

高松市病院事業経営健全化計画に係る

自己評価表

具体的取組状況

(平成 24 年度実績)

【高松市民病院 編】

高松市民病院基本方針

- 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 『理想的な医療』を、ファインチームワークで提供します。
- 3 『まごころある医療人』を、全力で育成します。

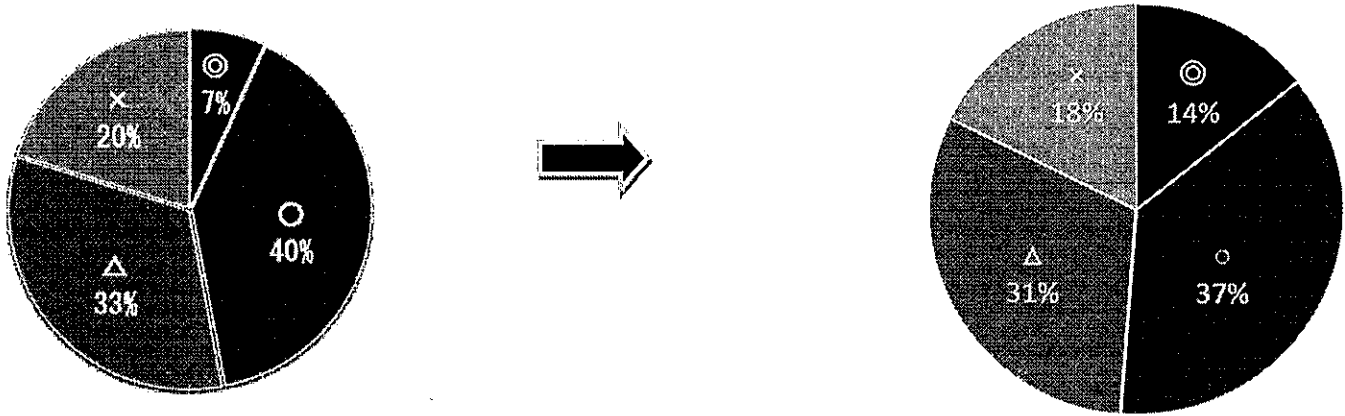
高松市病院事業経営健全化計画の取組項目に対する評価について【市民病院】

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、また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、または計画期間内に、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、また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。	消極的または、目標達成のための取組みができていない。

2 自己評価結果

H 24 年 12 月 末 時 点		評価区分	H 24 年 度 実 績	
項目数	構成割合		項目数	構成割合
8 項目	7 %	◎	1 7 項目	1 4 %
4 8 項目	4 0 %	○	4 4 項目	3 7 %
3 9 項目	3 3 %	△	3 7 項目	3 1 %
2 4 項目	2 0 %	×	2 1 項目	1 8 %
1 1 9 項目		合計	1 1 9 項目	



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【H24年度実績】 (H23:実績→H24: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						
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	○救急車搬送受入件数【 1,888件 】 (H23: 1,679件 → H24: 1,800件)	救急委員会	◎	A 8月からの救急体制変更点 ・紹介患者, 当院通院中の患者は原則断らない。 ・専門外の救急要請, 診療に対しては, 自己の能力に応じ受け入れ, 重症例等に対しては, 各科専門医に 協力依頼する。 ・各科のバックアップ体制を整える。 9月からの救急体制変更点 ・人数同数のグループを2班編成して, 日当直にかかる負担を均一化するとともに, 1人当直を0とする。 ・1月は強化月間として, 救急を断らないことを目標とする。 ・救急隊との連絡会を定期的に開催する。	
		○受入不可率【 31.3% 】 (H23: 32.35% → H24: 20%)	救急委員会	△	B ・各診療科へのバックアップ方策の検討を要する。 ・医師をはじめ関係スタッフの連携のもと, 受入不可率30%以下を目標として取り組むものの, 効果的な方 策が見当たらず, 対応に苦慮している。	
		○救急認定看護師配置数【 1人 】※HCUに配置 (H23:1人 → H24:1人)	看護局	○	A 23年5月にHCUに配置しており, 現行の体制を維持する。	
	(2) がん診療機能の強化 地域がん診療連携拠点病院の 指定要件に 沿った体制整備の 強化	A 診療機能の強化 ○がん化学療法認定看護師配置数【 0人 】 (H23: 0人 → H24: 0人(H25年5月1人取得予定))	看護局	○	A がん化学療法看護認定看護師は, 教育課程を6月～12月まで受講し, 25年5月に受験する予定である。	
		○外来化学療法室利用患者延数【 73.7人/月 】 (H23: 48.7人/月 → H24: 80人/月)	看護局 化学療法委 員会	○	A 外来化学療法室は, 4月16日より毎日開設し, 現在, 患者数は増加傾向である。 H24年の診療報酬改定により9月から, がん治療用新薬(ゾメタ)の投与も実施している。また, 患者数増加 により看護師1人で対応困難などときには6病棟から応援要員を出し対応している。さらには, 家族待合室を看 護局長室横に作って, サービス向上を図った。 月1回の化学療法委員会では, 問題点解決に取り組み, 投薬計画書(レジメン)の登録・見直し等を行って いる。 B 外来化学療法を施す患者数増には, 医師と薬剤師, 看護師の協力が必要である。また看護師の加配が可 能になれば患者の増加は見込める。 化学療法室利用の患者満足度をより向上させる取り組みが必要である。副作用の症状マネジメント強化や 生活支援のため医師・薬剤師・看護師のファインチームワークと質向上と応援体制検討が必要である。キャン サーボード, 周術期口腔ケア, がんカウンセリング料算定についても検討が必要である。	
		○がん相談件数【 2件 】 (H23: 2件 → H24: 15件)	看護局	×	A がん相談は, 緩和ケアチームの組織をはじめ, ポスター掲示やパンフレットなどで周知しているが, 相談数 は増加していない。 B 緩和ケアラウンドの実施, 緩和ケアチーム員が, がん患者への説明時に同席するなど, がん看護に積極的 に関わり, 相談件数増に努めようとしているが, 相談は7月以降ない。患者との接点が多い, 外来化学療法 室での簡単な相談を受けることから開始する。25年4月から, がん化学療法に関する長期研修終了した看護 師が中心となり, 緩和ケア外来(1日/週)を開催することを決定している。	
		○院内がん登録統計システムの作成および運用【 検討 中 】 (H23: — → H24: 作成・運用)	医事課	×	A 25年度からは, 新規採用した診療情報管理士に研修会を受講させるなど, 作成・運用に向けたスキルの習 得を図っている。 B 中心となる医師の選任を始め, 登録に向けての具体的な作業手順が定められていない。	

