

【医師・看護師等業務負担軽減及び処遇改善計画(2024年度実績、2025年度目標)《東海中央病院 勤務環境改善委員会》】

分野	2024年度 当初の現状	2024年度 目標	2024年度 目標達成のために必要な手順	2024年度 結果、評価	達成度	2025年度 目標	2025年度 目標達成のために必要な手順
施設基準項目(イ) 外来縮小	病院としては地域の他の保険医療機関との連携をすすめている。	現状維持できるよう、引き続き、地域の他の保険医療機関との連携を図る。	定期的に実績を確認し、現状把握する。	医師数が減ったこともあり、外来患者数が減少した。 救急外来、入院診療に軸を置いた対応ができるよう、引き続き地域の保健医療機関と連携していく。	100%	現状維持できるよう、引き続き、地域の他の保険医療機関との連携を図る。	定期的に実績を確認し、現状把握する。
施設基準項目(ロ) 院内保育所の設置	希望者の受け入れができており、保育の質向上のための取り組みを継続している。	院内保育所について ①希望者を全員受け入れる。 ②引き続き、毎週月・木は夜間保育を行う。 ③保育の質向上を図る。	①通常保育、夜間保育、病児保育について、現運用を維持する。 ②利用者の希望調査アンケートを行い、保育の質の向上を図る。	①希望者の全員を受け入れた。 ②利用者の希望調査を行った。より安全な保育ができるよう見守りカメラを導入した。	90%	院内保育所で以下を実施する。 ①希望者を全員受け入れる。 ②引き続き、毎週月・木は夜間保育を行う。 ③保育の質向上を図る。	① 通常保育、夜間保育、病児保育について、現運用を維持する。 ② 利用者の希望調査アンケートを行い、保育の質の向上を図る。
施設基準項目(ハ) 医師事務作業補助者の配置による医師の事務作業の負担軽減	文書作成については、おおそ実施できていた。リーダーのマネジメント力不足で、他部署との連携や意思疎通ができていない部分もあった。	医師事務作業補助者の育成強化により、更なる病院勤務医の事務作業の負担軽減を図る。(文書補助など代行入力など、医師が希望された場合は断らないサポートを行う) また、医師事務リーダーのマネジメント力強化に務める。	①赴任時に医師事務作業補助者によるサポートの希望内容を確認する。 ②入院患者数が多い医師について、回診時の入力サポートを行う。 ③医師事務担当者をローテーションする等勤務環境の見直しを行う。	①常勤医師の9割以上をサポートしている。 ②欠員補充が困難な状況。 ③診療科により環境が異なり勤務者の満足度に差異が見られる。 ④他の職種との連携、意思疎通が困難なことがあった。	70%	医師事務作業補助者の指導管理体制を再検討する。できるだけ医師の希望に応えるよう、医師事務リーダーのマネジメント力強化に務める。リーダーの役割を複数名に担わせることで、情報共有等の充実を図る。	リーダーの育成に必要な介入を行う。 ① スタッフのヒアリングによる問題点抽出 ② リーダーのヒアリング ③ ①、②による結果を検討
	初診時のサポートについて、おおそ実施できていた。	看護師または医師事務作業補助者は初診時の予診、入院の説明、検査手順の説明を行う。	①医師が説明している項目を洗い出す。 ②医師からオリエンテーションを受け、医師事務作業補助者が説明できるように教育する。	おおそ実施出来ている。	100%	看護師または医師事務作業補助者は初診時の予診、入院の説明、検査手順の説明を行う。	① 医師が説明している項目を洗い出す。 ② 医師からオリエンテーションを受け、医師事務作業補助者が説明できるように教育する。
施設基準項目(ニ) 医師の時間外・休日・深夜の対応についての負担軽減及び処遇改善	医師が減ったことにより、少数体制の診療科や救急に関わる医師の業務負担軽減ができなくなる見込みであった。	①少数体制の診療科については、医局へ医師の増加を依頼する。また、募集する。 ②救急に関わる医師の負担軽減にも取り組む。	①少数診療科の医師の支援方法を検討する。 ②救急に関わる医師から聞き取りを行い、状況把握する。 ③救急に関わる中心医師とサポートできることを検討する。	大学医局の医師不足が深刻であり、増員よりも減員となることが多かった。 消化器内科と消化器外科で、当番を統一した。救急に対応する医師がかなり不足している。	70%	①少数体制の診療科同士で協力体制を構築する。 ②救急対応医師の確保のため、大学院生や業者医師を積極的に活用する。	① 少数診療科の協力体制を協議する(腎臓内科と泌尿器科など)。問題点を検討する。 ② 業者枠の増加、大学院生の待遇改善することで、積極的に公募を行う。
