

君津中央病院企業団 第 6 次 5 年経営計画 (令和 6 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6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・・・・・・・・・・	13 ページ
	第6次5か年経営計画の令和6年度達成状況・・・	14 ページ
	[用語解説]・・・・・・・・・・	66 ページ
	[数値目標変更一覧]・・・・・・・・・・	69 ページ
	財務計画の達成状況・・・・・・・・・・	70 ページ
	令和6年度達成状況の評価・・・・・・・・・・	76 ページ

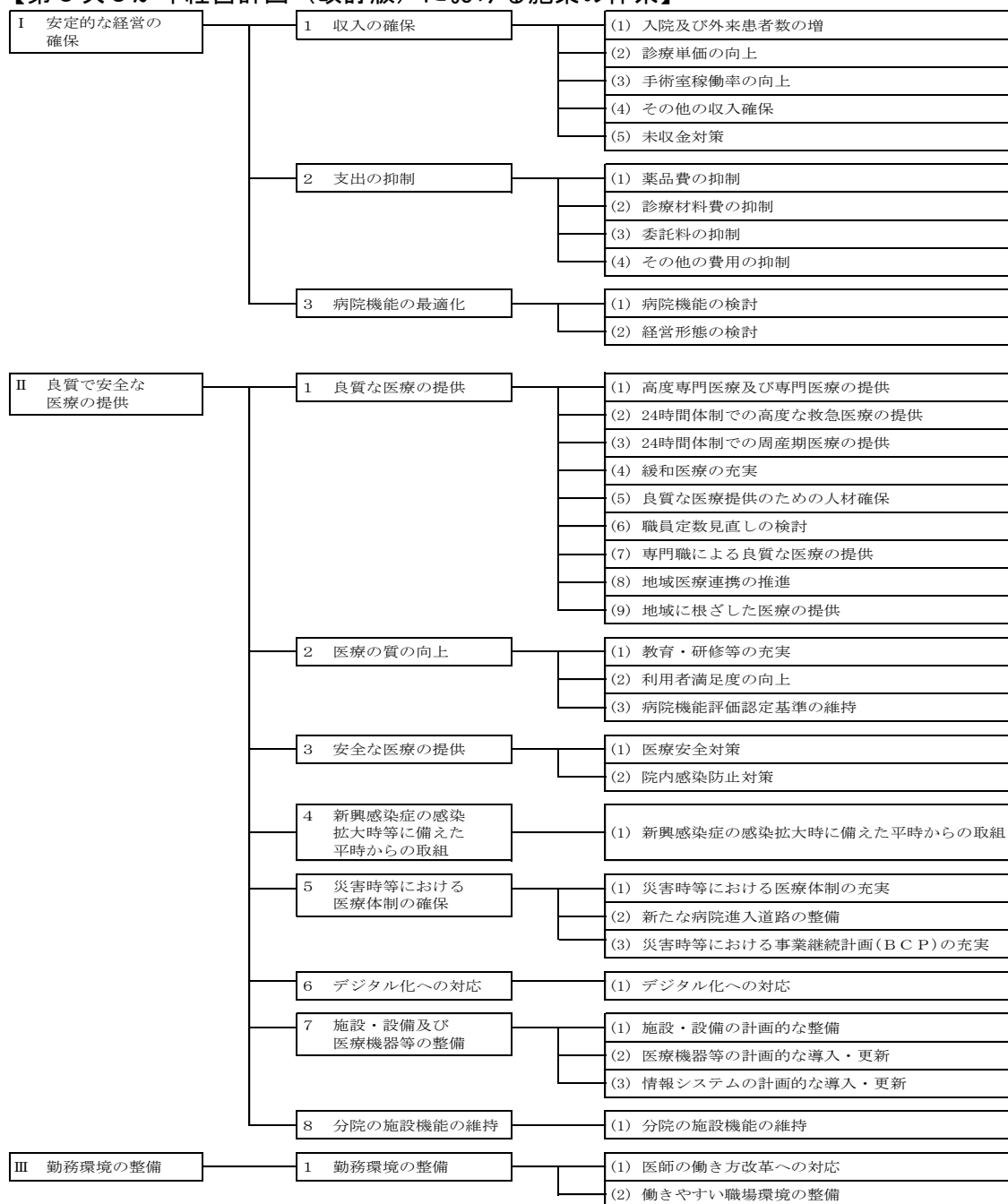
1 第6次5か年経営計画の概要

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。

計画3年目にあたる令和5年度に「君津中央病院企業団経営強化プラン」（以下「企業団経営強化プラン」という。）を策定し、本計画においては「企業団経営強化プラン」の内容及び期間中の実績を踏まえて見直しを行っています。

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。

【第6次5か年経営計画（改訂版）における施策の体系】



2 令和6年度達成状況

令和6年度は、医師の働き方改革や診療報酬改定等への対応が求められる中で、地域の基幹・中核病院として、高度専門医療の提供、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」及び「勤務環境の整備」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。

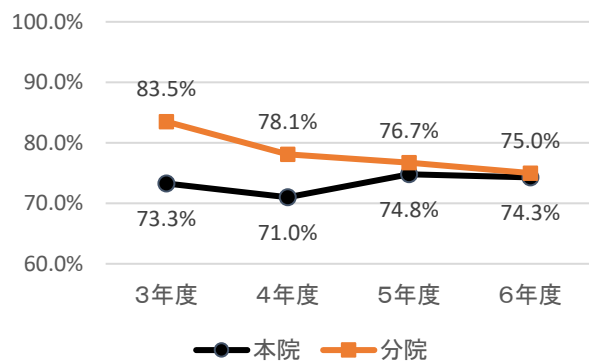
各経営指標に係る計画値と決算値

区分		令和6年度 計画値 (A)	令和6年度 決算値(見込) (B)	比率 (B/A)
病床利用率	本院	75.8%	74.3%	98.0%
	分院	83.3%	75.0%	90.0%
経常収支比率	本院	100.1%	97.7%	97.6%
	分院	100.3%	94.8%	94.5%
医業収支比率	本院	94.4%	90.8%	96.2%
	分院	87.9%	82.3%	93.6%
職員給与費比率 (対医業収益比)	本院	58.2%	59.5%	102.2%
	分院	84.1%	89.6%	106.5%
材料費比率 (対医業収益比)	本院	28.4%	30.3%	106.7%
	分院	9.8%	11.2%	114.3%

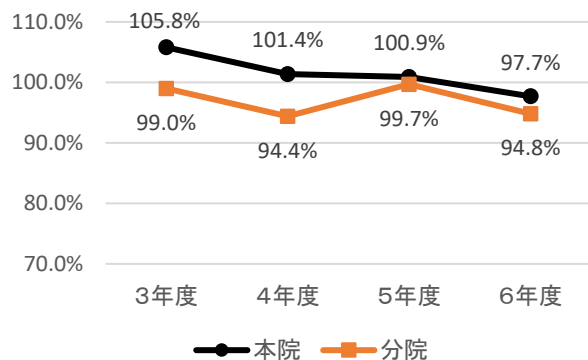
※病床稼働率、経常収支比率及び医業収支比率については、数値が大きいほど良好な結果となり、職員給与費比率及び材料費比率については、数値が小さいほど良好な結果となります。

各経営指標の推移（令和3年度～令和6年度）

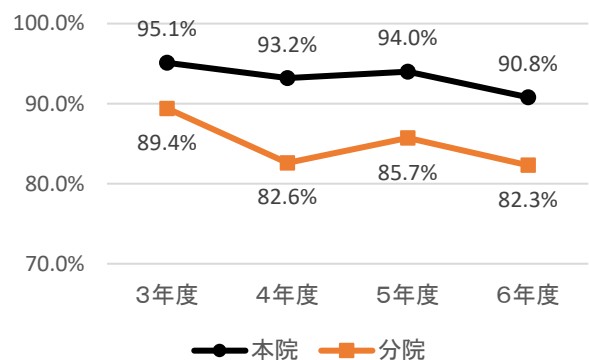
病床利用率



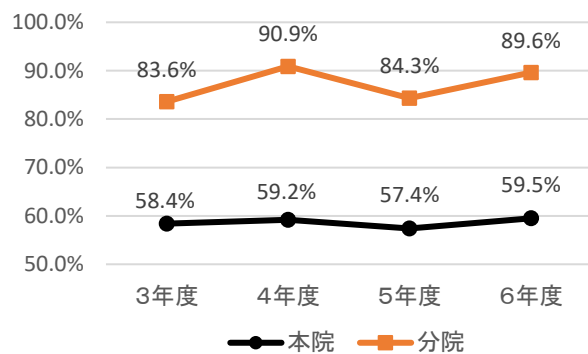
経常収支比率



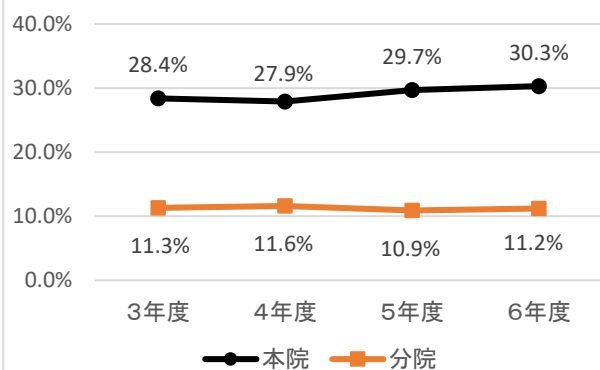
医業収支比率



職員給与費比率(対医業収益比)



材料費比率(対医業収益比)



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

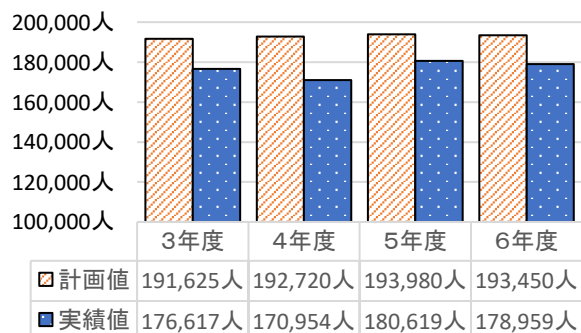
「入院及び外来患者数の増」については、本院では、医師の働き方改革による消化器内科医師不足の影響で前年度同様の診療体制を維持することが困難となったこともあり、入院・外来ともに患者数は計画値には達しませんでした。しかしながら、特に消化器疾患の患者獲得については、他医療機関との連携強化への取組として、医師による連携医療機関への訪問を行い、さらに、救急患者の受入れ及びコロナ禍によって非稼働となっていた病床の再稼働などに取り組んだ結果、下半期の患者数は徐々に回復傾向を示し、病床利用率は向上しました。今後も現状の取組を継続するとともに、病床運用の見直しや非稼働病床の再稼働等に取り組み、患者数の増を図ります。

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等からの紹介患者の受入れに努めましたが、医師数の減に伴い二次救急輪番の年間当番回数を制限したことで、二次救急受入れ件数が減少し、延患者数は入院・外来ともに前年度より減少しました。新入院患者数については、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れに努め、患者数の増を目指します。

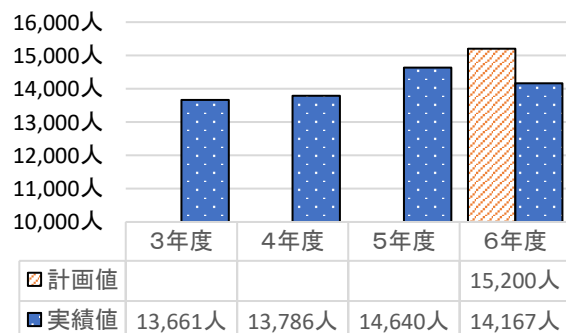
「診療単価の向上」については、クリニカルパスの見直し、DPC入院期間Ⅱ以内での退院など、効率的な病床運用に取り組むとともに、令和6年度診療報酬改定へ対応するための「タスクフォース」を結成し、新規及び上位施設基準の取得に向けて取り組んだ結果、本院の診療単価は、入院・外来ともに前年度より向上しましたが、地域の回復期病床の不足から転院先が決まらず、在院日数が延びた影響により、計画値には達しませんでした。今後は、経営強化プロジェクトの一環として、新たに「令和7年度タスクフォース」を立ち上げ、更なる収入の増を図ります。

主な評価指標の年次推移

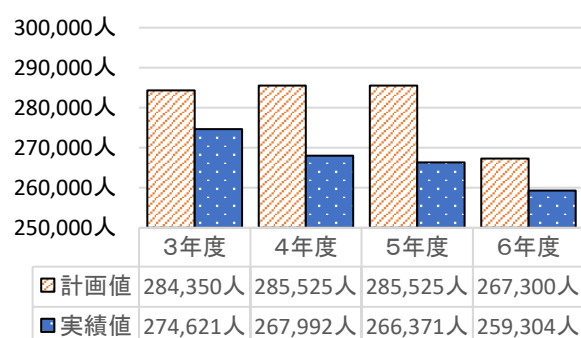
延入院患者数(本院)



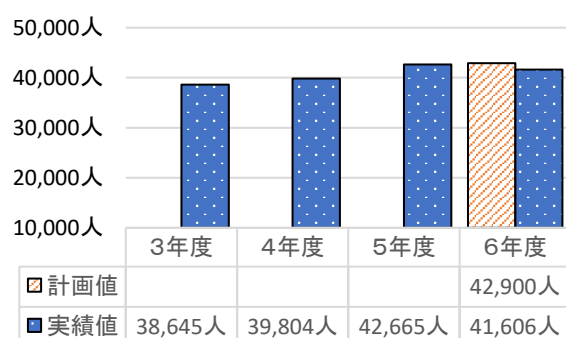
新規入院患者数(本院)



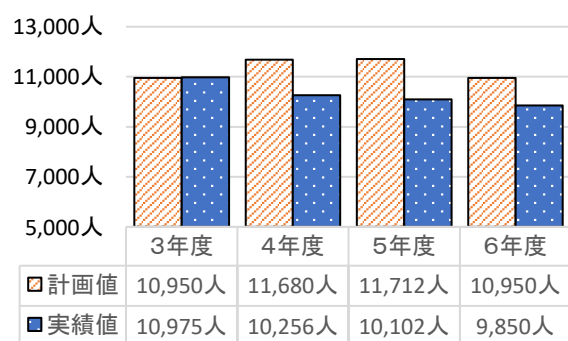
延外来患者数(本院)



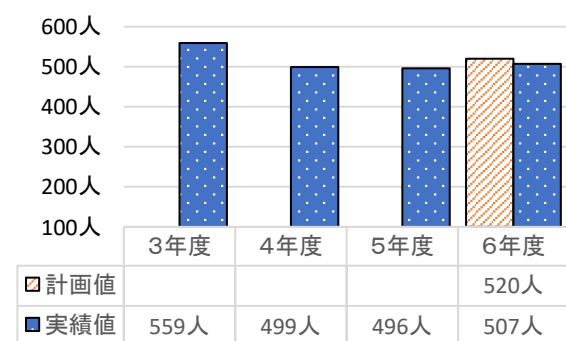
新規外来患者数(本院)



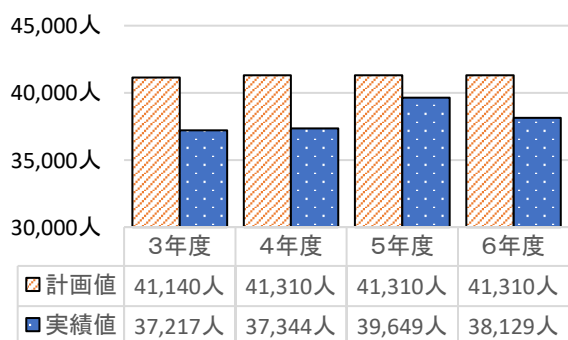
延入院患者数(分院)



新規入院患者数(分院)



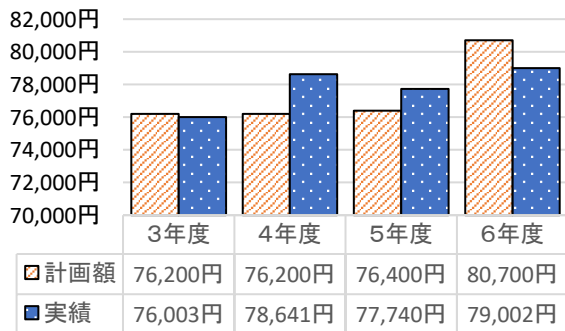
延外来患者数(分院)



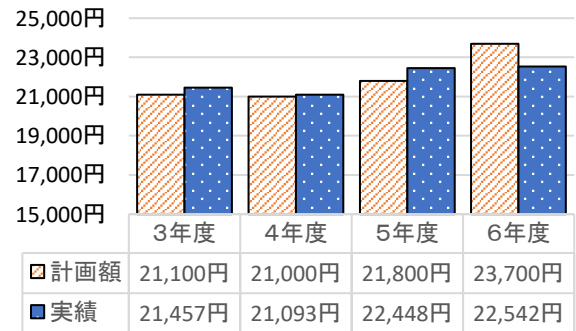
新規外来患者数(分院)



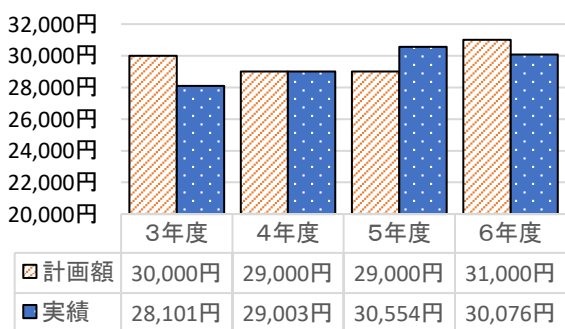
入院患者1人1日あたり診療額(本院)



