

安来市立病院新改革プランの  
実施状況に関する点検・評価報告書  
(令和2年度分)

令和3年11月

## 安来市立病院新改革プラン（令和2年度）実施状況報告

安来市立病院新改革プランは、経営状況の悪化や医師不足等のために医療提供体制の維持が極めて厳しい状況が続く中で、「新公立病院改革ガイドライン」の基本的な考え方及び「地域医療構想」に基づく取り組みと整合性を持って行う計画としています。

新改革プランの計画期間は平成29年度から平成32年度（令和2年度）までの4年間としています。初年度である平成29年度に編成した9つのプロジェクトチームを2年目である平成30年度からは8つに再編し、2カ月ごとに検証・改善を行いました。令和2年度は減となった整形外科医の影響も考慮した上で、病院経営の健全化に向けて取り組みました。

また、新型コロナウイルス感染症拡大に伴い、令和2年4月には緊急事態宣言が発出され、移動の自粛と新しい生活様式が示される中、安来市立病院では発熱外来を設置し、新型コロナ感染疑い患者の検査体制整備を行うと共に、新たに感染者用の入院病床を整備し、現有の職員で対応できる体制を整えました。

こうした中で、安来市立病院新改革プランの実行について、プロジェクトチームを中心とした取り組み及び各種指標等について点検を行い、以下の評点区分により評価を行いました。

### 【評点】

区分	評価の内容
S	極めて順調に取り組まれている (数値目標 115%以上)
A	順調に取り組まれている (数値目標 100%以上 115%未満)
B	取り組みは確認されるが、より一層の取り組みが期待される (数値目標 85%以上 100%未満)
C	取り組みにあたり抜本的な改善が必要とされる (数値目標 85%未満)

## 1. 安来市立病院の果たすべき役割（新改革プラン第5章）に係る取り組み

### (1) プロジェクトチームによる取り組み

新改革プランにおいて安来市立病院の果たすべき役割は、「二次救急を主体とした急性期医療の提供」、「在宅医療への対応」、「予防活動への対応」、「医療技術職の人材育成と確保」の4項目としています。

その取り組み状況の点検・評価は以下のとおりです。

第1節 二次救急を主体とした急性期医療の提供 (1. 一般急性期医療への対応、2. 救急医療の提供)	
点検 結果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・新型コロナウイルス感染症予防の観点から、安来市消防本部との連絡会及び市内医療機関との連携強化のための症例検討会について開催を見送った。</li> <li>・救急医療活動の充実を図るため、救急搬送時の医師、救急救命士、救急隊との情報交換を継続して実施した。また、救急救命士の養成に必要な病院実習の受け入れも例年どおり継続して行った。</li> <li>・「連携室つうしん」等を活用して情報発信を行い、市内医療機関との連携強化に努めた。</li> <li>・整形外科医の減により夜間休日の対応ができないケースがあった。</li> <li>・対応が困難な診療科領域については、適正に判断し高次機能病院へつなぐことで救急機能の役割を果たしている。</li> <li>・毎月1回開催する院内の病床管理委員会において受け入れに至らなかった救急患者の事例を供覧、検証し、必要に応じて担当医師にフィードバックを行うことで、以降の受け入れ体制の強化につなげた。</li> </ul>
評価	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 20px;">B</div> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医師を確保し、早急に受け入れ体制等を整えること。また、病床管理委員会の取組体制の強化により、「断らない医療」の実現に向け積極的に取り組む必要がある。</li> <li>・対応が困難な診療科領域について、適正に高次機能病院へつなぐ役割は継続すること。</li> <li>・安来消防本部及び市内医療機関との連携強化のための会議開催については、オンライン形式での実施等について検討すること。</li> </ul> </div>

第3節 予防活動への対応 (1. 各種健康診査及び人間ドックの実施、2. がん検診の実施)	
点検結果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・新型コロナウイルス感染症の影響により、近隣の健診実施医療機関において、健診の受け入れ制限や中止をされている状況下に、当院では感染予防対策の徹底と、関係部署との連携により受け入れ体制の維持に努めた。その結果、オプション健診を除く健診件数は対前年度を上回った。(前年度比5,773千円の収益の増)</li> <li>・検診事業については、受け入れ体制を維持し、胃がん検診は目標を達成することができた。</li> <li>・休日の特定健診や日曜日がん検診については、感染リスクを考慮し、実施しなかった。</li> <li>・当院で実施できる健診や検診について、待合室への掲示やホームページへの掲載等による幅広い広報活動を実施し、事業件数が増加するように取り組みを行った。</li> </ul>
評価	<p>A</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・人間ドック、受託事業健診の件数が大幅に増加しており、予防活動を強化されていることは評価できる。</li> <li>・健診事業については、受診件数及び収益が向上となったことは評価できる。</li> <li>・休日のがん検診及び特定健診の開催等について、広報活動を引き続き行い受診しやすい体制づくりを進めると共に、コロナ禍において受診者の利便性を考慮し、ICTを活用した手法を取り入れることなどの工夫を検討すること。</li> </ul>

※「健診」とは健康状態を確認することを目的とした検査、「検診」とは特定の病気を早期発見し、治療することを目的とした検査。

(2) 医療機能等指標に係る数値目標（新改革プラン P. 58）

安来市立病院の果たすべき役割に沿った医療機能を十分に発揮しているかを検証するために設定した数値目標について、その取り組み状況の点検・評価は以下のとおりです。

① 医療機能・医療品質に係る指標

指標 1	救急搬送患者数	達成率	72.0%
令和 2 年度目標値	646 件	令和 2 年度実績	465 件
点検結果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・前年度比 186 件の減（令和元年度実績 651 件）で、目標値を大きく下回る結果であった。当院への搬送率は前年度比 7.1 ポイント減の 29.6%（令和元年度実績 36.7%）であった。</li> <li>・7 月から市街地市街地の医療機関が救急告示病院に認定されたことで、市立病院への救急搬送患者数も大幅に減少している。</li> <li>・課題であった「断らない医療」の実践に向け、断った事例について検証し、受け入れ体制の見直しを図るために診療部等へのフィードバックを継続して実施したが、安来市消防に対する応需率は、前年度比 10.9 ポイント減の 74.8%（令和元年度実績 85.7%）となった。</li> <li>・応需率の低下については、照会件数が 615 件（令和元年度実績 757 件）と前年度比 142 件減少した中で、不応需は 155 件（令和元年度実績 108 件）と増加している。理由別では処置困難が 85 件（令和元年度実績 51 件）と増加した。</li> <li>・対応が困難な超急性期脳梗塞、心筋梗塞等の診療科領域については、適正に判断し高次機能病院へつなぐことで救急機能の役割を果たしている。</li> </ul>		
評価	C	<ul style="list-style-type: none"> <li>・安来市消防に対する応需率の低下について、「断らない医療」の実践の成果が出ていない。</li> <li>・処置困難で不応需となった原因を分析する必要がある。</li> <li>・改めて院内の取り組みを点検し、救急医療を担うという重要な役割を果たす体制を整える必要がある。</li> </ul>	

