

①収入増加対策

取組事項 No.	取組事項	指標 No.	指標名	達成指標		実績	実行計画	R5総括		担当部署	関連部署	関連委員会
				R4(実績)	R5(初年度)	R5見込	R5年度	【出来たこと(継続すべきこと) 出来なかったこと(改善すべきこと)】	【改善策(新たに取り組むべきこと)】			
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随時働きかけを行った。 ②－ ③随時大学訪問を行った。 ④随時働きかけを行った ⑤サポート体制の構築に努めた。 ⑥魅力ある研修システムの構築に努めた。 ⑦地域に根差した研修医の採用に努めた。	・救急医療部常勤医の招聘が課題。	診療局	事務局	
		b	研修医からの採用医師数	1名	1名	1名						
		c	医師数 (会計年度含まず)	70人	72人以上	71人	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市長同行での大学訪問を3回行った。（5/19、12/7、12/22） ②大学教授等を天王祭に招待した。（32人招待、うち3人参加） 代務医師の賃金を見直した。	・現在の取組を継続していく。 ・医療機器等の充実。	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%	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年間を通じて、順調に開催できた。 ②年間を通じて、設置することができた。 ③年間を通じて、開催できた。 ④ノルマである年間1症例は発表できた。 ⑤東海、大阪、東京と参加できた。 ⑥予定通り参加できた。 ⑦年間を通じて、受け入れできた。 ⑧積極的に受け入れできた。	・症例検討会や勉強会の内容をより充実していく。 ・学会発表について、発表数、参加数を積極的に増やしていく。 ・メンター制について、内容をより充実していく。	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						
		c	研修医の学会発表回数	0回/年	最低1回/年	1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%	0%	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を行った。 ②手引きに基づき、人事考課制度を運用した。	・診療技術職職員の募集定員を満たせるよう、取組みを進めていく。	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%	86%						
		c	看護師実習受け入れ数	7校 (延450名)	7校 (延450名)	7校 (延450人)	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インターンシップを再開し2月現在で8名を受け入れた。3月末までに6名の予定あり。 ②ホームページは現在見直し中。 ③就職イベントへの参画マイナビ1件。看護学校2校終了。今後、3校の訪問を予定している。 ④予定された実習は計画通り受け入れた。 ⑤実習記録へ指導者がコメントを入れ返却している。 ⑥指導者講習会修了者1名、院内人材育成研修では11名が受講できた。 ⑦人事考課の年間スケジュールに沿って面接を実施できた。 ⑧1月までの平均有給休暇日数は13.72日と昨年度1月までの10.2日を上回り取得できている。	・インターンシップの継続。 ・ホームページでの看護局へのアクセスの改善と内容の充実継続して取り組んでいく。 ・満足感の得られる休み方について今後も継続して取り組んでいく。	看護局	管理課	
		d	看護師離職率 (過去3年平均10.8%)	8.50%	9%以下	8.51%						
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%	87.5%	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患者の自域依存率の維持を図ることができた。 ②四半期ごとに数値把握を行った。	・現在の取組を継続していく。	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%	88.6%						
5	入院期間Ⅱ以内での退院	a	クリニカルパス利用率	36.4%	39.0%	36.0%	①クリニカルパスの積極的活用 ②クリニカルパス利用率、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昨年数値と同程度であり、積極的活用には至らなかった。 ②毎月、データ化した数値を出した。 ③－ ④－ ⑤パスに「退院調整部門への連絡」を組み込んだ。 ⑥パスの積極的な使用をアナウンスしている。 ⑦検証を行い、早期に拘らずⅡ期迄の期間による退院を促した。 ⑧COVID-19パスについて、学会で発表できた。	・クリニカルパスの良さをアピールし、存在感を高めていく。 ・クリニカルパスを新規作成し、種類を増やしていく。	診療局	医事課	
		b	DPCⅡ期内退院率	61.0%	62.2%	61.8%	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	①4月より、データ収集を開始した。 ②要因分析について、DPC分析システムEVEを使い分析できた。 ③対策一入院期間が長期化している疾患を把握して介入。 ④治療継続中にも病棟看護師と協働して、退院支援を実施した。 ⑤評価を行った。	・平均在院日数に関しては目標値をわずかに達成し短縮しているが、DPCⅢ・期間外の減少へと転じなかった点においては、長期化する患者層が存在していることが示唆される。	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	14.45日						

