

平成30年度の取り組み達成状況（12月末実績）

状況欄の「○」は達成済または達成見込み。「△」は一部未達成または継続中。「×」は未達成。

様式1

1. 安定した病院経営

中項目	小項目	中期経営計画上で実施するとされていること	30年度実施計画の取り組み	30年度目標	状況	実施したこと	成果(増収額、削減額など)				これから取り組むこと	達成時期
							29年12月末	30年12月末	差			
収入の確保	患者数の増	新入院・初診患者数の増	連携医予約の方法の検討(Faxを使用しない電話予約の導入) 連携医の拡大(地域、数) 連携医訪問を継続していく 外来診療の効率化(逆紹介増、DA活用、予約枠の見直し)	新入院患者数 13,740人 初診患者数 21,530人	△	医療連携・患者支援センターで患者本人からの電話予約を導入した 外来診療の予約枠の見直しを行った (部長だけではなくその他の以外もふくめた)診療科の医師による連携医訪問を行った	新入院患者数(人) 9,220 初診患者数(人) 16,091	30年12月末 9,551 16,507	差 331 416	診療科の医師による連携医訪問の継続	3月	
			紹介率・逆紹介率の上昇	○紹介率 ・連携医訪問の検討 ・連携医側が利用しやすい予約システムの提供 ・連携医登録のメリットの提供 ・連携医へ紹介患者以外の患者の逆紹介 ○逆紹介率 ・年度当初での院内医師に対する退院時逆紹介業務の周知 ・退院患者リストの院内医師向け配付、逆紹介(返書)作成依頼 ・返書管理 ○その他 ・連携医リーフレットの作成・院内展示	紹介率 60% 逆紹介率 100%	○	○紹介率 ・連携医訪問 ・患者直接診療予約の開始 ・非紹介初診加算の周知 ○逆紹介率 ・退院患者リストの院内医師向け配付、逆紹介(返書)作成依頼 ・返書管理 ○その他 ・連携医リーフレットの作成・院内配架	紹介率 63.6% 逆紹介率 97.5%			3月	
			病床稼働率・回転率の上昇	ベッド利用状況を電子カルテにタイムリーに表示する ベッドコントロール看護師配置	病床稼働率 85% DPC II 期間までに退院した割合 73%以上	×	・ベッド利用状況を電子カルテにタイムリーに表示予定 ・12時ベッドコントロールミーティング継続	病床稼働率 81.4% DPC II 期間までに退院した割合 69.3%				3月
	診療報酬請求の最適化	診療報酬改定への対応	① 施設基準の速やかな届出 ② 院内説明会の開催	院内説明会の開催回数: 2回以上	○	① 急性期一般入院基本料1、入院時支援加算、医療安全地域連携加算1、抗菌薬適正支援加算等の届出を行った。 ② 院内説明会を4月・6月・10月に開催した。	院内説明会の開催回数 3回				3月	
			① コーディング委員会の開催 ② 診療情報管理士・算定担当者によるチェック	コーディング委員会の開催: 年4回	○	① コーディング委員会を4月・7月・10月に開催した。 ② 薬剤局から提供された薬剤リストを基に診療情報管理士がコーディングチェックを行っている。	コーディング委員会の開催 3回			コーディング委員会を1月に開催する予定	3月	
			① EFファイルとHファイルの突合 ② 診療現場におけるオーダー・薬剤のチェック	両者ともに完全一致をめざす	○	① 9月から看護必要度Ⅱにより届け出たので、ファイルの突合は8月まで行った。 ② 電子カルテと医事システムとの連携の確認・修正を行っている。						3月
			① 査定原因の分析・周知 ② 算定職員に対する研修	① 査定率: 0.2%以下 ② 高額請求の査定件数: 150件 " 査定点数: 2,000,000点	×	査定率の多い診療材料について、診療科にフィードバックしている。						3月
			入院 0.31% 外来 0.10% 計 0.26% 29年度(12月到着分) 30年度(12月到着分)	入院 0.31% 外来 0.10% 計 0.26% 29年度(12月到着分) 30年度(12月到着分)	差 0.26% 0.23%							
	未収金対策	未収金の早期回収	未収金が発生した時点で支払を強く求め、早期回収を図る	① 臨戸徴収: 月2回以上 ② 催告書送付: 年3回以上	○	臨戸徴収、催告書送付ともに計画どおり実施している。	臨戸徴収: 19回(月2.1回) 催告書送付: 2回			①臨戸徴収は、これからも月2回行う予定 ②催告書は、2月に発送する予定	3月	
			手術室の効率的な運用	手術器材のキット化促進 各科共通器材(トロッカー等)の統一 手術内容に応じた適切な器材使用への移行	手術室稼働率 77%	△	ダビンチ関連用品、乳腺手術器具のセット化、Staplerをi-driveからシングニアに変更、手術用糸を安価なものに一部変更(プローリンからアスフレックスへ変更、ポリソープの導入)	手術室稼働率(%) 77.3% 75.8%	差 △1.5%	キット化の促進	3月	
