

令和２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（以下、「病院ビジョン」という）は、平成２９年３月に大崎市が策定した新改革プランの行動計画として第２次大崎市総合計画や第７次宮城県地域医療計画と整合を図りつつ、医療制度改革や診療報酬改定の状況を踏まえた計画です。

病院ビジョンの評価・点検は、年度ごとに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	令和２年度	令和元年度	平成３０年度
達成項目	４９項目 (５１．０％)	６６項目 (６８．８％)	６６項目 (６９．１％)
未達成項目	４７項目 (４９．０％)	３０項目 (３１．２％)	３０項目 (３０．９％)

（２）鳴子温泉分院 成果指標 ３３項目

区分	令和２年度	令和元年度	平成３０年度
達成項目	１６項目 (４８．５％)	１７項目 (５１．５％)	１７項目 (５３．１％)
未達成項目	１７項目 (５１．５％)	１６項目 (４８．５％)	１６項目 (４６．９％)

（３）岩出山分院 成果指標 ３４項目

区分	令和２年度	令和元年度	平成３０年度
達成項目	２５項目 (７３．５％)	２４項目 (７０．６％)	２７項目 (８９．７％)
未達成項目	９項目 (２６．５％)	１０項目 (２９．４％)	３項目 (１０．３％)

※リハビリテーション増設に伴い項目を令和元年度から４項目追加

(4) 鹿島台分院 成果指標 33項目

区分	令和2年度	令和元年度	平成30年度
達成項目	21項目 (63.6%)	23項目 (69.7%)	21項目 (62.5%)
未達成項目	12項目 (36.4%)	10項目 (30.3%)	12項目 (37.5%)

(5) 田尻診療所 成果指標 16項目

区分	令和2年度	令和元年度	平成30年度
達成項目	9項目 (56.3%)	10項目 (62.5%)	7項目 (46.7%)
未達成項目	7項目 (43.7%)	6項目 (37.5%)	9項目 (53.3%)

(6) 健康管理センター 成果指標 12項目

区分	令和2年度	令和元年度	平成30年度
達成項目	11項目 (91.7%)	12項目 (100.0%)	11項目 (91.7%)
未達成項目	1項目 (8.3%)	0項目 (0.0%)	1項目 (8.3%)

令和２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	達成状況	目標	実績		取組内容
				令和 2 年度	令和元 年度	
DPC 特定病院群の指定継続	外保連手術指数	達成	14.08 以上	14.11	14.75	新型コロナウイルス感染症拡大当初、陽性患者受入れに伴い、院内感染防止策の一つとして不急の手術を延期した影響から手術件数が減少したものの、その後、手術症例につながる紹介患者の確保のため周辺医療機関等へ訪問を実施した。 手術指数に影響する手術のモニタリングを継続実施した。
	内保連症例数	達成	124 症例 以上	357 症例	337 症例	経営コンサルタントによる分析支援を受けながら、症例数のモニタリング行うとともに紹介・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)	未達成	5,400 件 以上	5,025 件	5,342 件	新型コロナウイルス院内感染防止策として全手術患者に対して術前 PCR 検査を実施し、安定的な手術に取り組んだ。
	DPC 入院期間Ⅱ以内の退院割合	未達成	75%以上	69.20%	71.9%	入院期間Ⅱと解離する疾病のクリニカルパスを継続して見直すとともにパス設定がない疾患については新たな導入を医師等へ依頼した。しかし、解離が一番多かった頻脈性不整脈のパスについては、日数短縮を実施したものの、目標達成には至らなかった。
	クリニカルパス使用割合	達成	55% 以上	56.4%	53.8%	眼科の白内障疾患を入院へシフトすることでクリニカルパスの使用割合が増加した。 また、4 件の新規パス導入とクリニカルパス委員会において使用しやすいパスへの見直しや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。

	リハビリテーション早期介入	達成	70%以上	74.7%	70.8%	処方翌日からリハビリを開始できるように処方箋準備と事前の患者基本情報の調査を実施した。 また、各職員の業務量を把握し、担当スタッフを迅速に決定することでリハビリ提供の円滑化を推進した。
医療の質向上	病院機能評価認定継続	達成	継続	継続	継続	医療の質管理委員会の下部組織として、病院機能評価領域別のワーキンググループを設置し、各部門の改善状況を把握するとともに対策等の検討とその運用を行った。また、領域間の進捗確認と情報共有を目的としたリーダー会議を定例開催することで関係部署との調整が進み、改善取り組みまでの対応が迅速に行われた。
	ISO15189の取得	達成	継続	継続	継続	認証内容に基づき、スタッフの曝露防止や検査時の飛沫対策など感染対策の徹底に努めた。
	クリニカルパスにおけるバリエーション分析の実施	達成	実施率80%以上	100%	100%	令和2年度に使用した全てのクリニカルパスのバリエーション分析を各部署で実施し、集計結果を全職員へ周知するとともにアウトカム未評価のパスについては内容を分析し、改善策を立案した。また、電子カルテシステムの設定変更により未評価時にアラート表示させることでバリエーション分析の実施率を向上させた。
	身体抑制解除に向けたカンファレンス実施	達成	実施率80%以上	84%	75%	実施率向上のため、多職種によるカンファレンスの実施を継続して実施した。 また、医師のカルテ記載率向上のため入力方法を簡略化し、さらに、カルテ記載の徹底と対象職員へのフィードバックを実施したことで目標達成につながった。
看護の質向上	褥瘡予防院内発生率	未達成	0.07%以下	0.09%	0.07%	毎週金曜日に皮膚科医師・専門看護師・管理栄養士が褥瘡ラウンドし、入院患者の褥瘡発生状況を評価した。 体圧分散寝具や褥瘡予防ドレッシング材の使用状況の把握と褥瘡予防の実施内容を評価し、各部署へフィードバックし

						た。 褥瘡予防対策マニュアルを改訂するとともに定期的な勉強会を実施した。
	看護部入院患者満足度調査における看護の満足の割合	達成	89.5%以上	92.6%	90.8%	毎月、患者アンケートを集計し、結果をフィードバックするとともに、意見や要望については多職種で検討し対応に努めた。 病院として取り組むべきものに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）

令和2年度当初は新型コロナウイルス感染症の拡大から院内感染防止策の一つとして、不急の手術や各種検査を延期したことなどもあり、手術症例数が減少しました。また、感染症まん延期においても、全手術予定患者へ術前PCR検査を実施するなど患者及び職員の感染防止策を徹底したことが、院内感染を発生させていない一因としてあげられます。

身体抑制の解除に向けては、多職種によるカンファレンスの実施率が令和元年度対比で約10%向上しました。その要因としては、対象職員へ積極的にカンファレンス参加を促したことやカルテ記載のルールを統一したこと、また、医師のカルテ記載を簡略化することで記載率の向上を図ったことがあげられます。

クリニカルパスの使用割合については、診療科医師を対象としたヒアリングを行い、その例の1つとして白内障症例を外来から入院へ移行したことで使用割合が向上しました。また、クリニカルパス委員会において使用しやすいパスへの見直しや新規で4件のパスを導入したことが目標達成の要因としてあげられます。

褥瘡予防院内発生率については、多職種でのラウンドによる入院患者の評価やスタッフ個々の知識向上を目的とした勉強会を開催するなどの取り組みを実施しましたが、目標達成に至りませんでした。要因としては、ADLの低い患者に対する体圧分散寝具の選択や、褥瘡予防ドレッシング材の使用など標準的褥瘡予防ケアが不十分であったことが考えられます。今後は、勉強会を開催するだけでなく、参加者が部署全体に勉強会の内容を周知するなど、院内全体でのスタッフの育成に努めます。

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2項目 達成率25.0%）

項目	成果指標	達成状況	目標	実績		取組内容
				令和2年度	令和元年度	
地域医療支援病院としての運営強化	紹介率	達成	72%以上	78.05%	80.1%	健診（検診）実施状況の調査や紹介率向上に向けた医療機関訪問を医師同行のもと実施した。各分院へ地域医療連携室を設置し、本院と合同で関係施設等への訪問を実施した。 地域の医療機関向けの集合研修が実施できなかったことから、ウェブを利用した研修の実施や研修会を撮影したDVDの配布など新たな試みを実施し、紹介患者の確保に取り組んだ。
	逆紹介率	未達成	82%以上	81.42%	88.1%	各診療科長が参集する会議において、診療科別紹介率及び逆紹介率をフィードバックした。医師返書作成率が低い医師に対して個別に指導した。
	地域医療研修会の開催（地域医療従事者を含む）	未達成	30回	21回	25回	新型コロナウイルス感染症拡大の影響から従来通りの研修会開催が困難だったため、ウェブを活用した研修会を積極的に開催した。
	うち看護師を対象とした研修会の開催	未達成	12回	0回	12回	新型コロナウイルス感染症拡大防止を目的に、地域の看護師を対象とした研修会を中止した。令和3年度はウェブによる研修会開催を進めていく。
外来業務の効率化	初診患者数の割合	未達成	10%以上	8.93%	9.1%	周辺医療機関向けに各診療科の診療内容や治療方針を紹介する連携室だより等の広報を実施した。 新型コロナウイルス感染症対策の実施状況をウェブサイトや広報誌等で情報発信し、安心して受診できることを広報した。
	外来採血から検査結果報告までの時間の遵守率	未達成	目標時間達成80%以上	76.95%	63.5%	新規採用者に対して計画的に教育を実施したことから採血業務に係る、安定的な職員配置が可能となった。 定期的に臨床検査室内でミーティングを実施し、検査報告時間に関する課題等の情報共有を図った。
	逆紹介件数	未達成	18,400件以上	15,499件	15,713件	地域連携パスの見直しを実施したことや本院から分院への転院を積極的に行うため、空床情報

						の共有など地域医療連携室間のミーティングを実施した。
	外来診療 待ち時間 (平均)	達成	20 分 以内	20 分	32 分	待ち時間が長いような患者へ外 来看護師から状況を確認し、待 ち時間を伝える対応に取り組ん だ。 複数科受診する患者に対して、 診察順番の調整を行った。 症状の安定した患者の逆紹介を 積極的に行った。 感染症対策の一つとして令和 2 年 7 月から再来患者の受付時間 を診察開始時間の 90 分前から 受付する運用に変更したこと効 果から採血待ち時間が 24 分か ら 16 分に短縮した。