具体的施策	取組項目(大分類)		取組内容【H24年度実績】 (H23:実績→H24: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(小分類)					
医療の質の確保						
1 高松市医療全体の最適化を目指した役割の強化	(2) がん診療機能の強化	イ 地域がん対策強化 ○がん患者等との交流数【 1回 】 (H23: 2回 → H24: 2回)	総務課	△	A 主催者(香川がん患者おしゃべり会)と連携し、10月6日に第1回を開催した。3月に開催を予定していた第2回目は、主催者側の都合により中止となった。 B 参加者が減少傾向になっていることから、主催者と協力し、院内外での効果的な周知を図る。	
	2 医師確保機能の強化	(1) 大学等への要請 ・人材確保に向け、大学医局への働きかけを強化する。	院長 総務課	○	A 事業管理者、院長、事務局長による徳島大学や香川大学への繰り返しの派遣要請を行った。 H23年度末41人→12月末現在45人→4月末現在46人	
	(2) その他	ア インターネットを活用した医師の公募の継続 イ 学校の先輩、後輩ほか、個人や知己等を活用した人材の確保	総務課 医療局 総務課	△ △	A 高松市民病院ホームページのトップページに、「医師募集」に係るバナー広告を設け、いつでも、誰でも、常勤・非常勤・臨床研修医師の募集要項の閲覧ができるような状態を継続して維持している。 B 目に触れやすく、興味を持ってもらえるよう、引き続き検討を行い、工夫したい。 A 全国自治体病院協議会 自治体病院・診療所医師求人求職支援センターおよび香川県医師会ドクターバンクに、それぞれ求人(内科医師)掲載を継続している。 B 具体的な成果として、応募実績がない。	
3 医師の安定確保に向けた条件整備	(1) 医師研修プログラム等の充実	○臨床研修医受入数(基幹型)【 0人 】 (H23: 0人 → H24: 0人(H25:1人))	臨床教育室 総務課	△	A 医療研修プログラム等を充実するため、25年度の基幹型プログラムへの研修医マッチング(定員2名)を目標として、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いる。なお、平成25年度に1名希望者あり(予定)。 B 医師の人脈による確保が有効な方法であることから、医師の意識高揚と啓発が重要である。	
		○臨床研修医受入数(協力型)【 0人 】 (H23: 4人 → H24: 0人(H25:2人))	臨床教育室 総務課	×	B 大学医学部からの臨床研修医の受入依頼がないことから、目標達成は困難である。	
		○指導医数【 17人 】 (H23: 14人 → H24: 20人)	臨床教育室 総務課	×	B 臨床研修医の受入がないことから、指導医の人員体制も現状維持とする。	
	(2) 医師事務作業補助者の活用	○医師事務作業補助体制加算 H23: 100対1 → H24.5.1 75対1 → H25.5.1 50対1 ※補助者数【H25.4.1現在 9人 】	医事課	△	A 医師事務作業補助者については、医師の希望等を調整し、7人体制としたが、年度内に50対1は達成できなかった。 B 25年5月1日に50対1を達成したが、40対1とすべく、さらに1名の補充募集中である。	
		○補助者に対する研修会の開催数【 2回 】 (H23: 3回 → H24: 5回)	医事課	△	B 医師事務作業補助者については、50対1の施設基準を取得するため、7人体制としたが、勤務時間の算定を常勤職員換算としていなかったため、50対1の施設基準が取得できなかった。 勤務時間の見直しおよび新規採用などで、50対1施設基準の取得を目指したが、退職する者もあり、結果的に50対1が達成できなかった。次年度、追加採用に要する予算を計上した。 医師事務作業補助者に対し、研修機会を確保する必要がある。(6か月以内に32時間以上) 現在、専門研修については、ニチイ学館に対し委託の可否を検討している。	
		(3) 業務プロセスの見直し	・各職種において業務内容の見直しを行い、職種間でのプロセスを最適化することで、医師の事務作業の負担軽減を図る。	医事課	△	A 医療情報の共有化や医療安全・医療の均質化などを図るため、24年12月から電子カルテシステムを本稼働させた。 B 電子カルテ稼働後の運用面での課題を洗い出し、各部門との調整等を経て、必要な見直しを行う。
	(4) 女性医師確保に向けた勤務環境の整備	・育児等に配慮した女性医師の勤務環境を整備する。	総務課 医療局	×	B 現行の市民病院においては、施設および経費の課題があり、実現困難であることから、新病院において、院内保育所の設置を予定している。	

具体的施策	医療の質の確保					
	取組項目(大分類)	取組項目における 具体的な実施内容	取組内容【H24年度実績】 (H23:実績→H24: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(小分類)					
3 医師の安定確保に向けた条件整備	(5) 人事評価システムの構築	・医師の業績に関し、人事評価するシステムの導入に向けた検討を行う。	総務課	△	A 人事評価システムを構築するため、他自治体病院等の導入実績や先行する市総務局人事課の意見を踏まえ、評価に係る具体の項目や手法など制度の枠組みについて検討する。 B 人事評価システムの構築については、医師の納得が得られる評価方法と評価の公平性の確保を要する。	
	(6) 実習、見学等の受入体制の充実		総務課 医療局	○	A 実習、見学等の受入体制を充実するため、徳島大学の医師実習生を今年度12月末時点で10名(昨年度2名)受け入れた。宿舎については番西公舎およびホテルを利用している。 B 実習、見学等の受入体制の充実については、医師実習生の宿舎については、番西公舎を利用しているが、今後受入れ人数が増えたと、公舎の整備が課題となる。	
	(7) その他	ア 大学の臨床研修医を対象とした説明会への積極的な参加	臨床教育室 総務課	○	A 本年度開催の説明会として、 ・中四国地区医師臨床研修病院合同説明会 (4.29院長、大森Dr、森谷参加、学生2名) ・香川大学説明会 (6.11院長、大森Dr、安平Dr、三崎Dr、森谷参加、学生11名) ・徳島大学説明会 (6.16院長、大森Dr、鹿草Dr、高岡Dr、森谷参加、学生7名) ・大阪レジナビ (7.1大森Dr、高岡Dr、森谷参加、学生13名) ・中四国地区医師臨床研修病院合同説明会 (3.20院長、大森Dr、森谷、中村、十川参加、学生9名) ・香川県医師臨床合同説明会 (3.23院長、大森Dr、喜田Dr、高岡Dr、森谷、中村、塩崎参加、学生9名) B 臨床研修医の説明会への参加については、女性職員と若手医師の参加が必須である。(参加者が来やすい。場が和む。)	
4 看護師、コメディカル職員等医療人材の確保機能の強化	(1) 看護師、コメディカル職員等の計画的な採用および離職防止対策	○看護師離職率【 5.3% 】 (H23: 4.15 % → H24: 3.5 %以下)	看護局	×	A 看護局では新人研修を見直し、新人職員の離職を防止するとともに、将来に対する不安を除きモチベーション維持を図るよう取り組んでいる。 B 24年度の退職者は11名(満期退職者を除く)であり、新採用者以外の退職者は9名であった。退職理由の、中で、「疲れた」を挙げる者が半数を占めている。新採用者だけでなく、職員全体に精神的な支援システムが必要である。	
			総務課	△	A 長期的配置計画や基準に基づき、計画的採用に努めている。また、看護職についてはラダー研修等の実施により、モチベーション維持を図り、離職防止に取り組んでいる。	
			薬剤局	○	A 薬剤師の確保策として、薬学部実務実習生を24年度中に6人受入予定のところ、12月末現在で4人を受け入れている。 また、薬学部早期体験実習生を2人受入れている。	
5 スペシャリストの育成	(1) 資格取得	緩和ケア認定看護師【 0人 】 (H23: 0人 → H24: 0人 → H25: 0人 → H26: 1人)	看護局	○	A 緩和ケア認定看護師は、被推薦者を決定し、病院局の決定を経て、25年2月に受験した。25年6月より、教育課程を受講予定である。 B 資格取得者の養成については、個人のキャリアデザインを師長が把握して、適切なアドバイスを必要がある。 また、本表に掲げた資格取得以外の場合であっても、必要に応じて、経費等の助成制度を確立することが必要と思われる。	

