



令和6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5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5年度実績）【塩江分院 編】
- 30P 委員評価表（令和5年度実績）【みんなの病院 編】
- 38P 委員評価表（令和5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	東京都立大学客員教授
副 会 長	伊 藤 輝 一	一般社団法人高松市医師会 会長
委 員	赤 池 雅 史	徳島大学大学院医歯薬学研究部 研究部長
委 員	岡 下 照 子	高松市婦人団体連絡協議会 理事
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	富 山 清 江	公益社団法人香川県看護協会 会長
委 員	藤 田 純 子	公募委員 (がん患者会ネットワークかがわ 会長)
委 員	森 山 敏 子	公募委員 (仏生山地区コミュニティ協議会 安心の素部会所属)
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(会長・副会長を除く)]

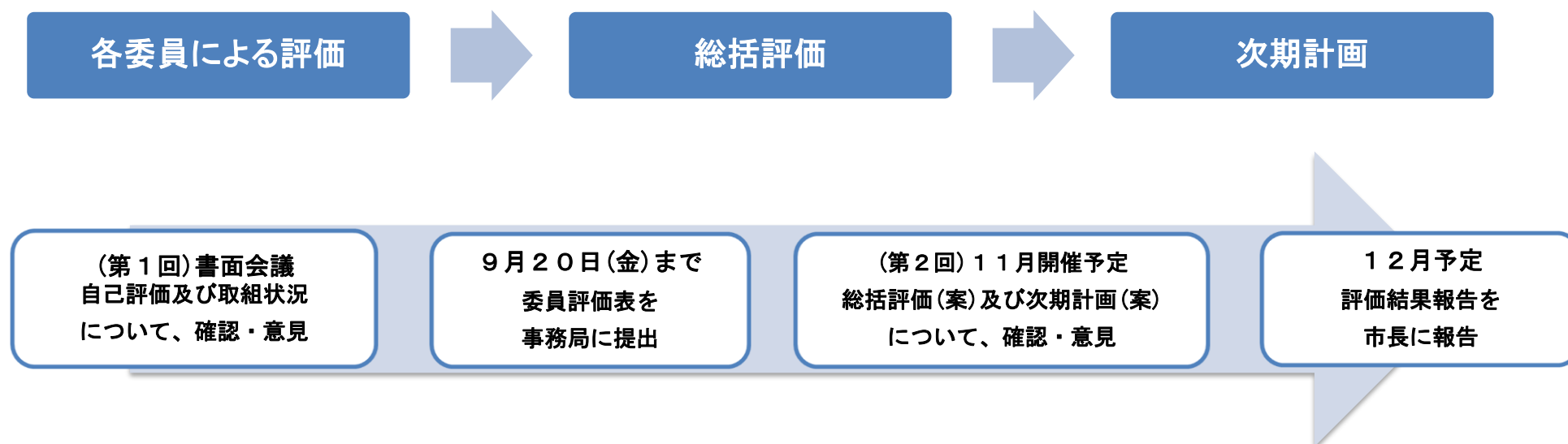
経営健全化計画の取組状況に係る評価

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。



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、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。

4 委員評価表

「小分類評価」及び「委員意見等」の欄を御記入の上、9月20日（金）までに御提出ください。

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	R4.3 自己 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	◎		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。
		○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	◎		
		○がん診療連携研修会開催数	◎		
		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	◎		
					小分類ごとに、◎、○、△、×の評価をご記入ください。

自己評価表・具体的取組状況

(令和5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

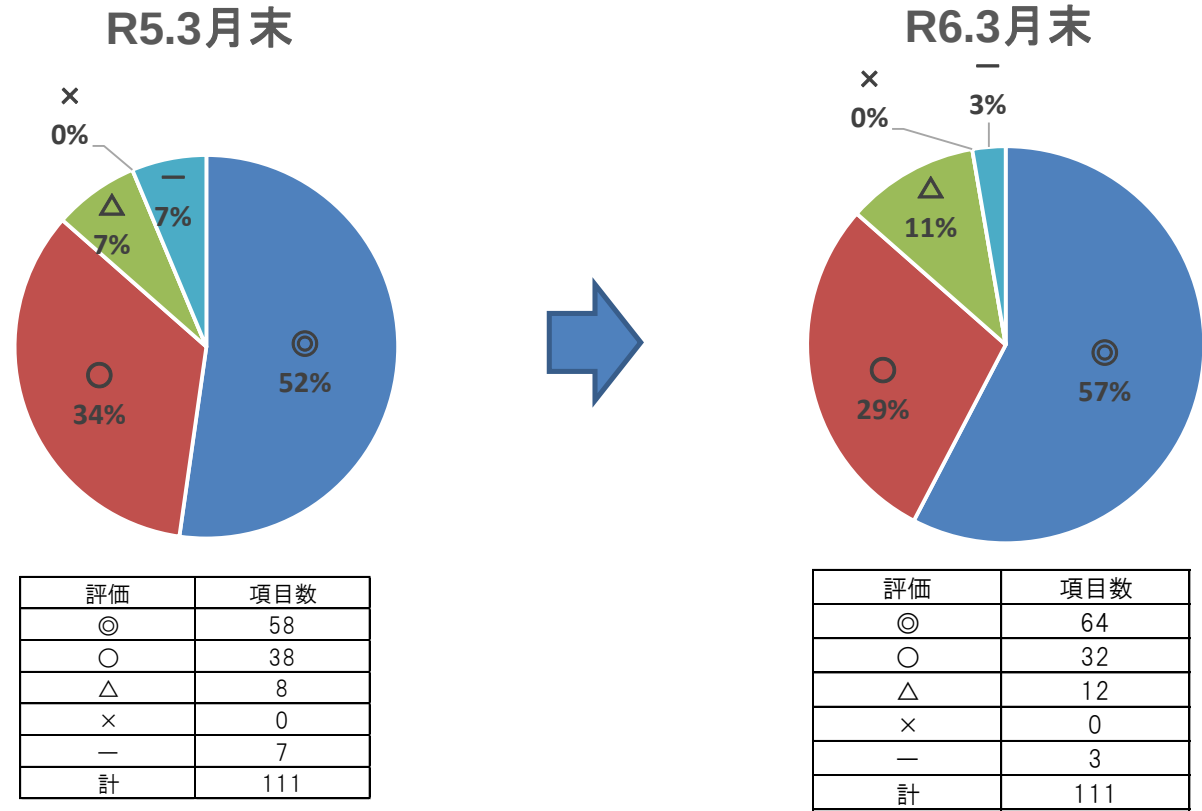
- 1 『リーディングホスピタル』として、高松市医療全体の最適化を目指します。
- 2 『安全で良質な医療』を、ファインチームワークで提供します。
- 3 『まごころのある医療人』を、全力で育成します。
- 4 『地域とのつながり』を大切にし、みんなの暮らしを支えます。