取組事項 No.	取組事項	指標 No.	指標名	達成指標		実績	実行計画	R5総括		担当部署	関連部署	関連委員会
				R4(実績)	R5(初年度)	R5見込	R5年度	【出来たこと(継続すべきこと) 出来なかったこと(改善すべきこと)】	【改善策(新たに取り組むべきこと)】			
6	救急受入の向上	a	救急車受入件数	2,905件/年	3,500件/年	3,324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年間を通じて、体制を整備できた。 ②現状の代務医の勤務を維持できた。 ③専門看護師の育成まではできなかった。 ④年間を通じて、充実した指導ができた。 ⑤定期的に症例を振り返ることができた。 ⑥できる範囲内での病棟決定がなされた。 ⑦持ち回り担当入院制度によりスムーズに割り振りできた。 ⑧救急からの入院件数が増加した。	・救急当番常勤医への負担が大きく、救急医療部常勤医の招聘が望ましい。 ・救急受入については年間を通して継続してお断りの削減が得られ、現状の体制の維持向上を目指したい。	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%	16.2%						
		c	救急からの入院件数	1,103件/年	1,200件/年	1,333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中央処置室をフル稼働し、救急外来のベッドを常時活用できるよう取り組んだ。 ②緊急入院決定後は、速やかに入院できるよう病棟との連携を強化した。	・実行計画の継続	看護局	救急医療部	救急医療委員会
7	紹介受入、逆紹介の向上	a	逆紹介率	59.7%	62.0%	73.9%	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事務職が訪問した際に当院への要望や意見についてヒアリングを実施。ヒアリング内容を連携委員会へ報告し、業務改善につなげた。 ②－ ③－ ④予約が取りにくい診療科については、予約申込みの都度、担当医へ相談しながら速やかな受診に努めた。 ⑤返書未作成の医師へ督促を行った。	・開業医へのヒアリングについては、引き続き実施。当院への要望や意見の収集に努めていく。 ・紹介患者の増加により予約が取りにくい状態が継続する場合、病診枠の拡充を図っていく。 ・返書作成漏れを防止するため、引き続き事務職が管理を徹底していく。	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%	64.2%						
8	手術件数の向上	a	手術件数	1,575件	1,700件	1,627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手術回転率の向上に努めた。 ②手術症例受入の増加に努めた。 ③後方施設の充実に努めた。 ④麻酔医の確保。（常勤3人） ⑤手術室看護師の確保。	・現在の取組を継続していく。	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	①医師からの緊急手術依頼があったときは、麻酔科医師と麻酔科医の調整とスタッフの調整を速やかに行い、受け入れ準備をすることができた。 ②外来からの継続的な看護として、術前外来説明を開始し、令和5年度は589件実施し、予定入院手術者の99%に実施することができた。	・常勤麻酔科医師が3名みえるが、常時3名ではないので、麻酔科の調整ができないときは、主科の先生にも協力を依頼していく。 ・引き続き外来からの継続的なかわりができるように業務調整を行っていき、当院で安心して手術を受けてもらえるようにしていく。	看護局	診療局	手術室運営委員会 備品材料選定委員会
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	280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入院については、急性期病棟の方が診療報酬が高いため、3西の利用はなかった。診療情報管理士と相談しながら行った。 ②レスパイト利用件数は増加した。 ③訪問看護と連携し、ポストアキュートに対応した。在宅医、患者の希望により他院の訪問看護を利用するケースが多々あった。訪問看護の利用がない場合は、ケアマネージャーと直接意見交換をし、方策を得た。 ④看護側の理由でのお断りは0件。 ⑤重症度医療看護必要度の平均値（4月～1月は18.3%）、在宅復帰率（8月～1月82.9%）と維持した。 ⑥サブアキュートの患者のクリニカルパスは完成した。	・早期から他部門と連携し、地域包括ケア病棟の施設基準を遵守した。今後も、戦略企画室、情報管理士、医事課と意見交換をし、改善策を検討する。 ・クリニカルパスの利用をすすめ、夜間緊急入院がとれるようにする。	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	50件						
		c	当院訪問看護依頼件数	13件	15件	5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に努めた。 ②該当手術患者のシミュレーションに努めた。 ③該当診療科への働きかけに努めた。 ④経過観察入院などの入院適応拡大に努めた。	・現在の取組を継続していく。	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%	61.8%	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	①80%実施した。 ②80%実施した。 ③100%実施した。 ④100%実施した。 ⑤100%実施した。 ⑥7月に1名採用。来年度採用予定。	①継続して取り組むことに難しさがあり、記載する方法を検討していく。 ②カンファレンスでの情報共有において、継続的取組が必要である。 ③来年度採用予定。	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	14.45日						
		c	介入あり患者の退院時Ⅲ期数	51.0%	49.9%	60.6%						

