



令和3年度第1回高松市立病院を良くする会

目 次

- 2P 設置要綱
- 3P 委員名簿
- 4P 経営健全化計画の取組状況に係る評価
- 6P 自己評価表・具体的取組状況（令和2年度実績）【みんなの病院 編】
- 20P 自己評価表・具体的取組状況（令和2年度実績）【塩江分院 編】
- 29P 委員評価表（令和2年度実績）【みんなの病院 編】
- 37P 委員評価表（令和2年度実績）【塩江分院 編】

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
委員	安藤 幸代	公益社団法人香川県看護協会 会長
委員	伊藤 輝一	一般社団法人高松市医師会 会長
委員	谷田 一久	株式会社ホスピタルマネジメント研究所 代表
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)

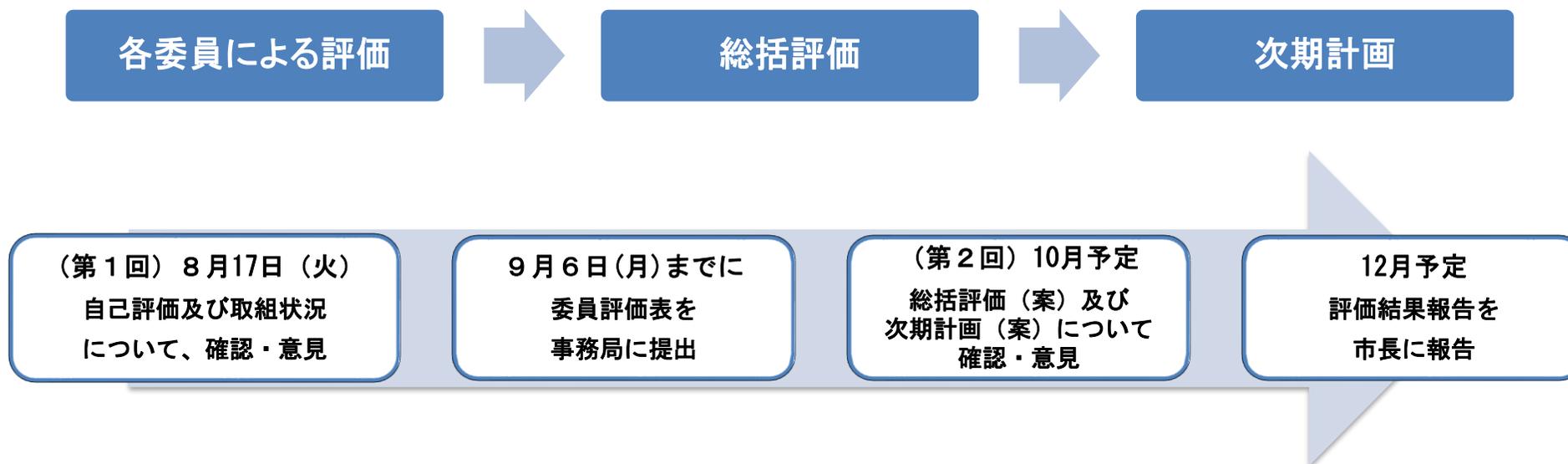
経営健全化計画の取組状況に係る評価

1 外部評価の実施について

「高松市病院事業経営健全化計画」（平成30年度～令和2年度）を策定し、高松市立病院の果たすべき役割や実施施策に則り、機動的かつ自立的な病院経営に取り組んでいることを踏まえ、その進捗状況や取組内容について、高松市立病院を良くする会に、総合的な点検・評価の実施を依頼します。

2 評価方法及びスケジュール

評価はみんなの病院・塩江分院それぞれに行います。



3 評価基準

評価	区分	評価の考え方
◎	計画どおり順調である。 【優良】	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。
○	おおむね順調である。 【良好】	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。 【要努力】	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。 【要改善・要見直し】	消極的または、目標達成のための取組みができていない。

4 委員評価表

「実施内容評価」、「小分類評価」及び「委員意見等」の欄を御記入の上、9月6日（月）までに御提出ください。

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	H28.3 自己 評価	実施内容 評価	小分類 評価	委員意見等
医療の質の確保						
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 ○救急車搬送受入件数	△			評価の補足となる、意見・提言等お気づきの点を、できるだけ御記入ください。
		○受入不可率	△			
	(2) がん診療機能の強化	ア 診療機能の強化 ○がん診療連携研修会開催数	○			
		○がん診療関連研修会開催数	◎			
		イ 化学療法に関する体制の強化 ○がん化学療法認定看護師配置累計数	◎			
		○がん薬物療法認定薬剤師配置累計数	◎			
		○外来がん治療認定薬剤師配置累計数	×			
		○化学療法に関する勉強会開催数				
		○抗がん剤初級・ポート管理研修会開催数				
		○胃がんX線検査技術部門研修会開催数				
		○がんのリハビリテーション研修会開催数				
		ウ 緩和ケアの提供体制の強化 ○緩和ケアチームへの紹介状発行数				
		○緩和ケア研修修了の医師累計数	○			

「実施内容」単位「小分類」単位
の両方に◎○△×の評価を御記入
ください。

自己評価表・具体的取組状況

(令和2年度実績)

【みんなの病院 編】

高松市立みんなの病院基本方針

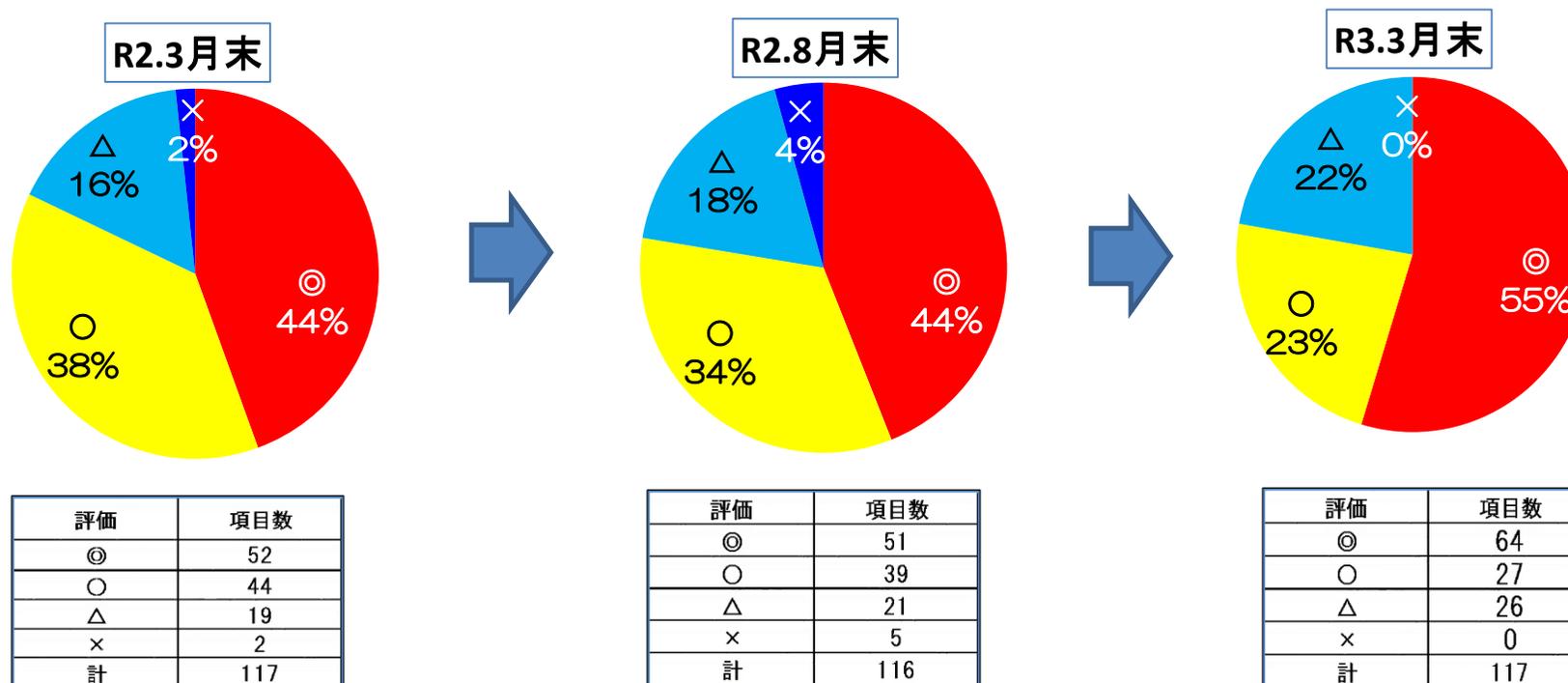
- 1 『リーディングホスピタル』として、高松市医療全体の最適化を目指します。
- 2 『安全で良質な医療』を、ファインチームワークで提供します。
- 3 『まごころのある医療人』を、全力で育成します。
- 4 『地域とのつながり』を大切にし、みんなの暮らしを支えます。

