

## BSCフォローアップシートの中間評価 (平成 30 年度)

### ○BSC (バランス・スコアカード) について

財務の視点だけでなく、複眼的な指標を組み合わせ、組織の業績を計画、管理、評価することで、目指す到達像を効果的に実現するものです。

具体的には、4つの視点（①顧客、②財務、③内部プロセス、④学習と成長）から目標の設定をし、それを達成するための具体的な取り組みを明示し、第四次県立病院中期計画の進行管理や自己評価、また職員の意識共有を図ることができるものとして活用しています。

### ○評価方法

フォローアップシートの5段階評価については、数値目標達成度と前年度同期実績比により、業績評価指標ごとに下表のとおり評価を行っています。

		前年度同期実績比				
		120%以上	100%以上 120%未満	75%以上 100%未満	50%以上 75%未満	50%未満
数値目標達成度	120%以上	A	B	C	D	E
	100%以上 120%未満	B	B	C	D	E
	75%以上 100%未満	C	C	C	D	E
	50%以上 75%未満	D	D	D	D	E
	50%未満	E	E	E	E	E

# バランス・スコアカード(BSC)

## 1. 3病院共通の指標

	指標	H27年度 実績	H28年度 実績	H29年度 実績	H30年度 上半期実績	H30年度 計画値	H31年度 計画値	H32年度 計画値
総合病院	経常収支比率	98.2%	95.5%	95.2%	95.9%	97.2%	100.2%	100.3%
	新規入院患者数 (人/年)	9,642	9,547	9,676	4,966	10,708	11,451	11,723
	病床利用率	81.8%	78.3%	77.8%	80.6%	80.9%	81.9%	82.2%
	平均在院日数(日) (リハビリテーション科および 緩和ケア科を除く)	13.0	12.9	13.3	13.4	12.4	11.8	11.5
	紹介率	66.8%	68.4%	79.3%	81.7%	70.0%	72.0%	75.0%
	逆紹介率	47.8%	58.1%	62.8%	59.0%	55.0%	58.0%	60.0%
小児保健医療センター	経常収支比率	103.0%	103.6%	99.9%	96.9%	98.2%	98.8%	100.2%
	新規入院患者数 (人/年)	2,186	2,167	2,134	1,221	2,055	2,013	1,963
	病床利用率	75.6%	73.2%	66.2%	65.7%	76.0%	77.0%	78.0%
	平均在院日数(日)	11.7	11.3	10.3	8.9	12.5	13.0	13.5
	紹介率 (市町保健センターからの 紹介を除く)	43.0%	44.1%	49.0%	45.7%	44.0%	44.5%	45.0%
	逆紹介率	40.6%	47.4%	48.6%	47.8%	42.0%	42.5%	43.0%
精神医療センター	経常収支比率	99.2%	101.0%	102.5%	100.6%	101.2%	101.1%	100.7%
	新規入院患者数(1,2病棟) (人/年)	272	301	322	179	345	346	345
	病床利用率(1,2病棟)	66.1%	71.2%	75.6%	76.3%	85.0%	85.0%	85.0%
	平均在院日数(1,2病棟)(日)	88.5	88.6	84.5	79.6	90.0	90.0	90.0
	紹介率	39.8%	39.8%	37.6%	32.9%	46.7%	48.3%	50.0%
	逆紹介率	44.6%	33.2%	36.5%	55.9%	40.0%	45.0%	50.0%

## 2. 病院ごとに定める指標

	指標	H27年度 実績	H28年度 実績	H29年度 実績	H30年度 上半期実績	H30年度 計画値	H31年度 計画値	H32年度 計画値
総合	入院平均診療単価(円/日)	61,134	61,054	59,725	62,034	63,618	64,944	65,148
小児	重症患児数(人)	845	895	874	430	880	890	900
精神	長期入院者の退院数 (1年以上)(人)	7	7	11	2	7	7	7

