

令和 2 年 8 月
令和 2 年度 第 1 回松戸市病院事業経営改革委員会

松戸市病院事業 経営計画 第 2 次(平成 29～32 年度)

《松戸市病院事業改革プラン》

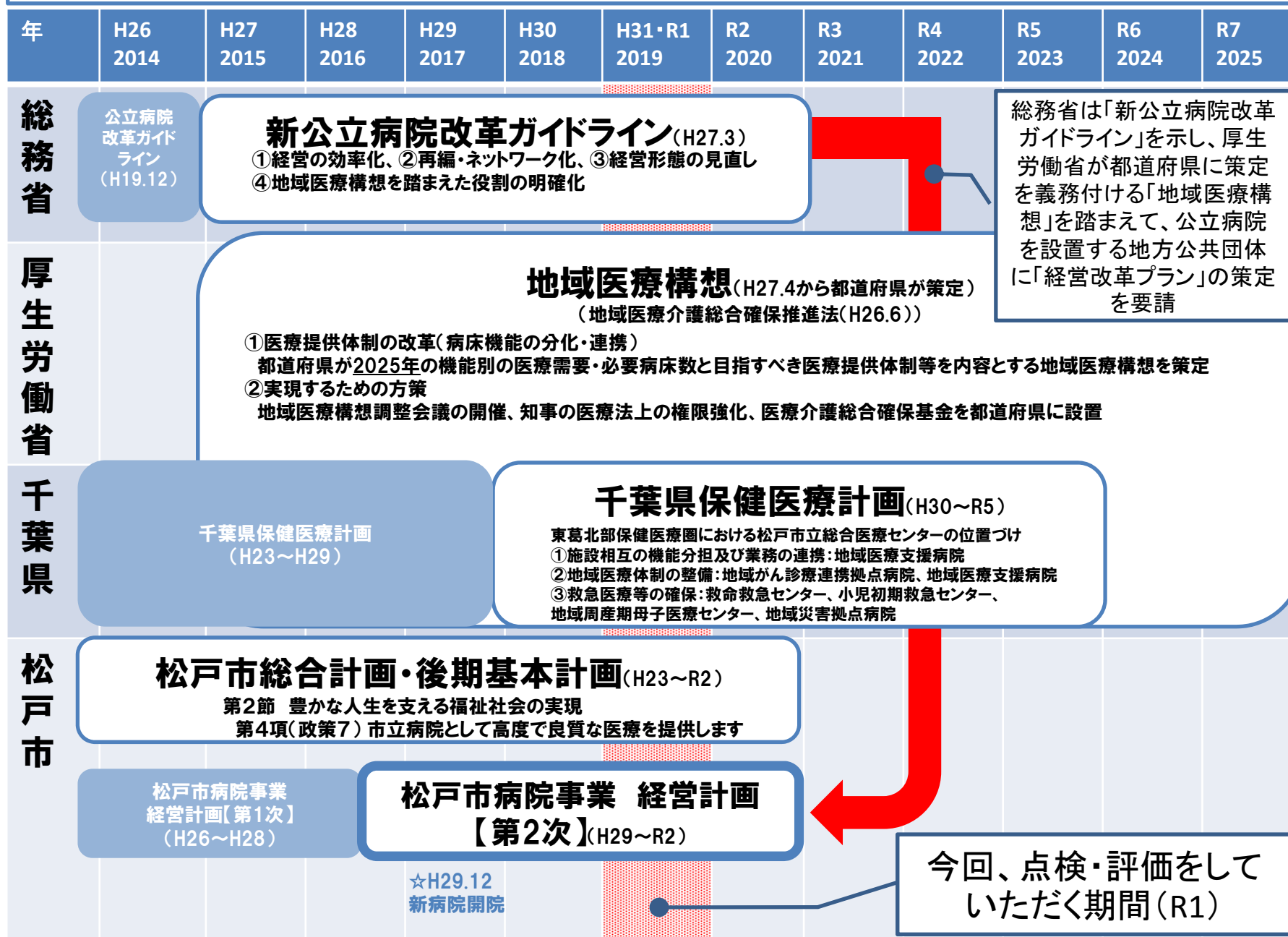
令和元年度末実績

《市立総合医療センター》

《目次》

項目				頁
・ 松戸市病院事業 経営計画《経営改革プラン》の位置づけ				1
・ 業績（令和元年度決算）				2
・ 数値目標（令和元年度決算）				3
各 施 策 の 実 績	項目		各施策の推進責任者	頁
	1. 高度・専門医療の強化	1- (1) 救急医療の強化（3次救急）	救命救急センター長	4
		1- (1) 救急医療の強化（3次救急以外）	診療局長	
		1- (2) 周産期・小児医療の充実	周産期母子医療センター長、小児医療センター長、 新生児科部長	
		1- (3) 地域がん診療連携拠点病院機能の強化	がん診療対策室長	
	2. 政策医療の充実	2- (1) 地域医療支援病院機能の強化	地域医療連携局長	6
		2- (2) 感染症対策の推進	院内感染対策室長	
		2- (3) 災害拠点病院機能の充実	救命救急センター長	
	3. 医療安全の推進	3- (1) 医療安全対策の充実	医療安全推進室長	6
	4. 教育・研修の充実	4- (1) 研修医の受入体制の整備	教育研究センター長	7
		4- (2) 専門医の育成・確保・活用	教育研究センター長	
		4- (3) 認定看護師、専門看護師の育成・活用	看護局長	
5. 効率的・効果的な経営の推進	5- (1) 手術部門の強化	中央手術室運営委員会委員長	8	
	5- (2) 診療報酬増への戦略的な取り組み	医事課長		
	5- (3) 病床の効率運用	病床管理室長		
	5- (4) クリティカルパスの推進	診療局長	9	
	5- (5) 材料費の適正化	管財課長		
	5- (6) 医療機器購入の計画的・効率的整備	管財課長		
	5- (7) 広報体制及び広報活動の強化	経営企画課長		
	5- (8) 人事評価制度の推進	管理局長		
	5- (9) 医師の事務負担軽減	診療局長		
	5- (10) ワークライフバランスの充実	管理局長		10
	5- (11) 未収金対策	医事課長		
	5- (12) 入退院支援センターの充実	地域医療連携局長		

