

第32回

さいたま市立病院経営評価委員会次第

日 時：令和7年11月6日（木）15時～

場 所：さいたま市立病院 アッセンブリーホール

1 開 会

2 議 事

（1）第3次中期経営計画の達成状況に対する評価について

（2）その他

3 そ の 他

4 閉 会

さいたま市立病院経営評価委員会委員名簿

職 名	氏 名
一般社団法人浦和医師会会长	桐澤重彦 きり さわ しげひこ
早稲田大学人間科学学術院教授	まつ 松原由美 まつ ばら ゆみ
平塚市病院事業管理者	いし 石原淳 いし はら じゅん
公益社団法人埼玉県看護協会会长	さわ 澄智子 さわ とむちこ
株式会社ウォームハーツ代表取締役	なめ 長面川さより なめ ながおもとさより
さいたま市自治会連合会副会長	た 田口邦雄 た ぐち くに おほ

第32回 さいたま市立病院経営評価委員会 配席図

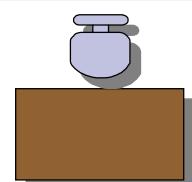
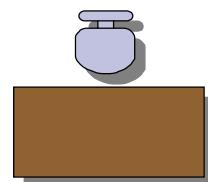
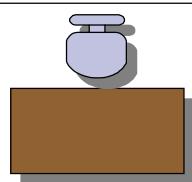
日時：令和7年11月6日（木） 午後3時～
場所：さいたま市立病院 アッセンブリーホール

ZOOM参加
株式会社ウォームハーツ
代表取締役
長面川 さより 委員

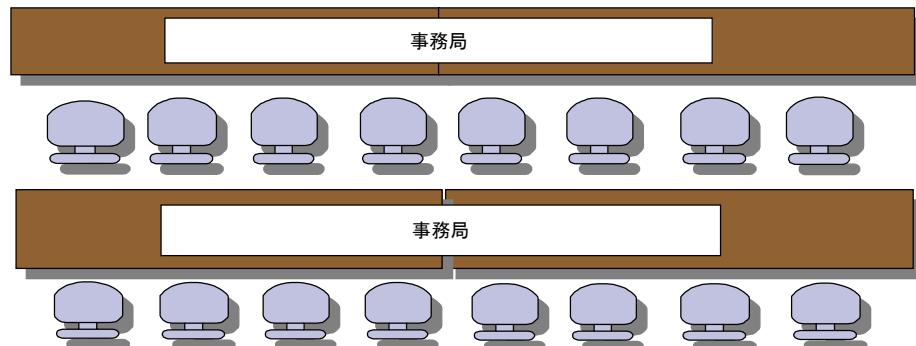
平塚市
病院事業管理者
石原 淳 委員

一般社団法人
浦和医師会会長
桐澤 重彦 委員長

さいたま市
自治会連合会副会長
田口 邦雄 委員



※松原委員、澤登委員
は所用のため欠席



さいたま市立病院中期経営計画の達成状況について
【令和6年度評価(案)】

項目評価一覧

目指すべき方向性 大・中項目	中項目評価 ウエイト	小項目評価 ウエイト	目標 区分	小項目	目標 令和6年度	実績 令和6年度	【小項目達成率】 令和6年度	【大項目達成率】 令和6年度	病院評価	委員会評価										
(1) 「地域完結型医療の要」として、地域医療における中核的な役割																				
大項目①地域の基幹病院として地域住民から求められる医療機能の提供																				
ア施設整備の推進	25%	100%	定性	1 新病院建設事業の円滑な推進	実施	実施	100%													
イ急性期病院としての機能強化と充実	50%	30%	定性	2 急性期一般入院料1の維持	維持	維持	100%													
		20%	定量	3 da Vinci手術件数の増加	120件/年	205件/年	170%													
		50%	定量	4 外保連試案及び特定内科診療の項目達成数	5項目	5項目	100%													
		25%	定性	5 がん診療連携拠点病院指定の維持	維持	維持	100%													
ウがん診療の機能強化と充実	25%	25%	定量	6 放射線治療処置件数の増加	6,820件/年	6,730件/年	99%													
		25%	定量	7 化学療法実施件数の増加	6,800件/年	7,101件/年	104%													
		25%	定量	8 内視鏡治療処置件数の増加	1,800件/年	2,054件/年	114%													
大項目②市内唯一の公立病院として政策医療や災害時医療の提供																				
ア周産期母子医療センターとしての機能維持と強化	25%	50%	定性	9 新生児対応機能の維持	実施	実施	100%													
		50%	定量	10 母体搬送の積極的な受入	150件/年	180件/年	120%													
イ救急医療体制の充実	25%	60%	定量	11 救急搬送患者に対する応需率の向上	90%	85%	95%													
		40%	定性	12 ドクターカーの導入・運用	実施	実施	100%													
ウ災害拠点病院としての体制整備	25%	50%	定性	13 災害時における医療体制の充実	実施	実施	100%													
		50%	定性	14 DMATチーム体制の充実	実施	実施	100%													
エ感染管理に関する取組の更なる強化	25%	100%	定性	15 感染管理に関する取組の推進	実施	実施	100%													
大項目③病診連携の強化																				
ア地域医療支援病院としての地域連携	40%	70%	定性	16 地域医療支援病院の承認維持	維持	維持	100%													
		30%	定性	17 検査機器共同利用の推進	10%以上/年	16%/年	100%													
イ産科セミオーブンシステムの充実	30%	100%	定量	18 取扱件数の増加・維持	140件/年	82件/年	59%													
ウ病診連携の取組推進	30%	50%	定性	19 情報交換のための医療機関訪問	実施	実施	100%													
		50%	定量	20 院内職員に対する退院支援研修会の開催	3回/年	3回/年	100%													
大項目④安全・安心で質の高い医療の提供																				
ア外部組織における報告・評価	30%	100%	定性	21 病院機能評価の認定維持	維持	維持	100%													
イ総合的な診療体制の強化	30%	100%	定性	22 チーム医療の推進	実施	実施	100%													
ウ医療安全に関する取組の更なる強化	20%	50%	定量	23 医療安全関連の研修会・セミナー等の開催件数	4回/年	8回/年	200%													
		50%	定量	24 医療安全に関する改善取組の推進	12回/年	12回/年	100%													
エ医療情報の活用	20%	100%	定性	25 クリニカルインディケーターの作成・公表・活用	実施	実施	100%													
大項目⑤利用者サービスの向上																				
ア患者満足度の向上	50%	50%	定量	26 入院患者満足度の向上	90.0%	94.0%	104%													
		50%	定量	27 外来患者満足度の向上	80.0%	83.0%	104%													
イ院外への情報発信	50%	30%	定量	28 市民公開講座の実施	20回/年	11回/年	55%													
		30%	定量	29 広報誌の発刊	4回/年	4回/年	100%													
		40%	定量	30 ホームページアクセス件数の増加	65千件/月	82千件/月	126%													
(2) 健全な経営基盤の確立																				
大項目①業務改善に関する取組																				
ア院内情報システムの更新	35%	100%	定性	31 院内情報システムの更新	実施	実施	100%													
イSPDIによる物品の適正管理	35%	100%	定性	32 SPDによる物品の適正管理	実施	実施	100%													
ウQC手法を活用した業務改善	30%	100%	定性	33 QC活動の実施	実施	実施	100%													
大項目②収益確保に向けた取組																				
ア医業収益の拡大	90%	25%	定量	34 新入院患者数（一般病床）の増加	1,449人/月	1,322人/月	91%													
		25%	定量	35 入院診療単価（一般病床）の向上	87,645円	83,762円	96%													
		25%	定量	36 外来診療単価の向上	17,601円	18,692円	106%													
		25%	定量	37 査定率の抑制	0.14%	0.21%	67%													
イ医業未収金の削減	10%	100%	定量	38 医業未収金発生率の抑制	2.18%	3.26%	67%													
大項目③費用縮減に関する取組																				
ア材料費の縮減	40%	50%	定性	39 価格交渉による材料費の縮減	実施	実施	100%													
		50%	定量	40 後発医薬品使用数量割合の拡大	85.0%	91.0%	107%													
イ医療機器等調達費用の縮減	30%	100%	定性	41 価格及び保守内容の妥当性確認	実施	実施	100%													
ウ経費縮減の取組	30%	100%	定性	42 経費縮減の取組	実施	実施	100%													
大項目④経営管理体制の整備																				
ア経営形態見直しに向けた取組	60%	100%	定性	43 経営形態見直しに向けた取組	検討	検討	100%													
イ職員の意識向上	40%	50%	定量	44 経営状況に関する説明会の実施	2回/年	2回/年	100%													
		50%	定性	45 職員倫理研修の実施	実施	実施	100%													
大項目⑤職員の確保・人材育成と職場環境の整備																				
ア必要人員の確保	40%	100%	定性	46 職員採用に向けた取組	実施	実施	100%													
イ人材の育成	30%	50%	定性	47 資格取得支援・研修会や学会への参加推進	実施	実施	100%													
		50%	定量	48 職員研修施設の設置・運用	実施	実施	100%													
ウ働きがいのある職場づくり	30%	50%	定量	49 職員満足度の向上	80%	75%	94%													
		50%	定性	50 働き方改革関連法への対応	実施	実施	100%													

I 項 目 評 價

項目評価

目指すべき方向性	大項目	大項目達成率	病院評価(案)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(1)「地域完結型医療の要」として、地域医療における中核的な役割	① 地域の基幹病院として地域住民から求められる医療機能の提供	108%	順調	順調	—

中項目	小項目	R06年度目標	R06年度実績	取組内容	病院評価説明(成果・課題等)	R06年度達成率
ア 施設整備の充実及び維持管理	1 施設整備の充実及び維持管理	実施	実施	<ul style="list-style-type: none"> ・外構工事 実施(4月～5月) 5月下旬完了 ・環境影響評価事後調査業務(工事中その2) 実施(4月～12月) ・環境影響評価事後調査業務(供用後) 実施(4月～3月) 	<p>外構工事は、令和6年5月21日に完成した。</p> <p>環境影響評価事後調査業務(工事中その2)は、令和6年12月17日に完了した。</p> <p>環境影響評価事後調査業務(供用後)は、令和6年度に予定していた調査はすべて実施し、提出するべき「環境保全措置実施状況報告書」を提出した。</p>	100%

年 度	目標	実績	取組内容	病院評価説明(成果・課題等)	達成率
R04年度	実施	実施	<ul style="list-style-type: none"> ・周産期センター改修工事 工事(4月～1月) ・旧病棟解体工事 工事(4月～3月) ・外構工事 修正設計(4月～1月) ・外構工事 公告(1月)、入札(2月)、工事(2月～3月) ・環境影響評価事後調査業務(工事中その2) 実施(4月～3月) 	<p>周産期センター改修工事は、令和5年1月31日に完成した。</p> <p>旧病棟解体工事は、令和5年4月の完成に向けて、順調に進捗している。</p> <p>外構工事修正設計は、旧病棟解体工事の契約変更に伴い工事内容の変更が生じたため、履行期間を延長したが令和5年1月31日に完了した。</p> <p>外構工事は、工事費の増額が必要になり12月に予算を補正したため、公告が遅れたが令和5年2月24日に契約を締結した。</p> <p>環境影響評価事後調査業務は、令和4年度に予定していた調査をすべて実施した。</p>	80%
R05年度	↓	実施	<ul style="list-style-type: none"> ・旧病棟解体工事 工事(4月)、4月中旬完了 ・外構工事(4月～1月) ・環境影響評価事後調査業務(工事中その2) 実施(4月～3月) 	<p>旧病棟解体工事は令和5年4月14日に完了した。</p> <p>外構工事は一部工程に遅延が生じ、令和6年5月末まで工期を延長した。工期末に向けて順次施工中であり、令和6年5月末までに完了予定。</p> <p>環境影響評価事後調査業務(工事中その2)は、外構工事の発注遅延及び工期延期に伴い令和6年12月まで履行期間を延長した。なお、令和5年度に予定していた調査はすべて実施し、提出するべき「環境保全措置実施状況報告書」を提出した。</p>	80%
R07年度	↓				

項目評価

目指すべき方向性	大項目	大項目達成率	病院評価(案)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(1)「地域完結型医療の要」として、地域医療における中核的な役割	① 地域の基幹病院として地域住民から求められる医療機能の提供	108%	順調	順調	—

中項目	小項目	R06年度目標	R06年度実績	取組内容	病院評価説明(成果・課題等)	R06年度達成率
イ 急性期病院としての機能強化と充実	2 急性期一般入院料1の維持	維持	維持	<ul style="list-style-type: none"> ・重症度、医療・看護必要度の評価が適正にできるように研修を行った。新入職者への研修や、管理者会での研修、管理者から職員への研修を行い、評価をしている部署の看護師が研修を受けた。 ・看護部の情報管理委員会の委員を中心に監査を行い、評価に関するコスト漏れがないように取り組みを行った。 ・毎月の評価結果を看護部や病床管理を担う患者支援センター、各部連絡会議等で共有した。 	<p>一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者の割合については、月次で基準値である基準①の20%以上、基準②の27%以上を達成しているか確認した。すべての月において基準値を継続的に満たしており、施設基準を達成することができた。看護部の委員会で実施した評価に関するコスト漏れ定点調査による監査では、毎月の監査を実施することができコスト漏れ0件を達成できた。</p>	100%

年 度	目標	実績	取組内容	病院評価説明(成果・課題等)	達成率
R04年度	維持	維持	<ul style="list-style-type: none"> ・重症度、医療・看護必要度の評価者を育成するために、研修を企画し、院内研修に103名、外部研修に14名が参加した。 ・看護部で入力するDPC項目について、診療情報管理士等より入力漏れや入力誤りの指摘を受けた際には、速やかに確認・修正し、入力精度の向上に努めた。 ・毎月、病棟ごとに看護必要度の基準該当患者割合を測定し、看護管理者会で情報共有して適正な病床管理に努めた。 	<p>看護配置について、入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類(様式9)を用いて、毎月に7対1看護配置人数、月平均夜勤時間数及び看護補助者数について、状況確認と調整を行った結果、通年で月平均1日当たり看護配置数が1日看護配置必要数を上回った。</p> <p>また、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱについても、基準の該当患者割合である29%以上を維持し、施設基準を達成することができた。</p>	100%
R05年度	↓	維持	<ul style="list-style-type: none"> ・重症度、医療・看護必要度の評価者を育成するために、院内評価者研修を3回実施し、のべ159名が参加した。 ・毎月、病棟ごとに看護必要度の基準該当患者割合を測定し、看護管理者会で情報共有して適正な病床管理に努めた。 	<p>一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者の割合については、月次で基準値である28%以上を達成しているか確認しており、すべての月において基準値を継続的に満たしており、施設基準を達成することができた。</p>	100%
R07年度	↓				

項目評価

目指すべき方向性	大項目	大項目達成率	病院評価(案)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(1)「地域完結型医療の要」として、地域医療における中核的な役割	① 地域の基幹病院として地域住民から求められる医療機能の提供	108%	順調	順調	—

中項目	小項目	R06年度目標	R06年度実績	取組内容	病院評価説明(成果・課題等)	R06年度達成率
イ 急性期病院としての機能強化と充実	3 da Vinci手術件数の増加	120件/年	205件/年	泌尿器科、呼吸器外科、外科にて、ロボット支援手術を実施した。 ロボット支援手術運営委員会の開催(毎月月末木曜開催)。委員会にて各術式の実施状況の確認と新規術式も含めた今後の見通し及び現場の調整事項の確認を行う。	委員会を年12回開催した。 ロボット支援手術は、年間合計で204件実施した。 内訳として 第1四半期では、泌尿器科26件・外科23件実施 第2四半期では、泌尿器科23件・外科30件実施 第3四半期では、泌尿器科30件・外科25件実施 第4四半期では、泌尿器科25件・外科23件実施	170%

年度	目標	実績	取組内容	病院評価説明(成果・課題等)	達成率
R04年度	100件/年	122件/年	泌尿器科、呼吸器外科、外科にて、ロボット支援手術を実施した。 ロボット支援手術運営委員会の開催(毎月月末木曜開催)。委員会にて各術式の実施状況の確認と新規術式も含めた今後の見通し及び現場の調整事項の確認を行う。	委員会を年12回開催した。 ロボット支援手術は、年間合計で122件実施した。 内訳として 第1四半期では、泌尿器科21件・外科4件、計25件 第2四半期では、泌尿器科27件・外科6件、計33件 第3四半期では、泌尿器科24件・外科6件、計30件 第4四半期では、泌尿器科24件・外科10件、計34件 直腸・結腸・膀胱を新規術式として実施した。	122%
R05年度	120件/年	166件/年	泌尿器科、呼吸器外科、外科にて、ロボット支援手術を実施した。 ロボット支援手術運営委員会の開催(毎月月末木曜開催)。委員会にて各術式の実施状況の確認と新規術式も含めた今後の見通し及び現場の調整事項の確認を行う。	委員会を年12回開催した。 ロボット支援手術は、年間合計で166件実施した。 内訳として 第1四半期では、泌尿器科30件・外科13件、計43件 第2四半期では、泌尿器科31件・外科10件、計41件 第3四半期では、泌尿器科29件・外科9件、呼吸器外科1件、計39件 第4四半期では、泌尿器科28件・外科15件、計43件	150%
R07年度	130件/年				

項目評価

目指すべき方向性	大項目	大項目達成率	病院評価(案)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(1)「地域完結型医療の要」として、地域医療における中核的な役割	① 地域の基幹病院として地域住民から求められる医療機能の提供	108%	順調	順調	—

中項目	小項目	R06年度目標	R06年度実績	取組内容	病院評価説明(成果・課題等)	R06年度達成率
イ 急性期病院としての機能強化と充実	4 外保連試案及び特定内科診療の項目達成数	5項目	5項目	手術及び特定内科診療の実施状況を把握し、達成状況を共有した。	外保連試案については、手術実施症例1件当たりの外保連手術指數(外科医師数及び手術時間補正後)は、難易度の高い手術の件数が基準を満たさなかつたため未達成となった。また、特定内科診療については3項目全てを達成し、今期については目標値を達成できた。 引き続き手術の実施状況等を検証し、手術指數の向上について検討していく。	100%

年 度	目標	実績	取組内容	病院評価説明(成果・課題等)	達成率
R04年度	5項目	5項目	手術及び特定内科診療の実施状況を把握し、進捗管理を行った。	外保連試案については、手術実施症例1件当たりの外保連手術指數(外科医師数及び手術時間補正後)が基準を満たさなかつたが、特定内科診療を含むほかの項目がすべて基準を満たしているため、目標を達成した。 今期については目標値を達成しているが、引き続き手術の実施状況等を検証し、外保連手術指數の向上について検討していく。	100%
R05年度	↓	6項目	手術及び特定内科診療の実施状況を把握し、達成状況を共有した。	令和6年度医療機関別係数におけるDPC 特定病院群の設定要件の外保連試案及び特定内科診療について(算定期間: 令和5年10月～令和6年9月)、全ての項目を達成することが出来た。 引き続き各項目の実施状況等を検証し、指數の向上について検討していく。	120%
R07年度	↓				

