

第2期大崎市病院事業病院ビジョンの取組状況について

1 6つの目標の成果を検証

医療を取り巻く環境が目まぐるしく変化する中、地域において必要な医療提供体制の確保を図り、病院事業の機能・役割を適切に果たすべく、6つの経営目標を設定しています。令和5年度の各部門の業務行動計画は各々4つの視点で設定し、各視点の評価について以下のとおりです。

【全体】テーマ数 64分類 項目数 531項目

(青書きについては前年度より達成率が上がったもの)

		達成	未達成
全目標		346項目 (65.0%)	185項目 (35.0%)
視点別	経営	67項目 (51.1%)	64項目 (48.9%)
	利用者・職員	82項目 (62.1%)	50項目 (37.9%)
	業務プロセス	102項目 (74.5%)	35項目 (25.5%)
	教育と成長	95項目 (72.5%)	36項目 (27.5%)

【経営目標① 病院事業の果たすべき役割と地域医療機関との機能分担】

視点	達成	未達成
経営	18項目 (39.1%)	28項目 (60.9%)
利用者・職員	33項目 (70.2%)	14項目 (29.8%)
業務プロセス	38項目 (79.2%)	10項目 (20.8%)
教育と成長	37項目 (78.7%)	10項目 (21.3%)

【経営目標② 継続的な医療の質の更なる向上】

視点	達成	未達成
経営	27項目 (64.3%)	15項目 (35.7%)
利用者・職員	30項目 (61.2%)	19項目 (38.8%)
業務プロセス	41項目 (73.2%)	15項目 (26.8%)
教育と成長	37項目 (72.5%)	14項目 (27.5%)

【経営目標③ 新改革プランと第1期病院ビジョンの検証と改善】

視点	達成	未達成
経営	0項目 (0.0%)	2項目 (100.0%)
利用者・職員	1項目 (33.3%)	2項目 (66.7%)
業務プロセス	0項目 (0.0%)	1項目 (100.0%)
教育と成長	1項目 (50.0%)	1項目 (50.0%)

【経営目標④ 新興感染症を含む感染症対策の強化と安全・安心な医療の提供】

視点	達成	未達成
経営	5項目 (41.2%)	7項目 (58.8%)
利用者・職員	5項目 (45.5%)	6項目 (54.5%)
業務プロセス	5項目 (83.3%)	1項目 (16.7%)
教育と成長	2項目 (40.0%)	3項目 (60.0%)

【経営目標⑤ 魅力ある職場づくりと職員満足度の充実】

視点	達成	未達成
経営	12項目（66.7%）	6項目（33.3%）
利用者・職員	10項目（58.8%）	7項目（41.2%）
業務プロセス	13項目（72.2%）	5項目（27.8%）
教育と成長	16項目（76.2%）	5項目（23.8%）

【経営目標⑥ 経営収支改善への取組】

視点	達成	未達成
経営	5項目（45.5%）	6項目（54.5%）
利用者・職員	3項目（60.0%）	2項目（40.0%）
業務プロセス	5項目（71.4%）	2項目（28.6%）
教育と成長	2項目（40.0%）	3項目（60.0%）

2 検証結果と更なる高みを目指した取組

（１） 経営の視点

経営面に直結する入院及び外来の患者数や病床稼働率などの業務量の設定が多い項目で、令和5年度は4つの視点のうちで未達成項目が最も多い結果となりました。そのような中でも、栄養食事指導料算定件数やCT検査件数の増加など収益確保の取り組みや廃棄薬品の減少、各分院での薬剤の過剰在庫削減といった経費削減の取り組みについても目標値の達成がみられました。

【改善への取組等】

費用対効果を意識しながら業務内容を見直し、病院全体で業務の効率化及び費用削減に取り組めます。そのうえで、職員全体へ厳しい経営状況を理解してもらうため、経営状況説明会を実施しました。また、コンサルによる経営ミーティングや診療科ヒアリングを行い、状況の把握と迅速な対策を継続して行います。

（２） 利用者・職員の視点

患者（利用者）と職員という異なる立場の目線から改善につなげていくという項目です。患者（利用者）及び職員満足度調査において満足度が向上し、目標値を達成した部署が多くみられました。また、アンケート等で指摘されたものは苦情ではなく、利用者からの助言・提言であり改善することでよりよい病院にしていくという認識のもと、提言を減らす目標ではなく提言に対する改善率の向上を新たに目標設定している部署もあり、目標達成に向けたプロセスを重視することへの理解が浸透してきたと考えます。

【改善への取組等】

満足度の向上に向けては、アンケート又は提言等を病院全体で共有し、スピード感を持って改善に取り組めます。なお、本年5月に鳴子温泉分院で第三者評価となる病院機能評価を受審し、今後は岩出山分院（令和6年12月受審予定）、鹿島台分院（令和7年12月受審予定）でも受審を予定していることから、この取り組みを効果的に活用しながら、医療の質向上を図っていきます。

(3) 業務プロセスの視点

業務をどのように構築し、改善していくかがポイントで、各部門では様々な内容の目標設定をしており、インシデントレポート件数や改善を目的としたワーキングの開催回数、各種マニュアル見直しの実施等について達成となりました。昨年度と比較して達成率は減少しましたが、昨年度の達成項目が多かったことから目標を上方修正したものも多く、そのような中においても達成率は4つの視点で最も高く、確実に業務プロセスについての意識醸成が図られています。

【改善への取組等】

TQMセンターや医療安全管理室、感染管理室で行っている各ラウンドを継続して実施し、医療の質改善や業務改善を行います。また、インシデントレポートについては、事務部門などこれまで提出件数が少なかった部署での件数を増加させ、病院全体で安全文化の醸成を図っていきます。

(4) 教育と成長の視点

職員のスキルアップを図るための項目です。院内外で開催する研修会や学会等への参加、スキルアップに関連する項目について達成率が多くみられましたが、院内研修会での理解度やテスト合格率に関する項目では未達成のものもありました。経営目標の「魅力ある職場づくりと職員満足度の充実」の項目において、新人教育に係る業務習得率や専門資格取得数など最も達成項目が多くみられました。

【改善への取組等】

アカデミックセンターにおいて、キャリアプログラムを構築し、各部門での職員教育の充実・強化を図ります。また、業務効率化による学会や研修会に参加しやすい職場環境づくりやICTを活用した研修を推進していきます。

経営目標別業務行動計画

- ◎令和5年度の目標とその結果，令和6年度の目標を記載しています。
- ◎令和6年度欄が斜線となっているものは，見直しにより削除した項目
- ◎朱書きにしているものは見直しにより新たに設定した項目

経営目標① 病院事業の果たすべき役割と地域医療機関との機能分担

経営目標番号①－1 対象部署 本院臨床検査室1

テーマ	利用者が求める満足度向上への取り組みを推進する
-----	-------------------------

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標			
			評価指標	令和5年度	令和5年度 結果	令和6年度
経営	業務量の増加をめざす	年間業務量を増加させることで検査収益上昇につなげる	業務量増加率	4.0%	未達成 2.3%	4.1%
利用者・職員	迅速な検査態勢の構築	- 検体検査結果報告時間 - 生理検査待ち時間 - 病理検査結果報告日 - 患者満足度調査による採血室待ち時間についての満足度	検体検査結果報告時間の遵守率	85%以上	未達成 77.6%	85%以上
			腹部超音波検査待ち時間30分以内の遵守率	95%以上	未達成 80.2%	95%以上
			病理組織診・細胞診の結果報告日の遵守	95%以上	達成 97.4%	95%以上
			外来患者の待ち時間満足度	60%以上	達成 60%	60%以上
業務プロセス	検査プロセスの見直し	適切な人員配置	超音波検査担当職員人数	15人以上	未達成 13人	15人以上
			作業手順書の整備	90%以上	達成 100%	90%以上
教育と成長	良質で適切な医療を提供できる体制を整える	タスク・シフト/シェアに関する厚生労働大臣指定講習会実技講習の受講	指定された実技講習の受講人数	10人	達成 17人	10人

経営目標番号①－２ 対象部署 本院栄養管理室 1

テーマ	栄養食事指導により市民の疾病治療・健康増進に寄与する
-----	----------------------------

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標			
			評価指標	令和 5 年度	令和5年度 結果	令和 6 年度
経営	・栄養食事指導件数の維持 ・特別治療食加算率の維持	・栄養食事指導件数（非算定含む） ・栄養食事指導料算定件数の維持または増加による収益の確保 ・特別治療食加算率 ・特別治療食加算算定件数の維持または増加による収益の確保 ・慢性腎臓病透析予防指導管理料算定による収益の増加	栄養食事指導件数 実施総数	4,200件～4,600件	達成 5,486件	4,200件～4,600件
			栄養食事指導料算定件数	4,049件～4,405件	達成 5,285件	4,049件～4,405件
			特別治療食加算率	37～39%	達成 39.4%	37～39%
			慢性腎臓病透析予防指導管理料算定件数			10件以上
利用者・職員	・正しい食事療法の習得を通じた，治療効果と患者満足度の向上 ・社会復帰支援に向けた，入院患者への適正な食事提供及び栄養食事指導 ・食事療法を管理栄養士が担うことによる医師業務の負担軽減	・栄養食事指導期間中に，個々の目標体重に近づいた患者の割合 ・管理栄養士による効果の高い栄養食事指導により，疾病治療へ寄与する ・新規栄養食事指導依頼件数（入院・外来・糖尿病透析予防指導含む） ・食事療法が必要とされる潜在的な患者を抽出し，確実に栄養食事指導を実施する	栄養食事指導期間中に個々の目標体重に近づいた患者の割合	70%～75%	達成 75%	70%～75%
			新規栄養食事指導依頼件数（入院・外来・糖尿病透析予防指導含む）	2,100件～2,300件	達成 2,542件	2,100件～2,300件

業務プロセス	・特別治療食加算及び栄養食事指導対象患者の抽出 ・栄養食事指導患者の効果測定	・特別加算食提供中の入院患者に対する栄養指導実施率 ・特別治療食加算対象患者＝栄養食事指導対象患者であることから、潜在的な対象患者の抽出により、食事療法及び栄養食事指導が必要な患者への栄養学的介入に繋げる ・クリニカル・インディケーターの医事・向上	特別治療食加算の食事提供中の入院患者に対する栄養指導実施率	26%～27%	未達成 24.1%	25%
			糖尿病入院栄養指導実施率	73%以上	達成 91%	73%以上
教育と成長	・診療ガイドライン等の根拠に基づいた栄養食事指導を実施するための定期的な指導内容の見直しと修正 ・教育，自己研鑽の両面へのサポートと，知識，スキルの底上げ	・部内研修会での指導内容及び資料の見直し実施回数 ・診療ガイドライン等の根拠に基づいた栄養食事指導を実施するための定期的な指導内容の見直しと修正を行う ・栄養食事指導，特定保健指導をテーマとした研修会参加者への理解度を高める	部内研修会での指導内容及び資料の見直し実施回数	3項目	達成 8項目	3項目
			栄養食事指導，特定保健指導をテーマとした研修会参加者への理解度テスト合格率	100%	達成 100%	100%

経営目標番号①ー3 対象部署 本院リハビリテーション室1

テーマ	急性期病院としてリハビリテーションの早期介入を目指す
-----	----------------------------

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標			
			評価指標	令和5年度	令和5年度 結果	令和6年度
経営	早期介入による，安定した収益確保	リハビリテーション職員1人当たりの平均単位数	職員一日当たりの平均単位数	16単位以上	達成 16単位	16単位以上
利用者・職員	リハビリテーションの早期介入	リハビリテーション早期介入率（基準日（発症日，急性増悪）から3日以内の介入）	早期介入率	75%以上	達成 76.9%	75%以上
業務プロセス	土曜日勤務導入によるリハビリ開始までの待機患者の削減	リハ科医師診察よりリハビリ開始まで2日以上待機の患者の削減を図る	土曜日勤務導入によるリハビリ開始までの待機率の改善	15%以下	達成 11.0%	15%以下
教育と成長	急性期病院に必要な知識・技術の習得	部門内勉強会実施後の職員アンケートによる理解度	理解できた～だいたい理解できたの割合	90%以上	達成 100%	90%以上

経営目標番号①－４ 対象部署 総務課 1

テーマ	災害時における医療提供体制を強化する
-----	--------------------

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標			
			評価指標	令和 5 年度	令和5年度 結果	令和 6 年度
経営	大規模災害等における事業の継続	事業継続計画（BCP）の見直し	事業継続計画の見直し 事業継続計画を 基に訓練を実施 し、実施後のBCP 検討件数	1回以上	達成 1回	1回以上
利用者・職員	・地域から信頼される病院としての評価 ・災害医療への対応	災害拠点病院としての役割	災害対応訓練実施内容の見直し 災害対策マニュアルを基に訓練を実施し、実施後のマニュアル検討件数	1回以上	達成 1回	1回以上
業務プロセス	職員の災害時における自分の役割の認識向上	・実経験を踏まえた災害対策マニュアルの改訂 ・実経験を活かした部分訓練の実施	マニュアル改訂回数	1回以上	達成 1回	
			災害対応訓練実施回数（部分訓練）	1回以上	達成 1回	
			防火訓練参加者の参加者アンケートで「理解できた」割合			100%
教育と成長	・災害対応職員の育成 ・訓練参加による災害医療対応の向上	・DMAT隊員の継続的な養成 ・各訓練参加による技能向上 ・院内待機職員の災害対応力向上 ・職員の災害対応力向上	日本DMAT隊員の年間新規養成者数	1人以上	達成 2人	1人以上
			国、県等が主催する訓練への年間参加回数	2回以上	達成 8回	
			新人職員の訓練参加率	100%	未達成 98.6%	
			防火・防災訓練参加者の参加者アンケートで「理解できた」割合			100%

経営目標番号①ー5 対象部署 患者サポートセンター 1

テーマ	地域の医療機関との役割分担を推進する（適切かつ効率的な医療提供体制の構築）
-----	---------------------------------------

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標			
			評価指標	令和5年度	令和5年度 結果	令和6年度
経営	地域医療支援病院，救命救急センターとしての役割の推進	・地域医療支援病院，救命救急センターとしての役割の推進	紹介率/逆紹介率	80%以上/90%以上	未達成 79.04%/ 87.73%	75%以上/85%以上
		・地域医療支援病院，救命救急センターとしての役割の推進	救急車応需率	90%以上	達成 93.3%	95%以上
利用者・職員	登録医制度の満足度の向上	満足の割合	登録医満足度アンケート「登録医制度の満足度」	75%以上	達成 76.47%	
		登録医療機関の割合の増加	登録医療機関割合			84%以上
		こどもサポート医療機関数の増加	こどもサポート医療機関数			43以上
業務プロセス	・本院，分院及び地域の関係機関の現状や社会資源を把握 ・連携強化と相互補完の体制整備 ・地域医療提供体制の課題（ニーズ）への取組	・関係機関を訪問して課題等に関する意見交換を実施 ・登録医等地域の医療機関向け研修会の開催（がん，緩和ケア，認知症等）	登録医・消防本部・地域包括支援センター等との意見交換回数	150機関以上	達成 150機関	150機関以上
			研修会の開催回数	5回以上	達成 7回	5回以上
教育と成長	・本院，分院，登録医等の診療や連携の体制に関する理解 ・担当職員が院内外の問合せに対して適切な案内の実施	・登録医等地域の医療機関向け研修会の開催（がん，緩和ケア，認知症等） ・係内勉強会の実施	勉強会の実施回数	5回以上	達成 5回	5回以上