平成30年度BSCフォローアップシート（中間評価用）

病院(所属)名: 経営管理課

区分	戦略的目標	BSCの当初目標設定内容				上半期進捗状況			評価・今後の対応	
		業績評価指標	前年度実績	数値目標	主なアクションプラン	アクションプラン実績	数値目標実績	5段階評価		
顧客の視点	全県型医療の推進 高度医療の推進 将来医療の創生	さざなみ病理ネット診断件数	636	400	1	・遠隔病理診断ネットワーク事業	・中間時点で、数値目標(400件)に対して、41.5%の進捗となっている。	166	D	・前年度同時期比で、合計件数は減っているものの、術中迅速診断や通常診断の件数は増えており、また、県立総合病院以外の機関での実績が増えていることから、事業の浸透が進んでいる。 ・今後のさざなみ病理ネットのあり方について、検討が必要。
		新型人工内耳研究開発の進捗率	70%	80%	2	・聴覚・コミュニケーション医療センター事業	・定例的にミーティングを開催し、進捗状況の把握に努めている。 ・デバイスの製作でトラブルが発生し、動物実験等は下期での実施となる予定。 ・AMEDによるサイトビジットを経て、研究の下期延長が認められた。	—	—	・実施予定であった新しい試作デバイスでの動物実験は下期での実施となるなど、少し進捗が遅れが見られた。 ・企業による事業化決定は、まだ先となる見込み。 ・次年度の研究費の確保等について、検討が必要。
	経営基盤の強化	経常収支比率(税抜き) 【病院事業庁合計】	96.5%	97.6%	3	・各病院の運営状況を共有する県立病院運営会議の有効活用 ・未収金の効果的な回収について、各病院と検討 ・医薬品の契約、価格交渉の一元化を継続して実施。効果的な契約、価格交渉の方法を検討。 ・清掃業務の委託契約について、品質向上のための検討の実施 ・時間外勤務時間数の削減	・未収金については職員による回収が困難になったものについて、民間のノウハウを活用するため引き続き弁護士法人に回収を委託した。 ・医薬品についても引き続き3病院一括契約、価格交渉を行い妥結することができた。 また総合病院における医薬品購入および採用フローの見直しにつき、共同で検討を行った。 ・病院事業庁上半期1人当たり時間外勤務数平均16.2時間(対前年度比5.2%)	96.6%	C	・引き続き未収金回収の外部委託を行うとともに、未収金の減少に向け3病院と共に検討を行うことに加え、有効な回収方法等の情報の共有に努める。 ・医薬品については、引き続き総合病院と連携して価格交渉等を行う。なお、全国的に値引き率が低下していることから、価格交渉の実施時期、方法についてもより効果的なものとする。 ・総合病院における医薬品購入および採用フローの見直しについては、薬事委員会で審議される臨時採用品目について複数見積りを取るよう運用を変更したところであり、今後、病院における業者対応窓口の一元化等の検討を行う。
	意識改革の推進	職員意識調査「あなたの職場では、病院または職場の目標に向かって、具体的な改善の取り組みを進めていますか」平均ポイント 【3病院合計】	2.77	2.85	4	・職員意識調査の実施および意見に対する各病院の対応方針と取組状況の周知 ・広報誌の発行(各病院の取組紹介・経営状況紹介)	・職員意識調査を実施し、多くの職員より意見を得た。 調査期間 6月18日～7月13日 回収率 H29:89.9% → H30 88.9% 自由記述意見記載人数 289人(昨年度234人) 職員向けの広報誌を4回発行した。(辞令交付式、意識調査開始、BSC、決算) ・県立病院運営会議を6回開催した。 各病院の状況・懸案事項の共有 経営状況の共有	2.66	C	・職員意識調査について、微減したものの、高い回収率を維持できている。下半期においては、質問項目に対する回答について、各病院、各職種等による経年変化の数値分析を行い、病院経営に活かしていく。また、職員向けの広報誌により、自由記述意見について回答、考え方を示す。 ・職員向けの広報誌については、経営に関する情報提供や意識調査への回答など、より多くの発行に努める。 ・県立病院運営会議については、今後も継続的に会議を行い、現状分析と課題の共有に努め、経営戦略の強化を図っていく。
		職員意識調査「職員に対して病院の経営状況に関する十分な情報提供がなされていると思いますか」平均ポイント 【3病院合計】	2.61	2.65	5	・県立病院運営会議にて各病院の運営状況を確認し、各病院内での周知徹底を図る		2.25	C	
	人材の育成・確保	医師充足率 【3病院合計】	88.4%	94.0%	6	・大学病院との連携による専攻医の受入	平成30年度上半期受入実績 総合11人、小児3、計13人	85.6%	C	引き続き、各病院と連携しながら魅力ある病院づくりを進め、派遣元である関係大学の医局に対して粘り強く派遣要請を行う。
		看護師確保率 【3病院合計】	82.0%	100%	7	・看護師確保対策、教育方針等検討 ・看護協会主催の再就職支援講習会への協力 ・看護師養成校への講師派遣、実習受入を積極的に提案して連携強化	・県内および県外の看護学校へ、看護師受験案内の訪問を実施した。(県内7校、県外12校) ・看護師就職合同説明会(京都会場、滋賀会場)や、大学の就職説明会(滋賀県立大学、監野大学)に参加。 ・H30年度看護師採用選考において、3病院の募集人数65名に対し、68名の内定者が得られた。	105%	B	・看護師募集パンフレットの内容充実や養成学校との交流促進などにより、看護師確保対策の更なる強化を図る。
		看護師の離職率 【3病院合計】	7.8%	7.5%	8	・院内保育所や育児短時間勤務制度の利用促進など、子どもを育てながら働ける職場作り ・多様な勤務形態の試行を実施 ・メンタルヘルス相談による離職の未然防止 ・各病院研修、3病院合同研修の実施や、専門看護師・認定看護師の研修受講支援制度など、キャリア形成に向けた支援の充実	・院内保育所入所者数(H30.9月末) 35名 ・H30年度新規の育短勤務2名 ・平成30年10月1日から、総合病院において、多様な勤務形態を本格実施した。 ・メンタルヘルス相談の実施(新規採用職員カウンセリングは平成30年11月～実施予定) メンタルヘルス相談:17人	0.7%	A	・引き続き、育児に関する制度の周知を図るなど、子育てをしながら働くことができる職場環境作りに努める。 ・多様な勤務形態については、長期間の試行を経て、本格実施することができた。今後、多様な勤務形態を実施する病棟の拡大や小児保健医療センターや精神医療センターから実施の希望があれば、必要な調整を行っていく。 ・相談窓口については、更なる周知等により、積極的な活用を促し、離職の未然防止を図る。また、下半期中に新規採用職員カウンセリングを実施する。
	病院マネジメントの向上	職員意識調査「あなたは、病院のバランス・スコアカードや第三(四)次滋賀県立病院中期計画の目指すものや取組もうとしていることを理解していますか」平均ポイント 【3病院合計】	2.71	2.8	10	・職員向けBSC研修の実施(指導者向け・初級者向け) ・前年度BSCの年度末評価および中間評価を実施 ・病院間の人事異動	○BSCが職員により理解されるように、前年度に引き続き研修を行った。 ・初級者向け研修 2回 合計45人参加 アンケート結果 今回の研修はBSC作成に役立ちますか 肯定的回答率 88.3% 今後もこのような研修に参加したい 肯定的回答率 83.7% ・指導者向け研修 1回 合計24人参加 今回の研修はBSC作成に役立ちますか 肯定的回答率 95.6% 今後もこのような研修に参加したい 肯定的回答率 86.3%	2.51	C	・職員のBSCの理解を深めるため、BSC研修を実施した。来年度については、より実践的な研修内容を目指し、研修の充実を図る。また、職員の中長期計画・BSCや病院経営への参画意識をより高めるため、引き続き広報等により周知・啓発を行っていく。 ・BSCの年度末評価や中間評価については、今後、自己評価結果を経営協議会において報告する。 ・人事異動については、各病院・知事部局と協議しながら計画的な人事交流を継続していく。