取組事項 No.	取組事項	指標 No.	指標名	達成指標		実績	実行計画	R5総括		担当部署	関連部署	関連委員会			
				R4(実績)	R5(初年度)	R5見込	R5年度	【出来たこと(継続すべきこと) 出来なかったこと(改善すべきこと)】	【改善策(新たに取り組むべきこと)】						
11	訪問看護の充実	a	訪問看護件数	6,146件	6,150件	7,000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	①2部署に訪問し、18名の看護師に説明ができた。 ②4月に訪問看護利用のフローチャートを作成し、居宅介護支援事業所への挨拶周りに活用できた。 ③津島市内22ヶ所中21ヶ所の居宅介護支援事業所に出向き、挨拶周りができた。 ④居宅介護支援事業所2件の困りごとの相談を受け、指導ができた。 ⑤「津島市訪問看護ステーション経営戦略」の打ち合わせができた。	・「津島市訪問看護ステーション経営戦略」の見直しを計画的に実施していく	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	新規取得8件 上位取得1件 下位変更1件	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 ・腹腔鏡下腓腫瘍摘出術 39,950点 ・腹腔鏡下腓体尾部腫瘍切除術 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前年より継続し、各部門で取得のための体制づくりを行った。腹腔鏡手術の指導医の就任により取得可能な施設基準を取得した。 ②～④取得に向けそれぞれ実施した。 ⑤・胃瘻造 1回 6,070点 嚥下機能評価 2,500点 ・呼吸ケアチーム加算 週1回150点 ・腹腔鏡下腓腫瘍摘出術 39,950点 ・腹腔鏡下腓体尾部腫瘍切除術 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 ・腹腔鏡下肝切除 108,820点	・来年度は改定の年となるため、新規項目については積極的に取得していく。 ・下位に変更となったもの（医師事務作業補助体制加算）については、引き続き募集を継続し、雇用できた際には離職防止に努めていく。	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	28%以上維持	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	①1回/月の看護記録情報委員会では、毎月の必要度の報告した。また、委員会では必要度の学習会を行い、適切に必要度を入力すること、委員より各病棟スタッフへの指導、を実施している。その他、必要度の入力間違いも委員会で伝達・情報の共有をして、入力間違いの対策をしている。 ②必要度の確認は平日毎日行った。必要度が低い場合は3西・6西への転棟を強化して実施した。また、医事課と連携して、必要度A項目／B項目の入力間違いがないか確認し、入力内容に確認が必要な場合は、各部署の師長へ確認をした。 ③3西師長と毎日転棟割合・在宅復帰率についての情報交換を行い、ベッドコントロールを実施することが出来た。	・継続して正確に重症度、医療・看護必要度を入力していく。 ・各病棟の患者カルテから患者の状態・今後の方向性、DPCを確認し、3西、6西への転棟を検討する。また、他院への転院についても確認し、転院が遅滞ないように各部署と共に取り組んでいく。	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	転棟割合：60%未満 在宅復帰率：72.5%以上									
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	管理料などの6件については会計時に算定漏れが無い体制を構築できた。	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	①②算定に向けそれぞれ実施した。 ③院内三者会で、事案検討して算定方法の改善を行い、関係者に周知を行った。 ④副院長と対応策を検討、悪性腫瘍特異物質治療管理料・特定薬剤治療管理料の算定漏れが無くなる運用方法を構築した。	・委託業者使用のシステム(べてらんくん)の他院におけるカスタマイズ状況のベンチマーク化を図る。	医事課	戦略企画室				
		b	がん患者指導管理料	81件	90件	70件	①外来からの連絡・依頼を受け、医師のIC(インフォームド・コンセント)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外来から連絡を受け専門・認定看護師がICに同席できた。 ②IC後には患者・家族と面談し、支援した内容を記録として残した。また病棟・外来とも連携し、継続して看護を提供した ③コスト入力に問題は発生しなかった。	・外来でのIC同席後に患者・家族と話をする場所が、診療科によっては準備することが困難な場合が発生した。場の確保については、改善していく必要がある。	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	220件	①フットケア外来においては、病棟からの依頼も受ける体制となり、療養支援の幅を拡大することができた。 ②指導管理料の算定は、データを可視化し、指導支援を行った対象者へは、コスト入力を確実に行うことができた。	・医師と連携し、対象者のスクリーニングを継続する。 ・実行計画の継続。							
		d	糖尿病透析予防指導管理料	30件	30件	30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								
		e	導入期初期加算件数	75件	80件	45件									
14	CT・MRI利用の促進	a	CT件数	24,971件	25,500件	26,500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当日依頼の検査を、お断りなしで運用中。 ②CT5番を更新済。 ③ドックについて話し合ったが、新規ドックについては見送りとなった。脳ドックについては、出来る限りの枠調整を行っている。 ④イントラでの情報発信は出来ていない。 ⑤新規ドックは見送りとなった。	・CTの更新により、低線量での肺がんドックが可能になったので、健康管理センターとともに情報発信して検査数を増やしたい。 ・来年度MRI更新により検査件数増を見込んでいるので、情報発信と検査内容の調整を行いたい。	放射線室	診療局				
		b	MRI件数	7,530件	7,700件	7,600件									
		c	ドックにおけるCT、MRI件数	294件	300件	320件									