経営目標番号①ー7 対象部署 がんセンター

テーマ	当院を受診したい（させたい）という動機づけを促すため、がん診療に関する情報を広く周知する
-----	--

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標			
			評価指標	令和5年度	令和5年度 結果	令和6年度
経営	治療方法や実績を周知し、紹介患者の増加につなげる	当院で初回治療を受けるがん患者のうち他施設から紹介の患者割合の増加	がん登録症例数全体に占める来院経路が「他施設紹介」の患者割合	73%以上	未達成 72%	73%以上
利用者・職員	当院のがん診療の特色について地域の医療機関の理解度向上	地域の医療機関参加型研修会の実施による院外より参加者数	地域がん診療研修会へ参加医療機関数	前年度比 +1機関	達成 +5機関	前年度比 +1機関
業務プロセス	治療方法や実績を周知し、当院の特色を地域の方々に向けて受診啓発を図る	がんセンターのウェブサイトのアクセス者数の増加	ウェブサイトのアクセス数の増加割合	103%	達成 123%	104%
教育と成長	職員のがん診療に関する知識と理解を深め、がん患者に対するサービス向上	がん診療研修会参加による理解度の確認	理解度テストの合格率	80%以上	未達成 75%	80%以上
		がん登録実務者の育成	がん登録実務者のうち専従者以外の実務者が登録した割合	30%以上	達成 36.8%	50%以上

経営目標番号①－8 対象部署 鳴子温泉分院看護部

テーマ	安心した在宅生活を送れるための地域連携と院内連携強化
-----	----------------------------

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標			
			評価指標	令和5年度	令和5年度 結果	令和6年度
経営	看護の質向上による安定した包括ケア病床の稼働率と在宅復帰率	- 安定した病床稼働率 - 在宅復帰支援	安定した病床稼働率	80%以上	未達成 68.3	75%以上
			在宅復帰率	90%以上	未達成 87.3%	90%以上
利用者・職員	- 療養環境のニーズへの対応と改善 - 在宅患者への支援	- 入院患者満足度アンケートによる満足度 - レスパイト入院患者数 - 訪問看護	入院患者満足度アンケート調査（満足～やや満足）	85%以上	達成 93%	88%
			レスパイト入院のリピーター数	8人	未達成 3人	8人
			訪問看護件数	640件	未達成 569件	660件
業務プロセス	患者の意向に沿った退院支援と継続看護の実施	病棟から外来・在宅センターへの連携を行い継続看護を行う	退院後の外来や在宅センターへ繋いだ件数	8件/月	未達成 4件	10件/月
		患者参加型退院カンファレンス	患者参加型の退院支援カンファレンス回数	5件/月	達成 6件	8件/月
		訪問看護師の育成	訪問看護師の育成指導書作成・運用	100%	達成 100%	100%と指導書作成
教育と成長	地域包括ケアシステムの理解力向上と訪問看護の知識の習得	- 地域包括ケアシステムの勉強会の参加やe-ランニングの受講率 - 研修会後の理解度テストやE-ランニングのテスト - 訪問看護の研修受講と伝達講習	地域包括ケアシステムについての研修会参加やE-ランニングの受講率	100%	達成 100%	100%
			研修会後の理解度テストやE-ランニングのテスト	80%	達成 92%	80%
			研修受講後の伝達講習回数	100%	未達成 80%	100%

経営目標番号①－9 対象部署 鳴子温泉分院薬剤室

テーマ	診療の中心に患者を据えた医療提供を実施し、患者サービスの推進及び患者満足度の向上を図る
-----	---

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標			
			評価指標	令和5年度	令和5年度 結果	令和6年度
経営	適正な在庫管理	適正な在庫管理により過剰および不 動在庫を減らす	年度末棚卸し後 の残額	2,800,000円 以下	達成 1,238,177円	2,059,724円 以下
利用者・職	医薬品の適正使用に貢献 する	未然に薬剤の不適 切投与並びに副作用 発現を回避する	ブレイバード報告	36件以上	達成 68件	66件以上
業務 プロセス	医薬品情報の発信	薬剤室だよりなど 医薬品情報やDUS 等の情報をひろく 院内に発信する	周知回数	6回	達成 9件	12回
教育と 成長	医薬品安全管理について の啓蒙	医薬品安全管理に 関する院内研修会 開催	研修会後に実施 する理解度調査 によって	80%以上	達成 87.3%	85%以上

経営目標番号①ー１０ 対象部署 鳴子温泉分院リハビリテーション室

テーマ	地域包括ケアシステムとの連携を強化し、患者への質の高いリハビリテーションの提供
-----	---

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標			
			評価指標	令和５年度	令和５年度 結果	令和６年度
経営	・リハビリテーション対象者への適切な介入による実施単位数の確保 ・地域包括ケア病床のリハビリテーション2単位以上の実績確保	・患者1人1日当たりのリハビリテーション実施単数のアップ ・地域包括ケア病床の施設基準維持と手厚いリハビリテーションの提供 ・職員1日当たりの実施単位数のアップ	患者1人1日当たりのリハビリテーション実施単位数	4単位以上	未達成 3.73単位	
			平均単位数2単位以上の維持			2単位以上
			職員1日当たりの平均単位数	16単位以上	未達成 13.7単位	16単位以上
利用者・職員	・定期的なリハビリテーションカンファレンス及び面談を実施 ・在宅復帰支援の強化と地域密着型病院への推進による患者満足度の向上 ・ワーク・ライフ・バランスの実現と、適切な年休取得による、職員満足度の向上	・リハビリテーションカンファレンス、実施計画書の作成 ・リハビリテーション面談 ・労務管理	リハビリテーション実施計画書作成	100%	達成 100%	100%
			リハビリテーション面談	100%	達成 100%	100%
			年次有給休暇取得日数			
業務プロセス	リハビリテーション実施単位数の管理を行ない、業務実績を把握する仕組みの構築	・個別単位の管理、集計 ・地域包括ケア病床の単位数管理、集計 ・業務量の管理、集計	週当たりの個別単位の集計	1回/週以上	達成 1回/週	1回/週以上
			週当たりの地域包括ケア病床の単位集計	1回/週以上	達成 1回/週	1回/週以上
			1か月当たりの業務量の集計	1回/週以上	達成 1回/週	1回/週以上
教育と成長	研修会への参加による、個人の知識、スキルアップと質の高い医療の提供	・研修会などへの参加 ・部内伝達講習会 ・伝達講習会後に理解度アンケート調査	1人当たりの研修会への参加回数	3回/年以上	達成 8回	5回/年以上
			伝達講習会開催回数	6回/年以上	達成 8回	8回/年以上
			職員の理解度割合	80%以上	達成 99%	80%以上

経営目標番号①－１１ 対象部署 鳴子温泉分院管理課

テーマ	患者の自立生活に向けた在宅復帰支援を促進し、住み慣れた地域において生活を継続するための医療を提供する
-----	--

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標			
			評価指標	令和５年度	令和５年度 結果	令和６年度
経営	地域内の人口減少を考慮した医業収益の安定確保	・入院収益の向上 ・外来収益の安定化 ・１日平均入院患者数の安定化 ・１日平均外来患者数の安定化	入院診療単価	32,142円以上	達成 33,988円	34,000円以上
			外来診療単価	6,883円以上	未達成 6,767円	6,989円以上
			１日平均入院患者数	32人以上	未達成 27.3人	30人以上
			１日平均外来患者数	68人以上	未達成 57.8人	68人以上
利用者・職員	・地域連携の強化による、患者満足度、住民満足度の向上 ・地域連携の強化による在宅支援の充実と、職員満足度の向上	患者満足度調査及び職員満足度調査による満足度	患者満足度調査満足（良い）～普通の割合	70%以上	達成 入院100% 外来98.7%	90%以上
			職員満足度調査満足（良い）～普通の割合	70%以上	達成 92.1%	90%以上
業務プロセス	地域、介護、行政との連携の強化を図る仕組みの構築	・他施設訪問 ・自施設PR ・地域内への情報提供回数 ・医療機関向け研修会の実施 ・認知症カフェの開催（合同開催）	他施設訪問	50回以上	達成 82回	50回以上
			1か月当たりの情報提供回数	月1回以上	達成 15回	月1回以上
			認知症カフェの開催（合同開催）	1回以上	達成 1回	1回以上
教育と成長	・地域連携・経営についての知識を取得 ・他組織等との交流の実施	・地域連携研修会等への参加 ・他組織等との交流	地域連携研修会等への参加	1回以上	達成 12回	10回以上
			他組織等との交流	1回以上	達成 4回	2回以上

経営目標番号①－１２ 対象部署 岩出山分院看護部

テーマ	地域包括ケア病床の増床及び適正運用により，地域の実状やニーズに整合する医療を提供する
-----	--

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標			
			評価指標	令和５年度	令和５年度 結果	令和６年度
経営	地域包括ケア病床の効果的な運用	・病床稼働率（全病床） ・レスパイト入院の増加	病床稼働率（全病床）	83%以上	達成 85%	87%以上
			レスパイト入院件数	12件以上	未達成 10件	13件以上
利用者・職員	入院中の看護・支援に対する満足度の向上	患者満足度アンケートによる評価の把握	退院支援に対する満足度（満足・やや満足）	75%以上	達成 77%	
			入院生活に対する満足度（満足・やや満足）	78%以上	未達成 75%	
		・スタッフの接遇の理解とスキルの向上 ・多職種連携と入院時からの退院調整による患者家族の希望に添った退院支援	・看護師の言葉使い・態度・身だしなみについて，看護師の対応についての入院患者満足度アンケートの（満足・やや満足）１年間の平均値			80%以上
			退院先は希望に添えたかの入院患者満足度アンケートの（満足・やや満足）１年間の平均値			78%以上

業務プロセス	入院時より計画的な退院支援の実施	退院支援フローを活用した退院支援	在宅復帰率	86%以上	未達成 81%	83%以上
			60日を超えた退院患者数	6件以下	未達成 1件	5件以下
教育と成長	地域と連携を強化し、患者・家族の思いに添った療養支援を実践できる	意思決定支援に関連するスキルの習得	意思決定支援研修会の理解度80点以上の割合	75%以上	達成 96%	80%以上
		周辺施設も対象とする研修会の企画と運営	参加者アンケート結果「理解できた」の割合	70%以上	達成 95%	75%以上
		IC同席時の漏れのない看護記録	IC同席時記録監査件数の「できている」評価の割合 * 監査項目5項目中4項目以上合格を「できている」と判断	70%以上	達成 86%	75%以上

経営目標番号①－１３ 対象部署 岩出山分院栄養管理室

テーマ	安心・安全な療養環境の提供により、地域のニーズに応じる病院となる
-----	----------------------------------

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標			
			評価指標	令和５年度	令和５年度 結果	令和６年度
経営	かかりつけ医として選ばれる病院となるため、入院外来含めて栄養食事指導算定件数の向上	栄養食事指導件数のうち、加算件数の向上	栄養食事指導算定件数	290件以上	未達成 135件	190件以上
利用者・職員	- 正しい食事療法の習得により患者の治療効果が向上し満足度向上につながる - 入院患者への適正な食事提供及び栄養食事指導は在宅復帰支援の一助となる - 食事療法の指導を管理栄養士が担うことによる医師の診察時間の短縮および診療内容の充実	2回以上の栄養食事指導継続患者数 - 新規栄養食事指導依頼件数 - 特別治療食加算率	2回以上の栄養食事指導継続患者数	40%以上	達成 55.6%	40%以上
			新規栄養食事指導依頼件数	50件以上	未達成 21件	20件以上
			特別治療食加算率	15%以上	達成 25.5%	20%以上
業務プロセス	- 医師をはじめ院内職員に対して報告会を行い、認識の共有 - 事業内転院時の、食事内容や栄養食事指導関連の情報共有	- 委員会における栄養食事指導報告会の実施 - 本院分院間での業務連絡の推進（本院分院間でのシームレスな患者対応のため）	報告会の実施回数	4回以上	達成 6回	4回以上
			本院分院間の業務連絡件数	10件以上	達成 19件	10件以上
教育と成長	- 定期的な栄養食事指導資料の見直し - 栄養食事指導に関わる自己研鑽	- 分院本院間での栄養食事指導資料の見直し実施回数 - 学会や研修会への参加回数 - 部内勉強会の実施及び参加回数	栄養管理部会で資料の見直し実施回数	1回以上	達成 1回	1回以上
			学会や院外研修会への参加回数	5回以上	達成 12回	10回以上
			部内勉強会参加回数	4回以上	達成 5回	4回以上

経営目標番号①－１４ 対象部署 岩出山分院リハビリテーション室

テーマ	『切れ目ないリハビリテーションサービスの提供と選ばれる分院・魅力ある職場づくり～患者さんにもスタッフにもシームレスな分院～』
-----	--

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標			
			評価指標	令和５年度	令和５年度 結果	令和６年度
経営	地域包括ケア病棟におけるリハビリ対象者の平均単位数2.0以上の維持	地域包括ケア病棟の施設基準維持と手厚いリハビリテーションの提供	平均単位数2単位以上の維持	2単位以上維持	達成 2.86単位	2単位以上維持
利用者・職員	手厚いリハサービスの提供と風土改革	スタッフ一人当たりの取得単位数	スタッフ一人当たりの取得単位数	16単位以上	達成 17.4単位	16単位以上
業務プロセス	地域包括ケア病床入院患者における「本院-岩出山分院-自宅退院」の連携強化	・岩出山分院入院フローの調整 ・リハビリ統計出力システムにおける調査	地域包括ケア病床入院患者の6割以上リハビリ対象者	6割以上	達成 68.6%	6割以上
教育と成長	チーム力の構築と職場作り	スタッフ一人一人の問題意識力の構築と主体的な職場作り	スタッフ主催の部門内勉強会の開催と理解・充実度調査 6回開催/80%以上	10回以上	達成 11回	10回以上

経営目標番号①－１５ 対象部署 岩出山分院管理課

テーマ	安心・安全な療養環境の提供により、地域のニーズに応じる病院となる
-----	----------------------------------

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標			
			評価指標	令和５年度	令和５年度 結果	令和６年度
経営	地域の医療機関としての機能分担推進と入院患者の確保	・病床稼働率（全病床）	病床稼働率（全病床）	85.7%以上	未達成 85%	85.0%以上
利用者・職員	・信頼される病院としての確立と患者からの評価の向上 ・働きがいのある職場	・患者満足度の向上 ・認知症サポート医の配置	患者満足度調査「満足」「良い」の割合「やや満足～満足・やや良い～良い」の割合	80%以上	達成 81.5%	80%以上
			認知症サポート医の配置	1人以上	達成 2人	1人以上
業務プロセス	・地域包括支援センター等のケアマネージャーに対する地域包括ケア病床の運用情報等の提供 ・地域包括ケア病床の運用に関する地域住民への情報発信	・連携施設等訪問及び面談の実施 ・情報紙等の発行	連携施設等訪問及び面談回数	10施設以上/月	未達成 5～6施設/月	10施設以上/月
			情報紙等の発行回数	6回以上	達成 6回	6回以上
教育と成長	・岩出山地域における地域包括システムについて理解度向上 ・地域住民と講習会等における交流促進	・地域連携研修会への参加 ・認知症カフェの開催	地域連携研修会参加数	3回以上	達成 4回	3回以上
			認知症カフェへの参加協力、実施回数	1回以上	達成 5回	1回以上

