

君津中央病院企業団
第6次5か年経営計画
(令和4年度達成状況)

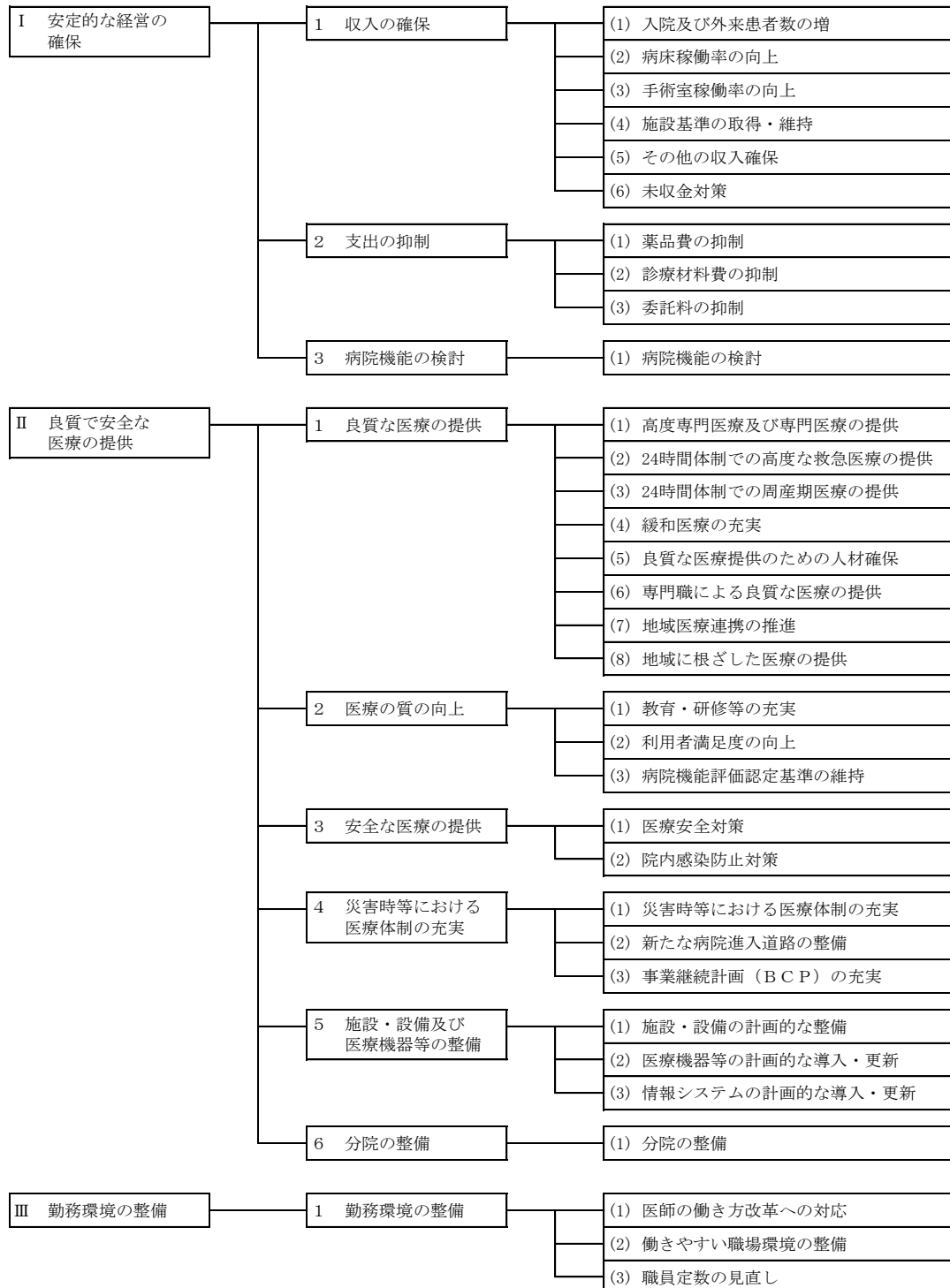
君津中央病院企業団

1	第6次5か年経営計画の概要	1	ページ
2	令和4年度達成状況	2	ページ
3	主要施策の達成状況等	4	ページ
4	財務計画の達成状況等	11	ページ
	第6次5か年経営計画の令和4年度達成状況	12	ページ
	[用語解説]	56	ページ
	財務計画の達成状況	60	ページ
	令和4年度達成状況の評価	66	ページ

1 第6次5か年経営計画の概要

本計画は、君津中央病院企業団の位置付け、進むべき方向を明らかにし、将来にわたり持続可能な事業及び地域の皆様に安心して必要とされる病院づくりを目指すために策定した、令和3年度から令和7年度までの5か年計画です。

本計画では、企業団の「安定的な経営の確保」、「良質で安全な医療の提供」、「勤務環境の整備」を主要な柱として、次のように施策を展開します。



なお、計画3年目にあたる令和5年度に、総務省から要請されている「持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化ガイドライン」に基づく「君津中央病院企業団経営強化プラン」の策定を行うとともに、その内容及び本計画の令和3年度、令和4年度の実績等を踏まえたうえで計画全体を再検証し、令和6年度以降の計画を見直すこととしています。

2 令和4年度達成状況

令和4年度は、前年度に引き続き、新型コロナウイルス感染拡大の影響による病床の稼働制限や救急患者の受入制限等を実施せざるを得ない状況となりました。そのような状況の中でも、安定した経営の確保、良質で安全な医療の提供を目標に各施策に取り組んできました。

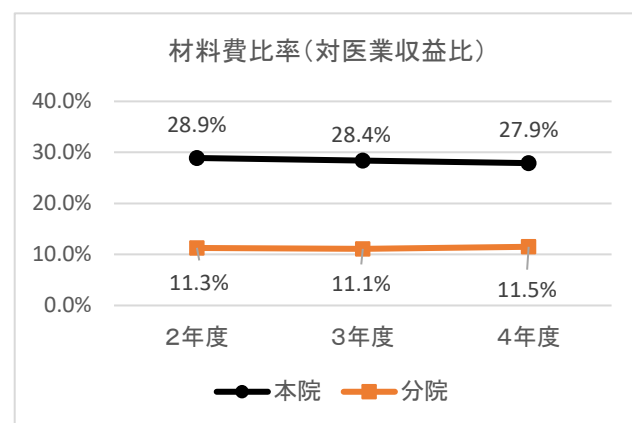
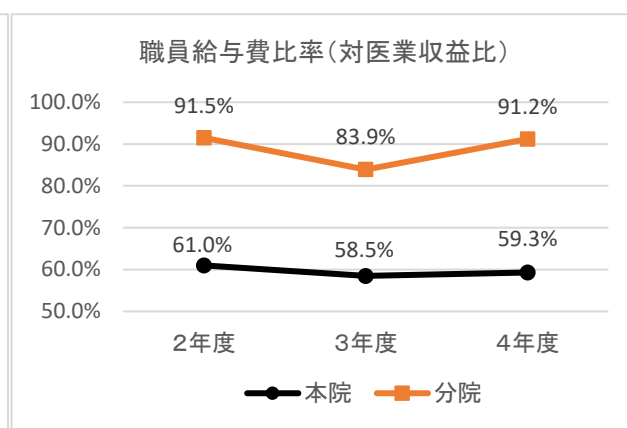
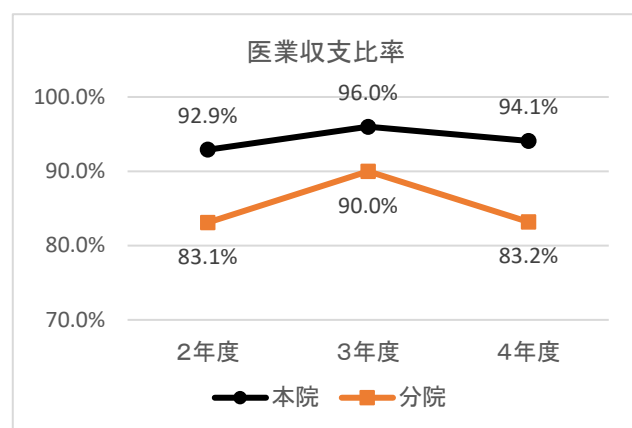
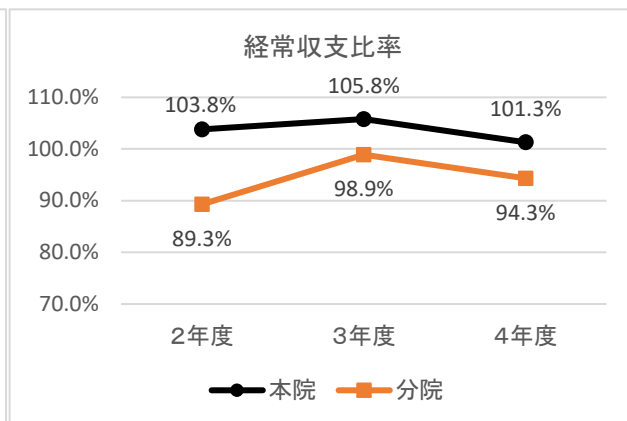
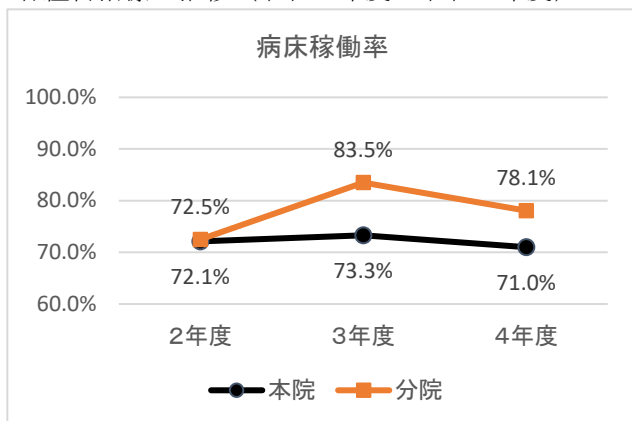
各経営指標の達成状況については、以下のとおりの結果となりました。

各経営指標に係る計画値と決算値

区分		令和4年度 計画値 (A)	令和4年度 決算値(見込) (B)	比率 (B/A)
病床稼働率	本院	80.0%	71.0%	88.8%
	分院	88.9%	78.1%	87.9%
経常収支比率	本院	100.1%	101.3%	101.2%
	分院	100.3%	94.3%	94.0%
医業収支比率	本院	96.3%	94.1%	97.7%
	分院	90.7%	83.2%	91.7%
職員給与費比率 (対医業収益比)	本院	55.4%	59.3%	107.0%
	分院	82.5%	91.2%	110.5%
材料費比率 (対医業収益比)	本院	29.8%	27.9%	93.6%
	分院	10.9%	11.5%	105.5%

※病床稼働率、経常収支比率及び医業収支比率については、数値が大きいほど良好な結果となり、職員給与費比率及び材料費比率については、数値が小さいほど良好な結果となります。

各経営指標の推移（令和2年度～令和4年度）



3 主要施策の達成状況等

(1) 主要施策の達成状況

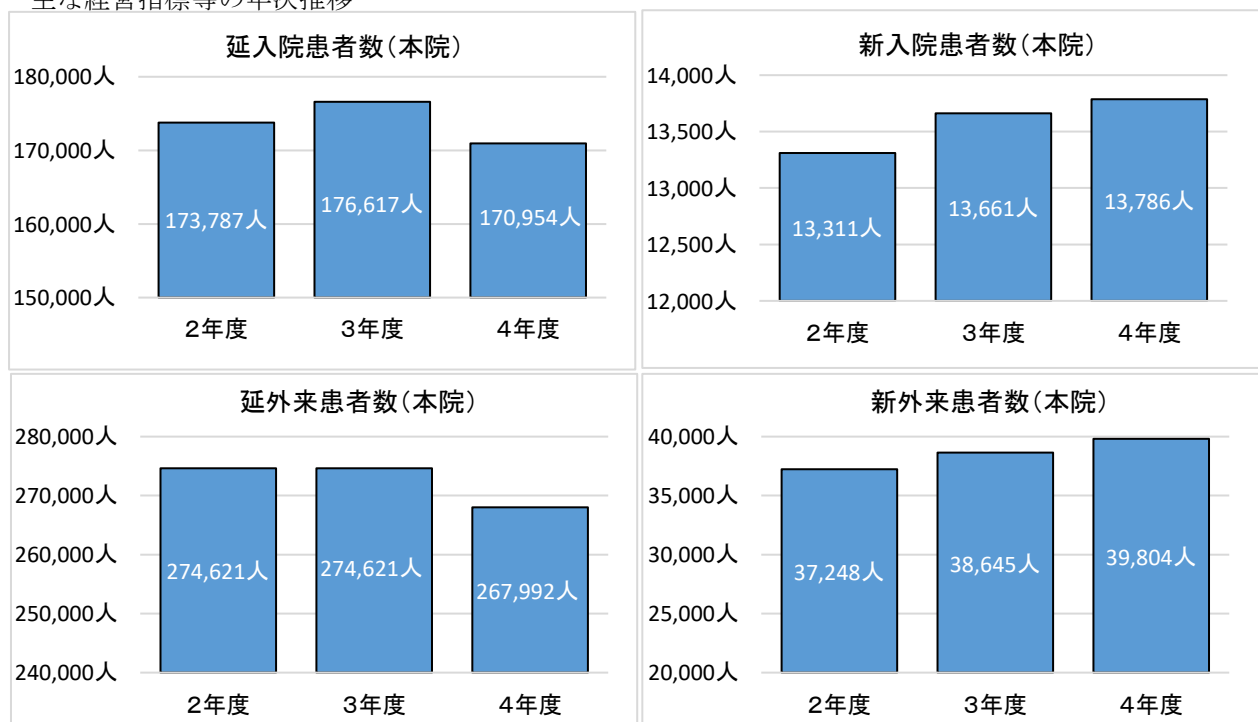
I 安定的な経営の確保

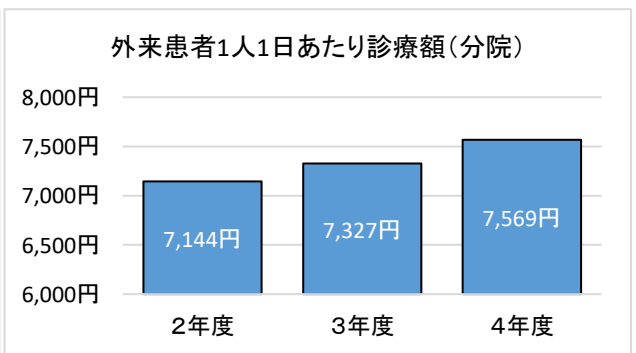
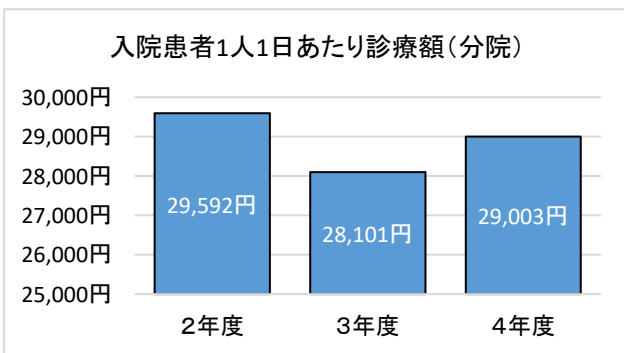
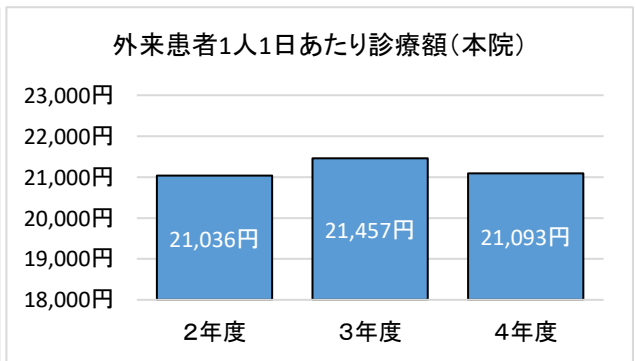
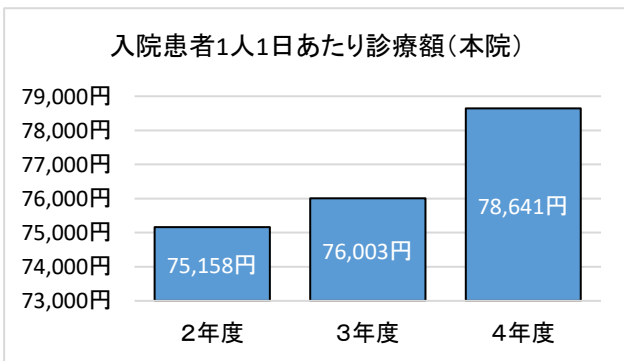
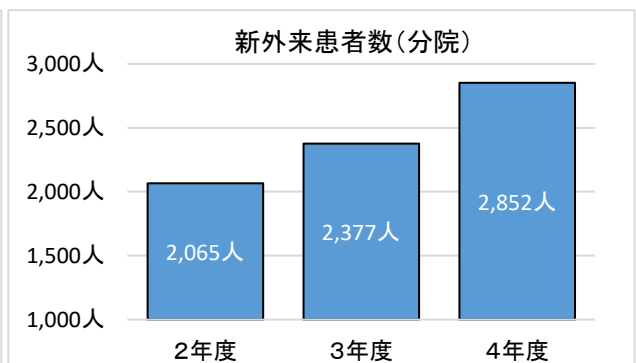
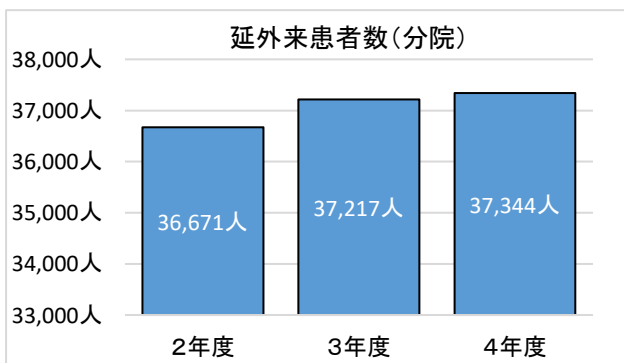
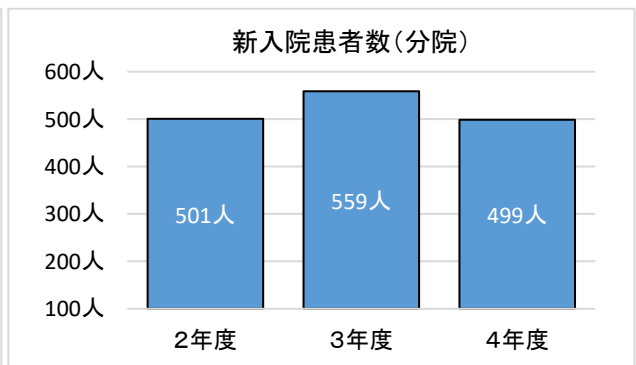
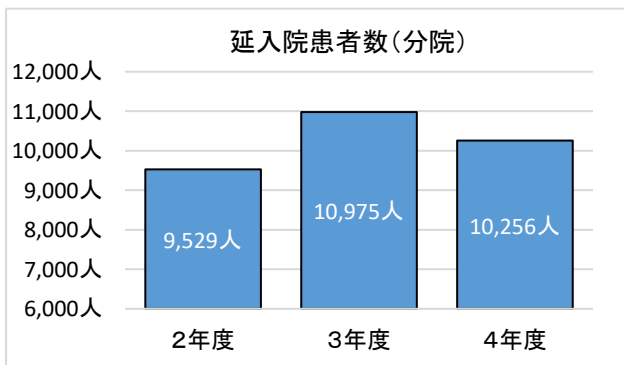
1 収入の確保

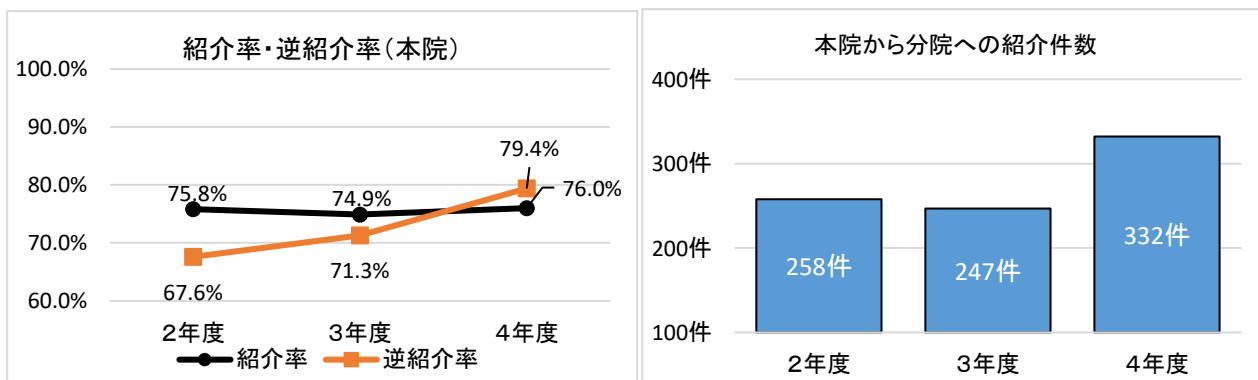
「入院及び外来患者数の増・病床稼働率の向上」について、本院では、他医療機関との連携強化及び救急患者の受入に努めましたが、延患者数については入院・外来ともに計画値を下回る結果となりました。しかしながら、DPC入院期間の最適化やクリニカルパスの見直しを実施するなど、効率的な病床運用に取り組んだ結果、平均在院日数は短縮し、患者1人1日あたりの診療額は向上しました。令和4年度の病床稼働率低下については、新型コロナウイルス感染症患者数の増、院内クラスターの発生等の影響により、病床の稼働制限や救急患者の受入制限を実施したことによるものです。このような状況下においても、新入院・新外来患者数は増加しており、地域の医療機関等との紹介・逆紹介による連携体制は強化されていることから、今後も現状の取組を継続していきます。また、新型コロナウイルス感染拡大以前からの病床稼働率の低下については、地域の医療需要等を分析し、病床再編についての検討を実施していきます。

分院では、本院からの高度急性期後の患者の受入れや近隣医療機関及び高齢者入居施設等からの紹介患者の受入に努めましたが、新型コロナウイルス感染症の院内クラスター発生による受入れ制限等の影響により、延患者数は入院・外来ともに計画値を下回る結果となりました。今後も引き続き積極的な患者受入に努め、患者数の増を目指します。

主な経営指標等の年次推移







「手術室稼働率の向上」について、麻酔科医師の確保、手術室看護師の育成等を行いました。手術室稼働率は計画値には達しませんでした。しかしながら、前年度より全身麻酔件数及び時間外の緊急手術も含めた総稼働時間は増加したことから、手術室の稼働状況は向上していると考えられます。

「施設基準の取得・維持」について、新規施設基準及び上位施設基準の取得並びに既に取得している施設基準を維持するための院内体制の整備等を実施した結果、新規施設基準24件、上位施設基準2件を取得することができました。

「その他の収入確保」について、人間ドック利用者数は、病院広報誌への掲載によるPR等を実施し、昨年度と比較して73人の増となったものの、計画値を大きく下回る結果となりました。人間ドック利用者数増に向けた対策として、病院広報誌への情報掲載に加え、アンケート調査を実施し、その結果を基にニーズに合わせたコースやオプション項目の設定の見直し等を検討していきます。敷地内保険調剤薬局の誘致による医業外収入（土地賃貸料）の確保では、事業者と事業用定期借地権設定契約を締結し、令和4年4月から土地の貸与と賃料徴収を開始し、年間1億1,400万円（令和29年度までの26年間で29億6,400万円）の賃料収入を得ることができました。

「未収金対策」について、関係部署が連携して経済的問題を抱える患者へ早期介入し、発生防止に努めました。また、発生した未収金については、回収が困難と思われる案件を早期に法律事務所へ依頼することで、回収強化を図りました。今後は、未収金額が高額となる可能性の高い外国人患者の未収金を補てんするための外国人患者未収金補償保険への加入を予定しています。

2 支出の抑制

「薬品費・診療材料費の抑制」について、価格交渉や共同購入等を行い、薬品費比率（対医業収益比）及び診療材料費比率（対医業収益比）は、本院・分院ともに計画値を達成することができました。後発医薬品比率については、金額ベースでの比率が計画値に達していないため、今後は、抗がん剤等の高額医薬品の後発医薬品及びバイオシミラーへの切替えに向けた取組を継続的に実施していきます。

「委託料の抑制」について、仕様の見直し及び公募型プロポーザル等を実施したことで、委託料比率（対医業収益比）は計画値を達成することができました。

3 病院機能の検討

「病院機能の検討」について、「医師の働き方改革」への対応及び「公立病院経営強化プラン」の策定を含めて、今後の作業工程及び不採算事業の洗い出しについて検討しました。

II 良質で安全な医療の提供

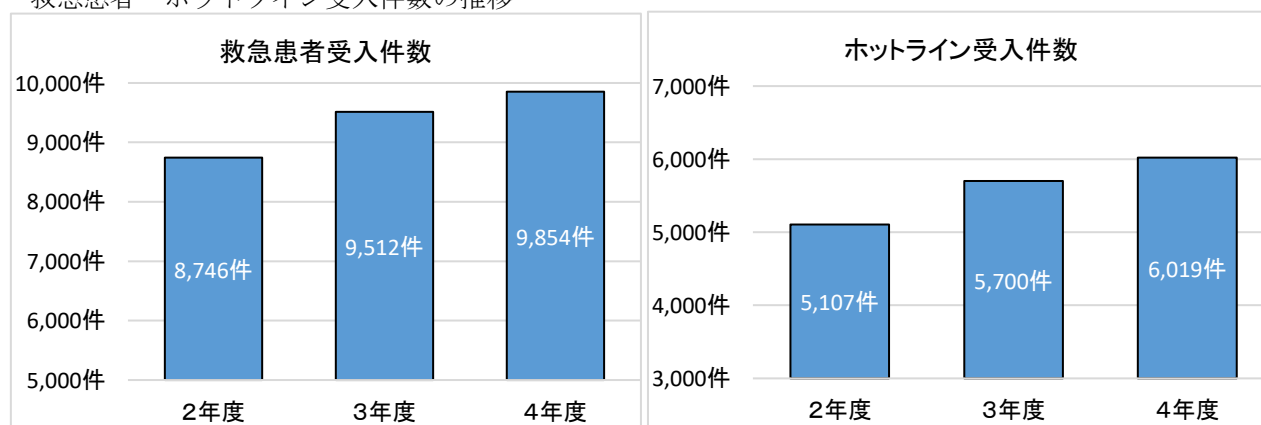
1 良質な医療の提供

「良質な医療の提供」について、がん、脳卒中、心血管疾患及び糖尿病等に対する高度専門医療・専門医療の提供、各種チーム医療の充実、他医療機関等との連携強化、教育・研修等の充実及び医療安全・感染防止対策への取組等を実施しました。

