

君津中央病院企業団 第 6 次 5 か年経営計画 (令和 5 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5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・・・・・・・・・・	12 ページ
5	第6次5か年経営計画の見直しについて・・・	12 ページ
	第6次5か年経営計画の令和5年度達成状況・・・	14 ページ
	[用語解説]・・・・・・・・・・	62 ページ
	財務計画の達成状況・・・・・・・・・・	65 ページ
	令和5年度達成状況の評価・・・・・・・・・・	70 ページ

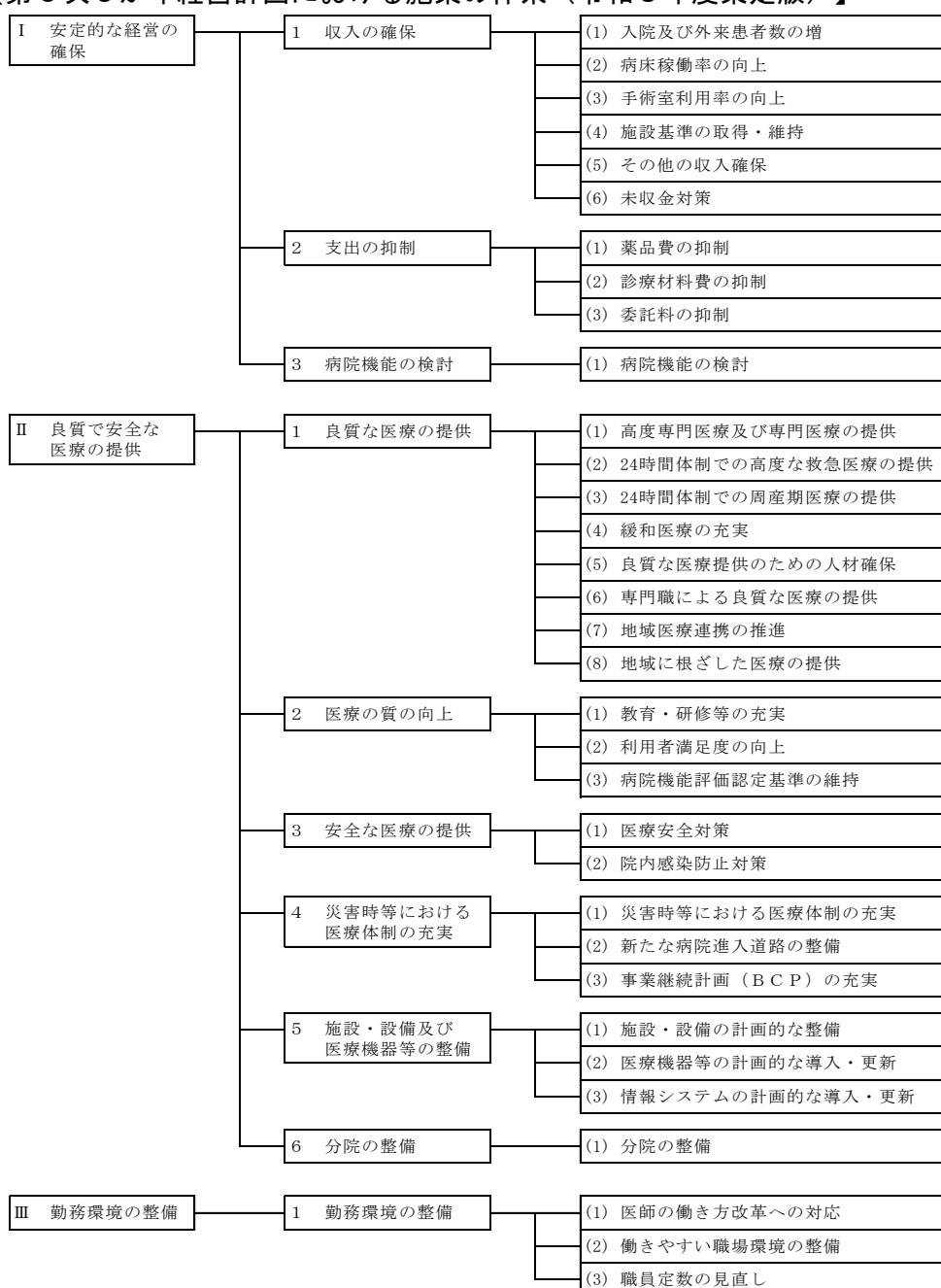
1 第6次5か年経営計画の概要

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で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年度に計画全体を再検証し、令和6年度以降の計画の見直しを行いました。令和5年度の達成状況の評価については、当初の令和3年度策定版の計画について評価を行うこととします。

【第6次5か年経営計画における施策の体系（令和3年度策定版）】



2 令和5年度達成状況

令和5年度は、5月に新型コロナウイルス感染症が5類感染症に移行し、ポストコロナでの医療体制の充実が求められる中で、病床の効率的な運用、救急患者の受入れ体制の維持、地域の医療機関との連携体制の強化等に努めました。

そして、企業団は第6次5か年経営計画に掲げる「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。

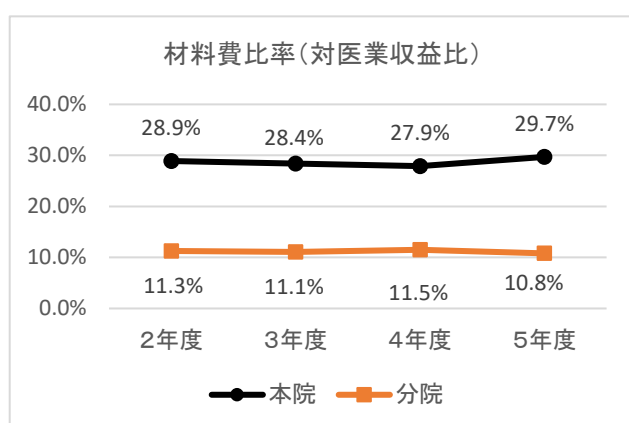
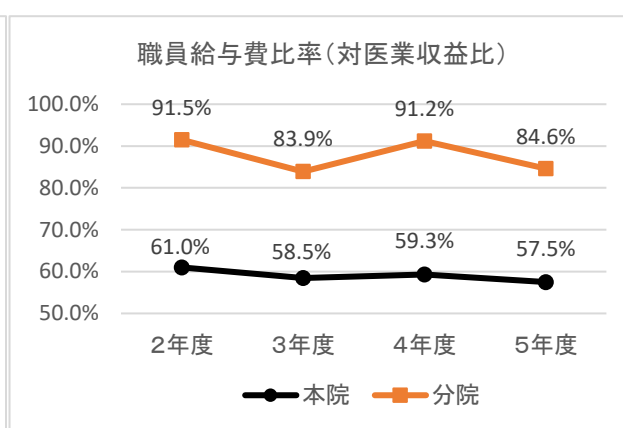
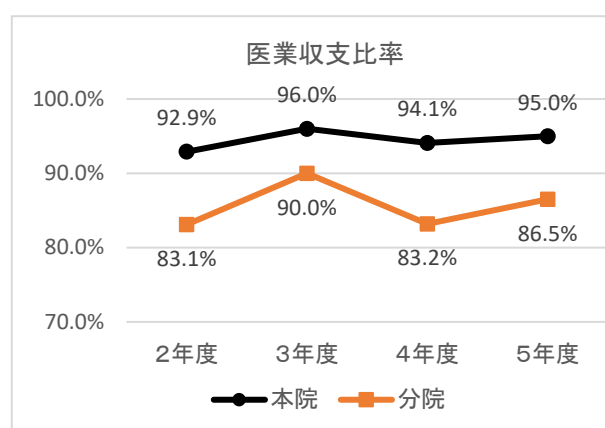
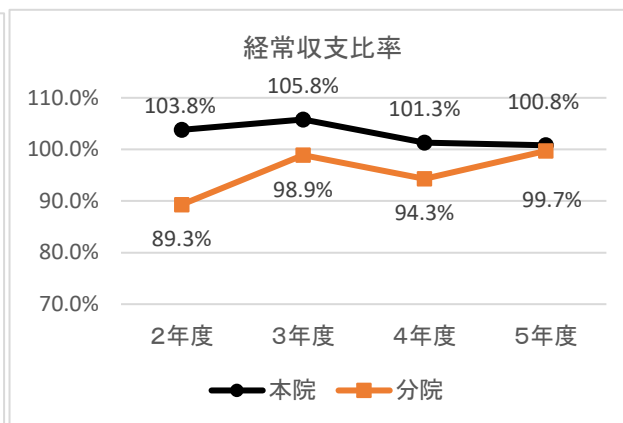
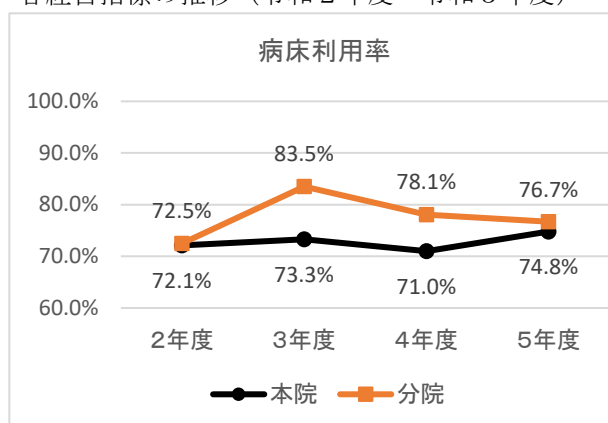
主な経営指標の達成状況については、以下のとおりの結果となりました。

各経営指標に係る計画値と決算値

区分		令和5年度 計画値 (A)	令和5年度 決算値(見込) (B)	比率 (B/A)
病床利用率	本院	80.3%	74.8%	93.2%
	分院	88.9%	76.7%	86.3%
経常収支比率	本院	100.1%	100.8%	100.7%
	分院	100.3%	99.7%	99.4%
医業収支比率	本院	96.3%	95.0%	98.7%
	分院	90.8%	86.5%	95.3%
職員給与費比率 (対医業収益比)	本院	56.1%	57.5%	102.5%
	分院	83.1%	84.6%	101.8%
材料費比率 (対医業収益比)	本院	29.8%	29.7%	99.7%
	分院	10.6%	10.8%	101.9%

※病床利用率、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5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

