

公立昭和病院新中期計画
点検・評価報告書
(平成25年度)



平成26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) 診療部門	6
(2) 薬剤部・看護部	12、13
(3) 事務局	13
4 点検・評価	14
【用語説明】	15

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しました。

平成25年度も地域の中核病院として良質な医療を安定的かつ継続的に提供してきました。

そして、これから予測される医療ニーズに迅速かつ的確に対応するために、平成26年8月から昭和病院企業団に移行するとともに、本計画に基づく各種取組を行ってきました。

今回、平成25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たので、その結果について報告します。

今後も構成8市における唯一の高度専門・3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、病院を取り巻く情勢の変動等があった場合は適宜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ために努力します。

公立昭和病院新中期計画 平成25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)	17,413	17,854	97.5 %	17,387	
経常収益 (c)	17,412	17,852	97.5 %	17,386	
医業収益	14,759	15,265	96.7 %	14,742	
(うち入院収益)	(10,821)	(10,965)	98.7 %	(10,820)	
平均単価(単位:円)	(69,547)	(68,096)	102.1 %		
一日当たり患者数(人)	(426.3)	(441)	96.6 %		
病床利用率(%)	83.3%	85.2%	97.8		
(うち外来収益)	(3,581)	(3,808)	94.0 %	(3,579)	
平均単価(単位:円)	(13,126)	(13,096)	100.2 %		
一日当たり患者数(人)	(1,118.2)	(1,187)	94.2 %		
医業外収益	2,653	2,587	102.6 %	2,644	
(うち組織市分賦金)	(1,619)	(1,619)	100.0 %	(1,619)	
特別利益	1	2	50.0 %	1	
事業費用 (b)	17,237	17,550	101.8 % (注)	17,212	
経常費用 (d)	17,213	17,487	101.6 % (注)	17,188	
(うち給与費)	(9,203)	(9,368)	101.8 % (注)	(9,200)	
組合管理費	66	77	114.3 % (注)	66	
医業費用	16,788	17,044	101.5 % (注)	16,553	
(うち材料費)	(3,387)	(3,239)	95.4 % (注)	(3,296)	
(うち減価償却費②)	(1,202)	(1,258)	104.5 % (注)	(1,202)	
医業外費用	359	366	101.9 % (注)	569	
特別損失	24	63	161.9 % (注)	24	
純損益 (a) - (b)	176	304	57.9 %	175	
経常損益 (c) - (d)	199	365	54.5 %	198	

(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	101.2%	102.1%	99.1 %	経常収益÷経常費用×100
医業収支比率	87.9%	86.7%	101.4 %	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)*	100.5%	100.5%	100.0 %	*決算統計20表(2)÷(24)×100
一般会計繰入金(収益的収入)対経常収益比率	9.3%	9.1%	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	62.3%	61.8%	99.2 % (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*	52.6%	52.0%	98.8 % (注)	*決算統計21表(6)÷20表(2)×100

(注)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。

* 「医業費用(給与費)から賃金の一部を除く」及び「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組合管理費については、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組合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。

【達成状況】 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25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)	64.5%	A	現状を維持する。	地域医療連携室
			逆紹介率 ^④	76.4% (維持目標)	80.2%	A	現状を維持する。	
			医療連携医登録数	300件 (平成26年度)	272件	B	平成23年度実績237件 平成24年度実績239件	
			退院支援・調整充実、強化	充実 (平成26年度)	24,586件	A	全体の相談件数、新規相談件数ともに過去最高となった。支援内容は、経済的問題・家族間の問題等多様化しているが、スタッフの増員により安定した対応が可能となった	
(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ー ^⑥ 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)	1,492件	B	平成24年度より登録開始し、平成24年度実績は1,458件であった。	医事課
			手術件数	6,500件 (平成27年度)	6,248件	B	平成23年度実績6,281件 平成24年度実績6,484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)	3,075件	B	平成23年度実績3,213件 平成24年度実績3,211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)	8,272件	B	平成23年度実績8,348件 平成24年度実績8,104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)	認定	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/年	B	平成25年度は、4月20日、12月15日に院内で、8月11日に小平市「ルネ小平」で市民講座を開催した。	医事課
			ABC健診受診者数	475人 (平成26年度)	148人	B	目標年度までに達成できるよう取り組む。	予防・健診センター
			CTC健診 ^⑪	運用方法の確立 (平成26年度)	0人	A	実績件数はなかったが、運用方法は確立した。	
			肺がん健診	150人 (平成29年度)	82人	B	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)	1,158人	A	現状を維持する。	

