

## ◇市民病院経営計画(第2期)実施計画 年間評価一覧表(平成27年度)

No.	科名	分類	達成目標事項	成果指標	取組状況	指標実績	検証・評価
1	内科	・②	・腎臓、内分泌代謝科、透析、高血圧及び総合内科専門医の教育施設として医療の質を維持する。	・各学会参加と発表	日本内科学会、日本内分泌学会(2題)、日本糖尿病学会、日本透析医学会、関東甲信越内分泌学会、東部腎臓学会で発表。侯先生が糖尿病専門医、飯ヶ谷先生が、総合内科専門医、高血圧専門医となる。	7	B
1	内科	・②	・腎炎など早期発見と早期治療に結びつけるため、腎生検 24件/年 実施	・腎生検数	CKD,AKIに対して、腎生検を施行している。	17	C
1	内科	・①	・短期の糖尿病教育入院の実施 10回/年	・教育入院実施数	教育入院を施行。	4	D
1	内科	・②	・腹膜透析の実施	・腹膜透析実施の有無	37歳の男性に、腹膜透析を導入した。	1	B
2	外科・消化器外科・血管外科	・②	・消化器外科手術(腹腔鏡手術):800(400)件/年	・手術件数	手術件数増加に必須の患者数増のために努力した。平成27年度の新入院患者は1,524名(乳腺外科も含む)で過去4年連続増加中。これに対して手術件数(うち全身麻酔)は減少した1,131(323)件。麻酔科医師、手術室看護師数の人数問題による限界と考える。	658(323)件	C
2	外科・消化器外科・血管外科	・②	・血管外科手術:360件/年	・手術件数	手術件数増加に必須の患者数増のために努力した。平成27年度の新入院患者は1,524名(乳腺外科も含む)で過去4年連続増加中。これに対して手術件数(うち全身麻酔)は減少した1,131(323)件。麻酔科医師、手術室看護師数の人数問題による限界と考える。	381件	B
3	呼吸器内科	・①	・気管支鏡検査の充実 75件/年	・検査数	96件	96件	A
3	呼吸器内科	・③	・地域医療機関・施設との連携を実施する	・実施の有無	3件	3件	D
3	呼吸器内科	・③	・地域住民向け講話を実施する 1回/年	・開催回数	0回	0回	D
3	呼吸器内科	・④	・患者数を充実させる 入院受け持ち患者数 320件/年	・患者数	425人	425人	A
4	消化器内科	・①	・内視鏡検査数の増加 5,500件/年	・検査数	集計上、外科施行分も合算 病院全体で、検査数は横ばい	6,155件	B
4	消化器内科	・①	・外来内視鏡治療の増加 400件/年	・治療数	大腸EMR: 外来423件、入院226件、合計649件	423件	B
4	消化器内科	・②	・外科、内科、放射線科と定期的カンファレンス実施 月3回	・カンファレンス実施数	定期的に行っている。	週3回	B
5	循環器内科	・②	・急性心筋梗塞患者治療人数:50人	・急性心筋梗塞患者治療人数	高齢者にも積極的にPCIを行っている	53人	B
5	循環器内科	・②	・PCI(冠動脈形成術)治療件数:170件	・PCI(冠動脈形成術)治療件数	高齢者、ハイリスク患者に積極的に虚血診断を行っている	187件	B
5	循環器内科	・②	・ペースメーカー等治療件数:30件	・ペースメーカー等治療件数	毎週木曜日富樫先生指導下において行っている	27件	C

