

平成29年度 改革プランの点検・評価

平成30年12月18日実施 第1回砂川市立病院経営改善評価委員会

砂川市立病院改革プランの点検・評価について

1. 基本的な考え方

砂川市立病院改革プラン（以下「改革プラン」という。）については、年1回以上の点検を行い、実績と計画の乖離を評価し、必要に応じ見直しを行います。改革プランの推進にあたっての経営管理手法として「バランスト・スコアカード（以下、「BSC」）を活用し、「戦略マップ」において目標の共有及び進捗管理を行っています。

なお、病院全体の戦略マップの目標を達成できるよう、より意義や価値の高いものにするために、院内の各部署においても、「アクションプラン」として目標の進捗管理を行っています。

2. 点検・評価の実施主体

改革プランの策定主体は市立病院であることから、市立病院による内部点検・評価を行い、客観性を確保できるよう、外部有識者等を含めた「砂川市立病院経営改善評価委員会」の場にて意見聴取を行うこととなっています。

3. 点検・評価の対象事業

点検・評価は、事業の実績や状況等に基づき定量的に判断する必要があることから、改革プラン中「実現に向けた取り組み（第Ⅲ章、P21～24）」に記載の事業のうち、「目標値」が設定されている事業（成功要因・評価指標）について行うものとします。

4. 点検の方法

点検・評価の方法項目は次のとおりとします。

- ・具体的な取り組みと実施状況
- ・次年度以降に向けての課題や方向性

5. 評価の基準

点検に基づく評価基準は次のとおりとします

- A : 計画どおりに進捗している
- B : 課題はあるが前進している
- C : 計画を下回る

6. 経営改善評価委員会開催状況

(1) 外部評価委員の構成

砂川市立病院経営改善評価委員会は次の3名の委員で構成され、任期は4年（改革プラン期間終了まで）となっています。

役職名	氏名	備考
委員長	杉沼 哲良	砂川慈恵会病院事務長代理
副委員長	福地 隆康	北海道薬剤師会北空知支部砂川部会長
委員	竹田 俊一	竹田俊一税理士事務所長

(2) 評価委員会の開催状況

平成29年度事業における改革プランの点検評価に係る評価委員会を、次のとおり開催しました。

開催日時	平成30年12月18日（火）	13:50～14:30
開催場所	砂川市立病院第1会議室	
審議内容	平成29年度改革プラン点検・評価	

戦略目標・成功要因・評価指標	H29年度 自己評価	H29年度 総合評価		
【財務の視点】地域中核病院として急性期医療の提供				
適正利益の確保				
(1)医業収支比率	A	A		
(2)経常収支比率	A	A		
医療機器の適正更新				
(3)対予算消費率	A	A		
急性期機能の充実				
(4)入院平均単価	A	A		
生産性の向上				
(5)職員1人1日あたり医業収益	B	B		
入院患者数の増加				
(6)1日平均患者数	A	A		
外来患者数の適正化				
(7)入外患者比率	A	A		
【顧客の視点】中空知医療圏内の医療・介護関連事業所との機能分担と密なコミュニケーション				
円滑な退院支援				
(8)平均在院日数（一般）	A	A		
(9)退院支援加算算定件数	C	C		
地域とのコミュニケーション				
(10)そら-ねっと登録患者数	A	A		
(11)みまもりんく登録患者数	A	A		
患者の逆紹介・紹介				
(12)逆紹介患者数	A	A		
(13)紹介患者数	B	B		
【業務プロセスの視点】人材確保、診療プロセスの標準化、質指標の設定と可視化（院内共有）				
医師・医療スタッフの確保				
(14)常勤医師数	A	A		
Z-prjectの成功				
(15)前年実績を上回った項目割合	B	B		
クリニカルパスの活用				
(16)クリニカルパス適用率	A	A		
QualityIndicator設定				
(17)HPで公表するQI数	A	A		
【学習と成長の視点】期待人材像の明示と全職員の経営参画、全職員のモチベーション・ロイヤリティ向上、次世代（若手職員）の育成				
人事評価制度の活用				
(18)A評価以上職員数率	C	C		
就労環境の改善と職員の定着				
(19)有給取得日数	B	B		
(20)離職率(医師を除く)	C	C		
専門スキルの習得				
(21)専門資格取得数	C	C		
多職種・職員の交流				
(22)懇親会参加人数	A	A		
(23)組織活性度（意欲度）	C	C		
(24)組織活性度（満足度）	B	B		
好事例の共有				
(25)院内発表会の開催	C	C		
(26)（発表数）				

戦略目標・成功要因・評価指標	H28年度 参考値	H29年度		H30年度		H31年度		H32年度	
		目標値	実績値	目標値	実績値	目標値	実績値	目標値	実績値
【財務の視点】地域中核病院として急性期医療の提供									
適正利益の確保									
(1)医業収支比率	86.0%	85.0%	89.10%	88.7%	88.9%	89.7%			
(2)経常収支比率	90.1%	94.0%	96.90%	92.1%	90.8%	94.3%			
医療機器の適正更新									
(3)対予算消費率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%			
急性期機能の充実									
(4)入院平均単価	56,983	56,600	56,639	58,000	58,000	58,500			
生産性の向上									
(5)職員1人1日あたり医業収益	37,300	37,600	36,329	39,300	39,500	40,100			
入院患者数の増加									
(6)1日平均患者数	376.5	382.0	409.5	388.0	388.0	390.0			
外来患者数の適正化									
(7)入外患者比率	2.80	2.77	2.56	2.72	2.69	2.69			
【顧客の視点】中空知医療圏内の医療・介護関連事業所との機能分担と密なコミュニケーション									
円滑な退院支援									
(8)平均在院日数（一般）	13日	13日	13日	13日	13日	13日			
(9)退院支援加算算定件数	1,500件	1,500件	1,329件	1,500件	1,500件	1,500件			
地域とのコミュニケーション									
(10)そら-ねっと登録患者数	100人	200人	1,394人	300人	400人	500人			
(11)みまもりんく登録患者数	950人	1,400人	1,610人	1,850人	2,300人	2,750人			
患者の逆紹介・紹介									
(12)逆紹介患者数	4,500人	4,500人	4,968人	4,500人	4,500人	4,500人			
(13)紹介患者数	6,600人	6,600人	6,460人	6,600人	6,600人	6,600人			
【業務プロセスの視点】人材確保、診療プロセスの標準化、質指標の設定と可視化（院内共有）									
医師・医療スタッフの確保									
(14)常勤医師数	71	74	75	78	78	78			
Z-prpjectの成功									
(15)前年実績を上回った項目割合	88.9%	90.0%	81.8%	90.0%	90.0%	90.0%			
クリニカルパスの活用									
(16)クリニカルパス適用率	19.6%	20.0%	24.7%	20.0%	25.0%	25.0%			
QualityIndicator設定									
(17)HPで公表するQI数	準備	5	7	10	15	20			
【学習と成長の視点】期待人材像の明示と全職員の経営参画、全職員のモチベーション・ロイヤリティ向上、次世代（若手職員）の育成									
人事評価制度の活用									
(18)A評価以上職員数率	34.5%	38.5%	21.6%	42.5%	46.5%	50.0%			
就労環境の改善と職員の定着									
(19)有給取得日数	7.1日	10.0日	8.2日	10.0日	11.0日	11.0日			
(20)離職率(医師を除く)	3.6%	3.5%	5.2%	3.5%	3.5%	3.5%			
専門スキルの習得									
(21)専門資格取得数	53	70	11	70	70	70			
多職種・職員の交流									
(22)懇親会参加人数	717	770	799	820	870	920			
(23)組織活性度（意欲度）	4.52	4.64	4.51	4.76	4.88	5			
(24)組織活性度（満足度）	4.29	4.47	4.44	4.65	4.83	5			
好事例の共有									
(25)院内発表会の開催	1	1	1	1	1	1			
(26)（発表数）	6	8	4	10	13	16			

