



令和2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3月末実績）【みんなの病院 編】
- 20P 自己評価表・具体的取組状況（令和2年3月末実績）【塩江分院 編】
- 29P 委員評価表（令和元年度実績）【みんなの病院 編】
- 37P 委員評価表（令和元年度実績）【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
会長	谷田 一久	株式会社ホスピタルマネジメント研究所 代表
副会長	伊藤 輝一	一般社団法人高松市医師会 会長
委員	安藤 幸代	公益社団法人香川県看護協会 会長
委員	田宮 隆	国立大学法人 香川大学医学部附属病院 病院長
委員	二島 多恵	公募委員 香川がん患者おしゃべり会 代表
委員	藤田 徳子	株式会社 フェアリー・テイル 代表取締役
委員	吉田 静子	高松市婦人団体連絡協議会 副会長
委員	和田 頼知	和田公認会計士事務所 公認会計士

(敬称略 五十音順)

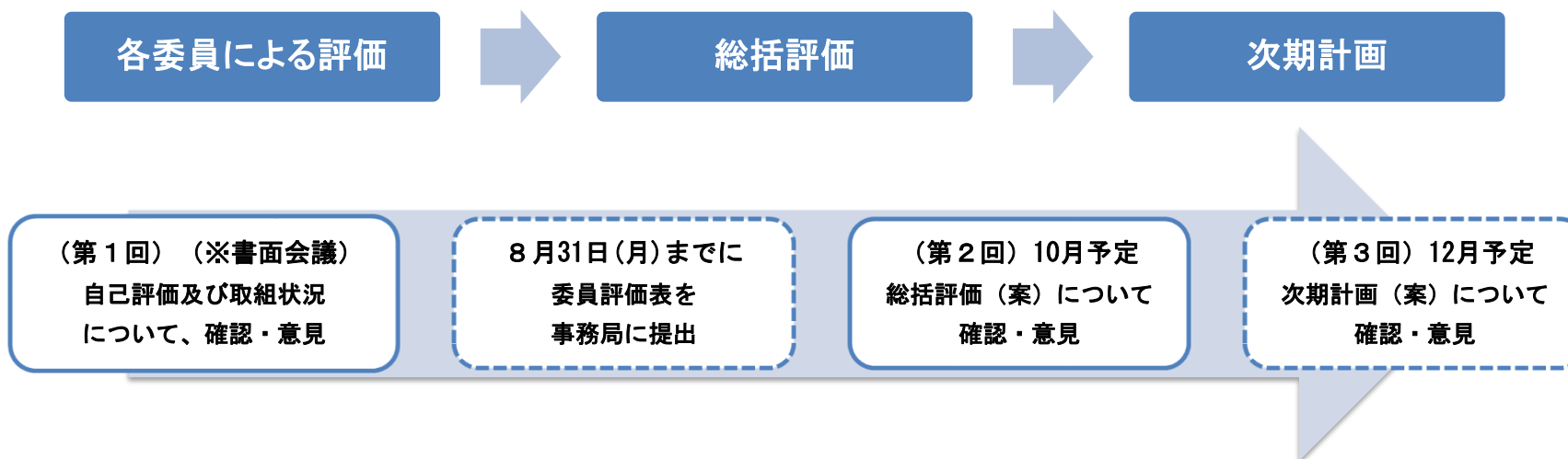
経営健全化計画の取組状況に係る評価

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、8月31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3月末実績)

【みんなの病院 編】

高松市立みんなの病院基本方針

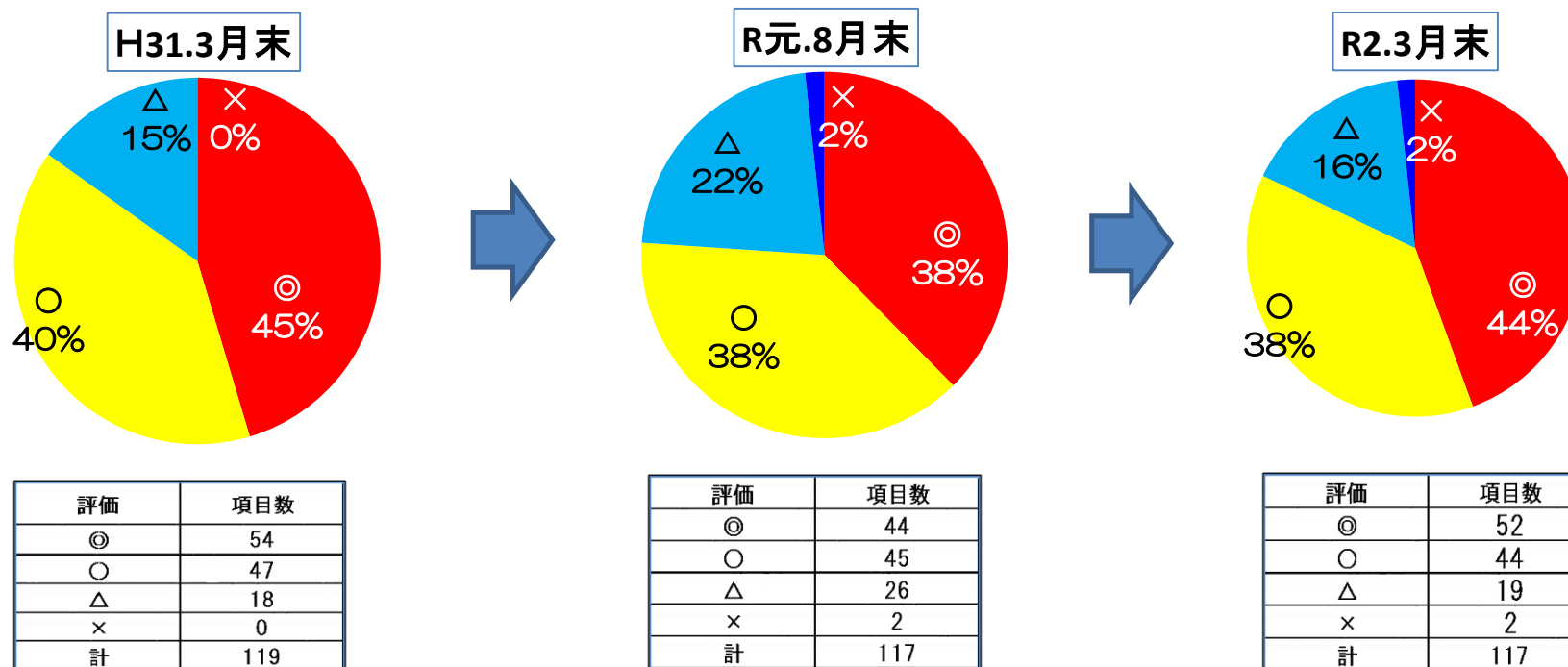
- 1 『リーディングホスピタル』として、高松市医療全体の最適化を目指します。
- 2 『安全で良質な医療』を、ファインチームワークで提供します。
- 3 『まごころのある医療人』を、全力で育成します。
- 4 『地域とのつながり』を大切にし、みんなの暮らしを支えます。