指標 2	時間外受診患者数	達成率	55.1%
令和 2 年度目標値	1,966 件	令和 2 年度実績	1,084 件
点検結果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・前年度比 909 件の減（令和元年度実績 1,993 件）で、目標値を大きく下回る結果であった。</li> <li>・減少の要因としては、新型コロナウイルス感染症の影響によると思われる受診控えに加え、整形外科医の減による時間外対応体制の縮小によると考えられるが、そのような状況下でも、発熱患者の受け入れについて適切な受診体制を整備し、時間外の受診に対応することができた。</li> </ul>		
評価	C	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市内医療機関での対応が困難な時間帯や休日における受診に対して、引き続き対応すること。</li> <li>・医師の確保を行い、体制の整備を行うこと。</li> </ul>	

指標 3	手術室手術件数	達成率	76.7%
令和 2 年度目標値	275 件	令和 2 年度実績	211 件
点検結果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・前年度比 123 件の減（令和元年度実績 334 件）で、目標値を下回る結果となった。</li> <li>・全体的に手術件数は毎年減少しているが、中でも外科は、鳥大医学部の応援医師の派遣が受けられなかったため、腹腔鏡下手術の体制が組めないこと等により、前年度比 48%の減、また、整形外科は医師 1 名の減等により 32%の減となり大幅な件数の減少となった。</li> </ul>		
評価	C	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市内の医療機関で唯一、多様な手術に対応できる医療機関として外科、整形外科の医師確保を早急に行い、手術体制の整備を行うこと。</li> </ul>	

指標 4	紹介件数	達成率	109.7%
令和 2 年度目標値	1,314 件	令和 2 年度実績	1,442 件
点検結果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・紹介件数は前年度比 22 件の増（令和元年度実績 1,420 件）で、目標値を 128 件上回る結果となった。</li> <li>・市内の他医療機関からの誤嚥性肺炎や尿路感染などの患者紹介から入院につながるケースや、CT、MRI の検査依頼の件数が増えている。また、高次機能病院での治療後の医療依存度の高いリハビリテーションを目的とした入院患者を積極的に受け入れた。</li> </ul>		
評価	A	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市内開業医などの医療機関から治療、入院、検査などの依頼には迅速に対応できているので、引き続き医療機関との連携、強化を進めていくこと。</li> </ul>	

※紹介件数…他の医療機関から紹介されて来院された件数。

指標 5	逆紹介件数	達成率	106.2%
令和 2 年度目標値	2,099 件	令和 2 年度実績	2,230 件
点検結果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・逆紹介件数は前年度比 139 件の減（令和元年度実績 2,369 件）であったが、目標値は上回る結果であった。</li> <li>・当院で治療後、病状が安定した患者の在宅復帰に向け、かかりつけ医または、自宅近くの医療機関等へ積極的に逆紹介を行った結果、当院の地域包括ケア病棟での在宅復帰率は 80%を超えた。</li> </ul>		
評価	A	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市立病院の逆紹介による役割は果たせている。今後も引き続き逆紹介の推進に向けてかかりつけ医等と密に連携を図ること。</li> <li>・引き続き広報活動や営業活動等の地域連携業務について取り組むこと。</li> </ul>	

※逆紹介件数…当院から他の医療機関に紹介した件数。

※在宅復帰率…病院から退院した人がどれだけ自宅、またはそれに準じる施設に移ったかを示す割合のこと。

指標 6	リハビリテーション件数	達成率	90.9%
令和 2 年度目標値	60,864 単位	令和 2 年度実績	55,324 単位
点検結果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・単位数は前年度比 6,357 単位の減（令和元年度実績 61,681 単位）で、目標値を下回る結果であった。要因としては、整形外科医の減に伴う処方件数の減少が挙げられる。</li> <li>・土曜、日曜、祝日におけるリハビリテーションの実施体制を整備すると共に、新たに 1 月より腎臓リハビリテーション、自動車運転機能評価等外来リハビリテーションの受け入れを開始するなど出来高算定の算定率を高めた。</li> <li>・“在宅支援サービス事業ワーキングチーム”を発足させ、訪問リハビリテーションの実施に向けた課題に取り組んだ。</li> </ul>		
評価	B	<ul style="list-style-type: none"> <li>・急性期医療におけるリハビリテーションを今後も継続していく必要がある。</li> <li>・訪問リハビリテーションの早期実施ができるように検討を進めること。</li> </ul>	

指標 7	リハビリテーション総合計画評価件数	達成率	63.2%
令和2年度目標値	1,008件	令和2年度実績	637件
点検結果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・件数は前年度比102件の減（令和元年度実績739件）であり、目標値も下回る結果であったが、適切なリハビリテーションの提供ができるよう、算定のための手順見直しや、病棟連携会を引き続き実施するなど、リハビリテーション総合実施計画書の作成に努めた。</li> </ul>		
評価	C	<ul style="list-style-type: none"> <li>・継続して定期的な検証を行うこと。</li> <li>・病棟連携会をとおして院内の情報共有を密にし、適切なリハビリテーションが提供できるようにすること。</li> </ul>	

指標 8	訪問看護件数	達成率	0%
令和2年度目標値	360件	令和2年度実績	0件
点検結果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・年度内に訪問看護の実施には至らなかったが、令和3年度から事業を開始することとし、“在宅支援サービス事業ワーキングチーム”を発足させ、介護保険の手続き・申請等に関する方法等の検討を行った。また、担当する外来看護師は、市内の訪問看護ステーションで実習を行った。</li> </ul>		
評価	—	未実施であるため、評価外とする。	