イ 結果（評価）

新型コロナウイルス感染症拡大の影響により受診患者数が減少したこと
から、紹介患者の不安解消のため、医師同行による周辺医療機関や消防署等
への訪問を行い、感染対策を徹底した診療環境を整備状況について説明した
ことや本院及び各分院地域医療連携室の合同による地域包括支援センター
などの関係機関と意見交換を行い紹介患者の確保に努めました。また、登録
医向けの集合研修の開催が困難であったため、ウェブによる研修会の開催や
研修内容を撮影した DVD を関係医療機関へ配布するなど地域医療支援病院
としての役割を果たしたことから紹介率の目標達成に至りました。ウェブに
よる研修会を実施したことでこれまで移動距離や研修時間帯の問題で研修
会参加を控えていた方の参加が多く見受けられた。令和 3 年度は、地域医療
研修回数を増やすことや録画した研修内容を複数回配信するなど、地域の医
療従事者が研修に参加しやすい環境作りを進めていきます。

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 5 項目 達成率 100.0%）

項目	成果指標	達成 状況	目標	実績		取組内容
				令和 2 年度	令和元 年度	
医療事故 防止の推 進	研修会の 開催回数	達成	10 回以上	16 回	10 回	全職員を対象とした研修会へ参 加できない職員のために動画配 信を実施した。また、3 密を回避 するため少人数で短時間の開催 となるように二部制での開催や 各部門への出前講座を実施し た。 受講者の知識取得と理解を深め るため研修内容に関するテスト を実施し、正しい知識を習得し

						てもらうため解説を添付した。
	インシデントレポート提出件数・分析	達成	2,500 件以上	2,511 件	2,348 件	報告事例についてラウンドを実施し、再発防止の意見交換を行うなどコミュニケーションを通して報告しやすい環境を整えた。 院内定期ラウンドのほか、転倒・転落発生部署や部門を跨いだインシデント発生事例などは臨時でラウンドを実施し、状況確認した。 インシデントレポート報告の文化を更に根付かせるため、研修会等で周知した。
院内感染防止の推進	研修会の開催回数	達成	3 回以上	34 回	23 回	研修医向けの研修会や看護師ラダー研修など各部門や多職種と共同で研修会を開催した。
	アウトブレイクの発生なし	達成	達成	達成	達成	新型コロナウイルス感染症の流行状況に合わせたマニュアルを作成し、対策を実施した。 感染症発生時の接触者の把握や経過観察を強化し、院内感染を発生させなかった。
	ウェブサイトを活用した情報発信の充実（流行性疾病の注意情報等）	達成	実施	実施	実施	週 1 回の感染症情報の発信はできなかったが、新型コロナウイルス感染症の流行状況に合わせ、感染対策等の情報を発信した。

イ 結果（評価）

医療安全対策の推進として、全職員を対象とした研修会の実施や新型コロナウイルス感染症予防策として 3 密を避けるため少人数の受講者で短時間の研修になるように二部制での開催や出前講座による研修会を行いました。また、全職員対象の研修会については、欠席者への配慮として動画を配信し、医療事故防止を推進しました。

インシデントレポートの提出件数を増やすには、院内で報告しやすい環境作りが大切なことから、コミュニケーションを取りながら再発防止に向けた意見交換などを積極的に実施しました。報告事例に対しては、患者への影響を最小限に留めるためラウンドによる現場確認や調整を実施しました。また、再発防止策立案後、その部署内に対策が浸透しているか、同様の事故が発生していないかなどを確認することで、医療事故の再発防止と未然防止を推進することができました。

研修会開催方法の改善やインシデントレポート提出に対する意識醸成の効果として、インシデント事例に対する改善報告書の提出件数が前年度比 11 件増加、医療安全ラウンドの実施件数についても前年度比 144 件増加しました。また、インシデントレポート提出件数のうち、事故レベルの低いレベル 0 からレベル 2 までの提出件数においても、前年度比 114 件増加しました。このことから職員個人の医療安全対策に対する意識の向上につながったと評価しています。

重点施策 4 チーム医療の推進

ア 達成状況（成果指標 7 項目中達成 4 項目 達成率 57.1%）

項目	成果指標	達成状況	目標	実績		取組内容
				令和 2 年度	令和元年度	
チーム医療の介入の実施	栄養サポートチーム介入件数（算定件数）	未達成	890 件以上	803 件	686 件	栄養管理計画書作成の際、低栄養と判断した場合カルテ記載することで主治医に対して NST 介入を依頼した。 医師、看護師、薬剤師等多職種の協力により、カンファレンスや回診を更に充実させ、主治医への丁寧な回答や提案を行い、NST 活動の普及を図った。
	栄養食事指導件数（算定件数）	未達成	4,070 件以上	3,648 件	3,403 件	入職 2 年未満の職員への教育を推進し、栄養指導業務へ従事できる体制を整備した。 入院栄養管理計画作成において、診療科や病棟カンファレンスへの参加時やミールラウンド時に対象患者を抽出し、主治医へ栄養指導オーダーを依頼した。 外来化学療法患者や血液内科入院中の化学療法患者への栄養食事指導を実施した。
	薬剤師による入院事前面談の介入	達成	80%以上	98.0%	69.5%	患者サポートセンターを経由する患者と各外来診療科から依頼がある患者に対し薬剤師面談を実施したことから、目標を上回る実績となった。
	薬剤指導件数	達成	14,000 件以上	15,936 件	14,987 件	持参薬の確認漏れによる手術延期等のインシデント事例を受け、患者の持参薬確認の徹底と薬剤指導面談を入院初日に実施することで医療安全対策の改善を図った。これに伴い、コロナ禍においても令和元年度と比較し指導件数が増加した。

	糖尿病透析予防チームによる指導件数	達成	30 件以上	54 件	64 件	専任医師により対象患者を抽出した。 指導体制の充実を図るため、指導要件を満たす職員を育成し、1 名増員した。また、当該疾患の栄養指導経験を積むため、業務を割り振るなど部署内での調整を行い、体制を強化した。
	リンパ浮腫外来延患者数	未達成	400 人以上	307 人	526 人	リンパ浮腫ケアのみ対応していたが、患者からの相談対応やスキンケアの実施を開始した。
	リハビリテーションの退院時指導実施率	達成	90% 以上	97.4%	97.2%	これまで対応できていなかった急な退院に備え、病棟との情報共有と円滑な連携を図ったことで、目標達成を継続できた。 新型コロナウイルス感染拡大の影響から、退院時に家族等へ指導内容を直接伝えることができなかったこともあり、必要に応じて家族や施設等へ指導書を送付した。

イ 結果（評価）

栄養食事指導体制を充実させるため、入職 2 年未満の管理栄養士への教育を計画的に行いその成果として、令和 2 年度から外来化学療法患者や血液内科の入院患者に対しても、栄養指導を開始することができました。

令和 3 年度は、入院患者に対し食事個別調整に関する介入や面談を積極的に実施しており、本年 6 月までの累計は前年度同期比で 1 0 7 件増加しました。また、面談の結果栄養状態の不良な場合は、主治医及び担当看護師等に積極的に NST 介入依頼を進めてまいります。

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 1 0 0 . 0 %）

項目	成果指標	達成状況	目標	実績		取組内容
				令和 2 年度	令和元年度	
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	達成	99.0% 以上	99.8%	99.9%	全職員に対して適切な取扱いを意識付けるため、院内イントラネット等で調査結果を周知した。

イ 結果（評価）

院内啓発活動等の実施効果により意識調査の結果検証をすると、実績で前年度比0.1%減少したものの、「業務に関係しない個人情報を読覧したことがある」の設問に関しては前年度より0.9%改善しており、個人情報を適切に扱う意識は全職員に定着していると考えます。今後も、階層別研修の開催や研修後の理解度確認を簡易テストなどにより、全職員の意識定着を継続させるように努めていきます。

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 0 項目 達成率 0.0%）

項目	成果指標	達成状況	目標	実績		取組内容
				令和 2 年度	令和元 年度	
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	未達成	5,800 件以上	5,225 件	5,803 件	新型コロナウイルス感染症拡大の影響により救急車搬送件数が減少したことから、各消防本部へ定期的に訪問し、現状確認や意見交換を行った。
	救急要請応需率（救急車）	未達成	96% 以上	94.0%	94.3%	要請時に救急外来のブースが満床だったことや平日日中時間帯の軽症患者をかかりつけ医へ依頼したことから、救急要請応需率は目標未達成となった。
	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	未達成	2 回	0 回	0 回	新型コロナウイルス感染症の影響から集合形式による会議開催を取り止め、関係医療機関や消防本部への訪問やアンケートを実施し、要望や課題について聴取した。
災害対策マニュアル改定	災害対策マニュアルの改定	未達成	1 回	0 回	0 回	自然災害発生時における新型コロナウイルス感染症等を考慮した傷病者受入方法を定めるためマニュアル内容の検討を進めた。 また、改定案の事前検証として、院内の災害対応訓練を実施することでマニュアル内容の精度を上げた。

イ 結果（評価）

新型コロナウイルス感染症拡大の影響から令和 2 年度の救急車搬送受入件数は前年度比で約 600 件減少しましたが、年度当初から減少傾向を把握し、定期的に各消防署へ訪問し救急車搬送状況の確認や救急隊との意見交換を行ってきたことから、令和 2 年度下半期においては前年度救急車搬送件数を上回る月もありました。また、当院救命救急センターへの要望等を把握するため大崎・栗原医療圏の自治体病院や消防本部等へ書面調査を実施し、各病院のマンパワー不足や当院救急外来紹介後の転院日調整などの要望が挙げられたことから救急医療体制の継続的な維持のため、改善に努めていきます。

災害対策マニュアルの改定は、新興感染症のまん延を想定した傷病者受入れのマニュアル内容ではなかったため、感染管理部門職員の協力を得ながら、トリアージ方法の変更や感染防護衣の着用、感染対策を想定した各エリアの

ゾーニングなど災害時においても感染対策を徹底し、災害拠点病院としての役割を担うためのマニュアル内容の検討を進め、令和3年4月に改定したマニュアルを全職員へ周知しました。

重点施策2 がん診療機能の強化

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	達成状況	目標	実績		取組内容
				令和2年度	令和元年度	
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	未達成	30件以上	27件	42件	コロナ禍による各種健診の遅れや紹介患者数の減少からパス適応患者数が減少した。 一方、医療機関訪問により、消化器内科専門医がいるクリニック2か所が連携医療機関に追加されたことで、患者の選択肢を増やすことができた。
	外来化学療法件数	達成	7,710件以上	8,788件	8,640件	電子カルテ上で化学療法ベッドの予約状況を確認できるようシステム改修した。 長時間の化学療法実施の予約枠を設定し、適正な予約管理に取り組んだ。
	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	達成	80件以上	146件	101件	療養・就労両立支援についての周知（職員：各部署の会議等で説明・周知、患者・家族：ウェブサイト・ポスター・広報誌等で周知）を行った。 就労に関する相談の理解が増え、当センターへの紹介件数が増加した。 勉強会やミーティング等で取り上げた相談内容を各部署で情報共有し、業務に活用した。
	がん登録数	未達成	2,190件以上	2,043件	2,074件	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、登録作業の効率化を図った。 過去5年間の推移や5大がん別のデータ分析を実施し、ウェブサイトでがん登録情報を公表した。
	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	未達成	400件以上	159件	266件	関係医師に対して、定期的にメールや文書により通知している。目標件数は達成できなかったが、症例内容の共有と医師の参加率を高めることが拠点病院としての役割であることから機能強化を図っていく。