取組事項 No.	取組事項	指標 No.	指標名	達成指標		実績	実行計画	R5総括		担当部署	関連部署	関連委員会
				R4(実績)	R5(初年度)	R5見込	R5年度	【出来たこと(継続すべきこと) 出来なかったこと(改善すべきこと)】	【改善策(新たに取り組むべきこと)】			
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	103,558	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強化プラン計画を室内へ掲示した。 ②医師への教育入院の病名登録を依頼した。 ③糖尿病教育入院患者のリストを作成した。 ④定期的な実績掲示を実施した。 ⑤急性期病棟でのリハビリ状況を、入棟審査会にて伝達した。 ⑥病棟運用に応じ、臨機応変に対応した。	・進捗状況を明確にしながら、強化プラン計画をリハ室内へ掲示していく。 ・患者リストを掲示し、算定を促していく。	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						
		c	糖尿病教育入院の算定割合	59%	90%	95%						
16	栄養管理指導の充実	a	外来栄養指導件数	392件	450件	740件		①心リハ栄養指導において、3回継続指導をルーチン化した。 ②導入可能なパスには全て導入した。 ③資料を作成し、イントラで1回周知した。以降定期的に掲載を予定。 ④薬剤室にも協力を頂き実施した。 ⑤1月末時点で64件実施をしたが、目標には届かなかった。 ⑥入院患者への対応は出来たが、外来患者への対応は不十分であった。 ⑦指導を実施した。(※患者ピックアップ方法が確立しておらず、件数は11件。) ⑧指導自体は実施したが、パンフレット作成には至らなかった。	・低栄養患者向けの指導パンフレットを作成する。(個人対応時間き取り時、同時に栄養指導ができるよう効率化を図る。) ・外来化学療法患者への栄養指導を増やすことで、より早期に食事摂取不良患者へ対応する。(外来化学療法室利用者のうち、特に食事摂取不良が疑われる患者への介入頻度を増やしていく。)	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	150件						
		c	入院栄養指導件数	887件	950件	850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%	84%	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	①4/5月の閑散期に病院職員を対象に受診勧奨した。 ③ 月に経鼻カマを増設 ④4月より検査着を更新済 ⑤4月より利用者アンケートの実施済	・ドック食の代替品によるリピーター確保策の策定	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%	89%						
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	14,892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算定漏れがないように確認担当者を配置した。 ②診療情報管理士と情報共有し、算定漏れ確認や高い診療報酬算定への変更などを行った。 ③毎月薬剤室会議で算定漏れ例の情報共有し、意識付けを行った。	・R6も現在の取組を継続していく。	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	26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新規委託を約250万円分行った。 ②回収実績金額は前年度と遜色ない。 ③適切に債権放棄を行っている。	・悪質な未納者への診療契約解除の法的根拠の精査を行う。 ・未収金発生前の時点での各種福祉制度の案内等、MSWとの連携強化を図る。	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	6件 (約1億3,600万円)	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各種補助金の活用可否について情報収取に努めた。 ②活用可能な補助金について、最大限の活用を図った。 ③随時、市関係部署との調整・連携を行った。	・継続して各種補助金の情報収集に努め、特定財源の有効活用に努めていく。	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	0件						
21	広報機能の強化	a	市広報紙記事掲載回数	22回	22回	24回		①病院特集、院長コラムなど、市広報紙に毎月記事を掲載した。 ②随時、ホームページの更新を行った。 ③随時、Twitter、Xに記事を投稿した。 ④随時、Instagramに記事を投稿した。 ⑤随時、CATVによる発信を行った。(市議会中継、エフエムなみななど) ⑥— ⑦随時、アトリウムサイネージでお知らせを放映した。 ⑧随時、南文化センターだよりにお知らせを掲載した。 ⑨— ⑩随時、パネル展示の取材を行った。(ピンクリボンなど) ⑪毎月、広報委員会を開催した。 ⑫学生実習インタビューを行った。 ⑬随時、シティプロモーション課との調整・連携を行った。	・現在の取組を継続していく。	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)	580	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					
		c	広報人材数	1人	13人	1人						

取組事項 No.	取組事項	指標 No.	指標名	達成指標		実績	実行計画	R5総括		担当部署	関連部署	関連委員会
				R4(実績)	R5(初年度)	R5見込	R5年度	【出来たこと(継続すべきこと) 出来なかったこと(改善すべきこと)】	【改善策(新たに取り組むべきこと)】			
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	262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随時、研修・セミナー等の情報を共有した。 ②職員の育児休暇取得に伴い、業務分担を見直した。〔管理G〕 ③4月に創設・試行実施された「津島市職員資格取得助成金交付制度」の内容確認等を行った。	・現状以上の支援制度の必要性の院内検討	管理課	全部局	
		b	職員満足度	60.3%	62.0%	59.1%						
		c	認定看護師育成数	計15名	—	—	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	①6月のキャリア支援アンケートにて、認定看護師への意向確認できた。看護職員に対して部署師長が支援し、来年度以降の受験を目指している。 ②認定看護師教育課程に1名、入学選考試験を受験した。 ③主任看護師7名が新たに受講し、修了することができた。 ④新たな新人看護師教育計画のもと体制を整えた。 ⑤新規採用者に対し、定期的な臨床心理士との面談のほか、個別でフォローの面談も実施できている。	・キャリア支援について継続して体制を整えていく。 ・新人看護師に対する年間計画を評価し、来年度の教育計画に反映させる。	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	7名増						
		e	新人看護師離職率	23%	12%以下	5.26%						

