

「いわき市病院事業中期経営計画（2024～2027）」

評価報告書（令和6年度分）

【目次】

- ・ はじめに 1 ページ
- ・ 評価の基準、評価の手順 1 ページ
- ・ 令和6年度収支見通しと決算額の比較 2～3 ページ
- ・ 基本方針Ⅰ～Ⅴごとの取組状況 4～9 ページ

はじめに

「いわき市病院事業中期経営計画(2024～2027)」では、これまでの中期経営計画等の成果を踏まえつつ、更なる診療機能の充実や安定した経営基盤の確立を図るとともに、自治体病院として果たすべき役割や中期的な見通しに立った経営指針を明確にすること、並びに病院が目指すべき方向性となる「ビジョン」を掲げ、その達成に向けた「基本方針」等を定めています。

このたび、令和6年度における当センターの取組みや成果について、外部有識者等で構成する「いわき市医療センター病院経営評価委員会」の助言・意見をいただきながら点検・評価を行い、その内容を取りまとめましたので報告します。

評価の基準・評価の手順

I 自己評価

(1) 評価指標ごとの評価

評価指標の達成状況について、次の基準によりA～Eの5段階で評価を行います。

達成状況が目標値の100%以上	⇒ A評価(目標を十分に達成)
達成状況が目標値の85%～99%	⇒ B評価(目標を概ね達成)
達成状況が目標値の70%～84%	⇒ C評価(目標を下回った)
達成状況が目標値の50%～69%	⇒ D評価(目標を大きく下回った)
達成状況が目標値の50%未満	⇒ E評価(抜本的な改善が必要)

(2) 取組状況の自己分析

(1)の評価を踏まえ、具体的な取組みの状況等について、自己分析を行います。

II 病院経営評価委員会における意見等の聴取

Iによる自己評価結果を資料として病院経営評価委員会に提出し、委員から、専門的な視点を踏まえ、病院経営に係る意見等を聴取します。

III 総合評価

中期経営計画に基づく取組状況等について、自己評価及び病院経営評価委員会の意見等を踏まえ、病院事業管理者が、5つの基本方針ごとにA～Eの5段階で評価します。

なお、「II 病院経営評価委員会における意見等の聴取」の段階では、当該総合評価を(案)として提出します。

参考：「いわき市病院事業中期経営計画(2024～2027)」の概要

1. 計画策定の趣旨

国から示された「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強化ガイドライン」に基づき、当センターが地域の高度急性期医療を担う中核病院として、良質な医療の提供と健全経営を推進していくため、病院運営の指針として令和5年度に策定・公表したもの。

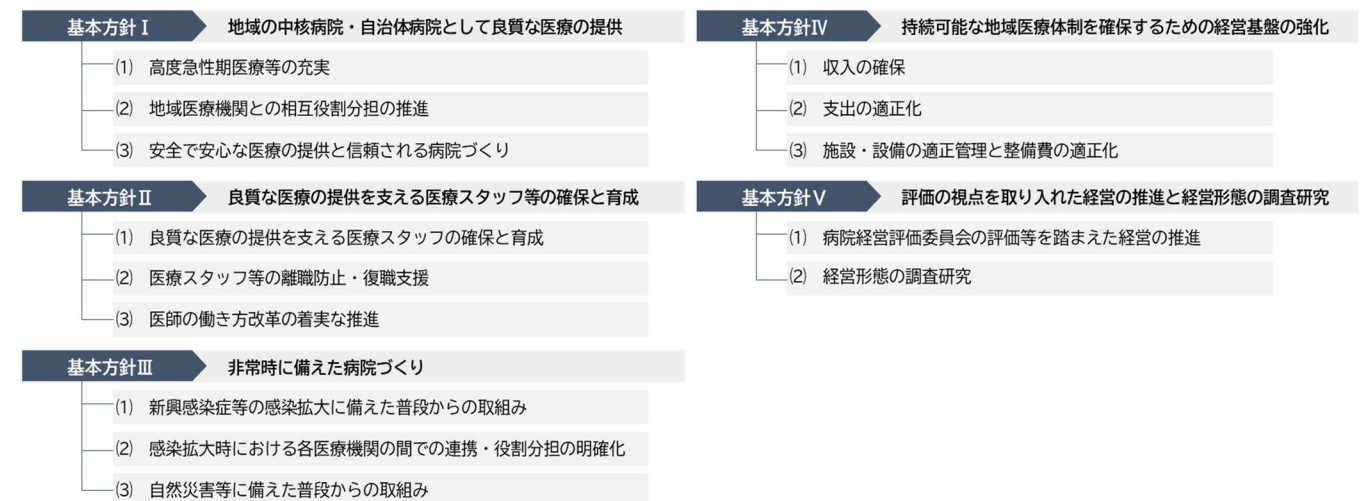
2. 計画期間

令和6年度～令和9年度(4年間)

