

公立昭和病院新中期計画  
点検・評価報告書  
(平成27年度)



平成28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年間の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。

平成26年8月には、本計画に基づき、病院事業の経営形態を見直し、昭和病院企業団に移行したことにより、経営権限の一元化と責任の明確化が図られ、これまで以上に機動性・迅速性を発揮して各種の施策を実施しました。

その結果、本計画3年度目となる平成27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することができ、更に、平成26年度に引き続き黒字経営を維持することができました。

今般、平成27年度の本計画の達成状況について点検し、公立昭和病院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。

今後も昭和病院企業団構成市における唯一の「高度・急性期医療センター」<sup>①</sup>として高度急性期機能を発揮し、質の高い医療を提供するため、また、東京都が策定する地域医療構想に対応するなど病院を取り巻く情勢の変動等に的確に対応し、安定した病院経営を維持するため、平成28年度中には本計画を改訂し、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27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)	18,030	18,198	99.1 %	17,987	
經常収益 (c)	18,010	18,196	99.0 %	17,967	
医業収益	15,324	15,629	98.0 %	15,296	
(うち入院収益)	(11,184)	(11,247)	99.4 %	(11,183)	
平均単価(単位:円)	(75,500)	(67,920)	111.2 %		
一日当たり患者数(人)	(404.7)	(452.4)	89.5 %		
病床利用率(%)	78.1%	87.3%	89.5 %		
(うち外来収益)	(3,767)	(3,890)	96.8 %	(3,764)	
平均単価(単位:円)	(14,674)	(13,322)	110.1 %		
一日当たり患者数(人)	(1,056.4)	(1,191.9)	88.6 %		
医業外収益	2,686	2,567	104.6 %	2,671	
(うち構成市分賦金)	(1,600)	(1,600)	100.0 %	(1,600)	
特別利益	20	2	1,000.0 %	20	
事業費用 (b)	17,739	17,880	100.8 % (注1)	17,703	
經常費用 (d)	17,718	17,817	100.6 % (注1)	17,682	
(うち給与費)	(9,479)	(9,736)	102.6 % (注1)	(9,474)	
企業団管理費	83	77	92.2 % (注1)	83	
医業費用	17,219	17,374	100.9 % (注1)	16,857	
(うち材料費)	(3,697)	(3,581)	96.8 % (注1)	(3,547)	
(うち減価償却費②)	(1,090)	(1,061)	97.3 % (注1)	(1,090)	
医業外費用	416	366	86.3 % (注1)	742	
特別損失	21	63	166.7 % (注1)	21	
純損益 (a) - (b)	291	318	91.5 %	284	
經常損益 (c) - (d)	292	379	77.0 %	285	

(2) 財政指標

	実績(A)	計画(B)	達成率(評価)(A/B)	備 考
経常収支比率	101.7%	102.1%	99.6 %	経常収益÷経常費用×100
医業収支比率	89.0%	87.1%	102.2 %	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)(注2)	101.7%	100.8%	100.9 %	決算状況調査における医業収益(実績16,234百万円)÷同医業費用(実績15,965百万円)×100
一般会計繰入金(収益的収入)対経常収益比率	8.9%	8.8%	98.9 % (注1)	一般会計繰入金(収益的収入)÷経常収益×100
給与費対医業収益比率	61.9%	62.1%	100.3 % (注1)	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(注2)	52.3%	52.4%	100.2 % (注1)	決算状況調査における給与費(実績8,496百万円)÷同医業収益(実績16,234百万円)×100