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 【 R5年実績 】 (R4: 実績 → R5: 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【 3,775 件 】 (R4: 3,320件 → R5: 2,900件)	救急委員会	◎	A: 令和5年度の救急搬送件数は3,775件で目標値を大きく上回り、過去最多となった。令和3年度以降、3,000件超/年の受入数となっているが(R3: 3,076件、R4: 3,320件)、施設規模を考えると今後さらに受入要請が増加しても対応するのは難しいと考える。	
		○救急車受入不可率【 40.5% 】 (R4: 41.6 % → R5: 23%)	救急委員会	○	A: 救急車搬送患者受入件数は増加したが、受入不可率も例年と比べて増加していた。全体の救急搬送患者数増加に伴い、当院への受入要請数も増加したが、マンパワーの問題や感染病床・重症者病床の逼迫などから一定数以上の受入は難しい状況がある。救急受入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、増加する受入要請に応えられず受入不可率が上昇したことはやむを得ないと考える。 B: 医療行政や消防局との情報共有を進める。	
	(2) がん診療機能の強化	ア 診療機能の強化 ○がんサージボード開催数【11回】 (R4: 7回 → R5: 12回)	がん診療支援センター	◎	A: 定期的にがんサージボードを開催し、患者情報の共有や治療方針の検討など診療科を超えての意見交換を行っている。 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【 17回 】 (R4: 7回 → R5: 12回)	がん診療支援センター	◎	A: がんサージボード後に医師を講師とした研修会を定期的に開催している。また、緩和ケアチーム主催の緩和ケアに関する研修会を3回、化学療法評価委員会が抗がん剤分類の薬剤特性や副作用に関する研修会を3回行い、スタッフの知識の向上に努めている。 B: 継続的にがん診療や患者支援に関する研修会を開催し、知識の向上を目指していく。	
		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【 26件 】 (R4: 38件 → R5: 90件)	がん診療支援センター	△	A: がん相談員や認定看護師の勤務状況もあり、充実した相談対応までは行っていない。しかし、化学療法の投与中などに患者からの体調や副作用症状の質問に対する返答や情報提供は継続して行っている。 B: 香川県がん診療連携協力病院の指定も受け、がん相談を含む患者支援の充実や広報を進めていく。	
		○がん相談員基礎研修(1,2)修了者累計数【 3人 】 (R4: 3人 → R5: 4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。 B: がんに対する知識の習得と相談員の質の向上を図る。	
		○がん相談員基礎研修(3)終了者累計数【 2人 】 (R4: 2人 → R5: 4人)	がん診療支援センター	△	A: 国立がん研究センターのがん相談員基礎研修(3)の受講申請は行っているが、選考の結果受講対象とならなかった。 B: 香川県がん診療連携協力病院の指定を受けたことを申請書類に記載し、受講申請を行っていく。	
		(3) 地域包括ケアへの対応	○病床利用率【 84% 】 (R4: 77% → R5: 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、患者の病態を始め、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【 △2人 】 (R4: 0人 → R5: 2人)	総務課	△	A: 医師数が減少(△2人)した。(泌尿器科1名、内科1名、呼吸器内科1名、形成外科1名の増員に対し、内科1名、整形外科1名、精神科1名、外科2名、形成外科1名の減)
			○病院実習生受入人数【 20人 】 (R4: 18人 → R5: 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5年度は徳島大学から15名、香川大学から5名の、合計20名の医学生を受け入れた。 B: 今後においても、本院の新しい施設や設備を活用し、実習生の受け入れ人数の増加に努める。

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 【R5年実績】 (R4: 実績 → R5: 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】 (R4: 9人 → R5: 10人)	総務課	○	A: 病院の見学に訪れる医学生に対して、2万円を上限として旅費の助成を行っており、令和5年度は8名の医学生が見学に訪れた。 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】 (R4: 0人 → R5: 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ケースが多いことから、見学者の増加につながる方策を検討・実施していく。令和5年度のマッチング(令和6年度受入)ではフルマッチの4名となり今後につなげることができた。	
			○説明会でのみんなの病院への参加学生数【13人】 (R4: 5人 → R5: 40人)	臨床教育センター(総務課)	○	A: 令和5年度の説明会結果は以下のとおり。 徳島大学説明会、レジナビ大阪及びレジナビオンラインに参加。 徳島大学説明会(7/1 院長、藤井センター長が参加 ブース訪問者8名) レジナビ大阪(7/2 院長、佐藤副センター長が参加、ブース訪問者5名) レジナビオンライン(3/25 藤井センター長、藤原副センター長参加、閲覧者47名) B: 臨床研修医の説明会への参加については、院長ほか、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。次年度においては、初期臨床研修医がいるため、各説明会へ参加してもらい、より話しやすい環境を整える。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【25対1】 (R4: 25対1 → R5: 25対1)	医事課	◎	A: 15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20対1を見据えて人員確保を図る必要がある。		
	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【38人】 (R4: 35人 → R5: 37人)	看護局	◎	A: [認定看護師皮膚・排泄ケア分野]令和5年11月の認定試験合格、R6年度よりチーム会のリーダーとして活動予定。 [感染管理認分野]2人目の看護師が、R5年8月より教育課程受講中。 [糖尿病療養指導士]2名が新たに、R6年2月に受検し、合格。 [がん相談支援員]1名 R6年度、学会主催の研修受講が決定した。
				○研修実習生【113人】 (R4: 85人 → R5: 100人)	看護局	○	A: コロナウィルス感染症5類への移行に伴い、病院の方針に合わせ、実習生の行動範囲も徐々に緩和している。 実習内容のよりいっそうの充実のために、実習指導者の評価表を作成し、十分に関わりが持てたかのチェックをしている。