3. 計画の4か年ビジョン

高度急性期医療を担う地域の中核病院として良質な医療の提供と健全経営の推進

4. 基本方針と重点施策(体系)



5. 計画の推進体制

計画の推進にあたっては、重点施策等の実効性を高めるため、各部門において「部門別アクションプラン」を作成し、実行、評価、改善のPDCAサイクルによる進捗管理を行いながら、病院全体として計画を推進していきます。

また、外部有識者等が参画する「病院経営評価委員会」において、計画の取組状況等について点検・評価を受けるとともに、その結果を公表し、評価の客観性及び透明性を確保します。

令和6年度収支見通しと決算額の比較

総合評価	B	高額手術等の増加により、患者1人1日当たり入院収益が増加し、医業収益は、過去最高額となったが、同時に、材料費も大幅な増加となった。また、「入院・外来ベースアップ評価料」や「看護職員夜間配置加算」などの新たな加算を取得したが、人事院勧告に伴う給与費の増を補填するまでには至らず、いわゆる「増収減益」となり、赤字額は計画値より2.2億増加した。 今後、診療報酬の大幅な引き上げ等が見通せない中で、医業収益を積み増しするため、病床利用率の向上など長年の課題に対して解決策を見出し、黒字化に向けた具体的な取り組みを強化する必要がある。 また、支出面でも依然として続く物価高や、今後、人件費の引き上げによる委託料に係る労務単価の増が見込まれることから、「支出の適正化」に向け、でき得る取組みを強化していく必要がある。
------	---	---

1 収益的収支(税抜、単位:億円)

区 分	令和6年度			自己評価
	計画値 A	実績値 B	比較 B-A	
収益的収入	241.5	254.6	13.1	・計画値と比較して、医業収益が増となったため、約 13.1 億円の増となりました。
医業収益 ……………(ア)	197.4	210.9	13.5	・患者1人1日当たり収益が増加したことから、入院収益・外来収益ともに計画値を上回りました。
うち入院収益	147.0	157.7	10.7	・計画値と比較して、延べ入院患者数が 1,881 人の増、患者1人1日当たり収益が 5,542 円の増となったため、入院収益が約 10.7 億円上回りました。背景として、アブレーション等高額な手術件数の増により材料の償還額が増加したこと、R6診療報酬改定で新設されたベースアップ評価料を算定したことなどが挙げられます。 ・延べ入院患者数をR5年度実績と比較すると、1,439人の増となっており、特に、血液内科で悪性リンパ腫の患者が約 3,000 人と大幅に増加しました。 ・新規入院患者数は 14,993 人(計画比+793 人)であり、R5年度実績と比較すると、特に、血液内科、循環器内科などで増加しました。
延べ入院患者数	176,295 人	178,176 人	1,881 人	
患者 1 人 1 日 当 たり 収 益	82,980 円	88,522 円	5,542 円	
うち外来収益	44.8	47.3	2.5	・計画値と比較して、延べ外来患者数は整形外科医の減少等により 2,374 人の減となりましたが、外来化学療法による抗がん剤等高額な薬剤の使用が増え、患者1人1日当たり収益は 1,325 円の増となったことから、外来収益は約 2.5 億円上回っています。 ・延べ外来患者数をR5年度実績と比較すると、1,590 人の増となっており、特に、循環器内科、血液内科、呼吸器内科などの診療科で増加しました。
延べ外来患者数	225,990 人	223,616 人	▲2,374 人	
患者 1 人 1 日 当 たり 収 益	19,841 円	21,166 円	1,325 円	
医業外収益 ……………(イ)	42.4	41.8	▲0.6	・計画値と比較して、R5年度における N-ICU の患者数の増に伴う収益増により高度医療に要する他会計負担金が減となったほか、基礎年金拠出金公的負担率の減により当該負担経費にかかる他会計負担金の減により、約 0.6 億円の減となりました。 ※ 基礎年金拠出金公的負担金 基礎年金のうち、当センターが負担しなければならない金額。経営状況によって、その全額が一般会計から繰出される。 基礎年金拠出金公的負担率 計画値：41.6% → R6 繰出算定基礎値：36.0%
うち県支出金	1.0	1.3	0.3	
うち他会計負担金・補助金	22.2	21.3	▲0.9	
うち長期前受金戻入	17.6	17.4	▲0.2	
看護専門学校収益 ……………(ウ)	1.8	1.6	▲0.2	
特別利益	0.1	0.3	0.2	－
収益的支出	243.9	259.2	15.3	・計画値と比較して、給与費及び材料費が大幅に増となったことから、約15.3億円の増となりました。
医業費用 ……………(エ)	230.7	245.0	14.3	
うち給与費 (参考:給与費対医業収益比率)	99.5 (51%程度)	107.1 (50.8%)	7.6 (▲0.2P)	・計画値と比較して、給与改定によるベースアップ及び期末勤勉手当月数の増加、制度改正に伴う会計年度任用職員への勤勉手当支給開始により給与費全体で約 7.6 億円の大幅な増となりました。【期末勤勉手当月数】+0.15 月
うち材料費 (参考:材料費対医業収益比率)	59.9 (31%程度)	67.8 (32.2%)	7.9 (1.2P)	・計画値と比較して、外来化学療法の件数や循環器内科のアブレーション手術件数が増加したことによる高額な薬剤・診療材料の使用高が増加したほか、物価高騰による診療材料の単価増などに伴い、約 7.9 億円の増となりました。
うち経費	33.6	32.6	▲1.0	・計画値と比較して、医療機器に係る修繕費(+0.3億)や医療機器賃借料(+0.1億)が増となった一方、寄附講座に係る寄附金の減(▲0.5億)や政府の光熱費負担軽減措置等により光熱水費が約 0.3 億円の減となったことなどから、約 1.0 億円の減となりました。
うち減価償却費・資産減耗費	30.7	30.5	▲0.2	・計画値と比較して、実際の R5 取得資産の耐用年数が伸びたことから、約 0.2 億円の減となりました。
医業外費用 ……………(オ)	11.4	12.5	1.1	－
うち雑損失(控除対象外仮払消費税等)	9.2	10.5	1.3	貯蔵品(薬品・診療材料)購入費の増に伴う仮払消費税の増により控除対象外仮払消費税が増となりました。
看護専門学校費用 ……………(カ)	1.8	1.8	▲0.0	－
特別損失	0.0	0.0	0.0	－
純損益(収益的収入―収益的支出)	▲2.4	▲4.6	▲2.2	・計画値と比較して、特別損益を含めた純利益は約 2.2 億円の減となりました。
累積欠損金	24.6	19.9	▲4.7	・R5 年度末の累積欠損金が計画策定時点と比較し、6.9 億円の減となったことから、当年度の累積欠損金は計画値と比較し約 4.7 億円の減となりました。
(参考)医業損益(ア―エ)	▲33.3	▲34.0	▲0.7	・計画値と比較して、医業収益の増加以上に、医業費用が増加したため、医業損益は約 0.7 億円の減となりました。
(参考)経常損益((ア+イ+ウ)―(エ+オ+カ))	▲2.5	▲4.9	▲2.4	・計画値と比較して、医業収益の増加以上に、医業費用及び控除対象外仮払消費税等の医業外費用が増加したため、約 2.4 億円の減となりました。

