令和4年度の取り組み達成状況

状況欄の「○」は達成済み。「△」(※)は一部達成済み。「×」は未達成。 ※・・・目標が複数個ある場合に、○と×が混在しているときに△としている。

1. 安全で信頼される医療の提供（医療の質の向上）

中項目	小項目	計画上で実施するとされていること	(参考)令和3年度目標	実施すべき取り組み	目標	状況	実施したこと	成果(増収額、削減額など)	現状の把握と今後の課題
感染管理体制の充実	感染防止活動の充実	院内感染防止対策の推進	院内感染対策研修会 感染対策 年2回、ICT研修会 年2回 ICTカンファレンス・ラウンド 週1回 感染防止対策加算1－2カンファレンス 年4回 感染防止対策加算1相互チェック 年1回	研修会、ラウンドの確実な実施、感染対策向上加算の施設基準を満たすカンファレンス等の実施 院内感染マニュアル改定作業完了	院内感染対策研修会 感染対策 年2回、ICT研修会 年2回 ICTカンファレンス・ラウンド 週1回 感染対策向上加算1－3カンファレンス 年4回 感染対策向上加算1相互チェック 年1回 外来感染対策向上加算施設との連携 院内感染マニュアル改定	△	研修会／感染対策向上加算のカンファレンス・相互チェック ICTカンファレンス・ラウンドは毎週実施済み 外来感染対策向上加算 対象施設選定終了 院内感染マニュアル改定形式変更作業	院内感染対策研修会（感染対策・ICT） 各2回終了 ICTカンファレンス・ラウンド 毎週1回実施 感染対策向上加算1－3カンファレンス 4回実施 感染対策向上加算1相互チェック 1回実施 外来感染対策向上加算の連携施設が3施設決定、カンファレンスは未実施 院内感染対策マニュアルは見やすさ、活用しやすさのため形式変更途中	診療報酬改定で設定された外来感染対策向上加算の連携施設とのカンファレンスはCOVID-19対応のため施行できず、次年度持ち越し。連携施設と早期に連絡をとり日程調整する。 院内感染対策マニュアルは内容変更は終了したが、見やすさ、活用しやすさのため形式変更まで行う。
		抗菌薬適正使用支援チームの活動の推進	AST研修会 年2回 ASTカンファレンス・ラウンド 週1回	抗菌薬適正使用支援加算の算定要件を満たすカンファレンス等の実施	AST研修会 年2回 ASTカンファレンス・ラウンド 週1回	○	AST研修会2回開催 ASTカンファレンス・ラウンドの継続 特定注射用抗菌薬使用届提出の書式変更試用中	AST研修会 2回開催済み ASTカンファレンス・ラウンド 毎週1回実施 特定注射用抗菌薬使用届提出率増加(2月に書式変更)	使用届提出率増加を抗菌薬適正使用支援に活用する
	感染症の流行に備えた対策の強化	感染症対応業務継続計画の策定	感染症対応業務継続計画策定	令和3年度に改定した新型ウイルス感染症発生時における診療継続計画（BCP）の改定の有無の確認	感染症対応業務継続計画見直し	×	COVID-19 第7、8波の対策実践 8件のクラスター対応	感染症対応業務継続計画見直し 未実施 クラスター対応	新型コロナウイルス感染症の5類移行に伴う対策の見直し、クラスター予防のための早期発見
		感染制御室の人材確保	令和3、4年度で感染症科医1名確保 専従看護師2名体制 専従薬剤師1名育成 事務員1名常駐（週5日勤務）体制 ICN候補者の研修学校受験支援	ICN候補の確保、事務員の体制の充実（常駐）を図る	令和3、4年度で感染症科医1名確保 専従看護師・専従薬剤師2名体制 事務員1名常駐（週5日勤務）体制 ICN候補者の研修学校受験支援	△	専従看護師2名体制維持 10月から専従薬剤師の配置 ICN候補者を選出し、研修学校進学決定	専従看護師2名体制・専従薬剤師1名体制 10月から専従薬剤師の配置、AST活動開始 ICN候補者の研修学校受験支援 その他の目標は未達成	引き続き、感染症専門医及び事務員の充実を図る
		防護用品の計画的な備蓄・更新	3ヶ月分の防護用品の在庫確保	防護用品の在庫確保	1ヶ月分の防護用品の在庫確保	○	防護用品の在庫確保、管理 新規防護品の選定導入 備蓄期間の検討	1ヶ月分の防護用品の在庫確保 新規防護品の導入	
医療安全管理体制の充実	医療安全文化の醸成	インシデント報告件数の増と浸透の仕組み作り	インシデント報告件数 年6,500件以上 インシデント報告ゼロ部署の解消 医師、研修医のインシデント報告割合10%以上の継続 研修医のインシデント報告件数 1人10件以上 医療安全管理室活動レポートの院内発信 年6回	インシデント報告の推進活動およびフィードバック 医療安全管理室活動報告を院内向けに発信 RRS啓蒙活動・RRT（院内急変対策チーム）の活動支援およびフィードバック	インシデント報告件数 年7,000件以上 インシデント報告ゼロ部署の解消 医師、研修医のインシデント報告割合10%以上の継続 研修医のインシデント報告件数 1人10件以上 医療安全管理室活動レポートの院内発信 年6回 院内急変対応システム（RRS）の構築	○	インシデント報告の推進活動およびフィードバック 臨床研修プログラム委員会との協働（臨床研修医の報告推進） 医療安全管理室の定期的な報告（院内情報紙「医療安全定期便」 院内急変対応システム（RRS）の起動および周知活動 RRTの活動支援・フィードバック	インシデント報告件数8,131件 インシデント報告ゼロ部署：なし 医師・研修医のインシデント報告割合 10% 研修医のインシデント報告件数 1人あたり11.96件 （299件/25人） 「医療安全定期便」を毎月発信 RRSカンファレンス毎月開催・RRS要請者へフィードバック	
		安全対策文書の作成及び周知	安全対策文書の作成 年24回 eラーニング 年1回	インシデント報告内容の確認 安全対策文書作成 安全対策文書の内容をeラーニングにより学習	安全対策文書の作成 年24回 eラーニング 年1回	△	インシデント報告の内容確認・対策立案し、医療安全対策文書として発信 eラーニング 7月：児童虐待対応研修のフォローアップ 9月：RRSセミナーのフォローアップ 12月：患者確認防止のeラーニング 3月：サイバーセキュリティ研修のフォローアップ	医療安全対策文書発信 15回 （うち再通知 3回） eラーニング受講率 7月：85.5% 9月：85.4% 12月：83.7% 3月：75.1%	医療安全管理室活動報告や推進内容を発信する 医療安全定期便を12回/年発行した（安全対策文書の内容も含む）ため、次年度は対策文書の発行数や再通知数を見直す