イ 結果（評価）

新型コロナウイルス感染症拡大の影響から外来患者が減少するなか、外来化学療法においては、電子カルテシステムで化学療法ベッドの予約状況を確認できるようにしたことや、4時間以上の化学療法実施のための予約枠を新たに設定するなど適正な予約管理に取り組んだことで前年度を上回る件数となり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、相談内容の充実を目的に患者及び職員向けに療養・就労両立支援について周知したことで、相談に対する認知が広まり当センターへの紹介件数が増加し、相談件数は前年度比で約40件増加しました。各種勉強会の内容やミーティング等の相談内容を部署内において共有することで、医療ソーシャルワーカーのアセスメント能力が強化され、多角的な視点で相談対応することができました。

引き続き、地域がん診療連携拠点病院として、当院で治療する患者だけではなく、県北医療圏をカバーする役割を担います。

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	達成状況	目標	実績		取組内容
				令和2年度	令和元年度	
周産期医療機能の充実	グレードA対応	達成	実施	実施	実施	産科医、麻酔科医、助産師及び手術室看護師が連携し、実施できる体制と人員確保を継続した。 令和元年度は8件、令和2年度は3件受入れし、実績が減少した。
	NICU稼働率	未達成	80%以上	68.6%	72.2%	30週以上の母体搬送件数と分娩件数の減少により、NICU対象の入院患者が減少した。
	GCU稼働	達成	稼働	稼働	稼働	令和元年6月から6床稼働したが、適正な看護体制を維持するためNICUへの看護配置を行った。
小児医療の充実	小児病棟への保育士の配置	達成	1名	1名	1名	常時1名の保育士を配置し、小児入院患者の発達段階や病状に合わせた支援を提供した。

イ 結果（評価）

小児科医師を常時院内に配置し、在胎期間30週以上で入院を必要とする母体の受入体制を継続していますが、地域内の出生数の減少や30週以上の母体搬送件数も前年度と比べ7件減少したことが、NICU稼働率の目標未

達成の要因と考えます。

このように当院の分娩件数は減少傾向にありますが、超緊急帝王切開などのハイリスク分娩の受入に備え、引き続き産科医や助産師等による体制維持に努めていきます。また、妊婦健診の推進によって出産に伴う母子へのリスクを低減する効果が期待できることから妊婦への啓発にも取り組みます。

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 2 項目 達成率 40.0%）

項目	成果指標	達成状況	目標	実績		取組内容
				令和 2 年度	令和元年度	
脳神経センターの充実	経皮的脳血栓回収術実施件数	未達成	20 件以上	15 件	28 件	脳疾患患者の救急車搬送件数減少や紹介患者の減少により、目標達成に至らなかった。 引き続き、関係医療機関や各消防本部を訪問し、患者確保に努めていく。
	t-PA 療法件数	未達成	30 件以上	23 件	32 件	
	連携パス活用率	達成	75%以上	93.0%	71.8%	赴任医師向けに地域連携診療計画の内容を説明し、理解度を高めた。 令和 2 年度から新たに 3 病院を連携医療機関として登録した。
循環器センターの充実	PCI 件数	未達成	220 件以上	198 件	216 件	虚血性心疾患は発症から診療実施までの時間が短いことから、救急搬送時の情報共有などにより救急隊、医師及び看護師が緊密に連携している。 心臓血管外科の緊急患者症例については、心臓血管外科医、麻酔科医及び手術室看護師の体制を維持し、緊急手術も受入れている。
	緊急受入件数	達成	20 件	57 件	51 件	

イ 結果（評価）

脳神経センターの充実については、脳疾患患者の救急車搬送件数や紹介患者が減少したため目標の治療症例数には至らなかったが、新たに連携医療機関を 3 病院増やしたことで前年度と比べ、連携パス活用率が約 20% 上昇しました。効果的なパスの活用を推進したことから連携医療機関への転院患者数も増加しました。

また、心筋梗塞や狭心症などの虚血性心疾患も当該感染症の影響を大きく受け患者数が減少したことから、関係医療機関への訪問を医師同行のもと行ったことや、各消防署救急隊へ救急車搬送状況を確認しながら更なる連携強化を図り、緊急患者の積極的な受入に努めていきます。

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	達成状況	目標	実績		取組内容
				令和2年度	令和元年度	
入退院支援の充実と地域の関係機関との連携強化	退院困難な要因の評価	達成	6,200件以上	7,752件	5,440件	全入院患者に対するスクリーニングを実施し、多職種が経過を確認するフローへ変更したことで院内全体の退院支援への取り組み意識が醸成され、大幅な評価件数の増加につながった。
	予定入院患者の面談	未達成	5,100件以上	4,661件	4,904件	血液内科の化学療法入院の面談を開始した。 腫瘍内科の化学療法以外の予定入院患者の面談を開始した。 入院前支援担当者と退院支援担当者によるカンファレンスを実施し、退院困難な要因を情報共有することで効率的な入退院支援につなげた。 「認知症やせん妄の評価」、「栄養評価の変更」「担当職員間のカンファレンス導入」等、医療の質向上につながる取り組みを実施した。
	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	達成	5,000件以上	8,489件	7,354件	令和2年2月から、より細やかな情報伝達を目的に活用したツールとして転院申込書の運用を開始し、円滑な転院調整を図った。 関係医療機関を訪問し、転院調整の課題収集と相互の情報を共有した。 ウェブを活用した地域医療連携担当者会議を開催し、情報共有を図った。

イ 結果（評価）

入退院支援業務については、担当職員や退院支援リンクナース等が共通認識を持ち、早期から多職種で退院困難な患者の支援をすることで、質の向上に取り組みました。

関係医療機関との連携強化については、訪問による転院調整の課題収集や相互の情報共有を図るとともに、ウェブを利用した地域医療連携担当者会議で、改めて地域医療支援病院の役割の周知に努めました。

予定入院患者への面談については、認知症やせん妄の評価を開始し、カルテへの記載や入院病棟への申し送りを行うことで、転倒転落の危険度を事前に把握し、転倒転落事故の防止や身体抑制の評価と解除に向けた多職種カンファレンスを実施するなど、組織を横断した業務連携の強化と更なるチーム医療の推進を図っていきます。

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 2 項目 達成率 40.0%）

項目	成果指標	達成状況	目標	実績		取組内容
				令和 2 年度	令和元 年度	
情報提供の強化（充実）	ウェブサイトの充実（更新回数）	達成	24 回以上	130 回	74 回	広報委員会実務担当者部会メンバーが年度当初の人事異動や組織改編に伴う各ページの更新作業を行った。 広報所管部署で未更新箇所を確認し、担当部署へ更新依頼を行った。 新型コロナウイルス感染症に関する周知等を随時更新した。
	広報誌の満足度調査における「満足」の割合	未達成	前年度より満足 +3% （令和元年度満足度 52.1%）	50.4% （-1.7%）	52.1% （+8.8%）	利用者目線に近い入職 1～2 年目の事務職員による病院紹介の記事コーナーを設けた。 また、アンケート項目を見直し、市民や患者の興味・関心の把握に努めた。
	市民公開講座の開催	未達成	6 回	0 回	5 回	新型コロナウイルス感染症拡大により、令和 2 年度の開催を全て中止した。
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	未達成	83% 以上	80.8%	80.8%	患者及び患者家族を対象に患者満足度調査を実施したが、外来の満足度が低い傾向となった。 入院：85.4%，外来：77% ・低評価項目 診察及び駐車場待ち時間、診察時間の長さ等
	提言件数の削減	達成	256 件	137 件	204 件	所管部署へ情報提供のみに留めていた提言についても対応状況や現状について報告してもらうこととした。

イ 結果（評価）

ウェブサイトについては、新型コロナウイルス感染症対策の取組みや面会等の対応について、専用ページを設けて案内するとともに、外部から寄せられた多くの御支援についても紹介しています。

広報誌については、新型コロナウイルス感染症の最前線で診療にあたっている呼吸器内科や認知症センター設置に伴う認知症医療の連携などタイムリーなテーマを特集するよう意識しました。

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 27 項目中達成 10 項目 達成率 37.0%）

項目	成果指標	達成状況	目標	実績		取組内容
				令和 2 年度	令和元 年度	
収益確保に向けた取組み	病床稼働率	未達成	84.5% 以上	80.60%	83.6%	新型コロナウイルス感染症陽性患者の受入に伴い、看護師等の配置転換を行ったことなどにより一部病床を休床した。
	新入院患者数	未達成	14,021 人以上	13,481 人	14,045 人	診療科ヒアリングを実施し、化学療法患者を入院へシフトしたことや小児科の食物アレルギー患者の受入れなど、新入院患者の確保に努めた。
	1 日平均入院患者数	未達成	422.3 人	403.5 人	417.9 人	二次検診対象者が市内医療機関で診療を受けやすくするための取組みについて検討を開始した。
	1 日平均外来患者数	未達成	1,028.7 人	980.2 人	1,038.9 人	新型コロナウイルス感染症の影響を把握するため、医師同行のもと医療機関や健診機関訪問を行い患者動向について聞き取りした。また、各消防本部へ救急車搬送等に関する意見交換を行った。
	入院診療単価	達成	71,665 円	77,102 円	73,624 円	診療科ヒアリングにおいて各医師に現状確認し、治療方針について協議した。 循環器内科のカテーテルアブレーション患者が増加したことや心不全患者の適正な入院期間の設定、抗がん剤治療の入院治療へのシフト変更などを行った。
	外来診療単価	達成	23,532 円	26,712 円	26,289 円	紹介患者数の確保を目的に、各診療科の治療方針や体制等をアピールするため、医師同行のもと医療機関を訪問した。 血液内科や腫瘍内科の外来での化学療法件数の増加を図った。
	リハビリテーションスタッフ 1 日当たりの単位数	達成	16 単位 以上	17.0 単位	17.0 単位	患者の病態や職員の業務状況を共有し、業務量に差が生じないよう調整し、安定したリハビリテーションの提供に努めた。

