

福井県立病院
第 6 次中期経営計画
(福井県立病院経営強化プラン)

マネジメントシート (R7～R9)
(R7 実績)

令和 8 年 7 月

目 次

I	令和7年度の総括・主要事業の進捗状況.....	1
II	主な経営指標.....	7
III	各部門マネジメントシート(R7~R9)	
	中央医療センター	11
	がん医療センター	12
	陽子線がん治療センター	13
	救命救急センター	14
	こころの医療センター	15
	健康診断センター	16
	母子医療センター	17
	入退院支援センター	18
	薬剤部	19
	看護部	20
	検査室	22
	放射線室	23
	リハビリテーション室	24
	臨床工学技術室	25
	栄養管理室	26
	医療情報管理室	27
	医療安全管理室	28
	経営管理課	29
	医療サービス課	30

I 第6次中期経営計画の基本方針(方向性と目標)と 令和7年度実績

〈スローガン〉

いのちと健康を守る最後の砦“県立病院”～ふくいの医療をリードし皆様から選ばれる病院～を目指します

(方向性1)患者や家族、かかりつけ医から選ばれる病院

【目標】新入院患者数を R1(コロナ前)比 1%増の 14,510人 確保

- ・安全・安心で質が高く高度な医療(がん・心血管・周産期・高度手術)を提供し、かかりつけ医との地域連携・紹介受入を推進する。
- ・R7実績:新入院患者数 14,566人(R1比 +1.4%)。紹介割合 98.4%／逆紹介 92%、入退院支援加算の算定割合 69.8%など新入院患者数を含め高い水準を達成。

(方向性2)医療従事者や学生から選ばれる病院

【目標】心身ともに健康で安心して働ける職場づくり

- ・働き方改革と人材の確保・育成(特定看護師等)を進め、タスクシフト・シェアと研修支援で勤務環境を改善。
- ・R7実績:時間外労働960時間超の医師 0人(4年連続・A水準を維持)。超過勤務 病院計 12.4h/月・年次休暇 8.8日。特定看護師 9名、臨床研修医・専攻医 各11名を確保。

(方向性3)経営の安定化

【目標】計画最終年度(R9)に経常収支を黒字化

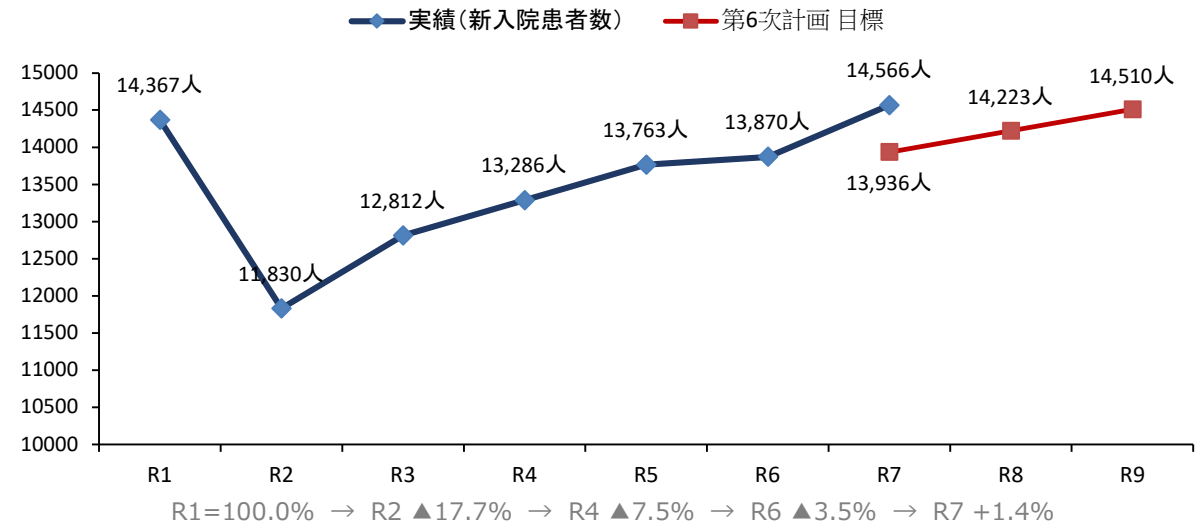
- ・新入院患者の確保・DPC特定病院群の指定継続・治験収入の増など収益力を高め、共同購入・省エネ等で経費縮減を実施する。
- ・R7実績:経常収支 ▲8.03億円(計画 ▲10.8億より +2.8億改善)、純損益 ▲6.47億円(+3.1億改善)。
入院収益 159.94億円は計画超、後発医薬品 94.2%を維持。

新入院患者数と収支計画の実績

(新入院患者数)

- R7実績は14,566人で元年比+1.4%、第6次計画初年度の目標(13,936人)を上回った。
- R2のコロナ減(▲17.7%)から段階的に復元し、R7でR1水準を回復・更新。
- 紹介・救急経由の受入体制確保と各科の強みに対応した連携病院への働きかけが奏功。

新入院患者数の推移（中央医療C・R1基準）



出典：実績＝経営マネジメントシート（R1～R7）／目標＝第6次中期経営計画 本冊子p19（R7 13,936・R8 14,223・R9 14,510人）

(収支計画と決算の比較)

- 経常収益 **+7.6億円**
医業▲0.8(実力線)／
医業外+8.4(繰入金・長期前受金戻入)
- 経常費用 **+4.8億円**
給与費+3.0・材料費等が押上げ
- 経常収支 **目標比+2.8億円改善**
純損益も+3.1億円改善(▲6.47億円)

収支計画（第6次中期経営計画）と R7決算 [億円] (税込みベース)

区分	R7計画	R7決算	差	R8計画	R9計画
経常収益	264.9	272.45	+7.6	278.3	285.8
うち医業収益	226.7	225.86	▲0.8	239.6	243.9
うち医業外収益	38.2	46.59	+8.4	38.7	41.9
経常費用	275.7	280.48	+4.8	278.9	285.0
経常収支	▲10.8	▲8.03	+2.8	▲0.6	+0.8
純損益	▲9.6	▲6.47	+3.1	▲0.6	+0.8

Ⅱ 主要事業の進捗と実績(1/4)

方向性1:患者や家族、かかりつけ医から選ばれる病院
～(1)安全・安心で質が高く、高度な医療の提供～

○ がん医療(薬物・手術・核医学・陽子線)

- ・外来化学療法などの薬物療法、ロボット支援下手術、核医学治療陽子線がん治療など、病態に応じた高度治療を提供。
- ・PRRT等の放射性医薬品によるがん治療も実施し、治療の選択肢を拡充。

○ 心血管疾患医療等(低侵襲・安全体制)

- ・低侵襲カテーテル治療やハイブリッド・ロボット手術を実施。
- ・せん妄への対応と身体的拘束の最小化を推進し、安心して治療を受けられる体制を整備。

○ 周産期医療(母子医療センター)

- ・ハイリスク妊娠・分娩、低出生体重児に対応し、無痛分娩・助産ケアを充実。

○ 新興感染症・災害・精神医療

- ・感染症内科・発熱外来を常設し専門人材の研修を実施。基幹災害拠点病院としてDMAT・DPAT体制を確保。
- ・精神科は依存症・認知症への対応と急性期のチーム医療を強化。

実 績

○ 実績

- ・外来化学療法 6,502人(目標5,800人・達成 +702)
- ・がん手術 801件(目標800件・達成 +1)
- ・ゲノム外来 45人(目標45人・達成)
- ・陽子線がん治療 201人
(目標250人・未達 ▲49、うち院内紹介83[目標70・達成 +13])

○ 実績

- ・手術件数 4,874件(目標4,900件・未達 ▲26)
- ・ダビンチ 154件(目標150件・達成 +4)
- ・ハイブリッド手術 230件(目標210件・達成 +20)
- ・身体的拘束患者割合 8.1%(目標10.5%・達成 ▲2.4pt)

○ 実績

- ・分娩 510件(目標500件・達成 +10)
- ・妊産婦緊急搬送入院加算 54件(目標35件・達成 +19)
- ・MFICU利用率 91.4%(目標75.0%・達成 +16.4pt)
- ・助産師外来 198件(目標180件・達成 +18)

○ 実績

- ・SUBICN実践型研修修了 99名(目標80名・達成 +19)
- ・抗菌薬適正 直接介入 162件(目標150件・達成 +12)
- ・細菌検査 院内実施 94.5%(目標95%・未達 ▲0.5pt)
- ・こころ新入院 739人(目標700人・達成 +39)
- ・依存症ARP導入 15人(目標24人・未達 ▲9)

Ⅱ 主要事業の進捗と実績(2/4)

方向性1:患者や家族、かかりつけ医から選ばれる病院
～(2)患者満足度の向上／(3)かかりつけ医との役割分担・地域連携～

実 績

○(2)より快適な医療サービス(患者満足度の向上)

・オンライン受付や診断書交付の迅速化、CT検査室環境の整備、健診の受診機会拡大など、利便性の向上を進めた。



○ 実績

・診断書 2週間以内交付 52%(目標30%・達成 +22pt)
・ドック受診者 4,427人(目標4,500人・未達 ▲73)
・受診者満足度 99.5%(目標95%・達成 +4.5pt)

○(3)紹介・逆紹介・「ふたり主治医制」

・紹介・逆紹介を推進し、かかりつけ医が初期治療・当院が専門治療を担う役割分担を強化。



○ 実績

・紹介割合 98.4%(目標95%・達成 +3.4pt)
・逆紹介割合 92%(目標95%・未達 ▲3)
・医療相談23,774件(目標20,000件・達成 +3,774)

○(3)入退院支援・連携搬送・転院調整

・入退院支援センターで入院前から退院まで支援し、連携搬送・転院調整を円滑化。



○ 実績

・入退院支援加算 10,120件(目標9,600件・達成 +520)
・入院前支援 3,919件(目標3,360件・達成 +559)
・連携搬送 179件(目標200件・未達 ▲21)
・転院調整 1,304件(目標1,200件・達成 +104)

Ⅱ 主要事業の進捗と実績(3/4)

