

2023年度																				
戦略テーマ	患者の立場に立てる 医療人の育成	愛媛県民から信頼 され愛される病院	愛媛で育ち、世界に 羽ばたく医療の創造	ビジョン（理念）	患者から学び、患者に還元 する病院															
視 点	戦略マップ			戦略目標（KGI）	重要成功要因（CSF）	業務評価指標（KPI）	目標値	実績	アクションプラン	BSCに係る責任部署										
										担当委員会等	主な担当部署等									
Ⅰ 財 務 の 視 点				1.持続可能な財政基盤の確保		(1)医業収益の確保（収益性）	01 病院収入	248億円以上	251.4億円	病院経営目標による。		経営管理課								
							02 病床稼働率	88.0%以上	76.5%	病院経営目標による。	病院運営委員会	経営管理課								
							03 平均在院日数	13.3日未満	12.4日	病院経営目標による。	病院運営委員会	経営管理課								
							04 新入院患者数	1,200人以上	1,141人	病院経営目標による。	病院運営委員会	経営管理課								
							05 入院診療単価	90,000円以上	96,495円	病院経営目標による。	病院運営委員会	経営管理課								
							06 外来患者数	1,270人以上 ※外来1日平均	1,274人	病院経営目標による。	病院運営委員会	経営管理課								
							07 外来診療単価	24,000円以上	26,891円	病院経営目標による。	病院運営委員会	経営管理課								
							08 高度手術の実施件数	手術部手術手技D難度以上を第3期平均実績（5,944件）の10%以上（595件増） ※R9年度末まで6,539件以上	5,976件	第4期中期目標・中期計画による。		医事課・経営管理課								
							09 共通病床使用件数	440件以上	133件	共通病床の利活用により弾力的・効率的な病床運用を図る。状況に応じ設定の見直しも検討する。	経営改善TF	経営管理課								
							10 病院収入の増収提案件数	R9年度末までに6件以上	10件（経営改善TF：5件、経営企画PT：5件）	他機関の経営改善事例等を積極的に情報収集し、本院での実現可能性について検討する。	経営改善TF 病院経営企画PT	経営管理課								
						(2)適切な保険診療（安定性）	11 査定率	0.4%以下	0.34%	通常の査定対策に加え、保険診療指導対策組織（チーム）による診療科ラウンド時に査定対策を共有する。	保険診療指導対策組織（チーム：診療担当副病院長及び医事課）	医事課								
							12 適正な保険診療（保険診療指導対策・DPC対策）	診療科ラウンド10回／年	9回	保険診療指導対策組織（チーム）・DPC担当者の合同による診療科ラウンドによる適正な保険診療勉強会を実施する。										
						(3)安定的継続運営（継続性）	13 医療費率	47.0%以下	49.33%	経営目標による	病院運営委員会	経営管理課								
							14 経費率（（固定費+変動費）／附属病院収益）	年間94%未満	95.0%	医業活動における利益が明確になるため、より効果的・効率的な医業活動ができないかという視点でPDCAサイクルを実施する。特に固定費である人件費や委託費等を増加させる場合は十分に検討する。		経営管理課								
							15 人件費比率（人件費／附属病院収益）	年間45.1%未満	41.5%	雇用時に必要性および短期的長期的な費用対効果を十分に精査したうえで検討する。		経営管理課								
							16 借入金等比率（有利子負債／1カ月当たり病院収益）	年間6.2程度	3.6	事業活動に対する借入金等の依存度を図るものであり、債務償還計画と合わせて借入金等の規模が適正かどうかを判断し必要に応じ見直す。		経営管理課								
							17 投資比率（キャッシュ・フローによる成長分析（投資CF/医業収益CF））	年間7.2%程度	4.3%	経営ビジョンを見据え中長期的に医業活動の収支状況を踏まえながら実施する。		経営管理課								
							18 医療機器老朽化度（減価償却累計額／取得原価（資産計上額）（機械装置、工具器具備品））	年間76.0未満	80.7%	再開発を含めた中長期的な設備更新計画を作成のうえ機器整備を行う。		経営管理課								
