

1. 安定した財務状況の確保

1. 医業収益の拡大

(1)入院収益の増加

稼働病床数 (年間平均)	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標	
	目標	—	—	—	—	556床	564床	578床	591床	597床	対目標	▲2
	実績	552床	520床	501床	502床	545床	562床	—	—	—	対前年	+17
入院患者数 (一日平均)	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標	
	目標	520人	533人	530人	500人	500人	507人	520人	532人	535人	対目標	▲38
	実績	493人	410人	413人	424人	457人	469人	—	—	—	対前年	+12
病床利用率 (稼働率)	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標	
	目標	—	—	—	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	89.6%	対目標	▲6.5pt
	実績	89.4%	78.9%	82.4%	84.4%	83.9%	83.5%	—	—	—	対前年	▲0.4pt
	備考	・稼働病床数に対する病床利用率（稼働率）であり、退院患者含む										
新入院患者数	年度	H31/R1	R2	済	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標	
	目標	15,600人	16,200人	16,200人	14,038人	14,524人	15,168人	15,817人	16,182人	16,273人	対目標	▲1,166
	実績	13,757人	11,438人	12,119人	11,966人	13,520人	14,002人	—	—	—	対前年	+482
平均在院日数 ★小さい方が望ましい指標	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標	
	目標	12.2日	12.0日	12.0日	12.0日	11.6日	11.2日	11.0日	11.0日	11.0日	対目標	±0.0
	実績	12.1日	12.1日	11.5日	11.9日	11.4日	11.2日	—	—	—	対前年	▲0.2
DPC入院期間 Ⅱ以内の 退院患者割合	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標	
	目標	—	—	—	70.0%	70.0%	71.0%	71.0%	72.0%	72.0%	対目標	▲5.2pt
	実績	66.3%	65.2%	67.0%	65.4%	65.9%	65.8%	—	—	—	対前年	▲0.1pt
入院診療単価	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標	
	目標	67,500円	67,600円	71,000円	75,289円	78,185円	79,284円	79,920円	80,586円	82,878円	対目標	▲1,051
	実績	66,870円	71,050円	74,500円	77,084円	77,556円	78,233円	—	—	—	対前年	+677
取り組みや評価		患者数がコロナ禍前の水準に戻っていない（特に成人一般病棟）。コロナ禍前と比較すると、新入院患者数はコロナ禍前の水準に回復した一方、平均在院日数がR1→R6年度で0.9日短縮した。単純計算で一日あたり34.5人（14,002人×0.9日÷365日）の患者数が減少したことになるため、これが病床稼働率低迷の要因となっている。これに対し、救急搬送の応需強化や紹介患者数の増加など、新入院患者数を増やすための緊急的な取り組みを行ってきたが、R6年度には中々成果が出なかった。 また、第3次経営計画に基づき、R6年9月より小児病棟を増床（54床→63床）、R7年2月よりNICUを増床（15床→18床）したことで、小児・周産期の患者受け入れ能力は拡大したが、増床した病床は病床稼働率90%の達成には至っていない。このような背景から、現在、第3次経営計画を見直すため、当院にとっての適正な病床数を検討しているところである。										

(2)外来収益の増加

外来患者数 (一日平均)	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標	
	目標	1,000人	1,001人	1,060人	1,060人	1,060人	1,060人	1,060人	1,060人	1,060人	対目標	+15
	実績	1,053人	985人	1,056人	1,039人	1,062人	1,075人	—	—	—	対前年	+13
外来診療単価	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標	
	目標	18,800円	18,800円	20,600円	21,494円	21,694円	22,195円	22,500円	22,800円	23,100円	対目標	▲1,183
	実績	19,234円	21,029円	21,779円	21,279円	21,703円	21,012円	—	—	—	対前年	▲691
取り組みや評価		患者数の増加に関わらず、R6年度の外来収益は前年度より約1.1億円減となった。減収の要因は、主に外来化学療法の注射料収益が減少したことであり、薬品費も同時に約8000万円減少した。										

(3)手術件数の増加

手術件数 (手術室)	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標	
	目標	4,400件	4,550件	4,550件	5,000件	5,100件	5,200件	5,400件	5,500件	5,500件	対目標	▲405
	実績	4,960件	4,203件	4,260件	4,221件	4,662件	4,795件	—	—	—	対前年	+133
	備考	・R3年度途中より眼科の硝子体内注射を手術室外(外来)での実施へと変更したため、実績値を単純に比較できない ・硝子体内注射を除いた手術件数：4,675件(H31/R1)→3,907件(R2)→4,188件(R3)以降は上記と同じ										
全身麻酔 手術件数 (手術室)	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標	
	目標	—	—	—	3,300件	3,350件	3,400件	3,450件	3,450件	3,450件	対目標	▲190
	実績	3,267件	2,742件	2,881件	2,806件	3,089件	3,210件	—	—	—	対前年	+121
中央手術室 定時内稼働率	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標	
	目標	—	—	—	64.0%	65.0%	66.0%	67.0%	68.0%	69.0%	対目標	▲2.7pt
	実績	63.5%	56.1%	57.9%	56.5%	62.7%	63.3%	—	—	—	対前年	+0.6pt
	備考	・分母：定時8時間(9:00～17:00)×手術室8室×診療日数 ・分子：手術時間数（患者の入室から退室まで、上記定時内のみ計上）の総和										
取り組みや評価		いずれの指標においても、コロナ禍前のR1年度と同水準に回復した。 手術料収益は特に定時内稼働率と相関があり、R6年度以降に定時内稼働率が68%を超えた月は、いずれも手術料収益が好調で入院診療単価が高い傾向にあった。 また課題である「新入院患者数の増加による病床稼働率向上」を達成するためには「手術目的の入院件数増加」が必須となるため、現在ある中央手術室8室の効率的な運用に取り組んでいる。										