戦略目標：【財務の視点】地域中核病院としての急性期医療の提供

成功要因：適正利益の確保

評価指標：(1)医業収支比率

算定式： 医業収支比率 = 医業収益 ÷ 医業費用

総合評価	A
------	---

主担当：経理係・企画係

登載 21P

	H28年度 (参考値)	H29年度 自己評価		評価委員評価欄	評価委員評価欄	評価委員評価欄
目標値 (%)	86.0%	85.0%	—			
実績値 (%)	94.8%	—	89.1%			
医業収益	12,528,158,918	11,467,000,000	11,973,932,261			
医業費用	13,217,172,935	13,485,000,000	13,437,684,152			
差異	8.8%	—	4.1%			
自己評価						
A 計画通り	—	A	A	A	A	A
B 課題はあるが前進						
C 計画を下回る						
具体的な取り組みと実施状況	—	<ul style="list-style-type: none"> ● 病院全体のBSCを達成するため、各部署においてアクションプランを作成し、目標の到達について四半期ごとに検証を実施した。 ● 経営改善に向けたヒアリングや、増収対策プロジェクト (Z-Project) を実施しながら、算定漏れ、加算の新規取得に努めた。 ● 入院・外来患者数が大きく増加し、特に入院収益を大きく伸ばすことができた。乳腺外科、整形外科、産婦人科の手術件数の増加も入院収益に結びついている。 ● 一方、職員採用増による人件費の増加、患者数増加に伴う材料費の増加が見られる。 ● 診療材料については、共同購入を開始し、順次、標準品への切り替えを実施し、診療材料費の圧縮に向けて取り組んだ。 ● (診療材料) ベンチマークを活用し、医師を含めた価格交渉を実施した。 ● 薬品においても、全国自治体病院協議会のベンチマークに参加し、全国的動向を把握する作業を開始した。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 算定漏れ、新規加算をより強化、チーム加算や介護等積極的に行って欲しい。レセプト返戻 (減点通知) から対策をしてほしい。減点通知をしっかりと見える化してはどうか？ 	<ul style="list-style-type: none"> ● A.算定漏れについては、Z-project (落穂ひろい作戦) で11のWGを立ち上げ、年2回全院発表会を開催しながら都度検証を行っています。 ● チーム加算等につきましては、診療報酬改定の折、取得を目指すものにつきまして、人員の増加や配置を行い、より高次な診療報酬を取得できるよう努めております。 ● レセプト返戻・査定につきましては、高額な薬品・材料を使用など、診療科によってばらつきがありますが、医師別の返戻・査定一覧を作成し、医局会議で周知するなど、情報共有策を講じており、さらに返戻・査定の減少に努めます。 		
次年度以降に向けての課題や方向性	—	<ul style="list-style-type: none"> ● 職員の増員については、高度・専門医療を提供するとともに急病や重症患者に対する救急医療体制の維持を図るため、多様な働き方をする職員が疲弊することがないよう職場環境を作ることは病院経営に直結することから今後においても、適正な人員確保に努める。 ● 職員のエンゲージメント向上による生産性の向上を目指す。 ● 広く当院の取り組みをってもらう仕組みづくりによる集客及び医療職の確保を検討する。(SNSの活用の検討) 	<p>年々、電気代や重油価格が上がっているが、対策は如何に？</p> <p>A.電気料につきましては、照明のできる限りの間引きを実施し、電灯やパソコンの消灯、エレベーターやエスカレーターの使用減少の奨励を実施しています。また、近年電力全面自由化の折、新電力会社が増加しており、当院も電気使用料金について入札を実施し、成果が表れてきたところです。</p> <p>● 重油価格につきましては、院内の環境温度を適温 (温めすぎず、冷やしすぎず) にコントロールするため、電子制御や院内巡回をしております。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 高度専門医療について糖尿病専門も増やして欲しい。 ● 「エンゲージメント向上による生産性の向上」具体的でなくピンと来ない。 ● SNSの活用に関しては、一方的か？ ● 患者満足度アンケートが必要 ● 指導職をしっかりと確保しない限り、病院の質、働きたい職場にはならない <p>A.糖尿病専門に関しまして、5疾病のうちの一つとして重要と考えております。現在、あいにく糖尿病の専門医は常勤しておりませんが、週2回、大学より専門医を招聘し、外来診療しています。また糖尿病看護認定看護師2名が在籍しており、指導外来、</p>	<p>フットケア外来、教室を開いています。さらには教育入院も行ってあります。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● エンゲージメント=自発的貢献意欲であります。エンゲージメントと業績は密接な関係があると言われており、スコアが上昇すると一般的には業績向上・離職率低下が見込まれると言われております。 ● 若い世代に広がるSNSは、重要な広告ツール及び求人ツールと考えております。今後も医療広告ガイドラインを遵守しながら、活用方法について検討してまいります。 ● 患者満足度アンケートについて、外来は実施しております。入院は29年度、アンケートを実施する会議の統廃合により実施できませんでしたが、再開できるよう検討してまいります。 	

戦略目標：【財務の視点】地域中核病院としての急性期医療の提供

成功要因：適正利益の確保

評価指標：(2)経常収支比率

算定式： 経常収支比率 = (病院事業収益 - 特別利益) ÷ (病院事業費用 - 特別損失)

総合評価	A
------	---

主担当：経理係・企画係

登載 21P

	H28年度 (参考値)	H29年度 自己評価		評価委員評価欄	評価委員評価欄	評価委員評価欄
目標値 (%)	90.1%	90.8%	—			
実績値 (%)	93.5%	—	96.9%			
病院事業収益	12,528,158,918	12,479,000,000	13,496,583,418			
特別利益	179,053,243	0	234,033,918			
病院事業費用	13,217,172,935	13,761,000,000	13,695,839,587			
特別損失	15,750,593	13,000,000	7,816,078			
差異	3.4%	—	6.1%			
自己評価						
A 計画通り	—	A		A	A	A
B 課題はあるが前進						
C 計画を下回る						
具体的な取り組みと実施状況		<p>(1) 医業収支比率と同理由 その他理由</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 医業外収益、看護専門学校収益、院内保育事業収益の繰入金（負担金）について、特別交付税の単価が特殊病床（精神・救命救急・周産期等）で増加（看護専門学校生徒1人当たりの単価は大きく減少）、また、看護専門学校の赤字分繰入皆増のため（例年当初予算計上無し）、収益的収入全体で3千8百万円の増加となっている。 ● 院内施設貸付料（会議室等使用料）において、主に製薬会社が勉強会を開催する際（営利目的）の使用料単価を大幅に増額し、効果を上げている。 			<p>・赤字は必要不可欠な部分であり、現状維持に努めて欲しい</p> <p>・院内施設貸付料、特に会議室等使用料は、製薬企業が対応してくれるうちは継続してほしい。</p> <p>A. 看護専門学校につきましては、重要な看護師確保対策として、引き続き体制維持に努めてまいります。</p> <p>● 院内施設貸付料（会議室使用料）についても、引き続き徴収できる制度を維持してまいります。</p>	
次年度以降に向けての課題や方向性		<p>(1) 医業収支比率と同理由 その他理由</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 医業外収益、看護専門学校収益、院内保育事業収益中、繰入金（普通交付税及び特別交付税）については、外的要因となる。 ● 企業債利息については、24年度をピーク（約1.5億円）に減少傾向、30年度以降は年間4百万円通減していく。 			<p>・赤字は不可欠。看護師育成や働きやすい環境、院内保育所維持</p> <p>・看護専門学校も認定看護師等専門特化的な学科を増やすなど、差別化が必要ではないか？</p> <p>A. 労働環境・労働条件を整えながら、引き続き医療従事者にやさしい病院づくりを目指します。</p> <p>● 看護専門学校につきましては、看護師免許取得を最終目標としており、今のところ現状を維持したいと考えておりますが、教員の確保も現状でも難しい課題となっております。</p>	<p>● 病院改築に伴う多額の減価償却費や公立病院として不採算医療を行っていることも赤字の一つの要因であり、少しでも赤字額を減少させるよう、利益を確保する取り組みを実施しています。なお、キャッシュフローでは黒字となっております。</p>

戦略目標：【財務の視点】地域中核病院としての急性期医療の提供

成功要因：医療機器の適正更新

評価指標：(3)対予算消費率

算定式： 資本的支出・資産購入費 決算額 / 同 予算額

総合評価	A
------	---

主担当：用度係

登載 21P

	H28年度 (参考値)	H29年度	自己評価	評価委員評価欄	評価委員評価欄	評価委員評価欄
目標値	100.0%	100.0%	—			
実績値	99.8%	—	100.0%			
資産購入費 医療器械購入費予算額	332,458,000	159,559,000	193,121,000			
同 決算額 (税込)	331,920,992	159,559,000	193,120,080			
差異	-0.2%	—	0.0%			
自己評価						
A 計画通り	—	A		A	A	A
B 課題はあるが前進						
C 計画を下回る						
具体的な取り組みと実施状況		<ul style="list-style-type: none"> ● 予算立案時（前年12月）に、病院事業管理者、院長と各診療科の医師のヒアリングを実施し、翌年度購入医療機器を選定している。 ● 29年度は100件の医療機器を新規・更新・増設の理由で購入した。 ● 年度途中で急遽購入しなければならない機器については（6月、常勤歯科医師着任による歯科関連機器、9月、消化器内科医師増員による上部消化管内視鏡）補正予算で対応した。 		<ul style="list-style-type: none"> ・ より良い医療提供のため医療機器の新規購入・更新を進めるべきである。また、高度専門職を並行して育成・採用してほしい A.医療機器の更新につきましては、高度医療の提供、安心・安全な診断・治療、医師をはじめとする医療従事者のモチベーションに直結すると考えており、引き続き将来の財務バランスを考慮の上、更新の優先順位を見極め、また、耐用年数以上に使用できるようにメンテナンスを行いながら適切な投資を行ってまいります。 ● 高度専門職につきましては、医師では専門医、看護師は専門・認定看護師、医療技術部門におきましても各学会認定資格が増加して 	<ul style="list-style-type: none"> います。引き続き取得できる体制の維持に努めてまいります。 	
次年度以降に向けての課題や方向性		<ul style="list-style-type: none"> ● 医療機器の地方公営企業法施行規則上の耐用年数は概ね5年から6年であり、22年の新病院開院と同時に購入した医療機器が多々存在し、間もなく更新時期となる。特に放射線機器については、非常に高額であり、旧病院から移設した高額機器も存在する（SPECT2台）。 ● 各診療科医師への要望の聞き取り及び診療科収支等による医療機器購入決定プロセスの構築を図る。 ● 医療機器更新計画（29年度作成）に沿った医療機器及びシステムの更新を行う。 		<ul style="list-style-type: none"> ・ 各科医師ヒアリングや科別収支による医療機器購入決定プロセス構築は良いと思う。 ・ 一方、医師の能力、体力、技術等組織力も必須項目と考える A.医療機器購入決定プロセスにつきましては、引き続き現在の過程を実施してまいります。 ● 医師の能力等につきましても、引き続き病院事業管理者・院長によるヒアリングを実施した上、購入順位等を決定してまいります。 		