「高度専門医療及び専門医療の提供」について、がんゲノム医療連携病院の指定を受け、ゲノム医療を必要とする患者への専門的な医療の提供に努めました。脳卒中及び心血管疾患の患者に対しては、24時間体制での専門医による精密な診断、治療を実施しました。

「24時間体制での高度な救急医療の提供」について、8系統16診療科による当直・待機体制の維持に努め、救急患者受入件数（ウォークインによる救急外来受診患者含む）は、計画値には達しませんでした。前年度と比較して342件の増となりました。ホットライン受入件数（ドクターヘリ含む）は前年度と比較して319件の増となり、計画値を達成することができました。今後も引き続き8系統16診療科による当直・待機体制を維持し、救急患者の積極的な受入に努めます。

救急患者・ホットライン受入件数の推移



「**24時間体制での周産期医療の提供**」について、妊産婦（ハイリスク妊産婦を含む）の積極的な受入に努めました。他施設からの新生児の受入については、慢性的な医師、看護師不足の状態が続いている状況においても、君津保健医療圏（以下、君津医療圏という。）及び市原等の他医療圏からの受入依頼に対応しました。また、構成4市及び市原市の保健師と院内関係者とのカンファレンス等の開催及び地域の周産期施設との連携を図ることで、地域周産期医療の充実に努めました。

「**緩和医療の充実**」について、他医療機関との医療連携の強化、緩和ケア面談枠の増設及び緩和ケア外来の設置等により、がん患者等への緩和ケアのスムーズな受入につながることができました。

「**良質な医療提供のための人材確保**」について、医師の確保では、大学医局との派遣交渉、医師紹介業者の活用等により、腎臓内科、麻酔科等の医師の確保につなげることができました。また、民間人材斡旋事業者の活用により、麻酔科常勤医師の不足分に対してスポット対応を実施しました。看護師の確保では、病院見学の実施及び合同就職説明会への出展等、採用活動を実施したことで、実働看護師の確保につながりました。医療技術員の確保では、人員計画に基づく採用により、必要な人員を確保しました。

「**専門職による良質な医療の提供**」について、各チーム医療において多職種協働により診療、ケアにあたることで、患者一人ひとりの状態に合わせた良質な医療を提供することができました。

「**地域医療連携の推進**」について、地域の医療機関等との面会、入退院支援クラウドサービスによる入退院交渉の開始、地域の医療従事者を対象とした研修会の開催等、地域連携に係る様々な取組を実施した結果、紹介率・逆紹介率は計画値を達成することができました。

「**分院における地域に根ざした医療の提供**」について、君津医療圏の二次救急輪番へ参加し、地域の救急患者の受入に努めるとともに、本院からの専門医派遣による各種専門医療の提供に努めました。また、要介護度が高く、通院困難な患者への在宅医療の提供に努めました。

2 医療の質の向上

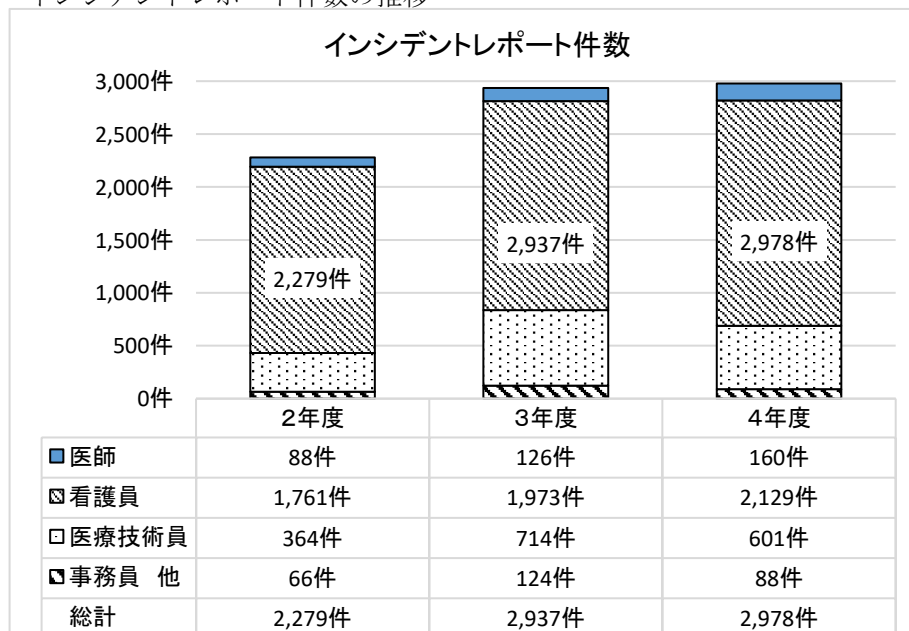
「**教育・研修等の充実**」について、初期臨床研修では、臨床研修評価の更新訪問審査を受審し、認定を更新することができました。また、第三者による評価を受けたことで、当院における研修プログラムや研修状況の改善点を洗い出すことができました。後期臨床研修では、新たに内科領域及び外科領域の専攻医を確保し、専門研修を開始することができました。看護師教育については、看護実践能力の向上を目的とした研修、新人看護職員研修及び看護教育指導者研修等を計画どおり実施し、また、特定認定看護師の育成にも計画的に取り組んだことで、看護の質の向上につながることができました。医療技術員については、各業務に精通した人材を育成するために、各種認定資格の取得、学会発表及び院外研修会等への参加に努めました。

「利用者満足度の向上」について、令和4年4月から患者総合支援センターの運用を開始し、がん相談支援センター、難病相談支援センターにおける患者・家族の不安を取り除くための支援の実施、速やかな回復期・生活期への移行に向けた周辺医療機関との連携の強化、在宅における療養と生活に必要な環境設定を入院初期から実施することができました。また、患者及び利用者満足度調査を実施し、その結果、本院・分院ともに少数ながら「不満・やや不満」との回答があることから、この原因を究明し、更なる満足度の向上に努めます。

3 安全な医療の提供

「医療安全対策・院内感染防止対策」について、全職員を対象としたeラーニングによる医療安全研修会及び感染防止対策研修会を開催しました。今後も研修会不参加者に対しての声掛けを実施するとともに、追加研修を実施し、受講率の向上を図ります。インシデントレポートの分析による医療安全対策の実施では、インシデントレポート報告総件数、医師の報告割合は、計画値に達しませんでした。引き続きインシデントレポートの重要性について啓発し、ゼロレベルの報告を促すとともに同じ事例に対して複数の職員が関わっている場合は、それぞれの職員に異なる立場での報告を求めています。

インシデントレポート件数の推移



抗菌薬適正使用支援チーム（AST）の活動では、届出のあった抗菌薬使用症例ごとに検証を行い、必要に応じて介入または抗菌薬使用に関する助言を行ったことで、抗菌薬使用の適正化を図ることができました。他医療機関との医療安全対策及び感染防止対策の相互評価については、医療安全管理部門を持つ医療機関及び感染制御チームを持つ医療機関との相互の評価を実施したことで、相互の問題点が抽出され、更なる対策の充実を図ることができました。

4 災害時等における医療体制の充実

「災害時等における医療体制の充実」について、アクアラインマラソンの開催に併せて大規模災害を想定した訓練を実施しました。

「新たな病院進入道路の整備」について、進捗はありませんでしたが、今後、構成4市の意見を集め、企業団議会議員全員協議会に報告することとします。

「事業継続計画（BCP）の充実」について、地下水活用による災害時等における水資源の確保では、地下水浄化供給設備を整備し、令和5年2月から運用を開始したことで、災害時等に2系統の給水による水資源を確保できる体制を整備しました。BCPについては、地下水浄化供給設備の整備による水資源確保及び病院前国道不通時の対応等を盛り込んだ改訂を実施します。

5 施設・設備及び医療機器等の整備

「施設・設備の計画的な整備」について、「君津中央病院企業団施設総合管理計画」に基づき、費用を抑制したうえで、計画的な改修及び更新工事を実施しました。敷地内保険調剤薬局の誘致については、令和5年3月から、建設された建物（アメニティ棟）の2、3階の供用を開始したことで、本院内で不足していた施設を確保することができました。

「情報システムの計画的な導入・更新」について、医療機能を維持するために必要な医療機器及び情報システムを計画的に導入・更新することができました。

6 分院の整備

「分院の整備」について、建替えを見据えたうえでの経年劣化した箇所の修繕を行いました。今後も医療機能を維持していくうえで必要な修繕を実施していくとともに、建替えについては、院内で協議の場を設置し、平成28年度に策定した「君津中央病院企業団病院事業施設整備基本計画」に「公立病院経営強化ガイドライン」の内容を踏まえて具体的な検討を進めていきます。

Ⅲ 勤務環境の整備

1 勤務環境の整備

「医師の働き方改革への対応」について、各診療科の所属長へアンケート調査を実施し、その結果を基に医師労働時間短縮計画を策定しました。他職種へのタスクシフトについては、医師事務作業補助者、特定行為研修修了看護師等の配置により、医師の負担軽減を図りました。

「働きやすい職場環境の整備」について、業務内容や処遇等に関する職員満足度調査を実施し、満足度は77.4%と計画値には達しませんでした。また、全職員を対象としたハラスメント研修及びアサーション研修並びに看護局における中途入職者フォローアップ研修を実施し、職員満足度の向上及び離職率の低下を図りました。

「職員定数の見直し」について、今後医師の働き方改革を踏まえた職員定数条例の見直しについて検討していきます。

(2) 主要施策の項目別達成状況の詳細

第6次5か年経営計画の令和4年度達成状況については、12ページから55ページのとおりです。

4 財務計画の達成状況等

(1) 財務計画の達成状況

令和4年度の財務計画は、次のような結果となりました。

業務量においては、本院は、新型コロナウイルス感染拡大の影響もあり、入院延患者数は計画数192,720人に対し決算数170,954人、1日平均入院患者数は計画数528人に対し決算数468人、外来延患者数は計画数285,525人に対し決算数267,992人、1日平均外来患者数は計画数1,175人に対し決算数1,103人となりました。分院は、入院延患者数は計画数11,680人に対し決算数10,256人、1日平均入院患者数は計画数32人に対し決算数28人、外来延患者数は計画数41,310人に対し決算数37,344人、1日平均外来患者数は計画数170人に対し決算数154人となり、本院・分院ともに計画数を下回る結果となりました。

収益的収支においては、本院は、新型コロナウイルス感染拡大や燃料価格・物価高騰の影響がある中で、経常損益の計画額1,800万円の利益に対し、決算額は3億1,600万円の利益となりました。分院は、クラスター発生の影響もあり、コロナ関連補助金収入があったものの、経常損益の計画額200万円の利益に対し、決算額は4,200万円の損失となりました。

資本的収支においては、収入から支出を差し引いた資金不足額は計画額14億5,300万円に対し、決算額は14億1,900万円となりました。この資金不足額の補てん財源となる損益勘定留保資金と積立金等を合わせた内部留保資金の翌年度繰越額は、計画額23億5,200万円に対し決算額は26億5,900万円となりました。

経営指標については、本院の経常収支比率及び材料費比率で良好な結果を示しました。

(2) 財務計画の達成状況等の具体的な数値等

財務計画の具体的な達成状況は、60ページから64ページのとおりです。

第6次5か年経営計画の令和4年度達成状況

【達成状況の自己評価】

評価	項目数
○ : 達成度100%以上	52
△ : 達成度70%以上100%未満	28
× : 達成度70%未満	5

I 安定的な経営の確保

1 収入の確保

No.	目標	行動計画	令和4年度の具体的な取組内容
(1)	入院及び外来患者数の増 【本・分院】	<p>【本院】</p> <p>紹介及び救急からの新規患者獲得</p> <p>[令和4年度行動計画]</p> <p>①近隣医療圏も含めた医療機関との連携強化</p> <p>②救急患者の受入れ</p>	<p>①近隣医療圏も含めた医療機関との連携強化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・近隣の医療機関に加え、医療圏外の転院患者数の多い安房地域医療センター、館山病院に医師、MSW及び理学療法士等の多職種で訪問した。 ・各診療科長を対象に「連携を深めたい医療機関アンケート」を実施した。アンケートの結果、希望があった医療機関を患者総合支援センター副センター長及び診療科長が訪問し、急性期患者の紹介について情報共有の機会を得た。 <p>②救急患者の受入れ</p> <p>8系統16診療科による当直・待機体制での救急患者の受入れを行った。</p>

令和4年度達成状況

実績及び成果		第6次5か年計画					
【評価指標】		2年度	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度
延入院患者数	計画値	191,625人	192,720人	193,980人	193,450人	193,450人	
	実績値	173,787人	176,617人	170,954人			
	差	▲15,008人	▲21,766人				
1日あたりの入院患者数	計画値	525人	528人	530人	530人	530人	
	実績値	476人	484人	468人			
	差	▲41人	▲60人				
延外来患者数	計画値	284,350人	285,525人	285,525人	285,525人	284,350人	
	実績値	262,715人	274,621人	267,992人			
	差	▲9,729人	▲17,533人				
1日あたりの外来患者数	計画値	1,175人	1,175人	1,175人	1,175人	1,175人	
	実績値	1,081人	1,135人	1,103人			
	差	▲40人	▲72人				

【新規患者数等】

	3年度	4年度	差
新規入院患者数	13,661人	13,786人	125人
新規外来患者数	38,645人	39,804人	1,159人
平均在院日数	11.9日	11.4日	▲0.5日

【紹介及び救急患者数】（詳細は28・29ページ及び38・39ページ参照）

	3年度	4年度	差	
紹介患者数	21,851人	21,825人	▲26人	
うち、入院につながった患者数	4,888人	4,717人	▲171人	
救急患者数	入院	4,628人	4,624人	▲4人
	外来	4,884人	5,230人	346人

【実績分析】
延入院患者数及び延外来患者数は減少しているが、新規入院患者数及び新規外来患者数は増加していることから、地域の医療機関等との紹介・逆紹介による連携体制は強化されているものと考えられる。

評価

今後の取組及び方向性
<p>①近隣医療圏も含めた医療機関との連携強化 医療機関への訪問や勉強会の開催等を通じて、「顔の見える関係」を構築し、更に連携を深めていく。</p> <p>②救急患者の受入れ 8系統16診療科による当直・待機体制での救急患者の受け入れを維持する。</p>

△

No.	目標	行動計画	令和4年度の具体的な取組内容
		<p>【分院】 紹介及び救急からの新規患者獲得</p> <p>[令和4年度行動計画] ①本院、近隣医療機関及び高齢者入居施設等との連携による患者の受入れ ②救急患者の受入れ</p>	<p>①本院、近隣医療機関及び高齢者入居施設等との連携による患者の受入れ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本院MSWとの定期的な現況報告及び意見交換等を実施した。 ・本院で導入した入退院支援クラウドサービスを活用し、本院からの急性期後の患者を積極的に受け入れた。 <p>②救急患者の受入れ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・二次救急輪番、日曜休日当番医として対応した。 ・発熱外来対応医療機関として、新型コロナウイルス感染症に対応した。
(2)	<p>病床稼働率の向上 【本院】</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・原則、DPC入院期間Ⅱでの退院 ・医療需要を見据えた効率的な病床運用 ・クリニカルパスの見直し <p>[令和4年度行動計画] ①DPC入院期間の最適化 入院期間Ⅱ以内での退院促進 ②病床の効率的な運用 適宜病床管理部会を開催し、病床運用の効率化に向けた検討を実施 ③クリニカルパスの見直し 令和4年度診療報酬改定への適応</p>	<p>①DPC入院期間の最適化 電子カルテ上でのDPC入院期間Ⅱの表示や病棟ごとに入院患者の入院期間Ⅱの一覧表を作成し周知することで、入院期間Ⅱ以内での退院を促した。</p> <p>②病床の効率的な運用 新型コロナウイルス感染症患者数の増、院内クラスターの発生、病棟スタッフの出勤停止（コロナ関連）等の影響により病床の稼働制限を余儀なくされたが、適宜病床管理部会で協議を行い、病棟間におけるスタッフの応援体制の整備等により、最大限かつ効率的な病床運用に努めた。</p> <p>③クリニカルパスの見直し 令和4年度診療報酬改定に適応したクリニカルパスへの改訂を実施した。</p>

令和4年度達成状況

実績及び成果		第6次5か年計画					
		2年度	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度
延入院患者数	計画値		10,950人	11,680人	11,712人	11,680人	11,680人
	実績値	9,529人	10,975人	10,256人			
	差		25人	▲1,424人			
1日あたりの入院患者数	計画値		30人	32人	32人	32人	32人
	実績値	26人	30人	28人			
	差		0人	▲4人			
延外来患者数	計画値		41,140人	41,310人	41,310人	41,310人	41,140人
	実績値	36,671人	37,217人	37,344人			
	差		▲3,923人	▲3,966人			
1日あたりの外来患者数	計画値		170人	170人	170人	170人	170人
	実績値	151人	154人	154人			
	差		▲16人	▲16人			

【救急患者の受入れ実績】（詳細は38・39ページ参照）

	3年度	4年度	差
二次救急医療受入件数	542件	451件	▲91件

【実績分析】
 新型コロナウイルス感染症の院内クラスター発生による受入れ制限及び近隣の高齢者入居施設等での新型コロナウイルス感染症のクラスター発生による施設からの紹介患者数の減少が分院の患者数の減につながったものと考えられる。

評価	今後の取組及び方向性
△	①本院、近隣医療機関及び高齢者入居施設等との連携による患者の受入れ ②救急患者の受入れ
△	①DPC入院期間の最適化 入院期間Ⅱ以内での退院促進 ②病床の効率的な運用 ・適宜病床管理部会を開催し、地域の医療機関の動向を注視して、病床運用の効率化を図る。 ・新型コロナウイルス感染症の第5類移行に伴う入院病床の取扱いについて、感染制御部と連携し、病床管理部会において協議する。 ③クリニカルパスの見直し パス分析により、改訂が必要なパスの見直しを実施するとともに、新規パスの導入を行う。 病床再編の検討 病床稼働率の低下について地域の医療需要等を分析し、病床再編について検討を行う。

【評価指標】		第6次5か年計画					
		2年度	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度
病床稼働率	計画値		80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上
	実績値	72.1%	73.3%	71.0%			
	差		▲6.7%	▲9.0%			
一般病床	計画値		90%以上	90%以上	90%以上	90%以上	90%以上
	実績値	80.7%	81.7%	79.1%			
	差		▲8.3%	▲10.9%			
特殊病床	計画値		48%以上	48%以上	48%以上	48%以上	48%以上
	実績値	44.9%	46.8%	47.6%			
	差		▲1.2%	▲0.4%			
DPC入院期間Ⅱ以内での退院割合(予定/緊急)	計画値		70%以上	70%以上	70%以上	70%以上	70%以上
	実績値	70.2%	72.0%	72.2%			
	差		2.0%	2.2%			
予定入院	実績値	83.6%	85.0%	85.6%			
緊急入院	実績値	55.1%	56.7%	56.8%			

【実績分析】
 全体では前年度より2.3ポイント減、一般病床では2.6ポイント減、特殊病床では0.8ポイント上昇したものの、計画値には達しなかった。病床稼働率の低下は、新型コロナウイルス感染症患者数の増、院内クラスターの発生、病棟スタッフの出勤停止（コロナ関連）等の影響による病床の稼働制限を実施したことによる影響が大きい。

評価	今後の取組及び方向性
△	①DPC入院期間の最適化 入院期間Ⅱ以内での退院促進 ②病床の効率的な運用 ・適宜病床管理部会を開催し、地域の医療機関の動向を注視して、病床運用の効率化を図る。 ・新型コロナウイルス感染症の第5類移行に伴う入院病床の取扱いについて、感染制御部と連携し、病床管理部会において協議する。 ③クリニカルパスの見直し パス分析により、改訂が必要なパスの見直しを実施するとともに、新規パスの導入を行う。 病床再編の検討 病床稼働率の低下について地域の医療需要等を分析し、病床再編について検討を行う。

No.	目標	行動計画	令和4年度の具体的な取組内容
(3)	手術室稼働率の向上 【本院】	<ul style="list-style-type: none"> ・麻酔科医の確保 ・手術室看護師の育成 ・効率的な手術枠運用 ・手術空き枠の早期開示 <p>[令和4年度行動計画]</p> <ul style="list-style-type: none"> ①麻酔科医の確保 ②手術室看護師の育成 ③中央手術部委員会において、効率的な手術枠運用について検討 	<ul style="list-style-type: none"> ①麻酔科医の確保 複数の麻酔科スポット医師紹介業者の活用により、麻酔科非常勤医師のスポット対応を実施した。 ②手術室看護師の確保・育成 ・手術室看護師の人員を確保するため、手術室看護師経験者を採用・配置した。 ・各診療科、臨床工学技科及び呼吸ケアチーム等の勉強会へ参加するなど、継続的な教育の実施により、手術室看護師のスキル向上に努めた。 ③中央手術部委員会において、効率的な手術枠運用について検討 手術室の利用状況等の分析を外部委託し、現状の把握及び問題点の抽出を行った。また、その結果を毎月中央手術部委員会へ報告し、効率的な手術運用に向けた検討を行った。
(4)	施設基準の取得・維持 【本・分院】	<p>【本院】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新規及び上位施設基準の取得 ・取得している施設基準の維持 <p>[令和4年度行動計画]</p> <ul style="list-style-type: none"> ①令和4年度診療報酬改定で新設された施設基準等の取得に向けた体制整備 ②施設基準を維持するための人員配置等の把握・調整 	<ul style="list-style-type: none"> ①令和4年度診療報酬改定で新設された施設基準等の取得に向けた体制整備 ・各種WEBセミナー等を受講し、情報収集を行った。 ・関係部署で協議し、要件を満たすための体制整備を行った。 ②施設基準を維持するための人員配置等の把握・調整 施設基準の要件を満たしているか、関係部署へのヒアリング等による点検を実施した。
		<p>【分院】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新規及び上位施設基準の取得 ・取得している施設基準の維持 <p>[令和4年度行動計画]</p> <ul style="list-style-type: none"> ①令和4年度診療報酬改定で新設された施設基準等の取得に向けた体制整備 ②施設基準を維持するための人員配置等の把握・調整 	<ul style="list-style-type: none"> ①令和4年度診療報酬改定で新設された施設基準等の取得に向けた体制整備 ②施設基準を維持するための人員配置等の把握・調整 ・施設基準の要件を満たしているか、人員配置等を確認した。 ・医事会計システムに処方薬を一般名に変換する機能を付加し、一般名処方の対応を可能にした。

令和4年度達成状況							今後の取組及び方向性												
実績及び成果						評価													
【評価指標】																			
		第5次3か年計画		第6次5か年計画															
		2年度	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度												
手術室稼働率	計画値		65%	68%	70%	70%	70%												
	実績値	61.8%	65.4%	65.6%															
	差		0.4%	▲2.4%															
<p>【麻酔科医（常勤医）の確保】</p> <p>令和4年度当初 5人 令和5年度当初 6人（前年度比 1人増）</p> <p>【看護師の配置状況】</p> <p>令和4年度当初 32人 令和5年度当初 34人（前年度比 2人増）</p> <p>【手術件数】</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>3年度</th> <th>4年度</th> <th>差</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>手術室手術件数</td> <td>5,514件</td> <td>5,672件</td> <td>158件</td> </tr> <tr> <td>うち全身麻酔手術件数</td> <td>2,840件</td> <td>3,021件</td> <td>181件</td> </tr> </tbody> </table> <p>【実績分析】</p> <p>手術室稼働率は計画値には達しなかったが、前年度より全身麻酔件数は181件（6.4%増）増加していることから、手術室の稼働状況は向上していると考えられる。稼働率の計画値達成には、現状の看護師数と勤務体制に課題があるとされている。</p>									3年度	4年度	差	手術室手術件数	5,514件	5,672件	158件	うち全身麻酔手術件数	2,840件	3,021件	181件
	3年度	4年度	差																
手術室手術件数	5,514件	5,672件	158件																
うち全身麻酔手術件数	2,840件	3,021件	181件																
△																			
【新規・上位基準の取得による増収額（主なもの）】																			
施設基準		増収額 ※令和4年度実績																	
【上位】入退院支援加算1 (入院時支援加算2含む)		約2,600万円																	
【上位】 医師事務作業補助体制加算1 (20対1)		約620万円 ※DPCのみ																	
【新規】感染対策向上加算1 (指導強化加算含む)		約1,800万円 ※DPCのみ																	
【新規】 早期離床・リハビリテーション加算		約270万円																	
【新規】 前立腺針生検法（MRI撮影及び 超音波検査融合画像によるもの）		約870万円																	
<p>【新規・上位施設基準届出実績】</p> <p>○新規施設基準 24件 ○上位施設基準 2件</p>																			
【新規・上位基準の取得による増収額（主なもの）】																			
施設基準		増収額																	
【新規】一般名処方加算		約10万円																	
○																			
<p>①令和6年度診療報酬改定に向けた情報収集を実施</p> <ul style="list-style-type: none"> 各種WEBセミナーを受講し、改定の動向を確認する。 新設される施設基準の把握及び取得に向けた体制整備を実施する。 <p>②施設基準を維持するための人員配置等の把握、調整</p>																			
○																			

