

◇市民病院経営計画(第2期)実施計画 年間評価一覧表(平成26年度)

No.	科名	分類	達成目標事項	成果指標	取組状況	指標実績	検証・評価
1	内科	②	・腎臓、内分泌代謝科、透析、高血圧及び総合内科専門医の教育施設として医療の質を維持する。	・各学会参加と発表	2014年4月より 第111回日本内科学会総会／医学生研修医のための内科学サミット2014 第3回臨床高血圧フォーラム 第49回日本小児腎臓病学会学術集会 第59回日本透析医学会学術集会・総会 第8回国際神経内分泌学会会議 第15回日本内分泌学会関東甲信越支部学術集会 第44回日本腎臓学会東部学術大会 2題 第24回臨床内分泌代謝Update	各学会に参加 腎臓専門医1名増加 糖尿病専門医受験中 内分泌専門医受験「合格」	B
1	内科	②	・腎炎など早期発見と早期治療に結びつけるため、腎生検 24件/年 実施	・腎生検数	腎生検を実施した。平成26年度: 17件	17件	C
1	内科	①	・短期の糖尿病教育入院の実施 10回/年	・教育入院実施数	糖尿病教育入院を実施した。10人/12か月	10人	B
2	外科	②	・消化器外科手術(腹腔鏡手術): 650(250)件/年	・手術件数	良好	787(375)	A
2	外科	②	・血管外科手術: 330件/年	・手術件数	おおむね順調	315	C
2	外科	②	・GS(胆石)ラパロ率=70%	・ラパロ(腹腔鏡手術)割合	78/82	95%	B
2	外科	②	・虫垂炎手術ラパロ率=70%	・ラパロ(腹腔鏡手術)割合	72/73	99%	B
2	外科	②	・ヘルニア手術ラパロ率=60%	・ラパロ(腹腔鏡手術)割合	46/156	30%	D
2	外科	②	・初期研修医フルマッチ	・研修医希望マッチ数	研修医定数8名に対し4名がマッチした。なお、空席4については2次募集により定数を確保した。	4件	C
3	呼吸器内科	①	・「呼吸器医療について」患者向けアンケートの作成、集計	・アンケート作成・集計	アンケート件数上半期1件、下半期0件	1件	C
3	呼吸器内科	①	・気管支鏡検査の充実 80件/年	・検査数	上半期51件、下半期44件 処置検査を増やす	95件	B
3	呼吸器内科	②	・クリティカルパスの作成 1件/年	・パス作成数	0件	0件	D
3	呼吸器内科	②	・常勤医の呼吸器内科専門医取得	・取得数	2014年10月受験、12月合格	1件	B
3	呼吸器内科	①	・禁煙外来 週1回午後開設	・外来開設	平成26年度21件(上半期14件、下半期7件) 平成27年度から公開診療にする。	開設した	B

◇市民病院経営計画(第2期)実施計画 年間評価一覧表(平成26年度)

No.	科名	分類	達成目標事項	成果指標	取組状況	指標実績	検証・評価
4	消化器内科	①	・内視鏡検査数の増加 5,000件/年	・検査数	外来受診患者の当日検査もできる体制とした。	5,498件	B
4	消化器内科	①	・外来内視鏡治療の増加 100件/年	・治療数	出血・穿孔のリスクの少ない患者はなるべく外来治療とした。	371件	A
4	消化器内科	②	・外科、内科、放射線科と定期的カンファレンス実施 月3回	・カンファレンス実施数	定期的にカンファレンスを行った。	週3回実施	C
5	循環器内科	②	・急性心筋梗塞患者治療人数:50人	・急性心筋梗塞患者治療人数	少ない循環器内科4人で24時間オンコール体制特に内科2次救急日は当直を行い、積極的に患者を受け入れ治療した。	55人	B
5	循環器内科	②	・PCI(冠動脈形成術)治療件数:150件	・PCI(冠動脈形成術)治療件数	少ない循環器内科4人で24時間オンコール体制特に内科2次救急日は当直を行い、積極的に患者を受け入れ治療した。	158件	B
5	循環器内科	②	・ペースメーカー等治療件数:30件	・ペースメーカー等治療件数	不整脈専門医不在のため、ペースメーカー手術日の自由度が低く、症例は限定された。	23件	C
6	神経内科	②	・神経疾患パス(MSW、他施設との連携含む)の作成	・パス作成数2~3種類	進展なし	なし	D
6	神経内科	①	・レスパイト入院患者(神経難病患者)数:年間5人	・レスパイト入院患者(神経難病患者)数	進展なし	なし	D
6	神経内科	②	・ISLS(神経蘇生基礎法)コーディネーター資格の取得	・ISLSワークショップ参加(年3回)	11月、3月 コース開催	2回	C
7	呼吸器外科	②	・全身麻酔手術件数 75件/年以上 (当科以外の都合で手術できなかった症例数を含む)	・手術件数	H25年1月~12月 59+2件、 H26年1月~12月 61件 H27年1月~5月 30件	61件	C
7	呼吸器外科	③	・患者紹介率 80%以上	・患者紹介率	平成26年度62.5%(従来の計算方法では150%)(内科、外科からの転科症例は含まれないため、これを除くとほぼ100%) 逆紹介率は83.9%	62.5%	C
7	呼吸器外科	②	・呼吸器内視鏡学会施設認定を取得する。	・学会認定取得	達成	認定取得	B
8	心臓血管外科	①	・市民への広報活動の充実(ホームページの更新、講演会の開催)	・ホームページ更新回数、講演開催数	随時更新	随時更新	B
8	心臓血管外科	②	・人工心肺症例 100件/年 以上	・手術件数	47/108 (2014年)	108件	B
8	心臓血管外科	②	・人工心肺を用いない症例 300件/年	・手術件数	1/8 (2014年)	8件	C
8	心臓血管外科	②	・ステントグラフト症例 50-60件/年	・手術件数	10/16 (2014年)	16件	B
9	脳神経外科	②	・脳血管内手術件数10件/年	・年間手術件数	IVR-CTを活用し、目標を達成できた。	10	B
9	脳神経外科	②	・神経内視鏡手術件数10件/年	・年間手術件数	適応症例について術中支援を含め積極的に活用した。	5	C
9	脳神経外科	②	・総手術件数:150件/年	・年間総手術件数	手術適応に迷う症例は積極的に手術を選択した。	120	C
9	脳神経外科	④	・年間入院件数:400件/年	・年間入院件数	入院適応に迷う症例は積極的に入院を検討した。	328	C
9	脳神経外科	④	・平均在院日数を16日に短縮する。	・平均在院日数	前年度より日数は低下しており今後も取り組みを継続する。	20.5	C

◇市民病院経営計画(第2期)実施計画 年間評価一覧表(平成26年度)

