

津島市民病院経営強化プラン実行計画（R6年度）

資料④-1 (R6.10.9 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	令和5年度				令和6年度		担当部署	関連部署	関連委員会
				達成指標	実績値	実行計画	【改善策(新たに取り組むべきこと)】	達成指標	実行計画			
1	常勤医師の確保	a	救急医療部常勤医師数	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	・救急医療部常勤医の招聘が課題。	1名	①院長・診療科長による積極的な関連大学訪問・交渉 ②救急診療システムの構築、スムーズな入院の受け入れ整備 ③指導医やメンターとの交流の機会の確保 ④専門医取得のための病院全体のフォロー ⑤当院の医療事情に応じた研修医の採用	診療局	事務局	
		b	研修医からの採用医師数	1名	1名			2名				
		c	医師数 (会計年度含まず)	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）	・現在の取組を継続していく。 ・医療機器等の充実。	75人以上	①市長同行による大学訪問 ②常勤医師不足診療科等の医局等への訪問 ③大学医局との関係強化（天王祭招待等） ④研修医から当院への採用	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%		・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。 【評価委員意見】 近年は初期研修医は順調にフルマッチングを続けていましたが、後期研修医の残留が無いことが医師不足の大きな一因でした。今年度は残留する研修医がおり、成果によるものと言えます。 この医師がイキイキと働けば、後輩が続く可能性も増し、キーとなる医師になると思います。	100%	①救急症例検討会の充実(毎月) ②メンター制度の充実 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)	臨床研修センター	診療局	
		b	研修医の確保人数	7名/年	7名/年			7名/年				
		c	研修医の学会発表回数	最低1回/年	1回/年			2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%	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	・診療技術職員の募集定員を満たせるよう、取組を進めていく。 ・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を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。 【評価委員意見】 全国の都市部の急性期病院で、看護師の大量退職により入院受け入れの抑制等を行っている病院が相次いでいる。 看護師の離職防止とモチベーション向上に、積極的に取り組んでください。 単なる精神論ではなく、必要であれば業務改善ツール(観察カメラ、入眠センサー、スマホやインカムなど)の導入も検討してください。	100%	①採用試験の日時を通常より早く時期に設定した ②POについて臨床実習指導者講習会受講を計画的に進める。 ③人事考課制度の効果的な実施 ④日本病院薬剤師会ホームページに募集要項掲載(薬剤室) ⑤実習指導者の育成(歯科衛生士)	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)	100%	85.7%			100%	①インターンシップ、病院見学の継続 ②ホームページの刷新、看護局パンフレットリニューアル ③人材確保活動(就職イベント参加) ④看護局教育委員会で実習に関する困りごとを毎月、各部署より聞き取り対策を共有すると共に実習指導のポジティブな評価はフィードバックしていく ⑤臨床実習指導者の育成(指導者講習会出張3名、院内人材育成研修12名)	看護局	管理課	
		c	看護師実習受け入れ数	7校 (延450名)	8校 (延310人)			85%				
		d	看護師離職率 (過去3年平均10.8%)	9%以下	9.5%			9%以下				

取組事項No.	取組事項	指標No.	指標名	令和5年度				令和6年度		担当部署	関連部署	関連委員会
				達成指標	実績値	実行計画	【改善策(新たに取り組むべきこと)】	達成指標	実行計画			
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%	87.5%	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	・現在の取組を継続していく。 【評価委員意見】 名古屋医療圏への患者流出の防止に関し、どのような対策を行って維持できたのか不明ですが、視点を変えて流出の防止を目的とせず、大学病院などの高度急性期病院と自院の医療提供体制を鑑みた連携を目的としてはどうでしょうか。	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	戦略企画室		
		b	津島市及び隣接市の入院受診比率	86.8%	88.6%			88.6%				
5	入院期間Ⅱ以内での退院	a	クリニカルパス使用率	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	・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。	39.0%	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	診療局	医事課	クリニカルパス委員会
		b	DPCⅡ期以内退院率	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		62.2%				
		c	急性期在院日数	13.5日	14.45日	・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。 【評価委員意見】 急性期在院日数の短縮に向けた改善策に関し、「長期化する患者層が存在していることが示唆される。」とありますが、これに対し具体的な対策を立てることが必要と考えます。		13.5日				
6	救急受入の向上	a	救急車受入件数	3,500件/年	3,268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	・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。 【評価委員意見】 救急受入に関し、救急車受け入れ件数が400件以上増加し、救急車お断り率も10%以上改善されており、対策の効果が表れた結果と思われます。救急外来等で、頑張っている職員だけに偏った負担が掛からないよう目配りした上で、更なる改善に向けての取り組み強化が望まれます。	3,500件/年	①救急医療部常勤医・代務医の雇用招聘 ②お断り症例の振り返り検討、見直し ③救急隊との交流、連携・勉強会の充実 ④スムーズな入院患者の病棟決定 ⑤スムーズな担当医の割り振り分担 ⑥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	15.0%	16.2%			15.0%				
		c	救急からの入院件数	1,200件/年	1,363件/年			1,350件/年				

