

平成24年度 年度計画にかかる事業報告書 小項目評価一覧(案)

大項目評価

- S 「計画を大幅に上回り、特に評価すべき進捗状況にある
(評価委員会が特に認める場合)」
 A 「順調に進んでいる(すべての項目が3~5)」
 B 「おおむね順調に進んでいる(3~5の割合が9割以上)」
 C 「やや遅れている(3~5の割合が9割未満)」
 D 「大幅に遅れている又は重大な改善すべき事項がある
(評価委員会が特に認める場合)」

第1 市民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するためとるべき措置

| 項目 | 頁 | ウエイト (1 or 2) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 自己評価のポイント | 評価委員会委員からの意見 |
|---------------------|----|------------------|---------------|-----------------|------------|-------------|----------------|--|---|
| | | | 年度計画を大幅に回っている | 年度計画を十分に実施できている | 年度計画を順調に実施 | 年度計画を上回って実施 | 年度計画を大幅に上回って実施 | | |
| 1 市民病院としての役割の発揮 | | | | | | | | | |
| (1) 救急医療 | 6 | 2 | | | ◎ | | | (中央)新病院より機能拡充した救命救急センターの効率的な活用 (西)9月より木曜及び祝休日の24時間救急を開始(木・金・土・日・祝休日24時間救急) | 救急医療に関して、平均在院日数と病床利用率のバランスが重要と考える。病床利用率の目標を高く設定し無理に利用率を上げようとする、救急の収容に支障をきたす可能性が高く、スタッフの過重労働にもつながる。収益本位で進め、バランスを欠いてしまうと目標を設定したことが逆効果になってしまう。「断らない救急」を目指す病院として将来より好ましい病院運営を考える上からは、病床利用率は90%程度が妥当だと思う。 病床利用率を落とすと、収益・利益への影響が大きい。市民病院としての救急受入れの問題、医療安全上の問題とのバランスを考慮して運営する必要がある。 |
| (2) 小児・周産期医療 | 8 | 2 | | | ◎ | | | (中央)小児科の医師数は減少したが、応援により従前同様の小児医療を提供、成育医療センターの活用、総合周産期母子医療センター指定に向けた取り組み (西)体制を強化した小児科にて充実した診療の継続、発達外来及びアレルギー外来の開設 | 助産師外来の患者がかなり増えているのは、継続した取り組みの結果であり、素晴らしい。 |
| (3) 感染症医療 | 11 | 2 | | | ◎ | | | 感染管理専従看護師を中心とした取り組み (中央)10月より感染制御専任医師(ICD)を配置し体制を充実 | |
| (4) 災害その他の緊急時における医療 | 13 | 2 | | | ◎ | | | 緊急時に備えた災害訓練等を実施 (西)多数負傷者対応訓練の実施 | |

