

平成29年度第1回新潟市病院事業運営審議会

次 第

日時：平成29年10月26日（木）午後6時～
場所：新潟市民病院 4階 講堂

- 1 新委員の紹介
- 2 開会
- 3 病院事業管理者 挨拶
- 4 議事
 - (1) 平成28年度決算について（報告）
 - (2) 中期計画の平成28年度実績評価について
 - (3) 是正報告書の提出及び緊急対応宣言後の取組状況について（報告）
- 5 その他

新潟市病院事業会計 平成28年度決算状況

○業務量

区 分		平成28年度	平成27年度	増減	前年度比
入 院	延患者数 (人)	223,304	225,657	△ 2,353	99.0%
	一般	219,764	221,602	△ 1,838	99.2%
	精神	3,522	4,046	△ 524	87.0%
	感染症	18	9	9	200.0%
	一日平均患者数(一般のみ) (人)	602	605	△ 3	99.5%
	病床利用率(一般のみ) (%)	92.3	92.9	△ 0.6	99.4%
	平均在院日数(一般のみ) (日)	12.1	12.1		100.0%
	入院単価(全体・税込) (円)	68,821	67,857	964	101.4%
外 来	延患者数 (人)	268,703	271,418	△ 2,715	99.0%
	一日平均患者数 (人)	1,106	1,117	△ 11	99.0%
	外来単価(税込) (円)	17,910	17,783	127	100.7%

○収支状況(税込)

(単位 千円)

科 目		平成28年度	平成27年度	増減	前年度比
収 益 的 収 支	事業収益 (B+C+D+E) A	24,580,070	24,262,149	317,921	101.3%
	医業収益 B	20,705,781	20,626,005	79,776	100.4%
	入 院 収 益	15,367,993	15,312,298	55,695	100.4%
	外 来 収 益	4,812,578	4,826,573	△ 13,995	99.7%
	そ の 他 医 業 収 益	525,210	487,134	38,076	107.8%
	医業外収益 C	3,840,477	3,599,898	240,579	106.7%
	受 取 利 息 配 当 金	387	755	△ 368	51.3%
	補 助 金 (国 ・ 県)	46,782	47,675	△ 893	98.1%
	負 担 金 交 付 金 (一 般 会 計)	2,382,822	2,204,764	178,058	108.1%
	長 期 前 受 金 戻 入	1,092,966	984,640	108,326	111.0%
	そ の 他 医 業 外 収 益	317,520	362,064	△ 44,544	87.7%
	附帯事業収益 D	22,183	21,761	422	101.9%
	病 児 保 育 収 益	22,183	21,761	422	101.9%
	特別利益 E	11,629	14,485	△ 2,856	80.3%
	過 年 度 損 益 修 正 益	2,326	8,485	△ 6,159	27.4%
	そ の 他 特 別 利 益	9,303	6,000	3,303	155.1%
	事業費用 (G+H+I+J) F	24,394,250	23,900,027	494,223	102.1%
	医業費用 G	23,689,881	23,242,240	447,641	101.9%
	給 与 費	11,333,383	10,916,481	416,902	103.8%
	材 料 費	6,696,524	6,608,208	88,316	101.3%
	経 費	3,393,889	3,505,390	△ 111,501	96.8%
	減 価 償 却 費	2,135,945	2,100,081	35,864	101.7%
	資 産 減 耗 費	37,819	16,795	21,024	225.2%
研 究 研 修 費	92,321	95,285	△ 2,964	96.9%	
医業外費用 H	585,836	603,967	△ 18,131	97.0%	
支 払 利 息 及 び 企 業 債 取 扱 諸 費	456,792	476,817	△ 20,025	95.8%	
長 期 前 払 消 費 税 勘 定 償 却	93,979	93,979		100.0%	
納 付 消 費 税	35,065	33,171	1,894	105.7%	
附帯事業費用 I	48,531	49,829	△ 1,298	97.4%	
病 児 保 育 運 営 費	48,531	49,829	△ 1,298	97.4%	
特別損失 J	70,002	3,991	66,011	1754.0%	
過 年 度 損 益 修 正 損	70,002	3,991	66,011	1754.0%	
経 常 損 益 (A-F)-(E-J) K	244,193	351,628	△ 107,435	69.4%	
収 支 損 益 A-F L	185,820	362,122	△ 176,302	51.3%	
収益的収支で生じた当年度内部留保資金 M	1,391,025	1,556,020	△ 164,995	89.4%	
資 本 的 収 支	資本的収入 N	1,382,178	1,531,467	△ 149,289	90.3%
	企 業 債	350,000	613,200	△ 263,200	57.1%
	負 担 金 交 付 金	1,031,681	918,267	113,414	112.4%
	寄 附 金	497	497		皆増
	資本的支出 O	2,445,197	2,487,950	△ 42,753	98.3%
建 設 改 良 費	534,009	710,947	△ 176,938	75.1%	
企 業 債 償 還 金	1,911,188	1,777,003	134,185	107.6%	
資本的収支不足額(補填財源使用額) P	△ 1,063,019	△ 956,483	△ 106,536	111.1%	
収益的収支で生じた当年度内部留保資金(再掲) M	1,391,025	1,556,020	△ 164,995	89.4%	
資本的収支不足額補填後の当年度内部留保資金(M+P) Q	328,006	599,537	△ 271,531	54.7%	
累積内部留保資金保有額(年度末現在) R	6,720,819	6,431,138	289,681	104.5%	

※累積内部留保資金保有額は引当金控除後の数値である。

議事第2号 中期計画の平成28年度実績評価について

I 中期計画について

- 平成25年度からの5ヵ年計画、評価は年2回（①1月頃:見込評価 ②5月頃:実績評価）
- 平成29年3月に新・中期計画が完成したことにより、平成29年度計画は、新計画に移行したため、今回が本計画最後の実績評価となる。

II 平成28年度 評価結果の概要

- 「感染対策」は、指標の達成割合による評価点は2であるが、人工呼吸器関連肺炎感染率が平成27年度より大幅に減少し指標並みの実績となっており、実績は良い内容であったことから、1点加算し、評価点を3とした。
- 地域医療支援病院としての機能の充実は、指標の達成割合による評価点は3であるが、平成27年度より良化している項目数も多く、紹介率や逆紹介率は、新基準となった平成26年度以降、最も実績が良かったことから、1点加算し、評価点を4とした。
- 「職員満足度の向上」は、指標を満たす項目が少なく、達成率は29%のうえ、概ね平成27年度に比べても悪化していることから、評価点を2とした。
- 「効率的経営の推進」は、7年連続の経常収支黒字は維持したものの、医業収支比率をはじめ指標の未達成が多い（達成率25%）うえに、概ね平成27年度に比べて悪化していることから、評価点を2とした。

III 平成28年度 評価一覧

(5:計画以上に達成 4:計画通り 3:概ね計画通り 2:計画を大きく未達成 1:未着手)

視点	基本方針	主要項目	評価点		
			H28	H28見込	H27
患者	患者さんに信頼される、ぬくもりのある医療をめざします	患者サービスの充実	3	3	3
		医療安全対策	3	3	4
		感染対策（H26年度から項目新設）	3	3	3
		第三者評価	4	4	4
		医療の質の可視化	4	4	3
業務	重症・専門・救急を中心に、質の高い医療をめざします	重症救急患者受入れへのシフト	3	3	4
		地域の基幹病院として高度・先進・専門医療の提供	3	3	4
	地域医療機関や福祉施設と連携し人々の健康支援をめざします	地域医療支援病院としての機能の充実	4	4	4
		公立病院として地域医療に貢献	4	4	4
人材	人間性豊かな医療人の育成をめざします	臨床研修指定病院としての機能の充実	4	4	4
		計画的な職員採用と人材育成の充実	3	3	3
		付帯設備の機能充実	4	4	4
		職員満足度の向上	2	2	2
財務	健全経営を推進します	効率的経営の推進	2	2	3
		新施設建設事業の円滑な推進	—	—	—

