

新潟市民病院 中期計画（平成25年～平成28年）実績

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 3：概ね計画通り 2：計画を未達成 1：未着手			平成27年度（2015）			平成28年度（2016）			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）			
主要項目		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			
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）	○患者相談窓口の充実 ○ボランティア活動の推進 ○広報活動の充実 ○クレームに対する適切な対応と改善	<p>クレームは昨年比減少したが、感謝も9件減少し、待ち時間や職員の対応・接客クレームがいずれも増加したため目標の達成は出来なかった。しかし患者相談窓口、ご意見箱、電話等に於いて受理したクレームについて、患者相談カンファレンスや委員会に於いて対応を検討し、評価することができた。又、多職種と連携しながら改善に努め、希望に応じて文書を郵送したり電話で回答した。周知が必要な事項は、「患者さんとのキャッチボール広場」に掲載し、外来や病棟に掲示した。</p> <p>患者相談（苦情）窓口をわかりやすく案内するためにポスターの見直しや掲示場所の統一など行った。次年度も患者相談（苦情）窓口についてわかりやすい広報を検討する必要がある。</p> <p>巡回図書ボランティア活動を、週1回から週2回に増やし、ボランティアコンサートを年2回から年4回に回数を増やすことで、患者サービスの充実に努めた。</p> <p>火曜日の巡回図書ボランティアを募った結果、ボランティア登録数が一時60名を超えたが、年度途中で14名退会したため最終的に減ってしまった。現状の人数では活動に支障もでるため次年度も引き続き活動員の充足を目指す。</p>			<p>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。</p> <p>ボランティア活動では、巡回図書の貸出数が1万冊を超え昨年度比で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。</p> <p>「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。</p> <p>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だき、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。メディエーターとして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。</p>			<p>クレームは昨年度と同じような傾向であった。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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>			<p>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。</p> <p>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。</p> <p>ふれあいひろばは、最新号に加え、前月号をわかり易く設置し、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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>			
	指標項目	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 6 / 12 (50%)			
		指 標	実 績	達成	指 標	実 績	達成	指 標	実 績	達成	指 標	実 績	達成	
	①患者満足度調査結果	①入院96%、外来90%	入院96%、外来92%	○	①入院96%、外来92%	入院95%、外来90%	×	①入院96%、外来92%	入院94%、外来89%	×	①入院96%、外来92%	入院95%、外来89%	×	①患者満足度…5段階のうち4又は5を回答した割合
	②ボランティア登録数	②50人	46人	×	②50人	53人	○	②55人	51人	×	②55人	49人	×	
	③患者相談窓口での相談件数	③120件	120件	○	③120件	85件	×	③130件	80件	×	③130件	70件（相談室3、電話59、来院6）	×	
	④患者図書室蔵書数	④700冊	673冊	×	④725冊	680冊	×	④750冊	797冊（大活字本65冊）	○	④775冊	798冊（大活字本74）	○	
	⑤患者図書室貸出数	⑤1,050冊以上	1,123冊	○	⑤1,100冊以上	1,340冊（巡回図書11,135冊）	○	⑤1,150冊以上	903冊（巡回図書12,747冊）	×	⑤1,200冊以上	1,150冊（巡回図書14,233冊）	×	
	⑥ホームページの更新	⑥100%	80%	×	⑥100%	100%	○	⑥100%	80%	×	⑥100%	70%	×	
	⑦院内の案内掲示	⑦評価8以上	評価 8	○	⑦評価8以上	入院 8 外来 8	○	⑦評価8以上	入院 8、外来 8	○	⑦評価8以上	入院 8、外来 8	○	⑦患者満足度調査より
⑧クレーム 7. 感謝の意見	⑧7. 120件以上	117件	×	⑧7. 120件以上	182件	○	⑧7. 120件以上	200件	○	⑧7. 120件以上	147件	○	⑧ I. 利用者の意見に基づく施設・設備等の改善件数	
イ. 待ち時間クレーム	イ. 15件以内	32件	×	イ. 15件以内	23件	×	イ. 15件以内	11件	○	イ. 15件以内	11件	○		
ウ. 職員対応・接客クレーム	ウ. 120件以内	139件	×	ウ. 120件以内	126件	×	ウ. 115件以内	145件	×	ウ. 115件以内	86件	○		
