



# 令和元年度第2回高松市立病院を良くする会

日時：令和元年11月13日（水） 午後1時から  
場所：高松市立みんなの病院 1階 みんなのホール

## 次 第

- 1 開 会
- 2 病院事業管理者挨拶
- 3 議 事
  - (1) 高松市病院事業経営健全化計画（平成30年度実績）に係る総括評価について
  - (2) その他
- 4 閉 会

# 高松市立病院を良くする会設置要綱

(設置)

第1条 医療の質、透明性及び効率性の向上並びに病院事業の経営健全化を図ることにより、市民を支え、市民のための病院の実現に資することを目的として、高松市立病院を良くする会（以下「良くする会」という。）を設置する。

(職務)

第2条 良くする会は、病院事業の次に掲げる事項について、必要な提言を行う。

- (1) 高松市病院事業経営健全化計画の策定、見直し及び進捗状況の評価に関すること。
- (2) 高松市立病院の経営の改善に関すること。
- (3) 市民のための病院の実現に必要な事項に関すること。

(組織)

第3条 良くする会は、委員10人以内で組織する。

2 委員は、次に掲げる者のうちから、病院事業管理者が委嘱する。

- (1) 学識経験者
- (2) 医療関係者
- (3) その他病院事業管理者が必要と認める者

3 委員の任期は、原則として2年とする。ただし、委員が欠けた場合における補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

4 委員は、再任することができる。

(会長及び副会長)

第4条 良くする会に会長及び副会長をそれぞれ1人置き、会長は委員の互選により定め、副会長は委員のうちから会長が指名する。

2 会長は、会務を総理し、良くする会を代表する。

3 副会長は、会長を補佐し、会長に事故があるとき、又は会長が欠けたときは、その職務を代理する。

(会議)

第5条 良くする会の会議は、会長が招集し、会長は会議の議長となる。

2 良くする会は、委員の過半数が出席しなければ、会議を開くことができない。

3 会長は、必要があると認めるときは、委員以外の者に会議への出席を求め、意見又は説明を聴くことができる。

(庶務)

第6条 良くする会の庶務は、病院局みんなの病院事務局経営企画課において処理する。

(委任)

第7条 この要綱に定めるもののほか、良くする会の運営に関し必要な事項は、良くする会に諮って定める。

附 則

この要綱は、平成23年6月1日から施行する。

附 則

高松市立病院を良くする会設置要綱の一部を改正する要綱は、平成24年4月1日から施行する。

附 則

高松市立病院を良くする会設置要綱の一部を改正する要綱は、平成30年9月1日から施行する。

# 高松市立病院を良くする会委員名簿

職名	氏名	役職等
会長	谷田 一久	株式会社ホスピタルマネジメント研究所 代表
副会長	神内 仁	一般社団法人高松市医師会 会長
委員	安藤 幸代	公益社団法人香川県看護協会 会長
委員	田宮 隆	国立大学法人 香川大学医学部附属病院 病院長
委員	二島 多恵	公募委員 香川がん患者おしゃべり会 代表
委員	藤田 徳子	株式会社 フェアリー・テイル 代表取締役
委員	吉田 静子	高松市婦人団体連絡協議会 副会長
委員	和田 頼知	和田公認会計士事務所 公認会計士

(敬称略 五十音順)

# 『高松市病院事業経営健全化計画(平成30年度～令和2年度)』の取組状況 に係る高松市立病院を良くする会の評価結果報告書【平成30年度の評価】(案)

令和元年11月13日  
高松市立病院を良くする会  
会長 谷田 一久

## 1 高松市立病院を良くする会

高松市立病院を良くする会は、医療の質・透明性及び効率性の向上並びに病院事業の経営健全化を図ることにより、市民を支え、市民のための病院の実現に資することを目的として、主に「高松市病院事業経営健全化計画」(以下「経営健全化計画」という。)の策定、見直し及び進捗状況の評価を行う外部評価組織として平成23年6月に設置され、今年で9年目を迎える。

今般、平成30年度の経営健全化計画の取組状況の評価を、次のとおり取りまとめたので報告する。

## 2 評価結果の総括

平成30年3月に策定した第3次経営健全化計画(平成30年度～令和2年度)において、高松市立病院の基本理念『生きる力を応援します』を定め、その実現に向けて、高松市民病院と香川診療所が移転統合し、平成30年9月からスタートした「みんなの病院」では、「急性期病院としての医療機能の充実」を、塩江分院は「地域まるごと医療の実践」を基本的な考え方として、公営企業として求められる「医療の質・透明性・効率性」の向上に取り組んでいる。

今回の評価対象となる平成30年度は、上記経営健全化計画の初年度であり、評価項目28項目中、27項目が「順調」又は「概ね順調」という結果になっており、一定の成果は認められた。しかしながら、病院移転に伴う入院患者数の調整による収入減、また、施設規模拡大による、経費増の影響などから、29年度に引き続き、運転資金を一般会計から借入れる措置をとるなど依然として厳しい経営状態である。

地域に必要な医療を継続して提供していくためには、がん医療や救急医療、地域包括ケア等の後方支援機能の強化とともに、患者の確保につながる取組を再検討しながら、あらゆる観点から医療の効率性の確保に努め、経営改善に取り組むことが必要である。これまでの取組を改めて評価・検討し、「市民に信頼され、市民から選ばれる病院」となるよう期待したい。

## 3 評価結果

### (1) 評価基準

経営健全化計画に基づき、平成30年度に取り組んだ事項について、次の基準により評価を行った。

評価基準		評価の考え方
評価	区分	
◎	計画どおり順調である。	目標を達成した、又は目標達成と同程度の具体的成果が得られた。
○	概ね順調である。	目標達成のための取組を進め、年度末(一定期間経過後)に、目標達成と同程度の具体的成果が得られることが見込まれる。
△	やや遅れている。	目標達成のための取組が不十分又は、取組を進めるものの、年度末(一定期間経過後)に、成果が得られる見込みが少ない。
×	かなり遅れている。	消極的又は、目標達成のための取組ができていない。

## (2) 病院・診療所の評価結果

### ① みんなの病院

経営健全化計画に係る取組状況については、14項目のうち、『◎(計画どおり順調である)』と評価した項目は3項目、『○(概ね順調である)』と評価した項目は11項目、『△(やや遅れている)』と評価した項目及び『×(かなり遅れている)』と評価した項目は無しとなり、『順調である』、『概ね順調である』と評価した割合が全体で100%となった。

全体としての総合評価は『○(概ね順調である)』とした。

救急医療の推進や常勤医師数の増加へつなげた医師確保機能の強化、災害拠点病院の承認に伴う災害医療機能の強化、地域医療機関への積極的な訪問による地域医療連携の推進などは一定の評価ができるものの、依然として厳しい経営状況であることから、これまでとは異なるアプローチについても、改めて検討する必要がある。

また、医療の質の向上について、みんなの病院独自の評価基準を作成する等、質の向上を担保する仕組みの構築にも努められたい。

取組項目ごとの各委員評価・意見等は別紙「総括評価表」に記載のとおりである。

### ア 評価ごとの項目数

評価区分	H30	
	項目数	構成割合
評価結果『◎』とした項目	3項目	21%
評価結果『○』とした項目	11項目	79%
評価結果『△』とした項目	0項目	—
評価結果『×』とした項目	0項目	—
合計	14項目	100%

### イ 取組項目ごとの評価

具体的施策	H30 総括 評価	H29 総括 評価	H28 総括 評価
取組項目(大分類)			
取組項目(小分類)			
1 医療の質の確保に向けた取組			
1 医療技術			
1 高松市医療全体の最適化を目指した役割の強化	◎	○	○
2 医師確保機能の強化	○	○	○
3 メディカルスタッフ確保機能の強化	○	◎	◎
4 医療安全の強化	○	○	○
5 医療品質の向上	◎	◎	○
6 災害医療機能の強化	○	◎	◎
2 人間関係			
1 チーム医療体制の充実	○	○	○
2 市民との信頼関係の強化	○	○	◎
3 アメニティ			
1 患者の視点に立ったサービスの提供	○	○	○
4 地域社会			
1 地域医療連携の強化	○	○	◎
2 医療の透明性の確保に向けた取組			
1 情報発信			
1 情報発信	◎	○	○
3 医療の効率性の確保に向けた取組			
1 効率化			
1 効率化の推進	○	○	○
2 管理体制			
1 管理体制の強化	○	○	○
3 一体化			
1 一体化の推進	○	○	○

総合評価	○	○	○
------	---	---	---



具体的施策 取組項目(大分類)	取組項目(小分類)	取組項目における 具体的な実施内容	取組内容	H31.3 自己 評価	総括 評価	総括意見等	各委員 評価	委員意見等	
医療の質の確保に向けた取組									
医療技術									
3	メディカルスタッフ 確保と機能強化	(1) 看護局	○認定資格等の取得者数	○	○	メディカルスタッフの確保と機能強化について、概ね順調であると思われるが、実習内容等、改善点があるのではないか。今後もメディカルスタッフのレベルアップに努めること。	◎2 ○6	<ul style="list-style-type: none"> <li>・実習生の受け入れについて、一定数の確保ができた定量面では評価に値するが、看護局の実習生受け入れについて、自己評価のフリーコメント欄にあった「実習生の関りが十分でなかった」という点が気になる。他局も数値だけでなく、定性面も自己評価していただき、課題点を表面化してほしい。</li> <li>・医師と同様にメディカルスタッフの確保とレベルアップは大切。「みんなの病院」の取り組み方が見える。患者との接点。</li> <li>・概ね順調と思われる。</li> <li>・各部門とも人材育成に努めていることを評価する。</li> </ul>	
			○研修実習生	◎					
			○離職率	○					
			(2) 薬剤局	○認定資格等の取得者累計数					◎
				○実務実習生					○
				○早期体験学習生					○
			(3) 検査技術科	○認定資格等の取得者累計数					◎
		○見学実習生		◎					
		(4) 放射線技術科	○認定資格等の取得者累計数	◎					
			○研修実習生	○					
			○院外研修参加数	◎					
		(5) リハビリテーション技術科	○認定資格等の取得者累計数	○					
			○研修実習生	○					
		(6) 臨床工学科	○研修実習生	◎					
(7) 栄養科	○認定資格等の取得累計数		◎						
	4	医療安全の強化	(1) 医療安全意識の共有と醸成	○ヒヤリハット報告会開催数	○	○	医療安全について、様々な取り組みをされていることを評価するが、針刺などが増えているため、対策が必要と思われる。	◎1 ○6 △1	<ul style="list-style-type: none"> <li>・安全意識の共有は「チームみんなの病院」としての基本。</li> <li>・針刺など増えており、医療安全への対策が重要と思われる。他病院との相互チェックはどうか。</li> <li>・医療安全に留意され研修が開催されていることを評価する。参加者増に関しては、どの医療機関も苦労しているところだが、今後も地道に継続してほしい。</li> </ul>
○安全管理研修(全体研修)の開催数				○					
○放射線関係医療安全取扱研修開催数				◎					
○医療安全に係るラウンド実施数				○					
(2) 感染管理意識の共有と醸成			○感染管理研修会(全体研修)のテーマ別開催数	◎					
			○針刺事故件数	△					
			5	医療品質の向上	(1) 品質の向上及び他病院との比較				
(2) クリニカルバスの拡充	○クリニカルバス新規開発件数	◎							
	○クリニカルバス使用件数(電子カルテバスのみ)	◎							
(3) 高度医療機器の活用	○PET-CT検査件数	◎							
	○新規がん放射線療法患者数(再掲)	◎							
6	災害医療機能の強化	(1) 病院災害対策委員会の活動	○災害拠点病院の指定	○	○	南海トラフ地震が懸念される昨今、災害医療機能の強化は重要となるため、更なる努力を期待する。	□8	<ul style="list-style-type: none"> <li>・南海トラフが懸念される中、大切な分野。</li> </ul>	

具体的施策	取組項目(大分類)	取組項目(小分類)	取組項目における具体的な実施内容	取組内容	H31.3自己評価	総括評価	総括意見等	各委員評価	委員意見等		
医療の質の確保に向けた取組											
人間関係											
1 チーム医療体制の充実	(1) 医療安全対策チーム	○心電図モニター、ポンプ取扱い勉強会開催数	○	○ラウンド件数	○	○	チーム化が積極的に実施されていることを評価するが、まだ遅れている部分があるようだ。資格取得の促進、チーム間の連携の強化等に取り組まれたい。	◎1 ◎7	・認定資格のない分野では、資格取得にチャレンジしてほしい。 ・高齢社会において、摂食嚥下機能の強化は重要な領域なので、より強化されたい。ST、栄養士の参加はあるのか？口腔ケアも参加を促してほしい。 ・少し遅れているようだ。 ・チーム化が積極的に実施されていることを評価する。		
										○院内感染対策チーム	○院内感染対策ラウンド回数
		(3) 栄養サポートチーム		○							
					(4) 呼吸療法サポートチーム						◎
		(5) 褥瘡対策チーム	○皮膚排泄ケア認定資格取得者累計数	△							
										○褥瘡発生率	○
		(6) 緩和ケアチーム	○緩和ケアチームの介入患者数	△							
					(7) 糖尿病チーム					○糖尿病教室の開催回数	○
		○糖尿病研修会の開催回数	◎								
				○糖尿病療養指導を実施するスタッフの増員累計数							
(8) 排泄ケアチーム	○排尿自立指導実施件数	◎									
			(9) 摂食嚥下チーム		○						
(10) 口腔ケアチーム		△									
			2 市民との信頼関係の強化	(1) 指導・教室の実施	○健康いき教室の開催数	◎	○やさしく学べる健康講座	△	○	患者への指導、相談業務件数が増加していることを評価する一方、「私のカルテ」の配布率は低いため、配布率向上を目指し取り組まれたい。市民への信頼関係の強化は、市民から「みんなの病院」を身近に感じてもらえる重要な取り組みとなることから、引き続き注力されたい。	◎1 ◎7
○糖尿病教室の開催数(再掲)	△										
		(2) 相談事業の充実									
○施設・設備相談、その他件数	◎										
		(3) 「私のカルテ」の推進		○入院患者の利用者数	△						
○入院患者への配布率	△										
						○新規外来患者への配布率	◎				
(4) 退院支援の充実	○退院調整を要する患者等への実施率	◎									