項目評価

目指すべき方向性	大項目	大項目達成率	病院評価(案)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(1)「地域完結型医療の要」として、地域医療における中核的な役割	① 地域の基幹病院として地域住民から求められる医療機能の提供	108%	順調	順調	—

中項目	小項目	R06年度目標	R06年度実績	取組内容	病院評価説明(成果・課題等)	R06年度達成率
ウ がん診療の機能強化と充実	5 がん診療連携拠点病院指定の維持	維持	維持	・地域がん診療連携拠点病院の指定要件である緩和ケア研修会を開催した。(11月9日)。 ・地域がん診療連携拠点病院の指定を維持した。	がん診療連携拠点病院として行うべき緩和ケア研修会について、院内だけでなく院外の医師に対しても参加を呼びかけ、11月9日に開催した。 今後も、地域がん診療連携拠点病院の指定について、安定的に要件を充足できるよう取り組む。 また、がん診療連携拠点病院として行うべき緩和ケア研修会の開催や、現況報告書の提出等について、関係機関と調整しながら適切に対応していく。	100%

年 度	目標	実績	取組内容	病院評価説明(成果・課題等)	達成率
R04年度	維持	維持	・地域がん診療連携拠点病院の指定要件である緩和ケア研修会を開催した。(10月29日)。 ・地域がん診療連携拠点病院の指定を維持した。	がん診療連携拠点病院として行うべき緩和ケア研修会について、院内だけでなく院外の医師に対しても参加を呼びかけ、10月29日に開催した。 要件について、一時的に未充足となる項目もあったので、今後は安定的に要件を充足できるよう取り組む。 今後も、がん診療連携拠点病院として行うべき緩和ケア研修会の開催や、現況報告書の提出等について、関係機関と調整しながら適切に対応していく。	100%
R05年度	↓	維持	・地域がん診療連携拠点病院の指定要件である緩和ケア研修会を開催した。(11月11日)。 ・地域がん診療連携拠点病院の指定を維持した。	がん診療連携拠点病院として行うべき緩和ケア研修会について、院内だけでなく院外の医師に対しても参加を呼びかけ、11月11日に開催した。 今後も、地域がん診療連携拠点病院の指定について、安定的に要件を充足できるよう取り組む。 また、がん診療連携拠点病院として行うべき緩和ケア研修会の開催や、現況報告書の提出等について、関係機関と調整しながら適切に対応していく。	100%
R07年度	↓				

項目評価

目指すべき方向性	大項目	大項目達成率	病院評価(案)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(1)「地域完結型医療の要」として、地域医療における中核的な役割	① 地域の基幹病院として地域住民から求められる医療機能の提供	108%	順調	順調	—

中項目	小項目	R06年度目標	R06年度実績	取組内容	病院評価説明(成果・課題等)	R06年度達成率
ウ がん診療の機能強化と充実	6 放射線治療処置件数の増加	6,820件/年	6,730件/年	キャンサーボードにおいて放射線治療の実施について協議し、また、当該科主治医と直接面会して、治療方針の策定や放射線治療の適応を相談しながら進めた。	キャンサーボードにおける協議や、放射線科医と主治医との連携により、年間の目標値に対し99%の達成となった。 令和4年度と比較し件数が減となった要因は、術後乳癌に対する標準治療の照射回数の減少、照射回数の少ない定位照射(診療報酬は高)の積極的実施。 今後も目標値を達成できるよう、取り組んでいく。	99%

年 度	目標	実績	取組内容	病院評価説明(成果・課題等)	達成率
R04年度	6,500件/年	7,499件/年	キャンサーボードにおいて放射線治療の実施について協議し、また、当該科主治医と直接面会して、治療方針の策定や放射線治療の適応を相談しながら進めた。	キャンサーボードにおける協議や、放射線科医と主治医との連携により、年間の目標値を達成した(対目標比115%)。 今後も目標値を達成できるよう、取り組んでいく。	115%
R05年度	6,820件/年	6,587件/年	キャンサーボードにおいて放射線治療の実施について協議し、また、当該科主治医と直接面会して、治療方針の策定や放射線治療の適応を相談しながら進めた。	キャンサーボードにおける協議や、放射線科医と主治医との連携により、年間の目標値に対し99%の達成となった。 令和4年度と比較し件数が減となった要因は、令和4年度は近隣病院の放射線医療機器の入れ替えの影響により、放射線治療を要する患者さんが当院で治療を受けていた期間が約5か月間あったことによるもの。 今後も目標値を達成できるよう、取り組んでいく。	99%
R07年度	7,000件/年				

項目評価

目指すべき方向性	大項目	大項目達成率	病院評価(案)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(1)「地域完結型医療の要」として、地域医療における中核的な役割	① 地域の基幹病院として地域住民から求められる医療機能の提供	108%	順調	順調	—

中項目	小項目	R06年度目標	R06年度実績	取組内容	病院評価説明(成果・課題等)	R06年度達成率
ウ がん診療の機能強化と充実	7 化学療法実施件数の増加	6,800件/年	7,101/件	毎月のキャンサーボードや外来病棟運営委員会において、化学療法外来の実施状況を報告し、曜日ごとの偏りを是正するなど安全かつ効率的運用を継続した。また、年度末の3月にはがんに関する地域連携カンファレンスを開催し、当院のがん診療体制の紹介(緩和ケア、放射線治療について)とともに、患者の緩和ケアの取り組みについても近隣医療機関とのコミュニケーションを図り、病診連携の推進を図った。	件数については第4四半期でやや減少したものの、年度目標の6800件を上回っており、腫瘍内科、婦人科や乳腺外科などの化学療法件数が順調に増加していると考えられる。抗悪性腫瘍剤の非投与日についても、必要に応じて適宜診療を行なっている。また、近年顕在化しているirAEについてもリーフレットを外来各ブースに置くことや、救急外来受診時対応の周知徹底などを図っている。がん化学療法室に栄養士が常駐し、がん患者の栄養指導を継続している。また、慶應義塾大学病院との連携のもと、遺伝子パネル検査についての体制が整い、次年度より運用を開始する予定である。	104%

年 度	目標	実績	取組内容	病院評価説明(成果・課題等)	達成率
R04年度	6,000件/年	6,389件/年	新型コロナウイルス感染症対策を継続し、化学療法室でクラスターを起こすことなく、化学療法を順調に実施できた。	化学療法室での外来化学療法の件数及び割合が増加しており、新型コロナウイルス感染症の影響下においても適切な対応が行えた。 化学療法室での外来化学療法は、日によっては予約が困難となっている。実施件数の更なる増加のためには、効率的な運用等を引き続き検討する必要がある。	106%
R05年度	6,400件/年	6,233件/年	新型コロナウイルス感染症は5類に移行し、沈静化に向かったが、引き続き感染対策を継続し、化学療法室でクラスターを起こすことなく、化学療法を順調に実施できた。	第1四半期1,677件、第2四半期1,549件、第3四半期1,454件、第4四半期1,553件の化学療法を実行し目標に対し97%の達成率となった。 ここ数年、婦人科医師や乳腺外科医師の採用に伴い、婦人科系や乳がん患者の増加から着実な増加傾向はあるものの目標値には僅かに及ばなかった。また、今年度よりがん化学療法室に栄養士が常駐し、がん患者の栄養指導が開始された。 外来化学療法室の受け入れ時間枠を増やし、曜日毎の件数を統計化することで、均一に多くの患者さんの外来化学療法を行えるよう図っており、今後も効率的な運用を目指す。	97%
R07年度	7,200件/年				

項目評価

目指すべき方向性	大項目	大項目達成率	病院評価(案)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(1)「地域完結型医療の要」として、地域医療における中核的な役割	① 地域の基幹病院として地域住民から求められる医療機能の提供	108%	順調	順調	—

中項目	小項目	R06年度目標	R06年度実績	取組内容	病院評価説明(成果・課題等)	R06年度達成率
ウ がん診療の機能強化と充実	8 内視鏡治療処置件数の増加	1,800件/年	2,054件/年	内視鏡治療の対象となる疾患に対して、幅広く患者を受け入れ治療に取り組んだ。引き続き近隣医療機関との連携を緊密にし、紹介患者を断らない体制づくりと治療後の結果報告も漏れなく行うことで信頼関係を強固にした。インターネットからの内視鏡検査のみの病診連携予約システムの構築し、近隣機関に周知し、更なる件数の増加に努めることとした。	新型コロナウイルス感染症の影響はほぼなくなり、通常の診療体制に戻った。 内視鏡治療に関しては紹介も多く、断らない医療を実践し、今年度は全体件数も増えて114%と目標を達成することが出来た。緊急処置依頼のみならず、今後も、紹介いただく内視鏡治療件数の増加を図れるよう、引き続き近隣医療機関へのアピールと堅実なフィードバックを継続する。インターネット予約システムに関しては、他部門(放射線科CT,MRIなど)の状況を参考に構築を模索している段階に留まった。	114%

年 度	目標	実績	取組内容	病院評価説明(成果・課題等)	達成率
R04年度	1,800件/年	1,960件/年	消化器内視鏡学会からのガイドラインに則り、新型コロナウイルス感染症対策を十分に行い安全な検査の遂行に務めた。昨年度より消化器内科増員に伴い、検査担当医の待ち時間を短縮化し、検査数の増加につなげた。院内で早期がん発見症例および、紹介患者を増やし、治療内視鏡(ESD)件数の増加に努めた。 また、近隣施設より外来を介さない内視鏡検査のみの予約を可能とした病診連携を開始した。	新型コロナウイルス感染症が收まりきらない中ではあるが、近隣医療機関からの紹介も多くあり、目標を達成した。引き続き、内視鏡治療件数の増加を図れるよう、近隣医療機関への訪問などアピールと堅実なフィードバックを継続する。 また、更なる件数増加のために内視鏡検査のみの予約システムを近隣機関に対し周知していく。	109%
R05年度	↓	1,952件/年	内視鏡治療の対象となる疾患に対して、幅広く患者を受け入れ、治療に取り組んだ。新型コロナウイルス感染症の影響はほぼ収束し、通常を取り戻しつつあるが、緊急内視鏡や大腸検査前処置を院内で行う際には検査前感染検査を実施し、感染対策を継続した。 近隣医療機関との連携を緊密にし、紹介患者を断らない体制づくりと治療後の結果報告も漏れなく行うことで信頼関係を強固にした。内視鏡検査のみの病診連携予約システムを再開(コロナの影響で一時休止)し、近隣機関に周知し更なる件数の増加に努めた。	新型コロナウイルス感染症の影響はほぼなくなり、その分近隣医療機関で自ら検査を行うことが増えたためか、やや下半期は件数は減少した。 一方で内視鏡治療に関しては紹介も多く、断らない医療を実践し、目標を達成することが出来た。緊急処置依頼のみならず、今後も、紹介いただく内視鏡治療件数の増加を図れるよう、引き続き近隣医療機関へのアピールと堅実なフィードバックを継続する。	108%
R07年度	↓				

項目評価

目指すべき方向性	大項目	大項目達成率	病院評価(案)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(1)「地域完結型医療の要」として、地域医療における中核的な役割	②市が運営する唯一の公立病院として政策医療や災害時医療の提供	102%	順調	順調	—

中項目	小項目	R06年度目標	R06年度実績	取組内容	病院評価説明(成果・課題等)	R06年度達成率
ア 周産期母子医療センターとしての機能維持と強化	9 新生児対応機能の維持	実施	実施	①新型コロナウイルス感染流行に伴い減少した早産児の積極的な受け入れの実施 ②地域産婦人科と連携するためドクターカーによる新生児科医師の産院への搬送	新型コロナウイルス感染症が5類に移行し、病棟での感染対策を継続しながら早産児入院数を増加に転じることができた(昨年度180例、今年度187例)。ドクターカー運用による地域産婦人科への新生児搬送における医師派遣を開始した。令和6年度は2件実施した。 上記から新生児対応機能を維持できており、地域医療の中核的な役割を果たした。	100%

年 度	目標	実績	取組内容	病院評価説明(成果・課題等)	達成率
R04年度	実施	実施	①新型コロナウイルス感染症陽性妊婦から出生した児の受け入れ ②職員の新型コロナウイルス感染症感染防止の取り組み	新型コロナウイルス感染症感染拡大の第7波・第8波があつたが、取組内容を適切に実施し、新生児対応機能を維持した。	100%
R05年度	↓	実施	①新型コロナウイルス感染流行に伴い減少した早産児の積極的な受け入れの実施 ②地域産婦人科と連携するためドクターカーによる新生児科医師の産院への搬送	新型コロナウイルス感染症が5類に移行し、病棟での感染対策も十分に行うことで早産児入院数を増加に転じることができた(昨年度180例、今年度187例)。ドクターカー運用による地域産婦人科への新生児搬送における医師派遣を開始した。 上記から新生児対応機能を維持できており、地域医療の中核的な役割を果たした。	100%
R07年度	↓				

項目評価

目指すべき方向性	大項目	大項目達成率	病院評価(案)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(1)「地域完結型医療の要」として、地域医療における中核的な役割	②市が運営する唯一の公立病院として政策医療や災害時医療の提供	102%	順調	順調	—

中項目	小項目	R06年度目標	R06年度実績	取組内容	病院評価説明(成果・課題等)	R06年度達成率
ア 周産期母子医療センターとしての機能維持と強化	10 母体搬送の積極的な受入	150件/年	180件/年	<ul style="list-style-type: none"> ・地域周産期センターとして担当ブロック内のハイリスク妊産婦を積極的に受け入れた。また、担当ブロック以外からの要請についても、可能な限り受け入れられるよう、産科病棟等の病床コントロールを行った。 ・週1回の産科とNICUとのカンファレンスの際、入院及び外来管理中の全ハイリスク妊婦の情報交換を行うとともに、毎日病棟状況を確認し合うことにより、円滑な受入体制の構築を図った。 ・病棟の状況に応じてコーディネーターとも連絡をとり効率の良い受け入れを図った。 	<ul style="list-style-type: none"> ・母体搬送の受入れ状況は、依頼件数268件であり、受入れ総数180件であった。そのうち、さいたま市内からの依頼件数は184件であり、受入件数は142件であった。昨年度に比して人員は減少したが、依頼件数、受入件数とも昨年度を上回り、目標件数を達成した。 ・母体搬送の受入れができなかった88件の理由の内訳は、産科病棟満床が31件、NICU満床が40件、手術室対応不能が6件、その他1件であった。産婦人科の人員が減少したことにより、助産師の人数はたりているが、若手がおおく中堅層が不足していることの影響で産科病棟側の事情で応需できなかったケースがふえたと考えられる。 	120%

年 度	目標	実績	取組内容	病院評価説明(成果・課題等)	達成率
R04年度	150件/年	148件/年	<ul style="list-style-type: none"> ・地域周産期センターとして担当ブロック内のハイリスク妊産婦を積極的に受け入れた。また、担当ブロック以外からの要請についても、可能な限り受け入れられるよう、産科病棟等の病床コントロールを行った。 ・週1回の産科とNICUとのカンファレンスの際、入院及び外来管理中の全ハイリスク妊婦の情報交換を行うとともに、毎日病棟状況を確認し合うことにより、円滑な受入体制の構築を図った。 ・病棟の状況に応じてコーディネーターとも連絡をとり効率の良い受け入れを図った。 	<ul style="list-style-type: none"> ・母体搬送の受入れ状況は、依頼件数217件であり、受入れ総数148件であった。そのうち、さいたま市内からの依頼件数は148件であり、受入件数は108件であった。受入件数は目標をわずかに下回った。 ・母体搬送の受入れができなかった69件の理由の内訳は、産科病棟満床が13件、NICU満床が26件、手術室対応不能が20件、他患者対応中が7件、その他3件であった。NICU満床によるお断り26件のうち、11件が8月、9件が9月であった。8月は重症児が入院していたことによるものであり、9月はNICU改修工事が要因であった。 ・令和3年度は197件の母体搬送の受入れを行った。そのうち66件は新型コロナウイルス感染症の陽性および濃厚接触者であった。今年度は新型コロナ感染症関連の母体搬送は24件であり、新型コロナウイルス感染関連の搬送が減少したことが依頼件数、受入件数の減と連動した。 	99%
R05年度	↓	156件/年	<ul style="list-style-type: none"> ・地域周産期センターとして担当ブロック内のハイリスク妊産婦を積極的に受け入れた。また、担当ブロック以外からの要請についても、可能な限り受け入れられるよう、産科病棟等の病床コントロールを行った。 ・週1回の産科とNICUとのカンファレンスの際、入院及び外来管理中の全ハイリスク妊婦の情報交換を行うとともに、毎日病棟状況を確認し合うことにより、円滑な受入体制の構築を図った。 ・病棟の状況に応じてコーディネーターとも連絡をとり効率の良い受け入れを図った。 	<ul style="list-style-type: none"> ・母体搬送の受入れ状況は、依頼件数236件であり、受入れ総数156件であった。そのうち、さいたま市内からの依頼件数は165件であり、受入件数は123件であった。昨年度に比してマンパワーが充実したことにより、依頼件数、受入件数とも昨年度を上回り、目標件数を達成した。 ・母体搬送の受入れができなかった80件の理由の内訳は、産科病棟満床が20件、NICU満床が47件、手術室対応不能が10件、その他3件であった。NICU満床でお断りした47件中35件は第2及び第3四半期であったが、その時期には院内の双胎が多く控えていたことが影響したと考えられる。 	104%
R07年度	↓				

項目評価

目指すべき方向性	大項目	大項目達成率	病院評価 (案)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(1)「地域完結型医療の要」として、地域医療における中核的な役割	②市が運営する唯一の公立病院として政策医療や災害時医療の提供	102%	順調	順調	—

中項目	小項目	R06年度 目標	R06年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	R06年度 達成率
イ 救急医療体制の充実	11 救急搬送患者に対する応需率の向上	90.0%	85.3%	救急患者の受入方法等について、救急委員会で検討し、積極的な救急車の受入れを行った。	受入要請数1,592件に対し1,358件の受入をしており、応需率は85.3%であった。目標値90.0%に対する達成率は95%と目標を下回る実績となった。今後も、救急委員会で受入可否事例を精査し、応需率の向上を目指す。	95%

年 度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	達成率
R04年度	90.0%	82.1%	救急患者の受入方法等について、救急委員会で検討し、積極的な救急車の受入れを行った。	受入要請数1,895件に対し1,555件の受入をしており、応需率は82.1%であった。目標値に対して約91.2%と目標を下回る実績となった。 受入数は前年度比で約62%増えており応需率も前年度比で上がっているが、目標値は達成できなかった。今後も、救急委員会で受入可否事例を精査し、応需率の向上を目指す。	91%
R05年度	↓	78.9%	救急患者の受入方法等について、救急委員会で検討し、積極的な救急車の受入れを行った。	受入要請数1,847件に対し1,457件の受入をしており、応需率は78.9%であった。目標値90.0%に対する達成率は88%と目標を下回る実績となった。 今後も、救急委員会で受入可否事例を精査し、応需率の向上を目指す。	88%
R07年度	↓				

