



令和4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3年度実績）【みんなの病院 編】
- 22P 自己評価表・具体的取組状況（令和3年度実績）【塩江分院 編】
- 30P 委員評価表（令和3年度実績）【みんなの病院 編】
- 38P 委員評価表（令和3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	門脇 則光	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)

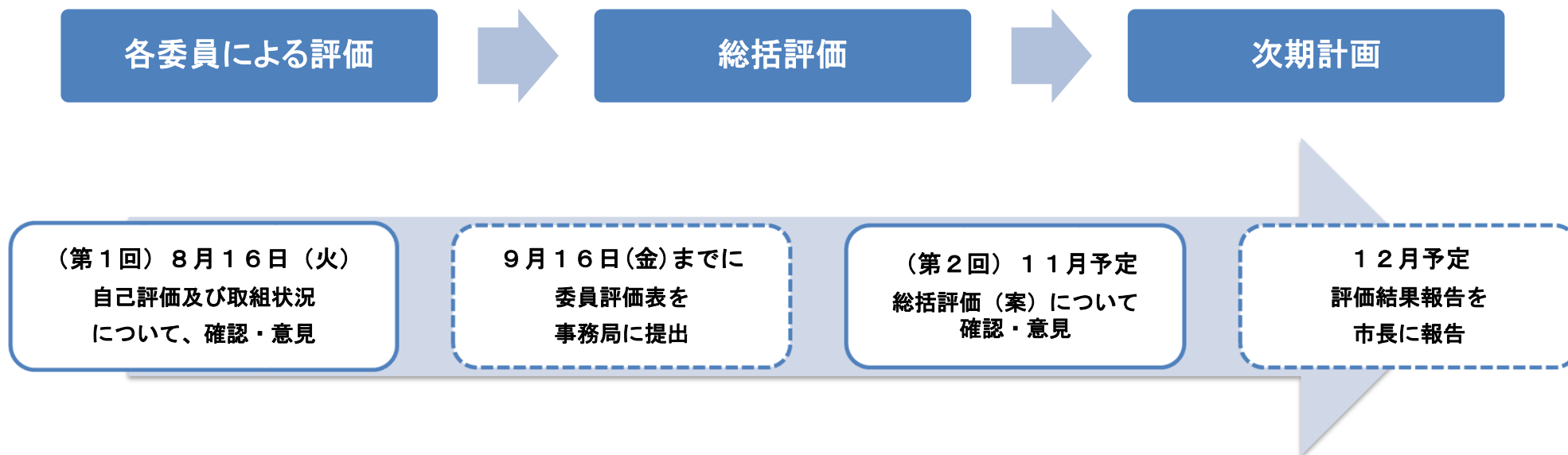
経営健全化計画の取組状況に係る評価

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」（令和3年度～令和5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。



自己評価表・具体的取組状況

(令和3年度実績)

【みんなの病院 編】

高松市立みんなの病院基本方針

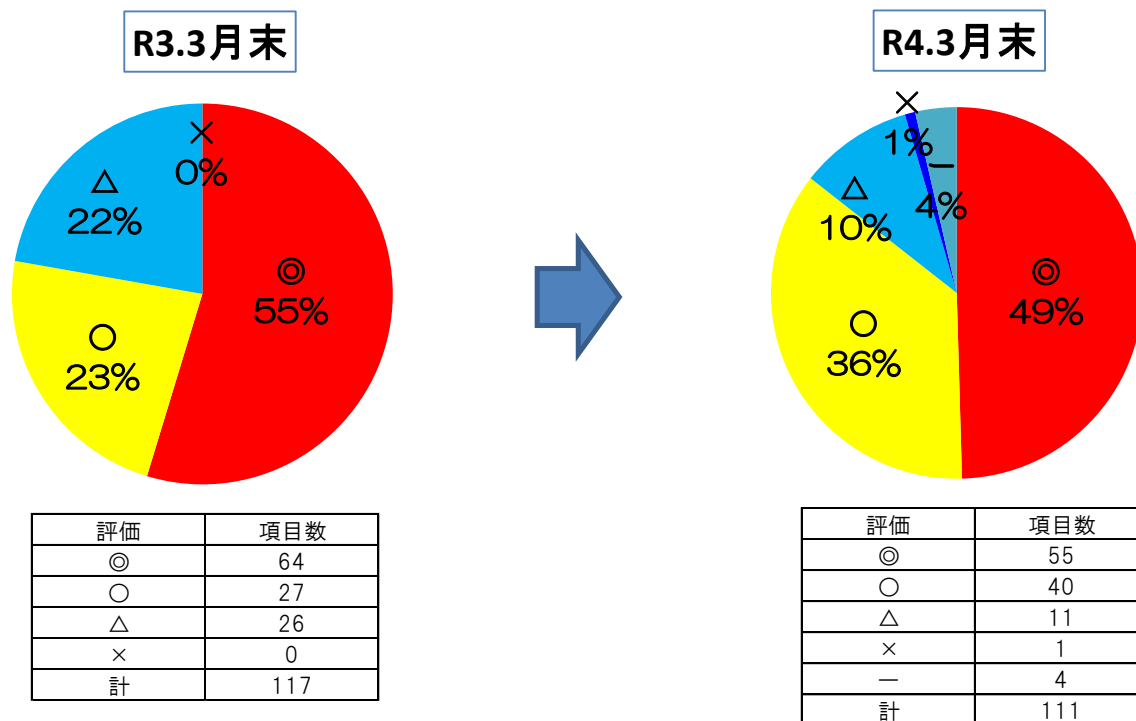
- 1 『リーディングホスピタル』として、高松市医療全体の最適化を目指します。
- 2 『安全で良質な医療』を、ファインチームワークで提供します。
- 3 『まごころのある医療人』を、全力で育成します。
- 4 『地域とのつながり』を大切にし、みんなの暮らしを支えます。

高松市病院事業経営健全化計画の取組項目に対する評価について【みんなの病院】

1 評価基準

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

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 【R3年実績】 (R2:実績 → R3: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【 3,076件 】 (R2: 2,565件 → R3: 2,800件)	救急委員会	◎	A: 令和3年度の救急搬送件数は3076件で目標値を大きく上回った。高松市の当院搬送件数/総搬送数をみると、3076/20499(15.0%)で開院後初めて3000件を超えたが、救急車受入不可率(30.4%)は微増した。	
		○救急車受入不可率【 30.4% 】 (R2: 29% → R3: 25%)	救急委員会	○	B: 当院への救急搬送要請、搬送率は増加したが、受入率は例年より低下していた。しかし、救急車受入件数は施設規模からすると十分な実績であると考えており、救急受入を制限せざるを得ない医療機関が増加したこと、コロナ患者受入に伴う病床の逼迫、マンパワーの不足、など考慮すると救急車受入不可率が増加したことはやむを得ない結果だと考える。	
	(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 (R2: 10回 → R3: 12回)	がん診療支援センター	◎	A: 定期的に治療方針の相談など診療科を超えての意見交換や、CPC(臨床病理検討)も行っている。 B: 検討症例の充実に努めていきたい。	
		○がん診療関連研修会開催数【 11回 】 (R2: 10回 → R3: 12回)	がん診療支援センター	◎	A: キャンサーボード後に医師の協力を得て、内容の濃い研修会を開催してきた。年度末より次年度にかけて医師だけでなく、コメディカルを含めた講師による研修を行っている。 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 地域を含めたがん患者及び家族への支援 ○がん患者家族への相談支援件数【 88件 】 (R2: 75件 → R3: 80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。また、リンパ郭清術施行患者に対するリンパ浮腫予防のパンフレットを作成し、患者指導を行っている。 B: がん相談の広報に努めるとともに、相談員が最新のがん治療に関する知識・情報を得て質の高い相談を行っていく。	
		○がん相談員基礎研修(1.2)修了者累計数【 3人 】 (R2: 3人 → R3: 3人)	がん診療支援センター	○	A: 現在、国立がんセンターがん相談員基礎研修(1)(2)を1名、(3)を2名が修了している。	
		○がん相談員基礎研修(3)終了者累計数【 2人 】 (R2: 2人 → R3: 2人)	がん診療支援センター	○	B: がんに対する知識の習得と相談員の質の向上を図る。	
(3) 地域包括ケアへの対応	○病床利用率【 80% 】 (R2: 80% → R3: 93%)	医事課	◎	A: 地域包括ケア病床選定会議を定期的に開催し、患者の病態をはじめ、診療報酬点数や在宅復帰の可能性を踏まえ、適切に一般病棟からの転棟を促進することにより一定の稼働率を確保することで、地域包括ケアの後方支援に取り組んだ。		
2 医師確保機能の強化	(1) 医師確保のための工夫強化	○医師増加数【 0人 】 (R2: 3人 → R3: 2人)	総務課	○	A: 医師数を維持している。(内科2名、形成外科1名の増に対し、整形外科2名、呼吸器内科1名の減により増減なし。)	
		○病院実習生受入人数【 13人 】 (R2: 10人 → R3: 15人)	総務課	◎	A: 徳島大学及び香川大学の医学実習生を例年20名程度受け入れている。令和3年度は新型コロナウイルス感染症の影響で上半期の医学実習が一部中止となったが、13名の実習生を受け入れた。 B: みんなの病院開院により、施設・設備が新しくなったことを活かし、受入人数を増やしたい。	

