

平成30年度大崎市病院事業病院ビジョンの実績評価

1 点検・評価

大崎市病院事業病院ビジョンでは、年度ごとに評価・点検を実施し、令和2年度の目標達成に向けて改善を実施することとし、その評価・点検については、有識者や市民代表で構成された大崎市病院事業外部評価検討会議にて、客観的に行うものです。

2 行動計画（成果指標）の達成状況

(1) 本院 成果指標 97項目

区分	項目数
達成	67項目（69.1%）
未達成	30項目（30.9%）

(2) 鳴子温泉分院 成果指標 32項目

区分	項目数
達成	17項目（53.1%）
未達成	15項目（46.9%）

(3) 岩出山分院 成果指標 29項目

区分	項目数
達成	26項目（89.7%）
未達成	3項目（10.3%）

(4) 鹿島台分院 成果指標 32項目

区分	項目数
達成	20項目（62.5%）
未達成	12項目（37.5%）

(5) 田尻診療所 成果指標 15項目

区分	項目数
達成	7項目（46.7%）
未達成	8項目（53.3%）

(6) 健康管理センター 成果指標 12項目

区分	項目数
達成	11項目（91.7%）
未達成	1項目（8.3%）

1 本院 施設別行動計画別の実績 (大崎市病院事業病院ビジョン P36)

基本方針 1 市民に適切な医療の提供

重点施策 1 県北の期間病院としての医療の質向上と高度急性期医療の提供

ア 達成状況 (成果指標 12 項目中達成 10 項目 達成率 83.3%)

項目	成果指標	目標	実績	達成状況	取組内容
		A	B		
DPC 特定病院群の指定継続	外保連手術指数	14.08 以上	14.63	達成	毎月の状況を院内で情報共有している。 件数が多い手術のうち、外来にシフト可能なものについては各診療科の協力を得ることができている。
	内保連手術指数	124 症例以上	313 症例	達成	毎月の状況を院内で情報共有している。
急性期医療の提供	手術件数 (手術室)	5,400 件以上	5,441 件	達成	心臓血管外科の緊急手術の受入れ体制整備・教育の実施
	DPC 入院期間Ⅱ以内の退院割合	75%以上	72.7%	未達成	診療報酬改定による入院期間Ⅱが変更され、院内パスの見直しを行った。 職員に対し、クリニカルパス推進への理解と更なる協力をクリニカルパス委員会等より周知を行った。
	クリニカルパス使用割合	55%以上	54.6%	未達成	症例数が多い疾患のパス作成を診療部へ行った。
	リハビリテーション早期介入	70%以上	70.5%	達成	各診療科からリハビリ依頼後、リハ科医師より処方された翌日(週末の場合は翌週月曜日)からリハビリ開始できるよう取り組み実施した。
医療の質向上	病院機能評価認定継続	継続	継続	達成	平成 29 年 6 月に医療の質管理委員会を設置し、平成 31 年 3 月には認定から 3 年目に行われる期中の確認を行った。医療の質改善に対する意識向上に向け、今後は定期的委員会の開催や院内質改善活動確認体制の構築を行う。令和 2 年 1 月にサーベイヤーの派遣を受ける予定。
	ISO15189 の取得	認定	認定	達成	平成 30 年 10 月 24~26 日に認定審査を受審し、平成 31 年 1 月に認定を承認された。
	クリニカルパスにおけるバリエーション分析の実施	導入	導入	達成	上半期にバリエーションシステムを導入し、11 月より作業を開始した。 毎月、各部署の進捗状況を確認し、委員会等で報告を行った。

	身体抑制解除に向けたカンファレンス実施	導入	導入	達成	多職種カンファレンスの推進と実施した。 医師の身体抑制記録の簡便化を目的にワードパレットを作成した。 身体抑制に関する調査を実施した。
看護の 質向上	褥瘡予防院内発生率	0.07% 以下	0.07%	達成	褥瘡予防に使用する新しい物品とその使用方法を院内に周知した オムツ使用患者の皮膚トラブル予防策の検討し、院内へ周知した。 医原性褥瘡の原因と好発部位の周知を行った。 医原性褥瘡の予防的ケアの標準化を行い、勉強会の開催した 褥瘡予防に関する各部署での実践を評価し、委員を通じてフィードバックを行った。
	看護部入院患者満足度調査における看護の満足の割合	89.5% 以上	90.9%	達成	新規入職者を対象に接遇研修を実施した。 苦情や意見について取り上げ、各部署で話し合い再発防止につなげる取り組みを継続して行った。 必要時、上層部へ要望を伝達し、対応を依頼した。 各部署輪番で毎月のアンケート結果をポスターにし周知した。

イ 結果（評価）

DPC 特定病院群の要件でもある手術実施症例 1 件あたりの外保連手術指数及び特定内科診療対象件数については、手術指数の高い症例や重症度の高い症例を実施できる体制が整いつつあることもあり目標の達成となりました。当市のみならず県北全域の高次医療を担う当院の診療体制や医療の質、また、その取組みが全国的に評価されたと考えています。高次医療の提供や、医師をはじめ医療従事者の教育施設として、人材の育成を更に推し進めていきます。

今般の取り組みについては、引き続き今年度以降も目標を達成するべく、本院マネジメント会議等で情報共有を図りながら、継続的に実施していきます。

重点施策2 地域の医療機関との役割分担と連携の推進

ア 達成状況（成果指標8項目中達成4項目 達成率50.0%）

項目	成果指標	目標	実績	達成	取組内容
		A	B		
地域医療支援病院としての運営強化	紹介率	70%以上	76.5%	達成	平成30年10月1日より小児科外来に紹介制を導入した。導入にあたり、こどもサポート医を創設し、連携体制の構築を行った。医療機関訪問47箇所163回実施した。紹介の向上を図るため、登録医へのアンケートを実施した。
	逆紹介率	80%以上	87.7%	達成	診療科ヒアリングや各科との打合せの場において紹介・逆紹介等のフィードバックを行い、再来患者の適正化及び逆紹介の推進を実施した。
	地域医療研修会の開催（地域医療従事者含む）	23回	29回	達成	外部医療機関が参加可能な看護部研修会を開催した。こどもサポート医制度を開始し、小児医療研修会を開催した。
	うち看護師を対象とした研修会の開催	11回	11回	達成	外部医療機関が参加可能な看護部研修会を開催した。
外来業務の効率化	初診患者数の割合	10%以上	9.1%	未達成	小児科外来に紹介制を導入した。再診時選定療養費の導入を行った。患者サポートセンター受付における紹介先の選定の患者相談を行った。PET-CT検査の紹介件数増加を図るため、医療機関の訪問を行った。
	外来採血から検査結果報告までの時間の遵守率	目標時間達成80%以上	67%	未達成	毎月、前月の状況をミーティングで検査スタッフ全員に報告した。目標値を下回った場合は是正処置を実施し、その是正処置が有効な対策であったかを確認した。
	逆紹介件数	16,000件以上	15,826件	未達成	がん地域連携パスの見直しを行った。再診時選定療養費を導入した。
	外来診療待ち時間（平均）	25分以内	32分	未達成	医師・看護師と面談・協議を行い、受診内容により予約時間帯の変更等の運用を見直した。

イ 結果（評価）

地域医療支援病院としての運営強化については、小児科外来の紹介制に伴い、こどもサポート医の創設や地域の医療機関の医療従事者向け研修会を積極的に開催したことで、さらに地域との連携体制の充実を図った結果、全て

の目標を達成することができました。

外来業務の効率化については、紹介状なしの初診患者数が減少したため、初診患者数の割合が減少しました。また、医師と相談し、かかりつけ医への逆紹介を推進しましたが、目標値を達成することはできませんでした。診療科、診療日により、待ち時間や検査時間等に偏りがあるため、今年度も引き続き、逆紹介を積極的に行い、初診を受入れる体制の構築が必要です。

重点施策3 医療安全対策・感染対策の推進

ア 達成状況（成果指標5項目中達成4項目 達成率80.0%）

項目	成果指標	目標	実績	達成	取組内容
		A	B		
医療事故防止の推進	研修会の開催	10回以上	15回	達成	医療安全に関する研修会を年15回実施した。 前期・後期医療安全研修会は、外部講師を招聘し開催し、未受講者には、後日、バリテスによる受講も実施した。
	インシデントレポート提出件数・分析	2,300件以上	2,229件	未達成	アクシデントを未然に防ぎ、当院の医療安全活動に寄与したとして、インシデントレポート（Lv0）報告件数が最も多かった部署を表彰した。 職員に対し、インシデントレポートの提出を定期的に呼びかけた。医療安全管理室便り（3～4回/年）や医療安全レポート（毎月発行）で、院内周知を行うことで、インシデントレポート提出をするように定期的に呼びかけた。
院内感染防止の推進	研修会の開催	3回以上	39回	達成	感染対策研修会（全職員対象）6月と11月に開催し、さらには、部署ごとに研修会を行った。
	アウトブレイクの発生なし	達成	達成	達成	手指衛生キャンペーンを7月と12月に実施した。 マスク着用キャンペーンを12月、手指衛生遵守率調査（看護部）を3か月ごとに実施した。 インフルエンザ薬予防投与を行った。
	ウェブサイトを活用した情報発信の充実（流行性疾患の注意情報等）	実施	実施	達成	9月より週1回ウェブサイト到医院の感染症発生件数を掲載した。

