

公立昭和病院新中期計画
点検・評価報告書
(平成26年度)



平成27年12月

公立昭和病院
(昭和病院企業団)

目 次

はじめに	1
1 「Ⅴ 財政計画」	2
(1) 財政収支計画	2
(2) 財政指標	3
2 「Ⅵ 病院としての事業運営の具体的な取り組み」	4
(1) 地域医療支援病院として地域連携を推進します	4
(2) 科学的根拠に基づいた医療を提供します	4
(3) 急性期病院として高度専門医療、救急医療を実践します	4
(4) がん拠点病院としてがんの予防から治療までを担います	4
(5) 信頼される優れた医療人を育成します	5
(6) 健全な病院経営に努めます	5
(7) その他	5
3 「Ⅶ 各診療科・部門別の計画と具体的な取り組み」	6
(1) 各診療科・部門	6～14
(2) 看護部	15
(3) 事務局	16
4 点検・評価	17
【用語説明】	18～19

はじめに

公立昭和病院新中期計画は、平成20年度に策定した公立昭和病院改革プランの対象期間終了後の平成25年度から29年度までの5年間を計画期間とする当院自らの行動指針として策定いたしました。

本計画の2年度目となる平成26年度に関しても地域の中核病院として良質な医療を安定的に提供してまいりました。

そして、これから予測される医療ニーズに的確かつ機動的に対応するため、病院事業の経営形態を見直し、平成26年8月1日から地方公営企業法の全部を適用し、同法の財務の規定のみならず、組織及び人事の規定が適用される昭和病院企業団に移行いたしました。

この移行により、経営権限の一元化と責任の明確化が図られることに加え、より効率的・弾力的な運営が可能となったことで、これまで以上に機動性・迅速性を発揮して各種取組を始めたところです。

これらの取組を含めた結果は、現実的には平成27年度から表れると思われませんが、今般、平成26年度の新中期計画の達成状況について点検し、公立昭和病院新中期計画検討委員会から評価を受けましたので、その結果について報告いたします。

今後も構成8市における唯一のがん治療をはじめとする高度専門・三次救急医療機関^①として、安定した病院経営を維持し、質の高い医療サービスを提供するため、今後、東京都が策定する医療計画の一部である地域医療構想等に対応するなど病院を取り巻く情勢の変動等があった場合は適宜本計画の見直しを図り、地域の医療機関との連携をさらに強化しながら日本一の自治体病院となるよう努めてまいります。

公立昭和病院新中期計画 平成26年度 達成状況の点検・評価

1 「V 財政計画」(新中期計画7ページ抜粋)

(単位:百万円)

公立昭和病院新中期計画における、「財政収支計画」、「財政指標」についての達成状況は、次のとおりです。なお、原則として、実績数を分子、計画値を分母として達成率を算出しました。

(1) 財政収支計画

	実績(A)	計画(B)	達成率(評価)(A/B)	(税抜き実績)	備考
事業収益 (a)	17,619	18,025	97.7 %	17,579	
経常収益 (c)	17,574	18,023	97.5 %	17,534	
医業収益	14,851	15,455	96.1 %	14,825	
(うち入院収益)	(10,897)	(11,112)	98.1 %	(10,896)	
平均単価(単位:円)	(72,932)	(68,084)	107.1 %		
一日当たり患者数(人)	(409.4)	(447.1)	91.6 %		
病床利用率(%)	79.0%	86.3%	91.5 %		
(うち外来収益)	(3,597)	(3,850)	93.4 %	(3,594)	
平均単価(単位:円)	(13,900)	(13,217)	105.2 %		
一日当たり患者数(人)	(1,060.5)	(1,189.1)	89.2 %		
医業外収益	2,723	2,568	106.0 %	2,709	
(うち構成市分賦金)	(1,600)	(1,600)	100.0 %	(1,600)	
特別利益	45	2	2,250.0 %	45	
事業費用 (b)	20,974	21,552	102.7 % (注)	20,939	
経常費用 (d)	17,009	17,658	103.7 % (注)	16,974	
(うち給与費)	(8,953)	(9,539)	106.1 % (注)	(8,948)	
企業団管理費	87	76	85.5 % (注)	86	
医業費用	16,517	17,216	104.1 % (注)	16,161	
(うち材料費)	(3,389)	(3,541)	104.3 % (注)	(3,246)	
(うち減価償却費②)	(1,181)	(1,142)	96.6 % (注)	(1,181)	
医業外費用	405	366	89.3 % (注)	727	
特別損失	3,965	3,894	98.2 % (注)	3,965	(*1)
純損益 (a) - (b)	△ 3,355	△ 3,527	104.9 %	△ 3,360	
経常損益 (c) - (d)	565	365	154.8 %	560	

* 新会計基準への移行に伴い義務化された各引当金への繰り入れのうち、過年度分にあたる退職給付引当金、賞与引当金、法定福利費引当金について、特別損失にて執行しました。

(2) 財政指標

	実績(A)	計画(B)	達成率(評価)(A/B) (*1)	備 考
経常収支比率	103.3%	102.1%	101.2 %	経常収益÷経常費用×100
医業収支比率	89.9%	86.9%	103.5 %	医業収益÷医業費用×100
医業収支比率(医業費用から賃金の一部を除き、医業収益に繰入金の一部を含む)(*2)	104.0%	100.6%	103.4 %	*決算状況調査20表1行(2)列÷(26)列×100
一般会計繰入金(収益的収入)対経常収益比率	9.1%	8.9%	97.8 % (注)	一般会計繰入金(収益的収入)÷経常収益(総収益-特別利益)×100
給与費対医業収益比率	60.3%	61.7%	102.3 % (注)	給与費÷医業収益×100
給与費(賃金の一部除く)対医業収益(繰入金の一部含む)比率*	50.1%	52.0%	103.7 % (注)	*決算状況調査21表1行(6)列÷20表1行(2)列×100

*1 費用、一般会計繰入金及び給与費の達成率は、 $(1 - (\text{実績} - \text{計画}) \div \text{計画}) \times 100$ により算出しました。

*2 「医業費用(給与費)から賃金の一部を除き、医業収益に繰入金の一部を含む」とあるのは、総務省が実施している「地方公営企業決算状況調査」の作成要領等に基づき、下記のとおり、それぞれ該当する数値について予算科目間で異動させた場合を表しています。

- 1) 医業費用から賃金の一部を除く：常時雇用でない臨時職員の賃金は医業外費用とする。
- 2) 医業収益に繰入金の一部を含む：地方公営企業法17条の2第1項第1号に規定されている経費に係る他会計負担金は医業収益とする。
(例：救急医療の確保に要する経費など)

また、同調査において一部事務組合に特有な費用である企業団管理費については、医業費用に振り替えているので、この注における医業費用には企業団管理費が含まれています。

2 「VI 病院としての事業運営の具体的な取り組み」(新中期計画10～13ページ)

病院としての事業運営の具体的な取り組みの達成状況は、次のとおりです。

A：達成できた B：進捗中 C：今後の課題とする

No.	項目	取組内容	目標達成指標	目標等 (達成時期)	平成26年度実績	達成状況	特記事項	担当
(1)	地域医療支援病院 ^③ として地域連携を推進します。	当院のような中核的な医療を行う病院と、日常的な医療を行う「かかりつけ医」が役割を分担し資源を有効活用し、必要とされる医療を適切に患者さんに提供する。	紹介率 ^④	56.8% (維持目標)	62.3%	A	平成25年度実績 64.5%	地域医療連携室
			逆紹介率 ^④	76.4% (維持目標)	103.6%	A	平成25年度実績 80.2%	
			医療連携医登録数	300件 (平成26年度)	301件	A	平成25年度実績 272件	
			退院支援・調整充実、強化	充実 (平成26年度)	充実 (平成25年度達成)	A	平成25年度実績 24,586件	
(2)	科学的根拠に基づいた医療を提供します。	クリニカルインディケータ ^⑥ を積極的に公表し、医療の質を向上する。	院内がん登録(東京都地域がん登録 ^⑦)	1,700件 (平成26年度)	1,619件	B	平成25年度実績 1,492件	医事課
			手術件数	6,500件 (平成27年度)	6,317件	B	平成25年度実績 6,248件	
			通院治療センター利用者数(延べ件数)	3,400件 (平成26年度)	2,954件	C	平成25年度実績 3,075件	
(3)	急性期病院 ^⑧ として高度専門医療、救急医療を実践します。	救急医療の体制を充実し救急車受入れ件数を増やす。	救急車受入れ件数	9,000件 (平成27年度)	8,396件	B	平成25年度実績 8,272件	全科・看護部・医事課
		地域周産期母子医療センター ^⑨ の指定を受け、ハイリスク出産などに備え、産科・小児科の医師・看護師を24時間体制で配置する。	地域周産期母子医療センターの認定	認定 (平成25年度)	(平成25年度達成)	A	平成25年4月に地域周産期母子医療センターの指定を受けた。	産婦人科・小児科・医事課
(4)	がん拠点病院 ^⑩ としてがんの予防から治療までを担います。	組織市8市のがん受診率の向上のために、市民講座を出前講座として積極的に開催する。	市民公開講座	3回/年(平成29年度までに、各構成市で1回以上実施)	3回	B	平成25年度 年3回開催 平成26年度開催実績内訳 4月27日 病院内 8月 3日 小平市 2月 8日 東村山市	医事課
			ABC健診受診者数	475人 (平成26年度)	327人	C	平成25年度実績(148人)を上回ったが、目標を達成することはできなかった。	予防・健診センター
			CTC検診 ^⑫	運用方法の確立 (平成26年度)	16人	A	実績件数は少なかったが、運用方法は確立した。	
			肺がん健診	150人 (平成29年度)	110人	B	平成25年度実績(82人)を上回ったが、目標を達成することはできなかった。 目標年度までに達成できるよう取り組む。	
乳がん健診	900人 (平成29年度)	1,336人	A	現状を維持する。				

