



# 令和元年度第1回高松市立病院を良くする会

日時：令和元年7月24日（水） 午後1時から

場所：高松市立みんなの病院 みんなのホール

## 次 第

- 1 開 会
- 2 病院事業管理者挨拶
- 3 会長・副会長の選任について
- 4 議 事
  - (1) 高松市病院事業経営健全化計画の具体的取組状況について（平成30年度実績）
    - ア 高松市立みんなの病院  
意見・質問等
    - イ 塩江分院  
意見・質問等
  - (2) 平成30年度病院事業会計決算概要について
  - (3) その他
- 5 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
委員	安藤 幸代	公益社団法人香川県看護協会 会長
委員	神内 仁	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	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	横見瀬 裕保	国立大学法人 香川大学医学部附属病院 病院長
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。

各委員による評価

総括評価

評価結果報告

(第1回) 7月24日(水)  
自己評価及び取組状況  
について、確認・意見

8月19日(月)までに  
委員評価表を  
事務局に提出

(第2回) 10月予定  
総括評価(案)について  
確認・意見

11月予定  
評価結果報告を  
市長に報告

### 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

今回終了後、持ち帰り（電子データ）いただき、「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、8月19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					
		○抗がん剤初級・ポート管理					
		○胃がんX線検診技術部門					
		○がんのリハビリテーション					
		ウ 緩和ケアの提供体制の強化	○緩和ケアチームへの紹介				
		○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

(平成30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

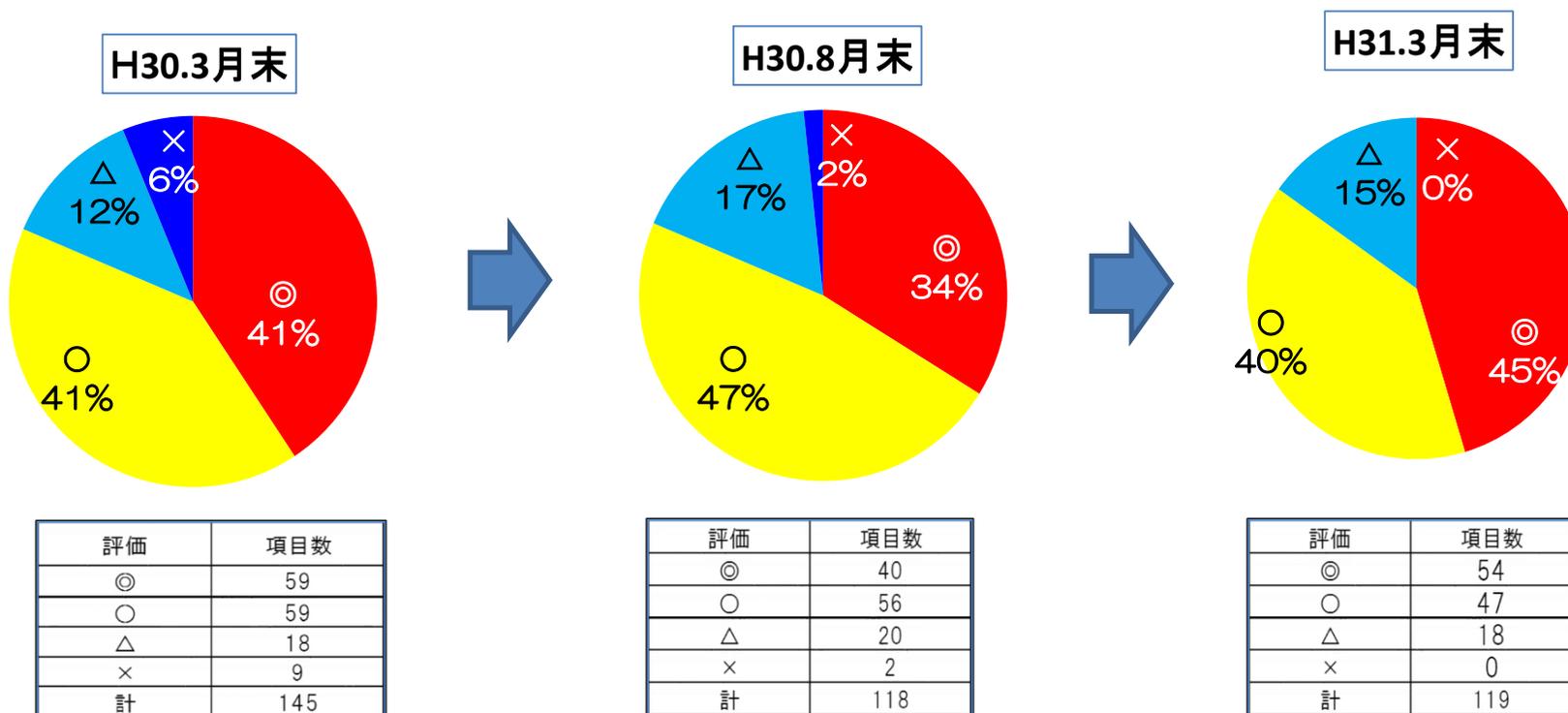
- 1 『リーディングホスピタル』として、高松市医療全体の最適化を目指します。
- 2 『安全で良質な医療』を、ファインチームワークで提供します。
- 3 『まごころある医療人』を、全力で育成します。
- 4 『地域とのつながり』を大切にし、みんなの暮らしを支えます。

# 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 【H30年度実績】 (H29:実績→H30: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						
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【 2,583件 】 (H29:2,068件 → H30:1,950件)	救急委員会	◎	A ・救急要請数が2,593件(平成29年度)から3,274件(平成30年度)と約26%増加した。これは平成29年からの受入困難率の改善により救急隊の信頼が高くなったことと、病院移転に伴い医療圏が変化し、高松市南部地域の救急搬送要請数が増加したためである。 ・新病院開院に伴い救急科の新設、救急病棟やERの整備が行われ、ハード面の改善が救急受入数増加に対応できた。特にERと救急病棟の一体運営により、救急担当Nsの質の向上が見られたことも救急受入に寄与した。 ・救急からの入院率は60%前後と高い数字を維持することが出来た。救急の質は確保されており、入院への貢献度は満足いくものであった。	
		○救急車受入不可率【 21.1% 】 (H29:20.2% → H30:19%)	救急委員会	◎	B ・時間内の受入率は91.2%で高値を維持したが、時間外では73%と、ほとんど改善が見られなかった。困難例の分析においては、専門外、救急対応中がほとんどであり、現状では有効な対策を打ち出せていない。 ・今後さらなる救急体制の充実のためには、診療科間のさらなる協力と連携が重要である。 ・また災害医療等も視野に入れ、ヘリポートの運用など、さらに高度の傷病者の受入が出来る体制を構築する必要がある。	
	(2) がん診療機能の強化	ア 診療機能の強化 ○がん化学療法患者に対する認定資格者の介入率【 74.3% 】 (H29: 5回 → H30:12回)	がん診療推進センター	◎	A:病院移転があり、11回/年の開催となったが、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。診療科を超えての意見交換も行っている。 B:術後症例での症例検討だけでなく、問題患者を他職種から医師に依頼するなど、検討症例の充実を図っていく。	
		○がん診療関連研修会開催数【 11回 】 (H29:5回 → H30:12回)	がん診療推進センター	◎	A:病院移転があり、11回/年の開催となったが、各診療科の医師の協力を得て、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【 74.3% 】 (H29: 5回 → H30:12回)	がん診療推進センター	◎	A:化学療法導入前や治療中に、がん薬物治療薬剤師、または、がん化学療法看護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治療が安全かつ円滑に行えるよう努めている。 B:多くの患者に介入できるよう、化学療法計画時に担当者へ連絡するよう各科へ依頼していく。	
		○がん化学療法に関する勉強会開催数【 21回 】 (H29:12回 → H30:20回)	がん診療推進センター	◎	A:希望のある部署や個人へ新規抗がん剤の情報や投与管理に関する勉強会・情報提供を行っている。 B:新規薬剤やレジメンを中心に、安全確実な化学療法の実施に向けた勉強会を継続していく。	
		○ポート管理研修受講人数【 41人 】 (H29:— → H30:60人)	がん診療推進センター	○	A:ポート管理認定看護師育成に向けて看護局と協力して、研修方法を作成。全師長主任へのポート管理に関する講義と主任の技術チェックを実施した。 B:看護局と協力して計画的に技術チェックや研修を実施していく。	
		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【 39人 】 (H29:— → H30:15人)	がん診療推進センター	◎	A:新病院でのリニアックの更新により、患者数が増加した。治療患者に対し、放射線科医師が副作用症状等の確認を行っている。 B:副作用管理など、治療患者の支援を検討していく必要がある。	
		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【 7人 】 (H29:1人 → H30:20人)	がん診療推進センター	△	人間関係1(6)参照	
		○緩和ケア研修受講医師累計数【 26人 】 (H29:22人 → H30:24人)	がん診療推進センター	◎	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行う。	