具体的施策		取組項目における 具体的な実施内容	取組内容	H31.3 自己 評価	総括 評価	総括意見等	各委員 評価	委員意見等	
取組項目(大分類)	取組項目(小分類)								
医療の質の確保に向けた取組									
アメニティ									
1	患者の視点に 立ったサービスの 提供	(1) 患者満足度調査の実施	○入院患者満足度	○	○	アメニティが改善され、職員も意欲的に患者満足度向上に取り組んでいることを評価する。今後は、課題となっている待ち時間対策について早急に対策を立てること。また、セカンドオピニオンは積極的に受け入れ、患者に寄り添う病院を目指してほしい。	○8	・セカンドオピニオンは、是非受け入れてほしい。悩みを聞いてもらえる病院であってほしい。 ・待ち時間が90分を超える患者をゼロにすべきである。 ・アメニティが改善され、職員も意欲的に患者満足度アップに取り組んでいることを評価する。今後、患者増に対する待ち時間対策など市民目線をお願いしたい。	
			○外来患者満足度	○					
			(2) 待ち時間短縮及び接遇改善	ア 待ち時間の短縮					◎
				○予約患者の待ち時間(30分以内)の割合					◎
		(3) 外来でのサービス拡充	イ 接遇改善の取組み及びクレーム対応能力の向上	◎					
			○院内での接遇研修会の開催数	◎					
		(4) 病棟でのサービス拡充	○セカンドオピニオン受入件数	△					
			○セカンドオピニオン診療情報提供件数	○					
			ア 効率的な病床管理	○					
			イ 病棟薬剤業務・服薬指導業務の充実	○					
			○服薬指導率	○					
			ウ 摂食不良患者への支援	○					
エ 病棟訪問件数	○病棟訪問件数	○							
	エ 地域包括ケア病棟におけるリハビリの実施及び支援	◎							
オ 転倒・転落防止対策への取組	○								
○医師及びコ・メディカルとの院内ラウンド回数	○								
地域社会									
1	地域医療連携の 強化	(1) 地域医療連携セミナー等の開催	○地域医療連携セミナー開催数	◎	○	地域医療連携の強化には、逆紹介率の向上が重要となる。逆紹介率は、地域医療支援病院認定の基準ともなるため、より一層の努力を期待する。	◎4 ○4	・地域医療、特に高松市民の来院者の増加を期待する。 ・逆紹介率は、紹介率より高く設定すべし。逆紹介率の向上に病院全体で対策すべし。 ・地域医療支援病院としてのセミナー等の開催など役割が果たしている。 ・逆紹介率は、地域医療支援病院認定に関わることなので、一層の努力をしてほしい。 ・地域連携バスの対象患者・対象者数など移入あれば評価時参考になる。	
			○地域医療連携カンファレンスの開催数	◎					
		(2) 重点エリアの連携体制の強化	○地域医療機関等訪問件数	◎					
			○返書率	○					
		(3) 初診連絡の徹底、紹介・逆紹介に関する連携体制の強化	○紹介率	◎					
			○逆紹介率	△					
			○地域連携クリニカルバス活用件数	○					
		(4) 地域連携クリニカルバスの積極的な活用	○シームレスケア研修会参加者数	△					
			○保険薬局との連携強化	◎					
		○保険薬局との意見交換会開催数	◎						
医療の透明性の確保に向けた取組									
情報発信									
1	情報発信	(1) 医療事故等の公表	○高松市病院局医療安全評価委員会開催数	◎	◎	経営内容の公開に当たっては、利害関係者の誤解を招くことがないよう、情報提供の内容について十分に検討しつつ「みんなの病院」の知名度を上げていかれたい。	◎5 ○3	・情報発信に努められ、より開かれた病院にするよう努力している。今後も市民に開かれた病院にしていだきたい。 ・「みんなの病院」の知名度を上げることが大切。 ・市政出前ふれあいトークは大好評である。	
			○	○					
		(2) 病院事業経営状況の公開	○	◎					
			(3) 市政出前ふれあいトークへの参加	◎					
(4) 病院広報の拡充	ア ホームページの充実及びメンテナンス	○							
	イ 「地域医療連携だより」及び「医師紹介パンフレット」の発行	◎							
○地域医療連携だより発行回数	◎								
○医師紹介パンフレット発行回数	◎								

具体的施策		取組項目における 具体的な実施内容	取組内容	H31.3 自己 評価	総括 評価	総括意見等	各委員 評価	委員意見等
取組項目(大分類)	取組項目(小分類)							
医療の効率性の確保に向けた取組								
効率化								
1	効率化の推進	(1) 施設基準の取得	ア がん患者指導管理業務の充実 ○がん患者指導管理料加算3算定件数	△	○	効率化の推進について、SPDの導入、ジェネリック医薬品の使用促進など積極的な取り組みが評価できるが、病院側が介入し、更なる効率化を目指し取り組まれない。また、がん患者指導管理料加算の取得は、がん診療機能の強化を進める病院として取得すべき施設基準である。早急に対策を立てること。	○8	<ul style="list-style-type: none"> <li>・がん診療機能の強化を進める病院として、がん患者指導管理料加算が取得できていないことの対策を早期に実施してほしい。</li> <li>・院内SPDは業者まかせにせず、病院がきちんと管理するようにしてほしい。</li> <li>・もう少し進める部分がありそう。</li> <li>・この項目がなぜゼロなのか原因を追究するべし。</li> <li>・ジェネリックの金額ベースの使用率が重要。</li> </ul>
			イ 薬剤管理指導業務・病棟薬剤業務の充実 ○薬局内DIカンファレンス回数及びプレアポイド報告件数	◎				
		(2) 省エネルギー活動の推進		○				
		(3) 適切な診療報酬の請求	○診療報酬請求額査定率	○				
		(4) ジェネリック医薬品の採用拡大	○ジェネリック医薬品使用数量率	◎				
		(5) 効率的な物品管理体制の構築及び調達方法の検討	○医薬収益に対する材料費比率	○				
		(6) 未収金の発生防止及び回収促進	○現年度分収納率	○				
			○過年度未収金回収率	○				
(7) 業務改善に向けた積極的な取組	ア 職員提案の活用	○						
	イ 情報化の促進	○						
(8) 人材配置の適正化		◎						
管理体制								
1	管理体制の強化	(1) 病院事業の健全かつ円滑な運営 (2) 就労意欲の維持・向上 (3) 業務実績報告・目標発表会の開催 (4) 経営分析の実施 (5) 適切なDPCコーディングの実施 (6) 勤務環境の改善	○経常収支比率	◎	○	医療情勢の厳しい折、経営の視点を忘れることのないよう運営を期待する。また、患者数の増加に伴い、労働量も増加していると思われるが、職場環境の健全化にも取り組まれない。	○8	<ul style="list-style-type: none"> <li>・職員の有給休暇の取得率が少ない。まだ伸び悩んでいると、自己評価コメント欄に記載があったが、移転、開院後の患者増ということで、慢性的な理由ではないし、やむを得ない事情ではないか。</li> <li>・医療情勢の厳しい折、公立病院として市民のために必要な医療の提供が求められるが、経営の視点を忘れることなく運営を期待する。</li> <li>・勤務体制の大幅な改善が必要と思われる。</li> <li>・経営収支は100%を目指してほしい。</li> <li>・職員の定着率アップのため、働き方改革が叫ばれている中、一考が必要である。</li> </ul>
				△				
				○				
				○				
				◎				
				△				
一体化								
1	一体化の推進	(1) 市立病院間の診療面の連携・協調及び僻地医療	ア 医療局	○	○	みんなの病院と塩江分院との連携が強化されていることを評価する。引き続き鋭意取り組まれない。	◎1 ○7	<ul style="list-style-type: none"> <li>・塩江分院との連携がなされ、風通しの良い風土になっている。今後も継続してほしい。</li> <li>・新病院として、色々な面で大変だと思うが、市民から「みんなの病院」ができて良かったと思われる病院になってほしい。</li> </ul>
			イ 看護局	◎				
			ウ 薬剤局	○				
			エ 検査技術科	◎				
			オ 放射線技術科 ○塩江分院からの応援依頼件数	◎				
			カ リハビリテーション技術科	△				
			キ 栄養科	○				
			(2) みんなの病院への円滑な移行					

## (2) 病院・診療所の評価結果

### ② 塩江分院

経営健全化計画に係る取組状況については、13項目のうち、『◎(計画どおり順調である)』と評価した項目は2項目、『○(概ね順調である)』と評価した項目は10項目、『△(やや遅れている)』と評価した項目は1項目、『×(かなり遅れている)』と評価した項目は無しとなり、『順調である』、『概ね順調である』と評価した割合が全体で92%となった。

全体としての総合評価は『○(概ね順調である)』とした。

訪問診療や訪問看護等を通じた地域医療の推進や、交通手段を持たない地域住民のための患者送迎バスの運行など患者の視点に立ったサービスの提供等に着実に取り組んでおり、評価できる。

今後は、地域包括ケアシステムにおける塩江分院の役割を十分に認識し、地域のニーズをふまえた医療サービスを提供することで、「地域まると医療」の更なる実践に努められたい。

取組項目ごとの各委員評価・意見等は別紙「総括評価表」に記載のとおりである。

### ア 評価ごとの項目数

評価区分	H30	
	項目数	構成割合
評価結果『◎』とした項目	2項目	15%
評価結果『○』とした項目	10項目	77%
評価結果『△』とした項目	1項目	8%
評価結果『×』とした項目	0項目	—
合計	13項目	100%

## イ 取組項目ごとの評価

具体的施策	H30 総括 評価	H29 総括 評価	H28 総括 評価
取組項目(大分類)			
取組項目(小分類)			
1 医療の質の確保に向けた取組			
1 医療技術			
1 地域医療の推進	○	○	◎
2 医師の確保機能の強化	○	○	○
3 スペシャリストの育成	○	○	○
4 医療安全の強化	◎	◎	◎
5 医療品質の向上	△	◎	◎
2 人間関係			
1 チーム医療体制の充実	○	○	○
2 市民との信頼関係の強化	○	○	◎
3 アメニティ			
1 患者の視点に立ったサービスの提供	○	◎	◎
4 地域社会			
1 共に支え合う体制の整備	○	○	◎
2 医療の透明性の確保に向けた取組			
1 情報発信			
1 情報発信	○	◎	◎
3 医療の効率性の確保に向けた取組			
1 効率化			
1 効率化の推進	○	○	○
2 管理体制			
1 管理体制の強化	○	◎	○
3 一体化			
1 一体化の推進	◎	◎	◎

総合評価	○	○	◎
------	---	---	---

具体的施策 取組項目(大分類) 取組項目(小分類)	取組項目における 具体的な実施内容	取組内容	H31.3 自己 評価	総括 評価	総括意見等	各委員 評価	委員意見等						
医療の質の確保に向けた取組													
医療技術													
医療の質の確保に向けた取組	1 地域医療の推進	(1) 訪問事業の推進	○訪問診療件数	△	○	高齢化で独居、老々世帯が増加する中、在宅医療支援病院として、訪問事業は最も重要な事業である。地域が必要とする訪問のあり方を検討し、訪問件数の増加に向けて取り組まれたい。	○7 △1	・訪問事業が進んでいない。おそらく最も重要な事業である。 ・目標値に達していない項目がみられる。人員の問題なのか、対象者の問題なのかかわからないので判断が付きにくい、課題達成を目指して努力してほしい。 ・過疎の中、よく頑張っていると思う。					
			○訪問歯科件数	△									
			○訪問看護件数	○									
			○訪問リハビリテーション件数	◎									
		(2) 初期、回復期、慢性期医療の提供	○在宅復帰率	△									
	○入院患者への口腔ケア実施回数		◎										
	(3) 地域包括ケアシステムの構築支援		○地域ケア小会議等への参加率	△									
	2 医師等の確保機能の強化	(1) 寄附講座の活用	研修会の開催数	△					○	医師等の確保に向けて努力されていることを評価するがまだ十分ではない。引き続き鋭意取り組まれない。また、塩江地域において、訪問看護の重要度は高いため、取組を強化されたい。	○6 △2	・医師の確保が十分ではない。 ・医師等の確保の努力されていることを評価する。今後も塩江地域の医療を守るための努力を続けてほしい。 ・安心して在宅ケアが受けられるよう、訪問看護の取組を期待している。 ・取組内容は多岐に渡っているが、結果が出ていないようにみえる。	
			(2) 医師の育成	○研修プログラムの新メニュー追加件数									△
			(3) 実習、見学等の受入れの充実	○香川大学等からの医師研修実習生受入人数									○
			(4) 医師の安定確保	○非常勤嘱託医師委嘱人数									◎
	3 スペシャリストの育成	(1) 資格取得	認知症ケア専門士取得者累計数	◎					○	人材育成に努められていることを評価する。地域的特性を踏まえ、特定行為の行える看護師、介護支援専門員等が有効になると思われるため、引き続き継続して取り組まれない。	○8	・人材育成に努められていることを評価する。今後も継続してほしい。 ・塩江地区の患者の訪問など特定行為研修を受けた看護師が有効になると考えられるので、育成を検討されたい。 ・介護支援専門員資格取得頑張ってください。	
			介護支援専門員取得累計数	△									
	4 医療安全の強化	(1) 医療安全意識の共有と醸成	○医療安全委員会開催数	○					◎	医療安全について、十分な取り組みをされていることを評価する。引き続き鋭意取り組まれない。	◎6 ○2	・医療安全や感染管理の研修を実施し、安全・安心な医療の確保に努められていることを評価する。	
			○安全管理研修会(全体研修)開催数	◎									
○ヒヤリハット報告研修会開催数			◎										
(2) 感染管理意識の共有と醸成		○感染予防委員会の開催数	◎										
		○感染管理研修会(全体研修)開催数	◎										
		○針刺事故件数	○										
5 医療品質の向上	(1) 学会や研修会での発表	○研究発表・論文発表件数	△	△	研究発表。論文発表について、まだ十分でない。今後、在宅ケアについて期待している。	○1 △7	・在宅ケアについて期待している。						
人間関係													
1 チーム医療体制の充実	(1) チーム医療の実践	ア 栄養サポートチーム	◎	○	チーム医療に対する取り組みは、概ね順調であるが、地域包括ケア推進チームは、高齢化の進む塩江地域において、重要な役割を担うため、より積極的に取り組まれない。	◎2 ○6	・栄養・摂食に関するチーム医療に努力していることを評価する。診療報酬にも繋がることなので継続して実施してほしい。 ・地域包括ケア推進チームの新規提案を期待する。						
		○入院患者の経口摂取割合	△										
		イ 褥瘡対策チーム	◎										
		○院内褥瘡発生件数	△										
		ウ 身体拘束廃止対策チーム	◎										
		○拘束率	◎										
		エ 地域包括ケア推進チーム	△										
		○地域ケア小会議等への新規提案件数	◎										
		オ 摂食嚥下チーム	◎										
		カ 口腔ケアチーム	◎										

