



# 令和2年度第2回高松市立病院を良くする会

日時：令和3年2月2日（火） 午後3時から

## 次 第

- 1 開 会
- 2 病院事業管理者挨拶
- 3 議 事
  - (1) 高松市病院事業経営健全化計画（令和元年度実績）に係る総括評価について
  - (2) 次期経営健全化計画の策定方針及びスケジュールについて
- 4 閉 会

# 高松市立病院を良くする会設置要綱

(設置)

第1条 医療の質、透明性及び効率性の向上並びに病院事業の経営健全化を図ることにより、市民を支え、市民のための病院の実現に資することを目的として、高松市立病院を良くする会（以下「良くする会」という。）を設置する。

(職務)

第2条 良くする会は、病院事業の次に掲げる事項について、必要な提言を行う。

- (1) 高松市病院事業経営健全化計画の策定、見直し及び進捗状況の評価に関すること。
- (2) 高松市立病院の経営の改善に関すること。
- (3) 市民のための病院の実現に必要な事項に関すること。

(組織)

第3条 良くする会は、委員10人以内で組織する。

2 委員は、次に掲げる者のうちから、病院事業管理者が委嘱する。

- (1) 学識経験者
- (2) 医療関係者
- (3) その他病院事業管理者が必要と認める者

3 委員の任期は、原則として2年とする。ただし、委員が欠けた場合における補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

4 委員は、再任することができる。

(会長及び副会長)

第4条 良くする会に会長及び副会長をそれぞれ1人置き、会長は委員の互選により定め、副会長は委員のうちから会長が指名する。

2 会長は、会務を総理し、良くする会を代表する。

3 副会長は、会長を補佐し、会長に事故があるとき、又は会長が欠けたときは、その職務を代理する。

(会議)

第5条 良くする会の会議は、会長が招集し、会長は会議の議長となる。

2 良くする会は、委員の過半数が出席しなければ、会議を開くことができない。

3 会長は、必要があると認めるときは、委員以外の者に会議への出席を求め、意見又は説明を聴くことができる。

(庶務)

第6条 良くする会の庶務は、病院局みんなの病院事務局経営企画課において処理する。

(委任)

第7条 この要綱に定めるもののほか、良くする会の運営に関し必要な事項は、良くする会に諮って定める。

附 則

この要綱は、平成23年6月1日から施行する。

附 則

高松市立病院を良くする会設置要綱の一部を改正する要綱は、平成24年4月1日から施行する。

附 則

高松市立病院を良くする会設置要綱の一部を改正する要綱は、平成30年9月1日から施行する。

## 高松市立病院を良くする会委員名簿

職名	氏名	役職等
会長	谷田 一久	株式会社ホスピタルマネジメント研究所 代表
副会長	伊藤 輝一	一般社団法人高松市医師会 会長
委員	安藤 幸代	公益社団法人香川県看護協会 会長
委員	田宮 隆	国立大学法人 香川大学医学部附属病院 病院長
委員	二島 多恵	公募委員 香川がん患者おしゃべり会 代表
委員	藤田 徳子	株式会社 フェアリー・テイル 代表取締役
委員	吉田 静子	高松市婦人団体連絡協議会 副会長
委員	和田 頼知	和田公認会計士事務所 公認会計士

(敬称略 五十音順)

# 『高松市病院事業経営健全化計画(平成30年度～令和2年度)』の取組状況 に係る高松市立病院を良くする会の評価結果報告書【令和元年度の評価】(案)

令和3年2月2日  
高松市立病院を良くする会  
会長 谷田 一久

## 1 高松市立病院を良くする会

高松市立病院を良くする会は、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、主に「高松市病院事業経営健全化計画」(以下「経営健全化計画」という。)の策定、見直し及び進捗状況の評価を行う外部評価組織として平成23年6月に設置され、今年で10年目を迎える。

今般、令和元年度の経営健全化計画の取組状況の評価を、次のとおり取りまとめたので報告する。

## 2 評価結果の総括

平成30年3月に策定した第3次経営健全化計画(平成30年度～令和2年度)において、高松市立病院の基本理念『生きる力を応援します』を定め、その実現に向けて、開院2年目を迎えた「みんなの病院」では、「急性期病院としての医療機能の充実」を、塩江分院は「地域まるごと医療の実践」を基本的な考え方として、公営企業として求められる「医療の質・透明性・効率性」の向上に取り組んでいる。

今回の評価対象となる令和元年度は、評価項目26項目中、23項目が「順調」又は「概ね順調」という結果になっており、医業収益が前年度を大きく上回る等、一定の成果は認められた。しかしながら、施設整備に係る減価償却費が新たに計上されたこと、また、施設規模が拡大したことによる施設管理経費や、患者数・手術件数の増加に伴い材料費が想定以上に発生した影響から、依然として厳しい経営状態である。

地域に必要な医療を継続して提供していくためには、がん医療や救急医療、地域包括ケア等の後方支援機能の強化とともに、患者の確保につながる取組を再検討しながら、あらゆる観点から医療の効率性の確保に努め、経営改善に取り組むことが必要である。これまでの取組を改めて評価・検討し、「市民に信頼され、市民から選ばれる病院」となるよう期待したい。

## 3 評価結果

### (1) 評価基準

経営健全化計画に基づき、令和元年度に取り組んだ事項について、次の基準により評価を行った。

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を進め、年度末(一定期間経過後)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が不十分又は、取組を進めるものの、年度末(一定期間経過後)に、成果が得られる見込みが少ない。
×	かなり遅れている。	消極的又は、目標達成のための取組ができていない。

(2) 病院・診療所の評価結果

① みんなの病院

経営健全化計画に係る取組状況については、13項目のうち、『◎(計画どおり順調である)』と評価した項目は2項目、『○(概ね順調である)』と評価した項目は11項目、『△(やや遅れている)』と評価した項目及び『×(かなり遅れている)』と評価した項目は無しとなり、『順調である』、『概ね順調である』と評価した割合が全体で100%となった。

全体としての総合評価は『○(概ね順調である)』とした。

救急医療の推進や常勤医師数の増加へつなげた医師確保機能の強化、地域包括ケア等の後方支援機能の強化、地域医療機関への積極的な訪問による地域医療連携の推進などは一定の評価ができるものの、依然として厳しい経営状況であることから、これまでとは異なるアプローチについても、改めて検討する必要がある。

また、医療の質の向上について、みんなの病院独自の評価基準を作成する等、質の向上を担保する仕組みの構築にも努められたい。

取組項目ごとの各委員評価・意見等は別紙「総括評価表」に記載のとおりである。

ア 評価ごとの項目数

評価区分	R元	
	項目数	構成割合
評価結果『◎』とした項目	2項目	15%
評価結果『○』とした項目	11項目	85%
評価結果『△』とした項目	0項目	—
評価結果『×』とした項目	0項目	—
合計	13項目	100%

イ 取組項目ごとの評価

具体的施策	R元 総括 評価	H30 総括 評価	H29 総括 評価
取組項目(大分類)			
取組項目(小分類)			
1 医療の質の確保に向けた取組			
1 医療技術			
1 高松市医療全体の最適化を目指した役割の強化	◎	◎	○
2 医師確保機能の強化	○	○	○
3 メディカルスタッフ確保機能の強化	○	○	◎
4 医療安全の強化	○	○	○
5 医療品質の向上	○	◎	◎
6 災害医療機能の強化		○	◎
2 人間関係			
1 チーム医療体制の充実	○	○	○
2 市民との信頼関係の強化	○	○	○
3 アメニティ			
1 患者の視点に立ったサービスの提供	○	○	○
4 地域社会			
1 地域医療連携の強化	◎	○	○
2 医療の透明性の確保に向けた取組			
1 情報発信			
1 情報発信	○	◎	○
3 医療の効率性の確保に向けた取組			
1 効率化			
1 効率化の推進	○	○	○
2 管理体制			
1 管理体制の強化	○	○	○
3 一体化			
1 一体化の推進	○	○	○
総合評価	○	○	○

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	R2.3 自己 評価	総括 評価	総括意見等	各委員 評価	委員意見等
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 ○救急車搬送受入件数	◎	◎	救急医療の強化について、救急車の要請件数、受入件数ともに大幅に伸びており、順調と言える。 がん診療については、体制は整いつつあり、積極的な取り組みがなされている。今後は、進行度の高い患者に対して、社会的アプローチが行えると良いのではないか。地域包括ケアへの対応については、地域包括ケア病棟の稼働率を上げることを目標に取り組まれたい。	◎5 ◎3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・救急要請件数が14%増加している事実は、当院への期待や信頼の表れであると理解できることから、当院の救急医療への取り組みが救急隊や患者に、ひいては市民に高い評価を得ているものと思う。</li> <li>・がん診療に関しては、職員個々のレベルアップとチームでの組織対応が進化しているものと評価した。</li> <li>・緩和ケアに関しては、患者の個性性に配慮しつつ、早期からの介入が開始されたという点を高く評価した。</li> <li>・進行度の高いケースについて、社会的なアプローチがなされることを大いに期待する。</li> <li>・地域包括ケア病棟については、急性期病棟からの退院調整利用だけでなく、地域診療所から在宅療養患者の受け入れにも対応することを求めたい。</li> <li>・ご努力は認める。</li> <li>・救急車受入が、大幅に伸びていることを評価する。</li> <li>・がん診療機能の強化については、患者・家族に対する直接支援に対して目標が達成されていない。何が課題かは分析できているようなので、今後を期待する。</li> <li>・目標である救急医療の推進と癌診療の強化推進は、計画通り順調に推進している。患者数の増加に対するスタッフの研修や患者サポートの充実が必要である。また、今年度は、新型コロナウイルス感染症対策の影響中、柔軟性を持たせた対応が必要と思われる。</li> <li>・カンファレンスや研修会を重ね、職員の意識の向上が見られる。</li> <li>・我が家の孫も救急でお世話になり、助けていただいた。</li> <li>・救急受入不可の理由内訳が知りたい。</li> <li>・地域包括ベッドの稼働率がまだまだ低いと思う。</li> </ul>
		○救急車受入不可率	○				
		ア 診療機能の強化 ○がん診療連携研修会開催数	◎				
			○がん診療関連研修会開催数				
		イ がん化学療法に関する体制の強化 ○がん化学療法患者に対する認定資格者の介入率	○				
			○がん化学療法に関する勉強会開催数				
		○ポド管理研修受講人数	◎				
		ウ がん放射線療法に関する体制の強化 ○新規がん放射線療法患者	◎				
			エ 緩和ケアの提供体制の強化 ○緩和ケアチームの介入患者数				
		○緩和ケア研修修了の医師累計数	◎				
		○がんのリハビリテーション研修受講生累計数	◎				
		オ 地域を含めたがん患者及び家族への支援 ○がん患者と家族への相談支援件数	△				
		○がん患者等との交流数	○				
		○がん相談員基礎研修(2)修了者累計数	○				
(3) 地域包括ケアへの対応	○病床稼働率	◎					
	2 医師確保機能の強化	(1) 医師確保のための工夫	○医師増加数	◎	○	医師確保は順調であり、取り組みについては高く評価できる。今後も、ホームページでの情報提供や大学への医学教育への協力に注力し、引き続き医師確保機能の強化に努められたい。	◎2 ◎6
○病院実習生受入人数		○					
○病院見学生受入人数		△					
(2) 医師研修プログラムの充実等	○臨床研修医(基幹型)受入数	○					
	○説明会でのみんなの病院への参加学生数	△					
(3) 医師事務作業補助者の活用	○医師事務作業補助体制加算	○					

具体的施策 取組項目(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	R2.3 自己 評価	総括 評価	総括意見等	各委員 評価	委員意見等	
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 確保と機能強化	(1) 看護局	○認定資格等の取得者数	○	○	メディカルスタッフの確保と機能強化について、概ね順調であるが、実習内容等、改善点がいくつかある。今後もメディカルスタッフのレベルアップに努めること。	◎4 ○4	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看護局：引き続き個々のレベルアップを支援し、全体への波及効果を求める姿勢を維持していただきたい。また、離職者については、次の職場で高く評価される人材であることを求める。</li> <li>・薬剤局：認定領域が拡大していることを高く評価する。専門性を身に付けた薬剤師による薬効評価が客観的になされることを期待する。</li> <li>・検査技術科：病院の診断機能に直接関わる部署として認定領域が拡大していることを高く評価する。病院の診断機能向上への貢献の度合いをアピールしていただきたい。</li> <li>・放射線技術科：難度の高い資格が放射線診断や放射線治療の向上に役立つことを期待する。</li> <li>・リハビリテーション技術科：専門領域の拡大と人材育成への貢献を高く評価した。</li> <li>・臨床工学科：機能強化についても取り組み内容をアピールしてほしい。</li> <li>・栄養科：患者の日々の生活についての関わりが多い専門領域であると考えるので、取り組み内容をもっとアピールしてほしい。</li> <li>・資格取得に一層の便宜をはかるべきである。</li> <li>・メディカルスタッフ確保と機能強化のために各部とも努力されていることを評価。</li> <li>・メディカルスタッフの確保と機能強化に関しては、計画通り順調に経過している。</li> <li>・研修を重ね、看護師、薬剤師、技術士、栄養士等のスキルアップを図っている。</li> <li>・看護師の離職率を新人とベテランに区別して算出してほしい。</li> </ul>	
		○研修実習生	○					
		○離職率	◎					
		(2) 薬剤局	○認定資格等の取得者累計数					◎
			○実務実習生					○
			○早期体験学習生					◎
		(3) 検査技術科	○認定資格等の取得者累計数					△
○見学実習生	◎							
(4) 放射線技術科	○認定資格等の取得者累計数	△						
	○研修実習生	○						
	○院外研修参加数	◎						
(5) リハビリテーション技術科	○認定資格等の取得者累計数	◎						
	○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	○	○	医療安全の強化について、様々な取り組みをされていることを評価するが、針刺事故を減少させるために対策が必要である。また、コロナ禍において、感染症管理は非常に重要となるため、高い意識を持って取り組むこと。	◎1 ○5 △1 ×1	<ul style="list-style-type: none"> <li>・コロナ禍において医療安全と感染管理は同時に扱われる内容と思われる。職員の皆さんが感染しないよう、感染させないよう、蓄積された知見を共有して対策に当たっていただきたい。</li> <li>・そのための下地はできているものと評価する。</li> <li>・針刺事故13件は論外である。病院として、医療安全の意識の欠如と言われても仕方ない。</li> <li>・医療安全のための研修実施に努力されていることを評価。</li> <li>・ヒヤリハット報告会開催は1回1回実施されていることを評価。</li> <li>・課題として参加率をあげているので、達成率を上げるための目標値として挙げた達成に向けての意識が上がると考える。</li> <li>・医療安全、感染制御において、概ね順調に経過しているが、針刺事故を減少させるために対策が必要である。</li> <li>・感染症管理は令和2年度の大きなポイントになる。市民のために頑張っていただきたい。</li> </ul>
	○安全管理研修(全体研修)の開催数		△					
	○放射線関係医療安全取扱研修開催数		◎					
	○医療安全に係るラウンド実施数		○					
	(2) 感染管理意識の共有と醸成		○感染管理研修会(全体研修)のテーマ別開催数	◎				
○針刺事故件数		×						
5 医療品質の向上	(1) 品質の向上及び他病院との比較	日本病院会の「QIプロジェクト」及び全国自治体病院協議会の「医療の質の評価・公表等の推進事業」へ参加し、医療品質の向上に寄与する。	○	○	診療の質の確保に努められていることを評価するが、PET-CTの検査数が減少しているため、稼働率向上に努めること。	○8	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療の質については、市立病院にとつての医療の質を定義することが重要であると考えられる。理念に沿った指標の体系によって医療の質を評価することを検討していただきたい。</li> <li>・クリティカルパスによる標準化による医療水準の底上げがなされているものと高く評価する。</li> <li>・PET-CTの稼働については、がん医療の地域での取り組みを支援する高度機器と思われるので、その共同利用を促進するという取り組みに期待する。</li> <li>・PET-CTを120%稼働させる努力をしていただきたい。</li> <li>・クリティカルパスの使用数が増加し、順調に経過しているが、PET-CTの検査数が減少しており、癌患者は増加している中、対策が必要である。</li> </ul>	
		○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)	◎					
(2) クリニカルパスの拡充	○PET-CT検査件数	△						
	(3) 高度医療機器の活用	○新規がん放射線療法患者数(再掲)	△					
6 災害医療機能の強化		(1) 病院災害対策委員会の活動	○災害拠点病院の指定	△	△	△		

