

平成30年度の取り組み達成状況

状況欄の「○」は達成済。「△」は一部未達成。「×」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)				現状の把握と今後の課題																				
							29年度	30年度	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	△	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 外来予約枠の見直しを行った 部長だけではなくその他の医師を含めた連携医訪問を行った	<table border="1"> <tr><th></th><th>29年度</th><th>30年度</th><th>差</th></tr> <tr><td>新入院患者数(人)</td><td>12,383</td><td>12,843</td><td>460</td></tr> <tr><td>初診患者数(人)</td><td>21,237</td><td>21,810</td><td>573</td></tr> </table>		29年度	30年度	差	新入院患者数(人)	12,383	12,843	460	初診患者数(人)	21,237	21,810	573	外来ブースの不足 ⇒ブースの増加と有効活用の検討 効率的なベッドコントロールシステムの検討											
				29年度	30年度	差																									
			新入院患者数(人)	12,383	12,843	460																									
	初診患者数(人)	21,237	21,810	573																											
	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 ・連携医側が利用しやすい予約システムの提供 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 ・診療依頼を断らない体制の強化(医師専用直通電話)	紹介率 65.0% (平成29年度 58.2%) 逆紹介率 99.9% (平成29年度 91.7%)																									
	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% DPCⅡ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 12時ベッドコントロールミーティング継続	病床稼働率 83% DPCⅡ期間までに退院した割合 70.4%																									
	診療報酬請求の最適化	診療報酬改定への対応	施設基準の速やかな届出 院内説明会の開催	院内説明会の開催回数: 2回以上	○	急性期一般入院基本料1、入院時支援加算、医療安全地域医療連携加算1、抗菌薬適正支援加算等の届出を行った 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																								
			DPCの適正なコーディング	コーディング委員会の開催 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	○	コーディング委員会を4月・7月・10月・1月に開催した 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 4回																							
			取り漏れ等への対応	EFファイルとHファイルの突合 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	○	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 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																								
			査定減の減少	査定原因の分析・周知 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	<table border="1"> <tr><th colspan="2"></th><th>入院</th><th>外来</th><th>計</th></tr> <tr><td>29年度</td><td></td><td>0.31%</td><td>0.09%</td><td>0.25%</td></tr> <tr><td>30年度</td><td></td><td>0.31%</td><td>0.12%</td><td>0.26%</td></tr> </table> <table border="1"> <tr><th colspan="2"></th><th>29年度</th><th>30年度</th><th>差</th></tr> <tr><td>高額請求査定</td><td>件 点</td><td>252 2,936,269</td><td>290 3,209,249</td><td>38 272,980</td></tr> </table>			入院	外来	計	29年度		0.31%	0.09%	0.25%	30年度		0.31%	0.12%	0.26%			29年度	30年度	差	高額請求査定	件 点	252 2,936,269
		入院	外来	計																											
29年度		0.31%	0.09%	0.25%																											
30年度		0.31%	0.12%	0.26%																											
		29年度	30年度	差																											
高額請求査定	件 点	252 2,936,269	290 3,209,249	38 272,980																											
未収金対策 その他の収入確保策	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、催告書の送付ともに計画どおり実施した	臨戸徴収: 29回 (月2.4回) 催告書発送: 3回																									
		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 手術内容に応じ安価な器材使用への移行	手術室稼働率 77%	○	ダビンチの器材のキット化を行った Staplerはシグニアを導入し先端のカートリッジ交換で様々な長さ、厚さのStaplingを電動で行えるようにした 手術糸は安価なものに変更した(ポリソープ、アスフレックス)	<table border="1"> <tr><th></th><th>29年度</th><th>30年度</th><th>差</th></tr> <tr><td>手術室稼働率(%)</td><td>77.3%</td><td>76.8%</td><td>△0.5%</td></tr> </table>		29年度	30年度	差	手術室稼働率(%)	77.3%	76.8%	△0.5%	A棟、E棟Totalで稼働率を高く保つ															
