

平成24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				年度末 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		
顧客の視点	患者サービスの向上	・入院患者満足度割合(やや満足以上)	90%	1.患者満足度調査の実施・接遇の向上	1	○	1. 6/21職員接遇研修実施(出席者:45名)。外来満足度調査(8/6~10)、入院満足度調査(7月中旬~9月)、デイケア・OT満足度調査(7/30~8/10)を実施。	85%	B	1. 調査結果を正面入り口および各病棟に掲示し、調査に協力いただいた患者様に対しても結果報告をした。また、各部署でこの結果をもとに今後の対応を検討し、別途調査を行うなど新たな取組みも進んでいる。 2. 精力的に患者からの苦情・意見を積み、これらに真摯に対応した結果、平成24年度の投稿件数は178件に達するとともに、文書による回答件数も大幅に増加した。今後も継続して改善に取り組む。 3. 入院患者だけでなく、外来患者・院外への広報を検討していく。 4. 退院後、また外来作業療法を経て、デイケア利用に繋がる患者が増えたことは、院内連携が取れてきたことが表れている。トイレの利用について、利用者からの不満が出ている。
		・外来患者満足度割合(やや満足以上)	90%	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23年度分(59件)および平成24年度8月まで分(79件)について、内容を分析。9月の管理会議に報告。文書による回答にも努めた。	86%	B+	
		・デイケア満足度割合(やや満足以上)	90%	3.相談機能の充実	3	◎	3. 入院当日に、精神保健福祉士が患者と顔を合わせ、入院当初から支援に入れる体制にした。			
		4.地域生活の基盤となる社会生活能力の向上	4	△	4. 移行についても、リハビリの進捗を判断しながら、順次進めることができている。	82%	B-			
	政策医療の推進	・措置鑑定医の派遣(院内鑑定を含む) ・救急情報センター通報入院患者数 ・救急・緊急診療の受入件数 ・平均在院日数	90	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。	69	B+	5. 2件の医療観察法鑑定入院があった。また、多忙な臨床業務の中、検察庁から依頼のあった起訴前本鑑定を2件施行した事は特筆に値する。 6. 下半期には病棟で工事が入るなど困難はあったが、年度を通して、緊急入院に備えての空床確保は概ね達成できた。 7. 前年度に比して約10日間、短縮した。 8. 引き続き、長期入院患者の退院促進を実施していく 9. 平成23年度当初計画より半年遅れの計画となっているが、今年度の上半期としてはほぼ計画通りの進捗状況である。ハードは25年秋の開棟を目途に建設がすすめられ、ソフト面では、スタッフの先進施設での研修もほぼ計画通り済み、今後は研修での学びを活かし、マニュアルを多職種で検討していくことになる。
			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. 救急の定義を実態に見合ったものに変更したため目標値を下回った。	89	B	
			130	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	81.3	A-	
			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22名、月平均 1.8名であった。内、1年以上の患者は8名。特に1000日以上患者が3名、600日以上患者が4名退院。			
		1	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. ハード・ソフトの両面から、対象者の受け入れ体制整備をすすめている。特に地域調整を円滑にするため、地域からの問い合わせには都度対応。8月~9月にかけて近隣地域に向けて工事説明会を7回開催。8月下旬より工事着手となる。ソフト面では、スタッフの先進施設等での実地研修を実施、研修での学びを基にマニュアル類のたたき台を作成してきている。				
		指定入院(20床)病床利用率	-							
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. ARP入院患者数を上げるため、入院の必要性の高い患者を紹介受け入れ	2,491	B+	10. 12月には当センターアルコール外来におけるSMARPPの内容、実施状況について発表し、大きな反響を得た。 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。	
	・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	1,030	A+		
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	44.4%	B+	12. 紹介受け入れ担当を地域支援部の精神保健福祉士に統一する事で、医師の業務が中断されることが少なくなり、かつ依頼者側への返事も速やかにできるようになった。 13. 前年度に比較して滋賀医大や日精協主催の研修会・講演会に出席する頻度が増え、関係がより緊密になった。 14. 年度後半になるにつれ医師数が増えた影響もあってか技術協力の回数は増えていった。	
	・病院協会・精神病院協会主催の研修・会議への協力参加数	3	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	12	A+		
	・地域精神保健福祉活動への支援活動回数	90	14.地域保健所等との連携強化	14	○	14. 保健所で技術協力を実施するが、目標に到達せず	78	B		