方向性2:医療従事者や学生から選ばれる病院
～(1)働き方改革・人材確保育成／(2)安心して働ける職場～

実 績

○(1)働き方改革の推進

- ・医師の時間外労働の上限規制 A水準(年960時間未満)を維持し、超過勤務・年休取得の改善に取り組む。



○ 実績

- ・時間外960時間超の医師 0人(目標0人・達成＝維持)
- ・超過勤務 病院計 12.4h/月
(目標12.1h/月・未達 +0.3／医師47.9・看護2.8)
- ・年次休暇 8.8日(目標15日・未達 ▲6.2)

○(1)人材の確保・育成／タスクシフト

- ・特定看護師・認定看護師など専門性の高い人材を育成し、タスクシフト・シェアを推進。



○ 実績

- ・特定看護師 9名(目標2名・達成 +7)
- ・専門・認定看護師 30名
(目標32名[専門3・認定29]・未達 ▲2)
- ・臨床研修医 11人(目標11人・達成＝定員100%)
- ・専攻医 11人(目標8人・達成 +3)

○(2)安心して働ける職場づくり

- ・給与改定や勤務環境の改善、病児保育の検討、PNS看護体制・サポート体制で働きやすい職場づくりを進める。



○ 実績

- ・接遇研修 4回(目標4回・達成 ±0)
- ・産休・育休の代替確保と研修受講支援、若手・女性職員と幹部の意見交換を継続(定性目標)

Ⅱ 主要事業の進捗と実績(4/4)

方向性3:経営の安定化
～(1)収益力の向上／(2)設備人員最適化／(3)経費の縮減／
(4)デジタル化／(5)改定要望～

実 績

○(1)収益力の向上・在院日数の短縮

- ・新入院患者数をコロナ前超へ回復。DPC特定病院群の指定継続に取り組む(実績要件はR7に3項目、R8更新に向け回復が課題)
- 在院日数短縮とレセプト点検で査定減を防止。

○ 実績

- ・新入院 14,566人(目標13,936人・達成 +630)
- ・入院単価 96,320円(目標93,870円・達成 +2,450)
- ・平均在院日数 9.85日(目標10.5日・達成 ▲0.65)
- ・減点査定率 0.42%(目標0.40%・未達 +0.02pt)

○(2)設備人員の最適化、(3)経費の縮減

- ・器械備品の継続使用や効率的な人員配置、ベンチマークによる価格交渉・後発品使用でコストを抑制し、LED化・省エネを推進。

○ 実績

- ・後発医薬品使用割合 94.2%(目標90%・達成 +4.2pt)
- ・照明LED化 50.5%(目標90%・未達 ▲39.5pt)

○(4)デジタル化への対応(DX・サイバーセキュリティ)

- ・サイバーセキュリティを強化し、医療DX(マイナ保険証・電子カルテ情報共有)に対応。

○ 実績

- ・24時間自動監視システムを導入(計画:導入・実施済)
- ・クリニカルパス適用率 58.9%(目標58.5%・達成 +0.4pt)
- ・入退院支援パス動画化 7(目標7・達成 ±0)
- ・マイナ保険証利用を促進

○(5)診療報酬改定への要望

- ・自助努力(計画期間で増収20.4億円・費用縮減4.6億円)に加え、構造的な収支改善に向けR8診療報酬改定でのプラス改定を国に要望。

○ 実績

- ・R7経常収支 ▲8.03億円
(計画▲10.8億・達成 +2.8億改善)

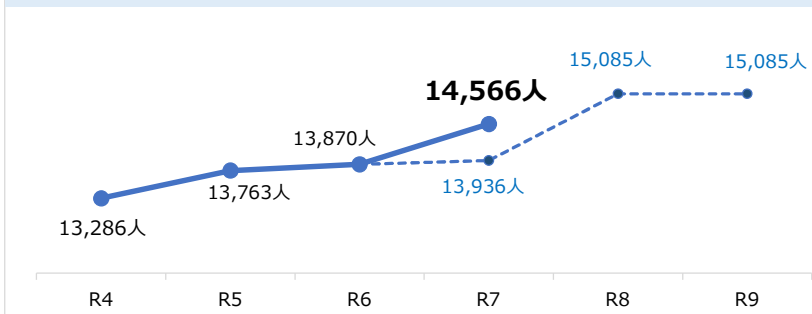
Ⅱ 主な経営指標

Ⅲ 各部門マネジメントシート（R7～R9）

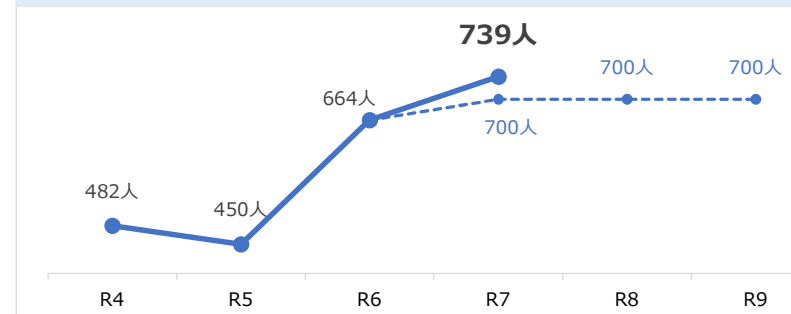
Ⅲ 第6次中期経営計画 マネジメントシート(R7～R9) 主な経営指標 ※R7実績値を反映

第6次経営計画で掲げるスローガン「いのちと健康を守る最後の砦」の実現に向けて、スローガンに掲げる3つの目標（新入院患者数R1比1%増、心身ともに健康で安心して働ける職場づくり、R9年度経常収支黒字化）の視点から、新入院患者数、手術件数、救急車受入件数をはじめとした各部門の主要指標に基づく個別目標の進捗を確認する。

