

H23年度病院BSC年度末評価シート

所属名:成人病センター

	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	
入院患者満足度調査評点	4.5	接遇の向上	○	・新任・転入者への接遇研修の実施 ・接遇研修を2回開催	4.5	A	・接遇研修指導者養成については、参加予定者が業務の都合により参加できなかったため来年度は確実に参加できるようにする	
		相談機能(総合相談)の充実	○	・MSW(嘱託)の配置 ・医療福祉相談の実施 ・意見・苦情相談に係る院内調整に努めた。			A	・MSW(嘱託)の配置により相談体制の充実が図れた。 ・フロアマネージャーの配置についての検討を進める。
		患者さんの視点に立った病院機能の改善	○	・患者満足度調査の実施(調査結果の公表、各所属・委員会等に改善を指示) ・院内ラウンドの実施(インスタントシニア等) ・「そよ風」等のサービス向上への活用(①「そよ風」への対応についての検討・関係所属への対応依頼、②「そよ風」のプラス評価の投書等をもとに表彰を実施)			A	・「そよ風」や「外来ボランティアさんの気づきの一言」などをもとにした改善はある程度できたものの、院内ラウンドの結果を踏まえた改善必要事項のうち①公衆電話やトイレに杖ホルダーを設置すること②新館1階の公衆電話の場所の表示を大きくわかりやすいものを設置するの2項目が未対応となっている。 また、担当部署への積極的な改善指示等を充分に行う必要がある。
外来患者満足度調査評点	4.3	予約センター(画像・生理検査、診察、電話予約)の設置	○	予約センターは設置せず、各ブロック受付において、医師の予約オーダー入力等を補助することとした。	4.0	B	・各ブロックにおける、予約オーダー入力補助に関する業務調整を進める。	
		病院機能の再構築	◎	・新々棟建設および西館改修に係る基本設計 ・各プロジェクトの実施、検討			B	・来年度は、実施設計を行う。施設の設計に関する検討に加えて、新機能の運用面の検討を詳細に検討していく必要がある。 ・遠隔病理診断支援事業はネットワーク構築等が進んだ。健康情報事業はTV放送が実施された。 来年度は、全てのプロジェクトが本格稼働することになるが、確実な執行が求められる。

H23年度病院BSC年度末評価シート

所属名:成人病センター

	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	
			遠隔・迅速病理診断支援の実施体制の構築	○	<ul style="list-style-type: none"> ・セミナー、遠隔病理診断シンポジウムの開催 ・びわ湖細胞病理テュートリアルの開催 ・参加依頼5施設、13名の病理医の診断者グループ参加を得た ・教育支援事業として、セミナーの開催、教育材料の作成とホームページの公開を行った 			<ul style="list-style-type: none"> ・来年度早々にバーチャルスライド機器を各病院に整備し、回線網との接続を行う。その上で、まず術中迅速病理診断ネットワークを構築、運用していく。 ・平成25年度には、対象病院を増やすとともに、通常病理診断へ応用すべく拡大していき、検査センターを通じた診療所の病理診断の円滑化、迅速化を図ることになっているため、平成24年度にはその基盤を確立していく。 ・細胞診断の支援のあり方について検討し、ネットワーク形成を図る。 ・外部施設の技師教育の場を創設するとともに、教育資料の充実とホームページ公開をさらに進める。
がん患者数(年間退院患者数)	3,024		診療成績等の積極的な公表	○	・ホームページおよび年報で公表を行った	2,679	A	・継続していく
脳神経疾患・心臓血管疾患・糖尿病患者数(年間退院患者数)	2,393		高度医療機器の計画的な導入	○	・医療機器整備委員会の中に医療機器整備検討部会を設置、MRI、小線源治療装置等高額機器について計画どおり実施できた。	2,096	B	・医療機器整備検討部会を定期的に開催し、必要度の高い医療機器については、早期の整備を行う。
悪性腫瘍手術件数(うち5大がん)	1,001(607)		化学療法、放射線治療、緩和ケアの充実	○	<ul style="list-style-type: none"> ・化学療法・・・専従医師を1名配置したが、日本臨床腫瘍学会がん薬物療法専門医は配置できなかった。 ・放射線治療・・・4月末からIMRT治療を開始した。 ・がん治療認定医数11名(平成23年度末在籍者) ・緩和ケア・・・医師対象緩和ケア研修修了者総数10名(平成23年度) ・緩和ケアチーム活動をフロー図により明確化を図った。緩和ケアのマニュアルも完成し、一般病棟に緩和ケアチーム活動の浸透も深まっている。 	895(501)	B	・今後も化学療法、放射線治療、緩和ケアの充実に努めていく必要がある。
放射線治療件数(月平均)	738		患者会、家族会との連携推進	○	・患者会との連携を図り、がん患者サロンの運営等に協力した。	885	A	<ul style="list-style-type: none"> ・相談支援部会等の活動を通じて患者会との連携が図れた。 ・引き続き連携を推進していく。