取組事項No.	取組事項	指標No.	指標名	令和5年度				令和6年度		担当部署	関連部署	関連委員会
				達成指標	実績値	実行計画	【改善策(新たに取り組むべきこと)】	達成指標	実行計画			
7	紹介受入、逆紹介の向上	a	紹介率	71.0%	65% (11,696件)	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	・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。 【評価委員意見】 予約申し込みの都度ではなく、事前に対象となる診療科医師と紹介患者受け入れ基準の標準化を進めてはどうか。	60.8% (12,700件)	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	逆紹介率	62.0%	75.8% (11,113件)			80.0% (12,000件)				
8	手術件数の向上	a	手術件数	1,700件	1,617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	・現在の取組を継続していく。	1,700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	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	・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。		①医師の増員と専門分野に特化した手術にも対応できるように、器械の準備を行う ②安全に手術助働できるように学習会を開催し、スタッフ全員が対応できるようにする ③手術室部長と相談しながら、手術室の運営方法を決め、手術室運営委員会で共有し協力を仰いでいく	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)	280件	287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)	・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。	245件	①急性期治療終了した患者の退院支援の充実 ・Ⅱ期以降の患者を積極的に患者受け入れる ②重症度、医療・看護必要度A項目8%以上 在宅復帰率72.5% 院内転棟割合65%未満を維持 ③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 ・他院からの紹介患者の速やかな受け入れ ・入院受け入れの効率化 ・経過観察パスの検討・見直し・活用 ・新規クリパスの検討 ④在宅復帰支援 ・早期から他職種と連携を図り、在宅復帰率72.5%を維持する ⑤訪問診療・開業医の診療を受ける退院患者へのレスパイトの推奨・啓蒙を実施する ⑥訪問看護と連携した緊急レスパイトの受入拡大	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	30件	61件			80件				
		c	当院訪問看護依頼件数	15件	6件			10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	・現在の取組を継続していく。		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	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	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継続して取り組むことに難しさがああり、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。	62.2%	地域医療センター・病床管理 ①緊急入院患者の情報収集とカルテへ情報入力 ②予定入院期間の把握、在院日数、DPCⅡ期間を見据えた退院調整 ③近隣回復期療養型病床の空床状況の確認 ④家族への方針説明と多職種での情報共有 ⑤重症度、医療・看護必要度適正評価 ⑥DPCⅢ期越えの患者の見える化	地域医療センター	診療局 看護局	
		b	急性期在院日数 ※再掲	13.5日	14.45日			13.5日				
		c	介入あり患者の退院時Ⅲ期数	49.9%	60.6%			指標削除				