具体的施策 取組項目(大分類) 取組項目(小分類)	取組項目における 具体的な実施内容	取組内容	H31.3 自己 評価	総括 評価	総括意見等	各委員 評価	委員意見等	
医療の質の確保に向けた取組								
人間関係								
2 市民との信頼関係の強化	(1) 教室・講座の実施	○出張健康講座等開催数	◎	○	地域住民との関係が密であることを評価する一方、目標値に達していない項目もあることから、今後は、各部門で対策を検討し、目標達成できるよう取り組むこと。	○8	<ul style="list-style-type: none"> <li>・薬剤師の同行を目標に上げるなら、やるのが重要である。</li> <li>・目標より件数が増加しているものもあるが、目標値に達していない項目がみられる。各部門で検討し、達成できるよう努力してほしい。</li> <li>・地元住民との関係が密である。</li> </ul>	
	(2) 相談・指導事業の拡充	ア 訪問診療、訪問看護への同行回数	○薬剤師 ○放射線技師					×
		イ 病棟看護師	○管理栄養士 ○歯科衛生士					×
		エ 退院後んp生活状況の確認 ○退院患者への近況確認率	○「私のカルテ」発行累計数					△
		オ 「私のカルテ」の推進	○退院調整を要する患者等への実施率					◎
(3) 「私のカルテ」の推進	○「私のカルテ」発行累計数	○						
(4) 退院調整会議の充実	○退院調整を要する患者等への実施率	◎						
(5) 「ほたる通信」の発行【再掲】	情報発信1(3)参照							
アメニティ								
1 患者の視点に立ったサービスの	(1) 患者満足度調査の実施	○病棟・外来患者満足度	×	○	院内で積極的な活動が行われており、評価できる。今後も患者の視点に立ったサービスの継続を期待したい。	○7 △1	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者の視点で様々なサービスが提供されていることを評価する。今後も継続して実施してほしい。</li> <li>・利用者への気配りができている。</li> </ul>	
	(2) 接遇改善の取組	○接遇委員会開催数	◎					
		○接遇研修	○					
	(3) 外来でのサービス拡充	ア 患者輸送車運行事業の推進 ○患者輸送車運休回数 イ 院内企画展の充実 ○院内企画展示用提供作品数 ○病院文化祭来場者数	◎					
(4) 病棟でのサービス拡充	ア 地元食材を多用した食事の提供 ○管理栄養士等病棟訪問件数 イ 病室の病床数の見直し ○検診会の実施 ウ 転倒・転落防止対策への取組 ○延べ転倒・転落回数	◎						
地域社会								
1 共に支え合う体制の整備	(1) 病院・介護保険施設等との連携	○地域医療機関訪問件数	○	○	地域連携について、積極的な取り組みがされていることを評価する。今後も継続して取り組まれたい。	○5 △3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域の施設を訪問し、連携に努めていることを評価する。</li> <li>・地域との連携がとられている。</li> </ul>	
		(2) 地域社会との連携	○住民ボランティア受入人数					○
	(2) 地域社会との連携	○地元イベント参加・派遣看護師延べ人数						
		○院内の企画展示用提供作品数(再掲) ○病院文化祭来場者数(再掲) アメニティ1(3)イ 参照						
医療の透明性の確保に向けた取組								
情報発信								
1 情報発信	(1) 医療事故等の公表		◎	○	適切な情報発信に努められていることを評価する。頻度の減っているものに関しては、より積極的に取組むこと。	◎5 ○3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・適切な情報発信に努められていることを評価する。頻度が減っているものがあるので積極的な発信を継続してほしい。</li> <li>・広報の充実は事務方の業務であり、しっかりしてほしい。</li> <li>・「ほたる通信」を頑張してほしい。</li> </ul>	
	(2) 住民参加会議の開催	○経営戦略会議平均住民参加人数	○					
	(3) 「ほたる通信」の発行	○「ほたる通信」発行回数	△					

塩江分院委員評価表

具体的施策 取組項目(大分類) 取組項目(小分類)	取組項目における 具体的な実施内容	取組内容	H31.3 自己 評価	総括 評価	総括意見等	各委員 評価	委員意見等
医療の効率性の確保に向けた取組							
効率化							
1 効率化の推進	(1) 省エネルギー活動の推進	○電力使用量対前年度削減比率	○	○	効率化の推進について、努力の跡が伺える。課題点もみられるため、更なる努力を期待する。	○6 △2	・効率化の推進に努力していることを評価する。 ・査定率の1%未満をみんなで検討してほしい。 ・未収金の発生防止に一考を。
	(2) 適切な診療報酬の請求	○診療報酬請求額査定率	△				
	(3) ジェネリック医薬品の採用拡大	○ジェネリック医薬品使用数量率	○				
	(4) 未収金の発生防止及び回収促進	○現年分収納率	○				
		○過年度未収金回収率	△				
管理体制							
1 管理体制の強化	(1) 病院事業の健全かつ円滑な運営		○	○	地域住民と共に塩江分院の状況を考えることができている。地域包括ケアシステムにおける拠点としての役割を再認識し、地域住民から求められる医療サービスを模索し、提供できる体制を構築されたい。	◎3 ○5	・職員・住民が参加して、塩江分院の状況を考えることができている。
	(2) 業務実績報告・目標発表会の開催	○業務実績報告・目標発表会職員参加率	◎				
	(3) 勤務環境の改善	○対前年度時間外勤務時間縮減比率	○				
一体化							
1 一体化の推進	(1) 市立病院間の診療面の連携・協調	ア 医療局	◎	◎	病院間の職員の連携が取れていることを評価する。今後も病院間で連携を強化し、過疎地域の医療の充実に向けて努力されたい。	◎6 ○2	・病院間の職員の交流ができていることを評価する。 ・自院の医師不足が懸念される今後を考え、特定行為研修に看護師を派遣するなど人材育成に努めてほしい。 ・「みんなの病院」との連携をとりながら、過疎地の医療を頑張してほしい。
		イ 看護局	◎				
		ウ 薬局	○				
		エ 医療局(検査技術)	◎				
		オ 放射線技術部門	◎				
		カ リハビリテーション部門	◎				
		キ 栄養部門	○				

---

# 自己評価表・具体的取組状況

(令和元年8月末実績)

【みんなの病院 編】

---

## 高松市立みんなの病院基本方針

- 1 『リーディングホスピタル』として、高松市医療全体の最適化を目指します。
- 2 『安全で良質な医療』を、ファインチームワークで提供します。
- 3 『まごころのある医療人』を、全力で育成します。
- 4 『地域とのつながり』を大切にし、みんなの暮らしを支えます。

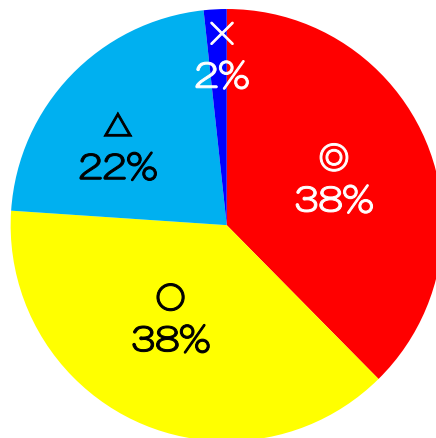
## 高松市病院事業経営健全化計画の取組項目に対する評価について【みんなの病院】

### 1 評価基準

評価基準		評価の考え方
評価	区分	
◎	計画どおり順調である。	目標を達成した、又は目標達成と同程度の具体的成果が得られた。
○	概ね順調である。	目標達成のための取組を進め、一定の成果が得られた、又は計画期間内に、目標達成と同程度の具体的成果が得られることが見込まれる。
△	やや遅れている。	目標達成のための取組が不十分、又は取組を進めたものの、具体的成果が得られなかった。
×	かなり遅れている。	消極的又は、目標達成のための取組ができていない。

### 2 自己評価結果

R1.8月末



評価	項目数
◎	44
○	45
△	26
×	2
計	117



具体的施策	取組項目における 具体的な実施内容	取組内容 【R元年8月実績】 (H30:実績→R元:計画目標値)	責任所属名	自己 評価	目標達成に向けた A取組 B課題	
						取組項目(大分類)
						取組項目(小分類)
医療の質の確保に向けた取組						
医療技術						
1 高松市医療全体の最適化を目指した役割の強化	(1) 救急医療の強化	ア 救急患者の受入れ ○救急車搬送患者受入件数【1276件】 (H30: 2,583件 → R元: 2,100件)	救急委員会	◎	A: 受入数は記録のある最近24年間で最多であった昨年を上回るペースである。増加した要因として搬送依頼件数が大幅増加したにも拘わらず、受入不可率(次項)が昨年より低い数値で推移していることが挙げられる。増加した搬送元は高松市南部地区の各消防署であった。多くの救急搬送に対応できたのは、毎朝のカンファレンスで当直医師・看護師から問題点を吸い上げ、毎月の救急委員会で議論し改善を図ったことと、新病院開院に当たり職員一同が「出来るだけ断らない」ことを心がけた結果と思われる。  B: 受入数に関しては特に課題は無い	
		○救急車受入不可率【18.3%】 (H30: 21.1% → R元: 17%)	救急委員会	◎	A: 昨年より改善が見られ目標達成とほぼ同程度の成果であった。  B: 時間内においては6.6%の受入不可率で良好な結果であったと考えられた。しかし時間外においては23.8%であり(昨年度(27%)より改善が見られたものの依然満足いく数値では無かった。4-7月の不可例179件の原因分析を行った結果、専門外・処置困難が100件(55.9%)と最も多く、次が救急対応中・処置中・HCU満床が69件(38.5%)でこれらが大部分を占めるものであった。解決のためには専門外の診療や在宅医師の呼び出しが必要であるが、専門医の診療を要求されることや医事紛争の増加、働き方改革の観点からも解決すべき問題は多く今後の課題である。	
	(2) がん診療機能の強化	ア 診療機能の強化 ○がん診療連携センター開催数【5回】 (H30: 11回 → R元: 12回)	がん診療支援センター	◎	A: 多診療科の医師やコメディカルも参加し、定期開催ができています。治療方針の相談など、診療科を超えての意見交換も行えた。  B: 検討症例の充実に努めていきたい。	
		○がん診療関連研修会開催数【5回】 (H30: 11回 → R元: 12回)	がん診療支援センター	◎	A: 医師の協力を得て、内容の濃い研修会を開催できています。  B: 研修会参加への働きかけを続け、参加者数の増加を目指す。	
		イ がん化学療法に関する体制の強化 ○がん化学療法患者に対する認定資格者の介入率【65.5%】 (H30: 74.3% → R元: 80%)	がん診療支援センター	△	A: がん薬物療法認定薬剤師やがん化学療法認定看護師が、何らかの方法で介入し治療内容や副作用に対する説明、セルフケア支援などを行っているが、がん化学療法の増加により、十分には対応できていない。  B: 認定資格者の時間的制約もあり、必要患者への介入と他スタッフとも協働した支援に努めていきたい。	
		○がん化学療法に関する勉強会開催数【4回】 (H30: 21回 → R元: 20回)	がん診療支援センター	○	A: 新規抗がん剤や化学療法に関する依頼内容に対応し、部署勉強会を実施している。今後は、ラダーI研修でも実施予定。勉強会以外でも、がん薬物療法認定薬剤師やがん化学療法看護認定看護師が、投与管理や薬剤、副作用に関する個別相談に対応している。	
		○ポート管理研修受講人数【197人】 (H30: 41人 → R元: 60人)	看護局 がん診療支援センター	◎	A: 看護局教育や主任会とがん化学療法認定看護師が協働して、2年目以降の看護師に対するポート技術チェックを行い、復習コースと知識習得コースに振り分け、研修を実施した。  B: 今後も安全なポート管理技術の向上に協力していく。	
		ウ がん放射線療法に関する体制の強化 ○新規がん放射線療法患者数【27人】 (H30: 39人 → R元: 30人)	がん診療支援センター	◎	A: できる限り生島教授診察前日に、放射線科林先生協力の下、放射線治療計画用造影CTを撮影し、放射線技師がある程度の臓器の輪郭抽出を行う(時間がかかるため)ことで、生島教授の負担を減らすよう努めている。(教授より大変助かっているとのこと)  B: 週半日派遣のため、緊急照射への対応ができない。	
		エ 緩和ケアの提供体制の強化 ○緩和ケアチームの介入患者数【7人】 (H30: 7人 → R元: 25人)	がん診療支援センター	△	人間関係1(6)参照	
		○緩和ケア研修修了医師累計数【29人】 (H30: 26人 → R元: 26人)	がん診療支援センター	◎	A: 早期に緩和ケア研修を受講している医師が増加している。  B: 総務課と協力し、県内のがん診療連携拠点病院で実施される研修会の開催案内を継続する。	

