

津島市民病院経営強化プラン実行計画

資料2-1 (R5.09.29 津島市民病院経営評価委員会)

①収入増加対策

※下線は実行計画作成部署

| 取組事項 No. | 取組事項 | 指標 No. | 指標名 | 達成指標 | | | | 実行計画 | | 担当部署 | 関連部署 | 関連委員会 | | | |
|----------|--|--------|---------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---|---|----------|------|--|---|----------|-----|
| | | | | R4(実績) | R5(初年度) | R7(中間年度) | R9(最終年度) | R5年度 | R6年度以降 | | | | | | |
| 1 | 常勤医師の確保 | a | 救急医療部常勤医師数 | 1名 | 1名 | 1名 | 1名 | ①救急代務医への働きかけ ②救急診察システムの構築 ③院長・診療科長等による大学訪問 ④院長・診療科長等による働きかけ ⑤サポート体制の構築 ⑥魅力ある研修システムの構築 ⑦地域に根差した研修医の採用 | ①救急代務医への働きかけ ②救急診察システムの構築 ③院長・診療科長等による大学訪問 ④院長・診療科長等による働きかけ ⑤サポート体制の構築 ⑥魅力ある研修システムの構築 ⑦地域に根差した研修医の採用 | 診療局 | 事務局 | | | | |
| | | b | 研修医からの採用医師数 | 1名 | 1名 | 2名 | 3名 | | | | | | | | |
| | | c | 医師数 (会計年度含まず) | 70人 | 72人以上 | 74人以上 | 76人以上 | | | | | ①市長同行による大学訪問 ②大学医局との関係強化(天王祭招待等) | ①市長同行による大学訪問 ②大学医局との関係強化 | 事務局 | 診療局 |
| 2 | 研修医の育成 | a | メンター(助言・指導者)配置率 | - | 100% | 100% | 100% | ①救急症例検討会の充実(毎月) ②メンター制度導入 ③名大総合内科勉強会(毎月) ④積極的な学会発表・参加 ⑤レジナビ・マイナビなどのフェア参加 ⑥臨床能力評価試験の参加 ⑦学生の見学受け入れ・対応(通年) ⑧関連大学病院実習の受け入れ(通年) | ①救急症例検討会の充実 ②メンター制度の実施 ③名大総合内科勉強会 ④積極的な学会発表・参加 ⑤レジナビ・マイナビなどのフェア参加 ⑥臨床能力評価試験の参加 ⑦学生の見学受け入れ・対応 ⑧関連大学病院実習の受け入れ | 臨床研修センター | 診療局 | | | | |
| | | b | 研修医の確保人数 | 6名/年 | 7名/年 | 7名/年 | 7名/年 | | | | | | | | |
| | | c | 研修医の学会発表回数 | 0回/年 | 最低1回/年 | 2~3回/年 | 2~3回/年 | | | | | | | | |
| 3 | 診療体制に見合う 看護師・医療技術 員等の確保・育成 | a | 募集定員に対する内定受託者率 (診療技術局) | 100% | 100% | 100% | 100% | ①実習生の受け入れ及び実習指導者の育成(各室) ②人事考課制度の効果的な実施 | ①実習生の受け入れ及び実習指導者の育成(各室) ②人事考課制度の効果的な実施 | 診療技術局 | 管理課 | | | | |
| | | b | 募集定員に対する内定受託者率 (看護局) | 82.90% | 100% | 100% | 100% | | | | | ①インターンシップの再開 ②ホームページの刷新と充実 ③人材確保活動(就職イベント参加) ④上限6名/1回での実習受け入れ ⑤選ばれる病院づくりに向け、実習記録への指導者メッセージの添付 ⑥臨地実習指導者の育成 (指導者講習会出張1名、院内人材育成研修12名) ⑦効果的な人事考課・目標管理面接の実施 ⑧計画的な有給休暇取得促進 | ①インターンシップの継続 ②病院見学・説明会の開催 ③人材確保活動(就職イベント参加) ④上限6名/1回での実習受け入れ ⑤選ばれる病院づくりに向け、実習記録への指導者メッセージの添付 ⑥臨地実習指導者の育成 (指導者講習会出張2名、院内人材育成研修12名) ⑦効果的な人事考課・目標管理面接の実施 ⑧計画的な有給休暇取得促進 | 看護局 | 管理課 |
| | | c | 看護師実習受け入れ数 | 7校 (延450名) | 7校 (延450名) | 7校 (延480名) | 7校 (延480名) | | | | | | | | |
| | | d | 看護師離職率 (過去3年平均10.8%) | 8.50% | 9%以下 | 9%以下 | 9%以下 | | | | | | | | |
| 4 | 名古屋医療圏への 患者流出の防止 (入院の自域依存 率の向上) | a | 津島市及び隣接市の外来受診比率 | 87.7% | 87.7% | 87.7% | 87.7% | ①津島市及び隣接市(愛西市、あま市)3市の直近 三年間での患者層の維持 ②当該年度の目標値に併せて、①の比率の延患者数 を四半期ごとに把握 | ①津島市及び隣接市(愛西市、あま市)3市の直近 三年間での患者層の維持 ②当該年度の目標値に併せて、①の比率の延患者数 を四半期ごとに把握 | 戦略企画室 | | | | | |
| | | b | 津島市及び隣接市の入院受診比率 | 86.5% | 86.8% | 86.8% | 86.8% | | | | | | | | |
| 5 | 入院期間Ⅱ以内での 退院 | a | クリニカルパス使用率 | 36.4% | 39.0% | 42.0% | 45.0% | ①クリニカルパスの積極的活用 ②クリニカルパス使用率、DPCに関連する収支の データ化 ③Ⅱ期以内退院と病床稼働率のデータ化 ④後方施設への働きかけ、新規開拓 ⑤退院調整部門の強化 ⑥各診療科への協力依頼 ⑦Ⅱ期以内退院の戦略上必要性の検証 ⑧日本クリニカルパス学会での演題発表 | ①クリニカルパスの積極的活用 ②クリニカルパス使用率、DPCに関連する収支の データ化 ③Ⅱ期以内退院と病床稼働率のデータ化 ④後方施設への働きかけ、新規開拓 ⑤退院調整部門の強化 ⑥各診療科への協力依頼 ⑦Ⅱ期以内退院の戦略上必要性の検証 ⑧日本クリニカルパス学会での演題発表 | 診療局 | 医事課 | | | | |
| | | b | DPCⅡ期以内退院率 | 61.0% | 62.2% | 64.5% | 67.0% | | | | | ①DPCデータ分析 (問題の認識のためのデータ収集と加工) ②課題抽出 要因分析 (要因分析ツールにて課題の明確化) ③対策の立案 ④対策の実施 ⑤評価 | ①評価データによる課題分析 (課題認識のためのデータ分析) ②課題抽出 要因分析 (要因分析ツールにて課題の明確化) ③対策の立案 ④対策の実施 ⑤評価 | 地域医療センター | 医事課 |
| | | c | 急性期在院日数 | 14.12日 | 13.5日 | 13.5日 | 13.5日 | | | | | | | | |