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 【R3年実績】 (R2:実績 → R3: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						
2 医師確保機能の強化	(1) 医師確保のための工夫	○病院見学生受入人数【8人】 (R2: 3人 → R3: 10人)	総務課	○	A: 病院見学に来る医学生に対して2万円を上限とした旅費の助成を行うこととしており、令和3年度は8名が見学に訪れた。また、本院負担で実習生の昼食を提供し、実習生と本院医師による意見交換会の機会を設けている。 B: 見学者の増加を図るとともに、見学の機会をとらえて本院の魅力を積極的にPRするなど、臨床研修医獲得につなげるための工夫が必要である。	
	(2) 医師研修プログラムの充実等	○臨床研修医(基幹型)受入数【0人】 (R2: 0人 → R3: 4人)	臨床教育センター(総務課)	△	A: 次年度の基幹型プログラムへの研修医マッチング(定員4名)を目標として、レジナビ等のブース説明会に参加した学生や実習生、見学生に対して継続して連絡を取り、研修医マッチングにつなげる取り組みをしており、臨床研修医の獲得を目指している。 B: 医師の人脈による確保が有効な方法であることから、引き続き医師の意識高揚と啓発が重要である。また、見学者が臨床研修医として勤務を希望する機会が多いことから、見学者の増加につながる方策を検討・実施していく。	
		○説明会でのみんなの病院への参加学生数【0人】 (R2: 0人 → R3: 40人)	臨床教育センター(総務課)	△	A: 令和3年度の説明会結果は以下のとおり。 徳島大学説明会(コロナウイルス感染症の影響により外部の参加は出来なかったが、管理者がユーチューブで病院説明動画のPRをした) 大阪レジナビ(コロナウイルス感染症の影響により中止) 福岡レジナビ(コロナウイルス感染症の影響により中止) レジナビオンライン(7/24 藤原センター長、小野研修医参加、閲覧者48名) レジナビオンライン(3/26 藤井センター長、小野研修医参加、閲覧者119名 香川県臨床研修病院合同説明会の代替えとして開催) 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)	
	(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】 (R2: 30対1 → R3: 25対1)	医事課	○	A: 13名により適切な診療事務に努めた。 B: より一層の適切、円滑な診療事務の遂行に向けて、また近い将来25対1を見据えて人員確保を図る必要があるものの、担い手不足が課題となっている。	
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累計数【34人】 (R2: 33人 → R3: 32人)	看護局	○	A: 認定看護師に関しては、皮膚・排泄ケア分野において、教育機関入学試験に合格し、令和4年5月より受講中である。また、感染管理認定看護師(2人目)の選出ができ、認定看護師教育機関の入学試験に向けて準備中である。 B: 資格内容は、時代にあったものを都度検討し適切に修正していきたい。人選についても、資格によっては1年間県外での生活になるので、資格取得後の指導力の可否はもとより、スタッフのライフスタイルも聞き取り進めていきたい。がん相談員の研修については、主催団体の規定により、定員の都合上、非拠点病院からの参加が困難となっている現状がある。	
		○研修実習生【53人】 (R2: 83人 → R3: 100人)	看護局	○	A: 令和3年は、10月～1月初旬にかけて受入れをした。感染対策により行動範囲はスタッフステーションのみであったため、直接患者対応することはできなかったが、医療機器のデモンストレーションやカルテからのカンファレンスを通して看護展開を学ぶことができるよう、各部署の指導者を中心に取組んだ。 B: 今後も、状況を考慮し、十分な感染対策を行ったうえで、可能な限り受け入れる方針である。	

具体的施策	取組項目における 具体的な実施内容	取組内容 【R3年実績】 (R2:実績 → R3: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	○離職率【8%】 (R2: 10% → R3: 10%)	看護局	△	A: 令和3年度中に離職した常勤看護師は21名であった。年代別では、60歳代5名、50歳代1名、40歳代3名、30歳代3名、20歳代9名であった。新採用者離職人数は、18名採用のうち、新卒5名、既卒2名であった。定年以外での離職理由は、家庭の都合3名、精神的理由5名、転職8名、身体的理由(再任用)1名であった。全体の割合は下がっているものの、若いスタッフ(20歳代)の離職が4名(令和2年度)から9名と増えている。また、精神的理由で離職したスタッフが令和2年度(3名)より2名増加した。転職の為離職したスタッフのなかには、業務の多忙さを理由に挙げているスタッフもいた。 取組みとしては、人間関係についてのアンケート「ヘルシーワークプレイス調査」を、入職1～2年目と3年目以上とで分けて実施し、各部署にフィードバックした。結果に対して部署で意見をまとめ部署毎に発表し、お互いが認め合える職場となるよう取組んだ。 また、令和4年度入職者には、コロナ禍で看護実習が十分にできていないことを考慮し、ローテーション研修の期間を通常の約1ヶ月から約2ヶ月と多めに設定した。看護師を配置している全部署(外来部門含む)を回ることで、「病院全体の役割を理解できた」と後に学びとして声があがっている。
		(2) 薬剤局	○認定資格等の取得者累計数【19人】 (R2: 17人 → R3: 19人)	薬剤局	◎	A: がん薬物療法認定薬剤師1名、感染制御認定薬剤師1名、実務実習認定薬剤師3名、日病薬病院薬学認定薬剤師6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者1名、放射性医薬品取り扱いガイドライン講習会修了者1名、在宅医療コーディネーター1名、薬剤師研修センター認定薬剤師1名、生薬・漢方認定薬剤師1名、アレルギー疾患療養指導士1名。
			○研修実習生【0人】 (R2: 3人 → R3: 0人)	薬剤局	△	B: 新型コロナウイルス感染症により実習生受け入れを断る案件が令和2年度にあったことから令和3年度の受け入れ依頼が0名であった。
			○早期体験学習生【8人】 (R2: 12人 → R3: 12人)	薬剤局	◎	新型コロナウイルスの影響により病院での学習は無くなった。代わりに大学での学習となり38名への対応となったことから大幅に目標を達成することができる予定である。当院で受け持った学生は8名であった。
		(3) 検査技術科	○認定資格等の取得者累計数【5人】 (R2: 6人 → R3: 6人)	検査技術科	○	A: 超音波の認定資格を持った技師2名が育児休暇中で、超音波検査の技術を持った技師が不足しているが、資格取得には至らなかったものの、腹部超音波検査技術を習得した技師を1名育成することができた。各種資格取得には実務経験が必要であるため、現在は知識や技術を高めながら業務に励み、計画では令和5年度には細胞検査士、腹部の超音波検査士の資格取得に向けて今後も引き続き計画的に技術習得技師及び認定資格取得技師の育成に努める。
			○研修実習生【0人】 (R2: 2人 → R3: 2人)	検査技術科	—	B: 女性の多い職場などで育児休暇等が多数重なる恐れもあるため、専門技術の習得も必要だが、加えて幅広い技術を持った技師の育成が必要である。
		(4) 放射線技術科	○認定資格等の取得者累計数【5人】 (R2: 5人 → R3: 5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)
			○研修実習生【0人】 (R2: 10人 → R3: 5人)	放射線技術科	—	B: 将来を見据えた資格の取得。
		(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【21人】 (R2: 22人 → R3: 25人)	リハビリテーション技術科	○	A: 令和3年度、新型コロナウイルス流行の影響で、実習生受け入れは出来なかった。今後も希望があればできる範囲で受け入れを行い、未来の臨床検査技師育成に貢献しながら、指導者としてのスキルアップに繋げていきたい。
			○研修実習生【8人】 (R2: 8人 → R3: 8人)	リハビリテーション技術科	—	A: 令和3年度、新型コロナウイルス流行の影響で、病院の方針により実習生の受け入れを行わなかった。 B: 令和3年度、新型コロナウイルスの影響で予定していた3学会呼吸療法認定試験・臨床実習指導者講習など受けることが出来なかった。 A: 新型コロナウイルスの影響で令和3年秋以外は受け入れ中止となった。 B: 今後も可能な範囲で実習受け入れし学生育成に貢献したい。(新型コロナウイルスの状況次第で変動する)

具体的施策		取組項目における 具体的な実施内容	取組内容 【R3年実績】 (R2:実績 → R3:計画目標値)	責任所属名	自己 評価	目標達成に向けた A取組 B課題
取組項目(大分類)						
取組項目(小分類)						
医療の質の確保に向けた取組						
医療技術						
3	メディカルスタッフ の確保と機能強 化	(6) 臨床工学科	○研修実習生【0人】 (R2: 2人 → R3: 2人)	臨床工学科	-	コロナ禍であり、病院の方針として実習生の受け入れを行わなかった。
		(7) 栄養科	○認定資格等の取得者累計数【7人】 (R2: 7人 → R3: 7人)	栄養科	◎	認定資格保有者数は維持。「がん専門管理栄養士」については、令和4年度の診療報酬改訂により、外来化学療法室での栄養指導料が新設されたため、取り組んでいきたい。
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【8回】 (R2: 3回 → R3: 10回)	医療安全管理センター	○	A: 年間計画表に沿って開催していたが、新型コロナウイルスの感染状況を鑑みて、数回中止とした。また必要に応じて、追加で3回開催した。
			○安全管理研修(全体研修)開催数【2回】 (R2: 2回 → R3: 2回)	医療安全管理センター	◎	A: 予定通り2回開催し、不参加者に対してはDVD視聴で対応した。2回の研修に対して、参加とDVD視聴を合わせ100%受講達成に取り組んだ。 B: 新型コロナウイルスの感染対策の徹底を図り、予定通り開催し参加率の向上を図る。
			○放射線関係医療安全取扱研修開催数【3回】 (R2: 6回 → R3: 6回)	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74名参加)
		(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】 (R2: 9回 → R3: 6回)	院内感染対策センター	◎	A: 6回開催した。 B: 研修会の目標は達成したが、開催とDVDを回覧実施しただけで終了した。参加人数の検討等実施できなかった。トピックス研修も実施出来なかった。
		○針刺事故件数【15件】 (R2: 8件 → R3: 5件)	院内感染対策センター	×	A: 針刺し事故が12件、皮膚粘膜曝露が3件、そのうち公務災害が2件であった。複数回事故した職員には、指導を行った。 医師: 6件、看護師: 8件、その他: 1件 手術中: 6件 針刺し事故・・・不注意: 8件 リキャップ: 1件 知識不足: 1件 確認不足: 2件 皮膚粘膜曝露事故・・・PPE装着不備: 1件 興奮時対応: 2件 B: 令和3年度は、令和2年度より事故件数が増加した。しかし、公務災害申請は減少した。同じ職員が数年間の内に事故を繰り返すケースがあるため介入方法が今後の課題である。令和4年度は、ICTニュース発行による注意喚起、PPEラウンド、件数の増加傾向時にトピックス研修を実施する。	
5	医療品質の向上	(1) 病院機能評価の受審及び改善の実施	・公益財団法人日本医療機能評価機構が実施している「病院機能評価」を、平成26年度に認定を受け、令和元年度に更新認定を受けました。本評価で指摘を受けた事項については、次回の円滑な更新に向け、しっかりと改善を実施していくことで、医療の質の向上を図ります。	医事課	○	A: 令和元年度の病院機能評価で指摘を受けた事項について、院内関係部署において課題を共有した上で改善に向けて取り組んでいる。
		(2) 品質の向上及び他病院との比較	・平成22年に厚生労働省が実施した「医療の質の評価・公表等推進事業」を引き継ぐ日本病院会の「QI(Quality indicator)プロジェクト」、また、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」に参加し、データに基づいて自院の現状を把握し、医療品質の向上に寄与します。	医事課	○	A: R3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。