(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)	未実施	C	国の方針や他の医療機関の導入事例等を参考としながら、当院の実情にあった制度の構築を図る。	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)	職員全体の研修実施なし	B	全国自治体病院協議会主催の接遇トレーナー養成研修会を臨床検査技師1名、診療放射線技師2名が受講し、各所属のリーダーとなり接遇向上を図る。パワハラ防止研修実施により、職員全体研修は26年度開催とした。	
(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 ^③	規約改正 (平成26年度)	組織市8市議会で可決	A	平成26年8月1日全適	計画担当
		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)	未実施	C	目標年度までに達成できるよう取り組む。	計画担当・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	診療報酬改正のたびに見直しされ、要件のハードルは高くなると思われるが、引き続き26年度Ⅱ群を維持することができた。	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)	235品目	A	今後、後発品の採用率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	・年間2,550件 ・医師提出率10% ・看護師89.4%維持 ・薬剤師10% (平成29年度)	年間2,801件 医師4.11% 看護師85.3% コメディカル10.66%	B	年間提出件数、コメディカル部門は目標達成できた。今後、医師の提出率を上げていく。	医療安全管理担当
			合併症関連のオカレンスレポート ^⑥ 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)	1.18%	B	オカレンスの報告基準を平成24年5月に作成し、改定版を平成26年6月に医師全員に配布した。	
		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	・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)	研修会参加率 第1回目25% 第2回目40%	B	今後、①研修内容の検討、②視聴環境の整備、③システムやWebなどを利用しての視聴の方法を検討する。	

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 (円)	入院患者 (人)	外来平均単価 (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
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。	C	医局人事の影響で、関連病院への派遣人員が近年不足しており、今後、大学医局へ継続的な働きかけを行っていく。常勤1名体制で可能な限り診療活動に努めた。
	実績	1	0.1	—	0.1	—	—	0.2	25	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。	B	遺漏のないよう適正化に努めた。
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	公開糖尿病教室のニーズは一巡したので、通常の糖尿病教室を拡充し、院内他病棟入院患者の受け入れ能力を高めた。
										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	血糖測定についてPOCT(被検者の傍らで医療従事者が行う検査)機器と電子カルテをリンクしたシステムを全国に先駆けて導入し、院内全体の血糖コントロールの質向上に十分な成果が得られた。
	実績	5	4.1	1.6	2.5	4.1	10.6	1.2	86.3	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	日本超音波医学会第87回学術集会をパシフィコ横浜で主催(参加者約7,500名)し、甲状腺癌に関する市民公開講座も実施した。
										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	血糖コントロールの全病棟における迅速化により平均在院日数を短縮し、効率的な医療を実施した。
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	ほぼ計画通り達成できた。
	実績	2	2.1	1	1.1	4.9	5.7	1.9	24.6	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	目標値は達成できた。今後も医事課と連携しより効率的な診療報酬算定に努める。
血液内科	計画	3	4.4	3.1	1.2	7.3	12	3.1	16	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	紹介患者を可能な限り受け、再来安定患者を、かかりつけ医を確認しつつ逆紹介し、入院患者数を増やしている。
										2	救急度の高い患者さんの受入れを強化します。	B	ベッド状況、クリーンルーム対応の制約の中で受け入れを行っており、お断わりは減少した。
	実績	3	5.8	3.9	1.9	6.9	15.4	3.7	21.3	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	医事課との連携により達成できた。
救急科	計画	12	7.7	7.2	0.5	12	17	10	1.9	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	現在、シニアレジデント数の減少により、医師に過大な負担がかかっている状況で、休日にACLS、BLS研修に行かせることが不可能となった。
										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	平日は可能であるが、休日は不可能な状況であった。
	実績	9	7.8	7.2	0.6	11	16.5	11	2.1	3	救急医療に加え、重症患者診療を継続します。	A	達成できた。
										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	達成できたが、それによりシニアレジデントに過大な負担が生じている状況であった。