具体的施策 取組項目(大分類)	取組項目における 具体的な実施内容	取組内容	R2.3 自己 評価	総括 評価	総括意見等	各委員 評価	委員意見等	
								取組項目(小分類)
医療の質の確保に向けた取組								
人間関係								
1 チーム医療体制の充実	(1) 医療安全対策チーム	○心電図モニター、ポンプ取扱い勉強会開催数	○	○	チーム活動が積極的に実施されていることを評価する。今後、より一層チーム間の連携、チーム活動の強化に取り組みたい。	◎1 ○7	<ul style="list-style-type: none"> <li>・他職種で構成された多くのチームが活動していることを高く評価した。</li> <li>・組織横断的な活動が一層活発化することを期待する。</li> <li>・努力は多とする。</li> <li>・院内でのチーム活動が活発に実施されていることを評価する。</li> <li>・チーム医療体制の充実が概ね順調であるが、皮膚排泄ケア認定資格取得者の確保が必要であり、褥瘡対策チーム、緩和ケアチーム、排泄ケアチーム等の充実が望まれる。</li> <li>・ECMOは何台あるか?操作に課題はあるか?</li> </ul>	
		○ラウンド件数	○					
		(2) 院内感染対策チーム	○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					◎
	○糖尿病療養指導を実施するスタッフの増員累計数	○						
	(8) 排泄ケアチーム	○排泄自立指導実施件数	△					
	(9) 摂食嚥下チーム	・食物を咀嚼、又は飲み込むことができない患者を対象に、「食べる楽しみ」を維持するために、摂食サポートや栄養状態、嚥下機能の評価に基づく治療や訓練を実施する中で、誤嚥性肺炎の発症防止と摂食機能の回復に努める。	△					
	(10) 口腔ケアチーム	・口腔ケアが必要な患者を対象に、より効果的な病棟口腔ケアを実施し、患者の誤嚥性肺炎の発症防止や化学療法、放射線治療などに伴う口内炎の症状緩和を図り、早期回復を促すとともに、職員に口腔内ケア教育を実施する。	○					
2 市民との信頼関係の強化	(1) 指導・教室の実施	○健康いき教室の開催数	◎	○	患者への指導、相談事業に積極的に取り組まれていることを評価する。市民への信頼関係の強化は、市民から「みんなの病院」を身近に感じてもらえる重要な取り組みとなることから、引き続き注力されたい。	◎3 ○5	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市民との信頼関係を強固にすべく、積極的な取り組みがなされていること高く評価した。</li> <li>・患者さんや家族の希望を聞いて、実施していただきたい。</li> <li>・指導・教室の実施及び相談事業については、積極的に実施されていることを評価。</li> <li>・「私のカルテ」に関しては、推進委員会を中心に利用者を増加するように検討されたい。</li> <li>・市民との信頼関係の強化も概ね順調である。ただ、新型コロナウイルス感染症が蔓延する中、今後の対応が必要である。</li> <li>・「みんなの病院」として、市民との信頼関係の強化は大切である。</li> <li>・とても重要な活動である。しっかり取り組んでほしい。</li> </ul>	
		○やさしく学べる健康講座	○					
		○糖尿病教室の開催数(再掲)	△					
	(2) 相談事業の充実	○医療福祉相談件数	◎					
		○施設・設備相談、その他件数	◎					
	(3) 「私のカルテ」の推進	○入院患者の利用者数	△					
		○入院患者への配布率	△					
		○新規外来患者への配布率	◎					
(4) 退院支援の充実	○退院調整を要する患者等への実施率	◎						



具体的施策 取組項目(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	R2.3 自己 評価	総括 評価	総括意見等	各委員 評価	委員意見等
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	(1) 患者満足度調査の実施	○入院患者満足度	◎	○	患者満足度は好調を維持できており、評価できる。外来でのサービス拡充についても、セカンドオピニオンの相談件数は増加しており、順調と言える。引き続き、患者の視点に立ったサービスの提供について、積極的に取組まれない。	◎3 ○4 △1	・外来サービスについて、がん診療にかかるセカンドオピニオンのみを取り上げられているが、一般の相談件数は拡大しており、高く評価できると思われる。成果指標の選定を検討する余地がある。 ・効率的な病床管理について、患者にとって効果的であるかどうかの視点を加えていただきたい。 ・服薬指導の件数が伸びていないこと、転落防止対策に理学療法士が参加していないことは、是非改善していただきたい。 ・患者満足度調査にて患者の視点に立ったサービスの提供ができていることを評価。 ・患者の視点に立ったサービスの提供に関しては、入院患者満足度は年々向上しており、計画通りあるいは概ね順調である。 ・外来患者のためのコンシェルジュがほしい。車いすで自走できない外来患者を院内で移動補助する人を希望する。 ・患者の満足度は、病院の人気度のアップに繋がる。頑張っていただきたい。
		○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	○				
		イ 接遇改善の取組み及びクレーム対応能力の向上	◎				
	(3) 外来でのサービス拡充	○院内での接遇研修会の開催数	◎				
		○セカンドオピニオン受入件数	○				
	(4) 病棟でのサービス拡充	○セカンドオピニオン診療情報提供件数	◎				
		ア 効率的な病床管理	◎				
		イ 病棟薬剤業務・服薬指導業務の充実	△				
		ウ 摂食不良患者への支援	◎				
エ 地域包括ケア病棟におけるリハビリの実施及び支援		◎					
オ 転倒・転落防止対策への取組		△					
○医師及びコ・メディカルとの院内ラウンド回数	△						
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	◎	◎	地域医療連携の強化について、概ね順調であるが、紹介患者数を増やすためにも、今後、返書率は100%を目標に取り組むこと。	◎5 ○3	・紹介元の当院への信頼に応えるため、引き続き返書率100%を目指していただきたい。 ・努力は多とする。 ・地域医療支援病院として求められる条件をクリアし、一層努力していることを評価。 ・地域医療連携に関しては、計画通り順調である。 ・地域で「みんなの病院」が頼れる存在になっている。 ・返書率は100%であるべきと思う。
		○地域医療連携カンファレンスの開催数	◎				
	(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	◎				
		○返書率	○				
	(3) 初診連絡の徹底、紹介・逆紹介に関する連携体制の強化	○紹介率	◎				
		○逆紹介率	◎				
		○地域連携クリニカルパスの積極的な活用	◎				
	(4) 地域連携クリニカルパスの積極的な活用	○シームレスケア研修会参加者数	○				
		○保険薬局との連携強化	◎				
	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	×	○	市政出前ふれあいトークへの参加、病院広報の拡充に積極的に取り組まれていることを評価する。医療安全評価委員会についても、オンラインを活用するなど工夫を凝らし、充実させること。	◎3 ◎5	・病院の情報を市民に発信していることを評価。 ・医療安全評価委員会に関しては、Web会議、あるいはメール審議などを利用して開催すべきと思われる。他のホームページによる情報発信は順調である。 ・高松市病院局医療安全評価委員会開催数に「×」がついている件、新型コロナウイルス感染拡大が原因とのこと、それであれば、「×」でなくて良いのではないかと。 ・市政出前ふれあいトーク等市民に寄り添って発信している。 ・公表すべき医療事故はあったのか？
		(2) 病院事業経営状況の公開	○				
	(3) 市政出前ふれあいトークへの参加	・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。	◎				
		ア ホームページの充実及びメンテナンス	○				
	(4) 病院広報の拡充	イ 「地域医療連携だより」及び「医師紹介パンフレット」の発行	◎				
○地域医療連携だより発行回数		◎					
○医師紹介パンフレット発行回数		◎					

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	R2.3 自己 評価	総括 評価	総括意見等	各委員 評価	委員意見等
<b>医療の効率性の確保に向けた取組</b>							
<b>効率化</b>							
1 効率化の推進	(1) 施設基準の取得	ア がん患者指導管理業務の充実 ○がん患者指導管理料加算3算定件数	◎	○	人材配置の適正化、ジェネリック医薬品の使用促進など積極的な取り組みが評価できる。診療報酬請求査定率については、査定率0を目指し、早急に対策を立てること。	◎1 ◎6	<ul style="list-style-type: none"> <li>査定率の上昇は、積極的な診療姿勢や患者の個別性への対応などが反映されている可能性があると思われるので、原因の評価がフェアになされることを期待する。</li> <li>業務改善提案31件について、検討の経緯や結果を提案者にフィードバックされることを期待する。</li> <li>診療報酬請求査定率0を目指すのは当然だが、工夫が十分なされているか？</li> <li>効率化推進に努力していることを評価。</li> <li>(7)での職員提案は31件あったことが記載されている。提案を受け、実施したことがあれば記載してほしい。</li> <li>施設基準の取得、ジェネリック医薬品の使用状況、人材配置の適正化などは、計画通り順調であるが、診療報酬請求査定には対策が必要である。</li> <li>職員提案は、内容に関わらず、数多く挙がることは良いことである。</li> <li>効率化こそ利益を上げる一番大切なことである。</li> <li>査定率0.26は平均と思う。</li> </ul>
		イ 薬剤管理指導業務・病棟薬剤業務の充実 ○薬局内DIカンファレンス回数及びブレアポイド報告件数	◎				
	(2) 省エネルギー活動の推進	地球温暖化防止への対応はもとより、増え続ける高熱水費の抑制を図るとともに、リサイクル意識の醸成を促し、省エネルギー活動に積極的に取り組み、効率化の推進を図る。	○				
	(3) 適切な診療報酬の請求	○診療報酬請求査定率	△				
	(4) ジェネリック医薬品の採用拡大	○ジェネリック医薬品使用数量率	◎				
	(5) 効率的な物品管理体制の構築及び調達方法の検討	○医薬収益に対する材料費比率	○				
	(6) 未収金の発生防止及び回収促進	○現年度分収納率	○				
		○過年度未収金回収率	◎				
(7) 業務改善に向けた積極的な取組	ア 職員提案の活用	○					
	イ 情報化の促進	○					
(8) 人材配置の適正化	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。	◎					
<b>管理体制</b>							
1 管理体制の強化	(1) 病院事業の健全かつ円滑な運営	○経常収支比率	△	○	管理体制の強化について、新型コロナウイルス感染症拡大の影響を受け、経営状況も益々の悪化が予測されるが、今後、地域の医療機関との連携を更に強化し、適切な医療が提供されることを期待する。また、職場環境の健全化にも引き続き取り組まれない。	◎7 ×1	<ul style="list-style-type: none"> <li>コロナ禍の現状にあって収益確保することは、地域の安心なくして実現できず、地域の安心を確保するためには、地域の医療機関全体での組織的で戦略的な取り組みが必要不可欠であると思われる。市立病院単体では限界があると考えられる。</li> <li>経営収支改善は当然だが、有給休暇の取得日数が伸びていないのは論外である。</li> <li>経営収支改善が昨年度より軽度悪化しているが、新型コロナウイルス感染症の影響で、今後、益々の悪化が予測される。ただ、感染症指定医療機関としての使命もあり、香川県、高松市と連携した適切な医療の運用が望まれる。特に、貴院に関しては、新型コロナウイルス感染症に対する対応のみならず、救急医療や急診の維持も必要である。このためにも香川県内、高松市内の医療機関との連携が特に重要と思われる。</li> <li>有給休暇の取得は法律で定められているが、新病院の開院、コロナ感染症拡大など、やむを得ない事情が重なっているのでは、「×」をつけるのはどうかと思う。</li> <li>有給取得率の向上に向けて取り組んでほしい。</li> </ul>
		(2) 就労意欲の維持・向上	顕著な業務成績を収めている職員が更なる向上心を持って取り組めるような方を検討する。				
	(3) 業務実績報告・目標発表会の開催	診療科、各局、業務委託業者を含めた病院を構成する全組織が一同に会して、これまでの業務実績を報告するとともに当該年度の目標を発表し、異なる職種間での相互理解と相互信頼を深め、病院の円滑な運営に努める。	○				
		(4) 経営分析の実施	近隣の市立病院間で、病院経営や経営分析に係る諸課題等についてテーマを定め、情報交換・勉強会を定期的に開催し、他病院での先進事例などを情報収集するとともに、必要に応じてフィードバックし、病院運営に生かす。				
	(5) 適切なDPCコーディングの実施	○DPC部位詳細不明病名使用率	◎				
	(6) 勤務環境の改善	○職員の年次有給休暇取得日数	△				
<b>一体化</b>							
1 一体化の推進	(1) 市立病院間の診療面の連携・協調及び僻地医療	ア 医療局	○	○	みんなの病院と塩江分院との連携が強化されていることを評価する。引き続き鋭意取り組まれない。	◎3 ◎5	<ul style="list-style-type: none"> <li>塩江分院から学ぶ点も示していただきたい。</li> <li>ご努力は認める。</li> <li>市立病院間での協力が実施されていることを評価。</li> <li>みんなの病院と塩江分院との業務連携は、計画通り順調である。</li> <li>市民病院間の交流と円滑な移行に努力されている。</li> <li>新病院開院後、全体が活性化されているように感じる。</li> <li>開院の繁盛が落ち着いたらコロナ、本当に大変だったことと思う。大変お疲れ様でした。</li> </ul>
		イ 看護局	◎				
		ウ 薬剤局	○				
		エ 検査技術科	◎				
		オ 放射線技術科	○				
		カ 塩江分院からの応援依頼件数	○				
		キ リハビリテーション技術科	○				
		ク 栄養科	○				
	(2) みんなの病院への円滑な移行	香川診療所の患者が、引き続き、みんなの病院を受診しやすい環境を整えるため、すべての部署が香川診療所との連携を密にし、安全かつ円滑な受入れに努める。	○				