② その他の指標（新改革プラン P. 58）

指標 1	外来患者満足度	達成率	67.8%																																				
令和 2 年度目標値	80.0%	令和 2 年度実績	54.2%																																				
点検結果	<p>・連続した 5 日間の外来患者等に一日 100 枚のアンケート用紙を配布し、そのうち回収した 438 枚のアンケートの集計を行った。(n=500 枚：回収率 87.6%)</p> <p>・調査項目のうち総合的な評価を問う「安来市立病院の全般的な満足度」の結果は以下のとおりであった。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>満足</th> <th>やや満足</th> <th>普通</th> <th>やや不満</th> <th>不満</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>割合</td> <td>26.6%</td> <td>27.6%</td> <td>39.8%</td> <td>5.4%</td> <td>0.5%</td> </tr> </tbody> </table> <p>指標となる目標値はこの項目の「満足」と「やや満足」を合わせた 54.2%であり、前年度比 3.8 ポイント減（令和元年度実績 58.0%）となり、目標を下回った。</p> <p>・調査項目のうち「職員の対応（待遇）の評価」の結果は以下のとおりであった。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>満足</th> <th>やや満足</th> <th>普通</th> <th>やや不満</th> <th>不満</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>割合</td> <td>64.4%</td> <td>8.9%</td> <td>25.9%</td> <td>0.5%</td> <td>0.4%</td> </tr> </tbody> </table> <p>指標となる目標値はこの項目の「満足」と「やや満足」を合わせた 73.3%であり、前年度比 1.1 ポイント減（令和元年度実績 74.4%）となり、目標を下回った。</p> <p>・調査項目のうち「施設・設備面の評価」の結果は以下のとおりであった。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>満足</th> <th>やや満足</th> <th>普通</th> <th>やや不満</th> <th>不満</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>割合</td> <td>25.9%</td> <td>17.8%</td> <td>45.6%</td> <td>7.9%</td> <td>2.7%</td> </tr> </tbody> </table> <p>指標となる目標値はこの項目の「満足」と「やや満足」を合わせた 43.7%であり、前年度比 1.8 ポイント増（令和元年度実績 41.9%）となったが、目標を下回った。</p> <p style="text-align: center;">※集計値は四捨五入のため合計が 100%にならない場合があります。</p>			評価	満足	やや満足	普通	やや不満	不満	割合	26.6%	27.6%	39.8%	5.4%	0.5%	評価	満足	やや満足	普通	やや不満	不満	割合	64.4%	8.9%	25.9%	0.5%	0.4%	評価	満足	やや満足	普通	やや不満	不満	割合	25.9%	17.8%	45.6%	7.9%	2.7%
評価	満足	やや満足	普通	やや不満	不満																																		
割合	26.6%	27.6%	39.8%	5.4%	0.5%																																		
評価	満足	やや満足	普通	やや不満	不満																																		
割合	64.4%	8.9%	25.9%	0.5%	0.4%																																		
評価	満足	やや満足	普通	やや不満	不満																																		
割合	25.9%	17.8%	45.6%	7.9%	2.7%																																		
評価	C	<p>・職員の対応（待遇）の満足度について「満足」と評価された割合が 0.9 ポイント向上したことは評価できる。引き続き効果的な研修を実施するなど職員の待遇向上に取り組むこと。</p> <p>・施設・設備面の満足度は前年度と比較すると増となっているが、施設の老朽化に伴う満足度の低さが全体に影響を与えていることは否めない。特に意見が目立っていた照明やトイレの修繕、サインの整備等対応可能なところから改善を図ること。</p>																																					

指標 2	入院患者満足度	達成率	94.3%
------	---------	-----	-------

令和 2 年度目標値	80.0%	令和 2 年度実績	75.4%
------------	-------	-----------	-------

点検 結果	<ul style="list-style-type: none"> <li>調査は、新たに入院したすべての患者にアンケート用紙を配布する方法により実施し、年度内に回収した 235 枚のアンケートの集計を行った。(n=709 枚：回収率 33.2%)</li> <li>調査項目のうち総合的な評価を問う「安来市立病院の全般的な満足度」の結果は以下のとおりであった。</li> </ul>												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>満足</th> <th>やや満足</th> <th>普通</th> <th>やや不満</th> <th>不満</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>割合</td> <td>50.3%</td> <td>25.1%</td> <td>21.3%</td> <td>2.7%</td> <td>0.5%</td> </tr> </tbody> </table>	評価	満足	やや満足	普通	やや不満	不満	割合	50.3%	25.1%	21.3%	2.7%	0.5%
	評価	満足	やや満足	普通	やや不満	不満							
	割合	50.3%	25.1%	21.3%	2.7%	0.5%							
	<p>指標となる目標値はこの項目の「満足」と「やや満足」を合わせた 75.4% であり、前年度比 12.5 ポイント増（令和元年度実績 62.9%）となったが、目標を下回った。</p>												
	<ul style="list-style-type: none"> <li>調査項目のうち「職員の対応（接遇）の評価」の結果は以下のとおりであった。</li> </ul>												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>満足</th> <th>やや満足</th> <th>普通</th> <th>やや不満</th> <th>不満</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>割合</td> <td>72.7%</td> <td>9.4%</td> <td>17.6%</td> <td>0.2%</td> <td>0.2%</td> </tr> </tbody> </table>	評価	満足	やや満足	普通	やや不満	不満	割合	72.7%	9.4%	17.6%	0.2%	0.2%
	評価	満足	やや満足	普通	やや不満	不満							
	割合	72.7%	9.4%	17.6%	0.2%	0.2%							
	<p>指標となる目標値はこの項目の「満足」と「やや満足」を合わせた 82.1% であり、前年度比 1.8 ポイント増（令和元年度実績 80.3%）となり、目標を上回った。</p>												
<ul style="list-style-type: none"> <li>調査項目のうち「施設・設備面の評価」の結果は以下のとおりであった。</li> </ul>													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>満足</th> <th>やや満足</th> <th>普通</th> <th>やや不満</th> <th>不満</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>割合</td> <td>49.5%</td> <td>12.4%</td> <td>32.0%</td> <td>5.0%</td> <td>1.0%</td> </tr> </tbody> </table>	評価	満足	やや満足	普通	やや不満	不満	割合	49.5%	12.4%	32.0%	5.0%	1.0%	
評価	満足	やや満足	普通	やや不満	不満								
割合	49.5%	12.4%	32.0%	5.0%	1.0%								
<p>指標となる目標値はこの項目の「満足」と「やや満足」を合わせた 61.9% であり目標を下回ったが、前年度比 15.1 ポイント増（令和元年度実績 46.8%）となった。理由としては、病室での市内ケーブルテレビの視聴環境を整え、院内全館の W i - F i 環境の整備を行い、併せて、新型コロナウイルス感染症による面会禁止の状況にあってもオンライン面会を可能にするなど療養環境を整えたことが評価につながったと考えられる。</p>													
<ul style="list-style-type: none"> <li>毎年実施している入院患者満足度調査とは別に、栄養管理室が独自に実施した食事アンケート項目のうち「食事満足度」の結果は以下のとおりであった。 (n=66 枚：回収率 86.4%)</li> </ul>													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>満足</th> <th>やや満足</th> <th>普通</th> <th>やや不満</th> <th>不満</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>割合</td> <td>37.0%</td> <td>20.4%</td> <td>35.2%</td> <td>5.6%</td> <td>1.9%</td> </tr> </tbody> </table>	評価	満足	やや満足	普通	やや不満	不満	割合	37.0%	20.4%	35.2%	5.6%	1.9%	
評価	満足	やや満足	普通	やや不満	不満								
割合	37.0%	20.4%	35.2%	5.6%	1.9%								
<p>指標となる目標値はこの項目の「満足」と「やや満足」を合わせた 57.4% であり、前年度比 6.4 ポイント増（令和元年度実績 51.0%）となった。回答者のうち約 6 割が 80 歳以上であることから、肉や魚などの分菜系で「少しかたい」という意見もあったが、量や盛り付けなど全体的には良い評価につながっている。</p> <p style="text-align: center;">※集計値は四捨五入のため合計が 100%にならない場合があります。</p>													