		29年度	30年度	差																											
	手術室稼働率(%)	77.3%	76.8%	△0.5%																											
	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	×	手術の積極的な受け入れ	<table border="1"> <tr><th></th><th>29年度</th><th>30年度</th><th>差</th></tr> <tr><td>全身麻酔件数(件)</td><td>2,748</td><td>2,575</td><td>△173</td></tr> <tr><td>増減率(%)</td><td></td><td></td><td>△6.3%</td></tr> </table>		29年度	30年度	差	全身麻酔件数(件)	2,748	2,575	△173	増減率(%)			△6.3%	年度途中に麻酔科医が2人減となった ただし2人減後、ひと月当たり過去最高数に及ぶ件数の月もあり、 全体の手術件数自体が減った可能性もある												
				29年度	30年度	差																									
	全身麻酔件数(件)	2,748	2,575	△173																											
増減率(%)			△6.3%																												
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口に繋ぐ 令和2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	△	あらかじめ予約がない場合でも認定看護師が当日臨機応変に対応した 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)を設定した(医師に声をかけて依頼の増加につとめた)	<table border="1"> <tr><th></th><th>29年度</th><th>30年度</th><th>差</th></tr> <tr><td>管理料イ(件)</td><td>436</td><td>517</td><td>81</td></tr> <tr><td>管理料ロ(件)</td><td>453</td><td>313</td><td>△140</td></tr> <tr><td>管理料ハ(件)</td><td>204</td><td>252</td><td>48</td></tr> </table>		29年度	30年度	差	管理料イ(件)	436	517	81	管理料ロ(件)	453	313	△140	管理料ハ(件)	204	252	48	管理料イから管理料ロへと繋げていく 管理料算定の少ない診療科に対して、個別に件数増加のための対策を考えていく									
			29年度	30年度	差																										
		管理料イ(件)	436	517	81																										
管理料ロ(件)	453	313	△140																												
管理料ハ(件)	204	252	48																												
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	×	未実施患者の抽出を行い、病棟担当者とチームメンバーで情報共有した	服薬指導実施件数 23,640件(累計) 服薬指導実施率 88.1%(小児科、小児外科、E4病棟を除く)	これまでの実施を継続していく																									
支出の削減	診療材料費の削減	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	<table border="1"> <tr><th></th><th>29年度</th><th>30年度</th><th>差</th></tr> <tr><td>1(重症)件数(件/月)</td><td></td><td>4.6</td><td></td></tr> <tr><td>2(1以外)件数(件/月)</td><td></td><td>5.6</td><td></td></tr> <tr><td>リンパ浮腫指導管理料</td><td colspan="3">82件</td></tr> </table>		29年度	30年度	差	1(重症)件数(件/月)		4.6		2(1以外)件数(件/月)		5.6		リンパ浮腫指導管理料	82件											
			29年度	30年度	差																										
	1(重症)件数(件/月)		4.6																												
	2(1以外)件数(件/月)		5.6																												
リンパ浮腫指導管理料	82件																														
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	○	4月:A6病棟理学療法士1名専従配置、9月算定開始 1月:B6病棟理学療法士1名専任配置、2月試行開始	ADL維持向上等体制加算算定件数(9月~3月) 3,098件	専従者の休みの日に算定する為に専任者の配置を検討																									
薬品費の削減	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	<table border="1"> <tr><th></th><th>29年度決算</th><th>30年度決算</th><th>差</th></tr> <tr><td>入院・外来収益に占める診療材料費の比率(%)</td><td>16.4%</td><td>15.9%</td><td>△0.5%</td></tr> </table>		29年度決算	30年度決算	差	入院・外来収益に占める診療材料費の比率(%)	16.4%	15.9%	△0.5%																	
			29年度決算	30年度決算	差																										
	入院・外来収益に占める診療材料費の比率(%)	16.4%	15.9%	△0.5%																											
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の確立する	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ーの導入には至らなかったが、当センターにおけるベンチマーク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った	ベンチマークの導入に向け具体的な検討を行う																										
