

平成25年度BSCフォローアップシート（年度末評価用）

病院(所属)名: 精神医療センター

	BSCの当初目標設定内容				上半期 進捗状況(3月末)				評価・今後の対応	
	戦略的目標	業績評価指標	数値目標	主なアクションプラン	取組の有無	アクションプラン実績	数値目標実績	4段階評価		
顧客の視点	患者サービスの向上	・入院患者満足度(5点評価換算)	4.2	1.患者満足度調査の実施・接遇の向上	1	○	1. 6/12職員接遇研修実施(出席者:53名)。外来満足度調査(8/5~9)、入院満足度調査(7月中旬~8月中旬)、デイケア満足度調査(7/29~8/9)を実施。	-	-	1. ほぼ計画通りのスケジュールで実施できた。調査結果を院内で公表するとともに、この結果をもとに今後の対応協議し取り組んでいく。
		・外来患者満足度(5点評価換算)	4.2	2.患者さんからの意見徴集(かすみ草)の実施	2	○	2. 毎月の管理会議に当月分を報告。平成25年度分(157件)。	-	-	2. 精力的に患者からの苦情・意見を集め、これらに真摯に対応した。
		・相談機能の充実	3	3.相談機能の充実	3	◎	3. 受診相談から精神保健福祉士が関わり、入院当初から支援や相談に入ることが出来た。	-	-	3. 精神保健福祉士が1名増員された事により、窓口業務を強化した。一方、相談体制については検討ができなかった。
		・デイ・ケア満足度(5点評価換算)	4.2	4.地域生活の基盤となる社会生活能力の向上	4	○	4. 院内連携が進んできたことが、反映されている。新設プログラムについて引き続き検討していく。	-	-	4. 新設プログラムについて検討していく。
	政策医療の推進	・措置鑑定医の派遣(院内鑑定を含む)	80	5.保健所・警察・消防・精神科救急情報センター等との連携強化	5	◎	5. 計画通り進行している。	67	B+	5. 3ブロックすべての救急ブロック会議に出席し、保健所、警察、消防との連携を図った。また、裁判所、検察庁からの鑑定の依頼には極力協力するようにした。
		・救急情報センター通報入院患者数	20	6.救急医療の充実・救急システムによる患者受入と空床確保	6	◎	6. 目標値をやや下回っている。	26	A+	6. ベッドコントロールを診療局長と病棟師長の緊密な連携の下に行い、緊急入院に備えての空床(保護室、個室)確保の維持を概ね達成できた。
		・救急・緊急診療の受入件数	125	7. 入院直後から始める退院支援	7	◎	7. 病床管理委員会で支援対象者の状況把握、計画策定。	85	B+	6. 外部からの救急要請に常時、応えられる体制を整備しつつある。
		・平均在院日数	100日以内	8.退院に向けた地域医療機関との連携と協働(個別の退院支援会議の開催)	8	◎	8. 6ヶ月以上入院している患者の退院は30名。月平均 2.5名であった。内、1年以上の患者4名、2年以上入院している者は1名であった。	90.1	A+	7. 訪問看護の体制強化などにより、比較的早期に退院させることができる患者が増えている。
		・指定入院(20床)病床利用率	20	9.法に基づく入院病棟体制を整え、対象者を円滑に受け入れる	9	◎	9. 10月20日、開棟式、自治会対象内覧会。10月28日、医療関係者内覧会。11月1日開棟。	85.0	A+	8. 長期入院患者の再入院が続いており、今後も退院後の支援体制について検討していく。
	民間病院との役割分担	・アルコール延べ患者数(外来)	2,500	10.アルコール外来の充実	10	◎	10. 外来での集団認知行動療法プログラムをコンスタントに実施。	2,373	B+	9. 11月5日から入院患者受入れ。(4月末現在、18名)引き続き、近畿厚生局と連携を図りながら入院患者を受け入れていく。
		・思春期延べ患者数(外来)	900	11.思春期外来の充実	11	◎	11. 思春期精神障害スタッフ会議を実施。	1,085	A+	10. 外来で月1回実施されている女性自助グループには他府県からの参加者もあり、女性依存症者のニーズに答えている。
地域医療機関との連携強化と支援	・紹介率(精神科)	45.0%	12.精神科クリニックや病院からの紹介促進	12	◎	12. 外来新患該当者の予約制を維持し、紹介患者を確実に受け入れ、概ね達成。	45.7%	A+	11. 外来、病棟での思春期症例の把握ができ、複数部門の情報の共有が可能になった。	
	・病院協会・精神病院協会主催の研修・会議への協力参加数	6	13.民間病院との交流	13	◎	13. 関係団体の研修会に積極的に参加。	28	A+	12. 緊急の紹介入院患者も極力受け入れるようになっているが、当日の空床状況によっては受けられない場合もある。数日待つことができるケースではほぼ100%受け入れることができている。	
	・地域精神保健福祉活動への支援活動回数	70	14.地域保健所等との連携強化	14	◎	14. 長浜および彦根保健所ではアルコール・ギャンブル依存についての専門相談を実施。	82	A+	13. 主催を問わず、県内の研修会・勉強会には相互交流も兼ねて積極的に参加している。	
広報活動の推進	・ホームページのアクセス数	11,000	15.ホームページの充実(公開講座等の案内)	15	○	15. 5~6月にかけて内容充実のためのHP更新を行った。求人については随時更新を行っている。	7,951	B	14. 医師数が増えたことにより昨年に比べて技術協力の実施回数は増加している。	
	・院外広報紙の発行回数	3	16.院外広報紙発行による積極的な病院情報の発信	16	◎	16. センターたよりを発行、HPにて公開し、当センター情報を発信している。	4	A+	15. 適時更新を継続する。第3病棟関連情報を新設した。	
財務の視点	収支改善	・医業収支比率	72.2%	17.収益の確保と費用の削減	17	△	17. 前々年度決算と前年度決算の増減等について比較分析した。	56.7%	B-	16. センターたよりは、毎回、医療観察病棟の情報を掲載するなど外部に向けて情報を発信した。
		・医業収益に占める職員給与費の割合	90.5%	18.材料の見直し・共同購入の検討	18	○	18. 医薬品は3センターでの共同購入を実施。薬事委員会で後発医薬品の選定を行う。また、物品購入や材料見直しにあたって複数業者からの見積徴取やサンプル活用等を行った。	119.8%	B-	17. 第3病棟関連で特別損失を計上したため、純損失では赤字となった。経常損失では黒字を維持できたが、退職手当の増等により昨年度より厳しい決算状況となった。
		・診療収益(デイケアを除く)に占める材料費の割合	13.9%	19.ベッドコントロールの充実	19	○	19. 保護室の改修工事等によりベッドコントロールに苦慮した。	17.2%	A	18. 材料の購入については、複数業者からの見積徴取することにより経費削減に努めた。
	急性期患者対応の拡大	・病床利用率	82.9%	20.急性期回復後の早期精神科リハビリテーションの構築	20	△	20. 作業療法を含めた早期リハビリテーションシステムの検討。	73.2%	B	19. 入院患者数は増えているが、退院も多病床の回転が速い為、目標に届いていない。
			21.訪問看護ステーション等との連携の構築	21	◎	21. 訪問看護ステーションへのPR。			20. 引き続き、システム構築に向けて他職種と検討していく。	
									21. 訪問看護ステーションに移行できた症例は4件。今後も症例を通じて訪問看護ステーションへPRし移行促進を図る。	

