令和７年度大崎市民病院中期経営計画の取組について

１　取組の概要

「大崎市民病院経営強化プラン」を確実に実行するため，病院事業では，令和７年３月に個別計画として「中期経営計画」を策定しました。

中期経営計画では，次の４項目を経営目標としています。

① 地域完結型医療の推進
② 医療の質の更なる向上
③ 生産性の向上と新しい働き方の推進
④ 持続可能な医療提供体制の実現

各部署において，「教育と成長」，「業務プロセス」，「利用者・職員」，「経営」の４つの視点から，業務行動計画（以下「アクションプラン」という。）を設定し，目標達成に向けた取組を進めています。

２　アクションプランの達成状況

令和７年度のアクションプランは，全４２２項目のうち２６６項目を達成し，達成率は６３．０％となりました。

区　分		達　成	未達成	合　計	達成率
全　体		２６６項目	１５６項目	４２２項目	６３．０％
視点別	教育と成長	８４項目	２４項目	１０８項目	７７．８％
	業務プロセス	８２項目	３３項目	１１５項目	７１．３％
	利用者・職員	６３項目	３８項目	１０１項目	６２．４％
	経営	３７項目	６１項目	９８項目	３７．８％

３　視点別の主な成果と課題

視点	達成率	主な成果	主な課題
教育と成長	７７．８％	院内外の研修会，学会等への参加	職員の資質向上，組織全体の医療提供能力の向上
業務プロセス	７１．３％	インシデントレポート件数の増加，IC 同席件数の増加，各種マニュアルの見直し，電子入札システムによる入札件数の増加	医療安全の向上，業務手順の標準化，事務処理の効率化の継続
利用者・職員	６２．４％	検体検査結果報告時間の短縮，入院相談件数の増加，経営状況説明会への診療部の参加率向上，RPA 等による定型業務の自動化	患者サービスの更なる向上，職員の経営意識向上，業務改善
経営	３７．８％	強度変調放射線治療（IMRT）施行率の増加，手術件数の増加，各種加算算定率の向上，薬品廃棄金額の削減，医療機器等の院外修理件数の削減	時間外勤務時間の削減，光熱水費の削減，分院の入院・外来患者数の確保

経営の視点における主な未達成理由

- 時間外勤務時間数は減少傾向にあるものの，目標値には届きませんでした。
- 光熱水費の削減については，気温変動に伴う空調使用量の増加等の影響により，目標値には届きませんでした。
- 分院の入院・外来患者数については，人口減少や高齢化に伴う医療需要の変化等により，目標値には届きませんでした。今後は，多様化する医療ニーズや在宅医療ニーズへの対応が課題となります。

《用語説明》

- IMRT：がん治療に用いられる放射線治療の一つで，副作用の軽減が期待される治療方法
- RPA：人間がパソコン上で行う定型的な操作をソフトウェアロボットが自動で実行する技術のこと
- IC：インフォームド・コンセントの略で，医療行為について患者や家族に説明し，同意を得る手続き

4　総括と今後の取組

令和７年度の取組では，「教育と成長」の視点で７７．８％，「業務プロセス」の視点で７１．３％，「利用者・職員」の視点で６２．４％となり，職員の能力向上，業務プロセスの改善，患者サービスや職場環境の向上に関する取組について，一定の成果がみられました。

一方で，「経営」の視点は３７．８％にとどまり，収益確保，費用抑制及び業務効率化に関する課題が残りました。

経営面の課題としては，国が定める公的価格である診療報酬と人件費，物価等とのバランスの悪化による収支の悪化や，分院の入院・外来患者数が目標に届かなかったこと等が挙げられます。

今後は，引き続き，業務の効率化及び生産性の向上，経費の削減等に取り組むとともに，令和８年度診療報酬改定への適切な対応を進めます。併せて，国の施策や方針を踏まえた収益確保対策を進め，収支の改善と地域医療提供体制の維持・充実に取り組みます。

部署別業務行動計画

◎令和7年度の目標とその結果を記載しています。
◎令和7年度の結果のうちピンク色が達成項目，ブルー色が未達成項目となります。

部　署	本院看護部（病棟）
部署目標	ベッドコントロールスキルを向上させ入院期間Ⅰ＋Ⅱ期間中の退院症例数を75%以上に増やす

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標		
			評価指標	令和７年度	令和7年度 結果
経営	病床稼働率の向上	入院期間Ⅱ期間中の退院症例数の増加	①入院期間Ⅰ＋Ⅱ期間中の退院症例数/全体の症例数合計 ②入院期間Ⅱ期間中の退院症例数/全体の症例数合計	①75% ②62.5%	未達成 ①70.0% ②53.0%
		病床稼働率の向上	病床稼働率＝病床利用数/実稼働病床数	85%以上	未達成 79.64%
利用者・職員	経営意識の向上	看護師長の経営意識の向上	アンケート回答数「理解できた」	80%以上	達成 100%
	患者満足度の向上	患者満足度の向上	患者満足度調査の評価	92%以上	未達成 91.6%
業務プロセス	病床稼働率改善活動	ベッドコントロールの標準化	ワーキンググループ活動による各部署の分析を行いベッドコントロールを標準化していく	①作成・導入 ②改善	達成 ①1/21運用開始 ②3/4評価、改善
	クリニカルパスの見直し	入院期間Ⅱ期間以外のパスを検討・評価	3ケ月に1回クリニカルパスについてWGによる検討	年4回	達成 上半期2回 下半期2回 計4回実施
	診療部、地域連携室との連携強化	各病棟（看護師長）、各医師による退院カンファレンス実施	①各病棟看護師長（代行者）と各科医師による 退院日カンファレンス実施 ②診療科長会議・病床管理委員会・院長ミーティングを活用し改善策の提案 ③MSWと情報共有し転院先との連携を図る	①週１回以上 ②③随時	達成 ①救急病棟以外の全ての病棟で週1回以上のカンファレンスを実施 ②病床管理委員会で病床編成改定し対応(2回/年) ③各部署MSWと２回/週カンファレンス実施
	病床配分定期的な検討	稼働率の高い部署のヒアリングと評価 （転出数・稼働状況など）	病床稼働率改善ワーキングによるヒアリング参加、提案	年4回	未達成 年2回
教育と成長	ベッドコントロールに関する勉強会の実施習得	看護師長・副看護師長・主任看護師対象の勉強会の実施	①受講率90%以上 ②理解度テスト70%以上の正答率	①受講率90%以上 ②理解度70%以上	達成 ①受講率98.8% ②理解度81.6%
	経営ミーティングに関する勉強会の習得	看護師長による勉強会の実施	課題をグループワークで検討 自部署の経営課題を話合う	達成度75%以上 (3ヶ月以上実施／5ヶ月)	達成 7月看護師長会でグループワーク実施。 8月以降達成度100%

部　署	本院看護部（外来）
部署目標	がん患者の陽性ニーズ（痛みや症状）介入率を60%以上にする

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標		
			評価指標	令和７年度	令和7年度 結果
経営	がん患者指導管理料加算取得　イ：500点	がん関連診療科医師との連携により告知への同席	病名告知のIC同席件数	205件以上	未達成 139件
	がん患者指導管理料加算取得　ロ：200点	がん患者スクリーニング実施後外来と認定看護師との連携	がん患者スクリーニングの対応件数	360件以上	未達成 65件
利用者・職員	がん患者の症状緩和	がん患者スクリーニング（聞き取り票、普段の生活、痛み）から該当時に対応する看護スタッフの意識の向上	患者満足度調査（1回/年）実施 「①痛みや症状を和らげる対応」 「②精神的なケア」 2項目データの向上（ 最大値4.60 ）	①3.69 ②3.66	未達成 ①3.57 ②3.54
	外来看護師の役割意識の向上	外来看護師の意識向上	外来看護師のがん患者に関わる看護師の役割意識調査（独自の調査票） 「苦痛軽減へ貢献した実感」の項目の向上	3.54	達成 3.71
業務プロセス	陽性ニーズ（痛みや症状）介入記録の増加	記録の簡略化 パタン記録、ワードパレット活用	3回/年下記項目の実施 ・記録入力件数の集計 ・記録内容の監査 計算式：対応記録記載件数/対象患者数×100	記録記入率　60%以上	達成 97%
	陽性ニーズ（痛みや症状）介入の向上	・陽性ニーズ介入（症状に対するケア）の運用フローの作成 ・介入できる看護スタッフ配置	外来看護師が苦痛スクリーニングをアセスメント、ケアを行い医師、認定看護師、多職種へ繋げる 計算式：介入患者件数/対象患者数×100	介入率60%以上	達成 82.9%
	がん患者・家族のIC同席	がん患者・家族のIC同席 ・治療方針の理解度 ・痛みや症状の観察	IC同席件数 対象科：泌尿器科・耳鼻科・呼吸器内科・婦人科・呼吸器外科・消化器内科・腫瘍内科・血液内科 目標値の根拠：IC同席1日3件以上×20日×12ケ月	年600件以上	達成 826件
	がん関連の多職種カンファレンスへの参画	がん関連の多職種カンファレンスに参画し情報共有、意見交換	対象：がん関連の診療科	年3回以上	達成 5回
教育と成長	看護師のスキルアップ がん看護に関する知識	がん関連の認定看護師による研修会開催（ＱＯＬ向上）	①受講率９０%以上 ②理解度テスト80%以上の正解率	①90%以上 ②80%以上	達成 ①98% ②94%
		がん関連の認定看護師による研修会開催（症状緩和）	①受講率９０%以上 ②理解度テスト80%以上の正解率	①90%以上 ②80%以上	未達成 ①94% ②77.2%
		がん看護に関する 院外研修会への参加	がん看護に関する院外研修会の受講者	3名以上	達成 9名

部　署	本院薬剤室
部署目標	廃棄される薬品を可能な限り少なくする

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標		
			評価指標	令和７年度	令和7年度 結果
経営	収益性の向上 (薬品費の抑制)	薬品廃棄金額の低減	令和4年度薬剤廃棄額 233万9027円 令和5年度薬剤廃棄額 209万6502円 令和6年度薬剤廃棄額 196万7068円	令和6年度 以下	達成 167万2660円
		後発薬及びバイオシミラーの使用促進	後発薬使用割合の維持	95%	未達成 94.28%
利用者・職員	経営意識の向上 (啓蒙活動)	不動薬品及び使用患者の少ない薬品の使用期限のリスト化	毎月のリスト作成及び薬事委員会(奇数月)へ報告, 院内への周知	6/6回 (100%)	達成 6/6回 (100%)
		不動在庫(薬品)を使用した金額	毎月のリスト作成及び薬事委員会(奇数月)へ報告,院内への周知	6/6回 (100%)	達成 6/6回 (100%)
業務プロセス	経営改善活動 (介入)	適切な在庫管理	令和4年度 薬剤部年度末在庫額 2983万9371円 令和5年度 薬剤部年度末在庫額 5852万4581円 令和6年度 薬剤部年度末在庫額 7300万5212円	令和6年度 以下	達成 6305万6391円
		毎月の薬品廃棄金額の確認	毎月末に算出	12/12ヶ月 (100%)	達成 12/12ヶ月 (100%)
教育と成長	職員のスキルアップ (教育)	医療安全管理者講習会への参加 (中堅係長職)	医療安全管理者養成プログラムの受講	令和7年度 1名	達成 令和7年度 1名
		新人初期研修プログラムの評価	初期研修プログラムの完遂	令和7年度 100%	達成 令和7年度 100%