※網掛けは、平成27年度実績評価から変動したものの

病院の理念		患者とともにある全人的医療										「対前年」○前年度から良化、▼悪化、										
視点	基本方針	平成25年度(2013)					平成26年度(2014)					平成27年度(2015)					平成28年度(2016)					備考
患者サービスの充実 患者さんに信頼される、ぬくもりのある医療をめざします(1)		評価点(3)					評価点(4)					評価点(3)					評価点(3)					
		評価の概要					評価の概要					評価の概要					評価の概要					
		①患者相談窓口の充実 ②ボランティア活動の推進 ③広報活動の充実 ④クレームに対する適切な対応と改善					クレームは3件減少、感謝は65件増加した。相談件数は144件から85件に減少した。患者相談室に直接相談に来た方は、前任者3年間で0名、平成26年度1名であった。相談室利用は75件であった。総合案内や対応受付等からの要請に応じ対応していた。面談同席や深刻なケースでは、時間外対応も16件おこなった。 ボランティア活動では、巡回図書の出数が1万冊を超え前年度比で2,384冊増加した。読み聞かせや外来サポートに対しても感謝の意見書が届くなど活発に活動が行われた。 「しゅもく」、「ふれあいひろば」は予定通り発行した。エポラについてもタイムリーに記事や臨時号を発行した。相談ポスターの変更や受診の仕方、携帯電話の通話区域など変更になった案内を設置し利用者への広報活動を実施した。 外来精算機前の混雑があり、院長巡回で視察し、椅子の位置を動かす、医事課の受付人数を増やすなど対策を講じた。また、回答希望の意見に文書や電話で対応した。相談員の対応については患者カンファレンスで報告、相談を行った。外来、保安、ケースワーカーとの情報交換やカンファレンスを実施しクレームが根本的に解決できるよう活動した。小集団活動で駐車場利用について周知していたが、ご意見が減少した。1つのご意見に対して数回関わった事例もあった。メディアエターとして13件、術後の神経麻痺出現事例には回復まで声をかけ関わった。					クレームは昨年とほぼ同様な傾向であった。患者相談は85件から120件（医療相談56件、看護相談4件、その他の相談60件）に増加した。患者相談の中でも、看護相談が減少しており、患者総合支援センターの開設が影響していると考えられる。また、数人の患者から、3～10件の相談があった。相談室104の看板や案内を大きく2カ所に掲示した影響で、相談室直接来院2名あった。相談室利用は75件から80件となり、大きな変動はなかった。 がんサロンが移転し、患者図書館の開館時間が増えたので、患者図書室の受付を増員した。外来サポート体制が手薄でボランティアからも増員の要望があり、ボランティア募集を数回行ったが採用はなかった。図書関連活動員は、3名採用があったが、4名辞退があり増加はなかった。 定期広報紙を予定通り発行した。ご自由にお取り下さいのケースの置き方を変更、屋上や放射線治療室待合などにも設置し、昨年と比べ追加発行が増えている。市役所発行の「SKIP」の設置も開始した。患者相談カンファレンスで検討された事項について関連部署に業務変更を検討してもらうなど業務改善につながった事例があった。精算機前は足跡、矢印の表示をした。施設に関する課題は、未解決事項のリストを作成し、患者カンファレンスで関係課と確認実施を開始した。患者からの投書に対して、「キャッチボールひろば掲示板」を設置し、ご意見への回答を公開した。					ご意見申出数は505件あり、前年に比べ159件減少した。感謝は147件で全体の29%程度。患者相談は70件、他施設の患者や家族からの相談も複数あり、同じ方からの複数回の相談もあった。 ボランティア活動員は3名辞退、1名採用があった。外来サポートは募集したが、新規採用はなかった。ボランティアコンサートは3回開催。ボランティア交流会と活動員情報交換会を開催した。活動員のモチベーションアップにつなげるため、昨年度の交流会でのご意見に回答した。 ふれあいひろばは、最新号に加え、前月号を分かりやすく設置し、患者や家族に広報しながら巡回して、発行部数は増加。スキップ、登録医マップなど新潟市や市民病院が発行している冊子を図書コーナーや急患外来に配置した。 顧問弁護士への相談が可能となり、困難事例（2事例）の相談を行った。 施設に関するクレームは、関係部署と残された課題等を確認した。ご意見を反映した「キャッチボールひろば」を6回発行した。外来1階の図書コーナーにソファを設置した。					
		指標の達成 6/12 (50%)					指標の達成 7/12 (58%)					指標の達成 6/12 (50%)					指標の達成 7/12 (58%) 客観的評価 3					
		①入院96%、外来90%					①入院96%、外来92%					①入院96%、外来92%					①入院96%、外来92%					①患者満足度調査結果…5段階のうち4又は5を回答した割合 ⑦患者満足度調査より ⑧ Ⅰ. 利用者の意見に基づく施設・設備等の改善件数 ⑨実退院患者に対し会計作成または概算作成した割合(H26より「患者配布率」追加)
		②50人					②50人					②55人					②55人					
		③120件					③120件					③130件					③130件					
		④700冊					④725冊					④750冊					④775冊					
		⑤1,050冊以上					⑤1,100冊以上					⑤1,150冊以上					⑤1,200冊以上					
		⑥100%					⑥100%					⑥100%					⑥100%					
		⑦評価8以上					⑦評価8以上					⑦評価8以上					⑦評価8以上					
		⑧7. 120件以上					⑧7. 120件以上					⑧7. 120件以上					⑧7. 120件以上					
		Ⅰ. 15件以内					Ⅰ. 15件以内					Ⅰ. 15件以内					Ⅰ. 15件以内					
		Ⅱ. 120件以内					Ⅱ. 120件以内					Ⅱ. 115件以内					Ⅱ. 115件以内					
		Ⅲ. 10件					Ⅲ. 10件					Ⅲ. 10件					Ⅲ. 10件以内					
		⑨65%					⑨70% (60%)					⑨75% (65%)					⑨80% (70%)					
		評価点(3)					評価点(4)					評価点(4)					評価点(3)					
		毎週の医療安全管理対策委員会カンファレンスを開催し、全事例を提示し、分析や改善に繋がるよう検討した。部署での事例検討と改善件数を報告してもらっている。セーフティーマネジャー全体会のワーキングチーム活動で検討した。研修会は予定通り行なった。年度末に、DVD保存した研修会の上映会を行ない、参加を働きかけた。広報広聴室と連携し、患者対応を行なった。					インシデント事例は、毎週の委員会のカンファレンスで報告している。部署での改善策立案に助言を行っている。年度末に、部署での事例検討・改善策・評価の報告をしてもらっている。 I C文書の見直しは大規模には行わず、部署で改善した事例に留めた。今秋からの医療事故調査制度に向けて、文書全般の見直しが急務である。医療安全研修は指標値以上に実施した。医療事故による死亡事例があったため、事故発生時の対応を見直し、再発防止に向けての対策を立て、実施中である。					毎週1回医療安全管理対策委員会カンファレンスを行い、事例を共有し部署検討、セーフティーマネジャー全体会議での検討を行った。部署で事例分析を行い、改善策を立案、実施し評価を行った。毎月の部署巡回で対策立案の支援を行った。インフォームドコンセント文書の見直しは、必要時に実施した。医療安全研修については、予定通り実施した。一昨年の医療事故については、M&Mカンファレンスで取り上げた。医療事故調査制度が開始となり、「予せせめ死亡事例発生時の対応フロー」を作成し、職員へのアナウンスを行った。医療安全指針は改定した。					毎週1回医療安全管理対策委員会カンファレンスを行い、事例を共有し部署検討、セーフティーマネジャー全体会議での検討を行った。部署で事例分析を行い、改善策を立案、実施し評価を行った。毎月の部署巡回で対策立案の支援を行った。医療安全研修は、予定通り実施した。また、インシデント事例に対応して、研修を追加した。インフォームドコンセント文書の見直しは、必要時に実施した。 M&Mカンファレンスは、議題の抽出や運営方法に対する意見があり、開催が保留となっている。その他、死亡事例の全件チェックを開始したほか、医療安全指針を改定した。					②セーフティ全体会議での検討含む
		指標の達成 5/7 (71%)					指標の達成 7/7 (100%)					指標の達成 6/7 (86%)					指標の達成 5/7 (71%) 客観的評価 3					
		①2回					①2回					①2回					①2回					
		5回以上					5回以上					5回以上					5回以上					
		②12回以上					②12回以上					②12回以上					②12回以上					
		③4%					③4%					③5%					③5%					
		④2.0%以下					④2.0%以下					④2.0%以下					④2.0%以下					
		⑤0.2%以下					⑤0.2%以下					⑤0.2%以下					⑤0.2%以下					
		⑥0件					⑥0件					⑥0件					⑥0件					

病院の理念		患者とともにある全人的医療			平成26年度(2014)			平成27年度(2015)			平成28年度(2016)			備考	
視点 基本方針 主要項目	患者	評価点→ 5:計画値以上に達成 4:計画通り(指標80%超) 3:概ね計画通り(指標50~80%未満) 2:計画を未達成(50%未満) 1:未着手			評価点【4】			評価点【3】			評価点【3】			備考	
		平成25年度(2013)			評価の概要			評価の概要			評価の概要				
患者さんに信頼される、 ぬくもりのある医療をめざします(2)	感染対策	目標	評価点【4】			評価点【3】			評価点【3】			備考			
		<p>【H26年度から項目新設】</p> <p>○感染管理研修の充実 ○医療関連感染症の防止</p>	<p>年間の研修予定通りの開催を行なうことが出来た。出席の出来ない職員に対して計12回のDVD研修を行い参加人数の増加に努めた。研修への参加の延べ人数として前年度より160名(9%)増加できた。医療関連感染症については、人工呼吸器関連肺炎の防止に対して関係部署に実態をフィードバックし、口腔内ケアにおける方策、使用物品の改善など積極的な対策をおこなった。結果、目標値より低減することができた。今後の動向について監視、対策の強化を続けさらに発生を低減を目指したい。平成26年度は、デング熱、エボラ出血熱における対応に緊急な調整が必要であったが、関係機関とも協同して適切な対応を取ることが出来た。</p>			<p>年間予定に基づき研修会を実施した。DVDの上映による追加研修を行うことで、スタッフの研修への参加延べ数を504名(前年度比で26.1%)増加させることができた。目標の開催数もクリアされており、感染管理研修は充実していると評価する。</p> <p>医療関連感染症の防止については、人工呼吸器関連肺炎の感染率が目標をクリアすることはできなかった。積極的な取り組みはしているが、収容患者の感染リスクなどの影響を受けているものと考えている。今後も取り組みを継続かつ強化して改善に向けていく。</p>			<p>年間予定に基づき研修会を実施した。DVDの上映による追加研修を行い、スタッフの研修への参加延べ数が175名(前年度比+7.2%)増加した。その他の研修の回数は、研修プログラムの改定により減少したが全体の出席率は向上しており、感染管理研修は充実していると評価する。</p> <p>医療関連感染症の防止については、人工呼吸器関連肺炎の感染率が目標をクリアすることはできなかった。しかし、前年度に比べて、減少した。積極的な取り組みの効果と考えている。医療感染のデータは、その時々収容患者の感染リスクなどの影響を受けているものであり、一概に率の低下だけでは判断できないが、適正な管理が来ていると考えている。</p>						
指標項目	実績	指標の達成 3/3 (100%)			指標の達成 2/3 (66%)			指標の達成 1/3 (33%) 客観的評価 2			達成	対前年			
①感染制御室主催研修会開催回数 7.感染管理研修会 4.その他の研修会 ■参考…延参加職員数(参加比率)	※参考 平成25年度実績 ①7.3回 4.7回	①7.3回 4.8回	7.3回 4.9回	○ ○	①7.3回 4.8回	7.4回 4.9回	○ ○	①7.3回 4.8回	ア.3回 イ.6回	○ ×	○ ▼	①表記:医=医師、看=看護師、薬=薬剤師、技=医療技術、事=事務			
②人工呼吸器関連肺炎感染率	②8.34	②6以下	5.49	○	②5以下	6.78	×	②4以下	4.37	×	○	②感染数/対象デハイス使用日数*1,000、単位‰			
患者	第三者評価	目標	評価点【5】			評価点【4】			評価点【4】			評価点【4】			備考
		<p>H25病院機能評価認定更新、BFH認定取得 H26日本輸血細胞治療学会I&A認定更新 H27救急医療機能(付加機能)評価認定更新、卒後臨床研修評価機構認定取得 各年 運営審議会の運営</p>	<p>病院機能評価はH25年5月22、23日に受審し、H25年6月15日からH30年6月14日までの認定更新(認定4回目)に合格した。赤ちゃんにやさしい病院(BFH)はH25年6月8、9日に受審し、8月3日に認定された。病院事業運営審議会は、年2回(10/29、2/17)開催した。</p>			<p>日本輸血細胞治療学会I&Aは、平成27年4月1日に認定更新した。病院事業運営審議会は、年2回(11/17、2/16)開催した。</p>			<p>救急医療機能(付加機能)評価の認定更新と卒後臨床研修評価機構の認定更新を行った。</p>			<p>病院事業運営審議会は、新・中期計画策定について諮問、承認を得たほか、決算認定や予算案の説明などについて諮問・報告するにあたり、適切な時期に開催した。</p>			
指標項目	実績	指標の達成 3/3 (100%)			指標の達成 2/2 (100%)			指標の達成 3/3 (100%)			指標の達成 1/1 (100%) 客観的評価 4			達成	対前年
認定取得/更新は各年度で設定		①病院機能評価	認定更新	○	①日本輸血細胞治療学会I&A	認定更新	○	①救急医療機能(付加機能)評価	認定更新	○					
②BFH病院		②BFH病院	認定取得	○				②卒後臨床研修評価機構	認定更新	○					
③病院事業運営審議会の開催		③2回	2回(10/29、2/17)	○	②2回	2回(11/17、2/16)	○	③2回	2回(10/23、3/22)	○	①2回	2回(11/7、3/7)	○	-	
医療の質の可視化	医療の質の可視化	目標	評価点【3】			評価点【4】			評価点【3】			評価点【4】			備考
		<p>○クオリティインディケーターの導入と拡充</p>	<p>日本病院会主催の「QIプロジェクト」に参加しデータを提出した。今後フィードバックされるデータを基に医療の質改善を図るとともに、ホームページ上に結果を公開する。</p>			<p>日本病院会の「QIプロジェクト」及び全国自治体病院協議会の「医療の質の評価・公表等推進事業」に参加し、データを提出した。そのうち17項目をホームページに掲載した。今後も引き続きデータを提出し、全国との比較の他、自院の経年変化についてもデータを公表できるよう検討する。</p>			<p>日本病院会と全国自治体病院協議会の事業に継続して参加し、結果を公表した。今後も引き続きデータを提出して自院の経年変化の状況把握と分析を行い、結果を公表出来るようにする。</p>			<p>継続して指標データの収集を行い結果を公表した。全国との比較の他、自院の経年変化の比較が可能となった。</p>			
指標項目	実績	指標の達成 1/2 (50%)			指標の達成 1/2 (50%)			指標の達成 1/2 (50%)			指標の達成 2/2 (100%) 客観的評価 4			達成	対前年
①クオリティインディケーターの導入数	①25項目	25項目	25項目	○	①30項目	57項目	○	①35項目	57項目	○	①40項目	60項目	○	○	
②クオリティインディケーターの公開数	②25項目	15項目	15項目	×	②30項目	17項目	×	②35項目	25項目	×	②40項目	49項目	○	○	

