

福井県立病院
第 5 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 (R4～R6)
(R6 実績)

令和 7 年 7 月

目 次

I	令和6年度および第5次中期経営計画の総括…………	1
II	各部門総括 ……………	8
III	重点目標 70 ……………	15
IV	各部門マネジメントシート ……………	26

I 令和6年度および第5次中期経営計画の総括

(新型コロナ対応)

新型コロナウイルスへの対応は、5類感染症への移行や感染拡大の落ち着きを踏まえ、コロナ専用病棟であった8北病棟の運用をR5年度末で停止し、R6年4月からはコロナ入院患者を第1・2種感染症病床への受入れに変更した。

コロナ禍の教訓を基に、新型コロナウイルスの再度の感染拡大や、新たな感染症の出現・感染拡大に備えるため、スイッチHCUやSUB ICNといった、コロナ禍のもとで当院が培った独自の取組・体制については引き続き維持していく。

(コロナ前への復元)

計画は各種指標のコロナ前水準への復元を目標としているが、中でも重要な新入院患者数は5年度までで元年比▲4.2%に留まっていた。6年度はこれを+1%まで高めるため、新入院患者数の受入れ余地拡大に向けた施策を展開。4月には入退院支援センターが立ち上がり、地域病院への訪問や協定締結などにより連携を強化。8月からは同センター本格稼働、および10月には救急救命士2名を新たに雇用し、入院患者を当院の救急車でスムーズに連携病院へ搬送できる体制（連携搬送）を構築した。

結果として6年度の新入院患者数は元年比▲3.5%と、計画3か年での目標達成には至らなかったものの、5年度からさらに+0.7pt改善し、計画期間の3か年では最多となった。

第6次計画では9年度までの3か年で、引き続き戦略的な病院訪問などを実施していく。

(高度急性期機能の強化)

高度急性期機能の分野では、6年度の平均在院日数（DPC対象病棟）は10.68日とコロナ禍では最短を記録したものの、目標10.50日の達成には至らなかった。ただ、ベッドコマンダーを中心とした病床管理・転院促進の取り組みや、上述の連携搬送の推進により着実に短縮しており、今後も平均在院日数の状況を可視化する新ベッドマップの導入により更なる短縮を見込む。

また手術件数（手術室、精神除）は4、5年度を上回る4,707件を記録したが、元年度水準の目標5,000件に届かなかった。各診療科の手術の希望に対する麻酔科医の不足が顕在化しており、計画期間を通して本来の手術のニーズに応えられていない状況だったことから、引き続き、手術室のさらなる効率的な運用や麻酔科医の確保に取り組む。

(働き方改革)

6年度の働き方改革分野は、4、5年度同様に全医師の超過勤務960時間以内を達成したほか、看護師部分休業についても5年度の30人を上回る35人が利用した。第6次計画でも引き続き、全ての職種の働き方改革を推進していく。

(経営の強化)

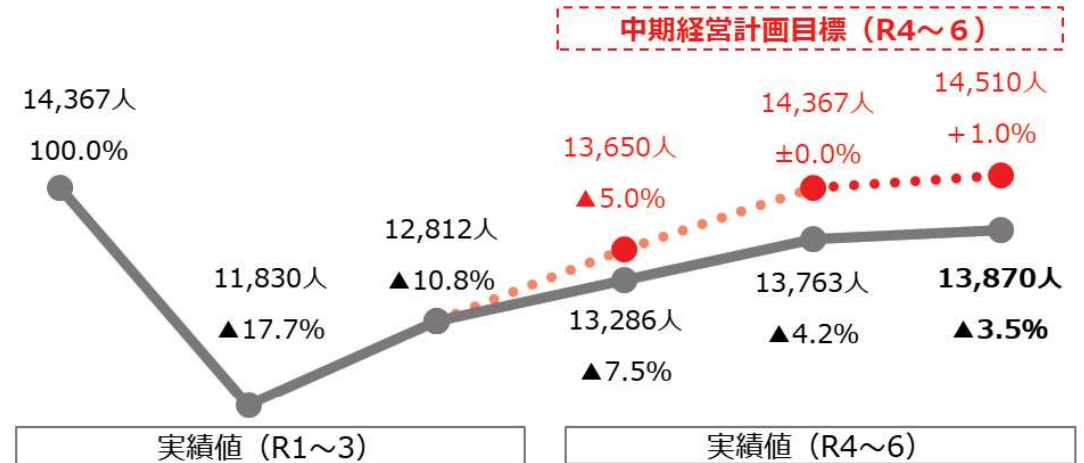
6年度の収支については、入院患者や外来化学療法患者数の増加により、5年度に引き続き医業収益が目標を上回った。しかし、給与費や委託費、光熱水費・燃料費の増加などにより、経常収支は2年連続のマイナスとなった。

第6次計画では新入院患者数をコロナ前以上の水準回復による収益向上や費用縮減などに取り組んでいく。

新入院患者数と収支計画の実績

(新入院患者数)

- ・6年度実績は元年比▲3.5%と、目標の+1.0%には至らず、計画3か年を通してR1実績への復元は達成できなかった
- ・5年度実績に対しては+0.7%上回っており、緩やかではあるがR3以降、一貫して回復傾向にある



(収支計画と決算の比較)

○ 経常収益 ▲1.2億円

- ・入院収益 +2.0億円 (+1.3%)
(新入院患者数 R5 13,763人→R6 13,870人 (+0.8%))
- ・外来収益 +2.1億円 (+3.8%)
(外来化学療法延患者数 R5 5,939人→R6 6,072人 (+2.2%))
- ・繰入金 ▲4.4億円 (病床確保料▲3.7億円)

○ 経常費用 +15.0億円

- ・給与費 +8.9億円 (R6人事委勧告+3.7億円、会計年度 勤勉手当支給+0.6億円、入退院C+0.8億円、こころC+1.5億円、退職手当+0.8億円)
- ・材料費 +4.5億円 (薬品費4.2億円)
- ・経費 +2.1億円 (委託費1.8億円、燃料費+0.3億円)

収支計画 (中期経営計画)

項目	R1 (決算)	R2 (決算)	R3 (決算)	R4 (決算)	R5 (決算)	R6 (当初予算)
経常収支 (病床確保料含まない)	+372	▲1,500	▲970	▲282	▲551	+16
病床確保料		2,912	3,206	1,292	371	
特別修繕引当金		▲860	▲1,100	▲208		
経常収支 (最終)	+372	+552	+1,136	+802	▲180	+16

(R6 決算)

項目	R1 (決算)	R2 (決算)	R3 (決算)	R4 (決算)	R5 (決算)	R6 (決算)
経常収支 (病床確保料含まない)	+372	▲1,500	▲970	▲282	▲551	▲1,794
病床確保料		2,912	3,206	1,292	371	
特別修繕引当金		▲860	▲1,100	▲208		
経常収支 (最終)	+372	+552	+1,136	+802	▲180	▲1,794

重点項目の実績（1／5）

新興感染症との共存・コロナ禍からの再興

新興感染症対応と高度急性期医療の両立

○新興感染症病床の常設化

- ・令和2年度において整備したコロナ患者専用病床を将来の新興感染症に備えて常設化
中等症用 20床（最大32床）
重症者用HCU 12床（平時は通常患者用HCUとして使用し、感染拡大時には感染症用HCUに転換（スイッチ）して使用）

○感染症内科の新設

- ・感染症専門医、専門看護師を配置し、新興感染症の大規模流行に対応できる診療体制を構築

○新興感染症に対応可能な看護師配置

- ・平時から各病棟に感染制御看護師を加配（多めに配置）し、有事には即時感染症病棟の看護にあたる看護体制を構築

コロナ禍からの再興

○適切受診プロジェクトの実施

- ・コロナ禍による受診控え解消のため、地域の医療機関と連携しながら県民に必要な受診の働きかけを行い、減少した患者数をコロナ前の状態に復元

実績

新興感染症対応と高度急性期医療の両立

○新興感染症病床の常設化

- ・コロナ専用病床の常設化に加え、発熱外来の常設化
（R4設計、R5改修工事、R6.8月運用）
- ・HCUのスイッチ運用を開始
（HCU① 通常運用最大8床、HCU② 通常運用4床）
- ・R6.4月からは感染症病床4床で受け入れ
（R7.1～2のインフルエンザ拡大時には臨時で8北病棟を稼働）
- ・R6.4月感染症法に基づく県との医療措置協定締結
（最大41床確保：重症者10床、中等症・軽症者31床）

○感染症内科の新設

- ・R6.4月、感染症内科の運用を開始
- ・R4に専従ICNを1名 → 2名に増員

○新興感染症に対応可能な看護師配置

- ・全国初のSUB ICN（R7.7現在、各部署1名配置（計22名）+ HCUなど計94名）体制を構築、1年を通じて教育カリキュラムを実施
- ・感染管理認定看護師を計画的に育成（R4年度から毎年1名ずつ）

コロナ禍からの再興

○戦略的増患プロジェクト（院内名）を実施

- ・R4.5月以降各科ヒアリングを実施し、各科のPRポイントをまとめた冊子を作製。
- ・R4.11月から連携医訪問を開始（R4:47件、R5:31件、R6:99件）

重点項目の実績（2／5）

高度急性期病院としての価値向上 ～県民に信頼され選ばれる病院へ～

最先端医療による治療選択肢の拡大

○ロボット支援手術の推進

- ・ *daVinci* (ダビンチ) 外科・婦人科等に導入 (R3)
- ・ *ROSA Knee* (ロザ・ニー) 整形外科に導入 (R4)

○ハイブリッド手術室の活用

- ・ TAVI (経カテーテル大動脈弁留置術) など身体への負担が小さい先進的なカテーテル治療を開始

○がんゲノム医療の推進

- ・ がんゲノム外来・遺伝外来による治療・相談の充実

○陽子線がん治療

- ・ 前立腺がんに副作用を低減する治療法 (ハイドロゲルスペースー留置術) を導入
- ・ 乳がんの臨床試験における新たな固定具の開発 (県工業技術センターの協力のもと3Dプリンタを用いて開発)

○ドクターヘリ

- ・ クラウド救急医療・消防連携システムを導入

医療DXの推進

○へき地診療所への遠隔診療支援

○電子カルテシステムの更新

○マイナンバーカードの健康保険証利用 (オンライン資格確認) の利用促進

○サイバーセキュリティ対策の推進

実績

最先端医療による治療選択肢の拡大

○ロボット支援手術の推進

- ・ *daVinci* R3.11月初症例、R4:152件、R5:156件、R6:151件
- ・ *ROSA Knee* R4.11月初症例、R4:8件、R5:22件、R6:62件
- ・ さらに *ROSA HIP* を追加導入、R5.5月初症例、R5:20件、R6:61件

○ハイブリッド手術室の活用

- ・ TAVIは実績要件で施設基準を充足できていない。

○がんゲノム医療の推進

- ・ 患者数は順調に推移 (R3:23人、R4:41人、R5:35人、R6:48人)

○陽子線がん治療

- ・ R4:219人、R5:206人、R6実績181人 (R4年保険適用部位拡大等により初の200人超え、R6は治療装置更新工事のため一時受入停止)
- ・ ハイドロゲルスペースー留置術 R3.11月開始、R3実績10件、R4実績48件、R5:71件、R6:49人
- ・ 乳がんの臨床試験 R6年度末で累計8件、固定具については、R4年度中に2件作成し有用性検証を実施 (いずれも成功)

○ドクターヘリ

- ・ R7.4月現在、2消防・5病院で導入
- ・ 引き続き、県が消防担当課長会議や医療審議会救急・災害医療体制検討部会などで各消防本部に導入を促していく

医療DXの推進

○へき地診療所への遠隔診療支援

- ・ 実証事業として遠隔診療を実施 (R4:0人、R5:2人、R6:2人)

○電子カルテシステムの更新

- ・ R5.3月に更新を実施

○マイナンバーカードの健康保険証利用 (オンライン資格確認) の利用促進

- ・ カードリーダー台数 R5:7台、R6:27台 (+20台)
- ・ 啓発チラシの配布、窓口での声掛け、院内掲示を実施

○サイバーセキュリティ対策の推進

- ・ 国指針の全面改定を受け、院内管理規定を改正
- ・ IT-BCP (緊急時事業継続計画) 案を策定
- ・ サイバー攻撃防止のための24時間自動監視システムを構築、運用開始 (R7.1～)

重点項目の実績（3／5）

高度急性期病院としての価値向上 ～県民に信頼され選ばれる病院へ～

適正な病床構成への再編

○一般病床のスリム化・再編

- ・全体をスリム化しながら、手術直後の身体管理を集中的に行うHCU（高度治療室）の運用を開始

○精神病床のスリム化・再編

- ・一般病棟（52床）を救急・合併症病棟（40床）に再編し、より重篤な患者に対応
- ・上記病棟内に県内初となる児童・思春期の患者のための専用病床（10床）を整備、専門医を配置

地域連携機能の強化・患者サービスの向上

○患者総合支援センター（仮称）の新設

- ・多職種による入院前の相談を充実し、患者や家族が安心して入院治療を受けられる体制を整備

○医療に関する仲介職の導入

- ・患者と医療者間で意見の食い違いが発生した場合に問題解決に導く仲介職を配置

DPC特定病院群への昇格

- ・高度急性期病院としての価値を向上し、高い医療Qualityの証である特定病院群への昇格を目指す

実績

適正な病床構成への再編

○一般病床のスリム化・再編

- ・HCUのスイッチ運用を開始
（R4,R5：HCU① 通常運用最大8床、HCU② コロナ運用4床）
（R6：HCU① 通常運用最大8床、HCU② 通常運用4床）

○精神病床のスリム化・再編

- ・R6.4月、2つ目の救急・合併症病棟（40床）を開設
（県内初の児童・思春期の患者の専用病床（10床）を含む）
- ・病棟再編に伴い、医師・看護師・心理士等を増員