		医療安全マニュアルの見直し	医療安全マニュアル見直し 年1項目	インシデント報告の内容確認 医療安全マニュアルの見直し、および新規マニュアル作成	医療安全マニュアル見直し 年1項目	○	医療安全マニュアル改定	改定項目 6項目 （改定3項目、部分改定3項目） 改定：人工呼吸器管理マニュアル・患者確認マニュアル・管理対象薬管理マニュアル 部分改定：採血マニュアル[成人の静脈採血法]Ⅰ.真空管採血・Ⅱ注射器採血・点滴静脈注射マニュアル	
		内部評価による安全管理体制の検証	内部監査 年2回 院内ラウンド（環境チェック） 年2回	内部監査、院内ラウンドの実施	内部監査 年2回 院内ラウンド（環境チェック） 年2回	○	内部監査 院内ラウンド（教育ワーキングチームの定期ラウンド）	内部監査 2回 （1/27患者確認、2/13管理対象薬） 院内ラウンド 3回 （7/4、9/5、11/7）	
	医療事故への対応	研修の実施及び職員の充実	研修会 年2回 医療安全管理者養成研修受講者 年2人	研修会の開催、人材育成（医療安全管理者）	研修会 年2回 医療安全管理者養成研修受講者 年2人	○	医療安全研修の開催 医療安全管理者養成研修の受講推進	医療安全研修 3回 （7/13：児童虐待対応研修、9/16：RRSセミナー、サイバーセキュリティ研修） 医療安全管理者養成研修受講者 8人	
		事例検討会の開催	事例検討会、安全管理責任者カンファレンス 年36回（合計）	事例検討会の開催 安全管理責任者カンファレンスの開催	事例検討会、安全管理責任者カンファレンス 年36回（合計）	○	事例検討会の開催 安全管理責任者カンファレンス	事例検討会 1回 （11/7 病棟・RRT合同で事例の振り返り） 安全管理責任者カンファレンス 46回 M&Mカンファレンス （12/22）	
救命救急センターの充実	積極的な受け入れ体制の強化	救急車の受け入れ台数、応需率の増加	救急車受け入れ台数 年4,500台以上 全体応需率 80%以上、三次応需率 85%以上	引き続き応需できるよう心がける	救急車受け入れ台数 年4,500台以上 三次応需率 80%以上	×	COVID-19の発生に伴い病棟受け入れ制限のため物理的に応需できない期間があった	救急車受け入れ台数 4,434台 三次応需率63.8%	COVID-19の影響により応需困難な時期が存在した
	重症救急患者の受け入れ増	重症救急患者数の増加	重症救急受け入れ患者数 年2,000人以上	引き続き応需できるよう心がける	重症救急受け入れ患者数 年2,000人以上	○	病棟制限の中で重症者は可能な限り応需した	重症救急受け入れ患者数 2,088人	
	重度外傷センターの充実	外傷救急患者の受け入れ増加	外科系外傷救急患者の受け入れ数 年500人以上	重症外傷の受け入れを強化する 重症外傷を応需できない場合のフィードバックを行う	外科系外傷救急患者の受け入れ数 年450人以上	×	トラウマコードについて他病棟スタッフとともにシミュレーションを行っている。 救急要請ホットラインより応需できなかった場合、フィードバックを行った。 救外で使用される危機的輸血プロトコル（MTP）をアップデートした。	外科系外傷救急患者の受け入れ数 292人 症例数はCOVID-19感染症による受け入れ制限などで未達成	COVID-19感染症による受け入れ制限などにより症例数は大幅に減少。 今後COVID-19は5類となるが、まだ不透明な状態である。
	脳卒中センターの充実	脳梗塞超急性期治療の充実	rt-PA静注療法 年35件以上 血栓回収術 年47件以上	脳卒中患者（救急搬送、他院紹介）を全例受け入れる	rt-PA静注療法 年25件以上 血栓回収術 年60件以上	○	脳卒中と思われる救急患者や、他院からの脳卒中患者の紹介を可能な限り受け入れた。 脳卒中紹介患者の全例受け入れは、コロナの入院制限のため達成できず。	rt-PA静注療法 36件 血栓回収術 72件	今年度の数値目標は達成した。更に実績をあげるため、入院期間短縮が課題。
	救急科医師のシフト制導入	救急科医師の確保、夜間休日の体制の充実	平日夜間部分的複数勤務体制の確立 休日日勤の複数勤務体制の確立	救急科医師の確保、夜間休日の体制の充実	平日夜間部分的複数勤務体制の維持	○	夜勤を組むことで勤務時間に対応した	週に2回程度複数夜間勤務を実施している	
	体制に見合った人員の配置	救急・手術部・ICU連携のための適正配置	手術介助ができるICU看護師3名増 救急外来・救急病棟両部署の勤務可能看護師8名増 SCU担当薬剤師1名配置	本人のキャリアアップ意向に沿った育成計画を立案・実施 ジョブローテーションの計画実施 手術部門と薬剤局との協議、薬剤師人材確保	手術介助ができるICU看護師3名増 救急外来・救急病棟両部署の勤務可能看護師8名増 手術室専任薬剤師１名配置 周術期薬剤管理加算算定	△	手術室・ICU、救急外来・救急病棟におけるジョブローテーションを実施	手術介助ができるICU看護師3名増加（計7名） ICU勤務可能な手術室看護師2名増加（計3名） 救急外来・救急病棟の両部署の勤務可能看護師2名増加（計7名） 手術室専任薬剤師1名配置した 周術期薬剤管理加算の算定を開始した	感染拡大時、コロナ専用病棟への人事異動や欠勤者の増加等により、計画的のローテーションの変更が生じた。 継続して人材を育成する。
地域がん診療連携拠点病院の充実	高度型としての体制整備	将来的に指定要件が厳格化されることを見込んだ整備	令和3年度に提出する令和2年キャンサーボード検討率 28%以上 つらさの問診票 年450件以上 地域連携クリニカルパス（5大がん） 年2件以上	船橋市教育委員会から依頼されている「小学生のためのがん教育」に協力していく	令和4年度に提出する令和3年キャンサーボード検討率 25%以上 つらさの問診票 年450件以上 地域連携クリニカルパス（5大がん） 年30件以上	△	緩和ケアリンクナースへのつらさの問診票の目的や運用方法についての教育 小・中学校でのがん教育（市立海神小学校 市立旭中学校） 「適切な意思決定支援指針」の作成 地域の医療機関に対する緩和ケア関連の勉強会の実施	令和4年度に提出する令和3年キャンサーボード検討率 24.6% （前年度 20.0%） つらさの問診票 598件（令和3年度 430件） 地域連携クリニカルパス（5大がん） 91件（すべて乳がん）（令和3年度 51件）	キャンサーボード検討率だけがわずかに目標値に達しなかった。 今後、肝がんの検討率を増やしていく。

