

| | BSCの当初目標設定内容 | | | 年間進捗状況 | | | | 評価・今後の対応 |
|------------------------------|---------------------------|-------------------------|-------------------------|---|---|--------|---|---|
| | 業績評価指標 | 数値目標 | 主なアクションプラン | アクションプラン取組の有無 | アクションプラン実績 | 数値目標実績 | 4段階評価 | |
| 顧客の視点 | 入院患者満足度調査評点 | 4.5 | 接遇および患者さんの視点に立った病院機能の向上 | ◎ | ・入院および外来患者満足度調査の実施 | 4.5 | A+ | <接遇および患者さんの視点に立った病院機能の向上> ・患者満足度調査において患者さんからいただいたご意見・ご要望について、各所属で改善できるものから改善を行い、病院HPIに掲示した。 ・今後も引き続き取組みを行うこととする。 |
| | 外来患者満足度調査評点 | 4.1 | 相談機能(総合相談等)の充実 | ○ | ・意見・苦情に係る院内調整に努めた。 ・常勤MSWの配置 ・医療福祉相談の実施 ・医療・福祉相談マニュアルの改 | 4.0 | B | <相談機能(総合相談等)の充実> ・常勤MSWの配置により相談体制の充実が図れた。 ・フロアマネージャーの配置についての検討を進める。 |
| | | | 病院機能の再構築(新病棟の建設) | ○ | ・実施設計の完了 ・新病棟本体工事予算の確保 ・先行工事の実施(小児保健医療センター療育部補償工事、総合保健専門学校寄宿舎解体工事、旧エネルギーセンター解体工事、インフラバイパス工事等) | | | <病院機能の再構築(新病棟の建設)> ・実施設計が完了した。また、新病棟本体工事予算が認められ、平成25年度からの着工予定となるなど、順調に取組が進んでいる。 ・先行工事についても順調に進んでいるが、埋蔵文化財発掘調査は今年度は先行工事箇所のみとなり、本格的な発掘調査は平成25年度に行うこととなった。 |
| | 遠隔病理診断参加病院数 | 5 | 遠隔・迅速病理診断支援の実施体制の確率・推進 | ◎ | ・物的および人的ネットワークの構築 ・広域連携の検討 ・臨床検査技師教育・育成(基盤部分) ・県内接続拠点としては、草津総合病院・公立甲賀病院・滋賀医大付属病院・国立滋賀病院・近江八幡市立総合医療センター・済生会滋賀県病院・大津赤十字病院について接続完了。 | 9 | A+ | ・5病院+滋賀医大病理学教室、済生会滋賀県病院、大津赤十字病院、堺町御池病理診断科クリニックにネットワークの構築ができた。 ・県を跨ぐ府県連携に向け、検討を始めた。 ・25年度からシステムの本格稼働を行う。 (基盤部分) ・草津総合病院との接続時における程度ノウハウを蓄積出来たため、2例目以降はかなり手際よく対応可能となった。各拠点のルータのconfig修正対応もリモートで行えるようになり、環境は改善されている。リモート対応を含めたconfig投入・修正のノウハウ伝承が課題である。 |
| | 健康情報番組(BBCいきいき健康ライフ)の放送回数 | 16 | 健康情報の発信 | ◎ | ・びわ湖放送に収録、放映を委託することで、疾病予防のプログラムで年間を通じた情報発信ができた。 ・ふれあいハートの発行(4回) | 24 | A+ | <健康情報の発信> ・テレビ番組については、重点施策の他に、外部資金を活用して6ヶ月(24回分)の放映ができた。次年度は重点施策として4ヶ月(16回分)の放映を行うことで、県民への情報発信を行う。 ・院内刊行誌「ふれあいハート」については、6・9・12・3月に発行し、関係先に配布した。 |
| | | | 入院・外来患者への栄養情報の提供 | ○ | ・栄養情報展示(6回) ・入院患者への栄養情報配布(3回) ・院内ビデオによる病院食の紹介(1回) | | | <入院・外来患者への栄養情報の提供> ・今年度目標は達成できた。次年度も継続するとともに次年度目標に向けて実施する。 |