イ 結果（評価）

インシデントレポートの提出を定期的に呼びかけていますが、研修医のレポート提出件数が低いこともあり、目標を達成することはできませんでした。

院内感染防止については、研修会の開催や呼びかけを積極的に実施し、アウトブレイクを発生させないように努めました。引き続き、院内感染防止に努めます。

重点施策4 チーム医療の推進

ア 達成状況（成果指標7項目中達成4項目 達成率57.1%）

項目	成果指標	目標	実績	達成	取組内容
		A	B		
チーム医療の実施	栄養サポートチーム介入件数（算定件数）	880件	533件	未達成	産休・育休等により、配置換えを行なったがNST専従又は専任登録の要件である「所定の40時間実習」を受けておらず、NST業務の習熟度が上がるまでは介入件数を増やすことはできなかった。
	栄養食事指導件数（算定件数）	3,940件以上	3,712件	未達成	11月から栄養指導業務担当管理栄養士が4人→3人となり、1日あたりの栄養指導可能件数が約25%減少したが、業務分担や対象患者抽出方法の見直しなどを行ないながら指導件数の減少を極力防いだ。
	薬剤師による入院事前面談の介入	60%以上	59.0%	未達成	1月より入退院管理室で面談する全患者に介入を実施した。
	薬剤指導件数	13,000件以上	14,149件	達成	病棟薬剤師12名で積極的に毎月1,100～1,300件の薬剤指導件数を実施している。
	糖尿病透析予防チームによる指導件数	チーム設置10件以上	27件	達成	糖尿病代謝内科医師、糖尿病代謝内科外来担当看護師、管理栄養士を中心チーム設置し、対象患者の選出を行った。 糖尿病透析予防加算用の専用栄養指導枠を設定し、指導を行った。
	リンパ浮腫外来延患者数	400人以上	457人	達成	毎月リンパ浮腫チームのミーティングを行い、運営状況や課題などのチェックを行った。 平成30年10月より外来の診療枠を5枠から6枠に見直しを行った。
	リハビリテーションの退院時指導実施率	90%以上	98.1%	達成	自宅退院予定者に対し、自宅生活の留意点、再発防止及び自主トレーニング方法等の指導を行った。

イ 結果（評価）

目標達成に至らない項目もありますが、産休や育休等によるマンパワー不足の影響を最小限に抑えながら、介入の必要性の高い患者への濃密な介入を行なうことができました。

今後も、質の高い医療を提供するために、医師や看護師などの専属チームにより指導効果を高めチーム医療を行います。

重点施策5 コンプライアンス経営の推進

ア 達成状況（成果指標1項目中達成1項目 達成率100.0%）

項目	成果指標	目標	実績	達成	取組内容
		A	B		
個人情報の適切な取扱いの徹底	個人情報の取扱いに関する職員意識調査における全職員が「個人情報を適切に取り扱っている」割合	98.5%以上	99.6%	達成	「個人情報の取扱いに関する意識調査」を9月に実施した。職員が個人情報を適切に取扱いしなければならないとの意識は昨年度に比べ1.4%向上し、目標値を満たした。

イ 結果（評価）

院内での研修や院内広報等により一定の効果が得られたと推測されます。引き続き、全職員が個人情報を適切に取扱うことができるように実施します。

基本方針 2 地域に貢献する医療の構築

重点施策 1 救急医療・災害医療機能の充実

ア 達成状況（成果指標 4 項目中達成 4 項目 達成率 100.0%）

項目	成果指標	目標	実績	達成状況	取組内容
		A	B		
救命救急センターとしての機能強化と地域の医療との役割分担の推進	救急車搬送受入件数	5,750 件以上	5,779 件	達成	栗原市・登米市・黒川地域の各消防本部に対し、救急搬送患者の受入時の病名及び重症度のフィードバックを実施した。 救急搬送要請 3 回ルールの周知を行った。 救急医療部会を 2 回開催した。 本院マネジメント会議及び診療科長会議において状況を報告し情報の共有を行った。
	救急要請応需率（救急車）	95.0%	95.2%	達成	栗原市・登米市・黒川地域の各消防本部に対し、救急搬送患者の受入時の病名及び重症度のフィードバックを実施した。 救急搬送要請 3 回ルールの周知を行った。 救急医療部会を 2 回開催した。 本院マネジメント会議及び診療科長会議において状況報告し情報の共有を行った。
	県北自治体病院で医療を考える会救急医療部会開催回数	2 回	2 回	達成	アンケートを実施し、他院の救急搬送受入状況を調査した。
災害対策マニュアル改定	災害対策マニュアルの改定	1 回	1 回	達成	平成 30 年 4 月に改訂を実施し、改定したマニュアルを元に訓練を実施した。

イ 結果（評価）

各消防本部との情報共有を図り、適正搬送の推進を行いました。当地域での医療従事者不足等により午後 10 時以降の救急搬送受入は、当院が中心になることが明確になったことから、軽症患者は当院で応需した場合においても速やかに転院調整を図る必要があります。これまで以上の地域と連携した救急医療体制の構築が必要です。また、災害拠点病院として、本院 DMAT 隊員と連携を図りながら、大規模災害訓練の結果を踏まえた災害マニュアルの改定を行い、職員への周知徹底を図っていきます。

重点施策2 がん診療機能強化

ア 達成状況（成果指標5項目中達成2項目 達成率40.0%）

項目	成果指標	目標	実績	達成状況	取組内容
		A	B		
地域がん診療連携拠点病院の役割としての機能強化	がん連携パス使用件数	15件以上	44件	達成	前年度よりがんパス運用の定着化を図った。 地域医療連携室において対象患者の抽出及び患者に説明を行った。 連携医療機関への訪問を強化した。
	外来化学療法件数	7,400件以上	8,423件	達成	部会や化学療法センター関連職員と定期的にミーティングを行った。
	がん相談支援センターにおける社会生活（仕事・就労・学業）に関する相談件数	100件以上	55件	未達成	外来、病棟にポスター掲示・チラシを設置及び看護師から声かけを行い、患者への周知を行った。 各部門での会議や研修会に参加し、職員への周知を行った。 病院ホームページ・連携だより・市民病院だよりにて地域住民へ周知した。 市民病院公開セミナーや大崎市図書館医療講座チラシを配布し周知を行った。
	がん登録数	2,110件以上	1,948件	未達成	登録実務を2名体制とし、データの精度管理を行いながら、登録を行った。 がん登録に関するデータを分析し、院内（がん登録部会）、院外（ふれあい健康フェスティバル、ウェブサイト）へ情報提供した。
	がん相談支援センターにおける社会生活（仕事・就労・学業）に関する相談件数	380件以上	257件	未達成	腫瘍内科と協議し、検討症例数の少ない診療科への周知を行った。

イ 結果（評価）

がん診療連携パス及び外来化学療法においては、関係診療科や部署と運用検討や患者数増加に努め、目標を達成することができました。がん相談支援センターにおける社会生活に関する相談件数やがん登録数等については、院内及び院外への周知も図れてきましたが、目標を達成することはできませんでした。大崎・栗原医療圏における地域がん診療連携拠点病院として、当院の患者だけでなく、地域全体をカバーする役割として、引き続き、地域への広報等を強化しながら目標達成に向けて努力します。

重点施策3 周産期医療・小児科医療機能の充実

ア 達成状況（成果指標4項目中達成3項目 達成率75.0%）

項目	成果指標	目標	実績	達成状況	取組内容
		A	B		
周産期医療機能の充実	グレードA対応	実施	実施	達成	産科医，麻酔科医，助産師及び手術室看護師が連携し，実施できる体制を継続した。
	NICU稼働率	80%以上	69.0%	未達成	24時間小児科医を配置し，在胎30週以上の患者の受入れを行っている。
	GCU稼働	未稼働	未稼働	達成	令和元年度の稼働に向けて，医師，看護師の確保及び運用の確認を行った。
小児医療の充実	小児病棟への保育士の配置	1名	1名	達成	常勤職員1名を配置し，小児の療養生活の支援を行った。

イ 結果（評価）

地域内の出生数は，減少傾向にありますが，大崎・栗原地域のお産や小児医療を守るため，地域と連携を図りながら取り組みます。

重点施策4 臓器別・疾患センターの充実

ア 達成状況（成果指標5項目中達成5項目 達成率100.0%）

項目	成果指標	目標	実績	達成状況	取組内容
		A	B		
脳神経センターの充実	経皮的脳血栓回収術実施件数	20件以上	30件	達成	脳神経外科及び脳神経内科が連携して診療を行っている。また発症から手術実施までの時間が短いことから，救急隊，医師及び看護師が連携して診療している。
	t-PA療法件数	30件以上	34件	達成	脳神経外科及び脳神経内科が連携して診療を行っている。また発症から診療実施までの時間が短いことから，救急隊，医師及び看護師が連携して診療している。
	連携パス活用率	70%以上	79.7%	達成	脳神経センターと地域医療連携室において，連携パスの活用を進める。
循環器センターの充実	PCI件数	220件以上	220件	達成	循環器内科及び心臓血管外科が連携して診療を行っている。また発症から診療実施までの時間が短いことから，救急隊，医師及び看護師が連携して診療している。

	緊急受入件数	20 症例以上	66 件	達成	循環器内科及び心臓血管外科が連携して診療を行っている。心臓血管外科の緊急患者症例の受入れについては、緊急手術に対応できる体制を、心臓血管外科医、麻酔科医及び手術室看護師の体制整備を行い、緊急手術の受入れを開始した。
--	--------	---------	------	----	---

イ 結果（評価）

臓器別・疾患別センターの充実については、重症患者や緊急症例への受入れ体制の整備を図り、目標を達成しています。引き続き、院内だけでなく、地域との連携も図っていきます。

重点施策 5 地域包括ケアシステムの推進

ア 達成状況（成果指標 3 項目中達成 2 項目 達成率 66.7%）

項目	成果指標	目標	実績	達成状況	取組内容
		A	B		
入退院支援の充実と地域関係機関との連携強化	退院困難な要因の評価	5,400 件以上	5,638 件	達成	平成 30 年 7 月より入院時支援加算算定以後運用を見直した。
	予定入院患者の面談	5,000 件以上	4,696 件	未達成	運用の整備を行い、8 月より仮運用を開始し、10 月から本稼働となった。 介護サービス利用者については入院前から地域と連携を行い、入院前の患者情報の提供を依頼した。 入院前の多職種連携の役割を明確にし、連携の強化を図った。
	個別援助における関係機関と相談担当者の連携延べ件数	4,000 件以上	7,362 件	達成	外部医療機関への転院調整を実施した。 自宅退院に向け、在宅環境整備における地域関係機関との連携を図った。 医療機関を訪問し、連携体制の構築を行った。 転院調整にかかる転院申込書を作成し、圏域全体で運用できる体制を整備した。 地域医療連携担当者連絡会を開催し、困難ケース対応をテーマとしたケース検討、ロールプレイングを実施した。

イ 結果（評価）

退院困難な要因の評価を行なうことは、入退院支援の充実を図り、地域との関係機関と連携を強化し、地域包括ケアシステムの一端を担うことに繋がるため、退院困難な要因を入院 3 日以内に行い、早期介入することで目標を達

