

	B S C 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	・接遇の向上 ・相談支援(総合相談)の充実 ・患者さんの視点に立った病院機能の改善 ・予約センター(画像・生理検査、診察、電話予約)の設置 ・病院機能の再構築		・接遇研修の実施 ・新任・転入者へのオリエンテーションで接遇研修を実施 ・患者満足度調査の実施 ・駐車場の有料化 ・電子カルテ導入後による運用変更の中で、医師が実施日未定でオーダーした検査等を各ブロック受付事務が実施日確定できるようにした。特に、電子カルテ稼働と共に紙運用からオーダーリングに切り替わった生理検査の予約においては、医師の負担軽減となった。 ・院内での基本計画見直し作業についてはプロジェクトチームを結成し、検討に取り組んでいる。 ・コンサルによる作業を委託し、基本計画の見直しを行った。	4.5	A+	・研修内容を更に充実させ院内全体に広げていく必要がある。 ・患者満足度調査については、引き続き実施していく。
	外来患者満足度調査評点	4.2	・遠隔迅速病理診断支援の実施体制の構築		・遠隔病理診断の構築 施設の整備、支援体制の構築、ネットワークの構築	4.0	B+	・病理診断支援・教育センターについては、病理診断支援は国の委託費や基金を活用して動き出した。教育センターについては、新々棟の建設に併せて整備していくこととなる。支援体制に関しては、他院病理医との間で「難解症例検討会」を開始した。その他研修プログラム、セミナーの開始、他病院・検査所との協議を行う予定。 ・今後ネットワークの構築を図る予定。
	がん患者数(年間退院患者数)	2,810	・診療成績等の積極的な公表		・年報を通じて診療成績等の講評を行った。	2,607	B	・機器の老朽度等を見据えて、定期的に更新計画を見直ししていく。
	脳神経疾患・心臓血管疾患・糖尿病患者数(年間退院患者数)	2,296	・高度医療機器の計画的購入		・緊急度の高い機器を各部署に照会し、予算の範囲内で順次更新した。別途予算措置の必要な機器については、計画的に更新した。	2015	B	
	悪性腫瘍手術件数(うち5大がん)	931(564)	・化学療法、放射線治療、緩和ケアの充実		・[放射線治療]放射線治療機器整備(ノバリス、PET-CT)、IMRT実施体制の整備(治療室2名、医学物理士1名配置)	835(427)	B	・クリニカルバスインディケーター等の充実を行っていく。 ・引き続き、実施していく。 ・機器の老朽度等を見据えて、定期的に更新計画を見直ししていく。 ・引き続き医療従事者および県民向けの研修会・講演会を開催し、がん医療の普及・啓発を行う。
	放射線治療件数(月平均)	686	・がん講演会・研修会の開催 ・がん診療連携の推進 ・(再掲)遠隔迅速病理診断支援の実施体制の構築		・外来化学療法ミキシング実施、化学療法部事務局としてレジメン審査、管理実施 ・[化学療法]化学療法部設置、専任医師の配置。 ・緩和ケア県民公開講座を開催(4/24) ・がん診療セミナー開催(毎月第4水曜日、8月を除く) ・がん看護研修(5月~8月に6回) ・がん診療に関わる医師対象に「滋賀県緩和ケア研修会」開催(5/16、23) ・がん診療に携わる看護師対象に「滋賀県がん診療に携わる看護師研修会」を開催(9/7~10) ・世界ホスピスデー記念県民公開講座(10/9) ・琵琶湖マザーホスピタル事業により医師派遣等を継続実施(彦根市立病院週1日1名派遣、公立甲賀病院より1名参加) ・[緩和ケア]精神腫瘍医(常勤)1名配置 ・[その他]婦人科1名増、呼吸器外科1名増。 ・「消化器がんセンターボード」(胃がん、大腸がん、肝臓がん、食道がん、膵臓がん等)、「肺がんセンターボード」、「乳がんセンターボード」、「血液腫瘍がんセンターボード」を実施。 ・「成人病センターがんセンターボード」(臓器 診療科の限定なし)を開始(H22.9.4開催) ・滋賀県がん診療連携協議会にかかるとり協議会の開催状況は次のとおり(協議会0回、企画運営委員会3回、6部会24回) ・全県型医療ネットワークシステムの構成検討	749.5	B+	