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 【R5年実績】 (R4: 実績 → R5: 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【4.9%】 (R4: 5.7% → R5: 10%)	看護局	◎	A: 令和5年度、全離職者は13人 内訳 ・定年および再認用者期限満了者 1人 ・家庭の事情(結婚も含む) 4人 ・精神的要因 2人→(20才代1人、50才代1人) ・身体的要因 2人 ・転職 3人 ・その他 1人 上記のうち、新人離職者(既卒者)は1人のみで、新卒新人の離職率は、0%
		(2) 薬剤局	○認定資格等の取得者累計数【21人】 (R4: 19人 → R5: 21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2名、実務実習認定薬剤師4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2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】 (R4: 0人 → R5: 3人)	薬剤局	—	A: コロナ禍で、実習が途中取りやめとなり、前年度の実績がなかったことで、割当がなく、実務実習受け入れ機構や大学からの依頼が0名であった。 令和6年度は2名受入れている。
			○早期体験学習生【0人】 (R4: 0人 → R5: 12人)	薬剤局	—	A: 徳島文理大学での早期体験学習の方式が変更になり、VR(バーチャルリアリティ)を活用し、架空調剤室を大学で実現し講師として招かれなくなった。また、レディ薬局のロボット調剤についての講義に置き換わった。
	(3) 検査技術科	○認定資格等の取得者累計数【7人】 (R4: 6人 → R5: 7人)	検査技術科	◎	A: 令和5年度、科内では初めて腹部領域の超音波検査士の資格を取得することが出来た。今後も計画的に認定資格の取得に努めたい。また、技師一人一人の汎用性を高めるため、部門のくくりを広げ、協力体制を強化しながら、知識や技術の共有を図る取り組みを続けている。こちらも粘り強く継続し、変化に対応できる職場を目指したい。 B: 女性の多い職場のため育児休暇や部分休業、さらに介護など特別休暇を取得する者も見込まれ、職員の欠員が多数重なる恐れがある。会計年度任用職員の応募者が見つからない現状もあるため、専門技術の習得と並行して、幅広い技術を持った技師の育成が必要である。	
		○研修実習生【2人】 (R4: 0人 → R5: 2人)	検査技術科	◎	A: 令和5年度、約3ヶ月間、実習生2名の受け入れを行った。令和6年度より施行されるガイドラインに沿った実習指導を行うため、臨地実習指導プログラムに準じて対応した。今後も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。	
	(4) 放射線技術科	○認定資格等の取得者累計数【6人】 (R4: 6人 → R5: 6人)	放射線技術科	◎	A: 認定資格取得者のうち2名が新たに資格の取得。	
		○研修実習生【5人】 (R4: 0人 → R5: 5人)	放射線技術科	—	A: 計画のとおり研修実習生を受け入れた。	
	(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【33人】 (R4: 23人 → R5: 35人)	リハビリテーション技術科	◎	A: がんリハ:6名、3学会呼吸療法認定:4名、認知症予防運動指導:5名、地域包括ケア推進リーダー:3名、介護予防推進リーダー:1名、感覚検査士:1名、初級管理者:1名、認定理学療法士:2名、臨床実習指導者取得:10名。 B: 3学会呼吸療法認定試験に1名合格し、臨床実習指導者講習を1名修了した。 今後心不全チームも発足し、チームに必要な講習・資格を受講予定である。	
		○研修実習生【7人】 (R4: 0人 → R5: 10人)	リハビリテーション技術科	◎	A: コロナ解除となり、実習指導をコロナ以前と同等に行う予定である。 B: 年度途中よりコロナ規制解除により、実習生受け入れ再開し、7名の実習指導を行った。	

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 【R5年実績】 (R4: 実績 → R5: 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							
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【6人】 (R4: 0人 → R5: 2人)	臨床工学科	◎	徳島文理大学2名、四国医療福祉専門学校4名合計6名の実習生受け入れができた。	
		(7) 栄養科	○認定資格等の取得者累計数【11人】 (R4: 7人 → R5: 7人)	栄養科	◎	A: 令和5年度は新たにNST専門療法士、香川県肝炎医療コーディネーターの資格を取得。認定資格保有者数は11名に増加した。	
4	医療安全の強化	(1) 医療安全意識の共有と醸成	○ヒヤリハット報告会開催数【11回】 (R4: 8回 → R5: 10回)	医療安全管理センター	◎	A: 年間計画に沿って研修会を開催できた。またトピックス研修も2回開催し追加研修も行えた。研修会アンケートを実施し、希望する研修等についても調査が行えた。	
			○安全管理研修(全体研修)開催数【2回】 (R4: 2回 → R5: 2回)	医療安全管理センター	◎	A: 必須研修は予定通り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: 研修参加率が低いため、研修内容についての理解度は把握できていない。今後DVD視聴者については簡単な理解度テスト等の検討を行う。	
			○放射線関係医療安全取扱研修開催数【3回】 (R4: 3回 → R5: 6回)	放射線技術科、医療安全管理センター	◎	A: MRIの安全研修を中心に、講習・現地研修を実施。前年度より33名の増加で101名に実施。	
		(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】 (R4: 7回 → R5: 6回)	院内感染対策センター	◎	A: ICT・AST研修を6回開催した。 B: AST研修参加率が低いため、DVD回覧方法を検討している。	
			○針刺事故件数【13件】 (R4: 15件 → R5: 5件)	院内感染対策センター	△	A: 事故後は、必要時曝露源の検査を実施した。 B: 令和5年度は、針刺し・切創事故が13件だった。しかし、皮膚粘膜暴露事故が6件(内訳は咬傷3件、掻傷3件)があり、増加している。高齢化社会のため、せん妄、認知症対応が増えると思われ、咬傷、掻傷事故防止への対応が課題である。	
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、令和6年度の受審に向けて、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: 令和5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 【R5年実績】 (R4: 実績 → R5: 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】 (R4: 6件 → R5: 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。 B: 患者用パスの推進	
		○クリニカルパス使用件数(電子カルテパスのみ) 【2,474件】 (R4: 2,426件 → R5: 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、ほぼ順調であり、継続していく。	
	(4) 高度医療機器の活用	○PET-CT検査件数【307件】 (R4: 517件 → R5: 270件)	放射線技術科	◎	A: 他院でPET装置の更新が完了したために総数では減少となった。ただし今年度の目標とする件数よりは37件の増加であった。	
		○新規がん放射線療法患者数【71人】 (R4: 85人 → R5: 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受けている。 B: 紹介患者への治療と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、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。 令和4年度は、四国ブロックDMAT実動訓練に、DMAT隊員4名が参加、その他の研修に5名が参加している。 院内での防火訓練は年2回実施、災害訓練は1回実施している。 また、令和6年能登半島地震においては、香川県からのDMAT派遣要請を受け、医師や看護師ら5名が4日間の被災地支援活動を行った。 B: 訓練及び人材教育等は実施できている。 職員一人一人が発災時に訓練を活かした動作が出来るように、引続き訓練等を実施していく。	
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【47件】 (R4: 47件 → R5: 48件)	医療安全対策チーム	○	A: 他職種によるラウンドを行うことで、医療安全の啓蒙活動につながっている。チーム会で結果をフィードバックしている B: 各部署の医療安全メンバーの活動促進が必要である。チーム会活動を促進し院内の医療安全に努めるため、テーマを決めて年間活動を目指す。	
	(2) 院内感染対策チーム	○院内感染対策ラウンド回数【37回】 (R4: 30回 → R5: 40回)	院内感染対策センター	○	A: 環境ラウンドを中心に実施した。 B: ラウンド結果は、感染対策上の環境整備がコロナ禍を経て低下していた。ラウンドで指導することで、徐々に戻ってきている。今後も指導が必要であり、継続できるようにすることが課題である。	
	(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: 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度はカンファレンスを行うこととし、必要に応じて介入している。	

みんなの病院自己評価

具体的施策		取組項目における 具体的な実施内容	取組内容 【R5年実績】 (R4: 実績 → R5: 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)						
		(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>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 <1回/週>看護外来の実施:CPAP装着患者へ在宅療養指導 適宜:在宅酸素療法・在宅ハイフローセラピーの導入指導 B:適宜 研修会の実施