具体的施策	取組項目における 具体的な実施内容	取組内容 【R元年8月実績】 (H30:実績→R元:計画目標値)	責任所属名	自己 評価	目標達成に向けた A取組 B課題	
						取組項目(大分類)
						取組項目(小分類)
医療の質の確保に向けた取組						
医療技術						
1 高松市医療全体の最適化を目指した役割の強化	(2) がん診療機能の強化	○がんのリハビリテーション研修受講生累計数【10人】 (H30: 10人 → R元: 17人)	がん診療支援センター	◎	A: 計画的に研修応募や受講を実施している。 B: 専門的なリハビリテーションの提供を継続する。	
		○地域を含めたがん患者及び家族への支援 ○がん患者と家族への相談支援件数【15件】 (H30: 49件 → R元: 60件)	がん診療支援センター	△	A: がん相談員や認定看護師が相談対応を実施しており、依頼を受けるだけでなく、医療者側から患者へ働きかけることも行っている。 B: がん相談の広報とともに医療者側からの積極的な支援に努める。	
		○がん患者等との交流数【0回】 (H30: 1回 → R元: 2回)	がん診療支援センター	△	A: 緩和ケアチームが10月に緩和ケアの啓蒙や患者家族交流を目的とした、「おいでまいよ会」を企画中。	
		○がん相談員基礎研修(2)修了者累計数【2人】 (H30: 2人 → R元: 3人)	がん診療支援センター	△	A: 研修受講者を検討している。今年度の国立がんセンターがん相談員基礎研修(E-learning)のリニューアルのため、今年度の受講期間が短くなることから、次年度検討したい。	
	(3) 地域包括ケアへの対応	○病床稼働率【66.7%】 (H30: 54.5% → R元: 65%)	医事課	◎	A: 地域包括ケア病床選定会議を定期的に開催し、患者の病態をはじめ、診療報酬点数や在宅復帰の可能性を踏まえ、適切に一般病棟からの転棟を促進することにより、一定の稼働率を確保することで、地域包括ケアの後方支援に取り組んでいる。	
	2 医師確保機能の強化	(1) 医師確保のための工夫強化	○医師増加数【2人】 (H30: 9人 → R元: 2人)	総務課	◎	A: 関連大学への医師派遣要請が実を結び、平成31年4月に外科、皮膚科で2名増員、9月に眼科で1名、10月に泌尿器科で1名を採用し、計4名増員を予定している。
			○病院実習生受入人数【12人】 (H30: 14人 → R元: 7人)	総務課	○	A: 平成30年度は徳島大学の医師実習生を14名受入れた。全国的に医学実習の指針が変更されたことに伴い、翌年度は香川大学の医学生を新たに受け入れ、臨床研修医獲得を目指す。
			○病院見学生受入人数【4人】 (H30: 1人 → R元: 10人)	総務課	△	B: みんなの病院開院により、施設・設備が新しくなったことを生かし、受入人数を更に増やしたい。 A: 病院見学に来る学生に対して2万円を上限として旅費の助成を行うこととしており、平成30年度は1名が見学に訪れた。また、本院負担で実習生の昼食を提供し、実習生と本院医師による意見交換の機会を設けている。 B: 見学者の増加を図るとともに、見学の機会をとらえて本院の魅力を積極的にPRするなど、臨床研修医獲得につなげるための工夫が必要である。
		(2) 医師研修プログラムの充実等	○臨床研修医(基幹型)受入数【0人】 (H30: 0人 → R元: 2人)	臨床教育センター(総務課)	△	A: 次年度の基幹型プログラムへの研修医マッチング(定員2名)を目標として、レジナビ等のブース説明会に参加した学生や実習生、見学生に対して、継続して連絡を取り、研修医マッチングにつなげる取り組みをしており、臨床研修医の獲得を目指している。
			○説明会でのみんなの病院への参加学生数【26人】 (H30: 33人 → R元: 65人)	臨床教育センター(総務課)	△	A: 令和元年度開催の説明会結果は、以下のとおり。 ・徳島大学説明会(6/29 院長、長町副院長、藤井診療部長、國重研修医、横倉、出口参加、学生8名) ・大阪レジナビ(7/7 院長、長町副院長、藤井診療部長、大池研修医、横倉、出口参加、学生18名) ・香川県臨床研修病院合同説明会(3月下旬開催予定) B: 臨床研修医の説明会への参加については、院長等の他、若手医師の出席により、参加者が来やすく、話しやすい環境が大切である。また、来ブース者に病院見学に来てもらい、臨床研修医の確保につなげる必要がある。
(3) 医師事務作業補助者の活用		○医師事務作業補助体制加算【30対1】 (H30: 40対1 → R元: 30対1)	医事課	○	A: 現在、11名により適切な診療事務に努めている。 B: より一層の適切、円滑な診療事務の遂行に向けて、また近い将来30対1を見据えて人員確保を図る必要があるものの、担い手不足が課題となっている。	

具体的施策	取組項目における 具体的な実施内容	取組内容 【R元年8月実績】 (H30:実績→R元:計画目標値)	責任所属名	自己 評価	目標達成に向けた A取組 B課題	
						取組項目(大分類)
						取組項目(小分類)
医療の質の確保に向けた取組						
医療技術						
3 メディカルスタッフ の確保と機能強化	(1) 看護局	○認定資格等の取得者数【0人】 (H30: 3人 → R元: 3人)	看護局	○	A: 日本糖尿病療養指導士→受験のための必須研修を受講した。 呼吸療法認定士→受験のための必須研修を受講した。 B: 皮膚排泄看護認定看護師に関しては、次年度受験するために、現在、準備中である。	
		○研修実習生【127人】 (H30: 150人 → R元: 100人)	看護局	○	現在、3校から実習生を受入れている。今年度は、合計124名、6領域(母性、小児、老年、成人、基礎Ⅰ、基礎Ⅱ)他の実習生を受入れる予定であり、8月までに、65名が実習を終えている。	
		○離職率【0.38%】 (H30: 5.8% → R元: 5%)	看護局	◎	今年度、1名の看護師の離職者があった。4月に行なった退職者調査を行ない、10名が今年度末の退職を希望している。内、定年が5名で、再任用を希望している職員は3名である。	
	(2) 薬剤局	○認定資格等の取得者累計数【15人】 (H30: 16人 → R元: 14人)	薬剤局	◎	A: がん薬物療法認定薬剤師1人、感染制御認定薬剤師1人、実務実習認定薬剤師5人、日病薬病院薬学認定薬剤師5人、糖尿病療養指導士1人、香川県吸入支援療法士1人、栄養サポートチーム加算所定研修終了1人、放射性医薬品取り扱いガイドライン講習会修了者1人。	
		○実務実習生【1人】 (H30: 1人 → R元: 6人)	薬剤局	△	A: 徳島文理大学1名(1.8.26~1.11.10)	
		○早期体験学習生【0人】 (H30: 2人 → R元: 2人)	薬剤局	△	B: 徳島文理大学香川薬学部へは6名受け入れ可能との回答しているところであるが、大学・学生の都合によって実習に来ていないので目標値には達していない。 A: 徳島文理大学香川薬学部からの依頼は10月から計4回に割り振られており、日程・人数の回答待ちである。	
	(3) 検査技術科	○認定資格等の取得者累計数【6人】 (H30: 6人 → R元: 7人)	検査技術科	△	資格取得には実務経験が必要であるが、取得に向けて準備をしていた者が退職予定となり、早急に次の者の取得準備をしていくことになった。今年の資格取得の1名増については厳しい状況だが、今後も引き続き努力する。	
		○見学実習生【3人】 (H30: 15人 → R元: 3人)	検査技術科	○	今年度から長期の実習生(2名)の受け入れを予定している。見学者については、希望があれば随時受け入れる体制を取っている。	
	(4) 放射線技術科	○認定資格等の取得者累計数【6人】 (H30: 2人 → R元: 2人)	放射線技術科	△	A: 難易度の高い資格に受験し、結果待ちの状況である。	
		○研修実習生【4人】 (H30: 0人 → R元: 4人)	放射線技術科	○	B: 将来を見据えた資格の取得。 徳島文理大学からの研修実習依頼2名に対し、2名受入れ。	
		○院外研修参加数【28回】 (H30: 79回 → R元: 65回)	放射線技術科	○	新しい技術の取得や知識向上に向けた取り組み。	
	(5) リハビリテーション技術科	○認定資格等の取得者累計数【22】 (H30: 19 → R元: 15)	リハビリテーション技術科	◎	A: がんリハ: 6、学会呼吸療法認定: 3、認知症予防運動指導: 5、地域包括ケア推進リーダー: 3、介護予防推進リーダー: 1、感覚検査: 1、初級管理者: 1、認定理学療法士: 2	
		○研修実習生【2人】 (H30: 7人 → R元: 8人)	リハビリテーション技術科	◎	A: 通常通り受け入れ行っている。(5月1名 7月1名 9月2名 10月1名 2月2名 3月1名) B: 今後も同様に学生の育成に貢献したい。	
	(6) 臨床工学科	○研修実習生【3人】 (H30: 3人 → R元: 2人)	臨床工学科	◎	徳島文理大学2名 四国医療1名受け入れ。	
	(7) 栄養科	○認定資格等の取得者累計数【4人】 (H30: 4人 → R元: 4人)	栄養科	◎	平成30年度に病態栄養専門管理栄養士1名取得し、目標達成。また、新たに平成30年度に「がん病態栄養専門管理栄養士」を1名取得(計画以外)。	

具体的施策	取組項目における 具体的な実施内容	取組内容 【R元年8月実績】 (H30:実績→R元:計画目標値)	責任所属名	自己 評価	目標達成に向けた A取組 B課題	
						取組項目(大分類)
						取組項目(小分類)
医療の質の確保に向けた取組						
医療技術						
4 医療安全の強化	(1) 医療安全意識の共有と醸成	○ヒヤリハット報告会開催数【 5 回 】 (H30: 10 回 → R元: 12 回)	医療安全管理センター	○	A: 毎月ヒヤリハット報告会開催できている。 B: 参加人数、参加者が限られている。資料配付実施し全体周知する。	
		○安全管理研修(全体研修)の開催数【 0 回 】 (H30: 2 回 → R元: 2 回)	医療安全管理センター	△	A: 10月、12月に実施予定。 B: DVD作成し、参加できない職員は視聴することで参加とする。	
		○放射線関係医療安全取扱研修開催数【 6 回(2 回) 】 (H30: 6 回(2 回) → R元: 6 回(1 回)) ※()内はうち、医療安全管理センターが開催するもの	放射線技術科、医療安全管理センター	◎	MRIの安全研修を中心に、講習・研修の実施。(総数78名参加)	
		○医療安全に係る院内ラウンド実施数【 25 回 】 (H30: 62 回 → R元: 12 回) ※医療安全管理センターが実施するもの。	医療安全管理センター	○	A: 重要なインシデント・アクシデントについて、対策を遵守できているか評価している。重大事例の報告時に状況確認のため現場調査を行なう。 B: 急なイベント時は予定どおりに行なうことが困難。	
5 医療品質の向上	(2) 感染管理意識の共有と醸成	○感染管理研修会(全体研修)のテーマ別開催数【 2 回 】 (H30: 6 回 → R元: 6 回)	院内感染対策センター	○	A: 6月3日 「出来て当然!! 標準予防策」 出席者数: 126名、DVD視聴者数: 351名 7月1日 「代表的な薬剤耐性菌」 出席者数: 85名	
		○針刺事故件数【 11 件 】 (H30: 17 件 → R元: 5 件)	院内感染対策センター	×	A: 針刺し事故が7件、皮膚粘膜曝露事故が4件であった。ヒヤリ・ハットが提出された時点で、内容を確認し、必要であれば指導した。 B: 安全機構を作動させずに針刺し事故が発生した事例があり、既職者にも基本を繰り返し指導することが必要であるが、現在そのような環境がない。	
		(1) 品質の向上及び他病院との比較	日本病院会の「QIプロジェクト」及び全国自治体病院協議会の「医療の質の評価・公表等の推進事業」へ参加し、医療品質の向上に寄与する。	医療局、医事課	○	A: 令和元年度も引き続き参加し、各部署協力のもと、データ提出を行うとともに、当院データの関連部署への情報提供や電子カルテグループウェアを通じての院内における情報共有を行い、医療品質の向上に努めている。
6 災害医療機能の強化	(1) 病院災害対策委員会の活動	○クリニカルバス新規開発件数【 15 件 】 (H30: 29 件 → R元: 5 件)	クリティカルバス委員会	◎	A: クリニカルバス新規開発は順調であるため今後も活動を継続したい	
		○クリニカルバス使用件数(電子カルテバスのみ)【 850 件 】 (H30: 1,076 件 → R元: 540 件)	クリティカルバス委員会	◎	A: クリニカルバス使用件数はほぼ順調であるため今後も活動を継続したい	
		○PET-CT検査件数【 115 件 】 (H30: 0 件 → R元: 400 件)	放射線技術科	△	A: 医療機関に共同利用を促す取り組み。 B: PET検診の増加を目指す。	
		○新規がん放射線療法患者数(再掲)	放射線技術科	△		
		○災害拠点病院の指定【 H30. 9. 1 指定 】	病院災害対策委員会(総務課)	△	災害拠点病院の施設基準を平成30年度中に指定のため、目標達成済。	

具体的施策	取組項目における具体的な実施内容	取組内容 【R元年8月実績】 (H30:実績→R元:計画目標値)	責任所属名	自己評価	目標達成に向けた A取組 B課題	
						取組項目(大分類)
						取組項目(小分類)
医療の質の確保に向けた取組						
人間関係						
1 チーム医療体制の充実	(1) 医療安全対策チーム	○心電図モニター、ポンプ取扱い勉強会開催数【1回】 (H30: 1回 → R元: 2回)	医療安全対策チーム	△	A:臨床工学士、循環器医師による心電図モニター勉強会を実施。輸液ポンプ取扱いは新採用者に研修で実施。各病棟にポンプ使用上の注意資料を配付。 B:心電図モニター観察不足、輸液ポンプ設定ミスの報告が数件あるため、定期的にラウンドを実施し評価する。	
		○ラウンド件数【19件】 (H30: 22件 → R元: 12件)	医療安全対策チーム	○	A:毎週定期的にチームでラウンドを実施している。患者確認・インスリンなどマニュアル遵守の確認。身体抑制解除に向けて周知を行なっている。 B:管理部門メンバー全員参加で実施は困難。	
	(2) 院内感染対策チーム	○院内感染対策ラウンド回数【22回】 (H30: 49回 → R元: 40回)	院内感染対策センター	○	A:毎週、ICTラウンドを薬剤師と看護師で実施できている。	
	(3) 栄養サポートチーム	・患者の栄養状態の評価を始め、摂食状況の調査、適切な栄養療法の実施、嚥下機能の評価等を通して、全身状態の改善及び合併症の予防に努める。	栄養サポートチーム	○	A:1. 月1回会議、週1回のラウンド・スクリーニング ①チーム会議での低栄養患者のスクリーニングとカンファレンスの実施 ②紹介患者の症例検討 ③学習会の開催 ④口腔ケアチーム、摂食嚥下チームとの連携 2. 平成30年度は栄養サポートチーム加算に係る所定の研修を看護師2名が受講。さらに今年度は看護師1名が受講予定。	
	(4) 呼吸療法サポートチーム	・呼吸不全患者や人工呼吸器装着患者を対象に、ベッドサイドでの観察・評価を始め、呼吸器の安全管理、使用環境の整備、廃用予防など、呼吸器からの早期離脱を目指しながら、呼吸療法における医療安全と呼吸器ケアのレベルアップを目指す。	呼吸サポートチーム	○	<1回/2週>①禁煙外来の実施 <1回/週>RST対象患者へのラウンドを施行し、呼吸器の安全管理、使用環境の整備、廃用予防など、呼吸器からの早期離脱を図る。 <1回/月>看護師対象のNPPV学習会開催 <4回/月>看護外来の実施:CPAP装着患者の在宅療養指導を施行	
	(5) 褥瘡対策チーム	○皮膚排泄ケア認定資格取得者累計数【0人】 (H30: 0人 → R元: 1人)	褥瘡対策チーム	×	委員会として認定取得希望者を決めて準備中ではあるが、認定取得に向けて皮膚ケアの経験値や教育活動等の経歴作り・経験作りの段階であるのでR元年中の認定取得は難しいと考える。早くともR2年以降になると考えている。	
		○褥瘡発生率【0.073%】※QI数値の3ヶ月平均値 (H30: 0.04%~0.13% → R元: 病院QI事業における平均値以下)	褥瘡対策チーム	○	平成31年度、当院褥瘡発生率(QI事業数値)4月:0.06%・5月:0.08%・6月:0.08%で経過している。QI事業参加病院平均値は0.10%なので平均値以下で経過している。	
	(6) 緩和ケアチーム	○緩和ケアチームの介入患者数【7人】 (H30: 7人 → R元: 25人)	緩和ケアチーム	△	A:毎週木曜日にカンファレンスを実施。緩和ケア認定看護師と薬剤師がラウンドを実施後に全体でのカンファレンスを行い、緩和ケアを必要とする患者の支援を行っている。 B:主治医、病棟との連携を図った質の高い緩和ケアの提供や支援状況の可視化を行い、緩和ケア活動を啓蒙していく。ラウンド時など病棟スタッフとの情報共有を密に行う。今年度より、緩和ケア診療加算算定するため、システムを作成し、算定を開始する予定である。また、緩和ケア依頼があった場合、メンバーに送信されるようになった。	
(7) 糖尿病チーム	○糖尿病教室の開催回数【4回】 (H30: 5回 → R元: 8回)	糖尿病チーム	○	今年度より糖尿病教室の開催日を月1回に変更し、糖尿病内科外来のある月曜日と火曜日に実施している。年間計画通り実施出来ている。		
	○糖尿病研修会の開催回数【3回】 (H30: 7回 → R元: 6回)	糖尿病チーム	○	年間計画通り、院内研修を開催しており、20名以上の参加がある。		
	○糖尿病療養指導を実践するスタッフの増員累計数【2人】 (H30: 1人 → R元: 5人)	糖尿病チーム	○	糖尿病療養指導士の資格取得者がH30年度3名、R元年2名増えたことに伴い、外来での療養指導の充実と資格取得者の育成を目的として、外来での療養指導者を5名に増員している。		
(8) 排泄ケアチーム	○排尿自立指導実施件数【30件】 (H30: 20件 → R元: 150件)	排泄ケアチーム	△	A:平成29年4月より、排尿自立加算の保険請求を開始している。 H29. 4-H30. 3月で37件、H30. 4-H31. 12月で30件とやや減少しているものの、コンスタントに介入できている。ただ、目標件数に到達していない。 月1回カンファレンス、週1回のラウンドを実施している。 「簡易エコー」により、低侵襲の残尿測定を施行している。 H29. 4-H30. 3月で289件、H30. 4-H31. 3月で485件と増加傾向である。		