| 取組事項No. | 取組事項 | 指標No. | 指標名 | 達成指標 | | | | 実行計画 | | 担当部署 | 関連部署 | 関連委員会 |
|---------|---------------|-------|----------------------|----------|----------|----------|----------|---|---|--|--|------------------------|
| | | | | R4(実績) | R5(初年度) | R7(中間年度) | R9(最終年度) | R5年度 | R6年度以降 | | | |
| 6 | 救急受入の向上 | a | 救急車受入件数 | 2,905件/年 | 3,500件/年 | 3,600件/年 | 3,600件/年 | ①救急外来担当医の整備 ②救急医療部常勤医・代務医の雇用招聘 ③救急担当看護師の充実(専門看護師の育成) ④研修医教育の充実 ⑤救急隊との連携・勉強会 ⑥スムーズな入院患者の病棟決定 ⑦スムーズな担当医の割り振り ⑧救急車来院患者の経過観察入院の推奨 | ①救急外来担当医の整備 ②救急医療部常勤医の雇用招聘 ③救急担当看護師の充実(専門看護師の育成) ④研修医教育の充実 ⑤救急隊との連携・勉強会 ⑥スムーズな入院患者の病棟決定 ⑦スムーズな担当医の割り振り ⑧救急車来院患者の経過観察入院の推奨 | 救急医療部 | 診療局 看護局 医事課 消防本部(市) | 救急医療委員会 |
| | | b | 救急車お断り率 | 26.7% | 15.0% | 15.0% | 10.0% | ①救急車受入ベッドの調整 (トリアージ・処置等終了後、速やかに中央処置室へ移動し救急のベッドを空ける。緊急入院決定後、速やかに患者が入院できるよう病床管理師長と連携し入院へつなぐ。) | ①救急車受入ベッドの調整 (トリアージ・処置等終了後、速やかに中央処置室へ移動し救急のベッドを空ける。緊急入院決定後、速やかに患者が入院できるよう病床管理師長と連携し入院へつなぐ。) | | | |
| | | c | 救急からの入院件数 | 1,103件/年 | 1,200件/年 | 1,300件/年 | 1,440件/年 | | | ①救急車受入ベッドの調整 (トリアージ・処置等終了後、速やかに中央処置室へ移動し救急のベッドを空ける。緊急入院決定後、速やかに患者が入院できるよう病床管理師長と連携し入院へつなぐ。) | ①救急車受入ベッドの調整 (トリアージ・処置等終了後、速やかに中央処置室へ移動し救急のベッドを空ける。緊急入院決定後、速やかに患者が入院できるよう病床管理師長と連携し入院へつなぐ。) | |
| | | | | | | | | | | | | 看護局 |
| 7 | 紹介受入、逆紹介の向上 | a | 逆紹介率 | 59.7% | 62.0% | 65.0% | 66.9% | ①開業医へのヒアリング ②軽症通院患者の逆紹介 ③処方通院患者の逆紹介 ④十分な病診枠の確保 ⑤返書作成の徹底 | ①開業医へのヒアリング ②軽症通院患者の逆紹介 ③処方通院患者の逆紹介 ④十分な病診枠の確保 ⑤返書作成の徹底 | 診療局 地域医療センター | | 地域医療連携委員会 |
| | | b | 紹介率 | 68.0% | 71.0% | 75.0% | 79.6% | | | | | |
| 8 | 手術件数の向上 | a | 手術件数 | 1,575件 | 1,700件 | 1,900件 | 2,150件 | ①医師増員に伴う手術回転率の向上 ②手術症例受入の増加 ③後方施設の充実 ④需要に応じた麻酔医の確保 ⑤需要に応じた手術室看護師の確保 | ①医師増員に伴う手術回転率の向上 ②手術症例受入の増加 ③後方施設の充実 ④需要に応じた麻酔医の確保 ⑤需要に応じた手術室看護師の確保 | 診療局 | 看護局 | 手術室運営委員会 備品材料選定委員会 |
| | | | | | | | | ①医師からの緊急手術依頼への迅速な対応 ②外来からの継続看護の実践 ③予定手術の最大数受け入れ (時間調整・部屋調整・人員調整の実施) | 看護局 | | | |
| 9 | 地域包括ケア病棟受入の拡大 | a | 直接入院数 (※直入割合40%超) | 249件 | 280件 | 315件 | 380件 | ①CF(大腸内視鏡検査)入院の受入 ②訪問診療を受ける退院患者への、レスパイト入院の紹介・受入実施 ③当院訪問看護と連携した受入の拡大 ④紹介患者の受入に対する、看護側理由でのお断りの根絶 ⑤急性期病棟Ⅲ期・Ⅲ期超の積極的受入 (長期入院(リハビリ)する患者を優先しながら、重症度、医療・看護必要度A項目8%以上・在宅復帰率72.5%を維持。) ⑥サブアキュート(経過観察入院含む)患者の受け入れ体制の確立(クリニカルパスの完成) | ①CF(大腸内視鏡検査)入院の受入 ②訪問診療を受ける退院患者への、レスパイト入院の紹介・受入実施 ③当院訪問看護と連携した受入の拡大 ④紹介患者の受入に対する、看護側理由でのお断りの根絶 ⑤急性期病棟Ⅲ期・Ⅲ期超の積極的受入 (長期入院(リハビリ)する患者を優先しながら、重症度、医療・看護必要度A項目8%以上・在宅復帰率72.5%を維持。) | 3階西病棟 | リハビリテーション室 地域医療センター | |
| | | b | レスパイト入院数 | 29件 | 30件 | 33件 | 36件 | ①入院適応患者のピックアップ ②眼科以外の該当手術患者のシミュレーション ③該当診療科への働きかけ ④経過観察入院などの入院適応拡大 | ①入院適応患者のピックアップ ②眼科以外の該当手術患者のシミュレーション ③該当診療科への働きかけ ④経過観察入院などの入院適応拡大 | | | |
| | | c | 当院訪問看護依頼件数 | 27件 | 36件 | 38件 | 40件 | | | ①緊急入院患者の情報収集とカルテへの情報入力 の強化 ②予定入院期間を把握し、在院日数・DPCⅡ入院期間を見据えた退院調整実行のための情報確認 ③週初めに、近隣回復期リハ・療養型の空き状況の把握 ④家族への方針説明の実施 (転院先は必ず併願で対応し、入所の早いほうで調整する。) ⑤退院時のDPC区分期の現状とⅡ期越えの調整理由の集計 ⑥MSWの充足 | ①実行結果から評価した課題の抽出 (原因分析) ②課題に対する対策の立案 ③対策の実施 ④評価 | |
| | | | | | | | | | 診療局 | | | リハビリテーション室 地域医療センター |
| 10 | 円滑な退院支援 | a | DPCⅡ期内退院率 [※再掲] | 61.0% | 62.2% | 64.5% | 67.0% | ①緊急入院患者の情報収集とカルテへの情報入力 の強化 ②予定入院期間を把握し、在院日数・DPCⅡ入院期間を見据えた退院調整実行のための情報確認 ③週初めに、近隣回復期リハ・療養型の空き状況の把握 ④家族への方針説明の実施 (転院先は必ず併願で対応し、入所の早いほうで調整する。) ⑤退院時のDPC区分期の現状とⅡ期越えの調整理由の集計 ⑥MSWの充足 | ①実行結果から評価した課題の抽出 (原因分析) ②課題に対する対策の立案 ③対策の実施 ④評価 | 地域医療センター | 診療局 看護局 | |
| | | b | 急性期在院日数 [※再掲] | 14.12日 | 13.5日 | 13.5日 | 13.5日 | | | | | |
| | | c | 介入あり患者の退院時Ⅲ期数 | 51.0% | 49.9% | 47.9% | 46.9% | | | | | |

| 取組事項No. | 取組事項 | 指標No. | 指標名 | 達成指標 | | | | 実行計画 | | 担当部署 | 関連部署 | 関連委員会 |
|---------|-------------|-------|--------------------|---------|-----------------------------|-------------------|-------------------|--|---|------------|--------------|-------|
| | | | | R4(実績) | R5(初年度) | R7(中間年度) | R9(最終年度) | R5年度 | R6年度以降 | | | |
| 11 | 訪問看護の充実 | a | 訪問看護件数 | 6,146件 | 6,150件 | 6,150件 | 6,150件 | ①各部署で訪問看護の利用方法等の説明 ②訪問看護利用のフローチャートの作成・活用 ③居宅介護支援事業所へ顔の見える関係づくり ④居宅介護支援事業所への相談対応 ⑤「津島市訪問看護ステーション経営戦略」の見直し | ①各部署で訪問看護の利用方法等の説明 ②訪問看護利用のフローチャート活用 ③居宅介護支援事業所へ顔の見える関係づくり ④居宅介護支援事業所への相談対応 ⑤「津島市訪問看護ステーション経営戦略」の改定 | 訪問看護ステーション | | |
| 12 | 施設基準取得の向上 | a | 施設基準の上位取得または新規取得数 | — | 2件以上 | 5件以上 (R6～R7年度) | 5件以上 (R8～R9年度) | ①取得可能な施設基準の抽出 ②取得による費用対効果の試算 ③施設基準取得の判定 ④取得に向けた院内調整 ⑤施設基準の取得 (R5に取得を目指す主な施設基準) ・呼吸ケアチーム加算 週1回150点 ・腹腔鏡下膵腫瘍摘出術 39,950点 ・腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術 脾同時切除 53,480点 脾温存 56,240点 ・緊急整復固定加算 (骨折観血的手術) 4,000点 ・緊急挿入加算 (人工骨頭挿入術) 4,000点 | ①取得可能な施設基準の抽出 ②取得による費用対効果の試算 ③施設基準取得の判定 ④取得に向けた院内調整 ⑤施設基準の取得 | 医事課 | 戦略企画室 | |
| | | b | 急性期病棟重症度、医療・看護必要度 | — | 28%以上維持 | 診療報酬上の数値を維持 | 診療報酬上の数値を維持 | ①看護記録情報委員会にて、正確な重症度、医療・看護必要度の入力周知(必要度入力の監査を適宜実施) ②必要度の確認を週に1度行い、必要に応じたベッドコントロールの実施 ※急性期の必要度が低い場合 1)必要度に満たない患者を3西ほかへ転棟(分母を減らす) 2)患者のカルテチェックをし、B項目の入力間違いがないか確認(分子を増やす) ③地域包括ケア病棟の転棟割合と在宅復帰率を勘案したベッドコントロールの実施 | ①看護記録情報委員会にて、正確な重症度、医療・看護必要度の入力周知(必要度入力の監査を適宜実施) ②必要度の確認を週に1度行い、必要に応じたベッドコントロールの実施 ※急性期の必要度が低い場合 1)必要度に満たない患者を3西ほかへ転棟(分母を減らす) 2)患者のカルテチェックをし、B項目の入力間違いがないか確認(分子を増やす) ③地域包括ケア病棟の転棟割合と在宅復帰率を勘案したベッドコントロールの実施 | 看護局 | 医事課 戦略企画室 | |
| | | c | 地域包括ケア病棟転棟割合・在宅復帰率 | — | 転棟割合：60%未満 在宅復帰率：72.5%以上 | 診療報酬上の数値を維持 | 診療報酬上の数値を維持 | ①地域のカルテチェックをし、B項目の入力間違いがないか確認(分子を増やす) ③地域包括ケア病棟の転棟割合と在宅復帰率を勘案したベッドコントロールの実施 | | | | |
| 13 | 診療報酬算定の向上 | a | 診療報酬の適切な算定のための指導件数 | — | 5件以上 | 5件以上 | 5件以上 | ①毎月のレセプト査定分より、システム上対応できるものへ対応 ②診療情報管理士による、指導料・管理料の算定漏れの洗い出し ③算定漏れの対応方針決定 ④対応の実施 ・在宅酸素療法指導管理料 ・悪性腫瘍特異物質治療管理料 ・特定薬剤治療管理料 | ①診療情報管理士による、指導料・管理料の算定漏れの洗い出し ②算定漏れの対応方針決定 ③対応の実施 ④診療報酬改定への適切な対応 | 医事課 | 戦略企画室 | |
| | | b | がん患者指導管理料 | 81件 | 90件 | 100件 | 100件 | ①外来からの連絡・依頼を受け、医師のIC(インフォード・コメント)に同席(認定看護師) ②IC後の患者家族の理解の確認、精神面の支援等の実施 ③医事課・外来会計・MA・診療情報管理士との連携による、確実な指導管理料とコストの入力 | ①外来からの連絡・依頼を受け、医師のIC(インフォード・コメント)に同席(認定看護師) ②IC後の患者家族の理解の確認、精神面の支援等の実施 ③医事課・外来会計・MA・診療情報管理士との連携による、確実な指導管理料とコストの入力 | 看護局 | 医事課 戦略企画室 | |
| | | c | 糖尿病合併症管理料 | 215件 | 220件 | 230件 | 250件 | | | | | |
| | | d | 糖尿病透析予防指導管理料 | 30件 | 30件 | 35件 | 40件 | ①内分泌内科と連携し、フットケア外来の実施 ②医事課・外来会計・MA・診療情報管理士との連携による、確実な指導管理料とコストの入力 | ①内分泌内科と連携し、フットケア外来の実施 ②医事課・外来会計・MA・診療情報管理士との連携による、確実な指導管理料とコストの入力 | | | |
| | | e | 導入期初期加算件数 | 75件 | 80件 | 90件 | 100件 | | | | | |
| 14 | CT・MRI利用の促進 | a | CT件数 | 24,971件 | 25,500件 | 27,000件 | 28,000件 | ①当日至急検査依頼のお断り根絶 ②CT装置のアップグレード(更新等) ③健康管理センターとの調整 ④イントラ等での情報発信 ⑤新内容でのドック開始 | ①当日至急検査依頼のお断り根絶 ②MRI装置のアップグレード(更新等) ③イントラ等での情報発信 | 放射線室 | 診療局 | |
| | | b | MRI件数 | 7,530件 | 7,700件 | 8,000件 | 8,500件 | | | | | |
| | | c | ドックにおけるCT、MRI件数 | 294件 | 300件 | 400件 | 500件 | | | | | |