『松戸市病院事業 経営計画』《経営改革プラン》の位置づけ



《市立総合医療センター》

業績（令和元年度決算）

○収益的収支（税抜き）

（単位：百万円）

		R1年度				H30年度	H 30決算との 差引 (B) - (C)	計画との差引 (B) - (A)
		年間計画 (A)	決算 (B)	達成率	自己 評価	決算 (C)		
医業収益		18,059	17,562	97.2%	△	16,830	732	△ 497
	入院収益	12,845	12,062	93.9%	△	11,796	266	△ 783
	外来収益	4,586	4,861	106.0%	○	4,641	220	275
	その他	368	379	103.0%		392	△ 13	11
	負担金交付金	260	260	100.0%		0	260	0
		R1年度				H30年度	H 30決算との 差引 (B) - (C)	計画との差引 (B) - (A)
		年間計画 (A)	決算 (B)	執行率	自己 評価	決算 (C)		
医業費用		19,968	20,222	101.3%	△	19,590	632	254
	給与費	10,680	10,737	100.5%	△	10,398	339	57
	材料費	4,182	4,653	111.3%	×	4,359	294	471
	経費	3,133	2,885	92.1%	○	2,783	102	△ 248
	減価償却費	1,884	1,879			1,945	△ 66	△ 5
	その他	89	68			105	△ 37	△ 21
		R1年度				H30年度	H 30決算との 差引 (B) - (C)	計画との差引 (B) - (A)
		年間計画 (A)	決算 (B)	達成率	自己 評価	決算 (C)		
医業損益		△ 1,909	△ 2,660	60.7%	×	△ 2,760	100	△ 751
医業外収益 注1		2,038	2,060			2,209	△ 149	22
医業外費用 注1		1,325	1,333			1,216	117	8
経常損益		△ 1,196	△ 1,933	38.4%	×	△ 1,767	△ 166	△ 737
特別利益		0	0			14	△ 14	0
特別損失		10	655			5	650	645
当期純損益		1,206	△ 2,588			△ 1,758	△ 830	△ 3,794

