

黒部市民病院経営強化プランの点検・評価  
(令和6年度実績)

令和7年8月

## 1. はじめに

黒部市は、令和4年3月に総務省から示された「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経営強化ガイドライン」を受け、令和6年3月に「黒部市民病経営強化プラン」を策定しました。

この経営強化プランの期間は令和5年度から令和9年度までの5年間で、黒部市病院事業運営協議会の中で毎年、点検・評価・公表を行うこととしております。

## 2. 評価方法

目標に対する評価を以下の区分で行いました。

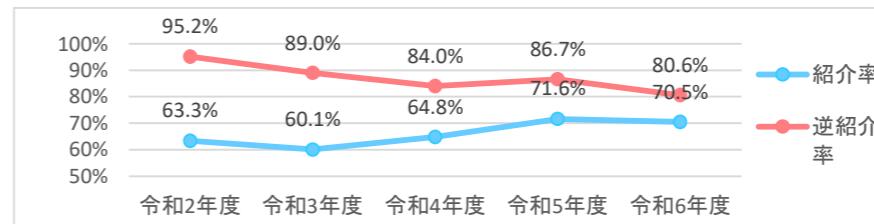
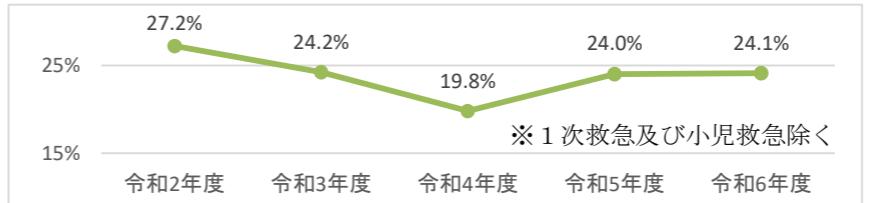
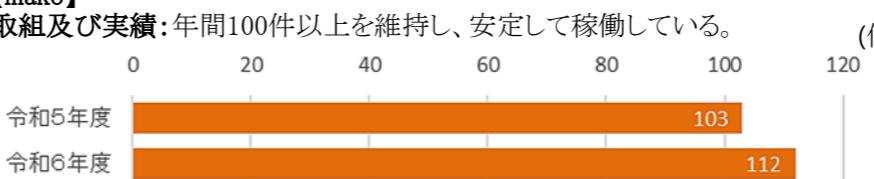
| 区分 | 評価の内容                |
|----|----------------------|
| A  | 目標以上に達成されている         |
| B  | 目標には届いていないが、一定の実績がある |
| C  | 目標が未達成で実績不足である       |

## 3. 点検・評価

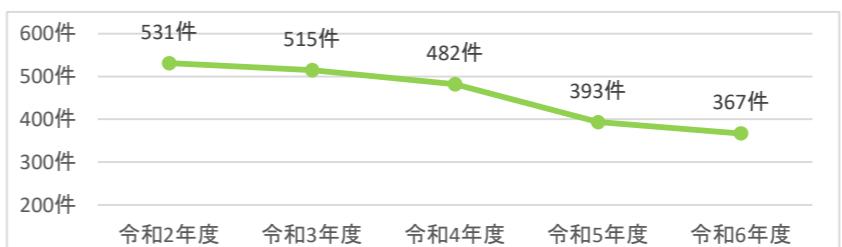
令和6年度の点検・評価は、「医療機能等指標に係る数値目標」及び「経営指標に係る数値目標」について行いました。