②経費削減対策

※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		実績	実行計画	R5総括		担当部署	関連部署	関連委員会
				R4(実績)	R5(初年度)	R5見込	R5年度	【出来たこと(継続すべきこと) 出来なかったこと(改善すべきこと)】	【改善策(新たに取り組むべきこと)】			
23	薬品費の削減	a	医薬品購入額対中央値比率	101.2%	102.0%	104.4%		①コンサルタントを活用し、定期的にベンチマーク比較や分析を行った。 ②コンサルタントを活用し、必要に応じて業者との価格交渉を行った。 ③随時、後発医薬品への切替に努めた。	・現在の取組を継続していく。	管理課	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%	92.0%	①ベンチマーク・分析 ②価格交渉 ③後発医薬品への切替					
		c	医薬品値引率	15.3%	15.0%	13.8%						
		d	常時在庫医薬品数の削減数	—	3		①常時在庫医薬品数の削減	①予定通り実施した。	・今後も使用量の少ない医薬品の洗い出しを行っていく。	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%	—	①ベンチマーク・分析 ②価格交渉	①コンサルタントを活用し、定期的にベンチマーク比較や分析を行った。 ②コンサルタントを活用し、必要に応じて業者との価格交渉を行った。	・現在の取組を継続していく。	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（ <i>アングリオメジカバ</i> ）への変更による(削減)購入額	149,680円	139,040円	131,956円	①安価な代替品（ <i>アングリオメジカバ</i> ）への変更による購入額の削減	①購入額削減に向け、代替品への変更を進めた。	・現在の取組を継続していく。	放射線室		
		b	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	—	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	①② ・回収事業を実施しているメーカー・業者と制度についての打合せを実施し、当院と業者側の役割等の確認を行った。 ・愛知県公立病院会臨床工学部門を活用し、導入病院数の調査、及び既に実施している場合には評価等について伺った。 ③事業内容を踏まえ、当院がR-SUD事業に参入した場合の削減額を算出した。 ④事業内容を踏まえ、事業に参入するにあたり関連する部署への調査を実施した。 ⑤事業内容を踏まえた提案資料を作成した。	・今後、提案内容の院内検討を進めていく。	診療技術局 (<u>臨床工学技士室</u>)	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%	—	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— ②— ③— ④—	・物価高騰、賃金上昇などにより委託費の削減は非常に困難な状況にあるが、委託業者との意見交換・交渉等を行い、業務見直しも視野に入れながら、できることを模索する。	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	70,499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	①購入額削減に向け、代替品への変更を進めた。	・現在の取組を継続していく。	放射線室	全部局	
		b	民間医療コンサルタントへの相談回数	—	5回	33回	①ベンチマーク・分析 ②価格交渉	①コンサルタントを活用し、必要に応じて分析を行った。 ②—	・医師招聘のための最新機器の導入など、戦略的な購入計画が必要。 ・物品の精査等を行うためには、院内における理解・協力が必要。	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		実績	実行計画	R5総括		担当部署	関連部署	関連委員会
				R4(実績)	R5(初年度)	R5見込	R5年度	【出来たこと(継続すべきこと) 出来なかったこと(改善すべきこと)】	【改善策(新たに取り組むべきこと)】			
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	①勤務内容の見直し ②タスクシフト/シェア	①勤務内容の見直しに努めた。 ②タスクシフト/シェアに努めた。	・現在の取組を継続していく。	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	18,000時間						
		c	看護記録による時間外勤務時間	—	実績値の把握	6,300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 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 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	①勤怠管理システム導入により、漏れなく申請されるようになり、時間外の申請が適切にされるようになった。 ②業務内容の変更(機種変更、新規購入等)については、全例(8件)の業務手順の見直し及び新手順の周知を含めて手順書を作成した。インシデント発生要因について検討し、手順の見直しを実施した。(12件) ③看護記録に関する時間外の把握はできた。 ④看護記録に要する時間外削減の為に、看護記録情報委員会の委員からの意見を集約し、経過表への入力項目のセット化を進めることができた。また、委員会で看護記録は適時に入力することで、看護記録の時間外の削減に繋がることを検討して取り組んだ。 ⑤看護記録情報委員会では、クリニカルパスを使用している場合の看護記録は記録が必要な場合に限定して記載することを周知した。	・継続して現状把握をしながら、業務改善・効率化に取り組んでいく。 ・今年度は勤怠管理システムが導入された為、今年度の値を基準として、検討していく必要がある。	全部局 (看護局)		
		d	クリニカルパス使用率 ※再掲	36.4%	39.0%	36.0%						
		e	医療技術職時間外勤務総時間	8,011時間	7,700時間	8,175時間	①業務分担の工夫 ②業務の効率化	①人員配置の工夫を行った。(放射線室)業務の見直しを行った。(リハ室) ②時間外のモニタリングを行った。(リハ室) 可能なものは手作業を減らすためにPC上で自動化して作業効率を上げるとともに、不必要な業務は無い か定期的に見直した(栄養管理室)	・現在の取組を継続していく。 ・出来る限り時間外にならないようにしているが、手術や検査の都合により時間外勤務が発生しており削減が難しい。	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	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上限時間超過の際の「協議順」・「時間外勤務改善報告書」を作成し、人事秘書課へ提出した。 ②繁忙時に業務分担を見直した。〔管理G〕 ③勤務管理、予算作成などにおいて、システムの活用を図った。	・現在の取組を継続していく。	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	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適宜、余剰配置有無等について情報収集を行った。 ②体制等に変更が無かったため、見直しの必要性は生じなかった。 ③随時、市関係部署との調整・連携を行った。	・現在の取組を継続していく。	戦略企画室	全部局 人事秘書課 (市)	

③患者サービスの推進

取組事項 No.	取組事項	指標 No.	指標名	達成指標		実績	実行計画	R5総括		担当部署	関連部署	関連委員会
				R4(実績)	R5(初年度)	R5見込	R5年度	【出来たこと(継続すべきこと) 出来なかったこと(改善すべきこと)】	【改善策(新たに取り組むべきこと)】			
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	40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退院指導用パンフレット(整形用)を作成、修正した。 ②パンフレットの配布を行った。	・退院指導がスムーズに行えるよう、パンフレット活用を促していく。	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	20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 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	①外来スタッフに、緩和ケア病棟申込者の把握方法を周知した。医師・看護師からレスパイト入院の問い合わせが増加した。 ②HPの内容(レスパイトの利用について)を追加した。 ③面談後に配布する説明用紙を作成し渡した。 ④毎月委員会で、配布率報告及び未配布については未配布に至った原因を各部署で明確にした。緊急入院においてもパスを配布することについて、外来・病棟で連携が取れていた。	・レスパイト件数、パス配布率とも目標値を上回っており、今後も継続して取り組んでいく。	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%	96.00%						