H23年度病院BSC年度末評価シート

所属名:成人病センター

	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	外来化学療法件数(月平均)	250	がん講演会・研修会の開催	○	<ul style="list-style-type: none"> ・がん診療セミナー、がん診療支援セミナー、がん看護研修の開催 ・緩和ケア研修の開催(平成23年5月22日・29日、12月11日・18日) ・滋賀県がん医療フォーラムの開催(平成24年1月29日) ・看護師対象緩和ケア研修の実施(平成23年9月5日～8日) 	271(4～7月平均)	A+	<ul style="list-style-type: none"> ・がん専門医臨床研修プログラム推進チームや、滋賀県がん診療連携協議会の取組を通じ、計画的に講演会・研修会を開催できた。 	
	緩和ケアチーム介入件数(実人数)	210	がん相談の充実	○	<ul style="list-style-type: none"> ・消化器がん(週1回)、乳がん(月1回)、肺がん(週1回)、血液・腫瘍内科がん相談Q&Aの改訂、HPへの掲載。 	227	A	<ul style="list-style-type: none"> ・がん相談Q&Aの改訂、HPへの掲載。 ・全県的ながん相談Q&Aの改訂、HPへの掲載。 	
	がん相談件数	1,200	がん相談の充実	○	<ul style="list-style-type: none"> ・MSW(嘱託)の配置 ・がん相談Q&Aの改訂、HPへの掲載。 	757		B	<ul style="list-style-type: none"> ・MSW(嘱託)の配置により、多職種による相談体制が整った。 ・相談件数の適正管理を図る。
			がん診療連携の推進	◎	<ul style="list-style-type: none"> ・滋賀県がん診療連携協議会を11月4日、3月19日の2回開催 			A+	<ul style="list-style-type: none"> ・計画どおり開催でき、協議会での議論を通じて滋賀県内のがん診療連携を推進することができた。
			(再掲)遠隔・迅速病理診断支援の実施体制の構築	○	<ul style="list-style-type: none"> ・セミナー、遠隔病理診断シンポジウムの開催 ・びわ湖細胞病理テュトリアル開催 ・参加依頼5施設、13名の病理医の診断者グループ参加を得た ・教育支援事業として、セミナーの開催、教育材料の作成とホームページの公開を行った 			B	<ul style="list-style-type: none"> ・来年度早々にバーチャルスライド機器を各病院に整備し、回線網との接続を行う。その上で、まず術中迅速病理診断ネットワークを構築、運用していく。 ・平成25年度には、対象病院を増やすとともに、通常病理診断へ応用すべく拡大していき、検査センターを通じた診療所の病理診断の円滑化、迅速化を図ることとしているため、平成24年度にはその基盤を確立していく。 ・細胞診断の支援のあり方について検討し、ネットワーク形成を図る。 ・外部施設の技師教育の場を創設するとともに、教育資料の充実とホームページ公開をさらに進める。