地域連携機能の強化・患者サービスの向上

○患者総合支援センター（仮称）の新設

- ・R6.4月、「入退院支援センター」を開設。同年8月から本格稼働

○医療に関する仲介職の導入

- ・R4.4月より専従の医療メディエーター(看護師)を配置
- ・上記に伴い、R4.5月から患者サポート体制充実加算算定開始

DPC特定病院群への昇格

- ・前回に引き続き、DPC特定病院群の指定を受けた（R6～R7）

重点項目の実績（４／５）

医師・看護師等の確保・働き方改革の推進

○看護師等の処遇改善

- ・国が推進する看護師等の賃金引き上げの実施

○ドクタープールによる地域の医療提供体制確保

- ・ドクタープールへの県立病院OB医師の活用など
医療人材を確保・派遣

○医師の働き方改革

- ・医師の時間外労働の上限規制の適用開始（R6）
に向け医師労働時間短縮計画を策定
- ・看護師の特定行為（医師の診療補助）の開始

○看護師部分休業の早期実施・育休代替職員の確保等

- ・看護師部分休業は代替人員を確保し早期実施
- ・女性職員の増加に伴い育休代替職員を確保
- ・看護師の負担を軽減する夜間看護補助者の導入

○次世代ファースト～女性・若手に選ばれる県立病院～

- ・病院幹部と女性・若手職員の座談会の定期開催
- ・若手職員が先進的な病院で研修する制度 など

（職員数について）

- ・計画実施に必要な職員数は職員定数条例を改正

実績

○看護師等の処遇改善

- ・R4.10月から、看護職員処遇改善評価料（診療報酬）の新設に伴い
看護師およびコメディカルの給与改善（月額8,600円）を実施
- ・R5.4月から経験年数3年以上の医療クラークの給与を増額
- ・R6診療報酬改定で新設されたベースアップ評価料の算定により、
R6年度人事院勧告相当（月例給平均+2.62%）の賃金引き上げを完全実施

○ドクタープールによる地域の医療提供体制確保

- ・従来の県による任期付き採用に加え、当院での任期付採用（地域派遣と当院
勤務を組み合わせた勤務形態）も開始

○医師の働き方改革

- ・R4.9月に「医師労働時間短縮計画」を策定
- ・医師の超過勤務は計画期間中、全ての年度で全医師年960時間未満を達成
- ・看護師の特定行為実績 R3: 154件、R4: 788件、R5: 1,024件、R6: 936件

○看護師部分休業の早期実施・育休代替職員の確保等

- ・R5.4月より開始、R5実績30人（代替職員は正規職員を増員）
- ・R6.4月採用分で育休代替職員の増員を実施
- ・夜間看護補助者は導入済み（R3.8月）

○次世代ファースト～女性・若手に選ばれる県立病院～

- ・R5：2回開催（幹部職員延べ10名・女性・若手職員延べ34名）
R6：1回開催（幹部職員延べ5名・女性・若手職員延べ25名）
- ・先進病院での研修制度については医師・職員との意見交換や希望の聞き取り
なども踏まえながら、第6次計画で引き続き検討。

（職員数について）

- ・第5次中期経営計画分として、R4.2月議会で職員定数条例を改正（+31人）
- ・上記に加え、R4診療報酬改定対応分としてR6.4月採用で追加の増員を実施⁶

重点項目の実績（5／5）

経営の強化

○データ分析部門の強化

- ・診療情報データの分析を専門的に行う診療情報管理士を計画的に増員し育成

○ベッドコマンダーの導入

- ・スリム化した病床を最大限有効に活用するため、入退院を一元的に管理する専任者を配置

○外部経営アドバイザー・民間コンサルの活用

- ・機動的な経営指導を受けるため複数アドバイザーを常設、民間コンサルの成功報酬型契約の活用

○医療材料・薬品などのコスト適正化

- ・全国ベンチマークシステムに基づく価格交渉の実施、バイオ後続品の導入拡大の検討

実績

○データ分析部門の強化

- ・診療情報管理士について、R5年度から外部人材の登用を開始
- ・診療情報管理士および医事業務の知見を有する民間病院等経験者について、それぞれ2名配置

○ベッドコマンダーの導入

- ・R4.4月に専従のベッドコマンダー（看護師）を配置（診療科バリアフリーの病床運用がより機動的になった）

○外部経営アドバイザー・民間コンサルの活用

- ・R5.3、R6.10月に外部アドバイザー（千葉大 井上副院長）と幹部職員で意見交換会を実施、当院の現状分析・診療報酬改定への対応・中長期的な高度急性期病院としての戦略を協議
- ・民間コンサルは、成功報酬型で新たに医師確保への活用を検討した

○医療材料・薬品などのコスト適正化

- ・全国ベンチマークシステムに基づく価格交渉を行い、診療材料・医薬品に係るコストを約5千万円削減
- ・バイオ後続品については、R4：4成分、R5：1成分、R6：2成分の導入を決定

Ⅱ 各部門総括（第5次中期経営医計画 マネジメントシート（R6実績））

中央医療センター

- ・ R6年度はコロナ禍で落ち込んだ新入院患者数をコロナ前の+1.0%まで引き上げるべく、医療圏の病院や診療所への訪問を通じて紹介患者の獲得を目指した。結果、新入院患者数は昨年度を約100人上回ったものの、目標のR元年度比101.0%に対し96.5%に留まった。
- ・ 手術室の手術件数については、昨年度の4,600件から4,707件に改善したが、麻酔科医の慢性的な不足が影響し、R6年度目標のR元年度水準（5,000件）には届いていない。一方、da Vinci・Rosa手術件数はいずれも目標を上回り、好調に稼働している。
- ・ 平均在院日数についてはR6年度目標10.40日を設定し、その達成に向けて、状態が安定し転院可能となった患者をスムーズに転院できるよう、年度後半から救急救命士を2名雇用し当院所有の救急車で連携病院へと搬送する「連携搬送」の仕組みを新たに開始した。この結果、DPC対象病棟の平均在院日数は昨年度の10.86日を下回る10.68日に改善したが、目標達成には至らなかった。
- ・ 入院単価についてはR4年度から特定病院群に復帰したことや、平均在院日数の毎年度の短縮、またR5年度に単価の高いペプチド受容体放射性核種療法（PRRT）の開始などにより年々向上しており、R5年度に続きR6年度も目標値を達成した。
- ・ 新入院患者数、手術室手術件数、平均在院日数および入院単価については病院経営における重要な指標であり、経営黒字化のため達成は必要不可欠であると認識している。次期中期経営計画においても、引き続き計画期間内における新入院患者・手術件数のR1水準復帰、平均在院日数および入院単価の更なる短縮・向上を図り、計画期間内（R7～R9）の経営黒字化を目指す。

がん医療センター

- ・ がん登録数（初発）が最多水準を維持し、目標であるコロナ前水準（1,540件）を上回った。
- ・ このほか、外来化学療法患者数（延べ）が6,072人、がんゲノム外来患者数（実人数）が43人、がん相談支援件数（延べ）が4,674人とそれぞれ過去最多となるなど、コロナで一時的に減少したがん患者数の戻りは鮮明となっている。
- ・ 今後も引き続き、各種がん診療提供体制の維持や緩和ケア・がん相談の推進、県内関係医療機関との連携体制構築など、都道府県がん連携拠点病院として求められる役割を果たすとともに、高精度放射線を含む放射線治療やがんゲノム治療における現行人員等による適正・最大処置数の維持、da Vinci手術の推進など、更なる機能強化を図る。

陽子線がん治療センター	・これまでの保険対象の拡大により、R 4,5 年で患者数は年間 200 人を超えた。さらに R 6 年度診療報酬改定で新たに早期肺癌が公的保険の対象となり、計 10 疾患が陽子線治療の保険対象となった。 ・これに伴い院内紹介患者数も増加し、年間 70 人を超えようとしている。また福井大学附属病院および金沢大学附属病院からの紹介患者は年々増加しており、両大学病院との連携の成果が出ている。 ・がんに対する陽子線治療の関心、需要が高まってきているため、今後引き続き、北陸 3 県における市民公開講座を開催するなど積極的に広報活動を行い、さらなる患者獲得に努めていく。
こころの医療センター	・ R 6 年度は、新東 2（2 つ目の精神科救急合併症病棟）を含む高機能重点化 4 病棟体制で新入院患者 664 人と著増し、平均在院日数も約 70 日に短縮した。 ・入院単価についても、R 6 年度は 30,997 円となり、昨年度よりも 1,000 円以上、令和元～3 年度よりも 5,000 円以上、それぞれ向上した。 ・精神科多職種チームで心身を繋いで病院全体の医療の質向上に資するリエゾン回診・カンファを運用開始し、中央へのリエゾン件数は年間 1,800 件に達した。 ・前回計画はほぼ完遂し、高機能重点化 4 病棟（救急合併症:2、救急:1、地域包括支援:1）、児童思春期ユニット、アルコール依存症治療拠点として整備稼働した。 ・引き続き、心身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」として、急性期中心の地域包括的な多職種チーム医療を展開していく。
救命救急センター	・救急車の搬送数が目標の 4,200 件を下回り、実績 4,158 件（R 元年度比▲0.1%）となった。 ・救急車からの入院患者数は目標の 2,100 件を超え、実績 2,249 件（R 元年度 2,162 件）とコロナ前を上回った。 ・ドクターヘリの全県の出動数は目標値の 350 件に対し 297 件、搬送数も目標値の 280 件を下回り 257 件となったが、そのうち当院への搬送は 144 件となり、出動数のうちの 4 割を当院への搬送と見込んだ目標を達成した。 ・救急医療管理加算算定率は、目標の 70%を超え 77.0%となり経営に寄与している。
健康診断センター	・ R 6 年度のドック受診者総数は、R 元年度（コロナ前）の 4,790 人を上回る 4,900 人を目標としていたが、R 5 年度から微増の 4,428 人に留まった。内視鏡治療件数は目標の 1,600 件に対し、1,412 件と下回ったが、ドックを契機としたがんの発見数は目標の 34 件を超え 37 件であった。精密検査が必要な受診者には引き続き受診を勧奨する。 ・今後、早期にドック受診者総数コロナ前の規模に復元するとともに、あわせて受診者満足度（R 6 年度目標 95%に対し実績 97.0%）の維持を図る。

母子医療センター	・ 当院の分娩件数の R 6 年度目標は R 元年度実績とほぼ同数の 500 件に設定しているが、同年度実績は 467 件（R 元年度比▲6.6%）と達成には至らなかった。しかしながら、県全体の分娩件数が R 5 年 4,895 件から R 6 年 4,725 件と、昨年から減少しているにも関わらず、当院の分娩件数は R 5 年度比で +9.0%増加（R 5 年度 423 件、R 元年度比▲15.6%）した。県内の少子化が依然として進む中、当院の分娩件数における県内シェアは拡大しているものと考えられる。 ・ 分娩件数の増加要因のひとつに、無痛分娩の実施が考えられる。本格的な開始は R 6 年 4 月からで、年度末時点の実績は 18 件であった。実施体制の関係から、日中の計画分娩が中心ではあるが、利用者からは概ね好評であった。今後も麻酔科・救命救急センターとも適宜連携しながら実績増を図っていく。
薬剤部	・ 薬剤管理指導件数については、R 5、6 年度に 1 名ずつ増員して重点的に件数増加に取り組んだ結果、最終目標値 10,000 件/年に対して実績値 10,068 件/年となり目標を達成できた。今後も病棟業務体制を強化しさらなる件数増加を目指す。 ・ 後発医薬品の使用割合については、後発医薬品使用体制加算 1 の施設基準が R 4 年度に「85%以上」から「90%以上」へと引き上げられたが、新たな後発医薬品を迅速に採用して切り替えを進め目標値の 90%以上を維持できている。 ・ 外来腫瘍化学療法診療料に係る連携充実加算件数は R 5、6 年度に目標値 450 件を下回った。今後も積極的に患者指導を行い件数増加に努める。 ・ 治験等収益については、契約症例数が少ない、エントリーが無いなど収益に結びつかない治験があり、コロナ禍で落ち込んだ収益の回復には至らなかった。今後、より多くの依頼案件を収集する方法を検討し、医師の協力を得て治験件数および収益の増加に努める。
看護部	・ 新型コロナ患者の受け入れについては、SUBICN、HCU の看護師を中心に、各部門からの応援体制で看護部一丸となって対応した。 ・ 特定看護師による特定行為は、目標値 1,200 件に対し実績 936 件であった。患者のニーズに応え適時にケアを提供できたが、呼吸循環関連の依頼数減少及びデブリートメント対象となる褥瘡関連の減少で目標値を達成できなかった。一方でインシデント発生はなく、安全に特定行為を実践できた。 ・ 摂食機能療養は、目標 1,065 件に対し実績 1,235 件と、目標を大きく上まわった。摂食・嚥下障害看護認定看護師がラウンドする病棟を増やしたこと、リハビリ科医師による嚥下造影検査が増えたことで、加算算定に繋がった。 ・ 超過勤務時間は、1 人月平均実績は 2.3 h で目標の 2.25 h を達成できなかった。一年を通じ、超過勤務の多い看護職員には部署責任者が面談した。 R 7 年度はバイタル連携システムの活用やセル看護提供方式等により、引き続き、超過勤務削減を推進していく。 ・ R 5 年 4 月から部分休業制度の運用を開始した。適切な代替職員数の配置など着実に推進していく。