取組事項No.	取組事項	指標No.	指標名	令和5年度				令和6年度		担当部署	関連部署	関連委員会	
				達成指標	実績値	実行計画	【改善策(新たに取り組むべきこと)】	達成指標	実行計画				
11	訪問看護の充実	a	訪問看護件数	6,150件	7,404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	・「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	6,850件	①「津島市訪問看護ステーション経営戦略」の見直しをする ②各部署に対して訪問看護の利用方法等の説明をする ③居宅介護支援事業所へ顔の見える関係づくりをする ④居宅介護支援事業所への相談対応をする	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 ・腹腔鏡下腓膵腫瘍摘出術 39,950点 ・腹腔鏡下腓膵体尾部腫瘍切除術 脾同時切除 53,480点 脾温存 56,240点 ・緊急修復固定加算(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	・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。 【評価委員意見】 施設基準取得の向上に関し、令和6年の診療報酬改定で地域包括ケア病棟のあり方が大きく変わるため、新たな病棟運用を策定する必要があると考えます。	3件以上	①診療報酬改定に適正に対応するためPTの設置 ②取得可能な施設基準の抽出 ③取得に向けた院内調整 ④施設基準の取得 ※今回の改定のうち、影響度の大きいもの「看護必要度の変更による急性期1の施設基準」「地域包括ケア病棟の施設基準」「地域包括医療病棟の新設」については、経過措置を踏まえながら、院内シミュレーションを踏まえ慎重に対応する。	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	・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、転院が遅滞しないように各部署と共に取り組んでいく。	A項目3点C項目1点 →20%以上 かつ A項目2点C項目1点 →27%以上 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) B項目については継続して入力、A項目については実施した処置を正確に入力することを周知する 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項目の入力を確認する 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	転棟割合：60%未満 在宅復帰率：72.5%以上			転棟割合：65%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	・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。	3件以上	①提出済レセプトを用いた算定基準のベンチマーク化により、当院未算定の加算の洗い出し ②査定・減点レセプトの精査により人的エラーの減少	医事課	戦略企画室		
		b	がん患者指導管理料	90件	65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	・外来でのIC同席後に患者・家族と話を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。	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 ④主治医と共にS T A S Jテンプレート活用	看護局	医事課 戦略企画室		
		c	糖尿病合併症管理料	220件	222件			220件					
		d	糖尿病透析予防指導管理料	30件	29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	・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。	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	80件	56件			80件					

取組事項No.	取組事項	指標No.	指標名	令和5年度				令和6年度		担当部署	関連部署	関連委員会
				達成指標	実績値	実行計画	【改善策(新たに取り組むべきこと)】	達成指標	実行計画			
14	CT・MRI利用の促進	a	CT件数	25,500件	26,585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	・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。	26,800件	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 ④検査内容の調整	放射線室	診療局	
		b	MRI件数	7,700件	7,624件			7,800件				
		c	ドックにおけるCT、MRI件数	300件	337件			350件				
15	リハビリ単位数の維持・向上	a	リハビリ単位数	106,000	103,883	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	・進捗状況を明確にししながら、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。	104,000	①強化プラン計画のリハ室内への掲示 ②定期的な実績の掲示 ③診療報酬改定もあり、リハビリ実施計画書の運用の見直し	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	1,000	1,126			1,100				
		c	糖尿病教育入院の算定割合	90%	96%			90%				
16	栄養管理指導の充実	a	外来栄養指導件数	450件	740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	・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。) 【評価委員意見】 外来栄養指導件数が400件→740件等のカイゼン事例を院内に周知し、他部署の刺激にすることは重要です。また、表彰も良いと思います。	780件	①外来心リハ栄養指導の効率化、継続 ②化学療法継続患者への定期指導実施 ③化学療法による食事摂取不良患者への介入	栄養管理室	診療局	
		b	外来化学療法室栄養指導件数	180件	150件			180件				
		c	入院栄養指導件数	950件	850件			900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	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	・ドック食の代替品によるリピーター確保策の策定	85%	①①閑散期(4.5月)における、院内職員の受診勧奨 ②機器整備による検査の効率化 ③生理機能検査のエコーを使用し待ち時間の軽減を図る。	健康管理センター	臨床検査室 医事課	
		b	利用者満足度(今回の利用意向率の向上)	80%	89%			90%以上維持				
18	薬剤管理指導の充実	a	薬剤管理指導件数	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	・R6も現在の取組を継続していく。	14,000件	①毎月のDI担当と病徴薬剤師の面談時、算定件数や算定率について現状分析を行う。 ②診療情報管理士と連携し、高い診療報酬算定への変更を行う	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	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	・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。	未収金回収額100万円以上	①安易な分納誓約を締結しない ②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 ③未収金の精査・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	最大限活用	6件(約1億4,000万円)	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	・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。	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	戦略企画室	事務局 財政課(市)	
		b	新規補助金の掘起し数	情報収集	0件			情報収集				

