

区分	戦略的目標	BSCの当初目標設定内容			年間期進捗状況				評価・今後の対応	
		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	病院機能の向上	入院患者満足度調査評点	4.5	1 接遇および患者さんの視点に立った病院機能の向上	◎	・入院満足度調査(7月1日～7月31日)および外来患者満足度調査(7月1日、7月2日)を実施し、入院患者、外来患者の満足度を調査した。	入院4.4 外来3.9	B+	・入院および外来いずれの患者満足度調査の評点も目標値を下回った。 ・調査でいただいたご意見・ご要望は関係部署へ改善策の検討を依頼し、結果をHPで公表した。 ・次年度にも同様調査、院内周知、公表の流れを迅速に行い、結果を病院機能の向上に生かす。	
		外来患者満足度調査評点	4.3	2 相談機能(総合相談等)の充実	◎	・意見・苦情に係る院内調整に努めた。		B+		
				3 病院機能の再構築(新病棟の建設)	○	・新病棟建設工事施工(基礎工事、免震装置設置、躯体工事等) ・現有医療機器等のヒアリング、現地調査の実施 ・医療機器等の購入要望徴取ならびに、院内委員会にて査定		B	・新病棟建設工事の進捗状況としては、ほぼ計画通りである。 ・また、移転計画の策定や医療機器等の発注準備作業についても順調に進捗している。 ・平成28年度に新病棟が開棟すること、ならびにその後西館改修工事に入ることを踏まえて、医療機器、什器備品類の発注、移転計画の策定、移転の実施、西館改修工事業者の選定等を推進していく。	
	全県型医療および近未来型地域医療福祉の展開	遠隔病理診断参加病院数	15	4 遠隔・迅速病理診断支援の実施体制の確立・推進(基盤部分)	○	・病理診断事業定例会を毎週開催 ・平成27年滋賀県病理CT協議会を開催 ・びわ湖メディカルネットと調整し、 1. ネットワーク間通信を可能とする体制の構築を行った 2. 県外との接続体制を整備した ・平成26年度にバーチャルマイクロスコピー(VM)整備予定であった済生会滋賀県病院では、遅れていたVMの選定、搬入は終了している。院内の接続工事や調整が遅れていたが、現在は接続を完了し運用について最終調整中である。昨年度に接続が遅れていた高島市民病院や(株)メディックなど既連結施設との通信は順調に行われている。	12	B	・現在、済生会滋賀県病院と緊密に連絡を取り、接続に関する指導、援助を行っている。画像が通信できる環境が整備される予定。 ・通信基盤面においては、実運用のためのルール策定など、細やかな支援を引き続き行う。なお、今年度に診断依頼施設として新たに参加する済生会滋賀県病院は、既に診断受託施設として参加しており、ネットワーク参加施設数の増加はない。	
		健康情報の発信回数	12	5 健康情報の発信	◎	・「健康教室」を毎月1回定期的に開催し、各回の内容をDVD化した。 ・年間で12回開催。	12	A+	・計画どおり事業が実施できた。 ・次年度も同様に月1回の健康教室の開催とDVD化を実施していく。	
				6 入院・外来患者への栄養情報の提供	◎	・栄養情報についてのチラシ(1698枚、年12回配布)やリーフレット(2110枚、年4回)を配布するとともに、糖尿病患者の外来継続栄養指導を積極的に実施した。		A+	・予定どおり配布し情報発信ができています。	
				7 疾病・介護予防センターの創設・推進	◎	・「自らの健康づくりを先進的に支える」仕組み構築検討委員会を設置。同委員会を年間3回開催。 ・疾病予防・健康づくり広報誌「疾病予防ナビ」を年間5回発行。		A+	・実施時期がずれたものもあるが、ほぼ計画どおり事業が実施できた。 ・次年度もブース展示や出前講座等、機会をとらえて若い世代や働き盛りの世代への予防情報の発信を引き続き推進していく。	