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121品目を行った 切替ったものが26品目、現行品目が値下がったものが36品目、 現在も検討中のものが52品目あった	年間で約594万円の削減効果があった																										
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・キートルダなど)の値引き維持に努めた 毎月期限確認を行い、期限切れ前に医師へ周知 期限切れ薬剤の薬事委員会への報告 薬事委員会において期限切れ薬剤の採用有無の審議又は在庫数の検討を積極的に行った 長期連休後、不要薬剤の迅速な返品	<table border="1"> <tr><th></th><th>29年度決算</th><th>30年度決算</th><th>差</th></tr> <tr><td>入院・外来収益に占める薬品費の比率(%)</td><td>11.3%</td><td>12.4%</td><td>1.1%</td></tr> </table>		29年度決算	30年度決算	差	入院・外来収益に占める薬品費の比率(%)	11.3%	12.4%	1.1%	新規採用薬品の値引き増となるよう、業者との話し合いを密に行う 期限切れ確認の徹底 薬事委員会への報告など継続していく 採用申請時、後発医薬品など同効薬で安価な薬品への提案と適正使用の確認 持参薬不足時の採用申請時に、処方継続有無を含めた提案と代替薬への積極的な提案実施																	
	29年度決算	30年度決算	差																												
入院・外来収益に占める薬品費の比率(%)	11.3%	12.4%	1.1%																												

平成30年度の取り組み達成状況

状況欄の「○」は達成済。「△」は一部未達成。「×」は未達成。

様式1

大項目	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)	現状の把握と今後の課題												
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%	○	薬事委員会で積極的に後発医薬品への切り替えの申請を行った	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>29年度</th> <th>30年度</th> <th>差</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>数量ベース(%)</td> <td>90.3%</td> <td>90.9%</td> <td>0.6%</td> </tr> <tr> <td>採用品目ベース(%)</td> <td>60.1%</td> <td>62.1%</td> <td>2.0%</td> </tr> </tbody> </table>		29年度	30年度	差	数量ベース(%)	90.3%	90.9%	0.6%	採用品目ベース(%)	60.1%	62.1%	2.0%	後発医薬品への切り替え該当薬剤は減少傾向だが、引き続き続けていく
					29年度	30年度	差													
	数量ベース(%)	90.3%	90.9%	0.6%																
採用品目ベース(%)	60.1%	62.1%	2.0%																	
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	○	新規開設科からの申請もあったが、一増一減の徹底と、不動薬品の採用中止をすすめた	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>29年度</th> <th>30年度</th> <th>差</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>採用品目数(品目)</td> <td>1,172</td> <td>1,175</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		29年度	30年度	差	採用品目数(品目)	1,172	1,175	3	今後も、実施事項を継続していく						
	29年度	30年度	差																	
採用品目数(品目)	1,172	1,175	3																	
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"> <thead> <tr> <th></th> <th>29年度決算</th> <th>30年度決算</th> <th>差</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>医薬収益に占める委託費の比率(%)</td> <td>8.5%</td> <td>8.7%</td> <td>0.2%</td> </tr> </tbody> </table>		29年度決算	30年度決算	差	医薬収益に占める委託費の比率(%)	8.5%	8.7%	0.2%	引き続き、十分な引き継ぎ期間を考慮した入札を実施するため、債務負担行為の設定を検討する					
	29年度決算	30年度決算	差																	
医薬収益に占める委託費の比率(%)	8.5%	8.7%	0.2%																	
自己評価		30年度の総合的な所見			元年度に向けて			委員会評価												
○		収入の確保では、新入院患者数は目標に届かなかったものの、初診患者数との合計では前年度と比べて大幅に増加した。また、診療依頼を断らない体制の強化や返書管理を行ったことに加え、選定療養費の影響により、紹介率・逆紹介率も前年度から上昇した。支出の削減では、手術の高度化に伴って診療材料費が増加しているものの、より安価な同種同効品への切り替えを積極的にを行い、年間で約594万円の削減効果があった。また、入院・外来収益に占める薬品費の比率は目標に対して0.8ポイント届かなかったが、薬品の採用品目数については診療科の増設があったにも関わらず、ほぼ前年度並みの実績となり目標を達成した。			収入の確保については、さらなる新入院患者数および初診患者数の増加を目指すとともに、紹介率・逆紹介率の向上に努めていく。また、診療報酬請求の適正化に向け、取り漏れ等への対応を維持していくとともに、査定原因の分析・周知を行っていく。加えて、ADL維持向上等体制加算やリンパ浮腫複合的治療料など各種加算の算定件数増加に向け、取り組みを続けていく。支出の削減については、入院・外来収益に占める診療材料費および薬品費率の目標達成を目指し、引き続き同種同効品への切り替えやベンチマークシステムの活用等を行い、費用の抑制に努める。															

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)	現状の把握と今後の課題																																									