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 (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	75	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。	B	脳梗塞慢性期等で処方固定した患者さんは、開業医へ逆紹介し、頭部MRI検査等、当院でなければできない検査や症状に変化があった場合は、当院で対応した。
	実績	6	9.6	8	1.6	5.4	40.4	1.1	61.2	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	脳梗塞の受け入れ体制の維持は、SCU(脳卒中ケアユニット)の6床を有効に稼働できており、達成できた。①に関しては、スタッフの1人が北多摩医療連携の会のメンバーに入っており、達成できた。②に関しては、今後の課題である。
		3								3	他医療機関・大学への国内短期留学を奨励します。	C	スタッフの人員が限られており、現時点では厳しい状況にあった。
		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	ほぼ達成できたが、目標数に若干足りなかった。
呼吸器内科	計画	5	5.6	4.3	1.3	5	23	1.6	33	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。	B	平成25年度中に医師数減員となったが、外来収益は計画に対し増収となった。
	実績	4	6.8	5.3	1.5	4.8	30.2	1.5	39.5	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。	B	平成25年度中に医師数減員となったが、入院収益は計画に対し増収となった。
		3								3	肺がん早期発見、治療の維持・強化を図ります。	B	呼吸器外科との連携や化学療法、放射線治療などによる集学的治療が従来どおり維持できた。また、緩和ケアについても在宅訪問診療を含めて、今まで以上に連携ができた。
消化器内科	計画	10	11	7.6	3.7	5.2	40	1.4	106	1	紹介・逆紹介を積極的に推進します。	B	消化管および肝胆膵疾患の多くの症例を紹介されるとともに、逆紹介を積極的に推進した。
	実績	10	12	7.6	3.9	5.2	40	1.5	106	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。	B	消化器癌、難治性肝炎、炎症性腸疾患などの専門的診断治療を積極的に施行した。
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、新患の待ち時間を減らすように努めた。地域連携(病院と診療所・病院と病院)を強化するとともに、入院早期から退院支援を行った。
	実績	9	11.6	10.3	1.3	9.5	29.8	0.9	59.8	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。	B	ベッドコントロールを円滑にし、CCU(冠疾患集中治療室)やリカバリーベッド(回復病床)の確保に努めた。
		3								3	不整脈領域への注力に努めます。	C	不整脈のカテーテル治療については横ばい。ペースメーカーなどの植え込みデバイス(機器)は微増した。不整脈治療については専門医師の確保と教育を行う。
		4								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(入院から退院までの治療内容を標準化したもの)の積極的使用に努める。新規パス作成に努める。
小児科	計画	11	5.9	4.7	1.3	6.2	21	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	母体搬送を主軸とした地域周産期母子医療センター発足以後、母体搬送後出生の児ばかりでなく、新生児搬送の児の入院数も飛躍的に増加したことから、地域の周産期医療施設としての重要な役割を担った。
	実績	11	6.6	4.9	1.7	6.5	20.8	1	65	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	アレルギー外来を毎日行うことで紹介患者も増えたことから、地域の要望に応えることができた。今後は、逆紹介を増やすことにより、地域の医療を担う開業医と情報を共有して行く。また、教育施設や給食施設従事者からの食物アレルギーに関する講演依頼も多く、結果として啓発活動に役立った。
		3								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。	B	アレルギー外来を毎日行った結果、外来患者数や外来収益は増加したが、それが外来単価の増加に結び付くまでには至らなかった。今後は、逆紹介に力を入れることで新たな紹介患者の増加を呼び込み、結果として外来単価の増加につなげたい。

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 (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
外科・消化器・呼吸器外科	計画	14	21	16	4.2	7.8	57	2.1	81	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	退院困難患者を対象に多職種(医師・病棟看護師・外来看護師・退院支援担当看護師・病棟薬剤師・理学療法士・医療ソーシャルワーカー)で定期的な退院カンファを開催し、患者さんおよび家族の理解のもとスムーズな自宅退院・他院転院・施設転所を行った。
		2								2	積極的な逆紹介を推進します。	B	外来診療において、診療情報提供書を用いた逆紹介制度は定着した。しかしながら、診療情報提供書作成には時間を要することもあり、外来患者を数多く担当している医師ほど困難な状況であった。
		3									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
	実績	15	20.3	15.8	4.5	7.8	55.5	2.3	82.1	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、医師定数確保にとどまり増員はできなかった。
		5								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	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努めた。
		6								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	入院日数は短縮し手術件数は増加した。入院平均単価も目標を達成した。
乳腺・内分泌外科	計画	2	3.3	1.3	2	8.7	4	2.1	39	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なかった。今後の検討課題とした。
		2								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	訪問医療で緩和医療のみでなく、癌の治療も施行してもらえるようになり、退院して在宅医療を受ける患者さんが増加した。
		3								3	がん連携パスの登録医療機関の増加を図ります。	B	登録医療機関が増加した。
	実績	3	3.1	1.6	1.5	9.2	4.9	2.3	27.8	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	乳腺エコーの検査枠を拡大した。
		5								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	乳がんについて市民公開講座を実施した。
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	常勤医5名で目標の年間手術件数500件は、達成できていないが、多発外傷で実際には2つあるいは3つの手術を行っている例も多く、それを含めると500件は超えた。
		2								2	外来完全予約制への移行を図ります。	B	月・火・木は完全外来予約制を達成した。水・金は予約外の患者も診察しており、水・金の外来受診数が比較的少なくなり、午後と並列で手術が施行できたことで手術件数の増に繋がった。
		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。)	B	整形外科が当直をしていない時にも外科当直の医師が対応してくれるケースが増えた。
	実績	5	6.5	5.4	1.1	6.5	22.7	0.8	52.7	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	転院調整は大きな問題は無く、比較的スムーズに転院できた。
		5								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	今後、大学医局からの派遣に頼らない整形外科医師を確保していく必要がある。また当院の研修だけでなく、一旦は当院以外で研修を積み十分な知識、技量を身につけ、将来的には当院に戻ってこられるような研修コースを検討する必要がある。
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	進捗中である。
		2								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	進捗中である。病院広報誌「インフォメイトしようわ」などでPRした。
	実績	1	0.8	0.5	0.3	7	2	0.8	13	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	日立総合病院の協力を得て、耳鼻科手術への対応は良好であった。
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、当院で手術が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	逆紹介率は、目標達成した。 計算式=逆紹介患者数/初診患者数-(時間外、休日夜間初診患者数(A)+A以外の救急搬送患初診患者数)
		2								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。	C	現時点では、手術件数のみ比較した。
		3								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。	B	手術中の対応は厳しいが、他科(内科または救急)での初療協力があれば可能である。
	実績	7	14	13	1.3	7.9	45.9	1.6	33	4	学会発表を奨励します。	B	若い人の発表がやや少なかった。
		5								5	診療情報提供書の作成を再度徹底します。	A	目標達成した。