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



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 【R2年実績】 (R元:実績→R2: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【 2,565 件 】 (R元: 2,939 件 → R2:2,200件)	救急委員会	◎	A: 令和2年度の救急車搬送件数は、2,565件で目標値を上回った。令和元年度は、2,939件で数値的には減少した。高松市の当院搬送件数/総搬送数をみると、令和1年が2,430/21,171(11.4%)で、令和2年が2,517/19,312(13.0%)で本年度が昨年度を上回る結果であった。コロナ禍により、高松市の救急要請数が著明に減少したにも拘わらず当院への救急要請、搬送率は上昇しており、このことから高松市の救急医療に対し、当院は十分な役割を果たしたものと考えている。	
		○救急車受入不可率【 29.4 % 】 (R元: 21.5 % → R2:15%)	救急委員会	○	B: 上記のように高松市において、当院への救急搬送要請、搬送率は増加したが、受入率から見ると、令和元年度より低下していた。高松市救急医療においては、十分な役割を果たしていると考え、コロナ禍においてのさらに大きくなった要望には応えられていなかった。コロナ受入に伴う病床の逼迫、マンパワーの不足が原因と考えられた。	
	(2) がん診療機能の強化	ア 診療機能の強化 ○がん診療支援センター (R元: 12 回 → R2: 12 回)	がん診療支援センター	◎	A: 新型コロナウイルス感染症対策として、6月よりみんなのホールに会場変更し、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【 10 回 】 (R元: 12 回 → R2: 12 回)	がん診療支援センター	◎	A: キャンサーボードとともに会場変更し、医師の協力を得て、内容の濃い研修会を開催ができています。 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【 86.9 % 】 (R元: 64.3 % → R2: 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関する説明、セルフケア支援など支援を行っている。 B: 診療報酬の算定の増加も含めて必要患者への介入や他スタッフとも協働した支援を継続していく。	
		○がん化学療法に関する勉強会開催数【 10 回 】 (R元: 11 回 → R2: 20 回)	がん診療支援センター	○	A: 安全な投与管理を目的に、投与時のマニュアルを作成し、リンクナースが部署の化学療法に関する実施状況の確認や必要な研修内容を確認している。個別の投与管理や薬剤、副作用に関する相談には、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対応している。 B: 必要な研修を実施していく。	
		○ポート管理研修受講人数【 22 人 】 (R元: 217 人 → R2: 60 人)	看護局 がん診療支援センター	◎	A: 看護局教育委員会や主任会との協働でポート管理認定制を導入し、R元年までに全看護職員の研修を終了した。9月に新人看護師への研修も終了した。	
		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【 74 人 】 (R元: 66 人 → R2: 45 人)	がん診療支援センター	◎	A: 徳島大学病院の協力により、医師の派遣をこれまでの1回/週から2回/週で対応していただいている。これにより、他院からの放射線治療患者の紹介も順調に増加した。 B: 医師派遣の回数増加の要望を継続する。	
		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【 20人 】 (R元: 27 人 → R2: 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【 36 人 】 (R元: 31 人 → R2: 28 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 【R2年実績】 (R元:実績→R2: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】 (R元:10人→R2:17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【75件】 (R元:33件→R2:70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:がん相談の広報に努めるとともに、相談員が最新のがん治療に関する知識・情報を得て質の高い相談を行っている。	
		○がん患者等との交流数【0回】 (R元:1回→R2:2回)	がん診療支援センター	△	A:新型コロナウイルス感染予防のため、会としては開催せず、緩和ケアニュース特別版として緩和ケアやACPIに対する周知を行った。	
		○がん相談員基礎研修(2)修了者累計数【3人】 (R元:2人→R2:4人)	がん診療支援センター	○	A:国立がんセンターがん相談員基礎研修(1)(2)を1名、継続研修を1名がE-learningで受講した。 B:がんに対する知識の習得と相談員の質の向上を図る。	
	(3) 地域包括ケアへの対応	○病床稼働率【75.4%】 (R元:67.6%→R2:70%)	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だ。	
2 医師確保機能の強化	(1) 医師確保のための工夫	○医師増加数【3人】 (R元:1人→R2:2人)	総務課	◎	A:R2年度は、4月に内科1名、8月に内科1名、10月に呼吸器内科1名の計3名の採用をしている。	
		○病院実習生受入人数【10人】 (R元:21人→R2:7人)	総務課	○	A:徳島大学及び香川大学の医学実習生を例年20名程度受け入れられている。令和2年度は新型コロナウイルス感染症の影響で上半期の医学実習が中止となったが、下半期には10名の実習生を受け入れた。 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、受入人数を増やしたい。	
		○病院見学生受入人数【3人】 (R元:5人→R2:10人)	総務課	△	A:病院見学に来る学生に対して2万円を上限とした旅費の助成を行うこととしており、令和2年度は3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会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)獲得数【0人】 (R元:1人→R2:2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4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。 B:医師の人脈による確保が有効な方法であることから、引き続き医師の意識高揚と啓発が重要である。また、見学者が臨床研修医として勤務を希望する機会が多いことから、見学者の増加につながる方策を検討・実施していく。	
		○説明会でのみんなの病院への参加学生数【0人】 (R元:26人→R2:70人)	臨床教育センター(総務課)	△	A:R2年度の説明会結果は以下のとおり。 徳島大学説明会(新型コロナウイルス感染症の影響により中止) 大阪レジナビ(新型コロナウイルス感染症の影響により中止) 福岡レジナビ(新型コロナウイルス感染症の影響により中止) レジナビオンライン(12/13 藤井センター長、小野研修医参加、閲覧者43名) 香川県臨床研修病院合同説明会(新型コロナウイルス感染症の影響により中止) 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作りが大切である。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】 (R元:30対1→R2:30対1)	医事課	◎	A:12名により適切な診療事務に努めた。 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25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【R2年実績】 (R元:実績→R2: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【1人】 (R元:2人→R2:5人)	看護局	△	B:新型コロナウイルス感染症の影響で、予定の講習会や研修の中止が相次ぎ、研修受講や認定試験なども中止となり、目標には至らなかった。
			○研修実習生【83人】 (R元:149人→R2:100人)	看護局	○	A:現在、3校から実習生を受入れているが、コロナ対策のためR2年3月より受け入れを中止し、R2年8月より再開したが、新型コロナウイルス感染症対策として、外部からの面会者の制限等に伴い、研修生の人数や行動範囲の制限を設け、受け入れている。 B:今後も、状況を考慮し、また、十分な感染対策を行ったうえで、可能な限り受け入れる方針である。
			○離職率【10.4%】 (R元:4.37%→R2:5%)	看護局	△	A:R2年度離職した27名看護職員のうち、定年が11名であった。新卒看護職員は、18名中5名の離職があった。理由としては、新規採用者以外では、「転居」「年齢による身体的原因」によるもので、新規採用者では、業務内容の煩雑さや複雑さにおける「精神的疾患」や「他病院への転職」が主な理由であった。 B:新規採用者においては、2019年度よりPNS体制に変更しているが、次年度は日々の業務の補完だけでなく、年間パートナーの役割強化を行い、お互いが認め合う組織作りを目指したい。
		(2) 薬剤局	○認定資格等の取得者累計数【17人】 (R元:16人→R2:14人)	薬剤局	◎	A:がん薬物療法認定薬剤師1名、感染制御認定薬剤師1名、実務実習認定薬剤師3名、日病薬病院長学認定薬剤師5名、糖尿病療養指導士1名、香川県吸入支援療法士1名、栄養サポートチーム加算所定研修終了1名、放射性医薬品取り扱いガイドライン講習会修了者1名、在宅医療コーディネーター1名、薬剤師研修センター認定薬剤師1名、生薬・漢方認定薬剤師1名。人事異動に伴う増加。
			○実務実習生【3人】 (R元:3人→R2:6人)	薬剤局	◎	A:徳島文理大学3名(R2.8.24~R2.11.6)(R2.11.22~R3.2.13) 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、大学からの回答により3名の受け入れ予定である。
			○早期体験学習生【12人】 (R元:2人→R2:2人)	薬剤局	○	新型コロナウイルスの影響により病院での学習は無くなった。代わりに大学での学習となり40名への対応となったことから大幅に目標を達成することができる予定である。当院で受け持った学生は12名あった。
		(3) 検査技術科	○認定資格等の取得者累計数【6人】 (R元:6人→R2:8人)	検査技術科	△	A:超音波の認定資格を持った技師2名が年度途中で産休に入中、新たな認定資格の取得はできていないが、頸動脈超音波検査技術を習得した技師を1名育成することができた。各種資格取得には実務経験が必要であるため、現在は知識や技術を高めながら業務に励み、計画では令和4年度には細胞検査士、令和5年度に腹部の超音波検査士の資格取得に向けて今後も引き続き計画的に技術習得技師及び認定資格取得技師の育成に努める。 B:女性の多い職場などで育児休暇等が多数重なる恐れもあるため、専門技術の習得も必要だが、加えて幅広い技術を持った技師の育成が必要である。
			○見学実習生【2人】 (R元:3人→R2:3人)	検査技術科	◎	A:令和2年度、新型コロナ流行の影響で、実習内容に制限があったが、実習生(2名)を受け入れ、指導を行った。新しい検査業務も増える中、各部門協力して業務と実習生指導の両立を図った。今後も希望があればできる範囲で受け入れ体制を継続し、未来の臨床検査技師育成に貢献しながら、科全体のスキルアップに繋げていきたい。
		(4) 放射線技術科	○認定資格等の取得者累計数【5人】 (R元:6人→R2:2人)	放射線技術科	◎	A:難易度の高い資格を目指す。(次年度以降も継続とする) B:将来を見据えた資格の取得。講習会等の開催中止や資格者の退職による。
			○研修実習生【10人】 (R元:2人→R2:5人)	放射線技術科	◎	徳島文理大学からの研修実習依頼10名に対し、10名受入れ。
			○院外研修参加数【0回】 (R元:69回→R2:70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。院外研修会の開催中止。
		(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人】 (R元:22人→R2:16人)	リハビリテーション技術科	◎	A:がんリハ:6名、3学会呼吸療法認定:3名、認知症予防運動指導:5名、地域包括ケア推進リーダー:3名、介護予防推進リーダー:1名、感覚検査士:1名、初級管理者:1名、認定理学療法士:2名、臨床実習指導者取得:8名。 B:2名は3学会呼吸療法認定研修を終えたが、コロナの影響で試験を受けれていない。
			○研修実習生【8人】 (R元:7人→R2:8人)	リハビリテーション技術科	○	A:コロナウィルスの影響で6月20日までは受け入れ中止、その後の状況によって受入れる。 (7月:2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。(コロナの状況次第で変動する)