## ◇市民病院経営計画(第2期)実施計画 年間評価一覧表(平成27年度)

No.	科名	分類	達成目標事項	成果指標	取組状況	指標実績	検証・評価
6	神経内科	・②	・神経疾患パス(MSW、他施設との連携含む)の運用	・パス運用年間10回	運用しているが少数にとどまっている。	2回	D
6	神経内科	・①	・レスパイト入院患者(神経難病患者)数:年間10人	・レスパイト入院患者(神経難病患者)数	少数にとどまり、予定どおり退院できないことが多い。	3件	D
6	神経内科	・②	・ISLS(神経蘇生基礎法)の院内開催回数:年2回	・ISLS院内開催回数	3、8、11月開催	3回	B
7	呼吸器外科	・②	・全身麻酔手術件数 75件/年以上 (当科以外の都合で手術できなかった症例数を含む)	・手術件数	31件	31件	D
7	呼吸器外科	・③	・患者紹介率 60%以上	・患者紹介率	68.1%	68.1%	B
8	心臓血管外科	・①	・市民への広報活動の充実(ホームページの更新、講演会の開催)	・ホームページ更新回数、講演会開催数	病病連携の会を年4~6回施行。(循環器内科ドクター向け)。ホームページは前回更新していた、リンク先の変更による参照数の増加を目指しているが、事務の対応が未だ。	随時更新	B
8	心臓血管外科	・②	・人工心肺症例 100件/年 以上	・手術件数	116例(人工心肺+off pump CABG 87例) ☆麻酔科減少による一時的落ち込み ☆他院ドクターカーなど、競争激化のため。	116例	B
8	心臓血管外科	・②	・人工心肺を用いない症例 330件/年	・手術件数	325例(血管外科含む) AAA12(開腹) シヤント38 末梢血管109 vavix103	325例	B
8	心臓血管外科	・②	・ステントグラフト症例 55-65件/年	・手術件数	70例(TEVAR 29、EVAR 41) 最も症例数が増加している領域	70例	B
8	心臓血管外科	・①	・新棟に建設する新たなCCUの整備と円滑な運用	・CCUの運用マニュアル	新しいCCUと旧棟のギャップが大きい。 新棟個室の活用を強く希望する。		B
9	脳神経外科	・②	・脳血管内手術件数12件/年	・年間手術件数	IVR-CTを活用し、目標を上回り進行している。	23件	A
9	脳神経外科	・②	・神経内視鏡手術件数12件/年	・年間手術件数	適応症例について、術中支援を含め、積極的に活用している。	9件	C
9	脳神経外科	・②	・総手術件数:150件/年	・年間総手術件数	手術適応について、適切に手術を選択している。	134件	C
9	脳神経外科	・④	・年間入院件数:400件/年	・年間入院件数	入院適応について、経過観察を含め、適切に入院を選択している。	382件	C
9	脳神経外科	・④	・平均在院日数を16日を維持する。	・平均在院日数	早期転院・退院を目標にMSWと協力している。	16.6日	C
9	脳神経外科	・①	・新棟に向けた運用体制の見直し	・運用マニュアル	急性期、全身麻酔術後は、救急病棟、ICUを活用している。		B
10	乳腺外科	・②	・乳癌のクリティカルパスを95%の患者に適用する。	・クリティカルパスの使用率	手術、化学療法は100%だが、緊急入院などで下がってしまう。	70%	C
10	乳腺外科	・③	・紹介患者数を前年度比5%増加させる。	・紹介患者数	平成26年度=242名、平成27年度=332名 より、90名増加(37%増)。 平成28年5月まで41名増。	332名	A
10	乳腺外科	・②	・乳腺外科手術:90件/年	・手術件数	平成27年度=82件	82件	C
10	乳腺外科	・②	・乳房再建術を維持する。(形成外科と協力)	・症例実績	1例のみ	1例	D

## ◇市民病院経営計画(第2期)実施計画 年間評価一覧表(平成27年度)

No.	科名	分類	達成目標事項	成果指標	取組状況	指標実績	検証・評価
11	整形外科	・②	・整形救急に対応できるよう常設医師の配置を進める。	・医師の在院体制	慶應医局員減のため、1人減員	7人	C
11	整形外科	・③	・整形外科紹介率 35%、逆紹介率70%	・紹介率、逆紹介率	誠意努力	紹介率30.5% 逆紹介率136.11%	B
11	整形外科	・②	・クリティカルパス 3件/年 作成	・クリティカルパス作成件数	3件(変更はさらに2件)	3件	B
11	整形外科	・②	・整形外科手術件数 800件/年(うち鏡視下手術件数 90件/年)	・手術件数(うち鏡視下数)	麻酔科医師不足による	645件	C
12	形成外科	・②	・リンパ浮腫手術の定着と周知:6件/年	・手術件数	リンパ管吻合術は実績なし	0	D
12	形成外科	・②	・乳房再建手術の定着と周知:5件/年	・手術件数	再建乳房乳頭形成術は実績なし	0	D
12	形成外科	・①	・リンパ浮腫外来の新設	・リンパ浮腫外来の新設	リンパ浮腫外来の新設は実現に至らず	なし	D
13	精神科	・①	・外来患者延診察人数 一日平均23人	・延患者人数	外来延患者数は3,666人であり、平成26年度の3,311人より増加した。10月より常勤医が着任し、週5日の診療となったので、1日平均は減った。	1日平均 18.9人	C
13	精神科	・②	・精神療法が必要な他疾患(特にがん等)で入院している患者に専門的治療を実施する緩和ケアチーム・リエゾンチーム等に加わりチーム医療に貢献する。	・入院精神療法件数	精神保健指定医のみが算定できる入院精神療法Ⅰの件数が、10月以降大幅に増えた。月平均50人を今後は目標としたい。リエゾン加算を取得した。	月平均 50.4人	B
14	小児科	・③	・新棟に建設する新たなNICU、GCUの必要機器整備と円滑な運用	・NICU、GCUの医慮機器、運用マニュアル	・医療機器の整備は終了し、目標は達成。 ・円滑な運用は概ねできているが、小児2次救急が365日になった影響もあり、医師不足、また看護師不足もあり、新生児特定集中治療管理料を取れる状況ではない。次年度に向け、引き続き、大学への派遣依頼を行っていく。 ・マニュアルについては、従来からのものを使用しているが、引き続き、看護師と共に検討を行っていく。	機器整備は終了 マニュアルは引き続き検討	C
15	皮膚科	・①	・光線外来を充実し受診患者数の増加	・光線外来患者数	昨年度を若干上回る患者数・照射回数	2,363件	B
15	皮膚科	・①	・特殊外来の設置	・設置有無	平成28年4月より、火曜日午後、腫瘍外来スタート	腫瘍外来開始	D
15	皮膚科	・②	・手術(特に悪性腫瘍、緊急デブリドマン)の件数維持	・手術件数	入院・外来手術件数ともに増加傾向	外来手術件数415件 入院手術件数93件	A
16	泌尿器科	・①	・前立腺センターホームページの充実を図るため更新(2ヶ月毎)	・更新回数	1回更新した。	1回	C
16	泌尿器科	・③	・平塚市医師会とPSA(前立腺がん腫瘍マーカー)フォローのタイアップ 20件/年	・タイアップ件数	徐々に紹介あり。		B
16	泌尿器科	・①	・前立腺検診の充実 30件/年	・検診回数	変化なし	20件	C
16	泌尿器科	・②	・手術件数 650件/年	・手術件数	580件	580件	C

