

令和元年度大崎市病院事業病院ビジョンの実績評価

1 目的

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、客観的に行っていただくものです。

2 行動計画（成果指標）の達成状況

(1) 本院 成果指標 96項目

区分	項目数
達成	66項目（68.8%）
未達成	30項目（31.2%）

(2) 鳴子温泉分院 成果指標 33項目

区分	項目数
達成	17項目（51.5%）
未達成	16項目（48.5%）

(3) 岩出山分院 成果指標 34項目

区分	項目数
達成	24項目（70.6%）
未達成	10項目（29.4%）

(4) 鹿島台分院 成果指標 33項目

区分	項目数
達成	23項目（69.7%）
未達成	10項目（30.3%）

(5) 田尻診療所 成果指標 16項目

区分	項目数
達成	10項目（62.5%）
未達成	6項目（37.5%）

(6) 健康管理センター 成果指標 12項目

区分	項目数
達成	12項目（100.0%）
未達成	0項目（0.0%）

令和元年度大崎市病院事業ビジョン評価

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 県北の基幹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 9 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		
DPC 特定病院群の指定継続	外保連手術指数	14.08 以上	14.75	達成	内視鏡検査等（消化器内科）や白内障手術（眼科）など手術指数の低い症例の外来移行を継続実施した。
	内保連手術指数	124 症例以上	337 症例	達成	症例数のモニタリング及び紹介・逆紹介体制の維持・強化を行った。
急性期医療の提供	手術件数（手術室）	5,400 件以上	5,342 件	未達成	手術室運営委員会で手術室占有率を報告し、手術枠の調整等を行った。 心臓血管外科の緊急手術を実施できる体制整備を行った。
	DPC 入院期間Ⅱ以内の退院割合	75%以上	71.9%	未達成	各病棟クリニカルパス委員の協力を得て、アウトカム評価を試験実施した。 評価結果を集計し、バリエーション分析につなげる活動に係るルール作成・運用実施案を作成し運用検討を行った。 平均在院日数が長くなったことが未達成要因と考える。
	クリニカルパス使用割合	55% 以上	53.8%	未達成	クリニカルパス委員会にてパス化可能な症例を抽出・検討し、対象診療科・病棟へ協力を依頼した。 異動により新たに着任した医師へパス導入の検討を依頼した。 未達成要因は、パス症例が減少したことにより、パス適応外の臨時・緊急症例が増えたことが考えられる。
	リハビリテーション早期介入	70% 以上	70.8%	達成	各診療科からリハビリ依頼後、リハビリテーション科医師から処方された翌日（週末の場合は翌週月曜日）以降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	医療の質管理委員会を開催し、質改善活動の意識を高めるよう取り組んだ。 質改善活動ミーティング（MQM 委員長、クオリティマネージャ

					<p>一、各項目担当者、事務局が出席)を開催し、進捗確認を行った。</p> <p>評価機構が実施する「改善支援セミナー」のウェブ配信動画を視聴できるようにし、職員がいつでも質改善活動のポイントを理解できる環境を整えた。</p> <p>サーベイヤール派遣を実施し、質改善活動の現状を評価していただいた。</p>
	ISO15189の取得	継続	継続	達成	<p>病理及び生理機能検査の拡大認定取得に向け準備したが、ISOが求める管理上の要求事項の理解が不足していたため、拡大認定受審を延期した。</p>
	クリニカルパスにおけるバリエーション分析の実施	実施率50%以上	100%	達成	<p>集計方法と分析方法を決定した。</p> <p>専用フォルダと分析報告書を作成した。</p> <p>アウトカム未評価を無くすよう各部署へ周知した。</p> <p>各部署でバリエーション集計及び分析を実施し、委員会へ報告した。</p>
	身体抑制解除に向けたカンファレス実施率	実施率60%以上	75%	達成	<p>令和元年7月から実施率(記録率)の集計方法を変更した。</p> <p>看護部業務委員会で毎月の集計結果を発表し、看護部各部署へフィードバックした。</p> <p>各病棟で医師への周知を継続して実施した。</p>
看護の質向上	褥瘡予防院内発生率	0.07%以下	0.07%	達成	<p>褥瘡発生しやすい部位の皮膚状態の観察と記録の継続を周知した。</p> <p>標準化した褥瘡の予防的ケアを周知した。</p> <p>褥瘡予防策について勉強会を実施した。</p> <p>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した。</p> <p>褥瘡対策マニュアルの見直しを行った。</p>
	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	90.8%	達成	<p>毎月の患者アンケート集計と結果をフィードバックした。</p> <p>意見や要望について多職種で検討し対応に努めた。</p> <p>マナー講座研修受講者から委員に伝達講習し、委員が各部署で伝達講習を行った。</p> <p>病院として取り組むべきものに</p>

					関してはマネジメント会議へ報告し、対応を依頼した。
--	--	--	--	--	---------------------------

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を達成しました。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。

クリニカルパス使用割合については、クリニカルパス適応症例件数が多い疾患が外来診療へ移行したことや使用割合が多い診療科の手術件数が減少したことにより、目標値は未達成となりました。また、DPC 入院期間Ⅱ以内の退院割合についても、心不全等の入院療養期間が長い疾患が増加し、当院が設定する入院診療計画の日数より長くなることが見られたため、未達成となりました。このことから、クリニカルパス委員会を中心に診療部及び看護部と協力し、分析・評価を実施しながらクリニカルパスの見直しを実施していきます。

今般の取組については、引き続き令和 2 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の運営強化	紹介率	71%以上	80.1%	達成	県内の医療機関に対し、紹介予約制であることを周知した。 登録医及びこどもサポート医の研修会を実施した。 連携パス医療機関の再募集及び医療機関訪問を実施した。 登録医のメリット及び紹介患者の運用見直しを行った。
	逆紹介率	81%以上	88.1%	達成	診療科へのフィードバックを強化した。 リウマチ科の逆紹介を推進した。 症例検討会、研修会を実施した。 心不全地域連携パスの運用見直しを行った。
	地域医療研修会の開催（地域医療従	25回	25回	達成	地域の整形外科医療機関が集う機会にリウマチ科の逆紹介に関