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6,800件																																										
			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	医療安全対策文書の作成 21回実施(平成29年度11回)																																									
	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	研修会の開催 3回(平成29年度は2回)																																										
診療密度の向上	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 10.3日 (29年度 10.5日)	12月まではしたいに低下傾向となっていたが1月、2月と悪化傾向となった さらなる病連携や退院・転院支援の強化が必要																																									
			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 48件	7月から運用開始 心不全バス運用実績 6件	心不全連携バスの推進																																								
	重症度、医療・看護必要度の向上	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、評価の整合をとる	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 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"> <thead> <tr> <th></th> <th>必要度Ⅰ</th> <th>必要度Ⅱ</th> <th></th> <th>必要度Ⅰ</th> <th>必要度Ⅱ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4月</td> <td>38.1</td> <td>38.2</td> <td>10月</td> <td>34.7</td> <td>35.5</td> </tr> <tr> <td>5月</td> <td>36.4</td> <td>35.4</td> <td>11月</td> <td>33.8</td> <td>34.0</td> </tr> <tr> <td>6月</td> <td>34.9</td> <td>35.8</td> <td>12月</td> <td>35.5</td> <td>36.1</td> </tr> <tr> <td>7月</td> <td>34.5</td> <td>34.7</td> <td>1月</td> <td>34.8</td> <td>30.6</td> </tr> <tr> <td>8月</td> <td>34.8</td> <td>35.2</td> <td>2月</td> <td>34.1</td> <td>33.9</td> </tr> <tr> <td>9月</td> <td>35.4</td> <td>32.9</td> <td>3月</td> <td>33.1</td> <td>30.7</td> </tr> </tbody> </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	35.5	5月	36.4	35.4	11月	33.8	34.0	6月	34.9	35.8	12月	35.5	36.1	7月	34.5	34.7	1月	34.8	30.6	8月	34.8	35.2	2月	34.1	33.9	9月	35.4	32.9	3月	33.1	30.7
	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	35.5																																												
5月	36.4	35.4	11月	33.8	34.0																																												
6月	34.9	35.8	12月	35.5	36.1																																												
7月	34.5	34.7	1月	34.8	30.6																																												
8月	34.8	35.2	2月	34.1	33.9																																												
9月	35.4	32.9	3月	33.1	30.7																																												
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3回(1回はワークショップ)行った バス学会で発表を行った(2題)	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>29年度</th> <th>30年度</th> <th>差</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>見直したバス件数(件)</td> <td></td> <td>188</td> <td></td> </tr> <tr> <td>バス適用患者数(人)</td> <td>6,788</td> <td>6,856</td> <td>68</td> </tr> <tr> <td>新規バス件数(件)</td> <td>8</td> <td>32</td> <td>24</td> </tr> <tr> <td>バス適用率(%)</td> <td>53.3%</td> <td>52.2%</td> <td>△1.1%</td> </tr> </tbody> </table>		29年度	30年度	差	見直したバス件数(件)		188		バス適用患者数(人)	6,788	6,856	68	新規バス件数(件)	8	32	24	バス適用率(%)	53.3%	52.2%	△1.1%	30年度に新規バス作成が多かったため、今後バス適用患者数、バス適用率の増加が期待できる																					
	29年度	30年度	差																																														
見直したバス件数(件)		188																																															
バス適用患者数(人)	6,788	6,856	68																																														
新規バス件数(件)	8	32	24																																														
バス適用率(%)	53.3%	52.2%	△1.1%																																														