みんなの病院自己評価

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 【H30年度実績】 (H29:実績→H30: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						
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 】 (H29:5人 → H30:11人)	がん診療推進センター	◎	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。	
		才 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【 49件 】 (H29:29件 → H30:50件)	がん診療推進センター	◎	A:認定看護師とがん相談員が、希望するがん患者と家族や希望時に相談対応や治療に関する副作用対策・セルフケア支援、病状に対する思いの傾聴や意思決定支援などを実施している。 B:今後も支援を継続する。	
		○がん患者等との交流数【 1回 】 (H29:1回 → H30:2回)	がん診療推進センター	○	A:11月16日に第6回のおいでまいよ会を開催。みんなのホールで開催し、昨年より46名多い、102名の参加があった。 B:今後も意義のある会になるよう、内容を検討していく。	
		○がん相談員基礎研修(2)修了者累計数【 2人 】 (H29:2人 → H30:3人)	がん診療推進センター	△	A:研修受講者を検討している。	
	(3) 地域包括ケアへの対応	○病床稼働率【 54.5% 】 (H29:— → H30:60%)	医事課	○	A 地域包括ケア病床選定会議を定期的で開催した。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たうえで、適切に一般病棟からの転棟を促進した。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【 9人 】 (H29:— → H30:4人) (H29.12.1:43人 ⇒ H30.8.31:51人)	総務課	◎	A 関連大学への医師派遣要請が実を結び、平成30年4月に外科、整形外科、皮膚科など5つの診療科で6名増員、8月に歯科口腔外科及び外科で2名増員、循環器内科で1名を採用し、計9名増員している。	
		○病院実習生受入人数【 14人 】 (H29:6人 → H30:7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制度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。 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。	
		○病院見学生受入人数【 1人 】 (H29:4人 → H30:10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 】 (H29:0人 → H30:1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)の実施を目標として、レジナビ等のブース説明会に参加した学生や実習生、見学生と継続して連絡を取り、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ケースが多いことから、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【 33人 】 (H29:38人 → H30:60人)	臨床教育センター(総務課)	△	A 平成30年度開催の説明会結果は、以下のとおり。 ・徳島大学説明会 (6/23 院長、長町副院長、藤井・上村・百田医師、横倉、出口参加、学生5名) ・大阪レジナビ (7/1 院長、長町副院長、藤井・住谷医師、横倉、出口参加、学生17名) ・香川県臨床研修病院合同説明会(3/21 院長、長町副院長、藤井・國重医師、横倉、出口参加、学生11名) 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【 40対1 】 (H29:40対1 → H30:40対1)	医事課	○	A 現在、10名により適切な診療事務に努めているほか、更なる円滑な事務の遂行に向けて、1名の人員募集を行っている。 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 【H30年度実績】 (H29:実績→H30: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						
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【 3人 】 (H29:4人 → H30:3人)	看護局	○	呼吸療法認定士1名と糖尿病療養指導士2名が新たに認定を受けた。次年は、呼吸療法認定士1名と糖尿病療養指導士1名、認定看護師(皮膚排泄ケア)1名が受験に向けて準備中である。	
		○研修実習生【 150人 】 (H29:119人 → H30:100人)	看護局	◎	従来、県立高松南高校、高松市医師会看護専門学校、穴吹医療大学校(全日制)の3校から実習生を受入れていたが、加えて、穴吹医療大学校通信課程からも受入れた。年度末、実習生対象のアンケートを実施し、「当院への就職を考えた」と答えた実習生は25%であった。この値は、前年度(39%)から14%の低下であった。理由として、フリーコメントより、移転後患者の増加に伴う業務の繁忙から、実習生への関わりが十分でなかったことが分かった。次年度は、実習生への指導方法のマニュアル化など実習環境を整え学習ニーズを満たすことで、当院へ就職を希望する学生の増加を目指したい。	
		○離職率【 5.8% 】 (H29:6.7% → H30:5%)	看護局	○	1年間で14名が退職した。内訳は、定年退職2名(1名は再任用で引き続き勤務している。)新卒新人1名、既卒新人3名、その他8名であった。年齢は、60歳代(前年度再任用職員含む)5名、50歳代2名、40歳代1名、30歳代2名、20歳代4名であった。理由は、育児、介護、体調不良、進学、急性期病院以外への転職などであった。  A 新人教育については、例年通り、入職時の研修とは別に年間22項目の集合研修約31時間余りと、実践形式の研修1日半を行っている。技術チェックシートを使用し、看護技術の習得状況を定期的にチェック、評価している。さらに、経験の少ない項目について追加で研修を企画、実施している。 新卒新人に関しては、病院移転のスケジュールに合わせ、8月まではローテーション研修として、5名程度のグループを組み、主な部署を3週間ずつ勤務した。その後、希望部署を調査し、配属を決定する際、できるだけ希望に沿うよう配慮した。そうすることで、職務満足に繋げるとともに、自主性を発揮できるようにした。 B 既卒者に対して、前職場での教育体制や体験が個々により異なるため、現場教育も、指導する側が戸惑うことがあった。今後は、キャリア形成に関する自己の認識などを把握するとともに、個性を持った現場教育となるよう、OJTの方法を検討していきたい。 50歳代、60歳代については、今後も活躍が期待される世代であるが体力的な問題がある。夜勤回数やキャリア等を配慮した配属とし、働き続けられる職場を目指したい。そのためには、その年齢に至るまでの過程で、キャリア形成に対する教育や支援を強化する必要があり、次年度に向けて取組んでいきたい。	
	(2) 薬剤局	○認定資格等の取得者累計数【 16人 】 (H29:13人 → H30:14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4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2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 】 (H29:2人 → H30:1人)	薬剤局	○	A H30.11.5～31.1.27の11週間受け入れ	
		○早期体験学習生【 2人 】 (H29:2人 → H30:2人)	薬剤局	○	A H30.11.2 2名受け入れ	
	(3) 検査技術科	○認定資格等の取得者累計数【 6人 】 (H29:5人→H30:6人)	検査技術科	◎	A 超音波検査士3名(内1名育児休暇中)、認定輸血検査技師2名、細胞検査士1名 合計6名取得済み。	
		○見学実習生【 15人 】 (H29:5人→H30:3人)	検査技術科	◎	A 北里大学より1名、香川県保健医療大学より13名、岡山理科大学より1名で、合計15名の見学実習生を受け入れた。	
	(4) 放射線技術科	○認定資格等の取得者累計数【 2人 】 (H29:2人 → H30:2人)	放射線技術科	◎	A CT認定技師2名取得済み	
		○研修実習生【 0人 】 (H29:— → H30:0人)	放射線技術科	○	新病院が年度の途中に開院のために、H30年度は受け入れ不可とした。	
		○院外研修参加数【 79回 】 (H29:78回 → H30:60回)	放射線技術科	◎	A 実績として79回参加。	