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 【R2年実績】 (R元:実績→R2: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	(6) 臨床工学科	○研修実習生【2人】 (R元:3人→R2:2人)	臨床工学科	◎	四国医療2名受け入れ。
		(7) 栄養科	○認定資格等の取得者累計数【7人】 (R元:4人→R2:4人)	栄養科	◎	認定資格保有者数は維持。「がん専門管理栄養士」1名、「かがわ糖尿病療養指導士」2名が新たに取得。計画以上の取得件数となっている。
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【3回】 (R元:12回→R2:12回)	医療安全管理センター	○	A:新型コロナ感染予防のため年度初めに2回中止としたが、その後は感染対策を講じながら開催している。また、糖尿病チームと協力し、臨時で開催するなど、必要に応じて追加開催を3回開催した。 B:今後も、感染状況を見ながら対策を講じ、年間計画に沿って開催していく。
			○安全管理研修(全体研修)の開催数【2回】 (R元:2回→R2:2回)	医療安全管理センター	◎	A:計画に沿って2回開催し、不参加者に対してはDVD視聴で対応し2回の研修に対して100%達成した。 B:研修の参加率向上、及び研修不参加者への対応方法について効率化を図る。
			○放射線関係医療安全取扱研修開催数【6回(1回)】 (R元:6回(2回)→R2:6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228名参加)
			○医療安全に係る院内ラウンド実施数【50回】 (R元:56回→R2:12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:令和2年度からは医療安全対策チームと協力し、ラウンドを実施している。ルールが遵守できているかの確認評価し、PDCAが循環できるよう努めている。また、結果評価を現場に適宜フィードバックしている。 B:現場への啓蒙活動効果を得るためにも今後継続的实施を行う。
		(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【9回】 (R元:7回→R2:6回)	院内感染対策センター	◎	A:新型コロナウイルスの影響で開催が遅れ、定期研修は、9月開始となり、6回開催した。その他、臨時研修を7、9、3月と開催した。 B:2020年度は、研修会を実施できたが、DVD回覧などが遅くなった。また、会議室の数などから、1テーマの研修を複数回実施することが難しい状況が出てきている。今後の研修会の運用を検討する必要がある。
		○針刺事故件数【8件】 (R元:18件→R2:5件)	院内感染対策センター	△	A:針刺し事故が7件、皮膚粘膜曝露が1件、そのうち公務災害が6件であった。個々に指導した。新型コロナウイルス対応で病院全体の指導等は、出来ていない。 B:今回は感染症陽性患者の事故が多く、8件中6件公務災害である。針刺し皮膚粘膜曝露事故の危険性の認識が薄れているのではないかと。広く周知する必要がある。	
5	医療品質の向上	(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:R2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た。
		(2) クリニカルパスの拡充	○クリニカルパス新規開発件数【50件】 (R元:23件→R2:5件)	クリニカルパス委員会	◎	A:クリニカルパス新規開発は順調であるため今後も活動を継続したい。消化器内科パスの作成・実施を進めていく。
			○クリニカルパス使用件数(電子カルテのみ) 【2,246件】 (R元:2,119件→R2:550件)	クリニカルパス委員会	◎	A:クリニカルパス使用件数は、ほぼ順調であるが、パス内容の不備を整備していく。
		(3) 高度医療機器の活用	○PET-CT検査件数【218件】 (R元:286件→R2:400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検診等の自費検査の増加を目指す。
○新規がん放射線療法患者数(再掲)	放射線技術科					
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【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H30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【R2年実績】 (R元:実績→R2: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【7回】 (R元:6回→R2:2回)	医療安全対策チーム	◎	A:昨年度までは参加型研修としていたが、新型コロナ感染防止のため、会場の使用に問題があり、担当者が部署に出向いての勉強会の開催とした。参加人数の増加が図られたが、日程調整に時間を要した。 B:今後は、研修の内容を検討し、医療機器の種類の拡大を図る。	
		○ラウンド件数【50件】 (R元:31件→R2:12件)	医療安全対策チーム	◎	A:令和2年度からは、医療安全対策チームと協力し、ラウンドを実施している。医療安全の啓蒙活動も奏効し、インシデント報告件数の増加に繋がってきている。 B:ラウンドの内容が看護の現場に関する内容が多く、今後は多職種に対するラウンドの内容を検討する必要がある。	
	(2) 院内感染対策チーム	○院内感染対策ラウンド回数【40回】 (R元:44回→R2:40回)	院内感染対策センター	○	A:新型コロナウイルス感染対策中心のラウンドを実施した。 B:新型コロナウイルスに特化したラウンドであるため、その他の環境ラウンドなどの、感染対策ラウンドが実施できていない。新型コロナウイルスが落ち着いた頃に、感染対策ラウンドの対象範囲を広げる必要がある。	
	(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. R元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1名が受講。専任看護師は3名→4名となった。 B:褥瘡対策チームとの連携強化 褥瘡患者全件に原則として1度は介入することとし、必要に応じて継続介入している。	
	(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す。	呼吸サポートチーム	◎	<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>看護師対象の呼吸器疾患に関する学習会開催 <11回/週>看護外来の実施:CPAP装着患者の在宅療養指導と禁煙外来施行 禁煙成功率:厚労省へ報告(1回/年)	
	(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】 (R元:0人→R2:1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知識や教育活動等の経歴作り等、研鑽を進めている状況である。今年度(R3年)、認定取得に向けて受講資格試験に挑む予定である。順調に進んでも資格取得にはR3年以降になると考えている。	
		○褥瘡発生率【0.08%】※QI数値の3ヶ月平均値 (R元:0.08%→R2:病院QI事業におけるほぼ平均値以下)	褥瘡対策チーム	○	R元年度、当院褥瘡発生率(QI事業数値)6月:0.08%・7月:0.07%・8月:0.04%で経過している。QI事業参加病院平均値は0.08%なので概ね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【20人】 (R元:27人→R2:25人)	緩和ケアチーム	△	A:紹介患者に対して、緩和ケア認定看護師が事前にラウンドを行い、情報収集し、毎週金曜日にカンファレンスを実施した。個々の患者に応じた緩和ケアの提供を行った。また、ラウンド時には、病棟スタッフとの情報共有を行った。紹介時期が終末期であることが多く、十分な関わりを持つことができなかった。 B:十分な関わりを持つためにも、早期よりの紹介が必要である。緩和ケア実践計画書を作成し、介入状況の可視化を行い、主治医、病棟との連携を図った質の高い緩和ケアの提供を行う必要がある。現状として、緩和ケア診療加算算定のシステムはできているが、算定はできていない。質の高い緩和ケアの提供、早期よりの緩和ケアの提供に繋げるためにも積極的な算定を行っていく必要がある。	
(7) 糖尿病チーム	○糖尿病教室の開催回数【0回】 (R元:8回→R2:8回)	糖尿病チーム	△	新型コロナの影響により、糖尿病教室は行なえていない状況である。		
	○糖尿病研修会の開催回数【5回】 (R元:3回→R2:6回)	糖尿病チーム	◎	年間計画に沿って研修会を開催した。また、医療安全と協働し、研修会を企画し、開催することができた。126名の参加があり、専門性の高い知識の提供に繋がったと考える。		
	○糖尿病療養指導を実践するスタッフの増員累計数【1人】(R元:5人→R2:5人)	糖尿病チーム	△	担当者を決め、糖尿病療養指導を外来で実施している。今年度も糖尿病療養指導士の資格を1名取得しており、今後は、外来での療養指導が行っていただけるよう支援していく。		
(8) 排泄ケアチーム	○排尿自立指導実施件数【13件】 (R元:47件→R2:200件)	排泄ケアチーム	△	A:H29年4月より、排尿自立加算の保険請求を開始している。R元.4~R2.3、30件、R2.4~R3.3月、47件であり、R元年度より増加はしたが、目標値の達成には至っていない。また、「簡易エコー」により、低侵襲の残尿測定は、R元.4~R2.3で1,018件、R2.4~R3.3月で1,620件と大幅に増加した。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。今年度は、外来での排尿自立支援加算算定に向けた仕組み作りを行っていく必要がある。		

