

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)

令和 7 年 7 月

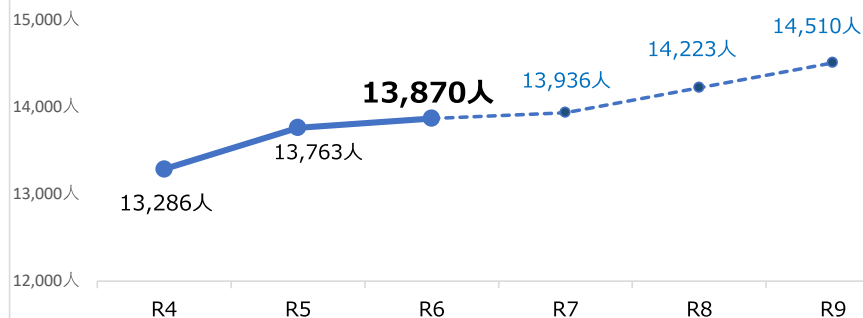
目 次

I	主な経営指標.....	1
II	各部門マネジメントシート(R7～R9).....	5
	中央医療センター	6
	がん医療センター	7
	陽子線がん治療センター	8
	救命救急センター	9
	こころの医療センター	10
	健康診断センター	11
	母子医療センター	12
	入退院支援センター	13
	薬剤部	14
	看護部	15
	検査室	17
	放射線室	18
	リハビリテーション室	19
	臨床工学技術室	20
	栄養管理室	21
	医療情報管理室	22
	医療安全管理室	23
	経営管理課	24
	医療サービス課	25