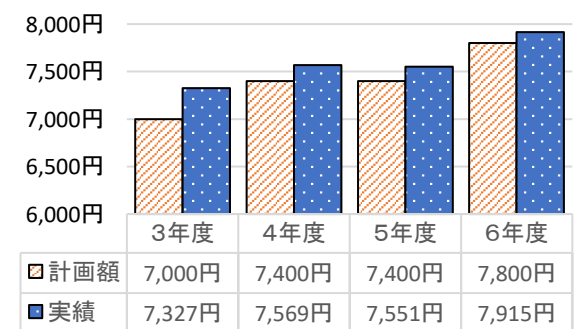
外来患者1人1日あたり診療額(本院)



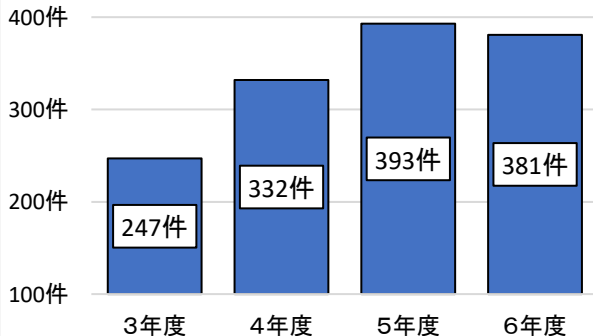
入院患者1人1日あたり診療額(分院)



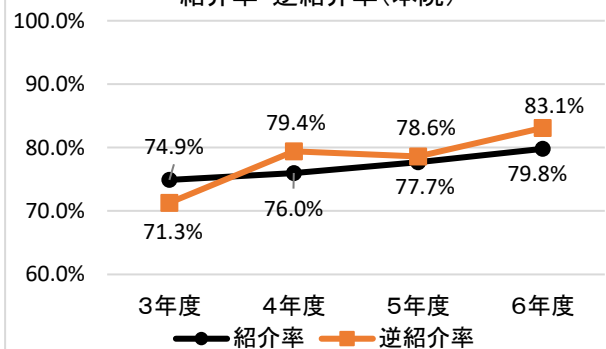
外来患者1人1日あたり診療額(分院)



本院から分院への紹介件数



紹介率・逆紹介率(本院)



「手術室稼働率の向上」については、麻酔科医師の確保、手術室看護師の育成及び臨床工学技士へのタスクシフト等を行った結果、手術室稼働率は72.2%と前年度と比較して2.7ポイント向上し、計画値を達成す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たものと考えられます。

「その他の収入の確保」については、広報活動の強化では、広報誌やホームページにおいて、医療情報や病院の取組を地域住民及び近隣医療機関へ発信し、新規患者の獲得を図りました。今後は新たな広報媒体についても検討していきます。人間ドックの利用者数は、一般受診者、企業団職員受診者ともに前年度より増加し、計画値を達成することができました。その他の増収策として、経営強化プロジェクトの一環として、自費設定金額の見直しや会計窓口モニターを活用した広報を次年度に実行します。

「未収金対策」については、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、さらに、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することで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、未収金回収の強化を図りました。今後は、未収金発生防止策の強化として連帯保証人代行制度を導入します。

2 支出の抑制

「薬品費・診療材料費の抑制」については、価格交渉や共同購入等を実施しましたが、本院・分院の薬品費比率（対医業収益比）及び診療材料費比率（対医業収益比）は、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、高額な注射薬が後発品へ切り替わったことによって、数量ベース、金額ベースともに前年度より向上し、計画値を達成することができました。物価高騰等の影響で対医業収益比率は上昇傾向にありますが、価格交渉や共同購入、さらに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」については、仕様の見直し等を実施したことで、委託料の抑制に努めましたが、物価高騰・人件費高騰等の影響もあり、委託料比率（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せんでした。今後も価格交渉及び仕様の見直し等の取組を継続的に実施していきます。

「その他の費用の抑制」については、ポスターによる節電の呼びかけや文房具のリサイクルボックスの設置等を実施しました。今後は、ペーパーレス化の推進に向けて検討を行っていきます。

3 病院機能の検討

「病院機能の検討」については、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の提供に努めました。本分院の機能分化を見据えた病床再編の検討では、「大佐和分院施設整備基本構想・基本計画（案）」作成し、具体的な病床機能と病床配分を決定しました。分院建替えに向けた構成4市及び関係機関との協議については、企業団内で検討した結果を基に大佐和分院施設機能検討委員会において構成4市との協議を行いました。さらに、総務省の経営・財務マネジメント強化事業によるローコスト建築の専門家や千葉県地域医療構想アドバイザー等からの助言を受けるとともに、職員、企業団議会議員及び構成4市を対象とした講演会を開催しました。今後は、「大佐和分院施設整備基本構想・基本計画」の策定を目指すとともに、分院建替えのための院内プロジェクトによる活動を行っていきます。

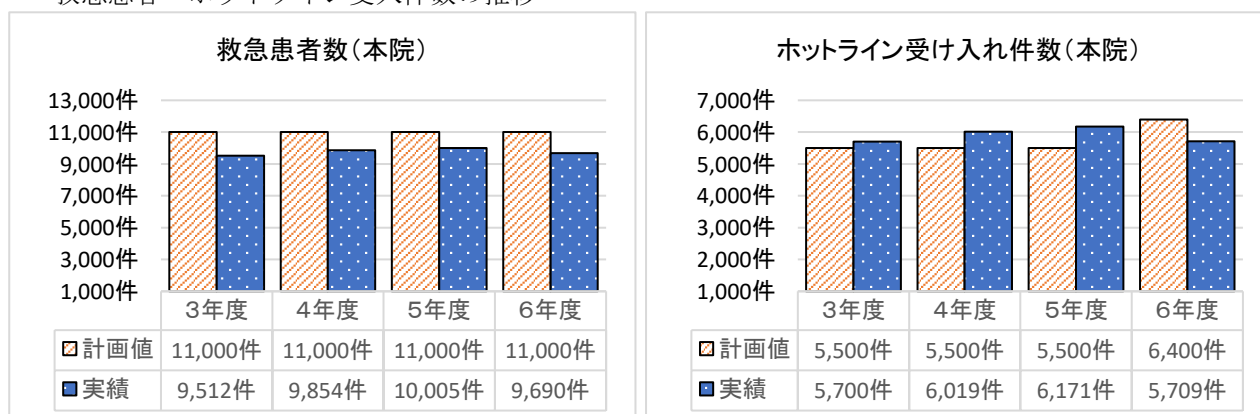
Ⅱ 良質で安全な医療の提供

1 良質な医療の提供

「高度専門医療及び専門医療の提供」については、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」については、8系統17診療科による当直・待機体制の維持に努めました。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。下半期には救急患者、感染症患者及び転院待ち患者の増などにより病床が逼迫する中においても、地域唯一の三次救急医療機関として君津医療圏の患者受入体制を維持しました。地域の二次輪番制が脆弱化していることから、今後も三次救急としての対応に限らず、軽症から中等症までの二次救急及び高齢者救急への対応を行うとともに、令和6年6月から開始した二次医療機関への下り搬送について継続していきます。さらに、救急患者を受入れているHCUの効率的な病床運用及びICU非稼働病床の一部再開を目指します。

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」については、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」については、院内の他診療科や他医療機関との医療連携の強化等により、緩和ケア病棟へのスムーズな患者受入に努めました。

「良質な医療提供のための人材確保」については、医師の確保では、千葉大学医局及びその他の大学医局との医師派遣交渉、医師紹介業者の活用等を実施し、医師確保に努めました。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。

「職員定数の見直し」については、医療機能の維持に向けた必要な人員数について把握するため、各診療科へのアンケート調査やヒアリングを実施しました。また、分院の建替え計画の進行に伴って、人員数の検討を行いました。

「専門職による良質な医療の提供」については、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」については、地域の医療機関等との面会、地域の医療従事者を対象とした研修会の開催など、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。さらに、医師の働き方改革による消化器内科医師不足の影響で、前年度同様の診療体制を維持することが困難となりましたが、この対応として、外科部長が地域の連携医療機関を訪問し外科への直接紹介を促したことで、消化器系の患者獲得につながりました。患者総合支援センターにおける患者支援の充実としては、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。

「地域に根ざした医療の提供（分院）」については、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」については、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として、インシデントレポートの提出件数の増を図りました。専門研修では、新たに内科領域、外科領域及び救急科領域の専攻医を確保し、令和7年度から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。事務職員については、各種院外研修会等へ積極的に参加し、専門性の向上を図りました。附属看護学校については、全学年が看護師国家試験合格支援プログラムに参加し、国家試験に向けた学習指導・支援を強化しました。

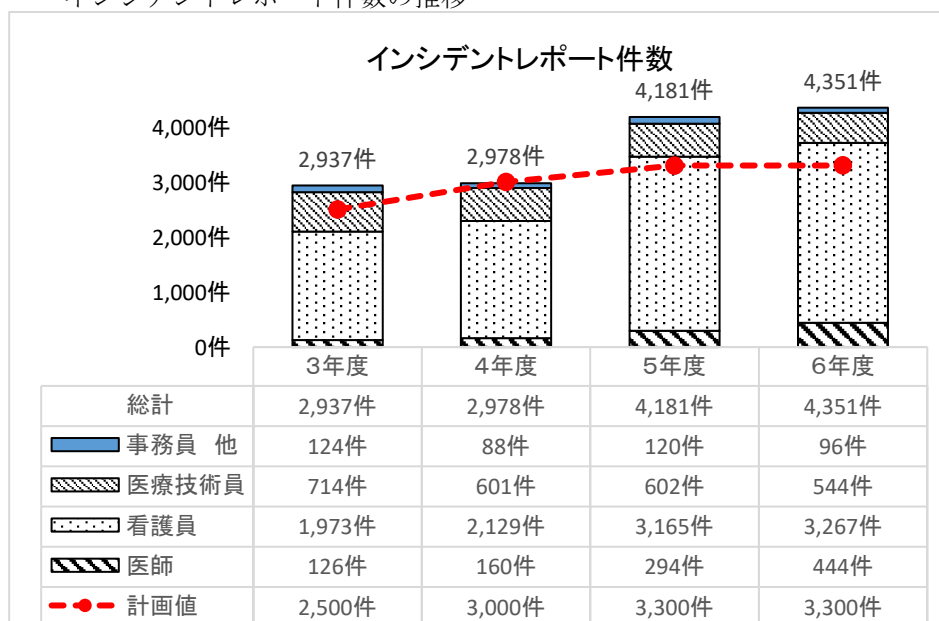
「利用者満足度の向上」については、患者及び利用者満足度調査を実施した結果、本院・分院ともに少数ながら「不満・やや不満」との回答があることから、この原因を究明し、更なる満足度の向上に努めます。

「病院機能評価認定基準の維持」については、7月に更新審査を受審し、5回目の認定を受けることができました。前回受審時と比較してS評価が2項目増、A評価が3項目増となり、前回を上回る良好な結果となりました。

3 安全な医療の提供

「医療安全対策・院内感染防止対策」については、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。研修会未受講者に対しての声掛けや追加研修を実施したことで、医療安全研修会は受講率100%と計画値を達成し、感染防止対策研修会は受講率99.4%と概ね計画値に達しました。今後も受講率の向上に向けた取組を継続し、受講率100%を維持していきます。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ことで、インシデント報告総件数及び医師の報告割合は前年度より向上し、計画値を達成することができました。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、チームカンファレンスや医師、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、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 新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組

「新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組」については、「感染拡大時におけるBCP（案）」の作成、新興感染症を想定した関係機関との合同訓練の実施及び感染防護具の備蓄数の確保に努めました。今後は、BCPの策定・周知を行うとともに、引き続き新興感染症を想定した訓練の実施や個人防護具の確保に努めます。

5 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」については、政府主催の大規模地震医療活動訓練に伴う院内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を実施しました。

「新たな病院進入道路の整備」については、道路整備には多額の費用と長期の用地交渉を要することが明らかとなっており、事業化には10年単位の時間を要します。このような状況下において、分院建替え事業と進入道路整備事業の両立は財政的・人的にも現実的ではありません。分院の現施設は老朽化が著しく、医療機能の継続に直接関わる事態に直面しており、この課題への対応を最優先とせざるを得ない状況であることから、分院の建替えが一定の進展を見せた段階で改めて本院の災害対応力強化策の一環として、進入道路のあり方についても再検討することとします。

「災害時等における事業継続計画（BCP）の充実」については、災害時等における必要資源（医薬品、診療材料、燃料、飲料及び食品等）の供給に関する覚書を締結し、災害時等に病院機能を維持することが可能となりました。今後は、BCPの見直しを適宜行っていきます。

6 デジタル化への対応

「デジタル化への対応」については、マイナ保険証の利用促進に向けたポスター掲示や声かけを実施し、令和7年3月時点でマイナ保険証利用率は41%となりました。ITの活用による業務の効率化としては、WEBデータベースの更新による事務作業の効率化、病床管理支援システムの導入によるDPC入院期間Ⅱの可視化を図りました。サイバー攻撃による被害を想定した事業継続計画（BCP）では、サイバー保険への加入やBCPの見直しを見据えた電子カルテシステム保守業者との意見交換を実施しました。今後もBCPの見直しについて検討していくとともに、サイバー攻撃に対する訓練を実施します。

7 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」については、「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」については、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の計画的な導入・更新を実施しました。

8 分院の施設機能の維持

「分院の施設機能の維持」については、建替えを見据えたうえでの経年劣化した箇所へ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。

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」については、令和6年度から医師の働き方改革の各種取組が開始され、本院は原則としてA水準、長時間勤務が続いている医師にはB水準を採用しました。これに伴い千葉県に医師労働時間短縮計画を提出し、医師の労働時間短縮に努めました。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や特定認定看護師等の配置により、医師の負担軽減を図りました。医師が不足する地域への医師派遣については、鴨川市立国保病院等の近隣医療圏の病院への診療支援として、循環器内科及び糖尿病・内分泌・代謝科等の医師を派遣しました。

「働きやすい職場環境の整備」については、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を実施しましたが、職員満足度調査における職員満足度は76.1%と計画値には達しませんでした。看護局においては、キャリア形成支援及び中途入職者フォローアップ研修等を実施し、離職率の低下を図ったことで、看護師離職率は目標を達成することができました。

(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6年度達成状況については、14ページから65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6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182,500人に対し決算数178,959人、1日平均入院患者数は計画数500人に対し決算数490人、外来延患者数は計画数267,300人に対し決算数259,304人、1日平均外来患者数は計画数1,100人に対し決算数1,067人となりました。分院は、入院延患者数は計画数10,950人に対し決算数9,850人、1日平均入院患者数は計画数30人に対し決算数27人、外来延患者数は計画数40,095人に対し決算数38,129人、1日平均外来患者数は計画数165人に対し決算数157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1,800万円の利益に対し、決算額は5億4,000万円の損失となりました。分院は、経常損益の計画額200万円の利益に対し、決算額は4,100万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17億1,100万円に対し、決算額は16億8,600万円となりました。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21億3,100万円に対し決算額は17億7,100万円となりました。

経営指標については、業務量が計画数を下回り、医業収益が計画額を下回ったため、ほとんどの指標で計画を下回る結果となりました。

(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、70ページから75ページのとおりです。

第 6 次 5 か年経営計画の令和 6 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	59
△ : 達成度70%以上100%未満	29
× : 達成度70%未満	3
— : 評価対象外	1

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 6 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 ・適切な病床コントロールによる病床利用率の向上 [令和 6 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 ③病床運用の効率化	①近隣医療圏も含めた医療機関との連携強化 ・他医療機関との連携について、各診療科医師からの要望があった際には、患者総合支援センターにおいて速やかに医療機関への訪問を調整し、面会を実施した。 ・医療機関訪問で得た情報（訪問した医療機関の専門性等）を病院運営連絡会議において各診療科医師へ情報共有し、紹介・逆紹介の推進による患者数増を図った。 ・医師の働き方改革による消化器内科医師不足の影響で、前年度同様の診療体制を維持することが困難となった。この対応として、消化器系の患者獲得については、外科部長が地域の連携医療機関を訪問し外科への直接紹介を促した。 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入れを行った。 ・地域の救急医療体制を維持するため、外科系二次輪番病院の空白日に本院が三次救急に加え、軽症から中等症までの二次救急や高齢者救急も担うことで対応した。 ・袖ヶ浦さつき台病院との下り搬送連携を 6 月に開始した。 ③病床運用の効率化 ・病床管理部会を毎月 1 回開催し、効率的な病床運用に向けた検討を行った。 ・1 日あたりの入院患者数の増加を目的として、段階的に看護配置の見直しを行い、コロナ禍によって非稼働となっていた 7 階東病棟の13床を再稼働させた。

令和6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】（※）は令和7年度計画値を予算に合わせて修正しています							
新入院患者数	計画値				15,200人	15,200人	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図る。 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入れを維持する。 ③病床運用の効率化 ・緩和ケア病棟及びHCUの病床運用の見直しにより病床利用率の向上を図る。 ・ICUの非稼働病床の一部再稼働を目指す。
	実績値	13,661人	13,786人	14,640人	14,167人		
	差				▲1,033人		
延入院患者数 ※	計画値	191,625人	192,720人	193,980人	182,500人	186,150人	
	実績値	176,617人	170,954人	180,619人	178,959人		
	差	▲15,008人	▲21,766人	▲13,361人	▲3,541人		
1日あたりの入院患者数 ※	計画値	525人	528人	530人	500人	510人	
	実績値	484人	468人	493人	490人		
	差	▲41人	▲60人	▲37人	▲10人		
新外来患者数 ※	計画値				42,900人	43,440人	
	実績値	38,645人	39,804人	42,665人	41,606人		
	差				▲1,294人		
延外来患者数 ※	計画値	284,350人	285,525人	285,525人	267,300人	271,040人	
	実績値	274,621人	267,992人	266,371人	259,304人		
	差	▲9,729人	▲17,533人	▲19,154人	▲7,996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	1,120人	
	実績値	1,135人	1,103人	1,096人	1,067人		
	差	▲40人	▲72人	▲79人	▲33人		
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%	74.3%		
	差	▲6.7%	▲9.0%	▲5.2%	▲1.7%		
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%	85.0%		
	差	▲8.3%	▲10.9%	▲4.8%	0.0%		
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%	40.1%		
	差	▲1.2%	▲0.4%	▲6.5%	▲4.9%		
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%	79.8%		
	差	▲0.1%	1.0%	2.7%	4.8%		
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	9,690件		
	差	▲1,488件	▲1,146件	▲995件	▲1,310件		
【紹介患者数】（詳細は44・45ページ参照）							
	4年度	5年度	6年度				
紹介患者数	21,825人	23,124人	22,463人				
うち、入院につながった患者数	4,717人	5,241人	5,008人				
【実績分析】 消化器内科において前年度同様の診療体制を維持することができなかったことから、患者数は入院、外来ともに減少した。その対策として下半期からはコロナ禍により一部病床を休止していた7階東病棟を全床稼働させたことで、入院患者数は徐々に回復傾向を示した。冬季には、感染症患者の増などもあり、病床利用率が向上し、救急患者の受入れが困難となる状況もあった。 紹介率については、前年度と比較して向上しており、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ものと考えられる。							