No.	目標	行動計画	令和4年度の具体的な取組内容
(5)	その他の収入確保 【本・分院】	人間ドック利用者数の増 [令和4年度行動計画] ①人間ドック利用者数増に向けた対策の検討及び実施 ②令和5年度会計年度任用職員の間ドック開始に向けた体制整備	①人間ドック利用者数増に向けた対策の検討及び実施 ・人間ドックに関する情報を病院広報誌へ掲載した。 ・人間ドック利用者構成比率を調査した。 ・利用者へのアンケート実施を検討した。 ②令和5年度会計年度任用職員の間ドック開始に向けた体制整備 会計年度任用職員の間ドックを開始にあたり、運用面について関連部署が協議を実施した。
		健康診断事業の拡充 [令和4年度行動計画] 健康診断受診者数増に向けた対策の検討	健康診断受診者数増に向けた対策の検討及び実施 ・健康診断に関する情報を病院ホームページや病院広報誌へ掲載することでPRを実施した。 ・新規採用職員に対し、当院で健康診断を受けることができる旨周知した。 (附属看護学校からの採用者は、学校で受診申込の取りまとめを実施)
		敷地内保険調剤薬局の誘致による医業外収入(土地賃貸料)の確保 [令和4年度行動計画] 敷地内保険調剤薬局の建設及び供用開始に向けた準備 ・令和4年4月～ 建設工事開始 ・令和5年4月～ 利用開始	敷地内保険調剤薬局の建設及び供用開始に向けた準備 ・事業者と事業用定期借地権設定契約を締結し、令和4年4月から土地の貸与と賃料徴収を開始した。 ・令和4年4月から建物の建設工事を開始した。 ・病院が利用する2、3階の建物賃貸借契約の内容について、事業者と協議した。 ・令和5年3月4日から、建設された建物(アメニティ棟)の2、3階の利用を開始した。 (建物一時使用目的賃貸借契約に基づく賃料支払発生)
		その他増収策の検討 [令和4年度行動計画] その他増収策の検討	その他増収策の検討 令和5年2月から地下水浄化供給設備の整備に伴う行政財産使用許可により、土地の貸与と賃料徴収を開始した。
(6)	未収金対策 【本・分院】	【本院】 未収金の発生防止 [令和4年度行動計画] ①外来、病棟、医事課及びMSWの連携による経済的問題を抱える患者への早期介入 ②支払相談への対応	①外来、病棟、医事課及びMSWの連携による経済的問題を抱える患者への早期介入 ・病棟スタッフやMSWとの連携により支払困難者の早期把握に努め、各種公費や社会保障制度の活用を積極的に勧めた。 ・社会保険労務士による無料相談会を開催した。(月1回) ②支払相談への対応 入院案内時に支払困難者の把握に努め、対象者には窓口会計班職員による支払相談を積極的に実施した。

令和4年度達成状況

実績及び成果		評価		今後の取組及び方向性																																																														
【評価指標】				①人間ドック利用者数増に向けた対策の検討及び実施 ・病院広報誌への情報掲載を行う。 ・新規利用者獲得に向けたPR方法等を検討、実施する。 ・人間ドック利用者構成比率の調査及び利用者アンケート実施をする。 ・アンケートの結果を基に、ニーズに合わせて、コース設定やオプション項目等の設定の見直しを検討する。 ②会計年度任用職員の人間ドック開始（令和5年4月から）																																																														
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2"></th> <th colspan="2">第5次3か年計画</th> <th colspan="5">第6次5か年計画</th> </tr> <tr> <th colspan="2"></th> <th>2年度</th> <th>3年度</th> <th>4年度</th> <th>5年度</th> <th>6年度</th> <th>7年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">利用者数</td> <td>計画値</td> <td></td> <td>3,870人</td> <td>3,890人</td> <td>3,890人</td> <td>3,890人</td> <td>3,870人</td> </tr> <tr> <td>実績値</td> <td>2,323人</td> <td>2,570人</td> <td>2,643人</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>差</td> <td></td> <td>▲1,300人</td> <td>▲1,247人</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				第5次3か年計画		第6次5か年計画							2年度	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	利用者数	計画値		3,870人	3,890人	3,890人	3,890人	3,870人	実績値	2,323人	2,570人	2,643人				差		▲1,300人	▲1,247人						×																							
		第5次3か年計画		第6次5か年計画																																																														
		2年度	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度																																																											
利用者数	計画値		3,870人	3,890人	3,890人	3,890人	3,870人																																																											
	実績値	2,323人	2,570人	2,643人																																																														
	差		▲1,300人	▲1,247人																																																														
【人間ドック利用者構成比率】																																																																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2"></th> <th>3年度</th> <th>4年度</th> <th>差</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">職員</td> <td></td> <td>23.1%</td> <td>22.2%</td> <td>▲0.9%</td> </tr> <tr> <td>新規</td> <td>12.6%</td> <td>14.2%</td> <td>1.6%</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">職員以外</td> <td></td> <td>64.3%</td> <td>63.6%</td> <td>▲0.7%</td> </tr> <tr> <td>リピーター</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				3年度	4年度	差	職員		23.1%	22.2%	▲0.9%	新規	12.6%	14.2%	1.6%	職員以外		64.3%	63.6%	▲0.7%	リピーター																																													
		3年度	4年度	差																																																														
職員		23.1%	22.2%	▲0.9%																																																														
	新規	12.6%	14.2%	1.6%																																																														
職員以外		64.3%	63.6%	▲0.7%																																																														
	リピーター																																																																	
【実績分析】																																																																		
○病院広報誌へ情報掲載することによりPRを行い、前年度と比較して73人の増となったが、計画値を大きく下回る結果となった。 ○人間ドック利用者構成比率の調査を行ったが、その結果を営業活動に繋げることができなかった。 ○利用者へのアンケート実施を検討したが、実施には至らなかった。																																																																		
【評価指標】				健康診断受診者数増に向けた対策の検討及び実施 ・病院ホームページや病院広報誌への情報掲載を行う。 ・新規受診者獲得に向けたPR方法等を検討、実施する。																																																														
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2"></th> <th colspan="2">第5次3か年計画</th> <th colspan="5">第6次5か年計画</th> </tr> <tr> <th colspan="2"></th> <th>2年度</th> <th>3年度</th> <th>4年度</th> <th>5年度</th> <th>6年度</th> <th>7年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">受診者数</td> <td>計画値</td> <td></td> <td>500人以上</td> <td>300人以上</td> <td>300人以上</td> <td>300人以上</td> <td>300人以上</td> </tr> <tr> <td>実績値</td> <td>133人</td> <td>187人</td> <td>217人</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>差</td> <td></td> <td>▲313人</td> <td>▲83人</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				第5次3か年計画		第6次5か年計画							2年度	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	受診者数	計画値		500人以上	300人以上	300人以上	300人以上	300人以上	実績値	133人	187人	217人				差		▲313人	▲83人						△																							
		第5次3か年計画		第6次5か年計画																																																														
		2年度	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度																																																											
受診者数	計画値		500人以上	300人以上	300人以上	300人以上	300人以上																																																											
	実績値	133人	187人	217人																																																														
	差		▲313人	▲83人																																																														
【実績分析】																																																																		
○病院広報誌への情報掲載によるPRや、新規採用職員に対する周知を行い、前年度と比較して30人の増となったが、計画値には達しなかった。 ○受診者の内訳は、一般171人、職員採用予定者46人となり、前年度と比較して一般では48人増、職員採用予定者では18人減となった。一般の受診者は増加傾向にあり、更なる新規受診者増に向けてPRを強化する必要がある。																																																																		
令和4年4月から事業用定期借地権設定契約に基づく事業者への土地の貸与を開始し、年間1億1,400万円（月950万円）の賃料収入を得ることができた。（令和29年度までの26年間、毎年1億1,400万円の収入を確保）				○																																																														
令和5年2月から地下水浄化供給設備整備及び運営維持管理業務契約に基づく事業者への土地の貸与を開始し、2か月分213,400円の賃料収入を得ることができた。（月106,700円、年間1,280,400円）（地下水浄化供給開始から令和25年1月までの20年間で総額25,608,000円の収入を確保）				○																																																														
【評価指標】				①外来、病棟、医事課及びMSWの連携による経済的問題を抱える患者への早期介入 ②支払相談への対応																																																														
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2"></th> <th colspan="2">第5次3か年計画</th> <th colspan="5">第6次5か年計画</th> </tr> <tr> <th colspan="2"></th> <th>2年度</th> <th>3年度</th> <th>4年度</th> <th>5年度</th> <th>6年度</th> <th>7年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">新規入院未収金発生率</td> <td>計画値</td> <td></td> <td>0.45%以下</td> <td>0.45%以下</td> <td>0.45%以下</td> <td>0.45%以下</td> <td>0.45%以下</td> </tr> <tr> <td>実績値</td> <td>0.47%</td> <td>0.45%</td> <td>0.44%</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>差</td> <td></td> <td>0.00%</td> <td>△0.01%</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">新規外来未収金発生率</td> <td>計画値</td> <td></td> <td>0.10%以下</td> <td>0.10%以下</td> <td>0.10%以下</td> <td>0.10%以下</td> <td>0.10%以下</td> </tr> <tr> <td>実績値</td> <td>0.10%</td> <td>0.10%</td> <td>0.10%</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>差</td> <td></td> <td>0.00%</td> <td>0.00%</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				第5次3か年計画		第6次5か年計画							2年度	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	新規入院未収金発生率	計画値		0.45%以下	0.45%以下	0.45%以下	0.45%以下	0.45%以下	実績値	0.47%	0.45%	0.44%				差		0.00%	△0.01%				新規外来未収金発生率	計画値		0.10%以下	0.10%以下	0.10%以下	0.10%以下	0.10%以下	実績値	0.10%	0.10%	0.10%				差		0.00%	0.00%						○	
		第5次3か年計画		第6次5か年計画																																																														
		2年度	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度																																																											
新規入院未収金発生率	計画値		0.45%以下	0.45%以下	0.45%以下	0.45%以下	0.45%以下																																																											
	実績値	0.47%	0.45%	0.44%																																																														
	差		0.00%	△0.01%																																																														
新規外来未収金発生率	計画値		0.10%以下	0.10%以下	0.10%以下	0.10%以下	0.10%以下																																																											
	実績値	0.10%	0.10%	0.10%																																																														
	差		0.00%	0.00%																																																														
※新規入院未収金発生率＝年度中に発生した患者負担未収金（入院）の総額／年度中に発生した医業収益総額 ※新規外来未収金発生率＝年度中に発生した患者負担未収金（外来）の総額／年度中に発生した医業収益総額																																																																		

No.	目標	行動計画	令和4年度の具体的な取組内容
		<p>【分院】 未収金の発生防止</p> <p>[令和4年度行動計画] ①看護係と事務係が連携し、経済的問題を抱える患者への早期介入 ②支払相談への対応</p>	<p>①看護係と事務係が連携し、経済的問題を抱える患者への早期介入 看護係と事務係の連携により支払困難者の早期把握に努め、各種公費や社会保障制度の活用を積極的に勧めた。</p> <p>②支払相談への対応 支払困難者の早期把握に努め、対象者には支払相談を積極的に実施した。</p>
		<p>【本院】 未収金の回収強化</p> <p>[令和4年度行動計画] ①病院職員による訪問徴収 ②法律事務所への未収金回収業務委託 ③法的措置の検討</p>	<p>①病院職員による訪問徴収 職員による訪問徴収を平日時間内だけでなく、未収金患者と接触しやすい夜間等にも実施した。</p> <p>②法律事務所への未収金回収業務委託 悪質滞納者の未収金については、早期に法律事務所に委託した。</p> <p>③法的措置の検討 支払督促等の法的措置の実施について法律事務所と検討した。</p>
		<p>【分院】 未収金の回収強化</p> <p>[令和4年度行動計画] ①病院職員による訪問徴収 ②法律事務所への未収金回収業務委託</p>	<p>①病院職員による訪問徴収 ②法律事務所への未収金回収業務委託</p>

2 支出の抑制

No.	目標	行動計画	令和4年度の具体的な取組内容
(1)	薬品費の抑制 【本・分院】	<p>【本院】 組織的な価格交渉の実施</p> <p>[令和4年度行動計画] ベンチマークシステムを活用した組織的な価格交渉による薬品費の縮減</p>	<p>ベンチマークシステムを活用した組織的な価格交渉による薬品費の縮減</p> <ul style="list-style-type: none"> ・令和4年4月 薬品単価契約開始 (上半期分・令和4年3月競争見積実施) ・令和4年8～9月 価格交渉の実施及び契約締結(上半期分) ・令和5年1～3月 価格交渉の実施及び契約締結(下半期分) ・令和5年3月 薬品競争見積実施(令和5年度分)

令和4年度達成状況		実績及び成果						評価	今後の取組及び方向性	
【評価指標】										
		第5次3か年計画		第6次5か年計画					○	
		2年度	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度			
新規入院未収金発生率	計画値	0.45%以下	0.45%以下	0.45%以下	0.45%以下	0.45%以下	0.45%以下			
	実績値	0.24%	0.17%	0.33%						
	差	△0.28%	△0.12%							
新規外来未収金発生率	計画値	0.01%以下	0.01%以下	0.01%以下	0.01%以下	0.01%以下	0.01%以下			
	実績値	0.07%	0.01%	0.01%						
	差	0.00%	0.00%							
※新規入院未収金発生率＝年度中に発生した患者負担未収金(入院)の総額／年度中に発生した医業収益総額 ※新規外来未収金発生率＝年度中に発生した患者負担未収金(外来)の総額／年度中に発生した医業収益総額										
【評価指標】										
		第5次3か年計画		第6次5か年計画					○	
		2年度	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度			
新規患者負担分発生未収金回収率	計画値	50%以上	50%以上	50%以上	50%以上	50%以上	50%以上			
	実績値	60.4%	57.4%	64.4%						
	差	7.4%	14.4%							
※新規患者負担分発生未収金回収率＝年度中に発生した患者負担分未収金の回収額／年度中に発生した患者負担分未収金の総額										
【評価指標】										
		第5次3か年計画		第6次5か年計画						○
		2年度	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度			
新規患者負担分発生未収金回収率	計画値	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上			
	実績値	95.8%	95.9%	93.9%						
	差	15.9%	13.9%							
※新規患者負担分発生未収金回収率＝年度中に発生した患者負担分未収金の回収額／年度中に発生した患者負担分未収金の総額										
運営委員会の評価		運営委員会からの意見等								

令和4年度達成状況		実績及び成果						評価	今後の取組及び方向性
【評価指標】									
		第5次3か年計画		第6次5か年計画					○
		2年度	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度		
薬品費比率 (医業収益比)	計画値	13.9%以下	14.8%以下	14.8%以下	14.8%以下	14.8%以下	14.8%以下		
	実績値	14.0%	14.0%	13.7%					
	差	0.1%	△1.1%						
【価格交渉による削減額】 価格交渉の実施により、価格交渉前の単価で購入した場合と比較して、17,232千円削減することができた。									
ベンチマークシステムを活用した組織的な価格交渉による薬品費の縮減 <ul style="list-style-type: none"> 令和5年4月 薬品単価契約開始 (上半期分・令和5年3月競争見積実施) 令和5年8～9月 価格交渉の実施及び契約締結 (上半期分) 令和6年1～3月 価格交渉の実施及び契約締結 (下半期分) 令和6年3月 薬品競争見積実施 (令和6年度分) 									

No.	目標	行動計画	令和4年度の具体的な取組内容
		<p>【分院】 組織的な価格交渉の実施</p> <p>[令和4年度行動計画] 本院と連携した組織的な価格交渉の実施による薬品費の縮減</p>	<p>本院と連携した組織的な価格交渉の実施による薬品費の縮減 本院と連携し、ベンチマークシステムを活用した価格交渉を実施した。</p>
		<p>【本院】 後発医薬品及びバイオシミラーへの積極的な切替え</p> <p>[令和4年度行動計画] 後発医薬品及びバイオシミラーへの切替えを実施</p>	<p>後発医薬品及びバイオシミラーへの切替えを実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ・薬剤科にて後発品及びバイオシミラーへの積極的な切替えを検討、実施した。 ・令和4年度の後発医薬品比率（数量ベース）が90%を超えたため、令和5年4月から「後発医薬品使用体制加算2」の上位基準である「後発医薬品使用体制加算1」の施設基準を取得することができた。
		<p>【分院】 後発医薬品及びバイオシミラーへの積極的な切替え</p> <p>[令和4年度行動計画] 後発医薬品及びバイオシミラーへの積極的な切替えを実施</p>	<p>後発医薬品及びバイオシミラーへの積極的な切替えを実施 後発品、バイオシミラーへの積極的な切替えを検討、実施した。</p>
(2)	<p>診療材料費の抑制 【本・分院】</p>	<p>【本院】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・組織的な価格交渉の実施 ・共同購入選定品への積極的な切替え <p>[令和4年度行動計画] ベンチマークシステムを活用した組織的な価格交渉及び共同購入による診療材料費の縮減</p>	<p>ベンチマークシステムを活用した組織的な価格交渉及び共同購入による診療材料費の縮減</p> <ul style="list-style-type: none"> ・令和4年4月 診療材料単価契約開始（令和4年3月競争見積実施） 検査試薬単価契約開始（令和4年3月競争見積実施） 診療材料共同購入の参加分野申請 ・令和4年6月 価格交渉の実施（診療材料・検査試薬） ・令和4年9月 価格交渉の契約締結 ・令和4年10月 価格交渉の実施（診療材料） ・令和4年11月 価格交渉の契約締結（診療材料） ・令和5年3月 診療材料競争見積実施（令和5年度分） 検査試薬競争見積実施（令和5年度分）

令和4年度達成状況

実績及び成果		第6次5か年計画						評価	今後の取組及び方向性
		2年度	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度		
【評価指標】									
薬品費比率 (医薬収益比)	計画値		3.9%以下	3.9%以下	3.9%以下	3.9%以下	3.9%以下	○	本院と連携した組織的な価格交渉の実施による薬品費の削減
	実績値	3.8%	3.7%	3.4%					
	差		△0.2%	△0.5%					
【価格交渉による削減額】 価格交渉の実施により、価格交渉前の単価で購入した場合と比較して、40,943円削減することができた。									
【評価指標】									
後発医薬品比率 (数量ベース)	計画値		90%以上	90%以上	90%以上	90%以上	90%以上	△	後発医薬品及びバイオシミラーへの切替えを実施 抗がん剤等の高額な医薬品の後発品、バイオシミラーへの切替えを検討するため、医薬品メーカー等からの情報収集に努める。
	実績値	89.7%	89.7%	92.0%					
	差		▲0.3%	2.0%					
後発医薬品比率 (金額ベース)	計画値			50%以上	50%以上	50%以上	50%以上	△	
	実績値		35.2%	46.1%					
	差			▲3.9%					
【後発品・バイオシミラーへの切替え状況】									
○後発品 抗がん剤: 5品目、注射薬(抗がん剤除く): 2品目、内服薬: 11品目、外用薬: 2品目									
○バイオシミラー 注射薬 1品目									
【実績分析】 出荷停止、出荷制限の医薬品が多数あり、他メーカーの後発品への変更や、先発品への変更等を行わざるを得ない状況であったが、数量ベースでの計画値は達成することができた。金額ベースでは計画値に達しなかったことから、今後は、抗がん剤等の高額な医薬品の切替えを進めていく。									
【評価指標】									
後発医薬品比率 (数量ベース)	計画値		95%以上	95%以上	95%以上	95%以上	95%以上	△	後発医薬品及びバイオシミラーへの積極的な切替えを実施
	実績値	93.4%	93.2%	91.0%					
	差		▲1.8%	▲4.0%					
後発医薬品比率 (金額ベース)	計画値			80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	△	
	実績値		74.4%	69.3%					
	差			▲10.7%					
【後発品への切替え状況】									
○後発品 注射薬: 2品目、内服薬: 6品目									
【実績分析】 出荷停止、出荷制限の医薬品が多数あり、他メーカーの後発品への変更や、先発品への変更等を行わざるを得ない状況となり、計画値には達しなかった。									
【評価指標】									
診療材料費比率 (医薬収益比)	計画値		15.5%以下	14.5%以下	14.5%以下	14.5%以下	14.5%以下	○	ベンチマークシステムを活用した組織的な価格交渉及び共同購入による診療材料費の削減 ・令和5年4月 診療材料単価契約開始(令和5年3月競争見積実施) 検査試薬単価契約開始(令和5年3月競争見積実施) 診療材料共同購入の参加分野申請 ・令和5年6月 価格交渉の実施 ・令和5年9月 価格交渉の契約締結 ・令和6年3月 診療材料競争見積実施(令和6年度分) 検査試薬競争見積実施(令和6年度分)
	実績値	14.5%	13.9%	13.7%					
	差		△1.6%	△0.8%					
【価格交渉による削減額】									
○令和4年度分の価格交渉実施により、価格交渉前の単価で購入した場合と比較し、診療材料は6,539千円、検査試薬は246千円削減することができた。									
○診療材料の共同購入への参加により、57,593千円削減することができた。									

No.	目標	行動計画	令和4年度の具体的な取組内容
		<p>【分院】</p> <p>・組織的な価格交渉の実施</p> <p>[令和4年度行動計画]</p> <p>本院と連携した組織的な価格交渉の実施による診療材料費の縮減</p>	<p>本院と連携した組織的な価格交渉の実施による診療材料費の縮減</p> <p>本院と連携し、ベンチマークシステムを活用した価格交渉を実施した。</p>
(3)	委託料の抑制 【本・分院】	<p>【本院】</p> <p>組織的な価格交渉の実施</p> <p>[令和4年度行動計画]</p> <p>仕様の見直し等による支出抑制</p>	<p>仕様の見直し等による支出抑制</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療機器の保守契約において、年度途中に発生するスポット点検や次年度契約時の仕様について、現場の技師と共同し機器の稼働状況を踏まえ適切な仕様となるよう見直しを行い、委託料の抑制に努めた。 ・保育所運営業務委託について、令和3年度に入札とした際は、応札者1者であったところ、公募型プロポーザルに変えたことで、3者の参加となった。
		<p>【分院】</p> <p>組織的な価格交渉の実施</p> <p>[令和4年度行動計画]</p> <p>仕様の見直し等による支出抑制</p>	<p>仕様の見直し等による支出抑制</p> <p>ねずみ、衛生害虫及びヒメアリ防除業務を複数年契約へ変更した。</p>

3 病院機能の検討

No.	目標	行動計画	令和4年度の具体的な取組内容
(1)	病院機能の検討 【本・分院】	<p>構成4市及び関係機関とともに、不採算事業のあり方等について検討</p> <p>[令和4年度行動計画]</p> <p>不採算事業の今後の方向性について、2024年度の医師の働き方改革への対応を含めて、院内及び関係機関と検討</p>	<p>医師の働き方改革への対応及び公立病院経営強化プランの策定を含めて、今後の作業工程及び不採算事業の洗い出しについて検討した。</p>

令和4年度達成状況									今後の取組及び方向性
実績及び成果									評価
【評価指標】									
		第5次3か年計画		第6次5か年計画					○
		2年度	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度		
診療材料費比率 (医業収益比)	計画値		5.7%以下	5.7%以下	5.7%以下	5.7%以下	5.7%以下		
	実績値	6.2%	6.0%	4.4%					
	差		0.3%	△1.3%					
【価格交渉による削減額】 令和4年度分の価格交渉実施により、価格交渉前の単価で購入した場合と比較し、103,203円削減することができた。									
【評価指標】									
		第5次3か年計画		第6次5か年計画					○
		2年度	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度		
委託料比率 (医業収益比)	計画値		7.1%以下	7.7%以下	7.7%以下	8.2%以下	7.7%以下		
	実績値	6.5%	6.7%	7.2%					
	差		△0.4%	△0.5%					
【評価指標】									
		第5次3か年計画		第6次5か年計画					○
		2年度	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度		
委託料比率 (医業収益比)	計画値		5.4%以下	6.3%以下	5.7%以下	5.7%以下	5.7%以下		
	実績値	5.1%	4.8%	6.2%					
	差		△0.6%	△0.1%					
運営委員会の評価		運営委員会からの意見等							

令和4年度達成状況									今後の取組及び方向性
実績及び成果									評価
【評価指標】									
		第5次3か年計画		第6次5か年計画					△
		2年度	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度		
診療材料費比率 (医業収益比)	計画値		5.7%以下	5.7%以下	5.7%以下	5.7%以下	5.7%以下		
	実績値	6.2%	6.0%	4.4%					
	差		0.3%	△1.3%					
【価格交渉による削減額】 令和4年度分の価格交渉実施により、価格交渉前の単価で購入した場合と比較し、103,203円削減することができた。									
【評価指標】									
		第5次3か年計画		第6次5か年計画					△
		2年度	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度		
委託料比率 (医業収益比)	計画値		7.1%以下	7.7%以下	7.7%以下	8.2%以下	7.7%以下		
	実績値	6.5%	6.7%	7.2%					
	差		△0.4%	△0.5%					
【評価指標】									
		第5次3か年計画		第6次5か年計画					△
		2年度	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度		
委託料比率 (医業収益比)	計画値		5.4%以下	6.3%以下	5.7%以下	5.7%以下	5.7%以下		
	実績値	5.1%	4.8%	6.2%					
	差		△0.6%	△0.1%					
運営委員会の評価		運営委員会からの意見等							
<ul style="list-style-type: none"> 今後の作業工程の策定及び不採算事業の洗い出しを実施する。 不採算事業の今後の方向性について、令和5年度中に策定する「公立病院経営強化プラン」及び「医師の働き方改革」への対応を含めて、院内及び関係機関と検討していく。 									

II 良質で安全な医療の提供

1 良質な医療の提供

No.	目標	行動計画	令和4年度の具体的な取組内容
(1)	高度専門医療及び専門医療の提供 【本・分院】	がん患者への高度専門医療の提供 [令和4年度行動計画] ①地域がん診療連携拠点病院として、がん患者への高度専門医療の提供 ②他医療機関との連携による紹介患者の受入れ	①地域がん診療連携拠点病院・がんゲノム医療連携病院として、がん患者への高度専門医療の提供 ・手術、放射線治療及び化学療法を効果的に組み合わせた集学的治療を実施した。 ・患者とその家族の身体的・精神心理的・社会的苦痛等に関する緩和ケアを提供した。 ・患者の病態に応じたがん医療を提供するためのカンサーボードを開催した。(週1回) ・がんゲノム医療連携病院の指定を受け、がん患者へ専門医療を提供した。 ②他医療機関との連携による紹介患者の受入れ
		脳卒中患者への24時間体制での専門医による精密な診断・治療の実施 [令和4年度行動計画] 脳血管カテーテル検査及びカテーテル治療の実施	脳卒中患者への24時間体制での専門医による精密な診断・治療の実施 脳血管カテーテル検査及びカテーテル治療の実施
		急性心筋梗塞等の心血管疾患患者への24時間体制での専門医による精密な診断・治療の実施 [令和4年度行動計画] 心臓カテーテル検査及びカテーテル治療の実施	急性心筋梗塞等の心血管疾患患者への24時間体制での専門医による精密な診断・治療の実施 心臓カテーテル検査及びカテーテル治療の実施