注1 看護学校、保育所に係る収益・費用を含む。

※上記の数値は、端数処理済。

自己評価基準

○：目標達成（達成率100%以上 執行率の場合は100%以内）

△：ほぼ目標達成（達成率90%以上 執行率の場合は100%超～110%未満）

×：目標未達成（達成率90%未満 執行率の場合は110%以上）

《市立総合医療センター》

数値目標（令和元年度実績）

項 目		R1年度		達成率	自己評価	H30年度	H30差引 (B) - (C)	目標差引 (B) - (A)
		年間目標 (A)	実績 (B)			実績 (C)		
医業収支比率 (%)		90.4	86.8	96.0%	△	85.9	0.9	△ 3.6
経常収支比率 (%)		94.4	91	96.4%	△	91.5	△ 0.5	△ 3.4
職員給与費比率 (%)		59.1	61.1	96.6%	△	61.8	△ 0.7	2.0
材料費比率 (%)		22.5~27	26.5	達成	○	25.9	0.6	達成
病床稼働率	(稼働病床数:592) (%)	88.0	83.3	94.7%	△	84.2	△ 0.9	△ 4.7
	(稼働病床数) (%)	92.2(564)	87.4	94.7%		91.2(547)	△ 3.8	△ 4.8
新規入院患者数 (人)		15,600	13,757	88.2%	×	13,243	514	△ 1,843
入院 一日平均患者数 (人)		520	492.8	94.8%	△	498.7	△ 5.9	△ 27.2
入院 診療単価 (円)		67,500	66,870	99.1%	△	64,798	2,072	△ 630
外来 一日平均患者数 (人)		1,000	1053.0	105.3%	○	1017.1	35.9	53.0
外来 診療単価 (円)		18,800	19,234	102.3%	○	18,701	533	434
平均在院日数 (日)		12.2	12.9	94.3%	△	13.6	△ 0.7	0.7
手術件数 (件)		4,400	4,960	112.7%	○	4,757	203	560
救急患者数 三次 (人)		1,350	2,048	151.7%	○	1,877	171	698
救急患者数 三次以外 (人)		14,430	11,512	79.8%	×	11,681	△ 169	△ 2,918
紹介率 (%)		68.0	67.6	99.4%	△	64.7	2.9	△ 0.4
逆紹介率 (%)		118.0	113.5	96.2%	△	103.1	10.4	△ 4.5
患者満足度	入院 (%)	90.0	95.6	106.2%	○	96.4	△ 0.8	5.6
	外来 (%)	90.0	83.4	92.7%	△	83.8	△ 0.4	△ 6.6

※ 上記の数値は、端数処理済。

自己評価基準

- : 目標達成（達成率100%以上）
- △ : ほぼ目標達成（達成率90%以上）
- × : 目標未達成（達成率90%未満）

自己評価まとめ

○	6	33.3%	88.9%
△	10	55.6%	
×	2	11.1%	11.1%

1.高度・専門医療の強化

施策の体系 推進責任者	取組項目	目標・実績等							
1-(1)救急医療の強化 三次救急： ◎救命救急センター長 ICU救命師長 HCU救命師長	・迅速且つ円滑な救急車の受入れ体制の強化、ドクターカーの出動回数の増加により、三次救急及び三次救急以外ともに緊急性の高い重症患者を受入れ、迅速な治療を行う。 ・重症加算病床の稼働率に十分配慮し、その向上に必要な職員教育と病床運用体制を築く。		目標値	実績値(R1)	目標達成率	実績値(H30)	前年度比増減	自己評価	
		救急患者の受入数(三次救急):人	1,350	2,048	151.7%	1,877	171	○	
		ドクターカーの出動回数:回	200	660	330.0%	775	△ 115	○	
		ICU救命 稼働率:% (延患者数/延稼働病床数)	75	79.7	106.3%	79.6	0.1	○	
		ICU救命 算定率:% (特定入院料の算定患者数/延患者数)	90	87.3	97.0%	89.7	△ 2.4	△	
		HCU救命 稼働率:% (延患者数/延稼働病床数)	80	85.7	107.1%	80.6	5.1	○	
		HCU救命 算定率:% (特定入院料の算定患者数/延患者数)	90	88.6	98.4%	90.7	△ 2.1	△	
		目標未達成の要因							
		ICU救命 算定率	救命救急入院料を算定するICU救命では、手術後の入室は算定対象にならない。心臓血管外科などの手術後入室需要が増えてきており、その分算定率が低下する結果となった。現在の体制では、ICU救命に手術後の患者を収容することは致し方ないことであるが、ICU院内の立ち上げについては、今後も検討を続けていく必要がある。						
		HCU救命 算定率	R1年度下半期のHCU院内において、一般病棟に退室できない長期入室患者が増加した。その結果、HCU救命からHCU院内へ転棟する患者の流れが滞り、HCU救命にも長期入室患者が増加した。患者をスムーズに転棟させる仕組みの強化に取り組んでいく必要がある。また、自殺企図患者などが、精神科病院への転院待ちの間に算定限度日数を超えて在室することがあり、算定率が低下する原因となっている。						
1-(1)救急医療の強化 三次救急以外： ◎診療局長 副診療局長	・迅速且つ円滑な救急車の受入れ体制の強化、ドクターカーの出動回数の増加により、三次救急及び三次救急以外ともに緊急性の高い重症患者を受入れ、迅速な治療を行う。 ・重症加算病床の稼働率に十分配慮し、その向上に必要な職員教育と病床運用体制を築く。		目標値	実績値(R1)	目標達成率	実績値(H30)	前年度比増減	自己評価	
		救急患者の受入数(三次救急以外):人	14,430	11,512	79.8%	11,681	△ 169	×	
		目標未達成の要因							
		・二次救急の受け入れの円滑化…二次救急応需依頼に対して、迅速に対応するため、医療機関専用ダイヤル用のPHSを活用することとした。救急要請に対し、お待たせする時間をできるだけ短くするような体制構築が必要と思われる。 ・二次救急の受け入れ体制…救急多数・重症対応時に応需困難が発生する。救急対応にあたる医師・看護師スタッフ強化およびバックアップ体制を改善していきたい。 ・重症系部門から一般病棟への転科・転棟を円滑化する体制の構築が必要である。							