項目評価

目指すべき方向性	大項目	大項目達成率	病院評価(案)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(1)「地域完結型医療の要」として、地域医療における中核的な役割	②市が運営する唯一の公立病院として政策医療や災害時医療の提供	102%	順調	順調	—

中項目	小項目	R06年度目標	R06年度実績	取組内容	病院評価説明(成果・課題等)	R06年度達成率
イ 救急医療体制の充実	12 ドクターカーの導入・運用	実施	実施	<ul style="list-style-type: none"> ・引き続きドクターカーを運用する。 ・出動の都度、ドクターカーの出動内容を記録し、課題や改善点を検討する。 ・救命救急センター運営実務者会議を年2回開催し、関係者間でドクターカーの運用状況を共有するとともに、改善策を検討する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・年間を通じてドクターカーを運用し、176件出動した。 ・出動の都度、ドクターカーの出動内容を記録し、課題や改善点をドクターカー連絡会議内で検討した。 ・救命救急センター運営実務者会議を年2回開催し、関係者間でドクターカーの運用状況を共有するとともに、改善策を検討した。 	100%

年 度	目標	実績	取組内容	病院評価説明(成果・課題等)	達成率
R04年度	実施	実施	<ul style="list-style-type: none"> ・ドクターカーの運用開始に向け、運用要綱等の諸規程を整備し、運用シミュレーションを実施した。(4~5月) ・ドクターカーの運用を開始した。(6月) ・出動の都度、ドクターカーの出動内容を記録し、課題や改善点を検討した。 ・救命救急センター運営実務者会議を5回開催し、ドクターカーの運用状況の情報共有を図った。 	<p>令和4年6月にドクターカー運用開始を行うための準備を行い、予定通り6月より運用を開始した。</p> <p>令和4年度は10か月間で140件の出動要請があった。</p> <p>要請理由別では心肺機能停止(37件)、外傷(27件)、胸痛(27件)、呼吸不全(14件)、意識障害(13件)、ショック(11件)などとなっており、医師が救急現場に駆けつけて初期診療を行い傷病者の病態悪化の防止と救命率向上に貢献した。</p> <p>要請元消防別では市内消防100件、市外消防40件と、市内に限らず、近隣の出動要請にも対応している。</p> <p>令和5年度も引き続き安定的にドクターカーの運用を行っていく。</p>	100%
R05年度	↓	実施	<ul style="list-style-type: none"> ・ドクターカーを運用した。 ・出動の都度、ドクターカーの出動内容を記録し、課題や改善点を検討した。 ・救命救急センター運営実務者会議を年2回開催し、関係者間でドクターカーの運用状況を共有するとともに、改善策を検討した。 	<p>年間を通じて安定的にドクターカーを運用し、189件の出動要請があった。</p> <p>要請理由別では外傷(51件)、心肺機能停止(40件)、胸痛(29件)、呼吸不全(25件)、ショック(19件)、意識障害(11件)などとなっており、医師が救急現場に駆けつけて初期診療を行い傷病者の病態悪化の防止と救命率向上に貢献した。</p> <p>要請元消防別では市内消防129件、市外消防60件と、市内に限らず、近隣の出動要請にも対応している。</p> <p>令和6年度も引き続き安定的にドクターカーの運用を行っていく。</p>	100%
R07年度	↓				

項目評価

目指すべき方向性	大項目	大項目達成率	病院評価(案)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(1)「地域完結型医療の要」として、地域医療における中核的な役割	②市が運営する唯一の公立病院として政策医療や災害時医療の提供	102%	順調	順調	—

中項目	小項目	R06年度目標	R06年度実績	取組内容	病院評価説明(成果・課題等)	R06年度達成率
ウ 災害拠点病院としての体制整備	13 災害時における医療体制の充実	実施	実施	<ul style="list-style-type: none"> ・災害時に使用する備蓄品について点検を行い、必要な物品を購入した。 ・災害時における医療体制について検討を行い、事業継続計画(BCP)に反映した。 ・トリアージ訓練を実施し、課題及び改善点を確認した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・保存期限の切れる備蓄品(患者用食料及び水:1日分、職員用食料及び水:2日分)の購入を行った。 ・関係者による打合せ(コアミーティング会議)を定期的に行い、事業継続計画(BCP)を改定した。(令和6年9月改定) ・埼玉県が主催する、1都3県による大規模地震時医療活動訓練に參加した。(9月28日実施) ・災害対策訓練を3回実施した。(令和7年2月7日:災害対策本部開設訓練、2月20日:机上トリアージ訓練、3月15日:大規模トリアージ実動訓練) ・訓練で把握した課題等を踏まえ、事業継続計画(BCP)を修正し、より充実した災害対策訓練を実施していく。 	100%

年 度	目標	実績	取組内容	病院評価説明(成果・課題等)	達成率
R04年度	実施	実施	<ul style="list-style-type: none"> ・院内の防災用品(ヘルメット等)について、検討を行った。 ・新病院における、レベル別のエリアの配置場所について、コアメンバーの意見を確認した。 ・黄色エリアのアクションカードの検討・GMエリアの設営検証を行った。 	<ul style="list-style-type: none"> ・院内の防災用品(ヘルメット等)について、院内配布用の検討として見本の購入を行った。 ・新病院における事業継続計画(BCP)を策定するにあたり、レベル別のエリアの配置場所についてコアメンバーの意見を確認した。また、DMATメンバーによって、災害対策本部初回設置訓練、黄色エリアのアクションカードの検討・GMエリアの設営検証などを行った。確認した意見を基に、令和5年度も引き続き事業継続計画(BCP)を修正していく。 	100%
R05年度	↓	実施	<ul style="list-style-type: none"> ・院内の防災用品(ヘルメット等)について、検討を行った。 ・大規模災害時トリアージ訓練を行った。 ・新病院における、レベル別のエリアの配置場所について、コアメンバーの意見を確認した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・院内の防災用品(ヘルメット等)について、院内配布用の検討として選別を行った。 ・3月2日に、大規模災害時トリアージ訓練を行った。 ・新病院における事業継続計画(BCP)を策定するにあたり、レベル別のエリアの配置場所についてコアメンバーの意見を確認することができた。確認した意見を基に、今後も引き続き事業継続計画(BCP)を修正していく。 	100%
R07年度	↓				

項目評価

目指すべき方向性	大項目	大項目達成率	病院評価(案)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(1)「地域完結型医療の要」として、地域医療における中核的な役割	②市が運営する唯一の公立病院として政策医療や災害時医療の提供	102%	順調	順調	—

中項目	小項目	R06年度目標	R06年度実績	取組内容	病院評価説明(成果・課題等)	R06年度達成率
ウ 災害拠点病院としての体制整備	14 DMATチーム体制の充実	実施	実施	<ul style="list-style-type: none"> ・広域搬送訓練、DMAT技能維持研修等に參加した。 ・日本DMAT研修の受講については繼續して申込を行った。 ・DMATに必要な資器材を調達した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・研修及び訓練については可能な限り参加することができたことで、各隊員の能力向上に寄与することができた。今後も、積極的に研修及び訓練に参加することで、災害拠点病院としての責務を果たせるようにしていく。 ・日本DMAT研修の受講については、繼續して申込を行い、1名が新規に隊員資格を取得できた。今後も募集がかかり次第申込を行っていく。 ・資器材については、隨時点検を行い、今後も計画的に調達を行う。 	100%

年 度	目標	実績	取組内容	病院評価説明(成果・課題等)	達成率
R04年度	実施	実施	<ul style="list-style-type: none"> ・広域搬送訓練、DMAT技能維持研修等に參加した。 ・日本DMAT研修の受講については申し込んだものの、今年度は落選してしまった。 ・DMAT隊員の活動服を調達した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響で開催は減っていたが、研修及び訓練については可能な限り参加することができたことで、各隊員の能力向上に寄与することができた。今後も、積極的に研修及び訓練に参加することで、災害拠点病院としての責務を果たせるようにしていく。 ・日本DMAT研修の受講については、申込希望者はいたものの落選した。今後も募集がかかり次第検討していく。 ・前年度に1隊分のユニフォームを購入したが、現在DMATは2隊が編成できる状況にあるため、ユニフォームの買替えを実施し、資器材の充実を図った。 	100%
R05年度	↓	実施	<ul style="list-style-type: none"> ・DMAT技能維持研修等に參加した。 ・日本DMAT研修の受講については申し込んだものの、今年度は落選してしまった。 ・能登半島地震に際して、DMATを派遣した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・研修及び訓練については可能な限り参加することができたことで、各隊員の能力向上に寄与することができた。今後も、積極的に研修及び訓練に参加することで、災害拠点病院としての責務を果たせるようにしていく。 ・日本DMAT研修の受講については、申込希望者はいたものの落選した。今後も募集がかかり次第検討していく。 ・能登半島地震に際して、当院として初めてDMATを派遣した。 	100%
R07年度	↓				

項目評価

目指すべき方向性	大項目	大項目達成率	病院評価(案)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(1)「地域完結型医療の要」として、地域医療における中核的な役割	②市が運営する唯一の公立病院として政策医療や災害時医療の提供	102%	順調	順調	—

中項目	小項目	R06年度目標	R06年度実績	取組内容	病院評価説明(成果・課題等)	R06年度達成率
工 感染管理に関する取組の更なる強化	15 感染管理に関する取組の推進	実施	実施	<ul style="list-style-type: none"> ・院内感染対策のため、院内感染対策研修会を2回行い、参加者を増やすために同じ内容でビデオ研修も行った。 ・院内感染対策委員会を毎月開催した。 ・感染対策地域連携カンファレンスを計4回実施した。うち1回は、新興感染症の発生を想定した机上訓練を実施し、外部医療機関との意見交換等を実施した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・院内の感染対策に関する知識向上のため、対面での研修を実施した。加えて、研修会の内容を録画し、動画データを配布することで、日時等により参加が難しかった職員に対しても研修を行うことができた。今後は、電子カルテ端末に動画を掲載するなど、より多くの職員が受講できる環境としていくことを検討している。 ・院内感染対策委員会を毎月開催し、感染症の動向や抗菌薬の使用状況等を確認し、適切な院内感染対策を検討し、実施することができた。 ・外部の病院と感染対策地域連携カンファレンスを計4回実施することで、施設間での情報共有を行った。また、新興感染症の発生を想定した訓練では、計52施設のクリニックが参加し、机上訓練を実施したこと、地域全体として感染対策の知識向上等に貢献できたと考えている。 	100%

年 度	目標	実績	取組内容	病院評価説明(成果・課題等)	達成率
R04年度	実施	実施	<ul style="list-style-type: none"> ・感染対策向上加算1の要件を達成した。 ・加算2.3の施設、地域のクリニックに対し、新興感染症等の発生を想定した訓練を行った。 ・院内感染対策委員会を毎月開催し、感染症の動向や抗菌薬の使用状況等を確認し、適切な院内感染対策を検討し、実施することができた。 ・外部の病院と感染防止対策加算カンファレンスを計6回実施し、地域の院内感染対策にも寄与することができた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・今年度より、感染対策向上加算の取得条件が変わったが、感染対策向上加算1の要件を達成した。 ・加算2.3の施設、地域のクリニックに対し、新興感染症等の発生を想定した訓練を行った。 ・様々な手法で研修会を行なえるようにしたこと、これまで参加が難しかった職員に対しても研修会を行うことができたため、今後も活用していきたいと考えている。 ・院内感染対策委員会を毎月開催し、感染症の動向や抗菌薬の使用状況等を確認し、適切な院内感染対策を検討し、実施することができた。 ・外部の病院と感染防止対策加算カンファレンスを計6回実施し、地域の院内感染対策にも寄与することができた。 	100%
R05年度	↓	実施	<ul style="list-style-type: none"> ・新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止ため、院内感染対策研修会を2回行い(一回は外部講師を招いた)、参加者を増やすために同じ内容でビデオ研修も行った。 ・院内感染対策委員会を毎月開催した。 ・感染対策地域連携カンファレンスを計6回実施した。 ・PPE(個人防護服)の着脱訓練を1回行った。 	<ul style="list-style-type: none"> ・昨年度に引き続き、対面での研修に加え、同じ内容を動画での研修も行ったことにより、日時等により参加が難しかった職員に対しても研修を行うことができた。この取り組みは、今後も引き続き実施していく。 ・院内感染対策委員会を毎月開催し、感染症の動向や抗菌薬の使用状況等を確認し、適切な院内感染対策を検討し、実施することができた。 ・外部の病院と感染対策地域連携カンファレンスを計6回実施するとともに、地域のクリニックを対象に、PPE(個人防護服)の着脱訓練を1回行ったことにより、院内及び地域の感染対策にも寄与することができた。 	100%
R07年度	↓				

項目評価

目指すべき方向性	大項目	大項目達成率	病院評価 (案)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(1)「地域完結型医療の要」として、地域医療における中核的な役割	③ 病診連携の強化	88%	おおむね順調	おおむね順調	—

中項目	小項目	R06年度 目標	R06年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	R06年度 達成率
ア 地域医療支援病院としての地域連携	16 地域医療支援病院の承認維持	維持	維持	地域医療支援病院の承認要件である紹介率・逆紹介率の状況を毎月確認し、要件適合の維持を図った。	承認要件の1つである紹介率・逆紹介率を毎月算出し、要件に適合していることを確認のうえ、経営状況分析会議等において報告を行い、院内で情報共有を図った。 その結果、R5年度と比較して紹介率は6.8ポイント増の83.7%、逆紹介率は12.6ポイント増の98.6%となった。 次年度以降についても、地域医療支援病院の承認要件の維持を図っていく。	100%

年 度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	達成率
R04年度	維持	維持	地域医療支援病院の承認要件である紹介率・逆紹介率の状況を毎月確認し、要件適合の維持を図った。	承認要件の1つである紹介率・逆紹介率を毎月算出し、要件に適合していることを確認のうえ、経営状況分析会議等において報告を行い、院内で情報共有を図った。 その結果、R3年度と比較して紹介率は2.1ポイント増の69.6%、逆紹介率は0.4ポイント増の86.1%となった。 次年度以降についても、地域医療支援病院の承認要件の維持を図っていく。	100%
R05年度	↓	維持	地域医療支援病院の承認要件である紹介率・逆紹介率の状況を毎月確認し、要件適合の維持を図った。	承認要件の1つである紹介率・逆紹介率を毎月算出し、要件に適合していることを確認のうえ、経営状況分析会議等において報告を行い、院内で情報共有を図った。 その結果、R4年度と比較して紹介率は7.3ポイント増の76.9%、逆紹介率は0.1ポイント減の86.0%となった。 次年度以降についても、地域医療支援病院の承認要件の維持を図っていく。	100%
R07年度	↓				

項目評価

目指すべき方向性	大項目	大項目達成率	病院評価 (案)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(1)「地域完結型医療の要」として、地域医療における中核的な役割	③ 病診連携の強化	88%	おおむね順調	おおむね順調	—

中項目	小項目	R06年度 目標	R06年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	R06年度 達成率
ア 地域医療支援病院としての地域連携	17 検査機器共同利用の推進	10%以上/年	16%/年	高額医療機器の共同利用を推進するため、CTやMRI検査だけでなく骨密度検査や骨シンチグラフィー等の核医学検査を受け入れ環境を整えた。加えて、放射線診断科専門医による検査報告書を作成することで、地域医療機関の先生方には、画像だけでなく報告書も併せて診断に役立てて頂いた。	高額医療機器の共同利用を推進するため、CTやMRI検査だけでなく骨密度検査や骨シンチグラフィー等の核医学検査を受け入れ、環境を整えたことで、目標値を超えることができた。また、放射線専門医による報告書を共有することで、当院への依頼を継続して顶いた。ただし、目標値を大幅に超えると、院内の各検査に遅延等の悪影響を及ぼすため、バランスを取りながら高額医療機器の共同利用を今後も進めて行く必要がある。	100%

年 度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	達成率
R04年度	10%以上/年	16%/年	高額医療機器の共同利用を推進するため、CTやMRI検査だけでなく骨密度検査や骨シンチグラフィー等の核医学検査を受け入れ、環境を整えた。加えて、放射線科専門医による検査報告書を作成することで、地域医療機関の先生方には、画像だけでなく報告書も併せて診断に役立てて頂いた。	高額医療機器の共同利用を推進するため、CTやMRI検査だけでなく骨密度検査や骨シンチグラフィー等の核医学検査を受け入れ、環境を整えたことで、目標値を超えることができた。また、放射線専門医による報告書を共有することで、当院への依頼を継続して顶いた。しかし、目標値を大幅に超えると、院内の各検査に遅延等の悪影響を及ぼすため、バランスを取りながら高額医療機器の共同利用を今後も進めて行く必要がある。	100%
R05年度	↓	15%/年	高額医療機器の共同利用を推進するため、CTやMRI検査だけでなく骨密度検査や骨シンチグラフィー等の核医学検査を受け入れ、環境を整えた。加えて、放射線科専門医による検査報告書を作成することで、地域医療機関の先生方には、画像だけでなく報告書も併せて診断に役立てて頂いた。	高額医療機器の共同利用を推進するため、CTやMRI検査だけでなく骨密度検査や骨シンチグラフィー等の核医学検査を受け入れ、環境を整えたことで、目標値を超えることができた。また、放射線専門医による報告書を共有することで、当院への依頼を継続して顶いた。ただし、目標値を大幅に超えると、院内の各検査に遅延等の悪影響を及ぼすため、バランスを取りながら高額医療機器の共同利用を今後も進めて行く必要がある。	100%
R07年度	↓				

項目評価

目指すべき方向性	大項目	大項目達成率	病院評価 (案)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(1)「地域完結型医療の要」として、地域医療における中核的な役割	③ 病診連携の強化	88%	おおむね順調	おおむね順調	—

中項目	小項目	R06年度 目標	R06年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	R06年度 達成率
イ 産科セミオーブンシステムの充実	18 取扱件数の増加・維持	140件/年	82件/年	<ul style="list-style-type: none"> ・11月にさいたま市立病院周産期連絡会を対面で開催し、登録医療機関との連携により、円滑なセミオーブンシステムを推進した。 ・浦和医師会や大宮医師会の各種集まりに参加し、地域医療機関と顔の見える関係の構築に努めた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の周産期連携を深めるため、積極的に地域の先生方との意見交換を行った。 ・全国的な少子化の影響もあり、さいたま市においても出生数は減少しており、ローリスク分娩も減少傾向にある。ローリスクの妊婦がセミオープンの対象であるため、取扱件数が減少傾向にあるのもやむを得ないと思われる。また、地域の分娩取り扱い施設の中でも、無痛分娩を行う施設は分娩件数を維持増加させる中、無痛分娩を行っていない施設は大きく取扱件数を減らしている状況となっている。今後とも地域の適正な役割分担を目標に、患者のニーズを汲み入れながらセミオーブンシステムを運用していく。 	59%