※ ◎はウエイトを考慮し2点、○は1点の項目

※ ウエイト2は「市民病院としての公的役割を果たす上で重要」と位置づける項目及び「平成24年度計画」における重点項目である

| 項目 | 頁 | ウエイト (1 or 2) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 自己評価のポイント | 評価委員会委員からの意見 |
|--|----|------------------|---------------|-----------------|---------|-------------|----------------|---|---|
| | | | 年度計画を大幅に回っている | 年度計画を十分に実施できている | 年度計画に実施 | 年度計画を上回って実施 | 年度計画を大幅に上回って実施 | | |
| 1 市民病院としての役割の発揮 | | | | | | | | | |
| 2 専門性の高い医療の充実 | | | | | | | | | |
| (1) 高い専門性と総合的な診療 | 15 | 2 | | | ◎ | | | (中央)乳癌外科の設置, 7月～緩和ケア内科の設置, 放射線診断科・放射線治療科へ再編 (西)臨床腫瘍科を設置, リウマチ・膠原病内科及び血液内科へ再編 | チーム医療が高まる中で, まだ多くの患者さんの問合せが, 医師に集中している。これは, 患者さんが医師以外のスタッフの役割を理解できていない事も一因であり, 院内でも医師以外に, こんな資格を持った専門の職員がいますよというPRをすべき。 そのことが, 様々な資格を有する病院スタッフを有効活用することにもつながる。 患者のニーズがあり診療科を新設するのは良いが, 診療報酬のプラスや利益の増収などを計算して新設しているのか。ニーズに対応するのは良いが, 新設により, どの位収入が上がるかなど, どの程度検討して取り組んでいるのかが問題である。 |
| (2) 4疾病への対応(がん治療・脳卒中治療・急性心筋梗塞治療・糖尿病治療) | 19 | 1 | | | ○ | | | 4疾病治療の継続・推進 特にがん治療に関しては外来化学療法件数等の増加 (中央)脳卒中・急性心筋梗塞治療の継続 (西)がん診療連携拠点病院に準じる病院に認定 | |
| (3) 高度・先進医療 | 24 | 2 | | | ◎ | | | CT・MRI等検査件数の増加 (中央)手術件数の増加, PET-CT等の活用 (西)全身麻酔を伴う手術件数の増加 | |
| 3 市民・患者と共に支える地域医療 | | | | | | | | | |
| (1) 市民・患者へのサービスの一層の向上 | 27 | 2 | | | ◎ | | | 患者満足度調査や意見箱等により患者ニーズの把握, 待ち時間・待ち日数対策 (中央)携帯呼出端末・自動精算機等の活用, 12月～市民健康ライブラリーの運営を再開し内容の充実に着手 (西)外来看護担当マネージャー等による総合案内機能体制の継続 | 中央市民病院の市民健康ライブラリーの運営再開については, 良いことであり, 今後の内容の充実を期待している。運営に関しても, 病院側だけで行うのではなく, 患者さんの声をキャッチするためにもボランティアの活用は有効であり検討していただきたい。また, 入院患者等が利用する図書室についても, 一般図書中心ではなく医療情報を掲載した図書も備えるなど充実してほしい。 患者満足度調査において, 満足度が高いのは, 市民病院は公立病院が好きな人が来ているため, 公立病院に対して満足度の高い人が来院しているからという考え方もある。 |
| (2) 市民・患者への適切な情報提供 | 33 | 1 | | | ○ | | | 患者向け教室等の継続開催, ホームページの活用による情報提供 (中央)ホームページのリニューアルに向け検討に着手 | |
| (3) ボランティアとの協働 | 35 | 1 | | | ○ | | | 職員とボランティアとの協働による患者へのきめ細やかな対応 | |

| 項目 | 頁 | ウエイト (1 or 2) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 自己評価のポイント | 評価委員会委員からの意見 |
|-------------------------------------|----|------------------|---------------|-----------------|---------------|---------------|---------------|--|---|
| | | | 年度計画を大幅に回っている | 年度計画を十分に実施できている | 年度計画をほぼ実施している | 年度計画をほぼ実施している | 年度計画をほぼ実施している | | |
| 4 地域医療機関との連携協力の推進 | | | | | | | | | |
| (1) 地域医療機関・保健機関・福祉機関との連携推進 | 37 | 2 | | | ◎ | | | <p>地域医療機関に対して病診連携アンケートの実施(中央)地域医療支援病院として紹介・逆紹介のさらなる推進に努めるとともに、「地域連携懇話会」及び地域医療機関への訪問等の継続、登録医へのEメールによる情報発信等を行い、紹介率・逆紹介率ともに目標達成</p> <p>(西)地域医療支援病院に向け地域医療機関への診療科部長等の訪問を継続、かかりつけ医相談窓口の本運用を開始する等取り組んだ結果、紹介率・逆紹介率ともに目標達成</p> | <p>紹介率、逆紹介率とも高い数字を維持しており、地域医療機関との連携について、かなり力を入れていると思う。高い逆紹介率を、患者さんが納得して実現できているのであれば、評価を3から4に上げて良いのでは。努力した項目は、評価されていることが見えないと職員の士気が上がらない。</p> <p>紹介率・逆紹介率とも良く上がったと思うが、西市民病院が地域医療支援病院の申請を平成25年秋にするとのことであり、地域医療支援病院に名称承認されてから、半年程度の実績も勘案して、平成25年度実績として評価するというので、今回は3で良いのではないかと。逆紹介率が高くなってきた。これくらい努力して逆紹介率を上げて、新しい患者を受け入れないと、病床利用率は上がらない。</p> |
| (2) オープンカンファレンス等研修及び研究会を通じた地域医療への貢献 | 42 | 1 | | | ○ | | | オープンカンファレンスの継続開催 | |
| (3) 市関連病院の連携 | 44 | 1 | | | ○ | | | 市関連病院連絡調整会議を開催し、さらなる連携推進に向けた検討の継続、人事交流の推進 | |
| 5 安全管理を徹底した医療の提供 | | | | | | | | | |
| (1) 法令・行動規範の遵守(コンプライアンス) | 47 | 1 | | | ○ | | | 全職場内研修の継続 監事監査及び会計監査人監査の実施 | |
| (2) 医療安全対策の徹底 | 48 | 1 | | | ○ | | | 委員会等の毎月開催、研修会の開催 (中央)全病棟への薬剤師の常駐の開始、医療ガスを安全に使用するための講習会の開催 (西)薬剤師の配置病棟を拡大 | |
| (3) 医療関連感染防止(院内感染防止) | 53 | 1 | | | ○ | | | 職員研修の開催、定期的な院内ラウンドの実施 | |
| (4) 専門性を発揮したチーム医療の推進 | 55 | 2 | | | ◎ | | | <p>チーム医療の推進 (両病院)NST, ICT, 褥創対策, 緩和ケア, リエゾン, 呼吸管理等 (中央)せん妄, 口腔ケア等(西)糖尿病等</p> | チーム数が増加したのはいいことだが、質の担保にも努めていただきたい。 |