病院の理念		患者とともにある全人的医療			平成25年度（2013）			平成26年度（2014）			平成27年度（2015）			平成28年度（2016）			備考
視点	基本方針	評価点→ 5：計画値以上達成 4：計画通り（指標80%超） 3：概ね計画通り（指標50～80%未満） 2：計画を未達成（50%未満） 1：未着手			評価点【3】			評価点【3】			評価点【4】			評価点【3】			
重症救急患者受入れへのシフト		評価点【3】			評価点【3】			評価点【4】			評価点【3】			評価点【3】			
目標		評価の概要			評価の概要			評価の概要			評価の概要			評価の概要			
<p>「救命救急・循環器病・脳卒中センター」の機能充実</p> <p>○「救命救急・循環器病・脳卒中センター」の機能充実</p> <p>○「総合周産期母子医療センター」の機能充実</p> <p>○救急ステーションとの連携強化</p> <p>○医師会や二次輪番病院との連携強化</p> <p>○一次救急患者の占める割合の低減</p>		<p>救命救急・循環器病・脳卒中センターに関して、昨年度同期に比して、①救急患者受入総数、②救急車の受入数はやや減少した。新潟市急患センターなどの機能分担の結果の可能性が。ドクターカー出動数は昨年度より減少したが、オーバートリアージ分が減少していると考えられ、大きな問題は無いものと考えている。</p> <p>緊急母体搬送を83例、非緊急を含めると195例の母体の紹介を受けた。新生児搬送は77例受け入れ、地域の周産期医療のニーズに応えてきた。搬送依頼不能例は少数例であったが、最近ではMFICUを含めた産科病棟の満床が規定因子になってきている。MFICUの稼働率が68.6%であったが、これは加算ベースであり、実際には95.0%以上の病床利用率であった。今後は統計上、加算と利用率を別に集計する必要がある。周産期医療従事者研修事業として新生児蘇生法講習会を2回開催した。</p>			<p>救命救急・循環器病・脳卒中センターに関して、前年度に比して、救急患者受入総数、救急車の受入数は減少した。ドクターカー出動数は、ほぼ横ばいであった。</p> <p>受診者の内訳を検討すると、他医療機関からの紹介患者数は増加、救急入院患者はほぼ横ばいである。減少した分は、救急隊から直接依頼される患者、軽症患者が主体と考えられ、重症者には確実に対応している。これまで目指すところであった一次、二次医療機関との役割分担が機能した結果とも言える。今後は、軽症患者が減少した分、救急隊からの依頼には、更に応えていくように努力をしていく必要がある。</p>			<p>「救命救急・循環器病・脳卒中センター」の機能充実について。昨年度は救急車受け入れ数が増加し、目標とした6300人を上回り過去最高となった。最近2年間の減少傾向に歯止めがかかった。病院全体での救急受入の努力の成果と考えられる。</p> <p>救急患者数も増加したが、増加分はほとんど救急車、二次・三次患者であり、当院の地域における役割を鑑みれば、非常に良い傾向と思われる。</p> <p>救急ステーションとの連携も良好で、例年と同様のペースでドクターカー出動も行われた。</p>			<p>「救命救急・循環器病・脳卒中センター」の機能充実について。2016年度は救急車受け入れ数が微増し、過去最高となった。救急患者数は微減、一次の比率は低下した。当院の地域における役割を鑑みれば、非常に良い傾向で、全職員の努力の成果と考えられる。</p> <p>救急ステーションとの連携について、ドクターカーの出動件数はやや減少した。しかし、重症例の拾い上げは良好であり、出動指令の精度が向上した結果と考えている。</p> <p>「総合周産期母子医療センター」の機能充実について、緊急・非緊急を含め母体搬送を多く受け入れ、新潟県において県外への母体搬送例は無かった。MFICUの加算ベースの稼働率は73.9%にとどまるが、超早期の切迫早産を長期間管理しており、部屋ベースの稼働率は86.9%と高かった。新生児のNICUは常にほぼ満床状態が続いたが、夜間の緊急搬送にもベッドコントロールで対応し、地域の周産期医療のニーズに応えた。搬送依頼不能例は少数例であった。</p>						
		指標項目		指標の達成 4/7 (57%)			指標の達成 4/7 (57%)			指標の達成 5/7 (71%)			指標の達成 4/7 (57%) 客観的評価 3			指標の達成 4/7 (57%) 客観的評価 3	
		指標	実績	達成	指標	実績	達成	指標	実績	達成	指標	実績	達成	対前年			
①救急患者の受入人数		①14,000人	13,272人	×	① 14,000人	12,624人	×	① 14,000人	13,757人	×	① 14,000人	13,619人	×	▼			
②うち救急車による人数		②6,100人	5,834人	×	② 6,200人	5,483人	×	② 6,300人	6,447人(ヘリコプター含む)	○	② 6,400人	6,499人	○	○			
③ドクターカーの出動回数		③1,600回	1,617回	○	③ 1,600回	1,676回	○	③ 1,600回	1,673回	○	③ 1,600回	1,462回	×	▼			
④NICU稼働率		④95%	98.8%	○	④ 95%	98.1%(部屋ベース)	○	④95%	98.3%(部屋ベース)	○	④95%	98.3%(部屋ベース)	○	-			
MFICU稼働率		80%	95.0%	○	80%	90.6%(部屋ベース)	○	80%	88.1%(部屋ベース)	○	80%	86.9%(部屋ベース)	○	▼	※部屋ベース…総合周産期特定集中治療室管理料等を算定しない患者含む部屋全体の利用率		
⑤救命救急・循環器病・脳卒中センターにおける一次救急患者の占める割合		⑤55%以下	55.3%	×	⑤ 55%以下	52.9%	○	⑤ 53%以下	52.3%	○	⑤ 53%以下	50.7%	○	○			
⑥同三次救急患者の占める割合		⑥ 8%	8.1%	○	⑥ 8%	7.7%	×	⑥ 9%	8.3%	×	⑥ 9%	8.0%	×	▼			
目標		評価点【4】			評価点【3】			評価点【4】			評価点【3】			評価点【3】			
目標		評価の概要			評価の概要			評価の概要			評価の概要			評価の概要			
<p>地域の基幹病院としての役割発揮</p> <p>○電子クリニカルパスの推進</p> <p>○地域がん診療連携拠点病院としての機能充実</p> <p>○新病棟（精神科）開設の円滑な実施 ※H25のみ</p>		<p>平成25年度も引き続き全国で90施設のDPCⅡ群（大学病院本院に準じた高密度診療病院群）として、高度な医療技術の実施、重症患者に対する診療の実施、多くの臨床研修医の育成を行った。また、DPCIは順調に推移しており、H25年度は出来高算定に比してプラス4.81%であった。手術件数も多く、高度な手術、腹腔鏡下手術、内視鏡手術、血管内手術が多く実施された。昨年のリニアック治療件数は7,982件で指標を下回った。夏季における乳腺科依頼が大きく落ち込んだのが原因であるが詳細な理由については不明である。今後は昨年度減少した乳腺科、泌尿器科、呼吸器科との連携を強化することが重要と考えられる。なお、今年度は放射線治療装置の更新が予定されているが、指標達成に影響がないよう最大限配慮していきたい。</p> <p>クリニカルパスは、電子カルテ上の工夫を行い、徐々に適用数が増加し、年度末には入院患者の20%にまで達した。</p> <p>平成25年11月5日に新設された南棟に精神科病棟16床が開設された。救命センターに入院した自殺患者や、身体合併症に対する治療が必要である精神疾患患者を対象として診療が開始された。平成25年度の病床稼働率は35.1%であったが、徐々に稼働率は増えてきている。南棟には、同時に、光学医療室、外来化学療法室が設置され従来の場所から移動した。</p> <p>がん登録は平成26年4月から義務化されるとともに、登録者は専従となる見込みである。平成25年度は、平成24年の新規がん患者1,722件を国立がんセンターに登録報告した。また、予定通り、緩和ケア内科は平成26年4月より開設される。平成25年度にはダウインチ手術システムが導入された。ダウインチによるロボット手術は、胃がん、大腸がんが3例ずつ実施された。なお泌尿器科による前立腺全摘術は平成26年度に実施予定である。</p>			<p>平成26年度も引き続き全国で99施設のDPC病院Ⅱ群（大学病院本院に準じた高密度診療病院群）に属し、高度医療の実施、重症患者に対する診療の実施、多くの臨床研修医の育成を行った</p> <p>電子カルテのシステム上の制約が大きく、その改善に時間がかかっている。パス適用率は、入院患者の19～20%（年度初め）から多い時には25%を超えたが、最終的には23%への増加にとどまった。</p> <p>平成26年度は平成25年度の新規がん患者1,707件を登録し、国立がん研究センターに報告した。平成26年4月から国立がん研究センターで研修を受けたがん登録員1名が専従となった。また、緩和ケアの充実を目指し緩和ケア内科が開設された。五大がん市民公開講座は5回、医療者向けの教育講演は1回実施された。平成26年5月より、がん患者の心理的不安を軽減することを目的として、医師やがんに関する研修を受けた薬剤師・看護師により、がん患者指導管理が行われ平成26年度は延べ569件が実施された。さらに、平成26年10月よりSTAS-Jを、入院がん患者および外来化学療法実施者全例に対してスクリーニングを行い、がん患者の状態を把握することで緩和ケア管理やがん患者指導管理の充実に取り組んでいる。</p>			<p>平成27年度の五大がん市民公開講座は5回、医療者向けの教育講演は1回実施した。五大がん市民公開講座は5回で10演題、五大癌とその他の部位の癌を組み合わせて行い、参加者は合計378名で1回平均の参加人数は76名だった。平成27年度のがん患者指導管理は739件（がん患者指導管理I：203件、II：171件、III：365件）実施され、がん患者の心理的不安を軽減することに努めている。平成26年10月より入院がん患者および外来化学療法実施者全例に対して行っているSTAS-Jによるスクリーニングについて、入院がん患者に対し2882件実施し、消化器内科と消化器外科で50%の割合を占めた。そのうち、スコア2以上であった535件（19%）のうち緩和ケアチームの介入が必要だった件数は75件（2.6%）だった。一方、外来がん化学療法患者のSTAS-J実施は810件で、スコア2以上は138件（17%）で緩和ケアチーム介入は4件だった。がん相談支援センターの相談件数は713件で年間約60件増加しており、そのうち就労に関する相談は17件だった。近年は、身寄りがない患者の増加により医療福祉相談などにおける1件あたりの支援時間も増加している。</p> <p>そのほか、平成27年度も引き続きDPC病院Ⅱ群（大学病院本院に準じた高密度診療病院群）に属し、当院の平成28年度の機能評価係数IIの複雑係数、カバー率係数、地域医療係数は、0.00712（II群中央値0.00799）、0.00943（0.00806）、0.01197（0.00669）となり、27年度において地域の実情に応じて求められる役割を果たした。</p>			<p>平成28年度も引き続きDPC病院Ⅱ群（大学病院本院に準じた高密度診療病院群）に属し、係数合計値は0.0651に上昇した（全国80位）。複雑係数、カバー率係数、救急医療係数、地域医療係数、重症度係数は、それぞれ、0.00712、0.0943、0.0046、0.01197、0.00381であり、救急医療係数の低下を認め、地域医療係数が大きく伸びており、地域の基幹病院としての役割を果たした。</p> <p>平成28年度のがん市民公開講座は5回、医療者向けの教育講演は1回が実施された。市民公開講座は五大がん以外に、総合診療内科、歯科口腔外科、整形外科、婦人科、脳神経外科領域のがんの診療に関する話題提供を追加して1回の講座で2演題ずつ行われた。市民公開講座5回の参加者の合計は394人であった。がん患者会も5回実施された。5大がん地域連携バスは20件で目標達成できなかった。</p> <p>平成28年度のがん患者指導管理は736件（がん患者指導管理I：187件、II：151件、III：398件）実施され、がん患者の心理的不安を軽減することに努めている。平成28年度のがん登録数は1885件で、昨年度と比較して変化がなかった。平成26年10月よりSTAS-Jを、入院がん患者および外来化学療法実施者全例に対してスクリーニングを行い、がん患者の状態を把握することで緩和ケア管理の充実に取り組んでいる。STAS-Jとはホスピス・緩和ケアにおける評価尺度である。STAS-Jは入院がん患者全員に行われ、平成28年度は2790件だった。そのうちSTAS-Jスコア2以上は527件（19%）だった。そのうち緩和ケアチーム介入事例は65件で、症状改善率は66%だった。外来がん化学療法患者のSTAS-J実施は、平成28年度は669件で、STAS-Jスコア2以上は43件（6.4%）だった。緩和ケアチーム介入事例はなく、症状改善率は78%だった。がん相談支援センターの相談件数は738件だった。事前予約なしの相談への対応率は97%で目標は達成された。ハローワーク及び、新潟産業保健総合支援センターによる就労支援の相談件数は53件だった。がん患者に対するサポート体制は、十分に機能し役割を果たしている。</p> <p>退院患者数を基準とした、当院の電子クリニカルパスの使用率は23.98%であった。外科系診療科ではほぼバスは日常的となっているが、今後は内科系診療科へバス啓発を行い、導入を推進することが必要と考える。</p>						
		指標項目		指標の達成 11/17 (65%)			指標の達成 9/17 (53%)			指標の達成 11/17 (65%)			指標の達成 10/17 (59%) 客観的評価 3			指標の達成 10/17 (59%) 客観的評価 3	
		指標	実績	達成	指標	実績	達成	指標	実績	達成	指標	実績	達成	対前年			
①手術件数		①7,000件	7,206件	○	①7,000件	6,990件	×	①7,200件	7,080件	×	①7,200件	7,032件	×	▼			
◇うち腹腔鏡下手術		540件	766件	○	545件	543件	×	550件	558件	○	555件	563件	○	○			
◇うち大動脈ステンドグラフト治療件数		40件	44件	○	45件	62件	○	50件	65件	○	55件	55件	○	▼			
◇うち心大血管(心臓と胸部大動脈瘤)手術数		150件	159件	○	150件	168件	○	150件	186件	○	150件	171件	○	▼			
②消化器内視鏡手術数		②7,200件	175件	×	②7,220件	172件	×	② 7,240件	182件	×	②7,260件	148件(うち癌144)	×	▼			
7.胃癌の内視鏡的粘膜下剥離術(ESD)		7. 15件	13件	×	7. 20件	39件	○	7. 25件	30件	○	7. 30件	25件(うち癌22)	×	▼			
8.大腸癌の内視鏡的粘膜下剥離術(ESD)		8. 10件	14件	○	8. 20件	25件	○	8. 25件	50件	○	8. 30件	50件(うち癌25)	○	-			
③リニアック治療件数		③8,500件	7,982件	×	③ 8,500件	7,967件	×	③ 8,500件	5,783件	×	③8,500件	8,194件	×	○	③H27は装置入替で件数減、H27.11月から本格稼働		
④脳血管内手術数		④ 50件	61件	○	④ 55件	66件	○	④ 60件	86件	○	④65件	83件	○	▼			
⑤冠動脈カテーテル治療件数		⑤350件	271件	×	⑤ 350件	251件	×	⑤ 350件	350件	○	⑤350件	334件	×	▼			
⑥ペースメーカー植込数(新規植込)		⑥50件	56件	○	⑥ 50件	31件	×	⑥ 50件	49件	×	⑥50件	55件	○	○			
⑦植込型除動器件数(新規植込)		⑦25件	29件	○	⑦ 25件	24件	×	⑦ 25件	29件	○	⑦25件	39件	○	○			
⑧電子クリニカルパス稼働率		⑧12%以上	20%	○	⑧ 15%以上	23%	○	⑧ 17%以上	23%	○	⑧20%以上	24%	○	○	⑧稼働数把握が困難なため稼働率のみ		
⑨がん相談支援センターの相談件数		⑨625件	721件	○	⑨ 650件	651件	○	⑨ 675件	713件	○	⑨700件	738件	○	○			
⑩五大がん地域連携バス稼働数		⑩25件	15件	×	⑩ 30件	23件	×	⑩ 35件	18件	×	⑩40件	20件	×	○			
⑪院内がん登録数		⑪1,620件	1,722件	×	⑪ 1,620件	1,707件	○	⑪ 1,640件	1,815件	○	⑪1,660件	1,889件	○	○			
⑫五大がん公開講座の開催回数		⑫ 6回	5回	○	⑫ 6回	6回	○	⑫ 6回	5回	×	⑫ 6回	5回	×	-			