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 【H30年度実績】 (H29:実績→H30: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						
医療技術						
3	メディカルスタッフ の確保と機能強化	(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【 19人 】 (H29:13人 → H30:13人)	リハビリテーション技術科	○	A がんリハ:6、3学会呼吸療法認定:3、認知症予防運動指導:4、地域包括ケアリーダー:3、介護予防推進リーダー:1、感覚検査:1、管理者初級:1
			○研修実習生【 3人 】 (H29:7人→H30:8人)	リハビリテーション技術科	○	A 病院引越し時期の受入れを断り、1名減少した。引越後は3名受入れした。 B 今後は通常通り受け入れる予定である。
		(6) 臨床工学科	○研修実習生【 3人 】 (H29:5人 → H30:2人)	臨床工学科	◎	A 徳島文理大学より1名、四国医療専門学校より2名の実習生を受け入れ。
	(7) 栄養科	○認定資格等の取得者累計数【 4人 】 (H29:3人 → H30:4人)	栄養科	◎	A 日本糖尿病療養指導士2名、日本病態栄養専門管理栄養士1名、日本病態栄養認定管理栄養士1名であるが、日本病態栄養認定管理栄養士から専門管理栄養士にステップアップし、病態栄養専門管理栄養士2名となった。	
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【 10回 】 (H29:15回 → H30:12回)	医療安全管理センター	○	A 10月2月に開催できなかった。重要な事例報告会でも、多忙または何らかの理由で参加者の少ない部署へ資料を配付した。 B ヒヤリハット報告会の年間スケジュールを作成し、職員にアピールし、医療安全研修参加数増加を図る。
			○安全管理研修(全体研修)の開催数【 2回 】 (H29:3回 → H30:2回)	医療安全管理センター	○	A 10月13日高松市立病院学会にて当院のインシデント報告事例の課題と対応 12月患者誤認マニュアル・効果的ダブルチェックを実施 B 医師・事務関係者の参加数が少なく、DVD視聴で参加数増加を図る。
			○放射線関係医療安全取扱研修開催数【 6回( 2回) 】 (H29:4回 → H30:8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	◎	A 旧病院で6回(2回)開催。 B 新病院で6回。
			○医療安全に係る院内ラウンド実施数【 62回 】 (H29:20回 → H30:12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 管理部門が定期的に実施するよう指摘あり。以後定期的にラウンドを実施・評価している。 B 管理部門のメンバー全員でラウンドすることは困難だがマニュアル遵守できているか検証する。
		(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【 6回 】 (H29:6回 → H30:6回)	院内感染対策チーム	◎	A:5月7日 13:00～ 16:00～ 「標準予防策とは？ 動画だよ」(委託職員以外の全職員参加の必須研修) 出席者数:145名 DVD視聴者数 266名 7月2日 12:30～ 17:30～ 「抗菌薬適正使用 ASTって何??」 出席者数:57名 8月6日 12:30～ 17:30～ 「マシン……! 麻疹 はしかのことだよ」 出席者数:45名 11月5日 13:00～ 16:00～ 「インフルエンザ 今年も迷わずやってきましたよ」(委託職員以外の全職員参加の必須研修) 出席者数:104名 DVD視聴者数 260名 12月3日 12:30～ 17:30～ 「AST活動と耐性菌について」 出席者数:63名 2019年3月4日 「食中毒」 出席者数:59名 B:必須研修以外の出席人数が少ない。研修内容を検討し職員が興味を引くテーマを実施する。
	○針刺事故件数【 17件 】 (H29:10件 → H30:5件)	院内感染対策チーム	△	A:針刺し切創事故15件、皮膚粘膜曝露事故2件であわせて17件である。職種別では医師7件、看護師8件、検査技師2件であった。新病院の移転もあり、目標に向けて取り組みが実施できなかった。 B:昨年度に引き続き件数が増加している。件数についてICTニュースなどで報告し、防止に向けての啓発を実施していく。		

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 【H30年度実績】 (H29:実績→H30: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</b>						
<b>医療技術</b>						
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 H30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。	
	(2) クリニカルパスの拡充	○クリニカルパス新規開発件数【 29件 】 (H29:8件 → H30:5件)	クリティカルパス委員会	◎	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。	
		○クリニカルパス使用件数(電子カルテパスのみ)【 1076件 (H29:542件 → H30:520件)	クリティカルパス委員会	◎	A クリニカルパス使用件数は、ほぼ順調であるため、今後も活動を継続したい。	
	(3) 高度医療機器の活用	○PET-CT検査件数【 0件 】 (H29:— → H30:100件)	放射線技術科	◎	A PET/CT【179件】	
		○新規がん放射線療法患者数(再掲)	放射線技術科	◎	医療技術1(2)ウ 参照	
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【平成30年9月1日】 (H29:準備 → H30:指定)	病院災害対策委員会 (総務課)	○	A 平成30年9月1日付で、香川県から災害拠点病院の指定を受けた。 また、災害派遣医療チーム(DMAT)2チームを構成し、政府主催の大規模災害時医療活動訓練や四国四県主催のDMAT実動訓練等に参加した。 B 南海トラフ地震などの大規模災害時に被災患者の受入れ・治療、DMATの派遣を円滑に行えるよう、継続的に各種訓練に参加するなど、体制の維持・強化を図る必要がある。	
<b>医療の質の確保</b>						
<b>人間関係</b>						
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 】 (H29:2回 → H30:2回)	医療安全対策チーム	○	A 医療機器(輸液ポンプ・シリンジポンプ)取扱説明及び研修会を実施した。通常は毎週2回開催するところ1回のみで参加人数が少なかった。資料を配付し周知した。 B 引き続き定期的に開催する必要がある。	
		○ラウンド件数【 22 】 (H29:20件 → H30:12件)	医療安全対策チーム	○	A 事例後の対策実施状況の確認、患者誤認防止活動を強化し、身体拘束患者状況の確認もしている。メンバー全員で行なうことは困難。 B ラウンド時に評価しているが、継続調査することも必要。	
	(2) 院内感染対策チーム	○院内感染対策ラウンド回数【 49回 】 (H29:— → H30:40回)	院内感染対策チーム	◎	A:毎週1回のICTラウンドは、ほぼ実施できている。 B:みんなの病院になり、ICTラウンドを実施しているが、ハード面が変わり、新しい器械も入ったため、戸惑う場面が多々ある。また、旧病院で感染対策が実施されていたことが、新病院では実施されていない場所もあるため、再度一つ一つの指摘が必要であるのが課題である。	
	(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 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.栄養サポートチーム加算に係る所定の研修を看護師2名が受講した。	
(4) 呼吸サポートチーム	・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装着患者の在宅栄養指導を施行		