戦略目標：【財務の視点】地域中核病院としての急性期医療の提供

成功要因：急性期機能の充実

評価指標：(4)入院平均単価

算定式： 入院収益 / 入院患者数

※目標値、千円未満四捨五入

総合評価	A
------	---

主担当：医事係

登載 21P

	H28年度 (参考値)	H29年度 自己評価		評価委員評価欄	評価委員評価欄	評価委員評価欄
目標値 (円)	56,983	56,600	—			
実績値 (円)	56,271	—	56,639			
入院収益	7,768,188,329	7,890,394,000	8,466,521,964			
入院患者数	138,050	139,388	149,483			
差異	▲ 712	—	38			
自己評価						
A 計画通り	—	A	A	A	A	A
B 課題はあるが前進						
C 計画を下回る						
具体的な取り組みと実施状況		<ul style="list-style-type: none"> ●H28年度からH29年度にかけては、診療報酬の改定はない年であったが、Z-Project等の取り組みにより、指導料等の算定チェックを実施し、わずかであるが単価が上昇した。 ●乳腺外科、整形外科、産婦人科において前年度より手術件数が増加していることも、入院平均単価の増加に結びついている。 ●ベッドコントロールにより他科のベッドを利用することや、地域包括ケア病床を利用することにより、全体的に病床稼働率を上げることができた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・チーム加算等専門性「認定」を育成することも必要と考える ・地域包括ケア病床も疲弊しないよう人材拡大、育成してほしい A.認定資格につきましては、当院の施設基準として必要な資格については原則として費用を病院で負担しております。引き続きチーム医療や高次の診療報酬・施設基準に必要な資格取得について検討・実施してまいります。 ●地域包括ケア病床につきましては、引き続き必要な看護師、その他の職員の人員配置及び業務の効率化により職員が疲弊しないように努めてまいります。 			
次年度以降に向けての課題や方向性		<ul style="list-style-type: none"> ●入院前の生活から病院での治療・リハビリテーション、退院後の生活まで指導等を含めシームレスな連携を実現することによって収益、医療の質が担保される。そのためには外部（ケアマネージャー等）と情報共有やカンファレンス、また、研修等によって顔を合わせ、お互いの認識を高めていく。 ●急性期治療を終え、日当点を考慮した地域包括ケア病棟への転棟を促進する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・研修会も同じメンバー、行政や管理者ばかり集めるのではなく、現場の若手など次世代や、管理者補佐を育成することも必要。 ・連携している職種が集中していないか分析することで、広域性、面拡化の必要性がわかる。（使いやすい人材に集中していないか？） A.カンファレンス・研修等につきましては、引き続き院内に限らず、行政、民間医療機関・施設等を巻き込みながら実施してまいります。ただし、地域の特性により同じメンバーとなってしまう場合があります。 			

戦略目標：【財務の視点】地域中核病院としての急性期医療の提供

成功要因：生産性の向上

評価指標：(5)職員1人1日あたり医業収益

算定式： 医業収益 / (正職員数 + 非常勤職員常勤換算数) ※目標値、千円未満四捨五入

総合評価 **B**

主担当：医事係・職員係

登載 21P

	H28年度 (参考値)	H29年度 自己評価		評価委員評価欄	評価委員評価欄	評価委員評価欄
目標値 (円)	37,300	37,600	-			
実績値 (円)	34,704	-	36,329			
医業収益	11,077,233,857	11,467,000,000	11,973,932,261			
正職員数	705	836	746			
非常勤	170		157			
差異	▲ 2,596	-	▲ 1,271			
自己評価	-	B	B	B	B	B
A 計画通り						
B 課題はあるが前進						
C 計画を下回る						
具体的な取り組みと実施状況		<ul style="list-style-type: none"> ●患者数が増加し施設基準をクリアするために看護師等を増やして対応しているが、一番は医師を確保（増加）しなければ、収益の増に結び付かない。 ●薬剤師やコメディカルを増員し、指導料等を算定するが、新人が入職した場合などは、独り立ちするために半年ほど時間が必要である。そのため、増員＝収益とならない場合もある。 ●施設基準を満たすまで、段階を踏んで必要職種を採用しているため、給与費が増大する（例、医師事務作業補助者について、A207-2医師事務作業補助体制加算イ15:1を算定するまで、あと6人必要であるが、一気に6人を採用することは困難である。6人に達するまでの間は、費用対効果が無いともいえる。また、募集してもなかなか集まらない） 	<ul style="list-style-type: none"> ・人材確保・育成には投資が必要となったり時間がかかる。診療報酬を先読みして、専門職やチーム育成を課題としてほしい <p>A.刻々と変化する診療報酬・施設基準につきまして、引き続き各方面からのいち早い情報の入手、研修会への積極的参加により、体制の構築に努めてまいります。</p> <p>■追記 医師事務作業補助体制加算について、過日開催された病院祭で、医師事務作業補助者募集のブースを設置したことが功を奏し、多数の応募があり、11月から15対1を算定することができたところであります。</p>			
次年度以降に向けての課題や方向性		<ul style="list-style-type: none"> ●職員数の増加が収益の増に結び付くとするならば、看護師は7階西病棟においてA207-4夜間看護職員配置加算、A207-2医師事務作業補助体制加算イ15対1、A207-3の加算夜間急性期看護補助加算が今後体制が整えば取れそうな施設基準である。 ●各部署毎の原価管理による適正人員配置の検討を行う。 ●職員の自発的貢献意欲（エンゲージメント）の向上により、生産性の向上を図る。 	<ul style="list-style-type: none"> ・人材確保ではなく「育成する・できる人材」を育てる、確保してほしい <p>A.「育てる」に関しまして、引き続き役職に応じた研修等を受講し、人材の育成に努めてまいります。</p> <p>●職員が希望する学会やセミナーなどに参加できる環境を整えることにより職員のモチベーションを高めてまいります。</p> <p>●看護部においては、厚生労働省の「新人看護師研修ガイドライン」をもとに、新人看護師（プリセプティ）に先輩看護師（プリセプター）がついて指導するシステムを構築しています。また、クリニカルリーダー制度（看護師の看護実践能力を段階的に表し、各段階において期待される能力を示し、到達度によって看護師の能力が示されるシステム：日本看護協会HPから引用）も取り入れ、レベルIからレベルIVまで段階的にプログラムし、楽しめる研修をモットーに企画実践しております。</p>			

戦略目標：【財務の視点】地域中核病院としての急性期医療の提供

成功要因：生産性の向上

評価指標：(6)1日平均患者数

算定式：入院患者数 / 診療実日数

※目標値、1人未満調整

総合評価 **A**

主担当：医事係

登載 21P

	H28年度 (参考値)	H29年度	自己評価	評価委員評価欄	評価委員評価欄	評価委員評価欄
目標値 (人)	376.5	382.0	—			
実績値 (人)	378.2	—	409.5			
入院患者数	138,050	139,388	149,483			
診療実日数	365	365	365			
差異	1.7	—	27.5			
自己評価						
A 計画通り	—	A	A	A	A	A
B 課題はあるが前進						
C 計画を下回る						
具体的な取り組みと実施状況		<ul style="list-style-type: none"> ●5月の連休明けから、近年にない高い病床利用率がほぼ年度末まで継続した。前年比108%となっている。 ●増加した主な科は、乳腺外科226%（検診の強化として出張出前講座を実施）、神経内科134%（脳神経外科の患者で手術を要しない患者及び、地域包括ケア病棟に転棟した場合、神経内科で診ることにした）、形成外科128%、循環器内科119%、整形外科117%（人工関節の増加）となっている。その他の科についても軒並み110%となっている（減少科は4科）。 ●専門医の存在、高度医療機器の設置を周知することにより、都市部の大病院へ行かなくても治療できることが浸透してきた。 		<ul style="list-style-type: none"> ・患者さんが高齢となり、住み慣れた場所、手術後フォローを考えて、地元周辺にて入院の考えが多くなってきている。Ope件数の実績を公表することも案と考えます。 A.病院ホームページにて「診療科別主要手術別患者数（診療科別患者数上位5位まで）」、手術実績を掲載しております。引き続き患者に選択いただけるような診療体制の維持に努めてまいります。 		
次年度以降に向けての課題や方向性		<ul style="list-style-type: none"> ●適切な入院期間（退院支援の強化、リハビリテーションの強化、地域連携の強化）を重視し、回転良くベッドコントロールが行えるよう関係部署と協力する。 	<ul style="list-style-type: none"> 減少科は4科となっているが、その減少が大きいのであれば、その理由と対策を検討した方が良い A.入院患者減少の要因については、着任する医師の専門分野、スキルによるものが大きいと認識しておりますが、引き続き医師の招聘を強化してまいります。 	<ul style="list-style-type: none"> ・退院支援をただ「ベッドを繋げるだけ」ではなく、患者に「出された」という思いが無いようにリハビリや薬剤適正化してほしい ※薬剤適正化例：80歳27種類服用日数14日以上インスリン使用=不可能 ・生活を見られる医療を少しでも A.平成26年11月に、道内の自治体病院では初となる地域包括ケア病床を設置し、急性期を脱し在宅や施設へ戻られる患者さんに対し 	<ul style="list-style-type: none"> リハビリ等を行い、退院される9割の患者さんから好評を得ております。また、今後は民間病院ともICTによる診療情報の共有を図り、患者満足度の向上に努めてまいります。 	

戦略目標：【財務の視点】地域中核病院としての急性期医療の提供
 成功要因：生産性の向上
 評価指標：(7)入外患者比率
 算定式： 1日平均外来患者数 / 1日平均入院患者数

