

津島市民病院経営強化プラン実行計画 R 6 年度総括表

資料 1

①収入増加対策

※上線は実行計画作成部署														(敬称略)	
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				令和6年度 総括		担当部署	関連部署	関連委員会	担当部署長	
				実績値	達成指標	実績(～1月)	実績見込	実行計画	【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)】				担当者	
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	①救急医療部常勤医は1名の現状維持。 ②救急診療については、他の常勤医が曜日毎に担当することで質を担保しつつ運用できた。 ③研修医から内科常勤医へ2名上がることになり、昨年度の1名に続き継続して採用することができた。 ④指導医との交流、勉強会などの機会の増加が寄与したと考えられる。	・救急医療部専門医の新たな採用は難しく、引き続き他の常勤医による役割り分担が必要であるが、過度な負担にならないように配慮していくが必要。 ・研修医からの常勤医への採用の流れができつつあるため、この流れを断ち切らないように研修医の育成、魅力ある診療体制の構築に努めていく必要がある。	診療局	事務局		荒川大吾	
		b	研修医からの採用医師数	1名	2名	2名	2名								
		c	医師数 (会計年度含まず)	71人	75人以上	74人	74人	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	①12月に挨拶等のために名古屋大学を訪問した。 ②同上。 ③天王祭に招待した。 ④研修医から当院への採用について令和7年度採用で2名採用することができた。	③天王祭招待については、招待者の厳選などを検討していく。	事務局	診療局		水谷博光 吉田康浩 松岡範将	
2	研修医の育成	a	メンター(助言・指導者)配置率	100%	100%	100%	100%		①引き続き内容のある救急検討会が行えている。 ②年3回のメンターとの面談が行え、進路や研修内容についての助言、評価が行えている。 ③引き続き内容のある総合内科勉強会が行えている。 ④研修医の学会発表の回数が1回のみにとどまった。 ⑤積極的な学生への勧誘が行えた。 ⑥試験への参加は全員できたが、その成績の還元、課題の抽出には至らなかった。 ⑦1年を通して積極的に受け入れができ、ほぼ全員のセンター長、院長面談が行えた。 ⑧病院実習も継続して受け入れができ、実際実習生からの研修医採用もできた。 ⑨研修小委員会において、ローテーションの課題等が話し合え、次年度の内容にも反映することができている。	・研修医の勉強会や症例要約の提出など、例年よりも充実した内容で行うことができたと考える。引き続きメンター制度を充実させて、個々人のキャリア形成への指針を相談できるようにしていく。 ・関連大学実習を通して、そこから当院研修医への採用に至っているケースが続き、より一層実習内容の充実、学生との交流をはかることも重要だと思われる。	臨床研修センター	診療局		荒川大吾	
		b	研修医の確保人数	7名/年	7名/年	7名/年	7名/年	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・課題の抽出 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) ⑨研修過程の定期的なチェック体制の整備							
		c	研修医の学会発表回数	1回/年	2回/年	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)	0%	100%	-	-	①採用試験の日時を通常より早く時期に設定した ②POI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)	①募集時期・試験日を早めたが、それでも他の公立病院に比べやや遅かった。(薬剤室) ②- ③- ④引続き日病薬HPに募集要項を掲載依頼していく。(薬剤室) ⑤-	①管理課とも話をし、来年度はさらに早い募集・試験日の設定をした。(薬剤室)	診療技術局	管理課		竹内誠 各室長	
		b	募集定員に対する内定受託者率 (看護局)	85.7%	100%	100%	-								
		c	看護師実習受け入れ数	8校 (延310人)	85%	89%	89%	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臨地実習指導者の育成 (指導者講習会出張3名、院内人材育成研修12名) ⑥効果的な人事考課・目標管理面接の実施 ⑦計画的な有給休暇取得促進	①インターンシップ33人 病院見学看護師1名 診療補助5人ケアスタッフ2人 ②看護局パンフレットリニューアル、ホームページ刷新 ③マイナビイベント参加(20人) 岐阜保健大学病院説明参加(ZOOM) 津島看護専門学校就職説明会、名古屋医専就職説明会参加予定 ④実施 ⑤達成 ⑥人事考課制度の手引きに沿って実施 看護職員昇格候補者基準が見直され、内容を踏まえて実施。 ⑦平均日数11.73日(58.6%) R7.1月	⑤臨地実習指導者講習会は2か月の出張であり、年間3名の出張は現場の人員不足を招くため、来年度は2名とする。 ⑧希望日の有給取得ができるよう配慮、部署により差がある。取得に際して制限は行っていないため要因については不明。公平に取得できるよう確認していく。	看護局	管理課		小川直美 伊藤香代 大橋希代美 上垣外日登美	
		d	看護師離職率 (過去3年平均10.8%)	9.5%	9%以下	6%	8.6%								
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	87.5%	87.7%	87.6%	87.6%	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せばね外来の実施にて、潜在的な患者の掘り起こし ②適宜実施	①新規開拓事業の検討 ②継続	戦略企画室				松岡範将 佐藤孝佳
		b	津島市及び隣接市の入院受診比率	88.6%	88.6%	88.4%	88.4%								