高松市病院事業経営健全化計画の取組項目に対する評価について【みんなの病院】

1 評価基準

評価基準		評価の考え方
評価	区分	
◎	計画どおり順調である。	目標を達成した、又は目標達成と同程度の具体的成果が得られた。
○	概ね順調である。	目標達成のための取組みを進め、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 【R元年実績】 (H30:実績→R元:計画目標値)	責任所属名	自己 評価	目標達成に向けた A取組 B課題	
						取組項目(大分類)
						取組項目(小分類)
医療の質の確保に向けた取組						
医療技術						
1 高松市医療全体の最適化を目指した役割の強化	(1) 救急医療の強化	ア 救急患者の受入れ ○救急車搬送患者受入件数【 2,939 件 】 (H30: 2,583 件 → R元: 2,100 件)	救急委員会	◎	A: 大幅に目標値を上回った。理由として、毎朝のカンファレンスで問題点を把握、迅速に対策を講じ、救急委員会や医療局会で職員全員に周知したことで受入体制が改善され、また職員の意識も向上したことによるものと考えられる。 B: 受入数に関しては特に課題は無い。今後も救急受入体制の改善を図ることで高松市の救急医療に貢献していきたい。	
		○救急車受入不可率【 21.5 % 】 (H30: 21.1 % → R元: 17 %)	救急委員会	○	A: 受入率については目標に達しなかったが、ほぼ前年と変わらない結果であった。 B: 受入率は不変であったが救急要請件数が3,274件から3,745件と約14%増加しており、救急要請が重なることや専門外の受入要請が目立った。救急において当院が高松市南部地域の重要拠点であるとの表れであり、今後受入率の改善に向けて対策が必要である。	
	(2) がん診療機能の強化	ア 診療機能の強化 ○がん診療連携センター (H30: 11 回 → R元: 12 回)	がん診療支援センター	◎	A: 多診療科の医師やコメディカルも参加し、定期開催ができています。治療方針の相談など、診療料を超えての意見交換も行えた。 B: 検討症例の充実をめざしていきたい。	
		○がん診療関連研修会開催数【 12 回 】 (H30: 11 回 → R元: 12 回)	がん診療支援センター	◎	A: 医師の協力を得て、内容の濃い研修会を開催できている。 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【 64.3 % 】 (H30: 74.3 % → R元: 80 %)	がん診療支援センター	○	A: がん薬物療法認定薬剤師やがん化学療法認定看護師が、何らかの方法で介入し、治療内容や副作用に関する説明、セルフケア支援などを行っているが、がん化学療法の増加により、十分には対応できていない。 B: 診療加算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に努めていきたい。	
		○がん化学療法に関する勉強会開催数【 11 回 】 (H30: 21 回 → R元: 20 回)	がん診療支援センター	○	A: 新規抗がん剤や化学療法に関する依頼内容に対応している。ラダーⅠ受講者に対する講義とシミュレーション研修を実施。リンクナースが中心となり部署の化学療法に関する実施状況の確認と必要な知識の習得に努めた。勉強会以外でも、がん薬物療法認定薬剤師やがん化学療法看護認定看護師が、投与管理や薬剤、副作用に関する個別相談に対応している。 B: 効果的な知識習得方法を検討していく。	
		○ポート管理研修受講人数【 217 人 】 (H30: 41 人 → R元: 60 人)	看護局 がん診療支援センター	◎	A: 看護局教育や主任会とがん化学療法認定看護師が協働して、2年目以降の看護師に対するポート技術チェックを行い、復習コースと知識習得コースに振り分け研修を実施した。ラダーⅠ研修も実施した。 B: 看護局新人教育委員会を中心に、今後も安全なポート管理技術の向上を目指していく。	
		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【 66 人 】 (H30: 39 人 → R元: 30 人)	がん診療支援センター	◎	A: できる限り生島教授診察前日に、放射線科林先生協力の下、放射線治療計画用造影CTを撮影し、放射線技師がある程度の臓器の輪郭抽出を行う(時間がかかるため)ことで、生島教授の負担を減らすよう努めている。(教授より大変助かっているとのこと) B: 半日派遣のため、緊急照射への対応ができない。	
		エ 緩和ケアの提供体制の強化 ○緩和ケアチームの介入患者数【 27 人 】 (H30: 7 人 → R元: 25 人)	がん診療支援センター	△	人間関係1(6)参照。	
		○緩和ケア研修修了医師累計数【 31 人 】 (H30: 26 人 → R元: 26 人)	がん診療支援センター	◎	A: 早期に緩和ケア研修を受講している医師が増加している。 B: 総務課と協力し、県内のがん診療連携拠点病院で実施される研修会の開催案内を継続する。	

具体的施策 取組項目(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 【R元年実績】 (H30:実績→R元:計画目標値)	責任所属名	自己 評価	目標達成に向けた A取組 B課題	
医療の質の確保に向けた取組						
医療技術						
1 高松市医療全体の最適化を目指した役割の強化	(2) がん診療機能の強化	○がんのリハビリテーション研修受講生累計数【10人】 (H30: 10人 → R元: 17人)	がん診療支援センター	◎	A: 計画的に研修応募や受講を実施している。 B: 専門的なリハビリテーションの提供を継続する。	
		○「地域を含めたがん患者及び家族への支援」 ○がん患者と家族への相談支援件数【33件】 (H30: 49件 → R元: 60件)	がん診療支援センター	△	A: がん相談員や認定看護師が相談対応を実施しており、依頼を受けるだけでなく、医療者側から患者へ働きかけることも行っている。 B: がん相談の広報に努めるとともに、相談員が最新の癌治療に関する知識・情報を得て質の高い相談を行っていく。	
		○がん患者等との交流数【1回】 (H30: 1回 → R元: 2回)	がん診療支援センター	○	A: 10月に緩和ケアチーム主催の「おいでまいよ会」を実施し、緩和ケアの啓蒙や患者間や医療者との交流が図れた。	
		○がん相談員基礎研修(2)修了者累計数【2人】 (H30: 2人 → R元: 3人)	がん診療支援センター	○	A: 今年度の国立がんセンターがん相談員基礎研修(E-learning)リニューアルのため、今年度の申し込みと受講期間が短期となったため、R2年度の研修受講に変更した。 B: R2年度の基礎研修(1)(2)受講とともに、基礎研修(3)修了者に対する継続研修受講も行い、最新知識の習得と相談員の質の維持向上を図る。	
	(3) 地域包括ケアへの対応	○病床稼働率【67.6%】 (H30: 54.5% → R元: 65%)	医事課	◎	A: 地域包括ケア病床選定会議を定期的開催し、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、適切に一般病床からの転床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【1人】 (H30: 9人 → R元: 2人)	総務課	◎	A: R元年度は、ホームページでの募集等が実を結び、R2年1月に脳神経内科1名を採用した。医師数を維持するだけでも大変な状況になっているが、R2年度は、4月に内科1名、年度途中に2名の計3名の採用を予定している。
			○病院実習生受入人数【21人】 (H30: 14人 → R元: 7人)	総務課	○	A: H30年度は徳島大学の医師実習生を14名受入れた。全国的に医学実習の指針が変更されたことに伴い、R元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【5人】 (H30: 1人 → R元: 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、H30年度は1名が見学に訪れた。また、本院負担で実習生の昼食を提供し、実習生と本院医師による意見交換の機会を設けている。 B: 見学者の増加を図るとともに、見学の機会をとらえて本院の魅力を積極的にPRするなど、臨床研修医獲得につなげるための工夫が必要である。
		(2) 医師研修プログラムの充実等	○臨床研修医(基幹型)獲得数【1人】 (H30: 0人 → R元: 2人)	臨床教育センター(総務課)	○	A: 次年度の基幹型プログラムへの研修医マッチング(定員2名)を目標として、レジナビ等のブース説明会に参加した学生や実習生、見学生に対して継続して連絡を取り、研修医マッチングにつなげる取り組みをしており、臨床研修医の獲得を目指している。 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蒙が重要である。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【26人】 (H30: 33人 → R元: 65人)	臨床教育センター(総務課)	△	A: R元年度開催の説明会結果は、以下のとおり。 ・徳島大学説明会(6/29 院長、長町副院長、藤井診療部長、國重研修医、横倉、出口参加、学生8名) ・大阪レジナビ(7/7 院長、長町副院長、藤井診療部長、大池研修医、横倉、出口参加、学生18名) ・香川県臨床研修病院合同説明会(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】 (H30: 40対1 → R元: 30対1)	医事課	○	A: 11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30対1を見据えて人員確保を図る必要があるものの、担い手不足が課題となっている。	

具体的施策	取組項目における 具体的な実施内容	取組内容 【R元年実績】 (H30:実績→R元:計画目標値)	責任所属名	自己 評価	目標達成に向けた A取組 B課題	
						取組項目(大分類)
						取組項目(小分類)
医療の質の確保に向けた取組						
医療技術						
3 メディカルスタッフの確保と機能強化	(1) 看護局	○認定資格等の取得者数【2人】 (H30:3人→R元:3人)	看護局	○	A:呼吸療法認定士に関しては、受験のための必須研修を受講し、2名合格。 B:皮膚排泄看護認定看護師に関しては、次年度受験に向けて、現在準備中である。感染管理認定看護師、NST専門療法士に関しても、次年度受験に向けて、現在準備中である。	
		○研修実習生【149人】 (H30:150人→R元:100人)	看護局	○	現在、3校から実習生を受入れているが、コロナ対策のため3月より受入を中止している。8月より再開の予定である。	
		○離職率【4.37%】 (H30:5.8%→R元:5%)	看護局	◎	今年度、11名の看護師の離職があった。内、定年が5名で、次年度再任用の職員は3名であった。新卒看護職員の離職はなかった。	
	(2) 薬剤局	○認定資格等の取得者累計数【16人】 (H30:16人→R元: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4名、日病薬病院薬学認定薬剤師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。	
		○実務実習生【3人】 (H30:1人→R元:6人)	薬剤局	○	A:徳島文理大学1名(R元.8.26~R元.11.10)、徳島文理大学1名、神戸薬科大学1名(R元.11.25~R2.2.16) B:徳島文理大学香川薬学部へは6名受け入れ可能との回答しているところであるが、大学・学生の都合によって実習に来ていないため目標値には達していない。	
		○早期体験学習生【2人】 (H30:2人→R元:2人)	薬剤局	◎	A:徳島文理大学香川薬学部2名(R元.11.29)	
	(3) 検査技術科	○認定資格等の取得者累計数【6人】 (H30:6人→R元:7人)	検査技術科	△	資格取得には実務経験が必要であるが、取得に向けて準備をしていた者が退職となり、早急に次の者の取得準備をしていくことになった。腹部超音波検査技術習得技師は1名育成できたが、認定資格取得には至っていない。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。	
		○見学実習生【3人】 (H30:15人→R元:3人)	検査技術科	◎	見学【1日】実習生(3名)に加え、長期【3ヶ月】実習生(2名)の受け入れを行い臨地実習指導を行った。今後も希望があれば、受け入れ体制を取り、未来の臨床検査技師育成に貢献し、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【6人】 (H30:2人→R元: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。	
		○研修実習生【2人】 (H30:0人→R元:4人)	放射線技術科	○	徳島文理大学からの研修実習依頼2名に対し、2名受け入れ。	
		○院外研修参加数【69回】 (H30:79回→R元:65回)	放射線技術科	◎	新しい技術の取得や知識向上に向けた取り組み。	
	(5) リハビリテーション技術科	○認定資格等の取得者累計数【22】 (H30:19→R元:15)	リハビリテーション技術科	◎	A:がんリハ:6名、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。	
		○研修実習生【7人】 (H30:7人→R元:8人)	リハビリテーション技術科	◎	A:通常通り受け入れが行えている。(5月:1名、7月:1名、9月:2名、10月:1名、2月:2名) B:今後も同様に学生の育成に貢献したい。(コロナウィルスの影響で実習中止となっている)	
	(6) 臨床工学科	○研修実習生【3人】 (H30:3人→R元:2人)	臨床工学科	◎	徳島文理大学2名 四国医療1名受け入れ。	
(7) 栄養科	○認定資格等の取得者累計数【4人】 (H30:4人→R元:4人)	栄養科	◎	認定資格保有者数は維持。 なお、R2年度は「かがわ糖尿病療養指導士」の資格を2名が取得する予定。		