※単位未満を四捨五入しているため、合計等が合わない場合がある。

2 資本的収支(税込、単位:億円)

区 分	令和6年度			自己評価
	計画値 A	実績値 B	比較 B-A	
資本的収入	17.1	17.0	▲0.1	
うち企業債	6.3	5.9	▲0.4	・計画時点では見込んでいなかった分娩設備等に係る国県補助金の増に伴い企業債借入額が減となりました。
資本的支出	42.8	42.7	▲0.1	
うち建設改良費	8.1	8.0	▲0.1	・医療機器や職員用パソコン更新に係る契約の請け差により有形固定資産購入費が減となりました。
うち企業債償還金	18.7	18.7	▲0.0	－
資本的収入－資本的支出	▲25.7	▲25.7	▲0.0	－

3 現金収支(単位:億円)

区 分	令和6年度			自己評価
	計画値 A	実績値 B	比較 B-A	
現金収入	244.0	258.9	14.9	・主に医業収益の増や給与費の増により、現金収入が増となりました。
現金支出	237.4	254.3	16.9	・主に医業費用の増により R6 年度の現金支出が増となりました。また、放射線画像診断システム(PACS・約 3 億円)が R6 年 4 月支払いとなったことに伴い、R5 年度末の未払金が計画値よりも増となったことから、R6 年度の現金支出が増となりました。
当年度現金発生額	6.6	4.6	▲2.0	
資本的収支不足額	▲10.7	▲10.7	0.0	
当年度末現金残高	119.7	116.1	▲3.6	・R5 年度末残高を計画策定時点では 123.8 億円で見込みましたが、実績は 122.2 億円(計画時点比 ▲1.6 億)だったこと及び当年度現金増加額が計画値より約 2.0 億円の減となったことから当年度現金残高は約 3.6 億円の減となりました。

