様々な取組を行った。

ア　人件費の適正化

　新たな診療報酬における加算取得及び働き方改革における医療職間のタスクシフトのため、医療技術職の確保を行った。また時間外勤務については、毎月の経営会議において、職種ごとの勤務時間を報告し、適正管理に努めた。働き方改革の対応については、医師から他職種へのタスクシフトを推進するとともに、看護師においても看護師から看護補助者へのタスクシフトを推進した。

イ　材料費比率の抑制

　材料費の削減については、他施設の納入価格と比較するため、契約先のベンチマークを利用しながら納入業者との価格交渉を行った。また、薬剤については、卸業者との交渉前に薬剤長と共にメーカーヒアリングを実施した。

ウ　経費の削減

　医療機器の賃貸借及び保守については、契約更新時期に合わせて内容と金額の見直しを行った。また長期の年間保守契約を結ぶ機器は厳選し、可能な限り不具合発生時のスポット修理にて対応することにより、トータルコストの削減を図った。

ｉｉ　**目標指標**

| 目標指標<br>【４指標】 | R03<br>目標<br>実績 | R04<br>目標<br>実績 | R05<br>目標<br>実績 | R06<br>目標 |
|---|---|---|---|---|
| 職員給与費対医業収益等 | 59.1<br>65.8 | 58.2<br>72.3 | 57.1<br>72.3 | 56.1 |
| 材料費比率 | 21.8<br>22.1 | 21.8<br>22.2 | 21.8<br>22.0 | 21.7 |
| 後発医薬品指数 | 94.0<br>94.1 | 94.0<br>94.1 | 94.0<br>93.1 | 94.0 |

| ｳｪｲﾄ | 評価 |
|---|---|
| ×1 | 2 |

### 市の評価

| 評価 | 判断理由など |
|---|---|
| 2<br>定量 | 指標の達成状況を定量的に判断した。<br><br>職員給与費対医業収益等及び材料費比率、委託費比率は、計画値の達成には至っていない。 |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 委託費比率 | 11.4<br>12.3 | 11.3<br>12.7 | 11.3<br>12.8 | 11.2 | | | |

iii　自己評価の理由

支出の削減に対して様々な取組を行ったが、新型コロナウイルス感染症の感染拡大等により患者数が減少し、大きく目標指標の達成には至らなかったため。

iv　課題とその改善の方策

人件費率の適正化に関して、タスクシフトや業務の効率化を推進する。

## ２　運営費負担金

【小項目ごとの評価結果】

| 年度 | 令和３年度 | 令和４年度 | 令和５年度 | 令和６年度 | 期間見込評価 | 期間最終評価 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 評価結果 | ３ | ３ | ３ | | ３ | |

| 中期目標 | 保健医療計画や圏域で求められる医療ニーズに配慮しつつも、運営費負担金は中期計画で定める額以下となるよう抑制策を検討すること。 |
|---|---|

| 中期計画 | 法人自己評価 | | | 市の評価 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 評価の判断理由（業務実績の状況等） | ｳｪｲﾄ | 評価 | 評価 | 判断理由など |
| 救急医療等の政策的医療、高度医療等については、総務省の通知を基に算定した目標基準額の範囲内の額での運営を図るため、大津市と必要に応じて協議を行うことで、運営費負担金の抑制を図るとともに、建設改良費及び長期借入金等元利償還金に充当される運営費負担金にあっては、経常費助成のためにこれを活用するものとする。 | ⅰ　主な実績又は成果<br>政策的医療、高度医療等については、総務省の通知に基づいて金額を算定し、大津市と算定方法について協議することで、適正化に努めた。<br><br>ⅱ　目標指標<br>なし（定性）<br><br>ⅲ　自己評価の理由<br>運営費負担金を、総務省の通知に基づいて適切に対応することができたため。<br><br>ⅳ　課題とその改善の方策<br>今後も大津市と算定方法について協議しながら適切に処理する。 | ×1 | 3 | 3<br>定性 | 特筆すべき留意点などはない。 |

## ３　計画期間内の収支見通し

【小項目ごとの評価結果】

| 年度 | 令和３年度 | 令和４年度 | 令和５年度 | 令和６年度 | 期間見込評価 | 期間最終評価 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 評価結果 | ３ | ３ | ３ | | ３ | |

| 中期目標 | 中期計画の策定に当たっては、経営管理に係る定量的な数値指標を年度ごとに設定し、その目標達成状況を管理し、検証すること。<br>四半期ごとに、目標達成状況及びこれを分析した結果を評価委員会に報告すること。 |
|---|---|

| 中期計画 | 法人自己評価 | | | 市の評価 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 評価の判断理由（業務実績の状況等） | ｳｪｲﾄ | 評価 | 評価 | 判断理由など |
| 中期計画の各指標に係る年度ごとの目標の設定を行い、理事会において中期計画で掲げる目標値の達成状況の報告を行う。また、未達成の項目に対しては、各担当部署との面談等を行い、常に目標達成を意識した取組を推進する。<br><br>四半期ごとに目標達成状況及びこれを分析した結果について、評価委員会に対し、その要因も含めた報告を行う。 | ⅰ　主な実績又は成果<br>理事会において、月次決算や資金の推移、年度計画の主要な指標の達成状況について報告を行った。未達成の項目については担当部署に対して報告を行った。また四半期ごとに評価委員会に対して報告を行った。<br><br>ⅱ　目標又は関連指標<br>なし（定性）<br><br>ⅲ　自己評価の理由<br>理事会において、月次決算や資金の推移、年度計画の主要な指標の達成状況について適切に報告を行うことができたため。<br><br>ⅳ　課題とその改善の方策<br>引き続き適切な報告を行い、そこで出た意見に関しては改善に向けて取り組んでいく。 | ×1 | 3 | 3<br>定性 | 目標達成状況の管理として理事会で進捗確認を行っている。市立大津市民病院評価委員会への報告についても目標達成状況及びその要因を分析し報告している。 |