緊急、準急手術の積極的な受け入れを行う				手術の積極的受け入れ 物品コストの継続的見直し	全身麻酔件数 前年度比2%増	△	緊急手術を受け入れるため予定手術の開始時間や手術室の変更を行い調整した。	全身麻酔件数(件) 2,081 1,919	差 △162	緊急手術の受け入れを効率的に行う。	3月	
増減率(%) △7.8%												
がん患者指導管理料算定件数を増加させる			入院患者の算定を増やす 初回入院患者、緊急入院患者への算定を増やす 外来算定件数を増やす 乳がん看護認定看護師による乳腺外来の専任体制 つらさの間診票を増やし管理料2に繋ぐ 32年度までに緩和ケア認定看護師1名増	管理料イ: 440件 管理料ロ: 500件 管理料ハ: 250件	△	認定看護師の勤務時間を調整して、遅い時間の外来受診患者にも対応した 管理料ハについては薬剤局で目標数(20件/月)を設定して増加につとめた 緩和ケア認定看護師1名要請中	管理料イ(件) 314 392 管理料ロ(件) 398 242 管理料ハ(件) 142 186	差 78 △156 44	診療科によって算定数に大きな差があるため、管理料算定の少ない診療科に対して、つらさの間診票や管理料についての再周知をするなどの積極的な働きかけを行う	3月		
			全入院患者への服薬指導の実施	服薬指導実施割合90%を維持	服薬指導実施率 94%以上	○	未実施患者の抽出 チームリーダーから担当者への促し	服薬指導件数(件) 15,581 17,978	差 2,397		3月	
			リンパ浮腫複合的治療料の算定	リンパ浮腫複合的治療料月別実施件数 1(重症)2件/月 2(1以外)20件/月	リンパ浮腫複合的治療料月別実施件数 1(重症)2件/月 2(1以外)20件/月	△	9月より算定開始 2回/月乳腺患者を対象にリンパ浮腫外来を開設	1(重症)件数(件) 11 2(1以外)件数(件) 33	差 11 33	リンパ浮腫複合的治療料月別実施件数2(1以外)20件/月...6か月1回の算定なので目標値の見直しが必要	3月	
			ADL維持向上等体制加算の算定	専従理学療法士1名以上の配置	1病棟年度内に算定開始 その他1病棟算定に向けて準備開始	○	A6病棟専従1名配置し9月から算定開始 B6病棟配置に向けて準備開始	9月からの収益の計算を依頼中		B6病棟関係者へ説明会予定 昨年度の実績より試算予定	3月	
支出の削減			診療材料費の削減	購入物流委員会により新規採用材料の厳密な選定を行う	購入物流委員会において、効果だけでなく収益性も含め購入の可否について検討を行う	他の取り組みと合わせて、入院・外来収益に占める診療材料費の比率16.0%(28年度実績)に抑える	△	これまでの購入物流委員会での取り組みに加え、購入物流委員会の開催前打ち合わせに医事課職員の出席を求め、診療材料の選定時に収益性に関しより正確に把握したうえで選定できるよう考慮した。	入院・外来収益に占める診療材料費の比率(%) 16.7% 16.4%	差 △0.3%		3月
				医療材料の使用のルールの確立と推進	対象となる材料を抽出し、各診療科と協議のうえルールを確立する	ルールの確立 4項目(告示名称ごと)実施	×	新たなフォーミュラリーの導入には至らなかった。	ルールの確立 0項目(告示名称ごと)実施		フォーミュラリーの導入に向けた調査研究を行い、職員のスキル向上を図る。	3月
	同種同効品への切り替えによる、より安価な物品への移行	削減額の目標を定め、物流センターにおいて他院とのベンチマークを行わせ、より安価な同種同効品への切り替えを求める	年間400万円の削減	○	購入物流委員会において材料の切り替え提案112品目を行った。切替ったものが33品目、現行品目が値下がったものが16品目、現在も検討中のものが63品目あった。これにより、773万円の削減効果が見込まれる。	診療材料購入額(円) 1,411,356,962 1,424,176,859	差 12,819,897	当センターにおけるベンチマークの導入に向けた調査研究を行い、具体的な導入に向けた検討を行う。	3月			
	薬品費の削減	採用薬品の厳密な選定	入院・外来収益に占める薬品費の比率を維持	入院・外来収益に占める薬品費の比率 11.6%(28年度実績)を維持	△	薬価改定後も高額医薬品(オプジーボ・キイトルーダ等)の値引き維持に努めた	入院・外来収益に占める薬品費の比率(%) 11.5% 12.6%	差 1.1%	高額医薬品で新規採用となったものについて、値引き率増となるよう業者との話し合いを密に行う	3月		