具体的施策	取組項目における 具体的な実施内容	取組内容 【R元年実績】 (H30:実績→R元:計画目標値)	責任所属名	自己 評価	目標達成に向けた A取組 B課題	
						取組項目(大分類)
						取組項目(小分類)
医療の質の確保に向けた取組						
医療技術						
4 医療安全の強化	(1) 医療安全意識の共有と醸成	○ヒヤリハット報告会開催数【12回】 (H30: 10回 → R元: 12回)	医療安全管理センター	○	A: 毎月ヒヤリハット報告会の開催。 B: 参加率の向上が課題である。	
		○安全管理研修(全体研修)の開催数【2回】 (H30: 2回 → R元: 2回)	医療安全管理センター	△	A: 10月、12月に実施予定。 B: 参加できなかった職員のDVD視聴率の向上。	
		○放射線関係医療安全取扱研修開催数【6回(2回)】 (H30: 6回(2回) → R元: 6回(1回)) ※()内はうち、医療安全管理センターが開催するもの	放射線技術科、医療安全管理センター	◎	MRIの安全研修を中心に、講習・研修の実施。(総数99名参加)	
		○医療安全に係る院内ラウンド実施数【56回】 (H30: 62回 → R元: 12回) ※医療安全管理センターが実施するもの。	医療安全管理センター	○	A: 重大事例の報告時に状況確認のため現場調査を行った。 B: コメディカルとの時間調整が困難。	
	(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【7回】 (H30: 6回 → R元: 6回)	院内感染対策センター	◎	A: 5/13 「はじめての抗菌薬～変更する時ってどんな時……どんな時?～」 出席者数:100名 6/3 「出来て当然!! 標準予防策」 出席者数:126名、DVD視聴者数:351名 7/1 「代表的な薬剤耐性菌」 出席者数:85名 10/7 「インフルエンザ・ノロウイルス」 出席者数:122名、DVD視聴者数:274名 12/2 「肺炎球菌・狂犬病ワクチン」 出席者数:88名 2/3 「新型コロナウイルス ～武漢 肺炎～」 出席者数:101名 12/23 トピックス研修「重症熱性血小板減少症候群(SFTS)」 出席者数:25名	
		○針刺事故件数【18件】 (H30: 17件 → R元: 5件)	院内感染対策センター	×	A: 針刺し事故が13件、皮膚粘膜曝露事故が5件であった。ヒヤリ・ハットが提出された時点で、内容を確認し、必要であれば指導した。 B: 安全機構を作動させずに針刺し事故が発生した事例があり、既職者にも基本を繰り返し指導することが必要であるが、現在そのような環境がない。皮膚粘膜曝露事故が増えている。皮膚粘膜曝露についても報告することが定着してきているのも一因ではないか。事故を防ぐために手順、防護具着用の有無などを調査し改善につなげていく必要がある。	
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: R元年度も引き続き参加し、各部署協力のもと、データ提出を行うとともに、当院データの関連部署への情報提供や電子カルテグループウェアを通じての院内における情報共有を行い、医療品質の向上に努めた。	
	(2) クリニカルパスの拡充	○クリニカルパス新規開発件数【23件】 (H30: 29件 → R元: 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。消化器内科パスの作成を進めていく。	
		○クリニカルパス使用件数(電子カルテパスのみ)【2,119件】 (H30: 520件 → R元: 540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【286件】 (H30: 0件 → R元: 400件)	放射線技術科	△	A: 医療機関に共同利用を促す取り組み。 B: PET検診の増加を目指す。	
		○新規がん放射線療法患者数(再掲)	放射線技術科	△		
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 【R元年実績】 (H30:実績→R元:計画目標値)	責任所属名	自己 評価	目標達成に向けた A取組 B課題	
						取組項目(大分類)
						取組項目(小分類)
医療の質の確保に向けた取組						
人間関係						
1 チーム医療体制の充実	(1) 医療安全対策チーム	○心電図モニター、ポンプ取扱い勉強会開催数【6回】 (H30: 1回 → R元: 2回)	医療安全対策チーム	○	A: 臨床工学士、循環器医師による心電図モニター勉強会を実施。輸液ポンプ取扱いは新採用者に研修で実施。各病棟にポンプ使用上の注意資料を配付。 B: 心電図モニター研修会の参加率向上を促進する。	
		○ラウンド件数【31件】 (H30: 22件 → R元: 12件)	医療安全対策チーム	○	A: 同姓患者予防策・インスリンマニュアル遵守。身体抑制状況確認ラウンドを実施。 B: ラウンド結果のフィードバック。	
	(2) 院内感染対策チーム	○院内感染対策ラウンド回数【44回】 (H30: 49回 → R元: 40回)	院内感染対策センター	○	A: 毎週、ICTラウンドを薬剤師と看護師で実施できている。 B: R2年に入り新型コロナウイルス対策、防護具不足への対応などでラウンドが不十分であった。特定の部署を中心のラウンドとなった。状況が少しずつ落ち着いてきたため、全部署へのラウンドを徐々に開始していく。	
	(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。	
	(4) 呼吸療法サポートチーム	○呼吸不全患者や人工呼吸器装着患者を対象に、ベッドサイドでの観察・評価を始め、呼吸器の安全管理、使用環境の整備、廃用予防など、呼吸器からの早期離脱を目指しながら、呼吸療法における医療安全と呼吸器ケアのレベルアップを目指す。	呼吸サポートチーム	○	<1回/週>RST対象患者へのラウンドを施行し、呼吸器の安全管理、使用環境の整備、廃用予防など、呼吸器からの早期離脱を図る。 <1回/月>看護師対象のNPPV学習会開催 <4回/月>看護外来の実施: CPAP装着患者の在宅療養指導を施行 禁煙外来の実施 禁煙成功率: 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(R2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R2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: 6~8: 0.08% ~ 0.04% → R元: 病院Qi事業におけるほぼ平均値以下で経過)	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【27人】 (H30: 7人 → R元: 25人)	緩和ケアチーム	△	A: 事前に緩和ケア認定看護師がラウンドを行い、毎週金曜日にカンファレンスを実施し、患者に応じた緩和ケアの支援を行っている。また、ラウンド時に病棟スタッフとの情報共有を行っている。 B: 今年度の平均介入回数が1.3回であり十分な介入ができていない。介入患者数増加と介入内容の充実のためにも早期よりの紹介が重要である。介入患者に対して、主治医、病棟との連携を図った質の高い緩和ケアの提供や支援状況の可視化を行い、早期よりの紹介につなげていきたい。また、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。今後、介入内容を充実させ積極的な算定を行ってきたい。	
	(7) 糖尿病チーム	○糖尿病教室の開催回数【8回】 (H30: 5回 → R元: 8回)	糖尿病チーム	○	今年度より、糖尿病教室の開催日を糖尿病内科外来のある月曜日と火曜日に日程を変更し、年間計画通り実施した。しかし、糖尿病教室に参加する人数の増加は見込めなかった。診療報酬には、糖尿病教室を行うことで加算が取れるものもあり、今後の運用のあり方を含め検討が必要であると考える。	
		○糖尿病研修会の開催回数【3回】 (H30: 7回 → R元: 6回)	糖尿病チーム	◎	年間計画通り、院内研修を開催し、167名の参加があった。次年度も最新の糖尿病に関する研修を検討し、糖尿病に関する知識の向上を図りたい。	
○糖尿病療養指導を実践するスタッフの増員累計数【5人】 (H30: 1人 → R元: 5人)		糖尿病チーム	○	糖尿病療養指導士の資格取得者がH30年度3名、R元年2名増えたことに伴い、外来での療養指導の充実と資格取得者の育成を目的として、外来での療養指導者を5名に増員している。外来での療養指導を実施すると共にチーム会でカンファレンスを行い、情報共有や意見交換を実施した。次年度も継続を図ると共に、糖尿病療養指導士の育成を図りたい。		
(8) 排泄ケアチーム	○排尿自立指導実施件数【47件】 (H30: 20件 → R元: 150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。H30. 4~H31. 3月で30件、R元. 4~R2. 3で47件と増加している。ただ、目標件数に到達していない。月1回カンファレンス、週1回のラウンドを実施している。「簡易エコー」により、低侵襲の残尿測定を施行している。H30. 4~R2. 3月で1,018件と増加傾向である。		