経営目標番号①－１６ 対象部署 鹿島台分院看護部

テーマ	安定した病床稼働を維持するために、入退院支援を強化する
-----	-----------------------------

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標			
			評価指標	令和５年度	令和５年度 結果	令和６年度
経営	地域包括ケア病棟の安定稼働	地域包括ケア病棟の稼働率維持	地域包括ケア病棟稼働率	82%以上	未達成 76.45%	
	ケアミックス型病棟の効果的な運用	ケアミックス型病棟の稼働率維持	ケアミックス型病棟稼働率			90%以上
利用者・職員	かかりつけ病院として地域住民のニーズに応えることにより、患者満足度が上昇する	- 患者満足度調査の実施 - レスパイト入院の積極的な受け入れ - 訪問看護体制の構築	- 入院患者アンケート集計（満足＋やや満足）の割合 - 外来患者アンケート集計（満足＋やや満足）の割合	91%以上 70%以上	未達成 83.19% 55.07%	
			レスパイト入院件数	20件以上	未達成 14件	18件以上
			訪問看護介入契約件数			5件以上
業務プロセス	多職種で情報を共有し、連携を強化する 適切なベッドコントロールによる稼働率の向上	- ベッドコントロール会議の実施での改善策の検討 - 多職種によるカンファレンスの実施	ベッドコントロール会議開催回数	1回以上/2週	達成 1回/2週	
			改善策の項目に対する実施割合			80%以上
			多職種カンファレンス実施回数	10回以上/月	達成 13.42回/月	
教育と成長	ACPに関する知識を身につけ実践する ACPに対する理解度の向上	- ACPに関する学習研修会の開催 - ACPに関する理解度調査	ACPに関する研修受講率	80%以上	未達成 未実施	80%以上
			ACPに関する研修受講後の理解度テスト正解率（全受講者平均）	80%以上	未達成 未実施	80%以上

経営目標番号①－１７ 対象部署 鹿島台分院放射線室

テーマ	地域・介護・行政と医療の更なる連携強化を図り、住み慣れた地域において生活を継続するための医療を提供する
-----	---

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標			
			評価指標	令和５年度	令和５年度結果	令和６年度
経営	良質なX線検査の提供と、検査件数増加	検査件数のアップ	一般撮影検査件数	3,600件以上	達成 3,719件	3,600件以上
			C T 検査件数	1,600件以上	未達成 1,475件	1,600件以上
			骨塩定量検査件数	1,000件以上	達成 1,217件	1,000件以上
利用者・職員	・信頼される技師を目指した接遇面の向上	・患者等からの提言件数 ・インシデントレポートの提出 ・院内研修会参加状況	提言件数	0件	達成 0件	
			インシデントレポート提出数			2件以上
			院内研修会参加状況			5回以上
業務プロセス	・医師と技師間の業務連携強化 ・読影補助等の診断医療に関与	・診断に必要と思われる検査の追加 ・医師の依頼による読影補助	追加検査件数	50件以上	達成 75件	50件以上
			読影補助件数	100件以上	達成 125件	100件以上
教育と成長	・業務に関する知識や技術向上に向けた、研修会等への、積極的な参加 ・地域の放射線技師と交流を深めた情報交換	研修会等への参加	研修会への参加回数	2回以上	達成 6回	2回以上

経営目標番号①－１８ 対象部署 鹿島台分院臨床検査室

テーマ	患者の自立生活に向けた在宅復帰支援を促進するため、地域の実情やニーズと整合した地域包括ケア病床の増床を実施する
-----	---

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標			
			評価指標	令和５年度	令和５年度結果	令和６年度
経営	地域医療に貢献する病院を目指すための適正かつ迅速な検査提供と検査件数の向上	検査件数の増加	検査総数	50,000件以上	達成 51,941件	50,000件以上
			生理機能検査件数	1,400件以上	未達成 1,360件	1,400件以上
利 職 用 員 者 ・	他部門職員との連携強化と協力体制の構築	患者および職員からの提言による改善	提言による改善数	0件	未達成 2件	3件
業 務 プ ロ セ ス	情報共有 ・日臨技、県技師会、メーカーによる外部精度管理への参加 ・医療安全やICTラウンドへの取り組み	- 臨床検査運営会議の開催 - 本院分院運営会議へ参加	臨床検査運営会議	2回以上	達成 2回	
			本院分院運営会議	2回以上	達成 2回	
		外部精度管理評価の改善	宮臨技外部精度管理評価			A+B評価 95%以上
			日臨技外部精度管理評価			A+B評価 95%以上
		各種院内ラウンドでの指摘項目改善	各種院内ラウンドでの指摘項目改善数			3項目以上
教 育 と 成 長	業務に関する知識や技術の向上を目的とした勉強会・研修会等への積極的な参加	院内、技師会主催の各研修会への参加	技師会主催研修会参加回数	3回以上	未達成 2回	3回以上
			院内研修会参加回数	1回以上	達成 1回	1回以上

経営目標番号①－１９ 対象部署 鹿島台分院リハビリテーション室

テーマ	患者の自立生活に向けた在宅復帰支援を促進するため、地域の実情やニーズと整合した地域包括ケア病床の増床を実施する
-----	---

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標			
			評価指標	令和５年度	令和５年度 結果	令和６年度
経営	職員１人当たりの１日平均 単位数を設定による収益 の向上	１日平均実施単位数	職員１日当たりの 平均実施単位数	16単位 以上	未達成 15.4単位	16単位 以上
利用者・職員	・地域住民の要望沿った 訪問リハビリの継続 ・地域包括ケア病床の安定 稼働を目的とした訪問 リハビリの継続	地域住民からの要望に 沿った訪問リハビリの継続 と実施	訪問リハビリ件数	10件以上	達成 10件	10件以上
業務プロセス	患者１人当たりのリハビリ 実施２単位以上の継続実施	地域包括ケア病床入院患者 への１日２単位以上のリハビリ 提供	患者１人１日当たりのリハビリ テーション実施単位数	2単位以上	達成 2.27単位	2単位以上
教育と成長	研修会等への参加を行い、 知識	部門内研修会および院内 研修会への参加	１人当たりの研修会への 参加回数	10回以上	達成 12回	10回以上
		研修会への参加および伝達 講習会の開催の理解度、満 足度	アンケートによる理解度 および満足度の割合	85%以上	達成 86%	85%以上

経営目標番号①－２０ 対象部署 鹿島台分院管理課

テーマ	患者の自立生活に向けた在宅復帰支援を促進するため、地域の実情やニーズと整合した地域包括ケア病床の増床を実施する
-----	---

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標			
			評価指標	令和５年度	令和５年度 結果	令和６年度
経営	在宅復帰支援等のニーズと整合した地域包括ケア病床の適正化	・病床稼働率（全病床） ・稼働病床数 ・入院患者数 ・外来患者数	病床稼働率	80％－85％	未達成 76.65％	95％以上
			地域包括ケア稼働病床数	40床維持	達成 40床	40床維持
			１日平均入院患者数	46.4人－ 49.3人	未達成 42.2人	38.0人
			１日平均外来患者数	133.8－ 139.2人	達成 135.3人	133.8－ 139.2人
利用者・職員	地域包括ケアシステムにおける地域・介護・行政と医療の連携強化	人員の適正配置と医療従事者の確保	認知症サポート医の配置	1人以上	達成 2人	1人以上
			リハビリ職員配置	PT：4人	達成 PT：4人	PT：4人
				OT：3人	未達成 OT：2人	OT：3人
				ST：1人	達成 ST：1人	ST：1人
			夜勤看護師配置	3人夜勤 体制構築	達成 3人夜勤	3人夜勤
			病棟クラーク配置	1人	未達成 0人	1人

業務プロセス	地域医療機関との役割分担の徹底とかかりつけ医機能の充実	・医療機関施設訪問の回数 ・紹介資料の作成 ・紹介資料の配付 ・出前講座の開催 ・医療機関向け研修会の実施 ・地域連携研修会の参加 ・認知症カフェの開催（合同開催）	訪問回数	30回以上	達成 120回	50回以上
			紹介資料の作成	作成(更新)1回以上/年	達成 1回	作成(更新)1回以上/年
			紹介資料を関係機関へ送付	配布数150枚以上	達成 260枚	配布数120枚以上
			出前講座の開催・受講人数の確保	7回開催	未達成 1回	6回以上受講人数60人以上
			研修会実施（地域包括ケア，認知症等）	1回以上	達成 1回	1回以上
			・地域連携研修会参加，他組織との交流	1回以上	達成 1回	1回以上
			認知症カフェの開催（合同開催）	2回以上	達成 2回	2回以上
教育と成長	病院事業及び分院における経営状況の把握と意見交換による業務改善	・運営会議の開催 ・病床運営会議の開催	運営会議の開催数	12回以上	未達成 7回	12回／年
			週当たりの病床運営会議の開催数	2回／月	達成 2回	2回／月

経営目標番号①－２１ 対象部署 田尻診療所外来

テーマ	住民が住み慣れた地域で良質かつ適切な医療を受け続けられるようかかりつけ医機能の維持と充実に努める
-----	--

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標			
			評価指標	令和５年度	令和５年度 結果	令和６年度
経営	安定的な外来患者の確保と健全経営	・外来延患者数 ・精度の高い診療報酬請求 ・薬品在庫管理の徹底	延患者数	11,583人以上	未達成 10,161人	10,684人以上
			処置に対するカルテ記載	100%	達成 100%	100%
			期限切れ廃棄の金額	0円	未達成 39,395円	0円
利用者・職員	気づく文化を育み安全、安心で質の高い看護の提供	・インシデント・レポートレベル0件数増加 ・RCA分析と再発防止 ・危機管理能力向上	レベル0レポート数	30件	未達成 24件	35件以上
			RCA分析と改善報告件数	3件	達成 3件	3件以上
			KYT実施回数	2回	達成 2回	2回
業務プロセス	・看護業務効率化 ・地域連携の強化とチーム医療の実践	・業務環境の整備 ・地域の多職種事例検討会の開催 ・認知症カフェへの参加協力	業務マニュアルの改定	1回	達成 1回	1回
			多職種事例検討会開催件数	2回	未達成 1回	2回
			認知症カフェへの参加協力	1回	達成 1回	1回
教育と成長	キャリアラダーに基づいた自己研鑽と根拠ある看護実践を自律して行える職員の育成	・学研ナーシングサポート研修（臨床倫理） ・診療報酬の研修会 ・看護の振り返り	学研ナーシングサポート研修理解度テスト	80点以上	達成 100点	85点以上
			診療報酬の研修会理解度テスト	80点以上	達成 100点	80点以上
			ケースカンファレンス開催回数	10回	未達成 5回	12回

経営目標番号①－２２ 対象部署 田尻診療所管理課

テーマ	地域のかかりつけ医をさらに充実させ、地域・介護・行政との連携の強化及び一般診療機能の充実を図る
-----	---

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標			
			評価指標	令和５年度	令和５年度結果	令和６年度
経営	・地域から必要とされる診療所への発展 ・患者を安定的に確保することによる、医業収益の向上	・外来延患者数 ・医業収支比率の改善	延患者数	11,583人	未達成 10,161人	10,684人
			１日平均患者数	47.6人	未達成 41.9人	44.0人
			外来診療単価	6,800円	未達成 6,667円	6,697円
利用者・職員	かかりつけ医（診療所）として信頼される医療機関への発展	・患者満足度調査での満足度の向上 ・情報発信	患者満足度調査（満足から普通の割合）	80%以上	達成 92.9%	85%以上
			診療所内の環境整備のための改修	2回以上	達成 3回	3回以上
			「田尻診療所だより」の創刊及び定期発行	2回以上	達成 5回	4回以上
			Webサイトの更新及び支所だよりでの情報発信	4回以上	達成 13回	4回以上
業務プロセス	・適切な医療サービスの提供にとどまらない、療養生活の相談支援の実施 ・地域包括支援センターや居宅介護支援事業所、さらには行政と連携を密にした情報共有	・行政や地域包括支援センターが主催する会議等への参加 ・認知症カフェの開催（合同開催）	会議等への参加	1回以上	達成 3回	1回以上
			認知症カフェの開催（合同開催）	1回以上	達成 2回	1回以上
教育と成長	精度の高い診療報酬請求及び委託業者の業務遂行の管理と情報共有	・診療報酬請求に関する知識の向上 ・レセプト点検の徹底	査定率	0.15%以下	達成 0.11%	0.15%以下
			返戻率	1%以下	達成 0.3%	1.0%以下
			院外処方箋査定減額弁償額	50,000円以下	未達成 63,922円	100,000円以下

経営目標番号①－２３ 対象部署 健康管理センター１

テーマ	病気の早期発見・早期治療につながる健診体制を構築する
-----	----------------------------

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標			
			評価指標	令和５年度	令和５年度 結果	令和６年度
経営	地域における医療及び健診施設としての分担の徹底とニーズの反映による利用人数の増加	・センター利用者の大崎市民の利用率の向上 ・MRI検査数の増加 ・健診コースのステップアップとビロド ・受診勧奨の実施による適切な２次健診（精密検査）の受診	大崎市民の利用率	30%以上	未達成 21.4%	30%以上
			MRI検査の実施率	65%以上	未達成 61%	
			受診勧奨実施数	1,600人以上	未達成 1,512人	1,600人以上
			受診勧奨による予約取得数	1,000件以上	達成 1,028件	1,000件以上
利用者・職員	健康管理センター受健による事業内の医療情報の共有と迅速かつ適切な医療の提供	利用者満足度の向上	満足度調査「よい」の割合（健診内容）	95%以上	未達成 94.8%	96%以上
業務プロセス	・地域の課題や特性による疾病等の把握と作業部会の設置と対策の検討 ・職種や対象地域など、ニーズに沿った健診事業の提供	・業務改善委員会の開催回数 ・企業訪問による顧客ニーズ把握	業務改善委員会の開催回数	10回以上	達成 15回	10回以上
			訪問する事業所数	19社以上	未達成 16社	
			利用者要望に対する検討件数及び改善件数			10件以上
成長と教育	各研修や自己研鑽の実施と健診事業の知識の向上	センター内勉強会の理解度の確認	センター内勉強会の理解度	80%	達成 89.3%	85%