評価	B	<ul style="list-style-type: none"> <li>・全体的な満足度を前年度と比較すると増加しており、職員の対応（接遇）の満足度が、前年度比 1.8 ポイント増で目標値である 80%をクリアしていることは評価できる。</li> <li>・施設・設備面の満足度について、アンケート結果を有効活用し、重点的に改善が必要と認められる箇所については積極的に対応すること。</li> <li>・食事アンケートについて、幅広い世代の意見を聴取し、より精度の高い分析ができるように実施方法を検討すること。</li> </ul>
----	---	---

【医療機能・医療品質に係る指標の比較一覧】

指標	28年度	29年度	30年度	元年度	2年度		目標値との比較
	実績	実績	実績	実績	目標	実績	
救急搬送患者数（人）	689	666	617	651	646	465	△181
時間外受診患者数（人）	2,121	2,427	2,114	1,993	1,966	1,084	△882
手術室手術件数（件）	334	369	343	334	275	211	△64
紹介件数（件）	1,359	1,199	1,211	1,420	1,314	1,442	128
逆紹介件数（件）	2,182	2,319	2,069	2,369	2,099	2,230	131
リハビリテーション件数（単位）	55,066	68,221	66,449	61,681	60,864	55,324	△5,540
リハビリテーション総合計画評価件数（件）	722	915	851	739	1,008	637	△371
訪問看護件数（件）	0	0	0	0	360	0	△360

【その他の指標の比較一覧】

指標	28年度	29年度	30年度	元年度	2年度		目標値との比較
	実績	実績	実績	実績	目標	実績	
外来患者満足度（%）	39.2	49.3	49.5	58.0	80.0	54.2	△25.8
入院患者満足度（%）	79.3	67.4	69.9	62.9	80.0	75.4	△4.6

## 2. 経営の効率化（新改革プラン第6章）に係る取り組み

### （1）プロジェクトチームによる取り組み

経営の効率化については、「収益向上への取り組み」、「病床機能の適正化」、「費用適正化への取り組み」、「マネジメント」の4項目としています。

これらの項目を達成するために、計画の4年目となる令和2年度は前年度に編成した単価向上（医事）、リハビリ、栄養指導、透析、医療機関連携、後発医薬品の6つのプロジェクトチームにより取り組みを行いました。

その取り組み状況の点検・評価は以下のとおりです。

第1節 収益向上への取り組み（1. 単価向上への取り組み）	
【医事室に係る項目】	
点検結果	<ul style="list-style-type: none"> <li>令和元年度から、ニーズがないものについては削除し、新たに取り組む項目としてせん妄ハイリスク患者ケア加算の算定を開始した。</li> <li>計15項目の加算または指導料について、対象患者データの分析、算定要件の整備、届出、算定基準作成、算定マニュアル作成等により算定強化の取り組みを行った。</li> <li>医師と事務間の連携を図り、算定漏れのないように徹底を図った。</li> </ul>
評価	<p>B</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>算定基準作成、算定マニュアルの作成等により、算定漏れがないよう取り組み、新たな算定項目についても関係部署との連携が取れている。</li> <li>運用にあたっては、今後も引き続き収益の向上が図れるように、算定の取りこぼしがないよう医師や他部署との連携を強化し、新たに算定できるものがあれば運用を検討するなど、情報収集に努めること。</li> </ul>

第1節 収益向上への取り組み（1. 単価向上への取り組み）	
【リハビリテーション部門に係る項目】	
点検結果	<ul style="list-style-type: none"> <li>リハビリテーションを効率的に実施する体制を構築し、検証、点検により早期におけるリハビリテーションの強化等についての実施方針の見直しを行った。</li> <li>土曜、日曜、祝日にリハビリテーションが行えるような体制の整備と病棟スタッフとの連携により、医療サービスの充実と収益向上を図り、新たに腎臓リハビリテーション等疾患別リハビリテーションに取り組むなどによって算定数を高めた。</li> </ul>
評価	<p>A</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>主治医、病棟スタッフとの連携の強化を図るため、指示箋の処方につながるよう対応可能な患者の範囲、算定要件などを定期的な勉強会の実施等により関係者で共有し、リハビリテーションを確実に提供する仕組みを継続して構築する必要がある。</li> </ul>

第1節 収益向上への取り組み（1. 単価向上への取り組み）	
【栄養管理部門に係る項目】	
点検結果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・栄養管理部門と看護部門が連携し、入院時または入院後の早い時期から、栄養指導により病状等への効果が期待できる対象患者を抽出し、主治医に情報提供を行い、特別食への変更、栄養指導料の算定強化を図ったことにより、入院栄養食事指導件数は413件、前年度比55件増となった。</li> <li>・外来待合室における健康教室の実施は、感染防止対策のため実施ができなかった。</li> <li>・地域での栄養連携となる「栄養情報提供書」の作成、提供を、令和2年7月より開始した。</li> </ul>
評価	<p>B</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・主治医、病棟スタッフとの連携の強化を図るため、指示箋の処方につながるよう対応可能な患者の範囲、算定要件などを定期的な勉強会の実施等により関係者で共有する必要がある。</li> <li>・健康教室等の啓発活動については、院内掲示、ホームページ、院外報などで、広く周知できるよう検討する必要がある。</li> </ul>

第1節 収益向上への取り組み（2. 医療機器の有効活用への取り組み）	
【人工透析部門に係る項目】	
点検結果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・人工透析患者数は29.6人で前年度比2.6人の減（令和元年度実績32.2人）で、目標値である36人に対し6.4人下回る結果となった。</li> <li>・内科外来、地域連携室との連携により、シャント造設の段階で、透析患者用のベッドは確保できる体制になった。</li> <li>・新型コロナウイルス感染症対策のため、松江や米子の高次機能病院への訪問による広報活動を自粛したが、電話や電子メール等で情報交換等を実施し、紹介患者の獲得に取り組んだ。</li> <li>・通院手段の確保が困難な人工透析患者には、患者の状態を勘案した上で送迎サービスを提供し、患者の負担軽減を図った。</li> </ul>
評価	<p>B</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・年間を通じて透析患者の平均が約30名と低迷しているため、受け入れ可能人数を下回っている。他科と緊密な連携を取りながら維持透析を行い、近隣の医療機関からの紹介患者が増えるように取り組む必要がある。</li> <li>・火、木、土の午後透析を検討し、収益が上がるように取り組む必要がある。</li> <li>・災害時の透析医療の確保（BCP）に向けた活動にも取り組む必要がある。</li> </ul>