部　署	本院放射線室
部署目標	技師の質向上による診療と経営への貢献

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標		
			評価指標	令和７年度	令和7年度 結果
経営	収益性の向上、診療の質向上（有害事象の減少）	高精度放射線治療の充実	全放射線治療患者数におけるIMRT施行率	33%	達成 36.3%
	支出の減少	外部委託に頼らない放射線管理	放射線管理区域の境界の漏洩線量当量測定に関して外部委託率の減少	10%以下（10/157ポイント以下）	達成 4%
利用者・職員	患者：RI、造影剤投与をシェアすることでの撮影待機時間と患者待ち時間の減少 職員：医師のRI投与の拘束時間からの解放	骨シンチ撮影患者の予約時間遵守	骨シンチ撮影患者の予約時間からの乖離時間	予約から15分以内に投与	達成 100%
	診療の質向上（高度放射線治療の高速化、有害事象の減少）の説明・啓蒙	高精度放射線治療の院内への説明・啓蒙	e-learning（バリテス）視聴者数	80%以上	未達成 ※未実施
業務プロセス	可能なタスクシェア内容の実践	MRI検査での造影剤投与のタスクシェア 核医学検査でのRI薬品投与のタスクシェア PET検査での問診のタスクシェア	タスクシェア体制下での要請応需率	70%	達成 応需率 MRI検査 90.4% 核医学検査 88.0% PET検査 100%
	治療計画業務の効率化と作成時間減少	最適化に要する検討時間の短縮	一症例にかけるプラン作成時間	96時間以下	達成 72時間
	委託業務に頼らない品質保証	確実な測定実施	放射線管理区域境界ポイントの漏洩線量当量測定率	100%	達成 100%
教育と成長	タスクシェア内容に関するスキルアップ	穿刺に関するフォローアップ研修実施	血管確保フォローアップ研修参加率	80%以上	達成 6名中5名
		造影剤・RI薬品の投与業務を担う放射線技師の増員	造影剤・RI薬品の投与業務を担う放射線技師数増加	7人以上	達成 7人
	職員のスキルアップ	治療計画講習会参加者の伝達講習会開催	対象者受講率	100%	達成 2名中2名
	職員の関係法規の知識向上	e-learning（バリテス）を使用した部内研修	e-learning（バリテス）のテスト合格率	100%	達成 1回目：46% 2回目：98% 3回目：100%

部　署	本院臨床検査室
部署目標	医療の質と生産性を継続的に向上させる

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標		
			評価指標	令和７年度	令和7年度 結果
経営	収益性の向上	年間業務量を増加させることによる検査収益性の向上	［（本年度業務量/前年度業務量）-1］×100（%）	4%	達成 4.6%
		算定加算の維持	外来迅速検体管理加算　算定率維持	65%以上	達成 68.6%
			輸血適正使用加算　基準維持 ①FFP使用量/MAP使用量：0.54未満 ②アルブミン製剤使用量/MAP使用料：2.0未満	①0.54未満 ②2.0未満	達成 ①0.30 ②0.90
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の遵守（生化学）	外来検体到着から結果報告まで50分以内の検体数/生化学検体数×100（%）	85%以上	達成 89.56%
		生理検査待ち時間の遵守（腹部超音波）	生理検査受付から検査開始までの待ち時間30分以内の件数/外来腹部超音波検査件数×100（%）	85%以上	未達成 76.6%
		病理検査結果報告日の遵守（組織診・細胞診）	結果報告日を遵守できた組織・細胞診件数/希望結果報告日記載　組織・細胞診件数×100（%）	95%以上	未達成 92.4%
	臨床検査精度向上	宮城県臨床検査技師会精度管理調査 評価点	評価件数/評価対象件数×100（%）	A+B評価 98.0%以上	達成 100%
		日本臨床衛生検査技師会精度管理調査 評価点	評価件数/評価対象件数×100（%）	A+B評価 98.0%以上	達成 100%
		日本医師会精度管理調査評価点	評価項目点数/評価項目満点数×100（%）	98.0%以上	達成 99.2%
	患者満足度向上	診察までの待ち時間に関する満足度調査	満足・やや満足・普通・やや不満・不満の5段階のうち満足+やや満足の割合（%）	16.9%以上	達成 20%
業務プロセス	効率的な業務フロー	予防処置（不適合発生を未然に防止） 提案数を増やし業務改善に繋げる。	予防処置件数+業務改善件数	40件以上	未達成 22件
	安全な医療の構築	インシデント報告件数	インシデント報告数	85件以上	達成 102件
	ワークライフバランスの充実	早出（7：00，7：30）出勤者定時退勤の推進	定時退勤した日数/早出勤務した日数×100（%）	40%以上	達成 43.6%
		時間外勤務時間の削減	1人あたりの月平均時間外勤務時間数 年間時間外勤務時間総数/12か月/全スタッフ数	10時間以下	未達成 11.5時間
教育と成長	人材育成	新規採用者の採血業務習得	スキルマップ3以上の習得者/新規採用者×100（%）	100%	達成 100%
		新規採用者の交代勤務業務習得（夜勤）	スキルマップ3以上の習得者/新規採用者×100（%）	100%	未達成 0%
	学術活動の推進	認定資格取得者数の増加	キャリア形成を目的とした認定資格取得数を増やす	3人以上	達成 4人
		学会・論文発表等の機会の増加	臨床検査部研究発表会を開催し、若手を含め演題に関して上位スタッフがサポートし、外部の学会に発表できる形に仕上げて発表機会を増やす	3題以上	達成 4題

部　署	本院リハビリテーション室
部署目標	実働業務と教育体制の見直しによる生産性の向上を進める

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標		
			評価指標	令和７年度	令和7年度 結果
経営	運動器患者のサービス体制強化	作業療法士の運動器リハビリ患者の対応強化	令和6年度の運動器リハビリ取得単位数に対する増加率	10%	達成 61.48%
	収益の安定化	目標値設定理由と定期的なフィードバックによる意識付け	年間目標単位数から算出した月平均単位数の達成	292単位	未達成 272.9単位
	急性期加算算定件数の増加	重症患者対応の強化	1月あたりの急性期加算取得件数	865件	達成 899.7件
利用者・職員	患者介入率の向上	担当患者数に対する実施患者数の割合	実施患者数/担当患者数で算出した割合	90%	達成 90.9%
	モチベーションの維持	職場貢献感、やりがい	e-NPS(Employee Net Promoter Score)での職場推奨度・帰属意識を評価	—65以下	未達成 -60.64
業務プロセス	疾患領域専従による業務効率化	チーム医療参加を進めながら、疾患別での専従化による業務効率向上	1日あたりの取得単位	16単位	達成 16.1単位
	休日患者対応	業務拡充により発生した問題への対応	類似問題の再発率の低下	20%	達成 0%
教育と成長	専門性の強化	専門知識・技術習得の強化	学会発表等件数	4題	達成 4題
			資格取得/更新件数	6件以上	達成 7件
	新人研修プログラムの短縮（３年→２年計画へ）	部門内の教育係新人研修プログラムのスケジュールの見直しと疾患別専従体制での指導方法のマニュアル化。	次年度採用職員の目標達成値（初期研修プログラムの達成率）	100%	達成 100%
	部門管理における職員育成	部門内係のローテーションで経験を積みながら理解度上げる。	管理業務に支障が無い範囲で、それぞれの職員が係での経験が出来るようにローテーション体制を整備する。新規係の経験割合が全体の20%以上に設定。	20%	達成 38%

部　署	本院栄養管理室
部署目標	栄養食事指導・介入型栄養管理を推進し，疾病治療への貢献ならびに収益増加を目指す

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標		
			評価指標	令和７年度	令和7年度 結果
経営	収益性の向上	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	栄養食事指導料算定件数	4,947件	未達成 4,933件
		専任登録職員の欠員による早期栄養介入管理加算の算定漏れを防ぐ	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）	712件	達成 1,708件
利用者・職員	合併症予防・治療効果の向上	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（透析・妊婦・外来化学療法患者を除く）	目標体重に近づいた患者数÷栄養食事指導実施患者数（透析・妊婦・外来化学療法患者を除く）×100	75%	未達成 70.17%
	重症患者への栄養学的介入	エビデンス（日本版重症患者の栄養療法ガイドライン）に基づくICU・HCU入室後48時間以内の適切な栄養療法の推進	（早期栄養介入管理加算算定率） 早期栄養介入管理加算算定患者数306人／ICU・HCUに入室した患者数1,767人×100 ※うち48時間以内にICU・HCU転出／ICU・HCU入室患者数×100=65%	18%	達成 48.4%
業務プロセス	適切な業務の遂行	食事療法が必要とされる患者を抽出し，確実に栄養食事指導を実施する	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・慢性腎臓病透析予防指導を含む）	2,336件	達成 2,395件
		NST専任要件を満たした部内職員を，通算3年以上NST専任として従事させる	早期栄養介入管理加算業務専任登録要件を満たす部内職員の育成	1名	達成 1名
教育と成長	職員のスキルアップ	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参加者への理解度を高める	（部内理解度テスト） 理解度テスト合格者÷受験者数×100	100%	達成 100%
		NST専任登録要件を満たす職員の育成人数（職種を問わず）	NST専任登録要件を満たすため，学会指定の院内研修会（30時間以上）及び院外研修（10時間）を受講する	2名	達成 2名

部　署	臨床工学部
部署目標	業務のDX化、効率化によるタスクシフトをすすめるとともに、機器管理、教育に寄与し、安全性の向上と経費削減に貢献する

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標		
			評価指標	令和７年度	令和7年度 結果
経営	収益性の向上	院外修理件数の削減	院外修理件数を前年度件数より縮減	90%以下	達成 50.9%
		定期点検費用の削減	前年度定期点検予算を見直し、稼働率が低い機器などの定期点検費用を縮減	90%以下	未達成 94%
		診療報酬収益の向上	前年度より件数を増やし診療報酬を増加させる	110%以上	未達成 HB0145% HD105%
利用者・職員	経営意識の向上	月に1度、整理整頓の日を作り、無駄な在庫などを確認し資源の無駄をなくす	整理整頓の実施月／12回（年）	100%	達成 100%
	適切な業務遂行・効率化	院内スタッフの院外勉強会、学会へ参加し業務が適切かどうか、効率化とあわせて検討する	全スタッフが年1回以上院外研修会参加割合	100%	未達成 95.8%
	適切な業務遂行	臨床工学部主催の勉強会で毎回バリテスを用い、受講者の理解度を調べフィードバックを行う	受講者へのバリテスでのフィードバック実施率	100%	未達成 0%
業務プロセス	経営改善活動	部署ミーティング、役職者会議実施	月1回のミーティング、役職者会議でのスタッフ間の情報共有実施	12回以上	達成 12回
	適切な業務遂行	マニュアル整備実施	マニュアル、チェックリストの見直しを年1回実施	1回以上	達成 1回
	業務効率化	MEシステムでの機器管理を実施しDX化を実施	定期点検や院内ラウンドをペーパーレス化に移行した件数（30機種をペーパーレス化に）	80%以上	達成 96.7%
教育と成長	スタッフのスキルアップと院外への啓蒙活動	全国学会発表、地方会学会発表の実施	学会発表回数	全国2回以上 地方会5回以上	達成 全国6件 地方会7件
	全スタッフのスキルアップ	院外研修会後の伝達講習会実施 発表前の予演会実施 タスクシフト関連の研修会参加	部署ミーティングの際、伝達講習会実施割合	100%	達成 100%
	3年目スタッフの業務習得状況確認	新人業務習得状況をチェックリストを用いて面談し確認	年2回の面談でチェックリストを用い面談を行い、業務習得状況を確認割合	100%	達成 3年目面談時のチェックリスト活用 100%