	事者含む)				するアンケートを実施し、逆紹介の推進に役立つ研修会を開催した。
	うち看護師を対象とした研修会の開催	12回	12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	小児科やPET-CTの受入基準の周知について、連携室だより等を用い、関係先医療機関へ広報した。また、登録医制度を活用した登録医のメリットの創設も実施できた。また、下半期においては逆紹介の推進として返書作成率が90%を下回る診療科を対象にヒアリングを実施し、返書作成の徹底及び逆紹介率改善にあたっての課題等を確認した。
	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	63.5%	未達成	看護部門から応援をもらい、採血ブースが7か所稼働可能になるよう人員配置を実施した。採血後、検体の到着受付から検査結果報告までのプロセスはISO15189に則って業務手順を標準化し、効率的に検査を実施した。
	逆紹介件数	17,200件以上	15,713件	未達成	返書作成率が90%を下回る診療科についてヒアリングを行い、逆紹介にあたっての課題を整理した。各科に対して逆紹介推進の依頼が遅れたことが原因と捉える。
	外来診療待ち時間(平均)	23分以内	32分	未達成	改善策として予約時間の90分前からしか受付できない仕組みを検討し、令和2年7月から運用を開始した。

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、地域医療機関から紹介いただいた患者を当院で継続して再診させ、適切な時期に地域医療機関へ紹介できなかったことで初診患者数の割合が減少しました。併せて、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、令和2年度も引き続き、逆紹介を積極的に行い、より多くの初診患者を受け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	10回	達成	医療安全に関する研修会を年10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た。未受講者には、後日、院内イントラネット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	2,400件以上	2,348件	未達成	職員に対し、インシデントレポートの提出を定期的呼びかけた。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呼びかけた。報告の簡略化を図り、迅速な報告体制を整備した。 未達成要因は研修医の提出件数が少ないため、医療安全担当医師と協力し周知した。
院内感染防止の推進	研修会の開催	3回以上	23回	達成	感染対策研修会（全職員対象）を7月と1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	手指衛生遵守率、手指消毒剤使用量調査を実施した。 手指衛生キャンペーンを実施した。 PPE着用状況調査を実施した。
	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	年間41回ウェブサイトに感染症情報を掲載した。

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）	885件以上	686件	未達成	専従または専任要件を満たす職員の特別休暇取得、時短勤務、退職等によりマンパワー不足であったが、NST専従登録を維持することでNST介入患者が時折15人以上になった場合も算定漏れが生じないように配慮した。 また、平成30年度ではNST依頼総数の58%が腫瘍内科であったが上記の取組みにより、特定の診療科への偏りが解消し本来の「全科型NST」に見合った活動を実施した。
	栄養食事指導件数（算定件数）	4,030件以上	3,403件	未達成	マンパワー不足で中止していた鉄欠乏性貧血及び一部縮小していた外来透析患者への定期栄養指導を5月から再開した。 新規採用者への教育による栄養指導業務担当者の育成を実施した。 潜在的な栄養指導対象患者は存在するため、効率的な「食事療法の必要性が高い患者」の抽出方法を検討した。
	薬剤師による入院事前面談の介入	70%以上	69.5%	未達成	患者サポートセンターを経由する全患者に薬剤面談を実施したが、化学療法で2回目以降入院した患者や眼科等の薬剤を使用しない患者も含むことから未達成となった。
	薬剤指導件数	13,000件以上	14,987件	達成	病棟薬剤師が毎月1,100件～1,300件の薬剤指導を実施した。
	糖尿病透析予防チームによる指導件数	20件以上	64件	達成	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	526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確認を行った。 平成30年10月より外来の診療枠を5枠から6枠に見直しを行い、患者数が増加した。 キャンセルを減らすための周知を行った。
	リハビリテーションの退院時指導実施率	90%以上	97.2%	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。 急な退院に備え、病棟との連携を

					強化した。
--	--	--	--	--	-------

イ 結果（評価）

薬剤師による入院事前面談の介入は、患者サポートセンターで入院説明をする患者は全て入院前に薬剤面談を実施することができました。しかし、化学療法で2回目以降の入院患者や眼科等で薬剤を使用しない患者等は薬剤事前面談から除外されますが、目標設定の根拠数値に含んでいることから当該患者の割合が多くなることで未達成となりました。

この他、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	98.8%以上	99.9%	達成	「個人情報の取扱いに関する意識調査」を10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平成30年度に比べ0.3ポイント向上し、目標値を満たした。

イ 結果（評価）

院内での研修や電子カルテシステムで個人情報の取り扱った事例を全職員が閲覧できるようにすることで、より一定の効果が得られました。引き続き、全職員が個人情報を適切に取り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 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		
救命救急センターとしての機能強化と地域の医療機関との役割分担の推進	救急車搬送受入件数	5,800 件以上	5,803 件	達成	古川地域の医療機関において、病床が混雑する夏期と冬期に空床情報の見える化に取り組んだ。また、転院申込書の統一化を実施し、円滑な転院調整に努めた。救急搬送については、大崎・栗原・登米において消防隊が3次救急搬送や救命救急センターの受入れが妥当と判断した場合には、1回目の救急受入要請を可能とし、大崎消防本部においては要請1回目に受入医療機関が決まる割合が高くなった。
	救急要請応需率(救急車)	95.5% 以上	94.3%	未達成	
	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	0回	未達成	
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	0回	未達成	平成30年度に大規模なマニュアル改定を実施したことから令和元年度の改定は見送った。

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。初期救急を担う夜間急患センターは午後10時までの診療のため、それ以降の救急搬送受入れは、当院が中心に受入れしていることから、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確保を推進していきます。また、災害拠点病院として、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3項目 達成率60.0%）

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としての機能強化	がん連携パス使用件数	20件以上	42件	達成	院内医師へのがんパス制度の説明を実施した。 連携先医療機関へ対応可能ながん種類の拡大を依頼した。
	外来化学療法件数	7,550件以上	8,640件	達成	確実なベッド予約のため、ベッド管理画面を確認し、未指定の場合には適宜連絡しベッド予約を実施するよう対応した。また、レジメンの時間変更に関するシステム上の予約方法を再度周知した。
	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	60件以上	101件	達成	外来、病棟にポスター掲示及びチラシの設置を行い、看護師から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、職員への周知を図った。
	がん登録数	2,150件以上	2,074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。 病理結果データや化学療法実施データ等の情報を活用し、がん登録対象患者の早期特定を行い、登録作業の推進を図った。 がん登録に関するデータを分析し、院内外へ情報提供した。
	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	390件以上	266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図った。