病院の理念		患者とともにある全人的医療			評価点→ 5：計画値以上に達成 4：計画通り（指標80%超） 3：概ね計画通り（指標50～80%未満） 2：計画を未達成（50%未満） 1：未着手			「対前年」○前年度から良化、▼悪化、			備考					
視点	基本方針	平成25年度（2013）			平成26年度（2014）			平成27年度（2015）			平成28年度（2016）			備考		
		評価点	指標	実績	評価点	指標	実績	評価点	指標	実績	評価点	指標	実績			
地域医療支援病院としての機能の充実 地域医療機関や福祉施設と連携し、人々の健康支援をめざします	〇病病連携、病診連携の推進 〇外来医療から入院医療へのシフト 〇地域の保険薬局薬剤師との連携 〇地域連携バスの拡充	目標	評価点 (4)			評価点 (4)			評価点 (4)			評価点 (4)				
		評価の概要	紹介率がついに80%を超え、逆紹介率は医師への協力呼びかけにより25年12月以降約10%増加し年間62%に増加した（26年度からの新基準にあわせて指標を変更する）。FAX事前予約は徐々に増加している。外来患者数が増え、外来医療から入院医療へのシフトはまだ不十分である。これに対しては、『重症・専門・救急を中心に、質の高い医療をめざす』という当院の基本方針に基づき、かかりつけ医からの紹介状有りの患者中心に診療し、治療後早期に地域に戻すことの病院全体としてのさらなる徹底が望まれる。薬剤師との連携はこれまでは緩和ケアチーム薬剤師との薬薬連携が主であったが、年4回行う「緩和ケア研究会」の機会に一般的な事も含めた学習会を行っている。以前からの脳血管障害・大腿骨頸部骨折地域連携バスとともに糖尿病・AMI地域連携バス登録者が増加し、五大がんに対する地域連携バスも継続中にて全体の登録数が増加している。			地域医療支援病院要件厳格化に伴い、平成26年度から紹介率・逆紹介率の算定方法が変更となり当院が要件を満たすか危ぶまれた。紹介率を増加させるために紹介状必須の診療科を増やし紹介状有りの新患予約枠を増やし、逆紹介率を増加させるために診療科医師や医療秘書に適切な情報提供書の記載方法を指導した。このため、紹介率、逆紹介率の新基準である各々65%、70%をクリアできた。FAX事前予約は徐々に増加し年間280件増加したがさらなる増加を期待したい。登録医も1年間で約100名増加した。平成26年度は入院患者数が減少し、外来医療から入院医療へのシフトはまだ不十分である。「スワンプラザ」開設に向けての準備をすすめた。退院支援とともに入院支援の拡大充実に向けて取り組んでいる。薬剤師との連携はこれまでは緩和ケアチーム薬剤師との薬薬連携が主であったが、年4回行う「緩和ケア研究会」の機会に一般的な事も含めた学習会を行っている。以前からの脳血管障害・大腿骨頸部骨折地域連携バスとともに糖尿病・AMI地域連携バスを開始し、五大がんに対する地域連携バスも継続中であるが、全体の登録数がやや減少傾向である。			平成27年4月にこれまでの地域医療室とがん診療支援室が合併して患者総合支援センター（スワンプラザ）の本格稼働を開始した。紹介率、逆紹介率は共に基準をクリアしている。紹介については、紹介状必須の診療科を増やしており徐々に紹介件数が増加傾向にある。また、逆紹介についても、診療科医師や医療秘書に適切な情報提供書の記載方法を指導したことなどから基準をクリアできたと評価している。FAX事前予約は徐々に増加しており年間1,112件増加した。外来医療から入院医療へのシフトは目標までまだ不十分であるものの、平成27年度は入院患者数がやや増加し、入院延患者割合はやや増加した。「スワンプラザ」開設後は入退院がスムーズにいくように、退院支援と入院支援の拡大充実に向けて取り組んでいる。薬剤師との連携は年6回行う「緩和ケアリンク」の機会に一般的な事も含めた学習会を行っている。以前からの脳血管障害・大腿骨頸部骨折地域連携バスとともに糖尿病・AMI地域連携バスを継続し、地域連携バス稼働数は約50件増加したが、五大がんに対するバスでは、全体の登録数が減少傾向である。			平成27年4月にこれまでの地域医療室とがん診療支援室が合併して患者総合支援センター（スワンプラザ）の本格稼働を開始し、2年が経過した。「スワンプラザ」開設後は患者さんとその家族がワンストップでセンターを訪れ、入退院がスムーズにいくように、退院支援と入院支援の拡大充実に向けて取り組んでいる。同じフロアに多職種がいることによる業務上のメリットも出てきた。紹介率、逆紹介率は共に基準をクリアし昨年度より4～5%増加している。逆紹介については、診療科医師や医療秘書に適切な情報提供書の記載方法を指導したことなどから基準を十分にクリアできたと評価している。FAX事前予約は今年度から減少傾向にある。外来医療から入院医療へのシフトは目標までまだ不十分であり、平成28年度は入院患者数が若干減少した。以前からの脳血管障害・大腿骨頸部骨折地域連携バスとともに糖尿病・AMI地域連携バスを継続し、地域連携バス稼働数は7件増加し、五大がんに対するバスでは2件の増加であった。今後は近い将来の退院支援加算1の取得を目標として、さらに「スワンプラザ」開設によるメリットも評価していきたい。				
		指標項目	指標の達成 5/7 (71%)			指標の達成 4/7 (57%)			指標の達成 5/7 (71%)			指標の達成 5/7 (71%) 客観的評価 3				
		①紹介率 ※H26より新基準	①80%以上	80.8%	○	①新基準65%以上	68.5%	○	①新基準66%以上	70.7%	○	①新基準67%以上	74.3%	○	○	①H26から新基準に合わせて指標を変更
		②逆紹介率 ※H26より新基準	②60%以上	61.7%	○	②新基準71%以上	73.3%	○	②新基準72%以上	74.3%	○	②新基準73%以上	79.9%	○	○	
		③FAX事前予約	③12,000件	11,506件	×	③12,500件	11,787件	×	③13,000件	12,899件	×	④13,500件	12,588件	×	▼	
		④登録医	④485人	522人	○	④490人	587人	○	④495人	585人	○	④500人	604人	○	○	
		⑤共同診療実施件数	⑤32件	35件	○	⑤34件	41件	○	⑤36件	49件	○	⑤38件	38件	○	▼	
		⑥総延患者数に対する入院延患者数の占める割合	⑥46%	45%	×	⑥47%	44.8%	×	⑥48%	45.4%	×	⑥49%	45.4%	×	-	
		⑦地域連携バス稼働数（大腿骨骨折、脳卒中…）	⑦180件	213件	○	⑦190件	183件	×	⑦200件	232件	○	⑦210件	239件	○	○	
目標	評価点 (3)			評価点 (4)			評価点 (4)			評価点 (4)						
評価の概要	病院まつりの開催については、今回で4回目を数え、約1,100人の来院者が訪れ好評いただいた。通常は入ることのできない手術室等の院内見学をはじめ、なりきり看護師などの体験型企画等を通じて、幅広い年齢層の方々に医療について理解していただく情報発信ツールの一つと言える。また、さわやかトーク宅配便の当院メニューについては、数多くある市メニューの中でも人気度が高いことから、今後も継続して実施していく必要がある。			市政さわやかトーク宅配便については、医療をテーマとするメニューの人気が高いため、今後も継続して実施するのが有効である。看護部中学生職場体験については、受け入れる中学校と相談し、その希望を取り入れた。従来、体験は、一日のみであったが、今年度から二日体験コースを設けたことで、希望者が増加したと思われる。病院まつりは、今回で5回目の開催となった。当日の会場の混雑を避けるため、一部の企画で初めて事前予約を行った影響もあり、来場者数が約700人と、前回より減少したが、来場者満足度は、上昇した。当該企画は、市民の医療への理解向上を図るための有効な情報発信ツールである。			市政さわやかトーク宅配便の開催回数が増加し、医療をテーマとするメニューへの関心の高まりがうかがえる結果となった。中学生向け医療体験セミナーでは、「普段できない貴重な体験ができた」と「とても勉強になった」、「将来、医療に関する仕事に就きたい」といった声が多く聞かれた。市民病院ふれあいまつりの開催は、今回で6回を数え、幅広い年代の方が訪れた。「病院を身近に感じられる良い機会」や「日常生活に役立つ医療情報、体験で気付かされることが多い」といった声が聞かれ、満足度も目標を大きく上回った。いずれも、市民啓発や医療への理解向上を図るための有効なツールとなっている。			市民向け講習会の開催回数は、目標を大きく上回った。市政さわやかトーク宅配便の開催回数が増加し、市民啓発のための有効な手段として機能した。中学生向け医療体験セミナー参加者満足度は、参加者12人中11人が「良い」又は「おおむね良い」と回答して目標を上回った。募集人数20人に対し、参加人数12人と少なかったため、参加人数確保の対策も必要である。病院まつり来場者満足度は、昨年度よりも数値が低下したものの、目標を上回った。人気企画の運営を巡る不満の意見が聞かれ、改善が必要である。医師派遣について、過重労働対策等の労務管理上の観点から他機関への医療行為支援を病院業務として取り扱うこととしたことにより、応援依頼が大きく減少した。						
指標項目	指標の達成 2/6 (33%)			指標の達成 5/6 (83%)			指標の達成 6/6 (100%)			指標の達成 5/6 (83%) 客観的評価 4						
①医師派遣（手術応援）	①60人	56件	×	①60人	68人	○	①60人	74人	○	①60人	18人	×	▼	※定期6回+臨時1回、毎回900部+追加300部=1,200部 ④参加者/⑥来場者満足度：アンケートで「満足」「概ね満足」の回答割合		
②市民向け講習会の開催回数 管理課 市政さわやかトーク宅配便 患総支C いきいき講座 等	②20回	14回（さわやかトーク8、糖尿病教育キャンプ1、育児講座3、糖尿病対策講座1、救急法講座1）	×	②20回	16回（いきいき5、市政さわやかトーク11）	×	②20回	21回（さわやかトーク16、いきいき5）	○	②20回	計32回（さわやかトーク27、いきいき5）	○	○			
③広報誌「ふれあいひろば」の充実	③1,000部以上	1,000部	○	③1,000部以上	1,100部	○	③1,000部以上	1,200部	○	③1,000部以上/一回あたり	1,200部※ 好評な広報紙の追加100部、年間8,500部	○	-			
④中学生向け医療体験セミナー参加者満足度	④80%	100%	○	④80%	100%	○	④80%	94.1%	○	④80%	91.7%	○	▼			
⑤看護部中学生職場体験受入数	⑤15人	6人	×	⑤15人	25人（亀田西10人、山潟4人、上山6人、出雲崎5）	○	⑤15人	6枝 26人	○	⑤20人	4枝20人	○	▼			
⑥病院まつり来場者満足度	⑥60%	約59%	×	⑥65%	88.6%	○	⑥70%	94.6%	○	⑥75%	85.7%	○	▼			

