

2025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	
Ⅱ 顧客（患者）の視点	安全・安心な医療の提供 地域医療機関の機能分化 患者・家族にとって快適な病院づくり			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	19 患者満足度調査による総合評価	前年度実績を踏まえ外来85.0点、入院89.0点	外来85.3点、入院88.7点	自由意見の拾い上げに加えて、患者満足度調査結果のローデータを用いて、項目毎、部門毎に分析することで、改善活動を強化する。	医療サービス推進委員会	看護部／医療サービス課／医事課	
						20 外来待ち時間の短縮	【診療までの待ち時間】前年度実績を踏まえ診療予約からカルテ記載までの時間が30分以内の患者率50％以上 【会計までの待ち時間】前年度実績を踏まえ会計までの平均待ち時間10分以下	【診療までの待ち時間】30分以内：44％ 【会計までの待ち時間】11.2分	【診療までの待ち時間】3か月ごとの待ち時間について実績データの収集・分析、適正な診療予約枠設定、不要な早期来院者を減らす対策等、待ち時間への対応策を医療サービス推進委員会で検討する。 【会計までの待ち時間】定期的に実績データを収集し、分析を行い、待ち時間短縮のための改善を図る。			
						21 患者からの苦情・意見への対応	発生認知から5日以内	発生認知から5日以内	目標値を維持する。			
				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 (2)チーム連携による患者中心の高度急性期医療の提供 (3)慢性期及び終末期患者への後方支援	22 ヘルスアカデミーによる情報発信回数	年間4回以上	4回	外部施設の活用は患者の利便性が高いため、現状維持とする。施設使用料支弁に見合うよう、その時々での関心の高いテーマにより市民公開講座を開催する。 （※診療科の施設使用料負担を検討していく）	医療サービス推進委員会	看護部／医療サービス課	
						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	66.4%	課題を抽出し解決案を立案する。			
						24 入退院支援加算算定数	5,000件/年	6,110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3,097件、そのうち310件が医師からの報告	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。（職種別報告数に注視）	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	全部署（病棟、中央診療施設、外来）を対象に、全部署2回ずつ現場ラウンドを実施した。実施期間は5月～7月および9月～12月で、延べ44日間にわたり実施した。	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	講演会4回、研修会6回を実施。	目標値に則して、講演会、研修会の年度計画を作成する。		
							28 病院管理者による現場ラウンド	年10回以上	6回（4/28、5/15、5/27、6/11、6/16、6/25）	病院長、看護部長等による現場ラウンドを実施し、各部門等の課題抽出を行う。		
					(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
							29 ・クリニカルパス適用率	年間50％以上	55.20%	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。		
							30 ・クリニカルパス見直し率	30％以上	44.00%			
							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）	2023年度国立大学病院中央値85.1％以上	76.70%	医療業務の質改善委員会	医事課	
							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）	2023年度国立大学病院中央値91.2％以上	97.30%			
							33 ・褥瘡発生率（入院患者に褥瘡（床ずれ）が発生した比率）	2023年度国立大学病院中央値0.5％以下	0.63			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）	2023年度国立大学病院中央値0.0以下	0			
							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
					36 病院管理者による現場ラウンド（再掲：28）	年10回以上						
					(3)感染管理対策の強化		37 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0.74/1000 ^{人・日} （国公協1.64） ○UTI発生率1.22/1000 ^{人・日} （国公協1.40） ×VAE発生率0.91/1000 ^{人・日} （国公協0.44） SSI発生率 ×COLO 5.7％（国公協5.43％） ○REC 2.4％（国公協10.49％） ○CARD 0％（国公協1.43％） ×CBGB 5.00％（国公協3.33％） ○CBGC 0％（国公協0.00％） ○GAST-T 0％（国公協16.67％） ○GAST-D 4.2％（国公協4.25％） ○GAST-O 0％（国公協5.00％） ○BILI-L 4.8％（国公協6.21％） ○BILI-O 4.0％（国公協13.85％） ○BILI-PD 10.5％（国公協23.61％） ○ESOP 12.1％（国公協13.33％）	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
							38 感染管理対策に関する現場ラウンド	侵襲リスクが高い部署は年2回以上、それ以外の部署は年1回以上	侵襲リスクが高い部署は年2回以上、それ以外の部署は年1回以上実施	侵襲リスクの高・低に応じた現場ラウンドを実施する。（侵襲リスク高：年2回以上、侵襲リスク低：年1回以上）		
							39 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	1患者あたり 13.7回	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。		
							40 院内感染に関する研修会参加率	1人2回以上の参加 100％	研修参加率 100％（一人当たり2回以上の参加率）	研修会への参加促進を継続する。		