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			令和6年度 総括			担当部署	関連部署	関連委員会	担当部署長 担当者
				実績値	達成指標	実績(～1月)	実績見込	実行計画	【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)】				
5	入院期間Ⅱ以内での退院	a	クリニカルパス利用率	36.0%	39.0%	41.0%	39.0%	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パス利用率、R5年度は36.0%、R6年度は41.0%。 ②利用率は3か月毎に、収支のデータ化は随時委員会で資料として出している ③－ ④－ ⑤－ ⑥パス作成や見直しをする上で各診療科の医師から意見等を頂いている ⑦－ ⑧－	令和9年度のパス利用率の目標が45%となっている。それを達成するために来年度以降も地道に新規のパス作成をしていきたい。またパスの中身についても他院と比較して随時見直しをしていきたい。	診療局	医事課	クリニカルパス委員会	診療局
		b	DPCⅡ期内退院率	61.8%	62.2%	59.8%	62.2%	①DPCデータ分析 ②課題抽出 要因分析 ③対策の立案 ④対策の実施 ⑤評価	①DPCⅡ期を意識した退院調整をしている。6割は期間内の退院であるが、病状等により遅延あり ②病床運用状況により影響を受けることがある。長期入院になるケースも少なからずある ③病院の方針に沿った対応 ④病院の方針に沿って対応、退院調整をしている ⑤退院後の安心した生活ができるよう生活背景等を踏まえ調整している	退院可能なケースは早期対応し、他院調整を進めるⅢ期越えを減らせるよう、多職種連携する稼働率を上げる	地域医療センター	医事課		小川直美 永井光代 夏目貴子
		c	急性期在院日数	14.45日	13.5日	14.8日	13.5日							
6	救急受入の向上	a	救急車受入件数	3,268件/年	3,500件/年	2,859件/年	3,400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	①救急医療部常勤医は昨年度と同数であった。 ②お断り症例の見直しにより、不適切なお断り割合は減少したと考えられる。 ③症例検討会などを通じて、引き続き交流、連携が行えた。 ④繁忙期においては、病床確保のやりくりが難渋して、決定に時間を要することがあった。 ⑤持ち回り入院制度の充実で、スムーズで公平な担当患者の割り振りができた。 ⑥発熱、高齢患者の経過観察入院の割合は増えたと思われる。	・不適切な救急お断りの割合は減少し、救急からの入院数は増加したが、やはり繁忙期におけるスムーズな病床運営が課題。 ・救急対応医師が曜日ごとに担当して、質を担保しつつ運営できたが、他の業務との掛け持ちもあるため、その負担軽減が必要。	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	荒川大吾
		b	救急車お断り率	16.2%	15.0%	18.7%	17.0%							
		c	救急からの入院件数	1,363件/年	1,350件/年	1,247件/年	1,450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各病棟病長・病棟管理病長と連携し入院へつなぐ。)	①計画は実行できた。病床利用率が上がり部屋の確保に時間がかかることもあったが、中央処置室へ移動し、救急車の受け入れを行った。	救急患者の放射線診断を早期に行うために検査搬送に関して放射線技師・看護師でタスクシェアする	看護局	救急医療部	救急医療委員会	小川直美 今枝真由美 森香津子 夏目貴子
7	紹介受入、逆紹介の向上	a	紹介率	65% (11,696件)	60.8% (12,700件)	67.9% (10,840件)	68.0% (12,740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	①開業医訪問時にヒアリングを継続。 ②逆紹介を継続。 ③逆紹介を継続。 ④病診枠の確保を継続して協議していく。 ⑤返書の作成率は90%以上。現状維持。	①継続 ②継続 ③継続 ④継続 ⑤継続	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	75.8% (11,113件)	80.0% (12,000件)	87.7% (9,551件)	87.7% (11,450件)							
8	手術件数の向上	a	手術件数	1,617件	1,700件	1,418件	1,701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検討中 ②検討中 ③検討中 ④検討中 ⑤検討中	①継続 ②継続 ③継続 ④継続 ⑤継続	診療局	看護局	手術室運営委員会 備品材料選定委員会	診療局
								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安全に手術介助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	①手術に必要な器械を十分とは言えないが準備し効率を考えて運用できた ②安全に対応できるように、新しい手術はもちろん定期的に学習会を開催した ③運営委員会だけでなく、状況に応じてその都度医師と連携を取りながら運営を行った	設備・機械の老朽化と保守点検メンテナンスが終了しているのは計画的に購入していく必要がある	看護局	診療局	手術室運営委員会 備品材料選定委員会	小川直美 小川晴美