	勤務間インターバル確保はおおそ実施できている。	勤務時間インターバルを確保する。	以下を継続維持。 ①医務局長が当直表を作成する。 ②事務がインターバルを確保しているか確認し、必要に応じて修正し、医務局長に報告する。	おおそ実施出来ている。 運営会議でも、インターバル確保について説明し他の職種からの働きかけもできるようになった。	90%	勤務時間インターバルを確保する。	以下について取り組む。 ・ 23:30 前退勤を徹底する。 ・ 当直明けに早く退勤することで、代替休息に充てる。 ・ 24:00までの実働時間の把握をする。
	手術前日に当直を入れないことは、おおそ実施できている。	予定手術前日には当直や夜勤に対し、配慮する。	以下を継続維持。 ①当直表を作成する段階で、予定手術前日には当直とならないよう配慮する。 ②既に当直表が作成された後に手術が決定した場合は医師間で調整を行う。	おおそ実施出来ているが、医師不足によりかなり当直表の作成が困難となった。	90%	予定手術前日には当直や夜勤に対し、配慮する。	以下を継続維持。 ①当直表を作成する段階で、予定手術前日には当直とならないよう配慮する。 ②既に当直表が作成された後に手術が決定した場合は医師間で調整を行う。
	当直明け帰宅は、8割以上が実施できていた。	当直翌日は帰宅できるよう、当該診療科で調整することを継続する。	①若手医師の育成 ②若手医師の補充 ③協力体制の構築	一部帰宅しない医師もいるが、8割以上の医師は実施出来ている。ただし、医師が少なくなっているため現状維持が困難となっていく見込み。	80%	当直翌日は帰宅できるよう、当該診療科で調整することを継続する。	大学院生や業者医師を積極的に活用し、院内医師の宿直の負担を減らす。
施設基準項目(ホ) 特定行為研修修了者である看護師の複数名配置及び活用による医師の負担軽減	特定行為研修修了者育成に向けた検討を始める段階であった。	病院が必要とする特定分野において、実施してほしい内容や体制を明確にする。	①医師が希望する特定行為を把握する。 ②その分野で想定している業務内容について明確にする。 ③病院が必要とする特定分野とその業務内容を看護部運営会議で周知する。	2名が特定行為研修を修了した。区分は医師の希望によるものではなく、看護師は意欲的・自発的に研修を受けたものであるが、2名で全21区分中11区分を終了している。	100%	特定行為研修修了者を1名増やす。	研修指定機関(東海大学)の協力施設となる体制を整え、研修の支援を行う。
施設基準項目(ヘ) 院内助産又は助産師外来の開設による医師の負担軽減	現在、院内助産又は助産師外来は実施していない。	現在、院内助産又は助産師外来は実施していない。	現在、院内助産又は助産師外来は実施していない。	現在、院内助産又は助産師外来は実施していない。	70%	現在、院内助産又は助産師外来は実施していない。	現在、院内助産又は助産師外来は実施していない。
施設基準項目(ト) 看護補助者の配置による看護職員の負担軽減	補助者配置をしているが、人員確保が困難な状況であった。	看護補助者の配置により、看護職員の更なる負担軽減を図る。	①補助者の常勤登用を推進する。 ②魅力ある職場とする。 ③派遣業者を活用する。	昨年度に引き続き看護補助者1名を常勤登用した。 人員確保が困難であり、求人は継続している。		看護補助者の人員を確保し、現状人員数を維持する。 離職防止に努める。	派遣業者活用を含めた求人活動の継続。 看護補助者を必要に応じて常勤登用し、離職防止の意識づけする。

分野	2024年度 当初の現状	2024年度 目標	2024年度 目標達成のために必要な手順	2024年度 結果、評価	達成度	2025年度 目標	2025年度 目標達成のために必要な手順