検査室	・細菌検査では、上気道系検体の内製化に向けて細菌担当者が技術を習得し、院内実施率の増加を目指したが、目標とする 95.0%には僅かに届かなかった。また R 6 年 1 2 月から質量分析装置を稼働し、血液培養陽性の菌名報告時間の短縮が図られたことから、今後効率的な運用を進めていく。 ・遺伝子検査においては 1 名の若手技師を育成し、2 名体制実施に向けて取り組んだ。若手技師がさらに経験を積み技術を習得することにより、検査項目数の拡大等のがんゲノム医療推進に協力していく。 ・生理検査においては、R 4 ～ 5 年度に増加傾向であったカテーテル検査補助件数が R 6 年度は前年度比 81.8%と減少した。これは患者負担軽減を考慮した心臓カテーテル検査の実施によると考える。超音波検査件数は前年度比 106.9%と増加していることから、技師の教育・研修に注力して更に臨床の要望に応える為にはマンパワーの強化が必要である。 ・ISO 活動では R 5 ～ 6 年にサーベイランス 1, 2 を受審し承認された。R 4 ～ 6 年度の外部精度管理評価点平均は 99.5 点で目標点には達しなかった。研修会・学会への参加など自己研鑽に励み、高精度の検査継続に努める。
放射線室	・放射線治療件数は目標 300 人に対し、実績 304 人であった。昨年度とほぼ同数であり、今後も件数を維持するよう各科に働きかけていく。 ・CT、MR、RI の共同利用件数(放射線科に紹介)は目標 1,760 件に対し、実績 1,708 件と下回った。 紹介患者の当日検査は随時行っていく体制を続けていく。連携医には急ぎの患者であれば、当日予約なしでも検査可能と広報していく。 ・ハイブリッド手術室件数は目標 230 件に対し、実績 195 件であった。心臓血管外科や整形外科手術で使用が増えると思われる。 ・資格取得は 7 名であった。最先端医療技術に対応するため、R 7 年度も積極的に勉強会や学会発表、資格取得に取り組んでいく。
リハビリテーション室	・疾患別リハビリ件数は、目標 140,000 件（R 3 と同水準）に対し、R 5 実績 120,759 件、R 6 実績 121,511 件と大きく下回った。 これは R 4 年度の途中において、書類作成作業時間等の増大に伴う標準単位数を 18 単位／日・人から 17 単位／日・人への変更、そして突発の複数名欠員によるものであり、R 5 年度以降も全体件数は R 4 年度水準となることが見込まれるため、計画は下方修正を行った（R 4 実績を参考に、R 6 年度 127,500 件とした）。 ・一方、第 5 次中期経営計画の重点事項とした早期離床・リハビリ加算件数については、目標 3,000 件に対して R 5 実績 5,587 件、R 6 実績 5,565 件と大きく上回り、当部門が目指す高度急性期における早期リハビリの関わりが実行できたと考える。 ・R 5 年度以降は、全体件数は R 4 年度水準を維持しながら、がんリハビリテーションや心大血管・呼吸リハビリテーション、精神科救急・合併症病棟等での早期離床・リハビリテーション等を院内・院外と連携しながら推進していく。

臨床工学技術室	・血液浄化総件数はR 5 年度 6,254 件から 6,398 件と微増であった。これはシャントトラブル治療による 1 回のみの透析治療が増えたためと考える。 ・特殊血液浄化件数は目標の 290 件に対し 210 件と目標を下回った。これは外来の患者が新薬を使用することで治療を中止できたことが影響している。 ・ペースメーカー・アブレーション件数は目標の 640 件を下回る 634 件の実績となった。人員不足によりメーカーに業務依頼したことも影響している。 ・高気圧酸素治療件数は目標の 230 件を下回る 134 件の実績となった。末梢循環障害や悪性腫瘍、放射線障害の患者の増加を期待したい。 ・手術室立会件数は業務の効率化を図り、目標の 990 件を上回り 1,213 件の実績となり手術件数の増加に貢献できたと考える。 ・ロボット手術立会件数は手術件数の増加に伴い、目標の 180 件に対し 193 件の実績となり、すべてのロボット手術に立ち会えた。
栄養管理室	・R 6 年度の栄養食事指導料件数は、目標 3,100 件に対して 2,681 件と 13.5% 下回った。 ・これは会計年度任用職員 1 名の欠員および新規採用職員 3 名の配置に伴う人材育成のため、指導オーダ枠を縮小せざるを得ない状況となったためである。 今後も新規職員の採用が見込まれ、人材育成に一定の期間を要すが、R 7 年度以降は R 6 年度水準以上の増加を目指す。 ・R 6 年度の特別食加算算定割合は、目標 34.0% に対して 32.1% であった。近年、重症者や高齢患者で特別食に該当する場合でもハーフ食や食欲不振食などへ変更せざるを得ない患者が増えた。今後は入退院支援センターにおいて、入院時から特別食を提供できるよう対応していく。 ・R 6 年度の NST 加算件数は、目標 1,100 件に対して 1,124 件であった。R 7 年度以降も低栄養状態リスク患者をもれなく抽出し NST による回診等を実施する。
医療情報管理室	・R 6 年度は、R 5 年度に引き続き、厚生労働省の「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に基づき、院内の情報セキュリティの強化を進めるとともに、サイバー攻撃等のインシデント発生時における業務継続計画（IT-BCP）の策定、職員セキュリティ研修の実施、医療情報システム管理規程の全面改訂等を行った。 ・患者サービスの向上のため、院内全館に患者 Wi-Fi サービスを導入した。 ・勤務表自動作成システムを導入し、業務効率化を図るとともに、R 6 年度に予定している電子処方箋の導入準備を進め、医療 DX の推進を図った。 ・これらの取組の結果、R 7 年 6 月以降の機能評価係数Ⅱについて、DPC 特定病院群 178 病院中 10 位の高い係数を得ることができた。

医療安全管理室（医療安全グループ）

- ・ 3 b 以上のアクシデント件数は、目標値 4 件のところ 12 件発生した。対策として、発生部署・リスクマネージャー・医療安全グループによるインシデント分析と業務改善の推進をはかる。また、業務改善報告書、各病棟安全マニュアルの遵守に向けた指導を強化する。
- ・ 転倒転落レベル 2 以上の発生率は、目標値 1.15% のところ 1.22% と改善した。今後もセンサー内蔵型ベッドの使用促進をはかる。
- ・ 肺血栓塞栓症予防管理実施数/発症リスクレベル「中」以上手術件数は、目標値 97.0% のところ 98.0% と目標達成できている。今後は肺血栓塞栓症発症率の低減を目指す。
- ・ コードブルー発動件数は、目標値 16 件のところ 19 件発動された。今後は、迅速対応システム（RRS）の出動数増加を目指し、職員教育を充実させる。

医療安全管理室（感染防止グループ）

- ・ R6 年度に新規で 29 名の SUB ICN が養成し、総数 103 名となった。今後は、SUBICN が新興・再興感染症等発生時の当初より、実働対応できるよう実践型訓練を充実させる。
- ・ 術前抗菌薬 1 時間以内投与率は 96.2% まで向上し、全国自治体病院学会のデータとベンチマークしても 75 パーセンタイル地（93.9%）を超える結果となった。今後は術後の抗菌薬停止率を加えて調査し周術期の抗菌薬適正使用を推進させる。
- ・ 敗血症/中心静脈注射症例数は 2.61%、尿路感染/膀胱留置カテ使用症例数は 0.71% と、カテーテル関連感染症発生率はいずれも前年度を下回った。

経営管理課

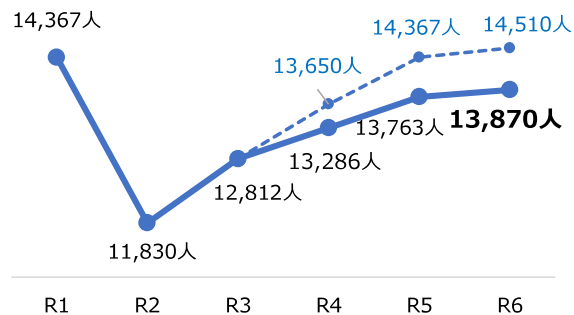
- ・ R 4 年度に策定した「医師労働時間短縮計画」に基づき業務見直しを実施し、1 年を通じて超過勤務の多い診療科に事務局からの声かけを行った結果、R 4 年度からの 3 年間に於いて全医師の超過勤務時間を年 960 時間未満とすることができた。
- ・ 給与改善については、R 4 年度の看護職員処遇改善評価料（診療報酬）の新設に伴い、看護師、コメディカルおよび看護補助者・医療クラークの給与改善（月額 8,600 円）を実施している。医療クラークについては、R 5.4 月から経験年数 3 年以上の経験者の給与を増額した。
- ・ R 5.4 月から新たに看護師部分休業制度を開始し、R 5 年度 30 人、R 6 年度 36 人の利用があった。（代替職員は正規職員を増員）
- ・ 次世代ファースト座談会を R 5・R 6 年度で 3 回開催した。（各回幹部職員 5 名、女性・若手職員 R 5 延べ 34 名、R 6 25 名参加）
- ・ 体温や脈拍などのバイタルサインを電子カルテシステムに自動入力できるようにするなど、働き方改革を推進した。
- ・ 薬品、診療材料ともに価格の高騰が続く原価率は目標値に届かず、最終年度は薬品 88.1%（目標 85.0%）、診療材料 92.3%（目標 87.4%）となった。R 7 年度はベンチマークシステムによる目標単価の設定・価格交渉を実施するとともに、全国規模の共同購入の導入（R 8.4 月）に向けた準備を進めていく。

医療サービス課	・診療報酬請求額に対する減点査定率は、目標値の 0.3%に届かず、0.44%となった。R 7 年度は病棟事務の集約やレセプトチェックシステムの活用等により査定減の改善を図る。 ・診療報酬請求書（レセプト）の返戻割合は、目標値の 6.0%を達成、5.8%となった。返戻されたレセプトを分析・チェックを重ね、過去 3 か年で最小の返戻率となった。今後も引き続き分析・チェックを綿密にし、返戻レセプトの減少維持に努める。 ・R 7 年度は、診断書作成システム導入に向けた準備を開始し、医師の診断書作成時間の負担軽減および患者への診断書交付日数の縮減を目標に、引き続き医療 DX を推進していく。
入退院支援センター	・紹介患者数は、目標値には届かなかったが、R 元年度実績を上回った。 ・逆紹介患者数は、19,000 人台であるが、R 元年度に比べ大きく下回っている。R 6 年度逆紹介サポートを開始したが利用は少なく逆紹介患者数の増加にはつながらなかった。県立病院として診るべき診療分野を明確にし、紹介時の迅速な対応と逆紹介推進を継続していく。 ・入退院支援加算は、算定を見直し算定率は R 6 年度 68.6%と上がり目標値を大きく上回った。入退院支援加算を見直すことにより入院時支援加算の算定につながった。 ・R 6 年 8 月より本格稼働の入院前支援は、予定入院のクリニカルパスを使用する患者に対し丁寧な説明を行い、安心して入院治療が受けられるように配慮している。 ・退院時共同指導料、介護支援連携指導料は、コロナ禍の影響を受け、目標値を下回った。要因を分析しオンライン活用を考慮していく。 ・医療相談は中央 C、こころ C とともに件数は目標値を超えている。これは相談員の増員による影響が大きいと思われる。今後は相談件数だけではなく対応の質向上を継続していく。