No.	科名	分類	達成目標事項	成果指標	取組状況	指標実績	検証・評価
10	乳腺外科	②	・乳癌のクリティカルパスを見直し、95%の患者に適用する。	・クリティカルパスの使用率	手術患者さんについては100%導入されているが、再発患者さんや化学療法目的の患者さんには使用していない		C
10	乳腺外科	③	・紹介患者数を前年度比5%増加させる。	・紹介患者数	H25:260人、H26:242人	242人	C
10	乳腺外科	②	・乳腺外科手術:80件/年	・手術件数	順調	81	B
10	乳腺外科	②	・乳房再建術を導入する。(形成外科と協力)	・症例実績	2例のうち1例は形成にて一次二期再建	2	C
11	整形外科	②	・整形救急に対応できるよう常設医師の配置を進める。	・医師の在院体制	慶応大学整形外科教室スタッフへ当科の8人体制の必要性を説明し、了解を得た。	8人体制	B
11	整形外科	③	・整形外科紹介率 33%、逆紹介率33%	・紹介率、逆紹介率	平塚市医師会整形外科部会や勉強会を通して、紹介・逆紹介の上昇に努めた。	紹介率 28.4% 逆紹介率	C
11	整形外科	②	・クリティカルパス 3件/年 作成	・クリティカルパス作成件数	平成26年度パス公開=5件。さまざまな治療法がある大腿骨頸部骨折に対して、現在作成中である。(準備会:3回)	5件/年	B
11	整形外科	②	・整形外科手術件数 740件/年(うち鏡視下手術件数 80件/年)	・手術件数(うち鏡視下数)	整形外科(特に外傷)手術件数は、社会的、経済的影響を受けやすい。	698件	C
12	形成外科	②	・リンパ浮腫手術症例:5件/年	・手術件数	地域のリンパ浮腫治療院と連携しながら診療を行った。リンパ浮腫外来開設の準備を行った。	3件	C
12	形成外科	②	・乳房再建手術の導入:3件/年	・手術件数	エキスパンダー、インプラントの実施施設認定に向けての条件整備を行った。認定後は、ホームページなどで告知を行っていく予定。	1件	D
13	精神科	①	・外来患者延診察人数 一日平均23人	・延患者人数	ほぼ計画どおり 平成26年度外来患者数3,311人/139日	23.8人	B
13	精神科	②	・精神療法が必要な他疾患(特にがん等)で入院している患者に専門的治療を実施する緩和ケアチーム・リエゾンチーム等に加わりチーム医療に貢献する。	・入院精神療法件数	計画どおり実施し、平成25年度実績(71件)に対し、平成26年度実績は539件であった。	539件	B
14	小児科	③	・新棟完成時にNICU、GCUが円滑に機能するための運用計画策定	・NICU、GCUの運用マニュアル	目標10名体制を目指し、慶応大学小児科高橋教授に医師派遣依頼を引き続き行った。7名への増員は実現した。概ね、NICU、GCUの設計変更は確定した。運用マニュアルについては現在作成中。	運用マニュアル作成中。	C
15	皮膚科	②	・指導医育成、資格取得	・指導医資格取得	臨床面においては、ほぼ任せられる状態。新専門医制度に向けて講習会等の出席も積極的。	取得済	B
15	皮膚科	①	・初診患者の待ち時間を30分短縮	・初診患者の待ち時間	逆紹介を心掛けているが、近隣の開業医の閉院(2施設)もあり、なかなか進まない。	本年度の待ち時間調査の結果を待ちたい	C
15	皮膚科	②	・手術(特に悪性腫瘍、緊急デブリドマン)の件数維持	・手術件数	外来手術に若干の減少はあったが、入院手術数は増加。悪性腫瘍の手術件数は横ばい。	398件	B
15	皮膚科	①	・光線外来を周知し受診患者 前年度比20%の増	・光線外来患者数	光線外来はフル活動している。	2,263件	A
16	泌尿器科	①	・前立腺センターホームページの充実を図るため更新(2ヶ月毎)	・更新回数	定期更新していますが、集客乏しい状況です。		D
16	泌尿器科	①	・前立腺検診の開始 20件/年	・検診回数	受診患者が少なく、集客に乏しい状況です。	1件/月	D
16	泌尿器科	②	・手術件数 600件/年	・手術件数	紹介患者が少なく、手術件数の増加に至っていない。	548件/年	C

◇市民病院経営計画(第2期)実施計画 年間評価一覧表(平成26年度)

No.	科名	分類	達成目標事項	成果指標	取組状況	指標実績	検証・評価
17	産婦人科	②	・腹腔鏡下手術件数 160件/年 ・悪性腫瘍手術件数 50件/年	・手術件数	鏡視下手術、悪性手術いずれも順調に増加。	172/75	A
17	産婦人科	②	・緩和/終末期医療充実のため緩和医療認定医師数 3人	・認定医師数		4人	A
17	産婦人科	①	・フリースタイル分娩のための設備工事の完了	・工事完了	フリースタイル分娩稼動。	完了	A
17	産婦人科	③	・助産師外来開設に向けた診療形態の確立	・助産師外来運用確立	妊婦保健指導、乳房ケアを主体に移動。	達成	A
17	産婦人科	③	・分娩数の維持 500件/年	・分娩数	下半期も横ばい。今年度展望:4-6月期/85件、7-9月期/111件。	420	C
18	眼科	②	・白内障手術:150件/年	・手術件数	開業の先生からの紹介も増加して、手術も増加傾向です。	135	C
18	眼科	②	・抗VEGF硝子体注射 50件/年	・注射件数	開業の先生からの紹介も増加して、手術も増加傾向です。	38	C
19	耳鼻咽喉科	③	・目標紹介率:前年度比5%増	・紹介率	目標値を下回る結果であった。(H25年度:50.4%から6.1%減)	44.3%	D
19	耳鼻咽喉科	④	・入院患者数一日平均 6人	・入院患者数一日平均	手術数が伸びなかったことが影響した。平成27年度はアップさせる。	3.9人	D
19	耳鼻咽喉科	④	・平均在院日数7.5日の維持	・平均在院日数の短縮化	手術パスは8日、緊急入院(≡急性炎症)は6日以下がほとんど。手術枠の関係もあり、手術パス入院数は上限がある。入院患者を増やそうとすると、急性炎症入院の占める割合が高くなり、平均在院日数は短くなる。	7.1日	C
20	リハビリテーション科	①	・外来患者延診察人数 一日平均24人	・延患者人数	脳外科、神経内科、がんリハ、心リハの新患を直接処方にしたことにより、リハ診察を待たず早期にリハを開始することが可能となった。また、リハ医の負担軽減及び持ち越し患者の軽減にもつながった。診察回数95回。診察人数1171人(平均12.33人)。直接処方患者470人持ち越し患者61名(平均0.64人)	延1,171人 診察回数95回 1診察12.33人	C
20	リハビリテーション科	①	・理学、作業、言語療法への指示単位件数 40,000単位/年	・単位数	平成26年度(産休育休者 5月からPT1名、ST1名)(病欠者 10月からOT1名) 理学療法 27,208単位、作業療法 11,359単位、言語聴覚療法 6,908単位	平成26年度 45,475単位	B
21	放射線科	①	・CTの予約待ちを解消する体制と読影体制を作る。	・体制	予約待ちほぼなし	整備済	A
21	放射線科	②	・ステントグラフト 30件/年	・手技数	2014.4月~2015.3月 54件	54件	A
21	放射線科	②	・IVR-CT手技による肝動脈化学塞栓術 70件/年	・手技数	2014.4月~2015.3月 77件	77件	B
21	放射線科	②	・IVR-CT手技による末梢血管形成術 50件/年	・手技数	2014.4月~2015.3月 100件	100件	A
21	放射線科	②	・新規医療機器等(ビーズ、AVP)の早期導入	・導入実績	導入済	導入済	A