具体的施策	取組項目における 具体的な実施内容	取組内容 【R3年実績】 (R2:実績 → R3: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						
5 医療品質の向上	(3) クリニカルパスの拡充	○クリニカルパス新規開発件数【6件】 (R2: 50件 → R3: 10件)	クリニカルパス委員会	○	A: クリニカルパス新規開発は順調であるため今後も活動を継続したい。消化器内科パスの作成・実施を進めていく。	
		○クリニカルパス使用件数(電子カルテパスのみ) 【2,578件】 (R2: 2,246件 → R3: 2,400件)	クリニカルパス委員会	◎	A: クリニカルパス使用件数は、ほぼ順調であるが、パス内容の不備を整備していく。	
	(4) 高度医療機器の活用	○PET-CT検査件数【345件】 (R2: 236件 → R3: 250件)	放射線技術科	◎	A: 医療機関に共同利用を促す取り組み。予約専用電話の設置 B: PET検診等の自費検査の増加を目指す。	
		○新規がん放射線療法患者数【92人】 (R2: 72人 → R3: 100人)	がん診療支援センター	◎	A: 徳島大学病院の協力により、医師の派遣をこれまでの1回/週から2回/週で対応していただいている。これにより、他院からの放射線治療患者の紹介も順調に増加した。 B: 医師派遣の回数増加の要望を継続する。	
6 災害医療機能の強化	(1) 病院災害対策	・DMATの編成や防災対策訓練を始め、防災教育、施設等の安全対策、災害対策用備蓄品の調達などの必要な措置を講じ、災害拠点病院として、発生時には、地域の医療提供の核となるよう備えます。	病院災害対策委員会(総務課)	○	A: 日本DMAT及び県DMATを編成し、災害派遣に備えるとともに、防災対策訓練及び災害対策用備蓄品を貯蔵管理し、発災時に災害拠点病院としての機能を発揮できるよう備えている。 B: 日々の業務に加えて、コロナ禍による業務圧迫により、訓練及び人材教育等の時間の確保が困難となっている。年2回の火災訓練については、新型コロナウイルスの感染拡大防止のため、令和4年3月9日実施予定分が中止となった。	
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	○ラウンド件数【48件】 (R2: 50件 → R3: 48件)	医療安全対策チーム	◎	A: 他職種によるラウンドを行なうことで、新たな課題の発見に繋がっている。さらに医療安全への啓蒙活動として効果があると考え。フィードバックはもとより、ラウンド結果をデータ化したものを現場へ報告している。 B: ラウンド対象が看護部門に係わる内容が多い。今後は他職種の現場や、患者の療養環境も視野に入れたラウンド表の作成、実施を行なう。	
		○院内感染対策ラウンド回数【28回】 (R2: 40回 → R3: 40回)	院内感染対策センター	○	A: 新型コロナウイルス対応病棟、救急外来中心にラウンドを実施した。 B: 新型コロナウイルス感染患者が増加し、新型コロナウイルス対応をしている病棟中心のラウンドとなった。全部署対象のラウンドの実施が課題である。	
	(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などを通し、他の医療チームと連携しながら患者の全身状態の改善及び合併症の予防に努めます。	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 B: 褥瘡対策チームとの連携強化 褥瘡患者全件に原則として1度は介入することとし、必要に応じて継続介入している。	
	(4) 呼吸療法サポートチーム	・呼吸不全患者や人工呼吸器装着患者等を対象に、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、さらには廃用予防など、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します。	呼吸サポートチーム	◎	A: <1回/週>、RST対象患者へのラウンドを施行し、呼吸器の安全管理、使用環境の整備、廃用予防など、呼吸器からの早期離脱を図る。 <1回/月>看護師対象の呼吸器疾患に関する学習会開催と、「いきいき情報」の配信による知識向上 <11回/週>看護外来の実施: CPAP装着患者の在宅療養指導やHOT・在宅NHFの導入指導	
	(5) 褥瘡対策チーム	○皮膚排泄ケア認定資格取得者累計人数【0人】 (R2: 0人 → R3: 1人)	褥瘡対策チーム	○	認定取得に向けて、令和4年受講資格試験に合格し、現在研修期間中である。(令和4年5月~12月)	
		○褥瘡発生率【0.11%】日本病院会QI事業(※)平均値以下を目指す	褥瘡対策チーム	○	日本病院会QI事業平均値: 当院において令和3年度(令和3年4月~令和4年3月)平均値0.11%であった。概ね平均値以下で経過している。	

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 【R3年実績】 (R2:実績 → R3: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	(6) 緩和ケアチーム	○緩和ケアチームの介入患者数【12人】 (R2: 20人 → R3: 20人)	緩和ケアチーム	△	A: 紹介患者に対する緩和ケア認定看護師のラウンドは継続している。紹介患者数が減少しているため、令和4年1月より毎週金曜日に未紹介患者も対象としたラウンドを開始した。 B: 定期的な病棟訪問のラウンド継続、医療用麻薬使用患者を薬剤師が抽出して、ラウンド時にがん性疼痛の緩和状況を確認し、緩和ケアチームへの依頼を促していく。院内緩和ケアの充実のために活動の可視化、チームメンバーの知識の向上を図る。	
		(7) 糖尿病チーム	○糖尿病教室の開催回数【0回】 (R2: 0回 → R3: 5回)	糖尿病チーム	△	新型コロナウイルスの影響により、糖尿病教室は行なえていない状況である。今後の状況次第で順次開催出来るようにしていく必要がある。
			○糖尿病研修会の開催回数【9回】 (R2: 3回 → R3: 3回)	糖尿病チーム	◎	今年度も年間計画を立て研修会を予定している。前年度の内容に新たな研修内容を追加予定である。また、今年度医療安全と協働し、研修会を企画し、専門性の高い知識の提供が行えるよう研修会を開催していく。
	(8) 排泄ケアチーム	○糖尿病チームラウンド【23回】 (R2: -回 → R3: 20回)	糖尿病チーム	◎	今年度は毎週火曜日に他職種と連携しチームラウンドを開催している。入院患者の問題抽出を行いチームラウンドで決定したことを適宜病棟に伝達し情報共有していく。	
		○排尿自立指導実施件数【102件】 (R2: 47件 → R3: 100件)	排泄ケアチーム	○	A: 排尿自立支援加算件数は、令和3年度は、入院で85件、外来で17件、計102件算定でき、46%増加した。前年度より算定開始となった外来排尿自立指導料算定に対しては、外来との連携の仕組みをつくり、12月より算定できるようになった。 B: チーム立ち上げ当初に作成したマニュアルの見直しと改訂が必要。チーム介入フローの周知が十分でない。院内での勉強会実施ができていない。	
	(9) 摂食嚥下チーム	・主に食物を咀嚼、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ます。	摂食嚥下チーム	△	A: 令和3年5月より病棟でのラウンドを開始した。令和4年5月までで、132症例にベッドサイドでの嚥下評価、直接間接訓練の指導をおこなった。 B: 勤務移動などで、リンクナースの変更もあり、スムーズな申し送りができていなかった。再度、チーム会で確認し、マニュアルの実施をうながす。	
	(10) 口腔ケアチーム	・口腔ケアが必要な患者に、より効果的な口腔ケアを実施します。そして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、早期回復を促します。また、職員に口腔内ケア教育を実施します。	口腔ケアチーム	○	A: 令和4年6月に医療・介護関連施設職員研修会を行うので、目標を達成できる予定である。 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ようにすることを課題とする。	
	2 市民との信頼関係の強化	(1) 指導・教室の実施	○やさしく学べる健康講座【9回】 (R2: 4件 → R3: 8回)	地域医療・患者支援センター	○	A: 市民を支える自治体病院として、当院から地域へ積極的に出向き地域住民の方に健康講座を実施。また、当院をアピールすることで当院を知ってもらい、かかりつけ医から紹介していただき、選定されるような病院を目指す。令和3年度は、コロナ禍での蔓延防止期間とも重なり、講座を中止せざるを得ない状況であったため、14回の計画で、9回の実施にとどまった。 B: 依頼については全て対応している。今後もホームページでの案内やレポート確保に地域の状況を確認しながら実施していく。
			○糖尿病教室の開催回数(再掲)人間関係1(7)P25参照	糖尿病チーム		
		(2) 相談事業の充実	○医療福祉相談件数【6,578件】 (R2: 3,116件 → R3: 3,000件)	地域医療・患者支援センター	◎	A: 看護師・医療ソーシャルワーカーを中心として関係部署と連携を図っている。 B: 看護局、医療安全とも連携を図りクレームへの再発防止に努める。
		○施設・設備相談、その他件数【2,771件】 (R2: 1,191件 → R3: 1,000件)	地域医療・患者支援センター	◎	A: 患者相談として、患者相談窓口及び電話等で対応している。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。最終として、診療相談(5762件)、医療費相談(503件)、施設・設備相談(314件)、福祉相談(313件)、その他の項目(2457件)、各部署の行った対応について情報共有し、定期的に患者サービス向上委員会へ報告できた。令和2年度との比較では、2.1倍の対応を行った。 B: 患者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。	

具体的施策		取組項目における 具体的な実施内容	取組内容 【R3年実績】 (R2:実績 → R3: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	(3) 「私のカルテ」の推進	○患者への新規配布数【824人】 (R2: 700人 → R3: 700人)	私のカルテ推進委員会	◎	A: 私のカルテの印刷・丁合作業について、患者サービス向上委員会のメンバーの大きな負担となっていた。委員会で話し合い、当該作業を印刷会社に委託することで、メンバーの負担を軽減することができた。それに伴い昨年度より配布に時間を使うことができ、配布部数の向上に繋げることができた。	
	(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%】 (R2: 100% → R3: 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。(入退院支援加算1:600点→1734件→1845件、介護支援連携指導料:400点→301件→318件、多機関共同指導加算:2000点→13件→7件)とコロナ禍の状況で来院が難しいため多機関共同指導加算で減少したものの、昨年度実績を上回り、退院支援に大きく関与できた。 B: 多職種、他施設との連携強化に努め、加算状況や病床利用状況を評価し、円滑な入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【4.8点】 (R2: 4.3点 → R3: 4.4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確保し、令和3年12月1日～令和4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416枚、外来は448枚であった。職員の接遇に関する評価では、病棟・外来共に令和2年度よりポイントが上昇した。コロナによる面会制限で、面会時間の項目ではポイントが低かったものの、大半の項目で「やや満足」の4点以上となった。	
		○外来患者満足度【4.4点】 (R2: 4.3点 → R3: 4.4点)	患者サービス向上委員会、総務課			
		ア 待ち時間の短縮 ○予約患者の待ち時間(30分以内)の割合【40%】 (R2: 15% → R3: 40%)	患者サービス向上委員会、総務課			◎
	(2) 待ち時間短縮及び接遇改善	イ 接遇改善の取組及びクレーム対応能力の向上 ○院内での接遇研修会の開催数【4回/年】 (R2: 4回/年 → R3: 4回/年)	患者サービス向上委員会、総務課	◎	A: 4月に新規採用職員全員を対象とした集合研修において、接遇に関する研修を行うとともに、7・11・2月に病院局職員向けの接遇研修を行った。	
		(3) 外来でのサービス拡充	○セカンドオピニオン受入件数【3件】 (R2: 2件 → R3: 5件)	がん診療支援センター	○	A: セカンドオピニオン依頼は、お断りすることなく受け入れている。 B: 継続して依頼に対応していく。
	(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います。	病床管理委員会	◎	A: 毎日、看護局にて、病床運用会議(15分程度)を実施し、病床利用状況の情報伝達、意見交換を行っている。また、月に1回、病床管理委員会を実施し、病床利用率、平均在院日数、科別の新入院患者数・平均在院日数の推移などを報告、意見交換を行っている。電子カルテ上入院の目安となる入院可能の信号と速報値を毎日更新し、情報の共有を行い、有効な病床管理に努めている。第2種感染症指定医療機関としての役割を果たすため、コロナ病床を確保し、一般病床を減床させている。これにより更なる効果的なベッド運用が求められ、回転率の向上と在院日数の短縮にも関与できている。 B: 救急病棟、一般病棟、地域包括ケア病棟の適正なベッドコントロールを目指す。地域包括ケア病床のベッド稼働率も向上し、院内全体で適正なベッド運用を行えた。	
		イ 病棟薬剤業務・服薬指導業務の充実 ○服薬指導率【84.59%】 (R2: 82% → R3: 85%)	薬剤局	◎	A: 救急病棟では、夜間入院・午前退院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【1,353件】 (R2: 1,497件 → R3: 1,200件)	栄養科	◎	委託業者と協働で、病棟訪問実施。訪問件数は1353件で目標は達成した。	
		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%】 (R2: 100% → R3: 100%)	リハビリテーション技術科	◎	A: 施設基準の継続のため、平均2単位実施率100%を維持出来るよう取り組んでいる。 B: 今後も継続して平均2単位100%実施を目標に検討していく。	

