

①収入増加対策

取組事項 No.	取組事項	指標 No.	指標名	担当部署	令和 6 年度	令和 7 年度		実績			
					実績	達成指標	実行計画	4月	5月	6月	累計・平均
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	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名	1名	1名	1名
		b	研修医からの採用医師数		2名	2名		2名	2名	2名	2名
		c	医師数 (会計年度含まず)	事務局	74.7人	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	75.1人	74.1人	74.1人	74.4人
2	研修医の育成	a	メンター(助言・指導者)配置率	臨床研修センター	100%	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・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	100%	100%	100%	100%
		b	研修医の確保人数		7名/年	7名/年		7名	7名	7名	7名
		c	研修医の学会発表回数		1回/年	2回/年		1回	1回	1回	3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%	(臨床検査室) ①臨地実習指導者1名育成 (薬剤室) ①薬学生タイムズWebにて病院紹介を行う。 ②各大学の就職課へ募集要項を発送し、掲示してもらう。 ③愛知県病院薬剤師会HPに募集要項掲載 (リハビリ室) ①実習生の受け入れ ②臨床実習指導者講習会の受講（実習生の受け入れのため）STも受講することになった。 (視能訓練士室) ①現在、視能訓練士室では実習生の受け入れを行っていない。 ②年間スケジュール通り実施する。	—	—	—	—
		b	募集定員に対する内定受託者率 (看護局)	看護局	77%	100%	(看護局) ①インターンシップ、病院見学の継続 ②人材確保活動（就職イベント参加）管理課と協働し動画作成 ③看護局教育委員会で看護学校からの実習評価でポジティブな評価はフィードバックしていく 困りごとはタイムリーに報告を受け対応していく ④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） ⑤効果的な人事考課・目標管理面接の実施 ⑥計画的な有給休暇取得促進	88%	88%	76%	76.0%
		c	看護師実習受け入れ校からの採用率		89%	85%		—	—	—	—
		d	看護師離職率 (過去3年平均10.8%)		8.6%	9%以下		0%	0.4%	0.4%	0.40%
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% (115,949人)	88.0% (122,456人)	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 ③市内ショッピングモールを利用したPRの検討	87.9% (9,653人)	87.9% (9,356人)	87.7% (9,603人)	87.8% (28,612人)
		b	津島市及び隣接市の入院受診比率		89.3% (85,735人)	89.5% (91,389人)		90.6% (7,529人)	90.9% (7,165人)	91.1% (6,216人)	90.9% (20,910人)

取組事項 No.	取組事項	指標 No.	指標名	担当部署	令和6年度	令和7年度		実績			
					実績	達成指標	実行計画	4月	5月	6月	累計・平均
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	39%	41.0%	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	40.5%	37.3%	39.4%	39.1%
		b	DPCⅡ期内退院率	地域医療センター	62.2%	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	59.5%	61.0%	63.1%	61.2%
		c	急性期在院日数		13.5日	16日以下		15.5日	14.3日	12.3日	14.0日
6	救急受入の向上	a	救急車受入件数	救急医療部	3,434件/年	3,650件/年		241件	233件	256件	730件
		b	救急車お断り率		19.3%	15.0%	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	17.0%	14.2%	15.9%	15.7%
		c	救急からの入院件数		1,503件/年	1,600件/年		108件	97件	110件	315件
				看護局		—	(看護局) 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師長・病床管理師長と連携し入院へつなぐ。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。)	—	—	—	—
7	紹介受入、逆紹介の向上	a	紹介率	診療局 地域医療センター	68.9% (12,761件)	70.0% (13,000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	72.1% (1,034件)	70.6% (981件)	73.7% (1,156件)	72.2% (3,171件)
		b	逆紹介率		88.8% (11,467件)	89.0‰ (11,600件)		85.1‰ (916件)	86.0‰ (898件)	85.3‰ (915件)	85.4‰ (2,729件)
8	手術件数の向上	a	手術件数	診療局	1,701件	1,750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	166件	171件	152件	489件
				看護局		—	(看護局) ①麻酔科医が介入する手術は麻酔科と相談しながら緊急度を主治医と相談しながら速やかに手術対応する ②手術の進行具合によって担当メンバーを変更し、スムーズな入室を行う	—	—	—	—