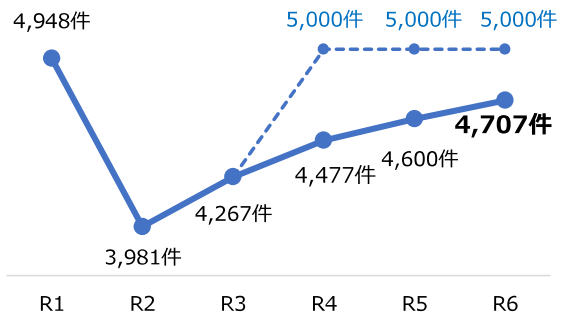
Ⅲ 重点目標 70

第5次中期経営計画 マネジメントシート（R4～R6） 重点目標 70 ダイジェスト

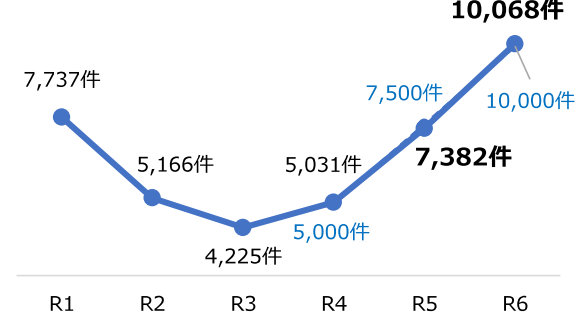
5. 新入院患者数（中央医療C、コロナ含む）



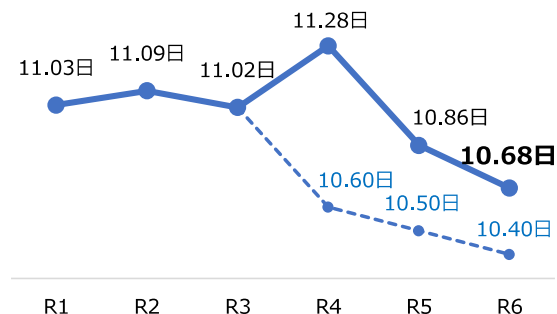
21. 手術件数（手術室、精神科を除く）



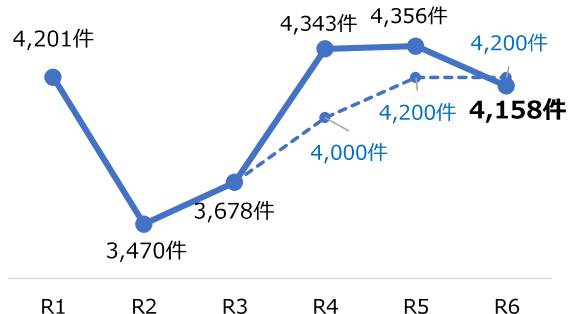
46. 薬剤管理指導料



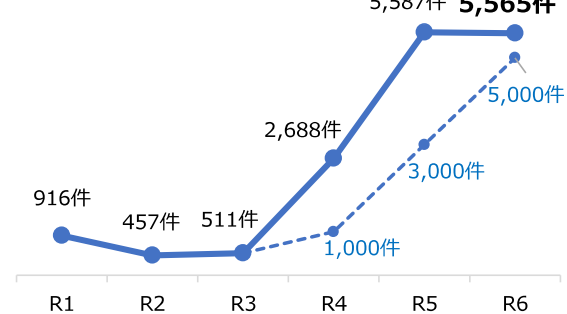
8. 平均在院日数（DPC対象病棟）



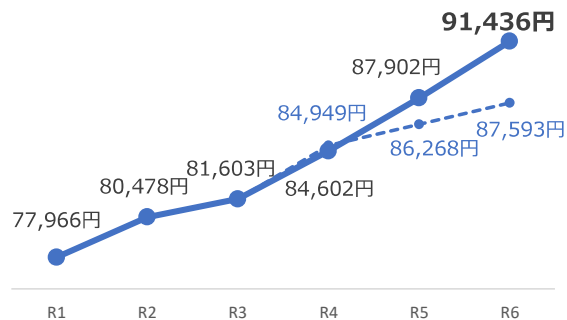
32. 救急車受入件数



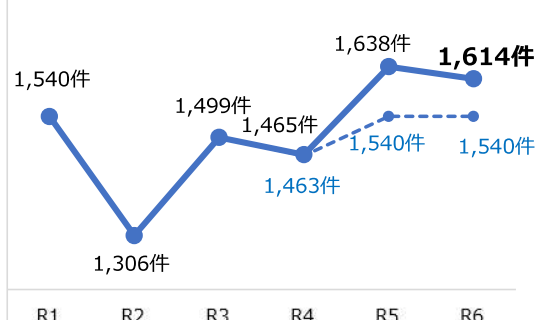
51. 早期離床・リハビリ加算件数



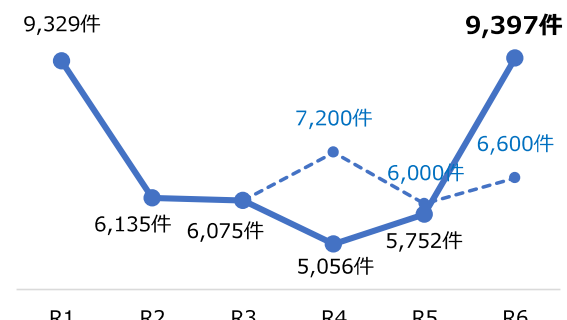
10. 入院単価（DPC対象病棟）



38. がん患者登録数（初発）



57. 入退院支援加算



第5次中期経営計画 マネジメントシート（R4～R6） 重点目標 70

指 標		R1	R2	R3	R4	R5	R6	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		
	【DPC係数・紹介患者数】								
1	基礎係数				(特定病院群) 1.0680	(特定病院群) 1.0680	(特定病院群を継続) 1.0680	特定病院群の指定を継続する	最重要課題は手術数の確保
		(特定病院群) 1.0648	(標準病院群) 1.0404	(標準病院群) 1.0404	(特定病院群) 1.0680	1.0680	1.0718		
2	機能評価係数Ⅰ（4/1現在）				(6/1現在 RRS後) 0.3529	0.3603	0.3654	医療クラークと看護補助者の加算ランクを 上げる	人材派遣等を活用し医療クラークと看護 補助者の安定雇用を図る
		0.3034	0.3379	0.3624	(6/1現在 RRS後) 0.3575	0.3649	0.3676		
3	機能評価係数Ⅱ（4/1現在）				0.1309	0.1318	0.1318	特定病院群TOP10の水準を目指す	常時入院期間Ⅱ以内退院率71%以上の 状態を維持する
		0.1315	0.1356	0.1356	0.1309	0.1318	0.1068		
4	紹介患者数				13,500人	14,000人	14,500人	R4はR1比△5%、R5にR1の水準を復元	紹介患者の受け入れについて迅速かつ 正確な予約対応を実施
		14,112人	11,637人	12,649人	13,546人	15,916人	15,718人		
	【入院：中央医療C】								
5	新入院患者数（中央医療C）コロナ含む				13,650人	14,367人	14,510人	R4はR1比△5%、R5にR1の水準を復元、 R6に+1.0%を目指す	紹介患者の受け入れ体制の向上、戦略 的増患プロジェクトの推進
		14,367人	11,830人	12,812人	13,286人	13,763人	13,870人		
6	予定入院（DPC）				6,331人 (52.5%)	6,689人 (52.7%)	6,665人 (53.0%)	R4にR1の予定入院と予定外のバランスを復 元、R5以降は予定入院の割合を漸増	同上
		6,712人 (52.4%)	5,611人 (52.3%)	6,065人 (53.6%)	6,245人 (54.2%)	6,645人 (54.5%)	6,696人 (53.9%)		
7	予定外入院（DPC）				5,728人 (47.5%)	6,003人 (47.3%)	5,909人 (47.0%)	同上	同上
		6,103人 (47.6%)	5,113人 (47.7%)	5,253人 (46.4%)	5,268人 (45.8%)	5,551人 (45.5%)	5,716人 (46.1%)		
8	平均在院日数（DPC対象病棟）				10.60日	10.50日	10.40日	近年の毎月実績、特定病院群内での立ち位置 を踏まえ、R6に10.40日と設定	診療報酬改定(入院期間Ⅱの短縮)に連 動したパスの見直しを推進する
		11.03日	11.09日	11.02日	11.28日	10.86日	10.68日		
9	入院期間Ⅱ以内退院率				71.0%	71.0%	71.0%	常時71%を維持する	同上
		73.1%	70.6%	71.7%	71.0%	71.4%	71.7%		

第5次中期経営計画 マネジメントシート（R4～R6） 重点目標 70

指 標		R1 実績値	R2 実績値	R3 実績値	R4 目標値 実績値	R5 目標値 実績値	R6 目標値 実績値	目標値の考え方	目標達成のための取組
10	入院単価（DPC対象病棟）				84,949円	86,268円	87,593円	中期経営計画収支試算による	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
		77,966円	80,478円	81,603円	84,602円	87,902円	91,436円		
11	分娩件数				450件	500件	500件	R4はR1比△5%、R5にR1の水準を還元	戦略的増患プロジェクトにより紹介患者を増やす
		501件	380件	391件	426件	423件	467件		
【入院：こころ医療C】									
12	新入院患者数（こころ医療C）				470人	450人	627人	R3でコロナ前の水準は還元済み、R6は病棟再編による増加を見込む	救急、身体合併症など有床総合病院精神科として急性期医療に重点化
		459人	428人	471人	482人	450人	664人		
13	平均在院日数（こころ医療C）				95.0日	90.0日	68.2日	漸次短縮、R6は病棟再編による影響を見込む	多職種・多部署間の連携強化、チーム医療の推進
		112.9日	110.3日	100.0日	94.4日	83.2日	72.9日		
14	在院3ヶ月の退院患者数				414人	388人	555人	同上	入院時から退院後の生活を見据えた支援、切れ目ない地域包括的支援
		406人	395人	406人	418人	438人	567人		
15	入院単価				26,000円	26,500円	30,000円	R6は病棟再編による影響を見込む	人員増等により施設基準を安定的にクリアする
		24,783円	25,173円	25,642円	27,769円	29,850円	30,977円		
16	訪問看護件数（延べ）				2,740件	2,850件	3,000件	R6に3,000件を目標	訪問車稼働4台体制の確保
		3,076件	2,600件	2,661件	2,634件	2,893件	3,402件		
【入院：新型コロナウイルス感染症】									
17	新型コロナウイルス感染症入院患者数（延べ）				目標値は設定しない			病院全体で感染状況に応じた適切な対応を行う	
		53人	1,709人	3,266人	4,413人	1,735人	集計終了		
【外来】									
18	逆紹介の推進（数値は外来延べ患者数）				目標値は設定しない			県立病院として診るべき診療分野を明確化し、かかりつけ医への逆紹介を推進する	
		277,970人	243,931人	255,820人	269,472人	258,740人	260,384人		
19	ドック受診者数				4,790人	4,850人	4,900人	R4にR1と同水準まで回復、R6に過去最高値を目指すため段階的に増加	予約方法の改善、接遇向上によるリピーターの確保、新規受診者の掘り起こしなど
		4,790人	2,186人	3,751人	4,325人	4,282人	4,428人		

第5次中期経営計画 マネジメントシート（R4～R6） 重点目標 70

指 標		R1 実績値	R2 実績値	R3 実績値	R4 目標値 実績値	R5 目標値 実績値	R6 目標値 実績値	目標値の考え方	目標達成のための取組
20	遺伝外来患者数（実人数）				100人	100人	110人	現体制で可能な患者数としてR3同水準を見込む、R6を目途に専門医の増員を目指す	専門医の育成、カウンセラーの雇用
		-	35人	91人	82人	99人	113人		
	【手術関係】								
21	手術件数（手術室、精神科を除く）				5,000件	5,000件	5,000件	R4にR1実績と同水準まで復元	各手術室の効率的な稼働、麻酔科医の増員、紹介数の確保
		4,948件	3,981件	4,267件	4,477件	4,600件	4,707件		
22	上記のうち入院手術件数				4,750件	4,750件	4,798件	入院手術率95%(R1水準)を目指す	同上
		4,728件	3,747件	3,952件	4,164件	4,370件	4,418件		
23	外来手術率／入院手術率				5.0／95.0	5.0／95.0	5.0／95.0	同上	同上
		4.6／95.4	5.7／94.3	7.3／92.7	6.9／93.1	5.0／95.0	6.1／93.9		
24	手術件数（k-code総数）（暦年）				10,000件	10,050件	10,150件	R1実績と同水準まで復元、カテーテルと内視鏡の増加分を見込む	同上
		9,892件	8,451件	8,806件	9,032件	9,170件	9,385件		
25	カテーテル／デバイス治療件数（暦年）				676件	690件	700件	R6に現状値の+3%を目指す	VAIVT(経皮的シャント拡張術)、EVTを中心に当院の特徴を伸ばす
		554件	570件	676件	708件	716件	641件		
26	内視鏡治療件数				1,500件	1,550件	1,600件	R4にR1と同水準まで回復、R6に過去最高値を目指すため段階的に増加	感染対策を行いながら治療数を確保
		1,501件	1,097件	1,580件	1,500件	1,362件	1,412件		
27	ハイブリッド手術室件数				175件	200件	230件	R1と同水準を見込む、計画期間中にTAVIの開始を目指す(R6に20件を想定)	関係部門の連携、TAVI施設基準の取得
		175件	159件	171件	203件	230件	195件		
28	ダビンチ手術件数				100件	150件	150件	R5に1台体制のまほフル稼働を目指す	実施部位の漸次拡大、県内への周知
		-	-	17件	152件	156件	151件		
29	ROSA手術件数				15件	25件	30件	人工膝関節置換術(年20件)をロボット手術に置き換え、R6までに段階的に1.5倍にする	安定的な稼働開始、県内への周知
		-	-	-	8件	42件	73件		
30	手術室立会総件数（臨床工学技術室）				950件	970件	990件	手術件数の増加に比例して件数を増加	対応可能なスタッフの増員
		256件	834件	933件	1,113件	1,195件	1,213件		

第5次中期経営計画 マネジメントシート（R4～R6） 重点目標 70

指 標		R 1 実績値	R 2 実績値	R 3 実績値	R 4 目標値 実績値	R 5 目標値 実績値	R 6 目標値 実績値	目標値の考え方	目標達成のための取組
31	心臓カテーテル検査実施件数（検査室）				1,040件	1,065件	1,115件	毎年50件の増加を目指す	カテーテル検査補助者の育成強化
		857件	911件	990件	1,015件	1,014件	829件		
	【救急関係】								
32	救急車受入件数				4,000件	4,200件	4,200件	R5にR1の水準を復元	救急医の確保、各診療科との連携強化、各消防機関との連携強化
		4,201件	3,470件	3,678件	4,343件	4,356件	4,158件		
33	救急車からの入院患者数				2,000人 (50.0%)	2,100人 (50.0%)	2,100人 (50.0%)	同上	同上
		2,162人 (51.5%)	1,778人 (51.2%)	1,978人 (53.8%)	2,161人 (49.8%)	2,378人 (54.6%)	2,249人 (54.1%)		
34	救急医療管理加算算定率				70.0%	70.0%	70.0%	引き続き7割以上の高い水準を維持	各医師がテンプレートの基準をしっかりと確認する
		71.9%	69.2%	75.2%	75.8%	73.6%	77.0%		
35	ドクターヘリ出動数				350件	350件	350件	県地域医療課の想定年間出動数350件	フライトドクターの確保、フライトナースの育成、各診療科との連携強化、各消防機関との連携強化
		-	-	311件	405件	341件	297件		
36	ドクターヘリ搬送数（全体）				280件	280件	280件	ドクヘリ出動数の約8割（R3実績より）	
		-	-	249件	314件	293件	257件		
37	ドクターヘリ搬送数（当院）				140件	140件	140件	ドクヘリ出動数の約4割（R3実績より）	
		-	-	125件	173件	165件	144件		
	【がん関係】								
38	がん患者登録数（初発）				1,463件	1,540件	1,540件	R6にR1と同水準を目指す	質の高いがん治療の提供
		1,540件	1,306件	1,499件	1,465件	1,638件	1,614件		
39	がん手術件数（主要5部位・婦人がん）				900件	900件	900件	R6にR1と同水準を目指す	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
		894件	758件	794件	773件	769件	730件		
40	外来化学療法患者数（延べ）				5,100人	5,100人	5,100人	新規抗がん剤治療の普及により最多となったR3の水準を維持する	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
		5,037人	4,910人	5,100人	5,827人	5,939人	6,072人		