取組事項 No.	取組事項	指標 No.	指標名	達成指標		実績	実行計画	R5総括		担当部署	関連部署	関連委員会
				R4(実績)	R5(初年度)	R5見込	R5年度	【出来たこと(継続すべきこと) 出来なかったこと(改善すべきこと)】	【改善策(新たに取り組むべきこと)】			
		d	入院患者満足度	89%	92%	80%	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「満足度マシマシ！大作戦」を掲げ、患者満足度の向上に努めた。 ②毎月、患者サービス推進委員会を開催した。 ③入院患者及び外来患者の満足度調査を行った。 ④通年で、ご意見箱を設置し、いただいた意見の検証を行い改善に努めた。 ⑤－ ⑥随時意識し行動に努めた。 ⑦売店・レストランのあり方を検討するとともに、レストランのサービスの充実を図った。 ⑧随時、施設老朽化からくる不具合に対応した。	・現在の取組を継続していく。	全部局 (各局)		患者サービス 推進委員会
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接遇講習会の開催 ②全職員の受講義務化	①接遇講習会を開催した。 ②－	・現在の取組を継続していく。	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	－						
		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接遇講習会の開催	①新入職者へのオリエンテーションを実施(4月)した。	・現在の取組を継続していく。	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	4.5点						
		e	入院患者アンケート率 看護局／満足・やや満足	89.3%	95.0%	76.5%	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	①②③ 看護局入院患者アンケートでは 看護師評価満足・やや満足が76.5%であった。	・看護局サービス委員会入院患者アンケートは、印刷の仕方 質問内容の変更が回答に影響を及ぼし、昨年度の評価を下回る結果となった。次年度の質問方法を再検討する。	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%	96.1%						
		g	接遇研修参加率	56.7%	60.0%	51.8%	①接遇研修	①院内イントラを活用して接遇研修を行った。	・現在の取組を継続していく。	全部局 (事務局)		患者サービス 推進委員会
		h	接遇への入院患者満足度	81.0%	83.0%	80.0%	②接遇マナーの徹底	②ご意見やご指摘を受けた際に、接遇マナーを徹底するよう該当職員・部署に伝えた。				
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	42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）	①新人看護師：5月実施、看護職員：8月実施。 ②11・2月実施、出来ているの回答平均94.5%。 ③10月～12月「迅速な対応」、1月～3月「身だしなみとマナーについて」のポスターを掲示。 ④10月実施、20秒以上22%、60秒以上3.3%。	・次年度も継続して実施していく	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	18件	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 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）	92.3%	96.0%	83.5%						
		d	啓発回数	－	12回	12回	①意識啓発	①主要指標を毎日イントラに掲示する際、表題に「満足度マシマシ！大作戦」を展開中である旨を付記することで、職員意識の高揚を図った。	・現在の取組を継続していく。	全部局 (各局)		患者サービス 推進委員会

④職員意識の改善

取組事項 No.	取組事項	指標 No.	指標名	達成指標		実績	実行計画	R5総括		担当部署	関連部署	関連委員会
				R4(実績)	R5(初年度)	R5見込	R5年度	【出来たこと(継続すべきこと) 出来なかったこと(改善すべきこと)】	【改善策(新たに取り組むべきこと)】			
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	①勤務内容の見直し ②タスクシフト/シェアの推進	①勤務内容の見直しに努めた。 ②タスクシフト/シェアの推進に努めた。	・現在の取組を継続していく。	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%	100%	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	①各部署それぞれが、強化プランに関連する内容を立案した。 ②各部署および委員会目標に強化プランを落とし込み、全スタッフに対し周知。目標管理を展開できた。 ③中間評価においては、計画の進捗状況の確認とともに計画の修正を実施した。 ④最終評価を実施し、強化プランの総括に反映させた。	・数値目標で達成していない項目の要因分析と対策に取り組む。特に、DPCⅢ期越えについては多職種との協働が不可欠であるため、チーム医療の中での退院支援・調整を進めていきたい。	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						
		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	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定期的に局打合せを行い、局職員の意識の統一を図った。	・会議の生産性向上を意識する中で、現在の取組を継続していく。	全部局 (各局)		