| | | | 疾病・介護予防センターの創設・推進 | △ | ・「0次予防」をテーマにシンポジウムを開催し、これからの予防のあり方について県内関係者や一般市民に情報提供した ・「これからの予防を考える懇話会」を2回開催し、県内の情報収集を行った。 | | | <疾病・介護予防センターの創設・推進> 新規事業であり、今年度は目標を具体化することに時間を要した。 ・成人病センターに疾病・介護予防センターを創設する意義を明確に示せるよう、H25年度以降のプランを修正していく。 |
| | 紹介患者数(月平均) | 840 | | ○ | ・湖南圏域における病診連携に係る意見交換会への参加(8月) ・地域医療連携懇話会への参加(8月) ・湖南がん診療ネットワークミーティングの開催(5/31、7/12、9/13、11/15、1/17、3/14) | 809 | B | ・前年度より紹介患者数は増加しているものの目標数値には達しなかった。今後も引き続き地域連携の取り組みを進める。 ・地域連携クリニカルパスの運用・管理体制の整備を図っていく。 |
| | 退院調整カンファレンスの開催回数 | 150 | 地域医療連携の推進 | ◎ | ・看護師およびMSWを増員し、退院調整の推進を図った。 ・退院調整カンファレンスの開催 ・退院調整リンクナース会議等への参加 ・在宅緩和ケア研修会の開催(3/17) | 272 | A | <地域医療連携の推進> ・計画どおり進んでいる。 ・今後も引き続き取り組みを推進していく。 |
| | | | 病診在宅連携体制の構築 | ○ | ・守山市、守山市民病院、医師会を交えた懇話会を開催し、病診在宅への流れ(病院間の連携、病診間の連携)の検討を行った。 | | | <病診在宅連携体制の構築> ・成人病センター、守山市民病院、守山市、守山野洲医師会の4者で連携についての共通の認識が構築できた。 ・成人病センター、守山市民病院間の情報ネットワークの構築に向けての検討、診療支援の検討、病診在宅連携推進センターの設置に向けての検討を行い、守山市に設置する方向で結論づけた。 |
| 地域医療ネットワークシステムによる医療情報共有 | | | △ | 湖東・湖北地区基盤を基にした全県型NWへの拡張設計、対守山市民病院接続はスモールスタートを想定した設計 | <地域医療ネットワークシステムによる医療情報共有> 先方の事情や他の要因に左右されることが多く、計画通りに進まない場合がある。 全体の設計(全県型NW及び対守山市民病院接続)や、接続拠点側との個別調整や全体調整を行う。 | | | |
| 人材育成センター研修了者数(院外) | — | 人材育成センターの推進 | ◎ | ・人材育成推進協議会を3回開催 ・西6棟の改修 ・人材育成研修を5回開催 | 2 | A+ | ・概ね計画どおりに実施。 ・24年度は、試行的に研修を実施したことから、主に院内の職員の受講であったが、25年度は受講生を全県より広く募集して実施する。 | |
| がん患者数(年間退院患者数) | 2,910 | 診療成績等の積極的な公表 | ◎ | ・院内がん登録2001年～2011年診断例についての統計を作成した。また、情報公開の指針を満たした部位について5年生存率集計を行った。それぞれをホームページに公開する作業を進めている。 ・地域がん登録では、必要精度をクリアし、全国モニタリング集計2003-2005年生存率集計に参加した。 | 2,976 | A+ | <がん診療成績等の積極的な公表> ・データ精度を維持向上し、定期的な統計作成と、公開情報の改訂を継続していく。 | |
| 脳神経疾患・心臓血管疾患・糖尿病患者数(年間退院患者数) | 2,250 | 高度医療機器の計画的な導入 | ○ | ・成人病センター医療機器整備方針を策定した。 | 1,958 | B | <高度医療機器の計画的な導入> ・医療機器整備検討部会において計画的に機器の更新を行う。 | |
| 悪性腫瘍手術件数(うち5大がん) | 930(480) | 手術療法、化学療法、放射線療法、緩和ケアの充実 | ○ | ・がん診療セミナー12回(県民公開講座5回を含む)、グランドセミナー(成人病センターがんセンターボード)1回、化学療法部講演会、薬剤部講演会を各1回開催。 ・がん看護研修の開催(5月～9月、計7回) ・滋賀県緩和ケア研修の開催(5月、12月) ・MRI・小線源放射線治療装置講演会・施設見学会の開催 ・委員会の開催(7月、11月) | 930(536) | A | <手術療法、化学療法、放射線療法、緩和ケアの充実> ・がん関係の研修、がん診療セミナーは予定どおり開催できた。 ・委員会は厚生労働省からの拠点病院指定更新書類作成通知、更新通知が遅れたため、開催時期の遅れ、開催中止が生じたものの概ね予定どおり取り組めた。 | |