No.	項目	取組内容	目標達成指標	目標等 (達成時期)	平成26年度実績	達成状況	特記事項	担当
(5)	信頼される優れた医療人を育成します。	信頼される医療人を育成するために人事評価制度を導入する。	評価制度の導入	導入 (平成26年度)	導入に向けての取組を開始	B	平成28年度からの導入に向け、平成27年度末までに構築を完了する。	総務課
		職員のコミュニケーションスキル、接遇の向上を図る。	接遇研修等の受講率	100% (平成29年度)	全職員を対象に2回(12月、3月)実施	B	平成26年度は282名が参加した。接遇委員会と協力しつつ受講率アップを目指す。	
(6)	健全な病院経営に努めます。	経営責任の明確化と機動的・弾力的な運営ができるようにする。	地方公営企業法の全部適用 ^③	規約改正 (平成26年度)	構成市8市議会 で可決	A	平成26年8月1日より、地方公営企業法の全部を適用し、「昭和病院企業団」へ移行した。運営責任者として、従来の組合管理者に代わり、企業長を設置した。	経営企画課
		各診療科・部の目標達成率に応じた研修費等予算を配分する。	取組の目標達成状況	達成状況に応じた予算配分 (平成27年度)	各診療科・部を対象にヒアリングを実施し、予算を査定・配分した。	B	前年度実績及び当年度上半期実績を主に主に固定資産購入費予算等の配分を決定した。	経営企画課
		DPC係数Ⅱ群 ^④ を維持し診療報酬の増を図る。	DPC係数	維持	DPCⅡ群	A	診療報酬のたびに見直される要件のハードルは高くなっていくと思われるが、平成26年度もⅡ群を維持することができた。今後も維持できるよう努める。	医事課
		薬価の安い後発薬品の採用を増やし費用の削減を図る。	ジェネリック医薬品 ^⑤ 採用品目数	160品目 (平成26年度)	296品目	A	今後、後発薬品の採用率80%を目標とする。	薬剤部・業務課
(7)	その他(医療安全、事故防止、労働環境等の改善を図る。)	インシデントレポート ^⑥ 報告の確立	各部門の提出基準を策定し、レポート提出率の増加	<ul style="list-style-type: none"> 年間2,550件 医師提出率10% 看護89.4%維持 医療技術10% (平成29年度) 	<ul style="list-style-type: none"> 年間2,766件 医師 5.4% 看護師 84.5% 医療技術 10.1% 	B	レポートの提出は総数としては例年通りで目標値に達している。医師からの提出率は、1.3%の上昇がありインシデントの周知が徐々に図れていると考える。医師からの提出については、報告の意義を意識づけていく。	医療安全管理担当
			合併症関連のオカレンスレポート ^⑦ の提出増加と当院でのクリニカルインディケータ ^⑧ の作成	年間オカレンス提出率2% (基準に基づく合併症としての報告提出率) (平成29年度)	1.66%	B	患者の重篤な状態についての報告は意識付けられているが、合併症としてのレポートの認識は周知不足である。クリニカルインディケータ ^⑧ としては、具体的なインディケータ ^⑧ の指標を明確にしていく。	
		現場の医療安全意識の向上を図る。	医療安全研修会の出席	<ul style="list-style-type: none"> 研修会(直接参加、DVD上映)参加率50% DVD(貸出)視聴率 50% (平成29年度) 	<ul style="list-style-type: none"> 参加率 第1回39% 第2回30% 視聴率 第1回4.6% 第2回12.1% 	B	医療安全研修会は、院内職員全員の出席を目標としている。出席は、全体の1/3であるため、内容・時間・回数を検討して出席率をあげていく。視聴については、DVD及び医療・安全管理システムからの視聴ができるようになった。	

3 「Ⅶ 各診療科・部門別の計画と具体的な取り組み」(新中期計画14～20ページ)

病院の理念・方針と重点改題に基づく各診療科、部門ごとの主な取り組みの達成状況については、次のとおりです。

【達成状況】 A：達成できた B：進捗中 C：今後取り組んでいく

科・部門	計画／実績	医師数	合計収益 (億円)	入院収益 (億円)	外来収益 (億円)	入院 平均 単価 (万円)	入院 患者 数	外来 平均 単価 (万円)	外来 患者 数	No.	主な取り組み	評価	取り組みの実施状況
心療内科	計画	1	0.1	—	0.1	—	—	0.2	16	1	病棟のコンサルテーションや緩和ケアチーム活動を充実させるため、人員確保に継続的に努めます。	A	大学医局からの派遣により、常勤定員2名を確保することができ、特に緩和ケア活動に積極的に参入することができた。
	実績	2	0.1	—	0.1	—	—	0.2	23	2	心身医学療法の漏れのない算定によって、外来平均単価の増加を図ります。	A	概ね遺漏なく適正化することができている。
内分泌・代謝内科	計画	5	6.4	2.4	4	4.1	16	1.2	84	1	協力医療機関の増加に加え、当該地域の地域における基盤整備に努めます。 ・積極的な紹介・逆紹介を行います。 ・公開糖尿病教室を継続します。	B	・逆紹介・紹介を実施している医療機関を中心に参加を募り、講演会を開催した。 ・公開糖尿病教室からカンパセーション・マップ(糖尿病患者や家族、友人がグループで話し合い、境遇を共にする患者の知識や体験から糖尿病について互いに学び合う学習教材)を用いた対話型糖尿病教室に組み替えて展開中。
										2	急性期医療に加えて、患者さんの全身管理を継続します。 病院全体の入院糖尿病患者さんの管理を継続します。	A	(平成25年度達成)
	実績	5	3.9	1.4	2.5	4.2	8.8	1.3	81	3	甲状腺がんの精査件数の増大を図り、患者さんの増加に対応します。 ・臨床研究、学会活動を通じた情報発信に加え、市民公開講座を通じて情報発信を行います。	A	(平成25年度達成)
										4	DPC下において、採算性を考慮した診療報酬算定を支援します。	A	(平成25年度達成)
腎臓内科	計画	2	1.7	0.8	0.9	4.4	5	1.9	20	1	開業医に対する検査データフォローを継続します。	A	(平成25年度達成)
	実績	3	2.1	1.2	0.9	4.7	7	1.6	21	2	医事課との連携による効率的な診療報酬算定を図ります。	B	スタッフ(医師、看護師、メディカルクラーク、医事係)間で問題意識を持つようにして進行中。他科の入院患者のことも入ってくるので、自科の収益に反映されない面もある。
血液内科	計画	3	4.4	3.1	1.3	7.3	12	3.1	17	1	紹介・逆紹介を積極的に推進します。 ・近隣に数少ない血液内科の入院可能施設としての役割を果たします。	B	左表のようにスタッフ増加及び1月からの病床増加に伴い、お断り件数は大幅に減少し、目標を十分達成した。今後はこの維持が大切と考える。一方、近隣への逆紹介はかなり増加したものの、まだ不十分で周囲への啓発も大切と考える。
										2	救急度の高い患者さんの受入れを強化します。	A	上記と同様の理由で、院内発生及び他院からの依頼事例を含め、十分に対応できた。今後もその維持に努力したい。
	実績	3.8	7.1	4.5	2.6	7.2	17	4.8	23	3	DPCを意識した診療を実施します。 ・在院日数の適正化に対する取組を継続します。 ・各種の検査を外来で実施することにより、入院において効率的な医療を提供できるようにします。	A	(平成25年度達成)
救急科	計画	12	8.3	7.7	0.5	12	18	10	2.1	1	地域に開かれた救命センターを構築します。 ・BLS、ACLSなどの講習に対して講師を派遣できる態勢を整備します。 (BLS:一次救命処置、ACLS:二次救命処置)	C	スタッフ人数減のため、現在未達成である。
										2	ホットライン2件の同時対応が可能な体制整備に努めます。	B	常時2件の同時対応はできないが、平日日中については達成している。
	実績	9	8.2	7.6	0.6	14	15	12	2	3	救急医療に加え、重症患者診療を継続します。	A	(平成25年度達成)
										4	シニアレジデント(後期臨床研修医)に対する他科研修を継続します。	A	(平成25年度達成)