具体的施策		取組項目における 具体的な実施内容	取組内容 【R3年実績】 (R2:実績 → R3: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)					
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	オ 転倒・転落防止対策への取組 ○医師、メディカルスタッフとの院内ラウンド回数【19件】 (R2:13件 → R3:12件)	医療安全管理センター	◎	A: 事例に対してリハビリテーション職員とラウンドを行ない、所属長とカンファレンスを行なっている。患者の運動・認知力の評価を合わせリスクを把握し、現場へ提言している。更に転倒転落のアセスメントや転倒時の対応が適切に出来ているかカルテラウンドを行ない現場へフィードバックしている。 B: 今後は薬剤師と連携し、眠剤等の適性利用について検討していく。	
	(5) 癒しの場の提供	・院内コンサートやクリスマス会など、入院患者の癒しの場を提供するとともに、病院文化祭の実施や地域のイベントなどを通じて、地域住民との交流を推進し、アメニティの向上と地域との一体感の醸成に取り組みます。	総務課	○	A: 新型コロナウイルスの感染症の影響に鑑み、院内コンサート、クリスマス会、病院文化祭などのイベントは中止したが、みんなの病院の歩みや職員のメッセージを掲示した作品展を11/26～1/16の期間、1階休憩スペースにおいて実施した。	
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】 (R2:3回 → R3:3回)	地域医療・患者支援センター	◎	A: 令和3年4月以降、地域医療連携セミナーを3回開催することができた。開催に際しては、感染対策を考慮して、ZOOMを利用したリモートとし、開催の確保を行うと共に、確実に実施することで、知識の共有に寄与できたと考える。 B: より多く参加いただけるようタイムリーな講演テーマを依頼することや当日の快適な運用に努める。リモートでの研修としたので、勤務終了後の地域医療機関の医師からも多数の参加を確認できた。	
		○「地域医療連携カンファレンス」開催数【0回】 (R2:1回 → R3:1回)	地域医療・患者支援センター	○	A: 新型コロナウイルスの影響により、令和4年2月に予定したカンファレンスは延期となった。現在は、令和4年7月開催に向けて再調整中である。 B: より多く参加いただけるよう、タイムリーな講演テーマを依頼することや当日の快適な運用に努める。	
		○症例検討会・セミナー開催数【5回】 (R2:2回 → R3:5回)	地域医療・患者支援センター	◎	A: 新規に開始した症例検討セミナーを充実させ、多方面での科でセミナー開催を提供することで、情報提供と治療体制や知識の共有に寄与出来たと考える。 B: 引き続き、知識の共有に努めていく。	
	(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【304件】 (R2:168件 → R3:170件)	地域医療・患者支援センター	◎	A: みんなの病院では令和2年11月より構想した、「診療のご案内」を令和3年7月に発行することができた。県内約800箇所の病院、クリニックへ配布し、当院全てにおける情報として周知した。また近郊には、直接当機関誌を持参し、案内した。また専門外来パンフレット等も引き続き作成し、診療科のPRに努めた。また令和3年4月から採用となった営業担当職員1名は、小まめに地域医療機関を訪問し、手探りではあるが、当院の橋渡しとなって情報提供や当院への依頼・相談について伺うことができています。 B: 訪問エリアを確実に増やし、当院への要望等を聞き、診療の拡充に繋げていきたい。	
		○医師との面談率【99%】 (R2:49% → R3:72%)	地域医療・患者支援センター	◎	A: クリニック・病院へ訪問の際には医師と同行し、訪問先の医師と直接当院の医師が面談できるよう活動した。訪問先で、1件のみ相手都合にて面談できず、令和3年度は99%であった。当院の医師が直接、訪問先の医師へ説明することには顔の見える関係性が築け、影響力があると考えられる。よって、引き続き医師による訪問を継続し、効果的な訪問活動を遂行していく。 B: 計画性をもった訪問活動で、当院の専門性発揮出来る紹介を受け、連携を保っていきたい。	
(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【87%】 (R2:81% → R3:100%)	地域医療・患者支援センター	○	A: 返書・診療情報提供書の作成・必要性等を院内で周知し、毎日確認して医師へ連絡し、3日以内の返書率を算定している。率については、昨年度より6%上昇した結果であった。 B: 返書率100%を目指し外来、入院別に返書状況を書面で示し意識向上に努める。		

具体的施策		取組項目における 具体的な実施内容	取組内容 【R3年実績】 (R2:実績 → R3: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	(3) 初診連絡の徹底、紹介・逆紹介に関する連携体制の強化	○紹介率【70.7%】 (R2: 73.4% → R3: 75.0%)	地域医療・患者支援センター	◎	A: 紹介率70.7%、逆紹介率84.9% 地域医療機関への訪問活動、地域医療連携だより、「診療のご案内」の配布などを計画的に実施して、率の向上に努めた。コロナ禍での紹介・逆紹介では、第2種感染症指定医療機関であることにより、新規での紹介元なしの患者数増加のため、一時的に割合が低下している。これについては県・国保医務課へ問い合わせをおこない、問題無いとの回答を得ている。またホットライン(脳卒中・消化器・呼吸器科)は地域医療機関の医師が専門医師と直接、医療相談できる体制で利便性を図り、紹介患者の増加に努めている。平日18時までの時間延長・土曜日FAX予約など、昨年比で10%前後の上昇であり予約は順調な伸びである。逆紹介患者については、対象者、算定状況等の確認を行い、逆紹介率の向上を目指している。最終の結果として、昨年度より上昇する事に繋がった。	
		○逆紹介率【84.9%】 (R2: 94.8% → R3: 95.0%)	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。	
		○紹介患者の入院率【16%】 (R2: 17% → R3: 17%)	地域医療・患者支援センター	○	A: 紹介元上位5件で目標とした紹介患者での入院率は、16%であった。低い要因で考える内訳には、紹介患者の症状に発熱があり、新型コロナウイルスの検査目的で来院となった患者もいること、また紹介医の上位には耳鼻科医院からのものが含まれ、入院に至らなかったケースがあると考察する。引き続き推移を確認していきたい。 B: 紹介患者での入院率について、推移を確認していく。	
	(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【94件】 (R2: 90件 → R3: 50件)	地域医療・患者支援センター	◎	A: パスの件数については、対象患者について使用し、標準化されたデータで転院に貢献した。 B: 入院時十分説明をし、増加するよう努力していきたい。	
		○シームレスケア研修会参加者数【10人】 (R2: 9人 → R3: 15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。研究会より1回の研修会につき、3人から5人までとの指示、また4回の研修会のうち、1回が新型コロナウイルス感染防止のため中止となり、参加人数が最低数での維持となった。このような最低限での活動形態を維持し、地域での情報交換に努めている。 B: 参加対象者が関連部署に限られているため参加者数の増加は難しいが、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等開催数【1回】 (R2: 1回 → R3: 2回)	薬剤局	△	A: 令和3年12月9日に開催し、9人の参加があった。新型コロナウイルスにより、規模を縮小して門前薬局を対照に外来化学療法連携充実加算に対応するためにWEBで講習会を行った。	
(6) 地域住民との一体感の醸成	<癒しの場の提供>【再掲】アメニティ1(5)P28参照					
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	○高松市病院局医療安全評価委員会開催数【1回】 (R2: 1回 → R3: 1回)	医療安全管理センター	◎	A: 12月に開催し、当院の医療事故について原因分析・究明・および再発防止策等の評価・提言を行ない、組織的な医療事故防止に資するためのご意見、評価を頂いた。 B: 引き続き会議を開催し、外部の医療安全に関する専門的な知識を有する方々からご意見を頂く。	
	(2) 病院事業経営状況の公開	・ホームページを活用し、本計画及び、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を提供できるよう工夫し、経営状況を公開します。	経営企画課	◎	A: 経営健全化計画の進捗状況を始め、病院事業の予算・決算、経営状況、外部評価機関の開催状況と評価結果などをホームページ上に漏れなく掲載している。特に外部評価機関である「高松市立病院を良くする会」の開催に当たっては、コロナ禍による感染防止対策として、開催方法をオンライン会議とし、状況に応じた開催に努めた。	