令和4年度の取り組み達成状況

状況欄の「○」は達成済み。「△」(※)は一部達成済み。「×」は未達成。 ※・・・目標が複数個ある場合に、○と×が混在しているときに△としている。

中項目	小項目	計画上で実施するとされていること	(参考)令和3年度目標	実施すべき取り組み	目標	状況	実施したこと	成果(増収額、削減額など)	現状の把握と今後の課題
地域がん診療連携拠点病院の充実	高度型としての体制整備	化学療法の充実	がんに係る薬物療法延べ患者数　年2,050人以上 連携充実加算算定件数　年1,350件以上	対象レジメンを増やす 対応できる薬剤師を増やす	がんに係る薬物療法延べ患者数　年2,700人以上 連携充実加算算定件数　年1,400件以上	×	対象レジメンを増やした 対応できる薬剤師を増やした	がんに係る薬物療法延べ患者数　2,317人 連携充実加算算定件数 1,325件	対象レジメンを増やし、対応できる薬剤師を増やしていく
		放射線治療の充実	前立腺がんに対するIMRT実施件数　年20人以上 前立腺がん以外の症例に対するIMRT実施件数　年5人以上	IMRT計画の効率化、治療計画装置への習熟度の向上	IMRT実施件数　年130人以上	○	IMRT対象疾患を前立腺がん以外にも順次拡張していった	IMRT実施件数　136人	
		ロボット手術の充実	泌尿器科ロボット手術件数　年80例以上 外科ロボット手術件数　　年5例以上 腎がん手術の施設認定取得	ロボット手術の対象疾患の拡大	泌尿器科ロボット手術件数　　年100例以上 外科ロボット手術件数　　年12例以上 産婦人科ロボット手術件数　　年15例以上	△	手術枠を調整し積極的にロボット手術増加を目指した	泌尿器科ロボット手術件数　　年92例 外科ロボット手術件数　　年8例 産婦人科ロボット手術件数　　年22例	コロナ禍や術者入院等の理由により外科・泌尿器症例は伸び悩んだ
		組織体制の確立	令和3年10月までに現況報告をまとめ県に報告する	がんゲノム診療連携病院の体制を確立し認定を受ける	令和3年度の現況報告を分析し、部門強化を実行する	○	がんゲノム診療連携病院認定に向け準備・申請した	現況報告を分析し、各部門の強化を行った R5年2月にがんゲノム医療連携病院に認定された	
	乳腺センターの充実	乳がん診療の充実	乳腺疾患手術例　年300例以上 乳房再建　年20例以上	手術件数とそれに伴う放射線や化学療法の件数の維持、地域連携パスの活用による患者サービス向上と業務の効率化	乳腺疾患手術例　年300例以上 乳房再建　　年30例以上 地域連携パス　　年60例以上	△	手術件数の維持 乳房再建の推進	乳腺疾患手術例　　349例 乳房再建　　29例 地域連携パス　　90例	乳房再建については、その性格上、コロナ禍もあって30例に1例満たなかったが、十分な成果と考えます
	緩和ケアセンターの充実	緩和ケア病棟の運営充実	専従医2名体制 緩和ケア病床稼動率　86%以上 研修会　年4回開催	ミニレクチャーの開催等、こまめな研修	専従医2名体制 緩和ケア病床稼動率　86%以上 研修会　年4回開催	△	専従医募集を継続して行った 医療従事者のための緩和ケア研修会を実施	専従医：1名体制のまま 緩和ケア病床稼動率　61% 研修会　年5回開催（web研修会1回 、ミニレクチャー4回）	医師の増員は多方面からアプローチして継続的に努力していく。 緩和ケア病床稼動率は令和5年3月より上昇しており、5年度の稼働率は向上すると期待できる 。
		緩和ケアチーム（サポート・ケアチーム）への診療依頼件数の増、緩和ケア外来の充実	サポート・ケアチーム新規介入件数　年250件以上 緩和ケア診療加算件数　　年55件以上 緩和ケア外来新規患者数　　年105人以上 心不全患者新規介入件数　　年1件以上	サポート・ケアチーム新規介入件数の維持 緩和ケア診療加算件数の維持 緩和ケア外来新患数の増加 心不全患者への介入開始	サポート・ケアチーム新規介入件数　年260件以上 緩和ケア診療加算件数　　年60件以上 緩和ケア外来新規患者数　　年110人以上 心不全患者新規介入件数　　年2件以上	×	多職種カンファレンスを実行 令和4年7月1日から緩和ケア外来再開 心不全病棟カンファレンスに参加	サポート・ケアチーム新規介入件数　220件 緩和ケア診療加算件数　　50件 緩和ケア外来新規患者数　　34人 心不全患者新規介入件数　　1件	緩和ケア病棟閉鎖に伴う、緩和ケア外来新患受付一時停止、院内クラスター発生によるサポート・ケアチーム回診自粛などが要因と考えられる。次年度は緩和ケア新患外来の枠の増加、サポート・ケアチーム回診の増加で目標を達成したい。
	ゲノム医療の推進	遺伝カウンセリング外来の充実	遺伝カウンセリング　年25例以上	年々増えている遺伝カウンセリングをさらに充実させる	遺伝カウンセリング　年70例以上	○	遺伝カウンセリング外来の充実	遺伝カウンセリング　99例	
		がんゲノム医療連携病院の認定取得	がん薬物療法臨床試験登録　2人 臨床遺伝専門医資格、認定遺伝カウンセラー資格、GMRC（ゲノムメディカルリサーチコーディネーター）もしくはCGMC（がんゲノム医療コーディネーター）の有資格者の育成	がん薬物療法臨床試験登録の実施 認定遺伝カウンセラーの有資格者の育成 ISO15189取得に向けた臨床検査科の体制作り	がん薬物療法臨床試験登録　2人 認定遺伝カウンセラーの有資格者の育成	○	がんゲノム医療連携病院申請 JCOG肺がん内科グループ参加　登録2名 認定遺伝カウンセラーの有資格者の育成 臨床検査科　ISO15189取得申請準備	がんゲノム医療連携病院の認定取得 がん薬物療法臨床試験登録（JCOG肺がん内科グループ）　2人 臨床遺伝専門医資格 1名合格（有資格者　計　2名） 認定遺伝カウンセラー 1名 合格（有資格者　計　1名）	
地域医療支援病院の充実	前方連携の強化	広報・渉外活動の充実	連携医訪問　年100件以上	連携医訪問、連携プレスの発行、「診療のご案内」の発行	連携医訪問　年100件以上	×	連携医訪問、連携プレス6回発行、「診療のご案内」発行　※納涼会中止	連携医訪問90件（令和3年度　87件）	コロナ感染拡大により7月、12月は訪問自粛 令和5年度は達成可能
		胃がん検診の推進	胃がん検診受診件数　年214件以上	COVID-19の状況に注意しながら、感染対策を行い積極的に検診を継続していく	胃がん検診受診件数　年235件以上	○	COVID-19感染者数増加時においても、検査担当者がPPEを着用して検診を中止することなく継続した	胃がん検診受診件数 243件 （令和3年度 121件）	
		連携医優先予約方法の改善	連携医予約総数　年5,600件以上	連携医訪問、広報誌等の渉外活動による患者直接電話予約方式の周知、ホームページ上からのEメールによる予約申し込み制度の設計	連携医予約総数　年5,800件以上	○	連携医訪問・広報誌（連携プレス）等による患者直接電話・web予約方式の周知	予約件数　6,382件（令和3年度　5,518件）	
		診療依頼を断らない体制の強化	医師直通電話システム利用件数　年2,600件以上	受電状況の集計、結果の院内周知、断らない体制構築へのフィードバック	医師直通電話システム利用件数　年2,600件以上	○	受電状況の集計、結果の院内通知、連携医訪問先での同制度周知	受電件数　2,613件（令和3年度　2,227件）	
		紹介率・逆紹介率の向上	紹介率　70%以上 逆紹介率　105%以上	紹介率：連携医訪問、患者直接診療予約電話周知、医師直通電話システムの周知 逆紹介率：連携医訪問、退院患者リスト院内配付、逆紹介（返書作成）院内依頼、連携医リーフレット増	紹介率　73%以上 逆紹介率　107%以上	△	紹介率：連携医訪問、患者直接診療予約電話・web予約方式の周知、医師直通電話システムの周知 逆紹介率：連携医訪問、退院患者リスト院内配付、逆紹介（返書作成）院内依頼、連携医リーフレット増	紹介率　70.7%（令和3年度　70.4%） 逆紹介率　109.8%（令和3年度　107.0%）	コロナ感染拡大により、特に7月の紹介率が低下 5年度は達成可能
	後方連携の強化	退院支援の充実・在宅療養支援の強化	入退院支援加算件数　　月550件以上 退院前・後訪問指導件数　月2.5件以上	退院支援看護師研修（前期1名、後期2名）の受講	入退院支援加算件数　　月560件以上 退院前・後訪問指導件数　月2.8件以上	×	退院支援看護師研修　前期1名、後期2名 院外の医療介護関係者向けにwebでの勉強会実施 webでのカンファレンス開始　15件	入退院支援加算件数　　月527.7件 退院前・後訪問指導件数　月2.7件	コロナ感染拡大による入院患者数減により目標に未達 5年度は達成可能
		連携システムの確立	転院先となる病院・介護施設の訪問　　年12件以上	病院との連携強化、介護施設との連携強化 病院・介護施設等の特徴についての調査・整理	転院先となる病院・介護施設の訪問　　年12件以上	○	病院との連携強化、介護施設との連携強化 病院・介護施設等の特徴についての調査・整理	転院先となる病院・介護施設の訪問　15件（令和3年度　18件）	
災害拠点病院の充実	災害時における体制の整備	防災訓練の充実、DMATの充実	DMAT2チームの維持と3チーム目の編成	DMAT 維持のための研修と新規チーム編成のための研修に参加する	DMAT 2チームの維持と3チーム目の編成	○	11月27日に防災訓練を行った DMAT 2チーム維持のための研修に参加した 新規チーム編成のための研修（CLDMAT）に参加した	従来のDMAT 2チームに加え、CLDMATとして3チーム目を編成した	
施設・設備及び医療機器等の計画的な整備	医療機器の計画的な整備	計画的な医療機器の更新・導入・廃棄	超音波画像診断装置の更新 自動微生物同定感受性分析装置システムの更新	医療機器の更新・導入・廃棄	超電導磁石式全身用MR装置の更新 血液照射装置の廃棄	○	MR装置更新：6月29日契約締結 血液照射装置廃棄：10月5日契約締結	MR装置更新：2月24日完了 血液照射装置廃棄：3月1日完了	
	システムの計画的な整備	計画的なシステムの更新・導入	放射線情報管理・放射線読影レポートシステム更新 医療被爆線量管理システム導入	システムの更新を滞りなく行う	放射線画像管理システム更新 内視鏡情報管理システム更新 眼科システム更新	○	計画的にシステムを更新・更新に向けての準備を行った	放射線画像管理システム：更新完了 内視鏡情報管理システム：更新完了 眼科システム：更新完了	
	施設・設備の計画的な整備	新病院移転までの現病院の延命化を図る	A館手術エリア天井内等の配管予防修繕	給排水設備、空調設備の老朽化対応	E館空調機予防修繕（2階東側諸室及び3～5階）	○	E館空調機予防修繕4月19日契約締結	3月31日完了	
患者サービスの向上	入退院支援室の充実	入退院支援室で対応する入院患者数の増加	入退院支援室で対応する患者の割合 予定手術患者のうち85%以上 予定入院患者のうち65%以上	入院時支援加算2対象患者への介入	入退院支援室で対応する患者の割合 予定手術患者のうち　90%以上 予定入院患者のうち　70%以上	△	泌尿器科の周手術期対象患者拡大の準備中 呼内・腫内の対象患者拡大の準備中	予定手術患者のうち　88% 予定入院患者のうち　75%	コロナ感染拡大による予定手術数減のため、目標未達 5年度は達成可能
	外来待ち時間の短縮	外来会計待ち時間の短縮、診察予約時間1時間以内診察	診察予約時間1時間以内診察　83%以上 会計待ち時間　12分以内	外来患者数に見合った予約状況であるか確認、他科依頼システム、予約変更システム等も含めて改善点を抽出する	診察予約時間1時間以内診察　85%以上 会計待ち時間　11分以内	△	診察予約待ち時間の調査結果をもとに診療科へ働きかけを行う 会計待ち時間の短縮のため、10月下旬から、混雑する時間帯に合わせて計算担当職員を増員し、応援体制を組んでいる	診察予約待ち時間調査（実施期間：9月12～14日）1時間以内診察　79% 会計待ち時間　10.6分　（4～11月は11.5分、12～3月は8.7分に短縮した）	外来待ち時間は診療科による差が大きく、待ち時間の長い診療科を中心に具体策をたてる 会計の計算手順・方法について、実態を分析し、具体的で実効性のある対策をたてる