取組 事項 No.	取組事項	指 標 No.	指標名	達成指標		実績	実行計画	R5総括		担当部署	関連部署	関連委員会
				R4(実績)	R5(初年度)	R5見込	R5年度	【出来たこと(継続すべきこと) 出来なかったこと(改善すべきこと)】	【改善策(新たに取り組むべきこと)】			
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	24種	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データを出し、確認できた。 ②分析ツールで他院と比較できた。 ③委員会にて結果を報告できた。 ④改善を検討できた。 ⑤委員会が出た意見をまとめ、該当診療科へ提案できた。	・データだけで判断するのではなく、現場の流れを把握し、より説得力が増す資料を作成していきたい。	全部局 (診療局・事務局)		
		b	コスト削減率	—	1%減(R4比)	0.12%		①他社との比較検討を行ったが、コンサルが入って既に価格が下げられており、更に安価な商品を探すことが困難であった。目標の1割(21万円程)程に留まっている。				
		c	心エコー件数	2,582件	2,980件	3,174件	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	②生化学・免疫測定装置を賃貸借で契約し、更新前の保守費用の範囲内で新機種への更新が可能となった。 ③1名検査可能となり合計4名(1名育休中)となった。 ④機械とスタッフの手が空く時間にエコー枠を作成している。 ⑤生理機能の空いている腹部エコー枠を利用して健診センターの腹部エコーを行い、待ち時間の短縮に努めた。	・消耗品の全てについて見直しができいていないので、更に見直しを進めていく。 ・当日枠をさらに増やせるよう、エコー検査の出来る人数を順次増やしていく。	全部局 (診療技術局/臨床検査室)		
		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	53.75%						
		e	検査件数(視能訓練士室)	1,300件/月	1,400件/月	1,498件	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検査毎の算定可能なパターンを理解し、実行に移すことができた。 ②前日に算定可能な検査の予習は出来たが、外来稼働日が想定を下回ったため、目標値を達成できなかった。	・診療報酬改定にあたり、見直し項目(特に愛知県ローカルルール)を理解する。 ・引き続き、前日に算定可能な検査項目の予習を行う。	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	—	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強化 ③備品管理の徹底(ストック備品を余分に持たず、物品請求は看護師長の確認を必ずもらう) ④整理整頓による物品管理 ⑤印刷ミスを防止に向け、印刷実施時の画面確認実施 ⑥外来の受付票の見直し ⑦医療廃棄物でない燃えるゴミは、燃えるゴミのビニールに捨てるように啓蒙	①指導管理料の内容・件数の可視化はできた。 ②コスト入力もれ件数は、数値で表すことはできなかった。 ③物品請求内容は、送信前に請求内容の確認を行った。 ④業務検討委員会にて、毎月5S活動のチェックを実施し改善状況を確認した。 ⑤可能であれば両面印刷の実施、裏紙の活用を行った。 ⑥今年度は取り組みなかった。 ⑦ゴミ分別の種類がすぐにわかるように表示を作成中、ゴミ箱に表示する予定。	・感染対策の変更に伴い、ハザードボックスの設置場所の改正が行われた(病室内のみハザードボックス設置)。感染廃棄物の適切な廃棄を実施していく。 ・スタッフステーション内でのごみの分別を実施。 ・コスト入力漏れ件数を可視化する方法として、外来会計から各部署へ入力漏れ時の入電件数で集計する方法等を検討する。 ・外来受付票(受診票)の見直しについては、選定療養費の改定で運用方法を変更したため現行継続する。	全部局 (看護局)		
		g	A 4 用紙購入枚数の削減	3,975,000枚	3,895,500枚	3,777,000枚						
		h	経営指標掲示回数	—	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経営指標を毎月掲示したほか、救急受入状況等の主要指標を毎日イントラに掲示することで、職員の関心促進を図った。 ②稼働額及び指標の状況を毎月確認することで現状における課題の把握に努め、必要な対応を図った。	・現在の取組を継続していく。	全部局 (事務局)		
		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(4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	①計画的に研修を実施した。 ②4人参加。(5人予定が忌引きのため4人) ③1回実施。 ④講師スタッフは、技術を維持するため、計画的に研修参加した。	・今年度初めての取組だったが、継続していけるよう進めていく。 ・	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						
		c	医療安全情報の情報共有回数	13回	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ヒヤリハット報告への意識が向上した。(R5アクシデント・インシデント報告件数:974件/ヒヤリハット報告:89%(R4:54.5%)) ②医療安全情報を発信することで、アクシデントインシデントの注意喚起となっている。同様の事象が発生しないよう、委員会で検討することができた。 ③対策を確認し、各部署にフィードバックできた。(R5転倒転落報告:346件(R4:473件))	・アクシデント・インシデント防止に向けた、対策実施後の成果を確認する。 ・身体拘束に関する取り組みを追加する。	全部局 (看護局)		
		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						