1-(2)周産期・小児医療の充実 ◎周産期母子医療センター長 ◎小児医療センター長 ◎新生児科部長	・地域周産期母子医療センターとして、ハイリスク妊婦、地域の重症新生児、未熟児等の受入れに力を入れ、高度で安全な医療を提供していく。 ・小児医療センターとして、地域に密着した小児医療、広域対応型の小児専門疾患の受入れ、全県対応型の最重症小児の最終受入れを充実させるため、患者受入れ体制やPICUの運用を強化する。		目標値	実績値(R1)	目標達成率	実績値(H30)	前年度比増減	自己評価
		分娩件数: 件	650	707	108.8%	784	△ 77	○
		母体搬送受入件数: 件	70	75	107.1%	78	△ 3	○
		新規入室患者数(PICU): 人	350	340	97.1%	333	7	△
		新規入院患者数(新生児科): 人	360	408	113.3%	438	△ 30	○
		目標未達成の要因						
		新規入室患者数(PICU)	①外科系の入院患者数の減少:諸事情により心臓血管外科の手術が一時止まってしまい、新規の手術が減ったこと。 ②全国的に小児の感染症の発生が、季節性インフルエンザおよびコロナの休校の影響で著減したこと。特に2019年11月、および2020年2月以降に顕著。					
1-(3)地域がん診療連携拠点病院機能の強化 ◎がん診療対策室長 診療局長 副診療局長 緩和ケア科部長	・地域がん診療連携拠点病院として、手術、化学療法及び放射線治療を効果的に組み合わせた質の高い治療を行う。 ・外来化学療法室の充実を図る。		目標値	実績値(R1)	目標達成率	実績値(H30)	前年度比増減	自己評価
		がん手術件数: 件	520	556	106.9%	504	52	○
		薬物療法のべ患者数: 人	1,700	1,801	105.9%	1,631	170	○
		放射線治療のべ患者数: 人	410	335	81.7%	327	8	×
		緩和ケアチームの新規介入患者数: 人	70	97	138.6%	86	11	○
		がん相談件数: 件	3,600	4,733	131.5%	4,150	583	○
		目標未達成の要因						
		放射線治療のべ患者数	・質を重視した取り組んでいる。R2年度に放射線治療専門医と医学物理士を招聘し、放射線治療の対象疾患が増えがん治療としての能力を発揮させる体制が充実した。今後は、その体制をアピールし患者数増加につなげたい。					