総合評価 **A**

主担当：医事係
 登載 21P

	H28年度 (参考値)	H29年度	自己評価	評価委員評価欄	評価委員評価欄	評価委員評価欄
目標値	2.80	2.77	—			
実績値	2.79	—	2.56			
1日平均外来患者数	1,056.0	1,056.3	1,048.0			
1日平均入院患者数	378.2	381.8	409.5			
差異	▲ 0.01	—	0.21			
自己評価						
A 計画通り	—	A	A	A	A	A
B 課題はあるが前進						
C 計画を下回る						
具体的な取り組みと実施状況		<ul style="list-style-type: none"> ●入院患者数の増加に合わせて、平成30年1月から、内科・循環器内科医師の疲弊が深刻な状況となり、内科・循環器内科の初診時選定療養費値上げ（1,080円→3,780円）、内科の新患午後休診、逆紹介推進等を実施し、患者にも浸透しつつあり、効果が表れているところである。 		<ul style="list-style-type: none"> ・内科、循環器内科の疲弊が深刻、長期投薬にて高齢化、病態も急変しやすく、やはり地域連携を強化して、通常は診療所等「かかりつけ医」ICTを利用して、より良い病院体制を構築してほしい。 A.ICT(みまもりんく、そら-ねっと)を活用した医療情報共有につままして、利用するクリニック等が少ない状況であり、連携する範囲を拡大できるよう努めるとともに、利用しやすい方策を考えてまいります。 		
次年度以降に向けての課題や方向性		<ul style="list-style-type: none"> ●初診患者に対する紹介・逆紹介患者の比率を常にモニタリングしていかなければならない。外来待ち時間の関係からも逆紹介の推進に努めなければならない。 ●具体的な取り組みとして、医師からの声かけ、広報、地域医療連携室においてかかりつけ医との連携を強化等取り組んでいく。 		<ul style="list-style-type: none"> ・地域医療連携室の業務が大変になると思う。より他職種専門化を増員することも必要ではないかと考える。 A.引き続き、地域医療連携室における社会福祉士や、在宅・入退院支援係における看護師、社会福祉士の人員数維持について努めてまいります。増員につきましては、社会情勢に応じ柔軟に対処してまいります。 		

戦略目標：【顧客の視点】中空知医療圏内の医療・介護関連事業との機能分担と密なコミュニケーション

成功要因：円滑な退院支援

評価指標：(8)平均在院日数（一般）

算定式： 在院患者延日数 / ((入院患者数 + 退院患者数 / 2))

総合評価	A
------	---

主担当：医事係

登載 22P

	H28年度 (参考値)	H29年度	自己評価	評価委員評価欄	評価委員評価欄	評価委員評価欄
目標値	13.0	13.0	—			
実績値	12.0	—	13.0			
一般病棟在院患者延日数	88,519	現状維持	117,647			
同 入院患者数	7,367		9,064			
同 退院患者数	7,343		9,095			
差異	▲ 1.0	—	0.0			
自己評価	—	A		A	A	A
A 計画通り						
B 課題はあるが前進						
C 計画を下回る						
具体的な取り組みと実施状況		コンサル等でベンチマークを分析し、疾患別に比較。在院日数についても分析の対象項目の一つとなっている。		・疾病別比較等入退院、再入院率の原因を分析して、在宅に関わる職種を利用できる組織作りも必要ではないかと考える A.分析については現在、主に診療情報管理士がその役目を担っておりますが、未だ深く分析できる状況には至っておりません。引き続き研究等を進めてまいります。 ●多職種が再入院を防ぐためICTを利用し、入院中・退院後の情報を関係機関で共有できる体制の構築を現在検討しております。		
次年度以降に向けての課題や方向性		●突発的に病棟が混み、平均在院日数が延びた月があったが、受け入れ先である慢性期病院の体制が整わないことも理由の一つである。 ●今後においても適当なDPC期間にて退院できるようクリニカルパスの推進及び地域との連携強化を図っていきたい。 ●精神科病棟においては、医師が減少しているため、A249精神科急性期医師配置加算の取得が厳しくなるなど、医事課と精神科医師、精神保健福祉士（PSW）などで情報共有を行う（精神科調整会議への出席）。		・ICTをより活用して、日々の未病予防を地域で地域で取り組んでいかなければ、ツールを生かす取り組みをしてほしい A. 予防・保健指導など、地域で取り組まなければならないことについては、市（保健福祉部・国保・ふれあいセンター等）と連携を図りながら多職種で取り組んでまいります。		

戦略目標：【顧客の視点】中空知医療圏内の医療・介護関連事業との機能分担と密なコミュニケーション

成功要因：円滑な退院支援

評価指標：(9)退院支援加算算定件数

算定式： 地域医療連携課測定値

総合評価 **C**

主担当：在宅・入退院支援係
登載 22P

	H28年度 (参考値)	H29年度 自己評価		評価委員評価欄	評価委員評価欄	評価委員評価欄
目標値 (件)	1,500	1,500	-			
実績値 (件)	1,338	-	1,329			
差異	▲ 162		▲ 171			
自己評価						
A 計画通り	-	C	C	C	C	C
B 課題はあるが前進						
C 計画を下回る						
具体的な取り組みと実施状況		<ul style="list-style-type: none"> ●退院支援担当者の欠員が生じ、5階西病棟、4階東病棟の業務を振り分けた。各担当者らの業務が膨大となり、患者・病棟からの要望に対してはすべて対応したが、掘り起こした算定まで手が回らず、「退院支援加算」の算定目標に届かなかった。 		<ul style="list-style-type: none"> ・退院支援担当は地域に根ざした人材が必要であり、しっかり各地域との情報、窓口など、役割分担、組織、知識、教育が必要であるとする A.当院としても委員ご指摘と同じことを考えており、看護師長2名、主任看護師1名、再任用職員や従前看護師長であったもの等、手厚く人員を配置しております。ただし、現在教育まで手が回らない状況であり、今後研修会や地域との連絡会議等を実施しなければならないと考えております。 		
次年度以降に向けての課題や方向性		<ul style="list-style-type: none"> ●退院支援担当者の欠員が補充され、また増員となった。患者さんに対して手厚い退院支援に繋げるとともに算定数の増加を目指していきたい。 ●地域の在宅ケアを担うケアマネジャーとの積極的な連携を行い、顔の見える連携・情報共有とともに「介護支援連携等加算」の算定にも力を入れていきたい。 <p>※退院支援加算：30年診療報酬改定において「入退院支援加算」と改称された。 A246入退院支援加算（退院時1回） 1 入退院支援加算1 イ一般病棟入院基本料等の場合 600点</p>		<ul style="list-style-type: none"> ・介護の加算は医師の参加、薬剤師の参加は必須。ケアマネ・看護師のみ連携は、今後も課題解決にはならないとする A.引き続き医師等の増員に向け努力します。また、薬剤師の参加についても病棟内における業務状況を検証し、検討してまいります。 ●ただし、医師・薬剤師につきましても、それぞれの業務が過多となっていますので、ケアマネジャーとの連携が主となっております。今後、多職種での連携について検討・協議してまいります。 	<ul style="list-style-type: none"> ●限られた人的資源の中、ソーシャルワーカー等が積極的に関わっていき、みまもりんく等を利用して関係機関お互いに必要な情報を共有します。 	

戦略目標：【顧客の視点】中空知医療圏内の医療・介護関連事業との機能分担と密なコミュニケーション

成功要因：地域とのコミュニケーション

評価指標：(10)そら-ねっと登録患者数（累計）

算定式： 地域医療連携課測定値

総合評価 **A**

主担当：地域医療連携係
登載 22P

	H28年度（参考値）	H29年度 自己評価		評価委員評価欄	評価委員評価欄	評価委員評価欄
目標値（人）	100	200	—			
実績値（人）	520	—	1,394			
差異	420	—	1,194			
自己評価	—	A		A	B	A
A 計画通り						
B 課題はあるが前進						
C 計画を下回る						
具体的な取り組みと実施状況		<ul style="list-style-type: none"> ●そら-ねっと（中空知医療情報連携ネットワークシステム） ●公開型5病院（砂川市立病院、滝川市立病院、あかびら市立病院、市立芦別病院、奈井江町立国保病院）がそれぞれ患者同意を順調に取得し、目標値を大きく上回った ●順調に同意を取得した要因は、システム登録事業所間の紹介、退院支援時に同意書取得を積極的に行ったため。 			<ul style="list-style-type: none"> ・各自治体の個人情報の取り決めにて「薬局」が医療機関になっていなかったということで、かなり遅れをとっている。 A.中空知医療連携協議会では、医療機関のみならず介護事業所まで許可されており、進めることとなっていますが、一部の自治体が条例上調剤薬局の参加が認められていなかったため、そら-ねっとに加入できなかったところがあります。（H30.3から参加が可能となりました） ※みまもりんくには参加可能であり、砂川市の調剤薬局は参加しております。 	
次年度以降に向けての課題や方向性		<ul style="list-style-type: none"> ●参照型医療機関に調剤薬局の参加を進め（各病院の運用担当者が参加を勧誘する）、さらに登録患者を増やしていく。 			<ul style="list-style-type: none"> ・医薬分業の中、後手に回った。説明の場を増やしてほしい。 ・薬局の利用方法を知っていない A.システムの利用方法など症例検討会などを実施してまいります。そら-ねっとの操作方法につきましては事務局に、利用方法については当院薬剤師にご相談ください。 	

戦略目標：【顧客の視点】中空知医療圏内の医療・介護関連事業との機能分担と密なコミュニケーション
 成功要因：地域とのコミュニケーション
 評価指標：(11)みまもりんく登録患者数（累計）
 算定式： 地域医療連携課測定値