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 【R5年実績】 (R4: 実績 → R5: 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	(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【1人】 (R4: 0人 → R5: 1人)	褥瘡対策チーム	◎	A: 認定取得に向けて、令和4年受講資格試験に合格し研修期間終了。令和5年秋頃認定試験合格。	
		○褥瘡発生率【0.09%】日本病院会QI事業(※)平均値以下を目指す (R4: 0.09% → R5:0.08%)	褥瘡対策チーム	△	A: 日本病院会QI事業平均値:0.11%。当院において令和5年度(令和5年4月～令和6年3月)平均値0.14%であった。全国平均値を上回っている。引き続き今年度も褥瘡発生減少に向けて予防ケアに取り組んでいく。	
	(6) 緩和ケアチーム	○緩和ケアチームの介入患者数【8人】 (R4: 5人 → R5: 30人)	緩和ケアチーム	△	A: 毎週金曜日のラウンドと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が、介入数は増加していない。 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。早期からの緩和ケア紹介を依頼する	
		(7) 糖尿病チーム	○糖尿病教室の開催回数【10回】 (R4: 0回 → R5: 5回)	糖尿病チーム	△	A: 予定していた通りに教室開催を行ったが、参加人数が少なく集客に問題があった。昨年度同様院内配布のチラシ作成、ホームページやSNSを利用した周知を行っていく。入院患者の参加も促すとともに、患者が興味を持ってそうな教室開催を行い合併症予防に繋げていきたい。
	○糖尿病研修会の開催回数【9回】 (R4: 7回 → R5: 3回)		糖尿病チーム	◎	A: 令和5年度は、9回の開催を予定通り行えた。今年度も看護師、コメディカルスタッフへ糖尿病に対する情報提供を行い知識獲得出来るよう支援していく。	
	○糖尿病チームラウンド【43回】 (R4: 39回 → R5: 30回)		糖尿病チーム	○	A: 令和5年度は43回で、82名の患者に、チームラウンドを行った。今年度はチームラウンドへの紹介フローを作成しており病棟患者でラウンド対象患者の抽出を明確に出来るようにし、対象者増加、糖尿病の重症化予防に繋げていきたい。	
	(8) 排泄ケアチーム	○排尿自立指導実施件数【209件】 (R4: 169件 → R5: 100件)	排泄ケアチーム	◎	A: 排尿自立支援加算件数は、令和5年度は、入院で168件、外来で41件、計209件算定できた。外来排尿自立指導料算定に対しては、外来との連携体制を整え、算定件数増加となった。 B: 院内での勉強会実施は達成できたが、排泄ケアに関する知識・スキルのレベルアップにつなげていない。	
		(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5年度(2023/4-2024/3)には、186例の患者に対して、摂食嚥下チームがラウンドにより摂食嚥下評価、嚥下訓練メニューの指導、嚥下食の検討などを行った。ほぼ毎週のラウンドはできた。 B: 重度はST介入となるが、軽症例は看護師による食事介助としている。嚥下機能よりも口腔内環境とくに高齢者の入れ歯の問題や歯が少なく咀嚼が悪いなどの問題が目立つようになった。食事形態の変更や口腔外科の介入などを積極的にこなす必要があり、連絡を取り合うようにする。
	(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: 病棟スタッフに対して口腔ケア研修会を行い、目標を達成できた。 B: 病棟スタッフの入れ替え、異動などあるため、引き続き「口腔ケアに対する重要性、必要性に対する理解を深め、医療スタッフ自身がより効果的な口腔ケアを行うことが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【14回】 (R4: 8件 → R5:12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5年度は、新型コロナウイルス感染症が2類相当から5類へ引き下げられたことから、市民の研修活動が活発化した。計画は12回であったが、それ以上の申し込みがあり、市民の健康に関する意識も高まりつつあると感じる。 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			

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 【R5年実績】 (R4: 実績 → R5: 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) 相談事業の充実	○医療福祉相談件数【13,259件】 (R4: 12,713件 → R5: 13,000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、薬剤局、事務等、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【2,854件】 (R4: 3,166件 → R5: 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に対応している。他職種からなる「患者サポート体制」の委員が毎週カンファレンスを実施、3ヶ月に1回全体会を開催している。最終として、診療相談(16112件)、医療費相談(418件)、福祉相談(347件)、施設・設備相談(397件)その他の項目(2446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。 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。	
	(3) 「私のカルテ」の推進	○患者への新規配布数【1755人】 (R4: 1,284人 → R5: 700人)	私のカルテ推進委員会	◎	A: 印刷・丁合作業を印刷会社に委託しており、作成に時間を取られることがなく時間を有効に使っている。また、病棟・外来での積極的な声かけ・配布によりさらに配布数を伸ばすことができている。配布数を維持できるよう今後も同様に取り組む。	
	(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%】 (R4: 100% → R5: 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: 700点→1708件→1775件で67件の増加、介護支援連携指導料: 400点→158件→157件とほぼ同数、多機関共同指導加算: 2000点→12件→12件で同数)とコロナ禍が明け、対面での相談が増えつつある。関連職種へ連絡し、退院前カンファレンスを実施して、多機関共同指導加算に繋げることができた。 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【4.3点】 (R4: 4.4点 → R5: 4.6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外来、病棟それぞれ400枚達成の目標を設定し、LOGOフォームを活用しQRコードでの回答も可能とし、令和5年11月1日～令和6年3月15日まで患者満足度調査を行った。病棟の回収枚数478枚、外来は372枚であった。総合的な評価では、R4年度度比で病棟で令和4年度よりポイントが少し減少したものの、全体的に満足度が半数を超える結果となった。当院を知人に勧めても良いとの回答が86%で令和4年度の83.3%より増加した。	
		○外来患者満足度【4.3点】 (R4: 4.3点 → R5: 4.6点)	患者サービス向上委員会、総務課			
	(2) 待ち時間短縮及び接客改善	A 待ち時間の短縮 ○予約患者の待ち時間(30分以内)の割合【56%】 (R4: 44% → R5: 40%)	患者サービス向上委員会、総務課	◎	A: 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56%となっており、令和4年度の44%と比べて増加した。また、待ち時間が90分以上であった予約患者の割合は6%であり、令和4年度と比べて減少した。年々待ち時間は改善している。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い、患者等の精神的な負担の軽減に努めた。	
		I 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【4回/年】 (R4: 4回/年 → R5: 4回/年)	患者サービス向上委員会、総務課	◎	A: 外部講師を招いての接客研修会を年4回開催(4月6日、8月17日、11月2日、1月18日)し、職員の接客改善に努めた。 B: 講義形式を採用している現在の接客研修は、開始から5年を経過し、院内でも研修内容が形骸化しているとの意見がある。今後、研修内容や別の手法による接客改善の取組について検討を進めたい。	
	(3) 外来でのサービス拡充	○セカンドオピニオン受入件数【0件】 (R4: 2件 → R5: 5件)	がん診療支援センター	△	A: セカンドオピニオンはホームページや院内ポスターで広報しているが、R5年度は依頼がなかった。 B: 医師の異動による担当医師変更や脳神経外科追加も行っており、継続して依頼に対応していく。	

みんなの病院自己評価

具体的施策			取組項目における 具体的な実施内容	取組内容 【R5年実績】 (R4:実績→R5: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)							
			(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。コロナ感染症患者の入院は、個室対応を行いながら、感染対策をと り、一般病棟で入院可能となった。一般入院や当日緊急入院の依頼も増えてきており、より効率的なベッド運用 が求められている。高松市内外の救急受け入れを行いながら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。

