

	BSCの当初目標設定内容			年間進捗状況				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	入院患者満足度調査評点	4.5	接遇および患者さんの視点に立った病院機能の向上	△	・入院および外来患者満足度調査の実施	4.4	B-	<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・外来ともに満足度調査評点が目標値を下回った。調査において患者さんからいただいたご意見・ご要望について、関係所属への改善策の検討依頼ができなかったため、4段階評価をB-とした。今後も引き続き取り組みを行うとともに、調査集計から関係所属への改善策の検討依頼を迅速に行う。	
	外来患者満足度調査評点	4.2	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。 ・医療・福祉相談マニュアルを改訂した。	4.0	B	<相談機能(総合相談等)の充実> ・医療・福祉相談マニュアルを改訂し、総合相談の充実に努めた。	
			病院機能の再構築(新病棟の建設)	○	・新病棟建設工事業者決定(電気設備、機械設備) ・先行工事の実施(療育部駐車場工事、エネセン解体・インフラ設備切り直し工事、総保専寄宿舎棟解体、埋蔵文化財調査等)			<病院機能の再構築(新病棟の建設)> ・先行工事(埋蔵文化財発掘調査等)が完了した。しかしながら、新病棟建設工事(建築)が入札不調となり、当初計画より着工が約7ヶ月遅れることとなった。入札不調に対応するための予算の積み増しが認められたことから、再入札に向けた手続を早急に進める。	
	遠隔病理診断参加病院数	15	遠隔・迅速病理診断支援の実施体制の確立・推進	○	・セミナー、シンポジウムの開催 ・運用に関する規約と手引きを作成した、 ・保険診療を基に診断料その他の料金設定の基準を作成 ・病理検査技師に対して切り出し業務の行い方に関するセミナーを開催 ・病理技術に関する教育材料を提供するホームページを更新 ・病理医に対する研修 ・各種学会発表、論文発表等で本事業を紹介(基盤部分) ・4月より本格稼働、7月より術中迅速診断にも対応し、安定した稼働を実現した。	12	B	・病理診断支援ネットワーク形成の基盤がさらに拡充したことは評価に値するが、使用回線の変更から新規参入施設の実質参加が予定よりも遅れ、年度末を超えたことは反省点である。システム構成、運用ソフトの開発・改良や維持管理方法がなされた。その好利便性については、総務省近畿総合通信局長表彰を受賞したことや学会等での反響で明らかであり、評価されることと考えている。平成26年度には、さらに機器配布措置と診断者グループの拡大を行う予定である。また、県内の病理検体の70%以上を取り扱っている検査所の材料に対する病理診断の迅速返却システムの構築と他府県との広域連携を目指す。今後は、細胞診断の支援のあり方について検討する。教育に関しては、新たな視点に立つ技師教育の場を与えたことが、県のみならず我が国で高い評価を得た理由と考えている。今後もこれを続けていく必要がある。教育資料の充実とホームページの更新をさらに進める。(基盤部分) ・広域展開、滋賀県医療情報連携ネットワークへの移行。	
	健康情報番組(BBCいきいき健康ライフ)の放送回数	16	健康情報の発信	◎	・いきいき健康ライフの放映(4月～8月) ・ふれあいハートの発行(4回)	16	A+	<健康情報の発信> ・4月から毎週健康情報の放映および成人病センターホームページから動画配信を行っている。 ・院内刊行誌「ふれあいハート」については、6月、10月、1月、3月に発行し、関係先に配布した。	
			入院・外来患者への栄養情報の提供	◎	・栄養情報展示 ・入院患者への栄養情報配布 ・DVDによる病院食の紹介			<入院・外来患者への栄養情報の提供> ・計画どおりに実施。	
			疾病・介護予防センターの創設・推進	○	・これからの疾病予防を考える懇話会の開催 ・病院ホームページのリニューアルに併せて、疾病予防の専用サイトを開設。			<疾病・介護予防センターの創設・推進> ・情報の収集・発信の基盤が整い、ホームページや公開講座など、機会を捉えて科学的根拠に基づいた情報の発信等を推進していく。	