平成30年度BSCフォローアップシート（中間評価用）

病院(所属)名: 経営管理課

区分	戦略的目標	BSCの当初目標設定内容				上半期進捗状況			評価・今後の対応	
		業績評価指標	前年度実績	数値目標	主なアクションプラン	アクションプラン実績	数値目標実績	5段階評価		
財務の視点	コスト管理の徹底	事務的経費の削減率(対前年度実績) 【経営管理課のみ】	-19.0%	-3.0%	11	・経費の執行状況の周知 ・IT機器の電源OFFの啓発	・IT機器の電源OFFについては、長時間の離席や昼休みにはほぼ実施できた。	12.0%	E	・経営管理課の費用が本部費配賦額という形で3病院の費用となることを常に意識し、経費節減に努める(昨年度同期比較:消耗品費16万円増、雑費8万円増)。 ・会議等による短時間の離席時の・IT機器の電源OFFが不十分であったため、朝礼時等、機会を捉まえて呼びかけを行う。
内部プロセスの視点	業務の改善	時間外勤務時間数(/人・月) 【経営管理課のみ】	27時間	27時間	12	・非常勤職員の活用 ・時間外勤務の迅速な把握の徹底 ・定時退庁日の設定	・非常勤職員の業務分担を見直し、効率的な活用に努めた。 ・時間外勤務実績の入力を翌日までに行うよう課内で徹底した。また、勤務時間管理に適正を期すため、10日ごとに出退勤記録と時間外勤務記録との照合を行った。 ・毎週木曜日に加え、給料日を定時退庁日に設定した。	26	B	・各アクションプランの取組を実施することにより、数値目標を達成することができた。今後も引き続き取組を継続し、目標達成を図る。
学習と成長の視点	企画立案能力の向上 経営能力の向上	職員意識調査「今の仕事を通じて、プロとしての自分の能力が向上していると思いますか」平均ポイント 【経営管理課のみ】	2.89	3.20	13	・専門職(弁護士、税理士、社会保険労務士)の活用による課題解決	法律顧問契約、税務顧問契約、労務顧問契約を締結している他、法律については特定分野ごとに個別に相談できる弁護士がおり、常時専門職に相談できる体制を整えている。相談により職員だけでは対応が困難な課題の解決につながっている。(相談実績:弁護士2回)	3.00	C	現行の相談体制を維持するとともに、今後も積極的な活用を図る。数値は昨年度末より改善したが、目標には届いていないことから、職員の能力向上に資する取組を引き続き検討する。

# 平成30年度BSCフォローアップシート（中間評価用）

病院(所属)名： 総合病院

区分	戦略的目標	BSCの当初目標設定内容					上半期進捗状況		評価・今後の対応
		業績評価指標	前年度実績	数値目標	数値目標実績	5段階評価	主なアクションプラン	アクションプラン実績	
顧客の視点	・あらゆる疾患への対応 ・利用者の視点にたった改善 ・がん医療の充実 ・医療機能の評価	入院患者満足度調査で満足あるいはやや満足と答えた割合	92.1%	88.0%	88.1%	C	1	がん診療の充実 ・がん診療セミナーを上半期で5回実施。(うち1回は県民公開講座) ・がん医療推進委員会を開催。(9月) ・がん診療教育推進部会を開催。(7月)	・がん診療セミナーを計画通り開催することができた。日医生涯教育制度指定講習会の承認を得ることができた。 ・がん拠点病院の新指針が発出されたため、拠点病院としての機能をしっかりと有しているか改めて確認する。 ・2月にがん医療フォーラムを行う。
		外来患者満足度調査で満足あるいはやや満足と答えた割合	75.5%	79.0%	73.6%	C	2	あらゆる疾患に対する医療の充実 ・病院長、事務局長、診療科長等との意見交換を通じて課題等を共有し人員体制や予算の重点化等の方針を検討した。	・次年度予算編成等において聞き取った課題等に対応していく必要がある。
		平均在院日数 (リハビリテーション科および緩和ケア科を除く)	13.4日	12.4日	13.4日	C	3	接遇および患者さんの視点にたった病院機能の向上 ・委員会を6月に実施するとともに、7月に満足度調査、8月に院内ラウンド、9月に院内接遇研修を実施した。	・概ね計画通りアクションプランを行った。また、下半期はクリスマスコンサートの開催や院内接遇研修の受講生が各所属で研修を行う予定。
		新規入院患者数	4,819	10,708	4,966	C	4	相談支援の充実 ・医療福祉相談等取扱件数(9,504件/4月～9月)の内、がん相談件数(1,217件/4月～9月)。	・今後も相談者の満足度が高い相談支援が提供できるように相談員のスキルアップを図る。
		病床利用率	77.8%	80.9%	80.6%	C	5	健康情報の提供 ・健康教室の開催(月1回)および過去の健康教室の動画配信。 ・疾病予防ナビの発行(15号)。	・健康教室は計画どおり開催。下半期も同様に継続実施。 ・疾病予防ナビを上半期2回、下半期2回の予定であったが、16号の発行が遅れている(現在作成中)。
		がん患者数(年間退院患者数)	1,558	3,309	1,723	B	6	検査の充実 ・検体検査の再検基準を見直し、検査結果の自動送信を開始し、結果報告を迅速化した。 ・検体検査・生理検査共に、パニック値を拡大し、結果報告と同時に電話連絡をし、迅速な診療支援を充実させた。 ・外来化学療法患者の迅速報告:長時間レジメン患者の結果報告時の連絡を継続した。 ・血液製剤の適正使用のアナウンスを継続するとともに、在庫量を適宜調整し、廃棄血削減に努めた。 ・外来匿名検体の報告法を見直し、インシデントを予防した。 ・増加する感染管理・微生物の業務に対応するため、人員配置を充実し、特に入院患者の感染管理に迅速に対応できるようにした。 ・乳腺エコーをエコーセンターで実施開始し、技師の流動的な活用により、検査の流れをスムーズにした。 ・エコーの即日検査を軌道に乗せ、心エコーの即日対応の割合は74.3%を維持、絶食の必要な腹部エコーも、5.7%から10.6%に増加させた。 ・各技師が検査できるエコー領域を増やすためスキルアップを図り、検査領域によっては長かった待ち時間を改善させた。	・TAT調査により、検体検査自動送信の効果を検証する。 ・血液製剤の適正使用については、在庫数の調整などを引き続き実施し、更なる経費削減に努める。 ・改正医療法の施行に伴い、文書作成を期限内に進め、臨床検査の精度の向上と品質保証に努める ・エコー検査の即日対応を進める上で、10時以降の待ち時間がやや長くなっている。人員配置を更に再検討していく。 ・今後も治験・臨床研究に対する業務が増加しており、検体検査室の誰もが迅速適正処理出来るようにマニュアル整備と処理研修を進めていく。 ・査定通知のアナウンス等、継続して、臨床検査の適正化に努める。
							7	薬剤管理・服薬指導の推進 ・薬剤管理指導件数 2,394件 外来服薬指導件数 378件	・9月末時点で、いずれも年度目標の60%以上を達成しており、年度末での目標達成は可能と見込まれることから、継続して実施していく。
							8	病院給食の充実 ・摩耗した食器やトレーの更新を実施できたが、食数増加のため不十分となったため、さらなる買い増しが必要である。	・来年度に向け、買い増しできるよう総務課と調整の予定。今後、サイクル献立3週間から4週間に延長し、バリエーションに富む献立になるよう修正していく。 ・朝食のパン食内容充実をはかるためのシステム改修作業や登録作業を実施中。