令和4年度の取り組み達成状況

状況欄の「〇」は達成済み。「△」(※)は一部達成済み。「×」は未達成。 ※・・・目標が複数個ある場合に、〇と×が混在しているときに△としている。

中項目	小項目	計画上で実施するとされていること	(参考)令和3年度目標	実施すべき取り組み	目標	状況	実施したこと	成果(増収額、削減額など)	現状の把握と今後の課題
患者サービスの向上	患者満足度の向上	患者満足度調査の実施	患者満足度調査のアンケート項目「当院での診療に満足していますか」 満足、ほぼ満足の割合 入院88%以上、外来78%以上	患者満足度調査の実施、結果から改善事項を検討する	患者満足度調査のアンケート項目「当院での診療に満足していますか」 満足、ほぼ満足の割合 入院89%以上、外来79%以上	×	外来運営委員会、患者サービス向上委員会において、挨拶推進ポスターを作成、各部署・コンビニ前の掲示板に掲示し呼びかけた 正面玄関へ「傘ぼん」の設置、男子トイレへサニタリーBOXの設置、正面玄関待合スペースの整備、外来待ち時間の有効活用として画像コンテンツへ患者向けスライドの掲示を開始した	患者満足度調査実施(外来:9/12～14、入院:9/5～16) 「当院での診療に満足していますか」 満足、ほぼ満足の割合 入院83.9%(昨年88.8%)、外来71.6%(昨年75%)と数値は低下した	外来待ち時間への対策および、面会制限の緩和や立体駐車場側出入り口の開放など、コロナ制限の緩和による満足度の改善が期待できる
	広報の充実	公開医療講座の充実	年4回実施	定期的な開催の継続 ホームページや市の広報誌等を通じたPR活動	年4回実施	〇	ホームページ及び広報ふなばしへの掲載、報道関係者へのプレスリリース、連携医療機関等へのポスターおよびチラシ配付ならびにインフォメーションセンターへのチラシ配架等を行った	4回実施(令和4年7月、10月、令和5年1月、3月)	
		図書館での医療講演会・医療相談会の充実	年15回実施	年15回実施の継続、複数館同時開催の試行 当院のPR活動、がん冊子配布と医療情報コーナーでの助言	年15回実施	〇	web方式による講演の実施(相談会は中止) 参加上限人数の制限(通常40～50人のところを15～20人)	18回実施(令和3年度15回　※3回中止) 西図書館12回、北図書館(二和公民館)2回、中央図書館2回、東図書館(習志野台公民館)2回	
		ホームページの充実	ホームページアクセス件数　年24万件以上	各種お知らせや各診療科等の内容を適宜更新するなど、最新情報の発信に努める	トップページのお知らせ更新回数　100回 各部門のページ更新回数　200回	〇	各種お知らせや各診療科の診療体制等の内容を適宜更新し、最新の情報になっているよう努めた 利用者がホームページにアクセスした際、特に大事なお知らせをポップアップで表示する機能をHP作成システムに実装した	トップページのお知らせ更新回数　160回 各部門のページ更新回数　239回 ※令和3年度実績(年間):お知らせ148回、部門ページ234回	
	接遇の向上	接遇研修の充実	1テーマ実施	接遇向上に向けた研修の実施　年1回	1テーマ実施	〇	接遇研修の実施	接遇の学び直し及び患者サービスの向上を図ることを目的に、医師(医長、医師)に対して、12月6日、8日に接遇研修を実施した(受講率82%)	
	外国人患者への対応	外国語に対応できる体制づくり、院内表示の英語併記	院内表示の英語併記必要箇所調査の実施 英語併記の基準の作成 通訳モバイルの評価の実施	院内の案内表示、パンフレット等に関する英語表記のニーズの高い部分から着手する	院内表示の英語併記実施　50%終了 パンフレット、案内等の英語版作成	〇	対応可能な言語と時間帯の拡大のため、電話医療通訳サービス(無料)運用を開始した パンフレット、案内等に関するニーズの把握	院内表示の英語併記実施は、要望があった部署には令和3年度に実施済み 産婦人科よりパンフレット、案内等に関する外国語表記の要望があったため作成 通訳サービスの利用状況:通訳タブレット利用部署18か所、利用延日数136日、電話医療通訳利用1回のみ	
良質なチーム医療	良質な人材の確保	医師の確保	救急科3名、麻酔科3名、精神科2名、感染症科2名、放射線診断科1名、腫瘍内科1名、緩和ケア内科2名、臨床病理1名のうち3名確保	大学医局その他の医療機関との連携を密にして医師を確保する 自施設で良い医師を育成する	救急科、麻酔科、精神科、感染症科、放射線診断科、緩和ケア内科、病理診断科、脳神経内科のうち3名確保	〇	大学医局との連携を図った 救急科、麻酔科、小児科、内科、外科で後期研修の基幹施設となり専攻医の育成を行っている	救急科1名、麻酔科1名を確保した 精神科1名確保予定(R5.4月) 救急科、麻酔科などで専攻医を採用し育成している	
		看護師の確保	令和4年4月1日時点　人員530名維持	常勤看護師の採用試験に適性検査を導入し、レジリエンスの高い人材の採用を行うとともに、年度途中の退職者が多いため、辞めない環境づくりも併せて行う	令和5年4月1日時点　人員530名維持	×	採用試験に適性検査を導入、5月、11月に実施した 【採用活動】院内就職説明会・夏季休暇中の臨時開催、実習受け入れ校主催の就職説明会・企業主催の就職説明会に参加 【職場環境整備】5月意向調査のデータをもとに、勤務環境改善支援センターの介入を受け、長時間労働等の問題の抽出と対策の検討。中堅層を対象に、職場の働きやすさの現状と課題を研究的に抽出、副師長会議で新人支援の課題検討。	令和5年4月1日時点の職員数　527名 常勤看護職員採用試験　受験者数66名、合格者数51名 院内就職説明会:8回(対面形式)、企業主催の就職説明会:3回実施　参加者合計376名 実習受け入れ校主催の就職説明会参加:6校(対面・リモート形式)	離職者数が採用者数を超過しているため、働きやすい職場環境を構築し離職防止策に取り組む インターンシップを再開し、採用活動を推進する
	チーム医療の充実	栄養サポートチームの充実	NST算定件数　年510件以上	NST算定件数の維持	NST算定件数　年800件以上	×	NST算定要件に必須である「栄養管理に係る所定の研修」を他院で2名が修了した	NST算定件数 523件 （令和3年度 904件）	令和4年度の目標を520件から800件に上方修正したが、COVID-19感染者数増加の影響もあり目標達成に至らなかった。当初目標の520件は達成できた。今後は摂食嚥下サポートチーム活動を開始させる。
		リエゾンセンターを拠点に活動するチームの充実	精神科リエゾンチームと認知症ケアチームでの合同回診　週2回、カンファレンス毎日 サポートケアチームでの回診　週1回、カンファレンス　週1回 リエゾンセンターの勉強会　年2回以上 認知症ケアリンクナース会(年3回)との連携(看護局と協働)	「希死念慮のある患者さんのケアフロー」を完成させて使用を開始する	精神科リエゾンチームと認知症ケアチームでの合同回診　週2回、カンファレンス毎日 サポートケアチームでの回診　週1回、同カンファレンス　週1回 リエゾンセンターの勉強会　年2回以上 認知症ケアリンクナース会(年3回)との連携(看護局と協働)	〇	「希死念慮のある患者さんのケアフロー」を完成させて使用を開始した	精神科リエゾンチームと認知症ケアチームでの合同回診　週2回、カンファレンス毎日実施 サポートケアチームでの回診、カンファレンスへの参加 リエゾンセンターの勉強会　2回実施 認知症ケアリンクナース会(年4回)との連携(看護局と協働)	
		フットケアチームの充実	フットケアチーム介入件数　年100例以上	フットケアチームのより積極的な介入を進める	フットケアチーム介入件数　年70例以上	〇	フットケアチームのカンファレンスの実施・積極的な介入	フットケアチーム介入件数　年89例	フットケアチームの認知が広がり、介入依頼の増加につながった。
		CPTの充実	定期会議の開催　年2回 要保護児童対策地域協議会への参加　月1回 虐待に関する講演会・講習の実施　年1回	虐待に関する講演会・講習を通じて院内にもCPTの活動について広報していく	定期会議の開催　年2回 要保護児童対策地域協議会への参加　月1回 虐待に関する講演会・講習の実施　年2回	〇	コア会議を随時行い、迅速な虐待対応を実施した 9月、3月の定例会議にて全員にその結果とその後の処遇をフィードバックした 月1回要保護児童対策地域協議会に参加し行政と協働し虐待対応を行った 7月に全職員にBEAMS講習会を開催、2月に講習会を開催した	定期会議の開催　2回 要保護児童対策地域協議会への参加　月1回 虐待に関する講演会・講習の実施　2回 年2回講習会を開催することによって、療育支援加算が算定でき小児入院1回につき300点の増収。年間約150万円の増収	活動を継続していく
		急性期呼吸管理サポートチームの充実	急性期呼吸管理サポートチーム介入件数　年20例以上	覚醒試験と離脱試験の普及と電子カルテシステムへのアップ	人工呼吸器管理中の覚醒試験と離脱試験の施行率80%	×	電子カルテシステムへアップしてコストもとれるようになった ICU看護師を中心にSAT,SBTのフローチャートを作成した	人工呼吸器管理中の覚醒試験と離脱試験の施行率 SAT:71%、SBT:61%(令和4年11月末) ※令和4年12月以降、算出していない ICU看護師を中心に浸透してきている(予定手術の人工呼吸器管理含む)	ICU看護師によりSAT,SBTフローチャートが作成された。 必要症例に対し活用できている。 対象症例の抽出が課題。
		骨粗鬆症リエゾンチームの充実	骨粗鬆症リエゾンチームの介入件数　年100件以上	月に1回のカンファレンスの実施 対象疾患を大腿骨近位部骨折と脊椎骨折だけでなく、さらに拡大していく	骨粗鬆症リエゾンチームの介入件数 年100件以上	×	毎月1回のカンファレンスを実施し、運営上の問題点のほかに、症例検討も行った。さらに症例を増やすために上腕骨近位部骨折、橈骨遠位端骨折に対するマニュアルも作成し、R5年4月から開始予定とした。また、入院患者の漏れをなくすために、ドクターエイドにもチェックしてもらうシステムを作った。	骨粗鬆症リエゾンチームの介入件数　68件 昨年より少ないが、今年の1月からは1か月あたり10人以上増加	R4年度に介入した数は少なかったが、後半確実に増加してきている。さらにR5年度は上肢の骨折にも介入を開始していくが、入院期間が短いため外来を中心とした介入となるので、カンファレンスで問題点を話し合いながら進めていく必要がある。
	急性期リハビリテーションの充実	休日稼働の充実	年間実施単位数　100,000単位以上	休日の勤務体制を検討し、切れ目のないリハビリテーションを提供する	年間実施単位数　98,000単位以上	×	シフト制による休日稼働の実施 (術後、早期リハビリテーション対象患者の実施) COVID-19により介入時間の短縮、病棟制限などの影響により積極的介入はできなかった。一般病棟からE3病棟に転棟した患者は可能な限りリハビリを継続した。	実施単位数　96,396単位 （R3年度97,596単位）	休日稼働について、人員の配置を再検討
	クリニカルパスの整備	効率の良い医療を提供するためのクリニカルパスの整備、パス認定士の育成	見直すパス・新規パス合計件数　年100件以上 パス適用患者数　年7,200人以上 パス適用率　56%以上 パス認定士1名育成	クリニカルパス大会　3回の実施(1回はワークショップ形式) 学会活動の推進 新規パス作成や見直しに、girasolのデータを積極的に活用していく	見直すパス・新規パス合計件数　年100件以上 パス適用患者数　年7,500人以上 パス適用率　60%以上 パス認定士1名育成	△	Basic Outcome Master(BOM)の導入 クリニカルパス大会　3回の実施 クリニカルパス学会で1演題の発表 新規パス作成・審査時にgirasolのデータを活用している	見直すパス・新規パス合計件数 240件 （令和3年度 127件） パス適用患者数　6,397人 （令和3年度　6,081人） パス適用率　56.82% （令和3年度 54.23%） パス認定士育成 なし	COVID-19のクラスターの影響もあり、パス適用患者数は減少した。適用率は前年度よりも増加しており特に予定入院では87.89%と高率であった。 今後は、パス認定士の育成をしていく。