具体的施策					
	取組項目(大分類)	取組項目における 具体的な実施内容	取組内容 【H24年度実績】 (H23:実績→H24:計画目標値)	責任所属名	自己 評価
	取組項目(小分類)				目標達成に向けた A取組 B課題
医療の質の確保					
5 スペシャリスト の育成	(1) 資格取得	がん化学療法認定看護師【 0人 】 (H23: 0人 → H24: 0人 → H25: 1人 → H26: 1人)	看護局	○	A 25年5月の認定試験を経て資格取得する予定。
		皮膚排泄ケア認定看護師【 0人 】 (H23: 0人 → H24: 0人 → H25: 1人 → H26: 1人)	看護局	○	A 25年度に院内審査をかけ、27年度資格取得に向け計画中である。
		透析療法指導看護師【 1人 】 (H23: 1人 → H24: 1人 → H25: 1人 → H26: 1人)	看護局	◎	B 透析室の常勤看護師に対し、資格取得に向け、働きかける。
		消化器内視鏡技師【 1人 】 (H23: 2人 → H24: 2人 → H25: 2人 → H26: 2人)	看護局	×	A 3月末に1名退職したことに伴い、2名から1名に減少した。 B 急な退職であったことから、資格取得に対する支援が十分でなかった。現在、内視鏡室勤務の看護師2名が今後の資格取得に向けて、取り組んでいる。
		感染制御認定薬剤師【 0人 】 (H23: 0人 → H24: 0人 → H25: 1人 → H26: 1人)	薬剤局	○	A 認定資格:1)実務5年以上日本病院薬剤師会、日本薬剤師会の会員である。2)生涯研修履修認定薬剤師である。3)3年以上ICTチームの一員である。4)貢献した業務内容を20例以上報告する。5)学会が定める研修会を20時間以上履修している。6)認定試験に合格する。 そのうち、1)2)3)6)は取得済みである。
		放射線治療専門放射線技師【 0人 】 (H23: 0人 → H24: 0人 → H25: 0人 → H26: 1人)	放射線科	○	A 放射線治療専門放射線技師の認定試験受験資格を得るため対象講習会への参加を継続中である。 B 講習会で得られる単位数が少ないため、放射線治療専門放射線技師の受験資格を得るまでに長期間を要する。
		超音波認定検査士【 1人 】 (H23: 1人 → H24: 1人 → H25: 2人 → H26: 3 人)	検査技術科	◎	A 25年2月に1名が超音波検査士を取得した。
		認定微生物検査技師【 0人 】 (H23: 0人 → H24: 0人 → H25: 0人 → H26: 1人)	検査技術科	○	A 25年度以降、関係する研修等を積極的に受講し、資格取得の準備に取組みたい。
		細胞検査士【 2人 】 (H23: 2人 → H24: 2人 → H25: 2人 → H26: 3人)	検査技術科	○	A 24年中に1次試験を合格し、25年12月に2次試験を受験する予定である。 B 現在の細胞検査士2名は50歳を超えていることから、その後継者の育成が早急(2～3年以内)に必要である。
		認定輸血検査技師【 1人 】 (H23: 1人 → H24: 1人 → H25: 1人 → H26: 1人)	検査技術科	○	A 現状で、目標を達成していることから、現行の体制を維持する。
		心臓リハビリ指導士【 0人 】 (H23: 0人 → H24: 0人 → H25: 1人 → H26: 1人)	リハビリテーション 技術科	○	A 24年9月に研修を受講するなど、資格取得に向け取組んでいる。
		呼吸療法認定士【 16人 】 (H23: 15人 → H24: 16人 → H25: 17人 → H26: 18人)	看護局	○	A 24年度は、現状で目標を達成しており、資格取得者の増員はなかった。 B 資格取得を目指している者もあり、準備を整えている。
		リンパドレナージュ技師【 0人 】 (H23: 0人 → H24: 0人 → H25: 1人 → H26: 2人)	リハビリテーション 技術科	○	A 23年3月および25年1月に研修を受講し、資格取得に向け取組んでいる。

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 【H24年度実績】 (H23:実績→H24: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						
5 スペシャリスト の育成	(1) 資格取得	病態栄養専門師【 2人 】 (H23: 2人 → H24: 2人 → H25: 2人 → H26: 2人)	栄養科	○	A 現状で、目標を達成していることから、現行の体制を維持する。	
		糖尿病療養指導士【 8人 】 (H23: 7人 → H24: 8人 → H25: 8人 → H26: 8人)	栄養科 看護局	○ △	A 現状の体制を維持するものの、将来的な資格取得を見据え、準備を進めている。 B 療養指導士でなく、糖尿病認定看護師の取得のため、25年6月から教育課程受講する。	
		ICLSインストラクター【 2人 】 (H23: 1人 → H24: 2人 → H25: 2人 → H26: 2人)	看護局	◎	A 24年度、1名資格取得したことで、合計2名となった。	
		JPTEOインストラクター【 1人 】 (H23: 1人 → H24: 2人 → H25: 2人 → H26: 2人)	看護局	×	A 資格取得要件を満たす者が取得に向け計画中である。 B 資格取得に向けた資格取得に対する支援が不十分であった。	
		ISLSインストラクター【 1人 】 (H23: 1人 → H24: 2人 → H25: 2人 → H26: 2人)	看護局	×	A 資格取得要件を満たす者が取得に向け計画中である。 B 資格取得に向けた資格取得に対する支援が不十分であった。	
6 医療安全	(1) 医療安全体制の充実	○専従職員の配置数【 1人 】 (H23: 1人 → H24: 1人) ・専従の職員を医療安全管理室に配置するとともに医療安全管理委員会などを中心に医療安全対策の徹底を図る。	医療安全管理室	○	A 24年度より医療安全管理室を設置し、室長および室長補佐を兼任で配置した。事例検討の実施や委員会活動、また安全教育等他部門と協働し、職員の危機管理に対する意識向上に努めている。 また、事故発生防止対策の強化については、各部門の委員会の定期開催を通して検討を行い、周知徹底が図られるように努めている。	
	(2) 医療安全マニュアルの改訂	・医療安全マニュアルを適宜見直し、職員に周知徹底を図る。	医療安全管理室 医療局	△	A 医療安全マニュアルの見直しが文書化されていない。各部門での改訂について委員会で周知し、新たに作成する。 B 改訂・作成への取組が必ずしも十分でなく、早急な対応を要する。	
	(3) 医療安全意識の共有	ア ヒヤリハット報告会 ○ヒヤリハット報告会の開催数【 12回 】 (H23: 6回 → H24: 12回)	医療安全管理室	○	A 報告事例は部会で情報共有の後、各部門で周知している。また、メールを使用して注意喚起したり、安全情報を提供して安全意識の向上に努めている。 B ヒヤリハット報告会は計画通り開催できているが、今後内容の検討が必要である。また参加者・参加部署にばらつきがあり今後の課題である。	
		○参加者数【 48人/回 】 (H23: 41人/回 → H24: 50人/回)	医療安全管理室			
(4) 医療安全意識の醸成	ア 医療安全研修 ○安全管理研修会(全体研修)の開催数【 14回 】 (H23: 2回 → H24: 3回)	医療安全管理室	◎	A 各コメディカルとの部会での情報交換や組織横断的な活動で、医療安全意識は向上したと考える。しかし、全体的にみると個人差がみられればらつきがあり、ラウンドや教育の強化が必要である。 B ヒヤリハット報告での研修会も全体を対象としているため回数はクリアできているが、その内容についてニーズに即したものであるかなどを検討する必要がある。		
	○受講者数【 581人 】 (H23: 100人 → H24: 180人)	医療安全管理室				