総合評価 **A**

主担当：地域医療連携係
 登載 22P

	H28年度（参考値）	H29年度 自己評価		評価委員評価欄	評価委員評価欄	評価委員評価欄
目標値（人）	950	1,400	－			
実績値（人）	1,037	－	1,610			
差異	87	－	210			
自己評価	－	A		A	A	A
A 計画通り						
B 課題はあるが前進						
C 計画を下回る						
具体的な取り組みと実施状況		<ul style="list-style-type: none"> ●砂川みまもりんく（砂川市地域包括ケアネットワークシステム） ●当院を含め、各参加事業所でそれぞれ患者同意を取得し、目標値を上回った。 ●目標を上回った主な理由としては、包括支援センターが新規で介護予防開始時に同意書取得したことが挙げられる。 			<ul style="list-style-type: none"> ・調剤薬局の利用や一部医療機関など、まだ活用されていない。 ・処方医と薬局薬剤師の教育の場が欲しい <p>A.みまもりんくの利用につきましては使用する機関により温度差がありますが、具体的な取り組みは行っていないところであり、当院薬剤部と調剤薬局の協議が少しずつ行われているので、その中で協働して考えてまいります。</p> <ul style="list-style-type: none"> ●システムの使用方法などの症例検討会を実施し、好事例を共有しながら利用期間を増やすとともに、同意患者・参照件数を伸ばしていきたいと考えております。 	<ul style="list-style-type: none"> ●教育の場に関しましては、以前日程調整が整わなかったため開催できないことがありました。今後調整して開催したいと考えております。
次年度以降に向けての課題や方向性		<ul style="list-style-type: none"> ●各参加事業所で関わっている患者からはすでに登録されているため、今後新規として登録する患者数の伸びとして多くは期待できないが、地域ケア会議等で地域連携を図り登録患者増に努める。 			<ul style="list-style-type: none"> ・調剤薬局は情報拠点となり得る。再度フル活用する取り組みをしてほしい <p>A.まずは砂川市内の調剤薬局と打ち合わせを行い、取り組んでいきたいと考えます。（調剤薬局も同じ考えであって欲しいと考えております。）しかし、当院は市外の患者も多いため、市外の調剤薬局との連携が今後の課題となります。</p>	

戦略目標：【顧客の視点】中空知医療圏内の医療・介護関連事業との機能分担と密なコミュニケーション

成功要因：患者の逆紹介・紹介

評価指標：(12)逆紹介患者数

算定式： 地域医療連携課測定値

総合評価 **A**

主担当：地域医療連携係

登載 22P

	H28年度 (参考値)	H29年度	自己評価	評価委員評価欄	評価委員評価欄	評価委員評価欄
目標値 (人)	4,500	4,500	—			
実績値 (人)	4,895	—	4,968			
差異	395	—	468			
自己評価						
A 計画通り	—	A	A	A	A	A
B 課題はあるが前進						
C 計画を下回る						
具体的な取り組みと実施状況		<ul style="list-style-type: none"> ●院内外に病院の機能分化を周知することで逆紹介患者が増加し、目標値を上回った。 ●具体的には、内科・循環器内科の診療体制の変更をポスター掲示・新聞や広報誌などで広く患者に周知した。 		<ul style="list-style-type: none"> ・ポスター等により病院スタッフも皆説明できる体制づくりを ・待合で説明会をする。プロモーションテレビを流すこともできないか？ A.病院スタッフにつきましては、当院の機能・役割を熟知したうえで、機能分化について説明できると認識しております。 ●待合での説明会につきましては、様々な病態の患者さんがお待ちで少々難しいと考えます。 ●プロモーションテレビにつきましては、本年1月の内科・循環器内科の診療体制変更の際活用いたしました。 		
次年度以降に向けての課題や方向性		<ul style="list-style-type: none"> ●内科・循環器内科の診療体制を変えるなど、機能分化・かかりつけ医制度推進の必要性を患者に周知する。 ●患者への周知としてまちづくり出前講座に「かかりつけ医」の項目を追加し周知を図る。 		<ul style="list-style-type: none"> ・地域一丸で啓発が必要と考える。 ・砂川市は開業医が少ない。サテライト診療所が必要ではないか？ A.地域一丸での啓発につきましては、本年1月の内科・循環器内科の診療体制変更の際、近隣市町の広報誌に掲載し、現状について周知を図ったところであります。 ●サテライト診療所につきましては、医師が増員となればよいですが、現在認定病院総合医は1名しかおらず、総合診療科を当院の医師が診療に当たるとなると、現在の診療体制とさほど変わらないと考えます。 	<ul style="list-style-type: none"> ●今後、例えばふれあいセンター、市役所、地域包括支援センター、医療・介護機関等の協力を得ながら、啓発を進めてまいります。(広報すながわ、ポスター等の活用) 	

戦略目標：【顧客の視点】中空知医療圏内の医療・介護関連事業との機能分担と密なコミュニケーション

成功要因：患者の逆紹介・紹介

評価指標：(13)紹介患者数

算定式： 地域医療連携課測定値

総合評価 **B**

主担当：地域医療連携係
登載 22P

	H28年度 (参考値)	H29年度 自己評価		評価委員評価欄	評価委員評価欄	評価委員評価欄
目標値 (人)	6,600	6,600	-			
実績値 (人)	6,324	-	6,460			
差異	▲ 276	-	▲ 140			
自己評価	-	B		B	B	B
A 計画通り						
B 課題はあるが前進						
C 計画を下回る						
具体的な取り組みと実施状況		<ul style="list-style-type: none"> ●近隣の病院・診療所に「かかりつけ医」登録を依頼（65機関に発送し、32機関が登録）することにより、紹介患者数増加を図ったが、目標値にやや届かなかった。 			<ul style="list-style-type: none"> ・これから現状維持、啓発継続を。 ・市立病院は患者を紹介したら戻らないという噂もある。 A.患者によっては当院複数科受診となる場合があり、当院で受診希望もあります。 ●噂に関しましては、近隣の診療所の数が増えない中、当院は基本的に紹介・逆紹介を推進しており、紹介状に関する返書も2週間以内に送るよう努力をし、検査結果にもよりますが、逆紹介を行っております。 	
次年度以降に向けての課題や方向性		<ul style="list-style-type: none"> ●ネットワークシステムを有効に利用することにより、スムーズかつ確かな情報共有が可能となるため、患者紹介数を増やしていく。 ●みまもりんくは、市内の病院・診療所はすべて参加している。 ●そら-ねっとは、参加各自治体病院が地元の医療機関を勧誘することとしている。 			<ul style="list-style-type: none"> ・ICTの利用を強化することが一番であり、情報活用も使い手による。コミュニケーションスキルの強化・育成が必要 A.診療所などICT利用強化のため使いやすさを追求してまいります。また、利用方法の症例検討会などを行い利用率をUPさせる方策を考えてまいります。また、再度アンケートを実施することを検討しております。 ●現在、介護情報を市介護福祉課で公開していますが、市立病院以外の情報（診療所等）を共有できるよう強化していきたいと考えております。 	

戦略目標：【業務プロセスの視点】人材確保
 成功要因：医師・医療スタッフの確保
 評価指標：(14)常勤医師数
 算定式： 年度末医師数

総合評価 **A**

主担当：職員係
 登載 23P

	H28年度 (参考値)	H29年度	自己評価	評価委員評価欄	評価委員評価欄	評価委員評価欄
目標値 (人)	71	74	-			
実績値 (人)	71	-	75			
差異	0	-	1			
自己評価	-	A		A	A	A
A 計画通り						
B 課題はあるが前進						
C 計画を下回る						
具体的な取り組みと実施状況		<ul style="list-style-type: none"> ●「道内3医育大学との連携強化」、「ホームページによる医師募集」、「医師求人求職支援センターへの登録」、「臨床研修病院合同プレゼンテーションの参加」を行っている。今年度は「自治体病院・診療所医師求人求職支援センター」において、リハビリテーション科医師を採用することができた。(H30.4.1採用) ●医師が診療しやすい医療機器の整備など実施している。 ●医師住宅を建設（一戸建て3棟）し、環境整備を図った。 ●36協定を締結し、時間外労働の上限を明確することにより、長時間労働の抑制を図った。 		<ul style="list-style-type: none"> ・看板となる「医師」、学会等積極的に市民でも有名な医師を増やしてほしい。 ・医師の世界でも学びたい環境であるPR <p>A.看板となる医師につきましては、全国的に有名な医師も診療科によっては存在いたします。当院としても有名な医師を増やしたいと考えておりますが、医師確保自体が難しい状況でもあります。</p> <p>●学びたい環境であるPRにつきましては、初期・後期臨床研修の医師を除くと、概ね医局からの派遣であり、医局の意向が強いところであります。初期臨床研修医では、当院の指導方法等が注目され、14年連続フルマッチとなっております。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●また、医師の希望する医療機器を購入することで、患者にとって安心・安全な医療の提供はもちろんのことですが、医師においても業務負担軽減、最新の医療技術の習得、ひいては、大学医局の医師派遣に対する一つの要素になると考えております。 	
次年度以降に向けての課題や方向性		<ul style="list-style-type: none"> ●臨床研修医制度による医育大学の医局員減少や、新専門医制度の開始に伴い、都市部への集中が懸念されているが、上記の取り組みを継続し、中核病院としての役割を担う。 ●医師の人員確保により時間外勤務の縮減や過重労働の軽減を図りたい。 		<ul style="list-style-type: none"> ・研修医からも「行きたくない病院」とならないように、各大学（医学部）アンケートも必要なのではないかと <p>A.医育大学在籍中の学生の視察・見学を積極的に受け入れたり、研修医病院プレゼンテーションの際には、実際に研修医がブースで説明を行うなど、研修医に選ばれる病院を目指しております。</p>		

