

蕨市立病院経営改革プラン  
—行動計画の実施状況—

平成26年2月

蕨市立病院

## 目 次

### 1. 地域と連携し、充実した医療サービスを提供するために

(1) 診療科編成の見直し	1
1. 診療科編成・体制の見直し	
(2) 常勤医師の確保	1
1. 内科（消化器系）医師の採用	
2. 整形外科医師の採用	
(3) 地域連携の推進	2
1. 地域連携室の設置	
2. 病病連携・病診連携の計画策定	
3. 近隣病院・診療所へのPR訪問	
4. 患者の紹介・逆紹介の実施	
(4) 公衆衛生活動の継続実施	4
1. 各種健診事業（公衆衛生活動）の継続実施	
(5) 薬剤処方院外利用	4
1. 患者要望に応じた院外処方の実施	
(6) 診療行為の充実による医療の質の向上	5
1. 薬剤管理指導の充実	
2. 受託検査の拡大	
3. 外来患者への標準検査パッケージ導入	
4. クリニカルパスの作成・活用	
(7) 外来午後診療の拡充	6
1. 小児科の午後診療時間変更	
2. 内科の午後診療の実施	
3. 産婦人科の午後診療の実施	

## 2. 市民が快適な医療サービスを受けられるために

- (1) インフォームド・コンセントの充実・・・・・・・・・・・・・・・・ 8
  - 1. 診療・検査・入院・手術・投薬時における説明マニュアルの作成
  - 2. 医療従事者間での共有・推進
- (2) 情報提供のためのホームページの充実・・・・・・・・・・・・ 9
  - 1. (仮称)ホームページ委員会の設置
  - 2. ホームページ掲載情報の再設計・更新
- (3) 施設・設備の機能向上・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 9
  - 1. 施設・設備の改善
  - 2. より安全な施設づくりの検討
- (4) 外来待ち時間の改善・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 10
  - 1. 一般外来の予約診療の拡大
  - 2. 適切な予約診療の実施
- (5) 職員の接遇レベルの向上・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 11
  - 1. (仮称)接遇教育検討委員会の設置
  - 2. 職員の接遇教育の実施
  - 3. 院内の接遇レベル管理体制の整備・実施
- (6) 患者満足度レベルや患者意見の継続的収集と対策実施・・・・ 11
  - 1. 患者満足度アンケートの実施
  - 2. 「患者の声」投書箱の設置
  - 3. 意見・苦情等への対策実施
- (7) 医療相談の充実・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 13
  - 1. 医療相談員(ソーシャルワーカー等)の設置
  - 2. 医療相談の継続実施

### 3. 健全経営により、いつまでも市民とともにある病院のために

(1) 運営形態の検討	14
1. 地方公営企業法の全部適用の検討	
(2) 非常勤医師の適正化	14
1. 診療科別の費用対効果の算出	
(3) 費用コストの削減	14
1. 診療材料の統一化の実施	
2. 「ムダ取り運動」の実施	
(4) ジェネリック医薬品の導入	15
1. ジェネリック医薬品の選別、導入	
(5) 文書料・室料差額の見直し	16
1. 文書料・室料差額の料金の再設定	
(6) 未収金の早期回収	16
1. 未収金の回収強化策の検討、実施	
(7) 病床利用率の向上	17
1. 病床利用率の向上	

#### 4. チームで市民に奉仕できる院内体制づくりのために

(1) 職員の適正な人員配置 . . . . .	19
1. 人員配置の適時変更	
(2) 新たな人材の確保 . . . . .	19
1. 事務職員(専門家)の採用	
(3) 管理会議の見直し . . . . .	19
1. 目標管理の徹底	
(4) 病院改善検討委員会の見直し . . . . .	20
1. 構成メンバーの再検証	
2. 業務内容の見直し	
(5) 目標の設定・管理 . . . . .	21
1. 年次ごとの科別目標設定・管理	
(6) 医療現場からの意見反映 . . . . .	21
1. 職員提案制度の新設、実施	

※行動計画の実施状況は、平成25年度9月現在までの取り組み状況です。

# 1. 地域と連携し、充実した医療サービスを提供するために

## (1) 診療科編成の見直し

一次機能（外来）の役割も踏まえ、現在、常勤医師不足の皮膚科・耳鼻咽喉科の存続又は廃止、及び診療体制についての見直しに取り組みます。

【行動計画及び取組状況】・・・白矢印は検討、黒矢印は実施

実施項目		21年度		22年度		23年度		24年度		25年度			
		上	下	上	下	上	下	上	下	上	下		
1	診療科編成・体制の見直し	→		→									
		<p>&lt;21年度&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>常勤医師不在の耳鼻咽喉科、皮膚科の存続・廃止について、外来患者数の動向や患者アンケート並びに受診者の声などを参考に、検討の結果、当面現状の診療科を維持・継続することとした。</li> </ul>											

## (2) 常勤医師の確保

経営状況を改善し、安心して市民に医療を提供するためには、常勤医師の確保が必要不可欠です。そのためには、医師が働きやすい魅力ある病院づくりを進めるとともに、大学医局からの医師派遣に頼るだけでなく、在職医師のネットワークや民間が営んでいる医師紹介会社、ホームページ、勧誘パンフレット等を有効活用し、特に内科（消化器系）及び整形外科の常勤医師の確保を進めます。

【行動計画及び取組状況】・・・黒矢印は実施

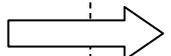
実施項目		21年度		22年度		23年度		24年度		25年度			
		上	下	上	下	上	下	上	下	上	下		
1	内科（消化器系）医師の採用	→											
		<p>&lt;21年度&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>派遣大学病院の医局や関連大学病院を訪問し医師派遣を依頼したり、民間人材紹介会社を通じた医師の公募、HP掲載による公募活動を実施し、9月に透析専門の内科常勤医師1名を採用した。（22年10月退職）</li> </ul>											
		<p>&lt;22年度&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>7月派遣大学病院より、循環器系内科医師1名を採用した。</li> <li>消化器内科医師の面談を実施するが採用に至っていない。引き続き医師の確保に努める。</li> </ul>											
		<p>&lt;23年度&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>医師派遣の依頼や公募活動を実施しているが、採用に至っていない。引き続き医師の確保に努める。</li> </ul>											
		<p>&lt;24年度&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>関連大学病院へ医師派遣の依頼や一般公募による医師招聘活動を実施する。一般公募による消化器内科医師1名（男性）を平成25年4月1日付けで採用。</li> </ul>											
<p>&lt;25年度9月末現在&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>関連大学病院等へ医師派遣の依頼や紹介会社等を通じた一般公募活動を実施しているが、採用に至っていない。引き続き医師の確保に努める。</li> </ul>													