具体的施策	取組項目における具体的な実施内容	取組内容【R元年実績】 (H30:実績→R元:計画目標値)	責任所属名	自己評価	目標達成に向けた A取組 B課題	
						取組項目(大分類)
						取組項目(小分類)
医療の質の確保に向けた取組						
人間関係						
1 チーム医療体制の充実	(9) 摂食嚥下チーム	・食物を咀嚼、又は飲み込むことができない患者を対象に、「食べる楽しみ」を維持するために、摂食サポートや栄養状態、嚥下機能の評価に基づく治療や訓練を実施する中で、誤嚥性肺炎の発症防止と摂食機能の回復に努める。	摂食嚥下チーム	△	A: H31/2/7、4/10、R元/6/6に計3回、摂食・嚥下チーム勉強会を開催し、看護師向けにスライドにて啓蒙を行った。それと平行して、摂食・嚥下マニュアルを作成した。8/14にチームミーティングを行い、マニュアルの完成と今後の活動方針につき検討した。10/2、10/13、11/13に各病棟リンクナースに向けマニュアルにそった摂食・嚥下チーム勉強会を行った。今後病棟での実践を予定している。 B: 摂食・嚥下チームの取りかかり方の方針を作成し、リンクナースを中心に各病棟での看護師へマニュアルに沿った嚥下評価訓練の指導を行い、ベッドサイドでのチームの活動を開始する。	
		(10) 口腔ケアチーム	・口腔ケアが必要な患者を対象に、より効果的な病棟口腔ケアを実施し、患者の誤嚥性肺炎の発症防止や化学療法、放射線治療などに伴う口内炎の症状緩和を図り、早期回復を促すとともに、職員に口腔内ケア教育を実施する。	口腔ケアチーム	○	A: 11月に医療・介護関連施設職員研修会を予定しており、目標は達成できそうである。 B: 口腔ケアに対する重要性、必要性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にすること。
	2 市民との信頼関係の強化	(1) 指導・教室の実施	○健康いきいき教室開催数【4回】→R2年度より中止	呼吸サポートチーム	◎	<1回/年> 院外レクレーション(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外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。 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努める。
			○RST研修会開催数 10回/年	地域医療・患者支援センター	○	
			○RSTラウンド 1回/週			
		(2) 相談事業の充実	○やさしく学べる健康講座【10回】 (H30: 7件 → R元: 15回)	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で対応している。他職種からなる「患者サポート体制」の委員が毎週カンファレンスを実施、3ヶ月に1回全体会を開催している。診療相談(698件)、医療費相談(434件)、施設設備相談(100件)、福祉相談(54件)その他の項目(144件)各部署の行った対応について情報共有し、定期的に患者サービス向上委員会へ報告相談している。 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。
			○糖尿病教室の開催回数(再掲)	糖尿病チーム	○	
			○医療福祉相談件数【1,186件】 (H30: 1,400件 → R元: 900件)	地域医療・患者支援センター	◎	
		(3) 「私のカルテ」の推進	○施設・設備相談、その他件数【1,541件】 (H30: 3,633件 → R元: 1,300件)	地域医療・患者支援センター	◎	A: 入院案内パンフレット内に案内文を掲載など働きかけを行っている。入院時にも内容が理解できるよう説明をしていく。 B: 今後増加するよう、病棟スタッフやコメディカルの協力も得て努力していきたい。 A: 平均すると20.4%であるが、前半10%台も、各部署増加するように取り組むことにより後半は20~30%に増加することができた。 B: 今後も増加するよう努力していきたい。 A: 外来スタッフの協力もあり、配布率は目標を上回る事ができた。
				○入院患者の利用者数【1,290人】 (H30: 1,135人 → R元: 1,500人)	私のカルテ推進委員会	
○入院患者への配布率【20.4%】 (H30: 23.5% → R元: 40%)	私のカルテ推進委員会			△		
○新規外来患者への配布率【85%】 (H30: 81% → R元: 60%)	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%】 (H30: 100% → R元: 100%)	地域医療・患者支援センター	◎	A: 退院計画スクリーニングを基準に、退院支援の必要な患者に対し、入院前から定期的にカンファレンスを実施し、円滑な退院支援に努めている。(退院支援加算1:600点→1,632件、介護支援連携指導料:400点→152件、多機関共同指導加算:2,000点→10件) 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。		
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】 (H30:4.1点 → R元: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、R元年12月2日~R2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340枚(H30年度:109枚)、外来は471枚(H30年度:273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。総合評価においては、昨年度より上昇している。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した。また、調査期間を15日間から3か月間に拡大した。	
		○外来患者満足度【4.1点】 (H30:4.0点 → R元:4.0点)	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 【R元年実績】 (H30:実績→R元:計画目標値)	責任所属名	自己 評価	目標達成に向けた A取組 B課題	
						取組項目(大分類)
						取組項目(小分類)
医療の質の確保に向けた取組						
アメニティ						
1 患者の視点に 立ったサービスの 提供	(2) 待ち時間短縮及び接遇 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【 39% 】 (H30:34.9% → R元:40%)	患者サービス 向上委員会、 総務課	○	A:R元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39%となっており、H30年度の35%と比べて増加している。また、待ち時間が90分以上であった予約患者の割合は13%であり、H30年度の17%と比べ減少している。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。 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【 3回 】 (H30:2回 → R元:1回)	患者サービス 向上委員会、 総務課	◎	A:職種別に3パターン作成した身だしなみマニュアルに基づき、毎月、委員会メンバーによる身だしなみチェックラウンドを実施している。ラウンド結果については委員会で報告し、各部署の委員を通じて身だしなみについての指導が行われている。4月に新採用職員全員を対象とした集合研修において、接遇に関する研修を行うとともに、11月及びR2年1月に病院局職員向けの接遇研修を行っている。看護局内の取り組みとしては、身だしなみチェックを自己評価と他者評価を2回/年行い、1回目と2回目では、改善が見られた。	
	(3) 外来でのサービス拡充	○セカンドオピニオン受入件数【 2 件 】 (H30: 0 件 → R元: 5 件)	がん診療支 援センター	○	A:今年度初めて、セカンドオピニオン外来受診が2件あり、他にも問い合わせがみられた。 B:セカンドオピニオンに関するポスター提示など、広報に努めたい。	
		○セカンドオピニオン診療情報提供数【 8 件 】 (H30: 7 件 → R元: 10 件)	がん診療支 援センター	◎	A:診察時にセカンドオピニオンについて説明など行われていることが診療記録上増加しているが、希望数は少ない。提供件数の少なさは、当院の診療が信頼され、他院のセカンドオピニオンを聞く必要性をあまり感じられていないと、肯定的に評価できる。 B:セカンドオピニオン紹介に関するポスター掲示を行い、広報に努めたい。	
	(4) 病棟でのサービス拡充	ア 効率的な病床管理 適宜病床管理委員会において、病床管理指標の報告 や問題点について話し合う。	病床管理委 員会	◎	A:毎日、看護局にて、病床運用会議(15分程度)を実施し、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。 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。	
			イ 病棟薬剤業務・服薬指導業務の充実 ○服薬指導率【 80.9 % 】 (H30: 86.1 % → R元: 85 %)	薬剤局	△	A:救急病棟では夜間入院午前退室の患者が多数いるため、面談困難な状況が増加したことにより、救急病棟の患者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【 1,764 件 】 (H30: 1,116 件 → R元: 1,200 件)	栄養科	◎	A:委託業者と協働で、病棟訪問実施。目標件数は達成。	
		エ 地域包括ケア病棟におけるリハビリの実施及び支援 ○平均2単位実施【 100 % 】 (H30: 100 % → R元: 100 %)	リハビリテー ション技術科	◎	A:施設基準の継続のため、実施率100%を維持出来るよう取り組んでいる。 B:今後も継続して100%実施を目標に検討していく。	
オ 転倒・転落防止対策への取組 ○医師及びコ・メディカルとの院内ラウンド回数【 9 件 】 (H30: 10 件 → R元: 12 件)	医療安全管 理センター	△	A:医師・看護師で3回ラウンド、単独で17回実施。転倒・転落後の対策に安易に抑制をしていないか、身体抑制患者のラウンドを6回実施。 B:今後、理学療法士や薬剤師との協同ラウンドも必要。			
地域社会						
1 地域医療連携 の強化	(1) 地域医療連携セミナー 等の開催	○地域医療連携セミナー開催数【 3 回 】 (H30: 3 回 → R元: 3 回)	地域医療・患 者支援セン ター	◎	A:①R元年9月18日(水)②R元年11月20日(水)③R2年2月29日(水)講演会施行後は、院内医師の紹介や意見交換を行った。 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。	
		○地域医療連携カンファレンス開催数【 1 回 】 (H30: 1 回 → R元: 1 回)	地域医療・患 者支援セン ター	◎	A:①R元年7月25日(木)国立病院機構名古屋医療センター 院長 長谷川 好規 先生 参加者95名、院外にて講演会施行、講演会終了後に院内外の参加者で意見交換会の場を設け、顔の見える関係を築いていた。 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【R元年実績】 (H30:実績→R元:計画目標値)	責任所属名	自己評価	目標達成に向けた A取組 B課題	
						取組項目(大分類)
						取組項目(小分類)
医療の質の確保に向けた取組						
地域社会						
1 地域医療連携の強化	(2) 重点エリアの連携体制の強化	○地域医療機関等訪問件数【184件】 (H30: 191件 → R元: 160件)	地域医療・患者支援センター	◎	A:高松市内、郊外の医療機関へ各診療科医師と共に、当院各診療科独自で作成した専門外来パンフレット等を用いて訪問を継続している。 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。	
	(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【95%】 (H30: 96% → R元: 100%)	地域医療・患者支援センター	○	A:返書・診療情報提供書の作成・必要性等を院内で周知し、毎日確認して医師へ連絡し、3日以内の返書率を算定している。 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【61%】 (H30: 58% → R元: 50%以上)	地域医療・患者支援センター	◎	A:紹介率60%、逆紹介率76% 地域医療機関への訪問活動、地域医療連携だより、医師紹介パンフレットの配布などを計画的に実施して、紹介率、逆紹介率の向上に努めている。また、H28度に開設したホットライン(脳卒中・消化器・呼吸器科)は地域医療機関の医師が専門医師と直接、医療相談できる体制で利便性を図り、紹介患者の増加に努めている。 逆紹介患者については、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。	
		○逆紹介率【81%】 (H30: 62% → R元: 70%以上)	地域医療・患者支援センター	◎	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。	
	(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【80件】 (H30: 82件 → R元: 50件)	地域医療・患者支援センター	◎	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【20人】 (H30: 24人 → R元: 50人)		地域医療・患者支援センター	○	A:シームレス研究会(4回/年)開催を院内に周知し、関係部署から参加している。(R元年5月29日 7名参加、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。 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【2回】 (H30: 2回 → R元: 2回)	薬剤局	◎	A:R元年7月4日開催47人参加、R2年1月30日開催31名参加。		
医療の透明性の確保に向けた取組						
情報発信						
1 情報発信	(1) 医療事故等の公表	○高松市病院局医療安全評価委員会開催数【0回】 (H30: 1回 → R元: 1回)	医療安全管理センター	×	A:新型コロナウイルス感染防止のため延期。 B:開催と公表にあたり、一般人が理解できる文章でまとめる。	
	(2) 病院事業経営状況の公開	・ホームページを活用し、経営健全化計画及び計画に搭載した取組の進捗状況、自己評価、それらに対する外部評価、さらには、病院事業の各年度の予算・決算の概要や収益的収支の年度推移等について、よりわかりやすく情報提供できるよう工夫し、経営状況を公開する。	経営企画課	○	A:経営健全化計画の進捗状況を始め、病院事業の予算・決算、経営状況、外部評価機関の開催状況と評価結果などをホームページ上に漏れなく掲載している。特に外部評価機関である「高松市立病院を良くする会」の開催に当たっては、市議会へ案内するとともに、市報に掲載するなど、より開かれた会合となるよう努めている。	
	(3) 市政出前ふれあいトークの実施	・希望に応じて、実施する市政出前ふれあいトークに、医師・看護師等が出向き、疾病予防のための健康講座や当院の診療内容等について情報発信を行う。	医事課	◎	A:引き続き、市政出前ふれあいトークを開催し、積極的に市民に対する疾病予防や健康増進の普及啓発に努めた。	
	(4) 病院広報の拡充	A ホームページの充実及びメンテナンス ・医師、看護師等多職種のスタッフにも協力を求めながら、掲載内容やレイアウト等を随時見直し、メンテナンスにも配慮しつつ、わかりやすく親しみやすい医療情報等の提供・発信に取り組む。	医事課	○	A:移転に伴い、より市民に分かりやすく親しみやすいホームページとなるよう、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。	
	(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】 (H30: 6回 → R元: 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。 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】 (H30: 1回 → R元: 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。 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。	