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			令和６年度 総括			担当部署	関連部署	関連委員会	担当部署長 担当者
				実績値	達成指標	実績（～1月）	実績見込	実行計画	【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）】				
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）	287件	245件	315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 ・経過観察バスの検討・見直し・活用 ・新規クリバスの検討 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	①①急性期からの受け入れ（転入：375件）あり、 Ⅱ期以降の患者の受け入れを中心に、ベッドコント ローラとともに実施した。今後も継続していく。 ②重症度、医療・看護必要度に関して、7月のみ必 要度を取得できなかったが、施設基準の3カ月平 均・在宅復帰率は維持できた。 ③サブアキュート患者の受け入れに関しては、入棟 審査会を通して、情報共有を行い、早期に面談の予 定を立てて、受け入れを進めてきた。 ④在宅復帰率は維持できているが、退院が60日を超 えた事例が1件あった。（施設の受け入れ待ち） ⑤退院前カンファレンスを通して、レスパイトの推 奨・利用など進めていくことはしている。今後も継 続が必要である。 ⑥緊急時のレスパイトの受け入れに関して、当院訪 問看護・MSWと連携を図り、柔軟に対応することが できている。今後も継続が必要である	経過観察バス・新規クリバスに関しては、進めるこ とができなかったため、次年度の課題となる。	3階西病棟	リハビリテーション室 地域医療セン ター		小川直美 大橋希代美 野田万琴
		b	レスパイト入院数	61件	80件	45件	49件							
		c	当院訪問看護依頼件数	6件	10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	①検討中 ②検討中 ③検討中 ④検討中	①継続 ②継続 ③継続 ④継続	診療局	リハビリテーション室 地域医療セン ター		診療局
10	円滑な退院支援	a	DPCⅡ 期内退院率 ※再掲	61.8％	62.2％	59.8％	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 病棟 ①新患ファンファレンスの記載内容の統一と標準化 ②リハビリファルスの情報の共有 （セラポートから診療録での記載に変更） ③退院支援カンファレンス内容の充実 ④退院支援・調整テンプレートの活用 ⑤DPCⅢ期越えの患者の見える化	地域医療センター・病床管理 ①依頼がある時はできる限り情報入力に対応した。 ②入院診療計画書やカンファレンス等で入院期間を 把 握、DPCⅡ 期を意識し調整している。 ③転院調整連絡時に空床状況を確認し、センター内でホ イトボードに記入し共有した。 ④MSW記録に記載し共有できるようにしている。 ⑤ 病棟 ①～⑤は実行済み 病院経営上の方針によりⅡ 期内の退院 を患者によっては延長していた。	病床運用状況により、柔軟な退院調整ができるようにベッ ドコントローラーと地域医療センター師長とで連携をとる	地域医療セン ター	診療局 看護局		小川直美 永井光代 夏目貴子 病棟師長
		b	急性期在院日数 ※再掲	14.45日	13.5日	14.8日	13.5日							
		c	介入あり患者の退院時Ⅲ期数	60.6％	指標削除	－	－							
11	訪問看護の充実	a	訪問看護件数	7,404件	6,850件	6,215件	7,200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	①「津島市訪問看護ステーション経営戦略」の見直し 中 ②全部の部署に対して訪問看護の利用方法等の説明 ができなかった	①「津島市訪問看護ステーション経営戦略」の最新版 の完成をする	訪問看護ス テーション			小川直美 浅野照美
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	新規取得8件 上位取得1件 下位変更1件	3件以上	11件	12件	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、院内シュミ レーションを踏まえ慎重に対応する。	PTにおいて、R6改定の中から当院が死守すべき基準 及び上位取得が可能な基準を検討。急性期1の入院 料をキープしつつ、地域包括ケア病棟への移行率も 落とさないベッドコントロールを維持することを目的と した。その他の新規基準は各部署において、費用対効 果を検討した上で、上位取得などを検討した。	今回の目玉でもあった、地域包括医療病棟について は、見送り。栄養・リハの連携による加算も人的コ ストから見送りはしたが、R8改定時にはこの2 項目は更なる加算となりそうなため、再度費用対効果 を前提に検討する必要がある。	医事課	戦略企画室		木村信之 勅使川原康詞
		b	急性期病棟 重症度、医療・看護必要度	28％以上維持	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月まではクリア	3月は維持が難し い可能性がある （1・2・3月の3か 月平均）	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	①毎月の看護記録情報委員会で周知 ②3西病棟へ転棟する患者は必要度をみたまない患 者を選択して転棟するようにした。医事課と連携し 必要度の入力を確認し、見直し・修正が必要な場合 が各部署へ修正を依頼した。	令和7年5月末で地域包括ケア病棟施設基準の猶予期 間が終了するため、直接入院を増やしていく方策を 検討する必要がある。経過観察バスの活用や、地域 医療センター、訪問看護と連携しレスパイト入院の 増に取り組む。	看護局	医事課 戦略企画室		小川直美 中村清美 夏目貴子
		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：65％未 満 在宅復帰率： 72.5％以上	転棟割合：53.6％ 在宅復帰率： 82.45％	－							夏目貴子 野田万琴

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				令和6年度 総括		担当部署	関連部署	関連委員会	担当部署長 担当者
				実績値	達成指標	実績(～1月)	実績見込	実行計画	【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)】				
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	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。	3件以上	3件	5件	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	①ベンチマーク化資料を基に洗い出しはできた。実際に算定可能か検証中 ②毎月打合せを行い、ミスの検証を行っている。	ベンチマークから算出された項目が実際に算定可能か確認をして未算定だった場合は取漏れないような仕組みの構築を行う。	医事課	戦略企画室		木村信之 勅使川原康詞
		b	がん患者指導管理料	65件	70件	イ：40件 ロ：1,061件	イ：48件 ロ：1,200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	①検査結果を受けた外来看護師からの連絡を受け、40件のICに同席することができた。 ②認定看護師と外来看護師が連携して継続して支援を行うことができた。 ③連携してコスト入力漏れを受け、19件（合計3800点）の選定漏れを防ぐことができた。 ④STAS-J：24件実施し、その結果をもとに認定看護師の同席に10件繋ぐことができた。	毎月外来会計と協力して算定漏れに気づいた症例をを共有しているが、繁忙期になると算定漏れ件数が増えている。引き続き、外来会計による算定漏れのチェックを行い、取り漏れのないようにしていく。	看護局	医事課 戦略企画室		小川直美 大橋希代美 森香津子 今枝真由美
		c	糖尿病合併症管理料	222件	220件	210件	250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週2回（4週目のみ3回）のフットケア外来を実施し、月平均21件の合併症管理料をとることができた。 ②導入期初期加算の算定漏れは、連携により12件（約14800点）の算定漏れを防ぐことができた。	糖尿病に限らず算定漏れは外来会計と外来で共有し、算定漏れ件数の減少に努める。				
		d	糖尿病透析予防指導管理料	29件	30件	15件	17件							
		e	導入期初期加算件数	56件	80件	139件	165件							
14	CT・MRI利用の促進	a	CT件数	26,585件	26,800件	23,815件	28,000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	①当日至急検査をお断りなしで運用中 ②MRI装置の更新済 ③MRI更新時の進捗状況などをイントラにて発信 ④CT検査の被ばく低減やMRIの画質調整を推進	CT、MRIを利用したドックを充実させるため、金額や検査内容を検討し件数アップに取り組む	放射線室	診療局		山田清孝
		b	MRI件数	7,624件	7,800件	7,126件	8,400件							
		c	ドックにおけるCT、MRI件数	337件	350件	262件	310件							
15	リハビリ単位数の維持・向上	a	リハビリ単位数	103,883	104,000	85,334	101,734	①強化プラン計画のリハ室内への掲示 ②定期的に実績の掲示 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	①スタッフの育休と退職があり、単位数伸び悩んでいる ②計画書の見直しを行い、算定数は増加した。 ③-	来年度はさらに、人員が減少する予定です。限られた人員ですので、今後の体制、運用については検討が必要。	リハビリテーション シオン室	診療局		笠井正美
		b	リハ総合計画評価料算定件数	1,126件	1,100件	1,185件	1,385件							
		c	糖尿病教育入院の算定割合	96%	90%	98%	95%							
16	栄養管理指導の充実	a	外来栄養指導件数	740件	780件	633件	739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	①外来心リハ栄養指導については継続できている。時間がかかっていた指導準備も以前よりは時間短縮できている。 ②外来化学療法件数の減少により栄養指導件数は目標に達しなかった。しかし、継続指導件数は昨年83件だったものが、今年は1月末実績で既に92件となっており、定期指導は定着できていると考える。 ③診療報酬改定でGLIMなどの別業務が増えたが、目標を概ね達成できた。	①同数が継続できるよう継続したい。予約システムの見直しで効率化を図りたい。 ②指導件数の増加には限界があるため、今後は症例ごとに最適な指導が行えるよう介入頻度などを検討していきたい。 ③同数が継続できるよう継続したい。補助食品のパンフレットなどを作成し、栄養指導につなげたい。	栄養管理室	診療局		竹内誠 前原已知
		b	外来化学療法室栄養指導件数	150件	180件	130件	152件							
		c	入院栄養指導件数	850件	900件	784件	915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	84%	85%	86%	86%	①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。	①適宜実施。 ②今年度の機器更新はできなかった。 ③1日2件程腹部エコーを生理機能検査室で行い、待ち時間の軽減を図ることができた。	腹部エコー以外の検査で長時間待ち時間が発生する場合、生理機能検査室で行える体制にする。	健康管理センター	臨床検査室 医事課		奥野秀樹 木村信之
		b	利用者満足度 (次回の利用意向率の向上)	89%	90%以上維持	91%	91%							