| 取組事項No. | 取組事項 | 指標No. | 指標名 | 達成指標 | | | | 実行計画 | | 担当部署 | 関連部署 | 関連委員会 |
|---------|---------------|-------|-------------------------|--------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---|---|--------------|--------------------|-------|
| | | | | R4(実績) | R5(初年度) | R7(中間年度) | R9(最終年度) | R5年度 | R6年度以降 | | | |
| 15 | リハビリ単位数の維持・向上 | a | リハビリ単位数 | 107,096 | 106,000 | 110,000 | 115,000 | ①強化プラン計画のリハ室内への掲示 ②医師への教育入院の病名登録の啓蒙・依頼 ③糖尿病教育入院患者のリスト作成 ④定期的な実績掲示 ⑤職種間、急性期、地域包括間での相互協力体制の見直し ⑥業務内容の適宜見直し | ①強化プラン計画のリハ室内への掲示 ②定期的な実績更新・掲示 ③計画書の内容・運用の見直し ④売り上げ向上となる業務の優先に向け、書類業務等の見直し・スリム化 ⑤病院の動向に応じ、外来業務の在り方の見直し | リハビリテーション室 | 診療局 | |
| | | b | リハ総合計画評価料算定件数 | 1,077 | 1,000 | 1,100 | 1,150 | | | | | |
| | | c | 糖尿病教育入院の算定割合 | 59% | 90% | 90% | 90% | | | | | |
| 16 | 栄養管理指導の充実 | a | 外来栄養指導件数 | 392件 | 450件 | 500件 | 600件 | ①初回外来指導患者の継続指導の実施 ②入院クリニカルパスに退院後の外来栄養指導の導入 ③医師へ栄養指導可能病名の周知 ④初回化学療法患者への栄養指導実施 ⑤化学療法継続患者への定期指導実施 ⑥化学療法による食事摂取不良患者への介入 ⑦回復期病院転院予定の入院患者への栄養指導実施 ⑧低栄養にて個人対応食実施中の入院患者への栄養指導実施 | ①外来継続指導の実施 ②入院クリニカルパスに準じて入院・外来栄養指導実施 ③定期的に医師に栄養指導可能病名の周知 ④初回化学療法患者への栄養指導実施 ⑤化学療法患者への継続的な指導の実施 ⑥回復期病院転院予定の入院患者への栄養指導実施 ⑦低栄養にて個人対応食実施中の入院患者への栄養指導実施 | 栄養管理室 | 診療局 | |
| | | b | 外来化学療法室栄養指導件数 | 110件 | 180件 | 250件 | 350件 | | | | | |
| | | c | 入院栄養指導件数 | 887件 | 950件 | 1,000件 | 1,000件 | | | | | |
| 17 | 健康管理センター業務の充実 | a | 人間ドック・健診稼働率 | 77% | 78% | 79% | 80% | ①閑散期(4.5月)における、院内職員の受診勧奨 ②閑散期(年度末3月)における、集客案の検討(特別プラン・Web予約の導入等) ③機器整備による検査の効率化(経鼻カマの増設) ④検査着の更新 ⑤利用者アンケートの実施 | ①閑散期(4.5月)における、院内職員の受診勧奨 ②閑散期(年度末3月)における、集客案の検討(特別プラン・Web予約の導入等) ③利用者アンケートの実施 | 健康管理センター | 臨床検査室 医事課 | |
| | | b | 利用者満足度 (次回の利用意向率の向上) | — | 80% | 83% | 85% | | | | | |
| 18 | 薬剤管理指導の充実 | a | 薬剤管理指導件数 | 13,200件 | 13,500件 | 14,000件 | 14,500件 | ①検討部会立上げ ②現状分析と対策・立案・実行 ③実行後のフィードバック | ①課題確認と現状分析 ②対策・立案 ③実行後のフィードバック | 薬剤室 | 診療局 | |
| 19 | 未収金回収の強化 | a | 弁護士委託による未収金全額回収件数 | 79件 | 40件 | 30件 | 30件 | ①診療報酬の分納者のうち、督促に応じないもの、分納不履行案件を弁護士委託 ②回収 ③債権放棄の検討 | ①未収金の整理、委託案件の抽出 ②弁護士委託 ③回収 ④債権放棄の検討 | 医事課 | | |
| 20 | 補助金の有効活用 | a | コロナ対策補助金の確保数 | 8件 (約8億3,600万円) | 最大限活用 | — | — | ①各種補助金の情報収集 ②対象となる補助金の有効活用 ③市関係部署との調整・連携 | ①各種補助金の情報収集 ②対象となる補助金の有効活用 ③市関係部署との調整・連携 | 戦略企画室 | 事務局 財政課(市) | |
| | | b | 新規補助金の掘起し数 | 0件 | 情報収集 | 情報収集 | 情報収集 | | | | | |
| 21 | 広報機能の強化 | a | 市広報紙記事掲載回数 | 22回 | 22回 | 22回 | 22回 | ①市広報紙による発信 ②ホームページによる発信 ③Twitterによる発信 ④Instagramによる発信 ⑤CATVによる発信 ⑥YouTubeによる発信 ⑦アトリウムサイネージによる発信 ⑧南文化センターだよりによる発信 ⑨チラシ配布 ⑩パネル展示の取材 ⑪広報委員会 ⑫広報委員による広報取材(試行) ⑬市関係部署との調整・連携 | ①市広報紙による発信 ②ホームページによる発信 ③Twitterによる発信 ④Instagramによる発信 ⑤CATVによる発信 ⑥YouTubeによる発信 ⑦アトリウムサイネージによる発信 ⑧南文化センターだよりによる発信 ⑨チラシ配布 ⑩パネル展示の取材 ⑪広報委員会 ⑫広報委員による広報取材 ⑬市関係部署との調整・連携 | 管理課 戦略企画室 | シティプロモーション課 (市) | 広報委員会 |
| | | b | フォロワー数 | 約420 | 500 (T:150・I:350) | 630 (T:180・I:450) | 750 (T:200・I:550) | | | | | |
| | | c | 広報人材数 | 1人 | 13人 | 25人 | 37人 | | | | | |

| 取組事項 No. | 取組事項 | 指標 No. | 指標名 | 達成指標 | | | | 実行計画 | | 担当部署 | 関連部署 | 関連委員会 |
|----------|--------------|--------|-------------------|--------|---------|----------------|---------------|---|---|------|------|-------|
| | | | | R4(実績) | R5(初年度) | R7(中間年度) | R9(最終年度) | R5年度 | R6年度以降 | | | |
| 22 | 人材育成、支援制度の強化 | a | 院外研修等受講者数 | 218人 | 230人 | 240人 | 250人 | ①研修・セミナー等受講促進 ②業務ローテーション ③資格取得等に対する支援制度整備の検討 | ①研修・セミナー等受講促進 ②業務ローテーション ③資格取得等に対する支援制度の整備 | 管理課 | 全部局 | |
| | | b | 職員満足度 | 29.3% | 50.0% | 60.0% | 70.0% | | | | | |
| | | c | 認定看護師育成数 | 計15名 | — | 皮膚排泄ケア認定看護師1名増 | 認知症看護認定看護師1名増 | ①皮膚排泄ケア認定看護師養成施設への受験者決定 ②認定看護師養成施設の入学選考試験を受験 ③部署責任者にあたる看護師長全員の、看護補助者活用のための管理者研修受講に向け、主任看護師の受講を計画的推進(今年度2名) ④新人看護師に対する年間計画を一新し、教育体制の整備 ⑤新規採用者に対し臨床心理士との面談を定期的に設け、メンタル不調に対する支援の実施 | ①皮膚排泄ケア認定看護師養成施設の受験に合格した場合は、出張で修業。 ②認知症看護認定看護師育成の準備を開始 ③看護補助者活用のための管理者研修受講に向け、主任看護師の受講を計画的推進(年2名) ④令和5年度の教育計画を評価し、課題へ対応 ⑤新規採用者に対し臨床心理士との面談を定期的に設け、メンタル不調に対する支援の実施 | 看護局 | 管理課 | |
| | | d | 看護補助者活用のための管理者育成数 | 計19名 | 2名増 | 4名増 | 3名増 | | | | | |
| | | e | 新人看護師離職率 | 23% | 12%以下 | 12%以下 | 12%以下 | | | | | |