具体的施策	取組項目における 具体的な実施内容	取組内容 【R元年実績】 (H30:実績→R元:計画目標値)	責任所属名	自己 評価	目標達成に向けた A取組 B課題	
						取組項目(大分類)
						取組項目(小分類)
医療の効率性の確保に向けた取組						
効率化						
1 効率化の推進	(1) 施設基準の取得	ア がん患者指導管理業務の充実 ○がん患者指導管理加算八算定件数【148件】 (H30: 0件 → R元: 60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、プレアボイドや処方提案の件数が増加した。がん診療の質向 上、医師の業務負担軽減に貢献できたと考える。 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、2020年度診療報酬改定で追加された、連携充実加算を算定する名目で、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ボイド報告 件数 【225件】 (H30: 284件 → R元: 250件)	薬剤局	◎	A: DIカンファレンス166回、プレアボイド報告59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: 夏場の湿度対策が必要である。	
	(3) 適切な診療報酬の請求	○診療報酬請求額査定率【0.269%】 (H30: 0.252% → R元: 0.14%)	医事課	△	A: 診療報酬請求の査定減については、医療事務委託業者を中心に診療改善・保険診療委員会にて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0.017ポイントの増となっており(H30年度平均 △0.252%)、目標達成に向け、医師をはじめ関係するコ メディカルが情報を共有し、研修会に参加する等さらなる個々のスキルをアップに取り組む必要がある。	
	(4) ジェネリック医薬品の採 用拡大	○ジェネリック医薬品使用数量率【94.1%】 (H30: 93.5% → R元: 90%)	薬剤局	◎	A: DPCでの後発医薬品使用数量率は85%以上であるが、率が引き上げられても対応できるよう90%以上を維持する。	
	(5) 効率的な物品管理体制 の構築及び調達方法の検討	○医薬収益に対する材料費比率【20.1%】 (H30: 20.0% → R元: 20.0%)	総務課	○	A: 新病院から新たに院内物流(SPD)の業務を委託化し、物品の調達・利用・在庫管理等について、より効率的な物品管理体制 の構築を行った。 B: SPDについては、適正な在庫数及び品目の整理が必要である。また、薬品については、新たな契約方法が確立できたことか ら、早期に取り組む必要がある。	
	(6) 未収金の発生防止及び 回収促進	○現年度分収納率【98.2%】 (H30: 98.0% → R元: 98.7%) ○過年度未収金回収率【50.7%】 (H30: 23.5% → R元: 9.0%)	医事課 医事課	○ ◎	A: 未収者の来院時に受付窓口での声掛けや分納相談を積極的に行うことにより、一定の収納率を確保した。 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。 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。	
	(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。 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。	総務課 医事課	○ ○	A: R元年度末時点で31件の提案があった。今後も周知等により、職員の病院運営への参画意識を高め、より多くの提案が得ら れるように努める。 A: 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。 B: 新病院におけるIT化の推進に伴い、医療情報システムや院内ネットワーク設備の運用管理・セキュリティ対策に係る体制強化 が急務である。	
(8) 人材配置の適正化	適材適所の配置に努め、人材の有効活用を、より一 層推進する。	看護局 総務課	◎	A: 糖尿病重症化予防を目的とし、2名の看護師で「フットケア外来」を実施しているが、今年度は、看護師を増員するため、糖尿 病療養指導士4名と透析看護師1名が、規定の研修を修了した。今後、随時、フットケア外来に配置していく予定である。また、慢 性呼吸器疾患看護認定看護師による、外来患者への指導も毎週水曜日に実施している。さらに、次年度からは、緩和ケア認定看 護師も通院治療室に加わり、がん化学療法を受ける患者のサポートの強化を目指している。		