Ⅱ 顧 客（患者） の 視 点				1.患者・家族にとって快適な病院づくり	(1)患者サービスの向上	- 患者満足度調査		-		医療サービス推進委員会	看護部／医療サービス課／医事課（呼び出しWG）									
						19 ・総合評価	現状維持（R4年9月時：外来85.0点、入院88.7点）	外来84.3点、入院89.2点	自由意見の拾い上げによる改善活動の強化する。											
						20 ・外来待ち時間短縮	診療までの待ち時間結果（非常に満足・満足に該当）60%以上	35.3%	患者満足度調査「診療までの待ち時間」に基づき改善を図る。											
						21 患者からの苦情・意見への対応	発生認知から5日以内	ほとんどが目標値で実施できたが、一部発生認知から5日を超えて対応になるケースが発生した。	予算措置が必要な施設管理に関するものは除き、現状を維持する。											
					2.患者の医療ニーズへの対応	(1)疾病予防（1次予防）としての患者への情報発信	22 ヘルスアカデミー等による情報発信回数	年間4回以上ヘルスアカデミーの実施	4回	外部施設の活用は患者の利便性が高いが、学内施設（E.U Regional Commons（ひめテラス）、南加記念ホール、40周年記念講堂）の活用により、会場にかかる費用を抑える方法も検討する。	医療サービス推進委員会	看護部／医療サービス課								
						(2)チーム連携による患者中心の高度急性期医療の提供	23 病床機能報告における高度急性期機能に該当例とされている病床（ICU・ICU2・SCU・NICU・GCUの合計）の稼働率	70.0%以上	64.7%	課題を抽出し解決案を立案する。		経営管理課								
						(3)慢性期及び終末期患者への後方支援	24 入退院支援加算算定数	入退院支援加算1,500件/年	4,513件（入退院支援加算1：4,501件、入退院支援加算3：12件）	病棟での入退院支援業務の充実を図る。	TMSC責任者会議／経営改善TF	TMSC／医事課								
					3.安全・安心な医療の提供（医療の質の改善）	(1)医療安全対策の強化	25 インシデントレポート等分析報告	レポートの報告件数が病床数の5倍、そのうち1割が医師からの報告	レポート報告件数：2,855件、うち、医師からの報告：9.8%	インシデントレポート提出の意義についての周知を強化する。	医療安全管理委員会	医療安全管理部／医療サービス課								
							26 医療安全に関する現場ラウンド	年2回以上、全部署実施	2回（第1回：5/19～7/18、第2回：9/26～12/26）全部署に対して実施	現状の医療安全に関する現場ラウンドを年2回以上、全部署実施する。										
							27 医療安全に関する啓発活動	年10回以上、講演会、研修会を実施	13回（講演会：3回、セミナー：8回、研修会：2回）	講演会、研修会の年度計画を作成する。										
						(2)医療の質に関する検討	- クリニカルパス適用		-		クリニカルパス委員会	医事課								
							28 ・クリニカルパス適用率	年間50%以上	55.3%	医療スタッフ連携によるクリニカルパスを作成・見直しを実施する。										
							29 ・クリニカルパス見直し率	30%以上	50.0%											
							30 評価指標（QI）：ストラクチャー（医療施設の構造）関係指標	6拠点病院の維持	維持	災害拠点病院、肝疾患診療連携拠点病院、愛媛県がん診療連携拠点病院、エイズ診療中核拠点病院、難病診療連携拠点病院、原子力災害拠点病院を維持する。	医療業務の質改善委員会	医事課								
							- 評価指標（QI）：プロセス（医療の過程）関係指標		-											
							31 ・脳梗塞の早期リハビリテーション実施率（脳梗塞で入院し、入院後4日以内にリハビリを開始できた比率）	2021年度国立大学病院平均79%以上	90%（2021年度実績）	継続的に評価を行い、医療の質向上、維持につなげる。										
							32 ・手術あり肺血栓塞栓症予防対策実施率（特定の手術をした患者に対する肺血栓塞栓症（エコノミークラス症候群）の発生予防を実施した比率）	2021年度国立大学病院平均90%以上	94.9%（2021年度実績）											