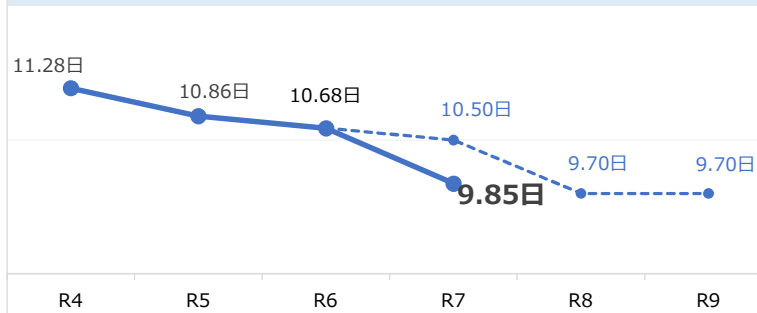
新入院患者数（中央医療センター）



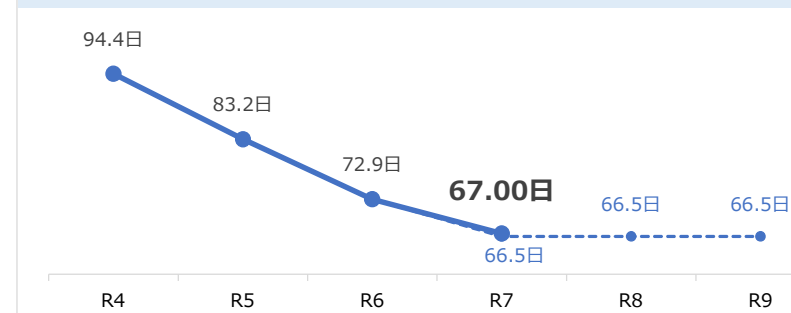
新入院患者数（こころの医療センター）



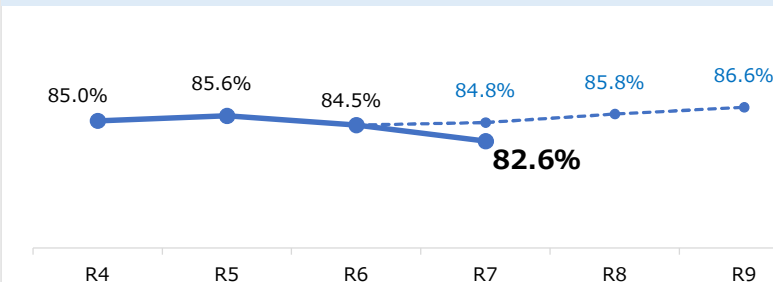
平均在院日数（DPC対象病棟）



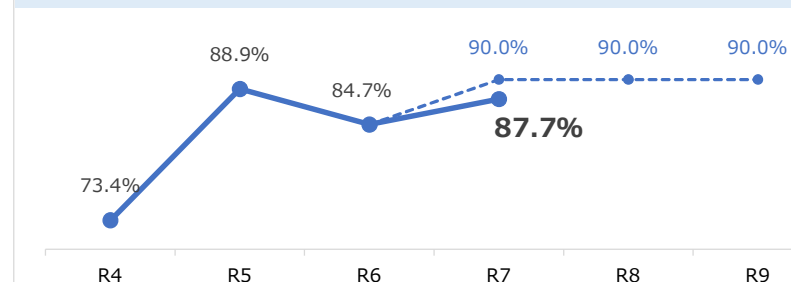
平均在院日数（こころの医療センター）

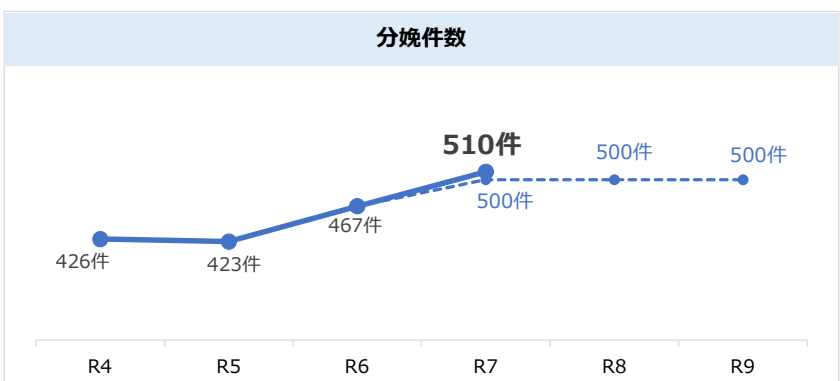
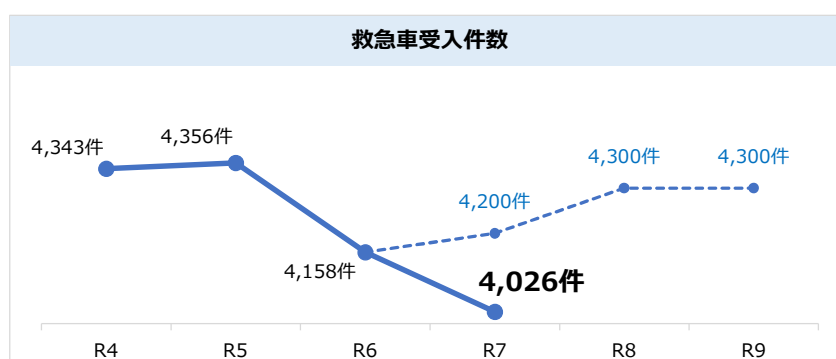
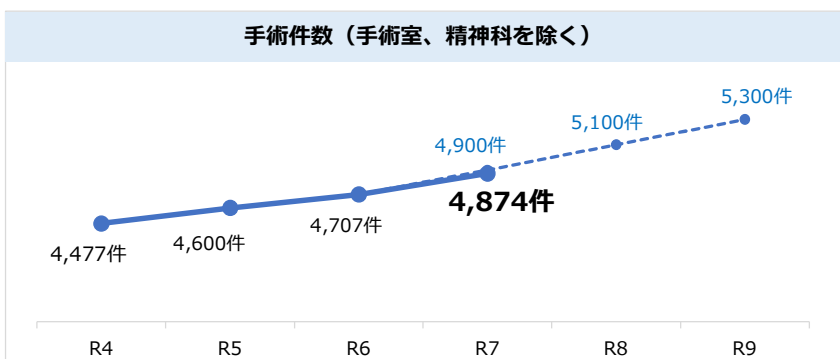
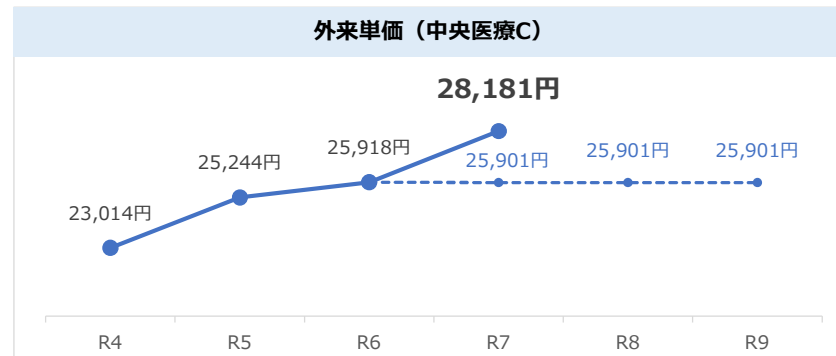
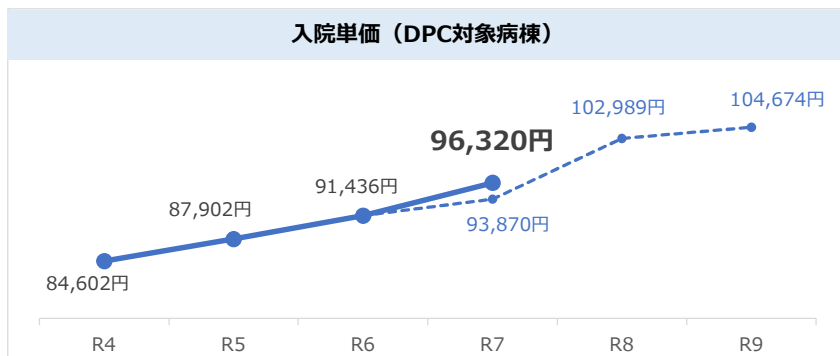