	外来化学療法件数(月平均)	180			・がん看護研修(5月~8月に6回) ・がん診療に関わる医師対象に「滋賀県緩和ケア研修会」開催(5/16、23) ・がん診療に携わる看護師対象に「滋賀県がん診療に携わる看護師研修会」を開催(9/7~10) ・世界ホスピスデー記念県民公開講座(10/9) ・琵琶湖マザーホスピタル事業により医師派遣等を継続実施(彦根市立病院週1日1名派遣、公立甲賀病院より1名参加)	241	A+	・着実に進捗しているものと考えられる。 ・臓器別がんセンターボードの実施に加え、院内総括がんセンターボードを設置することができた。 ・引き続きがんセンターボードを実施していくものとする。 ・目標値の達成に向けて順調に推移している。
	緩和ケアチーム介入件数(実人数)	170			・滋賀県がん診療連携協議会は運営に必要な会議は開催できている。今後も計画的な運営に努め、着実に実績を上げる必要がある。 ・全県型医療ネットワークシステムの導入検討を進める。 ・緩和ケア介入の年間の数値目標180人に対し、208人と精力的に業務に当たった。 ・琵琶湖マザーホスピタル事業についても引き続き取り組むものとする。	208	A+	
	がん相談件数	1,150	・患者会、家族会との連携推進 ・がん相談の充実		・患者会との連携を図り、がん患者サロン等の運営を行った。 ・がん相談Q&Aの作成、HPへの掲載。	1132	B+	・目標の数値は概ね達成した。 ・引き続き、患者会との連携・協力を進めていく。 ・今後も引き続き、がん相談の充実に取り組んでいく。
	紹介患者数(月平均)	810	・地域医療機関との情報交換の推進 ・地域連携クリニカルバスの作成、適用		・地域医療連携懇談会への参加 ・「クリニカルバス推進チーム会議」の開催。 ・研修会の実施(6月) ・退院調整スクリーニング票の変更・記入・要請の推進 ・スクリーニング票をもとに病棟ラウンドの実施、情報収集 ・退院時カンファレンスの調整と開催 ・目立った進捗は上がっていない。(地域医療ネットワーク)	801	B+	・前年度から紹介患者数は着実に増えているが、目標数値には達しなかった。今後も病病診療連携を進め、将来を見据えた連携体制の構築に努める。
	退院調整カンファレンスの開催回数	120	・後方連携の推進 ・地域医療ネットワークシステムによる医療情報共有		・退院調整スクリーニング票の変更・記入・要請の推進 ・スクリーニング票をもとに病棟ラウンドの実施、情報収集 ・退院時カンファレンスの調整と開催 ・目立った進捗は上がっていない。(地域医療ネットワーク)	145	A+	・湖南圏域がん診療連携協議会の取組等を契機として医療情報の共有を図っていく。
	院外広報紙の発行回数	4	・院外広報誌の充実 ・患者さんの視点に立ったホームページの充実 ・広報連絡員の活動推進 ・県政記者クラブへの積極的な情報提供		・6/10第1回WG会議開催 ・9/22第2回WG会議開催 ・「ふれあいHeart」年4回 ・広報連絡員を通じて、広報事項一覧を周知、照会資料提供 ・がん診療セミナー(第3回~第13回) ・がん診療支援セミナー(看護研修、薬剤部講演会) ・大動脈置換術 ・神経内科・循環器内科市民講座 ・看護週間 ・第23回老年医療講座 ・研究所最優秀賞受賞 ・取材受入(資料提供案件を除く) ・読売新聞・病院の実力 ・滋賀報知新聞社・多剤耐性菌に関するコメント ・その他にも、びわ湖放送出演、守山市有線放送出演、新聞記事連載等を実施 ・診療科等のページの充実(診療実績データ等の掲載)	4	A+	【広報誌の誌面構成や内容の充実】 ・読者からのアンケートを実施し、読者の意向を考慮した紙面作りができてる。 ・引き続きWGや広報連絡員を通じて紙面の充実を図る。 【広報連絡員の活動推進】 ・H22は広報連絡員の活動ができなかったためH23は広報連絡員を再委嘱し、定期的な周知・照会により広報情報の収集と共有を行う必要がある。 【積極的な情報提供】 ・資料提供の定例化は各所属の積極的な協力が不可欠。そのための研修・教育も必要となる。 ・滋賀ネット受付サービスへ積極的かつ早期の情報登録を行い、広報の機会および媒体の拡大を図る。 【患者さんの視点に立ったホームページの充実】 ・内容に修正がある都度、修正を行っている。 ・センターの取組等について新着情報で掲載している。 ・患者が知りたい情報の話診療実績については今後の課題である。 ・BBC番組「いきいき健康ライフ」に協力し、病気に対する正しい情報発信を行った。

	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	アクションプランの取組の有無	アクションプラン実績	数値目標実績	4段階評価	