平成30年度の取り組み達成状況（12月末実績）

状況欄の「○」は達成済または達成見込み。「△」は一部未達成または継続中。「×」は未達成。

様式1

中項目	小項目	中期経営計画上で実施するとされていること	30年度実施計画の取り組み	30年度目標	状況	実施したこと	成果(増収額、削減額など)	これから取り組むこと	達成時期												
支出の削減	薬品費の削減	後発医薬品への切り替え	後発医薬品への切り替え	後発薬品比率: 数量ベース 90% 後発品目ベース(後発品発売のあるもの) 62%	○	薬事委員会において、積極的に後発品への切り替えの申請を行った	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>29年12月末</td> <td>30年12月末</td> <td>差</td> </tr> <tr> <td>数量ベース(%)</td> <td>89.4%</td> <td>91.1%</td> <td>1.7%</td> </tr> <tr> <td>採用品目ベース(%)</td> <td>59.6%</td> <td>62.1%</td> <td>2.5%</td> </tr> </table>		29年12月末	30年12月末	差	数量ベース(%)	89.4%	91.1%	1.7%	採用品目ベース(%)	59.6%	62.1%	2.5%	これから取り組むこと	3月
				29年12月末	30年12月末	差															
	数量ベース(%)	89.4%	91.1%	1.7%																	
採用品目ベース(%)	59.6%	62.1%	2.5%																		
同種同効薬の見直し	同種同効薬を見直す	採用品目数:1,200品目以下	○	一増一減の堅持 不動薬品の採用削除 ※新開設科用の採用増あり	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>29年度</td> <td>30年12月末</td> <td>差</td> </tr> <tr> <td>採用品目数(品目)</td> <td>1,172</td> <td>1,163</td> <td>△9</td> </tr> </table>		29年度	30年12月末	差	採用品目数(品目)	1,172	1,163	△9	これから取り組むこと	3月						
	29年度	30年12月末	差																		
採用品目数(品目)	1,172	1,163	△9																		
委託費の抑制	委託業務の安定した遂行を図るために、委託費用の引き上げを含む業務の見直しを行う 委託業務の統廃合について調査研究を行う	委託業務の見直しと統廃合に関する調査研究	医薬収益に占める委託費の比率を8.9%に抑える	○	入院患者の食事提供業務や中央材料室等管理業務など、6業務について債務負担行為による長期契約を実施し、委託業務の安定化を図った	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>29年度</td> <td>30年度決算見込</td> <td>差</td> </tr> <tr> <td>医薬収益に占める委託費の比率(%)</td> <td>8.5%</td> <td>8.8%</td> <td>0.3%</td> </tr> </table>		29年度	30年度決算見込	差	医薬収益に占める委託費の比率(%)	8.5%	8.8%	0.3%	引き続き仕様の見直し等を検討する	3月					
	29年度	30年度決算見込	差																		
医薬収益に占める委託費の比率(%)	8.5%	8.8%	0.3%																		