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			令和6年度 総括			担当部署	関連部署	関連委員会	担当部署長 担当者
				実績値	達成指標	実績(～1月)	実績見込	実行計画	【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)】				
18	薬剤管理指導の充 実	a	薬剤管理指導件数	14,892件	14,000件	14,027件	15,000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	①概ね出来ている ②概ね出来ている	①継続 ②継続	薬剤室	診療局		伊藤慎二
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	26件	未収金回収額 100万円以上	1,759,870円	2百万円	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	①分納誓約においては確実かつ長期にならない納付誓約を締結 ②弁護士へは督促に応じなければ適宜移管している。 ③未手金のうち、破産事件については適切に債権届の提出を実施	①外来化学療法法の患者の分納が、完納の見込が立たない問題がある一方で、継続治療が必要な患者の対応が困難。	医事課			木村信之 勅使川原康詞
20	補助金の有効活用	a	コロナ対策補助金の確保数	6件 (約1億4,000万円)	最大限活用	0件	0件	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適宜実施 ②適宜実施 ③適宜実施	①継続 ②継続 ③継続	戦略企画室	事務局 財政課(市)		松岡範将 桑原和之
		b	新規補助金の掘起し数	0件	情報収集	0件	0件							
21	広報機能の強化	a	市広報紙記事掲載回数	24回	22回	19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 ⑭市立図書館の活用(展示等)	①院内情報を随時発信することができた。院内における有益情報等を優先して発信することができた。 ②同上。 ③同上。 ④同上。 ⑤同上。 ⑥出来なかった。 ⑦院内情報を随時発信することができた。院内における有益情報等を優先して発信することができた。 ⑧同上。 ⑨同上。 ⑩同上。 ⑪定例開催。 ⑫出来なかった。 ⑬シティブロモーション課との調整・連携を行った。 ⑭院内情報を随時発信することができた。院内における有益情報等を優先して発信することができた。	②ホームページ内の古い情報を随時確認し修正削除していくことが必要。 ⑥X及びInstagramでの発信に注力し、YouTubeによる発信は予定しない。(次年度計画から削除。) ⑫広報取材は、事務職員を中心に実施していく。(次年度計画から削除。)	管理課 戦略企画室	シティブロモーション課 (市)	広報委員会	吉田康浩 永井沙樹
		b	フォロワー数	624	650	731	731							
		c	広報人材数	1人	5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	262人	280人	213人	230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受講者数は前年度を下回る結果となった。 ②出来た。 ③人事秘書課に相談を行った。	・院外研修については、受講人数での評価だけでなく内容も必要。 ・支出を伴う受講であるため受講することによる病院側のメリットも評価すべき。 ・メリットの乏しい受講は抑制すべきかの検討も必要。 ・職員満足度は上昇したが、回答率が低い。	管理課	全部局		吉田康浩 水谷伸宏
		b	職員満足度	47.2%	50.0%	63.6%	63.6%							
		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	—	受験生1名	合格者1名	合格者2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	①実施済 ②皮膚排泄ケア認定看護師受験合格 ③看護補助者活用推進のための管理者研修に主任看護師4名受講 ・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1名受講 ・新人看護職員研修・教育責任者研修に看護師長1名受講・教育担当者研修に主任看護師2名受講 ・1月末までの出張参加率16.6% ④実施 ⑤新人看護師離職者は0人(休職中1名、復帰に向けて計画立案)面談計画2回実施できた	③出張による自己研鑽は達成指標を満たしたが、部署により偏りも見られるため、来年度も引き続き支援をする。	看護局	管理課		小川直美 伊藤香代 大橋希代美 上垣外日登美
		d	看護補助者活用のための管理者育成数	7名増	4名増	4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	1名増	1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	16.6%	16.6%							
		g	新人看護師離職率	10.50%	12%以下	0%以下	0%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				令和6年度 総括		担当部署	関連部署	関連委員会	担当部署長 担当者
				実績値	達成指標	実績(～1月)	実績見込	実行計画	【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)】				