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 【H30年度実績】 (H29:実績→H30: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						
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【 0人 】 (H29:0人 → H30:1人)	褥瘡対策 チーム	△	褥瘡対策チームより人員選抜し認定資格取得に向けて準備していたが、皮膚排泄ケア分野の認定資格希望者が多く受選選抜にもれたために資格取得は次年度に持ち越した状況にある。	
		○褥瘡発生率【 0.04~0.13% 】 (H29:0.05%→ H30:病院QI事業における平均値以下)	褥瘡対策 チーム	○	当院の院内褥瘡発生率は季節により大きく変動するが、概ねQI事業の平均値以下の数値で推移している。	
	(6) 緩和ケアチーム	○緩和ケアチームの介入患者数【 7人 】 (H29:1人 → H30:20人)	緩和ケア チーム	△	A:毎週木曜日に、緩和ケア認定看護師と薬剤師がラウンドを行い、その後緩和ケアチームメンバーとカンファレンスを行っている。カンファレンス記録により主治医・各病棟スタッフと情報共有を行っている。主治医・病棟スタッフへのカンファレンス参加の要請や緩和ケアチームの活動内容を周知など、介入患者数増加に向け取り組んでいる。 B:主治医、病棟との連携を図り、質の高い緩和ケアの提供を行う。支援状況の可視化と緩和ケア活動を啓蒙していく。	
		(7) 糖尿病チーム	○糖尿病教室の開催回数【 5回 】 (H29:6回 → H30:5回)	糖尿病チ ーム	○	糖尿病教室については計画通り年5回実施している。しかし、糖尿病参加患者数が伸び悩んでおり、次年度から外来患者に直接リーフレットを渡すなどの対策を行っていきたいと考える。
	○糖尿病研修会の開催回数【 7回 】 (H29:8回→ H30:6回)		糖尿病チ ーム	◎	糖尿病研修については、計画通り、年7回実施している。糖尿病に関する基礎知識だけでなく、糖尿病と合併症に関する研修も取り入れ幅広く実施することで、医療職員のスキルアップが図られたと考える。次年度においても研修内容の充実を図り、スキルアップを図りたいと考える。	
	(8) 排泄ケアチーム	○糖尿病療養指導を実践するスタッフの増員累計数【 1人 】 (H29:10人→ H30:3人)	○糖尿病療養指導を実践するスタッフの増員累計数【 1人 】 (H29:10人→ H30:3人)	糖尿病チ ーム	◎	H30年度、看護師10名、薬剤師1名、管理栄養士2名が糖尿病療養指導士の資格を有している。今年度は、2名糖尿病療養指導士の資格を取得したが、看護師2名が資格更新とならなかったために現在看護師10名、薬剤師1名、管理栄養士2名が資格を取得している。次年度は、外来での療養指導の充実を図るために糖尿病療養指導士の資格を有する職員の活躍の場と連携の強化を図る必要がある。
			○排尿自立指導実施件数【 20件 】 (H29:37件 → H30:100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 04-H30 12月で37件 H30 04-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。 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 04-H30 12月で289件 H30 04-H31 12月で485件と増加傾向である。
	(9) 摂食嚥下チーム	○摂食嚥下チームの介入患者数【 7人 】 (H29:1人 → H30:20人)	・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	○	前回の予定通り、チームで4回の勉強会を行い摂食・嚥下マニュアルを作成した。各病棟毎にリンクナースを決めてもらい、計3回看護師向けにスライドによる摂食嚥下についての講義をH30年から31年にかけて行った。今後、年度内には、マニュアルを改訂完成させ、再度看護師への啓蒙を行う予定。その後、入院時に病棟での摂食嚥下機能評価をし、チームの活動を開始する。
			○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	△	より効果的な病棟での口腔ケアを行うことで誤嚥性肺炎の減少を目指すため、職員を対象とした口腔ケア教育を各病棟で実施した。また、月1回の口腔ケア会を実施したが、参加人数も少なく、各病棟等での問題点や院内全体を通しての問題点の抽出を行うことが困難であった。
	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【 10回 】 (H29:10回 → H30:10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> 院外レクリエーション(患者参加人数:約10名)
○やさしく学べる健康講座【 7回 】 (H29:12件 → H30:15回)			地域医療連 携支援チ ーム	△	B 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。引き続きホームページなどで広報していく。	
○糖尿病教室の開催回数(再掲)			糖尿病チ ーム	△	人間関係1(7) 参照	

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 【H30年度実績】 (H29:実績→H30: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						
人間関係						
2 市民との信頼関係の強化	(2) 相談事業の充実	○医療福祉相談件数【 1400 件 】 (H29:2,191件 → H30:800件)	地域医療連携支援チーム	◎	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【 3587件 】 (H29: 1,609件 → H30:1,500件)	地域医療連携支援チーム	◎	A 診療相談として、各職種が受診及び電話で対応している。さらに、他職種からなる「患者サポート体制委員会」の委員が3グループに分かれ毎週カンファレンスを実施、3ヶ月に1回全体で委員会を開催している。診療相談(932件)、医療費相談(54件)、施設設備相談(61件)、その他の項目(227件)各部署の行った対応について検討したり、定期的に患者サービス向上委員会で報告相談している。	
	(3) 「私のカルテ」の推進	○入院患者の利用者数【 1135人 】 (H29:1,037人 → H30:1,500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。持参者に対して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【 23.5% 】 (H29:26% → H30:40%)	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【81%】 (H29:78% → H30:60%)	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% 】 (H29:100% → H30:100%)	地域医療連携支援チーム	◎	A 退院計画スクリーニングを基準に、退院支援の入院前から必要な患者やスクリーニングで点数が低い支援が必要な患者に対して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。(入退院支援加算1:600点→1203件、介護支援連携指導料:400点→99件、多機関共同指導加算:2000点→16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 】 (H29:4.0点 → H30:4.0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 】 (H29:4.1点 → H30:4.0点)	患者サービス向上委員会			
	(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【 34.9% 】 (H29:42.1% → H30:40%)	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【 2回 】 (H29:1回 → H30:1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、接遇に関する研修を行うとともに、31年2月に外部講師を招いて病院局職員向けの接遇研修を行った。 また、看護局のマナー向上委員会で、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、職員自らの接遇意識を高めている。		