看護業務	新入職者数が13名 2023年度の3年目までの退職者は9名 全体で例年30名程度の退職者がある。また、育児短時間を取得してるスタッフも多く、夜勤可能者が減少しいる。	・令和7年度新入職者20名を確保する。 ・卒後3年目までの、退職者を5名以内にする。	・各ガイドンスへの参加 ・教育プログラムの見直し ・2年目教育の強化	ガイドンスの参加や広報活動をおこなっていたが、2025年度入職予定者は18名であり、20名には達しなかった。また、1年目で退職するものもあった。2年目までの各単位でおこなう、OJTの作成や2年目以降もプリセプター制を導入したが、1～3年目までの退職者が、昨年度より増加し11名となった。	0%	退職者数を20名程度とする。 2026年度入職者数、15名。	・学校訪問の強化 ・魅力あるインターシップになるよう、検討し、実施する ・SNSを利用した広報活動の実施
	PNSをおこなっていたが、患者が各部屋に分散していること、受け持ち患者数が多く情報収集に時間を要することなど、効率的に看護を提供することが困難な状況であった。	・看護提供方式の骨子を作成する	・各病棟への情報収集 ・手順の作成	HCU,緩和ケア以外の6病棟で、セル式看護提供方式を導入することができた。	100%	・タイムスケジュールを修正して、勤務交代時の業務を明確かし、超過勤務時間を減少させる。(前年度より減少)	・交代時の業務を、洗い出し日勤者・夜勤者の役割分担を明確化する。 ・タイムスケジュールの修正し、周知する。 ・タイムスケジュールに沿って業務を実施。 ・超過勤務時間を比較する
	運用マニュアルはあるが、周知ができていない。臨床パスの適応率は29.9%。整形外科の臨床パスの作成が、1件もできていない状況でいい。	①臨床パス作成を推進し適用率を上げる(パス学会が提示している40%を目指す) ②作成・運用マニュアルを周知し、現在あるパスをパリアンスデータ、理由を考慮して修正する(80%以上実施できる)	作成の推進 ①各診療科の適用率を提示する ②各診療科の上位5位までの疾患に対しパスが作成されているか確認する。ない場合、医師と当該病棟の看護師パス委員に働きかける ③病院委員会と看護部委員会で毎月、作成状況を確認し支援する。 分析とパスの修正(世代をあげる) ①作成・運用マニュアルの承認を受ける ②作成・運用マニュアルの周知する ③マニュアルに沿ってパスを修正する。 ④修正できたパスを1つ以上、委員会において分析し世代をあげる。 ⑤見直しが必要なパスを委員会が検索し修正を促す(委員会で支援する)	パスの適応率は31.7% マニュアル等の周知は、病院の臨床パス委員会や、看護部でスタッフへの周知をおこなった。 TKAの臨床パスを作成中であるが、承認には至らなかった。結果として、1個も完成しなかった。要因として、担当者が臨床パスの作成の知識がなく作業がスムーズに進まなかったこと、整形外科の医師の入力が不慣れであること、フォローが足りなかったことである。 パスの更新は適宜おこなっている。	50%	①資料頻度の高い、臨床パスから1つ以上BOMを導入したアウトカムを作成する。 ②整形外科領域パスを3件以上作成する。	①-1BOMについてアウトカム作成方法について、委員に説明をする。 ①-2各単位でBOMを導入したアウトカムを作成する。 ①-3正しくBONを導入したアウトカムが作成してるか、監査を行う。 ②-1整形外科領域のパス作成の計画表を作成する。 ②-2委員が作成のための支援を行う ②-3パスを作成し運用する。
	事務を担当する補助者は、8病棟中3名病棟に配置。	・事務を担当する補助者の確保(病棟各単位1名)	・ハローワークへの募集掲載 ・事務業務の明確化、マニュアル作成	2名の事務を担当する補助者をあらたに、確保することができた。	100%	看護師から、看護補助者に移行できた業務が3件以上ある。	・事務を担当する補助者に委譲できる、業務の明確化 ・事務を担当する補助者のマニュアルの改訂 ・担当者への説明と教育 ・実施して評価、マニュアルの修正をしていく。