2	整形外科医師の採用									
		<21年度> ・公募活動を実施した結果、9月に民間医師紹介会社の紹介により常勤嘱託医師1名を採用したが、自己都合により1ヶ月で退職した。								
		<22年度> ・医師派遣の依頼や公募活動を実施しているが、実績は得られていない。								
		<23年度> ・医師派遣の依頼や公募活動を実施しているが、採用に至っていない。引き続き医師の確保に努める。								
		<24年度> ・医師派遣の依頼や公募活動を実施しているが、採用に至っていない。引き続き医師の確保に努める。								
<25年度9月末現在> ・関連大学病院等へ医師派遣の依頼や紹介会社等を通じた一般公募活動を実施。一般公募の医師と病院見学と院長面談を実施するものの採用に至っていない。引き続き医師の確保に努める。										

(3) 地域連携の推進

地域の医療機関(かかりつけ医)と当病院とが役割分担し、初期治療から検査・診断を通じた入院治療までの一連のシステムの構築や保健・福祉・介護等のそれぞれの施設との患者情報・患者紹介を進めるために地域連携室を設置し、患者が安心して地域で医療を受けられるネットワークづくりに努めます。

【行動計画】・・・白矢印は検討、黒矢印は実施

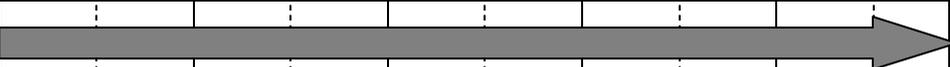
実施項目		21年度		22年度		23年度		24年度		25年度		
		上	下	上	下	上	下	上	下	上	下	
1	地域連携室の設置											
		<21年度> ・6月より事務局庶務課医事係内に「地域医療連携担当」を設置した。										
		<22年度> ・4月より「地域医療連携担当」に看護師及び事務職員を新たに配置、機能強化を図った。										
		<23年度> ・組織や担当職員の変動なし。										
		<24年度> ・組織や担当職員の変動なし。										
<25年度9月末現在> ・組織や担当職員の変動なし。												
2	病病連携・病診連携の計画策定											
		<21年度> 病診連携については、(退院時)共同指導料の算定に向けた計画の策定を検討中である。病病連携については、H22年度診療報酬改定に伴い、「救急搬送地域連携受入加算」に係る提携病院を戸田中央総合病院と行う予定であるが、更に協力体制を強化すべく計画を検討している。										

		<p>&lt;22 年度&gt; 戸田中央総合病院との「救急搬送地域連携受入加算」が算定可能となった。「地域連携パス」の活用や「退院時共同指導料」の算定に向けた計画が課題である。</p> <p>&lt;23 年度&gt; 新たな計画は策定していないが、平成 24 年度の診療報酬改定の中で算定可能な連携加算があれば検討する。(救急搬送患者地域連携受入加算など)</p> <p>&lt;24 年度&gt; 平成 24 年度の診療報酬改定により、既存の戸田中央総合病院のほか、戸田中央産院・済生会川口総合病院・川口市立医療センター・さいたま協同病院との協議により連携加算対象施設を拡大した。</p> <p>&lt;25 年度 9 月末現在&gt; 近隣病院より連携事務(実務)担当者会議加入、ソーシャルワーカーネットワークの立ち上げ等について打診があったため、今後充実した連携体制の構築に尽力したいと考えている。(加入等は了承済み)</p>
3	近隣病院・診療所へのPR訪問	 <p>&lt;21 年度&gt; 医師会単位へのPRについては、蕨戸田医師会会員・浦和医師会会員・川口医師会会員に向けた情報発信を行い、30 箇所程度の訪問を実施した。</p> <p>&lt;22 年度&gt; ・地域連携に関する他院開催の講演会や懇談会に積極的に参加し、連携に努めている。 ・情報発信については、医師会会員だけでなく、地域の訪問看護ステーションや老健施設などを順次加えている。</p> <p>&lt;23 年度&gt; 平成 24 年 2 月 2 日に「第 1 回蕨市立病院連携施設懇談会」を開催し、地域の病院・診療所ほか各種連携施設との懇談を行った。100 名を超える出席をいただき、医師や看護師、SW 等の職員が親睦を深めた。</p> <p>&lt;24 年度&gt; 平成 24 年度の診療報酬改定により、感染対策加算 2 を届出したが、算定要件に加算 1 病院の開催する合同カンファレンスへの参加があり、済生会川口総合病院をはじめとする近隣 10 病院との連携会議により、ネットワークの拡大をしている。</p> <p>&lt;25 年度 9 月末現在&gt; ICT 合同・個別カンファレンスへの引き続きの参加を行っている。また他院で実施される連携の会に積極的に参加している。</p>
4	患者の紹介・逆紹介の実施	 <p>・地域医療連携担当の発足に伴い、紹介・逆紹介の迅速な対応が可能となった。 ・更なる病床利用率の向上と、平均在院日数の短縮による効率化を目指す。</p> <p>&lt;21 年度実績&gt; 紹介率 6.54% (1572 件) 逆紹介率 8.11% (1950 件)  &lt;22 年度実績&gt; 紹介率 7.20% (1661 件) 逆紹介率 6.93% (1599 件)  &lt;23 年度実績&gt; 紹介率 8.58% (1969 件) 逆紹介率 7.86% (1805 件)  &lt;24 年度実績&gt; 紹介率 9.89% (2307 件) 逆紹介率 7.47% (1743 件)  &lt;25 年度 9 月末現在&gt; 紹介率 10.27% (1109 件) 逆紹介率 8.06% (871 件)</p>

(4) 公衆衛生活動の継続実施

自治体病院としての地域への医療貢献を果たすために、現在実施している成人健診センターの健診業務(受託事業)や特別養護老人ホーム蕨サンクチュアリへの出張診療、予防接種、平成20年度から制度化された特定健康診査事業(40歳以上)など、疾病の予防、早期発見のための各種健診活動(公衆衛生活動)を継続的に実施します。

【行動計画】・・・黒矢印は実施

実施項目		21年度		22年度		23年度		24年度		25年度	
		上	下	上	下	上	下	上	下	上	下
1	各種健診事業(公衆衛生活動)の継続実施										
		30代健診、特定健診、子宮がん検診、乳がん健診を実施し、今後も継続実施に努める。 ----- <21年度実績> 30代健診 156件、特定健診 1748件、子宮がん 742件、乳がん 45件 <22年度実績> 30代健診 123件、特定健診 1555件、子宮がん 665件、乳がん 39件 <23年度実績> 30代健診 93件、特定健診 1650件、子宮がん 629件、乳がん 110件 <24年度実績> 30代健診 71件、特定健診 1563件、子宮がん 624件、乳がん 97件 <25年度9月末現在> 30代健診 71件、特定健診 505件、子宮がん 275件、乳がん 37件									

(5) 薬剤処方の院外利用

院内処方を基本としている薬剤処方について、院外処方を希望する患者に対しては、その意思を尊重し、患者の利便性や経営面へのメリット・デメリットを踏まえて、院外処方の対応に努めます。

【行動計画】・・・黒矢印は実施

実施項目		21年度		22年度		23年度		24年度		25年度	
		上	下	上	下	上	下	上	下	上	下
1	患者要望に応じた院外処方の実施										
		患者の要望に応じて担当医師と相談を行い、院外処方箋の発行を通じて実施している。 ----- <21年度実績> 100件 <22年度実績> 95件 <23年度実績> 98件 <24年度実績> 92件 <25年度9月末現在> 61件									