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 【H30年度実績】 (H29:実績→H30: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</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	(3) 外来でのサービス拡充	○セカンドオピニオン受入件数【 0件 】 (H29:0件 → H30:5件)	がん診療推 進センター	△	A:セカンドオピニオンの問い合わせがあったが、診療希望や他疾患の希望であり、希望に合わせた対応を行った。また、知人(会社同僚)からのセカンドオピニオン相談など、相談件数は増加しているが、実際の外来受診までにはいたっていない。 B:ホームページなどによる広報活動を続ける。	
		○セカンドオピニオン診療情報提供数【 7件 】 (H29:4件 → H30:10件)	がん診療推 進センター	○	A:医師の診察時にセカンドオピニオンについて説明なども行われていることが診療記録されていることが増加しているが、希望数は少ない。診療情報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。	
	(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。有効な病床利用を行うために原則、午前退院、午後入院を実施している。	
		イ 病棟薬剤業務・服薬指導業務の充実 ○服薬指導率【 86.1% 】 (H29:94.8 → H30:85%)	薬剤局	○	B 病院移転後に救急病棟が新設され、夜間入院午前退院の患者が多く、薬剤師の介入が困難な場合があり、思ったような増加が認められなかった。	
		ウ 摂食不良患者への支援 ○病棟訪問件数【 1,116件 】 (H29:967件 → H30:1,200件)	栄養科	○	B ベッドサイド訪問件数は病院移転後も委託会社との協働により実施。個別対応のうち、フリーコメントの件数は+9050件となり、より多くの患者に対応したが、今後コメントをまとめていくなど、事故防止対策も検討していく必要がある。	
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% 】 (H29:100% → H30:100%)	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【10件】 (H29:5件 → H30:12件)	医療安全管 理センター	○	A 転倒転落患者のラウンドは総数11回(単独で9回、医師・コ・メディカルと2回実施) 転倒転落防止対策として身体拘束しているため、毎月定点で身体拘束患者数と拘束方法のチェックを依頼し、職員にフィードバックした。身体拘束患者及び環境ラウンドを8回実施し、拘束方法の確認と妥当性について検討した。 B 29年度転倒転落167件、30年度は入院患者増加に伴い223件と増加している。繰り返して転倒している患者もあり。転倒転落高リスク患者に低床ベッドを使用と離床センサーを活用する。医師・コ・メディカルを含めて引き続き環境ラウンドを行う。			
<b>地域社会</b>						
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 】 (H29:3回 → H30:3回)	地域医療連 携支援チ ーム	◎	A ①平成30年10月13日(土) 高松市立病院学会にて特別講演と同時開催した。②平成30年11月21日(水)③平成31年2月20日(水)講演会施行後は、院内医師の紹介や意見交換を行った。	
		○地域医療連携カンファレンス開催数【 1回 】 (H29:1回 → H30:1回)	地域医療連 携支援チ ーム	◎	A ①平成30年6月21日(木)徳島大学大学院医歯薬学研究部:発生発達医学講座小児医学分野 香美 祥二教授 参加者91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て、顔の見える関係を築いていた。	
	(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【 191件 】 (H29:183件→ H30:150件)	地域医療連 携支援チ ーム	◎	A 高松市内、郊外、新病院移転を見据えた地域医療機関を各診療科医師と共に、当院、各診療科独自で作成したパンフレット等を用いて訪問を継続している。昨年度から脳卒中・消化器・呼吸器科のホットラインを開始し案内している。また、昨年度から「連携の証」を連携医療機関へ配布している。(約600件)	
		○返書率【 96% 】 (H29:97%→ H30:100%)	地域医療連 携支援チ ーム	○	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。(地域連携(前方)からの来院報告100% 医師からの経過報告 96%)	
		○紹介率【 58% 】 (H29:61%→ H30:50%以上)	地域医療連 携支援チ ーム	◎	A 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、昨年度からホットライン(脳卒中・消化器・呼吸器科)を開設、専門医師と直接、医療相談できることで利便性を図り、紹介患者の増加に努めている。	
(3) 初診連絡の徹底、紹介・逆紹介に関する連携体制の強化	○逆紹介率【 62% 】 (H29:79%→ H30:70%以上)	地域医療連 携支援チ ーム	△	B 地域支援病院要件である逆紹介率70%以上をクリアできなかった。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。現在、退院時の情報確認を行い、未提出については医師に声かけしている。		

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 【H30年度実績】 (H29:実績→H30: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>医療の透明性の確保</b>						
<b>情報発信</b>						
1 地域医療連携の強化	(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【 82件 】 (H29:46件→ H30:50件)	地域医療連携支援チーム	○	A 地域連携クリニカルパスの入力方法や活用事例報告等について、関連部署で出前講座を実施している。	
		○シームレスケア研修会参加者数【 21人 】 (H29:27人→ H30:50人)	地域医療連携支援チーム	△		B シームレスケア研究会の(4回/年)開催に、院内へ周知し、関係部署から参加している。 (平成30/4/11(水)参加人数5名、8/1(水)参加人数7名、11/7(水)参加人数8名、2/27(水)参加人数1名) 医師、看護師、MSW、PTの参加があるが、他のコ・メディカル、病棟看護師等へ再度の周知が必要である。
	(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【 2回 】 (H29:2回 → H30:2回)	薬剤局	◎	A H30.7.26とH31.2.7の2回開催した。	
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 】 (H29:1回 → H30:1回)	医療安全管理センター	◎	A 毎年、年度末に外部委員に公表し評価を受けており、31年3月29日開催した。外部委員から概要について一般人が理解できる文章にするよう指摘あり。 B マンパワー不足で代表事例選択と資料作成に時間を要した。公表にあたり医療従事者以外の誰でも分かる文章にする。	
	(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、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 30年度は、市政出前ふれあいトーク28件、病院出前講座6件を開催し、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。 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 】 (H29: 6回→ H30: 6回) ○医師紹介パンフレット発行回数【 1回 】 (H29: 1回→ H30: 1回)	医事課 地域医療連携支援チーム 地域医療連携支援チーム	○ ◎ ◎	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へリニューアルを行った。 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。 「地域医療連携だより」は隔月(6回/年)「2018医師紹介パンフレット」(1回/年)を発行し、県内地域医療機関へ送付するとともに、市民病院ホームページに掲載し、順次更新している。内容については、新病院移転に伴う進捗状況、診療科の紹介・特徴を中心に、院内外で開催している研修会、香川診療所や塩江分院の健康教室、文化祭等の取組について掲載している。 また、研修会の年間計画や申込み用紙等、ホームページからダウンロードできるようにしている。	
<b>医療の効率性の確保</b>						
<b>効率化</b>						
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【 0件 】 (H29: → H30:50件)	がん診療推進センター	△	A: 主治医の依頼により、外来がん患者に対し、服薬指導及びレジメン導入の説明、副作用評価を行うことで、がん患者指導管理料を算定する。 B: 主治医との連携、継続的なフォロー体制を整備する必要がある。	
		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【 284件 】 (H29:229件 → H30:250件)	薬剤局	◎		A DIカンファレンス204回、プレアポイド報告80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。	