戦略目標：【業務プロセスの視点】診療プロセスの標準化・質指標設定と可視化（院内共有）

成功要因：Z-プロジェクトの成功

評価指標：(15)前年実績を上回った項目割合

算定式：前年度比増加したWG数

総合評価 **B**

主担当：情報システム係
登載 23P

	H28年度（参考値）	H29年度	自己評価	評価委員評価欄	評価委員評価欄	評価委員評価欄
目標値（%）	88.9%	90.0%	—			
実績値（%）		H29年度値	81.8%			
薬剤指導WG		13,837,200	+			
特食・栄養指導WG		2,549,316	+			
血中濃度WG		▲ 929,700	-			
診療情報提供WG		466,000	+			
精神専門WG		30,017,000	+			
健診WG		818,258	+			
退院時リハWG		2,274,000	+			
入退院支援WG		198,200	+			
周術期口腔ケアWG		2,924,500	+			
査定WG		▲ 5,571,422	-			
コーディングWG			+			
計		46,583,352	81.8%			
差異	-89%		-8.2%			
自己評価						
A 計画通り	—	B	B	B	B	B
B 課題はあるが前進						
C 計画を下回る						
具体的な取り組みと実施状況		<ul style="list-style-type: none"> ●算定率、算定対象患者、算定漏れのデータ洗い出し→問題点や課題の抽出作業実施。 ●職種間で情報共有をし、算定までの流れの確立、他部署との連携を実施する。 ●算定要件の理解、加算等を積極的に算定していく意識面の改善も行った。 ●目標数値と、スケジュールを立てPDCAサイクルを回した。 ●11月に中間報告会、翌年5月に年間報告会を実施 ●これらの施策により「全体で知恵を出す」、「病院全体で算定漏れを無くそうとする機運が高まる」など、更に協力体制が強固となった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・算定は長期処方で難しい面はありますが、情報共有にて対応は明確になると考える A.情報の共有を行ってまいります。 			
次年度以降に向けての課題や方向性		<ul style="list-style-type: none"> ●H30年度も11のWGとする。ただし対策項目については見直しをしていく。 ●4月の診療報酬改定において「入院時支援加算」や、体制が整いつつある「精神科退院前訪問看護指導料」を項目に加え増収対策を行う。 ●WGメンバーについては、若手の意識向上という観点から、若手に引き継ぎプロジェクトを進める。 ●Z-Projectという言葉が院内の共通語となり、各部署の協力体制も整いつつあることから、今後も取り組みを拡大、継続していく方針である。 	<ul style="list-style-type: none"> ・診療情報提供料や退院時共同指導料など医師参加でより加算できる A.診療情報提供料については、医師が作成した診療情報提供書に対する検査結果などの添付加算であるため、医師が添付し忘れたものに対し、算定しています。退院時共同指導料はH30年度で18件の算定となっています。これは、4月から訪問看護STを院内に設置したため、当院内で完結となるため少ない件数となっております。 			

戦略目標：【業務プロセスの視点】診療プロセスの標準化・質指標設定と可視化（院内共有）

成功要因：クリニカルパスの活用

評価指標：(16)クリニカルパス適用率

算定式：パス適用患者 / 入院患者数

総合評価	A
------	---

主担当：医事係

登載 23P

	H28年度（参考値）	H29年度 自己評価		評価委員評価欄	評価委員評価欄	評価委員評価欄
目標値（%）	19.6%	20.0%	—			
実績値（%）		—	24.7%			
パス適用患者数		—	36,850			
入院患者数		—	149,483			
差異	-19.6%	—	4.7%			
自己評価						
A 計画通り	—	A	A	A	A	A
B 課題はあるが前進						
C 計画を下回る						
具体的な取り組みと実施状況		<ul style="list-style-type: none"> ●クリニカルパス大会の実施。パスを実践することでのメリットを参加した職員に伝達できた。 ●先進病院（市立札幌病院）の視察。組織立ってパスへの取り組みがされており、教育も徹底されていた。 		<ul style="list-style-type: none"> ・継続して質を上げてほしい A.クリニカルパス委員会を継続して開催しながら、パスの利用率の向上、パスを評価し、変更があるパスについて検討してまいります。 		
次年度以降に向けての課題や方向性		<ul style="list-style-type: none"> ●看護部ではクリニカルパス推進会議が運営されており、教育・アウトカム評価・バリエーション分析（パスからの逸脱・変動）についてチームを作り、取り組みを開始している。医師への意識づけも課題の一つとなっている。 		<ul style="list-style-type: none"> ・医師の協力を願う A.医師の協力体制が構築できるよう、医局会議において周知します。また、パス委員会では、委員長を病院事業管理者から現場の医師へ変更し、よりスピーディな体制に変更する予定となっております。 		

戦略目標：【業務プロセスの視点】診療プロセスの標準化・質指標設定と可視化（院内共有）

成功要因：QualityIndicator設定

評価指標：(17)HPで公表するQI数

算定式：診療情報係測定値

総合評価	A
------	---

主担当：診療情報係
登載 23P

	H28年度（参考値）	H29年度 自己評価		評価委員評価欄	評価委員評価欄	評価委員評価欄
目標値	準備	5	-			
実績値		-	7			
差異		-	2			
自己評価	-	A		A	A	A
A 計画通り						
B 課題はあるが前進						
C 計画を下回る						
具体的な取り組みと実施状況		<ul style="list-style-type: none"> ●DPC対象病院として、病院指標を7項目掲載している。 (http://www.med.sunagawa.hokkaido.jp/outline/h_index.html ①年齢階級別退院患者数 ②診断群分類別患者数等 ③初発の5大癌のUICC病気分類並びに再発患者数 ④成人市中肺炎の重症度別患者数等 ⑤脳梗塞のICD10別患者数等 ⑥診療科別主要手術別患者数当、⑦その他) ●全国自治体病院協議会のDPCデータ分析事業への協力や、「医療の質の評価・公表等推進事業 https://www.jmha.or.jp/jmha/contents/info/137」へ参加している。 				
次年度以降に向けての課題や方向性		<ul style="list-style-type: none"> ●H29年度からは、日本病院会のQIプロジェクトへ参加し (https://www.hospital.or.jp/qip/index.html) 当院の年度別の経年変化を含め、ホームページに掲載することが可能となる。 ●30年度は新たな指標の掲載を目指す ●臨床指標の項目については、先進事例を参考に精度の高いデータを掲載できるよう努める。 			<ul style="list-style-type: none"> ・先進事例を参考に取り組む ・PDCAより課題や方向性を明確になることで共通認識を高めて欲しい <p style="color: blue;">A.引き続き先進事例の研究等を進めます。</p>	

戦略目標：【学習と成長の視点】全職員のモチベーション・ロイヤリティ向上

成功要因：人事評価制度の活用

評価指標：(18)A評価以上職員数率

算定式：(Sランク者数+Aランク者数) / 評価者総数

総合評価	C
------	---

主担当：職員係

登載 24P

	H28年度 (参考値)	H29年度	自己評価	評価委員評価欄	評価委員評価欄	評価委員評価欄
目標値 (%)	34.5%	38.5%	—			
実績値 (%)		—	21.6%			
Sランク			27			
Aランク			97			
Bランク			352			
Cランク			90			
Dランク			8			
評価者総数			574			
差異		—	-16.9%			
新指標【評価平均点】			22.54			
自己評価						
A 計画通り	—	C		C	C	C
B 課題はあるが前進						
C 計画を下回る						
具体的な取り組みと実施状況		<ul style="list-style-type: none"> ● 医師以外の人事評価制度の導入は、トライアルを含め2年が経過した。 ● 人事評価の結果において、医師以外は処遇反映を当面行わないことからランク付けの必要性は無いが、将来を見据えて評価点数の合計点を用いてSランクからDランクまでの5段階のランク付けを行っている。 ● 評価ランク付けを行うにあたり評価合計点数を5つの分布点数に分ける評価ランク基準を設定している。 		<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師が含まれないのは何故か？ ・ 評価ランク付けに当たり、職員のモチベーションに影響があるのか知りたい。 <p>A. 医師は一般職員以前より開始しております。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 一般職員の人事評価は、まだ1クールを終了したところであり、検証している段階です。引き続き影響等を注視してまいります。 		
次年度以降に向けての課題や方向性		<ul style="list-style-type: none"> ● S・Aランクの職員数率は、分布方式では正規分布（釣鐘型カーブ）に近い結果となるよう評価ランク基準を調整することからAランク以上の職員率は上昇しないことが分かった。しかし、目標値を変更することはできないことから、<u>評価ランク基準となる評価平均点が上がることを目標とする。</u> 		<ul style="list-style-type: none"> ・ 分布図方式にて結果が釣鐘型カーブとのことだが、平均点が上がることを目標とする ・ 次世代育成に取り組めるものとしてほしい <p>A. 人事評価におきましては、期末には評価者から各個人へフィードバックを実施し、継続性を持ちながら職員の育成に努めてまいります。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 「職員満足無くして患者満足無し」という理念の下、平均点が上がる取組み、次世代育成の取組みを引き続き行ってまいります。 		