科・部門	計画／実績	医師数	合計収益 (億円)	入院収益 (億円)	外来収益 (億円)	入院平均単価 (万円)	入院患者数 (人)	外来平均単価 (万円)	外来患者数 (人)	No.	主な取り組み	評価	取り組みの実施状況
神経内科	計画	5.5	9.8	7.9	1.9	5	43	1.1	71	1	神経難病などの慢性疾患への対応を継続する一方で、外来予約制に移行する過程で開業医との役割分担を徹底します。	A	パーキンソン病、筋萎縮性側索硬化症、重症筋無力症、筋強直性ジストロフィー等の難病でかぜや脱水症等、体調が悪く入院が必要となった場合や、疾患の進行のため、胃瘻や気管切開術等の対症療法が必要となった場合の受入れを行い、脳梗塞慢性期等、安定した患者は開業医へ紹介した。
		5.3	8.7	7.1	1.6	5.4	35.7	1.2	56.4	3	他医療機関・大学への国内短期留学を奨励します。	C	上記と同様、1年間で医師数が大幅に変わり、安定していなかったため、実現できなかった。人員が増え、安定するようであれば、まず、経頭蓋ドプラー法の取得のため、短時間だけ交代で講習を受けに行くことを計画している(某大学病院の診療部門)。
	実績	5.3	8.7	7.1	1.6	5.4	35.7	1.2	56.4	4	平均在院日数を短縮し、多くの患者さんを受け入れます。	B	平均在院日数が、平成25年度の24.2日から平成26年度は22.9日へと1.5%短縮できた。しかし、累計入院患者数は、14,732人から13,042人へと減少してしまった。
		5.3	8.7	7.1	1.6	5.4	35.7	1.2	56.4	2	脳卒中の受入れ体制を維持します。 ①脳卒中に関して、北多摩医療連携の会を通じて、患者への啓発活動を実施します。 ②院内で脳外科、神経内科、放射線科の合同カンファレンス(症例検討会)開催を検討します。	B	①に関しては、平成25年度と同様、常勤医の一人が、引き続き北多摩北部二次保健医療圏の脳卒中ネットワーク委員会のメンバーとして活動し、目標を達成した。 ②は、当科の常勤医で退職者が出たり、後期レジデントの人員が削減されたりして安定せず、実現できなかった。平成27年度、人員が安定するようであれば、具体的な準備を始めたい。
呼吸器内科	計画	5	6.2	4.9	1.3	5	27	1.6	34	1	地域における役割を意識した外来診療を実施します。 ・逆紹介を推進し、在宅酸素療法などの重症患者さんを積極的に受けれます。	C	非常勤医師(東京病院からの派遣含む)の協力により外来新患診療を行っている。安定している気管支喘息の患者等は近隣医療機関へ逆紹介している。重症患者は積極的に受け入れることができていない。
		5	6.2	4.9	1.3	5	27	1.6	34	2	睡眠時無呼吸検査など、より高度な急性期医療を中心とした入院診療を実施します。	C	睡眠時無呼吸検査は、適応症例には予約入院し、検査とともにCPAP治療(鼻に装着したマスクから空気を送りこむこと)によって、ある一定の圧力を気道にかける治療法)も導入している。高度な急性期医療は現在行っていない。
	実績	2.1	3	2.2	0.8	5.2	11.5	1.6	21.1	3	肺がん早期発見、治療の維持・強化を図ります。	C	検診での異常陰影指摘で紹介された患者について、東京病院の協力を得て診断できるよう努めているが、当院単独での新規患者の治療は難しいのが現状である。
2.1		3	2.2	0.8	5.2	11.5	1.6	21.1	1	紹介・逆紹介を積極的に推進します。	A	ESD(内視鏡の先から高周波ナイフを出し直視下に癌を残さないよう周囲の正常粘膜ごと切除する方法)、ERCP(内視鏡を使って胆管・膵管を造影する検査)など内視鏡治療に関する紹介とウイルス肝炎に関する紹介が多く、患者数が増加した。逆紹介も積極的に推進した。	
消化器内視鏡内科	計画	10	11	7.6	3.8	5.2	40	1.5	106	1	紹介・逆紹介を積極的に推進します。	A	ESD(内視鏡の先から高周波ナイフを出し直視下に癌を残さないよう周囲の正常粘膜ごと切除する方法)、ERCP(内視鏡を使って胆管・膵管を造影する検査)など内視鏡治療に関する紹介とウイルス肝炎に関する紹介が多く、患者数が増加した。逆紹介も積極的に推進した。
		11.5	13	8.5	4.5	5.7	40.8	1.6	119.7	2	消化器内科領域における専門的な診断・治療の増加を図ります。	A	平成27年1月に病棟移転があり、多くの病棟に分散していた患者をある程度集約できるようになり、専門的な診断・治療の効率が向上した。
循環器内科	計画	9	9.4	8.1	1.3	8.2	27	0.8	66	1	紹介、逆紹介を積極的に推進します。 ・後方連携を強化し、円滑に退院できる体制を整えます。 (後方連携:急性期病院において患者さんの転院先との連携)	B	新患外来を独立させ、新患の待ち時間短縮に努めた。地域連携(病病・病診)を強化し、早期から退院支援を行った。
		9	9.4	8.1	1.3	8.2	27	0.8	66	2	安全に救急対応ができる体制を維持します。 ・平均在院日数を短縮し、余裕を持った受け入れ体制を維持します。	A	ベッドコントロールを円滑にし、CCU(冠動脈疾患(狭心症、心筋梗塞等)集中治療室)やリカバリーベッド(回復病床)の確保に努めた。救急科との協力のもと、ICU(集中治療室)ベッド借り、救急病棟を有効に使用した。
	実績	10.6	13.2	11.8	1.4	9.2	35.1	1	59	3	不整脈領域への注力に努めます。	B	不整脈治療専門医を確保し、現在不整脈治療の体制を整えつつある。
		10.6	13.2	11.8	1.4	9.2	35.1	1	59	4	DPCデータに基づいて、平均在院日数の適正化、平均単価の改善を図ります。	B	クリニカルパス(患者に対するケア内容を縦軸に、時間の経過を横軸にとり、診療・ケアの計画を二次元構造で示したものを)を積極的に使用する。新規パス作成に努める。