次頁 黒部市民病院経営強化プランの進捗状況及び評価①～⑤

## 黒部市民病院経営強化プランの進捗状況及び評価(令和6年度)①

| 項目・区分等           |                  |                 | 最終目標<br>(R9年度) | 単位   | 目標設定の考え方 | R6年度  |   | 取組  | 実績  | 課題と対応 | 自己評価 |
|------------------|------------------|-----------------|----------------|--|----------|-------|---|---|---|-------|------|
|                  |                  |                 |                |  |          | 目標    | 実績  |   |   |       |      |
| 地域連携の・医療機能分化との関連 | 紹介率              | 65.0            | %以上            | 初診患者のうち、他の医療機関からの紹介により受診した患者等の割合で、地域の医療機関との連携を示す指標であり、地域医療支援病院として記載数値の維持を目指す。  | 65.0%以上  | 70.5  | 取組:<br>・地域医療連携室による他の医療機関への訪問を行い、かかりつけ医との役割分担と地域連携のさらなる強化を図っている。<br>・紹介状のない初診患者には、かかりつけ医からの紹介状を持参するよう促している。<br>・逆紹介の状況を会議等で毎月報告し、病状が安定した後患者の逆紹介推進を図っている。<br><br>実績:<br>・紹介数(736件増)、逆紹介数(449件増)はともに増加したが、令和6年度は初診患者も増加したため対前年比で減となった。 | 取組:<br>・地域医療連携室による他の医療機関への訪問を行い、かかりつけ医との役割分担と地域連携のさらなる強化を図っている。<br>・紹介状のない初診患者には、かかりつけ医からの紹介状を持参するよう促している。<br>・逆紹介の状況を会議等で毎月報告し、病状が安定した後患者の逆紹介推進を図っている。<br><br>実績:<br>・紹介数(736件増)、逆紹介数(449件増)はともに増加したが、令和6年度は初診患者も増加したため対前年比で減となった。 | 課題:紹介率の高割合での維持<br>対応:地域住民へのかかりつけ医を持つことの利点の周知及び初診における地域の医療機関の受診の推進                           | A     |      |
|                  | 逆紹介率             | 60.0            | %以上            | 初診患者のうち、当院から他の医療機関に紹介した患者の割合で、紹介率と同じく地域の医療機関との連携を示す指標であり、紹介率と合わせ、地域連携病院として記載数値の維持を目指す。   | 60.0%以上  | 80.6  |    | 取組:<br>・地域医療連携室による他の医療機関への訪問を行い、かかりつけ医との役割分担と地域連携のさらなる強化を図っている。<br>・紹介状のない初診患者には、かかりつけ医からの紹介状を持参するよう促している。<br>・逆紹介の状況を会議等で毎月報告し、病状が安定した後患者の逆紹介推進を図っている。<br><br>実績:<br>・紹介数(736件増)、逆紹介数(449件増)はともに増加したが、令和6年度は初診患者も増加したため対前年比で減となった。 | 課題:逆紹介率の高割合での維持<br>対応:症状が安定した患者の速やかな逆紹介に向けた医師への働き掛け   | A     |      |
| 医療機能等指標に係る数値目標   | 救急の適正利用の把握       | 25.0            | %              | 2.5次救急に対応する病院として、入院の必要な救急患者の応需が期待されていることから、高齢化の進展を見込み、毎年1%増を目指す。   | 22.0     | 24.1  | 取組:救命センターの適正受診のため、受診を迷う際の電話相談窓口である救急医療電話相談事業(#7119)や子ども医療電話相談事業(#8000)の周知を行っている。<br><br>実績:入院患者が増加したことにより目標を上回った。   |    | 課題:軽症患者受け入れの集中による2次救急機能への影響<br>対応:救急の適正受診の周知及び重篤患者の速やかな受入体制の維持                              | A     |      |
|                  | 全身麻酔手術件数         | 1,960           | 件              | 手術に携わるスタッフを確保し、手術室の効率的な運用を行うことにより、毎年20件の増を目指す。   | 1,900    | 2,027 | 取組:大学医局への働きかけによる医師の確保、応援医師の派遣依頼を行う。また手術室の午前中の活用を図る。<br><br>実績:昨年度から増加し、目標は達成した。   |    | 課題:全身麻酔手術に係るスタッフの確保<br>対応:医師は、大学への派遣要望の継続<br>看護師は、学校訪問等の取組の継続                               | A     |      |
| 高度な医療の提供状況       | ロボットシステムを用いた手術件数 | 110             | 件              | 手術支援ロボットは安全で低侵襲(患者の身体的負担が少ない)、術後の回復も早い手技として定着しており、医療圏内外からの患者の受け入れを強化する。当院で既に導入されているロボットシステムmakoでは、整形外科領域を、Da-Vinciは泌尿器科領域を中心に対応を増やし、件数の増加を目指す。 | 100      | 112   | 【mako】<br>取組及び実績:年間100件以上を維持し、安定して稼働している。<br><br>【Da-Vinci】<br>取組:Da-Vinci対応手術の施設基準を積極的に申請した。<br>実績:令和7年7月1日時点でのDa-Vinci対応手術の施設基準申請は13件となり、Da-vinci導入から2年で手術件数は倍増した。  | <br><br>  | 【mako】<br>課題:現状数の維持<br>対応:整形外科医の確保<br><br>【Da-vinci】<br>課題:さらなる症例増加<br>対応:医師の確保と他院からの紹介患者の増 | A     |      |
|                  | mako(メイコー)       | Da-Vinci(ダ・ビンチ) | 100            | 件  | 70       | 87    |   |   |   |       |      |