部　署	歯科口腔外科
部署目標	地域歯科医療の機能分化・連携強化を推進し、当科の果たすべき役割・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７年度	令和7年度 結果
経営	質の高い医療の提供	高度・専門的な医療の拡充	口腔外科手術件数（手術室に限る）	70件	未達成 63件
			入院患者数	360人	未達成 291人
		病診連携の強化、歯科医療における機能分化の明確化	地域医療機関への逆紹介率	40%	未達成 36%
			地域協力歯科医療機関の数	75	未達成 72
利用者・職員	外来診療体制の強化	新患の待機期間の縮小と診療待ち時間の削減	新患予約の待機日数(緊急性のあるものを除く)	30日	未達成 55日
	院内医科歯科連携の拡充	多職種に向けた研修会の開催やカンファレンスの実施	多職種を対象とした研修会の開催回数	2回	未達成 1回
業務プロセス	診療体制の再検討	部署内ミーティングや各診療科との意見交換の実施	各診療科を対象としたヒアリングの実施	1回	未達成 0回
	地域病診連携の推進	地域連携システムの見直し	地域歯科医師会との定期的な検討会の実施	1回	達成 2回
		地域歯科医療の質の向上を図る　ことを目的とした体制の整備	地域医療従事者を対象とした合同研修会の開催	2回	達成 2回
教育と成長	職員のスキルアップ	部署内の教育体制の強化や研修プログラムの充実	部署内研修会の開催回数	4回	達成 4回
		院外での学会、研修会への参加	学会および研修会への参加数	2回程度	達成 平均2.2回

部　署	手術センター
部署目標	手術室運営の最適化，安全性の確保の両立の維持向上を図る

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標		
			評価指標	令和７年度	令和7年度 結果
経営	手術室運営の最適化	手術室における手術件数の増 （手術室稼働率の増に伴う減を含む。）	手術室における手術件数	5,400件 以上	達成 5,757件
		予定手術に係る手術室稼働率の増 （手術件数の増に伴う減を含む。）	予定手術に係る手術室稼働率 ・予定手術患者手術室入室から退室までの時間累計値 10,479h÷予定手術枠総時間数25,632h×100）	41.0% 以上	未達成 40.88%
		予定手術日勤帯内手術完結率の増	予定手術に係る日勤帯内手術完結率 ・予定手術中，日勤帯内に手術室入室から退室時間が含まれる件数3,927件÷予定手術件数4,472件×100）	87% 以上	達成 87.8%
	医療安全の確保	インシデント3a以上発生の削減	手術室内インシデント3a以上発生件数 （処置や治療を要する状態以上となったもの）	4件未満	未達成 5件
利用者・職員	患者満足度の向上と職員モチベーションアップの好循環の確立	手術患者アンケートによる意識調査の実施	アンケートにおける良評価構成率 ①手術室看護師の説明と案内について →満足・やや満足の回答率 ②手術室看護師はプライバシーの配慮をしていましたか →満足・やや満足の回答率	①70%以上 ②70%以上	達成 ①88% ②79%
		アンケート結果の職員へのフィードバック	アンケートにおける良評価構成率 （接遇に関する事項）	70%以上	達成 ①88% ②79%
業務プロセス	手術枠の定期的見直し	待機患者実態，予定手術実施状況等に相応した手術枠の見直し	定期的見直し回数（確認，検討を含む）	年4回	未達成 年3回
	予定手術日勤帯内手術未完結事例の定期的把握	当該事例の把握と事由の調査	予定手術日勤帯内手術未完結事例数	580件 未満	達成 545件
教育と成長	職員のスキルアップ	各種研修会受講後の伝達講習会の実施	伝達講習会参加率（手術室看護師）	100%	未達成 82.3%

部　署	がんセンター
部署目標	外来化学療法センターの効率的運用の実践

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標		
			評価指標	令和７年度	令和7年度 結果
経営	収益の増加	外来化学療法件数	年間外来化学療法の実施件数	11,529件	未達成 11,400件
利用者・職員	待ち時間の減少	診察後から化学療法開始までの時間短縮にむけた業務の実践	(診察後)化学療法センター来室時間から血管穿刺までの時間から待ち時間を算出	前年比10分減少 (20分)	未達成 71.4% (28分)
	看護師の時間外勤務の減少	診療科医師、診療科看護師との情報共有と連携により予約時間どおりの化学療法実施	看護師の時間外勤務時間の算出（個人時間外平均）	5%減少 （前年度2.1時間/月）	未達成 76.9% (2.73時間/月)
業務プロセス	ベッド予約時間と治療開始時間の乖離減少	診療科医師、診療科看護師との連携	ベッド予約時間と治療開始時間の差異の算出 ①予約時間前と後での差異（95%タイル値） ②予約時間より2時間早い件数と2時間以上遅い件数	①前年度比各30分減少（前年度：前25分後32分） ②各0件（前年度：早1件遅8件）	未達成 ①前27分後30分 ②早0件遅5件
	外来化学療法予約枠の予約割合	適正予約、予約枠の有効活用の上昇 適正予約の定着化	予約件数/日（予約枠65件/日）	10%上昇（前年度：平均46件/日）	達成 55.93件
	化学療法ベッド予約の意識化	化学療法ベッド予約と運用に関するルールの周知	2か月に1回開催される化学療法管理部会にて現状について報告・共有	実施	達成 ※実施
教育と成長	安全・確実な投与管理に関する研修会への参加	がん化学療法看護認定看護師による研修会の開催	①受講率90%以上 ②理解度テスト80%以上の正解率 （対象者：化学療法センタースタッフ）	①90%以上　②80%以上	達成 ①100% ②100%
	がん薬物療法に関する研修会への参加	がん薬物療法に関する院内外の研修会への参加	がん薬物療法に関する研修会の受講者数 （対象者：化学療法センタースタッフ）	100%	達成 100%

部　署	救命救急センター
部署目標	三次救急医療施設の役割を果たし，高度救急医療の安定的な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７年度	令和7年度 結果
経営	三次救急医療施設の 機能維持	救急車応需率の向上	受入要請総数に対する応需数の割合	100%	未達成 96.1%
利用者・職員	高度救急医療の安定提供	救急応需体制の評価	不応需カンファレンスの実施件数	12回	達成 12回
業務プロセス	関係機関との連携と協働の向上	関係機関との意見交換数の増加	医療機関や行政（県・消防）との意見交換数	6件以上	達成 8件
	病院救急車の活用	下り転院搬送の適時判断と適切運行	病院救急車の運行回数	100件以上	未達成 87件
教育と成長	職員のスキルアップと 業務改善	職場教育の推進	救急医療スタッフ職場内研修の実施数	20件以上	達成 22件
		タスクシフト，タスクシェアの推進	救急救命士のタスクシェア，タスクシフトに向けた実践項目数	23項目以上	達成 23項目

部　署	総務課
部署目標	効率的な業務を行うことにより，費用の削減を図る

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標		
			評価指標	令和７年度	令和7年度 結果
経営	経費の削減	光熱水費の削減	電気使用量（本館） ※エネセンの電気使用量は天候に左右されるため除外	前年度比 1%減 （前年度： 8,820,785 kwh）	未達成 8,840,244 kwh
		材料費の削減	共同購入品の採用率向上と値引率の拡大	70%以上	未達成 65.3%
利用者・職員	業務の効率化	物流管理システムの更新	物品請求票のペーパーレス化 モバイル端末導入による棚卸業務簡便化	※導入年度のため目標値なし	※システム仕様決定・契約締結済み・導入順次作業開始
業務プロセス	適切な運用業務の遂行	施設関係保全計画改訂	関連事業者等との維持管理経費及び更新時期についての協議回数	年1回以上改訂	未達成 0回
		破棄破損等資産減耗費の削減	診療材料の破棄，破損及び消費期限切れ金額の削減 （確実な実施入力と正確な物品準備） 青ラベル品及び赤ラベル品の適正な管理と実施登録	4,000千円	未達成 4,001千円
教育と成長	職員のスキルアップ	コンプライアンスやハラスメント研修会の開催	研修会後アンケート調査（理解度確認）	各80%以上	未達成 ｺﾝﾌﾟﾗ：72.6% ﾊﾗｽﾒﾝﾄ：90.5%
		関連部署（感染管理室など）の同席を含めた委託業者との打合せ	委託業者との打合せ回数	月1回以上	達成 月1回 年12回 実施
		院内物流管理の概念及び物流月次締めの業務フローの理解と各種業務の標準化	現在管理している業務マニュアルの標準化及び最新化と職員への周知を年1回以上行う	1回以上	達成 １回実施

部　署	経営企画課
部署目標	業務の見直しと効率化を図り生産性を向上させる

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標		
			評価指標	令和７年度	令和7年度 結果
経営	収益性の向上	経費比率の改善	本院決算額における経費比率 経費/医業収益	14.2%以下	未達成 14.7%
		予算ベースでの経費縮減	令和8年度当初予算における経費の縮減 R8当初予算額（経費）/R7当初予算額（経費）	99%以下	未達成 101.2%
利用者・職員	経営意識の向上	経営状況説明会の診療部参加率向上	本院診療部（研修医含む）の受講率	70%以上	達成 71.9%
		経営状況説明会参加者の理解度向上	バリテスアンケート全回答者数のうち内容理解アンケートにおける「理解できた」職員の割合	90%以上	達成 90.9%
業務プロセス	経営改善活動	経営ミーティング・診療科ヒアリングの実施	診療科ヒアリングでの提案事項・調整事項に対する対応割合	70%以上	達成 71.4%
	既存業務の見直し	支払事務の見直しによる支払手数料の抑制	口座振替見込件数の5%減	七十七宛て 6,650件 他行宛て 5,035件	達成 七十七宛て 4933件 他行宛て 3,545件
	業務効率化	電子入札システムによる入札数の増	電子による入札割合 電子による入札件数/入札総件数	50%以上	達成 54.7%
教育と成長	職員のスキルアップ	院外研修会受講後の伝達講習会の実施	伝達講習会実施割合（自治体研修センターでの階層別研修を除く）	100%	未達成 0%
		経営コンサルの活用による事務部門対象研修会の実施	事務部門対象研修会の実施	実施	達成 実施 (5/1.7/2開催)