※シャントとは、血液透析を行う際、十分な血液量が確保できるように、動脈と静脈を直接つなぎ合わせた血管のこと。

※BCPとは、災害などの緊急事態が発生しても事業を中断させない、中断したとしても速やかに復旧させるための事業計画のこと。

第1節 収益向上への取り組み（3. 患者数増加に向けた取り組み）	
【他の医療機関との連携】	
点検結果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関向けの「連携室つうしん」の年3回の発行は実施できたが、新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のため、定期的な訪問活動はできなかった。</li> <li>・当院の情報や活動についての紹介は、電話、メールで提供するように取り組んだ。取り組みの結果、紹介件数は前年度比22件増（令和元年度実績1,420件）の1,442件で、目標値よりも128件上回る結果となった。</li> </ul>
評価	<p>A</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・新型コロナウイルス感染症対策のため、定期的な訪問活動は自粛していたが、その他の活動に取り組んだことで、紹介件数が増加していることは評価できる。</li> <li>・市立病院の果たすべき役割として、訪問診療などより重要になってくるため、さらなる市内の医療機関との連携に取り組む必要がある。</li> </ul>

第3節 費用適正化への取り組み（2. 材料費の適正化）	
【後発医薬品への切り替え】	
点検結果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・材料費の適正化のため、先発医薬品から後発医薬品への切り替えについて、院内の薬事審議委員会で検討し、積極的に切り替えを行った。</li> <li>・後発医薬品への切り替えを行った数は33品目、後発医薬品使用割合は平均90.5%で、前年比2.5ポイント増となった。結果、後発医薬品使用体制加算1を維持し、収入の増につながった。また、後発医薬品への変更により費用の削減が図ることができた。</li> </ul>
評価	<p>A</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・後発医薬品使用体制加算1の要件である使用割合85%以上は、クリアしており、収入の増や費用の削減につながっている。</li> <li>・今後も継続して要件を満たすよう、後発医薬品への切り替えについて継続すると共に、材料費の適正化に取り組む必要がある。</li> </ul>

※後発医薬品使用体制加算とは、後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定する体制が整備されている保険医療機関を評価したもの。

(2) 病床機能の適正化（新改革プラン第6章第2節）の取り組み

病床機能適正化の取り組みとして、平成29年11月1日に4病棟183床から1病棟35床を削減し、3病棟148床で入院患者の受け入れを行っていましたが、現状と今後の需要予測を踏まえ、再度病床数の見直しを行い、令和2年4月1日より、稼働病床数を3病棟130床に変更しました。

	計画時	H29.11.1	R2.4.1
一般病床	100	54	44
地域包括ケア病床	35	48	40
療養病床	48	46	46
合計	183	148	130

病床機能適正化の取り組み状況の点検・評価は以下のとおりです。

第2節 病床機能の適正化		
点検結果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・一般病棟については、手術、処置等医療度の高い急性期の患者を中心に受け入れを行った。</li> <li>・地域包括ケア病棟については、高度急性期病院の後方支援として、回復期の患者、自宅療養中で医療度の高い患者、また、当院の急性期病棟から急性期治療を終えた患者を中心に受け入れを行った。</li> <li>・療養病床については、当院の急性期及び回復期病棟からの慢性期に移行後も医療の提供が必要な患者を中心に受け入れを行った。</li> <li>・新たに入院する患者の受け入れや入院中の患者の転棟について、地域連携室病床管理係を中心としたベッドコントロール会議を毎日開催し、かつ、経営の効率化を図るための病床管理委員会も定期的に行うなど、効率的な病床運営に取り組んだ。</li> </ul>	
評価	A	<ul style="list-style-type: none"> <li>・計画では148床であったが、現状を踏まえ、更に見直しを実施したことは評価できる。</li> <li>・引き続き効果的なベッドコントロールを実施することで、病床利用率を高水準で維持する必要がある。</li> </ul>

※ベッドコントロールとは、病床を効率的に運用するための管理・調整のことであり、入院患者の受け入れをスムーズに進め、退院情報を把握することで、ベッドを効率よく稼働させる業務である。

### (3) 費用適正化への取り組み（新改革プラン第6章第3節）

費用適正化への取り組みとして、給与単価の見直し及び職員数の見直しについて検討しました。

費用適正化への取り組み状況の点検・評価は以下のとおりです。

第3節 費用の適正化への取り組み（1. 給与費の見直し）	
点検結果	<ul style="list-style-type: none"><li>・職員の基本給、手当の見直しについては引き続き職務職階制度の導入に向けて協議を行い、協議が整うまでの間は、給与カットで対応した。 （金額規模 59,852 千円）</li><li>・令和3年4月から職務職階制度を導入することとなった。</li><li>・職員数については施設基準を満たすために必要となる人員数の確保等、必要最小限の職員を確保し、職員数が過剰とならない病院運営に努めた。</li></ul>
評価	<p>B</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・給与カットにより一時的措置を取りながら、令和3年度からの給与改定につなげた点は評価できる。</li><li>・しかし、医業収益の減少が給与費削減を大きく上回り、職員給与費対医業収益比率が依然として高い水準で推移している。今後も経営状況を見ながら、継続して検討していくことが必要である。</li></ul>

### 3. 収支計画及び経営指標に係る数値目標

#### (1) 収支計画

収支計画について、安来市立病院新改革プランにおける計画値、令和2年度の実績値及び計画との比較は以下のとおりです。

#### ① 収益的収支

(単位: 百万円、%)