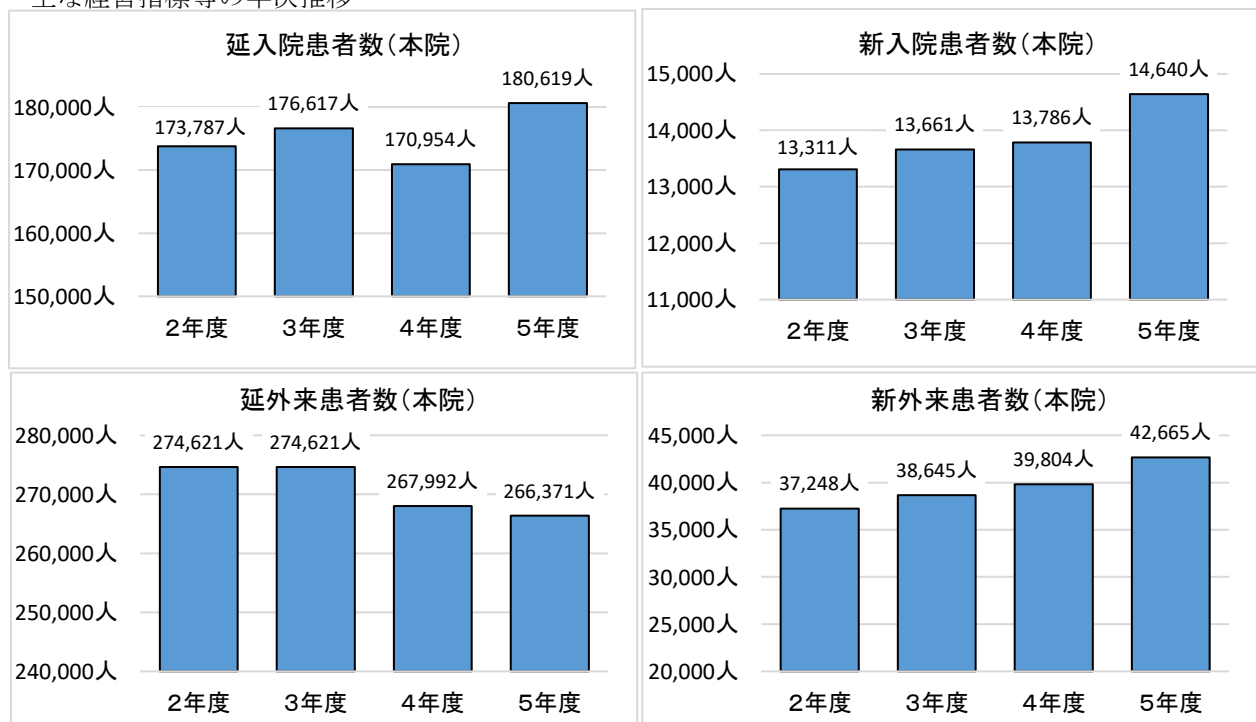
1 収入の確保

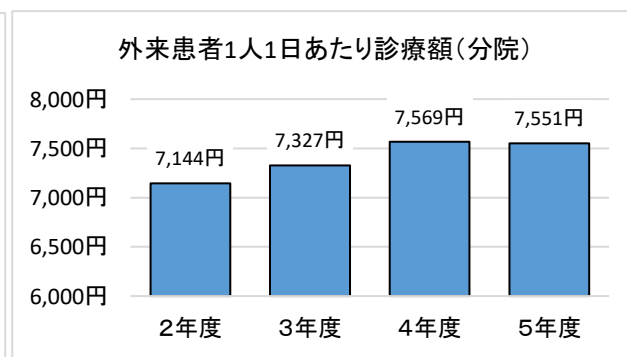
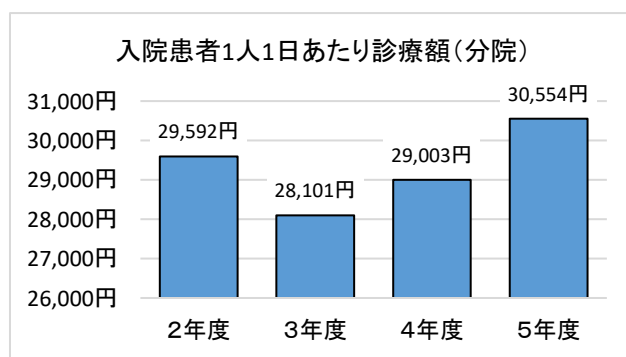
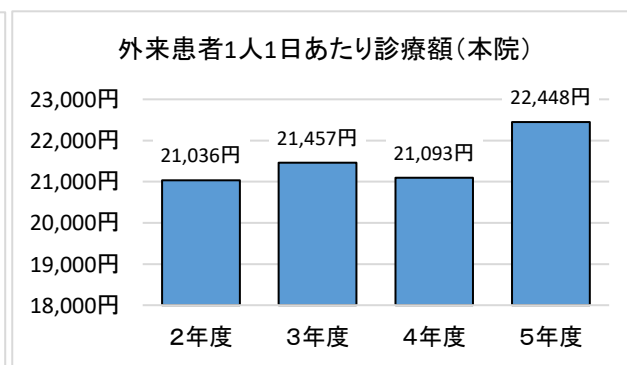
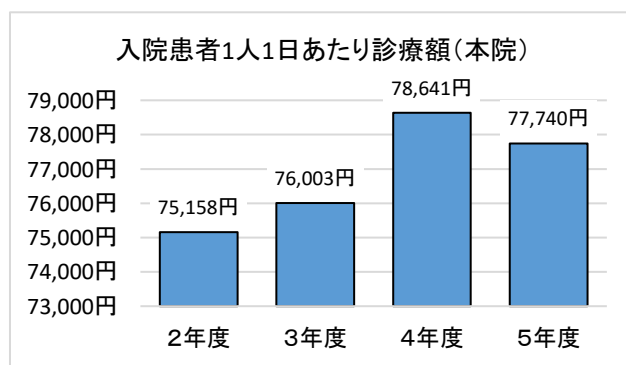
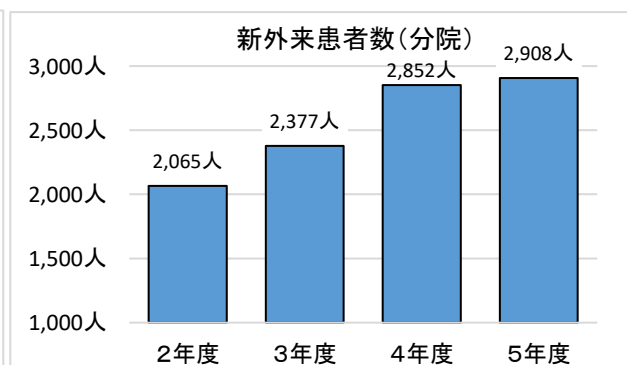
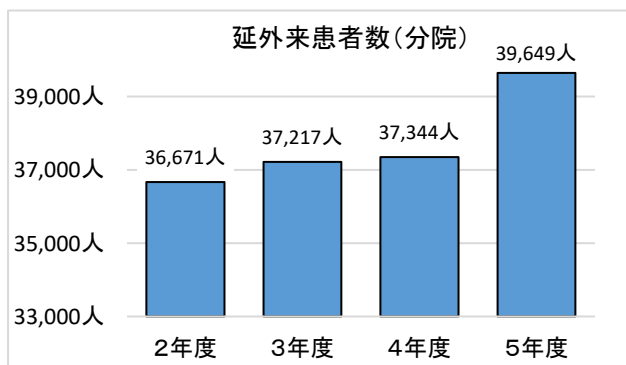
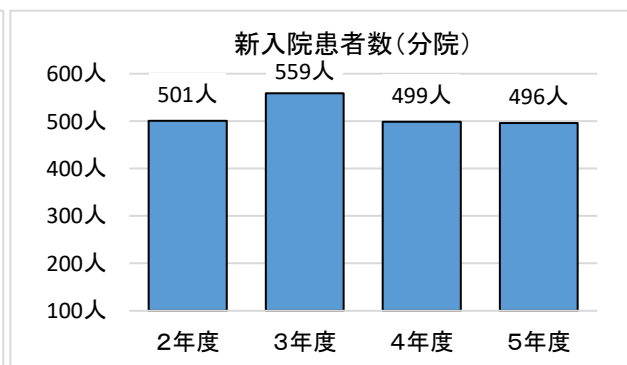
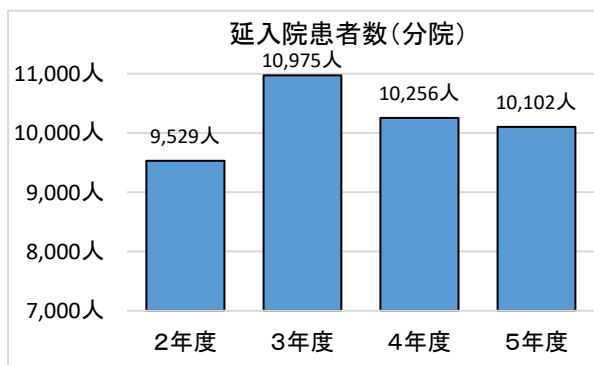
「入院及び外来患者数の増・病床利用率の向上」について、本院では、他医療機関との連携強化及び救急患者の受入に努めました。延患者数については入院・外来ともに計画値に達しませんでした。しかしながら、地域の医療機関等との紹介・逆紹介による連携体制を強化するとともに、DPC入院期間の最適化やクリニカルパスの見直しを実施するなど、効率的な病床運用に取り組んだ結果、平均在院日数の短縮、新入院・新外来患者数の増、病床利用率の向上につなげることができました。

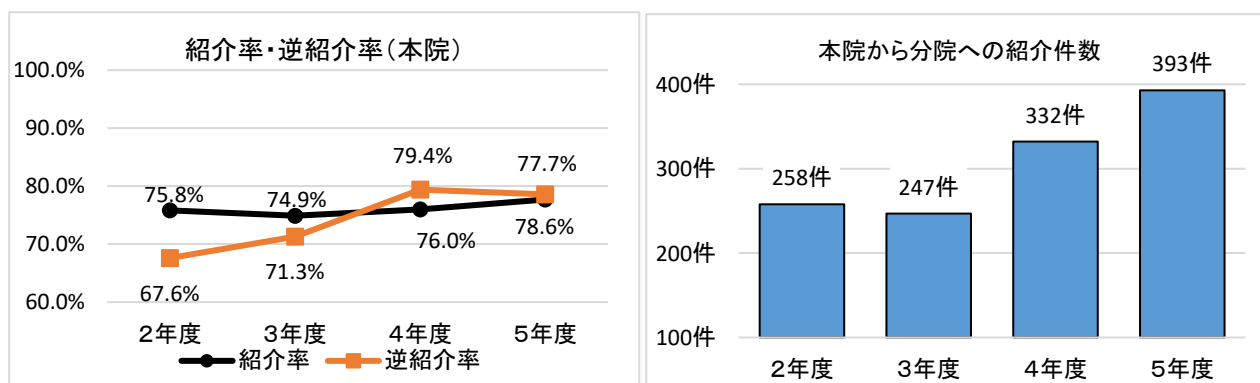
今後も現状の取組を継続するとともに、地域の医療需要等の分析や病床再編についての検討を実施していきます。

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。延入院患者数については、本院を含む他施設からの転院患者の減などにより、前年度より減少しました。延外来患者数については、前年度より増加したものの計画値には達しませんでした。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った結果、手術室稼働率は僅かに計画値には達しませんでした。前年度より3.9ポイント向上させることができました。また、手術件数、全身麻酔手術件数ともに増加していることから、効率的な手術室運用ができていますと考えられます。

「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13件、上位施設基準1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や会計年度任用職員の間ドック受診の開始により、前年度と比較して326人の増となったものの、計画値には達しませんでした。令和6年度以降の間ドック利用者数については、一般診療を圧迫しない形の適正数に計画値を下方修正するとともに、利用者数の増に向けた対策として、病院広報誌への情報掲載に加え、令和5年度に実施できなかった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。その他増収策の検討については、広告収入に関して、ホームページ及び封筒のほか、5種類の媒体を対象に絞り検討を行いました。

「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とともに、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加入し、未収金回収の強化を図りました。今後は、未収金の発生を防止するため、連帯保証人代行制度の導入について検討していきます。

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、本院の診療材料費比率（対医業収益比）は計画を達成することができました。しかしながら、本院・分院の薬品費比率（対医業収益比）及び分院の診療材料費比率（対医業収益比）は計画値を達成することができませんでした。後発医薬品比率については、本院では、金額ベースでの比率が全年度より向上しているものの、計画値に達していないため、今後も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、仕様の見直しを実施したことで、委託料比率（対医業収益比）は本院では計画値を達成することができました。分院については、令和5年度から開始した給食業務の委託により、委託料が増となりました。今後も仕様の見直し等により、委託料の抑制を図ります。

3 病院機能の検討

「病院機能の検討」について、令和5年度に「君津中央病院企業団経営強化プラン」を策定し、その中で今後の方向性として、本院は地域の基幹・中核病院として、高度専門医療、並びに救急、周産期、小児、災害及び新興感染症等の採算性の確保が難しく、民間医療機関による提供が困難な医療を担っていくこととしています。

今後は、分院の建て替えを契機に、本・分院それぞれの機能に合わせた病床再編に取り組み、それぞれの役割・機能の明確化・最適化を図っていきます。

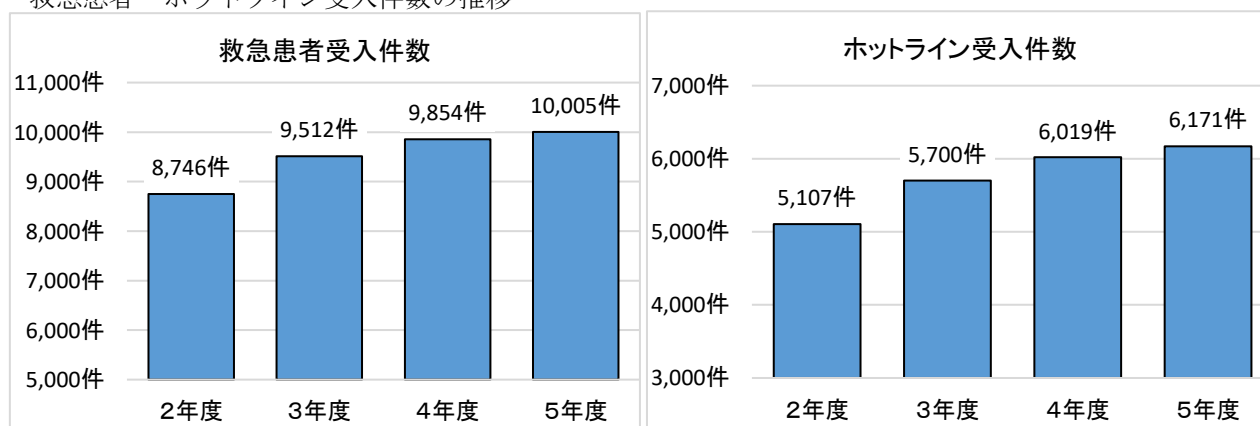
II 良質で安全な医療の提供

1 良質な医療の提供

「高度専門医療及び専門医療の提供」について、がん患者に対しては、地域がん診療連携拠点病院及びがんゲノム医療連携病院として、高度専門医療、ゲノム医療を必要とする患者への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151件の増となりました。ホットライン受入件数（ドクターヘリ搬送含む）は前年度と比較して152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17診療科（令和6年度から1診療科追加）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。また、地域の救急医療体制を維持するため、軽症から中等症までの2次救急及び高齢者救急への対応や2次医療機関への下り搬送についても検討していきます。

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、緩和ケア外来の充実等により、緩和ケア病棟へのスムーズな患者受入につなげ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、緩和医療科、放射線治療科等の医師の確保につなげることができました。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、人員計画に基づく早期の採用試験実施により、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の活用による入退院交渉の実施、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、令和4年度に受審した臨床研修評価更新訪問審査の指摘事項への対応を実施しました。後期臨床研修では、新たに内科領域及び救急科領域の専攻医を確保し、令和6年度から専門研修を開始（救急科領域については令和7年度から研修開始）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げ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。

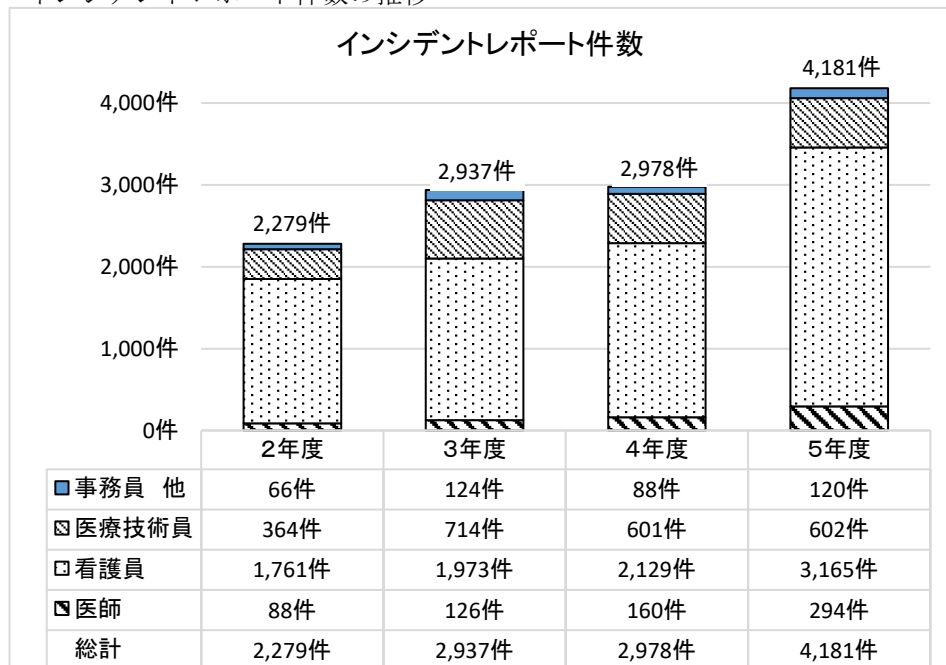
「利用者満足度の向上」について、患者総合支援センターでは、がん相談支援センター、難病相談支援センターにおける患者・家族の不安を取り除くための支援の実施、速やかな回復期・生活期への移行に向けた周辺医療機関との連携の強化、在宅における療養と生活に必要な環境設定を入院初期から実施することができました。また、NICU病棟において、入退院支援体制を整えたことで、10月から「入退院支援加算3」の算定を開始することができました。患者及び利用者満足度調査については、調査の結果、本院・分院ともに少数ながら「不満・やや不満」との回答があることから、この原因を究明し、更なる満足度の向上に努めます。

「病院機能評価認定基準の維持」について、病院機能評価部会を定期的に開催し、自己評価や模擬審査により抽出された問題点や課題について、改善策を検討・実施しました。11月には、日本医療機能評価機構のサーベイヤー派遣による模擬審査を実施し、サーベイヤーからの指摘により、新たな問題点や課題を把握することができました。今後も継続的な質改善活動を実施するとともに、令和6年7月の認定更新審査に向けた準備に取り組みます

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。今後も研修会未受講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、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ことで、インシデント報告総件数は計画値を達成することができました。しかしながら、医師の報告割合は、前年度より向上しているものの計画値に達していないことから、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同時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（A S T）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、また、医師、看護師、薬剤師及び臨床検査技師を対象とした抗菌薬適正使用支援研修会を開催したことで、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、君津健康福祉センター主催のDM A Tの合同訓練に併せて、院内大規模災害訓練を実施しました。また、定期的に防災管理分科会を開催し、災害対応マニュアルの見直しました。

「新たな病院進入道路の整備」について、令和5年度中に構成4市から今後の方向性に関する意見を集め、企業団議会議員全員協議会へ報告することとしていましたが、実施には至らなかったため、令和6年度に実施することとします。

「事業継続計画（B C P）の充実」について、食中毒等発生対応マニュアルに基づき食材業者との契約を締結しました。今後は、新興感染症及びサイバー攻撃等を想定した事業継続計画の策定・見直しを行うこととします。

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。

「医療機器・情報システム等の計画的な導入・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きます。分院の建替えについては、企業団内で検討会を立ち上げ、平成28年1月に策定した「君津中央病院大佐和分院施設整備基本構想・基本計画」を基に建替え後の医療機能や規模について検討を実施しました。また、鴨川市立国保病院（令和3年に建替え）の視察や新病院建設候補地の現地視察を実施しました。今後は、新病院建設について企業団内で検討した結果を基に、令和6年度下半期早々に構成4市及び関係機関を交えて協議を行います。

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75.6%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、医師の働き方改革が進む中で、医療機能を維持するために必要な人員数を把握するとともに、分院の建替えを契機に、本・分院それぞれの機能に合わせた必要人員数の検討を行います。

(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5年度達成状況については、14ページから61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5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、入院延患者数は計画数193,980人に対し決算数180,619人、1日平均入院患者数は計画数530人に対し決算数493人、外来延患者数は計画数285,525人に対し決算数266,371人、1日平均外来患者数は計画数1,175人に対し決算数1,096人となりました。分院は、入院延患者数は計画数11,712人に対し決算数10,102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39,649人、1日平均外来患者数は計画数170人に対し決算数163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、経常損益の計画額2,300万円の利益に対し、決算額は2億700万円の利益となりました。分院は、経常損益の計画額200万円の利益に対し、決算額は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13億800万円に対し、決算額は16億7,300万円となりました。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22億円に対し決算額は26億2,900万円となりました。