令和4年度達成状況		実績及び成果					評価	今後の取組及び方向性
【評価指標】								
		第5次3か年計画		第6次5か年計画				
		2年度	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	
悪性腫瘍手術件数	計画値		1,170件	1,200件	1,230件	1,230件以上	1,230件以上	
	実績値	938件	1,020件	982件				
	差		▲150件	▲218件				
外来化学療法延患者数	計画値		6,000人以上	6,000人以上	6,000人以上	6,000人以上	6,000人以上	
	実績値	5,476人	5,723人	5,469人				
	差		▲277人	▲531人				
放射線治療延患者数	計画値		300人以上	300人以上	300人以上	300人以上	300人以上	
	実績値	229人	335人	320人				
	差		35人	20人				
【入院化学療法延患者数】 令和4年度 519人（前年度比 151人減）								
【がん患者への高度専門医療の提供状況】								
○入院患者への緩和ケアチームの介入や令和4年度に開設した緩和ケア外来での診療により、がん患者の身体的・精神的なつらさや痛みを緩和に努めた。								
○がんゲノム医療連携病院の指定を受け、ゲノム医療を必要とする患者への専門的な医療の提供に努めた。								
【実績分析】								
○悪性腫瘍手術件数及び外来化学療法延患者数については、前年度と比較して件数及び延患者数が減となり、計画値には達しなかった。地域の医療機関との連携を強化し、紹介患者の獲得に努める。								
○放射線治療延患者数については、前年度より15人減とはなったものの、計画値を達成することができた。								
△								
【評価指標】								
		第5次3か年計画		第6次5か年計画				
		2年度	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	
脳血管カテーテル検査及びカテーテル治療件数	計画値		310件以上	310件以上	310件以上	310件以上	310件以上	
	実績値	250件	275件	288件				
	差		▲35件	▲22件				
【実績分析】								
前年度と比較して13件増となったものの、計画値には達しなかった。新型コロナウイルス感染拡大による一部病棟の稼働制限等により救急患者の受入れ制限等を行った影響があったものと考えられる。								
△								
【評価指標】								
		第5次3か年計画		第6次5か年計画				
		2年度	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	
心臓カテーテル検査及びカテーテル治療件数	計画値		1,550件以上	1,550件以上	1,550件以上	1,550件以上	1,550件以上	
	実績値	1,268件	1,331件	1,329件				
	差		▲219件	▲221件				
※「来院90分以内の冠動脈再開通達成率」については、令和4年度から日本病院会Q Iプロジェクトの臨床指標から項目が削除されたため、行動計画から削除した。 (DPCからの算出には限界があり、実態と異なるという意見が多数発生したことから削除された)								
【実績分析】								
前年度と比較して2件減となり、計画値には達しなかった。新型コロナウイルス感染拡大による一部病棟の稼働制限による、検査目的入院の抑制等の影響があったものと考えられる。								
△								
①地域がん診療連携拠点病院・がんゲノム医療連携病院として、がん患者への高度専門医療の提供 ・手術、放射線治療及び化学療法を効果的に組み合わせた集学的治療の実施 ・患者とその家族の身体的・精神心理的・社会的苦痛等に関する緩和ケアの提供 ・患者の病態に応じたがん医療を提供するためのキャンサーボードの開催（週1回） ・がんゲノム医療連携病院としてがんゲノム医療の提供								
②他医療機関との連携による紹介患者の受入れ								

No.	目標	行動計画	令和4年度の具体的な取組内容
		<p>糖尿病患者への多職種による総合的な治療の実施</p> <p>[令和4年度行動計画]</p> <p>①糖尿病看護認定看護師、糖尿病療養指導士による予防的フットケア外来の実施</p> <p>②糖尿病回診に必要な患者に糖尿病内科が介入し、治療と療養指導を実施</p> <p>③地域の糖尿病患者への合併症の精査及び療養指導の実施による合併症発症予防</p> <p>④医師、看護師、管理栄養士、薬剤師、理学療法士、臨床検査技師、歯科衛生士、視能訓練士の多職種チームによる糖尿病教室の開催</p> <p>⑤地域の医療機関との病診連携の実施</p> <p>⑥糖尿病教育入院における集中的な治療及び療養指導の実施</p>	<p>令和4年度の具体的な取組内容</p> <p>①糖尿病看護認定看護師、糖尿病療養指導士による予防的フットケア外来の実施</p> <p>フットケア外来において、糖尿病足病変のチェック（神経診察、足の状態の確認、爪切り等）と療養指導を実施した。（週3日）</p> <p>②各病棟において必要な患者に糖尿病・内分泌・代謝内科が介入し、治療と療養指導を実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病コンサルテーションを受けた入院患者の併診を実施した。また、主科退院後に、糖尿病合併症の検査を実施し、かかりつけ医に情報提供を行った。 ・病棟回診は、業務に従事する医師の減により実施できない時期があった。（糖尿病コンサルテーションを受けた入院患者への介入は継続） <p>③地域の糖尿病患者への合併症の精査及び療養指導の実施による合併症発症予防</p> <ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病合併症外来の地域連携を開始し、地域でフォローアップされている糖尿病患者の合併症検査とその結果説明を行った。（毎週月曜日3枠で予約） ・動脈硬化などが進行している場合は、早期に専門の診療科へ紹介した。 <p>④医師、看護師、管理栄養士、薬剤師、理学療法士、臨床検査技師、歯科衛生士、視能訓練士の多職種チームによる糖尿病教室の開催</p> <p>多職種チームにより糖尿病教室を開催し、糖尿病患者の療養を支援した。（隔週水・木曜日）</p> <p>⑤地域の医療機関との病診連携の実施</p> <p>注射療法が必要な患者や合併症を併発している患者を中心に診療にあたり、内服管理のみの患者は療養指導後に地域の医療機関へ紹介し、病診連携を図る。</p> <p>⑥糖尿病教育入院における集中的な治療と療養指導の実施</p> <p>病床の稼働制限により教育入院が制限される期間があったため、外来療養指導を強化し、患者教育を実施した。</p>
(2)	<p>24時間体制での高度な救急医療の提供【本院】</p>	<p>救急受入体制の維持</p> <p>[令和4年度行動計画]</p> <p>8系統16診療科による当直・待機体制の維持</p>	<p>8系統16診療科による当直・待機体制の維持</p> <p>救命救急センターとして、8系統16診療科の当直・待機体制により、救急患者を積極的に受け入れた。</p>
(3)	<p>24時間体制での周産期医療の提供【本院】</p>	<p>妊産婦（ハイリスク妊産婦を含む）の積極的な受入れ</p> <p>[令和4年度行動計画]</p> <p>①地域の医療機関等との連携強化</p> <p>②病院ホームページを通じて、地域周産期母子医療センターとしての機能・役割を広報</p> <p>③一定の水準の助産実践能力を有するアドバンス助産師の育成</p> <p>④地域周産期母子医療センターとして、ハイリスク妊産婦等の受入れが可能な体制（24時間体制）の維持</p>	<p>①地域の医療機関等との連携強化</p> <p>地域の産科一次施設等との勉強会を令和4年3月から再開したことにより、連携の強化につながった。</p> <p>②病院ホームページを通じて、地域周産期母子医療センターとしての機能・役割を広報</p> <p>ホームページに令和4年度から開始した「産後2週間検診」に関する記事を追記した。</p> <p>③一定の水準の助産実践能力を有するアドバンス助産師の育成</p> <p>アドバンス助産師については、継続的に養成・更新している。</p> <p>新規認定者はいなかったが、1人が認定更新した。（5年毎の更新制）</p> <p>④地域周産期母子医療センターとして、ハイリスク妊産婦等の受入れが可能な体制（24時間体制）の維持</p> <p>母体搬送事例については、君津医療圏はほぼ100%、千葉や市原など県内のその他の医療圏で発生した搬送についても受入れを行い、千葉県全体の周産期医療体制の維持に貢献している。</p>

令和4年度達成状況

実績及び成果		第6次5か年計画					評価	今後の取組及び方向性
		2年度	3年度	4年度	5年度	6年度		
【評価指標】								
糖尿病合併症管理料算定件数	計画値	130件以上	130件以上	130件以上	130件以上	130件以上		
	実績値	79件	434件	602件				
	差		304件	472件				
【実績分析】 糖尿病合併症外来患者及び紹介患者へフットケア外来を実施したことにより、前年度と比較して168件の増となった。								
【総合的な治療の実施状況】								
		3年度	4年度	差				
病棟診察件数		3,007件	2,692件	▲315件				
糖尿病合併症外来件数		136件	128件	▲8件				
糖尿病教室参加者		196人	204人	8人				
糖尿病教育入院件数		107件	93件	▲14件				
【評価指標】								
救急患者受入件数 (ドクターヘリ搬送、 ウォークイン含む)	計画値	11,000件以上	11,000件以上	11,000件以上	11,000件以上	11,000件以上		
	実績値	8,746件	9,512件	9,854件				
	差		▲1,488件	▲1,146件				
ホットライン受入 件数 (ドクターヘリ搬送 含む)	計画値	5,500件以上	5,500件以上	5,500件以上	5,500件以上	5,500件以上		
	実績値	5,107件	5,700件	6,019件				
	差		200件	519件				
ICU・CCU病床 稼働率	計画値	50%以上	50%以上	50%以上	50%以上	50%以上		
	実績値	39.7%	42.0%	43.8%				
	差		▲8.0%	▲6.2%				
ICU・CCU病床 実稼働率	計画値	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上		
	実績値	56.3%	71.4%	75.5%				
	差		▲8.6%	▲4.5%				
HCU病床稼働率	計画値	65%以上	65%以上	65%以上	65%以上	65%以上		
	実績値	62.2%	63.9%	47.2%				
	差		▲1.1%	▲17.8%				
【実績分析】 救急患者受入件数及び病床稼働率については、新型コロナウイルス感染拡大による院内クラスターの発生や病棟スタッフの不足等による病床の稼働制限、救急患者の受入れの制限を実施したことなどにより、計画値には達しなかったと考えられる。								
【評価指標】								
分娩件数	計画値	300件以上	300件以上	300件以上	300件以上	300件以上		
	実績値	264件	255件	283件				
	差		▲45件	▲17件				
うち、ハイリスク 分娩件数	実績値	74件	81件	87件				
【実績分析】 総分娩件数、ハイリスク分娩件数ともに増加しているが、計画値には達しなかった。ハイリスク分娩については、今後も増加が見込まれる。								
【母体搬送受入れ実績】 ○母体搬送件数 70件（前年度比 22件増）								
○								
①糖尿病看護認定看護師、糖尿病療養指導士による予防的フットケア外来の実施 ②病棟コンサルテーションに必要な患者に介入し、治療と療養指導を実施 ③地域の糖尿病患者への合併症の精査及び療養指導の実施による合併症発症予防 ④医師、看護師、管理栄養士、薬剤師、理学療法士、臨床検査技師、歯科衛生士、視能訓練士の多職種チームによる糖尿病教室の開催 ⑤地域の医療機関との病診連携の実施 ⑥糖尿病教育入院における集中的な治療と療養指導の実施								
△								
8系統16診療科による当直・待機体制の維持								
△								
①地域の医療機関等との連携強化 ②院内の教育体制の強化 臨床研修医の教育及びアドバンス助産師の育成を行う。 ③地域周産期母子医療センターとして、ハイリスク妊産婦等の受入れが可能な体制（24時間体制）の維持 増加傾向にある母体搬送・ハイリスク症例の積極的な受入れを行う。 ひとりひとりの分娩管理を真摯に行い、次回以降も当院で分娩したいと思ってもらえるようなケアを提供していく。								

No.	目標	行動計画	令和4年度の具体的な取組内容
		他施設からの新生児の積極的な受入れ [令和4年度行動計画] ①新生児科専従医師の確保 ②構成4市ハイリスク周産期症例及び市原市南部からの症例の受入れ ③構成4市及び市原市周産期施設との連携のためのカンファレンス、講習会の主催 ④県内周産期施設との連携による県内周産期医療の充実	①新生児科専従医師の確保 ・12月までは4人、1～3月は5人体制 ・千葉大小児科医局に当直応援を依頼し、月6回程度派遣あり。 （全県レベルでの小児科医不足のため、一病院レベルでは対応不可） ②構成4市ハイリスク周産期症例及び市原市南部からの症例の受入れ ・構成4市のハイリスク新生児症例はほぼ全例受け入れることができた。 ・市原市内の医療機関からの新生児入院依頼を19例受け入れることができた。 ③構成4市及び市原市周産期施設との連携のためのカンファレンス、講習会の主催 ・第53回君津木更津新生児未熟児研究会を開催（6月） ・11月から定期カンファレンス（2か月に1回）を再開した。 ・新生児蘇生法講習会の講師として医師を派遣した。 ④県内周産期施設との連携による県内周産期医療の充実 ・第36回千葉県周産期新生児研究会（6月）、第37回千葉県周産期新生児研究会（12月）に参加した。 ・千葉県周産期緊急情報共有システムを使用し、患者応需対応をした。 ・県内周産期施設の医師同士での情報交換を行った。
(4)	緩和医療の充実【本院】	・緩和ケア病棟の運用見直し ・緩和医療科常勤医の確保 [令和4年度行動計画] ①他医療機関との医療連携の充実 当院緩和ケア病棟への患者受入れの円滑化 ②病床利用の適正化 ニーズある患者を入院させるための療養型病床から苦痛緩和目的の急性期病床へ転換する。 ③緩和ケア外来の充実 ・他施設からの紹介を直接受ける受け皿としての緩和ケア外来の充実を図る。 ・緩和ケア病棟生存退院後のフォローのための緩和ケア外来の充実を図る。	①他医療機関との医療連携の充実 ・近隣の約40施設との緩和ケア連携メーリングリストを作成した。（7月） ・メーリングリストを活用し、紹介患者、転院患者の情報共有及び入院状況に関する情報提供を実施した。（9月～） ・他院からの転院を受ける際に、WEBカンファレンスを実施した。 ・地域の医療機関及び調剤薬局との緩和ケア会議（WEB）を開催した。（1月） ②病床利用の適正化 ・緩和ケア面談枠を1日2枠から3枠へ増やすことで面談の待ち期間を短縮し、症状緩和が早急に必要な患者を優先する運用とした。 ・院内の転院待ち患者のリストを作成し、病状を把握するとともに病状に合わせた入棟調整を行った。 ・症状緩和が図れ、家族との相談のもと、自宅療養もしくは療養型施設への退院、転院が可能と判断された場合には、退院・転院調整会議で協議し、MSWを介して可及的早期に退院調整を行うこととした。 ・多職種による入棟判定会議及び退院判定会議の実施並びに緩和ケア面談の簡略化により、スムーズな病床運用を実施することができた。 ・レスパイト入院の依頼に対して、積極的な受入れを行った。 ③緩和ケア外来の充実 ・他科外来患者への緩和ケア対応を行うため、緩和ケア外来を設置した。 ・緩和ケア外来の設置により、他院（特に国立がんセンター、がん研有明病院、千葉大学医学部付属病院、千葉県がんセンター）から、当該がんの主診療科を通さずに直接緩和医療科にて受け入れることが可能となった。
(5)	良質な医療提供のための人材確保【本・分院】	医師の確保 [令和4年度行動計画] ①千葉大各診療科の医局との医師派遣交渉 ②他大学医局との医師派遣交渉 ③医師本人との直接交渉 ④確保困難な診療科医師について医師紹介業者の活用 ⑤研修医向け合同説明会への参加 ⑥病院ホームページ、採用情報サイトへの求人情報の掲載	①千葉大学及び他大学医局との医師派遣交渉の実施 千葉大学からの医師の派遣を継続している。また、常勤医師が不在だった腎臓内科について令和5年度中の派遣が確定した。 ②他大学医局との医師派遣交渉 常勤医師不在の診療科を中心に、他大学医局との医師派遣交渉を継続している。 ③医師本人との直接交渉 病院見学に訪れた循環器内科の医師が当院への勤務を希望し、採用となった。また、当院勤務の医師からの紹介により血液内科医師を採用することができた。 ④確保困難な診療科医師について医師紹介業者の活用 医師紹介業者を活用して求職医師へ交渉を実施し、麻酔科常勤医師1人が令和5年4月から採用となった。 ⑤研修医向け合同説明会への参加 研修医向け合同説明会（WEB開催）へ参加し、令和5年度の初期研修医及び後期研修医（専攻医）の募集を開始した。 ⑥病院ホームページ、採用情報サイトへの求人情報の掲載 病院ホームページ、採用情報サイトの情報更新を行い、6人の医師から応募があった。
		看護師の確保 [令和4年度行動計画] ①県内の看護系大学への訪問 ②病院見学の実施 ③病院説明見学会及びインターンシップ研修会の開催 ④合同就職説明会への出席 ⑤採用試験の実施	①県内の看護系大学への訪問 新型コロナウイルス感染拡大の影響から訪問は見送った。 ②病院見学の実施 病院見学の受入れを実施した。 ③病院説明見学会及びインターンシップ研修会の開催 新型コロナウイルス感染拡大の影響から開催は見送った。 ④合同就職説明会への出席 千葉会場に3回（7月・1月・2月）出席し、合計113人の来場者と会場で面談を実施した。 ⑤看護師採用試験の実施 5月、6月に看護師採用試験を実施し、12月に追加採用試験を実施した。

令和4年度達成状況

実績及び成果		評価		今後の取組及び方向性																																							
<p>【評価指標】</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2"></th> <th colspan="2">第5次5か年計画</th> <th colspan="4">第6次5か年計画</th> </tr> <tr> <th colspan="2"></th> <th>2年度</th> <th>3年度</th> <th>4年度</th> <th>5年度</th> <th>6年度</th> <th>7年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">他施設からの 新生児受入件数</td> <td>計画値</td> <td></td> <td></td> <td>50件以上</td> <td>50件以上</td> <td>50件以上</td> <td>50件以上</td> </tr> <tr> <td>実績値</td> <td>52件</td> <td>33件</td> <td>47件</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>差</td> <td></td> <td></td> <td>▲3件</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>【実績分析】</p> <p>○前年度と比較して14件の増となったが、計画値には達しなかった。 ○依頼件数が減少しているのは、出生数自体の減少が要因である可能性があるため、今後の医療需要について注視していく。</p>				第5次5か年計画		第6次5か年計画						2年度	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	他施設からの 新生児受入件数	計画値			50件以上	50件以上	50件以上	50件以上	実績値	52件	33件	47件				差			▲3件				<p>△</p> <p>①新生児科専従医師の確保 ②構成4市ハイリスク周産期症例及び市原市南部からの症例の受入れ ③構成4市及び市原市周産期施設との連携のためのカンファレンス、講習会の主催 ④県内周産期施設との連携による県内周産期医療の充実</p> <p>引き続き、他施設からの新生児の積極的な受入に努めるとともに、医療需要等について、注視していく。</p>			
		第5次5か年計画		第6次5か年計画																																							
		2年度	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度																																				
他施設からの 新生児受入件数	計画値			50件以上	50件以上	50件以上	50件以上																																				
	実績値	52件	33件	47件																																							
	差			▲3件																																							
<p>【評価指標】</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2"></th> <th colspan="2">第5次5か年計画</th> <th colspan="4">第6次5か年計画</th> </tr> <tr> <th colspan="2"></th> <th>2年度</th> <th>3年度</th> <th>4年度</th> <th>5年度</th> <th>6年度</th> <th>7年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">緩和ケア病棟 1日平均入院患者数</td> <td>計画値</td> <td></td> <td></td> <td>16人以上</td> <td>16人以上</td> <td>16人以上</td> <td>16人以上</td> </tr> <tr> <td>実績値</td> <td>11人</td> <td>13人</td> <td>14人</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>差</td> <td></td> <td></td> <td>▲2人</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>【実績分析】</p> <p>1日平均入院患者数については、計画値の16人を維持できるよう病床管理を行っていたが、年度末には入棟待機患者がおらず、入院患者数が減少した。</p> <p>【緩和ケア病棟の運用状況】</p> <p>○緩和ケア面談については、外来担当看護師の配置により対応可能人数が増加したことで、ニーズに応えることができた。（他院からの面談申込増、地域からの入院時期の相談も増加した） ○これまで緩和ケア病棟の運用の見直しにより、受入れの間口が広がり、近隣施設からの紹介患者の増につながったと考えられる。 ○緩和ケア面談 364件（前年度比 44件増） ○緊急入院初期加算 15件（前年度比 5件増） ○在宅医療への支援 24件（前年度比 13件増）</p>				第5次5か年計画		第6次5か年計画						2年度	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	緩和ケア病棟 1日平均入院患者数	計画値			16人以上	16人以上	16人以上	16人以上	実績値	11人	13人	14人				差			▲2人				<p>△</p> <p>①他医療機関との医療連携の充実 当院緩和ケア病棟への患者受入れの円滑化 ・近隣の約40施設との間で作成されたメーリングリストを有効活用する。 ・インターネット経由の遠隔会議システムを活用した入院前、退院前カンファレンス等を実施し、患者情報の相互共有を進め患者利益の向上を目指す。 ・遠隔会議システムを活用した近隣医療機関との症例報告・勉強会、情報交換会を開催する。 ②病床利用の適正化 院内、院外の多様なニーズに答えるため、早急な症状緩和を必要とする患者を受入れる急性期病棟としての役割を主体として、経過観察期への対応を行う。 ③緩和ケア外来の充実 ・他施設からの紹介を直接受ける受け皿としての緩和ケア外来の充実を図る。 ・緩和ケア病棟生存退院後のフォローのための窓口として緩和ケア外来の充実を図る。</p>			
		第5次5か年計画		第6次5か年計画																																							
		2年度	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度																																				
緩和ケア病棟 1日平均入院患者数	計画値			16人以上	16人以上	16人以上	16人以上																																				
	実績値	11人	13人	14人																																							
	差			▲2人																																							
<p>【本院医師数】</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>R3.4.1</th> <th>R4.4.1</th> <th>R5.4.1</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>正規職員 (任期付短時間勤務職員含む)</td> <td>119人</td> <td>124人</td> <td>123人</td> </tr> <tr> <td>初期研修医</td> <td>33人</td> <td>33人</td> <td>31人</td> </tr> <tr> <td>後期研修医</td> <td>32人</td> <td>32人</td> <td>31人</td> </tr> <tr> <td>計</td> <td>184人</td> <td>189人</td> <td>185人</td> </tr> </tbody> </table>			R3.4.1	R4.4.1	R5.4.1	正規職員 (任期付短時間勤務職員含む)	119人	124人	123人	初期研修医	33人	33人	31人	後期研修医	32人	32人	31人	計	184人	189人	185人	<p>○</p> <p>①千葉大各診療科の医局との医師派遣交渉 ②他大学医局との医師派遣交渉 ③医師本人との直接交渉 ④確保困難な診療科医師について医師紹介業者の活用 ⑤研修医向け合同説明会への参加 ⑥病院ホームページ、採用情報サイトへの求人情報の掲載</p>																					
	R3.4.1	R4.4.1	R5.4.1																																								
正規職員 (任期付短時間勤務職員含む)	119人	124人	123人																																								
初期研修医	33人	33人	31人																																								
後期研修医	32人	32人	31人																																								
計	184人	189人	185人																																								
<p>【評価指標】</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2"></th> <th>R3.4.1</th> <th>R4.3.31</th> <th>R4.4.1</th> <th>R5.3.31</th> <th>R5.4.1</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>看護師数</td> <td></td> <td>708人</td> <td>687人</td> <td>721人</td> <td>713人</td> <td>744人</td> </tr> <tr> <td>産休・育休・療休等</td> <td></td> <td>31人</td> <td>51人</td> <td>46人</td> <td>53人</td> <td>44人</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">実働看護師数</td> <td>計画値</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>643人</td> <td>643人</td> <td>643人</td> </tr> <tr> <td>実績値</td> <td>677人</td> <td>635人</td> <td>675人</td> <td>660人</td> <td>700人</td> </tr> </tbody> </table>				R3.4.1	R4.3.31	R4.4.1	R5.3.31	R5.4.1	看護師数		708人	687人	721人	713人	744人	産休・育休・療休等		31人	51人	46人	53人	44人	実働看護師数	計画値	-	-	643人	643人	643人	実績値	677人	635人	675人	660人	700人	<p>○</p> <p>①県内の看護系大学への訪問 ②病院見学の実施 ③病院説明見学会及びインターンシップ研修会の開催 ④合同就職説明会への出席 ⑤採用試験の実施</p>							
		R3.4.1	R4.3.31	R4.4.1	R5.3.31	R5.4.1																																					
看護師数		708人	687人	721人	713人	744人																																					
産休・育休・療休等		31人	51人	46人	53人	44人																																					
実働看護師数	計画値	-	-	643人	643人	643人																																					
	実績値	677人	635人	675人	660人	700人																																					

No.	目標	行動計画	令和4年度の具体的な取組内容
		医療技術職員の確保 [令和4年度行動計画] ①人員計画の策定 ②早期の採用試験実施による優秀な人材の確保 ③採用情報サイトへの求人情報の掲載	①人員計画の策定 医療技術局から提出された人員計画を基に、業務及び必要人数についてのヒアリングを実施した。 ②早期の採用試験実施による優秀な人材の確保 6月、12月に採用試験を実施し、薬剤師、臨床検査技師及び管理栄養士を採用することができた。 ③採用情報サイトへの求人情報の掲載 複数の採用情報サイトで求人情報を配信した。
(6)	専門職による良質な医療の提供 【本・分院】	薬剤師によるわかりやすい薬剤管理指導の実施 [令和4年度行動計画] ①薬剤科内の各部門の担当人数の割り当てを見直すことによる業務の円滑化 ②薬剤管理指導件数増並びに褥瘡対策、二次性骨折予防等のチーム医療への積極的な参加	①薬剤科内の各部門の担当人数の割り当てを見直すことによる業務の円滑化 薬剤科内の複数部門の業務内容を把握している薬剤師を育成し、科内の応援体制を整備した。 ②薬剤管理指導件数増並びに褥瘡予防対策、二次性骨折予防等のチーム医療への積極的な参加 ・ハイリスク薬の薬剤管理指導を積極的に実施した。 ・褥瘡予防対策として全入院患者の持参薬確認を実施した。 ・二次性骨折予防チームに薬剤師を1人配置し、患者向けのパンフレット作成に参加した。
		管理栄養士によるわかりやすい栄養食事指導の実施 [令和4年度行動計画] ①入院栄養食事指導件数の増 ②外来栄養食事指導件数の増 ③研修会・学会への参加や資格取得による栄養指導の質向上	①入院栄養食事指導件数の増 栄養科内の勤務体制の見直しにより効率的な入院栄養食事指導を実施する体制を整備した。 ②外来栄養食事指導件数の増 ・「周術期栄養管理実施加算」対象の患者、入院中に栄養指導を行えなかった患者に対し、退院時に外来栄養食事指導の予約を入れる運用とした。 ・肥満症例の栄養指導体制について糖尿病・内分泌・代謝内科と調整を行った。 ・新人管理栄養士を外来栄養食事指導の専任とし、研修期間を設けることで限られた人員でも効率よく栄養指導を実施した。 ③研修会・学会への参加や資格取得による栄養指導の質向上 ・研修会等の開催に関する情報を科内に周知した。 ・NST（栄養サポートチーム）専任の管理栄養士を育成した。
		急性期リハビリテーションの充実 [令和4年度行動計画] 急性期リハビリテーションの充実	急性期リハビリテーションの充実 ・入院後早期からのリハビリテーションを実施した。 ・二次性骨折予防継続管理料の取得及びICU病棟における早期離床・リハビリテーション加算の算定を開始した。 ・退院時リハビリテーション指導の充実を図った。（退院時指導書の改訂） ・入院患者の病棟におけるADL評価を実施した。 ・リハビリテーション介入のある全病棟の退院支援カンファレンスに参加した。 ・外来心臓リハビリテーション実施について検討し、入院患者に対し、外来心臓リハビリテーションに関するアンケート調査を実施した。 ・他施設のリハビリテーション体制についての情報収集を実施した。