		紹介患者数(月平均)	910	8 地域医療連携の推進	○	・地域医師会会長への訪問(2回) ・開放病床登録医訪問(3回) ・連携医登録依頼文の発送(292件) ・地域医療連携懇談会への参加(8月) ・湖南がんネットワークミーティングの開催(8回)(5/14、7/9、9/10、10/8、11/12、12/3、1/23、3/10)	861	B	・紹介患者増加を目指し、他部署の協力を得て紹介患者の多い医療機関に登録医をお願いするための訪問を実施した。また、関係医師会会長等への訪問を行った。 ・湖南地域診療所との研修の場として、湖南がんネットワークミーティングを開催した。 ・今後は、診療所訪問の範囲を拡充するとともに、登録医パンフレット、登録医関連研修など、地域診療所との密接な連携にし、紹介患者獲得に努めたい。	
		退院調整カンファレンスの開催回数	270	9 病診在宅連携体制の構築	◎	・看護師およびMSWの連携を進め退院調整の推進を図った。 ・退院調整カンファレンスの調整と開催 ・退院調整リンクナース会議等への参加	269	B+	・ほぼ目標は達成できた。 ・来年度は、新たな退院支援加算算定のため、今まで以上に退院調整、退院支援に努める。	
				10 地域医療ネットワークシステムによる医療情報共有(基盤構築・運用)	○	・守山市民病院との診療連携に関する協議を進めた。 ・連携登録医の拡大を図った。		B	・地域の医療機関との連携をいっそう進める。 ・守山市民病院との連携診療の実施に取り組む。	
	11 人材育成センター事業の推進			◎	・今年度院外から29名が受講を修了した。	A+		・H24年度から研修を開始し、4年間で102名の院内外の受講修了生を達成し、H27年度末で事業が終了した。		
	がん・血管病・生活習慣病治療の充実	がん患者数(年間退院患者数)	3,140	12 がん診療成績等の積極的な公表	○	・院内がん登録統計(2001-2014診断分)を作成し、院内がん登録5年生存率を除く部分についてホームページを更新した。	2,980	B	・院内がん登録5年生存率の算定は完了したが、公開に向けてデータの精査中のため、ホームページ更新は、来年度に実施する。	
		脳神経疾患・心臓血管疾患・糖尿病患者数(年間退院患者数)	2,430	13 高度医療機器の計画的な導入	○	・医療機器整備委員会を10回開催し、医療機器の選定、仕様決定、戦略的整備備品の検討等を行った。	1,787	B	・概ね計画どおり機器選定を行い、稼働させることができた。(備品予算額158,000千円に対し、約148,000千円分の機器選定を行い、経営状況を考慮し約1千万円は執行を留保した。) ・各科から要望が出ている超音波診断装置については、今後の更新も含め、一括管理を行うこととした。 ・併せて新棟関係備品についても機器選定を行った。	
		悪性腫瘍手術件数(うち5大がん)	1010(520)	14 手術療法、化学療法、放射線療法、緩和ケアの充実	○	・がん診療セミナー11回(県民公開講座3回を含む) ・がん看護研修の開催(5月～8月) ・滋賀県緩和ケア研修の開催(5月) ・緩和ケアチームによる診療 ・がん医療推進委員会の開催 ・化学療法法を取り組みを進めた。 ・放射線治療の受入体制・品質管理充実の継続	951(460)	B	・がん関係の研修、がん診療セミナーはほぼ計画どおり開催している。 ・がん医療推進委員会にて、がん診療に関する取組の進捗確認等を行い、情報共有を図った。	
		放射線治療件数(月平均)	1,010	15 がん相談支援センターの機能充実	◎	・がん相談支援センターのPR用ティッシュペーパーを作成した。 ・がん教室「まなびや」の開催(隔月・6回実施) ・がん情報コーナーを開設した。 ・がん相談支援センター内の受付を改善した。 ・がん相談後のアンケートとして、相談利用者満足度アンケートを実施した。 ・がん相談件数 2,095件(年間目標1,800件) ・守山市民立図書館への出張相談を実施した(新規)	863	B+	・相談件数は、目標を上回っており、ある程度の認知度は高まってきた。 ・今後も、がん相談支援センターの相談員の資質向上に努めるとともに引き続き広報等に取り組んでいく。 ・来年度は、がん患者の就労支援相談にも取り組んでいく。	
		外来化学療法件数(月平均)	500	16 がん診療連携の推進	○	・滋賀県がん診療連携協議会について、計画どおり運営することが出来た。 ・歯科医師会主催の医科歯科連携講習会に医師を派遣し連携を深める等の取組を行った。	381	B	・計画どおり運営を継続することとし、新たに取り組んだ医科歯科連携を継続する。 ・新指針や今後見直し予定される第3次がん対策推進基本計画を見据え、協議会・部会の体制を検討する。	