平成30年度BSCフォローアップシート（中間評価用）

病院(所属)名： 総合病院

区分	戦略的目標	BSCの当初目標設定内容					上半期進捗状況		評価・今後の対応	
		業績評価指標	前年度実績	数値目標	数値目標実績	5段階評価	主なアクションプラン	アクションプラン実績		
顧客の視点	・あらゆる疾患への対応 ・利用者の視点にたった改善 ・がん医療の充実 ・医療機能の評価	脳神経疾患・心臓血管疾患・糖尿病患者数合計(年間退院患者数)	868	1,980	872	C	9	栄養指導件数の維持	・入院患者数の増加に伴い件数は増加したが、パート職員の増員と再教育の実施により、要員の確保ができ、安定した実施ができています。	・指導員を確保して、新たな分野であるがん指導件数増加に向けて調整していく。
		QI参加項目における平均値より良好な項目の割合	54.5%	68.0%	52.9%	C	10	褥瘡管理の徹底	・リンクナース会開催(6・9月)、研修会実施(2回) ・エアマットの定数確認の実施 ・褥瘡システムの活用(算定漏れがない様チェックの実施)	・褥瘡発生状況は横行状態であるが、リンクナース会を通し各部署の褥瘡に対する意識は向上している為、今後も計画通り実施していく。
		インシデント・アクシデントレポートの全件数に占める医師からの提出割合	4.1%	10.0%	3.9%	E	11	客観的な医療機能の評価	・電子カルテ記載における記載の標準化を目的として年1回同僚監査を実施。昨年は年2回実施し、同僚監査の結果や指摘のあった項目を診療情報委員会で検討し「同僚監査の指摘事項」を作成し、全医師に配布。また新採医師にも電子カルテ操作研修時に説明を実施。今年度は第1回目医師同僚監査を10月に実施予定。 ・診療記録記載不備件数減少を目的として、医療情報室で量的監査を実施。平成30年度8月までで、入院診療計画書未作成率(0.05%)、2W以内退院サマリ未作成率(7.88%)。 ・各病棟の担当者および基本方針を更新し、病棟内に掲示。	・同僚監査後、その結果を診療情報委員会で検討し、監査結果の活用・院内周知をはかる。 ・量的監査については施設基準「診療録管理体制加算1」の要件である、退院時要約の2W以内の記載率90%以上、1M以内の記載率100%を継続できるよう、督促を継続する。そのほか、入院診療計画書、研修医の診療記録記載に対する指導医師の記録、手術記録の有無について確認を実施する。 ・「期中の確認」を行い、継続的に質改善活動が行えているか確認する。
							12	医療安全の啓発と事例分析の活用	・レポート総数は平成29年度に比べ、7.4%上昇。医師のレポート提出は平成29年度4.1%から、今年度3.9%に減少。 ・医療安全委員会にて、改善策の検討・立案、進捗把握、マニュアル改定を行い、院内メール・掲示板、医療事故ニュース、お知らせ、1回/月広報紙での職員への周知を実施。 ・医療安全小委員会(カンファレンス)にてレポート対策検討。 ・第1回医療安全講演会(5月23日)、第2回(8月30日)、第3回(9月25日)実施。 ・医療安全地域連携加算相互ラウンド実施。(9月6日)連携秒院と情報交換を行い、質の向上を目指している ・医療安全推進チーム活動→医療安全週間、患者確認の徹底、内服管理についてなど実施中。所属においてKYT・SHELL・Medical SAFER分析等によるインシデント・アクシデント対策の検討・周知を行っている。	年間予定通りに行えており、下半期については下記のとおり実施予定。 ・10月4日 医療安全相互ラウンド ・10月19日 セーフティマネージャー研修 ・11月 医療安全週間 ・12月4日 第4回医療安全講演会(臨床工学部) ・平成31年1月16日 第5回医療安全講演会(褥瘡講演会) ・3月8日 医療安全事例報告会