②経費削減対策

※下線は実行計画作成部署

u

| 取組事項 No. | 取組事項 | 指標 No. | 指標名 | 達成指標 | | | | 実行計画 | | 担当部署 | 関連部署 | 関連委員会 |
|----------|---------------------------|--------|---------------------------------------|----------|----------|--------------------|--------------------|--|--|------------------------|------------------------------|----------------|
| | | | | R4(実績) | R5(初年度) | R7(中間年度) | R9(最終年度) | R5年度 | R6年度以降 | | | |
| 23 | 薬品費の削減 | a | 医薬品購入額対中央値比率 | 101.2% | 102.0% | 103.6% | 105.0% | ①ベンチマーク・分析 ②価格交渉 ③後発医薬品への切替 | ①ベンチマーク・分析 ②価格交渉 ③後発医薬品への切替 | 管理課 医事課 | 診療局 戦略企画室 | 薬事委員会 |
| | | b | 後発医薬品使用割合 | 91.9% | 93.0% | 94.0% | 96.0% | | | | | |
| | | c | 医薬品値引率 | 15.3% | 15.0% | 15.0% | 15.0% | | | | | |
| | | d | 常時在庫医薬品数の削減数 | — | 3 | 3 | 3 | ①常時在庫医薬品数の削減 | ①常時在庫医薬品数の削減 | 薬剤室 | 診療局 戦略企画室 | 薬事委員会 |
| 24 | 診療材料費の削減 | a | 診療材料購入額対中央値比率 | 97.9% | 98.5% | 99.9% | 101.0% | ①ベンチマーク・分析 ②価格交渉 | ①ベンチマーク・分析 ②価格交渉 | 管理課 | 診療局 看護局 診療技術局 戦略企画室 | 備品・材料選 定委員会 |
| | | b | 安価な代替品(アキオ用イメージカ バー)への変更による(削減)購入額 | 149,680円 | 139,040円 | — | — | ①安価な代替品(アキオ用イメージカ バー)への変更による 購入額の削減 | — | 放射線室 | | |
| | | c | R-SUD(再製造単回使用医療機 器)の導入によるコスト削減額 | — | 導入調査・検討 | ※初年度調査結果 に基づき設定 | ※初年度調査結果 に基づき設定 | ①R-SUD制度について調査 ②SUD(単回使用医療機器)の回収事業について調 査 ③調査内容をふまえて削減額を算出 ④調査内容をふまえて運用が可能かどうか調査・検 討 ⑤提案 | ①初年度の結果次第で対応 ②制度の見直しや他院状況の調査 | 診療技術局 (臨床工学技士 室) | 診療局 看護局 管理課 戦略企画室 | 備品・材料選 定委員会 |
| 25 | 委託費の削減 | a | 委託費の対修正医業収益比率 | 13.4% | 11.8% | 11.8% | 11.8% | ①ベンチマーク・分析 ②価格交渉 ③委託業務仕様書の精査 ④業務の質向上に向けた業者ヒアリング | ①ベンチマーク・分析 ②価格交渉 ③委託業務仕様書の精査 ④業務の質向上に向けた業者ヒアリング | 事務局 | 全部局 | |
| 26 | 購入物品・契約内 容の精査(見直 し) | a | 安価な代替品(CDケース)への変 更による(削減)購入額 | 122,793円 | 54,788円 | — | — | ①安価な代替品(CDケース)への変 更による購入額の 削減 | — | 放射線室 | | |
| | | b | 民間医療コンサルタントへの相 談回数 | — | 5回 | 5回 | 5回 | ①ベンチマーク・分析 ②価格交渉 | ①ベンチマーク・分析 ②価格交渉 | 管理課 | 全部局 | |

| 取組事項No. | 取組事項 | 指標No. | 指標名 | 達成指標 | | | | 実行計画 | | 担当部署 | 関連部署 | 関連委員会 |
|---------|------------------|-------|---------------------|----------|----------------------|----------------------|----------------------|---|---|----------------|---------------------|-------|
| | | | | R4(実績) | R5(初年度) | R7(中間年度) | R9(最終年度) | R5年度 | R6年度以降 | | | |
| 27 | 時間外勤務の削減 | a | 医師の時間外労働の削減 | | 全勤務医A水準(年上限960時間)の達成 | 全勤務医A水準(年上限960時間)の達成 | 全勤務医A水準(年上限960時間)の達成 | ①勤務内容の見直し ②タスクシフト/シェア | ①勤務内容の見直し ②タスクシフト/シェア | 全部局 (診療局) | | |
| | | b | 看護職時間外勤務総時間 | 15,952時間 | 16,000時間 月3.6時間/人 | 15,000時間 | 14,000時間 | ①勤怠管理支援システム導入による時間外業務の現状調査(全体) ②看護局業務検討委員会で業務内容の検討・対策実施 | ①勤怠管理支援システムによる分析 ②看護局業務検討委員会で業務内容の検討・対策実施 | 全部局 (看護局) | | |
| | | c | 看護記録による時間外勤務時間 | — | 実績値の把握 | 前年度比10%減 | 前年度比10%減 | ③看護記録に関する時間外の把握 ④看護記録に要する時間外削減に向け、看護記録情報委員会で対策を検討・実施 | ③看護記録に要する時間外削減に向けて、看護記録情報委員会で対策を検討・実施 | | | |
| | | d | クリニカルパス使用率 [※再掲] | 36.4% | 39.0% | 42.0% | 45.0% | ⑤クリニカルパス使用により看護記録および看護計画評価等の記録時間削減 | | | | |
| | | e | 医療技術職時間外勤務総時間 | 8,011時間 | 7,700時間 | 7,500時間 | 7,300時間 | ①業務分担の工夫 ②業務の効率化 | ①業務分担の工夫 ②業務の効率化 | 全部局 (診療技術局) | | |
| | | f | 事務職時間外勤務総時間 | 8,663時間 | 8,400時間 | 8,150時間 | 7,900時間 | ①上限時間の管理 ②業務分担の工夫 ③業務の効率化 | ①上限時間の管理 ②業務分担の工夫 ③業務の効率化 | 全部局 (事務局) | | |
| 28 | 定員適正化(余剰配置等の見直し) | a | 余剰配置人数 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | ①余剰配置部署の有無等、情報収集の適宜実施 ②必要に応じ、標準人数の見直し実施 ③市関係部署との調整・連携 | ①余剰配置部署の有無等、情報収集の適宜実施 ②必要に応じ、標準人数の見直し実施 ③市関係部署との調整・連携 | 戦略企画室 | 全部局 人事秘書課 (市) | |

③患者サービスの推進

※下線は実行計画作成部署

| 取組事項No. | 取組事項 | 指標No. | 指標名 | 達成指標 | | | | 実行計画 | | 担当部署 | 関連部署 | 関連委員会 |
|---------|------------------------|-------|----------------|--------|---------|----------|----------|--|--|---------------------------|------|-------------|
| | | | | R4(実績) | R5(初年度) | R7(中間年度) | R9(最終年度) | R5年度 | R6年度以降 | | | |
| 29 | 患者・家族の利便性の向上(患者目線での改善) | a | 退院指導用パンフレット配布数 | — | 30枚 | 50枚 | 60枚 | ①退院指導用訓練パンフレットの企画・作成 ②パンフレットの配布 | ①パンフレットの配布 | 全部局 (診療技術局/リハビリテーション室) | | 患者サービス推進委員会 |
| | | b | 緩和ケアレスパイト入院数 | 4件 | 10件 | 13件 | 15件 | ①外来と連携し、緩和ケア入棟申し込み済でレスパイト利用可の患者家族情報の共有 ②ホームページの内容変更 | ①外来と連携し、緩和ケア入棟申し込み済でレスパイト利用可の患者家族情報の共有 ②ホームページの更新 | 全部局 (看護局) | | 患者サービス推進委員会 |
| | | c | 患者パスの配布・説明率 | 90.90% | 92.72% | 94.54% | 94.54% | ③レスパイト利用方法の説明用紙の見直し ④病院クリニカルパス委員会と連携し、患者パス配布・説明の啓蒙 | ③緩和ケアリーフレットの活用 ④病院クリニカルパス委員会と連携し、患者パス配布・説明の啓蒙 | | | |
| | | d | 患者満足度 | 89% | 92% | 95% | 98% | ①「満足度マシマシ!大作戦」の展開 ②患者サービス推進委員会 ③患者満足度調査 ④ご意見箱 ⑤職員セルフチェック ⑥患者の立場に立った行動(サービス促進) ⑦院内売店等のあり方検討 ⑧施設老朽化対応 | ①患者満足度の向上 ②患者サービス推進委員会 ③患者満足度調査 ④ご意見箱 ⑤職員セルフチェック ⑥患者の立場に立った行動(サービス促進) ⑦院内売店等のあり方検討 ⑧施設老朽化対応 | 全部局 (各局) | | 患者サービス推進委員会 |

| 取組事項 No. | 取組事項 | 指標 No. | 指標名 | 達成指標 | | | | 実行計画 | | 担当部署 | 関連部署 | 関連委員会 |
|----------|-----------|--------|---------------------------------|--------|---------|----------|----------|---|---|------------|------|---------------------------|
| | | | | R4(実績) | R5(初年度) | R7(中間年度) | R9(最終年度) | R5年度 | R6年度以降 | | | |
| 30 | 接遇の向上 | a | 新入職者へのオリエンテーション数(診療局) | 1回/年 | 1回/年 | 1回/年 | 1回/年 | ①接遇講習会の開催 ②全職員の受講義務化 | ①接遇講習会の開催 ②全職員の受講義務化 | 全部局(診療局) | | 患者サービス推進委員会 |
| | | b | 院内web講習会数(診療局) | 0回/年 | 1回/年 | 1回/年 | 1回/年 | | | | | |
| | | c | 新入職者へのオリエンテーション数(診療技術局) | 1回/年 | 1回/年 | 1回/年 | 1回/年 | ①接遇講習会の開催 | ①接遇講習会の開催 | 全部局(診療技術局) | | 患者サービス推進委員会 |
| | | d | 入院患者アンケート点数 病院/看護師の対応に満足 | 4.5点 | 4.6点 | 4.6点 | 4.6点 | | | | | |
| | | e | 入院患者アンケート率 看護局/満足・やや満足 | 91.8% | 95.0% | 95.0% | 95.0% | ①接遇研修(新人看護師向け・看護職員向け) ②看護局サービス委員会にて接遇チェック(自己チェック) ③接遇ポスターの作成・掲示 | ①接遇研修(新人看護師向け・看護職員向け) ②看護局サービス委員会にて接遇チェック(自己チェック)※内容の検討含む ③接遇ポスターの作成・掲示 | 全部局(看護局) | | 患者サービス推進委員会 |
| | | f | 入院患者アンケート率/言葉遣いは適切か | 97.3% | 98.0% | 98.0% | 98.0% | | | | | |
| | | g | 接遇研修参加率 | 56.7% | 60.0% | 63.0% | 66.0% | ①接遇研修 | ①接遇研修 | 全部局(事務局) | | 患者サービス推進委員会 |
| | | h | 接遇への満足度 | 80.0% | 83.0% | 86.0% | 90.0% | ②接遇マナーの徹底 | ②接遇マナーの徹底 | | | |
| 31 | サービス意識の醸成 | a | ポスターの会から受領する ありがとうカード枚数(看護局) | — | 15枚以上 | 15枚以上 | 15枚以上 | 看護局サービス委員会にて ①接遇研修(新人看護師向け・看護職員向け) ②接遇チェック(自己チェック) ③接遇ポスターの作成・掲示 | 看護局サービス委員会にて ①接遇研修(新人看護師向け・看護職員向け) ②接遇チェック(自己チェック)※内容の検討含む ③接遇ポスターの作成・掲示 | 全部局(看護局) | | 患者サービス推進委員会 看護局サービス委員会 |
| | | b | ご意見箱件数/看護に対する悪い意見 | 18件 | 15件以下 | 10件以下 | 10件以下 | ④ナースコールお待たせなし強化月間を施行(前後でお待たせ時間調査) | ④ナースコールお待たせなし強化月間を施行(前後でお待たせ時間調査) | | | |
| | | c | 入院患者アンケート率/依頼したことに直ぐ対応(看護局) | 94.1% | 96.0% | 96.0% | 96.0% | | | | | |
| | | d | 啓発回数 | — | 12回 | 12回 | 12回 | ①意識啓発 | ①意識啓発 | 全部局(各局) | | 患者サービス推進委員会 |