取組事項No.	取組事項	指標No.	指標名	令和5年度				令和6年度		担当部署	関連部署	関連委員会
				達成指標	実績値	実行計画	【改善策(新たに取り組むべきこと)】	達成指標	実行計画			
21	広報機能の強化	a	市広報紙記事掲載回数	22回	24回	①市広報紙による発信 ②ホームページによる発信 ③X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	・現在の取組を継続していく。	22回	①市広報紙による発信 ②ホームページによる発信 ③X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 ⑭市立図書館の活用(展示等)	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	500 (T:150・I:350)	624			650				
		c	広報人材数	13人	1人			5人				
22	人材育成、支援制度の強化	a	院外研修等受講者数	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	・現状以上の支援制度の必要性の院内検討	280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	管理課	全部局	
		b	職員満足度	50.0%	47.2%			50.0%				
		c	認定看護師育成数 指標変更 認定看護師・特定行為研修修了 看護師育成数	—	—	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	・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。	受験生1名	①養成施設への受験者の決定 ②養成施設の入学選考試験を受験 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 追加 ○認定看護管理者教育課程ファーストレベルに主任看護師の受講を計画的に推進 ○新人看護職員研修責任者等研修事業の計画的受講(R6年度は教育責任者研修1名、教育担当者研修2名受講) ○目標管理にてスタッフとキャリア開発について話し合い、院外研修等を一つの手段として提案していく。 ④令和5年度に新人看護師に対する年間計画が一新され整備された。令和5年度の評価から、今年度もその計画を継続して実施する。 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	2名増	7名増			4名増				
		e	指標追加 認定看護管理者教育課程受講者数					2名増				
		f	指標追加 キャリア開発のための院外出張参加率					10%以上				
		g	新人看護師離職率	12%以下	10.50%			12%以下				

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	令和5年度				令和6年度		担当部署	関連部署	関連委員会
				達成指標	実績値	実行計画	【改善策(新たに取り組むべきこと)】	達成指標	実行計画			
23	薬品費の削減	a	医薬品購入額対中央値比率	102.0%	104.4%	①ベンチマーク・分析 ②価格交渉 ③後発医薬品への切替	・現在の取組を継続していく。	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	管理課	診療局 医事課 戦略企画室	薬事委員会
		b	後発医薬品使用割合	93.0%	91.8%			93.0%				
		c	医薬品値引率	15.0%	14.3%			15.0%				
		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	・今後も使用量の少ない医薬品の洗い出しを行っていく。	3	使用量の少ない医薬品の洗い出しを行う。また、同効薬が多い医薬品を一部院外専用薬へ変更していく。	薬剤室	診療局 戦略企画室	薬事委員会