| 項目 | 頁 | ウエイト (1 or 2) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 自己評価のポイント | 評価委員会委員からの意見 |
|------------------------------------|----|------------------|----------------|------------------|----------------|-----------------|--------------------|---|--|
| | | | 年度計画を大幅に下回っている | 年度計画を十分に実施できていない | 年度計画を順調に実施している | 年度計画を上回って実施している | 年度計画を大幅に上回って実施している | | |
| 6 医療の標準化と診療情報の分析による質の改善及び向上 | | | | | | | | | |
| (1) クリニカルパスの充実と活用 | 60 | 1 | | | ○ | | | 引き続き種類数の増加及び積極的な運用を図るとともに適宜DPCの観点を踏まえた見直しを行った結果、両病院において種類数及び適用率ともに目標を達成した (中央)電子カルテに対応したパスの一層の活用を推進 | クリニカルパスの数・適用率が少しずつ上がってきているのは評価できる。 |
| (2) DPCの活用 | 62 | 1 | | | ○ | | | DPC分析ソフトの活用によるベンチマーク比較、データを分析し各診療科へ提供 | |
| (3) 電子化の推進 | 64 | 1 | | | ○ | | | (中央)電子カルテをはじめとした総合医療情報システムの活用 (西)電子カルテの導入を想定した各システムの更新計画の策定、PACSと現存・更新機器との関連性を高め診療への活用 | |
| (4) 臨床評価指標等 | 66 | 1 | | | ○ | | | (中央)設定・公表すべき臨床評価指標項目を検討し作成、退院サマリーの提出率向上に向けた取り組みを継続・徹底した結果96.1%を達成した(特に下半期実績では99.7%) (西)臨床評価指標(165項目)についてホームページ掲載内容の更新、退院サマリーについては未提出医師への督促、診療科部長への報告、業務経営会議への報告を継続し、医療情報端末への未作成者リストの表示等を行ったが、88.7%の結果となった。 | 臨床評価指標について、事故を起こさないだけでなく、今後は診療のプロセス、質を確保していくことが大切であり、今後強化していくべきところである。 |
| 7 臨床研究及び治験の推進 | | | | | | | | | |
| | 68 | 1 | | | ○ | | | 治験、臨床研究の推進 (中央)治験、受託研究、臨床研究いずれも前年度を上回った、治験・臨床試験管理センターを設置し体制の充実 | |
| 合計 | | 31 | | | 31 | | | | |
| [22項目 ウエイト2(9項目)ウエイト1(13項目)] | | 31 | | | 31 | | | | |