注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。

注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27年度 実績	達成 状況	特記事項	担当
(1)	地域医療支援病院 <sup>③</sup> 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 <sup>④</sup>	56.8% (維持目標)	67.9%	A	平成26年度実績 62.3%	地域医療 連携室
			逆紹介率 <sup>④</sup>	76.4% (維持目標)	104.0%	A	平成26年度実績 103.6%	
			医療連携医登録数	300件 (平成26年度)	306件	A	平成26年度実績 301件	
			退院支援・調整充実、強化	充実 (平成26年度)	27,321件	A	(平成25年度達成)	
(2)	科学的根拠に基づいた医療を提供します。	クリニカルインデクサー <sup>⑥</sup> 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 <sup>⑦</sup> )	1,700件 (平成26年度)	1,647件	B	平成26年度実績 1,619件	医事課
			手術件数	6,500件 (平成27年度)	6,243件	B	平成26年度実績 6,317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)	3,078件	B	平成26年度実績 2,954件	
(3)	急性期病院 <sup>⑧</sup> 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)	7,781件	B	平成26年度実績 8,396件	全科・看護部・医事課
		地域周産期母子医療センター <sup>⑨</sup> 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 <sup>⑩</sup> 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。	市民公開講座を出前講座として実施	3回/年(平成29年度までに、各構成市で1回以上実施)	2回	B	平成26年度 年3回開催 平成27年度開催実績内訳 7月18日 東大和市 2月 6日 小平市	医事課
			ABC健診受診者数	475人 (平成26年度)	370人	C	平成26年度実績(327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 <sup>⑪</sup>	運用方法の確立 (平成26年度)	43人	A	平成26年度実績(16人)を上回った。運用方法は平成27年度に確立され達成。	
			肺がん健診	150人 (平成29年度)	169人	A	目標を達成することができたため、現状を維持する。	
			乳がん健診	900人 (平成29年度)	1,555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27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)	人事評価制度の設計	B	平成27年度は、管理職のヒアリング及び係長のワークショップを行い評価項目を設定。評価者説明会を実施後、評価のトライアルを実施した。人事評価ガイドライン(案)を作成した。	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)	各職場から選出された職員が委員会を立ち上げ、職員玉入れ大会を実施、サンクスカード(看護部)の導入	B	接遇(患者満足度)の向上を図るために、職員満足度を向上させることとし、職員間のコミュニケーションを深めた。看護部では、サンクスカードを導入し、お互いを認め合いながら協力して質の良い看護を提供した。	
(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 <sup>⑬</sup>	規約改正(平成26年度)	(平成26年度達成)	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基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 <sup>⑭</sup> を維持し診療報酬の増を図る。	DPC係数	維持	DPCⅡ群	A	平成27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 <sup>⑮</sup> 採用品目数	160品目(平成26年度)	299品目	A	後発品の品目数は、僅かだが増加した(平成26年度:296品目)。また、費用は、高価なC型肝炎薬の使用等により総額では増となっているが、安価のものへの代替も議論し、費用の削減に努めている。	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 <sup>⑯</sup> 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"> <li>年間2,550件</li> <li>医師提出率10%</li> <li>看護89.4%維持</li> <li>医療技術10%(平成29年度)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>年間2,699件</li> <li>医師 5.3%</li> <li>看護師 85.3%</li> <li>医療技術 9.4%</li> </ul>	B	レポートの提出率は目標値に達している。医師からの提出率は、前年度と比較して0.1%減少している。医療技術系からの提出率は、前年度と比較して0.7%減少している。引き続き、医師・医療技術系のレポート提出がそれぞれ10%以上になるよう周知していく。	医療安全管理担当
			合併症関連のオカレンスレポート <sup>⑰</sup> の提出増加と当院でのクリニカルインテイクーターの作成	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)	1.4%	B	オカレンス提出率は、前年度と比較すると0.26%減少している。オカレンスの合併症や重大な副作用及び予期せぬ再手術については、提出基準を明確にしていく。	
		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"> <li>研修会(直接参加、DVD上映)参加率50%</li> <li>DVD(貸出)視聴率50%(平成29年度)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>参加率 第1回26% 第2回31%</li> <li>視聴率 第1回8.2% 第2回20.3%</li> <li>総参加率 第1回34.2% 第2回51.3%</li> </ul>	B	医療安全研修について、第1回は、転倒転落をせん妄の一つの症状から発生する危険行為として考える講演と、第2回は、平成27年から開始された医療事故調査制度についての講演を行った。DVDは各部署に回して視聴者はアンケートを記載した。第2回目より参加者の名簿を部署に渡し、未参加者がわかるようにした結果、視聴率は50%を超えた。医師の研修会参加率が30%前後であるが、DVD視聴も難しいため、e-learningでの確認を周知していく。	