平成25年度BSCフォローアップシート（年度末評価用）

病院(所属)名: 精神医療センター

	BSCの当初目標設定内容				上半期 進捗状況(3月末)				評価・今後の対応
	戦略的目標	業績評価指標	数値目標	主なアクションプラン	アクションプラン取組の有無	アクションプラン実績	数値目標実績	4段階評価	
内部プロセスの視点	医師確保の推進	・常勤医師の定数に対する充足率(月次数値の年間平均値)	85.7%	22.医師の招聘に向けた働きかけ 23.臨床研修医の採用推進、臨床研修医の受入	22 ○ 23 ◎	22. 研修医(演習)の受入拡大、医師による個人的な働きかけの強化、大学への要請の継続、病院HPによる情報発信の強化の4チャンネルで取組。 23. 大津市民病院、滋賀医大、成人病センターの研修医を受け入れ	64.3%	B	22. ホームページを見た医師(2名)からの応募があったが、最終的には2件とも辞退となった。 23. 年間を通じて受入れした。
	医療の質の向上	・カンファレンスの実施件数(多職種) ・アクシデント件数(レベル3b以上)	1,000 5以内	24.多職種間での情報共有 25.インシデント・アクシデント報告結果の分析と対策、対策結果の評価	24 ◎ 25 ◎	24. 効果的なカンファレンスの検討。 25. 医療安全担当医師が積極的に研修に出席。	422 3	C A+	24. 退院調整委員が中心となりカンファレンス実施の適切な時期を調整し必要最小限のカンファレンス開催となっている。地域生活支援部と連携し現在の患者の状態を評価し適切な支援を計画している。 25. 研修会に参加することなどによって医師の安全、リスクに対する意識が向上してきている。
	精神科医療の専門性の充実	・クリティカルパスの利用患者数	60	26.クリティカルパスの有効活用・見直し	26 ○	26. アルコールリハビリプログラム(ARP)においてパスを運用。	24	B	26. ARPでのパスについては、月2回スタッフミーティングを開催し検討している。
	業務改善の推進	・一人当たり時間外勤務時間数(月)	20.0	27.業務改善、労務環境の調整 28.効果的な会議の推進(時間短縮)	27 ○ 28 ○	27. 組織体制の見直し実施。 28. 会議、委員会等を適時、適切に開催	8.7	B	27. 地域支援部の組織強化により、長期入院患者の退院促進が図れた。 28. 会議、委員会等の時間短縮が図れていると見込まれる。
	職員満足度の向上	・「今後もこの病院で働きたい」肯定者割合	80.0%	29.職員表彰の促進 30.職員満足度調査の実施、回収率の向上、病院運営への反映	29 ○ 30 ○	29. 院内行事として4月に前年度表彰者の表彰式を実施。 30. 7/24～8/7に調査実施済み。	83.0%	B	29. 表彰応募(推薦)の促進を図る。 30. 順次、意見の反映に努める。
学習と成長の視点	教育・自己啓発の機会確保	・研修・学会への参加回数(職員一人あたり年間回数)	1.5	31.院外研修会への参加促進 32.院外に向けた研究論文発表、学会発表、専門誌への投稿促進	31 ◎ 32 ◎	31. 32. 各部署へ関係機関が実施する院外研修や投稿などを周知し、職員が積極的に参加するよう努めた。	2.4	A+	31. 数値目標は達成。引き続き周知に努める。 32. 数値目標は達成。引き続き周知に努める。
	職員教育の充実	・全職員向け研修開催回数	15	33.職員向けの内部研修会の開催	33 ◎	32. 各部署へ内部研修等を周知し、職員が積極的に参加するよう努めた。	19	A+	33. 数値目標は達成。引き続き周知に努める。