中項目『 医業収益の拡大 』は次頁へ続く

第3次経営計画 総合医療センター 取組み施策 令和6年度実績評価シート

中項目『 医業収益の拡大 』は前頁より続く

Ⅰ 安定した財務状況の確保												
1. 医業収益の拡大												
(4)レセプト請求の適正化												
査定率 ★小さい方が望ましい指標	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量評価項目	
	目標	0.20%	0.20%	0.20%	0.30%	0.30%	0.30%	0.30%	0.30%	0.30%	対目標	▲0.03pt
	実績	0.41%	0.35%	0.31%	0.32%	0.23%	0.27%	—	—	—	達成率	+0.04pt
返戻率 ★小さい方が望ましい指標	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量評価項目	
	目標	—	—	—	4.00%	4.00%	4.00%	4.00%	4.00%	4.00%	対目標	▲0.66pt
	実績	4.43%	5.87%	4.45%	3.93%	3.92%	3.34%	—	—	—	達成率	▲0.58pt
現年度窓口 未収金収納率	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標	
	目標	96.0%	96.0%	96.0%	95.0%	95.5%	96.0%	96.0%	96.0%	96.0%	対目標	▲2.4pt
	実績	94.6%	93.7%	94.5%	93.5%	94.0%	93.6%	—	—	—	対前年	▲0.4pt
取り組みや評価		査定や算定漏れを減らすため、医事課を中心に査定対策の検討や情報共有及び算定チェックを行った。 また、病棟の勉強会等において、診療報酬（DPC）の制度や処置行為・使用材料の算定に関する説明を行った。										

中項目『 医業収益の拡大 』評価

自己評価	委員評価
D	

Ⅰ 安定した財務状況の確保												
2. 費用の適正化												
(1)材料費の適正化												
薬品費比率 ★小さい方が望ましい指標	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量評価項目	
	目標	—	—	—	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	対目標	▲1.5pt
	実績	17.6%	19.6%	19.7%	19.3%	19.2%	18.5%	—	—	—	達成率	▲0.7pt
後発医薬品使用率 （数量ベース）	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標	
	目標	—	—	—	—	95.0%	95.0%	95.0%	95.0%	95.0%	対目標	▲2.0pt
	実績	92.6%	92.1%	93.2%	91.3%	93.6%	93.0%				対前年	▲0.6pt
	備考	・定義は、後発医薬品使用体制加算における後発医薬品使用率に同じ（規格数量の割合・加算1の要件90%以上）										
後発医薬品使用率 （金額ベース）	年度	1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標	
	目標	—	—	—	—	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	対目標	+11.0pt
	実績	—	—	49.7%	63.9%	76.7%	81.0%				対前年	+4.3pt
	備考	・数量ベースと同様の計算を、医薬品の数量でなく薬価に基づいて計算したもの										
診療材料費比率 ★小さい方が望ましい指標	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量評価項目	
	目標	—	—	—	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	対目標	▲0.2pt
	実績	8.7%	9.2%	9.3%	9.4%	9.6%	9.8%	—	—	—	達成率	+0.2pt
取り組みや評価		近年の物価高騰の傾向の中、薬品費比率・診療材料費比率は、共に目標値以下に抑えることができています。 後発医薬品については、薬価の高いバイオシミラーの切り替えに力を入れており、金額ベースでは使用率が改善した。 数量ベースの使用率は目標を下回ったものの、医薬品の供給が不安定となっている中、後発医薬品使用体制加算1の要件である90%以上を維持できている。										

中項目『 費用の適正化 』評価

自己評価	委員評価
B	

大項目『 安定した財務状況の確保 』評価

自己評価	委員評価
D	

第3次経営計画 総合医療センター 取組み施策 令和6年度実績評価シート

Ⅱ 患者サービスの向上と良質な医療の提供

1. 患者サービスの向上

(1)患者満足度の向上

患者満足度 (入院)	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標		
	目標	－	－	－	－	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	対目標	+0.5pt	
	実績	－	－	89.5%	87.7%	90.0%	90.5%	－	－	－	対前年	+0.5pt	
	備考	・R3年度に調査項目・質問内容の変更(見直し)を行ったため、R2年度以前の実績値は掲載していない											
患者満足度 (外来)	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標		
	目標	－	－	－	－	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	対目標	▲15.0pt	
	実績	－	－	80.6%	75.1%	73.9%	75.0%	－	－	－	対前年	+1.1pt	
	備考	・R3年度に調査項目・質問内容の変更(見直し)を行ったため、R2年度以前の実績値は掲載していない											
取り組みや評価		患者サービス向上委員会(月2回)を中心に、患者からの苦情・要望を検討し改善に取り組んでいる。検討内容は「患者家族の声」として、院内の会議(管理会議)や情報システムを通じて全職員に周知を行っている。 昨年度より入院・外来の満足度が多少向上しているものの、最も満足度を低下させる要因となっているのは外来の診察待ち時間である。完全紹介予約制の導入推進や、診察待ち時間の長い診療科に医師事務作業補助者を配置するなどの取り組みを行い、診療時間短縮に務めているが、抜本的な解決は難しく、満足度の改善には至っていない。											