年 度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	達成率
R04年度	140件/年	139件/年	<ul style="list-style-type: none"> ・11月にさいたま市立病院周産期連絡会をハイブリッドで開催し、登録医療機関との連携により、円滑なセミオーブンシステムを推進した。 ・浦和医師会にて講演を1回、発表を1回、さいたま新都心産婦人科懇親会にて座長を1回おこない、地域医療機関と顔の見える関係の構築に努めた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の周産期連携を深めるため、積極的に地域の先生方との意見交換を行った。 ・さいたま市においても出生数は減少しており、ローリスク分娩も減少傾向にある。ローリスクの妊婦がセミオープンの対象であるため、取扱件数が減少傾向にあるのもやむを得ないと思われるが、今年度は昨年度に比して微増であった。今後とも地域の適正な役割分担を目標に、患者のニーズを汲み入れながらセミオーブンシステムを運用していく。 	99%
R05年度	↓	110件/年	<ul style="list-style-type: none"> ・11月にさいたま市立病院周産期連絡会を対面で開催し、登録医療機関との連携により、円滑なセミオーブンシステムを推進した。 ・9月に浦和医師会にて医療安全に関する特別講演を行うとともに、浦和医師会の各種集まりに参加し、地域医療機関と顔の見える関係の構築に努めた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の周産期連携を深めるため、積極的に地域の先生方との意見交換を行った。 ・全国的な少子化の影響もあり、さいたま市においても出生数は減少しており、ローリスク分娩も減少傾向にある。ローリスクの妊婦がセミオープンの対象であるため、取扱件数が減少傾向にあるのもやむを得ないと思われる。また、地域の分娩取り扱い施設の中でも、無痛分娩を行う施設は分娩件数を維持増加させる中、無痛分娩を行っていない施設は大きく取扱件数を減らしている状況となっている。今後とも地域の適正な役割分担を目標に、患者のニーズを汲み入れながらセミオーブンシステムを運用していく。 	79%
R07年度	↓				

項目評価

目指すべき方向性	大項目	大項目達成率	病院評価 (案)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(1)「地域完結型医療の要」として、地域医療における中核的な役割	③ 病診連携の強化	88%	おおむね順調	おおむね順調	—

中項目	小項目	R06年度 目標	R06年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	R06年度 達成率
△ 病診連携の取組推進	19 情報交換のための医療機関訪問	実施	実施	紹介患者の確保及び医療機関との連携を図るため、医療機関を訪問し、情報交換を行った。	診療所95件、回復期病院1件、一般病院17件、急性期病院3件、療養病院1件、大学病院3件への訪問・情報交換を行った。 医療機関への訪問の他、当院の診療体制について適宜、医師会所属の医療機関をはじめ、関係医療機関へ文書により情報提供を行った。	100%

年 度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	達成率
R04年度	実施	実施	紹介患者の確保及び医療機関との連携を図るため、医療機関を訪問し、情報交換を行った。	診療所96件、ケアミックス病院1件、回復期病院4件への訪問・情報交換を行った。 医療機関への訪問101件の他、コロナ禍における当院の体制について適宜、医師会所属の医療機関をはじめ、関係医療機関へ文書により情報提供を行った。 また、市内外の医療機関向けに文書による情報発信を行った(小児外科から市内外79医療機関に対して情報発信を実施)。	100%
R05年度	↓	実施	紹介患者の確保及び医療機関との連携を図るため、医療機関を訪問し、情報交換を行った。	診療所70件、回復期病院8件、一般病院8件、急性期病院1件、療養病院2件、透析病院1件への訪問・情報交換を行った。 医療機関への訪問90件の他、当院の診療体制について適宜、医師会所属の医療機関をはじめ、関係医療機関へ文書により情報提供を行った。 また、市内外の医療機関向けに文書による情報発信を行った(小児外科から市内外76医療機関に対して情報発信を実施)。	100%
R07年度	↓				

項目評価

目指すべき方向性	大項目	大項目達成率	病院評価 (案)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(1)「地域完結型医療の要」として、地域医療における中核的な役割	③ 病診連携の強化	88%	おおむね順調	おおむね順調	—

中項目	小項目	R06年度 目標	R06年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	R06年度 達成率
△ 病診連携の取組推進	20 院内職員に対する退院支援研修会の開催	3回/年	3回/年	入退院支援の業務内容及び取組状況等について院内研修会を開催し、職員への周知徹底を図った。	10月、1月、2月に「入院支援の業務内容」について研修会を開催し、入退院支援の業務に関することについて看護師への周知を図った。 今後も退院支援に関する報告や研修会、勉強会の開催により、職員への周知を図る。	100%

年 度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	達成率
R04年度	3回/年	3回/年	入退院支援の業務内容及び取組状況等について院内研修会を開催し、職員への周知徹底を図った。	「さいたま市版 入退院支援ルール」について6月に管理者会内で、10月に看護部院内教育計画の中で地域包括ケアシステムにおける急性期病院の役割をとらえ、看護実践への応用を狙いとした「地域看護について」といったコースで研修会を開催し、院内看護師への周知を図った。 また、「入院支援について」冊子を作製し、2月から3月にかけて、各病棟に出向いて説明を行った。 今後も退院支援に関する報告や研修会、勉強会の開催により、職員への周知を図る。	100%
R05年度	↓	3回/年	入退院支援の業務内容及び取組状況等について院内研修会を開催し、職員への周知徹底を図った。	7月、10月に「入院支援の業務内容」について、9月に「急性期病院の役割」について研修会を開催し、入退院支援の業務に関することについて看護師への周知を図った。 今後も退院支援に関する報告や研修会、勉強会の開催により、職員への周知を図る。	100%
R07年度	↓				

項目評価

目指すべき方向性	大項目	大項目達成率	病院評価(案)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(1)「地域完結型医療の要」として、地域医療における中核的な役割	④ 安全・安心で質の高い医療の提供	110%	順調	順調	—

中項目	小項目	R06年度目標	R06年度実績	取組内容	病院評価説明(成果・課題等)	R06年度達成率
ア 外部組織における報告・評価	21 病院機能評価の認定維持	維持	維持	・診療部、看護部とも協力しつつ、部署訪問ミーティングや病棟ラウンドのリハーサル、ケアプロセス調査のシミュレーション等の対策を実施し、令和6年7月に病院機能評価を受審した。	・7月29日～30日に実施した訪問審査及びその後の書面審査の結果、認定された。 ・全88項目の評価項目の中には、サーベイラーから課題と思われる点について指摘された項目もあったことから、次回の機能評価維持に向け、必要に応じて更なる改善に取り組む。	100%

年 度	目標	実績	取組内容	病院評価説明(成果・課題等)	達成率
R04年度	維持	維持	・新型コロナウイルス感染症の影響により、日本医療機能評価機構の訪問審査に大幅な遅延が生じたことから、当初予定していた時期の受診申し込みが停止されていた。このため、改めて機構側と調整を図り、令和6年7月の受診申し込みを行ったうえ、令和6年4月以降も病院機能評価は維持されることとなった。	・更新受審時期が延期となったことを受け、令和4年度に関しては、病院機能評価委員会は書面開催とした。 ・令和5年度より、評価項目が見直し(Ver2.0→Ver3.0)となることから、評価項目の改正点、当院における前回評価時の状況、サーベイヤーコメント、及び期中の確認時の報告内容等を取りまとめ、病院機能評価委員会の各委員等に向けて周知を図った。	100%
R05年度	↓	維持	・令和6年7月の受審に向けた課題を分析し、改善策の検討及び実施に向けて、毎月1回(年間12回)病院機能評価委員会を開催した。 ・認定期間の特例措置の適用を前提とした病院機能評価受審契約の締結に向けて、日本医療機能評価機構との間で調整を図った。	・病院機能評価委員会においては、全88項目の各評価項目について自己評価票に基づく自己評価を実施し、訪問審査においてアピールしたい点や課題と認識している点について取りまとめた。併せて、訪問審査時までに解消しておくべき課題を抽出するとともに、対応策を検討した。 ・日本医療機能評価機構からは、病院機能評価受審契約の締結に当たり電子契約での対応を求められたが、本市においては電子契約は未対応であったことから、調整のうえ、従来どおり紙面による契約締結を行った。	100%
R07年度	↓				

項目評価

目指すべき方向性	大項目	大項目達成率	病院評価 (案)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(1)「地域完結型医療の要」として、地域医療における中核的な役割	④ 安全・安心で質の高い医療の提供	110%	順調	順調	—

中項目	小項目	R06年度 目標	R06年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	R06年度 達成率
イ 総合的な診療体制の強化	22 チーム医療の推進	実施	実施	5月にチーム医療推進委員会を開催し、各チームの活動状況の共有、活動の推進策の検討、チーム内の連携方法の検討等を行った。	各チームにおける活動状況や課題の共有を行った。また、チーム医療推進委員会のうちの2チームが他チームをはじめ、全職員に向けて研修を実施し、課題の解消や理解の共有を図った。	100%

年 度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	達成率
R04年度	実施	実施	9月にチーム医療推進委員会を開催し、各チームからの活動状況の報告のほか、活動の推進策の検討、各チーム間の連携について検討を行った。	委員会開催については、過去2年間新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のため書面開催としていたが、3年ぶりに集合開催とし、今後のチーム医療推進のあり方や委員会における事例報告のやり方等について意見交換を行った。	100%
R05年度	↓	実施	6月にチーム医療推進委員会を開催し、各チームの活動状況の共有、活動の推進策の検討、チーム内の連携方法の検討等を行った。	各チームにおける活動状況や課題の共有を行った。電子カルテの活用方法がチームによって異なることが分かり、意見交換を行うことで、運用方法を見直すきっかけになった。 また、チーム医療推進委員会に関するアンケートを実施し、次年度の委員会の開催や今後のチーム医療の推進について検討を行った。	100%
R07年度	↓				

項目評価

目指すべき方向性	大項目	大項目達成率	病院評価(案)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(1)「地域完結型医療の要」として、地域医療における中核的な役割	④ 安全・安心で質の高い医療の提供	110%	順調	順調	—

中項目	小項目	R06年度目標	R06年度実績	取組内容	病院評価説明(成果・課題等)	R06年度達成率
△ 医療安全に関する取組の更なる強化	23 医療安全関連の研修会・セミナー等の開催件数	4回/年	8回/年	<ul style="list-style-type: none"> ・全職員を対象に医療安全研修会を開催した。 7月「第1回医療安全研修会」 12月「第2回医療安全研修会」 ・全職員を対象に「患者急変時対応研修(5月～12月)」、「急変時対応研修(BLS研修、3月)」を実施した。 ・看護職員及びコメディカル職員を対象に「離床センター研修(5月)」を実施した。 ・看護職員を対象に「輸液ポンプ研修(6月)」、「経腸栄養ポンプ研修(10月)」を実施した。 ・看護職員を対象に「カフ圧計研修(1月)」を実施した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療安全研修会については、各回とも、録画上映による伝達研修会を実施するとともに、各部署に録画DVDを貸与し、勤務の都合等で会場への集合が難しい職員の受講機会の確保を図った。 ・急変時対応研修(BLS研修)については、院内のどこで発生しても対応できるよう、医療従事者だけではなく事務職員等の病院スタッフ全員を対象として実施した。 	200%

年 度	目標	実績	取組内容	病院評価説明(成果・課題等)	達成率
R04年度	4回/年	6回/年	<ul style="list-style-type: none"> ・全職員を対象に医療安全研修会を開催した。各回とも、録画上映による伝達研修会を実施(計7回)した。 7月「第1回医療安全研修会」 11月「第2回医療安全研修会」 2月「第3回医療安全研修会」 ・全職員を対象に「患者急変時対応研修(各病棟・7月～1月)」を実施した。 ・看護職員を対象に「生体情報モニター講習会(各病棟・7月～11月)」を実施した。 ・診療放射線技師を対象に「MRI室での急変時対応研修(9月)」を実施した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療安全研修会及び生体情報モニター講習会については、Zoom配信やe-ラーニング、映像を格納したDVD配布等も併用し、新型コロナウイルス感染症拡大防止に努めるとともに、勤務の都合等で会場への集合が難しい職員の受講機会の確保を図った。 ・患者急変時対応研修については、病棟配属ではない職員についても対象とし、希望する日程、病棟で受講できるようにした。 	150%
R05年度	↓	5回/年	<ul style="list-style-type: none"> ・全職員を対象に医療安全研修会を開催した。 7月「第1回医療安全研修会」 11月「第2回医療安全研修会」 ・全職員を対象に「患者急変時対応研修(各病棟・9月～1月)」を実施した。 ・看護職員を対象に「生体情報モニター講習会(各病棟・8月～1月)」を実施した。 ・診療放射線技師を対象に「MRI室での急変時対応研修(6月)」を実施した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療安全研修会については、各回とも、録画上映による伝達研修会を実施するとともに、各部署に録画DVDを貸与し、新型コロナウイルス感染症拡大防止に努めるとともに、勤務の都合等で会場への集合が難しい職員の受講機会の確保を図った。 ・患者急変時対応研修については、病棟配属ではない職員についても対象とし、希望する日程、病棟で受講できるようにした。 	125%
R07年度	↓				

項目評価

目指すべき方向性	大項目	大項目達成率	病院評価(案)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(1)「地域完結型医療の要」として、地域医療における中核的な役割	④ 安全・安心で質の高い医療の提供	110%	順調	順調	—

中項目	小項目	R06年度目標	R06年度実績	取組内容	病院評価説明(成果・課題等)	R06年度達成率
ウ 医療安全に関する取組の更なる強化	24 医療安全に関する改善取組の推進	12回/年	12回/年	・院内の医療安全上の課題を分析し、改善策の検討及び実施に向けて、毎月1回(年間12回)医療安全管理委員会を開催した。	・定例の委員会のほか、毎週1回、医療安全管理ミーティングを開催し、発生したインシデントをタイムリーに把握、共有するとともに、改善策の検討・策定、院内周知に取り組んだ。 ・各部署から提出されたインシデントレポートの分析結果や、医療安全管理ミーティングにおいて検討した主な改善策等を整理したうえで、毎月定例で開催される委員会に報告し、院内の医療安全上の課題に対する改善策を検討・実施した。 ・外部3病院との医療安全対策地域連携会議を開催し、実際に病院訪問を行い相互評価を行った。	100%

年度	目標	実績	取組内容	病院評価説明(成果・課題等)	達成率
R04年度	12回/年	12回/年	・院内の医療安全上の課題を分析し、改善策の検討及び実施に向けて、毎月1回(年間12回)医療安全管理委員会を開催した。	・各部署から提出されるインシデントレポートの分析結果や主な改善策等を整理したうえで、毎月定例で開催される委員会に報告し、院内の医療安全上の課題に対する改善策を検討・実施した。 ・定例の委員会のほか、毎週1回、医療安全管理ミーティングを開催し、発生したインシデントをタイムリーに把握、共有するとともに、改善策の検討・策定、院内周知に取り組んだ。 ・外部3病院との医療安全対策地域連携会議を開催(Zoomによるオンライン開催)し、相互評価を行った。	100%
R05年度	↓	12回/年	・院内の医療安全上の課題を分析し、改善策の検討及び実施に向けて、毎月1回(年間12回)医療安全管理委員会を開催した。	・定例の委員会のほか、毎週1回、医療安全管理ミーティングを開催し、発生したインシデントをタイムリーに把握、共有するとともに、改善策の検討・策定、院内周知に取り組んだ。 ・各部署から提出されたインシデントレポートの分析結果や、医療安全管理ミーティングにおいて検討した主な改善策等を整理したうえで、毎月定例で開催される委員会に報告し、院内の医療安全上の課題に対する改善策を検討・実施した。 ・外部3病院との医療安全対策地域連携会議を開催し、実際に病院訪問を行い相互評価を行った。	100%
R07年度	↓				

項目評価

目指すべき方向性	大項目	大項目達成率	病院評価(案)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(1)「地域完結型医療の要」として、地域医療における中核的な役割	④ 安全・安心で質の高い医療の提供	110%	順調	順調	—

中項目	小項目	R06年度目標	R06年度実績	取組内容	病院評価説明(成果・課題等)	R06年度達成率
工 医療情報の活用	25 クリニカルインディケーターの作成・公表・活用	実施	実施	公益社団法人全国自治体病院協議会が実施している「医療の質・医療安全指標の評価・公表等推進事業」へ参加し、医療の質の評価・公表を4回行った。	目標とする項目のデータを公益社団法人全国自治体病院協議会に4回(令和6年1~3月分、4~6月分、7~9月分、10~12月分)提出した。 また、当該データは同法人のホームページを通じて公表された。	100%

年 度	目標	実績	取組内容	病院評価説明(成果・課題等)	達成率
R04年度	実施	実施	公益社団法人全国自治体病院協議会が実施している「医療の質の評価・公表等推進事業」へ参加し、医療の質の評価・公表を4回行った。	目標とする項目のデータを公益社団法人全国自治体病院協議会に4回(令和4年1~3月分、4~6月分、7~9月分、10~12月分)提出した。 また、当該データは同法人のホームページを通じて公表された。	100%
R05年度	↓	実施	公益社団法人全国自治体病院協議会が実施している「医療の質・医療安全指標の評価・公表等推進事業」へ参加し、医療の質の評価・公表を4回行った。	目標とする項目のデータを公益社団法人全国自治体病院協議会に4回(令和5年1~3月分、4~6月分、7~9月分、10~12月分)提出した。 また、当該データは同法人のホームページを通じて公表された。	100%
R07年度	↓				

項目評価

目指すべき方向性	大項目	大項目達成率	病院評価(案)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(1)「地域完結型医療の要」として、地域医療における中核的な役割	⑤ 利用者サービスの向上	100%	順調	順調	—

中項目	小項目	R06年度目標	R06年度実績	取組内容	病院評価説明(成果・課題等)	R06年度達成率
ア 患者満足度の向上	26 入院患者満足度の向上	90%	94%	<ul style="list-style-type: none"> ・入院患者を対象に、スタッフの対応及び病院の療養環境等についてアンケートを実施した(11～12月)。 ・アンケート結果を過年度と比較検証し、満足度の傾向及び課題を整理した。 ・満足度の傾向及び課題について、院内で情報の共有化を図り、改善策を検討した。 	<p>アンケート回収期間はR5年度と同様の46日間であったが、回答はR5年度(331人)よりも20人少ない311人となった。アンケートで得た意見を取りまとめ、病棟・外来運営委員会において報告し、情報の共有化を図った。患者満足度については、R5年度(93%)より1ポイント増の94%となり、目標値を上回った。今後も引き続き、目標値を上回るよう満足度の向上に努めていく。</p>	104%