令和4年度の取り組み達成状況

状況欄の「○」は達成済み。「△」(※)は一部達成済み。「×」は未達成。 ※・・・目標が複数個ある場合に、○と×が混在しているときに△としている。

中項目	小項目	計画上で実施するとされていること	(参考)令和3年度目標	実施すべき取り組み	目標	状況	実施したこと	成果(増収額、削減額など)	現状の把握と今後の課題
働きがいのある職場づくり	働き方改革の推進	タスクシフティングの推進	医師事務作業補助体制加算1(15:1)維持 外来へのDAの介入時間　週85時間 (対象診療科の目安:3科)	医師事務作業補助体制加算1(15:1)維持 外来へのDAの介入については、対象診療科は現在よりも1診療科増加の3科を目安とし、週100時間の介入とする	医師事務作業補助体制加算1(15:1)維持 外来へのDAの介入時間　週100時間 (対象診療科の目安:3科)	△	外来以外に配置されているDAにより外来業務の補助を行った 保健所へのPCR検査の依頼業務　249件 従来のPET検査の予約に加えて、他院でのCT、MRI検査の予約および管理業務　234件	医師事務作業補助体制加算1(15:1)を維持 外来へのDAの介入時間　週104.75時間 (対象診療科:2科)	新病院における外来での業務分担を考えて、DAの外来への介入時間を増やしていきたいが、DAの人数が変わらない中で、多くの業務をこなすことは容易ではない。業務の見直しや効率化によって、介入時間を確保する必要があると考える。
		労働時間管理の適正化	会議・カンファレンスなどのルーチンワークをできるだけ勤務時間内に実施する 業務を効率化し、緊急性のない業務はできるだけ勤務時間内に終わらせることを推進する	時間外勤務実績の把握と対応 診療科毎の始業終業時間の見直し	医師1人当たりの時間外勤務(医師～副部長)を前年度より縮減する	○	各診療科での医師の確保 タスクシフトなどの働き方改革の推進	医師1人当たりの時間外勤務は29.84時間/月であり、昨年(30.64時間/月)と比べて短縮	
	働きやすい職場	職員満足度の向上及び離職率低下	職員満足度調査「満足」「ほぼ満足」の割合　50%以上 看護職離職率　8.3%未満 1人当たり月平均時間外勤務　前年度より減少 働きやすい職場づくりのための講演会実施回数　年1回	職員満足度調査の実施及び結果分析 働きやすい職場づくりのための講演会の実施	職員満足度調査「満足」「ほぼ満足」の割合　50%以上 看護職離職率　8.3%未満 1人当たり月平均時間外勤務　前年度より減少 働きやすい職場づくりのための講演会実施回数　年1回	△	職員満足度調査、及び講演会の実施	職員満足度調査　総合評価　満足割合　39.7 %(調査期間12月1日～21日) 看護職離職率　10.0% 1人当たり月平均超過勤務時間数 12.1時間(令和3年度　12.5時間)⇒減少した 働きやすい職場づくりのための講演会　3/16ハラスメント研修を実施(副師長以上)	3月に実施したハラスメント研修については、座学だけでなくワークも実施し効果的であったので、5年度も引き続き、同じ形態で実施していきたい
		院内保育所の活用	院内保育所の維持	産前・産後休暇に入る職員に対し、院内保育所の周知を図る 希望者に対する事前見学を実施する	院内保育所の維持	○	産前・産後・育児休業取得の職員に対し、院内保育所の説明(随時) 希望者に対し、事前見学を実施(随時)	<table><tr><th></th><th>令和3年度末</th><th>令和4年度末</th><th>差</th></tr><tr><td>通常保育利用者数(人)</td><td>20</td><td>16</td><td>-4</td></tr><tr><td>二重保育利用者数(人)</td><td>8</td><td>10</td><td>2</td></tr><tr><td>夜間育児利用者数(人)</td><td>2</td><td>4</td><td>2</td></tr></table>	
		育児短時間勤務を取得しやすい環境づくり	制度を周知する説明会 所属長向け　年1回	産前・産後休暇に入る職員だけでなく、職員の労務管理を行うこととなる新任所属長に対し制度の周知を図る	制度を周知する説明会 所属長向け　年1回	○	新任の師長・副師長に対し、説明会(育児休暇に係る制度)を実施 その他、各所属長からの質問等に対応	制度を周知する説明会 新任の師長・副師長(計6名)を対象に 実施(1月31日)	

自己評価	4年度の総合的な所見	5年度に向けて	委員会評価
△	令和3年度に引き続き、新型コロナウイルス感染症の影響により達成できなかった目標が多い中、各種研修会やカンファレンスの実施による感染管理、インシデント報告の推進活動・報告内容の確認や、定期的なeラーニングの実施等による医療安全管理は良好であった。救命救急センターについては、新型コロナウイルス感染症による病棟受入制限の影響で三次応需率の目標を達成することができなかった一方、重症救急患者は受入体制を整え可能な限り応需し、目標を達成することができた。地域がん診療連携拠点病院としては、化学療法、放射線治療、ロボット手術や乳がん診療等の充実を図るべく、目標を達成できなかった項目もあるものの積極的に取り組むことができ、ゲノム医療の推進については、令和5年2月にがんゲノム医療連携病院の指定を受けた。地域医療支援病院の充実に関しては、連携医訪問を積極的に行い連携医予約数の増加や紹介率・逆紹介率の向上に大きく寄与した。また、チーム医療については、リエゾンセンターを拠点に活動するチーム、フットケアチームやCPTにおいて、定期的なカンファレンスまたは積極的な介入等を行い目標を達成することができたが、その他の項目においては目標を達成することができなかった。	感染症法における新型コロナウイルス感染症の位置づけが5類とされたことに伴い、各部署において対応の検討等が求められる。救命救急センターにおいては、令和4年度は新型コロナウイルス感染症の影響を大きく受けたが、感染拡大時の対応や経験を踏まえて受入患者数の増加等に努める。地域がん診療連携拠点病院としては、順調に実施できているIMRTやロボット手術の対象疾患の拡大及び実施件数の増加を目指す。患者サービスの向上については、待ち時間の調査や患者満足度調査の結果を踏まえて対応策を検討及び実行することで患者サービスのさらなる向上に努める。また、働き方改革の推進については、職員満足度調査の結果を踏まえた働きやすい職場づくりに努めるほか、令和6年4月から適用される医師の時間外労働規制に備え、DAの外来への介入時間の増加によるタスクシフティングの推進や労働時間管理の適正化を図る。	