	収益性の高い医療機器新規購入・整備	達成	2 機器	2 機器	2 機器	マイクロ波メス装置及び据置型デジタル式汎用 X 線透視診断装置の更新を行った。
	経常収支比率	達成	100.0%	101.1%	101.0%	新型コロナウイルス感染症拡大の影響により令和 2 年度当初の医業収益の減少が年度末まで回復できなかった。 経常収支比率はコロナ関連の空床確保に伴う補助金等を有効的に活用したことで目標を達成した。
	医業収支比率	未達成	97.3%	95.3%	96.9%	
	認知症ケア加算 1 の取得	達成	実施	実施	実施	医師，看護師，薬剤師等による多職種カンファレンスとラウンドを毎週金曜日に実施し，介入した患者の状態と継続した介入の必要性を確認した。 認知症ケアチームの活動により，本来の治療疾患に対して適切な医療提供を行うことができた。
急性期一般入院料（7 対 1 看護体制）の算定	在宅復帰率	未達成	85.0% 以上	84.6%	85.0%	毎月モニタリングを実施し看護部と情報共有を行った。
	平均在院日数	未達成	9.7 日以下	9.94 日	9.9 日	新型コロナウイルス感染症拡大に伴う病床回転数を抑え，看護師等の業務負担を考慮した在院日数のコントロールを行った。
	看護必要度評価における適正入力の実施（適正入力率）	達成	97.0% 以下	96.6%	97.0%	令和 2 年度診療報酬改定により，看護必要度評価が変更されたことから令和 2 年 4 月のみの評価となった。 レセプト電算システムを使用した評価となったため，看護部と医事課で定期的なデータの監査を実施し，正しい評価となっているか確認した。
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	未達成	0.15% 以下	0.20%	0.20%	査定等の内容を速やかに分析し，診療報酬対策委員会で結果報告と併せて対策を検討，協議した。 早期に査定内容を分析し，当月診療分のレセプト請求に反映することで同内容の査定を防止に取り組んだ。
	返戻率	未達成	2.00% 以下	2.41%	2.03%	
	保留率	未達成	4.20% 以下	5%	4.28%	

高度医療機器利用の効率化と医療機器の適正な利用	MRI 件数	未達成	7,500 件以上	6,660 件	6,742 件	MRI 操作が可能な技師を育成し、昼時間帯や休日・時間外検査の対応を更に強化した。 当日の検査枠の空き状況を画像検査が多い診療科と共有することで検査枠を効率的に埋めることができた。
	CT 件数	未達成	26,650 件以上	25,799 件	26,424 件	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。 希望検査予約枠が空いていない場合は、診察時間に合わせて予約枠の調整を実施した。 検査時間の短縮を目的に造影 CT の穿刺手技を事前に処置室で実施する運用に変更した。
	核医学検査件数（PET を除く）	達成	1,000 件以上	1,023 件	1,140 件	放射線科医師と看護師の協力のもと、患者の都合に合わせた日程調整に柔軟に対応したことでキャンセル件数が減少したこと、可能な限り早めの検査を実施することで目標達成ができた。 認知症センターの専用枠を確保し、受入体制を整備した。
	核医学検査（PET）件数	未達成	1,000 件以上	687 件	701 件	依頼医の希望日までに検査結果が出せるように検査を実施した。 患者の予定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。 医師へのアンケート結果に基づき、予約方法の改善や読影日を周知するなど、スムーズに診察ができるよう運用変更した。
	院内利用機器台帳の整備率	未達成	100%	97.8%	55.0%	医療機器管理の台帳登録フローを作成し、システム登録を進めた。 令和 2 年度新規購入機器は全て登録を行った。 全部署をラウンドし、機器登録を実施してきたが、手術室内の登録が完了しなかったため、目標達成に至らなかったため令和 3 年度の完成を目指す。
	医療機器の適正稼働の達成率	未達成	100%	93.0%	73.0%	各機器の稼働率の把握や各部署の余剰在庫を確認するため、定期的なラウンドを実施した。 稼働率が低い機器は高額修理等が発生した場合に廃棄等の処理を行った。

経費の節減	委託費対 医業収益 比率	未達成	9.0% 以下	9.8%	9.4%	新型コロナウイルス感染症患者の受け入れに伴うPCR検査が増えたため、委託比率が悪化した。
	材料費対 医業収益 比率	未達成	32.7% 以下	33.8%	34.2%	前年度比で循環器疾患手術件数の増加及び症例内訳が変わったことから入院収益の確保には至ったが、手術材料金額も並行して増加したため、目標の達成には至らなかった。
	後発医薬 品使用割 合	達成	87.0% 以上	91.5%	91.2%	月間使用量500錠以上使用する薬品を切り替え対象とすることや後発品が発売された薬品については継続して採用変更を行う。
	後発医薬 品使用割 合（カット オフ 値）	達成	55%以上	58.3%	57.7%	

イ 結果（評価）

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、新型コロナウイルス感染症拡大の影響により入院及び外来患者数の減少から放射線画像検査が目標件数に届きませんでした。多職種と連携しながら検査時間を短くし、検査受入れ枠を増やすことで1件でも多く検査するように改善しました。このような中でも、紹介患者の確保と逆紹介の推進を目的に積極的に医療機関訪問を実施したことや健診・ドックの開始時期遅延による二次検診対象者を積極的に受入れるなど患者確保に重点を置いたこと、また、新たな施設基準の取得など取りこぼしのない診療報酬改定対応を実施したことから効率的に収益を確保し、入院及び外来診療単価は目標値を大きく上回りました。

経費節減については、医薬品の使用量を確認し後発医薬品へ切り替えることや各医療機器の稼働状況を把握しながら過剰在庫を減少させることで適切な医療機器整備を実施し、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	達成状況	目標	実績		取組内容
				令和２年度	令和元年度	
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	達成	実施	実施	実施	12月9日から12月25日までの期間で職員満足度調査を実施した。前年度比で回収率は4.6%上昇し85.5%，満足度は0.6点減少し68.2点であった。
	人事評価制度の実施	達成	実施	実施	実施	6月に期首面談，11月に期中面談，2月に期末面談及び能力評価を行った。3月に実施状況を確認し，未実施の場合は所属長に連絡の上，実施するよう要請した。
	人員の適正配置	達成	実施	実施	実施	職員の充足状況や要望等を部門別ヒアリングで確認し，医療機能の拡充等に合わせた職員採用や人員配置を行った。
	看護師等の確保率	達成	100.0%	100.0%	100.0%	就職ガイダンスやインターンシップ，病院見学の受入れなどを継続的に実施した。 学校訪問の代替として，看護部のPR動画を作成し，ウェブサイトで公開した。

イ 結果（評価）

看護師等の確保や人員の適正配置については，新型コロナウイルス感染症拡大の影響から学校訪問を中止しましたが，看護師向けPR動画のウェブサイト公開や学校等への資料送付を行いました。また，就職ガイダンスやインターンシップなどの継続的な実施や十分な感染対策を講じた上で病院見学を行うなど看護師確保対策を推進してきたことから，前年度比では減少したものの看護師及び助産師合わせて30名を新規採用することができました。引き続き優秀な人材確保を目的に一層PRを進めてまいります。

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3項目 達成率50.0%）

項目	成果指標	達成状況	目標	実績		取組内容
				令和2年度	令和元年度	
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	未達成	実施	未実施	実施	初期研修医2年次を対象に、専門医制度説明会と併せて説明会を開催したが、専門医制度の取得を優先する医師が多いため、達成には至らなかった。
	専門研修基幹施設及び連携施設としての機能維持	達成	実施	実施	実施	専攻医の登録症例及び評価を管理した。 内科の基幹施設として、臨床病理カンファレンスや内科救急講習会を開催した。
	臨床研修指導講習会の受講推進	未達成	実施	未実施	実施	経験年数が7年以上の医師を対象に指導医が不在又は少数の診療科を優先に県内開催の臨床研修指導医講習会の受講を推進した。しかし、新型コロナウイルス感染症拡大の影響から県内開催実績は1回のみとなり、応募多数による抽選に漏れたため受講できなかった。
	研修年次計画の策定及び実施	達成	実施	実施	実施	研修会実施計画に基づき、各部署主催の研修会、医療従事者を対象とする知識及び技術向上のための教育研修、施設基準及び認定病院等で開催が求められる研修会など、病院主催の研修会を適時開催し、進捗を管理した。 外部受講者がいる研修会は、新型コロナウイルス感染症予防策として、ウェブ開催を併用することで対応した。
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）	達成	40件以上	41件	42件	企業治験は、依頼内容に基づき医師の業務状況等を考慮した上で実施を検討した。 当院で初となる医師主導治験を受け入れるため、手順書を作成するなど受入れ体制を整備した。

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	未達成	継続	未指定	未指定	がんゲノム医療コーディネーター研修受講のため、看護師・薬剤師・臨床検査技師の3名の申込みを行ったが、選考から外れたため受講できなかった。令和3年度開催は未定だが、継続して申込みを行い、従事者養成を推進する。
-----------------	----------------	-----	----	-----	-----	---

イ 結果（評価）

全職員の教育・研究機能の充実と支援を図り、職員の育成と医療の質向上につなげるため令和2年4月にアカデミックセンターを設置しました。研修状況や志望診療科等の面談や研修実施計画に基づく研修会などを分離型やオンライン開催併用とすることで初期研修医及び専攻医全員が平等に参加できる環境を整備し、進行管理を行いました。

また、昨年度の大崎市病院事業外部評価検討会議で御意見をいただいた、医師以外への教育研修体制の整備については、薬剤部や臨床検査部など各医療技術部門において、入職後1～2年目を対象とした初期研修計画を策定し、業務に必要な知識と医療技術の習得状況の管理を開始しました。また、各部門の研修計画をウェブサイトで公開し、教育・研修の取組みをPRすることで優秀な人材を確保します。事務部門においても、令和3年度から新規採用職員への研修計画を新たに策定し、事務事業を円滑に進めるための基礎知識を習得することで、病院経営を支える基盤を整えます。

令和3年度においても引き続き、全職員への教育体制を整備し、職員満足度の向上を図ることで離職率の改善と優秀な人材確保に取り組めます。

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 2 項目 達成率 66.7%)

項目	成果指標	達成状況	目標	実績		取組内容
				令和 2 年度	令和元 年度	
新病院建設の推進	新病院建設事業	達成	建設工事	実施	実施設計 建設工事	隔週開催の定例会議にて工事の進捗状況を確認し、新病院の運用を検討した。外構工事以外の建物は令和 2 年度中に竣工し引渡しを受けた。
	住民との情報共有 (懇談会開催等)	未達成	4 回	0 回	6 回	新型コロナウイルス感染症拡大の影響により、懇談会を開催できなかったが、広報等を通じて住民への情報発信を行った。
病床適正化に向けた再編	稼働病床数	達成	80 床	80 床	80 床	新病院における病床運用を見据え、地域包括ケア病床プロジェクトチームを立ち上げて検討を行い、令和 2 年 7 月から地域包括ケア病床 10 床の運用を開始した。