## 黒部市民病院経営強化プランの進捗状況及び評価(令和6年度)②

| 項目・区分等         |             | 最終目標<br>(R9年度) | 単位  | 目標設定の考え方  | R6年度  |     | 取組                                 | 実績  | 課題と対応                                    | 自己評価   |   |
|----------------|-------------|----------------|-----|---|---|-----|------------------------------------|---|--|--|---|
| 目標             | 実績          |                |     |   |   |     |                                    |   |  |  |   |
| 医療機能等指標に係る数値目標 | 地域における医療の充実 | 分娩件数           | 443 | 件   | 地域の産科医療の集約を判断する指標であり、少子化が急速に進み分娩件数も減少する中、医療圏唯一の周産期母子医療センターとして、医療圏内の分娩の75%に加え、糸魚川市からの受入れを見込み件数の維持を目指す。 | 425 | 367                                | 取組:地域の産科との連携強化の働きかける。<br>実績:県内の分娩件数の減少により、目標未達となった。<br>  |  | 課題:県内の分娩件数の減少、新川医療圏及び圏域以外からの妊婦の受入の促進<br>対応:地域医療連携室による地域の産科訪問を通した連携強化の働きかけ                  | B |
|                | がん登録件数      | 720            | 件   | 各病院で対応したがん患者数や罹患率、生存率、治療効果などのデータを登録することでがん対策の基礎データとなり、登録件数が多いほど、がん治療に積極的に広く受け入れていると評価される。国指定の「がん診療病院」から「がん診療拠点病院」への再認定に向け、Da-Vinciの導入と合わせて年5件増を目標とする。 | 705   | 809 | 取組及び実績:Da-Vinciの導入により確実に患者増加が見られた。 |   | 課題:他施設診断・当院治療の件数減少<br>対応:地域医療連携室による周知を実施 | A  |   |
|                | 医療の質の向上     | 認定看護師数         | 16  | 人   | 専門的な知識、技術を有する認定看護師は、特定の看護分野において優れた看護を実践でき、医療水準と患者満足度の向上につながる。当院においても毎年1人増を目標に資格取得を推進する。               | 13  | 13                                 | ・受講者は経験年数等を考慮して対象者を選出する。<br>・受講期間の職場のフォローワー体制を整え、病院全体で受講しやすい環境をつくる。<br>・取得者を増やすために手当を設けている。<br>・平成21年度に最初の認定を受けてから、着実に認定看護師数を増やし続けており、令和5年度に1人追加し、現在全体で13人となっている。<br>・令和6年度の実績はなかったが、現在1名が認定に向けて活動している。 |  | 課題:認定看護師の退職と看護職全体の多忙化の中での資格取得時間の確保<br>対応:更なる認定看護師の増加を目指し、資格取得しやすいよう職場のフォローワー体制等を含めた受講環境の整備 | A |