年度		28年度(実績)	29年度(実績)	30年度(実績)	元年度(実績)	2年度(計画)	2年度(実績)	計画との比較
区分								
収	1. 医業収益 a	2,339	2,353	2,292	2,304	2,344	2,023	▲ 321
	(1) 料金収入	2,068	2,064	2,007	2,024	2,082	1,733	▲ 349
	(2) その他	271	289	285	280	262	291	29
	うち他会計負担金	143	160	162	161	139	167	28
	2. 医業外収益	492	447	457	448	461	560	99
	(1) 他会計負担金・補助金	413	378	384	380	398	410	12
	(2) 国(県)補助金						89	89
	(3) 長期前受金戻入	55	48	49	43	40	41	1
	(4) その他	23	22	24	25	23	20	▲ 3
	経常収益(A)	2,831	2,800	2,749	2,752	2,805	2,583	▲ 222
支	1. 医業費用 b	2,843	2,801	2,828	2,786	2,635	2,501	▲ 134
	(1) 職員給与費 c	1,897	1,873	1,941	1,915	1,749	1,699	▲ 50
	(2) 材料費	328	326	304	301	354	254	▲ 100
	(3) 経費	381	384	376	365	352	374	22
	(4) 減価償却費	231	211	187	198	171	171	0
	(5) その他	7	7	20	7	9	3	▲ 6
	2. 医業外費用	102	100	92	97	95	93	▲ 2
	(1) 支払利息	31	27	25	21	17	17	0
	(2) その他	71	72	67	76	78	76	▲ 2
	経常費用(B)	2,945	2,900	2,920	2,883	2,730	2,594	▲ 136
経常損益(A)-(B)(C)	▲ 114	▲ 100	▲ 171	▲ 131	75	▲ 11	▲ 86	
特別損益	1. 特別利益(D)	231	200	234	259	87	114	27
	2. 特別損失(E)			1	0		61	61
	特別損益(D)-(E)(F)	231	200	233	259	87	53	▲ 34
純損益(C)+(F)	116	100	62	128	162	42	▲ 120	
累積欠損金(G)	1,630	1,530	1,468	1,340	1,033	1,298	265	
不良債	流動資産(ア)	475	478	439	409	425	626	201
	流動負債(イ)	615	776	834	780	664	675	11
	うち一時借入金	440	479	557	550	435	420	▲ 15
債務	翌年度繰越財源(ウ)						147	147
	当年度同意等債で未借入又は未発行の額(エ)							
	不良債務差引[(イ)-(エ)]-(ア)-(ウ)(オ)	140	298	395	371	239	196	▲ 43
経常収支比率 $\frac{(A)}{(B)} \times 100$	96.1	96.5	94.1	95.4	102.7	99.5	▲ 3.2	
不良債務比率 $\frac{(オ)}{a} \times 100$	6.0	12.7	17.2	16.1	10.2	9.7	▲ 0.5	
医業収支比率 $\frac{a}{b} \times 100$	82.3	84.0	81.0	82.7	89.0	80.9	▲ 8	
職員給与費対医業収益比率 $\frac{c}{a} \times 100$	81.1	79.6	84.7	83.1	74.6	84.0	9.4	
地方財政法施行令第15条第1項により算定した資金の不足額(H)	140	298	395	371	239	465	226	
資金不足比率 $\frac{(H)}{a} \times 100$	5.9	12.6	17.2	16.1	10.1	22.9	12.8	
病床利用率	71.6	75.9	85.9	85.2	88.7	84.8	▲ 3.9	

※表示単位未満四捨五入のため合計が一致しない場合があります。

## ② 資本的収支

(単位:百万円)

区分	年度							計画との比較
	28年度(実績)	29年度(実績)	30年度(実績)	元年度(実績)	2年度(計画)	2年度(実績)		
1. 企業債	34	55	152	52	50	46	▲4	
2. 他会計出資金								
3. 他会計負担金						158	158	
4. 他会計借入金								
5. 他会計補助金			6	6				
6. 国(県)補助金		43	9			10	10	
7. その他		3				3	3	
収入計(a)	34	101	167	58	50	217	167	
うち翌年度へ繰り越される支出の財源充当額(b)						147	147	
前年度許可債で当年度借入分(c)								
純計(a)-(b)+(c)(A)	34	101	167	58	50	70	20	
1. 建設改良費	42	112	175	58	59	70	11	
2. 企業債償還金	276	271	273	277	290	283	▲7	
3. 他会計長期借入金返還金	40	40	40	40				
4. その他	2	3	1	1	2		▲2	
支出計(B)	360	427	489	376	351	353	2	
差引不足額(B)-(A)(C)	326	326	322	318	301	283	▲18	
1. 損益勘定留保資金	225	184	92	61	173	▲81	▲254	
2. 利益剰余金処分額								
3. 繰越工事資金								
4. その他	1	4	2	3	▲111	84	195	
計(D)	226	187	94	64	62	3	▲59	
補てん財源不足額(C)-(D)(E)	100	139	228	254	239	280	41	
当年度同意等債で未借入又は未発行の額(F)								
実質財源不足額(E)-(F)	100	139	228	254	239	280	41	

※表示単位未満四捨五入のため合計が一致しない場合があります。

## ③ 一般会計等からの繰入金

(単位:百万円)

	28年度(実績)	29年度(実績)	30年度(実績)	元年度(実績)	2年度(計画)	2年度(実績)	計画との比較
収益的収支	(283) 787	(253) 738	(286) 780	(310) 800	(139) 624	(104) 632	(△35) 8
資本的収支	(0) 0	(0) 0	(0) 0	(0) 0	(0) 0	(0) 158	(0) 158
合計	(283) 787	(253) 738	(286) 780	(310) 800	(139) 624	(104) 790	(△35) 166

※1 ( )内はうち基準外繰入額。

2「基準外繰入金」とは、「地方公営企業繰入金について」(総務副大臣通知)に基づき他会計から公営企業会計へ繰り入れられる繰入金以外の繰入金をいう。

(2) 経営指標に係る数値目標 (新改革プラン P. 80)

経営指標に係る数値目標についての点検・評価は以下のとおりです。

① 収支改善に係るもの

指標 1	経常収支比率	達成率	96.9%
令和 2 年度目標値	102.7%	令和 2 年度実績	99.5%
点検結果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・前年度比 4.1 ポイントの増 (令和元年度実績 95.4%) であったが、目標値を下回る結果となった。</li> <li>・経常費用のうち経費は新型コロナウイルス感染症対応のため、収支計画を上回ったが、その他の項目は計画の範囲内に収まっている。</li> <li>・経常収益は、新型コロナウイルス感染症関連補助金が 96 百万円あったが、当該感染症の影響及び医師の減少に伴う患者数の減少により、前年度比で入院収益が約 217 百万円の減、外来収益が 75 百万円の減となり、収支計画を下回った。</li> </ul>		
評価	B	<ul style="list-style-type: none"> <li>・経常収支比率を上げるために、収益の面では増患対策を進め、患者数を確保していくこと。費用の面では、継続した点検を実施し、引き続き費用の削減に努めること。</li> </ul>	

※経常収支比率…医業費用、医業外費用に対する医業収益、医業外収益の割合を表し、通常の病院活動による収益状況を示す指標。100%を超えると黒字となる。

指標 2	医業収支比率	達成率	90.9%
令和 2 年度目標値	89.0%	令和 2 年度実績	80.9%
点検結果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・前年度比 1.8 ポイントの減 (令和元年度実績 82.7%) で、目標値を下回る結果となった。医業収益のうち料金収入等が減少したことが最大の要因である。</li> </ul>		
評価	B	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者数の減少に伴う医業収益の減少が医業収支比率を下げている要因となっているため、増患に向けた対策を講じること。</li> </ul>	