(2)接遇の向上

接遇研修の開催回数 (実地研修)	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標		
	目標	－	－	－	4回	5回	5回	5回	5回	5回	対目標	+3	
	実績	6回	3回	7回	5回	10回	8回	－	－	－	対前年	▲2	
接遇研修の参加者数 (実地研修)	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標		
	目標	－	－	－	200人	200人	200人	200人	200人	200人	対目標	+91	
	実績	217人	133人	187人	206人	270人	291人	－	－	－	対前年	+21	
	備考	・参加者数は、全開催回の合計である(各回の平均ではない)											
接遇研修受講率 (Eラーニング)	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標		
	目標	－	－	－	－	－	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	対目標	+8.7pt	
	実績	－	－	－	－	－	98.7%	－	－	－	対前年	－	
取り組みや評価		外部講師による研修を企画し、勤務時間内と時間外にそれぞれ1回を実施した。 時間外の研修では、時間内では参加が難しい診療局25名の参加があるなど、一定の効果があった。 参加者以外にも研修内容を広めるため、実地研修の参加者には自部署での伝達講習を実施してもらい、実地研修には参加していない301名にも学びを共有することができた。											

(3)広報活動の強化

公開講座回数	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標		
	目標	－	－	－	9回	14回	14回	14回	14回	14回	対目標	▲4	
	実績	11回	0回	2回	7回	10回	10回	－	－	－	対前年	±0	
広報誌の 発行回数	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標		
	目標	－	－	－	4回	4回	4回	4回	4回	4回	対目標	±0	
	実績	4回	4回	4回	4回	4回	4回	－	－	－	対前年	±0	
取り組みや評価		公開講座については、認定看護師や医師による講座を開設し、より市民の方と直接顔の見える関係づくりに取り組んだ。 特に、「呼吸器呼吸法を取り入れた運動のすすめ」の講座が多く選ばれた。 病院広報誌『ペアレター』の主な特集は、以下のとおり。 【主な特集】Vol. 24 介護支援科紹介 Vol. 25 内視鏡センターの役割 Vol. 26 血管造影室で行う診療科での治療紹介 Vol. 27 切らずにがん治療・放射線部門紹介											

中項目『 患者サービスの向上 』評価

自己評価	委員評価
C	

第3次経営計画 総合医療センター 取組み施策 令和6年度実績評価シート

Ⅱ 患者サービスの向上と良質な医療の提供

2. 診療の質の向上と効率化

(1)クリティカルパスの積極的活用

クリティカルパス 作成・見直し件数	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標	
	目標	－	－	－	－	120回	120回	120回	120回	120回	対目標	+186
	実績	186回	196回	71回	126回	210回	306回	－	－	－	対前年	+96
クリティカルパス 適用率	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標	
	目標	50.0%	50.0%	50.0%	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%	対目標	▲2.8pt
	実績	50.9%	47.8%	51.8%	50.0%	50.5%	52.2%	－	－	－	対前年	+1.7pt
取り組みや評価		クリニカルパスの利便性向上と内容充実を目的として、改訂や修正を積極的に実施し、適用率が上昇した。 ⇒ パス作成・見直し件数内訳【新規作成：12件 改訂：11件 患者用パスのみ作成：26件 軽微な修正：257件】 1. 患者用パス（クリティカルパスの患者説明用文書）が未作成であったものを完成させた 2. 入院時に必要な書類をパスに登録した										

中項目『 診療の質の向上と効率化 』評価

自己評価	委員評価
B	

Ⅱ 患者サービスの向上と良質な医療の提供

3. 救急医療の強化

(1)救急車受入台数の増加・救急応需率の向上

救急車受入件数 (三次救急)	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標												
	目標	－	－	－	1,700件	1,500件	1,500件	1,500件	1,500件	1,500件	対目標	+338											
	実績	1,683件	1,168件	1,180件	1,414件	1,707件	1,838件	－	－	－	対前年	+131											
三次救急応需率	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標												
	目標	－	－	－	100.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	対目標	+5.9pt											
	実績	95.4%	74.1%	66.5%	67.3%	76.7%	85.9%	－	－	－	対前年	+9.2pt											
救急車受入件数 (二次救急)	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標												
	目標	－	－	－	3,800件	3,900件	4,000件	4,100件	4,200件	4,300件	対目標	+439											
	実績	3,667件	2,818件	3,593件	3,973件	4,884件	4,439件	－	－	－	対前年	▲445											
二次救急応需率	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標												
	目標	－	－	－	93.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	対目標	▲14.0pt											
	実績	91.9%	77.8%	75.2%	58.9%	68.3%	66.0%	－	－	－	対前年	▲2.3pt											
取り組みや評価		三次救急については、応需件数・応需率が共にR5年度から大きく改善した。松戸市内や東葛北部医療圏内など、近隣からの受入要請はほぼ応需できており、応需できていない事例はほぼ県外からの要請であった。 二次救急については、比較的人員を確保しやすい平日日中の応需率改善などに取り組み、取り組んだ時間帯では応需率を改善することができたものの、平日日中のみの改善では受入件数を増加させるには至らなかった。 なお、R5年度から見ると受入件数が445件減少しているが、R5年度はRSウイルスの大流行で小児の救急搬送が特異的に多かったため、R5からR6年度にかけての減少分はほぼ小児患者であった。 R7年度については、三次救急・二次救急共にR6年度を大きく上回るペースで改善が進んでいる。 【参考：R7年度の指標改善状況】 <table><tr><td>R6年4-7月実績</td><td>： 三次救急</td><td>受入542件（応需率85.1%）</td><td>二次救急</td><td>受入1,486件（応需率67.5%）</td></tr><tr><td>R7年4-7月実績</td><td>： 三次救急</td><td>受入660件（応需率95.5%）</td><td>二次救急</td><td>受入1,525件（応需率81.1%）</td></tr></table>												R6年4-7月実績	： 三次救急	受入542件（応需率85.1%）	二次救急	受入1,486件（応需率67.5%）	R7年4-7月実績	： 三次救急	受入660件（応需率95.5%）	二次救急	受入1,525件（応需率81.1%）
R6年4-7月実績	： 三次救急	受入542件（応需率85.1%）	二次救急	受入1,486件（応需率67.5%）																			
R7年4-7月実績	： 三次救急	受入660件（応需率95.5%）	二次救急	受入1,525件（応需率81.1%）																			