エ. 施設・設備等の改善件数	エ. 10件	10件	○	エ. 10件	19件	○	エ. 10件	10件	○	エ. 10件以内	10件	○		
⑨退院時医療費のお知らせ（患者配布率）	⑨65%	67.80%	○	⑨70% (60%)	75% (60%)	○	⑨75% (65%)	77.2% (70.6%)	○	⑨80% (70%)	77.4% (70.9%)	○	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）	
医療安全対策	○インシデント報告の分析と改善策の検討 ○インフォームド・コンセント文書の見直し・修正 ○医療安全研修の充実 ○医療事故に対する適切な対応と再発防止	<p>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。セーフティーマネー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。</p>			<p>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。</p> <p>IC文書の見直しを大規模には行わず、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。</p>			<p>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、セーフティーマネー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。</p>			<p>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、セーフティーマネー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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>			
指標項目	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%)				
	指 標	実 績	達成	指 標	実 績	達成	指 標	実 績	達成	指 標	実 績	達成		
①医療安全研修会開催回数<医療安全管理室主催>	①2回	3回	○	①2回	4回	○	①2回	7回	○	①2回	3回	○		
医療安全に関するその他の研修会<室が共催>	5回以上	9回	○	5回以上	11回	○	5回以上	11回	○	5回以上	14回	○		
②多職種による事例検討会<M&Mカンファレンス>	②12回以上	6回	×	②12回以上	14例	○	②12回以上	7回（11例）	×	②12回以上	15回	○	②セーフティ全体会議での検討含む	
③医師インシデント報告の比率	③4%	4.7%	○	③4%	5.9%	○	③5%	5.6%	○	③5%	5.90%	○		
④入院患者の転倒・転落発生率	④2.0%以下	1.93%	○	④2.0%以下	1.8%	○	④2.0%以下	1.6%	○	④2.0%以下	2.12%	×		
⑤転倒・転落による損傷発生率	⑤0.2%以下	0.21%	×	⑤0.2%以下	0.2%	○	⑤0.2%以下	0.19%	○	⑤0.2%以下	0.28%	×		
⑥手術患者における肺血栓塞栓症の発生件数	⑥0件	0件	○	⑥0件	0件	○	⑥0件	0件	○	⑥0件	0件	○		

新潟市民病院 中期計画（平成25年～平成28年）実績

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 3：概ね計画通り 2：計画を未達成 1：未着手			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	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【3】 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	【H26年度から項目新設】 ○感染管理研修の充実 ○医療関連感染症の防止			年間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。			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。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。			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。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。									
		指標項目			指標の達成 3/3 (100%)			指標の達成 2/3 (66%)			指標の達成 1/3 (33%)									
		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 ○			①7.3回 4.8回 ○			①7.3回 4.8回 ○			①表記:医=医師、看=看護師、薬=薬剤師、技=医療技術、事=事務 ②感染数/対象デバイス使用日数*1,000、単位%			
		②人工呼吸器関連肺炎感染率			②8.34			②6以下 ○			②5以下 ×			②4以下 ×						
		目 標		評価点【5】 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【4】 評価の概要							
		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		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。			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。			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。			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。							