具体的施策	取組項目における 具体的な実施内容	取組内容 【R元年実績】 (H30:実績→R元:計画目標値)	責任所属名	自己 評価	目標達成に向けた A取組 B課題	
						取組項目(大分類)
						取組項目(小分類)
医療の効率性の確保に向けた取組						
管理体制						
1 管理体制の強化	(1) 病院事業の健全かつ円滑な運営	○経常収支比率【 92.6 % 】 (H30: 97.9 % → R元: 99.2 %)	経営企画課	△	A: 3月末時点の実績は、92.6%と、目標値を下回っており、更なる収益増対策及び費用減対策を講じる必要がある。これらの課題解決のため、毎月詳細な決算見込等の資料を作成し、経営戦略会議で使用することで、経営状態を把握し、病院経営の改善に努めている。	
	(2) 就労意欲の維持・向上	・顕著な業務成績を収めている職員が更なる向上心を持って取り組めるような方策を検討する。	総務課	○	A: 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)単位の業績表彰を予定している。 B: 就労意欲の向上を目的に他病院の方策で良い事例があれば取り入れを検討する。	
	(3) 業務実績報告・目標発表会の開催	・診療科、各局、業務委託業者を含めた病院を構成する全組織が一同に会して、これまでの業務実績を報告するとともに当該年度の目標を発表し、異なる職種間での相互理解と相互信頼を深め、病院の円滑な運営に努める。	総務課 →経営企画課	○	A: R元年度は、4月27日(土)に開催した。みんなの病院開院年度となったH30年度の実績とR元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。 B: 各所属の発表に対する質問時間を十分に確保するため、実施内容の見直しを行っていきたい。	
	(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: R元年5月25日に、みんなの病院、さぬき市民病院、坂出市立病院、徳島県つるぎ町立半田病院の4病院で、医療経営セミナーを開催し、講師による講演のほか、各病院における勤務環境などの改善に向けた取組内容について情報共有を図った。	
	(5) 適切なDPCコーディングの実施	○DPC部位詳細不明病名使用率【 1.2 % 】 (H30: 2.5 % → R元: 7.0 %)	医事課、DPC委員会	◎	A: DPC部位詳細不明病名使用リスト作成の効率化を図った事で、迅速に主治医と協議することができるようになり、使用率の低減につながっている。また、医師による電子カルテ病名入力時点においても、部位詳細不明病名を判別しやすい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【 9.8 日 】 (H30: 8.1日 → R元: 11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まで伸びなかった。 B: 目標取得日数を達成できるよう、働き方改革の趣旨に沿った業務の効率化に取り組む必要がある。	
一体化						
1 一体化の推進	(1) 市立病院間の診療面の連携・協調及び、へき地医療	ア 医療局 ・患者ニーズや当院での診療状況等に応じて、医師を塩江分院に派遣する。	医療局(総務課)	○	A: 昨年度に引き続き、みんなの病院の医師を塩江分院に派遣している。 B: 内科医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: 塩江分院からは、毎日、みんなの病院への応援として、外来業務にあたっている。みんなの病院の医療安全管理センター、院内感染対策センター、看護局ICLS委員会からそれぞれ、医療安全、院内感染対策、急変時の看護についての研修を実施し、専門分野のスタッフが塩江分院スタッフのスキル向上の支援を行っている。	
		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、新規採用医薬品、削除品目について情報共有している。使用されなくなった医薬品や期限切れに近い医薬品については積極的に情報発信し、情報共有することで不良在庫や廃棄医薬品の減少に努めている。また、9月からの薬事委員会を合同で開催したり、ジェネリック医薬品の採用についても同じメーカー採用とすることで効率化を図っている。	
		エ 検査技術科 ・塩江分院からの検体検査を実施するとともに、相互理解を深め、信頼関係を築く。	検査技術科	◎	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回塩江分院に出向き、検査を行っている。今後も連携を深め、協力体制を築いていきたい。	
		オ 放射線技術科 ○塩江分院からの応援依頼件数【 - 回 】 (H30: 42 回 → R元: 50 回)	放射線後科		今年度より当院に職員を配置したために項目の削除。	

具体的施策	取組項目における 具体的な実施内容	取組内容 【R元年実績】 (H30:実績→R元:計画目標値)	責任所属名	自己 評価	目標達成に向けた A取組 B課題	
						取組項目(大分類)
						取組項目(小分類)
医療の効率性の確保に向けた取組						
一体化						
1	一体化の推進	(1) 市立病院間の診療面の連携・協調及び、へき地医療	カ リハビリテーション技術科 高松市立病院として、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。	リハビリテーション技術科	○	随時で交流(時間外)を持ち、相談・対応している。
			キ 栄養科 塩江分院との人員交流(相互応援)を行い、相互理解を深め、信頼関係を築く。	栄養科	○	双方の調理システム等について情報交換を行い、食事療養業務の運営について協働で研究を行った。
		(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: 香川診療所の患者のうち、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、みんなの病院において再診扱いとするなど、新病院への円滑な移行を図った。

具体的施策	取組項目	平成30年度実績	令和元年度目標	達成状況 【令和2年3月実績】
医療機能に関する指標	○入院患者数(人)	79,027	78,690	91,160
	○外来患者数(人)	94,534	89,915	102,374
	○全病床利用率(%)	63.8	70.5	81.7
	○一般病床利用率(%)	70.9	71.9	83.3
	○紹介率(%)	59.9	50.0以上	61.1
	○逆紹介率(%)	70.8	70.0以上	80.9
	○患者満足度・入院(点)	4.1	4.0	4.3
	○患者満足度・外来(点)	4.0	4.0	4.1
経営に関する指標	○経常損益(百万円)	△ 150	△ 56	△ 647
	○経常収支比率(%)	97.9	99.2	92.6
	○医業収支比率(%)	88.4	89.0	86.5
	○職員給与費対医業収益比率(%)	66.8	63.0	60.0
	○材料費対医業収益比率(%)	20.1	18.0	19.6
	○経費対医業収益比率(%)	23.2	22.1	20.5
	○減価償却対医業収益比率(%)	2.6	8.8	15.1
	○年度末現金残高(百万円)	242	△ 21	499

※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3月末実績)

【塩江分院 編】

塩江分院基本方針

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

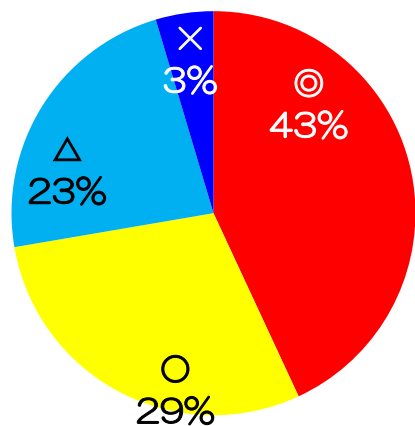
高松市病院事業経営健全化計画の取組項目に対する評価について【塩江分院】

1 評価基準

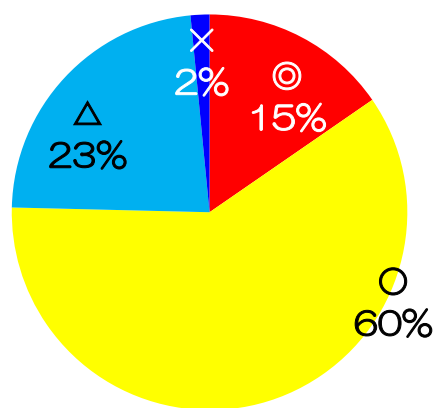
評価基準		評価の考え方
評価	区分	
◎	計画どおり順調である。	目標を達成した、又は目標達成と同程度の具体的成果が得られた。
○	概ね順調である。	目標達成のための取組みを進め、一定の成果が得られた、又は計画期間内に、目標達成と同程度の具体的成果が得られることが見込まれる。
△	やや遅れている。	目標達成のための取組みが不十分、又は取組みを進めたものの、具体的成果が得られなかった。
×	かなり遅れている。	消極的又は、目標達成のための取組みができていない。