イ 結果 (評価)

令和 2 年 1 月 17 日に着工した新病院建設事業は、積雪による影響で当初の予定からは遅れたものの、令和 3 年 4 月に完成し、6 月に開院日を迎えることができました。

建設中は、新型コロナウイルス感染症拡大の影響により、住民との情報共有のための懇親会等を開催することはできませんでしたが、鳴子温泉地域で毎月発行される「鳴子総合支所だより」に新病院の情報を掲載することにより、情報発信を行いました。

病床稼働に関しては、令和元年 7 月から一般病床 40 床のみで運用していましたが、新病院における病床運用を見据え、地域包括ケア病床プロジェクトチームを立ち上げて検討を行い、令和 2 年 7 月から地域包括ケア病床の運用を開始す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 1 項目 達成率 25.0%）

項目	成果指標	達成状況	目標	実績		取組内容
				令和 2 年度	令和元 年度	
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	未達成	66.8 人	55.1 人	63.0 人	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，情報交換により，在宅療養者への受診勧奨や医療機関からの紹介につなげた。
	特定疾患療養指導件数	未達成	5,200 件以上	4,430 件	5,084 件	各部署と連携し，来院予約日の調整等を行った。
看護の質向上	褥瘡予防院内発生率	未達成	0.10% 以下	0.3%	0.0%	褥瘡対策委員が，褥瘡予防についての研修会を開催し，職員の知識習得を図った。
	身体抑制解除に向けたカンファレンス実施率	達成	100%	100%	100%	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。 認知症ケア委員会が身体拘束者の情報を毎月職員にフィードバックした。

イ 結果（評価）

新型コロナウイルス感染症や積雪の影響により，1 日平均外来患者数は目標達成には至りませんでした。令和 2 年 6 月から地域医療連携室を設置し，近隣の医療機関や介護保険事業所への訪問活動を行うことで連携強化を図ることができました。患者の受診控えや，次回受診までの間隔調整による長期処方患者の増加等により，特定疾患療養指導件数は目標を大きく下回る結果となりましたが，今後も，状況に応じた長期投与の見直しや来院予約調整に関する取組みを進めます。

看護の質については，院内で褥瘡予防や認知症に関する研修，勉強会を開催し，職員の知識習得を図りました。褥瘡の院内発生率は，目標達成には至らなかったものの，研修会での知識習得により，患者への適切なケアにつなげることができました。

今後も，継続して取り組むことで，看護の質向上に努めます。

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	達成状況	目標	実績		取組内容
				令和 2 年度	令和元 年度	
医療事故防止の推進	研修会の開催回数	達成	2 回以上	2 回	2 回	ポスターの作成，掲示により，全職員に研修会開催についての周知を図った。また，職員が参加しやすいよう，2 部制で実施した。なお，研修会は感染対策を徹底して行った。
	インシデントレポート提出件数・分析	未達成	200 件以上	180 件	156 件	インシデントレポート提出に対する声かけにより，職員へ意識付けを行った。また，報告されたインシデントレポートを 3 か月毎に集計し，対策を検討した。

イ 結果（評価）

医療安全管理室と安全管理小委員会が協力し，新型コロナウイルス感染症拡大防止策を徹底した上で医療安全対策研修会を実施しました。また，二部制で研修会を開催することで多くの職員が参加できるようになり，参加できなかった職員に対しても研修内容を伝達することで，病院全体での意識統一を図りました。研修講師は医療安全管理者研修受講者とし，実施後のアンケート調査では「多職種の職員でグループワークを実施したことにより，コミュニケーションを図ることの大切さを実感できた」との好評価を多数得ました。

インシデントレポート提出件数については，患者数が減少している影響もあり目標達成には至りませんでした，事故レベル 3 未満の事例報告が多く提出されたことから，職員の医療安全に対する意識が高まってきたと考えられます。今後も，インシデントレポート提出に対する声かけを継続することで職員の意識向上を図り，医療事故防止の増加につなげていきます。

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	達成状況	目標	実績		取組内容
				令和 2 年度	令和元 年度	
チーム医療の推進	栄養食事指導件数（算定件数）	未達成	880 件以上	407 件	468 件	外来栄養指導対象者に対し継続的な介入ができるよう職員間で情報共有し、積極的に働きかけた。 また、多職種で連携し継続してスクリーニング・アセスメントを行い、指導対象者の把握に努めた。
	薬剤指導件数（算定件数）	未達成	500 件以上	194 件	341 件	退院時に服薬指導を行った。インスリン手技指導が必要な場合にも、適宜指導を行った。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、高齢の患者が多いことから、指導対象となる患者が少ないため、目標達成には至りませんでした。今後も、大幅な件数増加は困難であると予想されますが、指導を必要としている患者へ漏れなく介入できるよう、職員間での情報共有を図り、多職種で連携していきます。

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	達成状況	目標	実績		取組内容
				令和 2 年度	令和元 年度	
地域包括ケア病床設置に向けた取組み	在宅復帰率	達成	75%以上	95.8%	90.0%	患者が安心して在宅復帰できるよう、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強化を図った。また、院内でベッドコントロール会議を定期的開催し、円滑に退院支援を行った。
	患者 1 人 1 日当たりのリハビリテーションの実施単位	達成	2 単位以上	4.0 単位	2.2 単位	地域包括ケア病床の施設基準における必須単位を取得するため、職員間で情報共有を行い、連携して患者に介入した。

イ 結果（評価）

令和 2 年 6 月に、地域医療連携室を開設したことにより、入院前からケアマネージャーや関係部署と連携して患者支援を行うことができました。また、令和 2 年 7 月から地域包括ケア病床を稼働し、在宅復帰に向けてより円滑な支援が可能となりました。

リハビリテーションの実施単位については、地域包括ケア病床では 1 日平均 2 単位以上の実施が必要となることから、一般病床の患者に対するリハビリテーション計画も含め部門内におけるデータ管理やミーティングによる情報共有を徹底し、適切に介入できるよう調整しました。入院患者数の減少により、職員 1 日当たりの実施単位は目標達成に至りませんでしたが、今後とも、患者一人一人のニーズに合わせたリハビリテーションを提供します。

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１項目 達成率１００．０％）

項目	成果指標	達成状況	目標	実績		取組内容
				令和２年度	令和元年度	
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）	達成	60.0%以上	67.8%	65.6%	毎月の救急要請件数，受入れ件数及び不応需件数を把握し，医師・看護師へ情報を提供した。また，日当直担当の応援医師へ可能な限り救急患者を受入れる旨の周知を徹底した。

イ 結果（評価）

病院内で毎月開催している運営会議の中で，救急要請応需率等の情報を報告するとともに，人員配置の多い日勤帯に救急患者受入れを積極的に行う等の対応方法を職員間で意識統一したことで，目標を達成することができました。また，日当直担当の応援医師へも生化学検査等の実施フローを示し，休日にも可能な限り救急患者を受入れる旨の周知を徹底しました。引き続き，本院との連携強化を図り，救急体制を継続します。

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	達成状況	目標	実績		取組内容
				令和２年度	令和元年度	
情報提供の強化（充実）	ウェブサイトの充実（更新回数）	達成	6回以上	7回	5回	新病院建設事業や病床再編に関する情報を掲載した。また，新型コロナウイルス感染症対策に係る情報も随時更新した。

イ 結果（評価）

新病院建設事業や令和２年７月に稼働した地域包括ケア病床に関する情報を，写真や図を用いた分かりやすい表現でウェブサイトに掲載しました。また，新型コロナウイルス感染症に対する病院の体制等に関しても，随時情報を更新し，発信しています。今後も，開かれた病院づくりのため外部に向けて情報を提供します。

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 16 項目中達成 7 項目 達成率 43.8%）

項目	成果指標	達成状況	目標	実績		取組内容
				令和 2 年度	令和元 年度	
収益確保に向けた取組み	病床稼働率	未達成	78.3%	26.7% (40 床換算 53.4%)	30.8%	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や看護師、事務職等の多職種間で情報共有し、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	未達成	62.6 人 (40 床換算 31.3 人)	21.3 人	24.7 人	令和 2 年 7 月から地域包括ケア病床 10 床を稼働させ、本院や他の医療機関との連携を強化し、積極的に患者を受け入れた。
	1 日平均外来患者数(再掲)	未達成	66.8 人	55.1 人	63.0 人	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、情報交換により、在宅療養者への受診勧奨や医療機関からの紹介につなげた。
	入院診療単価	達成	22,040 円	25,336 円	21,446 円	検査や画像診断等の算定内容を見直し、さらに、地域包括ケア病床を効率的に運用することで単価増を図った。
	外来診療単価	未達成	6,932 円	6,617 円	6,840 円	院内各部署と連携し、定期的な検査、画像診断の実施や慢性疾患患者管理料、指導料等を漏れなく算定することに努めた。また、取得可能な施設基準等の洗い出しを行い、単価増につなげた。
	リハビリテーションスタッフ 1 日当たりの実施単位	未達成	16 単位以上	12.7 単位	12.5 単位	患者の早期回復に向けて、リハビリテーション未処方の患者の病状を主治医に確認し、適切な介入に努めた。また、取得単位数のデータ化により、職員間での情報共有を行った。
	経常収支比率	達成	87.5%	95.6%	94.7%	新病院での病床運用を見据え、改革プランに基づく病床再編計画を前倒しして、地域包括ケア病床の運用を開始したことで、医業収益確保を図り、収支改善に努めた。
	医業収支比率	未達成	57.2%	43.1%	41.4%	

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	未達成	0.02%以下	0.06%	0.05%	医事業務委託業者との定例会で対策検討を行い、医師やクラークへ分析結果を情報提供した。
	返戻率	未達成	0.5%以下	1.13%	1.48%	
	院外処方箋査定減額弁償額	達成	96,000円以下	23,206円	62,963円	
新たな施設基準の取得	診療録管理体制加算の取得	達成	継続	継続	継続	退院サマリーを遅滞なく作成するよう声がけを行った。また、診療情報管理委員会を定期的に開催することにより、継続的な加算算定に努めた。
	データ提出加算の取得	達成	継続	継続	継続	適切なデータ作成のため、各部署と情報を共有するとともにデータの精度向上を図り、継続的な加算算定に努めた。
経費の節減	材料費対医業収益比率	未達成	5.4%以下	8.7%	9.5%	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	達成	85.0%以上	94.1%	95.2%	割合低下の際に即時対応ができるよう、院内薬局で調剤した薬剤を定期的に集計し、チェックを行った。また、必要に応じ薬事委員会を開催し、情報共有や対応検討を行った。
	後発医薬品使用割合（カットオフ値）	達成	50.0%以上	70.9%	70.7%	