具体的施策	取組項目における 具体的な実施内容	取組内容 【R元年8月実績】 (H30:実績→R元:計画目標値)	責任所属名	自己 評価	目標達成に向けた A取組 B課題	
						取組項目(大分類)
						取組項目(小分類)
医療の質の確保に向けた取組						
人間関係						
1 チーム医療体制の充実	(9) 摂食嚥下チーム	・食物を咀嚼、又は飲み込むことができない患者を対象に、「食べる楽しみ」を維持するために、摂食サポートや栄養状態、嚥下機能の評価に基づく治療や訓練を実施する中で、誤嚥性肺炎の発症防止と摂食機能の回復に努める。	摂食嚥下チーム	△	A:平成30年2/27、4/10、6/6に計3回摂食・嚥下チーム勉強会を開催し、看護師向けにスライドにて啓蒙を行った。それと平行して、摂食・嚥下マニュアルを作製した。8/14にチームミーティングを行い、マニュアルの完成と今後の活動方針につき検討した。 B:看護師へマニュアルに沿った嚥下評価訓練の指導を行い、ベッドサイドでのチームの活動を開始する。	
	(10) 口腔ケアチーム	・口腔ケアが必要な患者を対象に、より効果的な病棟口腔ケアを実施し、患者の誤嚥性肺炎をの発症防止や化学療法、放射線治療などに伴う口内炎の症状緩和を図り、早期回復を促すとともに、職員に口腔内ケア教育を実施する。	口腔ケアチーム	○	A:10月に職員対象の口腔ケア教育を行う予定をたてており、目標は達成できそうである。 B:口腔ケアに対する重要性、必要性を理解し、医療スタッフ自身が口腔ケアを行うようにできるようにすること。	
2 市民との信頼関係の強化	(1) 指導・教室の実施	○健康いき教室開催数【4回】 (H30: 10回 → R元: 10回)	呼吸サポートチーム	◎	<1回/月>患者・家族対象のいき教室開催 <1回/年> 院外レクレーション(患者参加人数:約5~10名)	
		○やさしく学べる健康講座【5回】 (H30: 7件 → R元: 15回)	地域医療・患者支援センター	○	市民を支える自治体病院として、当院から地域へ積極的に出向き地域住民の方に健康講座を実施、また、当院をアピールすることで当院を知ってもらい、かかりつけ医から紹介していただき、選定されるような病院を目指す。	
		○糖尿病教室の開催回数(再掲)	糖尿病チーム	○		
	(2) 相談事業の充実	○医療福祉相談件数【570件】 (H30: 1,400件 → R元: 900件)	地域医療・患者支援センター	◎	医療ソーシャルワーカーを中心として関係部署と連携を図っている。	
		○施設・設備相談、その他件数【752件】 (H30: 3,587件 → R元: 1,300件)	地域医療・患者支援センター	◎	A:患者相談として、患者相談窓口及び電話等に対応している。他職種からなる「患者サポート体制」の委員が毎週カンファレンスを実施、3ヶ月に1回全体会を開催している。診療相談(361件)、医療費相談(180件)、施設設備相談(37件)、その他の項目(715件)各部署の行った対応について情報共有し、定期的に患者サービス向上委員会へ報告相談している。	
	(3) 「私のカルテ」の推進	○入院患者の利用者数【315人】 (H30: 1,135人 → R元: 1,500人)	私のカルテ推進委員会	△	A:入院案内パンフレット内に案内文を掲載など働きかけを行っている。入院時にも内容が理解できるよう説明をしていく。 B:今後増加するよう病棟スタッフやコメディカルの協力も得て、努力していきたい。	
		○入院患者への配布率【15.5%】 (H30: 23.5% → R元: 40%)	私のカルテ推進委員会	△	B:入院時十分説明をし、増加するよう努力していきたい。	
		○新規外来患者への配布率【91%】 (H30: 81% → R元: 60%)	私のカルテ推進委員会	◎	A:外来スタッフの協力もあり、配布率は目標を上回ることができた。	
(4) 退院支援の充実	○退院調整を要する患者等への実施率【100%】 (H30: 100% → R元: 100%)	地域医療・患者支援センター	◎	A:退院計画スクリーニングを基準に、退院支援の必要な患者に対し、入院前から定期的にカンファレンスを実施し、円滑な退院支援に努めている。(退院支援加算1:600点→639件、介護支援連携指導料:400点→46件、多機関共同指導加算:2000点→7件)		
アメニティ						
1 患者の視点に立ったサービスの提供	(1) 患者満足度調査の実施	○入院患者満足度【4.1点】 (H30:4.1点 → R元:4.0点)	患者サービス向上委員会	◎	A:アンケートについて各職員の配布目標を設定するなど配布数を増やし、H31年2月4日~18日まで患者満足度調査を行った。 病棟の回収枚数109枚(H29年度:83枚)、外来は273枚(H29年度:336枚)であった。職員の接遇に関する評価では、病棟・外来ともに前年度よりポイントが上昇し、大半の項目で「やや満足」の4点以上となっている。施設に関する評価においても、新病院への移転統合により前年よりポイントが上昇し、大半の項目で「やや満足」の4点以上となっている。総合評価においては、昨年度と同様(病棟4.1ポイント、外来4.0ポイント)であった。本年度は、調査回答者の回答に係る時間的な負担を軽減するため、より調査項目を明確にして対象を絞り、効率的に患者満足度調査が行えるように検討予定。	
		○外来患者満足度【4.0点】 (H30:4.0点 → R元:4.0点)	患者サービス向上委員会			

具体的施策	取組項目における 具体的な実施内容	取組内容 【R元年8月実績】 (H30:実績→R元:計画目標値)	責任所属名	自己 評価	目標達成に向けた A取組 B課題	
						取組項目(大分類)
						取組項目(小分類)
医療の質の確保に向けた取組						
アメニティ						
1 患者の視点に 立ったサービスの 提供	(2) 待ち時間短縮及び接客 改善	ア 待ち時間の短縮 ○予約患者の待ち時間(30分以内)の割合【 34.9% 】 (H30:34.9% → R元:40%)	患者サービ ス向上委員 会	△	A:H30年度の予約患者について、待ち時間が30分未満であった予約患者の割合は35%となっており、H29年度の42%と比べて減少している。また、待ち時間が90分以上であった予約患者の割合は17%であり、H29年度の6%と比べ増加している。新病院開院に伴う患者数の増加に加え、予約しないで来院する患者の増加により待ち時間は増加しているが、長時間の待ち時間が発生した際には、看護師等から声かけなどを行っている。 本年度の待ち時間については、患者満足度調査において引き続き調査予定。  B: 待ち時間対策を継続して行い、外来患者の満足度向上を目指す。	
		イ 接客改善の取組及びクレーム対応能力の向上 ○院内での接客研修会の開催数【 2回 】 (H30:2回 → R元:1回)	患者サービ ス向上委員 会、総務課	◎	A 職種別に3パターン作成した身だしなみマニュアルに基づき、毎月、委員会メンバーによる身だしなみチェックラウンドを実施している。ラウンド結果については、委員会で報告し、各部署の委員を通じて身だしなみについての指導が行われている。 4月に新採用職員全員を対象とした集合研修において、接客に関する研修を行うとともに、11月及び令和2年1月に病院局職員向けの接客研修を行う予定。 また、看護局のマナー向上委員会、昨年度看護職員より募集したマナーに関する標語について、職員同士で決めた標語を掲示し、職員自らの接客意識と高めている。	
	(3) 外来でのサービス拡充	○セカンドオピニオン受入件数【 2 件 】 (H30: 0 件 → R元: 5 件)	がん診療支 援センター	○	A: 今年度初めて、セカンドオピニオン外来受診が2件あり、他にも問い合わせがみられた。  B: セカンドオピニオンに関するポスター提示など、広報に努めたい。	
		○セカンドオピニオン診療情報提供数【 2 件 】 (H30: 7 件 → R元: 10 件)	がん診療支 援センター	○	A: 診察時にセカンドオピニオンについて説明など行われていることが診療記録上増加しているが、希望数は少ない。提供件数の少なさは、当院の診療が信頼され、他院のセカンドオピニオンを聞く必要性をあまり感じられていないと、肯定的に評価できる。  B: セカンドオピニオン紹介に関するポスター掲示を行い、広報に努めたい。	
	(4) 病棟でのサービス拡充	ア 効率的な病床管理 適宜病床管理委員会において、病床管理指標の報告 や問題点について話し合う。	病床管理委 員会	○	A: 毎日、看護局にて、病床運用会議(15分程度)を実施。病床利用状況の情報伝達、意見交換を行っている。 月に1回、病床管理委員会を実施。病床利用率、平均在院日数、科別の新入院患者数・平均在院日数の推移などを報告、意見交換を行っている。電子カルテ上入院の目安となる入院可能の信号機と速報値を毎日更新し、情報の共有を行い有効な病床管理に努めている。	
		イ 病棟薬剤業務・服薬指導業務の充実 ○服薬指導率【 81.7 % 】 (H30: 86.1 % → R元: 85 %)	薬剤局	△	A: 救急病棟では夜間入院午前退室の患者が多数いるため、面談困難な状況が増加したことにより、救急病棟の患者様への服薬指導件数が増加しない。	
		ウ 摂食不良患者への支援 ○病棟訪問件数【 796 件 】 (H30: 1,116 件 → R元: 1,200 件)	栄養科	◎	委託業者と協働で、病棟訪問実施。目標件数は達成できる見込み。	
		エ 地域包括ケア病棟におけるリハビリの実施及び支 援 ○平均2単位実施【 100 % 】 (H30: 100 % → R元: 100 %)	リハビリテ ーション技 術科	◎	A: 施設基準の継続のため、実施率100%を維持出来るよう取り組んでいる。  B: 今後も継続して100%実施を目標に検討していく。	
オ 転棟・転落防止対策への取組 ○医師及びコ・メディカルとの院内ラウンド回数【 8 件 】 (H30: 10 件 → R元: 12 件)	医療安全管 理センター	○	A: 医師・看護師で2回ラウンド、単独で5回実施。転倒・転落後の対策に安易に抑制をしていないか、身体抑制患者のラウンドを6回実施。  B: 今後、理学療法士や薬剤師との協同ラウンドも必要。			
地域社会						
1 地域医療連携の 強化	(1) 地域医療連携セミナー等 の開催	○地域医療連携セミナー開催数【 0 回 】 (H30: 3 回 → R元: 3 回)	地域医療・ 患者支援セ ンター	◎	A: ①令和元年9月18日(水)②令和元年11月20日(水)③令和2年2月29日(水)講演会施行後は、院内医師の紹介や意見交換を行う。	
		○地域医療連携カンファレンス開催数【 1 回 】 (H30: 1 回 → R元: 1 回)	地域医療・ 患者支援セ ンター	◎	A: ①令和元年7月25日(木)国立病院機構名古屋医療センター 院長 長谷川 好規 先生 参加者95名、院外にて講演会施行、講演会終了後に院内外の参加者で意見交換会の場を設け顔の見える関係を築いていた。	