2.政策医療の充実

施策の体系 推進責任者	取組項目	目標・実績等							
2-(1)地域医療支援病院機能の強化 ◎地域医療連携局長	・地域連携機能のさらなる発展のため、外来受診について紹介予約枠の増強及び紹介予約受付の運用ルールの簡素化等を図り、円滑な予約受入体制を構築し、新患者数の増加を図る。加えて、地域の医療機関への訪問活動や広報活動、積極的な逆紹介の実施により地域医療機関と効果的・効率的な関係を構築する。 ・地域医療機関との連携強化のため、緊急を要する患者の紹介用ホットラインの設置を進める。		目標値	実績値(R1)	目標達成率	実績値(H30)	前年度比増減	自己評価	
		紹介率：％	68.0	67.6	99.4%	64.7	2.9	△	
		逆紹介率：％	118.0	113.5	96.2%	103.1	10.4	△	
		目標未達成の要因							
		紹介率：％	・紹介患者数については、前年度比ほぼ横ばいであった。(R1年度20,793件、H30年度20,697件、96件0.46%増) ・紹介率については、一部の診療科が完全紹介予約制に移行したこと、各診療科とも前年度より紹介率が微増した結果、前年度よりも紹介率は上がったが目標値には届かなかった。 ・今後も、地域の医療機関への訪問等を行い、紹介・逆紹介ともに件数の向上を図る。						
		逆紹介率：％	・逆紹介者数については、前年度比で250件0.88%増である。(R1年度28,545件、H30年度28,295件) ・逆紹介率については、前年度比で初診患者数が微減し、逆紹介数が微増したことから逆紹介率が伸びたが、目標値には届かなかった。 ・今後も、地域の医療機関への訪問等を行い、紹介・逆紹介ともに件数の向上を図る。						
2-(2)感染症対策の推進 ◎院内感染対策室長	・第二種感染症指定医療機関として、法律に基づき入院を必要とする感染症患者を迅速に受入れ及び管理する体制を維持する。 ・院内感染防止に向けた感染対策マニュアルの適宜改訂や感染制御チームによる定期的な職場巡視、職員に対する教育、連携医療機関に対する感染防止対策の評価等を実施し、感染対策の推進を図る。		目標値	実績値(R1)	目標達成率	実績値(H30)	前年度比増減	自己評価	
		感染防止対策加算2を算定する医療機関とのカンファレンス・講演会回数：回/年	4	4	100.0%	4	0.0	○	
2-(3)災害拠点病院機能の充実 ◎救命救急センター長	・災害拠点病院として、災害発生時に遺憾なく医療救護活動を実施できるよう平常時から職員も含め訓練を重ね、災害時に円滑に動ける仕組みを備える。	取り組んだこと・実績・結果							自己評価
		・院内の災害救護訓練と国が実施する大規模地震時医療訓練を共同で行い、連携の確認を行った。 ・災害救護訓練において、策定した災害時事業計画の検証を行った。 ・災害時用の食糧備蓄に関する調査を開始した。 ・千葉県台風災害において、継続的にDMAT派遣を行った(計5回)。 ・院内研修として外部講師を招き、台風災害に関する講演会を行った(講師：君津中央病院救命救急センター長)。							○

3.医療安全の推進

施策の体系 推進責任者	取組項目	目標・実績等						
3-(1)医療安全対策の充実 ◎医療安全推進室長	・医療安全の推進のため、医療安全対策マニュアルを適宜改訂し、インシデント・アクシデントレポートの収集・分析及びフィードバックを行う		目標値	実績値(R1)	目標達成率	実績値(H30)	前年度比増減	自己評価
		インシデント・アクシデント報告件数：件	3,600	4,082	113.4%	3,610	472	○
		医療安全研修会の参加率：％	85%以上	96.9	114.0%	96.4	0.5	○

4.教育・研修の充実

施策の体系 推進責任者	取組項目	目標・実績等							
4-(1)研修医の受入体制の整備 ◎教育研究センター長	・臨床研修指定病院として、医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ、臨床に必要な診療能力を習得し、地域医療、チーム医療に貢献できる人材の育成プログラム等の充実を図る。 ・初期研修医については、引続き、優秀な人材の確保に努めつつ、後期研修医の受入の拡大体制も整える。		目標値	実績値(R1)	目標達成率	実績値(H30)	前年度比増減	自己評価	
		指導医数(年度末時点):人	69	73	105.8%	75	△ 2	○	
		初期研修医受験申込者数:人	55	64	116.4%	65	△ 1	○	
		後期研修医数(年度末時点):人	17	18	105.9%	18	0	○	
4-(2)専門医の育成・確保・活用 ◎教育研究センター長	・医療の高度化や政策医療の更なる充実に対応し、安全で質の高い医療を提供するため、総合専門医、感染専門医、集中治療医など専門医の育成・確保・活用の検討及び実施を図る。	取り組んだこと・実績・結果							自己評価
		・各診療科において、大学医局と共同するなどして専門医の育成に取り組んだ。 ・内科専攻医専門研修プログラム基幹施設として登録され、R2年度に1名の専攻医を採用した。							△
		目標未達成の要因							
		昨年度は募集期間終了間近の施設認定であり、専攻医募集の周知不足があった。							
4-(3)認定看護師、専門看護師の育成・活用 ◎看護局長	・医療の高度化や政策医療の更なる充実に対応し、安全で質の高い医療を提供するために認定看護師・専門看護師の育成及び活用を進める。	取り組んだこと・実績・結果							自己評価
		・院内研修の講師を担当したり、相談やラウンドを実施したりして看護の質の向上に寄与した。 ・認定看護師が院内研修の講師を行い、院外の医療従事者も参加できるよう企画した。 ・院外活動として市民対象の講座、松戸市健康福祉センターの相談業務の他、講師派遣依頼14件に対応した。 ・認知症看護認定看護師採用に向けて対応し入職につながったので、今後認知症ケア加算の診療報酬算定に向けた取組みを行う。 ・認定看護師の介入で算定が可能な診療報酬項目16項目(感染防止対策加算1、感染防止対策地域連携加算、抗菌薬適正使用支援加算等)について、要件を満たし加算が算定できた。							△
		目標未達成の要因							
		・診療報酬の加算算定に関連する新たな分野の認定看護師や必要な分野の認定看護師を複数名育成することを目指したいが、資格取得希望の申し出がなく実現に至っていない。							