病院の理念		患者とともにある全人的医療			評価点→ 5：計画値以上に達成 4：計画通り（指標80%超） 3：概ね計画通り（指標50～80%未満） 2：計画を未達成（50%未満） 1：未着手			「対前年」○前年度から良化、▼悪化、							
視点	基本方針	平成25年度（2013）			平成26年度（2014）			平成27年度（2015）			平成28年度（2016）			備考	
		評価点	4	評価の概要	評価点	3	評価の概要	評価点	4	評価の概要	評価点	4	評価の概要		
臨床研修指定病院としての機能の充実	<p>○医師の卒業研修（初期研修、後期研修）の研修プログラムを含めた体制整備</p> <p>○医学生、看護学生の教育研修推進</p> <p>○職員研修計画に基づく研修充実</p>	目標	評価点【4】			評価点【3】			評価点【4】			評価点【4】			
		指標項目	指標の達成 8/10 (80%)			指標の達成 7/10 (70%)			指標の達成 8/10 (80%)			指標の達成 8/10 (80%) 客観的評価 4			
		①臨床研修医の受入人数	① 7. 24人	23人	×	① 7. 24人	23人	×	① 7. 25人	22人	×	① 7. 26人	22人	×	-
		②医学生の臨床実習受入人数	② 60人	110人（臨床39、見学71）	○	② 60人	106人（臨床42、見学64）	○	② 60人	112人（臨床46、見学66）	○	② 70人	112人	○	-
		③看護実習生の受入人数	③ 330人	333人（看護329、助産学4）	○	③ 330人	324人（青陵大233、福橋大87、新大2、加茂晩星高2）	×	③ 330人	360人	○	③ 330人	347人	○	▼
		④その他実習生の受入人数	④ 60人	178人（薬9、臨工20、放11、救115、ほか23）	○	④ 60人	192人（薬9、臨工23、放22、救110、ほか28）	○	④ 60人	193人（薬4、臨工36、放20、救106、ほか27）	○	④ 60人	166人（薬6 臨工26 放21 救82 ほか31）	○	▼
		⑤定例医局イベントの開催回数	⑤ 4回	4回	○	⑤ 4回	4回	○	⑤ 4回	4回	○	⑤ 4回	4回	○	-
		⑥院内集談会の開催回数（教育研修部主催）	⑥ 2回	2回	○	⑥ 2回	2回	○	⑥ 2回	2回	○	⑥ 2回	2回（11/7、3/7）	○	-
		⑦内科剖検体数	⑦ 20体	20体	○	⑦ 20体	21体	○	⑦ 20体	18体	×	⑦ 20体	18体	×	-
		⑧臨床病理検討会（CPC）開催数	⑧ 12回	16回	○	⑧ 12回	15回	○	⑧ 12回	13回	○	⑧ 12回	13回	○	-
計画的な職員採用と人材育成の充実	<p>○人事評価制度の実施と充実</p> <p>○医療スタッフ（特に看護師）の確保</p> <p>○人材育成制度の充実</p> <p>○小集団活動チームの設置</p> <p>○TQCの普及</p>	目標	評価点【3】			評価点【3】			評価点【3】			評価点【3】			
		指標項目	指標の達成 2/4 (50%)			指標の達成 2/4 (50%)			指標の達成 3/4 (75%)			指標の達成 2/4 (50%) 客観的評価 3			
		①人事評価実施率	① 100%	99.3%	×	① 100%	100%	○	① 100%	100%	○	① 100%	100%	○	-
		②看護師採用率	② 100%	100%	○	② 100%	85%	×	② 100%	82.5%	×	② 100%	72.5%	×	▼
		③看護師離職率	③ 6.50%	6.91%	×	③ 6.50%	6.90%	×	③ 6.50%	6.3%	○	③ 6.50%	7.68%	×	▼
		④病院の要請に基づく資格取得数	④ 2人	2人	○	④ 2人	2人	○	④ 2人	2人	○	④ 2人	2人	○	-
		④新規認定看護師数													
		目標	評価点【4】			評価点【4】			評価点【4】			評価点【4】			
		指標項目	指標の達成 3/3 (100%)			指標の達成 1/2 (50%)			指標の達成 2/2 (100%)			指標の達成 2/2 (100%) 客観的評価 4			
		①職員図書室の新規蔵書拡充	① 150冊	166冊購入	○	① 150冊	① 201冊	○	① 150冊	163冊	○	① 150冊	① 217冊	○	○
②新スキルステーションの整備	② 25.11月供用開始	施設整備完了	○												
③新スキルステーションでの研修実施件数	③ 5件（11月開始）	21件	○	③ 50件	③ 40件	×	③ 50件	68件	○	③ 50件	③ 88件	○	○		