科・部門	計画／実績	医師数	合計収益 (億円)	入院収益 (億円)	外来収益 (億円)	入院平均単価 (万円)	入院患者数 (人/日)	外来平均単価 (万円)	外来患者数 (人/日)	No.	主な取り組み	評価	取り組みの実施状況
小児科	計画	11	6.2	4.9	1.3	6.2	22	1	51	1	一般的な小児医療への対応を継続します。 ・地域に根ざしたNICU(新生児特定手中治療室、GCU(NICUで状態が安定した赤ちゃんが引き続きケアを受ける)の運営を行います。	A	(平成25年度達成)
	実績	12.8	7.7	6.1	1.6	6.9	24.2	1.2	57.2	2	アレルギー外来に関する情報提供を行い、他施設との差別化を図ります。	B	平成26年度に小平市立小・中学校と東京学芸大附属小金井小学校との間でアナフィラキシー対応ホットラインの運用を開始した。これに伴い、教育施設などに対しての食物アレルギーに関する出張講義や講習会も認知されてはきたが、このような活動は、他病院でも行われるようになってきている。そのため、出張するだけでなく、院内で定期的に開催することにより、特定の施設ばかりでなく、より多くの地域住民にも門戸を広げていくことが、今後の課題となってきている。
											3	アレルギー外来の実施により、外来単価の増加を図ります。	C
外科・消化器・呼吸器外科	計画	14	21	16	4.2	7.8	57	2.1	79	1	後方連携を強化することにより、終末期の患者さんに対して在宅という選択肢を提供します。	A	(平成25年度達成)
										2	積極的な逆紹介を推進します。	A	症状の安定した外来患者の逆紹介の意識は定着し、逆紹介数も増加している。
										3	他医療機関とのデータ比較・分析を実施し、診療実績の向上を図ります。	B	単年度毎の手術件数・手術内容については詳細な分析ができていない。5年生存率については、一部集計を開始している。
										4	将来にわたって現状の医療体制を維持できるだけの人員確保に努めます。	B	手術件数の増加にもかかわらず、常勤医師については定数確保にとどまり、レジデントは1名減となった。
	実績	13.3	21.4	16.7	4.7	7.8	58.3	2.3	82.1	5	がん連携パスにおける地域の医療機関との連携を強化します。(がん連携パス:専門病院の医師、かかりつけ医が患者さんの治療経過を共有し共同診療体制を構築)	A	(平成25年度達成)
										6	胃がん連携パス施行数は東京都内で2番と良好な実績であった。大腸がん連携パスも胃がんを参考に実績向上に取り組んだ。	A	(平成25年度達成)
乳腺・内分泌外科	計画	2	3.4	1.3	2.1	8.7	4	2.1	42	1	フィットネスクラブとのタイアップを検討します。	C	フィットネスクラブの協力が得られず、かつ医師数が少ないことから取組不可能となった。
										2	後方連携を強化することにより、終末期の患者さんに対して在宅という選択肢を提供します。	A	(平成25年度達成)
										3	がん連携パスの登録医療機関の増加を図ります。	C	仕事量の増加により、優先順位が低いと判断して実施していない。院内での患者と医療機関のマッチングを医師以外のスタッフが実行できれば可能である。
	実績	2	3.4	1.7	1.7	8.3	5.5	2.6	26.5	4	患者さんの増加に対して、検査枠の拡大など受入れ体制の整備を図ります。	B	外来診療中に検査も行うようにして維持している。人手が減っているため、別枠を作ることは不可能である。
										5	複十字病院、武蔵野赤十字病院と協働し、市民公開講座を実施します。	A	(平成25年度達成)
整形外科	計画	6	6.4	5.3	1.1	6.7	22	0.8	55	1	人員に見合った手術件数を確保します。	B	平成25年度に比べ26年度は手術件数の増加をみた。しかしまだ「常勤医一人当たり100件」という達成目標に到達していない。平成26年度は473件であった。
										2	外来完全予約制への移行を図ります。	C	非予約患者さんを診察する水、金曜も完全予約制に移行を考えていた。現時点でも「非紹介患者さんでも受け付け時間内に来院した患者さんは診察する」方針をとっている科があり、病院全体としても診療科ごとにニーズが多いようであれば診察する体制をとっている状況にある。
										3	外科系当直全体として、夜間の救急外来患者の翌日の対応について統一します。(夜間の段階でクリニック等を紹介し当院での治療が必要があれば再び紹介いただく。)	B	外科当直の医師にも診察していただき、翌日スムーズに当科受診できているケースが増えている。しかし夜間に当科入院となったケースで当科オンコールへの連絡が不十分であった例があり、オンコール体制について院内での更なる周知が必要である。
	実績	5	6.5	5.5	1	6.5	23	0.9	49.3	4	リハビリテーション病院との更なる連携を図ります。	A	(平成25年度達成)
										5	整形外科医師の確保を検討し、医師が減員になっても医療事故を起こさないような安全な医療を目指します。	C	平成26年度は筑波大学整形外科からの派遣のみであった。(平成27年度は他医局(東京警察病院)から研修医を派遣していただいている。ただし将来的にも継続派遣いただけるかは不明。)

科・部門	計画／実績	医師数	合計収益 (億円)	入院収益 (億円)	外来収益 (億円)	入院平均単価 (万円)	入院患者数 (人/日)	外来平均単価 (万円)	外来患者数 (人/日)	No.	主な取り組み	評価	取り組みの実施状況
形成外科	計画	1	0.9	0.7	0.2	6.5	3	0.8	9.9	1	事務部門との連携により、他科依頼の診療行為に関する収益を把握し、採算性に対する意識を高めます。	B	収益は、他科(依頼)手術点数を含めれば、実績値を十分に上回るものと考えますが、把握には至らなかった。事務局担当課と調整し、評価手段を検討している。
	実績	1	0.8	0.6	0.2	7.2	2.2	0.8	12	2	小児患者さんへの対応を強化するために、他診療科との連携を図ります。	B	外傷、腫瘍などの対応数については達成できたが、先天異常に関しては、進捗中である。
		3									耳鼻科の再建、マイクロサージェリーなどの高度医療が実施できる体制を維持します。 (マイクロサージェリー：顕微鏡を使用して行う微細な手術、顕微外科。)	A	(平成25年度達成)
脳神経外科	計画	7	14	13	1	8	46	1.5	26	1	外来診療において、当院で手術を行われた患者さんに対する長期的なアフターケアを推進するとともに、地域の診療所に対する逆紹介を積極的に行います。	A	(平成25年度達成)
	実績	7.1	14.6	13.4	1.2	8.3	44	1.7	30.4	2	他病院とのデータ比較を通じて、脳神経外科における診療実績の評価を行います。	B	DPCデータから他院との比較が可能なシステムを導入予定。平成26年度実績では、脳血管障害は多摩地区で最多であった。
										3	脳神経外科における救急車受入れを維持します。病院全体の救急車断り件数を30件/月以下にするために貢献します。	C	当科においても、救急患者が重なり、断り事例が発生し、目標達成が困難であった。
										4	学会発表を奨励します。	A	脳卒中外科学会(Stroke 2015)や脳神経外科学会総会等で予定どおり発表した。
										5	診療情報提供書の作成を再度徹底します。	A	(平成25年度達成)
心臓血管外科	計画	3	2.8	2.5	0.3	12	5.7	1	11	1	安全が担保できる医療を継続します。	A	問題事例に相当する症例はなかった。
	実績	2	2.4	2.1	0.3	16.2	3.5	1.3	8.4	2	レスキュー(応援)で他科手術を行った場合など、他科関連の収益を把握し採算性に対する意識を高めます。	B	事務局担当課と調整し、評価手段を検討している。
										3	平均在院日数を適正化し、一入院当たりの総収入の増加を図ります。	A	単価の向上が得られている。医師数の減少など社会的環境に対応することに難がある。
皮膚科	計画	3	0.8	0.3	0.5	4.5	1.8	0.4	51	1	入院患者さんを積極的に受け入れます。	A	皮膚科医師数が3名に増員になったことで、入院診療体制を構築することができた。入院患者さんを積極的に受け入れることが可能となり、平成25年度と比較して2倍程度に入院患者数が増えた。
	実績	3	1.1	0.6	0.5	4.5	3.4	0.5	43.5	2	外来予約制への移行を図ります。	A	(平成25年度達成)
										3	褥瘡(じよくそう:床ずれ)回診を継続するとともに、その必要性に対する院内の理解を促します。	A	(平成25年度達成)
										4	抗がん剤治療の開始を検討します。	A	入院診療体制が整ったことにより、抗がん剤治療も可能な体制となった。
										5	学会参加を奨励します。	A	(平成25年度達成)
										6	皮膚科特定疾患など、診療報酬算定の適正化を図ります。	A	(平成25年度達成)
泌尿器科	計画	3	5	3.2	1.8	5.1	17	1.5	50	1	他医療機関との連携関係を継続し、外来診療の体制を維持します。	A	(平成25年度達成)
	実績	3	3.9	2.4	1.5	5.3	12.3	1.5	42.9	2	現状の診療レベルを維持しながら、救急受入れ体制を改善します。	A	(平成25年度達成)

