

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	2026年度				
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	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	↑↑↑ 持続可能な 財政基盤の確保 ↑↑↑			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	285億円以上	病院経営目標による。	病院運営委員会	経営管理課
						02 病床稼働率	85.0％以上	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	12.5日未満	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	1,250人以上/月	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	104,000円以上	病院経営目標による。	病院運営委員会	経営管理課
						－ 外来患者数				
						06 ・新規外来患者数	1,250人以上/月	地域医療機関との連携を強化し、新規紹介患者獲得増を目指す。	病院運営委員会	経営管理課
						07 外来診療単価	29,000円以上	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	第4期中期目標・中期計画による。		医事課／経営管理課
						09 病院収入の増収提案件数	R9年度末までに20件以上	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）	10 査定率	0.4％以下	診療科毎に診療記録に関するレポートを発行する。	保険診療指導対策組織 （チーム：総務・教育 担当副病院長及び医事課）	医事課
						11 適正な保険診療（保険診療指導対策・DPC対策）	診療科毎に診療記録に関するレポートを発行	保険診療に関する講演会を2回実施する。 特定共同指導チェックポイントを記載した病歴Newsを5回以上発行する。 DPCの適切なコーディングに関するe-learningを実施する。		
					(3)安定的継続運営 （継続性）	12 医療費率（医療費使用額／診療報酬請求額）	49.5％以下	病院経営目標による。	病院運営委員会	経営管理課
						13 剰余金設定額（予算決算収支額）	1.9億円以上	病院再開発のために、第4期中期計画期間末（R9年度末）時点で必要な剰余金16億円を確保するための年度目標額を設定する。	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	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	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	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	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	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
						19 2大学連携による医療材料の共同価格交渉	-	コンサルティング会社と契約し、徳島大学と2大学連携による価格交渉を行い、医療材料購入費用削減を図る。		経営管理課

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	2026年度				
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	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	20 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	患者満足度調査結果のローデータや患者からの自由意見を基に改善に繋がる事項を拾い上げ、医療サービス推進委員会で強化すべき活動、改善が可能な活動を検討する。	医療サービス推進委員会	看護部／医療サービス課／医事課
						21 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】実績データの収集を継続する。診療までの待ち時間の原因を医師、曜日等で分析する。診療予約枠、診察前の検査有無、結果までの時間等も考慮する。医療サービス推進委員会での検討や病院の方針を明確にし短縮を図る。 【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。		
						22 患者からの苦情・意見への対応	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	23 ヘルスアカデミーによる情報発信回数	年間4回以上	患者の利便性が高いことから、外部施設の利用を維持する。今年度より、施設使用料を講演する診療科に一部負担いただくこととした。その時々で関心の高いテーマで市民公開講座を開催する。より多くの方に参加いただけるよう工夫した広報を実施する。	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	24 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	課題を抽出し解決案を立案する。		
					(3)慢性期及び終末期患者への後方支援	25 入退院支援加算算定数	5,000件/年	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	26 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	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
						27 医療安全に関する現場ラウンド	年2回以上、全部署実施	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。		
						28 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	目標値に則して、講演会、研修会の年度計画を作成する。		
						29 病院管理者による現場ラウンド	年10回以上	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。		医療サービス課
					(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
						30 ・クリニカルパス適用率	年間50%以上	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。		
						31 ・クリニカルパス見直し率	30%以上			
						－ 評価指標（QI）：プロセス（医療の過程）関係指標			医療業務の質改善委員会	医事課
						32 ・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	継続的に評価を行い、医療の質向上、維持につなげる。		
						33 ・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			
						－ 評価指標（QI）：アウトカム（医療の結果）関係指標				
						34 ・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	継続的に評価を行い、医療の質向上、維持につなげる。		
						35 ・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		診療記録管理委員会	医事課
						36 診療記録の質的監査件数	年間120件以上	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。		
						37 病院管理者による現場ラウンド（再掲：29）	年10回以上			
				(3)感染管理対策の強化	(3)感染管理対策の強化	38 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	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
						39 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）		
						40 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	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。		
						41 院内感染に関する研修会参加率	1人2回以上の参加 100%	研修会への参加促進を継続する。		

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	2026年度				
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	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
					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	42 平均在院日数（再掲：03）	13.0日未満			
							43 新入院患者数（再掲：04）	1,250人以上/月			
							44 紹介患者数	1,200人以上/月	病院経営目標による。	病院運営委員会	経営管理課
							45 逆紹介患者数	1,040人以上/月	病院経営目標による。	病院運営委員会	経営管理課
							46 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	第4期中期目標・中期計画による。	TMSC責任者会議	TMSC／医事課
							47 寄附講座件数	R9年度末までに20件以上	第4期中期目標・中期計画による。		総務課
							48 入退院支援加算算定数（再掲：25）	5,000件/年	病棟での入退院支援業務の充実を図る。		
							49 連携病院訪問	年50回以上	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
							50 TMSC入退院相談依頼件数	年間7,000件以上	入退院相談・支援を推進する。		
							51 救急搬送者数	年間1,000件以上	救急搬送者数の増加及び救急患者受入体制の充実を図る。		
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	52 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	令和4年届出数7件に基づく現状維持に努める。		医事課
							53 高度手術の実施件数（再掲：08）	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			
						(2)がんへの対応	54 悪性腫瘍手術件数	年間1,300件以上	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
							55 院内がん登録件数（当院責任症例件数）	年間1,800件以上	当院責任症例件数の維持に努める。		医事課
							56 外来腫瘍化学療法診療料及び外来化学療法加算等の算定状況	年間7,000件以上	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	57 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	計画的かつ効果的な採用方法の検討と対象者の確保に努める。		人事労務課／医事課
							58 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	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）	59 クリニカルパス適用率（再掲：30）	年間50％以上			
							60 医療業務の質改善検討委員会における検討件数	年間1件以上	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	61 退院サマリ作成率	退院サマリ30日時点作成率95%かつ14日以内作成率90%	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
							62 AIを活用した医療DXの推進	文書生成AIシステムを活用する	文書生成AIシステムを導入し、院内文書作成の効率化を図る。	診療記録管理委員会	医事課
						(2)ICTを活用した負担軽減への取組み	63 AI電話 予約変更専用番号入電対応件数	年間2,400件	AI電話を活用し、外来診療科の看護師・事務担当者の負担軽減を図るとともに、患者サービスを向上させる。		医事課
							64 TMSCで初回入院説明を受けた患者のうちクラウドICビデオを用いた入院説明実施率	90％以上	入院説明にクラウドICビデオを活用し、看護師の負担軽減を図るとともに、患者の理解度を向上させる。		医事課／TMSC
					(3)病床の有効活用	65 ICTを活用した病床の有効活用	病床稼働率85.0％以上		病院全体の空床を柔軟にコントロールできるルールを作成する。 毎朝9：30に病棟師長全員が統合連携センターに集まり、当日・翌日の状況を病床管理システムで確認し、協議を行うことで、空床を有効に活用できるようにする。 主治医に2日前までに入退院情報を入力いただくよう周知を行い、入力されたデータをもとに空床を有効に活用できるようにする。		看護部／経営管理課 ／医事課
							66 電子処方箋の導入推進	HPKI・マイナカード取得率100％ マイナ保険証利用率 75%	HPKI・マイナカード取得率を向上させる。 マイナ保険証利用率を向上させる。		医療情報部／医事課

