

2024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	地域医療機関の機能分化 安全・安心な医療の提供 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	21 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84.9点、入院88.9点	自由意見の拾い上げによる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	
						22 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：46% 【会計までの待ち時間】 令和6年度会計までの平均待ち時間10.69分	【診療までの待ち時間】定期的に実績データを収集し、分析を行う。今後、その結果を各診療科へ情報発信し、待ち時間の短縮を目指す。 【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。			
						23 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	発生認知から5日以内に対応する。			
				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	24 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。	医療サービス推進委員会	看護部／医療サービス課	
						25 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	66.3%	課題を抽出し解決案を立案する。			経営管理課
						26 入退院支援加算算定数	4,500件/年	5,361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
				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	27 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3,307件、そのうち358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	
						28 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）2回ずつ、計43日間かけて現場ランドを実施	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。			
						29 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。	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	
						30 ・クリニカルパス適用率	年間50%以上	54.4%	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	33.6%				
						32 ・地域医療連携バス導入件数	年間45件以上	36件	肺がん・前立腺等のがん地域連携バスを推進する。	TMSC運営委員会	TMSC／医事課	
						33 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	6拠点病院を維持している	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。			
						－ 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	
						34 ・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）	2022年度国立大学病院平均79.1%以上	79.2%	継続的に評価を行い、医療の質向上、維持につなげる。			
						35 ・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）	2022年度国立大学病院平均90.1%以上	95.70%				
						－ 評価指標（QI）：アウトカム（医療の結果）関係指標						
						36 ・褥瘡発生率（入院患者に褥瘡（床ずれ）が発生した比率）	2022年度国立大学病院平均0.7%以下	0.50%	継続的に評価を行い、医療の質向上、維持につなげる。			
						37 ・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）	2022年度国立大学病院平均0.7以下	0人				
						38 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を行い、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	
				(3)感染管理対策の強化		39 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0.51/1000人・日（国公協1.85） ○UTI発生率0.68/1000人・日（国公協1.80） ○ICU VAE発生率0.00/1000人・日（国公協4.35） ICU2 VAE発生率0.63/1000人・日（国公協4.35） SSI発生率 ○REC 0%（国公協12.50%） ○COLO 3.9%（国公協7.37%） ○CARD 0%（国公協2.27%） ○CBGB 3.45%（国公協3.72%） ○CBGC 0%（国公協0.00%）	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	
						40 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（第1回：2024/4/17～10/2、第2回：2024/9/25～2025/2/19）	侵襲リスクが高い、低い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）			
						41 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 12.7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。			
						42 院内感染に関する研修会参加率	90%以上	研修会参加率 100%（※1人・2回以上の参加率）	研修会への参加を促進する。			
						43 平均在院日数（再掲：03）	13.0日未満	(03で済)				
				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	44 新入院患者数（再掲：04）	1,200人以上/月	(04で済)		病院運営委員会	経営管理課	
						45 紹介患者数	1,160人以上/月	1,128人	病院経営目標による。			
						46 逆紹介患者数	950人以上/月	955人	病院経営目標による。	病院運営委員会	経営管理課	
						47 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	HiMEネットを用いた患者同意取得件数2,734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	
						48 寄附講座件数	R9年度末までに20件以上	21件	第4期中期目標・中期計画による。		総務課	
						49 入退院支援加算算定数（再掲：26）	4,500件/年	(26で済)	病棟での入退院支援業務の充実を図る。	－	－	
						50 連携病院訪問	年50回以上	57回	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	
						51 TMSC入退院相談依頼件数	年間7,000件以上	7,829件	入退院相談・支援を推進する。			
						52 救急搬送者数	年間710件以上	841件	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。			

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	2024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	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
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	53 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	7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
						54 高度手術の実施件数（再掲：09）	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	（09で済）			
					(2)がんへの対応	55 悪性腫瘍手術件数	年間1,300件以上	1,414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
						56 院内がん登録件数（当院責任症例件数）	年間1,800件以上	2,052件（R5症例・R6提出）	当院責任症例件数の維持に努める。		医事課
						57 外來腫瘍化学療法診療料及び外來化学療法加算等の算定状況	年間7,000件以上	7,031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	58 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取得	医療クラーク（医師事務作業補助者）の待遇改善（2023年7月実施）や医事課でインターンシップ等を活用したリクルートにより、2024年度採用活動の成果として、フルタイム5名（パートからの切替1名含む）、パート1名（派遣職員からの切替）を新たに確保することができた。結果、2025年4月より15対1の上位加算を取得している。	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
						59 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	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は維持している	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）	60 クリニカルパス適用率（再掲：30）	年間50％以上	（30で済）			
						61 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	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 (2)共通病床の有効活用 (3)次世代診療支援基盤の推進	62 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 99.3% 退院後14日以内作成率 97.4%	病歴室における作成率の管理・作成督促体制の強化、診療料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
						63 共通病床使用件数（再掲：10）	200件以上	（10で済）			
						64 病院クラウドシステムの充実	利用者数300人以上	利用者数147名	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	65 医師労働時間短縮計画の進捗率（医師の働き方改革）	医師労働時間短縮計画における各計画期間の診療料毎の目標値達成	特例水準（B水準、連携B水準）適用医師が所属する5診療科のうち、4診療科について目標値を達成した。	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。 長時間労働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
						66 医師事務作業補助者常勤換算数（再掲：58）	15対1医師事務作業補助体制加算の取得	（58で済）			
					(2)医療従事者の負担軽減	67 看護補助者数（再掲：59）	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	（59で済）			
					(3)働き続けられる環境の整備	68 職員満足度調査	満足度向上（前年度比）	【総合満足度】 当院全体：53.7（R5/51.6） 医師：61.2（R5/61.3） 看護職：45.9（R5/42.6） コメディカル職：57.7（R5/55.6） 事務職：62.7（R5/62.1） 看護補助・介護・その他：50.0（R5/47.8）	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
						69 採用1年目看護職員の離職率	年間10％以下	2024年度新卒採用1年目の離職率は、7.8％（採用64名/退職5名）と目標を達成している。	新人看護職員への教育支援及びキャリア形成支援体制を強化する。	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	70 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	13人	第4期中期目標・中期計画による。		総務課
						71 手術手技研修会（キャダパートレーニング）の受講者数	年間530人以上	343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	72 専門医取得後の県内医療機関への医師輩出数 － 臨床研修医数	R9年度末までに60人以上	37人	第4期中期目標・中期計画による。		総務課
						73 ・臨床研修医数（本院）	25人以上	27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)地域医療に貢献できる医療人の輩出	74 ・県内臨床研修医師数（本院除く）	55人以上	65人	総合臨床研修センターは、当院臨床研修医の確保のみならず、愛媛県内の研修医を確保する役割を担っており、県内基幹型連携病院と連携し説明会の開催及び参加、並びに会議等にて情報交換を行い、研修医の獲得に努める。		
						75 受託実習生・病院研修生等の受入数	年間690人以上	549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
				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	76 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	115件	第4期中期目標・中期計画による。		総務課／研究協力課
						77 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	165件	第4期中期目標・中期計画による。		

注） KGI：Key Goal Indicator ， CSF：Critical Success Factor ， KPI：Key Performance Indicator