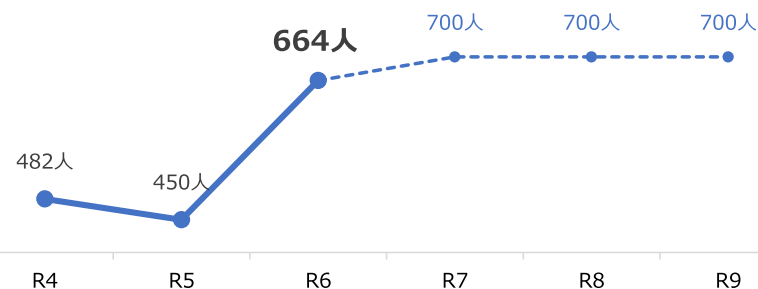
I 第6次中期経営計画 マネジメントシート（R7～R9） 主な経営指標

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。

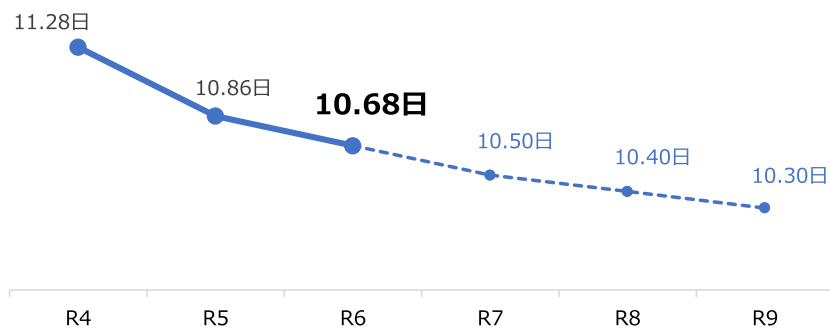
新入院患者数（中央医療センター）



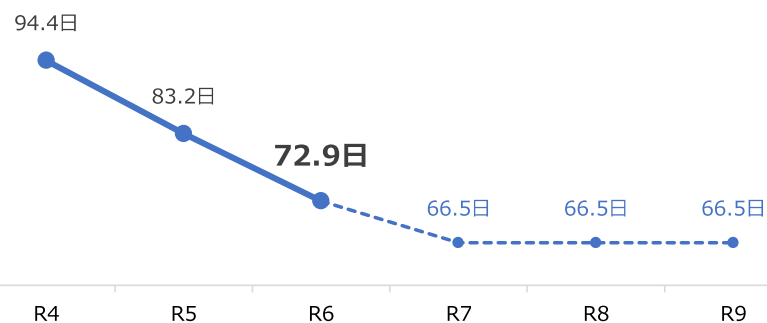
新入院患者数（こころの医療センター）



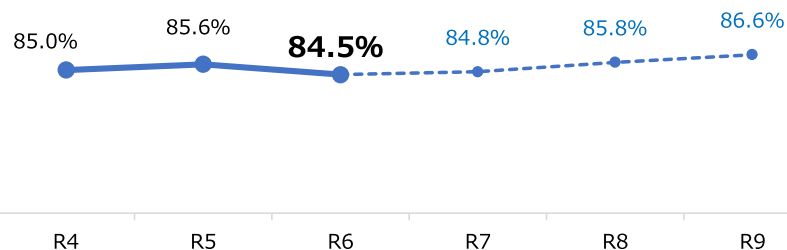
平均在院日数（DPC対象病棟）



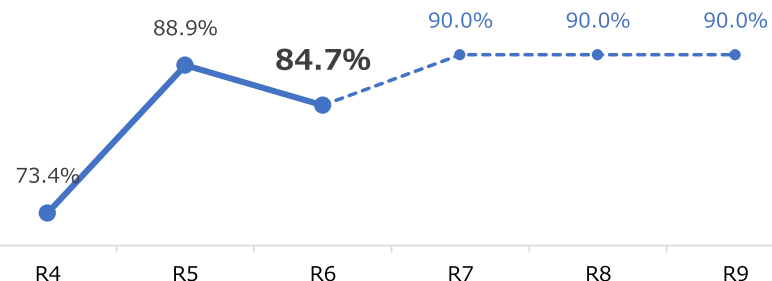
平均在院日数（こころの医療センター）



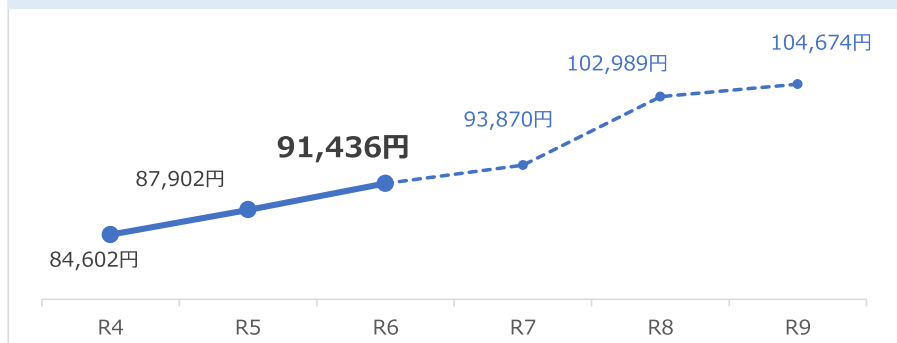
病床利用率(中央医療センター)