	例年各看護単位で、取り組み業務改善を検討し、実施している。今年度も、各看護単位での業務改善に取り組む。	各看護単位の業務改善の事例1件以上	・各看護単位の目標と手順を確認する。	看護部の目標に挙げ、各単位で取り組み、結果を看護部運営会議で共有した。各単位1件以上は業務改善を行っていた。内容としては、業務内容の可視化を行うい、チーム間で業務を補完する体制、薬品定数の見直しであった。	100%	・各看護単位で課題となっている業務を改善に取り組む。(各単位1件以上)	・各単位の課題の明確化 ・計画の立案・実施 ・成果の共有
CE業務	教育は進んでおり、独り立ちできるようになるまで、あと1名の状況	教育に関して、スタッフ全員が緊急当番がこなせられるようにさらに進めていき、現場の医師や看護師の負担軽減につなげる。	スタッフ全員の業務の習熟度を高める。また、1名の休職職員が復帰に向けて動いており、緊急当番等をこなせるように教育を進めていく。	育児休暇明けで短時間勤務のスタッフが1名おり、緊急当番をこなせるように指導しているが、指導時間が限られているため、まだサポートが必要な状態。その他のスタッフに関しては対応できるため、現場スタッフの負担軽減につながった。	85%	今年度に新しいスタッフが入職したこともあり、引き続き、スタッフ全員が緊急当番がこなせられるようにさらに進めていき、現場の医師や看護師の負担軽減につなげる。	スタッフ全員の習熟度を高めて、現在一人で緊急対応を行っているスタッフに関しても定期的な振り返りを行い、知識や技術が足りているのかの確認も行っていく。
	全てのCEが業務拡大研修を受け終えたので静脈穿刺することは可能となったが、現場でのアナウンスが足りていない。	血液浄化を行う際の静脈穿刺が認められたため、穿刺困難症例では、CEが積極的に業務を請け負い、看護部、並びに医師への負担を軽減する。	静脈穿刺の際にはCEが行うようにアナウンスを進めていく。	全てのスタッフが静脈穿刺が可能になっており、難易度が高い静脈穿刺の時などはCEがエコー下で積極的に穿刺を行っているため現場の看護師の負担軽減につながった。	100%	医師の負担軽減していくため、シャントエコーを積極的に行い、透析のシャントトラブルを事前に回避していく。	シャントエコーの履歴を作成し当院で透析を行っている患者全員を定期的にフォローできるように計画していく。また、入院患者に関しても退院前までにシャントエコーを実施し、シャントトラブルの事前察知に努める。

分野	2024年度 当初の現状	2024年度 目標	2024年度 目標達成のために必要な手順	2024年度 結果、評価	達成度	2025年度 目標	2025年度 目標達成のために必要な手順
薬剤業務	薬剤師1名不足。育児休1名にて、実質2名不足。全ての一般病棟において、毎日常駐はできていない。週4日の常駐と週20時間は確保。入院患者における持参薬鑑別は基本全員薬剤部に行っていた。	3名不足は変わらずであるため、すべての一般病棟おいて薬剤師を毎日常駐することは、引き続き困難であるが、入院患者における持参薬鑑別はすべて行う。	2年目薬剤師が病棟業務を行えるよう育成する。3名同時に育成は困難であるため、個々の習得度合いをみながら、病棟業務に携わる時間を増やす。	2年目薬剤師3名の内、2名病棟業務の独り立ち、1名も育成中。 毎日薬剤師常駐は困難なため、一般5病棟においては、週4日の常駐と週20時間は確保と、入院患者における持参薬鑑別は薬剤部で行うことを維持。 HCUは、毎日午前中常駐。	80%	病院薬剤師の不足は顕著で当院の薬剤師の割合は近隣だけでなく全国と比較しても少ない。しかし、医師の負担業務負担軽減は薬剤師の業務負担軽減に繋がる部分もあるため、すすめていく。入院患者における持参薬鑑別は薬剤部ですべて行う。 原則、患者一人に対して一度は薬剤管理指導を行う。	毎日薬剤師常駐は困難なため、一般5病棟においては、週4日の常駐、HCUは、毎日午前中常駐し、週20時間の病棟薬剤業務維持。