部　署	医事課
部署目標	業務改善を図りながら収益向上

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標		
			評価指標	令和７年度	令和7年度 結果
経営	収益の向上	医業収益の増	新たな施設基準取得による収益増収額	50,000千円以上	未達成 ▲24,603千円
利用者・職員	マイナ保険証利用率UP	業務フローの見直し	医療DX推進体制整備加算１取得に向けたマイナ保険証利用率	45%以上	達成 76%
	利用者の利便性向上	コンシェルジュレポートによる改善内容の精査	改善項目に関する1ヶ月以内の着手率	90%以上	達成 100%
業務プロセス	定型業務のロボット化	定型業務のロボット化による業務改善	ロボットの作成	2項目以上	達成 3項目
			軽減された工数（月あたり時間）	▲10% （月あたり約15時間）	達成 ▲12% （18時間）
	医療事務（委託）の見直し及び実施管理	仕様実施確認書を用いた業務管理	未実施項目に関する改善実施率	100%	達成 100%
			管理重点項目の取組	2項目以上	達成 4項目以上
教育と成長	職員のスキルアップ	保険診療に対する職員の理解向上	保険診療研修会受講率	80%以上	達成 88%
			理解度テスト	1回目の受講で80点以上	達成 100%
	分析手法の習得	医事課職員の診療報酬に対する知識取得及び収益分析能力の向上を目的に勉強会実施	勉強会受講率	80%以上	達成 100%
			理解度テスト	1回目の受講で80点以上	達成 100%

部　署	地域医療連携室
部署目標	地域関係機関との医療連携体制の強化

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標		
			評価指標	令和７年度	令和7年度 結果
経営	収益の向上	初診紹介患者の増加	初診紹介患者数	14,500件以上	未達成 14,149件
		入退院支援加算算定率の増加	入院患者のうち当該加算対象者に対する算定率	72%以上	未達成 71.5%
利用者・職員	登録医制度の充実	医師返書率の向上	2週間以内の医師返書作成率	100%	未達成 92.4%
	相談支援の充実	入院相談件数の増加	入院相談件数	1,850件以上	達成 1,931件
業務プロセス	登録医へのアプローチの向上	登録医や関係機関と当院医師との意見交換数の増加	登録医や関係機関と当院医師との意見交換数	30件以上	達成 35件
	関係機関との連携と協働の向上	登録医や関係機関向けの研修会実施回数の増加	登録医や関係機関向けの研修会実施回数	8回以上	未達成 7回
教育と成長	職員のスキルアップ	身近な環境で学べる機会の増加	課内勉強会の実施回数	6回以上 （合同）	達成 8回
		相談支援能力の評価機会の増加	相談支援自己評価点数	1.2点以上	達成 1.24点

部　署	人事厚生課
部署目標	業務改善による効率化を図りながら新しい働き方を推進する

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標		
			評価指標	令和７年度	令和7年度 結果
経営	給与費の縮減	時間外勤務の適正化	年間時間外勤務 総時間数 基準年度：前年度 （当年度時間外勤務総時間数÷前年度時間外勤務総時間数）×100	99%以下	未達成 100.6%
		予算ベースでの給与費縮減	次年度当初予算における給与費の縮減 令和8年度当初予算における給与費の縮減 次年度当初予算額（給与費）/当年度当初予算額（給与費）	99%以下	未達成 101.7%
利用者・職員	過重労働による健康障害の防止	（医師） 時間外勤務時間月平均80時間以上	過重労働者延べ人数	0人	達成 0人
		（医師以外） 時間外勤務時間月平均45時間以上	過重労働者延べ人数	0人	未達成 3人
業務プロセス	経営改善活動	日本医療機能評価機構の職員やりがい度調査を各施設毎に実施	各施設毎のベンチマークによる全国平均値	3.15以上 （全国平均2.92）	未達成 3.04
	適切な業務の遂行	職員情報の誤認防止	同姓同名職員の給与及び旅費などの支給，ストレスチェック，健康診断などの不適切事務処理件数	0件	達成 0件
	業務効率化	事務部門におけるフレックス勤務の導入	事務部門における時間外勤務時間数 基準年度：前年度 （当年度時間外勤務時間数÷前年度時間外勤務時間数）×100	99%以下	未達成 99.3%
		RPA導入による入力作業の簡略化	人事係の月平均時間外勤務時間数	平均23時間以下	未達成 25.44時間
教育と成長	職員のスキルアップ	各種法改正への対応	各種法律研修会の受講	2人以上	達成 2人
		定期面談・ミーティングの実施	各所属において，所属職員のやる気の変化，改善状況についての話し合い，現在の業務が何につながるかの伝達	定期面談 年4回以上 ミーティング 月1回以上	達成 定期面談 年4回以上 ミーティング 月1回以上

部　署	臨床支援室
部署目標	多様・柔軟な働き方等に着目した人財確保対策と教育研修の充実によりタスクシェアを推進する（メディカルアシスタント及び医療クラーク）

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標		
			評価指標	令和７年度	令和7年度 結果
経営	外来業務におけるメディカルアシスタントへのタスクシェアの推進	円滑な人材確保，教育指導等の実施と看護部と協働した組織作りの推進	診療・処置外来看護師等及びMA勤務時間数に占めるMA勤務時間数の割合（所定の勤務時間による） ・R7：1,731h/（2,611h+1,731h）=39.87%	40%以上	未達成 39.9%
	医師事務作業補助者体制加算施設基準要件の維持	施設基準要件の理解と当該要件維持確保のための取組みの実施	期中における医師事務作業補助者体制加算1 上位評価（15対1）の確保期間割合 ・R7：確保2か月(4･5月期)/12か月=16.7%	42%以上	未達成 16.7%
		医師事務作業補助の業務の質の担保	医師事務作業補助者の勤務経験3年以上の人員数（業務の質に直結）	24人以上	未達成 16人
利用者・職員	職員のスキルアップ（社会人基礎スキル）	看護部と協働して実施する教育プログラムの実施	メディカルアシスタント社会人基礎力評価表合計値 （新規採用者の前に踏み出す力，考えぬく力，チームで働く力等を評価。100点満点換算とした他者評価値）	80点以上	達成 89.8点
		チーム医療の一員として求められる社会人基礎力評価の客観的評価の把握	医療クラーク社会人基礎力評価表合計値 （上記同）	80点以上	未達成 ※評価の仕組みを構築中
業務プロセス	多様な働き方への対応	民間ノウハウを活用した人財募集の実施	労働者派遣契約による充足率（メディカルアシスタント及び医療クラークに係るもの） R7：派遣充足11件/要員逼迫21件= 52.4%	100%	未達成 52.4%
	柔軟な働き方への対応	短時間勤務採用募集の実施（労働者派遣契約による場合を含む。）	短時間勤務（時給制）希望者と業務需要とのマッチング率（MA/クラーク採用・勤務者実件数） R7(11月末)：短時間希望需要3件/採用3件=100%	100%	達成 100%
教育と成長	職員のスキルアップ（職能スキル）	看護部と協働して実施する教育プログラムの実施（新規採用者対象。教育，指導等を1年かけて実施）	メディカルアシスタント技術評価表合計値 （100点満点換算とした他者評価値。新採時は行わせない業務も含むことを考慮して目標数値化）	60点以上	達成 62.5点
		医師事務作業補助者に求められる能力・技能の客観的評価の把握と教育研修の実施	医師事務作業補助者対象研修実施率 （新規採用者。ただし，採用時点で当該研修履修済，履修前又は中途で退職等となった者を除く。）	100%	達成 100%
			医療クラーク技術評価表合計値 （共通業務及び診療科別等業務に関する事項。100点満点換算とした他者評価値）	80点以上	未達成 ※評価の仕組みを構築中

部　署	アカデミック管理室
部署目標	教育機能の充実を図り，医療スキル及び学術的スキルを向上させる

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標		
			評価指標	令和７年度	令和7年度 結果
経営	医療従事者の質向上	病院見学者数の増加	延べ病院見学者数	200人	未達成 175人
		学会発表・論文投稿件数の増加	学会発表・論文投稿件数	学会発表件数：95件以上	達成 163件
				論文投稿件数：60件以上	未達成 42件
利用者・職員	キャリア形成意識の向上	学術論文投稿・掲載料助成制度の利用者数の増加	学術論文投稿・掲載料助成制度の利用件数	10件	未達成 5件
		資格取得制度の利用者数（更新含む）の増加	高度資格取得助成制度および資格取得助成制度（上限10万円）の利用者数（更新含む）	63人	未達成 31人
	初期研修事務の適正化	初期研修医にかかるアカデミックセンターへの支援に対する満足度	「研修医に対するアンケートのうちアカデミックセンターへの支援に対する満足度」５段階評価の数値の合計/研修医数	4以上	達成 4.8
業務プロセス	適切な業務遂行	研究・倫理に関する理解力向上	学術委員会の差し戻し件数	1件	達成 1件
		初期臨床研修の質向上	1年次のEPOC到達目標達成率	100%	未達成 44%
	キャリア形成支援活動	階層別研修の実施	取得資格数（新規）	180件	達成 184件
教育と成長	職員のスキルアップ	院外研修会受講後の伝達講習会の実施	伝達講習会実施割合	67%以上	未達成 0%
		週１回の室内勉強会の実施	室内勉強会実施割合	100%	達成 100%

部　署	ＴＱＭ推進室
部署目標	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７年度	令和7年度 結果
経営	標準的治療の提供による医療資源投入の最適化	クリニカルパスの効果的な活用	アウトカム達成割合の向上 【令和5年度実績】達成割合 91.4%	90%以上	未達成 88.2%
利用者・職員	質改善実施による患者満足度の向上	外来患者満足度調査結果に基づく満足度の改善	緊急改善分野　精神的なケア 〃　分野　痛みや症状を和らげる対応 将来改善分野　診察までの待ち時間	各0.05増加 ※令和6年度実績 平均 3.48 / 満点 5 平均 3.51 / 満点 5 平均 2.66 / 満点 5	達成 令和7年度 平均 3.54 平均 3.57 平均 2.86
		入院患者満足度調査結果に基づく満足度の改善	緊急改善分野　精神的なケア 〃　分野　職員の接遇 〃　分野　家族への情報提供	各0.05増加 ※令和６年度実績 平均 4.30 / 満点 5 平均 4.31 / 満点 5 平均 4.26 / 満点 5	未達成 令和7年度 平均 4.28 平均 4.36 平均 4.30
業務プロセス	質カイゼン目標の共有	本院TQMラウンドの「改善報告書」内容のKJ分類整理（課題集約）と公表	R7.1～3月：5月（公表6月） 4～6月分：8月（公表9月） 7～9月分：11月（公表12月） 10～12月分：2月（公表3月）	4回	未達成 2回
		臨床指標のうち前年度改善に至らなかった項目の改善割合の増加	臨床指標のうち退院サマリー2週間以内記載率98%以上の維持	98%以上	達成 98%
教育と成長	意識醸成のため職員のスキルアップ	病院事業全体の質改善活動の体制強化	医療クオリティーマネージャーの新規養成	1名	達成 1名
		質改善活動の理解向上	職員の研修会の実施	1回	達成 1回
	医療の質向上への風土作り	ＰＤＣＡサイクルによる質改善の実施	本院TQMラウンドの実施	31部署	未達成 24部署
		多職種協働により質改善へ取り組む風土作り，意識の醸成	多職種が参加するパス大会の開催	1回	達成 1回