2. 安全で信頼される医療の提供（医療の質の向上）

中項目	小項目	中期経営計画上で実施するとされていること	30年度実施計画の取り組み	30年度目標	状況	実施したこと	成果(増収額、削減額など)	これから取り組むこと	達成時期																																									
医療安全管理体制の充実	安全管理対策と予防	インシデント報告件数の増	研修等でインシデントレポート作成の啓発 インシデントレポートによる医療安全に対する効果の報告	インシデント報告件数 6,300件	△	研修等でインシデントレポート作成の啓発 インシデントレポートによる医療安全に対する効果の報告	インシデント報告件数4,930件	医師による報告の推奨	3月																																									
			医療安全マニュアルの見直し	マニュアルの見直し、作成および医療安全対策文書の作成	年5回実施	○	マニュアルの見直し 医療安全対策文書の作成	マニュアル、指針の見直し5回実施 医療安全対策文書の作成15回実施	医療安全管理指針の改訂	3月																																								
	有害事象への対応	有害事象への対応研修の実施及び職員の確保	研修の実施 人員の確保及び育成	研修会の開催 年1回	○	第1回研修は医療安全専門の外部講師による研修を実施 第2回研修は日程に関わらず全職員が受講可能なeラーニングを実施 第3回研修は全職員が参加しやすいよう、同一内容の研修を2日間に渡り実施する計画	開催した研修会2回 計画中の研修会1回	計画中の研修会の実施	2月																																									
診療密度の上昇	平均在院日数の短縮	平均在院日数の短縮	患者サポート室の充実(検査・手術などの当日入院、前日入院のためのサポートを行う) 退院支援の充実(退院支援看護師の増員) バスの充実(入院バスの適正化、地域連携バスの拡大)	平均在院日数 10日	△	患者サポート室の充実 退院支援の充実 バスの充実	平均在院日数 10.2日 (29年12月末 10.4日)	現在の取り組みを継続していく	3月																																									
			院内心不全バス、心不全地域連携バスの作成、運用を開始する 心不全終末期患者への意志決定支援、アドバンス・ケア・プランの実施	心不全患者のDPCデータ収集 治療の標準化、院内バス作成 他病院、訪問看護との連携関係の構築 地域連携バスの運用 心不全認定看護師の育成 アドバンス・ケア・プランの実施	地域連携バスが運用されている	○	心不全手帳周知の研修会実施 心不全手帳配布 14件	7月から運用開始 心不全バス運用実績 4件	心不全連携バスの推進	3月																																								
重症度、医療・看護必要度の上昇	平成30年度診療報酬改定に伴い新評価基準での基準越え患者割合をクリア、維持する 平成32年度診療報酬改定に迅速に対応する H/EFファイルとの突合により、医事コスト漏れを防止する DPCデータと看護必要度データをもとに入院患者データ・業務量を可視化し、病床再編、人員配置等に活用する	新基準をクリアする H/EFファイルとの突合、見直しにより評価漏れの対策を講じ、評価の整合	急性期一般入院料1の基準をクリアしている	○	・9月から看護必要度Ⅱで届出変更。 ・処置伝票の改訂に向けて情報収集中。 ・医事課からのエラーリストをもとに必要度評価を修正。	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>必要度Ⅰ</td> <td>必要度Ⅱ</td> <td></td> <td>必要度Ⅰ</td> <td>必要度Ⅱ</td> </tr> <tr> <td>4月</td> <td>38.1</td> <td>38.2</td> <td>10月</td> <td>34.7</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5月</td> <td>36.4</td> <td>35.4</td> <td>11月</td> <td>33.8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>6月</td> <td>34.9</td> <td>35.8</td> <td>12月</td> <td>35.5</td> <td></td> </tr> <tr> <td>7月</td> <td>34.5</td> <td>34.7</td> <td>1月</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>8月</td> <td>34.8</td> <td>35.2</td> <td>2月</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>9月</td> <td>35.4</td> <td>32.9</td> <td>3月</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		必要度Ⅰ	必要度Ⅱ		必要度Ⅰ	必要度Ⅱ	4月	38.1	38.2	10月	34.7		5月	36.4	35.4	11月	33.8		6月	34.9	35.8	12月	35.5		7月	34.5	34.7	1月			8月	34.8	35.2	2月			9月	35.4	32.9	3月			コスト漏れ、必要度評価漏れがないように精査していく	3月
	必要度Ⅰ	必要度Ⅱ		必要度Ⅰ	必要度Ⅱ																																													
4月	38.1	38.2	10月	34.7																																														
5月	36.4	35.4	11月	33.8																																														
6月	34.9	35.8	12月	35.5																																														
7月	34.5	34.7	1月																																															
8月	34.8	35.2	2月																																															
9月	35.4	32.9	3月																																															