## ◇市民病院経営計画(第2期)実施計画 年間評価一覧表(平成27年度)

No.	科名	分類	達成目標事項	成果指標	取組状況	指標実績	検証・評価
17	産婦人科	・②	・腹腔鏡下手術件数 170件/年 ・悪性腫瘍手術件数 60件/年	・手術件数	腹腔鏡手術 178件/年、悪性腫瘍手術 81件/年	腹腔鏡178件 悪性腫瘍81件	A
17	産婦人科	・②	・緩和/終末期医療充実のため緩和医療認定医師数 5人	・認定医師数	達成	5人	B
17	産婦人科	・③	・フリースタイル分娩の適応目標比率 50%	・フリースタイル分娩適応比率	達成(70%~80%)	70~80%	A
17	産婦人科	・③	・助産師外来の診療開始	・助産師開設	不定期 → (水)(木)定期へ。	開設	B
17	産婦人科	・③	・分娩数の維持 600件/年	・分娩数	平成28年度第1四半期(4月から6月)115件	402件/年	C
18	眼科	・②	・白内障手術:200件/年	・手術件数	平成28年度は白内障手術200件を超えるペースで行っている。	195件	C
18	眼科	・②	・抗VEGF硝子体注射 60件/年	・注射件数	抗VEGF硝子体注射の紹介も増加しています。	33件	C
19	耳鼻咽喉科	・③	・目標紹介率:55%	・紹介率	目標の55%には届かなかったものの、紹介率51%は(記憶にある限り)過去一番良い数字。	51.3%	C
19	耳鼻咽喉科	・④	・入院患者数一日平均 8人	・入院患者数一日平均	下半期は、上半期よりも入院数増。定数6人は超えている。	6.2人	C
19	耳鼻咽喉科	・②	・全身麻酔の手術件数:150件	・手術件数	手術枠制限はあったが、目標を達成できた。	手術件数143件のうち 全身麻酔134件	B
20	リハビリテーション科	・①	・外来患者延診察人数 一日平均24人	・延患者人数	診察回数97回で1,283人診察(1診察13.23人)。VF検査3件。主に嚥下に関わる診察が多い。(整形外科、脳神経外科、神経内科、心臓血管外科、循環器内科、がんリハは直接処方)	1,283人 13.23人/1診察	C
20	リハビリテーション科	・①	・理学、作業、言語療法への指示単位件数 45,000単位/年	・単位数	PT、OT、STの訓練の施行が、平成26年度は45,475単位。平成27年度は46,834単位で1,359単位の増加。	46,834単位	B
21	放射線科	・②	・緊急読影、緊急IVRへの応需体制強化 100件/年	・件数	年間でIVRを519件施行。(神奈川県内では聖マ大学 845件、東海大学 562件に次いで3位。大学病院・がんセンターを除くと、2位の川崎市立川崎病院 291件に大きく差をつけて1位)内 121件を緊急で実施した。	121件	A
21	放射線科	・②	・ステントグラフト 30件/年	・手技数	心臓血管外科・血管外科と合同で合計72件施行(胸部・腹部同時施行例含む)	72件	A
21	放射線科	・②	・IVR-CT手技による肝動脈化学塞栓術 70件/年	・手技数	多血性肝転移を含む、肝動脈(化学)塞栓術は69件施行。	69件	C
21	放射線科	・②	・IVR-CT手技による末梢血管形成術 50件/年	・手技数	血管外科と協力の下、78件のPTAを施行。平成27年11月には末梢血管のワークショップを施行した。	78件	A
21	放射線科	・②	・連携BOXを利用した医療連携の強化に努める 100件/年	・連携BOXの利用件数	外部委託検査は平成26年1,675件から平成27年2,053件に増加。前年比123%。内、連携BOXでの依頼は82件。(平成28年よりコンスタントに利用が増えており、現在は15件/月以上で推移)※評価は委託検査総数を考慮して、評価。	82件※	A