31/31 (100)⇒

評価 A(順調)

第2 業務運営の改善及び効率化に関する目標を達成するためとるべき措置

| 項目 | 頁 | ウエイト (1 or 2) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 自己評価のポイント | 評価委員会委員からの意見 |
|---------------------------------|----|------------------|---------------|-----------------|---------|-------------|----------------|--|---|
| | | | 年度計画を大幅に回っている | 年度計画を十分に実施できている | 年度計画に実施 | 年度計画を上回って実施 | 年度計画を大幅に上回って実施 | | |
| 1 すべての職員がプロとして活躍し、やりがいがある病院 | | | | | | | | | |
| (1) 専門性の高い資格取得に向けた研修 | 70 | 1 | | | ○ | | | 研修制度活用による資格取得の促進、学術研究費・臨床研究費の助成 | |
| (2) 専門性の高い資格や技術の取得への支援 | 72 | 1 | | | ○ | | | 長期・短期留学及び教育課程受講中における有給休暇制度の継続活用、認定・専門看護師手当の継続、事務・技術職員への資格取得支援制度の構築・運用 | チーム医療が高まる中で、まだ多くの患者さんの問合せが、医師に集中している。これは、患者さんが医師以外のスタッフの役割を理解できていない事も一因であり、院内でも医師以外に、こんな資格を持った専門の職員がいますよというPRをすべき。 そのことが、様々な資格を有する病院スタッフを有効活用することにもつながる。 |
| (3) 事務職員及び技術職員の病院運営に関わる能力向上への支援 | 73 | 1 | | | ○ | | | 経験者採用の継続、事務・技術職員への資格取得支援制度の構築・運用、3病院医事課職員研修会の新規開催 | |
| (4) 優れた専門職の確保 | 75 | 2 | | | ◎ | | | 任期付正規職員制度の継続活用、経験者採用の継続、看護職員等確保対策の強化、育児短時間勤務制度の継続、夜間看護業務手当の改善、緊急呼出待機手当の創設 | |
| (5) 職員満足度の向上(医療職の負担軽減) | 79 | 1 | | | ○ | | | 医療クラークの活用、リエゾンナースによるメンタルサポート (中央)職員のモチベーションの維持・向上につながる方策の検討 (西)近未来の西市民病院のあり方について各診療科・部門より意見聴取、警察OBの配置体制を強化 | 現場で働く人が、いきいきとやる気を持って働くことが、患者にとっても、病院にとっても重要であり、職員が達成感を感じられるような仕組みづくりが必要である。 |
| 2 人材の成長を促進する人事給与制度と育成プログラムの充実 | | | | | | | | | |
| (1) 努力が評価され、報われる人事給与制度の導入 | 83 | 2 | | | ◎ | | | 経験者採用の継続、専門・認定看護師手当の継続、夜間看護業務手当の改善、緊急呼出待機手当の創設、優秀職員表彰制度の継続 | |
| (2) 研修制度の充実 | 85 | 1 | | | ○ | | | 充実した新規採用職員研修の継続、採用後3年次固有職員研修の開催、全職場内研修の継続、3病院医事課職員研修の新規開催 | |