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いては、開催回数や参加者数等に変化はないものの、1症例を数週に渡り検討していることから目標達成には至りませんでした。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られてきましたが、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。 平成30年度は4件，令和元年度は8件受入れし，実績が増加した。
	NICU稼働率	80%以上	72.2%	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	稼働	稼働	達成	令和元年5月に医療法の届出を完了し，6月から6床の稼働を開始した。
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，付添家族不在時の支援や，病室を回り児に合わせた遊びの提供を行った。

イ 結果（評価）

NICU稼働率については，常時小児科医師を院内に配置し，在胎期間30週以上で入院を必要とする患者の受入れをするなどを実施しましたが，地域内の出生数が減少していることもあり，NICUに入院する患者も減少したことが未達成の原因と分析しています。

地域内の出生数は，減少傾向にあります。大崎・栗原地域のお産や小児医療を守るため，地域と連携を図ります。地域との連携の一環として，令和2年4月から家族等から出産後の支援が受けられない産婦及び乳児を対象に心身のケアや育児指導を支援する産後ケア事業を開始し，さらなる周産期医療機能の充実を目指します。

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3項目 達成率60.0%）

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	28件	達成	適応となる脳梗塞症例数が減少し前年度より件数は減少したものの，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	32件	達成	

	連携パス活用率	75%以上	71.8%	未達成	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。 また、担当医へ早期介入の徹底と入退院支援加算算定件数の増加に努めた。
循環器センターの充実	PCI 件数	220 件以上	216 件	未達成	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 件以上	51 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体制の整備を図り、目標を達成しています。連携パスの活用については、連携医療機関となっていない先への転院増加により目標を達成できなかったことから、連携医療機関としての登録を該当医療機関へお願いしました。PCI（経皮的冠動脈インターベンション）については、心不全症例数が増加したものの、PCI が主で適応となる急性心筋梗塞症例数が減少したことから目標は達成しませんでした。

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	5,800件以上	5,440件	未達成	病棟退院支援担当者が全入院患者のスクリーニング結果を確認した。 スクリーニング未実施患者については病棟看護師に実施依頼を行った。 スクリーニングの実施状況について、退院支援リンクナースと情報を共有し、必要時に対策を検討した。
	予定入院患者の面談	4,800件以上	4,904件	達成	婦人科の化学療法入院の面談を開始した。

					血液内科の予定入院患者の面談介入のために病棟看護師と検討し「化学療法」のパスを作成した。入退院支援に繋げる個別スクリーニング方法を再度、病棟看護師へ周知した。
	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	4,500件以上	7,354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、連携体制の構築を図った。 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。

イ 結果（評価）

退院困難な要因の評価を行うことは、入退院支援の充実を図り、地域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つながるため、退院困難な要因の評価を入院3日以内に行い、早期介入しましたが、目標達成には至りませんでした。令和2年度は、院内外の連携強化を更に充実させ、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3項目 達成率60.0%）

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	74回	達成	毎週事務局内で広報ミーティングを開催し、遅れが出ないように進捗管理を行った。 広報委員会実務担当者部会を設置し、ウェブサイト上の全ページを各担当者に割り振りし、更新できていないページがないかどうか、更新作業に遅れはないかの確認を定期的に行った。 ウェブサイトが充実している県内の病院を視察し、広報業務の現状や今後の方針等について情報収集を行った。 12月～2月にウェブサイトに対するアンケートを実施し、働いている人の様子を知りたい等の意見を収集した。
	広報誌の満足度調査における「満足」の割合	前年度より満足+	52.1% (+8.8%)	達成	各病棟ラウンジや道の駅等、配架先を増やした。 他医療機関の視察を行い、情報収

		3%			集を実施した。 ※平成30年度満足度43.3%
	市民公開講座の開催	6回	5回	未達成	新型コロナウイルス感染症拡大により、第6回目を中止した。
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	82.0%以上	80.8%	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：令和元年11月12日から12月9日まで4週間 外来：令和元年11月15日から11月21日まで5日間 ・満足度 入院：86%，外来：77% ・低評価項目 診察，検査，駐車場待ち時間等
	提言の削減	268件	204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，年度当初から，広報委員会実務担当者部会を設置し，進捗管理を行い，充実を図りました。

提言・アンケート等で低評価項目の改善については，患者満足度調査においては平成30年度調査結果77.2%と比較し，前年度対比で3.6ポイント上昇しましたが，目標値に対し1.2ポイント低い結果となりました。そのうち前年度と比較し入院・外来共に全体の満足度は改善したものの，外来待ち時間に関する満足度は以前として低く，対策が必要と考え，その一環として令和2年7月から受付開始時間を診察予約時間の90分前からに制限し，午前来院の患者さんを分散化する運用を始めています。

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 27 項目中達成 18 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		
収益確保に向けた取組み	病床稼働率	83.1%以上	83.6%	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。診療科長・病棟師長ヒアリングを実施した。
	新入院患者数	13,961人以上	14,045人	達成	紹介受入れの強化や逆紹介の推進を行った。
	1日平均入院患者数	415.5人	417.9人	達成	紹介受入れの強化や逆紹介の推進を行った。
	1日平均外来患者数	1,033.7人	1,038.9人	達成	継続的な営業活動の一環として、紹介患者（初診）の受入れを増加するため、当院をかかりつけ医としている再診患者の減を目指し、地域医療機関に対しての積極的な逆紹介を推進した。
	入院診療単価	71,688円	73,624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移行するため、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	23,329円	26,289円	達成	継続的な営業活動の一環として、紹介患者（初診）の受入れを増加するため、当院をかかりつけ医としている再診患者の減を目指し、地域医療機関に対しての積極的な逆紹介推進した。
	リハビリテーションスタッフ1日当たりの単位数	16単位以上	17.0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	2機器	2機器	達成	本院の全自動尿分取装置及びMRI装置の更新を行った。
	経常収支比率	100.3%	101.0%	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	97.1%	96.9%	達成	
認知症ケア加算1の取得	実施	実施	達成	平成31年4月から認知症ケアチームを設置し、ラウンドを実施し入院患者のケアを多職種で実施した。	
急性期一般入	在宅復帰率	85.0%以上	85.0%	達成	地域医療施設等との連携体制を構築した。