H23年度病院BSC年度末評価シート

所属名:成人病センター

	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	
紹介患者数(月平均)	820	地域医療機関との情報交換の推進	○	・地域医師会懇談会等への参加 ・湖南圏域ネットワークミーティングの開催	810	B	・前年度から紹介患者数は着実に増加しているが、目標数値には達しなかった。今後も引き続き病診連携の取り組みを進める。	
		地域連携クリニカルパスの作成・運用	○	・地域連携クリニカルパス研修会の開催 ・地域連携クリニカルパス院内フローの策定			・ほぼ計画どおりに取り組めた。 ・地域連携パスの運用・管理体制の整備を図っていく。。	
退院調整カンファレンスの開催回数	145	後方連携の推進	○	・対象患者のスクリーニング ・退院支援計画の作成 ・退院調整カンファレンスの開催 ・在宅サービスの調整・連携	176	A	・ほぼ計画どおりに取り組めた。 ・円滑な退院調整に向けての体制整備を図っていく。	
		地域医療ネットワークシステムによる医療情報共有	△	・地域医療再生事業で実施していくことが確定となった。(医療福祉推進課の事業、病院協会受託) ・検討会の設置、基本構想の策定			・全県型医療情報ネットワークの構築に向け、(医療福祉推進課が病院協会に委託し、病院協会の一員として実施していくこととなった。今年度は検討会を設置し、ネットワーク構築に向けた基本構想を作成していくこととなっている。	
院外広報紙の発行回数	4	院外広報誌の充実	○	・広報連絡員を通じ各所属に掲載記事アンケート照会を実施 ・読者アンケートの実施 ・広報誌編集WG会議での企画編集(年3回)	4	A+	・アンケートを実施し、職員や読者の意向を考慮した誌面作りを行った。 ・広報連絡員や広報誌編集WGメンバーを通じて、院内の調整を図り、誌面の充実を行った。	
		患者さんの視点に立ったホームページの充実	○	・広報連絡員を活用したページ内容更新 ・更新日時の表記を追加 ・「健康情報の発信」ページを新設 ・更新113件			・今後の取組として、チーム医療のページ化・項目化を進める。また、項目の見直しを行う等ホームページの充実を図っていく。	
		広報連絡員の設置活動推進	○	・広報連絡員再委嘱済み(23.4) ・広報連絡員を通じて、広報事項を収集(メールを活用)。 ・広報連絡員を通じてHPの更新体制を確立。			・広報事項(院内行事)一覧の作成・周知により、各講演会等の院内外の広報活動について、一定の効果が上がっている。今後も広報事項一覧は定期的に周知・照会を行う。 ・広報連絡員会議は、HPの更新確認依頼にあわせて半年に1回の割合で開催。	

H23年度病院BSC年度末評価シート

所属名:成人病センター

	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	
			県政記者クラブへの積極的な情報提供	○	<ul style="list-style-type: none"> 資料提供 年間27件の資料提供。うち、22件が新聞紙面等に掲載。 取材受入(資料提供案件を除く) 中日新聞: 医人伝(財間外科長) 読売新聞: 病院の実力(松田老年内科長) その他 守山市有線放送出演、新聞記事連載等 		A+	<ul style="list-style-type: none"> 講演会等イベントの開催案内や研究発表等を随時発表しており、平均月2回ペースで資料提供を行っている。引き続き、積極的な資料提供を行う。 滋賀ネット受付サービスへ漏れなく情報登録を行い、報道機関への情報提供の機会を増やす。
インシデント・アクシデントレポートに対する改善取組件数	150	インシデント、アクシデントレポートの分析・活用	◎	<ul style="list-style-type: none"> レポートからの改善例 ①手術室ハッチウェイ誤操作による患者巻き込み ↓ P-m-SHELL分析を実施し操作盤のマークの修正と統一を図った。異動者や新採用者への教育システムの構築をした ②シャワー椅子に座っている患者に足浴するために足を持ち上げ転倒した ↓ シャワー椅子の危険度の検討を行い、安全性の高いシャワー椅子に変更した。院内「おしらせ」にて注意喚起を実施した ③患者間違い ↓ 各部署での患者間違いが、多発し確認対策を実施してきたが軽減しないため、患者に名乗ってもらうためのポスターを検討した。検査室、レントゲン室、各診察室の前に掲示し注意喚起を実施した。 	150	B-	<ul style="list-style-type: none"> ①提出された全レポートにおいてファントル君システムで、改善策・防止対策が立案され実施評価している ②多職種間で関連するインシデントレポートも必要時、関係職種にレポートの転送を行い、インシデントを共有し専門職としての改善案の提案を依頼し提出されたレポートは1740件であった。 平成24年度より数値目標を変更し取り組みを行っていく 	