	インシデント・アクシデントレポートに対する改善取組件数	150	・インシデント、アクシデントレポートの分析・活用		・レポートシステムになってから、1例1例のインシデントに対して、要因、対策が考えられ、また、所属をこえて対策を考えられるようになってきた。 * レポートからの改善例 浴室のバスマットですべて転倒 物品担当へ申し入れ、バスマットをすべり止め対応に変更 退院後の忘れ物 事務次長・看護部長とともに、忘れ物についての対応手順(看護部用)を作成 点滴の開通ミス 薬剤部へ連絡、薬品会社より点滴の開通に対するリーフレット取り寄せ、「お知らせ」にて注意喚起を行う。	150	A	・医師へのレポート提出呼びかけは行っている。 また、「ANZEN」への医師のレポート提出割合を記載しているが、効果はあまりない。 ・昨年と同様、業務改善につながった事例を、数値で出すのは難しい。 システムになってからは、ほとんどが、画面上でやり取りするため、業務改善に繋がることが多い。また、多職種間にもわたることも多く、直ぐに対応できる様になった。 評価は、特に、多職種間で改善を図れたものに、的を絞っていくことにしたい。そのためにも、目標数を見直す必要がある。
	MRSA感染率	0.5%	・感染対策の充実		・院内感染対策サーベイランスの継続 ・カルバペネム系抗菌薬届出を5月から開始 AUD3前後だったものが(H21年度)、1程度に減少 ・抗MRSA薬とともに届出もほぼ100%の提出	0.37%	A+	・カルバペネム系抗菌薬届け出制を開始後使用状況の実施把握ができた。 ・電子カルテ導入以降届出ができていないシステムの見直しが必要。 ・その他続行 ・ICTラウンドの実施や抗菌薬投与の傾向を評価するなど、感染率の低下に取り組んでいる。
財務の視点	経常収支比率	97.7%	・診療科別収益目標の設定・管理	x	・経費の按分方法確立に向けて取り組めず、実施できなかった。 ・来年度実施に向けて基礎資料の整理	96.6%	C	・診療科毎の収支について実施できていないが、経営状況については、診療科へ目標患者数の設定を行い、毎週、執行部会議や診療部長会議、運営会議で報告し、患者増の取組に努めた。 ・稼働額のデータを提示することで、大凡の傾向は示されている。
	一日平均入院患者数	421	・効果的なベッドコントロールの実施 ・手術室の有効活用 ・広告事業の推進 ・検診事業の見直し ・未収金対策の徹底 ・請求漏れの防止対策の徹底 ・検診料、個室料、文書料、保険外併用療養費の適正化		・病棟別の空床状況の発信(平日夕1回) ・師長会議で病床利用状況の発信 ・看護助手業務の見直しを前年度より実施し、今年度は計36項目する予定であったが、看護助手メンバー変更があり、現状維持の状態である。 ・病院事業庁、3病院で検討を進めているが、具体的な広告主が出てきた段階で協議、決定する予定となっている。 ・事務局挙げての督促班活動として年2回実施しており、今回、8-9月にかけて第1回目を実施したところである。 ・栄養管理実施加算の算定数毎月月末評価 ・検体検査迅速加算の伸び率は大きく上昇	386.6	B-	・利用率上昇に向けて患者・家族へのサービスの向上を図ると共に効率的なベッドコントロールを目指す。 ・具体的な事例が出てきた段階で協議する。 ・督促班活動では一定の成果が上がっており、継続して実施する必要がある。 また、現在の回収業務委託と並行して、法的措置など多角的側面からの検討も進める必要がある。 ・電子カルテシステムの導入のメリットといえる「いつでも、どこからでもカルテを参照できる」ことを活かして、「請求にみあった記録があるか」「記録されたことが請求できているか」の両面からチェックしていく必要がある。 ・新病院情報システム(電子カルテを含む)との調整の上、実施方法(委託を含む)について、検討する。 ・迅速加算は機器導入により、外注項目の院内処理が可能となったことからさらに伸びる予定である。生理検査もニーズに合わせて検査種など検討中である。
	一日平均外来患者数	870	・検体検査迅速化および生理検査実施件数の増加		・ベンチマークデータ等の活用による値引き交渉の実施 ・後発医薬品の導入推進を実施 ・医師等の増員による診療収益の増加を図った。	832	B-	・DPCコストデータの活用については実施できなかった。23年度に改めて取り組む。 ・業者選考プレゼン等の実施による価格削減の実施 ・後発医薬品の効果、副作用等の情報収集の強化を図る。 ・引き続き、診療収益の増加を図る。 ・フィルムレスはH21年度より実施し、今回の電子カルテにおいて完全フィルムレスとなった。 ・時間外の削減の取組み ・2人体制の外来診療制の3人体制の整備