第5次中期経営計画 マネジメントシート（R4～R6） 重点目標 70

指 標		R1 実績値	R2 実績値	R3 実績値	R4 目標値 実績値	R5 目標値 実績値	R6 目標値 実績値	目標値の考え方	目標達成のための取組
41	放射線治療件数（延べ）				5,900件	5,900件	5,900件	高精度放射線治療を推進しつつR3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
		6,749件	6,123件	5,899件	5,167件	5,684件	5,906件		
42	放射線治療患者数（実人数）				300人	300人	300人	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)	同上
		296人	292人	301人	319人	306人	304人		
43	高精度放射線治療患者数（実人数）				160人	160人	160人	過去最高となったR3に対し一定水準を維持する(現行人員での適正処置件数 年160件)	同上
		103人	169人	188人	214人	158件	166人		
44	陽子線がん治療患者数（実人数）				200人	250人	250人	長期計画(R4～R12)による	県民向けおよび医師向けの普及啓発活動の推進、嶺南への働きかけ強化
		158人	178人	153人	219人	206人	181人		
45	がんゲノム外来患者数（実人数）				40人	45人	45人	現行人員での最大処置人数として年間45人(概ね月4人)を見込む	患者受入れの許容範囲での相談・治療体制の充実
		-	9人	23人	41人	35人	43人		
【加算関係】									
46	薬剤管理指導料				5,000件	7,500件	10,000件	病棟における薬剤管理指導の強化	R5～6に1名ずつ薬剤師を増員し、服薬指導の必要性が高い病棟に配置
		7,737件	5,166件	4,225件	5,031件	7,382件	10,068件		
47	外来腫瘍化学療法診療料に係る連携充実加算				450件	450件	450件	R3同水準を確保	がん医療センターに薬剤師常駐
		-	98件	443件	463件	428件	422件		
48	リハビリテーション件数（全体）				140,000件	140,000件	127,500件	R4年度実績を基準に維持・上積みを目指す	病棟カンファレンス等を通じて、リハビリテーション連携を推進
		136,487件	116,012件	140,326件	125,096件	120,759件	121,511件		
49	うち中央C 疾患別リハ件数				127,000件	127,000件	115,000件	R4年度疾患別リハビリ実績水準を目指す	入院早期よりリハビリを開始、早期離床・早期退院につなげる
		126,378件	104,676件	127,020件	114,837件	114,695件	105,023件		
50	うちこころC 疾患別リハ件数				13,000件	13,000件	12,500件	R4年度実績に新設の救急合併症病棟分で3,000単位増を目指す	こころの医療センター内でのリハビリ連携を推進
		10,109件	11,336件	13,306件	10,259件	12,305件	16,488件		
51	早期離床・リハビリ加算件数				1,000件	3,000件	5,000件	ICU、HCU、救急における早期離床リハビリ加算体制を整え、約4,000件増を目指す	HCU、救急病棟でチームを立ち上げ、医師・看護師・リハビリで加算体制を構築
		916件	457件	511件	2,688件	5,587件	5,565件		

第5次中期経営計画 マネジメントシート（R4～R6） 重点目標 70

指 標		R 1 実績値	R 2 実績値	R 3 実績値	R 4 目標値 実績値	R 5 目標値 実績値	R 6 目標値 実績値	目標値の考え方	目標達成のための取組
52	栄養食事指導料				3,000件	3,000件	3,100件	R6にR2と同水準を目指す	病棟ごと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
		2,904件	3,094件	2,917件	2,652件	2,572件	2,681件		
53	特別食加算算定割合				34.0%	34.0%	34.0%	R6にR1と同水準を目指す	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
		36.9%	37.6%	32.4%	31.6%	30.9%	32.1%		
54	NST加算件数				1,100件	1,100件	1,100件	R3同水準を確保	低栄養状態リスク患者をもれなく抽出しNSTによる巡回等実施
		1,248件	1,066件	1,096件	1,128件	1,149件	1,124件		
55	がん患者指導管理料(看護師)				480件	950件	920件	人員異動により若干の減少が見込まれる。引き続き、遺伝・ゲノム看護を強化する	病状説明時積極的に同席、医師・外来看護師・クラークとの連携強化
		241件	281件	469件	960件	926件	870件		
56	褥瘡ハイリスク患者ケア加算				1,580件	1,600件	1,750件	R3以降、R1以上の実績値となっている。対象患者の確実な算定により実績値を維持する	対象患者の速やかな特定とアセスメント、予防ケアのチームでの周知
		1,519件	1,442件	1,576件	1,599件	1,757件	1,753件		
57	入退院支援加算				7,200件	6,000件	6,600件	退院患者数の約50%からの算定を目指す	退院支援看護師、MSWおよび病棟看護師の連携協働 算定対象の見直し
		9,329件	6,135件	6,075件	5,056件	5,752件	9,397件		
	【働き方関係】								
58	超過勤務960時間超の医師数				0人	0人	0人	R4に全医師960時間以内を目指す	医師労働時間短縮計画の策定、タスクシフト・シェアの推進
		13人	4人	3人	0人	0人	0人		
59	看護師特定行為件数				313件	690件	1,200件	R4実績、ならびに対象患者想定数より設定。R6は特定行為看護師数増加より設定	ICU入室患者への介入、対象患者の把握、医師との連携強化
		-	-	154件	788件	1,024件	936件		
60	超過勤務時間数 病院計 （平均／月）				11.2 h	10.7 h	10.1 h		働き方改革の推進、人員の確保
		11.9 h	11.4 h	12.5 h	13.8 h	12.6 h	12.7 h		
61	超過勤務時間数 医師 （平均／月）				40.1 h	38.1 h	36.2 h	同上	医師労働時間短縮計画の策定、タスクシフト・シェアの推進
		43.0 h	42.4 h	44.5 h	46.7 h	46.2 h	45.3 h		
62	超過勤務時間数 看護師 （平均／月）				2.8 h	3.3 h	2.6 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
		3.6 h	2.9 h	3.1 h	3.7 h	2.6 h	2.3 h		

第5次中期経営計画 マネジメントシート（R4～R6） 重点目標 70

指 標		R 1 実績値	R 2 実績値	R 3 実績値	R 4 目標値 実績値	R 5 目標値 実績値	R 6 目標値 実績値	目標値の考え方	目標達成のための取組
63	超過勤務時間数 上記以外（平均／月）				11.9 h	11.3 h	10.7 h	同上	
		12.5 h	11.7 h	13.2 h	15.2 h	13.7 h	13.6 h		
64	年次休暇の取得促進				10.5日	11.0日	15.0日	月1日以上・年間15日以上の子休取得	各部門におけるタスクシェアの推進
		6.1日	8.6日	10.1日	7.6日	8.5日	9.3日		
65	医療クーク数（4/1時点）				33人	43人	43人	R5から20:1から15:1に格上げする	嘱託職員、会計年度任用職員、派遣職員をバランスよく雇用する
		24人	30人	32人	33人	43人	43人		
66	看護補助者数 （4/1時点）				36人	36人	49人	R6から看護補助者50%以上に格上げする	各病棟の医事事務員の集約化と合わせて実施する
		17人	15人	36人	35人	37人	35人		
【経営関係】									
67	診療報酬請求額に対する減点査定率				0.30%	0.30%	0.30%	R3年度実績から0.02%の減少維持を目指す	新たなレセプトチェックシステムの効果的な活用により減点を削減する
		0.33%	0.32%	0.32%	0.34%	0.35%	0.44%		
68	返戻割合（返戻金額／調定額）				6.00%	5.50%	6.00%	R6にR1と同水準までの返戻割合を目指す	同上システムの効果的な活用により返戻を減らすとともに、返戻理由を分析し適切な対策を講じる。
		6.00%	6.90%	6.40%	6.40%	6.80%	5.80%		
69	薬品の原価率				83.8%	85.5%	85.0%	R6にベンチマークシステムで同規模病院のR3最低値とR3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
		88.3%	84.0%	84.1%	85.9%	88.8%	88.1%		
70	診療材料の原価率				88.5%	88.7%	87.4%	同上	同上
		89.8%	89.3%	89.2%	89.9%	90.6%	92.3%		
71	入院稼働額				138.3億円	144.7億円	150.4億円	中期経営計画収支試算による	
		140.2億円	120.4億円	135.7億円	146.4億円	145.2億円	152.0億円		
72	外来稼働額				60.8億円	61.9億円	61.9億円	同上	
		58.3億円	54.0億円	58.7億円	62.6億円	64.5億円	66.8億円		
73	稼働額 計				199.1億円	206.6億円	212.3億円	同上	
		198.5億円	174.4億円	194.4億円	209.0億円	209.7億円	218.8億円		

第5次中期経営計画 マネジメントシート（R4～R6） 重点目標 病床利用率

（病床数：常時稼働病床数ベース）

指 標	R1 実績値	R2 実績値	R3 実績値	R4 目標値 実績値	R5 目標値 実績値	R6 目標値 実績値	目標値の考え方	目標達成のための取組
（中央医療C 一般病棟）								
中央医療C 一般病棟				R4.4月～ 426床			近年の病床利用状況、類似他院の病床利用状況を踏まえ、R6に87.0%と設定	診療科バリアフリーの推進、ベッドコマンダーによるコントロール
				R4.8月～ 427床 84.0%	427床 86.7%	430床 87.0%		
	R1.4月～ 517人 R1.9月～ 467床 81.3%	R2.4月～ 467床 R2.12月～ 426床 73.3%	426床 81.6%	R4.4月～ 426床 R4.8月～ 427床 84.7%	427床 85.2%	430床 84.5%		
（中央医療C 特殊病棟）								
H C U				HCU①開始 6床 67.0%	HCU②開始(10月～) 10床 67.0%	6床 67.0%	R4は平日は5床、休日は2床運用を想定、R5以降同率	運用方法の継続的見直し
	-	-	-	HCU①開始(実績値183日) 6床 60.6%	6床 82.8%	6床 88.4%		
救命救急センター（1北）				9床 60.0%	コロナ影響解除後(10月～) 11床 60.0%	9床 60.0%	R4は平均5.4床／9床利用を想定、以降60%を継続	各診療科との連携強化
	11床 46.2%	コロナの影響 9床 46.7%	9床 49.6%	9床 56.1%	9床 59.9%	9床 66.1%		
I C U				10床	10床 75.0%	10床 75.0%	R4にR1同水準、R5以降＋10名／月を目指す	必要度80%維持から75%に変更
	10床 71.9%	10床 49.5%	10床 55.6%	10床 71.1%	10床 72.4%	10床 72.4%		
M F I C U				6床 83.6%	6床 88.0%	6床 88.0%	R5以降は過去最高水準を目指す、R4は中間値を置く	地域連携により紹介患者数を確保
	6床 87.7%	6床 64.7%	6床 72.6%	6床 58.8%	6床 71.6%	6床 77.5%		
N I C U				9床 83.6%	9床 88.0%	9床 88.0%	MFICUと同率を設定する	同上
	9床 89.0%	9床 80.9%	9床 72.2%	9床 77.7%	9床 78.2%	9床 84.6%		
G C U				6床 39.0%	6床 50.0%	6床 50.0%	R5以降は3床／6床利用を想定、R4は中間値を置く	同上
	6床 38.5%	6床 31.1%	6床 35.8%	6床 41.8%	6床 39.4%	6床 41.4%		
R I				1床 28.2%	1床 28.2%	1床 28.2%	R1同水準を想定	
	1床 28.1%	1床 25.5%	1床 28.8%	1床 19.7%	1床 19.4%	1床 26.0%		
第1種感染症病床（12北）				2床 1.6%	2床 1.6%	2床 1.6%	同上	
	2床 1.6%	2床 2.1%	2床	2床	2床 9.3%	2床 20.8%		
第2種感染症病床（11北）				2床 58.8%	2床 58.8%	2床 58.8%	同上	
	2床 58.7%	2床 17.3%	2床 50.8%	2床 73.6%	2床 76.2%	2床 53.4%		
リザーブベッド（6北旧ドック）				2床	2床	2床		
	9月から2床 2床	2床	2床 0.8%	2床 0.7%	2床 0.5%	2床 1.5%		
計				53床 62.2%	59床 65.3%	53床 65.3%		
	49床 57.4%	47床 48.5%	47床 51.8%	53床 57.4%	59床 62.7%	53床 66.1%		

第5次中期経営計画 マネジメントシート（R4～R6） 重点目標 病床利用率

(病床数：常時稼働病床数ベース)

指 標	R1 実績値	R2 実績値	R3 実績値	R4 目標値 実績値	R5 目標値 実績値	R6 目標値 実績値	目標値の考え方	目標達成のための取組
(中央医療C 緩和ケア・結核病棟)								
緩和ケア病棟（6南）				18床 70.3%	18床 72.0%	18床 72.0%	R4にR1水準、R5以降は過去最高水準を目指す	
	18床 70.3%	18床 46.2%	18床 61.7%	18床 67.6%	18床 77.6%	18床 75.5%		
結核病棟（12南）				6床 46.7%	6床 46.7%	6床 46.7%	R1同水準を想定	
	6床 46.7%	6床 42.8%	6床 45.0%	6床 37.2%	6床 30.6%	6床 40.9%		
(こころの医療C)								
東4病棟（救急・合併症）				37床 84.9%	37床 84.9%	37床 87.1%	病床再編後のR6以降は、高機能分化4病棟と訪問・デイケアを駆使した地域包括的急性期医療を展開し、センター全体で概ね90%を目指す	多職種・多部署間の連携強化、チーム医療の推進
	37床 84.9%	37床 79.3%	37床 78.3%	37床 80.9%	37床 84.4%	37床 83.2%		
東3病棟（救急）				46床 92.8%	46床 92.8%	46床 92.9%		
	46床 92.8%	46床 85.3%	46床 86.2%	46床 85.9%	46床 87.1%	46床 88.9%		
東2病棟（地域包括支援 → 救急・合併症）				50床 73.1%	50床 73.1%	36床 87.1%		
	50床 73.1%	50床 66.3%	50床 63.3%	50床 54.6%	50床 44.7%	36床 84.4%		
西3病棟（重度難治性）				43床 84.5%	43床 84.5%	43床 90.7%		
	43床 84.5%	43床 79.7%	43床 81.8%	43床 75.3%	43床 81.9%	43床 81.7%		
計				176床 83.5%	176床 83.5%	162床 90.0%		
	176床 83.5%	176床 77.3%	176床 76.9%	176床 73.4%	176床 81.0%	162床 84.7%		
合 計				680床 81.5%	686床 83.8%	669床 85.0%	合計の病床数は年度末の病床数、病床数を年度途中で変更した場合の病床利用率は加重平均	
	716床 81.9%	673床 71.6%	673床 77.4%	680床 78.9%	664床 72.9%	669床 79.5%		