H23年度病院BSC年度末評価シート

所属名:成人病センター

	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	
MRSA感染件数	0.37%	感染対策の充実	◎	<ul style="list-style-type: none"> 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制 抗MRSA薬届出制 ICTIにて検出菌、抗菌薬使用状況を情報共有し、必要時は主治医に抗菌薬適正使用および培養検査を依頼した 標準予防策および接触感染予防策実施の指導 	0.58%	B-	<ul style="list-style-type: none"> アクションプランの取り組みは中間評価以降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し取り組んできたが、結果は感染率の増加となった。 今後は、 抗菌薬使用理由や当院での抗菌薬使用形態の分析が必要 感染症医のコンサルトが必要 ICTI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いためできない。重症感染症の事例も多く1回/週でも感染症医のコンサルトが必要であり、それにより誤った抗菌薬の使用は減らせる。 薬剤耐性菌の発生を予防、伝播防止の強化を行う。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。 	
経常収支比率	101.0%	診療科別収益目標の設置・管理	△	<ul style="list-style-type: none"> 専用ソフトを購入し、各種データの入力を実施した。 	97.40%	B-	<ul style="list-style-type: none"> 薬剤費のデータの各診療科への割り振りに手間取っており、年度内に目標管理まで移行することができなかった。 来年度から活用していけるよう準備を進めていく。 	
一日平均入院患者数	426	効率的なベッドコントロールの実施	◎	<ul style="list-style-type: none"> 病棟別の空床状況の発信(タ1回) 師長会で病床利用状況の発信 京大ベッドコントロールシステム見学 	389	B+	<ul style="list-style-type: none"> 引き続き病棟別の空床状況の発信(タ1回)を続行 空床ベットの考え方を病床管理委員会で検討 	
		手術室の有効活用	○	<ul style="list-style-type: none"> OR6室の無影灯更新後、火曜日泌尿器科の生検手術 木曜日の口腔外科を6室で実施 特殊ルーム4部屋(OR1・6・外来1・2)の稼働率 38% 		B+	<ul style="list-style-type: none"> 前年度に比し3%UP、今後は全体としての稼働状況を考慮したスケジュールを検討していく必要あり。 	
		広告事業の推進	○	<ul style="list-style-type: none"> びわ湖細胞病理テュートリアルハンドアウトに広告を掲載 		A	<ul style="list-style-type: none"> 各種シンポジウム等のハンドアウトを中心に引き続き広告企業を募っていく。 	
		健診事業の見直し	×	<ul style="list-style-type: none"> 平成24年度以降、医事課疾病・介護予防担当において事業を進めることとなった。 		C	<ul style="list-style-type: none"> 平成24年度は検討会議の開催等により、疾病・介護予防センター事業を推進する。 	
		未収金対策の徹底	○	<ul style="list-style-type: none"> 未収金発生率 3月末 5.55% (前年同期 5.73%) 		B	<ul style="list-style-type: none"> 毎月、前年同期と比較し、早期の回収に努める。 	

H23年度病院BSC年度末評価シート

所属名:成人病センター

	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	
財務の視点	一日平均外来患者数	890	請求漏れ防止対策の徹底	○	・テーマを設定して順次、実施する方法と新規の委託により別の視点から点検を行うことを含めて検討・実施(新規システム(電子カルテを含む)との調整)整)	848	B	・算定調査結果を検証するために、算定対象患者の把握に努め、算定漏れの減少を図る。
			検診料、個室料、文書料、保険外併用療養費の適正化	○	・保険外診療費(医師面談料、死後処置料)の価格設定について事業所に依頼した。		B	・今後、事務局長会議等で検討のうえ3病院共通の料金を設定する。
			栄養管理実施加算の算定数の増加	△	・紙運用から電子カルテ運用への働きかけ、効率的な栄養管理計画を作成(99,040件/年)		A-	・電子カルテへ移行と同時に合理化の予定であったが、電子カルテ対応は未実施で紙運用のまま、今後は通常業務の中で実施。
			検体検査迅速化および生理検査実施件数の増加	○	・検体検査の結果報告時間(TAT)は変化なく、迅速化は捗っていない。 ・生理検査実施件数は昨年度に比し約3%増加。特にABI(92%)、PSG(46%)で著明であった。		B	・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、報告遅延検体の原因究明を行い時間短縮を目指す。 ・特に要望の多い循環器やPSG検査に対応できるよう、部門内の業務体制を見直すと共に、スタッフの増員を図りたい。
診療収益に占める材料費の割合	28.6%	購買監査の推進	△	・2月末 材料比率 H22 31.1%→H23 32.0% 給与比率 H22 59.3%→H23 57.4%	32.00%	B	・医薬品等の値引き交渉を行う。	
		DPCコストデータの活用	○	・主な診断群分類別の在院日数、総医療費に関する資料の提供 ・特定入院期間超えとなった症例に関する資料の提供		B	・経営改善WGへ資料提供	
			後発医薬品の採用推進	◎	・後発医薬品の導入促進 195品目		A+	・数値目標は達成したが、今後、導入品目に関する副作用情報等の収集に努める。