取組事項No.	取組事項	指標No.	指標名	令和5年度				令和6年度		担当部署	関連部署	関連委員会
				達成指標	実績値	実行計画	【改善策(新たに取り組むべきこと)】	達成指標	実行計画			
24	診療材料費の削減	a	【新規】 診療材料費の対修正医業収益比率(R5:診療材料購入額対中央値比率)	98.5%	—	①ベンチマーク・分析 ②価格交渉	・現在の取組を継続していく。	9.3%	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(アンギオ用イメージカ パ-) への変更による(削減)購 入額	139,040円	167,650円	①安価な代替品(アンギオ用イメージカ パ-) への変更による 購入額の削減	・現在の取組を継続していく。	158,300円	①現在の取り組みを継続し、他に経費削減できるも のではないかと検討する	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	—	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	・今後、提案内容の院内検討を進めていく。	導入に向けた検討	①R5年度もふまえてコスト削減額を再算出 ②R6年診療報酬改定によりR-SUD使用した場合の加 算が新設されたため内容を調査 ③提案	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	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	・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。	7.7%	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への聞き取り	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	54,788円	72,743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	・現在の取組を継続していく。	17,952円	①現在の取り組みを継続し、他に経費削減できるも のではないかと検討する	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	38回	①ベンチマーク・分析 ②価格交渉	・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。	コンサルタント委託無 のため設定不可	①ベンチマーク・分析 ②価格交渉	管理課	全部局	
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	・現在の取組を継続していく。	全勤務医A水準(年 上限960時間)の達 成	①夜間、休日の勤務内容の見直し ②チーム医療の充実や複数主治医制の推奨 ③書類作成、レセプト業務などのタスクシフト	全部局 (診療局)		
		b	看護職時間外勤務総時間	16,000時間 月3.6時間/人	17,951時間			16,000時間 月3.6時間/人 以下	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看護記録に関する時間外の把握	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	6,351時間49分	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	・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。	6,250時間以下	③看護記録に関する時間外削減に向けて委員会で検 討し取り組む(具体的には実施した看護業務に対し て即、記録をする。経過表に入力していることは看 護記録には記載しない) ④記録に関するデジタル技術(カメラセンサーを使 用した自動記録など)の情報収集と検討 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 ⑥クリニカルパス使用により標準的な看護支援を効 率よく実施、インシデントの防止、個別的な看護支 援の提供			
		d	クリニカルパス使用率 ※再掲	39.0%	36.0%			39%以上				
		e	医療技術職時間外勤務総時間	7,700時間	8,077時間	①業務分担の工夫 ②業務の効率化	・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。	7,700時間	①業務分担の工夫をする。 ②業務の効率化			
		f	事務職時間外勤務総時間	8,400時間	7,426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	・現在の取組を継続していく。	7,400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	全部局 (事務局)		

取組事項No.	取組事項	指標No.	指標名	令和5年度				令和6年度		担当部署	関連部署	関連委員会
				達成指標	実績値	実行計画	【改善策(新たに取り組むべきこと)】	達成指標	実行計画			
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	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	・現在の取組を継続していく。	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	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	令和5年度				令和6年度		担当部署	関連部署	関連委員会		
				達成指標	実績値	実行計画	【改善策(新たに取り組むべきこと)】	達成指標	実行計画					
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	49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	・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。	50枚	①退院時指導用のパンフレットを呼吸器患者さん用にも配布予定 ②新たに、パンフレット企画作成を検討していく	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	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	・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。	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経過観察クリニカルパスの活用、患者パス配布・説明の啓蒙 ③入院案内室との連携(アナムネ入力・SGAシート・MSWスクリーニング入力)	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	92.72%	96.00%			100.00%						
		d	入院患者満足度	92%	98%	①「満足度マシマン!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	・現在の取組を継続していく。 【評価委員意見】 入院患者満足度に関し、満足度が9%低下していることは大きな問題です。その原因を十分検討し、対策を立てることが必要と考えます。	98%	①患者サービス推進委員会 ②患者満足度調査 ③ご意見箱 ④職員セルフチェック ⑤患者の立場に立った行動(サービス促進) ⑥院内売店プロポーザルの実施 ⑦施設老朽化対応	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接遇講習会の開催 ②全職員の受講義務化	・現在の取組を継続していく。	1回/年	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)	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接遇講習会の開催	・現在の取組を継続していく。	1回/年	・現在の取り組みを継続していく ①新規採用職員オリエンテーションにて医療機器の取扱上の留意点などの講義の開催(臨床工学技士)	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	4.6点	4.5点	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	・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。	4.6点	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	全部局 (看護局)		患者サービス推進委員会		
		e	入院患者アンケート率 看護局/満足・やや満足	95.0%	76.5%			95.0%						
		f	入院患者アンケート率/言葉遣いは適切か	98.0%	96.1%			98.0%	①②③「働きやすい環境づくり」をテーマに実施していく					
		g	接遇研修参加率	60.0%	51.8%	①接遇研修 ②接遇マナーの徹底	・現在の取組を継続していく。	60.0%	①接遇研修 ②接遇マナーの徹底	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	83.0%	98.4%			85.0%						