経営目標番号①－２４ 対象部署 健康管理センター２

テーマ	地域住民の健康保持につながる病気への予防体制を構築する
-----	-----------------------------

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標			
			評価指標	令和５年度	令和５年度 結果	令和６年度
経営	- 健康診断後の健康意識の向上による各オプション検査や特定保健指導の利用率向上 - 啓発事業の推進による利用者獲得	- 特定保健指導の利用者増 - 骨密度測定、体組成測定等のオプション利用者増	特定保健指導利用者数（延べ人数）	600人以上	達成 704人	620人以上
			オプション検査利用率の増	50%以上	未達成 47.2%	50%以上
利用者・職員	メタボリック症候群予備軍に対する特定保健指導への誘導と生活習慣病の予防	- 健診コースから特定保健指導への参加率 - 特定保健指導利用者の満足度調査 - 特定保健指導利用者の個人目標達成率	特定保健指導への参加率（協会けんぽ）	28%以上	達成 41.57%	35%以上
			特定保健指導利用者の満足度調査「よい」の割合	95%以上	達成 100%	
			特定保健指導利用者のアウトカム指標達成率			70%以上
業務プロセス	特定保健指導契約企業の拡大とニーズに沿った特定保健指導の提供の仕組みづくり	新規特定保健指導契約事業所の獲得	訪問する事業所数	15社	未達成 5社	
			訪問による特定保健指導の実施数			1件以上
教育と成長	各研修や自己研鑽の実施と特定保健指導に係る知識の向上	- 特定保健指導担当者の研修会等参加実績（年１回開催） - 研修会参加者の伝達講習会開催 - 本院管理栄養士とのケースカンファレンス	研修会等参加者数（延べ人数）	95%以上	達成 100%	96%以上
			研修会参加者の伝達講習会開催数			年1回以上
			カンファレンス回数	年1回以上	達成 2回	年2回以上

経営目標② 継続的な医療の質の更なる向上

経営目標番号②－1 対象部署 本院看護部 1

テーマ	看護の質向上と療養環境の改善に努め、患者満足度を維持する
-----	------------------------------

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標			
			評価指標	令和5年度	令和5年度結果	令和6年度
経営	療養環境の改善による満足度の向上	看護部入院患者満足度の向上	「満足」「やや満足」の割合	全項目で90%以上	達成 91.1%	全項目で 91.5%以上
者・利用職	質の高い看護の提供と療養環境の改善	看護部入院患者満足度の向上	「満足」「やや満足」の割合	全項目で90%以上	達成 91.1%	全項目で 91.5%以上
業務プロセス	療養環境の問題点を改善するための仕組みの構築	・ご意見に対する改善活動の実践 ・改善活動の掲示 ・入院のしおりの改訂	改善率	80%以上	達成 87.5%	90%以上
			改善活動実施後の遵守率			80%以上
			対応策掲示回数	4回以上	達成 4回	4回以上
			入院のしおり改訂回数	1回以上	達成 3回	
教育と成長	・キャリア開発ラダーを活用した、看護実践能力を高める ・eラーニングを活用し社会人基礎力を高める	・キャリア開発ラダー研修の理解度向上 ・社会人基礎力研修の理解度向上 ・高齢者とのコミュニケーションの基本（話し方） ・キャリア開発ラダー（レベルⅢ）の受講 ・院内接遇研修への参加（2回/年）	ラダー研修理解度テスト合格者数の割合	90点 90%	達成 94.1点 98.9%	
			eラーニング理解度テスト合格者数の割合	90%	達成 100%	
			・看護職員の受講率（産休・育休・病休を除く） ・ラダー研修理解度テスト合格者数の割合			70% 90%
			・看護職員の受講率（産休・育休・病休を除く） ・理解度テスト合格者数の割合			70% 90%

経営目標番号②ー２ 対象部署 本院看護部２

テーマ	転倒転落による3b以上のインシデントを減少させる
-----	--------------------------

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標			
			評価指標	令和５年度	令和5年度 結果	令和６年度
経営	療養環境の整備による満足度の向上	看護部入院患者満足度の向上	「満足」「やや満足」の割合	90%以上	達成 91.9%	92%以上
利用者・職員	転倒転落による損傷発生の減少	・3b以上のインシデント報告（転倒転落発生率） ・ADL維持率（※65歳以上）	3b以上のインシデント発生件数	5件以下	未達成 8件	5件以下
			65歳以上におけるADL維持率	82%以上	達成 83%	82%以上
業務プロセス	・離床センサーの適切な使用による転倒転落の減少 ・転倒転落ラウンド評価による危険要因の減少	・離床センサー設定フローの作成と安定的な運用 ・離床センサーの運用 ・転倒転落ラウンドによる危険要因の減少 改善遵守率	離床センサー設定とフローの作成遵守率	評価・修正	未達成 実績なし	80%以上
			転倒転落ラウンドの実施	100件以上	達成 180件	
			改善実施率	90%以上	達成 94%	90%以上
教育と成長	・高齢者の特徴について理解を高める ・せん妄予防ケアの理解を高める。	・高齢者の身体的機能の特徴について理解度向上 ・離床センサー、衝撃吸収マットなどの適切な使用について理解度向上	高齢者の身体的機能の特徴について理解度テスト（80点以上合格者数割合）	90%以上	達成 94.5%	90%以上
			離床センサー、衝撃吸収マットなどの適切な使用について理解度テスト（80点以上合格者数割合）	90%以上	達成 97.5%	90%以上

経営目標番号②－3 対象部署 本院放射線室 1

テーマ	CT撮影技術の向上により質の高い医療情報を提供し地域医療に貢献する
-----	-----------------------------------

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標			
			評価指標	令和5年度		令和6年度
経営	CT検査可能数の向上とCT検査室の業務効率向上による時間外業務減少	- 検査待ち時間の短縮による当日臨時検査増加 - 画像再構成担当技師の増員と作業分担	CT検査可能数の向上 年間26,000件に対する比率	108%以上	未達成107%	109%以上
			CT担当者の増員数	2人	未達成1人	2人
			CT担当者の時間外業務の減少	95%以下	達成81.7%	
利用者・職員	検査の質の向上により地域医療への貢献度向上とCT担当技師の業務意欲向上	- 外来患者の待ち時間の短縮 - 業務効率化の推進 - 業務意欲の向上調査（5段階）	入室時間と予約時間の比較	30分以下	達成7.8分	15分以下
			CT入室～実施までの時間	20分以内	達成12分	20分以内
			担当技師の業務意欲の向上調査 4, 5の割合	70%以上	未達成50%	70%以上
業務プロセス	- CT室におけるインシデントの分析による重大な事故の防止と運用、マニュアルの見直しによる業務改善 - 被ばく線量の測定と管理	- CT室におけるインシデントレポートの分析件数5件を超える分析と業務改善 - 被ばく線量の指標であるCTDIの測定と測定可能な技師の増加	インシデントレポートの分析件数	7件以上	達成7件	7件以上
			CTDIの測定回数	2回以上	達成4回	2回以上
			CTDIを測定可能な人数	9人以上	達成10人	10人
教育と成長	CT撮影技術について知識を取得することによる担当技師のレベルアップ	- CT部門のキャリアラダー精度の再構築 - CT撮影技術についての知識の標準化	再構築したキャリアラダーを活用し、CT担当者の知識・技術の確認	70%以上	未達成64%	70%以上
			手術支援画像管理加算に適応し画像再構成の標準化率向上（救急CT, 通常CT担当者）	70%以上	達成96%	70%以上

経営目標番号②－４ 対象部署 本院放射線室 2

テーマ	県北のがん治療に貢献するため放射線治療の質の向上と治療担当技師のスキル向上を計る
-----	--

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標			
			評価指標	令和 5 年度	令和5年度 結果	令和 6 年度
経営	高精度放射線治療を行なう事による診療報酬増加と治療担当職員の時間外業務減少 高精度放射線治療を行なう体制の構築による診療報酬増加と継続的な加算取得及びIMRT増加	・ IMRT適応症例の増加（前立腺治療以外の症例を前年度以上増加） ・ IMRT適応症例の増加に対し適切な業務体制の構築と業務の効率化 ・ 通常治療側の治療装置で前年度を上回るIMRT施行 ・ IMRT適応症例の増加に対し適切な業務体制の構築	1年間の治療件数の内IMRTの割合	27%以上	達成 27.96%	
			放射線治療スタッフの時間外業務量	20 h 以下	達成 13.1h	
			1年間の治療件数の内前立腺以外のIMRT症例の割合			45%以上
			通常治療側の治療装置でIMRT施行率			17%
			IMRT計画者の分散化率（新規計画者の計画シェアが14%以上）			14%以上
利用者・職員	質の高い患者対応と高精度な放射線治療を増加させ、がん治療への貢献と予後の長い患者へのQOL維持 上記内容に貢献できることでの職員の業務意欲向上	・ 放射線治療室内での患者満足度の向上 ・ 部署内での業務意欲の向上調査（5段階）	患者満足度調査 4, 5の割合（5段階）	50%以上	達成 85%	60%以上
			治療担当技師の業務意欲の向上調査 4, 5の割合（5段階）	50%以上	達成 54.5%	60%以上

業務プロセス	専門技師による治療が実施できる体制と、継続的な加算取得及びIMRT増加	・認定試験受験資格を取得した者から順次資格取得を目指し専門技師資格取得者の増加 ・患者満足度調査を利用した業務改善	専門技師格取得者数	5人	達成6人	6人
			患者満足度調査を利用した改善数	6件以上	未達成5件	6件以上
教育と成長	高精度放射線治療（IMRT）に関しての知識向上とIMRT施行に関しての業務改善	・IMRT検証，プランチェックを行える治療担当技師の増加 ・IMRT治療計画と検証を行う治療担当技師，物理士の増加	治療プラン検証可能人数	70%以上	達成80%	70%以上
			患者検証プラン作成者人数	70%以上	達成70%	70%以上
			治療計画作成者人数	50%以上	達成60%	

経営目標番号②－５ 対象部署 本院臨床検査室２

テーマ	利用者が求める質の高い安全な医療提供体制を構築する
-----	---------------------------

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標			
			評価指標	令和５年度	令和５年度 結果	令和６年度
経営	管理加算の取得	・現在取得している各種算定加算の維持 ・ISO15189認定維持 - 品質マネジメントシステムの構築	外来迅速検体管理加算 算定率維持	70%以上	未達成 65.83%	70%以上
			輸血適正使用加算の基準維持 ①FFP使用量/MAP使用量 ②アルブミン製剤使用量/MAP使用量	①0.54未満 ②2.0未満	達成 ①0.33 ②0.71	①0.54未満 ②2.0未満
			再審査・サーベイランス審査時の不適合の件数	10件以下	未達成 11件	6件以下
利用者・職員	臨床検査精度向上	外部精度管理調査評価	宮城県臨床検査技師会精度管理調査評価点	A+B評価95%以上	達成 100%	A+B評価98%以上
			日本臨床衛生検査技師会精度管理調査評価点	A+B評価95%以上	達成 99.6%	A+B評価98%以上
			日本医師会精度管理調査評価点	95点以上	達成 99.1%	98点以上
業務プロセス	効率的な業務フローと安全な医療の構築	予防処置，業務改善提案	予防処置件数	15件以上	未達成 10件	15件以上
			業務改善提案	15件以上	達成 17件	15件以上
			インシデント報告	150件以上	未達成 55件	150件以上
教育と成長	学術活動の推進	専門的な知識の習得，キャリア形成	認定資格取得人数	2人以上	達成 3人	2人以上
			学会発表	2演題以上	達成 3演題	3演題以上

経営目標番号②－6 対象部署 本院栄養管理室2

テーマ	チーム医療を推進し，疾病治療に貢献する
-----	---------------------

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標			
			評価指標	令和5年度	令和5年度 結果	令和6年度
経営	・各種専任又は専従登録要件を満たす職員を育成し，安定的な加算の取得を目指す ・介入型栄養管理による医療の質向上	・NST加算算定件数の維持または増加による収益の確保 ・骨粗鬆症リエゾンチーム活動の推進 ・救急病棟における入室48時間以内の早期栄養療法の推進 ・周術期における適正な栄養管理の実践	NST加算算定件数	500件以上	達成 630件	500件以上
			二次性骨折予防継続管理料算定件数	200件以上	達成 221件	
			早期栄養介入管理加算算定件数（経口・経腸：400点，経静脈：250点のいずれかを算定した件数）	380－430件	達成 550件	421－500件
			周術期栄養管理実施加算算定件数			120件
利用者・職員	・チーム医療による入院患者への多角的栄養介入 ・質の高い栄養管理を通じた患者満足度の向上 ・栄養学的な問題を抱える症例へのNST介入	・入院患者への食事個別調整介入件数による栄養充足率の改善，患者満足度の向上 ・NST介入効果 ・介入効果の高いNST活動	入院患者への食事個別調整介入面談件数	1,000件以上	達成 1,991件	1,000件以上
			①栄養状態，②栄養充足率，③食事摂取量，④静脈栄養から経口摂取または経腸栄養への移行，⑤その他（介入満足度など）をNST介入のアウトカムと定め，介入終了時に改善・維持・悪化の3分類で評価	80%以上	達成 85.9%	80%以上

業務プロセス	・NST専任登録要件を満たすことが可能な研修会の院内開催 ・学会からの研修施設認定更新に向けた手続きの実施 ・NST業務の偏りをなくするため、定期的な業務転換の実施 ・管理栄養士によるカンファレンス参加を通じた、主治医（担当医）の業務負担軽減	・NST専任登録要件を満たすことが可能な研修会の院内開催 ・NST専任登録要件を満たす院内研修施設認定 ・各種カンファレンスへの参加により、栄養学的視点での情報共有及び患者に合った食事内容への代理変更入力等を通じた医師、看護師業務負担軽減を目指す	NST専任登録要件を満たす職員の育成人数（職種を問わず）	新規1人以上	達成 2人	新規1人以上
			NST専任登録要件を満たす院内研修施設認定の更新	延期		更新
			カンファレンス参加件数	600件以上		600件以上
教育と成長	・専門職としての専門性を高めるとともに、チーム医療で活躍できる管理栄養士の育成 ・教育、自己研鑽の両面へのサポートと、知識、スキルの底上げ ・各種専任登録の要件を満たす職員の育成	・部内ケースカンファレンス開催回数 ・第2期大崎市病院事業病院ビジョン対象期間内に一人1回以上、症例報告を行う ・部内研修会（4回/年）参加者への理解度テスト合格率の理解度を高める	第2期大崎市病院事業病院ビジョン対象期間内に一人1回以上、症例報告を行う 部内ケースカンファレンス開催回数	6回以上	達成 6回	6回以上
			部内研修会（4回/年）参加者への理解度テスト合格率 正答率80%以上を合格と定める	100%	達成 100%	100%

経営目標番号②-7 対象部署 本院栄養管理室3

テーマ	適切な栄養管理により疾病治癒に寄与し、医療の質向上を図る
-----	------------------------------

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標			
			評価指標	令和5年度	令和5年度 結果	令和6年度
経営	- 未実施減算の回避 - 栄養管理計画書作成率80%以上の維持	栄養管理計画書作成率の維持及び栄養管理体制の基準（常勤管理栄養士1名以上配置、医師・看護師・その他医療従事者が共同して栄養管理を行う体制）の維持による未実施減算（40点）を回避する	栄養管理計画書作成率	85%以上	達成 85%	85%以上
利用者・職員	患者個々の栄養管理計画に基づいた適正な食種選択や食事調整による病院給食に対する患者評価の向上	患者個々にあった食事提供を行い、食事満足度の向上を目指す	ミールラウンド時における「量が多い」という意見数	100件以下	未達成 76件	90件以下
			ミールラウンド集計結果における満足度	90-93%	達成 94.3%	90-93%
業務プロセス	- 特別な栄養管理の必要性を判断した作成 - 特別な栄養管理の必要性がない場合であっても、病棟担当管理栄養士が必要と判断した場合の患者の特性にあったタイミングでの栄養管理計画書の作成と再評価	月1回以上、栄養管理計画書作成率を確認・周知し、作成漏れならびに最終評価漏れを防ぐ	月別栄養管理計画書作成率確認回数	24回以上	達成 36回	24回以上
教育と成長	- 幅広い栄養療法の知識を有する管理栄養士の育成 - 部内教育、自己研鑽の両面へのサポートによる知識及びスキルの底上げ - 経験に応じた専門性の高い資格取得を目指す職員への支援	- 専門資格取得の推進 - 部内教育プログラムに基づいた新人教育	専門資格取得者数	1名以上	達成 2名	1名以上
			部内教育プログラムに基づいた新人教育に基づき、月毎に達成度を評価した上で、年度末に最終評価を行う	A評価以上	達成 S評価	A評価以上