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 (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
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。	B	超重症例が多く、全体のMortality(死亡率)は上昇したが、術前の説明と適切な治療により、理解が得られている。一方、通常リスク症例では問題なく治療を遂行できた。
	実績	3	3.2	2.9	0.3	15	5.3	1.1	10.1	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。	C	緊急レスキューなど他科手術を応援した場合の応援業務の評価が課題である。
		3	3.2	2.9	0.3	15	5.3	1.1	10.1	3	平均在院日数を適正化し、1入院当たりの総収入の増加を図ります。	B	術後退院調整にあたっては、早期退院を希望される患者さんについても、さらに慎重に延長するように促した。
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。	B	入院患者を積極的に受け入れる方針で診療を行ったが、医師の人員が2名体制となり、入院患者数の大幅な増加には至らなかった。平成26年度は、医師数が3名に戻るため、受け入れ体制の改善が見込まれる。
		2	0.8	0.3	0.5	4.5	1.8	0.4	51	2	外来予約制への移行を図ります。	A	外来は予約制となった。この結果、予約患者の外来診療がより円滑となった。
		2	0.4	0.1	0.3	4.1	0.5	0.4	36.7	3	褥瘡(じょくそう: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	定期的な褥瘡回診を継続しており、褥瘡委員会などの活動を通じて院内での理解が進んだ。
	実績	2	0.4	0.1	0.3	4.1	0.5	0.4	36.7	4	抗がん剤治療の開始を検討します。	C	医師の人員が2名体制となったこともあり、また、皮膚癌で抗がん剤治療の適応となる患者さんがあまりいないこともあり、今後の検討課題とした。
		2	0.4	0.1	0.3	4.1	0.5	0.4	36.7	5	学会参加を奨励します。	A	皮膚科学会などの関連分野学会への参加を行い、最先端の医療技術への更新を継続するとともに、得意分野での発表、講演などを行った。
		2	0.4	0.1	0.3	4.1	0.5	0.4	36.7	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	診療報酬算定の適正化を行った。
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	1月から3月の間、常勤医2人体制となったが、外来患者の予約制等により診療体制を維持した。
	実績	2	4.7	3	1.7	5.4	15.3	1.6	42.4	2	現状の診療レベルを維持しながら、救急受け入れ体制を改善します。	A	救急受け入れについては、すべて受け入れた。
産婦人科	計画	7	14	12	2.1	7	45	0.9	89	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。	B	周産期医療ネットワークグループ会議開催。今後、産科セミオープンシステム(妊婦健診は自宅や職場近くの通いやすい診療所で受診し、出産は高度な設備を持つ病院で)を進めるための会議を開催予定。
		7	14	12	2.1	7	45	0.9	89	3	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	母体搬送受入件数の増加。(平成23年度:26件 平成24年度:31件 平成25年度:58件)
	実績	8	12	9.6	2.1	7	37.2	0.9	90.8	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	地域周産期母子医療センター:平成25年4月認定 婦人科腫瘍指定修練施設:平成25年7月認定
		8	12	9.6	2.1	7	37.2	0.9	90.8	4	婦人科悪性腫瘍への対応を継続します。	A	婦人科悪性腫瘍手術件数はここ数年ほぼ一定である。東京都全体では15位、多摩地域では5位(平成23年)。
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	硝子体手術機器購入により、着実に症例数は増加した。(H25年度1月~8月:102件 H26年度1月~8月:115件)
		6.5	9.3	5.8	3.5	7	23	1.1	130	2	外来予約制を継続します	A	完全紹介制は確実に定着した。
	実績	5	7.7	4.5	3.2	7.1	17.3	1.7	78.2	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。	C	実質的な収益が出ていないので、今後、実質利益を算出するよう努める。
		5	7.7	4.5	3.2	7.1	17.3	1.7	78.2	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	医師の異動が多く、医療技術レベルが変動するが、体制整備に努めた。