令和4年度達成状況		今後の取組及び方向性																																																													
実績及び成果		評価																																																													
<p>[医療技術局職員採用内訳]</p> <p>薬剤師 2人採用 臨床検査技師 3人採用 管理栄養士 1人採用 計 6人採用</p>		<p>○</p> <p>①人員計画の策定 ②早期の採用試験実施による優秀な人材の確保 ③採用情報サイトへの求人情報の掲載</p>																																																													
<p>【評価指標】</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2"></th> <th>第5次3か年計画</th> <th colspan="5">第6次5か年計画</th> </tr> <tr> <th colspan="2"></th> <th>2年度</th> <th>3年度</th> <th>4年度</th> <th>5年度</th> <th>6年度</th> <th>7年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">薬剤管理指導実施件数</td> <td>計画値</td> <td></td> <td>12,500件以上</td> <td>12,500件以上</td> <td>12,500件以上</td> <td>12,500件以上</td> <td>12,500件以上</td> </tr> <tr> <td>実績値</td> <td>10,727件</td> <td>12,352件</td> <td>12,687件</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>差</td> <td></td> <td>▲148件</td> <td>187件</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				第5次3か年計画	第6次5か年計画							2年度	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	薬剤管理指導実施件数	計画値		12,500件以上	12,500件以上	12,500件以上	12,500件以上	12,500件以上	実績値	10,727件	12,352件	12,687件				差		▲148件	187件				<p>○</p> <p>①薬剤科内の各部門の担当人数の割り当てを見直すことによる業務の円滑化 ②薬剤管理指導件数増並びに褥瘡対策、二次性骨折予防等のチーム医療への積極的な参加</p> <p>○薬剤師による処方支援により、医師の業務負担軽減を図る。 ○退院時薬剤情報管理指導料の算定増に向けた運用について検討（お薬シールに入院中の処方や注意事項等を入力し、院外薬局と情報共有する。）</p>																							
		第5次3か年計画	第6次5か年計画																																																												
		2年度	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度																																																								
薬剤管理指導実施件数	計画値		12,500件以上	12,500件以上	12,500件以上	12,500件以上	12,500件以上																																																								
	実績値	10,727件	12,352件	12,687件																																																											
	差		▲148件	187件																																																											
<p>【評価指標】</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2"></th> <th>第5次3か年計画</th> <th colspan="5">第6次5か年計画</th> </tr> <tr> <th colspan="2"></th> <th>2年度</th> <th>3年度</th> <th>4年度</th> <th>5年度</th> <th>6年度</th> <th>7年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">入院栄養食事指導実施件数</td> <td>計画値</td> <td></td> <td>1,350件以上</td> <td>1,350件以上</td> <td>1,350件以上</td> <td>1,350件以上</td> <td>1,350件以上</td> </tr> <tr> <td>実績値</td> <td>1,947件</td> <td>1,527件</td> <td>1,144件</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>差</td> <td></td> <td>177件</td> <td>▲206件</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">外来栄養食事指導実施件数</td> <td>計画値</td> <td></td> <td>1,500件以上</td> <td>1,500件以上</td> <td>1,500件以上</td> <td>1,500件以上</td> <td>1,500件以上</td> </tr> <tr> <td>実績値</td> <td>1,234件</td> <td>1,561件</td> <td>1,421件</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>差</td> <td></td> <td>61件</td> <td>▲79件</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>【研修会への参加及び資格取得】</p> <p>○NST専門療法士 1人（更新） ○CDE-C（千葉県糖尿病療養指導士）2人 ○NST研修実地修練 1人</p> <p>【その他の栄養食事指導関連の加算】</p> <p>○個別栄養食事管理加算 198件（前年度比 26件増） ○周術期栄養管理実施加算 45件（令和4年度算定開始） ○特別食加算 151,001件（前年度比 7,140件減）</p> <p>【実績分析】</p> <p>分院調理員の欠員分を本院調理員で補充したため、本院において調理員が不足し、管理栄養士が厨房業務に入る機会が増加したことで栄養指導件数が減少した。</p>				第5次3か年計画	第6次5か年計画							2年度	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	入院栄養食事指導実施件数	計画値		1,350件以上	1,350件以上	1,350件以上	1,350件以上	1,350件以上	実績値	1,947件	1,527件	1,144件				差		177件	▲206件				外来栄養食事指導実施件数	計画値		1,500件以上	1,500件以上	1,500件以上	1,500件以上	1,500件以上	実績値	1,234件	1,561件	1,421件				差		61件	▲79件				<p>△</p> <p>①入院栄養食事指導件数の増 ・入院栄養食事指導について、管理栄養士が効率よく病棟を回れるよう、職員の勤務体制を見直す。 ・令和5年度から分院給食を外部委託することとしたため、分院調理員を本院へ配置換えし、欠員の補充とする。 ②外来栄養食事指導件数の増 ・外来栄養食事指導については、他部署と連携をとり依頼件数増加につなげる。 ・栄養指導を受診せずに帰宅する患者を減らすため、病棟や各診療科に協力を依頼する。 ・新人教育及び業務マニュアルの見直しを実施し、外来栄養指導件数の向上を図る。 ③研修会・学会への参加や資格取得による栄養指導の質向上 研修会・学会への参加及び各種資格取得により、栄養指導の質の向上を目指す。</p>	
		第5次3か年計画	第6次5か年計画																																																												
		2年度	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度																																																								
入院栄養食事指導実施件数	計画値		1,350件以上	1,350件以上	1,350件以上	1,350件以上	1,350件以上																																																								
	実績値	1,947件	1,527件	1,144件																																																											
	差		177件	▲206件																																																											
外来栄養食事指導実施件数	計画値		1,500件以上	1,500件以上	1,500件以上	1,500件以上	1,500件以上																																																								
	実績値	1,234件	1,561件	1,421件																																																											
	差		61件	▲79件																																																											
<p>【評価指標】</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2"></th> <th>第5次3か年計画</th> <th colspan="5">第6次5か年計画</th> </tr> <tr> <th colspan="2"></th> <th>2年度</th> <th>3年度</th> <th>4年度</th> <th>5年度</th> <th>6年度</th> <th>7年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">疾患別リハビリテーション数</td> <td>計画値</td> <td></td> <td>114,000単位以上</td> <td>114,000単位以上</td> <td>114,000単位以上</td> <td>114,000単位以上</td> <td>114,000単位以上</td> </tr> <tr> <td>実績値</td> <td>114,099単位</td> <td>108,492単位</td> <td>98,421単位</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>差</td> <td></td> <td>▲5,508単位</td> <td>▲15,579単位</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>【その他リハビリテーションに関連する診療報酬算定件数等（主なもの）】</p> <p>○総合実施計画書作成件数 2,773件（前年度比 158件減） ○退院時リハビリテーション指導 1,450件（前年度比 548件増） ○早期離床・リハビリテーション加算 551件（令和4年度算定開始）</p> <p>【実績分析】</p> <p>令和4年度は長期休暇者（産休・育休・療養休暇等）が合計5人となり、スタッフが不足する状況となった。これにより会議や委員会、カンファレンス等の業務の負担が増え、スタッフ1人あたりのリハビリ実施件数が前年度と比較し減少した。</p>				第5次3か年計画	第6次5か年計画							2年度	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	疾患別リハビリテーション数	計画値		114,000単位以上	114,000単位以上	114,000単位以上	114,000単位以上	114,000単位以上	実績値	114,099単位	108,492単位	98,421単位				差		▲5,508単位	▲15,579単位				<p>△</p> <p>急性期リハビリテーションの充実 ・リハビリテーションの質向上に向けた取組 FIM（機能的自立度評価）の運用 業務マニュアルの見直し 早期離床・リハビリテーション加算算定病棟の拡大 ・リハビリテーション実施件数の向上 総合実施計画書作成件数及び退院時リハビリテーション指導件数の向上</p>																							
		第5次3か年計画	第6次5か年計画																																																												
		2年度	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度																																																								
疾患別リハビリテーション数	計画値		114,000単位以上	114,000単位以上	114,000単位以上	114,000単位以上	114,000単位以上																																																								
	実績値	114,099単位	108,492単位	98,421単位																																																											
	差		▲5,508単位	▲15,579単位																																																											

No.	目標	行動計画	令和4年度の具体的な取組内容
	歯科医師及び歯科衛生士による周術期口腔ケアの実施 [令和4年度行動計画] ①術後ICU管理中の心臓血管外科患者への介入開始 ②地域開業医との連携強化	①術後ICU管理中の心臓血管外科患者への介入開始 術後の誤嚥性肺炎予防のため、ICU病棟や心臓血管外科医師との調整を行い、6月末から術後ICU管理中の心臓血管外科患者への介入を開始した。 ②地域開業医との連携強化 地域開業医との連携強化により、周術期口腔ケアを地域開業医へ依頼することができた。	
	栄養サポートチームによる入院患者の栄養状態の評価の実施 [令和4年度行動計画] ①栄養サポートチームによる院内ラウンドの実施及び栄養状態の評価・改善 ②栄養サポートチーム専門療法士認定教育施設としての研修会カリキュラムの仕組み作り及び外部からの実習生の受入れ ③栄養サポートチームによる院内教育の実施 ・リンクナースのスキルアップ ・研修会及び症例報告会の開催	①栄養サポートチームによる院内ラウンドの実施及び栄養状態の評価・改善 多職種により構成された栄養サポートチームによって患者ごとの栄養状態を評価し、栄養状態の改善、治療効果の向上、QOLの向上等に努めた。 ②栄養サポートチーム専門療法士認定教育施設としての研修会カリキュラムの仕組み作り及び外部からの実習生の受入れ ・「認定教育施設規則」の定めるカリキュラムに従い、臨床実地修練計画を作成した。 ・院内及び院外の研修生に対し、40時間の臨床実地修練を実施した。 ③栄養サポートチームによる院内教育の実施 ・院内研修会を開催し、医師、看護師、分院職員などの参加があった。 ・症例報告会において、1年の振り返りとして各病棟のリンクナースが1症例ずつ症例報告書を提出した。	
	スキンケアチームによる総合的な褥瘡管理対策の実施 [令和4年度行動計画] ①全入院患者への褥瘡リスクアセスメントの実施及びリスク患者に対する計画的な褥瘡予防対策の実施 ②スキンケアチーム会の開催 ③スキンケアチームによる褥瘡回診の実施(週1回) ④院内における褥瘡発生について各病棟と情報共有 ⑤褥瘡ケアに関する院内勉強会の開催 ⑥地域医療従事者対象の勉強会「かずさ創傷スキンケアセミナー」の開催	①全入院患者への褥瘡リスクアセスメントの実施及びリスク患者に対する計画的な褥瘡予防対策の実施 ・褥瘡予防診療計画書に沿って、全身の観察、保湿剤の塗布及び好発部位へのポリウレタンフィルム材貼付など予防的スキンケアを徹底した。 ・定期的に褥瘡ハイリスク患者のチェックを実施することで、必要な患者に対し、患者の個性に合わせた予防対策を早期から実施することができた。 ②スキンケアチーム会の開催 ・スキンケアチーム会において各病棟の取組を共有し、継続して取り組むことの意義を理解し、モチベーションの向上に繋げることができた。 ・弾性ストッキングによる医療関連機器圧迫創傷発生予防について、チームメンバーが中心となり各病棟で継続的に取組を実施した。 ③スキンケアチームによる褥瘡回診の実施 スキンケアチームによる褥瘡回診において、DESIGN-Rによる評価を実施した。 ④院内における褥瘡発生について各病棟と情報共有 院内における褥瘡発生の詳細について、3か月毎に師長ミーティングで報告し、各病棟へのフィードバックを実施した。 ⑤褥瘡ケアに関する院内勉強会の開催 講義内容は、基本的な項目から治療、医療関連機器圧迫創傷予防対策等の臨床で実践できる内容となっており、看護の質向上に繋げることができた。 ⑥「かずさ創傷スキンケアセミナー」は、新型コロナウイルス感染症の感染拡大により中止となった。	

令和4年度達成状況

実績及び成果							評価	今後の取組及び方向性	
【評価指標】									
		第5次3か年計画		第6次5か年計画			○	患者ごとの周術期口腔ケアの必要性を判断し、必要とされる患者に対してケアを実施していく。	
		2年度	3年度	4年度	5年度	6年度			7年度
周術期口腔ケア実施件数	計画値		1,900件以上	1,900件以上	1,900件以上	1,900件以上			1,900件以上
	実績値	1,725件	2,613件	2,133件					
	差		713件	233件					
<p>【周術期口腔ケアに関する開業医との連携】</p> <p>○周術期口腔ケアの地域開業医への依頼件数 7件</p>									
【評価指標】							○	①栄養サポートチームによる院内ラウンドの実施及び栄養状態の評価・改善 ②栄養サポートチーム専門療法士認定教育施設としてカリキュラムに即した研修を実施 ③栄養サポートチームによる院内教育の実施 院内研修会及び症例検討会の開催（年6回）	
		第5次3か年計画		第6次5か年計画					
		2年度	3年度	4年度	5年度	6年度			7年度
栄養サポートチーム介入件数	計画値		200件以上	200件以上	200件以上	200件以上			200件以上
	実績値	209件	259件	244件					
	差		59件	44件					
<p>【栄養サポートチーム専門療法士認定教育施設としての臨床実地修練】</p> <p>○臨床実地修練修了者 2人</p> <p>【栄養サポートに関する院内勉強会】</p> <p>○開催回数 6回</p> <p>○参加人数 189人</p>									
【評価指標】							△	①全入院患者への褥瘡リスクアセスメントの実施及びリスク患者に対する計画的な褥瘡予防対策の実施 ②スキンケアチーム会の開催 各部署目標が達成できるよう継続的に褥瘡予防の取組を行うとともに部署毎に面接を実施し、課題に沿った取組ができるよう支援する。 ③スキンケアチームによる褥瘡回診の実施（週1回） ④院内における褥瘡発生について各病棟と情報共有（3か月毎） ⑤褥瘡ケアに関する院内勉強会の開催 令和5年度は演習やグループワークを中心に実施していく。 ⑥地域医療従事者対象の勉強会「かずさ創傷スキンケアセミナー」の開催（年1～2回）	
		第5次3か年計画		第6次5か年計画					
		2年度	3年度	4年度	5年度	6年度			7年度
褥瘡発生率	計画値		1.2%未満	1.2%未満	1.2%未満	1.2%未満			1.2%未満
	実績値	1.5%	1.3%	1.4%					
	差		0.1%	0.2%					
<p>【褥瘡ケアに関する院内勉強会】</p> <p>○開催回数 5回</p> <p>○参加人数 526人</p> <p>【実績分析】</p> <p>計画書に沿って褥瘡予防対策を実施したが、ポリウレタンフィルム材の貼付や高機能エアマットの使用等についてケアが不十分なケースがあり、計画値には達しなかった。</p>									

No.	目標	行動計画	令和4年度の具体的な取組内容
		<p>緩和ケアチームによる身体症状・精神症状の緩和に関する診療の実施</p> <p>[令和4年度行動計画]</p> <p>①「気がかり相談シート」を使用したスクリーニングの実施</p> <p>②緩和ケアチームによる病棟ラウンドの実施</p> <p>③緩和ケアリンクナース会の開催</p> <p>④緩和ケアに関する院内勉強会の開催</p>	<p>①「気がかり相談シート」を使用したスクリーニングの実施 入院・外来において「気がかり相談シート」を使用した痛み及び気持ちの状態に関するスクリーニングを実施し、スクリーニング結果に基づいたアセスメントを実施した。</p> <p>②緩和ケアチームによる病棟ラウンドの実施 ・継続的な評価・介入が必要とされる患者については緩和ケアチームへのコンサルトを実施した。 ・緩和ケアの潜在的ニーズを把握するためのオピオイドラウンド（麻薬使用中の患者に関する病棟ラウンド）を実施した。</p> <p>③緩和ケアリンクナース会の開催 ・「気がかり相談シート」の集計結果を毎月のリンクナース会にて各病棟にフィードバックした。 ・リンクナース会において「気がかり相談シート」の内容を見直した。</p> <p>④緩和ケアに関する院内勉強会の開催 緩和ケアに関する院内研修、コミュニケーション研修及び院内外の看護師対象にE L N E C - J看護師教育プログラム研修を実施した。</p>
		<p>認知症ケアチームによる認知症ケアに関する指導の実施</p> <p>[令和4年度行動計画]</p> <p>①認知症スクリーニングラウンドの実施</p> <p>②認知症ケアチームによる病棟ラウンド及びカンファレンスの実施</p> <p>③認知症ケアに関する院内勉強会の開催</p> <p>④認知症・せん妄ケアリンクナース会の開催</p>	<p>①認知症スクリーニングラウンドの実施 認知症スクリーニングにおいて該当した患者を対象に、認知症看護認定看護師と作業療法士が病棟ラウンド（週2回）を実施し、チーム介入する患者を選定した。</p> <p>②認知症ケアチームによる病棟ラウンド及びカンファレンスの実施 認知症ケアチームによる病棟ラウンド及びカンファレンスを週1回実施し、各病棟における認知症ケアの実施状況を把握するとともに、必要な支援や薬物治療などへの助言・推奨を実施した。</p> <p>③認知症ケアに関する院内勉強会の開催 全職員を対象として、認知症・せん妄ケアに関する院内研修会を開催した。</p> <p>④認知症・せん妄ケアリンクナース会の開催 ・各病棟の認知症・せん妄ケアの現状と課題を共有し、解決に向けた取組を実施した。 ・事例検討会やミニレクチャーを実施し、アセスメントやケアについての知識・技術を深め、各病棟においてロールモデルとして活動できるよう支援した。</p>
		<p>排尿ケアチームによる排尿自立支援の実施</p> <p>[令和4年度行動計画]</p> <p>①排尿ケアチームによる排尿自立支援の実施</p> <p>②排尿ケアチームカンファレンスの実施</p> <p>③排尿ケアに関する院内勉強会の開催</p>	<p>①排尿ケアチームによる排尿自立支援の実施 対象病棟において尿道留置カテーテルが挿入されている全ての患者について、適応を判断し早期抜去ができるよう働きかけを実施した。</p> <p>②排尿ケアチームカンファレンスの実施 ・排尿日誌の他、現病歴、既往歴、薬歴、今後の治療方針、今後の療養先等について総合的にアセスメントし、適切な薬剤の選択と処方、簡易エコーによるモニタリングの提案、その後の再評価を実施した。 ・カンファレンスの結果をリンクナースを通じて各病棟へフィードバックした。 ・退院後も継続した介入を要する患者については、泌尿器科外来へ引継ぎを行い、外来での排尿自立指導へつなげた。 ・対象病棟における有熱性尿路感染症発生率2%未満の維持</p> <p>③排尿ケアに関する院内勉強会の開催</p>

令和4年度達成状況

実績及び成果							評価	今後の取組及び方向性																																				
【評価指標】							<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2"></th> <th colspan="2">第5次3か年計画</th> <th colspan="3">第6次5か年計画</th> </tr> <tr> <th colspan="2"></th> <th>2年度</th> <th>3年度</th> <th>4年度</th> <th>5年度</th> <th>6年度</th> <th>7年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">緩和ケアチーム 介入件数</td> <td>計画値</td> <td>/</td> <td>210件以上</td> <td>300件以上</td> <td>300件以上</td> <td>300件以上</td> <td>300件以上</td> </tr> <tr> <td>実績値</td> <td>282件</td> <td>285件</td> <td>286件</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>差</td> <td>/</td> <td>75件</td> <td>▲14件</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			第5次3か年計画		第6次5か年計画					2年度	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	緩和ケアチーム 介入件数	計画値	/	210件以上	300件以上	300件以上	300件以上	300件以上	実績値	282件	285件	286件				差	/	75件	▲14件			
		第5次3か年計画		第6次5か年計画																																								
		2年度	3年度	4年度	5年度	6年度		7年度																																				
緩和ケアチーム 介入件数	計画値	/	210件以上	300件以上	300件以上	300件以上	300件以上																																					
	実績値	282件	285件	286件																																								
	差	/	75件	▲14件																																								
<p>【緩和ケアに関する院内勉強会】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○開催回数 3回 ○参加人数 130人 <p>【コミュニケーション研修】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○開催回数 8回 ○参加人数 102人 <p>【ELNEC-J看護師教育プログラム研修】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○開催回数 1回 ○参加人数 院内20人 院外11人 <p>【実績分析】</p> <p>計画値に達しなかった要因は、緩和ケアチームへのコンサルト件数の減によるものである。これは、新型コロナウイルス感染拡大による入院患者数の減少、面会制限等の制約から自宅療養を希望され、臨死期となった状態で再入院し、チーム介入前に逝去されるケースが多くあったこと、緩和ケア病棟の受入れ対応人数が増えたことにより、一般病棟においてチーム介入する機会が少なくなったことなどが要因と考えられる。また、多職種や一部の看護師が介入を必要と考えても、主治医や他の看護師がチーム介入が必要と捉えられず、介入が行えなかった症例もある。さらに、入院期間の短縮などから、患者の抱える問題に気づけずに外来に移行しているケースもあったと考えられる。</p>							△	<ul style="list-style-type: none"> ①「気がかり相談シート」を使用したスクリーニングの実施 ②緩和ケアチームによる病棟ラウンドの実施 ③緩和ケアリンクナース会の開催 ④緩和ケアに関する院内勉強会の開催 																																				
【評価指標】							<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2"></th> <th colspan="2">第5次3か年計画</th> <th colspan="3">第6次5か年計画</th> </tr> <tr> <th colspan="2"></th> <th>2年度</th> <th>3年度</th> <th>4年度</th> <th>5年度</th> <th>6年度</th> <th>7年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">認知症ケアチーム 介入件数</td> <td>計画値</td> <td>/</td> <td>2,350件以上</td> <td>2,350件以上</td> <td>2,350件以上</td> <td>2,350件以上</td> <td>2,350件以上</td> </tr> <tr> <td>実績値</td> <td>3,137件</td> <td>4,771件</td> <td>3,487件</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>差</td> <td>/</td> <td>2,421件</td> <td>1,137件</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			第5次3か年計画		第6次5か年計画					2年度	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	認知症ケアチーム 介入件数	計画値	/	2,350件以上	2,350件以上	2,350件以上	2,350件以上	2,350件以上	実績値	3,137件	4,771件	3,487件				差	/	2,421件	1,137件			
		第5次3か年計画		第6次5か年計画																																								
		2年度	3年度	4年度	5年度	6年度		7年度																																				
認知症ケアチーム 介入件数	計画値	/	2,350件以上	2,350件以上	2,350件以上	2,350件以上	2,350件以上																																					
	実績値	3,137件	4,771件	3,487件																																								
	差	/	2,421件	1,137件																																								
<p>【認知症ケアに関する院内勉強会】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○開催回数 3回 ○参加人数 1,208人 							○	<ul style="list-style-type: none"> ①認知症スクリーニングラウンドの実施 ②認知症ケアチームによる病棟ラウンド及びカンファレンスの実施 ③認知症ケアに関する院内勉強会の開催 ④認知症・せん妄ケアリンクナース会の開催 																																				
【評価指標】							<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2"></th> <th colspan="2">第5次3か年計画</th> <th colspan="3">第6次5か年計画</th> </tr> <tr> <th colspan="2"></th> <th>2年度</th> <th>3年度</th> <th>4年度</th> <th>5年度</th> <th>6年度</th> <th>7年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">排尿ケアチーム 介入件数</td> <td>計画値</td> <td>/</td> <td>270件以上</td> <td>270件以上</td> <td>270件以上</td> <td>270件以上</td> <td>270件以上</td> </tr> <tr> <td>実績値</td> <td>325件</td> <td>567件</td> <td>481件</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>差</td> <td>/</td> <td>297件</td> <td>211件</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			第5次3か年計画		第6次5か年計画					2年度	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	排尿ケアチーム 介入件数	計画値	/	270件以上	270件以上	270件以上	270件以上	270件以上	実績値	325件	567件	481件				差	/	297件	211件			
		第5次3か年計画		第6次5か年計画																																								
		2年度	3年度	4年度	5年度	6年度		7年度																																				
排尿ケアチーム 介入件数	計画値	/	270件以上	270件以上	270件以上	270件以上	270件以上																																					
	実績値	325件	567件	481件																																								
	差	/	297件	211件																																								
<p>【有熱性尿路感染症発生率・医療関連器具使用比】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○有熱性尿路感染症発生率 0.22% (全国平均範囲内) ○医療関連器具使用比 0.18~0.22% <p>【排尿ケアに関する院内勉強会】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○開催回数 3回 ○参加人数 66人 							○	<ul style="list-style-type: none"> ①排尿ケアチームによる排尿自立支援の実施 ②排尿ケアチームカンファレンスの実施 ③排尿ケアに関する院内勉強会の開催 																																				