イ 結果（評価）

本院や他の医療機関、地域内の介護保険事業所等との連携を強化したものの、新型コロナウイルス感染症により患者の受診控えが増加したことや鳴子温泉地域の人口減少等が大きく影響し、患者数は入院・外来ともに目標を達成することができませんでした。しかし、院内各部門の職員が連携し、算定内容の見直し及び算定漏れへの対応を徹底したことにより、入院における診療単価は目標を達成することができました。

特に、地域包括ケア病床を令和2年7月から稼働し、効率的な運用に取り組んだことで、患者数が伸び悩む中でも、入院収益を大幅に増加させることができました。

今後も、大幅な患者数の増加は困難であると予想されますが、新病院開院後も継続して収益確保と経費節減に向けた取組みを実施します。

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	達成状況	目標	実績		取組内容
				令和2年度	令和元年度	
職員の適正配置と医療従事者の確保	人員の適正配置	達成	実施	実施	実施	患者数や新病院運用を考慮して各部署の業務量を見直し、本院や他分院と調整を図りながら適正な人員配置を行った。
	研修会等への派遣	未達成	80回以上	28回	70回	新型コロナウイルス感染症拡大の影響から、多くの研修会・学術集会等が中止、延期になる中、ウェブ等のオンライン受講環境を整えた。

イ 結果（評価）

患者数や新病院における運用を考慮しながら、各部署における業務量を見直し、適正な人員配置を行いました。リハビリテーション部門については、職員を定期的に他分院へ応援派遣する等、事業全体で人員配置の最適化を図りました。

研修会については、新型コロナウイルス感染症の影響から、資格取得や維持のための必要最低限の参加に留まったため、目標達成には至りませんでした。今後は、非対面式の研修会参加等により、職員の教育体制の充実を図ります。

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	達成状況	目標	実績		取組内容
				令和2年度	令和元年度	
リハビリテーション施設の整備	施設整備	達成	継続	継続	供用開始	令和元年度にリハビリテーション室を稼働させた。令和3年4月から地域包括ケア病床の8床増床に伴い、適正な人員配置等の準備を行った。
病床適正化に向けた再編	稼働病床数	達成	40床 (うち地域包括ケア病床10床)	40床 (うち地域包括ケア病床10床)	40床	令和2年度は、現病床数の40床を維持した。令和3年4月から地域包括ケア病床を8増床し、18床とするための体制整備を行った。

イ 結果 (評価)

令和元年度からリハビリテーションの提供と地域包括ケア病床10床を稼働し、病床稼働率は100%を超えるなど、高い水準を維持しています。令和3年度からは、地域包括ケア病床を18床に増床したため平均90%程度の病床稼働率となっていますが、延患者数としては前年度比150%程度と大幅に増加していることから、引き続き地域包括ケアシステムの一助となるよう地域や、他の事業者との連携に努めます。

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 3 項目 達成率 75.0%)

項目	成果指標	達成状況	目標	実績		取組内容
				令和2年度	令和元年度	
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	未達成	125.3人	106.8人	115.6人	東北大学病院及び東北医科薬科大学へ医師の派遣を依頼し、内科、眼科、整形外科へ派遣していただいた。また、常勤医1名を増員した。
	特定疾患療養指導件数	達成	13,000件以上	15,334件	12,567件	外来の慢性患者に対し、来院時の予約を徹底した。
看護の質向上	褥瘡予防院内発生率	達成	0.30%以下	0.20%	0.00%	褥瘡対策委員会を中心に、医師、栄養管理士及び薬剤師と情報交換及び現状把握し、処置、栄養及び薬剤の検討にフィードバックした。ポジショニングの勉強を継続的に行った。

	身体抑制解除に向けたカンファレンス実施率	達成	100%	100%	100%	認知低下又はせん妄状態により経鼻カテーテルの自己抜去等危険が予測される患者に対し、身体抑制を実施した。その後、身体抑制解除に向けて、毎日カンファレンスを実施し、評価した。
--	----------------------	----	------	------	------	---

イ 結果（評価）

新型コロナウイルス感染症拡大に伴い、患者の受診控えや、次回受診までの間隔調整による長期処方患者の増加により、1日平均外来患者数は目標を達成できませんでしたが、特定疾患療養指導については、来院時の予約徹底などの積極的な指導管理により目標を達成しました。また、褥瘡予防については、多職種での情報交換及び現状把握を処置等の検討にフィードバックしました。さらに、ポジショニングの勉強会実施により知識及びスキルの向上を図りました。

令和2年度は、本院からの異動により常勤医が1名増員し、さらに、令和2年6月から短時間任期付医師を1名雇用することで、診療体制の充実を図りました。

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	達成状況	目標	実績		取組内容
				令和2年度	令和元年度	
医療事故防止の推進	研修会の開催回数	未達成	2回以上	1回	2回	令和2年5月上旬に計画した研修会は新型コロナウイルス感染症対応のため中止した。令和3年2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	達成	200件以上	210件	210件	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った上で、各部署で情報共有した。インシデントレポートの必要性を周知徹底した。

イ 結果（評価）

医療安全に関する研修会を2回開催する予定でしたが、新型コロナウイルス感染症対応のため1回の開催となりました。参加できなかった職員については、資料を配布し、医療安全の知識向上に努めました。

インシデントレポート提出件数・分析については、全部署からレポート提出があり、安全文化の醸成につながっていると考えています。また、レベル0の報告は70件あり、前年度の69件と同程度となりました。インシデント報告に対する意識が職員全体へ定着・浸透しているものと思われます。

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	達成状況	目標	実績		取組内容
				令和 2 年度	令和元 年度	
チーム医療の推進	栄養食事指導件数（算定件数）	未達成	260 件以上	187 件	374 件	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した。 外来で継続指導が必要な場合は、その旨を伝言板へ記載し、次回診察時に分かるようにした。
	薬剤指導件数（算定件数）	未達成	600 件以上	243 件	556 件	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）

二次健診においても外来同様、新型コロナウイルス感染症拡大の影響を受け、例年 7 月から 10 月にかけて多い二次健診での栄養指導件数は激減し、栄養指導を断る患者が多いことと相まって目標達成には至りませんでした。

また、地域包括ケア病床 10 床は、薬剤管理指導加算対象病床から除外されることが目標未達成の一因となっています。令和 3 年度からは、地域包括ケア病床を 18 床に増床することから、今後も大幅な件数増加は困難であると予想されますが、指導を必要としている患者へ漏れなく介入できるよう、職員間での情報共有を図り、多職種で連携していきます。

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	達成状況	目標	実績		取組内容
				令和2年度	令和元年度	
地域包括ケア病床の運用	在宅復帰率	達成	75%以上	93.0%	93.0%	入退院管理にあたり，退院調整担当職員による関係機関，患者家族等との連絡及び連携を徹底した。また，地域包括ケア病床の施設基準要件として在宅復帰率があるため，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	達成	2単位以上	3.1単位	3.4単位	看護部門と連携し，自宅退院を目的とするリハビリ患者を地域包括ケア病床に転床する病床管理を行った。

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目標値を上回りました。地域包括ケア病床の稼働状況も前年度に続いて非常に高く，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	達成状況	目標	実績		取組内容
				令和2年度	令和元年度	
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）	未達成	50.0%以上	35.0%	38.0%	運営会議等で応需率を報告し，対応可能患者の受入れ方針を決めた。

イ 結果（評価）

時間外及び休日については，人員体制の都合から，受入れできず電話対応のみで終わるケースが多くありました。平日日中61%に対して，平日夜間25%，休日33%と目標達成には至りませんでした。可能な限り休日も救急患者を受け入れるよう日当直担当の応援医師へ周知を徹底しました。引き続き，本院との連携を図り，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	達成状況	目標	実績		取組内容
				令和2年度	令和元年度	
情報提供の強化（充実）	ウェブサイトの充実（更新回数）	達成	5 回以上	9 回	9 回	新型コロナウイルス感染症対応に係る面会制限等，随時必要情報を更新した。

イ 結果（評価）

令和2年度は，新型コロナウイルス感染症対応に係る面会制限や予防接種のお知らせ等，患者や利用者が必要な情報を積極的に更新しました。今後も随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 14 項目 達成率 77.7%）

項目	成果指標	達成状況	目標	実績		取組内容
				令和2年度	令和元年度	
収益確保に向けた取組み	病床稼働率	達成	80.0%	86.0%	81.9%	毎週水曜日のベッドコントロール会議により，緊急入院・予約入院の必要数・空き状況を把握し効率的利用につなげた。外来からの入院受入れを促進した。また，本院からも転院患者を積極的に受け入れた。
	1 日平均入院患者数	達成	32.0 人	34.4 人	32.8 人	
	1 日平均外来患者数（再掲）	未達成	125.3 人	106.8 人	115.5 人	東北大学病院及び東北医科薬科大学へ医師の派遣を依頼し，内科，眼科，整形外科へ派遣していただいた。また，常勤医 1 名を増員した。
	入院診療単価	達成	25,955 円	27,481 円	23,951 円	診療録管理体制加算等の施設基準届出項目の継続を実施した。
	外来診療単価	達成	5,769 円	6,196 円	5,841 円	運営会議での業務量報告を通じて経営に対する目的意識の共有を図った。検査の必要性がある場合，医師へ検査オーダーを働きかけた。
	リハビリテーションスタッフ 1 日当たりの実施単位数	達成	16 単位以上	16.1 単位	14.9 単位	入院患者のリハビリスケジュールを毎日見直し，同部門でも午前と午後の 2 回介入できるよう調整した。ホワイトボード等の活用により，情報共有，指示漏れ防止及び予定単位数に対する意識付けを行った。

	経常収支比率	未達成	112.0%	97.5%	103.3%	地域包括ケア病床の安定的な高稼働を図った。
	医業収支比率	未達成	73.5%	72.4%	71.1%	
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	達成	0.10%以下	0.07%	0.11%	委託業者と査定内容を共有し、同様の査定・返戻の発生防止に努めた。
	返戻率	未達成	2.0%以下	2.12%	2.82%	
	院外処方箋査定減額弁償額	達成	240,000円以下	218,793円	178,728円	
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	達成	継続	継続	算定開始	地域包括ケア病床の安定稼働と施設基準要件を満たす体制・運用を維持した。
	疾患別リハビリテーション料の取得	達成	継続	継続	算定開始	運動器リハビリテーション料（Ⅱ）の届出を行い、令和3年度から算定している。
	診療録管理体制加算の取得	達成	継続	継続	継続	診療記録の適切な保管体制を維持し、年2回の診療情報管理委員会を開催した。
	データ提出加算の取得	達成	継続	継続	継続	診療情報管理委員会の開催及び知識習得の周知徹底により適切なデータ提出につながった。
経費の節減	材料費対医業収益比率	達成	10.0%以下	8.1%	8.3%	後発医薬品への採用替え、不動在庫物品の返品を行った。
	後発医薬品使用割合	達成	85.0%以上	93.9%	92.0%	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）	達成	55.00%以上	67.0%	68.6%	