	紹介患者数(月平均)	860		○	・病病連携検討WGへの参加(3回) ・湖南医療圏医療情報NW協議会への参加(7回) ・地域医療連携懇談会への参加(8月) ・湖南がん診療ネットワークミーティングの開催(7回)	885	A	・ほぼ計画どおりに実施できた。 ・湖南がん診療ネットワークミーティングを7回開催できた。	
	退院調整カンファレンスの開催回数	260	地域医療連携の推進	◎	・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	271	A	<地域医療連携の推進> ・各種連携に取り組んだ結果、計画以上の進捗となった。 今後も引き続き取り組みを推進していく。	
			病病診在宅連携体制の構築	△	・ワーキンググループを設け、24年度に懇話会で検討した方針に基づき、守山市民病院と成人病センターによる病病連携の取組を具体的に検討し、診療連携にかかる基本方針をとりまとめた。			<病病診在宅連携体制の構築> ・守山市民病院と成人病センターの診療連携については、それぞれ、地域医療の拠点(支援)病院と県の基幹病院としての役割に基づき、当面の具体的連携を進めることになった。今後は、連携の拡充向け、さらに協議検討が必要である。	
地域医療ネットワークシステムによる医療情報共有			○	・滋賀県医療情報連携ネットワーク構築支援(平成26年7月稼働予定) ・地域医療連携システム(ID-Link)の導入	<地域医療ネットワークシステムによる医療情報共有> ・守山市民病院と成人病センターの医療情報ネットワークについては、県のネットワーク整備事業によって実現することとなった。				
人材育成センター研修修了者数(院外)	20	人材育成センター事業の推進	◎	・推進協議会開催 ・人材育成研修実施	25	A+	・計画どおり実施できている。		
がん患者数(年間退院患者数)	2,970	診療成績等の積極的な公表	○	・地域がん登録統計(5年生存率含)を病院ホームページに公表(病院ホームページのリニューアルに伴い現在作業中)	3,037	A	<がん診療成績等の積極的な公表> ・継続して統計を作成し、データ更新していく。		
脳神経疾患・心臓血管疾患・糖尿病患者数(年間退院患者数)	2,300	高度医療機器の計画的な導入	○	・計画どおり、機器の選定を行っており、高度医療機器のCT装置についても早期に仕様検討、入札を行い、下期からの稼働が可能になった。	1,829	B	<高度医療機器の計画的な導入> ・引き続き計画的に機器選定、調達を行っていく。		
悪性腫瘍手術件数(うち5大がん)	950(490)	手術療法、化学療法、放射線療法、緩和ケアの充実	◎	・滋賀県がん医療フォーラムを2月11日に開催 ・がん診療セミナー12回(県民公開講座4回を含む)、がん診療支援セミナーを2回開催。 ・がん看護研修の開催(5月～9月、計7回) ・滋賀県緩和ケア研修の開催(5月) ・委員会の開催(7月、2月)	890(482)	B+	<手術療法、化学療法、放射線療法、緩和ケアの充実> ・がん関係の研修やがん診療セミナーは予定どおり開催できた。 ・委員会は厚生労働省からのがん診療連携拠点病院の新整備指針の通知が遅れたため、開催時期が遅れた。 ・次年度は拠点病院指定要件変更への対応、緩和ケアセンターの整備に努める。		

	BSCの当初目標設定内容			年間進捗状況				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	
	放射線治療件数(月平均)	890	がん相談支援センターの機能充実	○	・看護師およびMSW、臨床心理士等の多職種連携を進め、がん相談支援体制の整備を図った。 ・相談員基礎研修の受講修了(基礎研修Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ) 1名 ・「滋養の療養情報」を配付するとともに冊子の評価・検討を行った。	846	B	<p><がん相談支援センターの機能充実></p> <ul style="list-style-type: none"> ・がん相談支援の充実は図られたが、相談員の欠員や不足により相談件数が伸びなかったため、今後は、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。 ・がん相談支援センター相談事例検討会を開催した。 ・がん相談シートの標準化に向けた検討を行った。 <p><がん診療連携の推進></p> <ul style="list-style-type: none"> ・概ね予定どおり取り組めたほか、滋賀県がん診療連携協議会の取組については、PDCAサイクルによる進行管理を導入するなど、新しい取り組みを開始できた。 ・次年度は新たながん診療連携拠点病院整備指針の変更にスムーズに対応する必要がある。 <p><病理診断の迅速化></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ようやく機器が購入できたので、今後他の生検に拡大予定。