取組事項 No.	取組事項	指標 No.	指標名	令和5年度				令和6年度		担当部署	関連部署	関連委員会
				達成指標	実績値	実行計画	【改善策(新たに取り組むべきこと)】	達成指標	実行計画			
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	65枚	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 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)	・次年度も継続して実施していく	50枚以上	①看護局サービス委員会にてご意見箱の意見の内容周知 ②各部署(看護局)に対する意見を各部署で検討・周知し返答する ③看護局入院患者アンケートの実施	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	15件以下	26件			15件以下				
		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)	96.0%	83.5%	96.0%						
		d	啓発回数	12回	12回	①意識啓発	・現在の取組を継続していく。	12回	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	令和5年度				令和6年度		担当部署	関連部署	関連委員会
				達成指標	実績値	実行計画	【改善策(新たに取り組むべきこと)】	達成指標	実行計画			
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 ※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	・現在の取組を継続していく。	全医師A水準(年上限960時間)の達成	①夜間、休日の勤務内容の見直し ②複数主治医制度 チーム医療体制の強化 ③書類作成、レセプト業務などのタスクシフト	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	・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。	100%	①担当部署長は部署で展開できる強化プランを策定する 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 ⑤数値化できる状況を数値化し示す(各部署の看護の可視化)	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	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	・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。	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	全部局(各局)		
		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	・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。	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	全部局(診療局・事務局)		
		b	コスト削減率	1%減(R4比)	0.12%	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	・消耗品の全てについて見直しできていないので、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。	0.50%	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、出来るだけ当日予約を断らない)	全部局(診療技術局/臨床検査室)		
		c	心エコー件数	2,980件	3,174件			3,200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	53.75%	全検査枠の25%オープン						
		e	検査件数(視能訓練士室)	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	・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。	1,300件/月	①令和6年度の診療報酬改定により三次元画像解析検査が1/20点の引き下げられたため、同検査の強化の実施 ②有効な検査の医師への提示	全部局(診療技術局/視能訓練士室)		

取組事項No.	取組事項	指標No.	指標名	令和5年度				令和6年度		担当部署	関連部署	関連委員会
				達成指標	実績値	実行計画	【改善策(新たに取り組むべきこと)】	達成指標	実行計画			
33	コスト意識の醸成	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	-			コスト入力漏れ件数の把握		全部局(看護局)		
		g	A4用紙購入枚数の削減	3,895,500枚	3,732,500枚	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 	3,700,000枚以下 3,500,000枚	<ul style="list-style-type: none"> 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外来受診票の見直し 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 			
		h	経営指標掲示回数	12回	12回	<ul style="list-style-type: none"> ①経営・収支への関心の促進 ②現状(課題)の把握 	・現在の取組を継続していく。	12回	<ul style="list-style-type: none"> ①経営・収支への関心の促進 ②現状(課題)の把握 			
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)	1回(計4人)	1回(4人)	<ul style="list-style-type: none"> 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 	・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。	1回	<ul style="list-style-type: none"> 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 ③2回目実施 ④研修担当者のスキルの維持 	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		全部局(看護局)		
		c	対策立案後の同様インシデント発生件数	0件/月	0件/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	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 	0件/月				
		d	医療安全情報の情報共有回数	1回/月	1回/月	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		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データを関連部署と共有			
		e	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	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回/月(定期)+必要時	②インシデント防止策立案後の成果確認			
		f	患者影響レベル3bの発生件数	5件以下/年	5件/年			5件以下/年	③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			
		g	身体拘束率	12%以下/月	18.3%/月			12%以下/月	④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			
						⑤身体拘束最小化に向けた効果的なリスクカンファレンスの実施確認						
						⑥身体拘束率の把握						