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。

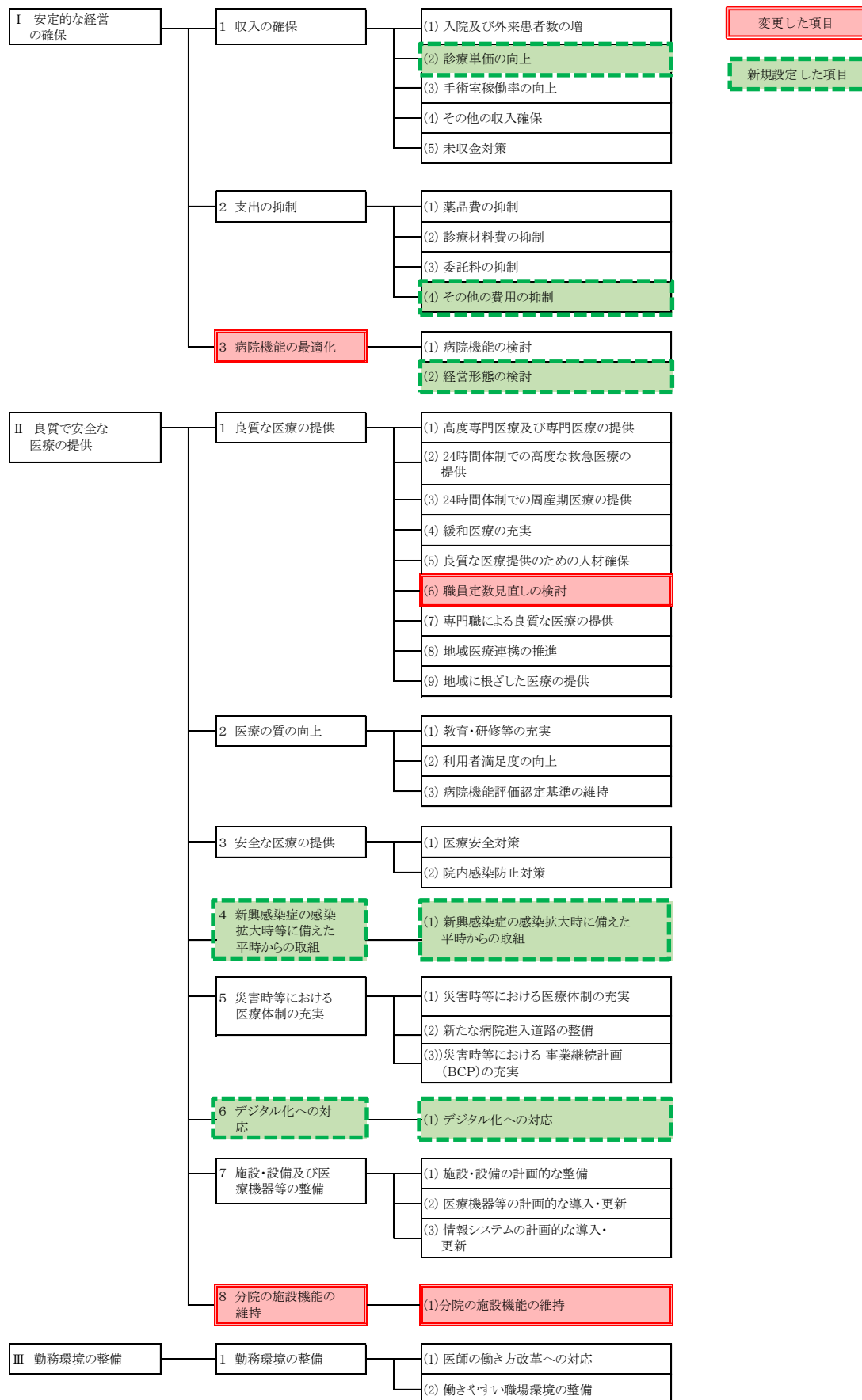
(2) 財務計画の達成状況等の具体的な数値等

財務計画の具体的な達成状況は、65ページから69ページのとおりです。

5 第6次5か年経営計画の見直しについて

第6次5か年経営計画における令和5年度の達成状況は上記のような結果となりました。令和6年度以降の本計画の展開については、令和5年度に策定した「君津中央病院企業団経営強化プラン」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て見直した「第6次5か年経営計画（改訂版）」として、更なる経営強化に取り組んでいきます。

【第6次5か年経営計画（改訂版）における施策の体系】 ※令和6年度・7年度の計画



第6次5か年経営計画の令和5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	48
△ : 達成度70%以上100%未満	27
× : 達成度70%未満	2
— : 評価対象外	5

※ 第6次5か年経営計画は計画3年目の令和5年度にこれまでの実績や「企業団経営強化プラン」の内容を基に令和6年度以降の計画の再検証を行い、「第6次5か年経営計画（改訂版）」へ見直しました。本報告書に記載されている令和6年度・7年度の計画値については、計画見直し後の「第6次5か年経営計画（改訂版）」の計画値となっております。

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5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】	【本院】 紹介及び救急からの新規患者獲得 [令和5年度行動計画] ①近隣医療圏も含めた医療機関との連携強化 ②救急患者の受入れ	①近隣医療圏も含めた医療機関との連携強化 ・近隣に新規開業した医療機関を早期に把握し、開院前または開院直後に積極的に訪問し、共同利用申請の手続きを含めた本院との連携について説明を行った。 ・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へ診療科の医師と訪問し、患者の紹介について情報共有の機会を得た。 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入れを行った。

令和5年度達成状況							評価	今後の取組及び方向性	
実績及び成果（令和6年度・7年度は見直し後の計画値）									
【評価指標】（※）は令和6年度からの新規指標のため令和5年度の計画値はなし							△	①近隣医療圏も含めた医療機関との連携強化 患者総合支援センターにおいて、医療機関への訪問や勉強会の開催等の活動により、地域の医療機関との連携強化をさらに進めていく。 ②救急患者の受入れ ・8系統17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。 ・現在の3次救急医療体制を維持するために、2次救急医療機関への下り搬送を実施する。 ○令和6年度以降は、入院患者数・新外来患者数を評価指標として新たに設定し、新規患者の獲得を目指す。	
新入院患者数 ※	計画値				15,200人	15,400人			
	実績値	13,661人	13,786人	14,640人					
	差								
延入院患者数	計画値	191,625人	192,720人	193,980人	182,500人	185,420人			
	実績値	176,617人	170,954人	180,619人					
	差	▲15,008人	▲21,766人	▲13,361人					
1日あたりの入院患者数	計画値	525人	528人	530人	500人	508人			
	実績値	484人	468人	493人					
	差	▲41人	▲60人	▲37人					
新外来患者数 ※	計画値				42,900人	42,700人			
	実績値	38,645人	39,804人	42,665人					
	差								
延外来患者数	計画値	284,350人	285,525人	285,525人	267,300人	266,200人			
	実績値	274,621人	267,992人	266,371人					
	差	▲9,729人	▲17,533人	▲19,154人					
1日あたりの外来患者数	計画値	1,175人	1,175人	1,175人	1,100人	1,100人			
	実績値	1,135人	1,103人	1,096人					
	差	▲40人	▲72人	▲79人					
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	74.9%	76.0%	77.7%					
	差	▲0.1%	1.0%	2.7%					
救急患者受入件数 ※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	9,512件	9,854件	10,005件					
	差	▲1,488件	▲1,146件	▲995件					
【紹介患者数】（詳細は42・43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						
【実績分析】 延入院患者数は前年度比で9,665人の増、新入院患者数が854人の増となったが、計画値には達しなかった。しかしながら、新規入院患者数、新規外来患者数についても増加しており、地域の医療機関等との紹介・逆紹介による連携体制及び救急患者の受入れ体制について強化されているものと考えられる。									

No.	目標	行動計画	令和5年度の具体的な取組内容
		【分院】 紹介及び救急からの新規患者獲得 [令和5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	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 本院患者総合支援センターと現況報告及び意見交換等を実施した。 ②救急患者の受入れ 二次救急輪番、日曜休日当番医として対応した。

令和5年度達成状況							今後の取組及び方向性	
実績及び成果（令和6年度・7年度は見直し後の計画値）						評価		
【評価指標】（※）は令和6年度からの新規指標のため令和5年度の計画値はなし								
新入院患者数 ※	計画値				520人	520人	△ 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 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る。 ②救急患者の受入れ 二次救急輪番、日曜休日当番医の実施 ③外来診療の運用の見直し ・常勤医師が1人減となったことで、外来診療の運用変更を行い、午前は予約外の患者とし、午後に予約患者を割り振る運用とする。 ・発熱外来について、運用変更を検討する。	
	実績値	559人	499人	496人				
	差							
延入院患者数	計画値	10,950人	11,680人	11,712人	10,950人	10,950人		
	実績値	10,975人	10,256人	10,102人				
	差	25人	▲1,424人	▲1,610人				
1日あたりの入院患者数	計画値	30人	32人	32人	30人	30人		
	実績値	30人	28人	28人				
	差	0人	▲4人	▲4人				
新外来患者数 ※	計画値				2,900人	2,900人		
	実績値	2,377人	2,852人	2,908人				
	差							
延外来患者数	計画値	41,140人	41,310人	41,310人	40,095人	39,930人		
	実績値	37,217人	37,344人	39,649人				
	差	▲3,923人	▲3,966人	▲1,661人				
1日あたりの外来患者数	計画値	170人	170人	170人	165人	165人		
	実績値	154人	154人	163人				
	差	▲16人	▲16人	▲7人				
紹介受入れ件数 ※	計画値				700件以上	700件以上		
	実績値	537件	585件	729件				
	差							
2次救急受入れ件数 ※	計画値				620件以上	620件以上		
	実績値	542件	451件	600件				
	差							
2次救急受入れ件数に関する詳細は42・43ページ参照								
【実績分析】 延入院患者数の減については、平均在院日数の短縮（前年度より0.7日短縮）によるものと考えられる。また、緊急入院の割合が高くなり、予定入院が減少しており、その要因は、他医療機関からの転院患者数が減少していることによるものと考えられる。								

No.	目標	行動計画	令和5年度の具体的な取組内容
(2)	病床利用率の向上 【本院】	・原則、D P C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 [令和5年度行動計画] ①D P C入院期間Ⅱでの退院 D P C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	①D P C入院期間Ⅱでの退院 ・病棟別入院期間Ⅱ満了日のリストを毎営業日作成し、病棟へ配信 ・在院日数4日目以上の症例を対象に電子カルテシステムへ入院期間Ⅱ満了日の入力を経営日実施 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した。 ・非稼働病床の稼働再開に向けて、人員配置の見直し等について検討した。 ③クリニカルパスの見直し ・新規及び変更パスの入院期間Ⅱの確認 ・クリニカルパスの内容に踏み込んだ取組として、特定術式における適切な予防的抗菌薬選択率の向上

令和5年度達成状況							今後の取組及び方向性	
実績及び成果（令和6年度・7年度は見直し後の計画値）						評価		
【評価指標】（※）は令和6年度からの新規指標のため令和5年度の計画値はなし								
		3年度	4年度	5年度	6年度	7年度		
病床利用率	計画値	80%以上	80%以上	80%以上	76%以上	77%以上		
	実績値	73.3%	71.0%	74.8%				
	差	▲6.7%	▲9.0%	▲5.2%				
一般病床 病床利用率	計画値	90%以上	90%以上	90%以上	85%以上	87%以上		
	実績値	81.7%	79.1%	85.2%				
	差	▲8.3%	▲10.9%	▲4.8%				
特殊病床 病床利用率	計画値	48%以上	48%以上	48%以上	45%以上	46%以上		
	実績値	46.8%	47.6%	41.5%				
	差	▲1.2%	▲0.4%	▲6.5%				
入院患者1人1日 あたり診療額 ※	計画値				80,700円	81,600円		
	実績値	76,003円	78,641円	77,740円				
	差							
外来患者1人1日 あたり診療額 ※	計画値				23,700円	23,900円		
	実績値	21,457円	21,093円	22,448円				
	差							
平均在院日数 ※	計画値				11.0日	11.0日		
	実績値	11.9日	11.4日	11.3日				
	差							
DPC入院期間Ⅱ での退院割合	計画値	70%以上	70%以上	70%以上	70%以上	70%以上		
	実績値	72.0%	72.2%	72.1%				
	差	2.0%	2.2%	2.1%				
クリニカルパス 適用率 ※	計画値				50%以上	50%以上		
	実績値	50.3%	52.5%	53.1%				
	差							
DPC機能評価係数 Ⅰ・Ⅱ ※	計画値				0.5656以上	0.5656以上		
	実績値	0.5463	0.5639	0.5656				
	差							
【実績分析】								
○全体の病床利用率は、前年度比で3.8ポイントの増、一般病床は6.1ポイントの増となったが、特殊病床は6.1ポイントの減となり、いずれも計画値には達しなかった。								
○現場スタッフへ入院期間Ⅱ満了日＝退院目標日という意識付けが出来ており、入院期間Ⅱ以内の退院割合が目標値である70%以上を維持している。予定入院に絞ると、85.8%とクリニカルパスの適用の効果で予定入院についてはコントロールできている。しかしながら、緊急入院は56.3%であり、急性期治療後の転院先の確保が課題である。								
							△	
							①DPC入院期間Ⅱでの退院 ・病棟別入院期間Ⅱ満了日のリストを毎営業日作成し、病棟へ配信。 ・在院日数4日目以上の症例を対象に電子カルテシステムへ入院期間Ⅱ満了日の入力を毎営業日実施。 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する。 ・非稼働病床の稼働再開に向けて、人員配置の見直し等を実施する。 ③クリニカルパスの見直し ・令和6年度診療報酬改定に対応したクリニカルパス改訂。 ・クリニカルパス委員会の見直し ・クリニカルパスによる標準化の推進 ・機能評価係数Ⅱ全体の向上のため、クリニカルパスによる在院日数の短縮等の取組に加え、適正な係数評価を得るためにデータの精度維持に努める。 ○急性期病院としての適正な病床数の把握 ○平均在院日数の短縮及び急性期患者の受け入れによる診療単価の向上を図る。	

No.	目標	行動計画	令和5年度の具体的な取組内容
(3)	手術室稼働率の向上 【本院】	・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 [令和5年度行動計画] 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	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。 ・千葉大学麻酔科の専門医研修関連病院として専攻医を受け入れるとともに、千葉県医師キャリアコーディネータと連携して、次年度からの千葉県医師就学資金貸付制度利用者の受け入れ体制を整備した。 ・若手医師が本院での研修を希望してくれるよう、臨床面での指導体制を充実させた。 ・各麻酔科医のオンコールや時間外勤務の実施の可否に対応するとともに、それをカバーする他の医師が負荷や不公平感を持たない勤務体制を維持した。 ②手術室看護師の確保・育成 ・各種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。 ・新人看護師の早期夜勤導入に向けて教育を行った。 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い、毎月の中央手術部委員会にて報告した。 ・中央手術部委員会（月1回開催）において、各科の手術枠増枠の要望を確認し、効率的な手術枠運用となるよう検討を行った。 ・臨時手術を効率的に受け入れるため、定時手術の申し込み時間の適正化を委員会で働きかけた。 ・使用されていなかったICU内の手術室について、緊急手術等へ対応するための用途で使用を開始したことで、有効活用につながった。
(4)	施設基準の取得・維持 【本・分院】	【本院】 ・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 [令和5年度行動計画] ①令和6年度診療報酬改定に向けた情報収集を実施 ②施設基準を維持するための人員配置等の把握、調整	①令和6年度診療報酬改定に向けた情報収集を実施 ・各種WEBセミナーを受講し、改定の動向を確認した。 ・新設される施設基準の把握及び取得に向けて現状の院内体制、運用について確認を行った。 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。 ・令和6年度からの施設基準管理システムの導入に向けて、事業者との契約、導入準備を行った。
		【分院】 ・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 [令和5年度行動計画] ①新規の施設基準の取得 ②施設基準を維持するための人員配置等の把握・調整	①新規の施設基準の取得 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。 ・人員要件を満たさなくなった施設基準の辞退（在宅患者訪問褥瘡管理指導料）