	外来化学療法件数(月平均)	450	がん診療連携の推進	◎	・滋賀県がん診療連携協議会の取組について、概ね予定どおり取り組んだ。	455	A+	
			病理診断の迅速化	◎	・全自動染色機システムを導入した。			
	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	60	インシデント、アクシデントレポートの分析・活用	◎	○所属：SHELL分析、RCA分析 総数75回実施 ○医療安全カンファレンス74回 医療安全カンファレンスでのSHELL分析、RCA分析32回 ヒヤリング回数12回	75	A+	<ul style="list-style-type: none"> ・所属での SHELL分析、RCA分析の実践できるように、医療安全推進チーム会議・医療安全カンファレンス・医療安全推進者研修をおこなった ・活発に実践できた所属とできなかった所属があり、次年度への課題を残した。 ・結果については院内お知らせ等で周知できた。
MRSA感染件数	0.5%	感染対策の充実	◎	・院内感染対策サーベイランス ・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 ・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。 ・標準予防策および接触感染予防策実施の指導 ・血液培養2セット実施の啓蒙	0.50%	A+	<ul style="list-style-type: none"> ・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。その取り組みの結果、MRSA感染率の数値目標が達成できた。 ・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。 ・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。 ・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。 	
財務の視点	経常収支比率	100.5%	診療科別収益目標の設置・管理	○	・年度当初に診療科別目標患者数を設定、毎週報告。	100.2%	B	<p><診療科別収益目標の設置・管理></p> <ul style="list-style-type: none"> ・年初に診療科別の目標患者数を設け、週ごとに執行部会議で報告し、診療科へも毎週患者動向を送付するなどの対策を講じた。 <p><経営状況の院内周知></p> <ul style="list-style-type: none"> ・週間患者動向については、毎週、診療部長にメール配布を行い、運営会議で収支状況および患者動向を報告する等の院内周知を行った。
			経営状況の院内周知	○	・毎週患者動向を診療科、執行部会議へ報告 ・収支を運営会議で報告			
	一日平均入院患者数	440	効率的なベッドコントロールの実施	◎	・病棟別の病床利用率の発信(毎日夕) ・病床調整の実施	409.5	B+	<p><効率的なベッドコントロールの実施></p> <ul style="list-style-type: none"> ・病棟別の病床利用率の発信(毎日夕)・病床調整の実施 <p><加算の請求漏れ防止対策および未収金対策の徹底></p> <ul style="list-style-type: none"> ・レセプト検討会および保険医療委員会を通じ、診療報酬算定もれ等防止に努めた。 ・また、平成25年度査定率は0.196%と悪くなっている(昨年同時期0.153%)。 ・オンライン請求による縦覧点検等査定が厳しくなっているためと考えられるが、これに対応するようレセプト点検の精度を上げていく。 ・引き続き査定率向上により収入増加に努めるとともに、診療報酬改定内容を十分把握し、適正な請求に努めていく。 ・また、未収金は専門嘱託の配置に伴い、訪問督促、電話督促の成果が出ており、引き続き未収金の減少と発生防止に努めていく。 <p><検体検査迅速化および生理検査実施件数の増加></p> <ul style="list-style-type: none"> 1) TAT調査が手作業で煩雑なため、調査システムの構築を急ぐとともに、再検率検証により報告迅速化や経費削減を進める。 2) 生理検査拡充目的で7月にローテーションにて増員し、特にエコー検査の担当者を養成、2名がほぼ習得した。 <p>次年度では件数増加はもちろん、即日検査への対応も増強する。</p>