院料 (7対 1看護 体制) の算定	平均在院日数	9.7日 以下	9.9日	未達成	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(適正入力率)	97.0% 以下	97.0%	達成	成果指標の修正と目標値の変更について看護師長会議や看護必要度委員会で説明した。病棟の特殊性を踏まえながら対策と目標を協議し実施した。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 療報酬 請求及 び業者 委託に よる業 務遂行 の管理	査定率	0.16% 以下	0.20%	未達成	査定等の要因分析を行い、診療報酬対策委員会に報告し、査定対策を検討・協議した。委員会の下部組織として職員、委託職員で組織するワーキンググループを設け、科別の傾向や対策等の情報を共有し、要因分析結果を医師等へフィードバックし、査定率の減少を図った。
	返戻率	2.00% 以下	2.03%	未達成	
	保留率	4.25% 以下	4.28%	未達成	
高度医療 機器の 効率化 と医療 機器の 適正利 用	MRI件数	7,450 件以上	6,742 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。 令和2年2月から約1か月間機器の更新により300件程度検査件数が減少したことも未達成理由として考えられる。
	CT件数	26,400 件以上	26,424 件	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	1,140 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	900件 以上	701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	90%以上	55.0%	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	100%	73.0%	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、看護師が医療機器の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	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。
	材料費対医業収益比率	33.1%以下	34.2%	未達成	SPDを導入し、継続して購入価格を抑えた。薬事委員会を定期的開催し、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	91.2%	達成	使用数量の多い医薬品から重点的に後発医薬品への切替えを行った。
	後発医薬品使用割合（カットオフ値）	53.5%以上	57.7%	達成	

イ 結果（評価）

収益確保に向けた取組みについては、平成30年度未達成項目だった病床稼働率や1日あたりの入院患者数は紹介を受けやすい・紹介しやすい体制及び環境整備を推進したことから全項目達成となりました。

急性期一般入院料（7対1看護体制）の算定については、診療報酬改定に伴う入院期間の短縮から当院の診療計画を見直しましたが、平均在院日数は目標値を達成できませんでした。

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、全項目が未達成のため、医師等へ要因分析結果をフィードバックし、更なる連携強化を図り、令和2年度も引き続き努力してまいります。

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たものの、後発医薬品への切替えも並行して実施し、費用の抑制に努めてまいりました。令和2年度も更なる費用の抑制に努めます。

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		
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	11月1日から11月22日までの期間、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、部門ごと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	100.0%	100.0%	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、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効果も現れ、予定募集数に達し、採用人数も増加しつつあります。令和2年度の応募者数も前年度より7名増加し61名の応募がありました。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5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		

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	実施	達成	初期研修医に対し，進路に係る調査や専門医，大学院を対象とした説明会を実施した。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	実施	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。
	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	42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	指定	未指定	未達成	小委員会を設置し，指定要件充足状況の確認を実施した。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，連携講座への申込みはありませんでした。臨床研修指導講習会の受講については，今後もできる限り多くの対象医師に促していきます。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となるため，取組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，がん診療の中核を担う当院にとっては，ゲノム医療が保険収載となったことから早急に整備する必要が

ありますが、指定に必要な人材（臨床遺伝専門医等）が東北大学でも不足していることや、その育成も需要に追いついていないことから、目標の早期達成は難しい状況です。

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	実施設計建設工事	実施設計建設工事	達成	10月に実施設計を策定し、公舎等解体工事を行い、予定とおり2月に安全祈願祭を実施し、新病院建設工事に着工した。
	住民との情報共有(懇談会開催等)	4回	6回	達成	市民病院だより9月号に基本設計の概要を掲載し、9月の鳴子まちづくり協議会理事会で実施設計概要を説明した。 鳴子総合支所だより10月号から、鳴子温泉分院紹介ページを設け、その中で様々な情報を地域住民に発信した。 1月の新病院建設工事業者決定を受け、鳴子まちづくり協議会理事会に実施設計内容の報告を行った。
病床適正化に向けた再編	稼働病床数	80床	80床	達成	病床適正化により、令和元年7月から一般病床40床のみで運用し、10月から地域包括ケア病床の仮運用を開始した。既に地域包括ケア病床の運用を開始している他病院の視察を行い、院内においては地域包括ケア病床プロジェクトチームを設置した。

イ 結果(評価)

令和元年度の新病院建設事業は、平成30年11月から令和元年10月まで設計業務を実施し、公舎等解体工事を経て、令和2年1月17日から着工しています。

住民との情報共有(懇親会開催等)は、病院広報誌へ基本設計の概要を掲載したことやまちづくり協議会理事会で実施設計概要を説明するなど定期的に情報発信しました。

稼働病床数は、令和元年7月から一般病床40床のみで運用していますが、病床稼働率が停滞していることから、更なる改善を踏まえ令和2年7月から地域包括ケア病床の運用を開始しました。

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	67.5人	63.0人	未達成	本院や他の医療機関、地域内の介護保険事業所などとの連携や情報交換を行い、在宅での療養者や医療機関からの紹介により受診行動につなげた。
	特定疾患療養指導件数	5,100件以上	5,084件	未達成	慢性疾患患者の長期投与の是正や各部署と連携し、次回受診予約を行うなどの取組を行った。
看護の質向上	褥瘡予防院内発生率	0.10%以下	0.0%	達成	平成30年度の褥創発生者の分析を行い、褥創発生リスクについて職員へ周知した。また対策を講じ、体圧測定計（パームQ）を活用することが浸透した。褥瘡管理入力研修を行い、毎月の監査を実施した。
	身体抑制解除に向けたカンファレンス実施率	100%	100%	達成	必要時身体拘束者の抑制解除や軽減に向けてカンファレンスを行い、拘束する時間を短縮することや拘束の工夫を協議した。身体拘束委員会が身体拘束者の介助の割合を毎月職員にフィードバックした。

イ 結果（評価）

各部署と連携し、外来患者の獲得に努めていますが、地域内の人口減少や再診患者の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、褥創発生者の原因を分析し、発生リスクについて職員へ周知しました。さらに、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、職員個々に浸透したことが、目標達成の要因と考えています。また、身体抑制解除や軽減に向けてカンファレンスを行い、拘束時間の短縮や工夫について検討したことから目標を達成できたと考えます。

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	研修内容の検討時・計画時，平成30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に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	156件	未達成	安全管理小委員会や医療安全担当者会議で，インシデントレポート提出の意識付けを行った。 報告されたインシデントレポートの情報収集を行った。 「ヒヤリ・ハットレポートありがとう」のポスターを作成し，レポート提出を促した。