令和5年度達成状況							今後の取組及び方向性	
実績及び成果（令和6年度・7年度は見直し後の計画値）						評価		
【評価指標】（※）は令和6年度からの新規指標のため令和5年度の計画値はなし							△	①麻酔科医の確保 ・引き続きそれぞれの医師に合わせた勤務体系を維持できるようにする。 ・若手医師にとって臨床面でも魅力を感じられる研修体制を確立する。 ②手術室看護師の育成 ・新人、既卒者の教育計画に沿った教育を行う。 （手術室クリニカルラダーの達成、各科手術介助技術の取得） ・目標管理を行い、スタッフのモチベーションを維持する。 （研修、学会参加の支援、手術室認定看護師の育成、大学・大学院進学サポート） 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する。 ○手術間インターバルの短縮
		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	65.4%	65.6%	69.5%				
	差	0.4%	▲2.4%	▲0.5%				
手術件数 ※	計画値				6,000件以上	6,000件以上		
	実績値	5,514件	5,672件	6,000件				
	差							
うち全身麻酔手術件数	実績値	2,840件	3,021件	3,248件				
【麻酔科医（常勤医）の確保】 令和5年度当初 6人 令和6年度当初 8人（前年度比 2人増）								
【看護師の配置状況】 令和5年度当初 34人 令和6年度当初 32人（前年度比 2人減）								
【実績分析】 手術室稼働率は僅かに計画値には達しなかったが、前年度比で3.9ポイント向上している。また、手術件数は328件の増となり、全身麻酔件数についても229件の増となっていることから、効率的な手術室運用ができていたものと考えられる。								
【新規・上位基準の取得による増収額（主なもの）】							○	①令和6年度診療報酬改定に向けた情報収集及び院内体制の整備 ・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。 ・令和6年度診療報酬改定に対応するため、複数部署が連携して取り組むためのタスクフォースの立ち上げ ②施設基準を維持するための人員配置等の把握、調整 ③施設基準管理システムの活用による同規模病院とのベンチマークの実施
施設基準		増収額 ※令和5年度実績						
【上位】後発医薬品使用体制加算1		約60万円						
【新規】早期離床・リハビリテーション加算（救命救急入院料3）		約450万円						
【新規】重症患者初期支援充実加算		約470万円						
【新規】入退院支援加算3		約40万円						
【新規・上位施設基準届出実績】 ○新規施設基準 13件 ○上位施設基準 1件								
【新規・上位基準の取得による効果額】							○	①令和6年度診療報酬改定に向けた情報収集を実施 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		効果額 ※令和5年度実績						
保険医療機関間の連携による病理診断		約17万円						

No.	目標	行動計画	令和5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5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会計年度任用職員の間ドック受診の開始	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。 ②令和5年度会計年度任用職員の間ドック受診開始に向けた体制整備 会計年度任用職員の間ドック受診を開始した。
		健康診断事業の拡充 [令和5年度行動計画] 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薬外収入(土地賃貸料)の確保 [令和5年度行動計画] 令和4年度で計画完了	
		その他増収策の検討 [令和5年度行動計画] その他増収策の検討	広告収入に関する検討 広告については、ホームページ及び封筒のほか、5種類の媒体を対象に絞り検討を行った。
(6)	未収金対策 【本・分院】	【本院】 未収金の発生防止 [令和5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 ・外来、病棟、医事課及びMSW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) ・身寄りなし患者の対応フロー作成について、患者総合支援センター、看護局及び医事課で検討した。 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5年度達成状況							今後の取組及び方向性			
実績及び成果（令和6年度・7年度は見直し後の計画値）							評価			
【評価指標】							△	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を実施する。 ・利用者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。		
		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	3,100人	3,100人				
	実績値	2,570人	2,643人	2,969人						
	差	▲1,300人	▲1,247人	▲921人						
【人間ドック利用者構成比率】										
		3年度	4年度	5年度						
職員		23.1%	22.2%	29.6%						
職員以外	新規	12.6%	14.2%	11.7%						
	リピーター	64.3%	63.6%	58.7%						
【実績分析】										
○病院広報誌へ情報掲載することによるPRや会計年度任用職員の人間ドック開始により、前年度と比較して326人の増となったが、計画値には達しなかった。 ○令和6年度以降は一般診療を圧迫しない形の適正数に計画値を下方修正した。										
【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。		
		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	250人	250人				
	実績値	187人	217人	238人						
	差	▲313人	▲83人	▲62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21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183人、職員採用予定者55人となり、前年度と比較して一般では12人増、職員採用予定者では9人増となった。										
									○	○広告については実施に向け引き続き検討し、併せて関連規程の整備に取り組む。 ○他施設での取組や事例等を調査し、新たな増収策について検討する。
【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 ○連帯保証人代行制度の導入について検討		
		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	0.45%	0.44%	0.37%						
	差	0.00%	△0.01%	△0.08%						
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%	0.12%						
	差	0.00%	0.00%	0.02%						
※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										
【実績分析】										
前年度と比較して、新規未収金発生率は入院は0.07%の減、外来は0.02%の増となった。未収金の発生率の高い患者は、救急患者で所持金の無い方が多く、応召義務もあるため、それらの患者の未収金発生を防ぐのは困難ではあるが、医事課、救急外来、病棟等と連携し早期対応に努めている。また、未収金の発生につながりそうな患者や過去に未収金のある患者については、医事会計システムや電子カルテに記録を残し、情報共有している。										

No.	目標	行動計画	令和5年度の具体的な取組内容
		【分院】 未収金の発生防止 [令和5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	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。 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。
		【本院】 未収金の回収強化 [令和5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外国人患者未収金補償保険への加入	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。 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。 ③外国人患者未収金補償保険への加入 未収金額が高額となる可能性が高い外国人患者の未収金を補てんするため、外国人患者未収金補償保険へ加入した。
		【分院】 未収金の回収強化 [令和5年度行動計画] 法律事務所への未収金回収業務委託	法律事務所への未収金回収業務委託 令和5年度の未収金回収業務委託件数は0件だった。

2 支出の抑制

No.	目標	行動計画	令和5年度の具体的な取組内容
(1)	薬品費の抑制 【本・分院】	【本院】 組織的な価格交渉の実施 [令和5年度行動計画] ベンチマークシステムを活用したな価格交渉による薬品費の縮減	ベンチマークシステムを活用した価格交渉による薬品費の縮減 - 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5年12～令和6年2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）

令和5年度達成状況							今後の取組及び方向性			
実績及び成果（令和6年度・7年度は見直し後の計画値）						評価				
【評価指標】							○	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 ○令和6年4月から時間外、休日の診療費の預り金の金額を変更（10,000円から15,000円～20,000円に増額）		
新規入院未収金発生率	計画値	3年度 0.45%以下	4年度 0.45%以下	5年度 0.45%以下	6年度 0.45%以下	7年度 0.45%以下				
	実績値	0.17%	0.33%	0.31%						
	差	△0.28%	△0.12%	△0.14%						
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				
	実績値	0.01%	0.01%	0.01%						
	差	0.00%	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】									○	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 ○法的措置の検討
新規患者負担分発生未収金回収率	計画値	3年度 50%以上	4年度 50%以上	5年度 50%以上	6年度 50%以上	7年度 50%以上				
	実績値	57.4%	64.4%	71.4%						
	差	7.4%	14.4%	21.4%						
※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】							○	法律事務所への未収金回収業務委託		
新規患者負担分発生未収金回収率	計画値	3年度 80%以上	4年度 80%以上	5年度 80%以上	6年度 80%以上	7年度 80%以上				
	実績値	95.9%	93.9%	94.5%						
	差	15.9%	13.9%	14.5%						
※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5年度達成状況							今後の取組及び方向性	
実績及び成果（令和6年度・7年度は見直し後の計画値）						評価		
【評価指標】							△	ベンチマークシステムを活用した価格交渉による薬品費の縮減 ・令和6年4月 薬品単価契約開始 （上半期分・令和6年3月競争見積実施） ・令和6年8～9月 価格交渉の実施及び契約締結（上半期分） ・令和7年1～3月 価格交渉の実施及び契約締結（下半期分） ・令和7年3月 薬品競争見積実施（令和7年度分）
		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	14.4%以下	14.3%以下		
	実績値	14.0%	13.7%	15.1%				
	差	0.1%	△1.1%	0.3%				
【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、26,484千円削減することができた。								

No.	目標	行動計画	令和5年度の具体的な取組内容
		【分院】 組織的な価格交渉の実施 [令和5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	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。
		【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 [令和5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	後発医薬品及びバイオシミラーへの切替えを実施 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、後発医薬品使用体制加算1の要件である、後発医薬品比率（数量ベース）90%以上を維持することができた。
		【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 [令和5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	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。
(2)	診療材料費の抑制 【本・分院】	【本院】 ・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 [令和5年度行動計画] ベンチマークシステムを活用した価格交渉及び共同購入による診療材料費の縮減	ベンチマークシステムを活用した価格交渉及び共同購入による診療材料費の縮減 ・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～令和6年2月 価格交渉の実施（診療材料・検査試薬） 最新のベンチマークを使用し、平均単価より高く購入しているものを中心に価格交渉を実施 ・令和5年11月～令和5年3月 価格交渉妥結、変更契約の締結（診療材料・検査試薬） ・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）

令和5年度達成状況							今後の取組及び方向性	
実績及び成果（令和6年度・7年度は見直し後の計画値）							評価	
【評価指標】							△	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
		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	3.9%以下	3.9%以下	3.9%以下	3.7%以下	3.7%以下		
	実績値	3.7%	3.4%	4.7%				
	差	△0.2%	△0.5%	0.8%				
【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、60,856円削減することができた。								
【評価指標】							△	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更に進める。
		3年度	4年度	5年度	6年度	7年度		
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		
	実績値	89.7%	92.0%	93.0%				
	差	▲0.3%	2.0%	3.0%				
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%	48.2%				
	差		▲3.9%	▲1.8%				
【後発品・バイオシミラーへの切替え状況】 ○後発品 内服薬（抗がん剤除く）：5品目、注射薬：1品目、抗がん剤：1品目 ○バイオシミラー 注射薬：1品目								
【実績分析】 金額ベースの比率が上がった要因は、切替え率が13%程度だったルセンティス硝子体内注射キット10mg/mlが100%バイオシミラーに切り替わったことによるものである。後発品及びバイオシミラーへの切替えの効果として、医薬品の購入額を約1,010万円を削減することができた。また、令和5年度の後発品への切り替えの多くは年度の途中であったため、その成果は限定的であるが、年換算の総額では約7,910万円の削減となる。 今後、金額ベースでの計画値を達成するため、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】							△	後発医薬品及びバイオシミラーへの積極的な切替えを実施
		3年度	4年度	5年度	6年度	7年度		
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		
	実績値	93.2%	91.0%	93.8%				
	差	▲1.8%	▲4.0%	▲1.2%				
後発医薬品比率 （金額ベース）	計画値		80%以上	80%以上	70%以上	70%以上		
	実績値	74.4%	69.3%	61.9%				
	差		▲10.7%	▲18.1%				
【後発品への切替え状況】 ○後発品 注射薬：2品目、内服薬：1品目、外用薬：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となり、計画値には達しなかった。								
【評価指標】							○	ベンチマークシステムを活用した価格交渉及び共同購入による診療材料費の削減 ・令和6年4月 診療材料単価契約開始（令和6年3月競争見積実施） 検査試薬単価契約開始（令和6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6年6月 診療材料単価契約開始（令和6年5月競争見積実施） 検査試薬単価契約開始（令和6年5月競争見積実施） ・令和6年8月 価格交渉の実施 ・令和6年9月 価格交渉の契約締結 ・令和7年3月 診療材料競争見積実施（令和7年度分） 検査試薬競争見積実施（令和7年度分）
		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	15.5%以下	14.5%以下	14.5%以下	13.4%以下	13.3%以下		
	実績値	13.9%	13.7%	13.9%				
	差	△1.6%	△0.8%	△0.6%				
【価格交渉等による削減額】 ○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、診療材料は3,972千円、検査試薬は289千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、69,974千円削減することができた。								

No.	目標	行動計画	令和5年度の具体的な取組内容
		【分院】 ・組織的な価格交渉の実施 [令和5年度行動計画] 本院と連携した価格交渉の実施による診療材料費の縮減	本院と連携した価格交渉の実施による診療材料費の縮減 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。
(3)	委託料の抑制 【本・分院】	【本院】 組織的な価格交渉の実施 [令和5年度行動計画] 仕様の見直し等による支出抑制	仕様の見直し等による支出抑制 ・医療機械の保守において、年度途中に発生するスポット点検や次年度保守契約の仕様について、購入後の使用期間や稼働状況を考慮し適切な仕様にする事で委託料の抑制を図った。 ・物流統合システム業務委託において、前回の契約締結時と比べ、用度倉庫、薬品管理室にて取扱品目数及び搬送件数並びに手術件数増に伴う使用器材の洗浄滅菌数が増となったが、仕様作成にあたって各業務における必要人員数の再検討及び業務内容の見直しを行い、前回契約時と概ね同額の委託料に抑えることができた。
		【分院】 組織的な価格交渉の実施 [令和5年度行動計画] 仕様の見直し等による支出抑制	仕様の見直し等による支出抑制 警備業務については、本院・分院一括で業務委託を行い、白衣等賃借については、本院と同価格で契約をするなど、本院と同じ事業者へ業務委託することで、本院と同価格で契約し、委託料の抑制を図った。

3 病院機能の検討

No.	目標	行動計画	令和5年度の具体的な取組内容
(1)	病院機能の検討 【本・分院】	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 [令和5年度行動計画] 不採算事業の今後の方向性について、「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	不採算事業の今後の方向性について、「公立病院経営強化プラン」への対応を含めて、院内及び関係機関と検討 「君津中央病院企業団経営強化プラン」を策定し、本院は地域の基幹・中核病院として、高度専門医療、並びに救急、周産期、小児、災害及び新興感染症等の採算性の確保が難しく、民間医療機関による提供が困難な医療を担っていくこととした。

令和5年度達成状況							今後の取組及び方向性	
実績及び成果（令和6年度・7年度は見直し後の計画値）						評価		
【評価指標】							△	本院と連携した価格交渉の実施による診療材料費の縮減
診療材料費比率 （医業収益比）	計画値	3年度 5.7%以下	4年度 5.7%以下	5年度 5.7%以下	6年度 5.9%以下	7年度 5.9%以下		
	実績値	6.0%	4.4%	6.0%				
	差	0.3%	△1.3%	0.3%				
【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、130,701円削減することができた。								
【評価指標】							○	仕様の見直し等による支出抑制 仕様の見直しや公募型プロポーザルの実施により委託料の抑制を図る。
委託料比率 （医業収益比）	計画値	3年度 7.1%以下	4年度 7.7%以下	5年度 7.7%以下	6年度 8.2%以下	7年度 8.2%以下		
	実績値	6.7%	7.2%	7.4%				
	差	△0.4%	△0.5%	△0.3%				
【評価指標】							—	仕様の見直し等による支出抑制
委託料比率 （医業収益比）	計画値	3年度 5.4%以下	4年度 6.3%以下	5年度 5.7%以下	6年度 9.0%以下	7年度 9.0%以下		
	実績値	4.8%	6.2%	8.7%				
	差	△0.6%	△0.1%	3.0%				
【実績分析】 ○令和4年度に予期せぬ調理員の欠員があり、その後人員確保が困難な状況が続いたことから、令和5年度から給食業務を委託することとなった。これにより、委託料比率（医業収益比）は前年度と比較し2.5ポイントの増となった。 ○令和6年度以降については、給食業務の委託を加味して、委託料比率（医業収益比）の計画値を見直した。 ※計画策定時には想定していなかった業務委託による委託料比率（医業収益比）の増であるため、本項目については評価対象外とした。 ※給食業務を除いた場合の委託料比率は5.0%であった。								
運営委員会の評価		運営委員会からの意見等						

令和5年度達成状況		今後の取組及び方向性
実績及び成果（令和6年度・7年度は見直し後の計画値）	評価	
	○	○不採算部門のあり方について、院内及び関係機関と適宜検討を実施 ○分院の建て替えを契機に、本・分院それぞれの機能に合わせた病床再編に取り組み、それぞれの役割・機能の明確化・最適化を図る。 ○医師の働き方改革の影響により、救急・周産期・小児・災害及び新興感染症等の医療提供が困難となる場合には、職員定数の見直しについて適宜検討する。
運営委員会の評価	運営委員会からの意見等	