	診療収益に占める材料費の割合	30.6%	・DPCコストデータの活用 ・購買監査の推進 ・後発医薬品の採用促進 ・アウトソーシングの推進 ・高度放射線治療の充実		・ベンチマークデータ等の活用による値引き交渉の実施 ・後発医薬品の導入推進を実施 ・医師等の増員による診療収益の増加を図った。	30.20%	B-	・DPCコストデータの活用については実施できなかった。23年度に改めて取り組む。 ・業者選考プレゼン等の実施による価格削減の実施 ・後発医薬品の効果、副作用等の情報収集の強化を図る。 ・引き続き、診療収益の増加を図る。 ・フィルムレスはH21年度より実施し、今回の電子カルテにおいて完全フィルムレスとなった。 ・時間外の削減の取組み ・2人体制の外来診療制の3人体制の整備
	診療収益に占める職員給与の割合	58.9%				60.65%	B-	・時間外の削減の取組み ・2人体制の外来診療制の3人体制の整備
内部プロセスの視点	総医師数	90	・神経内科、形成外科等の医師の招聘 ・専攻医プログラムの充実		・京都大学医局から専攻医受入実績(放射線治療) ・病院説明会参加により見学者確保	90	A+	・対象者のキャリアアップをポイントにプログラム内容を見直すなど、出願者増につながる対策について、部会等で検討。 ・H22年4月から神経内科医3名着任。 ・研修医については採用事務の根本的に見直しを行う必要がある。
	専攻医医師数	18				14	B	
	総看護師数	413	・看護師確保対策の充実 ・職員相談体制の充実		・看護師ホームページの更新 ・次年度の看護師確保良好 学生アルバイト15名、インターシップ3名 ・看護学校訪問 県内6校、県外9校 就職説明会開催2回 大学の説明会1回 看護協会・企業の説明会3回 職員へのメンタルヘルス支援 新卒看護師へのメンタル支援/毎月 ・看護学生にアンケート実施、その結果を師長会にて報告、情報の共有	404	B+	・平成23年度の予定採用看護師確保済 ・職員へのメンタル支援 継続 ・新卒看護師へのメンタル支援 継続 ・今後も看護学生が関心を持つ内容のホームページ作りを継続 ・大学での説明会での方法等については検討必要 成人病センターの強みをPRできるような演出方法の検討
	看護師の離職率	9.0%				6.30%	A+	
	業務改善取組件数	20	・医療機器管理体制の確立と充実 ・情報システムの整備と有効活用		・DPC処理状況確認のためのシステムを作成し、業務効率を改善した。また、紙運用であった処置については電子カルテ汎用オーダーに切り替え、入力手数を軽減した。電子カルテシステム導入に合わせて医事システムも更新となり、同日複数科受診や入院中他科受診の際の入力方法は正し、標準的なものとした。このことにより会計窓口の入力手順が簡潔となった。 ・機器管理と機器管理研修の実施 ・フィルムレス化完全移行の検討 ・撮影法、保険点数の学習	46	A	・電子カルテ稼働後も紙運用が残っている、手術、アンギオ、内視鏡について、随時電子化を進めていく。 ・病院統合医療情報システム全体の運用管理規定(情報システムの整備と有効活用)を整備する必要がある。 ・マスタメンテナンスによるシステム機能の充実(情報システム整備の有効活用)と体制の充実 ・データの二次利用促進(情報システム整備の有効活用) ・中央管理化率については、対象品目の3/4を中央化した。(医療機器管理体制の確立と充実)
	外来終了時刻(平均)	17:30					18:15	C

	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 実績値	4段階評価		
	1人当たり時間外勤務時間数	18	・会議時間の短縮 ・労務管理の充実		・委員長と事務局等による事前準備および事前資料の配付等をほとんどの委員会で実施。 委員会の統廃合の検討をしたところ、平成22年度からの廃止委員会は1つ、新設委員会等は3つとなった。 ・時差出勤11月から試行 なお、時間外の削減および所属内での平準化について、各診療科等への毎月調整の実施した。	23.9	C	・外来の終了時間については、H23.1月に電子カルテを導入したことで、一時的に診療時間がかかったことが響いた結果となった。 ・一人あたりの時間外勤務時間については、計画どおり削減できていたが、平成23年1月からの電子カルテシステムの導入に伴い、時間外勤務が増加した。 ・引き続き時間外勤務の削減への取組を進める。 ・H23年度時差出勤の試行の延長予定。	