2 自己評価結果

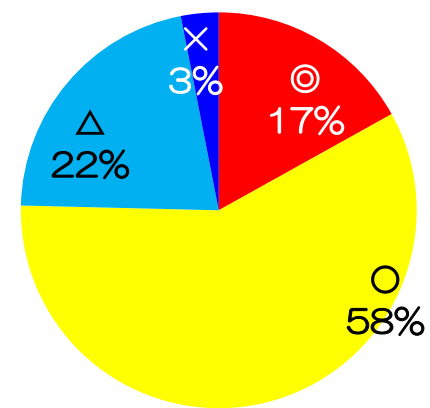
H31.3月末



R元.8月末



R2.3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 【R元年実績】 (H30:実績→R元:計画目標値)	責任所属名	自己 評価	目標達成に向けた A取組 B課題
取組項目(大分類)						
取組項目(小分類)						
医療の質の確保に向けた取組						
医療技術						
1 地域医療の推進	(1) 訪問事業の推進	○訪問診療件数【592件】 (H30: 598件 → R元: 730件)	医療局 (医科)	△	A:在宅療養支援病院(医師、看護師が24時間365日体制で在宅で療養する患者や、その家族を支援する)として、より質の高い訪問診療に努めている。	
		○訪問歯科件数【203件】 (H30: 115件 → R元: 160件)	医療局 (歯科)	○	A:常勤医師1名、非常勤歯科衛生士2名、非常勤歯科技工士1名体制を維持し、日常業務を見直し(外来患者対応の時間調整)することにより、積極的な訪問診療に努めている。	
		○訪問看護件数【2,030件】 (H30: 2,079件 → R元: 2,340件)	訪問看護ステーション	○	A:利用者数を増やすため、定期的に塩江社協との交流を継続することや、近隣の社協香川や近隣医院への訪問も行うようにしている。	
		○訪問リハビリテーション件数【262件】 (H30: 343件 → R元: 270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【54.2%】 (H30: 68.7% → R元: 77%)	医療局 (医科)	○	A: 独居・老々世帯が増えるなか、住み慣れた自宅ですす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【1,839回】 (H30: 3,196回 → R元: 2,200回)	医療局 (歯科)	○	A: 医科と歯科が連携し、経口摂取ができるよう、また、維持していけるようケアを行い、快適な食生活やQOLの向上に努めた。	
	(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%】 (H30: 0% → R元: 100%)	事務局	△	A: R元年度、塩江地区地域ケア小会議(全体会)が未開催のため、参加に至っていない。	
	2 医師の確保機能の強化	(1) 寄附講座の活用	○研修会の開催数【0回】 (H30: 0回 → R元: 1回)	医療局 (医科)	△	A: 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ついて支援を行った。
		(2) 医師の育成	○研修プログラム新メニュー追加件数【0件】 (H30: 0件 → R元: 1件)	医療局	△	A: 総合医として必要な知識が習得できるようまた、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【36人】 (H30: 42人 → R元: 50人)	医療局	○	A: 香川大学医学部4～5年生36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】 (H30: 1人 → R元: 1人)	事務局	○	A: 常勤医師の健康管理の為、開業医院、病院等、積極的に、宿日直をしていただける医師を確保するため、病院等の訪問を積極的に行った。	
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】 (H30: 5人 → R元: 6人)	看護局	○		
		介護支援専門員取得者累計数【6人】 (H30: 6人 → R元: 10人)	看護局	△	A: 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】 (H30: 10回 → R元: 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 【R元年実績】 (H30:実績→R元:計画目標値)	責任所属名	自己 評価	目標達成に向けた A取組 B課題	
						取組項目(大分類)
						取組項目(小分類)
医療の質の確保に向けた取組						
医療技術						
4 医療安全の強化	(1) 医療安全意識の共有と醸成	○安全管理研修会(全体研修)開催数【2回】 (H30:2回→R元:2回)	医療安全委員会	○	A:第1回(7/16)、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。不参加者に対しては、資料を閲覧し周知した。	
		○ヒヤリハット報告研究会開催数【12回】 (H30:10回→R元:5回)	医療安全委員会	◎	A:毎月1回委員会において報告を行い、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【12回】 (H30:13回→R元:12回)	感染予防委員会	◎	A:月1回委員会を開催するほか、毎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】 (H30:2回→R元:2回)	感染予防委員会	○	A:第1回感染対策研修(10/3)とみんなの病院の担当職員による第2回研修会(1/17)を実施した。	
		○針刺事故件数【0件】 (H30:1件→R元:0件)	感染予防委員会	○	A:職員の意識改革を図り、日常の感染対策に努めた。	
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【1件】 (H30:2件→R元:6件)	医療局	○	A:高松市立病院学会(10/19)で一般演題『退院支援におけるリハビリ職の役割と今後課題』の発表を行った。	
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【53.6%】 (H30:65.7%→R元:64%)	NST委員会	○	A:歯科と連携しながら経口摂取移行訓練を実施しており、経口摂取の患者が増加するよう努力した。	
		イ 褥瘡対策チーム ○院内褥瘡発生件数【4件】 (H30:4件→R元: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11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【11.4%】 (H30:9.2%→R元:15%)	身体拘束廃止委員会	○	A:毎月1回、委員会を開催し、拘束ラウンドを実施し、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】 (H30:0件→R元:1件)	事務局	△	A:「地域包括ケア小会議」が未開催のため、現時点では、提案を行っていない。	
		オ 摂食嚥下チーム ・主に食物を咀嚼、又は飲込みができない患者を対象に、「食べる楽しみ」を維持するために、摂食サポートや栄養状態、嚥下機能の評価などの治療や訓練を実施する。	NST委員会	○	A: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。	NST委員会	○	A: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【5回】 (H30:14回→R元:12回)	地域包括ケア推進チーム	△	A:多職種の参加により取り組み、集会場やコミセンに出向き取り組んだ。しかしながら、12月以降開催を予定していた健康講座等については、新型コロナウイルス感染拡大防止のため開催を中止した。	
	(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】 (H30:182回→R元:260回)	薬局	△	A:注射等の処方箋による調剤を始め、訪問診療と時間的に重なるため、訪問診療等への同行ができていない。	

具体的施策		取組項目における 具体的な実施内容	取組内容 【R元年実績】 (H30:実績→R元:計画目標値)	責任所属名	自己 評価	目標達成に向けた A取組 B課題	
取組項目(大分類)							
取組項目(小分類)							
医療の質の確保に向けた取組							
人間関係							
2	市民との信頼関係の強化	(2) 相談・指導事業の拡充	○放射線技師【 0 回 】 (H30: 3 回 → R元: 12 回)	放射線科	△	A: H31年4月から、みんなの病院の放射線技師が毎日応援に来て診療に当たっている。診療の合間を利用し積極的に取り組む。	
			○病棟看護師【 11 回 】 (H30: 6 回 → R元: 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【 14 回 】 (H30: 22 回 → R元: 20 回)	栄養科	△	A: 栄養面で問題を抱えている患者サポートや退院後訪問も行っている。	
			○歯科衛生士【 78 回 】 (H30: 53 回 → R元: 58 回)	歯科	○	A: 外来診療の合間を縫い、積極的に取り組んでいる。	
			イ 退院後の生活状況の確認 ○退院患者への近況確認率【 100 % 】 (H30: 100 % → R元: 100 %)	看護局	○	A: H29年1月在宅復帰機能強化加算取得により、退院後の近況確認を在宅退院患者に対して行い、必要時訪問、介護支援専門員への連携をとっている。	
			(3) 「私のカルテ」の推進	○「私のカルテ」発行累計数【 450 人 】 (H30: 436 人 → R元: 460 人)	看護局	△	A: 発行数は低調であるが、引き続き利用推進に努める。
			(4) 退院調整会議の充実	○退院調整を要する患者等への実施率【 100 % 】 (H30: 100 % → R元: 100 %)	看護局	○	A: 退院調整チーム会による退院調整の充実を図っている。
(5) 「ほたる通信」の発行【再掲】	情報発信1(3) 参照	広報紙作成委員会	△	情報発信1(3) 参照			
アメニティ							
1	患者の視点に立ったサービスの提供	(1) 患者満足度調査の実施	○病棟・外来満足度【 4.2 点 】 (H30: 実施せず → R元: 4.2 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、R2年3月に満足度調査を行った。	
		(2) 接客改善の取組	○接客委員会開催数【 12 回 】 (H30: 12 回 → R元: 12 回)	接客委員会	○	A: 毎月開催し、御意見箱の意見を職員で検討。全職員に周知し回答を掲示している。	
			○接客研修【 1 回 】 (H30: 2 回 → R元: 3 回)	接客委員会	○	A: 毎年、香川県診療施設協議会主催の接客研修に参加した者が院内で伝達研修していたが、新型コロナウイルス感染防止により接客研修会が中止となったため、接客委員会の委員による身だしなみチェックを実施した。	
		(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【 0 回 】 (H30: 0 回 → R元: 0 回)	事務局	○	A: 塩江町の人口が減少する中で、利用者も減少傾向にあるが、交通手段のない高齢者のために病院直営の運用を基本に、運転手の委託化を図り、交代乗車体制を整え、運休を防止するなど患者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【 30 品 】 (H30: 50 品 → R元: 70 品)	文化祭実行委員会	○	A: 塩江分院文化祭(11/30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	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【 461 件 】 (H30: 526 件 → R元: 520 件)	栄養科	○	A: 食事で困っていることがあれば、病棟へ出向き、さまざまな対応を行っている。摂取量が減少している患者の状態を把握し、個人に合ったきめ細やかな対応を行っている。	