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																																											
			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																																											
	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	○		平成31年2月8日から3月1日の日程で工事を実施																																										
	システムの計画的な更新		計画的に更新する	放射線画像管理システム	○	平成30年7月更新																																											
				検体検査システム	○	平成31年3月更新																																											
			細菌検査システム	○	平成31年3月更新																																												
			輸血管理システム	○	平成31年3月更新																																												
			財務会計システム	○	平成31年1月更新																																												
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	予定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 循環器内科(EVT、PM、アブレーション)の導入	○予定入院患者56%に介入(平成29年度 50%) ○予定手術患者90%に介入(平成29年度 80%)																																										
	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	診察予約時間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 1,681件(前年1,320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分)、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																																									
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 病棟クラーク配置により全病棟患者案内を行う	患者満足度調査 「ほとんど良い」以上の割合80%以上	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 ・来院者の飲食用に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か所設置 ・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 入院:38項目中15項目が「ほぼ満足」80%以上、17項目は昨年より増加 外来:41項目中2項目が「ほぼ満足」80%以上、14項目は昨年より増加 待ち時間に対する不満コメントが49件と多かった 医師、看護師の対応に対する満足度は上昇、一方清掃職員への不満が6.2%増加	予約変更対応時間拡大																																									

平成30年度の取り組み達成状況

状況欄の「○」は達成済。「△」は一部未達成。「×」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)	現状の把握と今後の課題															
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	○	35回公開医療講座 7月 皮膚科 36回公開医療講座 10月 小児科 37回公開医療講座 1月 歯科口腔外科 38回公開医療講座(がん市民講座) 3月 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等	年4回実施 第35回公開医療講座 入場者数 43人 第36回公開医療講座 入場者数 42人 第37回公開医療講座 入場者数 71人 第38回公開医療講座 入場者数 37人																
		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 西図書館以外の図書館での開催 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	西図書館年12回実施(12回) 西図書館以外での実施(東図書館2回、北図書館2回)																
		HPの充実	HPリニューアルに必要となる仕様等を作成し、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	1者から参加申し込みがあり、プレゼンテーションを実施したが、業者特定には至らなかった	来年度でのリニューアルに向け、予算の増額、仕様等の見直し															
	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・コ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・所属長を除く全常勤職員を対象に、部下の側からすすんで上司に働きかけ、目標達成のための上司との関わり方をマネジメントするボスマネジメント研修を10回実施した	平成30年度は対象者の概ね半数となる223名を対象に実施	幅広い職種に対し、より効果的な研修内容を模索する必要がある															
	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	○	広報ふなばしへの募集記事掲載 市の善行表彰2名受賞 ボランティア活動拡大(A7病棟プレイルーム整理・飾り付け) ボランティア研修、幹部職員との意見交流会	ボランティア数 20人																
良質なチーム医療	良質な人材の確保	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	△	積極的なリクルート活動を行なった	平成30年度に放射線診断医1名、放射線治療医1名、腎臓・リウマチ膠原病内科医1名、脳神経内科医1名を確保した 平成31年4月に計8名の医師増員となった	まだ確保できていない診療科について引き続き努力する															