IV 各部門マネジメントシート

第5次中期経営計画 マネジメントシート (R4～R6)

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、手術件数等について、令和５年度までにコロナ前の水準（Ｒ１年度水準）に復元する 最先端医療の安全な提供および平均在院日数の短縮化に努め、高度急性期医療の充実化を図る									
指 標		R1	R2	R3	R4	R5	R6	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） ※コロナ含む				13,650人	14,367人	14,510人	R4にR1比△5%、R5にR1の水準を復元、 R6に+1.0%を目指す		紹介患者の受け入れ体制の確保、戦略 的増患プロジェクトの推進	
		14,367人	11,830人	12,812人	13,286人	13,763人	13,870人				
2	入院単価 (DPC対象病棟)				84,949円	86,268円	87,593円	中期経営計画試算による		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	
		77,966円	80,478円	81,603円	84,602円	87,902円	91,436円				
3	平均在院日数 (DPC対象病棟)				10.60日	10.50日	10.40日	近年の毎月実績、特定病院群内での立ち位 置を踏まえ、R6に10.40日と設定		診療報酬改定（入院期間Ⅱの短縮）に 連動したパスの見直しを推進	
		11.03日	11.09日	11.02日	11.28日	10.86日	10.68日				
4	病床利用率 (一般病棟)				427床 84.0%	427床 86.7%	430床 87.0%	近年の病床利用状況、類似他院の病床利用 状況を踏まえ、R6に87.0%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	
		467床 85.2%	426床 73.2%	426床 81.4%	427床 84.7%	427床 85.2%	430床 84.5%				
5	病床利用率 (一般患者用HCU)				HCU①開始 6床 67.0%	HCU②開始(想定) 10床 67.0%	10床 67.0%	R4は平日は5床、休日は2床運用を想定、R5以 降同率		運用方法の継続的見直し	
		-	-	-	(感染症用HCU時を除く) 6床 60.6%	(感染症用HCU時を除く) 6床 82.8%	(感染症用HCU時を除く) 6床 88.4%				
6	病床利用率 (ICU)				10床 72.0%	10床 75.0%	10床 75.0%	R4にR1同水準、R5以降+10名／月を目指 す		必要度80%維持から75%に変更	
		10床 71.9%	10床 49.5%	10床 55.6%	10床 71.1%	10床 72.4%	10床 72.4%				
7	病床利用率 (特殊病棟)				53床 62.2%	59床 65.3%	59床 65.3%				
		49床 57.4%	47床 48.5%	47床 51.8%	53床 57.4%	59床 62.7%	59床 66.1%				
8	病床利用率 (緩和ケア病棟)				18床 70.3%	18床 72.0%	18床 72.0%	R4にR1水準、R5以降は過去最高水準を目指 す			
		18床 70.3%	18床 46.2% (閉鎖期間除く) 18床 62.7%	18床 61.7% (閉鎖期間除く) 18床 67.0%	18床 67.6%	18床 77.6%	18床 75.5%				
9	手術件数 (手術室、精神科を除く)				5,000件	5,000件	5,000件	R6においてもR5水準への復元を目標		各手術室の効率的な稼働、麻酔科医の 増員、紹介数の確保	
		4,948件	3,981件	4,267件	4,477件	4,600件	4,707円				
10	ダビンチ手術件数				100件	150件	150件	R5に1台体制のほぼフル稼働を目指す		実施部位の漸次拡大、県内への周知	
		-	-	17件	152件	156件	151件				
11	ROSA手術件数				15件	25件	30件	人工膝関節置換術(年20件)をロボット手術に置 き換え、R6までに段階的に1.5倍にする		安定的な稼働開始、県内への周知	
		-	-	-	8件	42件	73件				

第5次中期経営計画 マネジメントシート（R4～R6）

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		R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	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）				1,463件	1,540件	1,540件	R 4にR 1比95%、R 5にR 1水準に戻す	質の高いがん治療の提供
		1,540件	1,306件	1,405件	1,465件	1,638件	1,614件		
2	がん手術件数 （主要5部位・婦人がん）				900件	900件	900件	R4にR1実績と同水準まで復元	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
		894件	758件	794件	773件	769件	730件		
3	がんゲノム外来患者数（実人数）				40人	45人	45人	現行人員での最大処置人数として 年間45人(概ね月4人)を見込む	患者受入れの許容範囲での相談・ 治療体制の充実
		0人	9人	23人	41人	35人	43人		
4	外来化学療法患者数（延べ）				5,100人	5,100人	5,100人	新規抗がん剤治療の普及によりR3が ここ数年で最多となったためこの水準を維持する	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
		5,037人	4,910人	5,100人	5,827人	5,939人	6,072人		
5	放射線治療患者数（実人数）				300人	300人	300人	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
		296人	292人	301人	319人	306人	304人		
6	放射線治療件数（延べ）				5,900件	5,900件	5,900件	高精度放射線治療を推進しつつ、 R 3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
		6,749件	6,123件	5,899件	5,167件	5,684件	5,906件		
7	高精度放射線治療件数（実人数）				160件	160件	160件	過去最高となったR3に対し一定水準を 維持する(現行人員での適正処置件数 年160件)	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
		103件	169件	188件	214件	158件	166件		
8	がん相談支援件数（延べ）				2,630件	2,750件	3,800件	R5までの目標を達成できており、 R6は過去最高となったR5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
		2,744件	2,513件	2,568件	3,575件	3,792件	4,674件		
9	苦痛緩和等の相談件数（延べ）				1,500件	1,500件	1,500件	専門看護師等の体制強化もあり、R 3がここ数年で最多となったため、 この水準を維持する	専門看護師等による苦痛緩和等の 相談体制の強化
		1,413件	1,447件	1,486件	1,725件	1,493件	1,720件		
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)				85%	90%	90%	県内の他の拠点病院と同水準を達成する	研修未受講医師への個別の働きかけによる受講の促進
		83%	76%	75%	87%	90%	91%		

第5次中期経営計画 マネジメントシート（R4～R6）

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		R1	R2	R3	R4	R5	R6	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）				200人	250人	250人	長期計画(R4～R12)による	県民向けおよび医師向けの普及啓発活動の推進、嶺南への働きかけ強化
		158人	178人	153人	219人	206人	183人		
2	陽子線治療患者数 （うち院内紹介）				60人	70人	70人	R 1 年度並みの院内紹介	各科医師への協力依頼
		60人	38人	46人	46人	65人	69人		
3	乳がん臨床試験				第Ⅱ相試験に到達				広報の強化
		2人	1人	2人	2人	0人	1人		
4	学会・論文発表件数 （筆頭発表者・著者のみ）				12件	12件	12件	R 3 年度×1.5	積極的な研究活動
		18件	9件	8件	7件	12件	14件		

第5次中期経営計画 マネジメントシート（R4～R6）

部 門 名	救急救命センター
-------	----------

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		R1	R2	R3	R4	R5	R6	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				19,800	22,300	22,300	R5年度までにR元年度と同等の水準に 準に戻す。R6年度については同 水準の維持、継続を目指す。	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
		22,317	15,822	17,537	19,264	18,384	19,038		
2	救命救急センター外来からの 入院患者数				5,100	5,300	5,300		
		5,314	4,388	4,875	4,883	5,136	5,308		
3	救命救急センターからの入院 割合				25.8%	23.8%	23.8%		
		23.8%	27.7%	27.7%	25.3%	27.9%	27.8%		
4	救急搬送数（救急車・ヘリ）				4,280	4,480	4,480	R5年度までにR元年度と同等の水準に 準に戻す。R6年度については同 水準の維持、継続を目指す。	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
		4,201	3,470	3,927	4,657	4,649	4,415		
5	救急車搬送数				4,000	4,200	4,200		
		4,201	3,470	3,678	4,343	4,356	4,158		
6	救急車からの入院患者数				2,000	2,100	2,100		
		2,162	1,778	1,978	2,161	2,378	2,249		
7	救急車からの入院割合				50.0%	50.0%	50.0%		
		51.4%	51.2%	53.7%	49.7%	54.5%	54.0%		
8	ドクターヘリ出動数				350	350	350	県地域医療課の想定年間出動数 350件。R3年実績より、出動数の うち搬送数（※接触後陸送を含 む）は約8割。このうち当院への 搬送数を約4割程度とし、目標と する。	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
		-	-	311	405	341	297		
9	ドクターヘリ搬送数（全体）				280	280	280		
		-	-	249	314	293	257		
10	ドクターヘリ搬送数（当院）				140	140	140		
		-	-	125	173	165	144		
11	救急医療管理加算算定率				70.0%	70.0%	70.0%	引き続き、7割以上の高い水準を 維持する	各医師がテンプレートの基準を しっかり確認する
		71.9%	69.2%	71.8%	75.8%	73.6%	77.0%		
12	1 北病棟病床利用率		コロナの影響		9床 60.0%	9床 60.0%	11床 60.0%	R4は平均5.4床/9床利用を想定、 以降60%を継続	新入院患者の確保、各診療科との 連携強化
		11床 46.2%	9床 46.7%	9床 49.6%	56.1%	59.8%	66.1%		

第5次中期経営計画 マネジメントシート（R4～R6）

部 門 名		こころの医療センター										
部門の方針・重点事項		心身をつなぐコミュニティ医療の連携拠点として、総合病院精神科近未来を志向する										
指 標		R1	R2	R3	R4		R5		R6		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	目標値 実績値	目標値 実績値			
1	新入院患者数				470人		450人		627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大幅増加	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
		459人	428人	471人	482人		450人		664人			
2	平均在院日数				95.0日		90.0日		68.2日		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・効率化で平均在院日数の大幅減少	高機能3＋重度難治性1の4病棟化に伴う地域包括的な多職種・多部署間の連携強化とチーム医療の質の向上
		112.9日	110.3日	100.0日	94.4日		83.2日		72.9日			
3	病床利用率 (保護病床除く)				176床 83.5%		176床 83.5%		162床 90.0%		R6年度に12床の病床削減。高機能分化4病棟と訪問・デイケア等駆使した地域包括的急性期医療の強化で利用率増加	高機能3＋重度難治性1の4病棟化に伴う地域包括的な多職種・多部署間の連携強化とチーム医療の質の向上
		176床 83.5%	176床 77.3%	176床 76.9%	176床 73.4%		176床 83.5%		162床 84.7%			
4	入院単価				26,000円		26,500円		30,000円		新東2病棟への精神科救急合併症入院料適用で入院単価向上	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）
		24,783円	25,173円	25,642円	27,769円		29,850円		30,977円			
5	外来患者数				120.0人		120.0人		125.0人		高機能分化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
		120.1人	115.4人	116.8人	117.7人		115.9人		113.6人			
6	外来単価				8,800円		8,900円		9,000円		退院早期の重度難治性患者（クロザピンや措置症例など）の当科外来フォロー徹底や救急患者精神科継続支援料算定	包括的支援マネジメント（ICM）に基づく救急急性期入院時から退院に向けた切れ目のない地域包括的医療・福祉体制の強化
		8,764円	8,361円	8,711円	8,512円		7,836円		8,464円			
7	在院3か月以内の退院患者数				414人		388人		555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
		406人	395人	406人	418人		438人		567人			
8	退院後3か月以内の再入院患者数				36人		36人		36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
		24人	31人	39人	29人		26人		46人			
9	訪問看護延件数				2,740件		2,850件		3,000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動4台の確保	コロナ禍で孤立化し自宅に引きこもりがちな患者の地域生活を支えるライフライン的なアウトリーチ機能を死守
		3,076件	2,600件	2,661件	2,634件		2,893件		3,402件			
10	作業・理学・言語聴覚療法件数				13,000件		13,000件		16,000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。R6年度にリハ技師1名増員予定	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
		10,109件	11,336件	13,306件	10,259件		12,305件		16,488件			
11	デイケア科 一日平均通所者数				30.0人		31.0人		32.0人		マインドフルネスや疾患教育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
		21.4人	27.3人	28.7人	31.6人		30.5人		26.1人			
12	心理検査・心理療法 延人数				3,500人		3,300人		4,300人		重症子どものこころ（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。R6年度に心理士2名増員予定	治療方針検討のため、本人の特性（知的能力、発達の違い、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
		2,228人	2,956人	3,416人	3,822人		2,862人		3,659人			
13	入院社会復帰等に関する相談・援助件数				23,000件		23,500件		28,000件		R6年度の新東2病棟児童思春期ユニット開設に合わせてPSW2名増員。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
		20,210件	19,067件	22,566件	21,300件		26,626件		35,628件			
14	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				15件		15件		30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
		17件	10件	12件	12件		13件		10件			
15	1北救急病棟入院中の自殺未遂者に対する精神疾患診断治療初回加算の算定数				24件		30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
		6件	14件	10件	38件		32件		28件			