自己評価 : 達成状況評価 A→目標以上、B→一定の実績、C→実績不足

## 黒部市民病院経営強化プランの進捗状況及び評価(令和6年度)③

| 項目・区分等               |        |            | 最終年度<br>(R9年度)     | 単位     | 目標設定の考え方   | R6年度  |        | 取組   | 実績   | 課題と対応  | 自己評価  | 同規模病院状況※   |        |        |     |
|----------------------|--------|------------|--------------------|--------|--|---|--------|--|--|--|---|--|--------|--------|-----|
|                      |        |            |                    |        | 目標   | 実績  |        |  |  |  | 上位25%値  | 上位50%値   |        |        |     |
| 経営指標に係る数値目標<br>1 / 3 | 収益性の向上 | 1日当たり患者数   | 外来                 | 780    | 人  | 地域の医療機関との連携、役割分担を踏まえ、適正な患者数の確保が重要ではあるが、人口減少の影響で患者数は減少傾向にある中で、高齢者の増加を鑑み年1%増を目指す。   | 750    | 782  | 【外来】<br>取組:紹介による受診の周知や病状安定後の逆紹介に努めている。<br>実績:概ね770~780人前後で推移しており、目標を上回っている。<br>・対前年度比で16.9人の増となった。<br>・増の主な診療科:内科6.4人、整形外科4.9人、耳鼻いんこう科1.7人<br>・減の主な診療科:精神科▲1.9人、放射線科(核医学含む)▲1.1人<br>【入院】<br>取組:他の医療機関等との連携により、退院支援に努めている。<br>実績:脳神経内科の入院は、R5から常勤医不在により受け入れていよい。<br>・対前年度比で12.5人の増となった。<br>・増の主な診療科:内科14.0人、整形外科2.7人<br>・減の主な診療科:脳神経外科▲3.5人、外科▲2.0人 | (人)  | 782   | 課題:外来受診者数の現状維持<br>対応:<br>・他の医療機関との連携の維持・強化<br>・常勤医の確保による、診療体制の維持 | A      | 898    | 765 |
|                      |        | 入院         | 287                | 人      | 症例・症状に応じた入院期間での退院を基本としつつ、一定程度の患者を確保していくことが重要である。人口減少の中において地域完結型医療を推進し、医療圏の中核病院として年2%増を目指す。                                   | 271   | 282    | 1200<br>752<br>275<br>200<br>令和2年度 令和3年度 令和4年度 令和5年度 令和6年度<br>● 外来 ● 入院  | (人)  | 282  | 課題:紹介入院患者の安定確保<br>対応:<br>・他の医療機関との連携の維持・強化<br>・常勤医の確保による、診療体制の維持<br>・円滑な入退院支援                         | A  | 329    | 295    |     |
|                      |        | 一般病床稼働率    | 84.4               | %      | 病床の利用割合を示す指標で、厚生労働省は急性期病床の病床稼働率を78%と示している(2015年医療構想策定ガイドライン検討会)。一般的に病床数は許可病床数を基本とするが、休床等がある場合は実態と乖離するため、本プランでは実際の稼働病床数で算出する。 | 80.1  | 87.6   | ・救急受診者の緊急入院を受け入れており、稼働率の維持につながっている。<br>・稼働率が90%を超える新規入院患者の受け入れが困難となった時期もあったが、退院調整や外来との連携で対応した。   | 90.0%<br>80.0%<br>70.0%<br>74.6%<br>73.9%<br>74.9%<br>74.5%<br>87.6%<br>令和2年度 令和3年度 令和4年度 令和5年度 令和6年度<br>● 一般病床稼働率   | 87.6%  | 課題:紹介入院患者の安定確保<br>対応:<br>・後方支援病院との連携体制の維持・強化のため地域医療連携室を主体とした研修会・カンファレンスの継続開催<br>・各施設への直接訪問等による連携体制の強化 | A  | 79.4   | 71.3   |     |