取組事項 No.	取組事項	指標 No.	指標名	達成指標		実績	実行計画	R5総括		担当部署	関連部署	関連委員会
				R4(実績)	R5(初年度)	R5見込	R5年度	【出来たこと(継続すべきこと) 出来なかったこと(改善すべきこと)】	【改善策(新たに取り組むべきこと)】			
34	危機意識の向上	e	クラスター発生回数	4件	0件	4件	①院内クラスターの防止に向け、COVIT2019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新型コロナウイルス感染症病棟別マニュアルが完成し、マニュアルに沿って行動している。 ②感染者の状況に合わせ、防護具が選択できるような物品の準備を行った。 ③感染リンクナースの活動の下、感染症対策の変更に伴うマニュアルの変更等を実施した。 ④各部署6回実施 ⑤BCP入院治療の継続5項目作成。 ⑥災害看護研修2回実施。	・院内クラスター発生時には、随時陽性者の受け入れを行った。感染対策の変更に応じて、マニュアルの変更は必要。 ・（感染者の受け入れや対応変更によっては）病棟・病室の運用検討が必要。 ・作成したBCP「入院治療継続5項目」を基に、訓練をしていく必要がある。	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)	6回（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%	87.67%		①経営指標を毎月掲示したほか、救急受入状況等の主要指標を毎日イントラに掲示することで、職員意識の高揚を図った。 ②院内災害訓練、職員安否・参集確認訓練等を行った。 ③改正個人情報保護法について、院内研修を実施した。 ④随時、危機管理課、健康推進課との調整・連携を行った。（津島市災害医療対策会議、能登半島地震対応など）		全部局 (各局)	危機管理課 (市)	
		h	情報セキュリティ訓練メール開封率	7.9%	5.0%	10.0%	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		・情報セキュリティ保護に向けては、「医療情報システムの安全管理に関するガイドラインVer6.0」に基づく体制づくり及び非常時に備えたBCP計画の策定を検討する。			
		i	経営指標掲示回数 ※再掲	—	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	—	①ご意見箱の周知啓発 ②職員の積極性の促進 ②幅広い視野での対応 ③迅速な行動・現状の打破	①— ②随時、働きかけを行った。 ③随時、意識して取り組みを行った。 ④随時、意識して取り組みを行った。	・現在の取組を継続していく。	全部局 (各局)		
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	各委員会に対し見直しに向けた意向調査を実施	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	①来年度以降の委員会を効率的、効果的に進められるよう、各委員会において最低必要と思われる構成員（職種）および人数について調査を意向実施した。 ②構成員の負担をできる限り軽減できるよう、開催時間の短縮、書面開催への変更等も含め、今まで以上に開催のあり方を検討するよう依頼文を发出した。	・意向調査結果に基づき、各常置委員会の在り方等について検討していく。	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	各委員会に対し見直しに向けた意向調査を実施						
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)の達成	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現状維持が図れた。 ②複数主治医制の実現には至らなかった。 ③文書報告は増えたが、開催回数の削減はあまり得られなかった。 ④啓蒙は十分に図れたと思われる。 ⑤育成まではできなかった。 ⑥啓蒙はある程度は図れたと思われる。 ⑦各科を工夫して代行、簡素化がなされた。 ⑧現状維持が図れた。	・医療自体における時間外労働は徐々に削減できていると思われるが、役職医の会議参加への負担が大きく、更なる削減、簡素化が望ましい。 ・後方支援病院や施設への転院などにかかる医師の負担が大きく、MSWの更なる充実が望ましい。	全部局 (診療局)		医師の負担軽減委員会
							医師の業務軽減 ①持参薬処方等代行人力の実施(薬剤室) ②支持療法提案及び代行人力(薬剤室) ③輸血関連検査の代行人力(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人力(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HOT(在宅酸素療法)への介入(臨床工学技士室)	①持参薬使用時、依頼があれば行っている。 ②化学療法室、各病棟で処方提案・代行人力を行っている。 ③ ④ ⑤身体障害者手帳の計測業務を行った。 ⑥入院患者の栄養評価、食事内容の提案・調整を行った。（※栄養士業務に係るマンパワー不足もあり、十分に出来ていないと感じる。） ⑦早期経腸バス作成のうえ使用開始済み。 ⑧視能訓練士が行った検査コストの入力を、医師の代わりに行った。 ⑨ ⑩ ⑪CPAP介入数:53件、HOT介入数:29件	①②今後も積極的に処方提案をし、代行人力を行っていく。今後は指示簿一覧の代行人力も行えればと思う。 ⑤引き続き、医師の代わりにコスト取得を実施していく。 ⑪来年度はCPAP・HOT導入の頻度が少ない診療科にもアピールしていく。	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	8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	①②③ 整形外科における、FLS登録、呼吸器内科におけるレセプト病名入力、結核感染者の保健所提出書類の作成等を行った。	・診療情報提供書（返書）のフォーマット化	全部局 (事務局)		医師の負担軽減委員会

取組事項 No.	取組事項	指標 No.	指標名	達成指標		実績	実行計画	R5総括		担当部署	関連部署	関連委員会
				R4(実績)	R5(初年度)			【出来たこと(継続すべきこと) 出来なかったこと(改善すべきこと)】	【改善策(新たに取り組むべきこと)】			
		c	タスクシフト/シェア業務数	－	2件	1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促進 ➤放射線室内での講習の実施 ③体制の充実	①－ ②造影MRI時の技士による抜針を実施。 技師の抜針実施割合は約98％。講習会の受講に向け、開催日時や場所を検討中。（放射線室） ③－	・タスクシフト等が可能な業務の情報収集に努めていく。 ・業務拡大講習の他に告示研修もあるので、そちらも順次進めていく。（放射線室）	全部局 (各局)		医師の負担軽減委員会

⑤事務職員の強化

取組事項 No.	取組事項	指標 No.	指標名	達成指標		実績	実行計画	R5総括		担当部署	関連部署	関連委員会
				R4(実績)	R5(初年度)			【出来たこと(継続すべきこと) 出来なかったこと(改善すべきこと)】	【改善策(新たに取り組むべきこと)】			
38	プロパー職員の活用	a	プロパー職員配置数	－	1人	1人	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プロパー職員が必要となる担当業務の洗い出しを行った。 ②－	・プロパー職員の採用・配置に対する総意が得られるよう、市の理解に努めていく。	戦略企画室	管理課 医事課 地域医療センター	
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	8人	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	①9月には目標人数となる10人目まで採用。 ②新規採用者への32時間研修を実施。 ③新規採用者の年度途中退職が生じた。	・新規採用者の募集を継続的に実施していく。 ・現従事者の離職防止のための処遇改善を検討。	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	3件	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日ごろから意識するとともに、随時、見直しに努めた。 ②効率や効果の面などから、随時、見直しに努めた。 ③－	・現在の取組を継続していく。	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	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適宜、医療提供体制の整備に向け調整を行った。 ②市長院長等意見交換会を毎月実施し、連携強化に努めた。 ③R6予算の立案に際し、予算編成方針を発出した。	・現在の取組を継続していく。	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）	