年 度	目標	実績	取組内容	病院評価説明(成果・課題等)	達成率
R04年度	90%	93%	<ul style="list-style-type: none"> ・入院患者を対象に、スタッフの対応及び病院の療養環境等についてアンケートを実施した(11～12月)。 ・アンケート結果を過年度と比較検証し、満足度の傾向及び課題を整理した。 ・満足度の傾向及び課題について、院内で情報の共有化を図り、改善策を検討した。 	<p>アンケート回収期間を12日間とし、令和3年度(233人)よりも99人少ない134人から回答を得た。アンケートで得た意見については、病棟ごとに取りまとめを行い、病棟・外来運営委員会において報告し、情報の共有化を図った。患者満足度については、令和3年度(93%)と同じ93%となり、目標値を上回った。今後は、満足度の向上に努め、かつアンケートの回答数を増加させるように工夫する。</p>	103%
R05年度	↓	93%	<ul style="list-style-type: none"> ・入院患者を対象に、スタッフの対応及び病院の療養環境等についてアンケートを実施した(11～12月)。 ・アンケート結果を過年度と比較検証し、満足度の傾向及び課題を整理した。 ・満足度の傾向及び課題について、院内で情報の共有化を図り、改善策を検討した。 	<p>アンケート回収期間を46日間とし、R4年度(143人)よりも188人多い331人から回答を得た。アンケートで得た意見については、病棟ごとに取りまとめを行い、病棟・外来運営委員会において報告し、情報の共有化を図った。患者満足度については、R4年度(92%)より1ポイント増の93%となり、目標値を上回った。今後も引き続き、目標値を上回るよう満足度の向上に努めていく。</p>	103%
R07年度	↓				

項目評価

目指すべき方向性	大項目	大項目達成率	病院評価(案)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(1)「地域完結型医療の要」として、地域医療における中核的な役割	⑤ 利用者サービスの向上	100%	順調	順調	—

中項目	小項目	R06年度目標	R06年度実績	取組内容	病院評価説明(成果・課題等)	R06年度達成率
ア 患者満足度の向上	27 外来患者満足度の向上	80%	83%	<ul style="list-style-type: none"> ・外来患者を対象に、待ち時間やスタッフの対応等についてアンケートを実施した(11月)。 ・アンケート結果を過年度と比較検証し、満足度の傾向及び課題を整理した。 ・満足度の傾向及び課題について、院内で情報の共有化を図り、改善策を検討した。 	<p>11月13日から11月29日まで、アンケート用紙の配布を行った。また、同期間でネット回答も受け付けた。今年度は、昨年度の各階フロアで直接アンケート用紙を配布するというやり方を変更し、各階の計算窓口から会計書類と合わせてアンケート用紙を配布するやり方に変更したこと、配布数を増やすことができた。R5年度(紙183件、ネット32件の合計215件)よりも235件多い、450件(紙423件、ネット27件)の回答を得た。</p> <p>アンケートで得た意見を取りまとめ、病棟・外来運営委員会において報告し、情報の共有化を図った。患者満足度については、R5年度(81%)から2ポイント増の83%となり、目標値を上回った。今後も引き続き、目標値を上回るよう満足度の向上に努めていく。</p>	104%

年 度	目標	実績	取組内容	病院評価説明(成果・課題等)	達成率
R04年度	80%	83%	<ul style="list-style-type: none"> ・外来患者を対象に、待ち時間やスタッフの対応等についてアンケートを実施した(12月)。 ・アンケート結果を過年度と比較検証し、満足度の傾向及び課題を整理した。 ・満足度の傾向及び課題について、院内で情報の共有化を図り、改善策を検討した。 	<p>12月1日から28日まで1階においてアンケートを配置し、令和3年度(96件)よりも61件少ない35件の回答を得た。アンケートの結果を踏まえ、病棟外来運営委員会において関連部署に情報提供を行い、対応を図った。患者満足度については、令和3年度(78%)から5ポイント増の83%となり、目標値を上回った。今後は、満足度の向上に努め、かつアンケートの回答数を増加させるように工夫する。</p>	104%
R05年度	↓	81%	<ul style="list-style-type: none"> ・外来患者を対象に、待ち時間やスタッフの対応等についてアンケートを実施した(11月～翌1月)。 ・アンケート結果を過年度と比較検証し、満足度の傾向及び課題を整理した。 ・満足度の傾向及び課題について、院内で情報の共有化を図り、改善策を検討した。 	<p>11月13日から翌年1月12日まで1階においてアンケート用紙及び回収箱を配置し、また同期間でネット回答も受け付けた。新型コロナウイルス感染症が第5類となったことから会計窓口前におけるアンケート用紙の手渡しによる配布を行い、R4年度(紙14件、ネット21件の合計35件)よりも180件増加の215件(紙183件、ネット32件)の回答を得た。</p> <p>アンケートの結果を踏まえ、病棟外来運営委員会において関連部署に情報提供を行い、対応を図った。患者満足度については、R4年度(83%)から2ポイント減の81%となつたが、目標値を上回った。今後も引き続き、目標値を上回るよう満足度の向上に努めていく。</p>	101%
R07年度	↓				

項目評価

目指すべき方向性	大項目	大項目達成率	病院評価(案)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(1)「地域完結型医療の要」として、地域医療における中核的な役割	⑤ 利用者サービスの向上	100%	順調	順調	—

中項目	小項目	R06年度目標	R06年度実績	取組内容	病院評価説明(成果・課題等)	R06年度達成率
イ院外への情報発信	28 市民公開講座の実施	20回/年	11回/年	・市民公開講座を年11回開催し、市民の健康保持・増進を目的とした情報発信を図った。	市民公開講座を開催することで、市民に対して正しい医療知識の提供と健康に関する意識啓発を行うとともに、病院の取組を周知することができた。 年間延べ参加者数は407人であった。 次年度以降についても、当該講座を通して市民の健康保持・増進を目的とした情報発信を図る。	55%

年 度	目標	実績	取組内容	病院評価説明(成果・課題等)	達成率
R04年度	20回/年	1回/年	Zoomを活用したオンライン市民公開講座を年1回開催した。 ・12月21日(水)「当院の骨粗鬆症への取り組み」(整形外科)	新型コロナウイルス感染症拡大防止の観点から、対面での開催については見送り、新たな開催方法としてZoomを活用したオンライン市民公開講座を開催した。参加者は25名であった。	5%
R05年度	↓	13回/年	・市民公開講座を年13回開催し、市民の健康保持・増進を目的とした情報発信を図った。	市民公開講座を開催することで、市民に対して正しい医療知識の提供と健康に関する意識啓発を行うとともに、病院の取組を周知することができた。 年間延べ参加者数は339人であった。 次年度以降についても、当該講座を通して市民の健康保持・増進を目的とした情報発信を図る。	65%
R07年度	↓				

項目評価

目指すべき方向性	大項目	大項目達成率	病院評価 (案)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(1)「地域完結型医療の要」として、地域医療における中核的な役割	⑤ 利用者サービスの向上	100%	順調	順調	—

中項目	小項目	R06年度 目標	R06年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	R06年度 達成率
イ 院外への情報発信	29 広報誌の発刊	4回/年	4回/年	・年4回広報誌を発刊した(令和6年7月、9月、令和7年1月、3月) ・広報・情報管理委員会を開催(年2回)し、病院広報誌の掲載内容の検討等を行った。	広報・情報管理委員会を開催し、広報誌を以下のとおり発刊した。 【掲載内容】 7月：院長就任の挨拶、バス乗り場のご案内、中央検査科の紹介、新任医師の紹介 9月：リハビリテーション科の紹介、院長への手紙の紹介、マイナ保険証の利用案内、新任医師の紹介 1月：緩和ケア病棟のご案内、病棟薬剤師の仕事紹介、地域連携の仕組みについて、新任医師の紹介 3月：麻酔科の紹介、市民公開講座の案内、おすすめレシピの紹介、新任医師の紹介 【発行部数】各900部【配布場所】医師会、各区情報公開コーナー、緑区内公民館など	100%

年 度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	達成率
R04年度	4回/年	4回/年	・年4回広報誌を発刊した(令和4年7月、9月、令和5年1月、3月) ・広報・情報管理委員会を開催(年2回)し、病院広報誌の掲載内容の検討等を行った。	広報・情報管理委員会を開催し、広報誌を以下のとおり発刊した。 【掲載内容】 7月：小児科の紹介、ドクターカーの紹介、旧病院解体工事について、新任医師の紹介等 9月：皮膚科の紹介、手術前の栄養補助食品(サプリメント)について、各診療科案内、新任医師の紹介等 1月：院長より新年のご挨拶、認定看護師について、各診療科案内等 3月：スポーツ医学総合センターの紹介、院長への手紙の紹介、各診療科案内、新型コロナウイルス感染症対策について 【発行部数】各1,200部【配布場所】医師会、各区情報公開コーナー、緑区内公民館など	100%
R05年度	↓	4回/年	・年4回広報誌を発刊した(令和5年7月、9月、令和6年1月、3月) ・広報・情報管理委員会を開催(年2回)し、病院広報誌の掲載内容の検討等を行った。	広報・情報管理委員会を開催し、広報誌を以下のとおり発刊した。 【掲載内容】 7月：乳腺治療の紹介、院長への手紙の紹介、新任医師の紹介、新型コロナウイルス感染症対策について 9月：透析治療の紹介、スポーツクリニックの紹介、新任医師の紹介 1月：院長新年の挨拶、患者支援センターからのお知らせ、おすすめレシピの紹介、新任医師の紹介 3月：放射線診断科の紹介、平面駐車場の整備について、院内施設の紹介 【発行部数】各1,200部【配布場所】医師会、各区情報公開コーナー、緑区内公民館など	100%
R07年度	↓				

項目評価

目指すべき方向性	大項目	大項目達成率	病院評価(案)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(1)「地域完結型医療の要」として、地域医療における中核的な役割	⑤ 利用者サービスの向上	100%	順調	順調	—

中項目	小項目	R06年度目標	R06年度実績	取組内容	病院評価説明(成果・課題等)	R06年度達成率
イ 院外への情報発信	30 ホームページアクセス件数の増加	65千件/月	82千件/月	<ul style="list-style-type: none"> ・広報・情報管理委員会においてホームページアクセス件数の増加策を検討し、ホームページへのアクセス誘導に向けて、市公式X(旧Twitter)、地図案内板(デジタルサイネージ)、催事情報システムの活用を図った。 ・病院ホームページについて、新規ページ作成及び既存ページの更新を随時行った。 ・トップページの画像から直接該当ページへリンクする機能(メインビジュアル画像)を活用し、スポーツ医学総合センターの紹介ページなどへのアクセスを改善した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・院内広報誌の発刊時等にホームページへのアクセス誘導を目的に市公式X(旧Twitter)を活用した。 ・手術支援ロボットによる手術のお知らせ等について、ホームページ更新に合わせて、地図案内板(デジタルサイネージ・市内3ヵ所)及び催事情報システム(全10区)を活用した。 ・新型コロナウィルス感染症対策などで実施されていたHPからの面会予約が不要になったことにより、アクセス件数が減少し、月当たりのアクセス件数は、R5年度並みの約82千件となった。 	126%

年 度	目標	実績	取組内容	病院評価説明(成果・課題等)	達成率
R04年度	65千件/月	82千件/月	<ul style="list-style-type: none"> ・広報・情報管理委員会においてホームページアクセス件数の増加策を検討し、ホームページへのアクセス誘導に向けて、市公式Twitter、地図案内板(デジタルサイネージ)、催事情報システムの活用を図った。 ・病院ホームページについて、新規ページ作成及び既存ページの更新を随時行った。 	<ul style="list-style-type: none"> ・院内広報誌の発刊時等にホームページへのアクセス誘導を目的に市公式Twitterを活用した(年6回)。 ・ダビンチを使用した症例増加のお知らせ等について、ホームページ更新に合わせて、地図案内板(デジタルサイネージ・市内3ヵ所)及び催事情報システム(全10区)を活用した。 ・上記の活用及びホームページの随時更新等の結果、月当たりのアクセス件数は、R3年度と比較して、6千件増加の約82千件となった。 	126%
R05年度	↓	89千件/月	<ul style="list-style-type: none"> ・広報・情報管理委員会においてホームページアクセス件数の増加策を検討し、ホームページへのアクセス誘導に向けて、市公式X(旧Twitter)、地図案内板(デジタルサイネージ)、催事情報システムの活用を図った。 ・病院ホームページについて、新規ページ作成及び既存ページの更新を随時行った。 	<ul style="list-style-type: none"> ・院内広報誌の発刊時等にホームページへのアクセス誘導を目的に市公式X(旧Twitter)を活用した。 ・手術支援ロボットによる手術のお知らせ等について、ホームページ更新に合わせて、地図案内板(デジタルサイネージ・市内3ヵ所)及び催事情報システム(全10区)を活用した。 ・上記の活用及びホームページの随時更新等の結果、月当たりのアクセス件数は、R4年度と比較して、7千件増加の約89千件となった。 	136%
R07年度	↓				

項目評価

目指すべき方向性	大項目	大項目達成率	病院評価 (案)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(2)健全な経営基盤の確立	①業務改善に関する取組	100%	順調	順調	—

中項目	小項目	R06年度 目標	R06年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	R06年度 達成率
ア 院内情報システムの更新	31 院内情報システムの更新	実施	実施	<ul style="list-style-type: none"> ・医療総合情報システム及び院内業務システム更改に向けたコンサルティングを導入した。 ・次期医療総合情報システム等の調達に向けた仕様書を策定した。 	<p>・コンサルティング事業者及びベンダーへの見積調査の結果、現行システムと同等のシステムを導入する場合で次期システム調達には現行のシステム経費の1.5倍近い金額が必要なことが判明し、費用を圧縮するため様々な方法を検討した。院内業務システムは、現行システムを大幅に縮小した上でリース方式での調達とし、医療総合情報システムは、病院事業債を活用できることから、買取方式を採用して予算を確保した。</p> <p>・予算要求以降も物価高騰は続いている、入札時点での予算額を超過するリスクがある。</p>	100%

年 度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	達成率
R04年度	実施	実施	医療総合情報システム及び院内業務システムに関するアンケート調査や次期システムに関する情報収集を実施した。また、医療総合情報システム及び院内業務システム更改に関するスケジュールを確定した。	医療総合情報システム及び院内業務システムに関するアンケート調査や、現行ベンダーから次期システムに関するヒアリングやデモ機を用いた操作感等の確認、各ベンダーからシステムに関する情報収集を行うことで、現状の課題や次期システムでは改善できることなどを把握できた。 その後、医療総合情報システム及び院内業務システム更改に関するスケジュールを確定することができた。	100%
R05年度	↓	実施	<ul style="list-style-type: none"> ・医療総合情報システム及び院内業務システム更改に向けたコンサルティングを導入した。 ・次期医療総合情報システム調達に向けた整備方針及び移行計画を策定した。 	<p>コンサルティング事業者とともに次期システム調達に向けた整備方針及び移行計画を策定するなかで、医療総合情報システム及び院内業務システム更改に関する課題を把握し、どのようにしてよりよいシステムしていくかを明確にすることができた。</p> <p>今後の課題としては、次期システム構築に係る費用として、輸入部品の単価、流通コスト、為替相場等の外部環境要因の影響を受け、ハードウェア、ソフトウェア、開発導入費等が前回調達時より大幅に上昇しており、調達に向けて仕様や調達方法等のいっそう精査・検討が必要な状況となっている。</p>	100%
R07年度	↓				

項目評価

目指すべき方向性	大項目	大項目達成率	病院評価 (案)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(2)健全な経営基盤の確立	①業務改善に関する取組	100%	順調	順調	—

中項目	小項目	R06年度 目標	R06年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	R06年度 達成率
イ SPDによる 物品の適正管 理	32 SPDによる 物品の適正管 理	実施	実施	物流管理システムを用いて、適時適切な医療材料等の供給、死蔵・過剰在庫の解消、請求・発注業務の軽減等、物品管理業務の安定的な運用を行うとともに、購入、使用(=出庫)、在庫データの集約管理と実績に基づく定数見直しを図った。	計画の通り実施することが出来た。今後も引き続き適時適切に医療材料等を供給するとともに、在庫、請求、発注及び使用の実績データ等を基に業務の軽減を図り、物流管理業務の安定的な運営を行う。	100%

年 度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	達成率
R04年度	実施	実施	物流管理システムを用いて、適時適切に医療材料等を供給するとともに死蔵・過剰在庫の解消、請求・発注業務の軽減等、物品管理業務の安定的な運用を行うとともに、購入、使用(=出庫)、在庫データの集約管理と実績に基づく定数見直しを図った。	計画の通り実施することが出来た。今後も引き続き適時適切に医療材料等を供給するとともに、在庫、請求、発注及び使用の実績データ等を基に業務の軽減を図り、物流管理業務の安定的な運営を行う。	100%
R05年度	↓	実施	物流管理システムを用いて、適時適切に医療材料等を供給するとともに死蔵・過剰在庫の解消、請求・発注業務の軽減等、物品管理業務の安定的な運用を行うとともに、購入、使用(=出庫)、在庫データの集約管理と実績に基づく定数見直しを図った。	計画の通り実施することが出来た。今後も引き続き適時適切に医療材料等を供給するとともに、在庫、請求、発注及び使用の実績データ等を基に業務の軽減を図り、物流管理業務の安定的な運営を行う。	100%
R07年度	↓				

項目評価

目指すべき方向性	大項目	大項目達成率	病院評価 (案)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(2)健全な経営基盤の確立	①業務改善に関する取組	100%	順調	順調	—

中項目	小項目	R06年度 目標	R06年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	R06年度 達成率
ウ QC手法を活用した業務改善	33 QC活動の実施	実施	実施	・QC活動の実施についての説明会を開催した。 ・毎月QC活動のレビュー会を開催した。 ・学術集会にて活動報告を書面にて行った。	7月にQC活動に係る説明会を開催した。その後、8月から1月まで毎月QC活動に係るレビュー会を開催した。今年度よりQC活動発表会にて、活動を行っていた3サークルが病院経営の状況を踏まえ、費用縮減に繋がる業務改善を目指した報告を行った。	100%

年 度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	達成率
R04年度	実施	実施	・QC活動の実施についての説明会を開催した。 ・毎月QC活動のレビュー会を開催した。 ・学術集会にて活動報告を書面にて行った。	7月にQC活動に係る説明会を開催した。その後、8月から学術集会の開催月の前月である1月まで毎月QC活動に係るレビュー会を開催した。また、新型コロナウイルス感染症の影響により学術集会は書面開催となつたが、活動を行っていた3サークルともに活動報告を行った。	100%
R05年度	↓	実施	・QC活動の実施についての説明会を開催した。 ・毎月QC活動のレビュー会を開催した。 ・学術集会にて活動報告を書面にて行った。	7月にQC活動に係る説明会を開催した。その後、8月から学術集会の開催月の前月である1月まで毎月QC活動に係るレビュー会を開催した。今年度は4年ぶりに学術集会が対面での開催となり、活動を行っていた3サークルが報告を行った。	100%
R07年度	↓				

項目評価

目指すべき方向性	大項目	大項目達成率	病院評価 (案)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(2)健全な経営基盤の確立	②収益確保に向けた取組	88%	おおむね順調	おおむね順調	—

中項目	小項目	R06年度 目標	R06年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	R06年度 達成率
ア 医業収益の拡大	34 新入院患者数(一般病床)の増加	1,449人/月	1,322人/月	救急委員会を毎月開催し、救急診療に関する情報を院内で共有した。また、地域の医療機関に対して当院の情報提供等を行った。	一般病床の新入院患者数は、前年度比で約5.9%増加したが、目標値に対して約91.2%と目標を下回ったが、新型コロナウイルス感染症対応で閉鎖していた緩和ケア病棟を11月に再開したこともあり、患者数が増加した。 目標値を達成するために、引き続き、救急委員会で救急患者の受入体制の強化について検討していく。	91%