(2) 病院・診療所の評価結果

② 塩江分院

経営健全化計画に係る取組状況については、13項目のうち、『◎(計画どおり順調である)』と評価した項目は2項目、『○(概ね順調である)』と評価した項目は8項目、『△(やや遅れている)』と評価した項目は3項目、『×(かなり遅れている)』と評価した項目は無しとなり、『順調である』、『概ね順調である』と評価した割合が全体で77%となった。

全体としての総合評価は『○(概ね順調である)』とした。

訪問診療や訪問看護等を通じた地域医療の推進や、交通手段を持たない地域住民のための患者送迎バスの運行など患者の視点に立ったサービスの提供等に着実に取り組んでおり、評価できる。

今後は、地域包括ケアシステムにおける塩江分院の役割を十分に認識し、地域のニーズをふまえた医療サービスを提供することで、「地域まるごと医療」の更なる実践に努められたい。

取組項目ごとの各委員評価・意見等は別紙「総括評価表」に記載のとおりである。

ア 評価ごとの項目数

評価区分	R元	
	項目数	構成割合
評価結果『◎』とした項目	2項目	15%
評価結果『○』とした項目	8項目	62%
評価結果『△』とした項目	3項目	23%
評価結果『×』とした項目	0項目	—
合計	13項目	100%

イ 取組項目ごとの評価

具体的施策	R元 総括 評価	H30 総括 評価	H29 総括 評価
取組項目(大分類)			
取組項目(小分類)			
1 医療の質の確保に向けた取組			
1 医療技術			
1 地域医療の推進	○	○	○
2 医師の確保機能の強化	○	○	○
3 スペシャリストの育成	○	○	○
4 医療安全の強化	○	◎	◎
5 医療品質の向上	○	△	◎
2 人間関係			
1 チーム医療体制の充実	○	○	○
2 市民との信頼関係の強化	△	○	○
3 アメニティ			
1 患者の視点に立ったサービスの提供	○	○	◎
4 地域社会			
1 共に支え合う体制の整備	△	○	○
2 医療の透明性の確保に向けた取組			
1 情報発信			
1 情報発信	◎	○	◎
3 医療の効率性の確保に向けた取組			
1 効率化			
1 効率化の推進	○	○	○
2 管理体制			
1 管理体制の強化	△	○	◎
3 一体化			
1 一体化の推進	◎	◎	◎

総合評価	○	○	○
------	---	---	---

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	R2.3 自己 評価	総括 評価	総括意見等	各委員 評価	委員意見等					
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	△	○	高齢化で独居、老々世帯が増加する中、在宅医療支援病院として、訪問事業に積極的に取組まれていることを評価する。今後も、地域包括ケアシステムのリーディングホスピタルとして、更に注力されることを期待する。	○6 △2	・限られた人員のなかで積極的に訪問事業を展開していることを高く評価する。在宅での療養を勧める地域包括ケアシステムのリーディングホスピタルとして取り組みを進めていただきたい。 ・コロナ禍でやむを得ないと思う。 ・在宅療養支援病院として地域医療に貢献していることを評価。 ・地域医療の推進においては、概ね順調である。 ・訪問診療は「塩江分院」の一番の強みである。頑張っていたきたい。 ・在宅復帰率が54%と低い状態である。					
		○訪問歯科件数	○									
		○訪問看護件数	○									
		○訪問リハビリテーション件数	○									
	(2) 初期、回復期、慢性期医療の提供	○在宅復帰率	○									
		○入院患者への口腔ケア実施回数	○									
	(3) 地域包括ケアシステムの構築支援	○地域ケア小会議等への参加率	△									
	2 医師等の確保機能の強化	(1) 寄附講座の活用	研修会の開催数					△	○	医師等の確保に向けて努力されていることを評価するがまだ十分ではない。引き続き鋭意取り組まれたい。	○6 △2	・医師確保について、寄附講座や総合医の育成については、みんなの病院および大学との協力体制を再検討すべきであると考えている。 ・ご努力は認める。 ・医師確保をするための努力を評価。 ・医師等の確保機能の強化においては、香川大学医学部の寄附講座と協力して、学生実習などの受入を行い、概ね順調である。
			(2) 医師の育成					○研修プログラムの新メニュー追加件数				
		(3) 実習、見学等の受入れの充実	○香川大学等からの医師研修実習生受入人数					○				
			(4) 医師の安定確保					○非常勤嘱託医師委嘱人数				
3 スペシャリストの育成	(1) 資格取得	認知症ケア専門士取得者累計数	○	○	人材育成に努められていることを評価する。地域的特性を踏まえ、特定行為の行える看護師、介護支援専門員等が有効になると思われるため、引き続き継続して取り組まれたい。	○6 △2	・院内認定を検討してはどうか。病院として必要なスペシャリストの育成を実施していることを評価。資格取得者を増やすことによる経営面への貢献についての期待をする。 ・認知症ケア専門士や介護支援専門員などの資格取得は概ね順調である。					
		介護支援専門員取得者累計数	△									
4 医療安全の強化	(1) 医療安全意識の共有と醸成	○医療安全委員会開催数	◎	○	医療安全の強化について、十分な取り組みをされていることを評価する。引き続き鋭意取り組まれたい。	◎3 ○5	・地域に安心を提供する公共インフラとして、職員の皆さんの感染対策を期待したい。 ・社会的責任である。事故を未然に防いでいただきたい。 ・医療安全と感染制御に関しては、委員会など定期的に開催し、報告を行っており、計画通り順調である。					
		○安全管理研修会(全体研修)開催数	○									
		○ヒヤリハット報告研修会開催数	◎									
	(2) 感染管理意識の共有と醸成	○感染予防委員会の開催数	◎									
		○感染管理研修会(全体研修)開催数	○									
		○針刺事故件数	○									
5 医療品質の向上	(1) 学会や研修会での発表	○研究発表・論文発表件数	○	○	学会、研修会での発表については、概ね順調である。今後、地域包括ケアシステムの担い手としての活動を期待する。	◎1 ○5 △2	・開設者である市が実施主体である地域包括ケアシステムの担い手として、多くの知見を取りまとめていただきたい。 ・学会や研修会での発表は、概ね順調である。					
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	○	○	チーム医療に対する取り組みは、概ね順調である。地域包括ケア会議の開催についても積極的に取り組むこと。	○8	・継続していただきたい。 ・チーム医療に取り組んでいることを評価。 ・チーム医療の実践は概ね順調であるが、地域包括ケア会議が開催されていない。					
		○入院患者の経口摂取割合	○									
		イ 褥瘡対策チーム	○									
		○院内褥瘡発生件数	○									
		ウ 身体拘束廃止対策チーム	○									
		○拘束率	○									
		エ 地域包括ケア推進チーム	△									
		○地域ケア小会議等への新規提案件数	○									
		オ 摂食嚥下チーム	○									
		カ 口腔ケアチーム	○									

具体的施策 取組項目(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	R2.3 自己 評価	総括 評価	総括意見等	各委員 評価	委員意見等
<b>医療の質の確保に向けた取組</b>							
<b>人間関係</b>							
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	△	△	地域住民との関係が密であることを評価する一方、目標値に達していない項目もあることから、今後は、各部門で対策を検討し、目標達成できるよう取り組むこと。	○4 △4	<ul style="list-style-type: none"> <li>・相談、指導事業に対する取り組みの進捗には大きな差があることが確認される。歯科衛生士のアクティビティーが高い一方、取り組みが遅れている部署もある。評価の意味を共有して実行に着手していただきたい。</li> <li>・ご努力を続けていただきたい。</li> <li>・相談・指導に関しては、看護局を中心に努力をされている。</li> <li>・市民との信頼関係の強化においては、概ね順調と思われるが、健康講座などは、新型コロナウイルス感染症の影響を受けているようだ。また、患者相談等の件数が減少している。</li> <li>・薬剤師の訪問ニーズはあると思う。時間を見つけて実行してほしい。</li> </ul>
	(2) 相談・指導事業の拡充	ア 訪問診療、訪問看護への同行回数 ○薬剤師 ○放射線技師 ○病棟看護師 ○管理栄養士 ○歯科衛生士	△ △ ○ △ ○				
	(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					
<b>アメニティ</b>							
1 患者の視点に立ったサービスの提供	(1) 患者満足度調査の実施	○病棟・外来患者満足度	○	○	患者の視点に立ったサービスの提供について、積極的な活動が行われており、評価できる。今後も患者の視点に立ったサービスの継続を期待したい。	○7 △1	<ul style="list-style-type: none"> <li>・文化祭の参加数の減少に対し、アイデアが必要。</li> <li>・病室の病床数の見直しの検討が1件というは理解できない。</li> <li>・継続は力である。</li> <li>・患者満足度調査を実施し、改善に努めていることを評価。</li> <li>・患者満足度は高得点を維持しており、接遇や外来、病棟でのサービス拡充などに努め、概ね順調である。</li> <li>・地域密着で頑張っている。</li> </ul>
	(2) 接遇改善の取組	○接遇委員会開催数 ○接遇研修	○ ○				
	(3) 外来でのサービス拡充	ア 患者輸送車運行事業の推進 ○患者輸送車運休回数 イ 院内企画展の充実 ○院内企画展示用提供作品数 ○病院文化祭来場者数	○ ○ △				
	(4) 病棟でのサービス拡充	ア 地元食材を多用した食事の提供 ○管理栄養士等病棟訪問件数 イ 病室の病床数の見直し ○検討会の実施 ウ 転倒・転落防止対策への取組 ○延べ転倒・転落回数	○ ○ ○				
<b>地域社会</b>							
1 共に支え合う体制の整備	(1) 病院・介護保険施設等との連携	○地域医療機関訪問件数	△	△	共に支え合う体制の整備について、新型コロナウイルス感染症の影響があり、今年度については仕方ないと思うが、今後も継続して、地域社会との連携強化に積極的に取り組まれない。	○2 △6	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市民とのコミュニケーションが十分にとられているか疑問。</li> <li>・コロナ禍でやむを得ない。</li> <li>・高齢者のボランティアは確かに問題があるが、折角の厚意は何とかあるものとして受け取っていただきたい。</li> <li>・新型コロナウイルス感染症の影響を受け、医療機関への訪問回数、ボランティアの受入は減少した。</li> </ul>
	(2) 地域社会との連携	○住民ボランティア受入人数 ○地元イベント参加・派遣看護師延べ人数 ○院内の企画展示用提供作品数(再掲) ○病院文化祭来場者数(再掲) アメニティ1(3)イ参照	× ○ △ △				
<b>医療の透明性の確保に向けた取組</b>							
<b>情報発信</b>							
1 情報発信	(1) 医療事故等の公表		◎	◎	情報発信について、適切に努められていることを評価する。今後も継続して取り組まれない。	◎5 ○2 △1	<ul style="list-style-type: none"> <li>・行政を担当する事務局の能力を発揮していただきたい。</li> <li>・継続していただきたい。</li> <li>・市民の病院として、情報発信に努めていることを評価。</li> <li>・情報発信については、計画通り順調である。</li> </ul>
	(2) 住民参加会議の開催	○経営戦略会議平均住民参加人数	◎				
	(3) 「ほたる通信」の発行	○「ほたる通信」発行回数	○				

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	R2.3 自己 評価	総括 評価	総括意見等	各委員 評価	委員意見等
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	◎	○	効率化の推進について、概ね順調であることを評価する。更なる努力を期待する。	○8	・継続していただきたい。 ・効率化の推進につとめていることを評価。 ・省エネルギー活動や、診療請求、ジェネリック医薬品使用などにおいて効率化の推進は、概ね順調である。
	(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	○業務実績報告・目標発表会職員参加率 ○対前年度時間外勤務時間縮減比率	○ × ○	△	管理体制の強化について、概ね順調である。今後、入院機能のない施設への転換となることを踏まえ、地域住民から求められる医療を提供できるような体制を整えられたい。	○3 △5	・事務局による現場支援の機能を期待する。 ・ご努力を継続していただきたい。 ・コロナ禍においては、発表会ができなかったのは仕方ないと考えるが、何か別の方法でされたのか不明。 ・時間外勤務時間削減に関しては、目標値より大きく達成したことを評価。 ・目標発表会は、病院長退職のため開催されなかったが、管理体制の強化については、概ね順調である。しかし、今後の塩江分院での入院機能のない施設への転換により、重点的に取り組むべき事項などの変更が必要である。さらに、新型コロナウイルス感染症対策なども重要と思われる。
一体化							
1 一体化の推進	(1) 市立病院間の診療面の連携・協調	ア 医療局 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	◎ ◎ ◎ ◎ ◎ ○ ○	◎	一本化の推進について、病院間の連携が取れていることを評価する。今後も連携を強化し、過疎地域の医療の充実に向けて努力されたい。	◎6 ○2	・みんなの病院との相互の協力関係を構築していただきたい。 ・共同して頑張っていたきたい。 ・みんなの病院との連携がどの部署もできていることを評価。 ・今後の新たな病院に向けての一体化・協調への取組を期待したい。 ・市立病院間の診療面の連携・協調においては、計画通り順調である。今後の塩江分院での入院機能のない施設への転換により、さらなる連携が必要と思われる。