- ※ 現金残高には、有価証券分(15億円)が含まれている。
- ※ 単位未満を四捨五入しているため、合計等が合わない場合がある。

基本方針Ⅰ

地域の中核病院・自治体病院として良質な医療の提供

総合評価	A	これまで、「団塊の世代」が後期高齢者となる「2025年」を一つの区切りとし、地域の限られた医療資源を有効に活用するため、県地域医療構想を軸に、各医療機関との役割分担を推進する「機能分化」が進められてきた。 こうした中で、当センターは、医療圏唯一の自治体病院として、救急医療や小児・周産期医療をはじめとした「高度急性期医療」「政策医療」を担うと位置付けたところであり、救急受入件数、悪性腫瘍手術件数や放射線治療件数が示すとおり、その役割は機能していると評価する。 一方で、令和6年4月に開始された「医師の働き方改革」や、少子高齢化の進展を背景とした「高齢者救急」への対応など、課題は山積しており、将来にわたり、地域内で求められる役割を果たしていくためにも、「病病連携」「病診連携」を進めるなど、さらなる機能分化を進めるとともに、「高度かつ先進的な医療技術の導入」などを常に念頭に置きながら「質の高い医療」を提供し続けていくことが必要である。



基本方針Ⅰの評価指標		R6年度目標値	R6年度実績値	自己評価 (達成率)	取組状況の自己分析
(1) 高度・急性期医療等の充実					
◆高度急性期医療提供体制の維持					
【1】DPC 特定病院群の指定継続	指定の継続	指定の継続	A	評価指標【1】は、R6年度診療報酬改定(R4年10月～R5年9月が実績評価期間)で、DPC特定病院群の継続指定を受けました。 また、同年度改定で、評価指標【2】急性期充実体制加算の施設基準が一部見直されましたが、従来の加算に相当する「急性期充実体制加算1」を引き続き取得できています。 これらは、専門高度診療センターを中心に、大学病院に準ずる高度な診療を行っていること、また、手術や化学療法などの高度医療実施件数や、救急医療、周産期医療体制などの総合的な医療機能が、診療データに基づき俯瞰的に評価されたものと受け止めています。	
【2】急性期充実体制加算の施設基準維持	基準の維持	基準の維持	A		
(2) 「専門高度診療センター」、「救命救急センター」等の診療機能の充実					
◆「専門高度診療センター」、「救命救急センター」等の診療機能の充実					
【3】救急車受入件数	4,300件程度	3,986件	B (92.7%)	評価指標【3】は、市内全体の救急搬送件数が減少したことや、主に、市内の二次救急医療を担う救急告示病院が、一、二次救急患者の受け入れを強化したことなどを背景に、目標値を下回りました。 一方で、三次救急患者の受け入れに大きな変動はないため、本来の役割は、変わらずに機能していると考えています。	
【4】悪性腫瘍手術件数	800 件程度	907 件	A (113.4%)		
【5】放射線治療件数	6,000件程度	6,432件	A (107.2%)	評価指標【4】悪性腫瘍手術件数について、手術支援ロボット「ダヴィンチ」による手術症例を積み重ねた結果、新たに「胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術」、「腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術」の施設基準を取得できました。 また、R6年度のがん以外も含めた手術件数は 6,518 件と前年度の件数(6,487 件)よりも31件増加しました。 評価指標【5】放射線治療件数及び評価指標【6】化学療法件数について、いずれも目標値を上回ったことは、個々の患者に応じて、多角的にアプローチし、様々な選択肢を提示(集学的治療)できていると考えており、「地域がん診療連携拠点病院」としての責務を果たしていると考えています。	
【6】外来腫瘍化学療法診察料等算定件数	4,000 件程度	4,424件程度	A (110.6%)		
【7】分娩件数(帝王切開含む)	700件程度	745件	A (106.4)	評価指標【7】は、地域周産期母子医療センターとして、妊娠性高血圧症などを併発したハイリスク分娩を中心に、着実に受け入れが来ています。なお、R6年度は、前年度と比べ 40 件増加しており、中でも、帝王切開分娩の件数が 15 件増加したため、目標値を達成しました。	
(3) 地域医療機関との相互役割分担の推進					
【8】紹介患者数	12,900件	13,744件	A(106.5%)	評価指標【8】の紹介患者数については、「歯科口腔外科」、「呼吸器内科」、「整形外科」などで紹介件数が増加したため、目標値を達成しました。 特に、「歯科口腔外科」は、地域の歯科医院からの抜歯手術の受け入れを強化したこと、また、「呼吸器内科」は10月から常勤医師が着任し、新規患者の受け入れを再開したことなどが挙げられます。 また、評価指標【9】についても、目標値を上回っており、急性期治療を終えた患者さんを「後方支援病床」や「かかりつけ医」に戻すなどの「病病連携」「病診連携」が機能していると捉えています。	
【9】逆紹介患者数	10,400件	11,706件	A(112.6%)		

【10】地域医療機関への訪問活動	24件	24件	A(100%)	評価指標【10】の訪問活動については、「患者サポートセンター」の医師や看護師等が市内医療機関へ赴き、当センターの医療機能のPRや、医療連携に関するご意見を伺い、院内で情報を共有するなど、「顔の見える連携」の更なる強化に努めました。 「呼吸器内科」の常勤医着任により、「気管支鏡検査」を実施する体制を整えたため、今後も同活動を強化するなど、「DPC病院」としての根幹となる新規患者の確保に努めていく考えです。
------------------	-----	-----	---------	--