		看護師の確保・育成	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出席研修 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) 特定創傷管理モデル1名修了 訪問看護認定看護師1名、認知症看護認定看護師1名認定試験合格 脳卒中看護、摂食嚥下、緩和ケア認定看護師研修修了	新病院に向けて採用計画立案															
	チーム医療の充実	栄養サポートチーム(NST)の充実	「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	×	「経腸栄養のてびき」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	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>29年度</th> <th>30年度</th> <th>差</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NST加算件数(件)</td> <td>516</td> <td>480</td> <td>△36</td> </tr> </tbody> </table>		29年度	30年度	差	NST加算件数(件)	516	480	△36	上部消化管癌の手術患者数が少なかったために全体の件数は減少 他の診療科の件数はスクリーニング法の変更により増加している ので、現在の取組を継続していく							
		29年度	30年度	差																			
	NST加算件数(件)	516	480	△36																			
	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、合同チームでの回診、カンファレンスを行った リエゾンセンターの勉強会を開催し、知識の普及に努めた	合同チームでの回診、カンファレンス 0.83回/週 (精神科リエゾンチームでの回診 1.78回/週、精神科リエゾンチームでのカンファレンス 毎日) リエゾンセンターの勉強会 年3回	精神科医師などのスタッフのマンパワーの拡充が望まれる																
	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	○	あらたに下記の業務を行った ・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 ・退院時に持参薬処方が残ってしまっている場合の中止処方の入力 ・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	医師事務作業補助体制加算15:1の維持ができています																	
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名出動者を増員し対応	平日実施患者の51.06%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あり未達成	人員体制の整備																
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7.8%、新人4.7% 年次休暇消化日数 前年度より12.1%減 29年度9.9日、30年度6.7日 超過勤務減少 前年度より5.4%増 29年度6.11時間、30年度6.44時間																	
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	△	利用できる職種の範囲を非常勤を含めた全職種に拡大 長期休暇期間中(年末年始)の保育利用を開始	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>29年度</th> <th>30年度</th> <th>差</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>通常保育利用者数(人)</td> <td>28</td> <td>39</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>二重保育利用者数(人)</td> <td>35</td> <td>12</td> <td>△23</td> </tr> <tr> <td>夜間育児利用者数(人)</td> <td>15</td> <td>5</td> <td>△10</td> </tr> </tbody> </table>		29年度	30年度	差	通常保育利用者数(人)	28	39	11	二重保育利用者数(人)	35	12	△23	夜間育児利用者数(人)	15	5	△10	
		29年度	30年度	差																			
通常保育利用者数(人)	28	39	11																				
二重保育利用者数(人)	35	12	△23																				
夜間育児利用者数(人)	15	5	△10																				
	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	△	制度を周知する説明会 1回(看護局のみ)	育児短取得者数 H30.4現在 6名 → H31.4現在 14名																	
自己評価		30年度の総合的な所見			元年度に向けて			委員会評価															
○		平成30年度は脳神経内科や腎臓内科、リウマチ科など診療科の新設を行った。施設・設備及び医療機器等の計画的な整備についても、計画的なシステムの更新、手術支援ロボットの導入など、さらなる診療機能の充実に努めた。医療安全に関しては、職員の意識向上に努め、インシデント報告件数、医療安全マニュアルの見直し、研修の開催等、軒並み目標値を上回る結果となった。患者サービスについては、予約枠の増設や講演会等の実施、ボランティアの活用等、サービスの向上を目指して取り組んだ。			クリニカルバス大会の実施により、さらなるバスの整備を行い、バス適用患者数およびバス適用率の目標達成を目指す。患者サービスの向上については、引き続き外来診療枠の見直しを行うことで待ち時間の短縮に努めるほか、情報提供を推進するための公開医療講座や医療講演会・医療相談会を継続していく。 良質なチーム医療については人材の確保および育成に努めるほか、ドクターエイドの業務拡大や病棟クラークの活用により負担軽減を図る。																		

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)	現状の把握と今後の課題								