	西4病棟に2年目の薬剤師が行くことが多いので、西4病棟での業務手順作成に着手。2年目薬剤師のカルテ記載を6年目以上経験の薬剤師で確認。	新人薬剤師も2年目となり、病棟業務を行うようになってきたので、業務の効率化を行うとともに、医療安全にも気を配る。	2023年度のヒヤリハットを分析し、医療安全業務改善計画、目標を立てる。	三点認証が行われていない事例、注射薬混注におけるダブルチェックが行われていないと思われる事例がよく見られるので、看護部で注意喚起を行ってもらった。 持参薬鑑別や入力においてミスが多く見られる。鑑別においては、マスタの整備をし、カルテ入力においては、ダブルチェックをすることとした。	100%	★目標から割愛する 医療安全業務改善計画、目標は、医師看護師等業務軽減計画とは、違うとおもわれるため。	
	目標設定としていない事項 医師業務負担軽減として、年度途中で行った事項		医師・薬剤師の現場の声を聞き、薬事委員会において、業務負担軽減案を提案し検討する。 その後、医局会で報告する。	R6.9及び12の薬事委員会にて以下の提案をし、医局会で報告承認を得た ・定期処方Do作成補助 ・処方規格の変更 ・長期収載品の選定療養に関する疑義照会について、理由が明らかな場合薬剤部で返答することを可能にした ・持参薬の継続中止指示の代行入力		都度検討	医師・薬剤師の現場の声を聞き、薬事委員会において、業務負担軽減案を提案し検討する。 その後、医局会で報告する。
	2023年度 外来腫瘍化学療法診療料1 560件 連携充実加算 119件 がんトレーニングレポート 89件	外来腫瘍化学療法診療料1連携充実加算の算定件数を維持する。 保険薬局からのトレーニングレポートを件数を増やす。	トレーニングレポートを出しやすい環境を作るとともに、啓発活動を行う。 トレーニングレポートから得られた情報をどのように活用していったよいか検討する。	外来腫瘍化学療法診療料1 532件 連携充実加算 251件 がんトレーニングレポート 39件 がん化学療法研修会 2回/年開催	50%	トレーニングレポート件数が減っているので増加を目指す。	近隣の保険調剤薬局にトレーニングレポート提出の啓発活動を行う。得られた情報を、医師、保険調剤薬局にフィードバックし、医師の業務軽減に繋げる。
	がん薬物療法体制充実加算算定実施は行われていない。	薬剤師充足した時に、医師の外来診療の業務軽減につながる事が期待されるがん薬物療法体制充実加算算定実施に対応できるように、フローチャートの検討を行う。	がん化学療法支援チームにて、検討し、まずは薬剤師外来を特定の科又は患者において実施し、問題点を抽出するところから始める。	がん薬物療法体制充実加算算定実施に向けて、チームを立ち上げ、体制づくりをし、薬剤限定ではあるが、算定を開始できた。	100%	がん薬物療法体制充実加算算定を開始したので、件数の増加を目指し、医師の診察時の業務負担の軽減を図る。	現在、1薬剤限定のため、対象薬剤を増やす。1名の認定薬剤師のみで行っているので、薬剤部内のがん化学療法チームとして取り組む。
検査業務	おおそ実施できている。	病棟の早朝検尿回収並びにドック棟検体(採血、検尿)の回収(9:00、9:30、10:00)を行っていく。	早出勤務者による病棟検尿回収を行う。ドック検体回収は検査スタッフが互いに協力して検体回収業務が行える体制を確立する。	早朝検尿回収は早くに行けないこともあったが、おおそ実施できた。ドック検体回収は、皆さんの協力により実施することができた。	95%	病棟の早朝検尿回収並びにドック棟検体(採血、検尿)の回収(9:00、9:30、10:00)を行っていく。パニックレンジの連絡をスムーズに行い、その日のうちに処置がなされたかを確認する。	早出勤務者による病棟検尿回収を行う。ドック検体回収は中央検査室スタッフが互いに協力して検体回収業務が行える体制を確立する。パニックレンジは連絡したら記録をし、午後より処置がなされたかを確認するスタッフを複数出来る体制を整える。
	おおそ実施できている。	病理細胞診検査でエコー下穿刺細胞診、気管支鏡検査や針生検検体採取時には現場に向く事で、検体採取の補助になり、採取から技師が関わる事で標本の精度を高め、それが診断精度の向上に繋がる。 病理の既読管理をチェックし既読漏れを無くす。	日頃から、手技・手順の習熟に努めると共に、補助・助言が行える様にする。毎月中旬に前月依頼分の既読をチェックする。	昨年新人が入職し教えながらで大変ではあったが、何とか手技・手順の習熟ができスムーズにできた。病理結果の既読漏れは催促をすることにより無くすことが出来た。	100%	病理細胞診検査でエコー下穿刺細胞診、気管支鏡検査や針生検検体採取時には現場に向く事で、検体採取の補助になり、採取から技師が関わる事で標本の精度を高め、それが診断精度の向上に繋がる。 病理の既読管理をチェックし既読漏れを無くす。	日頃から、手技・手順の習熟に努めると共に、補助・助言が行える様にする。毎月中旬に前月依頼分の既読をチェックし、未読者には催促し漏れの無いようにする。