(4) 安全で安心な医療の提供と信頼される病院づくり				
◆リスクマネジメントの強化				
【11】ヒヤリ・ハットレポートの提出件数	3,000 件程度	3,483 件	A (116.1%)	「ヒヤリ・ハットレポート(インシデントレポート等)」は、医療の質向上のため、積極的に提出するよう、各部署に呼びかけており、提出された案件は「医療安全管理委員会」で要因を詳細に分析し、改善策等を各部署へフィードバックし、日々の診療に活かしています。
◆医療福祉相談等(がん相談支援センター含む)の相談窓口体制の充実				
【12】医療福祉(がん相談支援センター含む)相談件数	20,000 件程度	19,846 件	B (99.2%)	医療福祉相談件数について、AYA 世代のがん患者に対して相談受付のパンフレットを配布したこと等により、がんに関する医療相談件数は前年度と比べ66件増加したものの、全体では 1,752 件の減少となり、目標値をわずかに下回りました。
◆診療機能に関する外部評価の実施等				
【13】病院機能評価認定継続	継続	継続	A	評価指標【13】は、11月に行われた訪問審査等を経て、「病院機能評価 3rdG:Ver.3.0」の認定を受けました。 今後も、「中立的・科学的に評価する第三者機関」からの俯瞰的な評価を踏まえた病院運営を行うことで、患者サービスの向上や、安全で安心な医療を提供するための取組みを推進していく必要があると考えています。 評価指標【14】「患者満足度調査」は、病院機能評価認定継続のための取組みの一つとして実施しており、外来:約600名、入院:約300名からのアンケート結果をもとに、「TQM 委員会」で改善等に向けた取組み等を協議し、各部署へフィードバックし、患者サービスの向上に努めています。
【14】患者満足度調査の実施	年1回実施	年1回実施	A	
◆広報ツールの充実などによる市民等への情報発信の強化				
【15】ホームページ、広報誌等による適切な情報の提供	実施	実施	A	市民や地域連携医療機関等に対し、当センターの診療機能などを広報するため、「みまや通信」(年3回・計7,500部発行)を発行しています。6年度は、「災害拠点病院、DMAT(災害派遣医療チーム)」、「新たに設置された寄附講座「脊椎脊髄外科アカデミー」の概要」について紹介しました。 また、幅広い世代に当センターのリアルタイムな情報を発信するため、SNS(Facebook、Instagram)を運用しています。R6年度は20回/月投稿し評価指標の【16】、【17】の目標値を上回りました。
【16】Facebook への投稿回数	10回以上/月	20回/月	A	
【17】Instagram への投稿回数	10回以上/月	20回/月	A	
【18】市民公開講座の実施	年1回実施	年2回実施	A	地域がん診療連携拠点病院として、地域に対するがん医療の普及・啓発を目的とした市民公開講座を定期的に開催しています。R6年度は「婦人科がん」と「口腔がん」をテーマに年2回講座を実施しました。

基本方針Ⅱ

良質な医療の提供を支える医療スタッフ等の確保と育成



総合評価	A	内部体制の面では、令和6年度から本格的に始まった働き方改革への取組みについて、すべての医師が、時間外労働時間の特例水準の基準を下回るなど、一定の成果が出たことは評価できる。令和9年度の労働時間短縮計画に掲げる目標の達成に向けて、医師をはじめとした現場の意見を聞きながら、引き続きタスクシフティングの推進や業務効率化を図る必要がある。
		外部とのかかわりという面では、臨床研修医(医科)のフルマッチは評価できるものの、常勤医師数は目標値を下回ったことから、医師確保に向けた取組みは強化すべき課題と考える。当センターが地域の高度急性期病院として安全で安心な医療を提供していくために、引き続き関連大学医局への積極的な働きかけやSNSを利用した広報活動、柔軟な勤務形態の構築などにより安定的な医療スタッフの確保を目指し、診療機能の充実を図っていく必要がある。