科・部門	計画／実績	医師数	合計収益 (億円)	入院収益 (億円)	外来収益 (億円)	入院平均単価 (万円)	入院患者数 (人/日)	外来平均単価 (万円)	外来患者数 (人/日)	No.	主な取り組み	評価	取り組みの実施状況
産婦人科	計画	7	14	12	2.2	7	45	1	92	1	開業医との連携を密にし、外来診療の役割分担を強化します。	A	平成26年10月2日、「セミオープンシステム(妊婦健診は自宅や職場近くの診療所で受診し、出産は高度な設備を持つ病院で行うシステム)の準備会」を開催した。近隣診療所と具体的な手続き(外来受診・分娩予約・緊急時対応等)を確認し、その後システムを開始した。現在、順調に稼働している。
	実績	8	10.3	8.5	1.8	7.2	32.2	0.9	79.8	2	通常分娩に合わせて、ハイリスク分娩により注力します。	A	(平成25年度達成)
		3									地域周産期母子医療センター、婦人科腫瘍学会の修練施設認定を取得します。	A	(平成25年度達成)
		4									婦人科悪性腫瘍への対応を継続します。	A	(平成25年度達成)
眼科	計画	6.5	9.3	5.8	3.5	7	23	1.1	130	1	適正に医療機器を更新することによって、当院ならではの最新の医療を提供します。	B	白内障手術器械については、1台は更新されたが、もう1台に関しては、今後、サービス保証期間が終了となるため、更新が必要である。
	実績	5	9.2	6.2	3	9.9	17.1	1.6	75.4	2	外来予約制を継続します	A	(平成25年度達成)
		3									事務部門と連携し、診療科の利益を把握することによって採算性の意識を高めます。	B	収益状況は把握できるようになったが、消耗品を差し引いた収益について、まだ不十分である。
		4									現状の医療レベルを維持、向上できる体制整備に努めます。	B	非常勤医師の協力にて外来・手術体制が保てているが、今後は常勤医師の確保に努めたい。
耳鼻いんこう科	計画	4	4.2	3.1	1.1	6.9	13	0.9	50	1	外来予約制へ対応し、開業医との役割分担を図ります。	B	逆紹介率94%(平成25年度は76.9%)と増加している。紹介率も71%と高く、開業医との連携が取れている。更に努力を続けたい。
	実績	5	3.9	2.7	1.2	6.8	11.1	1	49.3	2	救急当直の開始を検討します。 ・まずは週1回など、曜日を決めて現体制でできる範囲で対応します。	C	木曜日夜間の救急当直体制を考えているが、看護師の対応が困難である。病棟看護師の増員が必要である。増員が可能になるよう努めたい。
		3									耳領域の診療を強化します。	B	検査機器や手術器具が整備されてきた。顕微鏡や手術時モニター設備を整え、手術環境の改善を進めている。
		4									頭頸部がん認定病院として、頸部郭清術(頸部リンパ節転移に対する標準術式)の増加を図ります。	B	腫瘍患者数の増加を目指している。
		5									腫瘍患者さんの増加に対して、平均在院日数の維持に努めます。	B	平成25年度は9.6日、平成26年度は8.8日と減少傾向で、平均在院日数は維持できている。今後とも努力を続けたい。
外科 歯科・ 口腔	計画	2	1.2	0.4	0.8	6.1	1.6	0.6	54	1	口腔外科・障害者歯科や悪性腫瘍など、重症患者さんへの対応を継続します。	B	紹介患者は可能な限り対応した。病診連携を進めるため、小平市歯科医師会へ入会するか検討中である。
	実績	2	1.1	0.3	0.8	6.3	1.3	0.7	48.2	2	抗がん剤治療患者さんに対する口腔ケアを実施し、術後の合併症を予防することによって、患者さんの早期退院に貢献します。	B	周術期口腔管理を実施した。血液内科の化学療法患者に対しては、口腔ケアを全例実施した。今後、他科患者にも広げたい。
予防健診科	計画	2	2.9	—	2.9	—	—	—	—	1	フィットネスジムとのタイアップを検討します。	C	フィットネスジムの協力が得られず、タイアップはできていないが、駅構内看板など別の方法で周知徹底を図っている。
	実績	3	2.1	—	2.1	—	—	—	—	2	人間ドック学会の認定施設であることをPRします。	A	当センターパンフレット、駅構内看板等にドック学会認定のロゴを入れて紹介し、センターの受付にも認定証を設置して認定施設であることをPRしている。
		3									インターネット上での予約システムの整備や健診メニューの見直しにより、1日30人の利用者に対応できることができる体制を整備します。	B	インターネット予約は順調で、平成25年度と比較すると、年間1日ドックは約80名、半日ドックは105名増加した。
		4									平成25年度より簡易ドックを開始し、より多くの利用者を受け入れます。	B	様々な機会をとらえ、半日ドックの周知徹底を図ったところ、希望者が増加し、半日ドックからも様々な疾患が発見されている。その成果は、次回人間ドック学会で発表する予定である。

科・部門	計画／実績	医師数	合計収益 (億円)	入院収益 (億円)	外来収益 (億円)	入院平均単価 (万円)	入院患者数 (人/日)	外来平均単価 (万円)	外来患者数 (人/日)	No.	主な取り組み	評価	取り組みの実施状況
麻酔科	計画	3	—	—	—	—	—	—	—	1	周術期管理の向上を図ります	B	麻酔科医1名を確保することができた。より一層の周術期管理の向上のためには、更なる常勤医の確保が必要。周術期外来受診患者は2,500名を超え、予定手術患者の受診率は優に80%以上達成できた。術後回診での合併症発見の聞き取りは充実してきたが、急性期疼痛管理では「患者自己調節鎮痛法」(手術後や癌の痛みに応じて、患者自らが鎮痛剤を投与する手法)への理解不足もあり、患者並びに看護者への教育を通してより一層の術後急性期疼痛の軽減に努める。
	実績	5	—	—	—	—	—	—	—	2	安全に緊急手術に対応できる体制を維持します。	A	(平成25年度達成)
		3	—	—	—	—	—	—	—	3	緩和医療を推進します	B	常勤の緩和ケア医1名を確保することができた。「医師に対する緩和ケア研修会」や近隣の医療関係者をも含む「緩和ケア講演会」の開催のほか、緩和医療外来や緩和ケアチームの一員として院内の緩和ケアに努めた。
		4	—	—	—	—	—	—	—	4	他医療機関・大学への研修を奨励します	B	研修会へ参加できる機会を増やすように勤務体制の調整を行った。他の医療機関・大学で教育や研修を行い、最新の知識・技術を取り入れ日常診療に活かしている。緩和ケア研修会の指導者講習会を受講した。
中央手術部	計画	—	—	—	—	—	—	—	—	1	人員の確保に努め、手術件数の増加に対応できる体制を整備します。	B	看護助手業務の拡大、看護師業務の見直しとともに協力体制ができてきた。手術件数に対する看護師の適正人数は年々の手術件数増加に追いついていない。
	実績	—	—	—	—	—	—	—	—	2	安全な手術の提供に努めます	B	チェックリストやアルゴリズム(具体的手順)は作成でき、行動基準も設けた。しかし、運用にあたり個々の危機意識に差が考えられ、KYT(危険予測学習)を利用した勉強会を開始した。
		3	—	—	—	—	—	—	—	3	手術器具のセット化、洗浄、手術室の清掃など、手術業務の委託を実施し、業務の効率化を図ります。	B	平日の洗浄・組立・滅菌業務の委託化により業務は効率化された。術間清掃やピッキング(仕分け作業)は看護助手に頼っている。今後は人員確保が問題である。
放射線科	計画	4	3.5	—	3.5	—	—	1.9	74	1	遠隔画像診断による読影受託へ対応します。災害時に備えた画像データバックアップ体制を検討します(病院全体の体制検討時に実施します)	B	遠隔画像診断の読影委託には、放射線科読影医の充実、システム構築が必要であるが、平成26年度の診療報酬加算の改訂で、読影を遠隔画像診断に出している施設は画像診断管理加算が算定できなくなったので、コストをかけてシステムを構築しても需要は少ないと考えられる。画像データバックアップ体制構築に関しては、電子カルテのデータを含めた病院全体の医療データバックアップ体制の構築と共に総合的に考慮することが必要であり、電子カルテシステムの更新などのタイミングで医療情報システム部門と協力してシステム構築を行いたい。
	実績	4	1.2	—	1.2	—	—	2	24	2	事務部門との連携により、検査・画像関連点数に対するデータを把握します。	A	(平成25年度達成)
		3	—	—	—	—	—	—	—	3	CTの土曜日稼働を検討し、患者数の増加に対応できる体制を整備します。	C	人員配置等検討が必要である。
		4	—	—	—	—	—	—	—	4	CTC(CTで撮影した断層撮影画像を立体的に再構成して、あたかも大腸内視鏡検査のように大腸内を観察する方法)検査導入に伴う大腸がんをはじめ、がん検診を強化します。放射線治療専任加算の算定により、放射線治療への対応を強化します。	B	CTCによるがん検診は運用方法を確立している。放射線治療常勤医は、平成27年度より勤務できる予定であるが、放射線治療専任加算に関しては平成28年度から算定できる予定である。
		5	—	—	—	—	—	—	—	5	平成27年度より杏林大学からの学生を受け入れます。	A	(平成25年度達成)
		6	—	—	—	—	—	—	—	6	画像管理加算Ⅱ(画像診断管理において一定の条件を満たしている場合の施設基準で、診療報酬単価が加算される)を算定できる体制を維持します。	A	(平成25年度達成)