H23年度病院BSC年度末評価シート

所属名:成人病センター

	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	54.4%	アウトソーシングの推進		・病院運営に関わる業務のうち、施設整備管理などで外部委託を進めており、平成22年度末で取組を終了した。	57.40%		<ul style="list-style-type: none"> 放射線治療体制が確立した。 今後の対応 放射線治療品質管理士・治療専門技師の養成 必要学会への発表・単位の取得 一般公開講座の実施
			高度放射線治療の充実	◎	・放射線治療体制が確立した		A+	
総医師数	89	形成外科等の医師の招聘	△	・放射線診断医等を増員した。	87	C	・医療環境の変化を踏まえ、次年度以降検討を進める	
専攻医医師数	18	専攻医プログラムの充実	○	<ul style="list-style-type: none"> 京都大学の「マグネット病院連携を基盤とした専門医養成(大学病院とマグネット病院との機能的連携を基盤とした高度医療人養成プラン)」による専攻医の受入れ 臨床研修病院説明会(レジナビ)への参加 滋賀県病院協会主催の滋賀レジデント(研修医)育成病院連携プログラムへの参加 	16	B	・引き続き、専攻医のプログラムの充実を図るとともに、研修生向けに情報を発信していく。	
総看護師数	425	看護師確保対策の充実	◎	<ul style="list-style-type: none"> 看護部ホームページの更新 次年度の看護師確保良好 学生アルバイト 23名 インターシップ 18名 看護学校訪問 <ul style="list-style-type: none"> 県内:5校 県外:14校 就職説明会開催:3回 大学の説明会:1回 看護協会・企業の説明会:4回 職員へのメンタル支援 新卒看護師のメンタル支援:毎月 看護学生にアンケート実施、その結果を師長会にて報告 情報の共有 	415	A+	<ul style="list-style-type: none"> 看護部ホームページの充実 全看護職員あげて、インターシップ・病院見学に今後も協力していく 看護学生のアンケート実施については、方法を検討の予定 	

H23年度病院BSC年度末評価シート

所属名:成人病センター

	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	
内部プロセスの視点	看護師の離職率	9.0%	職員相談体制の充実	△	・県人事課の設置した一般、健康、セクハラ、ストレス、精神保健、ライフプランの相談窓口の周知の徹底を図った。	6.10%	B-	○リエゾンナース、臨床心理士等、職員相談担当者の確保については、引き続き検討。
	業務改善取組件数	46	—	◎	・総務管理課1件、医事課3件、医療情報室4件、看護部17件、薬剤部2件、臨床検査部12件、臨床工学部2件、栄養指導部1件、リハビリテーション科2件 合計44件	44	A	・各所属共に業務改善が行われている。引き続き業務の改善に努めていく。
			医療機器管理体制の確立と充実	◎	・医療機器管理規定を定め周知 ・消耗付属品の中央管理 ・人工呼吸器運用管理 ・業務のマニュアル化 ・業務のデータベース化 ・学会発表等の活発化 ・内部講習、研修の充実			・医療機器のインシヤルコストの削減およびランニングコストの削減に随時取り組んだが、結果の評価が出来なかったことが反省点である。その他は概ね十分な取り組みが出来、目標を達成することが出来た。
			情報システムの整備と有効活用	○	・平成23年1月に電子カルテ導入。レスポンス向上による患者さんの待ち時間短縮。 ・DWH活用による診療情報データの抽出			継続 ・電子カルテシステムの安定稼働をめざし、運用実績の評価を行う。 ・マスタメンテナンスの総合的管理の実施。
	外来終了時刻(平均)	17:15	会議時間の短縮	○	・委員長と事務局等による事前準備および事前資料の配付等。ほとんどの委員会で実施	18:21	B	・引き続き会議時間数の削減に取り組んだ。また、時間数については、各委員会の議題により異なるもので、毎回比較するものではないため、数値目標による把握は行わなかった。
	1人当たり時間外勤務時間数	17	労務管理の充実	○	・H22.7月より試行の時差出勤について、7月より本実施した。 ・時間外の削減について、各所属内での平準化について、各診療科等へ指導を実施。	24.0	B	・各診療科の体制等、時間外勤務内容について、引き続き確認および指導の実施。
	多職種カンファレンス実施	17	クリニカルパスの適用推進	○	・クリニカルパス適用を推進 ・クリニカルパス内容の見直し・修正	10	A	・アウトカムおよびバリエーションを整備・登録し、医療の質の向上に取り組む。 ・クリニカルパスを運用していない診療科で、クリニカルパス利用を促す。