## ◇市民病院経営計画(第2期)実施計画 年間評価一覧表(平成27年度)

No.	科名	分類	達成目標事項	成果指標	取組状況	指標実績	検証・評価
22	救急科	・④	・救急搬送患者数を6,400件に増加させる	・搬送患者数	7,027件	7,027件	B
22	救急科	・④	・救急科入院患者(経過観察入院)数を年間50人に増加させる	・入院患者数	救急科98人、救急外科98人(葉主治医89、金子主治医9)	98(196)人	A
22	救急科	・②	・救急症例検討会を年2回開催する	・開催回数	2回開催。	2回	B
22	救急科	・③	・救命隊への挨拶回りを年2回行う	・実施回数	2回実施。	2回	B
23	麻酔科	・②	・新棟整備に合わせた麻酔器、モニターの購入	・整備機器	平成28年5月新館オペ室導入 ・モニタリングシステム(日本光電 BSM-6701)4台 ・全身麻酔装置(ドレーゲル Fabius GS Premium)1台	左記のとおり	B
23	麻酔科	・②	・日帰り手術に対応する体制・運用の確立	・運用体制	具体的な取り組みは行っていない	左記のとおり	D
23	麻酔科	・②	・効率的に手術室を運用するための麻酔科医の配置	・手術件数	10月より常勤麻酔科医4人→2人へ減少。非常勤医師の増員で対応。 平成26年度麻酔科管理手術件数=2,756件、平成27年度は2,778件。	2,778件	B
23	麻酔科	・②	・学会研究研修参加 2回	・研修参加数	日本麻酔科学会、第62回学術集会参加:三浦、相原 日本臨床麻酔学会第35回学術集会参加:三浦 など	左記のとおり	C
24	総合診療科	・②	・診療実績を上げる 入院患者1名/年	・開催回数	入院11名(不明熱2、心不全2、末期の消化器癌2、摂食障害3、横紋筋融解症1、社会的入院1)※外来は2名/日(週2回の呼吸器内科外来において)	11名/年	A
24	総合診療科	・②	・メディカルショートステイを他科目と連携して実施する	・実施の有無	1名有。在宅医からの紹介。神経筋疾患であったため、神経内科に入院。	1名/年	C
25	保健指導室	・③	・一般健康診断、特定健康診断、病院職員健康診断を実施します。	・診断者人数	一般健康診断を実施した。 一般健康診断255名、特定健康診断・後期高齢者健診244名 病院職員定期健康診断1,308名、電離放射線健診286名、 有機溶剤健診5名、病院職員採用時健診66名	2,164名	B
25	保健指導室	・③	・予防接種、各種検査を実施します。	・予防接種、検査者数	一般予防接種(肺炎球菌、インフルエンザ等)627名 職員予防接種(インフルエンザ、B型肝炎)842名 各種検査(抗体検査、胸部X線、肝炎検査等)97名	1,566名	B
26	臨床研修指導室	・②	・当院採用初期研修医8名の確保、慶応大学病院たすきがけプログラム定員4名の確保	・マッチング結果	①募集説明会は、春・夏のレジナビに固定して実施。より多くのスタッフを参加させるべく検討中。 ②現状の見学スタイルを継続するとともに、更に検討中。 ③地域医療実習を充実させるため、平塚市医師会の協力を得て、市内開業医15施設程度に協力施設になっていただいた。 ④現状、慶応・東海大・横浜市大から臨床実習を受け入れている。	フルマッチ達成 見学者60名	B
27	病診連携室	・③	・地域医療機関(開業医等)訪問件数年100件	・地域医療機関訪問件数	年間279件(指標100件に対し279%)訪問し、新規登録医登録件数は125件。 (平成26年度訪問72件に対し388%、登録数約20件に対し625%)	279件	A
27	病診連携室	・③	・地域医療支援病院の条件を上回る患者紹介率(65%)、逆紹介率(70%)の達成	・患者紹介率、逆紹介率	紹介率58.5%(指標65%に対し90%) 逆紹介率78.3%(指標70%に対し112%)。 (平成26年度紹介率53.5%に対し109%、逆紹介率は116%)	紹介率58% 逆紹介率78%	C