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【R2年実績】 (R元:実績→R2: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		
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:2020/11/12チームミーティングを行い、今後の具体的な患者片介入を検討した。11-12月に各病棟のリンクナースにポケット版の簡易マニュアルを渡し、指導した。 B:コロナの影響もあり、患者への直接介入は困難であり、今後、状況を見て直接介入の時期を決める。病院全体の患者の嚥下評価、機能訓練は、チームだけでは到底行えず、各病棟看護師の個々の看護技術を高める必要がある。		
				口腔ケアチーム				◎	A:2020年11月に医療・介護関連施設職員研修会を行い、目標は達成できた。 B:病棟スタッフの入れ替え、異動などがあるため、引き続き「口腔ケアに対する重要性、必要性に対する理解を深め、医療スタッフ自身がより効果的な口腔ケアを行うようにできるようにすること」を課題とする。
	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【0回】→R2年度より中止 ○RST研修会開催数 10回/年 ○RSTラウンド 1回/週 ○やさしく学べる健康講座【4回】 (R元:10件→R2:15回)	呼吸サポートチーム	○		<1回/年> 院外レクリエーション〔患者参加人数:約5~10名〕 A: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。計画は立案していたが、コロナ禍で研修開催自体が中止となり、半数以下の実施状況となった。 B:依頼については全て対応している。今後もホームページでの案内やレポート確保に地域の状況を確認しながら実施していく。	
					地域医療・患者支援センター				△
					糖尿病チーム				
		(2) 相談事業の充実		○医療福祉相談件数【3,116件】 (R元:1,186件→R2:1,000件) ○施設・設備相談、その他件数【1,191件】 (R元:1,541件→R2:1,000件)	地域医療・患者支援センター	◎		A:看護師・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。 B:看護局、医療安全とも連携を図りクレームへの再発防止に努める。 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。最終として診療相談(2,733件)、医療費相談(316件)、施設整備相談(133件)、福祉相談(67件)、その他の項目(1,053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できた。昨年との比較では、1.5倍の対応を行った。 B:サービス向上委員会と連携を図り院内全体の情報共有に努める。	
					地域医療・患者支援センター				◎
					私のカルテ推進委員会				
		(3) 「私のカルテ」の推進		○入院患者の利用者数【1,299人】 (R元:1,290人→R2:1,500人) ○入院患者への配布率【23.2%】 (R元:20.4%→R2:40%) ○新規外来患者への配布率【4%】 (R元:85%→R2:60%)	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、外来スタッフの協力も得て努力していきたい。 A:入院患者に対しては約25%の配布率であるため、スタッフの協力を得るよう働きかける。 B:目標を達成できていないため、今後、増加に向けて継続して取り組みたい。	
					私のカルテ推進委員会				△
					私のカルテ推進委員会				
		(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%】 (R元:100%→R2:100%)	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→1,632点→1,734件、介護支援連携指導料:400点→152件→301件、多機関共同指導加算:2,000点→10件→13件)と昨年度実績を上回り、退院支援に大きく関与できた。 B:多職種、他施設との連携強化に努め、加算状況や病床利用状況を評価し、円滑な退院支援の介入を確実に実施する。	
地域医療・患者支援センター									
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【4.3点】 (R元:4.3点→R2:4.0点) ○外来患者満足度【4.3点】 (R元:4.1点→R2:4.0点)	患者サービス向上委員会、総務課	◎		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、R2年12月1日~R3年2月28日まで患者満足度調査を行った。 病棟の回収枚数398枚(R元年度:340枚)、外来は500枚(R元年度:471枚)であった。職員の接遇に関する評価では、病棟では前年度と同ポイント、外来では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。		
				患者サービス向上委員会、総務課					