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 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	○	ベッドコントロールの実施 救急運営委員会の開催 救急車受け入れ台数の増加	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>29年度</th> <th>30年度</th> <th>差</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>救急車受け入れ台数(台)</td> <td>4,083</td> <td>4,442</td> <td>359</td> </tr> </tbody> </table>		29年度	30年度	差	救急車受け入れ台数(台)	4,083	4,442	359	年度後半での空床確保が問題 外来滞在時間の削減 これ以上受入数を増やすには救急外来スタッフの増員が医療安全及び労働環境整備には必須である 救急外来看護師増員が必要 救急医の増員が必要
		29年度	30年度	差												
	救急車受け入れ台数(台)	4,083	4,442	359												
	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	○	三次救急患者受け入れの増加	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>29年度</th> <th>30年度</th> <th>差</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>三次救急患者数(人)</td> <td>1,293</td> <td>1,359</td> <td>66</td> </tr> </tbody> </table>		29年度	30年度	差	三次救急患者数(人)	1,293	1,359	66	重症患者受け入れには経験のあるスタッフの増員が必須である
	29年度	30年度	差													
三次救急患者数(人)	1,293	1,359	66													
	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	△		4月～3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 327例 ※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	受け入れ割合は出せなかったが、総数としてはほぼ満足する数を受け入れていた								
	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	○	紹介患者を、ほぼ全例受け入れた	脳卒中センター開設(H30.4.1) 脳神経内科医 1名確保 SCU病床稼働率 99.38% 脳卒中の緊急入院患者数 502人	SCU病床稼働率は飽和状態に近い、在院日数の短縮が今後の課題								

平成30年度の取り組み達成状況

状況欄の「○」は達成済、「△」は一部未達成、「×」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)	現状の把握と今後の課題
地域がん診療連携拠点病院の充実	体制の整備	将来的に指定要件が厳格化されることを見込んだ整備	がんサポーボードの整備 「いろんなつらさの問診票」の件数増加 緩和ケアリンクナースの配置	「いろんなつらさの問診票」の件数 前年度の20%増	△	薬剤局でガイドラインに準拠した安全キャビネットを設置した 化学療法小委員会にて「外来化学療法問診票」「免疫チェックポイント阻害薬の問診票」を作成した	・平成30年度に地域がん診療連携拠点病院として提出した平成29年のがんサポーボード検討率 28.6% ・「いろんなつらさの問診票」の件数 前年度比49%減 ・緩和ケア講習受講率(「がん診療連携拠点病院などの整備に関する指針」の変更あり) ^{※1} 1年以上自施設に所属するがん診療に携わる医師・歯科医師の受講率 96.4%(54/56人) ^{※2} 自施設に所属する臨床研修医の受講率 63.6%(14/22人) ※うち臨床研修医2年生は受講率100%(11/11人) ・緩和ケアリンクナースの配置 令和元年度から8部署となっている	※1 がん診療連携拠点病院などの整備に関する指針の変更があった (旧)初期臨床研修2年目から初期臨床研修修了後3年目までのすべての医師が当該研修を終了する体制を整備すること (新)自施設に所属する臨床研修医及び1年以上自施設に所属するがん診療に携わる医師・歯科医師が当該研修を修了する体制を整備する ※2 麻酔科、整形外科、リハビリテーション科の医師を加えた場合の受講率は75.0%(54/72人)
			症状緩和に係るクリニカルパスの整備 外来化学療法室における苦痛のスクリーニング等の整備 医療機器の整備	緩和ケア講習受講率 がん診療医 90% 初期臨床研修2年目から初期臨床研修修了後3年以内の医師100%				
	緩和ケア専従医を確保し、緩和ケア病棟の運営充実を図る	緩和ケア医の確保	緩和ケア専従医1名の確保 緩和ケア病棟稼働率 90%	×	緩和ケア病棟転棟依頼から転棟までの期間短縮を図った	緩和ケア病棟稼働率 73.9%(初めて100%達成日があった)	令和元年5月より緩和ケア専従医(兼任)を配置	
	乳腺センターの開設	乳腺外科、形成外科、放射線治療科、病理検査室、乳がん認定看護師、薬剤局などの各部門がさらに密接に連携し、ひとりの乳がん患者の診療の充実を図る	人員の確保、各部門連携の強化、地域への伝達 遺伝性乳がんへの取り組み	乳腺センターの開設 乳腺疾患手術例 250～300例/年	○	日常診療、勉強会などを通じて各部門の連携強化、外部への発信(訪問、ホームページ改定)	乳腺センター開設(H30.4.1) 乳腺疾患手術例 277例	
	地域医療支援病院の強化	前方連携の強化 連携医訪問の実施	訪問先選定の検討 (例・がん患者、手術患者の紹介元となり得る連携医を中心とした訪問) 訪問先連携医からの要望・苦情等の収集、病院運営への反映	120件	×	訪問先選定の検討 訪問先連携医からの要望・苦情等の収集、病院運営への反映	84件(29年度 116件)	○積極的な日程調整 ○データ活用による訪問先選定
	胃がん検診の推進	胃がん検診の受診者数を増やしていく	前年度の2割増	△	医療センター主催の講演会の前などに、胃がん検診の案内のスライドを提示した	30年度 214件(29年度183件 前年度比16.9%増)	経鼻内視鏡による検診の導入の検討	
	連携医優先予約診療患者数の増	連携医訪問 連携医側が利用しやすい予約システムの提供 返書管理 予約枠の適正化	3,000人	○	連携医訪問 連携医側が利用しやすい予約システムの提供 患者からの直接予約の開始	30年度 4,007人(29年度 3,681人) ※334.0人/月(29年度 306.8人)		
	診療依頼を断らない体制の強化	各診療科に責任者(原則として部長)を設定し、責任者が窓口となり、連携医からの診療依頼に対応する	診療依頼は原則全員受け入れる	○	各診療科に責任者(原則として部長)を設定し、責任者が窓口となり、連携医からの診療依頼に対応する	H29年度(6カ月)受電867人(144.5人/月) 即入院458人 H30年度(12カ月)受電2,128人(177.3人/月) 即入院1,076人		