## ◇市民病院経営計画(第2期)実施計画 年間評価一覧表(平成27年度)

No.	科名	分類	達成目標事項	成果指標	取組状況	指標実績	検証・評価
28	看護科	・①	・接遇研修の充実。	・患者満足度調査	10月以降の投書は20件で、職員の接遇が良い9件、要改善6件、療養環境に関する3件、その他2件だった。満足度調査結果では接遇について概ね評価を頂くことができた。	年間28件	C
28	看護科	・②	・看護師・看護学生に選ばれる病院となる。看護職員40人採用	・職員採用数	平成27年度の常勤採用総数は43名、退職数43名(うち4名は常勤から非常勤へ)、今年度の退職率は12%であった。(神奈川県内の離職率13.5%)また、県内外の看護学校19校(実習校舎)に訪問し当院のアピールを行った。さらに平成28年度に向けて新館を中心としてパンフレットの更新、ポスター・ちらしの作成により広報の拡大を行ったが、新館オープンを見据えた人員の確保には至らなかった。	学校訪問19校 (実習校舎)	D
28	看護科	・②	・認定看護師(救急看護、摂食・嚥下、認知症、がん化学療法)を養成する。	・認定の取得数	認定看護師は上半期に2名合格し、後期は看護管理者ファーストレベル2名、セカンドレベル1名が修了した。現在、救急看護・認知症看護領域で進学を検討している職員がいることを踏まえつつ個人のニーズと組織のニーズを踏まえた育成・支援を行っていききたい。	認定看護師2名 ファーストレベル2名 セカンドレベル1名	B
28	看護科	・①	・新棟移行に向けた配置シミュレーションと実施	・移行に伴うインシデント、アクシデント	新棟移行に伴うインシデント・アクシデントという点では特に目立ったものはなかった。移行に向けた配置シミュレーションは8月に実施した意向調査を踏まえて早期から実施したが、必要数の看護師確保には至らず、各部署への職員配置は計画よりも下回る結果となった。		D
41	退院支援室	・④	・急性期治療終了後、早期退院転院を進め平均在院日数を11.5日とする。	・平均在院日数	平成27年度の延べ対応件数は退院調整看護師が5,193件、MSWが8,061件であった。当室が介入した入院患者の平均在院日数は22.5日であった。病棟担当制、退院調整看護師とMSWのペア制が定着し、早期介入に努めているが、入院から支援を開始するまでに平均10.9日を要していた。平成28年度の診療報酬改定を受け、当院の退院支援システム構築し、実施していく方向であるため、介入の時期はさらに早めることができると考えている。	平均在院日数 11.2日	B
41	退院支援室	・④	・退院調整加算件数 40件/月	・退院調整加算件数	算定件数は年間で205件、診療報酬点数の合計は46,370点であった。下半期に入り、退院調整加算の算定数が減少しているのは、退院支援加算の算定要件を正しく満たすことができたものについてのみ、算定するように方法を改めたことが主たる理由であるが、退院調整加算要件である7日以内に介入を開始して、退院支援計画書作成を行うケースよりも、入院後7日以降に、直接介入依頼を受けて支援を開始する件数が支援件数の大部分を占めている。指標実績が50%以下の理由は、実情に即していない数値目標だったことが原因と考える。平成28年度は退院支援システムを定着させ、退院支援加算算定件数を増やしたいと考えている。	17.1件/月	D
41	退院支援室	・①	・介護支援連携指導件数 20件/月	・介護支援連携件数	算定件数は年間で129件、診療報酬点数は合計38,700点であった。現在、診療報酬の請求は退院支援・医療相談室のスタッフが記録に残したものに対して行っている。病棟看護師が行っている連携指導は記録を残すなど請求する条件を満たさないため、今後は請求件数を増加できるように病棟看護師への周知や簡便に記録を残せるツールの工夫を行いたい。	10.8件/月	C
41	退院支援室	・①	・共同指導件数 15件/月	・共同指導件数	算定件数は年間で158件、診療報酬点数は合計98,200点であった。報酬面だけでなく、共同指導を行うことで継続したケアを提供し、患者サービスの向上につながるため、平成28年度は退院支援システムを定着させ、共同指導件数を増加させたい。	13.2件/月	C
42	薬剤科	・②	・薬剤管理指導件数 9,800件/年	・指導件数	正規職員数が1人減り19.6となったが、病棟薬剤師の時間等を工夫することで目標を上回る	10,103件	B
42	薬剤科	・④	・ジェネリック医薬品採用 数量シェア率65%	・数量シェア率	途中から医事課ソフトの評価に指標が切り替わり、4月の時点では40%台であったが後発品に積極的に変更することで3月には68.8%まで引き上げた。	68.8%	B