◇市民病院経営計画(第2期)実施計画 年間評価一覧表(平成26年度)

No.	科名	分類	達成目標事項	成果指標	取組状況	指標実績	検証・評価
22	救急科	③	・診療アプローチの統一化を図るため、手順書の作成	・手順書作成	手順を全て統一する(例:クリニカルパス)ことは困難であり(→画一的な診療が難しい)、「手順書」の作成は行われませんでした。医療安全の観点から、使用する薬剤(鎮痛、鎮静など)の統一は今後の検討課題であると考えています。	0	D
22	救急科	③	・平塚消防との定期的な会議の実施	・会議の実施回数	ひらつかER救急事例検討会を2回開催した。	2回	C
22	救急科	③	・救急車搬送患者数 6,200人/年	・救急車搬送患者数	6,025人(前年比229人減)。救急隊員から必ずしも信頼を得られていなかったため(体制の不備等)、微減したと考えている。	6,025人	C
22	救急科	②	・看護師、研修医への救命救急教育	・プロバイダー取得人数	(研修医)ISLS:6人、ICLS:3人、JMECC:5人、AHA-BLS1人、AHA-ACLS1人 (看護師)ISLS:1人、ICLS:5人、JPTEC:4人、JNTEC:4人、AHA-BLS:2人、AHA-ACLS:2人、JTAS:8人 看護師、研修医は積極的にコースに参加し、救急に関する様々な知識を学んだ。	総計42人	B
23	麻酔科	②	・日帰り手術に対応する体制・運用の策定	・運用体制	日帰り手術に対応するために外来での術前診察充実を図る。	週1回、術前診察日の設定	B
23	麻酔科	②	・効率的に手術室を運用するための麻酔科医の配置	・手術件数	現在の麻酔科人員においては可能な限り、効率的な手術室運用に努めている。	3,495件	B
23	麻酔科	②	・学会研究研修参加 2回	・研修参加数	学会参加は無理のない範囲で行っている。	5回	A
24	総合診療科	②	・朝夕カンファレンスの実施	・治療方針の統一	総合診療科としての入院患者はほとんどいないため実施できていない。入院患者がいるときには週一回の内科の病棟カンファレンスに提示。	未	D
24	総合診療科	②	・学会発表(総会、地方会、投稿) 各年1回	・開催回数	日本病院総合診療医学会に出席しているが、発表は未。認定医は取得済。	未	D
24	総合診療科	②	・抄読会開催(1回/月)	・開催回数	総合診療科に属している医師は他科とかけもちであり、主にその科で診療している。抄読会等も他科で開催。	未	D
25	保健指導室	③	・一般健康診断、特定健康診断、病院職員健康診断を実施します。	・診断者人数	一般健康診断等を実施した。 一般健康診断263名、特定健診・後期高齢健診・神共済家族計239名、病院職員健診1655名	2,157名	A
25	保健指導室	③	・予防接種、各種検査を実施します。	・予防接種、検査者数	インフルエンザ等各種予防接種、婦人科がん検診等各種検査を実施した。 一般予防接種679名、病院職員(HBワクチン146名、インフルエンザ703名)	予防接種1,528名 検査者数37名	C
26	臨床研修指導室	②	・当院採用初期研修医7名の確保、慶応大学病院たすきがけプログラム定員4名の確保	・マッチング結果	定員が8名に増員されたが、マッチ率50%と惨憺たる結果であった。最終的に追加募集を行い、定員の確保には成功した。	マッチ率50%、41名の見学学生に対応した。	D
26	臨床研修指導室	②	・卒後臨床研修評価機構の定める認定基準の継続取得	・認定取得	認定基準(2年間)の取得に成功した。	1回の受験で基準を取得	B
27	病診連携室	③	・地域医療機関(開業医等)訪問件数年100件	・地域医療機関訪問件数	72件(上期26件+46件) 上期に関しては記録が残っておらず正確な数が分かりませんでした。 訪問件数イコール登録医登録件数ではなく、訪問内容問わずの延べ件数です。	72件	C
27	病診連携室	③	・地域医療支援病院の条件を上回る患者紹介率(65%)、逆紹介率(40%)の達成	・患者紹介率、逆紹介率	①診療科会議での定例報告(月に1回) ②H27/2月の医局会で逆紹介についてパンフ活用を推奨。 ③紹介委託検査システム「連携BOX」導入準備→委託検査件数UPIにより紹介率逆紹介率UPIに直結する。 ④退院支援室や院内医師とのコミュニケーション機会を増やす努力。	53%/67%	B

◇市民病院経営計画(第2期)実施計画 年間評価一覧表(平成26年度)