具体的施策	医療の質の確保				
	取組項目(大分類)	取組項目(小分類)	取組内容【H24年度実績】 (H23:実績→H24:計画目標値)	責任所属名	自己評価
6 医療安全	(5) 感染管理体制の充実		○専従感染管理認定看護師の配置数【1人】 (H23: 1人 → H24: 1人)	院内感染対策室	○ A 24年度より院内感染対策室を設置し、室長および室長補佐を兼任配置し、院内感染防止対策の充実を図る。
	(6) 感染管理マニュアルの改訂		・感染管理マニュアルを適宜見直し、職員に周知徹底を図る。 ・24年度に周術期マニュアル作成済、適正使用マニュアルは見直し中	院内感染対策室 薬剤局	△ A 感染管理マニュアルについては、ICT委員を中心に、その改訂に取り組んでおり、一部の項目は作成を完了している。 B これまで、定期的な改訂がなされていないことから、新たな項目の設定など内容等について、時間を要することが想定される。 △ A 抗菌薬の適正使用マニュアルを見直す。(H23改訂済み→H24再見直し中)周術期マニュアルを作成中である。→H24年度 周術期マニュアル作成済、適正使用マニュアルは見直し中である。 感染症関連研修会の参加だけでなく講師を担当した。 B 上記、院内感染対策室の課題と同じ。適正使用マニュアルの見直しを行う必要がある。
	(7) 感染管理意識の醸成		A ICTラウンド ・感染管理チームによる指導を行う。	院内感染対策室	○ A 毎週月曜日にICTラウンドを実施している。
			イ 感染管理研修等 ○感染管理研修会(全体研修)の開催数【28回】 (H23: 6回 → H24: 9回)	院内感染対策室	◎ A 感染管理研修については、毎月2回、時間外に30分間程度、1つのテーマに対して2～3回、研修会を開催している。 《研修会実施内容および受講者》 ①結核について 4月24日(78人) 27日(35人) ②CDIについて 5月30日(74人) 6月12日(49人) ③プリオンについて 6月25日(48人) 7月4日(38人) ④MDRPIについて 7月31日(72人) 8月9日(62人) ⑤ラウンドを終えて(坂出より) 8月6日(68人) ⑥標準予防策・感染経路別予防策 8月21日(64人) 8月29日(48人) 9月4日(53人) ⑦洗浄・消毒・滅菌その1 9月27日(52人) 10月2日(34人) 10月9日(24人) ⑧洗浄・消毒・滅菌その2 10月30日(55人) 11月5日(29人) 11月20日(28人) ⑨ノロウイルス 11月29日(88人) ⑩血液培養のベストプラクティス 11月29日(45人) ⑪嘔吐下痢～あなたは吐物の処理ができますか～ 12月5日(34人) 12月11日(28人) 12月21日(25人) ⑫嘔吐下痢～あなたは吐物の処理ができますか(簡易版)～ 対象:オリーブ美装 12月20日(13人) ⑬インフルエンザ 平成25年1月22日(42人) 1月25日(28人) 1月30日(49人) ⑭SFTS(重症熱性血小板減少症) 3月25日(38人) 3月26日(37人) B 研修会の年間計画が作成できていなかったため、来季は年間計画を作成し実施する。臨時研修会は、その都度案内を出すようにする。
			○受講者数【1336人】 (H23: 128人 → H24: 280人)	院内感染対策室	◎ B 感染管理研修の受講生数については、1回目的人数が多く、2回目は減少する傾向が見受けられることから、ICT委員から案内通知を徹底するなど、新たな対応を要する。 研修会の年間計画が作成できていなかったため、次年度以降は年間計画を作成し実施する。臨時研修会は、その都度案内を出すようにする。
			○職員のインフルエンザワクチン予防接種受診率【84.6%】 (H23: 82.4% → H24: 90%)	院内感染対策室	△ A 職員インフルエンザ予防接種については、ICTニュースやICT委員を通じて、受診申込日や啓発について、取り組む。昨年比で接種率は増加したが、目標には達することができなかった。 B インフルエンザについての勉強会を早くから実施する。

具体的施策	取組項目(大分類)				
	取組項目(小分類)				
取組項目(大分類)	取組項目(小分類)	取組内容【H24年度実績】 (H23:実績→H24: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					
6 医療安全	(7) 感染管理意識の醸成	○針刺事故件数【3件】 (H23: 7件 → H24: 5件)	院内感染対策室 医療安全管理室 薬剤局	△ △	A 針刺し事故防止のため、静脈留置針を安全機能付き留置針に変更した。 B 針刺し事故防止への新たな対応について、マニュアルの改訂ができていない。また、事故発生時の報告ルートについて、再度の検討が必要である。 A 事故後の対応を周知するとともに、対応策として、抗HBsグロブリン・B型不活化ワクチン・抗HIV薬をを常時在庫しており、その対応マニュアルを改訂中である。 B 対応マニュアルの見直しを行う必要がある。
7 医療品質	(1) 臨床指標(QI)の設定・公開		医療局 総務課	△	A 医療局、薬剤局、検査技術科、看護局等からのデータを集積し、23年10月からQIプロジェクトに参加しており、他の医療機関との比較など、本院の状況把握に努めている。 B 当該データについては、関係部門に送付し、情報共有しているが、今後は、設定している他病院の状況も参考に、ホームページ等で公表したい。
	(2) 病院機能評価の認定	○病院機能評価の認定【受審準備中】 (H23: - → H24: 受審準備)	(院)機能評価受審PT	○	A 24年11月27日に病院機能評価Ver7(一般病院2 審査体制区分3)の業務委託契約を結び、25年1月の受審に向けて、PTの各分科会を立ち上げた。25年2月のPTでは同会の報告を求めた。なお、25年度からは、新メンバーによる会合を1度開催し、同会に対して自己評価表の作成を求めている。
	(3) 病院幹部によるラウンドの徹底	・院長、看護局長、事務局長によるラウンドを月1回以上行う。	院長 事務局長 看護局長	△	A 院長・事務局長・看護局長が、各々ラウンドを実践しているが、3人揃ってのラウンドは実施できていない。 B スケジュール調整等に努め、3人揃ってのラウンドを実現する。
	(4) 学会・勉強会・発表会等の開催	A 学会における研究発表・論文発表 ○学会における研究発表・論文発表件数【116件】 (H23: 103件 → H24: 104件) イ 院内発表会 ○院内発表会の開催数【1回】 (H23: 0回 → H24: 2回) ○参加者数【150人】 (H23: 0人 → H24: 180人) ウ 業務実績報告・目標発表会 ○業務実績報告・目標発表会の開催数【1回】 (H23: 0回 → H24: 2回) ○参加者数【70人/回】 (H23: -人/回 → H24: 80人/回)	医療局 医療技術局 看護局 薬剤局 (局)市立病院学会PT 総務課 総務課	○ △ △	A 第1回高松市立病院学会のほか、医療局・看護局など、コメディカルが各地で開催されている学会・研究会・研修会等において発表した。 A 第1回高松市立病院学会を10月13日(土)香川県教育会館ミューズホールにおいて、開催した。 B 計画目標開催数を達成できなかったことから、意識醸成に努め、継続的に年2回開催を目途に取り組みたい。 A 7月14日(土)に、24年度業務計画報告会を開催した。《参加者70人》 内容として、院内委託業者も含め、23年度事業実績および24年度事業計画の内容報告を行った。 B 年度目標2回は達成できないものの、25年度の早い時期に、年度の業務実績発表会を開催する予定。
	(5) 患者への働きかけ	患者の誤認防止対策、転倒・転落予防対策などを行う。	看護局	○	A 医療安全管理委員会では患者誤認防止のため、患者に名乗ってもらう方式を採択し、院内全体に周知した。またポスターを掲示して患者への啓発を行っている。 転倒転落に対しては、アセスメントスコアシートを活用して、リスクの高い患者への注意喚起を行うとともに、患者に対する転倒予防シューズを勧める等の対策をとっている。