戦略目標：【学習と成長の視点】全職員のモチベーション・ロイヤリティ向上

成功要因：就労環境の改善と職員の定着

評価指標：(19)有休取得日数

算定式： 年休取得日数 / 年休付与者数

総合評価 **B**

主担当：職員係

登載 24P

	H28年度 (参考値)	H29年度	自己評価	評価委員評価欄	評価委員評価欄	評価委員評価欄
目標値 (日)	7.1	10.0	-			
実績値 (日)	7.8	-	8.2			
年休付与者数			745			
年休取得日数			6,101			
差異	0.7	-	▲ 1.8			
自己評価						
A 計画通り	-	B	B	B	B	B
B 課題はあるが前進						
C 計画を下回る						
具体的な取り組みと実施状況		<ul style="list-style-type: none"> ●具体的な取り組みについては、各部署においてパースデー休暇や記念日休暇など様々な取り組みが行われている。 ●目標には届かなかったが、年々取得日数が増加傾向にある。 ●10日取得達成部署は、58部署中、12部署となった。 ●職員の業務状況の共有による休みやすい職場環境の整備。 				
次年度以降に向けての課題や方向性		<ul style="list-style-type: none"> ●有給休暇の取得は、何と言っても部署内での協力が不可欠である。ワークライフバランスの推進のためにも「年休休暇取得計画表」などの導入も検討し取得増加を図りたい。 	<p>H31.4から最低でも5日以上有給休暇取得が義務付けのため、5日未満の部署があるかを確認し、あれば早めに対策した方が良い</p> <p>A.有休の取得状況につきましては、全部署を職員衛生委員会で検証しております。平成29年の有休取得日は、全体で平均8.2日となっております。職種においては医師以外の職種別平均値は5日を超えるものの、医師は3.3日となり低い状況でありますので、対策について考えてまいります。</p> <ul style="list-style-type: none"> ●各部署においてそれぞれ対策を考えており、一例ではありますが「パースデー休暇」などを実施している部署もあります。 	<p>・休暇中の担当者不在で情報共有されていないこと多し。「有休中」「学会中」連携部署内必須</p> <p>A.ご指摘の情報共有不足につきましては、今後院内で連携の方法を検討いたしますが、すべての担当者の情報共有については、難しいと考えております。</p>		

戦略目標：【学習と成長の視点】全職員のモチベーション・ロイヤリティ向上

成功要因：就労環境の改善と職員の定着

評価指標：(20)離職率（医師を除く）

算定式： 年間退職者数 / 当該年度の平均職員数（（4/1在職職員数 + 3/31在職職員数）/2） × 100

総合評価	C
------	---

主担当：職員係

登載 24P

	H28年度（参考値）	H29年度 自己評価		評価委員評価欄	評価委員評価欄	評価委員評価欄
目標値（%）	3.60%	3.50%	—			
実績値（%）	3.60%	—	5.20%			
年間退職者数			35			
平均職員数			673			
（4/1在職職員数）			680			
（3/31在職職員数）			665			
差異	0.0%		1.7%			
自己評価						
A 計画通り	—	C	C	C	C	C
B 課題はあるが前進						
C 計画を下回る						
具体的な取り組みと実施状況		<ul style="list-style-type: none"> ●離職の要因と考えられるのは、労働条件や教育体制による影響などが考えられるが、各職種、人員の確保を行い、年々職員数は増加し、業務の負担軽減に努めている。 ●教育では、新人看護師研修から勤続年数に応じた研修会を実施することで看護技術を取得ができることや学会など幅広く参加できるような体制を図っている。 ●末端職員への経営状況の共有による経営参画意識の醸成（トピックスやチラシの作成・会議での経営状況のレクチャー）。 ●BSC中間報告による他部署の取組の共有 ●若年層の経営幹部との座談会の開催 ●産休・育休取得者へ病院情報の送付（トピックス、広報誌）。 		<ul style="list-style-type: none"> ●離職の要因は労働条件、教育体制と考えるが、人間関係もありコミュニケーションやパワーハラ等、内部環境調査も必要と考える <p>A.内部環境、コミュニケーションにつきましては、各部署において定期的な面談等を通じ図っております。また、パワーハラスメントにつきましては、相談体制等を明確にしており、研修等も実施しております。</p>		
次年度以降に向けての課題や方向性		<ul style="list-style-type: none"> ●今年度は他医療機関転出が多く見られる。現在では他の医療機関に転出する理由が明確でないため、次年度から退職者の協力を経て「なぜ転出するのか」など理由を把握するアンケート調査を実施する。 ●エンゲージメントレベルの現状分析とレベルの向上 ●職員間情報共有策の強化（電子掲示板、Dr.JOY【スマートフォンやパソコンによるコミュニケーションツール】の活用）。 ●経営状況勉強会の開催。 	<p>人間関係が嫌で辞められる人もいると思うので、課長等から人間関係についての報告や、辞めそうな人への部署異動の提案をするのもいいかもしれない</p> <p>A.人間関係や業務の報告につきましては、各部署において面談等を実施しヒアリングしております。また、退職希望の職員に対しても面談を行い、部署異動について提案を行ってきております。</p> <p>●部署異動につきまして、看護部では年1回異動希望調査を実施しており、また個別の希望にも可能な限り沿うようにしております。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●「なぜ転出するのか」アンケートは、退職者はもとより、マークシート等内部アンケートも必要。 ●中間管理者や医師などトップとなる職員の人間性等影響力見直し教育 ●離職部署調査など <p>A.eNPS調査を行うことで、職員の不活分子を洗い出して対策を行い、退職者を出さない職場環境の構築を目指します。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●トップとなる職員の影響力につきまして、職員満足度調査の結果から概ね良好と認識しています。またH30年度においてリーダーシップ研修を計9回実施し、組織強化を図っております。 ●離職部署調査につきましては、現在のところ特定の部署に限って離職者が多いといった事象は見受けられません。 	

戦略目標：【学習と成長の視点】次世代（若手職員）の育成

成功要因：専門スキルの習得

評価指標：(21)専門資格取得数

算定式： 研修管理室測定値

総合評価	C
------	---

主担当：研修管理室

登載 24P

	H28年度（参考値）	H29年度 自己評価		評価委員評価欄	評価委員評価欄	評価委員評価欄
目標値（個）	53	70	-			
実績値（個）	51	-	11			
差異	▲ 2	-	▲ 59			
自己評価						
A 計画通り	-	C		C	C	C
B 課題はあるが前進						
C 計画を下回る						
具体的な取り組みと実施状況		<ul style="list-style-type: none"> ●予算及び研修計画等により道内・道外の学会、研修会の参加については、病床利用率の上昇やスタッフの不足などにより計画どおりに参加できないものがあった。 ●認定看護師については、希望者はいたが、入学試験の準備不足、不合格により1名（糖尿病看護認定看護師）であった。 			<ul style="list-style-type: none"> ・医師、看護師、薬剤師他学会や研修を組織作りをして各種「認定」を取得する。NSTチーム、緩和チーム、感染症チームなど。 ・自己啓発向上 <p>A.研修管理室や看護部研修担当看護師長を配置し、認定資格等の取得を全院挙げて推奨しております。</p> <ul style="list-style-type: none"> ●自己啓発につきましては、各部門における自発的な小グループでの取り組みを実施したり、自己啓発休暇制度を有し、柔軟に対応しております。 	
次年度以降に向けての課題や方向性		<ul style="list-style-type: none"> ●各職種の学会出張旅費・学会会費の取り決め事項を整備し、職員のキャリアアップを支援するとともに、施設基準、病院運営に必須の資格の取得について推進する。ただし、研修費用が膨大にならないよう予算部局と協議のうえ、適正な予算管理を遂行する。 ●平成30年度において、学会出張旅費、学会会費の支出基準を制定する予定である。 ●医療経営士資格の取得。 			<ul style="list-style-type: none"> ・予算膨大とならないように優先順位や個人育成プログラムなど目標設定させ取り組む ・加算条件となる「認定」を優遇するなど <p>A.研修に係る旅費・参加費につきましては、予算要求とし、関連部署にヒアリングを実施し、最小の投資で最大限の効果が表れるような取り組みを行っております。</p> <ul style="list-style-type: none"> ●加算条件となる認定等につきましては、職員のキャリアパス、職場での位置、家庭環境等複雑な要素が絡みますので、引き続き適した時期に適した人材が参加出来るよう努めてまいります。 	

戦略目標：【学習と成長の視点】全職員のモチベーション・ロイヤリティ向上

成功要因：多職種・職員の交流（正規・嘱託・臨時・委託・派遣等）

評価指標：(22)懇親会参加人数

算定式： 交友会測定値

総合評価 **A**

主担当：交友会
登載 24P

	H28年度（参考値）	H29年度 自己評価		評価委員評価欄	評価委員評価欄	評価委員評価欄
目標値（人）	717	770	-			
実績値（人）	737	-	799			
差異	20	-	29			
自己評価	-	A		A	A	A
A 計画通り						
B 課題はあるが前進						
C 計画を下回る						
具体的な取り組みと実施状況		<ul style="list-style-type: none"> ●福利厚生会（交友会）事業 ●今年度、2つの新規事業を実施したことによる成果と考える。 ●1つ目は、新任職員を対象とした「Welcome Café」には66名の参加があり、理事者との交流により同じ病院職員として働くチームの一員である認識が芽生えることを目的とした。 ●2つ目は、日帰りツアーを実施し、14名が参加した。 			<ul style="list-style-type: none"> ・交友会など若い世代を軸として企画運営の機会を作るなど A.交友会理事及び代議員は各部署から選出され、比較的若い世代がその役を担っております。 	
次年度以降に向けての課題や方向性		<ul style="list-style-type: none"> ●昨年実施した「日帰りツアー」を引き続き今年度も計画するが、昨年は案内と申し込みが同時期であり、周知期間が短かったことによる反省もふまえ、今年度は、行先や目的など会員からの意見や要望も取り入れ、恒例行事として定着させていきたいと考えている。 ●他の事業においては、マンネリしているのではないかという意見もあるが、参加する人数もそこそこあり、引き続き職員の交流の場として実施して参りたい。 ●新規採用者を対象にした宿泊研修（チームビルディング）の実施検討。 ●組織開発コンサルティングの受講による意識の共有（H30年度、管理職層から順次開始）。 			<ul style="list-style-type: none"> ・上記に記載したが、新規採用者など若い世代対象に企画運営をさせることも良いのではないか？ A.上記と同回答になりますが、比較的若い世代がその役を担っています。また、新規採用者につきましては、福利厚生会の1年のサイクルや行事の雰囲気はまだつかめてないと推察しますので、機が熟しましたら理事や代議員として活躍の場を持ってもらいたいと考えております。病院祭実行委員会は若い職員が中心となって運営しております。 	