取組事項 No.	取組事項	指標 No.	指標名	担当部署	令和6年度	令和7年度		実績			
					実績	達成指標	実行計画	4月	5月	6月	累計・平均
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)	3階西病棟	315件	245件 (稼働率85.6% で35%以上の直接入院)	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・入棟審査会の見直し 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 ④在宅復帰支援 ・早期から多職種と連携を図り、在宅復帰率72.5%以上 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 ⑥訪問看護と連携した緊急レスパイトの受入拡大	34件	31件	28件	93件
		b	レスパイト入院数		49件	50件		5件	5件	4件	14件
		c	当院訪問看護依頼件数		10件	10件		2件	2件	2件	6件
10	円滑な退院支援	a	DPCⅡ期内退院率	地域医療センター	62.2%	62.2%	(ベッドコントロール) ①院長方針を受けて柔軟で、早急に行動変容ができる体制をつくる ②病院内の運営状況の情報収集を的確に把握する ③予定入院期間の把握、在院日数、DPCⅡ期期間を見据えた退院調整をする ④近隣回復期療養型病床の空床状況の確認し、情報提供ができる ⑤重症度、医療・看護必要度適正評価 (病棟師長の取り組み) ①退院支援カンファレンスの充実 ②退院支援・調整テンプレートの活用 ③病棟師長と連携しDPCⅢの退院支援を積極的の実施する	59.5%	61.0%	63.1%	61.2%
		b	急性期在院日数		13.5日	16日以下		15.5日	14.3日	12.3日	14.0日
11	訪問看護の充実	a	訪問看護件数	訪問看護ステーション	7,462件	7,100件	①各部署に対して訪問看護の利用方法等の説明をする。 ②居宅介護支援事業所へ顔の見える関係づくりをする。 ③居宅介護支援事業所への相談対応をする。	692件	715件	740件	2,147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	19件	5件以上	①取得可能な施設基準の抽出・試算等の情報提供 ②取得に向けた院内調整 ③R8改定に向けた情報収集と対策検討	0件	2件	0件	2件
		b	急性期病棟 重症度、医療・看護必要度	看護局	①20.87% ②30.11%	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 へ復帰	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 ③地域医療センター・医事課戦略企画室と連携して直接入院の対象患者の検討 ④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	①17.76% ②25.83%	①22.07% ②29.18%	①24.33% ②34.13%	①21.11% ②29.36%
		c	地域包括ケア病棟 転棟割合・在宅復帰率		転棟割合：53.6% 在宅復帰率：82.5%	転棟割合：65%未満 在宅復帰率：72.5%以上		転棟割合：57.0% 在宅復帰率：78.3%	転棟割合：56.3% 在宅復帰率：88.9%	転棟割合：56.9% 在宅復帰率：77.8%	転棟割合：56.7% 在宅復帰率：81.7%