平成30年度BSCフォローアップシート（中間評価用）

病院(所属)名: 総合病院

区分	戦略的目標	BSCの当初目標設定内容					上半期進捗状況		評価・今後の対応		
		業績評価指標	前年度実績	数値目標	数値目標実績	5段階評価	主なアクションプラン	アクションプラン実績			
財務の視点	・財務管理の徹底	経常収支比率	95.0%	97.2%	95.9%	C	13	財務状況の共有	<ul style="list-style-type: none"> <li>・月次稼働状況および月次損益収支を毎月作成し、執行部会議、運営会議に報告を行い、経営状況の共有を図った。</li> <li>・地域医師会への加入にかかる費用の一部を助成して加入を促進するなど、地域の医療機関との連携を強化し、患者数の増加を図った。</li> <li>・HCU管理料の届出に向けて院内調整を進めた。</li> <li>・材料調達に豊富な経験を持つアドバイザーによる、医薬品、診療材料の情報収集、価格交渉を行った。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域の医療機関との連携を引き続き深め、患者数のさらなる増加を図る。</li> <li>・今年度中にHCU管理料を届け出る。</li> <li>・医薬品、診療材料の購入・使用実績の分析を活かして、効果的な購入価格交渉を行う。</li> <li>・非常勤医師の活用、看護師2交代勤務の本格実施(H30.10～)により、時間外勤務の縮減を図る。</li> </ul>	
		医療収益額(百万円)	7,383	15,148	7,384	C	14	適切なベットコントロール	<ul style="list-style-type: none"> <li>・空床状況を把握し、優先順位順に緊急入院の対応実施。</li> <li>・重症度、医療看護必要度算定状況に合わせた病床利用の実施。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・7対1入院基本料の維持と共に、一般病床・地域包括ケア・回復期リハビリ・緩和ケア・HCU・ICU病棟全体の稼働が高い状況であった。今後も適切な病床配分に寄与し、円滑な病床管理を実施していく。</li> </ul>	
	・収益の確保	入院平均診療単価(円)	61,584	63,618	62,034	C	15	適切な診療報酬の請求	<ul style="list-style-type: none"> <li>・減点対策→レセプト検討会(月1回)、保険医療委員会(3月に1回)開催し、減点症例の検討→入院査定率前年(0.286)から今年度7月までで(0.231)に減少。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・年度末に向けて、減点対策の取り組みを継続して実施し、入院査定率の向上を目指す。</li> </ul>	
		費用の適正化	8,341	16,829	8,331	C	16	費用の適正化	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機器整備委員会を随時開催し、整備する医療機器の選定および優先順位、整備時期等について審議した。次年度予算要求案についても検討を行った。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・年度末に向けて執行状況を把握しながら、効率的、効果的な機器整備に努める必要がある。</li> </ul>	
	・費用の適正化	医療費用額(百万円)	8,341	16,829	8,331	C	17	DPCコストデータの活用	<ul style="list-style-type: none"> <li>・全国平均と比較して在院日数の調整など提案。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・診療科ヒアリングの説明がなくなり、DPC検討部会より全科共通項目を説明し、当該科のDPC分析の情報は院内メールにて提供を予定。</li> </ul>	
							18	医薬品の適正な在庫管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>・新規採用13品目、廃止品目9品目、後発医薬品切替19品目。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・後発医薬品への切替を進めたが、全体の採用品目数は増加したため、使用頻度の少ない医薬品の廃止を行い、品目数の削減を進めていく。</li> </ul>	
	内部プロセスの視点	・医療機能の強化	救急受入れ件数	1,019	1,800	997	C	19	がん医療の向上および均てん化の推進	<ul style="list-style-type: none"> <li>・滋賀県がん診療連携協議会の運営を行った。(がん診療連携協議会1回、企画運営委員会1回、相談支援部会1回、地域連携部会1回、がん登録推進部会2回、診療支援部会1回、研修推進部会1回、緩和ケア推進部会1回開催)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・計画どおり滋賀県がん診療連携協議会の運営を継続する。</li> <li>・更新されたがん診療連携拠点病院の整備に関する指針に沿って、院内の体制を整備する。</li> </ul>
			紹介率	79.0%	70.0%	81.7%	B	20	救急の受入れの拡大	<ul style="list-style-type: none"> <li>・救急受入れ・非受入れ状況を数値化し、情報の共有を図る。</li> <li>・スムーズな受入れを目的に救急カートの管理等の見直しを行う。→救急診療委員会開催(5月)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・年度末に向けて、情報の共有などの取り組みを継続して実施し、救急受入れの拡大を目指す。</li> </ul>
・地域連携の深化		逆紹介率	63.2%	55.0%	59.0%	C	21	紹介率、逆紹介率の向上	<ul style="list-style-type: none"> <li>・診療所訪問、連携登録医拡充を行った。</li> <li>・診療所訪問:59件</li> <li>・連携登録医拡充:3件</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・診療所については、紹介件数が減少してきたところへ重点的に訪問を行った。</li> <li>・連携登録医拡充については、引き続き拡充できるよう取り組む。</li> </ul>	
		紹介率	79.0%	70.0%	81.7%	B	22	検診と診察の連携強化	<ul style="list-style-type: none"> <li>・上半期に3ドック合計で124件受診があり、そのうち18件が当院での受診につながった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・疾病予防ナビへのドック案内記事の掲載等、引き続きドック稼働率向上につながるよう広報に努める。</li> </ul>	
・チーム医療の推進		バリエーション分析施行パス数	2	4	3	C	23	遠隔モニタリングの活用	<ul style="list-style-type: none"> <li>・10名の患者が新たに遠隔モニタリングを用いた地域連携管理に移行した。また、これまでに76施設の医療機関に連携管理の承諾を得た。</li> <li>・デバイス相談の経験を活かして連携管理導入時の連携医および患者への説明を工夫し、円滑に移行が進むように努めた。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・今年度から遠隔モニタリングの加算点が大幅に上がり、経営上追い風となっているので、今後とも遠隔モニタリングを積極的に導入していきたい。</li> <li>・デバイス相談窓口に関しては、地域連携管理に移行している患者だけではなく、技師との接点が少なくなっている遠隔モニタリング患者全体に広げニーズを補完して行く。</li> </ul>	
							24	クリニカルパスを利用した医療の質の向上	<ul style="list-style-type: none"> <li>・バリエーション分析開始し、婦人科標準化学療法パス、消化器内科の大腸EMRパス、の2件のバリエーション分析(アウトカム評価)を行った。</li> <li>・第4回クリニカルパス大会(呼吸器外科:肺葉切除 区域切除パス)を開催し、バリエーション分析施行。</li> <li>・毎月、1パスのプレゼンテーション、病棟毎にアウトカム評価(未評価率、達成・未達成率について)のプレゼンテーションを行った。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・3つのパスでバリエーション分析(パスの見直し)を行い、医療の質の向上を図った。パス大会や委員会でのプレゼンテーションが職員・パス委員のパス知識向上となった。引き続き、毎月1パスのプレゼンテーション、バリエーション分析(アウトカム評価)、また病棟毎にアウトカム評価率(未評価率、達成・未達成率について)のプレゼンテーションを行う。</li> <li>・10月にパス学会で演題発表予定。3月に第5回パス大会開催予定。</li> </ul>	