| 項目 | 頁 | ウエイト (1 or 2) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 自己評価のポイント | 評価委員会委員からの意見 |
|---|----|------------------|---------------|-----------------|----------------|-----------------|--------------------|---|--|
| | | | 年度計画を大幅に回っている | 年度計画を十分に実施できている | 年度計画を順調に実施している | 年度計画を上回って実施している | 年度計画を大幅に上回って実施している | | |
| 3 教育病院として医療に携わる人材の育成への貢献 | | | | | | | | | |
| (1) 教育病院(専門医等の研修施設として認定された教育施設としての性質を有する病院)としての指導力の向上 | 86 | 1 | | | ○ | | | 中央総合診療科・西総合内科の医師による若手医師の教育 (中央)臨床研修センターを新設し体制を強化 | |
| (2) 神戸市看護大学等との連携 | 88 | 1 | | | ○ | | | 看護学生・薬学部等学生の受入れ (西)ベトナム・ダナン産婦人科・小児科病院の人材育成 | |
| 4 外部評価の活用及び監査制度の充実 | | | | | | | | | |
| (1) 病院機能評価等の活用 | 90 | 1 | | | ○ | | | 病院機能評価認定(平成25年度更新に向けた準備) (中央)卒後臨床研修評価機構認定施設(継続) | |
| (2) 監査制度の充実 | 91 | 1 | | | ○ | | | 監事監査, 会計監査人監査, 内部監査の実施 | |
| 5 環境にやさしい病院づくり | | | | | | | | | |
| | 92 | 1 | | | ○ | | | 夏季等の電力需給不足への対応, 廊下等の間引き点灯, 空調設定温度の調整, コージェネレーションシステムによる電力節減等, (中央)CASBEE(建築環境総合性能評価システム)にてSランク(素晴らしい)に認証 | 病院は患者サービスを優先するので多くのエネルギーを使う施設であるが, 外部から評価を得たこと(CASBEEという外部評価でS(素晴らしい)ランク評価)は一定評価したい。 |
| 合計 | | 14 | | | 14 | | | | |
| [12項目 ウエイト2(2項目)ウエイト1(10項目)] | | 14 | | | 14 | | | | |

※ ○はウエイトを考慮し2点, ●は1点の項目

14/14 (100)⇒

評価 A(順調)

第3 財務内容の改善に関する目標を達成するためにとるべき措置

| 項目 | 頁 | ウエイト (1 or 2) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 自己評価のポイント | 評価委員会委員からの意見 |
|---------------------------|-----|------------------|----------------|-----------------|----------------|-----------------|--------------------|--|--|
| | | | 年度計画を大幅に下回っている | 年度計画を十分に実施できている | 年度計画を順調に実施している | 年度計画を上回って実施している | 年度計画を大幅に上回って実施している | | |
| 1 資金収支の均衡 | | | | | | | | | |
| (1) 安定した経営基盤の確立 | 94 | 2 | | | | ◎ | | 大幅な収支好転を維持し、安定した経営基盤の確立に大きく貢献、単年度資金収支及び経常収支比率ともに目標達成 | 素晴らしい決算であり、非常に順調である。公立病院としては、本当によくがんばっていると思う。 「安定した経営基盤の確立」というのは、長い目で見ないとわからない。現在は経営が好調であるが、今後の診療報酬改定や消費税など外的な要因にも留意していく必要がある。 高い診療報酬を得ようとする、手術が出来る医師を雇用し、高額な医療機器整備するなど設備投資が必要となり、固定費が上昇する。固定費の上昇をカバーするためには、病床利用率を上げ、平均在院日数を短縮化して患者の回転を上げる必要があるが、これは一定の限界がある。ある一定の段階まで来ると高い固定費を吸収しきれなくなり、これに診療報酬のマイナス改定があった場合など、急激に経営が悪化する可能性があり、長期的には懸念材料である。 新しい人材の確保や医療機器の導入に関しては、本当に利益に貢献するのか、不採算医療などのように、利益に貢献しなくてもやらなければならないものなのか、位置づけをしっかりとらうで、行っていく必要がある。 |
| (2) 収入の確保(組織及び人員配置の弾力的運用) | 97 | 2 | | | ◎ | ◎ | | DPCを踏まえた病床運用、在院日数の短縮、未収金対策等 | 両病院ともに入院単価・外来単価が上がっていることは評価に値する。 診療行為に際しては、決められた事務手続きを着実に実施することで、診療報酬収入を確実に得るようにすること。 |
| (3) 費用の合理化 | 103 | 2 | | | ◎ | ◎ | | 複数年契約の継続活用、診療材料価格統一化の推進、後発医薬品の導入促進、材料費比率等目標達成 | 診療材料や薬剤、医療機器を安価な調達に努力しているなど、幅広い取り組みをしていることを高く評価する。 材料費比率や経費比率も目標を達成するとともに、平成23年度より下がったことは評価できる。 今後は、診療材料の購入時の取り組みや在庫管理だけでなく、例えばDPCの情報を分析して、医療現場に提供する仕組みづくりなど、もう1歩踏み込んだ取り組みを期待する。 |