科・部門	計画／実績	医師数	合計収益 (億円)	入院収益 (億円)	外来収益 (億円)	入院平均単価 (万円)	入院患者数 (人/日)	外来平均単価 (万円)	外来患者数 (人/日)	No.	主な取り組み	評価	取り組みの実施状況
臨床検査科	計画	—	—	—	—	—	—	—	—	1	地域の中核病院として臨床検査技師の教育的観点も踏まえ、検査の外注若しくは院内対応の是非を再検討します。	A	全ての検査を自主で運営することは、教育的観点からは望ましいが、人員の確保や経営面での検証の結果、現行の検体検査の業務委託を継続することが適当と判断した。
		—	—	—	—	—	—	—	—	2	術前、術中検査や夜間検査への対応をはじめ、質の高い検査業務を維持します。	A	緊急性の高い検査項目を継続的に導入し、検査体制の充実を図った。また、より高性能な生化学自動分析機を導入し、外来診療前検査の迅速な報告体制を実現した。夜間休日体制についても平成25年度より2名体制として、安定稼働している。
	実績	—	—	—	—	—	—	—	—	3	遺伝子検査の増加へ対応します。	B	継続的に院内実施が効果的な検査を導入していく。
		—	—	—	—	—	—	—	—	4	病理(細胞診)、生理(超音波)、細菌、輸血検査に対する教育を行います。	B	教育プログラムと評価基準の作成を継続的に行っているが、職員の退職や産休等で計画的な実行が進まない状況にある。
病理診断科	計画	1	—	—	—	—	—	—	—	1	佐々総合病院の術中迅速診断、東大和病院の病理解剖など、他病院からの検体受入れを継続します。	A	(平成25年度達成)
		—	—	—	—	—	—	—	—	2	検体数の増加・研究利用へ対応し、検体の目的別の切り分けを行います。	B	従来より行ってきた悪性リンパ腫症例における外注検査用検体切り分けと腎生検症例における電顕検体切り分けは続行中。一方、現段階ではがん関連遺伝子検査の大部分が通常ホルマリン固定パラフィン包埋検体(組織学研究や臨床サンプルの保管方法として一般的に使用されている方法)にて対応可能であり、必ずしも切り分けを必要としない場合も多い。一方、乳がんにおけるHER-2蛋白(細胞の生産にかかわるヒト上皮細胞増殖因子受容体とよく似た構造をもつ遺伝子蛋白)免疫染色などはホルマリン固定時間やホルマリン濃度などに標準化が行われ病変の切り分けと別途固定が必要な場合もあり、「切り分け」の内容を極め細かく目的項目毎に極めていく必要がある。一方ガラス標本のバーチャルスライド(高倍率・高解像度の顕微鏡画像をコンピュータに取り込み、デジタルデータとして手軽な閲覧を可能にするシステム)によるデジタル化に関しては、現段階では費用対効果が望めず、平成29年度までの達成は断念する。
	実績	1	—	—	—	—	—	—	—	3	細胞診について、予防・健診センターと連携を図ります。	A	(平成25年度達成)
		—	—	—	—	—	—	—	—	4	がんの診断、治療に関しての遺伝子検査に関して、病院対応の是非を検討します。	B	平成27年度に一部の遺伝子検査を院内導入予定で、平成26年度も検討してきたが、知識・技術の進歩と保険適応の有無などの社会的要因の変化が予想よりはるかに速く、一病院で対応することは困難と判断され、当面は、大規模検査センターなどへの外注検査が適当と判断され、院内検査を行うことを断念した。今後は自動免疫染色装置を使ったSISH法(銀を利用して遺伝子を検出する方法)によるHER-2遺伝子増幅検査など通常の免疫染色の手法と変わらない機器と方法を用いた実用性の高い検査への導入へ舵を切ることとした。平成29年度までに実現させたいと考えている。

科・部門	計画／実績	医師数	合計収益 (億円)	入院収益 (億円)	外来収益 (億円)	入院平均単 価(万円)	入院患者 数(人/日)	外来平均単 価(万円)	外来患者 数(人/日)	No.	主な取り組み	評価	取り組みの実施状況	
リハビリテーション科	計画	—	—	—	—	—	—	—	—	1	脳卒中の地域連携バスをはじめ、リハビリ関連の地域連携に積極的に関わる体制整備に努めます。	B	当院退院支援スタッフ及び在宅支援スタッフが行う合同カンファレンスに積極的に参加し、継続のリハビリテーションが行えるよう配慮している。地域の多施設と勉強会などを通じて積極的に交流を持ち、スムーズな地域連携が行えるような環境づくりを継続して行う。退院後のフォローアップ・フィードバックを強めリハのクオリティアップを図る。	
		—	—	—	—	—	—	—	—	2	転倒、FIM(機能的自立度)の評価等、クリニカルインディケータとなるデータを収集します。	B	現状、リハビリ提供量の指標として実施単位数、リハビリ介入の質評価としてFIMの代わりにパーサルインデックスを用い、客観的効果判定を行っている。今後、更に個々のセラピストのクオリティアップのため、実行可能なクリニカルインディケータを科の目標に定め活用していく。	
		—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	採用形態の柔軟化などにより採用力を強化し、各病棟へのセラピスト配置を目指します。人員体制の拡充に伴い、土日・祝日のリハビリ実施を目指します。	B	嘱託職員の採用により、PT14→18名、ST4→6名に増加し、人員は拡充傾向。各職員への負担軽減もあり、体調不良者や長期欠勤者は減少してきたが、依然、各病棟への配置には至っていない。土日・祝日のセラピーは年末年始など、任意参加に止まっているが参加職員数や実施単位数は、増加傾向である。
		—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	急性期患者さんに対するリハビリへ対応します。	B	理学療法は急性期リハビリに即対応できる量はほぼ達したが、作業療法・言語聴覚療法では、未だマンパワーの問題により発症早期からの介入や急性期での量の確保は十分でない。また、職種間の連携を高め、急性期リハに有用な臨床パラメータを用いるなど、客観的な効果判定を導入する。
	実績	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	がん患者さんへの専門医療・緩和ケアを支援するリハビリを実施します。	A	周術期・緩和ケアを含むがん患者のリハビリテーションは、指定研修会に参加し2チーム4名のセラピストが対応している。今後はさらにより多くのがん患者のリハビリに対応できるよう指定研修を受け対応できるセラピストの拡充を図っていく。
		—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	学会発表を奨励します。	A	学会発表数はさらに増加傾向で新人の発表機会も徐々に増えている(平成25年度2名・平成26年度12名)。職種間には偏りがあり、PTが多く、今後はOT、STについても教育体制の見直しを図っていく。
		—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	職位の柔軟化により、チーム内での責任権限の細分化をします。	B	リハスタッフを病棟エリア毎のチーム制にし、各チームにPT・OT・STを配し対応するようになった。チームリーダーを置き、業務内容に偏りがないう、一定の責任権限を与えることで科内の業務を均一化した。今後は、同一チーム内のPT・OT・ST間での業務内容の調整を課題とする。
		—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	セラピスト(療法士・治療士)1人あたり単位数の増加を図ります。	A	1セラピストあたり1日18単位(実働日で平均化)のノルマを設け、年間を通じて達成した。今後も病院収益へ貢献できるよう、1セラピストあたりのノルマを設け、実働18単位/日から、稼働日18単位/日へ近づけるよう業務にあたっていく。
栄養科	計画	—	—	—	—	—	—	—	—	1	災害時に必要な患者食、職員食を踏まえた貯蔵量の検討をします。	A	(平成25年度達成)	
		—	—	—	—	—	—	—	—	2	NST(Nutrition Support Team: 栄養サポートチーム)に関する診療情報開示を行い、各人の食事内容などが把握出来るようにします。	B	栄養科「管理栄養士」が1人につき2~3病棟を担当し、率先して患者面会を行っている。特に、喫食率が悪い患者には食事外に「捕食:果物・ゼリー・特殊食品」などを提供している。また、病棟看護師からの依頼でも積極的に患者の面会を図り、食べることの大切さ、大事さ等の指導・教育を行って、電子カルテ(記事記載)で主治医・担当看護師へ報告している。	
	実績	—	—	—	—	—	—	—	—	3	食事に関する満足度を数値化のうえ評価します。その際、喫食率など以外の多様な指標を工夫します。	B	給食材料費の値上がりから、平成26年度に入り「鰻・あなご」などの提供を控えた。また、患者からの「魚の提供が多い」との意見から食材の見直しを図り、肉類などを取り入れた献立内容に変更している。食材バランスを考え多種・多様な取り組みをしたい。	
		—	—	—	—	—	—	—	—	4	NST加算の取得、糖尿病指導の強化を行います。	A	(平成25年度達成)	
		—	—	—	—	—	—	—	—	5	調理の全面委託の実施により効率化を図り、仕様書の記載内容・表現方法を工夫することにより、質の担保を行います。	B	平成26年度から平成27年度にかけて、常勤職員が9名、非常勤職員が5名存在している。平成26年度は、将来の委託化の方針を見据え、正規職員を補充せず対応し、本業務を維持してきた。今後も質を担保しつつ、委託化を検討していく。	