(6) 診療行為の充実による医療の質の向上

患者一人ひとりに対する診療行為を充実し、質の高い医療を提供することにより、患者の満足レベルを高めるため、以下の対策に取り組みます。

【行動計画及び取組状況】・・・白矢印は検討、黒矢印は実施

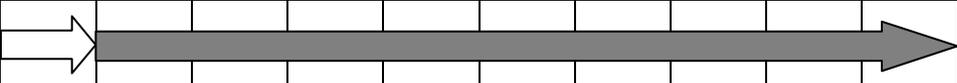
実施項目		21年度		22年度		23年度		24年度		25年度	
		上	下	上	下	上	下	上	下	上	下
1	薬剤管理指導の充実										
	<目標値>	月 120 件				月 50 件		月 50 件		月 50 件	
		<p>・平成 20 年 10 月より指導業務を開始した。</p> <p>・平成 21 年度 4 月より正規職員 1 名減となり、さらに 1 名が産休・育休になったため、病棟への常駐が確保できず、拡充に至っていない。</p> <p>・平成 23 年 10 月より化学療法（抗がん剤）ミキシング業務を一部において導入した。</p> <hr/> <p>&lt;21 年度実績&gt; 851 件(月平均：70.9 件)</p> <p>&lt;22 年度実績&gt; 537 件(月平均：44.8 件)</p> <p>&lt;23 年度実績&gt; 691 件(月平均：57.6 件)</p> <p>&lt;24 年度実績&gt; 541 件(月平均：45.1 件)</p> <p>&lt;25 年度 9 月末現在&gt; 299 件(月平均：49.8 件)</p>									
	ハイレベル DI 加算の実施	<p>・医薬品安全性情報等管理体制加算」は平成 24 年 3 月で廃止されました。</p> <p>※病棟薬剤業務実施加算の新設に伴い、実施業務が重複するため。</p> <hr/> <p>&lt;22 年度実績&gt; 314 件(月平均：26.2 件)</p> <p>&lt;23 年度実績&gt; 384 件(月平均：32.0 件)</p>									
2	受託検査の拡大										
		<p>・心・腹部エコーについても平成 22 年度より外注を実施しており、心エコー 5 件・腹部エコー 1 件の計 6 件を受注した。</p> <p>・平成 22 年 8 月からのレントゲン画像フィルムレス化に伴い、外注 CT・MRI についても他院との電子媒体でのやり取りが可能となった。</p> <hr/> <p>&lt;21 年度受託検査&gt; 549 件 (CT192、MRI357)</p> <p>&lt;22 年度受託検査&gt; 525 件 (CT171、MRI354)</p> <p>&lt;23 年度受託検査&gt; 612 件 (GF73、心・腹エコー 7、CT151、MRI381)</p> <p>&lt;24 年度受託検査&gt; 626 件 (GF43、心・腹エコー 7、CT139、MRI437)</p> <p>&lt;25 年度 9 月末現在&gt; 364 件 (GF26、心・腹エコー 5、CT78、MRI255)</p>									
3	外来患者への標準検査パッケージ導入										
		<p>平成 25 年 4 月より、内科診察・外注栄養指導をパッケージ化。他院から連携室経由で予約取得をし、紹介状に基づき当院の内科外来で診察後、管理栄養士による個別栄養指導を実施し後日報告書を紹介元へ送付するという、診療の流れを標準化した。</p> <hr/> <p>&lt;21 年度導入&gt; 0 件</p> <p>&lt;22 年度導入&gt; 0 件</p> <p>&lt;23 年度導入&gt; 0 件</p> <p>&lt;24 年度導入&gt; 0 件</p> <p>&lt;25 年度 9 月末現在&gt; 1 件</p>									

4	クリニカルパスの作成・活用					
		<p>良質で安全なチーム医療を提供するため、特定の疾患や手術・疾患や検査ごとに治療のルーチンワークをチャート方式にまとめ、医療スタッフと患者が治療経過の情報を共有し、必要なケアを適時に患者に提供するクリニカルパスの作成と活用を促進する。</p> <hr/> <p>&lt;21年度&gt; 外科1、婦人科1、眼科1を作成し、計24パスとなった。</p> <p>&lt;22年度&gt; 外科1、婦人科2、眼科1を作成し、計28パスとなった。</p> <p>&lt;23年度&gt; 各パスの見直しを行い、4パスを改訂。</p> <p>&lt;24年度&gt; 眼科2、婦人科2パスを改訂。</p> <p>&lt;25年度9月末現在&gt; なし (11~12月 3パス改訂、1パス作成)</p>				

(7) 外来午後診療の拡充

当病院の外来診療体制は、午前是一般外来、午後は糖尿病や呼吸器疾患の特別診療を基本とし、昨年より週4日、小児科の午後外来(一般)を開始しましたが、今後は、患者サービスの拡充と患者拡大を図るため、小児科に限らず午後診療を行う診療科の拡充に努めます。

【行動計画】・・・白矢印は検討、黒矢印は実施

実施項目	21年度		22年度		23年度		24年度		25年度	
	上	下	上	下	上	下	上	下	上	下
1 小児科の午後診療時間変更										
	<p>&lt;21年度&gt; 月曜日から金曜日(週5日)の午後2時30分から4時の間に午後外来、乳幼児健診、予防接種を実施。</p>									
	<p>&lt;22年度&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・嘱託医師退職のため、平成21年8月以降、火曜日の午後診療及び乳幼児健診を2名の医師で行ってきたが、医師の負担が大きい為、平成22年7月以降、火曜日の午後診療を休止した。</li> <li>・平成23年3月31付けで常勤医師1名が退職となるため、非常勤嘱託医師1名を採用し診療体制を維持する。</li> </ul>									
	<p>&lt;23年度&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・平成23年4月1日付で非常勤嘱託医師1名を常勤医師に身分変更を行う。前年度に引続き、午後の診療並びに乳幼児健診・予防接種などの診療体制を維持する。</li> </ul>									
	<p>&lt;24年度&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・前年度に引続き、午後の診療並びに乳幼児健診・予防接種などの診療体制を維持する。</li> </ul>									
	<p>&lt;25年度9月末現在&gt; 常勤医師1名が退職するものの、前年度に引続き、午後の診療並びに乳幼児健診・各種予防接種などの診療体制を継続維持する。</p>									

2	内科の午後診療の実施				
		<p>&lt;23年度&gt; 3月より、月曜日の午後の予約診療を開始した。</p> <p>&lt;24年度&gt; 前年度から継続中</p> <p>&lt;25年度9月末現在&gt; 前年度から継続中</p>			
3	産婦人科の午後診療の実施				
		<p>&lt;21年度&gt; 月曜日は1診・水曜日から金曜日は2診・土曜日は1診の体制で午後の予約診療を実施。また、火曜日の午後については、産褥健診を実施。</p>			
		<p>&lt;22年度&gt; 前年度から継続中。</p>			
		<p>&lt;23年度&gt; 前年度から継続中</p>			
		<p>&lt;24年度&gt; 前年度から継続中</p>			
		<p>&lt;25年度9月末現在&gt; 前年度から継続中</p>			
外来午後診療の拡充科数の目標値		2科		3科	3科
		<p>&lt;21年度実績&gt; 小児科・産婦人科</p> <p>&lt;22年度実績&gt; 小児科・産婦人科</p> <p>&lt;23年度実績&gt; 小児科・産婦人科・内科</p> <p>&lt;24年度実績&gt; 小児科・産婦人科・内科</p> <p>&lt;25年度9月末現在&gt; 小児科・産婦人科・内科</p>			