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 【H30年度実績】 (H29:実績→H30: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						
効率化						
1 効率化の推進	(3) 適切な診療報酬の請求	○診療報酬請求額査定率【 △0.252% 】 (H29:△0.204% → H30:△0.14%以内)	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0.048ポイントの増となっており(H29年度平均 △0.204%)、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【 93.5% 】 (H29:95% → H30:85%)	薬剤局	◎	A 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【 20.0% 】 (H29: → H30:20.1%)	総務課	○	A 新病院から新たに導入する院内物流(SPD)の業務委託化し、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、適正な在庫数の管理方法について、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【 98.0% 】 (H29:97.2%→ H30:98.6%)	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。	
		○過年度未収金回収率【 23.5% 】 (H29:12.5% → H30:8.0%)	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者について、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な組織風土の醸成に努める。	経営企画課	○	A 平成31年3月末時点で16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。	
		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。	医事課	○	A 平成28年3月に運用開始した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対応に向けて効率的な運用が図れるよう、適切なシステムの構築とIT化を行っている。 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 【病棟業務】今年度から病棟アシスタントを4名雇用、病棟での看護師の事務的作業(入院時オリエンテーション、各種書類の電子カルテへのスキャナ業務など)を担っている。 【看護補助者】新病院開院の9月から、朝夕の煩雑な時間帯の業務を補うために、早出・遅出を導入した。 【外来】 ・新病院開院当初より、大勢の外来患者の対応で混乱し、外来業務が偏在したため、業務内容の見直しと外来内の配置換えを行った。 ・助産師外来での、母乳のトラブルに関する相談や指導 (「乳腺炎重症化予防ケア指導致」の算定、実績計2件/年) 【救急外来】時間外における救急外来受診患者の来院時間や人数の動向を把握・分析し、夜間における救急外来業務に従事する看護師の体制を見直し、調整を行った。	
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【 97.9% 】 (H29:89.9% → H30:93.1%)	経営企画課	◎	A .3月末時点の実績は、97.9%であり、目標値を達成している。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、健全な病院経営に努めている。	

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 【H30年度実績】 (H29:実績→H30: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						
管理体制						
1 管理体制の強化	(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が、職員が更に向上心を持って取り組めるような方策を検討している。	
	(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30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、実施内容などを見直しを行う。	
	(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 平成30年5月26日に、高松市民病院、さぬき市民病院、坂出市立病院、徳島県つぎ町立半田病院の4病院で、医療経営ゼミを開催し、講師による講演のほか、各病院における経費削減の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【 2.5% 】 (H29:3.6% → H30:7.5%)	医事課、 DPC委員会	◎	A DPC部位詳細不明病名使用リストの作成の効率化を図ったことより、そのリストを基に迅速に主治医と協議することで、使用率の低減につながっている。	
	(6) 勤務環境の改善	○職員の平均年次有給休暇取得日数【 8.1日 】 (H29:9.2日 → H30:10日)	総務課	△	A 30年度前半は、9月のみんなの病院開院に向け移転業務があったため、職員の有給休暇取得日数は少ない状況で、後半は開院とともに外来、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 移転に伴う業務が落ち着きつつあることから、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、市民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	◎	A 第1段階として、9月中旬より塩江分院より毎日1名ずつ、新病院の外来に応援に来ている。当院からも、医療安全、感染管理、接遇マナーの3つのテーマで、塩江分院院内研修への講師の派遣を1回ずつ実施した。次年度も引き続き、塩江分院からの外来応援を実施している。	
		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品目、削除品目などについて情報共有している。使用されなくなった医薬品についても情報共有することで、廃棄医薬品の減少に取り組んでいる。	
		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	◎	A 塩江分院の検体検査を実施している。また、検査項目に関する問い合わせや検査結果の報告、新しい検査情報などについて、情報の共有を行っている。	
		オ 放射線技術科 ○塩江分院からの応援依頼件数【 42回 】 (H29:48回 → H30:50回)	放射線後術科	◎	A 応援依頼42回に対して全件対応。	
		カ リハビリテーション技術科 塩江分院に呼吸療法認定士が赴き、呼吸リハビリについて人員交流(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技術科	△	A リハビリ職員間での相談などは適時実施しているが、患者数急増により、時間内の出張などによる交流は実施できていない。業務時間外での相談・連携で対応している。 B 今後、交流できるように努めていきたい。	

みんなの病院自己評価

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 【H30年度実績】 (H29:実績→H30: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						
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	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	○	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同で検討を行っている。	
	(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29年度実績	平成30年度目標	達成状況 【平成30年度実績】
医療機能に関する指標	○入院患者数(人)	63,701	70,613	79,027
	○外来患者数(人)	66,480	90,794	94,534
	○全病床利用率(%)	45.1	57.0	63.8
	○一般病床利用率(%)	54.8	62.8	70.9
	○紹介率(%)	61.3	50.0以上	59.9
	○逆紹介率(%)	78.5	70.0以上	70.8
	○患者満足度・入院(点)	4.1	4.0以上	4.1
	○患者満足度・外来(点)	4.0	4.0以上	4.0
経営に関する指標	○経常損益(百万円)	△ 611	△ 482	△ 150
	○経常収支比率(%)	89.9	93.1	97.9
	○医業収支比率(%)	77.2	83.2	88.4
	○職員給与費対医業収益比率(%)	82.1	72.9	66.8
	○材料費対医業収益比率(%)	19.9	17.7	20.1
	○経費対医業収益比率(%)	24.1	25.9	23.2
	○減価償却対医業収益比率(%)	2.9	3.0	2.6
	○年度末現金残高(百万円)	1,093	△ 165	402

---

# 自己評価表・具体的取組状況

(平成30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。

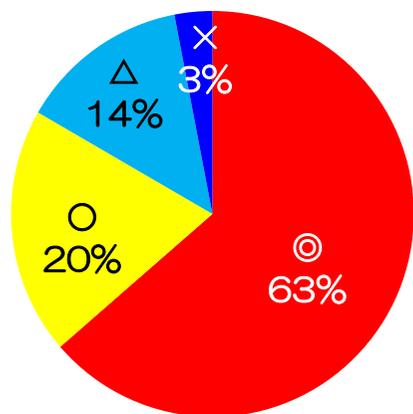
# 高松市病院事業経営健全化計画の取組項目に対する評価について【塩江分院】

## 1 評価基準

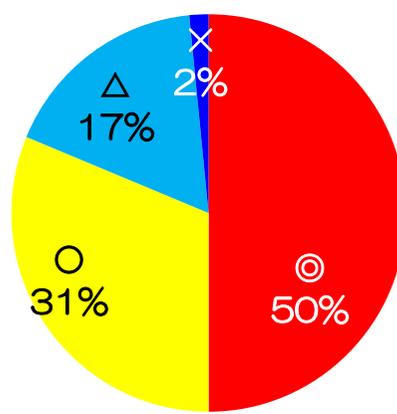
評価基準		評価の考え方
評価	区分	
◎	計画どおり順調である。	目標を達成した、又は目標達成と同程度の具体的成果が得られた。
○	概ね順調である。	目標達成のための取組みを進め、一定の成果が得られた、又は計画期間内に、目標達成と同程度の具体的成果が得られることが見込まれる。
△	やや遅れている。	目標達成のための取組みが不十分、又は取組みを進めたものの、具体的成果が得られなかった。
×	かなり遅れている。	消極的又は、目標達成のための取組みができていない。