		指標項目			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%)						
		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 ○			②卒後臨床研修評価機構 認定更新 ○			①2回 2回(11/7、3/7) ○			
		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) ○									
		医療の質の可視化	目 標			評価点【3】 評価の概要			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					
○クオリティインディケータの導入と拡充			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。			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。			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。			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。								
指標項目			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%)								
①クオリティインディケータの導入数			①25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の公開数			②25項目 15項目 ×			②30項目 17項目 ×			②35項目 25項目 ×			②40項目 49項目 ○								

新潟市民病院 中期計画（平成25年～平成28年）実績

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 3：概ね計画通り 2：計画を未達成 1：未着手			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 主要項目	目標	評価点【3】			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			評価の概要						
重症救急患者受入れへのシフト	<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はある。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、大きな問題はな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。搬送依頼応需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に対応し、地域の周産期医療のニーズに応えた。搬送依頼応需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%)									
		指標	実績	達成	指標	実績	達成	指標	実績	達成	指標	実績	達成							
	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】										
	評価の概要			評価の概要			評価の概要			評価の概要										
重症・専門・救急を中心に、質の高い医療をめざします	<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。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、光学検査室、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年度にはダヴィンチ手術システムが導入された。ダヴィ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、身寄りの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11の複雑係数、カバー率係数、地域医療係数は、0.00712（11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たが、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%)									
		指標	実績	達成	指標	実績	達成	指標	実績	達成	指標	実績	達成							
	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)	×							
	4.食道癌の内視鏡的粘膜下剥離術(ESD)	4. 15件	13件	×	4. 20件	39件	○	4. 25件	30件	○	4. 30件	25件(うち癌22)	×							
5.大腸癌の内視鏡的粘膜下剥離術(ESD)	5. 10件	14件	○	5. 20件	25件	○	5. 25件	50件	○	5. 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	⑪1,600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	×								

新潟市民病院 中期計画（平成25年～平成28年）実績

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 3：概ね計画通り 2：計画を未達成 1：未着手			平成27年度（2015）			平成28年度（2016）			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）						
主要項目		評価点（4）			評価点（4）			評価点（4）			評価点（4）						
目 標		評価の概要			評価の概要			評価の概要			評価の概要						