---

# 自己評価表・具体的取組状況

(令和2年8月末実績)

【みんなの病院 編】

---

## 高松市立みんなの病院基本方針

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

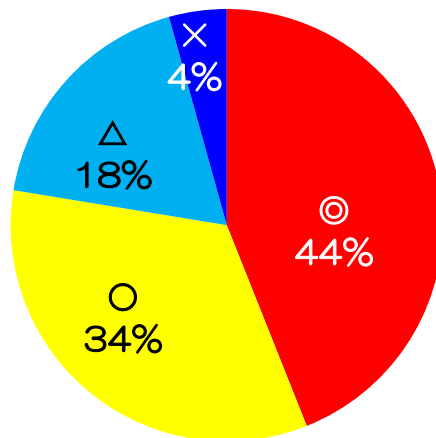
## 高松市病院事業経営健全化計画の取組項目に対する評価について【みんなの病院】

### 1 評価基準

評価基準		評価の考え方
評価	区分	
◎	計画どおり順調である。	目標を達成した、又は目標達成と同程度の具体的成果が得られた。
○	概ね順調である。	目標達成のための取組を進め、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が不十分、又は取組を進めたものの、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ができていない。

### 2 自己評価結果

R2.8月末



評価	項目数
◎	51
○	39
△	21
×	5
計	116



具体的施策		取組項目における 具体的な実施内容	取組内容 【R2年8月実績】 (R元:実績→R2: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【615件】 (R元: 2,939件 → R2: 2,460件)	救急委員会	○	A: 3か月で615件(昨年度669件)で昨年度より約8%減少した。この原因の一つとしてコロナ禍による高松市全体の救急搬送数の減少の関与が考えられた。高松市管内の救急搬送数(4-6月)はR元年度で5,047件であったものが今年度は4,308件と約15%減少していた。しかし当院への全体の救急搬送要請数は昨年度の820件から834件にむしろ増加し、また高松市管内の救急搬送に占める当院の受入割合は昨年度の12.4%から13.6%と増加していた。このことからコロナ禍により高松市全体の救急搬送数が減少したが他院で受け入れ困難な事例が当院に多く搬送依頼され、結果的に受入不可率が上昇したことが考えられた。	
		○救急車受入不可率【26.3%】 (R元: 21.5% → R2: 15%)	救急委員会	○	B: 受入不可率については、時間内が12%、時間外が33.9%で時間外の不可率が高かった。時間内については今後受入困難例を分析し、全例受入を目指していきたい。時間外に関しては受入の可否は個人の努力、資質に負うところが大きく、専門性、働き方改革等の観点から様々な課題があり現時点では抜本的な改善策は見いだせていない。その中でも、1. 救急勉強会(週1回、木曜日早朝)を行い救急対応力の底上げを目指す、2. 当直時に受入れた専門外の患者さんを救急委員会主導で専門科への引き継ぎを行う等の取り組みを開始した。	
	(2) がん診療機能の強化	ア 診療機能の強化 ○がんサポーボード開催数【3回】 (R元: 12回 → R2: 12回)	がん診療支援センター	◎	A: 新型コロナウイルス感染症対策として、6月よりみんなのホールに会場変更し、定期開催ができています。治療方針の相談など、診療科を超えての意見交換も行った。	
		○がん診療関連研修会開催数【3回】 (R元: 12回 → R2: 12回)	がん診療支援センター	◎	A: キャンサーボードとともに会場変更し、医師の協力を得て、内容の濃い研修会を開催できています。	
		イ がん化学療法に関する体制の強化 ○がん化学療法患者に対する認定資格者の介入率【51.2%】 (R元: 64.3% → R2: 80%)	がん診療支援センター	○	A: がん薬物療法認定薬剤師やがん化学療法認定看護師が、何らかの方法で介入し、治療内容や副作用に関する説明、セルフケア支援などを行っているが、がん化学療法の増加により、十分には対応できていない。	
		○がん化学療法に関する勉強会開催数【1回】 (R元: 11回 → R2: 20回)	がん診療支援センター	○	B: 診療報酬の算定の増加も含めて必要患者への介入や他スタッフとも協働した支援に努めていきたい。	
		○ポート管理研修受講人数【0人】 (R元: 217人 → R2: 60人)	看護局 がん診療支援センター	◎	A: 安全な投与管理を目的に、投与時のマニュアルを作成し、リンカーナスが部署の化学療法に関する実施状況の確認や必要な研修内容を確認している。個別の投与管理や薬剤、副作用に関する相談には、がん薬物療法認定薬剤師やがん化学療法看護認定看護師が対応している。	
		ウ がん放射線療法に関する体制の強化 ○新規がん放射線療法患者数【38人】 (R元: 66人 → R2: 45人)	がん診療支援センター	◎	A: 看護局教育委員会や主任会との協働でポート管理認定制を導入し、R元年までに全看護職員の研修を終了した。	
エ 緩和ケアの提供体制の強化 ○緩和ケアチームの介入患者数【3人】 (R元: 27人 → R2: 25人)	がん診療支援センター	△	B: 9月に新人看護師への研修を実施する。			
○緩和ケア研修修了医師累計数【36人】 (R元: 31人 → R2: 28人)	がん診療支援センター	◎	A: できる限り教授診察前日に、放射線科医師協力の下、放射線治療計画用造影CTを撮影し、放射線技師がある程度の臓器の輪郭抽出を行う(時間がかかるため)ことで、教授の負担を減らすよう努めている。(教授より大変助かっているとのこと) B: 半日派遣のため、緊急照射への対応ができない。 人間関係1(6)参照。			
					A: 早期に緩和ケア研修を受講している医師が増加している。	
					B: 総務課と協力し、県内のがん診療連携拠点病院で実施される研修会の開催案内を継続する。	

具体的施策		取組項目における 具体的な実施内容	取組内容 【R2年8月実績】 (R元:実績→R2: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	(2) がん診療機能の強化	○がんのリハビリテーション研修受講生累計数【10人】 (R元:10人→R2:17人)	がん診療支援センター	◎	A:計画的に研修応募や受講を実施している。 B:専門的なリハビリテーションの提供を継続する。	
		オ 地域を含めたがん患者及び家族への支援 ○がん患者と家族への相談支援件数【29件】 (R元:33件→R2:70件)	がん診療支援センター	◎	A:がん相談員や認定看護師が相談対応を実施しており、依頼を受けるだけでなく、医療者側から患者へ働きかけることも行っている。 B:がん相談の広報に努めるとともに、相談員が最新の癌治療に関する知識・情報を得て質の高い相談を行っていく。	
		○がん患者等との交流数【0回】 (R元:1回→R2:2回)	がん診療支援センター	○	A:新型コロナウイルス感染症予防対策を念頭に、緩和ケアチーム主催の「おいでまいよ会」開催の可否や方法を検討している。	
		○がん相談員基礎研修(2)修了者累計数【2人】 (R元:2人→R2:4人)	がん診療支援センター	◎	A:国立がんセンターがん相談員基礎研修(1)(2)を1名、継続研修を1名がE-learningで受講中。 B:受講を修了し、がんに対する知識の習得と相談員の質の維持向上を図る。	
	(3) 地域包括ケアへの対応	○病床稼働率【68.0%】 (R元:67.6%→R2:70%)	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【2人】 (R元:1人→R2:2人)	総務課	◎	A:R2年度は、4月に内科1名、8月に内科1名の計2名の採用をしている。
			○病院実習生受入人数【0人】 (R元:21人→R2:7人)	総務課	△	A:徳島大学及び香川大学の医学実習生を毎年20名程度受け入れている。令和2年度はコロナウイルス感染症の影響で医学実習が中止となり、医学実習生の受け入れには至っていない。 B:みんなの病院開院により、施設・設備が新しくなったことを生かし、受入人数を更に増やしたい。
			○病院見学者受入人数【3人】 (R元:5人→R2:10人)	総務課	△	A:病院見学に来る学生に対して2万円を上限とした旅費の助成を行うこととしており、令和2年度は3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)獲得数【0人】 (R元:1人→R2:2人)	臨床教育センター(総務課)	○	A:次年度の基幹型プログラムへの研修医マッチング(定員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】 (R元:26人→R2:70人)	臨床教育センター(総務課)	△	A:R2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中止) 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(12/13 藤井センター長、小野研修医参加、閲覧者43名) 香川県臨床研修病院合同説明会(未定) B:臨床研修医の説明会への参加については、院長等の他、若手医師の出席により、参加者が来やすく話しやすい環境作りが大切である。また、来ブース者に病院見学に来てもらい、臨床研修医の確保につなげることが必要である。
(3) 医師事務作業補助者の活用			○医師事務作業補助体制加算【30対1】 (R元:30対1→R2:30対1)	医事課	◎	A:12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。

具体的施策	取組項目における具体的な実施内容	取組内容 【R2年8月実績】 (R元:実績→R2:計画目標値)	責任所属名	自己評価	目標達成に向けた A取組 B課題	
						取組項目(大分類)
						取組項目(小分類)
<b>医療の質の確保に向けた取組</b>						
<b>医療技術</b>						
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【 1人 】 (R元: 2人 → R2: 5人)	看護局	○	A:呼吸療法認定士に関しては、受験のための必須研修を受講し、2名合格。 B:皮膚排泄看護認定看護師に関しては、今年度認定看護師教育課程の受験予定である。NST専門療法士に関してはR2年度、感染管理認定看護師に関してはR3年度の受験に向けて準備していたが、今年度はコロナの影響で、予定の講習会や研修の中止が相次ぎ、NST専門療法士取得は困難となった。
			○研修実習生【 40人 】 (R元: 149人 → R2: 100人)	看護局	○	A: 現在、3校から実習生を受入れているが、コロナ対策のためR2年3月より受入を中止している。R2年8月より再開したが、新型コロナウイルス感染症対策として、外部からの面会者の制限等に伴い、研修生の人数や行動範囲の制限を設け、受入れている。
			○離職率【 2.2% 】 (R元: 4.37% → R2: 5%)	看護局	○	R元年度、11名の看護師の離職があった。内、定年が5名で、次年度再任用の職員は3名であった。新卒看護職員の離職はなかった。 R2年度8月末までの退職者は、6名であった。8月以降の退職予定は、定年職員が11名、再任用職員で3名であり、加えて計算すると、8.5%となる見込みである。(定年者の中には、次年度再雇用を希望している者も含む)
		(2) 薬剤局	○認定資格等の取得者累計数【 17人 】 (R元: 16人 → R2: 14人)	薬剤局	◎	A:がん薬物療法認定薬剤師1名、感染制御認定薬剤師1名、実務実習認定薬剤師3名、日病薬病院薬学認定薬剤師5名、糖尿病療養指導士1名、香川県吸入支援療法士1名、栄養サポートチーム加算所定研修終了1名、放射性医薬品取り扱いガイドライン講習会修了者1名、在宅医療コーディネーター1名、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。人事異動に伴う増加。
			○実務実習生【 2人 】 (R元: 3人 → R2: 6人)	薬剤局	○	A:徳島文理大学2名(R2. 8. 24~R2. 11. 6)
			○早期体験学習生【 0人 】 (R元: 2人 → R2: 2人)	薬剤局	○	B:徳島文理大学香川薬学部へは6名受け入れ可能との回答しているところであるが、大学からの回答により3名の受け入れ予定である。 ○ 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40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。
		(3) 検査技術科	○認定資格等の取得者累計数【 6人 】 (R元: 6人 → R2: 8人)	検査技術科	△	認定資格取得に向けて準備をしていた者が退職となり、次の者を育成している状況である。腹部超音波検査技術習得技師は1名育成できたが、資格取得には実務経験が必要であるため、現段階では認定資格取得には至っていない。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4年度には細胞検査士の資格取得、令和5年度に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。
			○見学実習生【 2人 】 (R元: 3人 → R2: 3人)	検査技術科	◎	令和2年度現在は長期【3ヶ月】実習生(2名)を受け入れ、指導を行っている。新しい検査業務も増える中、各部門協力して業務との両立を図っている。今後も希望があれば、受け入れ体制を継続し、未来の臨床検査技師育成に貢献しながら、科全体のスキルアップに繋げていきたい。
		(4) 放射線技術科	○認定資格等の取得者累計数【 6人 】 (H30: 2人 → R元: 2人)	放射線技術科	◎	A:難易度の高い資格を目指す。(次年度以降も継続とする)
			○研修実習生【 10人 】 (R元: 2人 → R2: 5人)	放射線技術科	◎	B:将来を見据えた資格の取得。 徳島文理大学からの研修実習依頼10名に対し、10名受入れ。
			○院外研修参加数【 1回 】 (R元: 69回 → R2: 70回)	放射線技術科	◎	新しい技術の取得や知識向上に向けた取り組み。
		(5) リハビリテーション技術科	○認定資格等の取得者累計数【 16人 】 (R元: 22人 → R2: 16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:3名、認知症予防運動指導:5名、地域包括ケア推進リーダー:3名、介護予防推進リーダー:1名、感覚検査士:1名、初級管理者:1名、認定理学療法士:2名。 B:コロナウイルスの影響で、研修自体ほとんど無い状況。2名は3学会呼吸療法認定研修を終えた。
			○研修実習生【 1人 】 (R元: 7人 → R2: 8人)	リハビリテーション技術科	○	A:コロナウイルスの影響で8月までは受け入れ中止、8月より通常通り受け入れ行っている。 (8月:2名、9月:2名、10月:2名、2月:2名) B:今後も同様に学生の育成に貢献したい。(コロナウイルスの影響で実習中止となっている)
		(6) 臨床工学科	○研修実習生【 2人 】 (R元: 3人 → R2: 2人)	臨床工学科	◎	四国医療2名受け入れ。
	(7) 栄養科	○認定資格等の取得者累計数【 7人 】 (R元: 4人 → R2: 4人)	栄養科	◎	認定資格保有者数は維持。 「がん専門管理栄養士」1名、「かがわ糖尿病療養指導士」2名が新たに取得。 計画以上の取得件数となっている。	