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5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5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として、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5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5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5年度達成状況

実績及び成果（令和6年度・7年度は見直し後の計画値）

評価

【評価指標】

		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	1,000件以上	1,000件以上
	実績値	1,020件	982件	1,043件		
	差	▲150件	▲218件	▲187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	6,500人以上	6,500人以上
	実績値	5,723人	5,469人	6,594人		
	差	▲277人	▲531人	594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	335人	320人	288人		
	差	35人	20人	▲12人		

【入院化学療法延患者数】
令和5年度 736人（前年度比 217人増）

【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により、がん患者の身体的・精神的なつらさや痛みの緩和に努めた。
○がんゲノム医療連携病院として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】
○悪性腫瘍手術件数については、前年度比で増となったものの、計画値には達しなかった。放射線治療延患者数については、前年度と比較し減となり、計画値には達しなかった。今後も地域の医療機関との連携強化、紹介患者の獲得に努めていく。
○外来化学療法については、血液内科等での実施件数が増となったことで、前年度比で1,125人の増となり、計画値を達成することができた。

△

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

【評価指標】

		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	275件	288件	332件		
	差	▲35件	▲22件	22件		

【実績分析】
前年度と比較して24件増となり、計画値を達成することができた。

○

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

【評価指標】

		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	1,331件	1,329件	1,352件		
	差	▲219件	▲221件	▲198件		

【実績分析】
前年度比で23件の増となり、徐々に増加しているものの、計画値には達しなかった。

△

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

No.	目標	行動計画	令和5年度の具体的な取組内容
		糖尿病患者への多職種による総合的な治療の実施 〔令和5年度行動計画〕 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が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	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 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） 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 ・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。 ・主に糖尿病・高血圧・脂質異常症の管理実施した。 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 ・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。 ・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。 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 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。 ⑤地域の医療機関との病診連携の実施 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。 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 糖尿病のコントロールを目的に糖尿病教育入院を週1、2例実施した。 また、糖尿病ケトアシドーシス及び高血糖高浸透圧症候群等で入院した糖尿病患者にも教育を実施した。
(2)	24時間体制での高度な救急医療の提供 【本院】	救急受入体制の維持 〔令和5年度行動計画〕 8系統16診療科による当直・待機体制の維持	8系統16診療科による当直・待機体制の維持 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。
(3)	24時間体制での周産期医療の提供 【本院】	妊産婦（ハイリスク妊産婦を含む）の積極的な受入れ 〔令和5年度行動計画〕 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 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	①地域の医療機関等との連携強化 地域の産科一次施設等との勉強会を開催した。 ②院内の教育体制の強化 ・一定の水準の助産実践能力を有するアドバンス助産師を育成した。 ・臨床研修医の教育体制を強化した。 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 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。

令和5年度達成状況									今後の取組及び方向性	
実績及び成果（令和6年度・7年度は見直し後の計画値）							評価			
【評価指標】									①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 ○糖尿病患者へのケアに精通する看護師の補充	
		3年度	4年度	5年度	6年度	7年度				
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	600件以上	600件以上				
	実績値	434件	602件	560件						
	差	304件	472件	430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が、スタッフの退職の影響により前年度比で42件の減となった。										
【総合的な治療の実施状況】							○			
		4年度	5年度	差						
糖尿病合併症外来件数		128件	815件	687件						
糖尿病教室参加者		204人	108人	▲96人						
糖尿病教育入院件数		93件	202件	109件						
在宅自己注射指導管理料		3,594件	3,498件	▲96件						
【評価指標】									8系統17診療科による当直・待機体制の維持（令和6年度から1診療科追加） 地域の救急医療体制を維持するため、軽症から中等症までの2次救急及び高齢者救急への対応や2次医療機関への下り搬送について検討していく。	
		3年度	4年度	5年度	6年度	7年度				
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	9,512件	9,854件	10,005件						
	差	▲1,488件	▲1,146件	▲995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	6,400件以上	6,400件以上				
	実績値	5,700件	6,019件	6,171件						
	差	200件	519件	671件						
I C U ・ C C U 病床利用率	計画値	50%以上	50%以上	50%以上	47%以上	47%以上				
	実績値	42.0%	43.8%	42.4%						
	差	▲8.0%	▲6.2%	▲7.6%						
実稼働病床利用率	計画値	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上				
	実績値	71.4%	75.5%	72.1%						
	差	▲8.6%	▲4.5%	▲7.9%						
H C U 病床利用率	計画値	65%以上	65%以上	65%以上	65%以上	65%以上				
	実績値	63.9%	47.2%	51.5%						
	差	▲1.1%	▲17.8%	▲13.5%						
【実績分析】 救急患者受入件数については、計画値には達しなかったものの、前年度比で151件の増となっている。I C U ・ H C U の病床利用率についても計画値に達しなかったことから、効率的な病床運用について検討していく。										
【評価指標】（※）は令和6年度からの新規指標のため令和5年度の計画値はなし									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。	
		3年度	4年度	5年度	6年度	7年度				
分娩件数	計画値	300件以上	300件以上	300件以上	280件以上	280件以上				
	実績値	255件	283件	236件						
	差	▲45件	▲17件	▲64件						
ハイリスク妊娠・分娩受入件数 ※	計画値				140件以上	140件以上				
	実績値	125件	132件	104件						
	差									
【実績分析】 総分娩件数、ハイリスク分娩件数ともに前年度より減少し、計画値には達しなかった。正常分娩の多くは地域の一次施設で扱われているが、ハイリスク分娩については、今後増加が見込まれるため、ハイリスク症例を積極的に受け入れていく。										
【母体搬送受入れ実績】 ○母体搬送件数 40件（前年度比 30件減）										

No.	目標	行動計画	令和5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5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 ・専従医師は4人で増員なし ・千葉大小児科医局に当直応援を依頼し、月6回程度派遣した。 （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14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 ・定期カンファレンス（2か月に1回）を実施した。 ・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38回千葉県周産期新生児研究会（6月）を開催、第39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5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 ③緩和ケア外来の充実	①他医療機関との医療連携の充実 ・入院、退院に関する医療連携、特に地域の在宅訪問診療医を介しての入退院に関して医療連携が進展した。 ・緩和ケア病棟から自宅退院し、地域の在宅訪問診療医によるフォローを受け、病状経過により再び緩和ケア病棟へ入院する際の密な連携の構築に取り組んだ。 ②病床利用の適正化 ・緩和面談を終了した患者について、院内各科でフォローしている間も病状変化を緩和医療科としてカルテ上でフォローし、適切な時期での入棟申し込みの推奨や入院時期の判断ができるよう取組を開始した。 ・地域の在宅訪問診療医から直接入院依頼を受けることができるようにし、在宅療養から入院療養への切り替えをスムーズかつ迅速に行えるようにすることで、多様なニーズへの対応を行った。 ・地域の在宅訪問診療医からの緊急の入院依頼に対しても積極的な受け入れを行った。 ③緩和ケア外来の充実 ・10月から新たに緩和医療科の医師が着任し、緩和ケア外来を積極的に運営する体制が整った。
(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5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6年度から派遣することができた。 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 医師本人との直接交渉により、麻酔科1人、緩和医療科1人が令和5年10月、放射線治療科1人が令和6年3月、麻酔科1人が令和6年4月から常勤医として採用となった。 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、小児科1人、病理診断科1人が令和6年4月、救命救急センター集中治療科1人が令和6年6月から常勤医として採用となった。 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へ参加し、当院の基幹プログラム5領域で募集を行い、救急科領域1人を令和6年4月、内科領域（地域重点コース）1人を令和7年4月から採用することとなった。 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、5人の医師から応募があった。
		看護師の確保 [令和5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の感染拡大が収束に向かう中で、他施設の動向を考慮し看護系大学への訪問を見送った。 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 附属看護学校の学生に対して病院説明会を実施した。 ④合同就職説明会への出席 千葉会場に2回（7月・1月）、東京会場1回（2月）と計3回の出席を実施し、看護局と人事課が連携して教育体制の充実など当院の強みをアピールした。 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。 ・附属看護学校から35人、外部から8人の合格者を内定し、12月の追加採用試験では2人の看護師を内定した。

令和5年度達成状況							今後の取組及び方向性	
実績及び成果（令和6年度・7年度は見直し後の計画値）							評価	
【評価指標】							—	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 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。
他施設からの新生児受入件数	計画値	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度		
	実績値	33件	47件	47件				
	差		▲3件	▲3件				
【実績分析】 ○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。 ※計画値に達しなかったものの、依頼症例についてはほぼ全例受入れをしているため評価対象外とした。								
【評価指標】							×	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の円滑化 ②病床利用の適正化 ・一般病床から緩和ケア病床への受入の円滑化 ・緩和ケア病棟の病床利用率の向上について病床管理部会で精査する。 ③緩和ケア外来の充実 積極的な治療が終了した患者等を外来でフォローし、症状緩和を行いながら状態に応じて訪問診療・訪問看護の導入や緩和ケア病棟への入院につなげる。
緩和ケア病棟 1日平均入院患者数	計画値	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度		
	実績値	13人	14人	11人				
	差		▲2人	▲5人				
【緩和ケア病棟の運用状況】 ○緩和ケア面談 306件（前年度比 58件減） ○緊急入院初期加算 71件（前年度比 56件増） ○在宅医療への支援 33件（前年度比 9件増）								
【本院医師数】							○	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
正規職員 （任期付短時間勤務職員含む）	4年度当初	5年度当初	6年度当初	7年度当初	8年度当初			
	124人	123人	126人					
	初期研修医	33人	31人	32人				
	後期研修医	32人	31人	33人				
	計	189人	185人	191人				
【評価指標】							○	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
看護師数	3年度末	4年度末	5年度末	6年度当初	6年度末	7年度末		
	683.6人	704.2人	709.9人	726.7人				
	産休・育休・療休等	51.4人	50.4人	52.4人	47.4人			
実働看護師数	計画値	-	643人	643人	668人	668人	668人	
	実績値	633人	654人	658人	680人			
※実働看護師数の実績値については小数点以下切り上げ								

No.	目標	行動計画	令和5年度の具体的な取組内容
		医療技術職員の確保 [令和5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 毎年度秋頃に実施していた薬剤師の採用試験を学生の就職活動の傾向を勘案し、優秀な人材を確保するため4月に実施した。 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5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	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 病棟担当薬剤師を増員するとともに、指導記録の記載方法の見直しを行い、業務の効率化を図った。 ②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 お薬手帳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運用を2月から開始した。
		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5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 厨房職員の欠員を管理栄養士で補っている状況が続いていることから、栄養科内の勤務体制の見直しを行い、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 生活習慣病対策推進委員会の地域連携推進活動による近隣医療機関との連携強化で増加した糖尿病合併症外来受診患者への栄養食事指導を実施した。 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 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5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、ADLの維持・向上に努めた。 ・FIM評価の運用を開始した。 ・早期離床リハビリテーション加算の算定対象病棟を拡大した。 （令和5年6月からHCUにおいて早期離床リハビリテーション加算の算定を開始した。） ・一部病棟へ平行棒を設置し、病棟からリハビリ室（2階）までの移動時間を削減したことで、効率的なリハビリテーションの提供を図った。 ・透析時運動指導等加算の運動評価を開始した。

令和5年度達成状況						今後の取組及び方向性	
実績及び成果（令和6年度・7年度は見直し後の計画値）						評価	
【医療技術局職員採用内訳】 ・薬剤師 2人採用 ・臨床検査技師 1人採用 ・診療放射線技師 2人採用（うち1人は令和6年6月から採用） ・管理栄養士 2人採用 ・調理師 1人採用 ・治験コーディネーター 1人採用						○	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
【評価指標】						○	①業務の円滑化による薬剤管理指導実施件数の増 ②退院時薬剤情報管理指導料の算定件数の増 お薬手帳シールの運用及び病棟との連携による退院情報の早期把握により退院時薬剤情報管理指導料の算定件数増に努める。
		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	12,352件	12,687件	13,040件			
	差	▲148件	187件	540件			
【評価指標】						△	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。 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（当日キャンセル）する患者を減らすため、他部署と連携して患者への声掛け等を行う。 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。
		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	1,527件	1,144件	1,424件			
	差	177件	▲206件	74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	1,561件	1,421件	1,484件			
	差	61件	▲79件	▲16件			
【研修会への参加及び資格取得】 ○NST専門療法士 1人（更新） ○NST研修実地修練 1人（修了） 【その他の栄養食事指導関連の加算】 ○個別栄養食事管理加算 340件（前年度比 142件増） ○周術期栄養管理実施加算 71件（前年度比 26件増） ○特別食加算 156,806件（前年度比 7,805件増） 【実績分析】 依然として厨房職員が不足し、管理栄養士が厨房業務に入る状況が続いているが、入院栄養食事指導については前年度比で280件の増となり計画値を達成することができた。外来栄養食事指導については、前年度より63件の増となったが、わずかに計画値には達しなかった。今後も外来等と連携し、指導件数の増に努める。						△	
【評価指標】						△	急性期リハビリテーションの充実 リハビリテーション数の向上に向けて、リハビリスタッフごとの業務内容の把握・分析を実施することで、業務効率化につなげる。
		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	94,000単位以上	94,000単位以上	
	実績値	108,492単位	98,421単位	84,241単位			
	差	▲5,508単位	▲15,579単位	▲29,759単位			
【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）】 ○総合実施計画書作成件数 4,772件（前年度比 1,999件増） ○退院時リハビリテーション指導 1,243件（前年度比 207件減） ○早期離床・リハビリテーション加算 2,260件（前年度比 1,709件増） ○透析時運動指導等加算 94件（令和5年度算定開始） 【実績分析】 長期休暇者（産休・育休）が合計5人に加えて、10月に1人退職となったことでスタッフが不足する状況となった。これにより、リハビリ実施件数が前年度と比較し減少した。しかしながら、スタッフが少ない中でも急性期で早期に介入が必要な患者に対して対応することで、ADLの維持・向上に努めた。						△	

No.	目標	行動計画	令和5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5年度行動計画] 患者ごとの周術期口腔ケアの必要性を判断し、必要とされる患者へのケアの実施	患者ごとの周術期口腔ケアの必要性を判断し、必要とされる患者へのケアの実施 婦人科悪性腫瘍患者への周術期口腔ケアの介入準備のため、件数や介入の流れなどについて、婦人科外来と協議を行った。
		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5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、コメディカル並びに院外からの参加があった。 ・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5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、患者の個別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することで、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、スキンケア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。これにより、各病棟において褥瘡が発生した患者に対する振り返りを行い、同様事案が発生しないよう対策をとることで、発生減少に繋がった。 ⑤褥瘡ケアに関する院内勉強会の開催 講義内容を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したことで、看護の質向上に繋げることができた。 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 外部講師（形成外科医師）を招聘し、フットケアに関する講義を実施した。

令和5年度達成状況							今後の取組及び方向性	
実績及び成果（令和6年度・7年度は見直し後の計画値）							評価	
【評価指標】							△	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。
		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	2,613件	2,133件	1,837件				
	差	713件	233件	▲63件				
【実績分析】 歯科衛生士数の不足（歯科衛生士8人定員のところ、産休・育休により年度末には半分の4人となってしまった。）により、現在介入している周術期口腔ケア件数を減らさざるを得ない状況となり、計画値には達しなかった。婦人科悪性腫瘍患者への周術期口腔ケアの介入についても、令和5年度の新規介入は断念した。								
【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師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）
		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	259件	244件	207件				
	差	59件	44件	7件				
【栄養サポートチーム専門療法師士認定教育施設としての臨床実地修練】 ○臨床実地修練修了者 4人								
【栄養サポートに関する院内勉強会】 ○開催回数 7回 ○参加人数 200人							○	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 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）
【評価指標】								
		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	1.3%	1.4%	1.2%				
	差	0.1%	0.2%	0.0%				
【褥瘡ケアに関する院内勉強会】 ○開催回数 6回 ○参加人数 221人								
【かずさ創傷スキンケアセミナー】 ○開催回数 1回 ○参加人数 22人								