地域医療支援病院としての機能の充実	○病病連携、病診連携の推進 ○外来医療から入院医療へのシフト ○地域の保険薬局薬剤師との連携 ○地域連携バスの拡充	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%増加し年間で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業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者予約枠を増やし、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で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業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ことと評価している。FAX事前予約は徐々に増加しており年間で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」開設後は入院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、入院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、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%)			
			指 標	実 績	達成	指 標	実 績	達成	指 標	実 績	達成	指 標	実 績	達成	指 標	実 績	達成
		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%	○	①2H26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	×	③ 12,500件	11,787件	×	③ 13,000件	12,899件	×	④ 13,500件	12,588件	×					
④登録医	④ 485人	522人	○	④ 490人	587人	○	④ 495人	585人	○	④ 500人	604人	○					
⑤共同診療実施件数	⑤ 32件	35件	○	⑤ 34件	41件	○	⑤ 36件	49件	○	⑤ 38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%	×	⑥ 47%	44.8%	×	⑥ 48%	45.4%	×	⑥ 49%	45.4%	×					
⑦地域連携バス稼働数（大腿骨骨折、脳卒中…）	⑦180件	213件	○	⑦ 190件	183件	×	⑦ 200件	232件	○	⑦ 210件	239件	○					
公立病院として地域医療に貢献	○地域の医療水準の向上 ○市民啓発 ○イベントによる医療への理解向上	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大幅に増加し、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人と少なかつたため、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。															
		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の高いことから、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。当日の会場の混乱を避けるため、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、体験で気付けられることが多い」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。															
		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%)			
			指 標	実 績	達成	指 標	実 績	達成	指 標	実 績	達成	指 標	実 績	達成	指 標	実 績	達成
		①医師派遣（手術応援）	①60人	56件	×	① 60人	68人	○	① 60人	74人	○	① 60人	18人	×			
		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	② 20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）	×	② 20回	16回（いきいき 5、市政さわやかトーク 11）	×	② 20回	21回（さわやかトーク 16、いきいき 5）	○	② 20回	計32回（さわやかトーク27、いきいき5）	○			
		③広報誌「ふれいあひろば」の充実	③1,000部以上	1,000部	○	③ 1,000部以上	1,100部	○	③ 1,000部以上	1,200部	○	③ 1,000部以上／一回あたり	1,200部※ 好評な広報誌の追加100部、年間8,500部	○	※定期6回+臨時1回、毎回900部+追加300部=1,200部		
④中学生向け医療体験セミナー参加者満足度	④80%	100%	○	④ 80%	100%	○	④ 80%	94.1%	○	④ 80%	91.7%	○	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				
⑤看護部中学生職場体験受入数	⑤15人	6人	×	⑤ 15人	25人（亀田西10人、山湯4人、上山6人、出雲崎5人）	○	⑤ 15人	6校 26人	○	⑤ 20人	4校20人	○					
⑥病院まつり来場者満足度	⑥60%	約59%	×	⑥ 65%	88.6%	○	⑥ 70%	94.6%	○	⑥ 75%	85.7%	○					

新潟市民病院 中期計画（平成25年～平成28年）実績

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 3：概ね計画通り 2：計画を未達成 1：未着手			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	目標			評価点(4)			評価点(3)			評価点(4)			評価点(4)						
		評価の概要			評価の概要			評価の概要			評価の概要									