### 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	17	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	平成27年度も引き続き人員確保できている。スタッフの健康管理を含め、怠りなく管理を継続したい。
	実績	2	0.1	—	0.1	—	—	0.2	19	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	(平成26年度達成)
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。
										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	4	3.8	1.4	2.4	4.2	9	1.3	76	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) (平成27年度追記)連携がうまくいくようになり、緊急での透析対応は減少している。
	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	相対的入院期間の短縮ができている。収益も微増ながら向上していて、医事課との連絡で収益増につなげることができると考えている。
血液内科	計画	3	4.5	3.1	1.4	7.3	12	3.1	19	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。	A	従来より多くの紹介、逆紹介を達成したと考えている。クリーンルーム(空気中の微粒子濃度を基準以下に保った病室)造設により、より多くの入院症例受け入れを達成し得たと考える。
										2	救急度の高い患者さんの受け入れを強化します。	A	(平成26年度達成)
	実績	4	8.1	5.4	2.7	7.2	20.8	4.6	24.8	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	7.8	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/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
神経内科	計画	5.5	9.8	7.9	1.9	5	43	1.2	66	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	引続き達成できている。
	実績	5.3	8.7	7.1	1.6	5.4	35.7	1.2	56.4	2	脳卒中の受け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	脳卒中患者の受け入れに関しては達成できたと考えている。市民への啓発活動に関しては、引き続き北多摩北部二次保健医療圏脳卒中ネットワーク委員会のメンバーとして活動し、達成できた。脳卒中に関する院内の合同カンファレンスは、当科の人員不足もあり、実現できていない。
		3	他医療機関・大学への国内短期留学を奨励します。	C	人員不足のため達成できなかった。経頭蓋ドップラー・エコー法(頭蓋骨内の脳の血管や血流を調べる検査)の検査手技習得のための研修を考えている。「国内短期留学」という表現を使用していたが、当面実現は不可能と考えられるため、「出張研修」へ改める。								
		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	平均在院日数はほぼ横ばいである。平成27年度は、時期により例年より大幅に救急外来受診患者数、救急車依頼件数が病院全体で落ち込んだ。当科の入院の大部分は救急外来からの入院であるため、入院患者数が激減した。病院として原因を究明し、対策を考える必要がある。								
呼吸器内科	計画	5	6.9	5.6	1.3	5	30	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入れます。	C	新患予約外来は東京病院に加えて複十字病院の非常勤医師が加わっていただいたため、3日間実施できている。新患予約外診察を可能な限り常勤医が対応している。
	実績	1	1.2	0.6	0.6	4.7	3.5	1.7	14.4	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	検査等を必要としない内科治療を行う肺炎等の患者さんが中心であった。マネジメントにはマンパワーが必要であり研修医のローテーションを欠いていた時期は患者数に制限がかかった。
		3	肺がん早期発見、治療の維持・強化を図ります。	C	肺癌精査の窓口としては呼吸器外科の新患外来が担当した。精査の気管支鏡は他院で行っており、当院での継続治療の実施はない状況であった。CT下生検、胸水で診断がついた場合、高齢者の肺癌で支持療法、緩和治療が中心となる場合には当科で診察することもあった。外科でフォローしている患者さんの再発、術後再発予防化学療法は当院で行えるようにしている。								
消化器内視鏡内科	計画	10	12	7.6	3.9	5.2	40	1.5	106	1	紹介・逆紹介を積極的に推進します。	A	(平成26年度達成)
	実績	11	15	9.9	4.9	6.8	39.6	1.6	124.9	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26年度達成)
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)	A	新患外来を完全に独立させた。しかし、予約時間後半の患者の待ち時間対策を考慮中。病病連携(病院間の連携)にて転院はスムーズになった。
		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	(平成26年度達成)								
	実績	11.4	14.2	12.7	1.5	9.9	35.2	1	60.2	3	不整脈領域への注力に努めます。	A	不整脈治療件数は増加している。ペースメーカー・ICDなどの植込みデバイス(不整脈治療のために体内に植込む医療機器)件数も安定している。
		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・ケアの計画を示したものを)を用いて在院日数軽減に努めているが、高齢者入院の増加で、結果的に在院日数や単価改善に苦慮している。								