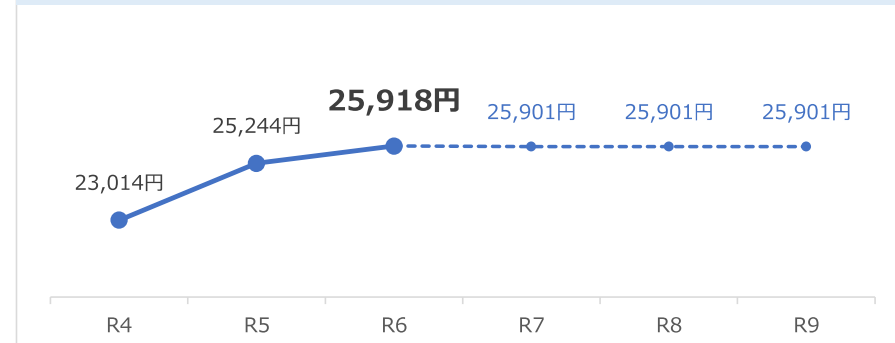
病床利用率（こころの医療センター）



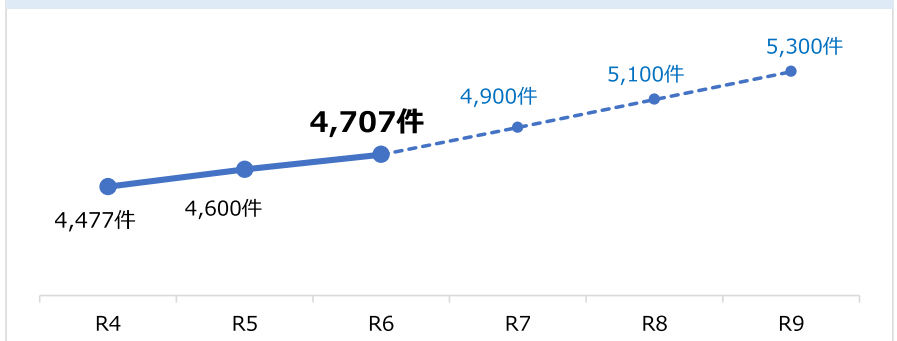
入院単価（DPC対象病棟）



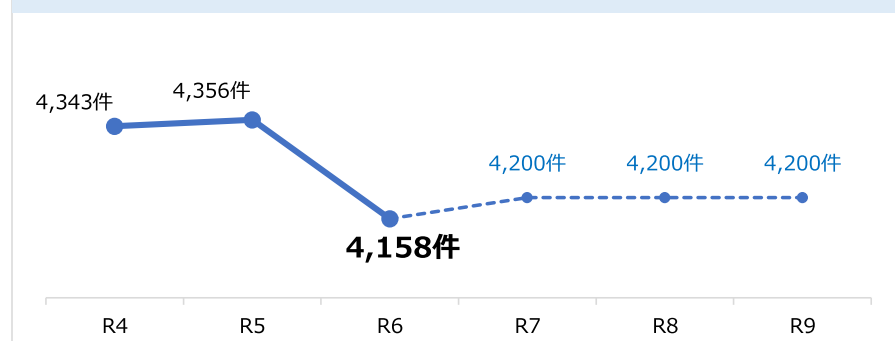