経営目標番号②－８ 対象部署 本院リハビリテーション室２

テーマ	地域の基幹病院として質の高いリハビリテーションを提供する
-----	------------------------------

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標			
			評価指標	令和５年度	令和５年度 結果	令和６年度
経営	安定的な患者介入率の確保	年間の患者介入率	年間の患者介入率の平均値	85%以上	達成 85.9%	87%以上
利用者・職	患者の個別性を重視した十分な時間と頻度の確保	患者１人当たりの実施単位数	患者１人当たりの実施単位数	3単位以上	達成 3.36単位	3単位以上
業務プロセス	再発予防や自宅でのセルフケアが安心して行えるような指導の実施	退院時リハビリテーション指導実施率	リハビリテーションの退院時指導実施率	95%以上	未達成 93.9%	95%以上
教育と成長	質の高いリハビリテーションを提供できる職員の育成（個々の目標達成に向けた自己研鑽の継続）	・初期研修プログラムの達成率 ・勉強会/研修会参加数（部門内外）	初期研修プログラム達成率（１年目）	70%以上	達成 81%	100%以上

経営目標番号②－9 対象部署 本院臨床工学室 1

テーマ	医療機器の一元管理を行い，安全に使用できる医療機器を提供する
-----	--------------------------------

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標			
			評価指標	令和5年度	令和5年度 結果	令和6年度
経営	医療機器一元管理を通じた機器更新の実施	・医療機器ごとの適正台数検討 ・医療機器稼働率算出（1か月毎） ・稼働率30%以下の機器の更新時における台数の減少 ・稼働率90%以上の機器の更新時における台数の増加 ・ME室内在庫数把握	1か月当たりの主要機器稼働率算出（輸液・シリンジ等）	1回/月	達成 1回/月	1回/月
			1日当たりの各医療機器のME室在庫数の確認回数	1回/日	達成 1回/日	1回/日
利用者・職員	医療機器の安全な使用のための緊急時における迅速な対応	・医療機器トラブル対応応需率100%の実現 ・機器トラブルに対処できる人材育成数の増加（24時間365日，院内常駐体制の維持）	応需率	90%以上	達成 100%	90%以上
			当直・待機業務対応可能人数	18人以上	未達成 15人	16人以上
業務プロセス	・安全な医療機器提供として医療機器1患者1使用体制の維持 ・安全な医療機器提供として定期点検，スポット点検実施の実施	・使用状況の把握（貸出・返却件数） ・定期点検・スポット点検の実施 ・使用後点検実施	貸出・返却件数	60,000件以上	達成 71,091件	60,000件以上
			定期・スポット点検件数	1,800件以上	達成 1,960件	1,800件以上
			使用後点検率	100%	達成 100%	100%
教育と成長	医療機器取扱い説明を通じた部門職員及び使用する医療従事者の人材育成	・新規医療機器導入時，取扱説明実施件数 ・インシデント，不具合事例の医療機器安全実務者会議への報告	実施件数	70件以上	達成 83件	80件以上
			会議開催数	6回以上	達成 6回	6回以上

経営目標番号②－１０ 対象部署 本院臨床工学室２

テーマ	手術・ＩＣＵ等業務に参画し，病院機能維持に寄与する
-----	---------------------------

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標			
			評価指標	令和５年度	令和５年度 結果	令和６年度
経営	施設基準（特定集中治療加算）維持のための当部門の院内常駐体制の維持	当直，待機者人員確保（人材育成）	当直・待機業務対応可能人数	18人以上	未達成 15人	16人以上
利用者・職員	・コードブルー，ラピッドレスポンスシステム（ＲＲＳ）起動時の現場に駆けつけ緊急業務対応の実施 ・ＩＣＵ，病棟等依頼業務への対応	・コードブルー要請に対するMET応需率（24時間365日，院内常駐体制で対応） ・ＲＲＳ要請に対するMET応需率（ＲＲＳ対応時間帯で対応）	コードブルー応需率	90%以上	達成 100%	90%以上
			ＲＲＳ応需率	90%以上	達成 100%	90%以上
業務プロセス	・院内常駐体制による緊急業務への対応実施 ・業務内容の明確化と手技の統一化の実施	・当直，待機者人員確保（人材育成） ・緊急業務に対応できる人材の確保（緊急手術対応・緊急カテ対応・緊急血液浄化対応など） ・各種マニュアルの整備及び見直し	各業務対応可能人数	18人以上	未達成 15人	16人以上
			マニュアル改訂	1回以上	達成 1回	1回以上
教育と成長	緊急業務発生時の役割の認識	・部門会議開催数 ・院内研修参加率 ・個人面接回数 ・専門知識と技術の習得（専門資格保持人数）	部門会議回数	12回以上	達成 12回	12回以上
			院内研修参加率	100%	達成 100%	100%
			面接回数	2回以上	達成 2回	2回以上

経営目標番号②－１１ 対象部署 本院臨床工学室３

テーマ	安全で質の高い透析センター運営に努める
-----	---------------------

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標			
			評価指標	令和５年度	令和５年度 結果	令和６年度
経営	コスト削減，管理料及び手技料の算定による収益の増収	・透析件数及びオンラインHDF件数 ・水質加算取得（検査の実施と会議開催） ・診療報酬管理，取得にむけての取り組み（シャントエコーの導入による診療報酬増加）	透析件数	6,000件以上	未達成 4,720件	6,000件/年
			オンラインHDF件数	2,500件以上	達成 3,169件	2,500件/年
			1か月当たりの検査数	1回以上	達成 1回/月	1回以上
			週当たりのシャントエコー件数	2件以上	達成 2.1件	2件以上
利用者・職員	安全で質の高い透析医療の提供	・透析センターの臨床工学技士配置数 ・医療安全に寄与するためのインシデントレポート数及びRCA分析報告の部内での実施 ・患者カンファレンス開催数	臨床工学技士配置数	6人以上	達成 6.5人	7人以上
			インシデントレポート 報告件数	48件以上	達成 52件	69件以上
			1か月当たりのカンファレンス開催数	12回以上	未達成 6回	12回以上
業務プロセス	チーム医療の充実を図ることによる円滑な業務の実践	・各種マニュアルの見直し ・他職種合同カンファレンス開催 ・シャントエコー実施職員育成	マニュアル改訂	1回以上	達成 1回	1回以上
			他職種カンファレンスの開催数	12回以上	未達成 6回	12回以上
			シャントエコー実施職員の育成	6人以上	達成 7人	6人以上
教育と成長	専門職としての自己成長の実行	・患者カンファレンス開催数（1回/月） ・外部研修会参加数 ・専門資格新規取得，更新数	1か月当たりのカンファレンス開催数	1回以上	達成 1回	1回以上
			1人当たりの研修会参加数	1回以上	達成 2回	1回以上
			専門資格新規取得・更新数	18人以上	達成 22人	19人以上

経営目標番号②－１２ 対象部署 総務課２

テーマ	職員の倫理的課題解決力の向上を目指し、 安全・安心な医療サービスの提供を目指す。 職員のコンプライアンスの意識を醸成し、安全・安心な医療サービスの提供を目指す。
-----	--

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標			
			評価指標	令和５年度	令和５年度結果	令和６年度
経営	職員の倫理的課題解決力の向上を目指し、安全・安心な医療サービスの提供を目指す。 職員が安心して働ける環境づくりを目指す。	臨床倫理研修会の開催	参加者数の増加	80人	未達成 26人	10件以上
		公益通報窓口への相談件数増加	公益通報窓口の相談件数			
利用者・	患者が安心して病院通院できる環境づくり	患者からの提言件数	個人情報に関する提言件数	0件	未達成 2件	0件
業務プロセス	職員の常に「個人情報の取扱い」について意識できる環境の構築	個人情報に取扱いに関する職員意識調査	職員意識調査の回答率	90%以上	未達成 87.8%	92%以上
			職員意識調査で全職員が「適切に取り扱っている」割合	99%以上	達成 100%	99%以上
教育と成長	コンプライアンスに関する研修会を開催し、職員の意識が向上するとともに、保全や更新に係る知識を習得	コンプライアンスに関する研修会 コンプライアンス意識の向上	コンプライアンス 研修会の参加率	80%以上	未達成 78.1%	82%以上

経営目標番号②－１３ 対象部署 患者サポートセンター３

テーマ	患者相談支援の機能充実と地域との連携強化により円滑な入退院支援を図る
-----	------------------------------------

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標			
			評価指標	令和５年度	令和５年度 結果	令和６年度
経営	入退院支援加算・介護連携指導料等の加算算定の推進	- 入退院支援加算対象者に対する算定率 - 介護連携指導料の算定率	入退院支援加算の算定率	56%	未達成 48%	60%以上
			介護連携指導料の算定率	1.3%	未達成 1.1%	1.3%
利用者・職員	- 相談支援の質向上 - 患者満足度の向上 - 患者サポートセンターの認知度向上	- 患者満足度調査 - 相談者数 - 患者サポートセンター認知度	(外来患者) 医療相談に関して満足～普通の割合	95%以上	未達成 92.4%	
			(入院患者) 医療相談に関して満足～普通の割合	97%	達成 98.3%	
			外来相談件数	1,650件	未達成 1,632件	1,650件以上
			患者サポートセンターの知っている方の割合			60%以上
業務プロセス	他部署、他機関との連携強化	- 他部署への周知 - 関係機関との情報交換	広報紙の発行回数	10回以上	達成 11回	10回以上
			登録医・関係機関・消防本部との意見交換	150機関以上	達成 150機関	150機関以上
教育と成長	相談支援に必要な知識の習得と、技術の向上	- 相談支援評価表 - 部内研修会の開催	相談支援自己評価点数	1点以上	達成 1.16点	1点以上
			新任職員の社会保障制度相談支援実施状況評価点数	3点	未達成 2.8点	3点

経営目標番号②－１４ 対象部署 TQM推進室

テーマ	質の高い医療を提供できるようにするため、診療記録の質の向上を図る
-----	----------------------------------

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標			
			評価指標	令和５年度	令和５年度 結果	令和６年度
経営	病院事業としての診療記録の精度向上	病院事業全体における定期的な診療記録質的監査の実施	分院の質的監査への介入頻度	２ヶ月毎	達成 令和６年２月からは毎月	毎月
利用者・職員	診療記録の精度及び記載の質を定期的に評価し（点検・監査後の対象者等へのフィードバックによる改善状況の評価を含む。）、優れた対象者に対し優良表彰を行うことによる対象者等のモチベーションアップ及び診療記録記載の質の安定化の実施	質的監査結果で優れている又は指摘事項の改善が継続的に図られたと認められた医師の割合の維持	優良記載率の維持	73%	未達成 66.3%	73%
業務プロセス	・診療情報管理マニュアル等に基づく診療記録の形式点検、質的監査の継続的に実施による対象者等へのフィードバック率	・在籍医師に係る質的監査実施回数 ・質的監査結果に基づく対象者等へのフィードバック回数 ・質的点検結果のフィードバック後、診療記録の向上	質的監査回数	期末医師数以上	達成 期末医師数以上	期末医師数以上
			対象者等へのフィードバック回数	質的監査対象者につき１回	達成 １回	質的監査対象者につき１回
			質的点検結果のフィードバック後、質的監査点数の向上率	74%	未達成 31.1%	
教育と成長	診療記録記載マニュアル等に基づく正しい診療記録記載の修得	・研修医記録について上級医の指導内容記載率の向上 ・スキャン文書の部署への返却割合の減少	上級医の指導内容記載割合	70%以上	未達成 35.4%	35%以上
			スキャン文書の部署への返却割合の減少	0.05%以下	未達成 1.7%	0.05%以下

経営目標番号②－１５ 対象部署 本院医療安全管理室

テーマ	医療安全文化の院内醸成を推進する
-----	------------------

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標			
			評価指標	令和５年度	令和５年度 結果	令和６年度
経営	医療安全について理解を深める患者と医療者間の齟齬をなくすことによる医療紛争の発生防止	医療紛争の発生件数	医療紛争件数	0件	達成 0件	
		過失を認め、医療費負担が発生した件数	レベル３b以上で補償費負担した件数	0件	未達成 2件	0件
利用者・職員	入院患者の急変兆候を捉え速やかに救急医療につなげることによる重症化の防止	・日中のコードブルーとRRS起動件数におけるRRS起動の比率増加 ・RRS起動事例の検証を行う。 ・院内脳梗塞発症患者の発見件数 ・コードブルー起動事例の検証 ・コードブルー検証事例のうち、RRS該当事例の減少	RRS起動の比率	95%以上	未達成 63.6%	95%以上
			RRS起動のうち、レベル３以上事例カンファレンス割合	80%以上	未達成 4.7%	80%以上
			コードブルー全例のうち、起動事例検証を実施した件数の割合			80%以上
			コードブルー起動検証結果から、本来RRSの早期介入依頼が必要だった事例割合			50%未満
			院内脳梗塞発見数	8件以上	未達成 0件	

業務プロセス	患者に望ましくない事態が発生した際の網羅的かつ遅滞なく報告された情報を共有することによる安全活動の推進	・インシデント及びアクシデントレポートの報告件数 ・部署におけるRCA分析と改善報告書件数提出目標の達成 ・医療安全カンファレンスメンバーによる多職種ラウンドの実施 ・医療安全に関するマニュアルの1回/年見なおし	報告件数	2,500件以上維持	達成 3,355件	2,500件以上維持
			部門ごとの改善報告書提出件数目標の達成割合	40%以上	達成 100%	40%以上
			医療安全カンファレンスメンバーの報告確認ラウンド実施と部署へのフィードバック数	70件	達成 70件	70件
			1回/年の見直し	医療安全に関する項目の80%以上	未達成 61.7%	医療安全に関する項目の85%以上
教育と成長	全職員が医療安全に関する体制や活動を理解し、安全な医療を提供する	・入職者への医療安全に関する研修会の開催 ・2回/年開催の院内医療安全研修会の参加率 ・各部門講師による研修会の開催回数 ・KYT（危険予知トレーニング）の実施	入職者の受講率	100%	達成 100%	100%
			研修会の参加率	100%	未達成 93.5%	100%
			各部署でのKYT（危険予知トレーニング）の実施	各部署1回実施	未達成 0回	各部署1回実施