クリニカルバスの整備	効率の良い医療を提供するためのクリニカルバスの整備	現在使用しているクリニカルバスを見直し、修正する作業(PDCAサイクル)を推進する 新規クリニカルバス作成を推進する	クリニカルバス大会(2回/年) (ワークショップを1回/年取り入れるなど内容の充実を図る) バス学会で発表を行う(1題)	見直すバスの数 50件 バス適用患者数 7,000人 新規バス件数 10件 バス適用率 55%	△	クリニカルバス大会を2回(1回はワークショップ)おこなった バス学会で発表をおこなった(2題)	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>29年12月末</td> <td>30年12月末</td> <td>差</td> </tr> <tr> <td>見直したバス件数(件)</td> <td></td> <td>158</td> <td></td> </tr> <tr> <td>バス適用患者数(人)</td> <td>5,095</td> <td>5,132</td> <td>37</td> </tr> <tr> <td>新規バス件数(件)</td> <td>23</td> <td>16</td> <td>△7</td> </tr> <tr> <td>バス適用率(%)</td> <td>53.3%</td> <td>52.1%</td> <td>△1.2</td> </tr> </table>		29年12月末	30年12月末	差	見直したバス件数(件)		158		バス適用患者数(人)	5,095	5,132	37	新規バス件数(件)	23	16	△7	バス適用率(%)	53.3%	52.1%	△1.2	2月に第3回のクリニカルバス大会を予定している	3月																					
	29年12月末	30年12月末	差																																															
見直したバス件数(件)		158																																																
バス適用患者数(人)	5,095	5,132	37																																															
新規バス件数(件)	23	16	△7																																															
バス適用率(%)	53.3%	52.1%	△1.2																																															
施設・設備及び医療機器等の計画的な整備	医療機器の整備	当院の使命である、急性期医療及び高度医療を提供するための総合診療機能を維持するため、計画的な医療機器の更新及び新規購入を行う	計画的な機器の更新	手術支援ロボット(ダヴィンチ)導入	○		手術支援ロボット(ダヴィンチ)を導入 平成30年8月20日より、前立腺がんの手術で運用を開始		8月																																									
			モニターの更新		○		平成30年9月6日より各病棟への操作説明を開始し、9月18日から10月5日にかけて順次更新作業を実施		10月																																									
	施設・設備の計画的な整備	病院機能を維持するために行う施設・設備の整備について、年度毎に計画を作成し、整備費用の平準化を図る	計画的な施設の整備	スプリンクラーポンプ等改修	○		改修に向けた準備を行い、1月下旬から3週間程度の日程で工事を実施する。		2月																																									
	システムの計画的な更新	計画的なシステムの更新	放射線画像管理システム		○					7月																																								
			検体検査システム		○	進行中。契約合意まで終了。3月に作業終了予定				3月																																								
			細菌検査システム		○	進行中。契約合意まで終了。3月に作業終了予定					3月																																							
			輸血管理システム		○	進行中。契約合意まで終了。3月に作業終了予定					3月																																							
財務会計システム		○	進行中。契約合意まで終了。1月に作業終了予定					1月																																										
患者サービスの向上	患者サポート室の充実	診療科の拡充に伴う患者数の増加	化学療法・検査・治療予約入院の導入	予約入院患者のうち患者サポートセンターで対応する患者割合を5割以上とし、かつ原則手術治療前日・当日入院とする	○	内科的治療・検査・治療予約入院の導入	○手術患者2,209人中、1,998人(90.4%)に介入 ○予約入院患者4,641人中、2,580人(55.6%)に介入 (※12月末)	循環器内科(EVT、PM、アブレーション)の導入	3月																																									
外来待ち時間の短縮	外来待ち時間調査、診療科ごとの目標値設定、逆紹介推進、DAの導入、看護師相談・説明の構築 外来診療枠見直し	待ち時間調査 診療科ごとに待ち時間減少の目標値の設定 逆紹介の推進 乳がん認定看護師の活用 医師事務作業補助者の活用(外来サポートを2診療科以上で実施) 他科予約枠を増やす	診療予約時間1時間以内診察 外来会計待ち時間の短縮	△	・待ち時間調査12月10、11、12日 ・他科予約枠増設 7科新規開設 ・会計待ち時間について、算定担当者の増加を図った。	・連携医予約数 1681件(前年1320件)27%増 ・到着～診察開始までの待ち時間48分(前年比1分減)、診察開始～終了8分(前年比0)、診察終了～会計23分(前年比2分減) ・予約時間1時間以内診察 79.8% ・外来会計 平均待ち時間 平成29年 4月1日～12月31日 13.05分 30年 4月1日～12月31日 12.13分 差 0.92分	他科予約枠拡大、選定療養費徴収開始後の分析を踏まえた計画を立案する	3月																																										
患者満足度の向上	患者満足度調査、あいさつ運動、診療予約センターの検討と取り組み、インフォメーションの充実、クラークの患者説明の推進	患者満足度調査、あいさつ運動、診療予約変更の電話対応時間延長 インフォメーションを終日 病棟クラーク配置の全病棟患者案内	患者満足度調査「ほとんど良い」以上の割合80%以上	○	・職員への「あいさつ運動」啓蒙のためポスターを作成し各部署に掲示、所属長から周知。 ・診療予約変更を医療連携・患者支援センターにDAから移行し、標準対応を周知した。対応時間延長はできていない。 ・インフォメーション対応者を医療連携・患者支援センターから専従で配置。 ・来院者の飲食用2階渡り廊下にテーブルと椅子を設置。 ・院長への手紙より、時計を外来診療待ち合いに2か補設置。 ・全部署クラーク配置はできていないが、配置部署においては入院案内を実施(B3除く)	患者満足度調査のアンケート結果は2月に出る予定	予約変更対応時間拡大 満足度調査結果を踏まえた改善	3月																																										