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【H24年度実績】 (H23:実績→H24: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						
7 医療品質	(6) クリニカルパスの拡充	○クリニカルパス新規開発件数【肺切除術:1件】 (H23: 1件 → H24: 15件)	クリニカルパス委員会	×	A 電子カルテ導入に伴い、同システム上で、パス化を進めることになった。 B 電子カルテ用パスの入力方法を各科が検討している。	
		○クリニカルパス使用件数【2418件】 (H23: 2,308件 → H24: 2,700件)	クリニカルパス委員会	△	B 電子カルテ導入後、現在登録されているオーダーリングパスについて、未使用のものが多くことから、見直しが必要である。 また、集計方法および看護記録の入力方法も検討が必要である。	
	8 災害医療	(1) DMAT(災害派遣医療チーム)の整備	○DMATのチーム数【0チーム】 (H23: -チーム → H24: 1チーム)	(院)DMAT整備PT	×	A DMATチーム編成に当たり、メンバーの研修参加について、県に要望するとともに、チーム編成のスケジュールおよび器材の整備状況を調査するため、既にDMATチームを編成している香川大学附属病院およびさぬき市民病院を見学した。 B 早期に、DMATメンバーを選定する必要がある、整備権限を有する県との連携を強化するとともに、院長を通じ、DMAT整備枠および研修参加予算枠の拡大を要望する。
(2) 災害時医療マニュアルの作成		○災害時医療マニュアルの作成【作成】 (H23: - → H24: 検討・作成)	(局)災害時医療マニュアルPT	◎	A マニュアル作成に向けて、市民病院・塩江分院・香川診療所の各所属で構成するPTを5月に編成し、協議していたものの、夏以降中断していた。そのような中、新たに策定した新病院のマニュアルをベースに、一部の構成員によって、3月「高松市民病院災害対策マニュアル」を策定した。	
(3) 業務継続計画の策定		○業務継続計画の策定【検討中】 (H23: - → H24: 検討・策定)	(局)業務継続計画PT	×	A マニュアル作成に向けて、市民病院・塩江分院・香川診療所の各所属で構成するPTを5月に編成し、6月以降、協議を開始した。その中で、災害時医療マニュアルとあわせて作成することになったが、業務継続計画については、先進・参考事例等が見当たらず、同計画の検討は中断している。 B 新病院における業務継続計画の策定作業が進んでいることから、それが策定されれば、新病院の計画をベースに、市民病院の計画作成を行う。	
9 感染症医療	(1) 感染症医療の充実	・二類感染症および新型インフルエンザへの対応について、関係機関と連携を図る。	院内感染対策室	△	A 感染症医療を担う医療機関として、二類感染症等に対応するための関係機関との連携について、調整中である。 B 具体的な成果が得られていない。	
1 チーム医療体制の充実	(1) チーム医療の実践 ・患者を中心に、全ての職種が、ファインチームワークの精神の下、「チーム医療」としての効果を最大限発揮できるような取り組みを行う。	ア ICT(感染制御) ○専従感染管理認定看護師の配置数【1人】 (H23: 1人 → H24: 1人)	看護局 チーム代表	△	A 口腔ケア・排泄ケアチームを除く9つのチームは、既に編成を終え、掲げた各目標の達成に向け、活動しているが、同2チームは、その編成が困難な状況である。 (月1回開催) ①ICTラウンド ②ICTニュースを毎月発行(問題発生時は随時発行) ③抗菌薬の適正使用の管理	
		イ 糖尿病コメディカルチーム			(月1回開催) ①糖尿病教室(年6回)および学習会(隔月)の開催 ②糖尿病教育入院マニュアルの作成 ③糖尿病協会との連携によるウォークラリーへの参加	

具体的施策	取組項目(大分類)				
	取組項目(小分類)				
	取組項目(小分類)				
取組項目(大分類)	取組項目(小分類)	取組内容【H24年度実績】 (H23:実績→H24: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					
1 チーム医療体制の充実	(1) チーム医療の実践	ウ NST(栄養サポート)	看護局 チーム代表	前ページ に記載	(月1回開催・週1回ラウンド) ①現場指導として、「お口の通信簿 食事係」で患者指導 ②患者指導として、「お口の通信簿 口腔ケア係」で患者家族および施設職員へ指導 ③摂食機能療法の推進および嚥下造影の実践
		エ 口腔ケアチーム			B チーム編成のためには、中心となるスタッフの育成が必要である。
		オ 排泄ケアチーム(認定)			B チーム編成のためには、中心となるスタッフの育成が必要である。
		カ RST(呼吸療法サポート)			(月1回開催) ①禁煙外来の実施 ②人工呼吸器装着患者への月1回ラウンド ③チームニュース「いきいき情報」を毎月1回発行
		キ 褥瘡対策チーム			(月1回開催) ①褥瘡患者への週1回ラウンド ②月1回の学習会および年2回の全体研修 ③チームニュース「じよくそうニュース」を年2回発行
		ク 緩和ケアチーム			(月1回開催) ①緩和ラウンド(オピオイド回診)およびがん患者相談の実施 ②委員対象に年4回の学習会および年2回の全体研修 ③チームニュース「緩和ケアニュース」を年4回発行
		ケ ICLS(突然の心停止対策)チーム			(隔月1回開催) ①ICLS受講者の登録と受講シールの発行 ②年6回のICLS研修の開催 ③看護師対応BLS講習会の開催(看護師全員の受講目標)
		コ 退院調整チーム	地域医療連携 室 チーム代表	○	(月1回開催) A ①退院調整に関する用紙の検討(アセスメント表、スクリーニング表) ②退院フローチャートおよび事例の検討 ③委員対象に学習会開催(退院調整に必要な知識の習得) ④職員用に退院調整の会だよりを発行準備中 B 退院支援に対する意識が各看護師によって、差異があり、その解消を要する。
2 患者のQOLを高めるための各職種による指導・活動の推進	(1) 指導や相談事業の拡充	・各職種の職員が、それぞれの専門的能力をもって、患者のQOL(生活機能(質)の保持:Quality Of Life)を高め、回復力や予防力の向上に貢献する指導や相談事業を積極的に実施する。	地域医療連携 室	○	A 地域医療連携室を窓口として、疾病に関する医学的な質問および日常生活・入院上の不安に対して、各部局と連絡調整して対応するための患者相談システム(マニュアル・フロー図)を、今年度新たに策定するとともに、ソーシャルワーカーによる医療福祉相談も継続して実施している。
3 患者と病院の信頼関係の構築	(1) 「私のカルテ」の推進 診療情報を提供する「私のカルテ」を発行する。	○入院患者への発行数【 785人 】 (H23: 153人 → H24: 360人)	看護局 (院)私のカルテPT	◎	A 発行数に関しては、目標達成できている。 カルテ内容を検討するため、配布者60人に対してアンケート調査を実施するとともに、ラウンドによる聞き取りを行った。それらの結果等を踏まえ、配布患者全員に統一した対応ができるようにマニュアルの見直しを行っている。
		○外来患者への発行数【 0人 】 (H23: 0人 → H24: 50人)	看護局 (院)私のカルテPT	×	B 現在の「私のカルテ」のファイルが入院患者用であるため、運用手順を検討していたが、試行までには至らず24年度は配布できていない。

具体的施策		取組項目における 具体的な実施内容	取組内容 【H24年度実績】 (H23:実績→H24: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						
3 患者と病院の 信頼関係の構築	(1) 「私のカルテ」の推進	○入院患者への配布率【 46.45% 】 (H23: 6.47 % → H24: 40%)	看護局 (院)私のカルテPT	○	A 新規入院患者数に対する配布率は、目標を達成している。	
		○外来患者への配布率【 0% 】 (H23: 0% → H24: 20%)	看護局 (院)私のカルテPT	×	B 現在の「私のカルテ」のファイルが入院患者用であるため、運用手順を検討していたが、試行までには至らず、今年度は配布できていない。	
	(2) 退院調整会議の充実 退院後に、在宅療養や施設入所が円滑にできるよう、患者の家族や住まいの状況等、きめ細かな情報を把握する。	○退院調整した患者数【 630人 】かかった患者数1,082人 (H23: 524人 → H24: 720人)	地域医療連携室	△	A 退院スクリーニングを基準に、患者情報の共有化を図るとともに、カンファレンス等に参加し、円滑な退院調整に努める。 B 退院支援に対する意識が各看護師によって差異があり、その解消を要する。	
	(3) インフォームドコンセントの徹底	・患者本人や家族に対して、治療の目的や内容等について、わかりやすく説明し、適切な情報提供に努める。	医療局 看護局	△	A 患者への説明には書面をもって説明に当たっており、患者の同意を得ることを原則としている。 B 具体的な成果の検証ができていない。	
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		患者サービス委員会	△	A 患者満足度調査については、1月9日から22日の14日間、入院患者および外来患者を対象に実施し、外来患者224名、入院患者138名より回答を頂いた。総合評価は5点満点評価で、外来3.5点、病棟3.7点であった。 B 調査結果や頂いたご意見を分析・検討し、今後の改善つなげる必要がある。	
	(2) 業務プロセスの見直し	A 待ち時間の短縮 ○調査数【 224人 】 (H23: 353人 → H24: 400人)H23内訳:初診89、予約以外80、予約184	患者サービス委員会	△	A 1月に施行した満足度調査の中で、待ち時間に関する調査を行った。調査数は、外来患者満足度調査回答数となり、目標と比べ少ない結果となっている。予約患者で待ち時間30分以内が44.3%、予約以外では待ち時間1時間以内83.2%であった。 B 調査数に差が出たことについては、目標設定の時点での検討が必要であった。今回の調査結果を検証し、待ち時間短縮に向けた取り組みと、時間の有効な活用について検討する。	
		イ クレーム対応の充実 ○研修会の開催数【 0回 】 (H23: 1回 → H24: 2回) ○受講者数【 0人 】 (H23: 2人 → H24: 100人)	患者サービス委員会	×	A 今年度中の研修開催はできていない。 B 12月以降に講師について委員会で検討を行った。その結果、市民病院だけでなく3病院合同の研修会開催を計画することとした。	
		○クレーム率【 25.6% 】 (H23: 34.6% → H24: 10%以下)	患者サービス委員会	×	A 7月のクレーム率29.5%から比べると低下しているが、目標の10%以下を達成できていない。 B 全体的にクレーム件数は減少傾向にあるが、看護師の言葉使いや接遇に関してのクレームはなくなるない。接遇・マナーに関する教育体制の充実を図っていきたい。	
	(3) 接遇改善	A 接遇アンケートの実施・意見箱の設置 ・接遇アンケートや意見箱の意見をとりまとめ、必要な改善は早急に実施し、その結果を回答する。	患者サービス委員会	○	A 看護局で実施している接遇アンケート結果を患者サービス委員会で周知している。 B 引き続き、今後も、より効果を得られるよう、回答や対応をはじめ、実施方法や公表・周知について検討していく。	