| | BSCの当初目標設定内容 | | | 年間進捗状況 | | | 評価・今後の対応 | |
|--------------|------------------------------|---------|-------------------------|---|---|--------|---|--|
| | 業績評価指標 | 数値目標 | 主なアクションプラン | アクションプラン取組の有無 | アクションプラン実績 | 数値目標実績 | | 4段階評価 |
| | 放射線治療件数(月平均) | 840 | がん相談支援センターの機能充実 | ◎ | ・看護師およびMSWを増員し、がん相談支援体制の整備を図った。 ・相談員基礎研修の受講 基礎研修Ⅰ、Ⅱ 1名 基礎研修Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ 1名 ・がん相談員研修会の開催(11/22) ・相談事例検討会の開催(2/18) ・「滋賀の療養情報」の発行、配付を行った。 | 891 | A+ | <p><がん相談支援センターの機能充実></p> <ul style="list-style-type: none"> ・常勤MSWの配置により、多職種による相談体制が整った。 ・相談件数の適正管理を図る。 ・今後もがん相談支援センターの相談員の資質向上に努めるとともに引き続き広報等に取り組んでいく。 <p><がん診療連携の推進></p> <ul style="list-style-type: none"> ・今年度から、滋賀県がん診療連携協議会に歯科医師会、歯科衛生士会に加入いただくとともに、各部会にはがん診療連携支援病院に参画いただいた。 また各部会で新しい取組を行い、県内のがん診療連携をさらに推し進めることができた。 滋賀県がん対策推進計画改定に対して協議会としての意見を反映いただくなど、がん対策にも寄与することができた。 患者会事業にも講師派遣・場所の提供を行い、がん患者サロンを協力して開催し、連携を進めることが出来た。 <p><病理診断の迅速化></p> <ul style="list-style-type: none"> ・今後も医療機器整備検討委員会に機器購入の必要性を要望していく。 |
| | 外来化学療法件数(月平均) | 280 | がん診療連携の推進 | ◎ | ・滋賀県がん対策推進計画改訂への対応でスケジュール変更があったものの、計画どおり部会等の開催を行った。 ・がん患者サロンの開催等、患者会との連携も予定どおり進めることができた。 | 444 | A+ | |
| | | | 病理診断の迅速化 | △ | ・新たに病院の医療機器整備方針が策定されたため、スケジュールが遅れている。 | | | |
| | インシデント・アクシデントレポートに対する分析・活用件数 | 50 | インシデント、アクシデントレポートの分析・活用 | ○ | インシデントレポート総数：1536件 (医師54件) 合計レポート分析、活用数：53件 ○医療安全対策室 医療安全カンファレンス総数：74件 分析・活用数：23件 ○各所属インシデントカンファレンス数 総数：739件 ○各所属レポート分析数 SHELL分析：13件 RCA分析：15件 ○医師レポート提出数 54件 提出率4% | 53 | A | ・今年度の数値目標は達成できたが、今後も各所属での分析を充実していくために、各所属にて、SHELL分析・RCA分析を使用して、根本原因を明確にし対策を立案できるように教育・育成を行っていく |