平成30年度の取り組み達成状況（12月末実績）

状況欄の「○」は達成済または達成見込み。「△」は一部未達成または継続中。「×」は未達成。

様式1

中項目	小項目	中期経営計画上で実施するとされていること	30年度実施計画の取り組み	30年度目標	状況	実施したこと	成果(増収額、削減額など)	これから取り組むこと	達成時期	
患者サービスの向上	情報提供の推進	公開医療講座の充実	継続して実施する (公開医療講座 年3回、がん市民講座 年1回) PR活動を行う	年4回実施	○	第35回公開医療講座 7月12日実施 第36回公開医療講座 10月11日実施 ホームページ及び広報ふなばしへの掲載、報道関係者へのプレスリリース、連携医療機関等へのポスター及びチラシ配布ならびにインフォメーションセンターへのチラシ配架	入場者数 第35回公開医療講座 43人 第36回公開医療講座 42人	第37回公開医療講座 1月24日実施予定 第12回がん市民講座(第38回公開医療講座) 3月3日実施予定	3月	
			図書館での医療講演会・医療相談会の充実	年12回実施の継続 当院のPR活動 がん冊子配布と医療情報コーナーでの助言	年12回実施	○	年12回実施の継続 公民館での開催 当院のPR活動 がん冊子配布と医療情報コーナーでの助言	・図書館9回実施(12月末現在) (公民館3回実施(12月末現在))		3月
			HPの充実	HPリニューアルに必要な仕様等を作成し、プロポーザルを実施する	年度末までにホームページをリニューアルする	×	ホームページ再構築業務のプロポーザル公募を8月14日に実施	参加申し込みがあり、プレゼンテーションを実施したが、契約締結には至らず	来年度でのリニューアルに向けた、仕様等の見直し	3月
	接遇の向上	接遇研修の充実	現在行われている接遇研修に加えて、医師・看護師・メディカルを対象とした研修、若手向けの研修など、対象を絞った研修を行い研修の効果を高める	合計4回	○	医師を除く全部署の所属長以外の職員に対し、H30、H31の2か年度でボスマネジメント研修を行う H30年度に計10回行う	H31. 2から開始する	引き続き、ボスマネジメント研修を行う H31年度に計10回行う予定	3月	
良質なチーム医療	ボランティアの活用	ボランティアの活動内容および活動時間の拡大	市広報誌、ボランティアセンター等を利用し、効果的なボランティア募集を行う	ボランティア数 20人	△	2月に広報でボランティア募集を行う予定	ボランティア数 18人	2月に広報でボランティア募集を行う	3月	
			初期臨床研修医からの確保、専攻医(専修医)の育成、大学との提携	大学各教室への派遣依頼、新専門医制度への対応、積極的なリクルート活動	緩和ケア医1名、放射線診断医1名、放射線治療医1名、腎臓内科医1名、脳神経内科医1名、精神科医1名、麻酔医・救急医・集中治療医2名、その他診療科医師を確保	△	リクルート活動を積極的に行った	放射線診断医1名、放射線治療医1名、腎臓内科医1名、脳神経内科医1名を確保した		3月
	チーム医療の充実	栄養サポートチーム(NST)の充実	病院説明会、大学や専門学校訪問、採用試験内容の見直し等を行い、必要人員を確保する 認定看護師資格の取得を推進する	後述の認定資格等の取得の目標を達成する	○	・院内・院外病院説明会、インターンシップ、学校訪問を実施。 ・がん放射線療法看護認定看護師採用 ・認定看護師研修に3名受講 ・国立がん研究センター東病院に外向研修 ・特定行為に係る研修受講	採用応募者63名、1次、2次試験を実施し必要人数を採用した。 国立がん研究センター東病院3名(うち1名12月に復帰)	新病院に向けて採用計画立案	3月	