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 【H24年度実績】 (H23:実績→H24: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						
1 患者の視点に 立ったサービスの 提供	(3) 接遇改善	イ 接遇研修の実施 ○接遇研修会の開催数【 1回 】 (H23: 0回 → H24: 1回)	看護局	◎	A 接遇研修を24年10月16日全職員対象で研修会を行った。 B 接遇は、特に基本的なスキルを身につけ、各自の資質向上が肝要であるとの方針を踏まえ、研修会を開催したが、参加者へのアンケート結果では、90%以上の者から役立つとの回答を得た。	
		○受講者数【 57人 】 (H23: 0人 → H24: 50人)	看護局			
		ウ 接遇チームの活動推進 ・コメディカル横断的チームによる院内接遇ラウンドを月1回以上行う。	患者サービス委員会	○	A 患者サポート体制としては、地域医療連携室を窓口とし、各科職員および患者サービス向上委員会委員が連携して、相談・対応を行っている。 患者への接遇・マナーの向上を図るために、各科職員による接遇・マナーの自己チェックを行うとともに、1月から、委員会メンバーによる組織横断的なラウンドを月1回行う。 入院患者等へのケアの取り組みとして、7月4日七夕会、12月18日クリスマス会を開催し、これを例年開催としたい。	
2 各種病院サービスにおける利便性の向上	(1) 病院サービスにおける利便性の向上 病院利用者の利便性向上に向けてのサービスの導入や充実を検討する。	ア クレジットカード払いの導入	医事課	△	A クレジットカード決済を未収金対策の一方策としてとらえ、導入済みの他病院の状況を調査するとともに、地元金融機関関連のカード会社等から情報収集し、次年度からの導入に向けた予算を計上した。	
		イ 市民病院ループバス ・バス運行時間の見直しなどを要望する。	総務課	×	B 市民病院ループバスの運行時間に係る見直し等について具体的な検討ができなかった。今後、「ことでんバス」に依頼し、市民病院バス停での曜日・時間別の乗降者数を調査するなど、検討に必要な資料収集に努める。	
		ウ 自家用車(駐車場の運用) ・駐車場混雑時の車誘導など運用改善に努める。	総務課	×	A 駐車場の運用は、混雑時の車誘導を迅速かつ適切に行うなどのため、平日の午前中、駐車場管理体制を1人から2人に増員して対応している。 B 必ずしも混雑が解消されておらず、さらなる対応を要する。	
3 施設環境の整備	(1) 院内誘導表示の改修	・市民病院内誘導表示等の見直しを行い、必要箇所は早急に改修する。	総務課	△	A 院内誘導表示の点検を行い、不適切なものについては、随時改修していく。 B 予算執行上の観点からも、計画的な改修が望ましいことから、今後、対象箇所の把握に努めたい。	
1 地域医療連携の強化	(1) 症例検討会の開催 地域の連携医療機関の医師と症例検討会を開催する。	○症例検討会の開催数【 4回 】 (H23: 2回 → H24: 3回)	地域医療連携室	◎	A 症例検討会は年4回開催。(今年度4回目として、2月20日に開催) 症例検討会開催案内を医師会週報に掲載依頼した。 「地域連携だより」に症例検討会について掲載した。 「症例検討会」の案内をカラー刷りにした。 症例検討会1演題終了2演題の準備中に市民病院参加医師の自己紹介をしている。	
		○参加者数【 120人 】 (H23: 55人 → H24: 50人)	地域医療連携室			

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【H24年度実績】 (H23:実績→H24: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						
1 地域医療連携 の強化	(2) 重点エリアの連携体制の強化	○地域医療機関への訪問数【42施設】 (H23: 38施設 → H24: 70施設)	地域医療連携室	○	A 8月に、地域医療支援病院申請PTと協働してかかりつけ医に関するアンケートを行った。また、11月には地域医療支援病院申請PTと協働して地域医療機関へ病診連携に関するアンケートを行った。3月からは、地域医療連携室長とともに中学校区ごとに地域医療機関の訪問を開始した。 B 医師多忙のため、訪問スケジュールの調整が困難を極める。	
	(3) 知人・病院OB医師等との連携強化	○知人・病院OB医師等への訪問数【20施設】 (H23: 37施設 → H24: 20施設) 計画目標値要再検討	地域医療連携室	◎	A 徳島大学卒業名簿を参考に、地域医療機関の訪問先を選定している。医師多忙のためスケジュール調整が困難なため、3月からは、地域医療連携室長とともに中学校区ごとに地域医療機関の訪問を開始した。 B 医師多忙のため、訪問スケジュールの調整が困難を極める。	
	(4) 患者の転院先との連携強化	○患者の転院先の訪問数【20施設】 (H23: 53施設 → H24: 10施設) 計画目標値要再検討	地域医療連携室	◎	A 3月からは、地域医療連携室長とともに中学校区ごとに地域医療機関の訪問を開始した。 B 目標値の10施設は達成したものの、23年度実績には及ばないことから、なお一層の取組みを要する。	
	(5) 退院・転院の連絡の徹底による連携強化	○退院・転院連絡率【98.2%】 (H23: 68.4% → H24: 100%)	地域医療連携室	◎	A 連携病院等との連絡・情報共有の緊密化に努めた。	
	(6) 初診連絡の徹底による連携強化	○返書率【85.2%】 (H23: 74.7% → H24: 80%)	地域医療連携室	◎	A 返書・診療情報提供書のマニュアル・フロー図を作成し、医療局会で数回説明した。 医師ごとに返礼の働きかけを実施している。	
	(7) 地域連携クリティカルパスの積極的な活用	○地域連携クリティカルパスの活用件数【25件】 (H23: 2件(H24.2～3) → H24: 20件)	地域医療連携室	◎	A 地域連携クリティカルパスの入力方法や活用事例等について、関連病棟に出前講座を実施する。	
		○シームレスケア(経き目のない医療支援)研修への参加者数【52人】 (H23: 40人 → H24: 40人)	地域医療連携室	◎	A 研修会開催の周知を積極的に行い、参加者増を図るために、研修会当日に関連部署職員に声掛けをしている。	
医療の透明性の確保						
1 情報の積極的な発信	(1) 臨床指標(QI)の設定・公開(再掲):《市民》	医療技術 7 (1) と同じ (P7上段)	医療局総務課	△		
	(2) 病院機能評価の認定(再掲):《市民》	医療技術 7 (2) と同じ (P7上段)	(院)機能評価受審PT			
	(3) 医療事故等の公表		医療安全管理室	○	A 新たに高松市病院医療事故等公表基準を策定し、H24年度から、同基準に従って運用している。	
	(4) 高松市立病院を良くする会の開催	○高松市立病院を良くする会の開催数【2回】 (H23: 2回 → H24: 2回)	経営企画課	△	A 良くする会は、健全化計画に定めた目標等を達成するための取組への評価等を主な議題として、7月までの実績を対象に10月16日に1回目を開催し、12月までの実績を対象に25年2月25日に2回目の開催した。ただし、第2回開催時に、当日、急遽委員に欠員が生じ、定足数に満たず、正式な会としては成立していないが、「良くする会に準じる会」として開催し、出席委員から、意見・提言等をいただいた。 B 審議内容等の、さらなる充実を図るために、議題等について引き続き検討する。	
	(5) 「私のカルテ」の推進(再掲)	人間関係 3 (1) と同じ (P9下段)	看護局(院)私のカルテPT	△		