具体的施策		取組項目における 具体的な実施内容	取組内容 【R元年8月実績】 (H30:実績→R元:計画目標値)	責任所属名	自己 評価	目標達成に向けた A取組 B課題
取組項目(大分類)						
取組項目(小分類)						
医療の質の確保に向けた取組						
地域社会						
1 地域医療連携の強化	(2) 重点エリアの連携体制の強化	○地域医療機関等訪問件数【 82 件】 (H30: 191 件 → R元: 160 件)	地域医療・患者支援センター	◎	A: 高松市内、郊外の医療機関へ各診療科医師と共に、当院、各診療科独自で作成した専門外来パンフレット等を用いて訪問を継続している。	
	(3) 初診連絡の徹底、紹介・逆紹介に関する連携体制の強化	○返書率【 97 %】 (H30: 96 % → R元: 100 %)	地域医療・患者支援センター	◎	A: 返書・診療情報提供書の作成・必要性等を院内で周知し、毎日確認して医師へ連絡し、3日以内の返書率を算定している。	
		○紹介率【 60 %】 (H30: 58 % → R元: 50 %以上)	地域医療・患者支援センター	◎	A: 紹介率60%、逆紹介率76% 地域医療機関への訪問活動、地域医療連携だより、医師紹介パンフレットの配布などを計画的に実施して、紹介率、逆紹介率の向上に努めている。また、H28度に開設したホットライン(脳卒中・消化器・呼吸器科)は地域医療機関の医師が専門医師と直接、医療相談できる体制で利便性を図り、紹介患者の増加に努めている。	
		○逆紹介率【 76 %】 (H30: 62 % → R元: 70 %以上)	地域医療・患者支援センター	◎	逆紹介患者については、対象者、算定状況等の確認を行い、逆紹介率の向上を目指している。	
	(4) 地域連携クリニカルパスの積極的な活用	○地域連携クリニカルパス活用件数【 41 件】 (H30: 82 件 → R元: 50 件)	地域医療・患者支援センター	◎	A: 対象患者で回復期病院に転院時に使用(100%)	
○シームレスケア研修会参加者数【 7 人】 (H30: 24 人 → R元: 50 人)		地域医療・患者支援センター	○	A: シームレス研究会(4回/年)開催を院内に周知し関係部署から参加している。(R元年5月29日 7名参加)		
(5) 保険薬局との連携強化	○保険薬局との意見交換会開催数【 1 回】 (H30: 2 回 → R元: 2 回)	薬剤局	○	A: R元年7月4日開催47人参加。		
医療の透明性の確保に向けた取組						
情報発信						
1 情報発信	(1) 医療事故等の公表	○高松市病院局医療安全評価委員会開催数【 0 回】 (H30: 1 回 → R元: 1 回)	医療安全管理センター	△	A: 毎年、年度末に開催しており、今年度も年度末に開催予定。 B: 公表にあたり、一般人が理解できる文章でまとめる。	
	(2) 病院事業経営状況の公開	・ホームページを活用し、経営健全化計画及び計画に搭載した取組の進捗状況、自己評価、それらに対する外部評価、さらには、病院事業の各年度の予算・決算の概要や収益的収支の年度推移等について、よりわかりやすく情報提供できるよう工夫し、経営状況を公開する。	経営企画課	○	A: 経営健全化計画の進捗状況を始め、病院事業の予算・決算、経営状況、外部評価機関の開催状況と評価結果などをホームページ上に漏れなく掲載している。特に外部評価機関である「高松市立病院を良くする会」の開催に当たっては、市議会へ案内するとともに、市報に掲載するなど、より開かれた会合となるよう努めている。	
	(3) 市政出前ふれあいトークの実施	・希望に応じて、実施する市政出前ふれあいトークに、医師・看護師等が出向き、疾病予防のための健康講座や当院の診療内容等について情報発信を行う。	医事課	◎	A: 引き続き、市政出前ふれあいトークを開催し、積極的に市民に対する疾病予防や健康増進の普及啓発に努めている。	
	(4) 病院広報の拡充	ア ホームページの充実及びメンテナンス ・医師、看護師等多職種のスタッフにも協力を求めながら、掲載内容やレイアウト等を随時見直し、メンテナンスにも配慮しつつ、わかりやすく親しみやすい医療情報等の提供・発信に取り組む。	医事課	○	A: 移転に伴い、より市民に分かりやすく、親しみやすいホームページとなるよう、平成30年8月31日に新病院ホームページリニューアルを行うとともに、本年7月よりホームページ更新に係る院内手続きを整備・周知し、適時適切に情報更新ができるよう努めている。 B: 新病院のアピールポイントを踏まえ、各科・部門において積極的な情報発信を継続していくことが必要である。	
	(奇数月に発行)	イ 「地域医療連携だより」及び「医師紹介パンフレット」の発行 ○地域医療連携だより発行回数【 2 回】 (H30: 6 回 → R元: 6 回)	地域医療・患者支援センター	◎	地域医療連携だよりを奇数月(6回/年)に発行し、県内地域医療機関へ送付している。診療科の紹介や特色を中心に、院内研修会の様子やイベント等の取り組みを掲載している。	
(6月発行)	○医師紹介パンフレット発行回数【 1 回】 (H30: 1 回 → R元: 1 回)	地域医療・患者支援センター	◎	医師紹介パンフレット(6月 年1回)を発行し県内地域医療機関へ送付している。		



具体的施策	取組項目における 具体的な実施内容	取組内容 【R元年8月実績】 (H30:実績→R元:計画目標値)	責任所属名	自己 評価	目標達成に向けた A取組 B課題	
						取組項目(大分類)
						取組項目(小分類)
医療の効率性の確保に向けた取組						
効率化						
1 効率化の推進	(1) 施設基準の取得	ア がん患者指導管理業務の充実 ○がん患者指導管理加算ハ算定件数【4件】 (H30:0件→R元:60件)	がん診療支 援センター	○	A:今年度より、がん薬物療法認定薬剤師が外来患者に対する指導を行っており、入院患者への対応は、病棟薬剤師が担当し所定の加算を算定している。 B:継続指導が行えるような整備の検討に努めたい。	
		イ 薬剤管理指導業務・病棟薬剤業務の充実 ○薬局内DIカンファレンス回数及びプレアポイド報告 件数 【103件】 (H30:284件→R元:250件)	薬剤局	◎	A:DIカンファレンス71回、プレアポイド報告32件。	
	(2) 省エネルギー活動の推 進	・地球温暖化防止への対応はもとより、増え続ける高 熱水費の抑制を図るとともに、リサイクル意識の醸成 を促し、省エネルギー活動に積極的に取り組み、効率 化の推進を図る。	総務課	○	A:こまめな消灯など、節電に努めるとともに、紙類の再生化など、各所属で省エネルギー化に取り組んでいる。 B:平成30年8月の建物引き渡し後において、施設規模の拡大により光熱水費の増高が進んでいることから、大規模な 見直しの取り組みが必要である。	
	(3) 適切な診療報酬の請求	○診療報酬請求額査定率【0.264%】 (H30:0.252%→R元:0.14%)	医事課	△	A:診療報酬請求の査定減については、医療事務委託業者を中心に診療改善・保険診療委員会で査定状況を報告する とともに、医師をはじめ、関係するコメディカルとの連携を密にし、請求の適正化の検証を行っている。 B:前年度に比べ査定率は0.012ポイントの増となっており(H30年度平均△0.252%)、目標達成に向け、医師をはじめ関 係するコメディカルが情報を共有し、研修会に参加する等、さらなる個々のスキルをアップに取り組む必要がある。	
	(4) ジェネリック医薬品の採 用拡大	○ジェネリック医薬品使用数量率【93.6%】 (H30:93.5%→R元:90%)	薬剤局	◎	A:DPCでの後発医薬品使用数量率は85%以上であるが、率が引き上げられても対応できるよう90%以上を維持する。	
	(5) 効率的な物品管理体制 の構築及び調達方法の検討	○医薬収益に対する材料費比率【20.6%】 (H30:20.0%→R元:20.0%)	総務課	○	A:新病院から新たに院内物流(SPD)の業務を委託化し、物品の調達・利用・在庫管理等について、より効率的な物品 管理体制の構築を行った。 B:SPDについては、適正な在庫数の管路方法について、検討する必要がある。また、薬品については、他の事例を参 考に、より安価な調達が求められている。	
	(6) 未収金の発生防止及び 回収促進	○現年度分収納率【90.3%】 (H30:98.0%→R元:98.7%)  ○過年度未収金回収率【8.5%】 (H30:23.5%→R元:9.0%)	医事課  医事課	○  ○	A:未収者の来院時に受付窓口での声掛けや分納相談を積極的に行うことにより、一定の収納率を確保している。 B:現年度分については高い収納率で推移しているが、クレジットカードやIrucaカードによる納付など、現金以外の納付 チャンネルの活用により、未収金の発生防止に努めている。 A:弁護士への収納委託を継続するとともに、未収者の来院時に受付窓口での声掛けや分納相談を積極的に行うこと により、一定の回収率を確保している。 B:私債権の財産調査は任意となっており、自己申告に基づく財産有無の真偽の見極めは困難なため、積極的な未収 金の回収には限界があることから、回収率の更なる向上は難しい。このため、死亡者や生活保護者などの回収不可 能な特定のものについて、債権放棄の実施により、不良債権化した債権の整理を行う必要がある。	
	(7) 業務改善に向けた積極 的な取組	ア 職員提案の活用 ・職員提案用「院長への提言」を設置していることか ら、全職員に対して積極的な提案を促すとともに、ト ップダウンのみならず、現場からの声が生かせるよう 組織風土の醸成に努める。  イ 情報化の促進 ・医療情報の共有・医療の均質化を図り、更なる効 率化を推進するために、医療情報システムを更新する ほか、みんなの病院開院前には、必要なIT化に積極 的に取り組む。	経営企画課  医事課	○  ○	A:令和元年8月末時点で15件の提案があった。今後も周知等により、職員の病院運営への参画意識を高め、より多く の提案が得られるように努める。 A:平成28年3月に運用開始した基幹医療情報システムについては、不具合修正や利便性向上のための見直し等を随 時行うとともに、新病院における業務運用の変更等に対応するため、適切なシステムの構築とIT化を行った。本年度 においても、引き続き、運用変更等に伴うシステムの見直し等を随時行っている。 B:新病院におけるIT化の推進に伴い、医療情報システムや院内ネットワーク設備の運用管理・セキュリティ対策に係る 体制強化が急務である。	
(8) 人材配置の適正化	適材適所の配置に努め、人材の有効活用を、より一 層推進する。	看護局 総務課	◎	A:糖尿病重症化予防を目的とし、2名の看護師で「フットケア外来」を実施しているが、今年度は、看護師増員するた め、糖尿病療養指導士4名と透析看護師1名が、規定の研修を修了した。今後、随時、フットケア外来に配置していく予 定である。		

具体的施策	取組項目における 具体的な実施内容	取組内容 【R元年8月実績】 (H30:実績→R元:計画目標値)	責任所属名	自己 評価	目標達成に向けた A取組 B課題	
						取組項目(大分類)
						取組項目(小分類)
医療の効率性の確保に向けた取組						
管理体制						
1 管理体制の強化	(1) 病院事業の健全かつ円滑な運営	○経常収支比率【 89.7 % 】 (H30: 97.9 % → R元: 99.2 %)	経営企画課	△	A: 8月末時点の実績は、89.7%であり、目標値を下回っており、更なる収益増対策及び費用減対策を講じる必要がある。これらの課題解決のため、毎月詳細な決算見込等の資料を作成し、経営戦略会議で使用することで、経営状態を把握し、病院経営の改善に努めている。	
	(2) 就労意欲の維持・向上	・顕著な業務成績を収めている職員が更なる向上心を持って取り組めるような方策を検討する。	総務課	○	A: 平成26年度から、市立病院学会に合わせて、病院業務に貢献している個人や部局、グループ等を表彰している。職員が更に向上心を持って取り組めるよう、令和元年度より最も職員数の多い看護局において部署(病棟等)単位の業績表彰を予定している。 B: 就労意欲の向上を目的に他病院の方策で良い事例があれば取り入れを検討する。	
	(3) 業務実績報告・目標発表会の開催	・診療科、各局、業務委託業者を含めた病院を構成する全組織が一同に会して、これまでの業務実績を報告するとともに当該年度の目標を発表し、異なる職種間での相互理解と相互信頼を深め、病院の円滑な運営に努める。	総務課	○	A: 平成31年度は、4月の土曜日に実施し、みんなの病院開院に向け、異なる職種間での相互理解と相互信頼が深まり、病院の円滑な運営に資する会となった。 B: 実施内容がマンネリ化していることから、実施内容などの見直しを行う。	
	(4) 経営分析の実施	・近隣の市立病院間で、病院経営や経営分析に係る諸課題等についてテーマを定め、情報交換・勉強会を定期的に開催し、他病院での先進事例などを情報収集するとともに、必要に応じてフィードバックし、病院運営に生かす。	経営企画課	○	A: 令和元年5月25日に、みんなの病院、さぬき市民病院、坂出市立病院、徳島県つるぎ町立半田病院の4病院で、医療経営ゼミを開催し、講師による講演のほか、各病院における勤務環境などの改善に向けた取組内容について情報共有を図った。	
	(5) 適切なDPCコーディングの実施	○DPC部位詳細不明病名使用率【 1.5 % 】 (H30: 2.5 % → R元: 7.0 %)	医事課、 DPC委員会	◎	A: DPC部位詳細不明病名使用リスト作成の効率化を図った事で、迅速に主治医と協議することができるようになり、使用率の低減につながっている。また、医師による電子カルテ病名入力時点においても、部位詳細不明病名を判別しやすいようにシステム改善を行った。	
	(6) 勤務環境の改善	○職員の平均年次有給休暇取得日数【 7.3 日 】 (H30: 8.1日 → R元: 11日)	総務課	△	A: 30年9月のみんなの病院開院以来、外来、入院とも患者数が大幅に増加したことから職員の有給休暇取得日数が伸びなかった。 B: 目標取得日数を達成できるよう、働き方改革の趣旨に沿った業務の効率化に取り組む必要がある。	
一体化						
1 一体化の推進	(1) 市立病院間の診療面の連携・協調及び、へき地医療	ア 医療局 ・患者ニーズや当院での診療状況等に応じて、医師を塩江分院に派遣する。	医療局(総務課)	○	A: 昨年度に引き続き、みんなの病院の医師を塩江分院に派遣している。 B: 内科医や精神科医の採用が急務である。	
		イ 看護局 ・塩江分院との人員交流(相互応援)を行い、相互理解を深め、信頼関係を築く。	看護局	◎	B 内科医や精神科医の採用が急務である。	
		ウ 薬剤局 ・塩江分院との人員交流(相互応援)や、採用薬品の情報共有等で連携を図り、相互理解を深め、信頼関係を築く。	薬剤局	○	A: 薬事委員会ごとに採用医薬品について新規採用医薬品、削除品目について情報共有している。使用されなくなった医薬品や期限切れに近い医薬品については積極的に情報発信し、情報共有することで不良在庫や廃棄医薬品の減少に努めている。また、9月からの薬事委員会を合同で開催したり、ジェネリック医薬品の採用についても同じメーカー採用とすることで効率化を図っている。	
		エ 検査技術科 ・塩江分院からの検体検査を実施するとともに、相互理解を深め、信頼関係を築く。	検査技術科	◎	検体検査においては、1日2回届く塩江分院からの検体検査を行っている。患者の検体検査以外に、塩江分院の栄養科の検便検査なども行っている。新たに塩江分院での心エコー検査実施の要望があり、この8月から検査技師が塩江分院に出向き、検査を行う予定。今後も連携を深め、協力体制を築いていきたい。	
		オ 放射線技術科 ○塩江分院からの応援依頼件数【 回 】 (H30: 42回 → R元: 50回)	放射線後術科		今年度より当院に職員を配置したために項目の削除。	