取組事項 No.	取組事項	指標 No.	指標名	担当部署	令和6年度	令和7年度		実績			
					実績	達成指標	実行計画	4月	5月	6月	累計・平均
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	5件	①毎月の減点レセプトの精査 ②減点項目のうちシステム対応の可否を判定 ③院内周知により減点削減	0件	1件	0件	1件
		b	がん患者指導管理料	看護局	イ：48件 ロ：1,200件	イ：50件以上 ロ：1200件以上	(看護局) 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	イ：1件 ロ：108件	イ：2件 ロ：102件	イ：3件 ロ：92件	イ：6件 ロ：302件
		c	糖尿病合併症管理料		250件	250件	(看護局) 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	23件	16件	29件	68件
		d	糖尿病透析予防指導管理料		17件	18件		1件	0件	3件	4件
		e	導入期初期加算件数		165件	150件		12件	16件	15件	43件
14	CT・MRI利用の促進	a	CT件数	放射線室	28,000件	28,600件	①当日至急検査依頼のお断り根絶 ②AI再構成などによる検査内容の調整 ③予約枠の調整 ④ドックの検査内容の調整	2,285件	2,318件	2,444件	7,047件
		b	MRI件数		8,400件	8,700件		768件	744件	880件	2,392件
		c	ドックにおけるCT、MRI件数		310件	350件		27件	23件	39件	89件
15	リハビリ単位数の維持・向上	a	リハビリ単位数	リハビリテーション室	100,895単位	93,700単位	①強化プラン計画の室内への掲示 ②定期的に実績の掲示をする (ST1人欠員であり、PTOT産休育休取得予定のため)	8,593単位	8,274単位	8,009単位	24,876単位
		b	リハ総合計画評価料算定件数		1,407件	1,400件		126件	121件	106件	353件
		c	糖尿病教育入院の算定割合		98.7%	95%		100%	100%	100%	100%
16	栄養管理指導の充実	a	外来栄養指導件数	栄養管理室	739件	780件	①心リハ栄養指導において業務手順を効率化する(栄養士の部屋配置、案内配布など) ②医師・病棟等への算定要件の案内を定期的に配信 ③GLIM低栄養経口摂取患者への栄養介入と併せて栄養指導の実施 ④化学療法室にて2～3か月ごとの継続指導を実施。食事摂取不良時には指導回数を増やし、再指導件数年間100件以上を維持する	71件	66件	60件	197件
		b	外来化学療法室栄養指導件数		158件	160件		19件	16件	21件	56件
		c	入院栄養指導件数		943件	950件		105件	97件	92件	294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	健康管理センター	86%	85%	(臨床検査室) ①健診腹部エコーをもう一人生理機能検査で行い、人間ドックが1枠増えても対応できる体制にする。 ②健診と生理機能検査で連携を取り合って必要時には生理機能で検査を行えるようにする。	74%	92%	90%	85%
		b	利用者満足度 (次回の利用意向率の向上)		91%	90%以上維持		90%	89%	90%	90%
18	薬剤管理指導の充実	a	薬剤管理指導件数	薬剤室	15,000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	1,456件	1,433件	1,299件	4,188件
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	197万円	未収金回収額 100万円以上	①カード払いの推奨 ②安易な分納誓約を締結しない、生活困窮者には行政へ橋渡しする ③診療報酬の分納者のうち、分納不履行案件を弁護士委託	116,000円	100,322円	183,000円	399,322円
20	補助金の有効活用	b	新規補助金の掘起し数	戦略企画室	4件	1件以上	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	—	—	—	—

取組事項 No.	取組事項	指標 No.	指標名	担当部署	令和6年度	令和7年度		実績			
					実績	達成指標	実行計画	4月	5月	6月	累計・平均
21	広報機能の強化	a	市広報紙記事掲載回数	管理課 戦略企画室	24回	22回	(管理課) 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 ⑥Line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市立図書館等の市の公共施設の活用 ⑮市内ショッピングモールの活用の検討	2回	1回	2回	5回
		b	フォロワー数		731人	750人		833人	833人	833人	833件
		c	広報人材数		1人	2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	257人	280	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	10人	13人	16人	39人
		b	職員満足度		0.636	70.0%		—	—	—	—
		c	認定看護師・特定行為研修修了 看護師育成数	看護局	合格者2名	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 ④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継続して計画的に受講推進 ⑤S-QUEが刷新され、ラダー別に学びやすい内容となったため、集合研修や自己研鑽で活用できるよう支援する(教育要素と合わせて一覧表にする) ⑥新人看護職員研修責任者等研修事業の計画的受講(R7年度は教育担当研修1名受講) ⑦令和6年度新人看護職員臨床研修制度年度末の評価から令和7年度も令和6年度の計画を継続して実施する ⑧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	—	—	—	—
		d	看護補助者活用のための管理者 育成数		4名増	4名増		—	1名9月受講決定	1名10月受講決定	2名受講予定
		e	認定看護管理者教育課程受講者 数		1名増	1名増		—	1名	—	1名
		f	キャリア開発のための院外出張 参加率		16.6%	10%以上		—	—	5.48%	5.48%
		g	新人看護師離職率		0%	10%以下		0%	0%	0%	0%