No.	目標	行動計画	令和4年度の具体的な取組内容
		呼吸ケアチームによる人工呼吸器離脱に向けた診療の実施 [令和4年度行動計画] ①呼吸ケアチームによる病棟ラウンドの実施 ②呼吸ケアチーム会議の実施 ③呼吸ケアに関する院内勉強会の開催 ④呼吸ケアチームリンク会議の実施 ⑤院内の教育体制の強化 カーリナマスクフィッティングの新たな指導者を養成 ⑥重症患者の呼吸ケアの確立	①呼吸ケアチームによる病棟ラウンドの実施 呼吸ケアチームによる病棟ラウンド（週1回）において、人工呼吸器離脱に向けた診療を実施した。 ②呼吸ケアチーム会議の実施 ③呼吸ケアチームによる院内勉強会の開催 「覚醒試験と離脱試験の説明、評価方法」「人工呼吸器装着患者の看護」についての研修会を実施した。 ④呼吸ケアチームリンク会議の実施 呼吸ケアチームリンク会議（月1回）において症例報告と対応についての情報共有を実施した。 ⑤カーリナマスクフィッティングの新たな指導者の養成 カーリナマスクフィッティングの指導者を5人養成したことで、医療関連機器圧迫創傷に対する意識が向上し、発生予防につながった。 ⑥重症患者の呼吸ケアの確立 病棟において人工呼吸器装着患者が増加したことから、各病棟へ出向き、人工呼吸器に関する勉強会を緊急開催した。
(7)	地域医療連携の推進 【本院】	<ul style="list-style-type: none"> ・前方及び後方連携先との関係強化並びに連携医療機関の新規開拓 ・地域の医療従事者を対象とした各種研修会の開催 [令和4年度行動計画] ①年間の医療機関訪問計画を策定し、多職種の意見を反映させた、戦略的な地域連携の実施 ②地域の医療従事者の資質向上を目的とした研修会の開催	①年間の医療機関訪問計画を策定し、多職種の意見を反映させた、戦略的な地域連携を図る。 <ul style="list-style-type: none"> ・各診療科長を対象に「連携を深めたい医療機関アンケート」を実施した。アンケートの結果、希望があった医療機関を患者総合支援センター副センター長及び診療科長が訪問し、急性期患者の紹介について情報共有の機会を得た。 ・君津医療圏外で転院患者数の多い医療機関（安房地域医療センター、館山病院等）への多職種による訪問を実施した。 ・入退院支援クラウドサービスを活用した入退院交渉を開始した。 ・感染制御部長及び患者総合支援センター副センター長が君津木更津医師会会長を訪問し、新型コロナウイルス感染症患者の診療連携について医師会と認識を共有した。 ②地域の医療従事者の資質向上を目的とした研修会の開催 <ul style="list-style-type: none"> ・上総がんフォーラム ・地域緩和ケア連携会議
		<ul style="list-style-type: none"> ・近隣医療機関の当院への要望調査及び要望内容の精査 ・精査結果に基づく要望への対応 [令和4年度行動計画] 地域医療機関への訪問時に加えて、地域の医療介護従事者との意見交換の場を設け、他機関の要望を調査する。	○地域医療機関等へ訪問した際に当院への要望の聞き取り及び意見交換を実施 新型コロナウイルス感染症への対応について、医師会と改めて認識を共有したことで、円滑に診療を実施することができた。 ○地域緩和ケア連携会議において、地域の医療機関等からの参加者と意見交換を実施 会議での意見交換の場において、緩和ケアに移る際の情報共有方法等、当院への要望を拾い上げることができた。
(8)	地域に根ざした医療の提供 【分院】	二次救急医療の提供 [令和4年度行動計画] 君津医療圏における二次救急医療の提供	君津医療圏における二次救急医療の提供 君津医療圏南部の拠点病院として、二次救急輪番制に参加し、救急患者の受入れに対応した。
		本院との連携による専門医療の提供 [令和4年度行動計画] 本院からの専門医の派遣による各種専門医療の提供	本院からの専門医の派遣による各種専門医療の提供 地域需要が高い「糖尿病・内分泌・代謝内科」及び「脳神経内科」について、本院から専門医の派遣による専門医療の提供を継続した。

令和4年度達成状況		実績及び成果					評価	今後の取組及び方向性
【評価指標】								①呼吸ケアチームによる病棟ラウンドの実施 ②呼吸ケアチーム会議の実施 ③呼吸ケアチームリンクナース会議の開催 ④呼吸ケアに関する院内勉強会の開催（4回） ⑤適切な人工呼吸器使用指導による合併症削減 カリーナマスクフィッティングの新たな指導者の養成
		第5次3か年計画	第6次5か年計画					
		2年度	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	
呼吸ケアチーム 介入件数	計画値		40件以上	40件以上	40件以上	40件以上	40件以上	○
	実績値	35件	41件	80件				
	差		1件	40件				
【呼吸ケアに関する院内勉強会】								
○開催回数 2回								
○参加人数 70人								
【評価指標】								①年間の医療機関訪問計画を策定し、多職種の意見を反映させた、戦略的な地域連携を図る。 ②地域の医療従事者の資質向上を目的とした研修会の開催 ポストコロナを見据えた研修会計画を立案する。
		第5次3か年計画	第6次5か年計画					
		2年度	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	
地域医療支援病院 紹介率	計画値		75%以上	75%以上	75%以上	75%以上	75%以上	○
	実績値	75.8%	74.9%	76.0%				
	差		▲0.1%	1.0%				
地域医療支援病院 逆紹介率	計画値		70%以上	70%以上	70%以上	70%以上	70%以上	○
	実績値	67.6%	71.3%	79.4%				
	差		1.3%	9.4%				
【地域の医療機関との面会】								
○訪問件数 52件								
【地域の医療従事者の資質向上を目的とした研修会】								
○上総がんフォーラム								
開催回数 3回								
参加人数 47人								
○地域緩和ケア連携会議								
開催回数 2回								
参加人数 約150人								
								地域医療機関の訪問に加えて、地域の医療介護従事者との意見交換の場を設け、他機関の要望を調査する。
								○
【救急患者数】								君津医療圏における二次救急医療の提供
		3年度	4年度	差				
	二次救急医療受入件数	542件	451件	▲91件				
								○
【本院からの専門医の派遣による外来診療】								本院からの専門医の派遣による各種専門医療の提供
○糖尿病・内分泌・代謝内科外来患者数		1,320人（前年度比 53人増）						
○脳神経内科の外来患者数		327人（前年度比 72人増）						
								○

No.	目標	行動計画	令和4年度の具体的な取組内容
		在宅医療の提供 [令和4年度行動計画] 要介護度が高く、通院困難な患者への在宅医療の提供	要介護度が高く、通院困難な患者への在宅医療の提供 要介護度が高く、通院困難な患者が多い地域であることから、医師、看護師及び理学療法士等が患者に訪問する在宅医療を提供した。

2 医療の質の向上

No.	目標	行動計画	令和4年度の具体的な取組内容
(1)	教育・研修等の充実 【本・分院】	<p>初期臨床研修の充実</p> <p>[令和4年度行動計画]</p> <p>①臨床研修医カンファレンスの実施（週1回）</p> <p>②研修管理委員会及び臨床教育委員会の開催（年3回）</p> <p>③臨床研修指導医及びプログラム責任者の養成</p> <p>④基本的臨床能力評価試験の受験</p> <p>⑤臨床研修評価更新訪問審査の受審</p> <p>後期臨床研修の充実</p> <p>[令和4年度行動計画]</p> <p>①新専門医制度基本領域基幹プログラム（内科・外科・救急科・総合診療科・小児科）を維持するための指導医の確保</p> <p>②新専門医制度基本領域基幹プログラム専修医2人以上の確保</p>	<p>①臨床研修医カンファレンスの実施 臨床研修医カンファレンスを週1回開催し、様々な分野の研修を実施した。</p> <p>②研修管理委員会及び臨床教育委員会の開催 研修管理委員会（年1回）及び臨床教育委員会（年4回）を開催した。</p> <p>③臨床研修指導医の養成 新たに小児科1人、産婦人科1人の臨床研修指導医を養成した。</p> <p>④基本的臨床能力評価試験の受験 令和5年1月25日に基本的臨床能力評価試験を実施し、33人の初期臨床研修医が受験した。病院全体の点数は全国平均に近い点数となった。試験結果については、今後の研修の参考となるよう個別に成績の通知を行った。</p> <p>⑤臨床研修評価更新訪問審査の受審 令和5年2月28日に臨床研修評価更新訪問審査を受審し、認定更新することができた。しかしながら、インシデントレポートの提出や退院時サマリーの作成率等についての指摘事項もあった。</p> <p>①新専門医制度基本領域基幹プログラム（内科・外科・救急科・総合診療科・小児科）を維持するための指導医の確保 各領域のプログラム維持のために必要な指導医は確保できている。</p> <p>②新専門医制度基本領域基幹プログラム専修医2人以上の確保 内科領域1人、外科領域1人の専攻医を新たに確保し、令和5年度から専門研修を開始している。</p>

令和4年度達成状況		実績及び成果						評価	今後の取組及び方向性																																																																															
【評価指標】		<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th rowspan="2">第5次5か年計画</th> <th colspan="5">第6次5か年計画</th> </tr> <tr> <th>2年度</th> <th>3年度</th> <th>4年度</th> <th>5年度</th> <th>6年度</th> <th>7年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">在宅患者訪問診療 実施件数</td> <td>計画値</td> <td></td> <td>500件以上</td> <td>500件以上</td> <td>500件以上</td> <td>500件以上</td> <td>500件以上</td> </tr> <tr> <td>実績値</td> <td>575件</td> <td>585件</td> <td>532件</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>差</td> <td></td> <td>85件</td> <td>32件</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">在宅患者訪問看護 実施件数</td> <td>計画値</td> <td></td> <td>1,500件以上</td> <td>1,500件以上</td> <td>1,500件以上</td> <td>1,500件以上</td> <td>1,500件以上</td> </tr> <tr> <td>実績値</td> <td>1,418件</td> <td>1,210件</td> <td>1,035件</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>差</td> <td></td> <td>▲290件</td> <td>▲465件</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">在宅患者訪問リハ ビリテーション数</td> <td>計画値</td> <td></td> <td>1,700件以上</td> <td>1,700件以上</td> <td>1,700件以上</td> <td>1,700件以上</td> <td>1,700件以上</td> </tr> <tr> <td>実績値</td> <td>2,144件</td> <td>2,351件</td> <td>2,203件</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>差</td> <td></td> <td>651件</td> <td>503件</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>							第5次5か年計画	第6次5か年計画					2年度	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	在宅患者訪問診療 実施件数	計画値		500件以上	500件以上	500件以上	500件以上	500件以上	実績値	575件	585件	532件				差		85件	32件				在宅患者訪問看護 実施件数	計画値		1,500件以上	1,500件以上	1,500件以上	1,500件以上	1,500件以上	実績値	1,418件	1,210件	1,035件				差		▲290件	▲465件				在宅患者訪問リハ ビリテーション数	計画値		1,700件以上	1,700件以上	1,700件以上	1,700件以上	1,700件以上	実績値	2,144件	2,351件	2,203件				差		651件	503件				△	要介護度が高く、通院困難な患者への在宅医療の提供
	第5次5か年計画	第6次5か年計画																																																																																						
		2年度	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度																																																																																	
在宅患者訪問診療 実施件数	計画値		500件以上	500件以上	500件以上	500件以上	500件以上																																																																																	
	実績値	575件	585件	532件																																																																																				
	差		85件	32件																																																																																				
在宅患者訪問看護 実施件数	計画値		1,500件以上	1,500件以上	1,500件以上	1,500件以上	1,500件以上																																																																																	
	実績値	1,418件	1,210件	1,035件																																																																																				
	差		▲290件	▲465件																																																																																				
在宅患者訪問リハ ビリテーション数	計画値		1,700件以上	1,700件以上	1,700件以上	1,700件以上	1,700件以上																																																																																	
	実績値	2,144件	2,351件	2,203件																																																																																				
	差		651件	503件																																																																																				
【実績分析】 在宅患者訪問看護件数については、老々介護の家庭が多く、老健施設等へ入所される方、24時間利用可能な訪問看護ステーションの利用する方などが増えたことから、件数の減につながったものと考えられる。																																																																																								
運営委員会の評価		運営委員会からの意見等																																																																																						

令和4年度達成状況		実績及び成果						評価	今後の取組及び方向性
【臨床研修指導医の養成実績（令和4年度）】 ○小児科 1人 ○産婦人科 1人								○	①臨床研修医カンファレンスの実施（週1回） ②研修管理委員会及び臨床教育委員会の開催（年3回） ③臨床研修指導医及びプログラム責任者の養成 ④基本的臨床能力評価試験の受験 ⑤臨床研修評価更新訪問審査の指摘事項への対応
【指導医数】（R5.4.1時点） ○内科 7人 ○外科 4人 ○救急科 2人 ○総合診療科 1人 ○小児科 3人									

No.	目標	行動計画	令和4年度の具体的な取組内容
		<p>看護師教育の充実</p> <p>[令和4年度行動計画]</p> <p>①看護実践能力向上研修の実施 ②新人看護職員研修の実施 ③看護教育指導者研修の実施 ④看護管理者研修の実施 ⑤各種認定看護師の育成 ⑥院外研修会等への参加 ⑦倫理学習段階Ⅲ研修計画 オンデマンド受講</p> <p>医療技術職員の専門性の向上</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認定資格の取得 ・院外研修会等への参加 <p>[令和4年度行動計画]</p> <p>①各種認定資格の取得 ②学会発表等の実施 ③院外研修会等への参加 ④業績評価の実施 ⑤管理者研修の実施</p>	<p>①看護実践能力向上研修 ②新人看護職員研修 ③看護教育指導者研修</p> <ul style="list-style-type: none"> ・臨床実習指導者研修 ・実地指導者準備研修 ・実地指導者フォローアップ研修 <p>④看護管理者研修</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新師長看護管理の基礎 ・新係長管理研修 ・新主任管理研修 ・リーダーシップ研修 ・ハラスメント研修 ・アサーティブ研修 <p>⑤各種特定認定看護師研修</p> <ul style="list-style-type: none"> ・慢性心不全認定看護師 特定行為を含む認定看護師養成所合格 ・感染管理認定看護師 認定試験合格 ・認定看護管理者 試験合格 ・認定看護管理者研修ファーストレベル ・認定看護管理者研修セカンドレベル <p>⑥院外研修会等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・実習指導者講習会 ・看護補助体制指導者養成研修 <p>⑦倫理研修</p> <ul style="list-style-type: none"> ・倫理学習段階Ⅲ研修（令和4年度新たに企画） <p>①各種認定資格の取得</p> <p>呼吸療法認定理学療法士、脳卒中療養相談士、心不全療養指導士、認定医療機器管理臨床工学技士、植込み型心臓デバイス認定士 等</p> <p>②学会発表等の実施</p> <p>全国国保地域医療学会、日本口腔ケア学会総会、国際口腔ケア学会、日本環境感染学会総会 等</p> <p>③院外研修会等への参加</p> <p>告示研修、技能研修、臨床実習指導者研修、感染制御専門薬剤師講習会、日本化学療法学会総会、医療安全管理者 等</p> <p>④能力評価及び業績評価の実施</p> <p>直属の監督職が面談することで目標が具体化し、目標管理が浸透した。</p> <p>⑤管理者研修の実施</p> <p>管理職候補者に対し、管理職候補者プログラム研修、目標管理面談、ハラスメント相談対応について自己学習とロールプレイを実施した。</p>
(2)	<p>利用者満足度の向上</p> <p>【本・分院】</p>	<p>患者総合支援センターの設置</p> <p>[令和4年度行動計画]</p> <p>①がん相談支援センター、難病相談支援センターにおいて、患者・家族の不安を取り除くための支援を実施 ②急性期治療が一段落した段階で、速やかに回復期・生活期に移行できるよう、周辺医療機関との連携を強化 ③在宅における療養、生活に必要な環境設定を入院初期から実施し、「安心して退院できる」状況を整えるサポートを実施</p> <p>【本院】</p> <p>患者満足度の向上</p> <p>[令和4年度行動計画]</p> <p>①患者満足度調査の実施 ②患者満足度調査の結果や患者からの意見・要望等への対応</p>	<p>①がん相談支援センター、難病相談支援センターにおいて、患者・家族の不安を取り除くための支援を実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ・がん相談支援センター、難病相談支援センターにおける相談事業を実施した。 ・地域緩和ケア連絡会議を開催した。（6月・2月） <p>②急性期治療が一段落した段階で、速やかに回復期・生活期に移行できるよう、周辺医療機関との連携を強化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・週1回ペースでの連携先医療機関等への訪問により、更なる連携強化につながった。 ・入退院支援クラウドサービスによる入退院交渉を開始し、当院からの転院希望数が数値化されることで、現状を把握することが容易になったと同時に、連携先の転院受け入れ状況の把握・共有ができるようになった。また、医療圏外に居住するの患者の転院先を速やかに決定できるようになった。 <p>③在宅における療養、生活に必要な環境設定を入院初期から実施し、「安心して退院できる」状況を整えるサポートを実施</p> <p>退院時における環境設定に重要な役割を果たす「p F mナース」を各病棟に配置した。</p> <p>①患者満足度調査の実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ・調査期間 入院・外来：令和4年10月10日～11月26日 ・調査対象 入院：調査期間中に入院していた患者440人 外来：調査期間中に外来受診した患者500人 ・回収件数 入院：372件 外来：497件 <p>②患者満足度調査の結果や患者からの意見・要望等への対応</p> <ul style="list-style-type: none"> ・看護局においては、患者満足度調査の結果を基に、患者満足度向上を目指す計画を策定し、職員に周知した。 ・医療技術局においては、接遇リーダーを各部署で育成し、リーダーのもとロールプレイトレーニングなどを行い、接遇改善に取り組んだ。

令和4年度達成状況

実績及び成果		評価	今後の取組及び方向性																																																																																				
【研修会等参加状況】 <table border="1"> <thead> <tr> <th>研修等</th> <th>3年度</th> <th>4年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>看護実践能力向上研修</td> <td>21分野83回(3,540人)</td> <td>21分野99回(3,895人)</td> </tr> <tr> <td>新人看護職員研修</td> <td>46回</td> <td>54回</td> </tr> <tr> <td>看護教育指導者研修</td> <td>11回(365人)</td> <td>11回(407人)</td> </tr> <tr> <td>看護管理者研修</td> <td>7回(143人)</td> <td>8回(169人)</td> </tr> <tr> <td>慢性心不全認定看護師</td> <td>—</td> <td>1人養成所合格 ※令和5年から養成所へ</td> </tr> <tr> <td>摂食嚥下障害看護師</td> <td>1人養成所合格</td> <td>1人教育課程修了 ※令和5年度認定審査 受験予定</td> </tr> <tr> <td>感染管理認定看護師</td> <td>1人教育課程修了</td> <td>1人認定審査合格</td> </tr> <tr> <td>認定看護管理者</td> <td>—</td> <td>1人認定審査合格</td> </tr> <tr> <td>認定看護管理者研修 ファーストレベル</td> <td>2人修了</td> <td>4人修了</td> </tr> <tr> <td>認定看護管理者研修 セカンドレベル</td> <td>2人修了</td> <td>2人修了</td> </tr> <tr> <td>倫理学習段階Ⅲ研修</td> <td>—</td> <td>4回(175人)</td> </tr> </tbody> </table>		研修等	3年度	4年度	看護実践能力向上研修	21分野83回(3,540人)	21分野99回(3,895人)	新人看護職員研修	46回	54回	看護教育指導者研修	11回(365人)	11回(407人)	看護管理者研修	7回(143人)	8回(169人)	慢性心不全認定看護師	—	1人養成所合格 ※令和5年から養成所へ	摂食嚥下障害看護師	1人養成所合格	1人教育課程修了 ※令和5年度認定審査 受験予定	感染管理認定看護師	1人教育課程修了	1人認定審査合格	認定看護管理者	—	1人認定審査合格	認定看護管理者研修 ファーストレベル	2人修了	4人修了	認定看護管理者研修 セカンドレベル	2人修了	2人修了	倫理学習段階Ⅲ研修	—	4回(175人)	○	①看護実践能力向上研修の実施 一部の研修において実践能力向上のためにロールプレ イ等を取り入れた研修を企画する。 ②新人看護職員研修の実施 ③看護教育指導者研修の実施 ④看護管理者研修の実施 看護管理育成WGを企画・運営予定 ⑤各種認定看護師の育成 ・緩和ケア認定看護師1人養成所受験予定 ・摂食嚥下障害認定看護師の認定受審予定 ・慢性心不全認定看護師教育課程開始 ⑥認定看護管理者研修 ・ファーストレベル3人、セカンドレベル2人受講予定																																																
研修等	3年度	4年度																																																																																					
看護実践能力向上研修	21分野83回(3,540人)	21分野99回(3,895人)																																																																																					
新人看護職員研修	46回	54回																																																																																					
看護教育指導者研修	11回(365人)	11回(407人)																																																																																					
看護管理者研修	7回(143人)	8回(169人)																																																																																					
慢性心不全認定看護師	—	1人養成所合格 ※令和5年から養成所へ																																																																																					
摂食嚥下障害看護師	1人養成所合格	1人教育課程修了 ※令和5年度認定審査 受験予定																																																																																					
感染管理認定看護師	1人教育課程修了	1人認定審査合格																																																																																					
認定看護管理者	—	1人認定審査合格																																																																																					
認定看護管理者研修 ファーストレベル	2人修了	4人修了																																																																																					
認定看護管理者研修 セカンドレベル	2人修了	2人修了																																																																																					
倫理学習段階Ⅲ研修	—	4回(175人)																																																																																					
【医療技術職員の専門性の向上への取組】 ○各種認定資格の取得 18件 ○学会発表等 39件 ○座長・講師・シンポジスト等 54件 ○院外研修会への参加 59件 ○医療安全管理者研修 2人		○	①各種認定資格の取得 ②学会発表等の実施 ③院外研修会等への参加																																																																																				
【がん・難病相談支援センターにおける支援】 ○がん相談支援センター、難病相談支援センター相談件数 3,036件 ○地域緩和ケア連絡会議参加人数 約150人 【連携先医療機関等への訪問】 ○訪問件数 52件 【入退院支援加算1・2】(令和4年5月から上位基準算定開始) ○算定件数 5,376件		○	①がん相談支援センター、難病相談支援センターにおい て、患者・家族の不安を取り除くための支援を実施 ②急性期治療が一段落した段階で、速やかに回復期・生活 期に移行できるよう、周辺医療機関との連携を強化 ③在宅における療養、生活に必要な環境設定を入院初期か ら実施し、「安心して退院できる」状況を整えるサポー トを実施 定期入院患者への入院時支援の充実に努める。																																																																																				
【評価指標】 <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th rowspan="2"></th> <th rowspan="2">実績値</th> <th colspan="5">第6次5か年計画</th> </tr> <tr> <th>2年度</th> <th>3年度</th> <th>4年度</th> <th>5年度</th> <th>6年度</th> <th>7年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">入院</td> <td>満足・ほぼ満足</td> <td>実績値</td> <td>90%</td> <td>97%</td> <td>97%</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>普通</td> <td>実績値</td> <td>9%</td> <td>3%</td> <td>3%</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">やや不満・不満</td> <td>計画値</td> <td></td> <td>2%未満</td> <td>2%未満</td> <td>2%未満</td> <td>2%未満</td> </tr> <tr> <td>実績値</td> <td></td> <td>1%</td> <td>0%</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>差</td> <td></td> <td>△2%</td> <td>△2%</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="4">外来</td> <td>満足・ほぼ満足</td> <td>実績値</td> <td>72%</td> <td>79%</td> <td>84%</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>普通</td> <td>実績値</td> <td>25%</td> <td>19%</td> <td>16%</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">やや不満・不満</td> <td>計画値</td> <td></td> <td>2%未満</td> <td>2%未満</td> <td>2%未満</td> <td>2%未満</td> </tr> <tr> <td>実績値</td> <td></td> <td>3%</td> <td>2%</td> <td>0%</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>差</td> <td></td> <td>0%</td> <td>△2%</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				実績値	第6次5か年計画					2年度	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	入院	満足・ほぼ満足	実績値	90%	97%	97%			普通	実績値	9%	3%	3%			やや不満・不満	計画値		2%未満	2%未満	2%未満	2%未満	実績値		1%	0%				差		△2%	△2%			外来	満足・ほぼ満足	実績値	72%	79%	84%			普通	実績値	25%	19%	16%			やや不満・不満	計画値		2%未満	2%未満	2%未満	2%未満	実績値		3%	2%	0%			差		0%	△2%			○	①患者満足度調査の実施(10月頃) ②患者満足度調査の結果や患者からの意見・要望等への対 応
					実績値	第6次5か年計画																																																																																	
		2年度	3年度	4年度		5年度	6年度	7年度																																																																															
入院	満足・ほぼ満足	実績値	90%	97%	97%																																																																																		
	普通	実績値	9%	3%	3%																																																																																		
	やや不満・不満	計画値		2%未満	2%未満	2%未満	2%未満																																																																																
		実績値		1%	0%																																																																																		
	差		△2%	△2%																																																																																			
外来	満足・ほぼ満足	実績値	72%	79%	84%																																																																																		
	普通	実績値	25%	19%	16%																																																																																		
	やや不満・不満	計画値		2%未満	2%未満	2%未満	2%未満																																																																																
		実績値		3%	2%	0%																																																																																	
	差		0%	△2%																																																																																			

No.	目標	行動計画	令和4年度の具体的な取組内容
		<p>【分院】 患者満足度の向上</p> <p>[令和4年度行動計画] ①患者満足度調査の実施 ②患者満足度調査の結果や患者からの意見・要望等への対応</p>	<p>①患者満足度調査の実施</p> <ul style="list-style-type: none"> 調査期間 入院：令和4年11月1日～11月30日 外来：令和4年11月14日～11月18日 調査対象 入院：調査期間中に入院していた患者51人 外来：調査期間中に外来受診した患者150人 回収件数 入院：51件 外来：150件 <p>②患者満足度調査の結果や患者からの意見・要望等への対応 「建物が古い」、「案内表示がわかりづらい」などの意見があったことから、照明を明るく電気代が安価なLEDへの交換や、案内表示の文字サイズや文字色の調整を行った。</p>
		<p>【本院】 その他利用者満足度の向上</p> <p>[令和4年度行動計画] ①その他利用者満足度調査の実施 ②利用者満足度調査の結果や患者からの意見・要望等への対応</p>	<p>①その他利用者満足度調査の実施</p> <ul style="list-style-type: none"> 調査期間：令和4年12月1日～12月14日 調査対象：面会者200人 回収件数：193件 <p>②利用者満足度調査の結果や患者からの意見・要望等への対応</p> <ul style="list-style-type: none"> 調査結果を各部署に供覧し、改善のための取組を促した。 看護局においては、調査結果を基に各部署で患者の満足度向上を目指す計画を作成し、職員に改善を促した。
		<p>【分院】 その他利用者満足度の向上</p> <p>[令和4年度行動計画] ①その他利用者満足度調査の実施 ②利用者満足度調査の結果や患者からの意見・要望等への対応</p>	<p>[令和4年度行動計画] ①その他利用者満足度調査の実施</p> <ul style="list-style-type: none"> 調査期間：令和4年11月1日～11月30日 調査対象：期間中に来院した業者20人 回収件数：20件 <p>②利用者満足度調査の結果や患者からの意見・要望等への対応</p>
(3)	<p>病院機能評価認定基準の維持 【本院】</p>	<p>病院機能評価認定基準の維持及び更新審査受審準備</p> <p>[令和4年度行動計画] ①病院機能向上委員会の開催 ②新バージョン(3rd:G Ver. 3.0)の評価項目に沿った自己評価の実施 ③日本医療機能評価機構からの講師派遣による講演会の開催</p>	<p>①病院機能向上委員会の開催 病院機能向上委員会を開催し、自己評価の結果を報告。優先的に取り組まなければならない項目について、委員会内で協議した。</p> <p>②新バージョン(3rd:G Ver. 3.0)の評価項目に沿った自己評価の実施 10月に新バージョンの評価項目に沿った自己評価表及び自己評価チェックリストによる自己評価を各部署において実施した結果、改善が必要な点や前回受審時の指摘事項が未だ改善されていない現状を把握することができた。</p> <p>③日本医療機能評価機構からの講師派遣による講演会の開催 2月に日本医療機能評価機構の事務サーベイヤの方を講師として、全職員対象の病院機能評価講演会を開催し、基本的な内容から新バージョンの評価項目や評価方法等について院内に周知を図った。</p>