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 【R3年実績】 (R2:実績 → R3:計画目標値)	責任所属名	自己 評価	目標達成に向けた A取組 B課題
取組項目(大分類)						
取組項目(小分類)						
医療の透明性の確保に向けた取組						
情報発信						
1 情報発信	(3) 市政出前ふれあいトークの実施	・一定人数を超える団体からの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の情報発信を行います。	医事課	◎	A: 前年度に引き続き、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。令和3年度は、市政出前ふれあいトークを14回開催した。	
	(4) 病院広報の拡充	ア ホームページの充実及びメンテナンス ・ホームページについては、情報提供の最重要手段の一つとして積極的に活用するために、画一的で無機質な印象を与えることがないよう、医師、看護師等多職種スタッフにも協力を求めるとともに、ページ更新や新規作成に当たっては、専門業者に外注するなど、より効果が得られるように取り組み、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て、わかりやすく親しみやすい医療情報等の提供・発信に取り組みます。	医事課	○	A: 移転に伴い、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うとともに、令和元年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。	
		イ 「地域連携だより」及び「医師紹介パンフレット」の発行 ○「地域連携だより」発行回数【6回】 (R2: 6回 → R3: 6回)	地域医療・患者支援センター	◎	A: リニューアルした「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することができている。内容は地域医療連携セミナーなどとリンクし、関連性をもった掲載を心掛けている。また、従来の「医師紹介パンフレット」は新たに「診療のご案内」として発行し、香川県内の医療機関へ送付することができた。 B: ホームページに掲載している「地域医療連携だより」を閲覧していただくことで、紹介や受診につながる。	
		○「診療のご案内」発行回数【1回】 (R2: -回 → R3: 1回)	地域医療・患者支援センター	◎	A: 従来の「医師紹介パンフレット」は新たに「診療のご案内」として発行した。内容として診療科の医師紹介の他に、部門として、看護局・検査技術科・放射線科・栄養科等、また各センターやチーム紹介も交えた冊子での完成となった。これは7月に香川県内の医療機関へ送付することができた。 B: 「診療のご案内」を医療機関で活用していただき、紹介につながる。	
医療の効率性の確保に向けた取組						
効率化						
1 効率化の推進	(1) 施設基準の取得	・医療機能の整備に伴い、取得可能な診療報酬上の施設基準の取得を目指すとともに、加算の算定対象となる案件等の取得に積極的に取り組みます。また、毎月加算の算定状況などをモニタリングし、各診療科にフィードバックするなど、算定状況を適切に把握・管理する体制を、強化します。	医事課	◎	A: 令和2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事ができた。また、医師と連絡を取るきっかけができることで、プレアポイドや処方提案の件数が増加した。引き続き同様の方法でがん診療の質向上、医師の業務負担軽減を目的に介入したい。 B: がん患者指導管理料ハの算定上限は6回であり、7回目以降の患者への指導は算定の対象とならない。この問題に対しては、連携充実加算を算定(月1回200点)する名目で、介入を継続する予定である。	
	(2) 省エネルギー活動の推進	・本市の「ゼロカーボンシティ※」実現にむけた取組として、地球温暖化防止への対応はもとより、増え続ける光熱水費の抑制などによる省エネルギー活動に積極的に取り組み、効率化の推進を図ります。 ※脱炭素社会の構築に向けて、2050年に温室効果ガスの排出量を実質ゼロにすることを旨とするを表明した自治体。	総務課	○	A: こまめな消灯など、節電に努めるとともに、紙類の再生化など、各所属で省エネルギー化に取り組んでいる。 B: 毎年、気温の上昇による館内の温度及び湿度の管理が困難となっている。	
	(3) 適切な診療報酬の請求	○診療報酬請求額査定率【0.29%】 (R2: 0.24% → R3: 0.14%)	医事課	△	A: 診療報酬請求の査定減については、医療事務委託業者を中心に診療改善・保険診療委員会で査定状況を報告するとともに、医師をはじめ、関係するコメディカルとの連携を密にし、請求の適正化の検証を行った。 B: 前年度に比べ査定率は横ばいとなり、目標達成に向け、医師をはじめ関係するコメディカルが情報を共有し、研修会に参加する等さらなる個々のスキルアップに取り組む必要がある。	
	(4) ジェネリック医薬品の採用拡大	○ジェネリック医薬品使用数量率【95.2%】 (R2: 95% → R3: 93%)	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。	

具体的施策		取組項目における 具体的な実施内容	取組内容 【R3年実績】 (R2:実績 → R3: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	(5) 低価格材料への置き換え及び委託業務の見直し	○ 医業収益に対する材料費比率【21.4%】 (R2: 19.8% → R3: 23.0%)	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。また、診療材料費について、適宜の単価交渉を行い、費用の抑制に努めた。 B: SPDについて、電子カルテとの連携についての協議を進める必要がある。	
	(5) 低価格材料への置き換え及び委託業務の見直し	○ 医業収益に対する委託費比率【9.4%】 (R2: 11.1% → R3: 9.5%)	総務課	○	A: 令和4年度から3年間の複数年契約に向けて、委託仕様書の内容について、現場ヒアリング及び検討会議等を実施し、仕様書見直しの上、指名競争入札等により契約締結を実施し、費用の抑制に努めた。 B: 最低賃金の上昇及び働き方改革関連法等による人件費の高騰により、契約更新の都度、費用の抑制が困難になってきている。	
	(6) 未収金の発生防止及び回収促進	○ 現年度分収納率【98.7%】 (R2: 97.1% → R3: 98.8%)	医事課	○	A: 未収者の来院時に受付窓口での声掛けや分納相談を積極的に行うことにより、一定の収納率を確保した。 B: 現年度分については高い収納率で推移しているが、クレジットカードやIrucaカードによる納付など、現金以外の納付チャンネルの活用により、未収金の発生防止に努めている。	
		○ 過年度未収金回収率【4.9%】 (R2: 11.1% → R3: 10.0%)	医事課	○	A: 弁護士への収納委託を継続するとともに、未収者の来院時に受付窓口での声掛けや分納相談を積極的に行うことにより、一定の回収率を確保した。 B: 私権債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 ・業務改善の取組の一環として、限られた資源を活用し、最大限のパフォーマンスの発揮を目指すとともに、職員の病院運営への参画意識の高揚を図ることを目的として、職員提案用「院長への提言」を設置し、全職員に対して積極的な提案を促すことや、様々な職種が経営改善の方策等を発表する「高松市立病院学会」を開催することで、トップダウンのみならず、現場からの声も活かせるような組織風土の醸成に努めます。	総務課	○	A: 「院長への提言」の活用や、「高松市立病院学会」の開催など、現場の声を経営改善に活かすための取組により、職員の病院運営への参画意識を高めるとともに、風通しの良い職場づくりに努めた。	
		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、必要なIT化に積極的に取り組みます。また、コロナ禍を機に、利用が広がったオンラインによる会議や研修については、引き続き、積極的に活用するとともに、オンライン診療を幅広く適正に活用することについても検討します。	医事課	○	A: 平成28年3月に運用開始した基幹医療情報システムについては、不具合修正や利便性向上のための見直し等を随時行うとともに、新病院における業務運用の変更に伴うため、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	・組織は人なりの観点から、適材適所の配置に努め、人材の有効活用を、より一層推進します。	看護局 総務課	◎	A: 糖尿病療養指導→糖尿病療養指導士、透析室看護師(主に透析患者を担当)が担当 CPAP/禁煙外来→慢性疾患看護認定看護師および呼吸器療法士が担当 周産期保健指導→助産師を外来に配置 通院治療室→緩和ケア認定看護師	
	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【108.0%】 (R2: 103.0% → R3: 94.7%)	経営企画課	◎	A: 令和3年度の実績は、医業収益の増加や、昨年度に引き続き、国の新型コロナウイルス感染症関連補助金等を受け入れたことなどにより、前年度比5ポイント増の108.0%となり、目標値を上回ったが、引き続き、更なる収支の改善に向けて、実効性のある取組を進める必要がある。今後も、毎月詳細な決算見込等の資料を作成し、経営戦略会議で使用することで、経営状態を把握し、病院経営の改善に努める。	

具体的施策		取組項目における 具体的な実施内容	取組内容 【R3年実績】 (R2:実績 → R3: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	(2) PFM体制整備・機能強化及び病床管理の徹底	・全ての入院患者の情報を「患者支援センター」に集約し、入院前～入院中～退院前の管理の一元化を図ります。また、病院全体の病床稼働率を管理する体制を整備します。	地域医療・患者支援センター	○	A:入院・退院患者の一元化にあたり、予約入院患者の入院説明を行なう事、また「入院時支援加算1」を取得できる対象者については入院前のスクリーニング情報を始めとして、薬剤局・栄養科・医事課事務・看護師らが関与し、早期に退院調整が図れるよう情報入力と介入に努めた。令和3年度入院時支援加算1の取得実績は64件であった。また、同時に実施している院内ベットコントロールにて、稼働率を管理するために一元化した集約で、円滑な采配を実施することができている。その他、月に1回、病床管理委員会を開催している。1病棟をコロナ病床として閉鎖している厳しい状況ではあるが、救急からの依頼、紹介患者の入院など制約がある中においても全ての部署において効率的に運用している。 B:引き続き病床稼働率の維持向上について管理を行なっていく。
		(3) 業務実績報告・目標発表会の開催	・診療科、各局を含めた病院を構成する全組織が一堂に会して、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ます。	経営企画課	◎	A:令和3年度は、5月6日、7日、13日、14日の4日間にわたり開催した。令和2年度の実績と令和3年度の目標について、各所属から報告があり、異なる職種間での相互理解が深まることで、病院の円滑な運営に資する会となった。(令和3年度の実績報告等については、令和4年5月に報告済み)。
		(4) 加算・指導料に関するオーダーの標準化・仕組化	・対象者抽出、オーダー、実施までを標準化し、対象者にもれなく実施・算定するためのフローを構築し、仕組みにおとすことで診療報酬の算定強化を図ります。	医事課	○	A:当院で算定できる加算・指導料について、医師を始めとする当該加算・指導料の算定に携わる関係職種間でミーティングを行った上で、必要に応じて算定のためのフローを構築し、確実な算定に繋げる。
		(5) 適切なDPCコーディングの実施	・医師、看護師等、他職種で構築した「適切なコーディングに関する委員会」(DPC委員会)を開催し、適切な傷病名のコーディング(選択)を行う体制を確保します。また、DPC関連において、情報を収集し、必要に応じて院内関係部署に情報提供を行うとともに対策を講じます。	医事課、DPC委員会	◎	A:DPC部位詳細不明病名使用リスト作成の効率化を図った事で、迅速に主治医と協議することができるようになり、使用率の低減につながっている。また、医師による電子カルテ病名入力時点においても、部位詳細不明病名を判別しやすいようにシステム改善を行った。令和3年度は、月に1回、DPC委員会を開催した。
		(6) 勤務環境の改善	○職員の平均年次有給休暇取得日数【10.8日】 (R2:11.9日 → R3:15日)	総務課	△	A:年次有給休暇の年5日取得義務化や、夏季の特別休暇の取得も含め、有給休暇の取得に関する周知を行っているが、新型コロナウイルスの対応もあり、計画的な有給休暇の取得が難しい状況が続いている。 B:有給休暇を意識的に取得するよう周知を行う。また、各所属においては業務の効率化に取り組む。
		(7) 時間外勤務の可視化と業務の見直し	○1人1月当たり時間外勤務時間【15.1時間】 (R2:14.6時間 → R3:14.6時間)	総務課	○	A:令和2年度にPTを設置し、検討・実施した時間外勤務時間削減の取組の定着化を図る。1人1月当たり時間外勤務時間は昨年度に比べ0.5時間増加したが、これは新型コロナウイルスによる業務量の増加が影響している。 B:目標を達成できるよう、働き方改革の趣旨に沿った業務の効率化に取り組む。
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	・「ファインチームワーク」の精神の下、塩江分院との人員交流を行い、医師やメディカルスタッフが、それぞれの専門性を十分に発揮して、連携・協調しながら、市立病院での良質な医療の提供に努めます。	医療局(総務課) 看護局	◎ ○	A:昨年度に引き続き、みんなの病院の医師を継続して塩江分院に派遣しており、毎月、診療のために5日、当直のために10回程度の派遣実績がある。 A:例年実施している塩江分院での研修会に、みんなの病院の医療安全センターから1回、ICLS委員会から2回、講師として看護師を派遣した。 B:次年度は、昨年度に加え、医療安全管理センターから医療安全管理者や、他のスペシャリストなど希望に応じて派遣していきたい。また、看護管理の相談・指導の為、毎月看護局長会議を実施し、将来の体制を見据えた運営についても話し合っている。