	17 病理診断の迅速化			◎	・現状を維持するよう努めている	B+		・生検標本、小さな手術摘出標本については検体提出後2、3日で、大きな手術標本についても約1週間で診断を返すように努めており、ほぼ達成されている。今後ともいっそう迅速に診断を返すように努力していく。		

平成27年度BSCフォローアップシート（年度末評価用）

所属名：成人病センター

区分	戦略的目標	BSCの当初目標設定内容			年間期進捗状況				評価・今後の対応	
		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	医療安全の徹底	インシデント・アクシデントレポートに対する分析・活用件数	80	18	<ul style="list-style-type: none"> <li>・毎週1回の医療安全カンファレンスの実施</li> <li>・SHELL、RCA分析等によるインシデント・アクシデント対策の院内周知</li> <li>・医療安全推進チーム活動</li> <li>・研修班によるSHELL分析、RCA分析等研修の実施</li> <li>・インシデント、アクシデントレポートの分析・活用</li> </ul>	◎	<ul style="list-style-type: none"> <li>・インシデント・アクシデントレポート分析・活用件数</li> <li>医療安全カンファレンスでのSHELL分析・Medical SAFER分析 10回</li> <li>ヒヤリング回数25回／その他 53回</li> <li>・院内周知</li> <li>お知らせ ニュース／ポスター／総数 4回／ヒヤリハット劇場 3事例</li> <li>・チーム活動(各所属)：</li> <li>SHELL分析・Medical /SAFER分析／総数71回</li> </ul>	95	A+	<ul style="list-style-type: none"> <li>・平成23年度より医療安全カンファレンスの定例化を実践、ヒヤリハット劇場や医療安全推進者研修等で分析や改善策立案のための手法が定着しつつある。しかし、毎年医療安全推進者が交代する所属もあるため医療安全推進者のみでなく職員全体の分析能力の底上げが今後必要である。</li> </ul>
		MRSA感染件数	0.5%	19	感染対策の充実	◎	<ul style="list-style-type: none"> <li>・院内感染対策サーベイランス</li> <li>・カルバペネム系抗菌薬届出および抗MRSA薬届出の率の向上</li> <li>・ICT感染症ラウンドおよびカルテラウンドを継続し検出菌、抗菌薬使用状況を情報共有し、主治医に抗菌薬適正使用および培養検査を依頼。</li> <li>・標準予防策および接触感染予防策実施の指導</li> <li>・院内感染対策ラウンドの実施</li> <li>・感染防止講演会の開催</li> <li>・ICP会の活動</li> <li>・血液培養2セット実施の啓蒙</li> </ul>	0.30%	A+	<ul style="list-style-type: none"> <li>・MRSA感染率は昨年度(0.26%)と比して大幅な変化はないが、2016年2月の全国平均0.41%より低値であり、取り組みは効果的であったと考える。アクションプランの取り組みについては、ICT感染症ラウンドおよびカルテラウンドを毎週施行し、中間評価以降は特に抗菌薬適正使用について主治医へメッセージを発信する取り組みが実践できた。その取り組みなどの結果により、MRSA感染率は前年度から大幅に低下した。</li> <li>・引き続きの抗菌薬適正使用に対する意識付けと、それに対する啓蒙が必要である。</li> <li>・ICTにより、抗菌薬適正使用について一般的な指導はおこなえるが、感染症治療は専門医がいなかったため十分ではなかったが、難治・重症感染症例に対する、感染症専門医の指導を頂くような機会が増え治療の充実が計られた。</li> <li>・薬剤耐性菌の発生を予防することと伝播防止の強化をおこなう。発生予防は抗菌薬適正使用、伝播防止は標準予防策を中心とした対策を周知徹底する。</li> </ul>