イ 結果（評価）

研修会については，平成30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，平成30年度評価も踏まえて内容を検討し，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平成30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 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）	880 件以上	468 件	未達成	医師・看護師・医療クラークと連携し、外来栄養指導対象者に対し継続的な介入ができるよう積極的に働きかけた。 入院患者に関しては、定期的なスクリーニング・アセスメントの継続を行い、他職種で連携し指導対象者の把握に努めた。
	薬剤指導件数（算定件数）	500 件以上	341 件	未達成	退院時の服薬指導を可能な限り行い、インスリン手技指導などの指導が必要な場合も適宜行った。また入院患者に対して面談での服薬状況の確認や、持参薬の鑑別・整理一包化などを行った。

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が、新病院開院に向けて、地域包括支援センターや各老人福祉施設等と更なる「顔の見える関係性」を築くことでチーム医療の推進を図ります。

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	90.0%	達成	患者さんが自宅退院を目指すよう、ケアマネージャーや病棟看護師・地域医療連携担当看護師との連携を強化した。 令和元年10月から地域包括ケア病床の仮運用を開始した。 定期的な打合せを実施した。
	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	2.20単位	達成	スタッフのリハ実施単位を毎日データ化し共有できるようにした。またミーティングでスタッフの予定を確認し、業務の振り分けや代理実施などで患者さんの不利益にならないよう、適切に介入するようにした。

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おり、令和2年7月から地域包括ケア病床を稼働しています。リハビリテーションの実施単位については、職員間で実施単位をデータ化して共有できるように取り組み、業務の偏りが無いよう振り分けを行いながら、患者さんの不利益にならないよう介入したことから、目標値を上回り平均においても2.20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	65.6%	達成	毎月の救急要請件数・受入件数・拒否件数を把握し、医師・看護部へ情報を提供した。また、土日宿日直応援医師へも出来る限り救急患者を受け入れていただくよう要請した。

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）	5回以上	5回	達成	病棟再編，新病院建設実施設計概要及び新病院建設工事安全祈願祭の様式について掲載した。

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。

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 6 項目 達成率 37.5%）

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	84.8%	30.8%	未達成	毎週開催している連絡調整会議にて、病床稼働率・平均在院日数等を医師・看護師が情報共有を行い、院内全体で病床稼働率アップに向けた意識の統一を図った。
	1日平均入院患者数	67.8人	24.7人	未達成	令和元年7月から運用病床を療養病床40床から、一般病床40床（許可病床数80床）に変更した。本院や他医療機関、外来との連携を強化し、積極的な患者受入れを図った。
	1日平均外来患者数（再掲）	67.5人	63.0人	未達成	本院や他の医療機関、地域内の介護保険事業所などとの連携や情報交換を行い在宅での療養者や医療機関からの紹介により受診行動につなげた。
	入院診療単価	21,819円	21,446円	未達成	4月から6月まで療養病棟（療養病棟入院基本料2と介護療養病棟）であり、単価が低かったことが課題であった。7月から病床区分を変更し一般病棟の地域一般入院料3となり、10月には地域一般入院料1を取得することにより、月単価は目標値を超えて推移した。
	外来診療単価	6,932円	6,840円	未達成	院内各部署と連携し、初・再診患者、在宅医療それぞれに適した漏れのない医療を実施した。
	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	12.5単位	未達成	スタッフ6名体制でのスタートであったが、上半期の実績が低迷したこともあり、9月から5名体制に変更し、スタッフ一人当たりの業務量増を図った。病棟スタッフと連携し、リハビリ未処方の患者さんに対して、主治医に病状など

					を確認し、リハビリ対象患者の増加を図った。また、スタッフの年休などがある場合は、代理実施を行うことで単位数の増を図った。
	経常収支比率	88.7%	94.7%	達成	前年度の収支改善による不採算地区分繰入金の前年度精算額の減少に伴い、医業外収益が減少した。
	医業収支比率	60.8%	41.4%	未達成	改革プランに基づく病床再編として、病床数の調整を行っていることによる医業収益の減少により悪化した。
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	0.05%	未達成	医事業務委託業者との定例会で情報共有と対策を考え、医師へ報告相談し、対応を行った。
	返戻率	0.5%以下	1.48%	未達成	医事業務委託業者との定例会で情報共有と対策を考え、医師へ報告相談し、対応を行った。
	院外処方箋査定減額弁	96,000円以下	62,963円	達成	院外処方箋査定については、毎月の委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対策を講じている。また、医師に報告相談し、詳記の対応を実施している。また、令和元年度に同じ事例で査定されることのないよう点検強化に努めている。
新たな施設基準の取得	診療録管理体制加算の取得	継続	継続	達成	医師への未作成退院サマリーの作成依頼を実施した。診療録管理委員会を定期的に開催した。
	データ提出加算の取得	継続	継続	達成	適切なデータ作成のため、各部署との情報共有を行う。
経費の節減	材料費対医業収益比率	6.1%以下	9.5%	未達成	診療材料等、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	95.2%	達成	鳴子温泉分院薬事委員会を必要時に開催した。また後発医薬品使用率が85%を下回ることが予想される場合にはすぐに対策が

					とれるよう、薬局で調剤した薬剤について集計し監視を行った。
	後発医薬品使用割合（カットオフ値）	50.0%以上	70.7%	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、人員の適正配置を行ったものの、患者数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おりません。

令和2年7月から地域包括ケア病床を稼働し、新病院開院に向けて一層の収支改善を図ります。

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	鳴子温泉地域の人口減少等により入院患者の減少が著しく、各部署の業務量の見直しを行い、リハビリテーション部の人員削減を実施した。
	研修会等への派遣	75回以上	70回	未達成	地域包括ケア病床導入に向け、視察や研修を行った。また、自治体病院学会にてポスター発表を行い当院の事例を紹介した。

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	供用開始	供用開始	達成	令和元年4月には医療機器設備等の最終的な確認と納品、配置、レイアウトの最終調整を行った。5月以降のリハビリテーション室稼働後には不足備品の整理と適切な備品配置の再調整を行った。 リハビリテーションの処方件数、安定的な処方水準での適正な人員配置について協議を行った。
病床適正化に向けた再編	稼働病床数	40床 (うち地域包括ケア病床10床)	40床	達成	地域包括ケア病床稼働に向けた施設基準の必要な要件の確認と体制整備を行い、令和元年11月から当該病床の稼働を開始した。