2. 安定した病院経営

中項目	小項目	計画上で実施するとされていること	(参考)令和3年度目標	実施すべき取り組み	目標	状況	実施したこと	成果(増収額、削減額など)	現状の把握と今後の課題
収入の確保	患者数の増	新入院患者数の増	新入院患者数　年12,504人以上	COVID-19が終息した場合、新型コロナ専用病棟を一般の病棟に戻し、早めの再稼働を検討する 連携医訪問、図書館での医療講演会や市民公開講座の継続	新入院患者数　年13,500人以上	×	COVID-19感染者数の増加に伴い、病棟閉鎖などにより使用できる病床数が減少したが、各病棟では診療科を限定せずに患者をフレキシブルに受け入れることで可能な限り対応した	新入院患者数 11,248人 (令和3年度 11,217人)	COVID-19のクラスターなどの影響により入院患者数を増やすことができなかった。 今後は、院内での感染再拡大に注意しながら、COVID-19専用から一般用に戻った病床も活用して入院患者数の増加を図る。
		病床稼働率の上昇	病床稼働率　79.5%以上	COVID-19の状況に合わせた病床の適正運用 新型コロナ専用病棟を一般の病棟へ戻す場合、入院する診療科、病床数について検討し、病床の効率運用を行う	病床稼働率　84.9%以上	×	COVID-19専用病棟の運用を継続。 E3病棟を一般病棟へ戻す場合の診療科再編案を提示した。 5月にA5病棟の病床数制限を解除、6月にE4病棟の閉鎖を解除。 7月末から9月にかけ、入院病棟のCOVID-19クラスターが多数発生(A4、B3、B6+A7)、A6病棟を閉鎖し不急の検査治療目的の入院制限を実施した。12月6病棟におよぶ大規模クラスターが発生、患者・職員合計148名が感染し、A5病棟を臨時コロナ専用病棟として運用した。ベッドコントローラーによる緊急入院一元管理、退院支援・退院調整促進、緊急入院患者受入支援を継続した。	病床稼働率　76.3% 4～7月の平均は79.6%であったが、8月にCOVID-19の急増により69.3%まで低下 10月は77.1%まで上昇したが12月に院内クラスターにより59.6%へ低下した	コロナの感染拡大による影響で稼働率は低下した。E3病棟をコロナ専用から一般との共用へ変更し、E3病棟を含めた各病棟の病床編成を改編し稼働率上昇を目指す。
	診療報酬請求の最適化	加算取得の推進	検証の対象とする施設基準の一覧を作成する 費用と効果について積算を行う	他院との比較検証を進めるとともに、令和4年度の診療報酬改定も踏まえたうえで、施設基準の新規届出を行う	施設基準の届出を行い、算定を開始する	○	令和4年度診療報酬改定に伴い、検討会の実施や関係部署との協議を行い、施設基準の新規届出を行った	施設基準の新規届出　21件	改定と同時に取得できない加算もいくつかあった。改定告示前の準備が必要。中医協の発表内容を精査して関係職種に伝達する動き出しをいかに早くできるかが課題。
		診療報酬単価向上への取り組み	算定率の低い項目から抽出した症例件数 前年度比2%増	算定率が低いものについての原因分析を進め、取り組み内容の検討を行い、症例件数の増加を図る	算定率の低い項目から抽出した症例件数 前年度比2%増	×	データ分析ソフトを利用し、他院に比べて算定率が低い特別食加算について症例件数の増加を図る方法を検討した。	新規入院患者の傷病名を確認し、特別食加算の対象となりうる患者を抽出、主治医にメール等にて連絡し検討してもらうことを計画した。しかしながら、医事課の業務量増加に見合わないため、断念した。	計画を断念せざるを得なかったのは、分析力の欠如によると考えるため、今後は、分析力向上のため、セミナー参加などによる職員のスキルアップや分析ソフトの活用を行う。
		電子カルテにおける未登録オーダー及びシステム連携不備の解消	医事管理業務委託業者からの情報収集　月1回 購入物流委員会の事前打合せ会による情報共有　月1回	定期的な情報収集と院内の会議や委員会での情報共有を継続し、検査オーダーや新規材料等の登録、修正等につなげる	医事管理業務委託業者からの情報収集　月1回 購入物流委員会の事前打合せ会による情報共有　月1回	○	各部門からの依頼や医事業務受託事業者との情報共有により、検査オーダーや新規材料等の登録・修正等を行い、適正なシステム連携とし、診療報酬の請求漏れを防止した (オーダーの新規登録　18件、オーダー修正　5件、医事コード修正4件、オーダー削除　1件)	医事管理業務委託業者からの情報収集　月1回 購入物流委員会の事前打合せ会による情報共有　月1回	部門連携や委託業者との情報共有によりオーダー等の新規登録や修正ができている。今後も継続していく。
	未収金対策	未収金の早期回収	臨戸徴収　　月2回以上 催告書送付　年3回以上	臨戸徴収を月2回以上、催告書送付を年3回以上行う 納期限までに納付されない場合は速やかに電話催告し、未収金の早期回収を図る	臨戸徴収　　月2回以上 催告書送付　年3回以上	△	臨戸徴収は新型コロナ感染症の拡大防止の観点から回数を絞って実施した 催告書の送付は予定どおり定期に3回送付した	臨戸徴収　10回実施(月0.8回) 催告書送付　3回	速やかに催告を行うためには、収納状況を的確に把握する必要があるため、管理方法を検討する。
	DPC入院期間Ⅱ超え期間の割合の縮小	診療状況の分析等	DPC入院期間Ⅱ超え期間の割合 27%以内(年度平均)	病院局会議及び運営連絡会議でのDPC入院期間Ⅱ超え期間の割合の情報共有	DPC入院期間Ⅱ超え期間の割合 26%以内(年度平均)	×	診療科ごとのDPC入院期間Ⅱ超え期間の割合の状況を、毎月の病院局会議及び運営連絡会議にて情報共有した	DPC入院期間Ⅱ超え期間の割合 28.6%	入院患者の新型コロナウイルス感染による入院期間の延長などの影響もあり、数値目標は未達であるが、会議での情報共有は図れている。
	診療密度の上昇	平均在院日数の短縮	平均在院日数　10.4日以内	地域連携(後方連携)の強化 入退院支援の充実 パスの充実	平均在院日数　10.3日以内	×	COVID-19の影響を受けて、パスを利用できるような比較的短期入院の患者の割合は低下したが、病床が逼迫した状態が続いたため、早期の退院・転院、退院支援の早期からの介入などに取組んだ	平均在院日数 11.0日 (令和3年度 10.53日)	COVID-19クラスターの影響を大きく受けた。 院内での感染再拡大を招かないことが重要。
	その他の収入確保策	手術室の効率的な運用、手術室スタッフの人材活用	手術室での業務に対応できる看護師　3名育成 A館手術室稼働率　77%以上 E館手術室稼働率　60%以上 時間外手術の手術室稼働率への反映方法を検討	手術室での業務に対応できる看護師を引き続き育成する	手術室での業務に対応できる看護師　3名育成 A館手術室稼働率　77%以上 E館手術室稼働率　35%以上 A館手術室修正稼働率　85%以上	△	手術室での業務に対応できる看護師を引き続き育成する	手術室での業務に対応できる看護師　3名育成 A館手術室稼働率　74.2% E館手術室稼働率　32.5% A館手術室修正稼働率　82.5%	コロナ禍による手術制限の影響で稼働率は低下した
		緊急、準緊急手術の積極的な受け入れ	全身麻酔件数　年2,600件以上	緊急・準緊急手術の積極的受け入れ	全身麻酔件数　年2,600件以上	×	E館手術室を活用し受け入れを行った	全身麻酔件数　2,488件	新型コロナ感染症急増のため12月の全身麻酔件数が極端な減少となった。手術の反動増に的確に対応する必要がある。
		がん患者指導管理料算定件数の増加	管理料イ　年550件以上 管理料ロ　年600件以上 管理料ハ　年100件以上	緩和ケアセンターの看護師の面談予定が重なってしまうことがあるので、予約をするように推奨していく	管理料イ　年575件以上 管理料ロ　年625件以上 管理料ハ　年100件以上	△	管理料イの依頼に対して、緩和ケアセンターの看護師がフレキシブルに対応した	管理料イ　653件(326,500点)(令和3年度　809件) 管理料ロ　626件(125,200点)(令和3年度　976件) 管理料ハ　57件(　11,400点)(令和3年度　119件)	管理料ハは「外来腫瘍化学療法診療料」との同時算定ができないことから件数が低下した。 DAが介入して、乳腺外科でホルモン剤の内服について管理料ハの件数増加に取り組んでいる。