財務の視点	財務管理の徹底	医業収支比率	96.1%	20	診療科別収益目標の設置・管理	○	<ul style="list-style-type: none"> <li>・収益目標を設定し、診療科別ヒアリングにおいて、目標達成に向けた意見交換を行った。</li> </ul>	90.8%	B	<ul style="list-style-type: none"> <li>・収益の増加は主に材料費の高騰に起因するものであり、収益と合わせ費用も増加している。さらに先行投資的な要素もあるが給与費が大きく増加しており、特に入院患者が少なかった為、医業収支比率は改善しなかった。</li> </ul>
				21	経営状況の院内周知	○	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院稼働状況を毎日掲示するとともに、週間動向を各診療部長に送付し周知を図った。</li> <li>・運営会議において毎回経営指標を提示し全部門に対して説明を行った。</li> </ul>			
	適切な収益の拡大	一日平均入院患者数	435	22	効率的なベットコントロールの実施	◎	<ul style="list-style-type: none"> <li>病棟別の病床利用率の発信(毎日夕)</li> <li>病床調整の実施</li> </ul>	404	B+	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病棟別の病床利用率の発信(毎日夕)</li> <li>・病床調整の実施</li> </ul>
				23	加算の請求漏れ防止対策および未収金対策の徹底	○	<ul style="list-style-type: none"> <li>・毎月レセプト検討会実施</li> <li>前期(4/20,5/25,6/22,7/27,8/17,9/28)</li> <li>後期(10/19,11/16,12/14,1/18,2/15,3/14)</li> <li>・保険医療委員会開催(6/24,9/30,12/16,3/30)</li> <li>・保険診療研修会開催(9/16,1/18,3/31)</li> </ul>		B	<ul style="list-style-type: none"> <li>・毎月開催のレセプト検討会および年4回開催の保険医療委員会を通じ、適正な診療報酬請求に努める。また、診療報酬改定の情報収集し、その対応を検討する。</li> <li>・未収金患者に対する早期のアプローチと継続した交渉、また、年2回の集中督促により、発生未収金の回収に努める。</li> </ul>
		24	検体検査迅速化および生理検査実施件数の増加	○	<ul style="list-style-type: none"> <li>1)7月に採血・検体検査の結果報告時間(TAT)の調査を3日間実施した。患者数の多い曜日では、待ち時間ピーク帯にて平均約2分短縮した。</li> <li>TATは集計のため評価未完了。免疫検査の再検率は大幅に減少した。</li> <li>2)生理検査実施件数は昨年度に比し6.3%増加し、特にエコー検査で著明で、頸部血管(137%)、乳腺(129%)、腹部(110%)、心臓(109%)であった。</li> <li>また、心エコーの即日検査対応比率も著明に増加した。(129%)</li> </ul>	888.3	A			
	一日平均外来患者数	880						A	<ul style="list-style-type: none"> <li>1)TAT調査が手作業で煩雑であるが、早急に集計・評価を行う。免疫検査の再検率は大幅に改善されたが、今後もより一層強化し、報告迅速化や経費削減を進める。</li> <li>2)生理検査の中でも、特にエコー検査の担当者を養成するとともに、予約枠増や即日対応に取り組んだ。</li> <li>また6月に心臓エコー熟練職員が採用されてから、件数増加はもちろん即日検査対応の割合が大幅に増強している。</li> </ul>	