部　署	医療安全管理部
部署目標	医療安全文化の醸成を推進する

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標		
			評価指標	令和７年度	令和7年度 結果
経営	医療紛争の発生防止	過失を認め，医療費負担が発生した件数	当院に過失があり，レベル３ｂ以上で補償費を負担した件数	3件以内	達成 0件
利用者・職員	入院患者の急変兆候への速やかな対応による重症化の防止	呼吸数測定率の増加	一般病棟における呼吸数測定率 呼吸数測定1回以上実施患者数÷全患者数 R７年度から バイタルサイン測定指示で呼吸数測定を実施した患者数÷全患者数	80%	達成 90.6%
		日中のコードブルーとRRS起動件数におけるRRS起動の比率の増加	RRS起動の比率 RRS起動件数÷（日中コードブルー件数＋RRS起動数）	95%以上	未達成 70%
		RRS及びコードブルー起動事例の検証実施	事例カンファレンスの実施割合 事例カンファレンス数÷RRS及びコードブルー起動件数	100%	達成 100%
		コードブルー検証事例のうち，ＲＲＳ該当事例の減少	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 コードブルー起動事例のうちＲＲＳ起動が必要だった件数÷コードブルー起動事例検証件数	50%未満	達成 3%
業務プロセス	情報収集にもとづく医療安全活動の推進	インシデント及びアクシデントレポートの報告件数の増加	報告件数 インシデントシステムによる報告件数	2,500件 以上維持	達成 4,276件
		部署におけるRCA分析と改善報告書件数割合の増加	部署ごとの改善報告目標提出数（２件）の達成割合 達成部署数/全部署数×100	100%	達成 100%
		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	報告確認ラウンドおよびラウンド結果の部署へのフィードバック件数	90件	達成 101件
	基準および手順の明確化	医療安全に関するマニュアルの年1回の見直し	マニュアル見直しの実施率 見直し実施マニュアル/医療安全関連マニュアル	100%	達成 100%
教育と成長	医療安全活動の理解向上	入職者への医療安全に関する研修会の開催	入職者の研修会受講率 受講者数÷入職者数×100	100%	達成 100%
		2回/年開催の院内医療安全研修会の開催	職員の研修会参加率 前期医療安全研修会参加率＋後期医療安全研修会参加率÷2	100%	達成 100%
	危険要素発見のための感性の育成	ＫＹＴ（危険予知トレーニング）の実施	各部署での実施件数	各部署 年1回実施	達成 23件 実施率100%

部　署	感染管理部
部署目標	感染症対応能力を向上させる

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標		
			評価指標	令和７年度	令和7年度 結果
経営	収益性の向上	感染に関わる診療報酬の算定の増減	特定感染症患者療養環境特別加算算定日数	110日（のべ）/月平均	達成 155.3日（のべ）/月平均 1863日/年（のべ）
			特別感染症入院医療管理加算算定日数	270日（のべ）/月平均	未達成 170.9日（のべ）/月平均 2051（のべ）日/年
		Access抗菌薬使用比率60%以上又はJ-SIPHE参加施設上位30%以上（抗菌薬適正使用体制加算算定要件）	Access抗菌薬使用比率60%以上又はJ-SIPHE参加施設上位30%以上	上位30%以内	達成 使用比率43.33% 上位10.5%
		アウトブレイクの抑制	アウトブレイク数	0件	未達成 3件
利用者・職員	感染に関わる意識の向上	感染に関わる研修会への参加率向上	感染に関わる研修会参加者数/予定参加者数	90%以上	達成 95.71%
		感染に関わる研修会参加者の理解度の向上	アンケートで理解が「大変深まった」「深まった」職員の割合	80%以上	達成 98.6%
		ICTラウンド項目達成率の向上	ICTラウンド「できている」項目数/ICTラウンド項目数	90%以上維持	達成 90.4%
業務プロセス	抗菌薬適正使用	ASTによる適切な抗菌薬投与のための介入	抗菌薬投与へ介入数（カンファレンス症例数）	14件/週	達成 14.4件/週
			TDM実施率	100%	未達成 98.1%
			アンチバイオグラム 緑膿菌：IMP　MEPM	90%以上	達成 IMP：90.6% MEPM：96.1%
	適切な微生物検査診断	血液培養実施数の増加	①検体数/延べ入院患者数×1000 ②血液培養２セット率（15才以上）	①28セット/patient-day ②92%以上	達成 ①29.8セット/patient-day ②92.4%
	適切な手指衛生	手指衛生遵守率向上のための介入	手指衛生遵守率	40%	未達成 35.3%
			手指消毒剤使用量	7ml/日・患者以上	達成 7.2ml/日・患者
			WHO手指衛生多角的戦略に基づく「手指衛生自己評価フレームワーク」を用いた評価	290点	未達成 190点
	適切な感染経路別予防策の実施	適切な感染経路別予防策の実施報告数の増加	感染経路別予防策の実施報告数	500件以上	達成 604件
教育と成長	職員のスキルアップ	感染に関わる学会発表、座長、シンポジスト、研修会等講師の実施	感染に関わる学会発表、座長、シンポジスト、投稿、研修会等講師の実施数	10件以上	達成 14件
		学会、研修会への参加	ICT、ASTメンバーの感染に関わる学会、研修会へののべ参加人数	20人以上	達成 24人

部　署	鳴子温泉分院　看護部（病棟）
部署目標	安心した生活が継続できるように患者の意思決定支援の強化と院内外の連携を行う

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標		
			評価指標	令和７年度	令和7年度 結果
経営	適切なベッドコントロール	安定した病床稼働率	１年間の平均	90%以上	未達成 77.6%
		平均在院日数	１年間の平均	30日	未達成 28.2日
利用者・職員	意向に沿った退院支援	入院患者満足度アンケートによる満足度の向上	入院患者満足度アンケート調査（満足・やや満足）	90%以上	未達成 85.6%
		レスパイト入院患者数増加	レスパイト入院件数	20件	達成 20件
		新規、訪問診療・訪問看護の増	新規、訪問診療・訪問看護へ移行した数 （入院患者から移行）	6件/年	達成 上半期2件 下半期4件 計6件/年
業務プロセス	退院支援の仕組み作り	ベッドコントロール会議	稼働状況・在院日数・在宅復帰率の把握	1回/週	達成 1回/週
		患者参加型退院カンファレンス	患者参加型の退院支援（意思決定支援） カンファレンス回数	15名/月	達成 17名/月
		退院支援パスの作成	退院支援方向性の共有（医療者側・患者、家族側）	上半期作成	達成 ※退院支援シート改訂・活用
		業務見直しによる効率化	時間外勤務減少（10%削減）	135時間/月	未達成 172時間/月
教育と成長	職員のスキルアップ	社会福祉・資源に関する勉強会の参加やｅ－ラーニング受講	研修会またはｅ－ラーニング理解度テスト	80点以上	達成 3月実施 平均100点
		退院支援・意思決定支援の研修受講と　伝達講習	研修受講と同様の伝達講習後、理解度テスト	80点以上	達成 12月実施 平均100%

部　署	鳴子温泉分院　看護部（外来）
部署目標	地域で安心して生活を送るための外来・在宅医療の体制構築

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標		
			評価指標	令和７年度	令和7年度 結果
経営	訪問看護師の計画的な育成	すべての外来看護師が訪問看護・診療に行ける体制構築	①訪問看護実施件数 ②訪問看護師　1名/年　育成する（単独訪問ができる）	①660件/年 ②3名	未達成 ①508件/年 ②3名
	在宅診療提供体制の整備	①在宅診療枠の増加 ②在宅医療支援室マニュアルの見直し・改定・マニュアル追加	①訪問診療医の増員 ②在宅医療支援室マニュアルの改定 （かかりつけ患者以外の受け入れフローの追加）	①2名 ②かかりつけ以外の患者の受け入れフローの完成	達成 ①2名 ②完成
利用者・職	専門資格の取得を目指し、看護師のスキルアップとやりがいに繋げる	在宅看護指導士・糖尿病療養指導士の資格取得	在宅看護指導士１名，糖尿病療養指導士１名　資格取得	在宅看護指導士1名 糖尿病療養指導士1名	未達成 糖尿病療養指導士1名
	外来・訪問患者満足度調査の実施	外来・訪問患者満足度調査の実施	待ち時間についての満足・やや満足　50%以上	50%	未達成 36.3%
業務プロセス	在宅療養アセスメントシート・継続ケア依頼票を活用しての支援の強化	運用フローの作成・見直し	①在宅療養アセスメントシートの使用数の増加 ②継続ケア依頼票の使用件数	①100件 ②10件/月以上	未達成 ①346件/年 ②7.6/月
	オンライン診療の拡大	計画的なオンライン診療の実施 外部訪問（鬼首地区公民館や施設、ケアマネなど）	①鬼首地区健康相談への参加 ②ケアマネとの情報交換 ③オンライン診療所の開設	①5回/年 ②2回/年 ③開設	達成 ①9回/年 ②15回/年 ③開設
教育と成長	訪問看護師育成開始	訪問看護師ラダーの周知と実施	①訪問看護師ラダーの運用 ②1人/年の育成（現在活動している訪問看護師2名はラダー評価を行い、ラダーレベル認定を行う。）	①運用開始②3名	達成 ①運用開始②3名
	外来看護師の役割と外来の経営状況についての学習会の開催	①外来看護師としての役割について理解する為、看護協会の研修への参加と伝達講習会を開催する。 ②外来の経営状況について理解するために学習会を行う	①看護協会の研修会への参加と伝達講習その後理解度テスト実施 ②外来経営状況についての学習会の開催　1回/年　その後の理解度テスト ③eラーニング受講	①②③ともに理解度テスト80%以上	未達成 ①テスト未実施 ②85.7% ③テスト未実施

部　署	鳴子温泉分院　薬剤室
部署目標	廃棄薬剤の削減

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標		
			評価指標	令和７年度	令和7年度 結果
経営	収益性の向上	期限切れ廃棄薬剤の削減	前年度実績金額を維持又は下回ること	191,256.9円未満	達成 136,281.7円
利用者・職員	経営意識の向上	期限切れ薬剤のうち廃棄薬剤と使用薬剤の数量＆金額の院内周知	院内への周知回数	12回	達成 12回
業務プロセス	業務の効率化	期限切迫薬剤について医師への情報提供＆使用協力依頼	医師への情報提供	12件	達成 12件
		期限切迫薬剤について本院・他分院への情報提供＆使用協力依頼	本院・他分院への情報提供	12件	達成 12件
教育と成長	職員のスキルアップ	薬剤知識の向上	薬局内で勉強会を開催する	4回	達成 4回