科・部門	計画／実績	医師数	合計 (億円)	入院 (億円)	外来 (億円)	入院 (万円)	入院 (人/日)	入院 (万円)	外来 (人/日)	No.	主な取り組み	評価	取り組みの実施状況
耳鼻いんこう科	計画	4	4.1	3	1	6.9	12	0.9	48	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	紹介、逆紹介率を上げ、地域の開業医の先生とコンタクトをとり、役割分担に努めた。
										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	現在、多摩地区の輪番制の一日当直を行っており、他に週一回(木)を当直体制として計画したが、病棟からの看護師の対応が難しいため中断した。今後の課題とする。
	実績	5	3.8	2.7	1.1	6.7	11	0.9	47.3	3	耳領域の診療を強化します。	B	誘発耳音響反射装置が今年より使用可能となり、内耳性難聴の評価ができるようになった。また耳手術の電気ドリルを整備したことで手術の精度や安全性の向上が期待できる。
										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	腫瘍患者の治療に積極的に取り込み、放射線治療前後の頸部郭清や化学放射線療法の救済手術などにも積極的に治療を行った。
										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	できるだけ入院患者の早期退院に努め、比較的在院日数が多くなる腫瘍患者においても、可能な限り通院や在宅訪問診療などを積極的に進める。
歯科・歯科 外科 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、当科で困難な症例は病病連携(病院相互の連携)にて対応した。
	実績	2	1.1	0.3	0.8	5.1	1.8	0.7	50.9	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。現在、多施設共同で効果のデータ分析予定。
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	フィットネスジムだけではなく、構成市、一般企業との連携を模索中。フィットネスジムにはパンフレットを置いてもらっているが、私企業であり、それ以上の連携は難しい状況であった。
										2	人間ドック学会の認定施設であることをPRします。	B	当院ホームページや駅構内の宣伝掲示板や当センターロビー、パンフレットには人間ドック学会認定施設である旨を掲示した。ドック学会ホームページでも当科が認定施設である旨が掲示されている。今後もより有効に活用する。
	実績	3	2.1	—	2.1	—	—	—	—	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	インターネット上での予約システムにより若年層の受診が増加傾向にあった。健診メニューについては学会の動向や当院他科との連携のなかで考えた。簡易ドックを含めて1日30人を目指す。
										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	簡易ドックは軽易に健康状態の把握ができるため、若年層や婦人の受診者が見込める。構成市住民の料金割引制度やインターネット予約により26年度はより一層の利用者の増加が想定される。周知方法を工夫したい。
麻酔科	計画	3	—	—	—	—	—	—	—	1	周術期管理の向上を図ります	B	常勤医の確保予定。 周術期外来の充実(予定手術患者の受診率:80%以上、術前RST(呼吸療法サポートチーム)や口腔ケアの介入要請など)。 術後回診の強化(術後急性期疼痛管理、嘔声や神経障害等の術後合併症の早期発見)。
										2	安全に緊急手術に対応できる体制を維持します。	A	情報の一元化(緊急申込PHSを24時間同じ番号とした)。夜間・休日の当直医体制の維持。
	実績	3	—	—	—	—	—	—	—	3	緩和医療を推進します	C	常勤医の確保予定。
										4	他医療機関・大学への研修を奨励します	B	大学や専門病院にて小児麻酔、緩和ケア等の研修会への参加。
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	手術部の看護師業務の見直しと、看護助手業務の拡大を行い、看護師と看護助手の協力体制を整えている。手術件数に対する適正人数(日本手術看護学会:36名)には達していない。
										2	安全な手術の提供に努めます	B	手術部位確認や体内異物遺残・体位による障害等の様々な安全を傷害する事象に対しチェックリストやアルゴリズム(具体的手順)を作成し、行動基準を設けた。
	実績	—	—	—	—	—	—	—	—	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	機器の洗浄・組立・滅菌業務は委託できたが、術間清掃やピッキング(仕分け作業)は委託化が進んでいない。現状は委託されている業務とされていない業務が混在しており、効率化推進のためには業務の混在への対応が必要である。