No.	科名	分類	達成目標事項	成果指標	取組状況	指標実績	検証・評価
28	看護科	①	・入院時から退院を見据えた患者との関わりを重視する。	・患者満足度調査、退院調整看護師	患者サービス検討会が実施した患者満足度調査結果を踏まえ、職員の接遇向上のための研修を強化した。退院調整については、患者のQOLと病院経営の視点を踏まえた院内研修を実施した。退院調整看護師の育成は、27年度の代行会で取り組むこととした。		D
28	看護科	②	・看護師・看護学生に選ばれる病院となる。看護職員40人採用	・職員採用数	看護師確保に向けて、県内は看護大学3校・専門学校7校、県外は専門学校3校を訪問した。また、訪問した学校のうち27年度から新規に3校(大学2校・専門学校1校)の臨地実習を受け入れが決定した。これにより、従来の実習受け入れ校以外からの確保が期待できる。	48名	B
28	看護科	②	・リーダー看護師を育成する(副師長・主任)。ラダーの活用。	・副師長・主任看護師	スタッフ用のラダーは27年度運用を目指し枠組みの作成を行った。また、院内研修では中堅・主査・主任を対象としたリーダーシップ研修(I~Ⅲ)により対象に応じた研修を実施した。	研修Ⅰ:13名 研修Ⅱ:16名 研修Ⅲ:11名	C
28	看護科	②	・臨床検査科による病棟採血の拡大	・業務達成度	検査科による採血業務は5東病棟と5西病棟で各6名。検査科との調整がつかず、対象の拡大には至らなかった。		D
28	看護科	②	・病棟薬剤業務の構築	・業務達成度	後期に薬局との話し合いを実施したが、薬剤師の人数と現在の業務内容から、病棟薬剤業務の拡大には至らなかった。病棟での薬剤業務が安全と患者サービスの質向上に繋がることを踏まえ、次年度引き続き検討することとした。		D
29	看護科(3東病棟)	④	・病棟病床利用率 89.9%を目指します。	・病床利用率	脳神経科・整形外科の入院が少ないときは、他科の患者受入を積極的に行い、空床がないようにした。	81.1%	C
29	看護科(3東病棟)	②	・脳神経外科・神経内科の経験年度別の教育目標、教育プログラムの作成	・教育目標・プログラム作成	教育プログラムを作成し実施した。	作成済み	C
29	看護科(3東病棟)	②	・転倒、転落件数 前年度比10%減	・転倒・転落件数	平成25年度は12件、平成26年度18件だった。数値的に上がっているが、なるべく安全帯を使用せず早期に離床できるよう努めている。	18件	D

◇市民病院経営計画(第2期)実施計画 年間評価一覧表(平成26年度)

No.	科名	分類	達成目標事項	成果指標	取組状況	指標実績	検証・評価
30	看護科(3西病棟)	④	・病棟病床利用率 89.9%を目指します。	・病床利用率	4月～9月は目標以下。10月からHCU加算取得に向けて、看護師16名をCCUに在籍させる関係で、病床数を48床から34床に変更。そのため定床34床計算では利用率90～97%となり病床管理に困難を要する状況であった。右記実績値は48床計算で69.9%。3月からは38床に増床して運用。他科の入院を受けるよう心掛け、前月からの利用低下は防ぐことができた。	69.90%	C
30	看護科(3西病棟)	②	・緊急入院に対応できる体制づくり	・稼働率、在院日数	入院に関して、午前退院・午後入院にすることで、冬期の循環器入院増加に対応したが、他病棟への入院依頼も日々協力を得る状況であった。CCUの入院受入はHCUと協力し、日中のベットコントロールで対応した。	循内11.1日 心外25.3日	C
30	看護科(3西病棟)	②	・CCU業務可能看護師の育成 5人増	・看護師教育育成	CCU看護師育成のため、3年目以降の看護師をメンバーの一人としてカウントできる状況まで育成することを目指し3か月研修を3名実施。2年目看護師はファースト研修として、指導の下1名受け持ちできる状況を目指して4名が2か月の研修を実施。加えて厚木市立病院からの2か月研修を3名受入れ、それぞれが研修の目的を達成して終了できた。27年度は、ファースト研修修了者のセカンド研修を予定しており、Cチームメンバーとして在籍し、さらなるスキルアップを図ることができるよう育成予定。	7+3名	A
30	看護科(3西病棟)	①	・患者の満足度が高く維持できる環境づくり	・患者満足度調査	患者から個別に受けた療養環境や看護に対するクレームを受けて、具体的な行動修正を病棟全体で検討して取り組んでいった。患者満足度調査の数値は看護師・医師の接遇や説明のわかりやすさなどは8割～9割は満足～非常に満足を示している。		C
31	看護科(3南病棟)	④	・病棟病床利用率 89.9%を目指します。	・病床利用率	救急床10床を保有しているため、目標達成は困難である。	78.4%	D
31	看護科(3南病棟)	②	・救急病床稼働の定着	・夜間緊急入院の全受入	夜間緊急患者は月平均130件受け入れている。平成27年度より、脳出血の患者の受け入れも開始した。	月130件	B
31	看護科(3南病棟)	④	・診療材料の病棟在庫の削減 :H25年度の2/3	・H25年度比削減率	診療材料の定数化は、適時見直している。	正確な数値は不明	C

◇市民病院経営計画(第2期)実施計画 年間評価一覧表(平成26年度)

No.	科名	分類	達成目標事項	成果指標	取組状況	指標実績	検証・評価
32	看護科(4東病棟)	・④	・病棟病床利用率 80.0%を目指します。	・病床利用率	前年度は病床利用率78.1%、今年度は69.8%であり小児の入院患者数で増減。小児以外は空床があれば他科入院の受け入れをした。	69.8%	C
32	看護科(4東病棟)	・③	・NICUスタッフの育成:年間3人以上	・育成人数	NICUスタッフを3名育成した。今年度から新人に5日間のNICU研修を実施し今後の研修のイメージができスムーズに入れるという目的で実施した。27年度も引き続き実施していく予定。	3	B
32	看護科(4東病棟)	・②	・小児科・皮膚科・耳鼻咽喉科・形成外科スタッフの育成	・育成人数	各チームローテーションを行っている。各チーム会での勉強会や研修のレクチャーを行うことが定着してきている。新人、再任用、異動者等以外は小児科・皮膚科・耳鼻咽喉科・形成外科の対応ができています。	全体の77.7%のスタッフが4科の対応ができています。	B
32	看護科(4東病棟)	・②	・小児科クリティカルパスの導入(慢性気管支炎・川崎病など)	・クリティカルパス作成数	食物アレルギー負荷試験1泊2日のクリティカルパスを作成し、27年度より使用開始。	1	B
32	看護科(4東病棟)	・④	・病棟ストック診療材料・薬剤の削減 H25年度の2/3	・H25年度比削減数及び削減率	病棟薬剤は前年度比40%削減を行った。診療材料は箱単位から個数単位へと定数変更を行い2/3に削減する。	前年度比2/3に削減	B
33	看護科(4西病棟)	・④	・病棟病床利用率 80.0%を目指します。	・病床利用率	平成26年度病床利用率は平均80%であった。昨年度入院人数1263名で、他科・転入受入173名全体の13%を受け入れた。	80%	B
33	看護科(4西病棟)	・③	・周産期病棟へ向けての人材育成:年間3人	・育成人数	NICUの研修を企画し4名研修を行った。さらに4東と4西の合同カンファレンスを4回行った。NCPR(新生児蘇生法)の研修会を4東と4西の合同で平成26年6月7日、9月13日に実施した。IBCLC(母乳認定)を2名取得した。	6人育成	A
33	看護科(4西病棟)	・③	・母児のケアの充実を図る。分娩件数500件/年	・分娩件数	平成26年度420件(平成25年度60件減少)、減少した要因について、周辺産院でも10%分娩が減少している状況がある。さらに内科・他科の入院を受け入れているため、保険診療と自費診療との住み分けも今後考慮していく必要がある。	420件	C
33	看護科(4西病棟)	・③	・助産師業務拡大に向けた計画書策定	・計画書	平成26年度の活動として助産師外来の目的・目標・日時・場所・内容の検討を行った。病棟助産師に対してアンケート調査を行った結果、保健指導メインで行っていく方針を共通認識した。平成27年度はトライアルを目指していく。	計画書作成	C
34	看護科(4南病棟)	・④	・病棟病床利用率 89.9%を目指します。	・病床利用率	病床利用率91.1%と上回っている。引き続き医師、他部門と協力しながら入院の受け入れ、退院の調整を行っていく。	91.1%	C
34	看護科(4南病棟)	・③	・地域連携パス(大腿骨連携)の適用率 30%の維持	・パス適用率	パスの利用率は対象者151人に対し46.4%であった。ちなみに自宅退院が約20%であった。目標は達成できた。また、緊急入院患者への医師のパスシート記入を早期にできるよう救急外来に準備した。	46.4%	B
34	看護科(4南病棟)	・②	・新規のクリティカルパス(抜釘、手の手術)作成	・作成数	運用パスは7症例に増加した。さらに1例検討し完成予定。	7例	C
34	看護科(4南病棟)	・②	・院内、外の研修参加とその内容を病棟で共有する。	・研修参加数	研修参加への積極性がうかがわれる。一人でいくつかの院外研修に参加している。	28名	C