イ 結果 (評価)

令和元年5月からリハビリテーションの提供を開始し、順調に稼働しています。また、令和元年11月から地域包括ケア病床10床を稼働し、病床稼働率は100%を超え高い水準を維持しています。令和2年度も高い病床稼働率を維持していることから地域包括ケアシステムの一助となるよう引き続き地域との連携に努めてまいります。

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	125.3人	115.6人	未達成	東北大学病院から整形外科医の月2回の派遣、また、本院から外来、内視鏡検査等の応援要請を行った。
	特定疾患療養指導件数	13,000件以上	12,567件	未達成	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	0.35%以下	0.00%	達成	入院時に褥瘡管理入力及び全身状態のアセスメントを行う。 ポジショニングの勉強を

					継続的に行う。新たに、マットレスの適切な使用を行うことを追加した。
	身体抑制解除に向けたカンファレンス実施率	100%	100%	達成	身体抑制が必要な患者・患者の家族に、説明用紙を使用して、同意を得た。その後毎日身体抑制解除に向けて、カンファレンスを実施し評価した。

イ 結果（評価）

常勤医が1名体制であり、本院や東北大学病院からの応援医師により外来診療体制を確保しましたが、外来患者数が減少し特定疾患療養指導件数も減ったことからいずれも目標は未達成となりました。また、褥瘡予防においては、全身状態のアセスメントの実施や研修会実施による知識及びスキルの維持・向上を図り、褥瘡予防に努めました。

令和元年度は、本院からの異動により常勤医が1名増員したこと、さらに、令和2年5月から短時間任期付医師を1名雇用し、診療体制を充実させたことから、目標達成に向け努めてまいります。

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		
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	令和元年6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	210件	達成	担当者会議にてインシデントレポートの事例検討会を行い他部署でも情報共有した。 ヒヤリ・ハット提出を促し安全風土の構築を図った。

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、職員の参加率が約90%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69件あり、平成30年度比較で29件増加していることから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）	260件以上	374件	達成	入院時に作成する栄養管理計画書や伝言板で、栄養指導が必要である旨を周知する。 外来受付に糖尿病教室の案内パネルを設置し、患者へ周知する。
	薬剤指導件数（算定件数）	600件以上	556件	未達成	対象患者に対し、服薬状況モニタリングや薬剤変更時、退院時など可能な限りの介入を行った。

イ 結果（評価）

栄養食事指導は、平成30年度と比較し15件増加しましたが、新型コロナウイルス感染症拡大の影響で指導を中止したことで指導件数が伸び悩みました。

薬剤指導は、地域包括ケア病床の稼働により薬剤指導管理料が算定できなくなったことが目標未達成の大きな要因と考えます。

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	93.0%	達成	入退院管理の病床運用にあたり、退院調整担当職員による関係機関、ご家族等との連絡・連携の徹底を図った。また、令和元年11月稼働の地域包括ケア病床の施設基準において在宅復帰率が要件にあることから、当該数値の意識的な管理を行った。
	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	3.4単位	達成	経時的に単位状況を確認することを通常業務に盛り込んだ。

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目標値を上回りました。令和元年11月から稼働した地域包括ケア病床の稼働状況も非常に高く、今後も病床稼働率を維持しながら目標達成の継続に努めます。

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	38.0%	未達成	運営会議等で応需率を報告し、対応可能患者の受入方針を決めた。

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け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	取組内容
----	------	----	----	----	------

		A	B	状況	
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	9回	達成	リハビリテーション室等，適時必要情報を更新した。

イ 結果（評価）

令和元年度は，リハビリテーション室の開設や地域包括ケア病床の運用開始等患者さんが必要な情報を積極的に更新しました。令和2年度も適時必要な情報を更新し，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 18 項目中達成 12 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		
収益確保に向けた取組み	病床稼働率	80.0%	81.9%	達成	外来からの入院受入れを促進した。
	1日平均入院患者数	32.0人	32.8人	達成	本院からの転院患者の受入れを積極的に行った。
	1日平均外来患者数（再掲）	125.3人	115.5人	未達成	東北大学病院から整形外科医の月2回派遣，また，本院から外来，内視鏡検査等の応援要請を行った。
	入院診療単価	25,955円	23,951円	達成	地域包括ケア病床を稼働した。
	外来診療単価	5,769円	5,841円	達成	東北大学病院から整形外科医の月2回の派遣，また，本院から外来，内視鏡検査等の応援要請を行った。
	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	14.9単位	未達成	情報共有の徹底と指示漏れを防ぐ体制整備を行った。予定単位数等の目標管理に対する意識付けを行った。
	経常収支比率	117.3%	103.3%	未達成	患者数の増加を図り，収益の増加につなげた。
	医業収支比率	73.9%	71.1%	未達成	
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	0.11%	未達成	委託職員と査定内容を共有し，同様の査定・返戻の削減に努めた。
	返戻率	2.0%以下	2.82%	未達成	
	院外処方箋査定減額弁	240,000円以下	178,728円	達成	
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	地域包括ケア病床稼働に向けた施設基準の必要な要件の確認と体制整備を行い，令和元年11月から当該病床の稼働を開始した。
	疾患別リハビリテーション料の取得	算定開始	算定開始	達成	令和元年5月から脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）運動器リハビリテ

					ーション料（Ⅲ）の算定を開始した。
	診療録管理体制加算の取得	継続	継続	達成	継続のため事務処理体制と諸帳票を整備した。診療録管理委員会を適時開催した。
	データ提出加算の取得	継続	継続	達成	継続のため事務処理体制と諸帳票を整備した。クリニカルパス作成・運用等及びコーディングについて診療情報管理委員会を開催し、協議した。
経費の節減	材料費対医業収益比率	10.0%以下	8.3%	達成	後発医薬品への採用替え、不動産在庫物品の返品を行った。
	後発医薬品使用割合	85.0%以上	92.0%	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。
	後発医薬品使用割合（カットオフ値）	53.5%以上	68.6%	達成	

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、月2回東北大学病院から整形外科医の応援を開始しましたが、外科及び眼科外来患者の減少により目標値を下回りました。

収支では、リハビリテーション施設の稼働や地域包括ケア病床を稼働したことで、入院収益の増加により医業収支比率及び経常収支比率は平成30年度より改善しましたが、目標を達成することはできませんでした。

