

新・中期計画（平成29年度～令和3年度） 平成30年度実績評価（指標の見直しについて）

新・中期計画の指標の見直しに関する資料(2)

評価点…50%未（または計画に満たない）=D、50～80%未=C、80%以上=B、100%以上（または計画どおり）=A、大幅(120%以上)に上回る=S

◎基本理念「患者とともにある全人的医療」				平成29年度			平成30年度			見直し後の指標			(参考)平成30年度評価の判定基準											
基本方針	病院の方向性や将来像	方向性や将来像を踏まえて、病院が目指すところ	主要項目	指標	単位	指標	実績	評価	平成30年度 主に取り組んだこと	指標	実績	評価	R1	R2	R3	S 120%～	A 100%～	B 80%～	C 50%～	D				
重症・専門・救急を中心に、質の高い医療をめざします	新潟医療圏における高度急性期、急性期病院としての役割	高度急性期、急性期病院として、救急患者の積極的な受け入れをはじめ、一次、二次医療機関や救急ステーションとの連携強化などにより、新潟医療圏域における重症、急性期医療を提供します。また、質の高い医療を提供し続けるために、施設の整備や医療機器の導入について計画的に検討を行います。	救急搬送患者の積極的な受け入れ	1 救急車搬送の受け入れ台数	台	6,500	6,227	B	医療従事者の働き方改革が進められる中、救急医療も地域において役割分担をはかる必要がある。当院の重症専門といった役割をしっかりと果たすと共に、他院で対応が可能と考えられる例に関しては他院への紹介を促した。結果として、救急車の応需率は低下している。ドクターカーの出動数も、救急救命士の処置の高度化と経験の積み上げにより減少している。	6,500	6,129	B	6,500			7,800	6,500	5,200	3,250	左記未満				
				2 救急車搬送の応需率	%	85	73	B		85	70	B	85			100	85	68	42.5	左記未満				
				3 ドクターカーの出動回数	回	1,700	1,224	C		1,700	1,094	C	1,000 (修正前 1,700)			指標の見直し (H30=A評価)	1,200	1,000	800	500	左記未満			
			重症患者の受け入れへのシフト	4 急患外来における二次・三次救急患者の割合	%	50	51	A		50	51	A	50			60	50	40	25	左記未満				
				5 総合周産期特定集中治療室管理料（新生児）加算の患者数	人/月	200	248	S		200	242	S	200			240	200	160	100	左記未満				
				6 総合周産期特定集中治療室管理料（母体・胎児）加算の患者数	人/月	180	127	C		180	105	C	140 (修正前 180)			指標の見直し (H30=C評価)	168	140	112	70	左記未満			
			地域の基幹病院として、高度・専門・急性期医療の提供	7 手術総数	件	7,000	7,014	A		働き方改革を進める中で、36協定を遵守しつつ、地域の基幹病院として、最大限に「高度・専門・急性期医療」を提供してきたと考える。NCD(一般社団法人 National Clinical Database)をはじめとする各診療科の診療データ登録事業に積極的に参加した。	7,000	6,975	B	7,000以上			8,400	7,000	5,600	3,500	左記未満			
				8 手術のうち、腹腔鏡下手術の件数	件	550	638	A			550	698	S	550			660	550	440	275	左記未満			
				9 悪性腫瘍手術件数（内視鏡切除）	件	250	245	B			250	262	A	250			300	250	200	125	左記未満			
				10 脳血管内手術数	件	70	98	S			70	68	B	70以上			84	70	56	35	左記未満			
				11 心構造疾患カテーテル治療件数	件	35	40	A			35	51	S	35			42	35	28	17.5	左記未満			
				12 冠動脈カテーテル治療件数	件	300	339	A			300	301	A	300			360	300	240	150	左記未満			
				13 大動脈ステンドグラフト治療数	件	50	64	S			50	84	S	50			60	50	40	25	左記未満			