中項目『 救急医療の強化 』評価

自己評価	委員評価
C	

第3次経営計画 総合医療センター 取組み施策 令和6年度実績評価シート

Ⅱ 患者サービスの向上と良質な医療の提供

4. 周産期・小児医療の強化

(1)母体搬送受入件数の増加

母体搬送受入件数	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標	
	目標	70件	75件	75件	70件	70件	70件	70件	70回	70回	対目標	+34
	実績	75件	56件	63件	98件	103件	104件	－	－	－	対前年	+1
取り組みや評価		新生児科医の増員やNICUの増床に伴い、東葛北部地域以外からも母体搬送の受け入れた結果と考える。 今後も東葛地域は分娩件数が当面維持されると予測されており、新生児医療の需要過多の状況は続くため、引き続き受け入れ能力の拡大に努めていく。										

(2)ハイリスク分娩の受入れ強化

分娩件数	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標	
	目標	650件	700件	700件	700件	700件	700件	700件	700件	700件	対目標	+65
	実績	707件	738件	750件	690件	725件	765件	－	－	－	対前年	+40
早産件数 (37週未満)	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標	
	目標	－	－	－	90件	90件	90件	90件	90件	90件	対目標	+71
	実績	76件	99件	90件	121件	126件	161件	－	－	－	対前年	+35
ハイリスク分娩 受入件数	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標	
	目標	－	－	－	150件	150件	150件	150件	150件	150件	対目標	+77
	実績	153件	149件	167件	257件	199件	227件	－	－	－	対前年	+28
	備考	・定義は、ハイリスク分娩管理加算を算定した患者数（早産は32週未満が算定対象） ・R3年8月27日～R6年3月31日の期間は、新型コロナウイルス感染症に感染した妊婦の分娩管理も算定対象										
取り組みや評価		NICU増床による母体搬送の受け入れ増に加え、新生児期に外科的治療を要する症例も受け入れられるようになった。 母体の高齢化、生殖医療による妊娠数の増加に伴いハイリスク分娩の割合が増えてきたと思われる。 母体搬送やハイリスク分娩の受け入れを増加するには産科と新生児科の両方の受け入れ能力が必要であり、新生児科（NICU）の受け入れ機能の拡大に応じて各指標が改善しているため、引き続き改善に努めていく。										

(3)新生児医療の充実

新入院患者数 (新生児科)	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標	
	目標	360人	360人	360人	400人	400人	400人	410人	420人	430人	対目標	+167
	実績	408人	399人	344人	421人	468人	567人	－	－	－	対前年	+99
新入院患者数 (出生体重 1500g未満)	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標	
	目標	－	－	－	30人	30人	30人	30人	30人	30人	対目標	+8
	実績	29人	29人	25人	47人	39人	38人	－	－	－	対前年	▲1
病床利用率 (稼働率) (NICU)	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標	
	目標	－	－	－	100.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	対目標	+7.9pt
	実績	99.7%	100.9%	87.9%	89.8%	93.4%	97.9%	－	－	－	対前年	+4.5pt
	備考	・稼働病床数に対する病床利用率（稼働率）であり、退院患者含む										
取り組みや評価		第3次経営計画に基づき、R7年2月よりNICUを15床から18床へ増床した（R6実績への影響は軽微） 常勤医師を増員したことでNICU運用の修正が実現し、業務の適正化、新入院増加、重症患者や小児外科疾患の積極的な受け入れが可能となった。小児科との連携強化により転棟転科のタイミングがより適切になりつつある。地域の一次分娩施設、県内外の周産期センターと良好な関係を維持し、入院依頼やバクトランスファーのハードルを下げ、さらに新入院増加を目指したい。MRSA対策を継続し、病床制限による損失を回避したい。										