No.	目標	行動計画	令和5年度の具体的な取組内容
		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 [令和5年度行動計画] 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	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。 ・「気がかり相談シート」を全国的に用いられているツール「IPOS」を基に改訂した。 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、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。 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。 ・リンクナースが各部署で役割を果たせるようリンクナース会においてミニレクチャーを8回実施した。 ④緩和ケアに関する院内勉強会の開催 ・リンクナース会主催の緩和ケア研修、コミュニケーション研修及び院内外の看護師対象としたE L N E C - J 看護師教育プログラム研修を実施した。
		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 [令和5年度行動計画] 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	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。 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（週1回）を実施し、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。 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。 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。 ・リンクナースがチームカンファレンス及び回診へ同行し、院内の認知症・せん妄ケアの現状を把握し、多角的なアセスメント力の向上を図った。
		排尿ケアチームによる排尿自立支援の実施 [令和5年度行動計画] ①排尿ケアチームによる排尿自立支援の実施 ②対象病棟における症候性尿路感染症発生率の低減に向けた取組 ③排尿ケアに関する院内勉強会の開催	①排尿ケアチームによる排尿自立支援の実施 ・チーム介入対象者を適切に抽出し、タイムリーに介入を開始できるよう、初回コンサルテーション時の情報収集について、各カンファレンスや職員研修を通じてアナウンスを行った。 ・意識障害等があり、尿意が不明瞭であることが予測される場合に、24時間膀胱用超音波画像診断装置「りりあむ」を使用し、タイムリーにチーム介入が開始できるようリンクナースの支援を行った。 ②対象病棟における症候性尿路感染症発生率低減に向けた取組 ・不要な尿道留置カテーテルを早期に抜去することで、有熱性尿路感染症の発生の低減に努めた。 ・尿道留置カテーテル挿入中の全患者について、週1回の適応監査を行った。 ・症候性尿路感染症発生率のデータ分析を行い、分析結果を対象病棟へフィードバックし、対策の立案を求めた。 ・尿道留置カテーテル挿入中の管理方法について、院内マニュアルの改訂を行った。 ③排尿ケアに関する院内勉強会の開催 ・アセスメント力向上のための職員研修を実施した。

令和5年度達成状況							今後の取組及び方向性	
実績及び成果（令和6年度・7年度は見直し後の計画値）							評価	
【評価指標】								
		3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	○	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
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	500件以上	500件以上		
	実績値	285件	286件	717件				
	差	75件	▲14件	417件				
【緩和ケアに関する院内勉強会】 ○開催回数 4回 ○参加人数 122人								
【コミュニケーション研修】 ○開催回数 10回 ○参加人数 101人								
【ELNEC-J看護師教育プログラム研修】 ○開催回数 1回 ○参加人数 25人（外部参加者含む）								
【実績分析】 10月に緩和ケアチーム専任医師が着任したことにより、緩和ケアチーム介入件数が大幅な増となった。								
【評価指標】								
		3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	○	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
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	3,000件以上	3,000件以上		
	実績値	4,771件	3,487件	3,355件				
	差	2,421件	1,137件	1,005件				
【認知症ケアに関する院内勉強会】 ○開催回数 2回 ○参加人数 1,001人								
【評価指標】（※）は令和6年度からの新規指標のため令和5年度の計画値はなし								
		3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	○	①排尿ケアチームによる排尿自立支援の実施 ②対象病棟における症候性尿路感染症発生率の低減に向けた取組 ③排尿ケアに関する院内勉強会の開催
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				
	実績値	567件	481件	712件				
	差	297件	211件	442件				
症候性尿路感染症 発生率（日本病院会Q I指標による）※	計画値				0.22%未満	0.22%未満		
	実績値	0.25%	0.21%	0.28%				
	差							
※令和6年度以降は評価指標変更のためチーム介入件数の計画値は無し。								
【排尿ケアに関する院内勉強会】 ○開催回数 2回 ○参加人数 41人								

No.	目標	行動計画	令和5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5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呼吸ケアチームリンク会議の実施 ④呼吸ケアに関する院内勉強会の開催 ⑤適切な人工呼吸器使用指導による合併症削減 カーリナマスクフィッティングの新たな指導者の養成	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 定期的に呼吸ケアチーム会議を開催し、院内手順等の見直しを実施した。また、「呼吸ケアチーム通信」を発行し、変更内容の院内周知を行った。 ③呼吸ケアチームリンクナース会議の開催 ・呼吸ケアチームリンクナース会議（月1回）において患者情報の共有と対応についてのレクチャーを実施した。 ・リンクナースが病棟ラウンドに参加することで、呼吸音の聴取や呼吸補助筋の使用有無の観察、人工呼吸器の異常波形を直接レクチャーし、リンクナースの質向上に貢献した。 ④呼吸ケアに関する院内勉強会の開催 呼吸ケアに関する院内勉強会を13回開催した。 ⑤適切な人工呼吸器使用指導による合併症削減 カーリナマスクフィッティングの指導者を2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。
(7)	地域医療連携の推進 【本院】	・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5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。 ・各診療科部長に行った「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へ各診療科医師と患者総合支援センターで訪問した。 ・近隣に新規開業した医療機関を早期に把握し、開院前あるいは開院直後に積極的に訪問し、共同利用申請の手続きも含めた当院との連携について説明を行った。 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 【主な研修会】 ・上総がんフォーラムの開催 ・地域緩和ケア連携会議の開催
		・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5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。	地域医療機関への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 ・地域医療機関からの意見を基に、紹介先診療科を選択しきれない救急患者に対する対応について、救急科で対応できる旨をお伝えした。 ・地域医療機関からの意見を基に「他科の救急当番に電話を転送する方法」のポスターを作成し、医局へ掲示した。
(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5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5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 本院から皮膚科（週1日・外来診療）、脳神経内科（週1日・外来診療）等の医師派遣による専門医療を提供した。

令和5年度達成状況							今後の取組及び方向性	
実績及び成果（令和6年度・7年度は見直し後の計画値）							評価	
【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
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	41件	80件	140件				
	差	1件	40件	100件				
【呼吸ケアに関する院内勉強会】 ○開催回数 13回 ○参加人数 702人								
【実績分析】 病棟での人工呼吸器装着患者の増により、チーム介入件数が前年度比で60件の増となった。								
【評価指標】（※）は令和6年度からの新規指標のため令和5年度の計画値はなし							○	①周辺医療機関の情報を把握し、戦略的に紹介・逆紹介率の向上を目指す。 ②地域の医療従事者の資質向上を目的とした研修会を開催する。
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	74.9%	76.0%	77.7%				
	差	▲0.1%	1.0%	2.7%				
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	71.3%	79.4%	78.6%				
	差	1.3%	9.4%	8.6%				
連携医療機関等との 面会件数 ※	計画値				52件以上	52件以上		
	実績値	46件	52件	49件				
	差							
【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 86人 ○地域緩和ケア連携会議 開催回数 2回 参加人数 97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】 （※）は令和6年度からの新規指標のため令和5年度の計画値はなし							○	君津医療圏における二次救急医療の提供
二次救急受入れ件数 ※	計画値				620件以上	620件以上		
	実績値	542件	451件	600件				
	差							
【本院からの専門医の派遣による外来診療】 ○皮膚科外来患者数 1,096人（前年度比 62人増） ○脳神経内科外来患者数 383人（前年度比 56人増）								

No.	目標	行動計画	令和5年度の具体的な取組内容
		在宅医療の提供 [令和5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5年度の具体的な取組内容
(1)	教育・研修等の充実 【本・分院】	初期臨床研修の充実 [令和5年度行動計画] ①臨床研修医カンファレンスの実施 ②研修管理委員会及び臨床教育委員会の開催 ③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	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全39回開催し、様々な分野の研修を実施した。 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4回）及び臨床教育委員会（年3回）を開催した。 ③プログラム責任者の養成 新たにプログラム責任者1人を養成した。 ④基本的臨床能力評価試験の受験 令和6年1月24日に基本的臨床能力評価試験を実施し、32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。 ⑤臨床研修評価更新訪問審査の指摘事項への対応 令和4年度に受審した臨床研修評価更新訪問審査の指摘事項であった、研修管理委員会に医師以外の外部委員を参加させることについて、袖ヶ浦さつき台病院の看護部長を外部委員として招聘することとした。
		後期臨床研修の充実 [令和5年度行動計画] ①新専門医制度基本領域基幹プログラム専攻医2人以上の確保 ②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	①新専門医制度基本領域基幹プログラム専攻医2人以上の確保 ・令和6年度の専攻医募集として、内科領域3人、小児科領域1人、外科領域2人、救急科領域2人、総合診療領域2人の募集を実施した。 ・救急科領域で1人研修申込みがあり、令和6年度から専門研修を開始している。 ・内科領域（地域重点プログラム）で1人の研修申込みがあり、令和7年度（令和6年度は特別連携施設（国保多古中央病院）で専門研修）から専門研修を行うこととなった。 ②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。

令和5年度達成状況							今後の取組及び方向性	
実績及び成果（令和6年度・7年度は見直し後の計画値）						評価	要介護度が高く、通院困難な患者への在宅医療の提供 需要が見込まれる在宅患者訪問リハビリテーションに ついては、計画値を上方修正し、件数増に努める。	
【評価指標】								
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	585件	532件	576件				
	差	85件	32件	76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	1,100件以上	1,100件以上		
	実績値	1,210件	1,035件	1,047件				
	差	▲290件	▲465件	▲453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	2,300件以上	2,300件以上		
	実績値	2,351件	2,203件	2,359件				
	差	651件	503件	659件				
【実績分析】 在宅患者訪問看護件数については、老老介護の家庭が多く、老健施設等へ入所 される方、24時間体制の訪問看護ステーションを利用する方などが増えている ため、計画値に達しなかったものと考えられることから、令和6年度以降は計 画値を下方修正した。今後需要が見込まれる在宅患者訪問リハビリテーション については、計画値を上方修正し、件数増に努める。								
運営委員会の評価		運営委員会からの意見等						

令和5年度達成状況							今後の取組及び方向性			
実績及び成果（令和6年度・7年度は見直し後の計画値）							評価			
【臨床研修医人数】 （※）は令和6年度からの新規指標のため令和5年度の計画値はなし							○	①臨床研修医カンファレンスの実施 ②研修管理委員会及び臨床教育委員会の開催 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及び書面審査の受審		
		3年度	4年度	5年度	6年度	7年度				
臨床研修医人数 ※	計画値				32人	32人				
	実績値	33人	31人	32人						
	差									
【プログラム責任者の養成実績（令和5年度）】 ○プログラム責任者の養成 1人										
【基本領域基幹プログラム専攻医】 （※）は令和6年度からの新規指標のため令和5年度の計画値はなし									○	①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 ②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
		3年度	4年度	5年度	6年度	7年度				
基本領域基幹プログラム専攻医人数 ※	計画値				3人	3人				
	実績値	2人	3人	2人						
	差									
【指導医数】（R6.4.1時点） ○内科 8人 ○外科 7人 ○救急科 3人 ○総合診療科 1人 ○小児科 3人										

No.	目標	行動計画	令和5年度の具体的な取組内容
		看護師教育の充実 [令和5年度行動計画] 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Ⅰ～Ⅳ研修計画	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 ・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 ④看護管理者研修 ・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 ⑤各種特定認定看護師研修 ・慢性心不全認定看護師 ・摂食嚥下障害看護認定看護師 ・急性・重症看護専門看護師 ・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 ⑥院外研修会等 ・実習指導者講習会 ・看護補助体制指導者養成研修 ⑦倫理研修 ・倫理学習段階Ⅰ～Ⅳ研修
		医療技術職員の専門性の向上 ・認定資格の取得 ・院外研修会等への参加 [令和5年度行動計画] 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	①各種認定資格の取得 医療安全管理者、告示研修（診療放射線技師、臨床工学技士）、抗菌化学療法認定薬剤師、3学会合同呼吸療法認定士、ゲノムメディカルリサーチコーディネーター、認定視能訓練士、消化器超音波検査士、認定臨床血液検査技師、二級臨床検査技師（血液学）、有機溶剤作業管理者、集中治療理学療法士、CLDMAT、両立支援コーディネーター、脳卒中療養相談士、骨粗鬆症マネージャー、スポーツファーマシスト、厚労省タスクシフト研修講師、臨床実習指導者 等 ②学会発表等の実施 集中治療医学会学術集会、日本放射線技術学会秋季学術大会、日本緩和医療学会年会、日本医学検査学会、日本医療福祉設備学会 等 ③院外研修会等への参加 厚労省タスクシフト研修、検査管理認証用安全性講習、放射性医薬品調整ガイドライン研修 等
(2)	利用者満足度の向上 【本・分院】	患者総合支援センターの設置 [令和5年度行動計画] 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	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 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。 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 ・回復期・生活期への患者連携を深める機会のひとつとして、地域緩和ケア連携会議を開催した。（8月・2月） ・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。 ・ICTを利用した地域医療機関との退院カンファレンスについて、木更津市及び医師会担当者と協議を実施した。 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 ・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、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た。 ・NICU病棟の入退院支援体制を整えたことで、令和5年10月から入退院支援加算3の算定を開始することができた。
		【本院】 患者満足度の向上 [令和5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	①患者満足度調査の実施 ・調査期間 入院・外来：令和5年11月8日～11月29日 ・調査対象 入院：調査期間中に入院していた患者 480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：296件 外来：459件 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 ・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、職員に改善を促した。 ・医療技術局においては、管理職候補者に対して、患者さま相談室事務員による医療メディエーション講習でロールプレイトレーニング等実施するなどして接遇改善に取り組んだ。

令和5年度達成状況				今後の取組及び方向性				
実績及び成果（令和6年度・7年度は見直し後の計画値）				評価				
【研修会等参加状況】				○	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 慢性心不全認定看護師 認定試験受験予定 ⑥院外研修会等への参加 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	4年度	5年度						
看護実践能力向上研修	21分野99回(3,895人)	21分野99回(3,902人)						
新人看護職員研修	54回	55回						
看護教育指導者研修	11回(407人)	10回(337人)						
看護管理者研修	8回(169人)	8回(243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	1人教育課程修了						
摂食嚥下障害看護師	1人教育課程修了	1人認定試験合格						
急性・重症看護専門看護師		令和5年から養成所へ						
認定看護管理者研修 ファーストレベル	4人修了	3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						
【医療技術職員の専門性の向上への取組】				○	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			
○医療安全管理者研修	2人							
○告示研修 診療放射線技師	5人							
臨床工学技士	8人							
○その他各種認定資格の新規取得	23人							
○臨床実習指導者	29人							
○学会発表等	42件							
○講演	43件							
○上記項目含む各種院外研修会への参加	136人							
【がん・難病相談支援センターにおける支援】 （※）は令和6年度からの新規指標のため令和5年度の計画値はなし					○	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。 ・身寄りのない患者への対応マニュアルを作成し運用を開始する。 ※今後は患者総合支援センター関連の施策に関しては、「Ⅱ-1-(7) 地域医療連携の推進」にて管理する。		
がん・難病相談支援センター相談件数 ※	計画値							
	実績値	2,674件	3,036件	3,393件				
	差							
入退院支援加算算定件数 ※	計画値			6,300件以上		6,300件以上		
	実績値		5,449件	6,557件				
	差							
連携医療機関等との面会件数(再掲) ※	計画値			52件以上		52件以上		
	実績値	46件	52件	49件				
	差							
【評価指標】				○		①患者満足度調査の実施（10月） 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		
入院	満足・ほぼ満足	実績値	97%		97%	97%		
	普通	実績値	3%		3%	3%		
	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	0%		0%	0%		
	差		△2.5%		△2.5%	△2.5%		
外来	満足・ほぼ満足	実績値	79%		84%	85%		
	普通	実績値	19%		16%	14%		
	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%		0%	1%		
	差		0.5%		△2.5%	△1.5%		