病床利用率（中央医療センター）

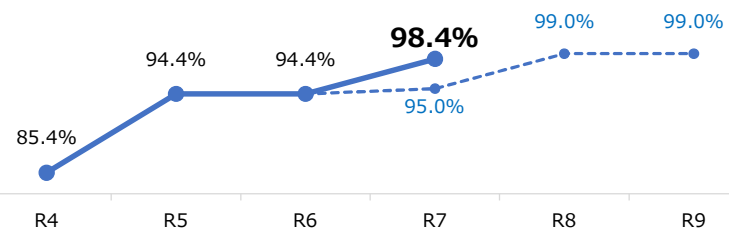


病床利用率（こころの医療センター）

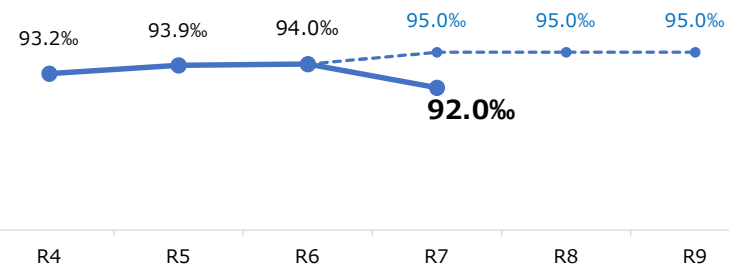




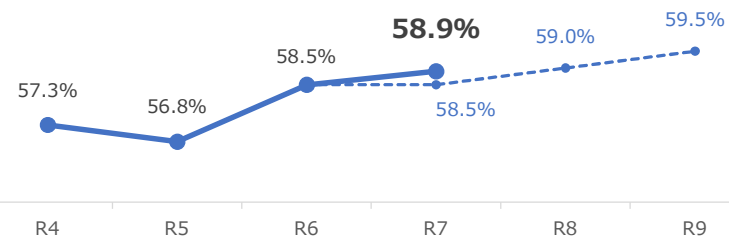
紹介患者割合



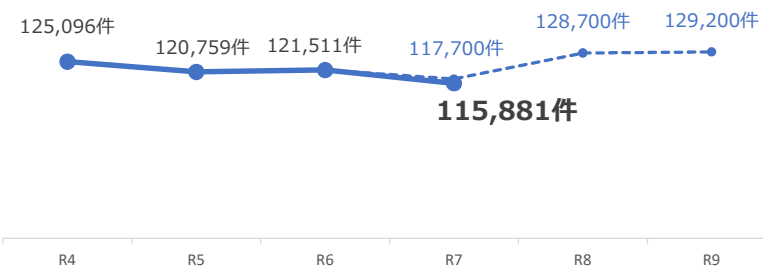
逆紹介患者割合



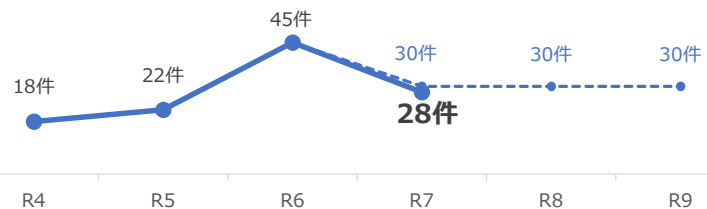
クリニカルパス適用率



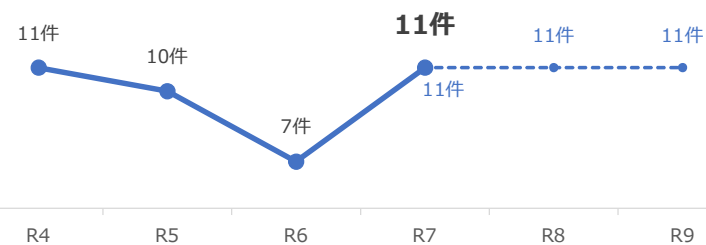
リハビリテーション件数



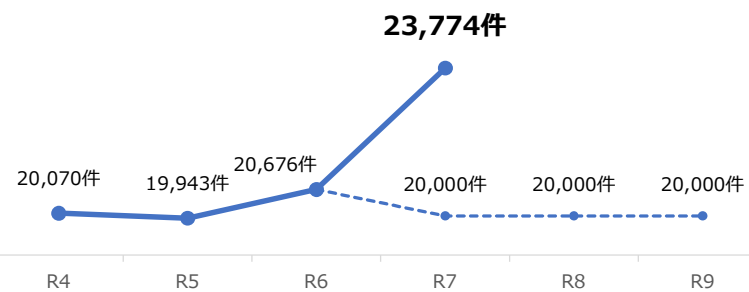
医師派遣等件数



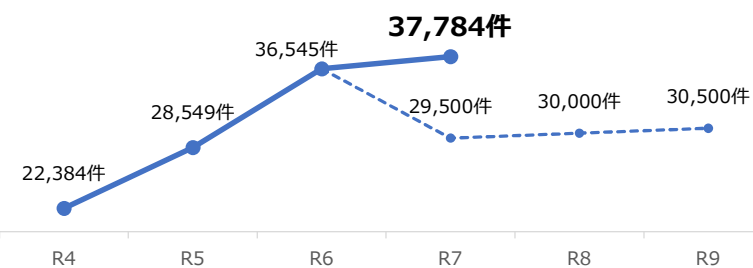
臨床研修医の受入件数



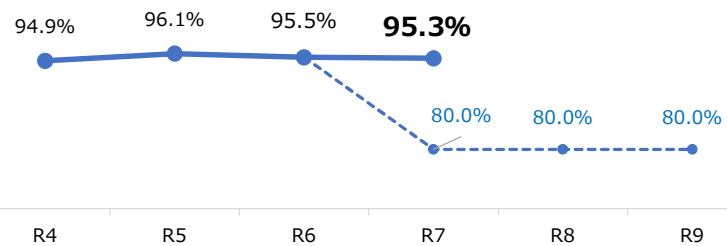
健康・医療相談件数（中央医療センター）



健康・医療相談件数（こころの医療センター）



在宅復帰率



第6次中期経営計画 マネジメントシート（R7～R9）

部 門 名		中央医療センター							
部門の方針・重点事項		新入院患者数を令和9年度までにコロナ前の水準（R1年度水準）へ復元するとともに、平均在院日数の短縮化や手術件数増などにより入院・外来単価を改善する 最先端医療の安全な提供に努め、高度急性期医療の充実化を図る							
指 標		R4	R5	R6	R7	R8	R9	目標値の考え方	目標達成のための取組
		実績値	実績値	実績値	目標値 実績値	目標値 実績値	目標値 実績値		
1	新入院患者数（中央医療C）	13,286人	13,763人	13,870人	13,936人 14,566人	15,085人	15,085人	直近の実績を踏まえ、R1比105%の目標を設定	紹介・救急経由患者の受入体制の確保、各診療科の強みに対応した連携病院への訪問・働きかけ
2	入院単価 （DPC対象病棟）	84,602円	87,902円	91,436円	93,870円 96,320円	102,989円	104,674円	中期経営計画試算を基に、経営の黒字回復を図るための相当額を設定	DPC特定病院群の維持、新規加算の取得、平均在院日数の短縮
3	外来単価	23,014円	25,244円	25,918円	27,374円 28,181円	27,374円	27,374円	中期経営計画試算を基に、経営の黒字回復を図るための相当額を設定	がん外来化学療法,PRRTなどの利用推進
4	平均在院日数 （DPC対象病棟）	11.28日	10.86日	10.68日	10.50日 9.85日	9.70日	9.70日	直近の実績を踏まえ、R8,R9に9.70日と設定	連携搬送の推進、患者の入院期間を直感的に把握できる新ベッドマップの活用
5	病床利用率 （一般病棟）	427床 84.7%	427床 85.2%	430床 84.5%	430床 84.8% 430床 82.6%	430床 85.8%	430床 86.6%	近年の病床利用状況、類似他院の病床利用状況を踏まえ、R9に86.6%と設定	診療科バリアフリーの推進、ベッドコマンダーの活用
6	病床利用率 （一般患者用HCU）	6床 60.6%	6床 82.8%	6床 88.4%	6床 88.5% 6床 79.6%	6床 88.5%	6床 88.5%	入院基本料の算定を最優先とし、必要度の該当割合を満たした上でR6実績値を維持	ICU・1北病棟・ERとの情報交換によるベッドコントロール 循環器・呼吸器内科との連携強化
7	病床利用率 （ICU）	10床 71.1%	10床 72.4%	10床 72.4%	10床 72.0% 10床 68.7%	10床 72.2%	10床 72.4%	R1の71.9%以上を目指す。スムーズな受け入れ、安全な医療の提供を踏まえた病床利用	救命救急センター、1北、HCUとの連携により、救急患者を積極的に受け入れる
8	病床利用率 （特殊病棟）	53床 57.4%	53床 62.7%	53床 66.1%	53床 62.4% 53床 63.4%	53床 62.4%	53床 62.2%	R5年の実績値77.6%を目標に回復を目指す	一般病棟との情報交換を密に行い、空床後速やかな声かけを実施し、待機期間の短縮を図る
9	病床利用率 （緩和ケア病棟）	18床 67.6%	18床 77.6%	18床 75.5%	18床 76.0% 18床 67.7%	18床 76.2%	18床 76.4%		
10	手術件数 （手術室、精神科を除く）	4,477件	4,600件	4,707件	4,900件 4,874件	5,100件	5,300件	R8年度にR1水準以上を目指す	各手術室の効率的な稼働、麻酔科医の増員、紹介数の確保
11	ダビンチ手術件数	152件	156件	151件	150件 154件	150件	150件	概ねR4～6年度水準を維持する	実施部位の漸次拡大、県内への周知
12	ROSA手術件数	8件	42件	73件	72件 51件	72件	72件	週1～2回、月6回程度の実施によりR6水準を維持する	安定的な稼働、県内への周知

第6次中期経営計画 マネジメントシート (R7～R9)

部 門 名	がん医療センター
-------	----------

部門の方針・重点事項	チーム力を結集した集学的治療を推進し、全国トップレベルのがん治療の提供を目指す。
------------	--

指 標		R4	R5	R6	R7	R8	R9	目標値の考え方	目標達成のための取組
		実績値	実績値	実績値	目標値 実績値	目標値 実績値	目標値 実績値		
1	がん患者登録数（初発）	1,465件	1,638件	1,614件	1,650件 [速報値] 1,608件	1,650件	1,650件	R1実績を上回ったR5,R6水準を維持する	質の高いがん治療の提供
2	がん手術件数 （主要5部位・婦人がん）	773件	769件	730件	800件 801件	800件	800件	R4を超える水準で維持する	医師間の連携、新たな手技等の導入、個々の患者に最適な治療方法の採用
3	がんゲノム外来患者数 （実人数）	41人	35人	43人	45人 45人	47人	50人	新規保険適応となった造血管腫瘍ゲノム検査分の増加を見込む	造血管腫瘍ゲノム検査への対応確立と充実
4	外来化学療法患者数（延べ）	5,827人	5,939人	6,072人	5,800人 6,502人	6,300人	6,300人	新規抗治療の普及、適応疾患の拡大により最多となったR7より入院移行分を差し引き、6,300件を維持する	患者受入れの許容範囲で生活の質に配慮した治療の推進
5	放射線治療患者数（実人数）	319人	306人	304人	300人 274人	280人	300人	早期の放射線治療医の補充により、現行機器および人員での最大処置水準(年300人)を維持する	各診療科での啓発活動の推進による放射線治療患者の確保
6	放射線治療件数（延べ）	5,167件	5,684件	5,906件	5,900件 5,271件	5,300件	5,900件	早期の放射線治療医の補充により、高精度放射線治療を推進しつつ、R6の水準を維持する	各診療科での啓発活動の推進による放射線治療患者の確保
7	高精度放射線治療件数 （実人数）	214件	158件	166件	160件 157件	160件	160件	現行人員での適正処置件数水準(年160件)を維持する	各診療科での啓発活動の推進による放射線治療患者の確保
8	がん相談支援件数（延べ）	3,575件	3,792件	4,674件	4,600件 4,648件	4,600件	4,600件	R6までの目標を達成できており、R7以降は過去最高となったR6水準を維持する	がん診断の初期から相談窓口を紹介する等、患者や家族へのサポートの充実
9	苦痛緩和等の相談件数（延べ）	1,725件	1,493件	1,720件	1,700件 1,630件	1,700件	1,700件	看護外来の体制強化ならびに地域連携を強化し、最多となったR4やR6と同水準を維持する	専門看護師、看護外来等による苦痛緩和等の相談体制の強化
10	緩和ケア研修修了医師の割合 （がん診療に携わる医師の修了割合）	87%	90%	91%	90% 93%	90%	90%	福井県がん診療連携協議会において設定している目標値とする	研修未受講医師への個別の働きかけによる受講の促進

第6次中期経営計画 マネジメントシート (R7～R9)

部 門 名	陽子線がん治療センター
-------	-------------

部門の方針・重点事項	北陸唯一の陽子線がん治療施設として、医師・患者双方への普及啓発活動を通じてさらなる患者獲得を目指すとともに、患者負担を軽減する新たな治療法の開発に取り組む。
------------	--

指 標		R4	R5	R6	R7	R8	R9	目標値の考え方	目標達成のための取組
		実績値	実績値	実績値	目標値 実績値	目標値 実績値	目標値 実績値		
1	陽子線がん治療患者数 (実人数)	219人	206人	183人	250人 201人	250人	250人	長期計画(R4～R12)による	県民および医師向けの普及啓発活動の強化、治療時間延長による治療可能数の増加
2	陽子線治療患者数 (うち院内紹介)	46人	65人	69人	70人 83人	80人	80人	全体目標の約30%	各科医師への協力依頼
3	乳がん臨床試験	2人	0人	1人	第Ⅱ相試験に到達 0人				広報の強化
4	学会・論文発表件数 (筆頭発表者・著者のみ)	7件	12件	14件	12件 8件	12件	12件	R 3 年度×1.5	積極的な研究活動

第6次中期経営計画 マネジメントシート（R7～R9）

部 門 名	救命救急センター
-------	----------

部門の方針・重点事項	24時間365日、救急患者を円滑に受け入れ、各診療科と連携して適切な入院治療を行う。
------------	--

指 標		R4	R5	R6	R7	R8	R9	目標値の考え方	目標達成のための取組
		実績値	実績値	実績値	目標値 実績値	目標値 実績値	目標値 実績値		
1	救命救急センター外来患者数	19,264	18,384	19,038	19,000 18,144	19,000	19,000	重傷患者の受入を積極的に行い、救命救急センターからの入院割合30%を目指す。	救急専従医の確保、各診療科との連携強化、各消防機関との連携強化、連携搬送の積極的活用
2	救命救急センター外来からの入院患者数	4,883	5,136	5,308	5,400 5,578	5,550	5,700		
3	救命救急センター外来からの入院割合	25.3%	27.9%	27.9%	28.4% 30.7%	29.2%	30.0%		
4	救急搬送数（救急車・ヘリ）	4,516	4,521	4,302	4,360 4,205	4,460	4,460	救急搬送（救急車・ヘリ）受入件数の4病院内シェア30%以上を確保。うち入院割合60%以上を目指す。	病床利用率が低い4月～10月にかけて、救急車搬送の積極的受入。各消防機関との連携強化、連携搬送の積極的活用
5	救急搬送の入院患者数（救急車・ヘリ）	2,299	2,505	2,344	2,520 2,387	2,620	2,720		
6	救急搬送の入院割合（救急車・ヘリ）	50.9%	55.4%	54.5%	57.8% 56.8%	58.7%	61.0%		
7	救急車受入件数	4,343	4,356	4,158	4,200 4,026	4,300	4,300	救急車受入件数の4病院内シェア30%以上を確保。うち入院割合60%以上を目指す。	病床利用率が低い4月～10月にかけて、救急車搬送の積極的受入。各消防機関との連携強化、連携搬送の積極的活用
8	救急車からの入院患者数	2,161	2,378	2,249	2,400 2,242	2,500	2,600		
9	ドクターヘリ搬送数（当院）	173	165	144	160 179	160	160	ドクターヘリ搬送数の内、当院受入割合約60%を確保。うち入院割合75%以上を目指す。	各診療科との連携強化、ドクターヘリ症例検討会を通しての各消防機関との連携強化
10	ドクターヘリからの入院患者数	138	127	95	120 145	120	120		
11	連携搬送数	-	-	85	200 179	200	200	R6年度月平均より、年間200件程度の搬送を目指す。	救急車搬送の積極的受入、各連携先医療機関との連携強化。
12	1北病棟病床利用率	56.1%	59.8%	66.1%	9床 60.0% 80.9%	9床 60.0%	9床 60.0%	引き続き、利用率60%以上の継続を目指す。	新入院患者の確保、各診療科との連携強化