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 【R3年実績】 (R2:実績 → R3: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	・「ファインチームワーク」の精神の下、塩江分院との人員交流を行い、医師やメディカルスタッフが、それぞれの専門性を十分に発揮して、連携・協調しながら、市立病院での良質な医療の提供に努めます。	薬剤局	◎	A: 年4回の薬事委員会ごとに、新規採用医薬品、削除品目について情報共有している。使用されなくなった医薬品や期限切れが近い医薬品については積極的に情報発信し、情報共有することで不良在庫や廃棄医薬品の減少に努めている。このことにより、令和3年度は、みんなの病院と塩江分院で、59品目、334,863円分の医薬品を廃棄することなく使用することができた。令和元年9月から薬事委員会を合同で開催し、ジェネリック医薬品の採用についても同じメーカーを採用とすることで効率化を図っている。
				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。令和3年度もできる限り協力体制を維持できた。今後も連携を強化し、協力体制を図っていきたい。
				放射線後術科	◎	毎日、みんなの病院の診療放射線技師1名の派遣を行っている。
				リハビリテーション技術科	○	必要時、オンラインなどで交流(時間外)を持ち、相談・対応している。令和3年度は、平均して2か月に1回程度の交流を持った。
				栄養科	△	随時、食事療養業務の運営について、情報共有を行い、業務改善策について協議している。

具体的施策	取組項目	令和2年度実績	令和3年度目標	達成状況 【令和3年度実績】
医療機能に関する指標	○入院患者数(人)	83,562	88,330	87,740
	○1日当たり入院患者数(人)	229	242	240
	○病床利用率(%)【全病床:305床】	75.1	79.3	78.8
	○病床利用率(%)【一般病床:299床】	75.5	80.9	79.1
	○入院単価(円)	56,306	59,708	58,161
	○外来患者数(人)	92,901	94,622	97,623
	○1日当たり外来患者数(人)	382	391	403
	○外来単価(円)	16,409	18,875	18,718
	○紹介率(%)	73.4	75.0以上	70.7
	○逆紹介率(%)	94.8	95.0以上	84.9
	○患者満足度・入院(点)	4.3	4.4	4.8
	○患者満足度・外来(点)	4.3	4.4	4.4
経営に関する指標	○経常損益(百万円)	263	△501	722
	○経常収支比率(%)	103.0	94.7	108.0
	○医業収支比率(%)	86.2	88.1	91.4
	○職員給与費対医業収益比率(%)	64.2	59.3	57.4
	○材料費対医業収益比率(%)	19.8	23.0	21.4
	○経費対医業収益比率(%)	17.4	16.9	16.6
	○減価償却対医業収益比率(%)	14.4	13.8	13.7
	○年度末現金残高(百万円)	1,589	1,422	2,389

自己評価表・具体的取組状況

(令和3年度実績)

【塩江分院 編】

塩江分院基本方針

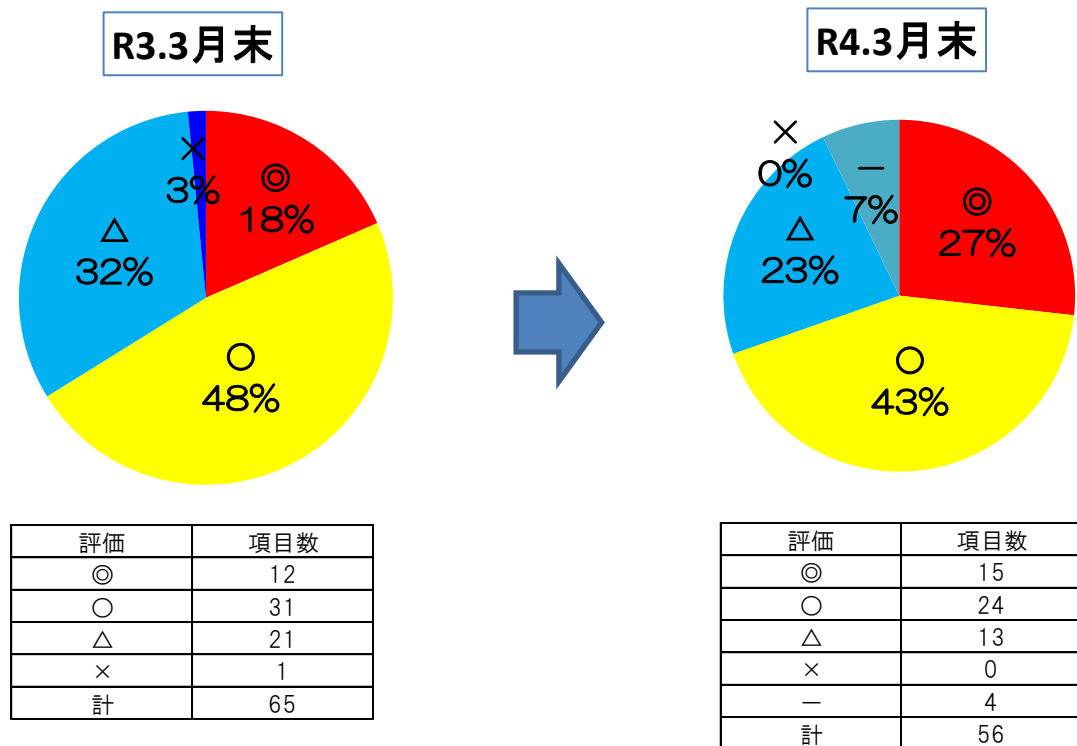
- 1 『地域まるごと医療』を、市民とともに実践します。
- 2 『安全で良質な医療ケア』を、ファインチームワークで提供します。
- 3 『住民に愛される病院』を、おもいやりの心で実現します。

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。
—	評価対象外	新型コロナウイルスの影響により、評価対象の取組みができなかった。

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【R3年実績】 (R2:実績→R3: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)								
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【449件】 (R2: 476件 → R3: 540件)	医療局 (医科)	△	A:在宅療養支援病院(医師、看護師が在宅で療養する患者や、その家族を支援する)として、より質の高い訪問診療に努めている。しかしながら、塩江地域の人口の減少のほか、患者死亡や介護施設への入所などにより訪問件数が伸び悩んでいる。このような要因から、訪問件数の増加は困難な状況にある。			
			○訪問歯科件数【143件】 (R2: 125件 → R3: 170件)	医療局 (歯科)	△	A:常勤医師1名、会計年度任用職員歯科衛生士2名、会計年度任用職員歯科技工士1名体制で、日常業務を見直(外来患者対応の時間調整)することにより、訪問診療に努めている。			
			○訪問看護件数【1,714件】 (R2: 1,828件 → R3: 2,050件)	訪問看護ステーション	△	A:利用者数を増やすため、定期的に塩江社協との交流を継続することや、近隣の社協香川や近隣医院への訪問も行うようにしている。しかしながら、塩江地域の人口の減少のほか、患者死亡や介護施設への入所などにより訪問件数が伸び悩んでいる。このような要因から、訪問件数の増加は困難な状況にある。			
			○訪問リハビリテーション件数【268件】 (R2: 327件 → R3: 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。			
			○在宅復帰率【61%】 (R2: 61% → R3: 55%)	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ら生活ができることを方針として治療に取り組んでいる。 B:地域包括ケアの推進のため、在宅復帰率の向上に努めている。			
	2	医師の確保機能の強化	(1) 実習、見学の受入れの充実	○香川大学等からの実習生受入人数【4人】 (R2: 3人 → R3: 36人)	医療局	—	A:新型コロナウイルスの地域の状況に応じて学生の受入れを大学と調整しながら行っており、令和3年度は香川大学医学部附属病院1年生4名の受け入れを行った。		
				(2) 医師の安定確保	・診療の安定提供のため、機会を捉え、非常勤医師の受入れを推進します。	事務局	○	A:へき地への診療の安定提供のため、非常勤医師の受入れの推進を図っている。また、常勤医師の健康管理のため、みんなの病院の医師による塩江分院での宿日直の調整を行っている。	
				(3) 地域包括ケアシステムの構築支援	・塩江町地域が先進的な地域包括ケアシステムのモデル地域となるよう、地域の医療機関、介護施設、コミュニティ協議会等で構成する地域ケア小会議に参加し、地域課題や個別課題の解決に向けた積極的な提案等を行うなど、その構築支援に取り組みます。	事務局	△	A:令和3年度、塩江地区地域ケア小会議(全体会)が未開催のため、参加に至っていない。	
					(1) 資格取得	認知症ケア専門士取得者累計数【0人】 (R2: 5人 → R3: 5人)	看護局	△	A:認知症ケア加算に必要な研修3名終了。
						介護支援専門員取得者累計数【1人】 (R2: 5人 → R3: 5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】 (R2: 12回 → R3: 12回)	医療安全委員会	◎	A:毎月、委員会を開催し情報共有に努めている。			
			○安全管理研修会(全体研修)開催数【2回】 (R2: 2回 → R3: 2回)	医療安全委員会	○	A:第1回11月24日、第2回3月7日「医療安全について」、職員に対する研修会を実施。			
		(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】 (R2: 12回 → R3: 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【1回】 (R2: 2回 → R3: 2回)	感染予防委員会	○	A:第1回感染対策研修「新型コロナウイルス対策(7月5日)」職員等に対する研修会を実施。			