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 【H24年度実績】 (H23:実績→H24: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						
1 情報の積極的な発信	(6) 病院事業経営内容の公開	・今後も引き続き、ホームページを活用して積極的に公開する。	総務課 経営企画課	○	A 病院局ホームページに各年度の予算・決算の概要や収益的収支の年度推移を掲載し、病院事業の経営内容を公開している。	
	(7) 住民参加会議の開催	○住民参加会議の開催数【検討】 (H23: 一回 → H24: 検討・実施) 計画目標値要再検討	総務課 経営企画課	×	B 市民病院における住民参加会議は、地域医療の位置付けが塩江分院や香川診療所と異なっていることから、住民代表者の選定をはじめ、そのテーマ等について思慮していたが、25年度からは、元副院長の小島医師をオブザーバーとして、戦略会議への出席を願うこととしている。	
	(8) 市民公開講座・出前講座および院内健康教室の開催		広報委員会 地域医療連携室	○	A ・市民公開講座(H23:1回 → H24:1回) 平成24年11月18日(日)午後1時から4時、サンポート高松1階コミュニケーションプラザにて開催しました。公演は、小児科 渡邊診療部長による「アトピー性皮膚炎！ 知っておきたい～あんなこと、こんなこと～」で実施した。 ・出前講座(H23:21テーマ 4回 → H24:23テーマ 3回) 古高松・香南・栗林の各地区で薬局関連をテーマにして実施した。 なお、市政出前ふれあいトーク(土日夜間実施)として実施するよう制度変更を働きかけたが、制度上合致しないことから、従来どおりとし、利用増を図るため、テーマ・担当医師等の変更を行った。 B 市民公開講座:予算が会場借上費のみで少額であることに加え、講師以外の医師の参加もなく、事務と看護師とコメディカルに負担の大きい行事となっている。 出前講座:会場およびチラシ設置場所の関係から、その対象範囲が高齢者となっていることを踏まえ、テーマ内容を、より高齢者にシフトすべきと考える。	
				○	A 健康息いき教室(年10回開催予定)を毎月第4水曜日15時から、医師・看護師コメディカルの連携のもと開催している。 B 参加者数が伸びないことから、周知方法・内容などを考慮すべきと考える。	
	(9) 病院広報の拡充	・医療情報はわかりやすく、親しみやすい提供に努める。	地域医療連携室	○	A 医療機能・医療機器等の医療情報を積極的に公開するため、地域医療連携だより(隔月発行)を9月に初版発行し、連携する393機関に送付した。第2号(11月号)外科紹介・第3号(1月号)呼吸器科紹介・第4号(3月号)形成外科紹介・地域医療機関アンケート結果を掲載し、地域医療機関へ郵送した。 市民病院ホームページに「地域医療連携だより」を掲載して順次更新している。	
医療の効率性の確保						
1 効率化	(1) 内部留保資金の確保	・経営基盤の安定および、新病院開院後の経営基盤の強化を目指し、計画的に内部留保資金(流出を伴わない留保される資金)の確保に努める。	総務課	○	A 内部資金の状況を常に病院職員が認識するために、毎月の市民病院経営戦略会議の資料として内部留保資金の年度末見込みを掲載した。さらに、6月から現金預金残高見込を資料として追加している。 病院職員を対象とした25年度予算説明会において、24年度の現金の状況を説明し、病院の経営状況についての意識を共有した。 B 患者数、医療収益ともに、平成23年度決算に比べて平成24年度決算見込みは改善が見られるが、今後、新病院整備事業に多額の資金を要することから、更に職員1人1人が危機感を持ち、それぞれの業務に取り組む必要がある。	
	(2) 施設基準の取得	・医療機能の整備動向に即した診療報酬上の施設基準の取得に努める。	医事課 看護局	○	A 施設基準の取得について、今年度、基本診療料で10項目(内、7対1の入院基本料および医師事務補助者体制加算(75対1))については、5月1日から、特掲診療料で16項目の新たな施設基準を取得した。 B 他病院の状況を調査し、新たな施設基準の取得の可能性を検討する必要がある。	

具体的施策		取組項目における 具体的な実施内容	取組内容【H24年度実績】 (H23:実績→H24: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						
1 効率化	(3) 地域連携・機能分担による 病院の実情に応じた新規患者の 受入	ア 病床の一元管理の推進(市民)	看護局 病床管理委 員会	○	A 病床管理は、看護局で一元的に管理を行い、平均在院日数と病床利用率について、毎月開催している病 床管理委員会や経営戦略会議において報告を行い、決定した取組方針について、情報共有と、さらなる意識 付けに努めている。	
		イ 平均在院日数と病床利用率の適正管理(市民)	病床管理委 員会 医療局			
	(4) 効率的なシステムの構築と 業務等の 品質管理	・各職種間で、それぞれの領域を越えた応援体制の仕組 みを構築し、人的資源を有効活用するとともに、業務や物 品の品質管理を徹底する。	総務課 医事課	×	B 各職種間での応援体制の組織づくりなど、ファインチームワークの実践に至っていない。	
	(5) 診療報酬請求漏れの防止	・診療報酬制度の改定や国の制度変更に対応する とともに、診療報酬を適正かつ厳密に請求するように努 め、請求漏れや査定減がないように取り組む。	医事課	○	A 診療報酬請求漏れの防止は、診療改善・保険診療委員会やDPC委員会を利用し、請求の適正化と請求漏 れの検証を行う。 また、診療報酬改定に対応するため、院内での周知会を開催するとともに、医療事務委託業者と連携・協 議して、診療報酬の適正な請求に努める。	
	(6) 使用料・手数料設定の見直 し	・近隣医療機関との均衡を考慮し、適切な料金の見直しを 行う。	医事課	○	A 近隣の病院との整合性を図り、24年4月1日より、使用料・手数料の一部を見直した。 B 近隣の公立病院等との整合性を常に図る必要があり、関係機関から、引き続いて情報収集に努める。	
	(7) 一般会計繰入金の定期的 な見直しと公表	・新たな政策医療の実施に応じ、一般会計繰入金を定期 的な見直しを行う。	総務課	○	A H24.4.13付総財第40号による繰入金の基本的考えに基づき、適宜見直している。また、繰入金の内容に ついては決算の公表に合わせて病院局HPで公表している。 平成23年度より、概算により繰り入れた一般会計繰入金については、当該年度中に精算を行っている。 B H25.4.1付総財第35号で、25年度の地方公営企業繰出金についての基本的な考えが通知された。この通 知に基づき、また26年度から完全施行される地方公営企業会計基準の見直しも視野に入れ、今後も適切に 見直しを行う。	
	(8) ジェネリック医薬品(後発医 薬品)の採用拡大	・使用割合10%を目標にジェネリック医薬品の使用を拡げ る。 ジェネリック使用割合【 8.9% 】 (H23実績:8.0%→H24目標:10%)	薬剤局	△	A 後発品への変更品目を選択中で、次回9月の薬事審議会で検討を予定している。9月に1品目、12月に4品 目採用した。	
	(9) 未収金の発生防止と回収 促進 支払相談などの充実等により 未収金の発生防止に努める。	ア 概算預り制度等の検討 ・国の制度見直しなどの状況を踏まえ、適宜検討する。	医事課	△	A 過年度未収金の分析を行うとともに、公費負担助成制度を周知し、自己負担の軽減を図るなど新たな未収 金の発生を予防し、休日や時間外患者の診療費支払いについては、守衛の委託業務の中に、預かり金を取 扱う業務を加えて対応している。 B 国の方針が決まっておらず、対応に苦慮している。	
		イ 法的手段の実施	医事課	×	A 債権管理条例が12月26日に公布され、平成25年4月1日からの施行となり、対象債権については、同条例 に基づく適正管理を実施することとなった。 B 25年度予算に計上した関連経費を用いて効率的な回収を委託するとともに、未払者の分析を行う中で、資力 があるにもかかわらず、支払わない悪質な者については、法的な対応を検討する。	