取組事項 No.	取組事項	指標 No.	指標名	担当部署	令和6年度	令和7年度		実績			
					実績	達成指標	実行計画		4月	5月	6月
②経費削減対策											
23	薬品費の削減	a	医薬品購入額の修正医業集積の比率	管理課	10.9%	10.0%	(管理課) ①ベンチマーク・分析 ②価格交渉 (医事課) ①施設基準上の90%以上を維持していく	—	—	—	—
		b	後発医薬品使用割合		93.0%	93.0%		92.8%	92.1%	92.6%	92.5%
		c	医薬品値引率		13.4%	15.0%		—	—	—	—
		d	後発医薬品への変更	薬剤室	—	10品目	①院内使用量の多い先発医薬品や高額先発医薬品を後発医薬品へ変更	—	—	—	—
24	診療材料費の削減	a	診療材料費の対修正医業収益比率	管理課	10.3%	9.3%	(管理課) ①ベンチマーク・分析 ②価格交渉	—	—	—	—
		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	診療技術局 （臨床工学技士室）	提案の調整中	R-SUDの導入	①導入に向けての課題の洗い出し ②業者との機能・運用に関する打合せ ③関係部署と運用方法検討 ④職員向け説明会およびトレーニングの実施の検討	—	—	戦略企画室より契約可能業者の調査依頼あり 対応	—
25	委託費の削減	a	委託費の対修正医業収益比率	事務局	13.0%	14.0%	①価格交渉 ②委託業務仕様書の精査 ③業務の質向上に向けた業者への聞き取り	—	—	—	—
26	購入物品・契約内容の精査（見直し）	a	備品選定委員会の開催	管理課	12回	月1回以上	①委員会での物品の申請、精査 ②高額機器について、部会を設置、開催	1回	1回	1回	3回
27	時間外勤務の削減	a	医師の時間外労働の削減	全部局 （診療局）	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	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
		b	看護職時間外勤務総時間	全部局 （看護局）	待機者抜き 月7.57時間/人	待機勤務者ぬき 月7.57時間/人以下	(人事担当副看護局長・各部署師長の人事労務管理) ①柔軟な勤務体制 (各部署の特殊性を考慮したスタッフ配置、スタッフ数等に合わせシフト調整) ②各部署の連携強化は情報共有の円滑化や全体で業務効率を向上 ③時間外勤務時間数の共有(部署平均時間を年度、月比較)1回/月※ 手術室・訪問看護・放射線科は含まず (クリニカルパスの有効利用) ①新規クリパス5件以上作成する(尿路感染症等) ②クリニカルパスの見直しを30件以上行う ③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 ④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 ⑤他院等の情報を得ることで当院に導入できるシステムの検討	5.2時間	5.5時間	4.64時間	5.11時間
		c	クリニカルパス使用率		39.0%	41.0%	40.5%	37.3%	39.4%	39.1%	
		d	医療技術職時間外勤務総時間		全部局 （診療技術局）	7,432時間	7,230時間	①業務分担の工夫 ②業務の効率化	506時間	473時間	430時間
		e	事務職時間外勤務総時間	全部局 （事務局）	8,391時間 （1人当たり13.6時間）	7,400時間 （1人当たり12時間）	(管理課) ①上限時間の管理 ②業務分担の工夫 ③業務の効率化 (戦略企画室) 以下を追加 ④繁忙期における部署間の応援	1,006時間 （1人当たり17.2時間）	553時間 （1人当たり8.1時間）	490時間 （1人当たり7.4時間）	2,049時間 （1人当たり10.9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	①配置基準を踏まえた業務量と職員数の不均衡等の情報収集 ②必要に応じ、標準人数の見直し実施 ③パートタイム等、多様な働き方の活用 ④市関係部署との調整・連携	0人	0人	0人	0人