◇市民病院経営計画(第2期)実施計画 年間評価一覧表(平成26年度)

No.	科名	分類	達成目標事項	成果指標	取組状況	指標実績	検証・評価
35	看護科(5東病棟)	・④	・病棟病床利用率 89.9%を目指します。	・病床利用率	下半期では、92.6%と▲1.3%だが、年間を通しては目標は達成している。引き続き、ベッドコントロールを意識して入院受け入れ態勢がとれるようにしていく。	93.2%	B
35	看護科(5東病棟)	・②	・患者の参加型看護を充実させる。実施率70%	・実施率	共同指導は35件/年であった。入院診療計画書を基に患者へ説明が行えているのは70%程度。看護計画を基に説明を行うことは80%程度実施された。	70%	B
35	看護科(5東病棟)	・②	・クリティカルパスの作成 2件	・パス作成件数	糖尿病教育入院8日間パス作成中。27年度使用開始中に開始できる予定。	0	D
35	看護科(5東病棟)	・④	・病棟平均在院日数の短縮 15日	・平均在院日数	下半期では、16.2%と▲0.7%であった。施設から入院となった患者がもどいた施設に戻れない、もしくは、金銭的な面から転院先が見つからないなどの理由から、入院している現状がある。	15.85日	B
35	看護科(5東病棟)	・②	・研修参加人数 10人	・研修参加延べ人数	下半期は1人の参加であったが、個々にあった研修が見つからなかったことも理由の1つに挙げられる。年間を通しては、目標は達成できた。	13人	A
36	看護科(5西病棟)	・④	・病棟病床利用率 89.9%を目指します。	・病床利用率	11月までの病床利用率は院内平均を下回っていた。11月以降は院内平均を上回っている。年間平均では前期が影響している。当病棟の特性は、健康者が手術を目的として入院する、化学療法、緩和ケアなど多岐に渡っていることである。患者数のムラがある中で、最大限病床を活用出来るようにスタッフも意識して受け入れている。	82.30%	C
36	看護科(5西病棟)	・①	・患者と御家族への説明用個室を設け、プライバシーを100%確保する。	・カンファレンス室としての確保	カンファレンス室の設置により、患者家族へのIC、スタッフの面談、会議、学生カンファレンスに活用している。個室となったことで、プライバシーの保持が出来る。実習学生からは、居場所があることで安心感があるという意見がある。今後、家族とのIC時間との調整をしていくことで、有効活用につながるという。	100%	B
36	看護科(5西病棟)	・②	・5西看護実習生の5西就職希望者数を3人以上目指す。	・就職希望者数	27年度5西病棟看護師採用者配置は、4名である。4名中3名が5西病棟において実習を経験している。	3名	B
36	看護科(5西病棟)	・②	・患者にあった看護と療養環境を提供し、転倒件数を前年度より減少させる。	・転倒件数	26年度5西病棟におけるインシデント総数は、91件。うち、転倒・転落によるものは、6件であった。前年(7件)比-1件。	6件 (△1件)	B
36	看護科(5西病棟)	・②	・二交替制を5西病棟職員の80%で実施する。	・看護職員勤務体制の確立	27年3月末現在で2交替勤務者は、5西構成員の44.1%である。2交替勤務希望者が増えない要因として、病床数50床に対し入退院の多さ、1日の手術件数が多く夜勤帯での手術室入室退室があり、体調管理に不安があり、2交替に踏み切ることができないと予測する。	44.10%	D

◇市民病院経営計画(第2期)実施計画 年間評価一覧表(平成26年度)

No.	科名	分類	達成目標事項	成果指標	取組状況	指標実績	検証・評価
37	看護科(5南病棟)	④	・病棟病床利用率 89.9%を目指します。	・病床利用率	救急病床の患者は翌日に受け入れ、緊急入院患者の対応をしていた。	94.1%	B
37	看護科(5南病棟)	②	・病院内外の研修を1人年一回以上受講	・研修参加回数	院内研修を含めると1回以上/1人の参加ができています	18名	B
37	看護科(5南病棟)	④	・退院調整部門と連携し、入院早期から退院を考慮した看護計画を立案し、在院日数の短縮、在宅復帰率を上昇させる。	・在院日数、在宅復帰率	施設から入院した方で治療を行なった結果、医療的な処置が退院時にも必要になるケースは退院先を見つけるのが困難な状況が多かった。	平均在院日数 15.9日	C
37	看護科(5南病棟)	②	・職場環境づくりをする(2交替拡大など)。	・勤務体制変化、時間外の縮減	希望者は全員が2交替勤務に移行したが、緊急入院や指示受けなどが多かった。平成26年度 9.07時間/月	9.07時間 △1.03時間	C
38	看護科(OP室)	④	・手術室稼働率 63%に増加させる。	・手術室稼働率	定時内稼働率56%、定時外を含む稼働率69%、手術件数4000件(昨年比-380件)、総手術時間6765時間(昨年比+1002時間)であった。予定手術枠は6月から11時間増加したので定時内稼働率は増加すると思われる。	62.5%	C
38	看護科(OP室)	②	・日帰り手術にクリティカルパスを作成し、70%の日帰手術患者に適用する。	・クリティカルパス適用率	年度途中で作成し使用を開始した皮膚科・形成術中パスを外来手術507件中471件で適用できる。	93%	B
39	看護科(一般外来)	②	・糖尿病療養外来、フットケア外来、ストマ外来、禁煙外来、外来化学療法の担当看護師の育成を図る。	・担当看護師の数	糖尿病療養外来、フットケア外来、ストマ外来の担当看護師は現在増員無し。今後も現行通り。禁煙外来は、平成26年4月から再開し、担当看護師は3名に増員。外来化学療法担当看護師は、増員なし。	禁煙外来2名増員他増員なし	C
39	看護科(一般外来)	①	・新棟外来各フロアでリリーフ体制の構築をする。 (【B1】循、眼、婦、精、心外、【1F】形、皮、整、脳、児、【2F】内、外、耳、泌)	・リリーフ体制の構築	2診療科以上対応可能な看護師は43人中40人である。43人中11名に対して、10診療科の研修が終了した。新棟の診療科配置と看護師の意思や能力等を踏まえた体制を考慮している。3名の臨時看護師に対しては、内科・外科・整形外科にそれぞれ配置していることから、複数の診療科対応とせず単科診療科内において業務の拡大を進めていく。	一般外来看護師の93%が2診療科以上の診療対応が可能である	B
40	看護科(救急外来)	④	・救急外来トリアージ加算の取得	・加算取得の有無	救急外来でのトリアージ実施要項に「トリアージは専任の看護師を配置する」とあるため現在の人員配置では実施できない。トリアージを実施するための事前研修修了者は6名であり人員配置によって開始できる状況は整っている。加算としては実施できていないが、来院患者へのバイタル測定・トリアージは実施している。	加算申請は取得	B
40	看護科(救急外来)	③	・院内で定めた救命救急対応基準看護師を8人にする。	・基準看護師数	9名が基準達成。全ての研修は自費・自主参加でおこなった。	目標以上の基準達成看護師の育成ができた	B