## 2. 市民が快適な医療サービスを受けられるために

### (1) インフォームド・コンセントの充実

患者が納得して満足できる診療を受けられるよう、引き続き、診療時におけるインフォームド・コンセント(説明と同意)を推進し、基本理念にある患者視点の医療の提供に努めます。

また、インフォームド・コンセントの推進にあたり、患者に分かりやすい言葉や用語で説明できるよう説明マニュアルを作成し、その活用を図ります。

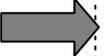
【行動計画】・・・黒矢印は実施

実施項目		21年度		22年度		23年度		24年度		25年度	
		上	下	上	下	上	下	上	下	上	下
1	診療・検査・入院・手術・投薬時における説明マニュアルの作成										
		<p>&lt;21年度&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「薬剤指導マニュアル」や「妊婦健診(助成)マニュアル」等を作成し、一部対応している。</li> <li>・診療や検査等におけるマニュアルの整備を検討している。</li> </ul>									
		<p>&lt;22年度&gt;</p> <p>産科病棟において、出産・育児に係る説明冊子を作成中。</p>									
		<p>&lt;23年度&gt;</p> <p>産婦人科「Birth」を作成し11/1よりサービス開始。「妊娠分娩指導料」保険外自費料金3000円徴収。平成23年11月～24年3月：670件</p>									
		<p>&lt;24年度&gt;</p> <p>これまで看護師などの医療職が入院に係る事務的な説明を行ってきたが、これを事務職側で「入院説明窓口」を設置して対応すべく、説明マニュアルや事務移譲の調整を進めている。</p>									
		<p>&lt;25年度9月末現在&gt;</p> <p>5月より事務側で「入院説明窓口」を設置して対応している。説明マニュアルも整備した。</p>									
2	医療従事者間での共有・推進										
		<p>&lt;22年度&gt;</p> <p>マニュアルの整備にあわせて、医師・看護師間で共有できるような仕組みづくりを検討している。</p>									
		<p>&lt;23年度&gt;</p> <p>前年度に引続き検討中。</p>									
		<p>&lt;24年度&gt;</p> <p>前年度に引続き検討中。</p>									
<p>&lt;25年度9月末現在&gt;</p> <p>前年度に引続き検討中。</p>											

(2) 情報提供のためのホームページの充実

病院の運営方針、各診療科の特徴、患者の健康増進を図るための各種医療活動等、患者に分かりやすいホームページを設計し、市の医療行政を中心的に担う自治体病院として、積極的に地域や患者への情報提供に取り組みます。

【行動計画】・・・黒矢印は実施

実施項目		21年度		22年度		23年度		24年度		25年度	
		上	下	上	下	上	下	上	下	上	下
1	(仮称)ホームページ委員会の設置										
		委員会の設置については、院内会議で検討の結果、新たな委員会を設置しホームページの再構築を行うよりも、担当者が各診療科等と直接打合せを行い構築するほうがスピーディーであると判断し、未設置と決定する。									
2	ホームページ掲載情報の再設計・更新										
		随時、担当者と各診療科で相談調整のうえ、診療科の概要や医師紹介など順次更新。また、新着情報、トピックス欄を活用した情報発信(インフルエンザ予防接種等)の他、新たに、地域医療連携情報や職員募集などの採用情報コーナーを新設し情報発信の充実を図っている。									
ホームページ閲覧件数の目標値		47,450件				51,100件				54,750件	
		<21年度実績>				70,719件					
		<22年度実績>				65,088件					
		<23年度実績>				62,794件					
		<24年度実績>				61,085件					
		<25年度9月末現在>				29,827件					

(3) 施設・設備の機能向上

患者に対し、常に優しい施設環境を保持するため、案内表示や待合スペースの改良、清潔で快適な入院設備等の改善に努めるとともに、より安全な施設づくりの検討を行います。

【行動計画】・・・黒矢印は実施

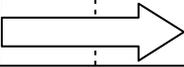
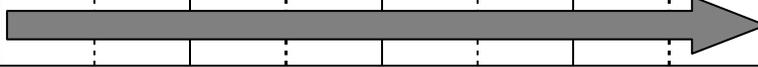
実施項目		21年度		22年度		23年度		24年度		25年度	
		上	下	上	下	上	下	上	下	上	下
1	施設・設備の改善										
		<21年度> 患者アンケート及び受診者の声をもとに検討し、病室塗装(3・5階病棟 14室)・5階特室(501)クロス貼替修繕・2階特室(201)洗面排水修繕・2階特室テレビ入替などの修繕を行った。									
		<22年度> 患者アンケート及び受診者の声を元に検討し、外来トイレの洋式化及び換気扇の改善・ロビー用椅子の一部入替・受付及び薬局前にテレビ設置(各1台)・5階病棟浴室の改修・遮光カーテンの設置(2・5階病棟)などを行った。									
		<23年度> 患者アンケート及び受診者の声をもとに検討し、薬局窓口のチャイム及び中庭周辺ブラインド・遮光カーテン(3・5階)・2階病棟浴室の暖房設置などを行った。また、老朽化していた給湯ボイラー・冷温水発生機の交換を行った。									

		<p>&lt;24年度&gt; 患者アンケート及び受診者の声をもとに検討し、お見舞いの方の案内看板の設置・薬局前の水飲機を修理・総合受付側のテレビの字幕標示、2階浴室の排水管の清掃・2階/3階病棟の浴室の改修・空調設備の交換・外来屋上の漏水修繕などを行った。</p> <p>&lt;25年度9月末現在&gt; 患者アンケート及び受診者の声をもとに検討し、オムツ替ベッドに荷物を掛けるフックの設置、ごみ箱の分別をわかりやすい表記への変更、眼科外来のエアコンの更新を行った。</p>
2	より安全な施設づくりの検討	 <p>病院建物は、昭和45年建築である事から、老朽化や耐震不足が生じている。しかし、耐震化に伴う補強工事は約20億円の費用を要することや、施工方法により病室内の環境を著しく低下させる。よって、建替えが望まれるところ、多額の費用を要することから現在の経営状況では困難であると考えられるので、まずは経営の健全化を第一優先し、建替えはその後の検討とする。</p>