				14 リニアック治療、高精度放射線治療数	件	7,490	8,541	A			7,540	6,214	B	7,640	7,640	7,640	9,048	7,540	6,032	3,770	左記未満			
				15 電子クリニカルパス稼働率	%	30	30	A			30	29	B	30			36	30	24	15	左記未満			
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	患者総合支援センター「スンプラザ」における患者相談窓口の一元化をはじめとする丁寧な相談への対応により患者サービスの充実に努めるほか、がん相談支援室におけるがん患者及び家族等への支援を行います。また、継続して医療の質を評価する指標を測定し公開することで、医療の質の向上と改善に努めながら、現在高い評価をいただいている患者満足度の維持や更なる向上を目指します。	患者サービスの充実	16 医療福祉相談件数（患者総合支援センター）	件	2,420	2,424	A	患者総合支援センターでは、引き続き、退院支援と入院支援の拡大充実に取り組んでいる。医療福祉相談件数と入院支援件数は目標値をクリアできなかったが、がん相談支援室による相談件数は増えている。29年度から退院支援カンファレンスの充実とともに、全病棟に専任MSWの配置を進めた結果、30年度4月から入院支援加算1の取得（年間1,101件）を開始した。公聴室では、患者からのクレーム・ご意見等の確認、個別の対応および、病院全体のシステムや対応改善など医療安全管理室とも連携して業務を行った。医療の質の評価指標の測定を継続し、経年変化の状況や他病院との比較データなど65項目を公開した。また、データ収集方法の見直しなどで、より精度の高いデータを得られるようにした。	2,440	2,056	B	2,460	2,480	2,500	2,928	2,440	1,952	1,220	左記未満				
				17 入院支援件数（患者総合支援センター）	件	2,300	2,343	A		2,350	2,285	B	2,400	2,450	2,500	2,820	2,350	1,880	1,175	左記未満				
				18 がん相談支援室における相談件数	件	725	718	B		750	813	A	775	800	825	900	750	600	375	左記未満				
				19 ボランティア登録者数	人	55	47	B		55	46	B	55			66	55	44	27.5	左記未満				
				20 退院時医療費のお知らせ（患者配布率）	%	60	64	A		60	59	B	65	65	70	72	60	48	30	左記未満				
				21 病院指標の公開数	件	35	56	S		35	65	S	35以上			42	35	28	17.5	左記未満				
				22 患者満足度調査結果 入院	%	90	95	A		90	93	A	90			108	90	72	45	左記未満				
				医療安全の徹底	インシデント報告の徹底と、その分析や改善策の検討のほか、医療安全研修などを通じて、医療安全の徹底を図ります。	医療安全対策	23 医療安全研修会開催回数	回		2	3	A	医療安全研修会を2回開催し、研修会参加率は99%となった。参加率向上の取り組みの成果が表れ、目標値を大幅にクリアした。手術患者における肺血栓塞栓症が4件発生した。当院では、対策チームを中心に、リスク評価に基づいた予防対策を実施しており、継続して対策を実施していきたい。その他の全体的な取り組みとしては、セーフティマニュアルの改訂（重大医療事故における、部署内検討会と報告書提出を義務化）、各種検査結果の確認を主治医に促す取り組み、手術時の体内遺残防止の取り組み、医療安全地域連携相互評価の実施、などを行った。	2	2	A	2			—	2回以上	—	1回	0回
							24 医療安全研修会参加率	%		50	51.6	A		55	99	S	90 (60) (65) (70)			指標・基準の見直し (H30=A評価)	100	90	80	70
25 インシデント報告の総数	件	3,600	2,792				C	3,600	3,045	B	3,600以上			4,320	3,600	2,880	1,800	左記未満						
26 手術患者における肺血栓塞栓症の発生件数	件	0	0				A	0	4	D	2 (修正前 0)			指標・基準の見直し (H30=B評価)	0	2	4	6	左記以上					
27 感染管理研修会開催回数	回	2	3				A	2	5	A	2			—	2回以上	—	1回	0回						