平成30年度BSCフォローアップシート（中間評価用）

病院(所属)名： 総合病院

区分	戦略的目標	BSCの当初目標設定内容					上半期進捗状況		評価・今後の対応
		業績評価指標	前年度実績	数値目標	数値目標実績	5段階評価	主なアクションプラン	アクションプラン実績	
学習と成長の視点	・人材の確保	総医師数(年度当初)	104	104	98	C	25	医療を支える人材の確保 ・計画的な看護師確保の活動実施(就職説明会参加・開催、学校訪問、インターンシップ・病院見学受入れ等)、パート看護師・ナースエイドの雇用、次年度採用者の増員、離職者軽減に向けたアピールを実施した。	・次年度採用者の増員、今年度退職者の減少が見込まれる。また、ナースエイドも増員となり急性期看護補助体制加算が25対1と基準上げ算定(1200万/年増収)に繋がれるため、今後定着を図っていききたい。
		総看護師数(年度当初)	472	475	473	C	26	研究所と診療部門の連携による臨床研究の推進 〈画像〉 研究は順調で、研究成果の論文発表、国内・国際学会発表を行った。 〈遺伝子〉 期待した結果が得られず実験計画を変更した。 〈神経病態〉 研究は順調で、共同研究の成果を論文としてBrain Tumor Patholに発表した。 〈聴覚〉 新型人工内耳の動物への埋め込み実験、難聴動物内耳への各種幹細胞移植実験に取り組み、順調に進行しており、国内・国際学会において研究成果の発表を行った。	〈画像〉〈神経病態〉〈聴覚〉 部門においては、研究は順調に推進されており、現状を継続していく予定である。 〈遺伝子〉 部門においては、実験において期待した結果が得られなかったことから、計画を変更して研究を推進していく予定である。
	・職員の意識向上	職員アンケート項目「仕事に充実感や達成感を感じていますか」での評点(そう思う、ややそう思う)率	65.6%	67.0%	67.0%	B	27	やりがいを感じられる職場づくり ・6～7月にかけて職員意識調査を実施。回収率は前年度と同程度であった(昨年度:88.1%、今年度:87.5%)。 ・7月にBSC研修(初級者向け、指導者向け)を開催し、BSCの基礎的内容から演習まで幅広く学び理解を深めた。	・回収箱に提出チェック用の名簿をつけることや、各部門ごとに取りまとめ提出することで、回収率の維持につながった。 ・今年度の集計が終わり次第、出てきた意見に対する対応策を検討する。
	・研修体制の充実	初期研修医数(医科)	9	13	14	B	28	積極的な研修医の採用 ・学生実習の積極的な受入れや、レジナビ等での出展を行った。医学部生の病院見学を随時受入れ、35名の見学者の訪問があった。	・医科の平成31年度採用には募集数8名に対し、15名の応募があった。歯科については募集枠2名に対し6名の応募があった。32年度採用に向けて引き続きアピールをする。一方で時期によっては見学者が多く、受け入れる現場の業務に支障が出たため、一人当たりの回数を絞って受け入れることとする。
		職員必須研修参加率(感染)	97.0%	100.0%	93.2%	C	29	教育機能の強化 ・教育研修センターの物品について整理と確認を行い、教育研修備品の貸出しを院内ネットワーク上でできるよう簡便にした。また、シミュレーター室を増設し、高度な研修をできるように整備した。 ・院内ファシリテーター研修を開催し、多職種間連携をけん引する職員を養成する。	・教育研修センターをより活用するように全体への周知を続ける。 ・ファシリテーター研修に11名のエントリーがあった。
		職員必須研修参加率(安全)	94.3%	100.0%	86.0%	C			