外来単価（中央医療C）



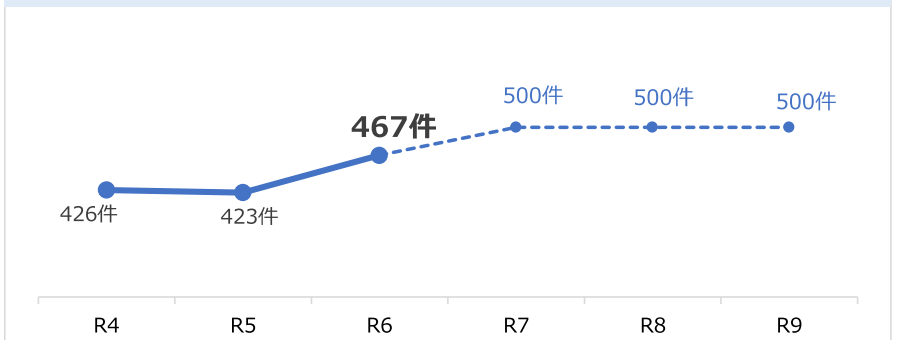
手術件数（手術室、精神科を除く）

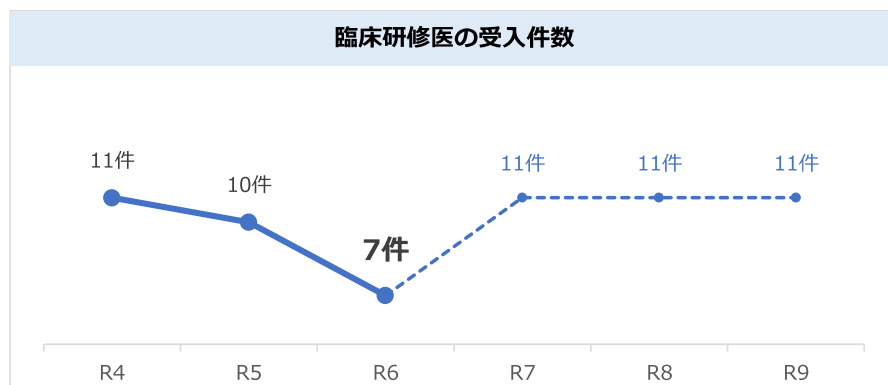
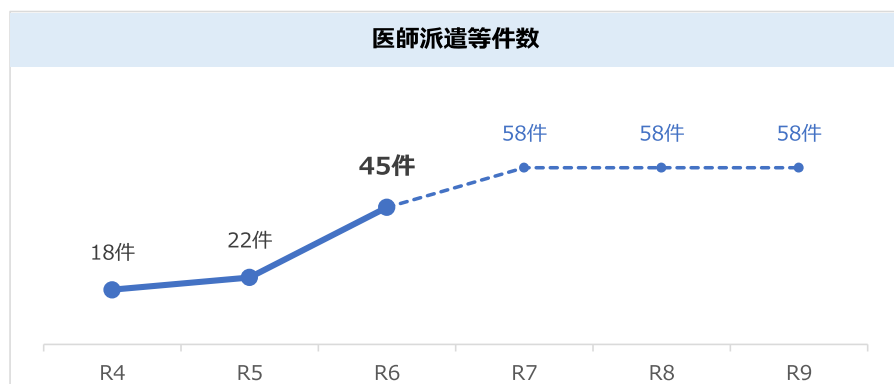