経営目標番号②－１６ 対象部署 鳴子温泉分院放射線室

テーマ	接遇に気を配り，被ばく低減・放射線安全管理に努め，資質を向上させる
-----	-----------------------------------

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標			
			評価指標	令和５年度	令和５年度 結果	令和６年度
経営	医業収益の増収	・一般撮影検査件数の増加 ・ＣＴ撮影検査件数の増加	一般撮影検査件数	1,925件以上	達成 2,210件	1,925件以上
			ＣＴ検査件数	550件以上	達成 550件	550件以上
利用者・職員	・患者接遇の向上 ・患者被ばく低減	・患者の待ち時間短縮 ・疑義の照会件数、他検査への提案	放射線受付から実施までの待ち時間	10分以下	達成 7.46分	10分以下
			疑義の照会件数、CT検査への提案	10件以上	達成 13件	10件以上
業務プロセス	医療安全に対する意識の向上と院内啓発	・インシデントレポートの提出 ・院内研修会への参加	インシデントレポート提出件数	5件以上	達成 10件	8件以上
			院内研修会参加回数	3回以上	達成 7件	6回以上
教育と成長	スキルアップ	・学会，研修会への参加 ・本院放射線で開催される勉強会に参加	学会・研修会への参加回数	2回以上	達成 2回	2回以上
			勉強会の参加回数	1回	未達成 0回	1回

経営目標番号②－１７ 対象部署 鳴子温泉分院臨床検査室

テーマ	高い精度と、正確な検査結果を迅速に提供する。
-----	------------------------

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標			
			評価指標	令和５年度	令和５年度 結果	令和６年度
経営	検査件数の増加	業務量と患者数を 対比させた業務量 評価と分析の実施	検査総数	21,000件以 上	未達成 20,166件	21,000件以 上
利 職 用 員 者 ・	・ 接遇向上 ・ 検査結果待ち時間短縮	患者および職員か らの提言による改 善	提言による改善 数	3件	未達成 2件	3件
業 務 プ ロ セ ス	・ 日臨技，県技師会， メーカーによる外部精度 管理への参加 ・ 医療安全やICTラウンド への取り組み	外部精度管理評価 の改善	宮臨技外部精度 管理評価	A+B評価 95%以上	達成 A+B評価 100%	A+B評価 95%以上
			日臨技外部精度 管理評価	A+B評価 95%以上	達成 A+B評価 99.3%	A+B評価 95%以上
		各種院内ラウンド での指摘項目改善	各種院内ラウン ドでの指摘項目 改善数	3項目以上	未達成 2項目	3項目以上
教 育 と 成 長	院内，院外研修会への参 加	・ 技師会主催の各 研修会への参加 ・ 院内研修会での 理解度の向上	技師会主催研修 会参加回数	2回以上	達成 3回	2回以上
			院内研修会での 理解度テスト正 答率	80%以上	達成 95%	80%以上

経営目標番号②－１８ 対象部署 鳴子温泉分院栄養管理室

テーマ	診療の中心に患者を据えた医療提供を実施し、患者サービスの推進及び患者満足度の向上を図る
-----	---

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標			
			評価指標	令和５年度	令和５年度 結果	令和６年度
経営	かかりつけ医として選ばれる病院となるため、入院外来含めて栄養食事指導算定件数の維持	栄養食事指導件数の維持	栄養食事指導件数 (算定件数)	300件以上	達成 374件	300件以上
利用者・職員	- 正しい食事療法の習得を通じた、患者の治療効果と患者満足度の向上 - 在宅復帰支援に向けた、入院患者への適正な食事提供及び栄養食事指導 - 食事療法の指導を管理栄養士が担うことによる医師の診察時間の短縮及び診療内容の充実	- 継続指導2回以上の割合 - 新規栄養食事指導依頼件数 - 特別治療食加算率	継続指導割合	70-80%以上	達成 93.9%	70-80%以上
			新規依頼件数	25件/年以上	未達成 23件	25件/年以上
			特別治療食加算率	20%以上	達成 28.1%	20%以上
業務プロセス	- 栄養管理計画書作成による、栄養食事指導対象患者の把握 - 事業内転院時の、食事内容や栄養食事指導関連の情報共有	- 栄養管理計画書作成率 - 本院分院間での業務連絡の推進（本院分院間でのシームレスな患者対応のため）	栄養管理計画書作成率	95%	未達成 91.6%	95%
			本院分院間での業務連絡件数	25-35件/年	達成 53件	25-35件/年
教育と成長	様々な病態に対する知識の習得と、スキルの向上による、業務の質の向上	栄養食事指導、特定保健指導、疾患や病態をテーマとした研修会及び部門内勉強会参加者への理解度テスト合格率	正答率80%以上を合格と定める	100%	達成 100%	100%

経営目標番号②－１９ 対象部署 岩出山分院薬剤室

テーマ	診療の中心に患者を据えた医療提供を実施し、患者サービスの推進及び患者満足度の向上を図る
-----	---

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標			
			評価指標	令和５年度	令和５年度 結果	令和６年度
経営	適正な在庫管理	適正な在庫管理により過剰及び不動態在庫を減らす	年度末棚卸し後の残額	2,800,000円以下	達成 2,487,346円	2,800,000円以下
利用者・職員	医薬品適正使用への貢献	未然に薬剤の不適切投与並びに副作用発現を回避する	プリアボイド報告	60件以上	達成 64件	60件以上
業務プロセス	医薬品情報の発信	薬剤室だよりなど医薬品情報やDUS等の情報をひろく院内に発信する	周知回数	12回	達成 12回	12回
教育と成長	医薬品安全管理についての啓蒙	医薬品安全管理に関する院内研修会開催	研修会後に実施する理解度調査	100%	未達成 97%	100%

経営目標番号②－２０ 対象部署 岩出山分院放射線室

テーマ	放射線の安全管理と被曝の低減に努める
-----	--------------------

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標			
			評価指標	令和５年度	令和５年度 結果	令和６年度
経営	院内や地域施設からの検査依頼の増加	・一般撮影検査件数の増加 ・ＣＴ撮影検査件数の増加	一般撮影検査件数	2,700件以上	未達成 2,427件	2,700件以上
			ＣＴ撮影検査件数	850件以上	未達成 807件	850件以上
利用者・職員	・患者接遇の向上 ・患者被曝の低減	・提言の改善 ・指示の不明点や間違いの照会	提言の改善件数	1件以下	達成 0件	1件以下
			照会件数	16件以上	未達成 10件	16件以上
業務プロセス	・医療安全に対する意識の向上・啓発 ・院内のコミュニケーションを図るための各種研修会への参加	・インシデントレポートの件数 ・院内の各種研修会への参加	インシデントレポート件数	10件以上	未達成 8件	11件以上
			各種研修会への参加件数	5件以上	達成 15件	20件以上
教育と成長	専門性の向上による職員のスキルアップ	学会、研修会、勉強会への参加件数	学会等への参加件数	7件以上	未達成 5件	7件以上

経営目標番号②－２１ 対象部署 岩出山分院臨床検査室

テーマ	精度が高く，正確な検査結果を迅速に提供する
-----	-----------------------

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標			
			評価指標	令和５年度	令和５年度 結果	令和６年度
経営	検査件数の増加	業務量と患者数を 対比させた業務量 評価と分析の実施	検査総数	35,000件以 上	未達成 33,221件	35,000件以 上
利用者・職	・接遇向上 ・検査結果待ち時間短縮	患者・職員からの 提言による改善数	改善数	3件以上	未達成 1件	3件以上
業務プロセス	・日臨技，県技師会， メーカーによる外部精度 管理への参加 ・５Ｓ活動への取組	・外部精度管理評価 ・各種院内ラウン ドでの指摘項目数 ・各種院内ラウン ドでの指摘項目改 善数	宮臨技外部精度 管理評価	A+B評価95% 以上	達成 100	A+B評価95% 以上
			日臨技外部精度 管理評価	A+B評価95% 以上	達成 97.2	A+B評価95% 以上
			ラウンド指摘項 目改善数	3項目以上	未達成 1項目	3項目以上
教育と成長	・院内，院外研修会への 参加 ・検査室内勉強会の開催	・院内研修会への 参加・理解度 ・技師会や各メー カー主催研修会へ の参加回数 ・検査室内勉強会 開催数	院内研修会理解 度	80%以上	達成 100%	90%以上
			技師会主催研修 会参加回数	3回以上	未達成 2回	3回以上
			部署内勉強会開 催回数	3回以上	未達成 0回	3回以上

経営目標番号②－２２ 対象部署 岩出山分院医療安全管理室

テーマ	安心・安全な療養環境の提供により、地域のニーズに応じる病院となる
-----	----------------------------------

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標			
			評価指標	令和５年度	令和５年度 結果	令和６年度
経営	安心，安全な医療の提供により，地域に信頼される病院となる	- レベル3b以上の発生を未然防止する - 患者及び家族からの提言を改善活動に活かす	レベル3b以上の発生なし	0件	未達成 2件	0件
			提言件数の増加	13件以上	達成 15件	13件以上
			対応率の向上	80%	達成 100%	100%
利用者・職員	- 苦情件数の減少 - 患者サービス向上による満足度の向上 - 患者に影響するヒヤリ・ハットの減少	- インシデントレポートの理想件数である病床の5倍以上にする - 患者への影響がないエラー報告の件数増加により有害事象の発生を防止する	年間インシデントレポート報告件数	200件以上	達成 407件	200件以上
			レベル0のインシデントを全件数の30%以上	全件数の35%以上	未達成 33.4%	全件数の35%以上
業務プロセス	エラー情報の共有や部門毎の改善活動を通して安全文化の醸成を図る	- インシデント内容を院内全体で共有できる体制にする - 再発防止のために要因を分析して改善策を立案・実施・評価する体制に整備する	報告されたインシデント集計結果を院内全体への発信件数	12件以上	達成 18件	16件以上
			RCA分析および改善報告書の提出件数	各部門 2件以上	達成 各部門 2件以上	各部門 2件以上
教育と成長	院内職員が医療安全管理に関する知識を向上させることで安全な医療の提供に貢献していくことができる	- 全職員対象の院内研修の参加率 - 院外医療安全研修受講者数 - 医療安全管理者養成研修参加（1人以上）	院内研修会参加率	100%	達成 100%	100%
			院外医療安全研修受講者数	1人以上	達成 1人	1人以上
			医療安全管理者養成研修受講者数	1人以上	未達成 0人	1人以上

経営目標番号②－２３ 対象部署 鹿島台分院栄養管理室

テーマ	診療の中心に患者を据えた医療提供を実施し、患者サービスの推進及び患者満足度の向上を図る
-----	---

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標			
			評価指標	令和５年度	令和５年度 結果	令和６年度
経営	かかりつけ医として選ばれる病院となるため、入院外来含めて栄養食事指導算定件数の維持	栄養食事指導件数の維持	栄養指導算定件数	190件以上	達成 343件	300件以上
利用者・職員	- 正しい食事療法の習得を通じた、患者の治療効果と患者満足度の向上 - 在宅復帰支援に向けた、入院患者への適正な食事提供及び栄養食事指導 - 食事療法の指導を管理栄養士が担うことによる医師の診察時間の短縮及び診療内容の充実	・2回以上の継続指導割合 ・新規依頼件数 ・特別治療食加算率	継続指導割合	70%以上	達成 82.5%	80%以上
			新規依頼件数	30件以上	達成 41件	30件以上
			特別治療食加算率	15%以上	達成 26.2%	20%以上
業務プロセス	・医師をはじめ院内職員に対して報告会を行い認識の共有 ・事業内転院時は、食事内容や栄養食事指導関連の情報共有	・委員会における栄養食事指導報告会の実施（中間報告及び年間報告） ・本院分院間での業務連絡の推進（本院分院間でのシームレスな患者対応のため）	報告会の実施回数	2回以上	達成 2回	2回以上
			本院分院間の業務連絡件数	10件以上	達成 60件	50件以上
教育と成長	・自己研鑽を図ることによる、栄養食事指導内容の充実 ・本院、分院間での情報共有と指導内容の充実	・院外研修会、学会への参加回数 ・部門内勉強会の実施及び参加回数	院外研修会，学会参加回数	5回以上	達成 13回	10回以上
			部門内勉強会の実施及び参加回数	4回以上	達成 4回	4回以上

経営目標番号②－２４ 対象部署 鹿島台分院薬剤室

テーマ	診療の中心に患者を据えた医療提供を実施し、患者サービスの推進及び患者満足度の向上を図る
-----	---

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標			
			評価指標	令和５年度	令和５年度 結果	令和６年度
経営	適正な在庫管理	適正な在庫管理により過剰及び不動態在庫を減らす	年度末棚卸し後の残額	3,000,000円以下	達成 2,229,900円	2,800,000円以下
利用者・職	医薬品適正使用への貢献	未然に薬剤の不適切投与並びに副作用発現を回避する	プレアボイド報告	36件	達成 71件	50件以上
業務プロセス	医薬品情報の発信	薬剤室だよりなど医薬品情報やDUS等の情報をひろく院内に発信する	周知回数	6回	達成 8回	8回
教育と成長	医薬品安全管理についての啓蒙	医薬品安全管理に関する院内研修会開催	研修会後に実施する理解度調査	80%	達成 96%	85%
			研修会の開催数	3回	達成 4回	4回

経営目標番号②－２５ 対象部署 TQM推進室

テーマ	病院事業全体の医療の質向上への風土作り・意識の醸成により，安全・安心で最適な医療サービスを提供する
-----	---

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標			
			評価指標	令和５年度	令和５年度 結果	令和６年度
経営	評価・分析・改善を実施し，標準的治療の提供による医療資源投入の最適化を図る	クリニカルパスの効果的な活用	アウトカム未達成件数の減少	前年度未達成件数から3%減少	達成 5.5%減少 (5,803件)	前年度未達成件数から3%減少
利用者・職員	利用者に寄り添った質改善の実施による患者満足度の向上と課題の情報共有・進捗管理の徹底	・医療の質改善項目の割合 ・臨床指標の改善割合	質改善項目の割合の増加	80%以上	未達成 73.3%	85%以上
			臨床指標改善割合の増加	80%以上	未達成 55.5%	85%以上
業務プロセス	関係職員の改善目標の共有とPDCAサイクルによる質改善活動の実施	PDCAサイクルによる改善実施（現状把握，課題整理，改善の検討，改善の実施，取組み後の評価）	各部門で目標設定した質改善項目の達成数	把握している項目全て	未達成 現状把握のみ	把握している項目全て
教育と成長	病院事業全体の質管理体制を推進するため，医療クオリティーマネジャーを計画的に育成し，全職員が安心して適切な医療を提供するための環境整備	・事業全体の質改善活動を向上させるための体制強化 ・全職員が質改善へ取り組む風土作り，意識の醸成	医療クオリティーマネジャーの新規養成	1名以上養成	達成 1名養成中	1名以上養成
			全職員の自覚と改善意欲の向上	前年度以上の数値	未達成 意識調査未実施	前年度以上の数値