成することができました。引き続き、院内外の連携強化を充実させ、地域包括ケアシステムを推進できるよう努めます。

重点施策 6 開かれた病院づくりと患者サービスの向上

ア 達成状況（成果指標 5 項目中達成 4 項目 達成率 80.0%）

項目	成果指標	目標	実績	達成状況	取組内容
		A	B		
情報提供の強化（充実）	ウェブサイトの充実（更新回数）	24回以上	40回	達成	病院トップページの構成を変更し、広報・病院誌や部門のページにより簡単にアクセスできるようにボタン構成の変更を実施した。 感染症情報のページを作成し、当院、大崎管内及び県内の感染情報へのリンクを設けて、市民への情報発信を強化した。 看護部「看護師の1日」をはじめとして、関連ページを更新し充実を図った。
	広報誌の満足度調査における「満足」の割合	調査の実施	調査の実施	達成	広報誌を4回発行するとともに、広報誌の充実を図るため、満足度調査を実施した。
	市民公開講座の開催	4回	4回	達成	年4回の開催を目標として順調に開催できた。
提言・アンケート等で低評価項目の改善	患者満足度調査における「満足・ほぼ満足」の割合	81.0%以上	77.2%	未達成	患者及び患者家族を対象に患者満足度調査を実施した。 ・実施期間 入院：平成30年11月27日から平成30年12月24日まで4週間 外来：平成30年12月11日から平成30年12月17日まで5日間 ・満足度 入院：85.6%，外来：74.0%
	提言の削減	280件	250件	達成	「提言箱」や「電話及び面談」による提言について随時対応した。また、患者サービス改善推進委員会にて、提言内容の評価・検討を行った。

イ 結果（評価）

情報提供の強化（充実）については、年度当初より、ウェブサイトの更新や広報誌の発行を行い、充実を行いました。

提言・アンケート等で低評価項目の改善については、平成29年度調査結果80.0%と比較し、前年度対比で2.8%低下、目標値に対し3.8%低い結果となりました。特に外来の評価が低く、待ち時間に関する対策が必要と考え、令和元年度は、外来診療全体での取り組みを行います。

基本方針 3 健全経営の確保

重点施策 1 収益確保に向けた取組み

ア 達成状況（成果指標 28 項目中達成 17 項目 達成率 60.7%）

項目	成果指標	目標	実績	達成状況	取組内容
		A	B		
収益確保に向けた取組み	病床稼働率	83.0%以上	82.4%	未達成	モニタリングを実施し、結果について院内での情報共有を図り、病床の運用を行った。稼働状況に合わせ、病床配分を見直した。
	新入院患者数	13,901人以上	14,307人	達成	紹介受入の強化や逆紹介の推進を行った。
	1日平均入院患者数	414.9人	411.9人	未達成	紹介受入の強化や逆紹介の推進を行った。
	1日平均外来患者数	1040.2人	1046.6人	達成	昨年10月より再診時の保険外併用療養費を設定。住民・利用者向けの広報を実施した。 小児科外来において紹介制を導入。地域医療機関の協力を受け、こどもサポート医制度を発足した。地域の内科系医師向けに小児科領域診療の教育等診療支援を開始した。 12月に当院が担う医療機能と当院と地域医療機関等の連携体制に関する周知用パンフレットを更新し、より利用者に分かりやすい内容での広報を心がけた。
	入院診療単価	71,487円	74,528円	達成	外来での軽症患者の診療から専門診療や入院診療へより重点を移行できるよう各診療科ヒアリング等を通じて診療科長等へ病院の運営方針の共有を行った。
	外来診療単価	23,198円	23,472円	達成	紹介受入の強化や逆紹介の推進を行った。 昨年10月より再診時の保険外併用療養費を設定。住民・利用者向けの広報を実施。 小児科外来において紹介制を導入。地域医療機関の協力を受け、こどもサポート医制度を発足した。地域の内科系医師向けに小児科領域診療の教育等診療支援を開始した。 12月には当院が担う医療機能と当院と地域医療機関等の連携体制に関する周知用パンフレットを更新し、より利用者に分かりやすい内容での広報を心がけた。

	リハビリテーション ンスタッフ1日当 たりの単位数	16 単位 以上	18.4 単位	達成	グループ制を導入し、安定した 単位数取得と質の向上及び業務 の効率化に向けて取り組んだ。
	収益性の高い医療 機器新規購入・整備	1 機器	1 機器	達成	本院の PET-CT を始めとした放 射線機器の更新を行った。
	経常収支比率	100.2%	101.3%	達成	診療報酬改定の確実な対応等 による医業収益の増加や費用 節減について本院マネジメント 会議等でフィードバックした。
	医業収支比率	96.5%	97.7%	達成	診療報酬改定の確実な対応等 による医業収益の増加や費用 節減について本院マネジメント 会議等でフィードバックした。
	総合入院体制加算 1 の取得	検討	検討	-	施設基準である精神病床の設置 が課題である。県の精神病床は 過剰となっており、加算の取得 は難しい。
	認知症ケア加算 1 の取得	検討	取得	達成	認知症ケアチームを設置し、2 月より算定開始を行った。
急性期 一般入 院料 (7対 1看護 体制) の算定	在宅復帰率	85.0% 以上	85.9%	達成	地域医療施設等との連携体制 の構築の実施。
	平均在院日数	9.7 日 以下	9.52 日	達成	診療報酬改定に伴い入院期間 Ⅱまでの期間が短縮されたこ とに伴い、当院でも診療計画の 見直しを行った。
	看護必要度評価に おける適正入力 の実施(修正率)	41.8% 以下	52.6%	未達成	看護師、薬剤師、リハビリ向け に研修会を実施した。 病棟看護師の監査者育成研修 会を実施した。 各病棟の特殊性を活かした勉 強会を行った。 看護必要度確認作業結果を看 護師長会、看護必要度委員会 にて伝達し、各病棟へフィード バックを毎月行った。 看護必要度監査結果を各病棟 へ毎月フィードバックした。
精度の 高い診 療報 求及 び業 者 に よ る 業 務 遂 行 の 管 理	査定率	0.16% 以下	0.13%	達成	査定等の要因分析を行い、診療 報酬対策委員会に報告した。 職員、委託職員及び診療部担 当医師との連携を行った。 算定漏れの防止とオーダーリン グの精度を図るため研修会を 計画し随時実施した。
	返戻率	2.00% 以下	3.58%	未達成	職員、委託職員及び診療部担 当医師との連携を行った。

	保留率	4.27% 以下	4.52%	未達成	職員，委託職員及び診療部担当医師との連携を行った。 今後も保留未請求状況にあるレセプトの進捗状況を管理し，速やかな請求につなげる。
高度医療機器の効率化と医療機器の適正な利用	MRI 件数	7,400 件以上	7,151 件	未達成	朝の検査予約枠の調整を行い午前中の検査枠を増やした。 スタッフのローテーションを見直し，MRI の稼働時間を増やした。 MRI のスタッフ人数を 3 人確保し，患者の入れ替えや多岐にわたる検査のセッティング時間の短縮に努めた。
	CT 件数	26,150 件以上	26,043 件	未達成	当日の臨時 CT の積極的な受け入れや救急 CT を活用するために運用を変更し取り組んだ。
	核医学検査件数 (PET を除く)	1,000 件以上	1,065 件	達成	薬物負荷心筋シンチについて，検査方法を精査し，よりよい検査を行えるようにした。 認知症診断検査については，地域医療連携室と協力し検査案内の配布準備を進めた。
	核医学検査 (PET) 件数	800 件 以上	639 件	未達成	依頼医の希望日までに検査結果が出せるように検査を行った。 患者さんの都合に合わせて検査ができるように日程や時間の調整を行った。 新装置稼働に向けて，他院用の検査説明用紙の改訂を行った。 新装置稼働に向けて，準備を進めた。
	院内利用機器台帳の整備率	70% 以上	69.0%	未達成	新規医療機器購入時台帳登録フローを作成し，新規医療機器の台帳登録を行った。
	医療機器の適正な稼働の達成率	90% 以上	83.0%	未達成	院内医療機器の中央管理を行い，過不足を把握し不足機器の購入などを行い，看護師が医療機器を使いやすい環境を提供してきた。
	経費節減	委託費対医業収益比率	9.0% 以下	9.4%	未達成
材料費対医業収益比率		33.5% 以下	32.4%	達成	SPD を導入し，継続して購入価を抑えた。薬事委員会を活用し，継続した後発医薬品への切替えを推進した。
後発医薬品使用割合		87.0% 以上	87.0%	達成	使用数量の多い薬剤から重点的に後発薬に切替えを行った。

	後発医薬品使用割合（カットオフ値）	52.0%以上	54.7%	達成	使用数量の多い薬剤から重点的に後発薬に切替えを行った。
--	-------------------	---------	-------	----	-----------------------------

イ 結果（評価）

収益確保に向けた取組みについては、新入院患者数が増加するものの、在院日数が短くなっていることもあり、病床稼働率や1日あたりの入院患者数は目標値を達成できませんでした。引き続き紹介を受けやすい体制整備・紹介しやすい環境整備の推進が必要となります。また、紹介受入に関する活動が積極的に行われたものの、逆紹介の推進については、利用者や院内での浸透が十分ではありませんでした。

急性期一般入院料（7対1看護体制）の算定については、入退院支援体制が整いつつあることから、在宅復帰率85%及び在院日数も短縮し、目標を達成することができました。

高度医療機器利用の効率化と医療機器の適正な利用については、運用の見直しを行い、稼働件数の増加に努めましたが、目標を達成できない指標も多くあります。

精度の高い診療報酬請求及び業者委託による業務遂行の管理については、返戻や保留が未達成のため、令和元年度も引き続き努力します。

経費節減については、SPD事業者のベンチマークを活用し、高額な医薬品の使用が増加しながらも、費用の抑制に努めました。後発医薬品への切替え推進は、薬剤部中心に実施できました。診療材料費についても他院の担当者とも意見交換を行いながら進めていますが、他院も同状況であるため、更なる調査を行いながら、継続した値引き交渉を実施し、経費節減に努めます。