5.効率的・効果的な経営の推進

施策の体系 推進責任者	取組項目	目標・実績等							
5-(1)手術部門の強化 ◎中央手術室運営委員会委員長 麻酔科部長	・手術室を効率的に運用するため、麻酔科等の医療スタッフの充実を図るとともに各診療科との協力体制のもと、手術枠の適正化と柔軟な運用により手術件数の増加を図る。		目標値	実績値(R1)	目標達成率	実績値(H30)	前年度比増減	自己評価	
		手術件数: 件	4,400	4,960	112.7%	4,757	203	○	
5-(2)診療報酬増への戦略的な取り組み ◎医事課長	・診療報酬増への対応として、施設基準の取得につき定期的に検討し対応する。また、査定減を減らし医業収益の確保に努める。		目標値	実績値(R1)	目標達成率	実績値(H30)	前年度比増減	自己評価	
		査定減: %	0.20	0.41	48.8%	0.36	0.05	×	
		目標未達成の要因							
		査定減: %	・「総合入院体制加算3」の取得ができたことにより、更なる上位の基準「総合入院体制加算2」の取得に向けて取り組む前段階として、人員確保により「認知症ケア加算2」を取得したため、さらに上位の加算である「認知症ケア加算1」の取得に向けて専門のチームの結成に向けて調整中である。(R2年6月1日時点 施設基準届出件数:131件) ・実施した医療行為を漏れなく適正に保険請求することを主眼としている。審査機関による査定原因については、分析を実施した上で医師・点検係へ報告しているが、背景がそれぞれ異なるため地道な啓発が必要となっている。						
5-(3)病床の効率運用 ◎病床管理室長	・効率的な病床運用を目的に、病床管理室の強化を図るとともに、原則として病床管理を一元化し、病棟単位ではなく、病院全体で管理する体制を整備する。	取り組んだこと・実績・結果							自己評価
		1. ICU/HCU入院患者の病床調整会議の実施(2回/週) 2. 一般病棟・ICU/HCUミーティングの開催(1回/週) 患者情報共有							△
		H30年度							
			稼働率	利用率	平均在院日数	回転数	転棟転出数		
		HCU救命	80.6	72	3.6	73.7	676		
		HCU院内	74.2	72.9	4.9	54.4	596		
		ICU救命	79.6	76.4	4.4	63.8	414		
R1年度									
	稼働率	利用率	平均在院日数	回転数	転棟転出数				
HCU救命	85.7	77.4	3.7	76.3	736				
HCU院内	77.9	77.2	5.5	51.3	584				
ICU救命	79.7	76.5	4.8	57.9	374				
・病床調整会議およびICU/HCU師長とのミーティングを行い、転科だけでなく特定入院料を意識した転棟を行った。このことが稼働率の上昇・利用率の上昇となった要因の一つと考える。 ・一般病棟で呼吸器の利用が可能な病棟が増えた。									
目標未達成の要因									
・経営を重視した病床運用(ICU/HCU、一般病棟)について、医師・看護師の理解が不十分である。 ・空床を埋めることよりも、平均在院日数の短縮が重視されている。 ・医師・看護師の参画のもとで、強力な権限を持って調整を行う仕組みとして、病床調整会議を中心とした調整が進み始めている。									