◇市民病院経営計画(第2期)実施計画 年間評価一覧表(平成26年度)

No.	科名	分類	達成目標事項	成果指標	取組状況	指標実績	検証・評価
41	退院支援・医療相談室	④	・急性期治療終了後、早期退院転院を進め平均在院日数を12.0日とする。	・平均在院日数	7月より看護師1名、MSW2名が長期の病気休暇となり、看護師はそのまま12月に退職。MSWは10月に復帰。12月からは事務員が病気休暇となり、2月より新たに1名が配属された。スタッフの出入りがあり一時期マンパワーが不足したが、残った者で病棟担当を振り分け、支援が必要な患者に早期介入を続けた	11.5日	B
41	退院支援・医療相談室	④	・退院調整加算件数 30件/月	・退院調整加算件数	人員の変動で計画に沿った取り組みが困難となる時期があったが、年度末には病棟看護師の理解と協力で加算件数の増加が図れた	16件/月平均	C
41	退院支援・医療相談室	①	・介護支援連携指導件数 15件/月	・介護支援連携件数	人員の変動で計画に沿った取り組みが困難となる時期があったが、患者を支援するために欠かせないものと考え、積極的に連携指導を行った	9件/月平均	C
41	退院支援・医療相談室	①	・共同指導件数 10件/月	・共同指導件数	高齢化社会となり、患者の背景が複雑に変化していることで、充実した内容の共同指導が必要となる。そのため参加者も多職種となり、開催した共同指導数に加え、加算点数の高い共同指導が増えた。	11件/月平均	B
42	薬剤科	②	・薬剤管理指導件数 9,600件/年	・指導件数	病棟薬剤業務実施加算を導入や、病棟稼働率低下の為に、件数が低下している。退院指導を含めると9,187件	9,187件	C
42	薬剤科	④	・ジェネリック医薬品採用 数量シェア率45%	・数量シェア率	購入ベースであるが60%を達成している。	60%	A
43	リハビリテーション技術科	①	・新棟リハビリテーション室の運用について患者の移動動線など大枠の決定をする。	・移動動線の決定	新棟WGや改築推進室にて打ち合わせを、運用フローに対して3回、什器に対して4回、レイアウトなどの要望、修正に対して3回行なった。その結果、運用フローも完成。レイアウトの細かい修正や什器の設置場所などもほぼ決定。リハビリテーション機器の大まかな図面上での落とし込み等も行なった。	新棟リハ室に対する移動動線はほぼ決定された。	C
43	リハビリテーション技術科	②	・心大血管疾患リハビリテーションの開始に向け職員を研修・学会に参加させ知識・技術を取得する。	・研修報告	2名の理学療法士が6日間研修に参加し、科内において伝達講習を9回施行した。10月より3名の専任理学療法士を中心に心大血管リハビリテーションを開始している。カンファレンスは隔週金曜日に心臓血管外科と、隔週水曜日に循環器内科と行っている。	10月～3月実績 理学673単位 作業35単位 計708単位	A
44	放射線技術科	①	・CT検査及びCT特殊検査、委託検査の増加 22,000件/年	・検査数	CT、MRIに関して委託検査も滞りなく実施されている。又日曜のMR枠も27年1月より開始し現状順調である。	CT年21,187件 MR年5,449件	C
44	放射線技術科	②	・救命救急センター化に向け、H27年度までに全ての技師が各放射線機器を操作、習熟できる体制を構築する。	・習熟率	基本的操作は概ね全技師が対応可能になりつつある。今後も教育が必要と考える	達成率90%	C
44	放射線技術科	②	・IVR-CTの効率的且つ有効利用できる体制作りを推進する。	・達成率	人員数の問題はありますが、即時対応可能な体制は整っている	80%の技師が対応可能	C

◇市民病院経営計画(第2期)実施計画 年間評価一覧表(平成26年度)