| MRSA感染件数 | 0.5% | 感染対策の充実 | ◎ | ・院内感染対策サーベイランス ・カルバペネム系抗菌薬届出および抗MRSA薬届出の率の向上 ・ICT感染症ラウンドおよびカルテラウンドを導入し検出菌、抗菌薬使用状況を情報共有し、主治医に抗菌薬適正使用および培養検査を依頼。 ・標準予防策および接触感染予防策実施の指導 ・血液培養2セット実施の啓発 | 0.55% | B+ | ・ICT感染症ラウンドおよびカルテラウンドを毎週施行し、中間評価以降は特に抗菌薬適正使用について主治医へメッセージを発信する取り組みが実践できた。 ・引き続きの抗菌薬適正使用に対する意識付けと、それに対する啓発が必要である。 ・ICTにより、抗菌薬適正使用について一般的な指導は行えるが、感染症治療は専門医がいいため十分ではない。難治・重症感染症例に対する、感染症専門医の指導を頂くような機会を増やす必要がある。 ・薬剤耐性菌の発生を予防することと伝播防止の強化をおこなう。発生予防は抗菌薬適正使用、伝播防止は標準予防策を中心とした対策を周知徹底する。 | |
| 財務の視点 | 経常収支比率 | 100.4% | 診療科別収益目標の設置・管理 | △ | ・年度当初に診療科別患者数を設定し、年間を通じて管理を行った。 | 100.2% | B+ | <p><診療科別収益目標の設置・管理></p> <ul style="list-style-type: none"> ・診療科別患者数や手技料のデータを示すことで、収支の改善に努めた。 ・収支目標については、病院全体として黒字確保になるよう働きかけた。 <p><経営状況の院内周知></p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者動向については、毎週診療科長へ報告を行い、患者の確保を診療科長に依頼した。 ・収支については、月1回稼働額を基にした資料で、執行部会議、運営会議で報告を行い、黒字確保に努めた。 ・次期診療報酬の改定も睨みながら、高度急性期病院の指定要件に漏れないよう、看護必要度、平均在院日数に意識した運営を目指す。 |
| | | | 経営状況の院内周知 | ○ | ・週間動向の毎週診療科長への送付 ・執行部会での患者動向、収支の報告 ・運営会議で部門代表者での説明 | | | |
| | 一日平均入院患者数 | 434 | 効率的なベッドコントロールの実施 | ◎ | ・病棟別の病床利用率の発信(毎日夕) ・病床調整の実施 | 416.4 | B | <p><効率的なベッドコントロールの実施></p> <ul style="list-style-type: none"> 引き続き病棟別の病床利用率の発信(夕1回)を続行、病床調整の実施を行う。 <p><加算の請求漏れ防止対策および未収金対策の徹底></p> <ul style="list-style-type: none"> 各ブロック受付やドクターエイドが、診察と同時に診療記録や算定要件をチェックし、算定漏れ防止に当たる。 算定漏れ施設基準要件を見直し、さらに算定可能な項目はないか、算定するために必要なことは何かを調査し、診療部長会議等に提案する。 査定率の向上をめざす。 夜間救急患者の未精算に対する対応を改善する。 |
| | | | 加算の請求漏れ防止対策および未収金対策の徹底 | ○ | ・主な指導料の算定要件と必要な診療録記載を示した資料を作成し、診療部長会議および医局会で配布した。 ・毎月の指導料および外来検査迅速加算の算定数を診療部長会議へ報告している。 ・未収金滞納整理囑託員を1名採用し体制強化を図ったほか、未収金マニュアルを策定した。 | | | |
| | 一日平均外来患者数 | 892 | 検体検査迅速化および生理検査実施件数の増加 | ○ | ・検体検査の結果報告時間(TAT)の調査は行ったが、解析が未実施。 ・生理検査実施件数は昨年度に比し3.5%増加。特に腹部エコー(15%)、平衡機能(52%)で著明に増加した。 | 854.7 | B | <p><検体検査迅速化および生理検査実施件数の増加></p> <ul style="list-style-type: none"> 採血待ち時間およびTAT調査は2回実施したが、手作業で煩雑なため解析未完了。 報告遅延検体の原因究明を行い時間短縮を目指す。 早期検査体制は来年度上半期に導入する計画。 11月にローテーション実施、生理検査部門を増員し、ニーズの高いエコー検査の増加に対応すべく担当者育成を行う。 |