イ 結果（評価）

入院は、月により病床稼働率が70%台まで下がることもありましたが、施設や本院からの入院を積極的に受け入れ、年度を通して80%以上の稼働率となりました。外来は、整形外科での処置や検査の増加により診療単価の目標を達成しましたが、1日平均外来患者数は新型コロナウイルス感染症拡大に伴い、患者の受診控えや、次回受診までの間隔調整による長期処方患者の増加により、目標を達成できませんでした。

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	達成状況	目標	実績		取組内容
				令和２年度	令和元年度	
職員の適正配置と医療従事者の確保	人員の適正配置	達成	実施	実施	実施	東北大学病院及び東北医科薬科大学へ医師の派遣を依頼し、内科，眼科，整形外科へ派遣していただいた。また，本院へ外来，内視鏡検査等の応援要請を行った。
	研修会等への派遣	達成	45回以上	63回	59回	年度当初から部署ごとの出張計画を確認し，予算を有効活用し，できる限り参加機会を確保した。

イ 結果（評価）

令和２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。

研修会については，新型コロナウイルス感染症の影響から，資格取得や維持のための必要最低限の参加に留まりましたが，ウェブ開催等リモート形式での研修会へも積極的に参加するよう働きかけ目標を達成することができました。今後も，非対面式の研修会参加等により，職員の教育体制の充実を図ります。

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	達成状況	目標	実績		取組内容
				令和 2 年度	令和元 年度	
病床適正化に向けた再編	稼働病床数	達成	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 18 床)	58 床 (うち地域包括ケア病床 10 床)	地域包括ケア病床を令和 2 年 4 月から 4 床増床し 14 床、令和 3 年 2 月から更に 4 床増床し 18 床とした。

イ 結果 (評価)

病床稼働率については、新型コロナウイルス感染症の影響から上半期は前年度対比で減少となりましたが、下半期は本院や他の医療機関との連携を強化したことも一因となり前年度と比較して増加しました。令和 3 年 2 月から地域包括ケア病床を更に 4 床増床しており、引き続き地域包括ケアシステムの一助となるよう地域や他の事業者との連携に努めます。

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 2 項目 達成率 50.0%)

項目	成果指標	達成状況	目標	実績		取組内容
				令和 2 年度	令和元 年度	
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	未達成	152.1 人	129 人	142.1 人	急患・新患・予防接種のみの患者を積極的に受け入れ、再来につなげた。また、長期処方の見直しにより、再来患者の増加を図った。
	特定疾患療養指導件数	未達成	11,000 件以上	9,938 件	10,213 件	電子カルテの伝言板などを活用し算定漏れを防止した。
看護の質向上	褥瘡予防院内発生率	達成	0.90% 以下	0.19%	2.64%	褥瘡評価を毎週実施した。体圧分散寝具等の選定を行った。勉強会を開催し、参加者から部署への周知を行った。
	身体抑制解除に向けたカンファレンス実施率	達成	100%	100%	100%	身体抑制解除に向けたカンファレンスを毎週実施した。

イ 結果（評価）

1 日平均外来患者数については、新型コロナウイルス感染症拡大に伴い、患者の受診控えや、次回までの受診間隔調整による長期処方患者の増加により、目標は未達成となりました。同様の要因により、特定疾患療養指導件数も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、目標を達成することができました。

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、前年度同様、開催を毎週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 1 項目 達成率 50.0%）

項目	成果指標	達成状況	目標	実績		取組内容
				令和 2 年度	令和元年度	
医療事故防止の推進	研修会の開催回数	達成	2 回以上	2 回	2 回	密を避けるため、eラーニングを活用した研修会を実施した。
	インシデントレポート提出件数・分析	未達成	200 件以上	176 件	268 件	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でも提出するよう周知した。

イ 結果（評価）

研修会の開催回数は目標を達成し、さらには、eラーニング形式としたことで参加率が向上しました。その一方で、アンケート集計結果において「研修テーマへの興味」が前回より低い評価となったので、多職種が興味を持って受講できるよう、職種ごとに研修会を開催するなど開催方法を検討します。

インシデントレポートの提出件数・分析は、前年度から報告件数が 90 件程度減少し、目標を達成できませんでした。レポート提出に対する声かけや報告しやすい方法を検討するとともに、改めて医療安全に対する意識向上に努めます。

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	達成状況	目標	実績		取組内容
				令和 2 年度	令和元 年度	
チーム医療の推進	栄養食事指導件数（算定件数）	未達成	468 件以上	268 件	621 件	栄養指導を効率よく行える予約枠の整備を行った。 入院患者の栄養管理計画書作成で指導の必要性がある場合、医師へ進言しオーダーを働きかけた。
	薬剤指導件数（算定件数）	未達成	227 件以上	196 件	182 件	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、効率よく指導できるように予約枠の整備を行いました。しかし、新型コロナウイルス感染症の影響で糖尿病教室を開催できず、目標達成には至りませんでした。

薬剤指導については、地域包括ケア病床が薬剤管理指導加算対象病床から除外されることが目標未達成の一因となっており、今後も大幅な件数増加は困難であると予想されますが、指導を必要としている患者へ漏れなく介入できるように、職員間での情報共有を図り、多職種で連携していきます。

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 2 項目 達成率 66. 6 %）

項目	成果指標	達成状況	目標	実績		取組内容
				令和 2 年度	令和元 年度	
地域包括ケア病床の運用	在宅復帰率	達成	75% 以上	90.0%	93.0%	毎週月曜日にベッドコントロール会議を実施し、在宅復帰できる患者の情報共有を行った。
	患者 1 人 1 日あたりのリハビリテーションの実施単位	達成	2 単位以上	2.55 単位	2.65 単位	包括ケア病床患者には多職種で介入し、積極的な単位取得を行った。
	訪問リハビリ件数	未達成	768 件以上	486 件	1,120 件	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、毎週実施するベッドコントロール会議で、自宅又は療養施設等に退院できる患者の情報を共有するなどベッドコントロールを適切に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、病床稼働率が高く、対象患者も多いことから、専従職員1名に加え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。

訪問リハビリ件数については、地域包括ケア病床でのリハビリを充実させたことと、介護事業者との緊密な連携により円滑に在宅リハビリに移行できたことから減となりました。

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	達成状況	目標	実績		取組内容
				令和2年度	令和元年度	
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）	未達成	85.0%以上	66.8%	74.8%	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）

平日日中帯と比較して夜間・休日の受入れについては、検査可能な内容が限られるため受入れ率が低くなり、目標達成には至りませんでした。可能な限り休日も救急患者を受け入れるよう日当直担当の応援医師へ周知を徹底しました。引き続き、本院との連携を図り、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	達成状況	目標	実績		取組内容
				令和2年度	令和元年度	
情報提供の強化（充実）	ウェブサイトの充実（更新回数）	達成	4回以上	7回	4回	新型コロナウイルス感染症に関するお知らせ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）

新型コロナウイルス感染症に関するお知らせ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。今後も随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 17 項目中達成 13 項目 達成率 76.5%）

項目	成果指標	達成状況	目標	実績		取組内容
				令和2年度	令和元年度	
収益確保に向けた取組み	病床稼働率	達成	67.2%	73.67%	72.8%	毎週のベッドコントロール会議により、緊急入院・予約入院の必要数・空き状況を把握し、効率的利用につなげた。
	1日平均入院患者数	達成	39.0人	42.73人	42.2人	地域医療連携室を開設し、他の医療機関との連携を強化した。
	1日平均外来患者数(再掲)	未達成	152.1人	129人	142.2人	急患・新患・予防接種のみの患者を積極的に受け入れ、再来につなげた。長期処方の見直しにより、再来患者の増加を図った。
	入院診療単価	達成	25,125円	25,843円	24,691円	令和3年2月から地域包括ケア病床を18床に増床した。せん妄ハイリスク患者ケア加算を取得した。
	外来診療単価	達成	5,706円	6,042円	6,076円	ポータブルエコー導入による超音波検査の件数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	未達成	16単位以上	15.5単位	14.3単位	カンファレンスへの参加人数が減少した。リハビリの必要性がある患者については、医師や看護師へリハビリ処方を依頼した。
	経常収支比率	達成	94.3%	95.7%	97.6%	地域包括病床の高稼働や検査件数の増加など収益確保に努めた。
	医業収支比率	達成	64.2%	67.1%	66.6%	
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	未達成	0.03%以下	0.09%	0.19%	委託業者と査定内容を共有し、同様の査定・返戻の発生防止に努めた。
	返戻率	未達成	1.45%以下	1.48%	1.27%	
	院外処方箋査定減額弁償額	達成	120,000円以下	93,177円	113,846円	
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	達成	継続	継続	継続	ベッドコントロール会議において情報共有し、施設基準要件を維持するための在宅復帰率等を確保した。
	診療録管理体制加算の取得	達成	継続	継続	継続	診療情報管理委員会において疾病統計やサマリー記載率等を議論した。

	データ提出加算の取得	達成	継続	継続	継続	3 か月ごとのデータ提出に対し、毎月データ作成及びチェックを実施した。
経費の節減	材料費対医業収益比率	達成	8.8%以下	8.4%	8.3%	後発医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	達成	85.0%以上	93.0%	96.7%	紹介患者の服用薬剤購入の際は、可能な限り後発医薬品とした。 使用割合を把握して、医師と処方調整を実施した。
	後発医薬品使用割合（カットオフ値）	達成	50.0%以上	64.3%	68.5%	

イ 結果（評価）

地域包括ケア病床の増床に加え、令和2年6月から地域医療連携室を開設したこともあり、病床稼働率及び入院診療単価については、目標を達成できました。

外来については、新型コロナウイルス感染症拡大に伴い、患者の受診控えや、次回受診までの間隔調整による長期処方患者の増加により、1日平均外来患者数の目標は達成できませんでした。一方で、超音波検査等の件数増加により、外来診療単価は増加し、前年度に続い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、医師との処方調整や後発医薬品販売開始の情報を迅速に収集し、採用変更を積極的行った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	達成状況	目標	実績		取組内容
				令和2年度	令和元年度	
職員の適正配置と医療従事者の確保	人員の適正配置	達成	実施	実施	実施	東北大学病院や他病院へ医師派遣を依頼した。
	研修会等への派遣	未達成	70回以上	61回	65回	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、自治医科大学から常勤医師1名の派遣を受け、令和3年度も引き続き派遣を受けています。また、本院から消化器内科医師が応援医師として派遣され、病院事業内部で内視鏡検査に係る人員を確保できました。さらに、東北大学病院をはじめ、他の医療機関からの応援医師派遣により、診療に必要な医師を確保することができました。いずれも取組み成果