令和4年度の取り組み達成状況

状況欄の「○」は達成済み。「△」(※)は一部達成済み。「×」は未達成。 ※・・・目標が複数個ある場合に、○と×が混在しているときに△としている。

中項目	小項目	計画上で実施するとされていること	(参考)令和3年度目標	実施すべき取り組み	目標	状況	実施したこと	成果(増収額、削減額など)	現状の把握と今後の課題
収入の確保	その他の収入確保策	全入院患者への服薬指導の実施	服薬指導実施件数　年23,650件以上 服薬指導実施率　88%以上	未実施患者の抽出、チームリーダから担当者への促し	服薬指導実施件数　年23,650件以上 服薬指導実施率　88%以上	×	未実施患者の抽出、チームリーダから担当者への促し	服薬指導実施件数　19,598件 服薬指導実施率　86.8%	未実施患者の抽出、チームリーダから担当者への促し
		リンパ浮腫複合的治療料の算定	リンパ浮腫複合的治療料の算定件数 1　重症の場合　　年75件以上 2　1以外の場合　　年75件以上	手術後の入院中、退院後再来時、病棟・外来で指導を行う リンパ浮腫外来開催:2回/月　理学療法士との協働	リンパ浮腫指導管理料の算定　年80件以上 リンパ浮腫複合的治療料の算定件数 1　重症の場合　年70件以上 2　1以外の場合　年70件以上	△	手術後の入院中と外来での指導を徹底し、重症化予防に取り組んだ	リンパ浮腫指導管理料の算定件数 　入院66件　外来43件　合計109件 リンパ浮腫複合的治療料の算定件数 　1. 重症の場合　　44件 　2. 1以外の場合　　77件	リンパ浮腫複合的治療料、重症の場合は症例数の見込みから44件となったが、妥当な件数であり、令和5年度の目標値を70件から50件へ下方修正している
支出の削減	診療材料費の抑制	新規採用材料の厳密な選定	入院・外来収益に占める診療材料費比率　15.9%以下 (診療材料費のうち血液、試薬及びアイソトープ等を除いた比率　13.6%以下)	購入物流委員会において、効果だけでなく収益性も含め購入の可否について検討を行う	入院・外来収益に占める診療材料費比率　15.9%以下 (診療材料費のうち血液、試薬及びアイソトープ等を除いた比率　13.6%以下)	×	これまでの購入物流委員会での取り組みに加え、ベンチマークシステムの価格を目標価格として設定することで、購入の可否についての検討材料として活用した	入院・外来収益に占める診療材料費比率:16.4%(令和3年度決算16.1%) 診療材料費のうち血液、試薬及びアイソトープ等を除いた比率:13.8%(令和3年度決算13.7%)	引き続き、購入物流委員会において、効果と収益性を含め購入の可否について、検討を行う
		同種同効品への切り替え等による安価な材料の購入	年間420万円の削減	削減額の目標を定め、物流センターにてベンチマークを活用しながら、値引き交渉及び安価な同種同効品への切り替えを行う	年間420万円の削減	○	1. 購入物流委員会において材料の切替提案を行った 実際に切り替わった材料が20品目、現行品目の価格が下がったものが19品目となった 2. 新規採用品等について、ベンチマークシステム等を活用し、業者と交渉を行った	1. 材料の切り替え提案等により、 　年間で約290万円の削減効果(令和3年度約160万円) 2. ベンチマークシステム等の活用により、 　年間で約410万円の削減効果(令和3年度約750万円)	
	薬品費の抑制	採用薬品の厳密な選定	入院・外来収益に占める医薬品費の比率　13.2%以下	高額医薬品の薬価改定後も値引き維持 採用薬品選定時、同種同効薬との比較、後発医薬品有無の確認、最少包装単位での購入	入院・外来収益に占める医薬品費の比率　13.2%以下	×	高額医薬品の薬価改定後も値引き維持 採用薬品選定時、同種同効薬との比較、後発医薬品有無の確認、最少包装単位での購入 ベンチマークを活用した価格交渉	入院・外来収益に占める医薬品費の比率　13.7%	抗がん剤の使用が増えたため、医薬品の購入金額が上昇し医薬品費の比率が上昇した。 採用薬品選定時に後発医薬品有無の確認、同種同効薬との比較、最少包装単位での購入などを行い、ベンチマークを活用した費用削減に向けた取り組みを継続していく。
		後発医薬品への切り替え	数量ベース　91%以上 後発薬品目ベース　65%以上 金額ベース　64%以上	薬事委員会にて後発医薬品への切り替えを積極的に行っていく	数量ベース　　91%以上 後発薬品目ベース　65%以上 金額ベース　　64%以上	○	薬事委員会にて後発医薬品への切り替えを積極的に行っていく	数量ベース　　94.5% 後発薬品目ベース　78.2% 金額ベース　　64.2%	後発医薬品へ切り替え可能な先発医薬品の調査実施を行い、薬事委員会にて後発医薬品への切り替えを積極的に行っていく
		採用薬品の見直し	採用品目1,200品目以下の堅持 期限切れによる年間廃棄金額　70万円以下	採用医薬品の一増一減の堅持 期限切れ5ヵ月前の薬品をリストアップし全医師へ通知、採用に関する検討、薬事委員会での報告、使用頻度の少ない高額な薬剤は、リストアップし全医師へ周知、月1回配置薬の期限確認、特定患者使用薬剤の高額薬品は使用直前まで購入しない	採用品目1,200品目以下の堅持 期限切れによる年間廃棄金額　70万円以下	○	採用医薬品の一増一減の堅持 期限切れ5ヵ月前の薬品をリストアップし全医師へ通知、採用に関する検討、薬事委員会での報告、使用頻度の少ない高額な薬剤は、リストアップし全医師へ周知、月1回配置薬の期限確認、特定患者使用薬剤の高額薬品は使用直前まで購入しない	採用品目1,167品目 期限切れによる年間廃棄金額　60万円	採用医薬品の一増一減の堅持 期限切れ5ヵ月前の薬品をリストアップし全医師へ通知、採用に関する検討、薬事委員会での報告 使用頻度の少ない高額な薬剤は、リストアップし全医師へ周知、月1回配置薬の期限確認、特定患者使用薬剤の高額薬品は使用直前まで購入しない
	委託費の抑制	委託業務の見直し	医業収益に占める委託費の比率　8.7%以下	委託業務の仕様の見直し	医業収益に占める委託費の比率　8.7%以下	×	医療機器の保守業務については、各部署と仕様内容の打合せを行い、使用頻度の低い機器や修理実績の少ない機器の契約の見直しを図った 放射線等の医療機器の保守業務について、包括契約を締結した	医業収益に占める委託費の比率8.8%(令和3年度決算9.2%)	病院の稼働状況に連動しない固定費的な委託費に着目し、委託費の節減に努める。
	職員給与費比率の抑制	職員の定数管理	医業収益に占める職員給与費の比率　55%以下	適正な職員定数の管理をするために各部署の所属長からヒアリングを実施する	医業収益に占める職員給与費の比率　55%以下	×	医師を除く各部署の所属長から職員定数に関するヒアリングを実施	医業収益に占める職員給与費の比率　56.9%	働き方改革などの影響により，給与費は年々増加している。また、コロナの影響により減少していた医業収益は、だいぶ持ち直してきたが、目標達成には至らなかった 今後は、一般診療に制限がかからないよう体制を整え、医業収益の増収に努め職員給与比率の抑制を図っていく
経営管理体制の強化	経営分析力の向上	経営に係る定期的な勉強会の実施、経営分析の発信	勉強会の実施　年4回 院内ポータルへの文書掲載　年2回	経営分析に関する勉強会の実施 病院経営に関する文書を院内ポータルに掲載	勉強会の実施　年4回 院内ポータルへの文書掲載　年2回	×	令和4年度の1つ目のテーマとして「DPCの基礎について」を設定し、保険診療講習会を2回開催した	勉強会の実施　2回(9/29「DPCの基本ほか」、3/7「特定診療群の概要と対策」) 院内ポータルへの文書掲載　1回	コロナ禍ということもあり、年間4回の勉強会の設定はスケジュール的に難しかった

自己評価	4年度の総合的な所見	5年度に向けて	委員会評価
△	収入の確保については、新型コロナウイルス感染症の拡大に伴う病棟閉鎖や手術制限により、新入院患者数や病床稼働率等の目標を達成することができなかったが、感染拡大時には臨時的に新型コロナウイルス感染症患者専用病床を増やしたり、各病棟では診療科を限定せず患者を受け入れたりと、柔軟に対応することができた。平均在院日数についても、前年度平均より日数が長くなってしまったが、早期の退院・転院、退院支援の早期からの介入に取り組んだ。また、令和4年度の診療報酬改定に伴い、検討会の実施や関係部署との協議を経て施設基準の届出を行った。しかし改定と同時に取得できない加算もいくつかあったため、改定内容を精査し関係部署に情報共有を素早く行うことが課題である。支出の削減については、ベンチマークシステム等の活用による診療材料費の削減、後発医薬品への切り替えや採用薬品の見直しによる薬品費の削減をすることができた。大項目全体としては新型コロナウイルス感染症による影響が大きく、目標未達成の項目が多かったものの、経常収支比率は101.5%と目標の100%を達成し、安定した病院を経営することができた。	新型コロナウイルス感染症の院内感染に注意しながら、新型コロナウイルス感染症患者専用病床として確保していた病床を一部一般用の病床に戻すことにより、新入院患者数の増加や病床稼働率の上昇を目指す。他にも、E館手術室を活用しながら積極的な緊急手術等の受け入れ、がん患者指導においては実施率の低い診療科に働きかけ、がん患者指導管理料の算定件数の増加を図り収入の確保に努める。支出の削減については、引き続きベンチマークシステムを活用した診療材料費や薬品費の削減に努め、職員給与費においては、働き方改革も踏まえつつ適正な職員の定数管理を行う。経営管理体制の強化について、5年度は総務省から発出されたガイドラインに基づき「経営強化プラン」を策定することになっているため、関係部署と調整をしながら策定作業を進めていく。	