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 【R2年実績】 (R元:実績→R2: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【15%】 (R元:39% → R2:40%)	患者サービス 向上委員会、 総務課	△	A:R2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15%となっており、R元年度の39%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27%であり、R元年度の13%と比べ増加している。ただ、診療の待ち時間に不満を感じている割合は待ち時間の増加分ほどは増加していなかった。新型コロナウイルスの影響や予約しないうで来院する患者の増加等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。 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 接遇改善の取組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回】 (R元:3回 → R2:1回)	患者サービス 向上委員会、 総務課	◎	A:4月に新規採用職員全員を対象とした集合研修において、接遇に関する研修を行うとともに、7、11、2月に病院局職員向けの接遇研修を行う。	
	(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】 (R元:2件 → R2:5件)	がん診療支 援センター	○	A:セカンドオピニオン依頼は、お断りすることなく受け入れている。 B:継続して依頼に対応していく。	
		○セカンドオピニオン診療情報提供数【11件】 (R元:8件 → R2:10件)	がん診療支 援センター	◎	A:診察時等にセカンドオピニオンの説明が行われ、希望する病院へのセカンドオピニオン紹介が行われている。 B:継続してセカンドオピニオン紹介希望患者に対応していく。	
	(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)を実施し、病床利用状況の情報伝達、意見交換を行っている。また、月に1回、病床管理委員会を実施し、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。第二種感染症指定医療機関としての役割を果たすため、コロナ病床を確保し、一般病床を減床させている。これにより更なる効果的なベッド運用が求められ、回転率の向上と在院日数の低下にも関与できている。 B:救急病棟、一般病棟、地域包括ケア病棟の適正なベッドコントロールを目指す。地域包括ケア病床のベッド稼働率も向上し、院内全体で適正なベッド運用を行えた。	
		イ 病棟薬剤業務・服薬指導業務の充実 ○服薬指導率【81.6%】 (R元:80.9% → R2:85%)	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【1,497件】 (R元:1,764件 → R2:1,200件)	栄養科	◎	委託業者と協働で、病棟訪問実施。目標件数は達成予定。	
		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%】 (R元:100% → R2:100%)	リハビリテ ーション技術科	◎	A:施設基準の継続のため、平均2単位実施率100%を維持出来るよう取り組んでいる。 B:今後も継続して平均2単位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【13件】 (R元:9件 → R2:12件)	医療安全管 理センター	◎	A:転倒転落の事例に対して理学療法士などとラウンドを行ない、長谷川式評価を元に声かけのあり方を検討したり、ADLに合わせたベッドの配置などの対策を現場にフィードバックしている。この度、転倒転落の原因となるせん妄等に対し「入院生活快適化チーム」を設置し、ラウンドを開始した。ラウンドを通して薬剤の投与方法など、現場職員に対策を提案している。 B:今後はレポート、記録から読み取れない実際の環境を確認するラウンド用紙を検討する。			
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【3回】 追加・症例検討セミナー 2回 (R元:3回 → R2:3回)	地域医療・患 者支援セン ター	◎	A:R2年9月、11月、R3年2月に開催予定である。講演会施行後は、院内医師の紹介や意見交換を行う。この予定に対して感染対策を考慮して、11月以降の開催をZOOMを利用したりリモートとし、開催の確保を行うと共に、新設として2回のセミナーを追加、知識の共有に寄与できたと考える。 B:より多く参加いただけるようタイムリーな講演テーマを依頼することや当日の快適な運用に努める。リモートでの研修としたので、勤務終了後の地域医療機関の医師からも多数の参加を確認できた。	
		○地域医療連携カンファレンス開催数【1回】 (R元:1回 → R2:1回)	地域医療・患 者支援セン ター	◎	A:新型コロナウイルスの影響により、R2年8月末時点での開催は不可能であったが、R2年10月に開催できた。会場設営などで密集、密接を避け、移動を最小限にするなどの工夫を行った。 B:より多く参加いただけるよう、タイムリーな講演テーマを依頼することや当日の快適な運用に努める。	

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【R2年実績】 (R元:実績→R2: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【168件】 (R元:184件→R2:170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。4月5月はコロナの影響にて訪問できなかったが、以後着実に多医療機関を訪問することに繋がった。 B:R2年1月より事務職員による病院訪問を開始し、挨拶、広報活動を強化している。また、R3年4月より営業担当を1名増員し、更に計画的訪問活動を行っていく予定である。	
	(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【外来87% 入院74% 今年度より3日以内の返書を周知し、速やかな返書を推進している】 (R元:95%→R2:100%)	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。率については、昨年度同様の結果であった。 B:返書率100%を目指し外来、入院別に返書状況を書面で示し意識向上に努める。	
		○紹介率【73%】 (R元:61%→R2:50%以上)	地域医療・患者支援センター	◎	A:紹介率73%、逆紹介率95% 地域医療機関への訪問活動、地域医療連携日より、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た。また、H28年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。平日18時までの時間延長・土曜日FAX予約など、予約は順調な伸びである。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。最終の結果として、昨年度より上昇する事に繋がった。 B:毎月、各科の紹介、逆紹介率を周知し、地域医療支援病院としての条件の紹介率50%以上、逆紹介率70%以上を目指す。	
		○逆紹介率【95%】 (R元:81%→R2:70%以上)	地域医療・患者支援センター	◎		
	(4) 地域連携クリニックバスの積極的な活用	○地域連携クリニックバス活用件数【99件】 (R元:80件→R2:50件)	地域医療・患者支援センター	◎	A:バスの件数については、対象患者さんについて使用し、標準化されたデータで転院に貢献した。 B:入院時十分説明をし、増加するよう努力していきたい。	
		○シームレスケア研修会参加者数【9人→3名×3回】 (R元:20人→R2:50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、R元年10月2日 7名参加、R2年1月29日 6名参加)3月の研修会がコロナウイルス感染防止のため中止となり、参加人数が伸びなかった。11月より再開することで周知がきたが、指定された人員の制限、会場変更も行い、最低限での活動体形を維持し、地域での情報交換に努めている。 B:参加対象者が関連部署に限られているため参加増加は難しいが、今後も関係者の参加を募っていく。	
(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】 (R元:2回→R2:2回)	薬剤局	△	A:R2年8月3日、6日に開催し、8人参加した。新型コロナウイルスにより、規模を縮小して門前薬局を対照に外来化学療法連携充実加算に対応するための講習会を行った。		
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【1回】 (R元:0回→R2:1回)	医療安全管理センター	◎	A:昨年度に開催する予定が延期となっていたため、12月に開催し、2年度分の内容を検討した。 B:新型コロナウイルス感染防止対策を実施し、開催を継続する。	
	(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、コロナ禍による感染防止対策として、開催方法をオンライン会議で行うなど、状況に応じた開催に努めた。	
	(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た。	
	(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、H30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、R元年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た。 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。	

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 【R2年実績】 (R元:実績→R2: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)
医療の透明性の確保に向けた取組						
情報発信						
	(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【6回】 (R元:6回→R2:6回)	地域医療・患者支援センター	◎	A:「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。また、「地域医療連携だより」のリニューアルを行い、読み手にとって読みやすい内容に更新することができた。 B:ホームページに掲載している「地域医療連携だより」を閲覧していただくことで、紹介や受診につなげる。	
	(6月発行)	○医師紹介パンフレット発行回数【1回】 新規:病院広報誌の発刊計画予定:次年度 (R元:1回→R2:1回)	地域医療・患者支援センター	◎	A: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。次年度に病院広報誌の発刊を見据え、検討中である。 B:医師紹介パンフレットを医療機関で活用していただき、紹介につなげる。	
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八算定件数【335件】 (R元:148件→R2:70件)	がん診療支援センター	◎	A:R2年1月より、外来化学療法を受ける患者を対象として、医師診察前に服薬指導を開始した結果、目標算定件数を大きく上回ることができた。また、医師と連絡を取るきっかけができることで、プレアポイドや処方提案の件数が増加した。引き続き同様の方法でがん診療の質向上、医師の業務負担軽減を目的に介入したい。 B:がん患者指導管理料ハの算定上限は6回であり、7回目以降の患者への指導は算定の対象とならない。この問題に対しては、連携充実加算を算定(月1回200点)する名目で、介入を継続する予定である。	
		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【277件】(R元:225件→R2:250件)	薬剤局	◎	A:DIカンファレンス219回、プレアポイド報告58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:毎年、気温の上昇による館内の温度及び湿度の管理が困難となっている。	
	(3) 適切な診療報酬の請求	○診療報酬請求額査定率【0.25%】 (R元:0.27%→R2:0.14%)	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た。 B:前年度に比べ査定率は横ばいとなっており、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【94.7%】 (R元:94.1%→R2:90%)	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【19.8%】 (R元:20.1%→R2:19.9%)	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。また、診療材料費について、適宜の単価交渉を行い、費用の抑制に努めた。 B:SPDについて、電子カルテとの連携についての協議を進める必要がある。	
	(6) 未収金の発生防止及び回収促進	○現年度分収納率【97.1%】 (R元:97.5%→R2:98.8%)	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た。 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。	
		○過年度未収金回収率【11.1%】 (R元:3.0%→R2:10.0%)	医事課	○	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た。 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。	