(4)小児医療の充実

PICU入室患者数	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標	
	目標	350人	350人	350人	360人	360人	360人	360人	360人	360人	対目標	+58
	実績	363人	314人	327人	314人	406人	418人	－	－	－	対前年	+12
新入院患者数 (小児病棟)	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標	
	目標	－	－	－	3,500人	3,500人	3,500人	3,500人	3,500人	3,500人	対目標	+399
	実績	3,351人	2,459人	3,128人	3,163人	3,759人	3,899人	－	－	－	対前年	+140
病床利用率 (稼働率) (小児病棟)	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標	
	目標	－	－	－	97.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	対目標	▲1.2pt
	実績	97.0%	72.9%	83.0%	89.8%	93.5%	88.8%	－	－	－	対前年	▲4.7pt
	備考	・稼働病床数に対する病床利用率（稼働率）であり、退院患者含む										
取り組みや評価		第3次経営計画に基づき、R6年9月より小児病棟を54床から63床に増床した。 増床の効果もあり、小児病棟の一日平均患者数は50.5人(R5年度)から52.6人(R6年度)へ増加した。 また、R7年4月付けで県より小児救命救急センターの指定を受けた。										

中項目『 周産期・小児医療の強化 』評価

自己評価	委員評価
<i>B</i>	

第3次経営計画 総合医療センター 取組み施策 令和6年度実績評価シート

Ⅱ 患者サービスの向上と良質な医療の提供

5. 地域がん診療連携拠点病院機能の強化

(1)がん診療への積極的取組み

がん手術件数	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標	
	目標	520件	530件	530件	600件	620件	640件	660件	660回	660回	対目標	▲81
	実績	556件	462件	459件	427件	535件	559件	－	－	－	対前年	+24
	備考	・ 定義は、がん診療連携拠点病院の指定要件の「悪性腫瘍の手術件数」に同じ（要件400件以上）										
がん薬物療法 延べ患者数	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標	
	目標	1,700人	1,800人	1,800人	2,100人	2,100人	2,100人	2,100人	2,100人	2,100人	対目標	▲51
	実績	1,801人	2,048人	2,065人	1,962人	1,833人	2,049人	－	－	－	対前年	+216
	備考	・ 定義は、がん診療連携拠点病院の指定要件の「がんに係る薬物療法のべ患者数」に同じ（要件1,000人以上） ・ 1レジメンを1人と数えるため、延べ患者数という名称ではあるが実患者数に近い										
放射線治療 延べ患者数	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標	
	目標	410人	420人	420人	300人	300人	300人	300人	300人	300人	対目標	▲16
	実績	335人	361人	393人	375人	389人	284人	－	－	－	対前年	▲105
	備考	・ 定義は、がん診療連携拠点病院の指定要件の「放射線治療のべ患者数」に同じ（要件200人以上） ・ 一連の照射計画を1人と数えるため、延べ患者数という名称ではあるが実患者数に近い										
取り組みや評価		がん手術件数は、手術件数全体と同じく、コロナ禍前の水準に回復したと言える（内視鏡手術を含む） ダヴィンチによる手術についても、導入（R5.1初症例）以降、着実に件数が増加している R5年度：66件 ⇒ R6年度：82件（消化器外科と泌尿器科で実施） 放射線治療については、近隣で2つの医療機関が相次いで参入した影響により、件数や収益が大幅に減少した。										

中項目『 地域がん診療連携拠点病院機能の強化 』評価

自己評価	委員評価
C	

Ⅱ 患者サービスの向上と良質な医療の提供													
6. 災害拠点病院機能の強化													
(1)災害医療体制の強化													
BCP(事業継続計画)の継続的な見直し	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定性指標		
	目標	－	－	－	－	実施	実施	実施	実施	実施			
災害医療救護訓練の実施	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標		
	目標	－	－	－	1回	2回	2回	2回	2回	2回	対目標	▲1	
	実績	1回	0回	0回	0回	1回	1回	－	－	－	対前年	±0	
DMATのチーム数	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標		
	目標	－	－	－	2チーム	2チーム	2チーム	2チーム	2チーム	2チーム	対目標	±0	
	実績	2チーム	2チーム	2チーム	2チーム	2チーム	2チーム	－	－	－	対前年	±0	
	備考	平時においては、日本DMATを2チーム編成できるように隊員数を維持していくことを目標としている											
取り組みや評価		BCPについては、救急・災害医療対策委員会を中心に、ワーキンググループで内容を検討している。 災害医療救護訓練については、令和6年12月に平日日中に震度5強の地震が発生したことを想定し、「災害対策本部の情報管理・情報収集、管理、分析、発信」をテーマに災害本部立上げから部署別状況報告から情報整理、災害レベルの決定、院内周知までの流れを確認した。											

中項目『 災害拠点病院機能の強化 』評価

自己評価	委員評価
B	

第3次経営計画 総合医療センター 取組み施策 令和6年度実績評価シート

Ⅱ 患者サービスの向上と良質な医療の提供

7. 地域医療連携の推進

(1)地域医療支援病院機能の強化

紹介率	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標	
	目標	68.0%	69.0%	69.0%	70.0%	72.0%	74.0%	75.0%	75.0%	75.0%	対目標	+1.5pt
	実績	67.6%	65.8%	69.0%	68.1%	76.0%	75.5%	—	—	—	対前年	▲0.5pt
	備考	・ 定義は、地域医療支援病院の承認要件における「紹介率」に同じ										
逆紹介率	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標	
	目標	118.0%	120.0%	120.0%	120.0%	120.0%	120.0%	120.0%	120.0%	120.0%	対目標	+17.9pt
	実績	113.5%	118.4%	126.0%	122.9%	152.9%	137.9%	—	—	—	対前年	▲15.0pt
	備考	・ 定義は、地域医療支援病院の承認要件における「逆紹介率」に同じ										
医療機器等の 共同利用件数	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標	
	目標	—	—	—	500件	500件	500件	500件	500件	500件	対目標	▲226
	実績	487件	360件	400件	408件	362件	274件	—	—	—	対前年	▲88
取り組みや評価		医師会との意見交換会 医療機器等の共同利用件数の減少については、放射線診断医の定年退職等の影響により、CT・MRI検査の実施日（予約枠）が、令和5年度まで週2日（4枠）であったのが、週1日（2枠）になったことが要因である。										