年 度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	達成率
R04年度	1,243人/月	1,177人/月	救急委員会を毎月開催し、救急診療に関する情報を院内で共有した。また、地域の医療機関に対して当院の情報提供等を行った。	一般病床の新入院患者数は、前年度比で約0.4%減少し、目標値に対して約94.7%と目標を下回った。 その要因としては、新型コロナウイルス感染症患者の入院病床を確保するため、一部病棟を閉鎖し、入院患者を受け入れられる病床数が減少したことが考えられる。	95%
R05年度	1,351人/月	1,248人/月	救急委員会を毎月開催し、救急診療に関する情報を院内で共有した。また、地域の医療機関に対して当院の情報提供等を行った。	一般病床の新入院患者数は、前年度比で約6.0%増加したが、目標値に対して約92.4%と目標を下回った。 その要因としては、ベッド満床を理由とした救急不応需が一定程度あることが考えられる。 このことから、運用停止している病棟の再開等、入院患者を受け入れられる病床数を増加させることが課題であると考えられる。	92%
R07年度	1,480人/月				

項目評価

目指すべき方向性	大項目	大項目達成率	病院評価 (案)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(2)健全な経営基盤の確立	②収益確保に向けた取組	88%	おおむね順調	おおむね順調	—

中項目	小項目	R06年度 目標	R06年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	R06年度 達成率
ア 医業収益の拡大	35 入院診療単価(一般病床)の向上	87,645円	83,762円	平均在院日数の適正化及び手術件数の増加等により、入院診療単価の向上を図った。	一般病床の入院診療単価は、前年度比で約2.1%増加したが、目標値に対して約96%と目標を下回った。 平均在院日数については、1.4%減少し、手術件数については、3.4%増加したが、社会保険診療報酬支払基金と国保連合会からの返戻査定減が増加していることが目標を下回った理由として考えられる。	96%

年 度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	達成率
R04年度	82,665円	83,460円	令和4年度診療報酬改定に伴い、当院届出済の施設基準を見直し、入院基本料・各種加算等について管理を行った。	一般病床の入院診療単価は、前年度比で約2.7%増加し、目標値に対して約101%と目標を上回って達成した。 その要因としては、施設基準届出により、10月1日より急性期充実体制加算の算定を開始したことなどが考えられる。	101%
R05年度	84,563円	82,013円	医学管理料等の算定拡大、平均在院日数の適正化及び手術件数の増加等により、入院診療単価の向上を図る。	一般病床の入院診療単価は、前年度比で約1.7%下降し、目標値に対して約97%と目標を下回った。 その要因としては、新型コロナウイルス感染症の特例加算(特定集中治療室管理、救急医療管理加算等)による措置が終了した、在院期間が長期化する事例があること等が考えられる。	97%
R07年度	88,342円				

項目評価

目指すべき方向性	大項目	大項目達成率	病院評価 (案)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(2)健全な経営基盤の確立	②収益確保に向けた取組	88%	おおむね順調	おおむね順調	—

中項目	小項目	R06年度 目標	R06年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	R06年度 達成率
ア 医業収益の拡大	36 外来診療単価の向上	17,601円	18,692円	放射線治療や化学療法等の診療単価が高い治療・検査の施行効率・回転数の向上に努めた。	外来診療単価は、前年度比で約5.7%上昇し、目標値に対して約106.2%と目標を上回って達成した。 その要因としては、外来診療単価が比較的高い放射線治療や化学療法の実施件数が増加したことなどが考えられる。	106%

年 度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	達成率
R04年度	16,359円	17,387円	放射線治療や化学療法、CTやMRI等の先進的な治療・検査を推進した。	外来診療単価は、前年度比で約5.5%増加し、目標値に対して約106.3%と目標を上回って達成した。 その要因としては、外来患者数の増加に対し、1人当たり診療単価が比較的高い放射線治療科や内科などの患者数がそれを上回る割合で増加し、また化学療法や内視鏡治療の件数が増加したことなどが考えられる。	106%
R05年度	17,264円	17,691円	放射線治療や化学療法、CTやMRI等の先進的な治療・検査の施行効率・回転数の向上に努めた。	外来診療単価は、前年度比で約1.7%上昇し、目標値に対して約102.5%と目標を上回って達成した。 その要因としては、外来化学療法で使用する抗がん剤が高額化したこと、外来診療単価が比較的高いCT検査やMRI検査の件数が増加したことなどが考えられる。	102%
R07年度	17,924円				

項目評価

目指すべき方向性	大項目	大項目達成率	病院評価 (案)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(2)健全な経営基盤の確立	②収益確保に向けた取組	88%	おおむね順調	おおむね順調	—

中項目	小項目	R06年度 目標	R06年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	R06年度 達成率
ア 医業収益の拡大	37 査定率の抑制	0.14%	0.21%	保険委員会で査定内容を協議し、必要に応じて医師へ周知を行った。また、手術手技または手術材料、高額薬剤の査定を再審査請求し、一部を復活させた。	社会保険診療報酬支払基金埼玉支部・埼玉県国民健康保険団体連合会とも、個別の査定内容については、高額な手術材料等を査定される傾向があり、手術麻酔の項目に関する査定が全体の半分以上を占めている。年度を通して再審査請求の結果において、前年度比で約2.7倍の金額を復活させることができたが、今後も保険委員会で請求方法について協議し、協議内容を基に査定率の抑制を図っていきたい。	67%

年 度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	達成率
R04年度	0.14%	0.15%	保険委員会で査定内容を協議し、必要に応じて医師へ周知を行った。また、手術手技または手術材料、高額薬剤の査定を再審査請求し、一部を復活させた。	社会保険診療報酬支払基金埼玉支部・埼玉県国民健康保険団体連合会とも、個別の査定内容については、高額な手術材料等を査定される傾向があり、手術麻酔の項目に関する査定が全体の半分以上を占めている。年度を通して再審査請求の結果において、前年度比で1.5倍の金額を復活させることができたが、今後も保険委員会で請求方法について協議し、協議内容を基に査定率の抑制を図っていきたい。	93%
R05年度	↓	0.23%	保険委員会で査定内容を協議し、必要に応じて医師へ周知を行った。また、手術手技または手術材料、高額薬剤の査定を再審査請求し、一部を復活させた。	社会保険診療報酬支払基金埼玉支部・埼玉県国民健康保険団体連合会とも、個別の査定内容については、高額な手術材料等を査定される傾向があり、手術麻酔の項目に関する査定が全体の半分以上を占めている。そのなかで、今年度は手術術式の適応外請求による査定が目立った。また当院及び近隣の医療機関も査定金額が増加傾向にある中で、復活が見込める査定については、症状詳記作成およびその追記対応をし、再審査請求した。また保険委員会で請求方法について協議をしており、今後も協議内容を基に査定率の抑制を図っていきたい。	61%
R07年度	↓				

項目評価

目指すべき方向性	大項目	大項目達成率	病院評価 (案)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(2)健全な経営基盤の確立	②収益確保に向けた取組	88%	おおむね順調	おおむね順調	—

中項目	小項目	R06年度 目標	R06年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	R06年度 達成率
イ 医業未収金の削減	38 医業未収金発生率の抑制	2.18%	3.26%	<ul style="list-style-type: none"> ・未収患者に対し、未払いの医療費について迅速な督促を実施した。 ・回収困難事案については、委託業者への引継を行い、未収金の圧縮を図った。 ・委託している弁護士への案件引継を見据えた一斉催告を2回実施した。 ・年間で400件の催告書を発送した。 ・入院医療費保証サービスの導入を行った。 	<p>持ち合わせがなく、後日支払いを求めるも、期日までに支払われないケースが多く、督促を行うも反応のない患者があり、目標値を達成できなかった。</p> <p>未収金抑制を目的とした入院医療費保証サービスについて債務保証会社と契約を締結し、次年度からのサービス開始に向けて院内で事前打合せを行った。引き続き未収金回収業者への案件引継や次年度より開始となる入院医療費保証サービスを活用し、未収金圧縮及び抑制に取り組む。</p>	67%

年 度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	達成率
R04年度	2.18%	2.61%	<ul style="list-style-type: none"> ・未収患者に対し、未払いの医療費について迅速な督促を実施した。 ・債務負担行為を設定し、未収金回収業者と令和7年度までの委託契約を締結した。これにより、同一業者が長期間、回収困難案件にあたることとなり、より多くの未収金を回収できる体制を整えた。 ・業者からの質疑(未収患者とのやりとりや経緯の説明)には、迅速に回答し、未収金回収が円滑に進むよう努めた。 	<p>持ち合わせがなく、後日支払いを求めるも、期日までに支払われないケースが多く、督促を行うも反応のない患者があり、目標値を達成できなかった。</p> <p>これらの案件に対応するため、債務負担行為を設定し、令和7年度まで弁護士法人への未収金回収業務を委託することで、未収金回収率の向上を図った。引き続き、間を置かない督促の実施及び未収金回収業者の活用を進めていく。</p>	84%
R05年度	↓	5.80%	<ul style="list-style-type: none"> ・未収患者に対し、未払いの医療費について迅速な督促を実施した。 ・回収困難事案については、委託業者への引継を行い、未収金の圧縮を図った。 ・未収患者への一斉催告を4回実施した。 	<p>分納約束するも、途中で不履行となるケースが多かった。また、保険未加入の外国人患者で高額の未収金が発生したケースが複数あり、実績値が大きく上昇した。</p> <p>今後は、未収金発生率を抑制させるため、債務保証会社が提供する入院医療費保証サービスを導入することも検討する。このサービスを活用することで、未収案件につながりやすい連帯保証人の設定が難しい患者について、未収金の発生自体を抑制することができる。</p>	38%
R07年度	↓				

項目評価

目指すべき方向性	大項目	大項目達成率	病院評価 (案)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(2)健全な経営基盤の確立	③費用縮減に関する取組	101%	順調	順調	—

中項目	小項目	R06年度 目標	R06年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	R06年度 達成率
ア 材料費の縮減	39 価格交渉による材料費の縮減	実施	実施	・薬品及び診療材料について価格交渉を行った。	薬品については、薬品卸業者と価格交渉を実施し、15品目の価格引下げ(10月1日以降適用)で妥結した。 診療材料については、診療材料卸業者と隨時価格交渉を実施し、1,079品目の価格引下げで妥結した。	100%

年 度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	達成率
R04年度	実施	実施	・薬品及び診療材料について価格交渉を行った。	薬品については、8月から9月にかけて6卸業者と価格交渉を実施し、317品目の価格を引下げ(10月1日以降適用)で妥結した。 診療材料については9月から10月にかけて7卸業者と価格交渉を実施し、82品目の価格を引下げ(11月1日以降適用)で妥結した。	100%
R05年度	↓	実施	・薬品及び診療材料について価格交渉を行った。	薬品については、8月から9月に薬品卸業者と価格交渉を実施し、57品目の価格を引下げ(10月1日以降適用)で妥結した。 診療材料については9月から10月にかけて診療材料卸業者と価格交渉を実施し、113品目の価格を引下げ(11月1日以降適用)で妥結した。	100%
R07年度	↓				

項目評価

目指すべき方向性	大項目	大項目達成率	病院評価 (案)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(2)健全な経営基盤の確立	③費用縮減に関する取組	101%	順調	順調	—

中項目	小項目	R06年度 目標	R06年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	R06年度 達成率
ア 材料費の縮減	40 後発医薬品使用数量割合の拡大	85%	91%	<p>以下の条件に基づいて、該当する医薬品のうち、使用数量上位を抽出し、随時、薬事委員会の承認、院長承認を得て切り替える方法を実施し、7品目を移行及び3品目を採用した。</p> <p>【候補・選択の前提条件】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医薬品の品質、製造管理が徹底されていること。 ・医薬品の情報提供が速やかで問題の無いこと。 ・安定供給が可能など。 	<p>新たに薬価収載された後発医薬品や切り替え可能な医薬品を隨時抽出し、後発品への切り替えを実施した。条件として後発品の供給が不安定の中、品質管理が徹底され安定供給が可能であること、情報提供も速やかであることとし薬事委員会で審議を行った。令和6年度は7品目を後発薬品に移行及び3品目採用としたが、既に採用されている後発品の供給不足・製造中止等の為やむを得ず2品目を先発品に切り替えた。</p> <p>後発品の使用数量ベースは、91%となった。</p>	107%

年 度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	達成率
R04年度	85%	88%	<p>以下の条件に基づいて、該当する医薬品のうち、使用数量上位を抽出し、随時、薬事委員会の承認、院長承認を得て切り替える方法を実施し、20品目を移行及び1品目を採用した。</p> <p>【候補・選択の前提条件】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医薬品の品質、製造管理が徹底されていること。 ・医薬品の情報提供が速やかで問題の無いこと。 ・安定供給が可能など。 	<p>新たに薬価収載された後発医薬品や切り替え可能な医薬品を随时抽出し、後発品への切り替えを実施した。条件として後発品の供給が不安定の中、品質管理が徹底され安定供給が可能であること、情報提供も速やかであることとし薬事委員会で審議を行った。令和4年度は20品目を後発薬品に移行及び1品目採用とし、後発品の使用数量ベースでは、88%(令和3年度89%)となった。</p>	104%
R05年度	↓	90%	<p>以下の条件に基づいて、該当する医薬品のうち、使用数量上位を抽出し、随時、薬事委員会の承認、院長承認を得て切り替える方法を実施し、11品目を移行及び6品目を採用した。</p> <p>【候補・選択の前提条件】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医薬品の品質、製造管理が徹底されていること。 ・医薬品の情報提供が速やかで問題の無いこと。 ・安定供給が可能など。 	<p>新たに薬価収載された後発医薬品や切り替え可能な医薬品を随时抽出し、後発品への切り替えを実施した。条件として後発品の供給が不安定の中、品質管理が徹底され安定供給が可能であること、情報提供も速やかであることとし薬事委員会で審議を行った。令和5年度は11品目を後発薬品に移行及び6品目採用としたが、既に採用されている後発品の供給不足・製造中止等の為やむを得ず6品目を先発品に切り替えた。</p> <p>後発品の使用数量ベースは、90%(令和4年度88%)となった。</p>	106%
R07年度	↓				

項目評価

目指すべき方向性	大項目	大項目達成率	病院評価 (案)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(2)健全な経営基盤の確立	③費用縮減に関する取組	101%	順調	順調	—

中項目	小項目	R06年度 目標	R06年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	R06年度 達成率
イ 医療機器等 調達費用の縮 減	41 価格及び保 守内容の妥当 性確認	実施	実施	<ul style="list-style-type: none"> ・調達予定機器の保守費用や保証期間の長さ等を含めたトータルコストについて、比較検討を行い仕様書を作成した。 ・故障等による整備の緊急性が高い医療機器の調達(臨時分)においても、必要十分かつ無駄な機能を省いた仕様とすることや、メーカー間での競争を促すことにより、調達費用の縮減を図った。 	<p>手術用顕微鏡の調達(令和6年8月入札・契約)において、他の機種と比較検討することで競争性を高めるとともに、必要十分かつ無駄な機能を省いた仕様としたうえで入札を行ったことにより、当初部署からの選定機種における見積価格約8,500万円であったものを、約4,300万円で購入することができ、約4,200万円の削減効果があった。</p> <p>高周波手術装置の調達(令和7年1月入札・契約)において、他の機種と比較検討等を行ったことで見積価格約850万円であったものを、約770万円で購入することができ、約80万円の削減効果があった。</p> <p>今後も、費用の縮減を図るため、医療機器の調達方法の見直しや改善を進めていく。</p>	100%

年 度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	達成率
R04年度	実施	実施	<ul style="list-style-type: none"> ・調達予定機器の保守費用や保証期間の長さ等を含めたトータルコストについて、比較検討を行い仕様書を作成する。 ・故障等による整備の緊急性が高い医療機器の調達(臨時分)においても、必要十分かつ無駄な機能を省いた仕様とすることや、メーカー間での競争を促すことにより、調達費用の縮減を図る。 	<p>移動型デジタル式汎用一体型X線透視診断装置の調達(令和4年11月入札・契約)において、他の機種と比較検討することで競争性を高めるとともに、必要十分かつ無駄な機能を省いた仕様としたうえで入札を行ったことにより、定価ベースで約6,800万円、当初の参考見積価格約2,900万円であったものを約2,200万円で購入することができ、約700万円の削減効果があった。</p> <p>全身麻酔器の調達(令和4年11月入札・契約)において、複数のメーカーを比較することにより、競争性を高めて入札を行った。複数メーカーと競争を促したことにより、予算ベースでは約1,600万円であったものを約1,400万円で購入することができ、約200万円の削減効果があった。</p> <p>今後も、費用の縮減を図るため、医療機器の調達方法の見直しや改善を進めていく。</p>	100%
R05年度	↓	実施	<ul style="list-style-type: none"> ・調達予定機器の保守費用や保証期間の長さ等を含めたトータルコストについて、比較検討を行い仕様書を作成した。 ・故障等による整備の緊急性が高い医療機器の調達(臨時分)においても、必要十分かつ無駄な機能を省いた仕様とすることや、メーカー間での競争を促すことにより、調達費用の縮減を図った。 	<p>医用画像管理システム(SYNAPSE SAI Viewer)の調達(令和6年1月入札・契約)において、必要十分な機能のみを搭載した仕様としたうえで入札を行ったことにより、当初の見積価格5,850万円であったものを3,850万円で購入することができ、2,000万円の削減効果があった。</p> <p>X線骨密度測定装置の調達(令和5年12月入札・契約)において、当初の見積価格約3,300万円であったが、必要十分なグレードに変更することにより約2,000万円で購入することができ、約1,300万円の削減効果があった。</p> <p>今後も、費用の縮減を図るため、医療機器の調達方法の見直しや改善を進めていく。</p>	100%
R07年度	↓				

項目評価

目指すべき方向性	大項目	大項目達成率	病院評価 (案)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(2)健全な経営基盤の確立	③費用縮減に関する取組	101%	順調	順調	—

中項目	小項目	R06年度 目標	R06年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	R06年度 達成率
ウ 経費縮減の取組	42 経費縮減の取組	実施	実施	・院内にて積極的に経費縮減に取組み、事例の共有を図った。	院内職員向けの説明会にて、コスト意識を持ち診療材料の選定を行うことにより、治療の質を下げることなく、費用の縮減につながる事例の共有を図った。	100%