第5次中期経営計画 マネジメントシート（R4～R6）

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	R1	R2	R3	R4	R5	R6	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				4,790人	4,850人	4,900人	R4にR1と同水準まで受診者を回復 R6に過去最高値を目指すため段階的に目標値を上げる	ドック予約方法の改善 接遇向上によるリピーター維持 新規ドック受診者の発掘（広報活動）
	4,790人	2,186人	3,751人	4,325人	4,282人	4,428人		
2 ドックを契機としたがんの発見数				30件	32件	34件	R5にR1と同水準まで発見数を回復 R6に過去最高値を目指すため段階的に目標値を上げる	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
	32件	4件	26件	31件	25件	37件		
3 受診者満足度80%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「満足した。」以上の回答率80%以上を維持	接遇、待ち時間などの改善
	96.8%	96.6%	95.0%	96.5%	90.7%	97.0%		
4 内視鏡室治療実績				1,500件	1,550件	1,600件	R4にR1と同水準まで治療数を回復 R6に過去最高値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
	1,501件	1,097件	1,580件	1,500件	1,315件	1,412件		

第5次中期経営計画 マネジメントシート（R4～R6）

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		R1	R2	R3	R4	R5	R6	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				450件	500件	500件	R4にR1比▲5%、R5にR1比±0%まで復元	戦略的プロジェクトにより紹介患者を増やす
		501件	380件	391件	426件	423件	467件		
2	妊産婦緊急搬送入院加算				55件	55件	55件	R1～R3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
		44件	39件	55件	23件	39件	36件		
3	超・極低出生体重児の治療実績				20件	20件	20件	R1～R3実績と同水準を維持	〃
		15件	21件	15件	15件	14件	12件		
4	超低出生体重児の県全体における 当院の治療割合				60.0%	60.0%	60.0%	県内のNICUの病床数割合（県立9床(実稼働)：福大6床）をもとに60%を目標とする	〃
		38.5% (県立5名/県全体13人)	37.0% (県立10名/県全体27人)	50.0% (県立9名/県全体18人)	37.5% (県立6名/県全体16人)	33.3% (県立3名/県全体9人)			
5	開胸・頭・腹の手術件数				20件	20件	20件	R1～R3実績と同水準を維持	〃
		19件	17件	12件	19件	16件	16件		
6	MFICU病床利用率				6床 83.6%	6床 88.0%	6床 88.0%	R5以降は過去最高水準を目指す、R4は中間値を置く	地域連携により対象患者数を確保
		6床 87.7%	6床 64.7%	6床 72.6%	6床 58.8%	6床 71.6%	6床 77.5%		
7	NICU病床利用率				9床 83.6%	9床 88.0%	9床 88.0%	MFICUと同率を設定する	〃
		9床 89.0%	9床 80.9%	9床 72.2%	9床 77.7%	9床 78.2%	9床 84.6%		
8	GCU病床利用率				6床 39.0%	6床 50.0%	6床 50.0%	R5以降は3床/6床利用を想定、R4は中間値を置く	〃
		6床 38.5%	6床 31.1%	6床 35.8%	6床 41.8%	6床 39.4%	6床 41.4%		
9	GCU退院時薬剤管理指導件数				90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
		19件	19件	24件	75件	118件	109件		
10	疾患別リハの新患件数 (MFICU)				17件	19件	19件	R5にR1と同水準まで復元 R4は段階的な回復を目指す	カンファレンスを通じて他職種と連携して情報共有し介入を促していく
		19件	16件	15件	13件	26件	6件		
11	疾患別リハの新患件数 (NICU・GCU)				31件	35件	35件	R5にR1と同水準まで復元 R4は段階的な回復を目指す	カンファレンスを通じて他職種と連携して情報共有し介入を促していく
		35件	30件	27件	22件	20件	12件		
12	患者の食事満足度（嗜好調査）				60.0%	60.0%	60.0%	R1～R3平均を目標とする	栄養状態維持・改善のため、祝い膳等の食事に係る課題に対応
		50.3%	54.2%	71.6%	63.5%	52.8%	64.6%		

第5次中期経営計画 マネジメントシート (R4～R6)

部 門 名	薬剤部
-------	-----

部門の方針・重点事項	質の高い医療の実現のため、病棟に薬剤師を配置し、きめ細かな薬剤指導やチーム医療を通じた患者支援を行う。 また、後発医薬品を積極的に採用することにより薬剤費の節減を図る。
------------	---

指 標	R1	R2	R3	R4	R5	R6	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 薬剤管理指導件数	7,737件	5,166件	4,225件	5,000件 5,031件	7,500件 7,382件	10,000件 10,068件	病棟における薬剤管理指導の強化	R5～6に1名ずつ薬剤師を増員し、服薬指導の必要性が高い病棟に配置
2 後発医薬品の割合 (数量ベース)	89.9%	88.9%	90.0%	90.0% 91.3%	90.0% 93.2%	90.0% 93.5%	後発医薬品使用体制加算が「85%以上」から「90%以上」に引き上げられたことへの対応	オーソライズド・ジェネリック（AG）の採用迅速化 後発医薬品検討部会の適時開催
3 外来腫瘍化学療法診療料に係る連携充実加算件数	-	98件	443件	450件 463件	450件 428件	450件 422件	保険薬局等と連携し、がん患者に対するきめ細やかな指導管理を継続	がん医療センターへの薬剤師常駐
4 がん専門薬剤師	4名	3名	3名	3名 3名	3名 3名	5名 4名	がん医療センターへの出務シフト上、5名程度必要	資格取得に5年以上の実務経験と症例報告が必要であり、計画的に養成
5 治験等収益	47,826千円	76,584千円	21,024千円	40,000千円 32,088千円	45,000千円 44,599千円	45,000千円 26,427千円	治験業務の推進	医師への積極的な情報提供 治験事務局の体制強化

第5次中期経営計画 マネジメントシート（R4～R6）

部 門 名	看護部
-------	-----

部門の方針・重点事項	看護師個々が質の高い看護を実践するために、キャリアアップがはか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		R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	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				1,580件 1,599件	1,600件 1,757件	1,750件 1,753件	R3以降、R1以上の実績となっている。対象患者の確実な算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、予防ケアのチームでの周知。
2	スキンケア外来（外来/入院）（件数）				200件/600件 231件/643件	250件/650件 192件/610件	220件/630件 249件/662件	入院件数はR1実績まで回復。外来件数の増加を目指していく	医師・病棟看護師と連携し、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				0.57% 0.56%	0.56% 0.57%	0.56% 0.80%	入院患者の重症、高齢化の中、R4の実績値の維持を目指す	褥瘡ラウンドならびに褥瘡予防活動の継続。褥瘡発生時の早期対処。
4	糖尿病療養指導、糖尿病透析予防指導（件数）				440件 466件	460件 505件	505件 403件	R1は5日/週、R2からは、3日/週の実施。R1で152件/日実績で、週3日とした場合457件で回復	更なる増加を目指し糖尿病コアナースや有資格者を病棟と連携し活用。
5	摂食機能療法				350件 682件	680件 1,065件	1,065件 1,235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	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、介入件数を維持させる
6	リンパ浮腫指導管理料（外来/入院）				5件/50件 1件/30件	2件/50件 2件/49件	2件/50件 1件/61件	R1の実績値維持を目指し、外来2件、入院50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）				480件 960件	950件 926件	920件 870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・ゲノム看護を強化する	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）				130件 135件	140件 157件	160件 168件	令和3年度実績より毎年10件以上増加・R1実績値を目指す。	産後ケア外来との時間調整を行いながら助産師外来受診枠を拡大
9	精神科訪問看護総数（外来/入院）				2,640件/100件 2,551件/83件	2,750件/100件 2,794件/99件	2,900件/100件 3,402件/72件	外来患者の訪問看護は、R6にR1と同水準まで復元する	新型コロナウイルス感染防止対策を行い、地域と連携しながら実施。3ヶ月以内の再入院患者の減少を図る

第5次中期経営計画 マネジメントシート（R4～R6）

部 門 名	看護部
-------	-----

部門の方針・重点事項	看護師個々が質の高い看護を実践するために、キャリアアップがはか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		R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	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		
10	安全管理ラウンド				11回	11回	14回	安全パトロールの実施（1回/月）安全部会パトロール（2回/年）を目指す	転倒転落ラウンド、安全パトロールにて、リスク回避に努める
		3回	3回	11回	10回	14回	14回		
11	専門／認定看護師総数				3名/26名＋（受講生2名、審査は令和5年度）	3名/27名	3名/30名	3名/年の認定看護師を養成していく	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。
		4名／27名	4名/25名	4名/25名	3名/24名	3名/25名	3名/28名		
12	年間コアナース育成数				5名	5名	5名	R5は2分野で実施。R6は4分野実施し育成する	コアナース養成研修を計画し質向上を図る
		0名	8名	8名	4名	7名	15名		
13	特定看護師育成数				受講生1名（審査は令和5年度）	0名	3名	R5認定看護師（B課程：特定行為研修含む）2名、特定行為研修1名受講、R6資格取得予定	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
		-	-	2名	0	3名	3名		
14	特定行為件数				313件	690件	1,200件	R4実績、ならびに対象患者想定数より設定。R6は特定行為看護師数増加より設定	ICU入室中の患者への介入および院内の人工呼吸管理患者の把握。呼吸器管理医師との連携強化
		-	-	154件	788件	1,024件	936件		
15	看護必要度基準の達成 7対1入院基本料				35.0%	35.0%	基準①20% 基準②27% 基準①25.6% 基準②36.4%	必要度基準変更、引き続き患者割合の維持を目指す。	精度の高い看護必要度評価 適正な評価の継続ができるよう運営、データの管理。
		35.7%	38.4%	39.1%	32.3%	31.7%			
16	超過勤務時間数 看護師 （平均／月）				2.8 h	3.3 h	2.25 h	R5に対前年△10%、以降毎年度△10%を目指す	時間管理の意識付け、PNS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、バイタル連携システムの活用
		3.6 h	2.9 h	3.1 h	3.7 h	2.5 h	2.3 h		
17	接遇研修の実施回数				4回	4回	5回	R4実績維持を目指す	新規採用職員を対象とした接遇研修を1回実施。eラーニングによる研修を2項目実施。
		4回	4回	4回	4回	5回	4回		
18	身体的拘束患者割合						13.0%	R3～R5年度の平均値を下回る	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。
				12.1%	12.7%	14.6%	12.7%		

第5次中期経営計画 マネジメントシート（R4～R6）

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		R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	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）				85.0% 11,515件/13,548件	95.0% 14,267件/15,018件	95.0% 14,267件/15,018件	R4年度に上気道系検体（喀痰含む全て）の内製化を完了。R5年度以降この体制を維持する。	・技術習得研修受講による人材育成 ・質量分析装置の導入による更なる結果報告時間の短縮
		75.4% 12,669件/16,804件	78.2% 10,080件/12,886件	80.9% 10,965件/13,548件	88.1% 13,271件/15,018件	94.8% 14,442件/15,242件	94.6% 13,946件/14,741件		
2	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	6件	R4年度から遺伝子検査担当者の育成強化を図る。R6は院内実施項目増を目指す。	遺伝子検査担当者育成のための技術習得研修受講と、確実な技術の習得
		5件	5件	5件	5件	5件	5件		
3	心臓カテーテル検査補助件数				1,040件	1,065件	1,115件	前年の50件の増加を目指す。	カテーテル検査補助者の育成強化
		857件	911件	990件	1,015件	1,014件	829件		
4	大至急輸血実施件数				45件	45件	45件	R1の実績値を維持する。	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
		45件	42件	43件	35件	30件	42件		
5	赤血球製剤の廃棄率 （RBC廃棄数/RBC使用数）				0.35%	0.35%	0.35%	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
		0.24%	0.29%	0.03%	0.32%	0.15%	0.13%		
6	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	99.7点	99.7点	過去3年間の平均点（99.7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
		99.6点	99.8点	99.6点	99.7点	99.5点	99.5点		
7	検査技師のスキルアップ 年間の認定資格取得者数				4名	5名	6名	コロナ禍の影響を考慮し、R4はR3と同数、R5・R6と一名ずつの増加を目指す	研修会・学会への参加を推奨し、自己研鑽に励む
		7名	0名	4名	1名	14名	4名		

第5次中期経営計画 マネジメントシート（R4～R6）

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		R1	R2	R3	R4	R5	R6	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)	296人(103件)	292人(169件)	301人(188件)	300人(160件) 319人(214件)	300人(160件) 306人(158件)	300人(160件) 304人(166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	1,795件	1,658件	1,642件	1,680件 1,660件	1,720件 1,709件	1,760件 1,708件	CTを中心に年間40件程度増加し令和元年の水準を目指す	新型装置の更新、PR紹介患者数確保の強化
3	ハイブリッド手術室件数	175件	161件	171件	175件 203件	200件 230件	230件 195件	R1と同水準を見込む、計画期間中にTAVIの開始を目指す（R6に20件を想定）	関係部門の連携、TAVI施設基準の取得
4	認定資格の取得推進	1名	1名	1名	2名 2名	2名 3名	3名 7名	年に2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	7件	1件	1件	4件 4件	4件 7件	6件 3件	年に学会等発表3件、論文投稿1件を目標とする	研修会・学会への参加促進
6	放射線室主催の勉強会	0回	12回	12回	18回 25回	24回 20回	26回 24回	月1回の勉強会と新たに読影の補助に関する事、最新装置の勉強会など企画	勉強会への参加促進