具体的施策		取組項目における 具体的な実施内容	取組内容 【R元年8月実績】 (H30:実績→R元:計画目標値)	責任所属名	自己 評価	目標達成に向けた A取組 B課題
取組項目(大分類)						
取組項目(小分類)						
医療の効率性の確保に向けた取組						
一体化						
1	一体化の推進	(1) 市立病院間の診療面の連携・協調及び、へき地医療	カ リハビリテーション技術科 高松市立病として、塩江分院リハビリスタッフと業務に関する検討・相談し、相互理解を深め、信頼関係を築く。	リハビリテーション技術科	○	1回/月程度で交流(時間外)を持ち、相談・対応している
			キ 栄養科 塩江分院との人員交流(相互応援)を行い、相互理解を深め、信頼関係を築く。	栄養科	○	双方の調理システム等について情報交換を行い、食事療養業務の運営について協働で研究を行っている。
		(2) みんなの病院への円滑な移行	香川診療所の患者が、引き続き、みんなの病院を受診しやすい環境を整えるため、すべての部署が香川診療所との連携を密にし、安全かつ円滑な受入れに努める。	医事課	○	A: 患者の新病院への円滑な移行を図るため、新病院での診療を引き続き受ける意思を確認した患者には、「患者確認書」を発行し受付で提示を求めるほか、予約枠のある診療科については事前予約を受けけるとともに、予約枠のない診療科においても診療情報提供書の持参を求めることとしている。

みんなの病院自己評価

具体的施策	取組項目	平成30年度実績	令和元年度目標	達成状況 【令和元年8月実績】
医療機能に関する指標	○入院患者数(人)	79,027	78,690	37,122
	○外来患者数(人)	94,534	89,915	43,378
	○全病床利用率(%)	63.8	70.5	-
	○一般病床利用率(%)	70.9	71.9	81.1
	○紹介率(%)	59.9	50.0以上	53.3
	○逆紹介率(%)	70.8	70.0以上	70.1
	○患者満足度・入院(点)	4.1	4.0	4.1
	○患者満足度・外来(点)	4.0	4.0	4.0
経営に関する指標	○経常損益(百万円)	△ 150	△ 56	△ 901
	○経常収支比率(%)	97.9	99.2	89.7
	○医業収支比率(%)	88.4	89.0	83.2
	○職員給与費対医業収益比率(%)	66.8	63.0	60.8
	○材料費対医業収益比率(%)	20.1	18.0	19.8
	○経費対医業収益比率(%)	23.2	22.1	23.0
	○減価償却対医業収益比率(%)	2.6	8.8	16.1
	○年度末現金残高(百万円)	242	△ 21	187

※年度末現金残高は、塩江分院からみんなの病院への病院間運用前のもの。

---

# 自己評価表・具体的取組状況

(令和元年8月末実績)

【塩江分院 編】

---

塩江分院基本方針

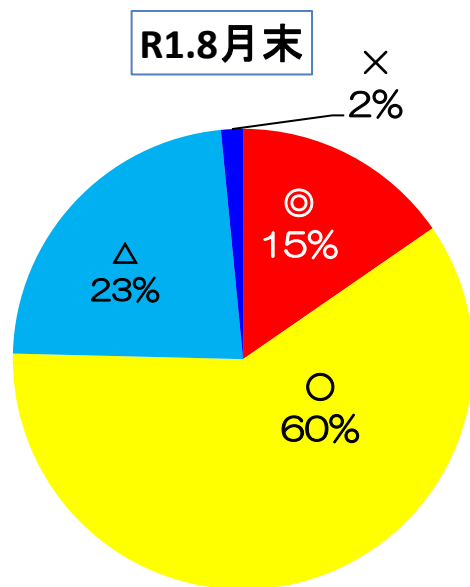
- 1 『地域まるごと医療』を、市民とともに実践します。
- 2 『安全で良質な医療ケア』を、ファインチームワークで提供します。
- 3 『住民に愛される病院』を、おもいやりの心で実現します。

## 高松市病院事業経営健全化計画の取組項目に対する評価について【塩江分院】

### 1 評価基準

評価基準		評価の考え方
評価	区分	
◎	計画どおり順調である。	目標を達成した、又は目標達成と同程度の具体的成果が得られた。
○	概ね順調である。	目標達成のための取組みを進め、一定の成果が得られた、又は計画期間内に、目標達成と同程度の具体的成果が得られることが見込まれる。
△	やや遅れている。	目標達成のための取組みが不十分、又は取組みを進めたものの、具体的成果が得られなかった。
×	かなり遅れている。	消極的又は、目標達成のための取組みができていない。

### 2 自己評価結果



評価	項目数
◎	10
○	39
△	15
×	1
計	65

具体的施策	取組項目における 具体的な実施内容	取組内容 【R元年8月実績】 (H30:実績→R元:計画目標値)	責任所属名	自己 評価	目標達成に向けた A取組 B課題	
						取組項目(大分類)
						取組項目(小分類)
<b>医療の質の確保に向けた取組</b>						
<b>医療技術</b>						
1 地域医療の推進	(1) 訪問事業の推進	○訪問診療件数【196件】 (H30: 598件 → R元: 730件)	医療局 (医科)	○	A:在宅療養支援病院(医師、看護師が24時間365日体制で在宅で療養する患者や、その家族を支援する)として、より質の高い訪問診療に努めている。	
		○訪問歯科件数【58件】 (H30: 115件 → R元: 160件)	医療局 (歯科)	○	A:常勤医師1名、非常勤歯科衛生士2名、非常勤歯科技工士1名体制を維持し、日常業務を見直し(外来患者対応の時間調整)することにより、積極的な訪問診療に努めている。	
		○訪問看護件数【866件】 (H30: 2,079件 → R元: 2,340件)	訪問看護ステーション	○	A:利用者数を増やすため、定期的に塩江社協との交流を継続することや、近隣の社協香川や近隣医院への定期的な訪問も行うようにしている。	
		○訪問リハビリテーション件数【110件】 (H30: 343件 → R元: 270件)	リハビリテーション科	○	B:塩江地区の人口減少が進むうえ、市内の民間訪問看護ステーション増加の影響もある。また、社協塩江のケアマネジャーの減少により社協塩江の利用者が社協香川へ移っている状況があり、新規利用者の獲得に繋がりにくくなっている。 A:理学療法士2名、作業療法士1名で外来患者の調整を行いながら、積極的な訪問に努めている。	
	(2) 初期、回復期、慢性期医療の提供	○在宅復帰率【65.6%】 (H30: 68.7% → R元: 77%)	医療局 (医科)	○	A:独居・老々世帯が増えるなか、住み慣れた自宅ですすでも長く生活ができることを方針として治療に取り組んでいる。	
		○入院患者への口腔ケア実施回数【1,641回】 (H30: 3,196回 → R元: 2,200回)	医療局 (歯科)	○	A:医科と歯科が連携し、経口摂取ができるよう、また、維持していけるようケアを行い、快適な食生活やQOLの向上に努めている。	
	(3) 地域包括ケアシステムの構築支援	○地域ケア小会議等への参加率【0%】 (H30: 0% → R元: 100%)	事務局	△	A:令和元年度、塩江地区地域ケア小会議(全体会)が未開催のため、参加に至っていない。 B:開催次第、積極的に参加を予定している。	
	2 医師の確保機能の強化	(1) 寄附講座の活用	○研修会の開催数【0回】 (H30: 0回 → R元: 1回)	医療局 (医科)	△	A:塩江分院主催の地域住民を集めて、健康保持の研修会を開催する。
		(2) 医師の育成	○研修プログラム新メニュー追加件数【0件】 (H30: 0件 → R元: 1件)	医療局	△	A:総合医として必要な知識が習得できるようまた、興味関心が湧くような研修メニューを取り入れる。
		(3) 実習、見学等の受入れの充実	○香川大学等からの実習生受入人数【15人】 (H30: 42人 → R元: 50人)	医療局	△	A:香川大学医学部5年生27名の受入を予定している。
(4) 医師の安定確保		○非常勤嘱託医師委嘱人数【1人】 (H30: 1人 → R元: 1人)	事務局	△	A:常勤医師の健康管理の為、開業医院、病院等積極的に、宿日直をしていただける医師を確保するため、病院等の訪問を積極的に行っている。	
3 スペシャリストの育成	(1) 資格取得	認知症ケア専門士取得者累計数【3人】 (H30: 5人 → R元: 6人)	看護局	△	A:医療の質の向上と職員の育成に取り組んでいる。	
		介護支援専門員取得者累計数【6人】 (H30: 6人 → R元: 10人)	看護局	△	A:引き続き、資格取得に向けて取り組んでいる。	
4 医療安全の強化	(1) 医療安全意識の共有と醸成	○医療安全委員会開催数【5回】 (H30: 10回 → R元: 12回)	医療安全委員会	◎	A:毎月委員会を開催し、医療安全に関する情報共有に努めている。	

具体的施策	取組項目における 具体的な実施内容	取組内容 【R元年8月実績】 (H30:実績→R元:計画目標値)	責任所属名	自己 評価	目標達成に向けた A取組 B課題	
						取組項目(大分類)
						取組項目(小分類)
医療の質の確保に向けた取組						
医療技術						
4 医療安全の強化	(1) 医療安全意識の共有と醸成	○安全管理研修会(全体研修)開催数【1回】 (H30: 2回 → R元: 2回)	医療安全委員会	○	A: 第1回 7月16日「医療ガス研修について」実施。第2回11月「医療安全管理者研修伝達」、第3回2月「事例分析手法について」を開催(予定)	
		○ヒヤリハット報告研究会開催数【5回】 (H30: 10回 → R元: 5回)	医療安全委員会	◎	A: 毎月1回委員会において報告を行い、前月に発生したヒヤリハット報告部署のラウンドを実施し、改善内容を報告することで、医療安全の意識向上に努めている。	
	(2) 感染管理意識の共有と醸成	○感染予防委員会開催数【5回】 (H30: 13回 → R元: 12回)	感染予防委員会	◎	A: 月1回委員会を開催するほか、毎日院内ラウンドを実施するなど、職員の意識改革を図り、感染発生時における迅速な対応及び、平常時の感染対策の充実に努めている。	
		○感染管理研修会(全体研修)開催数【0回】 (H30: 2回 → R元: 2回)	感染予防委員会	△	A: 第1回感染対策研修「ベッド再度感染対策(10月3日予定)」、第2回「療養病床における日常的な感染予防対策(R2年2月予定)」に、みんなの病院の担当職員等に係る研修会を実施する予定。	
		○針刺事故件数【0件】 (H30: 1件 → R元: 0件)	感染予防委員会	○	A: 職員の意識改革を図り、日常の感染対策の充実に努めている。	
5 医療品質の向上	(1) 学会や研修会での発表	○研究発表・論文発表件数【1件】 (H30: 2件 → R元: 6件)	医療局	△	A: 高松市立病院学会(10月19日)で研究発表を行う予定。	
人間関係						
1 チーム医療体制の充実	(1) チーム医療の実践	ア 栄養サポートチーム ○入院患者経口摂取割合【52.7%】 (H30: 65.7% → R元: 64%)	NST委員会	○	A: 歯科と連携しながら経口摂取移行訓練を実施しており、経口摂取の患者が増加するよう努力している。	
		イ 褥瘡対策チーム ○院内褥瘡発生件数【0件】 (H30: 4件 → R元: 2件)	褥瘡委員会	○	A: 入院時のアセスメント、褥瘡発生患者へのDESIGN-r評価を実施。NSTと協同して褥瘡発生ゼロを目指し活動を実施している。	
		ウ 身体拘束廃止対策チーム ○拘束率【15.9%】 (H30: 9.2% → R元: 15%)	身体拘束廃止委員会	○	A: 毎月1回、委員会を開催し、拘束ラウンドと拘束対象者に対しカンファレンスを実施し、拘束廃止に向け取り組んでいる。	
		エ 地域包括ケア推進チーム ○地域ケア小会議等への新規提案件数【0件】 (H30: 0件 → R元: 1件)	事務局	△	A: 地域包括ケア小会議が未開催のため、現時点では、提案を行っていない。	
		オ 摂食嚥下チーム ・主に食物を咀嚼、又は飲込みができない患者を対象に、「食べる楽しみ」を維持するために、摂食サポートや栄養状態、嚥下機能の評価などの治療や訓練を実施する。	NST委員会	○	A: 塩江分院の多職種のメンバーによる1回/月ミールラウンドを実施した。退院後は、在宅訪問を実施し体位、嚥下体操指導、口腔ケア指導を行っている。	
		カ 口腔ケアチーム ・口腔ケアが必要な患者を対象に、より効果的な病棟口腔ケアを実施し、患者の誤嚥性肺炎の発症防止や化学療法・放射線治療など併う口内炎の症状緩和を図り、早期回復を促すとともに、職員に口腔内ケア教育を実施する。	NST委員会	○	A: STラウンドに口腔ケア担当看護師が参加し、手技やポジショニングなどを学んでいる。また、入院時には全患者に歯科診察があり、歯科医師、歯科衛生士と看護師が情報を共有して継続ケアにつなげている。アセスメント表を活用し、食後の口腔ケアや義歯の取り扱いについて徹底管理している。	
2 市民との信頼関係の強化	(1) 教室・講座の実施	○出張健康講座等開催数【2回】 (H30: 14回 → R元: 12回)	地域包括ケア推進チーム	○	A: 多職種の参加により取り組んだ。	
	(2) 相談・指導事業の拡充	ア 訪問診療、訪問看護への同行回数 ○薬剤師【0回】 (H30: 182回 → R元: 260回)	薬局	△	A: 注射等の処方箋による調剤を始め、訪問診療と時間的に重なるため、訪問診療等への同行ができていない。	