			加算の請求漏れ防止対策および未収金対策の徹底	○	・レセプト検討会 ・保険医療委員会 ・未収金専門嘱託の配置			
	一日平均外来患者数	900	検体検査迅速化および生理検査実施件数の増加	○	1) 6・11・2月に採血・検体検査の結果報告時間(TAT)の調査を実施したが評価が未完了。採血待ち時間はやや短縮～同様。 2) 生理検査実施件数は昨年度上半期に比し0.3%減少したが、頸部血管エコー(170%)、脳波(54%)、ABI(25%)では著明に増加した。	859.3	B	
診療収益に占める材料費の割合	29.3%	診療材料購入費用の削減	○	・新規採用申請があった材料に対しては、ベンチマークデータにより比較検討を行った。	30.1%	B	<p><診療材料購入費用の削減></p> <ul style="list-style-type: none"> ・材料比率の高い、循環器科、整形外科の稼働率の増加により材料比率が高くなった。 ・今後は、病院上層部、診療科長の協力を得ながら価格交渉を実施していく。 <p><DPCコストデータの活用></p> <ul style="list-style-type: none"> ・各診療科あてDPCデータの送付を平成25年12月より実施継続中。 <p><後発医薬品の採用推進></p> <ul style="list-style-type: none"> ・目標値を達成 次年度も継続して取り組む 	
		DPCコストデータの活用	○	・DPC検討委員会に診断群分類別の在院日数、総医療費、出来高比較、他病院との比較等資料の提供				
		後発医薬品の採用推進	◎	・後発医薬品への切替提案 ・薬事委員会での審議				

	BSCの当初目標設定内容			年間進捗状況				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	
	診療収益に占める職員給与費の割合	51.7%	時間外勤務の削減	○	○職員の時間外勤務状況等の管理 ・長時間勤務者の常時把握と所属長への報告 ○時間外勤務削減対策の推進 ・時間外勤務の適正な把握を推進し、時間削減への取り組みを進める。	55.9%	B	・転入者をはじめ長時間の時間外勤務職員が増え、時間削減の伝達指導を行ったが、9月までの医師の時間外勤務時間数は、前年同期より約3時間近く増えたため、さらに改善活動の強化に努める。
内部プロセスの視点	総医師数(年度当初)	103	医療環境の変化を踏まえた医師の招聘	○	・京都大学糖尿病・循環器内科 稲垣教授を招へいし、講演会・懇談会を開催	93	B	・執行体制の充実に向けた大学病院と情報交換、医療充実のため医師の派遣依頼を継続する。
	専攻医医師数(年度当初)	17	専攻医等の確保	○	・4/1 専攻医4名受け入れ ・6/30 レジナビフェア参加 ・7/28.8/24 研修医採用試験 ・8/2 専攻医募集HP修正 ・3/15滋賀県臨床研修病院合同説明会参加	16	B	・概ね計画どおり実施している。
	総看護師数(年度当初)	439	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21名、インターンシップ3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12校実施 ・就職説明会開催:2回 ・大学の説明会:1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)	422	B+	・魅力のあるホームページになるよう一新すること検討する ・平成26年2月頃に専門学校2年生と大学3年生を対象とした就職説明会を実施した ・潜在看護師の再就職支援研修を12月に実施し、パート看護師の就職につながった。
	看護師の離職率	6.5%		◎	8.8%	B+		