			「経腸栄養の手引き」の作成 スクリーニング法の検討	NST加算件数 500件以上を維持していく	△	「経腸栄養の手引き」を作成し、ポータルにアップした 入院時に栄養リスクがある患者(SGAがCまたはD)はNSTが自動介入するようにした	NST加算件数(件) 29年12月末 30年12月末 差 384 341 △ 43	引き続き目標達成を目指していく 上部消化管癌の手術患者数が少なかったために件数が減少したスクリーニング法の変更により上記以外については増加している	3月	
	チーム医療の充実	リエゾンセンターを拠点に活動するチームの充実	緩和ケアチーム(がんサポートチーム)、精神科リエゾンチーム、認知症ケアチーム、合同のチームメンバーで回診、カンファレンスを行う 勉強会を開催し、リエゾンに関する各疾患の普及に努める	合同のチームメンバーで回診、カンファレンス実施回数 週3回 リエゾンセンター勉強会実施回数 年3回	△	精神科リエゾンチーム+認知症ケアチームで週2回(月・金)、サポートチームも合同の回診を週1回(月)おこなった	合同のチームでの回診 43回、カンファレンス 26回(週1.8回) ※精神科リエゾンチームでのカンファレンスは毎日実施 12月までにリエゾンセンターの勉強会を4回おこなった	2月にリエゾンセンターの勉強会をさらに1回おこなう予定	3月	
			ドクターエイドの活用	ドクターエイド業務の拡大(病棟回診、外来診療の補助を拡大する)	医師事務作業補助体制加算15:1の維持	○	新たに下記の業務をおこなった ・診断書預かり2週間以上経過した場合の医師への催促 ・希望のあった診療科での静脈血栓症リスク評価表の記入 ・一部の臨床研究について倫理委員会への申請書類の準備の補助 ・外来担当医の曜日変更に伴う電話による診察予約変更 ・脳神経外科の入院患者の症例登録 ・産婦人科の術前カンファレンスへの参加 ・PET検査の予約代行の拡大 ・退院時に持参処方が残ってしまっている場合の中止処方の入力	医師事務作業補助体制加算15:1の維持ができています	身体症状緩和目的に行われるサポートチームの回診への同行と記録	3月
	急性期リハビリテーションの充実	土曜日稼働の拡充	平日訓練実施患者の55%を土曜日訓練実施する	平成29年度実施率50%より5%増加	×	10月より理学療法士1名出勤者を増員し対応	平日実施患者の50.3%の患者に土曜日リハビリを実施 言語聴覚士育児休暇取得者2名のため今年度土曜日出勤人数に制限があり未達成	人員体制の整備	3月	
	働きやすい職場	職員満足度の向上及び離職率低下	職員満足度調査を実施する	職員満足度 満足、ほぼ満足80% 看護職離職率 全体9%、新人7% 年次休暇消化日数 前年度より10%増 超過勤務減少 前年度より10%減	△	職員満足度調査実施に向けて調整中	看護職離職率 全体7.4%、新人4.7% 年次休暇消化日数 前年度より54%減 29年度9.4日、30年12月末6.1日 超過勤務減少 前年度より3%減 29年度10.1時間、30年12月末9.8時間	引き続き年休消化日数、超過勤務時間を調査する	3月	
	子育て支援	院内保育所の活用	保育室を利用できる人に関する新たな規程を作成し、職員は保育室を基本的に利用できるようにする。 新たな規程について周知を図る。	通常保育利用者26人 二重保育利用者の増加 夜間育児利用者の増加 祝日保育の開始	△	クラーク等への事務職にも保育利用を拡大 今年度より長期休暇期間中の保育園利用を開始(年末年始)	通常保育利用者数(人) 28 32 4 二重保育利用者数(人) 35 21 △ 14 夜間育児利用者数(人) 15 7 △ 8		3月	
			育児短時間勤務を取得しやすい環境作り	ポータルを通じて制度を周知する 所属長を対象に、説明会を開く 職員採用時の応募要領、HP、看護局の事前説明会で周知する	制度を周知する説明会 ・管理職向け1回 ・看護局向け1回	△	新看護師長を対象に研修を実施	制度を周知する説明会 ・看護局向け 1回	職員向け説明会を企画する	3月