No.	目標	行動計画	令和6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 ・適切な病床コントロールによる病床利用率の向上 [令和6年度行動計画] ①本院及び他施設からの紹介患者の受入れ ②救急患者の受入れ ③外来診療の運用の見直し	①本院及び他施設からの紹介患者の受入れ ・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の転院依頼については、可能な限り受け入れた。 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。 ・外科系二次輪番病院を担当する医療機関が少ないことから、地域の救急医療体制を維持するために、本院からの医師派遣により分院で外科系二次輪番病院を担当した。 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した。 ・発熱外来の運用変更を検討した。

令和6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】（※）は令和7年度計画値を予算に合わせて修正しています										
		3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	△	①本院及び他施設からの紹介患者の受入れ ②救急患者の受入れ		
新入院患者数 ※	計画値				520人	550人				
	実績値	559人	499人	496人	507人					
	差				▲13人					
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	9,850人					
	差	25人	▲1,424人	▲1,610人	▲1,100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	27人					
	差	0人	▲4人	▲4人	▲3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	2,714人					
	差				▲186人					
延外来患者数 ※	計画値	41,140人	41,310人	41,310人	40,095人	40,414人				
	実績値	37,217人	37,344人	39,649人	38,129人					
	差	▲3,923人	▲3,966人	▲1,661人	▲1,966人					
1日あたりの外来患者数 ※	計画値	170人	170人	170人	165人	167人				
	実績値	154人	154人	163人	157人					
	差	▲16人	▲16人	▲7人	▲8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	754件					
	差				54件					
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	332件					
	差				▲288件					
【実績分析】										
○入院患者数については、新入院患者数は前年度比で11人増となったものの、在院日数の短縮（前年度比0.8日減）の影響もあり、延入院患者数は減となった。本院からの転院患者数は、56人と前年度比で23人増となった。										
○外来患者数については、1日あたりの外来患者数が内科で1人減、内科以外で5人減となった。										
○二次救急受入れ件数の減については、以下の要因によるもの。										
・常勤医師が1人減となったことで、二次救急輪番の年間当番回数が減少した（二次救急輪番当番日 43回／年 → 26回／年）										
・二次救急輪番1回当たりの救急車搬送受入件数の減（9.9件／日 → 8.2件／日）										

No.	目標	行動計画	令和6年度の具体的な取組内容
(2)	診療単価の向上 【本院】	・クリニカルパスの見直し ・D P C入院期間Ⅱでの退院 ・各種加算等の算定漏れ防止（他院とのベンチマークの実施） ・診療報酬請求に関する各部門への周知活動 〔令和6年度行動計画〕 ①クリニカルパスの見直し ②D P C入院期間Ⅱ以内での退院 ③各種加算等の算定漏れ防止 ④D P C機能評価係数Ⅰ・Ⅱ向上のための取組 ⑤診療報酬請求に関する各部門への周知活動	①クリニカルパスの見直し ・令和6年度診療報酬改定に伴い、クリニカルパスの推奨適用日数を見直した。医師の要望も考慮しながら診療報酬改定施行日（令和6年6月1日）までに全診療科のパス変更作業が完了するよう調整した。 ・クリニカルパス委員会を3回開催したほか、毎月グループウェア上にてクリニカルパス適用状況や看護局記録委員クリニカルパスグループで話し合われた内容を報告・共有し、情報の伝達に努めた。 ・病院機能評価におけるクリニカルパス適応率の目標値50%を達成し、評価項目「1.5.2 診療の質の向上」に向けた取組としてA評価を受けた。 ・クリニカルパスによる診療計画の標準化の推進 ②D P C入院期間Ⅱ以内での退院 ・病棟別入院期間Ⅱ満了日のリストを毎営業日午前10時までに作成し、病棟へ配信した。電子カルテへのD P Cコードが変更となった場合の日付の更新については、変更者確認リストを作成し、常に最新の入院期間Ⅱ満了日を診療現場へ周知できるよう努めた。 ・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満了日の入力を実行した。 ・心臓血管外科については、電子カルテの掲示板を活用し、今後どのような手術や処置を行った場合に期間が変更となるのか周知する方法を追加した。 ・D P C入院期間Ⅱの可視化 ③各種加算等の算定漏れ防止 ・算定漏れの生じやすい医学管理料や各種加算等について、レセプト点検ソフトを有効活用し、算定漏れ対策を防止した。 ・医事・D P C委員会及び医局会等で、医学管理料や各種加算等のオーダー発行を漏れなく実施してもらえるよう医師に周知した。 ④D P C機能評価係数Ⅰ・Ⅱ向上のための取組 ・機能評価係数Ⅱ全体の向上のため、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た。 ⑤診療報酬請求に関する各部門への周知活動 ・全職員対象の保険診療講習会を2回（11月・2月）開催した。 ・査定・返戻内容を医事・D P C委員会で作成し、各診療科の医師等へ報告し、対応について検討した。（月1回） ・各診療科へ毎月の査定内容を共有し、医師への周知を図った。
		【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 ・施設基準管理システムの活用による類似病院とのベンチマークの実施 〔令和6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及び院内体制の整備 ②施設基準を維持するための人員配置等の把握、調整 ③施設基準管理システムの運用開始	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セミナーの受講や厚労省の診療報酬改定に関する資料の確認などにより、改定の動向、新設される施設基準の把握に取り組んだ。 ・複数部署（経営企画課、診療情報管理室、医事課）の連携による「タスクフォース」を立ち上げ、令和6年度診療報酬改定に対応した。 ②取得している施設基準の維持 ・人事課及び各施設基準関連部署からの情報提供やヒアリングを行うことで、施設基準を維持するための人員配置等の把握、調整を行った。 ③施設基準管理システムの運用開始 ・4月から施設基準管理システムの運用を開始し、現在取得している施設基準を維持するための人員配置等の把握や適時調査への対応に活用した。

令和6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】（※）は令和7年度計画値を予算及び実績に基づき修正しています								
入院患者1人1日あたり診療額 ※	計画値				80,700円	82,400円	△	①クリニカルパスの見直し ・クリニカルパス委員会の定期開催 ・開催頻度（対面形式）年4回を目標とする。 ・委員で協議する場としてグループウェアにスレッド立ち上げ、クリニカルパス適用率及び看護局クリニカルパスグループでの協議内容等の月例報告を実施 ・クリニカルパス委員の人員確保 診療情報管理室の正規職員数の確保によってクリニカルパス委員の人員体制を強化し、委員会運営の安定化を図る。 ・新規クリニカルパスの作成 入院化学療法法の促進が検討されているため、これに伴い化学療法パス作成を思案し、クリニカルパス適用率の向上を目指す。 ②DPC入院期間Ⅱ以内での退院 ・入院期間Ⅱの周知 ・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 ・医事課入院班と診療内容の反映（実績点検）時期について協議し、最新の入院期間Ⅱ満了日を診療現場へ通知できるよう努める。 ・病床管理システムの運用 ③各種加算等の算定漏れ防止 ・レセプト点検ソフトの活用 ・医事・DPC委員会及び医局会等での算定漏れ防止の呼びかけ ④DPC機能評価係数Ⅰ・Ⅱ向上のための取組 機能評価係数Ⅱ全体の向上のため、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。 ⑤診療報酬請求に関する各部門への周知活動 ・全職員対象の保険診療講習会の開催 ・各診療科等への査定・返戻内容の報告及び対策の検討
	実績値	76,003円	78,641円	77,740円	79,002円			
	差				▲1,698円			
外来患者1人1日あたり診療額 ※	計画値				23,700円	24,300円		
	実績値	21,457円	21,093円	22,448円	22,542円			
	差				▲1,158円			
平均在院日数 ※	計画値				11.0日	11.2日		
	実績値	11.9日	11.4日	11.3日	11.6日			
	差				0.6日			
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%	70.7%			
	差	2.0%	2.2%	2.1%	0.7%			
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%	54.8%			
	差				4.8%			
DPC機能評価係数Ⅰ・Ⅱ ※救急補正係数含む	計画値				0.5656以上	0.5656以上		
	実績値	0.5463	0.5639	0.5656	0.5827			
	差				0.0171			
【実績分析】								
○クリニカルパスの推奨適用日数の見直しを行った結果、従来診療報酬改定月の入院期間Ⅱ以内の退院割合が65%程度まで落ち込むが、令和6年6月は例月通りの数字（73.1%）を維持できた。								
○予定入院の在院日数のコントロールは良好だったものの、緊急入院については、地域の回復期病床の不足により、転院待ち患者が発生し、在院日数が長期化した。これによって、入院患者1人1日あたり診療額は目標値を下回った。								
【新規取得による増収額（主なもの）】								
主な新規届出施設基準	増収額 ※令和6年度実績	算定開始年月						
再製造単回使用医療機器使用加算	約290万円	令和6年6月						
医療DX推進体制整備加算	約160万円	令和6年6月						
歯科外来診療感染対策加算4	約80万円	令和6年6月						
経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）	約70万円	令和6年6月						
ボジトロン断層・コンピューター断層複合撮影（アミロイドPET）	約30万円	令和6年10月						
バイオ後続品使用体制加算	約20万円	令和6年6月						
救急患者連携搬送料	約20万円	令和6年6月						
入院ベースアップ評価料72	約3,340万円	令和7年1月						
外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）	約130万円	令和7年1月						
歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）	約10万円	令和7年1月						
合計 （新規届出18項目）	約4,180万円							
【新規施設基準届出実績】								
○新規施設基準 18件								

No.	目標	行動計画	令和6年度の具体的な取組内容
		【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6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及び院内体制の整備 ②施設基準を維持するための人員配置等の把握、調整	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セミナーの受講や厚労省の診療報酬改定に関する資料の確認などにより、改定の動向、新設される施設基準の把握に取り組んだ。 ・在宅医療について、県が推進する在宅医療スタートアップ支援事業を活用し、在宅医療の充実に向けて取り組み、新たに令和7年4月から「協力対象施設入所者入院加算」、「別添1の「第14の2」の1の(2)」に規定する在宅療養支援病院」、「往診料の注10に規定する介護保険施設等連携往診加算」の算定を開始した。（年間約300万円増収見込） ②取得している施設基準の維持 令和6年度診療報酬改定で重症度、医療・看護必要度の見直しが行われ、基準のハードルが高くなり、急性期一般入院料5から下位の入院料6へ変更した。
(3)	手術室稼働率の向上 【本院】	【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 ・手術間インターバルの短縮 [令和6年度行動計画] ①麻酔科医師数の維持 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 ④臨床工学技士へのタスクシフト	①麻酔科医の確保 ・千葉大学麻酔科専門医プログラムの研修病院として、専攻医の研修を受け入れた。 ・令和6年度から千葉県医師就学資金貸付制度にて当院が地域A群に指定されたため、貸付制度利用者の受入れを行った。 ・一時的に子育てなどで負担がかかる時期であっても、勤務を継続できるように支援を行った。（必要時に年休取得できる体制） ②手術室看護師の確保・育成 ・各種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、既卒者への教育は、手術室看護ラダーに則り、計画的に教育を実施した。 ・新人、既卒に対して専属の教育担当者を配置し、月1回の教育担当者会議において、進捗状況の共有及び教育計画の適宜修正を実施した。 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。 ・設備の問題で稼働率が低かったICU内の手術室について、200Vの電源を増設したことで、レーザー手術に使用可能となった。（9月） ④臨床工学技士へのタスクシフト ・臨床工学技士が週に2日（月・金曜日）手術室に常駐し、医療機器の点検管理を行う体制とした。 ・機器不具合による手術時間遅延予防として、臨床工学技士の介入を進め、電気メス、内視鏡装置及び手術台等の9機種18機器への使用前点検を開始した。

令和6年度達成状況							今後の取組及び方向性			
実績及び成果						評価				
【新規取得による増収額（全4項目）】							○	①新規及び上位施設基準の取得 セミナー等を受講し、同規模病院の情報収集を行う。 ②施設基準を維持するための人員配置等の把握、調整		
新規届出施設基準		増収額 ※令和6年度実績		算定開始年月						
在宅時医学総合管理料		約90万円		令和6年12月						
施設入居時等医学総合管理料		約70万円		令和6年12月						
感染対策向上加算3（連携強化加算）		約4万円		令和7年1月						
外来・在宅ベースアップ評価料		約20万円		令和7年1月						
合計		約180万円								
【新規施設基準届出実績】 ○新規施設基準 4件										
【評価指標】									○	①麻酔科医師数の維持 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の実施 （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） ・目標管理を行うことによる意欲向上 （個人面談、研修、学会参加支援、認定看護師の育成及び大学・大学院進学をサポート） 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 ④臨床工学科との更なる連携強化 ・臨床工学技士による医療機器の点検件数の増 ・看護師が実施している一部の器械出し業務への介入 ・内視鏡操作への介入 ○A I サポート導入の検討
		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%	72.2%					
	差	0.4%	▲2.4%	▲0.5%	2.2%					
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	6,214件					
	差				214件					
うち全身麻酔手術件数		実績値	2,840件	3,021件	3,248件	3,449件				
【麻酔科医（常勤医）の確保】 令和6年度当初 8人 令和7年度当初 8人（前年度比 増減なし） 【看護師の配置状況】 令和6年度当初 32人 令和7年度当初 34人（前年度比 2人増） 【I C U手術室での手術実績】 手術件数 40件（前年度比 15件増） 【実績分析】 手術室稼働率は前年度比で2.2ポイント向上、手術件数は214件の増となり、全身麻酔件数についても201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。稼働率は目標の70%を超え、現在の手術室の人員数や医療安全を考慮すると、手術室稼働率は上限に達していると考えられる。										

No.	目標	行動計画	令和6年度の具体的な取組内容
(4)	その他の収入確保 【本・分院】	広報活動の強化 [令和6年度行動計画] 広報誌「クローバー」や病院ホームページ等を通じての広報活動	広報誌「クローバー」や病院ホームページ等を通じての広報活動 広報誌クローバー（年4回発行）や病院ホームページ等を活用して、医療情報や病院の取組を地域住民及び地域の医療機関に発信し、当院の認知度の向上と新規患者の獲得を図った。
		人間ドック利用者数の増 [令和6年度行動計画] 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。 ・人間ドック利用者アンケートを実施し、ニーズに合わせたオプション項目等の見直しについて検討した。
		健康診断受診者数の増 [令和6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 ・病院ホームページや病院広報誌への掲載によるPRを実施した。 ・新規採用職員に対し、当院での健康診断実施を周知した。 （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）
		その他増収策の検討 [令和6年度行動計画] その他増収策の検討	○診療報酬タスクフォースによる診療報酬増に向けた取組や経営強化プロジェクトの発足に向けた検討、さらに各診療科の医師へのヒアリングによる今後の診療科の方向性の確認等を行った。 ○その他の増収策として以下の項目について検討を行った。 ・自費設定金額の見直し ・会計窓口モニターを有効活用した広報による集患 ・広告収入
(5)	未収金対策 【本・分院】	【本院】 未収金の発生防止 [令和6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 ③外国人患者未収金補償保険への加入 ④連帯保証人代行制度の導入についての検討	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 ・救急外来や病棟スタッフ、MSW等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。 ・過去に未収金のある患者については、電子カルテや医事会計システムに記録を残し、情報共有に努めた。 ・医事課、患者総合支援センター及び看護局が協働し、「身寄がない患者支援マニュアル」を作成した。 ・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、対象者には医事課職員による支払相談を積極的に実施した。 ③外国人患者未収金補償保険への加入 外国人患者未収金補償保険の加入により、保険未加入等により高額となる可能性の高い外国人患者の未収金縮減に努めた。（令和5年7月に契約開始、令和6年7月に契約更新） ④連帯保証人代行制度の導入についての検討 連帯保証人代行制度の導入について検討を行い、令和7年度から導入することとなった。