科・部門	計画／実績	医師数	合計収益 (億円)	入院収益 (億円)	外来収益 (億円)	入院平均単 価(万円)	入院患者 数(人/日)	外来平均単 価(万円)	外来患者 数(人/日)	No.	主な取り組み	評価	取り組みの実施状況
臨床工学室	計画	—	—	—	—	—	—	—	—	1	機器管理に関するデータベースを整備し、更新時期に加え、機器の稼働状況が分かるようにします。	B	管理機器に関してデータベース化はできている。事務局(業務課用度係)との共有化はできなかったが、購入品等の情報共有は進んでいる。貸出状況の把握は可能だが実際の稼働状況の把握はできなかった。
		2	手術室、救命センター、心臓血管カテーテル室、ペースメーカーなどに対して、安全に配慮した効率的な機器管理を行います。	B	種々の業務に対応可能なスタッフが増えている。								
		3	医療機器センター化を実施し、病院全体の機器管理を中央化することを目指します。	C	管理機器は増加し、さらに管理依頼も増加しており継続中である。中央化については機器の所属が多岐にわたり困難である。								
	実績	4	効率的な研修会を開催します。	A	(平成25年度達成)								
		5	各学会の専門技術認定の取得を奨励します。	B	10名中5名が各学会の主催する研修会に参加し認定取得の準備中である。								
		6	継続的な研修参加により、DMAT(ディーマット:災害医療派遣チーム)対応可能スタッフの育成を図ります。	C	平成26年度は研修に参加できなかった。								
		7	適正な機器台数と保守費削減により、医療機器管理の効率化を図ります。	B	メーカー主催の研修会に参加し、部品供給のみで院内で対応可能な機種を増加させた。								
薬剤部	計画	—	—	—	—	—	—	—	1	救命救急センター、腎センターなどに対して、各外来担当薬剤師を配置します。	B	病棟薬剤師実施加算として、薬剤師を病棟に張り付けたことで、外来担当薬剤師を別途配置することは困難な状況にある。但し、外来でのサポートとして外科系は薬剤担当科長、内科系は薬剤科長が問合せ窓口になっており、引き続き検討課題としたい。	
		2	1病棟1人の常駐を目指し、チーム医療を推進します。医師に対しては薬物治療のサポート、看護師に対しては薬物事故の回避に貢献します。	A	(平成25年度達成)								
	実績	3	化学療法への参画を推進します。外来部門への配置による、がん患者への導入における説明、同意書取得などのサポートを行います。	B	外来化学療法を受けている患者の初回・2回目には積極的に服薬指導を実施し、全体では50%の症例に指導を行っている。同意書取得については、化学療法加算Ⅱの算定により専門看護師が説明しているため、現状では薬剤師が積極的に関与していない。								
		4	教育・研修制度について、病院全体で検討する際に適切に対応します。 ・専門や認定資格を取得した際に、給与手当てに反映することや、学会発表や貢献度を評価して翌年への評価に繋げることを検討します。	B	資格取得への給与の反映は不十分であるが、学会発表や貢献度を加味した上で個々の業務評価には繋げている。								
		5	SPD(薬剤管理支援業務委託)を導入すると共に業務の標準化・効率化を図り、時間外勤務を削減します。	B	職員が請求することなく、委託業者が病棟定数の補充を行い、また3ヶ月に1回の使用期限チェックを行うことで、定数管理においては標準化・効率化が図られた。但し、薬剤師の時間外勤務削減については、病棟業務の拡大に伴い、減少傾向は見られない。								

科・部門	計画／実績	医師数	合計収益 (億円)	入院収益 (億円)	外来収益 (億円)	入院平均 価(万円)	入院患者 数(人/日)	外来平均 価(万円)	外来患者 数(人/日)	No.	主な取り組み	評価	取り組みの実施状況	
看護部	計画	—	—	—	—	—	—	—	—	1	退院支援システムを構築します。	B	入院時の総合機能評価スクリーニング(ケアマネジメントの過程で、要介護者あるいはその家族から、困っていること、家族状況、日常生活の自立度、障害の程度などを尋ね、その結果を分類すること)シートの記入、退院支援計画書の作成が定着した。病棟と相談支援室の看護師との連携も推進され、外部のケアマネージャー等を交えた退院支援カンファレンスを開催している。しかし、一部では支援開始が遅くなるケースもあり、医師との情報共有を更に進めていく必要がある。今後は慢性疾患の退院支援も強化していく。 (総合評価加算:5,535件 退院調整加算:6,347件 退院時共同指導料:43件)	
		—	—	—	—	—	—	—	—	2	感染症病床の体制を確立します。	B	新型インフルエンザ対策会議が1回開催され、出席した。病院としての対応を確認しつつ、看護部は体制を検討していく。	
		—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	過去の改革プランにおいて実施した、外来病棟一元化に関する効果を評価します。	B	平成25年度に引き続き、小児科、外科、泌尿器科、産婦人科、耳鼻科外来が一元化を続けている。平成27年度に向け、糖尿病療養指導師や認定看護師の資格を外来での療養指導に活かし、フットケア外来や透析予防の指導料の算定に繋げていけるよう、内分泌代謝内科と南8階病棟の一元化に向けて準備中である。
	実績	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	救急受入れ体制を強化します。	A	平成26年6月より救急病棟5人夜勤を実施した。外来・入院患者の状況に応じた、救命救急センター内での応援体制が強化できた。
		—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	勤務体制の検討を行います。	B	看護協会から出された、夜勤交代に関するガイドラインに基づき、平成25年に実施したアンケート結果を踏まえ、検討中である。
		—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	看護補助者の充実を図ります。	A	外来受付窓口業務を事務によってサテライト化されたことを機会に、外来看護助手9名を病棟勤務とした。うち2名は、看護に関する事務補助を主とする業務担当とし、看護助手業務が拡大された。看護師業務の負担軽減に繋がっていると共に、急性期看護補助体制加算25対1の維持に貢献している。
		—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	病院として職位に見合った適切な処遇制度の構築を検討します。	B	看護管理者のコンピテンシー(卓越した業績を生む人材が持つ行動特性)について、今後、看護部長で研修を予定している。病院としての処遇制度に活用できるよう理解を深めていく。
		—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	看護部内のキャリアパス(人材が最終的に目指すべきゴールまでの道筋のモデル)を整備し、職位に伴う役割分担を明確化します。	B	クリニカルラダー(看護師としての専門知識や技術を段階的に身につけられるよう計画された、キャリア開発プラン)を修正途中である。その後クリニカルラダーとキャリアパスの統合を検討していく。
		—	—	—	—	—	—	—	—	—	9	他科診療の取組を踏まえた看護部人員を検討します。	A	平成27年1月に消化器内科、血液内科、呼吸器内科、腎臓内科について病棟が再編成された。事務局、医師の協力もあり、病棟移動も実現した。再編成に伴い、看護師、看護助手の人員配置を見直した。増加した血液内科の化学療法については、認定看護師からの支援があり対応できた。また、相談支援室にがん専門看護師を配置し、組織横断的にがん看護の中心的役割を担い、患者支援、看護師の支援、地域との連携が更に深まった。

科・部門	計画／実績	医師数	合計収益 (億円)	入院収益 (億円)	外来収益 (億円)	入院平均単 価(万円)	入院患者 数(人/日)	外来平均単 価(万円)	外来患者 数(人/日)	No.	主な取り組み	評価	取り組みの実施状況	
事務局	計画									1	北多摩北部病病連携会議の事務局受託によって地域連携に貢献します	A	(平成25年度達成)	
										2	平成25年度内に外来予約センターを整備します。	A	(平成25年度達成)	
											3	平成25年度内に部門別管理会計の導入を検討します。	B	部門別管理会計(原価計算)を検討したが、費用対効果を鑑み、導入を見送った。より安価なシステムの活用等、他の経営改善手段を検討している。
											4	事務スタッフに対する各種資格取得を奨励します。診療情報管理士:5年で5人、医療経営士:5年で5人、その他資格(簿記など) ・診療情報管理士:カルテの情報を整理し、診療情報として管理・分析する人材。 ・医療経営士:必要な医療および経営に関する実践的な経営能力を備えた人材。	B	平成27年3月31日現在で診療情報管理士6名(非常勤職員(嘱託職員)2名含む)、医療経営士2名である。平成26年4月1日付で簿記取得者2名(1級、2級)を採用した。
											5	人員配置の工夫によって専門スタッフを育成します。	B	平成26年4月1日付で非常勤職員(嘱託職員)として、医師事務作業補助者(外来・病棟患者と医師、看護師などの医療スタッフとの橋渡しや院内の各部署との連絡などを行う)4名を採用し、専門スタッフを増員した。
											6	適正な請求業務の実施によってDPCⅡ群を維持します。	A	(平成25年度達成)
	実績										7	コスト削減の推進をします。	B	・対平成25年度比:時間外勤務手当△57,472千円 ・中央材料室・手術室滅菌業務の委託化、薬剤管理支援業務委託、外来サテライト業務委託を実施した。
											8	手術室・中央材料室、調理の委託を実施し、余剰人員は病棟勤務者に充てることによって、新規診療報酬の獲得を図ります。	A	(平成25年度達成)
											9	新会計制度に対して的確に対応します。	A	(平成25年度達成)
											10	患者さんの利便性と病院収益の向上のため、公共交通(バス)誘致に取り組めます。	B	バス会社との交渉が調い、平成27年4月より東久留米駅からの路線が開通することとなった。
											11	電気、ガス、水道使用量の削減	A	(平成25年度達成)
											12	ホームページ等広告料収入の増	C	ホームページへの広告掲載については、レイアウト等の都合上、実施できなかった。今後、他の広告媒体について検討する。
											13	患者満足度調査の実施	B	調査項目等についての検討が完了し、平成27年9月に実施することになった。
											14	未収金の削減	A	平成25年度末の入院窓口未収金は、41,253,329円(368件)であったが、平成26年度末は33,968,679円(347件)で、7,284,650円の削減となった。