第6次中期経営計画 マネジメントシート（R7～R9）

部 門 名	こころの医療センター
-------	------------

部門の方針・重点事項	心と身体をつなぐコミュニティ医療の連携拠点「多機能型有床総合病院精神科」の特性を活かして、急性期中心の地域包括的な多職種協働チーム医療を提供する。
------------	---

指 標		R 4	R 5	R 6	R 7	R 8	R 9	目標値の考え方	目標達成のための取組
		実績値	実績値	実績値	目標値 実績値	目標値 実績値	目標値 実績値		
1	新入院患者数	482人	450人	664人	700人 739人	700人	700人	2つ目の救急合併症病棟開設に伴う4病棟体制の高機能化・効率化で新入院患者の維持・増加	ハード救急・身体合併症・自殺未遂・依存症・クロザピン・重症子どものころなど有床総合病院精神科ならではの急性期医療に重点化
2	中央からの転入数	64人	71人	97人	100人 82人	100人	100人	2つ目の救急合併症病棟開設に伴う4病棟体制の高機能化・効率化で転入患者の維持・増加	中央へのリエゾン強化により、精神病床への転床が必要な重症患者への早期介入
3	病床利用率 (保護病床除く)	73.4%	83.5%	84.7%	162床 90.0% 162床 87.7%	162床 90.0%	162床 90.0%	全国初の高機能重点化4病棟を駆使して入院の応需拡大し、利用率90%とする。	心と体をつなぐコミュニティ医療の連携拠点「多機能型総合病院精神科」の特性を活かして、入院の応需拡大
4	入院単価	27,769円	29,850円	30,977円	32,000円 33,215円	32,000円	32,000円	2つの精神科救急合併症病棟を含む高機能重点化4病棟体制で入院単価向上	各高機能病棟における特定入院料の算定要件クリア（地域の精神科救急や身体合併症医療への貢献や90日以内自宅退院率の40～60%維持など）
5	外来患者数	117.7人	115.9人	113.6人	120人 120.8人	120人	120人	高機能重点化4病棟と連携して、退院早期の患者を地域で支える着実な外来患者数の増加。「にも包括」時代の個別的な外来支援	退院早期の不安定な時期に、切れ目なく地域生活を支える当科外来フォロー徹底。訪問・デイケアなど駆使した地域包括的チーム医療による再入院の抑止
6	退院後3ヶ月以内の 再入院患者数	28人	28人	46人	50人 41人	50人	50人	入院時から退院後の生活を見据えた個別的な支援および「にも包括」時代の地域包括支援マネジメント	ICM可視化と多職種・多部署で共有。切れ目のない地域包括的医療・福祉体制の構築
7	訪問看護件数	2,634件	2,893件	3,402件	3,500件 3,488件	3,500件	3,500件	センター全体の連携の中で、看護師マンパワーをフル活用して訪問車稼働4台の確保	退院早期の不安定な90日以内の手厚い支援で再入院を抑止し、高機能重点化4病棟の円滑な運用を支える。
8	作業・理学・言語聴覚療法件数	10,259件	12,305件	16,488件	16,500件 16,561件	16,500件	16,500件	個別身体リハの充実が、救急合併症病棟を中心とした円滑な病床回転の原動力であり、着実な強化を目指す	救急合併症病棟からの円滑な退院と平均在院日数の短縮化および多職種チーム医療を推進
9	デイケア科 一日平均通所者数	31.6人	30.5人	26.1人	32人 27.6人	32人	32人	マインドフルネス・疾患教育・脳力アップなどのプログラム充実に伴う経年的に着実な増加	病棟・外来・訪問・外部就労事業所等と地域包括的な連携強化を図り、総合病院精神科の多様なニーズに応える通過型のデイケアを志向
10	中央他科からのコンサルテーション（リエゾン）件数	1,068件	1,302件	1,588件	1,800件 2,778件	1,800件	1,800件	院内リエゾンを強化し、総合病院全体の医療の質向上に資する心身をつなぐ院内連携の推進	精神科リエゾンチームを運用し、回診・カンファなど一般病棟で生じた精神的な問題に早期に対応できる体制強化
11	心理検査・心理療法 延人数	3,822件	2,862件	3,659件	3,800件 5,558件	3,800件	3,800件	令和6年度に増員した心理士が、重症子どものころ（児童思春期）や自殺未遂者やアルコール患者に対する支援強化	治療方針検討のため、本人の特性（知的能力、発達の偏り、性格、認知行動/パターン等）を複数の心理検査・心理療法を用いて客観的に評価・治療
12	入院社会復帰等に関する相談・援助件数	21,300件	26,626件	35,628件	36,000件 37,784件	36,000件	36,000件	R6年度に増員して総数10名のPSWを介する地域関係機関との連携強化	学校・児童相談所・保健所など教育・保健・福祉関係機関との緊密な情報交換やネットワーク強化
13	精神科救急合併症病棟でのアルコール治療入院プログラム（ARP）導入患者数	12件	13件	10件	24件 15件	24件	24件	総合病院の特性を活かしたARPを推進し、依存症患者の入退院を繰り返す負の連鎖を断ち命を守る地域包括支援体制の構築	総合病院における心身両面の専門医療を円滑に院内連携できるSBIRTsの最適モデル化を推進
14	1北救急病棟入院中の自殺未遂患者に対する精神疾患診断治療初回加算の算定数	38件	32件	28件	32件 29件	36件	36件	救命救急センターとの連携強化。自殺未遂者搬送・1北病棟入院後の出来る限り迅速な診察	心身をつなぐ自殺未遂者ケアの徹底。自殺再企図の抑止、地域への橋渡し強化

第6次中期経営計画 マネジメントシート (R7～R9)

部 門 名	健康診断センター
-------	----------

部門の方針・重点事項	① 受診者満足度の維持向上を目指す。 ② 内視鏡検査の実施については、診療側と調整しながら受診者数を維持していく。 ③ がんの早期発見・早期治療にとり組み、がん予防教育にも努める。
------------	--

指 標		R4	R5	R6	R7	R8	R9	目標値の考え方	目標達成のための取組
		実績値	実績値	実績値	目標値 実績値	目標値 実績値	目標値 実績値		
1	ドック受診者数				4,500件	4,500件	4,600件	受診者が少ない年度当初の受診者の増加を図り、段階的に目標値を上げる。	ドック受診時期の平準化 接遇向上によるリピーター維持 経鼻内視鏡の導入
		4,325人	4,282人	4,428人	4,427人				
2	ドックを契機としたがんの 発見数				35件	35件	35件	R4～6の平均値以上の水準を目標とする。	精密検査が必要な受診者への受診勧奨 新規ドック受診者の開拓
		31件	25件	37件	39件				
3	受診者満足度（普通以上）の 割合				95.0%	95.0%	95.0%	1日ドックアンケートにおいて「受診した感想の満足度」95%以上を維持	接遇、待ち時間などの改善
		96.5%	90.7%	97.0%	99.5%				
4	内視鏡室治療実績				1,420	1,500	1,550	感染対策を行いつつ、R9にR1の実績復元を目指すため段階的に目標値を上げる。	感染対策を行いながら治療数を確保
		1,500件	1,315件	1,412件	1,693				

第6次中期経営計画 マネジメントシート (R7～R9)

部 門 名	母子医療センター
-------	----------

部門の方針・重点事項	正常分娩からハイリスクの妊娠・分娩、低出生体重児等の周産期医療に迅速・適切に対応し、県内で最も信頼される母子医療センターを目指す
------------	--

指 標		R4	R5	R6	R7	R8	R9	目標値の考え方	目標達成のための取組
		実績値	実績値	実績値	目標値 実績値	目標値 実績値	目標値 実績値		
1	分娩件数	426件	423件	467件	500件 510件	500件	500件	R1(501件)比±0%まで復元	連携病院への訪問や診療科の強みの アピールにより紹介患者を増やす
2	妊産婦緊急搬送入院加算	23件	39件	36件	35件 54件	35件	35件	R4～6実績と同水準を維持	ハイリスクの妊娠・分娩、低出生体 重児等の周産期医療を着実に実施
3	超・極低出生体重児の治療実績	15件	14件	12件	15件 12	15件	15件	〃	〃
4	超低出生体重児の治療実績	6件	3件	5件	5件 3件	5件	5件	〃	〃
5	開胸・頭・腹の手術件数	19件	17件	12件	20件 5件	20件	20件	〃	〃
6	MFICU病床利用率	6床 58.8%	6床 71.6%	6床 77.5%	6床 75.0% 6床 91.4%	6床 75.0%	6床 75.0%	おおむね4～5名程度の病床稼働を 維持する	地域連携により対象患者数を確保
7	NICU病床利用率	9床 77.7%	9床 78.2%	9床 84.6%	9床 85.0% 9床 63.4%	9床 85.0%	9床 85.0%	R4～6実績と同水準を維持	〃
8	GCU病床利用率	6床 41.8%	6床 39.4%	6床 41.4%	6床 50.0% 6床 35.5%	6床 50.0%	6床 50.0%	〃	〃
9	GCU退院時薬剤管理指導件数	75件	118件	109件	90件 60件	90件	90件	GCU対象患者に対して実施	ケイツーシロップ、インクレミンシ ロップの服薬指導について重点的に 実施

第6次中期経営計画 マネジメントシート (R7~R9)

部 門 名	入退院支援センター
-------	-----------

部門の方針・重点事項	地域の医療機関との連携を強化し、新規入院患者数を増やす
------------	-----------------------------