No.	科名	分類	達成目標事項	成果指標	取組状況	指標実績	検証・評価
45	臨床工学科	②	・呼吸療法認定士取得者数4人保持	・資格取得人数	資格更新者含め3名。順次、資格取得者を増やすことに取り組んでいる。新規取得計画表の作成と配布を実施した。	3	C
45	臨床工学科	②	・透析技術認定士取得者数7人保持	・資格取得人数	資格更新者含め6名。順次、資格取得者を増やすことに取り組んでいる。新規取得計画表の作成と配布を実施した。	6	C
45	臨床工学科	②	・人工呼吸器セットアップ介助開始のため病棟ラウンド回数週3回以上実施	・ラウンド回数	病棟ラウンドを午前1回、午後1回。週10回実施を開始した。病棟ラウンドが増加したことにより、早期に病棟でのQ&Aが解決している。	10	A
45	臨床工学科	②	・人工呼吸器セットアップ介助のためのスタッフ再教育	・教育実施数	上半期4回、下半期6回の勉強会を実施した。装着前準備、換気モード、警報等について行った。Q&Aは随時行い、疑問点の解消に努めている。	10	B
45	臨床工学科	②	・臨床工学科で管理可能な超音波診断装置の調査	・調査表	2台がME配置となった。残りの17台については稼働実績の調査を継続中。ME配置等を行い他科との共有効率化を進める。	19	B
46	臨床検査科	④	・包括検査項目の精査し、検査項目数を精査し16-17を14-15項目にする。	・生化学検査項目数	平成26年度の集計では包括の「15項目」が12,434件で最多、「14項目」が2番目となっています。「16項目」からは5,978件と一気に少なくなっています。検査の中心が15項目以下になってきました。しかし最多28項目を出される先生もいるのでこれからも努力して行きたい。	14-15項目	B
47	栄養科	②	・栄養指導運用システム化による栄養指導数3,200件/年	・栄養指導数	平成25年度の2960件から170件の増となったものの、目標に70件不足。年度の後半で件数減となってしまった。27年度は安定した件数確保に向け、入院栄養指導の増加に取り組みを拡大したい。	3,130件	C
47	栄養科	②	・医師向け栄養治療研修を3回実施	・研修会実施数	10/21 栄養管理における注意事項/ 消化器カンファ 6名 4/12 栄養管理における注意事項/内科カンファ6名 11/20 静脈栄養について今一度考える/木曜クルズス13名	3回	B
48	医療安全管理室	②	・標準的インシデント・アクシデント報告件数 3~8件 (年間インシデント・アクシデント報告件数×1000)÷年間延べ患者数	・標準的報告件数	レポート報告の意義について研修、診療科会議で提示。毎月データ配信セーフティスタッフを中心にレベル0報告促進活動 (1948×1000)÷149650=13.02	13.02件	A
48	医療安全管理室	②	・インシデントに対してアクシデントの割合を1%以内とする。	・インシデント・アクシデント比率	タイムリーな安全情報や研修で事故事例の共有 月刊イラストKYTIによるリスク感性の向上 PDCAサイクルを意識した医療安全管理者会(3/月) アクシデント3件÷インシデント・アクシデント1948件×100=0.154%	0.15%	A
48	医療安全管理室	②	・全職員が医療安全研修に参加する。	・医療安全研修参加率	各セクションで研修参加名簿を作成し、まだ参加していない職員を優先的に参加を募る。医療安全研修会10回開催(多職種が参加できる内容や医師による医師のための研修実施)研修に参加できなかった職員向けに研修動画配信	83.60%	C
49	患者サポートセンター	①	・患者(外来・入院)満足度調査における総合評価平均点の上昇 ※前年度調査結果ベース	・総合評価平均点	外来については11月17日から21日に実施、入院については11月17日から12月14日の間実施した。外来・入院とも総合評価平均点が上昇した。	外来76.2点(+0.6) 入院84.6点(+1.5)	B
49	患者サポートセンター	①	・患者(外来・入院)満足度調査と利用者の声から抽出された低評価項目(課題)への対応	・改善項目	抽出した8件について、改善及び改善に向けて始動した。 ・改善が図られたもの(待ち時間の緩和、院内美化への取り組み、南玄関通路の雨漏りへの対応、駐車料金の説明表示の改善) ・始動したもの(よろづ連絡会議立ち上げ、接遇チーム(ハピネス)の立ち上げ)	8件について改善及び改善へ向けた始動	B

◇市民病院経営計画(第2期)実施計画 年間評価一覧表(平成26年度)

No.	科名	分類	達成目標事項	成果指標	取組状況	指標実績	検証・評価
50	経営企画課	・④	・全部門との病院事業管理者ヒアリングの実施 2回/年	・ヒアリング回数	6月には経営計画の内容について、11月から12月には計画の進捗状況について、ヒアリングを実施した。	2回	B
50	経営企画課	・④	・診療データを用いた分析と改善計画 2回/年	・分析回数	11月、12月、2月に実施	3回	B
50	経営企画課	・④	・病院収支表の定期的な作成と報告 12回/年	・収支表の作成報告	診療科会議にて毎月報告	12回	B
50	経営企画課	・④	・病院整備事業における建設費及び病院事業における運転資金の確保	・現金預金比率	現金比率＝現金預金(収支残高)÷流動負債 平成26年3月＝0.39 平成27年3月＝0.26	前年同月比 ▲0.13	D
51	病院総務課	・④	・市民病院職員定数の見直し	・条例の改正	条例改正済	条例の議決	B
51	病院総務課	・④	・市民病院職員採用計画の策定	・計画の策定	(策定せず)	計画の策定	E
51	病院総務課	・②	・医療スタッフの確保	・採用人数	病院全体で88人を採用し、診療体制を維持した。	採用人数 88人	B
51	病院総務課	・④	・運営委託業務の仕様見直し	・仕様見直件数	平成27年度の委託業務に向け、仕様書を検討し9件見直した。	見直し件数 9件	B
51	病院総務課	・①	・施設・設備の改修	・患者満足度調査	排水処理設備のポンプ等、屋上東棟系空調機、空調機器及び医療ガス用フィルターユニット等59件(20万円以上)改修した。	改修数	B
51	病院総務課	・④	・臨床研修評価の更新	・認定の取得	認定済	認定	B

◇市民病院経営計画(第2期)実施計画 年間評価一覧表(平成26年度)

No.	科名	分類	達成目標事項	成果指標	取組状況	指標実績	検証・評価
52	医事課	④	・収益の確保を図るため診療報酬(稼働額)の0.73%のUP	・診療報酬(稼働額)のUP	施設基準の取得により、診療単価は前年比で入院3.4%、外来で6.7%の増加となった。しかし、患者数の減少により増収にはつながらなかった。	△2.3%	D
52	医事課	④	・医療業務委託料の適正な仕様設定と業務管理精査による削減	・医療事務コスト削減	26年度については、年度途中からの切り替えだったため委託契約期間の延長を行い対応した。27年度については新棟の引き渡しは27年度末以降になり、しばらくの間の3棟運用時の運用方法も定まっていないため、27年度については1年間の発注期間で入札を行い、従前からのニチイ学館が落札した。		E
52	医事課	④	・未収金残率53.0%(H25年度目標値)の維持	・未収金残率	平成26年度の未収金は期初調定額160,078千円に対して79,192千円となり、未収金残率は49.5%となった。	49.50%	B
52	医事課	②	・クリティカルパスの件数 120件	・件数	下半期に入ってから、整形外科で11月に3件、12月に2件の新規パスが公開され、合計123件と目標以上に作成することが出来た。	123件	B
53	改築推進室	①	・新棟建設の出来高率50%以上を目指します。	・出来高率	土工事で地中障害撤去などに時間を要したため、全体工期を6か月延長した。下半期は比較的順調に進み、年度末には地上3階躯体工事にとりかかった。 年度末出来高予定に対して実績 建築工事:44.2% → 43.5% 電気工事:9.6% → 6.1% 機械工事:1.8% → 1.8%	建築43.5% 電気6.1% 機械1.8%	C
53	改築推進室	①	・新病院オープンに向けた運用マニュアル詳細版の完成	・運用マニュアル完成	詳細版運用マニュアル作成のためのワーキングや事前ヒアリングを41回行い、15部門中5部門が完成した。完成しなかった部門は、医療機器方針の決定や新棟要望事項の決定を受けねば調整できない事項が残っている。	33.3%	D