具体的施策	取組項目における 具体的な実施内容	取組内容 【R元年8月実績】 (H30:実績→R元:計画目標値)	責任所属名	自己 評価	目標達成に向けた A取組 B課題	
						取組項目(大分類)
						取組項目(小分類)
医療の質の確保に向けた取組						
人間関係						
2 市民との信頼関係の強化	(2) 相談・指導事業の拡充	○放射線技師【 0 回 】 (H30: 3 回 → R元: 12 回)	放射線科	△	A:平成31年4月からみんなの病院の放射線技師が毎日応援に来て診療に当たっている。診療の合間を利用し積極的に取り組む。	
		○病棟看護師【 5 回 】 (H30: 6 回 → R元: 24 回)	看護局	○	A:理学療法士との退院前訪問や退院後1カ月訪問により、退院調整の充実を図っている。	
		○管理栄養士【 6 回 】 (H30: 22 回 → R元: 20 回)	栄養科	○	A:病棟や訪問看護等との連携を密に図っている。	
		○歯科衛生士【 58 回 】 (H30: 53 回 → R元: 58 回)	歯科	○	A:外来診療の合間を縫い積極的に取り組んでいる。	
		イ 退院後の生活状況の確認 ○退院患者への近況確認率【 100 % 】 (H30: 100 % → R元: 100 %)	看護局	○	A:平成29年1月在宅復帰機能強化加算取得により、退院後の近況確認を在宅退院患者に対して行い、必要時訪問、介護支援専門員への連携を取っている。	
	(3) 「私のカルテ」の推進	○「私のカルテ」発行累計数【 445 人 】 (H30: 436 人 → R元: 460 人)	看護局	△	A:発行数は低調であるが、引き続き利用推進に努める。	
	(4) 退院調整会議の充実	○退院調整を要する患者等への実施率【 100 % 】 (H30: 100 % → R元: 100 %)	看護局	○	A:退院調整チーム会による退院調整の充実を図っている。	
(5) 「ほたる通信」の発行【再掲】	情報発信1(3) 参照	広報紙 作成委員会	△	情報発信1(3) 参照		
アメニティ						
1 患者の視点に立ったサービスの提供	(1) 患者満足度調査の実施	○病棟・外来満足度【 一点 】 (H30:実施せず → R元: 4.2 点)	看護局	△	A:調査内容を見直し、年1回調査を実施する予定(令和2年2月)。	
		(2) 接客改善の取組	○接客委員会開催数【 6 回 】 (H30: 12 回 → R元: 12 回)	接客委員会	○	A:毎月開催し、御意見箱の意見を職員で検討。全職員に周知し回答を掲示している。
	(3) 外来でのサービス拡充	○接客研修【 1 回 】 (H30: 2 回 → R元: 3 回)	接客委員会	○	A:毎年、香川県診療施設協議会主催の接客研修に参加した者が院内で伝達研修している。全職員を対象に身だしなみチェックを実施している。	
		ア 患者輸送車運行事業の推進 ○患者輸送車運休回数【 0 回 】 (H30: 0 回 → R元: 0 回)	事務局	○	A:塩江町の人口が減少する中で、利用者も減少傾向にあるが、交通手段のない高齢者のために病院直営の運用を基本に、運転手の委託化を図り、交代乗車体制を整え、運休を防止するなど患者様の利便向上に努めている。	
		イ 院内企画展の充実 ○院内企画展示用提供作品数【 0 品 】 (H30: 50 品 → R元: 70 品)	文化祭 実行委員会	○	A:昨年に引き続き、秋に文化祭を計画し、11月30日開催に向けて準備中である。病棟への影響を考慮し、塩江地域保健活動センターを中心に文化祭を開催する予定。	
	(4) 病棟でのサービス拡充	○病院文化祭来場者数【 0 人 】 (H30: 113 人 → R元: 190 人)	文化祭 実行委員会	○		
	ア 地元食材を多用した食事の提供 ○管理栄養士等病棟訪問件数【 217 件 】 (H30: 526 件 → R元: 520 件)	栄養科	○	A:食事で困っていることがあれば、病棟へ出向き、さまざまな対応を行っている。		

具体的施策		取組項目における 具体的な実施内容	取組内容 【R元年8月実績】 (H30:実績→R元:計画目標値)	責任所属名	自己 評価	目標達成に向けた A取組 B課題
取組項目(大分類)						
取組項目(小分類)						
<b>医療の質の確保に向けた取組</b>						
<b>アメニティ</b>						
1 患者の視点に 立ったサービスの 提供	(4) 病棟でのサービス拡充	イ 病室の病床数の見直し ○検討会の実施【 0 件 】 (H30: 1 件 → R元: 6 件)	事務局	○	A:看護体制等に沿ったサービス向上に努める。	
		ウ 転倒・転落防止対策への取組 ○述べ転倒・転落回数【 1 回 】 (H30: 21 回 → R元: 36 回)	医療安全 委員会	○	A:入院でポータブル使用患者に対しては、理学療法士とともに位置、高さを調節し安全につとめ、入院時には、スリッパ禁止のパンフレット作成、発見時は、ラウンドによるアセスメントを行っている。	
<b>地域社会</b>						
1 共に支え合う 体制の整備	(1) 病院・介護保険施設等との連携	○地域医療機関訪問件数【 10 件 】 (H30: 20 件 → R元: 55 件)	事務局	○	A:院長に看護局長、事務局長等が同伴し急性期、近隣施設等を積極的に訪問・情報交換を行う中で、信頼関係を築くこととしている。	
	(2) 地域社会との連携	○住民ボランティア受入人数【 2 人 】 (H30: 2 人 → R元: 3 人)	事務局	○	A:敷地内清掃や切り花の提供など、美化環境面において、御協力いただいている。	
		○地元イベント参加・派遣看護師延べ人数【 3 人 】 (H30: 3 人 → R元: 7 人)	看護局	○	A:地域イベントへの参加が定着している中で、引き続き本院が地域に密着した親しみやすい存在になるよう取り組んでいる。 5月町民運動会1名、6月ほたるまつり、8月しおのえ温泉まつり、各1名づつ参加した。	
		○院内の企画展示用提供作品数(再掲)	文化祭 実行委員会	/	アメニティ1(3)イ 参照	
		○病院文化祭来場者数(再掲)	文化祭 実行委員会	/	アメニティ1(3)イ 参照	
		○経営戦略会議平均住民参加人数(再掲)	事務局	/	情報発信1(2) 参照	
<b>医療の透明性の確保に向けた取組</b>						
<b>情報発信</b>						
1 情報発信	(1) 医療事故等の公表	・医療現場における安全管理の向上と事故防止に組織的に取り組み、日本医療機能評価機構の「医療事故情報収集等事業」に参加し、当院での医療安全対策に生かす。	医療安全 委員会	◎	A:医療事故については、月1回定例報告会を開催するほか、院内他の勉強会開始前にも報告を行うことで発生防止対策を検討している。 特に転倒、転落防止に関しては、入院時にアセスメントを行い、必要な患者への対応を徹底しているほか、ヒヤリハットの内容については、患者IDを記載することで各部門にて情報共有を行い再発防止に努めている。	
	(2) 住民参加会議の開催	○経営戦略会議平均住民参加人数【 4 人/回 】 (H30: 5 人/回 → R元: 6 人/回)	事務局	◎	A:今年度から地元関係者(老人保健施設健勝祥会バーデン管理者、塩江支所長、高松市社会福祉協議会塩江地域保健活動センター長、地域包括支援センター(香川))に対し、連絡会を開催し、分院の現状や附属医療施設の整備計画等について情報共有している。	
	(3) 「ほたる通信」の発行	○「ほたる通信」発行回数【 1 回 】 (H30: 1 回 → R元: 6 回)	広報紙 作成委員会	○	A:外来診療の大幅な変更や患者送迎バス路線の変更など分院情報を地域住民に周知している。	
<b>医療の効率性の確保に向けた取組</b>						
<b>効率化</b>						
1 効率化の推進	(1) 省エネルギー活動の推進	○電力使用量対前年度削減比率【 Δ2 % 】 (H30: Δ2 % → R元: Δ1 %)	事務局	○	A:目標達成に向け、こまめな節電を積み重ねたことで電力使用量の削減を図っている。	

具体的施策		取組項目における 具体的な実施内容	取組内容 【R元年8月実績】 (H30:実績→R元:計画目標値)	責任所属名	自己 評価	目標達成に向けた A取組 B課題
取組項目(大分類)						
取組項目(小分類)						
医療の効率性の確保に向けた取組						
効率化						
1 効率化の推進	(2) 適切な診療報酬の請求	○診療報酬請求額査定率【 0.148 % 】 (H30: 1.39 % → R元: 1 %)	事務局	○	A: 医師全員が集まり、レセプト委員会を定期的に開催し、診療報酬の査定率の減少に努めている。	
	(3) ジェネリック医薬品の採用拡大	○ジェネリック医薬品使用数量率【 87.7 % 】 (H30: 88.7 % → R元: 90 %)	薬局	○	A: 新規ジェネリック薬品を順次採用しており、使用率向上に努めている。	
	(4) 未収金の発生防止及び回収促進	○現年分収納率【 100 % 】 (H30: 99.9 % → R元: 99.8 %)	事務局	○	A: 現年度分の患者一部負担金の未収金発生防止に努めており、引き続き未収金の回収に努める。	
		○過年度未収金回収率【 0.0 % 】 (H30: 2.1 % → R元: 5.6 %)	事務局	△		
管理体制						
1 管理体制の強化	(1) 病院事業の健全かつ円滑な運営	・病院局及び各病院・診療所で開催する経営戦略会議において、市立病院を取り巻く諸課題について、情報共有を図るとともに必要な改善措置を講じる。 ・引き続き、PDCAサイクルによる進行管理を実施し、さらなる業務改善や効率化を進める。あわせて、外部評価を実施し、病院事業の健全かつ円滑な運営を推進する。	事務局	○	A: 経営戦略会議には経営状況の実績報告に合わせタイミングを逸しないよう重点取組項目を中心とした業務報告を行うことで、分院運営方針についての確認と見直しを図っている。今後とも、より正確な業績分析や適切な運営方針の決定ができるよう取り組んでいくこととしている。	
	(2) 業務実績報告・目標発表会の開催	○業務実績報告・目標発表会職員参加率【 — % 】 (H30: 42 % → R元: 40 %)	事務局	×	A: 今年度は、4月に行った病棟編成に伴い、目標発表会を開催することができなかった。	
	(3) 勤務環境の改善	○対前年度時間外勤務時間縮減比率【 △19.8 % 】 (H30: △12.45 % → R元: △2.5 %)	事務局	○	A: 職員による業務改善、時間配分等により時間外削減を図ることとしている。	
一体化						
1 一体化の推進	(1) 市立病院間の診療面の連携・協調	ア 医療局 ・患者ニーズや当院での診療状況等に応じて、みんなの病院から医師派遣を受ける。	医療局	◎	A: 専門外来として、みんなの病院から泌尿器科医師(2回/月)、皮膚科医師(2回/月)、内科医師(1回/週)及び外科医師(2回/月)の応援派遣を受け、高齢者の多い患者ニーズに対応している。	
		イ 看護局 ・みんなの病院との人員交流(相互応援)を行い、相互理解を深め、信頼関係を築く。	看護局	◎	A: 4月から毎日、みんなの病院外来へ1.5人を応援派遣し、連携を図っている。	
		ウ 薬局 ・みんなの病院との人員交流(相互応援)や、採用薬品の情報共有等で連携を図り、相互理解を深め、信頼関係を築く。	薬局	◎	A: みんなの病院との間で相互に“dead stock”の譲り渡し、譲り受けを行っている。必要に応じ、情報の提供を受ける。場合によっては情報の提供を行っている。4月から毎日、みんなの病院薬剤師1名の応援派遣を受けている。	
		エ 医療局(検査技術) ・みんなの病院において、当院の診療行為に必要な検体検査を実施し、相互理解を深め、信頼関係を築く。	医療局	◎	A: みんなの病院に臨床検査業務・エックス線フィルムの読影を依頼することで、検査業務の効率化に努めている。9月から月1回、みんなの病院技師による心臓超音波(心エコー)・頸動脈エコーの検査をはじめの予定。	
		オ 放射線技術部門 ・みんなの病院との人員交流(相互応援)を行い、相互理解を深め、信頼関係を築く。	放射線科	◎	A: 4月から毎日、みんなの病院の診療放射線技師1名の応援派遣を受けている。	

具体的施策		取組項目における 具体的な実施内容	取組内容 【R元年8月実績】 (H30:実績→R元:計画目標値)	責任所属名	自己 評価	目標達成に向けた A取組 B課題
取組項目(大分類)						
取組項目(小分類)						
医療の効率性の確保に向けた取組						
一体化						
1	1 一体化の推進	(1) 市立病院間の診療面の 連携・協調	カ リハビリテーション部門 ・みんなの病院からリハビリテーション技師派遣を受け、言語療法業務を実施するとともに、みんなの病院との人員交流(相互応援)を行い、相互理解を深め、信頼関係を築く。	リハビリ テーション科	○	A:みんなの病院からPTを招いて呼吸器リハの勉強会を開催予定。呼吸器、脳血管、運動器リハについては逐次情報交換を行っている。
			キ 栄養部門 ・みんなの病院との人員交流(相互応援)を行い、相互理解を深め、信頼関係を築く。	栄養科	○	A:設定している食種や調理方法、調理システム等についての情報交換を行い、栄養管理の方法について協働で検討を行っている。

塩江分院自己評価

具体的施策	取組項目	平成30年度実績	令和元年度目標	達成状況 【R元8月実績】
医療機能に関する指標	○入院患者数(人)	15,415	21,594	4,899
	○外来患者数(人)	21,425	25,725	8,912
	○病床利用率(%)	48.5	67.8	37.5
	○訪問診療件数(件)	598	730	196
	○訪問歯科件数(件)	115	160	77
	○訪問看護件数(件)	2,079	2,340	866
	○訪問リハビリテーション件数(件)	343	270	110
	○患者満足度(点)	実施していない	4.2	実施していない
経営に関する指標	○経常損益(百万円)	△ 54	4	△58
	○経常収支比率(%)	93.4	100.5	92.4
	○医業収支比率(%)	59.6	68.0	59.6
	○職員給与費対医業収益比率(%)	103.6	77.6	101.6
	○材料費対医業収益比率(%)	21.6	23.1	22.5
	○経費対医業収益比率(%)	38.8	31.8	40.8
	○減価償却対医業収益比率(%)	3.4	2.8	3.4
	○年度末現金残高(百万円)	266	201	175

※年度末現金残高は、塩江分院からみんなの病院への病院間運用前のもの。