|                      | 収益性の向上 | 外来         | 20,000             | 円      | 外来診療の収益率をみる指標であり、適切な医療行為の提供により、単価の維持を目標とする。  | 20,000  | 20,273 | 【外来】<br>取組:指導料や医学管理料の算定増加の取組により単価増に努めている。<br>実績:高額薬剤の使用による保険請求額の増加も寄与し、対前年度比で1日当たり698円の増(19,575円→20,273円)となった。<br>【入院】<br>取組:新規の診療報酬の算定及び在院日数の適正化に努めている。<br>実績:対前年度比1日当たり1,874円増(61,383円→63,257円)となった。<br>・増となった主な診療区分は、入院料と手術であった。入院料は、ハイケアユニット入院医療管理料の取得による効果と、入院ベースアップ評価料による増である。 | 75,000円<br>65,000円<br>55,000円<br>45,000円<br>35,000円<br>25,000円<br>15,000円<br>54,874円<br>57,987円<br>59,080円<br>61,383円<br>63,257円<br>20,079円<br>20,263円<br>20,265円<br>19,575円<br>20,273円<br>令和2年度 令和3年度 令和4年度 令和5年度 令和6年度<br>● 外来 ● 入院  | 20,273   | 課題:指導料・医学管理料の算定増加<br>対応:<br>・院内委員会における算定状況の定期的な把握及び分析<br>・紹介受診、逆紹介推進による適正な外来診療の維持<br>・連携地域・医療機関の拡充    | A  | 22,145 | 18,479 |     |
|                      |        | 1日当たり単価    | 入院                 | 65,000 | 円  | 入院収益は、金額が高いほど収益率の高い医療サービスを提供していると判断される。積極的な加算取得や高度な医療行為、適切な在院日数調整により年1,000円増を目指す。 | 62,000 | 63,257   | ・新規の診療報酬の算定<br>・新入院患者数の維持<br>対応:<br>・院内委員会における算定状況の定期的な把握及び分析<br>・他の医療機関との連携強化<br>・在院日数の適正化<br>(参考)新入院患者数<br>令和2年度 8,078人<br>令和3年度 8,583人<br>令和4年度 8,139人<br>令和5年度 8,122人<br>令和6年度 8,673人  | A  | 74,185  | 67,899   |        |        |     |
|                      |        | 一般病床平均在院日数 | 11.5日<br>±<br>0.5日 |        | DPC(診断群分類別包括評価)病院にとって、入院収益に大きく影響する指標。症例や症状によって適切な入院期間を適用できれば収益率が上がる。当院においては、11日台の入院期間を維持することを目標とする。                          | 11.5日<br>±<br>0.5日  | 10.9   | ・退院・転院支援に努め、DPC毎の標準在院日数を超過しないよう努めている。<br>・(参考)退院調整介入件数の推移<br>令和2年度 1,907件<br>令和3年度 1,926件<br>令和4年度 2,127件<br>令和5年度 2,283件<br>令和6年度 2,533件<br>・病床の状況に応じた柔軟な退院調整を行った。  | ※一般病床数350床から449床までの公立病院の各指標について、上から25%もしくは50%の位置にある数値  | 課題:平均在院日数の11日台の維持<br>対応:連携する地域・医療機関の拡充による、適正な在院日数での退院・転院 | B   | 対象外  | 対象外    |        |     |