取組事項 No.	取組事項	指標 No.	指標名	担当部署	令和6年度	令和7年度		実績				
					実績	達成指標	実行計画		4月	5月	6月	累計・平均
③患者サービスの推進												
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	全部局 （診療技術局/リハビリテーション室）	116枚	110枚	①パンフレットを使用して、効率化をはかる。 ②適宜、内容の見直しを行う。	7枚	16枚	9枚	32枚	
		b	緩和ケアレスパイト入院数	全部局 （看護局）	17件	17件	（緩和ケア病棟） ①緩和面談時に通常入院以外にもレスパイト利用ができることを患者家族に説明する ②外来、病棟とも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情報の共有（クリニカルパス） ①委員会時に委員会のメンバーに患者パスの配布忘れ・説明忘れがないように周知する ②入院案内室との連携強化（アナムネ入力・SGAシート・MSWスクリーニング入力）	1件	1件	1件	3件	
		c	患者パスの配布・説明率		85.0%	100%	93.40%	93.90%	96.40%	94.56%		
		d	入院患者満足度	全部局 （各局）	84%	90%	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施設老朽化対応	—	—	—	—	
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）	全部局 （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	1回	—	—	1回	
		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）	全部局 （診療技術局）	1回/年	（臨床工学技士室） 1回/年 （放射線室） 1回+α/年	（臨床工学技士室） ①研修内容を見直しつつ、継続実施していく （臨床検査室） ②新規採用職員オリエンテーションの内容見直し（放射線室） ①新規入職者へのオリエンテーションを通じて放射線室への理解を深めてもらう ②新規入職者等を対象としたMRIの講習会を開催し患者移送時の安全性などへの理解を深めてもらう	1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	全部局 （看護局）	4.7点	4.7点	（看護局） ①看護局の接遇研修の実施 1回/年 ②接遇ポスターの作成・掲示 ③看護局サービス委員会にて接遇チェック（自己チェック） ④「言葉遣い・態度」をテーマに実施していく	—	—	—	—	
		e	入院患者アンケート率 看護局／満足・やや満足		94.7%	95.0%		—	—	—	—	
		f	入院患者アンケート率／言葉遣いは適切か		97.8%	98.0%		—	—	—	—	
		g	接遇研修参加率	全部局 （事務局）	49.3%	60.0%	①接遇研修 ②接遇マナーの徹底	—	—	—	—	
		h	接遇への入院患者満足度		91.0%	95.0%		—	—	—	—	
31	サービス意識の醸成	a	患者の会から受領する ありがとうカード枚数（看護局）	全部局 （看護局）	50枚以上	50枚以上	（看護局） ①看護局サービス委員会および師長会にてご意見箱の意見の内容と検討内容・対策の周知 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良い意見についても、全部署に周知し、良いことはより良く実施できるように接遇・サービス意識の醸成をはかる ④看護局入院患者アンケートの実施	10枚	1枚	1枚	12枚	
		b	ご意見箱の看護に対する悪い意見に対する検討と対応改善策の周知		—	全件実施		良い3 悪い4	良い0 悪い2	良い1 悪い2	良い4 悪い8	
		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）		95.6%	96.0%		—	—	—	—	
		d	啓発回数	全部局 （各局）	12回	12回	①サービス意識の啓発	1回	1回	1回	3回	