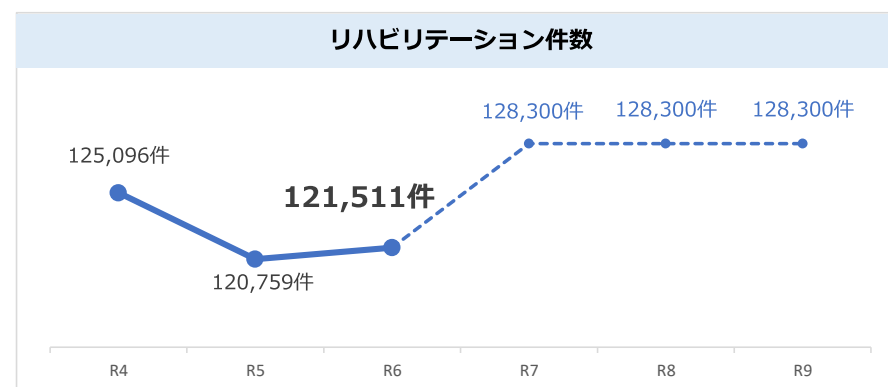
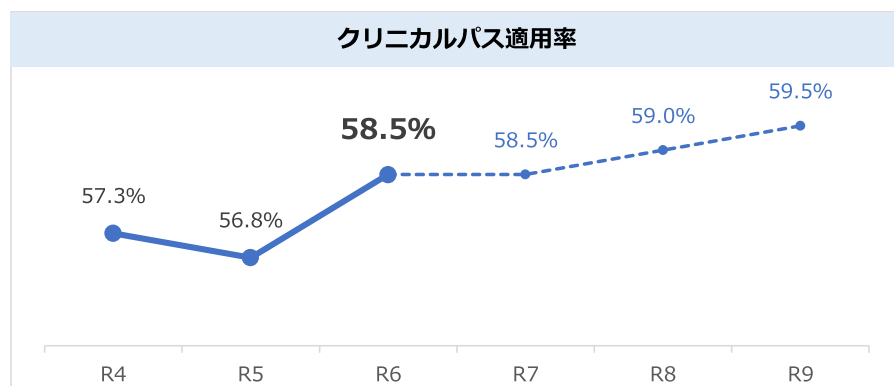
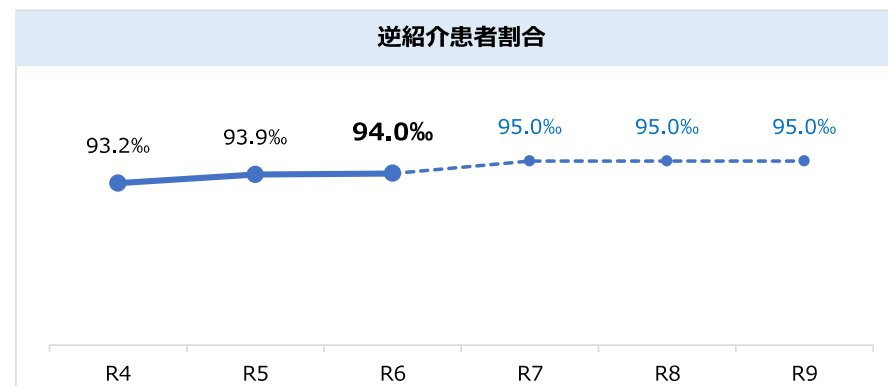
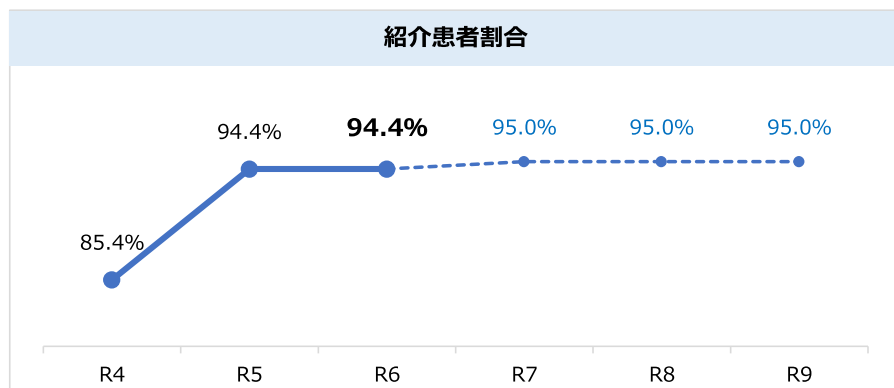