④職員意識の改善

※下線は実行計画作成部署

| 取組事項 No. | 取組事項 | 指標 No. | 指標名 | 達成指標 | | | | 実行計画 | | 担当部署 | 関連部署 | 関連委員会 |
|----------|-----------------------------------|--------|----------------------|--------|---------------------|---------------------|---------------------|--|---|----------|------|-------|
| | | | | R4(実績) | R5(初年度) | R7(中間年度) | R9(最終年度) | R5年度 | R6年度以降 | | | |
| 32 | 当事者意識の醸成(自覚と責任をもつての業務遂行、自発的行動の促進) | a | 医師の時間外労働の削減 [※再掲] | — | 全医師A水準(年上限960時間)の達成 | 全医師A水準(年上限960時間)の達成 | 全医師A水準(年上限960時間)の達成 | ①勤務内容の見直し ②タスクシフト/シェアの推進 | ①勤務内容の見直し ②タスクシフト/シェアの推進 | 全部局(診療局) | | |
| | | b | 強化プラン実行計画策定率(看護局全師長) | — | 100% | 追加プランがあれば追加提出 | 追加プランがあれば追加提出 | ①各部署の看護師長が部署で展開できる強化プランを策定し提出 ②提出したプランを部署目標・個人目標に落とし込み、目標管理として展開 ③中間評価を行い、課題の再抽出の実施 ④最終評価を行い、強化プランに反映 | ①PDCAサイクルを回し、毎年の部署目標管理個人の目標管理と強化プランをリンク | 全部局(看護局) | | |
| | | c | 部署の目標達成度合(看護局) | — | 概ね達成 | 概ね達成 | 概ね達成 | | | | | |
| | | d | 意識啓発回数(局打合せ) | — | 各局月1回以上 | 各局月1回以上 | 各局月1回以上 | ①定期的な局打合せを通し、業務遂行に向け、局職員の意識の統一 | ①定期的な局打合せを通し、業務遂行に向け、局職員の意識の統一 | 全部局(各局) | | |

| 取組事項No. | 取組事項 | 指標No. | 指標名 | 達成指標 | | | | 実行計画 | | 担当部署 | 関連部署 | 関連委員会 | |
|---------|----------------|-------|----------------------------|------------|-----------------------|-----------------|------------------|--|---|---------------------------|----------|-------|--|
| | | | | R4(実績) | R5(初年度) | R7(中間年度) | R9(最終年度) | R5年度 | R6年度以降 | | | | |
| 33 | コスト意識の醸成 | a | クリニカルパスの見直し数 | — | 4種以上 | 4種以上 | 4種以上 | ①パスの日数や設定項目を確認し、改善可能なクリニカルパスを抽出 ②MDV Actで他院と比較分析 ③クリニカルパス委員会にて分析結果を報告 ④看護局、薬局、検査室等各部署にて分析結果を基に改善を検討 ⑤検討結果を該当診療科へ提案 | ①パスの日数や設定項目を確認し、改善可能なクリニカルパスを抽出 ②MDV Actで他院と比較分析 ③クリニカルパス委員会にて分析結果を報告 ④看護局、薬局、検査室等各部署にて分析結果を基に改善を検討 ⑤検討結果を該当診療科へ提案 | 全部局 (診療局・事務局) | | | |
| | | b | コスト削減率 | — | 1%減(R4比) | 2%減(R4比) | 3%減(R4比) | ①消耗品・検査キットの他社製との比較検討 ②値段を抑えた機器更新 ③心エコー技師の育成 ④各エコーの当日至急の充実(当日に都度予約枠を作成) ⑤生理機能検査室を使用したドックの効率化 | ①試薬の値引き交渉 ②値段を抑えた機器更新 ③心エコー枠の拡充 ④生理機能検査室を使用したドックの効率化 ⑤生理機能でドックのオプションを検査 ⑥検査室業務の効率化を図り、生理機能への配置人数の増加 | 全部局 (診療技術局/臨床検査室) | | | |
| | | c | 心エコー件数 | 2,582件 | 2,980件 | 3,200件 | 3,400件 | | | | | | |
| | | d | U2(超音波室2)部屋の検査枠増加 | — | 午後検査枠50%オープン | 全検査枠75%オープン | 全検査枠100%オープン | | | | | | |
| | | e | 検査件数(視能訓練士室) | 1,300件/月 | 1,400件/月 | 1,500件/月 | 1,550件/月 | ①算定可能な検査の理解 ②取得可能なコストの予習・確認 | ①診療報酬改定後の算定可能な検査の理解 ②取得可能なコストの予習・確認 | 全部局 (診療技術局/視能訓練士室) | | | |
| | | f | コスト入力漏れ率(外来) | — | 外来の指導管理料・コスト入力漏れ件数の把握 | 前年度比10%減 | 前年度比10%減 | ①外来にて、算定できるコストの可視化 ②医事課・外来会計・MA・診療情報管理士との連携によるコスト入力の強化 | ①外来にて、算定できるコストの可視化 ②医事課・外来会計・MA・診療情報管理士との連携によるコスト入力の強化 | 全部局 (看護局) | | | |
| | | g | A4用紙購入枚数の削減 | 3,975,000枚 | 3,895,500枚(2%減) | 3,736,500枚(6%減) | 3,577,500枚(10%減) | ①備品管理の徹底 ②整理整頓による物品管理 ③印刷ミスを防止(印刷時の画面確認) | ①備品管理の徹底 ②整理整頓による物品管理 ③印刷ミスを防止(印刷時の画面確認) | 全部局 (各局) | | | |
| | | h | 経営指標揭示回数 | — | 12回 | 12回 | 12回 | ①経営・収支への関心の促進 ②現状(課題)の把握 | ①経営・収支への関心の促進 ②現状(課題)の把握 | 全部局 (事務局) | | | |
| 34 | 危機意識の向上 | a | ローカル研修の回数・参加人数(リハビリテーション室) | 0回(計0人) | 1回(計4人) | 1回(計4人) | 2回(計8人) | 院内主催のBLS研修とは別に、リハ室内研修を実施。 ①研修内容の立案 ②参加者募集 ③1回目実施 ④振り返り | 院内主催のBLS研修とは別に、リハ室内研修を実施。 ①研修内容の立案 ②参加者募集 ③実施及び開催回数増加の検討 ④振り返り | 全部局 (診療技術局/リハビリテーション室) | | | |
| | | b | アクシデント・インシデントの情報共有回数 | — | 1回/月 | 1回/月 | 1回/月 | ①医療安全管理室から発信されるインシデントレポートシステムに挙げられた報告事例の集約グラフを、部署で共有 ②日本医療機能評価機構から配信された医療情報をイントラで周知 ③転落転倒発生状況のデータより、部署での対策の妥当性を検討し、それぞれの部署へフィードバック | ①医療安全管理室から発信されるインシデントレポートシステムに挙げられた報告事例の集約グラフを、部署で共有 ②日本医療機能評価機構から配信された医療情報をイントラで周知 ③転落転倒発生状況のデータより、部署での対策の妥当性を検討し、それぞれの部署へフィードバック | 全部局 (看護局) | | | |
| | | c | 医療安全情報の情報共有回数 | 13回 | 1回/月 | 1回/月 | 1回/月 | | | | | | |
| | | d | 転棟転落対策結果のフィードバック回数 | — | 1回/月(定期)+必要時 | 1回/月(定期)+必要時 | 1回/月(定期)+必要時 | | | | | | |
| | | e | クラスター発生件数 | 4件 | 0件 | 0件 | 0件 | ①院内クラスターの防止に向け、COVID-19の移行期における病棟対応を明確化 ②これまでの防護具を使用できるようにして、感染対策物品を引き続き常備(個の判断) ③看護局感染リンクナースを中心に、各部署感染防御策を常に実施 ④看護局災害対策委員会主導で各部署年1回の部署災害訓練を実施 ⑤BCP「入院治療の継続」事業について考案 ⑥災害看護研修を実施 | ①法上の位置づけやガイドラインを参考に対応を柔軟に考慮 ②これまでの防護具を使用できるようにして、感染対策物品を引き続き常備(個の判断) ③看護局感染リンクナースを中心に、各部署感染防御策を常に実施 ④看護局災害対策委員会主導で各部署年1回の部署災害訓練を実施 ⑤BCP完成 ⑥災害看護研修を実施 | 全部局 (看護局) | | | |
| | | f | 災害訓練実施回数(看護局各部署) | 1回 | 年1回以上(各部署) | 年1回以上(各部署) | 年1回以上(各部署) | | | | | | |
| | | g | 職員安否・参集確認訓練応答率(事務職員配置部署平均) | 93.25% | 95.00% | 97.50% | 100.00% | | | | | | |
| | | h | 情報セキュリティ訓練メール開封率 | 7.9% | 5.0% | 2.0% | 0% | ①病院経営に対する意識高揚 ②災害に対する意識高揚 ③情報セキュリティに対する意識高揚 ④市関係部署との調整・連携 | ①病院経営に対する意識高揚 ②災害に対する意識高揚 ③情報セキュリティに対する意識高揚 ④市関係部署との調整・連携 | 全部局 (各局) | 危機管理課(市) | | |
| | | i | 経営指標揭示回数 [※再掲] | — | 12回 | 12回 | 12回 | | | | | | |
| 35 | 改善意識の向上(変革の推進) | a | 「院長へのご意見箱」に対する提案による改善数 | — | 提案による改善1件以上 | 提案による改善1件以上 | 提案による改善1件以上 | ①ご意見箱の周知啓発 ②職員の積極性の促進 ③幅広い視野での対応 ④迅速な行動・現状の打破 | ①ご意見箱の周知啓発 ②職員の積極性の促進 ③幅広い視野での対応 ④迅速な行動・現状の打破 | 全部局 (各局) | | | |