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 (人/日)	外来患者 (人/日)	No.	主な取り組み	評価	取り組みの実施状況		
放射線科	計画	4	3.5	—	3.5	—	—	1.9	74	1	C	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)	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。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が必要である。	
										2	A	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。	画像診断管理加算Ⅱの算定に必要な読影率に関して、放射線科レポートシステムと事務部門のデータが連携して簡便に算出可能とした。	
										3	C	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。	人員配置等検討が必要である。	
	実績	3	1.3	—	1.3	—	—	—	2	26	4	B	CTC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。	CTCによる癌検診は運用方法を確立した。放射線治療専任加算に関しては平成27年度は算定できるよう努める。
											5	A	平成27年度より杏林大学からの学生を受け入れる。	平成27年度より杏林大学診療放射線技術学科の学生を受け入れる。
											6	A	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。	画像診断管理加算Ⅱの算定に必要な読影率は維持した。
臨床検査科	計画	—	—	—	—	—	—	—	—	1	C	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。	現行の検体検査業務委託契約の更新時期を考慮し検討する。	
										2	B	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。	緊急性の高い検査項目を積極的に導入し、診療体制の充実を図っていく。また平成25年度は、夜間救急検査のより迅速な対応を可能とするため、検体検査を夜間についても業務委託し病院職員との2名体制とした。	
	実績	—	—	—	—	—	—	—	—	3	B	遺伝子検査の増加へ対応します。	院内実施が効果的な検査の導入を進める。平成25年度は結核菌LAMP法(新しい結核迅速診断法)を導入し、結核の疑い患者の迅速な検査体制を構築した。	
										4	B	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。	人材育成のための教育プログラムと評価基準の作成を進めた。	
病理診断科	計画	1	—	—	—	—	—	—	—	1	A	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。	佐々総合病院(年間20件程度)、東大和病院(年間2件)の受け入れを継続した。	
										2	B	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。	「生」で臨床側から提出された検体(リンパ節生検、腎生検、その他)の目的別(遺伝子検査、電顕検査など)の切り分けは継続している。ガラス標本のデジタル化による保存形態の簡素化、情報の共用化(院内・院外)を図るべく、平成27年度機器導入を検討する。	
	実績	1	—	—	—	—	—	—	—	3	A	細胞診について、予防・健診センターと連携を図ります。	婦人科子宮頸部細胞診におけるベセスダシステム(細胞診検査の新たな分類方法で異常の程度がより正確になる)に則った記載を従来のクラス分類と併記した。	
										4	B	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。	平成27年度機器導入を検討する。	
リハビリテーション科	計画	—	—	—	—	—	—	—	—	1	B	脳卒中の地域連携パスをはじめ、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。	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、継続的リハビリテーションが行えるよう配慮した。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行った。	
										2	A	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。	個々のセラピスト(理学療法士や作業療法士、言語聴覚士)の、クリニカルインディケータに関する知識を向上し、臨床にて活用できるよう相互教育を行った。	
										3	C	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。	人員は拡充されたが各病棟への配置には至っていない。また採用形態の柔軟化は不十分であり、安定した勤務を継続できないケースがみられる。特に家庭を持つ女性などへさらなる配慮が必要と思われる。土日の更なる充実に努める。	
										4	B	急性期患者さんに対するリハビリへ対応します。	幅広く発症早期からの介入が行えるようになり、概ね当院のニーズはカバーできた。現状では透析患者と婦人科系患者を除いては急性期リハビリに即対応できる体制は整った。しかしマンパワーの問題により量の確保が十分でなく、また国保からの査定により一部疾患について縮小を余議なくされており、十分な急性期リハビリが実施できなかった。	
	実績	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	A	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。	がん患者のQOL(生活の質)向上に寄与するべく、緩和ケアチームからの症例相談が増加している。症例ごとに細かく対応し、早期介入早期解決により、1日でも多く在宅生活が維持できるよう努めた。
											6	B	学会発表を奨励します。	学会発表数は増加傾向であるが、まだ発表者に偏りがみられており、一部のスタッフのみに意識の向上がみられた。学会参加を機会に臨床に対する意欲向上が期待できるため、今後もできるだけ多くのスタッフが興味を持つよう努める。
											7	C	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。	職位の柔軟化は進んでおらず、役職付き、常勤、嘱託、非常勤の責任の所在が明確でない状況が続いた。今後も職位の柔軟化に努める。
											8	A	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。	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。今後はセラピスト個人の実働日でなく科全体の稼働日平均としてもノルマをクリアすべく努める。