②経費削減対策

※下線は実行計画作成部署

(敬称略)

23	薬品費の削減	a	医薬品購入額対中央値比率	104.4%	105.0%	—	11.1%	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購入品全品に対してベンチマーク分析を実施した。 ②分析結果をもとに価格交渉を実施した。	・①②継続して実施。	管理課	診療局 医事課 戦略企画室	薬事委員会	吉田康浩 近藤悠司							
		b	後発医薬品使用割合	91.8%	93.0%	92.2%	93.0%														
		c	医薬品値引率	14.3%	15.0%	13.3%	13.4%														
		d	常時在庫医薬品数の削減数	—	3	3	3	①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。	①1増1減ではなく、予定通り3品目削除した。	①先発品から後発品への変更を進め、薬剤購入費を削減していく。	薬剤室	診療局 戦略企画室	薬事委員会	伊藤慎二							
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)	—	9.3%	—	10.0%	①ベンチマーク・分析 ②価格交渉	①ベンチマークに参加しなかったため分析することができなかった。 ②初めての6月診療報酬改定だったが、償還価格の下落分の反映を目指して価格交渉することができた。	・①現状、新たにベンチマークに参加できる状況にない。(いずれ参加することが好ましいが、次年度計画から削除。) ・②事務量の割に削減額が少額なため次回は見直しが必要。	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	吉田康浩 南出孝次							
		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	167,650円	158,300円	122,600円	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はないか検討する	①必要最小限の診療材料の使用による経費削減	さらなるコスト削減効果のあるものの検討	放射線室			山田清孝							
		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	—	導入に向けた検討	提案の調整中	提案の調整中	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	①事業参入に伴うコスト削減効果を、R4.5.6年度で試算し、削減可能額を明確化しました。 (R4年度59500円、R5年度66500円、R6年度51500円) ②新たに設けられた診療報酬の内容を調査しまし た。結果、製品回収事業のみへの参入を検討してい る当院としては対象外となります。 ③導入に関する提案を関係部署へ打診しており、調 整中となっております。	・関係部署間の調整強化 導入に対する課題の洗い出しや関係部署との綿密な 連携を図る ・導入事例の収集・活用 他施設の事例や成果データを収集し有効性を提示す る	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	古田慎司 吉田裕次							
25	委託費の削減	a	委託費の対修正医業収益比率	—	7.7%	—	14.0%	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	①出来なかった。 ②次年度予算作成のための見積りに実施。 ③同上。 ④随時実施。	・①自院と他院とで委託業務内容等に差異があるた め困難。(次年度計画から削除。)	事務局	全部局		水谷博光 吉田康浩 木村信之							
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	72,743円	17,952円	17,952円	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 のはないか検討する	①必要最小限の物品の使用による経費削減	さらなるコスト削減効果のあるものの検討	放射線室	全部局		山田清孝							
		b	民間医療コンサルタントへの相 談回数	38回	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	①— ②随時実施。	①は困難。(次年度計画から削除)	管理課	全部局		吉田康浩 加藤ゆみ							
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	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	①科によっては休日当番制をしいて、時間外労働の 削減につとめ、医師の負担軽減ができています。 ②MAによる書類作成代行が医師の負担軽減につな がっている。	・各科チームでの当番制あるいは複数主治医制の導 入を充実していきたい。	全部局 (診療局)			荒川大吾							
		b	看護職時間外勤務総時間	17,951時間	16,000時間 月3.6時間/人以 下	19,967時間	23,960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看護記録に関する時間外の把握 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	①実施 ②実施 ③看護記情報委員会では毎月の委員会で時間外削減 に向けて検討し、実行計画に加えてカンファレンス 記録のセット化、輸血時の記録のセット化(医療安 全・輸血療法委員会の協力も得て)、経過表の観察 項目の見直しと変更を実施。 ④当院の現状としては取り組みは難しい ⑤クリニカルパス使用率は今年度指標を達成してい る。 ⑥パス使用により標準化された看護の提供ができ ている。緊急時に配布忘れなどがある為、未配布を減 らすことが必要。	①継続 ②継続 ③継続して記録情報委員会で取り組んでいく ④他院での情報を得ながら、当院が導入できるシス テムを検討していく。 ⑥新規作成パスの検討(初回化学療法パス、尿路感 染パス等)	全部局 (看護局)			小川直美 大橋希代美 中村清美 永井光代							
		c	看護記録による時間外勤務時間	6,351時間49分	6,250時間以下	合計8,602時間															
		d	クリニカルパス使用率	36.0%	39%以上	41.0%	39.0%														
※再掲																					

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			令和６年度 総括		担当部署	関連部署	関連委員会	担当部署長 担当者
				実績値	達成指標	実績（～1月）	実績見込	実行計画	【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)】				
		e	医療技術職時間外勤務総時間	8,077時間	7,700時間	6,193時間	7,432時間	①業務分担の工夫をする。 ②業務の効率化	①各部署にて実施 ②各部署にて実施	①継続 ②継続	全部局 (診療技術局)		竹内誠 各室長
		f	事務職時間外勤務総時間	7,426時間	7,400時間	6,969時間	8,350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	①～③取組は進めているものの、時間削減には至らず、結果として時間外勤務の大幅な増加となっている。	①～③の取組の強化を行う。 緊急時以外、時間外勤務命令を行わない。	全部局 (事務局)		水谷博光 吉田康浩 木村信之 松岡範将
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適宜実施 ②適宜実施 ③適宜実施	①継続 ②継続 ③継続	戦略企画室	全部局 人事秘書課 (市)	松岡範将 桑原和之