(4) 外来待ち時間の改善

外来患者の満足度を高めるため、一般外来における予約診療科の拡大や、適切な予約診療を検討し、診察前の待ち時間の短縮に取り組み、患者の心理的な負担軽減に努めます。

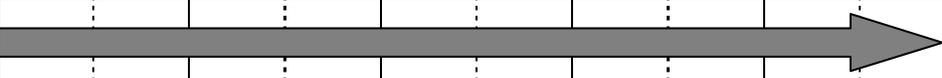
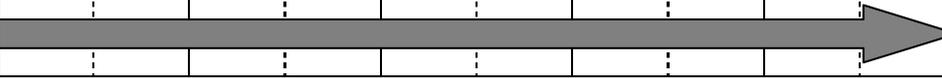
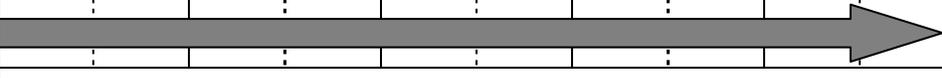
【行動計画】・・・白矢印は検討、黒矢印は実施

実施項目	21年度		22年度		23年度		24年度		25年度		
	上	下	上	下	上	下	上	下	上	下	
1 一般外来の予約診療科の拡大											
	<21年度> 内科・産婦人科及び小児科（一部）で時間帯予約制を実施している。										
	<22年度> 他の診療科について、予約対応のあり方等について準備検討をしている。										
	<23年度> 前年度に引続き準備検討中。										
	<24年度> 前年度に引続き準備検討中。										
	<25年度9月末現在> 前年度に引続き準備検討中。										
2 適切な予約診療の実施											
当院の役割と医療職の確保を見極めながら、今後のあり方を検討している。											
待ち時間満足度の目標値	50%				55%				60%		
<21年度調査> 50.8% <22年度調査> 66.5% <23年度調査> 49.6% <24年度調査> 42.9% <25年度9月末現在> アンケート調査を1月に実施予定											

(5) 職員の接遇レベルの向上

患者への快適な医療サービスを提供するために、患者の満足を中心に掲げる経営理念の下、職員の接遇教育を継続的に実施するとともに、院内の接遇レベル管理体制を整備し、組織全体で職員一人ひとりの接遇に対する意識の向上を図ります。

【行動計画】・・・黒矢印は実施

実施項目		21年度		22年度		23年度		24年度		25年度	
		上	下	上	下	上	下	上	下	上	下
1	(仮称)接遇教育検討委員会の設置										
		委員会の設置については院内会議での検討の結果、委員会を未設置と決定。									
2	職員の接遇教育の実施										
		<21年度> ・平成21年6月4日に看護科職員の接遇研修を実施し、25名参加。									
		<22年度> ・平成22年6月17日に看護科職員の接遇研修を実施し、33名参加。									
		<23年度> ・平成23年6月23日に看護科職員の接遇研修を実施し、30名参加。									
		<24年度> 第1回 平成24年6月21日に看護科職員の接遇研修を実施し、14名参加。 第2回 平成24年11月6日に看護科職員の接遇研修を実施し、17名参加。									
<25年度9月末現在> ・平成25年7月25日に看護科職員の接遇研修を実施し、20名参加。											
3	院内の接遇レベル管理体制の整備・実施										
		院内の接遇レベル管理体制の向上や職員一人ひとりの基本的な接遇マナー向上を目指すため、10月に外部講師による接遇研修を計画し定期的な研修計画等を整備する。									
職員対応満足度の目標値	外来	70%				75%				80%	
	入院	96%				96%				96%	
		<21年度調査> 外来 67.9%、入院 97.2% <22年度調査> 外来 80.2%、入院 94.8% <23年度調査> 外来 86.1%、入院 96.4% <24年度調査> 外来 83.2%、入院 90.1% <25年度9月末現在> アンケート調査を1月に実施予定									

(6) 患者満足度レベルや患者意見の継続的収集と対策実施

患者からの意見やニーズを病院運営に取り入れ、患者サービスの質を向上させるために、毎年、患者満足度アンケートを実施するとともに、日常的に「患者の声」投書箱を設置して、患者からの意見収集に努めます。また、アンケート結果や投書からの意見や苦情を踏まえて、患者満足向上のための課題を抽出し、その解決にむけての対策に取り組みます。

【行動計画】・・・黒矢印は実施

実施項目		21年度		22年度		23年度		24年度		25年度	
		上	下	上	下	上	下	上	下	上	下
1	患者満足度アンケートの実施	→		→		→		→		→	
		<p>&lt;21年度調査&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・病院改善検討委員会の小部会で調査項目等を検討。</li> <li>・9月14日から30日までの17日間実施。</li> <li>・アンケートの回答状況は外来294件、入院82件の合計376件。</li> </ul>									
		<p>&lt;22年度調査&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・11月15日から12月20日まで実施。</li> <li>・アンケートの回答状況は外来212件、入院92件の合計304件。</li> </ul>									
		<p>&lt;23年度調査&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・1月25日から2月9日まで実施。</li> <li>・アンケートの回答状況は外来252件、入院94件の合計346件。</li> </ul>									
		<p>&lt;24年度調査&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・アンケートの回答状況は外来291件、入院103件の合計394件。</li> </ul>									
2	「患者の声」投書箱の設置	→									
		<p>&lt;21年度&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・9月30日に1階外来ロビー、2階・3階・5階の各病棟に投書箱(受診者の声)を設置し意見集約を開始。</li> <li>・21年度の投書件数は96件。</li> </ul>									
		<p>&lt;22年度&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・22年度の投書件数は134件。</li> </ul>									
		<p>&lt;23年度&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・23年度の投書件数は113件。</li> </ul>									
		<p>&lt;24年度&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・24年度の投書件数は87件。</li> <li>(感謝40件、苦情26件、要望21件)</li> </ul>									
3	意見・苦情等への対策実施	→									
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者アンケート結果や投書された意見などについては、取りまとめ後、院内管理会議での報告や院内掲示、更には改善ニュースに掲載し全職員に周知徹底するなど情報の共有化を図る。</li> <li>・改善を必要とする意見については、関係各科で対応策を早急に検討し改善に努め、22年度からは改善結果を院内に掲示してお知らせしている。</li> </ul>									

総合満足度の 目標値	外来	65%		75%		75%
	入院	80%		85%		90%
<21年度調査> 外来 61.8%、 入院 80.4% <22年度調査> 外来 73.1%、 入院 76.1% <23年度調査> 外来 77.0%、 入院 73.4% <24年度調査> 外来 70.5%、 入院 80.4% <25年度9月末現在> アンケート調査を1月に実施予定						