## ◇市民病院経営計画(第2期)実施計画 年間評価一覧表(平成27年度)

No.	科名	分類	達成目標事項	成果指標	取組状況	指標実績	検証・評価
43	リハビリテーション技術科	・①	・新棟リハビリテーション室の物品配置と運用を開始する。	・円滑な運用開始	新館移転後は、医療機器の大きな移動も無く、概ね良好な運用が展開されている。		C
43	リハビリテーション技術科	・②	・心大血管疾患リハビリテーションの運用の確認	・運用の確認	平成26年10月より3名の専任PTにて心大血管リハを施行。カンファレンスも定期的に施行。依頼数も増加しており、軌道に乗っている。(平成26年度 10月～3月 708単位)	3,154単位	C
43	リハビリテーション技術科	・④	・がんリハビリテーションの施設基準を取得する。	・施設基準の取得	平成27年9月にがん患者リハの施設基準を再取得。専任技師PT3名、OT2名、ST1名で施行。がんセンターボードにも参加している。(平成26年度 492単位)	(9月～3月) 842単位	B
44	放射線技術科	・①	・CT検査及びCT特殊検査、委託検査の増加 24,000件/年	・検査数	今年度は看護科、放射線診断部、地域連携との協力により、緊急対応件数や委託検査が増加した。	22,303件	C
44	放射線技術科	・②	・救命救急センター化に向け、H27年度までに全ての技師が各放射線機器を操作、習熟できる体制を構築する。	・習熟率	上半期同様現在も教育中だが、新人、産休、育休、特殊検査対応技師以外は、ほぼ達成済み。	90%	C
44	放射線技術科	・②	・放射線治療装置の更新に当たり特殊放射線治療の拡充を図る。	・治療患者数	治療技師も専認可でき、新規リニアックに対応すべき準備は整った。治療部の医師のもと今後定位に代わるであろう多門照射も増加できている。	件数4,687件 前年比1.38倍	A
45	臨床工学科	・②	・呼吸療法認定士取得者数3人保持	・資格取得人数	取得者2名です。認定資格取得に対して取得計画書の作成及び面談を2回行った。	2人	B
45	臨床工学科	・②	・週3日の人工呼吸器セットアップ介助開始	・セットアップ回数	装着時の介助の他に装着前後の安全確認を求められることが増えている。	150回	A
45	臨床工学科	・②	・臨床工学科で超音波診断装置の管理貸出の実施	・管理台帳作成	さらなる使用状況を確認するために各科の部長医師等に取り組みへの協力を依頼した。	14台	B
46	臨床検査科	・④	・各センター化に向けた検査項目(腫瘍マーカー、凝固系など)検査項目追加の検討をする。	・追加数及び追加内容	3月からの導入と成り医師への周知も出来たが当初はセット入力をされていて院内と外注の2本立てとなった。	PIVKA-II、150-160/月、KL-6、30-40/月	B
46	臨床検査科	・④	・DPC下での入院中検査依頼の方法の検討をする。	・検査依頼基準作成	包括検査は15項目がピークとなり16項目以降は極端な数の低下が見られた。エコーでは、乳腺エコーは7人の予約に追加4-5人で有れば待ち時間の時間の短縮は出来たが乳腺エコーの依頼の増加が著しく、装置が1台しか無く待ち時間の短縮にはならなかった。	乳腺エコーは、予約が7人 追加が7-15人	B
47	栄養科	・②	・栄養指導システム化による栄養指導数 3,500件/年	・栄養指導数	95%の実施率となった。職員の産休があり、人員確保ができなかった	3,292件	C
47	栄養科	・③	・地域(医療・福祉)栄養士連携会議の実施	・会議実施の有無	会議開催に至らなかったが、情報交換ができている	無	D
48	医療安全管理室	・②	・標準的インシデント・アクシデント報告件数 3～8件 (年間インシデント・アクシデント報告件数×1000)÷年間延べ患者数	・標準的報告件	レポート報告の意義について研修、診療科会議等で提示。毎月データ配信。セーフティスタッフを中心にレベル0報告促進活動 (2,532×1,000)÷122,233=20.7	20.7件	A
48	医療安全管理室	・②	・インシデントに対してアクシデントの割合を1%以内とする。	・インシデント・アクシデント比率	タイムリーな安全情報や研修で事故事例の共有。月刊イラストKYTによるリスク感性の向上。PDCAサイクルを意識した医療安全管理者会(3/月) アクシデント1件÷インシデント・アクシデント2,532件×100=0.039	0.039%	A
48	医療安全管理室	・②	・全職員が医療安全研修に参加する。参加率95%以上	・医療安全研修参加率	各セクションで研修参加名簿作成し、まだ参加していない職員を優先的に参加を募る。医療安全研修会12回開催(多職種が参加できる内容や医師による医師のための研修実施)研修に参加できなかった職員向けに研修動画配信	129% (1,055人参加)	A