重点施策2 職員に魅力ある職場づくり

ア 達成状況（成果指標4項目中達成3項目 達成率75.0%）

項目	成果指標	目標	実績	達成状況	取組内容
		A	B		
職員の 適正配 置と医 療従事 者の確 保	職員満足度調査の実施	実施	実施	達成	9月19日から10月3日までの期間、個人情報取扱いに関する職員意識調査と併せて職員満足度調査を実施した。
	人事評価制度の実施	実施	実施	達成	6月に期首面談、11月に期中面談、2月に期末面談、能力評価を行った。3月に実施状況を確認し、未実施の場合は連絡の上、実施するよう要請した。

	人員の適正配置	実施	実施	達成	4月から5月にかけて、部門毎にヒアリングを行い、採用試験の実施時期、採用予定者数等を決定し、順次、採用試験を行った。また、病床稼働状況等の実態や新たな医療機能の拡充等に合わせて人員配置を行った。
	看護師等の確保率	100%	64.0%	未達成	就職ガイダンスや学校訪問、インターンシップ、病院見学の受入れなどを継続的に実施した。年内に3回の採用試験を行った。

イ 結果（評価）

職員の適性配置と医療従事者の確保については、職員満足度調査や人事評価制度を実施しながら、病床稼働状況等の実態や新たな医療機能の拡充等に合わせて適切に人員配置を行うことができました。また、看護師確保については、応募数には達しないものの、就職ガイダンスや学校訪問、インターンシップ、病院見学の受入れなどを継続的に実施してきたこともあり、採用人数は増加しつつあります。早い段階で優秀な人材を確保できるよう一層PRを行っていきます。

重点施策3 医療技術の向上・将来を担う優れた人材の育成

ア 達成状況（成果指標6項目中達成4項目 達成率66.7%）

項目	成果指標	目標	実績	達成状況	取組内容
		A	B		
専門医・医療職の教育体制の充実	東北大学大学院医学系研究科「宮城県北先制医療学講座」による医師の育成	実施	未実施	未達成	初期研修医に対し、進路に係る調査や専門医や大学院を対象とした説明会を実施したが、平成30年度も志望者がいなかった。進路調査を実施し、研修医や専攻医の進路相談も希望により随時対応した。
	専門研修基幹施設及び連携施設としての機能維持	実施	実施	達成	専攻医の登録症例及び評価の管理を実施した。
	臨床研修指導講習会の受講推進	実施	69.1%	未達成	経験年数が7年以上の医師に臨床研修指導医講習会の受講を推進したが、受講率については7割程度となった。

	研修年次計画の策定及び実施	実施	実施	達成	全職員を対象とした研修計画を作成し、医療安全、感染制御、コンプライアンスなど医療従事者に求められる知識に対する教育・研修を適宜実施した。入職時の研修に人事・労務管理の仕組みについても説明を行った。
将来を担う優れた人材を育成できる体制づくり	治験の症例件数(患者数)	40件以上	69件	達成	新規治験に関する医師への紹介方法を確立した。(委託業者と手順の作成や紹介様式の作成)
がんゲノム医療中核病院との連携	がんゲノム医療連携病院の指定	準備	準備	達成	指定における整備要件の情報を収集した。また、東北大学病院の協力のもと要件整備に向けて準備を行っている。

イ 結果（評価）

専門医・医療職の教育体制の充実については、説明会により興味を示す研修医も複数名いましたが、現在、専門医の取得を優先する傾向にあり、連携講座への申し込みはありませんでした。臨床研修指導講習会の受講推進については、今後もできる限り多くの対象医師に受講を促していきます。研修年次計画の策定及び実施については、研修計画に基づき、必要と認められる教育・研修を実施することができました。

将来を担う優れた人材を育成できる体制づくりについては、治験の症例件数の目標を達成できたもの、新規治験への体制づくりも必要のため、取り組みを継続していきます。

がんゲノム医療中核病院との連携については、ゲノム医療の保険収載となり、がん診療の中核を担う当院にとっては、早急に整備する必要があるため、東北大学病院の協力をいただき、診療部及び関係部署を連携して早期の体制整備を図ります。

2 鳴子温泉分院 施設別行動計画の実績 (大崎市病院事業病院ビジョン P51)

基本方針 1 市民に適切な医療の提供

重点施策 1 医療環境の整備

ア 達成状況 (成果指標 3 項目中達成 3 項目 達成率 100.0%)

項目	成果指標	目標	実績	達成状況	取組内容
		A	B		
新病院建設の推進	新病院建設事業	基本計画策定・基本設計	基本計画策定・基本設計	達成	地域住民を対象としたワークショップを4回開催し、新病院建設に住民の意見を反映させた基本計画を策定した。 基本計画・基本設計策定のプロジェクトチームや運用検討のワーキンググループを設置し、基本計画及び基本設計を策定した。
	住民との情報共有 (懇談会開催等)	4回	6回	達成	新病院建設ワークショップを4回開催した。 新病院建設ワークショップの報告会を1回開催した。 鳴子まちづくり協議会にて新病院建設事業の進捗状況について報告を行った。
病床適正化に向けた再編	稼働病床数	80床	80床	達成	平成30年10月に130床から80床へ病床の再編を行った。 平成31年2月から一般病床40床を休床し、療養病床40床のみに再編した。

イ 結果 (評価)

新病院建設ワーキンググループ、新病院建設プロジェクトチーム、新病院運用検討ワーキンググループの意見を取りまとめ、遅滞なく基本計画・基本設計を策定しました。4回にわたり開催したワークショップでは地域住民と共に新しい鳴子温泉分院について話し合うことができ、貴重な意見交換を実施することができました。また、この話し合いの結果を基本計画に可能な限り反映することができました。病床適正化については、目標である80床に再編したものの、地域内の人口推移に比例するように1日平均入院患者数の落ち込みが大きく、病床稼働率が著しく低下したことから、平成31年2月より1病棟に集約し、運用を行っています。

重点施策 2 大崎・栗原医療圏における回復期・慢性期医療の提供

ア 達成状況（成果指標 4 項目中達成 1 項目 達成率 25.0%）

項目	成果指標	目標	実績	達成状況	取組内容
		A	B		
地域における「かかりつけ医」機能の分担	1 日平均外来患者数	68.6 人	63.7 人	未達成	鳴子地域の高齢者比率が高くなっており、(60 歳以上の受診患者割合 86.5%) 定期的な検査や栄養指導等で患者の疾患に対してフォローしている。
	特定疾患療養指導件数	5,000 件以上	4,685 件	未達成	外来の慢性疾患患者を対象として、月 2 回の算定が可能である患者について看護師や医師及びクラークと連携を図り、指導を行っている。
看護の質向上	褥瘡予防院内発生率	0.10% 以下	0.39%	未達成	入院時褥創管理評価を入力し、褥創発生リスクの高い患者に対しては早期に体圧分散寝具を使用し予防に努めた。
	身体抑制解除に向けたカンファレンス実施率	100%	100%	達成	朝の申し送りの終了時に抑制患者の身体抑制解除についてカンファレンスを行い、抑制の工夫や解除する工夫について話し合い、患者苦痛の軽減に努めた。

イ 結果（評価）

各部署と連携し、外来患者の獲得に努めているが、地域内の人口減少や再診患者においても長期処方が多くなっていることもあり、目標の達成には至っていません。

看護の質については、入院時から褥瘡予防や身体抑制に対し、取組みを行いました。終末期の栄養状態悪化や末梢循環不全により新規褥瘡患者が発生したため、目標達成には至りませんでした。令和元年度は、褥創発生者の原因を分析し発生予防に努めます。また、平成 30 年度に購入した体圧計も有効活用できるように使用方法を周知し、適切に体圧分散寝具を使用し予防に努めます。また、身体抑制解除に向けたカンファレンスの達成は全てにおいて実施できたものの、カンファレンス後の抑制解除については困難を要しました。今後は、事例困難症例検討を行い、身体拘束に関する指針を作成する事で身体拘束に対する意識を高めていきます。

重点施策3 医療安全対策の推進

ア 達成状況（成果指標2項目中達成1項目 達成率50.0%）

項目	成果指標	目標	実績	達成状況	取組内容
		A	B		
医療安全対策の推進	研修会の開催件数	2回以上	2回	達成	研修内容の検討・計画時、前年度評価時に希望された内容に沿って研修を実施した。 職員が参加しやすいように同日2回実施した。
	インシデントレポート提出件数・分析	200件以上	184件	未達成	サーフロ針自己抜去時の報告書提出の声かけを行った。 ポスター作成し各病棟へ配布し、職員の意識付けを行った。 一時保存された報告書に対し「確定作業のお願い」の用紙を各自に配布した。 安全管理委員会でヒヤリ・ハット提出現状を報告した。

イ 結果（評価）

前年度に他委員会研修と共に年間計画に組み込み、内容については委員会等で希望を募り、前年度評価も踏まえ内容を検討し実施しました。ポスター掲示による職員の意識付けを行い、研修会の参加人数は前年度より増加となりました。

インシデントレポート提出は、レベル0の報告も増えており、インシデント報告に対する職員全体の意識は向上しましたが、目標値には届きませんでした。引き続き、職員の意識付けを図り、提出件数・分析の増加に努めます。

重点施策 4 チーム医療の推進

ア 達成状況（成果指標 2 項目中達成 1 項目 達成率 50.0%）

項目	成果指標	目標	実績	達成状況	取組内容
		A	B		
チーム医療の推進	栄養食事指導件数（算定件数）	880 件以上	620 件	未達成	入院・外来患者に対して栄養指導を実施した。栄養指導実施媒体を作成・更新した。
	薬剤指導件数（算定件数）	500 件以上	558 件	達成	退院時の服薬指導を行った。インスリンや外用薬などの必要時、病棟より依頼をうけ服薬指導を行った。持参薬のあった患者に対し入院時初回面談を行った。

イ 結果（評価）

入院・外来ともに、新規の患者数が少ないことや高齢者の患者が多いこともあり、目標が達成できませんでした。今後も、増加は見込めないことが予想されます。

基本方針 2 地域に貢献する医療の構築**重点施策 1 地域包括ケアシステムとの連携強化****ア 達成状況（成果指標 2 項目中達成 2 項目 達成率 100.0%）**

項目	成果指標	目標	実績	達成状況	取組内容
		A	B		
地域包括ケア病床の運用	在宅復帰率	75%以上	78.9%	達成	入院時と退院前に家族やケアマネージャーと情報交換や共有を行い退院のゴールの共通認識を持ち取り組んだ。退院前に必要な患者には、家族を含めて退院前の会議を開き、患者が不安なく退院できるように退院支援を行った。
	患者 1 人 1 日あたりのリハビリテーションの実施単位	2 単位以上	2.28 単位	達成	入院患者数が減少傾向にあるものの、スタッフ 1 人 1 人が今まで以上に患者に手厚いリハビリテーションを心がけ実施した。