経営目標③ 新改革プランと第1期病院ビジョンの検証と改善

経営目標番号③－1 対象部署 経営企画課

テーマ	各計画の課題を踏まえた業務改善継続のための意識醸成と改善を実施する
-----	-----------------------------------

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標			
			評価指標	令和5年度	令和5年度結果	令和6年度
経営	医業収支比率の改善	- 適切な入院患者数の管理 - 外来運用の適正化	本院5階・6階・7階の病床稼働率	90～95%	未達成 89.7%	90～95%
			初診外来患者割合	9.5%以上	未達成 8.4%	9.5%以上
利用者・職員	当院の魅力を発信するための広報活動の推進	- 医療関係者用のウェブサイトコンテンツの充実 - 当院を受験する際に、当院の広報物を判断材料として使用する人の増加 - SNSによる当院の魅力・強み発信	ウェブサイト「医療関係者の方へ」のアクセス数の前年度との増減割合	30%以上	達成 33.8%	30%以上
			採用試験受験者（会計年度含む）対象に実施するアンケート調査で、「当院の広報物を、当院を受験する判断材料として使用した」と回答した人の割合	80%以上	未達成46.9%	80%以上
			SNSの開設、フォロワー数	500人以上	未達成 未開設	500人以上
業務プロセス	日常業務における業務改善継続のための意識醸成	各診療データ及び臨床指標を使用した改善提案	提案項目数に対する提案に対応した項目割合	70%以上	未達成 50%	70%以上
			提案対応数に対する業務量・収支等の改善割合	70%以上	未達成 62.5%	70%以上
教育と成長	全職員の経営状況の理解度向上	- 経営状況説明会参加率の改善（事前周知の工夫と徹底、未受講者への通知） - 経営状況説明会参加による理解度の確認	参加率	90%以上	未達成 88.6%	90%以上
			理解度テストの合格率	85%以上	達成 98%	85%以上

経営目標④ 新興感染症を含む感染症対策の強化と安全・安心な医療の提供

経営目標番号④—1 対象部署 感染管理室

テーマ	医療関連感染の未然の防止と発生した医療関連感染が拡大しないよう速やかな制圧と終息を図り、患者へ安心・安全な、医療を提供する
-----	---

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標			
			評価指標	令和5年度	令和5年度結果	令和6年度
経営	適切な感染対策，感染症治療による院内における耐性菌のコントロールと侵襲的処置に関連した感染の防止	・医療器具関連感染，手術部位感染サーベイランス ・抗菌薬適正使用 ・診療報酬算定継続	I C U医療器具関連感染率 V A P	ICU VAP：4N以下 NICU VAP：0	達成 ICU：3.54 NICU：0	ICU VAP：4N以下 NICU VAP：0
			I C U医療器具関連感染率 B S I	ICU VAP：0 NICU VAP：0	未達成 ICU：0.77 NICU：0	ICU VAP：0 NICU VAP：0
			I C U医療器具関連感染率 U T I	ICU UTI：4以下	達成 ICU：2.59	ICU UTI：4以下
			手術部位感染率（外科）	10%以下	達成 9.28%	9%以下
			AUD	メロペンフェニバックスAUD・DOT：20	未達成 23.6	メロペンフェニバックスAUD・DOT：20
			D O T		未達成 23.5	
			アンチバイオグラム	アンチバイオグラム緑膿菌：IMP90以上 MEPM90以上	未達成 IMP：88.0 MEPM：92.3	アンチバイオグラム緑膿菌：IMP90以上 MEPM90以上
			T D M実施率	100%	達成 100%	100%
			血液培養検体数	25セット i/pstient-day以上	達成 28.2	25セット i/pstient-day以上
			血液培養2検体採取率	100%	未達成 88.7%	90%
			内服抗菌薬使用量	前年度維持	未達成 入院10%増 外来4%増	前年度維持
			AST専従者確保	AST専従者1名（薬剤師）	未達成	AST専従者1名（薬剤師）

利用者・職員	・医療関連感染を低減，制圧したことによるアウトブレイクの防止 ・職業感染対策の充実	・アウトブレイク数 ・薬剤耐性菌分離率 ・手指衛生サーベイランス ・針刺し粘膜曝露サーベイランス ・職員ワクチン接種状況 ・職員感染症報告状況	アウトブレイク数	0件	未達成 3件	0件
			薬剤耐性菌分離率 感染率 罹患率 主要細菌分離率	分離医率 MRSA:3%以下	達成 2.6%	分離医率 MRSA:3%以下
				CRE:0%	未達成 0.03%	CRE:0%
				カルバペネム耐性緑膿菌:0.5%以下	達成 0.22%	カルバペネム耐性緑膿菌
			手指衛生遵守率	80%以上	未達成 29.4%	50%以上
			日別患者1人当たり手指消毒剤使用量割合	10ml/日・患者以上	未達成 4.4ml	7ml/日・患者以上
			ワクチン接種率	インフルエンザ:95%以上	未達成 インフルエンザ:90.1% 風疹:85% MR:97.6% B型肝炎:63.6%	インフルエンザ:95%以上
				4種ワクチン:90%以上		4種ワクチン:90%以上
				B型肝炎ワクチン:90%以上		B型肝炎ワクチン:90%以上
			結核接触者健診実施率	結核接触者検診実施率100%	達成 100%	結核接触者検診実施率100%
			針刺し粘膜曝露発数	30件以下	未達成 34件	30件以下
			針刺し粘膜曝露後のフォローアップ完了率	フォローアップ完了率 初回100% 1か月・3か月・6か月各80%以上	達成 初回100% 1か月:100% 3か月:100% 6か月:91.7%	フォローアップ完了率 初回100% 1か月・3か月・6か月・1年後各80%以上
			職員感染症報告件数	400件以上	達成 417件	400件以上

業務プロセス	- 科学的根拠に基づいた感染対策を実施できるようマニュアル、物品、設備を整備する - 感染の徴候を速やかに察知し、介入できるシステムを構築する	- マニュアルの作成と改正 - ICTラウンド - 抗菌薬ラウンド - 感染経路別予防策実施状況 - コンサルテーション数	マニュアル作成と改定	1回以上	達成 1回	1回以上
			ICTラウンド実数	48回	達成 48回	48回
			ICTラウンド項目達成率	90%以上	達成 91%	90%以上
			抗菌薬ラウンド実施数	48回	未達成 40回	48回
			感染経路別予防策実施届数	350件以上	達成 529件	400件以上
			コンサルテーション数	100件以上 院外10件以上	達成 343件 12件	350件以上 院外20件以上
教育と成長	- 感染対策に関する知識、技術を深め、実践する - ICT, ASTメンバーの人材確保	- 院内感染対策研修会 - 抗菌薬適正使用に関する研修会 - 職種別、部門別感染に関する研修会 - ICT, ASTメンバー数 - 認定資格志望者数 - 学会、外部研修会参加と発表	院内感染対策研修会参加率	90%	未達成 84.5%	90%
			抗菌薬適正使用に関する研修会実施回数	2回	達成 3回	2回
			職種別、部門別感染に関する研修会実施回数	20回以上	達成 33回	20回以上
			ICT, AST実質活動人数	ICT, AST実質活動人数各職種2人以上	未達成 (ICT) 医師1名 看護師3名 薬剤師1名 臨床検査技師2名 (AST) 医師1名 看護師2名 薬剤師1名 臨床検査技師2名	ICT, AST実質活動人数各職種2人以上
			認定資格志望者数 ICD 感染管理認定看護師 感染制御実践看護師 感染制御認定薬剤師 感染制御認定臨床微生物検査技師	認定資格希望者1人以上	未達成 0人	認定資格希望者1人以上

経営目標⑤ 魅力ある職場づくりと職員満足度の充実

経営目標番号⑤ー1 対象部署 本院看護部3

テーマ	入退院支援の質向上を図るため、院内認定(療養コーディネーターナース：RCN)育成システムを構築する
-----	---

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標			
			評価指標	令和5年度	令和5年度 結果	令和6年度
経営	療養のコーディネーターによる収益の向上 入退院支援加算による収益向上	・入退院支援加算I (600点) ・入退院支援加算I 算定率の上昇	入退院支援加算取得率	55%以上	未達成 47.6%	60%以上
利用者・職員	・RCNの指導による各看護師の療養コーディネーター能力の向上 ・在宅療養に必要なサービス提供 ・RCNのモチベーション向上と仕事の達成感の上昇	・在宅復帰率 ・退院支援を受けた患者の満足度 ・RCN職務満足度	在宅復帰率	85%以上	未達成 84%	85%以上
			RCN職務満足度：満足（良い）～普通割合	アンケート完成	達成 完成	80%以上
業務プロセス	・運用（活動）開始 ・RCN育成プログラムの作成（学習プログラムと活用マニュアル）	・RCN育成プログラム（シラバス）の作成・運用 ・RCNとしての取り組みを言語化し、活躍の機会を増やす ・RCNの活動 ・多職種と連携した入退院支援に関する情報発信	RCN育成プログラム運用、評価、改訂	1回以上	達成 1回	
			・実践レポートの提出・RCN間でのカンファレンスでの共有	1回以上	達成 1回	
			多職種での事例検討会の開催数			2回以上
			入退院支援に関する情報の提示			3回以上
教育と成長	・RCN育成プロセスの理解度向上 ・地域包括ケアシステム、診療報酬と介護保険制度の理解度向上	・RCN看護師の退院支援能力向上 ・診療報酬・介護保険制度に関する研修会の理解度向上	退院支援実践力評価表 作成・評価・改訂	作成・評価	達成 評価表を活用し評価を実施	
			退院支援実践力評価表 5段階評価4以上の割合	70%以上	達成 71%	80%以上
			理解度テスト合格率			80%以上

経営目標番号⑤－２ 対象部署 本院薬剤室 1

テーマ	人材教育による持続可能な医療の実現と地域医療への貢献を推進する
-----	---------------------------------

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標			
			評価指標	令和 5 年度	令和5年度 結果	令和 6 年度
経営	【持続可能な医療の実現】 臨床業務への積極的な取り組みと、医師・看護師の業務負担を軽減による、より質の高い持続可能な医療体制づくりへの貢献	・医師・看護師の業務負担の軽減 ・安全な医療への取組 ・廃棄薬ゼロへの取り組み ・薬剤師による積極的な後発薬への切り替え提案	負担軽減の取組(病棟薬剤師加算取得)	算定条件の維持	達成維持	算定条件の維持
			薬剤管理指導業務(算定①380点取得割合)	43%以上	達成 43.1%	43%以上
			プレアボイド報告件数	370件	達成 365件	370件
			年度合計薬品廃棄金額	R4年度以下 (2,339,027円以下)	達成 2,096,502円	R5年度以下
			後発薬の積極的採用(後発薬使用率)	92%以上	達成 93.36%	92%以上
利用者・職員	【地域拠点病院としての責務】 ・地域の薬剤師及び薬学生への、資格取得や単位取得のための研修機会の提供と、地域医療の発展と充実への貢献 ・地域の薬剤師と連携を高め、市民により質の高い医療の提供	・薬学生受け入れのための整備 ・病院薬剤師の確保	薬学実務実習生の受入れ	実務実習生から入職者を得る	達成 採用4名のうち1名が実習生	実務実習生から入職者を得る
			就職説明会への参加及び就職課訪問	4回	達成 4回	4回
業務プロセス	【施設認定の取得】 研修生受け入れに必要な条件整備と施設認定の取得	・知識の取得, 学習機会の提供 ・研修施設としての地域貢献 ・薬剤師生涯研修と自己研鑽の機会をつくる ・チーム医療への参加	演題発表	2演題発表	達成 がん3演題 糖尿病1演題	2演題発表
			地域薬剤師との合同研修会の実施	2件以上	達成 3件	2件以上
			チーム医療への参加			3チーム以上
教育と成長	【人材の育成】 後輩及び地域の薬剤師への指導及び教育ができる専門的知識を有する人材の育成	・認定, 専門薬剤師の育成 ・薬物療法に関する情報取得 ・組織を支える人材の育成 ・チーム医療の参加	認定・専門薬剤師(資格認定・資格更新)	現資格の維持	達成 更新2名	現資格の維持
			勉強会の開催(薬剤室職員)	6回以上	未達成 1回	
			組織マネジメントスキルの養成			1名以上
			チーム医療へ参加する人材の育成			1名以上

経営目標番号⑤－3 対象部署 本院放射線室3

テーマ	県北の基幹病院として急性期医療に見合った教育機能の充実を図り、救急放射線業務スキルの向上と良質な画像を提供する
-----	---

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標			
			評価指標	令和5年度	令和5年度結果	令和6年度
経営	救急CT室の空き時間を利用した平日CT件数の増加と職員のCT画像再構成技術向上による診療支援と加算取得	・日中の救急CTの空き時間を利用した平日のCT件数の増加 ・画像等手術支援加算に該当する手術に関する画像再構成技術を構築する。（加算料2000点）	平日の臨時CT検査に対応する件数（前年度を超える検査数）	3,050件	達成 3,687件	3,100件
			画像等手術支援加算取得件数	5件	達成 102件	120件
利用者・職員	・夜間救急業務の分析と改善実施による救急業務の質向上	・臨床支援に対する取組強化 ・読影補助への関わり	新規モダリティの担当としてのレベルに達した人数	5人以上	達成 7人	5人以上
			救急全検査数におけるKey画像の添付率	35%以上	達成 38%	35%以上
業務プロセス	・救急業務における業務改善継続の意識醸成	・救急CTと緊急カテーテル検査やDSA業務の共通な動きと効率化を考える ・救急医療に関する知識向上 ・業務の効率化と安全化（医師、看護師など他部署とのミーティングを行うことでのお互いの問題を共有化。）	救急CTと緊急カテーテル検査やDSA業務のシミュレーション回数	2回以上	未達成 1回	2回以上
			救急撮影での読影に関する講習会参加と部署内での勉強会（内容確認テストは参加者全員が80点以上となるまで続ける）	3回以上	達成 5回	3回以上
			ミーティング、カンファレンス開催と業務改善	4回以上	達成 5回	4回以上

教育と成長	・急性期医療に見合った教育機能の充実	・各マニュアルの読み合わせ、インシデントレポートを使用した業務改善とその確認 ・キャリアラダー制度内の救急撮影技術と画像再構成に関してレベルの細分化を図り、それをういた個人のレベル確認	各マニュアル読み合わせとインシデント改善報告提出回数	6件以上	達成 12件	6件以上
			個人のレベル確認	2回	達成 2回	2回

経営目標番号⑤－４ 対象部署 本院臨床検査室 3

テーマ	働きやすい職場環境を構築する
-----	----------------

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標			
			評価指標	令和 5 年度	令和5年度 結果	令和 6 年度
経営	適切な労働時間の管理	時間外勤務時間の削減	1人当たりの月平均時間外勤務時間数	10時間以下	未達成 11.8時間	10時間以下
利用者・職員	ワーク・ライフ・バランスの推進	職員満足度調査（バリテス利用）による医療技術部門の満足度	バリテスによる大崎市病院事業職員満足度調査から医療技術部門の満足度（%）を抜粋	75%以上	未達成 73.2%	
		早出出勤者（7：00、7：30）の定時退勤の推進	早出出勤者が終業30分以内での退勤できた割合			40%以上
ロ業セ務スプ	交代勤務の導入	交代勤務に対応した職員数	交代勤務担当人員数	30人以上	未達成 26人	30人以上
教育と成長	人材育成	スキルマップを用いた新人教育	新規採用者の採血業務習得	100%	達成 100%	100%
			新規採用者交代勤務業務習得	100%	達成 100%	100%
			スキルマップ評価	3以上	達成 3以上習得	3以上