4 点検・評価

公立昭和病院新中期計画の平成26年度達成状況について、公立昭和病院新中期計画検討委員会から、次のとおり評価を受けました。

1 「V 財政計画」

(1) 財政収支計画

財政収支計画については、入院・外来患者一人あたりの単価は、目標を達成できたと認められるが、患者数はそれぞれ目標を下回ったことから事業収益全体では、達成率97.7%と目標を達成できていない。

事業費用では、給与費等が目標達成できたことから、事業費用全体で達成率102.7%と目標達成できたものと認められる。

今後、入院患者数を増やす取り組み等を検討し目標達成のための一層の努力をするよう求める。

(2) 財政指標等

経常収支比率は、103.3%と黒字経営となり、達成率も101.2%と目標達成できたと認められる。また、医業収支比率等の指標についても、概ね目標達成できたと認められる。

今後も経営の効率化に努め、経常収支において黒字を維持するよう求める。

2 「VI 病院としての事業運営の具体的な取り組み」

平成25年度からの維持目標となっている「紹介・逆紹介率の維持」、「災害訓練の実施継続」及び「DPC係数Ⅱ群の維持」については、目標達成できていると認められる。

目標達成年度が平成26年度となっている取り組み9項目においては、A評価（達成）が5、B評価（進捗中）が2、C評価（未達成）が2となっている。

目標達成したものについては、今後も現状を維持し、B及びC評価の取り組みについては、早期の目標達成に向けて取り組むよう求める。

なお、目標年度が平成27年度以降となっている取り組み10項目においては、A評価（達成）が1、B評価（進捗中）が9となっている。

3 「VII 各診療科・部門別の計画と具体的な取り組み」

診療科・部門別の取り組み154項目のうち、A評価（達成）が67（平成25年度達成分を含む）、B評価（進捗中）が70、C評価（未達成）が17となっている。

B及びC評価の取り組みについては、平成27年度以降に目標達成できるよう引き続き努力するよう求める。

今後も構成8市における公立病院として、住民の命と健康を守り、安定した質の高い医療を継続的に提供するため、この新中期計画に基づき、より一層の経営改善を推進するよう求める。

【用語説明】

1 P

①【三次救急医療】

二次救急まででは対応できない一刻を争う重篤な救急患者に対応する救急医療。

2 P

②【減価償却費】

建物や医療機器などの取得に要した費用をその資産が使用できる期間に応じて資産価値の減少分を毎事業年度の費用に計上する会計処理のこと。現金支出は伴わない。

4 P

③【地域医療支援病院】

かかりつけ医等を支援し、地域医療の充実を図ることを目的として、二次医療圏ごとに整備される病院であり、入院機能に重点を置いた診療機能を確認することにより、総合的な医療を担い、かかりつけ医等と適切な役割分担と連携を図りながら地域完結型医療を目指す病院。平成9年12月の医療法改正において制度化され、一定の要件を満たすことで承認される。

④【紹介・逆紹介（率）】

他の医療機関との連携の程度を示す指標。

- ・紹介率（地域医療支援病院の場合）

$$\frac{\text{紹介初診患者数 (B)} - (\text{Cのうち紹介患者 (D)} + \text{Eのうち紹介患者数 (F)})}{\text{初診患者数 (A)} - (\text{時間外、休日、夜間初診患者数 (C)} + \text{C以外の救急搬送初診患者数 (E)})}$$

- ・逆紹介率（地域医療支援病院の場合）

$$\frac{\text{逆紹介患者数 (G)}}{\text{初診患者数 (A)} - (\text{時間外、休日、夜間初診患者数 (C)} + \text{C以外の救急搬送初診患者数 (E)})}$$

⑤【地域災害拠点病院】

災害発生時に、24時間緊急対応し、傷病者の受け入れや医療救護班の派遣などを行うことができる体制を有する病院。一定の要件を満たすことで都道府県知事に指定される。

⑥【クリニカルインディケータ】

病院の様々な機能や診療の状況などを適切な指標を用いて数値化したもの。推移を評価・分析することによって、医療の質の向上を図る。

⑦【院内がん登録】

がん診療連携拠点病院などのがん診療の状況をとらえる情報基盤となる標準的な院内がん登録についての情報を掲載している。

【東京都地域がん登録】

地域がん登録事業は、がん対策基本法等に基づいて、医療機関からのがんの罹患情報や保健所からの死亡情報など、がんの発病から治療、死亡に至るまでの情報を収集し、分析することによって、地域におけるがんの状況を把握し、がん検診や効果的な医療計画・予防対策の企画や評価に役立てるもの。

東京都は、平成24年7月より東京都地域がん登録事業を開始した。

⑧【急性期病院（高度急性期病院）】

病状の段階別に、急性期→亜急性期→慢性期とあるうち、急性期の医療を行う病院のことで、緊急もしくは重症な患者さんを中心に、入院及び手術等、高度で専門的な医療を行う。

⑨【地域周産期母子医療センター】

周産期医療とは、周産期（妊娠満22週から生後7日未満）を含めた前後の期間における医療のこと。産科及び小児科を備え、周産期に係る比較的高度な医療行為を常時行う医療機関が都道府県知事により地域周産期母子医療センターに認定される。

⑩【がん拠点病院（がん診療連携拠点病院）】

全国どこでも質の高いがん医療を提供することができるよう、全国407箇所の病院を指定している（都内26箇所）。専門的ながん医療の提供、地域のがん診療の連携協力体制の構築、がん患者に対する相談支援及び情報提供等を行っている。

⑪【ABC健診（胃がんハイリスク健診）】

ABC健診とは、ピロリ菌感染の有無（血清ピロリ菌IgG抗体）と胃粘膜萎縮の程度（血清ペプシノゲン値）を測定し、被験者が胃がんになりやすい状態かどうかをA～Dの4群に分類する新しい検診法。血液による簡便な検体検査で、特定検診（メタボ健診）などと同じに行なうこともできる。

⑫【CTC検診】

CTで撮影した断層撮影画像を立体的に再構成して、あたかも大腸内視鏡検査のように大腸内を観察するもの。

⑬【地方公営企業法全部適用】

地方公営企業法の組織、財務、人事等の運用について、地方公営企業法の全ての規定の適用を受けること。組合管理者に代わり専任の企業長を置くことで、経営責任が明確になり、より機動的、柔軟な経営が可能になる。

⑭【DPC係数Ⅱ群】

DPC対象病院の「機能評価係数Ⅱ」は平成22年度より導入された新しいルールで、「データ提出指数」「効率性指数」「複雑性指数」「カバー率指数」「救急医療指数」「地域医療指数」の6項目から算出される。この係数が大きい病院のほうが高度な医療機能を有するとみなされ、1日あたりの診療報酬単価を高く請求することができる。

DPCⅠ群は、大学病院本院（全国80病院）、Ⅱ群は大学病院本院に準じた診療機能を有する病院（全国99病院）で、東京都内でⅡ群に指定された公立病院は、当院を含め3院のみ。

*DPC（Diagnosis Procedure Combination）

従来は診療行為ごとに計算する「出来高払い」方式とは異なり、入院患者さんの病名や症状をもとに手術の診療行為の有無に応じて医療費を計算する定額払いの方式。

⑮【ジェネリック（医薬品）】

特許が切れた医薬品（先発医薬品）を他の製薬会社が安価で製造販売する後発医薬品のこと。

⑯【インシデント、オカレンスレポート】

インシデントは医療現場で、患者に傷害を及ぼすことはなかったが、日常診療の現場でひやりとしたりはったりした経験に関する報告書。オカレンスはインシデントより患者さんに与える影響が中等度以上で別途加療が必要になるようなケース。

平成27年12月作成

公立昭和病院（昭和病院企業団）
新中期計画点検・評価報告書（平成26年度）
東京都小平市花小金井八丁目1番1号
電話（042）461-0052
FAX（042）464-7912