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 【R2年8月実績】 (R元:実績→R2:計画目標値)	責任所属名	自己 評価	目標達成に向けた A取組 B課題
取組項目(大分類)						
取組項目(小分類)						
医療の質の確保に向けた取組						
医療技術						
4 医療安全の強化	(1) 医療安全意識の共有と醸成	○ヒヤリハット報告会開催数【3回】 (R元:12回→R2:12回)	医療安全管理センター	△	A:新型コロナ感染予防のため2ヶ月間中止した。その後は感染対策を講じながら開催している。 B:感染状況を見ながら対策を講じ開催していく。	
		○安全管理研修(全体研修)の開催数【1回】 (R元:2回→R2:2回)	医療安全管理センター	◎	A:1回目の研修を7月に開催し、不参加者に対してDVD視聴を行っている。 B:研修の参加率向上、及び研修不参加者への対応方法について検討が必要。	
		○放射線関係医療安全取組研修開催数【6回(2回)】 (H30:6回(2回)→R元:6回(1回)) ※()内はうち、医療安全管理センターが開催するもの	放射線技術科、医療安全管理センター	◎	MRIの安全研修を中心に、講習・研修の実施。(総数99名参加)	
		○医療安全に係る院内ラウンド実施数【0回】 (R元:56回→R2:12回) ※医療安全管理センターが実施するもの。	医療安全管理センター	×	A:重大事象等に対しては現場確認の為に頻回に適宜ラウンドを行った。医療安全対策としては、PDCAサイクルを用い、対策チームを中心に実践している。 B:ラウンド内容、方法、フィードバックなどを効果的に実践する為に、検討が必要である。	
	(2) 感染管理意識の共有と醸成	○感染管理研修会(全体研修)のテーマ別開催数【0回】 (R元:7回→R2:6回)	院内感染対策センター	×	A:新型コロナウイルスの影響で予定通り実施出来ず、9月から可能範囲で実施する。 B:新型コロナウイルスが再び拡大すると、研修会の開催が難しくなる。3密を考慮しながら開催すると参加人数が少なくなる。会議室の数が少ないため、研修会が延期となると、日程調整が難しい。	
		○針刺し事故件数【5件】 (R元:18件→R2:5件)	院内感染対策センター	×	A:針刺し事故が4件、皮膚粘膜曝露が1件、そのうち公務災害が4件であった。個々に指導した。新型コロナウイルス対応で病院全体の指導等は、来ていない。 B:今回は感染症陽性患者の事故が多く、5件中4件公務災害である。針刺し皮膚粘膜曝露事故の危険性の認識が薄れているのではないかと、広く周知する必要がある。	
5 医療品質の向上	(1) 品質の向上及び他病院との比較	日本病院会の「QIプロジェクト」及び全国自治体病院協議会の「医療の質の評価・公表等の推進事業」へ参加し、医療品質の向上に寄与する。	医療局、医事課	○	A:R元年度も引き続き参加し、各部署協力のもと、データ提出を行うとともに、当院データの関連部署への情報提供や電子カルテグループウェアを通じての院内における情報共有を行い、医療品質の向上に努めた。	
	(2) クリニカルバスの拡充	○クリニカルバス新規開発件数【26件】 (2020 6~7月)	クリニカルバス委員会	◎	A:クリニカルバス新規開発は順調であるため今後も活動を継続したい。消化器内科バスの作成・実施を進めていく。	
		○クリニカルバス使用件数(電子カルテバスのみ) 【4/1~8/30 838件】 (R元:2,119件→R2:550件)	クリニカルバス委員会	◎	A:クリニカルバス使用件数は、ほぼ順調であるため今後も活動を継続したい。	
(3) 高度医療機器の活用	○PET-CT検査件数【115件】 (H30:0件→R元:400件)  ○新規がん放射線療法患者数(再掲)	放射線技術科  放射線技術科	△	A:医療機関に共同利用を促す取り組み。 B:PET検診の増加を目指す。		
6 災害医療機能の強化	(1) 病院災害対策委員会の活動	○災害拠点病院の指定【H30.9.1指定】	病院災害対策委員会(総務課)	/	災害拠点病院の施設基準をH30年度中に指定のため、目標達成済。	

具体的施策		取組項目における 具体的な実施内容	取組内容 【R2年8月実績】 (R元:実績→R2:計画目標値)	責任所属名	自己 評価	目標達成に向けた A取組 B課題
取組項目(大分類)						
取組項目(小分類)						
医療の質の確保に向けた取組						
人間関係						
1	チーム医療体制の充実	(1) 医療安全対策チーム	○心電図モニター、ポンプ取扱い勉強会開催数【0回】 (R元:6回→R2:2回)	医療安全対策チーム	×	A:狭い会場に器材を持ち込んでの研修を行っていた。新型コロナ感染防止対策が不十分の為、開催が滞っている。 B:臨床工学士と相談し、今後の研修のあり方の検討が必要。
			○ラウンド件数【22件】 (R元:31件→R2:12件)	医療安全対策チーム	◎	A:ルールが遵守出来ているかの確認ラウンドを行い、結果をデータ化しフィードバックしている。ラウンドをおこないPDCAサイクルをまわし看護の質の向上に取り組んでいる。また、アクシデントの対策として、システムの改善をおこなう為に現場状況確認を行っている。さらに身体抑制減少に向けラウンドをおこなっており、日中の抑制解除が進んだ。 B:ラウンドの内容が看護の現場に関する内容が多く、今後は多職種に対するラウンドの内容を検討する必要がある。
		(2) 院内感染対策チーム	○院内感染対策ラウンド回数【20回】 (R元:44回→R2:40回)	院内感染対策センター	△	A:新型コロナウイルス感染対策中心のラウンドを実施した。 B:新型コロナウイルスに特化したラウンドであるため、その他の環境ラウンドなどの、感染対策ラウンドが実施できていない。 新型コロナウイルスが落ち着いた頃に、感染対策ラウンドの対象範囲を広げる必要がある。
		(3) 栄養サポートチーム	・患者の栄養状態の評価を始め、摂食状況の調査、適切な栄養療法の実施、嚥下機能の評価等を通して、全身状態の改善及び合併症の予防に努める。	栄養サポートチーム	○	A:1.月1回会議、週1回のラウンド・スクリーニング ①チーム会議でのスクリーニングとカンファレンスの実施 ②紹介患者の症例検討 ③学習会の開催 ④口腔ケアチーム、摂食嚥下チームとの連携 2. R元年度は栄養サポートチーム加算に係る所定の研修を看護師1名が受講。専任看護師は3名→4名となった。 B:褥瘡対策チームとの連携強化 褥瘡患者全件にNSTがスクリーニング、必要に応じて介入できるシステムを検討中。
		(4) 呼吸療法サポートチーム	・呼吸不全患者や人工呼吸器装着患者を対象に、ベッドサイドでの観察・評価を始め、呼吸器の安全管理、使用環境の整備、廃用予防など、呼吸器からの早期離脱を目指しながら、呼吸療法における医療安全と呼吸器ケアのレベルアップを目指す。	呼吸サポートチーム	◎	<1回/週>RST対象患者へのラウンドを施行し、呼吸器の安全管理、使用環境の整備、廃用予防など、呼吸器からの早期離脱を図る。 <1回/月>看護師対象の呼吸器疾患に関する学習会開催 <14回/週>看護外来の実施:CPAP装着患者の在宅療養指導と禁煙外来施行 禁煙成功率:厚労省へ報告(1回/年)
		(5) 褥瘡対策チーム	○皮膚排泄ケア認定資格取得者累計数【0人】 (R元:0人→R2:1人)	褥瘡対策チーム	△	委員会として認定取得希望者を決めて準備中ではあるが、認定取得に向けて皮膚ケアの知識や教育活動等の経歴作り等、研鑽を進めている状況である。今年度(R2年)、認定取得に向けて受講資格試験に挑む予定である。順調に進んでも資格取得にはR2年以降になると考えている。
			○褥瘡発生率【0.08%】※QI数値の3ヶ月平均値 (R元:0.08%→R2:病院QI事業におけるほぼ平均値以下)	褥瘡対策チーム	○	R元年度、当院褥瘡発生率(QI事業数値)6月:0.08%・7月:0.07%・8月:0.04%で経過している。QI事業参加病院平均値は0.08%なので概ね平均値以下で経過している。
		(6) 緩和ケアチーム	○緩和ケアチームの介入患者数【3人】 (R元:27人→R2:25人)	緩和ケアチーム	△	A:事前に緩和ケア認定看護師がラウンドを行い、毎週金曜日にカンファレンスを実施し、患者に応じた緩和ケアの支援を行っている。また、ラウンド時に病棟スタッフとの情報共有を行っている。 B:今年度の平均介入回数が1.3回であり十分な介入ができていない。介入患者数増加と介入内容の充実のためにも早期よりの紹介が重要である。介入患者に対して、主治医、病棟との連携を図った質の高い緩和ケアの提供や支援状況の可視化を行い、早期よりの紹介につなげていきたい。また、緩和ケア診療加算算定のシステムはできているが算定はできていない。今後、介入内容を充実させ積極的な算定を行っていきたい。
	(7) 糖尿病チーム	○糖尿病教室の開催回数【一回】 (R元:8回→R2:2回)	糖尿病チーム	×	新型コロナの影響により、糖尿病教室は行なえていない状況である。	
		○糖尿病研修会の開催回数【一回】 (R元:6回→R2:3回)	糖尿病チーム	△	新型コロナの影響により、糖尿病研修を一時おこなっていないが、ソーシャルディスタンスを守ることやマスクを着用することを事前周知し、10月に開催している。11月も実施予定であり、計画通り可能である。	
		○糖尿病療養指導を実践するスタッフの増員累計数【一人】 (R元:5人→R2:5人)	糖尿病チーム	○	外来での糖尿病療養指導実践するスタッフは5名であり、計画通り実施している。糖尿病チーム会でカンファレンスを実施し、外来療養指導の充実を図っている。また、今年度1名糖尿病療養指導士の資格取得予定である。	
	(8) 排泄ケアチーム	○排尿自立指導実施件数【13件】 (R元:47件→R2:13件)	排泄ケアチーム	△	A:H29年4月より、排尿自立加算の保険請求を開始している。R元:4~R2:3で47件、R2:4~R2:8月現在で13件であり、前年度とほぼ同ベースの件数となっている。ただ、目標件数に到達していない。「簡易エコー」により、低侵襲の残尿測定を施行している。R元:4~R2:3で1,018件(月平均約84件)、R2:4~R2:8月現在で684件(月平均約136件)、と増加傾向である。月1回カンファレンス、週1回のラウンドを実施している。	

具体的施策		取組項目における 具体的な実施内容	取組内容 【R2年8月実績】 (R元:実績→R2:計画目標値)	責任所属名	自己 評価	目標達成に向けた A取組 B課題
取組項目(大分類)						
取組項目(小分類)						
<b>医療の質の確保に向けた取組</b>						
<b>人間関係</b>						
1 チーム医療体制の充実	(9) 摂食嚥下チーム	・食物を咀嚼、又は飲み込むことができない患者を対象に、「食べる楽しみ」を維持するために、摂食サポートや栄養状態、嚥下機能の評価に基づく治療や訓練を実施する中で、誤嚥性肺炎の発症防止と摂食機能の回復に努める。	摂食嚥下チーム	△	A: R2年3月～不定期に各病棟リンクナース向けのポケットマニュアルを作成し、実際の運用につき白川、ST中心に出張説明を開始した。5月連休明けからの運用を目指した。しかしコロナの影響で中断となった。7月末より再開している。 B: 8月はまだリンクナースへの教育が終了していない。今後9月～10月めにリンクナースへの教育を終え、摂食嚥下チームとして実践での活動を開始予定。10月にチームミーティングを予定する。	
		(10) 口腔ケアチーム	・口腔ケアが必要な患者を対象に、より効果的な病棟口腔ケアを実施し、患者の誤嚥性肺炎をの発症防止や化学療法、放射線治療などに伴う口内炎の症状緩和を図り、早期回復を促すとともに、職員に口腔内ケア教育を実施する。	口腔ケアチーム	○	A: 11月に医療・介護関連施設職員研修会を予定しており、目標は達成できそうである。 B: 口腔ケアに対する重要性、必要性に対する理解を深め、医療スタッフ自身がより効果的な口腔ケアを行うようにできるようなことにすること。
	2 市民との信頼関係の強化	(1) 指導・教室の実施	○健康いき教室開催数【0回】→R2年度より中止 ORST研修会開催数 10回/年 ORSTラウンド 1回/週	呼吸サポートチーム	○	<1回/年> 院外レクリエーション [患者参加人数: 約5～10名] A: 市民を支える自治体病院として、当院から地域へ積極的に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。 B: 依頼については全て対応している。今後もホームページでの案内やレポート確保に努める。
			○やさしく学べる健康講座【1回】 (R元: 10件 → R2: 15回)	地域医療・患者支援センター	○	
			○糖尿病教室の開催回数(再掲)	糖尿病チーム	○	
		(2) 相談事業の充実	○医療福祉相談件数【285件】 (R元: 1,186件 → R2: 1,000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【47件】 (R元: 1,541件 → R2: 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。診療相談(698件)、医療費相談(434件)、施設設備相談(100件)、福祉相談(54件)その他の項目(144件)各部署の行った対応について情報共有し、定期的に患者サービス向上委員会へ報告相談している。 B: サービス向上委員会と連携を図り院内全体の情報共有に努める。
		(3) 「私のカルテ」の推進	○入院患者の利用者数【607人】 (R元: 1,290人 → R2: 1,500人)	私のカルテ推進委員会	△	A: 入院案内パンフレット内に案内文を掲載など働きかけを行っている。入院時にも内容が理解できるよう説明をしていく。 B: 今後増加するよう、病棟スタッフやコメディカルの協力も得て努力していきたい。
			○入院患者への配布率【26.8%】 (R元: 20.4% → R2: 40%)	私のカルテ推進委員会	△	A: 入院患者に対しては約30%の配布率であるため後半に向けて、スタッフの協力を得るよう働きかける。 B: 今後も増加するよう努力していきたい。
			○新規外来患者への配布率【4%】 (R元: 85% → R2: 60%)	私のカルテ推進委員会	△	昨年度までは配布した患者の中で新患が何人かの計算であったが、今年度から新規患者への配布数としたため値が異なる。
	(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%】 (R元: 100% → R2: 100%)	地域医療・患者支援センター	◎	A: 退院計画スクリーニングを基準に、退院支援の必要な患者に対し、入院前から定期的にカンファレンスを実施し、円滑な退院支援に努めている。(退院支援加算1: 600点→1,632件、介護支援連携指導料: 400点→152件、多機関共同指導加算: 2,000点→10件) B: 多職種、他施設との連携強化に努め、加算状況や病床利用状況を評価し、円滑な入院支援の介入を確実に実施する。	
<b>アメニティ</b>						
1 患者の視点に立ったサービスの提供	(1) 患者満足度調査の実施	○入院患者満足度【4.3点】 (R元: 4.3点 → R2: 4.0点)	患者サービス向上委員会、総務課	◎	A: アンケートについて各職員の配布目標を設定するなど配布数を増やし、R元年12月2日～R2年2月28日まで患者満足度調査を行った。 病棟の回収枚数340枚(H30年度: 109枚)、外来は471枚(H30年度: 273枚)であった。職員の接遇に関する評価では、病棟・外来ともに前年度よりポイントが上昇し、大半の項目で「やや満足」の4点以上となっている。総合評価においては、昨年度より上昇している。本年度は、調査回答者の回答に係る時間的な負担を軽減するため、より調査項目を明確にして対象を絞り、効率的に患者満足度調査が行えるようにした。また、調査期間を15日間から3か月間に拡大した。	
		○外来患者満足度【4.1点】 (R元: 4.1点 → R2: 4.0点)	患者サービス向上委員会、総務課			