H23年度病院BSC年度末評価シート

所属名:成人病センター

	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	
診療科数			多職種間での情報の共有	○	・各病棟で多職種カンファレンスを実施。		A	・今後も引き続き、多職種の情報共有に努めていく。
病棟連絡会議開催回数	57		医師・看護師間のコミュニケーションの活性化	○	・病棟連絡会議 45回 2回:3所属 3回:3所属 4回:2所属 5回:2所属 12回:2所属	45	A+	・開催回数にバラつきあり、年度始めに年間計画を立案し、計画的に実施していく。
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	70%		職員満足度調査結果の病院運営への反映	×	未着手	53%	D	・調査自体は病院事業庁が実施したが、その後のフォローが、病院事業庁側の指示が明確にされなかったこともあり、取り組めなかった。 ・職員提案制度と連携して実施の方策を検討していきたい。
			院内広報の充実	○	・サイボウズを活用して、院内行事や広報誌等の周知を行った。 ・外来ロビー等に院内行事の案内チラシを掲示・配架、広報誌等を配布。		A	・広報事項(院内行事)一覧の作成・周知により、各講演会等の院内外の広報活動について、一定の効果が上がっている。今後も広報事項一覧は定期的に周知・照会を行う。 ・定期的にサイボウズに広報事項の掲載更新を行う。 ・外来ロビーを活用して、院内外向けの広報を更に充実させる。
専門資格新規取得者数(累積延べ人数)	8(100)		人材育成計画の策定・推進	△	・各職種ごとの研修プログラムのとりまとめを行った。 ・看護部では計画的に認定看護師等専門的資格の取得を行った。	5(97)	B	・各職種別プログラムの策定・推進を進める。
研修指導医数(研修修了者)	35		先進医療機関への派遣研修等の実施	○	・各指導医講習会への参加	37	A	・人材育成計画において、必要な資格・キャリア等について明確にし、計画的な取得による組織力の強化を図る。 ・指導医についても計画的に必要な数が確保できるように受講を勧めていく。
			キャリア形成・専門資格取得等支援	△	・医師については、公費による助成基準を明確にした。		B	・医師以外への公費助成についての基準を検討していく。

H23年度病院BSC年度末評価シート

所属名:成人病センター

	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	
学習と成長の視点	新規臨床研究の数	4	研究所と診療部門との連携による臨床研究の推進	△	・診療部門との連携研究を含む継続研究が18件と多く、研究継続に追われている。	2	C	・新年度には年度末に倫理委員会に承認された3つの新規臨床研究が開始できる予定である。今年度より基礎部門の研究者も医局会に参加しており、研究者と臨床医とのコミュニケーションの機会を増やすよう努力し、診療部門との連携研究を増やしていきたい。
	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	85%	職員提案の促進	○	・22年度に提案のあった4件について院内広報を実施した。 ・23年度の募集では、6件の応募があり、うち4件を表彰した。	82%	B	・各部署での職員の工夫等を取り入れた取り組みはされている。さらに、新たな職員提案があり、評価された。24年度以降、実現される取り組みへ反映していく。
	職員提案応募件数	14	経営状況の院内周知	◎	・執行部会議や運営会議で週間患者動向を説明するとともに、診療部長へは毎週配布を行っている。	6	B+	・各診療部長および執行部に毎週患者動向データを配布し、また、運営会議でも説明を行うなど経営状況の院内周知に努めている。