| 項目 | 頁 | ウェイト (1 or 2) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 自己評価のポイント | 評価委員会委員からの意見 |
|----------------------------|-----------|------------------|---------------|------------------|------------|-------------|----------------|--|---|
| | | | 年度計画を大幅に回っている | 年度計画を十分に実施できていない | 年度計画を順調に実施 | 年度計画を上回って実施 | 年度計画を大幅に上回って実施 | | |
| 2 質の高い経営ができる病院 | | | | | | | | | |
| (1) ガバナンスの確立による体制の整備 | 106 | 2 | | | ◎ | ◎ | | 理事会・常任理事会の定期開催, 理事長ヒアリングの実施, 院長ヒアリングの継続, マンスリーレポートの継続, マネジメントシートによる年度計画のマネジメント | 現場との意見交換を綿密に行い, PDCAを円滑に実施していることについて高く評価する。 |
| (2) 経営体制及び業務執行体制の整備 | 109 | 1 | | | ○ | | | 業務経営改善委員会の開催, 給与支払事務のアウトソーシングの継続 | |
| (3) バランスコアカード(BSC)を用いた経営 | 110 | 1 | | | ○ | | | 四半期ごとにマネジメントシートを作成しヒアリングを実施(上半期の達成状況については理事長ヒアリングを継続強化し検証体制の充実), 結果について常任理事会及び理事会へ報告しマネジメントシートをイントラへ掲載(情報共有) | BSCを用いた経営の実現は困難であるが、実質的にBSC的な運営をしていたということで3が適当。 毎年度, 理事長や院長の方針が現場まで浸透するように努めているか等を確認したうえで評価を3にしている。 今の理事長, 院長は, 独法化以前の経営状況もご存知だし, そのうえで, さまざまな取り組みで成果をあげられており, 高く評価するが, 将来も同じような方が就任するとは限らないので, 組織全体の課題を末端にまで浸透していく仕組みをつくっていかないとけない。経営状況の良い今の時期に, 仕組みを作っていく必要がある。 |
| 合計 | 10 | | | | 2 | 8 | | | |
| [6項目 ウェイト2(4項目)ウェイト1(2項目)] | 10 | | | | 10 | | | | |

※ ◎はウェイトを考慮し2点, ○は1点の項目

10/10(100)⇒

評価 A(順調)

第4 その他業務運営に関する重要事項を達成するためにとるべき措置

| 項目 | 頁 | ウエイト (1 or 2) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 自己評価のポイント | 評価委員会委員からの意見 |
|----------------------------|-----|------------------|---------------|-----------------|----------------|------------------|-------------------|---|--|
| | | | 年度計画を大幅に回っている | 年度計画を十分に実施できている | 年度計画を順調に実施している | 年度計画をほぼ回って実施している | 年度計画を大幅に回って実施している | | |
| 1 PFI手法による中央市民病院の再整備 | | | | | | | | | |
| | 111 | 1 | | | ○ | | | 移転後もPFI業務に関するモニタリングを定期的(毎週・毎月)に実施し業務実施状況の確認や業務改善を図った。7月よりポイント制による評価の仕組みの運用を開始 | |
| 2 医療産業都市構想への寄与 | | | | | | | | | |
| | 112 | 1 | | | ○ | | | 先端医療センターとの連携(会議の継続開催、高度医療機器の共同利用及び共同研究の継続)、周辺に設置が計画されている医療機関との連携について開院前より意見交換・協議の実施 | 高度医療を求める需要が高まる中、病院がどういう体制をとるべきかを考える必要があるのではないか。神戸には高度専門医療機関が集積しており、今後、それらとの連携が重要になっていくのではないかと。 |
| 合計 | | 2 | | | 2 | | | | |
| 〔2項目 ウエイト2(0項目)ウエイト1(2項目)〕 | | 2 | | | 2 | | | | |

※ ◎はウエイトを考慮し2点、○は1点の項目

2/2(100)⇒

評価 A(順調)

| | |
|-------------------------------|-----------------------|
| 総合計 | 全項目に占めるウエイト2の割合 35.7% |
| 〔42項目 ウエイト2(15項目)ウエイト1(27項目)〕 | 全項目に占めるウエイト1の割合 64.3% |