(2)関連医療機関との連携強化

医療機関 訪問件数	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標	
	目標	—	—	—	70件	70件	80件	80件	80件	80件	対目標	+545
	実績	43件	56件	46件	50件	84件	625件	—	—	—	対前年	+541
病院情報誌の 発行回数	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標	
	目標	—	—	—	14回	14回	14回	14回	14回	14回	対目標	±0
	実績	14回	14回	14回	14回	14回	14回	—	—	—	対前年	±0
取り組みや評価		医療機関訪問件数について、令和6年4月より紹介患者の医療機関WEB予約システムを稼働し利用促進のためクリニックへの訪問活動を実施したほか、病院や福祉施設への訪問（221件※重複あり）も継続して実施した。また、令和6年9月より、医療機関への訪問活動の一部（主にクリニック）を株式会社ニチイ学館に委託したことに伴い訪問件数増（404件※重複あり）、訪問エリア拡大を図り新規紹介患者増の獲得に向けた取り組みを実施した。 連携医療機関に対して、病院情報誌として下記を合計14回作成・配付を行った。 【病院情報誌】医療連携NEW(12回)、診療のご案内(1回)、医学雑誌(1回)										

中項目『 地域医療連携の推進 』評価

自己評価	委員評価
D	

Ⅱ 患者サービスの向上と良質な医療の提供													
8. リハビリテーション機能の強化とチーム医療の充実													
(1)リハビリテーション提供体制の強化													
リハビリテーション 総単位数（月平均）	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標		
	目標	－	－	－	6,820単位	10,800単位	13,500単位	13,000単位	13,000単位	12,500単位	対目標	▲1,782	
	実績	5,034単位	4,957単位	5,093単位	7,037単位	9,784単位	11,718単位	－	－	－	対前年	+1,934	
リハビリテーション スタッフ数	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標		
	目標	－	－	－	31人見込	38人見込	47人見込	45人見込	45人見込	44人見込	対目標	±0	
	実績	21人	24人	24人	31人	38人	47人	－	－	－	対前年	+9	
	備考	・計画値（見込）は、職員の異動・退職等を見込んだものである ・リハビリテーション総単位数はスタッフ数に比例するため、参考値として設定した指標である											
取り組みや評価		産休・育休の職員により実稼働人数が少なくなっており、部署の事業計画(BSC)においては、目標数値を下方修正した 【参考】目標算出方法 スタッフ1人あたりの目標提供単位数 × 1日平均の出勤者数 × 20日（月平均稼働日数） R6年度 15.0単位／日 × 39名 × 20日 = 11,700単位／月 R7年度 15.5単位／日 × 36名 × 20日 = 11,160単位／月（R7年4月～7月実績：12,191単位／月） R7年度は、訓練士1人あたりの目標提供単位数を0.5単位引き上げ、実稼働人数の減少分を補填する取り組みを実施している											
(2)チーム医療の充実													
加算取得の 要件となっている チーム数	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標		
	目標	－	－	－	10チーム	11チーム	12チーム	13チーム	13チーム	13チーム	対目標	+3	
	実績	5チーム	6チーム	7チーム	10チーム	14チーム	15チーム	－	－	－	対前年	+1	
備考		・診療報酬の加算対象のチームのみを集計対象としている											
取り組みや評価		R6年度は、小児患者搬送チームを新設した。 加算取得の対象外チームも含むと、多職種で構成された合計18チームが様々な専門分野で活躍している。											

中項目『 リハビリテーション機能の強化とチーム医療の充実 』評価

自己評価	委員評価
B	

大項目『 患者サービスの向上と良質な医療の提供 』評価

自己評価	委員評価
C	

第3次経営計画 総合医療センター 取組み施策 令和6年度実績評価シート

Ⅲ 医療安全の徹底

1. 安全・安心な医療の提供

(1)医療安全対策の促進

インシデント 報告件数	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標	
	目標	3,600件	3,600件	4,000件	5,000件	5,000件	5,000件	5,000件	5,000件	5,000件	対目標	+1,616
	実績	4,082件	4,261件	5,079件	5,475件	6,574件	6,616件	－	－	－	対前年	+42
医師の報告件数 (インシデント報告)	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標	
	目標	－	－	－	－	300件	300件	300件	300件	300件	対目標	▲47
	実績	157件	153件	140件	125件	197件	253件	－	－	－	対前年	+56
医療安全研修会 受講率	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標	
	目標	85.0%	85.0%	90.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	対目標	±0.0pt
	実績	96.9%	93.7%	95.1%	100.0%	100.0%	100.0%	－	－	－	対前年	±0.0pt
取り組みや評価		医師・研修医の報告件数増加に向けて、研修医の報告レポートを研修医だけでなく、指導医クラスの医師とも共有のため、毎月院内メールで知らせた。R5年度より微増しており、報告対象の内容をイメージできるようになってきたのではないかと考えている。レベル0報告がありすぎて毎回報告するのは業務的に困難という部署には、1ヵ月まとめて報告する形式を提案し、実践してもらった。										