具体的施策		取組項目における 具体的な実施内容	取組内容 【R2年8月実績】 (R元:実績→R2:計画目標値)	責任所属名	自己 評価	目標達成に向けた A取組 B課題
取組項目(大分類)						
取組項目(小分類)						
<b>医療の質の確保に向けた取組</b>						
<b>アメニティ</b>						
1 患者の視点に 立ったサービスの 提供	(2) 待ち時間短縮及び接客 改善	ア 待ち時間の短縮 ○予約患者の待ち時間(30分以内)の割合【 39 % 】 (R元:39% → R2:40%)	患者サービ ス向上委員 会、総務課	○	A:R元年度の予約患者について、待ち時間が30分未満であった予約患者の割合は39%となっており、H30年度の35%と比べて増加している。また、待ち時間が90分以上であった予約患者の割合は13%であり、H30年度の17%と比べ減少している。新病院開院に伴う患者数の増加に加え、予約しないで来院する患者の増加により待ち時間は増加しているが、長時間の待ち時間が発生した際には、看護師等から声かけなどを行っている。 B:待ち時間対策を継続して行い、外来患者の満足度向上を目指す。	
		イ 接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【 2 回 】 (R元:3回 → R2:1回)	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、接客に関する研修を行うとともに、7月に病院局職員向けの接客研修を行った(11月及びR3年1月にも実施予定)。	
	(3) 外来でのサービス拡充	○セカンドオピニオン受入件数【 1 件 】 (R元: 2 件 → R2: 5 件)	がん診療支 援センター	○	A:乳腺外科の受入れを行い、9月に予定されている。 B:セカンドオピニオン希望患者に対応していく。	
		○セカンドオピニオン診療情報提供数【 1 件 】 (R元: 8件 → R2: 10 件)	がん診療支 援センター	◎	A:診察時にセカンドオピニオンについて説明など行われていることが診療記録上増加しているが、希望数は少ない。提供件数の少なさは、当院の診療が信頼され、他院のセカンドオピニオンを聞く必要性をあまり感じられていないと、肯定的に評価できる。 B:継続してセカンドオピニオン紹介希望患者に対応していく。	
	(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う。	病床管理委 員会	◎	A:毎日、看護局にて、病床運用会議(15分程度)を実施し、病床利用状況の情報伝達、意見交換を行っている。また、月に1回、病床管理委員会を実施し、病床利用率、平均在院日数、科別の新入院患者数・平均在院日数の推移などを報告、意見交換を行っている。電子カルテ上に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。	
		イ 病棟薬剤業務・服薬指導業務の充実 ○服薬指導率【 81.4 % 】 (R元: 80.9 % → R2: 85 %)	薬剤局	△	A:救急病棟では夜間入院午前退室の患者が多数いるため、面談困難な状況が増加したことにより、救急病棟の患者への服薬指導件数が増加しない。	
		ウ 摂食不良患者への支援 ○病棟訪問件数【 699 件 】 (R元: 1,764 件 → R2: 1,200 件)	栄養科	◎	委託業者と協働で、病棟訪問実施。目標件数は達成予定。	
		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 % 】 (R元: 100 % → R2: 100 %)	リハビリテー ション技術科	◎	A:施設基準の継続のため、実施率100%を維持出来るよう取り組んでいる。 B:今後も継続して100%実施を目標に検討していく。	
		オ 転墜・転落防止対策への取組 ○医師及びコ・メディカルとの院内ラウンド回数【 7 件 】 (R元: 9 件 → R2: 12 件)	医療安全管 理センター	○	A:転倒転落の事例に対して理学療法士などとラウンドを行ない、長谷川式評価を元に声かけのあり方を検討したり、ADLに合わせたベッドの配置などの対策を現場にフィードバックしている。この度、転倒転落の原因となるせん妄等に対し「入院生活快適化チーム」を設置し、ラウンドを開始した。ラウンドを通して薬剤の投与方法など、現場職員に対策を提案している。 B:今後はレポート、記録から読み取れない実際の環境を確認するラウンド用紙を作成する必要がある。	
<b>地域社会</b>						
1 地域医療連携の 強化	(1) 地域医療連携セミナー等 の開催	○地域医療連携セミナー開催数【 0 回 】 (R元: 3 回 → R2: 3 回)	地域医療・患 者支援セン ター	◎	A:R2年9月、11月、R3年2月に開催予定である。講演会実施後は、院内医師の紹介や意見交換を行う。 B:より多く参加いただけるようタイムリーな講演テーマを依頼することや当日の快適な運用に努める。	
		○地域医療連携カンファレンス開催数【 0 回 】 (R元: 1 回 → R2: 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、R2年8月末時点での開催は不可能であったが、R2年10月に開催予定である。 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。	

具体的施策		取組項目における 具体的な実施内容	取組内容 【R2年8月実績】 (R元:実績→R2:計画目標値)	責任所属名	自己 評価	目標達成に向けた A取組 B課題
取組項目(大分類)						
取組項目(小分類)						
<b>医療の質の確保に向けた取組</b>						
<b>地域社会</b>						
1 地域医療連携の強化	(2) 重点エリアの連携体制の強化	○地域医療機関等訪問件数【 85 件】 (R元: 184 件 → R2: 170 件)	地域医療・患者支援センター	◎	A: 高松市内、郊外の医療機関へ各診療科医師と共に、当院各診療科独自で作成した専門外来パンフレット等を用いて訪問を継続している。 B: R2年1月より事務職員による病院訪問を開始し、挨拶、広報活動を強化している。	
	(3) 初診連絡の徹底、紹介・逆紹介に関する連携体制の強化	○返書率【外来 8 7% 入院 76 % 今年度より3日以内の返書を周知し、速やかな返書を推進している】 (R元: 95 % → R2: 100 %)	地域医療・患者支援センター	○	A: 返書・診療情報提供書の作成・必要性等を院内で周知し、毎日確認して医師へ連絡し、3日以内の返書率を算定している。 B: 返書率100%を目指し外来、入院別に返書状況を書面で示し意識向上に努める。	
		○紹介率【 70 %】 (R元: 61 % → R2: 50 %以上)	地域医療・患者支援センター	◎	A: 紹介率60%、逆紹介率76% 地域医療機関への訪問活動、地域医療連携だより、医師紹介パンフレットの配布などを計画的に実施して、紹介率、逆紹介率の向上に努めている。また、H28年度に開設したホットライン(脳卒中・消化器・呼吸器科)は地域医療機関の医師が専門医師と直接、医療相談できる体制で利便性を図り、紹介患者の増加に努めている。逆紹介患者については、対象者、算定状況等の確認を行い、逆紹介率の向上を目指している。	
		○逆紹介率【 93 %】 (R元: 81 % → R2: 70 %以上)	地域医療・患者支援センター	◎	B: 毎月、各科の紹介、逆紹介率を周知し、地域医療支援病院としての条件の紹介率50%以上、逆紹介率70%以上を目指す。	
	(4) 地域連携クリニカルパスの積極的な活用	○地域連携クリニカルパス活用件数【 38 件】 (R元: 80 件 → R2: 50 件)	地域医療・患者支援センター	◎	B: 入院時十分説明をし、増加するよう努力していきたい。	
		○シームレスケア研修会参加者数【 0 人 コロナの影響で未開催】 (R元: 20 人 → R2: 50 人)	地域医療・患者支援センター	○	A: シームレス研究会(4回/年)開催を院内に周知し、関係部署から参加している。(R元年5月29日 7名参加、R元年10月2日 7名参加、R2年1月29日 6名参加)3月の研修会がコロナウイルス感染防止のため中止となり、参加人数が伸びなかった。 B: 参加対象者が関連部署に限られているため参加増加は難しいが、今後も関係者の参加を募っていく。	
(5) 保険薬局との連携強化	○保険薬局との意見交換会開催数【 1 回】 (R元: 2 回 → R2: 2 回)	薬剤局	○	A: R2年8月3日、6日に開催し、8人参加した。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の講習会を行った。		
<b>医療の透明性の確保に向けた取組</b>						
<b>情報発信</b>						
1 情報発信	(1) 医療事故等の公表	○高松市病院局医療安全評価委員会開催数【 0 回】 (R元: 0 回 → R2: 1 回)	医療安全管理センター	△	A: 昨年度に開催する予定が延期となっているため、開催方法について検討中。 B: ウェブ会議開催が可能な条件であるか確認中。	
	(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。	経営企画課	○	A: 経営健全化計画の進捗状況を始め、病院事業の予算・決算、経営状況、外部評価機関の開催状況と評価結果などをホームページ上に漏れなく掲載している。特に外部評価機関である「高松市立病院を良くする会」の開催に当たっては、市議会へ案内するとともに、市報に掲載するなど、より開かれた会合となるよう努めている。	
	(3) 市政出前ふれあいトークの実施	・希望に応じて、実施する市政出前ふれあいトークに、医師・看護師等が出向き、疾病予防のための健康講座や当院の診療内容等について情報発信を行う。	医事課	◎	A: 引き続き、市政出前ふれあいトークを開催し、積極的に市民に対する疾病予防や健康増進の普及啓発に努めた。	
	(4) 病院広報の拡充	ア ホームページの充実及びメンテナンス ・医師、看護師等多職種のスタッフにも協力を求めながら、掲載内容やレイアウト等を随時見直し、メンテナンスにも配慮しつつ、わかりやすく親しみやすい医療情報等の提供・発信に取り組む。	医事課	○	A: 移転に伴い、より市民に分かりやすく親しみやすいホームページとなるよう、H30年8月31日に新病院ホームページリニューアルを行うとともに、R元年7月よりホームページ更新に係る院内手続きを整備・周知し、適時適切に情報更新ができるよう努めた。 B: 新病院のアピールポイントを踏まえ、各科・部門において積極的な情報発信を継続していくことが必要である。	
	(奇数月に発行)	イ 「地域医療連携だより」及び「医師紹介パンフレット」の発行 ○地域医療連携だより発行回数【 2 回】 (R元: 6 回 → R2: 6 回)	地域医療・患者支援センター	◎	A: 「地域医療連携だより」を奇数月(6回/年)に発行し、県内地域医療機関へ送付している。診療科の紹介や特色を中心に、院内研修会の様子やイベント等の取り組みを掲載している。 B: ホームページに掲載している「地域医療連携だより」を閲覧していただくことで、紹介や受診につなげる。	
	(6月発行)	○医師紹介パンフレット発行回数【 1 回】 (R元: 1 回 → R2: 1 回)	地域医療・患者支援センター	◎	A: 医師紹介パンフレット(6月 年1回)を発行し、県内地域医療機関へ送付している。 B: 医師紹介パンフレットを医療機関で活用していただき、紹介につなげる。	



具体的施策		取組項目における 具体的な実施内容	取組内容 【R2年8月実績】 (R元:実績→R2:計画目標値)	責任所属名	自己 評価	目標達成に向けた A取組 B課題
取組項目(大分類)						
取組項目(小分類)						
医療の効率性の確保に向けた取組						
効率化						
1	効率化の推進	(1) 施設基準の取得	ア がん患者指導管理業務の充実 ○がん患者指導管理加算八算定件数【199件】 (R元:148件→R2:70件)	がん診療支援センター	◎	A: R2年1月より、外来化学療法を受ける患者を対象として、医師診察前に服薬指導を開始した結果、目標算定件数を大きく上回ることができた。また、医師と連絡を取るきっかけができることで、プレアポイドや処方提案の件数が増加した。がん診療の質向上、医師の業務負担軽減に貢献できたと考える。
			イ 薬剤管理指導業務・病棟薬剤業務の充実 ○薬局内DIカンファレンス回数及びプレアポイド報告件数【122件】 (R元:225件→R2:250件)	薬剤局	◎	A: DIカンファレンス90回、プレアポイド報告32件。
		(2) 省エネルギー活動の推進	・地球温暖化防止への対応はもとより、増え続ける高熱水費の抑制を図るとともに、リサイクル意識の醸成を促し、省エネルギー活動に積極的に取り組み、効率化の推進を図る。	総務課	○	A: こまめな消灯など、節電に努めるとともに、紙類の再生化など、各所属で省エネルギー化に取り組んでいる。 B: 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【0.27%】 (R元:0.27%→R2:0.14%)	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【93.8%】 (R元:94.1%→R2:90%)	薬剤局	◎	A: DPCでの後発医薬品使用数量率は85%以上であるが、率が引き上げられても対応できるよう90%以上を維持する。 R2: 8.18時点の速報値。
		(5) 効率的な物品管理体制の構築及び調達方法の検討	○医薬収益に対する材料費比率【19.5%】 (R元:20.1%→R2:19.9%)	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。
		(6) 未収金の発生防止及び回収促進	○現年度分収納率【98.6%】 (R元:97.5%→R2:98.8%)	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%】 (R元:3.0%→R2:10.0%)	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ものについて、債権放棄の実施により、不良債権化した債権の整理を行う必要がある。
	(7) 業務改善に向けた積極的な取組	ア 職員提案の活用 ・職員提案用「院長への提言」を設置していることから、全職員に対して積極的な提案を促すと同時に、トップダウンのみならず、現場からの声が生かせるような組織風土の醸成に努める。	総務課	○	A: 令和2年8月末時点で10件の提案があった。今後も周知等により、職員の病院運営への参画意識を高め、より多くの提案が得られるように努める。	
		イ 情報化の促進 ・医療情報の共有化・医療の均質化を図り、更なる効率化を推進するために、医療情報システムを更新するほか、みんなの病院開院前には、必要なIT化に積極的に取り組む。	医事課	○	A: H28年3月に運用開始した基幹医療情報システムについては、不具合修正や利便性向上のための見直し等を随時行うとともに、新病院における業務運用の変更等に対応するため、適切なシステムの構築とIT化を行った。本年度においても、引き続き、運用変更等に伴うシステムの見直し等を随時行った。 B: 新病院におけるIT化の推進に伴い、医療情報システムや院内ネットワーク設備の運用管理・セキュリティ対策に係る体制強化が急務である。	
	(8) 人材配置の適正化	適材適所の配置に努め、人材の有効活用を、より一層推進する。	看護局 総務課	◎	A: 糖尿病重症化予防を目的とし、2名の看護師で「フットケア外来」を実施しているが、今年度は、看護師を増員するため、糖尿病療養指導士4名と透析看護師1名が、規定の研修を修了した。今後、随時、フットケア外来に配置していく予定である。また、緩和ケア認定看護師も通院治療室に配置し、がん患者へのサポートの強化を目指している。	