取組事項No.	取組事項	指標No.	指標名	令和5年度				令和6年度		担当部署	関連部署	関連委員会
				達成指標	実績値	実行計画	【改善策(新たに取り組むべきこと)】	達成指標	実行計画			
		h	クラスター発生回数	0件	4件	①院内クラスターの防止に向け、COVID2019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	・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。	3件以下/年	①発生状況に応じ、柔軟な対策およびマニュアルの変更を行い、最新情報を配信していく ②ICTラウンドを強化し、平時から標準予防策が継続的に実施できているか、データを可視化する。 ③感染対策担当者(ICS)を養成し、感染管理体制の強化を図ることでクラスター発生を1件でも減らす。 ④各部署で事業継続計画(BCP)に沿った災害訓練を実施する。	全部局(看護局)		
		i	災害訓練実施回数(看護局各部署) ※再掲	年1回以上(各部署)	6回(各部署)			年3回以上(各部署)				
		j	職員安否・参集確認訓練応答率(事務職員配置部署平均)	95%	88%			95%	災害に対する意識高揚			
		k	情報セキュリティ訓練メール開封率	5%	10%	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。	5%	情報セキュリティに対する意識高揚			
		l	経営指標掲示回数	12回	12回			12回	院内指標の継続的な掲示・見直し			
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 ③幅広い視野での対応 ④迅速な行動・現状の打破	・現在の取組を継続していく。	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	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	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	・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。	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	全部局(各局)		
		b	常置委員会構成員延べ人数	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			生産性向上に資するよう随時見直し				
		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	・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荷が大きく、MSWの更なる充実が望ましい。	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、タスクシフト ②複数主治医制度 チーム医療体制の強化 ③会議時間の短縮、会議開催回数削減 ④働き方改革の医師および患者、家族への啓蒙 ⑤特定行為研修看護師の育成 ⑥後方支援病院や施設への転院に関するタスクシフト、MSWの充足	全部局(診療局)		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	令和5年度				令和6年度		担当部署	関連部署	関連委員会		
				達成指標	実績値	実行計画	【改善策(新たに取り組むべきこと)】	達成指標	実行計画					
37	タスクシフト/シェア					医師の業務軽減 ①持参薬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経管栄養プロトコールの作成(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HOT(在宅酸素療法)への介入(臨床工学技士室)	①②今後も積極的に処方提案をし、代行入力を行っていく。今後は指示簿一覧の代行入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。 ⑩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。		①持参薬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頓服等の代行入力時には指示簿の代行入力も一緒に行う。(薬剤室) ①抗菌剤同定感受性オーダーの代行入力(臨床検査室) ②免疫染色オーダーの代行入力(臨床検査室) ③コンサルテーション標準準備・梱包・投函(臨床検査室) 身体障害者手帳等の計測業務(リハビリテーション室) ⑥視能訓練士と看護師との業務内容・役割分担の見直し、改善による医師業務の負担の軽減(視能訓練士室) ⑩引き続きCPAP・HOT導入の頻度が少ない診療科にも業務介入していることをアピールしていく(臨床工学技士) ①入院患者の栄養評価 ②食事内容の提案・調整 ③経腸栄養のプラン作成・提案(栄養管理室) ①一部オーダーの代行入力(歯科衛生士) ②レセプト業務の一部代行(歯科衛生士)	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	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	・診療情報提供書(返書)のフォーマット化	10人	①医師事務補助者の募集 ②新規採用医師事務作業補助者の育成 ③医師事務作業補助者の離職防止	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	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	・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) 【評価委員意見】 タスクシフト/シェアに関し、医師事務作業補助者や看護補助者の人数を確保するだけでなく、その方達にどんな作業を補助させるかを十分検討し、タスクシフトに繋げていくことが必要と考えます。	2件	①医師の業務のうち、MAへシフト可能な業務の選択 ①業務の共同実施(造影MRI時の抜針) ②業務拡大講習及び告示研修の受講促進 ③他院の状況等を調査し、タスクシフト等が可能なものを検討する。 ①特定看護師の養成 ②看護補助者との協働	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	令和5年度				令和6年度		担当部署	関連部署	関連委員会
				達成指標	実績値	実行計画	【改善策(新たに取り組むべきこと)】	達成指標	実行計画			
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	・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。	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	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	令和5年度				令和6年度		担当部署	関連部署	関連委員会
				達成指標	実績値	実行計画	【改善策(新たに取り組むべきこと)】	達成指標	実行計画			
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	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	・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。 【評価委員意見】 離職したMAの離職理由から改善できないか、確認検討をお願いします。	10人	①医師事務補助者の募集 ②新規採用医師事務作業補助者の育成 ③医師事務作業補助者の離職防止	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	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	・現在の取組を継続していく。	3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	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	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	・現在の取組を継続していく。	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	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)	