中項目『安全・安心な医療の提供』評価

自己評価	委員評価
B	

Ⅲ 医療安全の徹底

2. 感染防止活動の強化

(1)感染防止対策の推進

研修会の開催回数 (感染対策)	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標		
	目標	—	—	—	10回	15回	15回	20回	20回	20回	対目標	+15	
	実績	4回	4回	10回	38回	41回	30回	—	—	—	対前年	▲11	
地域への支援活動 (応需率)	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標		
	目標	—	—	—	—	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	対目標	+10.0pt	
	実績	—	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	—	—	—	対前年	±0.0pt
取り組みや評価		当院は東葛北部唯一の第二種感染症指定医療機関であり、加えて千葉県で最大の感染症病床数を有している。千葉県内では数少ない感染症内科を有する病院でもある。多職種による連携を強化した結果、当院におけるAST、ICT活動をはじめとした感染対策が充実し、R6年度受講した機能評価では感染関連の項目でS評価となった。 5～10年以上の中長期スパンを考慮した人材育成として、看護局と連携した上で当室における看護職員研修体制の立案・調整を行った。また、基幹病院として院内の感染対策だけにとどまらず、地域との連携や地域病院・施設への指導も強化した。 具体的な内容は下記に列挙する。 ・院内感染対策室は東葛北部地域の感染管理ネットワークの事務局を務め、かつ当室スタッフが代表幹事となっている。同ネットワークの活動として松戸市の高齢者施設職員を対象とした研修会を6回開催した。 ・保健所や救急隊等と今後の新興感染症発生時の対応について協議し、継続して対策を検討する方針となった。 ・MRSAの拡散が疑われる地域の産科病院を訪問し、実地での感染対策指導を複数回実施、加えて独自の感染対策協定を締結した施設に対して持続的な支援を行った。 ・附属の看護学校だけでなく、千葉県看護協会から依頼を受け研修会講師を行った。											

中項目『感染防止活動の強化』評価

自己評価	委員評価
A	

大項目『医療安全の徹底』評価

自己評価	委員評価
B	

第3次経営計画 総合医療センター 取組み施策 令和6年度実績評価シート

IV 人材の育成と働き方改革の推進

1. 人材の育成

(1)医師教育の充実

専門医・指導医数	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標	
	目標	－	－	－	90人	90人	90人	90人	90人	90人	対目標	+6
	実績	88人	87人	90人	85人	99人	96人	－	－	－	対前年	▲3
専攻医数 (後期研修)	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標	
	目標	－	－	－	30人	30人	30人	30人	30人	30人	対目標	▲6
	実績	29人	35人	28人	32人	28人	24人	－	－	－	対前年	▲4
初期研修受験者数	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標	
	目標	55人	55人	55人	70人	72人	74人	75人	75人	75人	対目標	+104
	実績	62人	71人	69人	70人	105人	178人	－	－	－	対前年	+73
論文執筆数	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標	
	目標	－	－	－	25編	25編	25編	25編	25編	25編	対目標	
	実績	26編	23編	26編	24編	34編	集計中	－	－	－	対前年	
学会発表数	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標	
	目標	－	－	－	140回	140回	150回	150回	150回	150回	対目標	
	実績	145回	94回	122回	140回	157回	集計中	－	－	－	対前年	
取り組みや評価		専門医・指導医数は人事異動に伴う医師の入れ替えにより、増減が生じる。 専攻医数については、R4年以降は実績値で減員されているが、当院の専攻医プログラムに基づき今年度も募集を行います。 研修医受験者数については、毎年多くの応募が来ております。その中でも当院の見学などの受け入れも行っており受験者も増えてきていると考えております。										

(2)看護教育の充実

研修会の開催回数 (看護教育)	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標	
	目標	－	－	－	60回	60回	60回	60回	60回	60回	対目標	+6
	実績	70回	46回	54回	54回	62回	66回	－	－	－	対前年	+4
	備考	教育研究センター（看護教育研究部）主催の研修のみを集計対象としている										
認定・専門 看護師数	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標	
	目標	－	－	－	21人	24人	28人	28人	29人	29人	対目標	±0
	実績	24人	24人	22人	21人	24人	28人	－	－	－	対前年	+4
	参考	・R6年度以降は、東松戸病院の閉院に伴う職員の異動を加味した目標設定となっている										
取り組みや評価		患者を中心とする思考と姿勢を持ち、高度急性期医療を担う専門知識・技術を学び、自らの責任の元に判断・行動できる人材を育成するために、院内・院外の研修や学会参加を推奨している。また、2024年度から師長を対象に看護管理者のコンピテンシー学習会を開催し、年間16回開催し、参加実績は99.4%であった。2025年度からはその対象を主任まで拡大し、看護管理者の育成にも取り組んでる。										

(3)全職種（医療職・事務職）に対する研修の充実

院内研修の 企画開催	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標	
	目標	－	－	－	10回	10回	10回	10回	10回	10回	対目標	+8
	実績	2回	3回	10回	9回	8回	18回	－	－	－	対前年	+10
	備考	・多職種を対象とした全体研修として、院内で企画・開催されたもの ・医療安全・感染対策・接遇等の研修は含まれない（別の評価指標として評価）										
外部研修への 参加	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標	
	目標	－	－	－	1,000人	1,000人	1,000人	1,000人	1,000人	1,000人	対目標	+277
	実績	999人	620人	861人	1,017人	1,087人	1,277人	－	－	－	対前年	+190
取り組みや評価		院内研修については、市主催の研修や当院主催の研修に参加しております。また、院内研修で行った動画をE-ランニングにて動画視聴することで、欠席された職員や振り返りで視聴できる環境を整備した。 外部研修については、各科必要な学会、研修への参加を行っている。										