救急車受入件数

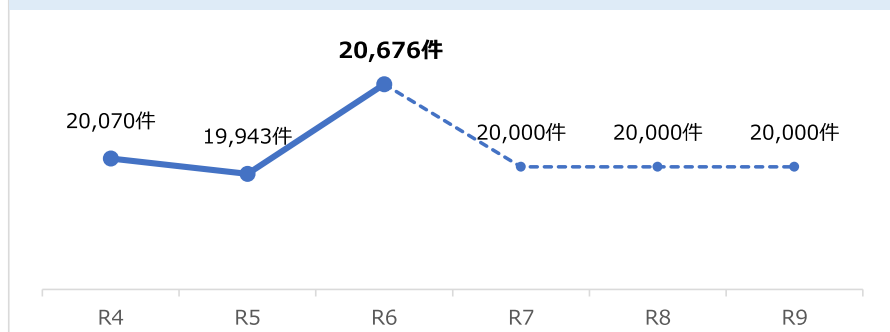


分娩件数

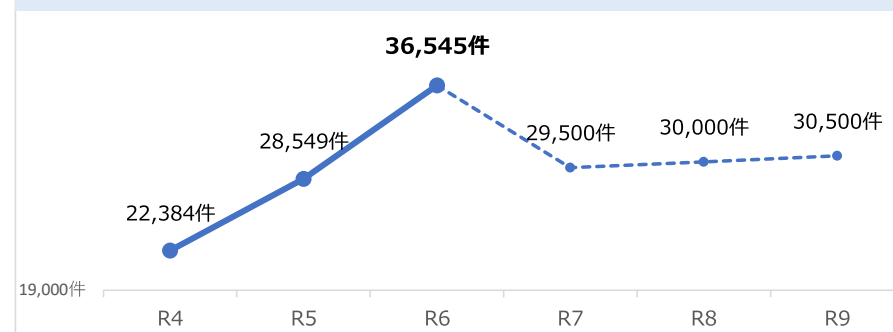




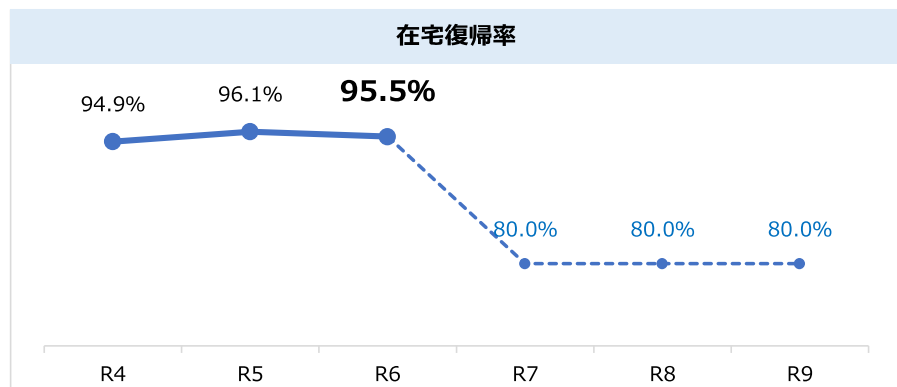
健康・医療相談件数（中央医療センター）



健康・医療相談件数（こころの医療センター）



在宅復帰率



Ⅱ 各部門マネジメントシート（R7～R9）

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 実績値	R5 実績値	R6 実績値	R7 目標値 実績値	R8 目標値 実績値	R9 目標値 実績値	目標値の考え方	目標達成のための取組
1	新入院患者数（中央医療C）	13,286人	13,763人	13,870人	13,936人	14,223人	14,510人	R7にR1比△3%、R8にR1比△1%、R9年度にR1比+1%を目指す	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	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	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	10.40日	10.30日	近年の毎月実績を踏まえ、R9に10.30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 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 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 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 62.4%	53床 62.2%		
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 76.2%	18床 76.4%	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
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	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	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	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）				1,650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
		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）				800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
		773件	769件	730件					
3	がんゲノム外来患者数 （実人数）				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
		41人	35人	43人					
4	外来化学療法患者数（延べ）				5,800人	5,800人	5,800人	新規抗治療の普及、適応拡大によりR6が最多となったが、人口動態を視野にR4を水準とし維持する	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
		5,827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	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
		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、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
		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	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
		214件	158件	166件					
8	がん相談支援件数（延べ）				4,600件	4,600件	4,600件	R6までの目標を達成できおり、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
		3,575件	3,792件	4,674件					
9	苦痛緩和等の相談件数（延べ）				1,700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
		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）				90%	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
		87%	90%	91%					

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	300人	300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	100人	100人		
3	乳がん臨床試験	2人	0人	1人	第Ⅱ相試験に到達			R 3 年度×1.5	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	12件	12件		

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	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	5,550	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%	29.2%	30.0%				
4	救急搬送数（救急車・ヘリ）	4,516	4,521	4,302	4,510	4,510	4,510	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	2,620	2,720				
6	救急搬送の入院割合（救急車・ヘリ）	50.9%	55.4%	54.5%	55.9%	58.1%	60.3%				
7	救急車受入件数	4,343	4,356	4,158	4,350	4,350	4,350	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	2,500	2,600				
9	ドクターヘリ搬送数（当院）	173	165	144	160	160	160				
10	ドクターヘリからの入院患者数	138	127	95	120	120	120	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		
11	連携搬送数	-	-	85	200	200	200				
12	1北病棟病床利用率	56.1%	59.8%	66.1%	9床 60.0%	9床 60.0%	9床 60.0%				

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		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				680人	680人	680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
		482人	450人	664人					
2	中央からの転入数				100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、精神病床への転棟が必要な重症患者への早期介入
		64人	71人	97人					
3	病床利用率 （保護病床除く）				162床 90.0%	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
		73.4%	83.5%	84.7%	162床	162床	162床		
4	入院単価				32,000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）
		27,769円	29,850円	30,977円					
5	外来患者数				120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
		117.7人	115.9人	113.6人					
6	退院後3ヶ月以内の 再入院患者数				50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
		28人	28人	46人					
7	訪問看護件数				3,500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。
		2,634件	2,893件	3,402件					
8	作業・理学・言語聴覚療法件数				16,500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
		10,259件	12,305件	16,488件					
9	デイケア科 一日平均通所者数				32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
		31.6人	30.5人	26.1人					
10	中央他科からのコンサルテーション（リエゾン）件数				1,800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
		1,068件	1,302件	1,588件					
11	心理検査・心理療法 延人数				3,800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
		3,822件	2,862件	3,659件					
12	入院社会復帰等に関する相談・援助件数				36,000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
		21,300件	26,626件	35,628件					
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				24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
		12件	13件	10件					
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				32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	4,600件	4,700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					
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					
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%					
4	内視鏡室治療実績				1,420	1,460	1,500	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					