| | 診療収益に占める材料費の割合 | 29.7% | 診療材料購入費用の削減 | ○ | ・ベンチマークデータを活用し、新規採用時に個別に価格交渉を行った。 | 29.8% | B | <p><診療材料購入費用の削減></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ジェネリック医薬品の積極的な導入を図り、使用状況についても確認し、ジェネリック医薬品の使用を徹底する。また、造影剤、抗がん剤についても積極的に導入を進める。 ・検査試薬については、在庫管理を適正に行うなど、経費の削減に努める。 <p><DPCコストデータの活用></p> <ul style="list-style-type: none"> ・DPC分析ソフト『MEDI-ARROWS』の導入により、DPCコストデータ抽出の精度向上と作成時間短縮により、毎月資料作成の実施→各診療科配布 ・DPC検討委員会は開催回数増を検討。 <p><後発医薬品の採用推進></p> <ul style="list-style-type: none"> ・後発医薬品に関する情報収集を行う。 ・目標達成に伴い、H25からの目標を修正した。 |
| DPCコストデータの活用 | | | ○ | ・DPC検討委員会に診断群分類別の在院日数、総医療費、出来高比較、他病院との比較等資料の提供 ・DPC検討委員会を2回開催 | | | | |
| 後発医薬品の採用推進 | | | ◎ | ・後発医薬品を積極的に薬事委員会に提案した | | | | |

H24年度BSCフォローアップシート（年度末評価評価用）

所属名：成人病センター

| | BSCの当初目標設定内容 | | | 年間進捗状況 | | | | 評価・今後の対応 |
|---------------|---|-----------------------|------------------------------|---|---|------------|---|---|
| | 業績評価指標 | 数値目標 | 主なアクションプラン | アクションプラン 取組の有無 | アクションプラン実績 | 数値目標 実績 | 4段階評価 | |
| | 診療収益に占める職員給与費の割合 | 51.9% | 時間外勤務の削減 | ○ | ・時間外勤務状況改善を各所属へ指導を継続（執行部会議） ・長時間労働の部門状況の把握 ・長時間労働職員への産業医指導 | 55.8% | B | ・時間外勤務の削減に努め、一人あたり時間数は月平均22時間、前年度に比べ 8.7ポイント(約2時間)減少している。 |
| 内部プロセスの 視点 | 総医師数(年度当初) | 103 | 医療環境の変化を踏まえた医師の招聘 | ○ | ・京都大学医学部教授を招いての講演と医局との懇談 | 100 | B | ・H25年度から、腎臓内科外来を開設する。 |
| | 専攻医医師数(年度当初) | 16 | 専攻医等の確保 | ○ | ・京大附属病院研修医募集説明会に参加 ・レジナビフェアに参加。 ・滋賀県臨床研修病院合同説明会に参加。 | 15 | B | 研修医の確保については、概ね計画どおり実施。25年度も同様に実施する。 |
| | 総看護師数(年度当初) | 433 | 看護師確保対策の充実 | ◎ | ・看護部ホームページの更新 ・看護学生アルバイト47名、インターンシップ21名 ・看護師教育プログラム(卒後教育)の充実 ・県内外の学校訪問に12校実施 ・就職説明会開催:3回 ・大学の説明会:1回 ・職員のメンタル面での支援 ・新規採用者のメンタル支援:面接実施 | 432 | B+ | ・魅力のあるホームページになるように一新すること検討する ・平成25年3月に専門学校2年生と大学3年生を対象としたインターンシップを実施できた(参加者18名) ・潜在看護師の再就職支援研修の企画からパート看護師採用につながった ・新規採用者のメンタル支援目的の面談を後期も実施 ・職員の健康状態に注意し、早期にメンタル支援する |
| | 看護師の離職率 | 6.5% | | ◎ | ・新規採用者のメンタル支援:面接実施 | 6.0% | A+ | |