| 取組事項No. | 取組事項 | 指標No. | 指標名 | 達成指標 | | | | 実行計画 | | 担当部署 | 関連部署 | 関連委員会 |
|---------|------------|---------------|----------------------|--------|---------------------|---------------------|--|--|--|------------|------------|-------|
| | | | | R4(実績) | R5(初年度) | R7(中間年度) | R9(最終年度) | R5年度 | R6年度以降 | | | |
| 36 | 会議の生産性の向上 | a | 常置委員会延べ開催回数 | 343回 | 生産性向上に資するよう随時見直し | 生産性向上に資するよう随時見直し | 生産性向上に資するよう随時見直し | 常置委員会構成員に係る各部署意向調査に際し、下記事項の確認周知を実施。 ①あり方の再確認 ・必要性(設置根拠・開催効果・形骸化等確認) ・構成員(必要最少人数) ・対面開催(報告のみで意見がほぼ無い会議の書面開催化や資料送付化) ②運営の効率化 ・意義の明確化 ・時間の短縮 ・効果的・効率的な資料作成 ・議論の促進・整理 ・会議結果の共有及び反映 | 常置委員会構成員に係る各部署意向調査に際し、下記事項の確認周知を実施。 ①あり方の再確認 ・必要性(設置根拠・開催効果・形骸化等確認) ・構成員(必要最少人数) ・対面開催(報告のみで意見がほぼ無い会議の書面開催化や資料送付化) ②運営の効率化 ・意義の明確化 ・時間の短縮 ・効果的・効率的な資料作成 ・議論の促進・整理 ・会議結果の共有及び反映 ③職員向け定期啓発 | 全部局(各局) | | |
| | | b | 常置委員会構成員延べ人数 | 672人 | 生産性向上に資するよう随時見直し | 生産性向上に資するよう随時見直し | 生産性向上に資するよう随時見直し | | | | | |
| 37 | タスクシフト/シェア | a | 医師の時間外労働の削減 [※再掲] | — | 全医師A水準(年上限960時間)の達成 | 全医師A水準(年上限960時間)の維持 | 全医師A水準(年上限960時間)の維持 | ①医師事務作業補助者の充実 ②複数主治医制度 チーム医療体制の強化 ③会議の開催回数削減、文書での報告 ④働き方改革の医師への啓蒙 ⑤特定行為研修看護師の育成 ⑥働き方改革の一般市民への啓蒙 ⑦レセプト業務の代行、簡素化 ⑧MSWの充足 | ①医師事務作業補助者の充実 ②複数主治医制度 チーム医療体制の強化 ③会議の開催回数削減、文書での報告 ④働き方改革の医師への啓蒙 ⑤特定行為研修看護師の育成 ⑥働き方改革の一般市民への啓蒙 ⑦レセプト業務の代行、簡素化 | 全部局(診療技術局) | 医師の負担軽減委員会 | |
| | | | | | | | | 医師の業務軽減 ①持参処方等代行入力の実施(薬剤室) ②支持療法提案及び代行入力(薬剤室) ③輸血関連検査の代行入力(臨床検査室) ④適正輸血の医師への啓蒙(臨床検査室) ⑤身体障害者手帳等の計測業務(リハビリテーション室) ⑥入院患者の栄養評価、食事内容の提案・調整(栄養管理室) ⑦経管栄養プロトコルの作成(栄養管理室) ⑧検査項目のコスト取得の実施(視能訓練士室) ⑨一部オーダーの代行入力(歯科衛生士室) ⑩レセプト業務の一部代行(歯科衛生士室) ⑪CPAP(睡眠時無呼吸症候群療法)及びびHOT(在宅酸素療法)への介入(臨床工学技士室) | 医師の業務軽減 ①持参処方等代行入力の実施(薬剤室) ②支持療法提案及び代行入力(薬剤室) ③輸血関連検査の代行入力(臨床検査室) ④適正輸血の医師への啓蒙(臨床検査室) ⑤身体障害者手帳等の計測業務(リハビリテーション室) ⑥入院患者の栄養評価、食事内容の提案・調整(栄養管理室) ⑦経管栄養プロトコルの作成(栄養管理室) ⑧検査項目のコスト取得の実施(視能訓練士室) ⑨一部オーダーの代行入力(歯科衛生士室) ⑩レセプト業務の一部代行(歯科衛生士室) ⑪CPAP(睡眠時無呼吸症候群療法)及びびHOT(在宅酸素療法)への介入(臨床工学技士室) | 全部局(診療技術局) | 医師の負担軽減委員会 | |
| | | b | 医師事務作業補助者数 | 7人 | 10人 | 10人 | 10人 | ①医師の業務のうち、MA、看護師へシフト可能な業務の洗い出し ②部分的な事務の引継 ③医師の負担軽減 | ①医師の業務のうち、MA、看護師へシフト可能な業務の洗い出し ②部分的な事務の引継 ③医師の負担軽減 | 全部局(事務局) | 医師の負担軽減委員会 | |
| | c | タスクシフト/シェア業務数 | — | 2件 | 4件 | 8件 | ①業務の移管 ②業務の共同実施 ・造影MRI時の抜針(放射線室) ▶業務拡大講習の受講を促す ▶放射線室内での講習の実施 ③体制の充実 | ①業務の移管 ②業務の共同実施 ・造影MRI時の抜針(放射線室) ▶業務拡大講習の受講を促す ▶放射線室内での講習の実施 ③体制の充実 | 全部局(各局) | 医師の負担軽減委員会 | | |

⑤事務職員の強化

※下線は実行計画作成部署

| 取組事項No. | 取組事項 | 指標No. | 指標名 | 達成指標 | | | | 実行計画 | | 担当部署 | 関連部署 | 関連委員会 |
|---------|-----------|-------|-----------|--------|---------|----------|----------|---|--|-------|------------------------|-------|
| | | | | R4(実績) | R5(初年度) | R7(中間年度) | R9(最終年度) | R5年度 | R6年度以降 | | | |
| 38 | プロパー職員の活用 | a | プロパー職員配置数 | — | 1人 | 1人以上 | 1人以上 | ①プロパー職員が必要となる担当業務の洗い出し ②プロパー職員の採用・配置への手順検討 | ①プロパー職員の採用・配置への手順検討 ②プロパー職員の採用・配置の方針決定 ③プロパー職員の採用、異動の手続き開始 ④プロパー職員の配置(1人以上) | 戦略企画室 | 管理課 医事課 地域医療センター | |

| 取組事項No. | 取組事項 | 指標No. | 指標名 | 達成指標 | | | | 実行計画 | | 担当部署 | 関連部署 | 関連委員会 |
|---------|--------------|-------|---------------------|--------|---------|-----------------|-----------------|--|--|-----------------|--|-------|
| | | | | R4(実績) | R5(初年度) | R7(中間年度) | R9(最終年度) | R5年度 | R6年度以降 | | | |
| 39 | 医師事務作業補助者の充実 | a | 医師事務作業補助者数 [※再掲] | 7人 | 10人 | 10人 必要に応じ見直し | 10人 必要に応じ見直し | ①MAの募集・採用 ②採用者の育成 ③採用者・現従事者の離職防止 | ①経験年数の若年者の育成・離職防止 ②MA定員の見直し、検討 ③必要に応じて、募集、採用 ④新採用者の育成 | 医事課 | 診療局 | |
| 40 | 業務改善の推進 | a | 業務改善に係る見直し業務数 | — | 4件以上 | 4件以上 | 4件以上 | ①業務の必要性の見直し ②業務の内容の見直し ③業務の主体の見直し | ①業務の必要性の見直し ②業務の内容の見直し ③業務の主体の見直し | 事務局 地域医療センター | | |
| 41 | マネジメント力の強化 | a | 市長・院長等意見交換会実施回数 | 6回 | 12回 | 12回 | 12回 | ①医療提供体制の整備 医療機器整備・人的配置整備・勤務環境整備 ②経営強化の推進 継続的な健全経営・院外や市との連携強化 ③効率的・効果的な予算執行 限られた予算を真に必要な業務に重点的配分 | ①医療提供体制の整備 医療機器整備・人的配置整備・勤務環境整備 ②経営強化の推進 継続的な健全経営・院外や市との連携強化 ③効率的・効果的な予算執行 限られた予算を真に必要な業務に重点的配分 | 戦略企画室 | 管理課 医事課 地域医療センター 企画政策課 (市) | |