イ 結果（評価）

在宅復帰支援については、おおむね円滑に進んでいますが、今後、地域包括ケア病床の設置に向け、様々な取り組みを進めていく必要があります。リハビリテーションの実施単位については、病床適正化に向け取り組んだ結果、転帰先が決まらず 1 日 1 3 単位がリハビリの算定上限となる患者が多くなったことや退院支援が図れたことが大きく影響し、1 月から 2 月にかけて、目標値を下回ることもあったものの、それ以外においては目標値を上回り、平均においても 2.19 単位と目標値を達成できました。

重点施策 2 地域における救急医療の確保**ア 達成状況（成果指標 1 項目中達成 1 項目 達成率 100.0%）**

項目	成果指標	目標	実績	達成状況	取組内容
		A	B		
本院救命救急センターとの機能分担の推進	救急要請応需率（救急車・直接来院等）	60.0%以上	65.1%	達成	人員配置の多い、日勤帯の受入件数について 100%を目指し、医師・看護部に情報共有を行い目標達成に繋がった。

イ 結果（評価）

人員配置の多い日勤帯の受入れを積極的に行ったことにより、目標は達成しています。引き続き、本院との連携を図り、救急体制を継続していきます。

重点施策3 開かれた病院づくりと患者サービスの向上

ア 達成状況（成果指標1項目中達成1項目 達成率100.0%）

項目	成果指標	目標	実績	達成状況	取組内容
		A	B		
情報提供の強化（充実）	ウェブサイトの充実（更新回数）	4回以上	6回	達成	新病院建設ワークショップについて4回掲載を行った 新病院建設基本計画について1回掲載を行った。 標榜診療科及び病床変更について1回更新を行った。

イ 結果（評価）

新病院建設事業及び診療機能変更に関する情報をウェブサイトに掲載し院外向けに情報発信することができました。新病院建設ワークショップについては、ウェブサイトを見たという方からの問合せもあり、ウェブサイトによる情報発信の効果があると感じています。

基本方針 3 健全経営の確保

重点施策 1 健全で自立した経営基盤の確立

ア 達成状況（成果指標 16 項目中達成 5 項目 達成率 31.3%）

項目	成果指標	目標	実績	達成状況	取組内容
		A	B		
収益確保に向けた取組み	病床稼働率	69.0%	48.7%	未達成	病床稼働率や平均在院日数等を常に把握し、医師・看護師と情報共有を図り病床運営を行ったが、新入院患者の減少もあり実質の運用病床数との乖離が大きいため未達成となった。
	1日平均入院患者数	72.5人	51.2人	未達成	入院患者数については、本院（地域連携室）や他医療機関との連携を図った。
	1日平均外来患者数（再掲）	68.6人	63.7人	未達成	鳴子地域の高齢者比率が高くなっており（60歳以上の受診患者割合 86.5%）、定期的な検査や栄養指導等で患者の疾患に対してフォローした。
	入院診療単価	21,422円	20,079円	未達成	新たな加算（データ提出加算・診療録管理体制加算）の算定を1月より開始した。
	外来診療単価	6,932円	6,819円	未達成	医師や看護師・クラークの連携を図り、慢性疾患管理料や指導料の算定もれがないように確認し連携を強化した。
	リハビリテーションスタッフ1日当たりの実施単位	16単位以上	13.69単位	未達成	入院患者に対するリハビリ指示箋の処方を主治医や看護師に積極的に働きかけた。 日々、実施単位数を管理し、スタッフ全員が個別単位取得数の共有を行った。
	経常収支比率	93.1%	105.6%	達成	医業外収益として、約6億1千5百万円を計上したことから100%を超える数値となった（うち、約5億3千万円は大崎市からの繰入金である）。 ※金額については、地方公営企業繰入金基準に基づいて計上される。
	医業収支比率	63.0%	50.4%	未達成	病床再編に伴い、職員の適正配置を行った。

					院内清掃業務委託料についても変更契約し、経費削減を行った。 平成31年1月から新たな加算を算定開始（データ提出加算及び診療録管理体制加算）した。
精度の高い診療報酬請求及び委託業者による業務遂行の管理	査定率	0.02%以下	0.03%	未達成	入院・外来の査定については、毎月の受託業者との定例会で全ての事例を報告し、担当者に情報共有して対策を実施した。 医師に査定内容の報告を行い査定に対応した。
	返戻率	0.5%以下	1.7%	未達成	入院・外来の返戻については、毎月の受託業者との定例会で全ての事例を報告し、担当者に情報共有して対策を実施した。 医師に返戻内容の報告を行い、返戻に対応した。
	院外処方箋査定減額弁	96,000円以下	132,858円	未達成	毎月、査定内容を医師に報告し、外来看護師、医事業務委託職員、医療クラーク、薬剤師と情報共有を図り削減に取り組んだ。 過剰や不相当・不必要と判断された場合であっても該当病名があった際は、医師に相談し、再審査請求を積極的に請求するよう取り組んだ。
新たな施設基準の取得	診療録管理体制加算の取得	算定開始	実施	達成	診療録管理体制加算を12月末までに整備し、1月から算定を開始した。
	データ提出加算の取得	算定開始	実施	達成	11月末に提出済の試行データが適切であると承認を受け、12月末に届出を行い、1月から算定を開始した。
経費の節減	材料費対医業収益比率	6.1%以下	8.4%	未達成	感染対策物品やオムツなどの在庫の適正化を行った。 使用機会のない薬品の移管処理を随時行った。
	後発医薬品使用割合	85.0%以上	86.9%	達成	後発医薬品使用割合のデータを確認し、87%を下回る場合は、使用単位数の大きい薬品について医師と相談し、後発品に切り替えた。

	後発医薬品使用割合（カットオフ値）	50.0%以上	61.0%	達成	後発医薬品使用割合のデータを確認し、カットオフ値が50%を下回る場合、適宜対応を検討した。
--	-------------------	---------	-------	----	---

イ 結果（評価）

新入院患者数の減少等により、入院患者数が減少しています。その結果、リハビリテーションの実施単位や入院収益等で目標値を達成できませんでした。運用病床の集約等を図り、人員などの適正配置を行ったものの、患者の減少が大きいことから、現在も収益の減少に応じた費用の減少には至っていません。経常収支が目標を達成しているものの、市から繰り入れが増加しているため、令和元年度においては、新病院を見据えた地域包括ケア病床の設置等を実施していきます。

重点施策2 職員に魅力ある職場づくり

ア 達成状況（成果指標2項目中達成2項目 達成率100.0%）

項目	成果指標	目標	実績	達成状況	取組内容
		A	B		
職員の適正配置と医療従事者の確保	人員の適正配置	実施	実施	達成	病床再編及び病棟集約に合わせ、適正な人員配置を行った。
	研修会等への派遣	70回以上	73回	達成	看護部や医療技術部については、本院、医師会及び看護協会等の勉強会及び研修会に参加した

イ 結果（評価）

平成30年10月からの病床適正化や、入院患者の減少による平成31年2月の病棟集約に合わせ、適正な人員配置を行いました。また、各部門の所属長の協力及び職員の向上心により、目標値を達成することができました。

3 岩出山分院 施設別行動計画の実績 (大崎市病院事業病院ビジョン P57)

基本方針 1 市民に適切な医療の提供

重点施策 1 医療環境の整備

ア 達成状況 (成果指標 2 項目中達成 2 項目 達成率 100.0%)

項目	成果指標	目標	実績	達成状況	取組内容
		A	B		
リハビリテーション施設の整備	施設整備	建設工事	建設工事	達成	リハビリテーション室完成と機器や備品の設置を行った。 事業運営体制・内容の検討を行った。 整備事業の進捗状況及び新たな事業の関係会議・職員等への報告を行った。
病床適正化に向けた再編	稼働病床数	40 床	40 床	達成	地域包括ケア病床の運用と一般病床の関係について、職員の制度理解を深めながら、施設基準の決定、運用の検討を行った。

イ 結果 (評価)

リハビリテーション施設の完成に向け、ワーキングを設置し、事業運営体制・内容の検討(関係部署との協議含む)を計画的に進めました。検討内容については、適時関係会議への報告を行うとともに、職員への説明、周知を行いました。令和元年5月からのリハビリテーション提供に向け、順調に業務を進めることができました。

重点施策 2 大崎・栗原医療圏における回復期・慢性期医療の提供

ア 達成状況 (成果指標 4 項目中達成 4 項目 達成率 100.0%)

項目	成果指標	目標	実績	達成状況	取組内容
		A	B		
地域における「かかりつけ医」機能の分担	1 日平均外来患者数	124.8 人	126.1 人	達成	健診枠を増加し、新規外来患者の獲得を行った。
	特定疾患療養指導件数	13,000 件以上	13,129 件	達成	積極的な指導管理を実施した。
看護の質の向上	褥瘡予防院内発生率	0.40% 以下	0.30%	達成	定期的な体位変換の継続、早期に全身状態のアセスメントを実施した。
	身体抑制解除に向けたカンファレンス実施率	100%	100%	達成	身体拘束解除のカンファレンスを実施した。

イ 結果 (評価)

健診枠を増加したことにより外来患者数が増加し、特定疾患療養指導件数

も増えたことから目標値を達成することができました。また、褥瘡予防においては、定期的な体位変換や早期のアセスメントを実施し、褥瘡予防に努めました。

身体抑制の早期の解除については、入院による環境の変化に対応しにくく、認知機能の低下により安静度が守れていないケースがありました。令和元年度は、実施できなかった内容を早期に検討し、目標達成に努めます。

重点施策3 医療安全対策の推進

ア 達成状況（成果指標2項目中達成1項目 達成率50.0%）

項目	成果指標	目標	実績	達成状況	取組内容
		A	B		
医療安全対策の推進	研修会の開催件数	2回以上	2回	達成	平成30年8月と11月に研修会を開催した。
	インシデントレポート提出件数・分析	200件以上	187件	未達成	インシデントレポートの分析をRCA分析とPm-SHELL分析で行い、再発防止策を立案した。毎月安全ラウンドを実施し、3ヵ月に1回ウェブで事例を職員に発信した。