指 標		R4	R5	R6	R7	R8	R9	目標値の考え方	目標達成のための取組
		実績値	実績値	実績値	目標値 実績値	目標値 実績値	目標値 実績値		
1	紹介割合 (%)	93.2	94.4	94.4	95.0 98.4	99.0	99.0	R7年度実績以上を目指す	紹介患者の受入を迅速対応 医療機関訪問し、新規紹介患者の 確保
2	逆紹介割合 (%)	85.4	93.9	94.0	95.0 92.0	95.0	95.0	R7年度実績以上を目指す	逆紹介割合の低い診療科の分析を しサポートを進めていく
3	入退院支援加算の算定数	5,056(38.1%)	5,752(42.0%)	9,397(68.6%)	9,600 10,120(69.8%)	10,200	10,200	退院患者の70%以上を目指す	加算の取りこぼしをなくす
4	入院前支援件数		501	2,127	3,360 3,919	3,950	3,950	予定入院患者が安心して入院治療 がうけられるよう丁寧な説明を目 指す	適応バスの拡大、既存バスがある 診療科においてはセンター利用を 医師に働きかける
5	退院時共同指導料2の算定数	18	19	32	35 27	35	35	算定要件に応じた算定数	オンライン面談の活用
6	介護支援連携指導料の算定数	151	199	192	195 210	220	220	算定要件に応じた算定数	オンライン面談の活用
7	転院調整件数	1,232	1,374	1,207	1,200 1,304	1,300	1,300	R7年度実績を維持	速やかな連携搬送とシステムを活 用し転院調整を行う
8	医療相談件数・ 中央医療センター	20,070	19,943	20,676	20,000 23,774	24,000	24,000	R7年度実績を維持	DPC期間内の退院が進められるよ う院内スタッフと連携し調整に努 める
9	医療相談件数・ こころの医療センター	22,384	28,549	36,545	29,500 37,784	38,000	38,000	急性期中心の地域包括的なチーム 医療を意識した退院支援	相談対応を迅速に行い、相談の質 向上を図る
10	医師派遣等件数	18	22	45	30 28	30	30	へき地診療所、医師不足の要請に 応じた対応をする	へき地医療支援機構としてへき地 医療の支援を積極的に行う オンライン診療の活用

第6次中期経営計画 マネジメントシート（R7～R9）

部 門 名	薬剤部
-------	-----

部門の方針・重点事項	きめ細やかな患者指導やチーム医療への参画により、安全で効果的な質の高い薬物療法の提供に貢献する。 後発医薬品を積極的に採用して薬剤費の節減を図り、治験業務の推進により収益増加に取り組む。
------------	--

指 標		R4	R5	R6	R7	R8	R9	目標値の考え方	目標達成のための取組
		実績値	実績値	実績値	目標値 実績値	目標値 実績値	目標値 実績値		
1	薬剤管理指導料算定件数				12,000件	12,250件	12,500件	病棟業務体制強化による算定件数の増加	・病棟業務へ優先的にマンパワーを投入する ・効率的な指導料算定体制を構築する
		5,031件	7,382件	10,068件	12,638件				
2	外来腫瘍化学療法診療料に係る 連携充実加算算定件数				460件	580件	590件	外来のがん化学療法施行患者に対するきめ 細やかな指導を継続	・がん医療センター外来に常駐し、初回治療患者・薬剤変更患者を中心に積極的に指導を行う ・保険薬局と連携し質の高い薬学的管理を実践する
		463件	428件	422件	565件				
3	後発医薬品の使用割合 (数量ベース)				90.0%	90.0%	90.0%	地域支援・医薬品供給対応体制加算1の施設基準（後発品薬品の使用割合：90%以上）を維持	・後発医薬品検討部会を適時開催し発売後速やかに採用 ・オーソライズド・ジェネリック（AG）は書面決裁で迅速採用
		91.3%	93.2%	93.5%	94.2%				
4	治験等収益				50,000千円	50,000千円	50,000千円	令和元年度水準（47,826千円）への収益回復	・契約SMO（治験施設支援機関）の複数化により幅広く治験依頼案件を獲得する。 ・医師への積極的な働きかけと情報提供を行い治験実施件数を伸ばし増収を図る。
		32,088千円	44,599千円	26,427千円	37,068千円				

第6次中期経営計画 マネジメントシート（R7～R9）

部 門 名	看護部
-------	-----

部門の方針・重点事項	看護職ひとり一人が質の高い看護を実践するために、キャリアアップが図れる教育および組織管理を行う。健全な組織を目指し効率的な病床管理を行う。
------------	---

指 標		R4	R5	R6	R7	R8	R9	目標値の考え方	目標達成のための取組
		実績値	実績値	実績値	目標値 実績値	目標値 実績値	目標値 実績値		
1	褥瘡ハイリスク患者ケア 加算算定件数	1,599件	1,757件	1,753件	1,750件 1,800件	1,800件	1,800件	R4年以降、実績値は増加傾向。+J10:K33対象患者の確実な選定により実績値を維持する	褥瘡ハイリスク患者の速やかな特定とアセスメントの実施
2	スキンケア外来（外来/入院） （件数）	231件/643件	192件/610件	249件/662件	240件/650件 267件/1747件	270件/1750件	270件/1750件	入院の処置件数は倍増。外来での件数はR7年度実績値を維持する	医師・病棟看護師・訪問看護師と連携し、退院後のスキンケア外来受診につなげる
3	褥瘡ハイリスク患者の 褥瘡発生率	0.56%	0.57%	0.80%	0.75% 1.40%	1.39%	1.38%	入院患者の重症化、高齢化が進む中、R5年度の実績値へ近づけるようR7年度実績値0.01%の削減	褥瘡ラウンドならびに褥瘡予防対策の強化 重点目標として腹臥位における褥瘡予防
4	糖尿病療養指導、糖尿病透析 予防指導（件数）	466件	505件	403件	400件 322件	340件	350件	代謝科医師数減少により、対象患者の増加は見込めず。R7年度実績値+10件を目指す	再診患者から対象を選定し、受診に繋げていく。 併行して、指導者数の増加を目指す（1人/年）
5	摂食機能療法	682件	1,065件	1,235件	1,200件 1025件	1,050件	1,075件	嚥下チームの活動が拡大し、R1までに回復。嚥下活動を定着させ、実施件数の維持を目指すR7年度+25件を目指す	看護外来や嚥下チームでの活動や院内コアナースを育成し、介入件数の増加につなげる
6	リンパ浮腫指導管理料 （外来/入院）	1件/30件	2件/49件	1件/61件	2件/50件 0件/60件	1件/60件	1件/60件	医師数減少によりR7年度の実績値維持とし、外来1件、入院60件を目指す	パスと連動させ、適切な時期に介入。リンパ節郭清患者の外来受診日の選定
7	がん患者指導管理料 （がん看護外来含む）	960件	926件	870件	900件 1037件	1040件	1040件	看護外来人員の異動により、若干の減少が見込まれる。引き続き、遺伝・ゲノム看護を強化し、R7年度実績値の維持を目指す	病状説明時、積極的に同席。医師や外来看護師・クラークとの連携強化し、患者の希望に寄り添う。
8	助産師外来 （R元年産後ケア外来を含む）	135件	157件	168件	180件 198件	210件	220件	R3年度実績より毎年10件以上増加。R7年度実績値の+10件を目指す	産後ケア外来や産科外来との時間・場所調整を行い助産師外来受診枠を拡大する
9	精神科訪問看護総数 （外来/入院）	2,551件/83件	2,794件/99件	3,402件/72件	3,500件/100件 3,488件/47件	3,500件	3,500件	外来患者の訪問件数の増加を目指す。R7年度実績値の外来を維持する。R8年度より外来のみ目標値設定とする	センター全体で病棟連携しながら新規導入患者の確保に努め、稼働車台数4台を目指す
10	安全管理ラウンド	10回	14回	14回	14回 24回	14回	14回	ME管理室と連携し、安全ラウンドと医療機器安全管理ラウンドを同時実施することで効率化を図る。実施回数は令和6年度実績値を維持する。	ME機器の管理、転倒転落リスク回避、6Rの順守に努める
11	専門／認定看護師総数	3名/24名	3名/25名	3名/28名	3名/29名 3名/27名	3名/28名	3名/31名	2名/年の認定看護師を養成を目指す（R8は認定1名予定）	看護職員個々のキャリアデザインを確認し支援する。コアナースに認定受講を声かけする
12	年間コアナース育成数	4名	7名	15名	9名 13名	12名	9名	R8は4分野（摂食嚥下・放射線・乳がん・新生児）R9は3分野（手術・認知・ケモ）予定。1分野3名以上の育成を目指す	コアナース養成研修を計画的に企画し質向上を図る現場での活動を推進する

第6次中期経営計画 マネジメントシート（R7～R9）

部 門 名	看護部
-------	-----

部門の方針・重点事項	看護職ひとり一人が質の高い看護を実践するために、キャリアアップが図れる教育および組織管理を行う。健全な組織を目指し効率的な病床管理を行う。
------------	---

指 標	R4 実績値	R5 実績値	R6 実績値	R7 目標値	R8 目標値	R9 目標値	目標値の考え方	目標達成のための取組
				実績値	実績値	実績値		
13 特定看護師育成数	0	3名	3名	2名 9名	1名	3名	今後、認定看護師はB課程（特定行為研修含）となるため2名/年を目指す	認定看護師B課程の育成を基盤としつつ、A課程認定看護師への段階的な移行・発展を推進する
14 特定行為件数	788件	1,024件	936件	1,100件 1,105件	1,150件	1,200件	R6実績、ならびに新たな特定行為看護師のトレーニング依頼数より設定R7年度実績値+50件を目指す	安全に特定行為を実施できるよう、医師と連携し依頼内容や手順確認を行う
15 看護必要度基準の達成 7対1入院基本料	32.3%	31.7%	基準①25.6% 基準②36.4%	基準①20% 基準②27% 基準①25.6% 基準②36.4%	基準①32% 基準②39%	基準①32% 基準②39%	必要度基準変更後も基準値以上を目指す	適正な評価の継続、運営、データの管理 全看護職への必要度研修の実施 管理者への指導者研修受講の推進
16 超過勤務時間数 看護師 (平均/月)	3.7h	2.5h	2.3h	2.2h 2.7h	2.5h	2.5h	R8年度は、対前年度比△10%。以後は、R8年度水準を維持する。	業務内容の非効率の見直し、時間管理の意識付け、PNS、セル看護提供方式の推進、サポート体制の継続、バイタル連携システムの活用、補助者の活用
17 接遇研修の実施回数	4回	4回	4回	4回 4回	4回	4回	全ての病院職員対象として回数の維持を目指す	新規採用看護職員研修、eラーニングの活用、研修内容の検討
18 身体的拘束患者割合	12.7%	14.6%	12.7%	10.5% 8.1%	8.0%	8.0%	全国急性期病院の中央値を目指す。（R6までは、ディンクルデータを使用。R7からは身体拘束最小化委員会のデータ算出方法に準じて設定。R6は11.3%）	ベッドサイドケアの推進。看護部倫理部会、医療安全管理室、身体的拘束最小化チーム等との連携。
19 在宅復帰率	94.9%	96.1%	95.5%	80.0% 95.3%	80.0%	80.0%	施設要件の80%以上を目指す	患者の状態やニーズに合わせた退院支援体制をn優退院支援センターと共に構築し、在宅復帰を促進する