津島市民病院経営強化プラン実行計画（指標状況表）

資料2-2 (R5.09.29 津島市民病院経営評価委員会)

| 取組事項 No. | 取組事項 | 指標 No. | 指標名 | 担当部署 | 前年実績 | 達成指標 | 実績 | | | |
|----------|----------------------------------|--------|-------------------------|-----------|---------------|---------------|---------|--------|--------|---------|
| | | | | | R4(実績) | R5(初年度) | 第1四半期 | R5.7月 | R5.8月 | 8月末実績 |
| 1 | 常勤医師の確保 | a | 救急医療部常勤医師数 | 診療局 | 1名 | 1名 | 0人 | 1人 | 1人 | 1人 |
| | | b | 研修医からの採用医師数 | 診療局 | 1人 | 1名 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 |
| | | c | 医師数(会計年度含まず) | 管理課 | 70人 | 72人以上 | 70人 | 70人 | 70人 | 70人 |
| 2 | 研修医の育成 | a | メンター(助言・指導者)配置率 | 診療局 | - | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| | | b | 研修医の確保人数 | 診療局 | 6人/年 | 7人/年 | 7人 | 7人 | 7人 | 7人 |
| | | c | 研修医の学会発表回数 | 診療局 | 0回/年 | 最低1回/年 | 0回 | 0回 | 0回 | 0回 |
| 3 | 診療体制に見合う看護師・医療技術員等の確保・育成 | a | 募集定員に対する内定受託者率(診療技術局) | 診療技術局 | 100% | 100% | 0% | 0% | 0% | 0% |
| | | b | 募集定員に対する内定受託者率(看護局) | 看護局 | 82.9% | 100% | 91.4% | 91.4% | 91.4% | 91.4% |
| | | c | 看護師実習受け入れ数 | 看護局 | 7校 (延450人) | 7校 (延450人) | 131人 | 74人 | 49人 | 254人 |
| | | d | 看護師離職率 (過去3年平均10.8%) | 看護局 | 8.50% | 9%以下 | 0.7% | 0.7% | 1.5% | 1.5% |
| 4 | 名古屋医療圏への患者流出の防止 (入院の自域依存率の向上) | a | 津島市及び隣接市の外来受診比率 | 戦略企画室 | 87.7% | 87.7% | 87.6% | 87.5% | 87.6% | 87.6% |
| | | b | 津島市及び隣接市の入院受診比率 | 戦略企画室 | 86.5% | 86.8% | 88.9% | 88.8% | 88.9% | 88.9% |
| 5 | 入院期間Ⅱ以内での退院 | a | クリニカルパス使用率 | 診療局 | 36.4% | 39.0% | 35.6% | 33.5% | 32.6% | 34.5% |
| | | b | DPCⅡ期以内退院率 | 看護局 | 61.0% | 62.2% | 60.2% | 63.6% | 61.5% | 61.2% |
| | | c | 急性期在院日数 | 看護局 | 14.12日 | 13.5日 | 13.25日 | 12.53日 | 12.39日 | 12.72日 |
| 6 | 救急受入の向上 | a | 救急車受入件数 | 診療局 | 2,905件/年 | 3,500件/年 | 722件 | 349件 | 337件 | 1,408件 |
| | | b | 救急車お断り率 | 診療局 | 26.7% | 15.0% | 15.4% | 16.6% | 19.3% | 16.4% |
| | | c | 救急からの入院件数 | 診療局 | 1,103件/年 | 1,200件/年 | 287件 | 145件 | 132件 | 564件 |
| 7 | 紹介受入、逆紹介の向上 | a | 逆紹介率 | 診療局 | 59.7% | 62.0% | 62.4% | 56.0% | 55.4% | 59.7% |
| | | b | 紹介率 | 診療局 | 68.0% | 71.0% | 68.4% | 72.2% | 66.1% | 68.7% |
| 8 | 手術件数の向上 | a | 手術件数 | 診療局 | 1,575件 | 1,700件 | 423件 | 142件 | 132件 | 697件 |
| 9 | 地域包括ケア病棟受入の拡大 | a | 直接入院数 (※直入割合40%超) | 看護局 | 249件 | 280件 | 75件 | 20件 | 27件 | 122件 |
| | | b | レスパイト入院数 | 看護局 | 29件 | 30件 | 15件 | 5件 | 12件 | 32件 |
| | | c | 当院訪問看護依頼件数 | 看護局 | 27件 | 36件 | 4件 | 0件 | 0件 | 4件 |
| 10 | 円滑な退院支援 | a | DPCⅡ期以内退院率 | 看護局 | 61.0% | 62.2% | 60.2% | 63.6% | 61.5% | 61.2% |
| | | b | 急性期在院日数 | 看護局 | 14.12日 | 13.5日 | 13.25日 | 12.53日 | 12.39日 | 12.72日 |
| | | c | 介入あり患者の退院時Ⅲ期数 | 看護局 | 51.0% | 49.9% | 50.9% | 67.6% | 74.0% | 58.9% |
| 11 | 訪問看護の充実 | a | 訪問看護件数 | 看護局 | 6,146件 | 6,150件 | 1,840件 | 683件 | 690件 | 3,213件 |
| 12 | 施設基準取得の向上 | a | 施設基準の上位取得または新規取得数 | 医事課 | - | 2件以上 | 4件 | 4件 | 1件 | 9件 |
| | | b | 急性期病棟重症度、医療・看護必要度 | 看護局 | - | 28%以上維持 | 31% | 31% | 27% | 30% |
| | | c | 地域包括ケア病棟 転棟割合 | 看護局 | - | 60%未満 | 52% | 51% | 61% | 53% |
| 13 | 診療報酬算定の向上 | a | 診療報酬の適切な算定のための指導件数 | 医事課 | - | 5件以上 | 3件 | 0件 | 0件 | 3件 |
| | | b | がん患者指導管理料 | 看護局 | 81件 | 90件 | 23件 | 7件 | 4件 | 34件 |
| | | c | 糖尿病合併症管理料 | 看護局 | 215件 | 220件 | 59件 | 18件 | 20件 | 97件 |
| | | d | 糖尿病透析予防指導管理料 | 看護局 | 30件 | 30件 | 6件 | 3件 | 4件 | 13件 |
| | | e | 導入期初期加算件数 | 看護局 | 75件 | 80件 | 18件 | 4件 | 3件 | 25件 |
| 14 | CT・MRI利用の促進 | a | CT件数 | 放射線室 | 24,971件 | 25,500件 | 6,425件 | 2,479件 | 2,442件 | 11,346件 |
| | | b | MRI件数 | 放射線室 | 7,530件 | 7,700件 | 1,918件 | 609件 | 654件 | 3,181件 |
| | | c | ドックにおけるCT、MRI件数 | 放射線室 | 294件 | 300件 | 92件 | 37件 | 37件 | 166件 |
| 15 | リハビリ単位数の維持・向上 | a | リハビリ単位数 | リハビリ室 | 107,096 | 106,000 | 27,003件 | 8,201件 | 9,602件 | 44,806件 |
| | | b | リハ総合計画評価料算定件数 | リハビリ室 | 1,077 | 1,000 | 300件 | 82件 | 107件 | 489件 |
| | | c | 糖尿病教育入院の算定割合 | リハビリ室 | 59% | 90% | 92% | 100% | 71% | 91% |
| 16 | 栄養管理指導の充実 | a | 外来栄養指導件数 | 栄養管理室 | 392件 | 450件 | 156件 | 57件 | 60件 | 273件 |
| | | b | 外来化学療法室栄養指導件数 | 栄養管理室 | 110件 | 180件 | 36件 | 16件 | 12件 | 64件 |
| | | c | 入院栄養指導件数 | 栄養管理室 | 887件 | 950件 | 209件 | 72件 | 84件 | 365件 |
| 17 | 健康管理センター業務の充実 | a | 人間ドック・健診稼働率 | 臨床検査室/医事課 | 77% | 78% | 77% | 88% | 94% | 80% |
| | | b | 利用者満足度(次回の利用意向率の向上) | 臨床検査室/医事課 | - | 80% | 88% | 89% | 90% | 88% |
| 18 | 薬剤管理指導の充実 | a | 薬剤管理指導件数 | 薬剤室 | 13,200件 | 13,500件 | 3,523件 | 1,204件 | 1,348件 | 6,075件 |