③患者サービスの推進

※上線は実行計画作成部署													(敬称略)	
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	49枚	50枚	92枚	112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	①定着してきている ②糖尿、呼吸器などで活用	必要に応じて、新たなパンフレットの作成を試みる。	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	笠井正美
		b	緩和ケアレスパイト入院数	20件	20件	15件	17軒	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・説明の啓発 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）	①訪問看護と連携、レスパイト入院を受け入れた。外来からの依頼はなし。 ②経過観察クリニカルパスR6.4月～R7.1月：25件（R5年度：10件） 経過観察パスが認知され必要性のある患者の入院が増え使用率を上げることができた。 パス全体使用率（R6.4月～12月）：40.4%でR5年より5%上昇した。パス使用の啓発が継続できた。患者パス配布率：83.7%（R5:88.1%） ③入院稼働率が上昇し、入院案内室との連携は強化され対応できた。	外来との連携を強化、気になる患者の情報の共有を定期的に行う。 患者用パスは、配布忘れがないよう外来病棟で連携する。または、医療用パスと紐づけするなどシステムを改善し療養支援の向上と患者サービスにつなげる。	全部局 (看護局)		患者サービス推進委員会	小川直美 日比野綾香 夏目貴子
		c	患者パスの配布・説明率	96.0%	100.0%	83.7%	85.0%							
		d	入院患者満足度	98.0%	98.0%	97.9%	97.9%	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	①定例開催。 ②実施。横ばいの結果であったが、高い水準での満足度を維持している。 ③設置。多くのご意見をいただいた。 ④随時実施。 ⑤同上。 ⑥実施。業者入替。 ⑦計画に基づき実施していたが、経営状況が厳しいことを受けて先送りせざるを得なかった。	⑦診療及び病院運営に致命的な影響を及ぼす場合は対応する。その他は経営状況を見ながら対応を検討する。	全部局 (各局)		患者サービス推進委員会	水谷博光 吉田康浩 木村信之 松岡範将
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実施 ②実施	①継続 ②継続	全部局 (診療局)		患者サービス推進委員会	診療局
		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回/年	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）	①オリエンテーションを計画通り実施し、知識・スキルを習得する機会を提供した	研修内容を見直しつつ、継続実施していく	全部局 (診療技術局)		患者サービス推進委員会	竹内誠 各室長
		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	4.7点	4.7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	①～③実施 看護局接遇研修は参加率77%看護局接遇委員会で接遇チェックを実施しフィードバックできている。	概ね接遇評価は高評価を得ているが、わかりやすい説明や挨拶の項目がやや低い評価の為、次年度重点的に研修や接遇チェックに反映し取り組んでいく	全部局 (看護局)		患者サービス推進委員会	小川直美 中村あき子 今枝真由美
		e	入院患者アンケート率 看護局／満足・やや満足	76.5%	95.0%	94.7%	94.7%	①②③「働きやすい環境づくり」をテーマに実施していく						
		f	入院患者アンケート率／言葉遣いは適切か	96.1%	98.0%	97.8%	97.8%							
		g	接遇研修参加率	51.8%	60.0%	49.3%	49.3%	①接遇研修 ②接遇マナーの徹底	①eラーニングを活用して実施。参加率は、アンケート回答率。 ②随時実施。	①トラブル・クレームを未然に防ぐ対応能力の向上に向け研修内容を見直していく。	全部局 (事務局)		患者サービス推進委員会	水谷博光 吉田康浩 木村信之 松岡範将
		h	接遇への入院患者満足度	98.4%	85.0%	99.4%	99.4%							

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			令和6年度 総括			担当部署	関連部署	関連委員会	担当部署長 担当者
				実績値	達成指標	実績(～1月)	実績見込	実行計画	【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)】				
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）	65枚	50枚以上	71枚	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	①ありがとうカード71枚 ②悪い意見22件 ③依頼したことへにすぐ対応95.6%	一部の看護師に対する厳しい意見がみられているため、すべての看護職員に接遇の大切さが伝わるように取り組んでいく	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	小川直美 中村あき子 今枝真由美
		b	ご意見箱件数／看護に対する悪い意見	26件	15件以下	22件	22件以上							
		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）	83.5%	96.0%	95.6%	95.6%							
		d	啓発回数	12回	12回	12回	12回	①意識啓発	①各月実施	①継続	全部局 (各局)		患者サービス 推進委員会	水谷博光 松岡範特