みんなの病院自己評価

具体的施策		取組項目における 具体的な実施内容	取組内容 【R5年実績】 (R4: 実績 → R5: 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 病棟薬剤業務・服薬指導業務の充実 ○服薬指導率【 87.66% 】 (R4: 81.08% → R5: 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、救急病棟の患者への服薬指導件数が増加しないため、これ以上の伸びしろは期待できない。
			ウ 摂食不良患者への支援 ○病棟訪問件数【 1,364件 】 (R4: 1,339件 → R5: 1,200件)	栄養科	◎	A:委託業者と協働で、病棟訪問実施。訪問件数は1,364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% 】 (R4: 100% → R5: 100%)	リハビリテーション技術科	◎	A:施設基準の遵守のため、平均2単位を維持・自宅復帰できるように取り組んだ。 B:状況を見ながら平均2単位実施・自宅退院を目標に取り組んでいく。
			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【 21件 】 (R4: 20件 → R5: 12件)	医療安全管理センター	◎	A:転倒転落としてのラウンドとしては6件であったが、入院生活快適化チームとして身体抑制の最小化、転倒転落予防の環境調整等のラウンドを、病棟からの選定に基づき多職種で実施出来た。 内容はカルテ記載を行い情報共有できた。
		(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めます。	総務課	◎	A:定期的に患者サービス向上委員会を開催し、患者ニーズの把握に努め、七夕飾りやクリスマスツリーの設置、院内BGMの放送など、入院患者の癒しの場の提供に努めた。 また、開院5周年記念事業として、病院文化祭を開催し、地域住民との交流を促進した。
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【 5回 】 (R4: 8回 → R5: 3回)	地域医療・患者支援センター	◎	A:令和5年度も引き続き地域医療連携セミナーを5回開催することができた。開催に際しては、参加医療機関の外来終了時間を考慮し、また感染対策を継続した、WEB(ZOOM)開催とすることで、知識の共有に寄与できたと考える。最終総出席者262名、うち医師118名と多くの聴講を得た。 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企画することや当日の快適な運用に努める。リモートでの研修としたので、勤務終了後の地域医療機関の医師からも多数の参加を確認できた。
			○「地域医療連携カンファレンス」開催数【 1回 】 (R4: 1回 → R5: 1回)	地域医療・患者支援センター	◎	A:地域連携カンファレンスは6月22日、当院の、みんなのホールにて徳島大学脳神経外科学の高木教授を迎え、開催した。当日出席者102名、うち医師49名と、研修を含め意見交換会も実施し、有益な講演となった。 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。
			○症例検討会・セミナー開催数【 5回 】 (R4: 0回 → R5: 5回)	地域医療・患者支援センター	◎	A:症例検討会は、地域連携セミナーと一体化し、効率化をはかった。セミナーを充実させ、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【 126件 】 (R4: 235件 → R5: 190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年より発行している、「診療のご案内」を令和5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。それ以外にも、ケアマネジャーへの訪問を行い、レスパイト入院の紹介をした。 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。

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 【R5年実績】 (R4: 実績 → R5: 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	○医師との面談率【100%】 (R4: 100% → R5: 80%)	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、全ての医療機関において医師面談が達成でき、実績は100%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える。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【91%】 (R4: 92 % → R5: 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、昨年度とほぼ同数であった。 B: 返書率100%を目指し外来、入院別に返書状況を書面で示し意識向上に努める。	
		○紹介率【78.9%】 (R4: 73.6% → R5: 77.0%)	地域医療・患者支援センター	◎	A: 紹介率78.9%、逆紹介率88.3%。 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。コロナ禍が明け、紹介・逆紹介では、紹介率が5.3%上昇した。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。FAX予約は平日18時までの時間延長・土曜日なども行い、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、逆紹介率は令和4年度より3.9%上昇した。	
		○逆紹介率【88.3%】 (R4: 84.4% → R5: 97.0%)	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【22%】 (R4: 22% → R5: 20%)	地域医療・患者支援センター	◎	A: 目標とした紹介患者での入院率は、20%で有るところ、22%であった。紹介より入院に繋がるケースも徐々に増加すると考える。 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【83件】 (R4: 69件 → R5: 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【20人】 (R4: 18人 → R5: 25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。研究会の参加人数については徐々に参加可能人数を増やしていく方針であり、活発な意見交換となってきた。各施設状況を確認しつつ、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】 (R4: 1回 → R5: 2回)	薬剤局	◎	A: 3月21日に開催し、10人の参加があった。門前薬局及び連携充実加算実績のあった調剤薬局を対象に、外来化学療法連携充実加算に対応するためにハイブリッドで行う予定であったが、結局全員WEBで講習会となった。	
	(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)P15参照				

具体的施策		取組項目における 具体的な実施内容	取組内容 【R5年実績】 (R4: 実績 → R5: 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	○高松市病院局医療安全評価委員会開催数【1回】 (R4: 1回 → R5: 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。	
	(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、外部評価機関である「高松市立病院を良くする会」の開催状況と評価結果などをホームページ上に掲載している。令和4年度からは、ホームページ上で公表している「業務状況等の状況」について、レイアウトを見やすいものに変更した。	
	(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5年度は、市政出前ふれあいトークを15回開催した。	
	(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 ・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、看護師等多職種の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・発信に取り組めます。	医事課	○	A:みんなの病院のホームページについては、適宜内容を更新し、最新の情報を発信するとともに、SNS(フェイスブック、インスタグラム)での広報を行うなど、広く市民に情報発信を行った。 B:みんなの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】 (R4: 6回 → R5: 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。 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。	
	○「診療のご案内」発行回数【1回】 (R4: 1回 → R5: 1回)	地域医療・患者支援センター	◎	A:「診療のご案内」とした当院の機関誌は情報データを更新し、県内800箇所へ提供できた。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である。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、紹介につなげる。		
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6年度診療報酬改定に向けて情報収集し、院内説明会を実施し、必要に応じて各部署と協議を行った。 B:既に取得している施設基準に関して、診療報酬改定毎に要件が厳しくなっていることを受け、毎月のデータを注視し、必要に応じて運用の検討等を行う。また、新規施設基準取得に向けて各部署と協議を進めていく必要がある。	

みんなの病院自己評価

具体的施策			取組項目における 具体的な実施内容	取組内容 【R5年実績】 (R4:実績 → R5: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)					
			(2) 省エネルギー活動の推進	・本市の「ゼロカーボンシティ※」実現に向けた取組として、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目指すことを表明した自治体。	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。また、コミッショニング(性能検証)による光熱水費削減を専門業者に委託し、より効率的な施設運営を実施する。(令和4年度にプロポーザル方式による業者決定、委託契約を実施し、令和5年度に事業委託する。) 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。