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
小児科	計画	11	6.5	5.2	1.3	6.2	23	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)
		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	食物アレルギーに関する特定施設への出張講義による情報提供は、今後は、特定施設に偏らないように、一般地域住民にも情報提供できるための方策、例えば定期的に院内で開催する方向に舵をきるべきであるが、そもそも特定疾患のみを定期的に情報提供することが必要かについても再考する必要がある。	
	実績	11.9	7.8	6	1.8	6.9	23.9	1.3	60.6	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	アレルギー疾患を重点的に扱うことによる外来収益や入院収益の向上は、意図していた計画通りとならず、軌道修正を余儀なくされている状況である。 今後は、他の専門領域に力を入れたり、重症心身障害児の受入れ等も検討する必要がある。また、新生児の入院要請がありながら、受入れが出来なかった状況(約10例)を少しでも解消することで、地域貢献や、結果としての収益向上につなげる必要がある。
外科・消化器・呼吸器外科	計画	14	21	17	4.1	7.8	57	2.2	78	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	(平成26年度達成)	
	実績	13.3	21.4	16.7	4.7	7.8	58.3	2.3	82.1	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。	A	合計収益、医師一人あたりの収益ともに目標数に達している。しかしながら、計画に対し入院収益で達せず、外来収益で超えている。外来収益は化学療法によるところが多いと推察される。27年度目標に関しては、診療実績の向上は達成していると考え、他院との比較データに関しては未達。
		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。	A	現在、消化器外科部門では、上部消化管、下部消化管、肝胆膵、それぞれに中核となる40前後の医師を有し、将来にわたって現状の医療体制を維持できる年齢勾配を形成している。しかしながら、その半数は大学からのローテートに頼る不安定性があり、この点の解決が必要である。また、専門研修医の今後の確保も課題として残る。	
		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	3.5	1.3	2.3	8.7	4	2.1	44	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同意がなかったため、検討を断念した。
		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)	
	実績	2.9	3.4	1.4	2	9	4.4	2.9	29.3	3	がん連携パスの登録医療機関の増加を図ります。	B	登録医でなくても、がん連携を行う医療機関は増加している。
		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。	C	手術件数の増加をみていない。特にエレクトティブ・サージェリー(緊急ではない手術)が増加していない。
		2								外来完全予約制への移行を図ります。	B	外来部会での決定事項に従って、完全予約制の診療日でも総合受付ナースの判断で非予約患者さんでも診察した方が良いと判断される患者さんは診察してきた。原則として「非予約患者さんの診察も受ける」が、「外来予約制」を進めていく。	
	実績	5.9	7	6	1	6.2	26.7	0.9	47.3	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。)	A	整形外科医が当直しない曜日についてオンコール体制を周知させた。
		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。	A	整形外科医師の確保は、東京警察病院から後期研修医を確保できた。	

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
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。	A	医師数増により、他科からの転科も可能となり、採算性は向上した。
	実績	2.3	1.2	0.9	0.3	7.1	3.4	0.8	14.3	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。	A	他院からの先天性異常紹介数の著増は認められないが、院内対応状況は改善した。
										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	8	16	15	1.2	9.1	45.3	1.6	31.7	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分析システムによるデータ比較は可能になったが、まだ不十分である。
										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	他科の断わり理由を脳外科でフォローできないので不可
										4	学会発表を奨励します。	A	(平成26年度達成)
										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	(平成26年度達成)
	実績	3	3	2.8	0.2	15.5	4.9	1.3	7.9	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。		レスキュー手術が少なく、評価不能であった。
										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	(平成26年度達成)
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	(平成26年度達成)
	実績	4.9	2	1.1	0.9	4.5	6.4	0.7	56	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	(平成26年度達成)
										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	3.5	4.9	3.1	1.8	5.5	15.2	1.5	47.7	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	2.3	7	45	1	95	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年度達成)	
		2								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)	
	実績	8	10.3	8.5	1.8	7.2	32.2	0.9	79.8	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								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	眼科医療機器の開発は目覚ましく、手術領域の3D化などがあり、更新することが難しい。	
		2								2	外来予約制を継続します	A	(平成25年度達成)	
	実績	5	8.6	5.9	2.7	10.7	15.2	1.6	68.5	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	実利益については、未だ把握できていない。	
		4								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	大学における医局員減少により、これ以上の常勤医師の確保は難しい。	
耳鼻いんこう科	計画	4	4.3	3.3	1.1	6.9	13	0.9	51	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、紹介率ともに高く、開業医との連携は取れている。さらに努力を続けたい。	
		2								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	木曜日の夜間の救急当直を考えているが、病棟看護師の対応が困難となっている。夜間の看護師増員について努力したい。	
	実績	3								3	耳領域の診療を強化します。	B	手術器具や検査機器など少しずつ整備されてきているが、手術時モニター設備や顕微鏡の更新などを整えさらに充実させたい。手術以外の症例も含め患者数を増やしていきたい。	
		4	5	3.8	2.6	1.2	6.7	10.4	1	46.9	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	癌症例数は増加しており、手術以外の治療も多くなっている。頸部郭清術も徐々に増やしていく努力をしている。
		5								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	放射線同時化学療法(放射線治療に加えて抗がん剤治療(化学療法)を同時に行う方法)の患者も、病状に応じてできるだけ通院治療に移行するよう努めており、平均在院日数の維持に努力している。	
外科 歯科・ 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	紹介状の有り無しにかかわらず救急患者は出来る限り対応した。地域連携に関しては地域包括ケアシステムを踏まえての今後の課題である。	
	実績	2	1.1	0.3	0.8	5.5	1.3	0.7	46.7	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	歯科衛生士の1名退職に伴い、対応が困難な状況が生じている。	
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。	B	計画当初は、周知のためフィットネスジムとの連携を模索したものの、フィットネスジムが積極的関与を希望しないため、左記に代えて各構成市との連携を模索中で、健康教育等を順次実施し、パンフレットの配布等で周知を図っている。	
		2								2	人間ドック学会の認定施設であることをPRします。	A	(平成26年度達成)	
	実績	3	2.3	—	2.3	—	—	—	—	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のできる体制を整備します。	B	予約システムは順調に稼働しており、利用者増につながっている。健診メニューの見直しは順次実施中である。	
		4								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。	A	簡易ドックは順調に人数を増やし、順次一日ドックへの移行も見られる。また金銭的に余裕のない高齢者の受け皿ともなっている。	