年 度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	達成率
R05年度	実施	実施	・院内にて積極的に経費縮減に取組み、事例の共有を図った	全国での同じ製品の納入価格の情報や、当院での使用量などの情報を元に、製品の単価目安を提示したうえで、業者より縮減案を提示させる手法にて経費の縮減に取り組み、事例の共有を図った。 院内の多くの部署で使用する製品については、倉庫一元管理とし、必要な量だけ各部署に配布することで、全体の購入量の縮減を図った。	100%
R05年度	↓	実施	・院内にて積極的に経費縮減に取組み、事例の共有を図った	全国での同じ製品の納入価格の情報や、当院での使用量などの情報を元に、製品の単価目安を提示したうえで、業者より縮減案を提示させる手法にて経費の縮減に取り組み、事例の共有を図った。 院内の多くの部署で使用する製品については、倉庫一元管理とし、必要な量だけ各部署に配布することで、全体の購入量の縮減を図った。	100%
R07年度	↓				

項目評価

目指すべき方向性	大項目	大項目達成率	病院評価 (案)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(2)健全な経営基盤の確立	④ 経営管理体制の整備	100%	順調	順調	—

中項目	小項目	R06年度 目標	R06年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	R06年度 達成率
ア 経営形態見直しに向けた取組	43 経営形態見直しに向けた取組	検討	検討	・当院の経営状況を踏まえ、経営安定化の基盤の確立を図るため、経営形態の見直しの前提となる具体的な収支改善に取り組んだ。	経営形態の見直しの前提となる収支改善の取組みを行ったが、令和6年度決算においても経常収支が赤字であることから、引き続き財務面を含む経営安定化の基盤を確立できる状況を見極めた上で、「地方公営企業法の全部適用」へ移行し、持続的な経営安定化の体制を整えていく。	100%

年 度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	達成率
R04年度	検討	検討	・経営形態見直しに係る院内検討WGにて、課題の整理を含む今後の具体的なスケジュールや経営形態見直しに係る費用や必要な人員などについて、検討を進めた。	経営形態見直しについて、院内検討WGを計12回開催した。院内検討WGにて、移行に向けた課題の検討、スケジュール、全部適用に係る事業費及び職員配置について検討を進め、中間報告を実施した。	100%
R05年度	↓	検討	・中期経営計画の改定に伴う院内WGの中で、経営形態見直しについて検討を進めた。	経営形態見直しについて、WGの中で検討を進めた。 現状は経常収支が赤字であることから、中期経営計画の収支計画の進捗状況を踏まえ、財務面を含む経営安定化の基盤を確立できる状況を見極めて上で、「地方公営企業法の全部適用」へ移行し、持続的な経営安定化の体制を整えていく。	100%
R07年度	↓				

項目評価

目指すべき方向性	大項目	大項目達成率	病院評価(案)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(2)健全な経営基盤の確立	④ 経営管理体制の整備	100%	順調	順調	—

中項目	小項目	R06年度目標	R06年度実績	取組内容	病院評価説明(成果・課題等)	R06年度達成率
イ 職員の意識向上	44 経営状況に関する説明会の実施	2回/年	2回/年	・11月:外部有識者による当院の各種指標等から見る現状等に関する院内説明会の実施 ・3月:令和7年度当初予算に関する院内説明会の実施	院内職員を対象に院内説明会を開催した。 11月は外部有識者による各種指標等から見る現状及び外部環境についての講演を実施。 3月は、令和7年度当初予算について説明を実施するとともに、コスト意識を持った診療材料の選定による費用の縮減について説明を実施した。また、院長より当院の現状と今後の目標についての講話を実施した。 なお、資料については、全職員が電子カルテ上で閲覧が出来るよう対応した。	100%

年 度	目標	実績	取組内容	病院評価説明(成果・課題等)	達成率
R04年度	2回/年	2回/年	・上半期:令和3年度の経営状況等に関する院内説明会の実施 ・下半期:令和4年度第3四半期までの経営状況等に関する院内説明会の実施	院内職員を対象に院内説明会を開催した。 上半期は、令和3年度決算見込及び第3次中期経営計画について説明を実施した。また、病院長より当院の安定的な運営についての現状と目標についての講話を実施した。 下半期は、令和4年度第3四半期までの決算状況見込みについて説明を実施した。また、院長より令和4年度の総括と令和5年度の展望についての講話を実施した。 上半期については対面式で開催したが、下半期については新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のため、オンライン開催とした。なお、音声付資料については、全職員が電子カルテ上で閲覧が出来るようにした。	100%
R05年度	↓	2回/年	・上半期:令和4年度の経営状況等に関する院内説明会の実施 ・下半期:令和5年度の経営状況等に関する院内説明会の実施	上半期は、令和4年度決算見込について説明を実施するとともに、令和5年度第1四半期における収益目標の達成状況並びに稼働目標の達成に向けて紹介患者の確保及び在院に数の適正化について説明を実施した。また、病院長より当院の現状と今後の安定的な運営についての講話を実施した。 下半期は、令和5年度上半期収支状況について説明を実施するとともに、DPC特定病院群指定に向けての説明を実施した。また、院長より来年度からの課題と展望について、講話を実施した。 なお、資料について、全職員が電子カルテ上で閲覧が出来るようにした。	100%
R07年度	↓				

項目評価

目指すべき方向性	大項目	大項目達成率	病院評価 (案)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(2)健全な経営基盤の確立	④ 経営管理体制の整備	100%	順調	順調	—

中項目	小項目	R06年度 目標	R06年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	R06年度 達成率
イ 職員の意識向上	45 職員倫理研修の実施	実施	実施	<ul style="list-style-type: none"> ・新規採用職員を対象とした公務員倫理に関する研修を実施した。 ・管理・監督職員を対象としたハラスメント研修を実施した。 ・全職員を対象としたハラスメント研修(e-ラーニング)を実施した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・新規採用職員を対象とした公務員倫理研修は、医師14人、看護職員81人が受講した。地方公務員法における職務上の義務、身分上の義務や、地方公務員の不祥事がもたらす影響等について学ぶ機会となった。 ・管理監督職員を対象としたハラスメント研修は、診療部長会議や、看護部管理者会等の場で、ハラスメント対策における管理職の役割や、懲戒処分の指針の改正等について説明をした。 ・e-ラーニングでのハラスメント研修は、本市法務・コンプライアンス課の作成の資料を活用し、全職員に展開をした。 ・今後も院内職員全体に向け、理解を含める機会を設けてまいりたい。 	100%

年 度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	達成率
R04年度	実施	実施	<ul style="list-style-type: none"> ・新規採用職員を対象とした公務員倫理に関する研修を実施した(令和4年4月4日実施)。 ・管理職員を対象としたハラスメントに関する研修を実施した(令和4年7月29日実施)。 	<ul style="list-style-type: none"> ・公務員倫理研修は、新規採用職員を対象とし、医師16名、看護師44名、医療技術員3名が参加し、地方公務員法における職務上の義務、身分上の義務や、地方公務員の不祥事がもたらす影響等について学ぶ機会となった。 ・ハラスメント研修は、管理職員を対象として医師12名、看護師21名、医療技術員6名、事務職員4名が参加した。ハラスメントの基本や、ハラスメント防止のため的具体的な取組について講義を行い、参加者からは定期的開催を望む声も寄せられた。今後は研修対象者の拡大も検討してまいりたい。 	100%
R05年度	↓	実施	<ul style="list-style-type: none"> ・新規採用職員を対象とした公務員倫理に関する研修を実施した(令和5年4月4日) ・全職員を対象としたハラスメントに関する研修を実施した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・公務員倫理研修は、新規採用職員を対象とし、医師16人、看護職員103人、医療技術員23人が参加した。地方公務員法における職務上の義務、身分上の義務や、地方公務員の不祥事がもたらす影響等について学ぶ機会となった。 ・ハラスメント研修は、eラーニングにより全職員を対象として行い、育児休業者等を除く対象者1,321人中、953人が受講し、ハラスメントの基礎知識について広く周知する機会となった。 ・公務員倫理研修については、新規採用職員を対象として実施しているが、その他の職員についても、理解を含める機会を設けてまいりたい。 	100%
R07年度	↓				

項目評価

目指すべき方向性	大項目	大項目達成率	病院評価(案)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(2)健全な経営基盤の確立	⑤ 職員の確保・人材育成と職場環境の整備	99%	おおむね順調	おおむね順調	—

中項目	小項目	R06年度目標	R06年度実績	取組内容	病院評価説明(成果・課題等)	R06年度達成率																														
ア 必要人員の確保	46 職員採用に向けた取組	実施	実施	<ul style="list-style-type: none"> ・医師確保のため、関連大学医局へ要望を行った。 ・専攻医、研修医の確保のため、病院説明会の開催や病院見学の受入れを随時行う。 ・看護職員、医療技術員の確保のため、令和7年4月1日付採用選考を行った。病院説明会の開催や看護学校等が主催する就職説明会に参加した。 	<p>令和6年度末と令和5年度末の比較では、医師2名、看護職員40名、医療技術員7名、事務員等1名増となつたが、確保をした人員を収益につなげていく必要がある。</p> <p>＜職種別配置数＞</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th></th> <th>計画数</th> <th>配置数</th> <th>充足率</th> <th>(参考)R5年度末</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>医師</td> <td>153</td> <td>125</td> <td>81.7%</td> <td>123</td> </tr> <tr> <td>看護職員</td> <td>820</td> <td>805</td> <td>98.2%</td> <td>765</td> </tr> <tr> <td>医療技術員</td> <td>185</td> <td>183</td> <td>98.9%</td> <td>176</td> </tr> <tr> <td>事務その他</td> <td>68</td> <td>68</td> <td>100.0%</td> <td>67</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>1,226</td> <td>1,181</td> <td>96.3%</td> <td>1,131</td> </tr> </tbody> </table> <p>※フルタイム再任用職員を含む</p>		計画数	配置数	充足率	(参考)R5年度末	医師	153	125	81.7%	123	看護職員	820	805	98.2%	765	医療技術員	185	183	98.9%	176	事務その他	68	68	100.0%	67	合計	1,226	1,181	96.3%	1,131	100%
	計画数	配置数	充足率	(参考)R5年度末																																
医師	153	125	81.7%	123																																
看護職員	820	805	98.2%	765																																
医療技術員	185	183	98.9%	176																																
事務その他	68	68	100.0%	67																																
合計	1,226	1,181	96.3%	1,131																																

年 度	目標	実績	取組内容	病院評価説明(成果・課題等)	達成率																														
R04年度	実施	実施	<ul style="list-style-type: none"> ・医師確保のため、関連大学の医局へ医師の派遣を要望した。 ・看護職員確保のため、病院主催の説明会の開催のほか、看護学校の就職説明会、合同就職説明会への参加などの採用活動を行つた。 ・年9回の看護職員採用選考の実施により、令和5年度当初の看護職員数が772人となつた。 	<p>令和4年度末と令和3年度末の比較では、医師3名、看護職員25名、医療技術員2名、事務その他1名の増となつた。</p> <p>第3次中期経営計画に係る人員計画では、新興感染症への平時からの対応や、職員の働き方への配慮のため、職員を段階的に増員することを予定しており、人員の充足に向け、採用活動を強化する必要がある。</p> <p>＜職種別配置数＞</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th></th> <th>計画数</th> <th>配置数</th> <th>充足率</th> <th>(参考)R3年度末</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>医師</td> <td>142</td> <td>118</td> <td>83.1%</td> <td>115</td> </tr> <tr> <td>看護職員</td> <td>725</td> <td>701</td> <td>96.7%</td> <td>676</td> </tr> <tr> <td>医療技術員</td> <td>166</td> <td>158</td> <td>95.2%</td> <td>156</td> </tr> <tr> <td>事務その他</td> <td>67</td> <td>67</td> <td>100.0%</td> <td>66</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>1,100</td> <td>1,044</td> <td>94.9%</td> <td>1,013</td> </tr> </tbody> </table> <p>※フルタイム再任用職員を含む</p>		計画数	配置数	充足率	(参考)R3年度末	医師	142	118	83.1%	115	看護職員	725	701	96.7%	676	医療技術員	166	158	95.2%	156	事務その他	67	67	100.0%	66	合計	1,100	1,044	94.9%	1,013	100%
	計画数	配置数	充足率	(参考)R3年度末																															
医師	142	118	83.1%	115																															
看護職員	725	701	96.7%	676																															
医療技術員	166	158	95.2%	156																															
事務その他	67	67	100.0%	66																															
合計	1,100	1,044	94.9%	1,013																															
R05年度	↓	実施	<ul style="list-style-type: none"> ・医師確保のため、関連大学医局へ要望を行つた。 ・専攻医、研修医の確保のため、病院説明会の開催や病院見学の受入れを随時行う。 ・看護職員、医療技術員の確保のため、年度途中の採用選考及び令和6年4月1日付採用選考を行つた。病院説明会の開催や看護学校等が主催する就職説明会に参加した。 	<p>令和5年度末と令和4年度末の比較では、医師5名、看護職員64名、医療技術員18名増となつた。</p> <p>令和5年度の採用活動により、看護職員、医療技術員については人員配置計画数は概ね満たすこととなるため、必要な収益の確保につなげていく必要がある。</p> <p>＜職種別配置数＞</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th></th> <th>計画数</th> <th>配置数</th> <th>充足率</th> <th>(参考)R4年度末</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>医師</td> <td>147</td> <td>123</td> <td>83.7%</td> <td>118</td> </tr> <tr> <td>看護職員</td> <td>829</td> <td>765</td> <td>93.3%</td> <td>701</td> </tr> <tr> <td>医療技術員</td> <td>174</td> <td>170</td> <td>98.0%</td> <td>156</td> </tr> <tr> <td>事務その他</td> <td>68</td> <td>67</td> <td>98.5%</td> <td>67</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>1,112</td> <td>1,031</td> <td>93.3%</td> <td>1,044</td> </tr> </tbody> </table> <p>※フルタイム再任用職員を含む</p>		計画数	配置数	充足率	(参考)R4年度末	医師	147	123	83.7%	118	看護職員	829	765	93.3%	701	医療技術員	174	170	98.0%	156	事務その他	68	67	98.5%	67	合計	1,112	1,031	93.3%	1,044	100%
	計画数	配置数	充足率	(参考)R4年度末																															
医師	147	123	83.7%	118																															
看護職員	829	765	93.3%	701																															
医療技術員	174	170	98.0%	156																															
事務その他	68	67	98.5%	67																															
合計	1,112	1,031	93.3%	1,044																															
R07年度	↓																																		

項目評価

目指すべき方向性	大項目	大項目達成率	病院評価 (案)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(2)健全な経営基盤の確立	⑤ 職員の確保・人材育成と職場環境の整備	99%	おおむね順調	おおむね順調	—

中項目	小項目	R06年度 目標	R06年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	R06年度 達成率
イ 人材の育成	47 資格取得支援・研修会や学会への参加推進	実施	実施	<ul style="list-style-type: none"> ・入職時に資格取得状況の調査を実施した。 ・研修会や学会の参加費及び参加に係る旅費を支給した。 ・特定行為研修修了看護師の育成を進めるため、指定研修施設の申請をし、厚生労働省から指定を受けた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・医師については、入職時に学会専門医、指導医、各種資格の取得状況を確認した。 ・学会、研修会への参加や資格取得に係る参加費、旅費、授業料等の支援を行い、専門的知識の習得に繋がった。 ・看護職員については、手術支援、認知症看護、新生児集中ケアの分野に係る認定看護師の育成支援を行った。 ・特定行為研修修了看護師については、院内での活動を本格化させたところであり、自施設において計画的に育成を進めるため、指定研修施設の指定を受けた。今後は、育成を進めるとともに、院内での活動について周知を継続し、活動を促進させたい。 	100%

年 度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	達成率
R04年度	実施	実施	<ul style="list-style-type: none"> ・医師、看護師及び医療技術員に対し、学会や研修会に参加するための旅費・参加費の支援を行った。 ・認定看護師の資格取得に向け、2分野に係る資格取得支援（授業料等の支出）を行った。 ・手術支援ロボットによる手術を行うためのトレーニング参加費の支援を行った。 	<ul style="list-style-type: none"> ・医師については、入職時に学会専門医、指導医、各種資格の取得状況を確認した。 ・学会、研修会への参加や資格取得に係る参加費、旅費、授業料等の支援を行い、専門知識の習得に繋がった。 ・看護職員については、医療活動の充実を図るため、クリティカルケア、感染管理の分野に係る認定看護師の育成支援を行った。 ・手術支援ロボットに係るトレーニング参加費の支援を行い、手術支援ロボットによる手術の実施につながった。 	100%
R05年度	↓	実施	<ul style="list-style-type: none"> ・入職時に資格取得状況の調査を実施した。 ・研修会や学会の参加費及び参加に係る旅費を支給した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・医師については、入職時に学会専門医、指導医、各種資格の取得状況を確認した。 ・学会、研修会への参加や資格取得に係る参加費、旅費、授業料等の支援を行い、専門的知識の習得に繋がった。 ・看護職員については、クリティカルケア、手術支援、認知症看護の分野に係る認定看護師の育成支援を行った。 ・手術支援ロボットに係るトレーニング参加費の支援を行い、手術支援ロボットによる手術の実施につながった。 	100%
R07年度	↓				

項目評価

目指すべき方向性	大項目	大項目達成率	病院評価 (案)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(2)健全な経営基盤の確立	⑤ 職員の確保・人材育成と職場環境の整備	99%	おおむね順調	おおむね順調	—

中項目	小項目	R06年度 目標	R06年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	R06年度 達成率
イ 人材の育成	48 職員研修施設の設置・運用	実施	実施	<ul style="list-style-type: none"> ・シミュレーションラボを活用し、各種研修を実施した。 ・多職種が参加するシミュレーションラボ・研修管理室を設置し、院内での研修の実施状況の共有や、研修会の企画を行った。 	<ul style="list-style-type: none"> ・シミュレーションラボを活用し、新人看護職員研修、看護職員を対象とした部門別研修のほか、開設前まで院外の研修施設で実施をしていた初期研修医を対象とした研修を実施した。 ・シミュレーションラボ研修管理室を設置し、各職種の研修の実施状況等の共有を行ったほか、ICLS講習会(6月29日、9月7日、11月23日、2月15日)、J mecc講習会(1月18日、2月2日)、中心静脈カテーテル挿入トレーニング(5月29日、30日)を実施した。 	100%

年 度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	達成率
R04年度	準備	準備	研修施設の整備に向け、研修計画の検討、実施する研修に必要な機器の整備を行った。	<ul style="list-style-type: none"> ・新人看護師や臨床研修医等の医療技術の向上を目指し、研修計画の検討、研修に必要な機器の整備を行った。 ・今後、研修施設の活用を含め、教育・研修効果を高めるため、院内の教育・研修を一元管理する体制の整備が必要である。 	100%
R05年度	実施	実施	<ul style="list-style-type: none"> ・令和5年度中に開設したシミュレーションラボを活用し、新人看護職員研修、看護職員を対象とした部門別研修のほか、これまで院外の研修施設で実施をしていた初期研修医を対象とした研修を実施した。 ・院内の教育・研修を一元管理する体制を検討した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・令和5年度中に開設したシミュレーションラボを活用し、新人看護職員研修、看護職員を対象とした部門別研修のほか、これまで院外の研修施設で実施をしていた初期研修医を対象とした研修を実施した。 ・教育、研修の効果を高めるため、多職種が参加する院内の教育・研修を一元管理する体制を検討し、令和6年度から運用を開始することとした。 	100%
R07年度	↓				