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 【 R5年実績 】 (R4: 実績 → R5: 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	(3) 適切な診療報酬の請求	○診療報酬請求額査定率【 0.26% 】 (R4: 0.23% → R5: 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、医師を始め、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: 令和4年度に比べ査定率は横ばいとなっており、目標達成に向け、医師を始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、更なる個々のスキルアップに取り組む必要がある。	
	(4) ジェネリック医薬品の採用 拡大	○ジェネリック医薬品使用数量率【 94.8% 】 (R4: 94.6% → R5: 93%)	薬剤局	◎	A: DPCでの後発医薬品使用数量率は令和4年度診療報酬改訂で90%以上に率が引き上げられたが、維持できるようにするとともに、今後も持続的に対応できるよう95%以上を維持する。	
	(5) 低価格材料への置き換え 及び委託業務の見直し	○医業収益に対する材料費比率【 22.4% 】 (R4: 21.3% → R5: 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: ロシアのウクライナ侵攻や円安による原材料価格の高騰により、費用の抑制が困難になってきている。また、令和3年度から毎年薬価改定が実施されており、薬価差益の確保が、年々難しい状況になってきている。	
		○医業収益に対する委託費比率【 9.9% 】 (R4: 10.4% → R5: 9.2%)	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、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【 98.1% 】 (R4: 98.3% → R5: 98.8%)	医事課	△	A: 未納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。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【 6.2% 】 (R4: 7.7% → R5: 10.0%)	医事課	○	A: 弁護士への収納委託を継続するとともに、未収者の来院時に受付窓口での声掛けや分納相談を積極的に行うことにより、一定の回収率を確保した。 B: 私債権の財産調査は任意となっており、自己申告に基づく財産有無の真偽の見極めは困難なため、積極的な未収金の回収には限界があることから、回収率の更なる向上は難しい。このため、死亡者や生活保護者などの回収不可能な特定の者について、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	A 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。	
		I 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。令和5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: みんなの病院における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。	

みんなの病院自己評価

具体的施策		取組項目における 具体的な実施内容	取組内容 【R5年実績】 (R4: 実績 → R5: 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	(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→がん化学療法看護認定看護師、緩和ケア認定看護師 R4年11月から導入した夜間補助者(委託職員)の業務についても、補助者教育委員会等で周囲(看護職員や日中の補助者)へ説明するなど、お互いの業務範囲について理解を深めるよう取組みを実施してきた。今後も、補助者教育等とともに、安全で質の高い看護ケアにおいて協働の推進を図っていきたい。	
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【101.1%】 (R4: 106.4% → R5: 99.0%)	経営企画課	◎	A:令和5年度は、新型コロナウイルス感染症関連の補助金が減少したものの、効率的な病床管理を徹底したことにより、入院・外来収益はみんなの病院が開院して最高のものになった。結果として、経常収支比率は、101.1%と目標値を上回った。 B:経常収支比率は、100%を超えているものの、一般会計からの繰入金を含まない修正医業収支比率については、81.5%となっており、100%を下回っている。これは、本業の収入以外の収入に依存している状況であり、経営の改善及び強化が求められている。	
	(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5年度入院時支援加算1の取得実績は33件であった。また、同時に実施している院内ベッドコントロールにて、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。救急からの依頼、紹介患者の入院など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5年度は、5月8日、9日、10日、11日の4日間にわたり開催した。令4年度の実績と令和5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を深めることで、病院の円滑な運営に資する会となっている。	
	(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、確実な算定につなげる。	
	(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ことで、迅速に主治医と協議することができるようになり、利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5年度は、月に1回、DPC委員会を開催し、副傷病名が影響する診断部分類等、適切なDPCコーディングに関する情報の共有を行った。	
	(6) 勤務環境の改善	○職員の平均年次有給休暇取得日数【11.8日】 (R4: 10.4日 → R5: 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い、結果として、計画目標値は達成できなかったが、令和4年度実績と比較し、改善した。 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。	

みんなの病院自己評価

具体的施策			取組項目における 具体的な実施内容	取組内容 【R5年実績】 (R4: 実績 → R5: 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)							
			(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【14.2時間】 (R4: 18時間 → R5: 14.6時間)	総務課	◎	A:「労働時間の適正な把握のために使用者が講ずべき措置に関するガイドライン(厚生労働省:平成29年1月)」に基づき、市長部門では令和5年度から既存のシステム改修等を視野に、労働時間の適正管理に関する手法の検討を開始した。これを受け、病院局における労働時間の適正管理について、市長部門の動向を注視しつつ、その手法等を再検討する。 なお、令和6年度から開始される医師の働き方改革(医師の時間外労働上限規制)に向け、自己研鑽に係る労働時間に関する考え方を整理し、令和6年2月の医療局会にて周知した。

具体的施策		取組項目における 具体的な実施内容	取組内容 【 R5年実績 】 (R4: 実績 → R5: 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。	医療局(総務 課)	◎	A: 令和4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いる。 診療のために、毎月3回程度医師を派遣している。 また、当直のために、令和6年2月末日までは毎月10回程度医師を派遣していたが、令和6年3月1日以降 塩江分院に入院患者がいなくなったことから、医師派遣を行っていない。	
			看護局	○	A: R6年3月には、塩江分院の無床化に伴い、みんなの病院へ看護師研修という目的で、病棟での業務をシャ ドーイングしてもらった。急性期病院の看護や医療を、看護体制(PNS)を通じてチームワークを学ぶよい機会に なったとの意見が聞かれた。 R6年4月より塩江分院からの異動者(7名)に対しては、新人教育に準ずる教育計画を立て、これまでのキャリ ア形成の場の違いを理解し、共に成長できる職場環境となるよう、従来の職員と異動者のそれぞれの強みを活 かしながらOJTを進めたい。	
			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5年度は、みんなの病院と塩江分院で、106品目、262,015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た。令和5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。	
			放射線技術 科	◎	A: 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。	
			リハビリデー ション技術科	○	A: 必要時、オンラインなどで交流(時間外)を持ち、随時相談・対応している。令和5年度は、平均して2か月に1 回程度の交流を持った。 B: 今後も継続して相談・交流を築いていきたい	
			栄養科	○	A: 随時、情報共有を行った。	

具体的施策	取組項目	令和4年度実績	令和5年度目標	達成状況 【令和5年度実績】
医療機能に関する指標	○入院患者数(人)	84,188	91,500	85,656
	○1日当たり入院患者数(人)	231	250	234
	○病床利用率(%)【全病床:305床】	75.6	82.0	76.7
	○病床利用率(%)【一般病床:299床】	75.9	83.6	77.7
	○入院単価(円)	59,965	60,000	60,791
	○外来患者数(人)	97,200	99,630	96,680
	○1日当たり外来患者数(人)	400	410	398
	○外来単価(円)	18,880	19,000	19,053
	○紹介率(%)	73.7	77.0以上	78.8
	○逆紹介率(%)	84.5	97.0以上	88.2
	○患者満足度・入院(点)	4.4	4.6	4.6
	○患者満足度・外来(点)	4.3	4.6	4.6
経営に関する指標	○経常損益(百万円)	591	△ 100	8
	○経常収支比率(%)	106.4	99.0	100.1
	○医業収支比率(%)	88.5	89.7	88.4
	○職員給与費対医業収益比率(%)	59.6	57.6	56.9
	○材料費対医業収益比率(%)	21.3	23.0	22.4
	○経費対医業収益比率(%)	17.7	16.3	17.7
	○減価償却対医業収益比率(%)	14.0	14.2	14.6
	○年度末現金残高(百万円)	4,096	1,640	4,019