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	東北大学病院から整形外科医の月2回派遣、また、本院から外来、内視鏡検査等の応援要請を行った。
	研修会等への派遣	45回以上	59回	達成	年度当初より部署ごとの出張計画を確認し、予算を有効活用してできる限り参加機会を確保した。

イ 結果（評価）

令和元年度は常勤医を1名増員し、目標を達成することができました。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も積極的に行ってまいります。

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	地域包括ケア病床増床 (10 床→14 床) に向け届出を行った。

イ 結果 (評価)

本院や他医療機関と連携を強化した結果、平成 30 年度と比較し病床稼働率の上昇が図られました。令和 2 年 4 月から地域包括ケア病床を 4 床増床し、更なる病床稼働率の向上と収益確保に努めます。

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	152.2 人	142.1 人	未達成	定期的な検査実施が出来るように医師から指示をもらい、定期的な来院を促した。
	特定疾患療養指導件数	11,000 件以上	10,213 件	未達成	電子カルテの伝言板などを活用し算定に向けて取り組んだ。
看護の質の向上	褥瘡予防院内発生率	1.00% 以下	2.64%	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、勉強会を開催した。
	身体抑制解除に向けたカンファレンス実施率	100%	100%	達成	身体抑制解除に向けたカンファレンスを定例化した。

イ 結果 (評価)

1 日平均外来患者数については、長期処方の見直しや検査実施の間隔を改め、患者数の維持に努めましたが、目標は未達成となりました。

褥瘡の発生率については、夜間の体位変換時間の見直しや正しいポジショニングの徹底等の対策を実施するとともに勉強会を開催し、知識と技能の向上に努めましたが、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、平成 30 年度同様、開催を毎月の定例とすることで、継続して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 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		
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。全職員が参加できるように 1 テーマあたり複数回開催した。
	インシデントレポート提出件数・分析	170 件以上	268 件	達成	医療安全通信を発行し院内のインシデント提出状況を職員に提示し提出件数増加を促した。カンファレンス等で軽微な事例を提出するよう周知した。

イ 結果（評価）

研修会の開催件数は目標を達成できました。しかし、全職員が参加できるように 1 つのテーマあたりの開催回数を複数回とし参加率の向上を試みましたが、受講形式を e ラーニング形式からグループワーク形式に変更したことが影響したこともあり研修会の参加率は低下しました。

インシデントレポートの提出件数・分析は、軽微な事例報告を行う習慣が浸透した効果が現れ、平成 30 年度から報告件数が 100 件以上増加し、目標を達成できました。

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）	455 件以上	621 件	達成	栄養指導の依頼は断らず、実施可能な場合は依頼当日に行い、難しい場合は後日予約を取っていただくこととし、依頼のあったものは全件実施した。医師からの依頼が増加傾向のため、新規の患者は 1 回で終了せず、継続してフォローしていくことにより、件数維持に努めた。
	薬剤指導件数（算定件数）	227 件以上	182 件	未達成	入退院時及び入院中に患者や家族への指導を実施した。

イ 結果（評価）

栄養食事指導については、医師から依頼された当日に可能な限り実施し、対応できない場合は日程調整することで指示があった依頼を全件受け入れる体制としました。また、1人の患者さんに対し数か月間継続してフォローアップすることで指導を充実させました。栄養食事指導について医師と管理栄養士が共通認識を持てたことが目標を達成できた要因だと考えます。

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 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	93.0%	達成	毎週月曜日に地域包括ケア病床運営会議にて、ベッドコントロールを行った。
	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	2.65 単位	達成	1 日 4 単位以上を目標にリハビリを行った。
	訪問リハビリ件数	768 件以上	1,120 件	達成	近隣のケアマネージャー等に訪問リハビリ実施を周知した。

イ 結果（評価）

在宅復帰率については、地域包括ケア病床運営会議を実施して、自宅及び自宅に準ずる施設に退院できる患者を選定し、地域包括ケア病床に入れるなどベッドコントロールを実施した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、地域包括ケア病床のリハビリ単位を積極的に取得するため、専従職員 1 名で実施しているが、病床稼働率が高く、対象患者も多いことから、全リハビリテーション職員が協力することで目標を達成することができました。入院中に体調を崩す患者さんの情報を共有し、患者さんの状態に合わせたリハビリを提供することで、単位取得につなげることができました。

訪問リハビリ件数については、医師からの処方依頼を積極的に受けたこと、また、近隣のケアマネージャー等へ訪問リハビリと実施していることを継続的に周知し、訪問リハビリにつなげることで、目標を達成することができました。

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 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	74.8%	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。

イ 結果（評価）

本院との連携強化や東北大学病院等へ応援医師の派遣依頼を実施してきましたが、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	4回	達成	台風19号における支援活動報告や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）

令和元年10月に甚大な被害をもたらした台風19号における支援活動報告やインフルエンザ予防接種のお知らせ等について情報発信し、目標達成となりました。令和2年度も積極的に更新し、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 13 項目 達成率 76.5%）

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	67.2%	72.8%	達成	地域医療機関との連携を強化し、入院患者数の増加に努めた。
	1日平均入院患者数	39.0人	42.2人	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、本院からの転院受入れなど地域連携の充実を図り、入院患者数の増につなげた。
	1日平均外来患者数	152.2人	142.2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医機能の役割を果たした。
	入院診療単価	25,125円	24,691円	未達成	令和元年7月に地域包括ケア入院医療管理料を取得した。
	外来診療単価	5,706円	6,076円	達成	ポータブルエコー導入による超音波検査の件数増及び内視鏡検査枠の増など検査件数が増加し、診療単価増につながった。
	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	14.3単位	未達成	積極的に単位を取得するとともに、医師や看護師へリハビリ処方依頼した。
	経常収支比率	95.0%	97.6%	達成	地域包括病床の稼働など収益確保に努めた。
	医業収支比率	65.0%	66.6%	達成	
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	0.19%	未達成	委託職員と査定内容を共有し、同様の査定・返戻の削減に努めた。
	返戻率	1.45%以下	1.27%	達成	
	院外処方箋査定減額弁	120,000円以下	113,846円	達成	
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	継続	継続	達成	令和元年7月に地域包括ケア入院医療管理料を取得した。
	診療録管理体制加算の取得	継続	継続	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	継続	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	9.0%	8.3%	達成	後発医薬品への採用替え