							- 評価指標（QI）：アウトカム（医療の結果）関係指標		-											
							33 ・褥瘡発生率（入院患者に褥瘡（床ずれ）が発生した比率）	2021年度国立大学病院平均0.6%以下	0.55%（2021年度実績）	継続的に評価を行い、医療の質向上、維持につなげる。										
							34 ・多剤耐性緑膿菌（MDRP）による院内感染症発生患者数（多剤耐性緑膿菌（MDRP）が院内にて感染して発症した患者の数）	2021年度国立大学病院平均0.9以下	2人（2021年度実績、2022年度：0人）											
							35 診療記録の質的監査件数	年間120件以上	120件	多職種による診療記録監査を継続的にに行い、診療記録の質を担保し、医療の質向上・維持につなげる。	診療記録管理委員会	医事課								

2023年度											
戦略テーマ	患者の立場に立てる医療人の育成	愛媛県民から信頼され愛される病院	愛媛で育ち、世界に羽ばたく医療の創造	ビジョン（理念）	患者から学び、患者に還元する病院						
視点	戦略マップ			戦略目標（KGI）	重要成功要因（CSF）	業務評価指標（KPI）	目標値	実績	アクションプラン	BSCに係る責任部署	
										担当委員会等	主な担当部署等
				(3)感染管理対策の強化	36 医療関連感染サーベイランス	国公協サーベイランス値と比較して中央値以下	BSI発生率0.49/1000 ^{デバイス} UTI発生率0.95/1000 ^{デバイス} VAE発生率0.00/1000 ^{デバイス} SSI発生率（REC：0%、COLO：4.6%、CARD：0%、CBGB：6.7%、CBGC：0%）	感染対策に関する啓発活動、感染発生時の早期介入	院内感染対策委員会	感染制御部／医療サービス課	
					37 感染管理対策に関する現場ラウンド	全部署年2回以上	28部署のうち、23部署で実施	現状の全部署年2回以上実施する。			
					38 手指衛生サーベイランス	全セクション1患者あたり10回以上	12.9回以上	現場ラウンドでのフィードバック、講演会等による啓発活動			
					39 院内感染に関する研修会参加率	90%以上	90.7%（年3回平均値）	研修会への参加を促進する。			
				4.地域医療機関の機能分化	(1)地域医療連携の病病連携・病診連携（後方病床との連携）の強化	40 平均在院日数（再掲：03）	13.3日未満	（03で済）	－	－	
						41 新入院患者数（再掲：04）	1,200人以上	（04で済）	－	－	
						42 紹介患者数	紹介患者1,130人以上/月	1,116人	病院経営目標による。	病院運営委員会	経営管理課
						43 逆紹介患者数	逆紹介患者数840人以上/月	936人	病院経営目標による。	病院運営委員会	経営管理課
						44 HiMEネットを用いた患者同意数	R9年度末までに1,200件以上	2,096件	第4期中期目標・中期計画による。	TMSC責任者会議	TMSC／医事課
						45 寄附講座件数	R9年度末までに20件以上	20件	第4期中期目標・中期計画による。		総務課
46 入退院支援加算算定数（再掲：24）	入退院支援加算1,500件/年	（24で済）	－			－	－				
47 連携病院訪問	年50回以上	38医療機関に訪問	連携病院に対し、当院での治療内容や転院後の医療・看護について説明を行うことにより円滑な転院を目指す。	TMSC責任者会議	TMSC／医事課						
Ⅲ 業務プロセスの視点				1.医療構想に応じた医療体制の確立	(1)高品質な医療及び高度先進医療の提供	48 先進医療の届出件数	実施可能な先進医療届出件数7件以上	9件	令和4年届出数7件に基づく現状維持に努める。		医事課
					49 高度手術の実施件数（再掲：08）	6年間で第3期平均実績（5,944件）比の10%（595件）以上（手術部手術手技D難度以上を評価） ※2027年度6,539件以上	（08で済）	－	－		
				(2)がんへの対応	50 悪性腫瘍手術件数	年間1,300件以上	1,326件	令和4年度悪性腫瘍手術件数に基づく現状維持に努める		医事課	
					51 院内がん登録件数（当院責任症例件数）	年間1,800件以上	1,998件（2022年度実績）	当院責任症例件数の維持に努める		医事課	