28 感染管理研修会参加率	%	95	94.5				B	95	86.7	B	90 (修正前 95)			指標・基準の見直し (H30=B評価)	100	90	80	70	左記未満					
29 人工呼吸器関連肺炎感染率	件/千日	5以下	2.84				S	5以下	3.19	S	4以下	4以下		4以下	4未満	4～5	5～6	6～7	7超					

評価点…50%未（または計画に満たない）=D、50～80%未=C、80%以上=B、100%以上（または計画どおり）=A、大幅（120%以上）に上回る=S

◎基本理念「患者とともにある全人的医療」				平成29年度			平成30年度			見直し後の指標			(参考)平成30年度評価の判定基準								
基本方針	病院の方向性や将来像	方向性や将来像を踏まえて、病院が目指すところ	主要項目	指標	単位	指標	実績	評価	平成30年度 主に取り組んだこと	指標	実績	評価	R1	R2	R3	S 120%～	A 100%～	B 80%～	C 50%～	D	
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役割	地域医療支援病院として、紹介や逆紹介を通じて病病連携や病診連携を強化するなど、相互が機能を発揮する地域完結型医療を実現する役割を担います。また、公立病院として、市民向け公開講座の開催や職場体験などを通じて地域医療に貢献します。	地域医療支援病院としての機能の充実	30 紹介率	%	72	85	A	紹介率・逆紹介率は、完全予約制の確実な実施や、医師等への情報提供書の記載方法の指導により、目標値を大幅にクリアした。FAX事前予約件数・登録医数は若干増加した。 一方、退院支援患者数は減少した。これは、平成30年4月から「入退院支援加算1」の算定を開始し、「入退院支援加算1」に関するカンファレンスへの参加を優先させている影響があるためである。 その結果、入退院支援に関する加算の算定数は、平成28年度1,117件(退院支援加算2・3)、平成29年度1,130件(退院支援加算2・3)、平成30年度1,101件(入退院支援加算1・3)となっており、患者サービスの向上と収益確保に貢献している。	73	89	S	74	75	76	指標の見直し(H30=B評価)	87.6	73	58.4	36.5	左記未満
				31 逆紹介率	%	75	96	S		76	92	S	77	78	79		91.2	76	60.8	38	左記未満
				32 FAX事前予約件数	件	12,700	12,597	B		12,800	12,662	B	12,900	13,000	13,100		15,360	12,800	10,240	6,400	左記未満
				33 登録医の人数	人	610	610	A		615	623	A	620	625	630		738	615	492	307.5	左記未満
				34 退院支援患者数(MSWによる退院支援患者実数)	人	255	207	B		260	165	C	1,600(265)	1620(270)	1640(275)		1,920	1,600	1,280	800	左記未満
				35 市民向け公開講座の開催回数(いきいき、五大がんなど)	回	10	10	A		10	10	A	10	10	10		12	10	8	5	左記未満
				36 看護部中学生職場体験受入数	人	20	27	S		20	19	B	20以上				24	20	16	10	左記未満
				37 中学生向け医療体験セミナー参加者満足度(アンケート)	%	80	100%	S		80	100%	S	80%				96	80	64	40	左記未満
38 病院まつり来場者満足度(アンケート)	%	80	95%	A	80	93%	A	80%			96	80	64	40	左記未満						
人間豊かな医療人の育成をめざします	地域医療を担う人材育成の取り組み	医師の卒後研修プログラムを含めた体制の整備や、新専門医の受入れをはじめ、医学生や看護学生の実習も積極的に受け入れるなど、地域医療を担う人材の育成に計画的に取り組めます。	臨床研修指定病院としての機能の充実	39 臨床研修医(初期研修)の受入れ人数	人	26	23	B	臨床研修医(初期研修)は、例年通りマッチングにて採用し、積極的な学会発表を行えるようにした。 本年度から始まった新専攻医プログラムには22名募集に対して7名(31.8%)の受け入れとなった。専攻医登録評価システム(J-Osler)への登録の遅れなどの改善すべき課題もあり、専攻医への意識付けを強化していく。 医学生については1ヶ月に及ぶ実習のほか、夏期休暇などを利用した1日実習を含めると述べ100名となり、十分な受入数となった。 看護実習生を3大学から受入れ、各部署で臨地実習支援をした。	25	23	B	24(修正前26)	指標・基準の見直し(H30=B評価)	—	24	22	20	左記未満		