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	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	35件	35件		
3	超・極低出生体重児の治療実績	15件	14件	12件	15件	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	5件	5件		
5	開胸・頭・腹の手術件数	19件	17件	12件	20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 75.0%	6床 75.0%		
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 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 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	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	95.0	95.0	R6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	95.0	95.0	R6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	5,058	5,752	9,397	9,600	9,700	9,800	退院患者の50%以上を目指す	新規患者の増加、取りこぼしをな くす
4 入院前支援件数		501	2,127	3,360	3,600	3,840	予定入院患者が安心できるように 丁寧な説明を目指す	適応バスの拡大、既存バスがある 予定入院を増やすために医師と調 整
5 退院時共同指導料2の算定数	18	19	32	35	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	200	210	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	1,200	1,200	R6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	20,000	20,000	R6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	30,000	30,500	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	58	58	58	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。御来 院診療の活用

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					
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	480件	500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					
3	後発医薬品の使用割合（数量ベース）				90.0%	90.0%	90.0%	後発医薬品使用体制加算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%					
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）への働きかけ、他SMOの追加検討により依頼案件の増加を図る ・医師への積極的な働きかけと情報提供を行う
		32,088千円	44,599千円	26,427千円					

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	1,750件	1,750件	R3年度以降、R1年度の実績値を超えている。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	240件/650件	240件/650件	入院の処置件数を維持する。外来での件数はR1年 度の実績値にもどせるよう対応を強化する	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%	0.70%	0.65%	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褥瘡予防対策を強化する	褥瘡ラウンドならびに褥瘡予防対策の強化
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	400件	400件	代謝科医師数減少により、対象患者の増加は見込 めず、R6実績値を継続とする	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	1,200件	1,200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）	1件/30件	2件/49件	1件/61件	2件/50件	2件/50件	2件/50件	医師数減少によりR6の実績値維持を目指し、外来2 件、入院50件を目指す	バスと連動させ、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	900件	900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元産後ケア外来を含む）	135件	157件	168件	180件	190件	200件	R3年度実績より毎年10件以上増加。今後も助 産師外来件数の増加を目指す	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	3,550件/110件	36,00件/120件	R1年以上の実績となっている。外来患者の訪問件 数の増加を目指す。	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、4台稼働を目指す
10	安全管理ラウンド	10回	14回	14回	14回	14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	ME機器の管理、転倒転落リスク回避、6 R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/30名	3名/32名	2名/年の認定看護師を養成していく（R8は認定1 名、特定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	6名	6名	R7は3分野（糖尿病・ごころ・がん）R8は2分野 （摂食嚥下・がん）R9は2分野（皮膚排泄・がん 性疼痛）予定。1分野3名で試算。	コアナース養成研修を計画的に企画し質向上を図 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	2名	2名	R6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、R7資格取得予定	認定看護師B過程の育成に加え、A過程の認定看護師に声をかける
14 特定行為件数	788件	1,024件	936件	1,100件	1,100件	1,100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	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①20% 基準②27%	基準①20% 基準②27%	必要度基準変更後も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、データの管理を行う
16 超過勤務時間数 看護師 （平均／月）	3.7h	2.5h	2.3h	2.2h	2.2h	2.2h	R7年度は、対前年度比△5%。以後は、R7年度水準を維持する。	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	選ばれる病院に向け回数を維持し接遇力向上を目指す	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%	9.7%	8.9%	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%	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%	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%	75.0%	80.0%	R 6.12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	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	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	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%	0.20%	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	99.6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	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	300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	1740件	1750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	新型装置の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	210件	210件	計画期間中にTAVIの開始を目指す	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	2名	3名	7名	3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	4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	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、早期から適切なリハビリを提供する。
		125,096	120,759	121,511					
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					
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					
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					
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					
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					
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					
8	リハビリ場面で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					