イ 結果（評価）

医療安全に関する研修会を2回開催しましたが、職員の参加率が75%に留まったことから、欠席者には資料を配布し、医療安全への知識向上に努めました。

インシデントレポート提出・分析においては、全部署からレポート提出があり、安全文化の醸成に繋がっていると考えています。また、レベル0の報告も40件あり、インシデント報告に対する職員全体の意識向上が図られています。

重点施策 4 チーム医療の推進

ア 達成状況（成果指標 2 項目中達成 2 項目 達成率 100.0%）

項目	成果指標	目標	実績	達成状況	取組内容
		A	B		
チーム医療の推進	栄養食事指導件数（算定件数）	260 件以上	359 件	達成	外来での栄養指導へ積極的に実施するように働きかけを行った。 2 回目以降の栄養指導予約を積極的に実施した。
	薬剤指導件数（算定件数）	600 件以上	635 件	達成	入院患者における指導を積極的に介入した。

イ 結果（評価）

外来看護師や研修医と連携を図り、外来での個別栄養食事指導件数は、前年度より約 100 件増加しましたが、入院指導と集団指導件数は伸びませんでした。薬剤指導においては、積極的に介入し目標を達成することができました。

基本方針 2 地域に貢献する医療の構築**重点施策 1 地域包括ケアシステムとの連携強化****ア 達成状況（成果指標 1 項目中達成 1 項目 達成率 100.0%）**

項目	成果指標	目標	実績	達成状況	取組内容
		A	B		
地域包括ケア病床の運用	在宅復帰率	75%以上	88.9%	達成	地域包括ケア病床の導入を意識し、退院調整を行った。

イ 結果（評価）

施設や患者家族と連携を図り、退院調整をしたことにより全病床で目標値を上回りました。地域包括ケア病床の設置に向け、運用を再度検討しながら、目標達成の継続を図ります。

重点施策 2 地域における救急医療の確保**ア 達成状況（成果指標 1 項目中達成 0 項目 達成率 0.0%）**

項目	成果指標	目標	実績	達成状況	取組内容
		A	B		
本院救命救急センターとの機能分担の推進	救急要請応需率（救急車・直接来院等）	50.0%以上	39.6%	未達成	本院との連結強化として定期的に救急救命センター長と意見交換を実施した。

イ 結果（評価）

患者から電話対応があった場合、電話対応のみで終わるケースがあり時間外及び休日の応需率が低くなりました。本院と連携を図り、積極的に救急患者を受入れる体制を構築していきます。

重点施策 3 開かれた病院づくりと患者サービスの向上**ア 達成状況（成果指標 1 項目中達成 1 項目 達成率 100.0%）**

項目	成果指標	目標	実績	達成状況	取組内容
		A	B		
情報提供の強化（充実）	ウェブサイトの充実（更新回数）	5回以上	6回	達成	外来診療案内等、主なものを更新した。

イ 結果（評価）

作業に時間を費やしているため、更新に消極的になっていましたが、令和元年度は、リハビリテーション施設の開始や地域包括ケア病床の運用開始が予定されていることから、ウェブサイトの内容を積極的に更新します。

基本方針 3 健全経営の確保

重点施策 1 健全で自立した経営基盤の確立

ア 達成状況（成果指標 15 項目中達成 14 項目 達成率 93.3%）

項目	成果指標	目標	実績	達成状況	取組内容
		A	B		
収益確保に向けた取組み	病床稼働率	75.6%	82.5%	達成	外来からの入院受入を促進した。 本院からの転院患者の受入を積極的に行った。
	1日平均入院患者数	30.2人	32.9人	達成	外来からの入院受入を促進した。 本院からの転院患者の受入を積極的に行った。
	1日平均外来患者数（再掲）	124.8人	126.1人	達成	健診枠を増加し、新規外来患者の獲得を行った。
	入院診療単価	23,616円	23,951円	達成	データ提出加算や診療録管理体制加算を取得した。
	外来診療単価	5,769円	5,591円	未達成	訪問診療を行っている旨を周知した。
	経常収支比率	93.4%	93.6%	達成	患者数の増加を図り、収益の増加を図った。
	医業収支比率	67.3%	69.1%	達成	患者数の増加を図り、収益の増加を図った。
精度の高い診療報酬請求及び委託業者による業務遂行の管理	査定率	0.10%以下	0.04%	達成	委託職員と査定内容を共有し、同様の査定の削減に努めた。
	返戻率	2.0%以下	1.2%	達成	委託職員と返戻内容を共有し、同様の返戻の削減に努めた。
	院外処方箋査定減額弁	240,000円以下	110,101円	達成	委託職員と査定内容を共有し、同様の査定の削減に努めた。
新たな施設基準の取得	診療録管理体制加算の取得	算定開始	実施	達成	年度当初より算定開始に向け、サマリーや退院統計作成を行った。
	データ提出加算の取得	算定開始	実施	達成	診療録管理体制加算を取得後、厚生労働省へ必要なデータを提出した。
経費の節減	材料費対医業収益比率	10.0%以下	8.9%	達成	後発薬品への採用替え、不動在庫物品の返品を行った。
	後発医薬品使用割合	86.6%以上	90.3%	達成	後発医薬品使用の促進し、積極的な後発医薬品への切り替えを行った。
	後発医薬品使用割合（カットオフ値）	52.0%以上	69.8%	達成	後発医薬品使用の促進し、積極的な後発医薬品への切り替えを行った。

イ 結果（評価）

入院は、月により病床稼働率が下がることもありましたが、施設や本院から入院を積極的に受入れ、年度を通して80%以上の稼働となりました。外来は、インフルエンザ予防接種のみの患者が多い時期や年度末に外科の診療日数が減ったことにより診療単価も減り、目標値を下回りました。また、外来患者数は、精神科外来患者の増加や近隣の開業医の閉院により内科外来患者が増加となり目標を上回りました。

収支では、リハビリテーション施設整備に伴う材料費が発生したものの、入院収益の増加により医業収支及び経常収支は、目標を達成することができました。

重点施策2 職員に魅力ある職場づくり

ア 達成状況（成果指標2項目中達成2項目 達成率100.0%）

項目	成果指標	目標	実績	達成状況	取組内容
		A	B		
職員の適正配置と医療従事者の確保	人員の適正配置	実施	実施	達成	本院からの医師派遣の実施 東北大学病院や東北薬科医科大学への医局へ医師派遣の依頼を行った。
	研修会等への派遣	45回以上	59回	達成	多くの人が研修会へ参加できるように協力を依頼した。 復命書や伝達講習により情報を共有した。 収益に結びつく、業務に反映させられるような研修会への参加を優先し行った。

イ 結果（評価）

目標を達成することは出来ているものの、常勤医師の増員に向けて、取り組みを継続します。研修会への派遣については、部署ごとに派遣状況が異なるため、今後は、少ない部署への働きかけを行います。

4 鹿島台分院 施設別行動計画の実績 (大崎市病院事業病院ビジョン P64)

基本方針 1 市民に適切な医療の提供

重点施策 1 医療環境の整備

ア 達成状況 (成果指標 1 項目中達成 1 項目 達成率 100.0%)

項目	成果指標	目標	実績	達成状況	取組内容
		A	B		
病床適正化に向けた再編	稼働病床数	58床 (うち地域包括ケア病床10床)	58床 (うち地域包括ケア病床10床)	達成	新大崎市民病院改革プランの病床適正化に向けた再編計画に基づき、平成30年10月から介護療養病床12床を廃止した。

イ 結果 (評価)

本院の後方支援としての機能分担や他医療機関との連携を強化するため、平成30年8月から地域医療連携担当看護師を院内異動により配置した結果、スムーズな連携ができたほか、病床稼働率にも良い結果が出ています。

重点施策 2 大崎・栗原医療圏における回復期・慢性期医療の提供

ア 達成状況 (成果指標 4 項目中達成 2 項目 達成率 50.0%)

項目	成果指標	目標	実績	達成状況	取組内容
		A	B		
地域における「かかりつけ医」機能の分担	1日平均外来患者数	156.0人	147.9人	未達成	本院との機能分担を図りながら、地域における地域におけるかかりつけ機能の役割を果たした。
	特定疾患療養指導件数	11,000件以上	12,482件	達成	積極的な指導管理を実施した。
看護の質の向上	褥瘡予防院内発生率	1.20%以下	1.91%	未達成	夜間の体位変換時間の見直しやポジショニングの徹底、体位変換クッションの使用見直し、合同勉強会の開催を行った。
	身体抑制解除に向けたカンファレンス実施率	100%	100%	達成	身体拘束解除のカンファレンスは、実行できた。

イ 結果 (評価)

1日平均外来患者数については、内科・整形外科とも大学等の応援医師の診療がありましたが患者数を維持できませんでした。また、6月から月曜日午後の内科が休診となったため未達成となりました。

褥瘡の発生率については、褥瘡対策委員会にて褥瘡予防についての振り返りを行い対策するとともに、南郷病院と合同勉強会を実施し、褥瘡予防に努めましたが、目標の達成には至りませんでした。

身体抑制解除に向けたカンファレンス実施率については、開催を毎月の定例とし、目標を達成することができました。

重点施策3 医療安全対策の推進

ア 達成状況（成果指標2項目中達成1項目 達成率50.0%）

項目	成果指標	目標	実績	達成状況	取組内容
		A	B		
医療安全対策の推進	研修会の開催件数	2回以上	2回	達成	医療安全のため研修会を開催した。6月開催の第1回研修会は多くの職員が受講できようとして4日間開催した。第2回目研修会も2月に4日間開催した。
	インシデントレポート提出件数・分析	150件以上	149件	未達成	平成30年10月からラウンドとは別に時間をとり各部署から参加者を集めて行う事にした。カンファレンスで分析を多職種で行い、軽微な事例も提出してもらえるように声かけを行った。

イ 結果（評価）

参加しやすいように開催日を増やすとともに参加できなかった者に対して伝達講習を実施するなどし、目標値を達成できました。提出されたインシデントレポートを事故レベル別にみるとレベル0の報告件数が少なく、軽微な事例が報告されていない可能性があることから、インシデント報告に対する職員の意識向上を図る必要があります。