## ◇市民病院経営計画(第2期)実施計画 年間評価一覧表(平成27年度)

No.	科名	分類	達成目標事項	成果指標	取組状況	指標実績	検証・評価
49	患者サポートセンター	①	・患者(外来・入院)満足度調査における総合評価平均点 外来:80点以上、入院:90点以上	・総合評価平均点	外来患者さんの総合評価平均点は、76.2点で、平成26年度と同様な数値であった。入院患者さんについては、83.83点で、前年度に比べ0.77ポイント減少している。 外来、入院とも目標点を下回った点数になっている。 院内コンサートであるが、例年行っている南原小、東海大のコンサートに加え今年度新たに8月にゴスペルコンサートを実施した。また、ハワイアンコンサートも実施する予定であったが、演奏者の都合により中止した。多くの患者さんが鑑賞され、心を癒すことができた。	外来76.2点(前年比同) 入院83.83点(前年比-0.77)	C
49	患者サポートセンター	①	・患者(外来・入院)満足度調査と利用者の声から抽出された低評価項目(課題)への対応	・改善項目	接遇改善チーム(ハピネス)においては、昨年度に引き続き、全職員を対象に接遇研修を実施し、336人の参加者であった。また、待ち時間については、各科でクレームが少なくなるような工夫を行った。例えば、内科においては、予約外、及び予約の待ち時間の表示、整形外科では予約外の待ち時間の表示や放送による情報の提供等を行い、クレームの減少化に努めた。	4項目について、改善	C
50	経営企画課	④	・全部門との病院事業管理者ヒアリングの実施 2回/年	・ヒアリング回数	6月から7月には実施計画の平成26年度の取組状況と平成27年度の運営について、11月から12月には進捗状況について、ヒアリングを実施した。	2回	B
50	経営企画課	④	・診療データを用いた分析と改善計画 2回/年	・分析回数	分析したデータを管理者とのヒアリング時に資料とした。	2回	B
50	経営企画課	④	・病院収支表の定期的な作成と報告 12回/年	・収支表の作成報告	診療科会議にて毎月報告	12回	B
50	経営企画課	④	・病院整備事業における建設費及び病院事業における 運転資金の確保	・現金預金比率	現金比率=現金預金(収支残高)÷流動負債 平成27年3月=0.26 平成28年3月=0.13	前年同月比 ▲0.13	D
51	病院総務課	②	・医療スタッフの確保	・採用人数	採用(看護科:43、薬剤科:2、放技科:1、検査科:0、リハ科:1、臨工科:1、視能訓練士:1)計49人 退職(看護科:44、薬剤科:3、放技科:0、検査科:0、リハ科:2、臨工科:1、視能訓練士:0)計50人 差引(看護科:△1、薬剤科:△1、放技科:1、検査科:0、リハ科:△1、臨工科:0、視能訓練士:1) 定数まで不足数(看護科:6、薬剤科:1、放技科:0、検査科:0、リハ科:1、臨工科:0、視能訓練士:0)	49人	C
51	病院総務課	④	・運営委託業務の見直し	・見直件数	平成27年度は、委託業務10件の仕様書を見直した。	10件	C
51	病院総務課	①	・施設・設備の改修	・患者満足度調査	北棟屋上の高置水槽(雑用水)の修繕、ボイラー修繕、冷温水発生機の修繕、南棟雨水排水配管修繕、消防用設備(自動火災報知設備・誘導灯設備)修繕、電話交換機室空調機修繕等26件改修した。	26件	C
51	病院総務課	②	・高度医療機器の整備	・契約した台数	緊急購入医療機器(契約数25件)、新棟整備事業に係る医療機器(契約数42件)を67件契約した。ただし、新棟関連医療機器の大半は来年度搬入となる。	67件	B

## ◇市民病院経営計画(第2期)実施計画 年間評価一覧表(平成27年度)

No.	科名	分類	達成目標事項	成果指標	取組状況	指標実績	検証・評価
52	医事課	・④	・未収金残率45%の維持	・未収金残率	平成26年度に発生した未収金を中心に派遣職員による電話催告や支払相談、徴収嘱託員による訪問徴収を実施した。また、毎月、前々月診療分を対象に催告書を送付し、6月、11月、2月にはそれに加えて全未収金患者を対象に催告書を送付し、未収金回収を行った。平成27年度期初調定額145,412千円に対し、平成28年度期初調定額は141,823千円と3,589千円の減となった。	50.38%	C
52	医事課	・②	・クリティカルパスの件数 130件	・件数	今年度は各科パスの見直し、修正が多数あり中止になったもの2件、新規に追加されたパスが合計23件あった。	144件	B
52	医事課	・④	・レセプト保留率をゼロに近づける。査定率0.2%以下	・査定率	保留件数は9月以降も減少しており3月時点では300件にまで減少した。査定は今年度も非常に厳しい状況で終わった。	保留800件→301件 査定率0.30%	D
53	改築推進室	・①	・新棟建設の出来高率100%(完成)を目指します。	・出来高率	新棟は3月18日に竣工した(出来高率100%) 新棟への機能移転準備及び北棟改修工事の発注を進めた。 (新棟への機能移転は、4月29日から5月5日までの7日間で完了。北棟改修工事は、建築工事が5月9日、機械工事が5月13日に契約済み。)	100%	B
54	病床管理室	・④	・平均在院日数 11.5日を目指します。	平均在院日数	下半期、平均在院日数は11.2日であった。長期入院患者の転院を進めるため、退院支援・医療相談室の協力を得ながら行っている事も在院日数短縮に繋がったものとする	11.2日	B
54	病床管理室	・④	・全病棟病床利用率 90%以上を目指します。	病床利用率	下半期の病床利用率は89.4%であった。累計では88.2%となったため、目標達成には至らなかった。引き続き経営的観点で病床管理に取り組んでいく。	88.2%	C
55	感染対策室	・①	・耐性菌の院内発生率を前年度の5%減少(MDRPは発生ゼロ)にする。	・MRSA・MDRP・ESBL等耐性菌検出数	手指衛生徹底のため全体研修での啓蒙活動(後期受講率100%)、看護師の手指消毒薬個人消費量の提示など標準予防策遵守し耐性菌の院内発生防止に努めた。MDRP検出(院内)は平成26年度1件から平成27年度1件。MRSA検出(院内)は平成26年度51件、平成27年度は60件(院内発生比率46%→48%)。ESBLは平成26年度12件から平成27年度22件(院内発生比率19%→28%)	MDRP:1件,MRSA:60件 ESBL:平成26年度12件、 平成27年度22件	C
55	感染対策室	・②	・規制抗菌薬使用量を前年度の5%(カルバペネム系は10%)に抑制する。	・規制抗菌薬使用量(AUD)	規制抗菌薬ラウンドを延べ77回実施、規制抗菌薬使用患者は延べ370人(うち介入率62%)※継続使用7日以上延べ人数198人(うち介入率72%)であった。アンチバイオグラムを2回作成。※抗菌薬使用量(AUD)を平成26年度の実績と比較して規制抗菌薬全体的な推移は横ばいから減少傾向である。カルバペネム系は昨年5月、6月で一時的な増加がみられたがその他の月は横ばいであった。キノロン系はもともとの使用量が少ないため増減の変化が大きい横ばいである。	抗MRSA薬1.42%減 カルバペネム系15.9% 増 キノロン系48.2%増	D
55	感染対策室	・③	・地域医療機関からの相談件数を前年度の5%増加させる。	・相談件数	くらす病院(感染対策加算2)と地域連携を行いラウンドを中心としカンファレンス4回、全体研修の実施。保健福祉事務所と連携し研修会3回、外部施設ラウンド2回行った。メールや電話で小規模施設からの相談に応じている。外部施設からの依頼で研修会2回実施。また、近隣の感染対策加算1算定施設との連携に加え、平成27年度より神奈川県七市公立病院と連携をとり意見交換を行っている。平塚保健福祉事務所、秦野センターの両者の地域医療体制対策会議に参加している。	平成26年度15件 平成27年度27件	A