※医業収支比率…病院の本業である医業活動から生じる医業費用に対する医業収益の割合を示す指標。医業費用が医業収益によってどの程度賄われているかを示す。

② 経費削減に係るもの

指標 1	給与費対医業収益比率		達成率	88.8%
令和 2 年度目標値	74.6%	令和 2 年度実績	84.0%	
点検結果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・前年度比 0.9 ポイントの増（令和元年度実績 83.1%）で、目標値を下回る結果となった。</li> <li>・給与費の増加を抑制するために、特別職の基本給削減に加え、令和 2 年 5 月から医師以外の職員、令和 2 年 7 月から医師の基本給を役職に応じて削減することで、前年度比で 60 百万円の減となった。</li> <li>・また、給与体系の抜本的な見直しを進め、令和 3 年度から職務職階制度の導入等、制度改正を行うことを決定した。</li> </ul>			
評価	B	<ul style="list-style-type: none"> <li>・令和 3 年度からの職務職階制度の導入を決定したことは評価できる。今後も経営状況を見ながら、給与費の抑制を継続していくこと。</li> </ul>		

※給与費対医業収益比率…医業収益の中で職員給与費が占める割合を示す指標。

指標 2	材料費対医業収益比率		達成率	119.8%
令和 2 年度目標値	15.1%	令和 2 年度実績	12.6%	
点検結果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・前年度比 0.6 ポイントの減（令和元年度実績 13.1%）ではあるが、目標値を上回る結果となった。</li> <li>・患者減少の影響はあったが、医療材料の見直しやベンチマークシステムを活用した価格交渉を行うことで、医療材料費の適正化に取り組み材料費の削減が図れた。</li> </ul>			
評価	S	<ul style="list-style-type: none"> <li>・引き続きデータに基づいたベンチマーク分析を行い、現状を可視化することで購入価格の最適化を図ること。</li> </ul>		

※材料費対医業収益比率…医業収益の中で材料費が占める割合を示す指標。

※ベンチマークシステムとは、全国の医療機関の最新購入価格（医療材料・医薬品・検査試薬）をインターネット上で照会・比較することができるシステム。

指標 3	後発医薬品使用割合		達成率	113.1%
令和 2 年度目標値	80.0%	令和 2 年度実績	90.5%	
点検結果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・前年度比 2.5 ポイントの増（令和元年度実績 88.0%）であり、目標値を上回る結果となった。</li> <li>・引き続き後発医薬品使用体制加算 1 を維持し、収入の増と材料費の削減が図れた。</li> </ul>			
評価	A	<ul style="list-style-type: none"> <li>・後発医薬品への切り替えは進んでおり、90.5%と高い使用割合となっている。引き続き後発医薬品の採用及び使用促進に取り組むこと。</li> </ul>		

③ 収入確保に係るもの

一般病棟			
指標 1-1	延入院患者数	達成率	66.8%
令和 2 年度目標値	18,725 人	令和 2 年度実績	12,516 人
指標 1-2	1 人 1 日診療単価	達成率	110.9%
令和 2 年度目標値	36,639 円	令和 2 年度実績	40,620 円
指標 1-3	病床利用率	達成率	82.0%
令和 2 年度目標値	95.0%	令和 2 年度実績	77.9%
点検結果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・一般病棟の延入院患者数は前年度比 3,694 人減の 12,516 人（全体の 31.1%）であり目標値を 6,209 人下回った。</li> <li>・稼働病床数を減少させたが、救急搬送後の入院患者数が対前年比 28.9%の減であり、医師 1 名減の整形外科では 43.2%の減少となるなど、救急搬送件数の減少と受け入れ体制が大きな要因となり、病床利用率は目標を大きく下回る結果となった。</li> <li>・一般病棟では、医療度の高い急性期患者を中心に受け入れるベッドコントロールを徹底したことに加え、薬剤師の増員し、薬剤管理指導を積極的に行ったことで診療単価の改善が図られることとなり、1 人 1 日診療単価が目標値を 3,981 円上回った。</li> </ul>		
評価	C	<ul style="list-style-type: none"> <li>・診療単価が高くなっていることは評価できる。</li> <li>・稼働病床数を減少させたにも関わらず病床利用率が目標値を下回っているため、救急搬送患者、時間外受診患者の積極的な受け入れ、手術対応や医療機関との連携を強化し、急性期の患者確保に取り組むこと。</li> </ul>	

地域包括ケア病棟			
指標 2-1	延入院患者数	達成率	87.0%
令和2年度目標値	14,582人	令和2年度実績	12,686人
指標 2-2	1人1日診療単価	達成率	108.7%
令和2年度目標値	31,600円	令和2年度実績	34,341円
指標 2-3	病床利用率	達成率	102.2%
令和2年度目標値	85.0%	令和2年度実績	86.9%
点検結果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括ケア病棟の延入院患者数は前年度比1,810人減の12,686人（全体の31.5%）であり、目標値を1,896人下回った。</li> <li>・地域包括ケア病棟では、傷病の程度に応じた新入院患者の直接受け入れ拡充に向けたベッドコントロールを行うことにより、病床利用率の目標を達成すると共に、1人1日診療単価の目標値を2,741円上回った。</li> </ul>		
評価	B	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ベッドコントロール会議や病床管理委員会を開催し、引き続き病床利用率の向上に努めること。</li> <li>・院外からの紹介患者の受け入れが増えるよう、高度急性期病院の後方病院として、引き続き連携強化に取り組むこと。</li> </ul>	

療養病棟			
指標 3-1	延入院患者数	達成率	105.3%
令和2年度目標値	14,272人	令和2年度実績	15,032人
指標 3-2	1人1日診療単価	達成率	96.5%
令和2年度目標値	18,901円	令和2年度実績	18,231円
指標 3-3	病床利用率	達成率	105.3%
令和2年度目標値	85.0%	令和2年度実績	89.5%
指標 3-4	区分2・3割合	達成率	82.0%
令和2年度目標値	80.0%	令和2年度実績	65.6%
点検結果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・療養病棟の延入院患者数は目標値を760人上回っているが、前年度比は392人減の15,032人（全体の37.4%）となった。</li> <li>・療養病棟での医療区分2・3の割合は前年度比0.6ポイント減の65.6%と、目標値を14.4ポイント下回り、結果として1人1日診療単価も目標値を670円下回った。</li> </ul>		
評価	A	<ul style="list-style-type: none"> <li>・新型コロナウイルス感染症の影響も想定される中、延入院患者数と病床利用率が目標値を上回ったことは評価ができる。</li> <li>・医療区分2及び3の患者受け入れを増やすために、他医療機関からの紹介患者を増やす取り組みを行うこと。</li> <li>・医療区分1の患者について、介護保険施設等への退院支援に積極的に取り組み、地域の医療機関等との役割分担を図ること。</li> </ul>	