人間性豊かな医療人の育成をめざします（1）

付帯設備の機能充実

病院の理念		患者とともにある全人的医療		評価点→ 5：計画値以上に達成 4：計画通り（指標80%超） 3：概ね計画通り（指標50～80%未満） 2：計画を未達成（50%未満） 1：未着手		「対前年」○前年度から良化、▼悪化、					
基本方針	主要項目	平成25年度（2013）		平成26年度（2014）		平成27年度（2015）		平成28年度（2016）		備考	
人間性豊かな医療人の育成をめざします（2）	目標	評価点【3】 評価の概要		評価点【3】 評価の概要		評価点【2】 評価の概要		評価点【2】 評価の概要			
	○職員の労働環境の改善 ○仕事のやりがい向上	満足度については、「全体として、この病院で働いていることに満足している」との回答の割合が、全職種平均で52.17%であり、昨年度の47.54%から上昇した。職種別では医師は、4年連続で80%を超えた。今年度は病棟看護師が41.71%になったが、調査開始以降着実に数値が上がっており、看護部での様々な取り組みの効果が表れてきたと思われる。一方で、医療技術職の数値が昨年度61.44%から53.38%へ下がっている。 職員の負担軽減を図るための医師事務補助員の増員を行い、H25年4月と比べ11名増員し、H26年4月現在61名となった。職員一人当たりの月平均時間外勤務は、前年度14.6時間から15.1時間となっている。また、月45時間以上の時間外勤務を行った人数は前年度と比べ、月平均7名増加している。引き続き過重労働対策に取り組んでいく必要がある。		満足度については、「全体として、この病院で働いていることに満足している」との回答の割合が、全職種平均で53.8%であり、前年度の52.17%から上昇した。職種別では、医師は、過去5年、80%前後の高い数値を維持している。医療技術職は前年度53.38%から61.27%に数値が上がったが、調査開始以降着実に数値が上がっていた看護部病棟の数値が41.71%から40.93%に若干下がった。職員の負担軽減を図るための医師事務補助員の増員を行い、H25年4月と比べ11名増員し、H26年4月現在61名となった。職員一人当たりの月平均時間外勤務は、前年度15.1時間から14.3時間と0.8時間減少した。月45時間以上の時間外勤務を行った人数は前年度と比べ、月平均4名減少したが、引き続き過重労働対策に取り組んでいく必要がある。		満足度については、「全体として、この病院で働いていることに満足している」との回答の割合が、全体で52.2%と昨年度に引続き高い満足度を維持できた。しかし、職員調査は調査開始以降着実に満足度の数値が上がってきたが、平成27年度は全体で1.6%低下した。 医師の負担軽減を図るため配置している医師事務補助員は、H28年3月末現在59名であり、医師3人に1人の配置となっている。配置した職員のスキルも年々向上しており、医師の負担軽減に高い効果が出ていると評価している。 過重労働対策該当者の対前年度比は、指標設定の厳しさもあるが指標から大きく離れていた。		職員満足度のうち「全体として、この病院で働いていることに満足している」が、全体で50.5%と、前年と比較して1.6%低下したが、平成25年度以降、50%以上の数値を維持している。 医師の負担軽減を図るため配置している医師事務補助員は、平成29年3月末現在61名であり、医師3人に1人の配置となっている。配置した職員のスキルも年々向上しており、医師の負担軽減に高い効果が出ていると評価している。 過重労働対策該当者の対前年度比は、全体としては微増したものの、医師は減少（0.8%減）した。			
	指標項目	指標の達成 6/7（86%）		指標の達成 6/7（86%）		指標の達成 3/7（43%）		指標の達成 2/7（29%）客観的評価 2			
	①過重労働対策該当者 (月あたり45h以上の該当者数、うち医師数)	指 標	実 績	達成	指 標	実 績	達成	指 標	実 績	達成	対前年
		①10%減	7.1%増(107.7人/月うち 医師84.4) (107.7人÷②100.6人)-1	×	①10%減	3.6%減(103.8人/月うち 医師83.0) (103.8÷107.7)-1	×	①10%減	15.4%増(119.8人/月うち 医師101.5) (119.8÷103.8)-1	×	○
	②職員満足度調査結果 7.モチベーションポイント a.仕事のやり方	②7. a.63.0%	65.6% (医69.9% 病棟 65.6% 外来70.1% 技 66.9% 事63.4%)	○	a.64.0%	67.7% (医75.7% 病棟 66.5% 外来81.8% 技 66.1% 事62.3%)	○	a.65.0%	65.2% (医70.9% 病棟 64.6% 外来72.7% 技 65.0% 事64.0%)	○	×
	b.直属上司	b.56.0%	59.7% (医74.1% 病棟 59.4% 外来53.7% 技 52.1% 事61.0%)	○	b.57.0%	66.2% (医76.3% 病棟 63.2% 外来73.1% 技 65.5% 事69.5%)	○	b.58.0%	62.5% (医77.3% 病棟 60.1% 外来64.2% 技 59.8% 事68.5%)	○	○
	c.やりがい	c.51.0%	54.1% (医75.9% 病棟 51.6% 外来56.7% 技 50.9% 事50.5%)	○	c.52.0%	59.9% (医84.2% 病棟 53.2% 外来66.7% 技 70.6% 事57.6%)	○	c.53.0%	59.3% (医77.0% 病棟 57.5% 外来59.0% 技 63.1% 事61.6%)	○	○
	f.総合的な充足度 a.この病院で働くことによかった	f. a.56.0%	57.7% (医85.4% 病棟 47.1% 外来56.1% 技 60.1% 事74.5%)	○	f. a.57.5%	61.7% (医84.2% 病棟 50.1% 外来72.8% 技 67.1% 事77.8%)	○	f. a.59.0%	58.2% (医75.8% 病棟 50.1% 外来63.7% 技 62.7% 事78.2%)	×	▼
	b.専門的な技能や知識が向上する	b.66.0%	69.0% (医86.4% 病棟 64.9% 外来68.2% 技 75.0% 事72.5%)	○	b.68.0%	72.0% (医80.7% 病棟 68.1% 外来83.3% 技 75.7% 事72.8%)	○	b.70.0%	68.8% (医75.5% 病棟 68.2% 外来72.4% 技 75.9% 事69.2%)	×	○
c.全体としてこの病院で働いていることに満足している	c.50.0%	52.2% (医82.4% 病棟 41.7% 外来46.2% 技 53.4% 事69.8%)	○	c.52.0%	53.8% (医78.9% 病棟 40.9% 外来58.8% 技 61.3% 事73.9%)	○	c.54.0%	52.2% (医70.7% 病棟 44.0% 外来54.0% 技 58.4% 事70.6%)	×	▼	
目標	評価点【4】 評価の概要		評価点【3】 評価の概要		評価点【3】 評価の概要		評価点【2】 評価の概要				
○経費の節減 ○収益の確保 ○全部適用による自立的経営の確立 ○地方公営企業会計新基準への対応	患者数は入院で計画値を若干下回ったが、外来は計画を大きく上回った。単価は計画値より入院で999円増加、外来で938円増加となり、当初予算を4億2千万円余り上回る収益を確保することができた。 材料費比率は、外来化学療法の増加等により薬品費支出が増加する傾向となっている。25年度は計画値と同数値となったが、今後は消費税の影響もあることから、共同購入による価格交渉など、引き続き経費節減に努めていく必要がある。 病床利用率と平均在院日数は計画値を若干下回ったが、その他の指標は計画値を上回り、25年度決算では4年連続の黒字を確保することができた。 新会計基準への対応では、影響度分析を実施しながら移行作業を行い、新会計基準による平成26年度当初予算を適切に編成した。		経費の節減について、平成26年度は消費税の影響もあり材料費が増加しており、材料費率は当初予算（指標値）以上の3.1%と、3.0%を超えてしまった。 自立的経営の確立について、入院患者数の減により、病床利用率及び平均在院日数が計画値に満たなかったことから、更に円滑な病床コントロールによる入院患者の確保に努めていく必要がある。 新会計基準への対応については、適切に移行し、対応した。		H27年7月以降、病院全体で取り組んだ経営改善により収益が回復し、経常収支は、H22年度以降6年連続の黒字となった点は評価に値するが、医療収支比率は悪化の傾向にあることから、今後も改善の努力が必要である。従って、評価は3とする。 医療収支悪化の要因の一つに、薬品費の増高がある。これは化学療法等、抗がん剤の使用増が主な要因である。今後は、値引き等の強化により、係る経費を節減する取り組みが、一層重要となる。 これからは質の高い医療を提供し続けるために、引き続き、新規入院患者の確保や平均在院日数の縮減などの取り組みにより、医療収支の改善と累積欠損金の解消に努め、自律的な経営を推進していく。		経常収支は7年連続の黒字となったが、指標達成は③のみであり、医療収支の悪化傾向が続いている。その主な要因は、給与費の増と材料費の増など、費用の増加にある。 給与費は、「③対医療収益比率」という指標こそ達成したものの、その比率は年々上昇している。職員の負担軽減や加算の取得等、必要に応じて計画的に採用しており、今後も引き続き、計画的に採用を行い健全経営に努めていく。 材料費は、医薬品において値引き交渉成果がみられたが、診療材料費や検査試薬の費用が増えており、指標を悪化させていることから、今後これらの抑制についても検討し、実施していく。 その他、委託料などの経費についても、医療の質の維持を前提にしつつ、機器保守契約の見直しや、入札時の仕様見直しなどを行うことにより、費用を抑制し、医療収支の改善を図る。				
指標項目	指標の達成 7/9（78%）		指標の達成 5/9（56%）		指標の達成 5/9（56%）		指標の達成 2/8（25%）客観的評価 2				
①経常収支比率	①98.1%以上	102.4%	○	①100.4%以上	100.4%	○	①100.4%以上	101.5%	○	○	
②医療収支比率	②89.6%以上	93.7%	○	②88.6%以上	89.0%	○	②87.7%以上	88.7%	○	○	
③職員給与費対医療収益比率 退職給付費除く	③52.9%以下 51.7%以下	50.6% 48.9%	○ ○	③53.9%以下 51.9%以下	53.6% 51.5%	○ ○	③54.6%以下 53.1%以下	52.9% 51.6%	○ ○	○ ○	
④材料費対医療収益比率 うち薬品費対医療収益比率	④29.9%以下 16.1%以下	29.9% 16.1%	○ ○	④29.9%以下 16.1%以下	31.1% 16.7%	×	④30.4%以下 16.6%以下	32.0% 17.9%	×	○ ○	
⑤病床利用率	⑤93.5%以上	93.2%	×	⑤93.5%以上	91.0%	×	⑤93.5%以上	92.9%	×	○	
⑥平均在院日数	⑥12.1日以下	12.3日	×	⑥12.0日以下	12.3日	×	⑥11.9日以下	12.1日	×	○	
⑦新会計基準への円滑な移行	⑦移行準備	移行	○	⑦移行	移行	○	⑦検証	検証	○	○	
目標	評価点【4】 評価の概要		評価点【4】 評価の概要		評価点【4】 評価の概要		評価点【2】 評価の概要				
○新病棟の建設と開設 ○リニアック棟の建設と稼働	新病棟の建設と開設…平成25年11月5日外来診療開始、平成26年1月15日病児保育室運用開始、リニアック棟の建設と稼働、平成26年3月実施設計完了		新病棟は、新病棟移転部署の改修工事を完了した。リニアック棟は平成27年3月に建物の竣工と、機器の設置を完了し、27年度から利用開始している。								
指標項目	指標の達成 2/2（100%）		指標の達成 2/2（100%）								
①新病棟建設事業の着実な推進と開設	①11月開設	使用開始	○	①既存建物改修	運用開始（26.4月～）	○					
②リニアック棟の円滑な更新と着実な稼働	②実施設計	実施設計完了	○	②建設・更新	建物竣工、機器設置完了	○					