## ◇市民病院経営計画(第2期)実施計画 年間評価一覧表(平成27年度)

No.	科名	分類	達成目標事項	成果指標	取組状況	指標実績	検証・評価
56	災害対策室	③	・災害対応マニュアルを改訂する。	改訂	災害対応マニュアル2013の発行から2年が経過し、10月30日に3回目の改訂を行った。主な改訂内容は、現状に応じた内容に随所修正を行い、また、雪害、集中豪雨・噴火に対する対応、整備されたDMAT車について、地震の際のエレベーターの作動と復旧などを追加。さらに大災害時の事業継続計画(BCP)の考えに基づいた当院のBCPについての項目を最後に別個設けている。	改訂済	B
56	災害対策室	③	・年1回災害対応訓練を企画して実施する。	実施回数	第2回自動参集訓練を5月22日に参加者46名で実施した。災害対応医療訓練を11月13日に実施した。今回は、本部訓練終了後に水害の机上訓練を実施した。また、6月23日に大磯多数傷病者訓練、8月29日平塚市総合防災訓練、8月30日ビッグレスキューかながわ(県)、9月1日に大規模地震時医療活動訓練(国)にDMAT隊員等が参加した。DMATの隊員5名(医師2名、看護師2名、薬剤師)が、9月11日(金)から12日(土)まで、茨城県常総市を中心に、透析患者の搬送などの災害医療活動を行った。	2回	A
56	災害対策室	③	・年2回災害医療研修を企画して実施する。	実施回数	6月26日に第6回災害医療研修(参加者25名)を実施し、11月27日に第7回災害医療研修(参加者21名)を実施した。	2回	B

## ◇市民病院経営計画(第2期)実施計画 年間評価一覧表(平成27年度)

No.	科名	分類	達成目標事項	成果指標	取組状況	指標実績	検証・評価																		
							<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">検証基準</th> <th>検証結果数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A</td> <td>目標を上回る達成 (指標に対し120%以上実施)</td> <td>21</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>目標達成 (指標に対し100%~120%の実施)</td> <td>51</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>おおむね達成 (指標に対し50%~100%の実施)</td> <td>42</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>目標を下回る (指標に対し50%未満)</td> <td>19</td> </tr> <tr> <td colspan="2">合計</td> <td>133</td> </tr> </tbody> </table>	検証基準		検証結果数	A	目標を上回る達成 (指標に対し120%以上実施)	21	B	目標達成 (指標に対し100%~120%の実施)	51	C	おおむね達成 (指標に対し50%~100%の実施)	42	D	目標を下回る (指標に対し50%未満)	19	合計		133
検証基準		検証結果数																							
A	目標を上回る達成 (指標に対し120%以上実施)	21																							
B	目標達成 (指標に対し100%~120%の実施)	51																							
C	おおむね達成 (指標に対し50%~100%の実施)	42																							
D	目標を下回る (指標に対し50%未満)	19																							
合計		133																							

114件 85.7%
   
 {
   
 72件 54.1%
   
 {
   
 15.8%
   
 38.3%
   
 31.6%
   
 14.3%