重点施策4 チーム医療の推進

ア 達成状況（成果指標2項目中達成0項目 達成率0.0%）

項目	成果指標	目標	実績	達成状況	取組内容
		A	B		
チーム医療の推進	栄養食事指導件数（算定件数）	443件以上	433件	未達成	二次健診や外来患者において、栄養食事指導該当者については医師の指示のもと積極的に依頼をもらえるよう、外来の医師・看護師へ呼びかけを行った。
	薬剤指導件数（算定件数）	227件以上	222件	未達成	退院時に家族や施設職員を含めて患者面談を行い、加算を取得した。

イ 結果（評価）

栄養食事指導については、8月～11月にかけて二次健診で外来受診される患者が多く、医師からの依頼が増えましたが、12月～3月にかけては二次健診による受診者が減少する傾向にあります。また、入院からの依頼が少なく外来中心になっているのが現状です。集団栄養食事指導については、新規患者の減少や高齢者患者が多いため、ここ数年で病気や認知症を発症するなど集団教室が困難となっています。地域包括ケア病床が始まり栄養食事指導が算定できないことや、繰り返し入退院する方が多く、新規の患者が少ないこと、加算食摂取者については、必然的に地域包括ケア病床に入院するため実施しても非算定の扱いになることにより、目標にわずかに到達しませんでした。

基本方針 2 地域に貢献する医療の構築

重点施策 1 地域包括ケアシステムとの連携強化

ア 達成状況（成果指標 3 項目中達成 3 項目 達成率 100.0%）

項目	成果指標	目標	実績	達成状況	取組内容
		A	B		
地域包括ケア病床の運用	在宅復帰率	75%以上	97.5%	達成	病床運用に係る会議を実施し、スタッフ同士の情報共有を行い、地域包括ケア病床の運用を行った。
	患者 1 人 1 日あたりのリハビリテーションの実施単位	2 単位以上	2.85 単位	達成	1 日 4 単位以上を目標にリハビリを行った。包括ケア病床運営の打ち合わせを行った。
	訪問リハビリ件数	576 件以上	1,481 件	達成	月に延べ 40～100 人の患者に訪問リハビリを実施した。地域包括ケア病床退院患者への訪問リハビリが増加した。

イ 結果（評価）

在宅復帰率については、ベットコントロール会議を実施して、自宅及び自宅に準ずる施設に退院できる患者を選定し、包括病床に入れることで、目標を達成することができました。

リハビリテーションの実施単位については、長期休暇時は職員が交代で休日出勤を行い、他のリハビリ職員の協力のもと平日の単位取得を積極的に行うことで目標を達成しました。また、包括ケア病床打ち合わせにおいて、リハビリ単位取得困難な患者の情報を知らせ、他の職員に協力を仰ぎ、単位取得に繋げることができました。

訪問リハビリ件数については、一般病床や包括ケア病床から退院された患者をうまく訪問リハビリに繋げることができ、目標を達成しました。

重点施策 2 地域における救急医療の確保

ア 達成状況（成果指標 1 項目中達成 0 項目 達成率 0.0%）

項目	成果指標	目標	実績	達成状況	取組内容
		A	B		
本院救命救急センターとの機能分担の推進	救急要請応需率（救急車・直接来院等）	85.0%以上	76.2%	未達成	夜間の救急対応については、救急告示病院として、本院と連携して対応した。本院との連携と東北大学病院等応援による日当直医師の確保を行った。

イ 結果（評価）

常勤医が減り応援医の対応だけでは埋めることができず、目標を達成することができませんでした。

重点施策3 開かれた病院づくりと患者サービスの向上

ア 達成状況（成果指標1項目中達成1項目 達成率100.0%）

項目	成果指標	目標	実績	達成状況	取組内容
		A	B		
情報提供の強化（充実）	ウェブサイトの充実（更新回数）	4回以上	6回	達成	鹿島台分院の情報について、分院長のあいさつや外来受付時間の変更、施設案内の変更、インフルエンザ予防接種のお知らせ等を更新した。

イ 結果（評価）

施設案内の変更やインフルエンザ予防接種のお知らせ等について更新し、目標達成となりました。令和元年度も積極的更新し、ウェブサイトの充実を図ります。

基本方針 3 健全経営の確保

重点施策 1 健全で自立した経営基盤の確立

ア 達成状況（成果指標 17 項目中達成 12 項目 達成率 70.6%）

項目	成果指標	目標	実績	達成状況	取組内容
		A	B		
収益確保に向けた取組み	病床稼働率	70.3%	70.2%	未達成	地域包括ケア病床の稼働に向け、病床運用に係る会議を実施し、スタッフ同士の情報共有を行い、地域包括ケア病床の運用を行った。
	1日平均入院患者数	45.0人	45.0人	未達成	地域包括ケア病床の有効活用、レスパイト入院の実施、本院からの転院受け入れなど地域連携の充実を図るなどして、入院患者数の増に繋げる。
	1日平均外来患者数	156.0人	147.9人	未達成	本院との機能分担を図りながら、地域における地域におけるかかりつけ機能の役割を果たした。
	入院診療単価	20,457円	22,223円	達成	地域包括ケア病床の稼働に向け、病床運用に係る会議を実施し、スタッフ同士の情報共有を行い、地域包括ケア病床の運用を行った。
	外来診療単価	5,706円	5,885円	達成	訪問診療を行っている旨を周知した。
	リハビリテーションスタッフ1日当たりの実施単位数	16単位以上	15.5単位	未達成	積極的に単位を取得するとともに、医師や看護師へ積極的にリハビリ処方を依頼した。複数の職種で対応し単位を取得した。
	経常収支比率	90.0%	93.1%	達成	地域包括病床の稼働など収益改善に努めた。
	医業収支比率	64.1%	67.0%	達成	地域包括病床の稼働など収益改善に努めた。
精度の高い診療報酬請求及び委託業者による業務遂行の管理	査定率	0.03%以下	0.04%	未達成	委託職員と査定内容を共有し、同様の査定の削減に努めた。
	返戻率	1.45%以下	1.19%	達成	委託職員と返戻内容を共有し、同様の返戻の削減に努めた。
	院外処方箋査定減額弁	120,000円以下	148,216円	達成	委託職員と査定内容を共有し、同様の査定の削減に努めた。
新たな施設基準の取得	地域包括ケア入院医療管理料の取得	算定開始	算定開始	達成	在宅復帰率、リハビリ単位等要件を満たすようベッドコントロールを行った。

	診療録管理体制加算の取得	継続	実施	達成	施設基準を維持できるよう運用を行った。
	データ提出加算の取得	継続	実施	達成	施設基準を維持できるよう運用を行った。期限内にデータを提出した。
経費の節減	材料費対医業収益比率	9.0%以下	8.3%	達成	後発薬品への採用替えや適正発注を行った。
	後発医薬品使用割合	85.0%以上	87.4%	達成	後発医薬品使用を促進し、積極的な後発医薬品への切り替えを行った。
	後発医薬品使用割合（カットオフ値）	50.0%以上	67.0%	達成	後発医薬品使用を促進し、積極的な後発医薬品への切り替えを行った。

イ 結果（評価）

本院の後方支援としての機能分担や他医療機関との連携を強化するため、平成30年8月から地域医療連携担当看護師を院内異動により配置した結果、スムーズな連携ができましたが、目標値にはわずかに届きませんでした。

入院診療単価については、8月から地域包括ケア病床が稼働したことにより目標を達成できました。

外来診療単価については、5月から整形外科で検査を月30件程度実施しているため、目標値を達成できました。

リハビリテーションの単位数については、病床稼働率が低いとリハビリ処方も少なくなる傾向にあり、未達成となりましたが、10月に言語療法が開設されたことから、今後も複数の職種による単位数増加に努めます。

薬品費については、昨年度より費用は抑えることができましたが、診療材料費の上昇を抑えることができませんでした。

重点施策2 職員に魅力ある職場づくり

ア 達成状況（成果指標2項目中達成1項目 達成率50.0%）

項目	成果指標	目標	実績	達成状況	取組内容
		A	B		
職員の適正配置と医療従事者の確保	人員の適正配置	実施	実施	達成	本院からの医師派遣の実施 東北大学病院や東北薬科医科大学への医局へ医師派遣の依頼を行った。
	研修会等への派遣	70回以上	60回	未達成	各部門で積極的に研修会への参加を行った。

イ 結果（評価）

医師確保については、本院へ依頼した結果、令和元年度から自治医科大学より常勤医1名を確保することができました。また、人員配置については、

地域連携担当看護を8月から配置した結果、スムーズな連携ができたほか、病床稼働率にも良い結果が出ています。応援医師については、個別に交渉し、回数を増やすなど一定の成果が出ました。

研修会等への派遣については、積極的な研修会への参加を行っているもの、小人数での配置を行っている部署については、運用に支障が出るため、各部門での連携を図り、令和元年度の目標達成を目指します。

5 田尻診療所 施設別行動計画の実績 (大崎市病院事業病院ビジョン P71)

基本方針 1 市民に適切な医療の提供

重点施策 1 地域におけるかかりつけ医機能を担う

ア 達成状況 (成果指標 2 項目中達成 0 項目 達成率 0.0%)

項目	成果指標	目標	実績	達成状況	取組内容
		A	B		
地域におけるかかりつけ医機能を担う	1日平均外来患者数	43.2人	41.5人	未達成	総合支所だよりへの外来診療情報の掲載や研修会への講師(医師, 作業療法士)派遣を行い, 広報を行った。
	特定疾患療養指導件数	3,460件以上	3,212件	未達成	対象患者への適正な実施

イ 結果 (評価)

広報等で地域住民等へのアピールは行ったが, 患者の増加には至りませんでした。令和元年度においては, 診療所内で情報共有を行いながら, 本院をはじめ地域の医療機関や介護サービス事業所などとの連携をさらに充実させる必要があります。

重点施策 2 医療安全対策の推進

ア 達成状況 (成果指標 2 項目中達成 1 項目 達成率 50.0%)

項目	成果指標	目標	実績	達成状況	取組内容
		A	B		
医療事故防止の推進	研修会の開催件数	10回以上	13回	達成	毎月スキップセンターで開催される認知症合同勉強会へ参加し日々の業務に直結した地域事業所との情報交換を行い診療所業務に役立てた。
	インシデントレポート提出件数・分析	20件以上	13件	未達成	書類の不備など確認不足から起こる事例が多いため確認を怠らないこと, お互いに声掛け合いを実施した。