基本方針Ⅱの評価指標		R6年度目標値	R6年度実績値	自己評価 (達成率)	取組状況の自己分析
(1) 良質な医療の提供を支える医療スタッフ等の確保と育成					
	【19】常勤医師数(翌年4月1日時点)	140人以上	138人	B (98.6%)	評価指標【21】医学生の病院実習・見学の受入件数は目標を大きく上回り、新病院開院以降で最多件数となりました。また、仙台や東京で開催された病院合同説明会等へ積極的に参加した結果、R6年度の臨床研修医(医科)マッチングで、12人の定員を充足し、6年連続で「フルマッチ」を達成しました。さらに、R7年度から総合診療重点プログラムを新たに設置するにあたり、1名の臨床研修医を確保できました。 R6年4月から福島県立医科大学の整形外科寄附講座が2年ぶりに再開したほか、これまで常勤医師が不在だった糖尿病内分泌科、リハビリテーション科、呼吸器内科に常勤医師を招聘することができましたが、消化器内科医師が2名減少するなどしたため、評価指標【19】常勤医師数は138人と目標値を下回りました。
	【20】臨床研修医(医科)のマッチング率	100%	100%	A (100%)	
	【21】医学生を対象とした病院実習・見学の受入れ件数	170件	247件	A (145.3%)	
(2) 医療スタッフ等の離職防止・復職支援					
	【22】手当の見直しなど、勤務条件の改善に向けた検討・実施	実施	実施	A	県の補助金を活用し、看護補助者に特殊勤務手当を新たに支給した(R6年2月～5月分)ほか、医師においては、救急呼出しに係る手当を定額制から呼出し回数に応じた支給に見直すなど、いくつかの処遇改善に取り組みました。 さらに、待機手当を1カ月定額制から待機回数に応じた支給に見直すことや、新たな救急輪番ルールにより、宿日直勤務中のベッドコントロールなど、増加する実務に対する手当の新設について準備を進めました。
	【23】院内保育所の延利用児童数	408人	510人	A (125.0%)	主に1～2歳児の新規利用者が増加し、当該年齢の月平均利用者が6名増となるなど、目標値を大きく上回り、前年比も166人増加しました。 また、R6年度から、通年保育入所年齢の上限の拡大(4歳児まで→小学校就学前まで)や夜間保育の利用日拡大(週2回→週3回)を行いました。いずれも利用実績はなかったものの、勤務環境整備のため、引き続き、現行の運用を継続していきます。
(3) 医師の働き方改革の着実な推進					
	【24】「医師労働時間短縮計画」の実現に向けた取組の実施	実施	実施	A	R5年10月に導入した勤怠管理システムを活用し、職員の労働時間を適切に把握し、長時間労働を行う医師(1か月100時間以上の時間外・休日労働が見込まれる医師)に対して、副院長が面接指導を行いました。 また、R7年1月から各診療科の勤務実態を把握するため、病院事業管理者と医師、事務職員による面談を実施し、課題解決に向けた意見交換を行いました。その結果、すべての医師において、時間外労働時間の特例水準である年1,860時間を下回ることができました。しかしながら、労働時間と入退室カードリーダーへの打刻時間に乖離が生じているケースも散見される課題があり、労働時間の補正を行うにあたり、補正対象とする基準の作成や実態調査の方法などを検討する必要があると考えます。
	【25】年次休暇取得日数(職員1人当たり平均)	9.0日	9.4日	A (104.4%)	職員1人当たりの平均取得日数は9.4日で、前年度比も0.8日増加しました。特に、看護師は休暇取得を考慮したシフト調整を行うなど、1人平均で1.8日の増となりました。 また、休暇について、R7年度から、「子育て休暇」を「子育て・家族看護休暇」に変更し、対象範囲を「子のみ」から「子、配偶者、その他二親等以内の親族」に拡充し、更なる休暇取得を促進しています。

基本方針Ⅲ

非常時に備えた病院づくり

総合評価	A	令和2年から猛威を振るってきた新型コロナウイルス感染症は、5類移行後2年が経過し、現在も落ち着きをみせているが、引き続き、院内感染に留意して診療するなど高いレベルでの感染対策をする必要がある。 令和6年度は福島県から感染症法に基づく第一種協定指定医療機関の指定を受け、また、カンファレンスなどを通して地域医療機関とのコミュニケーションを十分に確保したことなどから、地域全体で感染症拡大防止の取組みができたと思われる。 自然災害について、令和6年度は当センターが直接被る大きな災害はなかったが、全国的には、巨大地震や台風による被害が多発しており、今後も更なる自然災害等のリスクが懸念される。当センターでは、防災訓練などを継続的に実施しており、災害拠点病院としての責務を果たすために職員1人1人の対応力を強化する取組みができたと評価する。