具体的施策	取組項目における具体的な実施内容	取組内容 【R2年8月実績】 (R元：実績→R2：計画目標値)	責任所属名	自己評価	目標達成に向けた A取組 B課題	
						取組項目(大分類)
						取組項目(小分類)
<b>医療の効率性の確保に向けた取組</b>						
<b>管理体制</b>						
1 管理体制の強化	(1) 病院事業の健全かつ円滑な運営	○経常収支比率【88.2%】 (R元：99.2% → R2：101.9%)	経営企画課	△	A:8月末時点の実績は、88.2%であり、目標値を下回っており、更なる収益増対策及び費用減対策を講じる必要がある。これらの課題解決のため、毎月詳細な決算見込等の資料を作成し、経営戦略会議で使用することで、経営状態を把握し、病院経営の改善に努めている。	
	(2) 就労意欲の維持・向上	・顕著な業務成績を収めている職員が更なる向上心を持って取り組めるような方策を検討する。	総務課	○	A:H26年度から、市立病院学会に合わせ、病院業務に貢献している個人や部局、グループ等を表彰している。職員が更に向上心を持って取り組めるよう、令和元年度より最も職員数の多い看護局において部署(病棟等)単位の業績表彰を行っている。 B:就労意欲の向上を目的に他病院の方策で良い事例があれば取り入れを検討する。	
	(3) 業務実績報告・目標発表会の開催	・診療科、各局、業務委託業者を含めた病院を構成する全組織が一同に会して、これまでの業務実績を報告するとともに当該年度の目標を発表し、異なる職種間での相互理解と相互信頼を深め、病院の円滑な運営に努める。	総務課	○	A:R2年度は、5月7日、8日、14日、15日の4日間にわたり開催した。R元年度の実績とR2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。	
	(4) 経営分析の実施	・近隣の市立病院間で、病院経営や経営分析に係る諸課題等についてテーマを定め、情報交換・勉強会を定期的に開催し、他病院での先進事例などを情報収集するとともに、必要に応じてフィードバックし、病院運営に生かす。	経営企画課	△	A:例年、みんなの病院、さぬき市民病院、坂上市立病院、徳島県つるぎ町立半田病院の4病院で、医療経営ゼミを開催し、講師による講演のほか、各病院における勤務環境などの改善に向けた取組内容について情報共有を図っているが、令和2年上半年は、新型コロナウイルス感染症への対応から、その開催を見送った。	
	(5) 適切なDPCコーディングの実施	○DPC部位詳細不明病名利用率【1.5%】 (R元：1.2% → R2：6.5%)	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、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うちにシステム改善を行った。	
	(6) 勤務環境の改善	○職員の平均年次有給休暇取得日数【8.8日】 (R元：9.8日 → R元：12日)	総務課	△	A:H30年9月のみんなの病院開院以来、外来、入院とも患者数が大幅に増加したことから職員の有給休暇取得日数が目標値まで伸びなかった。R2年度については、年5日の年次有給休暇の取得に向けて、計画的に取り組んでいる。 B:目標取得日数を達成できるよう、働き方改革の趣旨に沿った業務の効率化に取り組む必要がある。	
<b>一体化</b>						
1 一体化の推進	(1) 市立病院間の診療面の連携・協調及び、へき地医療	A 医療局 ・患者ニーズや当院での診療状況等に応じて、医師を塩江分院に派遣する。	医療局(総務課)	○	A:昨年度に引き続き、みんなの病院の医師を塩江分院に派遣している。 B:内科医の採用が急務である。	
		I 看護局 ・塩江分院との人員交流(相互応援)を行い、相互理解を深め、信頼関係を築く。	看護局	◎	A:塩江分院からは、毎日、みんなの病院への応援として、外来業務にあたっている。みんなの病院の医療安全管理センター、院内感染対策センター、看護局ICLS委員会からそれぞれ、医療安全、院内感染対策、急変時の看護についての研修を実施し、専門分野のスタッフが塩江分院スタッフのスキル向上の支援を行っている。	
		ウ 薬剤局 ・塩江分院との人員交流(相互応援)や、採用薬品の情報共有等で連携を図り、相互理解を深め、信頼関係を築く。	薬剤局	○	A:薬事委員会ごとに、新規採用医薬品、削除品目について情報共有している。使用されなくなった医薬品や期限切れ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。また、9月からの薬事委員会を合同で開催したり、ジェネリック医薬品の採用についても同じメーカー採用とすることで効率化を図っている。	
		エ 検査技術科 ・塩江分院からの検体検査を実施するとともに、相互理解を深め、信頼関係を築く。	検査技術科	◎	A:検体検査においては、1日2回届く塩江分院からの検体検査を行っている。患者の検体検査以外に、塩江分院の栄養科の検便検査なども行っている。新たに塩江分院での心臓エコー検査実施の要望があり、R元年8月から検査技師が月1回塩江分院に出向き、検査を行っている。R2年度現在も毎日の検体検査や月1回の心臓エコーの出張検査を継続し、連携を深め、協力体制を築いていきたい。	
		オ 放射線技術科 ○塩江分院からの応援依頼件数【一回】 (H30:42回 → R元:50回)	放射線後術科	△	今年度より当院に職員を配置したために項目の削除。	

具体的施策		取組項目における 具体的な実施内容	取組内容 【R2年8月実績】 (R元：実績→R2：計画目標値)	責任所属名	自己 評価	目標達成に向けた A取組 B課題
取組項目(大分類)						
取組項目(小分類)						
医療の効率性の確保に向けた取組						
一体化						
1	一体化の推進	(1) 市立病院間の診療面の連携・協調及び、へき地医療	カ リハビリテーション技術科 高松市立病院として、塩江分院リハビリスタッフと業務に関する検討・相談し、相互理解を深め、信頼関係を築く。	リハビリテーション技術科	○	随時で交流(時間外)を持ち、相談・対応している。
			キ 栄養科 塩江分院との人員交流(相互応援)を行い、相互理解を深め、信頼関係を築く。	栄養科	○	非常時における食事療養業務の運営について協働で研究を行った。
		(2) みんなの病院への円滑な移行	香川診療所の患者が、引き続き、みんなの病院を受診しやすい環境を整えるため、すべての部署が香川診療所との連携を密にし、安全かつ円滑な受入れに努める。	医事課	○	A: 香川診療所の患者のうち、新病院での診療を引き続き受ける意思を確認した患者には、「患者確認書」を発行し、みんなの病院において再診扱いとするなど、新病院への円滑な移行を図った。

具体的施策	取組項目	令和元年度実績	令和2年度目標	達成状況 【令和2年8月実績】
医療機能に関する指標	○入院患者数(人)	91,160	80,300	33,814
	○外来患者数(人)	102,374	91,368	37,534
	○全病床利用率(%)	81.7	72.1	72.9
	○一般病床利用率(%)	83.3	73.6	73.7
	○紹介率(%)	61.1	50.0以上	70.7
	○逆紹介率(%)	80.9	70.0以上	93.9
	○患者満足度・入院(点)	4.3	4.0	4.3
	○患者満足度・外来(点)	4.1	4.0	4.1
経営に関する指標	○経常損益(百万円)	△ 647	146	△ 1,025
	○経常収支比率(%)	92.6	101.9	88.2
	○医業収支比率(%)	86.5	88.8	78.9
	○職員給与費対医業収益比率(%)	60.0	63.0	65.4
	○材料費対医業収益比率(%)	19.6	18.2	20.0
	○経費対医業収益比率(%)	20.5	21.9	25.4
	○減価償却対医業収益比率(%)	15.1	8.6	15.4
	○年度末現金残高(百万円)	499	△ 4	△ 57

※年度末現金残高は、塩江分院からみんなの病院への病院間運用前のもの。

---

# 自己評価表・具体的取組状況

(令和2年8月末実績)

【塩江分院 編】

---

塩江分院基本方針

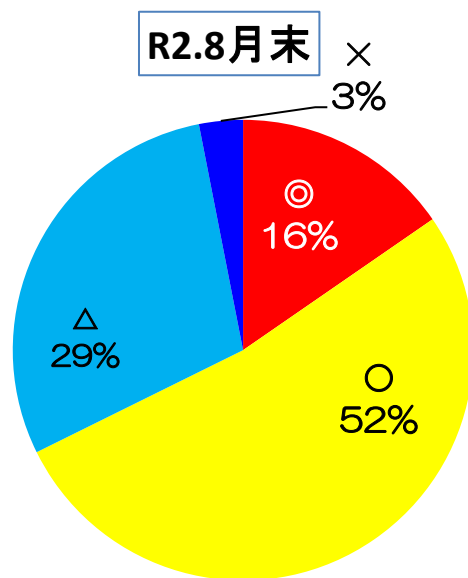
- 1 『地域まるごと医療』を、市民とともに実践します。
- 2 『安全で良質な医療ケア』を、ファインチームワークで提供します。
- 3 『住民に愛される病院』を、おもいやりの心で実現します。

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

### 1 評価基準

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

### 2 自己評価結果



評価	項目数
◎	10
○	34
△	19
×	2
計	65

具体的施策		取組項目における 具体的な実施内容	取組内容 【R2年8月実績】 (R元:実績→R2: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【222件】 (R元: 592件 → R2: 740件)	医療局 (医科)	△	A: 在宅療養支援病院(医師、看護師が24時間365日体制で在宅で療養する患者や、その家族を支援する)として、より質の高い訪問診療に努めている。		
		○訪問歯科件数【68件】 (R元: 203件 → R2: 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(R2年7月末に歯科衛生士1名の退職)、会計年度任用職員歯科技工士1名体制で、日常業務を見直し(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【854件】 (R元: 2,030件 → R2: 2,360件)	訪問看護ステーション	○	A: 利用者数を増やすため、定期的に塩江社協との交流を継続することや、近隣の社協香川や近隣医院への訪問も行うようにしている。		
		○訪問リハビリテーション件数【135件】 (R元: 262件 → R2: 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ている。		
		○在宅復帰率【53.3%】 (R元: 54.2% → R2: 78%)	医療局 (医科)	○	A: 独居・老々世帯が増えるなか、住み慣れた自宅でも長く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) 初期、回復期、慢性期医療の提供	○入院患者への口腔ケア実施回数【250回】 (R元: 1,839回 → R2: 2,300回)	医療局 (歯科)	△	A: 医科と歯科が連携し、経口摂取ができるよう、また、維持していけるようケアを行い、快適な食生活やQOLの向上に努めている。		
		○地域ケア小会議等への参加率【0%】 (R元: 0% → R2: 100%)	事務局	△	A: R2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) 寄附講座の活用	○研修会の開催数【0回】 (R元: 0回 → R2: 1回)	医療局 (医科)	△	A 寄附講座派遣医師を外来診療、日直及び訪問診療に参加させるなど積極的に活用するとともに、地域社会のニーズに合致した地域医療の研究、医学生・臨床研修医に対する教育カリキュラムの構築に関する取り組みに対し支援を行っている。	
			(2) 医師の育成	○研修プログラム新メニュー追加件数【0件】 (R元: 0件 → R2: 1件)	医療局	△	A: 総合医として必要な知識が習得できるよう、また、地域医療教育実習の受け入れを中心に医師の育成に努めている。
			(3) 実習、見学等の受入れの充実	○香川大学等からの実習生受入れ人数【3人】 (R元: 36人 → R2: 52人)	医療局	△	A: 新型コロナウイルス感染症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、R2年度は香川大学医学部4年生3名の受入を行った。(7月中旬から自粛中)
(4) 医師の安定確保	○非常勤嘱託医師委嘱人数【0人】 (R元: 1人 → R2: 1人)		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 スペシャリストの育成	(1) 資格取得	認知症ケア専門士取得者累計数【5人】 (R元: 5人 → R2: 7人)	看護局	○	A: 認知症ケア加算に必要な研修5名終了。		
		介護支援専門員取得者累計数【5人】 (R元: 6人 → R2: 10人)	看護局	△	A: 目標は達成していないが、引き続き資格取得に向けて取り組んでいる。		
4 医療安全の強化	(1) 医療安全意識の共有と醸成	○医療安全委員会開催数【5回】 (R元: 12回 → R2: 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。		