自己評価表・具体的取組状況

(令和5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。

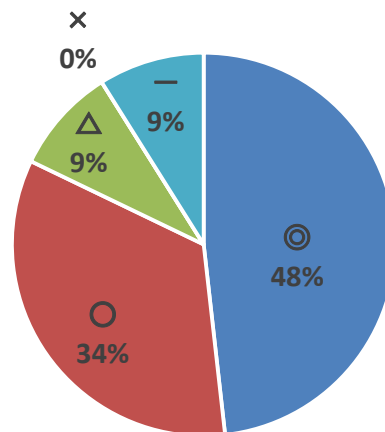
高松市病院事業経営健全化計画の取組項目に対する評価について【塩江分院】

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。

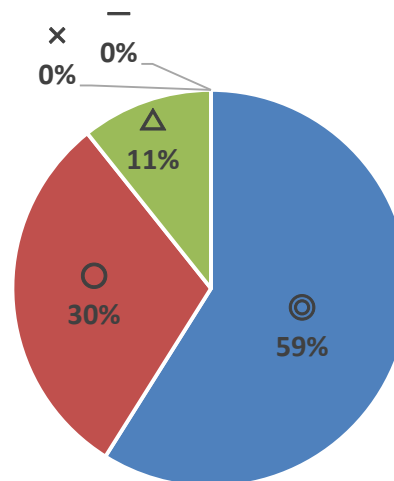
2 自己評価結果

R5.3月末



評価	項目数
◎	27
○	19
△	5
×	0
—	5
計	56

R6.3月末



評価	項目数
◎	33
○	17
△	6
×	0
—	0
計	56

具体的施策	取組項目における 具体的の実施内容						取組内容【R5年実績】 (R4:実績→R5: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【393件】 (R4:338件→R5:540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た。 B: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【46件】 (R4:80件→R5:170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1名で、日常業務を見直す(外来患者対応の時間調整)ことにより、訪問診療に努めたが、目標の件数には達していない。 B:上記、訪問診療件数同様、塩江地域の人口の減少のほか、患者死亡や介護施設への入所などにより訪問件数が伸び悩んでいる。				
		○訪問看護件数【1,800件】 (R4:1,935件→R5:2,070件)		訪問看護ステーション	◎	A:利用者数を増やすため、定期的に塩江社会福祉協議会との交流を継続することや、近隣の社会福祉協議会や医院への訪問も行った。また、地域連携により、他の医療施設と情報交換を行う等の取組を行っている。3名の看護師で業務にあたっており、現状では、今以上の件数増は難しい。				
		○訪問リハビリテーション件数【672件】 (R4:590件→R5:280件)		リハビリテーション科	◎	A:理学療法士2名で外来患者の調整を行いながら、積極的な訪問に努めた。また、香川町、香南町などの周辺地域への訪問も積極的に行い、院外での健康教室の開催等にも取り組んできた成果もあり、昨年よりもさらに増となった。				
	(2)初期、回復期、慢性期医療の提供	○在宅復帰率【60%】 (R4:63%→R5:60%)		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りでも長く生活ができることを方針として治療に取り組んだ。				
	(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:開催されていない。 B:現在、入院病床を休床し外来診療のみとなっている。また、新しく整備される予定の附属医療施設の完成も遅延となる状況であり、新たな構築支援の役割・方策等について検討の必要がある。				
	2医師の確保機能の強化	(1)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【8人】 (R4:28人→R5:36人)		医療局	○	A:大学と調整しながら学生の受け入れを行っており、令和5年度は香川大学医学部附属病院1年生8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推進を図った。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【3人】 (R4:2人→R5:5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】 (R4:1人→R5:5人)		看護局	○	A:目標は達成していないが、現状の中で可能なだけ取り組んだ。			
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】 (R4:12回→R5:12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。				
		○安全管理研修会(全体研修)開催数【2回】 (R4:2回→R5:2回)		医療安全委員会	◎	A:医療ガス納入業者等の専門家に講師を依頼するなどして、「医療安全について」、職員に対する研修会を実施した。				
	(2)感染管理意識の共有と醸成	○感染予防委員会開催数【12回】 (R4:12回→R5:12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】 (R4:1回→R5:2回)		感染予防委員会	◎	A:感染対策研修を、年度の前期・後期に分け、全職員を対象に実施した。				

具体的施策		取組項目における 具体的な実施内容	取組内容 【R5年実績】 (R4: 実績 → R5: 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【0件】 (R4: 1件 → R5: 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】 (R4: 1件 → R5: 1件)	医療局	○	A: 病院学会にて、「当院の褥瘡対策の現状と発生防止に対する取り組みと現状」について発表した。
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【70%】 (R4: 30% → R5: 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。経口摂取の可能性があるとと思われる患者は、ほぼ経口摂取出来るようになった。
			イ 褥瘡対策チーム ○院内褥瘡発生件数【0件】 (R4: 0件 → R5: 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。栄養サポートチームと協同して褥瘡発生ゼロを目指し活動を実施した。
			ウ 身体拘束廃止対策チーム ○拘束率【5.2%】 (R4: 9.5% → R5: 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だ。
			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、多職種の参加により、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た。
			オ 摂食嚥下チーム ・主に食物を咀嚼、又は飲み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だ。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た。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を行った。
			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【8回】 (R4: 8回 → R5: 10回)
		(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】 (R4: 2回 → R5: 24回)	看護局	○	A: 理学療法士との退院前訪問や退院後1か月訪問により、退院調整の充実を図った。
			○管理栄養士【2回】 (R4: 1回 → R5: 12回)	栄養科	△	A: 同行が必要な患者への訪問ができるよう、病棟や訪問看護師と連携を密に図った。
			○歯科衛生士【0回】 (R4: 0回 → R5: 40回)	歯科	△	A: 歯科衛生士が1名であったため、同行調整が困難であった。
			イ 退院後の生活状況の確認 ○退院患者への近況確認率【100%】 (R4: 100% → R5: 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 【 R5年実績 】 (R4: 実績 → R5: 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 】 (R4: 451人 → R5: 490人)	看護局	○	A:「私のカルテ」自体の見直し行ってきた。これに代わるものとして、市が作成した「入退院支援情報共有シート」を参考に、「外来患者支援状況共有シート」を作成し、令和6年度より、外来患者全員のシートを作成することとしている。	
	(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% 】 (R4: 100% → R5: 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た。	
	(5) 「はたる通信」の発行【再掲】	情報発信1(3) P27参照	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【 4.0点 】 (R4: 3.5点 → R5: 4.5点)	看護局	○	A:サンプル数が少ないため、一件低い評価になると、相対的に評価が低くなる。当院は、ほとんどの患者から高い評価を頂いている。ご意見として「薬局、会計での待ち時間が長い」というご意見を頂いた。	
	(2) 接遇改善の取組	○接遇委員会開催数【 12回 】 (R4: 12回 → R5: 12 回)	接遇委員会	◎	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た。	
		○接遇研修【 1回 】 (R4: 1回 → R5: 1回)	接遇委員会	◎	A: 院内で、全職員を対象に研修を実施した。	
	(3) 外来でのサービス拡充	A 患者輸送車運行事業の推進 ○患者輸送車運休回数【 0回 】 (R4: 0回 → R5: 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た。	
		I 院内企画展の充実 ○病院文化祭来場者数【 一人 】 (R4: 一人 → R5: 100人)	文化祭実行委員会	△	文化祭は開催できていない。今後においては、スタッフも少数となり、開催方法を検討していく必要がある。現在は、七夕には笹飾りを、クリスマスには、ツリーを、患者待合室に飾り付け等は行っている。	
	(4) 病棟でのサービス拡充	A 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【 156件 】 (R4: 228件 → R5: 500件)	栄養科	○	A:入院患者の減少により、件数は減少しているが、個々に併せた食事を提供できるよう、頻回訪問し、きめ細やかな対応を行った。	
	(4) 病棟でのサービスの拡充	I 転倒・転落防止対策への取組 ○述べ転倒・転落回数【 4回 】 (R4: 8回 → R5: 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、安全に努めた。また、入院時には、スリッパ禁止のパンフレットを作成、発見時は、ラウンドによるアセスメントを行った。	
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 】 (R4: 0件 → R5: 30件)	事務局	△	外来診療のみとなったが、他院や介護施設等との連携は重要であり、手法等を検討しながら取り組んでいく。	
	(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【 2人 】 (R4: 0人 → R5: 7人)	看護局	◎	新型コロナウイルス感染症の5類移行により、イベントも徐々に開催され、要請のあった「しおのえ温泉祭り」に、看護師2名が参加した。	