				40 (基幹施設としての受入れ人数に対する)新専門医の受入れ率	%	80	53	C		80	31.8	D	50%以上(修正前80)	指標の見直し(H30=C評価)	60	50	40	25	左記未満		
				41 医学生の臨床実習受入人数	人	100	117	A		100	100	A	100以上			120	100	80	50	左記未満	
				42 看護実習生の受入人数	人	350	394	A		350	386	A	350以上			420	350	280	175	左記未満	
				43 その他実習生の受入人数(薬剤師など)	人	60	89	S		60	84	S	60			72	60	48	30	左記未満	
働きやすく働きがいのある職場づくり	計画的な医療スタッフの確保による職員の負担軽減や、労働環境の改善などにより、職員が働きやすく働きがいのある職場づくりに努めます。	職員の労働環境の改善と人材育成の充実	44 7対1看護体制の維持	-	維持	維持	A	看護師については、採用目標数を上回り、7対1の体制を維持することができた。(目標52名、実績55名) 医師事務作業補助員は、平成31年3月末現在56名と、ほぼ医師3人に1人の配置を維持し、配置した職員のスキルも年々向上している。 認定資格等資格取得支援は、研修等の支援を含め、放射線技師、薬剤師、臨床工学技士、看護師など、様々な職種に対する支援を実施し、資格取得支援に繋がった。	維持	維持	A	維持			—	維持	—	—	維持しない		
			45 医師事務補助員の配置	-	15:1	15:1	A		15:1	15:1	A	15:1			—	15:1	—	—	未達成		
			46 看護補助員の配置(急性期看護補助体制加算による)	-	50:1	50:1	A		50:1	50:1	A	急性期看護補助体制加算50:1			—	50:1	—	—	未達成		
			47 認定資格等資格取得支援(新規取得者による)	-	5人	15人	S		5人	21人	S	新規取得者数 5人			10人以上	5人以上	—	—	4人以下		
			48 職員満足度:この病院で働いていることに満足	%	55	37	C		55	35	C	不満足20%以下(満足度55%以上)			指標の見直し(H30:22.2%=B評価)	16	20	24	30	左記以上	
健全な経営の推進	経営分析による課題の洗い出しと改善に取り組みながら、営業収支を改善し、経常収支の黒字を維持することを目指します。	効率的経営の推進	49 経常収支比率	%	100.3	100.1	B	平成29年6月に新潟労働基準監督署から職員の長時間労働改善などに向けた是正勧告を受けての働き方改革の取り組みの中で、11月の医療情報システム更新の際に患者の受入れ抑制を行ったことにより、患者数が大幅に減り、指標の新入院患者数は達成しなかった。また、給与費については給与改定及び職員数の増により人件費が増加したこと、材料費については値引き交渉などによる費用適正化に取り組んだが、30年度も高額な抗がん剤などの費用の増加傾向は続いたことなどにより、指標は達成できなかった。以上ことから赤字決算となった。経常収支率・営業収支率ともに、指標は達成しなかった。	100.7	97.4	B	99.4	99.9	100.2	120.84	100.7	80.56	50.35	左記未満		
			50 営業収支比率	%	86.4	86.1	B		87.6	84.2	B	86.8	86.8	87.3	105.12	87.6	70.08	43.8	左記未満		
			51 一日あたりの新入院患者数	人/日	47.0	45.2	B		45.5	44.2	B	45.5	45.5	45.5	54.6	45.5	36.4	22.75	左記未満		
			52 職員給与費対営業収益比率	%	56.1	54.7	A		55.1	57.3	B	50.0	55.1	55.2	44.08	55.1	66.12	82.65	左記以上		
			53 材料費対営業収益比率	%	31.4	33.5	B		33.1	34.4	B	33.2	33.2	33.2	26.48	33.1	39.72	49.65	左記以上		