第6次中期経営計画 マネジメントシート (R7～R9)

部 門 名	検査室
-------	-----

部門の方針・重点事項	高度急性期医療を支える迅速で精度の高い検査体制の確立
------------	----------------------------

指 標		R4	R5	R6	R7	R8	R9	目標値の考え方	目標達成のための取組
		実績値	実績値	実績値	目標値 実績値	目標値 実績値	目標値 実績値		
1	細菌検査の院内実施割合 (院内実施件数/全実施件数)	88.1%	94.8%	94.6%	95.0% 94.5%	95.0%	95.0%	内製化完了後の体制を維持し、感染症診療に貢献する	既存の機器を有効利用した効率的な運用の実施
2	血培陽性検体における2日以内の 菌名報告率			32.5%	70.0% 64.2%	70.0%	70.0%	R6.12月から稼働した質量分析装置を利用し、2日以内の菌名報告率の増大を目指す	血培陽性検体の効率的な質量分析装置の運用
3	遺伝子検査担当者育成による 遺伝子検査の院内実施項目数	5件	5件	5件	5件 5件	5件	6件	院内実施項目数の増加を目指す	遺伝子検査担当者育成による確実な技術の習得
4	カテーテル検査補助件数	1,015件	1,014件	829件	830件 845件	830件	830件	R6実績を維持していく	カテーテル検査補助者の育成
5	大至急輸血実施件数	35件	30件	42件	42件 40件	42件	42件	R6実績を維持する	時間外においても大至急輸血に対応出来る教育研修の強化
6	赤血球製剤の廃棄率 (RBC廃棄数/RBC使用数)	0.32%	0.15%	0.13%	0.20% 0.07%	0.20%	0.20%	アクションプランと連動し、最低水準を維持する	血液製剤の使用時出庫の周知徹底、および輸血療法委員会へ報告・原因について協議
7	外部精度管理の評価 (3団体の評価点の平均点) (日臨技・医師会・福井県技師会)	99.7点	99.5点	99.5点	99.6点 99.0点	99.6点	99.6点	過去3年間の平均点(99.6点)の高水準の維持を目指す	日常内部精度管理・機器保守管理の徹底
8	検査技師のスキルアップ 年間の認定資格取得者数	1名	14名	4名	4名 1名	4名	4名	R6実績を目指す	研修会・学会への参加を推奨し、自己研鑽に励む

第6次中期経営計画 マネジメントシート (R7～R9)

部 門 名	放射線室
-------	------

部門の方針・重点事項	最先端医療技術の導入による検査および治療の取組、治療患者数の確保
------------	----------------------------------

指 標		R4	R5	R6	R7	R8	R9	目標値の考え方	目標達成のための取組
		実績値	実績値	実績値	目標値 実績値	目標値 実績値	目標値 実績値		
1	放射線治療患者数 (高精度治療件数)	319人(214件)	306人(158件)	304人(166件)	300件 273人(157件)	280件	300件	過去最高となったR3の水準を維持する(現行機器の最大処置人数年300人)	各診療科での啓発活動の推進による放射線治療患者の確保
2	CT/MR/RI施設共同利用件数	1,660件	1,709	1,708件	1730件 1,768件	1780件	1800件	CTを中心に年間数十件程度増加し令和元年の水準を目指す	装置のPR 紹介患者数確保の強化
3	ハイブリッド手術室件数	203件	230件	195件	210件 230件	240件	240件	年間十件程度増加を目指す	関係部門の連携
4	認定資格の取得推進	2名	3名	7名	3名 0名	3名	3名	年に数名の認定資格取得者数	研修会・学会への参加促進
5	学会等発表、論文投稿の件数	4件	7件	3件	4件 4件	5件	5件	年に学会等発表3件、論文投稿1件	研修会・学会への参加促進
6	放射線室主催の勉強会	25回	20回	24回	24回 24回	24回	24回	月1回の勉強会と新たに読影の補助	勉強会への参加促進

第6次中期経営計画 マネジメントシート (R7～R9)

部 門 名	リハビリテーション室
-------	------------

部門の方針・重点事項	高度急性期医療で密度と質の高いリハビリテーションを提供する
------------	-------------------------------

指 標		R4	R5	R6	R7	R8	R9	目標値の考え方	目標達成のための取組
		実績値	実績値	実績値	目標値 実績値	目標値 実績値	目標値 実績値		
1	リハビリ単位数				117,700	128,700	129,200	R6に対して、R7は2名減員（突発退職による）、R8以降は2名増員で目標値設定した。	急性期患者を中心に、早期から途切れめのないリハビリを提供する。
		125,096	120,759	121,511	115,881				
2	中央医療センター 疾患別リハビリ単位数				101,200	112,200	112,700	R6に対して、R7は2名減員（突発退職による）、R8以降は2名増員で目標値設定した。	入院早期よりリハビリを推進し、早期離床・早期退院につなげる。
		114,837	114,695	105,023	99,320				
3	こころ医療センター 疾患別リハビリ単位数				16,500	16,500	16,500	救急合併症病棟など急性期からのリハビリテーションを推進する。	こころ医療センター内でのリハビリ連携を推進、実績向上に努める。
		10,259	12,305	16,488	16,561				
4	早期離床・リハビリ加算件数				5,500	5,500	5,500	ICU、HCU、救命救急病棟での早期離床リハビリ加算体制を整え、R6実績を目指す。	早期離床リハビリチームを中心に、医師・看護師・リハビリの院内連携を進める。
		2,688	5,587	5,565	6,386				
5	多職種で行われる病棟カンファレンスの実施件数				1,500	1,500	1,500	全病棟での定期的カンファレンス実施を継続する。	全病棟での多職種カンファレンスを実施して、院内のリハビリテーション連携を進める。
		1,038	1,147	1,519	1,674				
6	リハビリ実施計画書の作成件数				6,550	7,240	7,250	R6に対して、R7は2名減員（突発退職による）、R8以降は2名増員で目標値設定した。	病棟カンファレンス等を通じて、リハビリが必要な患者の取りこぼしがないようにする。
		6,769	6,869	6,904	6,396				
7	がんリハ、心大血管リハ、呼吸器 リハ等の診療報酬算定要件となる 研修会受講数				4	4	4	がんリハ、心大血管リハ、呼吸器 リハの診療報酬算定に係る研修や資格の取得を目指す	計画的な研修会受講や資格取得を進め、各疾患別リハビリの質向上に努める。
		8	6	6	4				
8	リハビリ場面でのインシデント報告件数				156	164	164	各スタッフが、年間4件以上の報告を目指す。	0レベルを含む積極的な報告を促進し、リハビリ場面での医療安全の質の向上を図る。
		168	187	193	160				

第6次中期経営計画 マネジメントシート (R7～R9)

部 門 名	臨床工学技術室
-------	---------

部門の方針・重点事項	高度急性期医療に対応するチームの育成
------------	--------------------

指 標		R4	R5	R6	R7	R8	R9	目標値の考え方	目標達成のための取組
		実績値	実績値	実績値	目標値 実績値	目標値 実績値	目標値 実績値		
1	ME機器破損紛失件数				20件	15件	10件	前年度実績水準以下を目指す	職員に対する使用方法の教育 適切な管理体制の強化
		9件	25件	29件	67件				
2	院内ME機器点検件数				2,300件	2,400件	2,500件	院内で実施可能な定期点検件数を 増加させることを目指す。	研修に参加しメンテナンス資格を 取得する 未点検機器の定期点検の導入
		1,350件	1,563件	2,261件	2,308件				
3	高気圧酸素療法件数				100件	100件	100件	年間100件の水準を目標とする	脳外、耳鼻科、救急等の患者への 迅速な対応
		154件	65件	134件	237件				
4	手術室立会総件数				1,230件	450件	500件	手術件数の増加に比例し、立会件 数の増加を目標とする（R8から 腹腔鏡立ち合い件数を除外する）	担当技士の育成
		1,113件	1,195件	1,213件	1128件				
5	特殊血液浄化件数				300件	300件	300件	R5年度実績を目指す	特殊血液浄化に対応できる技士の 育成
		238件	318件	210件	187件				
6	新規導入血液透析患者数				60件	60件	60件	R6年度の実績を維持する	腎臓膠原病内科の患者への迅速な 対応
		39件	46件	67件	40件				

第6次中期経営計画 マネジメントシート (R7～R9)

部 門 名	栄養管理室
-------	-------

部門の方針・重点事項	栄養管理体制の充実と患者満足度向上を目指した治療食の提供により高度急性期病院としての役割を果たす
------------	--

指 標		R4	R5	R6	R7	R8	R9	目標値の考え方	目標達成のための取組
		実績値	実績値	実績値	目標値 実績値	目標値 実績値	目標値 実績値		
1	栄養士病棟訪問食事調整数	9,295件	9,364件	13,405件	13,400件 15,047件	15,000件	15,000件	毎年度R7同水準を目指す	入院時に患者訪問し食事説明、入院中は多職種と連携し食事調整
2	栄養食事指導料算定件数	2,652件	2,572件	2,681件	2,700件 3,001件	3,000件	3,000件	毎年度R7同水準を目指す	病棟毎に主治医へのオーダー依頼目標数を設定し栄養指導を働きかけ
3	がん医療センター（外来化学療法含む）栄養食事指導料算定件数	256件	244件	298件	260件 255件	260件	260件	毎年度R6同水準を目指す	がん医療センターに栄養士を常駐し化学療法室スタッフと連携強化
4	緩和ケア診療に係る個別栄養食事管理加算件数	121件	90件	151件	140件 103件	140件	140件	毎年度R6同水準を目指す	緩和ケアチーム員として入院中のがん患者に対する栄養管理を強化
5	周術期栄養管理実施加算件数	4件	79件	121件	- 1件	60件	100件	R9にR6と同水準を目指す	全麻下の手術をした患者に対する栄養管理体制の整備と実施
6	早期栄養介入管理加算件数	-	-	R7.4月～算定	500件 1,117件	800件	1,000件	R9にR7と同水準を目指す	ICUの患者に対し早期に経腸栄養等の栄養管理を実施
7	栄養情報連携料算定件数	122件	98件	321件	320件 212件	320件	320件	毎年度R7同水準を目指す	退院時には他医療機関等へ栄養管理情報を積極的に提供
8	栄養サポートチーム（NST）加算件数	1,128件	1,149件	1,124件	1,100件 949件	700件	750件	専従から専任体制となったため目標値を修正	低栄養状態高リスク患者を漏れなく抽出しNSTによる回診等実施
9	特別食加算算定割合	31.6%	30.9%	32.1%	32% 30.0%	32%	32%	毎年度R6同水準を目指す	特別食提供に該当する患者を把握し主治医へ情報提供とオーダー依頼
10	一般食喫食患者の嗜好調査で満足・やや満足と回答した者の割合	51.4%	58.6%	55.1%	55.0% 54.9%	55.0%	55.0%	毎年度R6同水準を目指す	患者やスタッフの要望等を把握し給食管理チームで課題に対応