5-(4)クリティカルパスの推進 ◎診療局長 診療事務室クリティカルパス担当	・パスワーキングの実施により、多職種でEBMIに基づいたクリティカルパスの見直し及び院内の職員向けにパスセミナーを実施し、パス教育の活動を行う。		目標値	実績値(R1)	目標達成率	実績値(H30)	前年度比増減	自己評価
		見直したパスの数:回	20	186	930.0%	98	88	○
		パス教育活動:回/年	15	28	186.7%	24	4	○
		パス適用率(パス適用件数/退院患者数):%	50	50.9	101.8%	49.8	1.1	○
5-(5)材料費の適正化 ◎管財課長	・薬品や診療材料についてベンチマークを活用し、競争性を図る。また、診療材料ではSPDを利用し、今後、各部署の在庫の適正化を順次実施する。		目標値	実績値(R1)	目標達成率	実績値(H30)	前年度比増減	自己評価
		材料費比率: %	22.5～27	26.5	達成	25.9	0.6	○
5-(6)医療機器購入の計画的・効率的整備 ◎管財課長	・医療機器等管理システムを構築し、医療機器等の効率的且つ計画的な購入・管理等を行う。	取り組んだこと・実績・結果						自己評価
		・報道等と言われるような、コロナウイルスによる人工呼吸器の不足 問題も起こらずに計画的な運用ができた。 ・臨床工学科の協力および、医療機器等管理システムを用い、電動ベッド・人工呼吸器・生体情報モニター・超音波画像診断装置・内視鏡・輸液ポンプ・シリンジポンプ・保育器などについては計画的に購入できた ・100%のシステム構築とは至らなかったが、台帳管理としてのデータ管理は整ったので、今後の計画的購入に活かせる結果となった。						○
5-(7)広報体制及び広報活動の強化 ◎経営企画課長 広報戦略室長	・市民が必要とする情報を発信する体制を強化する。 松戸市病院事業のホームページや各広報誌を通じ、病院の案内、各診療科の特徴や最近の取り組み等につき、広報活動を積極的に展開する。また、病院内の情報コーナーの充実を図る。	取り組んだこと・実績・結果						自己評価
		・病院広報誌を7月・11月・1月・3月に発刊(市内公共施設へ約8000部配架、医療機関約800施設へ配布、その他院内の外来・受付、病棟などへ配架) ・病院事業ホームページを改修 ・駅電飾看板広告の掲出した(松戸駅・新鎌ヶ谷駅) ・病院案内パンフレット一部修正・発刊 ・外来フロアマップのリニューアル発行 ・院内において、広報誌、パンフレット等の配架物の充実 ・パートナー講座実施(7団体)、市民自主企画講座実施(生き生きシニアライフ支援講座、病院紹介・認定看護師による講座) ・映画・ドラマ撮影協力(映画:ヒノマルソウル、ドラマ:ドクターY、あなたの番です、サイン、インハンド、パーフェクトワールドなど)						○
5-(8)人事評価制度の推進 ◎管理局長 総務課長	・人事評価制度の実施により、業務の達成度や能力等を評価し、処遇に公平な形で反映させ、能力開発や人材活用及び職員のモチベーション向上を図る。	取り組んだこと・実績・結果						自己評価
		・R1年度の病院事業全体の自己評価実施率 52.3% (うち総合医療センター 53.9%、東松戸病院 44.3%) ・360度評価結果を被評価者の上司へフィードバック						△
		目標未達成の要因						
		・前年度と比較し評価期間が短期間となったことや、実施方法の煩雑さ、制度を実施することの目的に関する周知不足が要因であると推察される。 ・実施時期、方法、目的の周知について見直しを図る。 ・人事評価結果を活用した組織的な人材育成や業務改善の手段については、引き続き検討を行う。						
5-(9)医師の事務負担軽減 ◎診療局長 診療事務室長	・医師の事務負担軽減及び作業効率向上を図り、患者数の受入増強等の実現に向け、医師事務作業補助者の増員、教育及び待遇を検討する。	取り組んだこと・実績・結果						自己評価
		4月からチーム制を導入し、担当診療科からの依頼で診断書や意見書等の書類作成補助、データベース登録、一部の外来業務補助を行った。新たに依頼があった業務については、可能な範囲内で対応し拡大していった。また、病棟の一部に看護事務補助者が配置されたことにより、医師事務作業補助者として本来の業務に専念できるように、看護局と業務分担の調整を行った。 チーム制の導入で各チームにリーダーを配置したが、リーダーとしてチーム内の新人教育や業務調整という責任が発生した。これらの理由でモチベーションが下がる、離職者が増えるという懸念を解消すべく、待遇の改善について協議を行った。						△
		目標未達成の要因						
		病棟常駐をやめ、チーム制導入後も、一部病棟業務が残っており、チームの中では本来の業務に専念できない状況が続いている。また、病棟の面談室を使用しながら書類等作成しているが、患者家族等への説明の際、場所が確保できないこともある。そもそも診療事務室内に席が足りず、今後業務を拡大しようとしても人員確保が難しく最大の課題である。						