	おおそ実施できている。	糖尿病ケアチームによる糖尿病患者さんへの検査データの説明を行う。	検査データの収集(血糖、HbA1c、尿中アルブミン、Cペプチド)生理検査では合併症の検査(心拍数変動検査、神経伝達速度)等をあらかじめ調べておく	やり繰りが大変だったが、皆さんの協力のもと行うことが出来た。	100%	糖尿病ケアチームによる糖尿病患者さんへの検査データの説明を行う。	検査データの収集(血糖、HbA1c、尿中アルブミン、Cペプチド)生理検査では合併症の検査(心拍数変動検査、神経伝達速度)等をあらかじめ調べておく
	おおそ実施できている。	昨年に引き続き、ICTミーティング、抗菌薬ラウンドに積極的に参加し、最適な資料提供を行う。	日頃から、最新の知識に習得に努める事でより適切な資料提供を心がける。ICTミーティング、抗菌薬ラウンドにおいて業務分担を図る。	若い技師がなかなか技術を習得できず苦労したところはあったが、何とか行うことができた。	100%	昨年に引き続き、ICTミーティング、抗菌薬ラウンドに積極的に参加し、最適な資料提供を行う。	日頃から、最新の知識に習得に努める事でより適切な資料提供を心がける。ICTミーティング、抗菌薬ラウンドにおいて業務分担を図る。
	おおそ実施できている。	カプセル内視鏡検査、持続グルコースモニター検査での補助、レポート作成を引き続き行う。	最新の専門的知識を習得していく。担当者を増やす。	やり繰りが大変だったが、皆さんの協力のもと行うことが出来た。	100%	カプセル内視鏡検査、持続グルコースモニター検査での補助およびセンサー在庫管理、レポート作成を引き続き行う。	最新の専門的知識を習得していく。担当者を増やす。

分野	2024年度 当初の現状	2024年度 目標	2024年度 目標達成のために必要な手順	2024年度 結果、評価	達成度	2025年度 目標	2025年度 目標達成のために必要な手順
放射線業務	放射線安全管理講習会に時間がなく参加しづらい医師、看護師がいること。また、講習会内容が単調になってきている。	放射線安全管理講習会を医師、看護師が多忙な業務の合間に参加しやすいようにするため主にeラーニングを活用し、参加しやすいプログラムとする。また、簡単な質問など講習内容の理解確認も行い、より安全に放射線関連業務が行えるようにする。	放射線安全管理講習会に担当するスタッフを複数名とし、eラーニングを活用できるようにする。また、新しく導入した装置の被ばく防止方法について検討し、講習会にて説明出来るように学習する。	放射線安全管理講習会を会場参加とeラーニングの併用で開催した。eラーニングの視聴可能期間を長くしたこと、複数の担当者にすること、新規導入した装置の被ばく低減方法を組み込むことでeラーニングの参加者が増加した。講習会の内容が変化したことは好評だった。	100%	従来、心臓カテーテル検査は循環器内科の医師2名以上で行っていました。常勤医師が減少したことで、医師の負担が増えています。そこで、アンギオ装置の操作をサポートし医師の負担を軽減する。	心臓カテーテル検査で行う撮影方向や操作手順を少人数で覚える。慣れてきたら徐々に検査数を増やしていく。
	救急業務で重大所見がある場合の医師への報告は技師の間でも差があり、報告されてないものもあった。理由は重大所見に気が付かない、多忙の為報告する時間がない、報告しづらい等であった。	救急業務の検査中に目的外で気が付いた所見や重大な所見があった場合には技師から医師へ直接報告する努力をし、読影や診断の補助、見落とし防止の手助けができるようにする。	救急業務の検査後に技師で出来る範囲で画像の読影や確認を行い重要な所見を認めた時は、速やかに医師へ報告するようにして、救急業務における医師の読影手助けを積極的に行う。	救急業務中の重大所見の報告は積極的に報告できるようになった。しかし、技師の画像読影力の問題や多忙で報告できなかったり、うまく伝わらなかったりと課題もあった。	50%	救急業務中の重大所見の報告を積極的に行なう。技師の画像読影力を向上させる。重大所見を疑う場合は医師に直接伝える。	読影力を向上させるために年6回程度の勉強会を行う。