科・部門	計画／実績	医師数 (億円)	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	4	—	—	—	—	—	—	—	1	周術期管理の向上を図ります	B	平成26年度末で常勤医1名が退職したが、平成27年度から救急科との兼務ではあるが常勤医1名を採用できた。従来の周術期管理の質・量を維持するためには今後も常勤医の確保が重要な課題である。予定手術患者の周術期外来受診数は85%以上を達成し、周術期管理は向上した。術後診察での合併症の早期発見も充実した。「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)」による急性期疼痛管理は定着してきたが、まだ医療者の理解が不十分であり、さらに術後急性疼痛の軽減の余地がある。	
	実績	5.8	—	—	—	—	—	—	—	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	緩和医療を推進します	A	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、院内各科から紹介される患者数は増加している。医師に対する「緩和ケア講習会」や近隣の関係者を含む「緩和ケア講演会」の開催など、積極的に緩和ケアを推進している。地域連携を深めるために在宅医療ネットワークの研究会などに積極的に参加し、また他医療機関や大学で開催された緩和ケア研修会に講師として参加した。
											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・大学などで開催される研究会や研修会に参加し、最新の知識・技術を取り入れ日常業務に活かしている。
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	看護師業務の見直しと看護助手業務が定着し、相互の協力体制ができてきている。業務がよりスムーズになり、時間外に残る手術件数が減少した。麻酔科管理の手術件数は横ばいだが、各科管理が主である眼科も含めた手術件数は増加しており、手術件数に対する看護師の適性人数は未だ不足の状態である。	
	実績	—	—	—	—	—	—	—	—	2	安全な手術の提供に努めます	B	種々のチェックリスト作成や看護手順を作成し、行動基準も策定した。KYT(危険予測学習)を利用した勉強会を開き、また、問題発生時における情報の共有の手段としてRCA分析(根本原因分析)を実施し危険意識の向上を図っている。	
										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。	A	平日の洗浄・組立・滅菌業務の委託化により業務の効率化が図られている。日中の患者入れ替え時の手術室清掃やピッキング(必要機材の仕分け作業)は看護助手の業務として定着し、大きな問題なく運用できている。今後は、手術件数増加を見据えて効率的な運用が必要である。	
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受託には、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定で、読影を遠隔画像診断に出した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。	
										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	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。	
	実績	4	1.2	—	1.2	—	—	2	24	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。放射線治療を担当する常勤医師は、平成27年度より1名勤務し、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	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	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 (万円)	入院平均単価 (円/日)	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
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	(平成26年度達成)
		—	—	—	—	—	—	—	—	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	(平成26年度達成)
	実績	—	—	—	—	—	—	—	—	3	遺伝子検査の増加へ対応します。	A	従来からの結核菌PCR法(DNAの特定部位を増幅して確認する方法)に加え、マイコプラズマやノロウイルスのLAMP法(迅速性の高い遺伝子の増幅法)での測定を開始し、臨床の要望に答えられる体制を構築した。
		—	—	—	—	—	—	—	—	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	各部門で教育プログラムのアウトラインは作成されたが、評価基準やスキルラダーの作成が出来ていないなど目標達成には至っていない。 (ラダー(制度):専門知識や技術を段階的に身に付けられるよう計画されたキャリア開発プラン)
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。	A	悪性リンパ腫、乳癌に関しては従来通り免疫染色用あるいは遺伝子・染色体検査用の標本をホルマリン固定(体内から取り出された組織を腐敗等による劣化から保護するための処理方法の一つ)前に別途採取している。胃癌、結腸癌、消化管間質腫瘍(消化管壁の細胞から発生する腫瘍)、肺癌などの免疫染色や遺伝子・染色体検査に関してはルーチン検査で固定された検体からの検索が現段階では出来ているが、今後新たな検査の出現も予想され情報の収集を続けている。
	実績	—	—	—	—	—	—	—	—	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)
		1	—	—	—	—	—	—	—	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。	C	遺伝子検査の院内導入は時期尚早との判断は変わらず、FISH法(特殊な蛍光色素等を使用し、目的の遺伝子を検出する方法)など免疫染色装置を用いて標本作製し顕微鏡(蛍光顕微鏡)下で評価する方法を検討中。