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. 成人病センターサーバー使用した見やすいHPに移行	9,933	B	15. 内容の充実と適時更新が課題(サーバー移行によりアクセス数が把握できていない期間が3ヶ月半程度あり) 16. 発行回数は達成。今後の内容の検討が必要	
	・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. 医療観察病棟についての特集を行い、4回発行	4	A+		
財務の視点	収支改善	・医業収支比率	54.8%	17.収支の確保と費用の削減	17	○	17. 23年度より患者数は減ったが、入院精神療法や訪問看護、作業療法の実施増等により単価増につなげられた。	55.6%	B	17. これから23年度決算と比較分析等を行い、いっそうの収支改善に努める。 18. 医薬品共同購入の継続、価格交渉等により経費削減を図る。
		・医業収益に占める職員給与費の割合	122.9%	18.材料の見直し・共同購入の検討	18	○	18. 事業庁主導により診療材料等の一括契約について検討。医薬品については、価格交渉実施(年2回)。次年度の業者選定のためのプロポーザル実施。共同購入は継続実施。	120.4%	A	
		・診療収益(デイケアを除く)に占める材料費の割合	16.5%	19.ベッドコントロールの充実	19	◎	19. 空床状況の分析 ・個室使用患者の病状評価(病棟管理医師、主治医、師長、主査)を行い個室を確保した。 ・個室確保のため2床室・4床室を一時的に個室としての使用を実施	17.9%	B	
	急性期患者対応の拡大	・病床利用率	80.0%	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. 急性期病棟の集団プログラムSSTを試行した。	73.8%	B	19. ARP入院患者の積極的に受け入れていく(身体能力の低下した患者、認知機能に問題がある患者の受け入れも積極的に実施)。 20. 参加した患者から効果があったと評価されたが、病棟スタッフの協力や、実施するスタッフの力量に課題を残す。 21. 訪問看護体制を見直し、新体制で実施中。次年度に評価予定。
		21.訪問看護ステーション等との連携の構築	21	◎	21. 訪問看護対象患者の評価、見直し ・地域生活支援部とは、訪問患者の状況等について1回/月委員会を開催し情報の共有を図っている。					

平成24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				年度末 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)	78.6%	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	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、民間求人サイトや病院HPによる情報発信の強化の4チャンネルで取組 23. 成人病センター、大津市民病院の研修医に加えて、滋賀医大の研修医も受け入れ	64.3%	B+	22. 10月に1名を確保できた。 23. ほぼ1年を通じて研修医を受け入れた。今後も積極的に受け入れていく。
	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3以上)	600 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(入院から60日目でカンファレンスの開催。退院アセスメントで多職種間の情報共有の継続) 25. 三病院統一のレベル基準を確認できた	687 2	A+ A+	24. カンファレンス実施の適切な時期については最小限のカンファレンス回数での調整を模索中→業務評価の見直しを検討中 25. インシデント・アクシデントに対する認識が定着するとともに、定められた様式による報告等がルーティン化した。事故を起こさないように今後も注意していく。
	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	55	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。	53	B+	26. ARPでのパス運用は順調であるが、その他については例数も少なく、かつ症例の個性が強い為、脱落してしまう場合が多い。今後、検討する必要がある。
	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. 業務改善に関して、効率化等の観点から病室の運用改善を実施。次年度に向けて組織体制・業務推進方法の改善策を踏まえ予算および執行体制要求を実施 28. 「院内会議運営に係る取り決め事項」を決定	7.7	A+	27. 当年度において一定の業務改善を実現した。併せて平成25年度においても数項目の組織体制・業務推進方法の改善が実現できる見込みとなった。 28. 会議運営の取り決めは、会議効率化に向けた意識付けとして有効であったと見込まれ、時間外勤務削減の効果も見込まれる。
	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. 表彰制度について周知し、応募促進を図った。 30. 調査結果を踏まえ運営指針の策定、医師確保および体制強化、情報共有等に努めた。	79.3%	B+	29. 昨年度より応募件数は増加。引き続き、着実に職員表彰制度の推進に努める。 30. 職員の主要な意見に対して対応したところであり、引き続き着実な対応に努める。
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。	2.7	A+	31. 数値目標を大幅に超えた。今後も周知を図る。 32. 診療局を中心に積極的な取組が行えた。
	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 ○	33. 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。	12	B	31. 数値目標は達成できなかった。今後も周知に努める。