					52 化学療法件数（外来・入院）	年間6,500件以上	7,138件	令和4年度化学療法件数に基づく現状維持に努める		医事課	
					2.チーム医療の実現（部門間の連携強化）	(1)タスクシフト・シェアの推進	53 医師事務作業補助者常勤換算数	15対1医師事務作業補助体制加算の維持	2023年度末時点：医師事務作業補助者常勤換算数35.93名／20対1医師事務作業補助体制加算 2024.4.15時点：配置数40.38人（15対1配置基準▲1.62人）	計画的かつ効果的な採用方法の検討と対象者の維持確保に努める。	
				54 看護補助者数			25対1急性期看護補助体制加算・夜間100対1急性期看護補助体制加算の維持	2024.3時点：25対1 配置数44人（配置基準+29.8人） 夜間100対1 配置数4人（配置基準+0.7人）	計画的かつ効果的な採用方法の検討と対象者の維持確保に努める。		看護部／医事課
				(2)医療の質に関する検討（再掲）		55 クリニカルパス適用率（再掲：28）	年間50%以上	－	－	－	－
						56 医療業務の質改善検討委員会における検討件数	年間改善検討事項1件以上	1件	多職種で構成される医療業務の質改善検討委員会組織による検討を進める。		医事課
				3.業務効率化の推進（DX化含む）	(1)診療情報管理機能の充実	57 退院サマリ作成率	退院サマリ作成率100%かつ14日以内作成率90%	退院後30日時点作成率99.6% 退院後14日以内作成率98.4%	病歴室における作成率の管理・作成督促体制の強化、診療科に対する作成協力依頼を行う。	診療記録管理委員会	医事課
(2)共通病床の有効活用	58 共通病床使用件数（再掲：09）	440件以上	（09で済）			－	－	－			
	59 病院クラウドシステムの充実	利用者数300人以上	94人			病院クラウドシステムの利用促進を図る。		医療情報部／医事課			
Ⅳ 学習と成長の視点				1.働きやすい病院づくり	(1)医師の労働時間短縮推進	60 医師労働時間短縮計画の進捗率（医師の働き方改革）	各計画期間の診療科毎の目標値達成	－（2024年度から実施）	医師労働時間短縮計画の遂行及び診療科ヒアリングによる確認を行う。 労働過剰時間医師への面接を施行する。	勤務環境改善検討委員会	人事労務課
					(2)医療従事者の負担軽減	61 医師事務作業補助者常勤換算数（再掲：53）	15対1医師事務作業補助体制加算の維持	（53で済）	－	－	
						62 看護補助者数（再掲：54）	25対1急性期看護補助体制加算・夜間100対1急性期看護補助体制加算の維持	（54で済）	－	－	
					(3)働き続けられる環境の整備	63 職員満足度調査	満足度向上（前年度比）	「総合満足度」は51.6で、前回調査（57.2）より大幅に低下（-5.6）した。	特に優先度の高い要望事項への対応を図る。	勤務環境改善検討委員会	人事労務課
				64 採用1年目看護職員の離職率		年間10%以下	8.5%	新人看護職員への教育支援及びキャリア形成支援体制の強化する。	看護部	看護部／人事労務課	
				2.県内唯一の医療人の育成	(1)シミュレーション教育の充実	65 シミュレーション教育を担当する人材の養成数	R9年度末までに40人以上	17人	第4期中期目標・中期計画による。		総務課
					(2)手術手技教育の充実	66 手術手技研修会（キャダバートレーニング）の受講者数	年間530人以上	246人	第4期中期目標・中期計画による。		総務課
					(3)地域医療に貢献できる医療人の輩出	67 専門医取得後の県内医療機関への医師輩出数	R9年度末までに累計60人以上	41人	第4期中期目標・中期計画による。		総務課
					68 臨床研修医数	採用者数25人以上	25人	各種説明会への参加、病院見学、ホームページ等による広報活動を図る。		総合臨床研修センター／総務課	
				3.基礎研究と臨床研究の融合	(4)実習・研修施設としての充実	69 受託実習生・病院研修生等の受入数	年間690人以上	647人	多職種（受託実習生・病院研修生等）の受入施設としての充実を図る。		総務課
(1)バイオバンクによる基礎・臨床研究の倫理委員会申請数	70 臨床検体を用いた基礎・臨床研究の倫理委員会申請数	R9年度末までに第3期平均値比10%増	96件		第4期中期目標・中期計画による。		総務課／研究協力課				
	71 臨床検体を用いた論文数	R9年度末までに第3期平均値比10%増	163件	第4期中期目標・中期計画による。							