④職員意識の改善

※下線は実行計画作成部署（敬称略）														
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	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	①科によっては休日当番制をしいて、時間外労働の削減につとめ、医師の負担軽減ができています。 ②MAによる書類作成代行が医師の負担軽減につながっている。	・各科チームでの当番制あるいは複数主治医制の導入を充実していきたい。	全部局 (診療局)			荒川大吾
		b	強化プラン実行計画策定率 （看護局全師長）	100%	100%	100%	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）	①策定できた ②部署目標、個人目標に落とし込み目標管理を展開 ③及び④中間評価を実施。最終目標については3月目標管理発表を予定している	継続	全部局 (看護局)			小川直美 大橋希代美 看護師長
		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	概ね達成		⑤固定チームナースینگデータベースを踏まえて目標管理立案、評価実施。					
		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	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各月実施	①継続	全部局 (各局)			水谷博光 松岡範特
33	コスト意識の醸成	a	クリニカルパスの見直し数	24種	4種以上	30種	31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委員会で出た意見をまとめ、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)			木村信之 中野誠大
		b	コスト削減率	0.12%	0.50%	0.65%	0.69%							
		c	心エコー件数	3,174件	3,200件	2858件	3400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)	①今年度は新規に3品目の値下げに成功した。（4月～1月まで892,002円分） ②3台機器更新を行った。予算申請時より安く更新ができた。 ③腹部エコー、頸動脈エコーが出来る技師を1名育成した。（しかし、1月に結婚退職。） ④待ち時間があつたりはしたが、できるだけ予約外の当日検査を受け入れることができた。	c, d U2のエコー装置が古く画像の分解能が現行機より低くなっている。詳細に検査をしたいときには生理機能のエコーでしか検査することができないので、更新に向けて下準備をしておく。	全部局 (診療技術局/臨床検査室)			奥野秀樹
		d	U2(超音波室2)部屋の検査枠増加	53.75%	全検査枠の25%オープン	28.50%	28.50%							
		e	検査件数（視能訓練士室）	1,498件	1,300件/月	1,130件/月平均	1,130件/月平均	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	①医師変更の際、前医が患者数を減らしたため再診患者数が思いのほか少なくなり、また選定療養費の影響が大きく初診患者が激減したが、10月頃から紹介患者も増え検査件数も徐々にではあるが増加傾向にある。 ②前日の予習の段階でコストが取れそうな検査を提示している。	①R6年度後期から紹介患者も増えてきており、徐々に検査件数も増加している。また手術の紹介も増えればその分それに伴う検査も増加していくと思われる。 ②引きつづき算定可能な検査を医師に提示していく。	全部局 (診療技術局/視能訓練士室)			山内将平
		f	コスト入力漏れ率 (外来)	—	コスト入力漏れ件数の把握	—	—							

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			令和6年度 総括		担当部署	関連部署	関連委員会	担当部署長 担当者	
				実績値	達成指標	実績(～1月)	実績見込	実行計画	【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)】
		g	A 4 用紙購入枚数の削減	3,732,500枚	3,700,000枚 以下 3,500,000枚	3,250,000枚	3,900,000枚	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 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	①実施 ②実施 ③実施 ④実施 ⑤実施 ⑥検討中 ⑦令和5年月平均4505826円 令和6年月平均3515277円 990549円/月の医療用廃棄物コスト削減 会議資料の電子媒体での配布など、ペーパレス化に努めた。 患者が増えると、A 4 用紙使用量も増加する。	・用紙削減の意識啓発を行う。	全部局 (看護局)			小川直美 吉田康浩 石原寛司
		h	経営指標揭示回数	12回	12回	10回	12回	①経営・収支への関心の促進 ②現状(課題)の把握	①各月実施 ②各月実施	①継続 ②継続	全部局 (事務局)			水谷博光 松岡範将
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(4人)	1回	1回(3人)	1回(3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 ③2回目実施 ④研修担当者のスキルの維持	①～④実行計画について滞りなく実施	①～④継続	全部局 (診療技術局/リ ハビリテーション室)			笠井正美 寺澤常保
		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 ②インシデント防止策立案後の成果確認 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 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	①アクシデント・インシデント報告件数R6:1567件・ヒヤリハット報告が11.8%、アクシデント報告0.6%であった。委員会や部署で情報共有し、アクシデント発生件数の大幅な上昇はなかった。 ②患者誤認によるインシデントは18.2%減少した。(R5.44件・R6.35件) ③日本医療機能評価機構等から配信された医療情報は、イントラを活用し情報提供できた。 ④転倒転落報告件数R6:391件(R5:448件)。転倒転落発生率は昨年の5.0%から5.7%に増加したが、レベル3b報告は5件減少し対策の成果が得られた。 ⑤患者の個性を把握し安易に身体拘束をしないよう、転倒転落発生時にはリスクカンファレンスも実施でき、チームでアセスメントし対応できている。 ⑥転倒転落発生率は増加しているが、身体拘束率の変化は見られていない。	①～⑥継続	全部局 (看護局)			小川直美 武田直美
		c	対策立案後の同様インシデント 発生件数	0件/年	0件/年	35件/年	35件/年							
		d	医療安全情報の情報共有回数	1回/月	1回/月	1回/月	1回/月							
		e	転棟転落対策結果のフィード バック回数	1回/月	1回/月(定期) ＋必要時	1回/月	1回/月							
		f	患者影響レベル3bの発生件数	5件/年	5件以下/年	8件/年	10件/年							
		g	身体拘束率	18.3%/月	12%以下/月	18.4%/月	18.0%/月							
		h	クラスター発生回数	4件	3件以下/年	4件	4件	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。	①院内における感染状況の配信と対策の周知はできていた。 ②地域の発生状況、定点報告数、クラスター発生に基づき、院内のCOVID-19におけるフェーズ対策の遵守ができなかった(特に面会について) ③ICSの育成については計画通り進めることができた が、持ち込まれたウイルスへの対策が不十分であった。 ④各部署4～7回災害訓練を実施することができた。	・新興感染症発生時に対応できる感染管理体制の構築が重要である。対策の統一と確実な実施(特に面会禁止)ができるようにする。 ・多職種協働による感染対策が重要であることからリンクドクターやリンクケアスタッフの育成をする。 ・災害訓練の継続	全部局 (看護局)			小川直美 林房枝 田中美幸
		j	職員安否・参集確認訓練応答率 (事務職員配置部署平均)	88%	95%	—	90% (3/7実施予定)	①災害に対する意識高揚	①随時実施	①継続	全部局 (各局)	危機管理課 (市)		水谷博光 吉田康浩 木村信之 松岡範将
		k	情報セキュリティ訓練メール開 封率	10%	5%	—	—	①情報セキュリティに対する意識高揚	①情報セキュリティ訓練メールが有償のため、情報セキュリティに関する研修をイントラにて実施	①継続				
		l	経営指標揭示回数	12回	12回	10回	12回	①院内指標の継続的な揭示・見直し	①適宜実施	①継続				