	経費の削減	医業収益に占める材料費の割合	29.3%	25	診療材料購入費用の削減	○	<ul style="list-style-type: none"> <li>・新たなSPDの稼働</li> <li>・アンギオ室運営委員会の開催</li> <li>・材料消費に係る分析資料の作成</li> </ul>		A	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本年4月から新たなSPDを導入した。年度当初の切替えに伴う混乱もあったが、徐々に消費分析に係る資料が整いつつあるため、平成28年度からは前年度比較も可能になることもあり、今後はそれらを活用し、精度の高い消費管理、業務の効率化を図る。</li> </ul>
26				DPCコストデータの活用	○	<ul style="list-style-type: none"> <li>・DPC検討委員会および診療科ヒアリングにおいてDPCデータからみた情報の提案</li> </ul>		A		
27				後発医薬品の採用推進	○	<ul style="list-style-type: none"> <li>・薬事委員会で定期的に検討</li> </ul>		A		
医業収益に占める職員給与費の割合		46.6%	28	時間外勤務の削減	○	<ul style="list-style-type: none"> <li>・60時間以上の時間外勤務を行った診療科長あてに縮減を通知するとともに、外来診療時間の短縮を図った。また運営会議や診療部長会議にて縮減を呼びかけた。</li> </ul>	54.0%	B	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地方衛生委員会、医師事務軽減対策委員会、外来診療委員会が協働して、引き続き時間外勤務の削減に取り組む</li> </ul>	

平成27年度BSCフォローアップシート（年度末評価用）

所属名：成人病センター

区分	戦略的目標	BSCの当初目標設定内容			年間期進捗状況				評価・今後の対応
		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	効率的な運営体制の構築	総医師数(年度当初)	103	29 医療環境の変化を踏まえた医師の招聘	◎	・形成外科設置に向けて、医師が確保できた。	106	A+	・引き続き、大学との連携を強化し、医療環境に即した医師の確保を行う。
		専攻医医師数	18	30 専攻医等の確保	○	・内科専門医研修プログラムを作成した。	9	C	・内科専門医の確保に向けて、募集活動を強化する。
		総看護師数(年度当初)	458	31 看護師確保対策の充実	◎	・看護部ホームページの更新 ・看護学生アルバイト19名、インターンシップ1名 ・看護師教育プログラム(卒後教育)の充実 ・県内外の学校訪問に15校実施 ・就職説明会開催:3回 ・大学の説明会:2回 ・職員のメンタル面での支援 ・新規採用者のメンタル支援:面接実施(前期終了)	452	B+	・魅力のあるホームページになるよう一新した。潜在看護師の再就職支援研修の企画を実施した。1割の新人が体調を崩し健康上の理由から退職。また結婚に関係する事項で退職する職員が30%を占めた。
		看護師の離職率	6.5%		◎	・毎月システム定例会を開催 ・診療情報管理委員会と連携し ・電子カルテシステムのバージョンアップを検討した	8.60%	B+	
		医師1人当たり時間外勤務時間数	35	32 情報システムの整備と有効活用	○	・各部署で医師・看護師の負担軽減対策立案実施 ・9名採用4名退職により5名増 ・次年度欠員追加採用予定 ・毎月ドクターエイドミーティング ・ドクターエイド業務分析アンケート	35.0	A	・5年計画の執行体制に従い、標榜診療科数に近い数のドクターエイドを確保できた。平成28年度の診療報酬改訂に於いても上方改訂であり、今後の新たな配置計画を立案する。また、平成28年度より設置される教育・研修センターに於いて、より一層、各診療科の要望に沿った質の向上、レベルアップを図る。また、ドクターエイドの標準的な業務について今年度のアンケート結果に基づき整理を行い、より効果的に配置目的が達成されるように図る。 ・地方衛生委員会、医師事務軽減対策委員会、外来診療委員会が協働して、引き続き時間外勤務の削減に取り組み。