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)	外来患者 数(人)	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	脳卒中地域連携バスでは、初回説明の際に十分な介入ができておらず、今後の課題である。癌患者を始め、在宅復帰する患者の退院支援カンファに積極的に参加し、在宅ケアに関わるスタッフへ必要な情報提供を行うよう努めている。病棟からリハスタッフの出席を求められる機会も増えている。地域リハビリテーション連携への参加も検討している。
		—	—	—	—	—	—	—	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	全国自治体病院データによると、当院における脳梗塞入院1週間以内のリハビリ強度は、1日22.6単位と全国でも高水準となっている。また、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バーサルインデックス(日常生活動作を評価する方法)を継続収集している。バーサルインデックスに関してはADL(日常生活動作)維持向上等加算の算定に向けて集計作業を開始している。
		—	—	—	—	—	—	—	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(療法士・治療士)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	常勤・嘱託・非常勤職員と3形態の採用にて、理学療法士が18名から19名となり微増しているが、退職者もあり安定しない。今後、「ADL維持向上等体制加算」拡充も視野に入れた人員配置の検討が必要である。年末年始などの長期連休時は、任意勤務として対応している。
		—	—	—	—	—	—	—	4	急性期患者さんに対するリハビリへ対応します。	A	入院直後の超早期からの介入が定常化した。早期介入により在院日数の低減に貢献し、院内の各職種に対し早期リハビリ介入の重要性を認知させることができた。
	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。	B	院内医師の協力者が増え、昨年に引き続き、平成27年度も指定研修会へ1チーム(2名のセラピスト)が参加した。現在計6名のセラピストが、がん患者リハビリテーション料を算定可能となっている。緩和ケアチームとの連携については未だ不十分であるが、人員供給に限界があり懸案事項となっている。
		—	—	—	—	—	—	—	6	学会発表を奨励します。	B	平成27年度の学会発表は9名が経験をした。発表者の偏りはあるものの、徐々にスタッフの意識は向上している。発表に際し病院の援助がありモチベーションの向上につながっている。
		—	—	—	—	—	—	—	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	主任等の役割について、科内で検討する機会ができ、各スタッフが科の一員である自覚の向上がみられている。理学療法士は3チームに分け、チームリーダーを中心に、病棟や主治医との連携の充実に努め、安全で効果的なリハビリの提供に努めている。チームリーダーに負担が偏りがちではあるが、共通の目標を掲示することでチーム意識は高まってきている。作業療法士、言語聴覚療法士については、今後の課題である。
		—	—	—	—	—	—	—	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。	B	人件費相当の収益確保のため、1セラピストあたり実働日18単位/日以上取得を目指している。しかし、カンファレンスへの参加、ADL維持向上等加算の算定など、疾患別リハの単位数取得以外の業務が増加した関係で、一部の中心的役割を担うセラピストでは1日18単位の維持が困難となってきており、今後、セラピーの質に対するクリニカルインディケータの詳細な確認が必要になると考えられる。
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なります。	A	病棟内掲示板にてNST介入の説明を行い理解を得た。また、医療器具の「栄養セットを1回使用とし栄養ボトルを洗浄・乾燥から再利用する」ことでNST介入とした。主治医の協力もあり飛躍的にNST介入が増加した。更に、NSTラウンドも積極的に行い、直接ベットサイドから患者に説明を行った。
	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	患者アンケートを年に4回行いデータ化し約80%の患者から満足との回答を得ている。また、病棟担当管理栄養士制度から喫食率低下の患者には積極的に面会・面談を行った。患者の希望を聞き入れ「果物・ゼリー」などの提供を行った。食形態の工夫もを行い「きざみ・とろみ食」などの新規食事提供から満足度の向上を図った。
		—	—	—	—	—	—	—	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	現在常勤職員8名、再任用職員1名、臨時職員5名の計14名が在籍しているが、平成28年度に2名が退職(臨時職員終了)予定である。その補充として、業務委託を行う。今後、全面委託化を行う場合、常勤職員の処遇をどう考えるかが課題である。業務委託化による「賃金の低下」を予防・防止するために、病院経験を持った委託調理師を要望し質の担保を行う。