令和6年度達成状況							今後の取組及び方向性	
実績及び成果							評価	
【実績分析】 患者増につながるよう広報活動を強化したいが、広報担当部署の設立のために人員を割くことが難しい。広報活動を強化していくためには、院内での組織横断的な検討が必要である。							△	○広報誌「クローバー」や病院ホームページ等を通じての広報活動 ○新たな広報媒体の検討 SNS等の活用の検討
【評価指標】								
		3年度	4年度	5年度	6年度	7年度		
人間ドック利用者数	計画値	3,870人	3,890人	3,890人	3,100人	3,100人		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継続する。 ・利用者アンケートの結果を基に、ニーズに合わせたコース設定やオプション項目の見直しを実施する。
	実績値	2,570人	2,643人	2,969人	3,112人			
	差	▲1,300人	▲1,247人	▲921人	12人			
【人間ドック利用者構成】 ○一般受診者数 2,177人（前年度比 93人増） ○企業団職員受診者数 935人（前年度比 50人増）							○	○人間ドックの検査項目及び料金設定の検討 近隣医療機関の人間ドック検査内容や料金設定を踏まえ料金改定を検討する。
【人間ドック利用者構成比率】								
		5年度	6年度	差				
職員		29.6%	27.3%	▲2.3ポイント				
職員以外	新規	11.7%	12.6%	0.9ポイント				
	リピーター	58.7%	60.1%	1.4ポイント				
【実績分析】 病院広報誌への情報掲載によるPRや職員の受診者数の増により、前年度比較で143人増加し、計画値を達成した。								
【評価指標】								
		3年度	4年度	5年度	6年度	7年度		
健康診断受診者数	計画値	500人以上	300人以上	300人以上	250人	250人		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（個人及び団体）に向けたPR方法等を検討・実施する。
	実績値	187人	217人	238人	266人			
	差	▲313人	▲83人	▲62人	16人			
【健康診断受診者構成】 ○一般受診者数 212人（前年度比 29人増） ○企業団職員受診者数 54人（前年度比 1人減）							○	
【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28人の増となり計画値を達成した。								
							○	○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していく。 ○令和6年度の検討事項を実行する。 ・自費設定金額の見直し ・会計窓口モニターを有効活用した広報による集患
【評価指標】								
		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		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 ③外国人患者未収金補償保険への加入 令和7年度中に連帯保証人代行制度へ移行予定 ④連帯保証人代行制度の導入 連帯保証人代行制度を導入し、一定の請求期限後に保証会社へ医療費を代位弁済請求することで未収金の縮減を図る。
	実績値	0.45%	0.44%	0.37%	0.46%			
	差	0.00ポイント	△0.01ポイント	△0.08ポイント	0.01ポイント			
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%	0.11%			
	差	0.00ポイント	0.00ポイント	0.02ポイント	0.01ポイント			
※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6年度の具体的な取組内容
		【分院】 未収金の発生防止 [令和6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 ③時間外・休日の診療費の預り金額の変更	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。 ③時間外・休日の診療費の預り金額の変更 令和6年4月1日から時間外及び休日の診療費の預り金額を変更した。 (10,000円 → 15,000円～20,000円に増額)
		【本院】 未収金の回収強化 [令和6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	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。
		【分院】 未収金の回収強化 [令和6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

2 支出の抑制

No.	目標	行動計画	令和6年度の具体的な取組内容
(1)	薬品費の抑制 【本・分院】	【本院】 価格交渉の実施 [令和6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による薬品費の抑制	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抑制 ・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6年12～令和7年2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)

令和6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】							△	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		
新規入院未収金発生率	計画値	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度				
	実績値	0.45%以下	0.45%以下	0.45%以下	0.45%以下	0.45%以下				
	差	0.17%	0.33%	0.31%	0.23%					
新規外来未収金発生率	計画値	△0.28%	△0.12%	△0.14%	△0.22%					
	実績値	0.01%以下	0.01%以下	0.01%以下	0.01%以下	0.01%以下				
	差	0.01%	0.01%	0.01%	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										
【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 ③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	4年度	5年度	6年度	7年度				
	実績値	50%以上	50%以上	50%以上	50%以上	50%以上				
	差	57.4%	64.4%	71.4%	63.8%					
	計画値	7.4%	14.4%	21.4%	13.8%					
	実績値									
	差									
※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	4年度	5年度	6年度	7年度				
	実績値	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上				
	差	95.9%	93.9%	94.5%	95.1%					
	計画値	15.9%	13.9%	14.5%	15.1%					
	実績値									
	差									
※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6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】（※）は令和7年度計画値を予算に基づき修正しています								
薬品費比率 （医業収益比）※	計画値	3年度 13.9%以下	4年度 14.8%以下	5年度 14.8%以下	6年度 14.4%以下	7年度 14.1%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による薬品費の抑制 ・令和7年4月 薬品単価契約開始 （上半期分・令和7年3月競争見積実施） ・令和7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12月～令和8年2月 価格交渉の実施及び契約締結（下半期分） ・令和8年3月 薬品競争見積実施（令和8年度分）
	実績値	14.0%	13.6%	15.1%	15.1%			
	差	0.1%	△1.2%	0.3%	0.7%			
	【価格交渉による削減額】 価格交渉前の単価で購入した場合と比較して、19,713千円削減							
【実績分析】 物価高騰や高度急性期医療の提供などにより、薬品費比率は上昇傾向にあるものと考えられる。								

No.	目標	行動計画	令和6年度の具体的な取組内容
		【分院】 価格交渉の実施 [令和6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抑制	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6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6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。

令和6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】（※）は令和7年度計画値を予算に基づき修正しています									
		3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	△	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抑制	
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	3.7%以下	4.0%以下			
	実績値	3.7%	4.3%	4.7%	4.4%				
	差	△0.2%	0.4%	0.8%	0.7%				
【価格交渉による削減額】 価格交渉前の単価で購入した場合と比較して、78,070円削減することができた。									
【実績分析】 物価高騰などにより、薬品費比率は上昇傾向にあるものと考えられる。									
【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%	93.7%				
	差	▲0.3%	2.0%	3.0%	3.7%				
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%	61.6%				
	差		▲3.9%	▲1.8%	11.6%				
【後発品・バイオシミラーへの切替え状況】 ○先発品から後発品に切り替え 26品目 内訳 内服薬16品目、外用薬2品目、注射薬5品目、造影剤3品目 ○新規に採用した後発品 6品目（うちバイオシミラー1品目） ○新たに規格追加され採用した後発品 3品目（いずれも抗がん剤）									
【実績分析】 金額ベースの後発医薬品比率が大きく上昇し、計画値を達成できた一番の要因は、「ルセンティス硝子体内注射キット10mg/ml」をバイオシミラーである「ラニズマブB S 硝子体内注射用キット10mg/ml」へ完全に切り替えられたことである。さらに、先発品と後発品の薬価差に年間使用量を掛けた年間購入額の変化値が1,500万円を超える3品目（ルセンティス硝子体内注射キット10mg/ml、レミケード点滴静注用100mg、アバスチン点滴静注用400mg/16ml）のバイオシミラーの使用率を向上させたこと、同じく年間購入額の変化値が1,000万円を越える「ビダーザ注射用100mg」を後発品の「アザンチジン注射用100mg」に切り替えたことが計画値達成の大きな要因となった。									
【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%	94.5%				
	差	▲1.8%	▲4.0%	▲1.2%	▲0.5%				
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%	65.8%				
	差		▲10.7%	▲18.1%	▲4.2%				
【後発品への切替え状況】 ○先発品から後発品への切り替え 7品目 内訳 注射薬：3品目、内服薬：4品目									
【実績分析】 月1回開催している薬事委員会において、後発医薬品比率の数量ベース及び金額ベースの報告を行い、医師への周知及び後発医薬品への切り替え提案を実施した結果、概ね計画値に達した。									

No.	目標	行動計画	令和6年度の具体的な取組内容
(2)	診療材料費の抑制 【本・分院】	【本院】 ・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6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抑制	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抑制 ・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） ・令和6年6～7月 価格交渉の実施 ・令和6年7～8月 価格交渉妥結、変更契約の締結 共同購入選定品への切替の実施 ・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）
		【分院】 ・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6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診療材料費の抑制	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抑制 本院と連携した診療材料の購入及び価格交渉を実施した。
(3)	委託料の抑制 【本・分院】	【本院】 仕様の見直し等による委託料の抑制 [令和6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 ・価格交渉や安価な業者の選定により委託料の削減に努めた。 ・医療機械保守契約で、長期継続契約への切り替えを行った。 ・P E T－C Tの保守契約において、仕様を見直し不要項目を削除した。
		【分院】 仕様の見直し等による委託料の抑制 [令和6年度行動計画] 現状の仕様を継続したうえでの委託料維持	現状の仕様を継続したうえでの委託料維持 ・現状の仕様を継続したうえで、費用維持に努めた。 ・警備業務は、本院において分院を含めて一括で業務委託を実施した。 ・白衣等の賃借は、本院と同価格での契約を実施した。
(4)	その他の費用の抑制 【本院】	【本院】 その他の費用抑制の検討 [令和6年度行動計画] その他の費用抑制の取組	その他の費用抑制の取組 ・ポスターによる節電の呼びかけ ・医局に文房具のリサイクルボックスを設置

令和6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】（※）は令和7年度計画値を予算に基づき修正しています								
診療材料費比率 （医業収益比）※	計画値	3年度 15.5%以下	4年度 14.5%以下	5年度 14.5%以下	6年度 13.4%以下	7年度 13.6%以下	△	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抑制 ・令和7年4月 診療材料単価契約開始（令和7年3月競争見積実施） 検査試薬単価契約開始（令和7年3月競争見積実施） ・令和7年6月 価格交渉の実施 ・令和7年8月 価格交渉の契約締結 ・令和8年3月 診療材料競争見積実施（令和8年度分） 検査試薬競争見積実施（令和8年度分）
	実績値	13.9%	13.7%	13.9%	14.5%			
	差	△1.6%	△0.8%	△0.6%	1.1%			
【価格交渉等による削減額】 ○価格交渉前の単価で購入した場合と比較し、診療材料は4,798千円、検査試薬は431千円削減 ○診療材料の共同購入への参加により、71,475千円削減								
【実績分析】 物価高騰や高度急性期医療の提供に伴い、診療材料費比率は上昇傾向にあるものと考えられる。								
【評価指標】								
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	△	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抑制
	実績値	6.0%	5.9%	6.0%	6.6%			
	差	0.3%	0.2%	0.3%	0.7%			
【価格交渉による削減額】 価格交渉前の単価で購入した場合と比較し、142,170円削減								
【実績分析】 物価高騰に伴い、診療材料費比率は上昇傾向にあるものと考えられる。								
【評価指標】（※）令和7年度計画値を予算に基づき修正しています								
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 8.3%以下	△	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。
	実績値	7.3%	7.9%	8.1%	8.5%			
	差	0.2%	0.2%	0.4%	0.3%			
【実績分析】 物価高騰・人件費高騰に伴い委託料比率は上昇傾向にあるものと考えられる。								
【評価指標】（※）令和7年度計画値を予算に基づき修正しています								
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 8.9%以下	△	仕様の見直し等による支出抑制
	実績値	5.2%	6.7%	9.5%	9.5%			
	差	△0.2%	0.4%	3.8%	0.5%			
【実績分析】 物価高騰・人件費高騰に伴い委託料比率は上昇傾向にあるものと考えられる。								
【評価指標】（※）令和7年度計画値を予算に基づき修正しています								
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 8.9%以下	○	その他の費用抑制の検討・取組 ・他施設の事例も含めて、費用抑制策について調査・検討を行う。 ・ペーパーレス化の推進に向けた検討・取組（ポスター作成等）
	実績値	5.2%	6.7%	9.5%	9.5%			
	差	△0.2%	0.4%	3.8%	0.5%			
【実績分析】 物価高騰・人件費高騰に伴い委託料比率は上昇傾向にあるものと考えられる。								
運営委員会の評価							運営委員会からの意見等	

3 病院機能の検討

No.	目標	行動計画	令和6年度の具体的な取組内容
(1)	病院機能の検討 【本・分院】	不採算部門のあり方等について、院内及び関係機関と適宜検討 [令和6年度行動計画] 本院において、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医療を提供	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の提供に努めた。
		本分院の機能分化を見据えた病床再編の検討 [令和6年度行動計画] 「大佐和分院施設整備基本構想・基本計画(案)」を作成し、本・分院の「機能分化・連携強化」について具体的な内容を盛り込む	「企業団経営強化プラン」で示した本・分院の「機能分化・連携強化」について、「大佐和分院施設整備基本構想・基本計画(案)」を作成し、具体的な病床機能と病床配分を決定した。
		分院建替えに向けて構成4市及び関係機関とともに、今後の整備方針を決定 [令和6年度行動計画] 分院建替えについて企業団内で検討した結果を基に、構成4市及び関係機関を交えて協議を実施	分院建替えについて企業団内で検討した結果を基に、構成4市及び関係機関を交えた協議を実施 ・大佐和分院建替え院内検討会の開催 ・大佐和分院施設機能検討委員会の開催 ・総務省の経営・財務マネジメント強化事業によるローコスト建築の専門家、千葉県地域医療構想アドバイザー及びDPCアドバイザー（企業団顧問）からの助言を受けるとともに、職員、企業団議会議員及び構成4市を対象とした講演会を開催 ・企業団議会議員及び構成4市を交えた建替え候補地と現分院の視察
(2)	経営形態の検討 【本・分院】	経営強化に向けた最適な経営形態のあり方の検討 [令和6年度行動計画] 現状の経営形態の中での経営強化に向けた取組を検討・実施	現状の経営形態の中での経営強化に向けた取組を検討・実施した。

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6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6年度行動計画] 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 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

令和6年度達成状況			
実績及び成果		評価	今後の取組及び方向性
		○	○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の提供に努める。 ○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する。
		○	分院建替えのためのプロジェクトを立ち上げ、病床再編の実施に向けて具体的に検討を開始する。
		○	構成4市及び関係機関との協議を実施し、「大佐和分院施設整備基本構想・基本計画」の策定を目指す。
		○	現状の経営形態を継続し、経営強化に向けた取組を実施する。 令和6年度の経営強化に向けた検討事項を実行に移せるよう各局が連携して、経営強化に向けて取り組む。
運営委員会の評価		運営委員会からの意見等	

令和6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】										
		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	1,086件					
	差	▲150件	▲218件	▲187件	86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	6,867人					
	差	▲277人	▲531人	594人	367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	353人					
	差	35人	20人	▲12人	53人					
【入院化学療法延患者数】 令和6年度 605人（前年度比 131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。										
							○		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6年度の具体的な取組内容
		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6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
		心疾患患者等への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6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	心血管疾患患者等への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
		糖尿病患者への多職種による総合的な治療の実施 [令和6年度行動計画] ①予防的フットケア外来の実施 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 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及び療養指導の実施 ⑦糖尿病患者へのケアに精通する看護師の補充	①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、足の状態の確認等）と療養指導を実施した。 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） 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 ・糖尿病合併症外来において、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及び結果説明を実施した。 ・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、病診連携を図った。 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6年度行動計画] 8系統17診療科による当直・待機体制の維持	8系統17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17診療科の当直・待機体制により、救急患者の積極的な受け入れを行った。 ・地域の救急医療体制を維持するため、外科系二次輪番病院の空白日に本院が三次救急に加え、軽症から中等症までの二次救急や高齢者救急も担うことで対応した。 ・袖ヶ浦さつき台病院との下り搬送連携を6月に開始した。

令和6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】							△	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
		3年度	4年度	5年度	6年度	7年度		
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	236件			
	差	▲35件	▲22件	22件	▲74件			
【実績分析】 前年度と比較して96件減となり、計画値には達しなかった。								
【評価指標】							△	心血管疾患患者等への24時間体制での専門医による精密な診断・治療の実施
		3年度	4年度	5年度	6年度	7年度		
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	1,621件	1,581件	1,580件	1,500件			
	差	71件	31件	30件	▲50件			
【実績分析】 前年度と比較して80件減となり、計画値には達しなかった。								
【評価指標】							×	①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で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 ⑦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	287件			
	差	304件	472件	430件	▲313件			
【総合的な治療の実施状況】								
		5年度	6年度	差				
糖尿病教室参加者		108人	90人	▲18人				
糖尿病教育入院件数		87件	65件	▲22件				
在宅自己注射指導管理料		3,594件	4,676件	1,082件				
【実績分析】 ○糖尿病・内分泌・代謝内科の医師数の減及び糖尿病看護認定看護師の退職に伴い、マンパワーが半減したことで、各実績値の減につながった。 ○マンパワーの減少に対して、年間を通して課題抽出、解決策の検討、業務の効率化に努め、下半期の改善につなげたが、年間目標数には達しなかった。								
【評価指標】							△	8系統17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、地域の救急医療体制を維持するため、三次救急としての対応に限らず、軽症から中等症までの二次救急及び高齢者救急への対応を行うと同時に二次医療機関への下り搬送について対応していく。
		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	9,690件			
	差	▲1,488件	▲1,146件	▲995件	▲1,310件			
ホットライン受入件数	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	5,709件			
	差	200件	519件	671件	▲691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%	41.4%			
	差	▲8.0%	▲6.2%	▲7.6%	▲5.6%			
I C U・C C U 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%	70.4%			
	差	▲8.6%	▲4.5%	▲7.9%	▲9.6%			
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%	54.1%			
	差	▲1.1%	▲17.8%	▲13.5%	▲10.9%			
【実績分析】 前年度と比較して上半期は救急患者が少なかったが、下半期には救急患者、感染症患者及び転院待ち患者の増などにより病床が逼迫し、救急患者の受入れが困難な状況となった。今後は、H C Uの効率的な病床運用及びI C U非稼働病床の一部再開を目指す。								