	読影レポート閲覧認証について閲覧が遅い依頼医が少なからずいた。	読影レポートの見落としを防止するため閲覧を忘れている医師へ直接メールにて連絡する。また、悪性所見の読影レポートをチェックして依頼医が閲覧していない場合は迅速に連絡する。	定期的に読影レポート閲覧状況を確認する。また読影レポートの内容もチェックし、悪性所見など重要な所見がある場合は、医師へ直接連絡して閲覧するように願います。また院内メールや、伝言用紙を活用してサポートする。	定期的に読影レポート閲覧状況を確認することまた読影レポートの内容をチェックし、悪性所見など重要な所見がある場合は、医師へ直接連絡して閲覧するようにお願いすることはおおむねできた。また、常勤放射線科医勤務によりレポート数が増加したが対応することができた。	100%	病棟スタッフが入院患者を検査に連れてくる回数を減らせるように調整する。	1人の入院患者が同日に一般撮影、CT、MRI、超音波の検査がある場合に放射線科内で連絡を取り調整する。検査室の移動もできるだけ介助する。
リハビリ業務	令和6年度の診療報酬改定合に合わせて内容の把握と、リハビリ記録のマニュアルの修正が必要となった。	カルテに記載するリハビリテーション記録を他職種がみても、正確に分かりやすく統一的なものにする。	令和6年度に診療報酬改定があることから、それに合わせたカルテ記載となるようマニュアルの見直しとチェック体制をとり、統一的なカルテ記載とする。	記録プロジェクトチームによって、診療報酬改定に合わせたマニュアルの修正はできた。しかし、記載内容のチェックを実施し、一部記載内容に誤りがあった。	80%	カルテに記載するリハビリテーション記録を他職種がみても、誤りが無く正確に分かりやすく統一的なものにする。	記録プロジェクトチームによって、定期的なチェック体制をとり、誤りがあった場合は全療法士にその内容と修正方法を共有する。
	リハビリテーション総合実施計画書の作成率は、令和5年度に比べ増加していない。	リハビリテーション総合実施計画書の作成率を上げる。	リハビリテーション総合実施計画書の月毎の作成率を算出し、その結果をミーティングで報告し作成数を増やすよう促進する。	リハビリテーション総合実施計画書の令和5年度の作成率は13.7%であったが、令和6年度は17.3%と増加した。	50%	患者情報の共有手段としてのリハビリテーション総合実施計画書の作成率を年25%を目標とする。	記録プロジェクトチームによってリハビリテーション総合実施計画書の月毎の作成率を算出し、その結果を科内ミーティングで報告し作成数を増やせるよう意識向上を図る。
地域連携	2023年度幹部、診療科部長等医師同伴での訪問回数は10回未満であったため医師同伴での訪問回数を多くしていくことを目標とした。	幹部、診療科部長等医師同伴での開業医訪問回数目標を20回以上とする。	各診療科に特に関係する開業医へ各診療科部長等上長医師が年度初旬に訪問できるよう計画する。夏季、冬季の定期訪問時にもできるだけ医師が同伴できるよう計画する。	夏季及び冬季の2回に分け幹部、診療科部長等医師同伴で46件の開業医訪問を行った。それ以外の開業医訪問は年間に100件以上行い、12月には開業医のみなさまにアンケート調査を行い、当院へのご意見・要望などの結果を取りまとめ職員に報告することができた。	100%	2024年度同様夏季と冬季の開業訪問を基本に150回程度の訪問を行う中で、幹部・診療科部長等医師同伴で3分の1程度(約50件)の開業医訪問を行う。回数だけでなく、その都度訪問先の要望や意見を確認し病院職員へ報告できる体制を整備する。	特に循環器内科、消化器内科、消化器外科、整形外科については診療科部長の訪問を増やせるよう計画する。幹部医師もそれを補助いただけるよう、理解を得られるよう調整する。