臨床研修指定病院としての機能の充実	人間的豊かな医療人の育成をめざします(1)	目標			評価点(4)			評価点(3)			評価点(4)			評価点(4)						
		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>医師の初期研修医数は、1、2年目合計で23名であった。平成26年度臨床研修医のマッチングでは12名フルマッチした。指導医養成講座への参加をはじめ、研修プログラム等専門部会を中心として、研修プログラムの改善、レジナビフェア、新潟県卒後臨床研修合同カウダンス、研修フォーラム、県外大学での新潟県出身医学生等の集い等積極的に参加した。作年度から始めた春季レジナビフェアには単独出展した。後期研修医についてもレジナビ参加を行い、平成26年度は5名の研修が決まった。医学生や看護学生の実習も積極的に受け入れた。また、医学生や研修医の病院見学についても受け入れ、アンケートによる見学者の満足度も高かった。</p> <p>職員研修は、①新採用職員研修、②総合教育研修、③テーマ別研修、④所属別研修、⑤専門研究研修、⑥臨床研修・実習の各分野で例年通り行った。院内集談会前期定例会は“新潟市民病院の改善サイクル”、後期は“医療の場のコミュニケーション”をテーマに実施した。QCサークル活動である小集団活動を継続し、院内発表会の優秀チームがQCサークル全国大会で発表し、体験事例優秀賞を受賞した。</p>			<p>医師の初期研修は1、2年目合計で23名であった。臨床研修医のマッチングで12名がフルマッチした。研修プログラム等専門部会を中心として、指導医養成、研修プログラムの改善、レジナビフェアや新潟県卒後臨床研修合同カウダンスや研修フォーラムへ参加した。医学生や看護学生の実習も積極的に受け入れた。医学生や看護学生は研修病院決定に重要なものなので、新潟大学以外の学生を含め希望に応えた。また、見学者からの評価も良かった。</p> <p>職員研修は、①新採用職員研修、②総合教育研修、③テーマ別研修、④所属別研修、⑤専門研究研修、⑥臨床研修・実習の各分野で例年通り行った。院内集談会前期定例会は“臨床倫理問題と倫理コンサルテーション”を、後期定例会は“医療訴訟の現状について”をテーマに実施した。</p>			<p>臨床研修医マッチングはフルマッチしていたが、初期研修は1年生が11名、2年生11名であった。また、1年生の1名が健康上の理由で研修中断となった。平成28年度の臨床研修医マッチングで13名がフルマッチした。研修プログラム等専門部会を中心として、指導医養成、研修プログラムの改善、レジナビフェアや新潟県卒後臨床研修合同カウダンスや研修フォーラムへ参加した。</p> <p>医学生や看護学生の実習も積極的に受け入れた。医学生や看護学生は研修病院決定に重要なものなので、新潟大学以外の学生を含め希望に応えた。また、見学者からの評価も良かった。</p> <p>職員研修は、①新採用職員研修、②総合教育研修、③テーマ別研修、④所属別研修、⑤専門研究研修、⑥臨床研修・実習の各分野で例年通り行った。院内集談会の前期定例会は“医療におけるコミュニケーション”、後期定例会は“医療の場の接遇とコミュニケーション”をテーマに行った。</p>			<p>初期研修は1年生が13名、2年生10名(1名、健康上の理由で1年次に研修中断)であった。平成29年度の臨床研修医マッチングでは1名不足したが、追加募集で13名となるも、2名が国家試験不合格であった。プログラムは一般プログラム11名と救急総合診療重点プログラム2名があるが、後者への希望が少なく、平成30年度からは一般プログラム12名のみをすることとした。研修プログラム等専門部会を中心として、指導医養成、研修プログラムの改善、レジナビフェアや新潟県卒後臨床研修合同カウダンスや研修フォーラムへ参加した。平成29年開始予定であった新専門医制度では、内科、外科、整形外科、救急科、総合診療科が基幹施設としてのプログラムを作成し、開始準備を行った(しかし、新制度は平成30年開始に延期された)。</p> <p>医学生や看護学生の実習も積極的に受け入れた。医学生や看護学生は研修病院決定に重要なものなので、新潟大学以外の学生を含め希望に応えた。また、見学者からの評価も良かった。</p> <p>職員研修は、①新採用職員研修、②総合教育研修、③テーマ別研修、④所属別研修、⑤専門研究研修、⑥臨床研修・実習の各分野で例年通り行った。</p> <p>院内集談会の前期定例会は“これぞ小集団活動”、後期定例会は“エイズ患者として生きる”、臨時集談会は“脳卒中治療は時間とのたたかい”をテーマに行った。多職種コミュニケーション研修を主催した。</p>									
		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%)						
		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、医福大87、新大2、加茂院星高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6、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6、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)	○	④の表記 薬=薬剤師 臨工=臨床工学士 放=放射線技師 救=救命救急士					
		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	目標			評価点(3)			評価点(3)			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			評価の概要								