No.	目標	行動計画	令和6年度の具体的な取組内容
(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6年度行動計画] ①地域の医療機関等との連携強化 ②教育体制の充実 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、連携強化につながった。 ②教育体制の充実 ・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継続的に養成・更新している。 ・充実した臨床研修医の教育を実施している。 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。
		他施設からの新生児の積極的な受入れ [令和6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 ・令和6年度の新生児科常勤医師は5人で、前年度から1人増となった。（うち1人は当直ほぼ不可で、待機可能回数にも制限あり） ・千葉大小児科医局に当直応援を依頼し、月4～5回程度の派遣があった。（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。 ・市原医療圏からの新生児入院依頼を6例受け入れた。 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40回、第41回千葉県周産期新生児研究会へ参加した。（6月・12月） ・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】	緩和ケア病棟の効率的な運用 [令和6年度行動計画] ①緩和ケア病棟の病床利用の適正化 ②緩和ケア外来の充実	①緩和ケア病棟の病床利用の適正化 ・緩和面談時に得た患者の情報を面談担当医師と病棟担当医師が共有し、緩和病棟への入棟時期や今後のフォロー体制をどのようにするか検討を実施した。 ・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り組んだ。 ・在宅訪問診療医と連携し、患者情報を相互に共有することで、迅速な患者受入れにつなげた。 ・緩和ケア病棟の病床利用率の向上に向けた運用見直しについて、病床管理部会で検討を行った。 ②緩和ケア外来の充実 ・緩和ケア外来（週2日）での診療により、他診療科の外来患者への緩和ケア対応を実施した。 ・他医療機関や院内の各診療科からがん患者の紹介を受け、主科と併診しながら苦痛症状の緩和に取り組んだ。また、症状に応じて訪問診療や訪問看護の導入、緩和ケア病棟への入院につなげた。
(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6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。 ・千葉大学の循環器内科、心臓血管外科、腎臓内科、泌尿器科、救急集中治療及び画像診断・放射線科の6領域の教授訪問を実施した。 ・千葉大学医学部附属病院の病院長交代に伴い、新病院長の訪問を実施した。 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 腎臓内科医師1人から自己応募があり、面接を実施したが採用には至らなかった。 ④確保困難な診療科医師について医師紹介業者の活用 ・医師紹介業者から71件の紹介を受け、うち採用条件がマッチした4人の医師と面接を実施し、採用内定となった。 ・令和7年4月から病理診断科常勤医師が1人採用となった。 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、内科領域1人、外科領域1人、救急科領域1人を令和7年4月、自治医科大学出身者で内科領域1人、救急科領域1人を令和8年4月（令和7年度は当院プログラム連携先施設にて研修）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、医師1人から応募があった。また、問合せに対しても各診療科長と情報共有しながら早期に対応した。

令和6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地域の医療機関等との連携強化 ②教育体制の充実 臨床研修医及びアドバンス助産師の教育に努める。 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・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。 ○ハイリスク症例の受入れを継続しながら、立ち会い出産など多様な分娩スタイルへの対応を検討し、一般妊婦の受け入れ拡大を図る。		
		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	261件					
	差	▲45件	▲17件	▲64件	▲19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	111件					
	差				▲29件					
【実績分析】 分娩件数（特に帝王切開件数）、ハイリスク妊娠受入件数ともに増加しているが、計画値には達しなかった。今後も君津医療圏で唯一の地域周産期母子医療センターとして、ハイリスク妊産婦の積極的な受け入れに努める。										
【母体搬送受入れ実績】 ○母体搬送件数 44件（前年度比 4件増）										
【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れに努めるとともに、医療需要等について注視していく。		
		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	33件	47件	47件	43件					
	差		▲3件	▲3件	▲7件					
【実績分析】 ○依頼件数の減少は、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緩和ケア病棟の病床利用の適正化 ・緩和ケア病棟の入棟対象患者及び入院期間等の病棟運用体制の見直しを行い、病床利用の適正化を図る。 ・近隣医療機関等の医師やケアマネージャーなどに向けて緩和ケア病棟の広報活動に取り組む。 ・緩和ケア外来担当医師の退職に伴い、緩和ケア外来は縮小となるが、その分緩和ケア病棟での患者受け入れ体制の充実を図る。
		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	14人以上	14人以上				
	実績値	13人	14人	11人	11人					
	差		▲2人	▲5人	▲3人					
【実績分析】 1日平均入院患者数については、計画値の14人を維持できるよう病床管理を行ったが、計画値には達しなかった。次年度に病棟の患者受入体制の見直しを行い、一般病棟から緩和ケア病棟へのスムーズな転棟を可能とする体制を構築する。										
【緩和ケア病棟の運用状況】 ○緩和ケア面談 297件（前年度比 9件減） ○緊急入院初期加算 71件（前年度比 増減なし） ○在宅医療への支援 9件（前年度比 増減なし）										
【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		
		4年度当初	5年度当初	6年度当初	7年度当初					
正規職員 （任期付短時間勤務職員含む）		124人	123人	126人	129人					
初期研修医		33人	31人	32人	29人					
後期研修医		32人	31人	33人	33人					
計		189人	185人	191人	191人					

No.	目標	行動計画	令和6年度の具体的な取組内容
		看護師の確保 ・附属看護学校及び看護系大学から看護師確保 ・中途採用による看護師確保 ・夜勤可能な看護師の確保 [令和6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展 ⑤採用試験の実施	①県内の看護系大学への訪問 6月に県内8大学に訪問を実施した。 ②病院見学の実施 病院見学の申し込みがあった際には、随時受入れを実施した。 ③病院説明見学会及びインターンシップ研修会の開催 附属看護学校以外の看護学生等を対象とした病院説明見学会及びインターンシップ研修会を開催した。(8月・2月) ④合同就職説明会への出展 千葉会場に3回(6月、8月、1月)、東京会場に1回(1月)出展した。さらに、県内2つの大学から看護学部生の学内就職説明会に招待され、2回(1月・2月)参加した。看護局と人事課が連携し、教育体制の充実など当院の強みをアピールすることができた。 ⑤看護師採用試験の実施 ・5月に附属看護学校の採用試験、6月、7月、9月、10月、11月、3月に外部からの応募者への採用試験を実施した。 ・附属看護学校から36人、外部から18人の合格者に内定を出した。
		医療技術職員の確保 [令和6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 ④病院見学の実施	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 ・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、薬剤師の採用試験を4月に、臨床検査技師、診療放射線技師、理学療法士、言語聴覚士、視能訓練士及び調理師の採用試験を7月に実施した。また、採用に至らなかった職種については追加で採用試験を実施した。 ③採用情報サイトへの求人情報の掲載 全国の医療系大学及び養成学校に求人票を一斉に送信できる無料サービスを活用し、求人情報の配信を実施した。 ④病院見学の実施 将来医療技術職を目指す近隣高校の学生を対象に病院見学会を開催し、9職種17人が参加した。
(6)	職員定数見直しの検討 【本・分院】	・医療機能を維持するために必要な人員数の適正な把握 ・将来を見据えて、本院の急性期機能特化における適正な病床数と分院の建替えを踏まえた人員数の検討 [令和6年度行動計画] ①医師の働き方改革への対応に伴い、医療機能の維持に向けた必要な人員数の検討 ②分院の建替えを踏まえた人員数の検討	①医師の働き方改革への対応に伴い、医療機能の維持に向けた必要な人員数の検討 各診療科へアンケート調査やヒアリングを実施し、医師のタスクシフトに関する要望を調査した。 ②分院の建替えを踏まえた人員数の検討 分院の建替え計画の進行に伴って人員数の検討を開始した。
(7)	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6年度行動計画] ①薬剤管理指導実施件数の増に向けた薬剤科内の業務の円滑化 ②退院時薬剤情報管理指導料の算定件数の増に向けた運用の検討	①薬剤管理指導実施件数の増に向けた薬剤科内の業務の円滑化 産休・育休者の増加による人員不足への対応として、12月から休日の日勤者に対して振替休日の付与ではなく、時間外勤務による手当支給とし、出勤者の減少へ対応した。 ②退院時薬剤情報管理指導料の算定件数の増に向けた運用の検討 ・お薬手帳シールの運用が軌道に乗り始め、これまで月平均100件程度だった退院時薬剤指導件数が、8月以降は月平均170件と大きく増加した。 ・お薬手帳シールの記載内容について、話し合いを重ねながらフォーマットを作成した。 ・退院指導については、病棟からの依頼も増えており、可能な限り対応できるよう退院前日までに指導を済ませる対応を取った。

令和6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展 ⑤採用試験の実施
		3年度末	4年度末	5年度末	6年度末	7年度当初		
看護師数		684人	704人	710人	709人	722人		
産休・育休・療休等		51人	50人	52人	64人	61人		
実働看護師数	計画値	-	643人	643人	668人	668人		
	実績値	633人	654人	658人	645人	661人		
※看護師数の実績値について小数点以下切り上げ								
[医療技術局職員採用内訳] 薬剤師 1人採用 臨床検査技師 3人採用 診療放射線技師 1人採用 理学療法士 2人採用 歯科衛生士 1人採用 視能訓練士 2人採用 管理栄養士 1人採用 計 11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医療技術職養成校への求人案内の配付
							○	①医師の働き方改革への対応に伴い、医療機能の維持に向けた必要な人員数の検討 医師へのタスクシフト要望調査の結果を踏まえながら関係部署と連携して対応を進める。 ②分院の建替えを踏まえた人員数の検討 分院の建替えについては、関係会議等で決定した事項を踏まえたうえで、対応を進める。
【評価指標】							○	①薬剤管理指導実施件数の増に向けた薬剤科内の業務の円滑化 ②退院時薬剤情報管理指導料の算定件数の増に向けた運用の実施 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	12,837件			
	差	▲148件	187件	540件	337件			
【退院時薬剤情報管理指導実績】 ○退院時薬剤情報管理指導件数 1,644件（前年度比 286件増）								

No.	目標	行動計画	令和6年度の具体的な取組内容
		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6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 ・新人管理栄養士の業務を給食管理から栄養管理へ拡大するとともに、業務内容についての理解度を図るテストや症例報告を行った。 ・栄養指導件数の増に向けて栄養指導依頼枠の見直しを行い、効率よく病棟を回れるように調整を行った。 ②外来栄養食事指導件数の増 ・栄養指導を行える実働管理栄養士の不足により、外来栄養食事指導を縮小せざるを得ない状況であったことから、集団指導（糖尿病教室）を拡大できるように病棟・外来師長へ毎月のスケジュールを配信するなど働きかけを行った。 ・心臓病教室は新型コロナウイルス感染症の流行により休止していたが、再開に向け病棟と調整を行った。 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）、摂食嚥下支援チーム等の研修会へ参加した。
		急性期リハビリテーションの充実 〔令和6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。 ・診療報酬改定対策のためのワーキンググループを科内に設置した。運用方法の変更についてグループ内で検討し、事前にフローチャートを作成して科内周知することで、スムーズに改定後の運用に移行できた。 ・各スタッフの業務量を把握するため、業務シートの運用を開始した。業務シートからチーム別の持ち患者数における1日推定業務量を算出した結果、チームごとの業務量にばらつきがあることが判明した。 ・リハビリテーション総合実施計画書の現状に適した書式への変更と併せて、作成方法及び運用方法を変更し周知した。 ・患者用自主トレーニングの動画の作成について検討した。（令和7年度上半期には動画活用によるトレーニングを提供予定）
		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6年度行動計画〕 歯科医師及び歯科衛生士による周術期口腔ケアの実施	歯科医師及び歯科衛生士による周術期口腔ケアの実施 新規患者の周術期口腔ケアの依頼は全て対応することができた。
		入院患者のADL維持向上に向けた多職種連携による取組の推進 〔令和6年度行動計画〕 入院患者のADL維持向上に向けた多職種による各種チーム活動	入院患者のADL維持向上に向けた多職種による各種チーム活動 多職種によるチーム医療を推進し、多職種が連携して患者の状態に合わせたケアを実施することで、ADLの維持・向上を図り、在宅復帰を支援するための取組を実施した。 【多職種によるチーム医療】 ・栄養サポートチーム ・早期離床・リハビリテーションチーム ・呼吸ケアチーム ・摂食嚥下支援チーム 等

令和6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入院栄養食事指導件数の増 ・新人管理栄養士が栄養指導を個別入院栄養指導を担当できるよう指導していく。 ・栄養指導の実働人員を確保し、指導件数の増加につなげる。 ②外来栄養食事指導件数の増 ・心臓病教室を再開し、個別栄養指導を実施できなかった患者の取りこぼしを減らす。 ・他部署と連携をとり依頼件数増加につなげる。 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 各種研修会・学会への参加や資格取得により、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	858件			
	差	177件	▲206件	74件	▲492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	1,373件			
	差	61件	▲79件	▲16件	▲127件			
【研修会等への参加状況】 ○院内研修 26人 ○院外研修 6人								
【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 336件（前年度比 4件減） ○周術期栄養管理実施加算 58件（前年度比 13件減） ○特別食加算 160,031件（前年度比 3,225件増）								
【実績分析】 実施件数減少の要因は、年度途中での退職、育児休暇及び療養休暇の取得があり、栄養指導を行える実働人数が4人減少したこと、新人指導ができる管理栄養士が不足したため、細かなフォローアップまで行えなかったことにある。対策として、栄養指導依頼枠の見直しを行い、効率よく病棟を回ることができるよう調整を行った。								
【評価指標】							急性期リハビリテーションの充実 ・効率的なリハビリテーション実施体制を構築する。 ・リハビリテーション科の新人教育プログラム活用し、新人教育を充実させることで、臨床業務時間（単位数）の増を図る。 ・自主トレーニングの動画を作成し、動画活用によるトレーニングを提供する。	
		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	75,905単位			
	差	▲5,508単位	▲15,579単位	▲29,759単位	▲18,095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 3,582件（前年度比 1,190件減） ○退院時リハビリテーション指導 1,511件（前年度比 268件増） ○早期離床・リハビリテーション加算 3,118件（前年度比 858件増） ○透析時運動指導等加算 61件（前年度比 33件減）								
【実績分析】 年度途中の療養休暇及び介護休暇等の取得があり、実働人数が4人減少し、人員不足となったことで計画値には達しなかった。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リハビリテーションを提供することで、ADLの維持・向上に努めた。								
【評価指標】								歯科医師及び歯科衛生士による周術期口腔ケアの実施 ・患者ごとの周術期口腔ケアの必要性を判断し、必要とされる患者に対してケアを実施していく。 ・紹介件数が少ない診療科に対して声掛けを実施する。
		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	1,963件			
	差	713件	233件	▲63件	63件			
							入院患者のADL維持向上に向けた多職種による各種チーム活動	

No.	目標	行動計画	令和6年度の具体的な取組内容
		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6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カリキュラムに即した研修の実施 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カリキュラムに即した研修の実施 「認定教育施設規則」の定めるカリキュラムに従い、6月から12月にかけて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 ・各病棟のリンクナースは症例報告を作成し、栄養状態の評価や栄養計画の立案等について振り返りを行った。 ・ポスター掲示で研修会開催のアナウンスを行い、栄養サポートチームに関わるスタッフ以外も参加できるよう院内発信したことで、医師や看護師、分院職員等の参加があった。
		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6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 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。 ・スキンケアチームメンバーと病棟スタッフが協力し、全入院患者の褥瘡アセスメントの実施、褥瘡予防診療計画書を作成、ケアの実施を行い、週1回定期的に評価を行った。 ・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を開催し、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った。(年4回) ・部署毎に面接を実施し、課題に沿った取組を継続してできるよう支援した。 ・褥瘡発生時は、チームメンバーと協働し、その場で発生原因をアセスメントして再発防止策が取れるよう支援を行った。 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(週1回)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、フィードバックを行った。 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、看護の質向上につなげることができた。 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 「事例から考える薬剤関連褥瘡の検討」のテーマで8月に開催し、薬剤師と認定看護師が講義を実施した。
		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6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及びカンファレンスの実施 ③緩和ケアチームによる院内勉強会の開催 ④緩和ケアリンクナースの育成	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。 ②緩和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 ・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。(週1回) ・病棟ラウンドを継続し、リーダー看護師とのカンファレンスによる患者の抽出を行った。 ③緩和ケアチームによる院内勉強会の開催 ・緩和ケアチーム医師によるPCTセミナーを開催し、看護師、リハビリスタッフ、薬剤師、栄養士及びMSWの多職種が参加した。 ・PCTカンファレンスの中で、ミニレクチャーを22回実施した。 ・緩和ケアチームによる院内研修会を開催した。 テーマ「疼痛の基礎と臨床」 「脊椎転移の治療について専門家に聞いてみよう」 ・緩和ケアに関する院内研修として、院内コミュニケーションスキル研修会及び院内外の看護師対象にELNEC-J看護師教育プログラム研修を実施した。 ④緩和ケアリンクナースの育成 ・緩和ケアリンクナースOJT研修を実施した。 ・オピオイドラウンドで医療用麻薬の安全使用の視点、副作用の確認、ケアについて学び、看護の視野が広がった。

令和6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】							△	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の実施 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 ・院内研修会及び症例検討会の開催
栄養サポートチーム介入件数	計画値	3年度 200件以上	4年度 200件以上	5年度 200件以上	6年度 200件以上	7年度 200件以上		
	実績値	259件	244件	207件	166件			
	差	59件	44件	7件	▲34件			
【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】 ○臨床実地修練修了者 1人								
【栄養サポートに関する院内勉強会】 ○開催回数 6回 ○参加人数 143人								
【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 各病棟で月1回短時間の研修を実施する。 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）
褥瘡発生率	計画値	3年度 1.2%未満	4年度 1.2%未満	5年度 1.2%未満	6年度 1.2%未満	7年度 1.2%未満		
	実績値	1.3%	1.4%	1.2%	1.4%			
	差	0.1%↑	0.2%↑	0.0%↓	0.2%↑			
【褥瘡ケアに関する院内勉強会】 ○開催回数 6回 ○参加人数 112人								
【かずさスキンケアセミナー】 ○開催回数 1回 ○参加人数 28人								
【実績分析】 計画書に沿って褥瘡予防対策を実施したが、計画値には達しなかった。引き続きスキンケアチームメンバーと協力して、全入院患者の褥瘡アセスメント、予防対策を実施していく。								
【評価指標】							○	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緩和ケア提供システムの強化 ③緩和ケアチームの質の向上に向けた取組 ④緩和ケアの人材育成
緩和ケアチーム介入件数	計画値	3年度 210件以上	4年度 300件以上	5年度 300件以上	6年度 500件以上	7年度 500件以上		
	実績値	285件	286件	717件	1,338件			
	差	75件	▲14件	417件	838件			
【緩和ケアに関する院内勉強会】 ○開催回数 2回 ○参加人数 69人 【院内コミュニケーションスキル研修会】 ○開催回数 1回 ○参加人数 50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 27人（院内19人 院外8人）								
【実績分析】 令和5年10月に緩和ケアチーム専任医師が着任し、日々のラウンドを実施したことなどにより、チーム介入件数が大幅な増となった。しかしながら、当該専任医師が令和7年4月で退職となったことから、次年度以降、活動を継続していくためにチームメンバーでの更なる協働が課題となる。								