3. 高度急性期病棟の機能の充実

中項目	小項目	中期経営計画上で実施するとされていること	30年度実施計画の取り組み	30年度目標	状況	実施したこと	成果(増収額、削減額など)	これから取り組むこと	達成時期
救命救急センターの充実	断らない体制の強化	救急患者の受け入れ強化	ベッドコントロールの実施 ・救急運営委員会の定期開催 ・救急部門担当看護師長のWG実施 ・救急患者の入院要請時必ずベッドを確保する ・入院決定時は速やかに病棟移送 ・急を要しない処置は病棟で行う ・救急医から各担当科へのスムーズな引き継ぎ ・救急部門合同勉強会 ・定期的・計画的な人事異動 ・救急車の受け入れ台数の増	救急車の受け入れ台数 4,200台	△	左記取り組みを実施した 救急運営委員会を定期開催にした(H30年度3回)	救急車受け入れ台数(台) 29年12月末 30年12月末 差 2,961 3,242 281		3月
			三次救急患者の受け入れ増	三次救急患者数の増	救急患者の受け入れ強化により、三次救急患者数の増加を図る	三次救急患者 1,300人	△	救急患者の受け入れ強化を図った	三次救急患者数(人) 29年12月末 30年12月末 差 934 849 △ 85
	重度外傷センターの充実	外傷患者に集学的かつ専門的な緊急医療サービスを提供する	重度外傷患者を可能な限り受け入れる 外傷治療に精通した、あるいは関与できる医師の確保に努力する	各科に紹介があったり、あるいは救命救急センターで受け入れ、コンサルトを必要とする患者に関しては基本100%受け入れる	△	救命救急センターで受け入れた外傷患者、また他院で対応困難な外傷患者に対して、各科協力して受け入れた。全身状態によっては救急科による管理をお願いした	4月～12月の外科系外傷救急患者(ドクターカー、救急車、他院からの紹介)数は243例であった。コンサルト数に対しての受け入れ割合は外科系外傷のみでの要請数が不明であり、出せていない。	血管、神経損傷以外の外傷例はすべて対応したい	3月
	脳卒中センターの開設	脳神経外科が中心となり、脳神経内科、メディカルスタッフからなる脳卒中センターを立ち上げ、包括的な脳卒中診療を行う	脳卒中センターを立ち上げる	脳卒中センターの開設 脳神経内科医 1名確保 SCU利用率 90%以上	○	他院からの紹介された脳卒中患者をすべて受け入れた	脳卒中センター開設(H30.4.1) 脳神経内科医 1名確保 SCU利用率 98.95%(H30.11.30までの実績)	紹介患者を全例受け入れる	3月