自己評価 : 達成状況評価 A→目標以上、B→一定の実績、C→実績不足

※一般病床数350床から449床までの公立病院の各指標について、上から25%もしくは50%の位置にある数値

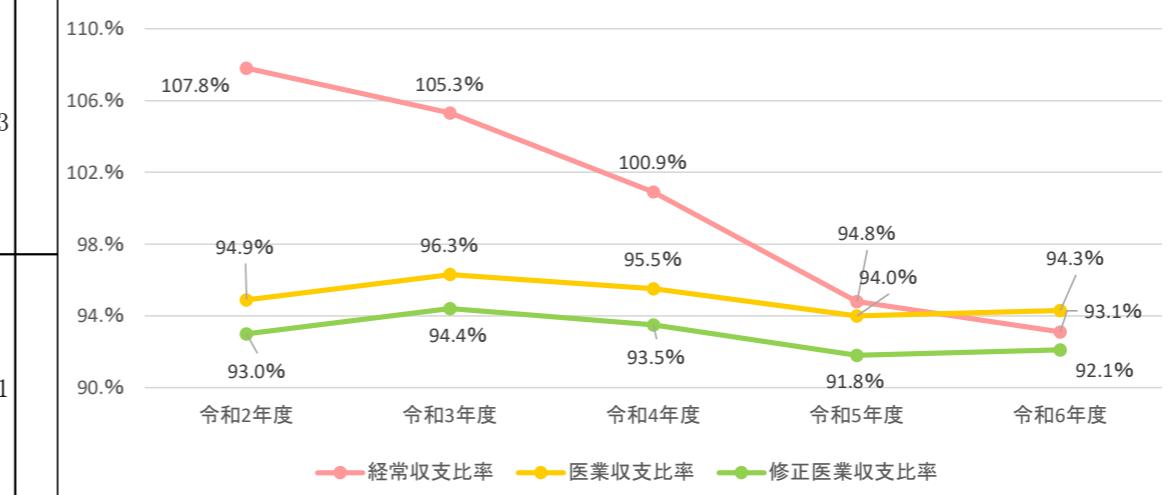
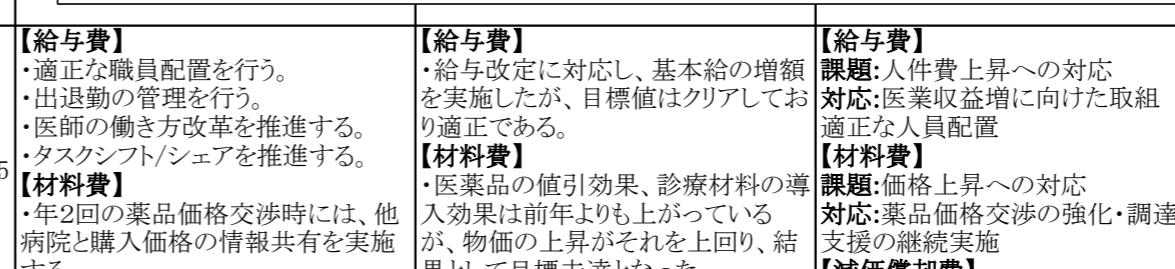
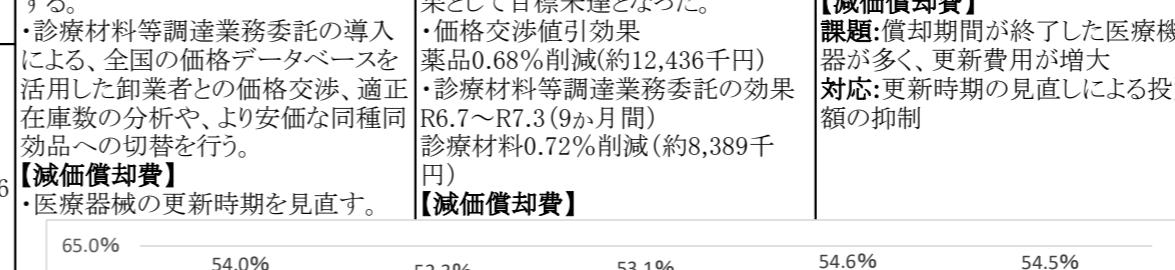
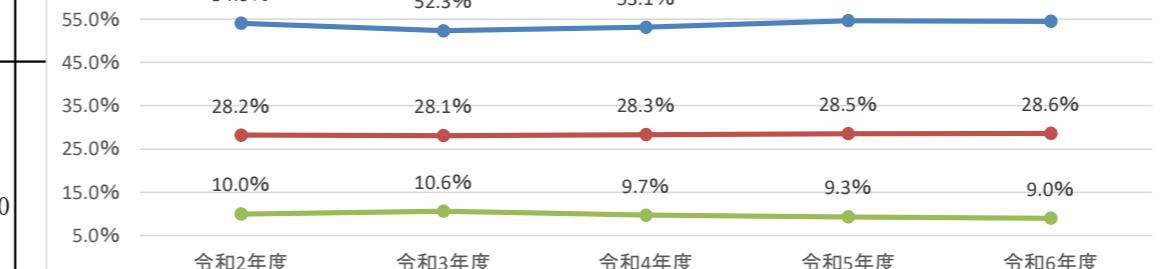
## 黒部市民病院経営強化プランの進捗状況及び評価(令和6年度)④