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【R2年実績】 (R元:実績→R2: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	(7) 業務改善に向けた積極的な取組	<p>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な組織風土の醸成に努める。</p> <p>イ 情報化の促進 ・医療情報の共有化・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。</p>	経営企画課 医事課	○ ○	<p>A:令和2年度は、23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た。</p> <p>A: H28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た。</p> <p>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。</p>	
	(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: 糖尿病療養指導→糖尿病看護認定看護師および糖尿病療養指導士、透析室看護師(主に透析患者を担当)が担当 CPAP/禁煙外来→慢性疾患看護認定看護師および呼吸器療法士が担当 周産期保健指導→助産師を外来に配置 通院治療→緩和ケア認定看護師	
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【103.0%】 (R元: 92.6% → R2: 101.9%)	経営企画課	◎	A: R2年度の実績は、コロナ禍の中ではあったが、国の新型コロナウイルス感染症関連補助金等の支援を受け、103.0%であり、目標値を上回ったが、引き続き、収益増対策及び費用減対策を講じる必要がある。今後も、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: H26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)単位の業績表彰を行っている。 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。	経営企画課	○	A: R2年度は、5月7日、8日、14日、15日の4日間にわたり開催した。R元年度の実績とR2年度の目標について、各所属から報告があり、異なる職種間での相互理解が深まることで、病院の円滑な運営に資する会となった。(令和2年度の実績報告等については、R3.5月に報告済み)。	
	(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・勉強会を定期的に行い、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: 例年、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ているが、令和2年度は、新型コロナウイルス感染症への対応から、その開催を見送り、目標に至らなかった。	
	(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【1.3%】 (R元: 1.2% → R2: 6.5%)	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【11.9日】 (R元: 9.8日 → R2: 12日)	総務課	◎	A: H30年9月のみんなの病院開院以来、外来・入院ともに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目標値に至らなかったが、R2年度は年次有給休暇の年5日取得義務化の影響もあり、積極的に取得に取り組んだ結果、目標取得日数に近づいている。 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。	

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 【R2年実績】 (R元:実績→R2: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	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>オ 放射線技術科 ○塩江分院からの応援依頼件数【243回】 (R元: 240回 → R2: 50回)</p> <p>カ リハビリテーション技術科 高松市立病院として、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。</p> <p>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。</p>	<p>医療局(総務課)</p> <p>看護局</p> <p>薬剤局</p> <p>検査技術科</p> <p>放射線後術科</p> <p>リハビリテーション技術科</p> <p>栄養科</p>	<p>◎</p> <p>○</p> <p>◎</p> <p>◎</p> <p>○</p> <p>△</p>	<p>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。</p> <p>B: 内科医の確保が急務である。</p> <p>A: 塩江分院からみんなの病院への応援は、R2年10月より、塩江分院看護師の人員減に伴い中止している。それとは別に、例年実施している塩江分院での研修会には、みんなの病院の院内感染対策センター、ICLS委員会からそれぞれ、院内感染対策、急変時の看護について、講師として看護師を派遣する予定であったが、感染対策に関しては、コロナ関連の業務の都合上派遣できず、ICLS委員の講師派遣は実施できた。</p> <p>B: 次年度は、昨年度に加え、医療安全管理センターから医療安全管理者や、他のスペシャリストなど希望に応じて派遣していきたい。また、看護管理の相談・指導の為、今まで毎月実施している看護局長会議にて、将来の体制を見据えた運営に対しても話し合っていく予定である。</p> <p>A: 薬事委員会ごとに、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が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。</p> <p>A: 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臓エコー検査実施の要望があり、R元年8月から検査技師が月1回塩江分院に向向き、検査を行っている。R2年度も毎日の検体検査や月1回的心臓・頸動脈エコーの出張検査を行い、協力体制を深めた。</p> <p>R元年度から応援を行っている。</p> <p>必要時、オンラインなどで交流(時間外)を持ち、相談・対応している。</p> <p>非常時における食事療養業務の運営について協働で研究を行った。</p>	

具体的施策	取組項目	令和元年度実績	令和2年度目標	達成状況 【令和2年度実績】
医療機能に関する指標	○入院患者数(人)	91,160	80,300	83,562
	○外来患者数(人)	102,374	91,368	92,901
	○全病床利用率(%)	81.7	72.1	75.1
	○一般病床利用率(%)	83.3	73.6	75.5
	○紹介率(%)	61.1	50.0以上	73.4
	○逆紹介率(%)	80.9	70.0以上	94.8
	○患者満足度・入院(点)	4.3	4.0	4.3
	○患者満足度・外来(点)	4.1	4.0	4.3
経営に関する指標	○経常損益(百万円)	△ 647	146	263
	○経常収支比率(%)	92.6	101.9	103.0
	○医業収支比率(%)	86.5	88.8	86.2
	○職員給与費対医業収益比率(%)	60.0	63.0	64.2
	○材料費対医業収益比率(%)	19.6	18.2	19.8
	○経費対医業収益比率(%)	20.5	21.9	17.4
	○減価償却対医業収益比率(%)	15.1	8.6	14.4
	○年度末現金残高(百万円)	499	△ 4	1,504

※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2年度実績)

【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。

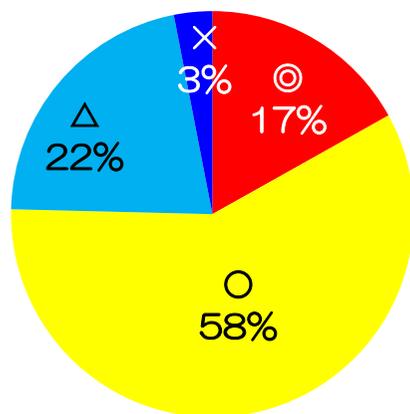
高松市病院事業経営健全化計画の取組項目に対する評価について【塩江分院】

1 評価基準

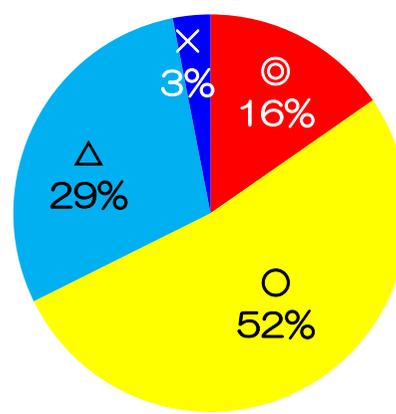
評価基準		評価の考え方
評価	区分	
◎	計画どおり順調である。	目標を達成した、又は目標達成と同程度の具体的成果が得られた。
○	概ね順調である。	目標達成のための取組みを進め、一定の成果が得られた、又は計画期間内に、目標達成と同程度の具体的成果が得られることが見込まれる。
△	やや遅れている。	目標達成のための取組みが不十分、又は取組みを進めたものの、具体的成果が得られなかった。
×	かなり遅れている。	消極的又は、目標達成のための取組みができていない。