中項目『 人材の育成 』評価

自己評価	委員評価
C	

第3次経営計画 総合医療センター 取組み施策 令和6年度実績評価シート

IV 人材の育成と働き方改革の推進

2. 働き方改革の積極的な推進

(1)働き方改革の実現

年間時間外労働時間 960時間超の医師数 ★小さい方が望ましい指標	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標	
	目標	－	－	－	－	40人	28人	26人	24人	22人	対目標	▲13
	実績	－	30人	31人	44人	43人	15人	－	－	－	対前年	▲28
	備考	・ B水準診療科（下記以外の診療科および初期研修医はA水準） 救急科、新生児科、産婦人科、内科、糖尿病・代謝・内分泌内科、リウマチ科、脳神経内科、循環器内科、 外科、心臓血管外科、小児科、小児脳神経外科、小児心臓血管外科、泌尿器科、緩和ケア科、病理診断科										
月平均 時間外労働時間 （医師） ★小さい方が望ましい指標	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標	
	目標	－	－	－	－	60.00時間	60.00時間	60.00時間	60.00時間	60.00時間	対目標	▲11.81
	実績	－	62.10時間	66.32時間	74.89時間	54.61時間	48.19時間	－	－	－	対前年	▲6.42
月平均 時間外労働時間 （看護職員） ★小さい方が望ましい指標	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標	
	目標	－	－	－	－	8.00時間	7.00時間	6.00時間	5.00時間	5.00時間	対目標	+3.20
	実績	－	4.96時間	4.86時間	5.28時間	6.80時間	10.20時間	－	－	－	対前年	+3.40
月平均 時間外労働時間 （医療技術職員） ★小さい方が望ましい指標	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標	
	目標	－	－	－	－	12.00時間	12.00時間	12.00時間	12.00時間	12.00時間	対目標	+1.60
	実績	－	15.28時間	16.29時間	15.86時間	13.07時間	13.60時間	－	－	－	対前年	+0.53
月平均 時間外労働時間 （事務職員） ★小さい方が望ましい指標	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標	
	目標	－	－	－	－	35.00時間	30.00時間	30.00時間	30.00時間	30.00時間	対目標	▲4.70
	実績	－	37.63時間	43.70時間	38.90時間	38.63時間	25.30時間	－	－	－	対前年	▲13.33
タスクシフト の推進	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定性指標	
	目標	－	－	－	検討	検討	計画策定	実行	実行	実行		
医師事務作業 補助体制加算	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定性指標	
	目標	－	－	－	－	25対1	20対1	20対1	15対1	15対1		
	実績	30対1	25対1	25対1	25対1	25対1	25対1	25対1	－	－		
臨床工学技士 の当直体制	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定性指標	
	目標	－	－	－	－	検討	増員	増員	増員	実施		
取り組みや評価		医師の働き方改革が本格稼働し当院においても、勤怠管理システムの導入し時間外・自己研鑽・在院時間の把握を行うこと で、長時間労働の縮減、健康確保の観点からも労務管理の必要性、安全配慮義務に関する認識を推進している。 医師以外でも、勤怠管理システムの導入を行い、時間外・自己研鑽・在院時間の把握を行っている。実績値を見ると看護 職員、医療技術職員の時間外労働時間が目標値より上まる状況であった。										

中項目『 働き方改革の積極的な推進 』評価

自己評価	委員評価
D	

第3次経営計画 総合医療センター 取組み施策 令和6年度実績評価シート

IV 人材の育成と働き方改革の推進

3. 評価制度の推進

(1)目標管理制度の導入と定着

目標管理制度 の導入	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定性指標		
	目標	－	－	－	導入	見直し	定着	定着	定着	定着			
経営計画に基づいた 目標管理を実施 している部署の割合	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定量指標		
	目標	－	－	－	80.0%	90.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	対目標	±0.0pt	
	実績	－	－	－	81.6%	100.0%	100.0%	100.0%	－	－	－	対前年	±0.0pt
取り組みや評価		各部署が「事業計画書(BSC)」を作成し、事業管理者・病院長によるヒアリングを行った。 導入から3年目となり、年度末に一部の部署（診療科等）を対象とした追加ヒアリングを行うなど、運用について見直し・改善を図っている。											

(2)人事評価制度の改善

人事評価制度 の見直し	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定性指標		
	目標	－	－	－	検討	見直し	導入	定着	定着	定着			
職員満足度	年度	H31/R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	定性指標		
	目標	－	－	－	調査実施	調査実施	調査実施	調査実施	調査実施	調査実施			
取り組みや評価		人事評価制度の見直しは、先進自治体が行っている取組みを視察を行い当院における人事評価の仕組みの構築を進めており、現時点での導入までは至っていない。 職員満足度調査については、調査実施に伴う調査項目の見直しや分析等について見直しを進めている。											

中項目『 評価制度の推進 』評価

自己評価	委員評価
D	

大項目『 人材の育成と働き方改革の推進 』評価

自己評価	委員評価
C	