(7) 医療相談の充実

患者の病気や療養後の生活への不安等、こうした悩みを少しでも解消できるように専門的な相談員(ソーシャルワーカー等)を配置し、医療相談等の充実に努めます。

【行動計画】・・・白矢印は検討、黒矢印は実施

実施項目		21年度		22年度		23年度		24年度		25年度	
		上	下	上	下	上	下	上	下	上	下
1	医療相談員(ソーシャルワーカー等)の配置										
		<21年度> 地域医療連携担当の設置に伴い、各種相談業務にあたっているが、病院規模やニーズを考え、より専門的な見地からアプローチできるソーシャルワーカーの配置を考えていきたい。									
		<22年度> 4月から地域医療連携担当に看護師を配置したことから、医事業務のプロパー職員の採用を最優先としてきたが、採用には至っていない。									
		<23年度> 次年度以降既存の職員からSWを育成する準備を進めている。									
		<24年度> 育成段階中の事務職員が積極的に介入するケースを増やし、院内でSWを受け入れ易い風土の醸成に努めている。									
		<25年度9月末現在> 医療に福祉分野の専門職を取り入れることの重要性を認識するとともに、退院調整加算等を算定するための退院調整看護師の配置を検討中。									
2	医療相談の継続実施										
		<21年度> 外来の総合案内において、各種相談と合わせて対応する。									
		<22年度> 地域医療連携担当に看護師を配置し、既存の看護相談(看護科)と医療相談を一元化した。									
		<23年度> 継続して実施中。									
		<24年度> 平成24年度の診療報酬改定により、患者サポート充実加算を届出し、算定を始めている中で、サポート窓口(総合案内)へ看護師を配置して、相談業務の充実に努めている。									
		<25年度9月末現在> 継続して実施中。									

### 3. 健全経営により、いつまでも市民とともにある病院のために

#### (1) 運営形態の検討

管理体制と経営責任をいっそう充実させるための条件整備を行うため、地方公営企業法の全部適用への移行の可否についての検討を進めます。

【行動計画】・・・黒矢印は実施

実施項目		21年度		22年度		23年度		24年度		25年度	
		上	下	上	下	上	下	上	下	上	下
01	地方公営企業法の全部適用の検討										
		<p>運営形態について、院長・事務局長会議で地方公営企業法の全部適用への移行の可否について検討を行う。現状として、全部適用の自治体病院の経営状況は一部適用の病院と同様に大変厳しい状況にあり、財政状況の悪化は、直接、運営形態そのものが主要因とは言えず、仮に全部適用に変更したとしても直ちに黒字化に転じる保障はないと判断し、全部適用には移行せず現行の一部適用のまま、市長・院長のリーダーシップの下、職員が一丸となり経営改善に努めることに決定する。</p>									

#### (2) 非常勤医師の適正化

常勤医師より時間あたりの単価が高い非常勤医師の効果的な活用を図るため、診療科別の費用対効果を見極めながら、適正な配置人数を算定し、経費の縮減に努めます。

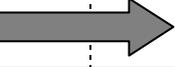
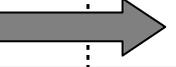
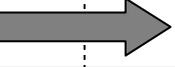
【行動計画】・・・黒矢印は実施

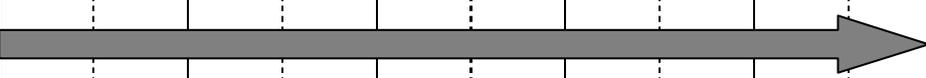
実施項目		21年度		22年度		23年度		24年度		25年度	
		上	下	上	下	上	下	上	下	上	下
1	診療科別の費用対効果の算出										
		<p>・診療科別の収支については、毎月の収益状況調べ及び給与費や材料費等の費用を基に算出を行い、毎月の管理会議で報告を行う。</p>									

#### (3) 費用コストの削減

診療科毎に購入している診療材料等の類似材料を統一化し、毎年度見直すことにより、調達コストの削減と在庫管理の徹底を目指すとともに、様々な業務に使用する小さなムダを排除するため、「ムダ取り運動」の実施に取り組みます。

【行動計画】・・・黒矢印は実施

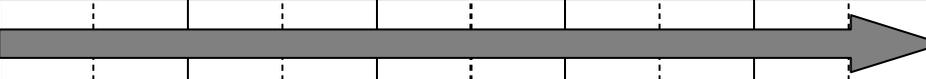
実施項目		21年度		22年度		23年度		24年度		25年度	
		上	下	上	下	上	下	上	下	上	下
1	診療材料の統一化の実施										
		<p>・病院改善検討委員会において診療材料の統一化について検討を重ね、安価なものへの変更など関係する科との連携・調整等を通して、統一化を推進した。 ・平成20年度に病院改善検討委員会独自で診療材料の発注に伴うシステムの再構築を行い、統一化を進めるための環境整備を行った。</p>									

		<21年度実績> 14件 年間見込削減額 2,204,682円 <22年度実績> 18件 年間見込削減額 2,005,628円 <23年度実績> 20件 年間見込削減額 3,054,393円 <24年度実績> 28件 年間見込削減額 1,495,378円 <25年度9月末現在>8件 年間見込削減額 56,489円
2	「ムダ取り運動」 の実施	
		・病院改善検討委員会において「ムダ取り運動」について検討を重ね、光熱水費・コピー・消耗品等について職員個々がコスト意識を持って取り組むよう、全職員への周知徹底を図っている。 ・毎月「改善ニュース」を発行して光熱水費等の前月の使用量・金額を全職員に知らせる。 ・自主財源を確保するために、有料広告掲載要項を定め、領収書等の有料広告主の募集を行うが応募者無し。これからも適宜公募を行う。
		<21年度効果額> ・電気・ガス・水道 39,714,822円 対前年度 85.0% -7,000,158円 ・コピー 813,568円 対前年度 103.9% +30,705円
		<22年度効果額> ・電気・ガス・水道 40,806,123円 対前年度 102.7% +1,091,301円 ・コピー 705,748円 対前年度 86.7% -107,820円
		<23年度効果額> ・電気・ガス・水道 39,505,403円 対前年度 96.8% -1,300,720円 ・コピー 828,982円 対前年度 117.4% +123,234円
		<24年度効果額> ・電気・ガス・水道 46,582,800円 対前年度 117.9% +7,077,397円 ・コピー 735,574円 対前年度 88.7% -93,408円 <25年度9月末現在> ・電気・ガス・水道 24,548,596円 対前年度 106.8% +1,567,405円 ・コピー 383,301円 対前年度 100.7% +2855円

(4) ジェネリック医薬品の導入

患者にとって低価格なジェネリック医薬品の使用については、先発品と同等の製造管理や品質管理、情報提供、安定供給等の担保を条件に、経営面のメリットを踏まえて、新たなジェネリック医薬品を導入します。

【行動計画】・・・黒矢印は実施

実施項目	21年度		22年度		23年度		24年度		25年度	
	上	下	上	下	上	下	上	下	上	下
1 ジェネリック医薬品の選別、導入										
	・21年度は、薬価基準が改訂されない年にあつたため、経営面でのメリットの大きい品目に着目し、アムロジピン、ボクリボース等をジェネリックに切り換えた。 ・22年度は、オーダーリングシステム上のネックであった先発品からの検索を可能にすること及びDo処方の活用について改善を加えた。									

	<p>&lt;21年度実績&gt; 8品目を追加し、79品目とする。</p> <p>&lt;22年度実績&gt; 7品目を追加し、86品目とする。</p> <p>&lt;23年度実績&gt; 3品目を追加し、89品目とする。</p> <p>&lt;24年度実績&gt; 10品目を追加し、99品目とする。</p> <p>&lt;25年度9月末現在&gt; 7品目を追加し、106品目とする。</p>
--	---