| 項目・区分等             |              |          | 最終年度<br>(R9年度)  | 単位 | 目標設定の考え方   | R6年度  |  | 取組及び実績  | 課題と対応   | 自己評価 | 県内自治体病院状況※ |              |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |  |   |                 |      |
|--------------------|--------------|----------|---|----|------------|---|--|---|---|------|------------|--------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--|---|-----------------|------|
| 目標                 | 実績           |          |   |    |            |   |  |   |   |      | 上位25%値     | 上位50%値       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |  |   |                 |      |
| 経営指標に係る数値目標<br>2／3 | リソースの最適化     | 院外処方箋発行率 |   | 90 | %以上        | 医薬分業の指標であるが、他院と比べて低い傾向にあつたことから院外処方を推進した結果、現在は他院並みの率となっており、救急患者の受入れ等も考慮し、現状値の維持を目標とする。   |  | 90%以上<br>89.5   | <ul style="list-style-type: none"> <li>投薬量が多い透析患者へ院外処方への切替要請を実施する。</li> <li>平日時間内の救急外来においても院外処方を実施する。</li> </ul> <table border="1"> <caption>Outpatient Prescription Rate Trend</caption> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>院外処方箋発行率 (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>令和2年度</td><td>80.8%</td></tr> <tr><td>令和3年度</td><td>83.5%</td></tr> <tr><td>令和4年度</td><td>83.9%</td></tr> <tr><td>令和5年度</td><td>89.0%</td></tr> <tr><td>令和6年度</td><td>89.5%</td></tr> </tbody> </table> |      | 年度         | 院外処方箋発行率 (%) | 令和2年度 | 80.8% | 令和3年度 | 83.5% | 令和4年度 | 83.9% | 令和5年度 | 89.0% | 令和6年度 | 89.5% | 課題:院外処方にできない理由の明確化<br>対応:院外処方をするマニュアルの作成 | B | 県内自治体病院<br>94.3 | 92.5 |
| 年度                 | 院外処方箋発行率 (%) |          |   |    |            |   |  |   |   |      |            |              |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |  |   |                 |      |
| 令和2年度              | 80.8%        |          |   |    |            |   |  |   |   |      |            |              |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |  |   |                 |      |
| 令和3年度              | 83.5%        |          |   |    |            |   |  |   |   |      |            |              |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |  |   |                 |      |
| 令和4年度              | 83.9%        |          |   |    |            |   |  |   |   |      |            |              |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |  |   |                 |      |
| 令和5年度              | 89.0%        |          |   |    |            |   |  |   |   |      |            |              |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |  |   |                 |      |
| 令和6年度              | 89.5%        |          |   |    |            |   |  |   |   |      |            |              |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |  |   |                 |      |
| 医師数                | 79           | 人        | 病院の安定的な経営には、病院の規模、診療科目に応じた医師の配置が重要であるため、不足状況の解消に向けた医師の確保に努める。   |    | 78<br>75   | <ul style="list-style-type: none"> <li>金沢大学及び富山大学の医局との連携を強化する。</li> <li>常勤医1人診療科における複数人員体制の整備を行う。</li> <li>常勤医不在の診療科を解消する。</li> </ul>   |  | 課題:診療ニーズの高い脳神経内科・呼吸器内科・血液内科・麻酔科等の専門医の絶対的不足、また、退職等による常勤の精神科医の不在<br>対応:関連大学医局への増員継続要望(複数人体制の確立)及び連携強化   | B   | 対象外  | 対象外        |              |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |  |   |                 |      |
| 常勤職員数(正規職員)        | 330          | 人        | 入院病床や外来診療科を安定的に運用するには、適正に看護師が配置されていることが重要であるため、年度末比較で年2人の実員増を目標とする。   |    | 324<br>317 | <ul style="list-style-type: none"> <li>県内、近隣県の看護学校への訪問を積極的に実施する。</li> <li>看護学生向け病院見学会を実施する。</li> <li>看護部PR動画を作成する。</li> <li>看護学生奨学金及び看護職員奨学金返還助成金のアピールを行う。</li> <li>二交代制を実施する。(多様な働き方の実現)</li> <li>看護職員定着・離職防止支援を行う。</li> </ul> |  | 課題:看護学生奨学金3人<br>看護職員就業補助金13人<br>看護職員の救急二交代制を実施した。<br>看護職員定着プロジェクトチームによる支援に向けた取組を検討・実施した。<br>一般病棟入院基本料1は維持した。<br>看護師の離職防止に向けた取組み強化と支援体制の更なる充実<br>近隣看護学校の訪問継続 | B   | 対象外  | 対象外        |              |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |  |   |                 |      |
| 看護師数               | 16           | 人        | 臨床研修医の受け入れは、病院の評価につながるとともに将来の医師確保にも結び付く。研修プログラムや雇用環境の見直しなどに取り組むとともに、病院見学や実習をこれまで以上に積極的に受け入れ、定員8人のフルマッチを目指す。 |    | 11<br>10   | <ul style="list-style-type: none"> <li>学生の病院見学や実習を隨時受け入れる。</li> <li>合同説明会へ出展する。</li> <li>臨床研修プログラムの更新、研修における選択肢を拡充する。</li> </ul>  |  | 基幹型臨床研修医定員8人の募集に対し、8人フルマッチとなった。<br>在籍人数 1年生2人、2年生8人   | 課題:当院採用試験の受験者数の維持・増加<br>対応:医学生を対象とした説明会への積極的な参加、当病院の魅力の周知、研修内容の見直しや実習生の受け入れ環境の充実  | B    | 対象外        | 対象外          |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |  |   |                 |      |