部　署	鳴子温泉分院　放射線室
部署目標	最少人員で最大効率を図り、できる限り可能な画像検査を提供する

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標		
			評価指標	令和７年度	令和7年度 結果
経営	検査件数の向上	CT件数の向上	年間CT件数	630件	達成 649件
利用者・職員	適切な業務の遂行	一般撮影などで発見した異常所見を報告・相談しCT精査につなげる	医師に報告・協議しCT精査につなげる事が出来た件数	10件	達成 17件
	業務効率化	患者待ち時間	受付してから実施するまでの時間	10分以内	達成 6分40秒
業務プロセス	医療安全委員会活動	件数の向上と共に医療安全に配慮し安心・安全な分院のイメージにつながるように	インシデントレポートの提出数	12件	未達成 9件
教育と成長	一般撮影・CTの読影能力向上	放射線医療技術学会、研修会への参加	全国、地方の研修会に参加（一般撮影、CT中心に）	2回	達成 2回

部　署	鳴子温泉分院　臨床検査室
部署目標	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７年度	令和7年度 結果
経営	収益性の向上	検査総数の増加	検査総数（検査室業務量報告）	21,000件以上	未達成 19,988件
利用者・職員	迅速な検査態勢の構築	検査待ち時間短縮	検体検査結果報告時間の遵守率 （外来検体到着から結果報告まで40分以内の検体数/生化学検体数×100）	85%以上	達成 98%
	臨床検査精度向上	外部精度管理評価	日本臨床衛生検査技師会精度管理調査評価判定 宮城県臨床検査技師会精度管理調査評価判定	A+B評価 98%以上	達成 100%
業務プロセス	安全な医療の構築	医療安全意識の向上	インシデントレポート報告件数	5件	達成 5件
教育と成長	職員のスキルアップ	院内研修会理解度	院内研修会およびバリテス参加時のテストによる理解度	80%以上	達成 95%

部　署	鳴子温泉分院　栄養管理室
部署目標	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７年度	令和7年度 結果
経営	収益性の向上	栄養食事指導の算定件数維持 （個別）	栄養食事指導算定件数（個別）	375件	未達成 262件 （算定252件、非算定10件）
		新規栄養食事指導件数の維持	新規栄養食事指導算定件数	28件 以上	未達成 26件
利用員者・職	外来患者への継続的な食事支援	継続栄養食事指導割合の維持	2回目以降の栄養食事指導件数/算定全件数＊100	94%	未達成 90.8%
	在宅復帰支援を踏まえた入院患者への適切な食事提供	特別治療食加算率の維持	特別食加算件数/患者食総数÷12ヶ月＊100	37%	達成 45.4%
業務プロセス	情報共有による業務の効率化	栄養食事指導件数の報告及び栄養食事指導依頼の定期的な周知	栄養管理委員会等での周知回数	4回以上	達成 4回
		本院・分院間での業務連絡の推進 または施設・他院への情報提供	本院分院間の業務連絡件数 施設退院、転院時の食事情報の提供	75件	未達成 74件
教育と成長	職員のスキルアップ	部会勉強会への参加	部内研修会の理解度テスト正答率	100%	達成 100%

部　署	鳴子温泉分院　リハビリテーション室
部署目標	業務の見直しとこれからの鳴子のリハビリテーションを主体的に考える職員の育成

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標		
			評価指標	令和７年度	令和7年度 結果
経営	収益性の向上	日々の実績目標の管理を徹底する	毎月の実績をフィードバックし、個人・全体の目標値達成状況をより見える化する。	16単位以上	達成 16.11単位
		訪問リハビリテーションの定期的な実績を有する	地域包括ケア病棟入院料1の施設基準において、直近3月の実績が必要。	50件以上/年	達成 81件
利用者・職員	経営意識の向上	経営運営状況の共有	分院運営会議、管理者ミーティング、経営会議資料等の内容の共有を毎回行う。	100%	達成 100%
		リハビリテーション面談の実施	入院リハビリテーション対象患者において、全例入院２週間以内に家族面談を実施する。 ただし、急遽の退院者は除く。	100%	達成 100%
業務プロセス	適切な業務の遂行	ミーティングの効率化	業務開始前に個人とスタッフ毎、１日のスケジュール管理を徹底し共有と調整を行う。	100%	達成 100%
	業務効率化	令和6年度現在、3分院に療法士各6名を配置。業務量の変動があり、分院間の柔軟な応援体制を取る。	令和6年度についても、分院間の応援実績は有するものの、各現場の業務量に依存する。そのため、回数は定めず今後も体制の継続を図ることを目標とする。	実績あり	達成 18回
教育と成長	職員のスキルアップ	企画主催もしくは伝達講習会の実施	月に１回以上は定期的に開催する風土を作る。	12回以上	達成 16回
		伝達講習会後の理解度アンケート調査による理解度向上	職員の理解度割合	80%以上	達成 94%

部　署	鳴子温泉分院　管理課
部署目標	より質の高い安心に繋がる医療提供体制の充実・安定した経営

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標		
			評価指標	令和７年度	令和7年度 結果
経営	収益の向上	外来・入院診療単価の増加	入院総額444,132千円/患者延人数13,140人 外来総額100,102千円/患者延人数15,004人	入院33,800円 外来6,989円 以上	達成 入院33,861円 外来7,195円
	業務量の向上	外来・入院患者数の増加	入院：患者延人数13,140人/365日 外来：患者延人数15,004人/242日	入院36人 外来62人 以上	未達成 入院31.01人 外来56.86人
利用者・職員	経営意識の向上	経営状況説明会参加者の理解度向上	バリテスアンケート回答者数のうち内容理解アンケートにおける「理解できた」職員の割合	80%以上	達成 84.1%
	患者満足度の向上	患者満足度調査の満足度向上	外来及び入院患者さんへのアンケートにおける「満足」，「やや満足」の割合	入院・外来 80% 以上	未達成 入院86.8% 外来74.3%
	職員満足度の向上	職員満足度調査の満足度向上	院内全職員アンケートにおける「満足」，「やや満足」の割合	80%以上	未達成 56%
業務プロセス	広報活動	広報紙の発行	年４回発行	4回以上	達成 5回
	質改善活動	委託業者と患者サービス会議の実施［新規］	委託業者との定例打合せ回数	12回	達成 12回
		院内ＴＱＭラウンド［新規］	院内全部門の質管理・改善の巡視活動	12回	達成 12回
		多職種連携リレー研修会［新規］	院内全部門の輪番研修会	12回	達成 12回
教育と成長	知識の習得・能力の向上	接遇研修会の実施と参加率の向上［新規］	研修会参加者数（バリテス受講含む）/会計年度任用職員を含む分院全職員数（期間中休職職員は除く）	参加率 100%	達成 参加率 100%
		経営状況説明会の実施と参加率の向上	説明会参加者数（バリテス受講含む）/会計年度任用職員を含む分院全職員数（期間中休職職員は除く）	参加率 100%	達成 参加率 100%

部　署	岩出山分院　看護部（病棟）
部署目標	地域包括ケア病床を適切に運用し病棟稼働率を上昇させる

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標		
			評価指標	令和７年度	令和7年度 結果
経営	収益の向上	入院患者数の確保	新入院患者数	517人	未達成 473人
		病床の安定稼働	毎月の病床稼働率の平均値	87.5%以上	未達成 84.95%
利用者・職員	入院中の医療に対する満足度の向上	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沿った退院支援	入院患者満足度アンケート（項目⑧退院先が希望にそえたか）1年間の平均値（満足、やや満足）	80%以上	未達成 78%
		患者、家族の提言を改善活動に活かす	提言の対応率	100%	達成 100%
業務プロセス	業務水準の向上	治療方針・退院支援カンファレンスの見直しと定着	在宅復帰率	85%以上	達成 86.26%
		記録の監査（治療方針・退院支援カンファレンス、病状説明時の同席した記録）	記録監査項目の達成率	80%以上	達成 90%
教育と成長	疾患及び退院支援に関する知識の向上	疾患別（心不全,尿路感染,肺炎）看護ケアの習得	疾患別看護ケア研修会の理解度８０点以上	100%	達成 100%
		在宅医療、介護に関する理解	研修会参加率（2回/年）	80%以上	達成 100%

部　署	岩出山分院　看護部（外来）
部署目標	外来体制を整備し，効果的な在宅療養支援を充実させる

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標		
			評価指標	令和７年度	令和7年度 結果
経営	患者数の確保	外来患者数の維持	外来患者数（月平均）	91名	未達成 85名
		訪問診療患者数	訪問診療利用者数（月平均）	20名	達成 26.5名
		訪問看護人数	訪問看護契約利用者数（年間）	3名	達成 4名
利用者・職員	外来の医療サービス提供における患者評価	外来患者満足度の向上	外来患者満足度アンケートの「満足」「やや満足」の割合	73%	未達成 56%
		訪問診療利用者満足度の現状把握	訪問診療患者アンケートの「満足」「やや満足」の割合	70%	達成 85.9%
業務プロセス	外来看護の役割・業務遂行	訪問看護体制の構築	在宅医療支援室の業務の明確化、地域との調整、院内・院外への情報発信等	2025年 6月運用開始	達成 2025年 6月運用開始
		意思決定支援	訪問診療患者に対するACP取得率	70%	未達成 49%
教育と成長	在宅療養に関する知識・技術の向上	研修受講後の伝達講習	訪問看護に関する研修受講回数と同回数の伝達講習の実施割合	80%	達成 100%
		地域医療・在宅療養に関する理解	上記伝達講習における理解度テスト80点以上取得の割合	100%	達成 100%

部　署	岩出山分院　薬剤室
部署目標	医薬品の適正使用に基づく、有害事象の回避、服薬アドヒアランスの向上及び院内薬品費削減

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標		
			評価指標	令和７年度	令和7年度 結果
経営	収益性の向上	院内薬品在庫金額の削減	年度末棚卸時の院内薬品在庫金額	980,000円	達成 933,799円
利用者・職員	安全で適切な医療の提供	患者に対する薬剤指導並びに採血データ、身体所見等から適切な薬剤投与が行なわれているかの確認	患者指導ならびに薬剤投与に関するデータ等の確認件数	1,280件	未達成 1,023件
業務プロセス	安全な医療の構築	安全かつ適切な医療の提供を鑑みたプレアボイド報告	プレアボイド報告件数	135件	未達成 83件
教育と成長	職員のスキルアップ	院内研修会開催における講師	講師回数	2回	達成 2回