取組事項 No.	取組事項	指標 No.	指標名	担当部署	令和 6 年度	令和 7 年度		実績				
					実績	達成指標	実行計画		4月	5月	6月	累計・平均
④職員意識の改善												
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	全部局 (診療局)	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	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	
		b	強化プラン実行計画策定率 (看護局全師長)	全部局 (看護局)	100%	100%	(看護局) 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）	100%	100%	100%	100%	
		c	部署の目標達成度合（看護局）		概ね達成	概ね達成		—	各部署目標作成し提示	目標に沿って実践中	目標に沿って実践中	
		d	意識啓発回数 (局打合せ)	全部局 (各局)	各局月 1 回以上	各局月 1 回以上	①定期的な局内打合せを通し、業務遂行に向け、局職員の意識の統一	1回	1回	1回	3回	
33	コスト意識の醸成	a	クリニカルパスの見直し数	全部局 (診療局・事務局)	31種	4種以上	(医事課) 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 ②分析ツールでで他院と比較分析 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	3種	4種	6種	13種	
		b	コスト削減率	全部局 (診療技術局 /臨床検査室)	0.69%	0.70%	(臨床検査室) ①消耗品・検査キットの他社製との比較検討。 ②エコー技師の育成。(認定取得) ③各エコーの当日至急の充実。(当日至急を断らない) ④学会などの機器展示での情報収集。	0.03%	0%	0.21%	0.24%	
		c	心エコー件数		3,400件	3,400		297件	319件	302件	918件	
		d	U2(超音波室2)部屋の検査枠増加		28.5%	28.5%		36.2%	27.1%	24.1%	29.1%	
		e	検査件数（視能訓練士室）	全部局 (診療技術局 /視能訓練士室)	1,130件/月 平均	1,300件/月	①コスト算定可能な検査を前日までに予習し、確認する。 ②有効な検査の医師への提示	1,122件	1,256件	1,250件	1,209件/月	
		f	ゴミ分別による医療廃棄物処理コストの削減	全部局 (看護局)	医療廃棄物 処理費用 月平均352万円	医療廃棄物 処理費用 月平均 3 5 2 万 円以下	(ゴミ分別による医療廃棄物処理) ①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 ②医療廃棄物処理費用の推移（頑張り度）を周知	372万326円	315万7,534 円	280万7,578 円	322万8,479円	
		g	A 4 用紙購入枚数の削減		3,810,000枚	3,700,000枚 以下 3,500,000枚	(看護局) ①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） ②整理整頓による物品管理 ③印刷ミスを防止に向け、印刷実施時の画面確認実施	—	—	—	—	
		h	経営指標掲示回数	全部局 (事務局)	12回	12回	①各種経営指標の情報発信 ②経営・収支への関心の促進 ③現状（課題）の把握 ④掲示内容の適宜見直し	1回	1回	1回	3回	