具体的施策	取組項目(大分類)		取組内容【H24年度実績】 (H23:実績→H24: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(小分類)					
	医療の効率性の確保					
1 効率化	(10) 業務改善の手段としての情報化の促進《市民・香川》		総務課 医事課	○	A 医療情報の共有化や医療安全・医療の均質化などを図るため、院内PTやWGでの検討を重ねてきた結果、24年12月17日から電子カルテシステムを本稼働させた。 B 電子カルテ稼働後のシステムおよび運用面での課題の解決に向けた各部門との調整を要する。	
1 管理体制	(1) 全部適用による効果の最大限の発揮	○高松市立病院の医療の確保と健全化をすすめる会開催数【 2回 】 (H23: 2回 → H24: 2回)	経営企画課	△	A すすめる会は、市長・2副市長をはじめ、総務局長、財政局長、健康福祉局長など、市長部門の幹部職員を構成員としており、各病院での取組状況や良くする会での諮問案件、さらには、新病院整備の状況等を主な議題として、24年10月2日に1回目を開催し、25年2月18日に2回目を開催した。 B 審議内容等の、さらなる充実を図るために、議題等について引き続いて検討する。	
	(2) 経営戦略会議の充実	・幹部職員による戦略的な取組等を議論し、経営問題を共有する場として引き続き、各病院において、毎月実施する。	経営企画課	△	A 会議冒頭に、基本理念および各病院の基本方針等の参加者全員での唱和を開始したほか、現金残高見込表やプロジェクトチーム報告など、議題等の改善に努め、戦略会議の充実を図っている。 B 審議内容等の、さらなる充実を図るために、議題等について引き続いて検討する。	
	(3) 経営分析の実施	ア DPC分析の拡充《市民》	医事課 DPC委員会	△	A 診療情報管理士により、退院時とレセプト請求時のDPCコーディングの適正化を推進し、改善が可能なケースは医師に提案している。 なお、試験的に、DPC分析ソフトによる分析の結果、期待する成果が見込まれることが、良好な状態であった。 B DPCコーディングの適正化に加え、今後、分析ソフトを導入し、院内の標準化や他病院との比較による経営的分析を進める必要がある。	
		イ 民間コンサルティング会社の活用	経営企画課	△	A 経営分析を実施するため、監査法人との間で、7月20日に、23年度決算に係る経営分析業務委託契約を締結した。その分析結果(他病院との診療科別損益計算ベンチマーク比較等)については、局戦略会議でプレゼンテーションを実施した。 B 関係各所属への周知ができておらず、経営改善のための活用が、必ずしも十分でない。	
	(4) 目標設定とPDCAサイクルによる進行管理の推進		経営企画課	△	A 健全化計画に掲げる指標(数値目標)を達成するために、PDCAサイクルマネジメントの考えに基づき、取り組むこととした。具体的には、健全化計画に掲載した各取組につき、その内容を明らかにするとともに、進捗状況や成果等を自己評価し、各指標達成に努める。あわせて、外部評価機関としての良くする会へ報告し、その評価・助言等を踏まえ、今後の取組にいかすものである。 B 外部評価の実施について、必ずしも十分ではない。	
1 一体化	(1) 市立病院間の診療面の連携・協調	・「市立病院は三つでひとつ」、「ファインチームワーク」の精神のもと、医師の相互派遣など、診療面での連携・協調に努める。	検査技術科	○	A 24年度から、塩江分院の検査業務については、これまでの業者委託(外注)を取りやめ、原則として、市民病院の検査技術科において、その業務を実施することに変更し、経費節減と効率的な運営に努めている。	
			放射線科	○	A 勤務応援として、23年1月から香川診療所、7月から塩江分院へ、月数回(1回～6回)程度、職員が赴き、検査等を実施している。	
			栄養科	○	A 23年10月から、週1回、管理栄養士が、香川診療所へ赴き、必要に応じて、栄養指導業務に従事している。	

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 【H24年度実績】 (H23:実績→H24: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						
1 一体化	(2) 資産等購入における共同 化の拡充等	ア 医療機器の共同利用の推進 ○医療機器の共同利用【 順次実施 】 (H23: 検討 → H24: 順次実施)	総務課	△	A 医療機器を共同利用するために、各病棟等で共通して使用している機器等については、ME室での一括管 理化を順次進める。 手術室等の複数科が使用する部門に設置する機器は機器更新の都度、複数科での共同利用の検討を行 い、医療機器の共通化を図っていく。 《新たに中央管理化した機器 (H23:アイソレーター、神経刺激装置 H24:酸素流量計、吸引器、エアーマット)》 《医療機器の共同利用 H24:手術顕微鏡・ナビゲーションシステム、内視鏡下手術ビデオシステム》 B 一括管理化する医療機器の増加に伴い、ME室の保管スペース狭小と、対応可能職員の不足の問題が生 じる。	
		イ 薬品、診療材料の変更統一 ○診療材料の変更統一【 検討・順次実施 】 (H23: 検討 → H24: 検討・順次実施)	総務課	△	A 診療材料等については、同種同等品の安価品への変更や、品目の統一を図っていく。 《H23:17品目について、同種同等品の安価品に変更した。 H24:15品目について、同種同等品の安価品に 変更した。》 B 同種同等品の見極めや、使用者の意見集約が困難であるが、協議を重ねることにより、順次、安価品への 変更や、品目の統一を図りたい。	
		ウ 物品の効率的な調達 ○物品の効率的な調達【 市立病院共同での契約を開始 】 (H23: 検討 → H24: 市立病院共同での契約を開始)	総務課	○	A 消耗品のうち、発注頻度の高いものについては、順次単価契約を締結している。 《新たに3病院共同で単価契約した物品 H23:コピー用紙 H24:プリンタトナー、文具類、日用品、ペーパータ オル・トイレットペーパー》	

具体的施策	取組項目	平成23年度実績	平成24年度目標	達成状況 【H24年度実績】	責任所属名
成果指標	○平均在院日数	17.2	15.0	13.9	病床管理委員会
	○病床利用率 (精神病床, 感染症病床含む)(%)	57.6	62.8	58.0	病床管理委員会・医療局
	○病床利用率 (一般病床のみ)(%)	67.4	74.6	69.2	病床管理委員会・医療局
	○手術件数(件)	1,943	1,950	1,955	看護局 手術室運用委員会
	○紹介率(%)	28.0	40.0以上	36.4	地域連携推進室
	○逆紹介率(%)	37.8	60.0以上	41.9	地域医療連携室
	○病棟満足度(点)	3.8	3.8	3.7	看護局
	○外来満足度(点)	3.8	3.8	3.5	看護局
経営指標	○経常損益(百万円)	△ 336	33	63	総務課
	○経常収支比率(%)	94.6	100.5	101.0	総務課
	○医業収支比率(%)	84.4	90.2	90.2	総務課
	○資金不足比率(%)	—	—	—	総務課
	○職員給与費対医業収益比率(%)	71.5	65.6	65.6	総務課
	○材料費対医業収益比率(%)	21.3	19.0	19.4	総務課
	○経費対医業収益比率(%)	19.3	20.5	20.1	総務課
	※ ○減価償却対医業収益比率(%)	6.0	5.1	5.3	総務課
その他指標	○入院患者数(人)	81,608	88,695	81,946	医事課
	○外来患者数(人)	138,560	143,325	130,524	医事課

※「経営指標」の「達成状況【H24年度実績】」欄は、決算確定見込を記載している。