## 2 自己評価結果

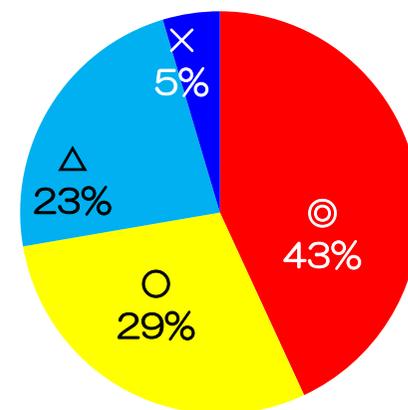
H30.3月末



H30.8月末



H31.3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【H30年度実績】 (H29:実績→H30: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</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【 598件 】 (H29:672件 → H30:720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【 115件 】 (H29:140件 → H30:150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【 2,079件 】 (H29:2,088件 → H30:2,320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なっている。 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を社協香川へ移している状況があり、新規利用者の獲得につながりにくくなっている。	
		○訪問リハビリテーション件数【 343件 】 (H29:402件 → H30:260件)	リハビリテーション科	◎	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た。	
	(2) 初期、回復期、慢性期医療の提供	○在宅復帰率【 68.7% 】 (H29:65.5% → H30:76%)	医療局 (医科)	△	A 独居・老々世帯が増えるなか、住み慣れた自宅で少し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だ。 B 地域包括ケアの推進のために在宅復帰率の向上に努めたい。	
		○入院患者への口腔ケア実施回数【 3,196回 】 (H29:3,370回 → H30:2,100回)	医療局 (歯科)	◎	A 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の向上に努めた。	
	(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% 】 (H29:0% → H30:100%)	事務局	△	A 30年度塩江地区地域ケア小会議(全体会)が未開催のため、参加に至らなかった。 B 開催次第、積極的な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 】 (H29:1回 → H30:1回)	医療局 (医科)	△	A 寄附講座派遣医師を外来・病棟診療、宿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ついて積極的な支援を行った。 B 寄附講座派遣医師の体調不良から平成30年度に研修会開催ができなかったことから、次年度は開催に向け調整を図る。
		(2) 医師の育成	○研修プログラム新メニュー追加件数【 0件 】 (H29:2件 → H30:1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た。
		(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【 42人 】 (H29:47人 → H30:48人)	医療局	○	A 香川大学医学部4～5年生42名の受入を行った。
(4) 医師の安定確保		○非常勤嘱託医師委嘱人数【 1人 】 (H29:3人 → H30:1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た。	
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 】 (H29:7人 → H30:5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【 6人 】 (H29:6人 → H30:9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。	
<b>医療技術</b>						
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【 10回 】 (H29:12回 → H30:12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【H30年度実績】 (H29:実績→H30: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</b>						
<b>医療技術</b>						
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 】 (H29:2回 → H30:2回)	医療安全委員会	◎	A 第1回(8/2)、第2回(11/7)医療安全委員会をみんなの病院の担当職員に依頼し実施。不参加者を対象に同じ内容で研修を実施した。	
		○ヒヤリハット報告研究会開催数【 10回 】 (H29: 4回 → H30:4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【 13回 】 (H29:12回 → H30:12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 】 (H29:2回 → H30:2回)	感染予防委員会	◎	A 第1回感染対策研修(10/4)、第2回(2/4)をみんなの病院の担当職員等に依頼し実施した。	
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【 2件 】 (H29:6件 → H30:6件)	医療局	△	A 全国国保地域医療学会1件、高松市立病院学会1件の研究発表を行った。	
		○針刺事故件数【 1件 】 (H29:1件 → H30:0件)	感染予防委員会	○	A 今年度1件発生、施設で点滴施行後、施設担当者が抜針するも安全装置付き針であり、処理の仕方を知らずそのまま袋に入れていたため針刺した。施設担当者に指導をした。	
<b>人間関係</b>						
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【 65.7% 】 (H29:76.4% → H30:63%)	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た。	
		イ 褥瘡対策チーム ○院内褥瘡発生件数【 4件 】 (H29:4件 → H30:2件)	褥瘡委員会	△	A 入院時のアセスメントを十分に行い、NSTとも協同して褥瘡患者の院内新規発生ゼロを目指し活動を行い現在、院内発生4名。今後も褥瘡予防用具を活用し予防を行った。	
		ウ 身体拘束廃止対策チーム ○拘束率【 9.2% 】 (H29:13% → H30:17%)	身体拘束廃止委員会	◎	A 毎月1回、委員会を開催し、拘束ラウンドを実施し、拘束時間の短縮、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 】 (H29:0件 → H30:1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 みんなの病院からST派遣ができなくなり、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た。	
		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【 14回 】 (H29:14回 → H30:12回)	地域包括ケア推進チーム	◎	A 多職種の参加により予定どおり取り組んだ。また、集会場やコミセンに出向き、多職種の参加により予定どおり取り組んだ。	
	(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【 182回 】 (H29:306回 → H30:250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、目標を180回に下方修正した。	

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【H30年度実績】 (H29:実績→H30: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</b>						
<b>人間関係</b>						
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【 3回 】 (H29:16回 → H30:12回)	放射線科	×	A 診療の合間を縫い取り組んだ。	
		○病棟看護師【 6回 】 (H29: 12回 → H30:24回)	看護局	△	A 病棟看護師による、退院後訪問を実施し、入院中の看護サービスの評価、在宅生活状況の確認を行っている。	
		○管理栄養士【 22回 】 (H29:16回 → H30:20回)	栄養科	◎	A 病棟や訪問看護などの連携を密に取ることができているため、回数が増加している。	
		○歯科衛生士【 53回 】 (H29:53回 → H30:56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% 】 (H29:100% → H30:100%)	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、これまで調査時、退院後の近況確認を在宅退院患者に対して行っている。	
	(3) 「私のカルテ」の推進	○「私のカルテ」発行累計数【 436人 】 (H29:412人 → H30:430人)	看護局	○	A 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% 】 (H29:100% → H30:100%)	看護局	◎	A 平成29年10月、退院調整チーム会を立ち上げ、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		
<b>アメニティ</b>						
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 】 (H29:4.1点 → H30:4.1点)	看護局	×	A 利用者にわかりやすい調査内容に見直しの上、満足度調査を行う予定である。	
		(2) 接客改善の取組	○接客委員会開催数【 12回 】 (H29: 12回→ H30:12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【 2回 】 (H29: 2回 → H30:2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 】 (H29:0回 → H30:0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、3名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【 50品 】 (H29:264品 → H30:60品)	文化祭 実行委員会	○	A 文化祭(11月17日開催)の実施に当たっては、実行委員会を設置し、より多くの職員、OBの参加を募り「地域まるごと医療の実践」の一環として一層地域に親しまれる病院となるよう計画し実施した。	
	(4) 病棟でのサービス拡充	○病院文化祭来場者数【 113人 】 (H29:170人 → H30:180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【 526件 】 (H29: 527件 → H30:500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【H30年度実績】 (H29:実績→H30: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</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【 1 件 】 (H29: 2件 → H30:6件)	事務局	○	A 入院患者の減少に伴い、平成31年4月から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。	
		ウ 転倒・転落防止対策への取組 ○述べ転倒・転落回数【 21回 】 (H29:31回 → H30:36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継続している。	
<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【 20件 】 (H29:9施設 → H30:50件)	事務局	△	A 院長に看護局長、事務局長等が同伴し、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。 B 継続的に訪問し、連携強化に努める。	
	(2) 地域社会との連携	○住民ボランティア受入人数【 2 人 】 (H29:2人 → H30:3人)	事務局	○	A 敷地内清掃や花の苗の提供など、美化環境面において、積極的かつ継続して実施していただいた。	
		○地元イベント参加・派遣看護師延べ人数【 3 人 】 (H29:5人 → H30:7人)	看護局	○	A 地域イベントへの参加が定着している中で、引き続き本分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</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た。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た。	
	(2) 住民参加会議の開催	○経営戦略会議平均住民参加人数【 5 人/回 】 (H29:5人/回 → H30:6人/回)	事務局	○	A 積極的な参加呼び掛けにより、地元住民及び、市の関係機関の参加が定着してきており、広く情報の共有を図るとともに、説明責任を果たすことができた。 B 引き続き参加呼び掛けをし、地域に開かれた分院になるよう努める。	
	(3) 「ほたる通信」の発行	○「ほたる通信」発行回数【 1 回 】 (H29:6回 → H30:6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、重要な変更情報を地域住民に周知した。 B 院内のトピックスやイベント行事などの記事を掲載し、情報発信に努める。	
<b>医療の効率性の確保</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【 △2 % 】 (H29:△1% → H30:△1%)	事務局	○	A 夏季期間中の暑さが穏やかであったことや職員の小まめな節電の成果がでている。	