具体的施策	取組項目における 具体的な実施内容	取組内容 【R3年実績】 (R2:実績→R3: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	(2) 感染管理意識の共有と醸成 ○針刺事故件数【1件】 (R2: 0件 → R3: 0件)	感染予防委員会	○	A: 職員の意識改革を図り、日常の感染対策の充実に努めている。	
5	医療品質の向上	(1) 学会や研修会での発表 ○研究発表・論文発表件数【1件】 (R2: 0件 → R3: 1件)	医療局	○	A: 令和3年6月26日、第35回 日本大脳基底核研究会(オンライン開催)において、若松院長が講演「チアミントランスポーターSLC19A3欠損症: 病態と治療」について	
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【55%】 (R2: 51% → R3: 60%)	NST委員会	○	A: 歯科と連携しながら経口摂取移行訓練を実施しており、経口摂取の患者が増加するよう努力している。
			イ 褥瘡対策チーム ○院内褥瘡発生件数【0件】 (R2: 3件 → R3: 2件)	褥瘡委員会	◎	A: 入院時のアセスメント、褥瘡発生患者へのDESIGN-r評価を実施。NSTと協同して褥瘡発生ゼロを目指し活動を実施している。
			ウ 身体拘束廃止対策チーム ○拘束率【13.5%】 (R2: 7% → R3: 7%)	身体拘束廃止委員会	○	A: 毎月1回、委員会を開催し、拘束ラウンドと拘束対象者に対しカンファレンスを実施し、拘束廃止に向け取り組んでいる。
			エ 地域包括ケア推進チーム ・地域まるごと医療の実践のため、医師、看護師のみならず、多職種に参加により、地域住民等との連携を推進する活動を展開します。	事務局	△	A: カンファレンスなどを通じて、院内での情報共有に努めている。
			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ます。	NST委員会	○	A: 塩江分院の多職種のメンバーによる1回/月ミールラウンドを実施した。退院後は、在宅訪問を実施し体位、嚥下体操指導、口腔ケア指導を行っている。
			カ 口腔ケアチーム ・口腔ケアが必要な患者を対象に、より効果的な病棟口腔ケアを実施し、患者の誤嚥性肺炎の発症防止や化学療法・放射線治療など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します。	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【6回】 (R2: 11回 → R3: 10回)	地域包括ケア推進チーム	△	A: 令和2年9月から無医地区(戸石地区)で、看護師等による健康教室の開催を月1回開催(冬季は中止)。令和3年度は、新型コロナウイルス感染拡大防止のため開催を自粛した。
		(2) 相談、指導事業の拡充	ア 訪問診療、訪問看護への同行回数 ○看護師【2回】 (R2: 9回 → R3: 24回)	看護局	○	A: 理学療法士との退院前訪問や退院後1カ月訪問により、退院調整の充実を図っている。
			○管理栄養士【4回】 (R2: 14回 → R3: 12回)	栄養科	△	A: 病棟や訪問看護等との連携を密に図っているが、新型コロナウイルス感染症の影響で訪問等の回数が減少した。
			○歯科衛生士【32回】 (R2: 36回 → R3: 40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%】 (R2: 100% → R3: 100%)	看護局	○	A: 退院後の近況確認を在宅退院患者に対して行い、必要時訪問、介護支援専門員への連携を取っている。

具体的施策		取組項目における 具体的な実施内容	取組内容 【R3年実績】 (R2:実績→R3: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	(3) 「私のカルテ」の推進	○「私のカルテ」発行累計数【 451人 】 (R2: 455人 → R3: 470人)	看護局	△	A:発行数は低調であり、今後、「私のカルテ」自体の見直しを含め、利用促進を図りたい。
		(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% 】 (R2: 100% → R3: 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) P42参照	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【 3.3点 】 (R2: 4.2点 → R3: 4.3点)	看護局	△	A:年1回調査内容を精査し、改善に向けて検討会を実施。
		(2) 接客改善の取組	○接客委員会開催数【 12回 】 (R2: 12回 → R3: 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【 0回 】 (R2: 0回 → R3: 1回)	接客委員会	○	A:接客委員会の委員による身だしなみチェックを実施。
		(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 】 (R2: 0回 → R3: 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 ○病院文化祭来場者数【 一人 】 (R2: 一人 → R3: 100人)	文化祭 実行委員会	-	A:新型コロナウイルス感染拡大防止のため、一堂に集まった文化祭開催は中止し、1階待合フロアーを利用した作品展を開催。
		(4) 病棟でのサービス拡充	ア 地元食材を多用した食事の提供 ○管理栄養士等病棟訪問件数【 558件 】 (R2: 413件 → R3: 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。
		(4) 病棟でのサービスの拡充	イ 転倒・転落防止対策への取組 ○述べ転倒・転落回数【 10回 】 (R2: 16回 → R3: 30回)	医療安全 委員会	○	A:入院でポータブル使用患者に対しては、理学療法士とともに位置、高さを調節し安全につとめ、入院時には、スリッパ禁止のパンフレット作成、発見時は、ラウンドによるアセスメントを行っている。
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【 0件 】 (R2: 4件 → R3: 30件)	事務局	-	A:令和3年度は新型コロナウイルス感染拡大防止のため訪問を自粛していたが、オンライン会議などを利用して他の医療機関との情報交換や連携に努めた。
		(2) 地域社会との連携	○地元イベント参加・派遣看護師延べ人数【 0人 】 (R2: 0人 → R3: 7人)	看護局	-	A:本院が地域に密着した親しみやすい存在になるよう、例年、地域イベントへ参加し関係づくりに取り組んでいるが、令和3年度は新型コロナウイルス感染拡大防止の影響からイベント開催が中止となった。

具体的施策		取組項目における 具体的な実施内容	取組内容【R3年実績】 (R2:実績→R3:計画目標値)	責任所属名	自己 評価	目標達成に向けた A取組 B課題
取組項目(大分類)						
取組項目(小分類)						
医療の透明性の確保に向けた取組						
情報発信						
1 情報発信	(1) 医療事故等の公表	・医療の高度化、複雑化に伴い、病院スタッフは、日々研鑽を重ねて、専門的知識・技能を駆使しながら、安全で安心な医療を提供し、市民から信頼される病院であり続けるために努力しています。その一方で、万が一、医療事故等が発生した場合には、「高松市立病院医療事故等公表基準(平成24年4月1日作成)」に基づき、インシデント・アクシデント件数をホームページで公表しています。また、外部有識者で構成する「高松市病院局医療安全評価委員会」を設置し、医療事故の原因分析・究明、再発防止策等の評価・提言を行うなど、病院運営の透明性を高め、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ます。	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	・当院の運営を継続・維持するための協力と理解を得るために、引き続き、塩江分院の経営戦略会議に地域住民の代表者の出席を求めるとともに、塩江町の支所、保健センター及び地域包括支援センター職員にも同席を求め、地域における塩江分院の果たすべき役割等について協議・検討します。	事務局	◎	A: 地元関係者(老人保健施設健勝祥会バーデン管理者、塩江支所長、高松市社会福祉協議会塩江地域保健活動センター長、地域包括支援センター(香川))に対し、連絡会を開催し、分院の現状や附属医療施設の整備計画等の情報を共有している。	
	(3) 「ほたる通信」の発行	○「ほたる通信」発行回数【2回】 (R2: 3回 → R3: 3回)	広報紙作成委員会	○	A: 5月に外来診療の大幅な変更や患者送迎バス路線の変更など分院情報を地域住民に周知している。また、院内のトピックスやイベント行事などの記事を掲載し、情報発信に努めている。(4月、1月に発行)	
医療の効率性の確保に向けた取組						
効率化						
1 効率化の推進	(1) 省エネルギー活動の推進	○電力使用量対前年度削減比率【3%】 (R2: 10% → R3: △1%)	事務局	○	A: 患者数削減に伴い病棟編成を見直すなど効率的な運用に努めながら、こまめな節電に努めているが、夏の猛暑や、冬季の低温、また、漏電等の影響から電力使用量が微増した。	
	(2) 適切な診療報酬の請求	○診療報酬請求額査定率【0.1%】 (R2: 0.1% → R3: 0.1%)	事務局	○	A: 院内周知を行い、診療報酬の査定率の減少に努めている。	
	(3) ジェネリック医薬品の採用拡大	○ジェネリック医薬品使用数量率【92%】 (R2: 92% → R3: 90%)	薬局	◎	A: 新規ジェネリック医薬品を順次採用しており、利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%】 (R2: 100% → R3: 100%) ○過年度未収金回収率【0%】 (R2: 7% → R3: 5%)	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。 A: 過年度分の未収金については、病院局で弁護士による過年度債権回収業務の委託契約を行っており、弁護士名による催告状の送付など、回収の促進を図っているが、滞納者の所在が不明のため、回収に至っていない。	
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	・「経営の安定なくして、良質な医療なし」の考えの下、病院事業管理者を始め、幹部職員による各病院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、問題意識を持って病院運営の現状を把握し、必要な改善を講じ、さらには将来を見据えた戦略的な取組等を議論します。また、本計画についても、PDCAサイクルによる進行管理を実施し、更なる業務改善や効率化を進めます。あわせて、外部評価機関としての「高松市立病院を良くする会」を開催し、病院事業の健全かつ円滑な運営を推進します。	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。	

具体的施策		取組項目における 具体的な実施内容	取組内容 【R3年実績】 (R2:実績→R3: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)					
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	(2) 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堂に会して、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ます。	事務局	○	A: 令和3年度の業務実績報告会を実施。
		(3) 勤務環境の改善	○対前年度時間外勤務時間縮減比率【△10%】 (R2: △22.5% → R3: △2.5%)	事務局	◎	A: 各職場毎、職員による業務改善、時間配分等により時間外削減に向け取り組んでいる。
一体化						
1	一体化の推進	(1) 市立病院間の診療面の連携・協調	・「ファインチームワーク」の精神の下、みんなの病院との人員交流などを行い、医師やメディカルスタッフが、それぞれの専門性を十分に発揮して、連携・協調しながら、市立病院での良質な医療の提供に努めます。	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)、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。
				看護局	◎	A: みんなの病院の救急認定看護師によるICLS研修会の開催など、連携を図っている。
				薬局	◎	A: みんなの病院との間で相互に“dead stock”の譲り渡し、譲り受けを行っている。必要に応じ、情報の提供を受ける。場合によっては情報の提供を行っている。毎日、みんなの病院薬剤師1名の応援派遣を受けている。
				医療局(検査技術)	○	A: みんなの病院に臨床検査業務・エックス線フィルムの読影を依頼することで、検査業務の効率化に努めている。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たが、令和3年6月以降休診となっている。
				放射線科	◎	A: 毎日、みんなの病院の診療放射線技師1名の応援派遣を受けている。
				リハビリテーション科	○	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。
				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。