(5) 文書料・室料差額の見直し

一般の民間病院と比較して、安価で提供している文書料・室料差額（例：自院様式の簡易な診断書一通、当病院 1,050 円（普通診断書）、関東平均 2,921 円※2007 年産労総合研究所調べ）の価格を見直し、適切な文書料・室料差額の料金を再設定します。

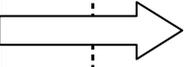
【行動計画】・・・白矢印は検討、黒矢印は実施

実施項目		21年度		22年度		23年度		24年度		25年度	
		上	下	上	下	上	下	上	下	上	下
1	文書料・室料差額の料金の再設定										
		<p>&lt;21年度&gt; ・9月議会にて文書料等の改定を実施し、10月より新料金に改める。</p> <p>&lt;22年度&gt; ・帝王切開分娩料を 180,000 円（115,000 円から）に引き上げた。</p> <p>&lt;23年度&gt; ・約 60 品目の保険外自費料金について、適正な価格に見直し、改定した。</p> <p>&lt;24年度&gt; ・室料差額の徴収が可能な 6 床について、設定に向け準備中。</p> <p>&lt;25年度9月末現在&gt; ・4月より2床室×3について、室料差額を設定し運用中。</p>									

(6) 未収金の早期回収

未収金発生後における督促、催告の速やかな周知と計画的な納付相談の指導等、引き続き、未収金の回収強化策を検討し、未収金の早期の回収、縮減に努めます。

【行動計画】・・・白矢印は検討、黒矢印は実施

実施項目		21年度		22年度		23年度		24年度		25年度	
		上	下	上	下	上	下	上	下	上	下
1	未収金の回収強化策の検討、実施	 									
		<p>&lt;21年度&gt; ・入院費の未収対策については、総合受付の入院担当と連携し、支払いに関し不安があるような情報があった段階で計画的な納付相談・指導に努めている。</p> <p>・アウスの患者は、手術当日の朝、事前に一定額を預かることとした。</p>									

	<p>&lt;22 年度&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・経営アドバイザーを講師とした未収金対策に関する研修を実施して、事務職員全員が共通した認識で対応する体制づくりに努めている。</li> <li>・未納者への直接訪問による催告や電話による催告を行なう他、文書による一斉催告を年度末に実施。</li> </ul> <p>平成 23 年 1 月から、午後 5 時までに受付をした患者の医療費の支払いについて当日会計が行えるように会計処理の改善を図った。</p> <hr/> <p>&lt;23 年度&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院費未納者へ文書・電話による催告を行い、居所不明者については、可能な限り追跡調査を実施。新たに居所の判明した者については催告を行った。また、外来診療費未納者へも毎月催告を送付している。</li> <li>・一括納付が困難な患者への対策として、「診療費等支払保証書」や「分納誓約願」を新たに作成し、計画的な分納相談や支払指導を行っている。</li> </ul> <hr/> <p>&lt;24 年度&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院費の未納者に対し、文書・電話による催告を実施。また、悪質な滞納案件については、自宅などに直接訪問し支払指導を行う。その他、居所不明者については、可能な限り居住先の追跡調査を行う。</li> <li>・外来診療費の未納者に対し、毎月催告書を送付。</li> <li>・一括納付が困難な患者に対し、支払相談や計画的な分納指導を行う。</li> <li>・診療費の未払い対策として、診療費支払保証書・時間外診療費支払確約書の提出を求めるなど、速やかに支払精算を履行するよう指導する。 (診療費支払保証書：10 件 時間外診療費支払確約書：47 件)</li> </ul> <hr/> <p>&lt;25 年度 9 月末現在&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・外来診療費の未納者に対し、毎月催告書を送付。</li> <li>・過年度分外来診療費未納者について、催告書を再送付(11 月 1 日)</li> <li>・入院未納者で悪質な滞納案件については、対象者の現状調査や支払督促申し立て手続きの検討を行う。</li> <li>・一括納付が困難な患者に対し、支払相談や計画的な分納指導を行う。</li> <li>・診療費の未払い対策として、診療費支払保証書・時間外診療費支払確約書の提出を求めるなど、速やかに支払精算を履行するよう指導する。 (診療費支払保証書：11 件 時間外診療費支払確約書：21 件)</li> </ul>			
催告回数	年 2 回		年 2 回	年 2 回
の目標値	<p>&lt;21 年度実績&gt; 1 回</p> <p>&lt;22 年度実績&gt; 文書催告(年 1 回)、電話催告(毎月)、臨宅訪問(2 件)</p> <p>&lt;23 年度実績&gt; 文書催告(12 回)、電話催告(毎月)、臨宅訪問(26 件)</p> <p>&lt;24 年度実績&gt; 文書催告(12 回)、電話催告(毎月)、臨宅訪問(31 件)</p> <p>&lt;25 年度 9 月末現在&gt; 文書催告(6 回)、電話催告(毎月)、臨宅訪問(5 件)</p>			

(7) 病床利用率の向上

職員全体が入院患者の受入意識をいっそう高め、病床利用率の向上に努めます。

【行動計画】・・・黒矢印は実施

実施項目	21 年度		22 年度		23 年度		24 年度		25 年度	
	上	下	上	下	上	下	上	下	上	下
1 病床利用率の向上										➔

		<p>経営改革プランに掲げた目標値を達成するために、4月に全職員を対象にした経営方針説明会を実施し、今後の方向性や目標数値などを示し情報の共有化を図る。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・月例の管理会議において、目標数値の達成状況などの進行管理を行っている。</li> <li>・医師を中心に職員全体の意識改善が進む中で、平日、夜間、休日など救急患者を積極的に受け入れるようになった。</li> </ul> <hr/> <p>&lt;21年度実績&gt;                      65.88%    前年度比 11.33ポイントアップ</p> <p>&lt;22年度実績&gt;                      71.63%    前年度比 5.75ポイントアップ</p> <p>&lt;23年度実績&gt;                      68.78%    前年度比 4.85ポイントマイナス</p> <p>&lt;24年度実績&gt;                      66.24%    前年度比 0.54ポイントマイナス</p> <p>&lt;25年度9月末現在&gt;                59.56%    前年度比 6.22ポイントマイナス</p>
--	--	---

#### 4. チームで市民に奉仕できる院内体制づくりのために

##### (1) 職員の適正な人員配置

病床利用率や外来患者数等、主要指標の動向を踏まえて、業務量に応じた職員（臨時職員も含む）の配置を行い、医療の質の向上のための体制づくりを進めます。

また、平成22年度以降は、毎年人員配置を見直し、適正な人員配置を維持します。

【行動計画】・・・黒矢印は実施

実施項目		21年度		22年度		23年度		24年度		25年度	
		上	下	上	下	上	下	上	下	上	下
1	人員配置の適時変更			→		→		→		→	
		<p>・平成22年4月より内科外来に診療補助者3名を配置し、医師・看護師等の業務負担を軽減。</p> <p>・平成22年5月より看護師1名を地域医療連携担当へ配置し、地域医療連携の強化を図った。</p>									