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)	外来患者 単価 (万円)	入院患者 単価 (万円)	外来患者 単価 (万円)	No.	主な取り組み	評価	取り組みの実施状況
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	患者給食及び職員給食の災害時食材のローニング・ストック(サイクル使用在庫品)が増加した。特に米の在庫は最大で900kgとなり約9,000人分の米を貯蔵し確保できた。
		—	—	—	—	—	—	—	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	各NST担当看護師の協力がある病棟は、NSTラウンド(回診)がスムーズに行われた。しかし、一方で情報開示を行っても協力的でない部署も存在する。今後も各病棟に協力を働き掛け、全病棟を対象としたNST活動としたい。
		—	—	—	—	—	—	—	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	患者嗜好調査及び病棟での直接患者面会等で嗜好調査を行い、患者満足度の向上を目指した。今後、更なる食材等の見直しを図りながら経費削減と「安くて安全な美味しい食事」の提供を目指す。
	実績	—	—	—	—	—	—	—	4	NST加算の取得、糖尿病指導の強化を行います。	A	NST加算及び糖尿病指導の強化は、年度別加算・指導件数を見ても顕著に増加した。また、新たな糖尿病透析予防指導は、主治医の理解を得ながら強化されたことが事由であり増収として表れた。
		—	—	—	—	—	—	—	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	任用・雇用・非常勤職員の減員から業務委託が進んだ。今後、現状の職員の処遇を含め具体的な対応が課題である。他方で質(委託会社調理師)の担保の取り組みは厳しい状況にある。
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出来ているが事務局との共有化は出来なかった。設備的に共有化に向けて専用システムの導入が必要である。使用部署の明確化に努めた。
		—	—	—	—	—	—	—	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を教育中である。
		—	—	—	—	—	—	—	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	管理機器は増加中であり、全ての機器の管理については、今後の課題とした。
	実績	—	—	—	—	—	—	—	4	効率的な研修会を開催します。	A	看護師等の研修会とリンクし需要に応じた小規模な研修会を開催することができた。今後も関連部署等と緊密に連携し効率的に開催する。
		—	—	—	—	—	—	—	5	各学会の専門技術認定の取得を奨励します。	B	各人が各学会の主催する研修会に参加して技術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。	B	1名増員予定。
		—	—	—	—	—	—	—	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	輸液ポンプ等使用頻度の高い機器に関しては適正な保有台数を検討中である。院内保守を充実させるため、メーカー主催の研修会に参加し、院内での研修会を行い部品提供のみで保守管理を開始した。
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。	C	病棟薬剤業務実加算(薬剤師が勤務医の負担軽減に資する業務を一定以上行った場合診療報酬が加算される)のために薬剤師を配置したため中断しており、今後の課題とした。
		—	—	—	—	—	—	—	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	全ての病棟に対し複数名の担当薬剤師を配置した。がん、緩和、ICT(感染対策チーム)、NST、褥瘡(床擦れ)、療養指導にも複数担当者を配置しチーム医療の実践に寄与した。
		—	—	—	—	—	—	—	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	休日を除き全てのミキシング(薬剤を混合すること)作業を通院センターで実施した。また、服薬指導は初回と2回目は必ず実施するとともに来院患者の50%(月200件)に指導を行った。なお、同意書取得サポートは今後の課題とした。
	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	職務業績票に反映させた評価を行った。
		—	—	—	—	—	—	—	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	平成26年10月より実施し、看護師の負担軽減や在庫量の減少など、導入による効果を検証する。