取組事項 No.	取組事項	指標 No.	指標名	担当部署	令和6年度	令和7年度		実績			
					実績	達成指標	実行計画	4月	5月	6月	累計・平均
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)	全部局 (診療技術局/リハビリテーション室)	1回 (3人)	0回 院内研修にインスト派遣	(リハビリ室) 今年度は、院内の研修にインストとして、複数回人員を派遣いたします。今年度はリハ室内の研修は開催を見送り、来年度再度取り組む予定です。	0回	0回	0回	院内BLSIに講師として協力
		b	アクシデント・インシデントの情報共有回数	全部局 (看護局)	1回/月	1回/月	①インシデントアクシデント事例の集約・データ化し、医療安全管理委員会や関連部署と改善策を含めた情報を共有する。 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する。 ③行動制限解除に向けたカンファレンス実施状況と身体拘束率を可視化する。 ④部署と連携し転倒転落防止対策を強化する。	1回	1回	1回	3回
		c	対策立案後の同様インシデント発生件数		35件/年	100件/月		0件	0件	0件	0件
		d	医療安全情報の情報共有回数		1回/月	1回/月		1回	1回	1回	3回
		e	転倒転落発生率		1回/月	4.0‰/月		5.1‰	4.1‰	2.8‰	4.0‰
		f	患者影響レベル3bの発生件数		10件/年	6件以下/年		2件	3件	1件	6件
		g	身体拘束率		18.0 %/月	15%以下/月		20.10%	15.30%	12.60%	16.0%
		h	クラスター発生回数	全部局 (看護局)	4件	3件以下/年	(感染対策) ①標準予防策を院内に定着させ、アウトブレイクを防止する。 *多職種教育による医療技術と知識を向上。 →クラスター発生の防止。 →新興感染症や災害時におけるスムーズな対応。 ②感染リンクナース等との協働により、ケアスタッフを育成し、感染管理体制の強化を図る。 *S-QUE院内研修 (動画視聴) *手指衛生と個人防護具の着脱 (演習) *リンクケアスタッフの誕生 (災害対策) ①各部署で事業継続計画 (BCP) に沿った災害訓練を実施する。 ②被災状況報告書が正しく記載できる ③BCPの見直し	0件	0件	0件	0件
		i	災害訓練実施および振り返りの実施 (看護局各部署)		4回以上実施	年4回以上 (各部署昨年度と同様か上回る)		災害訓練1回/1部署	災害訓練3回/3部署	災害訓練14回/8部署	看護局11部署 18回/3か月 平均1.6回
		j	職員安否・参集確認訓練応答率 (事務職員配置部署平均)	全部局 (各局)	81.2%	85.0%	①災害に対する意識高揚	—	—	—	—
		k	個人情報に関する事故件数		—	3件以内	①個人情報保護に対するマニュアルの徹底	0件	0件	0件	0件
		l	経営指標揭示回数		12回	12回	①院内指標の継続的な揭示 ②揭示内容の適宜見直し	1回	1回	1回	3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	全部局 (各局)	—	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	—	—	—	—
36	会議の生産性の向上	a	常置委員会延べ開催回数	全部局 (各局)	適宜見直し中	随時見直し	(戦略企画室) 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	—	—	—	—
		b	常置委員会構成員延べ人数		適宜見直し中	随時見直し		—	—	—	—

取組事項 No.	取組事項	指標 No.	指標名	担当部署	令和6年度	令和7年度		実績			
					実績	達成指標	実行計画	4月	5月	6月	累計・平均
37	タスクシフト/シェア	a	医師の時間外労働の削減	全部局 (診療局)	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	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
		b	医師事務作業補助者数	全部局 (事務局)	23人	23人	(医事課) ①15：1の基準を満たす、医師事務作業補助者の人数を維持していく ②離職に至らないよう、定期的に面談の実施。 ③欠員時の募集を速やかに実施し施設基準を落とさない	23人	23人	23人	23人
		c	タスクシフト/シェア業務数	全部局 (各局)	(放射線室) 造影MRI時の抜針 316件/317件 (看護局) 1件	(放射線室)1件 (戦略企画室)2件	(放射線室) ①現在行っているタスクシェアの継続 ②告示研修等の受講促進 ③看護局や検査室との患者移送時のタスクシェア実施 (看護局) ①認定看護師B過程および特定行為研修修了看護師受講支援 ②看護補助者との協働 ③検査送迎に関わるタスクシェアの推進 (戦略企画室) ①各課からの実行計画を集計 (医事課) ①医師作成文書のうち、可能なものは医事課MAが下書きを行う。	(放射線室) 1件 患者送迎	—	—	1件

⑤事務職員の強化

38	病院専従職員の活用	a	病院専従職員配置数	戦略企画室	1人	1人以上	①専従職員が担当すべき業務の再検討 ②専従職員の採用・配置の運用基準検討 ③市関係部署との調整	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	23人	23人以上	①15：1の基準を満たす、医師事務作業補助者の人数を維持していく ②離職に至らないよう、定期的に面談の実施。 ③欠員時の募集を速やかに実施し施設基準を落とさない	23人	23人	23人	23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 地域医療センター	2件	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	0件	0件	0件	0件
41	マネジメント力の強化	a	目標管理の「達成」「上回る」の評価割合	戦略企画室	47%	50%以上	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 ④課題解決能力の向上 現状分析・計画的な業務遂行・機能的な職場運営	—	—	—	—
		b	市長・院長等意見交換会実施回数		12回	12回		1回	1回	1回	3回