令和4年度達成状況

実績及び成果		第6次5か年計画						評価	今後の取組及び方向性
		2年度	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度		
【評価指標】									
入院	満足・ほぼ満足	実績値	79%	80%	76%				
	普通	実績値	20%	20%	22%				
	やや不満・不満	計画値		2%未満	2%未満	2%未満	2%未満	2%未満	
		実績値	1%	0%	2%				
		差		△2%	0%				
外来	満足・ほぼ満足	実績値	69%	77%	74%				
	普通	実績値	30%	21%	25%				
	やや不満・不満	計画値		2%未満	2%未満	2%未満	2%未満	2%未満	
		実績値	1%	2%	1%				
		差		0%	△1%				
<p>【実績分析】 建物の老朽化により施設・設備面の不満が多く、入院では計画値に達しなかった。</p>									
【評価指標】									
	満足・ほぼ満足	実績値	77%	86%	84%				
	普通	実績値	21%	13%	15%				
	やや不満・不満	計画値		2%未満	2%未満	2%未満	2%未満	2%未満	
		実績値	2%	1%	1%				
		差		△1%	△1%				
【評価指標】									
	満足・ほぼ満足	実績値	66%	57%	80%				
	普通	実績値	31%	36%	19%				
	やや不満・不満	計画値		2%未満	2%未満	2%未満	2%未満	2%未満	
		実績値	2%	7%	1%				
		差		5%	△1%				
<p>○職員の意識向上のために病院長によるキックオフ宣言を行う。 ○病院機能向上委員会の開催、病院機能評価部会の発足及び院内ラウンド等の活動開始 院内ラウンド等を実施し、現状把握及び問題点の改善に努める。 ○模擬審査の実施（令和5年11月） 模擬審査を受審することで現状を把握する。 ○更新審査（本審査）受審（令和6年7月）</p>									
運営委員会の評価		運営委員会からの意見等							

3 安全な医療の提供

No.	目標	行動計画	令和4年度の具体的な取組内容
(1)	医療安全対策 【本・分院】	全職員を対象とした研修会の開催 [令和4年度行動計画] 全職員を対象とする医療安全研修会の開催	全職員を対象とする医療安全研修会の開催 eラーニングによる研修会を年2回開催し、医療安全に関する知識の向上と研鑽を図った。
		医療安全部による院内ラウンドでの医療安全対策のための指導及び改善 [令和4年度行動計画] 医療安全部による院内ラウンドの実施 ・院内ラウンドを実施し、各部署での医療安全の取組や関連するマニュアル遵守状況を確認する。 ・インシデント報告内容から改善策の実施状況を確認し、類似事例が発生していないかを確認する。 ・職場環境の5S状況を確認するとともに、医療安全上の問題がないかを確認する。	医療安全部による院内ラウンドの実施 ・医療安全部による院内ラウンドを月4回実施し、各部署でのインシデント対策状況、マニュアル遵守状況を確認した。 ・ラウンド時に職場環境の5Sについても併せて確認し、医療安全上の課題を共有した。 ・マニュアルの遵守状況から、現場での実施状況の違いや改訂すべき箇所が抽出できた。
		・インシデントレポート報告の分析による医療安全対策の実施 ・インシデントレポートを報告しやすい環境の整備 ・医師からの報告の推進 ・同一事例への複数報告件数の増 [令和4年度行動計画] インシデント報告の中でもゼロレベルの報告を促し、同じ事例に対して複数の職員が関わっている場合は、異なる立場での報告を求める。	○医療安全部長や医療安全対策室長より、各部署のリスクマネージャーや医師へインシデント報告を働きかけた。 ○「医療安全ニュースレター」の定期発行、ポスターの作成によりインシデント報告件数、発生状況及び発生事例を院内全体に周知した。
		医療安全管理部門を持つ医療機関との相互の医療安全対策評価の実施 [令和4年度行動計画] 医療安全管理部門を持つ医療機関との相互の医療安全対策評価の実施	君津医療圏内の2施設との相互の医療安全対策評価（書面評価）を実施 新型コロナウイルス感染拡大により、2年連続で訪問形式での実施を見送ることとなったが、書面による相互評価を実施することができた。
(2)	院内感染防止対策 【本・分院】	全職員を対象とした研修会の開催 [令和4年度行動計画] 全職員を対象とした院内感染防止対策研修会の開催（年2回）	全職員を対象とした院内感染防止対策研修会の開催（年2回） ・職員の新型コロナウイルス感染症に対する理解が深まり、手指衛生の適切なタイミングと適切な手技を理解し、実践できるようになった。 ・研修会の結果や質問に対する職員へのフィードバックを実施した。

令和4年度達成状況								今後の取組及び方向性	
実績及び成果							評価		
【評価指標】								△	
		第5次3か年計画		第6次5か年計画					
		2年度	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度		
年間で2回以上受講した割合	計画値		100%	100%	100%	100%	100%		
	実績値	83.0%	92.4%	91.0%					
	差		▲7.6%	▲9.0%					
【実績分析】 研修会は予定どおり実施することができたが、医師の受講率が86%と低く計画値の100%には達しなかった。								○	
【評価指標】									
		第5次3か年計画		第6次5か年計画					
		2年度	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度		
医師		88件	126件	160件					
看護員		1,761件	1,973件	2,129件					
医療技術員		364件	714件	601件					
事務員 他		66件	124件	88件					
インシデント報告総件数	計画値		2,500件	3,000件	3,300件	3,300件以上	3,300件以上		
	実績値	2,279件	2,937件	2,978件					
	差		437件	▲22件					
医師のインシデント報告割合	計画値			10%以上	10%以上	10%以上	10%以上		
	実績値	3.9%	4.3%	5.4%					
	差			▲4.6%					
【同一事例への複数報告】 ○報告件数 延べ156件（73事例）								△	
【実績分析】 医療安全部長と医療安全対策室長が、各部署のリスクマネージャーや医師に対し報告を促したことで、前年度に比べて報告件数は増加した。この働きかけにより、医師の報告割合についても前年度と比較し上回る結果となったが、計画値の10%には達しなかった。									
【相互の医療安全対策評価の実施施設】 ○袖ヶ浦さつき台病院 ○玄々堂君津病院									
【評価指標】								○	
		第5次3か年計画		第6次5か年計画					
		2年度	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度		
年間で2回以上受講した割合	計画値		100%	100%	100%	100%	100%		
	実績値	74.0%	88.0%	98.0%					
	差		▲12.0%	▲2.0%					
【実績分析】 全職員の受講状況を確認し、研修未受講者に対して、繰り返しの呼びかけや受講を促したことで、研修受講率は向上したが、計画値の100%には達しなかった。								△	
【評価指標】									
		第5次3か年計画		第6次5か年計画					
		2年度	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度		
医師		88件	126件	160件					
看護員		1,761件	1,973件	2,129件					
医療技術員		364件	714件	601件					
事務員 他		66件	124件	88件					
インシデント報告総件数	計画値		2,500件	3,000件	3,300件	3,300件以上	3,300件以上		
	実績値	2,279件	2,937件	2,978件					
	差		437件	▲22件					
医師のインシデント報告割合	計画値			10%以上	10%以上	10%以上	10%以上		
	実績値	3.9%	4.3%	5.4%					
	差			▲4.6%					
【同一事例への複数報告】 ○報告件数 延べ156件（73事例）								△	
【実績分析】 医療安全部長と医療安全対策室長が、各部署のリスクマネージャーや医師に対し報告を促したことで、前年度に比べて報告件数は増加した。この働きかけにより、医師の報告割合についても前年度と比較し上回る結果となったが、計画値の10%には達しなかった。									
【相互の医療安全対策評価の実施施設】 ○袖ヶ浦さつき台病院 ○玄々堂君津病院									
【評価指標】								○	
		第5次3か年計画		第6次5か年計画					
		2年度	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度		
医師		88件	126件	160件					
看護員		1,761件	1,973件	2,129件					
医療技術員		364件	714件	601件					
事務員 他		66件	124件	88件					
インシデント報告総件数	計画値		2,500件	3,000件	3,300件	3,300件以上	3,300件以上		
	実績値	2,279件	2,937件	2,978件					
	差		437件	▲22件					
医師のインシデント報告割合	計画値			10%以上	10%以上	10%以上	10%以上		
	実績値	3.9%	4.3%	5.4%					
	差			▲4.6%					
【同一事例への複数報告】 ○報告件数 延べ156件（73事例）								△	
【実績分析】 医療安全部長と医療安全対策室長が、各部署のリスクマネージャーや医師に対し報告を促したことで、前年度に比べて報告件数は増加した。この働きかけにより、医師の報告割合についても前年度と比較し上回る結果となったが、計画値の10%には達しなかった。									
【相互の医療安全対策評価の実施施設】 ○袖ヶ浦さつき台病院 ○玄々堂君津病院									
【評価指標】								○	
		第5次3か年計画		第6次5か年計画					
		2年度	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度		
医師		88件	126件	160件					
看護員		1,761件	1,973件	2,129件					
医療技術員		364件	714件	601件					
事務員 他		66件	124件	88件					
インシデント報告総件数	計画値		2,500件	3,000件	3,300件	3,300件以上	3,300件以上		
	実績値	2,279件	2,937件	2,978件					
	差		437件	▲22件					
医師のインシデント報告割合	計画値			10%以上	10%以上	10%以上	10%以上		
	実績値	3.9%	4.3%	5.4%					
	差			▲4.6%					
【同一事例への複数報告】 ○報告件数 延べ156件（73事例）								△	
【実績分析】 医療安全部長と医療安全対策室長が、各部署のリスクマネージャーや医師に対し報告を促したことで、前年度に比べて報告件数は増加した。この働きかけにより、医師の報告割合についても前年度と比較し上回る結果となったが、計画値の10%には達しなかった。									
【相互の医療安全対策評価の実施施設】 ○袖ヶ浦さつき台病院 ○玄々堂君津病院									
【評価指標】								○	
		第5次3か年計画		第6次5か年計画					
		2年度	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度		
医師		88件	126件	160件					
看護員		1,761件	1,973件	2,129件					
医療技術員		364件	714件	601件					
事務員 他		66件	124件	88件					
インシデント報告総件数	計画値		2,500件	3,000件	3,300件	3,300件以上	3,300件以上		
	実績値	2,279件	2,937件	2,978件					
	差		437件	▲22件					
医師のインシデント報告割合	計画値			10%以上	10%以上	10%以上	10%以上		
	実績値	3.9%	4.3%	5.4%					
	差			▲4.6%					
【同一事例への複数報告】 ○報告件数 延べ156件（73事例）								△	
【実績分析】 医療安全部長と医療安全対策室長が、各部署のリスクマネージャーや医師に対し報告を促したことで、前年度に比べて報告件数は増加した。この働きかけにより、医師の報告割合についても前年度と比較し上回る結果となったが、計画値の10%には達しなかった。									
【相互の医療安全対策評価の実施施設】 ○袖ヶ浦さつき台病院 ○玄々堂君津病院									

No.	目標	行動計画	令和4年度の具体的な取組内容
	<p>感染制御部による院内ラウンドでの院内感染発生防止のための施設・設備を含めた指導及び改善</p> <p>[令和4年度行動計画] 感染制御部による院内ラウンドのほか、現場を熟知した感染リンクチームによる院内ラウンドを実施</p>	<p>○感染制御部による院内ラウンドの実施（週1回） 感染制御部による院内ラウンドでは、耐性菌検出患者の接触感染予防策実施状況を確認しながら指導を行うことで、スタッフが理解して接触感染予防策を実践できるようになった。</p> <p>○感染リンクチームによる院内ラウンドの実施（月1回） 定期的な院内ラウンド以外でも、実際に現場に赴いて頻回に指導を行ったことで、感染防止対策に関するスタッフの理解につながった。</p>	
	<p>抗菌薬適正使用支援チームの活動（感染症患者への介入、抗菌薬使用の最適化等）の充実</p> <p>[令和4年度行動計画] 抗菌薬適正使用支援チームによる活動の実施</p>	<p>○抗菌薬適正使用支援チームカンファレンスの実施 週1回のカンファレンス及び特定抗菌薬使用に対する早期介入（2日以内）により、抗菌薬使用の最適化を図ることができた。</p> <p>○ICU病棟における定期的なカンファレンスへの参加及び助言 薬剤耐性菌発生ハイリスク部署であるICU病棟において、培養感受性結果を踏まえた抗菌薬選択の支援や広域抗菌薬のモニタリングを実施し、耐性菌アウトブレイクによる病棟閉鎖を回避することができた。</p> <p>○医師、薬剤師、臨床検査技師、看護師を対象とした抗菌薬適正使用支援研修会の開催（年2回）</p>	
	<p>感染制御チームを持つ医療機関との相互の感染防止対策評価の実施</p> <p>[令和4年度行動計画] 感染制御チームを持つ医療機関との相互の感染防止対策評価を実施し、自施設の改善点を明確にする。</p>	<p>感染制御チームを持つ医療機関との相互の感染防止対策評価の実施 相互評価において指摘を受けたことから、感染症情報レポートの内容を見直した。</p>	

4 災害時等における医療体制の充実

No.	目標	行動計画	令和4年度の具体的な取組内容
(1)	<p>災害時等における医療体制の充実 【本・分院】</p>	<p>災害対応マニュアルに基づく防災訓練の実施</p> <p>[令和4年度行動計画] 災害対応マニュアルに基づく防災訓練の実施</p>	<p>災害対応マニュアルに基づく防災訓練の実施 11月 アクアラインマラソン開催に併せて大規模災害を想定した訓練を実施した。</p>
(2)	<p>新たな病院進入道路の整備 【本院】</p>	<p>構成4市及び関係機関とともに、新たな病院進入道路の整備について検討</p> <p>[令和4年度行動計画] 病院進入道路整備に係る現地調査の結果を基に、今後の方向性について構成4市及び関係機関と協議</p>	<p>病院進入道路整備に係る現地調査の結果を基に、今後の方向性について構成4市及び関係機関と協議 令和3年度に構成4市の市長及び病院担当者に調査結果を説明したが、令和4年度は実施事項なし。</p>
(3)	<p>事業継続計画（BCP）の充実 【本・分院】</p>	<p>事業継続計画（BCP）の充実</p> <p>[令和4年度行動計画] 事業継続計画（BCP）の見直しを検討</p>	<p>事業継続計画（BCP）の見直しを検討 BCP策定研修会の参加を踏まえて、地下水浄化供給設備整備による水資源確保、また病院前国道不通時の対応等、必要な改訂に向けた検討を実施した。</p>
		<p>地下水活用による災害時等における3日分以上の水資源の確保</p> <p>[令和4年度行動計画] 地下水浄化供給設備整備及び運営維持管理業務の運用開始</p>	<p>地下水浄化供給設備整備及び運営維持管理業務の運用開始 2月から運用開始し、災害時等における2系統の給水による水資源を確保できる体制を整備した。</p>
		<p>災害時等における必要資源の供給に関する協定の締結</p> <p>[令和4年度行動計画] 災害時等における必要資源の供給に関する協定、覚書の締結</p>	<p>災害時等における必要資源の供給に関する協定、覚書の締結 ・災害時等における医薬品及び診療材料の供給に関する覚書を締結した。 ・災害時等における公用車のガソリン供給に関する協定を締結した。 ・水・食品・燃料等に係る各関係機関との協定及び覚書を締結した。</p>

令和4年度達成状況		今後の取組及び方向性
実績及び成果	評価	
		○ ○感染制御部及び感染リンクチームによる院内ラウンドを行い、確実に効果的な院内感染防止対策の指導を行う。 ○院内クラスターやアウトブレイクを早期に察知し介入する。
【抗菌薬適正使用支援研修会受講率】 ※医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師対象 ○第1回 94.7% ○第2回 96.2%		○ 抗菌薬適正使用支援チームによる活動の実施 ・アンチバイオグラムの有効活用 ・ICU患者に対する抗菌薬使用状況のモニタリング ・医師、薬剤師、臨床検査技師、看護師を対象とした抗菌薬適正支援使用研修会の開催
【相互の感染防止対策評価の実施施設】 ○千葉市立青葉病院		○ 感染制御チームを持つ医療機関との相互の感染防止対策評価を実施し、自施設の改善点を明確にし、改善に向けた取組を実施する。
運営委員会の評価	運営委員会からの意見等	

令和4年度達成状況		今後の取組及び方向性
実績及び成果	評価	
		○ 災害対応マニュアルに基づく防災訓練を実施する。
		× 病院進入道路整備に係る現地調査の結果を基に、今後の方向性について、構成4市の意見を集め、企業団議会議員全員協議会へ報告することとする。
		○ 事業継続計画（BCP）の見直し ・交通事故や災害等による国道127号線不通における桜井運動場の活用を盛り込んだBCPの改訂を実施する。 ・BCP改訂版を病院ホームページに掲載する。
		○ 令和4年度で計画完了
		○ 災害時等における必要資源の供給に関する協定の締結
運営委員会の評価	運営委員会からの意見等	

5 施設・設備及び医療機器等の整備

No.	目標	行動計画	令和4年度の具体的な取組内容
(1)	施設・設備の計画的な整備 【本院】	『君津中央病院企業団施設総合管理計画』を基に、費用を抑制・平準化したうえでの施設・設備の計画的な整備 [令和4年度行動計画] 『君津中央病院企業団施設総合管理計画』に基づく改修及び更新工事の実施	『君津中央病院企業団施設総合管理計画』に基づく改修及び更新工事の実施 令和4年度予定工事15件のうち、14件が完了 ※令和4年度に実施できなかった1件については、世界的な新型コロナウイルス感染拡大に伴う原材料不足や流通遅滞により令和5年度への繰越事業となった。
		BOT方式による敷地内保険調剤薬局の誘致 建設する建物内に以下を整備 ・災害時等における対策本部設置場所の確保（平時は会議室として使用） ・本院内で不足している執務室 ・カフェスペース [令和4年度行動計画] 敷地内保険調剤薬局の建設及び供用開始に向けた準備を行う。 ・令和4年4月～ 建設工事開始 ・令和5年4月～ 供用開始	敷地内保険調剤薬局の建設及び供用開始に向けた準備 ・事業者と事業用定期借地権設定契約を締結し、令和4年4月から土地の貸与と賃料徴収を開始した。 ・令和4年4月から建設工事を開始した。 ・病院が利用する2、3階の建物賃貸借契約の内容について、事業者と協議した。 ・令和5年3月4日から、建設された建物（アメニティ棟）の2、3階の利用を開始した。 （建物一時使用目的賃貸借契約に基づく賃料支払発生） ・本院内で不足している執務室や仮眠室を整備することで、職場環境の改善を図った。
(2)	医療機器等の計画的な導入・更新 【本・分院】	医療需要を見据え、現状のキャッシュフローを踏まえたうえでの医療機器等の計画的な導入・更新 [令和4年度行動計画] 医療機器等の計画的な導入・更新 ・令和4年4月～ 医療機械順次購入執行 ・令和4年8～9月 医療機械器具費予算要求ヒアリング実施 ・令和4年9～10月 医療機械・物流管理委員会の開催 ・令和4年10月 予算要求	医療機器等の計画的な導入・更新 ・令和4年4～3月 医療機械順次購入執行 ・令和4年8月 医療機械器具費予算要求ヒアリング実施 ・令和4年10月 予算要求 ・令和4年11月 医療機械・物流管理委員会開催（令和5年度購入医療機械について） ・令和4年12月 手術用无影灯のデモンストレーション及び機種選定の実施 ・令和5年3月 高圧蒸気滅菌装置等のメーカー比較及び機種選定の実施並びに仕様書の作成 ・令和5年度購入機器執行準備
(3)	情報システムの計画的な導入・更新 【本・分院】	情報システムの計画的な導入・更新 [令和4年度行動計画] ①情報システムの計画的な導入・更新 導入・更新予定のシステム等について、要求仕様を満たす品質を確保し、計画どおりに導入する。 ②情報システム更新時期の計画立案 次年度以降の更新予定システムは、保守サービスの水準を維持した上で、更新時期の延長可否を検討し、適正な時期の更新計画を立案する。	①情報システムの計画的な導入・更新 ・業務システムの計画的な更新を行った。 ・令和4年度に更新等を計画した情報システムの導入を準備した。 ②情報システム更新時期の計画立案 ・保守内容の見直しにより費用を抑制した。 ・次年度の情報システム更新時期の計画を立案した。

令和4年度達成状況		今後の取組及び方向性																									
実績及び成果	評価																										
<p>【実施した主な工事】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自動火災報知設備更新工事（その2） ・病棟他LED照明器具更新工事（その4） ・各送排風機更新工事 ・一般用・感染用吸引装置（油回転式）更新工事 ・看護師寮及び看護学校系統加圧給水ポンプユニット更新工事 ・1階内視鏡・放射線炭酸ガスアウトレット増設工事 ・自動軟水装置更新工事 ・各病棟勤務室ファンコイル更新工事 等 <p>【令和5年度への建設改良費の繰越事業】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高圧受電ケーブル・管路更新工事 	○	『君津中央病院企業団施設総合管理計画』に基づく改修及び更新工事の実施																									
<p>【移転概要】</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>移転前</th> <th>移転後</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>診療A棟2階</td> <td>事務局事務室 (人事課、庶務課、経営企画課)</td> <td>初期臨床研修医研究室(1・2年)</td> </tr> <tr> <td>アメニティ棟2階</td> <td>-</td> <td>事務局事務室 (人事課、財務課経理班、経営企画課)</td> </tr> <tr> <td>本棟2階</td> <td>財務課経理班事務室</td> <td>がんゲノム医療情報室</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">本棟3階 (医局)</td> <td>初期臨床研修医研究室(2年)</td> <td>常勤医師研究室</td> </tr> <tr> <td>初期臨床研修医研究室(1年)</td> <td>女性医師更衣室兼仮眠室</td> </tr> </tbody> </table> <p>【アメニティ棟概要】</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>用途</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3階</td> <td>会議室 (災害時等における対策本部設置場所)</td> </tr> <tr> <td>2階</td> <td>事務局事務室 (人事課、財務課経理班、経営企画課)</td> </tr> <tr> <td>1階</td> <td>テナント (保険調剤薬局・カフェスペース)</td> </tr> </tbody> </table>		移転前	移転後	診療A棟2階	事務局事務室 (人事課、庶務課、経営企画課)	初期臨床研修医研究室(1・2年)	アメニティ棟2階	-	事務局事務室 (人事課、財務課経理班、経営企画課)	本棟2階	財務課経理班事務室	がんゲノム医療情報室	本棟3階 (医局)	初期臨床研修医研究室(2年)	常勤医師研究室	初期臨床研修医研究室(1年)	女性医師更衣室兼仮眠室		用途	3階	会議室 (災害時等における対策本部設置場所)	2階	事務局事務室 (人事課、財務課経理班、経営企画課)	1階	テナント (保険調剤薬局・カフェスペース)	○	アメニティ棟が完成したため本施策については令和4年度で計画完了
	移転前	移転後																									
診療A棟2階	事務局事務室 (人事課、庶務課、経営企画課)	初期臨床研修医研究室(1・2年)																									
アメニティ棟2階	-	事務局事務室 (人事課、財務課経理班、経営企画課)																									
本棟2階	財務課経理班事務室	がんゲノム医療情報室																									
本棟3階 (医局)	初期臨床研修医研究室(2年)	常勤医師研究室																									
	初期臨床研修医研究室(1年)	女性医師更衣室兼仮眠室																									
	用途																										
3階	会議室 (災害時等における対策本部設置場所)																										
2階	事務局事務室 (人事課、財務課経理班、経営企画課)																										
1階	テナント (保険調剤薬局・カフェスペース)																										
<p>【導入・更新した主な医療機器】</p> <p>○本院</p> <ul style="list-style-type: none"> ・手術用顕微鏡等 ・生体情報モニター ・手術用内視鏡システム ・汎用電動式手術台 ・全身用X線CT撮影装置 ・MRI-超音波融合画像システム 等 <p>○分院</p> <ul style="list-style-type: none"> ・超音波画像診断装置 ・自動視野計 等 <p>【令和5年度への建設改良費の繰越事業】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・リトラクター開胸器購入 ・硬性内視鏡購入 	○	<p>○医療機器等の計画的な導入・更新</p> <ul style="list-style-type: none"> 令和5年4月～ 医療機械順次購入執行 令和5年8～9月 医療機械器具費予算要求ヒアリング 令和5年9～10月 医療機械・物流管理委員会開催 令和5年10月 予算要求 令和6年3月 令和6年度購入機器執行準備 <p>○中長期医療機器更新計画の策定</p>																									
<p>【導入・更新した主な情報システム】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ネットワークコアスイッチ ・NICU重症・急性期患者情報システム ・放射線レポートシステム診断補助ソフトウェア ・内視鏡情報管理システム ・産科カルテシステム ・財務会計システム ・病歴管理・カルテ管理システム ・レセプト院内審査歯科用ソフトウェア ・事務用マイクロソフトオフィス 等 	○	<p>①情報システムの計画的な導入・更新</p> <p>次年度導入・更新予定のシステム等について、要求仕様を満たす品質を確保し、計画どおりに導入する。</p> <p>②情報システム更新時期の計画立案</p> <ul style="list-style-type: none"> ・次年度以降の更新予定システムは、保守サービスの水準を維持した上で、更新時期の延長可否を検討し、適正な時期の更新計画を立案する。 ・今後は、大規模システムの更新時期が可能な限り重ならないよう作業負荷を分散した上で年間の作業が平準化する計画を立案する。 																									
運営委員会の評価	運営委員会からの意見等																										

6 分院の整備

No.	目標	行動計画	令和4年度の具体的な取組内容
(1)	分院の整備 【分院】	老朽化した施設・設備の修繕等の実施 [令和4年度行動計画] 建替えを見据えたうえでの経年劣化した箇所 の修繕	建替えを見据えたうえでの経年劣化した箇所の修繕 建替えを見据えたうえで、分院の医療機能を維持していくために必要な修繕 を計画的に実施した。
		構成4市及び関係機関とともに、新病院建 設を視野に含め今後の整備方針を決定 [令和4年度行動計画] 新病院建設について企業団内で検討・協議 を実施	建替えについて協議の場を設置することができなかった。