後方連携の強化	退院支援の充実	病棟での退院支援の実践 退院支援看護師研修の継続 退院支援リンクナース会の運営 退院支援勉強会の継続	入院支援加算1 5,800件 介護支援等連携指導料 500件 退院時共同指導料2 130件	○	病棟での退院支援の実践 退院支援看護師研修の継続 退院支援リンクナース会(4回/年) 退院支援勉強会(3回/年) 倫理カンファレンス(1回/年)			
		連携システムの確立(療養先選択肢の拡大)	病院との連携強化 介護施設との連携強化 病院・介護施設等の特徴についての調査・整理	転院先となる病院・介護施設の訪問 年間12件	○	病院との連携強化 介護施設との連携強化	転院先となる病院・介護施設の訪問 18件	
	退院調整看護師の積極的な活用(訪問看護ステーション設置の検討)	退院前・退院後訪問指導 在宅患者訪問看護指導 在宅同行訪問研修の実施	退院前・退院後訪問指導 10件 在宅患者訪問看護指導料を算定できる体制づくり	○	訪問看護ステーション設置を検討する研修会に担当看護師長、訪問看護認定看護師が参加 高度な看護師による在宅訪問指導1件 退院支援看護師への在宅訪問研修は全員終了			
災害拠点病院の充実	災害時における体制の整備	災害時の対応について訓練を実施すると共に、防災マニュアルを定期的に見直す 災害に備える対策と災害後の病院機能回復への対策(BCP)を策定し、定期的に見直す DMATの充実を図る	BCPの策定 防災訓練の実施と評価 防災マニュアルの見直し NBC災害等対応研修参加(DMAT)	平成30年8月までにBCP策定 防災訓練の実施 年1回 DMAT隊員2名の増員	△	BCP 平成30年5月21日に策定した 防災訓練の実施 1回(8月26日)	DMAT隊員 計15名(増員なし)	
自己評価		30年度の総合的な所見			元年度に向けて		委員会評価	
○		救急車受け入れ台数、三次救急患者数は前年度から増加し、目標を達成した。地域医療支援病院の強化について、連携医訪問件数は目標に達しなかったものの、連携医優先予約診療患者数、入院支援加算1、介護支援等連携指導料、退院時共同指導料2、退院前・退院後訪問指導件数等、その他の地域連携に関する項目はほぼ目標を達成している。災害拠点病院としてはBCPを策定し、防災訓練を実施した。			救命救急センターについては積極的な受け入れ体制を維持していく。地域がん診療連携拠点病院については、高度型を目指し、緩和ケアセンターを設立する。地域医療支援病院については、引き続き連携医の方々からの診療依頼を断らない体制の強化など前方連携の強化に努めるとともに、退院前・退院後訪問指導を積極的に行うための体制づくりをはじめ、後方連携のさらなる強化を行う。			

4. 教育・研修等の充実

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)	現状の把握と今後の課題
臨床研究部の充実	治験実施件数の増加	治験実施件数を維持できる院内体制整備 精度管理に関する整備	実施診療科を拡充 実績率の安定	年間9件の新規治験の受託	○	院内CRCとして患者対応ができた 脳神経外科、消化器内科で初めて治験患者の組み入れができた	新規治験受託件数 10 件	臨床研究法への対応
教育・研修等の充実	先進医療に対応できる医療職の育成	学術発表(学会発表・論文作成)を促進し、これをサポートする	学会発表の参加費を助成する	論文 30編 学会発表 100回	○	学術発表を促進した	論文 40編 学会発表 113回	
	看護師の専門性の向上	認定資格等の取得	特定行為研修受講 感染、皮膚排泄ケア、摂食嚥下、救急、重症集中、緩和ケア、認定看護師育成	特定行為研修に1名以上(感染関連、創傷関連、呼吸器関連、循環器関連) 認定看護師1名	○	研修受講のための勤務調整	特定行為研修 1名 特定行為(インスリン調整) 1名修了、創傷管理モデル1名修了 (感染関連、創傷関連、呼吸器関連、循環器関連) 認定看護師 3名 訪問看護認定看護師1名、認知症看護認定看護師1名 認定試験合格 がん放射線療法看護認定看護師1名採用 脳卒中看護、摂食嚥下、緩和ケア認定看護師研修受講	2020年より「特定認定看護師」と制度が変わるため、2019年は研修受講はしない すでに認定資格をもつ看護師に特定行為研修受講を勧める 特定行為実施基準、手順書の作成と活動開始
	薬剤師の専門性の向上	認定薬剤師の育成	日本病院薬剤師会基礎認定取得	1名	○	日本病院薬剤師会病院薬学認定薬剤師 3名 日本病院薬剤師会感染制御薬認定薬剤師 1名	認定薬剤師 4名	学会、研修受講等のための勤務調整
	メディカルスタッフの専門性の向上	資格認定等の取得	新たな認定資格の取得 ・臨床検査技師 3名 ・放射線技師 1名 ・臨床工学技師 1名 ・理学療法士 2名 現在の認定資格の維持 ・管理栄養士		○	臨床検査技師全員が「検体採取などに関する厚生労働省指定講習会」の受講を終了した	新たな認定資格の取得 ・臨床検査技師 3名 ・放射線技師 2名 ・臨床工学技師 2名 ・理学療法士 2名 現在の認定資格の維持 ・管理栄養士 1名新たに取得	
	事務の専門性の向上	事務局内の専門研修を実施する 外部の専門的研修への参加	事務局職員向けの組織横断的な内部研修を実施する 病院職員向け研修を受講する	・内部研修 6回 ・外部研修 42人	△		・内部研修 1回 ・外部研修 62人	
	病院職員の意識改革	講演会の開催	全職員を対象とした講演会を開催する	1回	○	全職員を対象にした講演会を行った	1回実施(平成31年1月21日) 講演内容等:「ホスピタリティとは？」	
	臨床研修病院の充実	臨床研修病院として、卒業研修教育に力を注ぎ、将来地域に還元できるような医師を育成する	初期研修マッチングにおける医師の確保 卒業教育センターへの基本構想 JCEP認定の更新	12名フルマッチ JCEP4～6年の再認定	○	病院見学やレジナビへの参加、研修待遇の見直し JCEP更新への院内への周知、早期からの準備	12名フルマッチ JCEP4年の更新認定	
	新医師専門医制度への対応	新しい医師専門医制度に対応し、多くの専攻医が集まり、専攻医を育成する体制を作る	基幹施設として専攻医を公募する(外科、小児科、救急科、麻酔科) 他の基本領域について、連携施設として専攻医を受け入れる 内科の基幹施設申請に向けて検討する	基幹施設の4領域について、各1名の専攻医育成を開始する	△	4領域について基幹施設として研修プログラムを作成し公募した	令和元年度に基幹施設として3名の専攻医を受け入れた(小児科) 連携施設としての専攻医は11名受け入れた	
自己評価		30年度の総合的な所見			元年度に向けて		委員会評価	
○		臨床研究部の充実については、新規治験受託件数が10件と目標を達成した。各部署で教育の充実を図り、職員のスキルアップに力を入れた結果、看護師2名、薬剤師4名、臨床検査技師3名、放射線技師2名、臨床工学技士2名、理学療法士2名、管理栄養士1名が認定資格を取得した。また、がん放射線療法看護認定看護師を1名採用した。			引き続き、医師をはじめとした医療スタッフのスキルアップのため、学会発表の参加費の助成や研修受講のための勤務調整など、認定資格の取得へ向けた育成・支援に力を入れていく。事務職員の専門性の向上については、内部研修を行い、知識の習得に努める。新医師専門医制度への対応については、内科基幹施設の取得に向けて準備を行うとともに、専攻医の育成を積極的に行っていく。			