項目評価

目指すべき方向性	大項目	大項目達成率	病院評価 (案)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(2)健全な経営基盤の確立	⑤ 職員の確保・人材育成と職場環境の整備	99%	おおむね順調	おおむね順調	—

中項目	小項目	R06年度 目標	R06年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	R06年度 達成率
ウ 働きがいのある職場づくり	49 職員満足度の向上	80%	75%	<ul style="list-style-type: none"> ・院内職員を対象に職場に対する満足度調査を実施した。 ・満足度の傾向及び課題について検証し、改善策を検討した。 	<p>・「総合的に当院で働いていることに満足している」の問いに、「そう思う」と回答した割合は75%であり、計画で定める目標を下回った。以前より人員不足に対する不満は見られていたが、現在は休職者数が見込を上回っている状況であり、中期経営計画の改訂にあたっては、休職者数を踏まえた人員計画を検討をしてまいりたい。</p>	94%

年 度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	達成率
R04年度	80%	79%	令和5年2月に院内職員を対象に職員満足度調査を実施し、満足度の傾向及び課題について検証を行った。	<p>調査票を集計した結果、「総合的に、当院で働いていることに満足している」の項目は「そう思う」と回答した人の割合が79%だった。</p> <p>項目別では、全17項目のうち、15項目で満足度が低下しており、「職場の施設や設備に満足している」の8%低下、「職場では、自分の意見を自由に提案できる」の6%低下が目立つ。</p> <p>「組織や人員配置は適切である」も4%低下しており、人員不足や年次有給休暇が取得できないことへの不満も満足度低下の一因であることから、採用活動を強化し、人員を充足させたい。</p>	99%
R05年度	↓	81%	<ul style="list-style-type: none"> ・令和6年2月に、院内職員に職場に対する満足度調査を実施した。 ・昨年度に比べ満足度は上昇しているものの、人員不足に対する不満が見られる中、第3次中期経営計画に係る人員配置計画に基づき、職員の増員を行った。 	<p>・「総合的に、当院で働いていることに満足している」の問い合わせに、「そう思う」と回答した割合は81%であり、計画で定める目標値を満たすことができた。長く続いたコロナ禍での診療に対する疲弊が少しずつ軽減されてきたものと推察される。</p> <p>・令和5年度についても、人員不足に対する不満は見られるところであるが、これまでの採用活動により、看護職員、医療技術員については人員配置計画数は概ね満たすこととなるため、職員の働き方はもとより、必要な収益の確保につなげていく必要がある。</p>	100%
R07年度	↓				

項目評価

目指すべき方向性	大項目	大項目達成率	病院評価 (案)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(2)健全な経営基盤の確立	⑤ 職員の確保・人材育成と職場環境の整備	99%	おおむね順調	おおむね順調	—

中項目	小項目	R06年度 目標	R06年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	R06年度 達成率
△ 働きがいのある職場づくり	50 働き方改革関連法への対応	実施	実施	<ul style="list-style-type: none"> ・勤怠管理システムにより、医師の時間外勤務の状況を定期的に確認し、面接指導を行うなど、必要な追加的健康確保措置を行った。 ・タスクシフトの推進のため、院内での特定行為研修修了看護師の活動を本格化させた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・追加的健康確保措置として実施が必要な面接指導については、月平均20人に対して行った。面接指導を行う実施医師の増員も求められる。 ・常勤医師の時間外勤務時間は、患者数が増加していることもあり、56時間/月で令和5年度(53時間/月)から微増となった。 ・特定行為研修修了看護師については、院内での活動を本格化させるとともに、自施設において計画的に育成を進めるため、指定研修施設の指定を受けた。 ・医師の時間外勤務縮減にあたっては、タスクシフトの推進等により取組を継続するとともに、人員確保も必要である。 	100%

年 度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	達成率
R04年度	実施	実施	<ul style="list-style-type: none"> ・医師の時間外勤務縮減に向け、多職種を協議を行い、タスクシフティングを推進する項目を検討した。 ・令和6年3月までを計画期間とする医師労働時間短縮計画を作成した。 ・時間外勤務上限規制の内容等について、医師を対象とした説明会を開催した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・多職種が参加する働き方改革推進委員会を3回開催し、医師の時間外勤務縮減に向け、タスクシフティングを推進する具体的な項目について、検討、協議を行ったほか、令和6年3月までを計画期間とする医師労働時間短縮計画を作成した。 ・令和6年4月から適用される医師の時間外勤務上限規制の適用に向け、医師の意識改革を図るため、医師を対象とした説明会を4回実施した。また、患者、その家族の意識改革・啓発のための取組や、宿日直許可に向けた宿直時の業務実態調査を実施した。 	100%
R05年度	↓	実施	<ul style="list-style-type: none"> ・タスクシフティングの推進に向け、特定行為研修受講看護師活用のための検討を行った。 ・医師労働時間短縮計画を作成した上、埼玉県から特定労務管理対象機関の指定を受けた。 ・労働時間の適正な把握のため、勤怠管理システムを導入した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・医師労働時間短縮計画を作成し、医療機関勤務環境センターの第三者評価を受審した上、特定労務管理対象機関の指定を受けた。令和6年4月からの時間外勤務上限規制の適用を受け、勤務間インターバルの確保など適切な追加的健康確保を措置を適切に行なった上で、医師労働時間短縮計画に基づき、労働時間短縮に向けた取組を継続する必要がある。 	100%
R07年度	↓				

項目評価におけるさいたま市立病院経営評価委員会の主な意見等

(1)「地域完結型医療の要」として、地域医療における中核的な役割

中項目「がん診療の機能強化と充実」

「5 がん診療連携拠点病院指定の維持」

- ・令和4年のがん拠点病院の整備指針に関して、緩和的放射線治療と難治性のブロック、疼痛のブロックについては、市立病院のホームページを確認したところ体制が整えられて指針通りになっているが、去年できた難治性の加算の届出がされていないので届出をされるとよい。

中項目「救急医療体制の充実」

「10 母体搬送の積極的な受入」

- ・分娩数が少ないというのは、目標が昔の状況で設定されているので、現在の状況と乖離している。どこかで目標を変更できるとよい。

「11 救急搬送患者に対する応需率の向上」

- ・救急の応需率が若干低いなというのが正直なところ。救急病棟が満床になると満床という扱いになるのか、一般床は空いているけれども救急病棟がいっぱいだと満床で受けられないという形になっているのか。救急の高度急性期を目指す病院であれば、夜間でも救急病棟から一般床への転床がスムーズにできているか気になるところ。

- ・さいたま市内は救急病院が多く、どこも赤字で救急車の奪い合い状態であり、よほど気合を入れていかないと経営改善に繋がらない。

中項目「産科セミオープンシステムの充実」

「18 取扱件数の増加・維持」

- ・産科のオーブンシステムの件数がなかなか伸びないということは重々理解しているところ。無痛分娩の取り扱いに関して、実施できていないところは減ってしまうという話だが、市立病院では無痛分娩の対応はしていないのか。今の若いお母さん方にとって重要なポイントなのかもしれない。

中項目「患者満足度の向上」

「26 入院患者満足度の向上」「27 外来患者満足度の向上」

- ・市立病院を今後も存続していくためには、看護師さんを含めた皆さんの、本当に親切な対応が求められる。患者ファーストを徹底的にやる必要がある。

中項目「院外への情報発信」

「28 市民公開講座の実施」

- ・市民公開講座の実施件数が目標未達だが、現在の状況と乖離しているのではないか。どこかで目標を変更できるとよい。

「30 ホームページアクセス件数の増加」

- ・市立病院のPRという面で他の病院と比べると遅れていると思う。ホームページはあるが、インスタグラム・X・ユーチューブで紹介されていない。大きい建物は建っているが、地元の人以外にはよく理解されていないのではないか。

(2)健全な経営基盤の確立

中項目「医業収益の拡大」

「34 新入院患者数(一般病床)の増加」「35 入院診療単価(一般病床)の増加」

- ・新入院患者数と入院診療単価は、病院の規模からしてもう少し上がるはず。

「35 入院診療単価(一般病床)の増加」「36 外来診療単価の向上」

- ・国の保険制度の改定がなければ、第3次中期計画の見直しについても、どう中身を改善していくのか非常に疑わしいというか、問題があり、ちょっとやそっとの改善では焼け石に水である。さいたま市の税金で補助金をもらって、維持するしかない。

「36 外来診療単価の向上」

- ・外来単価が昨年より1,000円上がっていることは病院経営にとって好ましいことと思う。診療単価の高い医療を受けるよう積極的に働きかけた結果なのか。他病院で、単価の安い外来の患者を小さな病院に送り返すという取り組みも聞いたことがある。

「37 査定率抑制」

- ・最近は医療技術についての査定がだいぶ増えているが、症状詳記や診療科単位の比較、通っているものと通っていないものを医局と話し合うなど、何かトライしていることはあるか。

- ・査定の区分分けのうち、AとDは事務的処理で改善できるが、BとCは組織体制を一部変えなければならない。特にB・Cの査定で技術費に関してはドクターフィーのため組織体制の検討をされるとよい。

Ⅱ 収支計画並びに医療及び財務に関する指標の達成状況

収支計画の達成状況

1. 収益的収支

区分	年 度	目標値・実績値		
		令和5年度		令和6年度
		実績値 (決算)	目標値	実績値 (決算)
収入	1. 医業収益	20,373	22,475	21,393
	(1) 入院収益	14,631	16,426	15,499
	(2) 外来収益	4,703	4,996	4,878
	(3) 負担金交付金	606	532	532
	(4) その他の収益	434	522	484
	2. 医業外収益	3,793	3,383	3,383
	(1) 他会計負担金・補助金	2,712	2,276	2,327
	(2) その他の収益	1,081	1,107	1,056
	経常収益(A)	24,166	25,858	24,776
支出	1. 医業費用	25,559	28,661	27,344
	(1) 給与費	12,390	14,034	13,548
	(2) 材料費	5,665	5,836	5,911
	(3) 経費	4,482	5,567	4,762
	(4) 減価償却費	2,958	3,133	3,045
	(5) その他の費用	64	90	78
	2. 医業外費用	1,443	1,222	1,517
	経常費用(B)	27,002	29,883	28,861
	経常損益(A)-(B)	▲2,836	▲4,024	▲4,085

※十円以下の数値を有しているため、合計値が細目を足し合わせた値と一致しないことがある。

2. 資本的収支

区分	年 度	目標値・実績値		
		令和5年度		令和6年度
		実績値 (決算)	目標値	実績値 (決算)
収入	1. 企業債	662	285	594
	2. 他会計出資金・負担金	1,037	985	979
	3. 国(県)補助金	8	0	0
	4. その他の収入	1	0	1
	収入計(A)	1,708	1,270	1,574
支出	1. 建設改良費	2,764	983	1,291
	2. 企業債償還金	2,567	1,956	1,944
	支出計(B)	5,331	2,939	3,236
差引不足額(B)-(A)	差引不足額(B)-(A)	3,623	1,669	1,662
	1. 損益勘定留保資金	3,621	1,669	1,662
	2. その他の資本	2	0	0
	計	3,623	1,669	1,662
企業債残高		29,260	29,679	27,909

さいたま市立病院経営評価委員会の主な意見等

さいたま市立病院経営評価委員会の主な意見等

医療及び財務に関する指標の達成状況

医療に関する指標

項目	目標値・実績値			達成率 (%)	主な取組・主な要因		
	令和5年度	令和6年度					
	実績値	目標値	実績値				
職員数 (人)	1,131	1,227	1,181	96.3%	・医師確保のため、関連大学の医局へ医師の派遣を要望した。 ・専攻医、研修医の確保のため、病院説明会の開催や病院見学の受入れを随時行うとともに、看護職員、医療技術員の確保のため、令和7年4月1日付採用の選考を行った。また、看護学校等が主催する就職説明会に参加したほか、病院説明会の開催日程を増やし、採用活動に注力した。 上記取組を行った結果、前年度と比べ職員数は増加したものの、目標値を下回った。		
救急搬送患者数 (人)	9,263	7,500	8,925	119.0%	・救急患者の受入方法等について、救急委員会で受入可否事例を精査し、積極的な救急車の受入れを行ったことにより、目標値を上回った。		
入院延べ患者数 (人)	182,467	196,003	190,219	97.0%	・在宅での療養が困難な苦痛を抱える患者に向けた緩和ケア病棟を再開したこと等により、延患者数は昨年より増加したが、目標値を下回った。		
外来延べ患者数 (人)	265,824	282,512	260,977	92.4%	・地域医療連携の推進に積極的に取り組んだ結果、逆紹介患者の数が増加し、医師会紹介による新患者数は前年度を上回ったが、再来患者の減少幅が大きかったため、目標値を下回った。		
手術件数 (件)	6,021	7,000	6,226	88.9%	・12室ある手術室を効率的に活用し、並列的な利用することで緊急手術にも対応し、件数も昨年より増加した。 ・ロボット支援手術の枠を調整し、件数を増やす取り組みを行った。 ・手術の予定時間のOver、Shortの原因を把握し、予定手術の時間枠を精緻化した。 上記取組を行った結果、前年度と比べ増加となったが目標値を下回った。		
臨床研修医の受入人数 (人)	30	30	30	100.0%	・病院見学の受け入れを行うとともに、WEB懇談会を開催したことにより、実績が目標値と同数となった。		
紹介率 (%)	77.0	80%、65% 又は 40% 50% 70%	83.7	100.0%	・地域医療推進委員会を毎月開催し、診療科ごとのパンフレットを作成して医療機関の訪問の際に当院の診療体制についての情報発信を行うなど、地域連携の一層の推進を図る取組により目標値を上回った。		
逆紹介率 (%)	86.1		98.6		・紹介率及び逆紹介率の状況について、病院幹部が出席する経営状況分析会議等において報告を行い、院内での情報の共有化を図った。		
在宅復帰率 (%)	86.1	80.0	85.6	107.0%	・前年度と比較し、入院患者に対するリハビリテーションの実施人数が2.8%増えたこと等により、退院先が自宅等の患者数増については5.3%増えたが、患者数の増加によって母数となる退院患者数も5.7%増となっているため、在宅復帰率は0.5ポイントの減となつたが、目標値は上回った。		
分娩件数 (件)	761	900	821	91.2%	・県内でも少子化が進行する中、地域周産期母子医療センターとして担当ブロック内のハイリスク妊娠婦を積極的に受け入れたことで、分娩件数は昨年を上回ったが、目標値を下回った。		
クリニカルパス使用率 (%)	50.8	45.0	50.0	111.1%	・毎月クリニカルパス委員会を開催し、クリニカルパスの新規作成や、実情と合わなくなり使いづらくなっているクリニカルパスの修正を推進したことにより、目標値を上回った。		
医療相談対応件数 (件)	4,668	3,400	5,005	147.2%	・医療相談員及び退院調整看護師が、患者の転院、在宅医療及び医療費等の相談に対して情報提供を行うとともに、医療機関及び介護事業所等の関係機関と連携調整を行った結果、前年度と比べ増加となり、目標値を上回った。		

医療及び財務に関する指標の達成状況

財務に関する経営指標

項目	目標値・実績値			達成率 (%)	主な取組・主な要因
	令和5年度		令和6年度		
	実績値	目標値	実績値		
経常収支比率 (%)	89.5	86.5	85.8	99.2%	・材料費は目標の範囲を1.3%超えたが、給与費及び経費は目標の範囲内であったため、経常費用は目標の範囲内に収まったものの、入院収益が5.6%、外来収益が2.4%下回り、経常収益は4.2%下回ったことにより、経常収支比率は目標値を下回った。
医業収支比率 (%)	79.7	78.4	78.2	99.7%	・入院診療単価及び外来診療単価は目標を上回ったものの、入院延患者数及び外来延患者数が目標を下回ったことにより、医業収益は目標を約4.8%下回った。一方で、医業費用は目標の範囲内に収まったが、医業収支比率は目標値を下回った。
累積欠損金比率 (%)	15.4	24.9	33.9	63.9%	・令和2年度から令和4年度まではコロナ関連の補助金により純損益が黒字となり、累積欠損金が縮減していたが、令和5年度の31億17百万円の赤字に続き、令和6年度が41億12百万円の赤字となつたため、目標値内に収まらなかつた。
給与費対医業収益比率 (%)	60.8	62.4	63.3	98.6%	・給与費は目標の範囲内であったものの、医業収益が目標を4.8%下回ったことから、給与対医業収益比率は目標値内に収まらなかつた。
材料費対医業収益比率 (%)	27.8	26.0	27.6	93.8%	・薬品費が目標の範囲を2.9%超えたこと、医業収益が目標を4.8%下回ったことから、材料費対医業収益比率は目標値内に収まらなかつた。
(うち)薬品費対医業収益比率 (%)	15.4	14.2	15.4	91.5%	・上記同様、薬品費が目標の範囲を2.9%超えたこと、医業収益は目標を4.8%下回ったことから、薬品費対医業収益比率は目標値内に収まらなかつた。
委託費対医業収益比率 (%)	14.0	15.8	14.0	111.4%	・医業収益は目標を4.8%下回ったが、委託費が仕様の見直し等により目標の範囲内に収まつたことで、委託費対医業収益比率は目標値内に収まつた。
減価償却費対医業収益比率 (%)	14.5	13.9	14.2	97.8%	・減価償却費は目標の範囲内であったものの、医業収益は目標を4.8%下回ったことから、減価償却費対医業収益比率が目標値内に収まらなかつた。
100床当たり職員数 (人)	177.6	192.6	185.4	96.3%	・関連大学の医局へ医師の派遣要望や、看護師の採用選考を行つたが、目標値を下回つた。
医師1人当たり入院収益 (百万円)	119	107	124	115.9%	・医師数が目標値に対して18.3%下回つた関係で、入院収益は目標を5.6%下回つたが、医師1人当たりの入院収益は目標値を上回つた。
医師1人当たり外来収益 (百万円)	38	33	39	118.2%	・医師数が目標値に対して18.3%下回つた関係で、外来収益は目標を2.4%下回つたが、医師1人当たりの外来収益は目標値を上回つた。
病床利用率(一般病床) (%)	80.6	90.0	84.5	93.9%	・延患者数が増となり、病床利用率は昨年と比較し3.9%増加したが、目標値を下回つた。
平均在院日数 (日)	11.6	11.8	11.4	103.4%	・病床管理委員会を毎月開催し、情報の共有を図るとともに、管理上の問題点に対する検討を行つた。また、入退院支援の業務内容及び取組状況等について定期的に院内研修会を開催し、職員への周知を図り、円滑な入退院支援につなげたことにより、目標値を上回つた。
現金預金残高 (百万円)	1,559	9	699	7766.7%	・一般会計からの繰入金の繰入時期の調整等により現金の確保に努めたことで、現金預金残高は目標値を上回つた。

※病床利用率は結核、精神病床を除く。

※平均在院日数は結核、精神病床を除く。

III 全 体 評 價

全 体 評 価

評価結果及び判断理由

評価にあたっての委員からの主な意見