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					
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					
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					
4	手術室立会総件数				1,230件	1,250件	1,270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	担当技士の育成
		1,113件	1,195件	1,213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					
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					

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				13,400件	13,400件	13,400件	毎年度R6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
		9,295件	9,364件	13,405件					
2	栄養食事指導料算定件数				2,700件	2,800件	2,900件	R6水準以上の増加を目指す	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
		2,652件	2,572件	2,681件					
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				260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
		256件	244件	298件					
4	緩和ケア診療に係る個別栄養食事管理加算件数				140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
		121件	90件	151件					
5	周術期栄養管理実施加算件数				-	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
		4件	79件	121件					
6	早期栄養介入管理加算件数				500件	600件	800件	R7算定開始し以降増加を目指す	ICUの患者に対し早期に経腸栄養等の栄養管理を実施
		-	-	R7.4月～算定					
7	栄養情報連携料算定件数				320件	320件	320件	毎年度R6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
		122件	98件	321件					
8	栄養サポートチーム（NST）加算件数				1,100件	1,100件	1,100件	毎年度R6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
		1,128件	1,149件	1,124件					
9	特別食加算算定割合				32%	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
		31.6%	30.9%	32.1%					
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				55.0%	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
		51.4%	58.6%	55.1%					

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 実績値	R5 実績値	R6 実績値	R7 目標値 実績値	R8 目標値 実績値	R9 目標値 実績値	目標値の考え方	目標達成のための取組
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					
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	10	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
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 の数が、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
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
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%					

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				12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
		26件	12件	12件					
2	転倒・転落レベル2以上の発生率				1.41%	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（下肢の筋カトレーニング、リスク指導） 転倒転落予防ラウンド
		2.11%	0.90%	1.22%					
3	注射・内服レベル1以上の発生数				753件	677件	602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、検査カウンターの活用、安全ラウンドによるR指導強化
		684件	697件	877件					
4	コードブルー発動件数				21件	20件	19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
		19件	25件	19件					
5	抗菌薬適正使用に対する直接的支援介入件数				150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
				129件					
6	手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬の投与率				98%	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
				96%					
7	術後24/48時間以内の予防的抗菌薬投与停止率				50%	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
				44%					
8	SUBICNに対する実践型研修修了者人数				80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				74%	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
				73.20%					

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	85.9%	87.3%	88.1%	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
2 診療材料の原価率	89.9%	90.6%	92.3%	91.0%	89.9%	88.7%		
3 コピー用紙の使用量	32,701.60kg	32,049.20kg	33,234.70kg	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
4 照明のLED化	28.0%	36.6%	47.6%	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
5 エネルギー消費量	3380.5MJ	3326.6MJ	3396.0MJ	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
6 当院採用臨床研修医数	11人	10人	7人	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
7 当院採用専攻医数	8人	11人	8人	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 時間外労働 9 6 0 時間超の医師数	0人	0人	0人	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
9 超過勤務時間数 病院計 (平均/月)	13.8 h	12.6 h	12.7 h	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
10 超過勤務時間数 医師 (平均/月)	46.7 h	46.2 h	45.3 h	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
11 超過勤務時間数 看護師 (平均/月)	3.7 h	2.6 h	2.3 h	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
12 超過勤務時間数 上記以外 (平均/月)	15.2 h	13.7 h	13.6 h	13.0 h	12.4 h	11.8 h	同上	
13 年休の取得促進 年休取得日数 平均/年	7.6日	8.5日	9.3日	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

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				0.40%	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。	レセプトチェックシステムの活用および 病棟事務の集約による病名もれの減点や 誤算定を削減。
		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）				5.80%	5.80%	5.80%	過去3年での最小値であるR6実績 の維持を目指す。	返戻されたレセプトの返戻理由を分 析しチェック機能に反映させ、返戻 レセプトの増加を防止する。
		6.40%	6.80%	5.80%					
3	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				30%	50%	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。
		20%	20%	20%					