具体的施策	取組項目における 具体的な実施内容		取組内容【R5年実績】 (R4:実績→R5: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、再発防止に努めた。	
	(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	△	新型コロナウイルス感染症は、5類へと移行になったが、当院は、高齢の患者が非常に多いため、5類移行後も、昨年同様に、感染予防のため、外部からの立ち入りを制限し、戦略会議等への、住民参加による会議は行わなかった。	
	(3) 「ほたる通信」の発行	○「ほたる通信」発行回数【1回】 (R4:1回→R5:3回)	広報紙作成委員会	○		
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【△23.0%】 (R4:△7.8%→R5:△1%)	事務局	◎	A:電力料金が高騰し、予算的にも厳しい状況の中、患者数削減に伴い病棟編成を見直すなどの効率的な運用、職員一人一人が節電を意識し、こまめな節電に努めた結果、23.0%の削減を果たせた。	
	(2) 適切な診療報酬の請求	○診療報酬請求額査定率【0.1%】 (R4:0.1%→R5:0.1%)	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た。	
	(3) ジェネリック医薬品の採用拡大	○ジェネリック医薬品使用数量率【91.2%】 (R4:93%→R5:90%)	薬局	◎	A:新規ジェネリック医薬品を順次採用しており、使用率向上に努めた。	
	(4) 未収金の発生防止及び回収促進	○現年分収納率【100%】 (R4:100%→R5:100%)	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た。	
		○過年度未収金回収率【0%】 (R4:0%→R5:5%)	事務局	○	A:滞納者の所在が不明等、現在の過年度未収金の回収は困難であった。今後、不能欠損処理等を行っていく予定である。	
管理体制						
1 管理体制の強化	(1) 病院事業の健全かつ円滑な運営	・「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た。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 【R5年実績】 (R4: 実績 → R5: 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) 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4年度の業務実績報告会を実施した。	
		(3) 勤務環境の改善	○対前年度時間外勤務時間縮減比率【△19.2%】 (R4: △10% → R5: △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だ。	
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た。	
				看護局	◎	A: みんなの病院の救急認定看護師によるICLS(医療従事者の為の蘇生トレーニング)研修会の開催など、連携を図った。	
				薬局	◎	A: みんなの病院との間で相互に“dead stock”の譲り渡し、譲り受けを行った。また、必要に応じて情報を共有した。毎日、みんなの病院薬剤師1名の応援派遣を受けた。	
				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。	
				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た。	
				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た。	
				栄養科	○	A: これまでの、調理システムについての情報交換や栄養管理の協働での検討のほか、今後の連携に向け、みんなの病院の電子カルテを用いての栄養管理業務など、当院にはない業務などについての知識を深めた。	

具体的施策	取組項目	令和4年度実績	令和5年度目標	達成状況 【R5年度実績】
医療機能に関する指標	○入院患者数(人)	6,647	7,686	2,766
	○1日当たり入院患者数(人)	18	21	8
	○外来患者数(人)※1	13,530	15,552	13,862
	○1日当たり外来患者数(人)	56	64	58
	○病床利用率(%)※2	36.4	24.2	15.1
	○訪問診療件数(件)	338	540	393
	○訪問歯科件数(件)	85	170	46
	○訪問看護件数(件)	1,935	2,070	1,800
	○訪問リハビリテーション件数(件)	590	280	672
	○患者満足度(点)	3.5	4.5	4.0
経営に関する指標	○経常損益(百万円)	△21	△ 37	△ 45
	○経常収支比率(%)	96.5	95.0	92.3
	○医業収支比率(%)	45.7	45.5	34.9
	○職員給与費対医業収益比率(%)	151.9	152.2	207.6
	○材料費対医業収益比率(%)	26.2	24.7	26.4
	○経費対医業収益比率(%)	35.8	34.9	45.0
	○減価償却対医業収益比率(%)	4.2	6.6	6.2
	○年度末現金残高(百万円)	91	71	176

※1 外来患者数は歯科における摂食療法等を除いたもの

※2 許可病床87床のうち、37床は休床であるため、分母に含まれる病床数は50床として算出している。

委員評価表

(令和5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	R6.3 自己 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	R6.3 自己 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
・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。	○						
(3) クリニカルパスの拡充	○クリニカルパス新規開発件数	△					
	○クリニカルパス使用件数(電子カルテパスのみ)	○					
(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	R6.3 自己 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	R6.3 自己 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めます。		◎			

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	R6.3 自己 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登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	R6.3 自己 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 (2) 省エネルギー活動の推進 (3) 適切な診療報酬の請求 (4) ジェネリック医薬品の採用拡大 (5) 低価格材料への置き換え及び委託業務の見直し (6) 未収金の発生防止及び回収促進 (7) 業務改善に向けた積極的な取組 (8) 人材配置の適正化	・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。 ・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目指すことを表明した自治体。 ○診療報酬請求額査定率 ○ジェネリック医薬品使用数量率 ○医業収益に対する材料費比率 ○医業収益に対する委託費比率 ○現年度分収納率 ○過年度未収金回収率 ア 職員提案の活用 イ 情報化の促進 ・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	R6.3 自己 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室に会して、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5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	R6.3 自己 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	○香川大学等からの医師研修実習生受入人数	○		
		(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。	◎		
	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	◎		
		(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	○			
		オ 摂食嚥下チーム	◎			
		カ 口腔ケアチーム	◎			

塩江分院委員評価表

具体的施策		取組項目における 具体的な実施内容	取組内容	R6.3 自己 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	○				

塩江分院委員評価表

具体的施策		取組項目における 具体的な実施内容	取組内容	R6.3 自己 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	○		