具体的施策	取組項目	令和2年度実績	令和3年度目標	達成状況 【R3年度実績】
医療機能に関する指標	○入院患者数(人)	11,020	11,315	9,586
	○1日あたり入院患者数(人)	30	31	26
	○外来患者数(人)	15,354	15,488	15,144
	○1日あたり外来患者数(人)	63	64	62
	○病床利用率(%)	34.7	35.6	30.2
	○訪問診療件数(件)	476	540	449
	○訪問歯科件数(件)	125	170	143
	○訪問看護件数(件)	1,828	2,050	1,714
	○訪問リハビリテーション件数(件)	327	270	268
	○患者満足度(点)	4.2	4.3	3.3
経営に関する指標	○経常損益(百万円)	120	36	52
	○経常収支比率(%)	116.9	105.2	108.1
	○医業収支比率(%)	53.2	56.0	52.3
	○職員給与費対医業収益比率(%)	134.6	119.5	134.4
	○材料費対医業収益比率(%)	23.0	24.8	24.6
	○経費対医業収益比率(%)	26.6	30.2	28.6
	○減価償却対医業収益比率(%)	3.4	3.1	3.4
	○年度末現金残高(百万円)	38	39	85

委員評価表

(令和3年度実績)

【みんなの病院 編】

高松市立病院を良くする会

具体的施策	取組項目における 具体的な実施内容	取組内容	R3.3 自己 評価	実施内容 評価	小分類 評価	委員意見等	
							取組項目(大分類)
							取組項目(小分類)
医療の質の確保							
医療技術							
1 高松市医療全体の最適化を目指した役割の強化	(1) 救急医療の強化	ア 救急患者の受入れ ○救急車搬送患者受入件数	◎				
		○救急車受入不可率	○				
	(2) がん診療機能の強化	ア 診療機能の強化 ○がん診療連携研修会開催数	◎				
		○がん診療関連研修会開催数	◎				
		イ 地域を含めたがん患者及び家族への支援 ○がん患者家族への相談支援件数	◎				
		○がん相談員基礎研修(1.2)修了者累計数	○				
		○がん相談員基礎研修(3)修了者累計数	○				
	(3) 地域包括ケアへの対応	○病床利用率	◎				
	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)受入人数	△				
		○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	◎				
		○研修実習生	△				
		○早期体験学習生	◎				

具体的施策	取組項目における 具体的な実施内容	取組内容	R3.3 自己 評価	実施内容 評価	小分類 評価	委員意見等	
							取組項目(大分類)
							取組項目(小分類)
医療の質の確保							
医療技術							
3 メディカルスタッフ の確保と機能強 化	(3) 検査技術科	○認定資格等の取得者累計数	○		31Pに記入		
		○研修実習生	-				
	(4) 放射線技術科	○認定資格等の取得者累計数	◎				
		○研修実習生	-				
	(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	◎					
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)開催数	◎				
		○放射線関係医療安全取扱研修開催数	◎				
	(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) 病院機能評価の受審及 び改善の実施	・公益財団法人日本医療機能評価機構が実施している「病院機能評価」を、平成26年度に認定を受け、令和元年度に更新認定を受けました。本評価で指摘を受けた事項については、次回の円滑な更新に向け、しっかりと改善を実施していくことで、医療の質の向上を図る。	○				
		・平成22年に厚生労働省が実施した「医療の質の評価・公表等推進事業」を引き継ぐ日本病院会の「QI (Quality indicator) プロジェクト」、また、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」に参加し、データに基づいて自院の現状を把握し、医療品質の向上に寄与する。	○				
	(2) 品質の向上及び他病院と の比較	○クリニカルパス新規開発件数	○				
		○クリニカルパス使用件数(電子カルテのみ)	◎				
	(4) 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		◎					

具体的施策		取組項目における 具体的な実施内容	取組内容	R3.3 自己 評価	実施内容 評価	小分類 評価	委員意見等
取組項目(大分類)							
取組項目(小分類)							
医療の質の確保							
医療技術							
6	災害医療機能の強化	(1) 病院災害対策	・DMATの編成や防災対策訓練を始め、防災教育、施設等の安全対策、災害対策用備蓄品の調達などの必要な措置を講じ、災害拠点病院として、発生時には、地域の医療提供の核となるよう備える。	○			
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	○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。	◎			
		(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	◎			
			○糖尿病チームラウンド	◎			
(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	・主に食物を咀嚼、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する。そして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。また、職員に口腔内ケア教育を実施する。	○					

具体的施策	取組項目における 具体的な実施内容	取組内容	R3.3 自己 評価	実施内容 評価	小分類 評価	委員意見等	
							取組項目(大分類)
							取組項目(小分類)
医療の質の確保							
人間関係							
2 市民との信頼関係の強化	(1) 指導・教室の実施	○やさしく学べる健康講座	○				
		○糖尿病教室の開催回数(再掲)人間関係1(7)参照					
	(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	○患者への新規配布数	◎					
(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					
	(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	○				
	(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	◎						
○医師及びメディカルスタッフとの院内ラウンド回数							
(5) 癒しの場の提供	・院内コンサートやクリスマス会など、入院患者の癒しの場を提供するとともに、病院文化祭の実施や地域のイベントなどを通じて、地域住民との交流を推進し、アメニティの向上と地域との一体感の醸成に取り組みます。	○					

具体的施策		取組項目における 具体的な実施内容	取組内容	R3.3 自己 評価	実施内容 評価	小分類 評価	委員意見等
取組項目(大分類)	取組項目(小分類)						
医療の質の確保							
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	○			
			○症例検討会・セミナー開催数	◎			
	(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	◎				
			○医師との面談率	◎			
	(3) 初診連絡の徹底、紹介・逆紹介に関する連携体制の強化	○返書率	○				
			○紹介率	◎			
			○逆紹介率	◎			
			○紹介患者の入院率	○			
	(4) 地域連携クリニックバスの積極的な活用	○地域連携クリニックバス活用件数	◎				
			○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等開催数	△				
	(6) 地域住民との一体感の醸成	<癒しの場の提供>【再掲】アメニティ1(5)参照					
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 記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。	◎			

具体的施策		取組項目における 具体的な実施内容	取組内容	R3.3 自己 評価	実施内容 評価	小分類 評価	委員意見等
取組項目(大分類)							
取組項目(小分類)							
医療の透明性の確保							
情報発信							
1	情報発信	(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 ○診療のご案内発行回数	○			35Pに記入
				◎			
				◎			
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	・医療機能の整備に伴い、取得可能な診療報酬上の施設基準の取得を目指すとともに、加算の算定対象となる案件等の取得に積極的に取り組みます。また、毎月加算の算定状況などをモニタリングし、各診療科にフィードバックするなど、算定状況を適切に把握・管理する体制を、強化する。	◎			
		(2) 省エネルギー活動の推進	・本市の「ゼロカーボンシティ※」実現にむけた取組として、地球温暖化防止への対応はもとより、増え続ける光熱水費の抑制などによる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。 ※脱炭素社会の構築に向けて、2050年に温室効果ガスの排出量を実質ゼロにすることを旨とするを表明した自治体。	○			
		(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) 低価格材料への置き換え及び委託業務の見直し	○医薬収益に対する材料費比率	◎			
			○医薬収益に対する委託費比率	○			
		(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	・組織は人なりの観点から、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。	◎			

具体的施策	取組項目における具体的な実施内容	取組内容	R3.3自己評価	実施内容評価	小分類評価	委員意見等	
							取組項目(大分類)
							取組項目(小分類)
医療の効率性の確保							
管理体制							
1 管理体制の強化	(1) 病院事業の健全かつ円滑な運営	○経常収支比率	◎				
	(2) PFM体制整備・機能強化及び病床管理の徹底	・全ての入院患者の情報を「患者支援センター」に集約し、入院前～入院中～退院前の管理の一元化を図る。また、病院全体の病床稼働率を管理する体制を整備する。	○				
	(3) 業務実績報告・目標発表会の開催	・診療科、各局を含めた病院を構成する全組織が一堂に会して、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。	◎				
	(4) 加算・指導料に関するオーダーの標準化・仕組化	・対象者抽出、オーダー、実施までを標準化し、対象者にもれなく実施・算定するためのフローを構築し、仕組みにおとすことで診療報酬の算定強化を図る。	○				
	(5) 適切なDPCコーディングの実施	・医師、看護師等、他職種で構築した「適切なコーディングに関する委員会」(DPC委員会)を開催し、適切な傷病名のコーディング(選択)を行う体制を確保する。また、DPC関連において、情報を収集し、必要に応じて院内関係部署に情報提供を行うとともに対策を講じる。	◎				
	(6) 勤務環境の改善	○職員の平均年次有給休暇取得日数	△				
	(7) 時間外勤務の可視化と業務の見直し	○1人1月当たり時間外勤務時間	○				
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	◎				
		カ リハビリテーション技術科	○				
		キ 栄養科	△				

委員評価表

(令和3年度実績)

【塩江分院 編】

高松市立病院を良くする会

具体的施策		取組項目における 具体的な実施内容	取組内容	R3.3 自己 評価	実施内容 評価	小分類 評価	委員意見等
取組項目(大分類)	取組項目(小分類)						
医療の質の確保							
医療技術							
1	地域医療の推進	(1) 訪問事業の推進	○訪問診療件数	△			
			○訪問歯科件数	△			
			○訪問看護件数	△			
			○訪問リハビリテーション件数	◎			
			(2) 初期、回復期、慢性期医療の提供	○在宅復帰率	◎		
	(3) 地域包括ケアシステムの構築支援		△				
2	医師等の確保機能の強化	(1) 実習、見学等の受入れの充実 (2) 医師の安定確保	○香川大学等からの医師研修実習生受入人数	—			
			・診療の安定提供のため、機会を捉え、非常勤医師の受入れを推進します。	○			
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 (2) 感染管理意識の共有と醸成	○医療安全委員会開催数	◎			
			○安全管理研修会(全体研修)開催数	○			
			○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	△			
			オ 摂食嚥下チーム	○			
			カ 口腔ケアチーム	○			

具体的施策		取組項目における 具体的な実施内容	取組内容	R3.3 自己 評価	実施内容 評価	小分類 評価	委員意見等	
取組項目(大分類)	取組項目(小分類)							
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	○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 ○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 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	○地元イベント参加・派遣看護師延べ人数	-				
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		◎				
		(3) 「ほたる通信」の発行	○「ほたる通信」発行回数	○				

具体的施策		取組項目における 具体的な実施内容	取組内容	R3.3 自己 評価	実施内容 評価	小分類 評価	委員意見等
取組項目(大分類)	取組項目(小分類)						
医療の効率性の確保							
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		○			
		(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	○			