是正報告書の提出及び緊急対応宣言後の取組状況について

平成29年6月2日に新潟市民病院に対して、新潟労働基準監督署からは是正勧告書等を受けたことについて、8月末日までに報告する分を提出しましたので報告します。

また、緊急対応を公表後3か月が経過したことから、新潟市民病院の取組状況についてあわせて報告します。

1 是正報告書等の提出について

(1) 是正勧告書に関する対応

ア 平成29年3月23日付けで、時間外労働及び休日労働に関する協定書を労働者の過半数を代表する者と締結済みです。

イ 木元文医師に対して、一部支払っていなかった時間外労働・休日労働・深夜労働に対する割増賃金を平成29年8月30日に支払いました。

ウ 電子カルテ端末の院内情報WEBに、時間外労働及び休日労働に関する協定書を平成29年3月30日に掲示済みです。

(2) 指導票に関する対応

ア 平成29年6月分の労働時間に関し、自己申告により把握した労働時間が実際の労働時間と合致しているか否かについて、必要に応じて実態調査を実施し、所要の労働時間の補正を行いました。

イ 実態調査の実施状況について下記の資料を添えて同署に報告しました。

- ・時間外勤務命令票
- ・電子カルテ記録
- ・セキュリティ記録
- ・賃金台帳
- ・出勤簿及び出務表

(3) 過重労働による健康障害防止に関する対応

職員、特に医師の勤務時間の縮減と適正化を図るため、平成29年6月6日付けで、新潟市民病院の緊急対応を公表し、実施しています。

2 緊急対応の取組状況について

(1) 紹介状なしの患者数

	8月	7月	6月
平成29年	10人	11人	87人
平成28年	170人	140人	167人
増減比較	△160人	△129人	△80人

(2) 救急患者の状況

ア 救急患者数

	8月	7月	6月
平成29年	1,151人	1,060人	1,046人
平成28年	1,265人	1,241人	1,068人
増減比較	△114人	△181人	△22人

イ 上記アのうち軽症患者数の状況

	8月	7月	6月
平成29年	589人	540人	514人
平成28年	647人	644人	550人
増減比較	△58人	△104人	△36人

※ 軽症患者とは、外来の治療だけで帰宅が可能な患者をいう。

ウ 上記アのうち中等症・重症患者数の状況

	8月	7月	6月
平成29年	540人	504人	507人
平成28年	600人	583人	497人
増減比較	△60人	△79人	10人

※ 中等症患者とは、入院治療や手術を必要とする患者をいう。重症患者とは、救命救急センターで治療が必要な重篤患者をいう。

(3) 医師の時間外勤務（45時間超）の状況

	8月	7月	6月
平成29年 以下の計	89人	95人	101人
100時間以上	0人	0人	1人
80時間超～99時間	5人	7人	7人
45時間超～80時間	84人	88人	93人
平成28年 以下の計	97人	99人	100人
100時間以上	20人	16人	12人
80時間超～99時間	11人	21人	21人
45時間超～80時間	66人	62人	67人
増減比較 以下の計	△8人	△4人	1人
100時間以上	△20人	△16人	△11人
80時間超～99時間	△6人	△14人	△14人
45時間超～80時間	18人	26人	26人

※ 時間数は自己申告による時間外勤務の時間。6月は実態調査実施後の時間

(4) 1人当たりの平均時間外勤務が多い診療科の状況

診療科	29年8月	29年7月	29年6月
産科、婦人科	72.1時間	70.5時間	69.0時間
乳腺外科	68.5時間	58.5時間	64.0時間
心臓血管外科	61.5時間	66.3時間	66.0時間
総合周産期医療母子センター	59.3時間	72.3時間	69.8時間
脳神経外科	58.7時間	65.5時間	69.0時間
整形外科	57.6時間	54.6時間	62.5時間
小児科	57.6時間	52.6時間	46.8時間
循環器内科	56.4時間	46.4時間	52.7時間
腎臓・リウマチ科	55.5時間	64.0時間	51.8時間
泌尿器科	54.0時間	50.0時間	49.0時間
全体の平均時間	44.0時間	44.8時間	46.1時間

※ 時間数は自己申告による時間外勤務の時間。6月は実態調査実施後の時間

是正勧告を受けての「新潟市民病院緊急対応宣言」について

資料 1

平成 29 年 6 月 2 日付けで新潟市民病院が新潟労働基準監督署から長時間労働の改善などに向けた是正勧告を受けました。新潟市長として、これを真摯に受け止めます。

この是正勧告に的確に対応できるよう全力で新潟市民病院を支援するとともに、改善項目をクリアするよう新潟市民病院に指示を行いました。

同病院が引き続き高度医療の提供体制を確保し、本市における「救命救急の最後の砦」として機能することができるよう、6 日に記者会見を行い、市民の皆様及び関係機関の皆様に下記のとおりご理解とご協力をお願いしましたので報告します。

記

1 市民の皆様へのお願い

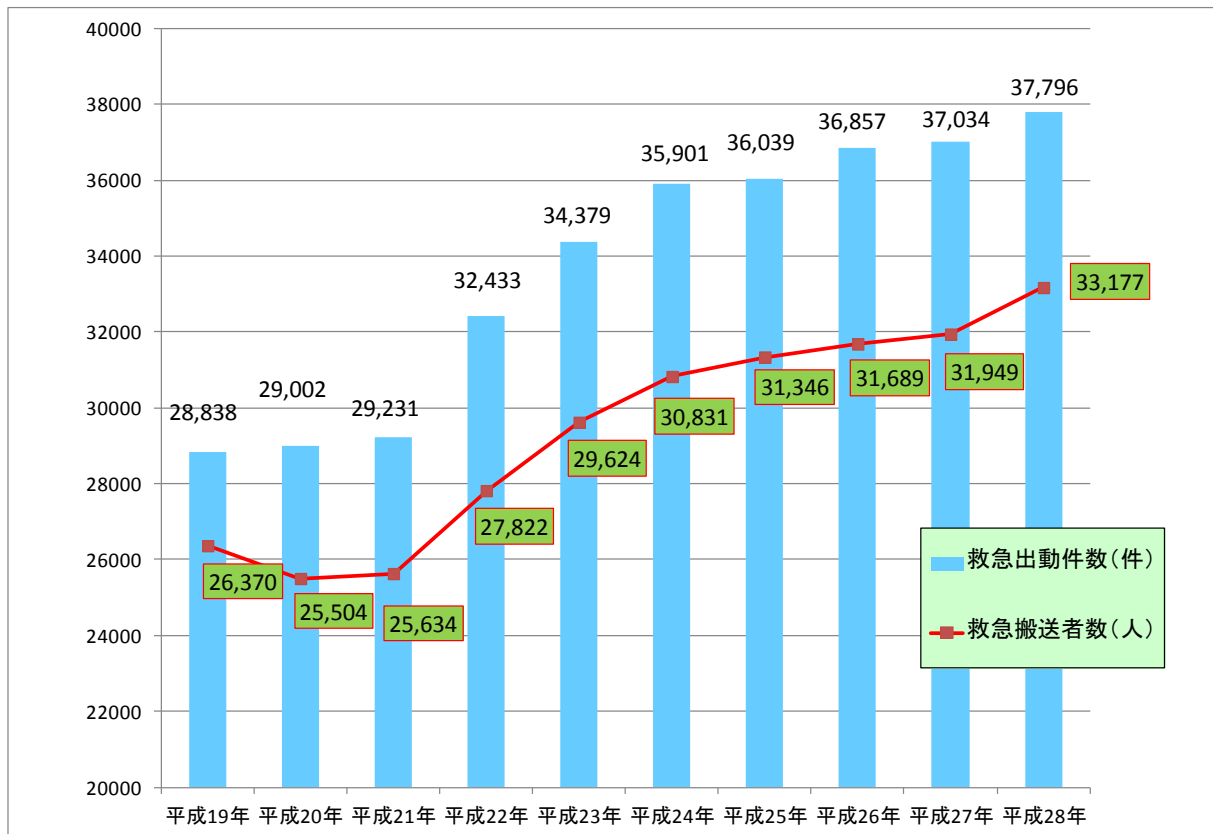
- ・本市は、これまで 24 時間 365 日安心して医療の提供を受けられるよう救急医療体制の充実に努めてまいりました。
- ・一方で、救急患者数は年々増加を続け、一般の外来でも対応が可能な方の救急搬送も多数あります。(別紙資料参照)
- ・こうしたことが、医師の高齢化が進んでいることも重なり、救命救急の本来の機能に支障を招くとともに、医療関係者の過重な負担にもつながっています。
- ・そのため、軽症の場合には、「かかりつけ医」の診察や休日・夜間の「急患診療センター」をご利用いただくなど、救急搬送、救急医療の利用の適正化について、ご理解とご協力をお願いします。

2 病院・診療所など関係機関の皆様へのお願い

- ・この度の新潟労働基準監督署からの是正勧告を受け、新潟市民病院がこれまでどおりに患者を受け入れ診察を続けることが困難な状況となっています。
- ・これまでも本市の救急医療体制の確立・充実に多大なるご協力をいただいておりますが、今後さらに連携を深めさせていただきながら、本市の救急医療体制の維持・確保により一層のご協力をお願いします。

資料

・過去 10 年間の救急出動件数及び搬送者数の推移



・傷病程度別搬送者数と割合

	合計	軽症(割合)	中等症(割合)	重症(割合)	死亡(割合)
H24年	30,831人	14,827人 (48.1%)	13,601人 (44.1%)	1,781人 (5.8%)	622人 (2.0%)
H25年	31,346人	14,215人 (45.3%)	14,478人 (46.2%)	2,080人 (6.6%)	573人 (1.8%)
H26年	31,689人	12,836人 (40.5%)	16,271人 (51.3%)	2,035人 (6.4%)	547人 (1.7%)
H27年	31,949人	11,482人 (35.9%)	18,077人 (56.6%)	1,888人 (5.9%)	502人 (1.6%)
H28年	33,177人	11,634人 (35.1%)	17,712人 (53.4%)	3,162人 (9.5%)	669人 (2.0%)