| | 医師1人当たり時間外勤務 時間数 | 41 | 情報システムの整備と有効活用 | ○ | ・病院統合医療情報システム委員会を3回/年実施、および毎月システム定例会を開催。 ・9月より電子カルテのマスターメンテを含めた総合管理を行うため、職員を採用、適正管理を行った。 | 36.3 | A | 〈情報システムの整備と有効活用〉 ・安定稼働と不備削減を目指し電子カルテシステムのバージョンアップを行う予定。 〈医師事務等軽減対策の推進〉 平成25年度に、ドクターエイドの新規雇用により医師事務作業補助体制加算30対1の届出を行い、より一層の医師の事務作業を軽減していく。 |
| | | | 医師事務等軽減対策の推進 | ○ | パート職員(診断書作成:3名、がん登録・NCD入力:3名)の雇用のほか、ドクターエイド:5名(消化器内科、呼吸器内科、循環器内科、外科、放射線治療科)を雇用し医師事務補助加算50対1を算定。 | | | |
| | 職員アンケート項目「改善 や工夫を意識して仕事に 取り組んでいるか」での肯定 的回答(そう思う、やや そう思う)率 | 81% | 職員満足度調査結果の病院運営 への反映 | △ | ・7月に職員アンケートを実施した。 | 80% | B- | ・アンケートを実施し、病院事業庁から結果の送付があったが、調査結果の検討には取り組めておらず、来年度の課題である。 ・数値目標は概ね達成できた。 |
| | 職員アンケート項目「現在の 仕事に充実感や達成感 を感じているか」での肯定 的回答(そう思う、やや そう思う)率 | 58% | | △ | | 58% | A- | |
| クリニカルパス適用率 | 58% | クリニカルパスの適用推進 | ○ | ・パス症例検討会にてパスの質向上と認識の共有に取り組むとともに、新規パスの推奨や、適用率の低い診療科への啓発を行った。 | 55% | B | 〈クリニカルパスの適用推進〉 ・診療科ごとにパス化できる疾患の再検証を行うとともに、入院期間一連に限らず、「検査パス」等限定的なパスについても検討する。 〈多職種間での情報の共有〉 ・今後も引き続き、多職種の情報共有に努めていく。 〈医師・看護師間のコミュニケーションの活性化〉 ・病棟運営会議を3ヶ月に1回、開催する。 | |
| | | 多職種間での情報の共有 | ○ | ・各所属で定期的に多職種カンファレンスを開催し、情報の共有を図ることができた。 | | | | |
| | | 医師・看護師間のコミュニケーションの活性化 | ◎ | ・病棟運営会議をほぼ全部署で開催した | | | | |
| 学習と成長の視 点 | 部長および副部長のうち 研修指導医(研修修了者) である医師の割合 | 80% | 院内の人材育成の推進 | ○ | ・奨学金制度の導入 ・研修指導医養成講習会への参加 ・プログラム責任者養成講習会への参加 ・人材育成センター研修への職員の参加 | 65.9% | B- | ・研修指導医の養成を引き続き進める。 ・看護・コメディカルの研修活動の支援について、引き続き検討を進める。 ・来年度も人材育成センター研修への参加を積極的に促す。 |
| | 人材育成センター研修修 了者数(院内) | - | | | | 7 | A+ | |
| | がん専門医臨床研修プロ グラム修了者数 | 4 | がん専門医臨床研修プログラムの 推進 | ○ | ・がん診療セミナーを12回開催 ・がん診療支援セミナーを2回開催 | 0 | D | ・セミナー等の参加者が増加するも、プログラム研修者につなげない。 ・25年度に修了が見込める医師を重点的にフォローする。 |
| | - | - | (研究所と診療部門との連携によ る臨床研究の推進) | ○ | 新規PET製剤(FACE)健常者研究を終えた。新規PET製剤(FACE)臨床研究を開始した。滋賀医大と連携し新規脳腫瘍治療法の開発研究を開始した。新規PET製剤(ピタバスタチン系肝イメージング剤、アミロイド製剤)健常ボランティア研究が倫理委員会で承認を得た。 | - | - | ・目標を十分達成できた。 |
| | 臨床倫理啓発講演会開催 数 | 1 | 臨床倫理啓発活動 | ○ | ・臨床倫理事例検討学習会(医局)の開催 ・部門別倫理研修(各部署)の開催 ・倫理講演会(全体)の開催 | 1 | A | ・臨床倫理をテーマに講演研修会を開催する。参加者の関心が高く熱心な質疑応答が続き、ニーズにあった取り組みであった。 ・部門毎に研修を実施し、意識の高まりに効果的な取り組みであった。 |