No.	目標	行動計画	令和5年度の具体的な取組内容
		【分院】 患者満足度の向上 [令和5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	①患者満足度調査の実施 ・調査期間 入院：令和5年11月8日～11月14日 外来：令和5年11月16日～11月22日 ・調査対象 入院：調査期間中に入院していた患者 52人 外来：調査期間中に外来受診した患者 303人 ・回収件数 入院：52件 外来：303件 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 調査項目「職員の態度・言葉遣い」では、外来患者1%が「あまり良くない。悪い」との評価であったため、本院で開催された接遇研修会にオンラインにて参加できる場を設けた。
		【本院】 その他利用者満足度の向上 [令和5年度行動計画] ①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	①利用者満足度調査の実施 ・調査期間：令和5年12月18日～12月28日 ・調査対象：面会者 200人 ・回収件数：188件 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 ・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。
		【分院】 その他利用者満足度の向上 [令和5年度行動計画] ①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	①利用者満足度調査の実施 ・調査期間：令和5年11月16日～11月22日 ・調査対象：期間中に来院した業者・面会者・施設職員等 31人 ・回収件数：31件 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
(3)	病院機能評価認定基準の維持 【本院】	病院機能評価認定基準の維持及び更新審査受審準備 [令和5年度行動計画] ①病院機能向上委員会及び病院機能評価部会の発足及び定期的開催 ②日本医療機能評価機構のサーベイヤープ派遣による模擬審査の実施	①病院機能向上委員会及び病院機能評価部会の開催 ・定期的に病院機能評価部会を開催し、自己評価や模擬審査で抽出された問題点や課題について、改善に向けた検討を行った。 ・病院機能評価部会で把握した問題点や課題について病院機能向上委員会へ報告 ②日本医療機能評価機構のサーベイヤープ派遣による模擬審査の実施 ・11月の模擬審査に向けて、院内体制を整備するとともに、自己評価調査票等の提出書類の準備を行った。 ・模擬審査でのサーベイヤープからの指摘により、いくつかの問題点や課題を把握することができた。

令和5年度達成状況							今後の取組及び方向性			
実績及び成果（令和6年度・7年度は見直し後の計画値）							評価			
【評価指標】							△	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		
		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	80%	76%	71%					
	普通	実績値	20%	22%	29%					
	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	0%	2%	0%					
	差	△2ポイント	0ポイント	△2ポイント						
外来	満足・ほぼ満足	実績値	77%	74%	70%					
	普通	実績値	21%	25%	27%					
	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%	3%					
	差	0ポイント	△1ポイント	1ポイント						
【実績分析】										
・調査項目「職員の態度・言葉遣い」では、外来患者1％が「あまり良くない。悪い」との評価であったことから、今後も本院で開催される接遇研修会にオンラインにて参加し、改善活動を行っていく。 ・院内表示、施設設備といったハード面に対する満足度が低く、建物の老朽化、狭隘化が課題である。										
【評価指標】									○	①利用者満足度調査の実施（12月） ②利用者満足度調査の結果や利用者からの意見・要望等への対応
		3年度	4年度	5年度	6年度	7年度				
満足・ほぼ満足	実績値	86%	84%	84%						
	普通	実績値	13%	15%	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	1%	1%	1%						
	差	△1ポイント	△1ポイント	△1ポイント						
【評価指標】							－	①利用者満足度調査の実施 面会者への調査件数を増やすため、調査方法の見直しを行う。 ②利用者満足度調査の結果や利用者からの意見・要望等への対応		
		3年度	4年度	5年度	6年度	7年度				
満足・ほぼ満足	実績値	57%	80%	90%						
	普通	実績値	36%	19%	10%					
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	7%	1%	0%						
	差	5ポイント	△1ポイント	△2ポイント						
※利用者満足度調査の調査対象である面会者については3人しか実施できなかったため、評価については対象外とした。										
①病院機能向上委員会及び病院機能評価部会の開催 ・令和6年7月の本審査に向けて院内体制の整備、必要書類の準備等を行う。 ・病院機能評価部会を中心に継続的な質改善活動を実施する。									○	○更新審査（本審査）受審（令和6年7月）
②更新審査（本審査）受審（令和6年7月）										
③更新審査（本審査）受審（令和6年7月）										
④更新審査（本審査）受審（令和6年7月）										
⑤更新審査（本審査）受審（令和6年7月）										
⑥更新審査（本審査）受審（令和6年7月）										
⑦更新審査（本審査）受審（令和6年7月）										
⑧更新審査（本審査）受審（令和6年7月）										
⑨更新審査（本審査）受審（令和6年7月）										
⑩更新審査（本審査）受審（令和6年7月）										
⑪更新審査（本審査）受審（令和6年7月）										
⑫更新審査（本審査）受審（令和6年7月）										
⑬更新審査（本審査）受審（令和6年7月）										
⑭更新審査（本審査）受審（令和6年7月）										
⑮更新審査（本審査）受審（令和6年7月）										
⑯更新審査（本審査）受審（令和6年7月）										
⑰更新審査（本審査）受審（令和6年7月）										
⑱更新審査（本審査）受審（令和6年7月）										
⑲更新審査（本審査）受審（令和6年7月）										
⑳更新審査（本審査）受審（令和6年7月）										
㉑更新審査（本審査）受審（令和6年7月）										
㉒更新審査（本審査）受審（令和6年7月）										
㉓更新審査（本審査）受審（令和6年7月）										
㉔更新審査（本審査）受審（令和6年7月）										
㉕更新審査（本審査）受審（令和6年7月）										
㉖更新審査（本審査）受審（令和6年7月）										
㉗更新審査（本審査）受審（令和6年7月）										
㉘更新審査（本審査）受審（令和6年7月）										
㉙更新審査（本審査）受審（令和6年7月）										
㉚更新審査（本審査）受審（令和6年7月）										
㉛更新審査（本審査）受審（令和6年7月）										
㉜更新審査（本審査）受審（令和6年7月）										
㉝更新審査（本審査）受審（令和6年7月）										
㉞更新審査（本審査）受審（令和6年7月）										
㉟更新審査（本審査）受審（令和6年7月）										
㊱更新審査（本審査）受審（令和6年7月）										
㊲更新審査（本審査）受審（令和6年7月）										
㊳更新審査（本審査）受審（令和6年7月）										
㊴更新審査（本審査）受審（令和6年7月）										
㊵更新審査（本審査）受審（令和6年7月）										
㊶更新審査（本審査）受審（令和6年7月）										
㊷更新審査（本審査）受審（令和6年7月）										
㊸更新審査（本審査）受審（令和6年7月）										
㊹更新審査（本審査）受審（令和6年7月）										
㊺更新審査（本審査）受審（令和6年7月）										
㊻更新審査（本審査）受審（令和6年7月）										
㊼更新審査（本審査）受審（令和6年7月）										
㊽更新審査（本審査）受審（令和6年7月）										
㊾更新審査（本審査）受審（令和6年7月）										
㊿更新審査（本審査）受審（令和6年7月）										
㉑更新審査（本審査）受審（令和6年7月）										
㉒更新審査（本審査）受審（令和6年7月）										
㉓更新審査（本審査）受審（令和6年7月）										
㉔更新審査（本審査）受審（令和6年7月）										
㉕更新審査（本審査）受審（令和6年7月）										
㉖更新審査（本審査）受審（令和6年7月） </										

3 安全な医療の提供

No.	目標	行動計画	令和5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5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5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。 ・ラウンド時のチェックリストの内容を適宜見直し、現場・現状に即したチェックを行い、ラウンド結果を現場にフィードバックすることで、効果的に安全環境の改善に繋げることができた。 ・インシデント報告内容から改善策の実施状況を確認し、改善内容が妥当か分析し、不足がある場合は現場と共に改善策について検討した。また、類似事例が発生がしていないか確認した。 ・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。
		○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5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が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」を月1回発行し、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。 ○同一事例に対し、関わった職員の報告・改善策が必要と判断した場合は、リスクマネージャーに報告を求め、医師については、医療安全対策室より直接報告を求めた。 ○医師の報告割合について「医師の報告割合10%をクリアするために」と題したポスターを作成・掲示した。また、医師の報告割合を向上させるため、企業長、病院長トップダウン方式で報告を促した。
		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5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	県内の3施設との相互の医療安全対策評価を実施 双方の医療機関における医療安全推進と医療の質向上に繋がった。
(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5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 ・eラーニングによる研修会を年2回開催し、職員の感染症に関する理解を深めることができた。 ・未受講者に対して、電話やメール、所属長を通じた呼びかけを行い、研修受講を促した。

令和5年度達成状況							今後の取組及び方向性	
実績及び成果（令和6年度・7年度は見直し後の計画値）							評価	
【評価指標】							△	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を開催し、医療安全に関する知識の向上と研鑽の機会づくり、医療安全文化の醸成に努める。 ・研修会未受講者に対して、追加研修等を実施する。
年間で2回以上受講した割合		3年度	4年度	5年度	6年度	7年度		
	計画値	100%	100%	100%	100%	100%		
	実績値	92.4%	91.0%	98.0%				
	差	▲7.6%	▲9.0%	▲2.0%				
【実績分析】 未受講の職員に対して何度も受講を促した結果、受講率は前年度より7.0ポイント向上し98%となった。今後も受講率100%を目指し、未受講職員に対して継続的に声掛けを行っていく。								
							○	医療安全部による院内ラウンドの実施 ・院内ラウンドを継続し、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対策と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。
【評価指標】							△	○医療安全部長及び医療安全対策室長による各部署への働きかけを継続し報告を促すとともに、インシデント発生状況及び発生事例等の情報を院内に周知し共有することで、重大事故の発生予防に努める。 ○インシデント報告の早期発見と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ている。
		3年度	4年度	5年度	6年度	7年度		
医師		126件	160件	294件				
看護師		1,973件	2,129件	3,165件				
医療技術員		714件	601件	602件				
事務員 他		124件	88件	120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	2,937件	2,978件	4,181件				
	差	437件	▲22件	881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	4.3%	5.4%	7.0%				
	差		▲4.6%	▲3.0%				
【同一事例への複数報告】 ○報告件数 延べ467件（212事例）								
【実績分析】 医師の報告割合については、医療安全部長、医療安全対策室長からの声掛けや、さらに企業長・病院長からのトップダウン方式で報告を促したことで、7.0%と前年度より1.6ポイント上昇したが、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】 ○東千葉メディカルセンター ○袖ヶ浦さつき台病院 ○玄々堂君津病院							○	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
【評価指標】							△	全職員を対象とした院内感染防止対策研修会の開催
年間で2回以上受講した割合		3年度	4年度	5年度	6年度	7年度		
	計画値	100%	100%	100%	100%	100%		
	実績値	88.0%	98.0%	99.0%				
	差	▲12.0%	▲2.0%	▲1.0%				
【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99%となった。今後も受講率100%を目指し、未受講職員に対して継続的に声掛けを行っていく。								

No.	目標	行動計画	令和5年度の具体的な取組内容
		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 [令和5年度行動計画] 感染制御部による院内ラウンド及び現場を熟知した感染リンクチームによる院内ラウンドの実施	○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。 ○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。 ○院内クラスターやアウトブレイクを早期に察知し、ICTによる早期介入を実施 院内クラスターやアウトブレイクの早期察知と早期介入、現場への感染対策指導により、新型コロナウイルス感染症・インフルエンザは約2週間、MRSAは約1か月、セパシア菌は約3か月で収束に至った。
		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 [令和5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	○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。 ○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。 ○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） 第1回「アンチバイオグラムを知ろう」、第2回「アミノグリコシド系薬について＜特定抗菌薬への位置づけ変更にあたって＞」をテーマとして研修を実施した。
		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 [令和5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。	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、感染対策委員会の参加率、特定抗菌薬届出率等について、指摘を受けたことから、院内へ声掛けを行い改善を促した。

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5年度の具体的な取組内容
(1)	災害時等における医療体制の充実 【本・分院】	災害対応マニュアルに基づく防災訓練の実施 [令和5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	災害対応マニュアルに基づく防災訓練の実施 ・君津健康福祉センターとのDMAT合同訓練に併せて、院内大規模災害訓練を実施した。（11月） ・定期的に防災管理分科会を開催し、災害対応マニュアルの見直しを実施した。
(2)	新たな病院進入道路の整備 【本院】	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 [令和5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	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していたが、実施には至らなかった。

令和5年度達成状況		今後の取組及び方向性
実績及び成果（令和6年度・7年度は見直し後の計画値）	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。 ・院内クラスターやアウトブレイク発生時にICTと協力し、現場でリーダーシップを発揮できる職員を育成する。 ・感染リンクチーム活動を通じたOJTを行い、ICTが主導し手指衛生強化に向けた多角的戦略を展開する。
【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 98.8% ○第2回 98.8%	○	抗菌薬適正使用支援チームによる活動の実施 ・抗菌薬適正使用支援チームの積極的かつ支援的な介入ができるよう、特定抗菌薬届出率100%を目指す。 ・ICU患者に対する抗菌薬使用状況のモニタリングを実施する。 ・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を開催する。
【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5年度達成状況		今後の取組及び方向性
実績及び成果（令和6年度・7年度は見直し後の計画値）	評価	
	○	政府主催の首都直下地震を想定した「令和6年度大規模地震時医療活動訓練」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。

No.	目標	行動計画	令和5年度の具体的な取組内容
(3)	事業継続計画（ＢＣＰ）の充実 【本・分院】	事業継続計画（ＢＣＰ）の充実 [令和5年度行動計画] 事業継続計画（ＢＣＰ）の見直し	事業継続計画（ＢＣＰ）の見直し ・発災時に国道127号線の交通規制等で本院までの通行が不可能となった場合の桜井運動場の職員駐車場としての活用を盛り込んだＢＣＰ改訂版を病院ホームページに掲載した。 ・食中毒等発生対応マニュアルに基づき食材業者との契約を締結した。
		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 [令和5年度行動計画] 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 [令和5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	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。

5 施設・設備及び医療機器等の整備

No.	目標	行動計画	令和5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5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5年度予定工事15件のうち、14件が完了 ※令和5年度に実施できなかった1件については、電子部品の需要増及び供給減に伴う流通遅滞により、年度内の納品が困難となったため令和6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5年度行動計画] 令和4年度で計画完了	

令和5年度達成状況		今後の取組及び方向性
実績及び成果（令和6年度・7年度は見直し後の計画値）	評価	
	○	○災害時等における事業継続計画（BCP）の見直しを随時行う。 ○新興感染症及びサイバー攻撃等を想定した事業継続計画（BCP）の策定・見直しを行う。
	○	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	

令和5年度達成状況		今後の取組及び方向性
実績及び成果（令和6年度・7年度は見直し後の計画値）	評価	
【実施した主な工事】 ・高圧受電ケーブル・管路更新工事（令和4年度繰越事業） ・手術室10陰圧システム化工事 ・既設井戸ポンプ交換、病歴庫及び車庫棟脇新設さく井・ポンプ工事 ・4階レストラン系統電力量計更新工事 ・CT用加圧給水ポンプユニット更新工事 ・厨房・洗濯排水処理施設更新工事（1期工事） ・7階病棟勤務室ファンコイル更新工事 ・心カテ機械室1エアコン更新工事 ・各送排風機更新工事 ・フィルタユニット更新工事 ・東病棟冷温水配管切替制御電動弁更新工事 ・地下1階中央機械室一般系貯湯槽循環ポンプNo1、2更新工事 ・貫流ボイラー5号機給水ポンプ更新工事 ・感染系排水処理施設原水調整ポンプNo.1、2及び放流ポンプNo.1更新工事等 【令和6年度への建設改良費の繰越事業】 ・病棟他LED照明器具更新工事（その5）	○	『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

No.	目標	行動計画	令和5年度の具体的な取組内容
(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5年度行動計画] 医療機器等の計画的な導入・更新 ・令和5年4月～ 医療機械順次購入執行 中長期医療機器更新計画の策定 ・令和5年8～9月 医療機械器具費予算要求ヒアリング実施 ・令和5年9～10月 医療機械・物流管理委員会の開催 ・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	医療機器等の計画的な導入・更新 ・令和5年4月～ 医療機械順次購入執行 ・令和5年7～8月 医療機械器具費予算要求ヒアリング実施 ・令和5年10月 予算要求案作成 ・令和5年11月 医療機械・物流管理委員会開催（令和6年度購入医療機械について） ・令和6年3月 令和6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5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。 ・年度内の後半に更新し次回更新までの周期を延長した。 ・病院ネットワークの無線アクセスポイントのメーカ延長保守不可による機器更新を予備機運用により次年度以降に延期 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。 ・情報システム保守サービスレベル変更し、保守費を維持し消耗品を含める等サービス範囲を拡大した。また、保守実績を基に保守対象機器から除外しスポット保守に移行した。