第5次中期経営計画 マネジメントシート（R4～R6）

部 門 名	リハビリテーション室
-------	------------

部門の方針・重点事項	高度急性期医療でのリハビリテーションチーム医療の推進
------------	----------------------------

指 標		R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	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	疾患別リハ件数				140,000件	140,000件	127,500件	R3年度疾患別リハビリ実績水準の維持を目指す。	入院早期よりリハビリを開始、早期離床・早期退院につなげる。
		136,487件	116,012件	140,326件	125,096件	120,759件	121,511件		
2	中央医療センター 疾患別リハ件数				127,000件	127,000件	115,000件		
		126,378件	104,676件	127,020件	114,837件	114,695件	105,023件	R6年度から新設の救急合併症病棟で3,000単位増を目指す。	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。
3	こころ医療センター 疾患別リハ件数				13,000件	13,000件	12,500件		
		10,109件	11,336件	13,306件	10,259件	12,305件	16,488件		
4	早期離床・リハビリ加算件数				1,000件	3,000件	5,000件	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、4,000件増を目指す。	HCU・救命救急病棟でチームを立ち上げ、医師・看護師・リハビリで加算体制を構築する。
		916件	457件	511件	2,688件	5,587件	5,565件		
5	多職種で行われる病棟カンファレンスの実施件数				780件	800件	835件		
		740件	647件	758件	1,038件	1,147件	1,519件	全病棟での定期的カンファレンス実施を進め、R3年度実績の10%増を目指す。	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。
6	リハビリ実施計画書の作成件数				6,200件	6,600件	6,600件		
		6,602件	5,458件	5,859件	6,769件	6,869件	6,904件		
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の新規受講数				6名	6名	6名	がんリハ4名、心大血管リハ1名、呼吸器リハ1名の診療報酬算定要件研修会の受講を進める。	計画的な研修会受講を進め、各疾患別リハビリの質向上に努める。
		6名	6名	6名	8名	6名	6名		
8	リハビリ場面でのインシデント報告件数				175件	180件	185件		
		122件	137件	170件	168件	187件	193件	R3年度実績の10%増を目指す。	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。

第5次中期経営計画 マネジメントシート（R4～R6）

部 門 名	臨床工学技術室
-------	---------

部門の方針・重点事項	チーム力を結集し、幅広い分野で業務を行う。特に高度急性期医療に貢献する。
------------	--------------------------------------

指 標		R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	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	血液浄化総件数				7,800件	6,300件	6,500件	急性期の血液浄化に対応する	他院からの紹介患者の受け入れと、新規導入患者の対応
		8,909件	7,839件	7,439件	6,957件	6,254件	6,398件		
2	特殊透析件数				270件	280件	290件	適応疾患の拡大に伴い、増加が予測される	緊急患者の受け入れ
		276件	261件	268件	238件	318件	210件		
3	ペースメーカー アブレーション件数				580件	610件	640件	R6にR2の実績値（過去最高件数）を超えることを目標とする	心臓血管外科、循環器内科からのオーダーに対応する
		529件	630件	553件	619件	661件	634件		
4	高気圧酸素治療件数				140件	190件	230件	R6にR2の実績値（過去最高件数）を超えることを目標とする	救急、脳外、歯科等の患者の対応
		128件	230件	89件	154件	65件	134件		
5	手術室立会総件数				950件	970件	990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	対応職員の増員
		256件	834件	933件	1,113件	1,195件	1,213件		
6	ロボット手術（Da Vinci, ROSA）立会件数				115件	175件	180件	R6にフル稼働を目標	すべてのロボット手術の立会
		-	-	17件	154件	192件	193件		

第5次中期経営計画 マネジメントシート（R4～R6）

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		R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	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	10,112件	8,523件	10,038件	10,000件 9,295件	10,000件 9,364件	10,100件 13,405件	R6にR1と同水準を目指す	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	2,904件	3,094件	2,917件	3,000件 2,652件	3,000件 2,572件	3,100件 2,681件	R6にR2と同水準を目指す	病棟毎に主治医へのオーダ依頼 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	42件（1月～常駐）	256件	230件	240件 256件	240件 244件	260件 298件	R6にR2と同水準を目指す	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	135件	110件	94件	120件 121件	120件 90件	140件 151件	R6にR1と同水準を目指す	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	-	-	-	算定 4件	60件 79件	100件 121件	R4算定開始し以降増加を目指す	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	-	-	-	-	-	算定 R7.4月～算定	R6算定開始を目指す	ICU・HCU・救急病床の患者に対する栄養管理体制の整備と実施
7	栄養情報提供加算件数（R6.6.1～）栄養情報連携料	-	114件	104件	120件 122件	120件 98件	120件 321件	毎年度R2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	1,248件	1,066件	1,096件	1,100件 1,128件	1,100件 1,149件	1,100件 1,124件	毎年度R3同水準を目指す	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	36.9%	37.6%	32.4%	34.0% 31.6%	34.0% 30.9%	34.0% 32.1%	R6にR1と同水準を目指す	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依頼
10	委託業者責任者との会議開催数（給食委託業務の適正な運営）	50回	51回	49回	50回 51回	50回 49回	50回 49回	毎年度R1同水準を目指す	委託業務の適正な実施に向け現状確認しインシデント等課題に対応
11	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	56.4%	56.4%	58.4%	56.5% 51.4%	56.5% 58.6%	56.5% 55.1%	毎年度R1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5次中期経営計画 マネジメントシート（R4～R6）

部 門 名	医療情報管理室
-------	---------

部門の方針・重点事項	カルテが質の高い臨床を支援し、その医療情報が病院運営の基盤となるよう適切に管理する
------------	---

指 標		R1	R2	R3	R4	R5	R6	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	診療密度の維持向上				2,660.00 2,615.75	2,680.00 2,636.74	2,700.00 2,698	DPC特定病院群の実績値を上回る 水準	入院期間の短縮(特に術前) 診療データの欠落チェック
2	機能評価係数Ⅱの維持向上					0.1318(特定病院)	0.1318(特定病院)	特定病院群TOP10の水準を目指す	常時入院期間Ⅱ以内退院率71%以上 の状態を維持する
		0.1315(特定病院)	0.1356(標準病院)	0.1356(標準病院)	0.1309(特定病院)	0.1318(特定病院)	0.1068(特定病院)		
3	科別ヒアリング開催回数				7回 0回	10回 0回	10回 0回	2～3年で全診療科開催	科別に課題把握 データを見える化
		-	-	1回					
4	診療情報管理士正規職員数				4名 4名	6名 3名	8名 3名	1～2名/年 委託から正規職員へ の切り替え	外部からの職員採用 院内職員の配置転換
		2名	2名	3名					

第5次中期経営計画 マネジメントシート（R4～R6）

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		R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	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	3 b以上のアクシデント件数				6件	5件	4件	R1～3年度実績平均数（7件）から毎年度1件ずつ減少を目指す	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
		6件	11件	4件	26件	12件	12件		
2	転倒・転落レベル2以上の発生率				1.15‰	1.15‰	1.15‰	R3年度実績から0.02%の減少維持を目指す	マニュアルの遵守、転倒転落予防ラウンド
		1.3‰	1.17‰	1.17‰	2.11‰	0.90‰	1.22‰		
3	肺血栓塞栓症予防管理実施数/発症リスクレベル「中」以上手術件数				97.0%	97.0%	97.0%	R1～3年度実績平均数（97.1%）の同水準の維持を目指す	マニュアルの遵守、フットポンプの各病棟定数配置
		96.4%	97.8%	97.1%	97.1%	97.8%	98.0%		
4	コードブルー発動件数				20件	18件	16件	R3年度実績から毎年度約10%ずつの減少を目指す	RRS・RRT始動、RRSに関する職員教育
		15件	24件	23件	19件	25件	19件		
5	SUB ICNの認定者数					67人	94人	R4年度実績から毎年20人ずつの増員を目指す	1年を通した研修会・修了試験実施、任命書・専用バッジの贈与
					47人	74人	103人		
6	術前抗菌薬1時間以内投与率				94.0%	95.0%	96.0%	R3年度実績から1.0%ずつ遵守率向上を目指す	各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
			93.7%	96.6%	94.7%	96.5%	96.2%		
7	敗血症/中心静脈注射症例数				4.0%	3.5%	3.0%	R3年度実績から毎年度約0.5%ずつの減少を目指す	マニュアルの遵守、ICTによる進捗管理および指導
		5.9%	7.6%	4.6%	6.7%	3.23%	2.61%		
8	肺炎/人工呼吸症例数				5.0%	4.5%	4.0%	R3年度実績から毎年度約0.5%ずつの減少を目指す	マニュアルの遵守、ICTによる進捗管理および指導
		6.2%	8.0%	5.7%	6.4%	5.30%	6.90%		
9	尿路感染/膀胱留置カテ使用症例数				0.8%	0.8%	0.8%	R4年度はR3年度実績と同水準、R5年度以降同水準維持を目指す	マニュアルの遵守、ICTによる進捗管理および指導
		1.7%	1.1%	0.8%	0.8%	0.92%	0.71%		

第5次中期経営計画 マネジメントシート（R4～R6）

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		R1	R2	R3	R4	R5	R6	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	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
		10人	5人	11人	11人	10人	7人		
2	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
		7人	5人	7人	8人	11人	8人		
3	時間外労働960時間超の医師数				0人	0人	0人	R4に全医師960時間以内を目指す	医師労働時間短縮計画の策定、タスクシフト・シェアの推進
		13人	4人	3人	0人	0人	0人		
4	超過勤務時間数 病院計 (平均/月)				11.2 h	10.7 h	10.1 h	R4に対前年△10%、以降毎年度 △5%	働き方改革の推進、人員の確保
		11.9 h	11.4 h	12.5 h	13.8 h	12.6 h	12.7 h		
4	超過勤務時間数 医師 (平均/月)				40.1 h	38.1 h	36.2 h	同上	医師労働時間短縮計画の策定、タスクシフト・シェアの推進
		43.0 h	42.4 h	44.5 h	46.7 h	46.2 h	45.3 h		
4	超過勤務時間数 看護師 (平均/月)				2.8 h	2.7 h	2.6 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
		3.6 h	2.9 h	3.1 h	3.7 h	2.6 h	2.3 h		
4	超過勤務時間数 上記以外 (平均/月)				11.9 h	11.3 h	10.7 h	同上	
		12.5 h	11.7 h	13.2 h	15.2 h	13.7 h	13.6 h		
5	年休の取得促進 年休取得日数 平均/年				10.5日	11.0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
		6.1日	8.6日	10.1日	7.6日	8.5日	9.3日		
6	薬品の原価率				83.8%	85.5%	85.0%	R6にベンチマークシステムで同規模病院のR3最低値とR3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
		88.3%	84.0%	84.1%	85.9%	87.3%	88.1%		
7	診療材料の原価率				88.5%	88.7%	87.4%	同上	同上
		89.8%	89.3%	89.2%	89.9%	90.6%	92.3%		

第5次中期経営計画 マネジメントシート（R4～R6）

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、診療報酬に係る専門性の向上
------------	-----------------------------

指 標		R1	R2	R3	R4	R5	R6	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				0.30%	0.30%	0.30%	R3年度実績から0.02%の減少維持を目指す	新たなレセプトチェックシステムの効果的な活用により減点を削減する。
		0.33%	0.32%	0.32%	0.34%	0.40%	0.44%		
2	返戻割合 ※毎月の返戻の返戻金額合計÷ 毎月の調定額（当月＋過月）				6.00%	5.50%	6.00%	R6にR1と同水準までの返戻割合を目指す	新たなレセプトチェックシステムの効果的な活用により不備・誤りによる返戻を削減するとともに、返戻理由を分析し適切な対策を講じる。
		6.00%	6.90%	6.40%	6.40%	6.80%	5.80%		

第5次中期経営計画 マネジメントシート（R4～R6）

部 門 名	入退院支援センター
-------	-----------

部門の方針・重点事項	人員体制を強化することによりさらなるサービスの向上を図り、地域の医療機関との一層の連携を強化して、紹介患者の増加を図る
------------	---

指 標		R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	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	紹介患者数				13,500人	14,000人	16,000人	R5にR1実績と同水準まで復元	紹介患者の受け入れについて、迅速かつ正確な予約対応に努める
		14,112人	11,637人	12,649人	13,546人	15,916人	15,718人		
2	逆紹介患者数				21,283件 +外来再診患者逆紹介	22,403件 +外来再診患者逆紹介	22,000件	R5にR1実績と同水準まで復元させ、さらに診療密度の低い再診患者の逆紹介を促す	各種報告書の書き方に関する研修を開催し、地域の医療機関等と情報共有に努める システム導入を検討
		22,403件	18,992件	19,921件	19,991件	19,780件	19,921件		
3	入退院支援加算の算定数				7,200件	6000件	6600件	R5より入退院支援加算Ⅲ算定追加 退院患者の50%を目指す	退院支援看護師、MSWおよび病棟看護師の連携協働に退院支援の促進 算定対象の見直し
		9,329件	6,135件	6,075件	5,056件	5,752件	9,397件		
4	入院前支援件数				-	3,500件	3,500件	バス使用の予定入院患者を対象 (R5：一部稼働、R6：本稼働)	運用、マニュアル、バスの整備 R6.8月より相談個室使用し本稼働
		-	-	-	-	501件	2,127件		
5	退院時共同指導料2の算定数				125件	40件	40件	算定要件に応じた算定とする	web会議システムを活用した退院前にかつら導入、地域の医療関係者等との連携強化を図るための訪問活動
		122件	70件	17件	20件	19件	32件		
6	介護支援連携指導料の算定数				700件	200件	250件	R元年とは算定要件変更	web会議システムを活用した地域のケアマネジャーとの連携強化を図る
		701件	294件	113件	151件	199件	192件		
7	医療相談件数・ 中央医療センター				15,000件	15,000件	17,000件	R1実績まで回復しR6に最高値を目指す R6年度MSW増員	DPC期間内の退院が進められるように院内スタッフと連携し、退院調整に努める 転院調整システムの活用
		15,391件	14,668件	14,759件	20,070件	19,943件	20,676件		
8	医療相談件数・ こころの医療センター				23,000件	23,500件	29,000件	R3実績を維持し、精神科再編に向けてR6年度PSW増員による相談件数の最高値を目指す	相談対応を迅速に行い、相談の質の向上を図る
		20,210件	19,067件	24,258件	22,384件	28,549件	36,545件		