No.	目標	行動計画	令和6年度の具体的な取組内容
		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6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、精神科医師、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6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 ・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。 ・チーム介入対象病棟を6病棟に拡大した。運用開始に際して、チーム活動の目的を明示した上で、対象患者の抽出方法、簡易残尿測定器の使用方法及び排尿日誌の運用について周知した。 ・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可能にな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の低減に向けた取組 ・尿道留置カテーテル挿入中の全患者について、週1回の適応監査を実施した。 ・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。また、抜去後に生じた下部尿路機能障害に対し薬剤調整等の支援を実施した。 ・尿道留置カテーテル挿入中の管理について、蓄尿バックの床への接触を避けるための固定用フックの購入及び使用方法についてのレクチャー、理学療法時における管理について周知した。 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。
		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6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ナース会議の実施 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 ・呼吸管理による医療関連機器圧迫創傷発生件数5件以下の維持	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）において症例報告と対応についての情報共有を実施した。 ・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呼吸ケアチームによる院内勉強会の開催 呼吸ケアに関する院内勉強会を3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 ・カリーナマスクフィッティングの指導者を養成したことで、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。 ・医療関連機器圧迫創傷の発生を予防したことで患者の皮膚損傷による苦痛をなくし、安全安楽に人工呼吸器を装着した。

令和6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】							○	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		3年度	4年度	5年度	6年度	7年度		
	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	3,225件			
	差	2,421件	1,137件	1,005件	225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 1,571人								
【評価指標】							○	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
症候性尿路感染症発生率（※日本病院会QI指標による）		3年度	4年度	5年度	6年度	7年度		
	計画値				0.22%未満	0.22%未満		
	実績値	0.25%	0.21%	0.28%	0.20%			
	差				△0.02%			
※QI指標における症候性尿路感染症発生率は、全病棟の入院患者を対象として算出している。 【カテーテル関連尿路感染率（JHAISによる指標）】 ○カテーテル関連尿路感染率 0.208% ※排尿ケアチーム介入対象病棟に入院している患者を対象として算出。 【排尿ケアに関する院内勉強会】 ○開催回数 2回 ○参加人数 45人								
【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 ・カーリナマスクフィッティングの新たな指導者の養成 ・呼吸管理による医療関連機器圧迫創傷発生件数5件以下の維持
呼吸ケアチーム 介入件数		3年度	4年度	5年度	6年度	7年度		
	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	98件			
	差	1件	40件	100件	58件			
【呼吸ケアに関する院内勉強会】 ○開催回数 3回 ○参加人数 142人								

No.	目標	行動計画	令和6年度の具体的な取組内容
(8)	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 ・近隣医療機関等の当院への要望調査及び要望への対応 〔令和6年度行動計画〕 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 ③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。	①周辺医療機関の情報を把握し、戦略的に紹介・逆紹介率の向上を図る。 ・各診療科において連携が必要な医療機関等が発生した際には、各医師から患者総合支援センターへ連絡し、速やかに訪問（面会）調整を行った。 ・医療機関等への訪問で得た情報（医療機関の専門性など）を病院運営連絡会議を通じて院内へ周知した。 ・各診療科部長に連携を深めたい医療機関アンケートを実施し、その結果を基に医療機関への訪問を実施した。 ・近隣に新規開業する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するとともに、共同利用申請の手続きを含め、本院との連携について説明を行った。 ・医師の働き方改革による消化器内科医師不足の影響で、前年度同様の診療体制を維持することが困難となった。この対応として、消化器系の患者獲得については、外科部長が地域の連携医療機関を訪問し外科への直接紹介を促した。 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 ・上総がんフォーラム ・地域緩和ケア連携会議 ③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。 地域緩和ケア連携会議を8月・2月に開催し、地域の医療介護従事者合計175人（うち院外122人）が参加した。会議では、がん患者を支えていくための地域課題を抽出し、君津医療圏における連携体制について協議を行った。また、開催後はアンケートを実施し、本会議や当院へのニーズを把握した。
		患者総合支援センターによる患者支援の充実 〔令和6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強化 ③予定入院患者への入院前支援の充実 ④「身寄りがない患者支援マニュアル」の作成・運用	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 がん患者及び難病患者に対して相談支援を行うことで、治療を継続できる療養環境を整備した。 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。 ・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。 ③予定入院患者への入院前支援の充実 ・予定入院患者の入院前支援（入院前問診）を予約制にして、対象診療科を拡大した。 ・ワーキンググループを立ち上げ、入院前支援の業務フローを作成した。 ・松戸市立医療センターへの視察や医師、医療技術員、看護師及び事務員で構成された地域連携・入退院支援分科会での検討により、入院前支援の予約枠の運用を開始することができた。 ④「身寄りがない患者支援マニュアル」の作成・運用 ・患者総合支援センター、看護局及び医事課が協働でワーキンググループを立ち上げ、29回（うち関係部署と5回）協議を重ね、「身寄りがない患者支援マニュアル」を策定した。 ・「身寄りがない患者支援マニュアル」の運用を開始し、入院当日に看護問診票を活用し、身寄りのない患者を特定するためのスクリーニングを実施することで、早期に課題やリスクを特定し、関係部署間での情報共有や組織的な対応ができるようになった。
(9)	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6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6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 本院からの医師派遣による外来診療を行い、皮膚科等の専門医療を提供した。

令和6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】							○	①周辺医療機関の情報を把握し、戦略的に紹介・逆紹介率の向上を図る。 ・各診療科部長への「連携を深めたい医療機関アンケート」を継続的に実施する。 ・連携を深めたい医療機関が発生した際に、速やかに訪問が実施できるようフローを明確化する。 ・地域連携の取組を通じて、紹介率・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の開催 ③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。 継続して地域緩和ケア連携会議が開催できる体制作りを整備する。
		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	74.9%	76.0%	77.7%	79.8%			
	差	▲0.1%	1.0%	2.7%	4.8%			
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%	83.1%			
	差	1.3%	9.4%	8.6%	13.1%			
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	52件			
	差				0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 2回 参加人数 109人 ○地域緩和ケア連携会議 開催回数 2回 参加人数 約175人								
【評価指標】							○	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強化 ③入院前支援の充実 入院前支援を更に充実させるため、対象患者拡大及び入院時支援加算1の算定に向けた検討を行う。
		3年度	4年度	5年度	6年度	7年度		
がん・難病相談支援センター相談件数	計画値				3,200件以上	3,200件以上		
	実績値	2,674件	3,036件	3,393件	3,827件			
	差				627件			
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	7,573件			
	差				1,273件			
【入院前支援実績】								
		5年度	6年度	差				
入院時支援加算算定件数		901件	1,638件	737件				
【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	5年度	6年度	7年度		
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	332件			
	差				▲288件			
【実績分析】 ○二次救急受入れ件数の減については、以下の要因によるもの。 ・常勤医師が1人減となったことで、二次救急輪番の年間当番回数が減少（二次救急輪番当番日 43回／年 → 26回／年） ・二次救急輪番1回当たりの救急車搬送受入件数の減（9.9件／日 → 8.2件／日）								
【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 1,078人（前年度比 18人減）								

No.	目標	行動計画	令和6年度の具体的な取組内容
		在宅医療の提供 [令和6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6年度の具体的な取組内容
(1)	教育・研修等の充実 【本・分院・附属看護学校】	初期臨床研修の充実 [令和6年度行動計画] 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	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38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 研修管理委員会及び臨床教育委員会（年3回）を開催した。 ③臨床研修指導医の養成 新たに臨床研修指導医1人及びプログラム責任者1人を養成した。 ④基本的臨床能力評価試験の受験 令和7年1月22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。また、今年度から4月に入職した新初期臨床研修医18人も研修開始時に受験した。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年度に受審した際の指摘事項であるインシデントレポートの提出件数が少ないことについて、修了要件に「インシデントレポートの提出件数を年間10件以上」を盛り込み、提出件数の増加につなげるよう対応した。
		新専門医制度における専門研修の充実 [令和6年度行動計画] 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 ②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	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。 ②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7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。 ・内科領域1人、外科領域1人、救急科領域1人の研修申込みがあり、令和7年度から専門研修を開始している。 ・自治医科大学の出身者から内科領域1人、救急科領域1人の研修申込みがあり、令和8年度（令和7年度は特別連携施設（鋸南病院、いすみ医療センター）でそれぞれ専門研修）から専門研修を行うこととなった。

令和6年度達成状況							今後の取組及び方向性	
実績及び成果						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	
【評価指標】						○		
		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	585件	532件	576件	516件			
	差	85件	32件	76件	16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	1,193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	2,303件	2,359件	2,420件			
	差	651件	603件	659件	120件			
運営委員会の評価								運営委員会からの意見等

令和6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】							○	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
		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	33人			
	差				1人			
【臨床研修指導医及びプログラム責任者の養成実績（令和6年度）】 ○臨床研修指導医 1人 ○プログラム責任者の養成 1人								
【評価指標】							○	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 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
		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	3人			
	差				0人			
【指導医数】（令和7年4月1日時点） ○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6年度の具体的な取組内容
		看護師教育の充実 [令和6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各種特定認定看護師の育成 ⑥院外研修会等への参加	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 ・認知症看護認定看護師 ・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 各種院外研修
		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6年度行動計画] ①各種認定資格の取得 ②学会発表及び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、医療情報技師、認定実務実習指導薬剤師、日病薬病院薬学認定薬剤師、赤十字ベシックライフサポーター、血液浄化専門臨床工学技士、二級臨床検査士（血液学）、有機溶剤作業主任者、特殊調理専門調理師、運転と地域移動支援実践者、がんゲノム医療コーディネーター、植込み型心臓デバイス認定士、3学会合同呼吸療法認定士、心不全療養指導士、認定作業療法士 ②学会発表及び院外研修会等への参加 関東甲信越ブロック理学療法士学会、日本集中医学会学術集会、日本不整脈心電学会学術大会、日本医学検査学会、日本環境感染学会総会学術学会及び各種認定資格取得のための院外研修 等
		事務職員の専門性の向上 [令和6年度行動計画] ①院外研修会等への積極的参加の推進 ②企業団職員を講師とした事務職員勉強会の開催	①院外研修会等への積極的参加の推進 広域市町村圏事務組合、自治研修センターが主催の各種研修会及びその他の院外研修会等へ積極的に参加し、事務職員の専門性の向上を図った。 ②企業団職員を講師とした事務職員勉強会の開催 令和6年度は開催することができなかった。
		附属看護学校の教育の充実 [令和6年度行動計画] 入学前教育プログラムや看護師国家試験合格支援プログラムの活用により1年次からの学習支援を強化する。	○1年生も含めた学生全員が看護師国家試験合格支援プログラムに参加し、1、2年次から国家試験へ向けた学習指導・支援を強化した。 ○各学年の学生をグループ分けして学習に関するテーマで意見交換を行う異学年交流を実施し、学生間で学習に関する情報を共有した。 ○教員は個々の学生の学習進捗の分析結果を確認し、学生指導に役立てると同時に、成績低迷者に対しては個別指導を行った。

令和6年度達成状況					今後の取組及び方向性		
実績及び成果				評価			
【研修会等参加状況】				○	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。		
研修等	5年度	6年度			②新人看護職員研修の実施		
看護実践能力向上研修	21分野99回(3,902人)	19分野65回(3,239人)			③看護教育指導者研修の実施		
新人看護職員研修	55回	51回			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		
看護教育指導者研修	10回(337人)	11回(283人)			⑤各種特定認定看護師の育成 ・急性・重症看護専門看護師1人 認定試験受験予定 ・認知症看護認定看護師1人 養成所入学		
看護管理者研修	8回(243人)	9回(99人)			⑥院外研修等への参加 ・認定看護管理者研修（ファーストレベル1人、セカンドレベル2人 受講予定）		
慢性心不全認定看護師	1人教育課程修了	1人認定試験合格					
認知症看護認定看護師	—	1人養成所合格					
急性・重症看護専門看護師	令和5年から養成所へ	1人教育課程修了					
認定看護管理者研修 ファーストレベル	3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					
【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		
○各種認定資格の取得	25件				②院外研修会等への参加		
○学会発表・座長または講師	28件				○医師の働き方改革に伴い、医療技術局関連部門でのタスクシフトを推進する。		
○院外研修会への参加	104件						
○論文	1件						
○医療安全管理者研修	1人						
【事務職員の専門性の向上への取組】				○	①院外研修会等への積極的参加の推進 広域市町村圏事務組合、自治研修センターが主催の各種研修会及びその他の院外研修会等へ積極的に参加し、事務職員の専門性の向上を図る。		
○広域市町村圏事務組合					②企業団職員を講師とした事務職員勉強会の開催		
・管理職研修	2人						
・J S T基本コース研修	4人						
・中級職員研修	4人						
・新規採用職員研修	2人						
○自治研修センター							
・係長研修	5人						
・個人情報保護法研修	4人						
・ロジカル・ライティング研修	5人						
・コンプライアンス研修	3人						
・データ活用向上研修	1人						
○その他							
・アドバンストコース	1人						
・給与実務研修会	1人						
・医療現場におけるクレーム・トラブル対応セミナー	1人						
・地方公営企業会計基準実務講習会	1人						
等							
【評価指標】				△	○入学前教育プログラムや看護師国家試験合格支援プログラムの活用により1年次からの学習支援を強化する。		
					○令和8年度入学者選抜において、新たに指定校制学校推薦型選抜を導入し、優秀な学生の確保を目指す。		
		3年度	4年度		5年度	6年度	7年度
看護師国家試験 合格率	計画値					100.0%	100.0%
	実績値	98.2%	100.0%		100.0%	96.4%	
		差			▲3.6%		
【実績分析】							
国家試験受験者55人中、2人が不合格となった。今後、成績が伸び悩んでいる学生に対して、更なる学習支援を行っていく。							

No.	目標	行動計画	令和6年度の具体的な取組内容
(2)	利用者満足度の向上 【本・分院】	【本院】 患者満足度の向上 [令和6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6年10月4日～11月8日 外来：令和6年10月2日～11月8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：403件 外来：486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、職員に周知した。医療技術局においても接遇改善に向けた取組を実施した。
		【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6年12月2日～12月27日 外来：令和6年12月2日～12月6日 ・調査対象 入院：調査期間中に入院していた患者13人 外来：調査期間中に外来受診した患者350人 ・回収件数 入院：13件 ※分院の入院患者構成から患者本人が回答できない場合が多いため、回収数が少なくなっている。 外来：350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2%が「やや不満」との評価であったことから、本院で開催された接遇研修会にオンラインで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6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	①その他利用者満足度調査の実施 ・調査期間：令和7年3月19日～3月29日 ・調査対象：面会者 200人 ・回収件数：176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 ・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6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	[令和6年度行動計画] ①その他利用者満足度調査の実施 ・調査期間：令和6年12月2日～12月27日 ・調査対象：面会者 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

令和6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】							○	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										
		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	97%	97%	97.1%	96.0%												
	普通	実績値	3%	3%	2.9%	3.5%												
	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%	0.0%	0.5%												
		差	△2.0%	△2.0%	△2.0%	△1.5%												
		3年度	4年度	5年度	6年度	7年度												
外来	満足・ほぼ満足	実績値	79%	84%	84.6%	81.4%												
	普通	実績値	19%	16%	13.9%	16.7%												
	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%	1.5%	1.9%												
		差	0%	△2%	△1%	△0%												
【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	80.0%	76.0%	71.2%	61.5%												
	普通	実績値	20.0%	22.0%	28.9%	30.8%												
	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%	2.4%	0.0%	0.0%												
		差	△2.0%	0.4%	△2.0%	△2.0%												
※未回答1件（7.7%）											○	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												
外来	満足・ほぼ満足	実績値	77.0%	74.0%	70.3%	70.0%												
	普通	実績値	21.0%	25.0%	26.7%	25.4%												
	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%	1.0%	3.0%	2.9%												
		差	0.0%	△1.0%	1.0%	0.9%												
※未回答6件（1.7%）							○	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										
【実績分析】 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、狭隘化が課題となっている。																		
【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												
満足・ほぼ満足	実績値	86.0%	84.0%	83.6%	75.0%													
普通	実績値	12.7%	15.0%	15.3%	23.3%													
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	0.7%	1.0%	1.1%	1.7%													
		差	△1.3%	△1.0%	△0.9%	△0.3%												
【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												
満足・ほぼ満足	実績値	57.0%	80.0%	90.3%	87.1%													
普通	実績値	36.0%	19.0%	9.7%	12.9%													
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	7.0%	1.0%	0.0%	0.0%													
		差	5.0%	△1.0%	△2.0%	△2.0%												

No.	目標	行動計画	令和6年度の具体的な取組内容
(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6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 会の開催 ②更新審査（本審査）受審	①病院機能向上委員会及び病院機能評価部会の開催 ・更新審査に向けて院内体制の整備、必要書類の準備等を実施した。 ・病院機能評価部会を中心に継続的な質改善活動を実施した。 ・サーベイヤーからの指摘事項や「中間的な結果報告」においてC評価と なった項目について、改善活動を行った。 ②更新審査（本審査）受審 ・令和6年7月25日、26日に更新審査を受審した。 ・「中間的な結果報告」においてC評価となった項目の補充的審査（書面審 査）を受審し、病院機能評価の5回目の認定を受けることができた。

3 安全な医療の提供

No.	目標	行動計画	令和6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6年度行動計画] 全職員を対象とした医療安全研修会の開催	全職員を対象とした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。 第1回テーマ「身体拘束をしない組織づくり」 「看護師がする！できる！身体拘束ゼロを目指す看護実践」 第2回テーマ「医療安全において安心安全に電波を利用するために」 ・研修未受講者に対し、院内グループウェアや電話にて受講を促した。
		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6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。 ・インシデント改善策の実施状況を確認 できるよう「是正・予防（改善）記録 用紙」を作成し、活用・評価につなげ 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 チェックを行うとともに、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つなげることができた。 ・上半期は特にIC同席や身体拘束最小化について記録のチェックを行い、 結果を現場へフィードバックした。7月の病院機能評価受審後は従来の チェック用紙を用いて、ラウンドを実施した。 ・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。 ・4月から「是正・予防（改善）記録用紙」の運用を開始し、改善策がしつ かり実施されるまで継続的な評価を行った。