具体的施策		取組項目における 具体的な実施内容	取組内容 【R元年実績】 (H30:実績→R元:計画目標値)	責任所属名	自己 評価	目標達成に向けた A取組 B課題
取組項目(大分類)						
取組項目(小分類)						
医療の質の確保に向けた取組						
アメニティ						
1	患者の視点に 立ったサービスの 提供	(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 】 (H30: 1件 → R元: 6件)	事務局	○	A:入院患者の減少に伴い、H31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【 30回 】 (H30: 21回 → R元: 36回)	医療安全 委員会	○	A:入院でポータブル使用患者に対しては、理学療法士とともに位置、高さを調節し安全につとめ、入院時には、スリッパ禁止のパンフレット作成、発見時は、ラウンドによるアセスメントを継続している。
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	○地域医療機関訪問件数【 16件 】 (H30: 20件 → R元: 55件)	事務局	△	A:院長に看護局長、事務局長等が同伴し急性期、近隣施設等を積極的に訪問・情報交換を行う中で、信頼関係を築くこととしている。年度後半、新型コロナウイルス感染拡大のため訪問を自粛していた。
		(2) 地域社会との連携	○住民ボランティア受入人数【 0人 】 (H30: 2人 → R元: 3人)	事務局	×	A:以前から敷地内清掃や切り花の提供など美化環境面において、住民ボランティアの方から御協力いただいていたが、参加者の高齢化により協力を受けることができなかった。
			○地元イベント参加・派遣看護師延べ人数【 3人 】 (H30: 3人 → R元: 7人)	看護局	○	A:地域イベントへの参加が定着している中で、引き続き本院が地域に密着した親しみやすい存在になるよう取り組んでいる。 5月町民運動会1名、6月ほたるまつり、8月しおのえ温泉まつり、各1名ずつ参加した。
			○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
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	・医療現場における安全管理の向上と事故防止に組織的に取り組み、日本医療機能評価機構の「医療事故情報収集等事業」に参加し、当院での医療安全対策に生かす。	医療安全 委員会	◎	A:医療事故については、月1回定例報告会を開催するほか、院内他の勉強会開始前にも報告を行うことで発生防止対策を検討している。 特に転倒、転落防止に関しては、入院時にアセスメントを行い、必要な患者への対応を徹底しているほか、ヒヤリハットの内容については、患者IDを記載することで各部門にて情報共有を行い再発防止に努めている。
		(2) 住民参加会議の開催	○経営戦略会議平均住民参加人数【 4人/回 】 (H30: 5人/回 → R元: 6人/回)	事務局	◎	A:今年度から地元関係者(老人保健施設健勝祥会バーデン管理者、塩江支所長、高松市社会福祉協議会塩江地域保健活動センター長、地域包括支援センター(香川))に対し、連絡会を開催し、分院の現状や附属医療施設の整備計画等について情報共有している。
		(3) 「ほたる通信」の発行	○「ほたる通信」発行回数【 2回 】 (H30: 1回 → R元: 6回)	広報紙 作成委員会	○	A:外来診療の大幅な変更や患者送迎バス路線の変更など分院情報を地域住民に周知している。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。
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【 △11.5% 】 (H30: △2% → R元: △1%)	事務局	◎	A:患者数削減に伴い、H31年4月から病棟編成を見直すなど効率的な運用に努めながら、こまめな節電を積み重ねたことで電力使用量の削減を図っている。

具体的施策		取組項目における 具体的な実施内容	取組内容 【R元年実績】 (H30:実績→R元:計画目標値)	責任所属名	自己 評価	目標達成に向けた A取組 B課題
取組項目(大分類)						
取組項目(小分類)						
医療の効率性の確保に向けた取組						
効率化						
1 効率化の推進	(2) 適切な診療報酬の請求	○診療報酬請求額査定率【 0.083 % 】 (H30: 1.39 % → R元: 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【 89.2 % 】 (H30: 88.7 % → R元: 90 %)	薬局	○	A: 新規ジェネリック薬品を順次採用しており、使用率向上に努めている。	
	(4) 未収金の発生防止及び回収促進	○現年分収納率【 100 % 】 (H30: 99.9 % → R元: 99.8 %)	事務局	○	A: 現年度分の患者一部負担金の未収金発生防止に努めており、引き続き未収金の回収に努める。	
		○過年度未収金回収率【 0.0 % 】 (H30: 2.1 % → R元: 5.6 %)	事務局	△	A: 本人死亡等で回収が困難になった債権については、高松市債権管理条例第15条に基づき、R2年3月31日付けで債権放棄の手続きを行った。	
管理体制						
1 管理体制の強化	(1) 病院事業の健全かつ円滑な運営	・病院局及び各病院・診療所で開催する経営戦略会議において、市立病院を取り巻く諸課題について、情報共有を図るとともに必要な改善措置を講じる。 ・引き続き、PDCAサイクルによる進行管理を実施し、さらなる業務改善や効率化を進める。あわせて、外部評価を実施し、病院事業の健全かつ円滑な運営を推進する。	事務局	○	A: 経営戦略会議には経営状況の実績報告に合わせタイミングを逸しないよう重点取組項目を中心とした業務報告を行うことで、分院運営方針についての確認と見直しを図っている。今後とも、より正確な業績分析や適切な運営方針の決定ができるよう取り組んでいくこととしている。	
	(2) 業務実績報告・目標発表会の開催	○業務実績報告・目標発表会職員参加率【 — % 】 (H30: 42 % → R元: 40 %)	事務局	×	A: 病棟外来編成や院長退職に伴い、目標発表会を開催することができなかった。	
	(3) 勤務環境の改善	○対前年度時間外勤務時間縮減比率【 △28.1 % 】 (H30: △12.45 % → R元: △2.5 %)	事務局	○	A: 職員による業務改善、時間配分等により時間外削減を図ることとしている。	
一体化						
1 一体化の推進	(1) 市立病院間の診療面の連携・協調	ア 医療局 ・患者ニーズや当院での診療状況等に応じて、みんなの病院から医師派遣を受ける。	医療局	◎	A: 専門外来として、みんなの病院から泌尿器科医師(2回/月)、皮膚科医師(2回/月)、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: 4月から毎日、みんなの病院外来へ1.5人を応援派遣し、連携を図っている。	
		ウ 薬局 ・みんなの病院との人員交流(相互応援)や、採用薬品の情報共有等で連携を図り、相互理解を深め、信頼関係を築く。	薬局	◎	A: みんなの病院との間で相互に“dead stock”の譲り渡し、譲り受けを行っている。必要に応じ、情報の提供を受ける。場合によっては情報の提供を行っている。4月から毎日、みんなの病院薬剤師1名の応援派遣を受けている。	
		エ 医療局(検査技術) ・みんなの病院において、当院の診療行為に必要な検体検査を実施し、相互理解を深め、信頼関係を築く。	医療局	◎	A: みんなの病院に臨床検査業務・エックス線フィルム読影を依頼することで、検査業務の効率化に努めている。9月から月1回、みんなの病院技師による心臓超音波(心エコー)・頸動脈エコーの検査を実施している。	
		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: 4月から毎日、みんなの病院の診療放射線技師1名の応援派遣を受けている。	

具体的施策		取組項目における 具体的な実施内容	取組内容 【R元年実績】 (H30:実績→R元:計画目標値)	責任所属名	自己 評価	目標達成に向けた A取組 B課題
取組項目(大分類)	取組項目(小分類)					
医療の効率性の確保に向けた取組						
一体化						
1	一体化の推進	(1) 市立病院間の診療面の連携・協調	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	平成30年度実績	令和元年度目標	達成状況 【R元年度実績】
医療機能に関する指標	○入院患者数(人)	15,415	21,594	11,125
	○外来患者数(人)	21,425	25,725	21,089
	○病床利用率(%)	48.5	67.8	34.9
	○訪問診療件数(件)	598	730	592
	○訪問歯科件数(件)	115	160	203
	○訪問看護件数(件)	2,079	2,340	2,030
	○訪問リハビリテーション件数(件)	343	270	262
	○患者満足度(点)	実施していない	4.2	4.2
経営に関する指標	○経常損益(百万円)	△ 54	4	△ 44
	○経常収支比率(%)	93.4	100.5	93.7
	○医業収支比率(%)	59.6	68.0	59.0
	○職員給与費対医業収益比率(%)	103.6	77.6	100.3
	○材料費対医業収益比率(%)	21.6	23.1	23.4
	○経費対医業収益比率(%)	38.8	31.8	41.6
	○減価償却対医業収益比率(%)	3.4	2.8	3.6
	○年度末現金残高	106	201	117

委員評価表

(令和元年度実績)

【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	R2.3 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	R2.3 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	◎				
	(7) 栄養科	○認定資格等の取得者累計数	◎				

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	R2.3 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							
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	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。	○				
		○クリニカルパス新規開発件数	◎				
	(2) クリニカルパスの拡充	○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	R2.3 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		○				
	(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	・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	◎				

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	R2.3 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	R2.3 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		◎					

委員評価表

(令和元年度実績)

【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(大分類)	取組項目における 具体的な実施内容	取組内容	R2.3 自己 評価	実施内容 評価	小分類 評価	委員意見等	
							取組項目(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	○				
	(3) 地域包括ケアシステムの構築支援	○地域ケア小会議等への参加率	△				
	2 医師等の確保機能の強化	(1) 寄附講座の活用	研修会の開催数	△			
		(2) 医師の育成	○研修プログラムの新メニュー追加件数	△			
		(3) 実習、見学等の受入れの充実	○香川大学等からの医師研修実習生受入人数	○			
(4) 医師の安定確保		○非常勤嘱託医師委嘱人数	○				
3 スペシャリストの育成	(1) 資格取得	認知症ケア専門士取得者累計数	○				
		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							
○	○						

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	R2.3 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		○					
		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	△			
(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)	/								

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	R2.3 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	○			