	益比率	以下			や適正発注を行った。
	後発医薬品使用割合	85.0%以上	96.7%	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	68.5%	達成	

イ 結果（評価）

本院や他医療機関と連携を強化した結果、平成30年度と比較し病床稼働率の上昇が図られましたが、入院診療単価及び1日平均外来患者数は目標を達成できませんでした。令和2年4月から地域包括ケア病床を4床増床したことにより、目標値を達成したいと考えます。

外来診療単価については、超音波検査件数の増加、本院からの診療応援、内科常勤医師による内視鏡検査の増加により平成30年度から診療単価が上昇し、連続して目標値を達成できました。

後発医薬品使用割合については、採用医薬品のうち、後発医薬品が販売された製剤の情報収集を迅速に実施し、採用変更を積極的に行うことで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を依頼した。 東北大学病院や退職医師へ派遣依頼し応援回数を増やした。
	研修会等への派遣	70回以上	65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、令和2年度も引き続き、自治医科大学から1名の医師派遣を受け、常勤させることができています。また、平成30年度まで外部の応援医師により実施していた内視鏡検査も本院の協力により、消化器内科医師の応援で実施することができ、充分に取組成果が現れたと評価しています。

研修会等への派遣については、予定していた研修会に参加することはできませんでしたが、目標の達成には至らなかったことから他部署との協力体制を充実させ、可能な限り研修に参加できる環境を整備します。

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 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		
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	41.3人	未達成	一般診療を拡充するため、新体制に向けた準備等を行った。
	特定疾患療養指導件数	3,460件以上	3,538件	達成	他医療機関から紹介患者の積極的な受入れを実施した。

イ 結果 (評価)

地域の保健師やケアマネージャーなどと情報共有を行い、連携を強化してきましたが、1日平均外来患者数は目標に達することはできませんでした。しかし、令和2年4月から「かかりつけ医」機能を充実させたことで、外来患者数は増加しています。

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	10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	18件	未達成	毎月、会議でインシデントレポート事例を情報共有した。また、インシデントレポートの研修会を行った。

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、目標は未達成となりましたが、レベル0の報告件数が平成30年度より増加しており、職員の医療安全に対する意識が高まっています。

基本方針 2 地域に貢献する医療の構築**重点施策 1 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	1,083 人	達成	地域活動として講師派遣を継続した。 地域包括支援センターなどと連携を強化した。

イ 結果（評価）

年間を通じて地域活動の一環として講師派遣を継続したことや地域包括支援センターなどと連携を深める取組みを実施した結果、目標を達成することができました。屋内で実施するレクリエーション内容が画一的になっているため、工夫したサービスを提供し、利用者の満足度を上げていきたいと考えています。

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	4 回	達成	外来診療案内について利用者にわかりやすい情報に更新した。

イ 結果（評価）

平成 30 年度までウェブサイトの更新は本院の担当部署でのみ実施していましたが、令和元年度から当診療所で更新できる体制に変更したことから、更新頻度が高まりました。令和 2 年度はさらにウェブサイトの内容を充実できるように取り組めます。

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 4 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		
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	41.3 人	未達成	一般診療を拡充するため、新体制に向けた準備等を行った。
	外来診療単価	5,930 円	6,035 円	達成	必要な検査を確実に実施した。 令和 2 年から新たな施設基準取得のため準備した。
	経常収支比率	106.3%	106.9%	達成	経費の節減に努め、多くの項目で平成 30 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	45.7%	37.2%	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	0.19%	未達成	査定内容を確認し、原因を調査し対策を検討した。
	返戻率	1.0% 以下	0.2%	達成	返戻内容を確認し、原因を調査し対策を検討した。
	院外処方箋査定減額弁	50,000 円以下	70,481 円	未達成	日常業務時やレセプト点検時における内容確認を徹底した。
経費の節減	後発医薬品使用割合	85.0% 以上	91.0%	達成	後発医薬品の推進に取り組んだ。

イ 結果（評価）

地域包括支援センター等との連携を深めてきたが、眼科や耳鼻科の患者数減少により 1 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。しかし、令和元年 7 月から栄養管理部の協力により、栄養食事指導を月 1 回実施し、糖尿病患者の重症化を防ぐ取組を進めたことで、診療単価が上昇し目標値を達成しました。

外来患者数は、令和元年度内に一般診療機能の拡充するための準備を行い、令和 2 年度からかかりつけ医としての役割等を地域住民へ浸透させることで患者数増加に努めます。

また、認知症患者は、居住地等を考慮して地域医療機関や各分院等へ紹介し、必要であれば宮城県認知症医療疾患センターである古川グリーンヒルズ等や本院認知症センターと連携体制しながら、認知症医療の均てん化を推進してまいります。

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た。
	研修会等への派遣	5回以上	16回	達成	本院での研修や地域での研修に参加した。

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 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	セットコースの組み合わせなど利用者がわかりやすいパンフレットや料金表を作成した。
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	25.8%	達成	対象者が理解しやすく, 受けやすくするために, 特定保健指導の案内用紙を変更した。 4 月から 7 月は, 当日保健指導枠を増やした。
予防接種事業の開始	予防接種の種類	3 種類	8 種類	達成	令和元年度から, ワクチン接種を 4 種類 (麻しん, 風しん, ムンプス, 水痘) 増やし, 接種日も火曜日, 水曜日, 金曜日に設定し, より多く利用できるような診療体制とした。また, ダイレクトメールやチラシなどで利用促進を継続して行った。

イ 結果 (評価)

令和元年度の取組として, 健診者のニーズに沿った健診内容の提案を実施したことや保健指導枠を増加し, 健診者の確保に努めました。また, 予防接種の種類と接種日を増やし, 利便性の向上に取組みました。令和 2 年度も引き続き, 健診者に合わせたコースの組合せの提案を行っていき, 健診者の確保に努めていきます。

健康管理センターの利用者は年々増加していますが, 令和 2 年 2 月頃から新型コロナウイルス感染症拡大の影響により, 健診のキャンセルが増加しました。また, 令和 2 年 4 月 21 日からゴールデンウィーク明けまで健診を一時中止したことや特定保健指導が実施できなかったことが, 当センター利用率に大きく影響しています。6 月から感染予防対策を強化し, 健診者の確保に努めています。

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	98.0%	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	15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（98%）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つなげました。