◇市民病院経営計画(第2期)実施計画 年間評価一覧表(平成26年度)

No.	科名	分類	達成目標事項	成果指標	取組状況	指標実績	検証・評価
54	病床管理室	④	・平均在院日数 12.0日を目指します。	・平均在院日数	平均在院日数11.5日であった。	11.5日	B
54	病床管理室	④	・全病棟病床利用率 88.5%を目指します。	・病床利用率	全病床利用率は81.7%であった。前年同期より5.7%と減少している。その対策の一つとして3西病棟の病床数を3月に4床をもどし、この時点で3西の利用ベッド数は38床(全355床)の運用とした。	81.7%	D
54	病床管理室	④	(小児科病棟+産科病棟 80.0%を目指します。)	・病床利用率	科別利用率より、小児科病棟64.4%、産科病棟67.4%であった。小児科入院の確保の検討が必要。4東、4西病棟の利用率を増加を目指し他科の緊急入院はもちろん、小児科2次以外の日は小児の部屋を利用している。	66.3%	D
54	病床管理室	④	(その他病棟 89.9%を目指します。)	・病床利用率	5東病棟92.6%、5南病棟94.1%が目標達成できた。引き続き救急床からの転棟は空床状況をみながら平均化できるよう調整していく。	84.2%	D
55	感染対策室	①	・耐性菌の院内発生率を前年度の5%減少させる。	・MRSA・MDRP・ESBL等耐性菌検出数	研修の実施やラウンドを通して対策周知、環境の整備や改善。診療材料の検討や導入を行い感染伝播を防止する体制作りに努めた。当院の検出状況として特徴的なMDRPに関しては派生部署への個別の勉強会を行った。MDRP検出(院内)は2013年度8件から2014年度1件と減少。MRSA検出(院内)は2013年度74件から2014年度51件と減少。	MDRP:84%減 MRSA:31%減	A
55	感染対策室	②	・規制抗菌薬使用量を前年度の5%に抑制する。	・規制抗菌薬使用量(AUD)	規制抗菌薬ラウンドを2回/週実施し、電子カルテ上に適正使用に向けてのコメントを残している。抗菌薬の適正な選択に為アンチバイオグラムを半期毎に作成し医師へ配布している	抗MRSA薬:9%減 カルバペネム系:4%増 キノロン系:20%減	C
55	感染対策室	③	・地域医療機関からの相談件数を前年度の5%増加させる。	・相談件数	くらす病院(感染対策加算2)と地域連携を行いラウンドを中心としカンファレンスの実施。保健福祉事務所と連携し研修会3回、施設に赴いての勉強会2回行った。メールや電話で小規模施設からの相談に応じている。また、近隣の感染対策加算1算定施設との連携をとり話し合い(年1回)やメールや電話での意見交換を行っている。	2013年度:6件 2014年度:15件 150%増	A
56	災害医療企画室	③	・年1回災害対応訓練を企画して実施する。	・実施回数	10月10日 災害対応訓練を実施した 本部機能、トリアージ、手術患者搬送などの訓練を行った。また、5月23日に病院職員自動参集訓練を初めて実施した。	2回	A
56	災害医療企画室	③	・年2回災害医療研修を企画して実施する。	・実施回数	5月30日、8月29日の2回 災害医療研修を実施した。講義及び実地(トリアージ等) DHmanager 計63名認定。	2回	B

◇市民病院経営計画(第2期)実施計画 年間評価一覧表(平成26年度)

No.	科名	分類	達成目標事項	成果指標	取組状況	指標実績	検証・評価																																			
						<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">検証基準</th> <th>検証結果数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A</td> <td>目標を上回る達成 (指標に対し120%以上実施)</td> <td>24</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>目標達成 (指標に対し100%~120%の実施)</td> <td>69</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>おおむね達成 (指標に対し50%~100%の実施)</td> <td>63</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>目標を下回る (指標に対し50%未満)</td> <td>27</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>その他</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>(空白)</td> <td>報告なし等</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td colspan="2">合計</td> <td>185</td> </tr> </tbody> </table>		検証基準		検証結果数	A	目標を上回る達成 (指標に対し120%以上実施)	24	B	目標達成 (指標に対し100%~120%の実施)	69	C	おおむね達成 (指標に対し50%~100%の実施)	63	D	目標を下回る (指標に対し50%未満)	27	E	その他	2	(空白)	報告なし等	0	合計		185											
検証基準		検証結果数																																								
A	目標を上回る達成 (指標に対し120%以上実施)	24																																								
B	目標達成 (指標に対し100%~120%の実施)	69																																								
C	おおむね達成 (指標に対し50%~100%の実施)	63																																								
D	目標を下回る (指標に対し50%未満)	27																																								
E	その他	2																																								
(空白)	報告なし等	0																																								
合計		185																																								
						156件 84.3%	<table border="1"> <tr> <td>93件 50.3%</td> <td>13.0%</td> <td>A</td> <td>目標を上回る達成 (指標に対し120%以上実施)</td> <td>24</td> </tr> <tr> <td></td> <td>37.3%</td> <td>B</td> <td>目標達成 (指標に対し100%~120%の実施)</td> <td>69</td> </tr> <tr> <td></td> <td>34.1%</td> <td>C</td> <td>おおむね達成 (指標に対し50%~100%の実施)</td> <td>63</td> </tr> <tr> <td></td> <td>14.6%</td> <td>D</td> <td>目標を下回る (指標に対し50%未満)</td> <td>27</td> </tr> <tr> <td></td> <td>1.1%</td> <td>E</td> <td>その他</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>(空白)</td> <td>報告なし等</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td colspan="2">合計</td> <td></td> <td></td> <td>185</td> </tr> </table>	93件 50.3%	13.0%	A	目標を上回る達成 (指標に対し120%以上実施)	24		37.3%	B	目標達成 (指標に対し100%~120%の実施)	69		34.1%	C	おおむね達成 (指標に対し50%~100%の実施)	63		14.6%	D	目標を下回る (指標に対し50%未満)	27		1.1%	E	その他	2			(空白)	報告なし等	0	合計				185
93件 50.3%	13.0%	A	目標を上回る達成 (指標に対し120%以上実施)	24																																						
	37.3%	B	目標達成 (指標に対し100%~120%の実施)	69																																						
	34.1%	C	おおむね達成 (指標に対し50%~100%の実施)	63																																						
	14.6%	D	目標を下回る (指標に対し50%未満)	27																																						
	1.1%	E	その他	2																																						
		(空白)	報告なし等	0																																						
合計				185																																						