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【H30年度実績】 (H29:実績→H30: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>医療の効率性の確保</b>						
<b>効率化</b>						
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【 1.39 % 】 (H29:1.57% → H30:1%以内)	事務局	△	A 医師全員が集まり、レセプト委員会を毎月開催し、診療報酬の査定率の減少に努めた。	
	(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【 88.7% 】 (H29:86.6% → H30:90%)	薬局	○	A 新規発売されるジェネリック薬品を適宜取り入れることにより、使用率を向上させた。	
	(4) 未収金の発生防止及び回収促進	○現年分収納率【 99.9% 】 (H29:100% → H30:99.8%)  ○過年度未収金回収率【 2.1% 】 (H29:2.2% → H30:5.6%)	事務局  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いるものの、0.01%の未済が発生しており、引き続き未収金の回収に努める。	
<b>医療の効率性の確保</b>						
<b>管理体制</b>						
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【 42 % 】 (H29:59.2% → H30:40%以上)	事務局	◎	A 多くの職員、地域住民等の参加のもと、新たに委託業者の報告を追加するなど充実した内容で報告会(平成30年5月22日)を開催することができた。	
	(3) 勤務環境の改善	○対前年度時間外勤務時間縮減比率【 △12.45 % 】 (H29:△15.6% → H30:△2.5%)	事務局	○	A 全職員による業務改善、時間配分等により時間外削減が図られた。	
<b>一体化</b>						
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、皮膚科医師(2回/月)及び外科医師(2回/月)の派遣を受け、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 平成30年8月までは、3病院間会議の開催や看護師研修にも参加し、看護の質向上に努めた。みんなの病院開院後、塩江分院看護職員がみんなの病院へ毎日応援に行き、交流を図っている。	
		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う。	
		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た。	
		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 診療放射線技師の相互派遣を行うことで連携・協調に努めた。	

塩江分院自己評価

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 【H30年度実績】 (H29:実績→H30: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						
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。	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。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た。

塩江分院自己評価

具体的施策	取組項目	平成29年度実績	平成30年度目標	達成状況 【H30年度実績】
医療機能に関する指標	○入院患者数(人)	17,027	21,535	15,415
	○外来患者数(人)	22,779	25,620	21,425
	○病床利用率(%)	53.6	67.8	48.5
	○訪問診療件数(件)	672	720	598
	○訪問歯科件数(件)	140	150	115
	○訪問看護件数(件)	2088	2320	2,079
	○訪問リハビリテーション件数(件)	402	260	343
	○患者満足度(点)	3.6	4.1	実施していない
経営に関する指標	○経常損益(百万円)	△ 71	40	△ 54
	○経常収支比率(%)	91.6	104.3	93.4
	○医業収支比率(%)	64.0	71.7	59.6
	○職員給与費対医業収益比率(%)	97.6	81.6	103.6
	○材料費対医業収益比率(%)	23.1	20.9	21.6
	○経費対医業収益比率(%)	32.0	33.8	38.8
	○減価償却対医業収益比率(%)	3.1	2.5	3.4
	○年度末現金残高	115	241	106

---

# 委員評価表

(平成30年度実績)

【みんなの病院 編】

---

高松市立病院を良くする会

みんなの病院委員評価表

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 【H30年度実績】 (H29:実績→H30:計画目標値)	H31.3 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	◎			
		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	◎				
		○ボ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			△				

みんなの病院委員評価表

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 【H30年度実績】 (H29:実績→H30:計画目標値)	H31.3 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							
2 医師確保機能の 強化	(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	○			
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	◎				
	(7) 栄養科	○認定資格等の取得者累計数	◎				

みんなの病院委員評価表

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 【H30年度実績】 (H29:実績→H30:計画目標値)	H31.3 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)
<b>医療の質の確保</b>							
<b>医療技術</b>							
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	○				
	(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)	◎				
		○PET-CT検査件数	◎				
(3) 高度医療機器の活用	○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	○				
<b>人間関係</b>							
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		○				
	(4) 呼吸療法サポートチーム		◎				

みんなの病院委員評価表

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 【H30年度実績】 (H29:実績→H30:計画目標値)	H31.3 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	△				
		○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		◎				
	(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	◎				
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					

みんなの病院委員評価表

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 【H30年度実績】 (H29:実績→H30:計画目標値)	H31.3 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	(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	◎					
		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	◎					
	(3) 外来でのサービス拡充	○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数	○					
	(4) 病棟でのサービス拡充	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	△							
医療の透明性の確保								
情報発信								
1 地域医療連携の 強化	(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	◎					

みんなの病院委員評価表

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 【H30年度実績】 (H29:実績→H30:計画目標値)	H31.3 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)
<b>医療の透明性の確保</b>							
<b>情報発信</b>							
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		○				
	(3) 市政出前ふれあいトークの実施		◎				
	(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	◎				
<b>医療の効率性の確保</b>							
<b>効率化</b>							
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		◎				

みんなの病院委員評価表

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 【H30年度実績】 (H29:実績→H30:計画目標値)	H31.3 自己 評価	実施内容 評価	小分類 評価	委員意見等
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	○			
	(2) みんなの病院への円滑な移行		○			

---

# 委員評価表

(平成30年度実績)

【塩江分院 編】

---

高松市立病院を良くする会

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	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 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	◎				
	(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 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	◎				
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	○					
		○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	○					
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	△					
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	◎					

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	実施内容評価	小分類評価	委員意見等
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	◎			
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	△			

塩江分院委員評価表

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	実施内容 評価	小分類 評価	委員意見等
<b>医療の質の確保</b>						
<b>地域社会</b>						
	(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)	○ ○ / / /			
<b>医療の透明性の確保</b>						
<b>情報発信</b>						
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	○経営戦略会議平均住民参加人数 ○「ほたる通信」発行回数	◎ ○ △			
<b>医療の効率性の確保</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 (2) 適切な診療報酬の請求 (3) ジェネリック医薬品の採用拡大 (4) 未収金の発生防止及び回収促進	○電力使用量対前年度削減比率 ○診療報酬請求額査定率 ○ジェネリック医薬品使用数量率 ○現年分収納率 ○過年度未収金回収率	○ △ ○ ○ △			
<b>管理体制</b>						
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 (3) 勤務環境の改善	○業務実績報告・目標発表会職員参加率 ○対前年度時間外勤務時間縮減比率	○ ◎ ○			
<b>一体化</b>						
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	◎ ◎ ○ ◎ ◎ ◎ ○			

塩江分院委員評価表