| 取組事項 No. | 取組事項 | 指標 No. | 指標名 | 担当部署 | 前年実績 | 達成指標 | 実績 | | | |
|----------|----------------------------------|--------|----------------------------------|---------|--------------------|----------------------|----------|----------|----------|----------|
| | | | | | R4(実績) | R5(初年度) | 第1四半期 | R5.7月 | R5.8月 | 8月末実績 |
| 19 | 未収金回収の強化 | a | 弁護士委託による未収金全額回収件数 | 医事課 | 79件 | 40件 | 5件 | 4件 | 3件 | 12件 |
| 20 | 補助金の有効活用 | a | コロナ対策補助金の確保数 | 戦略企画室 | 8件 (約8億3,600万円) | 最大限活用 | 最大限活用 | 最大限活用 | 最大限活用 | 最大限活用 |
| | | b | 新規補助金の掘起し数 | 戦略企画室 | 0件 | 情報収集 | 情報収集 | 情報収集 | 情報収集 | 情報収集 |
| 21 | 広報機能の強化 | a | 市広報紙記事掲載回数 | 管理課 | 22回 | 22回 | 8回 | 1回 | 2回 | 11回 |
| | | b | フォロー数 | 管理課 | 約420 | 500 (T:150・I:350) | 4917107- | 5077107- | 5077107- | 5077107- |
| | | c | 広報人材数 | 管理課 | 1人 | 13人 | 1人 | 1人 | 1人 | 1人 |
| 22 | 人材育成、支援制度の強化 | a | 院外研修等受講者数 | 管理課 | 218人 | 230人 | 67人 | 19人 | 20人 | 106人 |
| | | b | 職員満足度 | 管理課 | 29.3% | 50.0% | - | - | - | - |
| | | c | 認定看護師育成数 | 看護局 | 計15人 | - | 増減なし | 0人 | 0人 | 増減なし |
| | | d | 看護補助者活用のための管理者育成数 | 看護局 | 計19人 | 2人増 | 2人 | 0人 | 0人 | 2人 |
| | | e | 新人看護師離職率 | 看護局 | 23% | 12%以下 | 0% | 0% | 5.26% | 5.26% |
| 23 | 薬品費の削減 | a | 医薬品購入額対中央値比率 | 管理課 | 101.2% | 102.0% | - | - | - | - |
| | | b | 後発医薬品使用割合 | 医事課 | 91.9% | 93.0% | 92.6% | 91.5% | 91.4% | 92.1% |
| | | c | 医薬品値引率 | 管理課 | 15.3% | 15.0% | - | - | - | - |
| | | d | 常時在庫医薬品数の削減数 | 薬剤室 | - | 3件 | 0件 | - | - | 0件 |
| 24 | 診療材料費の削減 | a | 診療材料購入額対中央値比率 | 管理課 | 97.9% | 98.5% | - | - | - | - |
| | | b | 安価な代替品(フイルム用「ゲージ」)への変更による(削減)購入額 | 放射線室 | 149,680円 | 139,040円 | 37,420円 | 23,130円 | 20,200円 | 80,750円 |
| | | c | R-SUD(再製造半回使用医療機器)の導入によるコスト削減額 | 臨床工学技士室 | - | 導入調査・検討 | - | - | 情報収集 | 情報収集 |
| 25 | 委託費の削減 | a | 委託費の対修正医薬収益比率 | 管理課 | 13.4% | 11.8% | - | - | - | - |
| 26 | 購入物品・契約内容の精査(見直し) | a | 安価な代替品(CDケース)への変更による(削減)購入額 | 放射線室 | 122,793円 | 54,788円 | 38,918円 | 20,361円 | 0円 | 59,279円 |
| | | b | 民間医療コンサルタントへの相談回数 | 管理課 | - | 5回 | 2回 | 0回 | 0回 | 2回 |
| 27 | 時間外勤務の削減 | a | 医師の時間外労働の削減 | 診療局 | - | 全勤務医A水準(年上限960時間)の達成 | - | - | - | - |
| | | b | 看護職時間外勤務総時間 | 看護局 | 15,952時間 | 16,000時間 月3.6時間/人 | 3,039時間 | 1,562時間 | 1,945時間 | 6,546時間 |
| | | c | 看護記録による時間外勤務時間 | 看護局 | - | 実績値の把握 | 924時間 | 418時間 | 681時間 | 2,023時間 |
| | | d | クリニカルパス使用率 | 看護局 | 36.4% | 39.0% | 35.9% | 33.5% | 32.6% | 34.5% |
| | | e | 医療技術職時間外勤務総時間 | 診療技術局 | 8,011時間 | 7,700時間 | 1,905時間 | 532時間 | 745時間 | 3,182時間 |
| | | f | 事務職時間外勤務総時間 | 事務局 | 8,862時間 | 8,400時間 | 2,399時間 | 565時間 | 518時間 | 3,482時間 |
| 28 | 定員適正化(余剰配置等の見直し) | a | 余剰配置人数 | 戦略企画室 | 0人 | 0人 | - | - | - | - |
| 29 | 患者・家族の利便性の向上(患者目線での改善) | a | 退院指導用パンフレット配布数 | リハビリ室 | - | 30枚 | 11枚 | 5枚 | 5枚 | 21枚 |
| | | b | 緩和ケアレスパイト入院数 | 看護局 | 4件 | 10件 | 2件 | 1件 | 2件 | 5件 |
| | | c | 患者バスの配布・説明率 | 看護局 | 90.90% | 92.72% | 96.1% | 98.4% | 97.8% | 97.0% |
| | | d | 患者満足度 | 管理課 | 89% | 92% | - | - | - | - |
| 30 | 接遇の向上 | a | 新入職者へのオリエンテーション数(診療局) | 診療局 | 1回/年 | 1回/年 | 1回 | - | - | 1回 |
| | | b | 院内web講習会数(診療局) | 診療局 | 0回/年 | 1回/年 | 0回 | 0回 | 0回 | 0回 |
| | | c | 新入職者へのオリエンテーション数(診療技術局) | 診療技術局 | 1回/年 | 1回/年 | 1回 | 0回 | 0回 | 1回 |
| | | d | 入院患者アンケート点数病院/看護師の対応に満足 | 看護局 | 4.5点 | 4.6点 | - | - | - | - |
| | | e | 入院患者アンケート率看護局/満足・やや満足 | 看護局 | 91.8% | 95.0% | - | - | - | - |
| | | f | 入院患者アンケート率/言葉遣いは適切か | 看護局 | 97.3% | 98.0% | - | - | - | - |
| | | g | 接遇研修参加率 | 事務局 | 56.7% | 60.0% | - | - | - | - |
| | | h | 接遇への満足度 | 事務局 | 80.0% | 83.0% | - | - | - | - |
| 31 | サービス意識の醸成 | a | 「ター」の会から受領するありがとうカード枚数(看護局) | 看護局 | - | 15枚以上 | 8枚 | 8枚 | 13枚 | 29枚 |
| | | b | ご意見箱件数/看護に対する悪い意見 | 看護局 | 18件 | 15件以下 | 8件 | 2件 | 1件 | 11件 |
| | | c | 入院患者アンケート率/依頼したことに直ぐ対応(看護局) | 看護局 | 94.1% | 96.0% | - | - | - | - |
| | | d | 啓発回数 | 戦略企画室 | - | 12回 | 3回 | 1回 | 1回 | 5回 |
| 32 | 当事者意識の醸成(自覚と責任をもった業務遂行、自発的行動の促進) | a | 医師の時間外労働の削減 | 診療局 | - | 全医師A水準(年上限960時間)の達成 | - | - | - | - |
| | | b | 強化プラン実行計画策定率(看護局全師長) | 看護局 | - | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| | | c | 部署の目標達成度合(看護局) | 看護局 | - | 概ね達成 | 実施中 | 実施中 | 実施中 | 実施中 |
| | | d | 意識啓発回数(局打合せ) | 戦略企画室 | - | 各局月1回以上 | 各局月1回以上 | 各局月1回以上 | 各局月1回以上 | 各局月1回以上 |

| 取組事項 No. | 取組事項 | 指標 No. | 指標名 | 担当部署 | 前年実績 | 達成指標 | 実績 | | | |
|----------|----------------|--------|----------------------------|--------|------------|-----------------------|----------|----------|----------|------------|
| | | | | | R4(実績) | R5(初年度) | 第1四半期 | R5.7月 | R5.8月 | 8月末実績 |
| 33 | コスト意識の醸成 | a | クリニカルパスの見直し数 | 医事課 | - | 4種以上 | 7種 | 5種 | 0種 | 12種 |
| | | b | コスト削減率 | 臨床検査室 | - | 1%減(R4比) | - | 0.008%減 | 0.01%減 | 0.01%減 |
| | | c | 心エコー件数 | 臨床検査室 | 2,582件 | 2,980件 | 782件 | 261件 | 266件 | 1,309件 |
| | | d | U2(超音波室2)部屋の検査枠増加 | 臨床検査室 | - | 午後検査枠50%オープン | 8.06% | 13.70% | 6.25% | 8.81% |
| | | e | 検査件数(視能訓練士室) | 視能訓練士室 | 1,300件/月 | 1,400件/月 | 1,302件 | 1,192件/月 | 1,350件/月 | 1,289件 |
| | | f | コスト入力漏れ率(外来) | 看護局 | - | 外来の指導管理科・コスト入力漏れ件数の把握 | - | - | - | - |
| | | g | A4用紙購入枚数の削減 | 全部局 | 3,975,000枚 | 3,895,500枚 | 907,500枚 | 322,500枚 | 317,500枚 | 1,547,500枚 |
| | | h | 経営指標掲示回数 | 戦略企画室 | - | 12回 | 3回 | 1回 | 1回 | 5回 |
| 34 | 危機意識の向上 | a | ローカル研修の回数・参加人数(リハビリテーション室) | リハビリ室 | 0回(計0人) | 1回(計4人) | - | - | - | - |
| | | b | アクシデント・インシデントの情報共有回数 | 看護局 | - | 1回/月 | 3回 | 1回 | 1回 | 5回 |
| | | c | 医療安全情報の情報共有回数 | 看護局 | 13回 | 1回/月 | 3回 | 1回 | 1回 | 5回 |
| | | d | 転棟転落対策結果のフィードバック回数 | 看護局 | - | 1回/月(定期)+必要時 | 3回 | 1回 | 1回 | 5回 |
| | | e | クラスター発生回数 | 看護局 | 4件 | 0件 | 0件 | 0件 | 0件 | 0件 |
| | | f | 災害訓練実施回数(看護局各部署) | 看護局 | 1回 | 年1回以上(各部署) | - | - | - | - |
| | | g | 職員安否・参集確認訓練応答率(事務職員配置部署平均) | 事務局 | 93.25% | 95.00% | - | - | - | - |
| | | h | 情報セキュリティ訓練メール開封率 | 医事課 | 7.9% | 5.0% | - | - | - | - |
| | | i | 経営指標掲示回数 | 戦略企画室 | - | 12回 | 3件 | 1件 | 1件 | 5件 |
| 35 | 改善意識の向上(変革の推進) | a | 「院長へのご意見箱」に対する提案による改善数 | 事務局 | - | 提案による改善1件以上 | 0件 | 0件 | 0件 | 0件 |
| 36 | 会議の生産性の向上 | a | 常置委員会延べ開催回数 | 戦略企画室 | 343回 | 生産性向上に資するよう 随時見直し | - | - | - | - |
| | | b | 常置委員会構成員延べ人数 | 戦略企画室 | 672人 | 生産性向上に資するよう 随時見直し | - | - | - | - |
| 37 | タスクシフト/シェア | a | 医師の時間外労働の削減 | 診療局 | - | 全医師A水準(年上限960時間)の達成 | - | - | - | - |
| | | b | 医師事務作業補助者数 | 医事課 | 7人 | 10人 | 8人 | 10人 | 10人 | 10人 |
| | | c | タスクシフト/シェア業務数 | 全部局 | - | 2件 | 0件 | 1件 | 0件 | 1件 |
| 38 | プロパー職員の活用 | a | プロパー職員配置数 | 戦略企画室 | - | 1人 | 1人 | 1人 | 1人 | |
| 39 | 医師事務作業補助者の充実 | a | 医師事務作業補助者数 | 医事課 | 7人 | 10人 | 8人 | 10人 | 10人 | |
| 40 | 業務改善の推進 | a | 業務改善に係る見直し業務数 | 事務局 | - | 4件以上 | 0件 | 1件 | 0件 | 1件 |
| 41 | マネジメント力の強化 | a | 市長・院長等意見交換会実施回数 | 戦略企画室 | 6回 | 12回 | 3回 | 1回 | 1回 | 5回 |

◇実績欄 網掛け表示について

各時点(第1四半期・8月末)で順調な進捗が図れている事項を、網掛け表示としています。

※判断基準 ①各時点で達成指標との単純比較が可能なものは、その数値を上回っているかどうか。

②年間を通じて数値を積み上げていくものは、達成指標に対し、経過月数分の数値が積み上げられているかどうか。