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 (人/日)	外来平均単 価(万円)	外来患者 (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	管理機器に関してはデータベース化は実施できており、貸出状況は把握している。機器の稼働状況は、病棟予備在庫等の関係から把握できなかった。
		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。	A	各種の業務に対応可能なスタッフが増えている。各部署3名の対応可能スタッフを育成。								
		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。	B	中央化は困難であるが、データベース化し現行機器の台帳化を進めた。								
	実績	4	効率的な研修会を開催します。	A	(平成25年度達成) (平成27年度追記)各病棟単位で医療機器に関する研修会を実施した。								
		5	各学会の専門技術認定の取得を奨励します。	B	平成27年度は透析技術認定師2名取得。								
		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。	B	平成27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	各メーカー主催のメンテナンス講習会を受講し部品供給のみで院内修理可能な機種が2機種増加した。保守点検費用の削減は出来た。適正台数の試算は困難で現状維持を継続中である。								
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	感染・がん化学療法に一人ずつ薬剤師を専門に従事させたことに伴い、いまだ配置させることができていない。高度急性期医療を担う当院において救命救急センターでの薬剤関連業務を実施し「病棟薬剤業務実施加算2」の算定を引き続き目標にする。
		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)								
		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。	A	通院治療センターにがん薬物療法認定薬剤師を専門として1人従事させ、初回指導はほぼ100%実施できるようになった。平成26年度よりがん薬物療法認定薬剤師2名により「がん患者指導料3」の算定を始めた。								
	実績	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、資格が病院収益に結びつく感染、がんの資格については計画策定時から引き続き給与への反映をお願いしていく。今後導入予定の人事評価システムで学会発表や貢献度を加味した上で個々の業務評価をする。								
		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	委託業者が病棟・一部の外来・手術室の注射・外用・内服薬の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、病棟業務の拡大及び感染・がん化学療法に一人ずつ薬剤師を専門に従事させたことに伴い、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 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	
看護部	計画	—	—	—	—	—	—	—	—	1	退院支援システムを構築します。	A	相談支援室に看護師1名を増員して退院支援の充実を図った。また、緩和ケア・退院支援リンクナース会に於いて研修会や事例検討を重ねると共に、認定看護師会主催の訪問看護師を招いてのシンポジウムを開催し、病棟の看護師理解を深め意欲的に取り組んだ。 (総合評価加算5,548件、退院調整加算14日～31日以上含め6,856件、退院時共同指導料83件、介護連携指導料31件) (リンクナース: 専門チームから専門的な知識や技術を学んで、所属する病棟に浸透させる役割を担う)	
		—	—	—	—	—	—	—	—	2	感染症病床の体制を確立します。	A	MERS(中東呼吸器症候群)の海外流行を期に、感染症病床利用時の看護体制を明確化した。北3病棟看護師、管理師長の役割、他病棟からの応援態勢を整えた。MERS疑いの患者の診察時に対応した。	
		—	—	—	—	—	—	—	—	—	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。	A	平成26年度までの外来・病棟一体化部署に加え内分泌・代謝内科の一体化に取り組んだ。糖尿病看護認定看護師、日本糖尿病療養指導士の資格を有するスタッフが外来を担当することにより、継続看護や質の高い患者指導、看護師自身のキャリア開発につながっている。
		—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	救急受入れ体制を強化します。	A	(平成26年度達成)
	実績	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	勤務体制の検討を行います。	B	小児科病棟、救急外来の夜勤開始時間、休憩時間を見直した。 日本看護協会が推奨している夜勤時間の拘束時間の短縮、正循環勤務については、保育の問題等があり対応できないスタッフもいる。 再度看護師へのアンケートをとり、現行にミックスして勤務作成ができるか検討していく。
		—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	看護補助者の充実を図ります。	A	(平成26年度達成)
		—	—	—	—	—	—	—	—	—	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	病院が進める人事評価制度と看護部のキャリアラダー、看護管理者ラダーの整合性の検討が必要である。 平成28年度作成を予定している看護管理者ラダーと、今後実施予定の人事評価制度と合わせて検討していく。 (ラダー(制度): 看護師としての専門知識や技術を段階的に身に付けられるよう計画されたキャリア開発プラン)
		—	—	—	—	—	—	—	—	—	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	社会人基礎能力を盛り込んだ、クリニカルラダーの改定を終了した。平成28年度から新ラダーで実施していく。 平成28年度は、看護管理者の教育方針を明確にし、看護管理者ラダーの作成に取り組む。
		—	—	—	—	—	—	—	—	—	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26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	
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) (平成27年度追記)圏域に限らず、当院からの転院を多数受け入れている医療機関を招き、今後一層の連携を深めるため、アライアンスの会を開催した。	
		—	—	—	—	—	—	—	—	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。代替として、材料費の削減や診療収入の増加を図ることを目的に、DPC分析システムを導入した。
		—	—	—	—	—	—	—	—	—	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	事務スタッフ(コーチャー4名、ステークホルダー20名)を対象にコーチング(自発性と能力開発)を行った。コーチャーは日本コーチ協会認定メディカルコーチ(3名)や株式会社コーチ・エイコーチ認定委員会コーチ(1名)の資格を取得した。 診療情報管理士は6名在籍し、新たに4名が資格取得中。病院経営管理士を1名が資格取得中。平成27年度中に簿記3級取得1名。
		—	—	—	—	—	—	—	—	—	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	医師事務作業補助(医師が行う業務のうち事務的な業務をサポートする職員)の専門スタッフの育成のため、一般事務(1名)を配置換えした。また、非常勤職員(1名)を採用した。
		—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	適正な請求業務の実施によってDPC II 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26年度比:時間外勤務手当△23,791千円 ・価格交渉により固定費の減少を図った。 賃借料の減(職員寮等)
		—	—	—	—	—	—	—	—	—	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。	A	(平成26年度達成)
		—	—	—	—	—	—	—	—	—	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	A	平成27年9月に実施した。
		—	—	—	—	—	—	—	—	—	14	未収金の削減	A	(平成25年度達成)