令和6年度達成状況		今後の取組及び方向性	
実績及び成果		評価	病院機能向上委員会を中心に継続的な質改善活動を実施する。
【病院機能評価更新審査の結果】 ・1 領域：患者中心の医療の推進 A評価：19項目、B評価：2 項目 ・2 領域：良質な医療の実践1 A評価：30項目、B評価：3 項目 ・3 領域：良質な医療の実践2 S評価：2 項目、A評価：12項目 ・4 領域：理念達成に向けた組織運営 A評価：14項目、B評価：6 項目 ・1～4 領域の合計 S評価：2 項目、A評価：75項目、B 評価：11項目 【実績分析】 継続的な質改善活動により、前回受審時と比較してS評価は2 項目増、A評価は3 項目増、B評価は6 項目減となり、前回は上回る良好な結果となった。		○	
運営委員会の評価		運営委員会からの意見等	

令和6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】						○	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。 ・研修未受講者に対して、追加研修等を実施する。 ・研修受講率100%を維持する。	
		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	92.4%	91.0%	98.0%	100.0%			
差		▲7.6%	▲9.0%	▲2.0%	0.0%			
【実績分析】 研修未受講者に対し、院内グループウェアや電話で受講を促したことで受講率100%を達成することができた。						○	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。 ・効果的な院内ラウンドとフィードバックが行われるよう院内ラウンドチェック用紙の見直しを行い、医療安全部会での意見交換の機会を設ける。	

No.	目標	行動計画	令和6年度の具体的な取組内容
		・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6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」を定期発行し、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。 ○看護師や医療技術員からの報告の中で医師からの報告も必要と判断した事例については、医療安全管理者から該当医師に報告を要請した。 ○同一事例に対し、複数の職員から報告を得ることで発生状況がより明確となり、適切な改善策の立案につながった。 ○臨床研修医に対し、4月のガイダンスにてインシデント報告をすることの重要性をレクチャーするとともに、年間10件以上の報告をするよう指導した。 ○積極的に報告をしたスタッフとグッドジョブ報告事例を抽出し、表彰する取組を行った。
		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6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 地域施設と相互評価を継続的に実施することで良好な関係性を構築でき、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つながった。
(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6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	○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、職員の感染対策への知識や意識向上、感染症診療への理解を深めることができた。 - 第1回テーマ「感染対策と手指衛生」 - 第2回テーマ「手指衛生と手荒れ予防」 ・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。 ・研修未受講者に対し、院内グループウェアや電話にて受講を促した。 ○職員教育のための必須研修以外の院内勉強会を実施 - リハビリテーション科においては「手指衛生」、8階西病棟においては、クラスター・アウトブレイク発生ハイリスク病棟のため「感染対策の基本と薬剤耐性菌」をテーマとした勉強会を実施した。
		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6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に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。 ○手指衛生向上に向けた多角的アプローチの実施 ・「WHO 手指衛生多角的戦略」を導入し、手指衛生推進活動を強化した。自己評価ツールを使用した結果、本院は評価及びフィードバックが弱点であることが判明し、今後の課題が明確になった。 ・師長ミーティングにおいて手指消毒サーベイランスの結果を報告した。（月1回） ・院内感染対策研修会にて、院長・幹部から手指衛生を促すためのメッセージ動画を公開した。また、手指衛生キャンペーンとして、副院長、医務局長及び感染制御部長による手指衛生メッセージリレー動画を職員玄関で流した。 ・全職員を対象とした手指消毒手技チェックを実施した。 ・感染リンクチーム会では、「手指衛生がんばる宣言」ポスターを各部署で作成し、部署ごとの年間手指衛生目標として掲示した。

令和6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】										
		3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	○	○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く。		
医師		126件	160件	294件	444件					
看護師		1,973件	2,129件	3,165件	3,267件					
医療技術員		714件	601件	602件	544件					
事務員 他		124件	88件	120件	96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	4,351件					
	差	437件	▲22件	881件	1,051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%以上	5.4%以上	7.0%以上	10.2%以上					
	差		▲4.6%	▲3.0%	0.2%					
【同一事例への複数報告】 ○報告件数 延べ585件（270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、計画値の10%を達成することができた。										
【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 ○東千葉メディカルセンター ○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 職員個々の院内感染防止対策や感染症診療向上のため、研修会受講率100%を目指す。
		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	88.0%	98.0%	99.0%	99.4%					
	差	▲12.0%	▲2.0%	▲1.0%	▲0.6%					
【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、概ね計画値に達した。 ○医師の研修未受講が解消されれば、受講率100%も可能であると考える。病院長や幹部職員からのトップダウンでの呼びかけが必要である。										
							○	○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。 ○感染対策強化のため、院内全体の手指衛生を向上させる。 ○感染リンクチーム活動を通じ、現場でリーダーシップを発揮できる職員を育成する。		

No.	目標	行動計画	令和6年度の具体的な取組内容
		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6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（A S T）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。 ○I C U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I C U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） ○A S T相談窓口の設置 感染症診療支援体制の整備のため、A S T相談窓口を設置し感染症診療援助に貢献した。
		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6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 相互評価を継続的に実施することで良好な関係性を構築でき、双方の医療機関における感染防止対策の推進と医療の質向上につながった。

4 新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組

No.	目標	行動計画	令和6年度の具体的な取組内容
(1)	新興感染症の感染拡大時に備えた平時からの取組 【本・分院】	感染拡大時における事業継続計画（B C P）の策定及び見直し 〔令和6年度行動計画〕 感染拡大時における事業継続計画（B C P）の策定	感染拡大時における事業継続計画（B C P）の策定 千葉県保健医療計画、他医療機関のB C P等を参考に、本院で実施可能な「新興感染症の感染拡大等におけるB C P（案）」を作成した。
		近隣の医療機関等との連携による新興感染症等の発生を想定した訓練の実施 〔令和6年度行動計画〕 新興感染症を想定した訓練の実施	新興感染症を想定した訓練の実施 ・新興感染症（エムボックス発生）を想定した訓練を君津保健所及び近隣医療機関等と合同で実施した。（11月） ・新興感染症を想定した訓練において、外来から発熱ドーム、病棟までの搬送経路の確認や検体採取、保健所への受け渡しなど、具体的な運用の確認を行った。 ・本院が主体となり、新興感染症発生時の訓練を行うことで、地域の感染対策向上に貢献した。
		感染防護具等の計画的な備蓄 〔令和6年度行動計画〕 個人防護具の備蓄数の確保	個人防護具の備蓄数の確保 ・第一種協定指定医療機関として、新興感染症拡大時に備え、感染対策物資を確保した。 ・個人防護具を回転型の運用で備蓄した。

令和6年度達成状況		今後の取組及び方向性
実績及び成果	評価	
【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 99.2% ○第2回 99.3%	○	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 ・I C U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 ・特定抗菌薬届出率の向上 特定抗菌薬の届出漏れをなくすため、特定抗菌薬届出システムの導入を検討する。
【相互の感染防止対策評価の実施施設】 ・千葉中央メディカルセンター ・千葉県がんセンター	○	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することで、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6年度達成状況		今後の取組及び方向性
実績及び成果	評価	
	○	感染拡大時における事業継続計画（BCP）の策定 ・感染拡大時の確保病床の設置場所等を検討し、BCPに盛り込む。 ・相互評価での連携医療機関からの意見など参考にBCPを策定する。 ・BCPを院内周知する。
【訓練参加施設】 ・君津保健所 ・君津木更津医師会 ・君津中央病院大佐和分院 ・玄々堂君津病院 ・三枝病院 ・アクアリハビリテーション病院 ・介護老人保健施設わかくさ	○	新興感染症を想定した訓練の実施
	○	個人防護具の備蓄数の確保 個人防護具の備蓄について、回転型の運用を継続し、新興感染症発生時には備蓄数の見直しを行う。
運営委員会の評価	運営委員会からの意見等	

5 災害時等における医療体制の充実

No.	目標	行動計画	令和6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6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 ・政府主催の大規模地震医療活動訓練に伴う院内災害訓練を実施した。 (9月) ・防災管理分科会を定期的に開催し、災害対応マニュアルの改訂等を検討した。 ・新入職員を対象にエアストレッチャーを用いた搬送訓練を実施した。
(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6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、企業団議会議員及び構成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。	病院進入道路整備に関する企業団議会議員への勉強会の開催及び意見聴取 ・企業団議会議員への勉強会において、これまでの経緯や道路設計について説明し、併せて新たな病院進入道路整備に係る意見聴取を実施した。 ・本院の所在地である木更津市と打合せを行った。
(3)	災害時等における事業継続計画（BCP）の充実 【本・分院】	災害時等における事業継続計画（BCP）の充実 [令和6年度行動計画] 災害時等における事業継続計画（BCP）の見直し	災害時等における事業継続計画（BCP）の見直し BCPの見直しの必要性について検討した結果、令和6年度は見直しを実施しなかった。
		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6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覚書の締結	災害時等における必要資源の供給に関する覚書の締結 災害時等における必要資源（医薬品、診療材料、燃料、飲料及び食品等）の供給に関する覚書の締結により、災害時等に病院機能を維持することが可能となった。

6 デジタル化への対応

No.	目標	行動計画	令和6年度の具体的な取組内容
(1)	デジタル化への対応 【本・分院】	オンライン資格確認の利用促進 [令和6年度行動計画] マイナ保険証利用率の向上に向けた取組の実施	マイナ保険証利用率の向上に向けた取組の実施 ・マイナ保険証の利用促進のための案内文について、院内掲示及びホームページへの掲載を行った。 ・保険証確認窓口において、患者・家族への声かけや利用促進のための案内文の配布を行った。 ・マイナ保険証の利用促進のための館内放送を実施した。

令和6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の実施 ○災害対応マニュアルの改訂
		○	病院進入道路については、多額の費用と長期の用地交渉を要することが明らかとなっており、事業化には10年単位の時間を要する。このような状況下において、分院建替え事業と進入道路整備事業の両立は財政的・人的にも現実的ではない。 分院の現施設は老朽化が著しく、医療機能の継続に直接関わる事態に直面しており、この課題への対応を最優先とせざるを得ない状況であることから、分院の建替えが一定の進展を見せた段階で改めて本院の災害対応力強化策の一環として、進入道路のあり方についても再検討する。
		○	災害時等における事業継続計画（BCP）の見直しを適宜行う。
		○	災害時等における必要資源の供給に関する覚書の締結
運営委員会の評価		運営委員会からの意見等	

令和6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】									○マイナ保険証利用率の向上に向けた取組の実施 ○オンライン資格確認端末の増設	
		3年度	4年度	5年度	6年度	7年度				
マイナ保険証利用率	計画値				80%以上	100%				
	実績値				41.0%					
	差				▲39.0%					
【実績分析】 マイナ保険証利用率の向上のために行った院内施策に加え、12月から従来の保険証の発行が停止したこともあり、2月にはマイナ保険証利用率は40%となり、医療DX推進体制整備加算1の基準（利用率30%以上）を満たすことができた。しかしながら、国の目標値である80%の半分程度であることから、更なる利用率の向上に向けた取組に努める。							×			

No.	目標	行動計画	令和6年度の具体的な取組内容
		I Tの活用による医療の質の向上、医療情報連携、患者利便性の向上、業務の効率化 [令和6年度行動計画] ① I Tの活用による医療の質の向上 ② 医療情報連携の推進 ③ 患者利便性の向上 ④ 業務の効率化	① I Tの活用による医療の質の向上 インプラント支援システムの利用契約締結及び端末への導入を行った。インプラント体の埋入位置決定に必須となるC T画像による3 Dシミュレーションソフトを導入し、安全かつ効率的な診断のための環境を整備した。 ② 医療情報連携の推進 - 医療扶助のオンライン資格確認において、生活保護受給者の資格等の情報をオンラインで確認できる環境を整備した。 - 救急時医療情報閲覧機能の追加対応を実施した。 ③ 患者利便性の向上 ホームページのスマートフォン表示対応について検討し、コンテンツ管理システム開発環境のバージョンアップにより、モバイル版ホームページを標準機能で構成する環境を準備した。 ④ 業務の効率化 - W e bデータベースの更新によって利便性が向上し、事務作業の効率化につながった。 - R P Aソフトウェア導入による医事統計出力の自動化に向けて準備を行った。 - 病床管理支援システムの導入によるD P C入院期間Ⅱの可視化等に向けて検討を行った。
		サイバー攻撃による被害を想定した事業継続計画（B C P）の見直し [令和6年度行動計画] サイバー攻撃による被害を想定した事業継続計画（B C P）の見直し	サイバー攻撃による被害を想定した事業継続計画（B C P）の見直し - サイバー保険へ加入した。 - 医療情報セキュリティ開示書（M D S）によるベンダ対応状況をチェックした。 - B C Pの見直しを見据え、病院情報システムの中核を担う電子カルテシステム保守業者と意見交換を実施した。

7 施設・設備及び医療機器等の整備

No.	目標	行動計画	令和6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6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6年度予定工事13件が完了した。
(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6年度行動計画] 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7月 医療機械器具費予算要求ヒアリング実施 - 令和6年9～10月 医療機械・物流管理委員会の開催 - 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	医療機器等の計画的な導入・更新 - 令和6年4～3月 医療機械順次購入執行 - 令和6年7～8月 医療機械器具費予算要求ヒアリング実施 - 令和6年10月 予算要求 - 令和6年11月 医療機械・物流管理委員会開催（令和7年度購入医療機械について） - 令和7年3月 令和7年度購入機器執行準備

令和6年度達成状況		今後の取組及び方向性
実績及び成果	評価	
	○	① I Tの活用による医療の質の向上 ・感染症管理システムの更改 ・放射線レポートシステム診断補助ソフトウェアの拡張 ②医療情報連携 救急外来における患者情報収集機能の強化 ③患者利便性の向上 ・自動精算機の導入 ・ホームページのスマートフォン表示対応の実施 ④業務の効率化 ・R P Aソフトウェアによる業務の自動化 ・W e bデータベースの活用による事務作業の効率化
	○	サイバー攻撃による被害を想定した事業継続計画（B C P）の見直し ・医療情報システム障害対応基準のウイルス感染対応の追加及びクラウドシステム利用に関する規程の策定 ・サイバー保険への加入継続 ・サイバー攻撃に対する訓練の実施 ・医療情報システム関係業者とのB C P見直しに係る意見交換を継続する。
運営委員会の評価	運営委員会からの意見等	

令和6年度達成状況		今後の取組及び方向性
実績及び成果	評価	
【実施した主な工事】 ・病棟他L E D照明器具更新工事（その5）（令和5年度繰越事業）（7月工事完了） ・旧施設関連電力量計更新工事 ・厨房・洗濯排水処理施設更新工事（2期工事） ・病院棟4階介護ショップシャッターグリル部更新工事 ・散水用加圧給水ポンプユニット更新工事 ・予備酸素・笑気・窒素マニフールド更新工事 ・3階手術室系統自動制御機器更新工事 ・西病棟冷温水配管切替制御電動弁更新工事 ・各病棟勤務室ファンコイル更新工事 ・外来及び臨床検査科エアコン更新工事 ・3階サブクリーンホール系統空調機更新工事 ・各送排風機更新工事 ・病棟他L E D照明器具更新工事（その6）	○	『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
【導入・更新した主な医療機器】 ○本院（101件） ・生体情報管理システム ・手術用内視鏡システム ・質量分析装置 ・電動リモートコントロールベッド ・臨床用ポリグラフ ・手術用ナビゲーションシステム 等 ○分院（7件） ・医用画像管理システム ・血液ガス分析装置 ・超音波画像診断装置 ・全自動散薬分包機 ・解析付き心電計 ・電動患者椅子 ・硝子体内注射ガイド	○	○医療機器等の計画的な導入・更新 令和7年4月～ 医療機械順次購入執行 令和7年8～9月 医療機械器具費予算要求ヒアリング 令和7年9～10月 医療機械・物流管理委員会開催 令和7年10月 予算要求 令和8年3月 令和8年度購入機器執行準備 ○中長期医療機器更新計画の策定

No.	目標	行動計画	令和6年度の具体的な取組内容
(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6年度行動計画] ①情報システムの計画的な導入・更新 ②情報システム更新時期の計画立案	①情報システムの計画的な導入・更新 ・情報システムの計画的な導入・更新を行った。 ・費用抑制のため、システムの更新周期の可能な限りの延長や既存機器の流用に努めた。 ・調剤支援システムの保守状況を確認したうえで、更新時期を延期 ・再来受付システム・外来呼出システム等更改時に外来及び会計呼出用モニタを流用 ・耳鼻科聴力検査システム更改時に専用パソコンの購入はせず、電子カルテシステム用パソコンに相乗させることによる費用削減 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。

8 分院の施設機能の維持

No.	目標	行動計画	令和6年度の具体的な取組内容
(1)	分院の施設機能の維持 【分院】	老朽化した施設・設備の修繕等の実施 [令和6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。