自己評価 : 達成状況評価 A→目標以上、B→一定の実績、C→実績不足

県内自治体病院の指標について、上から25%もしくは50%の位置にある数値

## 黒部市民病院経営強化プランの進捗状況及び評価(令和6年度)⑤

| 項目・区分等               |        |                    | 最終年度<br>(R9年度) | 単位 | 目標設定の考え方  | R6年度 |      | 取組   | 実績   | 課題と対応  | 自己評価 | 同規模病院状況※ |        |      |
|----------------------|--------|--------------------|----------------|----|---|------|------|--|--|--|------|----------|--------|------|
|                      |        |                    |                |    |   | 目標   | 実績   |  |  |  |      | 上位25%値   | 上位50%値 |      |
| 経営指標に係る数値目標<br>3 / 3 | 財政の健全化 | 経常収支比率             | 100.2          | %  | 補助金や繰入金、併設施設を含めた病院事業全体の収益性を示す指標で、100%以上で黒字となる。本プランでは、総体的な経営改善に向けた取組を推進することで、最終年度での黒字化を目指す。                            | 93.8 | 93.1 | ・一般病棟入院基本料1(旧7対1看護体制)の算定を継続する。<br>・診療報酬の加算を更に取得する。   | ・ハイケアユニット入院医療管理料1加算を取得した。<br>給与費の上昇、材料費の増や物価高騰などにより経費全体が増大したことで、経常収支比率で目標未達となった。<br>・医業収支比率、修正医業収支比率は目標を達成した。  | 課題:給与費、物価高騰による費用の増加に収入が追いつかないこと<br>対応:新たな施設基準の取得による収益増、価格交渉による費用の圧縮  | B    | 98.9     | 96.8   |      |
|                      |        | 医業収支比率             | 97.8           | %  | 補助金や併設施設を除いた病院の本業である医療活動の収益状況を示す指標であるが、自治体病院は周産期や小児、救急など採算のとれにくい医療を担っており、黒字化は難しい中で比率向上を目指す。                           | 92.3 | 94.3 |    |  |  |      | A        | 93.6   | 89.9 |
|                      |        | 修正医業収支比率           | 95.6           | %  | 市からの繰入金(他会計負担金)を除いて医業収支を計算し、病院単体での経営の実態を表す指標。ガイドラインで新たに示され、「繰入金の見込を踏まえた経常収支の黒字化の達成に向けて修正医業収支の改善に向けた取り組みを進めるべき」とされている。 | 90.1 | 92.1 |   |  |  |      | A        | 91.6   | 88.2 |
|                      | 人材の効率化 | 給与費                | 52.7           | %  | 病院の費用の中で最も割合が高い給与費が修正医業収益に占める割合を示す。低いと適正な待遇がされているか、高ければ設備投資などへの余力が問われるため、病院経営で均衡がとれると言われる50~56%を目指す。                  | 56.1 | 54.5 | <b>【給与費】</b> <ul style="list-style-type: none"><li>・適正な職員配置を行う。</li><li>・出退勤の管理を行う。</li><li>・医師の働き方改革を推進する。</li><li>・タスクシフト/シェアを推進する。</li></ul> <b>【材料費】</b> <ul style="list-style-type: none"><li>・年2回の薬品価格交渉時には、他病院と購入価格の情報共有を実施する。</li><li>・診療材料等調達業務委託の導入による、全国の価格データベースを活用した卸業者との価格交渉、適正在庫数の分析や、より安価な同種同効品への切替を行う。</li></ul> <b>【減価償却費】</b> <ul style="list-style-type: none"><li>・医療器械の更新時期を見直す。</li></ul> | <b>【給与費】</b> <ul style="list-style-type: none"><li>・給与改定に対応し、基本給の増額を実施したが、目標値はクリアしており適正である。</li></ul> <b>【材料費】</b> <ul style="list-style-type: none"><li>・医薬品の値引効果、診療材料の導入効果は前年よりも上がっているが、物価の上昇がそれを上回り、結果として目標未達となった。</li></ul> <b>【減価償却費】</b> <ul style="list-style-type: none"><li>・価格交渉値引効果<br/>薬品0.68%削減(約12,436千円)<br/>・診療材料等調達業務委託の効果R6.7~R7.3(9か月間)<br/>診療材料0.72%削減(約8,389千円)</li></ul> | <b>【給与費】</b> <ul style="list-style-type: none"><li>・人件費上昇への対応<br/>対応:医業収益増に向けた取組<br/>適正な人員配置</li></ul> <b>【材料費】</b> <ul style="list-style-type: none"><li>・価格上昇への対応<br/>対応:薬品価格交渉の強化・調達支援の継続実施</li></ul> <b>【減価償却費】</b> <ul style="list-style-type: none"><li>・償却期間が終了した医療機器が多く、更新費用が増大<br/>対応:更新時期の見直しによる投資額の抑制</li></ul> | A    | 53.4     | 57.3   |      |
|                      |        | 修正医業収益に占める費用の割合    | 25.8           | %  | 修正医業収益に占める材料費(薬品、診療材料、給食材料等)の割合。材料費は、給与費に次いで費用に占める割合が高く、コスト削減効果が高い費用といわれており、黒字病院の平均以下を目指す。                            | 27.9 | 28.6 |   |  |  |      | B        | 26.2   | 28.5 |
|                      |        | 減価償却費<br>(医業費用分のみ) | 9.5            | %  | 修正医業収益に対する減価償却費の割合。低いほど収益率が高いと評価されるが、新たな設備投資や施設設備の適切な更新を考慮した投資が行われているかを判断する。  | 9.3  | 9.0  |   |  |  |      | A        | 5.8    | 7.4  |

自己評価 : 達成状況評価 A→目標以上、B→一定の実績、C→実績不足

※一般病床数350床から449床までの公立病院の各指標について、上から25%もしくは50%の位置にある数値

#### 4. 病院事業運営協議会委員からのご意見

- ・経営状況は大変厳しいが他病院も同様に厳しく、同規模の病院と比較しても黒部市民病院の数字は決して悪くない値である。黒部市民病院はよく努力している。
- ・令和 6 年度は約 9 億円の赤字で、黒字でなくとも赤字を小さくするにはどうしたらよいか。これが一般企業だったら大変な話だ。診療報酬をあげてもわらないとやっていけない状況である。
- ・国は、医療費の増大を抑制するため、診療報酬改定では病院の収益が上がらないように点数配分している。こうした状況を変えるため、日本医師会副会長が参議院選挙に立候補し当選している。
- ・黒部市外からの患者を多く受け入れているが、県としての支援は十分なのか。
- ・周産期やがん拠点など黒部市民病院は様々な面で政策医療を行っている。診療報酬上の評価はされているが、それ以外の運営費は、決して充分ではないと思うが、これは国の基準に基づいている。たとえば周産期についてこれだけ分娩数が激減している中で収益が運営費に追いつかないが、切り捨てるところ地域の損失になるため維持していくかといけない。