部　署	岩出山分院　放射線室
部署目標	限られた人員・医療機器で、可能な限りの画像検査を提供する

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標		
			評価指標	令和７年度	令和7年度 結果
経営	検査件数の向上	CT撮影件数の増加	年間ＣＴ件数	780件	達成 861件
		骨密度検査件数の向上	年間骨密度件数	170件	未達成 165件
利用者・職員	医師とのコミュニケーション	医師に追加撮影の協議ができる。	医師指示の不明点や疑義の照会と検査協議でＣＴ精査につなげる	6件	達成 16件
	業務効率化	業務効率化により患者待ち時間を減らす	一般撮影・骨密度検査・ＣＴ検査の受付から実施までの待ち時間	8.5分	達成 6.56分
業務プロセス	医療安全委員会活動	インシデントレポート件数向上で、医療安全に配慮し安心・安全な分院に	インシデントレポート件数	12件	達成 16件
教育と成長	個人のスキルアップ	技師個人のスキルアップ	学会、研修会、勉強会への参加件数と放射線室内伝達講習	2件	達成 2件（伝達講習も2件）
	専門性の向上	専門的な知識を客観的にも評価できるようにする	ＣＴ認定技師の取得	1人	未達成 0人

部　署	岩出山分院　臨床検査室
部署目標	精度が高く、正確な検査結果を迅速に提供

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標		
			評価指標	令和７年度	令和7年度 結果
経営	収益性の向上	業務量と患者数を対比させた業務量評価	業務量評価による検査総数	35,000件以上	達成 38,032件
利用者・職員	迅速な検査体制の構築	検査待ち時間短縮	検体検査結果報告時間の遵守率 外来検体到着から結果報告まで40分以内の検体数/生化学検体数×100	85%以上	達成 99%
	検査精度向上	外部精度管理評価の向上	日本臨床検査技師会精度管理調査評価点 宮城県臨床検査技師会精度管理調査評価点	A+B評価 98%以上	達成 100%
業務プロセス	安全な医療の構築	医療安全意識の向上	患者からの提言、インシデント報告からの業務改善数	2件	達成 2件
教育と成長	個人のスキルアップ	院内研修会理解度	院内研修会およびバリテス参加時のテストによる理解度	90%以上	達成 100%

部　署	岩出山分院　栄養管理室
部署目標	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

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標		
			評価指標	令和７年度	令和7年度 結果
経営	収益性の向上	外来栄養食事指導算定件数維持	栄養食事指導算定件数	136件	達成 141件
		新規栄養食事指導件数の増加	新規栄養食事指導算定件数	25件以上	達成 26件
利用者・職員	在宅復帰支援を見据えた、病状に応じた適切な食事提供	特別治療食加算率の増加	特別治療食加算食数/患者食総数/12ヶ月＊100	27%以上	達成 36.14%
	外来患者への継続的な食事支援	継続栄養食事指導件数の増加の割合	2回目以降の栄養食事指導算定件数/外来総件数(非算定含む)＊100	85%	未達成 81.5%
業務プロセス	情報共有による業務の効率化	委員会における栄養食事指導件数の報告	委員会での周知回数	年4回	達成 年4回
	情報共有による業務の効率化	本院・分院間での業務連絡の推進 または施設・他院への情報提供	本院分院間の業務連絡回数 施設退院、転院時の栄養情報提供件数	25回以上	達成 40回
教育と成長	個人のスキルアップ	栄養部門担当の院内研修会での栄養に関する知識の共有及び理解度の向上	テスト正答率/受講者数＊100	95%以上	未達成 対面96% ﾊﾞﾘﾃｽ89% 総合91%
		①院外研修会・学会への参加回数 ②部内勉強会参加	①参加回数 ②部内勉強会参加後のテスト実施	100%	達成 100%

部　署	岩出山分院　リハビリテーション室
部署目標	『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７年度	令和7年度 結果
経営	地域完結型医療の推進	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	2単位以上	達成 2.72単位
利用者・職員	経営意識の向上 業務の効率化	スタッフ一人当たりの取得単位数 モニタリングとフィードバック	スタッフ一人当たりの取得単位数（16単位以上）	16単位以上	達成 17.3単位
業務プロセス	経営改善活動	地域包括ケア病床入床患者の6割以上リハ対象者	リハ処方率 （リハ対象者/地域包括ケア病床入床患者*100）	60%	達成 74%
	適切な業務の遂行 ～働き方の推進～	患者毎における適正介入単位の検討とスタッフ毎の担当数モニタリングと調整	転院日当日ADL評価必要な患者の洗い出し（ﾄｲﾚ/歩行）と担当者選定 →当日評価と病棟との情報共有実施率	80%	達成 92.8%
教育と成長	職員のスキルアップ ～自部署～	リハビリの質改善とカルテの質改善	カルテの標準化とチェックシステムの構築 →症例検討会の実施率（4症例/月）	80%	未達成 55.4%
			研修会実施（急変対応）と理解度	90%	未達成 86.6%
			研修会実施（感染管理）と理解度	90%	未達成 87.5%
		スタッフ一人一人の気づきの力・ 問題解決力の構築と主体的な職場作り	スタッフの主体的な業務改善提案と対応率	90%	達成 100%
	職員のスキルアップ ～他部署との連携～	院内教育と仕組み作り	摂食嚥下サポートチーム（口腔ケアチーム）による 段階的な院内教育実施と理解度 R7年度「適切な食事介助」→講義+実技+テスト実施	90点	達成 96点

部　署	岩出山分院　管理課
部署目標	地域に寄り添った医療提供体制の充実，経営の安定化

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標		
			評価指標	令和７年度	令和7年度 結果
経営	収益の確保	病床稼働率の維持	病床稼働率90%以上の維持 【算出式】延入院患者数÷全病床数	87.5%	未達成 84.94%
		入院・外来患者数の維持	入院：患者延人数12,775人/365日 外来：患者延人数22,340人/242日	入院35.0人 外来92.3人 以上	未達成 入院33.98人 外来86.69人
利用者・職員	経営意識の向上	経営状況説明会参加者の理解度向上	内容理解アンケートにおける理解度	80%以上	達成 100%
	患者満足度の向上	患者満足度の向上	外来及び入院患者さんへのアンケートにおける総合的な分院の評価「満足」，「やや満足」の割合	90%以上	未達成 62.04%
業務プロセス	情報・魅力発信	分院だよりの発行 支所だよりへの記事掲載	年４回発行（５月・９月・１１月・３月） ※岩出山地域内全戸配布約4,100部 分院だより以外での発信（随時）	10回以上	達成 10回
	査定率減少に向けての取り組み	医事業務定例会	一次査定，二次査定による査定減	2.0%以下	達成 0.05%
教育と成長	知識の習得と意識の向上	経営状況説明会の実施と参加率の向上	説明会参加者数（パリテス受講含む）/会計年度任用職員を含む分院全職員数（参加率）	100%	未達成 83.82%
		診療報酬及び施設基準に係る知識の習得	診療報酬対策チーム会議に多職種で集まり取得可能な加算の取得を行っている。	最低1回	達成 7回

部　署	鹿島台分院　看護部（病棟）
部署目標	ACPを導入し適切な退院支援を行うことで病床稼働率を上昇させる

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標		
			評価指標	令和７年度	令和7年度 結果
経営	病床稼働率上昇	ケア・ミックス型病棟としての弾力的な運用	病床稼働率	90%以上	未達成 86.5%
利用者・職	望んだ場所への退院	在宅復帰率の上昇	在宅復帰率	83.5%以上	達成 86.9%
		十分な退院調整とリハビリテーションによる在院日数の延長	平均在院日数	30日	未達成 27.5日
業務プロセス	適切な退院支援	多職種カンファレンス（退院支援カンファレンス）開催	多職種カンファレンスによる検討割合 （多職種カンファレンスで検討した件数／多職種カンファレンスが必要な件数）×１００	75%以上	達成 100%
		ACP導入	ACP介入割合 （ACPの介入件数／ACPの介入が必要な件数）×100	75%以上	未達成 45.3%
教育と成長	職員のスキルアップ	院外研修会受講後の伝達講習会の開催（臨床倫理・ACP・退院支援）	開催割合	100%	達成 100%
			参加率	90%以上	未達成 63.0%
		e-ラーニングの活用による理解度の向上（臨床倫理・ACP・退院支援）	理解度テストの正解率 （正解数／問題数）×１００ （全受講者平均）	85%以上	未達成 ※未実施

部　署	鹿島台分院　看護部（外来）
部署目標	外来での在宅療養支援体制を強化し、患者が地域での生活を維持できる

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標		
			評価指標	令和７年度	令和7年度 結果
経営	外来患者数の維持 （訪問診療も含む）	在宅療養状況（生活の状況）に応じた受診方法（通院・訪問診療・オンライン診療）の提供	外来患者数（訪問診療も含む）	135人/日以上	未達成 127人
			訪問診療契約患者数/訪問診療希望患者数×100	100%	達成 100% （4人）
利用者・職員	適切な在宅療養支援が受けられる	医療・福祉・介護の連携の強化	地域包括支援センターや居宅事業所へ連絡した患者数/社会的支援が必要と判断した患者数	100%	達成 100% （27人）
	看護師の在宅療養アセスメント能力の向上	外来カンファレンスの回数の変更と実施	カンファレンス実施回数	1回/週：実施率 100%	達成 100% （63回 5回/月 1.25回/週）
業務プロセス	在宅療養アセスメントの仕組みの再構築	予約制を活用した新運用フローの作成	R7.5月末日まで作成	100%	未達成 50% （午前のみ完全予約）
		新たなアセスメント用紙（テンプレート）の作成	R7.4月末日まで作成	100%	達成 100% （該当患者にシグナルの提示を実施）
教育と成長	外来看護スタッフが在宅療養アセスメントについて共通認識を持つ	主任による「外来における在宅療養支援能力向上のための研修」の伝達講習	分院の役割・地域の課題を理解出来る （確認テスト正解率　）	100%	未達成 ※未実施
	アセスメントに必要な知識の習得（認知症・高齢者・コミュニケーション・生活習慣病）	e－ラーニングを活用し、認知症・高齢者等の理解を深める	指定したe－ラーニングの期間内の視聴とテスト実施 （必須項目の確認テストの正解率）	100%	未達成 ※未実施

部　署	鹿島台分院　薬剤室
部署目標	入院患者の使用薬剤を評価し薬物療法の適正化を図る

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標		
			評価指標	令和７年度	令和7年度 結果
経営	医薬品適正使用の評価	薬剤総合評価調整加算の算定	前年度実績を維持又は上回ること	10件	未達成 9件
利用者・職員	継続した多職種連携	多職種で患者情報を共有し使用薬剤の評価につなげる	多職種で評価した上での処方提案件数	20件	達成 25件
業務プロセス	患者服薬状況の把握	入院前服薬状況の確認	薬剤師による入院時面談実施率 （入院時介入数/入院患者数）	85%以上 現状維持	達成 96%
教育と成長	職員のスキルアップ	ポリファーマシー対策等の研修会開催	研修会後に実施する理解度調査（バリテスの活用）	85%	達成 92%