戦略目標：【学習と成長の視点】全職員のモチベーション・ロイヤリティ向上
 成功要因：多職種・職員の交流（正規・嘱託・臨時・委託・派遣等）
 評価指標：(23)組織活性化度（意欲度）
 算定式： 職員満足度調査設問60「意欲をもって働いている」結果値

総合評価	C
------	---

主担当：職員係
 登載 24P

	H28年度（参考値）	H29年度	自己評価	評価委員評価欄	評価委員評価欄	評価委員評価欄
目標値	4.52	4.64	—			
実績値	4.52	H29年度値	4.51			
職員満足度調査設問60		2,793	619			
強くそう思う 7点		238.00	34			
そう思う 6点		768.00	128			
少しそう思う 5点		865.00	173			
どちらとも言えない 4点		636.00	159			
あまりそう思わない 3点		192.00	64			
そう思わない 2点		66.00	33			
全くそう思わない 1点		28.00	28			
差異	0.00		▲ 0.13			
自己評価						
A 計画通り	—	C		C	C	C
B 課題はあるが前進						
C 計画を下回る						
具体的な取り組みと実施状況		<ul style="list-style-type: none"> ●平成27年度より「職員満足度調査」を実施。 ●病院事業管理者による各部署ヒアリング、若手職員の座談会、幹部職員による週1回の院内ラウンドを実施。 		<ul style="list-style-type: none"> ・職員満足度「少しそう思う」「どちらともいえない」層の課題・問題点を明確化できる策を考える A.平成30年度においてeNPS調査を実施し、各層の課題・問題点を把握し、それに向けた対処方法を考えております。 		
次年度以降に向けての課題や方向性		<ul style="list-style-type: none"> ●「意欲をもって働いている」では、前年と比べ0.1ポイント下がった結果となった。中でも「達したい具体的な目標をもっているか」は、大きく下回った項目であり、この点については、人事評価のフィードバック面談を的確に実施しプラスに繋げる。 ●30年度においてeNPS調査（職員エンゲージメント調査）を実施。職員が満足・不満足としていることを具体的に聞き取り、対処に向かうことで、エンゲージメント（自発的貢献意欲）を高めたい。 		<ul style="list-style-type: none"> ・「強くそう思う」「そう思う」と答えた162名の理由を抽出して活かす方法、課題を見出すのはどうか？ ・BSC自体が「なんちゃって目標」になっていないか？しっかり個々に評価強化 A.上記と同回答ですが、理由・課題の抽出は実施しております。 ●BSCは、本年2年目となり、部門別アクションプランの四半期ごとの振り返りを行い、BSCの進捗を管理することで各部門への浸透を促しております。 		

戦略目標：【学習と成長の視点】全職員のモチベーション・ロイヤリティ向上

成功要因：多職種・職員の交流（正規・嘱託・臨時・委託・派遣等）

評価指標：(24)組織活性度（満足度）

算定式： 職員満足度調査設問59「当院の職員であることに満足している」結果値

総合評価 **B**

主担当：職員係

登載 24P

	H28年度（参考値）	H29年度	自己評価	評価委員評価欄	評価委員評価欄	評価委員評価欄
目標値	4.29	4.47	—			
実績値	4.29	H29年度値	4.44			
職員満足度調査設問59		2,747	619			
強くそう思う 7点		217.00	31			
そう思う 6点		630.00	105			
少しそう思う 5点		875.00	175			
どちらとも言えない 4点		760.00	190			
あまりそう思わない 3点		171.00	57			
そう思わない 2点		66.00	33			
全くそう思わない 1点		28.00	28			
差異	0.00		▲ 0.03			
自己評価						
A 計画通り	—	B	B	B	B	B
B 課題はあるが前進						
C 計画を下回る						
具体的な取り組みと実施状況		●(23) 組織活性度（意欲度）と同。		・意欲度と同じ「強くそう思う」「そう思う」136名より満足しているところを抽出して、課題・問題解決に生かす A. (23) の回答に準じます		
次年度以降に向けての課題や方向性		●全体では▲0.03ポイント目標に届かなかったが「当院は長く働いていきたい」「当院の待遇」では、前年と比べ0.36ポイント上がった結果となった。 ●ただし、人手不足に関する内容が多く記載されているため何らかの業務上の負担がかかっているものと考えられるため、人員の適正配置に努めていく。	人手不足の対策として、今後人口減少による応募者の減少や、質の低下が考えられるため、現在行っていることや書類の作成が本当に必要なか、まとめられないのかの検討と、IT化等を行うことも考えた方が良い A.書類等につきましては、電子化、IT化を進めています。現在行っている業務について更なる効率化を図ることができるか、QC活動等について検討しております。 ●関連して、会議の在り方の見直しを図り、統廃合を進めたところであります。	・人材不足より働く事への満足が上回れば「人手不足」忙しさの感じ方は人それぞれ、なぜ業務をしなければいけないのか、職務に対する倫理の教育も必要不可欠と考える。（生命にかかわる仕事） A.医療職については、それぞれの医療従事者としての職業倫理に基づき業務を行っております。	●病院の理念、基本方針につきまして、職員のネームプレート裏に入れ、いつでも確認できるようにしております。また、部署によっては、独自の理念を掲げ職務に当たっております。	

戦略目標：【学習と成長の視点】期待人材像の明示と全職員の経営参画

成功要因：好事例の共有

評価指標：(25) 院内発表会の開催、発表数

算定式：発表事例数

総合評価	C
------	---

主担当：企画係

登載 24P

	H28年度 (参考値)	H29年度 自己評価		評価委員評価欄	評価委員評価欄	評価委員評価欄
目標値	6	8	-			
実績値	6	-	4			
差異	0	-	▲ 4			
自己評価						
A 計画通り	-	C		C	C	C
B 課題はあるが前進						
C 計画を下回る						
具体的な取り組みと実施状況		<p>●11/29 (水) 13:30~15:00 第1回BSC コンペ実施、テーマ：職員満足度向上と有給休暇</p> <p>①連携室 「私休むよ！あなたも休みな」藤井師長、②4南「わたらしさにかえろう！」小坂師長、③検査科「今日は仕事あがっていいよ」渋谷技師長、④3階「こんな勤務表でごめんね」島崎師長の発表を実施、47名の参加を得た。参加者の投票により3階病棟が優勝となり、ミルクを温める等の用途に使用するため電子レンジ3台を進呈した。参加者からおおむね好評を得た。(病院予算から支出、業務効率化に資する物品として条件付)</p>			<p>・看護師、特に女性が多い職場にて、子育てや子供のイベント等大変なことがあり、職位上位が休めるとなれば厳しい。「卒業式」「入学式」など優先順位を決めること</p> <p>A.部署内スタッフ間の協力により、家庭の行事など、有休が取得できるよう柔軟に対応しております。</p>	
次年度以降に向けての課題や方向性		<p>●コンペ終了後、課内で検証を実施した。</p> <p>①今回は「有給休暇」という各部署共通の事象について発表できたが、今後各部署同じお題とすることができない。(各科においてそれぞれBSCを作成しているため) ②優劣をつけるのはいかなものか？(取組んだ各部署皆頑張っている) 次回からは甲乙つけない方向性。病院の総合計画でもあるBSCを、職員が楽しみながら、関わりながら進めることができるよう工夫する。</p> <p>●30年7月、年間報告会実施。</p>		<p>賛否両論あると思うが、発表したら業務効率化に資する物品を提供する、もしくは発表されたことに対してフィードバックをし、病院は職員の声を大切にすと思ってもらい、発表したいという意識を高めてもらう。</p> <p>A.今回のコンペでは最優秀賞に業務効率化に資する物品の購入を行いました。反省点として、最優秀受賞部署や、発表部署に限らず、すべての部署が創意工夫を行い頑張っているということで、甲乙つけがたいという結論にたどり着きました。(平成30年度からは表彰なしとしました)</p>	<p>人手不足がわかっているのに有休消化を想像するマイナスなテーマが良かったのか考えてしまった。病棟・病院全体で思いやる心ができるように進めて欲しい。</p> <p>・BSCをしっかりと考える教育も必要。なんちゃって、マネなどありえない。</p> <p>A.人手不足は徐々に解消しつつあると認識しております。(年度途中の突発的な退職や産休等は除きます。) 有休取得につきましては、病院の大きな目標であり、部署間で好事例を共有すること、また、もっと有休を取りやすくすることを目的とし、ポジティブな意味合い、また、各部署共通なこのテーマを選定いたしました。</p>	<p>●思いやる心につきましては、例えば子供の行事などは、部署内で協力体制を取り、休みやすい環境を作っております。</p> <p>●BSCは、本年2年目となり、部門別アクションプランの四半期ごとの振り返りを行い、BSCの進捗を管理することで各部門への浸透を促しております。</p>