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6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】	・医師労働時間短縮計画の作成（見直し） ・時間外労働の削減 ・勤務間インターバルの確保 ・タスクシフト等の推進 ・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6年度行動計画] ①医師労働時間短縮計画の見直し ②宿日直許可の申請が可能な診療科について検討 ③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の構築 ④タスクシフトの推進 ⑤医師の働き方改革に対応するための必要医師数の確保	①医師労働時間短縮計画の見直し ・各診療科の所属長へ医師の働き方改革に関するアンケート調査を実施した。 ・令和6年度から医師の働き方改革の各種取組が開始され、本院は原則としてA水準、例外として長時間勤務が続いている医師についてはB水準採用し、特定労務管理対象機関として県から指定されている。これに伴い県に医師労働時間短縮計画を提出し、B水準が適用されている医師の労働時間短縮に努めた。 ②宿日直許可の申請が可能な診療科について検討 産婦人科において、宿日直許可を申請し運用を開始した。 ③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の構築 インターバルや代償休息について、各診療科で業務の調整を実施した。 ④タスクシフトの推進 ・医師事務作業補助者及び特定認定看護師の養成・活用により、医師のタスクシフトを推進し、負担軽減を図った。 ・各診療科の所属長へタスクシフトの要望調査を実施した。 ⑤医師の働き方改革に対応するための必要医師数の確保 千葉大学等の医局からの派遣交渉や民間の人材紹介業者等を活用し、医師の確保に努めた。
		医師が不足する他の公立病院への医師派遣 [令和6年度行動計画] 医師が不足する他の公立病院等への医師派遣	医師が不足する他の公立病院等への医師派遣 ・鴨川市立国保病院や鋸南町国民健康保険鋸南病院等の近隣医療圏の病院の診療支援として、循環器内科、糖尿病・内分泌・代謝科及び皮膚科等の医師を派遣した。 ・医師の働き方改革の影響で宿日直許可を取得できなかった病院等で当直を請け負えるパート医師が減少し、君津医療圏において外科系の二次救急輪番を担当できる病院が不足したことから、本院から医師を派遣し二次救急輪番体制を維持した。

令和6年度達成状況		今後の取組及び方向性	
実績及び成果		評価	
【導入・更新した主な情報システム】 ・時刻同期管理サーバ装置 ・医用画像データ入出力システム ・インプラント支援システム ・再来受付システム・外来呼出システム等 ・医用画像3次元解析システム ・耳鼻科聴力検査システム ・リハビリテーション管理支援システム更新用ソフトウェア ・リハビリテーション管理支援システムサーバ装置 ・病床管理業務支援システム ・リハビリテーション管理支援システムミドルウェア 等		○	①情報システムの計画的な導入・更新 令和7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 ・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。 ・更新周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6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】 ・病棟及び外来診察室エアコン更新工事 ・リハビリ棟外壁補強工事 ・リハビリ棟外壁塗装 ・診察室5エアコン更新工事 ・玄関風除室内・外自動ドア修繕 ・リハビリ棟一般浴室給湯器交換 ・汚水処理装置調整槽NO-2ポンプ及び中継槽ポンプ交換 等	○	建替えを見据えたうえでの経年劣化した箇所の修繕
運営委員会の評価	運営委員会からの意見等	

令和6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 ②宿日直許可の申請が可能な診療科について検討 ③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の構築 ④タスクシフトの推進 ⑤医師の働き方改革に対応するための必要医師数の確保		
		3年度	4年度	5年度	6年度	7年度				
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	54人					
	差				7人					
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	141人					
	差				▲12人					
【実績分析】 ・前年度と比較してB水準の医師は減少したものの、計画値には達しなかった。今後、各診療科の科長や対象医師へのヒアリングを実施し、長時間勤務となっている原因を分析し、社会保険労務士等を活用しながら改善に努める。 ・勤務間インターバル及び代償休息について、勤怠管理システムへの反映が課題となっていることから、今後対応方法について検討する。									○	医師が不足する他の公立病院等への医師派遣

No.	目標	行動計画	令和6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6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。 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 ・各部署で10月、2月に目標管理面接を実施し、その情報を基にキャリア形成を目的とした部署異動を行った。 ・専門看護師、特定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。 ・中途採用者の受入れ体制として、入職時に看護局の概要、教育体制、医療安全・感染対策等について、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。 ・中途採用者フォローアップ研修を実施した。

令和6年度達成状況							今後の取組及び方向性	
実績及び成果						評価	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。	
【評価指標】								
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	77.7%	77.4%	75.6%	76.1%			
	差	▲7.3%	▲7.6%	▲9.4%	▲8.9%			
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%	7.5%			
	差	△2.7%	△4.5%	△2.3%	△2.5%			
【全職員対象の研修会】 ○ハラスメント研修 開催回数 1回 参加人数 215人 ○アサーション研修 開催回数 1回 参加人数 42人 【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。						△		
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。

下り搬送

高次医療機関（三次救急医療機関等）の救急外来を受診した患者や入院後3日以内患者を対象として、連携する他の医療機関でも対応可能と判断された場合に、転院搬送するものです。高次医療機関が本来担うべき重症患者の治療に集中し、地域の医療機関との連携を強化することで、地域の医療資源の効率的な活用を図ることを目的としています。

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

総務省が令和4年3月に策定した指針で、地域医療の持続可能性を確保するために、公立病院の経営強化を図ることを目的としています。このガイドラインでは、6つの視点、①役割・機能の最適化と連携の強化、②医師・看護師等の確保と働き方改革、③経営形態の見直し、④新興感染症の感染拡大時に備えた平時からの取組、⑤施設・設備の最適化、⑥経営の効率化、に基づいて、取組みを進めることが示されています。各地方公共団体はこのガイドラインに基づいて「公立病院経営強化プラン」を策定し、地域の実情に応じた取組みを進めています。

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

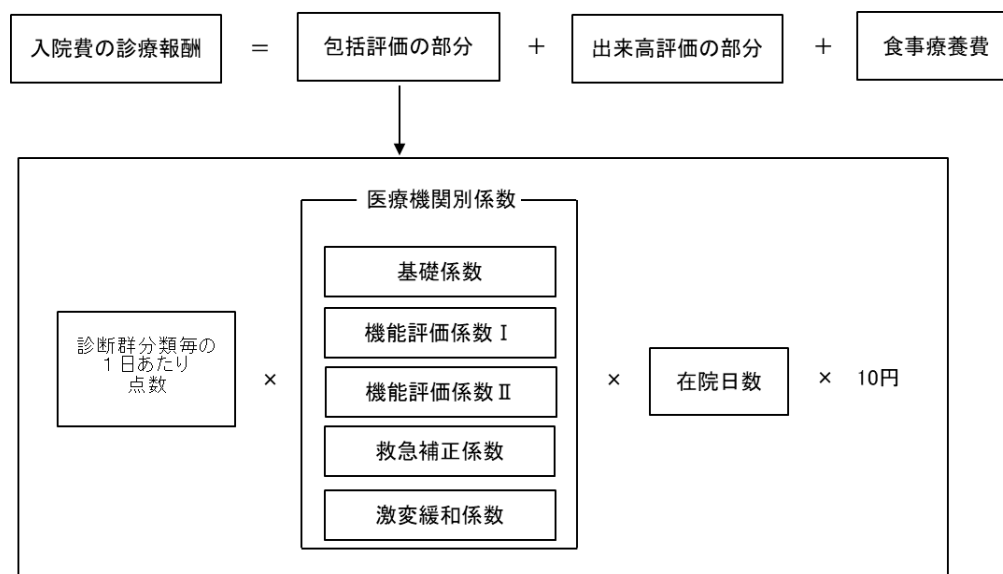
医療施設の中で、専門チームや委員会（感染制御チーム、褥瘡対策チームなど）と病棟看護師をつなぐ（リンクさせる）役割を持つ看護師のことです。各病棟から1人ないし複数人がリンクナースとして、専門チームや委員会と連携し、看護師と他職種とをつなぐ役割も持っています。

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。



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。

5S

5S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。5S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

第6次5か年経営計画 各施策の数値目標変更一覧

I 安定的な経営の確保

1 収入の確保

(1)入院及び外来患者数の増【本・分院】

取組内容	評価指標	6年度(実績)	7年度計画値(当初)	7年度計画値(変更後)	変更理由
【本院】 ・紹介及び救急からの新規患者獲得 ・適切な病床コントロールによる病床利用率の向上	延入院患者数【本院】	178,959人	185,420人	186,150人	令和7年度予算に基づき変更
	1日あたりの入院患者数【本院】	490人	508人	510人	令和7年度予算に基づき変更
	新外来患者数【本院】	41,606人	42,700人	43,440人	令和7年度予算に基づき変更
	延外来患者数【本院】	259,304人	266,200人	271,040人	令和7年度予算に基づき変更
	1日あたりの外来患者数【本院】	1,067人	1,100人	1,120人	令和7年度予算に基づき変更
【分院】 紹介及び救急からの新規患者獲得	新入院患者数【分院】	507人	520人	550人	令和7年度予算に基づき変更
	延外来患者数【分院】	38,129人	39,930人	40,414人	令和7年度予算に基づき変更
	1日あたりの外来患者数【分院】	157人	165人	167人	令和7年度予算に基づき変更

(2)診療単価の向上【本院】

取組内容	評価指標	6年度(実績)	7年度計画値(当初)	7年度計画値(変更後)	変更理由
・クリニカルパスの見直し ・DPC入院期間Ⅱでの退院 ・各種加算等の算定漏れ防止(他院とのベンチマークの実施) ・診療報酬請求に関する各部門への周知活動	入院患者1人1日あたり診療額	79,002円	81,600円	82,400円	令和7年度予算に基づき変更
	外来患者1人1日あたり診療額	22,542円	23,900円	24,300円	令和7年度予算に基づき変更
	平均在院日数(一般)	11.6日	11.0日	11.2日	令和7年度予算に基づき変更

2 支出の抑制

(1)薬品費の抑制【本・分院】

取組内容	評価指標	6年度(実績)	7年度計画値(当初)	7年度計画値(変更後)	変更理由
価格交渉の実施	薬品費比率(医業収益比)【本院】	15.1%	14.3%以下	14.1%以下	令和7年度予算に基づき変更
	薬品費比率(医業収益比)【分院】	4.4%	3.7%以下	4.0%以下	令和7年度予算に基づき変更

(2)診療材料費の抑制【本・分院】

取組内容	評価指標	6年度(実績)	7年度計画値(当初)	7年度計画値(変更後)	変更理由
・価格交渉の実施 ・共同購入選定品への積極的な切替え	診療材料費比率(医業収益比)【本院】	14.5%	13.3%以下	13.6%以下	令和7年度予算に基づき変更

(3)委託料の抑制【本・分院】

取組内容	評価指標	6年度(実績)	7年度計画値(当初)	7年度計画値(変更後)	変更理由
仕様の見直し等による委託料の抑制	委託料比率(医業収益比)【本院】	8.5%	8.2%以下	8.3%以下	令和7年度予算に基づき変更
	委託料比率(医業収益比)【分院】	9.5%	9.0%以下	8.9%以下	令和7年度予算に基づき変更

財務計画の達成状況（令和6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	182,500	178,850	178,959	98.1%	
	外来	267,300	260,010	259,304	97.0%	
1 日 平 均 患 者 数	入院	500	490	490	98.0%	
	外来	1,100	1,070	1,067	97.0%	

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	80,700円	80,000円	79,002円	97.9%	
	外来	23,700円	23,200円	22,542円	95.1%	
本院事業収益		24,149	23,602	23,257	96.3%	金額は税込額
医業収益		21,721	20,999	20,629	95.0%	
入院収益		14,728	14,308	14,143	96.0%	
外来収益		6,335	6,032	5,849	92.3%	
その他医業収益		658	659	637	96.8%	
医業外収益		2,428	2,603	2,628	108.2%	
構成市負担金		1,498	1,498	1,498	100.0%	
本院事業費用		24,131	24,267	23,797	98.6%	
企業団管理費		2	2	2	100.0%	
医業費用		23,004	23,123	22,712	98.7%	
給 与 費		12,644	12,461	12,266	97.0%	
材 料 費		6,175	6,355	6,261	101.4%	
経 費		2,976	3,098	3,007	101.0%	
減価償却費		1,060	1,060	1,056	99.6%	
資産減耗費		45	45	40	88.9%	
研究研修費		104	104	82	78.8%	
医業外費用		1,125	1,142	1,083	96.3%	
支払利息		137	137	132	96.4%	
経常損益		18	△ 665	△ 540	-	
看護師養成事業収益		281	281	277	98.6%	
構成市負担金		216	216	213	98.6%	
看護師養成事業費用		281	285	273	97.2%	
特別利益		0	0	0	-	
特別損失		13	15	16	123.1%	
予備費		5	5	0	0.0%	
当年度純損益		0	△ 689	△ 552	-	

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	10,950	10,220	9,850	90.0%	
	外来	40,095	40,095	38,129	95.1%	
1 日 平 均 患 者 数	入院	30	28	27	90.0%	
	外来	165	165	157	95.2%	

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	31,000円	30,000円	30,076円	97.0%	
	外来	7,800円	7,800円	7,915円	101.5%	
分院事業収益		794	763	736	92.7%	金額は税込額
医業収益		684	652	628	91.8%	
入院収益		339	307	296	87.3%	
外来収益		313	313	302	96.5%	
その他医業収益		32	32	30	93.8%	
医業外収益		110	111	108	98.2%	
構成市負担金		80	80	80	100.0%	
分院事業費用		792	797	777	98.1%	
医業費用		778	782	763	98.1%	
給 与 費		575	575	563	97.9%	
材 料 費		67	71	70	104.5%	
経 費		103	103	99	96.1%	
減価償却費		30	30	30	100.0%	
資産減耗費		1	1	0	0.0%	
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	△ 34	△ 41	-	
特別利益		0	0	0	-	
特別損失		2	1	0	0.0%	
当年度純損益		0	△ 35	△ 41	-	

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	690	717	692	100.3%	金額は税込額
企業債	690	717	682	98.8%	
出資金	0	0	0	—	
他会計負担金	0	0	0	—	
国県補助金	0	0	0	—	
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	0	10	—	
資本的支出	2,401	2,429	2,378	99.0%	
建設改良費	871	899	854	98.0%	
建設工事費	202	230	207	102.5%	
設備費	649	649	627	96.6%	
リース資産購入費	20	20	20	100.0%	
企業債返還金	1,519	1,519	1,519	100.0%	
国県補助金返還金	0	0	0	—	
投資及び有価証券取得費	10	10	5	50.0%	
予備費	1	1	0	0.0%	
収支差引	△ 1,711	△ 1,712	△ 1,686	—	

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	824	851	851	103.3%	A
当年度損益勘定留保資金	1,141	418	531	46.5%	B
留保資金使用額	928	929	903	97.3%	C
翌年度繰越額	1,037	340	479	46.2%	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	1,505	1,692	1,692	112.4%	A
建設改良積立金残高	0	0	0	—	B
財政調整積立金残高	372	383	383	103.0%	C
積立金取崩額	783	783	783	100.0%	D
翌年度繰越額	1,094	1,292	1,292	118.1%	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	1,498	1,498	1,498	100.0%	
分院事業	80	80	80	100.0%	
看護師養成事業	216	216	213	98.6%	
資本的収入 (4 条他会計負担金)	0	0	0	-	
合計	1,794	1,794	1,791	99.8%	

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	1,519	1,519	1,519	100.0%	
利子償還額	137	137	132	96.4%	
合計	1,656	1,656	1,651	99.7%	

(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	10,811	10,780	10,745	99.4%	
利子予定残高	547	530	536	98.0%	
合計	11,358	11,310	11,281	99.3%	

9 経営指標

(1) 収支改善に係るもの

		計画数 (A)	決算数 (B)	比率 (B/A)	備考
経常収支比率	本院	100.1%	97.7%	97.6%	
	分院	100.3%	94.8%	94.5%	
医業収支比率	本院	94.4%	90.8%	96.2%	
	分院	87.9%	82.3%	93.6%	
不良債務比率		-	-	-	6年度新設項目
資金不足比率		-	-	-	6年度新設項目
累積欠損金比率		0.0%	0.0%	-	6年度新設項目

(2) 収入確保に係るもの

		計画数 (A)	決算数 (B)	比率 (B/A)	備考
1日あたり入院患者数	本院	500人	490人	98.0%	
	分院	30人	27人	90.0%	
1日あたり外来患者数	本院	1,100人	1,067人	97.0%	
	分院	165人	157人	95.2%	
入院患者1人1日あたり診療額	本院	80,700円	79,002円	97.9%	
	分院	31,000円	30,076円	97.0%	
外来患者1人1日あたり診療額	本院	23,700円	22,542円	95.1%	
	分院	7,800円	7,915円	101.5%	
病床利用率	本院	75.8%	74.3%	98.0%	
	分院	83.3%	75.0%	90.0%	
平均在院日数	本院	11.0日	11.6日	105.5%	6年度新設項目
	分院	20.0日	18.4日	92.0%	6年度新設項目
DPC機能評価係数Ⅰ・Ⅱ ※救急補正係数含む	本院	0.5656以上	0.5827	103%	6年度新設項目
	分院	—	—	—	

(3) 経費削減に係るもの

		計画数 (A)	決算数 (B)	比率 (B/A)	備考
職員給与費比率（医業収益比）	本院	58.2%	59.5%	102.2%	
	分院	84.1%	89.6%	106.5%	
材料費比率（医業収益比）	本院	28.4%	30.3%	106.7%	
	分院	9.8%	11.2%	114.3%	
委託費比率（医業収益比）	本院	8.2%	8.5%	103.7%	
	分院	9.0%	9.5%	105.6%	
減価償却費比率（医業収益比）	本院	4.9%	5.1%	104.1%	6年度新設項目
	分院	4.4%	4.7%	106.8%	6年度新設項目

(4) 経営の安定性に係るもの

		計画数 (A)	決算数 (B)	比率 (B/A)	備考
純資産の額（百万円）		6,545	6,125	93.6%	6年度新設項目
現金保有残高（百万円）		3,898	3,526	90.5%	6年度新設項目
企業債残高（百万円）		10,811	10,745	99.4%	6年度新設項目
企業債償還元金比率 （医業収益比）	本院	6.8%	7.1%	104.4%	
	分院	—	—	—	
企業債償還利息比率 （医業収益比）	本院	0.6%	0.6%	100.0%	
	分院	—	—	—	

※経常収支比率、医業収支比率、各種医業収益比は、計画数との比較可能性を高めるため税込額を基に算出したものとなります。

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6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、木更津市健康づくり部長、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6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

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 <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 <u>木更津市</u> <u>君 津 市</u> <u>富 津 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 安全な医療の提供 <u>木更津市</u>
--

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

<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>