	医師1人当たり時間外勤務時間数	37	情報システムの整備と有効活用	○	・病院総合医療情報システム委員会を2回/年実施、および毎月システム定例会を開催。	37.1	B	<情報システムの整備と有効活用> ・安定稼働と不具合削減を目指し、電子カルテシステムのバージョンアップを検討。 <医師事務等軽減対策の推進> ・公募人数を確保できず、配属希望診療科へ十分な配属ができなかった。また、各ドクターエイドの能力により、医師事務軽減の程度のばらつきが生まれている。 ・今後は、ドクターエイドの基礎研修・実地研修ならびに昨年度からのドクターエイドのスキルアップを図るとともに、処遇、勤務条件の改善協議を図り、人数確保にも努めたい。
			医師事務等軽減対策の推進	○	・ドクターエイド:6名(血液・腫瘍内科、整形外科、泌尿器科、婦人科、眼科、緩和ケア科)を新たに採用。			
	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	82.0%	職員満足度調査結果の病院運営への反映	△	・7月に全職員を対象に職員アンケートを実施した。	80.4%	B-	・アンケートを実施したが調査結果の検討には取り組めておらず、来年度の課題である。
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	62.5%	△		55.8%		B-		
クリニカルパス適用率	61%	クリニカルパスの適用推進	○	・2か月に1回クリニカルパス委員会を開催。パスの質向上に取り組んだ。	57.6%	B	<クリニカルパスの適用推進> ・現在パス化できていない疾患についてパス化できるものを抽出し、委員会で検討する。アウトカム設定パスの評価。 <多職種間での情報の共有> ・定期的に多職種カンファレンスを開催し、情報の共有を図ることができた。 <医師・看護師間のコミュニケーションの活性化> ・病棟運営会議を3ヶ月に1回、開催する。	
		多職種間での情報の共有	○	・各診療科または合同での多職種カンファレンスを定期的開催。				
		医師・看護師間のコミュニケーションの活性化	◎	・病棟運営会議の開催ほぼ全部署で開催した。				
学習と成長の視点	部長および副部長のうち研修指導医(研修修了者)である医師の割合	85%	院内の人材育成の推進	◎	・推進協議会開催 ・人材育成研修実施	70.5%	B+	・今年度は滋賀県病院協会主催の研修が行われないこと、他団体主催の研修は遠方で開催され、人数制限もあることから大幅な数値改善は困難である。数値目標についてはパーセンテージではなく、年度ごとの受講者数とすることが妥当であると考えられる。 ・院内外定員25名の募集に34名の応募があり、うち27名が修了。 ・院内としては、数値目標2年間累計10人のところ9人まで修了できている。
	人材育成センター研修修了者数(院内)	5				2	C	
	がん専門医臨床研修プログラム修了者数	4	がん専門医臨床研修プログラムの推進	○	・月1回のがん診療セミナーの開催・内容充実とともに、がんの基礎医学・診断学等を学習できる「がんのミニレクチャー」を年間18回開催し、プログラム参加者の単位履修工場を図った。	3	B	・日常の診療・実習・カンファレンスの参加で単位が取得できる履修内容に改正する。 ・受講者が単位取得状況を把握しやすいように受講者手帳を作成する。 ・セミナー、講義等の参加で取得できる単位を受講者に毎回周知していく。
	-	-	(研究所と診療部門との連携による臨床研究の推進)	○	・新規PET製剤(FPYBF-2、アミロイドイメージング)健常者研究を終えた。新規PET製剤(FPYBF-2、アミロイドイメージング)臨床研究は順調に推移している。奈良県立医科大学精神医学講座、JohnsHopkins大学と共同研究にて、当研究所で見出された統合失調症におけるCXCL12/CXCR4 シグナルの異常がヒトの統合失調症者でも見出されることを報告し Proceedings of the National Academy of Sciencesに論文を掲載した。骨髄増殖性疾患の遺伝子異常に関する研究で45検体の結果を病院に報告した。	-	-	・目標は達成した。当初計画どおり研究は推進されている。
	臨床倫理啓発講演会開催数	2	臨床倫理啓発活動	○	・臨床倫理研修会 開催 ・専門部会開催 ・脳死下臓器移植セミナー開催	2	A	・臨床倫理をテーマにした研修会および臨床倫理研究に関連する脳死下臓器移植セミナーを実施することにより、倫理意識の高まりに効果的であった。