<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>			<p>人事評価制度については、19年度に開始した。当院独自の人事評価制度は、全職員(研修医は別途評価)を対象に「共通+専門+目標」の三段階で行うもので、20年度以降は、共通+専門+目標の項目評価に加え、各自設定した目標に対する結果評価を行っている。</p> <p>医療スタッフの確保については、採用に関してはほぼ計画通りであった。一方で、看護師の退職が見込みより多かった。認定看護師の認定は予定通り2名が取得できた。平成26年度は4分野について取得の計画を進めており、うち2分野について養成機関への派遣を実施している。</p> <p>小集団活動は10チームが活動を行った。なお、24年度の小集団活動チームが昨年度QC全国大会に参加発表し、受賞した。</p>			<p>人事評価制度について、当院の制度は、19年度に開始した当院独自の制度であり、全職員(研修医は別途評価)を対象に「共通+専門+目標」の三段階で行うもので、20年度以降は、共通+専門+目標の項目評価に加え、各自設定した目標に対する業績評価を行っている。</p> <p>医療スタッフの確保について、採用に関しては、看護師の採用が目標を下回ったが、7対1の体制を維持することはできた。(目標：80名採用、実績：66名採用)</p> <p>認定看護師の認定は、養成機関への受験に2名合格した。また、QCサークル活動の小集団活動を継続した。小集団活動チームは、9チームが活動を行った。</p>			<p>医療スタッフの確保について、採用に関しては、看護師の採用が目標を下回ったが、7対1の体制を維持することはできた。(目標：80名採用、実績：58名採用)</p> <p>また、QCサークル活動の小集団活動を継続し、8チームが活動を行った。</p>											
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%)								
①人事評価実施率	①100%	99.3%	×	①100%	100%	○	①100%	100%	○	①100%	100%	○								
②看護師採用率	②100%	100%	○	②100%	85%	×	②100%	82.5%	×	②100%	72.5%	×								
③看護師離職率	③6.50%	6.91%	×	③6.50%	6.90%	×	③6.50%	6.3%	○	③6.50%	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							
付帯設備の機能充実	目標			評価点(4)			評価点(4)			評価点(4)			評価点(4)							
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>○スキルステーションを利用した研修の推進</p> <p>○図書室の内容の充実</p> <p>○新スキルステーションの整備</p>			<p>スキルステーションは備品が完全には整っていないため、計画する稼働ができなかった。研修利用の運用は来年度に持ち越し。研修医向けに図書室の利用方法を紹介。PubMed、医中誌などの文献検索の指導を行った。エルゼビア社のデータベース“クリニカルキー”を導入し、希望者には外部アクセス可能なID/PWを付与している。図書室のコンピュータ管理を目的に、バーコードを貼付して遊及入力を開始した。書棚拡充のため、新書棚の設置と資料の廃棄(図書169冊、雑誌131冊)を行った。NACSIS-ILL(図書館間相互貸借)相殺サービスに加入した。</p>			<p>スキルステーション：備品棚・機材が揃ったことから、本格的な運用を開始できた。しかし、シミュレーショントレーナー等が10年以上を経た老朽化し、メンテナンスや新規購入を計画・実施した。図書室：①研修医向けの図書室のオリエンテーションを実施し、図書室の利用や基本的な文献検索の方法を紹介した。「Up to date」の研修会や「クリニカルキー」の紹介も合わせて行った。②図書室資料のすべてにバーコードを貼付し、図書室の電子化作業が終了した。③図書室の電子化に伴い、HPを開発した。院内どこからでも図書室資料の所蔵検索が可能になった。</p>			<p>スキルステーションを利用した研修の推進については、シミュレーター教育の質向上のため研修指導医1名がシミュレーター教育指導医講習会を受講した。また、シミュレーターの老朽化に伴い、一部を更新した。図書室については、①研修医向けの図書室のオリエンテーションを実施した。②「Up to date」の研修会並びに「クリニカルキー」の説明会を行った。③図書室の電子化に伴い、HPを開発した。院内どこからでも、不明本を明らかにした。</p>			<p>スキルステーションを利用した研修の推進については、シミュレーターの老朽化に伴い、一部を更新した。図書室については、①研修医向けの図書室のオリエンテーションを行い、文献検索当の練習問題を実施した。②「Up to date」及び「クリニカルキー」の説明会を行った。③国内医学論文検索ガイド「医中誌」は昨年度までアクセス数2つで図書室内だけでの利用であったが、今年度からさらに2つ追加し、院内全ての場所からアクセスできるようにした。</p>								
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%)								
①職員図書室の新規蔵書拡充	①150冊	166冊購入	○	①150冊	①201冊	○	①150冊	163冊	○	① 150冊	① 217冊	○								
②新スキルステーションの整備	②25.11月供用開始	施設整備完了	○	③50件	③40件	×	③50件	68件	○	③ 50件	③ 88件	○								
③新スキルステーションでの研修実施件数	③5件(11月開始)	21件	○																	

新潟市民病院 中期計画（平成25年～平成28年）実績

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 3:概ね計画通り 2:計画を未達成 1:未着手			平成27年度(2015)			平成28年度(2016)			備考
視点 基本方針 主要項目	目標	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(3)	評価の概要			評価点(3)	評価の概要			評価点(2)	評価の概要			