・平成 28 年中の救急概要

救急出動件数 37,796 件

救急搬送者数 33,177 人

1 日平均でみると、103 件（14 分に 1 回）出動し、91 人（市民 24 人に 1 人）が搬送された計算になります。

是正勧告を受けた新潟市民病院の緊急対応

平成29年6月2日付け新潟労働基準監督署から当院は是正勧告を受けました。このことを真摯に受け止め、職員、特に医師の勤務時間の縮減と適正化を図っていきます。

この実現に向けて、以下の対応を実施していきます。
市民の皆さまのご理解とご協力をお願いします。

1 外来機能の見直し

- (1) 7月1日から、一般外来の新規患者を他の医療機関からの紹介患者のみにする。
- (2) 当院での治療後、地域の医療機関へ紹介する取り組みをこれまで以上に強化する。(再来患者を減らす。)

2 三次救急へのシフト

- (1) 一次救急患者は急患診療センター、二次救急患者は二次輪番病院への受診の周知、啓発を新潟市、関係機関にお願いする。
- (2) 三次救急の割合を増やしたい。
重症、専門、救急患者の治療に特化する。

3 勤務体制の見直し

- (1) 入院患者の治療はチーム制で行い、土日祝日に休める医師を増やす。
- (2) 複数主治医制の促進。
- (3) 夜勤、当直医の数を見直しする。

4 患者さんへの周知

病院入口及び当院ホームページに下記の内容を掲示するとともに、7月1日から一般外来での初診に紹介状が必要になることや、入院患者の診療について複数主治医制の導入に伴って時間帯によっては異なる医師が対応する可能性があることを周知いたしました。

患者のみなさんへ

当院は、新潟労働基準監督署の指導により、医師の労働時間の縮減し、適正化を図ることにいたしました。

今後も、病院として最大限の努力を払って診療の質と安全性の確保をいたしますが、従来と異なる対応となる場合が出てくる可能性があります。

この点につき、ご理解のほどお願い申し上げます。

労災認定と是正勧告等に対する新潟市民病院の対応について

1 経緯

- 平成 27 年 4 月に臨時職員として採用した後期研修医が、平成 28 年 1 月 25 日に死亡。ご遺族から労働基準監督署（以下「労基署」）あて平成 28 年 8 月 17 日に労災保険給付請求（労災申請）があったもの。
- 平成 28 年 8 月 23 日、労基署署員が来院。立ち入り調査開始。
- 平成 28 年 9 月 15 日 市民厚生常任委員会協議会報告
- 平成 29 年 6 月 2 日、労働基準監督署より口頭で 5 月 31 日に労災認定した旨の説明を受けた。
また、その場で是正勧告書等を受領。

2 是正勧告等

(1) 是正勧告書

違反事項	是正期日
法定の除外事由がないにもかかわらず、1 週間について 40 時間、1 日について 8 時間を超えて労働させていること。	即時
法定の除外事由がないにもかかわらず、休日労働させていること。	即時
労働者木元文に対して、時間外労働・休日労働・深夜労働に対する割増賃金を一部支払っていないこと。	平成 29 年 8 月 31 日
時間外・休日労働に関する協定を、常時各作業場の見やすい場所に掲示する等の方法により労働者に周知させていないこと。	即時

(2) 指導票

①

- 「労働時間の適正な把握のために使用者が講ずべき措置に関するガイドライン」に基づき、改善に向けた方策を講ずること。
- その実施状況及び実施後の労働時間管理の状況を平成 29 年 8 月 31 日までに時間外勤務命令票（自己申告）、電子カルテ操作記録（記述、閲覧の別）、セキュリティ記録、賃金台帳（労働時間集計記録を含む）を添えて報告すること。

②

- 確認できる期間に遡って、上記関係記録を示した上で、各労働者から事実関係について聞き取りを行うなどの実態調査を行い、その結果と今後の改善策について、平成 29 年 10 月 31 日までに報告すること。
- 当該実態調査の結果、差額の割増賃金の支払いが必要な場合は、労働者木元文を含め追加で当該差額を支払うとともに、同種事案の再発防止のための具体的方策を講じた上でこれら事項についても、併せて報告すること。
- その後も、労働時間管理の状況については、平成 29 年 10 月 31 日までの間、月 1 回、定期的に報告すること。

(3) 過重労働による健康障害防止について（抜粋）

時間外・休日労働時間を 1 か月当たり 80 時間以内とするための具体的方策を検討し、その結果、講ずることとした方策を 8 月 31 日までに実施すること。

3 市民病院の主な対応について

1 外来機能の見直し

- (1) 7月1日から、一般外来の新規患者を他の医療機関からの紹介患者のみにする。
- (2) 当院での治療後、地域の医療機関へ紹介する取り組みをこれまで以上に強化する。(再来患者を減らす。)

2 三次救急へのシフト

- (1) 一次救急患者は急患診療センター、二次救急患者は二次輪番病院への受診の周知、啓発を新潟市、関係機関に願います。
- (2) 三次救急の割合を増やしたい。
重症、専門、救急患者の治療に特化する。

3 勤務体制の見直し

- (1) 入院患者の治療はチーム制で行い、土日祝日に休める医師を増やす。
- (2) 複数主治医制の促進。
- (3) 夜勤、当直医の数を見直しする。

4 労務改善対策室の設置

6月20日付けで、事務局管理課に設置。労務改善に向けた方策の検討、勤務実態の聞き取り調査、労務管理システムの構築等を行う。

4 指導票への対応

今後、労基署の指導を仰ぎながら、真摯に対応する。

5 過重労働による健康障害防止対策

- 現在実施している過重労働対象者への面接勧奨の徹底
- 過重労働による健康障害防止については、上記の対応を進めることが防止につながると考えており、今後の実施状況を踏まえて労基署へ報告する。

新潟市民病院 働き方改革 スケジュール（案）

市民厚生常任委員会
平成29年6月23日
新潟市民病院管理課
協議会資料

1 経緯

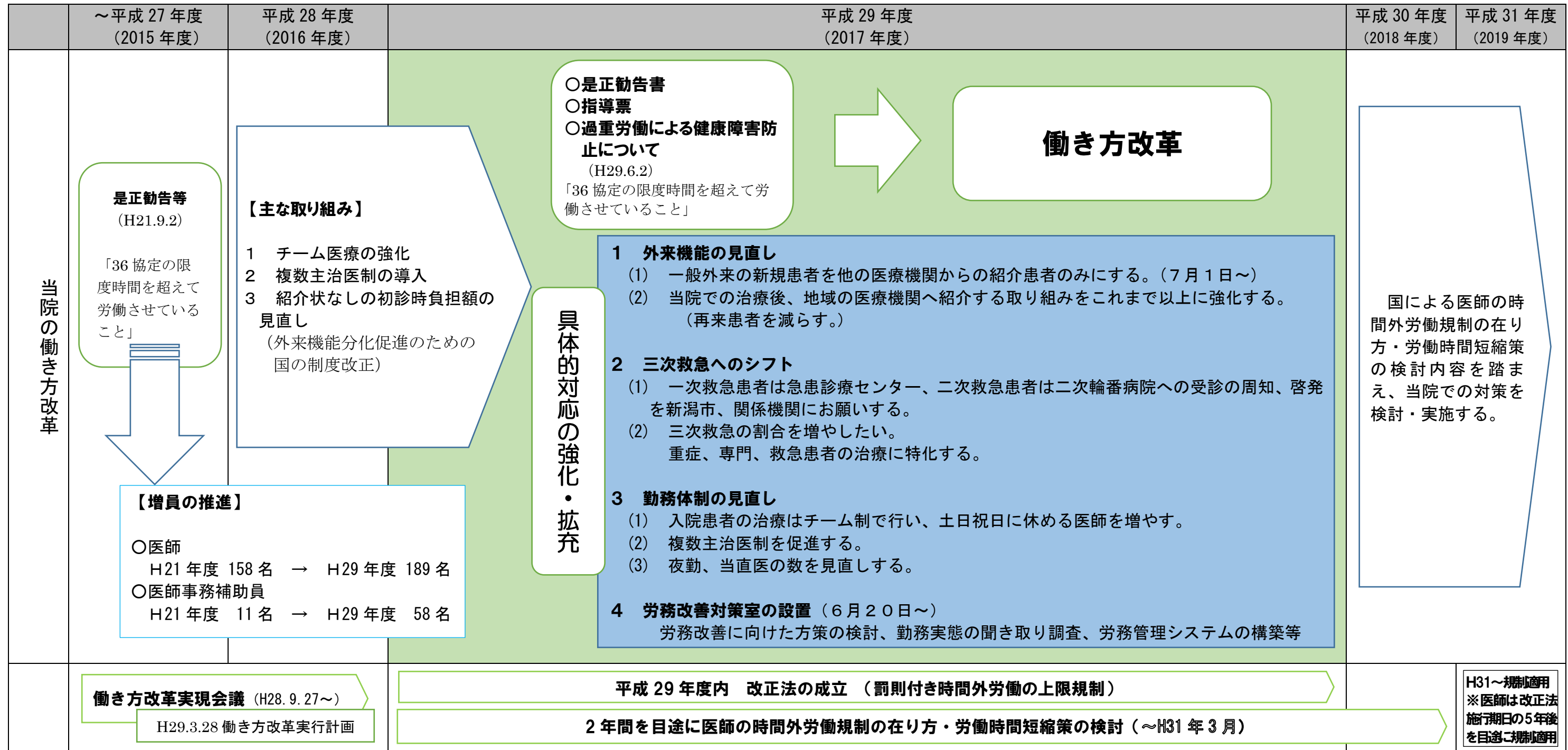
◎平成19年11月に新築移転し、

- ・救命救急・循環器病・脳卒中センター、総合周産期母子医療センター、屋上ヘリポート、救急ステーション等の運用をもって、救急患者の受け入れを行ってきた。
- ・急性期医療の最も大事な役割は二次・三次救急医療であり、他院で治療することが困難な患者を引き受け、一人でも多くの命を救うことに努めてきた。

◎平成21年9月に新潟労働基準監督署からは是正勧告等を受け、医師及び医師事務補助員等の増員を図ってきた。しかし、医師の長時間労働は依然として大きな課題となっていた。

2 考え方

新潟労働基準監督署からの是正勧告等を踏まえ、以前からの取り組みに加え、救急医療の維持・確保と医師の長時間労働の改善の両立を図るべく、緊急的に当院の働き方改革を実施する。



新潟市民病院 働き方改革 スケジュール（案）

市	民	厚	生	常	任	委	員	会
平	成	2	9	年	6	月	2	3
新	潟	市	民	病	院	管	理	課
協		議	会			資	料	