6 分院の整備

No.	目標	行動計画	令和5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5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 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5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。 新病院建設について企業団内で検討・協議を実施 ・大佐和分院建て替え検討会議（企業団内検討会）を4回開催し、平成28年に策定した「君津中央病院大佐和分院施設整備基本構想・基本計画」を基に建替え後の医療機能や規模について検討を行った。 ・令和3年に建て替えを行った鴨川市立国保病院の視察を行った。 ・新病院の建設候補地である富津市役所隣地の現地視察を行い、擁壁工事及び埋蔵文化財発掘調査の必要性等について確認した。

令和5年度達成状況		今後の取組及び方向性
実績及び成果（令和6年度・7年度は見直し後の計画値）	評価	
【導入・更新した主な医療機器】 ○本院 ・循環器系X線診断装置 ・心臓用超音波診断装置 ・内視鏡用手術器具 ・白内障手術装置 ・大動脈内バルーンポンプ ・電気手術器 等 ○分院 ・大腸ビデオスコープ ・上部消化管汎用ビデオスコープ ・内視鏡洗浄消毒装置 ・ベッドサイドモニタ ・電動リモートコントロールベッド ・酸化エチレングス滅菌器	○	医療機器等の計画的な導入・更新 令和6年4月～ 医療機械順次購入執行 令和6年8～9月 医療機械器具費予算要求ヒアリング 令和6年9～10月 医療機械・物流管理委員会開催 令和6年10月 予算要求 令和7年3月 令和7年度購入機器執行準備
【導入・更新した主な情報システム】 ・医用画像情報管理システム ・放射線読影レポート及び放射線治療情報システム ・臨床検査情報システム ・周術期患者情報システム ・医用画像データ検像システム 等	○	①情報システムの計画的な導入・更新 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。 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。
運営委員会の評価	運営委員会からの意見等	

令和5年度達成状況		今後の取組及び方向性
実績及び成果（令和6年度・7年度は見直し後の計画値）	評価	
【実施した工事】 ・管理棟エアコン更新工事 ・電話設備更新工事 ・監視カメラシステム更新 ・屋上シート防水補修工事 ・エアコン室内機洗浄作業 ・診察室3、病室6号室、サプライ室エアコン更新工事	○	築50年以上を経過しており、老朽化・狭隘化しているため、建替えを見据えたうえで、計画的に施設機能を維持するための必要な修繕を行う。
	△	新病院建設について企業団内で検討した結果を基に、令和6年度下半期早々に構成4市及び関係機関を交えて協議を行う。
運営委員会の評価	運営委員会からの意見等	

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5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5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 ・全診療科の所属長へアンケート調査を実施し、その結果を基に令和6年度～令和10年度（5か年）までの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5年度実績の評価を実施した。 ・一部の診療科に対し、病院長、各診療科所属長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。 ・産婦人科において宿日直許可の申請について検討した。
		勤務間インターバルの確保 [令和5年度行動計画] 各診療科への調査の実施	各診療科への調査の実施 全診療科の所属長へのアンケート調査の中で勤務間インターバルの実態について調査した。
		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5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5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 各診療科の所属長へアンケート調査や一部の診療科に対し、病院長、各診療科所属長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5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の必要性について検討	「君津中央病院企業団経営強化プラン」策定する中で、医師の働き方改革への対応と併せて本院の役割・機能について検討した結果、君津医療圏の基幹・中核病院として、現状の診療機能を維持していくこととなった。

令和5年度達成状況							今後の取組及び方向性	
実績及び成果（令和6年度・7年度は見直し後の計画値）						評価		
【医師の年間時間外労働時間実績】 (※)は令和6年度からの新規指標のため令和5年度の計画値はなし								
		3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	○	- 各診療科の所属長へアンケート調査を実施し、医師労働時間短縮計画の見直しを行う。 - 宿日直許可の申請が可能な診療科について検討する。
年間時間外労働時間 960時間超～1,860時間の医師数(B水準)※	計画値				47人	44人		
	実績値	67人	58人	60人				
	差							
年間時間外労働時間 960時間以下の医師数(A水準)※	計画値				153人	156人		
	実績値	139人	143人	146人				
	差							
							△	勤務間インターバルの確保及び代償休息の確保を可能とする勤務体制を構築する。
○医師事務作業補助者 52人 (R6.4.1時点) ○特定行為研修修了看護師 6人 (R6.4.1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
※現状の診療機能を維持することとなったため、本項目については評価対象外とする。							—	診療機能の見直しについては、適宜検討することとする。

No.	目標	行動計画	令和5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5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看護師のキャリア形成支援及び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。 ・令和5年度から紙媒体以外にも、スマートフォン等からWEB上で回答できるように対応を行った。 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、管理職向けのハラスメント研修、全職員対象のハラスメント研修、アサーション研修及びメンタルヘルス研修等を実施した。 ③看護師のキャリア形成支援及び中途入職者フォローアップ研修の実施 ・キャリアアップ留学支援、特定行為看護師、認定看護師受験への支援を行い、キャリア形成をサポートした。 ・中等入職者に対し、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実施した。 ・既卒看護師に対する指導要綱と部署における教育計画の見直しを行った。
(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5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必要性の検討	各部署からの人員要求を基に必要な人員数を検討した結果、職員定数の見直しは実施しないこととした。

令和5年度達成状況							今後の取組及び方向性			
実績及び成果（令和6年度・7年度は見直し後の計画値）							評価			
【評価指標】							△	①職員満足度調査の実施 職員満足度調査の実施し、調査結果を職員にフィードバックする。 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看護師のキャリア形成支援及び中途入職者フォローアップ研修の実施 ・基幹病院としての役割を発揮するために個々が能力を高められる生涯学習支援、キャリア形成支援を行う ・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。		
職員満足度	計画値	3年度 85%以上	4年度 85%以上	5年度 85%以上	6年度 85%以上	7年度 85%以上				
	実績値	77.7%	77.4%	75.6%						
	差	▲7.3%	▲7.6%	▲9.4%						
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	7.3%	5.5%	7.7%						
	差	△2.7%	△4.5%	△2.3%						
【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 218人 ○アサーション研修 開催回数 1回 参加人数 47人 ○メンタルヘルス研修 開催回数 2回 参加人数 76人										
【看護師中途入職者フォローアップ研修】 ○第1回フォローアップ研修 参加人数 8人（満足度92.5%） ○第2回フォローアップ研修 参加人数 5人（満足度88.0%）										
【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。										
※現状の職員定数を維持することとなったため、本項目については評価対象外とする。									－	○医師の働き方改革を踏まえた職員定数条例の見直しの必要性の検討 医師の働き方改革が進む中で、医療機能を維持するために必要な人員数を検討する。 ○分院の建替えを契機に、本・分院それぞれの機能に合わせた病床再編に取り組み、併せて必要人員数の検討を行う。
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

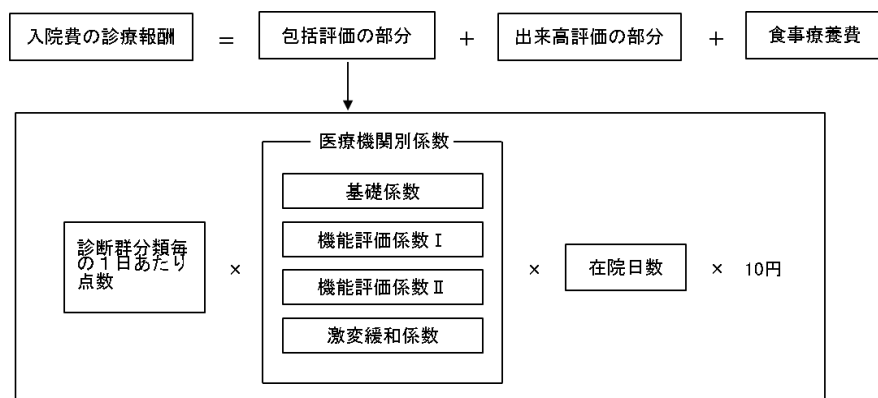
医療施設の中で、専門チームや委員会（感染制御チーム、褥瘡対策チームなど）と病棟看護師をつなぐ（リンクさせる）役割を持つ看護師のことです。各病棟から1人ないし複数人がリンクナースとして、専門チームや委員会と連携し、看護師と他職種とをつなぐ役割も持っています。

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）に逓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5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	193,980	181,170	180,619	93.1%	
	外来	285,525	267,300	266,371	93.3%	
1 日 平 均 患 者 数	入院	530	495	493	93.0%	
	外来	1,175	1,100	1,096	93.3%	

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	76,400円	78,500円	77,740円	101.8%	
	外来	21,800円	22,800円	22,448円	103.0%	
本院事業収益		23,769	23,606	23,251	97.8%	金額は税込額
医業収益		21,758	21,007	20,645	94.9%	
入院収益		14,820	14,222	14,046	94.8%	
外来収益		6,224	6,095	5,983	96.1%	
その他医業収益		714	690	616	86.3%	
医業外収益		2,011	2,599	2,606	129.6%	
構成市負担金		1,098	1,422	1,422	129.5%	
本院事業費用		23,746	23,604	23,044	97.0%	
企業団管理費		2	2	2	100.0%	
医業費用		22,601	22,461	21,960	97.2%	
給 与 費		12,209	12,026	11,843	97.0%	
材 料 費		6,481	6,288	6,131	94.6%	
経 費		2,704	2,917	2,777	102.7%	
減価償却費		1,095	1,104	1,104	100.8%	
資産減耗費		20	26	27	135.0%	
研究研修費		92	100	78	84.8%	
医業外費用		1,143	1,141	1,082	94.7%	
支払利息		144	145	145	100.7%	
経常損益		23	2	207	-	
看護師養成事業収益		268	280	276	103.0%	
構成市負担金		201	214	213	106.0%	
看護師養成事業費用		268	286	278	103.7%	
特別利益		284	419	419	147.5%	
特別損失		302	302	304	100.7%	
予備費		5	5	0	0.0%	
当年度純損益		0	108	320	-	

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	11,712	10,614	10,102	86.3%	
	外来	41,310	40,095	39,649	96.0%	
1 日 平 均 患 者 数	入院	32	29	28	87.5%	
	外来	170	165	163	95.9%	

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	入院	29,000円	30,900円	30,554円	105.4%	
あ た り 診 療 額	外来	7,400円	7,500円	7,551円	102.0%	
分院事業収益		764	772	756	99.0%	金額は税込額
医業収益		679	658	638	94.0%	
入院収益		340	328	309	90.9%	
外来収益		306	301	299	97.7%	
その他医業収益		33	29	30	90.9%	
医業外収益		85	114	118	138.8%	
構成市負担金		58	86	86	148.3%	
分院事業費用		762	785	758	99.5%	
医業費用		748	770	744	99.5%	
給 与 費		564	554	538	95.4%	
材 料 費		72	71	69	95.8%	
経 費		74	107	100	135.1%	
減価償却費		35	35	35	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	14	100.0%	
支払利息		0	0	0	-	
経常損益		2	△ 13	△ 2	-	
特別利益		0	6	6	皆増	
特別損失		2	2	1	50.0%	
当年度純損益		0	△ 9	3	-	

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	893	866	809	90.6%	金額は税込額
企業債	507	756	698	137.7%	
出資金	0	0	0	-	
他会計負担金	386	107	107	27.7%	
国県補助金	0	0	1	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	0	0	-	
その他資本的収入	0	3	3	皆増	
資本的支出	2,201	2,563	2,482	112.8%	
建設改良費	589	979	909	154.3%	
建設工事費	176	192	154	87.5%	
設備費	394	768	736	186.8%	
リース資産購入費	19	19	19	100.0%	
企業債返還金	1,587	1,573	1,573	99.1%	
国県補助金返還金	0	0	0	-	
投資及び有価証券取得費	24	10	0	0.0%	
予備費	1	1	0	0.0%	
収支差引	△ 1,308	△ 1,697	△ 1,673	-	

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	882	746	746	84.6%	A
当年度損益勘定留保資金	1,156	883	1,117	96.6%	B
留保資金使用額	799	1,036	1,012	126.7%	C
翌年度繰越額	1,239	593	851	68.7%	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	902	2,058	2,058	228.2%	A
建設改良積立金残高	0	0	0	-	B
財政調整積立金残高	568	381	381	67.1%	C
積立金取崩額	509	661	661	129.9%	D
翌年度繰越額	961	1,778	1,778	185.0%	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	1,098	1,422	1,422	129.5%	
分院事業	58	86	86	148.3%	
看護師養成事業	201	214	213	106.0%	
資本的収入 (4 条他会計負担金)	386	107	107	27.7%	
合計	1,743	1,829	1,828	104.9%	

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	1,587	1,573	1,573	99.1%	
利子償還額	144	145	145	100.7%	
合計	1,731	1,718	1,718	99.2%	

(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	11,530	11,641	11,583	100.5%	
利子予定残高	625	640	640	102.4%	
合計	12,155	12,281	12,223	100.6%	

9 経営指標

		計画値 (A)	決算値 (B)	比率(B/A)
病床利用率	本院	80.3%	74.8%	93.2%
	分院	88.9%	76.7%	86.3%
経常収支比率	本院	100.1%	100.8%	100.7%
	分院	100.3%	99.7%	99.4%
医業収支比率	本院	96.3%	95.0%	98.7%
	分院	90.8%	86.5%	95.3%
職員給与費比率 (対医業収益比)	本院	56.1%	57.5%	102.5%
	分院	83.1%	84.6%	101.8%
材料費比率 (対医業収益比)	本院	29.8%	29.7%	99.7%
	分院	10.6%	10.8%	101.9%
企業債償還元金比率 (対医業収益比)	本院	7.1%	7.2%	101.4%
	分院	-	-	-
企業債償還利息比率 (対医業収益比)	本院	0.6%	0.6%	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。

【病床利用率】

病床が有効に活用されているか判断する指標

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

【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5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長次長、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

※「運営委員会」欄には、中項目ごとの○、△、×による評価及び各委員からの意見等を記載しています。
※「企業団」欄には、令和5年度達成状況の自己評価並びに構成市及び企業団運営委員会からの評価を受けての企業団の考えを記載しています。

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	

<u>君 津 市</u>
<u>富 津 市</u>
<u>袖ヶ浦市</u>
<u>運営委員会からの評価及び意見等</u> 評価：
<u>企 業 団</u>
3 病院機能の検討 <u>木更津市</u>
<u>君 津 市</u>
<u>富 津 市</u>
<u>袖ヶ浦市</u>
<u>運営委員会からの評価及び意見等</u> 評価：
<u>企 業 団</u>
Ⅱ 良質で安全な医療の提供
1 良質な医療の提供 <u>木更津市</u>
<u>君 津 市</u>
<u>富 津 市</u>
<u>袖ヶ浦市</u>
<u>運営委員会からの評価及び意見等</u> 評価：
<u>企 業 団</u>

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：

<u>企 業 団</u>
5 施設・設備及び医療機器等の整備 <u>木更津市</u> <u>君 津 市</u> <u>富 津 市</u> <u>袖ヶ浦市</u> <u>運営委員会からの評価及び意見等</u> 評価：
<u>企 業 団</u>
6 分院の整備 <u>木更津市</u> <u>君 津 市</u> <u>富 津 市</u> <u>袖ヶ浦市</u> <u>運営委員会からの評価及び意見等</u> 評価：
<u>企 業 団</u>
Ⅲ 勤務環境の整備 1 勤務環境の整備 <u>木更津市</u> <u>君 津 市</u> <u>富 津 市</u> <u>袖ヶ浦市</u>

<u>運営委員会からの評価及び意見等</u> 評価：
<u>企 業 団</u>
財務計画の達成状況 <u>木更津市</u> <u>君 津 市</u> <u>富 津 市</u> <u>袖ヶ浦市</u> <u>企 業 団</u>