# 平成30年度BSCフォローアップシート（中間評価用）

病院(所属)名:小児保健医療センター

区分	戦略的目標	BSCの当初目標設定内容				上半期進捗状況				評価・今後の対応
		業績評価指標	前年度実績	数値目標		主なアクションプラン	アクションプラン実績	数値目標実績	5段階評価	
顧客の視点	難治・慢性疾患児への質の高い医療サービス・全県型医療の提供	重症患児数 (※超重症児数+準超重症児数)	874人	880人	1	人工呼吸器、酸素濃縮器、栄養ポンプのケアが必要な患者への対応	呼吸ケアサポートチーム活動実績 ・呼吸ケアサポートチームラウンド…17件 ・認定看護師へのコンサルテーション依頼対応…19件	430人	C	上半期の重症患児数は、前年度よりやや減少しているものの、人工呼吸器や酸素濃縮器、栄養ポンプなどのケアが必要な患者数は多く、今後も呼吸ケアサポートチームの活動を中心に、一般医療機関で対応困難な重度障害児への医療的ケアサービスの充実を図る。
	慢性疾患患者の救急体制強化	時間外慢性疾患患者救急受入れ応需率 (※患者受入件数/受入依頼件数)	97.0%	90.0%	2	救急依頼から診療までの業務改善	時間外患者受入件数…142件(うち入院68件) 受入依頼件数…144件	98.6%	B	医療的ケア児が多いことから、入院患者数が比較的少ない場合でも個室の対応が困難などの理由により、受入れが出来ないケースがあった。今後も可能な限りベッドコントロール等を行い対応する。
	政策医療の提供	精密健康診断実施数	1,617件	1,500件	3	県内の心身に障害を有する児の早期発見、障害の早期除去・軽減	5/24・5/25・6/16乳幼児精密健診従事者研修会(参加者141人) 保健指導部受付…520件 直接受診者…205件	725件	C	下半期に今年度2回目の乳幼児精密健診従事者研修会を開催予定。引き続き、心身障害児の早期発見・早期受診を推進する。
	地域の医療機関等との連携強化	びわ湖メディカルネット患者登録者数	103件	80件	4-1	びわ湖メディカルネットを活用した連携病院・診療所への患者情報の提供	4/4-5/25びわ湖あさがおネット説明会(参加者49人) 病院延登録患者数…160件(+57件) 紹介患者数…1,150人 逆紹介患者数…1,225人	160件	A	利用スタッフに対し、びわ湖あさがおネットに関するレクチャーを実施し、新規登録者の増加に努めている。上半期で年間目標は達成できたが、引き続き登録者の増加とネットワークの活用を促進し、地域の医療機関等との連携を強化する。
		紹介率	49.0%	44.0%	4-2			45.7%	C	
		逆紹介率	48.6%	42.0%	4-3			47.8%	C	
地域の療育機関等への支援	児童発達支援センター等への派遣回数	135回	140回	5	地域への療育技術指導	派遣回数…60回 指導児童数…319人	60回	C	職員1名が5月から産休に入り、引き続き育休に入ることから昨年度より少ない計画回数となっているが、計画どおりに地域の療育センターへの派遣を行っている。今後も計画どおり派遣を実施する。	
在宅療養の支援	年間受入件数	646件	730件	6	レスパイト入院の受入れ	入院延べ患者数…2,050人 1日平均入院患者数…11.2人	426件	B	毎月予約枠の確認と入院調整を実施。全体のベッド利用状況も確認しながら、予約枠を超えて弾力的な調整を図っている。年間目標数の過半数を上半期で達成。	
財務の視点	病床利用率の向上	病床利用率	66.2%	76.0%	7-1	院内全スタッフによる病床利用率、新規入院患者数、平均在院日数のモニタリング	前年同期比病床利用率 ・レスパイト入院枠の柔軟な対応…↑1.6% ・リハビリ入院件数の増加…↑0.6%	65.7%	C	新規入院患者数は目標値を上回っているが、病床利用率は低い状態が続いている。外科手術に伴う長期入院件数が増えないため、平均在院日数も短くなっている。レスパイト入院枠の弾力的な運用やリハビリ入院の増加、呼吸器評価入院のクリティカルパス化および実施などにより、引き続き病床利用率の向上を図る。
		新規入院患者数	2,134人	2,055人	7-2			1,221人	B	
		平均在院日数	10.3日	12.5日	7-3			【全体】 8.9日 (整形外科) 22.6日 (小児科) 7.2日	D	
	財務管理の徹底	経常収支比率	99.9%	98.2%	8	経営状況の院内周知	月例会議やグループウェアにより診療実績等の情報提供を行い、経営状況の院内周知を図っている。	116.6%	C	外来診療は微増の状態が続いているが、入院診療の落ち込みにより診療収入が減少し、経常収支は当初予算を下回る見込みである。今後は入院診療の回復と費用の節減に向け全職員一丸となって取り組む。
内部プロセスの視点	職員満足度の向上	現在の仕事に充実感や達成感を感じている職員の率(肯定的回答率)	72.6%	76.0%	9	職員満足度調査結果の病院運営への反映	6/18-7/13職員意識調査(全職員対象) ・調査票回収率…87.8% (調査結果分析中)	-	-	前年度の調査結果に基づき、酸素供給配管の増設、入浴用ストレッチャーや電動ベッドの購入など現状で対応可能な環境改善は随時実施した。今年度の調査結果がまとまれば、同様に可能な範囲で環境改善を図る。
	効率的な職場環境づくり	職員一人あたりの時間外勤務時間数	16.5h	14.6h	10	業務の改善	毎月の衛生管理委員会で、時間外勤務時間の情報分析・共有化を図っている。	18.1h	C	今年度から時間外勤務時間の確認方法を変更したため、上半期は前年度より時間数がやや増加した。また情報の共有化により業務改善に対する職員の意識が高まっている。今後は業務改善策の職員提案を啓発するなど、時間外勤務時間の縮減に向けた取組を行う。
学習と成長の視点	臨床研究活動への支援	論文発表数	20本	26本	11	論文発表費用補助	小児科…2本 眼科…1本 耳鼻いんこう科…2本	5本	E	上半期の論文発表本数は前年度をやや下回った。今後は、医師の業務負担軽減策の検討を行うとともに、引き続き研究活動を支援し、医療技術の向上を目指す。
	教育の充実	専門研修派遣者数	306人	154人	12	専門研修の派遣支援	リハビリテーション科…10人 検査科…7人 栄養指導科…2人 看護部…60人 療育部…1人	80人	C	上半期の専門研修への参加支援件数は目標値を上回った。今後も専門研修などへの参加を支援し、専門知識を備えた人材の育成を図る。