	多職種カンファレンス実施診療科数	14	・クリニカルパスの適用推進 ・多職種間での情報の共有 ・医師、看護師間のコミュニケーションの活性化		・多職種カンファレンス)17診療科において実施 (病棟単位会議)1回:1所属、2回:1所属、3回:4所属、4回:4所属、7回:2所属、12回:1所属 ・電子カルテシステム稼働に伴い、使用頻度の高いクリニカルパスを優先して、電子カルテにクリニカルパスを登録した。(H23年4~12月:40.2% H23年1~3月:43.6%)	17	A+	・平成22年度未現在で17診療科で定期的に多職種カンファレンスを実施している。 ・開催回数にばらつきがあるが開催されていない所属はなかった。(病棟運営調整会議開催回数) ・電子クリニカルパスへの移行と運用は円滑にできた。特に、外科系ではクリニカルパス適用率が高い。内科系でも適用率を上げられるよう努める。 ・アウトカム評価やバリエーションのマスタを整備し、電子化のメリットを引き出し、活用していく。(クリニカルパスの適用推進)	
	病棟単体会議開催回数	40					57	A	
	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	65%	・職員満足度調査結果の病院運営への反映 ・院内広報の充実	x	・職員満足度調査済み。		57.30%	B-	・職員満足度調査の結果を病院運営に十分反映できなかった。 ・院内広報については、年4回の広報誌の発行を図るなど、活発な活動を行った。
学習と成長の視点	専門資格新規取得者数(累積延べ人数)	8(92)	・人材育成計画の策定・推進	x	・専門資格取得など計画的な取得を看護部等で実施 ・事務職員については、県職員研修所を行う研修参加の推進	8(92)	B	・人材育成計画の策定に向けては次年度体制整備を行う。 ・H23年度から学会参加や年会費について、積極的に資格取得ができるよう支援基準の見直しを予定している。	
	研修指導医数(研修修了者)	20	・先進医療機関への派遣研修等の実施 ・キャリア形成・専門資格取得等支援		・研修指導医数については、必要数を確保 ・公費支援対象資格の検討、見直しについては未検討 ・公費による支援の拡充については、要検討	35	A-	人材育成計画において、必要な資格・キャリア等について明確にし、計画的な取得による組織力の強化を図る。	
	新規臨床研究の数	4	・研究所と診療部門との連携による臨床研究の推進		平成22年度米国核医学会での論文賞受賞研究であるPET用薬剤の研究は順調であり、臨床科からの要望も非常に高く、こちらの研究継続に追われている。平成23年3月実施の倫理委員会において、臨床研究を4件申請し、3件において承認通知を頂いた。3件は京都大学脳機能総合研究センター、滋賀県立小児保健医療センター、当センター・脳外科・神経内科との共同研究である。残り一件に関しては京都大学肝胆膵移植外科との共同研究であるが、今後の研究の進捗次第で再度提出するようとの結論であった。その他にも人体への投与前段階の継続研究が多く、基礎研究を継続中である。	3	B	・平成22年度米国核医学会での論文賞受賞研究であるPET用薬剤の研究は順調であり、呼吸器外科、呼吸器内科との共同研究は順調に進んでいる。新たに泌尿器科との共同研究などを考慮中である。さらに新規のPET用薬剤の開発は複数あり、いずれも順調に進捗しており、新規の研究計画を早期に策定し、当該科との調整後、早期に倫理委員会に研究計画として提出したい。可能ならば、平成23年度中には倫理委員会への提出を目指している。	
	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	78%	・経営状況の院内周知				80.00%	A	・経営状況については、毎月の運営会議での報告を中心に定期的に行っている。
	職員提案応募件数	12	職員提案の促進	x			6	B	・半期に一度の提案が上がってくる仕組みが確立されている。