人 間性豊かな医療人の育成をめざします(2)	○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%と昨年度に引き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。 過重労働対策該当事者の対前年度比は、全体として微増したものの、医師は減少(0.8%減)した。			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。 過重労働対策該当事者の対前年度比は、全体として微増したものの、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%)			
	①過重労働対策該当事者 (月あたり45h以上の該当事者数、うち医師数)	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	×	①10%減	0.4%増(120.3人/月うち 医師100.5) (120.3÷119.8)-1	×	※各該当事者の対前年度比が10%減なら達成 <計算式> (当年度該当事者数÷前年度該当事者数)-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 60.9% 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%)	○	a. 66.0%	64.0%(医67.5% 病棟 64.9% 外来62.2% 技 65.1% 事60.1%)	×	②職員満足度…5段階のうち、4又は5の回答割合 <表記> 医=医師 病棟=病棟看護師 外来=外来看護師 技=医療技術員 事=事務
	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%)	○	b. 59.0%	62.2%(医75.5% 病棟 62.1% 外来49.7% 技 61.0% 事64.2%)	○	
	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%)	○	c. 54.0%	59.6%(医78.6% 病棟 56.6% 外来60.8% 技 65.3% 事55.0%)	○	
	4.総合的な充足度 a.この病院で働くことによかった	4. a. 56.0%	57.7%(医85.4% 病棟 47.1% 外来56.1% 技 60.1% 事74.5%)	○	4. a. 57.5%	61.7%(医84.2% 病棟 50.1% 外来72.8% 技 67.1% 事77.8%)	○	4. a. 59.0%	58.2%(医75.8% 病棟 50.1% 外来63.7% 技 62.7% 事78.2%)	×	4. a. 60.5%	58.1%(医81.2% 病棟 48.5% 外来56.5% 技 60.5% 事71.5%)	×	
	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 68.0% 外来72.4% 技 75.9% 事69.2%)	×	b. 72.0%	69.1%(医83.8% 病棟 68.2% 外来69.2% 技 75.0% 事64.7%)	×	
	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%)	×	c. 56.0%	50.5%(医76.9% 病棟 38.6% 外来39.8% 技 62.2% 事67.5%)	×	
	財 健全経営を推進します	○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年度は消費増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31.1%と、30%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、営業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。 営業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、営業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、営業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対営業収支比率」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、営業収支の改善を図る。		
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%)			
①経常収支比率		①98.1%以上	102.4%	○	① 100.4%以上	100.4%	○	① 100.4%以上	101.5%	○	① 101.1%以上	101.0%	×	◎計画比較のため、数値は税込
②営業収支比率		②89.6%以上	93.7%	○	② 88.6%以上	89.0%	○	② 87.7%以上	88.7%	○	② 87.5%以上	87.4%	×	
③職員給与費対営業収支比率 退職給付費除く		③52.9%以下 51.7%以下	50.6% 48.9%	○ ○	③ 53.9%以下 51.9%以下	53.6% 51.5%	○ ○	③ 54.6%以下 53.1%以下	52.9% 51.6%	○ ○	③ 55.2%以下 53.1%以下	54.7% 52.6%	○ ○	
④材料費対営業収支比率 うち薬品費対営業収支比率		④29.9%以下 16.1%以下	29.9% 16.1%	○ ○	④29.9%以下 16.1%以下	31.1% 16.7%	×	④ 30.4%以下 16.6%以下	32.0% 17.9%	×	④ 30.0%以下 16.6%以下	32.3% 17.6%	×	
⑤病床利用率		⑤93.5%以上	93.2%	×	⑤93.5%以上	91.0%	×	⑤ 93.5%以上	92.9%	×	⑤ 93.5%以上	92.3%	×	⑤⑥一般病床
⑥平均在院日数		⑥12.1日以下	12.3日	×	⑥12.0日以下	12.3日	×	⑥ 11.9日以下	12.1日	×	⑥ 11.8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	○				
新施設建設事業の円滑な推進		○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	○								