## 4 点検・評価

公立昭和病院新中期計画の平成27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99.1%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100.8%と目標達成できたものと認められる。

今後、予定している本計画の改訂にあたっては、特に入院患者数を増加する取り組みを設定し、その目標達成に努めるよう求める。

#### (2) 財政指標等

経常収支比率は、101.7%と黒字経営となったが、達成率は99.6%と目標を達成できなかった。医業収支比率等の指標については、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」

本計画当初からの維持目標や継続目標となっている「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27年度となっている「手術件数の増加」、「救急車受入件数の増加」及び「予算の達成状況に応じた予算配分」の3項目については、いずれもB評価（進捗中）であった。

なお、目標年度が平成28年度以降となっている取り組み7項目においては、A評価（達成）が2、B評価（進捗中）が5となっている。

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、改訂後の計画において、早期の目標達成に向けて取り組むよう求める。

### 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87（平成25、26年度達成分を含む）、B評価（進捗中）が53、C評価（未達成）が13、評価不能項目が1となっている。

B及びC評価の取り組みについては、改訂後の計画において、平成28年度以降の目標達成に向けて、引き続き努力するよう求める。

今後も構成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【高度・急性期医療センター】

医療機能を患者さんや医療関係者に分かり易く伝え、医療連携の強化及び人材確保等につなげるため、平成28年5月から「高度・急性期医療センター公立昭和病院」を通称として使用開始した。

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保することにより、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）

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

初診患者数 (A) - (時間外、休日、夜間初診患者数 (C) + 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）

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

初診患者数 (A) - (時間外、休日、夜間初診患者数 (C) + 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）などと同時にこなすこともできる。

### 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。

5P

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）

従来の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28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27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