3. 教育・研究等の充実

中項目	小項目	計画上で実施するとされていること	(参考)令和3年度目標	実施すべき取り組み	目標	状況	実施したこと	成果(増収額、削減額など)	現状の把握と今後の課題
臨床研究部の充実	治験実施件数の増加	新規治験受託件数の増加	新規治験受託件数　年9件以上	新規案件受託に向けて院内体制の整備・構築	新規治験受託件数　年3件以上	×	新規治験受託件数　2件 臨床薬理学会認定CRC 1名取得	新規治験受託件数　2件	年度内に受託予定だった試験の開始が4月以降に延期された
	臨床研究サポートの推進	標準業務手順書の作成	臨床研究サポート準備	特定臨床研究について院内体制の整備・構築	特定臨床研究サポート、院内体制の整備・構築	○	特定臨床研究のサポート開始	特定臨床研究が開始出来た	
人材育成	先進医療に対応できる医療職の育成	学術発表の促進、専門医取得のサポート	学会発表　年100回以上 論文　年30編以上	発表する学会の参加費助成 英語論文、英文抄録の翻訳費用助成	学会発表　年100回以上 論文　　年30編以上	×	発表する学会の参加費助成を行った	学会発表　年 89回 論文　　年 27編	学会の現地開催が増えてきており、職員に学会発表や論文執筆を促す
	看護師の専門性の向上	認定資格等の取得、特定行為研修への参加	特定認定看護師受講者　1名	特定行為パッケージ研修等のインフォメーション、専門看護師と協力して動機づけ、受験支援 当院に必要な分野のスペシャリスト育成計画の立案	特定行為研修受講者　1名 認定看護師教育課程受験者　1名	○	専門看護師と協同し、受験支援を行った キャリアプランマップの作製、育成計画を検討した	特定行為研修(精神及び神経症状に係る薬剤投与関連)受講者　1名 認定看護師(集中ケア)教育課程修了　1名 院内特定認定(血糖コントロールに係る薬剤投与関連)承認　1名 特定認定看護師(感染管理)令和5年度受講決定　1名	
	薬剤師の専門性の向上	認定薬剤師の育成	新規認定資格2名取得	認定薬剤師取得の支援、業務調整	新規認定資格2名取得	○	認定薬剤師取得の支援、業務調整	認定遺伝カウンセラー　　1名 日病薬病院薬学認定薬剤師　1名	認定薬剤師取得の支援、業務調整を継続していく

令和4年度の取り組み達成状況

状況欄の「○」は達成済み。「△」(※)は一部達成済み。「×」は未達成。 ※・・・目標が複数個ある場合に、○と×が混在しているときに△としている。

中項目	小項目	計画上で実施するとされていること	(参考)令和3年度目標	実施すべき取り組み	目標	状況	実施したこと	成果(増収額、削減額など)	現状の把握と今後の課題
人材育成	メディカルスタッフの専門性の向上	認定資格の取得・維持	新たな認定資格の取得 臨床検査技師　3名(ｹﾞﾉﾑｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰ1名含) 放射線技師　2名 臨床工学技士　2名(令和5年度までに取得) 理学療法士　1名 現在の認定資格の維持 管理栄養士	部署ごとに認定資格の取得・維持に努める	新たな認定資格の取得 臨床検査技師　3名 放射線技師　1名 臨床工学技士　2名 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のうち1名 現在の認定資格の維持 管理栄養士	○	各部署ごとに認定資格の取得・維持に努めた 臨床検査技師・放射線技師・臨床工学技士の、タスクシフト/シェアに関する厚生労働省指定の研修の受講を開始した	新たな認定資格の取得 臨床検査技師　3名(ｹﾞﾉﾑｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰ1名含) 放射線技師　1名 臨床工学技士　2名 理学療法士　2名 現在の認定資格の維持 管理栄養士	
	事務の専門性の向上	事務局内の専門研修の実施、外部の専門的研修への参加	内部研修　年4回以上 外部研修　年60人以上	診療報酬制度や会計制度など、病院経営に関し、事務局職員が知識として持つべき分野について内部で研修を実施するとともに、外部研修への参加をリモートを含め積極的に促す	内部研修　年4回以上 外部研修　年62人以上	△	内部研修として「保険診療講習会」を9月29日及び3月7日に実施したほか、3月22日に「コロナ禍を振り返る」「医師の働き方改革」をテーマに研修会を実施した。 また、新型コロナウイルス感染症の影響があった為、Webによる研修の参加を促した	内部研修　4回 外部研修　54人	WEB形式による外部研修の参加が増加した結果、参加人数は54人となり、昨年度より9人増加した。 今後も引き続きWeb形式を含む外部研修への参加促進を図っていく。
	臨床研修病院の充実	卒後研修教育への注力	臨床研修医マッチング　12名フルマッチ	JCEP受審に際しての準備(前回改善指摘項目のチェック)	臨床研修医マッチング　12名フルマッチ JCEP4～6年再認定	○	応募者56名で12名フルマッチした JCEP12月12日訪問審査を終えて、2月に4年の更新を受けた	臨床研修医マッチング　12名フルマッチ JCEP4年再認定	

自己評価	4年度の総合的な所見	5年度に向けて	委員会評価
△	臨床研究部の充実については、年度内に受託予定だった試験の開始が延期となり新規治験受託件数が目標の回数を達成できなかった一方で、特定臨床研修についての院内体制の整備や構築については順調に進めることができた。人材育成においては、資格を取得するための環境整備や受験支援に努めた。さらに、臨床研修病院としては、令和3年度に引き続き臨床研修医の12名フルマッチを達成し、また、JCEPの訪問審査を受けた結果、4年の更新を受けることができた。	令和4年度に引き続き、新規案件受託に向けての院内体制の整備や構築等に努め、臨床研究部の充実を図る。人材育成については、専門医取得のサポートを実施するとともに、新型コロナウイルス感染症が落ち着いてきたことで現地で開催する学会も増えてきたため、職員に学会発表や論文執筆を促していく。また、各部署において資格取得や受験に対する支援を行うことで職員の専門性の向上を図る。	

4. 新病院へのステップアップ

中項目	小項目	計画上で実施するとされていること	(参考)令和3年度目標	実施すべき取り組み	目標	状況	実施したこと	成果(増収額、削減額など)	現状の把握と今後の課題
新病院建設事業の推進	新病院建設事業の着実な推進	建設事業の円滑な遂行	基本設計着手	基本設計、実施設計(予定)	基本設計着手・完了 実施設計着手	○	定例会議の開催(10回)、物流搬送PJ会議(5回)、医療情報システムPJ会議(6回)、災害・大規模感染症対応会議(2回) 部門ヒアリングA(18部門×1回)、部門ヒアリングA2(19部門×1回)、部門ヒアリングB(44部門×1回)、部門ヒアリングC(46部門×1回) 予定地の地盤調査	基本設計着手・完了 部門ヒアリングやプロジェクト会議を実施しながら、基本設計図を作成 実施設計着手	令和5年3月より実施設計に着手している。 基本設計の成果を踏まえ、詳細を検討していく。
IT化への対応	ITを活用した広報の充実	ITを活用して病院の広報や機能の強化を図る	連携ネットメーリングリスト登録数　160件以上	メーリングリスト登録依頼、メーリングリストの活用範囲拡大の検討、デジタルサイネージの活用増	連携ネットメーリングリスト登録数　240件以上	○	連携医訪問、連携医登録時にメーリングリスト登録の依頼 サイネージへの図書館医療講演会、市民公開講座、がんサロン、治療と仕事の両立支援等の広報掲載	連携ネットメーリングリスト登録数　257件(令和3年度末　233件) サイネージ新規広報件数　29件(令和3年度　25件)	
	オンラインツールの活用	採用試験や院内研修会、外部との会議などのオンライン実施を行うための環境整備	Web会議の環境整備	必要に応じてWEB会議を開催できる環境を維持する	WEB会議の環境維持	○	WEB会議の環境維持	WEB会議が実施できる環境を維持することができている	

自己評価	4年度の総合的な所見	5年度に向けて	委員会評価
○	新病院建設事業については、部門ヒアリングやプロジェクト会議を実施しながら、計画どおり4年度中に基本設計を完了し実施設計に着手した。IT化を活用した広報の充実については、連携医登録時に併せてメーリングリスト登録の依頼や、デジタルサイネージを用いた広報活動など、積極的な活動を実施した。	新病院建設事業については、基本設計の成果を踏まえ実施設計の完了を目指すとともに用地取得を行う。IT化への対応におけるオンラインツールの活用については、WEB会議を実施する環境は整備できたので、今後はWEB会議を実施する環境の強化に努める。	