III 勤務環境の整備

1 勤務環境の整備

No.	目標	行動計画	令和4年度の具体的な取組内容
(1)	医師の働き方改 革への対応 【本・分院】	時間外労働の削減 [令和4年度行動計画] 診療科ごとの医師労働時間短縮計画の作成	診療科ごとの医師労働時間短縮計画の作成 ・2024年の医師働き方改革を見据えて、各診療科の所属長へアンケート調査 を実施し、その結果を基に医師労働時間短縮計画を策定した。 ・医療従事者等負担軽減検討委員会を開催し、医師労働時間短縮計画の令和 4年度実績の評価を実施した。 ・一部の診療科に対し、病院長、病院長代理及び人事課による時間外労働の 削減についてのヒアリングを実施した。
		勤務間インターバルの確保 [令和4年度行動計画] 実態調査の実施	実態調査の実施 勤務間インターバル実態調査の調査方法について検討した。
		特定行為研修修了看護師及び医師事務作業 補助者等へのタスクシフトの検討 [令和4年度行動計画] 医師事務作業補助者及び特定行為研修修了 看護師の活用	医師事務作業補助者及び特定認定看護師の活用 医師事務作業補助者のキャリアアップ、特定行為研修修了看護師の育成等 により、医師の負担軽減を図った。
		医師の働き方改革に対応するための必要医 師数の確保 [令和4年度行動計画] 医師の働き方改革に向けた必要医師数の把 握	医師の働き方改革に向けた必要医師数の把握 ・医師の働き方改革に向けて各診療科の必要医師数を把握することができた。 ・一部の診療科に対し、病院長、病院長代理及び人事課によるヒアリングを 実施した。
		医師の働き方改革に対応するための診療機 能の見直し [令和4年度行動計画] 医師の働き方改革に対応するための診療機 能の見直しについて検討	なし

令和4年度達成状況		今後の取組及び方向性
実績及び成果	評価	
【実施した工事】 ・リハビリ棟エアコン5台更新工事 ・玄関折版屋根防水工事 ・夜間受付用監視カメラシステム設置工事 ・渡り廊下段差補修工事 ・屋上シート防水補修工事 ・病棟及び職員出入口ドア改修工事	○	建替えを見据えたうえでの経年劣化した箇所の修繕
	×	院内で協議の場を設置し、平成28年度に策定した「君津中央病院企業団病院事業施設整備基本計画」に「公立病院経営強化ガイドライン」の内容を踏まえて、建替えに向けた具体的な検討を進めていく。
運営委員会の評価	運営委員会からの意見等	

令和4年度達成状況		今後の取組及び方向性
実績及び成果	評価	
【時間外労働削減状況】 医師1人当たり平均時間外勤務が、外科及び消化器内科を始めとする21診療科で令和3年度より減少した。	△	・各診療科の所属長へアンケート調査を実施し、次年度の医師労働時間短縮計画を策定する。 ・時間外・休日労働時間が960時間を超過する診療科の医師については、特例水準（B水準又はC-1水準）が認定されるよう申請を行う。
	△	連続勤務時間制限、勤務間インターバル確保及び代償休息確保を可能とする勤務体制のシミュレートを実施し、医師の勤務体制の見直しについて検討する。
○医師事務作業補助者 54人（R5.4.1時点） ○特定行為研修修了看護師 7人（R5.4.1時点）	○	医師事務作業補助者及び特定認定看護師の活用
	○	・医師の働き方改革に対応するための必要医師数の確保について検討する。 ・他施設の情報収集
	×	2024年の医師の働き方改革に対応するための診療機能の見直しについては、不採算事業の今後のあり方、分院との機能分化等も含めて検討していく。

No.	目標	行動計画	令和4年度の具体的な取組内容
(2)	働きやすい職場環境の整備 【本・分院】	職員満足度の向上 [令和4年度行動計画] ①職員満足度調査の実施 ②職場環境の整備に向けた全職員対象の各種研修会の開催 ③看護師中途入職者フォローアップ研修の実施	①職員満足度調査の実施 職場環境や処遇等に関する職員満足度調査を実施した。 ②職場環境の整備に向けた全職員対象の各種研修会の開催 働きやすい職場環境の整備に向けて、全職員対象のハラスメント研修及びアサーション研修を実施した。 ③看護師中途入職者フォローアップ研修の実施 ・令和4年度及び令和3年度入職者に対し、中途入職者フォローアップ研修を実施した。 ・中途入職者の受入体制として、入職時に看護局の概要や安全・感染対策、教育体制等について担当者からオリエンテーションを行い、配属先の部署においてはプリセプターがフォローを行った。
(3)	職員定数の見直し 【本・分院】	医療機能を最大限に発揮するために必要な人員数への見直し [令和4年度行動計画] 医師の働き方改革を踏まえた職員定数条例の見直しの検討	なし

令和4年度達成状況		実績及び成果					評価	今後の取組及び方向性
【評価指標】								①職員満足度調査の実施 ②職場環境の整備に向けた全職員対象の各種研修会の開催 ③看護師中途入職者フォローアップ研修の実施 中途入職者向けの研修会の開催など、充実した受入体制を継続することで職員の定着に努める。
		第6次5か年計画						
		2年度	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	
職員満足度	計画値		85%以上	85%以上	85%以上	85%以上	85%以上	
	実績値	84.0%	77.7%	77.4%				
	差		▲7.3%	▲7.6%				
看護師離職率	計画値		10%未満	10%未満	10%未満	10%未満	10%未満	
	実績値	7.2%	7.3%	5.5%				
	差		▲2.7%	▲4.5%				
【全職員対象の研修会】								
○ハラスメント研修								△
開催回数 2回 参加人数 220人								
○アサーション研修								
開催回数 1回 参加人数 64人								
【看護師中途入職者フォローアップ研修】								
○3か月フォローアップ研修								
参加人数 8人（満足度83%）								
○7か月フォローアップ研修								
参加人数 6人（満足度100%）								
○年度末フォローアップ研修								
参加人数 8人（満足度90%）								
○16か月フォローアップ研修								
参加人数 9人（満足度86%）								
【実績分析】								
職場環境や処遇等に関する職員満足度調査を実施したが、満足度は計画値である85%には達しなかった。今後は満足度調査の結果を分析し、課題の抽出・改善を行うことで、より働きやすい環境づくりに努める。								
なし								×
								医師の働き方改革を踏まえた職員定数条例の見直しについて検討する。
運営委員会の評価		運営委員会からの意見等						

[用語解説]

アドバンス助産師

「助産実践能力習熟段階（クリニカルラダー「CLoCMiP」）レベルⅢ認証制度（助産実践能力が一定水準に達していることを客観的に評価する仕組み）」の認証を受けた助産師のことです。

※ 「CLoCMiP」では、助産師が日々の助産業務に従事しているなかで、社会の要請に応じた経験を積んでいるか、必要な研修を受講しているか、助産に関する知識や技術がブラッシュアップできているかなどを確認します。

医師の働き方改革

医師の労働時間短縮及び健康確保と必要な医療の確保の両立という観点から、2024年4月から適用される医師の時間外労働の上限規制（年間の時間外労働960時間以下、この上限に収まらない労働が必要な救急医療機関等は、年間1,860時間以下）に向けて、医師の労働時間管理の適正化に努め、労働時間短縮を図ることで、医師の働きやすい勤務環境を整備するものです。また、地域医療提供体制における機能分化・連携や医師偏在対策を推進する取組でもあります。

インシデントレポート

インシデント及びアクシデント（医療事故）についての情報を把握・分析するための報告書です。インシデントとは、日常診療の場で誤った医療行為などが患者に実施される前に発見されたもの、あるいは、誤った医療行為などが実施されたが、結果として患者に影響を及ぼすに至らなかったものを言います。この報告書の作成目的は、これらの事象を記録し、蓄積・共有することによって、医療事故の防止・医療安全に役立てることです。

医療事故の発生には、多くのインシデントが潜んでいる可能性があり、インシデントを集めることで重大な医療事故を予防することができるとされています。

がんゲノム医療

主にがんの組織を用いて、多数の遺伝子を同時に調べ、遺伝子変異（細胞の中の遺伝子が何らかの原因で後天的に変化することや、生まれもった遺伝子の違い）を明らかにすることにより、一人ひとりの体質や病状に合わせて治療などを行う医療です。がんゲノム医療連携病院においては、専門的ながん医療の提供、がん診療の地域連携協力体制の構築、がん患者・家族に対する相談支援及び情報提供等を行っています。

君津保健医療圏（君津医療圏）

医療法第30条の4第2項第14号（医療法施行規則第30条の29第1号）で規定される二次保健医療圏のひとつです。君津保健医療圏は、木更津市、君津市、富津市及び袖ヶ浦市の4市で構成されます。

がんセンターボード

手術、放射線療法及び化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師や、その他の専門医師及び医療スタッフ等が参集し、がん患者の症状、状態及び治療方針等を意見交換・共有・検討・確認等するためのカンファレンスのことです。

クリニカルパス

主に入院患者に対して、処方、注射、検査、手術、リハビリ、食事などの治療計画やアウトカム（達成目標）をまとめたものです。クリニカルパスを使用することでインフォームドコンセント（説明と同意）、チーム医療の推進、入院期間の短縮など、医療の質向上が期待できるとされています。

抗菌薬適正使用支援チーム（AST）

Antimicrobial Stewardship Teamの略で、感染症治療の効果を向上させ、耐性菌の出現を抑えるために、検査や抗菌薬について支援するチームです。

公立病院経営強化ガイドライン

持続可能な地域医療提供体制を確保するため、医療確保等を進めつつ、限られた医師・看護師等の医療資源を地域全体で最大限効率的に活用するという視点を最も重要視し、新興感染症の感染拡大時等の対応という視点も持って、公立病院の経営強化を目的とするものです。

事業継続計画（BCP：Business Continuity Plan）

病院が災害等の不測の事態により被害を受けた場合でも、診療機能の低下軽減や病院機能の早期回復を図り、継続して医療を提供するために策定する計画です。

地域医療支援病院

医療法第4条で規定される地域医療の確保に必要な支援要件を満たす病院が、都道府県知事の下承を得て称することができる名称です。具体的には、紹介患者に対する医療の提供、地域の医療従事者の研修、病床・医療機器等の共同利用等を通して、かかりつけ医等を支援する能力を評価されて承認される名称です。本院は平成23年1月に地域医療支援病院として承認されました。

地域がん診療連携拠点病院

地域におけるがん医療の拠点として、専門的ながん医療を提供するとともに、地域の医療機関との連携や医療従事者の研修、患者への情報提供、相談支援等の役割を担う病院です。

地域周産期母子医療センター

産科及び小児科（新生児診療を担当するもの）等を備え、周産期にかかる比較的高度な医療行為を行うことができる医療施設であり、その他の医療関係機関と連携し、ハイリスク妊産婦及び産科領域以外の急性期疾患を合併する妊産婦並びに新生児に対して、24時間体制で適切な周産期医療を円滑に提供する役割を担っています。

特定認定看護師

特定行為研修を修了した認定看護師のことです。

※1 認定看護師とは、ある特定の看護分野において、熟練した看護技術と知識を有するものとして、日本看護協会の認定を受けた看護師のことです。

※2 特定行為研修修了看護師とは、医師または歯科医師の判断を待たずに、手順書により一定の診療の補助（特定行為）を行うことのできる看護師のことです。

バイオシミラー（バイオ後続品）

国内で既に新薬として承認された先行バイオ医薬品と同等・同質の品質、安全性及び有効性を有する医薬品として、異なる製造販売業者により開発された医薬品のことです。

病院機能評価

病院を対象に、組織全体の運営管理及び提供される医療について、公益財団法人日本医療機能評価機構が中立的、科学的、専門的な見地から評価を行い、病院の質改善活動を支援するものです。

リンクナース

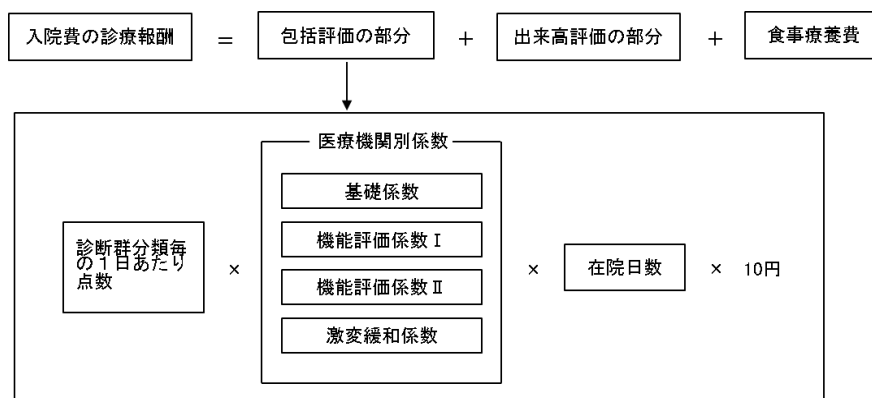
医療施設の中で、専門チームや委員会（感染制御チーム、褥瘡対策チームなど）と病棟看護師をつなぐ（リンクさせる）役割を持つ看護師のことです。各病棟から1人ないし複数人がリンクナースとして、専門チームや委員会と連携し、看護師と他職種とをつなぐ役割も持っています。

ADL

移動・排泄・食事・更衣・洗面・入浴などの日常生活動作（Activities of Daily Living）のことです。ADLと身体・認知機能、精神面、社会環境は相互に作用し合っており、一つでも機能が低下するとADLの低下へとつながるとされています。

DPC（DPC/PDPS）

Diagnosis Procedure Combination/Per-Diem Payment System の略で、診断群分類に基づく1日当たり定額報酬算定制度といい、これは従来の診療行為ごとに計算する出来高払い方式とは異なり、入院患者の病気とその症状を基に国で定めた1日当たりの定額の点数からなる包括評価の部分（投薬、注射、入院料等のホスピタリティー的要素）と出来高評価の部分（手術料、麻酔料等のドクターフィー的要素）を組み合わせる診療費を計算する方式です。包括評価の部分は、1日当たりの入院点数、医療機関別係数及び在院日数で構成されます。また、在院日数に応じた医療資源の投入量を適切に評価する観点から、診断群分類ごとの1日当たり点数は在院日数に応じて3段階（入院期間Ⅰ、入院期間Ⅱ、入院期間Ⅲ）に減減する仕組みとなっています。包括評価の部分を図示すると、以下のとおりとなります。



F I M (機能的自立度評価)

Functional Independence Measure の略で、1983年に開発されたADL評価法のことです。特に介護負担度の評価が可能であり、ADL評価法の中でも最も信頼性と妥当性があると言われ、リハビリ分野などで幅広く活用されています。

MSW

Medical Social Worker (医療ソーシャルワーカー) の略で、主に病院において「疾病を有する患者等が地域や家庭において自立して生活ができるよう、社会福祉の立場から患者や家族の抱える心理的、社会的な問題の解決・調整を援助し、社会復帰の促進を図る」専門職を指します。

p F m

Patient Flow Management の略で、入院患者の情報を入院前に把握し、問題解決に向けて早期に着手すると同時に、退院後までをサポートすることを目的とした複合的組織のことです。

5 Sチェック

5 Sとは、「整理」「整頓」「清掃」「清潔」「しつけ」のSから始まる5つの言葉の総称です。5 Sチェックの目的は、職場環境を整備・改善し、業務を安全かつ効率的に進めることです。

「整理」：必要なものと不要なものを分けて、不要なものは捨てること

「整頓」：必要なものがすぐに取り出せるよう場所や置き方を決め、表示をわかりやすくすること

「清掃」：掃除をしてきれいな状態にすると同時に、物品の点検を行うこと

「清潔」：整理・整頓・清掃を徹底し、きれいな状態を維持すること

「しつけ」：整理・整頓・清掃・清潔のために決められたことを、決められたとおりに実行できるよう習慣づけること

財務計画の達成状況（令和4年度）（決算は見込み）

1 本院業務量

（単位：人）

		計画数 (A)	予算数	決算数 (B)	比率 (B/A)	備考
延 患 者 数	入院	192,720	175,200	170,954	88.7%	
	外来	285,525	270,945	267,992	93.9%	
1 日 平 均 患 者 数	入院	528	480	468	88.6%	
	外来	1,175	1,115	1,103	93.9%	

2 本院収益的収支

（単位：百万円）

		計画額 (A)	予算額	決算額 (B)	比率 (B/A)	備考
患 者 1 人 1 日 あ た り 診 療 額	入院	76,200円	77,700円	78,641円	103.2%	
	外来	21,600円	21,000円	21,093円	97.7%	
本院事業収益		23,544	22,749	22,482	95.5%	金額は税込額
医業収益		21,557	19,928	19,693	91.4%	
入院収益		14,685	13,613	13,450	91.6%	
外来収益		6,167	5,690	5,655	91.7%	
その他医業収益		705	625	588	83.4%	
医業外収益		1,987	2,821	2,789	140.4%	
構成市負担金		1,094	1,094	1,094	100.0%	
本院事業費用		23,526	23,071	22,166	94.2%	
企業団管理費		2	2	2	100.0%	
医業費用		22,374	21,972	21,137	94.5%	
給 与 費		11,946	11,841	11,667	97.7%	
材 料 費		6,433	5,902	5,493	85.4%	
経 費		2,723	2,955	2,730	100.3%	
減価償却費		1,162	1,160	1,154	99.3%	
資産減耗費		18	22	22	122.2%	
研究研修費		92	92	71	77.2%	
医業外費用		1,150	1,097	1,027	89.3%	
支払利息		161	161	161	100.0%	
経常損益		18	△ 322	316	-	
看護師養成事業収益		271	272	269	99.3%	
構成市負担金		206	206	205	99.5%	
看護師養成事業費用		271	275	267	98.5%	
特別利益		284	507	567	199.6%	
特別損失		297	297	340	114.5%	
予備費		5	5	0	0.0%	
当年度純損益		0	△ 120	545	-	

3 分院業務量

(単位:人)

		計画数 (A)	予算数	決算数 (B)	比率 (B/A)	備考
延 患 者 数	入院	11,680	10,585	10,256	87.8%	
	外来	41,310	37,665	37,344	90.4%	
1 日 平 均 患 者 数	入院	32	29	28	87.5%	
	外来	170	155	154	90.6%	

4 分院収益的収支

(単位:百万円)

		計画額 (A)	予算額	決算額 (B)	比率 (B/A)	備考
患 者 1 人 1 日 あ た り 診 療 額	入院	29,000円	29,800円	29,003円	100.0%	
	外来	7,400円	7,700円	7,569円	102.3%	
分院事業収益		761	739	711	93.4%	金額は税込額
医業収益		676	637	611	90.4%	
入院収益		339	316	297	87.6%	
外来収益		306	290	283	92.5%	
その他医業収益		31	31	31	100.0%	
医業外収益		85	102	100	117.6%	
構成市負担金		57	57	57	100.0%	
分院事業費用		759	770	753	99.2%	
医業費用		745	755	740	99.3%	
給 与 費		558	558	555	99.5%	
材 料 費		74	77	71	95.9%	
経 費		79	86	81	102.5%	
減価償却費		31	31	31	100.0%	
資産減耗費		1	1	1	100.0%	
研究研修費		2	2	1	50.0%	
医業外費用		14	15	13	92.9%	
支払利息		0	0	0	-	
経常損益		2	△ 31	△ 42	-	
特別利益		0	0	0	-	
特別損失		2	2	0	0.0%	
当年度純損益		0	△ 33	△ 42	-	

5 資本的収支

(単位:百万円)

	計画額 (A)	予算額	決算額 (B)	比率 (B/A)	備考
資本的収入	911	1,059	986	108.2%	金額は税込額
企業債	522	539	467	89.5%	
出資金	0	0	0	-	
他会計負担金	386	386	386	100.0%	
国県補助金	0	125	124	皆増	
寄付金	0	0	0	-	
長期貸付金返還金	0	0	0	-	
固定資産売却代金	0	9	9	皆増	
その他資本的収入	3	0	0	0.0%	
資本的支出	2,364	2,488	2,405	101.7%	
建設改良費	691	834	757	109.6%	
建設工事費	129	148	95	73.6%	
設備費	544	668	644	118.4%	
リース資産購入費	18	18	18	100.0%	
企業債返還金	1,648	1,648	1,648	100.0%	
国県補助金返還金	0	0	0	-	
投資及び有価証券取得費	24	5	0	0.0%	
予備費	1	1	0	0.0%	
収支差引	△ 1,453	△ 1,429	△ 1,419	-	

6 内部留保資金

(1) 損益勘定留保資金

(単位:百万円)

	計画額 (A)	予算額	決算額 (B)	比率 (B/A)	備考
過年度損益勘定留保資金	485	492	492	101.4%	A
当年度損益勘定留保資金	1,239	1,070	1,069	86.3%	B
留保資金使用額	842	867	857	101.8%	C
翌年度繰越額	882	695	704	79.8%	D=A+B-C

(2) 積立金等

(単位:百万円)

	計画額 (A)	予算額	決算額 (B)	比率 (B/A)	備考
減債積立金残高	1,463	2,093	2,093	143.1%	A
建設改良積立金残高	0	0	0	-	B
財政調整積立金残高	618	424	424	68.6%	C
積立金取崩額	611	562	562	92.0%	D
翌年度繰越額	1,470	1,955	1,955	133.0%	E=A+B+C-D

7 構成市からの負担金

(単位:百万円)

	計画額 (A)	予算額	決算額 (B)	比率 (B/A)	備考
本院事業	1,094	1,094	1,094	100.0%	
分院事業	57	57	57	100.0%	
看護師養成事業	206	206	205	99.5%	
資本的収入(4条他会計負担金)	386	386	386	100.0%	
合計	1,743	1,743	1,742	99.9%	

8 企業債

(1) 企業債償還額

(単位:百万円)

	計画額 (A)	予算額	決算額 (B)	比率 (B/A)	備考
元金償還額	1,648	1,648	1,648	100.0%	
利子償還額	160	160	160	100.0%	
合計	1,808	1,808	1,808	100.0%	

(2) 企業債残高

(単位:百万円)

	計画額 (A)	予算額	決算額 (B)	比率 (B/A)	備考
元金予定残高	12,610	12,610	12,458	98.8%	
利子予定残高	768	768	772	100.5%	起債前借分は除く
合計	13,378	13,378	13,230	98.9%	

9 経営指標

		計画値 (A)	決算値 (B)	比率(B/A)
病床稼働率	本院	80.0%	71.0%	88.8%
	分院	88.9%	78.1%	87.9%
経常収支比率	本院	100.1%	101.3%	101.2%
	分院	100.3%	94.3%	94.0%
医業収支比率	本院	96.3%	94.1%	97.7%
	分院	90.7%	83.2%	91.7%
職員給与費比率 (対医業収益比)	本院	55.4%	59.3%	107.0%
	分院	82.5%	91.2%	110.5%
材料費比率 (対医業収益比)	本院	29.8%	27.9%	93.6%
	分院	10.9%	11.5%	105.5%
企業債償還元金比率 (対医業収益比)	本院	7.4%	7.9%	106.8%
	分院	-	-	-
企業債償還利息比率 (対医業収益比)	本院	0.7%	0.7%	100.0%
	分院	-	-	-

経営指標

企業団の経営成績や財務状況を分かりやすく数値化した指標のことです。本計画で示す各種の経営指標の意味及び計算式は、以下のとおりです。

【病床稼働率】

病床が有効に活用されているか判断する指標

$$\cdot \text{病床稼働率} = \text{延入院患者数} \div \text{延稼働病床数} \times 100$$

【経常収支比率】

事業費用（企業団管理費＋医業費用＋医業外費用）に対する事業収益（医業収益＋医業外収益）の割合を表し、通常の病院活動による収益状況を示す指標

$$\cdot \text{経常収支比率} = \text{事業収益} \div \text{事業費用} \times 100$$

【医業収支比率】

医業費用に対する医業収益の割合を表し、病院の本業である医業活動による収益状況を示す指標

$$\cdot \text{医業収支比率} = \text{医業収益} \div \text{医業費用} \times 100$$

【職員給与費比率（対医業収益比）】

医業収益に対する職員給与費の割合を示す指標

$$\cdot \text{職員給与費比率（対医業収益比）} = \text{給与費} \div \text{医業収益} \times 100$$

【材料費比率（対医業収益比）】

医業収益に対する材料費の割合を示す指標

$$\cdot \text{材料費比率（対医業収益比）} = \text{材料費} \div \text{医業収益} \times 100$$

【企業債償還元金比率（対医業収益比）】

医業収益に対する企業債償還元金の割合を示す指標

$$\cdot \text{企業債償還元金比率（対医業収益比）} = \text{企業債償還元金} \div \text{医業収益} \times 100$$

【企業債償還利息比率（対医業収益比）】

医業収益に対する企業債償還利息の割合を示す指標

$$\cdot \text{企業債償還利息比率（対医業収益比）} = \text{企業債償還利息} \div \text{医業収益} \times 100$$

令和4年度達成状況の評価

【君津中央病院企業団経営改革委員会委員】

君津中央病院長、君津中央病院副院長、君津中央病院大佐和分院長、君津中央病院事務局長、君津中央病院事務局次長、木更津市健康こども部長、木更津市財務部長、君津市健康こども部長、君津市財政部長、富津市健康福祉部長、富津市総務部長、袖ヶ浦市市民子育て部長、袖ヶ浦市財政部長

【君津中央病院企業団運営委員会委員】 ※主要施策の評価のみ〔再掲〕

医療に関わる有識者、看護に関わる有識者、市民代表、公認会計士

経営指標に係る数値目標と決算値との比較

木更津市

君津市

富津市

袖ヶ浦市

企業団

I 安定的な経営の確保

1 収入の確保

木更津市

君津市

富津市

袖ヶ浦市

運営委員会からの評価及び意見等

評価：

企業団

2 支出の抑制

木更津市

君津市

富津市

袖ヶ浦市

運営委員会からの評価及び意見等
評価：

企業団

3 病院機能の検討

木更津市

君津市

富津市

袖ヶ浦市

運営委員会からの評価及び意見等
評価：

企業団

II 良質で安全な医療の提供

1 良質な医療の提供

木更津市

君津市

富津市

袖ヶ浦市

運営委員会からの評価及び意見等
評価：

企業団

2 医療の質の向上

木更津市

君津市

富津市

袖ヶ浦市

運営委員会からの評価及び意見等

評価：

企業団

3 安全な医療の提供

木更津市

君津市

富津市

袖ヶ浦市

運営委員会からの評価及び意見等

評価：

企業団

4 災害時等における医療体制の充実

木更津市

君津市

富津市

袖ヶ浦市

運営委員会からの評価及び意見等

評価：

企業団

5 施設・設備及び医療機器等の整備

木更津市

君津市

富津市

袖ヶ浦市

運営委員会からの評価及び意見等

評価：

企業団

6 分院の整備

木更津市

君津市

富津市

袖ヶ浦市

運営委員会からの評価及び意見等

評価：

企業団

III 勤務環境の整備

1 勤務環境の整備

木更津市

君津市

富津市

袖ヶ浦市

運営委員会からの評価及び意見等

評価：

企業団

財務計画の達成状況

木更津市

君津市

富津市

袖ヶ浦市

企業団