5-(10)ワークライフバランスの充実	・医療の高度化や複雑化により、業務量が逡増していく中、職員が疲れを残さず、安全な医療を提供できる体制の強化などを目的に、多様な勤務形態を継続して運営するとともに、更なる勤務体制の改善などを行い、ワークライフバランスの推進に努める。	取り組んだこと・実績・結果						自己評価
◎管理局长 看護局长 総務課長		・R2年度からの育児短時間勤務制度の導入に向けて、制度の整備を行った。(R2年4月1日から施行) ・新病院から病棟クークの配置がなくなり、看護師の業務負担が大きくなっていたため、主に事務的業務を行う看護補助者の配置を検討し、10月に配置でき、年度末で4人となった。 ・育児休業明けの職場復帰の際に、夜勤免除・減免等の支援を行い、1年間で15人が予定より早く職場復帰した。						○
5-(11)未収金対策	・臨戸訪問の強化や入院患者へのMSWの早期介入により、未納の可能性のある患者の把握を図り、未収金の早期回収に努め収納率を高める。		目標値	実績値(R1)	目標達成率	実績値(H30)	前年度比増減	自己評価
◎医事課長		現年度窓口未収金収納率：％	96	94.6	98.5%	93.6	1.0	△
目標未達成の要因								
現年度窓口未収金収納率：％		・土・日曜日、祝日の入退院に際し、入院証書の提出、限度額認定証の確認、預り金等が徹底できない場合がある。 ・現在専門の担当はおらず他の業務と兼務をしているため集中的な臨戸訪問を行うことが難しい。 ・生活が困窮している人については保険料が滞納となることが多いため、保険者が限度額認定証をを発行できない(国民健康保険加入者)。自己負担限度額の適用とならないため一部負担金が高額となり、未収金が累積し、悪循環に陥る。						
5-(12)入退院支援センターの充実	・入退院支援センターの体制の充実に努め、入院決定時から入退院に関連した患者サービスを向上させ、安全、安心な入院生活を促進する。		目標値	実績値(R1)	目標達成率	実績値(H30)	前年度比増減	自己評価
◎地域医療連携局长		年間の予約入院患者のうち、入退院支援センターを通った予約入院患者の割合：％	75	80.7	107.6%	79.1	1.6	○

達成状況評価シート《総合医療センター》

達成状況評価シート《総合医療センター》							①	②
施策の体系	取組項目	委員評価 (A～E)	達成状況(件数)			自己評価 点数 (①/②×100)	○2点 △1点 ×0点	全て○2点の 場合
			○:達成	△:ほぼ達成	×:未達成			
1.高度・専門医療の強化	1-(1)救急医療の強化(3次救急)	C	4	2			10	12
	1-(1)救急医療の強化(3次救急以外)				1		0	2
	1-(2)周産期・小児医療の充実		3	1			7	8
	1-(3)地域がん診療連携拠点病院機能の強化		4		1		8	10
	小計			11	3	2	78	25
2.政策医療の充実	2-(1)地域医療支援病院機能の強化	C		2			2	4
	2-(2)感染症対策の推進		1				2	2
	2-(3)災害拠点病院機能の充実		1				2	2
	小計			2	2	0	75	6
3.医療安全の推進	3-(1)医療安全対策の充実	B	2				4	4
	小計			2	0	0	100	4
4.教育・研修の充実	4-(1)研修医の受入体制の整備	B	3				6	6
	4-(2)専門医の育成・確保・活用			1			1	2
	4-(3)認定看護師、専門看護師の育成・活用			1			1	2
	小計			3	2	0	80	8
5.効率的・効果的な経営の推進	5-(1)手術部門の強化	C	1				2	2
	5-(2)診療報酬増への戦略的な取り組み				1		0	2
	5-(3)病床の効率運用			1			1	2
	5-(4)クリティカルパスの推進		3				6	6
	5-(5)材料費の適正化		1				2	2
	5-(6)医療機器購入の計画的・効率的整備		1				2	2
	5-(7)広報体制及び広報活動の強化		1				2	2
	5-(8)人事評価制度の推進			1			1	2
	5-(9)医師の事務負担軽減			1			1	2
	5-(10)ワークライフバランスの充実		1				2	2
	5-(11)未収金対策			1			1	2
	5-(12)入退院支援センターの充実		1				2	2
	小計			9	4	1	79	22
合計		B	27	11	3	79	65	82

【評価基準の目安】
A: 取り組み項目の目標を全て達成した。
B: 取り組み項目の目標を概ね達成した。
C: 取り組み項目の目標を半分程度で達成した。
D: 取り組み項目の目標を一部で達成した。
E: 取り組み項目の目標を一部でも達成することができなかった。

※点数は四捨五入