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				令和6年度 総括		担当部署	関連部署	関連委員会	担当部署長 担当者
				実績値	達成指標	実績(～1月)	実績見込	実行計画	【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)】				
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	①随時実施するも、提案が少ない。 ②随時実施。 ③同上。 ④同上。	・提案増につながる対策を検討し実施していく。	全部局 (各局)			水谷博光 吉田康浩 木村信之 松岡範将
36	会議の生産性の向上	a	常置委員会延べ開催回数	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	適宜見直し中	適宜見直し中	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各委員会の所掌事務にて検討中。 ②令和7年2月経営強化推進委員会にて左記事項について各所属に改めて周知。	各委員会からの回答を基に、委員会のあり方及び運営の効率化を作成。	全部局 (各局)			水谷博光 松岡範将
		b	常置委員会構成員延べ人数	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	適宜見直し中	適宜見直し中							
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	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、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	①MAによる書類作成代行が医師の負担軽減につながっている。 ②科によっては休日当番制をしいて、時間外労働の削減につとめ、医師の負担軽減ができている。 ③時間内での会議の開催、書面やイントラ内での確認のみの割合が増えている。 ④患者、家族への啓蒙はまだ不十分と考える。 ⑤まだ充実しておらず、医師の負担軽減にはつながっていない。 ⑥MSW主導でのスムーズな後方病院や施設への転院が行えるようになってきた。	・各科チームでの当番制あるいは複数主治医制の導入を充実していきたい。 ・医師それぞれが時間外労働の削減に対する意識改革していくことが必要。	全部局 (診療局)		医師の負担軽減委員会	荒川大吾
								薬剤室 ①持参薬処方等代行入力の実施 ②支持療法提案及び代行入力 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 臨床検査室 ①抗酸菌株同定感受性オーダーの代行入力 ②免疫染色オーダーの代行入力 ③コンサルテーション標準準備・梱包・投函 リハビリテーション室 ①身体障害者手帳等の計測業務 視能訓練士室 ①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 臨床工学士室 ①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 栄養管理室 ①入院患者の栄養評価 ②食事内容の提案・調整 ②経腸栄養のプラン作成・提案 歯科衛生士室 ①一部オーダーの代行入力 ②レセプト業務の一部代行	薬剤室 ① ② ③ 臨床検査室 ①2024年7月から40件 ②500件 ③25件 リハビリテーション室 ① 視能訓練士室 ① 臨床工学士室 ①対象診療科への積極的な介入が不十分であった 栄養管理室 ①新たにGLIMを開始した。 ②各病棟栄養士にてミールラウンド・摂取不良者の個人対応を積極的に行うことができた。 ③NST対象者以外でも主治医に経腸栄養プランを提案したり、オリジナルのプロトコルを使用していたくことができた。 歯科衛生士室 ① ②	薬剤室 ①継続 ②継続 ③継続 臨床検査室 ・腎臓内科教育入院の検査説明 ・脊椎手術の術中モニタリング ・アブレーションモニタリング ・病棟患者の送迎補助 臨床工学士室 ・CPAP・HOT導入の臨床工学士の役割について周知を図り、スムーズな業務介入が行える体制を整備する 栄養管理室 ①継続。GLIMなどの新規業務は手順を随時見直ししながら効率化を図る。 ②継続。 ③イトラへの掲載などプロトコルの普及に努める。	全部局 (診療技術局)		医師の負担軽減委員会	伊藤慎二 奥野秀樹 笠井正美 寺本久美子 山内将平 中川恵良 吉田裕次
		b	医師事務作業補助者数	8人	10人	18人	23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	①2名の応募者の面談を行ったが、未経験者であり採用には至らなかった。 ③増加はできなかったが、離職者はいなかった。	①募集基準を経験者に変更し、即戦力強化を図る。 ③離職に至らないよう、定期的に面談の実施。	全部局 (事務局)		医師の負担軽減委員会	水谷博光 木村信之
		c	タスクシフト/シェア業務数	1件	2件			医事課 ①医師の業務のうち、MAへシフト可能な業務の選択 放射線室 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。 看護局 ①特定看護師の養成 ②看護補助者との協働	医事課 ①レセプト病名の付け漏れなどはMAで対応できるようにした。 放射線室 ① ② ③ 看護局 ① ②	医事課 ①各文書の定型化について、診療科毎に必要なとなり、標準化まではできていない。 看護局 継続 看護補助者とのタスクシェアだけではなく、他の職種ともタスクシェアを検討していきたい	全部局 (各局)		医師の負担軽減委員会	水谷博光 松岡範将

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				令和6年度 総括		担当部署	関連部署	関連委員会	担当部署長 担当者
				実績値	達成指標	実績(～1月)	実績見込	実行計画	【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)】				

⑤事務職員の強化

※下線は実行計画作成部署														(敬称略)	
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適宜実施 ②適宜実施	①継続 ②継続	戦略企画室	管理課 医事課 地域医療センター		松岡範将 桑原和之	
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	8人	10人	18人	23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	①①2名の応募者の面談を行ったが、未経験者であり採用には至らなかった。 ③増加はできなかったが、離職者はいなかった。	①募集基準を経験者に変更し、即戦力強化を図る。 ③離職に至らないよう、定期的に面談の実施。	医事課	診療局		木村信之 勅使川原康詞	
40	業務改善の推進	a	業務改善に係る見直し業務数	4件	3件以上	2件	2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	①～③随時実施	常に改善意識をもって取り組むことを徹底する。	事務局 地域医療センター			水谷博光 吉田康浩 木村信之 松岡範将	
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	10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適宜実施 ②適宜実施 ③適宜実施	①継続 ②継続 ③継続	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)		松岡範将 桑原和之	