が表れたものと評価しています。

研修会については、新型コロナウイルス感染症の影響から、資格取得や維持のための必要最低限の参加に留まったため、目標達成には至りませんでした。今後は、非対面式の研修会参加等により、職員の教育体制の充実を図ります。

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	達成状況	目標	実績		取組内容
				令和 2 年度	令和元 年度	
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	未達成	43.2 人	41.8 人	41.3 人	本院医師による派遣体制を整え、一般診療の拡充を図り、外来患者数の確保に努めた。
	特定疾患療養指導件数	達成	3,460 件以上	4,875 件	3,538 件	本院及び他医療機関から紹介患者を積極的に受入れた。

イ 結果（評価）

新型コロナウイルス感染症の影響で、受診行動を控える患者が増加した影響や、診療所内で行っていた介護サービス事業（訪問・通所）を、利用者の意向を聞きながら、よりサービスの高い事業所へ案内・移行した影響等により、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、新型コロナウイルス感染症に係る検査、診察も積極的に受入れたこともあり、初診患者数は増加し、目標値との差を最小限に留めることができました。

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	達成状況	目標	実績		取組内容
				令和 2 年度	令和元 年度	
医療事故防止の推進	研修会の開催回数	達成	10 回以上	11 回	10 回	本院や地域の多職種に講師を依頼し、診療所の特徴にあった講習会を開催した。診療報酬について講習会を開催するなど経営的視点の知識の習得を図った。
	インシデントレポート提出件数・分析	未達成	20 件以上	11 件	18 件	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、発生した事例に対する適切な対応の検討に取り組んだ。

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、職員への周知が足りなかったことが影響し、案件の提出が減少したため、目標件数に到達せず、未達成となりました。今後はレベル 0 も含め部署会議や日々の業務の中で声がけするなど意識を高めていきます。

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	達成状況	目標	実績		取組内容
				令和2年度	令和元年度	
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）	未達成	1,000 人	723 人	1,083 人	現利用者について、居宅介護支援事業のケアマネージャと連携し、他の介護保険サービスへ移行した。

イ 結果（評価）

診療所内で介護保険サービスとして実施していた訪問・通所リハビリテーションについて、利用者の意向を聞きながら、よりサービスの高い事業所へ案内及び移行した影響もあり、目標達成には至りませんでした。

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	達成状況	目標	実績		取組内容
				令和2年度	令和元年度	
情報提供の充実	ウェブサイトの充実	達成	2 回以上	4 回	4 回	新型コロナウイルスに関する注意喚起や当院の取組み等を利用者に周知した。

イ 結果（評価）

新型コロナウイルスに関する情報の周知や禁煙外来の開始等の新たな取組みに伴い、ウェブサイトの更新回数は増加しました。今後も利用者にお知らせしたい情報を、積極的かつタイムリーに発信するよう引き続き取り組みます。

基本方針 3 健全経営の確保

重点施策 1 経営収支改善への取組み

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	達成状況	目標	実績		取組内容
				令和 2 年度	令和元 年度	
収益確保に向けた取組み	1 日平均 外来患者 数（再掲）	未達成	43.2 人	41.8 人	41.3 人	本院の医師による診療体制を整え、一般診療の拡充を図り、外来患者数の確保に努めた。
	外来診療 単価	達成	5,930 円	5,975 円	6,035 円	新型コロナウイルス感染症に係る検査・診察を積極的に受入れた。
	経常収支 比率	達成	104.7%	129.4%	106.9%	新たな施設基準取得に向けた体制の整備を図った。 本院の医師による診療体制の拡充に伴い、外部への診療応援賃金の削減に繋げた。
	医業収支 比率	達成	45.4%	51.6%	37.2%	本院や他の医療機関との連携し、初診患者の受入に努めた。また、各種検査や指導を実施した。
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	未達成	0.15% 以下	0.19%	0.19%	査定内容を確認し、原因を調査し、医師に適宜適切に情報提供を行うなどの対策を実施した。
	返戻率	達成	1.0% 以下	0.4%	0.2%	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償額	未達成	50,000 円以下	81,080 円	70,481 円	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	未達成	85.0% 以上	61.0%	91.0%	薬剤部や関係部署と連携し、情報収集を行うなど、後発医薬品使用推進に取り組んだ。

イ 結果（評価）

本院の医師による診療体制を整備し、一般診療機能の拡充を図ったことで初診患者数は増加したが、診療所内で実施していた介護サービス事業（訪問・通所）を、利用者の意向を聞きながら、他の介護サービスへ案内・移行した影響もあり、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 2 年度から新たに禁煙外来を開始したことや、新型コロナウイルスに係る検査や診察を積極的に受入れたことで収益が増加し、経常収支率、医業収支率ともに目標を達成することができました。

査定率については、初診患者の増に伴い、新規の患者に対する処方が増えたことで、診療情報の不足等による院外処方箋の査定率の増に繋がったこと

が要因となり、未達成となりました。算定要件、適用病名等が適切かチェックし、レセプト点検の強化に努めてまいります。

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	達成状況	目標	実績		取組内容
				令和２年度	令和元年度	
職員の適正配置と医療従事者の確保	人員の適正配置	達成	実施	実施	実施	診療体制の拡充に伴い、本院からの診療応援体制を強化した。
	研修会等への派遣	達成	５回以上	７回	１６回	新型コロナウイルス感染症拡大の影響から、多くの研修会が中止となる中、オンライン研修会や本院での研修に積極的に参加するなど、柔軟な対応に努めた。

イ 結果（評価）

令和２年度から本院や関係部署と調整を行い診療体制を拡充したことにより、本院との連携がより円滑になりました。

研修会については、新型コロナウイルス感染症の蔓延により、外部の研修会に参加することが困難でしたが、オンラインによる研修会や本院での研修会に積極的に参加し、教育の充実を図りました。

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	達成状況	目標	実績		取組内容
				令和2年度	令和元年度	
新規健診項目の整備	健診コースの数	達成	39 コース (MRI 検査新規コース含む)	39 コース	39 コース	利用者に分かりやすいパンフレットや料金表を作成し, ウェブサイトに掲載した。
特定健診保険指導体制の整備	保健指導受健者数	達成	該当者の 25.0%以上	29.7%	25.8%	対象者が理解しやすく, 受けやすくするために, スタッフの説明方法の統一や, 健診の待ち時間を利用し, 効率的に指導を実施した。
予防接種事業の開始	予防接種の種類	達成	3 種類	8 種類	8 種類	本院薬剤部との連携を密にとることで, ワクチン確保に努めた。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2年度は新型コロナウイルス感染症の影響により, 健診事業及び特定保健指導を一時中止したことが当センター利用率に大きく影響しました。しかし, 受健者のニーズにあった健診内容を積極的に提案したことや, 健診の待ち時間を利用し効率的に保健指導を実施した効果もあり, 目標を達成することができました。

予防接種事業では, インフルエンザワクチン接種が昨年度より 59 名多い 174 名の実績となりました。本院薬剤部との連携を密にとり, ワクチン確保に努めたことで受入れ増に繋がりました。令和3年度についても, 一人でも多くの方に実施できるよう引き続き関係部署との連携・調整を進めるとともに, 積極的な広報活動に努めます。

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 1 項目 達成率 50.0%）

項目	成果指標	達成状況	目標	実績		取組内容
				令和 2 年度	令和元 年度	
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	達成	90.0% 以上	94.0%	98.0%	利用者のアンケートを実施し、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	未達成	10 社	2 社	15 社	新型コロナウイルス感染症の影響により、在宅勤務の企業もあったことから、積極的に担当者で連絡調整するなど、柔軟な対応に努めた。

イ 結果（評価）

健診者アンケートの結果をスタッフ全員で共有し速やかに改善に努めたことで、受健者の満足度の向上につながりました。アンケート結果では、スタッフの対応について「とても良い」「まあまあ良い」という回答が多数（94%）を占め目標を達成することができました。

事業所・団体訪問数については、新型コロナウイルス感染症の影響により、例年並みの活動は困難だったため、目標達成には至りませんでした。

次年度は新しい生活様式に準じた企業とのコミュニケーションを検討し、実施していきます。

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 7 項目中達成 7 項目 達成率 100.0%）

項目	成果指標	達成状況	目標	実績		取組内容
				令和 2 年度	令和元 年度	
MRI 検査事業の拡大	MRI 検査受検者数	達成	1,000 人	1,018 人	1,134 人	各分院と連携して患者・受検者の確保に努めた。
	MRI 検査におけるコースの数	達成	5 コース	5 コース	5 コース	セットコースの組合せを示すなど、利用しやすいパンフレットや料金表を作成、掲示した。
閑散期の顧客確保	閑散期の受健者数	達成	1,700 人	3,465 人	2,784 人	新型コロナウイルス感染症の影響により、年度後半に受健者の予約がずれ込んだが、予約枠を増やすなど柔軟に対応した。

健診事業 による収 益の増加	受健者数	達成	13,200 人	14,653 人	14,714 人	新型コロナウイルス感染症の 影響により、予約変更や予約キ ャンセルが発生したが、センタ ー内調整を速やかに行い、受健 者の要望に添うように努めた。
	収益（税 込）	達成	255,420 千円	319,341 千円	311,817 千円	新型コロナウイルス感染症の 影響を受けたが、期間限定メニ ューについて積極的に広報活 動を行うなど収益確保に努め た。
	経常収支 比率	達成	80.3%	99.7%	97.7%	収益の増加を図り、医業費用の 増加を抑えた。
	医業収支 比率	達成	66.5%	85.2%	84.1%	パンフレットやチラシの配布、 企業へのダイレクトメールの 発送、ウェブサイトやグループ ウェア、広報おおさきなどを通 じて広くPRを行った。

イ 結果（評価）

新型コロナウイルス感染症拡大のため、一時健診事業を中止したことや、受健控えによる受健者の減少により収益の減少も懸念されたが、パンフレットやチラシの配布、ウェブサイトや広報おおさきを通じて広くPRを行った効果もあり、円滑に事業を再開できことや、閑散期の利用者確保対策の実施により、経常収支比率及び医業収支比率ともに目標を達成することができました。

令和3年度は新たな取組みとして、前回健診結果で総合所見「判定5：精密検査・再検査の必要が認められます」であった方をあらかじめ抽出し、再度判定5であった場合に積極的に二次健診の受健を促すなど、健診前から健診後まで途切れのないフォローを行っていくことで、患者数及び収益の確保を図ります。