※医療区分とは、患者の医療の必要性を評価するための指標のこと。3つの区分があり、医療区分3が最も重い状態となる。

指標 4	延入院患者数	達成率	84.6%
令和 2 年度目標値	47,579 人	令和 2 年度実績	40,234 人
点検 結果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・前年度比の 5,896 人減（令和元年度実績 46,130 人）であり、目標値を下回った。</li> <li>・内科、外科、整形外科共に入院患者が減少している。整形外科については、医師の減による影響が大きい。</li> </ul>		
評価	C	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院患者は、外来患者と医療機関からの紹介患者と相関があり、関係機関への広報や訪問活動を積極的に行い、連携を強化していく必要がある。また、医師の確保にも取り組む必要がある。</li> </ul>	

指標 5	延外来患者数	達成率	81.3%
令和 2 年度目標値	62,460 人	令和 2 年度実績	50,802 人
点検 結果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・前年度比の 7,198 人減（令和元年度実績 58,000 人）であり、目標値を下回った。</li> <li>・整形外科、内科、小児科の外来患者が減少している。新型コロナウイルス感染症による受診控えと整形外科医の減の影響によるものが多い。</li> </ul>		
評価	C	<ul style="list-style-type: none"> <li>・外来患者数増加に向けた取り組みを、診療部、看護部、地域医療部をはじめ関係部署で、収入確保に取り組んでいく必要がある。また、医師確保にも取り組む必要がある。</li> </ul>	

④ 経営の安定性に係るもの

指標 1	企業債残高	達成率	79.3%
令和 2 年度目標値	906 百万円	令和 2 年度実績	1,143 百万円
点検結果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機器及び施設設備について、法定耐用年数経過後も安全に使用可能な場合は更新を行わず、更新または改修がやむを得ず必要となった場合も費用対効果を考慮して必要最小限の投資となるようにしている。</li> <li>・また、各種補助金を最大限活用することで、企業債の発行が最小限となるよう努めているが、新型コロナウイルス感染症に伴う減収による資金不足に対応するため、特別減収対策企業債 268,700 千円を借り入れたことで、令和元年度末残高（1,109 百万円）を上回った。</li> </ul>		
評価	C	<ul style="list-style-type: none"> <li>・新たな設備投資は、緊急で最小限なものに留め、計画的な債務管理を行っている点は評価できる。必要とされる医療サービスを見極め、費用面とのバランスを考慮しながら、真に必要な医療機器については補助金等を活用しながら更新を行う必要がある。</li> <li>・特別減収対策企業債の借入についても、負債であることを認識すること。</li> </ul>	

指標 2	資金不足額	達成率	51.4%
令和 2 年度目標値	239 百万円	令和 2 年度実績	465 百万円
点検結果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・前年度比 94 百万円増（令和元年度実績 371 百万円）であり、目標値を下回った。</li> </ul>		
評価	C	<ul style="list-style-type: none"> <li>・資金不足額は年々増加傾向にあることから、危機的な状況であることを認識し、早急に抜本的な見直しが必要である。</li> </ul>	

指標 3	資金不足比率	達成率	44.1%
令和 2 年度目標値	10.1%	令和 2 年度実績	22.9%
点検結果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・前年度比 6.8 ポイント増（令和元年度実績 16.1%）となり、目標値を下回った。ただし、特別減収対策企業債の借入により、財政健全化法上の資金不足比率は 9.7%となっている。</li> </ul>		
評価	C	<ul style="list-style-type: none"> <li>・持続可能な医療を提供していくためには、増収、費用削減対策を実施し、抜本的な改革を早急に行う必要がある。</li> </ul>	

【経営指標に係る数値目標の比較一覧】

1. 収支改善に係るもの

指標	28年度	29年度	30年度	元年度	2年度		目標値 との比較
	実績	実績	実績	実績	目標	実績	
経常収支比率 (%)	96.1	96.5	94.1	95.4	102.7	99.5	△3.2
医業収支比率 (%)	82.3	84.0	81.0	82.7	89.0	80.9	△8.1

2. 経費削減に係るもの

指標	28年度	29年度	30年度	元年度	2年度		目標値 との比較
	実績	実績	実績	実績	目標	実績	
給与費対医業収 益比率 (%)	81.1	79.6	84.7	83.1	74.6	84.0	9.4
材料費対医業収 益比率 (%)	14.0	13.9	13.3	13.1	15.1	12.6	△2.5
後発医薬品 使用割合 (%)	72.9	84.6	84.5	88.0	80.0	90.5	10.5

3. 収入確保に係るもの

指標	28年度	29年度	30年度	元年度	2年度		目標値 との比較
	実績	実績	実績	実績	目標	実績	
一般病棟							
延入院患者数 (人)	25,446	20,490	16,053	16,210	18,725	12,516	△6,209
1人1日診療単価 (円)	35,849	38,723	39,444	40,555	36,639	40,620	3,981
病床利用率 (%)	69.7	69.3	81.4	82.0	95.0	77.9	△17.1
地域包括ケア病棟							
延入院患者数 (人)	9,706	12,411	14,820	14,496	14,582	12,686	△1,896
1人1日診療単価 (円)	31,725	32,425	33,133	33,133	31,600	34,341	2,741
病床利用率 (%)	76.0	84.2	84.6	82.5	85.0	86.9	1.9
療養病棟							
延入院患者数 (人)	12,662	13,803	15,546	15,424	14,272	15,032	760
1人1日診療単価 (円)	18,130	18,459	19,410	18,671	18,901	18,231	△670
病床利用率 (%)	72.3	80.2	92.6	91.6	85.0	89.5	4.5
区分2・3割合 (%)	54.1	61.0	64.6	66.2	80.0	65.6	△14.4
延入院患者数 (人)	47,814	46,704	46,419	46,130	47,579	40,234	△7,345
延外来患者数 (人)	63,268	60,951	58,869	58,000	62,460	50,802	△11,658

#### 4. 経営の安定性に係るもの

指標	28年度	29年度	30年度	元年度	2年度		目標値と の比較
	実績	実績	実績	実績	目標	実績	
企業債残高(百万円)	1,459	1,457	1,337	1,109	906	1,143	237
資金不足額(百万円)	140	298	395	371	239	465	226
資金不足比率(%)	5.9	12.6	17.2	16.1	10.1	22.9	12.8