具体的施策	取組項目における具体的な実施内容	取組内容【R2年8月実績】 (R元:実績→R2:計画目標値)	責任所属名	自己評価	目標達成に向けた A取組 B課題	
						取組項目(大分類)
						取組項目(小分類)
医療の質の確保に向けた取組						
医療技術						
4 医療安全の強化	(1) 医療安全意識の共有と醸成	○安全管理研修会(全体研修)開催数【1回】 (R元:2回→R2:2回)	医療安全委員会	○	A:第1回6月4日「医療安全について」実施。第2回11月5日を開催予定	
		○ヒヤリハット報告研究会開催数【5回】 (R元:12回→R2:5回)	医療安全委員会	◎	A:毎月1回委員会において報告を行い、院内ラウンドを実施し、医療安全の意識向上に努めている。	
	(2) 感染管理意識の共有と醸成	○感染予防委員会開催数【5回】 (R元:12回→R2:12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】 (R元:2回→R2:2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(9月3日)」、第2回「感染予防対策(R2年12月予定)」に、みんなの病院の担当職員等に対する研修会を実施する予定。	
		○針刺事故件数【0件】 (R元:0件→R2:0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【0件】 (R元:1件→R2:6件)	医療局	△	A:新型コロナウイルス感染拡大防止のため、学会及び研修会への参加を控えている。	
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【68.3%】 (R元:53.6%→R2:65%)	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】 (R元:4件→R2:2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【3.4%】 (R元:11.4%→R2:13%)	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 ○地域ケア小会議等への新規提案件数【0件】 (R元:0件→R2:1件)	事務局	△	A:地域包括ケア小会議が未開催のため、現時点では、提案を行っていない。	
		オ 摂食嚥下チーム ・主に食物を咀嚼、又は飲込みができない患者を対象に、「食べる楽しみ」を維持するために、摂食サポートや栄養状態、嚥下機能の評価などの治療や訓練を実施する。	NST委員会	○	A: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・放射線治療など併う口内炎の症状緩和を図り、早期回復を促すとともに、職員に口腔内ケア教育を実施する。	NST委員会	○	A:STラウンドに口腔ケア担当看護師が参加し、手技やポジショニングなどを学んでいる。また、入院時には全患者に歯科診察があり、歯科医師、歯科衛生士と看護師が情報を共有して継続ケアにつなげている。アセスメント表を活用し、食後の口腔ケアや義歯の取り扱いについて徹底管理している。	
2 市民との信頼関係の強化	(1) 教室・講座の実施	○出張健康講座等開催数【0回】 (R元:5回→R2:12回)	地域包括ケア推進チーム	△	A:R2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回計画している。しかしながら、地域での健康講座等については、新型コロナウイルス感染拡大防止のため開催を自粛している。	
	(2) 相談・指導事業の拡充	ア 訪問診療、訪問看護への同行回数 ○薬剤師【0回】 (R元:0回→R元:270回)	薬局	△	A:注射等の処方箋による調剤を始め、訪問診療と時間的に重なるため、訪問診療等への同行ができていない。	



具体的施策	取組項目における 具体的な実施内容	取組内容 【R2年8月実績】 (R元:実績→R2:計画目標値)	責任所属名	自己 評価	目標達成に向けた A取組 B課題	
						取組項目(大分類)
						取組項目(小分類)
<b>医療の質の確保に向けた取組</b>						
<b>人間関係</b>						
2 市民との信頼関係の強化	(2) 相談・指導事業の拡充	○放射線技師【 0 回】 (R元: 0 回 → R2: 12 回)	放射線科	△	A:みんなの病院の放射線技師が毎日応援に来て診療に当たっている。診療の合間を利用し積極的に取り組む。	
		○病棟看護師【 6 回】 (R元: 11 回 → R2: 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【 7 回】 (R元: 14 回 → R2: 20 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。	
		○歯科衛生士【 20 回】 (R元: 78 回 → R2: 60 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 %】 (R元: 100 % → R2: 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。	
	(3) 「私のカルテ」の推進	○「私のカルテ」発行累計数【 452 人】 (R元: 450 人 → R2: 500 人)	看護局	△	A:発行数は低調であるが、引き続き利用推進に努める。	
	(4) 退院調整会議の充実	○退院調整を要する患者等への実施率【 100 %】 (R元: 100 % → R2: 100 %)	看護局	○	A:退院調整チーム会による退院調整の充実を図っている。	
(5) 「ほたる通信」の発行【再掲】	情報発信1(3) 参照	広報紙 作成委員会	△	情報発信1(3) 参照		
<b>アメニティ</b>						
1 患者の視点に立ったサービスの提供	(1) 患者満足度調査の実施	○病棟・外来満足度【 一点】 (R元:4.2点 → R2: 4.3 点)	看護局	○	A:調査内容を見直し、年1回調査を実施する予定(R3年2月予定)。	
		(2) 接客改善の取組	○接客委員会開催数【 5 回】 (R元: 12 回 → R2: 12 回)	接客委員会	○	A:毎月開催し、御意見箱の意見を職員で検討。全職員に周知し回答を掲示している。
	(3) 外来でのサービス拡充	○接客研修【 0 回】 (R元: 1 回 → R2: 3 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する予定。	
		ア 患者輸送車運行事業の推進 ○患者輸送車運休回数【 0 回】 (R元: 0 回 → R2: 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様の利便向上に努めている。	
		イ 院内企画展の充実 ○院内企画展示用提供作品数【 一品】 (R元: 30 品 → R2: 80 品)	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だったが、1階待合フロアを利用した作品展のみの開催を計画中。	
(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【 166 件】 (R元: 461 件 → R2: 520 件)	栄養科	○	A:食事で困っていることがあれば、病棟へ出向き、さまざまな対応を行っている。		

具体的施策		取組項目における 具体的な実施内容	取組内容 【R2年8月実績】 (R元:実績→R2:計画目標値)	責任所属名	自己 評価	目標達成に向けた A取組 B課題
取組項目(大分類)						
取組項目(小分類)						
<b>医療の質の確保に向けた取組</b>						
<b>アメニティ</b>						
1	患者の視点に 立ったサービスの 提供	(4) 病棟でのサービス拡充	イ 病室の病床数の見直し ○検討会の実施【1件】 (R元:1件→R2:6件)	事務局	○	A:入院患者の減少に伴い、病棟編成や職員の配置を見直すなど、効率的な運用に努めている。
			ウ 転倒・転落防止対策への取組 ○述べ転倒・転落回数【4回】 (R元:30回→R2:36回)	医療安全 委員会	○	A:入院でポータブル使用患者に対しては、理学療法士とともに位置、高さを調節し安全につとめ、入院時には、スリッパ禁止のパンフレット作成、発見時は、ラウンドによるアセスメントを行っている。
<b>地域社会</b>						
1	共に支え合う 体制の整備	(1) 病院・介護保険施設等との連携	○地域医療機関訪問件数【2件】 (R元:16件→R2:60件)	事務局	△	A:院長に看護局長、事務局長等が同伴し急性期、近隣施設等を積極的に訪問・情報交換を行う中で、信頼関係を築くこととしている。しかしながら、今年度は新型コロナウイルス感染拡大のため訪問を自粛している。
		(2) 地域社会との連携	○住民ボランティア受入人数【0人】 (R元:0人→R2:3人)	事務局	△	A:敷地内清掃や切り花の提供など、美化環境面において、協力してもらっている。
			○地元イベント参加・派遣看護師延べ人数【0人】 (R元:3人→R2:7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、今年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ている。
			○院内の企画展示用提供作品数(再掲)	文化祭 実行委員会	/	アメニティ1(3)イ 参照
			○病院文化祭来場者数(再掲)	文化祭 実行委員会	/	アメニティ1(3)イ 参照
			○経営戦略会議平均住民参加人数(再掲)	事務局	/	情報発信1(2) 参照
<b>医療の透明性の確保に向けた取組</b>						
<b>情報発信</b>						
1	情報発信	(1) 医療事故等の公表	・医療現場における安全管理の向上と事故防止に組織的に取り組み、日本医療機能評価機構の「医療事故情報収集等事業」に参加し、当院での医療安全対策に生かす。	医療安全 委員会	◎	A:医療事故については、月1回定例報告会を開催するほか、院内他の勉強会開始前にも報告を行うことで発生防止対策を検討している。 特に転倒、転落防止に関しては、入院時にアセスメントを行い、必要な患者への対応を徹底しているほか、ヒヤリハットの内容については、患者IDを記載することで各部門にて情報共有を行い再発防止に努めている。
		(2) 住民参加会議の開催	○経営戦略会議平均住民参加人数【一人/回】 (R元:4人/回→R2:6人/回)	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【1回】 (R元:2回→R2:6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。(10月、3月に発行予定)
<b>医療の効率性の確保に向けた取組</b>						
<b>効率化</b>						
1	効率化の推進	(1) 省エネルギー活動の推進	○電力使用量対前年度削減比率【10.5%】 (R元:△11.5%→R2:△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、夏の猛暑の影響から電力使用量が増加している。

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 【R2年8月実績】 (R元:実績→R2:計画目標値)	責任所属名	自己 評価	目標達成に向けた A取組 B課題
取組項目(大分類)						
取組項目(小分類)						
<b>医療の効率性の確保に向けた取組</b>						
<b>効率化</b>						
1 効率化の推進	(2) 適切な診療報酬の請求	○診療報酬請求額査定率【 0.026 % 】 (R元: 0.083 % → R2: 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【 91.4 % 】 (R元: 89.2 % → R2: 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 % 】 (R元: 100 % → R2: 99.8 %)	事務局	○	A: 現年度分の患者一部負担金の未収金発生防止に努めており、引き続き未収金の回収に努める。	
		○過年度未収金回収率【 7.35 % 】 (R元: 0.0 % → R2: 5.6 %)	事務局	△	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。	
<b>管理体制</b>						
1 管理体制の強化	(1) 病院事業の健全かつ円滑な運営	・病院局及び各病院・診療所で開催する経営戦略会議において、市立病院を取り巻く諸課題について、情報共有を図るとともに必要な改善措置を講じる。 ・引き続き、PDCAサイクルによる進行管理を実施し、さらなる業務改善や効率化を進める。あわせて、外部評価を実施し、病院事業の健全かつ円滑な運営を推進する。	事務局	○	A: 経営戦略会議には経営状況の実績報告に合わせタイミングを逸しないよう重点取組項目を中心とした業務報告を行うことで、分院運営方針についての確認と見直しを図っている。今後とも、より正確な業績分析や適切な運営方針の決定ができるよう取り組んでいくこととしている。	
	(2) 業務実績報告・目標発表会の開催	○業務実績報告・目標発表会職員参加率【 — % 】 (R元: 開催できず → R元: 40 %)	事務局	×	A: 院長退職に伴い、目標発表会を開催することができなかった。	
	(3) 勤務環境の改善	○対前年度時間外勤務時間縮減比率【 △29.5 % 】 (R元: △28.1 % → R2: △2.5 %)	事務局	○	A: 職員による業務改善、時間配分等により時間外削減を図ることとしている。	
<b>一体化</b>						
1 一体化の推進	(1) 市立病院間の診療面の連携・協調	ア 医療局 ・患者ニーズや当院での診療状況等に応じて、みんなの病院から医師派遣を受ける。	医療局	◎	A: 専門外来として、みんなの病院から泌尿器科医師(2回/月)、皮膚科医師(2回/月)、眼科医師(1回/月)及び外科医師(2回/月)の応援派遣を受け、高齢者の多い患者ニーズに対応している。	
		イ 看護局 ・みんなの病院との人員交流(相互応援)を行い、相互理解を深め、信頼関係を築く。	看護局	◎	A: 毎日、みんなの病院外来へ応援派遣し、連携を図っている。	
		ウ 薬局 ・みんなの病院との人員交流(相互応援)や、採用薬品の情報共有等で連携を図り、相互理解を深め、信頼関係を築く。	薬局	◎	A: みんなの病院との間で相互に“dead stock”の譲り渡し、譲り受けを行っている。必要に応じ、情報の提供を受ける。場合によっては情報の提供を行っている。毎日、みんなの病院薬剤師1名の応援派遣を受けている。	
		エ 医療局(検査技術) ・みんなの病院において、当院の診療行為に必要な検体検査を実施し、相互理解を深め、信頼関係を築く。	医療局	◎	A: みんなの病院に臨床検査業務・エックス線フィルム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。毎月1回、みんなの病院技師による心臓超音波(心エコー)・頸動脈エコーの検査を実施している。	
		オ 放射線技術部門 ・みんなの病院との人員交流(相互応援)を行い、相互理解を深め、信頼関係を築く。	放射線科	◎	A: 毎日、みんなの病院の診療放射線技師1名の応援派遣を受けている。	

具体的施策		取組項目における 具体的な実施内容	取組内容 【R2年8月実績】 (R元:実績→R2:計画目標値)	責任所属名	自己 評価	目標達成に向けた A取組 B課題
取組項目(大分類)	取組項目(小分類)					
医療の効率性の確保に向けた取組						
一体化						
1	一体化の推進	(1) 市立病院間の診療面の 連携・協調	カ リハビリテーション部門 ・みんなの病院からリハビリテーション技師派遣を受け、言語療法業務を実施するとともに、みんなの病院との人員交流(相互応援)を行い、相互理解を深め、信頼関係を築く。  キ 栄養部門 ・みんなの病院との人員交流(相互応援)を行い、相互理解を深め、信頼関係を築く。	リハビリ テーション科   栄養科	○   ○	A:みんなの病院リハビリテーション科と連携を図り、呼吸器、脳血管、運動器リハなどについて逐次情報交換を行っている。  A:設定している食種や調理方法、調理システム等についての情報交換を行い、栄養管理の方法について協働で検討を行った。

具体的施策	取組項目	令和元年度実績	令和2年度目標	達成状況 【R2年8月実績】
医療機能に関する指標	○入院患者数(人)	11,125	21,535	4,579
	○外来患者数(人)	21,089	25,515	7,751
	○病床利用率(%)	34.9	67.8	34.6
	○訪問診療件数(件)	592	740	222
	○訪問歯科件数(件)	203	170	68
	○訪問看護件数(件)	2,030	2,360	854
	○訪問リハビリテーション件数(件)	262	280	135
	○患者満足度(点)	4.2	4.3	実施していない
経営に関する指標	○経常損益(百万円)	△ 44	2	36
	○経常収支比率(%)	93.7	100.3	104.8
	○医業収支比率(%)	59.0	67.9	48.5
	○職員給与費対医業収益比率(%)	100.3	77.6	125.0
	○材料費対医業収益比率(%)	23.4	23.3	25.9
	○経費対医業収益比率(%)	41.6	31.9	53.7
	○減価償却対医業収益比率(%)	3.6	2.8	3.7
	○年度末現金残高(百万円)	117	181	105