2 自己評価結果

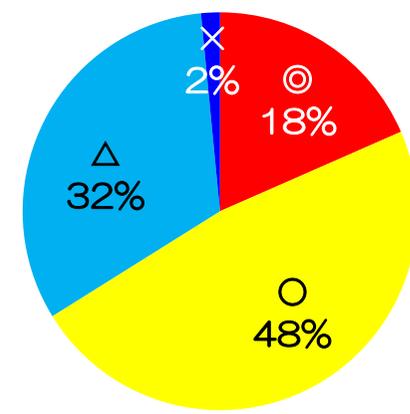
R2.3月末



R2.8月末



R3.3月末



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 【R2年実績】 (R元:実績→R2: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 地域医療の推進	(1) 訪問事業の推進	○訪問診療件数【476件】 (R元: 592件 → R2: 740件)	医療局 (医科)	△	A:在宅療養支援病院(医師、看護師が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。しかしながら、塩江地域の人口の減少のほか、患者死亡や介護施設への入所などにより訪問件数が伸び悩んでいる。			
		○訪問歯科件数【125件】 (R元: 203件 → R2: 170件)	医療局 (歯科)	△	A:常勤医師1名、会計年度任用職員歯科衛生士2名、会計年度任用職員歯科技工士1名体制で、日常業務を見直(外来患者対応の時間調整)することにより、訪問診療に努めている。			
		○訪問看護件数【1,828件】 (R元: 2,030件 → R2: 2,360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訪問も行うようにしている。しかしながら、塩江地域の人口の減少のほか、患者死亡や介護施設への入所などにより訪問件数が伸び悩んでいる。			
		○訪問リハビリテーション件数【327件】 (R元: 262件 → R2: 280件)	リハビリテーション科	◎	A:理学療法士2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【61.3%】 (R元: 54.2% → R2: 78%)	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。 B:地域包括ケアの推進のため、在宅復帰率の向上に努めている。		
	○入院患者への口腔ケア実施回数【548回】 (R元: 1,839回 → R2: 2,300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。			
	2 医師の確保機能の強化	(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%】 (R元: 0% → R2: 100%)	事務局	△	A:R2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。		
			(1) 寄附講座の活用	○研修会の開催数【0回】 (R元: 0回 → R2: 1回)	医療局 (医科)	△	A 寄附講座派遣医師を外来診療、日直及び訪問診療に参加させるなど積極的に活用するとともに、地域社会のニーズに合致した地域医療の研究、医学生・臨床研修医に対する教育カリキュラムの構築に関する取り組みに対し支援を行っている。	
				(2) 医師の育成	○研修プログラム新メニュー追加件数【0件】 (R元: 0件 → R2: 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、地域医療教育実習の受け入れを中心に医師の育成に努めている。R2年度は新型コロナウイルス感染防止対策のため、受け入れの自粛を行った。
				(3) 実習、見学等の受け入れの充実	○香川大学等からの実習生受入人数【3人】 (R元: 36人 → R2: 52人)	医療局	△	A:新型コロナウイルス感染症の地域の状況に応じて学生の受け入れを大学と調整しながら行っており、R2年度は香川大学医学部4年生3名の受入を行った。(7月中旬から自粛)
(4) 医師の安定確保				○非常勤嘱託医師委嘱人数【0人】 (R元: 1人 → R2: 1人)	事務局	○	A:へき地への診療の安定提供のため、非常勤医師の受け入れの推進を図っている。また、常勤医師の健康管理のため、みんなの病院の医師による塩江分院での宿日直の調整を行っている。	
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【5人】 (R元: 5人 → R2: 7人)	看護局	○	A:認知症ケア加算に必要な研修5名終了。			
		介護支援専門員取得者累計数【5人】 (R元: 6人 → R2: 10人)	看護局	△	A:目標は達成していないが、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【12回】 (R元: 12回 → R2: 12回)	医療安全委員会	◎	A:毎月、委員会を開催し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【R2年実績】 (R元:実績→R2: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【2回】 (R元:2回→R2:2回)	医療安全委員会	○	A:第1回6月4日、第2回11月5日「医療安全について」、職員に対する研修会を実施。	
		○ヒヤリハット報告研究会開催数【12回】 (R元:12回→R2:5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、院内ラウンドを実施し、医療安全の意識向上に努めた。	
	(2) 感染管理意識の共有と醸成	○感染予防委員会開催数【12回】 (R元:12回→R2:12回)	感染予防委員会	◎	A:月1回委員会を開催するほか、毎回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た。	
		○感染管理研修会(全体研修)開催数【2回】 (R元:2回→R2:2回)	感染予防委員会	○	A:第1回感染対策研修「新型コロナウイルス対策(9月3日)」、第2回「感染研修「手洗いについて」(12月16日)」に、職員等に対する研修会を実施。	
		○針刺事故件数【0件】 (R元:0件→R2:0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【0件】 (R元:1件→R2:6件)	医療局	△	A:R2年度は、新型コロナウイルス感染拡大防止のため、学会及び研修会への参加を控えた。	
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【51.0%】 (R元:53.6%→R2:65%)	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【3件】 (R元:4件→R2:2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【6.7%】 (R元:11.4%→R2:13%)	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】 (R元:0件→R2:1件)	事務局	△	A:地域包括ケア小会議が未開催のため、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【11回】 (R元:5回→R2:12回)	地域包括ケア推進チーム	○	A:R2年9月から無医地区(戸石地区)で、看護師等による健康教室の開催を月1回開催。R2年度は、新型コロナウイルス感染拡大防止のため開催を自粛した。	
	(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】 (R元:0回→R元:270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 【R2年実績】 (R元:実績→R2: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】 (R元: 0 回 → R2: 12 回)	放射線科	△	A: 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【 9 回】 (R元: 11 回 → R2: 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【 14 回】 (R元: 14 回 → R2: 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【 36 回】 (R元: 78 回 → R2: 60 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 %】 (R元: 100 % → R2: 100 %)	看護局	○	A: 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【 455人】 (R元: 450 人 → R2: 500 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 %】 (R元: 100 % → R2: 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【 4.2点】 (R元: 4.2点 → R2: 4.3 点)	看護局	○	A: 調査内容を見直し、年1回調査(R3年2月)に調査を実施。	
		(2) 接客改善の取組	○接客委員会開催数【 12 回】 (R元: 12 回 → R2: 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【 0 回】 (R元: 1 回 → R2: 3 回)	接客委員会	○	A: 接客委員会の委員による身だしなみチェックを実施。	
		ア 患者輸送車運行事業の推進 ○患者輸送車運休回数【 0 回】 (R元: 0 回 → R2: 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【 53 品】 (R元: 30 品 → R2: 80 品)	文化祭実行委員会	○	A: 新型コロナウイルス感染拡大防止のため、一堂に集まったの文化祭開催は中止し、1階待合フロアを利用した作品展を開催。	
(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【 413 件】 (R元: 461 件 → R2: 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。		
○病院文化祭来場者数【 一人】 (R元: 65 人 → R2: 200 人)	文化祭実行委員会	×				

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【R2年実績】 (R元:実績→R2: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	(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【1件】 (R元:1件→R2:6件) ウ 転倒・転落防止対策への取組 ○述べ転倒・転落回数【16回】 (R元:30回→R2:36回)	事務局 医療安全委員会	○ ○	A:入院患者の減少に伴い、病棟編成や職員の配置を見直すなど、効率的な運用に努めている。 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。
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 (2) 地域社会との連携	○地域医療機関訪問件数【4件】 (R元:16件→R2:60件) ○住民ボランティア受入人数【0人】 (R元:0人→R2:3人) ○地元イベント参加・派遣看護師延べ人数【0人】 (R元:3人→R2:7人) ○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) ○経営戦略会議平均住民参加人数(再掲)	事務局 事務局 看護局 文化祭実行委員会 文化祭実行委員会 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。しかしながら、R2年度は新型コロナウイルス感染拡大のため訪問を自粛。 A:敷地内清掃や切り花の提供など、美化環境面において、協力してもらっている。 A:本院が地域に密着した親しみやすい存在になるよう、例年、地域イベントへ参加し関係づくりに取り組んでいるが、R2年度は新型コロナウイルス感染拡大防止の影響からイベント開催が中止となった。 アメニティ1(3)イ 参照 アメニティ1(3)イ 参照 情報発信1(2) 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 (2) 住民参加会議の開催 (3) 「ほたる通信」の発行	・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。 ○経営戦略会議平均住民参加人数【一人/回】 (R元:4人/回→R2:6人/回) ○「ほたる通信」発行回数【3回】 (R元:2回→R2:6回)	医療安全委員会 事務局 広報紙作成委員会	◎ ◎ ◎	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。 A: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の情報を共有している。 A:5月に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。また、院内のトピックスやイベント行事などの記事を掲載し、情報発信に努めている。(5月、10月、3月に発行)
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【10.3%】 (R元:△11.5%→R2:△1%)	事務局	△	A:患者数削減に伴い病棟編成を見直すなど効率的な運用に努めながら、こまめな節電に努めているが、夏の猛暑の影響から電力使用量が増加した。