基本方針Ⅲの評価指標		R6年度目標値	R6年度実績値	自己評価	取組状況の自己分析
(1) 新興感染症等の拡大に備えた普段からの取組み					
【26】院内感染対策研修会の実施	年2回実施	年2回実施	A	全職員を対象とした感染対策教育に係る研修を複数回実施したほか、ICT(感染制御チーム)、AST(抗菌薬適正使用支援チーム)による定期的な院内ラウンドを実施し、各部署で適切な感染対策が行われていることを多職種で確認しました。特に ICT ラウンドでは、「環境リザーバー」がないか確認をしており、5S活動(「整理」「整頓」「清掃」「清潔」「躰」)への協力を院内全体に周知しました。	
【27】緊急事態に備えた医療資材(代替品等)の確保策に係る検討及び生産・流通に係る情報収集の強化	実施	実施	A	薬品の供給制限に対応するため、日本麻酔科学会や日本集中治療医学会から情報を収集し、また、麻酔用鎮静剤及び局所麻酔薬の在庫状況を定期的に院内に報告するなど体制を強化しました。さらに、需要に対して供給が少ない場合は、薬局がメーカーや卸業者と交渉し、在庫確保に努めるとともに、代替品を院内に周知するなど適切に対応しました。 (例)アナペイン ▶ 同成分薬ロピバカインを薬局で入手し、代替品として使用。 キシロカイン・フェンタニル ▶ 供給が間に合っていないことを随時周知	
【28】地域連携カンファレンスの開催	実施	実施	A	R6年度は、5月、7月、11月、2月の年4回実施しましたが、毎回20か所以上の施設、診療所が参加し、活発な議論を交わしました。また、ICT メンバーが地域の医療機関を訪問し、感染対策上の問題や悩みを聴取し、アドバイスをを行いました。	
(2) 感染拡大時における各医療機関の間での連携・役割分担の明確化					
【29】県との協定の締結・履行	締結・履行	締結・履行	A	当センターは、福島県から感染症法に基づく第一種協定指定医療機関に指定され(R6年7月29日付け)、感染症流行時に県の要請に基づき、病床を確保する役割を担います。	
【30】感染症拡大時の入院患者受入れ体制整備	実施	実施	A	また、院内感染対策マニュアルにおいて、結核・感染病床を稼働させる場合の看護体制について、「西12病棟の看護師が対応する」ものから、「管理者、院長等の命を受けた者が対応する」に文言を変えるなど、実態に合わせて整備しました。	
(3) 自然災害等に備えた普段からの取組み					
【31】事業継続マネジメント(BCM)活動の実施	実施	実施	A	年2回の防災訓練では、震度6強の巨大地震及び二次災害による火災を想定し、避難経路の確認や消火器等消火設備の使用方法的な確認を目的とした訓練を実施しました。避難訓練を通して、いかなる場合でもスムーズに対応できるよう、職員への意識付けを行いました。	
【32】備蓄食料等の確保・更新	実施	実施	A	備蓄食料については、非常食更新計画をもとに定期的に更新し、900 人(患者 400 人、職員 500 人)×3食×3日分の計8,100 食分を常時確保しています。	

基本方針Ⅳ

持続可能な地域医療提供体制を確保するための経営基盤の強化



総合評価	B	医業収益は、入院患者数及び入院単価の増により計画値を大きく上回り、過去最高収益となった。ただ、医業収益の増は高額な手術材料の償還によるところが大きく、材料費も増加した。さらに、給与改定による増加分を補填するほどの収益は確保できず、▲4.6億円の純損失を計上した。 今年度も給与費の増加は確実視され、委託費等の労務単価の上昇も見込まれるなど厳しい状況となっている。このような状況において、「支出の適正化」に向け、でき得る策を講じるとともに、収益の確保に向け、新規患者の確保や病床利用率の増加につながる取組みを強化する必要がある。
------	---	---