		職員アンケート項目「改善や工夫を意識して仕事に取り組んでいるか」での肯定的回答(そう思う、ややそう思う)率	84.0%	34 職員満足度調査結果の病院運営への反映	○	・全職員を対象とするアンケートを実施した。	86.3%	A	・肯定的回答率が緩やかに増加している。 ・アンケート結果をグループウェアソフトのサイボウズに掲載するとともに、アンケートに寄せられた意見についても病院執行部で共有し、今後の病院運営において考慮することとしており、意見への対応状況を職員向け広報紙にて周知した。
	職員アンケート項目「現在の仕事に充実感や達成感を感じているか」での肯定的回答(そう思う、ややそう思う)率	68.0%	○		・肯定的な回答率はほぼ横ばいで大きく変化していない。 ・アンケート結果をグループウェアソフトのサイボウズに掲載するとともに、アンケートに寄せられた意見についても病院執行部で共有し、今後の病院運営において考慮することとしており、意見への対応状況を職員向け広報紙にて周知した。	62.1%	B		
	チーム医療の推進	クリニカルパス適用率	67%	35 クリニカルパスの適用推進	◎	・アウトカム志向パスへの転換に向けて委員会、部会、勉強会の開催、パス学会・他病院のパス大会へ参加し、パスへの知識向上に努め71件のアウトカム志向パスが完成した。	59.5%	B+	・継続してパスを作成する職員への教育、院内全職員へのパスへの理解を推進し、未完成のアウトカム志向パスを完成させる。アウトカム志向パス運用の結果、バランス分析、アウトカム評価を実施できるシステムを構築する。
			67%	36 多職種間での情報の共有	○	・多職種によるカンファレンスや病棟運営会議を開催した。	B	B	・多職種間カンファレンスは開催はできており、また、参加する職種を柔軟に選択し開催できているところもあるなど、コミュニケーションの活性化が図られている。今後、いっそうの内容の充実を図る。また、病棟運営会議を3か月に1度開催する。
				37 医師・看護師間のコミュニケーションの活性化	○				
学習と成長の視点	将来を担う人材の育成	95%	38 院内の人材育成の推進	○	・指導医講習会に2名が参加。	74.4%	B	・未受講の医師に対し、引き続き講習会参加を受講を促す。	
		5		○	・今年度は院内から3名が受講修了した。	3	B	・H24年度から研修を開始し、4年間で102名の院内外の受講修了生を達成し、H27年度末で事業が終了した。	
		8	39 がん専門医臨床研修プログラムの推進	○	・計画していたことは、概ね達成することができた。 ・今年度は1名プログラムを修了した。 ・各専門センター開設に伴い、28年度前半に記念県民公開講座を開催する。 ・プログラムの新規参加および受講が伸び悩んでいる。参加者にセミナー講師として発表の機会を増やすなどの工夫が必要。	5	B	・新規参加者の募集。 ・継続的にセミナー参加を呼びかける。また、講師として発表の機会を設ける。 ・単位のとりにくい科目についてミニレクチャーを開催する。	
	40 研究所と診療部門との連携による臨床研究の推進		○	＜画＞脳卒中患者の新規PET製剤(FACE)研究を論文掲載(Stroke誌) ＜神経病態＞脳外科および京大精神科との臨床研究論文をPlos OneとMolecular Neuropsychiatry に発表。 ＜遺伝子＞当院皮膚科との共同研究として皮膚がんの発症機構に関する論文をJCI誌に発表 ＜聴覚＞AMED研究費獲得。聴覚研究室の一部整備完了により、動物を用いた基礎研究を開始する体制は整った。	B	・数値目標は達成しつつある。研究成果の論文発表が順調に遂行されている。他の新規および継続プロジェクトに関して、少しおこなわれているものもあるが、ほぼ計画どおり研究は推進されている。			
臨床倫理の浸透	臨床倫理啓発講演会開催数	2	41 臨床倫理啓発活動	○	臨床倫理専門部会を設置し、関係職員を中心に研修する場が形成された。	3	A	・招聘講師による臨床倫理研修会を1回開催するとともに、臨床倫理専門部会を2回開催し、臨床倫理にかかる課題の整理を行った。	