##### (2) 新たな人材の確保

的確な経営状況の判断と経営改革を迅速、且つ、効果的に実行できるよう、病院独自に病院経営のノウハウと経験を有している事務職員（専門家）の採用を検討します。

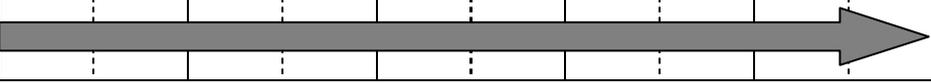
【行動計画】・・・白矢印は検討、黒矢印は実施

実施項目		21年度		22年度		23年度		24年度		25年度			
		上	下	上	下	上	下	上	下	上	下		
1	事務職員（専門家）の採用	→		→									
		<p>&lt;21年度&gt;</p> <p>・病院独自に医療事務経験を有する事務職プロパーを確保し、適正な診療報酬請求に必要な院内体制づくりを担える人材を育成する目的をもって1回目の採用試験を実施したが、採用には至っていない。</p>											
		<p>&lt;22年度&gt;</p> <p>平成22年8月と11月に採用試験を行ったが採用には至っていない。</p>											
		<p>&lt;23年度&gt;</p> <p>平成23年10月から12月かけて採用試験を実施。</p>											
<p>&lt;24年度&gt;</p> <p>医療事務職員1名を平成24年4月1日付けで採用。</p>													

##### (3) 管理会議の見直し

病院運営を円滑に推進していくため、管理会議（院内意思決定機関）の運営方法や会議内容を、平成20年度中にPDCAサイクル（計画・実施・評価・改善）を通した一連の方法に再設計し、平成21年度からは目標管理の運用・審議を通じて、経営改革プランの管理と遂行に努めます。

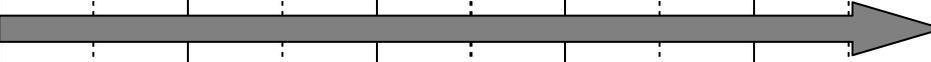
【行動計画】・・・黒矢印は実施

実施項目		21年度		22年度		23年度		24年度		25年度	
		上	下	上	下	上	下	上	下	上	下
1	目標管理の徹底										
		毎月の管理会議において目標患者数の達成状況や収益状況等を報告し定期的な進行管理を行う。									

(4) 病院改善検討委員会の見直し

「病院改善検討委員会」による医療サービスの質の向上と、効率的、且つ、効果的な業務改善をいっそう推進するため、看護師・コメディカル・事務部門で構成されている委員会のメンバー構成を再検証し、今後は、医師も加えて医療現場に密着した業務内容の見直しを検討します。

【行動計画】・・・黒矢印は実施

実施項目		21年度		22年度		23年度		24年度		25年度	
		上	下	上	下	上	下	上	下	上	下
1	構成メンバーの再検証										
		<21年度> 病院改善検討委員会設置要綱の一部改正を行い、病院改善検討委員会の委員14名(院内の係長若しくはその相当職)に、新たに、臨床検査科、放射線科、薬剤科の科長補佐級の3名を加えた17名の委員構成とした。									
2	業務内容の見直し										
		業務内容について、従来から継続的に行ってきた病院改善業務全般に関する検討の他、経営改革プランにおける行動計画の一部を病院改善検討委員会が担当する。									
		<21年度> 1. 患者満足度アンケートの実施      2. 「患者の声」投書箱の設置 3. 更な診療材料の統一化          4. ムダ取り運動の実施 5. 医療現場に密着した業務内容の見直し 6. 職員提案制度の検討              7. 院内保育室設置の検討									
		<22年度> 1. 患者満足度アンケートの実施      2. 「患者の声」投書箱の実施 3. 更な診療材料の統一化          4. ムダ取り運動の実施 5. 職員提案制度                      6. 院内保育室設置の検討									
		<23年度> 改善検討委員会が担当していた行動計画について、各部署で継続実施。 1. 患者満足度アンケートの実施      2. 「患者の声」投書箱の実施 3. 更な診療材料の統一化          4. ムダ取り運動の実施 5. 職員提案制度                      6. 院内保育室の運営									
<24年度> 各行動計画について、各部署で継続実施。 1. 患者満足度アンケートの実施      2. 「患者の声」投書箱の実施 3. 更な診療材料の統一化          4. ムダ取り運動の実施 5. 職員提案制度                      6. 院内保育室の運営											

	<p>&lt;25年度9月末現在&gt; 各行動計画について、各部署で継続実施。</p> <p>1. 患者満足度アンケートの実施      2. 「患者の声」投書箱の実施 3. 更な診療材料の統一化            4. ムダ取り運動の実施 5. 職員提案制度                        6. 院内保育室の運営</p>
--	--

(5) 目標の設定・管理

経営改革を達成させるために院内体制づくりを前提として、年次ごとの科別の目標を明確に設定し、目標達成に向けた取り組みを職員が一丸となって進めます。

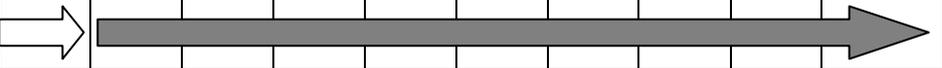
【行動計画】・・・黒矢印は実施

実施項目		21年度		22年度		23年度		24年度		25年度			
		上	下	上	下	上	下	上	下	上	下		
1	年次ごとの科別目標設定・管理												
		<p>病院における年次目標は、院長・事務局長会議を行って決定し、4月に全職員に対し経営方針説明を行い周知徹底を図る。</p> <p>また、毎月の管理会議において患者数や収益状況等を報告し定期的な進行管理を行う。</p>											
各経営指標の予実差異確認回数		月1回				月1回				月1回			
		<21年度実績>		月1回（管理会議で実施）		<22年度実績>		月1回（管理会議で実施）		<23年度実績>		月1回（管理会議で実施）	
		<24年度実績>		月1回（管理会議で実施）		<25年度9月末現在>		月1回（管理会議で実施）					

(6) 医療現場からの意見反映

職員一人ひとりが、より良い医療の提供と業務改善に参加するため、職位に制限を設けることなく、自由に現場からの意見を吸い上げられる職員提案制度を新設し、全院的にチームとして機能できるシステムづくりを進めます。

【行動計画】・・・白矢印は検討、黒矢印は実施

実施項目		21年度		22年度		23年度		24年度		25年度	
		上	下	上	下	上	下	上	下	上	下
1	職員提案制度の新設、実施										
		<p>&lt;21年度&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・9月に、「職員提案規程」を制定した。</li> <li>・結果12件の提案が提出され、病院の経営改善に大きな成果を上げることが出来た。</li> <li>・提案者を表彰する制度も設け、優秀な提案をした個人や団体に対し院長表彰を行っている。</li> </ul> <p>&lt;22年度&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・提案者を表彰する制度も設け、優秀な提案をした個人や団体に対し院長表彰を行っている。</li> </ul>									

提案件数の目標値	50 件		50 件		50 件
	<21 年度実績>	12 件	(改善 6 件、表彰 2 件)		
	<22 年度実績>	2 件	(改善 2 件、表彰 0 件)		
	<23 年度実績>	0 件			
	<24 年度実績>	0 件			
	<25 年度 9 月末現在>	0 件			