第6次中期経営計画 マネジメントシート (R7～R9)

部 門 名	医療情報管理室
-------	---------

部門の方針・重点事項	医療情報の質を高め、医療の質向上を支援し、働き方改革など病院運営の基盤となるよう医療情報の利活用を推進する
------------	---

指 標		R4	R5	R6	R7	R8	R9	目標値の考え方	目標達成のための取組
		実績値	実績値	実績値	目標値 実績値	目標値 実績値	目標値 実績値		
1	DPC特定病院群の実績要件の達成				-	4項目達成	-	DPC特定病院群の実績値を上回る水準	入院期間の短縮 診療データの精度管理
		4項目達成	-	4項目達成	3項目達成				
2	入退院支援センター運用の効率化を図るためのパスの動画化				7	8	10		患者パスの動画編集 入退院支援センター運用状況のデータ管理
					7				
3	安全な医療と同意書取得の効率化に繋がる文書整備				3診療科	2診療科	2診療科	カルテに格納されてる手術同意書の数、現状明らかに少ない7診療科を対象とする	各自で作成している病状・治療内容等説明同意書、手術・検査同意書の聞き取り 当院の様式への統一化（2つの文書を説明同意書として署名を一本化）とカルテ格納
					1				
4	質の高いがん登録データの実現				3%以下	3%以下	3%以下	必須項目のエラー率を3%以下に維持する	がん登録実務中級者認定の維持 登録前データチェックの徹底
					1.1%				
5	クリニカルパス適用率				58.5%	59.0%	59.5%	予定入院患者はパスを適用し在院日数を管理しやすくする	DPC入院期間Ⅱに合わせてパスを見直す
		57.3%	56.8%	58.5%	58.9%				

第6次中期経営計画 マネジメントシート (R7～R9)

部 門 名	医療安全管理室（医療安全班 感染防止班）
-------	----------------------

部門の方針・重点事項	チーム力を結集し、医療安全管理・感染防止対策をさらに高める。
------------	--------------------------------

指 標		R4	R5	R6	R7	R8	R9	目標値の考え方	目標達成のための取組
		実績値	実績値	実績値	目標値 実績値	目標値 実績値	目標値 実績値		
1	3b以上のアクシデント件数	26件	12件	12件	12件 10件	11件	10件	R5.6年度の実績から毎年1件ずつの減少を目指す	マニュアルの遵守、業務改善報告書による対策のフィードバック 安全ラウンド実施
2	転倒・転落レベル2以上の発生率	2.11‰	0.90‰	1.22‰	1.41‰ 1.13‰	1.39‰	1.37‰	R4～6年度実績平均数（1.41‰）から毎年度0.02‰ずつの減少を目指す	転倒の予防的措置の対策強化（下肢の筋力トレーニング、リスク指導） 転倒転落予防ラウンド
3	注射・内服レベル1以上の発生数	684件	697件	877件	753件 305件	350件	320件	R4～6年度実績平均数（753件）から毎年度1割ずつの減少を目指す	マニュアルの遵守、 注射認証強化、検薬カウンターの活用、 安全ラウンドによる6R指導強化
4	コードブルー発動件数	19件	25件	19件	21件 22件	21件	20件	R4～6年度実績平均数（21件）から毎年度1件ずつの減少を目指す	RRS・RRT始動、 RRSに関する職員教育 CCOTラウンド実施
5	抗菌薬適正使用に対する直接的支援介入件数			129件	150件 162件	150件	150件	直接介入を開始し3年間集中的に取り組むことで、次期7次計画の適正変更率向上に繋げる	ASTカンファでの多職種連携、 感染に係る薬剤投与関連の特定行為研修者による直接介入
6	手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬の投与率			96%	98% 97.10%	98%	98%	全国自治体病院協議会の前年度75パーセンタイル値（93.9%）をベンチマークとし、その値を下回らない	各診療科ごとの遵守率集計、手術部運営会議での集計結果のフィードバック
7	術後24/48時間以内の予防的抗菌薬投与停止率			44%	50% 42%	55%	60%	日本病院会QIプロジェクトの前年度平均値（53.7%）をベンチマークとし、3年間でその値を上回る	優先度の高い診療科への介入、遵守率集計、手術部運営会議での集計結果のフィードバック
8	SUBICNに対する実践型研修修了者人数				80名 99名	80名	80名	SUBICN養成者数の8割以上が初発患者受入れの準備から実践に当たられる	実践型研修の企画・研修実施
9	点滴抗生物質 微生物検査実施率			73.20%	74% 72.40%	75%	76%	全国自治体病院協議会の前年度平均値（74%）をベンチマークとし、その値を上回る	微生物検査実施率のフィードバック、院内ニュースでのお知らせ

第6次中期経営計画 マネジメントシート（R7～R9）

部 門 名	経営管理課
-------	-------

部門の方針・重点事項	中期経営計画の進捗管理 働き方改革の推進 関係部署と調整を行いながら施設整備や調達をスムーズに行う
------------	---

指 標		R4	R5	R6	R7	R8	R9	目標値の考え方	目標達成のための取組
		実績値	実績値	実績値	目標値 実績値	目標値 実績値	目標値 実績値		
1	薬品の原価率				87.2%	86.4%	85.5%	R9にベンチマークシステムで同規模病院のR6最低値とR6現状値の中間水準を目指す	ベンチマークシステムによる価格交渉
		85.9%	87.3%	88.1%	88.2%				
2	診療材料の原価率				91.0%	89.9%	88.7%	同上	同上
		89.9%	90.6%	92.3%	92.6%				
3	コピー用紙の使用量				32,902.35kg	32,573.33kg	32,247.60kg	対前年△1%を目指す	使用状況の把握 使用削減に向けた院内周知
		32,701.60kg	32,049.20kg	33,234.70kg	34,024.85kg				
4	照明のLED化				90%	90%	100%	LED化が困難な特殊照明を除き原則100%のLED化を目指す	更新工事やリース契約によりLED化する
		28.0%	36.6%	47.6%	50.5%				
5	エネルギー消費量				前年比1%減	前年比1%減	前年比1%減	床面積当たりのエネルギー使用量の過去5年移動平均値が前年度比1%減	空調設定温度の変更や効率的な利用
		3380.5MJ	3326.6MJ	3396.0MJ	3392.2MJ				
6	当院採用臨床研修医数				11人	11人	11人	臨床研修プログラムの募集定員100%を確保する	オンライン説明会の実施 医師就職情報サイトでの情報発信
		11人	10人	7人	11人				
7	当院採用専攻医数				8人	8人	8人	予算枠8人の100%を確保する	当院勤務を希望する医師へのリクルート活動
		8人	11人	8人	11人				
8	時間外労働 9 6 0 時間超の医師数				0人	0人	0人	全医師960時間以内を維持	医師労働時間短縮計画の推進、タスクシフト・シェアの推進
		0人	0人	0人	0人				
9	超過勤務時間数 病院計 (平均/月)				12.1 h	11.5 h	11.0 h	毎年度、対前年△5%	働き方改革の推進、人員の確保
		13.8 h	12.6 h	12.7 h	12.4 h				
10	超過勤務時間数 医師 (平均/月)				43.1 h	41.0 h	39.0 h	同上	医師労働時間短縮計画の推進、タスクシフト・シェアの推進
		46.7 h	46.2 h	45.3 h	47.9 h				
11	超過勤務時間数 看護師 (平均/月)				2.2 h	2.1 h	2.0 h	同上	PNS看護体制の継続、セル看護提供方式の一部導入、サポート体制の継続
		3.7 h	2.6 h	2.3 h	2.8 h				
12	超過勤務時間数 上記以外 (平均/月)				13.0 h	12.4 h	11.8 h	同上	
		15.2 h	13.7 h	13.6 h	11.1 h				
13	年休の取得促進 年休取得日数 平均/年				15.0日	15.0日	15.0日	月1日以上・年間15日以上の年休取得	休暇取得状況の把握 月1日以上取得周知徹底
		7.6日	8.5日	9.3日	8.8日				

第6次中期経営計画 マネジメントシート (R7～R9)

部 門 名	医療サービス課
-------	---------

部門の方針・重点事項	診療報酬請求の適正化に向けた、診療報酬に係る専門性の向上 医療DX「診断書作成システム」の導入
------------	--

指 標		R4	R5	R6	R7	R8	R9	目標値の考え方	目標達成のための取組
		実績値	実績値	実績値	目標値 実績値	目標値 実績値	目標値 実績値		
1	診療報酬請求額に対する 減点査定率	0.34%	0.40%	0.44%	0.40% 0.42%	0.36%	0.32%	R9にR1～R4の平均（0.32%）の 減点率を目指すため、段階的に目 標値を上げる。	R7.6病棟事務の集約により、レセプトチェッ クシステムの活用が本稼働し減点率は改善傾 向。さらに削減できるようチェックシステム の活用を進める。
2	※毎月の返戻の返戻金額合計÷ 毎月の調定額（当月+過月） 返戻割合	6.40%	6.80%	5.80%	5.80% 5.98%	5.80%	5.80%		
3	※毎月の返戻の返戻金額合計÷ 毎月の調定額（当月+過月） ・診断書作成システムを導入 ・診断書交付日数の短縮 ※2週間以内が占める割合	20%	20%	20%	30% 52%	65%	80%	R7は移行期間。R9までに2週間以内 の作成率80%を目指す。	R7.10月から運用を開始。手書き作成の診断 書からシステムによる作成に移行。R8は難病 等診断書の更新に活用を拡大する。