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)	価 (万円)	入院 (人)	外来 (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。	B	入院1週間以内の退院支援計画書の作成、総合評価表でのスクリーニングを開始した。相談支援室との連携は進められているが、自部署における退院支援が課題である。今後は、退院支援ナースの活動を強化し、多職種カンファレンスの実施の拡大を図る。退院調整加算、総合評価加算の算定を開始した。(退院支援や退院後の介護サービスについて総合的に評価することで診療報酬単価が加算される)
		—	—	—	—	—	—	—	2	感染症病床の体制を確立します。	C	体制確立には至っていないが感染症病床入院患者発生時の状況で対応した。平成26年度新型インフルエンザ診療対応マニュアル整備時に検討していく。
		—	—	—	—	—	—	—	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	小児科・外科系5科の計6科で外来・病棟一元化を実施した。外来看護師の配置人数を抑え、看護助手に業務委譲を進め7対1看護(入院患者7人に対して、常時看護師1人以上を配置する)の維持に貢献している。症例カンファレンス等定期的な情報共有のシステムの整備が遅れ、継続看護の強化には至っていない。
		—	—	—	—	—	—	—	4	救急受入れ体制を強化します。	B	平日、他部署主任の救急外来準夜勤務体制を整え実施した。院内トリアージナースの体制をととのえ、救急初療看護の強化を図った(院内トリアージナース加算の算定を開始)。救急病棟夜間の4:1看護体制には至っていない。
	実績	—	—	—	—	—	—	—	5	勤務体制の検討を行います。	B	看護協会の夜勤交代勤務に関するガイドラインに基づき、現状の分析実施、勤務時間や働き方に関するアンケート調査実施。勤務時間について今後検討する。
		—	—	—	—	—	—	—	6	看護補助者の充実を図ります。	B	病棟看護補助者9名を増員、夜間補助者6名を増員し10月より急性期看護補助体制加算50:1→25:1取得した。助手業務ガイドラインに基づき助手研修体制を整えた。今後は現場の業務委譲を進める。
		—	—	—	—	—	—	—	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。	C	看護部としての取り組みは、現時点では実施していないので、今後の課題とした。
		—	—	—	—	—	—	—	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。	C	研修に参加し情報収集しつつ、当院の看護師のあるべき姿の明確化、クリニカルダラー(キャリア開発プラン)の見直し等の検討スケジュールを立案中である。
		—	—	—	—	—	—	—	9	他科診療の取組を踏まえた看護部人員を検討します。	C	平成25年度は、大きな診療科の変更は実施していないので、今後の課題とした。
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	総会・懇親会1回、幹事会1回、連携職実務者連絡会1回、講演会3回開催した。
		—	—	—	—	—	—	—	2	平成25年度内に外来予約センターを整備します。	A	改革プランより引き継ぎ、平成25年12月に全面実施した。
		—	—	—	—	—	—	—	3	平成25年度内に部門別管理会計を導入を検討します。	C	部門別管理会計(原価計算)を検討したが、費用対効果から他の方法を検討中である。
		—	—	—	—	—	—	—	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25年4月1日付で診療情報管理士2名を非常勤職員(嘱託職員)として採用した。資格取得者は常勤職員4名と合わせて6名となった。平成25年度中に医療経営士を1名取得し、取得者は計2名となった。
		—	—	—	—	—	—	—	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25年4月1日付で非常勤職員(嘱託職員)としてメディカルクラーク5名、診療情報管理1名を採用し、専門スタッフを増員した。また医療相談員を1名増員(新卒非常勤職員)し医療連携体制を強化した。
		—	—	—	—	—	—	—	6	適正な請求業務の実施によってDPCⅡ群を維持します。	A	行った診療を正確に係数に反映するため、定期的にエラーチェックなどを実施し、請求業務の精度を確保した。
	実績	—	—	—	—	—	—	—	7	コスト削減の推進をします。	B	委託化、省エネ、時間外勤務の削減に向けて対策を構築した。
		—	—	—	—	—	—	—	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	病棟へ看護助手7名を移動させて効率的かつ効果的な人員配置の変更により、急性期看護補助体制加算50対1から、25対1の施設基準を取得可能な人員配置ができた。収益としては、入院収益の約1%増に寄与した。(急性期病院での看護体制により診療報酬単価が加算される。)
		—	—	—	—	—	—	—	9	新会計制度に対して的確に対応します。	A	新会計システムを導入し、かつ職員が内外の研修に参加して、新制度の理解に努めた。
		—	—	—	—	—	—	—	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)誘致に取り組みます。	B	新たな経路の実現に向けてバス会社と交渉中である。
		—	—	—	—	—	—	—	11	電気、ガス、水道使用量の削減	A	省エネ管理委員会を中心に病院全体で取り組んできた結果、負荷の大きい医療機械が増加したにもかかわらず、電気使用量については前年度より削減できた。省エネ活動項目を設定し、院内掲示等により職員への啓発を行なった。併せて、施設改善を実施することにより、電気使用量の1.6%削減を達成した。今後もさらなる省エネ活動を推進する。
		—	—	—	—	—	—	—	12	ホームページ等広告料収入の増	C	今後、必要に応じて検討する。
		—	—	—	—	—	—	—	13	患者満足度調査の実施	C	隔年実施のため、平成25年度未実施。平成26年度に実施する。
		—	—	—	—	—	—	—	14	未収金の削減	B	未収金の回収努力により、過年度未収金が平成24年度末と比較し、118件、9,361千円の減となった。

4 点検・評価

公立昭和病院新中期計画の平成25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達成できなかったことから事業収益全体では、達成率97.5%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101.8%と目標達成できたものと認められる。その結果、純損益は1億7千6百万円と平成22年度から引き続き黒字経営となったが、純損益の達成率は、57.9%と目標達成できていない。

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、101.2%となり黒字経営となったが、達成率は99.1%と僅かながら目標達成できていない。また、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、経常的な黒字化を目指すよう求める。

2 「VI 病院としての事業運営の具体的な取り組み」

目標年度が平成25年度となっている「地域周産期母子医療センターの認定取得」、維持目標となっている「紹介・逆紹介率の維持」、「防災訓練の実施継続」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年度以降となっている取り組みにおいては、A評価（達成）が5、B評価（進捗中）が12、C評価（未達成）が2となっている。

今後も目標達成したものについては、現状を維持し、B及びC評価の取り組みについては、目標年度までに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52、B評価（進捗中）が75、C評価（未達成）が27となっている。

B及びC評価の取り組みについては、平成26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】

1P

①【3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。

2P

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。

4P

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）

$$\frac{\text{（文書による紹介患者数}+\text{緊急的に入院し治療を要した救急患者数）}}{\text{初診患者数}-\text{休日夜間に受診した救急患者数}-\text{緊急的に入院し治療を必要とした救急患者数}}$$

初診患者数－休日夜間に受診した救急患者数－緊急的に入院し治療を必要とした救急患者数

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 397 箇所の病院を指定している（都内 22 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）などと同様にこなうこともできる。

⑫【CTC健診】

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、柔軟的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郡は、大学病院本院、Ⅱは大学病院分院クラスの病院で全国に約99病院があるうちのひとつで、公立病院では東京都では2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と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。

⑰【コメディカル】

医師・看護師以外の医療従事者

平成26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25年度）
東京都小平市花小金井8丁目1番1号
電話（042）461-0052
FAX（042）464-7912