経営目標番号⑤ー５ 対象部署 本院リハビリテーション室３

テーマ	業務全般において主体的・能動的に取り組む事ができる職員の育成
-----	--------------------------------

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標			
			評価指標	令和５年度	令和５年度 結果	令和６年度
経営	『退勤時間の改善』 ノー残業デーにおける部門全体の退勤時間改善 →段階的に年間通じての退勤時間の改善	ノー残業デー (1/w)における 終業30分以内の退勤達成率	終業30分以内の退勤率	75%以上	達成 87.1%	85%以上
利用者・職員	ジェネラリストの育成 (幅広い患者層に対応できる職員を育成する)	5年目までの職員の疾患経験の割合	リハビリ対象疾患における疾患経験の割合	60%以上	達成 60.3%	60%以上
業務プロセス	学会・研修会等での発表を積極的に行う。	職員の資質の向上と能動的な学習の促進	年間発表件数	2回	達成 2回	4回
教育と成長	専門資格取得の推進	必須研修受講率の向上と専門資格取得の推奨	今年度中の資格取得者数 (更新者含む)	10人	達成 13人	7人

経営目標番号⑤－6 対象部署 人事厚生課

テーマ	職員に魅力のある職場作りを推進する
-----	-------------------

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標			
			評価指標	令和5年度	令和5年度 結果	令和6年度
経営	時間外勤務の縮減	時間外勤務命令の適正化等	年間時間外勤務総時間数 基準年度比 基準年度：令和4年（165,840時間）	▲15%	未達成 ▲10%	▲5%
利用者・職員	過重労働による健康障害の防止	過重労働者数の縮減	月平均過重労働者数（時間外勤務45時間以上（医師以外））	5人以下	未達成 5.08人	5人以下
			月平均過重労働者数（時間外勤務80時間以上（医師））	0人	未達成 1.08人	0人
業務スプロ	適切な医療従事者の確保	看護師採用計画に対する採用の達成	看護師の採用率	100%	未達成 80%	100%
教育と成長	労働関係法令の知識習得	・労務管理研修への出席又は受講 ・労務管理研修の理解度の確認	出席率（受講を含めた数字）	90%以上	達成 92%	90%以上
			理解度テストの合格率	90%以上	達成 90%	90%以上

経営目標番号⑤ー7 対象部署 医事課 1

テーマ	病院経営・運営に寄与する人材を育成する
-----	---------------------

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標			
			評価指標	令和5年度	令和5年度結果	令和6年度
経営	医療技術業務内容への理解とスキル向上したことにより算定漏れの防止や診療報酬算定の改善提案など適切な請求事務の実施	診療収益の増	入院診療収益	12,191,405千円以上	達成 12,757,144千円	12,633,000千円
			外来診療収益	7,489,541千円以上	達成 7,808,672千円	7,628,000千円
			救急医療管理加算（救急医療入院割合）	75%以上	達成 75.0%	
			救急医療管理加算2の減点防止（「その他の重篤な状態」の患者割合）			5割未満
利用者・職員	・病院窓口における患者サービス向上による集患（直接患者サービスに係わりが出来ることで病院職員としての人材育成となり得る）	・改善実施内容の提案，実行，評価（受付窓口混雑対策診療報酬等請求事務）	改善状況の実行，評価（再検討）	85%以上	達成 88.0%	87%以上
業務プロセス	・業務マニュアルの点検，見直し ・各種事務手順の点検，見直し ・医療情報システムの点検，見直し ・研修の充実	・業務マニュアルの点検，見直し ・ジョブローテーション ・初心者向けマニュアル作成	業務マニュアルの点検，見直し	5回以上	未達成 4回	5回以上
			ジョブローテーション	1回以上	達成 1回	2回以上
			初心者向けマニュアル作成	完成	達成 完成	1回以上
教育と成長	病院経営マネジメント職員育成（①施設基準届出事務，②診療報酬点数表等，③DPC制度，④医事関連法，療養担当規則等，⑤医療情報システムなどにそれぞれ精通） ・経営戦略力（診療報酬改定や医療行政改革への対応） ・改革実行力（前例のない事案への取り組み） ・コミュニケーション力（部署間・多職種間での調整や橋渡し）	保険診療の理解	理解度テスト正答率	90%以上	未達成 年度末実施のため	95%以上
			施設基準届出作成	90%以上	達成 90.0%	95%以上

経営目標番号⑤－８ 対象部署 アカデミックセンター１

テーマ	将来を担う優れた人材を育成する
-----	-----------------

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標			
			評価指標	令和５年度	令和５年度 結果	令和６年度
経営	初期研修医の確保により、専攻医として当院に残留する医師の確保	当院初期研修修了者で内科及び外科志望者の当院残留率（東北大学病院内科・外科専門研修プログラム含む）	初期研修修了者の当院残留率（内科・外科）	75%以上	未達成 71.4%	75%以上
利用者・職員	医学生の病院見学の充実による応募者の増加	・医学生の病院見学の満足度の向上 ・研修医選考試験の応募者数	病院見学の満足度（良い）の割合	100%	達成 100%	100%
			病院見学者のリピート率	35%以上	達成 36.6%	35%以上
			応募者数	50人	未達成 49人	50人
業務プロセス	医学生からの情報収集と臨床研修に関する面談を実施し、疑問や相談を目的とした交流の実施	病院見学者とアカデミックセンター部長及び監理官と面談実施（Web面談を含む）	病院見学者面談実施率	40%以上	未達成 36.8%	40%以上
教育と成長	医学生への病院説明会に積極的に参加し、病院見学に勧誘進める。状況によってはリモートによる面談等も行う。	病院見学申込者の増加	延べ病院見学申込者数	160名以上	未達成 136名	160名以上

経営目標番号⑤ー9 対象部署 アカデミックセンター2

テーマ	教育機能の充実を図り、医療スキル及び職員満足度を向上させ、魅力ある職場環境を整備す
-----	---

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標			
			評価指標	令和5年度	令和5年度 結果	令和6年度
経営	医療スキル及び学術的スキルを向上に伴う経営基盤の強化	・論文・学会発表件数の増加 ・治験の適切な実施	年間の論文・学会発表の件数	130件	未達成 125件	150件
			年間の治験実施件数	30件	達成 59件	30件
利用者・職員	職員全体の医療知識や技術の向上	クラウドサービス利用率の向上	クラウドサービス利用率	45%	未達成 41%	50%
			正職員を対象に実施するアンケート調査で、「クラウドサービスを使用した」と回答した人の割合	20%	達成 27%	35%
業務セブ	冊子からクラウドへの移行推進	アンケートによる理解度確認	アンケートによる理解度確認	35%	達成 35%	40%
教育と成長	学術的な知見を広める	治験・臨床研究に関する講習会の開催	5段階評価のアンケートによる満足度	3.6以上	達成 4.1	3.7以上
		論文発表（英語プレゼン、論文執筆）セミナーの開催	5段階評価のアンケートによる満足度	3.6以上	達成 4.3	3.7以上
		論文発表（発表資料の作成、プレゼンの発表方法）セミナーの開催	5段階評価のアンケートによる満足度	3.6以上	達成 4.4	3.7以上
		クラウドサービスの説明会開催	5段階評価のアンケートによる満足度	3.6以上	達成 4.7	3.7以上

経営目標番号⑤－１０ 対象部署 臨床支援センター２

テーマ	安心・安全な療養環境の提供により，地域のニーズに応じる病院となる
-----	----------------------------------

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標			
			評価指標	令和５年度	令和５年度 結果	令和６年度
経営	看護師等からメディカルアシスタントへのタスクシフトによる外来業務の適正化・向上の推進	看護師等からメディカルアシスタントへのタスクシフトによる外来業務の適正化・向上の推進	メディカルアシスタントの増員及び看護師業務からのタスクシフトを推進することによる，看護師の資格を活かした業務遂行体制の向上（市民に適切な医療の提供，医療安全・収益の向上）	3人以上	未達成 1人	5人以上
利用者・職員	メディカルアシスタントに係る関係職員評価の向上	メディカルアシスタント業務に係る関係職員評価率	メディカルアシスタントに係る関連医師・看護師等職員評価率	80%以上	未達成 76%	81%以上
業務プロセス	メディカルアシスタント業務に係る研修プログラム，業務マニュアルの策定及び継続的な見直し及びメディカルアシスタントという職種の周知による潜在的希望者層の増加	・メディカルアシスタント業務に係る研修プログラム，業務マニュアルの策定及び継続的な見直しの実施 ・メディカルアシスタントという職種，業務内容等に関する市民等への積極的な周知等による受験者率	研修プログラムの策定と継続的な見直し/業務マニュアルの策定と継続的な見直し	策定(100%)	達成 100%	見直し (年4回)
			メディカルアシスタント受験(応募)率	23%以上	達成 23%	23%以上
			メディカルアシスタント期末増員数	7名以上	達成 10名	5名以上

教育と成長	医療アシスタントに係る継続的な研修と丁寧な指導・助言等による自覚の醸成と知見の向上	・研修と多職種による評価等に基づく自覚の醸成と基礎的知識の習得による，社会人基礎能力評価，技術評価点数	社会人基礎能力評価総合点平均点数	80点以上	未達成 66点	80点以上
		・研修と多職種による評価等に基づく自覚の醸成と基礎的知識の習得による，社会人基礎能力評価，技術評価点数	技術評価総合点平均点数	80点以上	未達成 76点	80点以上

経営目標⑥ 経営収支改善への取組

経営目標番号⑥－１ 対象部署 総務課 3

テーマ	効率的な診療材料の使用と適正な在庫管理を行う仕組みを構築する
-----	--------------------------------

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標			
			評価指標	令和5年度	令和5年度 結果	令和6年度
経営	過剰在庫を抑制し、効率的な診療材料の使用	・院内診療材料在庫金額の削減 ・破棄、破損、消費期限切れ金額の削減	院内在庫金額（診療材料）	98%以下	未達成 101%	97%以下
			資産減耗費（診療材料）	99%以下	未達成 108%	98%以下
利用者・職員	使用部署とSPD事業者の連携により定数在庫管理の円滑化と職員満足度の向上 定数在庫管理の改善	職員満足度 定数物品が不足なく補充される	職員満足度調査 満足（良い）～（普通）の割合 定数管理に関するアンケートを実施し、その結果における（良い）～（普通）の割合	89%以上	達成 93%	90%以上
業務プロセス	適正な在庫管理を行う仕組みの構築	定数再設定	1か月当たりの定数再設定	14回	達成 16回	16回
		在庫管理に対する改善の実践	改善率			80%以上
教育と成長	診療材料の知識習得とコスト削減	見本市を開催し、共同購入品の認知度と採用促進を図る	共同購入品（NHA）の採用率（汎用医療材料、手術室関連、ME・透析関連）	67%	未達成 63%	70%

経営目標番号⑥－２ 対象部署 総務課 4

テーマ	病院施設の管理体制向上及び計画的な保全を行う仕組みを構築する
-----	--------------------------------

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標			
			評価指標	令和 5 年度	令和5年度 結果	令和 6 年度
経営	施設維持関連予算の平準化と過剰な費用の予算計上の防止	・施設関係委託料	委託料（本院全体の委託料に対する施設分の委託料の割合）	25%以内	未達成 23.7%	25%以内
利用者・職員	病院施設を利用する患者からの満足度向上	患者満足度 外来：施設・設備に関して 入院：施設・入院生活に関して ※施設に関する項目に限る	患者満足度調査	75%以上	未達成 70.8%	75%以上
		提言に対する改善	提言件数に対する改善件数の割合	90%以上	達成 100%	90%以上
業務プロセス	計画的に設備等の保全を行うため中長期計画定期的な見直し	中長期計画の定期的な見直し	見直し	年1回以上	達成 1回	
		施設関係中長期保全計画の改訂	物価高騰や製品変更に伴う費用及び時期を更新	1回以上/年	未達成 0回	1回以上/年
教育と成長	施設、設備についての現状及び最新情報の把握と保全や更新に係る知識の習得	保全や更新に係る常駐する委託業者との打合せ	1か月当たりの常駐する委託業者との定例打合せ回数	1回以上/月	達成 1回/月	1回以上/月

経営目標番号⑥－3 対象部署 医事課 2

テーマ	保険診療に係る診療報酬を適切に獲得する仕組みを構築する
-----	-----------------------------

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標			
			評価指標	令和5年度	令和5年度 結果	令和6年度
経営	適切な診療報酬請求業務の実現	査定率・返戻率・ 保留率の減少	査定率	0.16%以下	達成 0.09%	0.15%以下
			返戻率	2%以下	達成 1.92%	1.99%以下
			保留率	4.27%以下	未達成 5.93%	4.25%以下
者・利用 員・職	確実な会計計算業務の実施	会計訂正率の減少	会計訂正率	0.012%以下	未達成 0.017%	0.011%以下
業務 プロセ	請求レセプトの不備，記載漏れの低減	適応病名なし等の 査定事由低減による 適切な診療報酬の請求	査定事由Aの割合	0.14%以下	未達成 0.193%	0.14%以下
教育と 成長	全職員の保険診療及び診療報酬制度の理解度向上	・保険診療研修会の参加率の改善 ・保険診療研修会参加による理解度の確認	保険診療研修会の参加率	70%以上	未達成 56.4%	72%
			理解度テストの合格率	80%	達成 100%	85%

経営目標番号⑥ー４ 対象部署 健康管理センター３

テーマ	持続的な外来・公衆衛生活動の収益を確保する
-----	-----------------------

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標			
			評価指標	令和５年度	令和５年度 結果	令和６年度
経営	住み慣れた地域で医療や介護とともに健康診断の受診体制整備と健診後における病院事業内の連携強化による患者の獲得	・受健者数の増加（外来・公衆衛生活動） ・収益（外来・公衆衛生活動） ・受診勧奨数 ・本院・分院・診療所への紹介数 ・MRI検査数の増加	外来患者数	860人	未達成 857人	870人以上
			外来収益	9,700千円以上	達成 11,356千円	9,700千円以上
			受健者数	15,179人以上	達成 16,404人	15,370人以上
			公衆衛生活動収益	304,992千円以上	達成 349,345千円	326,000千円以上
			本院・分院・診療所への紹介率	25%以上	未達成 22.5%	25%以上
			MRI検査の実施率			65%以上
利用者・職員	地域との連携強化による診療所機能の充実と受健者における病気の早期発見や治療につなげるための健診データ共有の推進	利用者満足度調査の向上	アンケート満足度調査の「よい」の割合（設備・環境）	91%以上	達成 95.4%	95%以上
業務プロセス	・大崎市と関係機関連携した啓発活動及び事業所や住民との交流事業の推進による顧客獲得	・大崎市や地域と連携した啓発活動の実施 ・関係機関との情報共有・連携強化 ・新規健診契約事業所の開拓	啓発活動回数	3回以上	達成 4回	3回以上
			会議・委員会への参加回数	3回以上	達成 5回	3回以上
			訪問する新規事業所数	5社以上	達成 5社	
教育と成長	各研修や自己研鑽の実施と健診事業の知識の向上	・学会等勉強会参加者人数 ・各主研修への参加及び自己研鑽の実施	参加者数（延べ人数）	15人	未達成 12人	18人以上