平成30年度BSCフォローアップシート（中間評価用）

病院(所属)名: 精神医療センター

区分	戦略的目標	BSCの当初目標設定内容				上半期進捗状況			評価・今後の対応	
		業績評価指標	前年度実績	数値目標	主なアクションプラン	アクションプラン実績	数値目標実績	5段階評価		
顧客の視点	政策医療の充実	措置鑑定医の派遣(院内鑑定を含む)	73	70	1	司法機関・保健所・警察・消防・精神科救急情報センター等との連携強化	関係機関と連携し、計画どおり進行している。	47	A	司法鑑定の要請には断ることなく受け入れるなど、司法・行政機関等と緊密に協力できた。
		救急情報センター通報入院患者数	27	15	2	・救急事業と空床確保状況の分析と評価 ・空床確保システム運用実績の分析と改変	精神科救急システムでの患者受入れを行っている。	10	C	週3日、急性期病棟での空床確保会議においてベッドコントロールについて協議し、緊急入院に備えて空床(保護室、個室)確保の維持に引き続き努めていく。
		救急・緊急診療の受入件数	79	110			休日・夜間の救急診療受入れは目標値、昨年度実績をともに上回っている。引き続き救急受診を必要とする患者の受入れを促進する。	61	B	
		アルコール延べ患者数(外来)	3,006	2,850	3	県アルコール健康障害対策推進計画における専門医療機関としての役割の検討	アルコール専門外来やリハビリプログラム等の取組やアルコール・薬物依存症診療検討委員会等で地域医療との連携について検討協議している。	1,410	C	外来アルコール患者数は目標値を若干下回っており、他医療機関との連携を推進していくなど引き続き積極的に受け入れていくよう取り組む。
		思春期延べ患者数(外来)	3,637	3,100	4	思春期外来運営システムの拡充	思春期診療検討委員会を月1回開催し、現状と課題について協議し解決を図るとともに、カンファレンスを開催し職員のスキルアップに取り組んでいる。	1,878	B	外来思春期患者数は目標値を上回っている。思春期外来のあり方として、摂食障害等について連携体制を検討していく。
	司法精神医療の充実	退院者数	9	7	5	医療観察法ネットワーク会議を通じた関係機関との連携強化	対象者の受入れは5名、退院者は4名であった。開棟以来(H25年11月)27名が社会復帰している。	4	B	精神疾患により重大な他害行為を行った人に対して、手厚い専門的な医療を提供するとともに、医療観察制度に基づく指定入院医療機関として、保護観察所の支援のもとで、保健所・関係機関と連携を図り社会復帰を促進している。
	地域医療・福祉との連携強化と支援	平均在院日数(1, 2病棟)	84.5	90日	6	退院支援体制の検討及び地域関係機関との連携強化	多職種によるカンファレンスを実施し、退院に向けての支援体制を整えている	79.6	B	引き続き、多職種による退院促進をセンター全体で取り組んでいく。
		長期入院者(1年以上)の退院者数	11	7	7	多職種によるカンファレンスの実施		2	E	
		紹介率	37.6%	46.7%	8	精神科クリニックや病院との連携強化	個室の満床により対応できない場合などで紹介率は減少したが、逆紹介率は患者の転院などもあり増加した。新規入院患者数は地域医療との連携も含め目標値を上回った。	32.9	D	地域医療連携のより一層の推進のため、今後、クリニックや一般診療科との地域医療連携の充実を図ることとする。
		逆紹介率	36.5%	40.0%				55.9	A	
		新規入院患者数(1, 2病棟)	322	345				地域医療との連携強化	179	
		地域精神保健福祉活動への支援活動回数	52	75	9	・地域保健所等との連携強化 ・市町への講演活動	医局は、保健所において専門相談を実施するとともに、地域医療連携係は、市町等での講演を実施した。	21	D	保健所での専門相談や市町等への講演などより一層の充実を図る。
	患者サービスの向上	入院患者満足度調査評点(1, 2病棟)	3.6	4.5	10	患者満足度調査の実施・結果分析・業務改善	サービス向上委員会で入院・外来患者等を対象として10月中旬に調査を実施する。	-	-	調査結果については、サービス向上委員会で分析し、必要な改善等を図っていく。
		入院患者満足度調査評点(3病棟)	3.6	4.5				-	-	
		外来患者満足度調査評点	3.8	4.5				-	-	
作業療法満足度調査評点		3.4	4.5	-				-		
デイケア満足度調査評点		4.3	4.5	-				-		

平成30年度BSCフォローアップシート（中間評価用）

病院(所属)名: 精神医療センター

区分	戦略的目標	BSCの当初目標設定内容				上半期進捗状況			評価・今後の対応	
		業績評価指標	前年度実績	数値目標	主なアクションプラン	アクションプラン実績	数値目標実績	5段階評価		
財務の視点	収支改善	経常収支比率	102.5%	101.2%	11 経営状況の院内周知	管理会議等において、決算、予算、月次損益など随時報告し、経営・運営状況の院内周知に努めている。	100.6	C	引き続き、会議・委員会等で現状報告していくとともに、持続的経営安定化に向けて改善策等協議していく。	
		医業収益に占める職員給与費の割合	89.9%	88.7%			100.2	C		
	急性期患者対応の拡大	病床利用率(1, 2病棟)	75.6%	85.0%	12	・地域生活支援部との情報共有 ・病棟、外来間の情報共有 ・空床確保の情報共有	毎月開催の病床管理運営委員会等で入退院の動向や患者の状況等を把握しながら病床を管理することにより、病床利用率は前年度実績よりは上昇した。	76.3		C
内部プロセスの視点	医師確保の推進	常勤医師の定数に対する充足率	64.3%	71.4%	13	医師招聘に向けた方策の検討と情報発信	大学等との連携強化や医師による個別の要請を継続して行い、また研修医の受入れ拡大、ホームページなどによる情報発信に取り組んでいる。	64.3	C	引き続き早期確保に向けて取り組んでいく。
	医療安全の徹底	アクシデント件数(レベル3b以上)	6	3以内	14	・インシデント・アクシデントの分析・対策・評価 ・医療安全研修への参加促進	活発に医療安全活動を実施したが、アクシデント(3b以上)が2件発生した。	2	C	早急に対策が必要な内容に関しては、医療安全ニュースを発行するなど、職員に周知している。
		アウトブレイク件数	1	0件	15	・感染リンクナースによる感染防止活動の実施、評価 ・感染対策研修会への参加促進	感染管理認定看護師と病棟リンクナースが協力し、スタッフ、患者への指導を行い感染対策の普及を行っている。	0	A	感染予防対策研修の開催や病棟内リンクナースがリーダーとなり感染防止意識の浸透や感染症持込み防止対策に取り組んでいく。
	業務改善の推進	1人当たり時間外勤務時間数	8.6	20	16	・各種委員会の見直し ・時間外勤務時間数の削減	委員会開催回数削減のため提出案件を集中化したり、運営上の見直しなどに取り組んだ。 時間外勤務実績時間数は、目標値よりは下回るものの昨年度月7.3時間が7.7時間と増加している。	7.7	C	毎月の管理会議において、各部署の時間外勤務の実績を報告し、引き続き削減に努める。
職員満足度の向上	「今後もこの病院で働きたい」肯定者割合	78.1%	80%	17	職員満足度調査の周知徹底、調査結果の分析と改善に向けた方策の検討	職員意識調査を実施し、肯定的回答割合が昨年度より増加した。	81.3	B	引き続き意見の反映に努めていく。	
学習と成長の視点	職員教育の充実	学会・論文等発表数	28	20	18	論文・学会発表、専門誌への投稿の奨励	年度前半は発表等が伸びなかったが、後半に向けて学会へ参加するなど論文等作成・発表を奨励していく。	2	E	職員が積極的に情報発信出来るように引き続き努める。
		全職員向け研修開催回数	33	30	19	委員会主催の研修計画の策定、情報提供	研修開催の周知や研修内容を工夫するなど職員が積極的に参加できるように努めた。	18	A	数値目標に達成していくよう、引き続き研修を計画し、開催周知に努める。