基本方針Ⅳの評価指標		R6年度目標値	R6年度実績値	自己評価 (達成率)	取組状況の自己分析
(1) 収入の確保					
	【33】病床利用率	74%程度	74.9%	A (101.2%)	評価指標【35】新規入院患者数は、R5年度と比べ、血液内科や循環器内科で各130人程度増加した結果、新規入院患者数が206人増え、目標値も上回りました。これは、他院からの流入やアブレーション手術の手技取得等が要因と考えられます。血液内科では、悪性リンパ腫の入院患者が延3,000人程度の増となり、循環器内科では、アブレーション手術を行う不整脈の入院患者などが延1,200人程度の増となりました。 また、新規入院患者数の増に伴い評価指標【34】DPC収益も前年度と比べ2.2億円増加し、目標を上回りました。月1回開催している診療報酬対策委員会などで、査定率やDPC出来高差を分析し、改善提案したこともDPC収益増加の一因と考えます。 整形外科では、DPC期間Ⅰで退院した患者の割合が9.4%から12.9%に上昇しました。これにより、平均在院日数は減少したものの、呼吸器外科や泌尿器科でDPC期間Ⅱを超えて退院した患者が増加したため、DPC期間Ⅱ以内の退院割合は全体で61.1%となり、前年度の61.5%を若干下回りました。 評価指標【33】病床利用率は西12病棟を休止したものの目標値を達成しましたが、更なる改善の余地があるものと認識しており、それらの課題を解決するためには、入退院の管理(ベッドコントロール)を強化するなどの必要があると考えています。 評価指標【36】新規外来患者数は、R5年度と比べ、呼吸器内科で105人増加、歯科口腔外科で304人増加しましたので、目標値を上回りました。常勤医師の赴任や地域の歯科医院からの抜歯手術の受入を強化したことなどが要因と考えられます。
	【34】入院収益のうち DPC 収益	59.2億円	61.6億円	A (104.1%)	
	【35】新規入院患者数	14,200 人程度	14,993人	A (105.6%)	
	【36】新規外来患者数	25,000 人	26,837 人	A (107.3%)	
	【37】査定率(入院・外来)	0.53%未満	0.51%	A (103.9%)	
(2) 支出の適正化					
	【38】経常収支比率	100%以上	98.12%	B (98.12%)	評価指標【38】経常収支比率は98.12%と、5年ぶりの赤字決算となりました。 評価指標【41】材料費対医収比率は目標値より高くなりましたが、診療報酬への償還により医業収益も増加しました。 しかし、評価指標【40】給与費対医収比率については、目標値より低かったものの、人事院勧告に伴う給与改定は、新設された入院・外来ベースアップ評価料では賄いきれず、経営を大きく圧迫するものとなりました。 ここまでの春闘の様子から今年度も賃上げ勧告の可能性が高く、経常収支比率を100%以上にするには、更なる医業収益の増加、経費の削減に努める必要があります。
	【39】修正医業収支比率	85%程度	86.1%	A (101.3%)	
	【40】職員給与費対医業収益比率	51%程度	50.8%	A 100.4%)	
	【41】材料費対医業収益比率	31%程度	32.2%	B (96.3%)	
(3) 施設・設備の適正管理と整備費の適正化					
	【42】器械備品等整備費(資本的収支 建設改良費)	8.1億円	8.0億円	A (101.3%)	R6年度購入品72品のうち、24品で価格交渉や仕様変更による費用削減を進め、医療機器等整備計画の計画額の範囲内で設備投資をしました。医療機器の老朽化を表す、医療機器減価償却率は66%(R5年度58%)で、厳しい経営状況の中で新病院開院時に購入した機器などの老朽化が進んでおり、機器更新時期等について検証していく必要があると考えています。 サイバーセキュリティ対策として、非常時に備えた情報セキュリティ体制を明文化した事業継続計画(BCP)の情報セキュリティ編を策定しました。
	【43】院内ネットワークと分離された バックアップシステムの運用	実施	実施	A	

基本方針Ⅴ

評価の視点を取り入れた経営の推進と経営形態の調査研究



総合評価	A	外部評価を踏まえた経営の推進に関しては、令和4年度から設置している「病院経営評価委員会」において、当センターの経営状況や経営改善等に向けた取組み等を説明し、外部有識者から意見等を伺っている。意見を基に改善した事例もあるなど、病院運営をさらに充実させている。 経営形態に関して、R6年度は経常収支が赤字となったが、100億円以上の現金は保有できており、当面の間は資金不足の心配はないと思われるが、赤字決算で現金が目減りしていることも事実であり、これまで以上に最適な経営形態の在り方等について、各医療圏の実情も踏まえた自治体病院の動向等を注視するなど、研究をしていくことが望ましい。また、検討するにあたっては、機能分化についても併せて議論する必要がある、地域全体の医療提供体制に与える影響も大きいことから、市全体の課題として、慎重な協議が求められる。

基本方針Ⅴの評価指標		R6年度目標値	R6年度実績値	自己評価	取組状況の自己分析
(1) 「病院経営評価委員会」の評価等を踏まえた経営の推進					
	【44】病院経営評価委員会の設置と運営	実施	実施	A	外部の有識者等で構成する「病院経営評価委員会」を、R6年8月、R6年11月の計2回開催し、当センターの経営状況（決算の状況、患者数の動向等）や経営改善に向けた各種取組等について点検・評価いただき、委員から様々なご意見をいただきました。 今後、当センターの経営課題を明確にしたうえで経営基盤の強化を図るには、外部からの意見等を真摯に受け止め、病院運営に生かしていくことが必要であり、当評価委員会を定期的に開催するなど、委員との意見交換等を通じて、経営改善に向けた取組みを継続していく必要があります。 また、当委員会に提出した資料や当日の議事要旨を Web サイトで公開することで、説明責任を果たし、透明性の高い病院経営を行っていく考えです。
	【45】評価結果のWebサイトでの公表	実施	実施	A	
(2) 経営形態の調査研究					
	【46】経営形態に関する調査研究	実施	実施	A	当センターが、今後も地域の中核病院として持続可能な医療提供体制を確保していくためには、限りある医療資源を有効に活用し、地域医療機関等との機能分化を進めていくことが必要です。全国的には「地域医療連携推進法人」制度に公立病院が参加し、新たな連携の形にチャレンジするなどの取組みがあり、注視しているところです。
	【47】再編・ネットワーク化に関する調査研究	実施	実施	A	いわき医療圏においては複数の病院が建替えを予定しており、今後、地域全体での診療機能の整理が進んでいくことも予想されますが、当センターとしては、当面は、現行の経営形態を維持しながら、「病院経営評価委員会」における経営状況の評価等も踏まえ、他の経営形態の動向等について、引き続き調査研究を行っていく考えです。