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【R2年実績】 (R元:実績→R2: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【0.066%】 (R元:0.083% → R2:1%)	事務局	○	A:院内周知を行い、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【92.2%】 (R元:89.2% → R2:90%)	薬局	○	A:新規ジェネリック医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%】 (R元:100% → R2:99.8%)	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ている。	
		○過年度未収金回収率【7.35%】 (R元:0.0% → R2:5.6%)	事務局	△	A:過年度分の未収金については、病院局で弁護士による過年度債権回収業務の委託契約を行っており、弁護士名による催告状の送付など、回収の促進を図っている。	
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【30%】 (R元:開催できず → R元:40%)	事務局	△	A:R2年度の業務実績報告会を実施。	
	(3) 勤務環境の改善	○対前年度時間外勤務時間縮減比率【△22.5%】 (R元:△28.1% → R2:△2.5%)	事務局	○	A:各職場毎、職員による業務改善、時間配分等により時間外削減に向け取り組んでいる。	
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)、眼科医師(1回/月)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:みんなの病院の救急認定看護師によるICLS研修会の開催など、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。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。毎月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実施している。	
		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: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 【R2年実績】 (R元:実績→R2: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	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。 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。	リハビリ テーション科 栄養科	○ ○	A:みんなの病院リハビリテーション科と連携を図り、呼吸器、脳血管、運動器リハなどについて逐次情報交換を行っている。 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た。

具体的施策	取組項目	令和元年度実績	令和2年度目標	達成状況 【R2年度実績】
医療機能に関する指標	○入院患者数(人)	11,125	21,535	11,020
	○外来患者数(人)	21,089	25,515	18,738
	○病床利用率(%)	34.9	67.8	34.7
	○訪問診療件数(件)	592	740	476
	○訪問歯科件数(件)	203	170	125
	○訪問看護件数(件)	2,030	2,360	1,828
	○訪問リハビリテーション件数(件)	262	280	327
	○患者満足度(点)	4.2	4.3	4.2
経営に関する指標	○経常損益(百万円)	△ 44	2	119
	○経常収支比率(%)	93.7	100.3	116.9
	○医業収支比率(%)	59.0	67.9	53.2
	○職員給与費対医業収益比率(%)	100.3	77.6	134.6
	○材料費対医業収益比率(%)	23.4	23.3	23.0
	○経費対医業収益比率(%)	41.6	31.9	26.6
	○減価償却対医業収益比率(%)	3.6	2.8	3.4
	○年度末現金残高	117	181	123

委員評価表

(令和2年度実績)

【みんなの病院 編】

高松市立病院を良くする会

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	R3.3 自己 評価	実施内容 評価	小分類 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							
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	◎				
		○救急車受入不可率	○				
		(2) がん診療機能の強化	ア 診療機能の強化 ○がん診療連携研修会開催数	◎			
		○がん診療関連研修会開催数	◎				
		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	◎				
		○がん化学療法に関する勉強会開催数	○				
		○ポート管理研修受講人数	◎				
		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	◎				
		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	△				
		○緩和ケア研修修了医師累計数	◎				
		○がんのリハビリテーション研修受講生累計数	◎				
		オ 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	◎				
		○がん患者等との交流数	△				
		○がん相談員基礎研修(2)修了者累計数	○				
		(3) 地域包括ケアへの対応	○病床稼働率	◎			
2 医師確保機能の強化	(1) 医師確保のための工夫	○医師増加数	◎				
		○病院実習生受入人数	○				
		○病院見学生受入人数	△				
	(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	△				
		○説明会でのみんなの病院への参加学生数	△				
	(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	◎				

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	R3.3 自己 評価	実施内容 評価	小分類 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							
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	△				
		○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	◎				
		○研修実習生	○				
	(6) 臨床工学科	○研修実習生	◎				
○認定資格等の取得者累計数		◎					
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	○				
		○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	◎				
		○医療安全に係る院内ラウンド実施数	◎				
		○感染管理意識の共有と 醸成	◎				
	(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	△				

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	R3.3 自己 評価	実施内容 評価	小分類 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							
医療技術							
5 医療品質の向上	(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。	○				
		(2) クリニカルパスの拡充	○クリニカルパス新規開発件数	◎			
			○クリニカルパス使用件数(電子カルテパスのみ)	◎			
		(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	/				
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	◎				
	(2) 院内感染症対策チーム	○院内感染対策ラウンド回数	○				
	(3) 栄養サポートチーム	・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。	◎				
	(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。	◎				

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	R3.3 自己 評価	実施内容 評価	小分類 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							
人間関係							
1 チーム医療体制 の充実	(5) 褥瘡対策チーム	○皮膚排泄ケア認定資格取得者累計数	△				32Pに記入
		○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践するスタッフの増員累計数		△				
	○排尿自立指導実施件数		△				
	(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。	△				
		(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。				
	2 市民との信頼関係の強化	(1) 指導・教室の実施	○健康いきき教室開催数				
○やさしく学べる健康講座			△				
○糖尿病教室の開催回数(再掲)			△				
(2) 相談事業の充実		○医療福祉相談件数	◎				
		○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	R3.3 自己 評価	実施内容 評価	小分類 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							
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	◎				
		○外来患者満足度					
	(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	△				
		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	◎				
		(3) 外来でのサービス拡充	○セカンドオピニオン受入件数	○			
	(4) 病棟でのサービス拡充	○セカンドオピニオン診療情報提供数	◎				
		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 ○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 ○平均2単位実施	◎				
		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	◎				
	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	◎				
		○地域医療連携カンファレンス開催数	◎				
	(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	◎				
		(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	○			
			○紹介率	◎			
	○逆紹介率	◎					
	(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	◎				
		○シームレスケア研修会参加者数	○				
	(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	△				

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	R3.3 自己 評価	実施内容 評価	小分類 評価	委員意見等
取組項目(大分類)							
取組項目(小分類)							
医療の透明性の確保							
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	◎			
		(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 掲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。	○			
		(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。	◎			
		(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	◎			
医療の効率性の確保							
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3算定件数	◎			
			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		◎					

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	R3.3 自己 評価	実施内容 評価	小分類 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							
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	◎			
			(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	○DPC部位詳細不明病名使用率	◎		
			(6) 勤務環境の改善	○職員の平均年次有給休暇取得日数	◎		
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	◎			
			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		△		

委員評価表

(令和2年度実績)

【塩江分院 編】

高松市立病院を良くする会

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	R3.3 自己 評価	実施内容 評価	小分類 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								
医療技術								
1	地域医療の推進	(1) 訪問事業の推進	○訪問診療件数	△				
			○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	△				
			○地域ケア小会議等への参加率	△				
		(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	△				
			(1) 寄附講座の活用	研修会の開催数	△			
	(2) 医師の育成			○研修プログラムの新メニュー追加件数	△			
				○香川大学等からの医師研修実習生受入人数	△			
		○医師の安定確保		○				
	(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	△					
		○非常勤嘱託医師委嘱人数	○					
	(4) 医師の安定確保	○非常勤嘱託医師委嘱人数	○					
(1) 資格取得		認知症ケア専門士取得者累計数	○					
	介護支援専門員取得累計数	△						
(2) 医療安全意識の共有と醸成	(1) 医療安全意識の共有と醸成	○医療安全委員会開催数	◎					
		○安全管理研修会(全体研修)開催数	○					
		○ヒヤリハット報告研究会開催数	◎					
	(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	○					
		○研究発表・論文発表件数	△					
(1) 学会や研修会での発表	○研究発表・論文発表件数	△						
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		取組項目における 具体的な実施内容	取組内容	R3.3 自己 評価	実施内容 評価	小分類 評価	委員意見等		
取組項目(大分類)	取組項目(小分類)								
取組項目(小分類)									
医療の質の確保									
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	○					
		(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	△					
			○病棟看護師	○					
			○管理栄養士	○					
			○歯科衛生士	△					
イ 退院後の生活状況の確認 ○退院患者への近況確認率	○								
(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提供	(1) 患者満足度調査の実施	○病棟・外来満足度	○					
			(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 ○検討会の実施		○					
		ウ 転倒・転落防止対策への取組 ○述べ転倒・転落回数		○					
		(1) 病院・介護保険施設等との連携		○地域医療機関訪問件数	△				
				(2) 地域社会との連携	○住民ボランティア受入人数	△			
					○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)						
		○経営戦略会議平均住民参加人数(再掲)							
		地域社会							

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	R3.3 自己 評価	実施内容 評価	小分類 評価	委員意見等
取組項目(大分類)	取組項目(小分類)						
医療の透明性の確保							
情報発信							
1	情報発信	(1) 医療事故等の公表		◎			
		(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	◎			
医療の効率性の確保							
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	△			
		(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		○			
		(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	◎			
			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	○			