イ 結果 (評価)

インシデントレポート提出件数・分析については, 確認不足から起こる事例が多いことから, 診療所内での確認を強化し, 医療安全対策に取り組みます。

基本方針 2 地域に貢献する医療の構築**重点施策 1 地域包括ケアシステムとの連携強化****ア 達成状況（成果指標 1 項目中達成 1 項目 達成率 100.0%）**

項目	成果指標	目標	実績	達成状況	取組内容
		A	B		
地域内における医療と介護の連携体制の構築	訪問及び通所リハビリテーション利用者数（延人数）	1,000 人	1,193 人	達成	市域外に居住している利用者へのサービス提供を行うなど、利用者の確保に向けた取り組みを行った。

イ 結果（評価）

利用者の確保に努め、目標は達成できましたが、平成 30 年度の後半期は、利用者数が減少しました。今後は、特に地域包括支援センターや居宅介護支援事業所との連携により新規の利用者を増やす取り組みを継続して行います。

重点施策 2 開かれた診療所づくりと患者サービスの向上**ア 達成状況（成果指標 1 項目中達成 1 項目 達成率 100.0%）**

項目	成果指標	目標	実績	達成状況	取組内容
		A	B		
情報提供の充実	ウェブサイトの充実	2 回以上	3 回	達成	年度の前半（6 月）に診療所のウェブサイト内容を再検討し更新を行った。

イ 結果（評価）

外来受診案内について、利用者に分かりやすくなるように見直し、診療所から発信したい内容について、ウェブサイトの見直しを行い、目標を達成することができましたが、今年度はさらにウェブサイトの内容を充実できるよう取り組みます。

基本方針 3 健全経営の確保

重点施策 1 健診事業による収益の増加

ア 達成状況（成果指標 8 項目中達成 2 項目 達成率 25.0%）

項目	成果指標	目標	実績	達成状況	取組内容
		A	B		
収益確保に向けた取組み	1日平均外来患者数（再掲）	43.2人	41.5人	未達成	総合支所だよりへの外来診療情報の掲載や研修会への講師（医師，作業療法士）派遣を行い，広報を行った。
	外来診療単価	5,930円	5,753円	未達成	必要な検査を確実に実施した。
	経常収支比率	94.6%	92.2%	未達成	経費の節減に努め，多くの項目で前年度よりも減額にはならなかったが，建物設備等の修繕等が大幅に増加した。
	医業収支比率	41.7%	38.0%	未達成	地元医師会の定期的な会議に出席し，地元の開業医との意見交換を行った。
精度の高い診療報酬請求及び委託業者による業務遂行の管理	査定率	0.15%以下	0.37%	未達成	査定内容を確認し，防止に努めた。再審査申立を実施した。
	返戻率	1.0%以下	0.53%	達成	返戻の内容を確認し，翌月の再発防止を行った。
	院外処方箋査定減額弁	50,000円以下	143,119円	未達成	査定内容を確認し，翌月の再発防止を行った。再審査申立を実施した。
経費の節減	後発医薬品使用割合	85.0%以上	92.9%	達成	後発薬品の推進に取り組んだ。

イ 結果（評価）

地域住民等へのアピールを行ったが，眼科や内科の患者数の減少により一日平均患者数は目標を達成することができませんでした。また，初診患者数の減少等により診療単価等も目標値に達しませんでした。本院や介護事業所等との連携強化を図り，またかかりつけ医としての役割等を地域へ広報し，患者数増加に努めます。

また，費用については，医事業務のアウトソーシング化により事務員に係る給与費は減少しましたが，委託料が増加となりました。収益が目標に達していない状況の中，費用も増加しているため，医業収支比率及び経常収支比率も目標に達しませんでした。令和元年度も引き続き，本院や介護事業所等との連携強化を図り，またかかりつけ医としての役割等を地域へ広報し，患者数増加に努めます。

重点施策2 職員に魅力ある職場づくり

ア 達成状況（成果指標2項目中達成2項目 達成率100.0%）

項目	成果指標	目標	実績	達成状況	取組内容
		A	B		
職員の適正配置と医療従事者の確保	人員の適正配置	実施	実施	達成	診療・業務応援を本院や分院に依頼し、派遣を行った。
	研修会等への派遣	5回以上	8回	達成	本院での研修や地域での研修へ参加した。

イ 結果（評価）

本院との連携を図り、必要時に人員を派遣してもらい、目標を達成することができました。引き続き、本院や分院との連携を図り、目標達成に向けて取り組めます。

6 健康管理センター 施設別行動計画の実績

(大崎市病院事業病院ビジョン P75)

基本方針 1 市民に適切な医療の提供

重点施策 1 医療予防, 健康づくりにつながる健診事業体制の整備

ア 達成状況 (成果指標 3 項目中達成 2 項目 達成率 66.7%)

項目	成果指標	目標	実績	達成状況	取組内容
		A	B		
新規健診項目の整備	健診コースの数	39 コース (MRI 検査新規コース含む)	39 コース	達成	新規コース (5 コース) の設定を行った。
特定健診保険指導体制の整備	保健指導受健者数	該当者の 25.0% 以上	21.6%	未達成	問診時に看護師が特定保健指導の基準項目を満たす該当者に個別の声かけを行った。 当日の指導枠を前年度より拡大 (1 枠→4 枠) した。 看護師間で保健指導枠の情報共有を行い, 案内がスムーズに行えるようにした。 採血結果で該当者には当日午後本人へ電話連絡し, 説明を行った。 企業訪問に看護師も同行し, 「健康管理センターからのお知らせ」を作成し, 説明を行った。 協会けんぽと健康管理センター連名で, 特定保健指導について勧奨文書を企業に通知した。 新規に導入した体組成計を利用し, 筋肉量の情報を含めた保健指導を行った。
予防接種事業の開始	予防接種の種類	2 種類	3 種類	達成	平成 30 年度から高齢者肺炎球菌ワクチン検査, 高齢者インフルエンザ, B 型肝炎ワクチンなどを 198 人に実施した。また, ダイレクトメールやチラシなどで利用促進を行った。

イ 結果（評価）

新規のコースや予防接種を開始し、新規利用者が増加しました。利用コースの増加によって、健診者へのアプローチがしやすくなりましたがどのような健診内容を受けると効果的であるかの提案が十分ではなかったため、令和元年度は、おすすめのセットなど健診者に合わせたコースの組み合わせの提案を行っていきます。

健康管理センターの利用者は年々増加していますが、保健指導を断る方も多くなっています。その内訳としては、40代から50代が60%を占めており、「休みが取れない」「仕事が忙しい」という理由が多くなっていることから、健診日当日に保健指導が実施出来る体勢づくりが今後の課題です。保健指導該当者自身が健診結果を理解し自らの生活習慣を振り返るための普及啓発を実施する必要があると考えています。

基本方針 2 地域に貢献する医療の構築**重点施策 1 健診者が満足できる健診環境の整備****ア 達成状況（成果指標 2 項目中達成 2 項目 達成率 100.0%）**

項目	成果指標	目標	実績	達成状況	取組内容
		A	B		
健診者が満足できる健診環境の整備	健診者アンケートにおける「とてもよい、まあまあよい」の割合	90.0%以上	99.0%	達成	毎日、利用者のアンケートを実施した。アンケートの意見は「貴重」と捉え、スタッフ全員で共有し、運営会議で、意見交換を行った。
	事業所・団体訪問数	10社	12社	達成	利用者の増加とともに企業訪問の件数も増加させた。また、職員の健康管理のための提言も行った。看護師も同行し訪問を行った。

イ 結果（評価）

年々利用者が増加しており、健診者アンケートの結果からも親切・丁寧な接遇に努め、その結果、利用者の増加に結びつきました。スタッフの対応についても「とても良い」「まあまあ良い」という回答が多数（99.5%）を占めました。

事業所・団体訪問数については、企業訪問を通じて担当者との情報交換や受入人数の把握を行い、日頃から担当者とのコミュニケーションに努めることによってリピーターの確保に繋がりました。

基本方針 3 地域に貢献する医療の構築

重点施策 1 健診事業による収益の増加

ア 達成状況（成果指標 7 項目中達成 7 項目 達成率 100.0%）

項目	成果指標	目標	実績	達成状況	取組内容
		A	B		
MRI 検査事業の拡大	MRI 検査受検者数	900 人	1,102 人	達成	新規コースを設置した。
	MRI 検査におけるコースの数	5 コース	5 コース	達成	個人向けのコースと企業団体向けのコースを設定した。
閑散期の顧客確保	閑散期の受検者数	1,600 人	2,356 人	達成	期間限定メニューに脳頸部ドックを追加してダイレクトメールやチラシなどの PR を行うとともに、期間限定の利用促進を行った。
健診事業による収益の増加	受検者数	12,745 人	14,368 人	達成	平成 30 年度から予防接種や検査等オプションを追加した。 分院の MRI 検査の本格的実施や期間限定メニューへの脳頸部ドックコース追加などを実施した。 ダイレクトメールやチラシなどの PR や期間限定の利用促進を行った。
	収益（税込）	245,014 千円	301,276 千円	達成	平成 30 年度から予防接種や検査等オプションを追加し、利用者の増加及び収益増加を図った。
	経常収支比率	87.4%	101.7%	達成	収益の増加を図り、医業費用の増加を抑えることを行った。
	医業収支比率	72.6%	87.3%	達成	予約枠の管理やリピーターの利用者の確保を行った。 利用者が落ち込む閑散期 1 月から 3 月の利用者増加を図り、収益の確保を行った。

イ 結果（評価）

ダイレクトメールやチラシなどの PR や期間限定コースを設定し、健診利用者の増加を図りました。目標である新規コースを 5 コース設定でき、そのうち 3 コースでの利用がありました。残り 2 コースは安価な企業・団体向けのコースとなっているため、今後、活用していきます。特に閑散期である 1

月から3月の利用者は前年より343人増加し、対前年増減比率は大きく向上しました。また、予約枠の管理や健診リピーターの確保ができ、前年度を上回る14,368人で対前年比107.9%の増加となりました。その結果、収益は約12%向上させることができ、その一方経費節減を意識しながら医療費用の伸びを約5%に押さえることができたため、医療収益及び経常収支ともに、目標を達成することができました。