部　署	鹿島台分院　放射線室
部署目標	地域医療への貢献　チーム医療の推進

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標		
			評価指標	令和７年度	令和7年度 結果
経営	収益性の向上	一般撮影　検査件数のアップ	一般撮影の年間の件数 令和5年度は3719件	3,600件以上	未達成 3,285件
		CT　検査件数のアップ	ＣＴ検査の年間の件数 令和5年度は1475件	1,500件以上	未達成 1,415件
		骨塩定量　検査件数のアップ	骨塩定量の年間の件数 令和5年度は1217件	1,200件以上	達成 1,345件
利用者・職員	経営意識の向上	医師への読影補助	医師からの依頼及び技師からの積極的な読影補助件数 令和5年度は125件	200件以上	未達成 130件
		診断に必要と思われる検査の追加要請	技師から医師への積極的な追加検査依頼アプローチ件数 令和5年度は75件	80件以上	未達成 70件
業務プロセス	適切な業務の遂行	一般撮影の写損率の低減	患者の体動・技師の技量不足による写損数・再撮影数を減らす 全撮影枚数における写損枚数の割合	20%以下	未達成 22%
教育と成長	職員のスキルアップ	院内研修会への積極的参加	地域医療研修医による研修発表及び院内の医療安全や感染対策等の講習会への参加 骨粗鬆症リエゾンチーム講習会の参加の件数 令和5年度は6件	10件以上	未達成 9件
		院外研修会への積極的参加	放射線技師会・放射線技術学会等の主催する研修会への参加　骨粗鬆症学会への参加 その他放射線業務に関連した研修会への参加 DMATの研修会等への参加件数 令和5年度は6件	5件以上	達成 10件

部　署	鹿島台分院　臨床検査室
部署目標	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７年度	令和7年度 結果
経営	収益性の向上	検査総数の増加	検査室業務量報告より算出する	年間50,000件以上	未達成 48,959件
利用者・職員	迅速な検査報告態勢の構築	検査待ち時間短縮	検体検査結果報告時間の遵守率 外来検体到着から結果報告まで40分以内生化学検体数/生化学検体数×100	遵守率 80%以上	達成 82.3%
	臨床検査の精度向上	外部精度管理評価の向上	外部精度管理評価判定 （日本臨床検査技師会と宮城県臨床検査技師会）	A+B評価 98%以上	達成 宮臨技:100% 日臨技:100%
業務プロセス	安全な医療環境の構築	医療安全の意識向上	インシデントレポートの報告件数	年間5件	達成 年間6件
教育と成長	職員のスキルアップ	院内研修会理解度	院内研修会およびバリテス参加時のテストによる理解度	理解度80%	達成 理解度 91.9%

部　署	鹿島台分院　栄養管理室
部署目標	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７年度	令和7年度 結果
経営	収益性の向上	栄養食事指導の算定件数維持 （個別・集団）	栄養食事指導算定件数（個別・集団）	345件	達成 354件
		新規栄養食事指導件数の増加	新規栄養食事指導算定件数	55件	未達成 45件
利用者・職	在宅復帰支援を踏まえた入院患者への適切な食事提供	特別治療食加算率の増加	特別食加算件数/患者食数（12ヶ月平均）	33.0%	未達成 31.5%
	外来患者への継続的な食事支援	2回以上の継続栄養食事指導割合の維持	2回目以降の栄養食事指導件数/算定全件数＊100	80%	達成 84.9%
業務プロセス	情報共有による業務の効率化	委員会における栄養食事指導件数の報告及び栄養食事指導依頼の定期的な周知	栄養管理委員会等での周知回数	6回以上	達成 6回
	情報共有による業務の効率化	本院・分院間での業務連絡の推進	本院分院間の業務連絡件数	65件	達成 75件
教育と成長	職員のスキルアップ	院内研修会での栄養に関する知識の共有及び理解度の向上	理解度テスト合格者/参加者総数＊100	70%以上	達成 100%
		部内勉強会への参加	部内研修会の理解度テスト正答率	100%	達成 100%

部　署	鹿島台分院　リハビリテーション室
部署目標	患者の自立生活に向けた在宅復帰支援を促進するため、適切なリハビリテーションの提供および多職種での連携を図る

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標		
			評価指標	令和７年度	令和7年度 結果
経営	医療提供体制の維持	入院患者へのリハビリテーションの実施	リハビリテーションを提供する入院患者への一人当たりの平均単位数	2単位以上	達成 2.30単位
		在宅医療等の実績	訪問リハビリテーションの継続	24件	達成 30件
利用者・職員	患者・地域住民の要望に沿ったリハビリテーションの提供	退院前の多職種連携・情報提供	退院支援カンファレンスでの情報共有	80件	達成 86件
		糖尿病教室での運動指導	運動指導回数	6回	未達成 5回
業務プロセス	適切な業務の遂行	職員の業務量管理	職員一人当たりの１日平均単位数の実績	16単位	未達成 15.3単位
教育と成長	職員のスキルアップ	部門内研修会および院内研修会への参加	職員一人当たりの研修会参加回数	10回以上	達成 19回
			アンケートによる満足度の割合	85%以上	達成 97.4%

部　署	鹿島台分院　管理課
部署目標	鹿島台地域と周辺地域の医療ニーズを把握し，医療連携体制の更なる強化を図りながら，地域全体の医療の質向上に貢献する

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標		
			評価指標	令和７年度	令和7年度 結果
経営	安定的な収益確保	目標病床稼働率の維持	病床稼働率90%以上の維持 【算出式】延入院患者数÷全病床数	90%以上	未達成 86.5%
		在宅訪問診療，訪問看護の拡充	継続的な利用者の確保，利用者の拡充 【算出式】月当たりの延利用者数	40名以上	未達成 約36.2名/月 （延435名）
		施設基準の継続達成	下記基準の継続達成（毎月）未達成項目０を目指す ①看護必要度Ⅰ　10%以上（直近実績17.7%） ②認知症割合　30%以上（〃　64.3%） ③在宅復帰率　72.5%以上（〃　88.15%） ④自宅等からの入院割合　20%以上（〃　63.5%） ⑤緊急入院患者数　直近３か月9人以上（〃　61人） ⑥リハビリ平均単位数　2単位以上（〃　2.41単位） ※括弧内はR7.10実績	未達成項目０個	達成 未達成項目０個
利用者・職員	利便性の向上	関係機関からの要望，意見に対する改善	関係機関（周辺医療機関，高齢者介護施設，訪問看護ステーション等）との協議や訪問時に当院への要望，意見等に対する改善事例件数 【事例】介護主治医意見書の運用変更，レスパイトの事前受診の省略，おれんじカフェの院内合同開催	6件以上	達成 14件
		オンライン診療の実施	【上半期】オンライン診療の導入準備 ・使用ツール（MCS，PC・スマホ等）の確認 ・利用者への周知と選定，利用説明の実施 ・試験運用の実施	運用開始の準備完了	達成 運用開始の準備完了
			【下半期】オンライン診療の開始 【算出式】※下半期　月１件のオンライン診療の実施	6件以上	未達成 0件
業務プロセス	業務の標準化	手順書，業務マニュアルの整理	既存の手順書等の改訂，新規手順書等の作成件数 【算出式】管理課での年間（改訂，新規作成）件数	10件以上	達成 18件
		各種マニュアルの定期的な見直し	運用変更や法改正等により，マニュアル改訂の必要・不必要を確認し，定期的にマニュアル見直しを実施する。（年１回程度） 【算出式】見直ししたマニュアル数÷全マニュアル数	100%	未達成 72.2% （119マニュアル中86マニュアル実施）
教育と成長	医療の質に対する職員の意識改善及び向上	医療の質改善に関する院内啓発の実施	病院機能評価評価項目毎の改善策の実施割合 【算出式】評価項目別の改善実施数÷全89項目	100%	達成 100%（89件）

部　署	田尻診療所
部署目標	日常的な医療ニーズを担う『かかりつけ医』として地域に定着させ，患者の安定確保により医業収益を向上させる

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標		
			評価指標	令和７年度	令和7年度 結果
経営	年間患者数増加による 医業収益の向上	年間患者数の向上	延患者数（前年度実績との比較）	11,370人	未達成 10,486人
		診療単価の向上	診療単価（前年度実績との比較）	6,600円	達成 6,648円
利用者・職員	『かかりつけ医』 認知度の向上	患者満足度調査時にかかりつけ医のアンケート調査の実施	【調査項目】満足（良い）又は普通の割合	85%以上	達成 94%
業務プロセス	健全経営の遂行	材料の使用状況及び在庫管理の徹底	『薬品』期限切れ・破損廃棄の金額	1,900円	未達成 5,663円
		精度の高い診療報酬請求	査定率	0.1%以下	達成 0.09%
教育と成長	職員のスキルアップ	生活習慣病・合併症予防に対応できるスタッフの育成	糖尿病合併症予防（フットケア外来）の実践値	6人	達成 17人
		経営状況の把握	上半期及び決算実績値による経営状況説明 テストの理解度率	85%以上	未達成 ※未実施

部　署	健康管理センター
部署目標	地域住民の健康保持のための予防医療の充実

視点	戦略目標	重要成功要因	数値目標		
			評価指標	令和７年度	令和7年度 結果
経営	安定的な収益確保	リピーターが増える	2年連続受診している事業所の割合（協会けんぽ）（昨年度受診した事業所のうち今年度受診した事業所の割合）	85%	未達成 84.3%
		オプション検査の受入が増加する	オプション検査の利用率	50%以上	未達成 47.88%
		MRI検査の実施率（脳ドック・他院MRI検査）を増やす	脳ドック件数（オプション含む）及び他院MRI検査依頼数÷予約枠	60%以上	未達成 55.6%
	地域完結型医療の推進	受診勧奨の実施による適切な二次健診の受診者が増加する	受診勧奨による本院・分院・健康管理センターの予約取得数	1,100人以上	未達成 1,017人
利用者・職員	利用者満足度の向上	利用者アンケート調査「よい」の割合が増える	利用者アンケート調査のスタッフ・サービスの評価「とてもよい」「よい」の割合	95%以上	達成 96.5%
	利用者の個人目標の達成	特定保健指導利用者がアウトカム指標（腹囲－2cm,体重－2kg減）を達成する	アウトカム指標目標達成者数÷特定保健指導利用者数の割合	30%	未達成 13.3%
業務プロセス	経営改善活動	利用者の意見を分析し業務を改善する	利用者アンケート調査の自由意見に対する業務改善	10件以上	未達成 9件
	業務効率化	WEB予約利用者を増やす	市民検診（子宮がん検診・乳がん検診）のWEB予約取得率	10%以上	達成 55.8%
教育と成長	チームワーク・連携	業務改善委員会を実施する	業務改善委員会の開催回数	10回以上	未達成 6回
	経営意識の向上	健康管理センター経営状況説明会を実施する	バリテスアンケート回答者数のうち内容理解アンケートにおける研修の目的・目標は「達成できた」「ほぼ達成できた」職員の割合	95%以上	達成 100%
	職員のスキルアップ	伝達講習会を実施する	理解度アンケートにおける「理解できた」職員の割合	90%以上	未達成 ※未実施
		予約・受付・会計等担当者の業務のマニュアル化を進める。（管理課）	業務マニュアルの作成数	5種類以上	達成 6種類